

第 2 回

東京都高齢者保健福祉計画作成委員会

議 事 録

平成 2 3 年 7 月 5 日

東京都福祉保健局 高齢社会対策部

第2回

東京都高齢者保健福祉計画作成委員会

日時：平成23年7月5日(火) 午後6時00分から

場所：東京都庁第二本庁舎31階 特別会議室27

1 議事

(1) 「東京都高齢者保健福祉計画」に盛り込むべき内容について

(2) その他

<資料>

- 資料2-1 東京都高齢者保健福祉計画と他の委員会・報告書等との関係性について
- 資料2-2 東京都高齢者保健福祉計画 構成案
- 資料2-3 第1回委員会の発言内容及び東京都福祉保健計画構成案における該当箇所
- 資料2-4 療養病床について
- 資料2-5 訪問看護事業所に対するアンケート調査結果概要
- 資料2-6 訪問リハビリテーション事業所に対するアンケート調査結果概要
- 資料2-7 通所リハビリテーション事業所に対するアンケート調査結果概要
- 資料2-8 認知症高齢者グループホームに対するアンケート調査結果概要
- 資料2-9 小規模多機能型居宅介護事業所に対するアンケート調査結果概要
- 資料2-10 「訪問看護事業所に勤務する看護師等へのグループインタビュー」報告書概要
- 資料2-11 認知症高齢者数の分布調査集計結果概要
- 資料2-12 東京都高齢者保健福祉計画作成委員会スケジュール

<参考資料>

- 参考資料11 東京都の在宅医療推進の取組状況
- 参考資料12-1 平成22年度在宅療養推進会議報告
在宅療養推進のための課題と今後の方向性について《概要》

- 参考資料 1 2 - 2 平成 2 2 年度在宅療養推進会議報告
在宅療養推進のための課題と今後の方向性について
～ 先行事例の検証報告～
- 参考資料 1 3 区市町村における認知症施策事業一覧
- 参考資料 1 4 東京都における高齢者見守り活動・事業事例集
- 参考資料 1 5 東京都高齢者保健福祉計画作成委員会 委員・幹事名簿
- 参考資料 1 6 東京都高齢者保健福祉計画作成委員会 起草委員会委員・幹事名簿
- 参考資料 1 7 第 1 回東京都高齢者保健福祉計画作成委員会 議事録

粉川幹事 それでは、予定の時刻になりましたので、ただいまから第2回東京都高齢者保健福祉計画作成委員会を開催させていただきます。

委員の皆様方には、大変ご多忙にもかかわらずご出席をいただきまして、まことに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粉川と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

本委員会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、お知らせいたします。

まず、本委員会の委員に交代がございましたので、ご紹介をさせていただきます。

お手元の参考資料15、委員名簿をご覧ください。

人事異動によりまして、市町村高齢者・介護保険担当課長会（町村部）にご推薦いただいた委員の檜原村福祉けんこう課長が、高取委員に交代となりましたのでご紹介いたします。

高取委員 よろしく申し上げます。

粉川幹事 ありがとうございます。

引き続きまして、その他の委員の出欠状況をお知らせいたします。

灰藤委員、日置委員、矢田部委員、芳須委員の4名の委員がご欠席となっております。

委員の出欠につきましては、以上でございます。

それでは、市川委員長、どうぞよろしくお願いいたします。

市川委員長 皆さん、どうもこんにちは。

市町村で幾つかの介護保険事業計画、もしくは老人福祉計画を勉強させていただいてありますが、ある意味での過渡期を迎えているかと思えます。

と言いますのは、地域のニードが大分深刻化してきており、孤立の問題とか、人口が増えずに世帯数が増えているとか、関係が難しいとか、3.11以降、高齢の方々に不安が見られるという状況にあります。私たち自身がどう生活できるのかといった現実も大分把握してくださるようですから、それを踏まえ、この計画としてどのように進むべきかを皆様と一緒にきちんと検証し、各自がそれぞれの場で責任を持って提案し実行していくという仕組みも必要ではないかと思えます。

精いっぱい司会を務めさせていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。

では、新委員と欠席委員の紹介がされましたので議事に入りますが、その前に資料の確認をお願いします。

よろしく申し上げます。

粉川幹事 ありがとうございます。

資料の確認につきましては、時間の関係上説明時にさせていただきます。お手元がない場合は職員がお持ちいたします。

なお、第1回の委員会の際に、菱沼委員から要求のありました資料、委員会後に加藤委員から要望のありました資料につきましては、現在収集・確認中です。次回、第3回委員会で対応させていただきたいと思いますので、どうぞご了承ください。

簡単ですが、資料の確認は以上です。

市川委員長 前は計画のアウトライン、作成に当たっての基本的考え方が事務局から示され、皆様方から様々な意見をお伺いしました。今回の第2回委員会では、それを踏まえた章立てレベルの大まかな枠組みを、そして次回は、さらに細かい節レベルの構成を決めていくという形で進めさせていただきたいと思います。

事務局で資料を用意していますので、「資料2-1 東京都高齢者保健福祉計画と他の委員会・報告書等との関係性について」、「資料2-2 東京都高齢者保健福祉計画 構成案」、「資料2-3 第1回委員会の発言内容及び東京都高齢者保健福祉計画構成案における該当箇所」を説明してください。よろしく申し上げます。

粉川幹事 それでは、順にご説明させていただきます。

まず、前回の作成委員会で、市川委員長から、本委員会を進めていく上で踏まえなければいけない、既存の報告書、あるいは本委員会と同時並行で開催している委員会の議論との整合を図るため、その関係性を示していただきたいというお話がありました。

「資料2-1」は、東京都高齢者保健福祉計画と既存の報告書、あるいは他の委員会との関係をまとめたものです。

左上の東京の地域ケアを推進する会議については、平成20年度の設置から3年間に及ぶ検討と試行事業の結果を踏まえ、本年3月に報告書をまとめたところです。この会議には、内藤委員と阿部委員にもご参加いただきましたが、第5期計画は、この報告書の内容を踏まえて作成いたします。具体的内容は、次回以降ご紹介をさせていただきます。

その下の高齢者の居住安定確保プランについては、高齢者の居住の安定確保に関する法律に基づく計画で、ハード面の住宅を所管する都市整備局と、ソフト面の福祉を所管する福祉保健局とが共同で策定したものです。高齢者の住まいにつきましては、国から示されている重点事項の一つとなっております。

左下の東京都認知症対策推進会議については、後ほど所管の室井幹事から説明させていただきます。

右上の東京都保健医療計画については、保健・医療・福祉の連携の観点から、その整合を図って作成する計画で、高齢者保健福祉計画と内容的にも整合を図っているところです。

右下の東京都在宅療養推進会議については、後ほど所管の大滝幹事から説明させていただきます。

高齢者保健福祉計画と既存の報告書、あるいは他の委員会等との関係はこのようになっております。これらのテーマについては、本作成委員会で議論できないということでは決してありません。本委員会の議事内容を各委員会にお伝えしてまいりたいと考えております。

続きまして、「資料2 - 2 東京都保健福祉計画 構成案」です。

計画には委員の皆様方にご議論いただいた内容を盛り込むこととなります。第5期計画は、第4期計画を改定して作成しますので、これまでの施策や考え方が比較しやすいよう右側に第5期の構成案を提示しています。なお、高齢者に相応しい住まいの計画的な整備については、国から重点事項として示されていることから、現時点では第3部の第2章に章立てすることで仮置きしています。こちらの章立てのイメージをたたき台として、構成についてのご意見をいただければと思います。

なお、今後は、委員会でおおむねの構成案をかためていただき、いわゆる作業部会である起草委員会につなげて本文の案を作成していくことを予定しております。

続きまして、「資料2 - 3」は、第1回委員会の発言内容及び第5期計画（案）における該当箇所の資料です。

テーマの区分や第5期計画（案）での該当場所については、事務局で仮に割り振らせていただきました。趣旨と異なる、あるいは別の分類の方が妥当ではないかといったご意見がありましたら、後ほど事務局までお知らせいただければ修正等させていただきます。

今後もこのような形で委員の皆様方の発言を整理させていただき、計画に反映させていきたいと考えています。

「資料2 - 1」、2 - 2、2 - 3の説明は以上でございます。

市川委員長 ここまでの確認です。

皆様方のご意見は、表にまとめて取扱いを明記するという方針であります。ただ、その中で意見の分かれる部分に関して、ここで精査する必要がございます。ですから、まずお出ししたものを各自読んでいただき、それぞれのご意見が適切なところに書かれているのか

をご確認いただきたい。その次に、この部分に関して異論があるということであれば、この場で言うていただき、できるだけそれぞれの意見を反映する形で進めたいのでご理解いただければと思います。

ここまでの進め方、内容について、ご意見があればおっしゃっていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

よろしければ、具体的な議論に入らせていただきます。

これだけ内容が多岐にわたっておりますので、今回と次回の委員会で少しテーマを区切って議論していきたいと思っております。

前回の委員会で事務局から説明がありましたが、国から示されている重点事項として、認知症支援策の充実、在宅医療の推進、先ほどの章立てにも入りました高齢者に相応しい住まいの計画的な整備、介護保険外の生活支援サービスの四つが挙げられていますので、これらの事項について、特に重点的に議論をしていただき、東京都の計画の中でどのように位置づけるかご意見をいただきたいと思っております。

今回は、認知症支援策と在宅医療を中心に意見を言うていただきたいと思っておりますが、まず在宅医療に関して、東京都の取組や現状などについて説明をお願いします。

大滝幹事 それでは、在宅医療について、医療政策部医療改革推進担当課長の大滝から、ご説明いたします。

「参考資料11」、「参考資料12 - 1」と「参考資料12 - 2」の報告書で、東京都における現在の在宅医療の取組についてご説明いたします。

まず、「参考資料11」は、東京都の在宅医療推進の取組状況です。

左上がこれまでの取組状況ですが、区市町村の取組として、平成19年度から包括補助事業のメニュー化に取り組んできました。さらに、都によるモデル事業として、三つの事業に取り組んできました。

一つ目は、在宅医療ネットワーク推進事業として、20年から21年度に3モデル地区を指定し、365日24時間安心のネットワーク構築のため、多職種を交えた会議体を設置し、その中で、カンファレンス等を行うという事業を実施しました。

二つ目は、在宅医療拠点病院モデル事業として、区部、多摩、2地区ずつの4モデル地区において、地域の身近な病院、いわゆる後方支援病院で緊急一次入院の受入を実施するなど、そこを拠点に在宅医療を支える多職種等の緊密な連携を構築する取組を単年度事業で行いました。

三つ目は、在宅医療相互研修事業として、21年度から開始し23年度も引き続き実施しますが、シンポジウムを開催するとともに、地域別の相互研修、とりわけ入院患者のスムーズな在宅への移行のため、急性期病院スタッフと在宅スタッフとの同行研修として、それぞれのスタッフが行き来してカンファレンスを行い、課題等を検討していくという縦の連携の取組を実施しています。

右上が昨年度の取組状況ですが、モデル事業を受け、今度はネットワークをつくっていくために在宅医療連携調整窓口を設置していただくということで、単年度事業として、3地区でモデル事業を実施しました。

大田区では三つの医師会のコーディネート、調布市や小平市ではケアマネジャーや医師会の事務局を窓口とした受入と横の連携づくりに取り組んでいただきました。

二つ目に、先駆的な取組の都内全域への普及を図るため、在宅医療普及事業に取り組みました。医療と介護の連携が重要であることから、昨年10月に東京都在宅療養推進会議を設置し、専門家や患者のご家族、学識経験者等を委員として、在宅療養の推進の課題や方向性について検討しています。後ほど報告書の説明をいたしますが、22年度には今までの取組を検証し、在宅療養の課題や方向性について検討していただきました。

23年度の取組は下段になりますが、引き続き在宅療養普及事業として推進会議を開催するとともに、後ほど改めて説明いたしますが、窓口の設置、後方支援のための病床確保、協議会の設置といった包括補助事業を通じた支援を行います。

縦の連携として先ほどご説明した相互研修事業を引き続き実施するとともに、横の連携として、病院の医療職の方が介護事業のことを、介護従事者が病院のことを認識し、多職種が連携していくために、新たに医療連携強化研修事業を実施します。

また、窓口の設置に関連して、窓口の要となる支援員を養成するための事業も実施する予定です。

では、在宅療養推進会議において検討した課題と方向性について、「資料12 - 1」の概要版で説明させていただきます。

まず、本報告書の構成は、在宅療養を取り巻く状況の紹介から始まり、先行事例の検証、検証により出てきた課題、課題解決の方向性の提示、在宅療養を支える主体が今後どのような役割を担っていくかまでの全5章立てとなっています。

都が目指す在宅療養生活の姿については資料に記載のとおりですが、とりわけ二つ目の診断・治療を中心とした「医療モデル」から、患者を全人的に捉える「生活者モデル」

へという視点と、その次の の都民にもっとも身近な行政機関である区市町村の主体的な取組を基盤として、関係する多職種が連携しながら、患者支援のネットワークを構築していくということに重点を置いています。

第1章では、死亡する場所が自宅から医療機関に大きく逆転し、平成17年には医療機関が80%を越すという状況の中であって、在宅医療の実現がかなり厳しい状況にあることを現状として掲げるとともに、これまでの取組を例示しています。

第2章では、先行事例の検証として、21年度までに行われた各区市の包括補助事業、ネットワーク推進事業、拠点病院モデル事業の取組について、部会で検証を行い、課題を整理しました。

第3章では、在宅療養推進に向けた課題ということで、患者を支える医療と介護の連携強化、地域における後方支援体制の確保、在宅療養における救急ニーズの明確化、在宅療養に対するスタッフ・都民の認識、在宅療養を支える人材の確保の5点を課題として整理しています。

第4章では、課題解決の方向性として、コーディネート機能の充実、協力病院との連携体制の構築、患者・家族の意思を尊重した急変時の対応、スタッフの意識啓発、都民の意識啓発、人材育成を掲げ、今後この方向性を具体的な取組に結びつけていくために、それぞれの役割に応じて主体的に連携しなければならないとしています。

第5章では、在宅療養を支える主体の役割として、区市町村に福祉部門と保健部門で十分に協議していただきながら、主体的に動いていただく。東京都は、主体ごとの役割を示しながら、働きかけや支援を行い、都保健所は、公衆衛生の専門機関として市町村と連携していく。また、医療機関・介護サービス事業者それぞれの役割を掲げています。

在宅療養推進のイメージとして図を載せていますが、在宅療養推進会議における検討を踏まえ、区市町村に対し、在宅療養推進協議会の設置、在宅療養患者を取り巻く多職種の方々の連携に向けて域包括支援センター等との調整を行う在宅療養支援窓口の設置、縦の連携として後方支援病床の確保の三つをお願いしながら包括補助事業により取組を応援していきたいと考えているところです。

23年度は、報告書で示された方向性に基づき、東京都から区市町村に積極的に働きかけ、今後迎える超高齢社会に向けた在宅療養の体制整備の第一歩にしたいと思います。

説明は以上です。

粉川幹事 続きまして、「資料2 - 4」から2 - 7と2 - 10の5点により、療養病床あるい

は医療系サービスについて行った各種調査結果の概要をご説明いたします。

まず、「資料2 - 4 療養病床について」では、療養病床を巡るこれまでの経過と東京都の考え方をまとめております。

左上では、療養病床再編成のこれまでの考え方を示しています。四角の中の最初の ですが、医療の必要度に応じた機能分担を推進することにより、主に医療が必要な方には医療サービス、主に介護が必要な方には介護サービスを提供することとされました。

その下では、療養病床に関して定めている都の計画として、東京都保健医療計画と、東京都医療費適正化計画の二つを挙げています。東京都保健医療計画では、3(2)にお示したとおり、都全体の基準病床数の上限のうち療養病床を2万8,077床と設定しています。

資料の右側では、介護療養病床についての動向等を掲載しています。先般の介護保険法の改正により、介護療養病床の転換期限が平成24年3月末から6年間延長されることとなりました。ただし、平成24年度以降は、介護療養病床の新設は認められないこととされています。

介護療養病床の病床数の推移(東京都)の囲みでは、都内の介護療養病床の病床数の推移をグラフでお示ししていますが、平成19年4月に7,741床であった介護療養病床は、平成23年4月の時点で5,948床となっております。

右下の療養病床転換意向等アンケート調査では、最初の に記載のとおり、介護療養病床からの転換を予定していない理由として、72.1%の医療機関が「懸念事項があるため転換できない」を選択しております。二つ目の ですが、「懸念事項があるため転換できない」を選択した医療機関の懸念事項としては、「地域で療養病床が必要とされているため、転換が困難」が48.8%と最も多くなっております。

続きまして、「資料2 - 5」です。

ここからは、本年23年3月に都内の各サービス事業者に対し、郵送により行ったアンケート調査の概要をまとめたものですが、簡単にご紹介いたします。

なお、調査時期が東日本大震災の時期と重なったこともあり回答率が低かったこと、すべての質問にご回答いただけていない場合もあること、さらに、収支については任意のアンケートとしてお願いしている限界もあり、そのまま集計しています。必ずしも正確に実態を反映していると言えない部分もあろうかと思いますが、おおよその傾向をつかんでいただくための資料としてご確認いただければと思います。

まず「資料2 - 5 訪問看護事業所に対するアンケート調査結果概要」ですが、左側の2では利用者の要介護度など、サービスの状況を示し、右側の3では職員の処遇・勤務の状

況、その下の4では事業所の運営の状況をお示ししています。

時間の関係上、内容の説明は省略しますが、後ほどご覧いただければと思います。

続きまして、「資料2 - 6 訪問リハビリテーション事業所に対するアンケート調査結果概要」と「資料2 - 7 通所リハビリテーション事業所に対するアンケート調査結果概要」ですが、先ほどの「資料2 - 5」と同様の構成となっております。

これらの資料では、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションといった在宅における医療系サービスについて、事業所数や職員数、事業所の経営状況等をまとめておりますので、今後の議論の参考にさせていただければと考えております。

「資料2 - 8」と「資料2 - 9」は後ほどご紹介いたします。最後に「資料2 - 10」では、訪問看護事業所に勤務する看護師等へのグループインタビューの結果をまとめております。

東京都としては、これまで訪問看護サービスの安定的な運営のための支援を行ってまいりましたが、事業所数が伸び悩んでいるという現状があります。そこで、より現場の実態を把握するため、幾つかの訪問看護ステーションの方にお集まりいただき、インタビュー形式の調査を実施したところです。

調査の概要につきましては、右側の3、グループインタビュー結果概要をご覧ください。

訪問看護サービスのニーズは増加傾向にあるものの、供給が追いつかず対応しきれていないという声が多くありました。また、医療的ニーズを見過ごしている可能性があり、潜在的ニーズを含めると供給不足がさらに深刻になるのではないかという認識も示されました。

さらに、事業所数や規模の拡大については、おおむね増加、あるいは拡大すべきとの意見でしたが、サービス量だけでなく、質の確保にも配慮すべきとのご意見もいただきました。

少しでも委員の皆様方にご議論いただく時間を確保するため、非常に簡単なご説明となりましたが、以上とさせていただきます。

市川委員長 ありがとうございます。

それでは、在宅医療についてご意見をお伺いしたいと思います。

ご意見のある方は挙手をお願いいたします。菱沼委員。

菱沼委員 説明ありがとうございました。

少しわからないところがあるのでお伺いします。「参考資料11」で、平成22年度の実施に在宅医療連携調整窓口の設置、23年度の実施に在宅療養支援窓口事業とありますが、これらの窓口の関係性と、これまでのモデル事業、「参考資料12 - 2」の65ページの地域連携推進員配置事業で地域包括支援センターに配置した地域連携推進員と、今回取り組もうとして

いる在宅療養支援員の位置づけの整理について、同じものなのか、違うものなのかといったことを教えていただけますでしょうか。

大滝幹事 まず、「参考資料11」の在宅医療連携調整窓口と在宅療養支援窓口は、ほぼ同じと見ていただいて結構です。モデル事業創設に当たり、多職種の参画があることから在宅医療連携調整窓口という名称にしましたが、包括補助事業としては、在宅療養支援窓口という名称で整理いたしました。

二つ目のご質問の窓口の機能については、区市町村の実態に即して整えていただくことが非常に重要であると考えています。地域包括支援センターのほか、例えば訪問看護ステーションや医師会に役割を担っていただくことも考えられますので、必ずしもこの事業の例と完全に一致させなければならないということではございません。

菱沼委員 ありがとうございます。

市川委員長 確認ですが、地域連携推進員は、例えばケアマネジャーなどの専門職が予定されているのでしょうか。それとも各市町村の判断に任せられているのでしょうか。

大滝幹事 この窓口を担っていただく上で一番重視しているのはコーディネート機能ですので、有資格の専門職ということではなく、コーディネート機能を十分に発揮できる方々を想定しているのご理解いただければと思います。

菱沼委員 関連で発言させていただきます。

1年前に足立区の介護支援専門員さんを対象に医療との連携に関する調査を行ったときに、どういう部分で医療との連携の困難を感じるかについて伺いました。回答を分析した結果、事業所の中に医療・看護系の資格を持っている方がいる場合といない場合では連携の困難さが大きく違うことがわかりました。ですから、今回コーディネートの取組をするのであれば、医療・看護系の専門職を配置するという考え方もあるのではないかと思います。

以上です。

市川委員長 一つの提案として、そういう配慮の仕方もあるだろうということでございます。

あといかがでしょうか。よろしいですか。

それでは、私から。

訪問看護について、需要はかなりあるものの人が少なく対応できないということでしたが、そもそも制度上の問題として訪問看護の介護報酬が高いことが障壁となっているのでしょうか。限度額が設けられていますので、生活支援の必要があれば訪問介護を利用するけれど、訪問看護だと利用できる回数が少なくなってしまい、なかなか利用しにくいというよ

うな現状があるのか。もしも各自治体でそのような議論があれば、伸び悩みの理由はある意味で制度設計の問題にあるかもしれないと思っているんですが、どうですか大滝さん。

大滝幹事 これから我々としても、区市町村ごとの医療資源も含め実態を把握していかなければならないと認識しています。在宅生活の継続には、医療資源の活用、とりわけ訪問看護が重要だと個人的に思いますが、各区市町村の状況を確認しながら、きちんと整理していきたいと思っております。

西本委員 ケアマネジャーの立場からすると、市川委員長のおっしゃったような訪問看護が高いから使わないというイメージはなく、現場ではぜひ看護師さんと連携したいというイメージでいます。ただ、24時間対応してくださる訪問看護がどんどん減っている。その理由は、訪問看護は2.5人で事業所として成立しますが、その人数で夜間も昼間も24時間仕事するのはかなり苛酷だからです。私自身が看護師ですけれど、病院や診療所の看護師は医師というバックがあって動くのに対し、訪問看護では一人で利用者さんのお宅に行って処置しなければならず重大な責任を伴いますので、専門職として力のある方でないと訪問看護はなかなかできないというのが私の感想です。現在、どんな施設でも病院でも看護師さんが不足しており、なかなか在宅の訪問看護を担ってくださる看護師さんも増えていかないというのが現状だと認識しております。

市川委員長 訪問看護をバックアップする仕組みがあれば、仕事しやすくなるのでしょうか。

西本委員 はい。訪問看護をバックアップする仕組みがあればやりやすいというのはもちろんあると思いますし、地域の先生方には大分ご理解いただきバックアップしていただいています。ただ、看護師は訪問看護だけでなく、病院や施設などにも配置するので、全体として配置できる看護師の数が多分足りていないのだと認識しております。

市川委員長 はい、わかりました。

そのようなご意見が出ましたが、他はいかがでしょうか。

はい、お願いします。阿部委員。

阿部委員 訪問看護ステーション協議会の立場からお話しさせていただきます。

現在、訪問看護ステーションは、大型化している事業所が全国で3割程度しかなく、大体が小規模か中規模ぐらいというのが一つの問題だと思います。事業協会や財団の方で、今後大型化していき、夜間の訪問や朝方からの訪問も可能とし、24時間、365日、地域を担っていこうという動きがあります。

あと、先ほど委員長がおっしゃったように、訪問看護の単価が高いという理由での使い控

えは全くないわけではありません。ある程度地域差はありますが、地域によっては点数が足りないので訪問看護をすぐ切られてしまうんです。一方で、訪問看護が入っているからケアマネさんもヘルパーさんも安心して一緒に介護できるという意見の方が多いです。こちらの条件もありますが、依頼はあってもなかなか訪問看護を実施できる状況にはなっていないこともあり、そういう部分では少しジレンマもあるかなという気がしています。

市川委員長 ありがとうございます。そこもご確認ください。

はいどうぞ。

粉川幹事 ご参考まで、「資料2 - 5 訪問看護事業所に対するアンケート調査結果概要」をご確認いただければと思います。

まず、資料の右側、職員の処遇・勤務の状況の最初の ですが、調査の結果、1事業所当たりの看護職員の平均職員数は、常勤が3.7人、非常勤が2.9人という数字が出ています。

その下の事業所の運営の状況ですが、収支の状況の一番下の 、1事業所当たりの職員規模別では、職員数（常勤換算）の多い事業所に黒字事業所が多いということも数字として示されているところです。

改めまして資料の確認でした。

市川委員長 ありがとうございます。エビデンスはここにあるということですが、私が関わっている区の介護保険事業計画等で、医師会から申し入れがありましたので、先ほど発言させていただきました。やはりそれぞれの区、市によって様子は違うようですから、そこを個別にご検討、調査していただきたいと思います。

あといかがでしょうか。

はい、永田委員。

永田委員 今までのご議論と少し違った観点からになると思いますが、先ほど来ご説明いただいた在宅医療推進の取組状況は、在宅医療の点だけでも非常に範囲が広く、モデル事業等を通して課題を分析し、そこから新たな取組につなげることでどんどん内容も深まっていると思います。これを次の高齢者保健福祉計画に入れ、都下の全区市町村での推進につなげていくためには、やはり全体像の検討だけでなく、住民にとって在宅医療が行き届いているかについて確認し、この計画がどのくらい進んでいるかをそれぞれの地域で把握していくような動きが必要だと思います。23年度の取組中、包括補助事業の在宅療養推進協議会の存在が今後も非常に大きくなるのではないかと思います。一方で、こうした協議会的なところは、どうしても形だけになってしまって、せっかくの提案がなかなか反映さ

れないという事例があるので、今回、在宅医療推進の取組の中にこの協議会を位置づけていることのイメージや、協議会を活用し計画に反映させていくためのお考えがあるかどうか、少しお聞かせいただきたいと思います。

市川委員長 質問ですね。大滝幹事。

大滝幹事 計画としては、24年の高齢者保健福祉計画、25年の保健医療計画になります。これまでに検討した課題から具体的な取組につなげるためには、単に医療の面だけでなく高齢の視点、保健政策の視点など、福祉保健局内で横断的に連携しながら整理していかなければならないと考えています。先ほどの永田委員のお話のとおり、協議会は非常に重要で、形式的なものになってしまえば意味がないと思っています。在宅、患者中心という視点から、やはり一番地に密着している区市町村に、多職種を取りまとめコーディネートする役割を担っていただくため、様々な職種の方々から積極的なご意見が出てくる実効性のある協議会の設置をお願いしたいと思っています。協議会の設置については、新たなものをつくらず、例えば既存の介護の協議会に医療を取り込むなど、既存のものをうまく活用していただくなどしていただいても結構です。また、先駆的に取り組んでいただいている区市町村の中でよい例があれば、積極的にお示ししていきたいと思っています。

市川委員長 永田委員が言ったことは要望として受けとめてください。協議会のあり方として、単に会を増やすという議論でなく、スクラップ・アンド・ビルドも含めてその地域での役割を果たすこと、また、福祉と医療、介護と医療の両方がマッチングしていけるようにすることの少し具体的な検討をお願いしたいということです。よろしいですか。

部長さん、何かありますか。

中山委員 私自身もしばらく区の部長をしていましたが、やはり最近では、区市町村で医療に正面から取り組む必要性を随分感じて意欲的に取り組んでいます。私が行っていた区でも、入院医療協議会という、区内の医療機関、病院、診療所のすべてが加盟し、様々な課題を検討する協議会がありました。その協議会では、介護の部分など周辺課題を取り込みつつ、実に有機的に動いていましたので、そういったところをこの計画の中で事例としてお示しするようなこともあり得るかと思っています。

市川委員長 ありがとうございます。

はいどうぞ、西本委員。

西本委員 もう一点、区市町村主導ということはもちろん大事なことだと思いますが、大都市の東京の特徴として、新宿などの大きな区に大病院があり患者さんが集中して入ってい

るという現実がありますので、大病院と区市町村、ケアマネジャーや在宅医さんが、いろいろ話し合える場も、できたら検討していただきたいと思います。

市川委員長 要望ということによろしいですか。

はいどうぞ。

草薙委員 「参考資料12 - 1」のはじめにの中で、「医療モデル」から「生活者モデル」へという大きな柱のようなことがスローガンのように書かれていますが、「参考資料12 - 2」の56ページから図が出ている辺りを見ると、従来の形とあまり変わってないような感じがして、「生活者モデル」的なところが全然見えないという感想を持ちました。

59ページのイメージ図でケアマネジャーや在宅医との連携、56ページの下の方に「生活者モデル」としてより全人的な捉え方をこととすることが重要とあって、具体的には意識改革が必要と書いてありますけれども、果たしてこの部分だけで「生活者モデル」というものに大きくシフトしていくのか、スローガンとして掲げている割には非常に薄いのかなと資料を見て感じたところです。

市川委員長 これはご意見ということにしますか、質問ということにしますか。

草薙委員 意見を踏まえ、答えていただければ。

市川委員長 では、大滝幹事。

大滝幹事 この報告書の前提について61ページのおわりに記載されていますが、今回は、主として在宅「医療」の側から検証を行ったということで、生活者という視点まで入るのが本来あるべき姿ですが、22年の議論では今までのモデル事業を整理する中で見えてきたものをまとめさせていただきました。生活者の話については、このイメージ図から地域包括ケアの考え方も含めて広がっていくとご認識いただいていると思いますが、この報告書としては前提に沿った形で整理しておりますので、ご理解いただければと思います。

市川委員長 福祉の方でもキーワードになるものですので、今後はスローガンに掲げたことを念頭に置いて進めていくよう、ご検討いただくことが必要だと思います。報告書はこのような趣旨で作ったということですので、要望とさせていただきます。

他になければ認知症の方のテーマに行きますが、よろしいでしょうか。

では、認知症対策について、東京都のこれまでの取組と現状の説明をお願いします。

室井幹事 認知症対策をやっております高齢社会対策部在宅支援課長の室井と申します。どうぞよろしく願いいたします。

「参考資料13」と「参考資料4 - 1」、4 - 2、4 - 3のご説明をさせていただきます。

まず、「参考資料13」ですが、今年度、都下の区市町村が取り組んでいる認知症施策について調査を行い、カテゴライズしてお示ししたものでございます。

在宅医療もそうですが、認知症対策も身近な暮らしの場での地域づくりが大変重要であるということで、やはり区市町村が取組の主体であると考えています。東京都はこれを財政的、あるいは技術的にバックアップしていくという関係にあります。

最近、区市町村においても、認知症に対する認識が大変深まってきており、地域の実情に応じて様々な取組が展開されつつあります。まだまだ発展途上だと思いますが、その状況についてお伝えいたします。

区市町村ごとに取組の濃い、薄いはあるかと思いますが、何らかの取組をしている場合は、区市町村数にカウントしております。認知症に特化した取組のみならず、広く認知症も含めた高齢者の見守り等を行っているような場合も含まれますのでご了解ください。

認知症施策について大きく5つのカテゴリーに分類いたしました。

真ん中が地域づくりです。ここは、高齢者福祉のサイドとしては一番重要なところですが、まずは認知症サポーターの活用です。認知症サポーターは増えていますが、これをいかに活用していくかが大変重要な課題です。地域、地域でフォローアップ講座や、地域のボランティアへの活用、名簿登録をするなど、活動につなげていく取組が行われています。

その下のキャラバン・メイト養成研修は、認知症サポーター研修の講師役を養成する研修です。これはいろいろな主体が実施できますが、区市町村で実施しているところが19区、3市という状況です。またフォローアップ、キャラバン・メイトの方を活用したさらなる展開として、ここに書いてあるようなことが行われています。

それから、居場所づくりとして、認知症の方に限りませんが、高齢者や介護者が気軽に立ち寄れるカフェやサロンを開催しているところもあります。これは家族支援のカテゴリーにもつながってくる部分だと考えています。

右上に行きますが、徘徊高齢者対策として、認知症の方に徘徊が出てしまうケースへの対応として、GPS等の探索システムや徘徊SOSネットワークといった取組があります。

さらに、地域のネットワークづくりとして、地域の関係者によるネットワーク会議を設置しているところがあるほか、高齢者全般に対する見守り事業を行っているところが17区、14市に及んでいます。また、認知症の方が利用できる地域資源のマップ、イメージとして地域包括単位で利用できる資源を地図に落とし込み、認知症の方のご家族等にお知らせするという取組も進んでいます。

次に、左上の家族支援のカテゴリーです。

家族介護力向上は、家族ご自身を支援し、力づけていくという取組です。一つは家族会の支援の実施として、家族会の立ち上げの支援、あるいは運営をお助けするボランティアを育成する取組を行っているところもあります。また、家族の交流会ですとか、あるいは専門の相談会なども行ってあります。それから、地域資源の活用としては、外出や見守りなどの支援を行うヘルパーやボランティアの派遣や、これも認知症の方だけが対象ではありませんが、虐待や認知症の方を抱えるご家族のレスパイトを目的として緊急のショートステイのベッド確保を行っているというような事業も広く行われています。

その下ですが、人材育成として、介護職を対象とした研修、それから認知症予防に関する地域住民の活動を促していく意味でのファシリテーターの育成等が行われております。

それから、右上の医療です。

認知症の方はなかなか適切な医療を受けられないということがあります。ご本人が訴えられないことありますし、また入院した場合に、他の患者さんにご迷惑をかけてしまうというようなこともある中で、そこをどう改善していくのかが大きな課題です。区市町村で行われている取組の一つは医療相談で、地域の医師会のご協力を得て、物忘れ相談や訪問相談、専門電話の設置が行われています。さらには、物忘れチェックシートや医療機関の紹介、それから、在宅医療と介護の連携モデル事業や入院ベッドの確保といったことも、認知症の方への医療的サポートという意味で非常に意味あることです。

さらに、普及啓発として、認知症の方へのご理解を促すようなパンフレットの作成や、講演会、シンポジウム、あるいは認知症予防事業といった取組が広く行われています。

これらは区市町村の取組ですが、東京都はこういった区市町村の地域、地域の取組をバックアップし、促進していく役割を担っていると考えております。

「参考資料4 - 1」をご覧ください。東京都認知症対策推進会議は、これまでの東京都の認知症対策の中心になってきました。東京では平成18年度に、恐らく国に先駆けて、認知症高齢者を地域で支える東京会議を設置し、そこでいろいろな整理を行い、その成果を踏まえ、認知症の人に対する具体的な支援体制の構築に向けて対策を検討する場として、平成19年度から認知症対策推進会議を設置しています。これまで仕組み部会、医療支援部会、若年性認知症支援部会、東京都における認知症疾患センターのあり方検討部会を設置して具体的な検討をし、施策化してきているところです。

さらに、今年度は、まだ正式な名称は決まっておりませんが、地域連携パスについての部

会を設置し、関係者間の情報共有についてご検討いただきたいと考えております。

次に、東京都の認知症対策ですが、認知症施策としては本当に幅広い取組が必要になります。先ほど区市町村の取組でもお示したような区分で基本的な考え方を整理し、東京都として取組を進めています。一つは地域づくりということで、認知症の方が地域で暮らしていけるよう、面的に支える仕組みを作っています。直接の取組主体は区市町村ですが、東京都は広域的な自治体としてバックアップをしています。また、認知症の理解促進、普及啓発として、都民向けのシンポジウムや、キャラバン・メイトの養成、あるいは認知症サポーターの養成を区市町村等が行う場合の支援などを行っています。

次に、医療ですが、区市町村で地域の医療についてご検討されているところ、東京都としても専門的な医療を直接振興しなくてはいけないという認識です。老人性認知症専門病棟、これは精神科病院で周辺症状が厳しい方が対象になりますが、そうしたところを用意しているというのが1点です。また、この後で説明いたします認知症疾患医療センターを新たに設置し、専門医療を提供します。さらに、地域連携の推進として、認知症疾患センターが、各地域における地域連携の構築の支援に取り組んでいきます。

次に、介護ですが、基盤整備として認知症グループホームの整備促進のため、補助金等を出しているのが1点。さらに、その担い手である介護人材を育成していくため、介護職を対象にした認知症ケアに関する研修の実施、あるいは認知症の方は虐待を受けるリスクが非常に高く、虐待を受けた方の約4分の3は認知症の疑いがある方という調査結果も出ていますので、区市町村職員や実際に施設を管理していらっしゃる方等にその対応に関する研修の実施をしています。

若年性認知症については、現役世代で残念ながら認知症の症状が出てしまう方が認知症の高齢者に比べれば非常に少ないもののいっしょり、一家の大黒柱が認知症になってしまう、あるいは、お子様も小さい、奥様が働かなければいけないなど、大変厳しい状況になってしまうことから、現在、若年性認知症の方専門のデイサービスのあり方の検討をするモデル事業を実施しています。若年性認知症の方がお家の中で閉じこもってしまいサービスにつながらないケースが多いことから、その方がどういう支援を受けられるか調べ、場合によっては同行して手続をすることも含め、いろいろなサービスにつなげていくための支援をするという事業を、事業所に委託して行っています。この事業については、認知症対策推進会議の中で検証を行い、できれば具体的な施策、取組、あるいは国への要望等につなげていきたいと思っております。

次に、認知症疾患医療センターのあり方検討部会についてご説明いたします。

この部会は昨年度設置し、検討の成果を報告書にまとめました。「参考資料4 - 2」の概要版と「参考資料4 - 3」の報告書をご用意しましたが、概要版でご説明いたします。

まず、認知症高齢者の状況ですが、東京でも2015年には「4人に1人が高齢者」の時代となり、高齢者の中でも75歳以上の方が増え、認知症の方も高齢化のスピード以上に急速に増加していきます。認知症の方の住まいについて、半数以上は在宅で生活をしているという調査結果が出ております。また、先ほど委員長からもお話がありましたが、世帯の細分化が進み、単身世帯、あるいは高齢者のみの世帯が大変増えてきているため、こういった世帯で認知症が発症してしまうと、発見が遅れてしまう、あるいは虐待等につながってしまうようなこともあるという状況です。

このような中、認知症に対する医療的なサポートという点でどのような現状認識をしているかについてですが、現状と課題の囲みをご覧ください。

今まで、医療支援部会等で認知症サポート医の養成等の取組について検討し、地域の医療体制が、十分かどうかは別として着実に進んできていると認識しました。

一方で、都内には、認知症に関する専門医療機関が相当数存在しているものの、まだまだ十分ではない。具体的な課題としては、認知症の早期診断、早期対応という点で、その専門医療機関になかなか適切につながっていかない、あるいは、ひとり暮らしの方が認知症になってしまった場合の対応が難しい、あるいは専門医療機関から地域の福祉の方につながっていないというような状況もあります。

さらに身体合併症・周辺症状への対応という点では、入院先を探すのが非常に難しい、また入院した後の在宅復帰のシステムがまだ十分にでき上がっていないという状況です。

地域連携については、調査の結果、医療機関と地域包括支援センター双方のコミュニケーションが十分でないという結果が出ました。また、家族支援を行っている家族介護者の会の活動が十分に知られておらず、地域のいろいろな社会資源が必ずしもうまく結びついていないという状況です。

それから、専門医療、地域連携を支える人材の育成については、これから認知症の方が非常に増えていく中で大変重要だと認識しています。

このあり方検討部会では、国の制度による認知症疾患医療センターを、国の補助金を活用しつつ東京都でも整備していくべきだというご意見をいただきました。また、それにより、認知症と身体症状の双方に切れ目のない医療支援体制を構築するとともに、地域における

医療、介護、その他関係者の連携体制を構築していくべきとのご意見もいただきました。

また、国の設置基準はありますが、やはり地方と大都市は違うので、大都市東京が具体的に困っているところは一体何か委員の皆様方からご意見をいただき、効果的に機能するものを整備していくため、東京都のセンターとして果たすべき具体的な機能や役割を部会の中で整理いたしました。指定数は二次保健医療圏に1か所を基本とし、指定期間は一定の期間として3年程度で考えています。

次に、東京都における認知症疾患医療センターの機能・役割です。

基本的機能ですが、まず一つは地域の医療機関、介護事業所等への支援機能です。認知症の方のサポートは、やはり地域が主体となるため、センターはそのバックアップを大いにしていただきたいということです。もう一つは、認知症に係る医療・介護連携を推進する機能です。

また、役割として、三つに整理していただきました。専門医療機関としての役割、地域連携の推進機関としての役割、それから人材育成機関としての役割です。

具体的には下の点線の四角の中で述べていますが、専門医療機関としての役割の一つは、専門医に加え、さらに医療相談室を設置していただきたいということです。本人や家族、さらに、地域包括支援センター、あるいはケアマネジャーも含め、いろいろな関係機関からのご相談に応じられる場の設置です。ここには、保健師や精神保健福祉士といった方々を配置していきます。

それから、鑑別診断・初期対応時の取組です。鑑別診断を行える病院が東京都内にはたくさんありますので、これをやっていただくのは当然と考えておりますが、疾病の特定だけでなく、その結果、その方の身体、あるいは社会的側面等で、どういう影響やリスクが生じるのかについても評価をしてくださいとお願いしています。

さらに、身体合併症・周辺症状への対応としては、特に入院医療に関して、院内連携をしっかりしていただく、あるいはセンターだけで入院医療の対応をするのは難しいので、他の急性期病院や精神科病院と連携しながらネットワークをつくり、地域全体で受入体制を整備していただきたいと考えております。

それから、地域連携の推進機関としての役割では、認知症疾患医療・介護連携協議会といったツールなどを使いながら地域連携体制を構築していただきたいということです。

先ほどの在宅療養推進協議会との関係についてですが、今の段階では、すべての区市町村でこの協議会が立ち上がっているというわけではありませんが、協議会のあるところで認

知症のことを積極的に取り上げていく場合には協力していくというイメージでありますので、屋上屋を重ねるということではないとご理解いただきたいと思います。

それから、人材育成機関としての役割では、医療人材を育てることは当然として、さらに認知症に係る地域づくりを支える人材の育成、例えばサポーターの養成講座といったことにもご協力いただきたいと思いますということです。

その他の情報発信等では、特に重要な身体合併症・周辺症状への対応、地域連携の推進について、以前から問題であるという認識はありながら、なかなか突破できなかった部分を少しでも認知症疾患医療センターで改善していければというご意見をいただきました。

地域連携のイメージをご覧くださいますと、上の方に認知症の人と家族とあり、その周囲に楕円形の丸があります。これは様々な主体が参加している基本的な地域のネットワークですが、認知症疾患医療センターを含む病院医療のネットワークがこれを支えていくというイメージです。

その下が医療相談室の役割です。医療相談室には保健師や精神保健福祉士の方が配置されますが、その役割が大変重要だと部会でご意見をいただきました。具体的にどういう役割を果たすのか、このような場面でこのような役割を果たしていただきたいということが報告書の中に書いてあります。

最後に、関係機関の協力ということで、センターだけが頑張ってもどうにもなりませんので、行政機関はもとより、関係機関の様々な主体に協力をさせていただくことが不可欠というご意見をいただいております。東京都の役割としては、センター間の連絡会を開催するなど、情報交換を含めた当事業の充実に向けた積極的な取組、さらには、標準的な地域連携パスを作成するなど、具体的な地域の連携体制の構築に向けた支援を行ってくださいというご意見をいただいております。また、区市町村の役割としては、協議会等、地域の連携に積極的に協力してくださいというご意見をいただきました。

この認知症疾患医療センターについては、部会のご意見をいただいた後、具体的に公募を行い、手を挙げていただきました。選考委員会を終え、現在は国と協議中であり、近いうちに指定ができると考えております。

長くなりましたが、以上でございます。

粉川幹事 続きまして、認知症関連の配布資料についてご説明いたします。

まず、「資料2 - 8 認知症高齢者グループホームに対するアンケート調査結果概要」です。ここでは、左側では、提供しているサービスの状況として、利用者数、入居期間、平

均家賃を示しております。右側では、これまでの資料と同様、職員の処遇、あるいは事業所の運営の状況についてお示ししています。

続きまして、「資料2 - 9 小規模多機能型居宅介護事業所に対するアンケート調査結果概要」です。小規模多機能ならではの調査項目としまして、左下に宿泊と緊急夜間訪問サービスの状況をお示ししています。

続きまして、「資料2 - 11」です。第4期計画にも記載しておりますが、認知症高齢者の基礎資料として認知症高齢者数の分布調査集計結果概要です。本年1月1日を基準日とし、都内62区市町村に対して行った調査の結果です。資料には記載していませんが、65歳以上の方のうち自立度 以上、つまり何らかの認知症の症状を有する方の割合が、第4期は12.0%でしたが、今回の集計結果では12.4%と、若干増えています。

以上です。

市川委員長 説明が終わりましたが、ご質問、ご意見はございますか。

はい、林田委員どうぞ。

林田委員 この認知症対策だけでなく在宅医療でもそうでしたが、端々で区市町村が主体となり東京都はバックアップをする、そういう体制を整えるという発言やご意見がありましたが、具体的にどのようなことをされているのか。例えば区市町村の代表者の方と会って話し合いをしているとか、それとも新しくこういう連携をとっていくとか。区市町村にというときに、定期的な会合やその結果を東京都の方も一緒になって把握されているのかどうもよくわかりません。今まで、同じようなものに私も何回か参加したことがあるんですが、本当に保険者さん、区市町村さんと東京都さんの連携がとれているのかと思うことがなくはなかったので、一体どのような感じでバックアップなどのイメージをされているか伺いたいと思います。

市川委員長 室井幹事。

室井幹事 一つには財政的な支援がありますが、今のお話はどちらかという情報交換等の技術的な支援や、一緒に考えていくということかと思えます。十分かどうかは別としても、地域を分けて年に数回、区市町村の認知症担当者を集めた連絡会等を実施しております。そのほか、事例の発表会を行ったり、今回の調査結果を区市町村にお返すなどしました。区市町村は、自分のところの取組は当然理解していますが、他の区市町村が何をやっているかについてはなかなか把握が難しいところがありますので、そういった点で情報提供等のサポートをしています。

市川委員長 いいですか。

林田委員 わかりました。

「参考資料13」の区市町村における認知症施策事業一覧は、よく把握されていますし、各区や市の方々が一生懸命頑張っているというのがよくわかりました。事業一覧の事業をどれも実施していない区市町村さんがいれば、教えていただけたらと思います。

室井幹事 これは自己申告で出していただいたものですので、その辺の認識の問題もあるかもしれませんが、確かに、取組がない、もしくは非常に数が少ないところがあります。

林田委員 そうですね。せっかく連絡会等を開いていただいても、区市町村ごとにあまりにもばらつきがあるのはどうかと思うことが多いわけです。東京は面積的にそんなに広いわけではありませぬので。ここまで数字が上がっている、区市町村の実施状況が把握できているのであれば、それについてどうやってみんなで頑張っていこうかといったところ等が話し合われるべきではないかと思います。きつい言い方かもしれませんが、例えば認知症サポーターなど、取り組んでいるところとそうでないところを把握した上で公表してもいいのではないかと思わなくもないところです。

あと、もう一つよろしいですか。

市川委員長 今の議論は、どうしますか。要するに第三者評価みたいな形で、行政全体の各市や区への対応をチェックした方がいいというご意見でしたが、都管内でそのようなチェックをすることも必要というご意見として受けとめてよろしいですか。林田さん。

林田委員 はいそうです。ありがとうございます。そこまで入れていただければ。

市川委員長 ボトムアップを図るような仕組みをつくり、それぞれの地方自治体がどのようなレベルにあるかの認識を進めることも必要ではないかというご意見ですが、そもそも東京都が把握できていないのか、区市町村が出していないのか微妙なところがあるので、出ているか出ないかで基準は定められないものの、これが一般的基準、あるいは判断基準になるだろうというようなことをお出しするのも、東京都の一つの役割かもしれない。その判断は各区市ですとしても、これが一つの水準だというような、一つのモデルや基準を設けないとスタンダードがわからないからという議論でもあるかと思しますので、今後ご検討ください。

林田委員 ありがとうございます。もう1個だけいいですか。

市川委員長 はいどうぞ。

林田委員 先ほどの認知症疾患医療センターとその前の在宅療養推進協議会、両方とも非常

に価値が高いと思いますが、それぞれ別個に動かれると同じような機能があってかなり重複する部分があるのではないかと思います。特化している部分、例えば認知症などの部分まで一緒くたにする必要はないとは思いますが、同じように地域のネットワークが重要、在宅の診療所等のネットワークが重要ということであれば、今後はある程度統一的な、つながりのある動きが必要なのではないかと思いました。

以上です。

市川委員長 これは、先ほど永田委員の質問と関連しますかね。

永田委員 はい。

市川委員長 ですから、先ほどのことをもう一度確認したいと思います。どうぞ。

室井幹事 先ほど少し触れましたが、認知症の協議会については、在宅療養の協議会が既に立ち上がっているところがまだまだ数として多くはありませんので、立ち上がってない地域でも広げていきたいと思っています。在宅療養の協議会が立ち上がっている地域で、その協議会が認知症についてもしっかり取り組もうという場合は、当然、そこでやっていただくこともありますのでご理解いただきたいと思います。

市川委員長 よろしいですか。

林田委員 はい、わかりました。

市川委員長 他はいかがでしょうか。

では、どうぞ内藤委員。

内藤委員 「参考資料13」を拝見しますと、区市町村でいろいろな認知症対策が行われているということがわかりますが、どうも介護サービスに関するものはあまり手が出ていない、人材育成のところでは若干ある程度にとどまっているという感じがあります。「資料2 - 8」と2 - 9では、地域密着型サービスのうちの認知症の方を主な対象にしているサービスを取り上げていて、もう一つ認知症対応型通所介護もありますが、数を見ると極めて小さいと。「資料2 - 11」のグラフから居宅で認知症の方の人数が莫大であることが読み取れますが、今のところ市町村が自力で調整できる介護サービスは地域密着型サービスだけなので、結局ほとんど何の手も打てないというのが現状なんだと。居宅の認知症の方の多くは、結局都が指定している一般の居宅サービスを使われているはずですが、その方たちが地域で暮らし続けられるようなサービスの利用うまくできているのかそうでないのかという点をはっきりしないと、どうも議論しにくいのではないかと。確かに、地域づくりも大事ですし、医療も大事なんですけど、やはり日常的な面を支えるのが介護サービスだと思います。

す。東京はサービス量が大きく人数も非常に多いというのが特徴ですが、居宅にいる認知症の方の大勢が、東京都が指定している一般の居宅サービスを使ってうまく地域で暮らし続けられるかがわかる資料などがあるといいと思いますし、またここで議論の対象になると思います。そういう実態と、それへの対応、サービス量の確保をどうするかといったことが非常に大きな問題なので、ぜひその検討をお願いしたいという要望です。

市川委員長 その点に関して回答する準備はありますか。地域づくりなどの周辺部分も重要ではあるけれど、本丸となる認知症のケアの部分に関してどのように判断しているかということをお聞きになったと理解してよろしいでしょうか。その部分に関してどうでしょうか。

どうぞ。

粉川幹事 先ほど資料でご説明した認知症高齢者グループホームと小規模多機能に関して、東京の特性として土地が少ない、地価が高い、土地の形状がよくないというなかなか厳しい前提があることから、東京都では認知症高齢者グループホームの整備の促進について、ここ数年来力を入れています。

具体的に申し上げますと、認知症高齢者グループホームの整備については、事業者が整備を行った場合の補助だけでなく、土地の所有者が建物を建てそれをサービス事業者が運営する場合にも補助を出すオーナー型補助という全国にない東京都だけの補助の仕組みを設けており、力を入れているところです。

小規模多機能型居宅介護事業所は現在80を超えるぐらいになっていますが、これについても補助の仕組みを講じています。また、事業所の登録定員が25名でなかなかスケールメリットが働かないことから、これまで再三、国に対して事業スキームの見直しに関する提案要求を行っています。

内藤委員にご指摘いただいた、本丸である介護サービスで認知症高齢者をどう支えるかについては、引き続き私どもの方で受けとめさせていただきますが、本日説明した二つのサービスの整備についてご紹介させていただきました。

内藤委員 もちろん、それが大事だということは認識していますが、5年、10年の間では、どう考えても数的に足りないのではないかと私は考えています。そうすると、既存のサービスをどうするのが非常に大きなテーマになるのではないかと私は考えています。例えば、認知症の方を積極的に受け入れている一般の通所介護やショートステイをもっと評価したり明らかにしたりするなど、既存のところを活用して認知症高齢者を受け入れるということを考えないと、

東京ではどうもうまくいかないのではないかという意見です。結構です。

市川委員長 よろしいですかね。

はい、林田委員どうぞ。

林田委員 先ほど私が話した区市町村さんとの連携とすごくつながりがありますが、今の課長さんにご説明いただいた東京都さんの独自の補助金の政策等は、全国的にも評価されているレベルだと思います。ですが、実際保険者さんにグループホームをつくりたいと言に行ったら、事業計画に載っていないからつくことはできないと言われるのがほとんどで、とてもその補助金が有効に使われている状況ではありません。私が最近つくったのでそう思いますし、他の事業所も同じことを言っています。その辺が十分とは思いませんので、ぜひもう一步踏み込んだ対応をされないと、内藤委員がおっしゃるように本当に困ってらっしゃる方々が使えないのではないかという状況は続くと思います。

あと、地域密着型とはいうものの、例えば極端な話、23区内はどここの事業所でも使えるぐらいにしないと、待ちが多い区とそうでない区が出てしまう。うちの事業所は豊島区、北区、文京区等でやっていますが、文京区は非常に待機者が多いですが、北区はそれほどもないということがあって、隣接に近い状況でも使えなかつたりしますので、そういうことにも踏み込んでいただきたいかなと思います。

市川委員長 今の話には二つの論点があると思います。一つは、各区市の独立判断がありますのでなかなか難しいことかもしれませんが、誘導と言いますか、明らかに設置が必要であるという認識の啓発も含め、対応していただきたいということですよ。

もう一つは、また難しいところですが、利用圏域についての柔軟性を少し検討できないかという提案だと理解してよろしいですか。

地域密着型は数自体が少なくニーズは充足していないけれど、利用状況が文京など三つの区で違いがあるわけですね。そのような場合に、ある程度越境というか、エリアを越えることも考えられるのかということです。法制度の根幹の議論ですが、東京都としてはどうお考えになりますか。なかなか制度としては難しいですかね。

粉川幹事 これまでのご議論の補足にもなりますが、東京都の高齢者保健福祉計画には介護保険事業支援計画という側面があることから、現在、区市町村と個別にヒアリングを行っております。その場では、グループホームを含め、区市町村の計画の中で圏域に位置づけられた地域密着型サービスについてのお考えを聞くとともに、ここの圏域は整備するが、他の圏域ではなかなか手が挙がらないという状況が3年、6年と続いていることから、そ

の見直しについても個別に区市町村さんに働きかけています。

また、少し話が戻りますが、区市町村における認知症施策事業一覧の事業をどこが実施しどこが実施していないかということについてもヒアリングの場でお示ししながら、都として全体的に取り組むべき内容についていろいろと調整をさせていただいているところです。

現在、ヒアリングを始めたところですが、今後は今いただいたご意見も含め、ヒアリングや一斉の調査等の中で、区市町村の声をとっていきたいと考えております。ありがとうございました。

市川委員長 このテーマについて、ご意見、もしくはご質問があるという方は挙手してください。

それでは、どうぞ。

菱沼委員 では、この計画を作っていくに当たっての意見を二つ述べさせていただきます。

「参考資料4 - 2」の3ページ目の地域連携のイメージは、認知症疾患医療センターが地域連携を支えるイメージということですが、どうしても地域が専門職から見たものになってしまっています。恐らく議論の過程では入っていると思いますが、その人が地域で育んできた友人や、よく利用するお店など、その人の地域の関係性とつながっていくものを図に落とし込む必要があるかと思っておりますので、ぜひ考えていただきたいというのが1点です。

地域の関係性を考えますと、そのような関係性を把握する力が専門職に求められますので、そこから情報共有の問題、個人情報の問題が出てきます。今回いろいろな取組を紹介していただき、例えば「参考資料14」の56ページに中野区で行っている地域支えあいネットワーク推進条例が紹介されていますが、こういった個人情報の共有を進めるような施策について、また方向性について、この計画で東京都として示していく必要があるかと思っております。

以上です。

市川委員長 それでは、高原委員。どうぞ。

高原委員 この会議は東京都の高齢者保健福祉計画を策定することになっていますが、今回の議論は、どちらかというと保健に偏った議論だったかと思っております。そこで、スケジュールの中に、福祉を中心とした議論が計画されているかについて質問させていただきます。

市川委員長 どうですか。

粉川幹事 今回は、四つの重点事項のうち認知症と在宅医療を取り上げましたが、29日の第3回では、在宅サービス、施設サービス、あるいは住まいといった介護、福祉の部分に重点を置いてご議論いただこうと予定しております。

市川委員長 よろしいですか。

高原委員 はい結構です。

市川委員長 先ほど資料の中にあったマップについて、福祉にどう当てはまるのかという議論も今後は必要だと思います。地域包括を軸にした福祉、連携といった課題も出てくると思うので、ご検討いただければと思います。

富井委員、どうぞ。

富井委員 福祉の話になるかもしれませんが。認知症対策の施策等に関して、いわゆるニーズがどんどん増えていきますという話でしたが、どんどん増やさないための努力というのはどうするのでしょうか。予防という観点でここに記載されているのは、人材育成のところの予防ファシリテーターの育成くらいですが、このほか予防や治療法の研究など、認知症にさせないような努力というのはどうするかという観点から、この部分にもう少し何か盛り込んでほしいと思います。アイデアとしてはいろいろありますが、その辺をどうお考えになりますか。

市川委員長 はい、室井委員。

室井委員 「参考資料13」は認知症に限った施策でして、このほかに介護予防等は地域支援事業等でたくさん行われていますのでご理解いただければと思います。また、「参考資料13」の右下の普及啓発のところには予防事業とありますが、認知症の予防事業の取組も十分かどうかは別としてなされているところです。

市川委員長 何か具体的な事例などはありませんか。取組としてこういうものがありますという、より説得力が増すと思います。

では、永田委員。

永田委員 「参考資料13」の全体像の中で、今後の認知症施策のキーになるのが地域づくりであるとしても、それぞれの取組を引っ張っていくのはやはり人材だと思います。左下に人材育成としっかり掲げられていますが、その内容が介護職、予防ファシリテーター、包括・行政職員、その他とそれぞれの役割ごとの限定的な人材育成になっています。先ほど内藤さんや他の方の話にもありましたが、これから膨大に増え続ける認知症の方を効果的に支える地域の面の仕組みを、質を担保しながらどうつくるかについて引っ張りつつコーディネートしていく人材をしっかり育てていくことが次期計画の非常に大きなポイントになると思います。そういう人材の養成、一つは認知症コーディネーターの養成を都としてどう考えているのかということもありますが、ぜひ、これからのフォーメーションをきち

んと支え、引っ張っていくための人材という点に特化した育成を考えていただきたいと思っています。

市川委員長 要望ということですね。

社会福祉士の改革の中で、今後、専門社会福祉士という位置づけがなされ、7年後にステップアップという形で研修を行うという議論がありますので、そういうものも参考にしてください。

それでは、西本委員。

西本委員 先ほど内藤委員がおっしゃっていた、福祉の方の認知症に対する対応についての補足です。

21年度から、介護支援専門員に向けた在宅医療サポート介護支援専門員研修を東京都と一緒にやらせていただいております。また、ケアマネだけでなく、訪問介護事業所に向けた取組も医師会と一緒にしていると聞いています。これは、福祉の従事者が認知症も含めた医療的な部分で早く気づき、早く対応していこうという気づきの部分の対応の研修会です。21年度からの取組なので、かなり多くの方に対して研修が行われていますので、補足をさせていただきました。

市川委員長 では、これをもちまして、質疑を打ち切らせていただきます。

なお、今回は高齢者の住まいや施設サービスがテーマで、先ほど高原委員がおっしゃった議論もここで入ってまいります。今回は医療の側面を注視しながら福祉の議論をしましたが、次回は住まいとからめながら福祉サイドの議論をしつつ医療との連携を模索するということになるかと思います。

また、第3回までの委員会での検討に基づき起草委員で計画の原案、内容を作成していくこととなります。起草委員の委員長については、私が和気副委員長を指名しましたが、その他の委員幹事について事務局から説明していただけますか。

粉川幹事 それでは、「参考資料16」をご覧ください。

委員長からお話がありましたが、7月29日の第3回の本委員会までで議論いただいた内容について、起草委員会で検討させていただきます。和気副委員長のほか、内藤委員、西本委員、平川委員を委員長からご指名いただきましたので、名簿に記載させていただいております。なお幹事につきましては、下段に記載のとおりです。

以上です。

市川委員長 では、日程等の事務連絡をお願いします。

粉川幹事 それでは、「資料2-12」の作成委員会スケジュールをご覧ください。

次回の委員会は7月29日金曜日、午後6時から8時までです。なお、場所については都庁で開催いたしますが、会議室等は追ってお知らせさせていただきます。今月は2回の開催となり、お忙しいところ委員の皆様にご負担をおかけいたしますが、どうぞよろしくお願いいたします。

また、今回配布させていただいた資料については、前回同様、お持ち帰りいただいて結構ですが、そのままお席に置いて行かれたものについては事務局で保管し、次回の委員会の際にご覧いただけるようご用意いたします。

以上でございます。

市川委員長 事務連絡もすべて終わりですね。

では、最後に小室さん、特命の担当部長ですから、どうぞ一言。

小室幹事 いろいろ活発な議論していただきありがとうございます。今回の第2回の会議内容については、医療、特に在宅医療と認知症という国が提示した四つの要素のうちの一つについて特に重点的に議論をお願いしようと思ひ、その関連の資料を用意させていただきました。

前半にたくさんご意見をいただいた医療と介護の連携について、今は介護保険法の改正が終わり、これから政省令レベルの改正などの細かな改正が進んでいくかと思ひます。例えば24時間の訪問介護看護や、これまで別々の事業所で提供していた小規模多機能と訪問看護のサービスを一つの事業所で一体的に提供する複合型サービスといった新しいサービス類型に見られますように、医療と介護が制度面からも非常に接近してきたというのが、次の第5期のサービスの大きな特徴の一つかと思ひます。

また、医療と介護の連携のキーとなる訪問看護や、ケアマネジャーさんの役割、私どものモデル事業で地域包括支援センターに置いている医療連携推進員など、医療機関を退院された方にいかにうまく在宅生活へソフトランディングしていただくかをコーディネートする役割が非常に重要となります。ここは制度的にまだ十分に担保されておらずうまく機能していないので、モデル事業などで取り組んできているところです。

人材の育成だけでなく、介護報酬や仕組みづくりといった制度的な仕組みのことについても、こういった会議の場でいろいろご意見をいただきながら、私どもも引き続き取り組んでいかなければならないと思っております。

認知症については、3年前は12.0%だった認知症の方々が今回は12.4%というように、ど

んどん比率が増加しております。高齢者人口が増えていく中で比率がなお増えているわけで、絶対数としても非常に多くなっていきます。先ほど室井課長がお話ししましたが、医療面では専門の認知症疾患医療センターが新しくできますので、そこで少し前進がありました。一方で、内藤先生がおっしゃったように、「本丸」の介護サービスの方はまだまだ不十分な状況にありますので、私どもも量を増やすための施策を講じながら、地域づくり、まちづくり、例えば商店街や地域としていろいろな認知症の方々の特徴を勉強なさせて、地域で面として支えていくような仕組みづくりといった取組をできるだけ区市町村に普及・啓発するなど、総合的に少しでも層の厚い施策づくりに取り組まなければいけないという気持ちを新たにしました。

ありがとうございました。

市川委員長 ありがとうございました。現場も、今はかなり待ったなしの状況になっているところが多々あるので、急いで支援する体制をつくる必要があります。

今後とも十分議論し進めていきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

これをもちまして散会いたします。どうもありがとうございました。

- 了 -