

東京都社会福祉審議会 検討分科会(第2回)会議録

I 会議概要

1 開催日時 平成25年6月18日(火)午後2時から

2 開催場所 第一本庁舎33階北側 特別会議室N6

3 出席者

| | | |
|--------|--------|-------------------------------------|
| 分科会長 | 高橋 紘士 | 国際医療福祉大学大学院教授 |
| 副分科会長 | 小林 良二 | 東洋大学教授 |
| 委員 | 園田 眞理子 | 明治大学教授 |
| 委員 | 栃本 一三郎 | 上智大学教授 |
| 委員 | 森本 佳樹 | 立教大学教授 |
| 委員 | 伊佐 浩一 | 公募委員 |
| 委員 | 岩本 麻里 | 公募委員 |
| 委員 | 萬匠 範子 | 公募委員 |
| 臨時委員 | 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 |
| 臨時委員 | 笹井 肇 | 武蔵野市健康福祉部部長 |
| 臨時委員 | 山本 繁樹 | 立川市南部西ふじみ地域包括支援センター長 |
| オブザーバー | 三浦 文夫 | 日本社会事業大学名誉教授 |

(以上12名)

4 会議次第

1 開会

2 検討分科会委員紹介

3 議事

(1) 現在の福祉に関する課題について

(2) その他

4 起草委員会の設置について

○奈良部課長 まだお越しになっていない委員の方もいらっしゃいますが、お時間になりましたので、ただいまから東京都社会福祉審議会の第2回検討分科会を開会させていただきます。

本日は、お忙しい中ご出席いただきまして、ありがとうございます。

私は、当検討分科会の事務局の書記を担当しております福祉保健局の奈良部と申します。よろしく願いいたします。

では、議論にお入りいただく前に、事務局より何点かご連絡させていただきます。

まず、委員の出欠ですが、本日、所用のためご欠席の連絡をいただいておりますのが、平岡委員と野中委員でございます。審議会の三浦委員長にはオブザーバーとして当分科会にご参加いただいております。

続きまして、お手元の会議資料のご確認をお願いしたいと思います。

まず、会議次第がございまして、資料1が本日発表いただく山本委員の発表資料になります。資料2が笹井委員、資料3が園田委員の発表資料になります。続きまして、資料4が起草委員名簿、資料5が今後のスケジュールの案になっております。また、笹井委員の発表の参考資料としまして、「武蔵野市の介護保険」のカラーパンフレットをお配りしています。なお、別に検討分科会の委員名簿、2枚目に幹事、書記の名簿を配付しております。

また、今回からオブザーバーとして都市整備局住宅政策推進部の小久保課長にも出席していただいておりますので、ご紹介いたします。

次に、会議の公開についてご説明いたします。

当分科会は、審議会に準じまして公開となっております。本日は傍聴の方にも何人かお越しいただいておりますので、お知らせいたします。

また、議事録につきましては、都のホームページに掲載され、インターネットを通じて公開させていただくことを申し添えておきます。

事務局からの連絡は以上ですので、これから先の議事の進行につきましては、高橋分科会長をお願いしたいと思います。よろしく願いいたします。

○高橋分科会長 大変蒸してきました、やっとな梅雨らしくなったと思う時期でございますが、ご参集いただきましてありがとうございます。大変お忙しいところを繰り合わせていただいていることを感謝申し上げます。

まず初めに、前回ご欠席だった委員のご紹介をさせていただきます。

園田眞理子委員でございます。

○園田委員 よろしく申し上げます。

○高橋分科会長 山本繁樹委員でございます。

○山本臨時委員 よろしくお願ひいたします。

○高橋分科会長 それでは、きょうの議事の進め方でございますが、この分科会での議論を始めるに当たって、今回3名の委員の方に、それぞれ専門的に、現場の実践のお立場からご発表いただくということでございます。大変短い時間ではございますが、お一人20分ということでお願ひを事務局から申し上げております。大変豊富な内容でございますが、ひとつよろしくお願ひいたします。次の方向性を決めるような意味でのディスカッションも少し必要かと思っておりますので、その時間がとれればと思っております。

会議の終了時間はおおむね4時半ぐらいと考えております。事務局より、じっくり議論をしたいというので、2時間プラス30分という設定をしてございます。

初めにちょっと私的なことですが、今、結構新聞でも取り上げられておりますが、厚生労働省の老健局で「都市部の高齢化対策に関する検討会」が開かれておりまして、東京都は高齢社会対策部長がご出席をいただいて、前回ブリーフィングをいただきました。恐らくこの審議のテーマと非常にかかわりのある議論が、1回目、2回目の検討会で行われておりまして、大都市部の行政担当者の皆様に、高齢化について、これから2025年にかけてどう考えたらいいかという議論をもう一回するきっかけにしたいという話があります。津波15メートルをどうするのかと思っておりますが、杉並区が南伊豆町で、子どもの施設を特養に変えるという話から始まっております。これは実は東京都にとっても非常に重要な課題ではあるかと思っております。そのようなことが進行しているということで、ホームページで議事録や資料等も公開されておりますので、どんな議論が行われているかご参照いただけますとありがたいと思います。報告書が多分9月ぐらいにはまとまって、この審議にも反映できるかなと思っておりますので、情報提供いたします。

それでは、初めに立川市南部西ふじみ地域包括支援センターの山本繁樹委員から発表をお願ひいたします。地域包括支援センターの、東京というより、日本でのキーパーソンのお一人で、いろんな研修等にも積極的にかかわっておられる方でございます。あわせて森本委員は立川の地域包括ケアにずっとかかわっておられますので、いろんな形で実践の現場からのお話がいただけると思っております。

それでは、山本さん、よろしくお願ひいたします。

○山本臨時委員 高橋先生、ご紹介ありがとうございます。

スライド枚数を多く用意させていただきましたが、前半は認知症の地域ケアの課題を中心に構成してあります。中ほどが、前回、森本委員もご報告されたと思いますが、地域福祉コーディネーターがどのような活動をしているのかを写真付きで説明をしたものです。最後のほうは、今、私が地域で見える限りで、検討課題であるのはこういうことかなと思ったものを、文字で読めばわかるようにつくってありますので、多分時間的に省略する形になると思いますが、あとは読んでいただけたらと考えております。

まず、認知症の地域ケアでは、医療や介護のケアが大きな問題ですが、地域の現場で見たときに、今後課題となってくるだろうということは、家族構成数の減少に伴う介護力がない世帯への対応ということになります。そこで介護者への支援と虐待の防止が非常に大きな課題になってくるだろうと考えております。それと、最も多くなってくる世帯構成である単身世帯、特に身寄りがない世帯が急増していき、プラス認知症という方が増えていきますので、ここへの対応というのは課題になってくるだろうと考えております。

そこで生活援助、家事支援は、いろいろ議論はありますが、私は重要なサービスだろうと考えております。それと近隣の見守りや支え合い体制をどうつくっていくかということ、それと、成年後見制度の利用支援や日常生活自立支援事業も含めた地域の権利擁護システムをしっかり構築していかないと、地域がもたないという状況になってくるだろうと考えております。

それと、単身で介護度が重たいケース、認知症で在宅独居という方は、今現在もいらっしやいますし、ますます増えてくるだろうということで、特に夜間帯への対応が非常に課題になってくると考えます。ここでは24時間定期訪問・随時対応サービス、小規模多機能施設の動向を見ていく必要があるというふうに考えております。

それと、これは前回、秋山委員がもうお話しされたと思いますが、病院や施設の退院・退所計画、これは今、東京都で退院支援のマニュアルをつくっていらっしやいます。そこでの在宅チームとの連携のあり方、特に入院時・退院時には早期のアセスメントが必要ということで、多分、病院やクリニックでも今後は外来のときから、高齢の利用者の世帯構成の把握など、ある程度のその人を取り巻くサポート力のアセスメントが必要だろうと考えております。

そして、日常から病院・施設スタッフと地域スタッフ間の顔が見える関係の構築ということで、地域レベルでケア会議や連絡会議、それから研修会をどういうふうにつくってい

くのかというのが、各地域の課題になってくると考えております。

それと、主人公は市民ですので、地域の社会資源情報の整理とわかりやすい情報提供、これは当たり前の話ですが、改めて医療、介護、福祉、権利擁護、居住支援等も含めて、認知症ケアでどういう社会資源がその地域にあって、どういうふうな選択肢があって、どういうふうにご利用できるのか、これはわかりやすい説明が必要だろうと考えております。

病院側の相談室のマネジメントと、地域側は地域包括支援センターがマネジメント機関だと思っておりますので、この二つの連携が非常に重要と考えております。それと、今後増えてくるだろう在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションとの連携、及び地域の社会資源のわかりやすい情報提供のやり方の工夫ということになります。

さらに、家族会や自助グループ、そして住民相互の助け合い等のインフォーマルサービスの資源開発が、東京都では、今後、鍵になってくると考えております。

これは立川市の図で、そんなに大きな地域ではありませんが、人口17万8,000人ぐらいのところを6生活圏域に分けております。大体二つか三つの町が生活圏域になっていますが、この地区割が地区民協と同じ地区割になっております。これは意図的にそうしております。地区の民生委員と地域包括支援センターや社会福祉協議会等の関係機関との連携を意識した地区割にしているということで、そのような地区割にしたことで、現在は民生委員からの相談の第一連絡先が地域包括支援センターという形になっております。高齢福祉課や社会福祉協議会の地域担当もこの地区割に従っております。お互い連携しやすい仕組みにしてあります。包括と民生委員、あと社協の地域福祉コーディネーター等がそれぞれの圏域に入っているという形になっております。仕組みづくりについて森本先生にいろいろご指導いただいております。

今後は個別支援をしっかりとやるということと、身近な生活圏域、立川で言えば、6生活圏域ですが、個別の支援をまずしっかりとやってネットワークをつくっていく、そして担当圏域のネットワークをつくっていく、そして市域全体のネットワークをつくっていく。そして制度、政策につなげていくという個別から制度、政策までの流れをしっかりと各地域でつくっていくということが肝要なことだと考えております。

立川の場合は、毎月1回、全体の地域会議をやっておりまして、大体市内の高齢者福祉の関係する相談窓口機関は全部集まるという形になっております。ここに市内の主な病院が6病院ありますが、ここの相談員さんや地域医療連携室のスタッフさんに来てもらって、病院側の課題と地域側の課題の照らし合わせをするという形をとっております。

このスライドは担当圏域の小地域のケア会議になりますが、2カ月に一度、担当圏域ごとで各包括センターが地域の関係機関と連携・ネットワーク構築をするために開いています。このスライドは高齢化率50%を超した団地の集会室になりますが、地域の訪問薬剤指導を行っている薬局の薬剤師さん、市の職員、ケアマネジャー、傾聴ボランティアグループ、団地住民、包括センターの職員がグループで車座になって、この団地でみんなで連携して何ができるかということ議論している風景の写真です。このような集合住宅等での地域単位のネットワークも非常に重要になってくると考えております。

これはどこの地域でもやっている認知症サポーター養成講座の風景ですが、ここの信用金庫は昨年度全行員がサポーターの研修を受けました。今、私どもで見ている一番感じるのは、いろんな窓口がありますが、住民と接する窓口の職員にサポーター講座をやっていくということは非常に重要で、今、この信用金庫からも問い合わせや相談が増えているという状況になっています。ですので、高齢者がよく来所する窓口のスタッフに向けてのこういう講座が有効だと考えております。

これは地元小学校における認知症サポーター養成講座の風景です。もう少し時間があれば詳しく申し上げたいのですが、福祉教育が今後非常に重要になってきます。ここは、先ほどの高齢化率が進んだ団地の目の前にある小学校ですが、校長がリーダーシップをとって、4年生、5年生、6年生全員に認知症サポーター養成講座を受けさせたいということで、そこに地域住民も招いて講座を開いている風景になっております。学校に理解がある場合と理解がない場合があります。校長のリーダーシップというのも福祉教育の実践には非常に重要であると考えております。

このスライドはその風景です。子どもたちには、学んだことを帰って親御さんに話してほしいということを必ずお願いをしておりますので、そうすると、親御さんに伝わって、地域に循環していくこととなります。この実践をされていて思うのは、この子たちが将来地域住民になっていきますので、小学校、中学校あたりからこういうことをしっかり学ぶ機会を持って、そういう地域の循環をつくっていかれたらいいだろうと考えております。

先ほど申し上げた権利擁護の取組ですが、立川市の場合は、高齢者虐待防止の独自のマニュアルや、社協のほうで「あんしんセンターたちかわ」という権利擁護センターをつくっておりますので、地域包括支援センターと市高齢福祉課と社会福祉協議会が組み合わさって、2か月に一度、権利擁護業務に関する連絡会を開きまして、そこに地域包括支援センター運営協議会の弁護士も参加しまして、お互いの連携を保っているという形になって

おります。

役割分担をしっかりとりながら対応しているという形で、これは都内どこの地域も今後の共通課題ですが、今後、成年後見制度等が必要な方は急増しますので、この地域レベルの権利擁護に関する体制構築は全都的な課題という形になってきます。

今、私どもの地域では、社協を中心として、弁護士、司法書士、社会福祉士、行政書士、税理士といった第三者後見人に携わる専門職種の連絡会議を四半期に1回開いて、お互いの連携を深めながら、地域の事例を受けとめて、ニーズ分析をして、包括センターや社協と連携しながら、第三者後見人につなげる場合はつなげていくという、そういうネットワーク構築をしております、これは多分どの地域も今後共通して必要な取組となると考えております。

これも後ほど時間が余れば議論したいと思いますが、身元保証人がいないという方が非常に増えております。日本は、入院、入所、就労といったときに必ず保証人を求める社会でありまして、今、入所時、入院時に保証人が見つからなくて困るといった事例が増えているという状況で、多分今後は公的な保証制度の確立等の何らかの仕組みの構築が必要になってくる、もしくは保証人が要らなくても済むような社会の仕組みを考えていく必要があると考えております。

これは高齢者虐待における虐待者の類型ですが、今一番虐待者で多くなっているのが、息子という類型と夫という類型になっておりまして、男性介護者による虐待が増えているという状況、これは全国的な状況になっておりまして、ここへの対応も地域のテーマという形になっております。

当たり前のことですが、地域社会から何らかのアプローチの仕方を考えていくことが必要だろうということと、地域に介護の学びや情報共有、これは昔から言われていることでやり続けられていることですが、改めてこういうことが必要だろうということが言えるかと考えております。

それと、介護が必要になっても働き続けられる社会の構築が必要です。これは当たり前のことですが、改めて求められていると考えられます。

私どもは生活圏域ごとで家族介護者の集いを開いております、身近な場所でのということと工夫をしております。それと男性介護者の集いもまた別途設けておりまして、なかなか男性は地域の集まりに参加してきませんので、参加しやすい工夫、集まる場所をつくるということ、関係者と連携しながらケアマネジャー等を通して認知症等の介護方法を地域

に浸透させていくということ、あと、企業などとも組みながら、早期の段階で何らかの認知症ケアを学ぶ機会をつくっていったり、そういう工夫が必要になってくるだろうと考えております。

これは本年の1月29日に東京都の医学総合研究所が主催された「認知症の国家戦略に関する国際政策シンポジウム」の資料です。いろんな国の方、認知症ケアの政策担当者の方が、認知症ケアに関する国家戦略についてお話をされていて、非常におもしろかったんですが、特にイングランドのアリスター・バーンズさん、この方は精神科医でもあり政策担当者ですが、イングランドにおける認知症ケアのアウトカムを数量的なものだけではなく、認知症と共に生きていらっしゃるご本人が、こういうことが言える環境、社会状況にしていくというこのスライドに掲載しているような項目を幾つか挙げて、2014年までにイングランド全体でそういう状況を構築していくということを認知症ケアのアウトカムにしているというお話をされていました。これは非常におもしろいと思ひまして、改めてスライドに掲載をさせていただいております。数値的な成果指標もいろいろあるでしょうが、本人から見たときに、こういう状況を地域でつくっていくということが認知症の人のケアについてのアウトカムなんだということは、多分、私どもにも言えることだというふうに感じました。それともう一つおもしろかったのは、ケアプランと言わずに自律支援計画、「Self-Directed Support Plan」という言い方をしております、認知症の人のケアであっても、本人の自己決定をできる限り追求していくという、そういった考え方も非常に興味深かったので、ご紹介させていただいております。

私どもが今、考えているのは、このスライドにあるように二つのネットワークを地域でどうつくっていくかということで、まずは専門機関のネットワーク、そして住民主体のネットワーク、そしてこの二つのネットワークの結びつきを地域でどうつくっていくのかというのが、どの地域、自治体でも課題と考えております。そこで社会福祉協議会と包括支援センターの関係がうまく展開していけばいいだろうということで、これはその連携・役割分担のイメージのスライドになっております。

ここからは地域福祉コーディネーターの活動の様子を写真を使用して、時間の関係で省略しながら説明していきたいと思ひます。

これは築40年の都営団地です。都内でこういう団地は非常に数が多い。このような集合住宅で、今、求められているのは、お互いの助け合い、見守りの仕組みづくりといったことで、どの団地でも課題になってくるであろう、孤立死への対応といった課題があつて、

住民が立ち上がって、でもどうしていいかわからないというところで、地域福祉コーディネーターが入って行って、一緒にやる。組織化をして行って、活動の方向性を一緒に考えていくという、そういう取組を今しているという形になっております。

防災のことを考えたり、いろいろな住民活動を結びつけていきながら、災害時にこの号棟では誰がいるのか、要援護者とはということの見守り活動を進めていったり、あとは地域の災害ボランティアのネットワークと地域住民を結びつけていくというような活動、あと、ふれあいサロンといった場所を多くつくっていくということ。この写真もそうですが、おしゃべり会、こういった活動は実は予防には非常に有効ということが私どもの実感としてはあります。団地以外の方もどうぞといった集まる場、居場所づくりですね。

それともう一つ、今、都市部の課題となっているのが、マンション・集合住宅で最初の段階でオートロックで入れない、その後が続かないといったマンション・集合住宅が増えています。そのマンション内で互いに孤立してしまっている、高齢化していくというような、そういう流れが、今、都市部では起きております。マンション内での連携というか、集まる場づくりというのも、一つ検討課題としてあります。

この写真は障害者の人たちと地域の人との結びつき、これは地域福祉コーディネーターですが、そういった場づくりをしているということです。それで住民で何ができるかを考えてサポートしていくという、そういう形になっております。

コーディネーターが一人でできることはありませんので、いろんな地域住民の力をどう結びつけていくのが課題で、そこに包括センターなり障害者団体なり、いろいろなところと連携を考えていくということになります。

災害時の要援護者をどう見守っていくのかという振り返りの会の写真です。この人は市の職員、この人は包括センター職員、この人はケアマネジャー、この人は民生委員、この人は自治会長、この人は市議会議員です。そういった地域の関係者が、地元住民と懇談しながら地域の課題の振り返りをして、この地域で何ができるのかという議論をしている場、こういうのを地域福祉コーディネーターがコーディネートしていくという形になっております。

これは交通のマスタープランについての市民ヒアリングの写真ですが、東京だと余り感じませんが、地方に行くと、本当に交通の問題というのは大きな課題ということがあります。この写真は若者の居場所づくり、手伝い交流も含めて、そういう場づくりです。この方は福島県からの避難者の方ですが、何かしたいということをおっしゃっていただいて、

学習支援も含めた地元の子どものための交流の場づくりということで、そういった仕掛けを地域福祉コーディネーターが考えていくという形になっております。多分、こういった仕掛けづくりというのは、今後、都市部では非常に取組課題になってくるだろうと考えております。

まだスライドが枚数ありますが、あとは字面で書いてありますので、省略しながらお話をしていきたいと思っております。

まず、今、お話ししてきました地域福祉コーディネーターの可能性。今後いろいろな年代のボランティア活動、学生さんも含めて、それと小地域での住民相互の支え合い、助け合いグループの組織化、これらは黙ってはいけませんので、地域福祉コーディネーターが必要ということが考えられます。

特に都内の場合は、団地等の集合住宅単位で住民相互の助け合い活動や見守り活動の組織化が多分必須になってくるのではないかと考えます。それには地域福祉コーディネーターの動きが大切だという形、これは黙ってはいけませんので、組織化は難しいということがございます。

それと地域の居場所づくり、これが予防・健康増進にはとてもいいということで、秋山委員の実践のとおりです。そういう場所をつくり、住民が集まって、いろいろ情報交換をしながら、そこにこの健康増進の知識や技術をつけていくという、そういう仕組みづくりが非常に重要であると考えております。二次予防で個別対応をとっていても、効果が薄いのかなというのが現場の実感でして、それよりも一次予防で集まる場所をつくっていくことが効果的ではないか、そこに知識、技術を付加していくことが重要と考えております。

資料でつけさせていただきましたが、立川市内にけやき台団地というところがあります。ここでおもしろかったのは、助け合い活動やいろいろ住民活動の組織化を図っているんです。地域の商店街の商品券、単なるボランティアではなくて、200円とか300円というお金を取って、助け合い活動を進めながら、対価は地元の商店街の商品券を渡すという、そういう地域循環の仕組みを団地内でつくってございまして、それが記事になっていたものがあつたので、参考資料につけてあります。そういった工夫も今後必要になってくるだろうと考えられます。

それと、これは余計なことかもしれませんが、私も高齢者の方と接する機会が多いんですが、高齢期は、誰にとってもそうですが、実を言うと、選択の連続の時期だと考えられます。いろいろな選択が必要な中、改めて意思表示、医療・介護サービスの受け方、死後事務等の事前指示、医療の受け方、救急救命の受け方なども含めて、そういったことを考

えられるようなテキストみたいなものが、民間のものや自治体のものなどいろいろありますが、そういった事柄が共通して考えられる簡単な「東京都版 老いの暮らし方ノート」のような自己記述式のテキストがあって都民に普及できたらいいのではないかという、これは思いつきですが、地域の現場を見ていると、多分そういった取組が必要な方は非常に多いということをいつも感じます。

福祉教育のこと、認知症サポーターのこと、障害者福祉への理解のこともそうですが、今、給付と負担の議論がいろいろされていますが、小学校、中学校、高校、大学あたりから、社会保障のことをある程度議論する場づくりというのが、今後の社会をつくっていく上では重要なのではないかと思います。今、地域で実践しながら感じることで、それが多分土壌になっていくだろうということです。

これは施設の課題のスライドで、今はポイント制になっていますが、特に特養はポイント制がしっかりされているかどうかの確認が必要だろうということと、あと改めて、今、居住費を取るようになって、個室でいいケアをとということでいいんですが、低所得の方が入居できる施設としての担保が継続して必要だと感じております。

施設の看取りについてのスライドですが、これは今いろいろな試みがありますが、多くの施設で、やはり本人の状態が悪化した際に救急対応で病院へという流れがどうしてもありますので、特養、老健での看取りのケアの推進というのは、今後の課題になってくるだろうと考えております。

サービス付き高齢者向け住宅については、爆発的に増えておりますので、見ている限りでは非常にさまざまな運営主体、また、多様な併設事業所が参入してきております。入居される方の選択肢は担保されているかどうかということと、中のケアが地域に開かれていること、あと、住宅内での権利擁護の体制構築も含めて、こういう確認が今後必要になってくるだろうと考えております。

それと、未届けの高齢者住宅は都内でも数が増えておりますので、ここへの確認をどういうふうにしていくのかということが課題だろうと考えられます。

時間がありませんので、これで最後にしたいと思います。

公的保証人制度、先ほど申し上げたとおりですが、本来、医療法や介護保険法では、入院、入所を保証人がいなければ認めませんということは前提としてありません。ただ実態として、今保証人をつけることが必要になっているということで、何らかの是正が必要ということがあります。ただアパートへの入居時、就労支援時、また精神障害者等の退院支

援等でも、これは課題になってきます。また、高齢者層の中では今後爆発的にそういう方が増えていくという現状にありますので、何らかの仕組みづくりが必要だろうということで、今、三重県の伊賀市や都内で杉並区が一部試みしていますが、何らかの仕組みづくりが今後必要だろうということが言えると考えております。

最後にこれだけ言わせてください。障害者ケアマネジメント、これが来年度までに全員にケアプランをつくるという国の政策ですが、実は相談支援員が足りません。また、相談支援事業所の数も足りないということで、これはお願いですが、まず、講習会の回数増も含めて、相談支援員の数を増やす取組が必要ということと、あと、高齢分野に比べて、非常に理想的なケアがされている場合もありますが、やはり地域包括支援センターのような何らかの相談窓口の設定と担当圏域の設定のような仕組みづくりの推進が必要だろうと考えております。

少し時間がオーバーして恐縮ですが、ここまでにさせていただきたいと思います。どうもご清聴ありがとうございました。

○高橋分科会長 ありがとうございます。相当膨大な議論になりそうなので、一つずつ個々に質疑をしてから、最後に総括的な質疑を行いたいと思います。まず、山本さんのプレゼンテーションにご質問はいかがでございましょうか。

森本さん、全体を見回して、立川のこの試みをどういうふうに評価されているかとか、何か補足、コメントをいただけませんか。

○森本委員 無理をしないでつくってきているという感じがありまして、最初は6地区に分けて、コーディネーターを6人配置する計画でしたが、予算的にそういう配置をしてもらえなかったということもあって、まず1か所から始まりました。そこである程度実践の組み立てとその振り返りを社協の職員が共有しながら、3年たった段階でその活動が認められて2人目が置かれました。もう3年たって、この4月から3人目が置かれています。地域福祉計画の推進委員会をしていると、置かれていない地域から出ている住民や民生委員の方が、うちにも早く置いてほしいという空気になってきていることを感じます。

確かに予算をつけて一度に置いてしまうのもいいかもしれませんが、やはりでこぼこができたりしますので、立川のやり方はゆっくりでしたが、ノウハウの共有ができたところがよかったと思っています。

○高橋分科会長 ありがとうございます。ほかはいかがでしょう。

○小林副分科会長 包括の地区割と民生委員の地区割、これは地区民協ですが、それから

社協の地区割をそろえるというのは大変なことですが、立川市ではこれらの調整をどこでされたのか、あるいは地域福祉計画でこれを担保しようとされたのか、何かノウハウがありましたらお願いいたします。

○山本臨時委員 以前の在宅介護支援センターのときは、中学校区10か所でした。中学校区は理想的なんですけど、地区設定が非常に難しく、包括に2006年に移行するときに、何に合わせようかと、いろいろな議論がありました。立川市の長期計画では5圏域です。在宅介護支援センターは10か所でありました。さまざまな議論の中で、やはり身近な住民の福祉を担っている民生委員の地区割が一番すんなりいくんじゃないかと、そのような議論がありました。

あと財源的な問題もあり、地区民協の地区割に合わせていこうと。そこに大体、町が二つ、三つ、すっぽり収まるものですから、まず、これに合わせていこうという圏域設定の議論がありました。地域福祉計画でもそのように載っているということで、議論の中で、そういう工夫をして、生まれてきたということです。

今、見ている限りでは、民生委員の地区割と包括の地区割、社協の地域担当の地区割、あと安心センターの権利擁護担当者も地区割が同じです。地区割をうまくそろえていく、担当をそろえていくというのは、連携をとる上で、非常に有効だと思います。

○小林副分科会長 調整がうまくいったのはどうしてかというところを伺いたかったのですが。

○山本臨時委員 調整か地区割が先かということもあるかと思いますが、どちらかというところを民生委員に合わせようというところですか。

○小林副分科会長 民協の地区割を前提にしているのでしょうか。

○山本臨時委員 前提に考えたということかと思いますが。あと、財源的な問題もありました。

○森本委員 10か所あった在宅介護支援センターが6か所になることについては、結構問題視された部分もありましたが、そのときに、今、山本さんが言われたみたいに、民協の地区に、6か所しか置けないということになりました。地域福祉計画がその後できていますから、それは最初から6か所できこうという感じで進めてきたようです。

○山本臨時委員 森本委員が地域福祉計画の委員長ですので。

○森本委員 その前の介護保険事業計画もやっていたんですが、大体そのような記憶です。

○高橋分科会長 伊佐委員、質問をどうぞ。

○伊佐委員 今のことに関連して、つまり、地区割りの仕方などについてですが、一人の住民の立場からしますと、まず、一番近いところに町内会があります。

町内会は地域の住民協議会ごとにまとまっていて、住民協議会は厚生部会などの組織も持っていて、住民の民意にかかわる、いろいろな情報が集まっていると思います。

住民協議会との関係はどの様に考えていらっしゃいますか。

○山本臨時委員 先ほどの地区割ですが、自治会というのは、富士見町や柴崎町というような町ごとにそういう協議会、自治会の集まりがあるということで、このスライドの太線が生活圈域で、民生委員の地区民協と同じで、ここに大体二つくらいの町がすっぽり収まるという形です。この圏域設定でいくと、自治会や町内会といった住民の集まりとの連携がとりやすいということも考慮された形になっております。大体民生委員は、町ごとにいますので、それぞれ町へのアプローチもしやすいという設定になっております。

○高橋分科会長 ありがとうございます。

いろんな議論をしていただきましたが、前回の秋山さんのプレゼンにもございました暮らしの保健室、これはヘルスという視点の専門的バックヤードのある居場所づくりになります。それから、きょう、お出しになられた居場所づくり、これらを少し議論として豊かにしていきたいと思っています。逆に言うと、できていないところが結構たくさんあるので、そこら辺のご議論が一つ。

それから、公的保証人の問題は、実は深刻な問題と思っています。余り実名は挙げないほうがいいと思いますが、最近いろんな団体が現れ始めて、この間もあるところが取材に来て、これをどう考えたらいいかと。よくわからないが、何でも面倒を見て差し上げます、一方で弁護士とちゃんと協働しています。公的だから公が責任をとれるかという議論も含めて、単身高齢者がマジョリティになる、高齢者だけではないですが、その生活リスクをどうサポートするかという議論は、これだけで分科会をやりたいぐらいのテーマですが、課題として出しておきたいと思いました。

そのほか、とても豊かな実践をお聞かせいただいて、インスパイアされるところがございました。これはまた総括的な議論、お三方のこれからの議論とも相互にかかわり合いますので、引き続き、笹井さんのほうから、よろしく願いいたします。

○笹井臨時委員 武蔵野市の健康福祉部長でございます。今、山本さんのほうからは、社協や地域包括支援センターの取組を中心としたお話でございましたので、私のほうからは、保険者の立場から地域包括ケアシステム、まちづくりをどうしていくかということと、都

市自治体としての課題といったものを中心にしてお話をさせていただきたいと思います。

最初の何枚かはデータ集でございますが、お手元の「武蔵野市の介護保険」というカラー版のパンフレットのほうで、過去の経過や介護保険給付、保険料等詳しく記載してございますので、ここは飛ばしていきたいと思います。65歳以上の高齢化率が21.1%、人口規模としてはほぼ14万人でございます。大きな特徴は、65歳以上高齢者の中に占める75歳以上の後期高齢化率が非常に高く、52.5%でございます。そういう意味で、要介護認定者数も後期高齢化が進んでいるということで認定者が増加しています。

こちらは要介護度別区分支給限度額に占める利用率でございます。全国平均に比べて要介護4、5が多くなっているというのは、それだけ在宅で重度の利用者の方が潤沢にサービスを受けていらっしゃるということでございます。

こちらは見にくくて恐縮でございますが、横軸に施設サービスの給付額、縦軸に在宅サービスの給付額をプロット化したものでございます。右へ行けば行くほど、65歳以上被保険者一人当たりの施設サービスの給付費が多いということになります。縦軸は、上に行けばいくほど、65歳以上被保険者一人当たりの居宅サービスの給付費が多いところということになります。

真ん中の点線がそれぞれの全国平均ということになりまして、四つのグループにプロット化されますが、したがって、23区の主だったところが多い左上のエリアは、在宅サービスは豊富に提供されているけれども、施設サービスは全国平均より低いというところに位置しております。左下は在宅サービスも全国平均より低くて、施設サービスも全国平均より低いというところでございます。私がサービス事業者でしたら、ここに事業所を展開したら、今後伸びしろが大きいというエリアということになります。右上が在宅サービスも施設サービスも全国平均より高いところ。右下はどうしても多摩地域に特徴的になりますが、施設サービスは大きいけれども居宅サービスは低いというようなところです。こういう形で各保険者が、我が町の介護給付費の状況をどういう位置にあるかということ进行分析する一つの材料であるということでございます。

これから中心的な話になってきますが、武蔵野市の地域包括ケアシステムは、地域包括ケアシステム検討委員会というのを全市的に設けております。

私どもは平成12年に介護保険条例とともに、高齢者福祉総合条例を一緒に制定、施行いたしました。それはなぜかといいますと、介護保険が導入されることによって、武蔵野市の従来の福祉サービスが低下する可能性が非常に大きいということです。なぜここに小

さく介護保険条例というのを置いたかということ、介護保険制度だけでは高齢者の生活を支え切れないだろうということで、当時、居住継続支援事業ということで、福祉公社が昭和56年から実施しておりますリバースモーゲージ、いわゆるストックとしての資産はあるけれどもフローとしての資産がない方に対して、そのストックを担保として、家を担保として福祉資金を貸し付けようということで昭和56年度に始めた事業です。現在も28世帯の方がリバースモーゲージをお使いいただいています。シルバーピアは、都営、市営を合わせまして、現在221戸ございます。あと、高齢者サービスハウスなどが、介護保険制度前からあった事業でございます。それから、健康増進、社会参加事業や移送サービス事業など。

コミュニティバスは武蔵野市が全国で初めてというのはご案内のとおりでございます、ムーバスという小さいバスを動かしましたが、これは実は高齢者の方からのお手紙で発想した事業でございます。「私は、駅からもバス停からも遠くに住んでいて、町へ買い物に出たい、あるいはいろいろなものを見たいんだけど、足が悪くて公共交通機関のところまで行けない、市長さん、何とかしてくれないか」というふうなお話でした。高齢者の閉じこもりや外出を支援するためのものがつくれないかということで、コミュニティバス「ムーバス」をつくったわけでございます。バス停を200メートル間隔に非常に短く設定しているのも、実は高齢者仕様にするためで、当時、要支援・要介護という尺度がございませんでしたので、寝たきり度という基準を基に、J2、A1ぐらいの寝たきり度の方が休憩することなく歩ける距離というのは、約100メートルちょっとというのを私どもで調査して把握しました。そうすると、100メートルと100メートルですから、どちらか左右に行けばいいので、ちょうど200メートルごとにバス停をつくると、寝たきり度がJ2、A1ぐらいの人でもバスに乗れるだろうというふうな発想でつくったコミュニティバスがムーバスでございます。

そういう形で介護保険よりも、その周りを取り巻くさまざまな住宅、雇用、保健、医療、生涯学習、交通といったものを総合的にまちづくりの理念としていこうという考え方でございます。今、申し上げたとおり、介護保険制度は高齢者介護の一部分しか担えないということと、高齢者の生活を総合的に支えるまちづくりの目標というものが、介護保険導入とともに必要だろうということでございます。

ご案内のとおり、武蔵野市は介護保険の導入に長らく反対をしております、法案が成立した後は、改革の提案をいろいろして、要介護認定もいろいろと改善要求してまいりま

したが、そういったことを背景にしながら、基本理念といたしましては、条例の第2条に規定してございますとおり、高齢者の尊厳の尊重、住み慣れた地域で安心していきいきと暮らせるまちづくり、自助・共助・公助に基づく役割分担と社会資源の活用、保健・医療・福祉の連携推進、市民自らが健康で豊かな高齢期を迎えるための市民自身の努力も必要だということもうたってございます。

条例に規定されている介護に関する施策というのは、テンミリオンハウス事業、日常生活支援事業、補助器具貸与・住宅改善、移送サービス、居住継続支援、地域リハビリテーション、健康及び自立支援に関する施策は、健康増進、食生活向上、介護予防事業、そのほかの柱としては、社会参加促進、サービス利用者の保護、サービス基盤整備の推進といったものでございます。

ですから、そういう意味では、厚生労働省の今の地域包括ケアの議論は、介護保険導入のときに、武蔵野市が平成11年から12年段階でいろいろ議論したものとかなり重なり合うというのが、私どもの実感でございまして、そうであれば、これをベースにして地域包括ケアの現代版、武蔵野版というものを推進していこうということでございます。

テンミリオンハウスは、なぜテンミリオンかというのは前回もちょっとお話しいたしましたが、テンミリオンが1,000万ということでございますので、市が年間1,000万を上限に補助する居場所ということでございます。実はこれも平成10年に、介護保険導入前の要介護認定のモデル事業をやりました。そうすると、武蔵野市の従来サービスを受けていた方の25%から30%が、要介護認定が自立、非該当となるということがわかりました。その受け皿をどうやってつくるかということで、福祉公社のリバースモーゲージで遺贈された一戸建ての物件が何か所かございまして、それを活用して、運営をNPOや住民の組織の皆さんにお願いするというので、「近」・「小」・「軽」がキーワード、すなわち身近なところで、小規模で、軽快な装備やフットワークで運営する施設ということでございます。平成11年、介護保険導入前に第1号をつくりまして、順次、開設をして、今、7か所あります。市の補助基準が厳しいものですから、私の知る限り、市から補助や文句を言われなくて、勝手に居場所をつくりたいという方が3か所ぐらい、今、これ以外にあるという状況でございます。

レモンキャブは移送サービス事業でございますが、介護保険開始当初は移送サービスが介護保険制度に位置づけられてございませんでした。今は乗降介護とかありますが。そうすると、外出ができないと、やはり高齢者の自立度は下がっていくだろうということで、

車椅子でこういう形で乗れるレモン色の車両を9台、現在用意しております、運営については、実は町の商店街の人にお願ひしました。主には米穀商店、いわゆるお米屋さんです。町のことをよく知っていて、お年寄りのこともよく知っているということでございまして、その方を運行協力員という形にしました。この当てもレモンキャブだと言っているのに、みんなイエローキャブだと間違えたり、お米さんが運行協力員であるものですから、米屋に米を運ばせないで年寄り運ばせるのかと、いろいろなご批判をいただきましたが、現在、増車に次ぐ増車をして、9台で稼働しているということでございます。

さて、相談支援の体制でございますが、私どもは在宅介護支援センター6か所、これは中学校区に1か所ずつでございますが、それに地域包括支援センターのランチ機能を付加しました。それはなぜかという、ご案内のように、地域包括支援センターは要支援1・2の予防プランの作成がどうしても中心にならざるを得ないでしょう。しかし、実は要介護1以上の中重度の要介護者で、例えば、医療ニーズが高い患者、あるいは、退院直後で不安定で、なかなか民間のケアマネジャーには難しいケース、多くのかかわりと支援が必要なケースといったものや、市独自の福祉サービスをかなり潤沢に提供しなくてはいけない問題や、あるいは権利擁護事業などを円滑に進めるために、介護保険法に基づく地域包括支援センター機能と、老人福祉法に基づく在宅介護支援センター機能を統合して、在宅介護支援センター兼地域包括ランチという形を6か所置いております。在宅介護支援センターの職員は、新規の要介護認定申請があると、市の認定係の調査員と同行訪問して、担当エリアの要支援、要介護高齢者を全件把握して、その段階で台帳を全部つくっていくという仕組みにしております。

そして、私が平成20年4月に高齢者支援課長で戻ってきたときに、それまでは民間委託の3か所の地域包括支援センターだけでしたが、それを平成21年7月に市役所の中に統合・直営化しました。このときも、「民間委託する時代の中で、どうして直営に戻すんだ」という議論もありましたが、どうしても基幹型が必要だろうということで、市役所の中に基幹型の地域包括支援センターがあって、地域には在宅介護支援センター兼地域包括ランチという形で連携をとろうということで、小地域完結型の地域相談体制という、現在の6か所のランチと1か所の基幹型ということになるわけでございます。

次に、地域ケア会議の体制でございますが、私どもは市の基本計画の中で、地域リハビリテーションの推進ということを掲げておまして、それに基づきまして、高齢者や障害者の区別や分野を超えた総合調整機能として、地域リハビリテーション推進協議会という

のを持っております。これは代表者会議の位置付けです。

その下に在宅支援連絡会というのを設けておりまして、これが、今、厚生労働省的にいうと、全市的な地域ケア会議で、多職種連携の実務担当者、関係者30名以上でやっております。これは毎月開催しております。

それ以外に在宅介護支援センターのエリアごとに地区別ケース検討会、これも平成13年からやっておりますので、今さら名前を変えられないので、エリア別地域ケア会議という機能をここに持たせて、個別検討をしながら、必要なサービスや課題の把握をしています。例えば、認知症の見守り支援、ご案内のように、介護保険の給付では、認知症の徘徊の方や見守りについては給付の対象外になっておりますので、市として独自に認知症の方の見守り支援や外出介助を行うサービスや緊急ショートなどを、現場の意見に基づいて精査していくということでございます。

これは、健康づくりと介護予防、お風呂屋さんで不老体操というだじやれのような事業でございますが、銭湯を使った事業です。認知症高齢者への取組は、先ほども立川の取組がいろいろありましたが、私どもも認知症サポーター、ご覧いただいている画面は東京ガスだったと思います。

あとはいかに保険者として、認知症の実態と将来推計でエビデンスをどれだけ持っているかということでございますが、要介護認定のデータから認知症高齢者の実態と推計が出ます。そこからこうやって出していったことが、特に85歳を超えますと、ぐっと認知機能の低下は進んでいくということになります。将来推計もこのようにできます。

では、その人たちがどこにいるか、「日常生活自立度Ⅱ」以上の方はどこにいるかということですが、実は自宅が一番多くいらっしゃいます。ここへの支援とまちづくりをどうするかということで、これが認知症高齢者のケア全体の体系図でございます。相談事業の充実と、これは前回申し上げました日赤病院のナースも同席させた面談、普及啓発、それから在宅支援です。在宅支援につきましては、市の単独のサービスといたしましては、先ほど申し上げました認知症の見守り支援ヘルパー、これはその方が喫茶店に行きたいと言ったら、ヘルパーさんが一緒に喫茶店にも行く、美術館に行きたいといえば、美術館も行くというサービスです。そのほか、徘徊、探索、それから非常に火事が怖いということで、電磁調理器等の貸与などもしております。

それから、3番目の大きな取組といたしましては、保健・医療・福祉の連携強化ということで、いろんな重層的なツールをつくっています。医師会とケアマネジャーの懇談会、

歯科医師会との連携、それから、なかなかケアマネジャーの方がドクターのところまで行って直接お話ししたり、カンファレンスに呼ぶというのは、ドクターのほうもお忙しいということで、ではどうするかということで、介護情報提供書という独自の様式をつかって、それで情報のやりとりをする。忙しい中でもドクターから指示をいただくということでございます。それから、地区別ケース検討会は、先ほど申しあげましたように、在宅介護支援センターごとの地域ケア会議でございます。

脳卒中のネットワークと認知症連携についてちょっとだけお話ししておきますと、武蔵野市は赤十字病院が拠点病院としてございまして、脳卒中のネットワークをどうしていくかということで、6年ぐらい前から急性期と回復期、医師会の先生方、行政、介護事業者などが検討をし、4種類の連携パスを作成しました。脳卒中の連携パスというと、急性期から回復期、病院までのパスはどこの地域でも結構ありますが、回復期から在宅へというようなパスがなかなかないということで、「パスその3」と「パスその4」が私どもの「特色」でございます。安心して在宅療養を送ることができるための情報提供用のパスと、在宅へ戻ってから、さらにまた発作がぶり返してしまうという可能性もございますので、急性期にその情報を戻すというようなシステムをつくっております。「その1」がオーバービューでございまして、急性期から回復期については「その2」を使います。回復期から退院、あるいは老健に移行されるときは「その3」、在宅に戻って今の状況を定期的に急性期に戻すのが「パス4」、この4種類のパスで構成されています。

在宅で一番ポイントになるのは、「その3」というもので、前回ちょっとお話ししましたが、最初はFIMというリハビリの点数で表現しようとしていましたが、在宅側がFIMがよくわからないということで、日常生活機能評価という形で、これを入れることによって診療報酬にも反映できるということで、こういう指標をつくっています。右下の欄は退院前カンファレンスの中身を記載するというので、わかりづらいですが、これは誰が記載するかというのをイメージして絵が描いてあります。ここはみんなで書くんだよ、ここはナースが書いてね、ということでございます。

関係者だけでこんなパスを動かしてもしょうがないので、市民全員でこういうものがあるというのを認識してもらって、脳卒中になったらこのパスをもらうということで、これは当時の市報の1面で、「脳卒中の連携のシステムはこういう形でできましたのでご安心ください。脳卒中になったら、例えば日赤病院に入ったら、先生からパスをもらってください。」ということを市報に掲載して市民に周知しています。

次に、認知症の連携でございます。これも現場の地域ケア会議から出されたもので、「認知症の相談を受けます。杏林大学病院のもの忘れ外来にどうぞ行ってください。専門的な診断を受けられます。」と最初はやっていました。そうすると、予約が入るのが杏林大学病院、当時3カ月待ちでございました。そういう状況ですと、家族がもうもたないということで、クリニックの先生に第一義的な相談をしていただいて、専門的な診断が必要な場合は杏林や日赤の認知症の専門医のほうに行ってもら。そのために前段として、クリニックの先生も全員が認知症のことをよくわかっているわけではないので、相談機関として、先に事前相談チェックシートをつくって、これを持って近くの先生のところに行ってくださいという形の連携シート、6種類のシートで連携をしています。これは介護の例ですね。

時間がなくなりましたので、最後に3点ほど課題としてお話しさせていただきたいと思えます。

小規模多機能型居宅介護でございます。施設サービスでもない居宅サービスでもない第三の категорияとして、いわば地域密着型サービスのエース的存在でございますが、なかなか東京都内に広まっておりませんし、私どもの市で誘致をしても、なかなか事業者が手を挙げてくれない。事業者などにいろいろヒアリングをしますと、登録定員25名以下でございすが、通いの利用者が定員の2分の1から15名程度以内ということになっています。そうすると、施設の規模を考えますと、15名の方が通ってこられるというスペースとマックスの人員配置を考慮した運営をしなければならないということが一つのネック。

それから、「解釈通知」の冒頭に「通いを中心としたサービス」というようなことになっておりますが、実は都市部は、結構通所系サービスは潤沢にあるというのが現状ではないでしょうか。武蔵野市の場合、10.73平方キロメートルの市域内に32か所の通所系サービス、これは通所介護も通所リハも認知症デイも含みますが、32か所、総定員811名の方が毎日、通所系のサービスを受けていらっしゃる。そのためこれ以上に通いを中心としたサービスというのが、ニーズとしてどれほどあるのかという問題と、それから、もう一つ、都市的な問題でいうと、日中は通所サービスをやっていますが、夜間は自費でお泊まりをウエルカムにしていますという事業者、いわゆるお泊まりデイが増加している。

それから、もう一つは、東京都内では土地の確保が難しいことに加えて、民家改修型は非常に難しくなっています。建築基準法的には、小規模多機能などは児童福祉施設等の扱

いとなりますが、認知症グループホームは寄宿舍又は共同住宅という扱いになってしまい、それらの併設となるときさまざまな規制があつて、非常に難しい課題があります。

恐らく都市部のニーズは、通いよりも宿泊ではないかと思います。そういう意味では、通いの利用者数や、あるいはそういった上限設定で、もう少し自由度を高めて、宿泊を重視したような柔軟な運営に変えていったらどうかということと、併設型を促進するということ。一方で、お泊まりデイをどう規制するかという問題だと思いますが、お泊まりデイに対しては、質の向上と安全確保という形にして、例えば、東京都か区市町村に届出をさせるか、あるいは、夜泊めているわけですから、旅館業法を適用して査察に入るというようなことで、一方でお泊まりデイを適正化しながら、一方で小規模多機能を柔軟に展開するというようなことはどうかということ。

それから、24時間定期巡回・随時対応型訪問介護看護でございますが、これも在宅生活の限界点を高めるサービスとして、私は非常に重要視していますが、残念ながら平成24年度末時点で全国で120保険者しか実施していません。武蔵野市は、訪問看護連携型が1事業者ですが、月15名から20名ぐらいです。同時に夜間対応型訪問介護もしていただいておりますが、こちらは利用者が180名ぐらい。むしろ夜間対応型の訪問介護とこの24時間対応の役割分担をうまく整理することによって、在宅サービスの限界点を高めることができるというサービスモデルをきちっと提案すべきだと思います。例えば、退院直後については、いろんな変動がありますので、包括報酬で訪問看護や訪問介護が何度も展開できるような形で、24時間定期巡回をご利用いただくのは非常に適しています。あるいは末期がんのケアなどについても。しかし、落ち着いたら、それほどまとめて潤沢なサービスは要らないので、夜間対応型訪問介護と日中の普通の介護サービスに移行していくといったように、そういう形で効果的なサービスモデルをつかって、都市型のモデルとして普及させていく。

ただ、訪問看護との連携の難しさが課題でして、直営の場合ですと、看護師の24時間確保は難しいです。では連携型でいきましょうというのがほとんどだと思いますが、連携型の場合の介護報酬は2,920単位（注：要介護1～4の場合）しかもらえません。ということは、訪問看護ステーションはよほど赤字覚悟じゃないと、週1回で2,920単位は赤字になると思います。これは秋山委員のほうが詳しいと思いますが、そういったところがちょっと壁になっているということで、町ぐるみ全体として医療と介護の連携の退院支援の仕組みづくり。それからケアマネジャーや利用者だけではなくて、病院の医療連

携室のMSWたちに、やはりこのサービスの重要性や効果的なモデルを提案していくことが必要だろうと思います。

最後に、都市部ならではの新しいサービスの開発の検討ということで、まず、ひとり暮らしの高齢者がどんどん増えております。しかし、ひとり暮らし高齢者の効果的なサービスというのは介護保険でもないわけですが、安否確認のたびに毎朝8時とか9時に電話して確認をする、具合が悪かったらオプションで派遣するというサービス、これは、実は横浜市青葉区のURの団地で実験的に進められている事業でございます。集合住宅の多いところであれば、こういうサービスもかなり効果的にできるし、例えば、遠方に家族がいるという場合でも、家族に緊急連絡をしながら、「もうオプションで緊急に駆けつけたいと思いますが、いいですか。」「お願いします。」、安心度は高まる。

それから、住まいの選択の多様性ですが、これは次の園田先生にお任せしたほうがいいと思いますが、高齢者の一戸建てや空き家が実は都市部に結構あるわけです。それを異世代シェアハウスという形でできないかとか、検討しているところでございます。その場合は、先ほど申し上げましたように、共同住宅や寄宿舍とすると、いろいろまた器具が必要になってまいりますので、住宅として扱ってもらえないかと。

それから、私どもは高齢者住宅を子育て世代に貸し出すという住み替え支援事業を武蔵野市開発公社というところでやっています。吉祥寺の大きな一戸建てが、もう高齢者一人では掃除もできなくなったので、その方は施設やホームに入っていたいて、今まで住んでいた家を子育て世代に安く貸し出す。子育て世代は吉祥寺ブランドで家を持ちたかったので、それを借りるといって、住み替え支援事業というのをやっています、3件、成功している例がございます。

あとは軽度者が介護保険給付からの対象外になる場合の対応でございますが、介護保険が始まって力のある住民互助組織やNPOは、ほとんど介護保険事業者になっているというのが、武蔵野市の現状でございます。そうすると、軽度者が介護保険給付から対象外になった場合は、再度、住民互助組織の再生を図っていくのか、あるいは、地域支援事業でやるのか、市単独事業でやるのか、社協でやるのか、シルバー人材センターでやるのか、あるいは民間に全部お任せという形にするのかということを選択することが、今後は必要になってくるだろうと思います。ただ、軽度者に対しても、医療サービスをどうするか。医療サービスの代替はないので、介護保険の給付の対象外になった方については、医療保険で見てもらうか、新たな代替サービスをつくるかというのは、今後の課題だろうと思

ます。

いずれにしても、私は地域包括ケアというのは、保険者がどのような思想、哲学でまちづくりを進めていくかということにかかわっていると考えておりました、そういう意味では、保険者と、それから地域の人たちが一体となってまちづくりを推進していくことが、地域包括ケアの大きな一歩になるだろうと思っています。

少し長くなりましたが、以上でございます。ありがとうございました。

○高橋分科会長 ありがとうございます。

時間のこともございますが、一、二問、何かご質問、ご意見等がありますか。

○秋山臨時委員 小規模多機能のところは大変興味深く聞かせていただきましたが、実際に都市部では、非常に狭小な住宅をこういうものに変えたいというような希望もあり、改修が難しいと新築になる。そうすると、新築扱いになったときに、非常に厳しい基準を適用されて、とても困る。結局、先ほどのプレゼンテーションでは、通いよりも泊まり機能を重視したほうが良いという都市型のニーズがあるのにもかかわらず、泊まりの部屋数を減らさないと建物が建たないというような現状があって、都市の中で、これを推進するためには、建築のほうの何かしらの工夫が要ると、私は思いますが、その辺はいかがなんでしょうか。

○笹井臨時委員 まさにご指摘のとおりだと思います。それは高齢部門だけではなくて、障害部門でも同じようなことが言えまして、民家改修型のほうが利用者にとっても非常に効果的だと思います。ホームホスピス宮崎の「かあさんの家」だって、本当に民家をそのままお使いになっていますし、先行した事例は、多分、全国的に小規模多機能が始まる前の先行した居場所であるとか、宅老所と言われた時代は、民家改修型が全国的に主流だったのが、制度化された途端に、都市整備部門というか、建築部門になかなかその思想が伝わってなくて共有化されていないという行政の縦割り構造の一つの矛盾がそこに表れているというのは、ご指摘のとおりだと思います。

○高橋分科会長 この間、森本委員からもご指摘がありましたが、法では2,000平米以上に適用される老人ホームの基準が、東京では殊に新築の場合に、小規模でもそのまま適用されるという事態があると。そうすると、基準を満たしたエレベーターの設置を求められたり、グループホームにもベビーチェアやベビーベッドをつくれと指導されます。これは、善意の指導とは思いますが、森本さん、小規模多機能を大都市でどう考えたらいいかということを含めてコメントはないですか。

○森本委員 武蔵野市の介護保険事業計画のお手伝いもしていて、実際に今度の期の計画をつくるたびに、事務局側は小規模多機能ができないからというので、計画に入れたがりませんでした。私が委員を説得して、こういうサービスなのでこれから必要ではないかということで、一つだけ計画に入れてもらいました。そのときにいろいろ事務局に調べていただいて、東京都に問い合わせたりしてもらいましたが、結局、今、笹井さんが言われたような話で、なかなか新築でないと難しいということでした。実際、2012年から第5期が始まって、事業者を公募していますが、手が挙がらないというのが今の状況です。

前回、少しお話ししましたが、大きな施設をつくるということは東京都内ではもう難しいし、そもそも大きな施設をつくっていくのがいいのかという話もあります。そこで、自宅をベースにして、家にいるということが前提でケアをどうやってするかということになると、今の小規模多機能はそのままでもいいかどうかという話は別にして、そういう形態をとらざるを得ないだろうと思います。そこにハード的なものは、東京都の場合は非常に難しい。地方へ行くと、もともと大きな家があるので、民家改修型もあるだろうという気がしています。

○高橋分科会長 ありがとうございます。これは園田先生のプレゼンテーションとも直接関係いたしますので、それでは、園田先生、よろしく願いをいたします。

○園田委員 明治大学の園田です。

私がきょう、皆さんにお話ししたいのは、地域包括ケアの基盤としての住まいということです。地域包括ケアは去年の4月から本格的にスタートしたわけです。これは何かというと、要は自分のよく知っている日常生活圏域、例えば中学校区のような自分の身近な地域で、どこに住んでいても、その圏域の中で24時間365日安心して住める、そういう環境を町ぐるみで整えようという試みだと理解しております。

その考え方の中では、施設に対しては、「脱・施設」が重要です。日本人はこの意識がすごく低いと思います。「施設に入れていただければ安心」ということで、施設をものすごく上位に位置づけています。施設をどう位置づけるかによって、全然話が違ってくると思いますが、何となく日本人のメンタリティーとしては、特に男性に多いような気がしますが、とにかく施設があればよいという意識が強いように思います。

それに対して、地域包括ケアシステムというのは「脱・施設」です。それともう一つは「互助」と書きましたが、公助、自助、共助と言われている中に、それ以外に見えない社会関係資本を私たちの貴重な力として使っていこうというコンセプトがあるのではと

思っています。

それに対して、私はずっと住宅のことをやってきましたが、ちょっとびっくりしたのですが、地域包括ケアの一番最初に、「適正な住まいが確保されることを前提として」と書いてあります。介護・医療が連携して地域包括ケアシステムをやっていきますとして、では、その前提を一体誰が整備してくれるのか。いきなりこちら側にボールが来たような気がして、実は困っているというか、ここが肝心ではないかと思っています。

地域包括ケアシステムというのは、仮に高齢化率が25%だとすると、1中学校区2万人の人口に対して500人の要介護者を看ることができれば、一応ゴールです。仮に高齢化率が30%になれば、600人の要介護高齢者をこの地域で看ればいい。これは実は中学生の数と同じです。ですから、私たちのゴールというのは、問題を上から見るのではなくて、下から考えたときに、日常生活圏域の中で中学生の面倒を見てきたように、高齢者の最後の看取りまでができるような環境を整えればよいのだというふうに理解しています。

そういう中で、どうやっていくのかというと、先ほど脱・施設という位置づけが弱いのではないかと申し上げましたが、20世紀型のやり方というのは、全部一つの建物の中に、多少言い方は悪いかもしれませんが、囲い込んでしまうという形でケアを集積させて、その建物の中でエイジング・イン・ビルディング、ケア・イン・ビルディングというやり方をとっていたと思います。これは施設ビジネスでも貧困ビジネスでも、あるいは高級な有料老人ホームでも、実は同じです。

一方、21世紀型の地域ケアというのは、建物の中に全部集められていたものを適正な町の範囲に分散配置して、いろんな住む場所はあるけれども、その住む場所の中で、必要に応じて、生活支援から始まって介護・医療というものが適切にネットワークされれば、私たちの目指すところのエイジング・イン・プレイス、ケア・イン・コミュニティというのが成立するのではないかと思っています。

ところが、大問題は何かというと、介護と医療というのは、ある程度保険の仕組みもありますし、整ってきていますが、実はそれを起動する以前の、ごく何でもなし生活支援の部分が手つかずのままです。ご飯を食べるとか、どこかに出かけるとか、ちょっと具合が悪いのではないかという、そういう気づきの部分の生活支援を一体誰がどこで何をやるのかが見えていないということです。もう一つは、一番底のところ、ナショナルミニマムというか、東京ミニマムというか、生活の質をどこで保障するのかというのが、なかなかはっきりしていない。これらのことが、この21世紀型へのシフトというのをまだ具体的

なものにしていないのだと思っています。

そういう意味で言うと、地域包括ケアシステムというのは、私は、ある種、都市経営的なビジネスとして考えるべきで、私の直前でお話しになった武蔵野市さんは、さすがにこれまでの伝統と笹井さんを初めとしてすごい熱意を持った方々が、都市経営的な感覚で取り組もうとされておられると思いました。

では、どうするかというと、実は高齢期の住まいというと、皆さん、サ付住と言っていますが、今、サービス付き高齢者向け住宅が火がついたようになっていますが、私の偏見と独断で言うと、ある意味、玉石混淆、粗製濫造的なところがあり、本当にサ付住がどういう場所なのか定かではないと思っています。

ところで、自分自身もかなり中年も終わりのほうになってきて最近思うのは、一体どこでどういうふうに見取られるのか、あるいは見取るのかという最期がはっきりしていないことが、実はその前をすごく不安な状態にしているのではないかということです。

そういう意味で、これからの鍵というのは、最期のゴールをはっきりさせることが、空間的にも、あるいは支える仕組みとしても重要ではないかと思います。その視点で、いろいろな事例を見てみました。私が見るところ、これは「ケアタウン小平」ですが、1階にホスピスケア・クリニック、それから訪問看護ステーション、訪問介護ステーション、デイもあって、子どものキッズクラブもあって、フットサルができるような中庭があって、本当に地域の真ん中に立地し、2階と3階がごく普通の賃貸住宅という構成です。ごく普通かどうかは別にして、別に高齢者向けと限定されない賃貸住宅があると。

これも一つの建物に違いないのですが、実はこの建物は、みんなを集めるところではなくて、この建物からみんなが地域にいろいろ出かけて行くための拠点です。また、地域の人は必要に応じてこの建物に集まってくるという、一種の地域を動かす一つのエンジンのような役割を担っていると思います。1階にはクリニックや訪問看護ステーション、訪問介護ステーションがあって、2階、3階には住宅があって、これは食堂ですが1階の働いている人にとっては従業員食堂のようなものですし、2階、3階の人にとっては自分のキッチンで食事ができないときには、ここに降りてきて食べればよいという、そういうスペースです。

これが成り立っているのは、この土地と建物を提供なさっている方が存在するからということですが、全てボランティアではなくて、この方が提供したところで、1階がそれぞれの事業所がテナント的に入っていて、2階、3階は賃貸住宅として成立している。先ほ

どの食堂もそういう専門事業として運営されていて、ケアタウンというのは、さっきも申し上げたように、ここが中心になって、外に出かけて行って支援を行い、最期を自宅で迎えることができ、もう一つの別の選択肢として、ここに来れば最期の安心という、そういう仕組みができています。これからの都市部ではこうした取組が必要だと思っています。

これに類するものはなかなかありませんが、昨年、品川区の事例をいろいろ追いかけてみました。これは八潮団地の中にある中学校が特別養護老人ホームになったものですが、学校が特別養護老人ホームになるというのは、意外に空間としてはすごくいいなと思います。自分の通ったところ、あるいは孫が通っていたところが終の居場所になるということと、周りの空間の空き方が全然違います。

これは「ヘルスケアタウンにしおおい」で、結構歴史のある小学校ですが、この小学校を出た方が最期はここに入居されて卒業なさるというストーリーです。やはり自分の身近にあった空間で最期のときを迎えるというようなことができると、私たちの町の中で老いるということが、すごく現実になっていくのではないかと思います。

先ほどもお話が出ていましたが、宮崎をホスピスにという「かあさんの家」は、看取りの家としての一つの方向性を示しています。ごく普通の家で、いろいろな人とかかわりながら最期のときを迎えるという、そういうことが東京でも実現できるはずだと思います。

東京の場合、先ほどもおっしゃっていましたが、実は立派な家ほど空き家になりやすいんです。家族の数がすごく小さくなっていますし、立派な家ほど、売るにしても、貸すにしても、値段や家賃が高くなって、現在の家族の規模からいうと、そういう大きな家が必要な人がいないわけです。世田谷のこの事例では、民間の戸建て住宅を利用して、24時間の介護付のグループホームをされています。こうした事例は、現行の制度上の取扱いがまだはっきりしていないのですが、むしろこの中で、良いものをきちっと位置づけて奨励していくというぐらいの一種の積極性が必要ではないかと思っています。

なぜそういうことを申し上げるかという、これが東京の空き家率ですが、意外かもしれませんが、都心の真ん中のほうから空き家がどんどん増えていきます。なぜかという、開発された時期が古いところのほうから空き家が増えていくからです。中央、千代田が一番多くて、どんどんそれが中央線の沿線に拡大して行って、東京で見ると、西側のところはまだ実はそれほど空き家が目立っていませんが、武蔵野あたりぐらいまではだんだん増えてきているということです。その空き家率は、千代田区23.9%、中央区23.8%、とんでもない数字ですが、東京の空き家数ですけれども、5年間ごとに5万戸ずつ増えて

います。特に今は都区部のほうの空き家が多いのです。

空き家というと、賃貸住宅のほうが数は確かに多く、日本の賃貸住宅としてつくられたものは、それほど質は高いとは言えません。しかし、最初に持ち家としてつくられた住宅は、非常に質が高く、何十年もそこに住まれた方が手をかけていらっしゃるのでメンテナンスもされている。そういうものの活用可能性を考えてみる必要があるだろうと思っています。

これは区別に見た持ち家系と賃貸系のマンションの空き家率ですが、本当かなと思うんですが、千代田区の賃貸マンションの36%は空き家だそうです。中央区になると、持ち家系、分譲系のマンションの3分の1、33%が空き家。実は都心のど真ん中でこんなに空き家が存在しているということです。

次は、NPOふるさとの会の事例です。このNPOは、最初は墨田区や台東区が拠点でしたが、生活保護の高齢の方がたくさんいるのに対応するため、一昨年ぐらいから新宿区の大久保にフィールドを拡大しています。生活保護対象者あるいは所得の低い人を対象に、高齢者の支援と若年者の就労支援をあわせてできないかということで、私も学生たちとかかわらせていただいています。

何をここで言いたいかというと、生活保護費は、東京都の70歳以上だと月額13万円で、そのうちの住宅扶助費が5万3,700円です。そうすると、たった一人で13万円だと、家賃以外は生活費に必要で、例えば生活のサポートをしてほしいと思っても、その人の生活保護費の中からそうした費用を捻出することは難しいわけです。

ですから、ここを支援しているNPOは、6畳分の広さを本来ならその方に使っていたきたいところを、やむなく半分の3畳にして対応しています。私が思いますに、例えば、月額13万円の人たちが3人グループ居住をすると、3人家族で月収39万円になります。そうしますと、3人家族が3DK60平米を借りると、家賃が10万円ということですから、生活費は御飯を一緒に食べると考えれば3人で20万円だとすると9万円が残る。一人ずつばらばらにアパートに住む形ではなくて、共同居住、共暮らしの形をとると、この部分から生活支援の費用が何とか捻出されるのではないかと。そういう住み方をする方たちが、自転車で10分ぐらいの範囲の半径2、3キロに住んでおれば、要は施設の部屋がその1軒ずつの家が変わって、廊下を走る代わりに通りを自転車で走るというモデルが考えられないかという構想を持ったわけです。

実は、そういうふうにして考えていくと、昨今、生活保護費の問題が非常に大きくクロ

ーズアップされていますが、ちょっと古い数字ですが、東京都の月当たりの扶助総額が2010年11月の実績で407億円、そのうちの住宅扶助費が約5分の1の83億円ということです。実はこれだけのお金が地域に出ているわけです。これが地域の中でどういふふうに使われているかがすごく問題だと思います。東京都全体で一月83億円の家賃支出とは、家主の家賃収入にもなっているわけです。ですから、それを一人ずつがセパレートされた木賃住宅に住むことを前提にするのか、特に体の弱られた方々や何らかのサポートを必要とする人であれば、共同居住、共暮らしの可能性を追求していけば、同じ金額の範囲内でそこで生活支援を受けることができたり、若年で就労をどうしようかという方たちの雇用の場を広げられるかもしれない。とらぬ狸の何とかですが、生活保護費の投下がある種、地域での経済循環を生んで、雇用も創出するというモデルが考えられないかと思ったわけです。

実際に、大久保コレクティブ・タウン化計画ということで、今、見ていただいているのは、そのNPOが拠点として最初に用意したものです。ケアハウスというのは、猪瀬知事が副知事のときに構想された都型ケアハウスが都市型ケアハウスになったもので、これは大久保一丁目のイケメン通りという韓流のまっただ中にあります。それから、精神障害の方のグループホームや新宿サポートセンターを、いずれも空いているビルや空き家を活用して拠点をつくられたわけです。

ここにも相当空き家や使われていない家々があるはずなので、先ほど申し上げたような構想に乗っかり、このNPOは互助ハウスと呼んでいます。共暮らしの最期の看取りまでができるところや、もうちょっと自立した方にはアパートみたいなところを活用して、施設ではなくて、この町全体でコレクティブ・タウン、先ほどの垂直に集めたものを町全体にばらまくようなことをイメージできないかというふうに考えました。

これが先ほど申し上げた都市型ケアハウスで、「ルミエールふるさと」という名前です。1部屋の最低基準が4畳半で、実は私はちょっとどうかと思ったのですが、立地がすばらしい。場所が非常ににぎやかなところなので、部屋が狭くても、町と連続した暮らしがある。こういうケアハウスも実はありかなと、今はかなり肯定的に考えています。やはり、町の真ん中にあるというのは、すごくいいことだなと思います。

都市型ケアハウスの定義だけを見ると、4畳半の部屋がずっと並んで、そこにリビングと食堂と台所があって、これにケアハウスと同じような人員配置で職員を配置して、いろいろ初期投資に補助をつけますというようなことです。一つの事例を通して思ったことは、

やはり、この建物だけを考えていてはだめで、建物の場所が町の中にあるということであれば、これでもいいのかもしれないし、もっと言うと、わざわざ新築のものをこういうふうにつくるということだけではなくて、先ほど来申し上げている既存の建物を活用した互助ハウスのようなものがあるのもいいと思います。

これが新宿区の空き家率ですが、新宿区全体で12.6%、賃貸用住宅に限って見ると15%、6軒に1軒は空いているということです。実はそういう賃貸住宅の資産を持っている方というのは、私はすごくハッピーなのかと思っていたのですが、実はそういう住宅のオーナーも例外なく高齢化されていて、自分の持っている資産をどういうふうを活用しているかわからない、あるいは手を入れるパワーも残っていない、相続の問題などいろんなことが絡んできていて、実はこういうアパートやビルを持っている人たちも盤石ではないというか、いろいろ悩みを抱えていらっしゃるということが、だんだんわかってまいりました。

去年の夏、学生たちが、ここのNPOのスタッフの方と一緒に全戸を回って、大久保一丁目、二丁目にどのぐらい空き家があるのか調べてみました。そうしましたところ、大久保一丁目で562棟、大久保二丁目で1,046棟の建物がありましたが、戸建て住宅の空き家は全体で15軒でした。アパートに限って見ると、空き室が1室以上あるアパートは65棟ありまして、先ほどお見せした新宿区全体の賃貸住宅の空き家率と大体同じぐらいの14%の建物が空き家という状態でした。

これが新宿の大久保一丁目、二丁目の空き家をプロットしたのですが、濃い青色が戸建ての空き家です。それから赤いのが共同住宅で空き室があるもの。それから、意外にビルがいっぱい空いています。使われていないというか、借り主のいないものがある。

それともう一つは、この中にどういう医療施設があるのか、どういう福祉介護施設があるのか、買い物の面でスーパーマーケットがあるのか、バス停があるのか。それから、意外に公園があります。それを全部プロットしてみました。その結果、施設では一つの垂直の建物の中に詰め込まなければいけないものが、歩いていける範囲、徒歩5分ぐらいの間にそろっている。町の中で暮らしていて、施設の中にある機能が今お示ししている円の中に入っていれば、町暮らしのそういう生活の仕方というのがあり得るというのが見えてきました。

遊休化している建物にどんなものがあったかという、意外に全く使われていない戸建ての空き家、貸さないで空き室にしたままのアパートなどがあります。これは多分、家主が

どうしていいのかわからない状態ではないでしょうか。「立ち尽くす古家」と書きましたが、家を残したまま、何にもされていません。一部登記簿をとってみましたが、権利関係が相続などですごく複雑になっていて、例えば、何回かの相続の中でおじさんと姪御さんの名義になっている。どちらも東京在住ではなく、放置されている住宅資源がありました。例えば、こういうものを誰かがサポートして、きちっと建て替えをすれば、家主にとってみれば、休んでいた、遊んでいたものが生き返るわけです。東京のど真ん中にこうしたものが散見されました。

さらに、幾つか建築的に改修設計案を作ってみました。これは商店街に面しているビルの2階、元クリニックで、空き家になっているところです。そこを互助ハウスということで、共同居住の可能性として、1部屋6畳以上ということで図面を引いてみました。例えばここだと、5人の人たちが共同居住することが、設計的には成立可能です。

それよりもすぐにでもできそうなのが、実は二世帯住宅で空いているところです。ここもスタッフの方が一緒に住むというようなことを想定すれば、7人プラススタッフの方がすぐにでも住めるような二世帯住宅が空いているわけです。さすがに新宿区の久保なので、家賃は高いかもしれませんが、8人家族で住むと考えれば、それぞれの個人としての家賃負担は、それほどではないということも考えられます。

これは空きビルだったところです。まちなかのリビング的な空間として使えるのではないかと考え、こういう雰囲気にしたらどうでしょうかと、段ボールによる1分の1の家具模型とインテリアをつくって、学生たちと提案しました。利用されるような方に来ていただいて意見や注文を出してもらいました。このNPOは、それを受けて本設を行いました。今では、町のリビング、あるいは相談所みたいな形で、すごく活発に使われています。

何が言えるかという、生活困窮者の住まいは、高齢者の数が多いからといって、1か所にぎゅう詰めにしようにしがちです。ところが、そのすぐ近くに空いている遊休建物がたくさんあるというのが、今の東京の現状です。ですから、そういう質の高い既存の遊休建物を活用するということと、もう一つはそこに適正なソフトを届けることによって、いろんな可能性が生まれてくるということです。不動産を所有している人が全員ハッピーなわけではなくて、資産を遊ばせているわけです。そういうものをしかるべきところが借り上げるなり、リノベーションという使えるような提案をして、本当にそこに住みたい方に回していく。そうした新しいエンジンをつくるということも、これからは重要ではないか

と思っています。

それを行う事業体ですが、現状では全部横文字の概念しかありません。アメリカではコミュニティ・ディベロッパー・コーポレーション、CDCと言います。これは高橋先生と相談して、余りにもそれだと日本では何かわからないというので、今、名称としては、「地域善隣事業体」という名称を考えています。ハード、ソフトないまぜにして、地域で孤立した生活困窮者や高齢者の方々を、行政が相談窓口になったり、例えば、そこで「まちカフェふるさと」というのが、サロンというか町の居場所のようなところで、そこ来ると、日常的な居場所でもあるし、いろんな相談で地域の中にある遊休的な建物を活用した居場所で、住むところがあると同時に、食事や見守りなど、さまざまな支援が届けられて、町の人も一体になって地域善隣事業体という形でプロモーションできないかというようなことを、今、イメージしています。

とは言いながら、最後に、先ほど来出していたことですが、既存の建物を使おうと思うと、建築的なバリアがたくさんあります。きょう、都市整備局の方も来ていただいているようですが、実は延べ床面積が100平米を超える建築物の用途変更をする場合には、建築確認をもう一度出し直さなくてははいけないんです。建築確認が新しく適用されると、全て今の新しい基準に合致しなくてははいけないので、ものすごくハードルが高くなる、それから、家族で住むと住宅なのに、非血縁の人が一緒に住むと寄宿舍や共同住宅の扱いになる場合もあって、さらに社会福祉施設の扱いになるとスプリンクラーをつけなさいなど、さまざまな難しい問題があります。

建築サイドの人間も、その問題は認識してきていますが、なかなかよい突破口がありません。今、豊島区で居住支援協議会の会長をされている千葉大の小林秀樹先生は、東京都の住宅政策審議会の部会長でもありますが、NPOなどが空き家活用をする場合に、一つずつのプロジェクトをとりあえずはモデル事業にして、間違いがないかどうかをきちっと検証すればオーケーではないか、あるいはもっと大胆に、建築基準法による住宅と施設の間用途を創設したらどうかと提案されています。これは東京都だけの問題ではなくて、国交省の中で議論しなくてははいけない問題とか、それから、何とか既存活用ができるかと思うと、いろんな事故や火事が起きて、やはりそれではだめということになるので、私はお金のかからない簡易スプリンクラーや防火設備などの開発をして、正攻法で突破できないかと思ったりしています。

最後に、これは先ほど小規模多機能について、秋山さんからご指摘があったところでは

が、実は東京都は、全国で一番厳しい東京都バリアフリー条例を持っています。どうしてかという、現行のバリアフリー法のもと、ハートビル法と言っていた1994年制定の法律で、当初は努力義務にとどまっていた。それが2003年に一部義務化されたときに、国全体では義務化するものは延べ床面積が2,000平米以上のものしか対象にしませんでした。ただし、2003年の改正のときに地方公共団体の考えで特段にそれを超えて厳しい基準をつくりたい場合はつくってよろしいという地方分権化の流れの中で、地方公共団体の裁量を認めるということが行われました。

東京都の場合、私が理解しております限りでは、もう一つ、実は建築基準法とは別の流れで、自治法に基づく東京都福祉のまちづくり条例が既にありました。この条例は、特に障害を持っていらっしゃる方の権利擁護的な意味合いで、ずっと動いてきた経緯があってかなり厳しい基準を設けていました。ただし、実際の建築行為を規制するという法的な拘束力は持ち合わせていない基準でした。それが、2003年にバリアフリー法の義務化のときに、東京都の福祉のまちづくり条例という自治法上の条例と、それから、ハートビル法からバリアフリー法になった、建築的なほうのバリアフリー条例を一体にするという作業が行われました。それ以前から建築基準法に基づく条例として存在した建築安全条例の内容もこれに取り込まれました。そのときに、「老人ホーム等」というものについては、国全体は2,000平米以上で規制するところを、東京都の場合は福祉のまちづくり条例はそもそも建築を規制するような拘束力がなかったので、すごく厳しく設定していた対象物の面積基準を、そのまま建築のほうに移してしまったという経緯があります。ですから、老人ホームに該当するという小規模多機能も、規模要件の緩和がなくて、ゼロ平米以上のものは全て、その厳しい基準が適用されるという状況になっているんだと思います。

それがどういうことかという、今、よくも悪くも建築の世界はコンプライアンスというのが最上位です。法文上の規定を満たすことが第一義であって、その数値基準等を満たしていれば許認可権を持つところは、ある意味、変な言い方ですが、責任は持たなくていいということなんです。その部分に実はものすごい不作為が働いていて、東京都バリアフリー条例ができたのは2003年なので、小規模多機能や先ほどのお泊まりデイみたいなものの概念は当時は存在していなかったんです。時代状況もすごく違ってきているということで、これは東京都の中でも議論できるところなので、そういう問題は確かにあるということを指摘して、終わりたいと思います。

○高橋分科会長 ありがとうございます。非常に多岐にわたる、しかし、論点を非常に明

確にさせていただいた議論だったと思います。

少し注釈を加えさせていただくと、「地域善隣事業体」の話は、金沢で始まりました善隣館という活動があって、これは言ってみれば、民生委員が始められた地域のさまざまなサポート、その当時は義務的な事業はありませんでしたから、まさにボランティアに地域単位でさまざまなサポート、これが今、金沢では町会単位で社会福祉協議会があって、そこが児童館や社会福祉施設を運営していて、これが地域包括の単位になるというような変身をしています。

それから、「社会福祉」というのはGHQの与えた概念であって、実は日本には伝統的に「社会事業」という概念がありました。これは医療と福祉と就労と住まいが一体的に提供される、典型的には、同潤会社会事業部がさまざまな不良住宅改良をやったときに、店舗付住宅と授産所と病院と保育所を一体的に整備して、その中心に善隣館というのを置いて、これがまさに今風にいうと地域福祉センターですが、そういう伝統があります。最近、CCRCという横文字が最近出てきたり、CDCと言ってみたり、TTPと言ってみたり、何のことだかわからない。だったら日本語に戻そう、GHQの与えたアルファベットはやめようと、今の政権の思想を全く違う角度から突こうと思って、社会事業という概念をもう一回復活させたいという話も含めて、今まで福祉・医療全部ばらばらにされてきたわけで、住宅は都市整備局、就労は産業労働局というふうにばらばらになったものを、実はもう一度インテグレートしないと、にっちもさっちもいかない時代になっています。そういう意味で、先ほど話された都市経営的な視点というのは、まさにそういう視点だったかと思えます。

ちょっと要らぬ注釈を加えさせていただきましたが、そういう視点で、もう一度社会福祉の再定義をぜひ東京という場でやりたいというのが、この分科会の大きな考え方ではないかと思ひながら、お三方の話を伺わせていただきまして、これからの議論の皮切りにさせていただきますと思った次第でございます。

どうぞ、園田先生のプレゼンテーションについてご質問、ご意見を。事務局、陪席している皆さんも含めまして、何かあればご質問していただいて結構でございますので。

どうぞ、山本委員。

○山本臨時委員 笹井委員と園田委員のご発表がちょうどつながっていて、非常に興味深くお二人の発表を聞かせていただきました。最後、笹井委員のほうで、武蔵野市でおやりになられている住まいの選択の多様性で、高齢者住宅を子育て世代に貸し出す「住み替え

支援事業」という事業がございまして、これは今、2世帯ぐらいということでした。最後、園田委員のほうでお話しになられた地域善隣事業体は、いろんな事業体も含めたコーディネーションということでしたが、今、行政のほうでコーディネートをされているのかなという感じがしました。

武蔵野市の事業では、先ほどお話もありましたように、相続の問題など、住替えにはいろんな課題があるかと思います。一方では空き家がどんどん増えているという状況の中で、非常に興味深いと思いましたので、今、どういうコーディネーションを行っていて、どういう課題があるのか、あと、園田委員のほうで事業体のプレゼンがありましたが、行政がその場合にはどういう調整をとったらいいか、教えていただきたいと思います。

○笹井臨時委員 武蔵野市の住まいについては、いろいろ変遷がございまして、リバースモーゲージを昭和56年当時からやりまして、資産をどう評価するかということが非常に大きな問題で、リーマンショック以降、特にそうです。資産価値を評価して、一戸建ての場合は土地評価額の80%以内、マンションの場合は50%以内のところ福祉資金、生活資金等を貸し付けるという条例、原則になっているのですが、リーマンショック以降、大きく資産価値が下がっていくということで、税金をある程度投入している関係で、負債が市にかかってくるという問題があります。リバースモーゲージに代わる、先ほど、園田先生もおっしゃった、空き家ではないけれども、大きな住居を持っていらっしゃる方のリバース活用ができないかということで、これは国土交通省のたしか外郭で、J T I（注：移住・住みかえ支援機構）とか。

○園田委員 私は、J T I の理事を務めています。

○笹井臨時委員 理事ですよ。全国的にそういう仕組みをやっている機関があるんです。行政が直接、不動産の仲介やマッチングをやることはできませんので、J T I と連携しながら、開発公社という市の外郭団体に「住み替え支援事業」をやらせています。これも幾つか課題がございまして、昭和56年以前の建物かどうかという問題が一つございます。昭和56年以前の建物の場合については、耐震化の問題で貸せませんので、ご自身で耐震化や水回りの整備をした上でお貸しいただくというようなコーディネートと資産価値としての担保が課題です。

しかし、高齢者からすると、年金以外に家賃収入が定期的に入ってくるということもあって、第二の年金という収入になるわけです。そういう意味ではそれこそ園田先生にお聞きいただいたほうが良いと思いますが、私どもとしては、それぞれメリット・デメリット

があって、模索をしているというのが現状でございます。

○園田委員 今の流れで言うと、移住・住みかえ支援機構は、50歳以上の方の家を借り上げて子育ての方に転貸します。1回借り上げを始めると、その方が返してくださいというまでずっと借り上げるので、「空き家が年金になります」というようなキャッチフレーズで、全国で展開しています。運営に携わっているのは、複数の大学の教員を中心としたメンバーですが、JTIの本部はいわばエンジンの役割です。シニアの家を借り上げて若年ファミリーに転貸する機能に特化していて、実際の現場では地元の行政の方々や地元の不動産仲介の方が動いていらっしゃる、そこがきちっと回るように、エンジンの部分を提供するというをやっています。

私にいただいたご質問のところで、行政の役割ということですが、東京のように日本全体の10分の1が集まっていて、福祉事務所の現場でお聞きすると、ケースワーカー一人で100ケース以上を担当しておられる。そういうようなことを考えると、本来行政が税を使ってやるべきことかというと、ある意味、行政はマネージャー的な、政策立案とそれがきちっとマネジメントできるようなところに集中していただく。現場のところでは、さまざまNPOや地域の民生委員などのいろいろなリソースが、適材適所できちっと有効に働ける場所をつくったり、あるいは現場の声を吸い上げたりというのが行政の役割だと思うんです。

もう一つ現場のことで言うと、いろんなプレーヤーがいて、それぞれに利害関係があると思いますので、そういう意味でいうと、抽象的な答えですが、間違いがない人に役割をきちっと果たしてもらおうという目利きの役割と、トラブルが起きたときに、まあまあまあと大事が小事で済むようにコーディネートしていく、それが行政の役割ではないかと思っています。

○高橋分科会長 いかがでございましょうか。どうぞ、秋山さん。

○秋山臨時委員 2003年につくられた東京都バリアフリー条例、それ以降、小規模多機能という概念が2006年以降ですよね。そこをどういうふうに取り込んでいくかで、結局、地域包括ケアの中では、小規模多機能型を地域の中の資源をできるだけ使いながら老いていくところを支えるのに当たって、都心では本当に、やってみようと手を挙げられないですよね。その辺、どういうふうを考えていったらいいんでしょう。

○園田委員 私ごときが答えられないかもしれませんが、2003年にバリアフリー条例ができて、事実関係を言うと、その後の2006年に介護保険上で小規模多機能などいろ

いろな地域密着型のメニューができました。しかし、これらの機能を担う施設を、どう建物分類していいのかわからないので、高橋先生も調べられましたが、建築の許認可を扱う人たちの横の連絡組織で、小規模多機能の分類は、「老人ホーム」と建築基準法上書いてあるところに入れるというふうに、一応、申し交わしがあつたそうです。したがって、何も考えないと、建築基準法上は老人ホームの扱いになります。東京都の場合には、老人ホームはゼロ平米以上は全てバリアフリー条例の適用対象なので、小規模多機能も非常に厳しい基準になっています。今、建築確認というのは、役所の窓口以外に、民間の建築確認機関でも行われていますので、コンプライアンスの嵐の中で、自分たちの裁量でそれを何とかしようというのは、現場に行けば行くほど難しく、厳しいという問題があると思います。

先ほどの私のスライドにあつたように、かなり川上から議論をし直さないと、この問題はなかなか簡単に片づかないと思っています。現場のすぐ困る問題で、例えば認知症のグループホームもエレベーターでかなり大きなものをつけなさいというのは、いろいろところで、「そんなのはおかしいんじゃないか」とか、それから、あと、駐車場の付置義務に関する規定が別途にあつて、高齢者住宅に一定の率の駐車場をつけなさい（注：東京都集合住宅駐車施設附置要綱に対象建築物の規模等の規定あり）とか、結構おかしいことはいっぱいあります。しかし、おかしいという大変になるので、それがさっき申し上げた不作為ともいえるわけですが、現状では結構大問題が背景にあります。

○高橋分科会長 建築基準法とバリアフリー条例、それぞれ非常に複雑怪奇な法律、それから建築確認については、やっぱり民間がやるようになったということが決定的だと思っています。というのは、交通違反の取締まりと同じで、違反の取締まりが民間委託されたら、自由裁量を認めたらとんでもないことが起こるといのがあつて、非常に厳格な運用を求めるのがはね返って、23区の現場の当局が、情状斟酌ということが非常にやりにくくなっていると思います。本来は地方分権なんだから、それぞれの自治体、東京都は一応、それぞれ市区町村の窓口での判断に委ねると言っていますが、行政としては、そこまで踏み切るだけの見識、要するに基本的な知識がないままやるわけだから。

実は小規模多機能と複合型のグループホーム等は、「老人ホーム等」には入らない。というのは、どうしてかという、厚労省の老健局では、所管は老人ホームという概念は実はないんです。老人福祉上及び介護保険上の老人福祉施設の定義しかなくて、「等」はないわけで、そうすると、それは所管でいえば、高齢者支援課の所管が一方であり、小規模

多機能は振興課の所管でありますから、制度的には違うという認識は老健局であるんですが、それを一般名称でくくることによって、妙なことが起こった。

何でこのことをきょう問題にせざるを得ないかという、これからの高齢者の急増に対してどう対処するか。既に例のワーキングチームでは、要介護4・5の人を特養に入所させると3兆円以上かかると積算して、事実上、特養で対応することは諦めたというよりは、特養で対応することが適切なのか。というのは、きょうの園田先生や山本さんのように、やっぱりコミュニティケアでいこうというコンセンサスがあるわけですから、都市の中にどういう形でサポートの体制を、これは精神ケアの領域と全く同じですが、さらにいえば、先ほどご指摘いただいたような似たもの集め型ではなくて、僕らは長屋と言っていますが、多様な人たちが共同生活することによって、互助がむしろ醸成されていくような社会基幹系資本ができていくような誘導をこれから大都市の中で政策的にやらないと、多分もたないだろうと。

結局、地方に特養をつくるというのは、捨てる話ですよ。これは東京都が大失敗した知的障害者の都外施設と同じことをこれからもやるんですかという、私は今でも忘れられないんです。三浦先生が座長で、地域福祉のあり方の議論をしたときに、正村公宏先生から厳しく指摘されたんです。要するに、それとこれは別で、地域包括ケアを東京都で実施するなんていう、おめでたい報告書は僕は書けないと思うんです。

そういうことを含めて、地域で生活を継続していく条件をどうつくっていくかということを含めて、それを阻害している要因は、行政の論理と制度の論理がありますので、難しいことは承知の上で、不作為は行政の最大の、僕はやらないということが最大の悪だと思っているので、ぜひそういうことを含めて、この審議会でご議論いただきながら、やっぱり住みなれたというか、自分が働き、そこで生活を営んできたところで老いていくという仕組みをメジャーにしていかないと、何のためにオリンピックを呼ぶんですかと言いたくなるような、そういう話なんです。

矜持と誇りというか、そういうものを要介護になっても持てるような、これは重度障害者になってもというふうに言い換えますと、いろんなことを含めて、そういうポリシーでこの分科会をぜひ成案を得るような議論をしていきたいと思っています。やや言い過ぎになる議論かもしれませんが、そういうことを、先ほどの議論を聞くにつけ、強く思っていました。

○栃本委員 在宅療養支援に関する情報提供、情報共有の実態把握と地域包括的な情報シ

システムのあり方についてご報告しようと思っておりましたが、一つはかなり専門的というか、ただ、きょうお話しになった部分の数字としてのデータの裏づけということで、モデルとか、こうあるべきだという議論はあるんですが、具体的な連携や、そういうのが実際行われるかという、きょう、ご発表されたところはかなりしっかりしているところが、東京全体で見たら、必ずしもそうではないという実態があります。

3人の先生方のお話、大変勉強になりました。後日お話ししますが、私が言いたかったのは、一つは、立川の場合、これは武蔵野市の場合もそうですが、名称は地域包括支援センターとなっていますが、もうそろそろ地域包括支援センターにいろんなものを押しつけるのは無理です。したがって、地域包括支援センターといっても、もう分解して、ある部分は自治体行政でやらなくてはいけない部分との区分けが出てくると思います。

そういうことから、立川の場合、いわゆる行政が引き受けなくてはいけない部分と民間がやる部分、その区分けというか、仕分けというか、そのことをかなり明瞭にしておかないと、これからの議論はできないというのが1点です。

武蔵野市は、明確に方針を出していますよね。表現上は地域包括支援センターと言っていますが、その装いを全部取り除いて裸の姿にしたら、明瞭になると思うんです。

そういう意味で今回議論するのであれば、その部分についても、市町村が引き受ける部分とそうでない部分を、先ほどの保証人制度の関係や後見の関係、あと虐待関係もありますので、それは本来どっちがやるべきなのかって、必ず出てくると思うというのが1点。

それと先ほど、武蔵野市のほうで、立川でもそうなんですが、小規模多機能であるとか、そういうものをつくる際に、園田先生のお話でもありましたが、さまざまなバリアというか、条件があってできないということがありました。あと、小規模多機能については、いわゆるデイの部分との競合関係と、それともう一つは泊まりの部分、泊まりの部分はかなり重要ですが、それがなかなかできないということがありました。

それで、第1回目のときに議論がありましたが、2025年の戦略で示された数字は極めて重要で、急性期のベッド数であるとか、それらも含めて、かなり包括的に全部示していますよね。あと、介護部分についても、居住系サービスと施設系サービスと、いわゆる在宅系サービスというものの数字を見てみると、第5期の介護保険事業計画と全く様子の異なるような形になっているんです。デイサービスの数もある意味では縮小していますよね。だから、がらっと変わっちゃうということになるんですが、そのためにはかなり今の環境というか、建築関係であるとか、その他もろもろで制約があり過ぎるということです。

だから、これの制約を変えないと実現しないということでもあると思いました。

それと同時に、これから議論を進める上で、2025年の戦略は医療関係のものをかなりきちっと考えた上でできているので、あの中で高齢者も病院では死ねないというか、病院じゃないところで亡くなるという形にもう転換されていますので、そこで示された数字をもとに、それから戻す形で東京都の全体的なイメージをつくるということが重要だと思います。

そういう意味で、2025年のデータというものをよく差し引き勘定すると、およそホームヘルプサービスはこのぐらいになるとか、全て明瞭にわかりますから、そういうものも今後議論の中で展開していったらいいなと思いました。

○高橋分科会長 例の一体改革で出されている2025年の整備水準の話ですよ。それを東京都で大体1割で計算すれば、だいたいの数字が出てくると、それとミスマッチがどうなっているか。というのは、私は痛感しているんですが、病院などの施設の整備量は、統計が比較的とりやすいので出てくるんですが、居宅サービスや在宅医療、それこそ訪看、これは介護保険の先ほど紹介された給付費などを使えばできますが、それがほとんど使えないんです。そうすると、施設を見て高齢人口とどうだこうだと大騒ぎをする。

この間もそういう議論があって、居宅サービスや、そういうものをきちんとカウントに入れて議論しないといけません。それが全部落とされて、施設が足りない、病院も足りない、もちろんそういう話になってしまうので、注意してこれから議論をしなければいけないと思っています。東京都として2025年にどういう姿になるかというのを、今度、障害のほうは本当はきちんとやりたいんですが、目下、腐心中みたいなところがあって、また自立支援法が変わりましたので、ここは社会福祉審議会ですから、一応成人ケア全体を取扱い、地域のあり方というか、いわゆる地域福祉という概念も、森本さんがよくおっしゃるように、非常に実は幅の広い概念だという。

そうすると、先ほどご指摘いただいたように、住まいと保健・医療とのインターフェイスを確実に織り込んで議論をしないと。実は僕は集合住宅というのはものすごく可能性があると思っています。多分、秋山さんが実践なさった戸山でも、暮らしの保健室のような結節点になるような物が見えると、むしろ、集中的に住んでいることのメリットが出てくる。そういうものがないと、今度は完全に孤立化するという、そういうことを含めた都市固有の住まい方を前提に、今度は50階建てのマンションに暮らしの保健室をつくらなければいけない時代が絶対来るんですよ。1割の人が認知症になった途端に、50階

建てのマンションで大混乱が起きるに違いないので、そろそろそういうことに。あんなに容積率を緩和した首相の責任はものすごく大きい、日本の都市計画をめちゃくちゃにしたと思っています。

現実がそういうふうになると、今、たしかマンションのごみ屋敷問題というか、要するに、今まで社会的な行政のサービスをご利用なさらなかった方たちがお一人になって、軽い認知症になったときに、すごく大きな問題が起こっているということは、港区で話を伺ったことがあって、これは一般的に完全に顕在化しつつあります。それは従来の社協や福祉サービスのお客さんでは、お客さんとあえて言いますが、そういう人とはつながりがものすごく弱い方たちが、お金は持っていますが、財産は持っていますが、先ほどの言葉では関係性の貧困に直面して、家族に頼るだけではない、地域をそういう形で再編しなければいけない。そうすると、今度はマンションの管理組合やマンション管理業者にそういう意識を持ってもらうとか。

そうすると、先ほどのサポーターの話も実はそうで、サポーターが非常に充実していると、実は入院率が落ちるというおもしろいデータをこの間見ました。そういうことを含めて、これは非常におもしろい話なんです、インフォーマルサポートの理解が進むと、むしろ専門サービスを使わなくて済む。この間の秋山さんの話のように救急車を呼ばなくなる、あれは1回出動が5万円だそうです、その分節約されるんですね。そういう関係は大都市の場合、重要で、大都市だからコミュニティや支え合いがないんだと言ってしまったらおしまい、実は現実にはそういうものをつくらうとしている。きょうの現場のお話はまさにそうで、つくる対象になりつつある人、それで、それを腕まくりして待っている元気な年金生活者もたくさんいらっしゃるし、まさに年金という話は、そのことによってそういうものをお持ちの方はアドバンテージになるわけで、そういうことを含めて、包括的支援と地域包括ケアがリンケージしているという認識のもとに議論をしたいという、そんなまとめでよろしいでしょうか。

ほかに何か。どうぞ、ご発言いただけなかった委員の皆様から、一言感想も含めて。

○園田委員 先ほどの笹井さんの方からあった小規模多機能とデイサービスですが、日本の高齢者福祉がすごく混乱しているのは、古い言い方ですが、ものすごい混合経済というか、公的に規制している部分と自由にやりなさいという部分がこんがらがっていて、よくわからないからだと思うんです。小規模多機能というのは、25人がひと塊りですから、面的にある程度そのエリアを押さえていて、その人の状況にあわせて訪問して、通って

もらって、お泊まりしてということができれば、その地域の中で、そういうものの優先度の高い人を25人常に確保でき、安定的に経営できれば、ものすごくいいわけです。ところが、小さな建物単位で経営すると、利用者がお一人いなくなってしまうとどこかから探してこなくてはいけないとか、その人の介護度が違くと保険からの収入が全然違うから困る。そうした理由で、誰も手を挙げないという状況があると思うんです。

ところが、方やデイのほうは、割と参入規制が緩いので、みんなどこでもお店を広げて、純粹に自由市場みたいにして動いている。ところが、そのの部分にも介護保険が入っているわけです。そうすると、介護事業者がみんなデイのほうに行くというのは、経営面での経済的な合理性から見ると当然ですよ。

そういう現象がかなり続いています、何もそこにメスを入れないので、どうなっているんだろうというのが、本当に大きな疑問なんです。

○栃本委員 前回申し上げたかどうか忘れましたが、平成2年の改正で、市町村が在宅3本柱をやるということで、デイサービスが位置づけられたわけですよ。それ以降、去年まで一切デイサービスの実態についての全国調査は行われていなかったんですよ。

昨年、私、老健事業で全部調べたんです。ご案内のように、オールジャパンの介護サービス給付費の15%を占めていて、老健施設より多いんです。これだけ異常に伸びてしまった。しかも、中身たるや成果の見えないものになっているわけで、これはもう伸びないし、かなり変わるでしょうね。

2006年のときに、ああいう形で軽要介護度の方々に対して、ホームヘルプサービスを使わないという形にして、デイのほうにシフトしたから、こういうような状況になっているわけですが、これはもうそろそろ断ち切らないと、健全な居住系サービスとか、そういうのも生まれませんと思います。

だから、政策的にも、デイサービスについて、もう少し絞った形で、あと成果の見える化をしないサービスにしてはだめだという形にしていくと思うんです。その上で、小規模多機能というのは、おっしゃるとおり、本来であれば、自由度がかなり高いものですよ。そもそも2006年以降、施設、在宅の第三の категорияで居住系サービスというのが生まれましたが、その部分がまだきちっと整理されていなかった部分があって、いまだにそれを引きずっているのがあるんです。居住系サービスというのは住宅、いわゆる小規模多機能も居住系サービスで、認知症グループホームも居住系サービス、あと、サービス付き高齢者向け住宅もそれに近くなっていくので、多分、2013年以降は居住系サービスが

かなりがらっと変わるんじゃないかと思うんです。

それと、もう一つは、小規模多機能のビジネスモデルというか、そういうものが徐々に開拓されているわけで、認知症グループホームや小規模多機能、もう一つは、訪問看護を入れるとか、あと訪問診療や歯科診療とか、その他もろもろをうまく組み合わせるといっか、そういう形で経営ができる形には、かなりなっていますよね。だから、そういうのが徐々に浸透していけば、かなり変わってくると思います。横浜などは小規模多機能が結構多いんですね。

○高橋分科会長 デイについては、今度の地域包括ケア研究会でちょっと触れていますが、いずれにしろ、レスパイト型とそうでないもの、整理して老人福祉センターに移していいんじゃないかというデイが現実には相当あるんです。例えば、藤原茂さんの夢のみずうみ村が経営する新樹苑は、東京都からの指導により、一般開放部分とデイ部分の動線が別々になったと聞いています。現実には彼がどうするかわかりませんが、いろんな形で新しいタイプのデイを伸ばしながら、要するに、レスパイト型にとどまるのは、はっきり言えば、もう少し別のアプローチをする必要があるだろうという議論は始めていますので、これは今度、デイの整理は相当大きい介護保険改革の鍵になりますので、ぜひ気をつけて見ていただいたほうがいいと思います。

そういうことを含めて、実は笹井さんが冒頭におっしゃった議論は、介護保険法と老人福祉法、これは実はその裏に社会福祉法があるんですが、その整理の議論なんです。社会保険としてやる部分と、それから老人福祉というのは公費制度ですが、これは今までは全部国の予算のひも付きで事業を上げるという、そういう組み立てだったんですが、そうでない老人福祉法の再整理という議論は、多分、これも経費の話と含めてやらざるを得ないと思っています。僕はついでに福祉という言葉を追放してほしい、高齢者生活支援法なんてどうですかと言っているんですが。

そうすると、かえってクリアになっていくというふうに思っていて、私の個人的な見解ですが、そういうことを含めて、動きが相当あるので、東京都としてと同時に、区市町村のレベルでそういうことに対応できるようなアラームというか、そういう刺激になるような議論をここの審議会の意見の中に組み込んでいくというのがミッションかなと思っています。

最後に、もう時間がオーバーしましたが、よろしいですか。

○秋山臨時委員 しつこく言うようですが、この建築物バリアフリー条例に対して、先ほ

どの老人ホームの議論もありましたが、高齢者の保健福祉の立場から、建築の局にはつきりと、例えば小規模多機能型にしても、この解釈ではなく、別の解釈をするかどうかという申し入れ等はあるのでしょうか。

○高橋分科会長 それはなかなか、答申になじむ部分となじまない部分があるかと思っていて、ちょっとそこら辺は検討させていただくということでしょうか。

○秋山臨時委員 つまり、地域包括ケアの中の地域密着型サービス、その中の目玉である小規模多機能型を大都市東京の中で進めていくために、福祉の視点でどのような意見を言っていくのかというのは、すごく大きなことだと思うので、今するというのではなく、検討していただきたい。

○高橋分科会長 そのような指摘というのが非常に重要で、阻害している要因があったらどうすべきかという議論が、ここで言えるか言えないか。

○栃本委員 きょうの議論ですが、この審議会は必ずしも高齢者分野だけではないと思いますが、障害者の議論もきょう出ましたが。

一つは空間設計ということ、空間モデルとして考えないといけないというのが地域包括ケアシステムの2013年バージョンの一大特色なわけです。そうすると、当然のことながら、審議会のいろいろな意見出しや提案などについて、そういう空間的なものについて議論をする、ないしは、こうあるべきだということは当然のことで、従来、在宅、自宅と施設とあと病院、そういう分けしかなかったところに別の概念が出てきていますから。地域包括ケアシステムが点と点ではなくて、平面でもないし、空間だから、それはやはり当然、審議会の提言というか、そういうので入るんでしょうね。

それともう一つは、1回目のときに議論があって、端的に言うと地域包括支援センター、地域包括ケアシステムというのは2013年以降、全然違うものになっています。地域包括支援センター自身は全く意味合いが違ってくるようになるので、そこにおけるエリアとそれと1回目のときにあったレイヤーでやってみたらわかりますが、医療と看護とそれを合わせたときに、重複する部分と広がる部分があるから、その2番目の部分を審議会で提言するなり、審議会で議論する際の非常に重要な部分になると思います。だから、空間の部分と都市経営というか、さっきおっしゃった部分も関係しますが、それと保健、医療、看護。

○園田委員 建築分野に対して秋山委員がおっしゃっていることは、この審議会の答申を待たずしても、どんどん声を上げるべきことです。現状と法的な枠組みが合っていないくて、

私は先ほど敢えて不作為と申し上げたのですが、法律ができた時代に今の状況はなかった
ので、もう一度現状を適切に関係部署に伝えて、別の議論の場が必要であれば、まずそ
ういう場をつくってもらって、どうしたらいいのかを検討する。特に既存の住宅や建物を先
ほどもお見せしたように、空き家、空ビルだらけになっているものをどうしていくとかい
う、ものすごく大きい問題とも絡んできます。この問題はどうか考えていただいて、きち
っと議論することを、もうすぐにでも始めたほうがいいのではないかと思います。

○笹井臨時委員 今の例は、全国的に見ると、鳥取県で障害者自立支援法に基づくグルー
プホームとケアホームについて同じような議論がありまして、鳥取特例とって、八つの
要件を満たせば、民家改修型については住宅と同じ扱いにするという特例があります。例
えば、個室になっている部屋の中では火気は使わない、避難誘導路が確保されている、定
員が7人以下の場合、いわゆる民家のお部屋があるぐらいとか、八つの要件を満たせば寄
宿舎や共同住宅ではなくて、普通の住宅として扱えますと。もちろん住宅ですから、火災
警報装置は必要ですし、消火器も設置しなければならないので、そこも消防法的にクリア
するというふうな特例をここの2月から鳥取県は始めました。

要するに東京都が規制を厳しくして、こういう民家改修型の小規模施設の規制を強める
のであれば、大型のきっちりとした特養ホームをつくっていくしかないということになる
わけです。特養ホームは高橋先生がおっしゃるようにコストもかかるし、保険料も上がる。

では、こういう小規模の民家改修型を2025年までに整備していこうということであ
れば、やはりクリアすべき課題は非常に大きい。コミュニティケアとして民家改修型をど
う位置付けるかというのは都道府県の判断が大きく左右するというので、鳥取県の例を
紹介させていただきました。

○高橋分科会長 それから高齢者住宅については、住まい法という法律があって、あれは
厚労省と国交省の共管の法なんです。そういう意味ではこの地域包括ケアの思想は、共管
という概念がものすごく重要で、どこか一つが持つと必ず隙間が出るんです。だからシー
ムレスに共同管理をすると。きょう、無理して都市整備局にお越しいただいたのは、そう
いう意味です。

医療と福祉は、福祉保健局に一つになったということを伺っております。しかし、どこ
の省庁でも、合併してもなかなか隙間を埋めるのは難しいという話は聞いております。ま
してや局間であるとそういうことがあるんですが、地域包括ケアもそうですが、それで
えて古めかしい言葉を出しましたが、生活というのは施策の空きがあっては困るわけです。

そういうことを含めてもう一度そこら辺のことを、要するにこの答申のまとまりを待っている話と、きょう、相当厳しい、しかも緊急性を要する課題提起がありましたので、事務局とご相談しながらどういうふうに整理するか考えたいと思います。カウンターパートとしての都市整備局にも、ぜひ積極的にこの課題提起を受けていただきたいと思っておりますので、よろしくご協力をお願いできたらと思います。

時間がちょっとオーバーしてしまいましたが、それぞれ充実したご報告をいただきましてありがとうございます。この課題を第1回と同様に整理をさせていただきながら次の課題にしていきたいと思っていますので、よろしくお願いします。

今後、起草委員会で、どういう具体的な意見具申にしていくかという作業をさせていただきます。資料4に起草委員会でお願いしている委員の皆様のリストができております。もちろん適宜情報共有をするということですので、いつ開催されるかというようなことについては委員の皆様にご共有をさせていただいて、もちろんウエルカムでございますので、ご参加いただけたらと思っております。

資料5にございますように、相当厳しいスケジュールではございますが、9月ごろにもう一度検討分科会を開催できるように、この間、作業をさせていただいて、よろしくお願いしますということで、事務局にお戻しいたします。

○奈良部課長 きょうは長時間にわたり、ありがとうございます。いろいろご議論をいただきましたので、分科会長とご相談させていただき、整理していきたいと思っております。

第1回の起草委員会につきましては、事前に予定を確認させていただいておりまして、7月9日の午後6時半からを予定しております。場所等詳細につきましては、改めて開催通知をお送りいたしますので、ご確認いただければと思います。事務局からは以上でございます。

○高橋分科会長 それでは、きょうの検討分科会を終わらせていただきます。どうもありがとうございました。