

平成26年度

第2回

東京都高齢者保健福祉計画策定委員会

日 時：平成26年7月4日(金)午後5時01分～午後7時08分

場 所：都庁第二本庁舎31階特別会議室27

- 1 東京都における地域包括ケアシステムの構築の方向性について
- 2 介護サービス基盤の整備、高齢者の住まいの確保について
- 3 在宅療養の推進について

<資 料>

- | | |
|--------|--|
| 資料1 | 東京都高齢者保健福祉計画策定委員会委員名簿 |
| 資料2 | 東京都高齢者保健福祉計画策定委員会設置要綱 |
| 資料3 | 東京都高齢者保健福祉計画（平成27～29年度）の策定について |
| 資料4 | 東京都における地域包括ケアシステムの構築の方向性について（案） |
| 資料5-1 | 高齢者の住まいのイメージについて |
| 資料5-2 | 介護サービス基盤の整備促進 |
| 資料5-3 | 介護保険施設等の整備に関する支援策 |
| 資料5-4 | 所有地活用による高齢者福祉施設の整備状況 |
| 資料5-5 | サービス付き高齢者向け住宅の供給促進について |
| 資料5-6 | 医療・介護連携型サービス付き高齢者向け住宅モデル事業 |
| 資料5-7 | サービス付き高齢者向け住宅の現状・実態調査概要 |
| 資料5-8 | 東京都居住支援協議会の設立について |
| 資料5-9 | 住まい対策一体型地域生活支援事業 |
| 資料5-10 | 第5期（平成24年～26年度）介護保険事業支援計画の進行管理 |
| 資料5-11 | 「保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上
ガイドライン」の概要 |
| 資料6-1 | 地域における医療・介護の総合的な確保を図るための改革 |
| 資料6-2 | 在宅医療・介護の連携の推進 |
| 資料6-3 | 地域における在宅療養の推進体制 |

- 資料6-4 在宅療養推進に向けた都の取組
- 資料6-5 在宅療養生活への円滑な移行の促進
- 資料6-6 平成26年度訪問看護推進総合事業について

<参考資料>

- 参考資料1 東京都高齢者保健福祉計画《平成24年度～平成26年度》（平成24年3月）
- 参考資料2 高齢者の居住安定確保プラン（平成24年8月）
- 参考資料3 高齢者の見守りガイドブック（平成25年6月）
- 参考資料4 「東京の高齢者と介護保険」データ集
- 参考資料5 介護保険制度の改正案について（平成26年2月25日厚生労働省老健局全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料）

<出席委員>

市川 一 宏	ルーテル学院大学 学事顧問・教授
熊田 博 喜	武蔵野大学人間科学部社会福祉学科 准教授
内藤 佳津雄	日本大学文理学部心理学科 教授
和気 康 太	明治学院大学社会学部社会福祉学科 教授
秋山 隆	公益社団法人 東京都老人クラブ連合会 事務局長
小林 忠 雄	東京都シルバー人材センター連合 事務局長
芳須 保 行	東京都民生児童委員連合会 副会長
奥村 孝 行	一般財団法人 サービス付き高齢者向け住宅協会 事務局長
椎名 美恵子	東京都訪問看護ステーション協議会 副会長
高野 直 久	公益社団法人 東京都歯科医師会 理事
千葉 明 子	特定非営利活動法人東京都介護支援専門員研究協議会 理事長
西岡 修	社会福祉法人 東京都社会福祉協議会 東京都高齢者福祉施設協議会 会長
灰藤 誠	公益社団法人 全国有料老人ホーム協会 事務局長
林田 俊 弘	東京都地域密着型サービス事業連絡協議会 事務局長
森田 慶 子	公益社団法人 東京都薬剤師会 理事
畦元 智恵子	杉並区保健福祉部高齢者施策課長
横沢 真	瑞穂町福祉部高齢課長
細谷 洋	公募委員
山本 美紀子	公募委員
後藤 啓 志	東京都福祉保健局企画担当部長
中山 政 昭	東京都福祉保健局高齢社会対策部長

<欠席委員>

永田 久美子	認知症介護研究・研修東京センター 研究部部长
平川 博 之	公益社団法人 東京都医師会 理事
吉野 真智子	福生市福祉保健部介護福祉課長

○加藤幹事 皆様、こんにちは。予定の時刻となりましたので、ただいまから第2回東京都高齢者保健福祉計画策定委員会を開催いたします。

委員の皆様方には大変ご多忙中にもかかわらず、また足元のお悪い中、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。

私は、本委員会の事務局を務めます、福祉保健局高齢社会対策部計画課長の加藤と申します。どうぞよろしく願いいたします。

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。

また、ご発言に当たりましては、お手元のマイクのスイッチを入れてお話しくださいますようお願いいたします。

それでは、座って進行させていただきます。

まず初めに、欠席委員のご紹介をさせていただきます。

本日、所用により欠席のご連絡を頂戴しております委員でございますが、認知症介護研究・研修東京センターの永田委員。

それから、公益社団法人東京都医師会理事の平川委員がご欠席でございますが、代理といたしまして、同会理事の内藤先生にご出席いただいております。

また、福生市福祉保健部介護福祉課長の吉野委員でございますが、代理といたしまして、大楠課長補佐にご出席いただいております。

現時点で、ご出席の委員の中で、椎名委員、それから林田委員がおくれるとのご連絡をいただいております。

それでは、資料の確認をさせていただきます。

お手元でございますけれども、クリップでとめております資料が、1から6-6になってございます。ご説明の中で、順次ご紹介させていただきたいと思っております。

また、参考資料といたしまして、先生方の目の前に、高齢者保健福祉計画。それから、居住安定確保プラン等々の冊子類が置いてございます。また、一番下のほうに、前回も配らせていただきましたけれども、東京の高齢者と介護保険のデータ集、それから、国の今回の介護保険制度の改正案について、少しまとめたものをご用意させていただいております。

また、本日、千葉委員のほうから、A4の資料でございます、右肩に千葉委員提供資料と書かせていただいておりますけれども、こちらは本日の在宅療養に関する議題のと

ころでご発言を頂戴する予定でございますので、机上に配付させていただいております。

資料については以上でございます。

それでは、市川委員長、よろしくお願いいたします。

○市川委員長 皆さん、ご苦労さまでございます。

本委員会は、地域包括ケアの視点から、高齢者が直面している地域課題にどう関わっていくのかというきわめて本質的な議論もする委員会でございます。2025年問題をにらみ、今から地域の再生、福祉の広がりを検討していくことが必要と思います。

そしてまた、特に、それぞれの地域、自治体で、いろんな動きがございます。それも検証しながら進めていきたいと思っております。

今日の議題は盛りだくさんでございますので、迅速に進めさせていただきたいと思っておりますので、どうぞご協力をよろしくお願いいたします。

議事に入ります。

東京都における地域包括ケアシステムの構築の方向性についてということが、最初の議題でございます。

前回の委員会では、高齢者保健福祉計画のアウトライン策定に当たっての基本的な考え方が事務局から示され、委員の皆さんから多くの意見をいただいているところでございました。

今回、第2回の委員会では、最初に、今回策定する計画の根幹部分である地域包括ケアシステムの構築の方向性について検討した後、第1回で示された重点分野のうち、三つの分野について意見交換をしたいと思っております。

まず、第1の議事について、事務局で資料を用意してもらっておりますので、報告をお願いいたします。

○加藤幹事 それでは、ご説明させていただきます。

資料1から3につきましては、要綱でございますとか、前回は配付いたしました資料でございますので、後ほど見ていただければと思います。

この議題では、資料4をご説明させていただきます。

東京における地域包括ケアシステムの構築の方向性ということで、全体にかかわる内容でございます。

この後の議題、それから次回の議題で個別の施策については、東京都の施策をご説明した上で、さまざまな意見を頂戴いたしたいと思っておりますが、まずは、ざっくりと

全体について、どのようなイメージかということにつきまして、自由なご意見をいただきたいと思っております。

その参考となりますものとしたしまして、資料4でございますが、左側に現状と、それから東京都が考えているというよりは、いろいろな外部の委員会等でも大都市の特徴として示されたものにつきましてピックアップしたものをお示ししてございます。

まず、現状と将来推計。左上でございます。

既にご存じのこともあろうかと思えますけれども、まず、人口構造につきましては、都内の総人口に占める高齢者の割合、いわゆる高齢化率につきましては、一貫して増加しているところでございます。

全国の傾向と比べますと緩やかではございますが、2025年、平成37年には、4人にお一人が高齢者となります。

また、2020年、オリンピックの年でございますが、前期高齢者の人口を、75歳以上の数が上回るということになってございます。

また、要介護認定者の割合でございます。

こちらにつきましては、全国的に傾向としては同じなんですけれども、より年齢階級が高くなるに従いまして、要介護認定の割合が急速に高まってまいります。

したがいまして、後期高齢の方がふえますと、要介護認定率も上がってくるということでございます。

それから、報道等でもいろいろありますけれども、特別養護老人ホームへの入所をご希望される方についてでございますが、これは年度末にさまざまな新聞でも取り上げられましたけれども、都内の申込者、平成25年秋の時点では、大体4万3,000人ぐらいいらっしゃいます。

特別養護老人ホームの整備状況は、大体4万人ぐらいが定員でございますので、それを超える方々が希望されているということでございます。

しかしながら、どこの施設にも、あるいは病院にもお入りになっていなくて、入所優先度が高いという方につきましては、全体の中の14%ぐらいということでございますので、4万人の皆様方が、特養でなければならないというような状況でもないというような状況でございます。

一方で、最近問題になっております認知症高齢者でございますけれども、都内の要介護認定者の中で見てみますと、平成25年の、これも秋の時点でございますが、38万

人以上の方々が何らかの認知症を抱えていらっしゃるということでございます。

こちらも、年齢が高まりますと認知症になられる可能性が高まりますので、平成37年、2025年には約60万人に達するのではないかなというような予想がございます。

左下でございます。

東京では、地域の特性でございます。

それぞれ数字をお読み取りいただければと思うのですが、生活インフラに関しては、なかなか住みにくいという部分があるかもしれませんが、全国に比較しますと、かなり充実しているところでございます。

また、ご高齢者の急増でございますが、高齢化率はそれほどではありませんけれども、ご高齢者の数のボリュームという点では、やはり人口が密集しておりますので、東京が一番たくさんふえるというようなことでございます。

一方で、地価が高いということもございまして、人の数は多いんですけども、介護関係職種の有効求人倍率は、全国平均に比べて高いという状況でございます。

それから、地域とのつながりが弱いということで、これは東京都が評価しているというよりは、昨年度、厚生労働省で行われました都市部の高齢化対策に関する検討会での中身でございますけれども、会社等とのつながりが強い一方で、地元というのでしょうか、地域とのつながりは弱いのではないかなという指摘もされております。

また、平均所得につきましても、地価が高くて物価は高いけれども、平均所得だけを比べてみますと、全国平均に比べれば高いというようなことがあります。

その一方で、低所得者ですとか、生活に困窮する方々というのも多くなっておりまして、人口の割合からすれば少ないのかもしれませんが、実数としては非常に多くなっているというようなところでございます。

こうした現状を踏まえて、これを一つ一つ潰していくためのということではございませんが、東京においても、地域包括ケアのシステムを構築することによりまして、さまざまな状況を乗り切っていくというのが、今後の方向性かと思っております。

右の下の図につきましては、ごらんいただいているものもあると思っておりますけれども、厚生労働省が国の会議等で使用しております地域包括ケアシステムのイメージ図でございます。

その要素といいますのが、真ん中に高齢者の住まいというのがございまして、周りに、右上が介護、それから左上が医療、それから、下のところで生活支援。家事援助ですと

か、ちょっとした日常の困りごとを支えるようなサービス、見守り、あるいは介護予防といったものが周囲にあって、全体を支えていくというイメージでございます。

これらの要素につきましては、それほど人によって議論があるということではないんですけれども、これらをどんなふうに組み合わせていくのか。どこを手厚くしていくのかということが、それぞれの地域によって異なってくると思いますので、本日は、この絵のところ丸数字で1から5まで、この分野についてはこんな方向性が必要なのではないかと、粗々ですけれども、東京都の議論をしていただくためのたたき台としてお示しいたしましたので、これをもとに本日は自由な意見をいただければと思います。

以上でございます。

○市川委員長 では、質疑に入りますが、ご意見、ご質問はあるでしょうか。

いかがでしょうか。どうぞ。

○山本委員 先ほど市川委員長さんからもお話がありましたように、この目指すべき方向性といいますか、これは非常に私も大事だと思っております。

それで、①のところ、「バランスよく整備され、高齢者が身体状況や収入状況に応じ必要な」という言葉がここに書かれてはありますけれども、やはり言葉というのは意思を反映していると思うんですね。

私はこれを読みましたときに、「バランスよく整備され」というのは、言ってみれば適切に整備され、それから「収入状況に応じ必要な」という、それも言ってみれば「バランスよく整備され」に、非常に言葉としては似通っているのではないかと。

私は、このところを、できれば「高齢者が身体状況や収入状況に応じ、安全かつ安心な」というふうに、目指すべき方向性ですので、そういう言葉に、もし置きかえていただければ、そのほうが、何か、東京都として世界一を目指すというお話もありましたので、よりよいのではないかなというふうに思いました。

○市川委員長 すみません、お名前と所属を。

○山本委員 すみません。山本と申します。公募委員です。

○市川委員長 わかりました。

では、ご意見としてお伺いしたいと思います。よろしいでしょうか。

あと、いかがでしょうか。

奥村委員。

○奥村委員 サービス付き高齢者向け住宅協会の奥村でございます。

先ほど、山本委員がおっしゃられた同じところなんですけども、これは意見としてなんですけども、「基盤サービスがバランスよく整備され」というところなんですけども、財源の限界がある中で、全てにわたって均等というようなイメージを受けるんですけども、この辺は東京都として重点的に、例えば、在宅を中心にとかというような考え方はないのでしょうか。

といいますのは、厚生労働省の方針自体が、総花的といいたいでしょうか、全ての分野において平等的に配分するというようなイメージを私は持っているんですけども、それで、そのまま社会保障費の財政が持つのかという疑問は持っております。

東京都は、都道府県の中では一番の代表でございますので、率先的に、社会保障費を重点的に配分するという事も表明してはいかなものかなというふうに思っております。

○市川委員長 ありがとうございます。

多分、今の議論は、この次の議題と絡んできます。

次は、介護サービス基盤の整備、高齢者の住まいの確保というところで、まさに具体的な議論からそちらに戻っていけばよろしいかと思っておりますので、今、回答するというよりも、議論するよりも、むしろ実態として何がふさわしいかの議論に入りたいと思っておりますが、よろしいでしょうか。

これは、一応モデル図が出た、それで個別的にその議論に入っていくということにさせていただきます。

では、議事2に移りたいと思います。

前回、委員会で、事務局から説明がありましたように、重点分野として1、介護サービス基盤の整備、2、在宅療養の推進、3、認知症対策の総合的な推進、4、高齢者の住まいの確保、5、介護人材対策の推進、6、支え合う地域づくりの6点が挙げられています。

これらについて、それぞれ重点的に議論いただきたいと思っております、東京都の計画にどのように位置づけるかということの議論に入りたいというふうに思います。

今回は、介護サービス基盤の整備、高齢者の住まい及び在宅療養について中心的に意見をお伺いする。

その際に、まず最初に介護サービスの基盤、それから住まい、これについて取り上げ

させていただきますが、よろしいでしょうか。

では、加藤幹事、説明をお願いします。

○加藤幹事 それでは、この議題では、資料5の枝番がたくさん振ってあるものがございますが、資料5-1から順次説明させていただきます。

まず、資料5-1につきましては、私のほうから説明させていただきます。

こちらは高齢者の住まいのイメージということで、委員の皆様にはカラー刷りでお配りしております。

これは、いろいろと議論もあろうかと思うんですが、これも議論を喚起するためにあえてつくってございます。

縦軸と横軸に収入階層と要介護度がございます。これ以外にも家族の状況がどうかと、いろいろな要素があると思うんですが、まずは2次元でつくらせていただいております。

その際に、大体どういうようなところの方々が利用してはいけないということではなくて、現状として利用されているのが多いかなというところを私どもなりにつかんでいるもので、点線ですとか実線ですとかで囲みまして、今現在の整備状況を落とした図でございます。

要介護度につきましては、自立から要介護3から5まで、重いほうまで。

収入階層は、お幾らというのは入れておりませんが、概念的に高い・低いという形でつくらせていただいております。

現在、ご高齢者でございますが、左上のところでございます。

291万人、東京都内にいらっしゃいます。

そのうち、要介護の方が51万人超でございますけれども、51万人の中で介護サービスを使っている方も、使っていない方もいらっしゃいますが、一応、要介護者はこれだけいらっしゃる。

左の下にいきまして、白いところの上でございます。

自宅に暮らす、施設などを利用しない方も含めて、いわゆる在宅と言われる方々が、やはり291万人分の280万人ぐらいはいらっしゃっております。

先ほどの奥村委員のご質問にもかかわりますが、在宅を重視していきますよというのが地域包括ケアの考えですけれども、私どもは、先ほど来、申し上げましたように、ご高齢者の数がうんとふえてくるということになりますと、今の施設のストックで、全部、将来の需要を賄い切れるかという考えはございますので、では、それを2025年に向

けてどれぐらい整備していくのかということにつきましては、まさに、この委員会の最後のほうにお示しする議題でございますので、ここでお答えを示すことはできませんが、1年ほどかけて検討させていただきたい。そういう内容でございます。

こちらは現状でございます、それぞれ色が塗ってあるところの施設がどれぐらいのボリュームがあるかということでございます。

サービス付き高齢者向け住宅につきましては、何人分ではなくて何戸ということで、ご夫婦で住まわれているところもありますので戸数になっておりますが、一応、戸を人数とした場合に、全高齢者の中で何%ぐらいかということで、それぞれ書かせていただいております。

そうしますと、在宅高齢者全体では96.2%。これの内数として、ケア付き住まいの部分ですとか、介護老人保健施設などに入っている方については、内数ということで捉えていただければと思っております。

これを議論の素材といたしまして、この後、資料5-2からは、施設整備から入らせていただきますが、東京都の現在の施策についてご説明させていただきます。

○市川委員長 その際に、名前と担当をおっしゃっていただいて、順次。

○福留幹事 高齢部施設支援課長の福留でございます。

私のほうから、資料5-2から5-4までの全部で4枚になりますけれども、簡単にご説明させていただきます。

まず、資料5-2ですが、介護サービス基盤の整備促進ということで、これまでの都の取り組みの全体の概要を記したものでございます。

まず、現状ですけれども、上段、特養や老健、主な施設について、5期計画における計画値と25年度末の実績を記してございます。

左側の特別養護老人ホームですが、26年度末までに4万5,516、棒グラフの上を書いてありますけれども、整備計画がでございます。それに対して、25年度末の実績が、4万1,340。色のついた棒グラフになります。達成率で見ると90.8%、右下に書いてございます。

括弧書きの数字ですけれども、これが毎年度ごとの定員の増加数を示してございます。特養の場合は、おおむね毎年1,000から1,500人分の定員が増加してございます。施設数で見ると、15施設ぐらいが毎年できているところでございます。

その隣の老人保健施設ですが、5期計画では、26年度末までに2万3,692人を

整備する計画でございますが、25年度末の実績で2万57人。達成率が84.7%となっております。ここ2年ほど、毎年700人ぐらいつづつふえておりますという状況でございます。

その次が、認知症高齢者グループホームで、介護保険事業支援計画上の目標値が、右上の9,883人分となっております。

また、東京都のアクションプログラムというものもございまして、こちらでは26年度の目標、1万人分というふうに丸めた数字となっております。達成率で見ますと、目標1万人に対して、今、85.8%となっております。

その横の軽費老人ホームと有料老人ホームでございます。これは実績の推移を落としてございます。

棒グラフが、軽費老人ホームの各種別ごとの積み上げグラフになっています。

棒グラフの一番上のところがふえているところですが、ここが都市型軽費老人ホームというもので、近年、大きく整備数を伸ばしているものでございます。

それから、折れ線グラフが有料老人ホームの定員数の推移でございます。

こちらは一貫した右肩上がりです。25年度末で3万8,786人分が整備されております。

各施設とも、これまで大体計画値に少し届かない程度で推移してございまして、5期計画は26年度末で終わりますけれども、同様の状況といたしますか、計画値に若干欠けるような状況で推移するというふうに見通しを持ってございます。

真ん中の欄の課題でございますけれども、3点挙げてございます。

1点目が、今後、要介護者、一人暮らしの高齢者等が増加することが見込まれるだろう。

それから、2点目としまして、高齢者の身体状況や経済状況に応じた多様な住まいの整備が必要になるだろう。

3点目としまして、整備上の大きな課題ですけれども、地価が高いということで、なかなか用地の確保が難しいという現状がございます。そういった中で施設整備をどう進めていくかということになるかと思えます。

取組の方向性が右側でございますけれども、一つが、今後、施設サービスや在宅サービスなどをバランスよく整備していく必要がある。

それから、そのために3年ごとの計画に加えて、より中長期的な観点として、202

5年を見据えた整備量の推計を行い、計画的に整備を促進していく必要があるだろう。

また、公有地を積極的に活用して、限られた土地を有効に活用していくことが必要であるというふうに考えております。

下段が、26年度の主な取組ということで、施設整備を促進するために都が講じている施策について、26年度の主な予算項目を例示してございます。

左下が、特養や老健の整備補助でございます。

今年度は、補助単価を大幅に増額しておりまして、1床当たり500万円を補助する予定でございます。

また、その下のポツですが、整備率の低い地域では補助額を1.5倍に加算して、地域偏在のほうを解消していくというところでございます。

それから、3ポツ目ですけれども、特養や老人保健施設に訪問看護ステーションなどを併設する場合に、新たに補助単価を加算するという制度を新設しております。

これは、地域包括ケアシステムの構築に向けて、特養等もその中核として機能を発揮していただくということを意図して、加算制度を設けてございます。

真ん中の枠ですが、こちらは土地を確保するための主な支援策を挙げてございます。

1点目が、所有地の減額貸付ですけれども、こちらは従来から行っていますが、未利用の所有地を、介護サービス基盤の整備に優先的に活用する仕組みを東京都は設けてございます。

それから、2点目でございますが、こちらは介護サービス基盤に使えるような所有地を新たに創出するというので、都営住宅などを建てかえる際に生まれる余剰地を戦略的に活用していこうというものでございます。

現在、関係部局からなる検討チームを設けて、今後の進め方を検討しているところでございます。

3点目が、定期借地権の一時金に対する補助でございます。

借地による整備を促進するというので、定借を設定して一時金を設定したときに、その部分について補助金を出しております。大体、1件当たり2億5,000万ぐらいの補助を出しているのが実績になってございます。

その横が新しい事業で、特別養護老人ホームの共同利用型の仕組みの構築というものでございます。

通常、都内の特養は、区や市の単位で整備している実態があります。ただ、新たに今

後考えていく手法としまして、複数の区市の住民が共同で利用できるような、そういったような特養をつくっていききたいと。その仕組みを今、検討しているところでございます。

一番右側が、特養等の社会福祉施設を建てかえするときの支援策として、移転用施設設置の仕組みの構築というものを新たに検討しているところでございます。

老朽化した施設を建てかえるときに、現在地でなかなか建てかえることが難しい時に、一旦、一時的にほかの施設に移転して運営を続けていただいで、建物が建て終わったら、そこにまた戻ってきていただく。その移転用施設の設置と運用の仕組み、そういったものを今検討しているところでございます。

続きまして、資料5-3になります。

5-2と重複する部分もございますので、ポイントを絞って説明させていただきたいと思えます。

まず、特別養護老人ホームでございますが、現状、整備率でいきますと、区部が1.12%。市町村部が2.11%と、整備率については大きく乖離しているところがございます。

これは、やはり区部は地価が高いということで、なかなか整備が進みにくい。そういったことから、区部を中心に特養の入所待ちも非常に多いという実態がございます。

それから、その下にユニット化率というのがございますけれども、これは都内の特養の総定員数のうち、ユニットケアを行っている定員の割合を示したものでございます。

東京都は、新規に特養を整備する場合には、原則ユニット型個室で整備することを求めていますので、ユニット化率は年々上昇してございます。

あわせて、この整備補助単価も、ユニット型個室については単価を大きくして、整備の促進に結びつけているところでございます。

右側の老人保健施設も特養とおおむね同じような形でございます。補助単価も特養と同じでございます。

課題と対応策のところでございますが、施設の地域偏在という項目がございますが、地域偏在を是正するために、整備率に応じて6段階の促進係数を設けております。整備率の最も低い新宿区、世田谷区、狛江市などは、補助単価を1.5倍。500万の1.5倍ですから、1床当たり750万補助しております。

右側に、具体的な補助額の例を入れてございますけれども、そちらをごらんいただきました

いんですが、定員100名の特養を補助する場合、最大で8億円の補助があります。500万円掛ける1.5。それから併設加算を設けると5,000万ぐらいプラスになりますので、8億円ほどの補助になります。

大体補助率で見ると、建設費の6割程度が補助金で賄うことができる。相当多額の補助金を出してございます。

それから、右下に定期借地権の一時金に対する補助というのがございますけども、こちらも仕組みは図にあるとおりでございます。

例えば、路線価5億円の土地である場合、国と都で合わせて2.5億円を上限に補助いたします。大体上限いっぱい補助を活用しますので、実績としても2.5億円ぐらいで今出しているところです。これは、将来の賃料負担の軽減に結びつけるものになります。

左下のほうに戻っていただきまして、課題対応策の下から2番目、従来型への補助をござらんください。

都内ではユニット型による整備を原則としていますが、低所得者対策として、利用料を安く設定できる従来型の施設についても一定の範囲で整備を認め、補助金を出しております。

ただ、特養の場合には、新規に整備する定員の3割を上限にして補助金を出しております。3割を超える場合には補助金が出ないという形になっております。

一番下が、都独自基準の導入でございます。

平成24年度より基準を緩和して、整備の促進を促しているところでございます。廊下幅やユニット定員等、緩和しております。居室定員につきましては、国の基準では、例えば、おおむね10名程度というふうになっているんですけども、独自基準では12人以下と、二人ほど拡大する形で整備を認めております。

独自基準制定後、ユニット定員で申し上げますと、大体5割を超える施設が独自基準を採用しております。かなり有効に活用されていると思っております。

続きまして、資料5-3の2枚目です。

介護保険施設等の整備に関する支援策(2)のところでございます。

認知症高齢者グループホームと都市型軽費老人ホームについて記してございます。

認知症高齢者グループホームは、1ユニット5人から9人で共同生活を行う住居でございますが、通常、都内では2ユニット18名で整備するケースが多くなってございます。

整備率につきましては、区部0.33、市区町村が0.25と、個々の区市町村ごとによって整備率の格差がございます。

表の枠外に、「既成市街地においては」とありますが、既成市街地では3ユニットでの整備も可能としております。都内のグループホームの全体の1割ぐらいが3ユニットで整備しております。

補助単価ですけれども、若干複雑なんですけれども、ごらんとおり1ユニット当たり2,000万円というのがベースになっております。

整備率が低い重点的緊急整備地域では3,000万円と、1.5倍に加算して補助を行っております。

さらに枠外にありますけれども、国のほうからも1施設当たり3,090万円の補助がございます。そうしますと、2ユニットのグループホームを整備する場合には、補助額は都と国を合わせて最大で9,000万円程度となりまして、建設費の6割程度は補助金で賄うことが可能となっております。

右側が都市型軽費老人ホームでございます。

これは所得の低い高齢者の住まいとして、都が強力に今、整備を促進しているものがございます。

網掛けのある枠をごらんいただきたいんですが、制度の創設は平成22年度と、新しい制度になっております。

制度の特徴ですが、通常の軽費老人ホームと比べて、居室面積の基準ですとか、人員基準を緩和しまして、利用料を11から12万円程度に低く抑えてございます。これは、生活保護を受けている方も入居することができる水準ということで、この料金を設定しております。

都市型軽費老人ホームの整備目標ですが、28年度までに2,400人を整備するという高い目標を掲げてございます。25年度末の実績ですと、496人分となっておりますが、現在建設中のものも含めると、既に900人分程度の整備が見込まれてございます。

整備費補助の補助額につきましては、表にあるとおりでございます。大体グループホーム並みに多額の補助を行っているというものでございます。

左下に、オーナー整備型補助制度という枠がございます。そちらをごらんいただきたいと思います。これも都独自の制度でございます。

図にありますとおり、地主が福祉施設を建設して、運営事業者に貸し付ける場合に、地主に対して建設費の補助を行う制度でございます。

グループホームですとか都市型軽費老人ホームの場合には、このオーナー整備型補助制度を活用するケースが全体の5割程度と、非常に大きなウエートを占めておりまして、整備促進に寄与しているところでございます。

右下に、小規模多機能型居宅介護と複合型サービスについて記載してございます。

整備費補助はごらんとおりで、宿泊定員掛ける390万円をベースにしております。例えば、小規模多機能の場合ですと、国庫補助と合わせると最大で1施設当たり6,285万円補助金を出してございます。

続きまして、資料5-4のほうをごらんください。

所有地活用による高齢者福祉施設の整備状況という題名でございますが、これは未利用所有地を福祉施設インフラに活用するという事業のスキームでございます。

左側の事業の趣旨にございますとおり、地価が高い都内において、未利用の所有地を優先的に特別養護老人ホーム等の整備に提供してございます。

貸付条件ですが、50年間の定期借地権契約を締結することを条件として、都は賃料の50%を、現在、減額して貸し付けてございます。

右側に事業の仕組みがございすけれども、区市町村の地域のニーズに基づいて公募要項を定めまして、都が主体となって公募を行い、区市町村と連携して事業者を選定いたします。都は、選定された事業者に対して直接土地を貸し付けてございます。

対象施設はごらんとおりで、五つ種類がございす。

下に実績がございすけれども、これまで18カ所の所有地を福祉インフラ用地として貸し付けております。

貸付面積は、大きいもので1万1,437平米。小さいもので173平米と、かなり差がございす。

広域型の特別養護老人ホーム等を整備できるような大規模な所有地は大分活用されておりまして、今現在、手持ちの弾がない状況でございす。

ただ、1枚目でご説明しましたとおり、今、庁内で土地活用の検討チームを設けてございすので、今後新たな所有地等の未利用地の創出を促すことによって、さらにこの事業のほうも積極的に進めていくことができるというふうに考えております。

私からの説明は以上でございす。

○松井幹事 都市整備局住宅政策推進部民間住宅課長、松井です。

私からは資料5-5をご説明いたします。

左側でございます「サービス付き高齢者向け住宅とは」でございますが、平成23年に「高齢者すまい法」改正によって制度が創設されました。

生活相談サービスの提供がなされるバリアフリー構造の賃貸住宅でございます。

入居の具体的要件としては、原則60歳以上で、介護要件はございません。

都におけるこれまでの実績でございます。下のほうでございます。

都内の年度別の登録状況を示してございます。25年度末で約8,000戸という状況でございます。

入居者の特徴。その下でございますけれども、平均年齢が82歳。平均要介護度が1.6ということでございます。

右側のほう、供給促進策でございます。

国は、先ほど申し上げた制度創設時と同時に、建設費補助を上限1戸当たり100万円ということで設けました。

その下、都の補助でございますが、25年度から都の補助を拡充してございます。

上のほうから参りますと、直接事業者へ補助するもの。これは、国と合わせて1戸当たり上限200万円となります。

次に、区市町村への間接補助。これは区市町村が事業主体として行うものでございますが、国と区市町村を合わせて、上限が255万円、1戸当たりという制度でございます。

その下でございますが、こちらは26年度、今年度から始まりまして、先日、プレスでも発表させていただいた案件でございます。

サービス付き高齢者向け住宅に、一般住宅と交流施設を併設したもの。そこに、設計費及び建設にかかわる整備費の補助を行うものでございます。年内に3事業者程度を選定する予定でございます。

その下でございますが、都独自に登録基準を緩和ということで、こちらはサ高住の登録基準を緩和してございますけれども、これは高齢者すまい法に基づき、高齢者居住安定確保計画を策定するというところで、国、つまり国交省に認めていただくという形をとってございます。

その下は、情報普及啓発の状況でございます。

説明は以上です。

○新田幹事 福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課長の新田です。

私のほうから、資料5-6と5-7について、ご説明いたします。

まず、資料5-6です。

医療・介護連携型サービス付き高齢者向け住宅モデル事業ということで、先ほど都市整備局のほうから供給促進策のお話がありましたが、福祉保健局では、高齢者が医療や介護が必要になっても、その住宅に住み続けられるようにということで、医療と介護が併設した住宅を整備するために、福祉保健局が補助金を出すというモデル事業を平成21年度から実施しております。

これまで、15件の住宅を選定し、11件が実際に運営を開設しております。

続きまして、資料5-7のほうをごらんください。

サービス付き高齢者向け住宅の現状実態調査概要ということで、まず上段は、現在のサービス付き高齢者向け住宅の現状を示しております。登録件数、地域分布、住宅規模、費用等をここにまとめてございます。

下段は、昨年度実施いたしましたサービス付き高齢者向け住宅の調査。これは、住まい法24条に基づきまして、都内のサービス付き住宅の登録状況等を確認しています。

あわせて、今、医療・介護が連携した住宅の整備が進んでいますけれども、そういった住宅の質を担保するために、福祉保健局で今、ガイドラインをつくることを検討しております。その検討材料とするために、この調査を25年度に実施しております。

アンケート調査とヒアリング調査と大きく二つ分かれておりまして、アンケート調査は25年9月1日時点で入居者がいる住宅を対象にしております。115件を対象として、114件から回答をいただいております。

ヒアリング調査につきましては、その中から特に17件を選んで実施しております。あわせて、入居者の方にも調査を行っています。

2枚目をごらんいただきたいと思いますが、これが、そのアンケート調査の概要となっております。

幾つか代表的な項目をご紹介しますと、入居者の要介護度ということで、全入居者の要介護度の平均は、入居時で1.48。基準日で見ますと1.61ということで、入居後に若干要介護度が上がっているような状況になります。

要介護度別では、自立の方が一番多く、要介護1、2と続いております。要介護3以

上の方も27.7%ということで、全体の4分の1ほどいらっしゃいました。

続きまして、その右側の入居者の看取りですとか、医療処置の状況ですけれども、看取りが可能と答えている住宅は全体の7割程度ありました。

実際に1年間で看取りを行ったところは、そのうち約40%の32カ所となっております。

医療・介護連携の有無と看取りの実績等も調べておりまして、連携が有りというふうに回答した住宅のほうが、看取りの実績の割合が高くなっております。

その下が、入居者が受けている医療処置ということで、人工透析やインシュリン注射など、一定の割合で医療処置を住宅で実施していることもわかりました。

右のほうに移っていただきまして、入居前の居住場所の種類と退去先ですけれども、入居者の居住場所としては自宅が一番多かったということです。

退去先としては、死亡というのがありますけれども、自宅、病院の順で多いということもわかっております。

最後、下の事業所との連携の状況ということなんですけれども、医療系事業所、介護系事業所と連携しているかどうかという状況を調べておりまして、下に表がございますけれども、医療・介護両方とも連携している住宅というのが約65%。医療のみが12%。介護のみが13.2%という回答をいただいております、医療・介護と何らかの連携をしている住宅は全体の約9割ありました。

その下が、連携を実際にしているサービス種別で見たものなんですけれども、併設していると答えた住宅の中で、連携先別として一番多かったのが、介護系では訪問介護、医療系では訪問看護となっております。

併設以外で聞いた場合については、介護系はやはり訪問介護が一番大きく、医療系では在宅療養支援診療所が多かったです。

右側のほうの連携の内容に移っていただきまして、連携の協定書を締結しているのは全体の36.5%というふうな状況になります。

その他、いろいろな方法で連携をとっているということがわかりました。

資料の説明は以上となります。

○小久保幹事 都市整備局住宅政策推進部企画担当課長の小久保と申します。

私からは、東京都居住支援協議会の設立についてご説明いたします。

まず、上の部分、「居住支援協議会とは」でございますが、高齢者、障害者など、住

宅の確保に特に配慮を要する方々に民間賃貸住宅への入居を促進するため、行政、不動産関係団体、居住支援団体が支援を実施、検討を実施する組織でございます。

根拠法としましては、住宅セーフティネット法という国の法律がございます。都道府県でも、市町村レベルでも、設置が可能な組織となっております。

役割といたしましては、住宅にお困りの方々に対して、地域の団体と協働して課題解決を生み出すことが期待されるということがございます。

右側に概念図がございますが、特徴といたしましては、住宅部門と福祉部門の連携がございます。

高齢者や障害者の方々は、民間賃貸住宅の入居時、あるいは入居後の生活に際しまして福祉的なサポートが必要な方が少なくないということで、居住支援協議会の構成員については、住宅部門のほか、福祉部門の方々にも入っていただくということを考えております。

真ん中の部分、全国の設定状況でございますが、全国で42協議会ほどございまして、都内では3区で居住支援協議会が既に設立されております。

東京都といたしましては、各区市町村の居住支援協議会の設置の数をふやしまして、地域の実情に応じた具体的な取り組みを行っていただければというふうに考えております。

こうした状況を踏まえまして、去る6月25日でございますが、東京都のほうで居住支援協議会を設立しております。

資料の下の部分、「東京都居住支援協議会について」でございますが、今回、東京都のほうで居住支援協議会を立ち上げたことによりまして、区市町村レベルと東京都レベルで居住支援協議会が設立されたということになりまして、東京都といたしましては適切な役割分担のもと、効果的な取り組みを行っていきたいというふうに考えております。

左側の部分でございますが、東京都の協議会につきましては、区市町村の居住支援協議会の設置促進及び活動支援を行うということを主眼に置いております。

区市町村の居住支援協議会につきましては、右側の部分でございますが、地域の実情に応じた民間賃貸住宅への入居支援に向けた具体的な取組を行っていただければというふうに考えております。

右側の下の部分に、既に設置済みの3区の取組を記してございますので、ごらんいただければと思っております。

今年度の活動につきましては、左側の下のところがございますが、区市町村の居住支援協議会の設置促進及び活動支援に資するようなセミナー他協議会の活動事例調査、パンフレットの作成等を予定しております。

説明は以上です。

○笠原幹事 続きまして、資料5－9の説明をさせていただきます。

福祉保健局生活福祉部の笠原と申します。

まず、住まい対策一体型地域生活支援事業というテーマになっておりますけれども、これは26年度、本年度の新規事業でございます。

目的のところに大きな考え方を書いてございますが、今後の高齢者の増加を見据えながら、身体状態、生活形態、経済状況等に応じた住まいを確保するため、多様なニーズに応じて住まいを選択でき、安心して暮らすことのできる環境を整備するための施策を推進するというところで、こうした大きな方向性を踏まえた上で、事業概要というところで書いてございますとおり、独居の方など、住宅に困窮し、日常の自立生活に不安のある低所得の高齢者等、これは介護度がそれほど高くない方を想定しておりますけれども、そういった方が住みなれた地域で安心して暮らせるように、今、資料5－8でご説明ございました居住支援協議会等を活用して、住まいの確保と見守り等の生活支援、これを一体的に提供する区市町村の取り組みを支援するというモデル事業でございます。

補助率のところがございますとおり、3年間は10分の10ということで、10割補助をするということでございまして、補助金額は1区市町村当たり800万円。これを5か年のモデル事業ということで考えてございます。

下半分に概念図がございますけれども、今ご説明しましたように、左下の区市町村の中に、居住支援協議会、もしくはその準備段階、もしくはそれに類するような行政の中で福祉部門、住宅部門が連携し、さらに不動産関係団体、社会福祉法人、NPO法人等の居住支援団体、こういったものが連携したものが、実際に右側の活動主体となる居住支援団体を委託または補助ということで支援するというようなスキームになってございます。

実際には、ソフトの面で見守り、生活相談といったこと、それから、ハードの面では、空き家、いわゆる狭義の空き家に加えて、アパートの室があいているというような空き室も含めて、あいている部分に低廉の家賃の住宅情報ということで、ハードの面を提供する。このソフトとハードを合わせて、一体的に提供する区市町村の取り組みを支

援するという内容でございます。

現在、区市町村や実際のサービス提供事業者となる方とのヒアリング、意見交換を実施しているところございまして、今年度中に1団体をモデル事業として設定、決定したいと考えております。

説明は以上でございます。

○榊幹事 続きまして、資料5-10、2枚です。それから、資料5-11をご説明させていただきます。

高齢社会対策部介護保険課長の榊と申します。

では、資料5-10をごらんください。

本委員会では、第6期の高齢者保健福祉計画を検討していただくのですが、こちらの2枚ものにつきましては、第5期、今年度までの3年間の介護保険事業支援計画の状況を、概要をまとめてございます。特徴的なところだけお示しさせていただきます。

まず、1枚目ですが、一番上は高齢者人口（第1号被保険者）65歳以上の方々の状況を示してございます。

前期高齢者と後期高齢者ということで分けてございますが、計画値との比較で後期高齢者の方の乖離がございまして。しかし、実数の伸びでは前期高齢者の方が高くなってございます。

これは、やはり後期高齢者の寿命の延長や、それから団塊の世代の方が高齢化しているらしいしますので、そのあらわれかと存じます。

次が、要介護認定者数でございます。

見ていただいて、黒枠で囲ってあるところなんです、認定者の伸びということになりますと、要支援1、それから要介護1と、軽度者の伸びが高くなってございます。

一方、伸びが最も低いのは要介護5となっておりまして、介護保険制度の定着とか、それから介護予防の重度化防止の効果等が考えられるかと存じます。

一番下でございます。

受給者数。サービスをお使いになっている方の状況でございます。

各年度ともサービスの受給者につきましては伸びてございますが、次ページでお示しますが、地域密着型のサービスをお使いになるという伸びが高くなってございます。

それから、下段でございます。

特養と老健のお入りになっている方の要介護度の状況ですが、左側の特養の太枠で囲

ってございますところですが、特養は要介護5の方が35%ということで、一番高くな
ってございます。右側、老健につきましては、太枠の中にごございますように要介護4の
方が約3割となつてございます。

ちなみに、27年度から原則として特養の入所対象外となります要介護1、2の状況
でございますけれども、特養の方が約12%ご利用になっているという状況が見てとれ
ます。

次ページをお開きください。

今度は、サービスをお使いになっている総費用、給付の状況でございます。

一番上をごらんください。

こちらは、介護サービス全体でございます。

右側に伸び率を示してございます。大体平均的に計画値を下回っている状況が見てと
れるんですが、通所系の通所介護、リハについて、計画を上回る伸びが継続している状
況が見てとれます。

真ん中をごらんください。

再掲で、地域密着型サービスということで、地域に根差したサービスが項目ごとで
ございます。

こちらは、グラフでごらんになると、一番下のところで非常に率としては少ないんで
すが、伸びとしては、一番上の欄、定期・随時介護看護のところの伸び率、それから、
一番下の複合型の伸び率。いずれも量は少ないんですが、伸び率としては一番高くなつ
てございます。

それから、下段をごらんください。

介護予防サービスの費用についてです。

こちら、右のグラフをごらんいただくと、通所系のサービスの伸びが大きいという
ことが見てとれます。

次のページの、資料5-11をごらんください。

こちらにつきましては、介護保険の計画をつくっていくという介護支援専門員さんの
やはり質の向上がとても大事だということで、介護保険課として昨年度、25年度です
が、「保険者と介護支援専門員が共に行うケアマネジメントの質の向上ガイドライン」
というものを策定しました。その内容でございます。

このガイドラインの目的なんですが、改めて介護保険制度の目指す自立支援、この理

念を実現するという視点から、下の第2章、第3章の二つに分かれてございますが、二つの視点でまとめました。

まず、ケアプラン点検ということで、介護支援専門員さんのプランを保険者とともに、本当に利用者の自立支援に基づいてつくっているのかをしっかりと確認し、質の向上を図っていくこと。

また、右側の多職種との連携ということでは、地域ケア会議等で介護支援専門員さんたちが困難ケースを扱いますが、そこでしっかりと利用者の総合的なサービスについて検討できるように、まず会議にかける前にきちんとリ・アセスメント支援シート等を使って、ケアマネさんたちが自分のプランについて確認できるような、仕組みに使えるようなことも考えてつくってございます。

今年度でございますが、早速もう始まってございますが、保険者さん、区市町村さん、それから、介護支援専門員さん、それぞれに、しっかりと具体的にこのガイドラインに入っております事例を用いまして、ともに、一緒に質の向上を図っていくということで、今年度は重点的にしっかりと進めていく予定でございます。

説明は以上です。

○市川委員長 これで全部終わりました。

では、今から質疑等に入りますが、特に高齢者福祉施設の関係もありますし、地域密着、そしてサービス付き高齢者向け住宅、それから有料老人ホーム等のかかわりもありますので、その関係者の方は積極的に発言をお願いしたいと思います。

では、奥村委員、どうぞ。

○奥村委員 サービス付き高齢者向け住宅協会の奥村でございます。

資料5-1を使用させていただきたいと思います。

私が話をさせていただきますのは、高齢者の住まいの中で、高齢者の集合住宅について、東京都はまだまだ少ないという点と、東京都の方針として、こういった住まいも増やしていくという方針はあるのですが、具体的に区市に話を進めると、なかなか同意を得られないというような点ですね。この2点について、話をさせていただきたいと思います。

資料5-1にありますとおり、老健とか特養は介護保険施設ということでございます。

私が話をさせていただきますのは、高齢者の集合住宅ということで、サービス付き高齢者向け住宅、「サ高住」と呼ばさせていただきます。介護付き有料老人ホーム。それと、

少ないですけども、ケアハウスもあります。

こういった高齢者の集合住宅につきましては、国も、施設系に比べて少ないということで、2020年までに高齢者人口の3～5%にしようという方針がございます。

東京都は、国の人口のほぼ10分の1でございます。全国的には3,000万人。今、東京都は290万人ということでございます。

そうすると、例えば、特別養護老人ホームは今、51万ぐらい全国でありまして、東京都は4万1,000で、足りないながらも、それほど少なくはないということも言えるかと思えます。

グループホームは、もうかなり少ないです。これは全国的には17万戸ありますけども、東京都はかなり下回っています。

私が申し上げたいのは、このサ高住と有料老人ホーム、ケアハウスですが、全国的には、110万戸ぐらいを2020年までに目標としておりまして、その10分の1とすると、東京都は11万戸ぐらいをサ高住と有料老人ホームとケアハウスで整備するという目標かなというふうに推測しております。

そうすると、サ高住8,000戸と有料老人ホーム3万5,000戸、ケアハウスを入れましても5万戸程度しか高齢者向けの集合住宅は今はありません。2020年までにあと5万戸ぐらいふやさなければいけないというか、高齢者の住まいとして足りないということを感じております。

社会保障費として安く済むことは言えると思えます。サ高住につきましては、いろいろ批判もあるんですけども、基本、外づけサービスでございます。包括報酬ではございませんし、平均すると報酬限度額よりもかなり少ない取得率じゃないかなというふうに思っております。

さらに、生活支援サービスが、ほかの類型でしたら介護保険の中に入っておりますけども、これは利用者の自己負担ということになっていきますので、この点も安く済むということがございます。

政策としましては、国の10%の補助金。さらに、東京都も10%の上乗せ補助金をしていただいております。これでしばらくは十分じゃないかな、この政策を継続して頂くことが必要であるというふうに思っております。

しかしながら、建設について区市を調べてみますと、かなりばらつきがありまして、例えば、東京都の補助金を、一部の区に関しては同意書を出せないということで10%

の補助金がもらえないとか、いまだにワンルームマンション規制で、共同住宅としては狭い住宅。高齢者の住宅は基本的には割と、賃料を安くするために狭い住宅になっているんですけども、ファミリーをつけないと建てられないとかということがございます。

東京都は、当然、ご存じのように土地代が高いので、大規模な住宅とか施設はなかなか建てにくい状況にございます。サ高住とか有料老人ホームですと、30戸、40戸、50戸ということが柔軟に開設可能ですので、高齢者の住宅として機能するのではないかなというふうに思っております。

サ高住のサービスについてはいろいろと意見が言われておりまして、一つは、サービスの囲い込みをしているのではないかという点と、もう一つは、朝日新聞でも出ました「お手盛り介護」です。ケアマネジャーに強制して、報酬をほとんど全額とるようなシステムになっているのではないかという批判と疑問が出ております。

囲い込みにつきましては、これは、なかなか難しい問題でございます。既存の在宅サービスは結構夜間とか休日が地域では提供されないというケースがありまして、サ高住の併設でしたら当然そういうサービスを前提としているので提供をしています。

連携と囲い込みの境界というのはどこなのかということは決めるににくいことと思っております。建物に併設にしている訪問介護事業所とか居宅を利用者が使うのは結構自然な流れなんじゃないかなと思います。

ただし、選択の自由、サービスを例えばやめるとかという自由は確保すべきだし、その権利について利用者に説明をすべきだと思います。

介護保険を不適切に、不要な援助を入れて満額取るということにつきましては、これは介護保険の報酬の取り方の問題だと思いますので、行政の实地指導を厳しくして、その居宅なり訪問介護事業所を調べる必要があります。プランと実際がずれるようなことが多分起こってくるんじゃないかなと思います。实地指導で厳しく指摘していくとそういうところはなくなりますし、不適切な報酬の取り方をしていれば一発取り消しということもありますので、非常にリスクなことをやるということになります。なかなか実際にはできないんじゃないかなというふうに思っております。

○市川委員長 行政へ質問ではなく、意見をお述べになったということによろしいですか。

○奥村委員 はい。

○市川委員長 行政から何か。先ほどの報告と関連で言うことはありますか。

では、一点かかわりとしては、今後の課題になると思いますけれども、サ高住の協会

の中での独自のチェックというか、自浄作用というのは求められるところですので、それはまた今後ご検討いただくことが必要かと思います。

あと、指導の議論が出ましたので、それは何かありますか。

○加藤幹事 連携と囲い込みの差はどこなのかということにつきましても、東京都が、今、在宅支援課長が説明しましたけども、ガイドラインの中で、そういう言い方ができるかどうかは別としまして、どういうものかというのを検討していきたいと思っておりますし、保険者である区市町村と連携しました事業者の指導、介護事業者につきましても、それは取り組んでいくことでございますので、そのあたりは取り組ませていただくというところでご理解いただければと思います。

○市川委員長 ありがとうございます。

今後、質の担保が求められてくるので、さっきのケアマネの議論を含め、あらゆる事業においても、今、東京都がやろうとしている方策を示すことが、今の質問に対する回答になるかと思います。

ほかは、いかがでしょうか。

西岡委員。

○西岡委員 東京都高齢者福祉施設協議会の西岡でございます。

一つは、特別養護老人ホーム等の施設サービスの関係でございますけれども、やはり東京で非常に需要が高い。全国的にも52万で、東京でも4万を超える方たちが申し込みをして待ってられる。その中で、東京都の推計としては6,000人ぐらいが緊急性が高いということでもありますけれども、私どもの協議会の中でも、2年前に申し込みに来られた方たちの個別の調査をしております。

その中で大きな要素は、介護保険サービスは非常に多様なサービスということが言われているわけですが、これが所得の状況だとかで見ていったときに、なかなか低所得の方たちが十分得られるようなサービスが整備されているかという、これはなかなか制限が大きい。支払いという問題で、非常に大きいというところであります。

特別養護老人ホームへの申し込みが非常に多いという背景には、私どものアンケートの結果を見てもそうなんですが、費用が非常に適切というか、自分たちが支払える範囲であるというお答えを多数いただいております。

そういうことを考えると、非常に多くの方たちが申し込みをされる。しかも、国はそれを批判的に言っておりますけれども、予防的に申し込みをしているのではないかとい

うことも言われておりますけれども、唯一、選択できるサービスに現況なっているというところが大きいのではないかとということでもあります。

とりわけ、ここで特別養護老人ホームと記載されておりますけれども、実は介護保険の制度の中で、2枚看板の施設なわけでもあります。

一つは、介護保険法上の介護老人福祉施設であり、もう一つは、老人福祉法上の特別養護老人ホームということで、これが何かごちゃごちゃしておりますして、いろんな社会福祉法人への批判を読んでも、いろんなことがごちゃごちゃになってしまっているように思えます。

特に特別養護老人ホームは老人福祉法上の機能というところで、課題として、先ほどの資料5-2にありますように、課題として挙げているようなところでも、この特別養護老人ホームが、低所得の方たちに対して積極的な対応がとれるというところでは、これはかなり行政との連携の中で取り組んでいく必要のあるところでもあると思います。

それから、この資料5-2の右の下のところで、先ほどご説明がございましたように、特別養護老人ホームの共同利用型の仕組みを構築されるということで、それを進めていらっしゃるといふご報告がありましたけれども、実際、東京都内の各区市で見えていくと、待機者の部分では23区では1,000人を超えているとかございますが、逆に市部のほうでは、待機者が非常に少なくなっている地域もあるというふうなことで、これは私どもの協議会で、今月、実態調査をしようということ、今、準備を進めているところでもあります。

そういう意味では、ここでは近接する複数の区市町村ということでもありますけれども、もう少し東京都全体、例えば、杉並区などでは南伊豆のほうに施設をとということですが、そこまで遠くにいかなくても、東京都内の中でもっと柔軟な連携ということがとれるのではないかとということも含めて、ご検討いただくことができないだろうかという感じがいたします。

それから、あと同じ資料の隣の、いわゆる建てかえの問題に関しては、23区はかなり深刻な問題であります。昭和55年でございましたでしょうか、いわゆる耐震基準以前に建てられた建物がまだ60施設ありまして、実際に建てかえるためには、代替施設がないととても建てかえられる状況にないということで、今回、これが予算化されたということで、大変期待しているところで、具体的な方策がとられることを期待しているところです。

そして、あと、簡単に申し上げますが、先ほどの資料5-1のところ、軽費老人ホームや養護老人ホームは、その他のケア付き住まいということで表示されております。

ただ、従来からの養護老人ホームや軽費老人ホームは非常に老朽化しておるわけでありましてけれども、その建てかえに関しては特定施設をとることが求められているわけがあります。

ただ、ご承知のように、先般、厚生労働省から養護老人ホームのあり方についての検討会報告が出ておりますけれども、その中でも、いわゆる生活困窮者等に向けたニーズというのは非常に高くなっているということでもあります。

特に措置費の問題を含めてでありますけれども、この建てかえに関しては、東京という、非常に日本という国のいろんな課題が集約されている地域の中での軽費老人ホーム、養護老人ホームの、いわゆるケア付きの住まいというところですが、特に住まいというところでのニーズをどう受けとめていくかということでは、やはり積極的な建てかえ、特に老人福祉法上の機能がしっかり果たせるような建てかえが必要ではないかというふうに考えております。

以上です。

○市川委員長 ありがとうございます。

基本的に、一つは低所得者対策。2番目は、いわゆる共同利用も、隣接じゃなくても市と区とか、そういう可能性はどうなのかという提案。3番目は、建てかえの議論の中での困難さ。4番目は要望。老人ホームについてのあり方。これについてのご提案だったと思います。よろしいですか。

ほかにいかがでしょうか。

では、どうぞ。

○千葉委員 東京都介護支援専門員研究協議会の千葉でございます。

一言だけ申し上げたいと思います。

資料5-1、高齢者の住まいのイメージについてということで、これは、ほぼ整備状況ということのイメージだと思っておりますが、利用者、高齢者の立場から、住みかえという観点があるのかどうかというところを、今後、ご議論いただきたいと思っております。

以上でございます。

○市川委員長 ありがとうございます。

その部分に関しては、行政からいいですか。

一つの住みかえという案、要するに提案が出されているということで受けとめていただいたらよろしいかと思えます。

では、ほかはいかがでしょうか。どうぞ。

○林田委員 おくれてきまして、申しわけありません。

東京都地域密着型事業者協議会の事務局長をしております林田と申します。よろしくお願いいたします。

私どもは、地域密着型サービスにかかわる仕事をしておりますので、グループホーム、認知症対応型共同生活介護や小規模多機能型居宅介護、認知症対応型通所介護、小規模の特養、あと、複合型サービスなどが対象になりますが、現在協議会のほうでは小規模多機能とグループホームが主な会議となっております。

その中で、現状と申しますか、この報告も含めてお話をさせていただきますと、一つは、ここまで東京都の方々から、特に認知症対応型共同生活介護に関しては、国に先立って、とても重要な補助制度、補助金制度とか、活発な対応とか方向性を示していただきまして、とても厚くお礼を申し上げたいと思えます。

その中でも、ただ、まだ数が足りていないということから申しますと、グループホームも小規模多機能も、ほかの県に比べますと、比率的に人口比率や高齢者比率からいくと、まだちょっと数が足りていないかなと。

ただ、達成率から見させていただきますと、資料5-2を見ますと、アクションプログラムのところ、達成率がとても高いところまで来ていますので、今後、非常に期待と申しますか、私が言うのも変ですけど、とてもいい方向に進めていただいているかなと思っております。

その中で、じゃあ私どもは何ができたかと言いますと、このところの、今日のお話し合いの中心である住まい方、住まいについてのお話が多いのですが、高齢者の生活を考えた場合には、住まいというのは建物の中、敷地の中だけの話ではないということで、やはり地域を含めてどのような住まい方をするかというのが大きな課題になってくるかと思えます。

その中で、私たちは微力ではありますが、記憶のある方は思い出していただきたいんですが、2000年以前、介護保険法が始まる前に、認知症状態にある方々が商店街やスーパーで職員と一緒に買い物をしている姿とか、そういったものはほとんど見られなかったわけです。ですが、グループホーム、私ども事業者が入居者さんと一緒に頑張り

まして、地域の中で生活していくという像をつくることができたのではないかというふうに思っております。

地域密着型の中には、通所介護やグループホームのように「認知症対応型」と冠がついているという事業でもありますので、認知症状態にある方々を支えていくために、今後もさまざまな取り組みをしていきたいと思っております。

ただ、そうも言うておられませんで、課題もありまして、一つは、ほかの事業も同じだとは思いますが、土地が高いと、やはりどうしても利用料が高くなる。どうしても利用者さんの数が、利用できる方が少なくなってしまうということと、あと、建築基準法等と整合性がとれていない部分とか、建築基準法上どおりにやってしまうと、つくることがとても難しくなる。土地の狭いところだと、なおのこと。そういった課題が今、大きく問題になっています。

また、先立ってもありましたが、火災の問題であるとか、安全性の問題も今後議論の対象になるのかなというふうには思っております。

報告申し上げたいことは以上です。

○市川委員長 ありがとうございます。

建築基準法との議論は、抜本的に今後の課題として取り上げておかなければいけませんし、他方、安全性とか、例えば、またお泊まりデイという宿泊を伴うサービスの、ある一定の質の担保をどうするかという課題は事実ありますので、林田さんのほうでも職能団体としてチェックするとともに、行政ともチェック機能を高めていかざるを得ないと思っているところです。

それでよろしいでしょうか。

○林田委員 はい。

○市川委員長 では、ほかにいかがでしょうか。

○灰藤委員 有料老人ホーム協会でございます。

先ほど、サ住協さんから詳しい話がありましたので、簡潔に。

東京の場合は、やはり土地代が高いというのが一番固有の問題かと思っております。

ですから、特養、老健等の公的な施設も大事ですし、土地代も高い中でふやしていくということでは、住まいを、民間の力を活用するというので、サ付きもそうですし、住宅型や介護型の有料老人ホームというものについても、ご活用いただけるような目を持っていただけたらなど。

あと、収入状況につきましても、生活保護の方まで含めての貧困ビジネス化するのはいかがでしょうかと思いますけれども、国民年金をもらっておられるような方に、お住まいとして、それからサービスを提供するというようなことで、サ付きと同時に有料老人ホームも一定の役割を担っておりますし、また、今後もお願いしたいなど。

それから、最後にちょっと細かな点で恐縮なのですが、資料の中で、例えば資料4のところの地域包括ケアシステムの絵ですとか、この絵の中で、真ん中の住まいのところには「サービス付き高齢者向け住宅等」と書いておまして、有料老人ホームについては、一番右のほうに「特定施設」だけ書いておりますが、実は厚労省さんも最近真ん中の住まいのところに、サ付きと一緒に「有料老人ホーム」を書いたバージョンをつくっていただいたりしています。

協会の人間としてはちょっと切のうございますので、その辺をご配慮いただいたり、あるいは次の5-1のところでも、介護付き以外に、若干ですが都内にも住宅型の有料老人ホームがございます。あるいは、いつもこういう図ですと、確かに有料老人ホームは収入部位が高いところがあるのは存じておりますけれども、実は収入階層の低いところすとか、自立の方についても、お住まいの提供、サービスの提供ということで努力しております。

ご配慮をいただけたらということで、お願いさせていただきます。

○市川委員長 ありがとうございます。

これにつきましては、全体の議論が進められました後、起草委員で、そこでのまた議論になるかと思っておりますからお待ちください。別に排除しているわけではないと思いますので。

あと、いかがでしょうか。

内藤委員。

○内藤委員 日本大学の内藤と申します。

一つお願いがありまして、資料5-1の資料は、非常にそれぞれの幾らがどれだけあるかということが明確にわかっていいと思うんですが、介護インフラということで考えると、資料5-10とあわせてということだと思んですが、要介護度別ないしは軽度、中度、自立別でも結構なのですが、それぞれを利用している人がどういう構成になっているのか。

かぶってしまっていて割合がわからないので、それぞれどのぐらいいて、結局残った方が

在宅で暮らしていらっしゃるということだと思うので、それはどのぐらいいるのかということがわかるといいのではないかというふうに思います。お願いでございます。

○市川委員長 どうしたらいいですか。何か、意見として。

○内藤委員 つくってほしい。

○加藤幹事 これは、ビジュアル化せよということですね。わかりました。

5-10にあるデータの部分を、今後、起草委員会等もごございますので、議論を深めていただく際には、表のつくり込みは工夫させていただきます。

○市川委員長 ほかにいかがでしょうか。

では、どうぞ。

○山本委員 公募の山本です。

一つだけ、ご質問させていただきます。

低所得者向けの利用料設定というのが5-3の2にありまして、先ほど国民年金の話も出ました。国民年金は今、大体、満額でも6万5,000円前後だと思います。

そうすると、ここにあります生活保護受給者の場合でも月額11万から12万円程度というのは、ちょっと高いんじゃないかなと。

今、消費税値上がりもありし、11万から12万をもし払えたとしても、お小遣いはゼロに近いんじゃないかなと。

先ほどの国民年金の額からも何故低所得者向けの利用料が11万から12万という数字で出されているのかご説明をお願いします。

○市川委員長 これは福留委員のところでしたか。

○福留幹事 この資料5-3にございますとおり、11万から12万の設定は、生活保護を受けた場合に入れる範囲ということで、そもそも設置してございます。

お小遣いについては、若干残る程度。その中で、いろいろと保険料を払ったりとかもあるんですけども、そういうふうに設定しております。

あと、国民年金の方とかもいらっしゃるかと思いますが、そのほかの制度に都営住宅もございますし、ほかの制度も活用しながら住まいを見つけていただくということかと思えます。

都市型軽費老人ホームについては、対象とするところについては、とりあえず生活保護受給者の受給額でも入れるというのを前提に、今つくってございます。

○市川委員長 よろしいでしょうか。

○山本委員 わかりました。

○市川委員長 いいですか。あと、よろしいですか。

(なし)

○市川委員長 あと、全体的なこの施設の議論が出されていますけども、例えば、起草委員にもご検討いただきたいんですけども、聴覚障害の方たちは手話がないと入所施設での安定した生活ができない。そのような個別の議論も、必要に応じて検討していただきたいというふうに思います。

これは、一委員長じゃなくて、一委員として検討をお願いするということになりますので、よろしくどうぞ。

それ以外、いかがでしょうか。

(なし)

○市川委員長 では、次の議題に進ませていただきたいと思います。

では、次の議題につきましては、医療の、在宅療養の推進についてということであり
ます。

では、それぞれ担当がお話しいただくことで、まず加藤さんお願いします。

○加藤幹事 それでは、在宅療養の推進についてということでご説明します。

在宅療養の推進というと非常に幅広なものですから、本日、全て東京都の施策をご説明し切れるわけではないんですけども、国の法改正の方向性と現状をやっておりますさまざまな事業の一覧、それから本日は、今ちょうど取り組んでおります代表的な事業につきまして、それぞれ担当からご説明させていただきます。

まず、資料6-1でございます。

こちらは、本日も参考資料でお配りしております国の資料からの抜粋でございます。

2月25日に行われました厚生労働省老健局の全国の課長会の資料でございます。

こちらは既に可決されましたけれども、医療と介護の一体の法案の中で、どういうことが盛り込まれているかという、その概念図でございます。

大体、右側が介護で、左側に医療のことが書いてあるというふうに読み取っていただけるかと思います。

たくさんの法律が一度に改正されたものでございまして、それぞれに施行日がございますとか、よって立つ計画をそれぞれ地方公共団体がつくる年度も違います。

介護のほうにつきましては、こうして今年度末を目指して計画をつくっているわけで

ございますが、医療のほうにつきましては、保健医療計画につきましては、まだ改定年度が来ておりませんし、地域医療ビジョンと呼ばれるものにつきましても、来年度以降に策定するという予定でございます。

そのような中で、右側の地域包括ケアシステムの構築の中にも、①在宅医療・介護の連携の推進というものがありますし、左側の真ん中の下でございますけれども、少し大きな字で「在宅医療の推進、介護との連携」とございます。

いずれの分野においても、この分野については位置づけなければならないということでございます。先行して策定いたしますこの計画につきまして議論するというところでございますが、医療の分野のほうも合わせて、施策は東京都としては検討していくということになってございます。

資料6-2につきましては、そのイメージでございますので、こちらはお読み取りいただければと思います。

先ほど申し上げました医療計画につきましては、今年度ではなくて、30年以降、計画を策定していくということでございます。

資料6-3でございます。

こちらは、一つ一つのご説明は差し上げませんが、東京都が今年度行っておりますさまざまな在宅療養の推進にかかわる事業でございます。

この絵でございますが、真ん中は、基本的には介護保険の保険者であります区市町村の領域でございます。

これもいろいろと、先ほどの有料老人ホームではございませんが議論がございまして、薬局とか歯科医とかケアマネとか、足りないものがたくさんあるじゃないかというご批判があるんですが、そこは忘れていたわけではないということでご容赦いただきまして、在宅療養のご高齢者を取り巻くいろいろな主体があって、区市町村の中で連携していく。それを目指していくというところでございます。

それを支えるものとして、真ん中の下でございます。東京都では在宅療養推進会議ということを設定しておりまして、医療政策部と高齢社会対策部が共同で事務局を務めて、さまざまな検討をしているところでございます。

両側にありますのが、ちょっとカラフルなんですけれども、緑色の薄いものにつきましては、私ども高齢社会対策部が予算化している事業でございます。赤いところが、医療政策部のほうで予算化をしているものでございます。そのほか、健康安全部などで事

業化しているものもございますけれども、こうしてさまざまな部の事業が、縦割りというご批判もあるかもしれませんが、連携しまして、施策を展開している、目標を一つに向かってやっているということでございます。

本日は、この中で高齢社会対策部につきましては訪問看護のことにつきまして、医療政策部につきましては退院支援等の今年度の事業につきましてご説明を差し上げまして、それをもとにご意見をいただければというふうに思っております。

以上です。

○新倉幹事 私は、医療政策部で地域医療担当課長をしております新倉と申します。

私のほうからは、資料6-4、そして資料6-5、この2枚について説明させていただきます。

まず、資料6-4をごらんいただきたいと思います。

在宅療養推進に向けた都の取組ということで、まず上段でございます。

現状と取組の方向性。

黒い矢印の右側ですけれども、取組の方向性。大きな方向性としては、医療と介護の連携の推進という大きな目標のもと、その下に黒いポツで3点、柱として施策を展開しております。

まず、黒いポツの1点目ですが、こちらは区市町村の主体的な取り組みの支援など、地域におけます在宅療養体制の確保という点で一つ。

そして、二つ目のポツでは、病院からの早期退院支援などによります在宅療養生活への円滑な移行の促進という観点。

そして、三つ目の柱が、医療・介護に関わる多職種の人材育成・確保ということで、施策を展開しております。

こちらの方向性につきましては、先ほど高齢計画課長の加藤から話があったように、都の在宅療養推進会議、こちらでの議論の結果などを踏まえて、それに沿って施策を進めているものでございます。

まず、この大きな柱一つずつを説明させていただきますが、資料の左側半分でございます。

一つ目の柱としての、地域における在宅療養体制の確保でございます。

こちらの中でも、大きく、我々としては区市町村への支援という点と、地区医師会への支援。こちらのように、それぞれ事業を行っております。

まず、区市町村への支援でございますが、一つ目の黒い四角に、医療保健政策区市町村包括補助事業とございます。

区市町村へのさまざまな医療保健政策に関する包括的な補助事業でございますが、この事業の中に、在宅の推進については大きなメニューとしては3点掲げてございます。

ポツが三つございますが、まず、医療・介護の関係者の協議会の設置。

そして、2点目が、病状急変時等に利用できる病床、後方病床の確保。

そして、3点目が、円滑な移行などを調整する支援窓口の設置。

この大きな三つのメニューにつきまして、区市町村に対して補助を行っております。この補助事業を活用しまして、区市町村が事業に取り組んでから、事業開始から3年間は東京都からの10分の10の補助ということで、区市町村の持ち出しなしに、事業を当初3年間進めていただくというような内容でございます。

その下の黒い四角、在宅療養推進区市町村支援事業。

こちらは、昨年度、国の経済対策として設置されました地域医療再生基金を活用した、これは、資料の年度が切れておりますが、昨年度、25年度から27年度までの3カ年の事業でございます。

こちらにつきましても、在宅療養患者の搬送体制、また災害時の支援体制、そして小児等の在宅療養の支援体制の構築などについて、支援しているものでございます。

そして、その下、地区医師会への支援でございます。

黒い四角に、在宅医等相互支援体制構築事業とありますが、こちらについては在宅療養患者を支えるための24時間の診療体制を確保していただくために、単独で一つの診療所に診ていただくというのではなく、複数の在宅医が相互に補完し合いながら、または、訪問看護ステーションとも連携しながら、チームで体制を構築していただくというような支援の内容でございます。

そして、資料の右側半分のほうでございます。

真ん中あたり、在宅療養生活への円滑な移行の促進。

こちらにつきましては、我々が特に昨年度から重点的に取り組みを始めた部分でございます。

黒い四角の1点目で、退院支援強化事業でございます。

こちらも、地域医療再生基金を活用した3カ年の事業でございます。

入院早期から退院後に向けて取り組むべき事項。これは、病院において取り組むとい

うことですが、それを段階ごとにまとめた退院支援マニュアルというものを作成いたしまして、その周知を図っていくということ。

そして、2点目、二つ目の黒い四角ですが、これは今年度、平成26年度の新規事業でございます。

在宅療養移行支援事業といたしまして、地域の救急医療機関におけます退院支援の取組を支援するというので、救急医療機関に入院した患者の在宅への円滑な移行。さらには、在宅療養患者の容態急変時などの受入体制を充実していただくものとなっております。

今年度から来年度の2カ年の事業となっております。こちらについては、次の資料6-5のほうでも説明させていただきます。

そして、もう一つ目の黒い四角、こちらが26年度の新規事業でございます。

在宅療養支援員育成事業といたしまして、こちらが入院医療機関におけます在宅移行支援に取り組む、従事する職員の育成に向けた取組でございます。

退院支援という取組においては、救急医療機関のみならず、都内全ての病院で取り組むことが必要でございます。そうしたことに向けまして、研修事業などの実施を考えてございます。

そして、右下、医療・介護に関わる多職種の人材育成・確保でございます。

一つ目の黒い四角。26年度、新規として、在宅療養研修事業でございます。

こちらが、「在宅療養の地域リーダー」を、まず全都で育成をいたしまして、その地域ごとのリーダーが、さらには地域へ戻って実施する研修。これは、例えば訪問診療への同行研修であるとか、また、地域の関係する多くの職種、多職種の方が症例検討会やグループワークなどを通じて、顔の見える関係をつくっていく。こうした研修について行うものでございます。

こちらについては、東京都医師会のほうに事業をお願いして、実施するものでございます。

そして、右の一番下が、在宅療養支援員養成事業。

先ほど、区市町村への支援のところ、支援窓口の設置ということについて支援しております。ここの支援窓口で従事する区市町村の職員、場合によっては地域包括支援センターが委託を受けてということもございますが、そうした職員の養成も、こちらについては東京都看護協会をお願いして、研修事業を行っているものでございます。

1枚おめくりいただきまして、資料6-5をごらんください。

先ほどの三つの柱の中の二つ目、在宅療養生活への円滑な移行の促進の部分の、少し細かな資料でございます。

左側、退院支援強化事業でございますが、真ん中あたりに取組内容でございます。

こちらは、退院支援に係る退院支援・退院調整のプロセス。これは病院に入院したときから、そして治療開始時、そして状態安定期、さらには退院時、また、退院後2週間程度までを一つの時系列に、それぞれの段階において取り組む事項をまとめた標準モデル、退院支援マニュアルというものでございます。

これらについて、昨年度、マニュアルを作成いたしまして、現在、周知を図っております。

その下、左の下にスケジュール等がありますけれども、今年度は、そのマニュアルの周知と合わせまして、このマニュアルを活用して実際に退院支援に取り組んでいただくモデル事業を、都内の3病院で実施する予定としております。

このモデル事業の結果も踏まえまして、27年度にはマニュアルの効果検証を行っていきたいと考えております。

資料右側、上段でございますが、在宅療養移行支援事業。先ほどご説明した26年度からの新規事業でございます。

上段に事業概要とありますが、黒い矢印の右側、アンダーラインのところです。

退院支援を行う看護師または社会福祉士等の新たな配置にかかる人件費を補助する事業でございます。

その下に、黒い四角で対象施設とございますが、200床未満の中小規模の指定二次救急医療機関を補助の対象としてございます。26、27の2カ年の補助事業となっております。

そして、右下、今度は在宅療養支援員育成事業。

同じく事業概要、矢印の右側にアンダーラインを引いてございます。

退院支援を行う人材を育成し、退院支援の取組を全ての病院に広げていくということを目指しているものでございます。

その下に丸として、平成26年度、今年度はその研修のカリキュラムの作成に取りかかっております。そのつくったカリキュラムに基づきまして、27年度から研修をして、実際の人材養成を図っていきたいと思っております。

説明は以上でございます。

○榊幹事 高齢社会対策部介護保険課長の榊でございます。

私からは、資料6-6をご説明させていただきます。2枚にわたります。

こちらは、平成26年度の訪問看護推進総合事業ということで、8本の柱にまとめてございます。

地域包括ケアの推進のためには、在宅療養、在宅でできるだけお住まいいただくということで、平成24年から介護保険課に訪問看護を持ってきまして、そこを扱うセクションをつくっております。

この8本の事業、6本目の事業以外は25年度から全て新規事業ということで取り組んでいるものでございます。

簡単でございますが、それぞれ概略を説明させていただきます。

3本の柱で、まずは、看護人材確保育成事業ということで4本まで書いてございますが、まず1本目。これは今年度も重点的に取り組む事業です。

25、26のモデル事業ということで、今5カ所をお願いしてございますけれども、地域で、ちょっと大きめの訪看ステーションを5カ所指定させていただきまして、ステーションを体験したいなという方、どなたでも体験いただくこと。それが①になっているものです。

それから、ちょっと小さめのステーションに、育成相談それから同行訪問等をしていただくということで、援助する。

それから、③で、右側に合同カンファレンスと書いてございますが、医療機関、病院との連携、それから地域の中の地域包括支援センターと会議との連携等が大事だということで、合同カンファレンスで、地域包括支援センター等と訪問看護ステーションが合同で連携をとっていただくネットワークをつくるというようなことを中心にさせていただいております。非常に好評でございます。しっかりと取り組んでいきたいと思っております。

その下です。2番目、PR・人材の確保でございます。

これは、具体的には訪問看護フェスティバルということで実施させていただいておりました、昨年度も1月に実施しております。ことしも、27年1月10日に実施する予定でございます、幅広く都民の方々に訪問看護ということを知ってもらうということで、東京都看護協会ですっかり取り組んでいただいております。

それから、右側に移りまして、管理者・指導者育成支援ということで、こちらも25年度の新規事業で、3年間で都内の訪問看護ステーション全ての訪看の管理者、指導者に受けていただくということで考えてございます。上段です。

それから、下段。認定訪問看護師の資格取得支援ということで、中心となります認定訪問看護師さんを育成するための、資格取得の支援をさせていただく事業です。

それから、4番目ですが、昨年度から中長期的な課題ということで、訪問看護を幅広くに議論するというので、部会において検討させていただいております。

それから、一番下でございますが、これは今年度の新規事業でございます。研修とか、産休、育休、介護休暇等を取得する際に、代替職員の確保をするときに、それを支援するという事業でございます。

1枚おめくりください。

左上、6番の事業ですが、こちらは24年度から実施している事業ですが、比較的規模の大きいところが、サービス提供エリアの拡大を図るための新規設置の初度経費ということで助成する事業でございます。

その下をごらんください。

こちらは、事業開始等支援事業ということで、25年度から新規でしてございますが、昨年度は大きく講演会、それから、その後、個別にご相談に応じるという形でさせていただきました。ことしは、さらに細やかに、個別に相談をお受けするという形で実施する予定としています。

右側をごらんください。

7番ですが、IT化の支援事業ということで、訪看さんがIT化に取り組むという、なかなか腰が重いところがございますけれども、こちらに、細やかにIT化の推進について補助させていただくという事業です。

一番下でございますが、8番目。こちらは今年度の新規モデル事業でございます。

訪問看護ステーションさんは、なかなか規模が小さいところが多いございまして、事務業務というのが訪問看護師さんたちの課題になっているかということもございまして、事務業務を支援するというので、今年度モデル的に実施をしていきたいと考えております。

説明は以上です。

○市川委員長 このほか、千葉委員から提供資料が出ておりますけれども、お願いします。

○千葉委員 そのほかの発言もしてよろしいでしょうか。

○市川委員長 はい。

○千葉委員 ありがとうございます。

では、私のほうから資料を提供させていただきましたが、その前に、東京都の取り組みとしまして、特に在宅療養移行支援事業等において、在宅療養患者さんの容態急変時の受入強化の観点が盛り込まれたこと。これは在宅のケアマネジャーにとっては、大変心強い施策でございますので、評価というか、大いに期待するところでございます。

それから、退院支援マニュアルにつきましては、私どもの前任者も委員会に参加させていただきましたが、早期に入院患者さんの情報が私ども在宅のケアマネジャーにも提供されるということで、ここも大いに期待するところでございます。

今お配りしました、お手元でございます在宅医療サポート介護支援専門員研修のアンケート結果でございますけれども、これは資料6-3にあります東京都の事業として、在宅医療サポート研修というのを都内のケアマネジャーを対象にやっていただきました。

21年度から開始していただきまして、実は、延べ2,000人程度のケアマネジャーがこの研修を受講いたしました。

これは、基礎資格が医療系でないケアマネジャーが、医療知識の不足とか、医療者との連携を苦手とするという傾向から、東京都が特に力を入れてくださったことの結果でございますが、アンケートの結果から、知識や技術、連携のノウハウの手応えが持てたとか、医療依存度の高い方のケアマネジャーにも積極的に受けていきたいという結果が出ております。

この成果につきましては、区市町村や地区の医師会の方々にまだお伝えしていないところがございますけれども、広く認識していただいて、活躍の場を広げていきたいと思っておりますし、在宅療養の推進にも、ぜひ直接関与していきたいと考えております。

この研修につきましては今後も続けていただきたいと思っておりますし、国のケアマネジャーの実務研修のカリキュラムが変わりまして、医療系の項目がふえましたけれども、東京都の特徴だと思っておりますので、ぜひ続けていただきたいと思っております。

それから、今後の連携につきましては、ぜひとも顔の見える関係といえますか、研修事業で、多職種でかかわり合うような研修や連携事業をやっていただきたいと思っております。

今までもいろいろとやってきましたけれども、人が変わると、どうしてもそれがつな

がっていかないということがございますので、異動や退職によってあつけなく関係が切れないようなことをお願いしたいと思います。

ほかに、私のほうから見まして、高齢者というのは脳梗塞後だけではなくて、骨折ということがかなりございます。そのリスクを受けとめるためにも、リハビリテーションの視点がここにはないかなと思いますので、ぜひ入れていただきたい。

あと最後に、これらのいろいろないい仕組みがあるので、ぜひもっともっと都民の皆様々に知らせていくすべを、私どもも含めて持っていただきたいという感想を持ちました。

以上です。

○市川委員長 ありがとうございます。

医師会、歯科医師会、薬剤師会、それぞれ関係団体がありますけども、ご意見があるようだったらおっしゃってください。

では、内藤委員。

○内藤委員（代理） きょうは平川委員のかわりに出席させていただいています内藤と申します。よろしくお願いいたします。

現在の東京都の説明をいただきました在宅療養推進に向けた都の取り組みという中で、現在、これから2025年問題に向けまして、在宅医療というのは非常に重要になってきまして、東京都医師会としても、医師会長のお声がかりのもと、生活に寄り添う医療の提供という視点から在宅医療を進めるようにしております。

それにつきましては、大分浸透してきている部分もあると思いますけれども、もう一方で、ここにも挙げていただいていますように、結局、後方支援病床。在宅が取り組むのは結構なんですけれども、やはり、急変時であったりとか、ご高齢の方の場合は、ちょっと点滴をやられば、またお元気に戻れるのに、それがおくれてしまって、最期を迎えてしまうといったような、そういう特徴もあります。

そういう意味では、救急病院との連携というのは非常に重要であり、かつそれに目を向けていただいて、東京都のほうから退院支援強化事業ですとか、在宅療養移行支援事業、在宅療養支援員育成事業といった事業に力を入れていただいていることは、本当にありがたいと思って感謝しております。

ただ、現実問題としましては、まず一つには、地域に密着。つまり、地域包括ケアシステムというのは、地域に密着しているというところが、生活に密着しているところが一番の観点だと思いますけれども、そういう生活に密着しているというのは在宅医療だ

けではなくて、入院できる医療機関もやっぱり地域に根差しているということが非常に重要な部分だと思います。

地域にある医療機関だからこそ、地域が見えている。それから、地域のケアマネジャーさんであったりとか、包括支援センターと連携がとれるというところがあると思いますが、これを言うと自分たちの愚痴になってしまうかもしれませんが、現実、今、都内の病院で、地域に根差している病院だけではなくて、どの病院も非常にその存亡といえますか、経営を非常に苦しい思いの中でやっていますので、ぜひ、気がついてみたら、地域包括ケアシステムをつくって、でき上がってみて、動いてみたら後方支援病床がなくなっていたとかということがないような、そういったような視点も頭に入れていただきたいなと思っておるのが一つあります。

もう一つは、いろいろなマニュアルづくり等が進んでおり、非常に細かい配慮をされていると思いますけれども、実際にはマニュアルに沿って人が進むということ。もしくは、システムにのっかって人や物事が配慮されていくというのは、そんな簡単なものではなくて、本当に個別個別の事例で、非常にいろんな要素を持っている中で判断していかないといけないことが多いです。

例えば、我々の医療において、医療を提供するということに関しては、最近ガイドラインというのがありまして、比較的、一般的な治療については、全国で統一されたような治療がありますけれども、逆に入院になったりとか、入院から特に退院のときには、本当にお一人お一人個別の退院のいろんな条件がございます。家のマンパワーであったりとか、地域で提供できる社会資源であったりとか、もちろんマンパワーだけじゃなくて財源というものもありますので、本当に細かく一つ一つあります。

ですから、ぜひ、そういったような一つ一つを何とか意識できるような退院調整であったりとか、さらには地域の医療提供の部分を考えていただければ非常にうれしいなと思います。

もう一つお話ししておきたいのは、実は年金ぎりぎり生活されている方が入院しますと、医療費の提供ということで、生活保護を比較的受けやすくなるんです。

ところが、医療がある程度落ちついて、いざ退院ということになりますと、例えば、お家に帰れる方とか、介護施設に入れる方は、比較的、生保の枠が外れても、すんなりと行き先が見つかるんですけれども、例えば、点滴がどうしても必要だとか、ある意味で、ある程度維持できる医療が必要な方の場合には、どうしても年金だけでは、それは

生活の維持なので、医療扶助の生保がなくなってしまうと、行き先を探すのに非常に困ってしまうという問題があって、そのところは制度のはざまの問題だと思うんですけども、その部分も個別にうちのケースワーカーも幾つも抱えておりますので、ここでは一つ一つ挙げられませんけれども、そういう問題もちょっとあって、退院支援のところで非常にハードルがあるということもつけ加えておきたいと思います。

長くなって申しわけありませんでした。

○市川委員長 そのことに関しては、例えば後方支援病院ということでは、新倉課長が何かありますか。

○新倉幹事 在宅医療患者のセーフティネットとして何かあったときに、一時的にでも入院を受け入れる。こうした取り組みについては、現在、区市町村への包括補助事業の中で、今、その確保を支援しているということ。

ただ、一方でそれに合わせて、今般、4月の診療報酬改定の中でも、一定程度後方支援病院というような制度が評価されるなり、制度の面でも整備されつつある部分もございます。

ただ、こうしたものをきちっと取り組みやすくなるように、先ほどの新規事業、在宅療養移行支援事業の中でも、実際に職員配置の支援などを通じて、そうした取り組みを我々としても進めていきたいというふうに考えております。

○市川委員長 よろしいでしょうか。

後方支援病院は、在宅医療のかなめになります。かかりつけ医も、それがないとやりきれないということがありますから、ご検討いただくこと。

あと、個別支援の議論に関しては、マニュアルの内容とともに人材育成。それを見きわめる人を育ててほしいという議論とつながりますし、あと、先ほど言った医療と福祉の議論に関しましては、ちょっと起草委員のほうでも少し考えておいていただきたい。本来的な議論になりますので、そこについてはご検討いただきたいと思います。

高野委員、どうぞ。

○高野委員 東京都歯科医師会の高野です。

退院時支援は、一番主たるものは、以下の病院から在宅なり訪問看護ステーションへの連携ということは、言うに及びませんが、歯科から言うと、QOL向上の点から述べさせていただきます。

退院時カンファレンスを充実させるには、その前に入院中における歯科的ケアが行わ

れているか。また、歯科的な課題が検討されていなければなりません。

昨年よりは、周術期口腔ケアについては、保険についても対象にされるようになって、脚光を浴びていますが、周術期以外の慢性疾患患者については算定できるものがないのが実情です。

そこで、少なくとも、周術期以外の患者に対して、歯科医療、口腔ケアなどを受ける機会を持つためには、病院内における看護師にその必要性を理解してもらう必要があるかと思います。そのためには、歯科医師だけではなく、歯科衛生士の活用が有効かと思っています。

がんの周術期については、東京都とも協調して研修会等、また周知などについては、今後、来年度までは行うようになっておりますが、それ以外についてはないので、その辺は進められればと思っております。

○市川委員長 ありがとうございます。

これは、貴重なご意見としてお伺いしたい。

薬剤は何かありますか。

○森田委員 薬剤師会から参りました森田です。

前回のときに、私どもは薬剤を通して患者さんと、というお話をしたかと思うんですけど、今、東京都では、医薬分業率が70%を超えました。

外来患者といいますか、ここの中にあります在宅療養患者の7割は薬局を通っているということが、まず一番根本的なところですよ。

それに対して、どうしても医療だけになってきますと、そういう形でしか申し上げられないんですけど、これが在宅という形になってくると、当然、全て私たちが対応していらっしゃるのは、皆さん在宅療養患者なわけですから、この方たちの7割にはお会いして、何か説明してということをやっているということ、まずわかっていたかいたと思います。

それと、順不同になってしまいますけれど、資料6-2にございます「医師会等」というふうに書いてございますが、在宅医療連携拠点機能と包括支援センターの連絡会ということですね。これは、その次の6-3の黄色いところ、在宅医療提供拠点薬局という整備事業ということで、これをご一緒にさせていただけないかということ。ここに、一緒にさせていただけないかということをお願いしたい。

それと、6-5にございます退院支援の強化ということで、3病院で始められるとい

うことをございましたけれど、この退院支援マニュアルの中で、まず、入院のときには、薬局薬剤師が患者さんにお渡ししている薬の情報提供というものを、入院した薬剤部のほうではご活用いただいていると思います。

退院支援マニュアルの退院時カンファレンスのところの病院のほうでは薬剤師が入っておりましたが、在宅チームのほうに薬剤師が入ってごさいませんでした。覚えていらっしゃいますか。これに関しましては、さまざまな議論はあるかと思えますけれど、少なくとも情報だけは流していただけるようなシステムをつくっていただかないと、確かに、退院前に、カンファレンスに薬局が出るのは難しいかとは思いますが、情報だけでも出てくるようなシステムをつくっていただきたいと希望いたします。

○市川委員長 ありがとうございます。

事実関係のお答えにさせていただいて、基本的な方針は持ち帰って議論しないと調整がつかみませんので。

ですから、事実関係で今申し上げなきゃいけないことに関してのみおっしゃって、あとは東京都として吟味をお願いしたい。どうぞ。

○新倉幹事 先ほどの退院支援マニュアルのところのお話ですけれども、こちらのマニュアルの構成なんですけれども、実は、先ほど内藤委員からのお話もありましたとおり、都内の病院が全て画一的にこのマニュアルに沿ってやるというのは不可能でございます。

病院のそれぞれ規模や機能、そして、その病院の退院支援に取り組む組織の体制、それらによってもまちまちでございますので、このマニュアルの中では、おおむね取り組む要素というのを盛り込んでいて、あとは各病院がそれぞれの機能、またそれぞれ個々の患者さんの状況に応じて、退院支援に取り組んでいただくということですので、関係する職種、歯科、薬剤師含めて、個々のそれぞれの対応で必要な方との連携をとってもらうというような形にしておりますので、それはマニュアルをどう、それぞれの病院で活用していくかということにかかってくると思います。

あと、もう1点、資料の6-3のところでございました、右側半分、黄色い色で、健康安全部が所管する事業でございますけれども、在宅医療提供拠点薬局整備事業。先ほどお話にあったこれを、もう一つの資料6-2のところの在宅医療連携拠点のこちらと一緒にというお話がありましたけれども、まず、6-2の在宅医療連携拠点機能、これは個別の事業があるものではございません。国のほうでイメージとして出しているものでございますので、今、確立した事業というものでは、まず、ございません。

それと、あと薬局のほうの事業については、これは、もう既に、森田委員もご案内だと思えますけれども、これは国のほうの事業ですので、6-2はまだ事業としてつくられているものではないので、それを統合するとかというものではございませんので。

○市川委員長 加藤委員。

○加藤幹事 資料6-2についてでございますが、これは医療のことも書いたりしてありますが、これは国の資料でございます。

すみません。説明を端折りましたが、下のほうに小さな字で書いてありますが、国の示した資料で、この時点で法案を出したときに、介護保険法、介護保険会計の中の地域支援事業の中に、医療と介護の連携が位置づけられます。これは資料6-1のほうにも書いてあることなんです、そこで、地域支援事業としてやらなければならない在宅医療・介護の連携のうち、これは介護保険会計の中の事業ですので、参考として書いてある真ん中の左のほうですね。1から5の取り組み。こんなものが想定されますよということが、まだ例示でございまして、今後どうなってくるかわからない。

こちらにつきましては、担い手を、例えば絶対医師会さんですとか、薬剤師会さんですとか、そういうふうな想定であるものではございませんでして、各区市町村さんがどう取り組んでいくかということを検討していただくということでございますので、今後、練られていくものと考えております。

私どもの計画の中に、今、薬剤師会さん、三師会さんからいただいたご意見をどう盛り込んでいくかにつきましては受けとめさせていただいて、起草委員会などでも検討していきたいというふうに思っております。

○市川委員長 よろしいでしょうか。

○森田委員 あくまでも希望でございます。

ただ、退院支援マニュアルに関しましては、もうマニュアルというものができ上がっていて、ただ、地域ケアチームのほうに、薬剤師という名前、あるいは歯科医師さんはわかりませんが、入っていないということは事実ですよ。

その病院によってというお話でしたけど、その病院によって地域ケアが変わってくることじゃなくて、院内の薬剤師が入るか入らないかという話ならわかるんですけど、地域ケアチームのほうに入っていないのは病院によって変わることはないと思うんですが、これは希望です。

○市川委員長 ご意見としてお伺いします。

どうぞ。訪問看護の椎名さん。

○椎名委員 ありがとうございます。

時間もないので手短かにあれですけども、榊さんからご説明いただいた資料6-6の訪問看護総合推進事業につきましては、全国に先駆けて東京都がやってくださった事業で、この事業につきましては、厚労省からもたびたびと問い合わせがあったりとかしている、本当に全国のモデルになってやっている事業でありますので、継続してやっていただきたいのと、あと、加藤さんからの資料6-1で、先週、保助看法が変わり、診療の補助行為の範囲が広がるということが決まりましたので、この点についても念頭に入れて、この計画を練って行っていただきたいというふうに思います。

ありがとうございます。

○市川委員長 よろしいですね。要望で。

○林田委員 本当に一言なんですけど、在宅療養推進に向けた都の取組や、住まい対策一体型、地域生活支援事業等、とても必要な施策だと感じているのですが、対象者が認知症状態にある場合には一体どのようになるのかなというのが、この資料では読み取れませんので、ぜひその点を含んで、今後、お願いいたします。

○市川委員長 ありがとうございます。

西岡委員。

○西岡委員 地域包括支援センターの関係でございますけれども、6-3にしても6-4にしても、今後の推進体制なんかで、非常に大きな全体の包括的な役割を担うということで、職員の体制の問題について、やはり検討が必要ではないか。

私どもの協議会で調査をしましたらば、一担当職員当たりの高齢者数が1,000人を超える市区が24ございました。

何をもって適切とするかということでもありますけれども、東京都は非常に人口密集の地域でありますので、それから面積もそれなりに広域という場合もありますので、高齢者の数や面積を一担当職員当たり、ある程度算出して適正な配置でないと、在宅療養だけではなくて、いろいろな虐待の問題を扱うということも含めて考えていくと、非常に幅広いということで、職員体制について、ぜひ検討していただきたいというふうに思います。

○市川委員長 わかりました。

特にこの地域包括ケア等は、今後、新しい人材の配置という議論が前面に出ますので、

その中で議論していくことになるかと思います。

医療の体制は、自治体で全然違うというか、議論の内容もだいぶ違っていると思います。一応、ここで終わりにさせていただいてよろしいですか。

(はい)

○市川委員長 基本的には、ここで終了いたしますけれども、新たに資料請求やご意見があったら、事務局に問い合わせいただければと思います。

また、貴重なご意見を本当に感謝いたしているところでありますが、時間となりましたので、よろしいですね。

では、事務局から何かございますか。

○加藤幹事 それでは、第1回の委員会で委員長及び事務局預かりとなっております起草委員会について、内容を決定いたしましたのでお知らせをいたします。

委員長は前回決定いたしました親会議の副委員長でいらっしゃいます明治学院大学社会学部社会福祉学科の和気教授にお願いしたいと思っております。

そのほか3名にお願いを考えております。

日本大学文理学部心理学科の内藤先生。

それから、公益社団法人東京都医師会理事の、本日欠席でございますが、平川委員にお願いしたいと思っております。

また、特定非営利活動法人東京都介護支援専門員研究協議会、理事長の千葉委員にもご参画いただきたいと思っております。

以上、3名でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

また、次回の日程のご案内でございます。

次回の委員会でございますが、来月8月8日、金曜日。時間は、本と同じく午後5時から7時まで。場所は、都庁の会議室でございます。

詳細につきましては、追ってご連絡させていただきますので、次回のほうもどうぞよろしくをお願いいたします。

事務連絡も引き続きさせていただきますが、今回配付させていただきました資料につきましては、お持ち帰りいただいて結構でございます。

もし机の上に置かれたものにつきましては、事務局のほうからお送りする、あるいは、ごらんいただけるように保管いたします。

お車の方につきましては、駐車券をご用意しておりますので、お帰りの際に事務局ま

でお声かけくださいませ。

また、蛇足かもしれませんが、本日、傘立ては外にございますので、お忘れなきようお願いいたします。

以上でございます。

○市川委員長 ありがとうございます。

中山委員、一言どうぞ。

○中山委員 ご熱心な議論をありがとうございました。

本当に大きな会議体でございますので、時間の制約と裏腹でございます。本当に、意見を言い切れなかった方には、まことに申しわけなく思っております。

委員長からもお話がありましたように、この後、気がついた点は、事務局のほうに後日、後刻でも結構でございますので、いろいろと意見をいただきたいと思っております。

次回、8月8日に向けて、また、我々も論点を整理しながら、また大いに議論していただく場を設けていきたいと思っております。

本日は、まことにありがとうございました。

○市川委員長 では、これにて散会いたします。ありがとうございました。