

平成27年度

第6回

福祉先進都市・東京の実現に向けた地域包括ケアシステムの在り方検討会議

日 時：平成27年11月26日(木)午前10時～午前12時

場 所：都庁第二本庁舎31階特別会議室27

1 開会

2 議事

(1) 介護と仕事の両立支援について

- ・講演（佐藤 博樹 委員）
- ・意見交換

(2) 認知症の人と家族を地域で支えていくための支援や医療の関わり方について

- ・講演（栗田 主一 様）
- ・意見交換

(3) 大都市における介護予防の推進について

- ・講演（河島 貴子 様）
- ・意見交換

3 報告

東京都地域医療構想の検討状況について

4 閉会

<資 料>

- 資料1 福祉先進都市・東京の実現に向けた地域包括ケアシステムの在り方  
検討会議設置要綱
- 資料2 福祉先進都市・東京の実現に向けた地域包括ケアシステムの在り方  
検討会議委員名簿
- 資料3 福祉先進都市・東京の実現に向けた地域包括ケアシステムの在り方  
検討会議について
- 資料4 佐藤博樹委員 講演資料
- 資料5 栗田主一様 講演資料

資料 6 河島貴子様 講演資料

資料 7 地域医療構想関連資料

<参考資料>

参考資料 1 東京都高齢者保健福祉計画《平成 27 年度～平成 29 年度》（平成 27 年 3 月）

参考資料 2 東京都長期ビジョン（平成 26 年 12 月）【抜粋】

参考資料 3 福祉先進都市・東京の実現に向けた地域包括ケアシステムの在り方  
検討会議「中間のまとめ」

参考資料 4 関連資料（第 3 回会議配布資料）

参考資料 5 関連資料（第 2 回一億総活躍国民会議 塩崎大臣提出資料）

参考資料 6 関連資料（介護保険最新情報等）

<出席委員>

内 田 千恵子 公益社団法人東京都介護福祉士会 副会長  
大 熊 由紀子 国際医療福祉大学大学院医療福祉ジャーナリズム分野 教授  
馬 袋 秀 男 一般社団法人「民間事業者の質を高める」全国介護事業者協議会  
特別理事  
和 気 康 太 明治学院大学社会学部 教授  
秋 山 正 子 株式会社ケアーズ 代表取締役  
白十字訪問看護ステーション 統括所長  
河 原 和 夫 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 教授  
平 川 博 之 公益社団法人東京都医師会 理事  
佐 藤 博 樹 中央大学大学院戦略経営研究科 教授  
瀧 脇 憲 特定非営利活動法人自立支援センターふるさとの会 常務理事  
園 田 真理子 明治大学理工学部 教授  
高 橋 紘 士 一般財団法人高齢者住宅財団 理事長  
川 名 佐貴子 株式会社環境新聞社 シルバー新報・月刊ケアマネジメント  
編集長  
荒 井 康 弘 多摩市健康福祉部長  
河 島 貴 子 世田谷区高齢福祉部介護予防・地域支援課介護予防・地域支援担当  
係長

(世田谷区高齢福祉部長 田中 文子委員 代理)

<東京都>

梶 原 洋 福祉保健局長  
黒 田 祥 之 福祉保健局理事 (少子高齢化対策担当)

<オブザーバー>

竹 林 悟 史 厚生労働省老健局介護保険計画課長  
溝 部 和 祐 八王子市福祉部高齢者福祉課長

<ゲストスピーカー>

栗 田 主 一 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長

○西村幹事 定刻を過ぎましたので、ただいまから第6回福祉先進都市・東京の実現に向けた地域包括ケアシステムの在り方検討会議を開催いたします。

はじめに、配付資料の確認をさせていただきます。クリップでとめてある資料が、資料1から資料7になります。

資料1から3は、本会議の設置要綱、委員名簿、概要となっております。資料4から6は、本日予定されている講演の資料となります。資料7は、本日報告を予定しております、東京都地域医療構想の策定に関する資料です。このほか、参考資料として、いつもの資料に加え、参考資料5として、安倍首相が9月24日に表明した新三本の矢を受けて、厚生労働省が11月12日に関連施策を取りまとめて国民会議に提出した資料を、今回のテーマと関係がございます介護離職について取り上げられておりますので、ご参考にお配りしております。

また、参考資料6ですが、これまでも本検討会議で何度かお話に挙がってまいりましたが、訪問看護事業所が用途の制限により住居専用地域に設置ができなかった問題につきまして、今般、国土交通省が基準の運用改善を行い、建築基準法上、訪問看護事業所の建築物の用途を「事務所」ではなく、「老人福祉センターその他これに類するもの」に該当するものとして取り扱うことが可能となったことから、訪問看護事業所を住居専用地域に設置できることとなりましたので、それに関する通知の写しをお配りしております。

資料につきましては、以上でございます。ご確認をお願いいたします。

次に、委員の出欠状況ですが、お手元の資料2の名簿順で、繁田委員、山田委員、松田委員、水村委員、新開委員は欠席となっております。

また、田中委員も欠席となっておりますが、代理として世田谷区高齢福祉部介護予防・地域支援課介護予防・地域支援担当係長で保健師の河島貴子様にご出席いただいております。河島様には、本日も講演をいただきます。

それから、ゲストスピーカーとして、地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所研究部長の栗田主一様にもご出席いただいております。

このほか、現在、馬袋委員、和気委員、秋山委員につきましては、おくれて到着する予定というご連絡をいただいております。

それでは、以降の議事進行につきましては、高橋委員長をお願いいたします。

○高橋委員長 それでは、議事に入らせていただきます。

中間報告を公表して以来、初めてということで、再開するというか、2巡目というか、そういうことになります。講演を3名の方をお願いするということで、はじめは佐藤委員に、仕事と介護の両立、最近、第3の矢と称する変なものが飛んできたものですから、それとも絡む話であろうかと思いますが、その議論。

それから、先ほどご紹介いただきました栗田先生にご出席をいただきまして、認知症の地域支援というか、そういうことになろうかと思いますが、そういうお話を伺うと。

それから、介護予防については、具体的な区市町村の取り組みということで、世田谷区の取り組みをお話いただくと、そういうようなことになっておりますので、よろしくお願いをいたします。

それでは、いつものやり方で、おおむね20分程度お話をいただいて、ディスカッションというような、そんな感じでやらせていただきたいと思いますので、はじめに、それでは、中央大学の戦略経営研究科というすごい名前の科があるんですね。

佐藤先生は長らく東京大学で労働問題というか、人的資源管理というのがご専門でございますが、介護の問題も大変見識のある先生でもございますので、よろしくお願いをいたします。

○佐藤委員 ただいま、ご紹介いただきました佐藤です。専門は人事管理で、最近、ワーク・ライフ・バランスとか女性活躍支援、ダイバーシティ経営などをやらせていただいています。その中で、仕事と介護の両立もここ数年、勉強させていただいています。

20分ということですので、スライドを少し飛ばしながらやりますので、その辺、ご了解いただければというふうに思います。

両立ですね、働く人たちが例えば親の介護の課題に直面しても、やめずに仕事を続けながら、かつ家族としてやるべきことがやれると。このためには、まず企業の取り組み。あと本人ですね、本人の取り組み。もう一つ、行政の支援。この三つがうまくかみ合うということが大事で、その三つをお話ししたいと思います。

それで、企業については、取り組んでいる企業はまだ少ないです。ただ、取り組みを始めた企業も仕事と子育ての両立支援と同じような形で支援すればいいと誤解している企業はすごく多いです。実は、違う部分は相当大きいですね。

わかりやすく言えば、子育ての場合は、子育てできるように社員を支援するわけです。介護の場合は、社員が直接、介護を担わなくてもいいように支援すると。やや極端な言い方ですけども、そこは誤解なく。

そういう意味で、家族自身もやはり直接自分で介護を担うのではなくて、もちろん精神的な支援とか、マネジメント、何もしないという意味ではありませんけれども、やっぱり仕事と介護を両立する、もし働き続ける意思があるなら、これはポイントね、というようなこととお話ししたいと思います。

現状で言うと、まず一つは、男性の介護者へと、皆さんが言われているように。そういう意味では、男性というものを想定しながら、子育ての場合、もちろん男性がかかわるということは大事でありますけれども、そういうね。

企業の現状は、既にお話ししましたように、例えば介護休業の取得者が少ない。あるいは、40代、50代、特に50代の社員が介護の課題を抱えているわけでありましてけれども、まだまだこういう層ですと、個人的な課題を会社に持ち込むべきじゃないというふうに思っている人は少なくないです。

ですので、会社に伝えてない。子育てと違って会社に言わないとわからないんですよ。そういう意味で、後でデータは示しませんけれども、企業に伝えていない人は結構多いです。

その結果、人事に社員の中に介護ニーズがあることは伝わっていないということです。取り組んでいる会社も出てきていますけれども、子育てと同じような考え方。

例えば、育児休業と介護休業、もともと趣旨が違うんですけれども、育児介護休業法とセットの法律です。休業という名前が同じですので、例えば育児休業は、休業をとって男性も女性も子育てしてくださいということです。ただ、介護休業は、じゃあ休業をとって介護するのかです。

法定の介護休業は93日です。介護に要する日、平均でも4、5年です。10年以上という人も15%ぐらいです。つまり足りないですよ。もともと93日の趣旨というのは、もちろん緊急対応的に家族が介護をしなければいけないということもあるかと思えます。基本的には、介護認定の手続をするのです。在宅であれば、その後、認定を得ればケアマネジャーさんを探すんです。その後どうするかを両立。つまり、仕事と介護を両立できる体制を準備する。つまり、親御さんが必要な介護支援サービスを得られて、自分も仕事に復帰し、仕事を続ける体制をつくる。ですから93日。

でも、そういうことも理解していなくて、ですから結果としてどういうことが起きているかという、93日では足りない。なら、大企業では介護休業日を延ばす。實際上、1年、2年延ばしちゃっている会社があります。

これは、介護休業というのは社員が介護するための制度と誤解しちゃうとそういうことに。じゃあ、2年で足りるのか、3年で足りるのか。実は足りないわけですね、先ほどお話ししましたように。

そういうふうになってしまうと、例えば1年延ばして介護する、1年とってしまう。でも、介護の方が終わらない。どうするか。やっぱりやめるを選択してしまうということが起きがちになります。

社員の現状は、一つは結構多いんです。男性も多いわけでありましてけれども、直面している社員だけじゃなく、高齢の親がいる社員は不安を持っています。

不安の背景は何がというと、介護の方に直面したら仕事を続けられるだろうか。一つはモデルがないんですよね、子育てと違って。子育てであれば、育児休業をとったり、短時間勤務しながら働いて、仕事を続けている人が職場にいるわけでありましてけれども、介護の課題があっても表に出てきませんので。じゃあ、どうしたらいいのだろうか。

介護休業の使い方について誤解しています。自分が介護をしなきゃいけない、そしてら本当に仕事を続けられるのということでもあります。

そういう意味では、不安の背景には、両立の仕方がわかんない。両立するためには、介護保険によるサービスであるとか、勤務先のそういうものをどう使ったらいいかですね。

まず、どう使ったらいいかの前に知らないということです。40歳以上の社員で、介護保険の被保険者を知らない人は3、4割います。なぜか、これは後でお話ししますが、これも。

皆さんご存じのように、40で介護保険の被保険者なんです。でも、あなた、入りましたよという情報提供をされていないんです。保険証は65歳まで届かないですよ。特定疾患であれば、40から64歳でも使えるんですよ。だけど、保険証が手元に来ないんです。説明もないんですよ。知らないのは当たり前です。ひどい話です。これはどうするか。後で話します。不安を感じていると。

不安の背景には、そういう制度を知らないと、だから、続けられない。何で続けられないのと、制度をよく知らないというようなことがあります。

そういう状況ですので、企業も十分な支援ができていないですので、介護の課題に直面すると一人で抱え込んでしまう。それで、一人で解決しようとする、なかなか両立するのが難しいというか、やめてしまうということが起きてきしまう。会社にとっても

マイナスですし、本人も確かに一人で両立しようと大変です。

やめてしまうと、実はもっと大変なんですね。やめた人に何うと、やっぱりやめないほうがよかったと。収入も途絶える、あるいは毎日介護の生活ですね。

確かに、両立も大変なんです。ただ難しいなと思ってしまって、企業なんかで言うと、例えば遠距離介護ですね。親は福岡にいる。通っていたんですけど、やはりなかなか難しい、休みをとるのは。

そうすると、どうするかというと、やっぱり親元に帰らなきゃいけないなっちゃった。そうですね、どういうことが起きるかということ、会社へ相談して、先に転職先を探しちゃうんですね。

それで、今の勤めている会社から転職します、介護が理由で。もう決めてきちゃうんですよね。特に男性の場合は多いです。そうすると、支援のしようがないんです。早目に言ってくれば、遠距離でもこういうことをやれば両立できたのにと、例えばそういうケースも少なくないですね。そういう意味で、これ、どうするかというのが大きな課題になっているというふうに思います。

企業として、どう取り組むかということでありますけれども、基本的には、やることですね。まず、社員がどういうニーズがあるかはきちっと把握する。あと、もう一つは、いろんな制度ですね。

先ほど話しましたように、介護休業は、法定では93日で、きょうの新聞にも出ていましたけど現状では分割取得できませんでしたと。一人について、連続してとる。

ですから、例えば1カ月とって2カ月残っていても、親御さんがその後、少し安定した後、またちょっと入院しなきゃいけないというふうになったときに、介護休業をとれない仕組み。

でも、これは多分、来年の通常国会で分割取得をとれるようになると思いますけども、我々の調査では、基本的に連続した休業はそんなに必要ないんです。倒れられて入院する、確かにそのときに有給休暇をとる。2、3カ月ぐらいで退院する。ただし、半年リハビリが必要。在宅で車椅子生活なんていうと、すぐ認定を。

そうすると1カ月か1カ月半、休む、それで体制をつくると。親御さんが復帰してくるときには、住宅改修も済んでいるとか、訪問リハビリの人が来るとか、入浴介助。

そういうふうな体制をつくるということであれば、1カ月とか1カ月半で済むわけですね。それで、自分は仕事に復帰する。もちろん、半年とか1年たつと、また1週間、

2週間入院はあるかもしれません。そのときに、また介護休業。実際上はそう。そういう意味では、制度の見直しは結構大事です。

あと、例えば法定の介護休暇は5日です。

皆さんご存じのように、在宅介護でいうと、ケアマネジャーさんと月1回会うわけですね。そうすると、5日の介護休暇じゃあ足りないんですよね。それも分割取得できないんですけども、今、これも法律改正を一応、半日単位で分割できるようにと、10日になりますからね。

現状はどういうことが起きるかという、介護休暇をあることも知らない人がいるとすると、ケアマネジャーさんに、私、昼間仕事なので夕方に来てください、土日に来てください。これもやっぱり困るわけですよ。ケアマネジャーさんのワーク・ライフ・バランスということもありますので。ただ、ケアマネジャーさんも介護休暇があるって知らない人は結構います。

本来、そういうあれでは、介護休暇をとって昼間、会えませんかと言ったほうがいいわけでありましてけれども、例えばそういうことがある。ですから、そういう意味では制度を見直す。

あともう一つ大事なのは、社員に事前の情報提供なんです。子育ての場合は、例えば妊娠しましたということがわかってから、うちにはこういう制度がありますという情報提供をして間に合うんです。

ただ、介護の場合は突然来るわけです。例えば急に遠くに親元の病院から電話がかかってきて、庭で倒れられて、近所の方が見つけて病院に入りました。飛んでいくわけですよ。

そのときに、うちにどういう制度があるかと、あるいは介護保険のサービスはどのようなかということを知らないと、遅いんですよね。ですから、事前の情報提供は大事であります。

あともう一つは、直面した社員にもう一度言ってもらわないと支援できませんから、大事なのは直面したらちゃんと会社に相談してください。これは大事なんです。

そうしたら、うちにはこういう制度がありますよとか、あるいはちゃんと介護認定を受けてとか、結構あります。介護休業をとりますと言ってきて、じゃあ、介護認定を受けているんですかと言うと、えっとかと言う人がいる。現状では、そういう状況です。

そういう意味で、企業として、やはり事前の情報提供が大事であります。特に、事前

の心構えですよね。つまり、介護の課題に直面しても慌てないように基礎的な情報です。余り詳しいことをやる必要はないですね、皆さんごとに。

例えば、親がいる限り、いつか介護の課題に直面します。ただ、いつかは確実に予測できません。ただ、75歳を過ぎたら少し注意深く見れば大体わかりますよと。

直面したら、会社にちゃんと相談してください、これでいいんです。

つまり、認知症になるかどうか、まだわからないわけですね。そういうことを事前に勉強してもしょうがないです。実際、そういう課題に直面したときの状態に応じてどうするかを考える、そういうことです。

ですから、そういうことをやるということがさっき言ったようなことですね。

じゃあ、いつ情報提供するかなんです。やっぱり僕、40歳だろうと。介護保険の被保険者になるときに、あなたは介護保険の被保険者ですよと、あなたが使えるのは65歳以上、もちろん特定疾患の場合は40歳から使えます。大事なのは、親御さんも入っています。これなんですよ。親御さんも入っています。親御さんが要介護になったら、認定を受けて使えるという基礎的な情報でいいと思います。

あとは、自社のこういう制度について、ですから40歳。僕はできれば、厚労省で言っているんですけど、40歳のときに介護保険証を配れと言っているんです。だって、65歳で配られた介護保険証、実は使われてないんですよ。認定の申請ときも要らないんです。認定がとれたら新しい保険証が届くんですよ。

だから、多くの場合、65歳で配られた介護保険証は大事にしまわれて、実際に認定が必要なときは見つからない。だったらば40歳で配ったほうがいいというふうに僕は言っているんですけど、なかなかやってくれないです。

でも、40歳で配るとなると国の予算を組まなきゃならないですね。65歳で配る保険証は、多分、基礎自治体が。ですから、一番簡単です。40歳のときに届けば、自分はそうなのと、それで特定疾患でも使えるなど。全然知らないです、特定疾患で使えるなんて。病院から言われるんです。

僕はやっぱり40歳ですね、簡単です、介護保険証を配ればいいだけの話ですけど、あんまうまくいかない。あとは50歳、もう少し具体的にですね。あとは、親が65歳、ある面では介護保険証が届いたときに、親と介護の話をするのは大変だと言われていまして、介護保険証が届かなかったかと。ですから、東京都も、ぜひ職員の方が親が65歳になったら誕生日ケーキ代を出して、職員が親と話し合う機会にしよう。これは

大事なんです。話し合うですね。

余り時間がないですけれども、そういう意味で、あとはもう一つは、介護休業は両立の準備する期間ですよというようなことも含めて40歳のときに提供するというのが最高なんですけど。

あともう一つ、行政として望まれるのは、僕は企業として子育てほど両立のために必要なことを提供するのは難しいと思います。いつになったら離乳食、1歳になったら保育園を探しなさいと、小学校1年のときは小1の壁があります。大体わかりますよ。

介護の場合は、そうはいかないんです。企業がやれることは限界があります。なぜかという、要介護の状態は多様です。同居する場合、遠距離の場合、認知症のある、ない、そこまで企業として支援できません。

そうすると、社員自身が親の状態に応じてどうのような両立の体制をつくるかです。そのときに、僕はやっぱり在宅から始まるとすると、ケアマネジャーの役割は大きいと思います。

本来、ケアマネジャーというのは、要介護者が必要とするサービスを考えてケアプランをつくるわけでありまして、大事なのは、要介護者の家族は基本的に働いているんですよね、これから。

その人たちが、仕事をやめずに働き続けられるようなケアプランをつくると。あるいは、どうしたら両立できるんですかということについてもアドバイスできる、それが僕は一番身近。僕たちの上では、ケアマネジャーそのものです。

ですから、僕は両立支援ケアマネジャーをつくれとケアマネジャーを上乗せ資格です。ケアマネジャーの人に、例えば50時間ぐらいの研修をして、働く人たちが親の介護の課題に直面して、両立できるためにはどうしたらいいのというアドバイスできるケアマネジャーをつくれないうか。

特に、中小企業で働いている人、会社の支援は限界があります。そういう意味で、やっぱり身近なケアマネジャーが親のケアプランはもちろんですけれども、その家族がこれから働いているんですね。その人たちが、やめずに働けるような支援ができるということが大事かと。

あと、40歳のときに介護保険証を東京都だけは配るとかね、都がお金を出して。ぜひやってほしいと。

あとは、やはり介護保険制度ができたときと違って、家族が家にいないということ

考えています。家族は働いているんだ。やっぱりこの前提で、介護保険制度のサービスを見直すということも、これから大事かなと。

ということで、やはり企業の取り組みを事前に情報提供をする。それで、かつ仕事と子育ての両立でなく、仕事と介護は違う。

社員が介護の課題を自分で直接担おうとせず、もちろん家族は精神的な支援と両立ですね。親が要介護者を良質なサービス、あるいはマネジメントをしなければ、かつ自分が仕事を続けられるようにする、そのためのいろんな支援というのがすごく大事なことかなというふうに思います。

もう一つ、やらなければいけないのは、やっぱり働き方改革。これは仕事と子育てとの両立支援とかかわりますけれども、特に介護の場合は急に社員が、例えば1週間、10日休まなきゃいけないわけで、そうしたときに職場が回るかどうか、すごく大事なことであります。

やはり、その社員が抜けたら周りの人が困るというような仕事の仕方だったら、親の介護に飛んでいかなきゃいけないと思うときに、自分が1週間、10日抜けたら職場は困るんじゃないかと。だから、やっぱり安心して行けませんよね。

周りの同僚も、すぐ帰ったらとかというふうに言いにくいであります。そういう意味では、働き方改革ということもすごく大事だと思います。

やはり、過度な残業があるとか、有休がとりにくいというような職場は直していくということがすごく大事かなというふうに思います。

早口ですみませんでしたけど、ここで終わらせていただきます。

あと、両立支援ケアマネジャーの提言を書いているのが、あそこでお配りさせていただきましたので、見ていただければと思います。どうもありがとうございました。

○高橋委員長 ありがとうございます。

非常に、盲点なんですね、意外とこの問題は。実は、あるところで聞いた、要するに医療とか介護の事業所そのものは、この問題に直面しているのに、全然、専門家のくせに対応ができていないという、そういう報告を聞いたことがあります、これ、一般企業がましてなおさらということでございます。

東京はまさに共働き、両立支援のまさに大フィールドでございますので、東京都として、あるいは市区町村としてできること、保険者としてできることは相当ありそうだと、いうことを大変大事な議論として、介護離職、施設は、ああいう単純化された議論が政

権中枢から出てくること自身が、やっぱりこの問題に対する理解というか、言われているけれども、なかなか政策にならないという、まさに佐藤先生はフロンティアで大変大事な提言をしていただいて、ご著作もおありでございます。

というわけで、ちょっと残された時間でディスカッションを、どうぞご質問を、それぞれ経営のお立場やそういうお立場からも、多分、とりわけ東京都における介護離職対策はどうなっているかというのも大変興味もあるところではございますが、そういうことを含めていろいろ。

はい、どうぞ、馬袋委員、よろしくお願いします。

○馬袋委員 佐藤先生、どうもありがとうございました。御無沙汰しております。

はじめに、両立支援のケアマネジメントは本当に大切ですし、この委員会の前に私たちの事業者の中で意見を聞いてみました。そうすると、ちょうど40代の団塊ジュニアの方が育児と親の介護、特にそれを両方抱えながら仕事を、また家族を見ているというケースも多く発生している実態があることを聞きました。

その中で、事業者のケアマネジャーのなかには企業に勤めてケアマネジャーになった方という方よりは、短時間非正規職員から正職員へ、そしてホームヘルパーなど事業所勤務から介護福祉士をとってケアマネジャーになった方が多くいます。会社組織で介護休業制度などを活用した経験はなく、また、組織の総務や人事担当者とのやりとりなどから情報を入手し、介護休業制度などを理解して、この仕事をしているという方は非常に少ないと思います。

ですから、そういう面では、一般的な企業で行われている介護休暇、育児休暇、それからさまざまな失業に対しての手当てのあり方など基本的なことを知らないケアマネジャーというのは多くいることを、私たちは知らないといけないと思います。

そういった面では、ケアマネジャーにこのことをしっかり理解していく研修もそうですが、必要に応じ履修としていくようなものは必要だろうと思います。

それと、介護保険のケアプランをつくる段階で、これは行政指導でもあるのですが、ご家族がいらっしゃるかを確認し、共に生活をされている家族がいるというだけで、生活援助などは家族でできる、やるべきなのでやってね。ということで、家族を支える生活援助プランをつくるということは、指導などもあり実情を確認してまでやっていないと思います。すなわち、介護保険制度で在宅ケアは家族がいて、家族がやるのが当たり前というところを制度運用で意識してしまったところもあるので、そういった面では、

家族と介護になられたご本人そのものが生活持続できているかなどの状況や生活内容がどうかというアセスメントと支援、対応について不足していると思います。家族の背景など介護力の低下している世帯での支援は非常に求められていると思います。

それを、介護保険でやるのか、どうか、という制度をいじるのではなくて、そういう状態の方々にどういう支援、またどのような体制があるかというのを、もう一步踏み込んで考え、介護者の支援について自治体、保険者と一緒につくっていく必要があると思っています。

○高橋委員長 ありがとうございます。今の馬袋さんのご発言に、コメントを。

○佐藤委員 僕たちもケアマネジャー1, 500人ぐらいに調査をしてやっぱり要介護者の家族のことを考えてケアプランをつくっているかどうか。もちろん、皆さん結構やられたんですけど、やはり正社員として働いたことがあるということのは一つポイントであります。

ですから、もちろんそれだけで決まるわけじゃないですけども、意外に介護休業の仕組みとか知らない人は結構、どのぐらい知っているかも調査したんですけどね。本当は、自分の勤務先も改めなきゃいけないんですけど、それはご指摘のとおりだと思います。

○高橋委員長 ありがとうございます。

ほかに、どうぞ。

○川名委員 すみません、佐藤先生のおっしゃっている事前の情報が重要だということが大切だと、その裏の問題として、事前の情報がないために非常に不幸なことも起こっているということを、ぜひみんなで共有すべきではないかと思って、発言させていただきたいんですけども。

先ほど、高橋委員長もおっしゃったように、施設に入ることが介護離職ゼロにするというお考えが非常に危ないというか、危険というか、現実には、これは介護で働いている方がおっしゃっていたんですが、これだけはぜひどこかで言ってくださいということで、家族の都合で施設に放り込んでいいのか。そういう不幸が、実は今、たくさん世の中で起きていると。

その方は、在宅を一生懸命、施設に働いていて、やっぱり施設ではどうしてもどんなに職員さんが頑張っても、管理主義的で主体的な生活が送れないと。ですから自分は在宅をやると。その努力を我々社会が平成元年から20年やってきていますが、全然、

みんなわかってきていないんだなということについては、非常にがっかりしたというか、すごく反省もあるというか、もっとわかりやすい言葉でみんなに共感していただけるようなことを言っていかないと、理解していただけないんじゃないかなと思うんですね。

私自身も、これは東京都の第三者評価の委員で入居者調査とか行くと、施設の方とお話しする機会があるんですけども、帰りにみんなで話すのが、やっぱり施設は寂しいところだよねと。

一生懸命、皆さんいいところですよ、よくやったださっていますとおっしゃるんですけど、やっぱり本人が決めてそこにいない、主体がそこにいないということで、聞くとほとんどが呼び寄せられている方がたくさんいて。

東京の有料老人ホームというのは逆介護移住みたいな、今おっしゃった、やめて地方に帰られる方もいるんですけども、結構、都内の施設に呼び寄せられて入ってきて、ぽつんといらっしゃるという方も結構な状態でいらっしゃるんじゃないかというふうに思います。

それを踏まえて、二つ申し上げたいんですけども、知ってもらおうというときに、どうしても行政の方とか、事業者の方というのは、地域包括ケアシステムとか、定期巡回随時対応型訪問介護看護とか、小規模多機能とか、看多機とか、あと、認知症のことを認知と言われてたりとか、ほとんど言っていることがよくわからないというような状況を外から見ているとわからないんじゃないかという認識さえなくなっているんじゃないかという状況が結構あるんですよ。

どういうことをわかっていただきたいかというのは、ぜひ情報提供を発信するときに考えていただきたいのは、やっぱり腑に落ちる、腹に落ちるような情報が必要だと、それは多分、個人個人の体験みたいなものがなかなか共有されていないんじゃないかなと思うんですね。

きのう行った特養さんだと、ターミナルケアですか。卒業生と称して亡くなった方のご家族を呼んで、最後のときはこうだったと、胃瘻をつけてよかったとか、悪かったとかということを率直にご家族の言葉で話してもらおうと。

そうすると、それを聞いて、まだ卒業されていないご家族の方は、自分のときはどうしようかなということが、やっぱりわかる。それは、必ずしも専門家の人が言った言葉ではなかなか届かない部分も、自分の言葉で解釈できるというようなことは必要かなと

思いますし、介護という割とつらい情報が多いような気がするんですが、意外にうまくいっている情報というのが少ないかなと。

これは私の知っている例で、これは取材した方ですが、例えばマンションの下にデイサービスがついているところに引っ越しちゃった方とかいるんですけども、そうすると毎日そこへ預けて自分は働きに行き、マンションですから2DKとか、3Dとか、広いし、高齢者の有料老人ホームとかだと、ご家族で住むのはなかなか難しいんですけど、そういう工夫でお仕事を続けていくことも、今の状況ではできるんですね。

あと、デイサービスの工夫とかで、お昼前に来て夜に帰すというサービスをやられている方もいて、そうすると5時ぐらいに帰ってこれちゃうと、家族も早く帰ってこないといけないし、一番忙しいときに、これから御飯をつくってみんなの御飯をつくんなきゃいけないときに親も帰ってきちゃうみたいところでパニックみたいになっちゃうんですかね。

7時ぐらいに御飯も食べて、パジャマを着て帰ってきてくれるというサービスをやっているところがあるんですけども、そういう両立支援のいい工夫みたいなものについても、もっともっと共有していく必要があるんじゃないかと、そういう現実に近い、いい事例も共有していただきたいなということと。

もう一つ、最後に申し上げたいんですけども、家族の問題というのは、ずっとこの介護保険の中では何かタブーになってきたようなところがあるんじゃないかと思うんですね。

これ、はじめに介護の社会化といって、家族のことを言っではいけないみたいなムードがあったとか、言い出すと女の私でも封建おやじ扱いされるととか、古い考えだといって否定されてしまうようなところがあって、なかなか言い出しにくかった問題じゃないかと思うんですね。

ただ、海外の話なんかをお伺いすると、例えば専門職、認知症の初期の方で、専門家が家族と介入して、家族とご本人に介入するというようなサービスをなさってる国が、たしかオランダだったと思うんです。作業療法士さんが行かれて、オランダではやっぱりご家族の方はお母さんはこんなになっちゃって、火も危ないと、徘徊もしているみたいだし、こんなところで暮らせるかしらというご心配をなさるそうなんですけれども。

OTさんが行かれて、ガスは危ないから電気に変えましょうとか、目に見えるところにいろんなものを置いておきましょうとかというふうに、いろいろ環境を整えたりして、

その上でご家族の方にもこの状態はいつまで続きますと、この状態ならまだ大丈夫です  
ということは何カ月かにわたってお話し合いをしながら、両方を落ちつかせてというよ  
うな支援をなさっている、それは保険からも出るそうなんですけれども。

そういうところが日本は正面から捉えられないというところで、ちょっとおくれちゃ  
っているんじゃないかなと。

たしか、イギリスの認知症の初期支援チームをいつか事例でシンポジウムか何かで発  
表なさった事例が、ご家族の介護者の状況まで踏み込んで支援しているというようなや  
り方と思うので、ここは日本も、ぜひ家族というのを踏み込んで議論すべきときかなと。

一つは、介護離職もすごく心配な問題なんですけど、介護ニートというか、フリーター  
のまま親の介護をして、親が生きている間は年金で生活できているんですけど、亡くな  
っちゃった後、生活できないという、身近にも何人かいるんですけども、本当に現実  
そういう新しい問題も起きているということで、ここだけの議論では、とてもおさま  
らないお話だと思うんですけども。

家族というものも含めて、社会でどう支えていくのかということについては、やっぱ  
りみんなで議論していく必要があるのではないかなというふうに思っております。

以上です。

○高橋委員長 ありがとうございます。大変、一つ一つが大変なテーマですけど。

どうぞ。

○佐藤委員 1分だけ。きょう、お話ししたようなことで先ほどの話なんですけど、厚生  
労働省が厚生行政と労働行政が実は連携できていない。ぜひ、東京都レベルでやりたい。

例えば、家族介護者が交流するような事業、厚労省でありますよね、あれはいつやっ  
ているかという平日の昼間なんですよ。

つまり、働いている家族は参加できないんですよ。あるいは、労働のほうで今、お話  
のあった両立している人の事例をたくさん集めて、両立できますというような資料をつ  
くっているんですけど、それを地域包括で置いてくださいと言うと、それはちょっと置  
けないみたいなですね。

つまり、労働のほうで両立のパンフレットをつくっているんですね。でも、地域包括  
に行くと認定に行きますから、そこで家族がとればいいんですけども、それを置くこ  
うと、ちょっと抵抗が厚労省のほうで、ですから、そういうことも含めて、やっぱり  
基礎自治体というか、都のレベルでそういう調整もできるといいかなというふうに思っ

ています。

○高橋委員長 地域包括ケアというのは、包括的支援なんですよね。それは別に医療と介護じゃなくて、まさに今、おっしゃったようなことも含めた視野に入れられる概念でございますので、きょうの議論はぜひこれから深めて提言に生かして、とりわけ区市町村の意識喚起、区市町村は医療で言えば職域連携がうちの対応じゃないと、そういう頭が物すごくあります。

職域医療保険は関係ないから、国民保険しか対応していないというのと同じような構造が実はあって、まさにご指摘いただいた介護の問題がどれだけ幅広に捉えられているかというのと、40歳保険証交付は、東京都の単独事業でやらないですか。

そうすると、国もやらざるを得なくなりますから、これは大変重要な意識喚起という意味では、だって40歳はまさに親の介護と自分の子育てが同時に起こる一番苦しい時代に、知識なしで飛行させるようなことを意図的にやっているというようなこともあるし、先ほどの馬袋委員のご発言も大変重要で、これだけで一つ、検討会をつくりたいぐらいのテーマだと、これを20分でやろうという非常に大胆なプランを事務局が考えておりますが、ぜひそういう形で次に、要するにあらゆる都民を対象にするというときに、意識をしようがしまいが、抜け落ちている部分が今まで市区町村行政や都の行政の中で相当あって、これは企業に任せればいいという頭が暗黙にあって、なかなかターゲットイングが上手にできていなかったけども。

そういう意味では、第3の矢のおかげだと思っているんです。あれは、全然、介護離職は関係ない文脈であれが出されたということを仄聞しています。要するに、待機者52万人をなくすよりは10万人のほうがいいたろうという、そういう話で、某厚労省とは関係ないところから出てきた話だと仄聞しておりますが。

せっかくこういう提起が出たら、それを逆手にとって東京都としてはどう考える。これを非常に血の通った形で議論をしていただきたいなということ。そのヒントは、佐藤委員のプレゼンテーション、それからお二方の馬袋、川名委員のプレゼンテーションの中で、相当大事な論点を提示いただきましたので、ぜひ事務局としては、事務局も当事者としてお考えください。

当事者として考えないから、役所の言葉になっちゃうんです。それぞれお見受けしたところ、大体、当事者世代でありますので、そういうことも含めてちょっと議論を進める大変大事な刺激をいただきました。

また、秋山委員がいらしたら、発言がいただけなくて残念なんです、今度のミモザの家という四谷にできた看護小規模多機能は、実は在宅看護を支援したおかげで、要するに介護がうまくいった方がお亡くなりになってから提供してできたという、大変おもしろいエピソードもあるんです。

これ、介護離職を防いだ訪問看護ステーションの話なんです、そういうことも含めたお話を伺えなくて残念ですが、また改めて議論を深めたいと思います。

ちょっと時間が押しておりますが、まさにこの問題と地続きで認知症の議論があるわけですので、まさにそのことを含めて栗田先生によろしく願いをいたします。

○栗田様 東京都健康長寿医療センターの栗田でございます。私のバックグラウンドは精神科医でありまして、ふだんは研究と日常診療をやっております。

20分でございますので、要点だけなるべくかいつまんで、少し好きなことを話させていただこうかと思っております。

最初ですが、「認知症とともに生きるとは」と書いてありますが、最初ちょっと数値を出しますが、これは東京都で出している資料でございます、上が介護保険の認知症高齢者の日常生活自立度Ⅰ以上を基準とした、認知症高齢者の将来推計で、2025年に60万人と。

下が、日常生活自立度Ⅱ以上基準とするもので、2025年に44万人という数を出しております。

実は、私、これはあちらこちらで言っているんですが、この認知症高齢者の日常生活自立をⅠという基準を定義する文言が医学的に誤った内容でございます、どんなふうに書いているかといいますと、何らかの認知症はあるけれども、日常生活、または社会生活がほぼ自立していると書いてありますけど、ほぼ自立したら認知症と言わないというのが医学の常識でありまして、これはずっとおかしいと言いつけているんですけども、なかなか変えられないということのようです。（参考：介護保険法第5条2には、「脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態」と適切に定義されている。）

しかし、たまたま実はこの数値60万人という数値は非常に偶然であって何の関係もないんですが、筑波大学の朝田先生が我が国の認知症高齢者の有病率の調査の結果を発表されましたが、それから推計される認知症高齢者の数と一致しております。

ここに性別・年齢階級別の有病率の数値が出ておりますので、この数値を使って東京都の認知症高齢者の将来推計値をもう一回きちんと計算してみますと、何と2015年は45万人で、2025年が61万人になっておりますので、数値が偶然一致しているということでもあります。

一致しているからいいということでは全然ないんですけども、要するにこの数値は介護認定を受けていない潜在的な認知症の方もかなり入っているということでもありますので、偶然ただ一致しているということだけでありまして、本当は、やはり疫学的なデータに基づいて認知症高齢者を将来推計しなくてはいけない。

ただ、朝田先生のデータは、大都市が全然入っていないということがございます。全て農村部中心でありますので、このデータでいいかどうかという問題はあるということです。ただ、こういうことでもあります。

これは、皆さんご存じなんで飛ばします。

これは、私がいつも認知症の話をするときに使っているスライドなんですが、認知症というのは何らかの脳の器質的障害があって、認知機能が障害されて、生活が障害されるという、この三つがそろると我々は認知症と名づけると医学的に決めてあるわけがあります。

しかしながら、この三つがそろると、必然的に下側の三つもやってくるというのが、これが認知症の特徴でありまして、精神的なさまざまな健康問題がある。身体的にも、身体機能も落ちるし、いろんな身体疾患が出やすくなる。さらに、社会的にいろんな問題が出てくる。大ざっぱに、向かって左側が特にひとり暮らしのときによく見られることで、右側がご家族がいる場合によくあらわれる問題が書いてあるんですが、これは一例でありまして、さまざまな社会的問題が一緒にある。

つまり認知症というのは、何らかの脳の器質的障害があって、認知機能障害があって、生活障害が起こると、それと同時にさまざまな精神的・身体的・社会的な問題を伴って、臨床像が複雑化していった生活が破綻しやすくなるという、そういう危険を持っている状態像なんだというふうに理解しなければいけない。

これを私は複雑化というふうに呼んでいるんですが、この複雑化のプロセスというのは結構、初めのころからだんだんやってくるんですね。MCIという段階がありますが、認知機能が落ちてきて、そして生活機能が落ちてくる。生活機能が落ちてくると、軽度認知症といいます。そうすると社会的な孤立というのがほぼ必発といっていいぐらい

やってくる。

これは、細かく説明する時間ないんですが、そもそも我々の認知機能というのは、社会生活を営むために身につけた脳の機能みたいなものでありますから、社会の中で浮いてしまうのは当然ということでもあります。

社会的に孤立して、そして身体的にもいろんな問題が出てくるんですが、ちなみに高齢者でADLが落ちて社会的に孤立して身体疾患がそろそろ、この三つがそろそろ高齢者の自殺のリスクファクターというふうに言われておりまして、当然、精神的にもさまざまな問題があらわれてくる。そして、家族介護者も疲弊してくるというふうに分けてございます。精神的健康問題のことをBPSDというふうに呼んだりしていると。

これは、具体的な事例でもわかるんですが、疫学的な調査も見てみます。これは、私どものほう、東京都が委託を受けてつくった認知症の初期に見られる可能性がある認知機能低下と生活機能低下に関する10項目のチェックリストであります。

このチェックリストには、認知機能と生活機能を評価する尺度としての因子構造がありまして、40点満点なんですけども、東京都町田市に暮らしている6,737名の高齢者に対して、これをやっていただきましたところ、20点以上の方が10.2%いるんですが、この尺度は陽性的中率70%以上でMCIないし認知症を検出できるということは確認されておりますので、20点以上の10%の方の約7割がMCIかないしは認知症ということでもあります。

この方々はどういう暮らしをしているかというのを同時に調べました。そうすると、どういうことがわかったかということ、これは性別・年齢・教育をすべて統制してありますが、20点以上の方、まず一番多いのが運動機能が非常に落ちることです。それと同時に、さまざまな体の病気を伴うと、そして6種類以上の内服薬を……多剤併用が非常に多い、これは実は病気の数を補正しても多剤併用が多くなっている。

それから、精神的健康度、これは抑鬱不安、睡眠障害等々ですね。これが6倍ぐらいにふえる。さらに、年収が100万円未満の方が2倍以上ふえている。そして、一番上にあるのが人と話すのは1週間に1回とか、近所づき合い、つまり社会的な孤立傾向が高まるということでもありますので、先ほどのように、初期の段階で精神的・社会的・身体的健康問題を伴って複雑化することが疫学的にも明らかというわけでございます。

さらに、これも東京都の資料でございますが、これも皆さんよくご存じのように、東

京都は単独世帯が都道府県で数も割合も第一ということでありまして、いろんな世帯がありますが、これは省略させていただきますけども。

今、申し上げましたように、認知症の人は社会的に孤立しやすいけれども、東京都ではさらに単独世帯がふえて、そしてこれはサービスへのアクセスが困難な認知症の人がふえるということですので、診断にすらアクセスできない。

したがって、統合ケアの調整もできないと、そして家族にかわる生活支援の担い手がない、医療行為の意思決定を代行する人がいない、経済的困窮に陥りやすい、住みなれた地域に住まいを確保することが困難、すなわち精神的・身体的・社会的に複雑な課題をもつ認知症高齢者が増加するであろうということでありまして。

したがって、最初に考えなければいけないのは、診断へのアクセスと診断後支援の体制整備でございまして、これはちょっと余計であります、スコットランドでは、2002年に認知症の当事者たちがワーキンググループをつくりまして、国家戦略に対して三つお願いしている。早期診断、良質な診断後支援、それができるよくトレーニングされた支援者をつくってくれと、三つのお願いをいたしまして、これがちゃんとスコットランドの国家戦略に取り入れられているんですが、特に第二次の国家戦略のこの序文がすばらしい序文であって、ちょっと持ってきましたが。

認知症の診断は、本人と家族に重大に影響を及ぼす。しかし、適時・適切な診断と、その後の効果的・包括的な診断後支援は、本人と家族の回復力を高め、認知症知識を確立させ、できる限り長期にわたる質の高い在宅生活を実現させる上で重要な役割を果たす。それゆえに本年の4月1日以降、認知症と診断される全ての人に診断後支援が提供されることを国家の責務としたと書いてありますね。

2013年4月以降、新たに認知症と診断される全ての人には少なくとも1年間、リンクワーカーにより調整される診断後支援を受ける資格がある。私たちは、このことを、国家戦略の新たな指標として導入したということで、こういうことを始めたということです。

今、たまたまスコットランドの当事者も来ているので聞きましたら、ことしからこれが全国的に動いて、2013年にスタートしたんですけど、全国的に動くのはことしからと。

東京都では、こういったパンフレットをつくっておりますが、このパンフレットの一つの特徴は、従来のパンフレットは介護者向けが多いんですが、これはご本人ですね。

認知症とともに生きるというのはどういうことかわかってもらおうということですね。

自分自身で認知症に気がついてもらって、サービスにアクセスしてもらおうということを趣旨につくったものであります。

したがって、先ほどの中にさっきのチェックリストも入っているんですけども、じゃあ、実際に診断と診断後支援へのアクセスはうまくいっているのか。いわゆる早期診断、早期対応と言われていますが、従来、かかりつけ医、認知症サポート医、認知症疾患医療センター、そしてそこにつなぐ地域包括支援センター等の社会資源があるんですけども、これが余りうまくいっていない、いろいろ理由はあるんですけど。

特にうまくいっていない大きな理由は、診断と診断後支援が分断されてしまった。診断をした後に、その診断後支援で統合ケアを調整しないといけないんですが、そこにつなげる仕組みがないということで、これは本来、地域包括支援センターの業務だったんじゃないかというふうに私は考えているんですけども、診断につなげて総合アセスメントをして診断につなげて、診断後支援を調整すると。

ところが、なかなかこれ、地域包括支援センターはうまくいかない。うまくいかない理由はわかっているんですが、ちょっとここでは省略いたしますが、要するに医療とうまく連携できないということで、これは何とかしなきゃいけないというところで立ちあられたのが認知症初期集中支援チームであろうというふうに私は認識しているわけがあります。

これで、地域に暮らしている認知症の人が総合アセスメントを受け、診断にアクセスし、その後、診断後支援を調整できるようにしていくというわけでありまして。総合アセスメントはとっても重要なことですが。

これが、国の認知症初期集中支援チームのポンチ絵でございまして、要するに、区市町村地域包括支援センター等に拠点を置いて、認知症サポート医である専門医と医療系・介護系の専門職がチームを組んで、専門医療機関、かかりつけ医と連携して、今言ったようなことをやろうというわけでありまして。

ただ、これを動かすには、いろいろ問題がありまして、一つは、これのカウンターパートとなる医療を確保できるのかということでありまして、これは国でやっているかかりつけ医、認知症対応力向上研修事業を受講していない医師と、している医師と、サポート医を比べたものなんですけども、この順番で、この七つの能力が上がっていくということがわかってはいるんですけども、しかしながら、重要な鑑別診断とBPSD対応等が、

あるいは地域連携推進機能が、東京都の全部の認知症サポート医に対して大分前にやったのですが満点はなかなかとれないわけですね。

じゃあ、認知症疾患医療センターではどうか。これは全国の認知症疾患医療センターのデータですが、さすがに満点をとってくれました。

しかしながら、認知症疾患医療センターは、当時は病院ばかりで数が確保できないということで、これは旧オレンジプランのときに、診療所もつくろうということで、身近型をつくろうということで提案されました。そこで身近型の候補医療機関に対して同じ調査をしたら、診療所でも認知症疾患医療センターと同等の診断機能、地域連携推進機能、BPSD外来対応機能があり、しかも在宅医療機能が一番高いということがわかりました。この結果を受けて、昨年度から診療所型認知症疾患医療センターが制度化されたわけでありまして。

ということで東京都では、全ての区市町村に診療所型も含めて、最低1カ所、認知症疾患医療センターをつくろうということで、ことしから動き始めて、これは極めて重要な事業だと思っているんですが、もちろん人口規模はさまざまなので、世田谷区で1カ所で檜原村で1カ所でいいのかと、もちろんそういうことはありますが・・・それはさておいて、少なくとも区市町村の認知症医療の拠点をつくるという観点では、これは非常に重要である。

ということで、こういった三つの機能をやっているわけでありまして、しかしながら、認知症疾患医療センターが東京都では、初期集中支援チームに相当することを最初ちょっとやってもらおうということで、区市町村認知症支援コーディネーターを置いて、認知症疾患医療センターにアウトリーチチームを置いて、ここが連携して初期集中支援チームに相当することをスタートさせたわけです。

しかしながら、東京都の人口規模はとても大きいわけで、これではとても足りない。実は国もそうなんですけども、ということで、本来は、地域包括支援センターと、そして認知症サポート医がきちんとペアを組んでこの総合アセスメントと診断へのアクセスと診断後支援をやっていくという考え方が私は必要なんだろうというふうに考えております。

ということで、人材を育成しなくてはいけないということで、東京都では認知症疾患医療センターに人材育成の役割を担っていただきまして、この三つの人材育成をやっているわけなんです。

これをバックアップするというので、我々のところに認知症支援推進センターを置いて、人材育成のワーキンググループをつくってやっているんです。

さらに、認知症サポート医がこれからとても重要な意味をもつかと思うんですが、認知症サポート医にフォローアップ研修をしていただいて、認知症疾患医療センターの相談員も外に出ていけば地域とつながれるという相談員をちゃんとつくって、さらに区市町村側にも認知症支援をコーディネートできる人材を育成して、離島はちょっと特殊なので離島は離島で人材育成をやっているということでもあります。

これは私どもがつくった「初期集中支援テキストブック」であります、総合アセスメントの方法と、その後の支援のことが書いてあります。先ほどのスライドに、家族介護者のアセスメントのことも示しましたが、ここに全てそういうものが網羅されております。

ところで、それらは、家族支援・生活支援・居住支援のネットワークが地域にあるということが前提であります。しかし、生活が障害されるといっても、生活障害にはさまざまなレベルの生活障害がございます、実は介護保険給付サービスで対応できているのは、基本的ADLと、家事援助に関するIADLだけでございまして、ところが認知症で障害されやすいのは、この図の下からです。すなわち社会的な生活機能から障害されていくということ。ここでは、制度的なサービスは全くカバーできていない。

本来は、生活支援、これは全体をカバーすることを考えなくてはならないということでもあります。

実は、この生活支援は、通常、家族がやっているということでもございまして、トータルのサポートをやっているわけなんですけども、家族介護者自身もこれは仕事でやっているわけではないので、いろいろ厳しい問題がたくさんある。

特に、先ほどの佐藤先生がおっしゃっていましたが、今や確かに若い方が介護者になって、仕事をやめられるという方も非常に多い。私も何人もそういう方を知っております。将来に対する不安が非常に大きいということがございます。

ということで、家族をどういうふうにサポートしていくかということ、考えなきゃいけないということで、家族介護者の支援のことを一覧に書いてあります。ここに両立支援という言葉を加えなきゃいかんということ、きょうは勉強させていただきました。

そういうことをちゃんとアセスメントをして、支援をコーディネートしていくということが必要です。

それから、東京都の場合、何といてもひとり暮らしでございまして、ひとり暮らしの方の生活支援、家族にかわる生活支援、これを確保しなきゃいけない。住まいのあることが前提ですが、じゃあ、生活支援とは何かということで、これはいろいろあるんですが、まずは対人的なつながりをつくる、社会的孤立を解消していくということ、人とつながりをつくる生活支援がまず大事でございます。

そして、その上で、IADL（服薬管理、金銭管理）、買い物とか病院への受診、これは介護保険給付サービスでは通常、カバーできないので、こういうことを支援する人。そして、こういった障害を持ちながらも障害の有無にかかわらず、希望と尊厳を持って生きていこうということが地域社会で共有されている、そういう地域をつくる生活支援、この三つの生活支援をやっていかなきゃいけない。

同時に居住支援、居住支援はいろんな切り口がございまして、生活支援付きの居住を確保していくということが基本でございまして、一つだけで、これは飛ばしますね。

居住支援はいろんな切り口がございまして、12月にふるさとの会にお話しいただくということでしたので、これは一つのある意味では普遍的なものも含んでいる、私はモデルなんじゃないかなというふうに思っているんですけども。

ふるさとの会の方が、空き家を改修して、しかも保証人の代行もして、さらに生活支援員の教育をして、その方々が先ほどの生活支援を展開していくわけなんですけど、さらに地域の中にサロンやカフェをつくって、交流の場をつくっていくということで、地域づくりということも同時にやっていく。

対人関係支援と、IADLの支援と地域づくりの支援をやりながら、居住支援をしていくというような、こういうことが認知症の人、特に単独高齢者、あるいは夫婦のみの高齢者でも、今や一緒に支援していくということが大事でございまして。

こういった支援が実際、認知症の人の在宅生活の継続を可能にしているのかどうかということをちゃんと可視化させていくということが、私はとても重要な課題なんではないかと思えます。

つまり、ひとり暮らしの認知症の人の生活支援ともう一回ここに振り返りですけども、こういった住まいのあることを前提として、一番上にある対人関係支援とIADLの生活支援、地域をつくる生活支援、こういうものがちゃんと確保されているということを中心にして、これから認知症支援を考えていくということが、私はとても重要なんじゃないかなというふうに考えています。

ということで、ちょっと、これ全体の私がつくりましたモデルでございますが、一番左側にある総合アセスメント、診断へのアクセス、診断後支援というのが入り口支援であります。認知症の疑いがある方がこういうところにアクセスして、きちんと診断を受けて統合ケアの調整を受ける。

右側が、その後の生活を支えていくための一連の支援であります。医療支援、介護保険サービスの支援、これは制度的なサービスで現在もあるわけですが、そして、下に福祉・権利擁護支援、これもいろいろまだ課題があるんですけども、一応、制度的にある。

問題は真ん中にある、居住支援、生活支援、家族支援、ここが欠如しているというのが、我が国の認知症の地域支援の大きな課題としてのしかかっているということでございまして、ここをきちんとつくり上げる。

こういった全体の新体制をつくった上で、確かに認知症の人が生活を継続することができるということを検証していくということが、これから重要だろうと。

これは、基本的には、基礎的自治体単位で考えていくということになりますので、こういったことを戦略的に考えていけるような、会議体を各区市町村につくり上げていく。これは、私が今、仕事をしています区西北部の板橋区、北区、練馬区、豊島区にございます、全ての認知症に関連した連絡会・協議会などがございますが、こういうものをつくっていく。

最後、数分だけですが、若年性認知症の人のことも語れと言われましたので、ちょっとだけ触れますが、若年性認知症の調査を、ちょっと古いんですけども、平成18年、19年にやりました、20年に報告書が出ているんですけども、全国に3万8,000人。18から64歳に人口10万対47.6ということで、東京都は大体4,000人であろうという数値が出ております。

ただ、これも東京都を含まない全国5県2区市で実施された調査結果の推計であります。

これを現在も使っているわけなんですけども、実は、きのうも、ある自治体の地域包括支援センター運営協議会に出てきたんですけども、若年性認知症の人はこんなもんじゃないよと、もっと最近ふえているんじゃないという話をするんですね。

ただ、この年齢層の人口はふえないので、若年性認知症の人がふえるということは考えられないんです。考えられないんですけど、実は、ここには大きな落とし穴がありま

す。

実は、この調査は施設調査が中心なのであります。つまり、支援につながっている人を数えているという調査で、先ほど佐藤先生がおっしゃいましたけど、実はその後に行われた生活実態調査では、若年性認知症の多くの方が介護保険を利用していないということがわかっているんですね。40歳を超えているんで、特定疾患を使えるのに、使っていない。つまり、知らないということでもあります。

ということで、地域包括支援センターの運営協議会でふえているという実感は多分、当たっているだろうと、サービスを使う人はふえてきたということだと思います。

東京都も実は、若年性認知症の生活実態調査を平成20年にやっております、ただ、これが47人の方のインタビューということで、非常に数の少ない調査であります。

いろんな結果が出ていますけど、これは最後のまとめに出ていたものでございましたが、軽度の方は1人で外出することが多い、家族の不安は大きい、相談する人が少ない。

中等度は、徘徊が目立ち、家族のストレスと不安は大きい、ケアマネジャーに相談。

高度、外出は主に通院や通所のみ、周囲に認知症のことを打ち明けており、家族のストレスや不安は少なくなる。

実は、これは臨床的に本当にそのとおりでございまして、まさにそうだなと思います。ただ、これは家族の視点だなと、本人視点がちょっと足りないなと。ただ、平成20年は、そういう時代でありましたので、これはもっともだなということなんです。

実は、軽度の方も今や早期に診断できますので、長い軽度の認知症の状態を過ごせる時期がございまして、就労とかとても大事ですが、これでも東京都でつくったハンドブックで、そしてこちらは若年性認知症の総合支援センターの事業、これは私は大変すばらしい事業であると思います。特に、総合支援センターの若年性認知症コーディネーターという専門職を配置するということが極めて重要でございまして、こういったコーディネーターが若年性認知症の人に必要な支援をきちんと統合的に調整していくということが、これからも非常に求められてきている。

ただ、これは東京都としてやっているんで、これを区市町村単位でやれるようにしていかなきゃいけないというのが今後の課題でございまして、これは一連のものをただ並べただけでございまして、一つずつの話をすると長くなってしまうんですけども、特に若年性認知症の方がこれから早期に診断される時代になりますと、まだまだいける、まだまだ働ける。

そしてお互いに仲間同士で話し合っ、今後の将来のことを考えると、そういうこともできるようになってきますので、ピアサポートという概念ですが、そういうところにもつながれるような支援を今、考えています。

最後に、子供らへの支援でございます。先ほど、皆さんの資料に書かなかったんですが、これもとても大事なことでございまして、こういったことをこれから考えていく必要があるだろうということでございます。

以上でございます。

○高橋委員長 ありがとうございます。限られた時間で、論点を非常に明確に提示していただいて、大変ありがとうございました。

それでは、ちょっと時間を利用して、ディスカッションをしたいというふうに思います。いかがでございましょうか。

どうぞ、内田委員、よろしくお願いします。

○内田委員 私は、認知症対応型のデイサービスを運営しておりまして、そののわずかな方々の介護をさせていただいての印象ですから、皆がそうかどうかというのはわからないんですが。

私どもを利用される方々の比較的若い方ですね、60代前半ぐらいの方々は、非常に重度になって認知症が進行してからのご利用というのが非常に何か多いなど。何で、ここに至るまで介護保険等を利用しようとは思わなかったのかなというような気がする方々が多くて。

やっぱり、制度を知らないとか、それから介護保険は非常に難しいものだというか、そういう感じがするんですね、わかりにくい。

そういうのもあるし、それから、やっぱり情報が届きにくい方なんじゃないかなというような印象を持っております。

それから、あとは、ご家族の中に近所の人にデイサービスを利用することを知られたくないので送迎は要らないと、自分が送り迎えするからというふうにおっしゃる方が多くはないんですが、いらっしゃるんですね。

これはご家族のことは責められないなど。やっぱり今、多くの世間の方々が持っている認知症の方に対してのイメージは変わっていないんだと思うんですね。

ですから、そこも何とかしないと、やっぱり早いサービス利用とか、何か人にとにかく言うみたいなことにつながらないんじゃないかというようなことを感じております。

それと、あとは、生活保護になっておられるという方が、やっぱりいらっしゃるんです。これは、奥様も働いていて、男性の方々がうちへ来ていらっしゃるんですが、奥様も働いていたんだけど、何かご病気をされたりとかということで、そういう生活保護になっておられるんじゃないかなと思うんですけども。やっぱり、そういう経済的にちょっと困ってしまったというような方も多いなというふうに思いますので、そのあたりも何か本当にもうちょっと支援が必要かなということと。

それから、これは今度は私ども事業者側の問題なんだろうなと思っているんですが、あちこちのデイを断られてから、私どもに来る、要するに暴力を振るうとか、暴言がひどいとかというようなことで来られているんですね。それで、やっぱりデイサービスと言っているわけですから、認知症は不得意ですとか、そういうことを言うのはどうかなというふうに思うんですけども、何か拒否感というか、そういう苦手、あんなふうにちょっと若くて力もまだありそうで、何か大きい声を出すからみたい、そういうのもあるのかなと。だから、やっぱり介護職を本当にもっと育成していくというようなことももう一つないと、支えられないんじゃないかなというのと。

それから、やっぱりご家族がなかなかサービスを利用して、自分で一生懸命やっていたかなきゃみたいな、そういう覚悟も何か中途半端なことにもなっていたりとかということもあるので、ケアマネジャーさんとか、我々事業所なんかも含めて、家族の方をどう支えるかというのが足りていないかなと。

それで、特に東京だけじゃないのかもしれませんが、独居の認知症の方はふえていると思うんですね。私どもを利用する方も、独居だという方が多いんですけど、最初からケアマネジャーさんの頭の中には、いや、もうちょっとしたらやっぱり施設利用だからと思っているという。だけど、本人の意思は違ったりするんですよ。

聞いてみると、例えばこの家は自分が頑張って建てた家だから、ここにいたいとおっしゃっているけど、離れて暮らしている息子さんは、いや、もうそんな危なくてだめだから施設利用だと言っている。

だから、そうしましうみたいな、本人の意思など、何かほとんど聞いてもらっていないみたいな、そういうのもありますので、すごく残念だなと思うようなこともあります。

ですから、やっぱりかかわっている人たちの意識とかを改革していくというのと、やっぱり教育はすごく大事だなというふうに感じております。

○高橋委員長 ありがとうございます。大変大事なご発言をいただきましたが。

はい、どうぞ。

○栗田様 今、内田委員がおっしゃった全てのことが、まさに認知症について語られているということかと思えます。要するに、認知症は今言ったような、複合的な問題を持っているということでもあります。

したがって、大事なことは、きょうは時間がなかったんで話せなかったんですが、総合アセスメントをできる能力を持っているかどうかということです。何らかの、たとえば脳血管障害やアルツハイマー病になって、認知機能が障害されて、こういう生活が障害されていて、精神的にこういう状態で、身体的にはこういう状態で、社会的にはこういう状態、例えば家族の状態はこうだ、経済的にこうだ、住まいはこうだという、そういうのを総合アセスメントをするといいますが、それが認知症の入り口の支援で行われなければなりません。認知症を診断する医師は、一応、それをやらなければいけない。

大変なんですけどね。しかし、実はそれらはただ、ばらばらにいろんなものがあるんじゃないくて、全てつながっているんですね。関連しているんで、一つの構造をつくっているんで、何人も認知症の人を診てみると、パターンが決まっているんで、そんなに大変ではないのです。

限られた診察の時間で、一応はアセスメントできちゃうんです。ただ、そういう教育は受けていないので、そのような教育をちゃんとやらなきゃいけない。これは、ケアマネもやんなきゃいけないし、地域包括もそれもやらなきゃいけない。そういう教育を受けていないんですね。だから、それをちゃんとやらなきゃいけない。

ところが、これをやってみると、気がつくのが、居住支援と生活支援と家族支援、そのような支援がないじゃないかということなんです。ここにはないから、ここをつくんなきゃいけないと。

ということで、そういうものが出てくるわけでありまして、そういうような意味での人材育成と地域資源づくりということがこれから必要なんだろうというふうに思っております。

○高橋委員長 ありがとうございます。今のお話、大変大事な、実は居住支援は私がずっとかかわって、今、職務としてもやっていることなんです。肝心の支援ができているはずとみんなが信じているところで、最近、ご承知のようなことが起こっているということ自身が、まさに問題のやっぱり深刻さ、ある種の社会的施設利用とか、社会的入院

という言葉もあるんですが、そういう形にならざるを得ないような状況がこれから進行するわけだけど、それをやったら多分、確実に財政破綻するんですよ。

これはいろいろな僕、ちょっと最近、気になっていろいろデータをつくり始めているんですが、それよりは、やっぱり早期に投資をすると、それで投資するお金はいろんなところから持ってこられるはずなんです。それこそ、企業の話で言えば、企業にとってみれば明らかに有能な職員を介護離職で失うということは、マイナスになりますから、そういう意味では、その貢献もお願いできる余地はたくさんあるし。

包括的支援というのは、包括的資源確保というのとセットになるはずですので、そういうことを含めた、これはまさに知事のオーダーと深くかかわる、知事もいわば介護をやりながら仕事をされて両立をされた方ですから、そういう意味ではそういうことを含めてそういうご経験がおありなので、非常に強い関心をお持ちだというふうに理解しております。きょうの議論をぜひ生かしたいなと思います。

なお、この問題、ご発言いただけないでしょうか。

はい、どうぞ。

○平川委員 日々の認知症で感じていることを、栗田先生にお話をいただいて共感しました。特に、早期発見と叫ばれていますけども、その後のフォローが残念ながらほとんどされていないということです。

私は精神科医ですが、精神科というとすぐにPTSDがひどいから、精神科で治療というような話が多くなります。実はその前の段階で、認知症と診断されるとご自身にとっても非常に大きな心的負担となるわけですから、その後の心的サポートについても、やはり精神科医はきちんと絡むべきだと思いますし、臨床心理士やさまざまな専門職がそこに加わるべきです。

諸外国のように、この点に関する資格があればいいんですけども、今の日本にありませんから、その部分はちゃんとフォローアップしなければ、ご家族も大変です。ご家族も受け入れられなくて、当初はまだ何かできるんじゃないかと、いろいろと抵抗をされます。

そういうことを含めて、早期診断というのであれば、同時に早期支援というものをきちんと考えていく必要があると僕は思います。

あと1点、私の病院は認知症疾患医療センターとして指定を受けて、地域で先ほど先生が言われた、初期集中チームの前段ともいえるアウトリーチチームの事業をやったの

ですが、確かに地域ではいろいろな問題が起こっています。しかし、それらに介入すると、大きな問題だと思っけていても、それをさまざまな多職種が集まって、情報交換して手だてを打つことで、実はそれほど深刻じゃない問題も多いのです。

ただ、地域で情報が行き渡っていない、共有できていないことで大問題になってしまう場合もあるということです。

実際、アウトリーチチームが発動して、地域の認知症コーディネーターやケアマネ、サービス事業者が集まって会議を持つだけで随分変わってきます。

確かに、先ほど先生も話されたように横串を刺すような連携と言うのは簡単ではなく、難しいです。

でも、チームとして一つのケースについて、関係者が集まるだけでも随分変わってくるということがあります。お互いの機能を知ることによって、無駄じゃない支援ができるという気もします。

いずれにしても、認知症問題は介護保険制度が始まって、つまびらかにされた面があり、その結果、みんな慌てて動いているのが現状です。ですから、関係者がお互いを批判し合うんじゃないでなくて、これから着実に積み上げていくという、前向きな議論を進めていかなきゃならないと思います。いずれにしろまだまだ浅い分野です。いろいろと。

ですから、栗田先生のような優秀な方が、ノウハウを今からそれをみんなに伝授していこうというわけです。諦めずに地域の中でつくり上げることが一番大事だと思っています。

以上でございます。

○高橋委員長 はい、ありがとうございます、ほかに。秋山先生と目が合いましたので、ぜひよろしく。

○秋山委員 遅参いたしましたして、申しわけありません。

途中から伺ったのに意見をということなんですけれども、15ページのところに、サービスへのアクセスが困難な認知症の人が増加といったときに、先ほど、内田委員がおっしゃった、サービスを知らない、しかもひとり暮らしが多いと言ったときに、サービスに乗っけるまでに周りの者がインフォーマルの形でずっと支援をし続けるという、そのサポートが本当に都市は切れている。

私、今、暮らしの保健室というのをしているんですけども、同じ顔の人がずっと、つまり支援に乗るためには、さまざまな人に、お医者さんにしても、ケアマネにしても、

地域包括の人にしても新しい人に次から次と会っていくというのは、認知症の方にとってはとても負担です。そこを同じ顔が、それが家族であればそれはそれでいいんだけど、そうでない人も同じ顔が常に後ろから支えのようにして、インフォーマルなサポート体制というか、そこに乗るまで伴走する人がいると、それを地域の中でネットワークをしていかないといけないので、初期支援チームで専門家がチームを組みというのは、すごくわかるんですけど、その前の段階をどうするかというのは、地域にとってはとても重要な課題だと思って、今、自分たちはそれなりに取り組んでいるところです。

○高橋委員長 ありがとうございます。今、伴走型支援というふうにおっしゃったのは、これはよく、園田先生と議論したときに、何かをする支援もあるんだけど、実は生活支援は、いる支援。そこにいて寄り添うというのは、別に何をするわけでもないけど、いる支援というのは物すごく重要で、その場合に多分、今までの地域の触れ合いとか、何とかという話じゃなくて、僕はプロアマ混合軍と最近呼んで、要するにきちんとそれをプロがバックアップしながら、地域の隣人としての互助というか、家族というのはまさにそういうふうにも、家族は自助の中に入れる見解よりも、東京都では前提にしてはもういけない時代、前提にするとかえって事態を深刻にしますから、だけれども、それを支えるという家族しかできないことはある。先ほど、家族とおっしゃったのは、家制度型の家族の議論を、今度は親密性に基づく家族の議論に今、切りかわっているんです。今までは嫁という日本の古来伝統の家制度の中から派生した家族概念があるんだけど。

実は、ヨーロッパで家族を、インフォーマルサポートをずっと問題にし出しているのは、要するに社会的なサポートだけでは解決できないニーズというのがあって、これは親密性に基づく、それでインフォーマルという言葉を盛んに使うようになった。日本でインフォーマルっていうのは言葉にならないもんですから、本当にわかりにくいんですが、ソーシャルワークの歴史もまさにそういうことと関係があって、そういうことをもう一度きちんと分けしながら、整理するということと。やっぱりこれは成功体験を持つということ、一番大事ですよ。要するに、そういう成功体験を支援してこういうことをやって、うまくいったよねということを経験できるような、そういう場が必要だなと思って、そこら辺は僕は政策的にいろんな形で打てる話だと思うので、ぜひきょうの話を踏まえて議論して、なお、大事な議論です。

まだご発言されていない委員の方、いらっしゃいますか、どうぞ。

○瀧脇委員 ふるさとの会では「ケア付き就労」といって、利用者に生活支援の担い手に

なっただけに就労支援に取り組んでいます。最近、長くケア付き就労で働いてきた非常勤スタッフの一人が認知症になり、急変してしまいました。秋山委員からインフォーマルでずっとつながっていくというお話がありましたが、この方に関しても、ご本人はすごく不安を感じておられました。何とかみんなで職場復帰しようということで、周りの人たちがずっとかかわり続けて、一時は知っている人の顔も名前も思い出せなかったのですが、今は回復して職場に復帰しました。生活支援で行ったのは、周りの人たちがかかわり続ける互助の支援です。

そういうつながりというのはすごく大事で、栗田先生からは生活支援は認知機能などの機能障害を生活障害にしないような生活支援は可能であるというふうに教わってやってきたんですけれども、それはある程度、実感として持てるようになってきました。この方のように単身独居の方はこれから増えてきますし、独居の人が孤立してしまうことを何とか防がないといけないと思います。その際、人とのつながりや共同性を回復するような住まいのあり方が大事になってくると思います。そういう住まいを社会資源としてつくっていくことが必要になってきます。

栗田先生にふるさとの会の取り組みをご紹介いただきました。いろんなトラブルはつきものですが、トラブルがあっても排除をせず、ミーティングをしながらお互い理解して、暮らし続けるような生活支援は可能です。これまでの取り組みの蓄積で、方法論的な確信というのは得ているのですが、今後は一般化と品質管理を考える時期に来たかなと思っています。このような事業がいろんな場所へ展開できるようにするには、生活支援の方法論をしっかりと確立し、それを社会的にオーソライズしていただき、時間もかかりますが、生活支援の質の確保をしっかりと考えていく必要があると思います。

○高橋委員長 たしか、次回お願いしているのではなかったかな、瀧脇さんに。また、そのときに、いろいろお話をいただけると思っておりますが、もしご関心のある方は、生きづらさを支える本という、これはふるさとの会が開拓してきた支援論を文章化したものがございます。これは、小さな出版社から出ておるので、手に入らないかもしれないけれども、本屋では。アマゾン等では手に入りますので、もしご関心があればちょっとお目通しいただいてきていただくと、次回の参考にもなるかなと思いますので。

ということで、ちょっと時間もありますがあとお一方ぐらい何かご発言があれば。

ごめんなさい、リプライを。

○栗田様 秋山委員と瀧脇委員の話を受けてということなんですが、今、先ほど秋山委員

も15ページのところでサービスのアクセスのお話を言っていました。その次に書いてあるのが、家族にかわる生活支援がないということを書かせてもらったんですが、私のこれまでの経験では、いわゆる専門家チームとインフォーマルな支援は、地域づくりにおいては常に双方向性の関係があるようで、例えば私、今、多くの離島にも行っているんですが、そこは何もないところで、専門家チームといってもにわかづくりの専門家がチームをつくるわけです。

そうすると、やっぱり同じ話が出てきて、生活支援がない、家族にかわるものがない、家がないと。そして、そこで初めて気づくみたいなことがあって、じゃあ、みんなできりあえず集まろうよみたいなことで、地域に暮らしている人たちが集まって作り出していくというようなことが起こってくるということ。片っぱいだけでは、どうにもならないけれども、専門家側からでもいいし、インフォーマルな側からでもいいけども、どちら側からか立ち上がって一緒に集まって地域づくりをしていくという、そういうきっかけにはなるかなというふうに思います。

私も、初期集中支援チームというその言葉自体はちょっと疑問なんですけども、でも本来、地域包括支援センターをつくらうとしたときそういうことを考えたんじゃないかなというふうにちょっと思っていたので、本来、そういう専門家が集まったときに、地域をどうやってつくるかということと一緒に地域の人たちと考えながら、作り出すきっかけにはなるんじゃないかなというふうに考えております。

○高橋委員長 玄人はだしのアマチュアというのが最近、たくさん出てきています。専門家は、しばしば素人もどきの専門家というのもたくさんいますので、そこら辺をうまく、しかし、専門家の能力は学習能力がある。それから、市民も市民で学習能力があるという、そこをどう考えるか、そこをどう学習能力を高めるためには、さまざまな多様な経験を、要するに仲間内の議論をしていたら絶対、よくなるはずですね。

多様な専門職なり、市民の皆さんと顔を突き合わせることで、専門職は専門職の能力、市民は市民をという、そういう場をどうやってつくるのかというのは、これは認知症のケアももちろんそうですし、佐藤委員がご提供なさった議論も職域の話と生活の話はどうつなげるかという議論の中もその問題が含まれますし、いろんな点でこの全体の議論、包括的支援というのと地域包括ケア研究会が自助・互助・公助・共助という議論をあえて提起した理由は、まさにそれが単独ではなくて、相互にかかわり合うんだという視点で出したつもりでいるんですが、随分、誤解もいろいろあるのであれです。

それから、地域包括センターの機能は全くおっしゃるとおりなんです、あのときはまだ、ひよこだったか、おなかの中に入った赤ん坊だったときからつき合っているんですが、現実にはそれができないような形になってしまったという、これはやっぱり社会福祉法人に委託すると社会福祉法人の枠で仕事がされちゃいますし、そうするとそこら辺を越えられるはずだったのですが、なかなかそれが越えられない。

それはむしろ東京都の場合、保険者機能、保険者がそういうことを理解して、医療と介護と住まいまで含めた包括的支援の一つの駒としてきちんと位置づけられているかというのが非常に重要だろうと思っているんですが、そこら辺はぜひ課題提起というのは、もう本当に縦ではできなくなっているというのは、認知症対策、それから介護離職対策、きょうの話まさに。

要するに、縦割りではうまくいかない。厚生労働省になったって、うまくいっていない、ちょっと語弊がありますが、福祉保健局でもそうではないかと心配をしておりますが、そうではないことを祈っているんですが、ましてや都市整備とか、産業労働とかという、そういう分野にもウイングを広げないと、このテーマが解けなくなり始めているという、そういう話がきょうお二方からあったかと思いますが。

引き続き、介護予防、まだ何かご発言がなければ介護予防の議論ということで、きょうは世田谷の実践を踏まえて、田中委員の代理としてご出席いただいた河島さんからお話をいただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

○河島様 よろしく願いいたします。ただいま、ご紹介いただきました、世田谷区の高齢福祉部介護予防地域支援課の介護予防の方を担当しております、担当係長の河島と申します。職種は、保健師です。

時間も10分ということなので、世田谷区の今の現状についてはこちらのスライドをごらんいただきまして、人口規模、きょうも始まる前にちょっと先生とお話ししていたんですけれども、下手な県並みだねというのはいつも言われている、23区の中では大きな自治体になっております。

介護認定率等々をごらんいただいたとおりです。

地域包括支援センターは、今も話題になっておりましたけれども、世田谷区の場合は27箇所を設置しておりまして、特徴的なところだけかいつまんで申し上げますと、区の政策方針で平成20年度あたりから、区の窓口である出張所・まちづくりセンターという区民に一番身近な窓口のところとの施設の一体化というものを順次進めております。

今現在、大分、一体化は進んでおりまして、平成28年度中に22箇所まで完了予定になっております。それから、その下の丸ポチですけれども、包括ケアシステムということで、子供や障害から高齢者全てに相談を対象とする、相談拡充しているモデル事業を昨年の10月から1箇所、今年度7月から5箇所、来年度には全区展開ということで予定をしております。

なかなかここもご議論があったように、包括支援センターの体制もごございますので、思ったよりどうかという課題はいろいろありますけれども、先ほど介護ニートの話なんかも出ましたけれども、世田谷区では80・50問題と呼んでいて、80代のお母様、お父様を50代のひきこもりの息子さんが、その前はずっとひきこもっていて世話をされる側だったんですけども、今や介護の担い手にもなって。だけれども、この先、本当に生活をどうするんだろうみたいな問題がこの相談拡充したことによって、今までももちろんあったんですけども、それが目に見えてきたというふうなところが区の中では課題になっております。そのマークとしてのバックアップ体制、その問題解決というのはなかなか難しいので、引き続きみんなで検討していこうというふうにしているところです。

あともう一つ、特徴的なところなので簡単にお話ししますが、世田谷区は最初に地域包括支援センターが卵というか、ひよこで生まれたとき、平成18年度のときに、介護予防に特化した部署ということで介護予防担当部というのを設けまして、そこに保健師を10名集中配置をして、包括支援センターそれぞれの担当ということで、地域行政ということで、その下にある地域ごとに総合支所単位で役所の機能がごございますので、そのそれぞれを地域ごとの担当ということで2名ずつ分担しまして、地域包括支援センター27カ所を全て毎月巡回をするような、そういった支援もしてきております。

このときに、今、地域づくりとかという話が話題というか、取り組まなければならないことということでございますけれども、地域づくりについてのさまざまな研修ですとか、一緒に動くとか、地域診断を一緒にするとか、そういったことをずっと平成18年から取り組みをしてきております。

このあたりは、割と自治体の中では珍しい支援をしたほうかなというふうに思っておりますので、説明させていただきました。

こちらのスライドについてですけれども、これは国の制度改正が介護予防についてはこの10年いろいろございまして、それにのっかって世田谷区が取り組んできたことを

簡単に表にしておりますけれども、国が言う介護予防の事業を一通りはやってきているというふうな感じですが、簡単に言いますと。

平成22年度に生活機能評価が廃止になったときは、即、やめるということはなかなか難しかったのですが、平成24年度にはそれをやめ、現総合事業が平成24年度の法改正で始まっておりますけれども、これについては平成24年10月から平成25年度にかけて国のモデル事業として、市町村介護予防強化推進事業というのがございまして、こちらのほうのモデル事業に参加して、その成果をもとに平成26年度から現在の介護予防・日常生活支援総合事業のほうを実施しております。第6期、今年度から始まっておりますけれども、今現在は、来年度からの新しい介護予防・日常生活支援総合事業の創設に向けて今、職員でいろいろ検討を進めて準備をしているところでございます。

市町村介護予防強化推進事業という国のモデル事業のことは、それほどご存じない方もいらっしゃるかなと思ひまして、一応、資料のほうをつけさせていただきましたが、全国で13市区町村が取り組んでおります、北海道から沖縄ですね。こちらについては、厚生労働省のホームページ等々に世田谷区の事例として載せてくださってございまして、こちらがその厚生労働省のホームページに出ております。それから、きょう、皆様のお手元に東京都の方々が資料で配っていただきました東京都の保健福祉計画、こちらの272ページにもコラムという形でこの事例については掲載していただいておりますので、後ほど、ごらんいただければと思ひますが。

これは、新しい介護予防・日常生活支援総合事業の改正に向けてになるのか、厚生労働省のほうで軽度の介護保険の認定の方が介護保険のサービスを普通に使うのではなくて、地域の中でできることを探してみようということで、いろいろ新たなサービスメニューを考えてみたり、それから多職種連携による会議を必ずこのモデル事業に参加したケースには、その事例検討を経た上でサービスを考えるということをやるというふうなことがセットで取り組まれたものです。

世田谷区の場合は、4地区の地域包括支援センターに限定してモデル実施をしております。ちょっと規模が大きいものですから、全区展開するのは厳しかったので、4地区それぞれにそれぞれの地区に合わせた何かその地区に必要な資源を使った新たな取り組みができないかということでやってみた成果がこちらの下のほうに出ております、それぞれ4地区の取り組みです。

大学を使った会場で介護予防のプログラムをやってみたりとか、あとデイサービスの

車を使って、お年寄りを集めて近所のスーパーにお買い物に行ったり、そのついでに郵便局に寄ってきてみたりというような、あと喫茶店の割とすいている時間帯を使って、新たな居場所をつくったりとか、そういったさまざまな取り組みをしました。その事業を通して見えてきたよい成果ということで、ここに簡単にまとめているんですけども、やはり介護保険サービスの制度ありきではなくて、地域の資源ということの視点で見たときに、自立支援の視点でマネジメントをするということで、職員の意識がかなり変わってきたというふうなのが大きな成果でした。

その後、このモデル事業の成果をもとに、今現在の総合事業を実施しているんですけども、このときに必要であった軽易な家事援助ですね。それについての、シルバー人材センターさんに依頼した、そういった事業を始めたか、専門職が早い段階でアセスメント訪問を地域包括支援センターのアセスメントをちょっと手助けするような形の訪問事業を始めたか、そういったことにつなげております。

これからの介護予防ということで、これは国の資料なので皆様もうご存じだと思いますけれども、地域づくりですとか、高齢者の役割づくり、生きがいづくりですとか、そういったことで今までの機能訓練に特化したものではないものに注目しなければならないということが言われておりますのと、こちらは新しい総合事業のサービスメニューを一応、資料として掲載させていただきましたけれども、この中でも介護予防については住民主体のサービスなども取り入れまして、多様な実施主体によるサービスを自由に選べるようにいろいろなメニューを考えていくということで、世田谷区のほうは今、準備をしているところです。

この辺がサービスの類型ですね。これまでいろいろ私もこの10年介護予防に取り組んできたわけなんですけれども、世田谷の中で何が大都市における課題というお題をいただいておりますので、私なりに今までの取り組みから見えてきた課題ということで、まとめてみた資料がこちらになります。

世田谷区は、かなり住民さんの活動は盛んで、サロンの数なども都内で一番なんじゃないかというふうに言われております。

しかし、6期計画を策定したときの住民さんの調査では、半分以下の方しか地域活動に参加しているというふうには答えてくださらず、まだまだ地域活動に参加していない方々がたくさんいらっしゃる、それぞれまだお仕事をされている方も多くいらっしゃいますし、だからといって何もしていないということではないとは思いますが、地域活

動ということで、地域とのつながりというところは、やはり希薄かなというふうな結果です。介護認定率、健康寿命については、こちらに記載のとおりですし、これも大都市はどこでもそうだと思いますけれども、要支援認定者約1万人のうち、半数はサービスを使っていない。何かあったときのために申請をしておきたいという、そういったご意向がかなり見受けられております。

今までの介護予防は、なかなか世田谷区の場合はわかりやすいスローガンでわかりやすいものというふうな発信がちょっと足りなかったかなというふうな反省。

結局、現状のところに書いたように、地域活動になかなか参加しにくいような状況があったり、結局インフォーマルのサービスの中でなかなか安心して生活することができないから、やはりフォーマルサービスでの担保ということで、介護認定をするのかなとか、いろいろ課題かと思うものを挙げております。

安心のための申請をしていただくのではなくて、安心して暮らせる環境をつくっていくことが、本当に大事じゃないかというふうに思いまして、今年度の取り組みとしましては、青いところに書いていますけれども、これも厚生労働省のモデル事業地域づくりによる介護予防推進支援モデル事業というものの取り組みがございまして、こちらのほうに今年度取り組んで、新たな高齢者、住民主体の通いの場づくりということをやってみようかなということで、進めている次第です。

今現在の国のモデル事業の内容のスライドを2枚おつけしておりますので、こちらをごらんいただくんですけれども、市町村の全域の中で高齢者が容易に通える範囲の通いの場を住民主体で展開をしていくと。ある体操をもとにツールとして使うんですけれども、その体操は週1回以上、実施していただいて介護予防に効果のあるものやっていたかというふうな、そんな形で取り組みをしております。

この国のモデル事業は、今までそういった介護予防の取り組みを地域に広げてきた専門職の方を広域アドバイザーという形で派遣してもらえる事業なんですけれども、岡山県のOTさんを派遣していただきまして、つい先日、住民さん向けの講演会をしてみたところなんです。そこでの反応は、かなり大都市の高齢者に対しての説明でどうかというふうに講演なさった先生も心配していたんですけれども、やはり一人で元気になればいいという方はこの先、聞かなくていいです。みんなで元気になることに興味のある人は聞いてくださいと言ったら、皆さん、熱心に聞いてくださり、最後はそこに参加した方の3分の2ぐらいは、その取り組みをやってみたいというふうに手を挙げたというふう

なのがございまして、都市部でもやはり高齢者の方の思いというのは同じなのかなというふうに思った次第です。

世田谷は、こういったモデル事業に着手しながら、総合事業の準備をしているところなんですけれども、住民主体のサービスBということも全て用意して、平成28年4月を迎えるべく今現在、準備をしているところです。

先ほどの総合アセスメントの話もありましたけれども、新しい介護予防・日常生活支援総合事業についても、ケアマネジメントがとても大事になってきて、そちらのほうも研修と市町村のやれることとしては、研修をやるとか、マニュアルをつくるとか、そういったことぐらいしか思いつかない部分があるんですけれども、そういったことにも着手をしてしっかりやっていきたいなというふうに思っております。

モデル事業の成果を生かしてというのは、先ほど申し上げたとおりです。

最後に、まとめというか、これはほとんど私の私見に近いようなものなんですけれども、平成24年度に着手しましたモデル事業の中でも、結局、大都市といたしましても、やはり地域とのつながりづくりとか、地域資源の把握とか、地区に合わせた展開ということは、結局は地道な作業を小まめにやるしかないのかなと、それをネットワークとしてつくっていき、それをつないでいく担当者、地域包括支援センターの担当もそうですし、市町村の担当もそうですし、想像力、企画力というのが一番大事なのかなというふうに思っています。やはり一つの成功事例があっても、単純に広げていけないというのが都会ならではののかもしれないけれども、地域包括支援センターと話をしても、やはり何かイメージがわからないとやりようがないというふうな意見もございましたので、そういった成功事例を一つずつ積み上げていくことが大事なのかなと思っております。そういった具体的な事例を通じて、住民、事業者さんの意識の改革も必要なんですけれども、そのためにはまず職員の意識改革ということに取り組んでいくことが必要かなというふうに思っております。

私の私見になりますので、簡単なお報告で申しわけありませんが、またご意見を聞かせていただければと思います。ありがとうございました。

○高橋委員長 はい、ありがとうございます。先般の新開先生のお話と対応するお話で、具体的な実践ということでしたけれども。

時間もちょっと押せ押せなんですけど、多摩市のほうからもご発言いただけないかしらと思っているのは、多摩は荒井委員が市町村の行政として取り組んでおられるし、また

多摩市の場合は、多摩ニュータウンを抱えていて、団塊の世代がこれからごそっと出ますので、ここをきちんと対応しないと、多分、介護保険料は幾らあっても足りない事態が起こる一方で、多摩は大変サラリーマンOBのボランティア活動が盛ん、NPO活動も盛んなところがございますので、そこら辺、ちょっと今の報告に補足をお願いできないでしょうか。

○荒井委員 今、委員長からあったように、私どもの多摩市の場合、面積では、ニュータウン地区が6割で、そこに住んでいる方たちはサラリーマンのOBの方が多いです。

平成31年度に、後期高齢者が前期高齢者を上回り、10年後には約4万7,000人が高齢者になる見込みです。そうすると、まちの約3分の1を高齢者が占めるため、介護保険料もかなり上がってくると予想されます。まだ今のところ4,550円ぐらいですから、全国レベルに比べたら1,000円ぐらい安いですが、これから一遍に上がってくる可能性があります。

今、世田谷区さんから、いろいろ事例をお話ししていただきましたが、多摩市では、地域包括支援センターの設置数や職員数等が世田谷区さんの大体半分から7分の1ぐらいの規模で設置されています。

私どものまちとしても、やはりこれから先どうしていくかが課題であり、先ほど4地区でいろいろな社会資源を展開していったという報告がありましたが、ニュータウンの中は集合住宅しかないため、社会資源についてはかなり制約があります。

ただ、やはり世田谷区さんの事例でもあるように、地域づくりによる介護予防というところでコンセプトが五つほどありますけれど、私どもとしてもこれから先、本当に介護と介護予防を進めていく中では、住民の人とどうやって一緒にやっていくかということが非常に大きな課題と考えています。場所はありませんが、サラリーマンのOBの方が多いので、そのような人たちのノウハウをいかに引き出していくかということにつながっていくと考えています。

最後に、お話があったように、やっぱり市民の方の意識改革をするためには、私たち職員の意識改革が本当に大事で、そのことをきちんと地域の住民の方に我々職員が外に出て行って、先ほどの情報提供じゃないですけど、そういう機会をできる限り小さなサロンとかそういうところにまで行って、やっていくことで少しずつ裾野が広がっていくと考えられます。そのことによって、多摩市の特性である一挙にふえる高齢者の方たちへの支援というものを地域全体でつくり上げていければいいなというふうに今、考えて

いるところでございます。

○高橋委員長 はい、ありがとうございました。

ちょっと時間が押し押しになっているんであれですが、私、先週1週間、スウェーデンへ行ってちっちゃなまちを見てきたんですが、コミュニケーションなんか専門職なんですね、行政職員が。

だから、僕は意識改革は物すごく重要だと思うんですが、それと同時にこれから継続的にその課題に取り組める職員を人事配置できちんとやらないと追いつかない。意識改革を待ってても始まらないみたいなどころがあるので、そうすると、やっぱり行政外の地域の専門性のある人たちとどうネットワークを組むかという話でもあるし。

ちょっと行政のスタイルも相当これから、多分、お金はなくなりますから。私はお金がなくなるというのはむしろ悪いことじゃなくていいことだと思っているんです。知恵を出さざるを得なくなる。

東京の公務員は、ポテンシャルがあると信じておりますが、人事がそれを壊しているというのが僕の長年のウォッチングの経験でありまして、本当に脈絡のないところに能力のある職員がせっかくいたのに、3年すると関係ないところに飛んでいっちゃって新しい人がまた一からやり直しという構造があるので。

そこは本当に、これ、社会福祉審議会でもずっとそれを言い続けていますよ。これは慣行なので、慣行というのはなかなか壊せないというのはよくわかっているんですが、それほど環境は楽観できないという、そういうふうに思っていますが、それだけ力のある職員を大事なところへ配置していただくというのは、地域包括支援はまさにきょうのずっと議論に出た横差しで動かなきゃいけない。

やっぱり、ちゃんと医師会の先生方ときちんと話ができ、それから施設長さんとも話ができ、さらに地域のボランティアさんとも話ができ、そういう人間像はスーパーカリスマコミュニティワーカー職員だった話になっちゃうんだけど。

実は、そういうことは結構、介護予防の話はそういうことでも僕は関係すると思っていて、狭い介護予防じゃなくて非常に広がりが出てきましたので、そういうことも含めて、ちょっとご検討いただきたいということで、すみません、時間のこともあるので、その次の課題に行きたいと思えます。

在宅医療を先回、ご議論いただきましたが、現在、策定が進んでいる東京都の地域医療構想の関係について、積み残しになっておりましたので、所管課から検討状況につい

てご説明をお願いした上で、河原委員にコメントをお願いできたらと思いますので、よろしく願いいたします。

○宮澤課長 地域医療構想の検討状況につきまして、ご報告させていただきます。資料7-1をごらんください。

昨年6月、医療介護総合確保推進法が公布され、都道府県におきまして、地域の医療提供体制の将来のあるべき姿を示す地域医療構想を策定することとされました。

右側にまいりまして、地域医療構想は団塊の世代が75歳以上となります2025年に向けまして、病床の機能分化・連携を進めることを目的として定めるものでございます。その内容でございますが、医療法におきまして、2025年の医療需要と病床の必要量、目指すべき医療提供体制を実現するための施策について記載することとされております。

2枚おめくりをいただきまして、資料7-2の2枚目、策定ガイドライン（要旨②）をごらんください。

左上に、2025年の必要病床数を定める考え方を示しております。国の示す算定式に基づきまして、計算をいたしました。構想区域ごとの医療需要に供給数の増減、これは患者の流出入分のことでございますが、流出入を加味した上で、都道府県において必要病床数を定めることとなっております。

右側をごらんください。地域医療構想調整会議でございます。

都道府県は、地域医療構想策定後、構想区域ごとに調整会議を設置することとされております。地域の関係者等が顔を合わせて、その地域に不足する機能をどのように確保していくかといったことを話し合ってくださいとさせていただきます。

資料7-3、2025年の医療需要推計、その右側、推計結果をごらんください。

必要病床数につきましては、都道府県が定めることとされているわけでございますが、国から医療需要推計のためのデータといたしまして、患者さんの住所地をベースとしたもの。さらには、患者さんの圏域を越えた受療動向、すなわち患者さんの流出入を反映した医療機関の所在地をベースとした二つの推計値が提供されております。現在の病床数と比較をいたしますと、将来、病床が不足する推計結果となっております。これは、高齢者、特に後期高齢者人口の増加に伴いまして、医療需要が増大することが主な理由でございます。

2枚おめくりをいただきまして、資料7-5をごらんください。

地域医療構想の策定に当たりましては、4月に策定部会を設置いたしまして、これまでに7回開催をしてございます。これまでは、地域医療構想の策定を行う上で、東京の2025年の医療はどうあるべきかを掲げるグランドデザインを描く必要があるとの意見を踏まえまして、この検討を中心に行ってまいりました。

その次の資料7-6が、取りまとめたグランドデザインでございます。

表題のすぐ下でございます、誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる「東京」、これをグランドデザインといたしまして、その実現に向けた四つの基本目標を掲げております。また、それぞれの基本目標の下に、取り組みの方向性を例示してございます。

こちらは委員から多く出された意見を踏まえまして、4本の目標を掲げた中の一つに、三つ目でございます地域包括ケアシステムにおける、治し、支える医療の充実。地域全体で地域完結型医療を確立していくというものを掲げてございます。取り組みの方向といたしましては、プライマリ・ケアを基本とする医療提供体制の実現、医療・介護の多職種連携による在宅療養の支援、身近な医療機関による在宅療養生活のバックアップなどが挙げられております。

報告は以上でございます。

○高橋委員長 ありがとうございます。河原先生から、とりわけこの検討会とのかかわりも含めて念頭に置いて、ちょっとご発言を。

○河原委員 地域医療構想の検討協議会の副部会長を務めておりますが、医療法が要求していることは、端的に言えば、資料7-3の2025年の医療需要の各病床機能、高度急性期とか、急性期、回復期、慢性期、要するにその病床数なんですね。

けど、それだけやるのは、我々としても哲学を持ちたいということで、資料7-6のグランドデザインが出てきたわけです。こういうふうなものが道しるべとして、それでこういうふうな機能を補填するためにこういう病床が必要であるとかいう議論は、やっぱりしていかないといけないということでグランドデザインを策定して、これはまだいろいろ意見が出て現在進行形ですが、これを道しるべとしまして、今、地域医療構想の検討を進めているところでございますが。

本会議と密接にかかわるのは、ただいまご紹介ございましたように、資料7-6のⅢの地域包括ケアシステム、これについてはやはり議論の中でも非常に重要であるということで、地域医療構想の検討協議会の委員の意見としては、この委員会の会議の成り行

きというのをやっぱり注視しているという状況でございます。

なぜ、こういうふうなことが出てくるかという、資料7-1の最初のページに戻っていただきますと、地域医療構想というのは、構想区域、資料7-1の右の上のほうに二つ目の箱で囲っているところがございますように、1で、2025年の医療需要と病床の必要量、その二つ目に、都道府県内の構想区域、これは二次医療圏が基本となっておりますが、イコールです。それで、病床はこの4機能、左のほうにある、高度急性期から始まりまして、慢性期までの4機能は、この構想区域イコール二次医療圏で完結するように検討なさいと、もちろん流出入の問題も加味していきませんが、二次医療圏で完結すると。

けど実際は、埼玉からも千葉からも患者が流出入していると。あるいは東京都内の構想区域、イコール二次医療圏間の移動もございますので、二次医療圏、つまり構想区域で完結するような算定をすとかえって医療機能が麻痺するわけですが、かといって、今まで二次医療圏単位で病床規制を行ってきたわけで、それともう一つは、二次医療圏というのは、補助金の算定単位でもあったわけですね。ですから、この構想区域という二次医療圏、病床数という量的なものは構想区域イコール二次医療圏で考えますが、じゃあ、医療機能はどうかといったときに、例えば国の医療計画では5疾病5事業というものを二次医療圏ごとに考えろとされているわけですが、5疾病というのはどういうものかという、がん医療、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、それから精神疾患、5事業というのは、救急医療、小児救急、周産期医療ですね、それから僻地、災害医療、この五つです。

これも国の考え方では二次医療圏ごと、イコール今で言えば構想区域で完結することとなっているんですが、例えば脳卒中とか、急性心筋梗塞は時間との勝負ですから、二次医療圏より小さい範囲を考えないといけないわけです。

あるいは逆に、がんの場合は、緊急手術なんかないわけですから、例えば青梅の方が築地のがんセンターへ行ってもいいと。となれば都全体で考えてもいいということで、疾病ごとにも、あるいは事業ごとにも二次医療圏という単位というのは、もはやちょっと形骸化していると。

それと、二次医療圏が一番難しいのは、市町村の集合体ですので、窓口がはっきりしない。つまり、行政機能がないんですね。

だから、二次医療圏単位で物事を決めても、どういうふう to 実施して、誰が評価して、

誰が責任を持つかということがわからない。

こういう問題を抱えています。この資料には書いておりませんが、病床に関しては構想区域イコール二次医療圏で、流出入も加味しながら考えますが、医療機能に関しては、全県的に考える、あるいは東京都を二つに分けて、例えば精神科の救急の場合は二つに分けるとか、小児救急の場合は、四つに分けるとかという弾力的にやっていく必要があるわけです。

それで、資料7-1の左の病床医療機能の4区分を見ていただくと、慢性期機能あるいは回復期も含まれますが、こういう機能を検討するときは、後に在宅とか、あるいは介護保険・介護事業が控えていますので、二次医療圏単位で考えると余りにも広いということで、こういう場合は区市町村を単位として考えようというふうに医療機能に関しては弾力的に検討していこうというふうなことで、今、進んでいるところです。

現状報告も踏まえまして、論点というか、問題点も述べさせていただきました。

以上です。

○高橋委員長 ありがとうございます。

本当は、ご意見をいただきたいところなんです。注視されているということだと、注視されているだけのレスポンスをしなければいけないという、そういうことかと理解をいたしました。

それから、まさに病床のコントロールから始まった地域医療計画は、本当にやっと医療供給体制の議論に踏み込んで、踏み込んだ途端にまさにさっきから出ている連携の話になってきて、それで実は慢性期と療養病床の話と介護のインターフェースの話はもう既にわかっているんだけど、実は急性期と、それこそ居住の関係、要するにご承知のように、家族機能がこれだけ脆弱になると、退院後どうするかという議論は最近ある種のスキャンダルが起こったのは、岩江クリニックはまさに急性期病院からあそこへ行っている例だったわけで、そういうことも含めていよいよ医療もまさに介護だけではなくて、住まい方、居住支援の話と密接にリンクしているという問題意識をぜひ検討委員会の委員の皆様と共有をしていただきたいということと、それに役に立つようなメッセージがこの検討会から出せたらいいなというふうに思いながら伺っておりました。

はい、どうぞ。

○平川副委員長 今回のこの動きは、医療者側からすると、病院がなくなってしまうんじゃないかとか、ベッドが減るんじゃないかという、いろいろな憶測があったわけですが、

河原先生がまとめられた通り、東京都は全国でも特殊な地域です。こんなに大学病院がたくさんあるところはありません。高度な医療をやっている医療機関がたくさんありますから、全国から患者さんも来られますし、先ほどもお話があったように、東京だけではなく埼玉、千葉、神奈川といったような近県との間で患者さんの行き来もあって、何かもっているところがあります。

特に、我々の検討会に関係する、急性期以降の慢性期や療養、リハビリの病棟というのは、都内に数少ないわけですから、近隣地域医療機関、介護施設のベッドを借りながらなりたっていますけれども、この後、近隣の地域も高齢者がふえてきますから、自分のところで精いっぱいになってしまっていて、東京都の方々を受け入れないとなってしまう場合にどうするか。

一応、現時点では多摩地区には、そういった医療機関が多くて、一方都心部には急性期病院が多い。じゃあ、従来のように都心部の奥座敷的な役割を多摩地区が受け持つのか、そうすると、また地域との縁や絆が切れてしまうということで、心配もあります。

さらにもっと心配なのは、地域の商店街と同様に医療も地方の駅前シャッター街じゃありませんけども、地域で頑張ってきた50床から100床ぐらいの中小の病院が今、軒並み経営が厳しくなっていて、閉鎖の憂き目になっています。

商店で言えばバイパス沿いの大規模店が今、盛っていて地域に根差した地域の商店街の店が苦戦している。地元が頑張っていかなければ、地域包括ケアができないわけですから、そうするとやっぱり地域に根差したといいますか、地域との連携が濃い病院というものを支援していかなければなりません。例えが芳しくありませんが、その地域で地産地消の形の医療が完結できないというのは問題です。これから先、この検討会でもぜひ地域の医療というものの視点、このまちで何とか最後のステージまで安心して迎えられるということを実現するためにどうするか、ぜひ検討していただきたいと思います。

よろしくお願いします。

○高橋委員長 はい、ありがとうございました。

最近、週刊朝日で在宅医療支援診療所の厚生局に出したデータを見ておきますと、看取りをやらない対策療養支援診療所とあるとあって、ある意味でショックを受けたんです。

そういう意味では、在宅医療とそれから地域の病院と、まさにおっしゃったようにそこから辺の話、東大の医学部でも地域医療が実習になったそうですから、そういう意味で

大きな流れが地域医療にも在宅医療にも向かっていることは確かですが。

その中で、改めて大事な役割というか、病院にしかできない役割はあることは事実だし、まさに医療提供体制が介護、それから居住支援と接続しながら議論が行われて、本来の機能は社会的入院じゃなかったはずなのに、そういうことになってしまったことをもう一度、本気で考えないと、本当にお金がないということをお互いに実感していないような気がいたしまして、そんなことも含めて課題とさせていただきたいと思います。

きょうはありがとうございました。

というわけで、時間5分オーバーしましたが、きょうの議事はほぼこれで終わりでございますので、次回以降のことも含めて、事務局にお返しいたします。

○西村幹事 次回の会議は、12月24日木曜日、10時から12時15分まで、場所は第一本庁舎北側42階の特別会議室Aで開催いたします。

詳細については、追ってご連絡させていただきますので、よろしく願いいたします。

机上に用意いたしました高齢者保健福祉計画などの冊子、中間のまとめ、長期ビジョンにつきましては、そのままお残してください。

そのほかの今回配付させていただいた資料につきましては、お持ち帰りいただいて結構ですが、郵送を希望される方は机上の封筒に入れて置いていただければと思います。

また、一時通行証につきましては、エレベーターをおりたところにおります警備員に、ご返却くださいますようお願いいたします。

それから、お車でいらっしゃる方は駐車券をお渡ししますので、受付までお声がけください。

以上でございます。

○高橋委員長 それじゃあ、どうもありがとうございました。