

福祉先進都市東京に向けた懇談会
(医療・介護分野)

平成26年9月10日(水)

東京都福祉保健局総務部企画計理課

福祉先進都市東京に向けた懇談会（医療・介護分野）

日時：平成26年9月10日（水）午後1時00分から

会場：第一本庁舎7階 大会議室

会議次第

1 開 会

2 知事挨拶

3 議 事

（1）東京における地域包括ケアシステムの実現について

- ・有識者からの提案説明
- ・意見交換

（2）その他

4 閉会

（配付資料）

- 資料1 東京の医療問題 (上昌広様 発表資料)
- 資料2 医療・介護の要としての地域健康管理医（案） (土屋了介様 発表資料)
- 資料3 都市型地域包括システムの設計のコンセプトについて
(筒井孝子様 発表資料)
- 資料4 東京における地域包括ケアシステムの実現にむけて
(永田久美子様 発表資料)
- 資料5 東京都の高齢者急増を支えるための介護基盤・高齢者住宅の整備について
(長田洋様 発表資料)
- 資料6 医療モデルから生活モデルへ (新田國夫様 発表資料)
- 資料7 東京における地域包括ケアシステムの実現に向けて
(和気康太様 発表資料)

午後 1時00分 開会

○福祉保健局理事（知事補佐担当） 定刻となりましたので、ただいまから福祉先進東京に向けた医療・介護分野における懇談会を開催いたします。

本日の懇談会は、医療と介護に関する有識者の方々にお集まりいただき、東京における地域包括ケアシステムについてご議論いただくために開催いたしました。

本日お越しくくださった各有識者の方々におかれましては、大変お忙しいところ、懇談会へのご参加をお引き受けくださりまして、まことにありがとうございます。

私は、本日の進行を務めさせていただきます、東京都福祉保健局理事の宗田でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、早速、本日ご出席の有識者の方々を順にご紹介申し上げます。

東京大学特任教授、上昌広様でございます。

地方独立行政法人神奈川県立病院機構理事長、土屋了介様でございます。

兵庫県立大学大学院教授、筒井孝子様でございます。

社会福祉法人浴風会、認知症介護研究・研修東京センター研究部長、永田久美子様でございます。

株式会社ベネッセスタイルケア渉外部長、長田洋様でございます。

全国在宅療養支援診療所連絡会会長、新田國夫様でございます。

明治学院大学教授、和気康太様でございます。

また、東京都側の出席者につきましては、恐縮ですが、お手元の座席表をもって紹介にかえさせていただきます。

次に、懇談会の開会に当たりまして、舛添東京都知事から挨拶をいただきます。

○舛添知事 どうも、皆さん、こんにちは。大変お忙しい中、お集まりいただきまして、ありがとうございます。

今年の末に東京都の長期ビジョンをきちんとつくりたい、そして、世界一のまちに東京をするんだということで、いろいろと施策を進めていますけれども、福祉の面でもこれをぜひ実現したいと思っております。皆さん方にいろんなご意見を賜りたいと思っておりますけど、特に地域包括ケアシステム、東京においてどうすればいいんだと。東京の特色もあると思いますので、そういうことをぜひご提案いただきたいと思います。

厚労大臣のときは、厚労大臣の立場からこういう問題を扱っていたんですけども、今度は逆の——逆でもないんですけども、首長の立場でこれにトライすると、またそれは

違った角度と違った見方があると思いますので、そういう意味で、皆様方の忌憚のない意見をいただきながら、この大都会である東京でどういうふうにして地域包括ケアをやっていくかと、そういうことについて議論をしたいと思います。

地域包括ケアシステムだけに限らず、その背景にあるような、バックグラウンドにあるような諸問題についても自由にご意見を賜ればと思っています。お一人の発言時間はそう長くはないと思いますが、議論の時間を入れて2時間とってありますので、私もずっと一緒に議論に参加させていただきたいと思いますので、今日はひとつよろしく願います。ありがとうございます。

○福祉保健局理事（知事補佐担当） ありがとうございます。

次に、本日の進め方でございますが、議事3の（1）にありますように、まず、各有識者の方から東京都における地域包括ケアシステムの実現について、ご提案等をいただきたいと思います。ご説明が一通り終わりましたら、意見交換に入りたいと考えておりますので、よろしくお願いいたします。

それでは、早速、着席順に各有識者の方からご説明をお願いしたいと存じます。

○舛添知事 皆さん、暑いですから、私も脱ぎますので、上着をどうぞ、先生方もどうぞ、楽になさってください。

○福祉保健局理事（知事補佐担当） なお、パワーポイントをご使用される場合は、スクリーンの左側にパソコンをご用意した発表席がございますので、よろしくお願いいたします。

○上氏 東大の上でございます。私は最初から、暑いと思って、この格好で来ました。

今日は三つお話しさせていただきます。一つはお医者さんの話、看護師さんの話、あとは伝染病の話です。

医者のお話です。よくお医者さんが偏在していると言いますよね。都会に多く、田舎に少ない。確かにそうですが、あれはうそなんです。実はこの国で一番医者が多いのはどこかって、東京も実は多いんですが、多いのは徳島県、京都府。色が濃いところが多いんですね。西日本に多いんです。東西に偏在しているんですね。

医者が少ない多いという話は、2008年から9年にかけて、舛添知事が大臣のときに増やしました。私はこれ、過去20年の厚労行政の最大のヒット作だと思っているんですが——別におべんちゃらじゃなくて、そう思っています。実は偏在していて、東京が多いんですが、周囲の県がめちゃくちゃ少ないんです。一番少ないのが埼玉県、次に千葉県、

茨城県、ちょっと置いて神奈川県です。これ、よく覚えてくださいね。

東京も実は偏在しています。東京都は実は、これは多いところ、ピンクはフランス、ドイツの平均です。パリとかベルリンじゃないですよ。赤がイギリスの平均、ロンドンじゃないです、平均です。グリーンはトルコの平均、ブルーはチリの平均です。皆さん、お子さんやお孫さんがチリに行くとき、健康に注意しろと言いますよね。東京の大部分は実はチリなんです。

舛添知事が大臣をやっていたころは、こことここでたらい回しが起こりました。当たり前なんです。足りないところは必ずたらい回しが起こるんです。これは東京の問題です。東京は実はお医者さんはいっぱいいるので、偏在しています。どうやって偏在を解消するか。ここは考えどころです。多いのは真ん中だけで、端は少ないと。ここの患者さんはこんなところには普通は余り行きません。行く人もいますが、基本的には行かないです。

実はもう一つあります。これは過去18年間、医学部を卒業した学生がどこに行っているか、ネットで調べました。うちの大学生がしこしこと18年分数えました。埼玉県には年間2.5校分流入しています。千葉県も2.5校分。神奈川県は1.3校分入ってきています。東京都は実は13校あって、1.6校分出ていっているんです。

東京都は関東圏の医療に医学部1.6校分、貢献しています。どこから来ているか。東北と甲信越です。だから、東北地方の医師不足は、千葉、埼玉がよくなる限りよくなるんですが、今後、地域枠をつくって、東北を東北にとどめちゃおうという動きがあります。この辺、どんどん悲惨になります。ここから出ていきます。東京都は医師の供給圏としてさらにパワーアップするか、地元にとどめるか、考えようです。

今後、需要がどうなるのか。これは60歳未満、75歳未満のお医者さんの数を単位人口で割りました。75歳人口1,000人当たりの60歳以下の医者数です。2050年まで減り続けます。今のまま養成してもですよ。舛添知事が頑張っても数を増やしても減り続けます。残りの関東圏は本当に悲惨ですよ。もう一斉に減っていきます。

厚生労働省の将来設計は問題があります。なぜか。医者の年齢を考慮していないからです。75歳以上の医者は猛烈にふえます。この中で75歳はいないと思いますが、75歳の方を三交代勤務とか当直させれば、厚生労働省の数字になります。あれ、うその数字なんですよね。

ここまでが医者の問題です。東京は偏在が著しいんです。特に東部と西部が問題です。さらに、今後、2050年まで、周辺の地域が極度に医師不足になります。今でさえ、た

らい回しが毎日のように起こっているんですから、2050年はそれがさらにひどくなってくるんですね。やり方はいろいろと考えられます。メディカルスクールを西部につくる。いろんなやり方があります。

次に、看護師です。看護師も分布を見ると、これ、すごいんですよ。真っ赤っかとブルーになります。ここで重要な点を言いますと、実は東京都がひどいんです。高知県、福岡県、東京、千葉、神奈川、埼玉、こうなるんですね。看護師さんの数が絶対的に少ないんです。既に2009年、東京の都立病院は看護師不足で病床を閉鎖していました。最近、千葉県は病床不足で、多々、病床が閉鎖されています。

私は震災後、南相馬市に行っています。お医者さんはたくさん増えました。我々の仲間がどんどん常勤で入りました。病床があいていないのは、看護師がいないからなんです。よく医者を強制配置しろという議論があります。医者が足りないところは医師に行かすべきだ。うまくいくわけじゃないんです。だって、看護師さんがいないんですもの。

かつて、某巨人軍が清原とか落合をとってきました。強くならなかったでしょう。やっぱり医療は複雑なシステムで、コメディカル等々、全てをそろえていかなきゃいけないんです。東京は今後、看護師不足が必ずボトルネックになります。どうしたらいいのか。養成数を増やすしかないんですよ。

縦軸は人口当たりの看護師の数、横軸は人口当たりの看護学校、看護大学の定員数です。完全に一直線になります。東京はここです。西日本並みにしようと思えば、1学年の養成数を5,000人増やす必要があります。実行不可能ですね。

ちなみに、ここにおける看護師の有効求人倍率は約1.5倍。ここは3.5倍です。これは人材紹介会社における異動を考慮していません。実際は5倍とか2倍になると思います。この数にしても、職にあぶれることはありません。

ただ、養成数をどうするか。東京が養成しないと何で問題か。周辺の県をバキュームしちゃうんですね。神奈川、千葉、東北地方の医療を壊します。東京は自分で養成しない限り、周囲を壊していくと私は考えています。

実は皆さんがどう思おうが、看護学校は——看護師になりたい若者は多いんです。これ、河合塾のデータです。よく厚生労働省、朝日新聞が、看護大学が増えて看護師が余ると言っていました。確かに増えている。こんな増えているんですよ、10年で。でも、看護師の養成数だったら、そんなに増えていないんです。実は看護師専門学校の定員が減っているんです。もう少し言うと、応募者も減っているんです。定員割れしているところが出て

きています。

4年生看護大学、これは河合塾のデータです。過去10年で応募者は3倍に増えました。定員は2倍に増えました。どんどん増えてきているんですね。学費はどれぐらい取っているか。私立大が多いんですが、200万、初年度納付金を超えるところが多々あります。どんなところがつくっているか。私大文系コースで経営がだめになったところがこぞって看護学部をつくっているんです。放っておいたらつくるんです。

ちなみに、同志社女子大、来年開きます。関東も慶応、上智がやりました。看護師さんって、今後、確実に食っていける職業なんですよ。サラリーマンの平均年収が400万のときに、看護師の平均だけ全国で約500万円、470万。四大卒にすれば五、六百万いくんでしょね。そんな職業、多分ないです、そんなに。ですから、こぞってこういう方向に世論が動いています。

さらに、大卒の看護師さんを増やしたほうが手術後の死亡率が減ることがアメリカとヨーロッパで証明されました。患者4人に看護師一人、8人に一人、これを比べると大体2割、死亡率が減るんです。手術後30日以内の死亡率です。大卒を2割から8割、これも2割減るんです。大学の教育がいいのか、大学に行くような方がもともと素頭がいいのか、これはわかりませんが、これはアメリカとロンドンで報告されました。アメリカの報告は2003年アメリカ医師会誌、ヨーロッパの報告は今年のランセット誌です。高学歴ナースが増えていくことは、多分、世界共通の兆候なんですね。日本もそうなっています。

ここまでをまとめます。看護師さんの問題です。東京の看護師は、絶対数も育成数も極度に不足しています。これは医師と違います。医師は養成して、ほかにまいているんです。看護師の高学歴化は世界共通の傾向です。問題は学費です。200万ないし4年間で500万ぐらいの学費をどう担保するか。奨学金をつくりゃいいんですよ。だって、年収600万、二、三十年働きゃ税金だけでペイします。もちろん、返していただいてもいいですし。

今日は東京都の会議ですよ。首都大学東京の定員、私が調べたら50人ぐらいでした。これは何百人増やせますよね。やれるところからこつこつやるしかないと思っているんです。この問題は、なり手が多い、みんななりたい、今後、安定した、ある程度、安定の生活が見込める、こういう状況です。

今日随行させた児玉有子、彼女はうちの研究のスタッフ、看護師なんですが、久留米、佐賀、東京、福島等で活動しました。いろんな地域を見て、東京と九州は違うと教えてい

ただいて、今日のスライドをつくりました。

最後、伝染病です。今、デングが話題ですね。2020年、デング熱ならいいんですが、この間の風疹みたいなのが来たらどうなるんでしょうかね。風疹の流行は実は定期的に日本で起こっています。あのとき、アメリカは日本に妊婦がいちゃいけないと言ったんです。日本へ渡航するのをやめろと言ったんですね。その時、風疹がはやった国は三つでした。ルーマニア、ポーランド、日本です。

じゃあ、どうしたらいいのと。二つです。日本で風疹等のワクチンを打っていないのは、予防接種訴訟があった30代なんです。この世代に予防接種を受けてもらうしかないんです。ところが、この世代は仕事で忙しい。

うちの研究室の非常勤研究員をやっている、久住英二さんというのがいます。よくデングでテレビに出ている男です。ナビタスクリニックって、立川駅、あるいは川崎駅でクリニックをやっています。そのデータを借りてきました。彼らは夜9時までやっています。時間内、時間外、男、女、どの時間帯にワクチンを打ちにきたんですかと。30代の男性が一番ワクチンを打ちにきていて、男女が。時間外なんです。ほとんど時間外に受けにきているんです。

私が働いている東京大学、以前おりました国立がんセンターは9時にワクチンを打ってくれませんよね。ワクチンと幾ら言ったって、相手に合わせたサービスをしなきゃいけないんです。

もう一つ、これが最後です。久住医師は各企業に往診で接種に行っています。これが難しいんですよ。企業のいるところの保健所の許可、地元の許可を取って、うまくいかないところが多々あるんです。地域ごとに違います。受けやすい環境、企業の集団接種が一番効率的なんですけど、某IT企業はたった4日間で社員ほぼ全員打ちました。

ところが、保健所の対応でえらい困っています。ある保健所はだめだったので、久住医師は、その自治体に仮の診療所をつくって、この接種のためだけに行きました。そんなことをやっていたら、普通の人はやってくれませんよね。出向いて打つか、夜まで打つか。医療もワクチンもコンビニみたいなことをせんといかんのです。これ、2020年までにやらなくて、もし風疹が大流行したら、オリンピックは大きな影響を受けると思います。

以上、3点、ご報告しました。どうもありがとうございます。

○福祉保健局理事（知事補佐担当） どうもありがとうございました。

では、続きまして、土屋様より、ご説明をお願いいたします。

○土屋氏 神奈川県、医師と看護師の足りない県から東京に参りまして、私は今日は医療と介護をということですので、その要として、地域健康管理というものをご提案したいと思います。いわゆる、世間で言う、かかりつけ医とか家庭医と呼ばれるものですが、あえて呼び方を変えさせていただきました。

私の県では、黒岩知事が未病というのに凝っておりまして、健康と病気というのはこうやってきっちり分けるものではない。だんだんグラディエントになっていくんだと。その途中に未病という状態がある。一見、健康そうだけれども、病気が隠れている。これを早く見つけて、元へ戻してあげると、健康寿命が延びるんじゃないかということ言われているわけでありまして。

したがって、医療と介護も、東京都からのご通知では、医療・介護になっておりますが、これはやはりスラッシュにすべきではないか。こういうような感じになったほうがよろしいんじゃないか。必ずしも医療がなくなって介護になるわけではなくて、一人の方に医療行為も介護も必要になるということでもありますので、この間のコーディネーターというものが大変必要であろう。ここに地域健康管理医という概念を入れたいということをご提案したいと思います。

私が卒業した1970年代は、医師養成のシステムは、大学を出ますと、医局に入って、大学病院を2年ぐらいローテーションして、関連病院へ出張するとまた大学病院へ戻ってきて、適当に論文を書いて、博士号(乙)というのをもらう。

これは実は(甲)という、大学院を出てもらわないと、国家公務員、あるいは都の職員になって給料が上がらないんですね。(乙)をとっても全く俸給・賞与には関係ないということ、6年間の間に4回ストをやって、勉強いたしました。学校ではこういうことは教えてくれません。

そして、関連病院へその後、就職をして、いわゆる大学の基本、お礼奉公するということで、その後、関連病院周辺で診療所を開業するというので、いわば専門家としての教育を受けた方が、10年、20年経ってから、まちのいわゆるジェネラリストとしてやっていくというのが日本のルーチンでした。

この後、臨床研修制度というのができまして、多少は変わりましたが、2年間ずれただけで、3年たつと入局をしているというのが現状であろうと思います。

したがって、これ、下から時間軸になりますけれども、臨床研修が2年終わった後、市中病院では内科とか外科で大きなローテーションをしますが、大学ですと、ここでもう既

に囲い込みがあって、極めて専門性の高い医者をたくさん育てるとというのが日本の状況であります。

通常、8,000人から9,000人卒業しますと、欧米では大体3割から4割、多い国では5割が家庭医としてのコースを選ぶ、あるいは選ばざるを得ないようなシステムになっておりますが、日本では系統的なこういう教育がほとんど皆無であります。わずかに福島県立医大とか北海道で十数人ずつの養成を行っておるということで、焼け石に水という状況であります。

先ほど申し上げたように、多くは専門医として育った方が後からジェネラリストになるということで、医師会が幾ら家庭医と叫んでも、今、上先生がおっしゃったように、年寄りの医者に夜中に行けという、過酷な状態であると。しかも、自己が確立していますから、グループ診療をやるといっても無理なんですね。やはり若いうちからチームを組んで、グループ診療ができるような方を育てていく必要があるということになります。

しかも、今は高齢化とともに、たばこを吸うとがんになると言いますが、当然、肺気腫になったり、血管がぼろぼろになって狭心症になる、胃潰瘍になる、あるいは高齢に伴う病気も伴ってくるということで、私は長年、三十数年、国立がんセンターへ務めて、最後は院長までやりましたが、今や、がんセンターとか循環器センターというのは時代遅れなんですね。そういう特殊な病院だけでは無理で、一つのキャンパスの中にそういう専門病院を集めてくるということで、他の専門家が常に見られる状況でないと、高度な医療はできない。

これが厚労省が言う、集約化が必要だということになりますが、その対極にあるのが診療所、あるいはここにある訪問看護ステーションその他でありますけれども、この専門教育を受けた総合病院にある医者は、周りのことをほとんど知らないということも事実であります。これはメディカルセンターというものができても、やはりこれも周囲があって初めて専門性が生かせるということになりますので、ここの文化ができていないということで、日本では急性期病院が多いということになっております。

この地域医療施設、診療所、あるいはクリニックというのは、下半分はいわゆる医療に関するものであります。そして、介護が真ん中にありますけれども、実は先ほど上先生が言われた、ワクチンとか予防とか健康管理・増進、あるいは日常の活動、運動、食事、栄養の指導というふうなことも開業医の先生はなさっているということで、大変キーパーソンであるのは確かでありますけれども、この高齢化が著しい。

私はがんセンター時代に、毎月、6カ所の医師会の夜の勉強会に行っておりましたが、10年ぐらい前に、行く都度、毎年、1歳ずつ平均年齢が上がっていくと。最近、やっと息子さんが開業するようになって、それがストップしたということを知ったわけでありませぬ。すなわち、60歳平均の方が夜中に起こされて行くと、患者を診る前に自分が心筋梗塞になるというふうな悲劇が起こるわけでありませぬので、やはりこれは若い方を育てる必要があるということがおわかりいただけるかと思ひます。

アメリカのFamily Medicineの定義を見ますと、これ、私の手元にあった本が古いんで申しわけないんですが、今も余り変わらないと思ひます。これはどういうことが書いてあるかという、家庭医というのは生物科学、臨床科学、行動科学を統合する幅広い専門科学であると。いわゆる専門医、専門医というと、循環器とかがんの医者を想像しますが、この家庭医というのでも幅広い専門科学であるということをはっきり書いてあるわけでごさいます。全く従来の狭い領域の専門家とは違ふということでありませぬ。

家庭医学は個人と家族の総合管理の専門医学である。これはですから、開業医の方が誇りを持ってやっぺらっしゃるの、そういうためでありませぬ。そして、年齢・性・臓器・疾病を問わないと。

さらに書いてあるのは、家庭医は個人と家族の総合健康管理に携わるということで、先ほど申し上げたように、医療を施すということではなくて、健康を増進するという役割も担っておるということでありませぬ。

さらにこういう細かいことありますが、大事なことはコンサルテーションが大変大事である。日本の今ある診療報酬では、医者がしゃべっただけではお金はついてこない。初診料がわずかにつくぐらいですけれども、医者の本当の役割はブレンワークなんですね。アドバイスを与えらると。これに一番金を払わないから、余計な薬を処方したりするわけでありませぬ。

そして、地域の資源の活用、これは訪問看護ステーションとかケアマネジャーのことをよく知っている医者がいないと困ると。大きな病院の医者はほとんど知りませぬ。

がんセンターの当時、介護保険が始まったので、厚生省の介護の方から来ていただいて講習会をやりましたが、看護師は約半分参加して、皆さん聞いてくれましたが、医者はたった3人でありませぬ。管理職医は現役は3人しか来なかった。それぐらいに専門病院の医者はこういうことに疎いというか、関心が薄いということがはっきりわかります。

したがって、私が言う、地域健康管理医に必要な知識と知恵というのは、生物科学、臨

床科学から始まって、行動科学、予防医学、法律学、経営学、地域の専門家との協議ができるようにする。行政とか介護ですね。それから、地域の資源を活用する。さらに、医療産業についても詳しくないといけないということになります。したがって、今、専門医認定機構で論じられているのは、医者として総合的に見られると、ここの部分だけなんですね。

今まで私がお説明した中では、地域のリーダーシップがとれないといけない。それと、経営者としての素質がないと、チーム医療、グループ診療をやるときにうまくガバナンスがとれないということになりますので、この三つの要素を兼ね備えた、大学院というべきものをつくるべきではないかということが、今日のご提案であります。

赤ひげは決してただで診たから赤ひげなんではなくて、地域のリーダーをとれたから赤ひげだというのが私の解釈であります。したがって、この三つの要素がぜひ必要だと。したがって、大学院コースとしては、このような講義、実習が必要だということで、今、帝京大学の沖永理事長とこのコースを来年から始めようということで文科省と協議をしているわけであります。

医療六法といっても、私が調べただけでもこれだけのことを勉強しないとならない。私のように国立がんセンターのような専門病院にいた医者はほとんど知りません。というのは、医事課に言えば、すぐ教えてくれるからですね。ところが、開業の方はご自分のところで事務員と一緒にこういうことを常日頃から考えて診療しないといけないと。

しかも、医療保険にも公的保険、民間保険。公的保険だけでもこれだけのものがあるということではありますが、診療所の先生方は、これ、それぞれ区別が付きましますけれども、病院の医者はほとんどわからない。しかも、被用者保険の中にもこれだけあると。自衛隊の人は、保険証を持ってこないで、自衛隊の診療証というのを持ってくるわけですね。こういうことも知っていないと、日常のクリニックの診療というのはできないということになります。

資格も、家庭医なんていうのをつくらなくても、このような産業医とか、こういう実践的なものをもっていただく必要があるだろうと思います。

したがって、帝京大学のほうで、こういうような書式にのっかって、今、文部科学省へ提出しようというので準備をしているところであります。

したがって、東京都によって、こういう大学院の寄付講座を他の大学にもつくっていただいて、若い、活きのいい、この地域で活躍する健康管理医と、夜中に呼ばれても、元気

に患者さんを診られるというような医者を多く育てていただかないと、地域包括ケアというのは実際には動かないということを強調したいと思います。

以上であります。

○福祉保健局理事（知事補佐担当） どうもありがとうございました。

続きまして、筒井様より、ご説明をお願いいたします。

○筒井氏 それでは、発表させていただきます。

兵庫県立大学の筒井です。ことしの3月31日まで厚生労働省の国立保健医療科学院という研究所におりまして、舛添知事には大臣在任中に介護保険制度の要介護認定を守っていただきました。大変ありがとうございました。

私は、要介護判定の認定システムの開発ですとか、診療報酬における看護必要度の開発というのをやってきましたが、ここ数年は医療・介護一括法案に明記されました、ここに示しております、地域包括ケアシステムの設計に関する研究をやってきています。

本日は、世界でも類のない大都市の東京の地域包括ケアシステムのあり方というのを少しお話ししたいと思います。

大きく五つですが、知事が在任期間中にやれる順番に、一応、短期・中期・長期というふうにつくってきました。

まず、構築をするために必要なことは、このスライドにあるように測定ですね、東京都がどのぐらいの実力があるかということをはかっていただくということが必要で、これは保険者機能評価票というのを厚生労働省で出しておりますので、ぜひやっていただきたいと思います。

その次に、コンセプトですけれども、地域包括ケアシステムのコンセプトは非常に単純でございます、現在、患者さんの7割以上は慢性疾患、複数の慢性疾患を抱えて、短期的な医療介入を行うという人たちに変わってきております。このため、慢性疾患に関する医療的な介入と、急性増悪に関する医療的な介入が混在してなされる医療システムになっておりますが、これが終わりますと高齢患者さんの場合、その多くの方々が退院するときには寝たきりになっているという、非常によくはない状態になっております。したがって、この医療提供システムを変革するというのが、日本の大きな課題となってきております。そして、これを解決方法として、推進されてきたのが地域包括ケアシステムであるともいえます。

それでは「地域包括ケアシステムとは何か」ということですが、これをわかりやすく説

明しますと2つのコンセプトが合わさった考え方と説明することができます。ひとつは、Community-based careという地域で、その地域特有の健康上のニーズに応えるという点から運営されるシステムであるということです。また、これには、その地域の信仰や好みや価値観などに合わせて構築することが想定されるという意味もあり、住民の「地域参加」によって成立すると考えられています。もう一つのコンセプトは、Integrated careというものになります。Integrated careというのは、基本的に医療ケアにおける分断を減らし、異なる組織のサービス提供の間の継続性や調整を高めるという目的を持つ体制と定義づけられています、

このシステムを実現する際に一番大きい課題は、実は3番目の首長や議会の理解とやる気をどう引き出すかということと考えられてきました。舛添知事は、ここはクリアされていると思うので、東京で難しいのは、多分、4番目で、「地域住民の理解をどう得ていくか」というところではないかと思われます。住民の方々に、どのような地域を創るか、どのような地域の在り方が望ましいかを考えていただくというのは、大都市においては、そう簡単なことではありません。

また、この地域包括ケアシステムをつくる場合に大変重要なことは、2番目に書きました実現までの期間をどのくらいに設定するかを最初に決めておかねばならないということです。短期的に解決できる課題なのか長期的なものなのかということを決めるということです。おそらく、先ほど上先生方がおっしゃっていた医師養成のお話などは、長期的な課題となるのではないのでしょうか。

今回は、中期というのをつくりましたが、だいたい5-6年で解決が見えるような課題を想定するとよいと思います。この報告では、長期的な、そして普遍的な課題についても5番目としてお話しさせていただきます。

この東京で短期的に、解決すべき課題としては、高齢者の住まいの確保ということがあげられます。都市型の地域包括ケアシステムの一番の問題は住まいの確保です。東京都はもちろん、周辺の神奈川、千葉、埼玉の県庁所在地あたりで、利便性が高いところに特別養護老人ホームをつくるというのは難しいわけです。こういった課題は、首都圏が持つ共通の課題といえます。例えば、今、75万戸の空き家が東京都にあります。ただし、活用可能な賃貸用の空き家というのは周辺地区に多いので、工夫は必要となりますが、これを有効利用できないかということを検討すべきだと思います。空き家だけでなく、UR賃貸とか公団住宅など、他にも利用できる借家形態はあると思うので、これらの利活用を考え

るとよいと思います。この利活用として、おもしろい例として、空き家を医療や介護サービスを提供することができる民間借家型のホームホスピスという、空き家活用型のケアハウスというのが、全国にできつつあります。そして、この運営ノウハウも蓄積されつつあるので、ぜひ東京でやっていただくことがよいと思います。このホームホスピスには、かなり医療サービスが必要で、要介護度が4や5といった方々もおられますが、いわゆる施設ではなく「いえ」であることが大きな効果を生みだしているようで、とても穏やかな生活が送れるというエビデンスも示されつつあります。

それから、もう一つは、これは中央社会保険医療協議会に提出したのですが、病院は概ね在院日数がずっと短くなってきていますけれども、それでも医療処置を行った後、この処置がなくなっても入院させています。

ただ、例えば、高齢患者さんの場合、手術して患部は除去し、医療的な処置は成功に終わったとしても、この入院をすることによって、元の体に戻れない、つまり元気になるまで寝たきりになって、入院したきりになっているという状態が、かなり多いということがわかっています。

それでできるだけ早く退院させて、在宅で生活できるように、どのようなマネジメントが必要かを考えるという研究事業を厚生労働省でもやり始めてはいますが、そもそも自宅から病院に入院するという環境変化こそが高齢者にとっては大きなリスクで、予後を悪くしているのではないかと考えられます。

そこで、病床も限りがあることですし、東京都で、中期的には是非、やってもらいたい事業として在宅入院制度という制度をご紹介します。この制度はイギリス、オーストラリア、フランスですでに実施されています。

できれば先程の空き家活用とセットで、自分の自宅を病院にしてしまうという、そういう仕組みを大胆に取り入れたらどうでしょうか？これは短期的にも実現可能かもしれません。

私はフランスでこの在宅入院制度について患者さんのヒアリング調査をやってきましたが、この制度は、極めて患者の満足度が高い仕組みです。医療的な環境をどう整備するかという技術的に難しい点は確かにあります。確かにありますが、やっていただくと都市部では実効性の高い制度になると考えています。

在宅入院制度の特徴は、診療を原則、行わないコーディネーター医師という、在宅での医療環境をマネジメントする職種がいるということです。これから鑑みますと、日本で特

に難しいのは、ホームドクターがいないということになります。このような在宅での診療に責任を持つかかりつけ医がいないという実態は、上先生や、土屋先生がおっしゃっておられた通り医師の養成システムを改革しなければならないというご趣旨と同じなのですが、日本で、こういった仕事を医師がやることは、教育制度の面だけでなく、その人数の点からも、短期的、中期的にはほとんど期待できないでしょう。

しかし、在宅を専門にする看護師がコーディネートすることは可能ではないかと思いません。コーディネーター医師ではなく、コーディネータ看護師を養成するほうが現実的なように思います。

実はこのような方法を使った在宅入院制度に近いスキームをすでに茨城県でやっておられる医療法人があります。この法人では、医療コーディネーターと看護師、医師でチームケアを行っておられますが、この医療コーディネーターという方は医療職でも社会福祉職でもありませんで、事務系の方でした。まあ、必ずしも専門職でなくてもできるというのも参考になるのではないかと思います。

この医療法人いばらき会の訪問診療、訪問看護、訪問介護、薬剤師訪問といったコーディネートの方が、フランスの在宅入院制度であるHAD (Hospitalisation a Domicile) にはとても近いのでご紹介しましたが、ぜひ、東京でこのような仕組みを創って、モデル的にでもやっていただくとよいと思います。

次に、認知症のことをお話します。この課題もおそらく中・長期的な対応が必要となると予想しますが、大きな問題は認知症については、提供しているケアのアウトカムの設定がうまくいっていないということでしょう。

認知症ケアのアウトカムをどう設定するかを東京都としては、都民の総意としての規範的統合をしていかなければならないと思います。いわゆるビジョンとミッションを明らかにすることと同義となるでしょう。つまり、認知症の方について、地域で見守るということを規範とするのであれば、現在、すでに整備されている防犯用のカメラを使って、徘徊への対応をするといった、かなり思い切ったことを検討してもよいのではないかと考えます。

最後に長期的な課題をお話しさせていただきます。これからの首都圏における高齢者の急激な増加と、介護者の減少という問題に対応するためには、今まで、ほとんど期待されていなかった、高齢者の方々自身に、セルフマネジメントの技能をつけるということではないかと思いません。

しかし、自分で自分のサービスを選択し、それを組み合わせて自律して、地域で生活を

するというようなセルフマネジメントは、高齢期になって、すぐにできるようにはなりません。

また、これまで高齢者の方は支援をされる側であって、自らの力でマネジメントをすべきであるということは、あまり言われてきていません。したがって、これを推進するには、都民全員がセルフマネジメントの必要性を理解して、自らが学ぶという姿勢を持たなければなりません。

これを舛添知事在任中にやり遂げるというのは、不可能だろうと思います。かなりの準備と時間が必要な事業だからです。

しかし、都民が自ら医療や介護サービスの知識を得ていくことは、今後、どうしても必要となっていくことです。これを行えるようになるためには、いわゆる市民教育だけでなく、初等教育からの積み重ねが必須でしょう。こういったことを英国では、ここ 20 年ほどやってきています、すこしずつ成果もあがっているようですので、これについて少しだけ紹介します。

例えば、Fact Sheet Series という、患者自身が簡単に対処できるための情報を提供するためのシステムが創られています。こういった疾病やけが等に対する対処方法に関わる情報提供と、これと一体化した教育システムを英国政府は整備してきたのですが、ぜひ、東京でこれを長期的課題として取り組んでほしいと思います。

さらに東京は世界に誇る大都市です。人々は東京に集まってきます。当然、都内の病院への受療行動を分析していくと、患者さんは東京だけでなく、首都圏全体にまたがっています。ですから、今後はぜひ、首都圏連合のような協議会で、さき程、ご紹介させていただいた、空き家を利用したホームホスピスや在宅入院制度や、長期的展望に基づいた市民教育講座、初等教育への出前講義といったことをやってほしいと思います。

このためには、東京都だけではだめで、都と首都圏の県等との連携が必須になると考えます。ここで施策の integration が必要ということではないかと考えております。

私の発表はこれで終わります。どうもありがとうございました。

○福祉保健局理事（知事補佐担当） どうもありがとうございました。

続きまして、永田久美子様より、ご説明をお願いいたします。

○永田氏 認知症介護研究・研修東京センターの永田と申します。どうぞよろしく願いいたします。

舛添知事は、厚労大臣のときに国内で最初の厚労大臣と認知症の当事者の意見交換会を

開催されて、その後、施策づくりに認知症の本人が参画するという流れをつくられた貴重な経緯があります。きょうはその流れを先に進めるために当事者の力をどう生かすかというところに焦点をあてて、認知症の施策を核にしての地域包括ケアシステムとして、ご提案をさせていただきたいと思います。

まず、「認知症の人は、時代のカナリア」という、象徴的な言葉を書かせていただきました。認知症の人は、元気な人が気づかないでいる社会問題や、最も必要とされている支援・施策のあり方を身をもって伝えてくれている。認知症の方のいろいろな問題とか激しい症状とかと言われるのは、元気な人が気づいていないストレスとか人間関係、あるいは地域の中での配慮が足りないことへの反応をしている症状という面も多くあるということが言われています。また、こうした認知症の人の姿は、認知症以外の生活のしづらさを抱えて、自分ではその状況をうまく伝えることができない、子供たちや障害者、そうした人たちの代弁でもある。そして、これからの多世代共生のまちをつくるための鍵を握っている存在が認知症の人ではないかという見られ方も、最近、多方面からなされています。

こうした意味で、認知症の人が暮らしやすいまちをつくることを目指しながら、どう多世代でも暮らしやすいまちに展開していくかの点を考えてみたいと思います。

2014年、今段階での認知症の人の姿、現状と課題は何か。そして、2025年ごろ、東京都で暮らす認知症の人の目指す姿はどうか。これは、私自身も高齢期に入っていきますので、もしかしたら私自身がどういう姿で暮らしていただけるかということ。そして、そこに向けていくための地域包括ケアのシステムのあり方と進め方という順に、お話を進めていきたいと思います。

これは大まかに、これまで50年ぐらいかけて、国内での認知症の人の支援のあり方がどのように変わってきたのかを示したものです。2000年、介護保険が入り、そして、地域包括ケアの始まりのころから、認知症の人の本人の意向、あるいは認知症の人が暮らす力というものを重視しながら、それを地域で支えるという展開が始まりました。そして、今、2014年段階、2000年段階は、例えば、すぐれたケアの関係者やお医者さんがおられるステージのところだけはいいい支援ができるけれども、その前後は非常に状況が悪いというような、ピンポイント的な支援の展開だったのが、2010年以降ぐらいから、初期から亡くなるまで、本人本位の、本人の意思が尊重されて、本人が自分らしく、認知症が重度になろうが、亡くなるまで、これぞ自分という姿を保ちながら暮らしていけるような支援ということが展開されてきたという経緯があります。

この図の下の部分は政策の流れです。本人支援という、認知症を患い、不自由を抱えたり、自分の力を出せないで苦しんでいる本人自身をどう支えていけるかということがまだ、点々とあるように確立されておらず、これがこれからの地域包括ケアのところでも重要な課題になってくるところだと思います。

もうお気づきの方もいらっしゃると思いますが、先ほどお伝えした、2014年段階、確かに最前線では初期から最後まで支援ということがかなり展開されるようになってきていますが、この同じ時代に50年分の支援格差が混在しています。都内でもまだ隔離・拘束の状況がある。優秀なスタッフを抱えつつではありますが、施設や病院の中で、専門的な技術はありながらも、集団的に処遇をしてしまう、個別なケアがなかなかされていない等です。本当にまだ、この60、70、80年代の状況を残した支援のあり方が多数残っており、それによって本人の姿が、今ではかなり自分らしく暮らせることが可能になった時代にもかかわらず、今から五、六十年前と同じような姿で生涯を終えなければならぬ認知症の方が多数いるという。これは認知症になったからの問題ではなく、認知症になってからの支援のあり方が本人の生きる姿を大きく左右している問題が大きく横たわっていると思います。

認知症始まりの時期をきちんと明確にすることは難しいですが、変調の始まりから終末期まで、平均10年以上の長い経過をたどっていかれます。これまでの古い支援、本人の意思を無視した支援の中では、本人が自分を保てなくなって、不安、混乱、絶望を強めながら、心身と生活が急速に崩れていく。ここに薬を使ったりとか、いろいろなマンパワーでケアを投入しても、それ自体が本人の意思を無視したものであると、本人が非常に崩れていく。一方で、本人の意思を尊重しながら、本人が自分を保つ、物忘れが進んだり、できないことがふえていくけれども、自分は自分という、周りからも意思が尊重されることで、自分を保つことができると、非常に安定した状態を維持しながら、また、自分の持てる力をかなり出しながら経過されていく。

10年前は理想と言われていましたけれども、現在ではこの図の青い線をたどれる方が確実にふえてきている現状にあります。当然、医療・介護・地域支援は不可欠ですが、古い支援の発想、本人の意思を無視しながら、医師や介護側、周囲が決めてしまうという、そうした発想やあり方を転換しないままだと、量的整備やシステムをつくっても、つくられた障害に苦しむ都民がふえ続けることが予想されます。

また、こうした早い段階で状態を落としますので、医療と介護、本来は不要なものが膨

大に多く必要とされてしまっている。これからの地域包括ケアで目指すべきは、本人の意思の尊重、これを単にきれいごとではなくて、それを具体的に実行に移す、こうした共通価値を実行できる、そうした地域包括ケアシステムをつくっていくことが、今、非常に大きな課題になっていると思います。

これまで、利用者本位のケアということは介護保険法にも盛り込まれておりますが、この本人の意思の尊重ということが非常に理念どまりです。現実には、本人は対象者に位置づけられ続け、サービスを提供される人、自分の意思、有する力、個性を發揮できないまま状態が悪化して、自分らしい暮らしを送れない現状、そして、一番留意しなければだめなのは、意思を尊重されない状態の中では、医療・介護にお任せする傾向が強まって、過剰な依存が非常に強まっていってしまう。どういうふうなケアプランをつくり、どういう治療の方針を立てていくのか。本人の意思がブラックボックスのままです。無駄や無理が非常に多いサービスが蔓延している状況です。

これからは、都民が地域包括ケアシステムの当事者であると。支援やサービスを提供者とともにつくって、適切に利用する人、コスト感覚も含めて適切に利用する人、自分の意思を有する力、個性を最大限に發揮して、状態を保って、自分らしく最後まで暮らし続ける。これをきれいごとじゃなくて、この覚悟をしっかりと持つ都民をふやすということ。そして、お任せにしない、過剰に医療・介護を依存しない。介護保険料を払っているから、必要ではないけど、とにかく使うというような、そうしたようなことを少なくしていくということ。また、無理や無駄を省いたサービス、これらは実は都民にとっても満足度が高い。同じ介護保険料や医療費を回りながらも、自分が主人公となりながら、一緒に自分の力を出しながらの仕組みをつくっていく意味で、お金の払いがいのあるシステムになっていくと思います。あと何よりも、認知症の人でも諦めないで自分らしい暮らしを続けていけるということは非常に希望がある、今、なぜ、都民の方たちが将来に不安を持っているかということ、認知症になるかもしれないと言われつつ、希望のある姿が見えない。自分が認知症になったら、どんなふうに希望を持った姿で生き続けられるかということが見えていないということが大きな課題だと思います。

東京都の特徴は、非常に意識の高い住民の方が多い。自律した生活を支える意識、スキルの高い専門人材や場も多い。これは全国の中でも、東京都はすぐれた人材や場が多い特徴があります。

また、今まで認知症ケアは、非常にカリスマ的に優秀な職員がいる時期はいいけれども、

交代するとケアの質が落ちると言われていました。けれども、今、都内の中では、拠点的なサービスの場を中心に、二世目、三世目の人材が育ちつつあるという、全国の中でも特徴的な状況があります。

あと、もう一点ですが、本人の意思を尊重した自律生活を支援していくために必要なツール、システム、これは後で申し上げますが、これを開発するための多職種、医療・介護・福祉以外の多職種の人材、組織力が東京都は豊富です。地域包括ケアをこれから拡充していくためには、多職種の人材とどれだけ一緒に、共同しながら、地域包括ケアシステムをつくっていくかが重要な点だと思います。

以上のようなことを裏付ける認知症の本人の実際の言葉をいくつか示します。わたし抜きに決めないでほしい、医療・介護と言うけど、本人がどうしてほしいとかを聞かないで、何でやれるんですかね。今、都内の認知症の診断をされた方たちからは、自分たちを抜きに医療や介護を進めないでほしいという声が非常に大きなうねりとなって上がってきています。

今お伝えしたような本人の意思を大切にした自律支援型のシステムというのは、既に都内では全国に先駆けて始まっています。まだ元気なうちに自分の意思をあらわしていこう、元気なうちから、これからは備えて自分の意思を書いておこう、伝えておこう、意思をお互いに出し合って、それをその後に継続させていくような場づくりをしていこうという点。

あと、診断直後には、また、診断前のころからも本人の意思表明を支援していこう。そして、単に医療のためだけではなくて、今後の自分の生活について、どう医療を受けながら、どう介護や地域の支援を受けながら暮らしていくのか。自分の生活をどう希望を持ちながら、自分らしく暮らしていくのかという、自分の希望の道と一緒にデザインをして、始まりの時点でしっかりと安定を図っていく。医療と介護の技術だけを学ぶのではなく、本人の意思を大切にした支援のあり方をチームで学びながら、本人の長い経過を支えるチームを育てていく。

そのほか、この長い経過、できるだけ早いうちから、自分が何を望み、どう暮らしていきたいか、あるいは医療・介護の判断の基準になる具体的な生活習慣ですとか、自分の副作用の点とか、自分の命、生活、人生にかかわる個別具体情報を、本人が主体的に表せるように支援し、多職種が初期のころからバトンタッチしていく。包括的に継続的に支援していくために非常に重要なこういう情報の流れを構築していく。これは、今、IT系の方たちも入りながら開発が進んでいますが、これがばらばらにつくられているために、せつ

かくの情報のシステムが乱立していて、結局は本人の一貫した流れを支えにくくなる危険が高まっています。東京都として当事者にとって大切な情報をボタンタッチできるシステムの構築が急がれていると思います。

そのほか、今まで支援機器は介護者のための支援機器が多かったわけですが、これからは本人が自律して生活する、本人が自分で位置を確認したり、時間を確認したり、予定を確認したりできるツール、これがいわゆる行方不明問題にも大きな威力を発揮すると思います。行方不明にならないように、自分で自分の居場所を確認できるように、SOSを伝えることができるようにする。スケジュール管理、金銭管理、あるいは服薬管理なども、ヘルパーさんにわざわざ来てもらわなくても、自分でできる、これらの支援機器は都内でもかなり開発が始まっています。こういう「モノ」開発と同時に実際に本人が使えるような仕組みづくりを東京都として進めていくことも大事なところだと思います。

あと、人材やチームの育成、認知症の人材育成はかなり進んではいますが、東京都単位で行われている面が多く、これからは市町村単位での人材育成が不可欠です。区市町村が地域でのネットワーク・チームづくりを兼ねて人材育成を進めていく仕組みの切り替えが効果を発揮すると思われます。

こうした動きを市町村が確実にやっていけるために、市町村の自律的な動きを支援していくことが非常に重要になっていくと思います。民・産・学・官、各区市町村ごとにある固有な資源が参画した、誰かに活用される資源ではなく、我がまちのために、自分たちが参画しながら、一緒にシステムをつくるという、こうした多資源が参画したシステムを各区市町村が自律的に築くことを都が具体的にバックアップしていくことが求められています。この多資源の一部に医療・介護専門職もいて、多様な地域資源と医療・介護・福祉の資源がどれだけ協働しながら長い経過を支えていくかの点が大切かと思います。

本人の意思を尊重することで認知症が進んでも、単に世話を受ける一方ではなく、これからの人手不足の中で地域を支える、あるいは地域で働く人材としてのあり方が可能になってきています。あるいは、こんなふうにスポーツの大会に認知症の方々が、生き生きと参加される姿。閉鎖された施設の中でのアクティビティのプログラムよりも、スポーツを通して、地域の方たちと一緒に交流しながら、自律した暮らしを保っていく大きな一助になる。オリンピックも開かれますが、ぜひ認知症の人にもスポーツの機会を。特別な場ではなく、地域にあるスポーツの場で、認知症の方も参画しながら、スポーツを通して、つながり、見守り、生活支援に発展できるような、そうした発想や具体的な取組みもこれか

ら求められていると思います。

以上です。

○福祉保健局理事（知事補佐担当） どうもありがとうございました。

続きまして、長田洋様より、ご説明をお願いいたします。

○長田氏 ベネッセスタイルケアの長田と申します。本日はこのような場に、民間企業からはただ一人お招きいただきまして、誠にありがとうございます。

私自身は前回の安倍政権まで厚生労働省に勤めておりました、舛添知事が厚生労働大臣になる直前に民間に転職した経緯がございます。

本日は私からは、高齢者急増を支えるための介護基盤・高齢者住宅の整備というタイトルでご提案させていただきたいと思います。

前半部分は当社の概要についてまとめておりますが、駆け足で進めたいと思います。

2ページは、ベネッセスタイルケアの企業理念をまとめております。

3ページですが、ベネッセスタイルケアは、都市部を中心に、介護付有料老人ホームなど入居系の事業、在宅のサービスの事業、それから、保育園の事業を展開しております。青く囲っておりますが、1都3県が中心、さらに東京都の事業所が最も多くなっております。

4ページです。有料老人ホームについては、六つのシリーズを選択できるというご提案をしております。「介護を特別なものにしない」という思いから、住宅地に展開をするという方針を持っております。

5ページは、従業員数、それから、人材育成の方針です。従業員数は1万5,000人近くになっております。毎年500人ぐらいの新卒を採用しております。先ほどの永田先生のご協力もいただきながら、認知症センター方式などのキャリアアップ研修などに取り組んでいます。

6ページですが、ベネッセスタイルケアは、トータルシニアリビング構想という名前で事業展開しているところです。今までは入居系の事業が多かったのですが、在宅サービスですとか、地域にお住まいの方に対するサービスも増やしていこうとしております。地域包括ケアシステムと同じような考え方ですが、その方の状態に合った、その方がその方らしい生活が営めるように支援をさせていただく考えを持っております。

スライドの7ページは、小さくてご覧いただけないかと思いますが、都内に150カ所ぐらいの拠点を持っております。保育園も19カ所ございます。このような展開をしてお

ります。

8 ページからは本日のご提案になりますが、まず、総論としまして申し上げます。これからの東京都の高齢化、高齢者数の増加、言いかえれば要介護者、あるいは患者の増加、あるいは死亡者数、お亡くなりになる方の増加、これを支えるためには、医療・介護の連携もそうですし、官・民の連携、NPO、ボランティア、それから、ご本人、ご家族、そういった総力戦になろうかと思えます。「民間企業だから・・・」ということなく、ぜひ民間もご活用いただきたいと思えます。

8 ページの資料は、介護付有料老人ホームが今どのような役割を果たしているかという資料です。下に特別養護老人ホームの図を入れていますが、介護付き有料老人ホームも同じように医療機関からの入居というのが3分の1を超えております。それから、退居者のうちお亡くなりになって退居されるという方が半分となっております。特別養護老人ホームと同様に、「終の棲み家」としての機能を果たしているかと思えます。

その退居の中身について次のページですが、死亡による退居のうちの半分ぐらいが、ホームの中でお亡くなりになっています。残り半分ぐらいは病院・診療所でお亡くなりになっているという状況にございますが、これは3年前のデータと比較すると、居室での逝去が確実に増えているということがわかります。

10 ページの地域別の様子を見ますと、一級地というのが介護保険のルールでの特別区、23区になりますが、その特定施設のうち75%以上がこの「看取り介護加算」という加算の制度に取り組んでおります。その他地域と見比べますとかなり地域差があることがわかります。これは都内の都市部の有料老人ホームが頑張っているのかということ、そうではなくて、都民の方の意識が高くて、その意識に合わせてサービスを向上させているものではないかと認識をしております。

11 ページです。有料老人ホーム、あるいはサービス付き高齢者向け住宅も増加しておりますが、これからは自宅と病院・施設ではない、中間的な、自分が管理できる、自由や自分で選択ができる、そういう住まいです。さらにそこに介護や在宅医療のサービスが提供されることによって、安心・安全といったものも確保されていきます。こうした第3の道というのが、今もう既に多くなっておりますし、今後も拡大していくと考えております。独居の方も多いですし、自宅が狭い方も多いため、なかなか家族と一緒にというのは難しいと思えますし、ご自身の住まいというのを確保していただくのが、望まれていると考えております。

12 ページです。このような中、この第3の道のところで、ちょっと制約があるところについての規制緩和をご検討いただけたらと思います。

一つは、特定施設の総量規制です。これは介護保険事業計画による量的な規制がございしますので、ここについて見直せないでしょうか。

次に、サービス付き高齢者向け住宅が中心ですが、駐車場の付置義務ですとか、各種の規制で、新規になかなか建築しにくい状況がございまして。高齢者の方はお車に乗る方は少ないので、駐車場の付置義務などは見直していただけるものではないかと思っております。

それから、3番目ですが、保育所とか小規模多機能とか、先ほどご提案のあったような小規模の福祉施設を提案しようとするすると、バリアフリー条例に基づくバリアフリー基準が制約になることがございまして。かなり小さなものでも1,000万円かかるエレベーターをつけなさいということになっています。この点も、必要な範囲まで緩和していただけたらというふうに考えております。

続いて13ページです。先ほども医師、看護師とございましたが、介護人材の確保も非常に厳しい状況にあります。東京都内の有効求人倍率はほかの都道府県よりもぐっと高くなっております。その中で、会社として取り得ること、処遇の改善であるとか、キャリアアップの仕組みをつくるですとか、また、業界全体として適切なイメージを提供していくということも必要ですが、それだけではなかなか難しい状況です。

14ページをご覧ください。このような中、一つには、介護報酬の地域区分単価を、東京都から国に働きかけていただいて、引き上げるということをご検討いただきたいと思っております。特に特別養護老人ホームとか、特定施設など入所・入居系のサービスは、人件費の割合が45%という設定がなされておりますが、実際のところ、我々、介護報酬のうち7割、8割は人件費に要していると思っております。ここを、人件費の割合を見直すことで、5%ぐらいは介護報酬が上がるというふうに見込んでおりますので、ぜひ国に働きかけていただきたいというふうに考えております。

もう一つが15ページの外国人の看護師・介護士の受け入れです。賛否両論ございますが、一定の日本語能力を有すること、それから、事業者による適切な処遇ということを前提に、全国でなくても、これから高齢者数が急増する都市部では前向きにご検討いただきたいと思っております。

最後に16ページですが、私どもの会社で行っております、有料老人ホームと保育園と学童のコラボレーションの取り組みについてのご紹介です。練馬区の大泉学園では、介護

付有料老人ホームと保育園とを合築しておりますが、保育園の園児と親御様、それから、有料老人ホームの入居者とそのお子様、4世代が集うような空間になっております。また、学童とのコラボレーションも開始をしておりますが、こういうことによって、入居者にとっては開かれた地域の中で生活するということが実現できますし、また、場合によっては、小さなうちから高齢者に触れることでの介護人材の確保とかにもつながっていくとよいかかなと思っております。

その中で17ページですが、少し制約があって、また規制の緩和をご検討いただけたらと思います。別の物件で保育所と有料老人ホームを合築しようとしたときに、厨房を一つにしてはどうかという検討をしたのですが、法令上、できないということがわかりました。特養と保育所だったらいいのですが、有料老人ホームとはできないということで、一つ屋根の下までは実現したのですが、同じ釜の飯までは実現できませんでした。今後、やはり交流を進めていく上では、なるべく効率的に建てるとともに、交流も深めていきたいと思っておりますので、ご検討いただきたいと思います。

また、その他にも、動線とかスペースの共有のようなことについても行政指導をいただくことがございますが、交わるのが「地域」だと思っておりますので、ぜひそのあたりもご検討いただきたいと思います。

駆け足ですが、民間企業も今後も地域で役割を果たしていくためのご提案をさせていただきました。どうもありがとうございました。

○福祉保健局理事（知事補佐担当） どうもありがとうございました。

続きまして、新田様よりご説明をお願いいたします。

○新田氏 新田と申します。ありがとうございます。

東京都は全国に先駆けて在宅療養推進協議会をつくっていただいております。最初は「在宅医療推進協議会」でございましたが、地域包括ケアというのはやはり住民主体でございますから、それを「在宅療養推進協議会」という名前に変更し協議会が行われ、私自身その会長をさせていただいております。

そして、さきの日曜日、9月7日は、東京都医師会で23区と多摩の恐らく全市の医師、訪問看護師、あるいは自治体職員等が参加され、講義と、いわばグループワーキングを行いました。その地域をどうつくるかというグループワーキングを1日かけて行いました。また、これから東京都の、予算等も含めてそうですが、中で全地域にそれを広げていくという、先ほど、福祉の東京をつくるということでございますが、こうした取組もその一つ

と考えております。

では、今後東京の地域包括体制を作るために東京はどうなるのかという話になりますが、いわば、我々は今、2014年、この図に示しています。今現在のあらゆる政策はこうした19世紀型の秩序の中で全て行われております。厚労省の政策もそうでございます。そして、日本国のさらなる繁栄発展への政策もこの中で考えられてきました。しかしながら、今、人口の大移行期に入ってきています。そして、今、私たちが考える2025年、30年以降の世界は、どうなるかという、確実な予想は、完全人口遷移の世界少子高齢社会のみが確実な前提です。私はその様な時代が来ると思います。そして、50歳以上が50%以上になる世界です。この中で、私たちが基本的政策をどう考えるかということになります。社会保障の基本的なあり方が変化します。医療のあり方も根元的な所から見据えて議論をしないと多くの課題を次の世代に持ち越し困難な状況を作り出します。例えば、この時代にかんで死ぬ方は85歳以上の方が4人に1人という時代になると。じゃあ、85歳以上の高齢者のがん治療は今の延長線ではいわけがありません。さらに認知症が合併した人のがん医療はどうするんだという時代でございます。

その意味で、先端医療に関する考え方すらも全く変わってくるだろうし、今まで述べられた介護人材と社会保障等の考え方の基本的なところで変えていかないと、私は今後の東京都はうまく計画ができないだろうなと思っています。

そして、医療の考え方でございますが、私たちの医療は、従来は正常とは完成された個体を対象として数値化、画像化され、現在もこれで行われているものでございますが、正常というのは部分の機能や構造をもって決定して、病気はその部分の障害です。そして、障害の原因や部分の特定は今の診断技術の中で可能でございます。そして特定の部位への技術の介入で治癒・回復を目指す。例えば、臓器別のがん、心筋梗塞等々もそうでございます。そのことは、部位の治療の結果が全身の生命予後やQOLに直結するから、私達医療者そして国民の皆様もそれを望みこうした医療が行われているということでございます。しかしながら、こういった古典力学等では今後の高齢時代には限界が来ているだろうということになります。

そして、これからの原点、先ほど、50歳以上が50%を占める、高齢社会の中で、明らかに高齢者というのは、完成された成人とは異なって、老化という過程に病気が加わります。そして、多臓器障害が一般的でございます。そうすると、私たちは、例えば、今、さまざまな検査等々が行われていますが、それは補助的な価値でしかなくなります。その

補助的な価値で部分を治療することも補助的な価値になります。ということは、私たちはこれからの治療は何を行うべきかということは、全身との至適な平衡・調和状態を維持する事が医療の最大の目的になります。現状では、これが非常に難しい事でございます。例えば、肺炎で入院する、がんで入院する。各臓器治療を行うために入院して療養症候群になれば、その治療は何の意味もありません。そういった医療ではなくて、全身との至適な平衡・調和状態を目指す、そして、その生命予後やQOLを改善するという、このような目的が必要で、医療の目的が基本的に変わるだろうというふうに思います。

その中で、私は在宅医療を行ってきたわけですが、在宅医療の基本は、生き方を支えることが医療の目的であって、限られた時間を生きる人を対象にすることが多い。今まで、在宅医療は終末期、虚弱化した人たちを診る事が在宅医療でございました。その中で、患者さんの価値観に沿った医療を提供して、生き方を支援することを重視してきました。

具体的には、終末医療であったり、緩和医療——今、緩和医療というのは癌のみでなくすべての疾患を対象とし、認知症緩和医療という概念も含めていますが、高齢者医療、そして、臓器から生活を支えるに変化し、超高齢社会における生き方、死に方を考える。あるいは、現在地域の中では、壊れてしまった、看取りの文化の再生を目指しています。これそのものが、看取りということを通じて、次の世代へ引き渡す。子供と一緒に死を看取るということで、人の全てを看取る。看取りの文化というのは、単に死を看取るのではなくて、人の全てを看取る、人生の全てを看取る事です。そのような文化をつくり上げるということも又、まさに地域づくりだろうと思っております。私自身、国立で25年間してきたことは、まさにこの地域づくりとしての医療だろうなというふうに思ってきました。結果として在宅での生活をさせる為には自助、共助、互助、公助のすべてを用意することによって成立します。それが医療・介護保険、そして地域包括ケアシステムを作る事だろうと思っております。

それが、先ほどちらっと話がありましたが、家庭医の本質、家庭医をどの様に定義し何を行う事が地域医療の為に必要かを明確にすべき時代が来ました。日本医師会がかかりつけ医という言葉を使用しています。在宅医療の歴史は、往診を中心とした医療から、終末期医療を中心とした医療、そして、現在の新しい在宅医療はサルコペニア、ロコモティブの予防を含め全人的な在宅医療へ変遷していると思います。その為には、いわゆる新しい健康概念が恐らく必要なんだろうなということになります。

それは、複数の慢性疾患を抱えながら地域で暮らす人が増えて、今までの急性期医療を中心としてつくられてきたヘルスケアシステムが限界となり、その延長線で組立てられた長期ケアはサービスは断片化して、医療と社会的介護ケアも含めて連続性がないということが現状の問題であり、これがいわゆる地域包括ケアにおける統合という概念につながるだろうと思います。つなげるためには、恐らく健康概念から変えなければいけない。地域包括ケアを作る事は現在の地域の関連性を心身の状態に応じて生活の質が最大限に確保しなければならない。病気を「治す」から生活を「支える」という、新しい健康概念を、私は東京都からつくるべき必要があると思っています。それが最終的には住みなれた地域の暮らしの継続を確保する。そして、暮らしの継続というのは医療介護システムのみではなく、なによりも必要なのは家族、本人の高齢時代を生きる覚悟が必要で、住宅政策では、自分の家だけではなく、高齢になっても居心地のいい住宅という問題もあるだろうなというふうに思っています。

医療の目的、理想は、いわゆる50歳まで健康は、青年期の様な状態に戻すことが医療の目的だったわけですが、これからは老人の生き方を支援するというを目的とするということになります。重要な課題は、フレイルティ、すなわち虚弱という状態像、低栄養から、サルコペニアになり、サルコペニアは、ロコモティブを作る。例えば、基礎代謝率は年齢によってみんな落ちるという話があります。しかしながら、一方で、40歳からは全く同じである。80歳になっても基礎代謝は全く同じ。栄養は高齢期には低カロリーでよいのではない。そういったような意味合いもありますから、この辺も基本的なところを変えていく中に、保健上の行政施策が必要だろうと思います。

そして、これが最後の1年間の軌道でございますが、突然に変化するのは20%でございます。80%の人は自然の中で亡くなります。そうすると、救急のあり方は、20%に対しての救急は必要です。ただし、80%においては、私たちは予測し得る死があると思います。そこはいわゆる地域のかかりつけ医を含めた在宅にて看取る事は、可能だろうなと思います。

さらに高齢時代の20%の救急医療のあり方を議論する必要があります。ここに養生という、貝原益軒の図が、突然、これが出てきた。貝原益軒の時代、日本人は健康を養生で表現していました。養生は病気や寿命をコントロールするのではなく、精神的修養や摂生や禁欲によって健康の増進を図るといった考え方で倫理や文化教育のような社会的健全さを問題にしていた。江戸時代の50歳を中心とした時代でございましたが、我々の時代は

もうちょっと考えようということでございます。いずれにしろ、自らの生活を支える自助の主体をしっかりとするという、基本的なものが必要なんだろうと思います。それが、逆に言うと、この図で見ると、地域包括ケアシステムの限界を感じてしまう。私たちはこれでしかいけないのかということになります。

地域包括ケアシステムって、単にいわゆるコネクティングシステムではない、もっと私たちが主体として生きるシステムをしなければいけないと理解すべきです。こういった人口が、いわゆる地域でもう大半を過ごす時代です。

東京というのは完全に分離された社会。このままですね、独立した個人がつながりを持たないで、そのまま地域に根づいちゃう。ということは、地域と全く閉鎖性の強いコミュニティの中で孤立化し、無縁の人々で作られる社会ということでございます。

老いにおける主体と客体の意味は現在の医療ケア等、全てのシステムは介護される人、医療を受ける人として客体化した扱いをしてきております。ケアの対象でございます。医療・ケアの対象ではなくて、あくまでも主体として生きつづけることが可能な老いを支える社会。高齢者が主人公となる、そのような施策が必要だろうと思います。健康、虚弱、そして死があるわけですが、その中で、虚弱、あるいはケアサイクル期の問題であり、排泄、食べること、移動が生きる主体であり、その結果、尊重されて自己表現ができると。こういったようなことが必要です。この虚弱になったときに、これを主体化するような思想的な発想がここでは求められると思います。

そして、主体としての物語というのは、ある意味で、「患った者」という視点からのパラダイムシフトだということと、そこはやっぱり地域のかかりつけ医を含めて地域包括ケアシステムの中心概念としてきちっと行わなければならない。そこが今まで話したことでございます。病院中心のヘルスケアシステムは限界があって、そこを中心とした発想では、恐らくもう、何と申しますか、限られたものしかつくられないだろうと。私たちは、徐々に失う残存能力学——我々は自然に残存能力がなくなって行って、最後、死にあるんだろうなど。終末期というよりも、残存能力という概念をつくるものが重要な概念になるだろうなど思っています。

地域医療を考えると受け身の医療からの転換が必要です。地域で暮らしている人は外来に大体通います。家にいます。そして、時に入院です。さまざまな介護、医療等の現在の将来予測は、受け身の医療、現状を変化しないと発想した数字でしかありません。ある意味で、人口動態だけは明確で、あとの今の予測は数字は違ってこなければいけない。今の

数字のままの予測から統計化したものでいくと、介護不足であり、医者不足である。そういったことから、徹底して、システムを含めて全てを変えるための方策を考えるということが重要だと思います。

最後でございますが、時代の幕開けというのは、高齢者等と世話をする人ではなく、主人公として生きるための政策が必要かなと思います。よろしく願いいたします。

○福祉保健局理事（知事補佐担当） どうもありがとうございました。

続きまして、和気様よりご説明をお願いいたします。

○和気氏 それでは、ご報告をさせていただきます。明治学院大学の和気と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

私の略歴と、東京都とのかかわりは、資料を見ていただきたいと思います。私は10年以上にわたって、東京都の高齢者保健福祉関係の部局でいろいろと勉強させていただきました。良い機会なので、改めて関係者の皆様には、この場で感謝申し上げたいと思っています。

さて、「福祉先進都市東京」というきょうのテーマですけれども、少し解題をさせていただきますと、重要なキーワードは「先進」、もしくは「先進都市」ということになります。つまり、これは先進、デベロップド（developed）と、後進、ディベロッピング（developing）の違いを考えることになります。

では、この先進と後進を判断する基準は何なのかということ、やはり考えてみる必要があるだろうと思います。そうしますと、さまざまな福祉サービスが無料、もしくはそれに近い金額で、より多くの国民、あるいは市民に提供されているというイメージが、いわゆる先進だろうと思うのですが、この発想は基本的に「the more, the better」、すなわち多ければ多いほどいいという、いわば福祉国家の時代（アンシャンレジーム）、旧体制の時代のパラダイムなのではないかと考えています。

こうした福祉国家に対して、福祉社会ではさまざまな多元的な主体によって福祉が担われていきます。イギリスの W. ロブソンという政治学者も、福祉国家がうまくいかなかったのは、福祉社会を伴っていなかったからだと言っていますが、そういう意味では福祉社会を実現するにはもう一つ別のパラダイムが必要になるのではないかと考えられるわけです。

最近の言葉で言いますと、それをガバナンスという言葉で表現をしますけれども、ガバナンスには二つの含意がありまして、第一は中央政府と地方政府、あるいは政府と市民の

対等・平等・水平的な関係、第二は情報公開を前提とした市民の参加、あるいは市民社会の再構築と、市民的公共性の構築という二つの意味内容が含まれていると言われています。

つまり、ガバナンスというのは、中央政府だけではなく、地方政府（地方自治体）や地域住民、企業、NPO・NGOなどが共同、協働、そして対立しつつ、権力を分有して、統治を行うこととなります。その意味で言いますと、ガバナンスは、今までの福祉国家の時代のガバメントによる一元的な権力的統治にかわる、新たな統治社会のあり方を意味しますから、福祉の分野でも「福祉ガバナンス」が成立するということになるわけです。

先ほどお話しさせていただいたように、福祉国家の時代のように「多ければ多いほどいい」という、要するにそういうパラダイムではなくて、適正規模、オプティマムという、考え方が必要なのではないかと思います。別の言い方をすれば、福祉社会の先進・後進の判断基準は、「福祉ガバナンス」がどれくらい達成できているのかという視点から考えてみるができるわけです。

今般の介護保険制度改革で、コア・コンセプトとして「地域包括ケアシステム」がさらに前面に出てきましたけれども、私は、いまお話しした福祉ガバナンスがなければ、地域包括ケアシステムも推進できないと考えています。

その意味で言えば、私は専門が社会福祉学ですので、地域福祉が不可欠になるという結論になります。つまり、地域という公共空間において福祉を実現することが、福祉ガバナンスには必要だということになります。

地域福祉には、二つのコンセプトが存在をしています。一つは地域の福祉、地域において福祉サービスが提供されている状態というコンセプトと、もう一つは、それに地域住民が、これには当事者の方も含まれますが、主体的に福祉活動に参加して、それを通して住民自治、あるいは地域主権が実現している状態ということになります。

そういう地域福祉が、実はいま地方自治体にとって、保健医療などの関連施策と並んで、あるいはそれ以上に大きな政策課題になっていて、地域福祉が一つの主流になっているという考え方ができるわけです。

この考え方について、私はかつて東京都の社会福祉審議会の中で残余的（residual）な地域福祉から制度的（institutional）な地域福祉へという言い方をしましたけれども、今日の社会福祉というのは、いわば地域福祉を抜きにしては語れなくなっているということになります。すなわち、高齢者保健福祉も、その推進には地域福祉の視点や方法が必要不可欠になっていて、今回の介護保険制度の改革で出てきました「新しい総合事業」も、

そういう文脈で考えることができるのではないかと思うわけです。

では、その地域福祉を実現するためにはどうするかといいますと、「地域の福祉力」と「福祉の地域力」という、二つの合成ベクトルとして、それは実体化すると言えるだろうと思います。つまり、地域の福祉力とは、地域住民や基礎自治体、社会福祉協議会、福祉事業者、福祉関係者など、要するに福祉の主体が主体的に福祉活動にコミットする力であり、福祉の地域力というのは、福祉の主に専門職がそういった力を組織化して、計画的に変革をする、そういう「参画」を側面的に支援する力であると言えます。

その意味で言いますと、スライドに定義がありますけれども、地域包括ケアも、この定義で見ると、地域の福祉については言及されていますが、地域福祉の視点は必ずしも組み込まれていない。言い換えれば、今お話をさせていただいた、福祉の地域力というものをいかに高めるかということも非常に重要だと言えるわけです。

さて、そういう地域福祉の視点で考えますと、実は新しい介護保険制度においては三つぐらいの論点があるのではないかと思います。以下、その論点を挙げさせていただきます。

一つ目は、地域包括支援センターです。これはもうご存知のように、先般の介護保険制度の改革で出来た、新しい福祉の機関ですけれども、地域包括支援センターはその機能強化を担えるかどうかということです。

二つ目は、地域ケア会議を今度つくろうとしています。その多様な機能を、この会議は本当に担えるのかということです。

三つ目は、新しい総合事業との関連で、新たに生活支援コーディネーターという職種が出来るようですが、彼らはどのような機能を果たすのか、またその専門性を確保できるのかということです。

私は、この三つが福祉の視点から見ると、今度の介護保険制度の改革がうまく行くかどうかの、一つの鍵になると言っていていいだろうと考えています。

さて、一つ目の論点ですけれども、今度の新しい制度改革では、地域包括支援センターは従来の機能の他に、在宅医療・介護連携、認知症対策、地域ケア会議の運営、生活支援コーディネーターとの連携に取り組むという考え方が出てきました。確かにこのように機能を強化するという考え方が出てくるのは分かるのですが、地域包括支援センターに対するかなり抜本的な投入をしないと、機能だけが強化されれば、職員たちはバーンアウトするということになりますので、その辺のところをわれわれはしっかりと考えなければいけない。近年よく機能強化という言葉が出てきますが、「構造」もあわせて考えないと、

そういう危惧が生じることになります。

二つ目の論点ですが、地域ケア会議はその多様な機能を担えるかということで、スライドに挙げているような五つの機能が新たな会議に期待されています。しかしながら、こういう地域ケア会議に類似した「会議」というのは、実は 1980 年代の「高齢者サービス調整チーム」に始まって、これまでたくさんの会議があり、今も介護保険関係では幾つかの会議があるのはご存知の通りです。そういう会議をさらにつくるとということは、屋上屋を重ねることにならないだろうかと思います。先ほどお話しさせていただいた、福祉ガバナンスをつくるという意味では、地域ケア会議というのはとても重要な会議になりますので、こういう地域ケア会議のあり方というものを改めて検討してみる必要があるのではないのでしょうか。

三つ目の論点ですが、生活支援コーディネーターという、新たな職種をつくろうということになります。スライドには先般、厚生労働省から出された資料のなかに示されている生活支援コーディネーターの定義が挙げられていますが、このような人材を一定数、確保していくことは本当に可能なのだろうかと考えています。社会福祉の援助・支援には二つの焦点があります。個別支援と地域支援です。実はこういう職種は、改めて介護保険制度のなかで出てきているように思われますが、すでに社会福祉協議会などに配置されている、「地域福祉コーディネーター」と呼ばれる福祉人材にかなり近いと言っていると思います。しかしながら、個別支援と地域支援の二つの機能を担える人材をいかに確保・育成するのか。つまり、地域福祉のコーディネートができる人材を確保・育成するというのは、決して容易なことではないと考えておくべきです。

私は今、被災地で支援活動をしていますけれども、多くの被災自治体には国の緊急雇用対策などで、「生活支援相談員」という、仮設住宅に入居している方々の生活を支援する相談員が設置されています。しかし、例えばそういう先行例を見ると、生活支援コーディネーターという新たな職種は、簡単に研修をして、それで人材を確保・育成できるとは考えないほうがいいと思っています。

さて、もう時間がありませんので、最後のまとめに入らせていただきます。介護保険制度の中に、地域支援事業を組み込んだことは、政策選択としては正しいと思います。それから、介護保険制度は万能薬ではありません。制度の不備は走りながら考えるとしても、われわれ国民がこの制度を育てていかなければなりません。しかしながら、自由放任の状態にしておくと、どうしても地域格差が生じてしまうこともまた事実なので、それを極小

化することがやはり東京都の役割ではないかと思えます。

先ほどのお話の繰り返しですけれども、介護保険制度も、地域包括ケアを実現するには、地域福祉の視点というのが必要不可欠になります。その意味では、介護保険事業計画というのは、今度、地域包括ケア計画に変わるそうですが、改めて高齢者保健福祉計画や地域福祉計画などとの関連にも注視する必要があります。

そして、住民参加というのは、まさにエンパワーメントそのもので、地域の福祉力の向上につながりますが、福祉の地域力の場合は、やはり働きかけると住民は参加してくるといような「予定調和」の世界の問題と、地域で潜在化している福祉問題の担い手たちの「声なき声」をどういうふうに拾い上げていくのかという問題の解決が大事だろうと思っています。

かつて、「地方自治は民主主義の学校である」と言われましたが、今日、「地域福祉は民主主義の学校である」と言えるのではないのでしょうか。もちろん、これには本来のデモクラシーの意味もありますけれども、民間が主体になるという意味での「民主主義」というものもあるのではないかと思うわけです。

そして、私が見ている限り、地域福祉というのはいわばアイデア、すなわち発想の宝庫であって、福祉の先進地域と言われているところは全て地域福祉を実現させていると言っても過言ではありません。そこでは、地域住民や当事者、専門職、事業者などのアイデアを集約し、それらを生かして、公民協働で地域福祉を現実のものにしている。つまり、先ほどお話しさせていただいた「福祉ガバナンス」が実現しているということになります。

最後になりますけれども、東京都の役割について2点だけ、お話しさせていただいて、私の報告を終わりにしたいと思います。

まず、一つは、ここでは「ケアリング・コミュニティ」というコンセプトをあえて使いますが、それによってかなり格差が生じるだろうということです。おそらく東京都内でもかなり格差が生じるので、それをどういうふうに極小化するかが課題になります。私が先ほどお話をしたオプティマムという概念も重要ですが、最低限の、やはりミニマムのような考え方も重要なのではないかと考えています。

それから、もう一つは、地域間格差の問題とかかわりますけれども、地域への支援ということ言えば、東京都はいかなる次元で、どのような支援をすれば、効果とか効率だけではなく、「社会的公正」、これは今、社会福祉のほうでも非常に大きなテーマになっていますが、改めてソーシャル・ジャスティスの視点からも考えてみる必要があるのではない

かと思っています。

私からのお話は、以上で終わらせていただきます。ご清聴いただき、どうもありがとうございました。

○福祉保健局理事（知事補佐担当） どうもありがとうございました。

それでは、ここからは意見交換に入らせていただきます。どなたからでも。

○土屋氏 先ほど、長田さんのご発表で、かなり規制のことが出てきたと思うんですが、私、実は規制改革会議の専門委員なものですから、より興味を持って伺ったんです。

例えば、12ページで、総量規制の話と新設時の規制緩和、駐車場云々ですね。あるいは、バリアフリーとか。これらは既に一度出されていますか、規制改革会議のほうには。

○長田氏 ご提案しました規制緩和については、どちらかという自治体寄りの規制でして、政府の規制ではないものになっています。

1番の総量規制については、介護保険法に根拠はありますが、厚生労働省としては地方自治体が計画を定めるようにと置いておられます。さらに東京都というよりは、さらに市や区の計画の問題とっております。

それから、2番の駐車場の付置義務は、法律上、駐車場法に定めがありますので、もしかすると国のほうで考えることもあるかもしれません。しかし、現在、区や市で条例を定めておられますので、世田谷区など一部の自治体は、サービス付き高齢者向け住宅は適用除外にするとか、そういった対応をされております。ワンルームマンションの規制は、純粋に区や市の条例か何かで対応されているものです。三つ目のポツの東京都の補助金の区市の同意基準というのも、東京都の施策の中で行われているものです。

3番のバリアフリー条例については、バリアフリー法の法律もあるのですが、各自治体で若干上乘せをしたり、1,000平米未満でも対象にするという取り扱いなどの関係があるようです。ちょっと、私も全ての自治体を把握しているわけではないのですが、一部の自治体でそういうことがあるということです。

○土屋氏 わかりました。

○上氏 都民は、私、知事に期待していると思うんですね。厚労大臣をやられて、知名度も高い舛添知事が来られて、どうするだろうかと。

やっぱり介護の話は、私は医師でそんなに詳しくないんですが、やっぱり介護ってシステムに流れるキャッシュが増えないと、メディアで見られる年収300万じゃ、それはやらないですよ。300万もないらしいとかと伺ったんですが。

金を持っているのは東京都で、国はないですよ。それで、来年、知事が何をされるかって、やっぱり全国民は見ていると思うんですよ。今日は診療報酬上乘せ、東京だけは特区だから上乘せしようとか、もちろん、やらない理由はいっぱい出てくると思いますが、大臣の時にやられたことを見て、私はやっぱり感心、これは舛添さんみたいな方じゃなきゃ今できないので。介護は、もう細かいところは幾ら言ったって、それはキャッシュが流れていないから、それでは雇用は増えるわけがないんですよ。

あとは細かい規制緩和もいっぱいあると思うんです。いっぱいあると思うんですが、ぜひ、介護職でもナースでも、キャリアパスというのを東京発で見せてほしいんですよ。別に国の資格じゃなくていいと思うんです。東京都の資格でいいと思うんです。

もう一つ、細かい点を言いますと、東京だけの問題っていっぱいあるんですよ。例えば、ポスドク（ポストドクター）がいっぱいいるなんて、東京だけなんです。ポスドクっていますよね。100万から130万、要は奥さんが働く給料ですよ。特にいっぱい集まるんですよ。メディカルスクールをつくって吸収したらいいとかですね、東京でできることっていっぱいあるんです。

それをやらないと、今、関東圏、どんな医療になっているかという、供給量がめちゃくちゃ少ないので、闇価格ができていますよ。私のところだって、どこどこ病院へ入れてくれってお金を持ってきて、断りますけど、いっぱいいます。戦後の米相場みたいになっているんですよ。コネ社会、闇価格。戦後の闇市を良くしたのは、あれは供給量を増やしたからなんです。

幸い東京は、専門家もいて、金もあって、パワフルな知事がおられる。やっぱりこれはやらないと、国民は納得しないと思うんですよ。介護の場合は、細かいへ理屈じゃなくて、流れるキャッシュを増やさない限りは、幾らやったって無駄なので、そこはぜひ知事に、東京都に期待しています。よろしく願いいたします。

○舛添知事 看護師はキャリアパスもあり、処遇もそこそこだということなんです、介護士がそうではない。それから、保育士がそうではない。だから、今日のテーマではないんですけども、例えば、待機児童ゼロにするときに、ハードで保育園をつくるというのは不可能ではない。しかし、保育士が足りない。

だから、これはその時に皆さん方と議論をするんですけども、一つは、処遇をよくするために、国と連動して、ないしは東京都で何が独自にできるか。もう一つは、キャリアパスをどうするか。例えば、東京都の管轄する病院だけで何かやれるのかどうなのかとい

うようなことが、いろいろと、今、この頭の中にあるんですけども。

私から当てて、あれなんだけれども、福祉保健局長のほうに。今、上先生がおっしゃって、私が若干まだ答えができないところなんですけれども。そのところは、事務的に見て、クリアできるのかどうなのか。今言ったような問題点。キャリアパスの問題とか、処遇の問題とか。

○福祉保健局長 確かに介護の処遇の問題とキャリアパスの問題というのは、我々も重要な問題だと考えています。

ただ、東京都が金があるという話の中でも、介護にしても、介護報酬の中でいわゆるキャッシュが回っている、その中で処遇改善という形で金を流して、本来は介護保険の中できちっと処遇に回る、その条件としてキャリアパスの仕組みが入っているというのが本筋だろうと思います。

その上で、我々は人材を養成する、それから、人材を定着させる、それから、再就職をさせる。それらを合わせたセットとして、政策として考えていきたい。それは、今、長期ビジョンの中で盛り込むべく、内部的に検討をし、知事とも議論をしながら、皆様とも議論をしながら、やっていきたいと考えています。

まさにキャリアパスの制度、今、例えば、介護キャリア段位制度だとかが入ってきました。これを都独自の制度とするのか、これを国と連動した制度みたいな形で作っていくのか、これもその中で合わせて考えていきたいと思っています。もうちょっと待ってください。

○上氏 いやいや、もうそれはお立場上、言いにくいですね。私は一民間人なので。

医療だと1点10円、東京都は11円にしますよと。1円分は都が出しますと。こういうのは、国民視点ではあり得ますよね。もちろん、今、ここで即答というわけにいかないと思うんですが。介護はもう、国に任せていては増えないんですから、東京都が率先してやって、国がフォローするぐらいしないと、変わらないと思うんですよね。

それで、介護難民を出すのは東京都なんです。東京都が自分のけつをふかないと、それは周囲の県に迷惑かけるだけで、今だって群馬や栃木にいっぱい人を出しているんですから。これはやっぱり東京都ができることは東京都にぜひお願いしたいと思っています。

○筒井氏 先程、キャリア段位についてのご発言がありましたので補足させてください。介護キャリア段位制度は、平成24年11月に制度を立ち上げ、24年度は被災3県（岩手県、宮城県及び福島県）で先行的に実施し、25年度は、特定被災区域で重点的に実施し

つつ、他地域の主要都市でも展開しています。26年度は、特定被災区域で重点的に実施しつつ、本格的に全国展開する予定です。介護キャリア段位制度では、アセッサー（評価者）による評価に基づいてレベル認定が行われますが、客観的な評価が実施できるよう、アセッサーには講習の受講を義務付けています。25年度は、このアセッサー講習を11都道府県・12会場で開催し、現在、全47都道府県で3,329名（2,191事業所・施設）のアセッサーが養成されています。

26年度は、講習開催地域を更に拡大し、全国25会場以上でアセッサー講習を開催する予定です。アセッサーの養成後は、養成されたアセッサーが介護事業所・施設内で評価を実施することとなります。現在、順次、介護事業所・施設で評価が進められており、2月上旬現在、レベル認定に取り組む者は、全47都道府県で2,446名（1,734事業所・施設）となっています。私は、この制度の発足から関わってきておりますが、この制度を創設した理由として、まずは、介護職員の方が「利用者に適切にケアができていないか」、「介護事故で利用者に怪我をおわせてしまうのではないか」といった「自らの介護スキルに対する不安」を感じているということで、このスキルをきちんと評価しようという目的ではじめてきました。

もうひとつ、この制度で目指していることに関係している介護職員の方々の意見があります。介護職員の方々は、介護の仕事をしておられることについて、「業務に対する社会的評価が低いこと」など、自らの業務に対する評価が低いという意見をお持ちです。

このデータから、介護職員の方々が求めておられるのは、社会的に認知された仕事をしているということであって、先に上先生がおっしゃられた1点を上げるかどうかということだけではないということです。

すでに短時間労働者（エントリーレベル）である介護職員については、賃金は全産業計と同等以上であるとともに、離職率は全産業計よりも低いというデータが示されております。

問題となっているのは、介護の仕事に対する社会的認知度が低いということでありまして、これに対して、どうすれば良いのか、これを変えるために設けられた制度として、キャリア段位制度はあります。

また、介護キャリア段位制度については、9割を超えるアセッサーが「OJTツールとして活用できる」「介護職員の能力を客観的に評価できる」と回答されておりまして、約8割のアセッサーが「人事評価や処遇決定に活用できる」と回答しておられ、介護人材の育

成・確保に当たって有効な制度であるとの評価を得ています。それで、技術評価については先ほど、時間がなくて余り説明できなかつたんですが、慢性期病床は看護師ではなくて、介護福祉士さんが、随分、働いておられます。看護師さんは、今、専門的な看護の時間というのが、全業務時間の25%程度しかとれていない病院が多くなっています。なぜなら、高齢患者さんが多いからです。ほとんどADLの介助が看護師さんの仕事になってしまっています。この業務をキャリア段位をとった介護福祉士にやってもらうということができれば、看護師さん達は本来の専門的な看護業務をやることができますので、東京都における病床がより効率的に利用されることとなります。

このようにキャリア段位を東京都で積極的に取り入れていただくことは、介護だけでなく医療制度にも大きく波及しますので、是非、やっていってほしいと考えます。

○長田氏 せっかく上先生が応援していただいたので、介護報酬の1点の点数ですが、14ページに示させていただきましたが、こちらは、今日の介護給付費分科会でも、私どもの事業者団体からも厚生労働省に対して意見を言っているところです。他の団体は田舎に施設を持っていらっしゃる場所も多いので、やはり東京都とか神奈川県とか、そういう都市部の方から厚生労働省に圧力をかけていただくのがよいと思います。

ただ、これによって、市や区の介護保険財政は若干厳しくなるので、そこは東京都の中で財政調整が何か別途考えられれば、市や区の納得も得られるのかなと思いますので、ぜひこの機会に、5%でも10%でも上げられるようお願いしたいと思います。

○福祉保健局長 その点については、東京都も国に対して提案要求します。今週、金曜日に厚生労働省に行って、この介護報酬については緊急要望をやろうと思っています。

先ほど、診療報酬の話がありましたけれども、介護報酬の地域区分は最高18%のところですが、問題は、これは国家公務員の級地に該当させているので、都内の中でもすごく差があるというのがあります。それから、まさに物件費、東京都の高い物件費が介護報酬に反映されていない。人件費についても、全国で一律にやっているのに、都内は人件費の割合が高い。

東京都が加える前に、ここは報酬の中でまずはやっていただきたい、これは前提です。ここは非常に大きい問題で、我々も強く国には言っていきたいと思っています。

○新田氏 大賛成なんですけれども、全体を雑駁に考えるのではなくて、例えば、介護者を、身体介護だけをやる人、あるいは生活支援をきちんとやる人というふうにやっていると、例えば、今度、総合支援事業、これは生活支援でございますね。俗に言う、介護

予防という中でやってきた話なんです、そこに移行する。じゃあ、その人たちを、ヘルパーさん、今の介護福祉士も含めて、その人がやるかという、そうじゃない人材になるだろうなということを明確にする。そして、身体介護にどれぐらい必要になるんだとか、そういうふうにもう少し分析していかないと、幾らお金を出しても、僕は意味がないだろうなと思うんですね。

これから重要なことは支えるということですから、そうすると、単に、例えば、掃除とか洗濯とか、介護予防ってほとんどそれに使われているんですよ。それが三千幾らという、今、お金で使われている時間給。そうじゃなくて、もっとそれは、いわゆるボランティア、いわゆる有償ボランティアでもいいし、そういったことを、東京都はこうするんだと、人材がない中でこうするんだよということではいかないと、市町村はなかなかついていけないだろうな。単に上げろ、上げろと、上げるのは大賛成なんですけれども、というふうに思います。

○筒井氏 ちょっと補足します。

キャリア段位は、今、おっしゃられた介護の技能がわかるように創られています。おっしゃっておられた生活支援は2-1というレベルで十分に可能な支援となります。さらに身体介護の技能を要する場合は2-2のレベルというふうに、段位の認定者ごとに技術項目が全て決まっています。

国は、今は介護人材は、団塊の世代が75歳以上となってくる2025年度に向け、地域包括ケアシステムを構築し、在宅サービスを充実していくにあたり、介護人材は、237~249万人が必要と推計を出していますが、これからはキャリア段位2の人が何人とか、キャリア段位3の人が何人という推計を出せば、先ほどのような、人材推計はより正確に出せますし、当然、予算や、養成機関の必要量もかなり、正確に示せることになると思います。

○舩添知事 それは出せるの。

○筒井氏 出せますよ。すでに認定者がいますので、この制度は、そういった正確な推計を行うためにつくったものともいえます。

○舩添知事 それは、データを参照してもらってください。

○福祉保健局理事（知事補佐担当） ほかにいかがでしょうか。

○安藤副知事 特別養護老人ホームなどを公募でやると、地方の法人が手を挙げる。それで、長田さんのこれを見ると、地方のほうでも結構経営されている。

介護報酬でいうと、東京の単価率は非常に低いがために介護報酬が低くなっているの
で、先ほど局長が言ったように、単価率をもっと上げろとか、改定の都度、区、市によ
ってがくっと下がったりすることがあって、相当、そのたびに要望してきたというのが事
実なんですね。

したがって、今の制度で言うと、地方にとってこの介護報酬のレベルというのはそんな
に悪くないのではないかと反面思いつつ、都会に対しては相当厳しくなっているんじゃな
いかなという思いはちょっとあるんですけれども。企業秘密かもしれませんが、ちょっと
お話をしていただければと。

その上で、もう一つは、今、国民健康保険を市町村から都道府県に移そうとしていると
きの最大の問題は、財政調整の話で、つまり、例えば、都内でも100億とか1,000
億単位でもって一般会計から出ている事実があって、財政調整はどうしてもついて回らな
きゃいけないとなってくると、介護もそうなる。財政調整の歴史を見ると、国がや
っていた部分が地方に移すというほうになっちゃっていて、そこで上先生のようなご意見
が出ると、地方でやればいいのかということになるんで、東京都だけじゃなくて、
財政調整も含めて、あるいはその介護のほうの単価も含めて、もう一つ、全国ベースでこ
うやって見て、調整するような仕組みを一緒にやらないと、バキュームとおっしゃいまし
たけど、バキュームが起こるんじゃないかなという気がしてしょうがないんです。

ちょっとすみません。長くなりましたが、長田さんが、経営者の観点から見て、いかが
なものか。

○長田氏 人材確保の問題は、有効求人倍率のグラフをつけておりますが、実感としても、
東京が一番厳しくて、神奈川、愛知あたりが次に厳しいという認識です。私どもは、地方
といっても、札幌、岡山そのあたりまでですので、本当の地方ではないのですが、やはり
東京が一番厳しいと考えております。

財政調整に関しては、すみません、厚生労働省にいながら、余り見識がないので、答え
にくいのですが、その地域区分単価の発想は、制度上は国全体の財政調整を兼ねている、
地域区分単価では財政中立にするという方針が介護報酬の中では出ているようです。しか
し、どこかが先んじないと伸びていかないのかなと思いますので、ぜひ、さらに上乘せと
いうのも考えていただければと思います。

○安藤副知事 最後にしますけれども、地方で人材を集めようとするれば、今の報酬、介護
報酬単価でも人は集まってきて、地方の中ではそれなりに安定した生活ができているとい

うふうにお考えなんですか。

○長田氏 集まりにくさの問題で言って、地方のほうが集まりにくくないというのでしょうか、集まりやすいとまでは言いませんが、そのような状況にあると思います。私ども、新卒の採用をやっておりますが、かなり全国に新卒の採用部隊を派遣して、地方で採用しているような状況もございます。

○政務担当特別秘書 すみません。医療者の教育のことで、上先生と土屋先生に、メディカルスクールの議論があつて、東京都もかつて検討会を2年ぐらいやって、結局、イニシャルとランニングがすごくお金がかかってという話だったんですが、そのコストをもう少し下げて、しかも、実のあるものができるようになるのかどうなのかと簡単にお聞きしたいのと、あと、長田先生と新田先生に、おっしゃったいろいろなコンセプトとか、認知症の考え方も変えていかなきゃいけない、そういうときに、医療者にどうやってその教育の場をつくれればいいのか。それをちょっとお聞きしたいと思います。

○土屋氏 メディカルスクールに関しては、医学部と同じように病院を併設というようなことになるのかなりお金がかかると思うんですが、病院を、既存の市中病院を実施病院として、いわゆるアメリカ式のアフィリエイトで使えるとなると、今までの診察した医大に医者が流れて、地域の医者が少なくなって困るというような問題も避けることができるだろうと考えています。

それから、ちょっとご指名を受けたので、先ほどの財政調整ですけれども、確かに東京都がやると全国に波及するというのはあるんですが、やっぱり東京都がもう特別なんですね。これは学会で外国へ行くと、首都というのは全くほかの都市と、どの国でも違うんです。

例えば、舛添知事が政治活動をやつて、政治資金を集めるためにパーティーをやると、東京は通常2万円なんです。神奈川へ行つて、黒岩知事でさえ、横浜では1万円なんです。そのぐらい、首都とほかの地域というのには差があるんですね。いや、僕も行ってびっくりして。入り口で払おうとしたら、1万円でもいいと言われて、みんなそうかと言ったら、常識だと言うんですね。それぐらいに格差が大きくて。

財政調整は、恐らく東京が頂点で、富士山型に周辺に行くほど変わつて、また大阪は高くなるんでしょうけれども、やはり東京がまず先鞭をつけないと、こういうことが動かないというのも事実だと思います。

医療も、窓口で30%、3割負担と言いながら、実際には13%ですね。あるいは11

とも言われていますので、その辺はやはり財政の調整が必要だと思います。

○上氏 首都大学と都立病院を持っておられるので、コストは限りなく安いと思うんですよ。ただ、法科大学院の形式でやれるという方と、医師法を変えなきゃいけないというのは政治力があるので、私は、東京都から手を挙げて、どういう抵抗勢力がどう言うか、国民が見て、フランクに判断すればいいと思いますよ。

いや、なぜかという、今日は財政のつじつま合わせの議論ばかりなんです。東京に必要なのは教育なんですよ。実は医者以外は、医療関係者は全て、東京は全国最低ランクなんです。介護者だろうが、コメディカル、全部最低です。何でかという、国から金を出している関東圏には大学がないんですよ。例えば、医学部ってめちゃくちゃ金を取っているんです。上位の大学はほぼ全部、医学部が大きいんです。戦前からあるところですよ。19中18がそうです。官軍の西に多いんですよ。関東には国立だけで4, 200万で5校なんですよ。四国は380万、4校あるんですよ。大塚製薬や青色ダイオードが出てくるんですよ、向こうから。

やっぱり、今、民に任せたら、多分、間に合わないんです。国で旗を振ってやる部分も必要だと思うんですね。メディカルスクールでもいいです、看護大学でもいいです、介護大学でもいいんです。やっぱり作っていかないと、明日や明後日の話じゃなく、これは30年後、この地域はITと金融でもうけるやつだけじゃないんですよ。現業で真面目に働く人たちがいるんで、その人たちの仕事や専門職がないんで、すごく安い賃金でみんな働くんですよ。これはもう、ぜひご検討いただければと思っています。

○永田氏 人材育成に関するご質問を、ありがとうございます。

発想を変えていくこと、そして抜本的に人材育成の仕組みを変える必要があります。今までの教え手が、新しい発想を持っていなかったり、理念レベルでは持っているけれども、本当の意味で高齢者の方や認知症の人がどれだけいい姿で暮らせるのかという可能性についての実体験がない。古い発想ややり方でやってきた方たちを、講師、先生に据えると、先ほどの利用者本位とか、本人の意思の尊重というのは言葉では伝えるんですけども、それと具体が伴わなかったり、方法論を伝えられないために、理念先行、現場の質が上がらない大きな問題があると思います。

変えていくためには、先ほどもお伝えしたように、東京都内、かなり実践力を持った人材が育ってきていますので、誰が育てて、どういう場で学んで、実習も含めてやるかという点を見直し再構築が必要です。今までどうしても知識先行の研修だった。知識はいつば

い積み上げ、資格はもっているけれども、現場に行くと、実践は古い支援のままだという物すごい逆転がある。むしろ忙しい中で、資格を取れない、研修には行っていないけれども、当事者に向き合いながらいい支援ができる人材もふえている。もっと新しい発想と実践力を持った人を、都単位というよりも市区町村単位でリクルートをしながら、市町村単位で人材育成・確保、そして、継続的なバックアップをしていけるような構想を打ち立て、モデルケースなんかを出しながら都全体に広げていければいいと思います。

なぜかという、市町村単位でやると研修イコールネットワークづくりになりますので。今まで研修が大きな単位でやられていると、同じ時間研修に参加していただいても、知識はつくけれども、参加者同士のネットワークが作られなかった。地元単位でやると研修イコールネットワークの機会になっていく。忙しい職員が、現場のコストもぎりぎりの中で研修に出てくるときに、何を本当の意味で獲得目標にするかを明確にし、人材育成を体系化していくべきだと思います。地元のコアメンバーを育成し、アウトリーチで現場の職員の悩みとか困り事をしっかりとフォローする体系をつくり、学んでおしまいにならない、そうした仕組みは区市町村単位だからこそ可能であり、非常に効果的だと思います。

○新田氏 先ほどの質問の中でつけ加えるとすれば、今年から文部科学省が全国で総合医教育をやり始めました。それは、私自身も書類選考に関わりましたが、各全国大学それぞれに工夫された総合医教育論です。

総合医、家庭医、かかりつけ医、いろいろな名前があるんですが、これは総合医という名前は、出ては崩れ、出ては崩れという、そういう時代があったんですが、やっと日本医師会も含めて、そのところを認めて、始まったということでございます。

ただし、今回の教育システムが行われたとしても、その中で出てくる人材というのは、これから10年後ですよね。となると、10年間に私たちはどういう教育をしなければいけないのかということ、やっぱり地域の先生から変化していただくしかないんだろうなと私は思っています。そして、その役割は、医師会が大きな役割を果たすんだろうなと。

今、日医（日本医師会）でもですね、ワーキンググループでございますが、そのかかりつけ医の教育システムを作る事が始まっています。その教育の中の基本は、先ほど話しました、私は在宅医療はその一部で必要条件と思っています。基本的思想に在宅医療を含むことにより、地域を支える、生活を支えることを基本とした医師が輩出されると思います。病院の医師もそのシステムに入っていただくことが重要です。ケアサイクルの中で、病院へ入院しても、同じように病院からどう地域に戻すか、病院の医療じゃなくて、地域に

戻すための病院医療が必要だというようなことが基本にあり、そこが行政、医師会を中心としてつくられて、地域の先生、そして、病院の先生も含めて入っていただいて作り上げる。ここ数年の間にもうつくらないと、ちょっと時代が許さないだろうなというふうに私は思っています。

○福祉保健局理事（知事補佐担当） そろそろ予定の時間なのですが。

じゃあ、最後に、和気先生、お願いいたします。

○和気氏 今の人材のことにに関して、少しお話をさせてください。

今日のこの懇談会は、もう圧倒的に医療系の話が多いので、福祉系の話をさせていただくと、私は都内にある総合大学で福祉教育に携わっています。毎年、数多くの若者が福祉を学びますが、残念ながら、あまり福祉系の仕事には進まない。一生涯、福祉の仕事をするということになるとなかなか進まないのです。

その理由は何かといいますと、福祉の領域ではソーシャルワークとケアワークという言い方をしますけれども、福祉と介護というのが一緒になって考えられている。それで、正直なところ、介護職のレベルというのは、報酬も含めて、あまり社会的ステータスが良くない。しかし、福祉職はそれほど悪くないのですが、社会一般では一緒のイメージなので、福祉系の大学・学部・学科を出ても、福祉のほうへ行かない。したがって、そう考えると、やはり介護職員に対する処遇を上げるということは非常に大事で、国もこれについてはいろいろやっていると思います。

ところが、やはりそれだけではなくて、先ほどキャリアパスの話も出てきましたけれども、やりがいだとか、生きがいだとか、社会的認知だとか、そういうものが処遇の改善に付随していないと、単に給与のレベルが上がればいいという問題ではないのだろうと考えています。

それから、もう一つは、先ほどの報告で専門性のお話をさせていただきましたが、やはり長期に仕事につかなければ、専門性は育たない。したがって、処遇を改善するということは、数年やればいいのかではなくて、長く続くようにしなければいけないわけです。私個人は、これが大事だと考えています。

「福祉はひとり」と言います。日本の福祉教育を見ると、国立大学や公立大学には社会福祉学科がない、もしくはあってもごくわずかです。つまり民間の、要するに私の勤務している大学も含めた、私立大学にしか、福祉の専門教育をやっているところがない。はっきり言って申し訳ありませんが、首都大学東京にも社会福祉学科がありますが、一学年

でわずか十数人程度しか履修する学生がいない。そして、その学生たちは、福祉の現場に行くかという、行かない。やはり現場で中心的な存在になるような人を、東京都が率先して育てていかないと、東京都全体の福祉の水準を向上させていくことは難しいのではないのでしょうか。私は私立大学にいる一教員として、ぜひ東京都にもこういうことを考えていただきたいと思っています。

先ほど私は「福祉はひとり」と言いましたが、論語には「お金を遺すのは下、仕事を遺すのは中、ひとを遺すのを上とする」とあります。舛添知事には在任中にこの「ひとを遺す」という大事業に取り組んでいただき、東京都を世界に冠たる福祉先進都市にしたいと考えています。

○土屋氏 簡単に言います。

先ほど、かかりつけ医を、私、否定するわけじゃないんですが、いわゆる地域枠とか、医学部の学生を締めつけても、これでは地域に残るかかりつけ医は増えないと思います。

それで、専門科というのは、大学を出てからですね、職業教育として成り立っていくのであって、したがって、私が大学院でのコースを推奨したわけでありまして。医学部では、同じ教育を受けて、それぞれの専門科に分かれていく。その専門科の一つが、先ほど言った、地域健康管理というような形でやっていくべきではないかと。そうしますと、地元へ定着すると思います。

○福祉保健局理事（知事補佐担当） どうもありがとうございました。

それでは、意見は尽きないんですが、予定の時間も参りましたので、この程度でとどめたいと思います。

では、最後に、舛添知事から一言、よろしく願いいたします。

○舛添知事 今日はお忙しい中、活発なご意見、ありがとうございました。大変大きな問題提起をしていただいたと思っています。

上さんのほうから、医師の偏在、それから、東京都内における偏在もありましたので、一度、そういう問題提起を受けて、二次医療圏を含めて、東京の医療圏というのをちょっともう一遍チェックし直すのも一つの手かなと思います。私も現場を視察しておりますけれども、だから、日本国内の偏在もあるけれども、先ほどの冒頭の地図のように、東京都内の偏在、これは東京都で何とかできればというふうに思いますので、問題意識は共通するところがあります。

それから、筒井さんがおっしゃっていただいたと思いますが、やっぱりやれるところか

らやるというか、短期・中期・長期で、人材育成なんていうのはもうそれは最低10年はかかるんで、そういうことも含めて、少し長期ビジョン、10年ビジョンを今書こうとしていますので、そういう中に入れろというふうに思っております。

それと、今日の問題で共通しているのは、我々の立場と国との間の財政調整を含めて問題があるし、現場は実は区市町村なんですね。だから、真ん中であって、これをどう調整するかというのは、政治的な問題も含めて、非常に大きいと思っておりますので、これもしっかりと取り組みたいと思います。

それから、永田久美子先生、新田先生の話聞いていて、ノーマライゼーションというのは常に基本だなど、たしかノルウェーだと1970年代だったと思います、その理想ってやっぱり失われていないなというのが、今度の地域の包括ケアの中で生きてくるんじゃないかと思っております。

それから、長田洋先生の規制の問題は、こういうのはできるところからどんどんやっていければと思っております。

それから、今、和気先生のほうで大学の教育の問題がありましたけれども、おっしゃるとおりなんで、みんなが生きがい、お金だけじゃないということもおっしゃったんですけど、一つ例を挙げると、厚労大臣のときに年金記録の問題がありました。これは社会保険労務士の人たちを動員してチェックした結果、何が起こったかということ、社労士なんていっても誰も知らなかったんですけど、ものすごく社会的認知度が高まったんですね。これは一つの例なんですけど、何らかの形でもう少し社会的にみんなが認めるようなことができないのかなど。男にとっての寿退社なんていうのがまだあるというのは、これはひど過ぎると思っております。

その他、それぞれ皆さん方から大変貴重な意見をいただきましたので、メディカルスクールの問題も、もう一度、問題点がたくさんあると思っておりますけれども、これはできればやりたいと思っております。

あした、厚労大臣とお会いして、先ほど上さんがおっしゃった感染症の問題もありますので、今日のような問題についても、少し国と協力してやる体制を作りたいと思っております。デング熱を含めて、いろいろな感染症の問題もあると思っておりますので。

今後とも、また皆さん方のいろんな意見を賜りたいと思っておりますし、個別にも、こういう問題があるよといったら、局長を含め、補佐官もおりますし、福嶋氏もおりますので、皆さんのほうから、直接、お声をいただければと思います。

本当に今日は貴重なご意見ありがとうございました。今後ともひとつよろしくお願ひ申し上げます。ありがとうございました。