福祉先進都市・東京の実現に向けた
地域包括ケアシステムの在り方検討会議

最終報告

～地域で支え合いながら安心して暮らし続けるために～

平成２８（２０１６）年３月

目　　次

はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ２

第１部　検討の背景・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ４
　１　東京を取り巻く状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ４
　２　「東京都長期ビジョン」と「第６期東京都高齢者保健福祉計画」・・・・・・・１６
　３　本検討会議の趣旨・目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２０

第２部　検討会議の議論の展開・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２２
　第１章　検討に当たって・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２２
　第２章　論点別の現状・課題と対応策・・・・・・・・・・・・・・・・３０
　　１　高齢期の住まいの確保と住まい方の支援・・・・・・・・・・・・３２
　　２　介護予防と支え合う地域づくり・・・・・・・・・・・・・・・・５２
　　３　認知症の人にやさしい地域づくり・・・・・・・・・・・・・・・６０
　　４　在宅療養環境の整備・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・７２
　　５　地域に密着した介護サービス基盤の整備・・・・・・・・・・・・８４
　　６　時代のニーズに応じた規制の見直し・・・・・・・・・・・・・・９０
　　７　介護人材の確保・育成・定着・・・・・・・・・・・・・・・・・９６
　　８　仕事と介護の両立支援・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１０６
　第３章　東京の地域包括ケアシステムの実現に向けて・・・・・・・・１１１
　　１　地域の実情に即した展開・・・・・・・・・・・・・・・・・・１１１
　　２　分野横断的な施策と取組・・・・・・・・・・・・・・・・・・１１２
　　３　多様な主体の参加と協働・・・・・・・・・・・・・・・・・・１１３

おわりに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１１５

資料編・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１１６
　１　開催実績・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１１６
　２　委員及び幹事名簿・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１１８
　３　設置要綱・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１１９

本検討会議の資料・議事録等は、下記のＵＲＬに掲載しています。
http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/shisaku/chiikihoukatsukaigi/index.html

はじめに

「福祉先進都市・東京の実現に向けた地域包括ケアシステムの在り方検討会議」は、昨年７月に設置され、東京の特性を踏まえた地域包括ケアシステムの構築に向け、２月までに８回にわたって議論を重ねてきた。

この報告書は、本検討会議の議論を集約し、論点別の現状と課題、今後の課題解決の方向性、更には東京の地域包括ケアシステムの実現に向けた取組の進め方について取りまとめを行うものである。

地域包括ケアの概念は、介護保険制度改革の中で、高齢者への、地域を基盤とした医療介護をはじめとした制度横断的な包括的支援の仕組みの構築の必要性という意味で推進されてきた。

さらに、東京でオリンピック・パラリンピックが開催される２０２０年をピークとして、東京都の人口は減少に転じ、２０２５年には、都民の４人に１人が高齢者となることが予測されている。

東京のような業務都市を内包する大都市地域は、これまで、年齢構成も若く、活発な生産活動に従事する生産年齢人口主体の都市であり続けてきた。都市に集住し、経済活動の担い手でもあり、消費の担い手でもあった「団塊の世代」がいよいよ高齢期に到達し、医療介護をはじめとする様々な支援が必要となる時代の大きな転換期を迎えている。

さらに、このような東京という大都市の一極集中の中で、大きなボリュームで増大する要介護高齢者に、今までの仕組みで対応できるかという懸念と危機意識が様々な提言として表明されてきた。

しかしながら、まずはこのような大都市の高齢化に直面している東京として、この状況にどのように主体的な取組として対応するかが問われている。また、上に述べた人口変動と都民の生活変容がもたらす、多岐にわたる支援ニーズの増大の中で、これらの課題を一気に解決できるかのような処方箋が提案されているが、これらの課題を解決するためには、着実な政策の実施とともに、既存の分野を横断した政策の構築や、多様なイノベーションの推進が求められている。このような問題意識の下で本検討会議の議論が進められた。

もとより、地域包括ケアシステムは広義には高齢者のみならず、障害者や子供、子育て世帯をはじめ何らかの支援を現に必要とし、又は必要となる可能性のある全ての人々を含む概念であるが、さらには、都民が支え手の側に回ることへの支援をも包含する「地域包括ケアの包括化」とも言うべき理解が必要となってもいる。

高齢期を迎え支援が必要になっても住み慣れた地域で生活を継続したいという都民の願いに応えるためには、適切な医療・介護・予防・生活支援・住まいが一体的に提供される地域包括ケアシステムを、地域の実情に応じてつくり上げていくことが急務である。

本検討会議では、地域包括ケアシステムの構築を必要とする背景を整理するとともに、委員及び招聘した有識者からの発題を基に議論し、今後の課題と取組の論点を、次の８点に整理した。

１　高齢期の住まいの確保と住まい方の支援
２　介護予防と支え合う地域づくり
３　認知症の人にやさしい地域づくり
４　在宅療養環境の整備
５　地域に密着した介護サービス基盤の整備
６　時代のニーズに応じた規制の見直し
７　介護人材の確保・育成・定着
８　仕事と介護の両立支援

地域包括ケアシステムの構築に当たっては、これらを個別の独立した議論としてだけではなく、相互に関係し、相乗効果が発揮できるように推進していくことが求められる。

そのようなことが可能になるためには、行政が、地域の関連団体と連携し、さらに都民が地域で取り組む様々な実践活動を支援し、また、サービス利用者を単なる対象者としてではなく、ときには支援の主体ともなり得る存在として、当事者性をもってとらえる視点が重要である。

換言すると、個別施策の推進だけではなく、地域での包括的支援体制の構築のために、新たな発想での取組が必要となっている。このような取組へのヒントが本検討会議の中で多々提示された。このような取組を通じて、まさに、「福祉先進都市・東京」が実現していくものと考える。

平成２８（２０１６）年３月

福祉先進都市・東京の実現に向けた
地域包括ケアシステムの在り方検討会議

第１部　検討の背景

１　東京を取り巻く状況

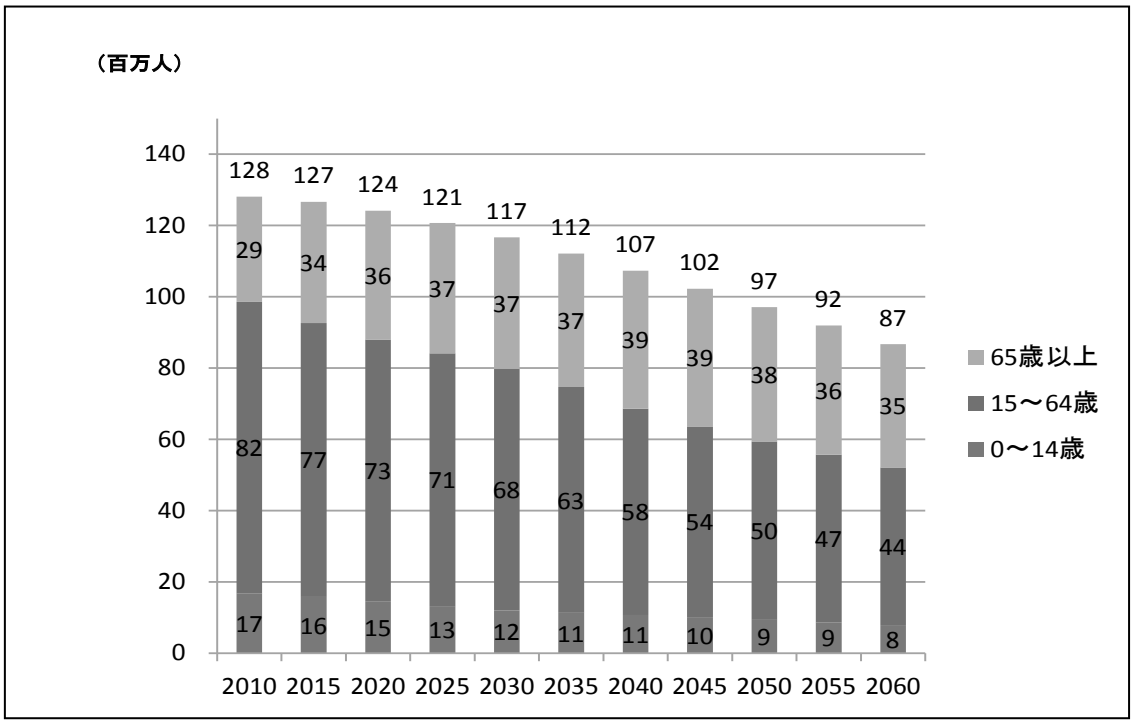
（１）高齢化と介護需要の増大

○　我が国では、世界に類を見ないスピードで少子高齢化が進行しており、総人口は既に減少局面に突入している。国立社会保障・人口問題研究所の予測では、２０６０年の日本の総人口は、２０１０年の約１億２，８０６万人に比べて約３割減少し、約８，６７４万人になると見込まれている（図１参照）。

○　現在は人口が増加傾向にある東京においても、社会増の縮小と自然減の拡大により、オリンピック・パラリンピックが開催される２０２０年をピークに、人口は減少に転じると予測されている。

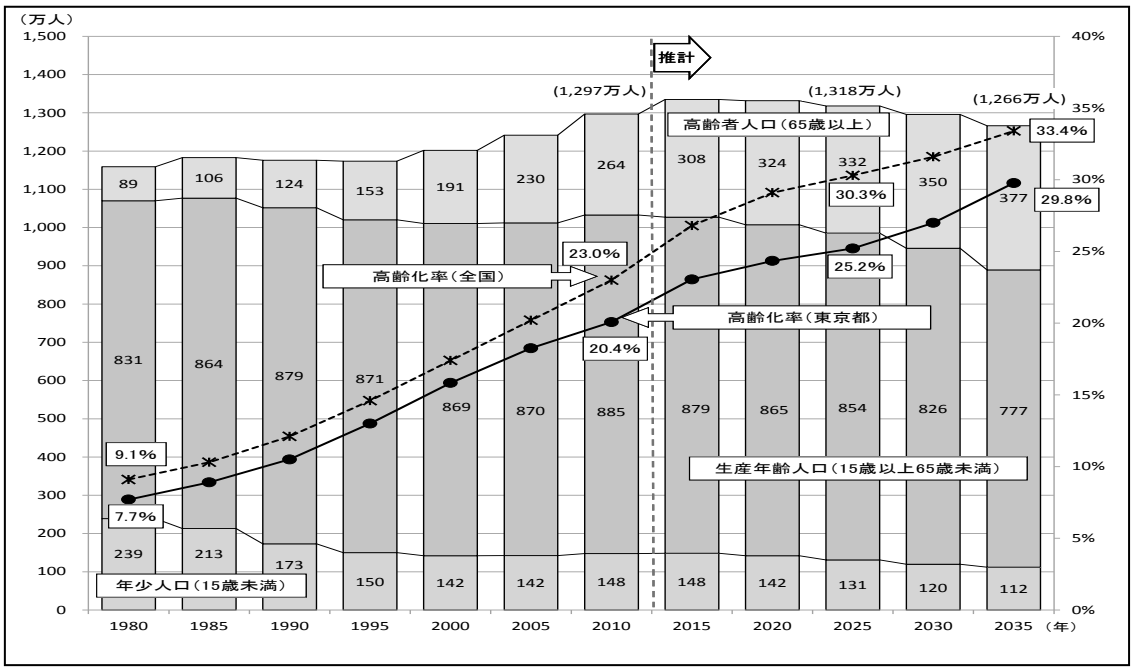
○　また、高齢化が一層進展し、６５歳以上の高齢者の数は、２０１０年の約２６４万人から、２０２５年には約３３２万人と、約６８万人増加し、都民の４人に１人は高齢者になると見込まれている（図２参照）。

≪図１≫　将来人口推計【全国】



資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（全国)」（２０１２年１月）

≪図２≫　将来人口推計【東京都】

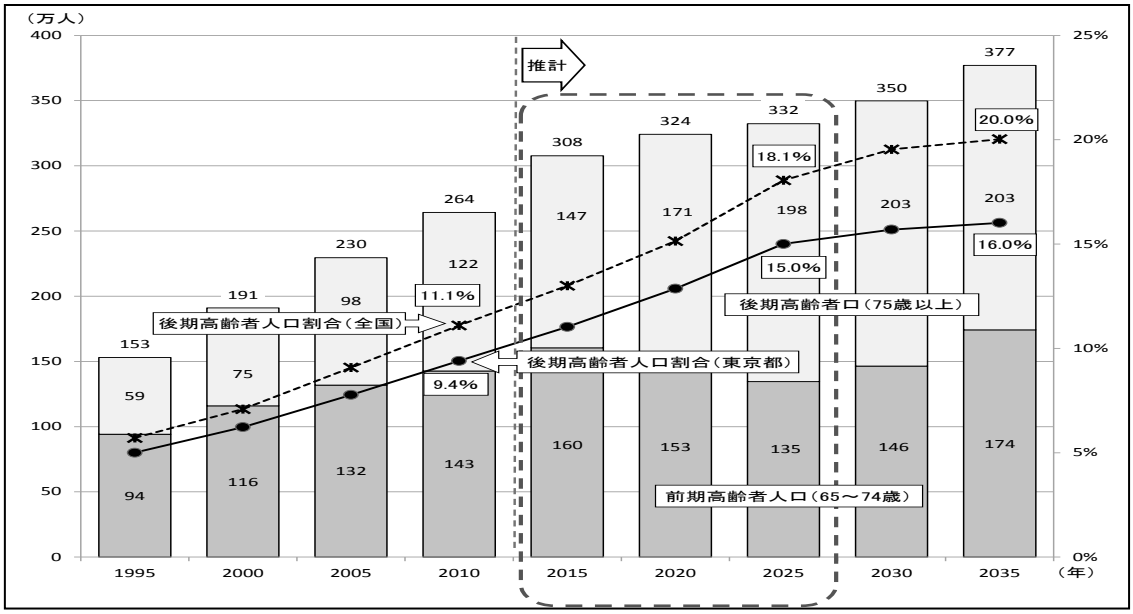


資料：総務省「国勢調査」［１９８０年～２０１０年］
　　国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（全国)」（２０１２年１月）［２０１５年～２０３５年］
　　国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（２０１３年３月）［２０１５年～２０３５年］

○　わけても、２０２５年には、１９４７年から１９４９年生まれのいわゆる「団塊の世代」が７５歳以上の後期高齢者となるため、後期高齢者の数は、２０１０年の約１２２万人から、２０２５年には約１９８万人と、約７６万人増加し、６５歳から７４歳までの前期高齢者（約１３５万人）を大幅に上回る見込みである（図３参照）。

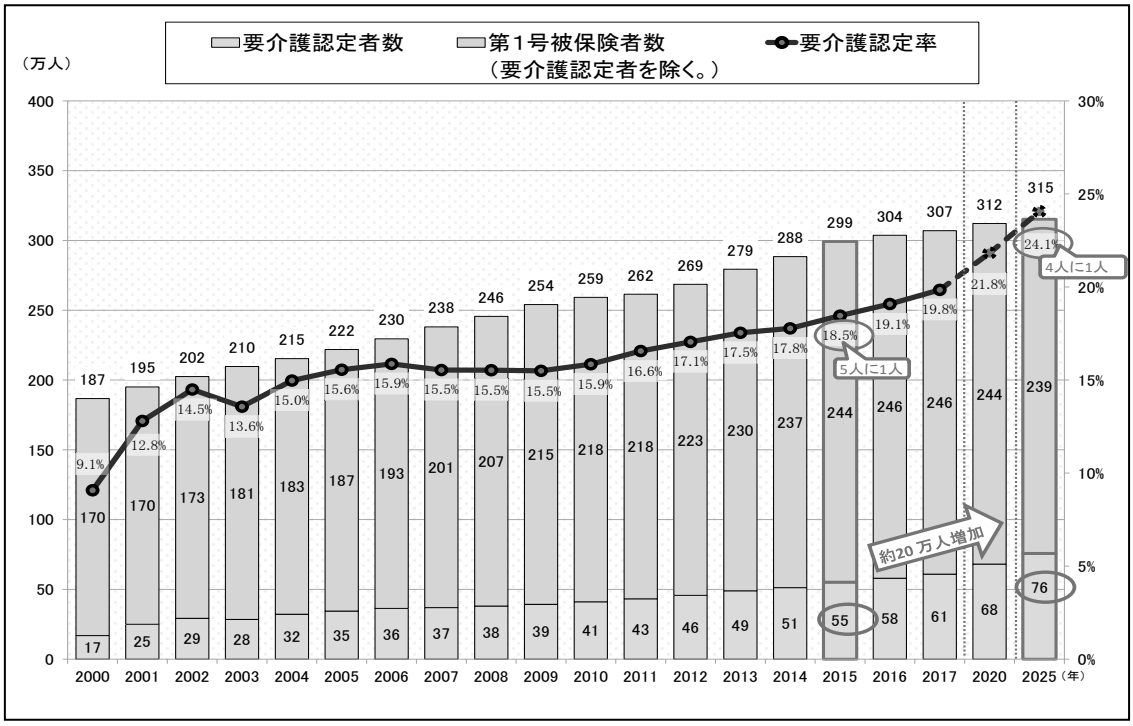
○　後期高齢者は、前期高齢者と比較して、要介護・要支援となる割合は約７倍となっており、介護を必要とするリスクが高い。「第６期東京都高齢者保健福祉計画」によると、東京では、要介護・要支援者が今後１０年間で約２０万人増加し、高齢者の４人に１人が要介護・要支援となると予測されている（図４参照）。

≪図３≫　高齢者人口の推移【東京都】



資料：総務省「国勢調査」［１９９５年～２０１０年］
　　国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（全国)」（２０１２年１月）［２０１５年～２０３５年］
　　国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（２０１３年３月）［２０１５年～２０３５年］

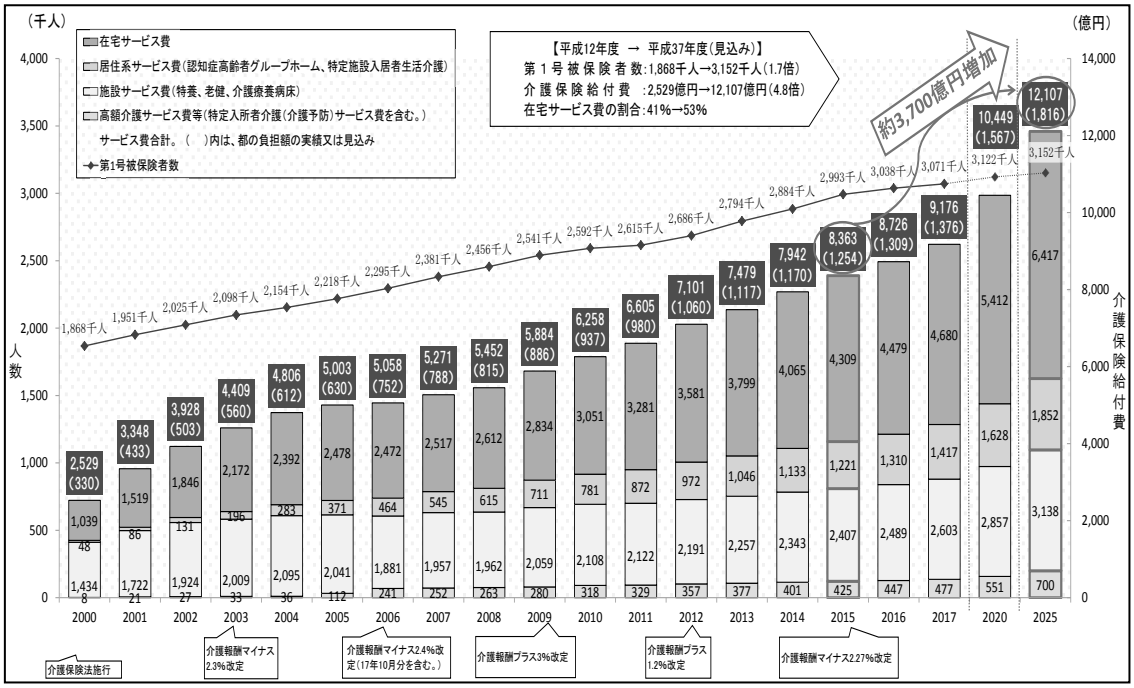
≪図４≫　要介護高齢者数（要支援を含む）の推移【東京都】



資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告（月報)」［２０００年～２０１４年］
　　都内保険者（区市町村）が介護保険事業計画策定のために積算した見込値を集計した値
　　［２０１５年～２０２５年］

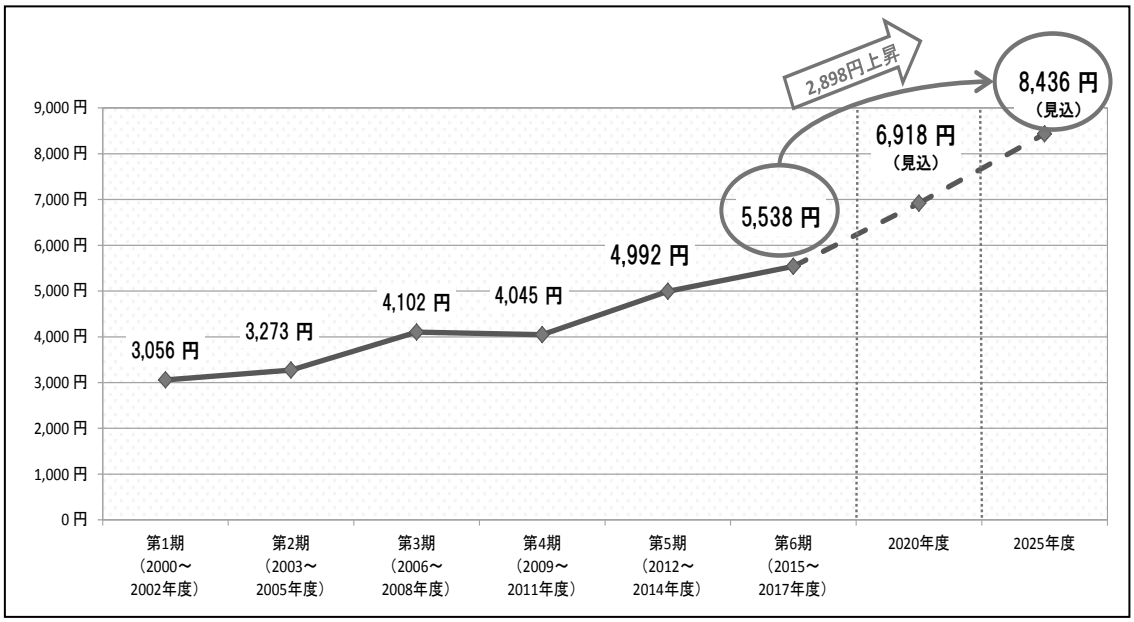
○　介護サービスを利用する要介護・要支援者が増えることに伴い、介護保険給付費は今後１０年間で約３，７００億円増加し、都の負担額も約６００億円増加すると予測されている（図５参照）。このままいくと、給付費の増大に伴って、高齢者が負担する介護保険料は、１０年後には月額８，４３６円と、現在より約３千円上昇すると見込まれている（図６参照）。

≪図５≫　介護給付費の推移【東京都】



資料：介護給付費負担金実績報告に基づき東京都作成［２０００年～２０１４年］
　　都内保険者（区市町村）が介護保険事業計画策定のために積算した見込値を集計した値
　　［２０１５年～２０２５年］

≪図６≫　介護保険料の推移【東京都】

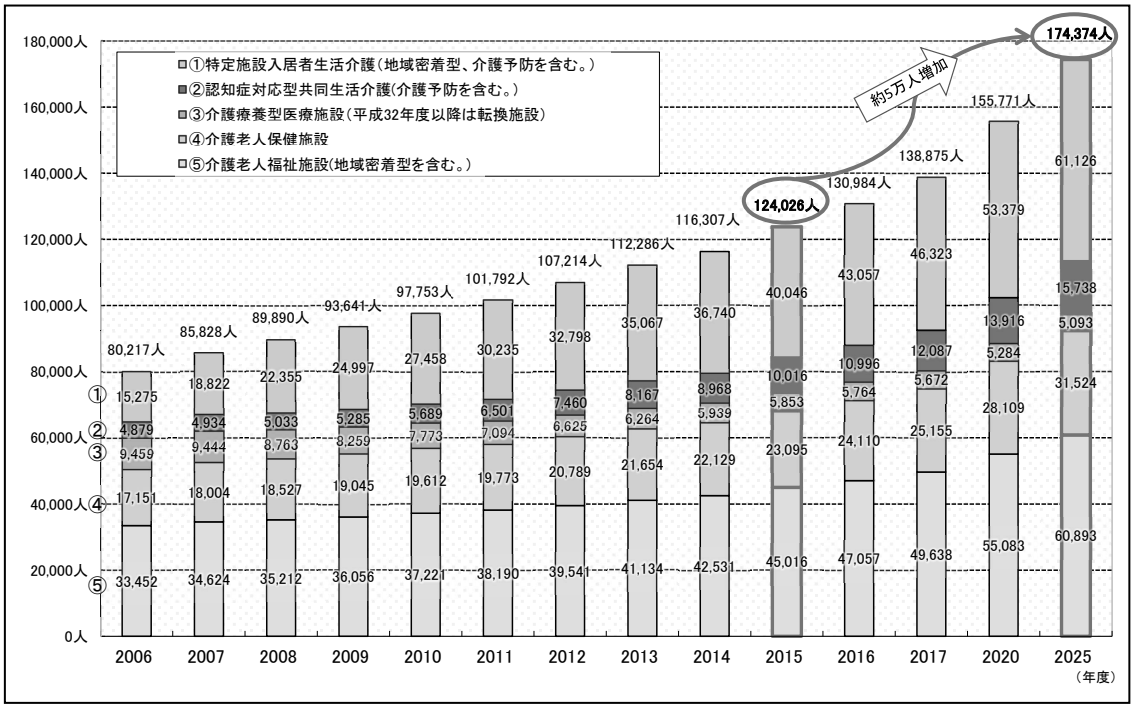


（注）都内保険者ごとの第１号被保険者（６５歳以上）の保険料基準額（月額）の加重平均

資料：東京都福祉保健局「東京都高齢者保健福祉計画（平成２７年度～平成２９年度）」（２０１５年３月）

○　また、特別養護老人ホームなどの施設・居住系サービスの利用者数は、今後１０年間で約５万人増加する見込みとなっている（図７参照）。サービスを提供する介護職員は、２０２５年度までに約１０万人増やすことが必要であるが、現状のままでは、約３万６千人の不足が生じる可能性が示されている（図８参照）。

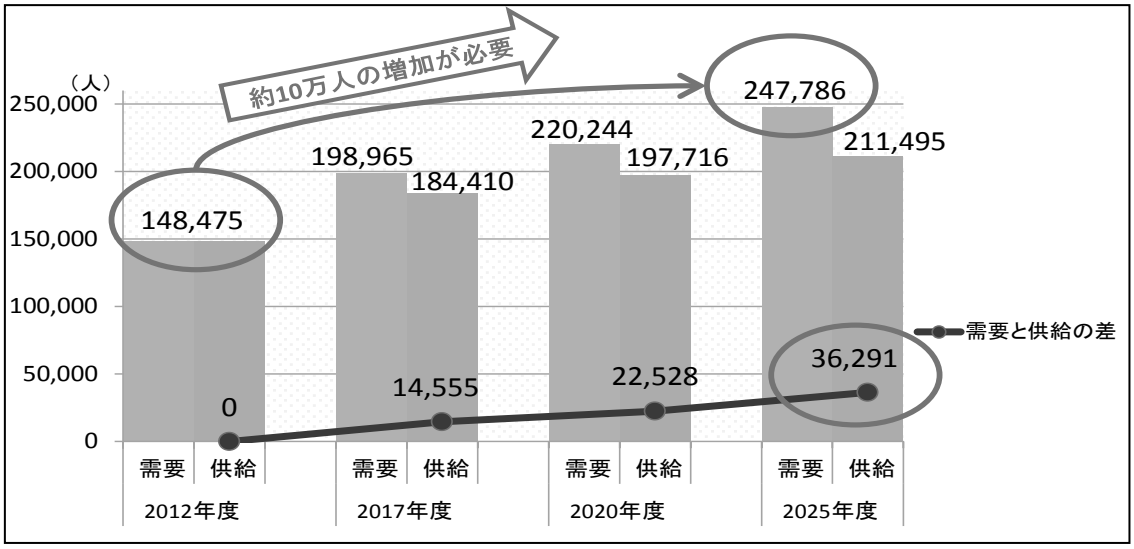
≪図７≫　施設・居住系サービスの利用者数の推移【東京都】



（注）２００６年度から２００９年度までについては、区市町村の償還払分は含まない。

資料：東京都国民健康保険団体連合会の審査支払データ［２００６年度～２０１４年度］
　　都内保険者（区市町村）が介護保険事業計画策定のために積算した利用者数の集計
　　［２０１５年度～２０２５年度］

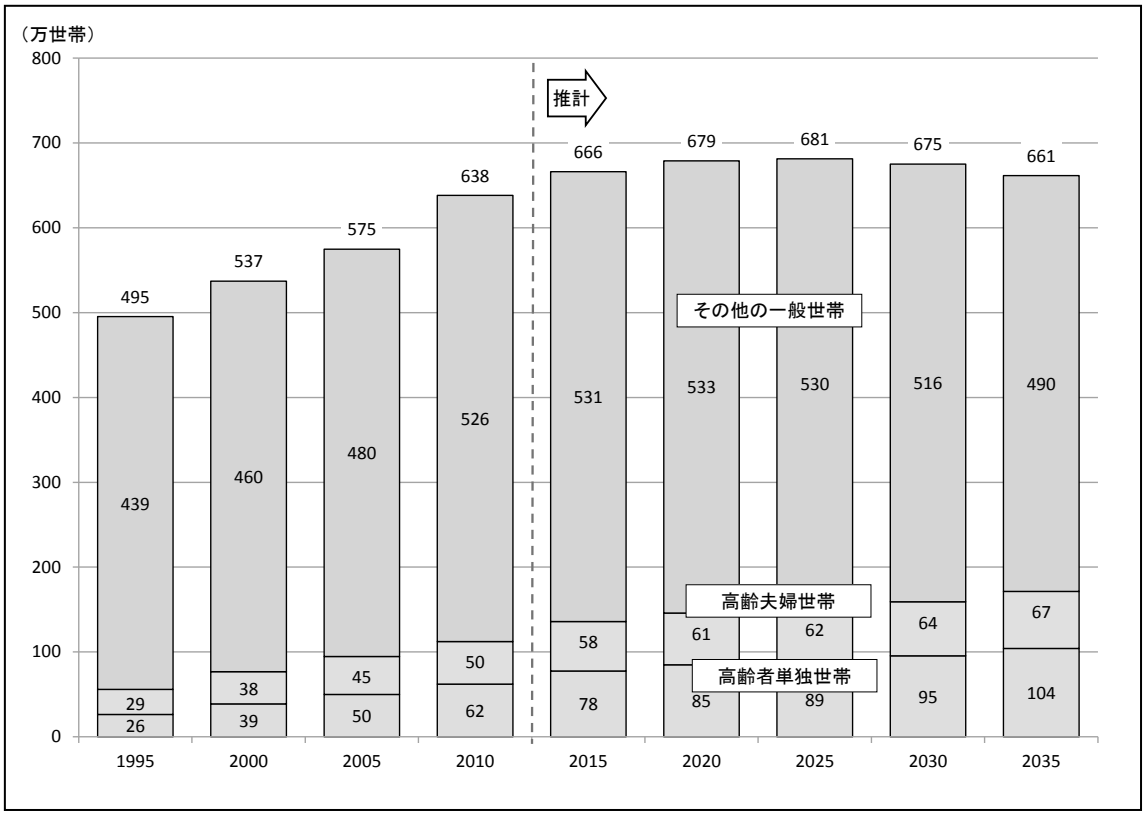
≪図８≫　介護人材需給推計【東京都】



資料：東京都福祉保健局「東京都高齢者保健福祉計画（平成２７年度～平成２９年度)」（２０１５年３月）

○　世帯の状況を見ると、高齢者単独世帯は、２０１０年の約６２万世帯から、２０２５年には約８９万世帯と、約２７万世帯増加し、総世帯に占める高齢者単独世帯の割合も上昇していくと見込まれている（図９参照)。

≪図９≫　高齢者世帯の推移【東京都】



資料：東京都福祉保健局「東京都高齢者保健福祉計画（平成２７年度～平成２９年度)」（２０１５年３月）

（２）東京圏高齢化危機回避戦略

○　昨年６月、民間の有識者団体である「日本創成会議」は、東京圏（東京、埼玉、千葉、神奈川の一都三県）の高齢化問題への対応を論じた「東京圏高齢化危機回避戦略」（以下「提言」という。）（図１０参照）を発表し、大きな話題になった。

○　提言は、東京圏の医療・介護施設の不足が深刻化することに加えて、東京圏の介護人材の需要が高まれば地方からの人材流入が加速することなどから、高齢者の地方移住を促進すべきとしている。しかし、提言は、今後、東京圏で介護施設の整備が行われずに施設定員が増えない前提で「介護難民」の発生を指摘しており、介護予防の効果や、在宅サービスの役割とその充足状況についても考慮されていない。

○　いずれにしても、今後の東京圏における後期高齢者の急増という事態への対応は必要であり、そのため、都や都内の自治体は、高齢者が支援が必要になっても地域で安心して暮らし続けるための方策を考え、有効な処方箋を示さなければならない。

（３）一億総活躍社会と「介護離職ゼロ」

○　昨年９月、国は、「一億総活躍社会の実現」を目指すために、「安心につながる社会保障」の構築を掲げ、現在は全国で年間１０万人を超える介護離職者をゼロにする目標を示した。

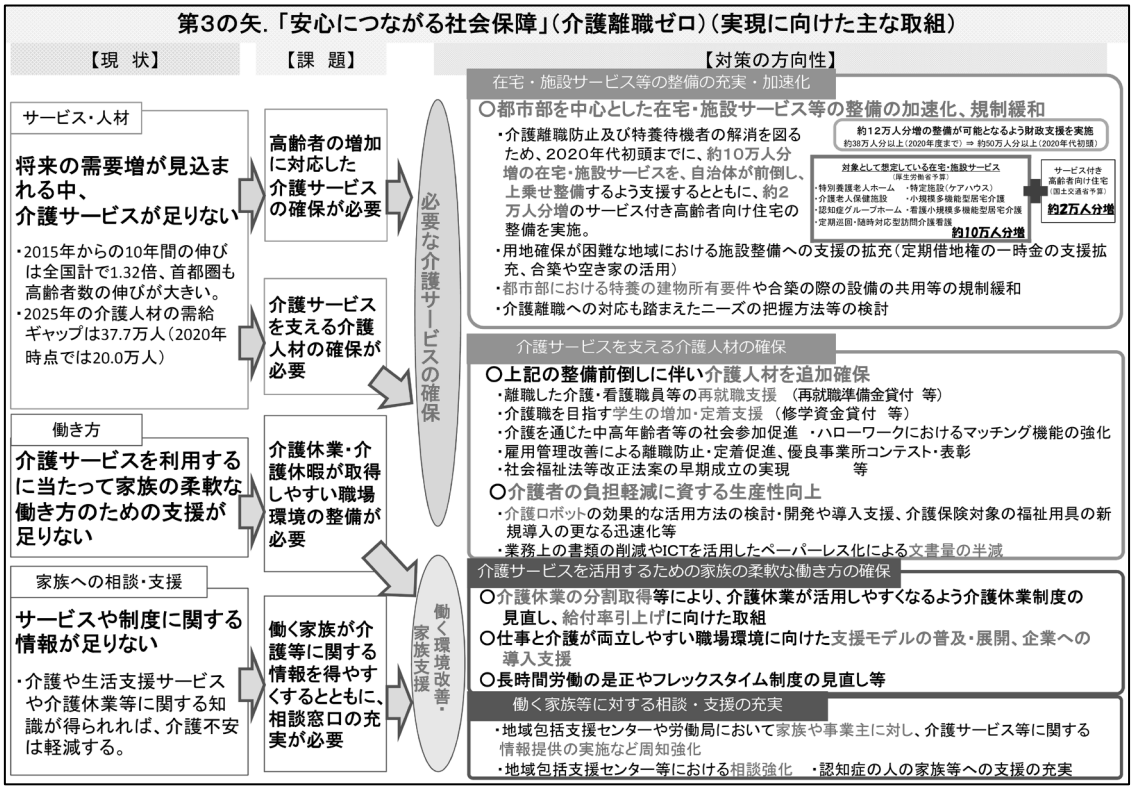
○　この目標を達成するため、国は、介護休業の分割取得を可能とするといった介護休業制度の見直しなどの働き方への支援や、２０２０年代初頭までに新たに約５０万人分以上の介護サービスの整備を行うための補正予算も活用した緊急対策を行うこととしている（図１１参照）。

○　この中には、これまで都が国に求めてきた、都市部における特別養護老人ホームの建物賃借による運営を可能とする規制緩和や、国有地の減額貸付けによる在宅・施設サービスの整備促進といった対策も盛り込まれている。

≪図１０≫　「東京圏高齢化危機回避戦略」の概要

資料：日本創成会議公表資料

≪図１１≫　介護離職ゼロに向けた国の取組



資料：厚生労働省公表資料

２　「東京都長期ビジョン」と「第６期東京都高齢者保健福祉計画」

（１）東京都長期ビジョン

○　今後１０年間の都政の基本方針となる「東京都長期ビジョン」が、２０１４年１２月に策定された。

○　「世界一の都市・東京」を目指すべき将来像とし、「福祉先進都市の実現」を都市戦略の一つとして掲げるとともに、「高齢者が地域で安心して暮らせる社会の実現」を政策指針の一つとしている。ここでは、おおむね１０年後の東京の姿が次のように描かれている。

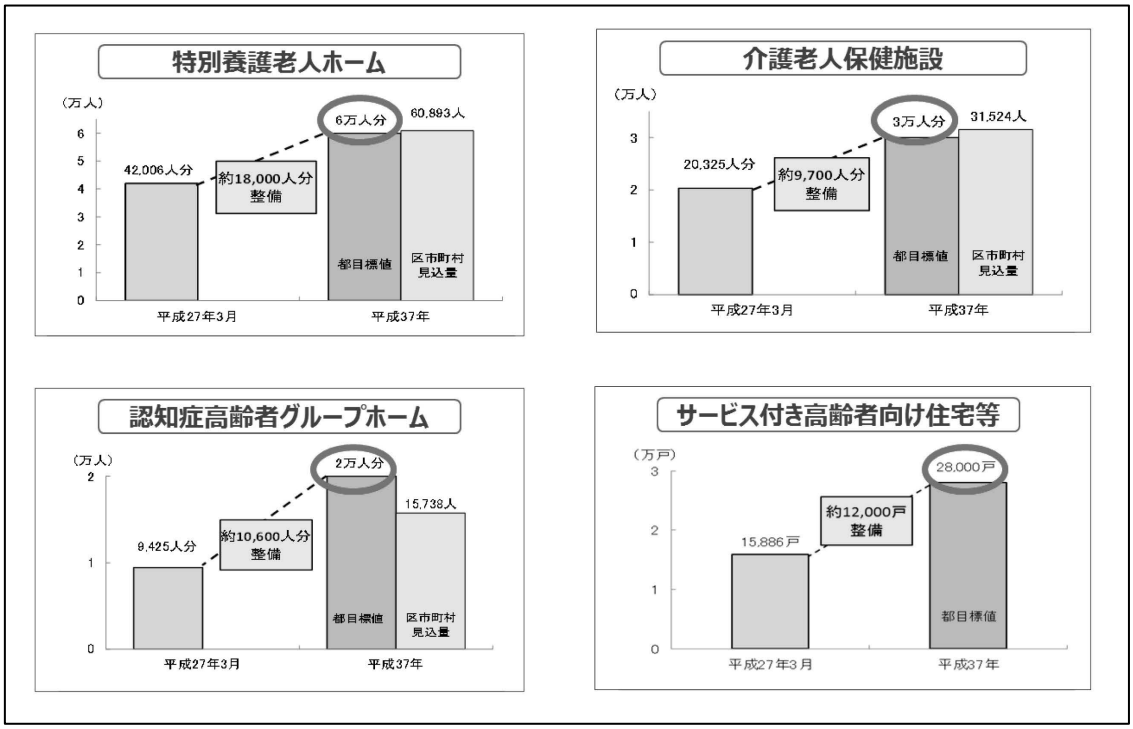
・　高齢者が、できる限り住み慣れた地域で日常生活を継続できるよう、適切な医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムが構築されている。

・　超高齢社会に対応し、高齢者の多様なニーズに応じた施設やすまいが整備されている。

○　これらの姿を実現するために、２０２５年度末までに特別養護老人ホームを６万人分、介護老人保健施設を３万人分、認知症高齢者グループホームを２万人分、サービス付き高齢者向け住宅等を２万８千戸、それぞれ確保することを目標として掲げる（図１２参照）とともに、在宅生活を支える各種サービスの充実にも取り組むこととしている。

○　このほか、認知症の人が状態に応じた支援を受けられる体制の整備や、地域で安心して医療を受けられる体制の充実などにも取り組むこととしている。

≪図１２≫　２０２５年の施設等の整備目標



資料：第２回検討会議　東京都提出資料

（２）第６期東京都高齢者保健福祉計画

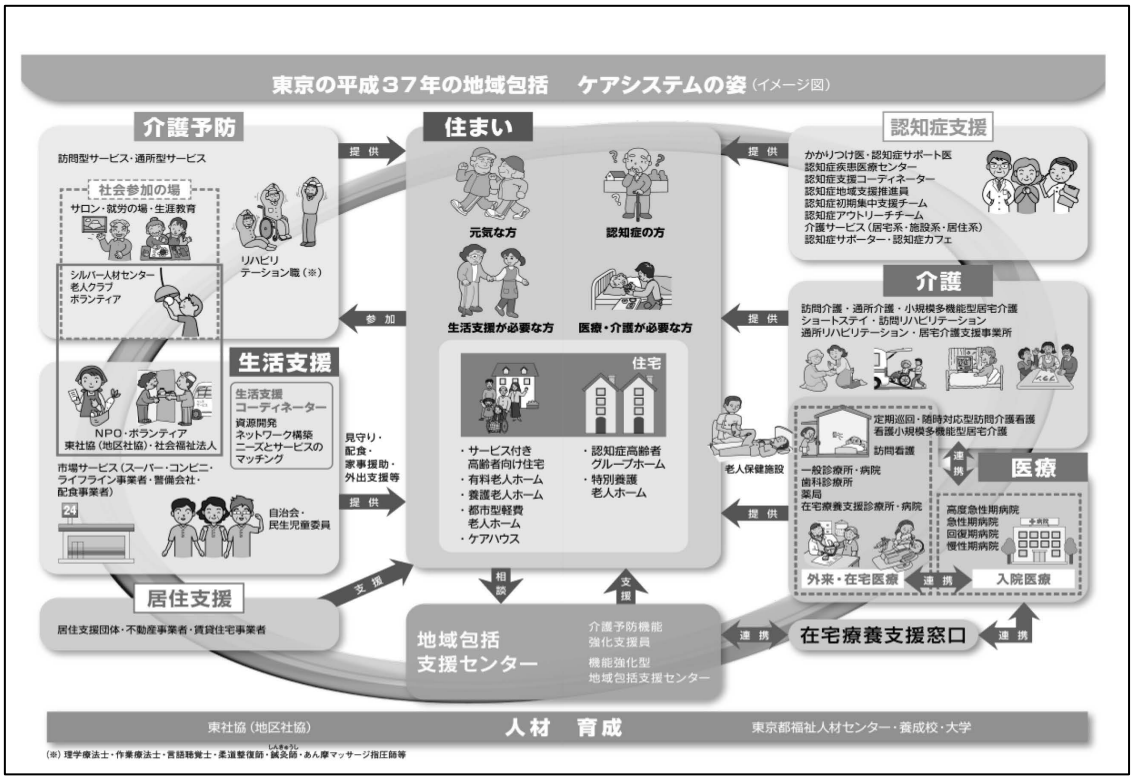
○　都は、昨年３月、高齢者施策の総合的・基本的計画である「第６期東京都高齢者保健福祉計画」を公表した。

○　ここでは、「東京都長期ビジョン」の考え方を基本として、適切な医療・介護・予防・生活支援・住まいを地域の中で一体的に提供する「地域包括ケアシステム」の構築（図１３参照）に向け、「団塊の世代」が後期高齢者となる２０２５年を見据え、今後３年間に取り組む様々な施策を明らかにするとともに、２０２５年の介護サービスの見込み量、介護保険料、必要となる介護職員の数について、都内の区市町村による推計を基に、初めて中長期の推計値を示している。

○　計画の６つの重点分野（図１４参照）のうち、介護サービス基盤の整備では、特別養護老人ホームの入所申込者の状態像は様々であることを示しつつ、たとえ要介護状態になったときにも、できる限り自宅で生活を続けることを希望する高齢者のニーズに応えていくために、在宅サービスと施設サービスをバランスよく整備することが必要であるとしている。

○　また、東京圏の高齢者の急増に対処するために、東京、埼玉、千葉、神奈川の一都三県が連携・協力を図る方策を検討する方針が示されており、昨年６月、国と関係自治体とで、少子高齢化への対応策について検討する「一都三県の地方創生に関する連絡会議」が立ち上げられ、１０月には、介護人材確保に向けた共同のイメージアップキャンペーンの実施など、一都三県で連携・協力することが効果的と考えらえる取組が取りまとめられ、実施に向けた動きが始まっている。

≪図１３≫　東京都高齢者保健福祉計画に掲げる地域包括ケアシステムの姿



資料：東京都福祉保健局「東京都高齢者保健福祉計画（平成２７年度～平成２９年度）」（２０１５年３月）

≪図１４≫　東京都高齢者保健福祉計画　６つの重点分野

資料：東京都福祉保健局「東京都高齢者保健福祉計画（平成２７年度～平成２９年度）」（２０１５年３月）

３　本検討会議の趣旨・目的

○　多くの高齢者は、たとえ医療や介護が必要になっても可能な限り住み慣れた地域で生活したいと望んでおり、こうした願いに応えていくためには、高齢者のための適切な住まいを確保した上で医療・介護・予防・生活支援サービスが一体的に切れ目なく提供できる地域包括ケアシステムの構築が求められる。

○　都は、これまでも「東京都高齢者保健福祉計画」等に基づき、地域包括ケアシステムの理念に沿った施策を着実に展開してきたが、急速な高齢化、医療・介護需要の増大、一人暮らし高齢者や高齢夫婦のみの世帯の増加、都市インフラの老朽化、労働力人口の減少等が同時に進む中で、様々な課題が立ち現われ、なおかつ複雑化してきている。

○　脳卒中モデル[1]を中心とした従来の施策では、認知症や慢性疾患など高齢者の疾病の多様性、家族の支援を前提とできない高齢者単独世帯の増加といった高齢者像の変化に対し、十分な対応が難しくなっている。

○　複雑化したこれらの課題を解決するためには、医療・介護・住宅・労働・まちづくりなど、部局の垣根を越えて政策を連携させ、従来の発想にとらわれずに大胆かつ的確に施策を推進するとともに、制度や規制を現実に合うものに組み替えていくことが必要である。

○　また、東京は、地縁による人と人とのつながりが希薄で、地域での支え合いなどのインフォーマルなサポートが弱いと言われるが、企業やＮＰＯなどの多様な事業主体が集積しており、豊富な経験と知識を持った人材の層が分厚い。そして、都民の地域活動への参加意欲も決して低くない。このような参加意欲を受け止めるための仕組みや、従来型の発想にとどまらない創意工夫を尊重する基盤づくりが必要となる。

---

[1] 脳卒中、骨折などを原因とする生活機能の急激な低下を想定した支援モデル

○　東京では社会資源や人口動態、地理的条件等は地域で大きく異なり、大都市部の問題から限界集落の問題までが併存していることに留意しつつ、地域の力や民間の力による創意工夫も尊重しながら、東京にふさわしい地域包括ケアシステムをつくり上げていくことが必要である。

○　こうした背景の下、「東京都長期ビジョン」及び「東京都高齢者保健福祉計画」に掲げる施策や東京の現状と将来像を踏まえるとともに、これらの延長にとどまらない大胆な発想で、東京にふさわしい地域包括ケアシステムの在り方を検討することにより、都の新たな施策形成につなげ、福祉先進都市・東京の実現を図ることを目的として、昨年７月に本検討会議は設置された。

○　地域包括ケアシステムの構成要素や、「東京都高齢者保健福祉計画」に掲げる重点分野は、いずれも相互に密接に関わっており、課題や施策は特定の分野にとどまるものではない。

○　そこで、本検討会議では、医療、介護、まちづくり、労働分野等の有識者や都内の自治体、国、都庁の関係各局の参画により、幅広い議論を行う体制を整えた。

○　また、幅広い議論を整理するために、要介護高齢者の増加に対応するための「医療と介護」の提供体制に関すること、周囲のサポートを受けながら地域で暮らし続けるための効果的な「介護予防と生活支援」の手法に関すること、高齢者の多様なニーズに対応するための「高齢期の住まい方」に関することの３つの大きなテーマを提示し、テーマごとに委員やゲストスピーカーからの講演と意見交換により検討を進めることとした。

第２部　検討会議の議論の展開

第１章　検討に当たって

（１）地域包括ケアシステムとは

○　「地域包括ケアシステム」は、法律[2]では、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」と定義されている。

○　ここに登場する５つの構成要素（医療、介護、介護予防、住まい、生活支援）の関係性を分かりやすく説明しているのが、地域包括ケア研究会が２０１３年の報告書で提示した「植木鉢モデル」である（図１５参照）。

○　本人の希望にかなった適切な住まいが基盤となる『植木鉢』に、住まいでの生活を支える生活支援・福祉サービスが養分を含んだ『土』に例えられる。専門職が提供する医療、介護、予防サービスは『葉』に例えられる。植木鉢や土がなければ植物は育たないように、地域包括ケアシステムにおいては、専門的なサービスの前提として「住まい」と「生活支援・福祉サービス」の整備が必要とされる。

○　これらの５つの要素が地域で相互に有機的に連携することによって、高齢者の尊厳の保持と自立した生活が実現する。

○　ここで注意しなければならないのは、地域包括ケアシステムでは、住まい方やサービスの選択は、都民の自己決定によるという点である。このため、サービスを提供する行政や事業者は、都民にとって必要な住まいやサービスを、提供者側の都合ではなく、利用者としての都民が何を求めているか見極めた上で整備するとともに、選択に資する十分な情報提供を行うことが必要である。また、信頼のおけるサービスが提供できるように、その質を確保していく必要がある。

---

[2] 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（平成２５年法律第１１２号）第４条第４項

≪図１５≫　地域包括ケアシステムの植木鉢モデル

地域包括ケアシステムの捉え方

○　地域包括ケアシステムの５つの構成要素（住まい・医療・介護・予防・生活支援）をより詳しく、またこれらの要素が互いに連携しながら有機的な関係を担っていることを図示したものです。

○　地域における生活の基盤となる「住まい」「生活支援」をそれぞれ、植木鉢、土と捉え、専門的なサービスである「医療」「介護」「予防」を植物と捉えています。

○　植木鉢・土のないところに植物を植えても育たないのと同様に、地域包括ケアシステムでは、高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた「住まい」が提供され、その住まいにおいて安定した日常生活を送るための「生活支援・福祉サービス」があることが基本的な要素となります。そのような養分を含んだ土があればこそ初めて、専門職による「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・予防」が効果的な役目を果たすものと考えられます。

出典：平成25年3月　地域包括ケア研究会報告「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」

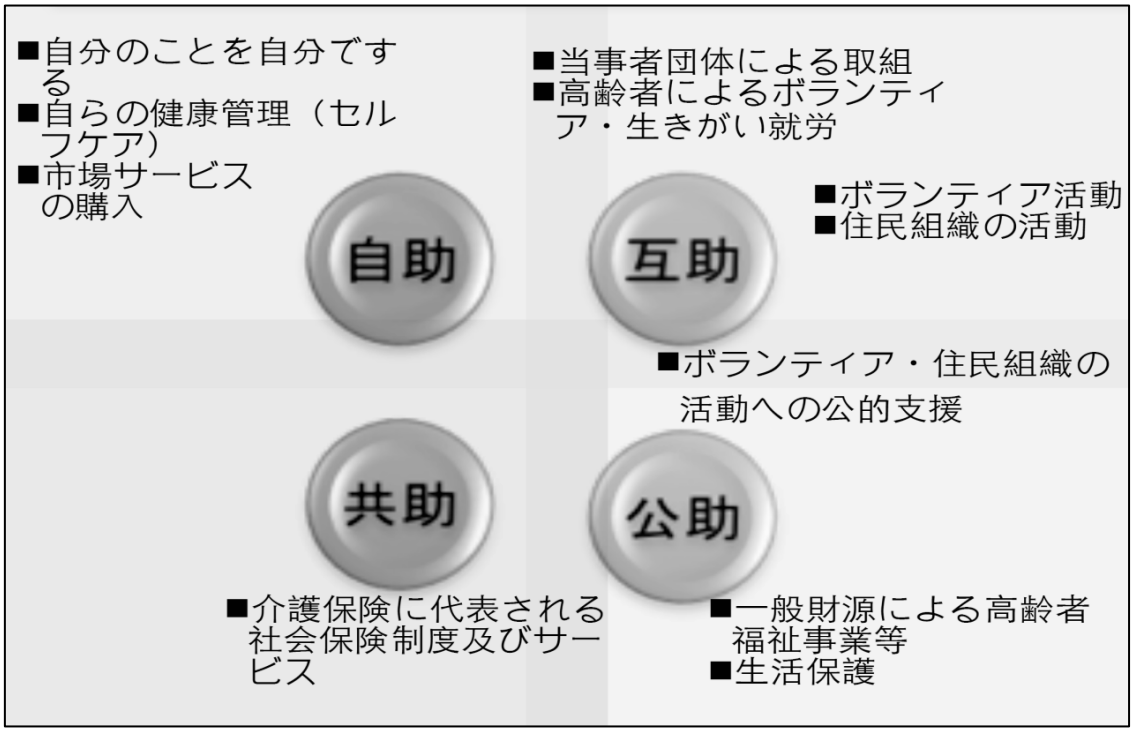
資料：厚生労働省公表資料

○　都民には、どのように地域と関わっていきたいか、高齢期をどこでどのように過ごしたいか、どのような医療・介護を受けたいかといったことを元気なうちから考え、準備をしておく心構えが求められることとなるため、都民に対する退職前教育や地域での啓発活動が必要である。また、判断能力の低下などでサービスの選択が十分にできない場合に備えて、権利擁護の仕組みが整備されなければならない。

○　誰が支えるかという視点からは、自助、互助、共助、公助の４つの概念で整理することができ（図１６参照）、地域包括ケアシステムにおいてそれぞれの取組が連携しながら役割を果たしていくことが重要である。

○　東京のような都市部では、地域でのつながりが弱いため、ボランティアや住民活動である「互助」を期待することが難しいとされてきたが、各地で都民の活動が活発化し広がり始め、独創的な活動も展開されるようになっている。今後は、このような動きを更に広げ、東京における新しい「互助」を拡大していく取組が必要となっていく。

≪図１６≫　自助・互助・共助・公助から見た地域包括ケアシステム



資料：地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステムの構築における【今後の検討のための論点整理】－概要版－」
（２０１３年）
（第１回検討会議　髙橋紘士委員長講演資料）

（２）人口構造の歴史的転換期において採るべき視点

○　現在、我が国で起きている高齢化という現象を歴史的、世界的に捉え、我が国の明治維新から２２世紀初頭までの人口の変化を５０歳で分けて、構成比を見ていくと、新たな視点が得られる。

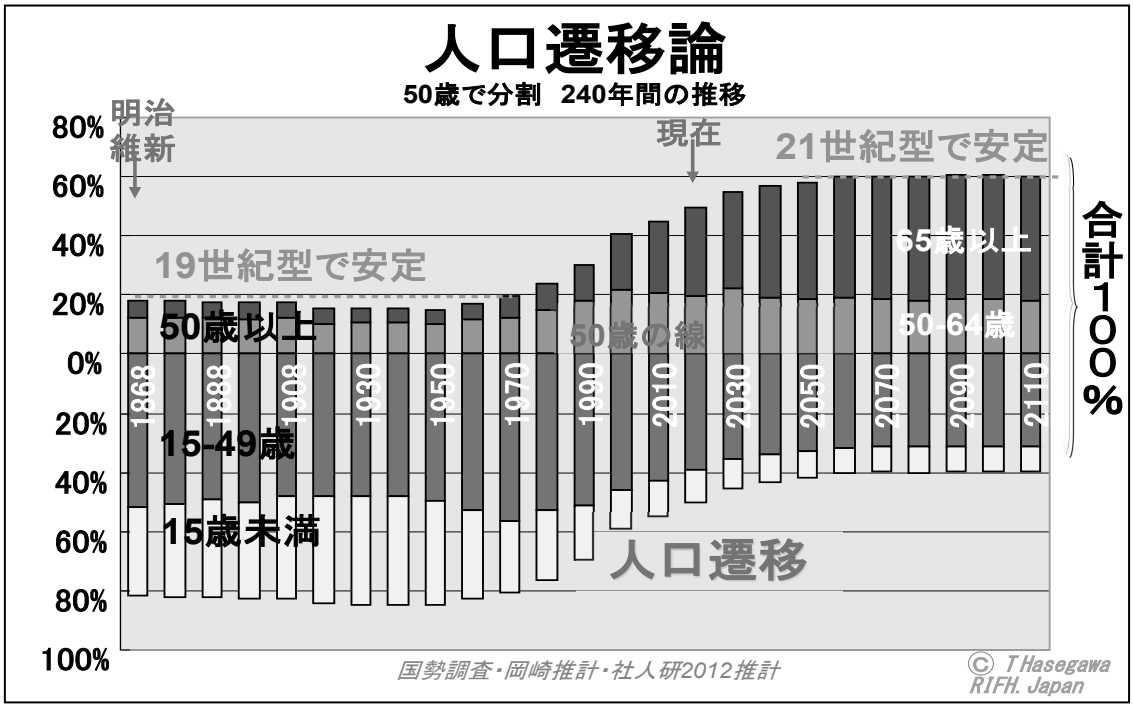
○　１９７０年までは、５０歳以上人口は１５～２０％で安定していた。そして、２０６０年以降は、５０歳以上人口は６０％程度で安定する。つまり、我が国は今、５０歳以上が３分の２弱を占める社会への遷移期にあると言える（図１７参照）。

○　人口の減少、働き手の減少、医療・介護需要の増大、未婚者の増加、一人暮らし高齢者の増加といった構造転換も同時に起こってくる。こうした人類史上初めて迎える変化のただ中においては、現状を引き延ばした予測に基づく施策は通用しない。若者のみならず壮年層にまで広がる「引きこもり」や、不安定・低収入な就労形態の拡大など、将来、より深刻な形で顕在化してくる可能性の高い新たな課題が、変化の中に胚胎していることも認識しなければならない。

○　変化に対応するためには、２１世紀型の課題群に対応できるまちづくりの将来像を描き、そこから現在なすべきことを探るべきである。東京の高齢化の進展は、過去から引きずったものの見方では危機に見える現象かもしれないが、新しい社会像を描いてみると、この事態は世界のどこも経験したことのない事態に対処するためのチャンスと捉えることもできる。

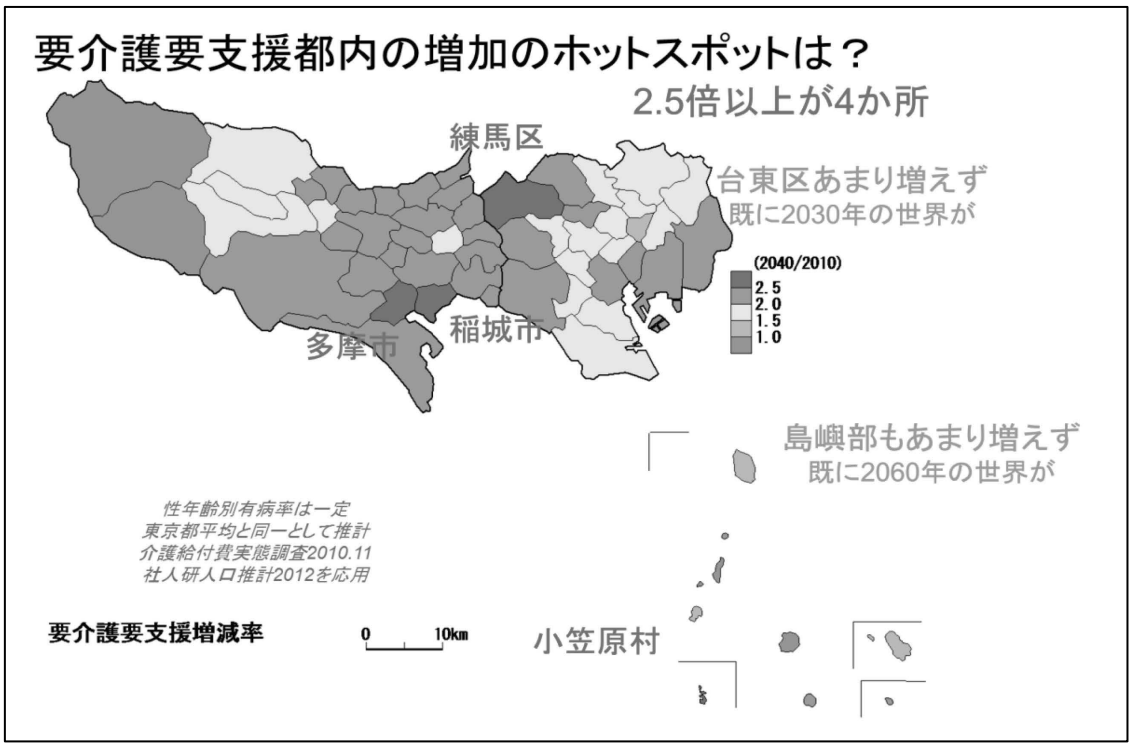
○　そして、この遷移の起こり方は東京の中でも地域によって差がある（図１８参照）。ケアの需要と地域特性を日常生活圏域単位などで分析した上で、地域ごとの取組を考えていくことが必要である。

≪図１７≫　人口の遷移【全国】



資料：第１回検討会議　長谷川敏彦氏講演資料

≪図１８≫　要介護（要支援）者の増加割合（2040 年／2010 年）【東京都】



資料：第１回検討会議　長谷川敏彦氏講演資料

○　さらに、こうした人口構造の遷移は我が国にとどまらず、中国や韓国、タイ、ベトナムといったアジア諸国でも将来生じる現象である。東京は高齢化の最先端を走る都市であり、人類初の体験に対し、どのように体制をつくり変えて、新しい都市の姿をつくっていくのか、世界からその動向が注目されている。「東京が変われば世界が変わる」という気概を持ってこそ、世界にさきがけた新たな都市モデルとなる「世界一の福祉先進都市」という目標に到達できるのではないだろうか。

第２章　論点別の現状・課題と対応策

○　本検討会議では、総論の議論に加え、「医療と介護」、「介護予防と生活支援」、「高齢期の住まい方」の３つの大きなテーマごとに各論の議論を行ってきた。

○　本報告書では、各論の議論を次の８つの論点に整理し、現状と議論のポイント、議論から見えてきた課題、課題解決の方向性をまとめることとする。

１　高齢期の住まいの確保と住まい方の支援

２　介護予防と支え合う地域づくり

３　認知症の人にやさしい地域づくり

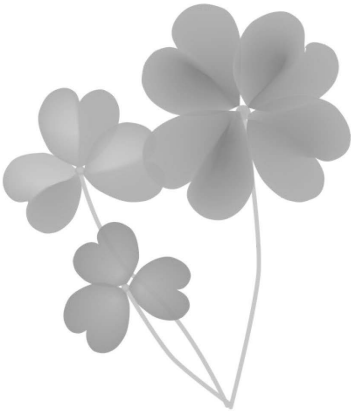
４　在宅療養環境の整備

５　地域に密着した介護サービス基盤の整備

６　時代のニーズに応じた規制の見直し

７　介護人材の確保・育成・定着

８　仕事と介護の両立支援

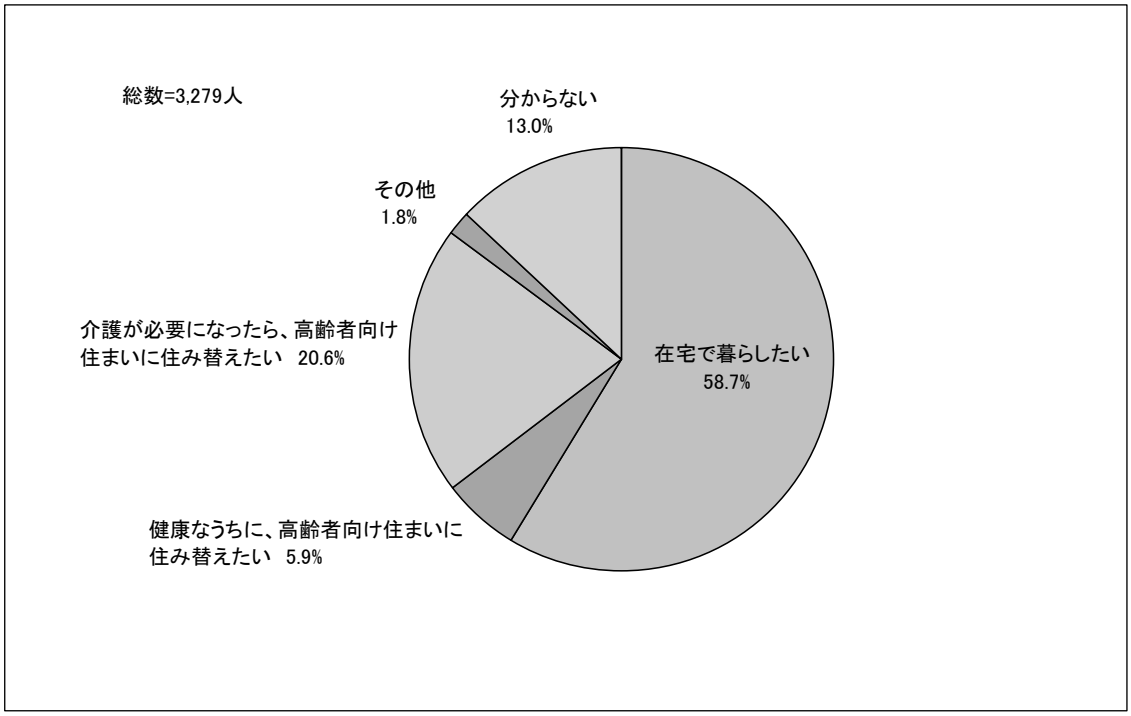


１　高齢期の住まいの確保と住まい方の支援

（１）現状と議論のポイント

○　希望する高齢期の住まいについて、都内の在宅高齢者の約６割が、引き続き在宅で暮らしたいという意向を持っている（図１９参照）。

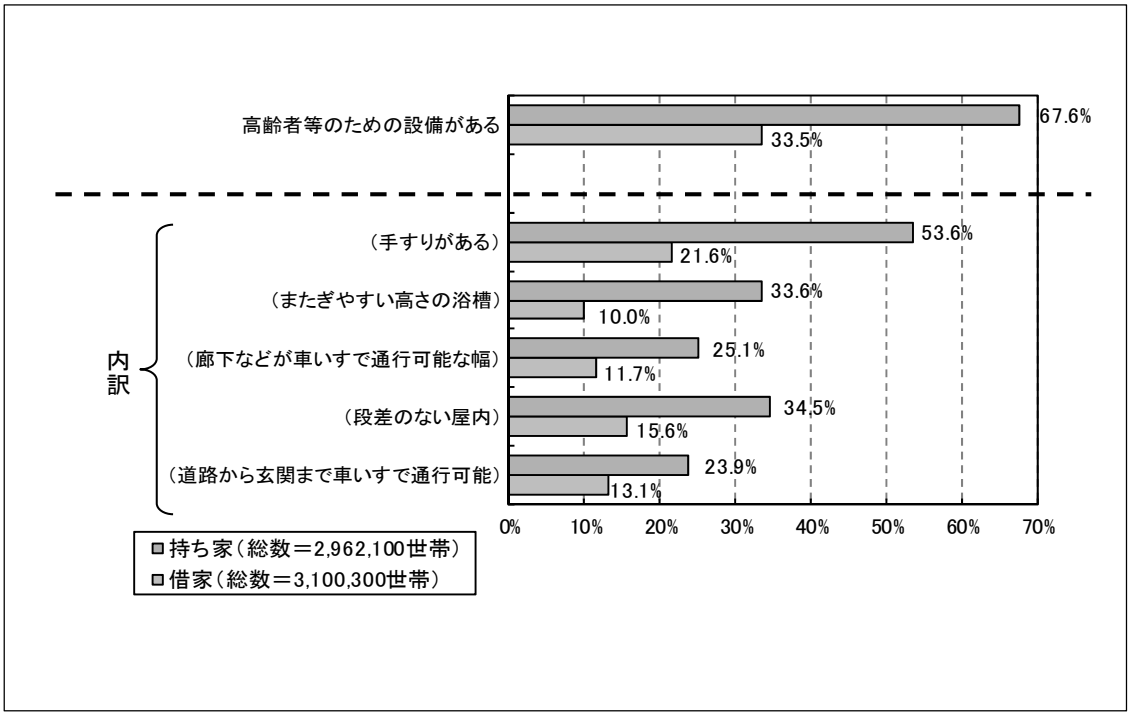
≪図１９≫　希望する高齢期の住まい【東京都】



（注１）本調査において、高齢者向け住まいとは、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、軽費老人ホーム（ケアハウス）、サービス付き高齢者向け住宅、シルバーピアを指す。
（注２）「介護が必要になったら、特別養護老人ホームに入居したい」と回答した人の割合は１０．３％となっている。
（「介護が必要になったら、高齢者向け住まいに住み替えたい」の内数）
資料：東京都福祉保健局高齢社会対策部「在宅高齢者の実態調査」（２０１３年度）

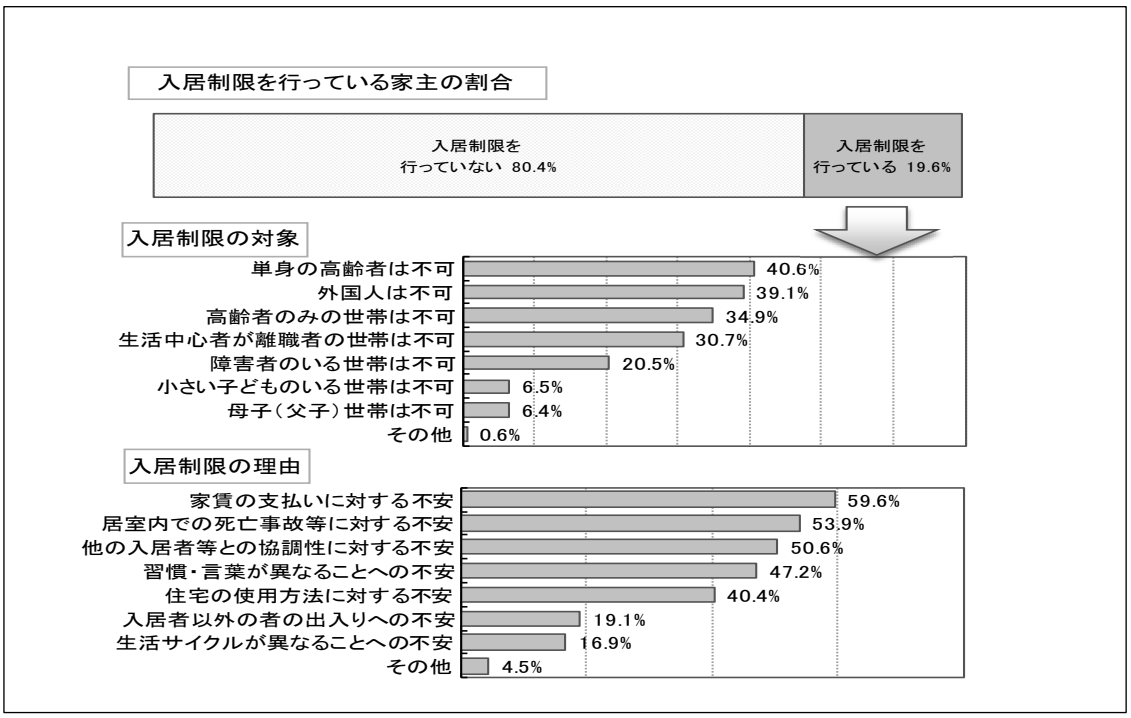
○　都内の住まいの現状を見ると、バリアフリー化は十分とは言えず（図２０参照）、また、民間賃貸住宅においては、家賃の支払や居室内での死亡事故等に対する家主の不安などから、高齢者の単独世帯等は不可とするなどの入居制限が行われている状況が見られる（図２１参照）。

≪図２０≫　住宅のバリアフリー化の現状【東京都】



資料：総務省「住宅・土地統計調査」（２０１３年度）

≪図２１≫　入居制限の状況【全国】



資料：財団法人日本賃貸住宅管理協会調べ「民間賃貸住宅の管理状況調査」（２０１０年）

○　一方で、都内では２０１３年時点で約８２万戸の空き家が生じており（図２２参照）、既存ストックを有効に活用することが期待されている。

○　また、高齢者単独世帯の増加に伴い、社会や地域とのつながりが希薄になってしまう高齢者の増加も見込まれる。

○　高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らせるようにするためには、高齢者の住まいの確保や居住空間の質の向上に加え、見守りを含む生活支援や介護・医療等のサービスの提供についても一体的に考えていくことが求められていることから、都は、以下のような取組を行っている。

≪主な取組≫

・　医療・介護と連携したサービス付き高齢者向け住宅、地域密着型サービス事業所や一般住宅を併設したサービス付き高齢者向け住宅への上乗せ補助

・　住まいの確保と生活支援を一体的に提供する区市町村の取組への支援

・　高齢者等の民間賃貸住宅への入居支援を行う区市町村の居住支援協議会の設立及び活動を支援する東京都居住支援協議会の運営

・　民間住宅の空き家等を活用して高齢者向け住まいの確保に取り組む区市町村への支援

・　民間にも出資を募り、都内における子育て施設や高齢者向け施設を含む福祉貢献型建物の整備促進等を目的とした「官民連携福祉貢献インフラファンド」の組成

≪図２２≫　空き家の状況【東京都】

◇平成25年の東京都の空き家総数81.7万戸のうち、活用可能と想定される「腐朽・破損なし」の空き家数は65.6万戸。
◇活用可能な空き家は、賃貸用の住宅が多い。

都内の活用可能な空き家

＜空き家総数　81.7万戸の内訳＞

	賃貸用					その他（居住世帯が長期不在等（※））					二次的住宅（別荘等）	売却用
	戸建	長屋建	共同住宅		その他	戸建	長屋建	共同住宅		その他		
			木造	非木造				木造	非木造			
腐朽・破損なし（65.6万戸）	1.1万戸	0.7万戸	10.1万戸	37.0万戸	0.1万戸	4.9万戸	0.3万戸	0.9万戸	4.7万戸	0.2万戸	1.0万戸	4.6万戸
腐朽・破損あり（16.1万戸）	10.9万戸				賃貸用 計49．0万戸	4.2万戸				長期不在等 計11．0万戸	0.2万戸	0.8万戸
合計（81.7万戸）	59.8万戸					15.2万戸					1.2万戸	5.4万戸

（※）転勤・入院などのため居住世帯が長期にわたって不在の住宅や建て替えなどのために取り壊すことになっている住宅など

資料：総務省「住宅・土地統計調査」（２０１３年度）

○　都内には、高度成長期に短期間に開発され入居が始まった郊外住宅地や大規模団地が存在し、開発された単位ごとに高齢化が進んでいる現状がある（図２３参照）。

○　政府が設置した「日本版ＣＣＲＣ構想有識者会議」は、昨年１２月、高齢者が希望に応じ地方や「まちなか」に移り住み、多世代と交流しながら健康でアクティブな生活を送り、必要に応じて医療・介護を受けることができるような地域づくりを目指す「「生涯活躍のまち」構想」を取りまとめた。今後、国は構想実現に向けて、自治体や事業主体が実施する事業を支援していくこととしている。

○　都内においては、人口・社会構造の変化と住宅供給にミスマッチが見られることや、医療・介護とまちづくり政策の融合がより一層求められていることから、本検討会議では、既存ストックの活用も含めた、高齢者の住まいを確保するための方策や、まちづくりと地域包括ケアシステムの関係について議論を行った。

≪図２３≫　郊外住宅地の高齢化

資料：第４回検討会議　園田眞理子副委員長講演資料

（２）議論から見えてきた課題

ア　地域包括ケアシステムに資する住まいの整備と地域のマネジメント

○　日本では、戦後、持家政策が推進され、また、中古住宅市場が活性化されていないことも一因となり、ヨーロッパ諸国に見られるようなライフステージに応じた住み替えの文化がない。

○　住まいがバリアフリー化されていないままでは、加齢に伴い心身が虚弱化すると、居住継続が困難になってしまうが、早めの住み替えやバリアフリー改修の要否を判断し、適切に対応するための相談体制が整っていない。

○　また、高齢化が進む郊外住宅地などでは、高齢期の居住に対応した住環境整備を面的に行うなどの適切な再投資が行われないと、住まいや地域の価値が下がり、衰退に向かうおそれがある。さらには、近年、都心部において集中して建設されている高層マンションなども、将来、同様の課題を生み出すおそれがある。

○　地域の魅力を高め、活力を維持・向上させるために必要となる、地域住民や様々な地域資源、既存の政策などを結び付ける地域プロデューサーのような機能を担う主体がいない。

○　高齢期までの生活を見据えた住まいや医療・福祉拠点の適正な配置が考えられた計画がなされずに都市が形成されてきた結果、地域で暮らし続けることが困難となってしまっている場合がある。

○　サービス付き高齢者向け住宅は、急速に整備が進んでいるが、相続税対策や利益追求を目的に建設されるケースも考えられ、立地が偏在し、地域包括ケアシステムの考え方とは相容れない、地域に対してクローズドな建物になってしまうことも懸念される。

イ　住まいの確保の支援と一体的な生活支援

○　様々な不安やリスクを抱える住宅確保要配慮者[1]は、適切な住まいを確保しにくいだけでなく、住まいを確保できた場合でも、トラブルがあったときにサポートできる支援体制がなければ地域での生活の継続が難しい。

ウ　多世代共生の仕組みづくり

○　アメリカのＣＣＲＣやフランスの世代間同居等の事例は参考になるが、そのままの仕組みを東京に持ってきても同様には機能しない。また、アメリカ型のＣＣＲＣは一部の富裕層向けでもあることから、年金やプラスアルファの資金では入居できない。

○　高齢者の生きがいにつながる承認欲求や貢献欲求を満たすことのできる、多世代が共生する活動や場が不足している。

1　低額所得者、被災者、高齢者、障害者、子供を育成する家庭その他住宅の確保に特に配慮を要する者（住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律（平成１９年法律第１１２号）第１条）。

（３）課題解決の方向性

ア　地域包括ケアシステムに資する住まいの整備と地域のマネジメント

○　地域住民や関係者がアイディアを出し合い、どこで、誰と、どのように暮らしたいかという地域住民の住まい方に対する意識を包摂しながら、まちづくりを推進すべきである。

○　地域包括ケアシステムの構築に資するサービス付き高齢者向け住宅の供給を促進していくため、適切な立地の誘導を図るとともに、地域住民への医療・介護その他多様なサービスを行う事業所を併設した「拠点型」の住宅と、地域に点在する空き家等の資源を活用した「分散型」の住宅の供給を同時に進めるべきである。

○　住まいを新築する際は、入居者の身体状況が変わったとしても暮らし続けることができるよう、バリアフリー構造にするとともに、介助者が介護動作を適切に行うことのできる設計を推進すべきである（図２４参照）。

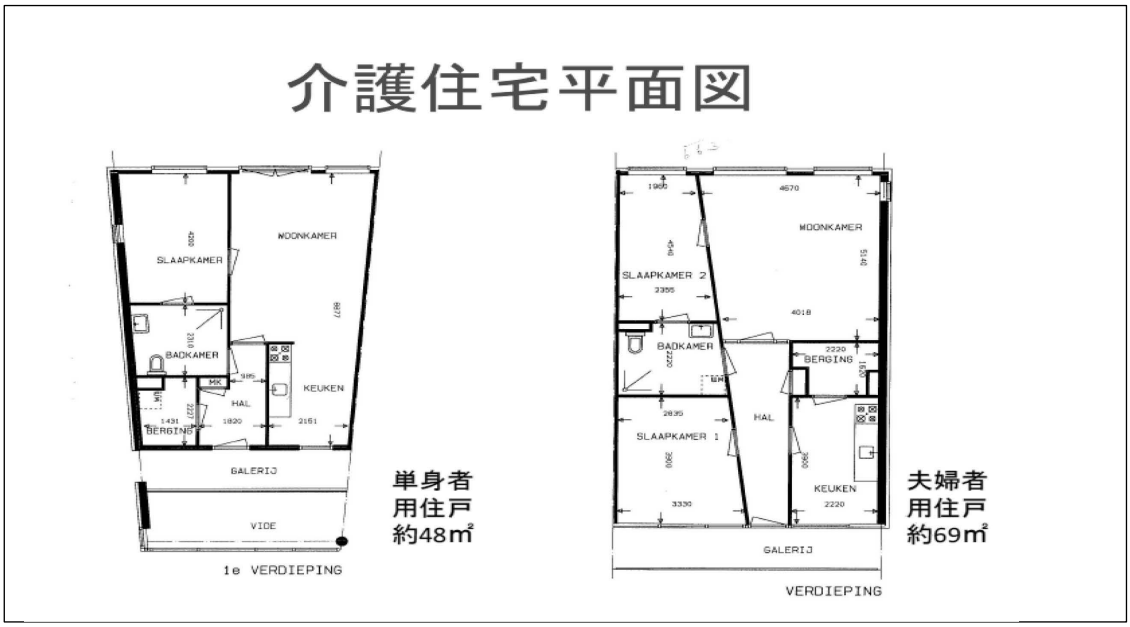
○　空き家は地域における有効な資源であり、その地域に必要な高齢者の住まいや医療・福祉拠点等を整備するために、積極的に活用すべきである。

○　そのためには、建物の改修等への支援や、家主と事業の実施場所を探している人とのマッチングが円滑に進む仕組みづくり、さらには、空き家を地域の資源として提供する場合に家主に経済的なメリットが生じる仕組みづくりなど、活用へのインセンティブを与えることも有効であると考えられる。

○　空き家などの既存資源も有効活用し、都市計画と医療・介護・福祉等に関する計画との整合を図りながら、地域に必要な拠点を徐々に適正に配置し直していくことが必要である。

○　まち・住まいの持続と再生のためには、互助を醸成しながら地域をマネジメントできる主体を住民などが創設し、事業から生じた利益が地域に再投下され循環するような仕組みをつくるべきである。

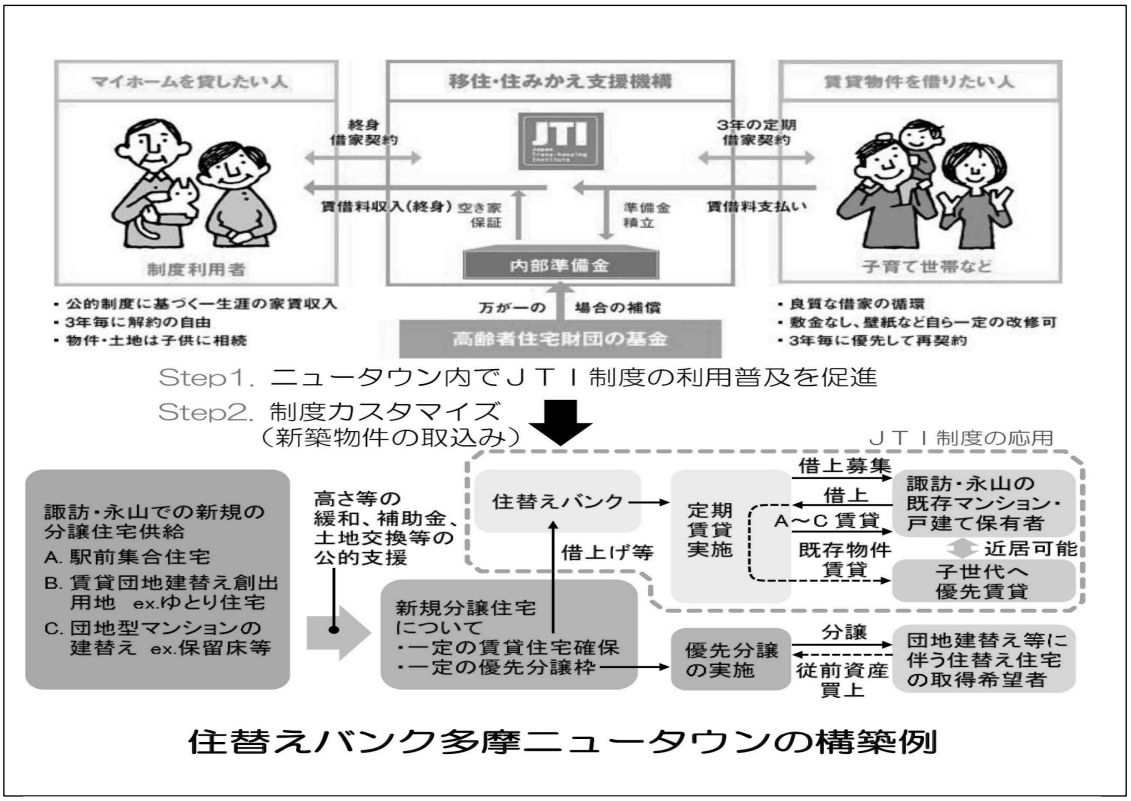
≪図２４≫　介護される側と介護する側の両面を考慮した住宅の設計
（オランダのアルメール市の例）



資料：第７回検討会議　水村容子委員講演資料

○　ライフステージに合わせて地域内を自由に住み替えできる循環構造の仕組みをつくり、「地域が終の棲家」という意識を醸成することが、これからのまちづくりには必要である（図２５参照）。

≪図２５≫　住み替えによる循環構造の仕組み



資料：第７回検討会議　荒井康弘委員講演資料

イ　住まいの確保の支援と一体的な生活支援

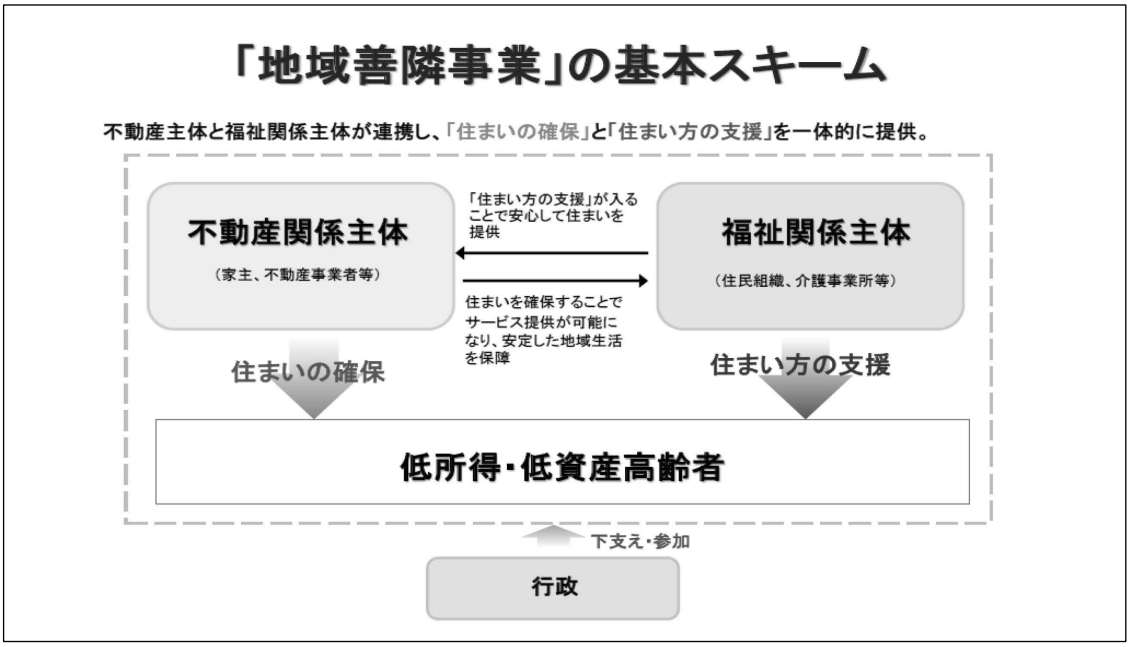
○　住宅に困窮し、日常の自立生活に不安のある低所得高齢者等が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、区市町村の居住支援協議会の設置や、「地域善隣事業」(図２６参照) などの取組を更に促進する必要がある。

○　また、居住支援と併せて生活上の支援を必要とする人の見守りやトラブル対応を行い、生活支援の拠点を設けて地域住民を支えていく取組（例として「ふるさとの会」の取組（図２７参照)）を広げていくことが重要である。

○　社会福祉法人は、社会福祉法の改正により義務付けられることとなる社会貢献活動の一環として、地域における交流の場の提供や、地域住民への生活支援などの取組に加え、居住支援協議会や不動産事業者、他の社会福祉法人と連携し、住まい探しからトラブル対応までを行うような居住支援の取組を行うことを検討すべきである。

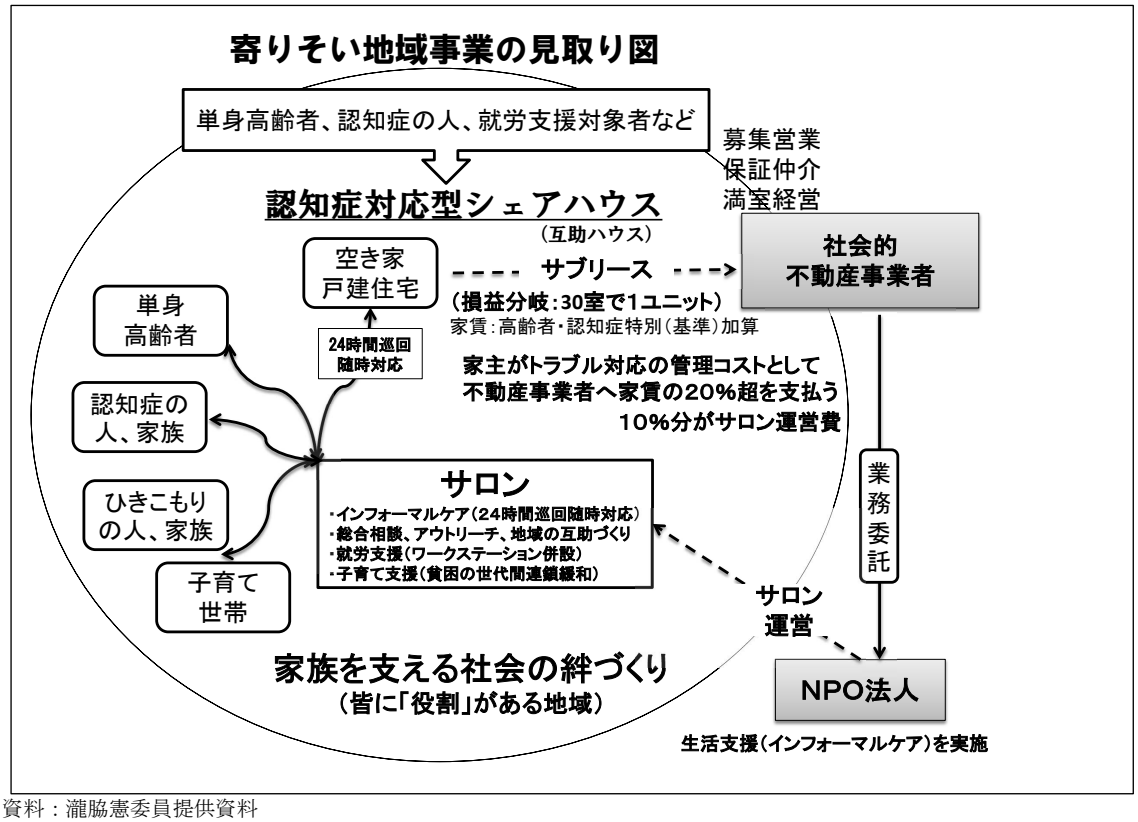
○　生活に困難を抱え支援を受けている人も含めた、地域で暮らす人々を、一定の質が確保された研修や互助活動の実践を通じて、地域における支援の担い手として育成していくことも有効である。

≪図２６≫　地域善隣事業のスキーム



資料：第４回検討会議　園田眞理子副委員長講演資料

≪図２７≫　ふるさとの会の取組の概要



資料：瀧脇憲委員提供資料
【参考】特定非営利活動法人自立支援センター「ふるさとの会」
http://www.hurusatonokai.jp/

ウ　多世代共生の仕組みづくり

○　人口・世帯減少に向かう東京において、生涯、生きがいを持ちながら安心して住み続けることができるよう、海外のＣＣＲＣの事例や、国における「生涯活躍のまち」の考え方なども参考にしながら、高齢者だけでなく子育て層、若年層を含めた多世代共生型の住まいを都内にも確保していくことが重要である。

○　その際には、富裕層だけでなく様々な所得層が入居できるものとなるよう、空き家、団地、商業ビルなど既存のストックの活用や、居住者もコミュニティの担い手となるようなモデルが有効である。

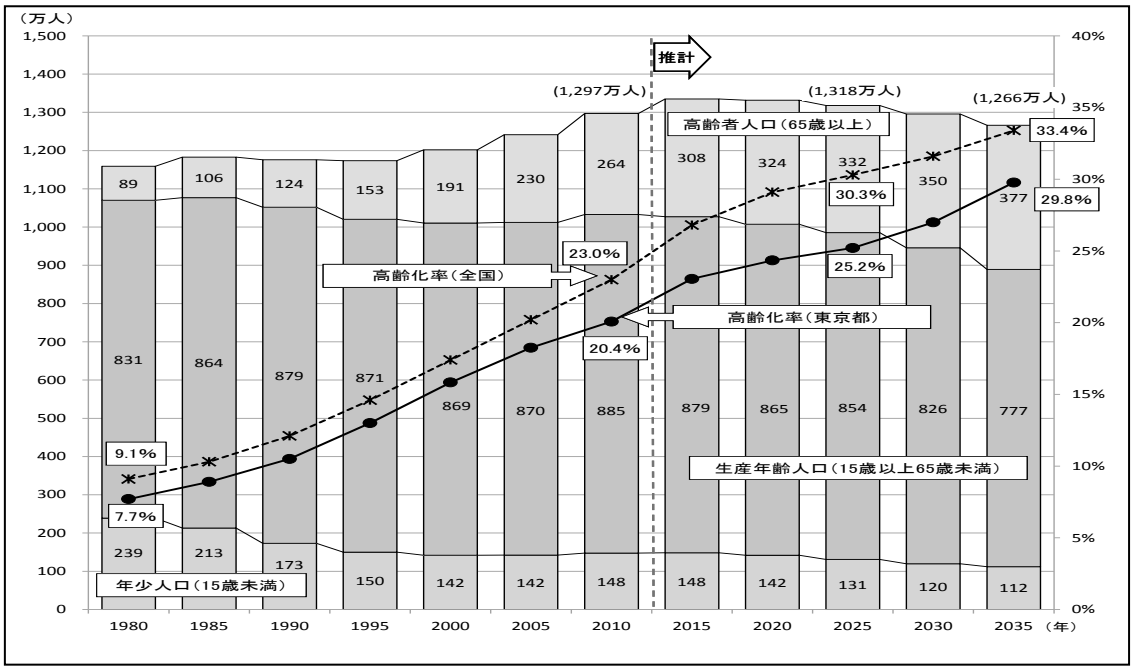
○　高齢者を含む多世代が安心して暮らせる住まいの確保は、居住空間のメンテナンスやリフォーム、住民に対するヘルスケアサービスや生活支援サービスなどの新たな市場を生むとともに、住民が様々な活動を行うことにより消費が活性化し、地域経済に潤いをもたらすことにもつながる。

２　介護予防と支え合う地域づくり

（１）現状と議論のポイント

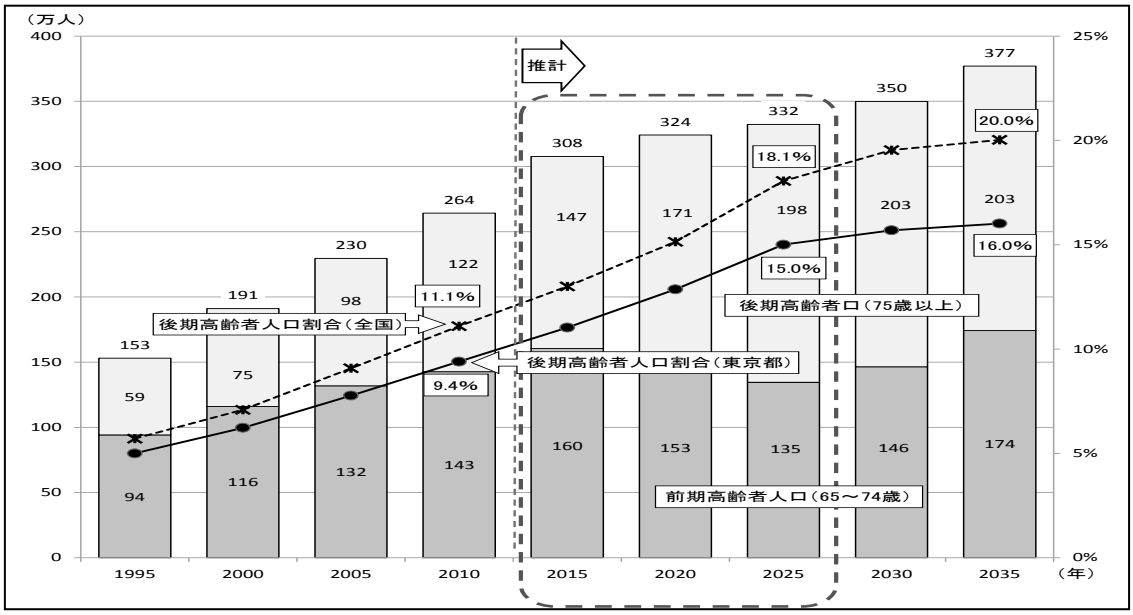
○　２０１０年の国勢調査によると、東京都の高齢者人口は約２６４万人で、高齢化率は２０．４％ となっており、今後とも、高齢者人口、特に後期高齢者が増加すると見込まれる（図２（再掲）、図３（再掲）参照）。

≪図２（再掲）≫　将来人口推計【東京都】



資料：総務省「国勢調査」［１９８０年～２０１０年］
　　国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（全国)」（２０１２年１月）［２０１５年～２０３５年］
　　国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（２０１３年３月）［２０１５年～２０３５年］

≪図３（再掲）≫　高齢者人口の推移【東京都】



資料：総務省「国勢調査」［１９９５年～２０１０年］
　　国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（全国)」（２０１２年１月）［２０１５年～２０３５年］
　　国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（２０１３年３月）［２０１５年～２０３５年］

○　それに伴い、医療・介護が必要な人や認知症の人など、地域で支える必要がある人が増えていく一方で、地域で活躍することができる元気な高齢者も増えていく（図２８参照）。

○　都は、高齢者が要介護状態になることを予防し、また、地域社会の担い手として元気高齢者などの多様な主体が参加して、高齢者が住み慣れた地域で支え合いながら安心して暮らしていくことができるよう、以下のような取組を実施している。

≪主な取組≫

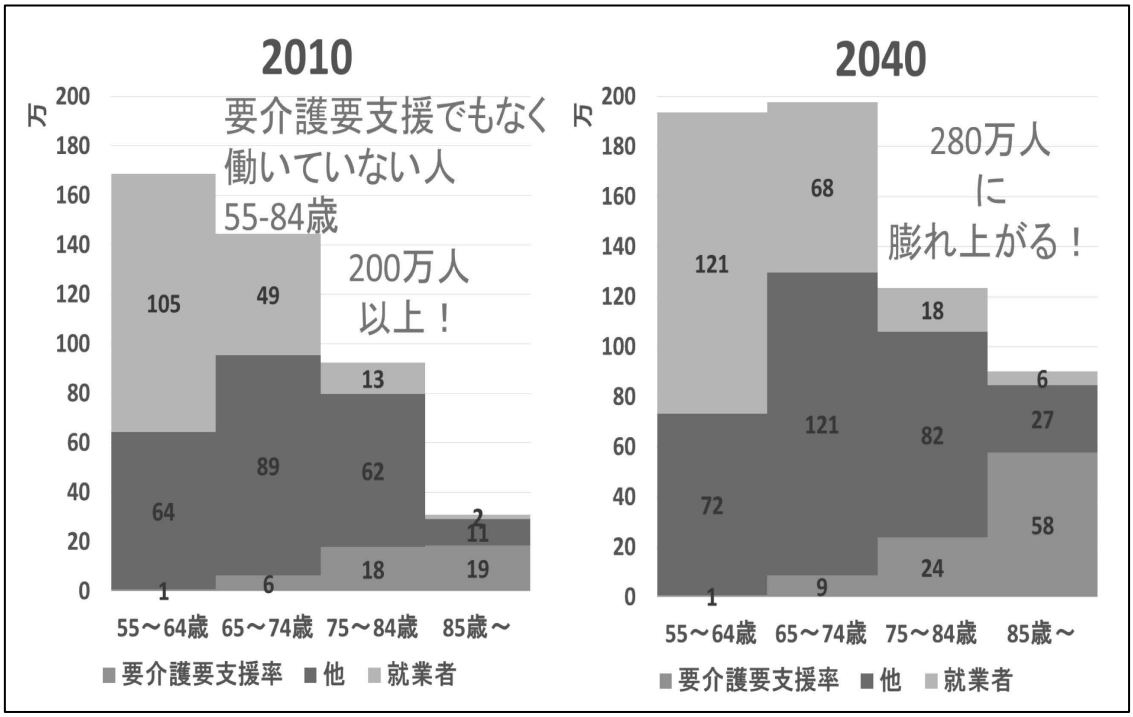
・　地域包括支援センターへの介護予防機能強化支援員の配置等の支援

・　リハビリテーション専門職等を活用した高齢者の自立支援に資する取組の強化

・　元気高齢者を地域の生活支援の担い手として活用する区市町村への支援

・　ビジネススキルや専門知識を有した企業人等のボランティア活動である「プロボノ」により、地域貢献活動を展開する団体が活動を拡充できるよう、基盤強化を支援

≪図２８≫　要介護認定と就労の状況【東京都】



資料：第１回検討会議　長谷川敏彦氏講演資料

○　健康寿命の延伸のためには、体力の維持、低栄養の予防、社会参加が重要であり（図２９参照）、群馬県草津町での研究成果などから、それらを促す取組を行うことで、要介護・要支援認定率が下がることが明らかになっている（図３０参照）。

○　また、介護保険法の改正により２０１７年度までに予防給付の一部が地域支援事業に移行することなどから、介護予防・生活支援の取組への一層の多様な主体の参画が望まれる。

○　そのため、本検討会議では、効果的な介護予防の手法や、元気高齢者、民間企業・ＮＰＯ等の多様な主体を活用した地域の支え合いを育むための具体策について議論を行った。

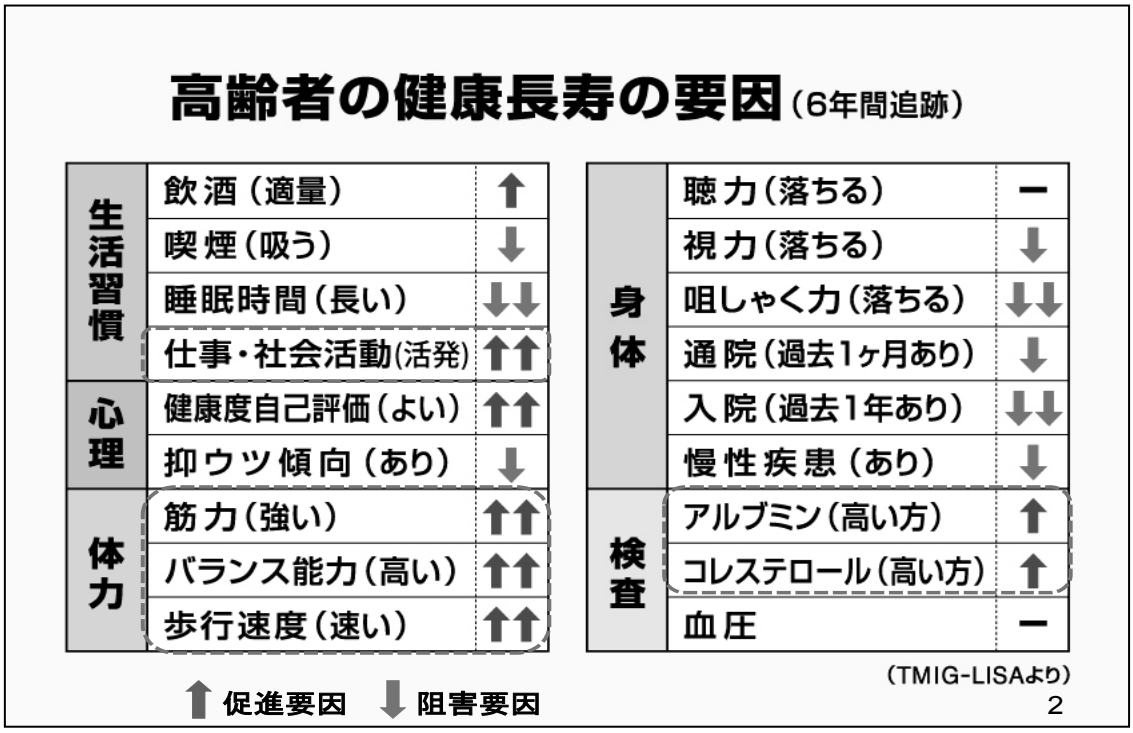
（２）議論から見えてきた課題

○　高齢者が増えていく中で、行政が主体となって健康づくりや介護予防のサービスを提供するという従来型の発想では限界がある。

○　地域にＮＰＯや住民活動が増えてきたところもあるが、活動が個人の熱意に支えられている場合も多く、継続性が担保されず、参加する人も限られている。

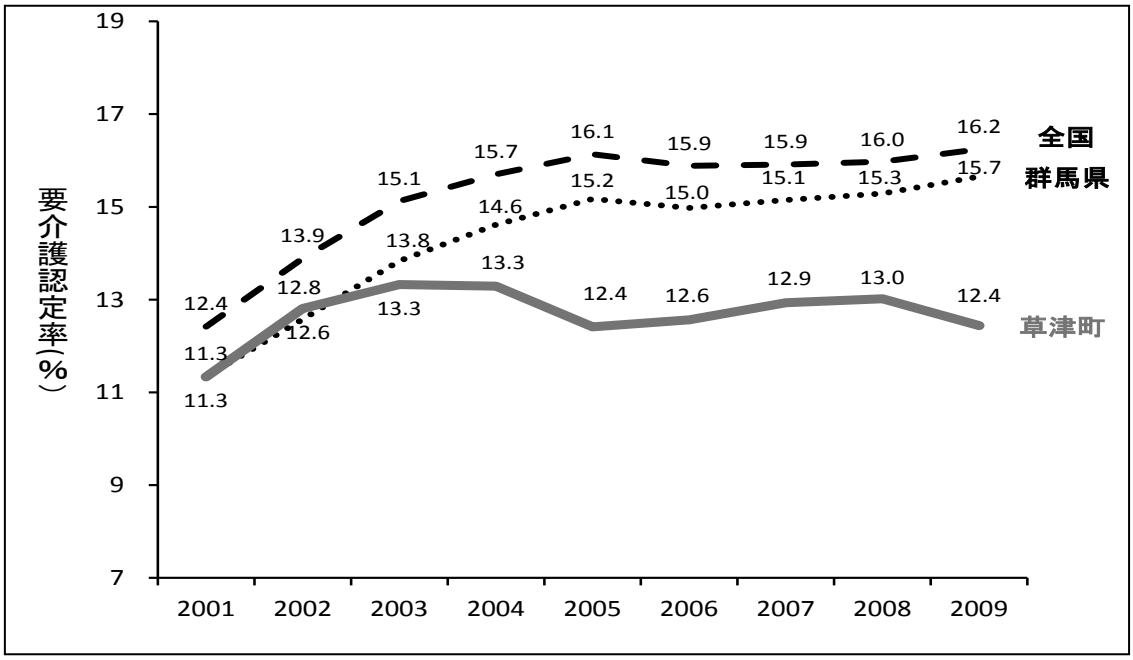
○　介護サービスを利用しなくても、見守りや生活支援のサービスがあれば地域で暮らし続けることができる人も多いと考えられるが、地域のＮＰＯや住民活動間でネットワークが構築されておらず、インフォーマルサービスが十分に活用できていない。

≪図２９≫　高齢者の健康長寿の要因



資料：第３回検討会議　新開省二委員講演資料

≪図３０≫　介護予防の取組を実施した群馬県草津町の要介護認定率の推移



（注）２００３年より研究事業実施
資料：第３回検討会議　新開省二委員講演資料

（３）課題解決の方向性

○　人への信頼感が高い地域ほど健康状態が良いという研究結果（図３１参照）などからも分かるように、人と人との絆や社会のつながりを強めていく方向で、コミュニティづくりを行うことが重要であり、このことを都民、事業者など関係者間の共通認識とすべきである。

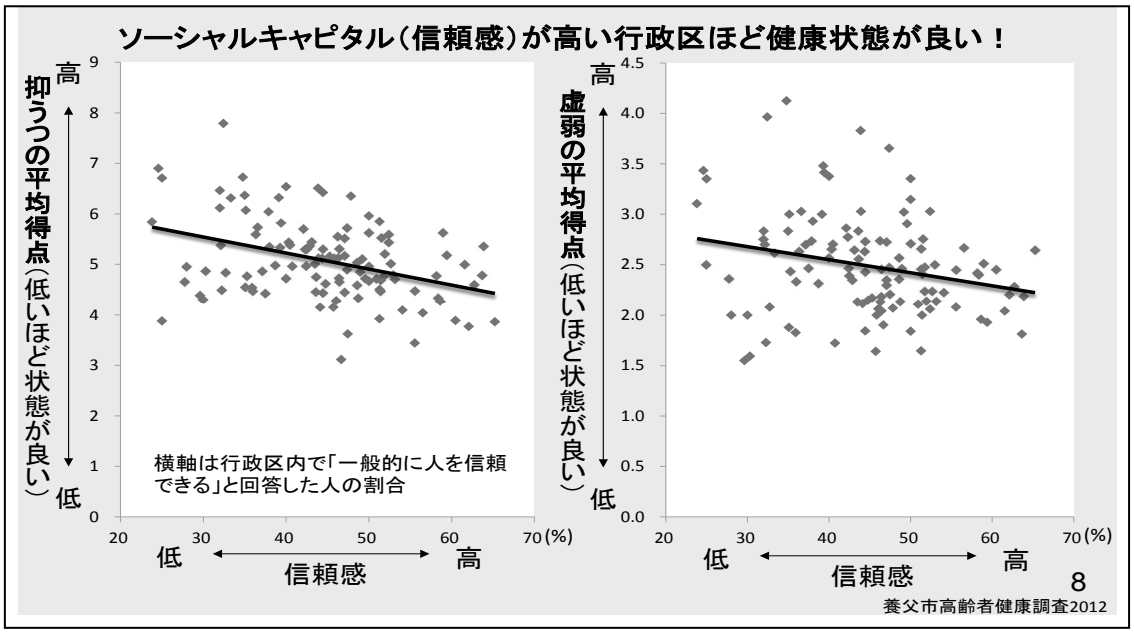
○　高齢者がコミュニティカフェなど地域の通いの場の担い手などとして新たな社会的役割を得ることは、結果として介護予防にもつながるため、行政から働きかけるだけでなく、住民も自ら考え、地域ぐるみで取り組んでいく必要がある。

○　そのためには、産学官民それぞれが健康づくりや介護予防に携わるきっかけをつくることや、産学官民の特徴を踏まえたマッチングの実施が必要である。

○　住民主体の取組を推進していくためには、モデル的な活動を支援するなど、活動を軌道に乗せるまでの行政の支援が有効である。

○　地域住民によって実施される介護予防や地域活動に関する情報を自治体が地道に把握し、行政の取組も含めてそれらを有機的につなぎ合わせて都民に伝え、参加を促す工夫も必要である。

≪図３１≫　人への信頼感と健康状態の相関



資料：第３回検討会議　新開省二委員講演資料

３　認知症の人にやさしい地域づくり

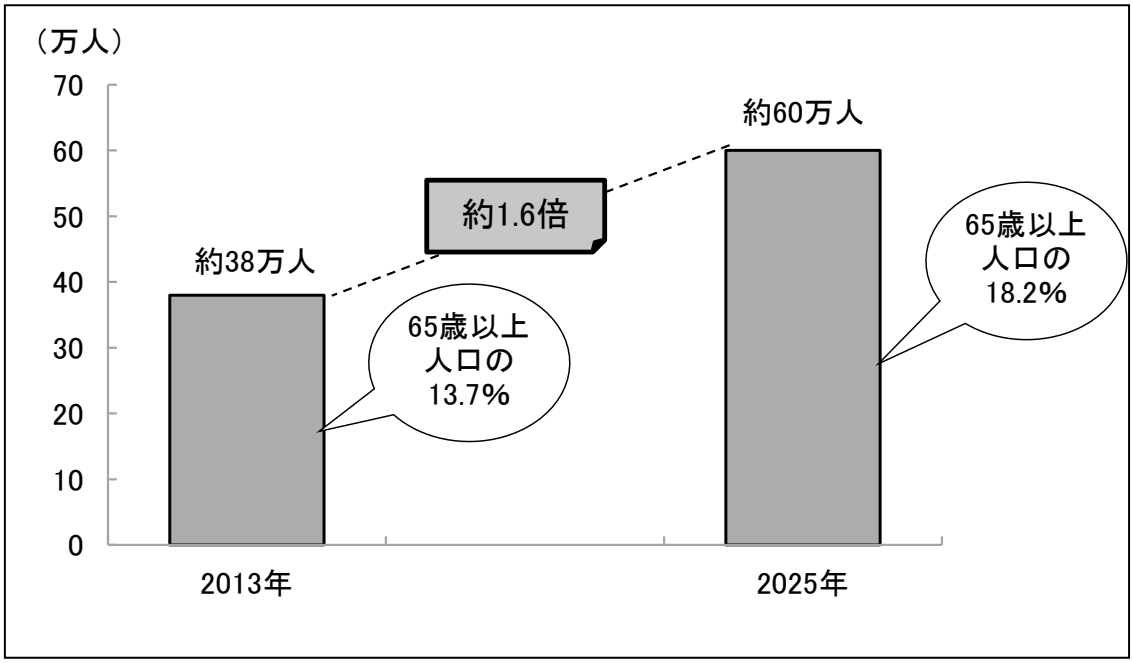
（１）現状と議論のポイント

○　２０１３年１１月時点で、何らかの認知症の症状を有する高齢者は、都内に約３８万人おり、２０２５年には約６０万人になると推計されている（図３２参照）。

○　また、認知症であっても介護保険の要介護認定を受けていない人や、ＭＣＩ[4]の人も多くいると推計される（図３３参照）。

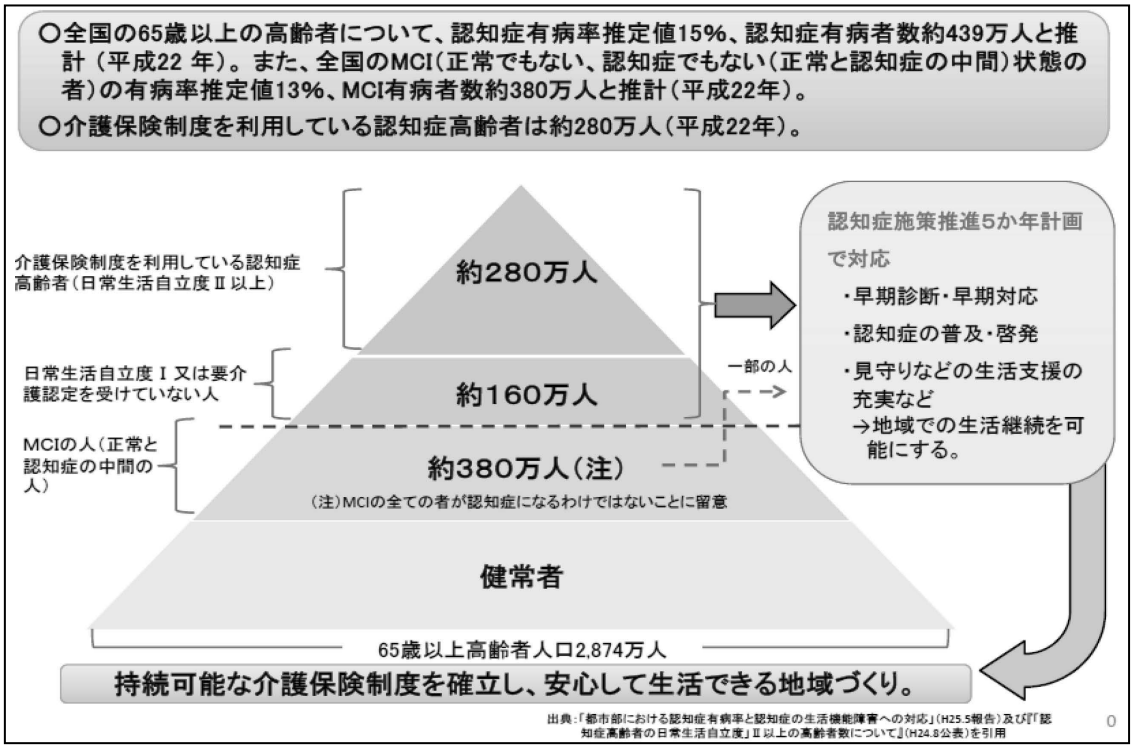
[4] 正常でもない、認知症でもない（正常と認知症の中間）状態
（ＭＣＩ：Mild Cognitive Impairment）

≪図３２≫　何らかの認知症の症状を有する高齢者の推計【東京都】



資料：東京都福祉保健局高齢社会対策部「要介護者数・認知症高齢者数等の分布調査」（２０１３年度）

≪図３３≫　認知症高齢者の現状（２０１０年）【全国】



資料：厚生労働省公表資料

○　在宅で暮らす認知症の人のうち、一人暮らしの人や高齢夫婦のみの世帯の人が今後増えていくことが予想される（図３４参照）。

○　都は、認知症の人とその家族が住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、以下のような取組を実施している。

≪主な取組≫

・　認知症チェックリストを掲載したパンフレット等による普及啓発の実施

・　認知症についての正しい知識を習得し、できる範囲で認知症の人や家族を支える「認知症サポーター」の養成に取り組む区市町村に対する支援

・　認知症疾患医療センターや認知症アウトリーチチーム、認知症支援コーディネーターの設置等の医療体制の整備

・　認知症介護・医療サービスを担う人材の育成

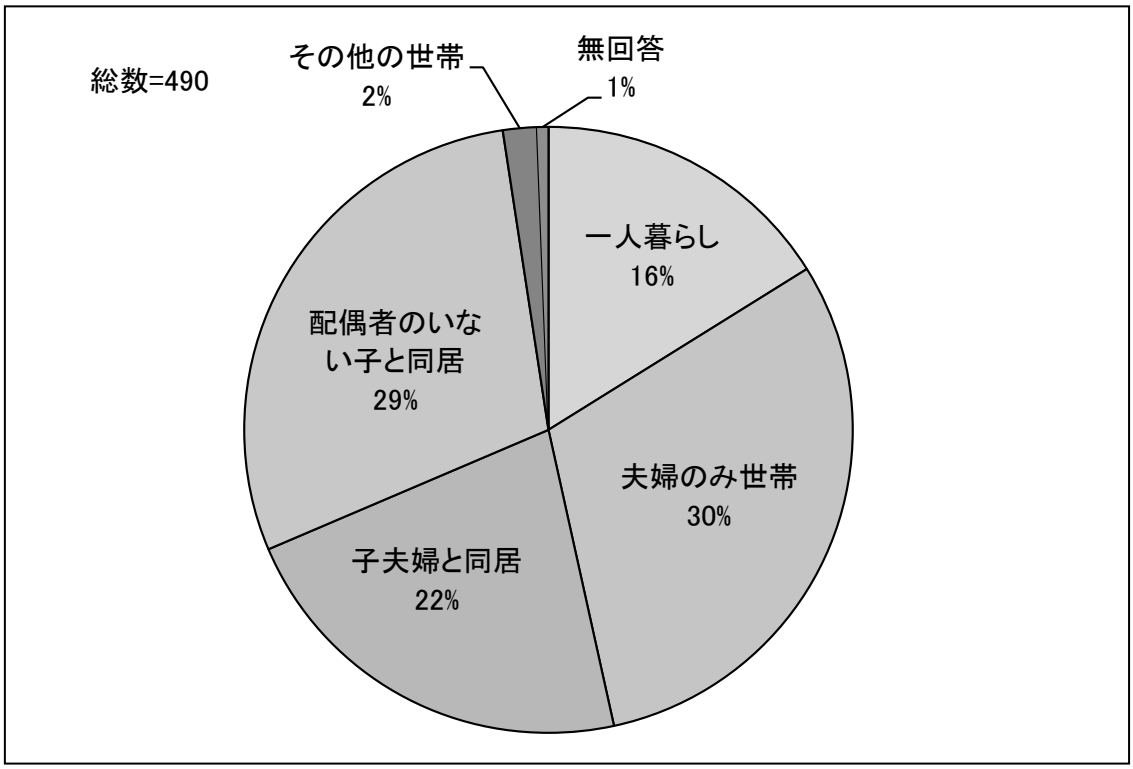
・　若年性認知症の人への専門的な相談・支援拠点の設置

・　認知症に関する医療と研究を担う地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターの運営支援

○　認知症の人は、環境の変化に影響を受けやすいこともあり、住み慣れた環境や顔なじみの関係の中で穏やかに暮らし続けられることが望ましい。そこで、認知症の人が地域での生活を継続することができるようにするため、本検討会議では、認知症の人と家族に対し、更にどのような支援が必要か議論を行った。

≪図３４≫　在宅で生活している認知症が疑われる人がいる世帯の状況

【東京都】



資料：東京都福祉保健局高齢社会対策部「認知機能や生活機能の低下が見られる地域在宅高齢者の実態調査報告書」（２０１４年５月）

（２）議論から見えてきた課題

○　本人、家族はもとより、ケアマネジャーや介護職員、かかりつけ医などの専門職であっても、認知症の人に対し、「何もできない、何も分からない人だ」、「一人暮らしは無理だ」などの誤った先入観を抱いていること（図３５参照）で、諦めや過剰な支援、不適切なケアに陥ってしまうことがある。

○　認知症の人は、精神的・身体的健康問題に加え、それらから生じる社会的困難を抱えるが（図３６参照）、初期段階での支援が不足しており、関係機関の連携も不十分である。そのため、診断を受けていない人や診断後すぐに支援につながらない人がおり、問題が顕在化・深刻化してから初めて介護サービス等の支援制度を利用する場合が見受けられる。

≪図３５≫　認知症に対する様々な先入観（偏見）

認知症に対する様々な先入観（偏見）

- 一般の人々の先入観 「何も分からなくなる」
- 他の病気（障害）の人の先入観

  対麻痺の人 「自分たちは脳がやられなくてよかった」

  失語症の人 「認知症と一緒にしないでほしい」
- 専門職の先入観

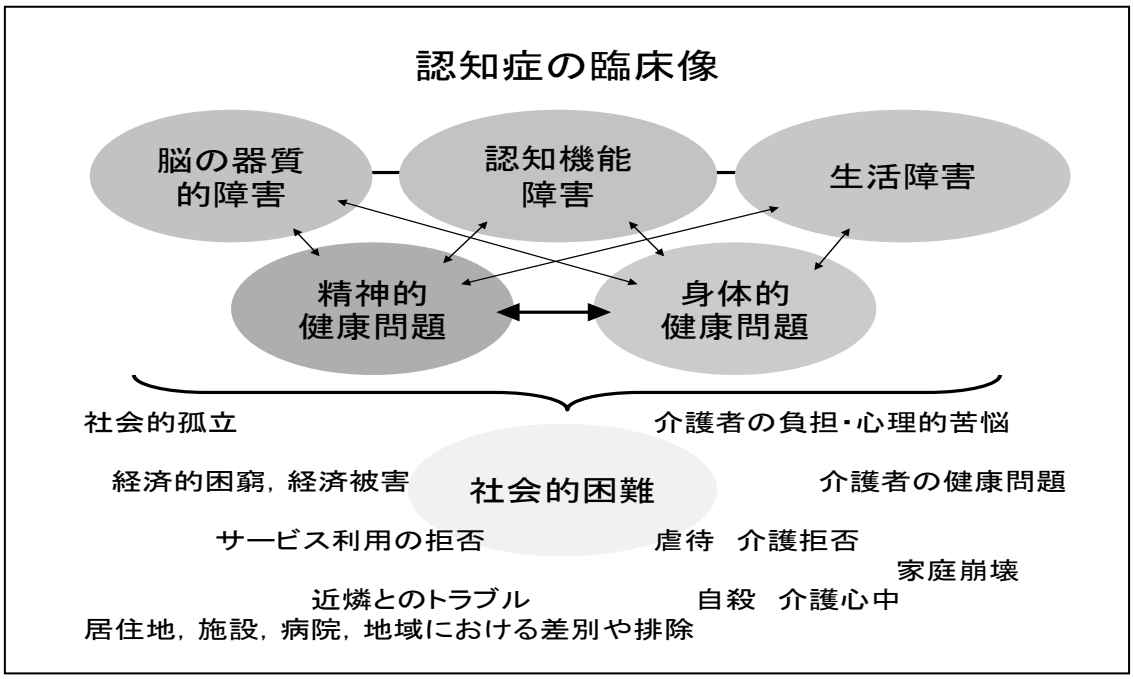
  「この低いテストの点では独居は難しい」

  「これだけ脳が萎縮していては会話は難しい」
- 本人の先入観 「なぜか病気になったことが恥ずかしい」

  「生きていてよいのか」

資料：第３回検討会議　繁田雅弘委員講演資料

≪図３６≫　認知症の臨床像



資料：第６回検討会議　粟田主一氏講演資料

○　行動・心理症状（ＢＰＳＤ）[5]への対処方法が分からないために、家族等の疲弊や近隣関係の悪化などを招き、地域生活の継続が困難となっている場合がある。

○　認知症の人が地域生活を継続していくためには、個々の症状や環境に応じて、医療、介護、生活支援、居住支援、家族支援などを制度横断的に適切に組み合わせていく必要がある（図３７参照）が、そのための体制整備が不十分である。

○　認知症の人を支援していくためには、多職種の連携が必須となるが、用いる用語やケアへの考え方が異なる中で、支援の目標を共有することが難しい。

○　６５歳未満の現役世代で発症する若年性認知症は、本人の就労継続、家族の経済的問題など、高齢者の認知症とは異なる特有の課題があるが、若年性認知症に特化した支援やサービスが不足しているため、様々な支援制度を組み合わせて利用する必要がある（図３８参照）。しかし、それらの情報の入手が困難であることや、手続が煩雑であることから、診断を受けた後、制度やサービスにつながりにくい。

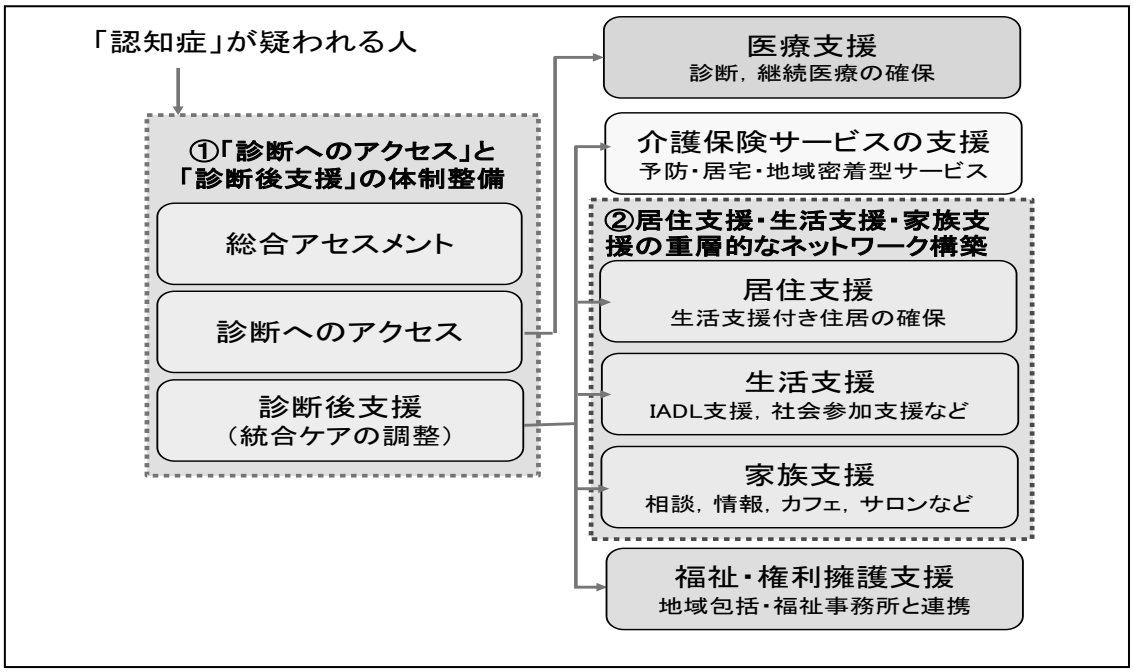
○　また、若年性認知症の人の数が少ないため[6]、支援する専門職のノウハウが蓄積・共有されにくく、適切な支援につなげられていないケースが多い。

---

[5] 認知症により現れる不安・うつ・怒りっぽさ・幻覚・妄想・徘徊等の症状
（ＢＰＳＤ：Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）

[6] 厚生労働省「若年性認知症の実態等に関する調査」（２００９年）では、全国における若年性認知症の人は３．７８万人と推計されている。

≪図３７≫　認知症の人の在宅生活支援体制の概要



資料：第６回検討会議　粟田主一氏講演資料

≪図３８≫　若年性認知症の人に必要とされる支援

若年性認知症の人に必要とされる支援

- 医療
  - 質の高い診断，
  - 原因疾患や障害の性質に合わせた治療とリハビリテーション
- 家族
  - 情緒的、情報的サポート
  - サポートネットワークの構築（家族会、認知症カフェ等）
- 経済
  - 諸制度を活用するためのソーシャルワーク
- 就労
  - 職場の理解
- 社会参加
  - 地域活動への参加
  - ピアサポート
- 障害者総合支援法，介護保険法のサービス
  - ADLやIADLの支援

資料：第６回検討会議　粟田主一氏講演資料

（３）課題解決の方向性

○　認知症の人が周囲に理解されながら暮らすためには、都民や、商店・交通機関といった都民生活に密着した事業者等への認知症についての正しい知識や理解を促す普及啓発の取組を一層進めていくべきである。

○　普及啓発の効果をより広げていくためには、正しい知識や理解を持った人たちが、地域で認知症の人の支援に携わることや、更に他の人にその内容を伝えることができる仕組みづくりを行っていくべきである。

○　認知症の人と家族が適時適切な支援を受けられるよう、かかりつけ医、認知症初期集中支援チーム（図３９参照）、地域包括支援センター等が、認知症の診断を受けていない人への受診勧奨や、認知症初期の段階からの情報提供、相談窓口へのつなぎや自己決定の支援等を行っていくことが必要である。

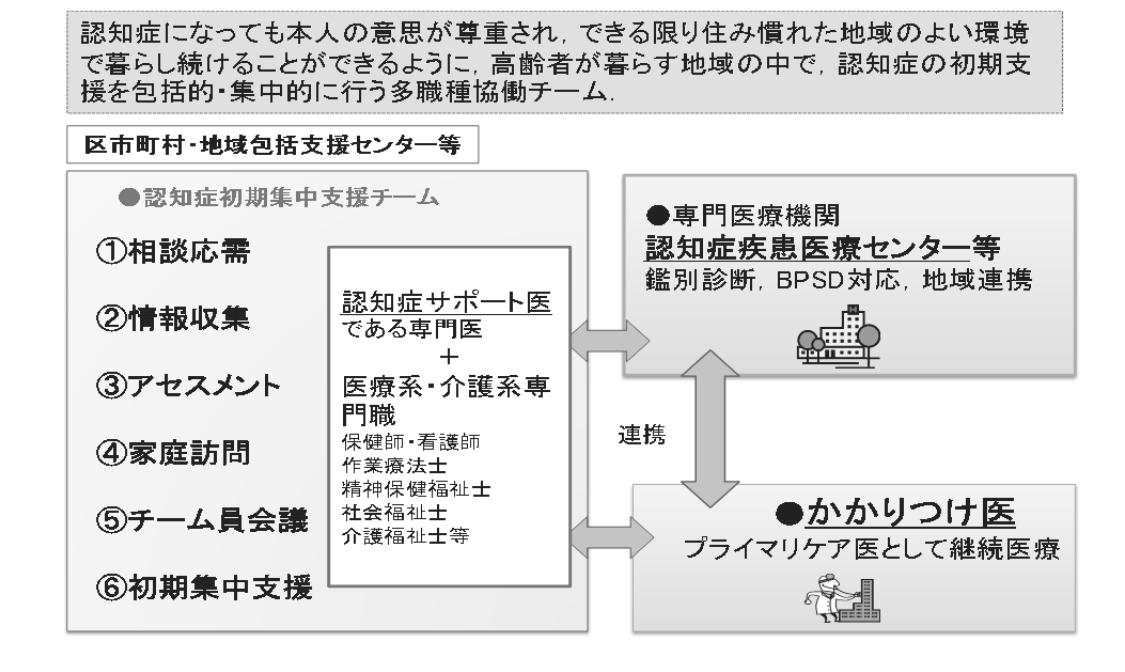
○　そのために、専門職として認知症に対する理解を更に促進し、認知症対応力の向上が図られるよう、医療・介護従事者への研修の充実が求められる。

○　認知症疾患医療センターが拠点となり、地域の専門医、かかりつけ医、地域包括支援センター等と連携し、バックアップするとともに、専門職によるアウトリーチを行うなど、認知症の人を地域で支えるための医療提供体制を整備していく必要がある（図４０参照）。

○　行動・心理症状を重症化させずに地域での生活を継続するために必要な支援の在り方や、その具体的手法について、成功事例を蓄積・分析した結果をモデル化して、地域で実践できるよう普及すべきである。

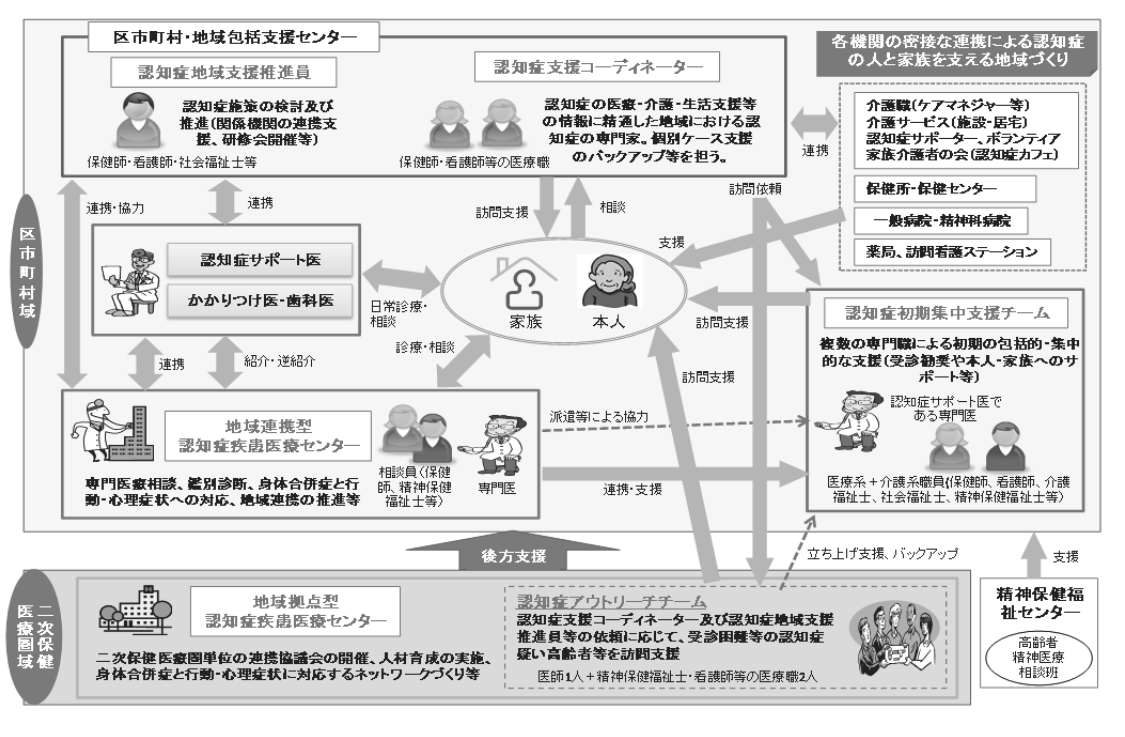
○　認知症の人と家族の支援体制に関する課題を検討するためには、関係する地域の様々な専門職が一堂に会する機会を設け、課題を解決していくとともに、相互理解や顔の見える関係の構築を進めるべきである。

≪図３９≫　認知症初期集中支援チーム



資料：第６回検討会議　栗田主一氏講演資料

≪図４０≫　認知症の人と家族の生活を支える医療体制のイメージ図



資料：東京都福祉保健局作成

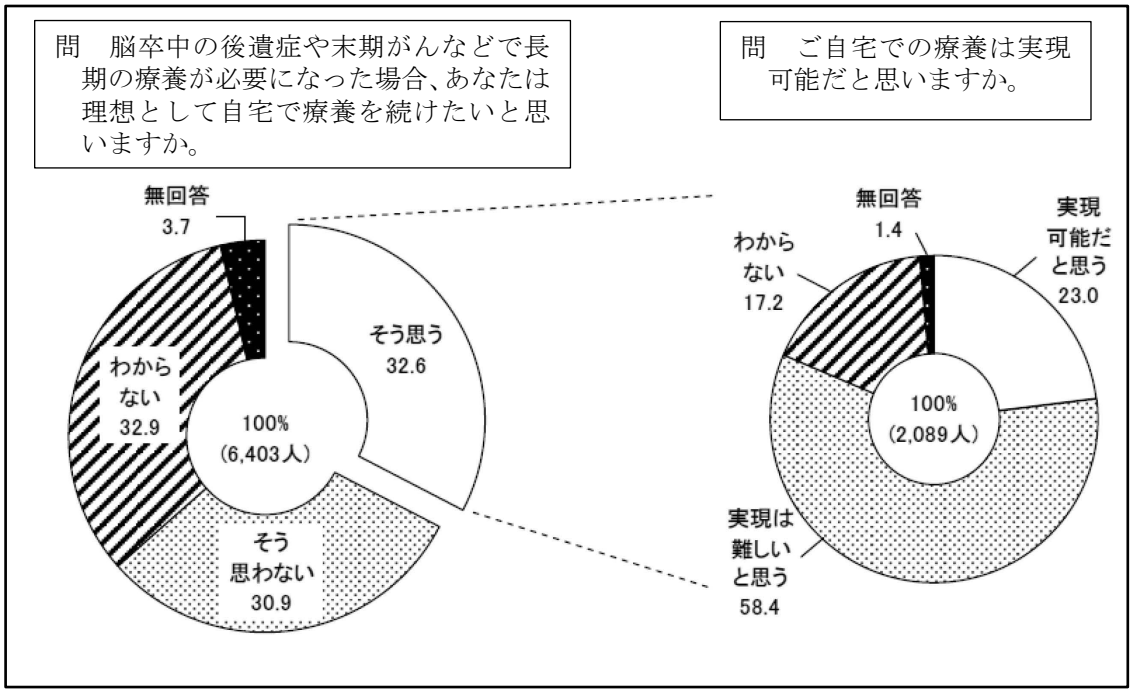
○　若年性認知症の人が身近な窓口で相談できるよう、区市町村や地域包括支援センターの若年性認知症への対応力を向上させていくとともに、困難事例に対応でき、また地域の専門職のバックアップを行うことができる広域的な都の支援も充実させていく必要がある。

４　在宅療養環境の整備

（１）現状と議論のポイント

○　都民の約３３％が長期療養の必要がある場合に在宅での療養を続けたいと思っているが、そのうちの約５８％は家族への負担や急な病状変化時の不安等から実現が難しいと考えている（図４１参照）。

≪図４１≫　在宅療養の希望【東京都】



資料：東京都福祉保健局総務部「東京都福祉保健基礎調査　都民の健康と医療に関する実態と意識」（２０１４年度）

○　また、高齢者の約５５％が「最期を迎えたい場所」として、「自宅」を挙げているが（図４２参照）、実際には約７６％が病院などの医療機関で亡くなっている（図４３参照）。

○　一人暮らし高齢者の増加に伴い、家族の支援に頼らなくても地域で安心して在宅療養生活を継続することのできる仕組みづくりが求められている。

○　高齢者の在宅療養を支える上で重要な役割を担っている訪問看護ステーションは、事業所数は増加しているが、開設に当たっての職員の確保や計画的な研修の実施などに課題を抱えている。

○　また、訪問診療を行う医師の負担軽減が求められている。

○　都は、このような現状を踏まえ、在宅療養の推進のため、以下のような取組を実施している。

≪主な取組≫

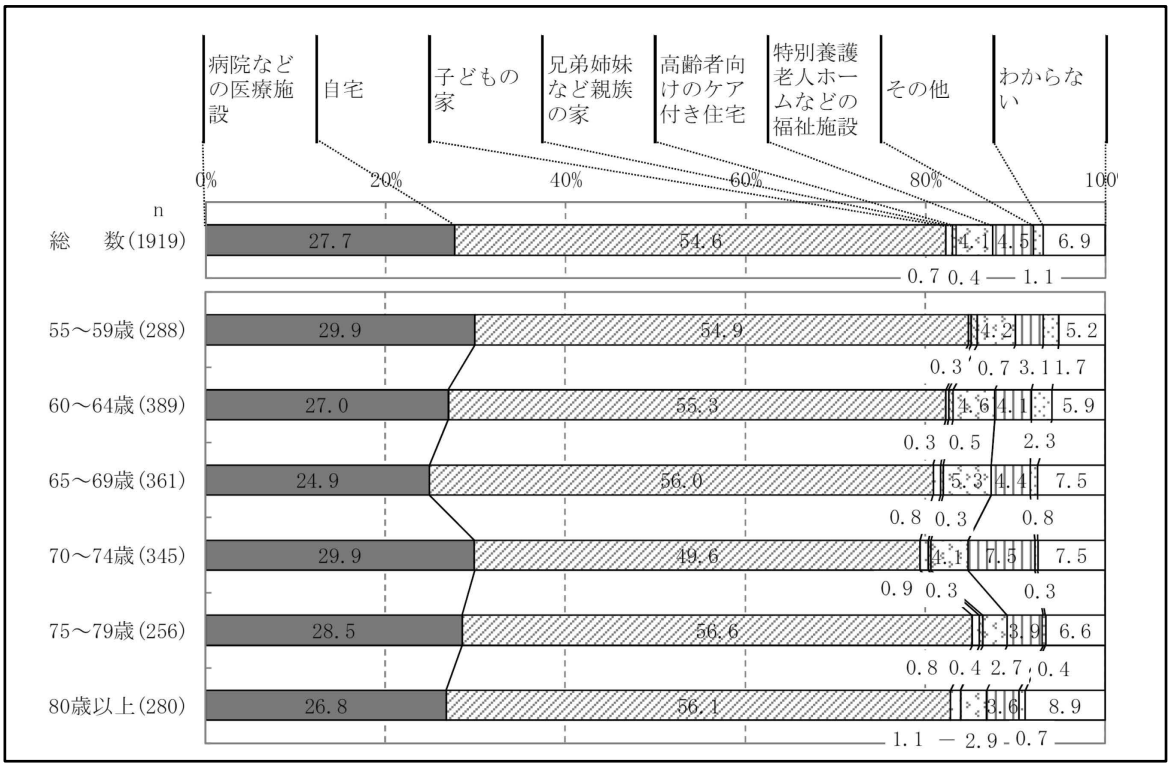
・　複数の在宅医が相互に補完し、又は訪問看護ステーションと連携しながら、チームとして２４時間の診療体制を確保する取組の支援

・　ＩＣＴを活用した医療と介護の多職種ネットワークの構築を図る取組の支援

・　在宅療養支援窓口の設置など在宅療養の環境整備を図る区市町村への支援

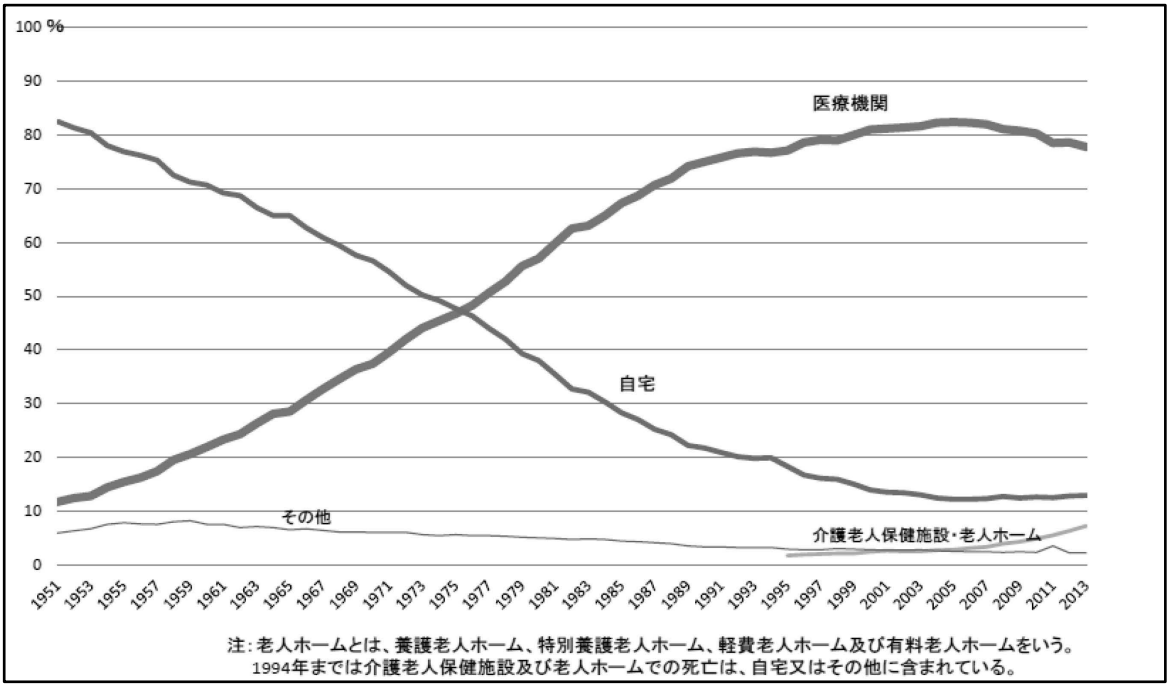
・　訪問看護ステーションの人材育成のために同行訪問等を行う教育ステーションを設置

≪図４２≫　最期を迎えたい場所【全国】



資料：内閣府「高齢者の健康に関する意識調査」（２０１２年）

≪図４３≫　死亡場所割合【全国】



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」（２０１３年）

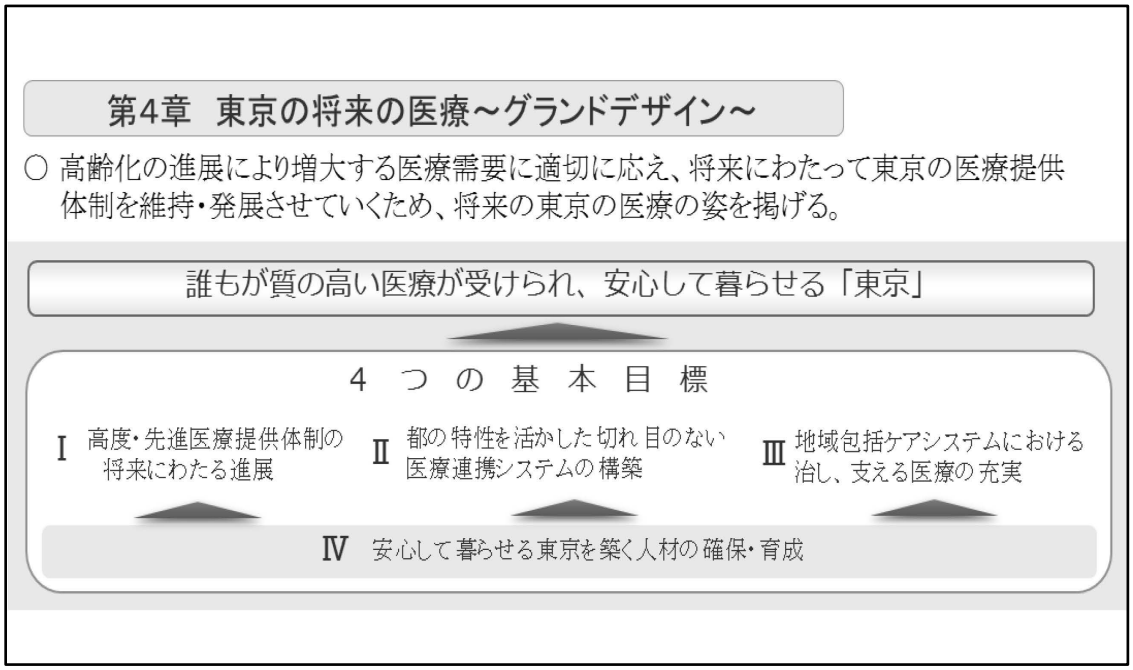
○　また、都は、地域医療構想において、将来（２０２５年）の東京の医療の姿として「誰もが質の高い医療が受けられ、安心して暮らせる「東京」」を掲げ、その実現に向けた基本目標の一つに、「地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実」を盛り込むことを検討している（図４４参照）。

○　医療法の改正による病床の機能の分化・連携の推進や、介護保険法の改正による区市町村の在宅医療・介護連携推進事業の開始に伴い、在宅療養環境の更なる充実が求められている。

○　医療を必要とする要介護高齢者が増加する中、こうした人たちが住み慣れた地域で充実した人生を全うできるような在宅療養環境を実現することが必要である。

○　そのため、本検討会議では、医療と介護が連携した支援や、人生の最終段階におけるケアの在り方、地域包括ケアシステムにおける病院・診療所の役割、医療・ケアについての本人の意思決定への支援について、具体的事例を基に議論を行った。

≪図４４≫　東京の将来の医療～グランドデザイン～



資料：第８回東京都地域医療構想策定部会　配布資料

【詳細】http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryo_hoken/kanren/chiikiiryoukousou.html

（２）議論から見えてきた課題

○　認知症初期の一人暮らし高齢者やがん患者など複合的な支援を必要としている人が、身近な地域で気軽に相談でき、必要な支援につなげられるような機能が不足している。

○　現状では、短期集中的なケアが必要な末期がん患者（図４５参照）等への地域での支援体制や、一人暮らしの人を在宅で看取るための体制が不十分である。

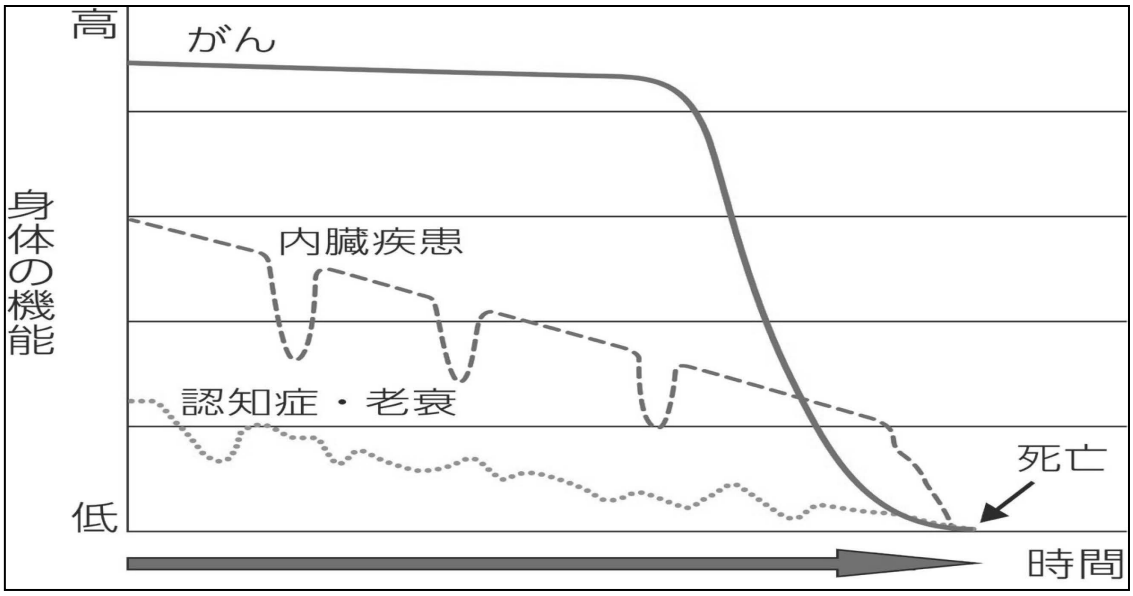
○　現在は高齢者の約７６％が病院などの医療機関で亡くなっているが、今後の死亡者数の増加や医療資源の確保の状況によっては、在宅での看取りへの対応がより求められることになる。しかし、現状では、在宅での看取りに関する経験の不足や、２４時間対応への負担感など様々な要因により、看取りに対応した訪問診療を提供する診療所は一部に限られている（図４６参照）。

○　自らの受けたい医療・介護に関する意思表示を行わないまま、状態が重度化して意思表示が困難となり、その結果、本人が持っていたであろう意思とは異なる医療が提供される場合がある。

○　本人や家族が住み慣れた場所で最期を迎えることを望んでいたとしても、人生の最終段階にたどる病状の変化に関する知識が不足しているため、必ずしも必要がないのに病院に入院し、病院で最期を迎えることがある。

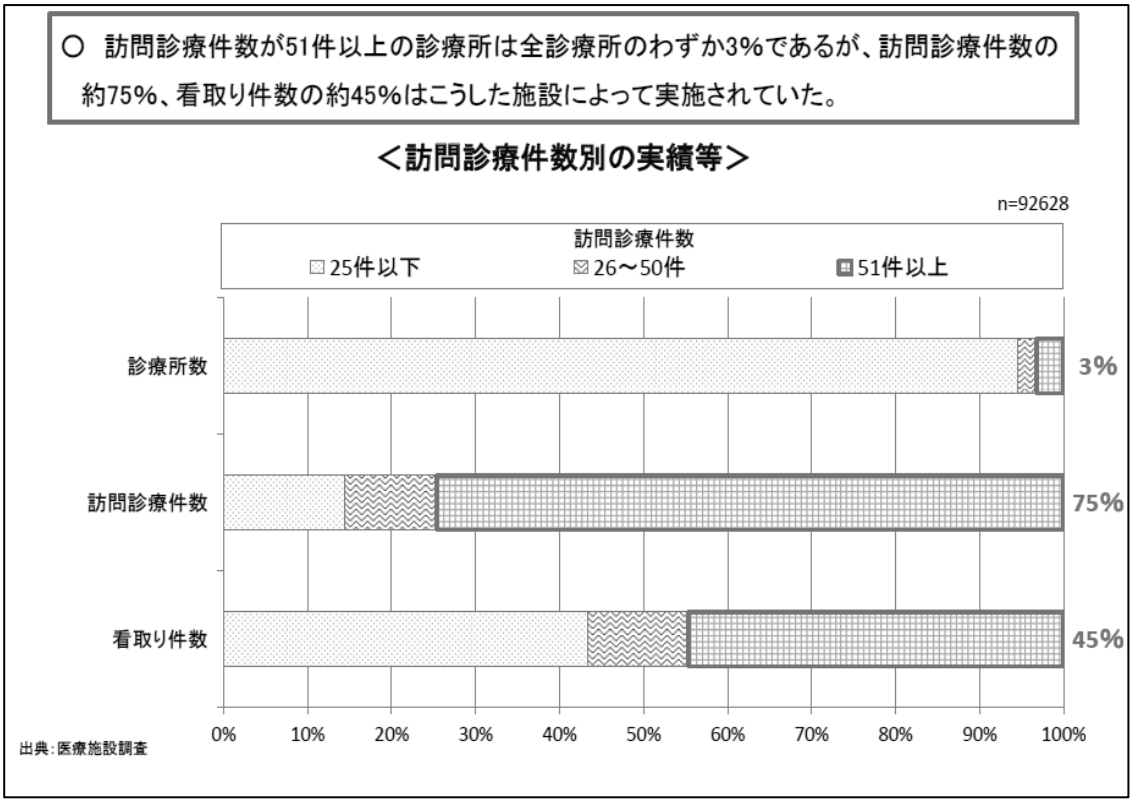
○　在宅ケアは、複数事業者間で連携した上で、多職種で意思疎通を図る必要があるが、その連携が十分に進んでいない。

≪図４５≫　人生の最終段階における疾患別の身体機能低下の軌道



資料：Lynn J.:Serving patients who may die soon and their families. JAMA 285（7）,2001
（第１回検討会議　髙橋紘士委員長講演資料）

≪図４６≫　訪問診療件数・看取り件数の内訳【全国】



資料：厚生労働省公表資料

（３）課題解決の方向性

○　地域包括支援センターが、地域の身近な相談支援拠点として本来の役割を果たしつつ、必要なサービスにきちんとつなげられるよう、相談機能を更に強化していくべきである。

○　その際、地域住民が気軽に相談でき、ボランティアなどの互助の力も活用しながら、介護や医療等の包括的・予防的な生活支援を行う取組（例として「暮らしの保健室」の取組（図４７参照））を、好事例として参考とすべきである。

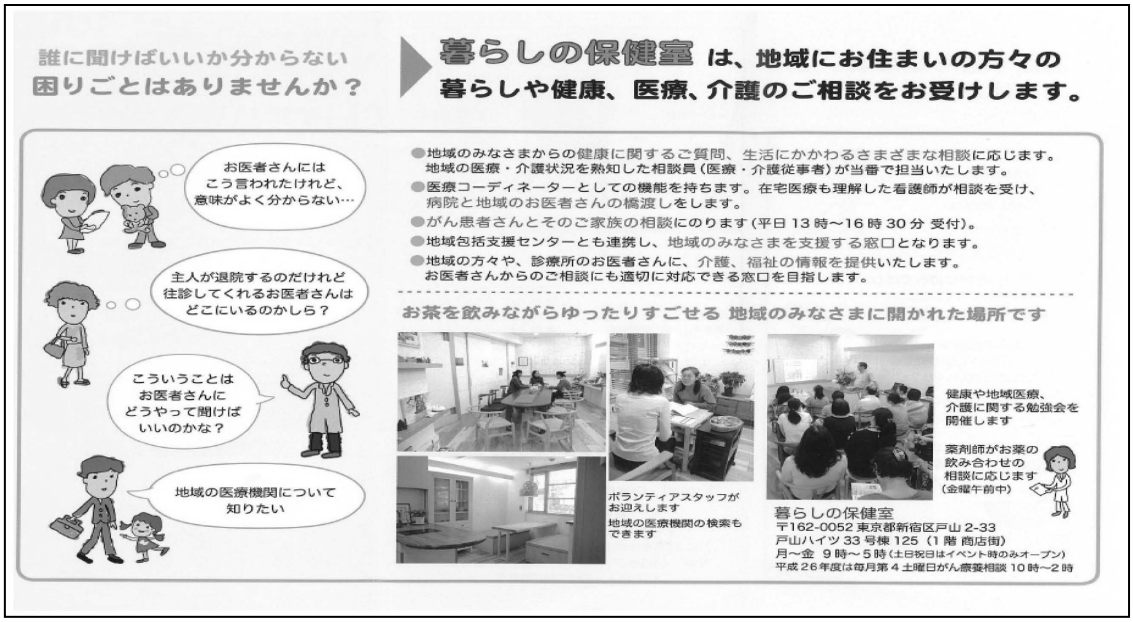
○　医療・介護が必要になったときや人生の最終段階を迎えたときに、患者・家族が希望する生活を送ることができるよう、早い段階から生活・療養の場や治療の選択などを考えることの大切さについて、都民への普及啓発が必要である。

○　また、人生の最終段階においても地域で暮らし続けたいという希望に対応できるよう、医療・介護の専門職に対する研修を行うとともに、地域に根差し地域に開かれた「とも暮らし」等を含む、看取りに対応できる多様な住まい（例として「ホームホスピス」の取組（図４８参照））の確保を進めるため、看取りの機能に着目した建物の改修や運営への支援等が必要である。

○　医療を必要とする一人暮らし高齢者が安心して在宅療養生活を継続するためには、住まいに医療機関を併設するなど、医療機能を持った住まいを更に整備していく必要がある。

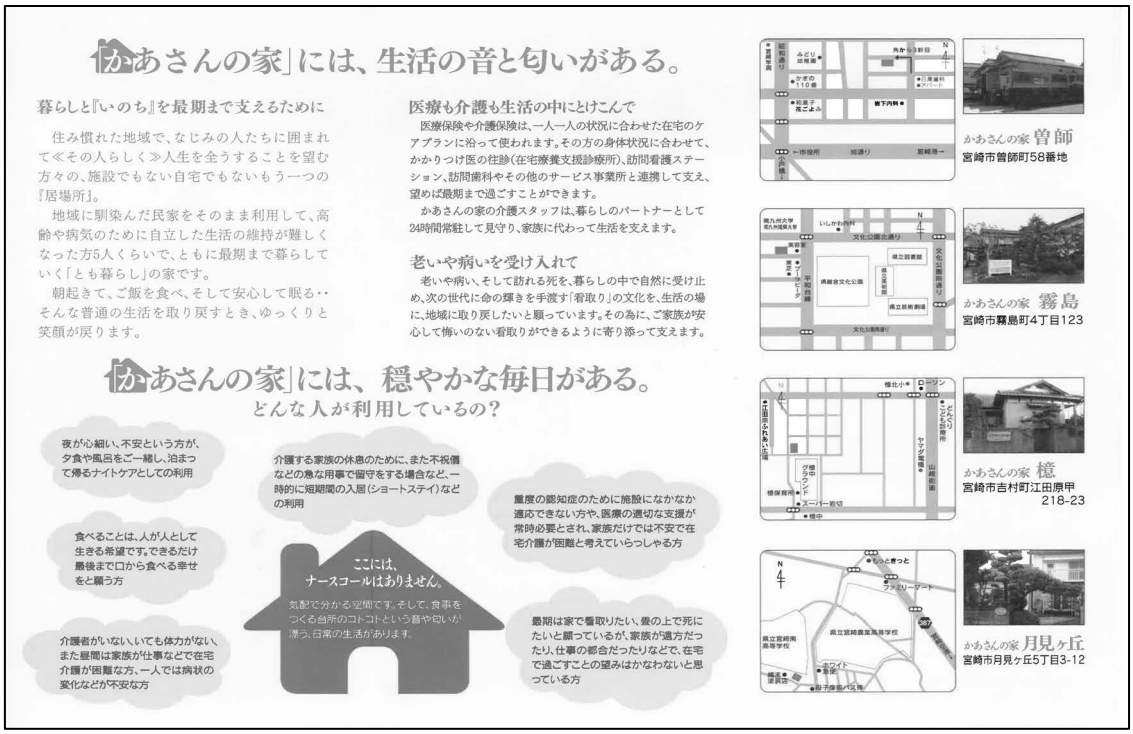
○　継続的な関わりを持つかかりつけ医をはじめとする医療者が、患者の価値観や家庭環境にも配慮した上で、早い段階からの本人や家族との話し合い、適切な情報提供等を通じて、患者が受けたい医療に関する意思決定の支援を行うことが望ましい。

≪図４７≫　「暮らしの保健室」の概要



資料：第１回検討会議　秋山正子委員提出資料
【詳細】株式会社ケアーズ　白十字訪問看護ステーション「暮らしの保健室」
http://www.cares-hakujuji.com/services/kurashi

≪図４８≫　「ホームホスピス」の概要



資料：特定非営利活動法人ホームホスピス宮崎　提供資料
【詳細】ホームホスピス宮崎「かあさんの家」
http://www.npo-hhm.jp/mother-h/mother-h.html

○　住み慣れた地域での生活の継続に向けた医療の提供という同じ目標を、病院での急性期医療から在宅医療まで、医療に関わる人が共通して持つべきであり、そのことが本人の意思を尊重した「支える医療」を実践することにもつながる。

○　地域に根差した中小病院が、在宅療養患者の病状変化時等に受入れを行う後方支援病床の役割を担うとともに、高度急性期・急性期病院からの受入れを行うなど、できる限り地域で生活を継続できるような医療体制を構築すべきである。

５　地域に密着した介護サービス基盤の整備

（１）現状と議論のポイント

○　都における要介護高齢者数は、２０１５年の約５５万人から２０２５年には約７６万人になると推計されている（図４（再掲）参照）。また、施設・居住系サービスの利用者は、２０１５年の約１２万人から２０２５年には約１７万人へ増加する見込みであり（図７（再掲）参照）、在宅サービスの充実とともに、高齢者の生活の場である施設サービスについても、身近な地域に整備することが必要である。

○　しかしながら、東京では都心部を中心に、施設等の整備に適した土地の確保が困難なために、整備が進みにくい状況となっている。

○　都は、このような現状を踏まえ、介護サービス基盤の整備に向けて以下のような取組を行っている。

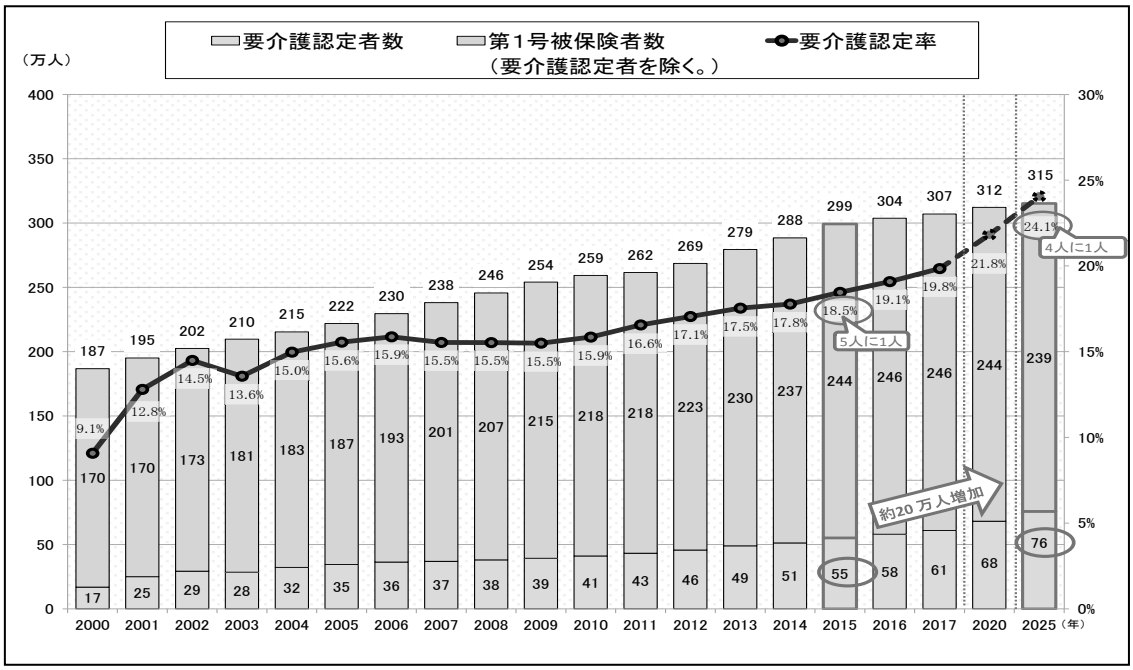
≪主な取組≫

・　定期借地権の一時金に対する補助や国有地・民有地の借地料への補助、都有地の減額貸付

・　特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・認知症高齢者グループホームの整備率が低い地域への加算補助

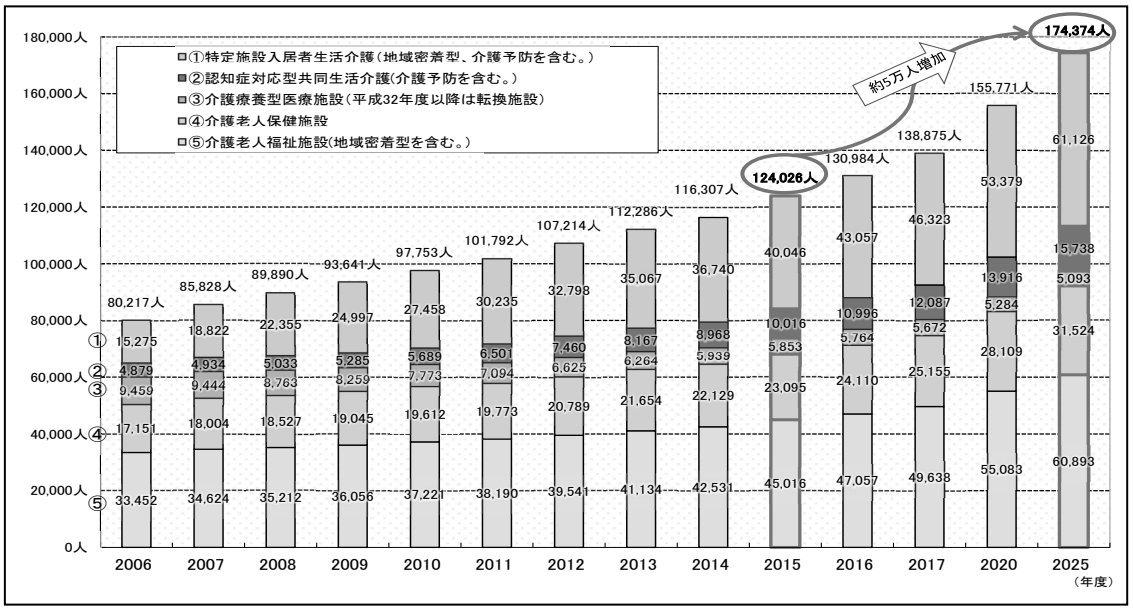
・　小規模多機能型居宅介護事業所、地域密着型特別養護老人ホーム等の整備を進める区市町村への支援

≪図４（再掲）≫　要介護高齢者数（要支援を含む）の推移【東京都】



資料：厚生労働省「介護保険事業状況報告（月報）」［２０００年～２０１４年］
　　都内保険者（区市町村）が介護保険事業計画策定のために積算した見込値を集計した値
　　［２０１５年～２０２５年］

≪図７（再掲）≫　施設・居住系サービスの利用者数の推移【東京都】



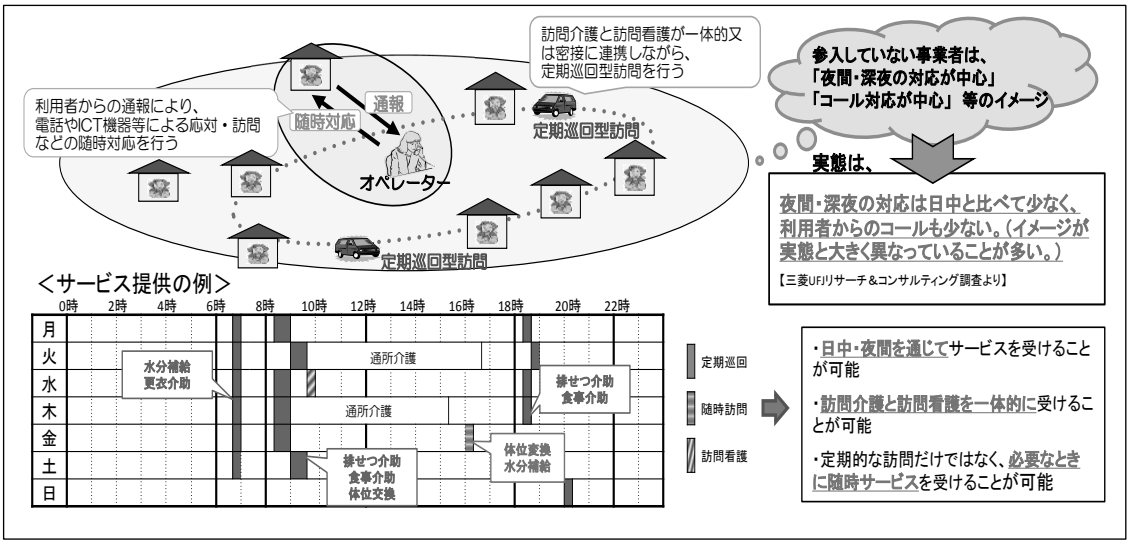
（注）２００６年度から２００９年度までについては、区市町村の償還払分は含まない。

資料：東京都国民健康保険団体連合会の審査支払データ［２００６年度～２０１４年度］
　　都内保険者（区市町村）が介護保険事業計画策定のために積算した利用者数の集計
　　［２０１５年度～２０２５年度］

○　住み慣れた地域で認知症高齢者、一人暮らし高齢者等が地域や人との関わりを失うことなく、多様かつ柔軟なサービスが利用できるよう、顔なじみの関係の中で通いを中心に宿泊や随時の訪問サービスを組み合わせて利用できる小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型居宅介護、２４時間の対応が可能な定期巡回・随時対応型訪問介護看護（図４９参照）などの在宅生活の継続を支えるサービスを充実させる必要がある。

○　そのため、本検討会議では、地域における施設サービスの機能の在り方や、在宅生活を支え家族の介護負担を軽減させることができる地域密着型サービスの普及について、定期巡回・随時対応型訪問介護看護を具体例として議論を行った。

≪図４９≫　定期巡回・随時対応型訪問介護看護の仕組み



資料：厚生労働省公表資料

（２）議論から見えてきた課題

○　介護施設には、地域住民を支え得るポテンシャルがあるにもかかわらず、設備や人材、支援のノウハウといった資源が地域で活かされず、地域サポートの拠点としての機能が十分に発揮されていない。

○　定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、連携先の訪問看護事業所の確保のほか、新規利用者の獲得、２４時間対応可能な人員体制の確保、他の通所介護等を利用した場合の介護報酬の減算など、経営上の課題があり参入が進んでいない。

○　定期巡回・随時対応型訪問介護看護などの介護保険サービスに加えて、見守りや生活支援などのインフォーマルサービスを組み合わせることによって、中重度や独居の方についても地域での生活が可能となるが、地域の多様なインフォーマルサービスを組み込んだケアマネジメントが必ずしも実現されていない。

（３）課題解決の方向性

○　地域貢献型施設[7]や小規模な特別養護老人ホームといった地域サポートの拠点となるサービスを、日常生活圏域ごとにきめ細かく配置すべきであり、そのことが災害時のセーフティネットとしても有効である。

○　地域密着型サービスの普及に向け、介護報酬や人員の基準等については、サービスの実態を踏まえて柔軟に見直していくべきである。

○　地域ケア会議等も活用し、区市町村、ケアマネジャー、介護事業者のほか、ＮＰＯやボランティアなど多様な主体の参画の下、地域にどのような介護保険サービスやインフォーマルサービスが必要か、それをどのように組み合わせるかといったことについて検討を進め、一人暮らしでも認知症になっても暮らし続けられる体制をつくっていくべきである。

---

7 ここでは、多様な在宅サービスや生活支援サービスの併設、スペースの地域開放や、複数の人が短期間の特別養護老人ホームへの入所と在宅生活を交互に計画的に行うベッドシェアリングなど、自らの社会資源を最大限地域に活かす取組を行う施設をいう。

６　時代のニーズに応じた規制の見直し

（１）現状と議論のポイント

○　住まいや福祉のハード面において、住環境の向上、利用者の尊厳の保持、サービスの質や安全性の確保を図る目的から、建築基準、消防、まちづくりなど、様々な観点からの規制が設けられている。

○　一方、近年、急速に進む高齢化、家族状況や近隣関係の変化等により、利用者ニーズが複雑化・多様化しており、多様なサービス基盤の柔軟な整備が必要になっている。

○　また、都内ではサービス基盤の整備に適した土地の確保が困難である傍ら、空き家は増加傾向にあり（図５０参照）、既存建物の有効活用が社会的要請となっている。

○　都は、こうした課題に対応するため、次のような規制緩和に取り組んできた。

≪主な取組≫

・　２０１４年１０月、東京都建築物バリアフリー条例[8]及び東京都福祉のまちづくり条例の運用に当たって、小規模な施設等におけるエレベーターの設置等の基準を適用しないことができる場合の考え方について、都内の特定行政庁宛てに通知

・　昨年４月、東京都建築安全条例の改正により、小規模な寄宿舎[9]について、窓先空地や廊下の幅員に関する基準を緩和

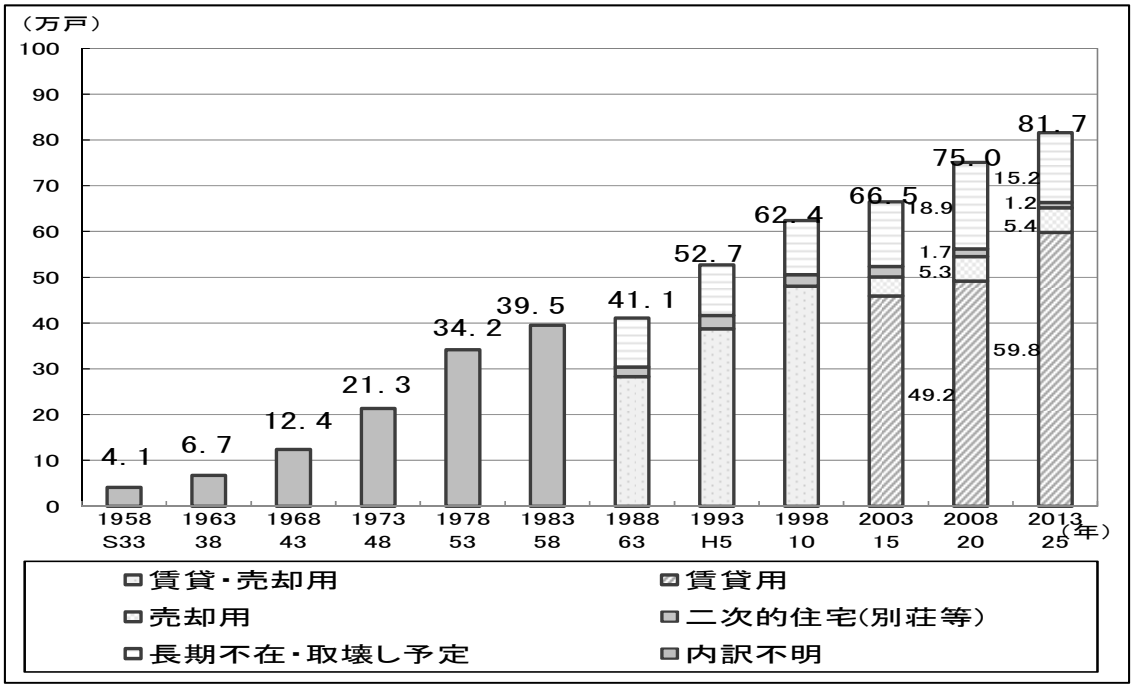
・　昨年１２月、東京都有料老人ホーム設置運営指導指針の改正により、既存建築物等を活用する場合には、居室面積の基準を緩和する等の特例を規定

---

8 高齢者、障害者等が利用しやすい建築物の整備に関する条例（平成１５年東京都条例第１５５号）

9 認知症高齢者グループホームや「シェアハウス」が該当する場合がある（特定行政庁の判断による）。

≪図５０≫　空き家数の推移【東京都】



資料：総務省「住宅・土地統計調査」

○　訪問看護事業所は、暮らしに近い場に立地することで地域の在宅療養の拠点として有効に機能するにもかかわらず、建築基準法上、建築物の用途としては「事務所等」として取り扱われることで、住居専用地域への設置に制約があったが、昨年１１月、国土交通省の通知[10]により「老人福祉センターその他これに類するもの」の取扱いが明確化され、訪問看護を含め、訪問サービスを提供する事業所等を住宅地でも広く設置できるようになった（図５１参照）。

○　また、社会福祉法人が特別養護老人ホームを経営する場合は、建物は自己所有であることが原則となっているが、昨年１１月、国は、「介護離職ゼロ」の実現に向けた緊急対策[11]の一環で、東京など都市部においては、建物賃借による運営を可能とする規制緩和を実施する方針を示した。

○　今後とも、地域や利用者の状況に応じた多様なサービス基盤や住まいの更なる整備が必要であることから、本検討会議では、東京の地域特性も踏まえた規制行政の在り方について、議論を行った。

（２）議論から見えてきた課題

○　空き家も含めた既存の建物を高齢者の住まいや介護事業所等として活用する際に、これまでの規制緩和にもかかわらず、建築基準法や消防法等の関係する法令による規制により、なお用途変更ができず活用できない、改修のために過大な費用を要するといった支障が生じる場合がある。

○　規制や基準は、高齢者・障害者・子供といった支援の対象や、住居・事務所・施設といった用途など、制度目的に応じてそれぞれ独立して設けられており、既存制度の枠組に収まらないような先駆的な取組に対し、柔軟な対応ができない場合がある。

10　「「老人福祉センターその他これに類するもの」の取扱いについて」（平成２７年１１月１３日付け国住街第１０７号）

11　１４ページ参照

≪図５１≫　用途地域における建築物制限の緩和

（参考）規制改革実施計画（H27.6.30閣議決定）への対応

国土交通省

（住居専用地域における住民介護・看護用の事務所設置）

○規制改革実施計画（平成27年6月30日閣議決定）

（2）個別措置事項　①空きキャパシティの再生・利用

No	事項名	規制改革の内容	実施時期	所管省庁
6	用途地域における建築物制限の緩和① （住居専用地域における住民介護・看護用の事務所設置）	住居専用地域であっても住民に訪問介護・看護サービスを提供するための事務所を設置できるよう、必要な措置を講ずるとともに、措置内容を周知徹底する。	平成27年措置	国土交通省

◇訪問介護事業所等※については、建築基準法第48条に基づく用途地域規制において、「事務所」と判断され、住居専用地域で立地できないとされる場合があった。

⇒訪問介護事業所等の営業実態等を鑑み、訪問介護事業所等については「老人福祉センターその他これに類するもの」として取り扱って差し支えない旨を、「『老人福祉センターその他これに類するもの』の取扱いについて（技術的助言）」（平成27年11月10日付け国住街第107号）にて通知。

（＝住居専用地域であっても訪問介護事業所等が設置できることとして運用を明確化。）

※訪問介護事業所等：①訪問介護、②訪問入浴介護、③訪問看護(注1)、④訪問リハビリテーション(注1)、⑤居宅療養管理指導(注2)、⑥定期巡回・随時対応型訪問介護看護、⑦夜間対応型訪問介護、⑧居宅介護支援、⑨介護予防訪問入浴介護、⑩介護予防訪問看護(注1)、⑪介護予防訪問リハビリテーション(注1)、⑫介護予防居宅療養管理指導(注2)、⑬介護予防支援、⑭介護予防訪問介護（改正後の経過措置）、介護予防・日常生活支援総合事業（⑮第一号訪問事業、⑯第一号生活支援事業）のサービスを行う事業所及び⑰地域包括支援センター

（注1：病院又は診療所以外のものが対象、注2：病院、診療所又は店舗以外のものが対象）

用途地域内の建築物の用途制限 ○：建てられる用途 ×：原則として建てられない用途 △・▲：面積、階数などの制限あり		第一種低層住居専用地域	第二種低層住居専用地域	第一種中高層住居専用地域	第二種中高層住居専用地域	第一種住居地域	第二種住居地域	準住居地域	近隣商業地域	商業地域	準工業地域	工業地域	工業専用地域	用途地域の指定のない区域	備考
老人ホーム、福祉ホーム等		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	
老人福祉センター、児童厚生施設等		△	△	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△600㎡以下
事務所等	1,500㎡以下のもの	×	×	×	▲	○	○	○	○	○	○	○	○	○	▲２階以下
	事務所等の床面積が1,500㎡を超え、3,000㎡以下のもの	×	×	×	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	事務所等の床面積が3,000㎡を超えるもの	×	×	×	×	×	○	○	○	○	○	○	○	○	

資料：国土交通省公表資料

（３）課題解決の方向性

○　空き家や団地の空室等を高齢者の住まい等として活用できるよう、また、介護サービス等の設置が促進されるよう、各分野の規制について、立法趣旨も踏まえ、不合理な点や不整合な点がないか、柔軟に対応すべき点と規制すべき点との峻別を行うなど、運用面も含めて更に検証し、時代のニーズに合わせて見直しを図っていく必要がある。

７　介護人材の確保・育成・定着

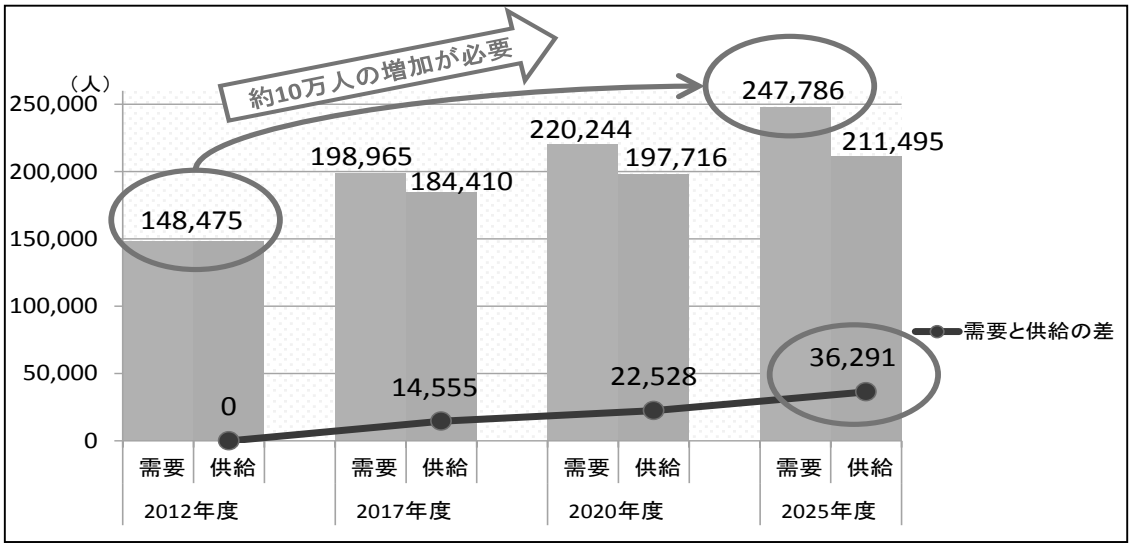
（１）現状と議論のポイント

○　都が行った介護職員の需要・供給推計によると、介護需要が増大することから、現在の供給ペースのままでは、２０１７年度には約１万５千人、２０２５年度には約３万６千人の介護職員が不足する可能性がある（図８（再掲）参照）。

○　近年の少子高齢化による労働力人口の減少や、他の業種の求人状況の動向に影響され、東京都における介護関連職種の有効求人倍率は４．０６倍と、全職業の１．３７倍を大きく上回っている（２０１４年度）（図５２参照）。

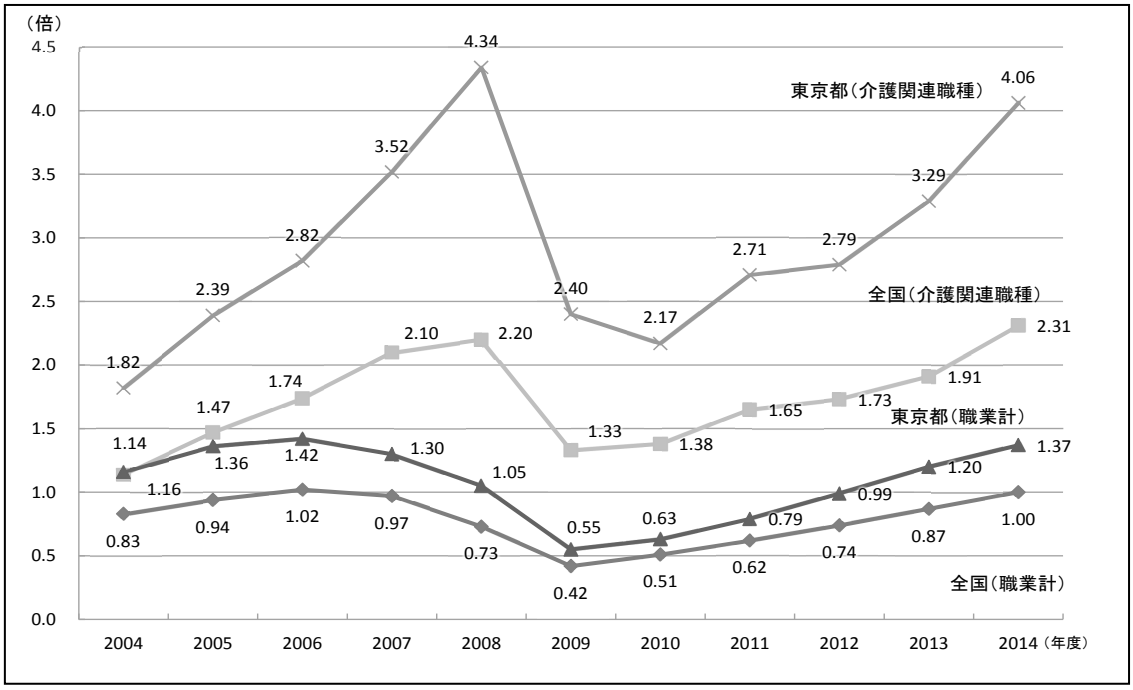
○　都は、介護人材の安定した確保・定着・育成に向けて以下のような取組を行っている。

≪図８（再掲）≫　介護人材需給推計【東京都】



資料：東京都福祉保健局「東京都高齢者保健福祉計画（平成２７年度～平成２９年度)」（２０１５年３月）

≪図５２≫　有効求人倍率の推移



（注）介護関連職種とは、福祉施設介護員やホームヘルパーを指す。
資料：厚生労働省職業安定局「職業安定業務統計」

≪主な取組≫

・　「介護プロフェッショナルキャリア段位制度」（図５３参照）を活用してキャリアパスの導入に取り組む介護事業者への助成

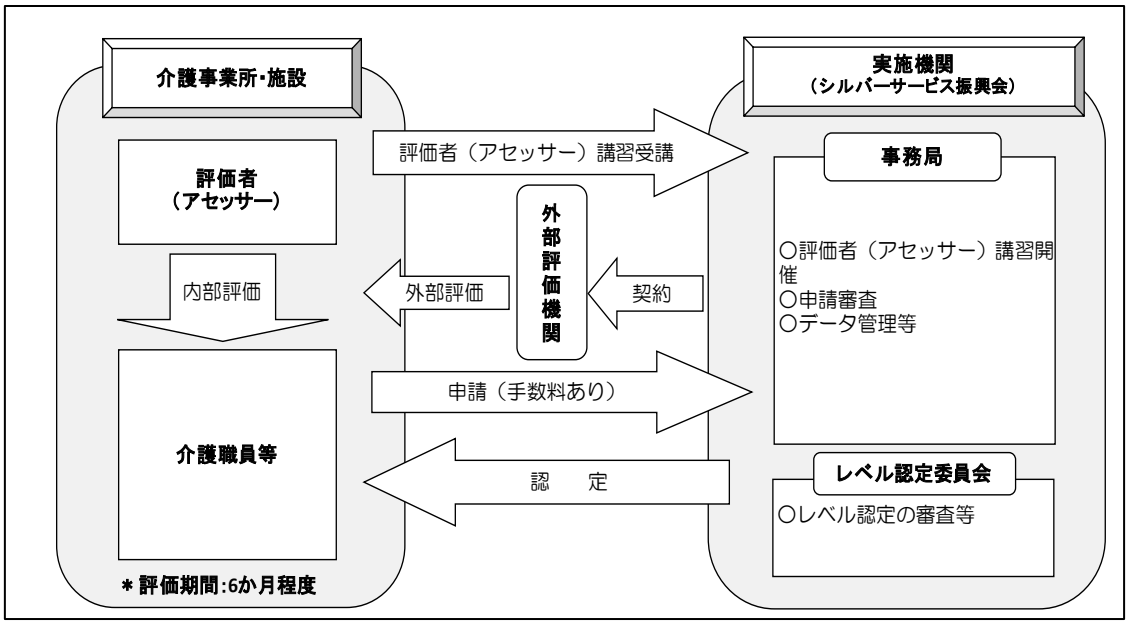
・　紹介予定派遣の仕組みを活用した潜在的介護有資格者の就業支援

・　学生や主婦・就業者・離職者に職場体験の機会を設けるとともに、無料で資格取得を支援

・　将来の担い手である学生やその保護者、教員に福祉の仕事の魅力ややりがい等の広報啓発活動を実施

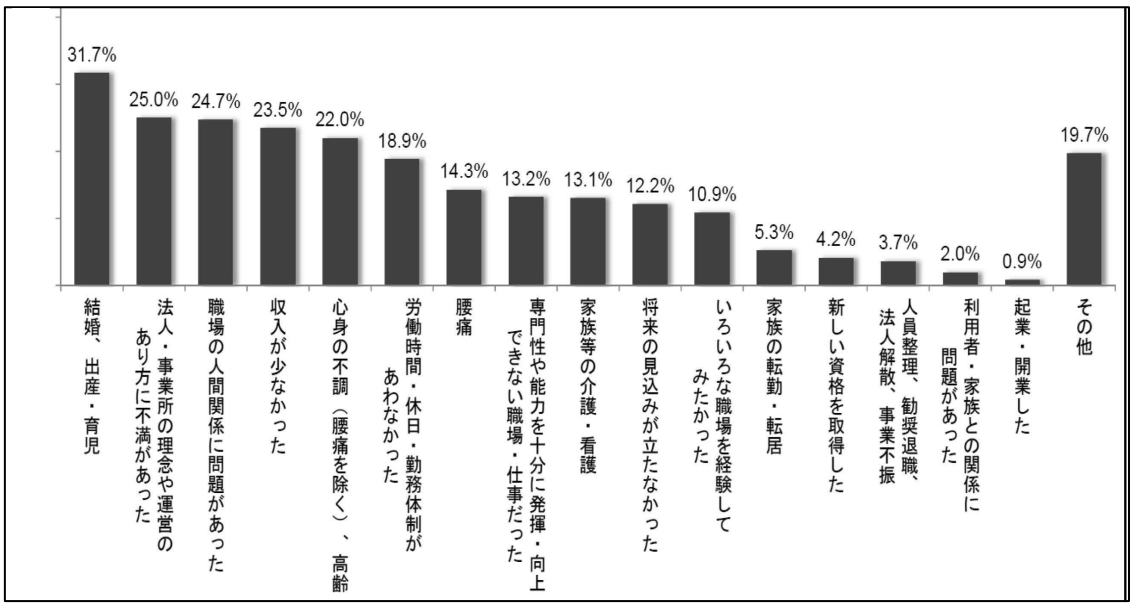
○　介護職員が離職に至る原因としては、賃金・休暇等の待遇面をはじめ、職場において十分な人材育成や労働環境の改善がなされないことや、キャリアアップの仕組みが十分でないことによる不安・不満、更には腰痛等の身体的負担の問題などが挙げられる（図５４参照）。

≪図５３≫　介護プロフェッショナルキャリア段位制度の仕組み



資料：一般社団法人シルバーサービス振興会「介護プロフェッショナルキャリア段位制度」

≪図５４≫　過去働いていた職場を辞めた理由（介護福祉士）【全国】



資料：公益財団法人社会福祉振興・試験センター「社会福祉士・介護福祉士就労状況調査」（２０１２年）

○　国は、介護職員の負担軽減や介護環境の改善を図るため、介護ロボット（図５５参照）の導入支援に取り組んでいる。

○　そのため、本検討会議では、介護の仕事の魅力を引き出し、介護人材を安定的に確保・定着させていくための方策や、介護職員の負担軽減のためにロボット介護機器を活用することの有効性について議論を行った。

≪図５５≫　様々な介護の場面で活躍が期待されるロボット技術

（開発等の重点分野）

経済産業省と厚生労働省において、重点的に開発支援する分野を特定（平成25年度から開発支援）

○移乗介助（1）

・ロボット技術を用いて介助者のパワーアシストを行う装着型の機器

○移乗介助（2）

・ロボット技術を用いて介助者による抱え上げ動作のパワーアシストを行う非装着型の機器

○移動支援（1）

・高齢者等の外出をサポートし、荷物等を安全に運搬できるロボット技術を用いた歩行支援機器

○移動支援（2）

・高齢者等の屋内移動や立ち座りをサポートし、特にトイレへの往復やトイレ内での姿勢保持を支援するロボット技術を用いた歩行支援機器

○排泄支援

・排泄物の処理にロボット技術を用いた設置位置調節可能なトイレ

○認知症の方の見守り（1）

・介護施設において使用する、センサーや外部通信機能を備えたロボット技術を用いた機器のプラットフォーム

○認知症の方の見守り（2）

・在宅介護において使用する、転倒検知センサーや外部通信機能を備えたロボット技術を用いた機器のプラットフォーム

○入浴支援

・ロボット技術を用いて浴槽に出入りする際の一連の動作を支援する機器

※開発支援するロボットは、要介護者の自立支援促進と 介護従事者の負担軽減に資することが前提。

資料：厚生労働省公表資料

（２）議論から見えてきた課題

○　介護業界では有効求人倍率が上昇し、人手不足が深刻化しており、喫緊の課題として介護人材確保策の更なる充実が求められている。

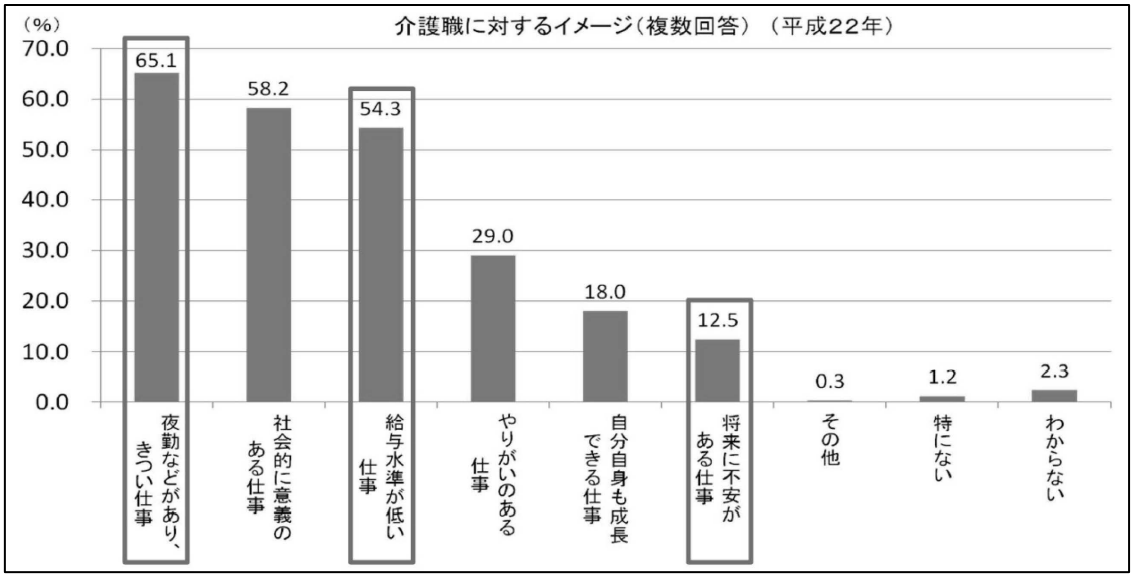
○　介護職員の多くは、介護の仕事にやりがいと誇りを持って働いているが、仕事が困難な割に賃金水準が低いといった一面的なマイナスイメージも根強く（図５６参照）、人材確保が進んでいない。

○　介護福祉士などの有資格者、補助的な介護職員、パートやボランティアといった人材層ごとの業務内容の切分けや、不足状況の分析が不十分であるため、職員の役割分担や効果的な人材の活用ができていない。

○　ロボット介護機器は、現段階では技術的に未成熟であり、導入事例も少ないことから、介護現場のニーズに合った導入が進んでいない。

○　ロボット介護機器は、初期投資が高額にもかかわらず効果が見えにくいため、介護施設が導入に踏み切れていない。

≪図５６≫　介護職に対するイメージ【全国】



資料：内閣府「介護保険制度に関する世論調査」（２０１０年）

（３）課題解決の方向性

○　介護職員の離職率が高い事業所、低い事業所双方（図５７参照）の離職傾向や原因を分析するとともに、離職を防ぐために有効な取組を把握し、普及していくべきである。

○　学生、主婦、元気高齢者など幅広い層に介護職の魅力を伝え、就業に結び付けるため、介護のイメージアップキャンペーンなどの普及啓発活動を強化するとともに、働きやすい魅力ある職場づくりや多様な働き方の支援、人材のマッチングの仕組みづくりなど総合的な取組を行う必要がある。

○　介護職員が担っている業務のうち、配膳や清掃、ベッドメーキングなどの補助的なものにはボランティアや地域住民の力を活用するなど、ターゲットを明確にした対策を実施するとともに、スキルアップのためのキャリア段位制度などを充実・発展させ、介護職員の専門性とそれに見合う処遇を確保するための仕組みを構築すべきである。

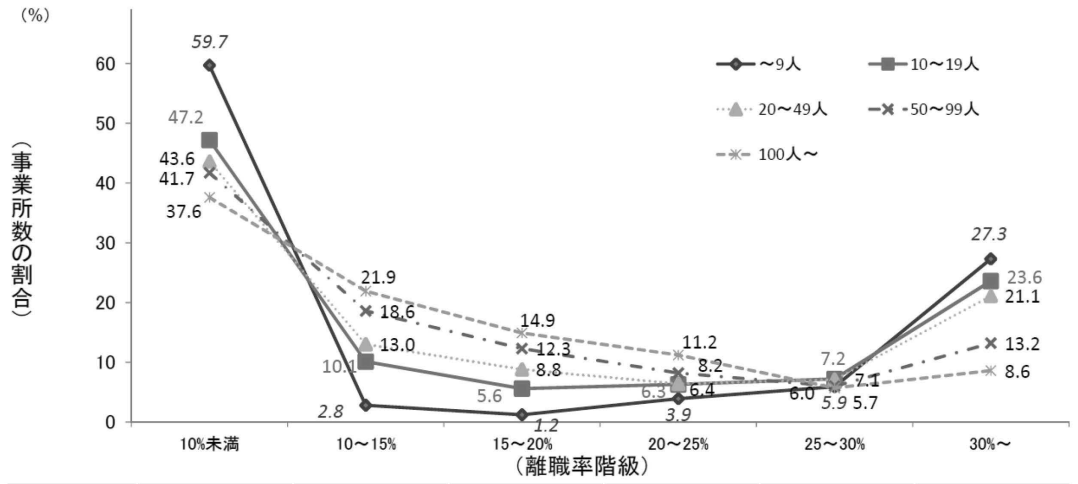
○　介護人材だけではなく、様々なサービスを行う人材をマネジメントできるリーダーの育成が併せて必要である。

○　介護職員と保育士とでは長期的に見ると需要のピーク時期が異なることから、両資格の連携等も視野に入れるべきである。

○　ロボット介護機器の活用効果を十分に発揮させるためには、施設等のサービス提供方法とのミスマッチを起こさないよう、実際の介護現場で適切な使用方法を検証し、その成果を普及することが必要である。

≪図５７≫　介護職員の離職率【全国】

○ 介護職員の離職率は、事業所別に見るとバラツキが見られ、10%未満の事業所が約半数である一方、離職率が30%以上と著しく高い事業所も約2割存在する。



全事業所の割合	46．6%	11．8%	7．5%	6．5%	6．7%	20．9%

注1）離職率＝（1年間の離職者数）÷労働者数
注2）離職率の全産業平均14．8%（厚生労働省「平成24年雇用動向調査」より）

資料：公益財団法人介護労働安定センター「介護労働実態調査」（２０１４年）

８　仕事と介護の両立支援

（１）現状と議論のポイント

○　要介護者が増加する中、家族の介護・看護のために離職する人が東京都で年間約９千人に上るなど（図５８参照）、その介護に当たる家族の働き方や生活にも重大な影響が及んでいる。

○　都は、家族が介護を必要とする状態となっても安心して暮らせるよう、また、介護保険サービス等を利用しながら仕事を継続することができるよう、以下のような取組を実施している。

≪主な取組≫

・　小規模多機能型居宅介護やショートステイなどの在宅生活を支える介護サービス基盤の整備について独自の整備費補助を実施

・　仕事と介護の両立推進シンポジウムなど、都民や企業に対する意識啓発を実施

・　仕事と介護の両立に関する専用サイトを開設

・　認知症カフェ[12]などの認知症介護者支援の拠点を医療機関と連携して設け、介護者の孤立化防止を図る取組等を行う区市町村への支援

○　また、国も「介護離職ゼロ」に向け、介護サービス基盤の整備促進策の実施や、育児・介護休業法の改正などを行っていくことを予定している[13]。

○　働き盛りの人の介護離職は、本人にとっても、企業にとっても、さらには社会にも負の影響を与える。

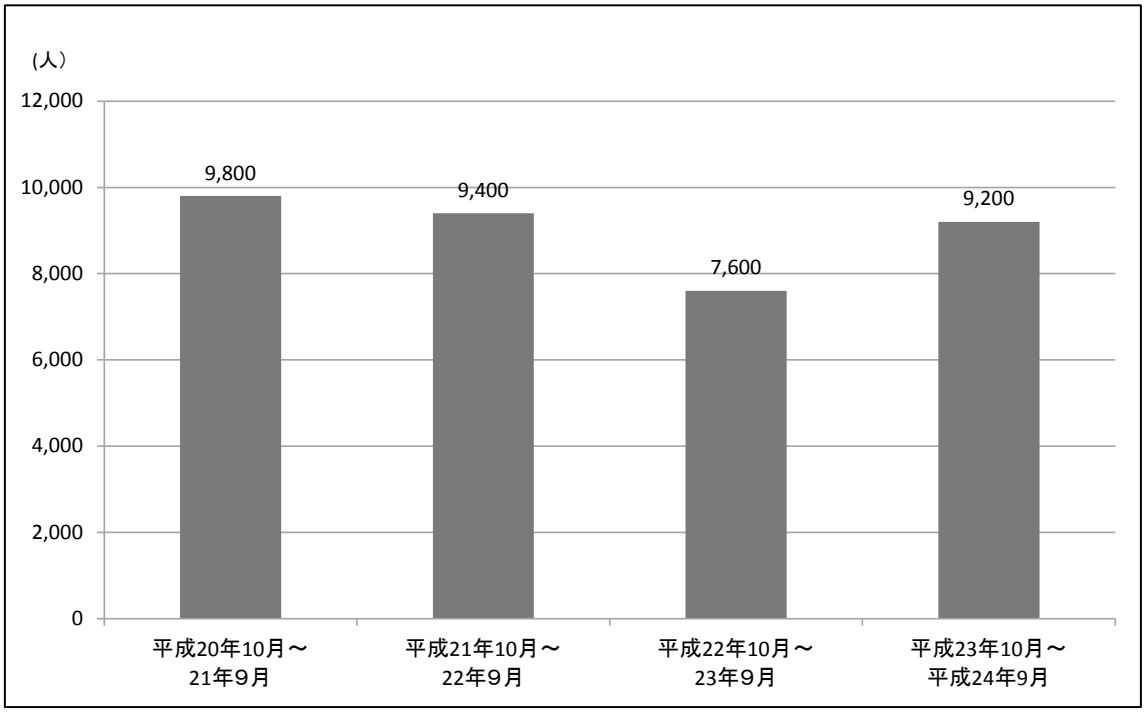
○　そこで、本検討会議では、仕事と介護の両立が困難な原因や、両立の実現に向けた対策について議論を行った。

---

[12] 認知症の人とその家族、地域住民、専門職等が集い、認知症や介護に関する相談・交流を行うことができる場

[13] １４ページ参照

≪図５８≫　介護・看護のための離職者数の推移【東京都】



資料：総務省「就業構造基本調査」

（２）議論から見えてきた課題

○　４０歳以上の人のうち、自身が介護保険の被保険者であることを知らない人が３割程度いる（図５９参照）など、介護保険制度や勤務先の両立支援制度について基本的な知識を得られていない人が多い。その結果、親等の介護の問題を一人で抱え込み、各種制度を有効に活用できないまま離職につながってしまうケースも多い。

○　また、東京では晩婚化と晩産化が進行し、子育てと親等の介護に同時に携わる「ダブルケア」に直面する可能性が高まっており[14]、家族介護は高齢分野にとどまらない課題となっている。

○　育児休業が家族自らが育児をするための制度であるのに対し、介護休業は自ら介護するためではなく、介護サービスを利用する体制を整えるための制度であるという制度趣旨が、労働者や企業に理解されていない。

○　国、自治体レベルで、福祉部門と労働など行政の各部門との連携が不足しており、施策が上手く進んでいないところがある。

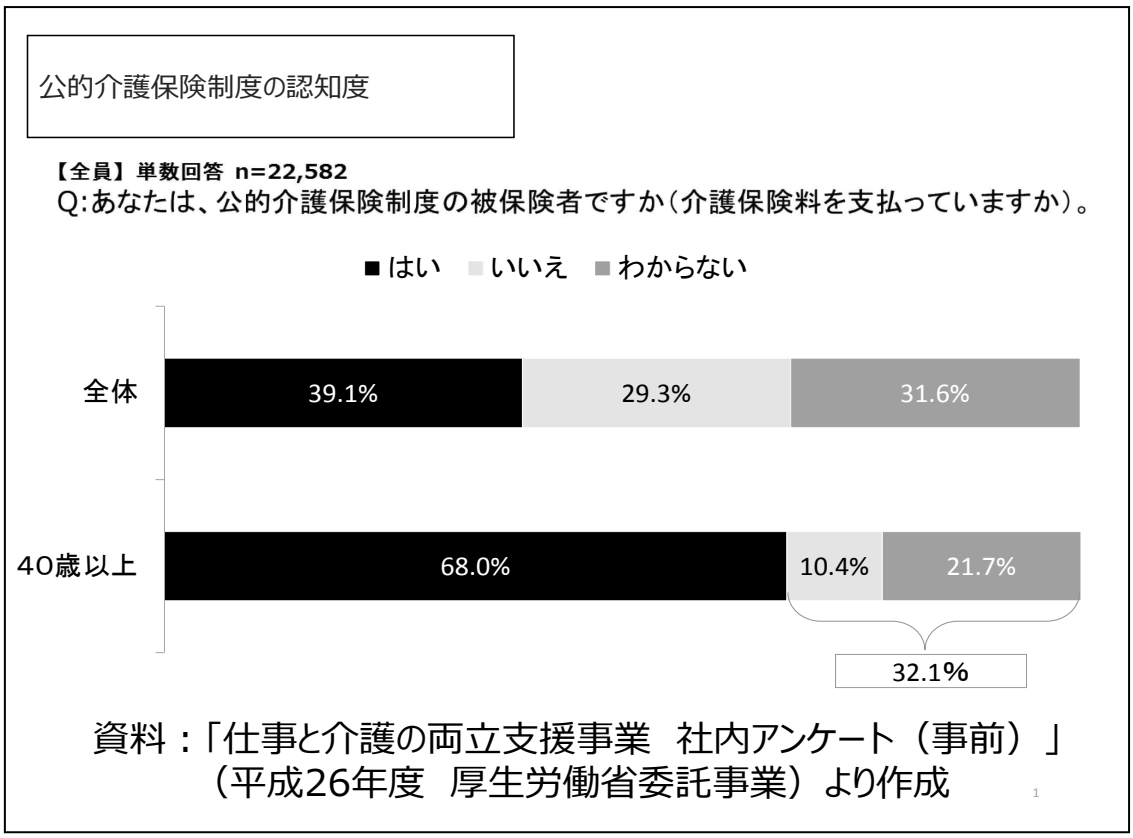
○　多くの企業は社員の介護ニーズを把握できておらず、相談体制も不十分であるため、せっかく両立支援制度があっても、社員に対し十分な支援ができていない。

○　家族介護者を一番身近で支えうるケアマネジャーが、必ずしも介護者の就労継続も視野に入れたケアプランの作成ができているとは言えない。

---

[14] 東京都生活文化局「東京都女性活躍推進白書」（２０１６年）

≪図５９≫　介護保険制度の認知度



資料：第６回検討会議　佐藤博樹委員講演資料

（３）課題解決の方向性

○　介護保険の被保険者となる４０歳を迎えるときなど、親等の介護に直面する前に、介護に関する基礎的な情報を保険者等が提供することが有効である。

○　両立支援を実現していくために、関係する行政の各部門が連携して施策を展開していくべきである。

○　企業は、社員の介護に関するニーズを把握し、相談を受けることができる体制を整えるとともに、介護に備える段階と、実際に介護に携わっている段階それぞれで適時適切な情報提供を行っていくことや、両立が可能なゆとりのある働き方ができる職場環境づくりに取り組む必要がある。

○　行政は、両立支援に資する先駆的な取組の情報を広く発信するとともに、働いている家族も含めた家族介護者が相談しやすい支援体制の構築や、介護事業所による家族介護者に配慮したサービス提供[15]の取組を促進していくべきである。

○　家族介護者支援を行う際には、介護だけでなく、仕事や子育て、その他の家族の状況や経済状況など、その人の生活全般も考慮すべきである。

○　両立支援策について知識を持ち、介護保険サービスのコーディネートと併せて、家族介護者に対して的確なアドバイスができるケアマネジャーの育成が必要である。

15　夕方から夜にかけてデイサービスで預かりを行い、家族の家事等が落ち着いた頃に帰宅するようにするトワイライトデイサービスの取組や、複数の人が短期間の特別養護老人ホームへの入所と在宅生活を交互に計画的に行うベッドシェアリングの取組などの事例がある。

第３章　東京の地域包括ケアシステムの実現に向けて

○　第２章では、東京の地域包括ケアシステムを考えるに当たっての基本的な考え方と、地域包括ケアシステムを巡る８つの論点について、議論をまとめた。

○　第２章で示された課題解決の方向性は、いわば地域包括ケアシステムの「縦軸」に当たる。これらを統合的・戦略的に地域に展開していくためには、これらを結び付ける「横軸」が必要である。

○　住み慣れた地域で生活を継続するためには地域包括ケアシステムの「地域の実情に即した展開」が必要であり、そのためには「分野横断的な施策と取組」と「多様な主体の参加と協働」が欠かせない。本検討会議では、これら３点を東京において地域包括ケアシステムを機能させるための「横軸」として提示したい。

１　地域の実情に即した展開

○　地域包括ケアシステムの基本的な構成単位は、おおむね３０分以内に必要なサービスが提供できる、中学校区程度の日常生活圏域である。

○　東京は、「首都」、「大都市」といった枕詞で一様であるかのように語られることが多いが、その実情は多様である。

○　まず、島しょ部から平野部、山間部まで多様な地理特性がある。また、人口が増加している地域と減少して過疎化が進んでいる地域が併存している。木造住宅が密集した古くからの住宅地や高度成長期に造成された大規模団地、新興住宅地や農漁村など、まちの特性も様々である。さらに、高齢化の進み方や地域の資源、住民の地域活動への参加意欲なども異なる。地域特性はこれら様々な要素の組合せによって現れてくるものであり、同一自治体の中でも圏域によって大きく特性が異なることも珍しくない。

○　このため、地域包括ケアシステムの一つの成功モデルをそのまま広域的に展開しようとしても上手く機能しない。

○　しかし、優れた取組には参考とすべき点は多い。先行する好事例から得ら

れるヒントを、地域の実情に応じた形に適応させて、地域づくりを行っていくことも、地域包括ケアシステムの構築手法として重要である。

○　日本の各地で展開されている先駆的な取組[16]は、地方でなければできないというものではなく、東京においても実践は可能なはずである。

○　都内においても、本検討会議で報告された、秋山正子委員の「暮らしの保健室」の取組や、瀧脇憲委員の「ふるさとの会」の取組などの先駆的な実践例が見られる。

○　また、北欧諸国をはじめとする諸外国での地域包括ケアシステムの実践事例[17]も、歴史や文化、制度が大きく異なるとはいえ、日本でも参考にすべき点がある。

○　地域の実情に応じた取組を進めるためには、区市町村は地域特性や高齢者のニーズをきめ細かく把握することが必要である。地域も多様であれば住民も多様であり、統計的に捉えられた「平均的な住民像」に対する施策だけではニーズに応えきれない。この点においても、全数調査やアウトリーチを行っている他自治体の事例[18]などが参考になる。

２　分野横断的な施策と取組

○　既に述べたように、複雑化した課題を解決するためには、行政の縦割りを排し、医療・介護・住宅・労働・まちづくりなど、部局の垣根を越えて政策を横串で連携させていくことが必要である。

○　例えば、空き家を重要な地域の資源として捉え、活用する発想を持つことは、地域包括ケアシステムの構築を考える上で重要であるが、空き家を活用

---

16 特別養護老人ホームを小規模化して地域の共有財産とした新潟県長岡市の「こぶし園」の取組、宮崎県を発祥として全国に広がりつつある古民家を活用した「ホームホスピス」の取組、高齢者と子供と障害者の共同の通いの場である富山県富山市の「このゆびとーまれ」の取組など

17 在宅で人生の最終段階における医療を提供する医療機関が偏りなく地域の中に配置されるとともに、在宅医療のチームスタッフの助言に基づく住環境整備が実施され、人生の最終段階までの在宅生活の実現が図られているストックホルム県（スウェーデン）の事例など

18 埼玉県和光市など

するためには、福祉、医療、建築、まちづくり、消防などの様々な分野が連携して活用促進策や規制緩和を考えていくことが必要である。

○　医療においても、単に患者の病気を治すだけでなく、患者や家族の生活まで支援していく視点への転換が進められており、介護や、退院後の住まい方の支援との関わりが重要である。

○　仕事と介護の両立についても、統一的な情報発信を行うなど、国レベルや自治体レベルでの福祉部門と労働部門との連携が必要である。

○　様々な領域で連携を持って問題に対処していくためには、各部門の行政計画の連携を考えていくことも必要である。

○　現在、都が進めている地域医療構想や都市づくりのグランドデザイン[19]の検討においても部局をまたいだ連携が図られているところであり、こうした連携の実効性を高めるとともに、立地適正化計画[20]の策定に当たっての区市町村の住宅部門と福祉部門との連携など、幅広く連携が浸透していくことが望まれる。

３　多様な主体の参加と協働

○　地域包括ケアシステムの構築には、区市町村が重要な役割を果たすことは言うまでもないが、もとより行政の力だけで完結できるものではない。地域で活動する、医療・介護・福祉に限定されない様々な事業者、住民組織など多様な主体との連携と協働を通じて、地域の合意形成に基づき、それぞれの役割が地域を基盤として形成されていくことが望ましい。

○　東京には、ＮＰＯ、社会福祉法人、営利企業などの多様な事業主体が集積するとともに、医療や介護の専門家、更にはマーケティングやシステム開発

---

[19]少子高齢化、人口減少、技術の進歩など、様々な社会経済情勢の変化を視野に入れ、産業・経済、医療・福祉、芸術・文化なども考慮し、広域的・長期的な視点から、２０４０年代の東京の都市像とその実現に向けた道筋について明らかにするもの。都は、東京都都市計画審議会に諮問し、同審議会に都市づくり調査特別委員会を設置して、専門的な見地から集中的に調査・検討を行っている。

[20] 都市再生特別措置法（平成１４年法律第２２号）に基づき区市町村が都市全体の観点から定める、居住機能や福祉・医療・商業等の都市機能の立地、公共交通の充実に関する包括的なマスタープラン。２０１４年８月１日施行の改正法により制度化。

など様々な専門性を持つ人材も多く存在しており、これらの力を地域包括ケアシステムの構築につなぎ合わせていくことが鍵になる。

○　また、２０１５年にかけて６５歳以上の高齢者となった「団塊の世代」は、従来の高齢者像とは異なる新しい価値観や発想を有し、様々なスキルや社会経験を持ち、社会参加への意欲や体力を持っている人も多い。こうした人材を地域づくりに結び付けることができれば、地域が活性化するだけでなく、これらの人々の介護予防にも有効である。

○　多様な主体の連携・協働を進めるためには、コーディネート役を担う人材の育成や、普段からの顔の見える関係づくりが重要である。個々の要介護者の支援に関わる専門家が集まるサービス担当者会議や地域の課題を検討する地域ケア会議などの場を積み重ねるとともに、生活支援・介護予防に携わる関係主体による協議体[21]の活動を通じて、専門職以外の幅広いインフォーマルサービスの団体も含めた連携を進めていくことも有効である。

○　こうした地道な活動を通して、地域が目指すべき方向性がそれぞれの主体に共有されることによって、地域住民が必要とするサービスは何か、それらを確保するためにどのように地域を活性化させていくかといったことを地域で考えることにつながる。これは「まちづくり」そのものであり、地方自治の本質とも言えるものである。

○　また、行政には、中長期的視点に立った一貫的で体系化された政策の立案・遂行や、地域住民を含む多様な主体に当事者意識を持ってもらうための分かりやすく説得力のある情報提供などが求められる。

○　このためには、相互に関係し合う政策課題を部局間で共有し、その課題を解決するためのタスクフォースを機動的に組織し、意思決定に結び付けるなどの、行政の縦割りを克服する具体的な手法の導入が必要である。併せて、現場で起こっている課題を受け止め、政策化できるフットワークを備えた職員の育成・配置も重要である。

---

[21] 介護保険法第１１５条の４５第２項第５号に基づき区市町村が設置し、地域の生活支援サービスの提供主体等が参画する、定期的な情報共有及び連携強化の場

おわりに

本検討会議では、高齢者の問題を中心に、東京の地域包括ケアシステムの在り方を論じてきた。

本検討会議の議論を通して、縦軸と横軸が織りなされた、東京が目指すべき地域包括ケアシステムの姿が浮かび上がってきた。

それは、全ての都民が、経験や能力を活かして居場所と役割を持ち、地域で支え、支えられながら、自らが望む住まい方、暮らし方、生き方を様々な選択肢の中から主体的に選び、安心して共に暮らし続けている姿である。

そこでは、高齢者は、支えられるだけの存在ではなく、豊かな経験と能力を活かして社会や市場に貢献する貴重な担い手としても位置付けられる。

地域包括ケアシステムの構築は、地域で生活する都民一人ひとりが主役である。地域包括ケアシステムが構築されることによって、高齢者にとどまらず、障害者、子供、病気や貧困を抱える人など、何人も排除されることなく、持てる力を発揮して活躍できる地域が実現されることにもなる。

そうした地域づくりを、都民をはじめ、事業者、行政など全ての関係者が一体となって進めていくことが、世界一の福祉先進都市・東京の実現につながっていく。

本報告書が、東京の地域包括ケアシステムの構築にかかわる全ての人々への力強い応援のメッセージとなることを願っている。

資料編

１　開催実績

<table>
<tr><th>開催年月日</th><th colspan="2">テーマ</th><th>議事</th></tr>
<tr><td>第1回
（2015年
7月8日）</td><td colspan="2">総論</td><td>○知事挨拶
○委員紹介・挨拶
○講演
・髙橋 紘士 委員長
「東京の地域包括ケア」
・長谷川 敏彦 氏（一般社団法人未来医療研究機構 代表理事）
「東京の展望と課題」</td></tr>
<tr><td>第2回
（7月30日）</td><td rowspan="3">各論①</td><td>医療と介護①</td><td>○暮らしの保健室から見えたこれからの課題について
【講演】秋山 正子 委員
「暮らしの保健室から見えたこれからの課題」

○人生の最終段階のケアについて
【講演】山崎 章郎 氏（ケアタウン小平クリニック 院長）
「より良き地域包括ケアのために」

○介護ロボットの活用について
【講演】山内 繁 氏（特定非営利活動法人支援技術開発機構 理事長）
「介護ロボット　現状と課題」</td></tr>
<tr><td>第3回
（8月18日）</td><td>介護予防と
生活支援①</td><td>○認知症の人と家族を支える地域づくりについて
【講演】繁田 雅弘 委員
「認知症医療に関わるいくつかの課題」

○介護予防と健康寿命の延伸について
【講演】新開 省二 委員
「介護予防と健康寿命の延伸」

○企業等多様な主体の活用について
【講演】前田 展弘 氏（株式会社ニッセイ基礎研究所 主任研究員）
「高齢者市場開拓の意義と課題」</td></tr>
<tr><td>第4回
（9月15日）</td><td>高齢期の
住まい方①</td><td>○地域包括ケアの基盤としての住まいについて
【講演】園田 眞理子 副委員長
「地域包括ケアの基盤としての住まい」

○既存ストックの再活用・多世代共助の仕組みづくりについて
【講演】松田 智生 委員
「既存ストックの再活用・多世代共助の仕組みづくり」

○東京における多様な高齢者の住まいの在り方について
【講演】髙橋 英與 氏（株式会社コミュニティネット 代表取締役）
「東京に住み続けるために～空き家活用と地域包括ケア～」

○「中間のまとめ」構成案について</td></tr>
<tr><td colspan="4">１０月　　「中間のまとめ」公表</td></tr>
</table>

開催年月日	テーマ		議事
第5回 （11月6日）	各論②	医療と介護②	○地域包括ケアシステムにおける病院・診療所の役割と在宅療養の推進について 【講演】平川 博之 副委員長 「東京都の地域包括ケアシステム構築に向けた東京都医師会・地区医師会の取り組み」 【講演】新田 國夫 氏（医療法人社団つくし会新田クリニック　院長） 「地域包括ケアシステムにおける在宅医療の課題と展望」 ○地域密着型サービスの普及と介護人材の確保・定着について 【講演】馬袋　秀男 委員 「在宅生活を支える地域密着サービスの普及について」
第6回 （11月26日）		介護予防と生活支援②	○介護と仕事の両立支援について 【講演】佐藤　博樹　委員 「介護と仕事の両立支援」 ○認知症の人と家族を地域で支えていくための支援や医療の関わり方について 【講演】粟田　主一　氏（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所　研究部長） 「認知症にやさしいコミュニティーをめざして」 ○大都市における介護予防の推進について 【講演】河島　貴子　氏（世田谷区高齢福祉部介護予防・地域支援課） 「世田谷区の介護予防の取り組みと課題」
第7回 （12月24日）		高齢期の住まい方②	○低所得高齢者等への住まいの確保と生活支援について 【講演】瀧脇 憲 委員 「街に住む　地域が近い 「寄りそい支援事業」」 ○安心して暮らし続けるためのまちづくりについて 【講演】水村 容子 委員 「これからの東京に求められるまちづくり」 ○大規模団地の再生について 【講演】荒井 康弘 委員 「多摩ニュータウン再生の取組み」 ○最終報告の構成案について
第8回 （2016年 2月16日）	まとめの議論		○最終報告書案について
３月	**「最終報告」公表**		

２　委員及び幹事名簿（２０１６年３月３０日時点）

＜委員名簿＞

（分野ごとに五十音順、敬称略
◎委員長、○副委員長）

分野	氏名	職名
福祉関係	内田　千恵子	公益社団法人東京都介護福祉士会　副会長
	大熊　由紀子	国際医療福祉大学大学院医療福祉ジャーナリズム分野　教授
	馬袋　秀男	一般社団法人「民間事業者の質を高める」全国介護事業者協議会　特別理事
	和気　康太	明治学院大学社会学部　教授
医療関係	秋山　正子	株式会社ケアーズ　代表取締役 白十字訪問看護ステーション　統括所長
	河原　和夫	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科　教授
	繁田　雅弘	首都大学東京健康福祉学部　教授
	○　平川　博之	公益社団法人東京都医師会　理事
	山田　雅子	聖路加国際大学看護学部　教授
労働・経済関係	佐藤　博樹	中央大学大学院戦略経営研究科　教授
	瀧脇　憲	特定非営利活動法人自立支援センターふるさとの会　常務理事
まちづくり関係	○　園田　眞理子	明治大学理工学部　教授
	◎　髙橋　紘士	一般財団法人高齢者住宅財団　理事長
	松田　智生	株式会社三菱総合研究所プラチナ社会研究センター　主席研究員
	水村　容子	東洋大学ライフデザイン学部　教授
介護予防関係	新開　省二	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所　副所長
マスコミ関係	川名　佐貴子	株式会社環境新聞社　シルバー新報・月刊ケアマネジメント編集長
区市町村	荒井　康弘	多摩市健康福祉部長
	田中　文子	世田谷区高齢福祉部長

＜オブザーバー名簿＞

（敬称略）

氏名	職名
竹林　悟史	厚生労働省老健局介護保険計画課長
溝部　和祐	八王子市福祉部高齢者福祉課長

＜幹事名簿＞

職名
東京都政策企画局調整部長
東京都福祉保健局企画担当部長
東京都福祉保健局高齢社会対策部長
東京都福祉保健局施設調整担当部長
東京都福祉保健局医療政策部長
東京都福祉保健局生活福祉部長
東京都福祉保健局保健政策部長
東京都産業労働局雇用就業部長
東京都都市整備局都市づくり政策部長
東京都都市整備局住宅政策担当部長

３　設置要綱

福祉先進都市・東京の実現に向けた地域包括ケアシステムの在り方
検討会議設置要綱

平成２７年６月１２日
２７福保高計第１２６号

（目的）
第１条　福祉先進都市・東京の実現に向けた地域包括ケアシステムの在り方検討会議（以下「検討会議」という。）を設置し、東京都長期ビジョン及び第６期東京都高齢者保健福祉計画で示された東京の現状と将来像を踏まえ、東京にふさわしい地域包括ケアシステムの在り方を検討することにより、都の新たな施策形成につなげ、もって福祉先進都市・東京の実現を図る。

（検討事項）
第２条　検討会議は、東京の特性を踏まえた地域包括ケアシステムの構築に関する次の事項を検討する。
（１）医療・介護の提供体制に関すること。
（２）効果的な介護予防及び支え合う地域づくりの手法に関すること。
（３）高齢者の多様なニーズに応じた住まいの確保と住まい方に関すること。
（４）その他地域包括ケアシステムの構築に関すること。

（構成）
第３条　検討会議は、学識経験のある者、医療関係団体に所属する者、区市町村の職員等のうちから、福祉保健局長が委嘱する委員で構成する。

（委員の任期）
第４条　委員の任期は、平成２７年７月８日から平成２８年３月３１日までとする。
２　委員に欠員が生じた場合、補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

（委員長）
第５条　検討会議に委員長を置き、委員の互選によりこれを定める。
２　委員長は、検討会議を代表し、会務を総理する。
３　委員長は、副委員長を２名まで指名することができる。
４　委員長に事故があるときは、あらかじめ委員長の指定する副委員長がその職務を代行する。

（招集等）
第６条　検討会議は、委員長が招集する。

２　委員長は、第３条に定める者のほか、必要と認める者の出席を求めることができる。

（幹事）
第７条　検討会議における調査・研究の充実及び効率化を図るため、委員のほかに幹事を置く。
２　幹事は、福祉保健局長が任命する。
３　幹事は、検討会議に出席し、調査・検討に必要な情報を提供する。

（会議の公開）
第８条　検討会議は、報道関係機関に公開で行う。ただし、委員長又は委員の発議により出席委員の過半数で議決したときは、公開又は非公開とすることができる。
２　会議資料及び議事録は、公開する。

（報告）
第９条　検討会議は、検討を終了したときは、その結果について福祉保健局長に報告するものとする。

（庶務）
第１０条　検討会議の庶務は、福祉保健局高齢社会対策部計画課において処理する。

（その他）
第１１条　この要綱に定めるもののほか、検討会議の運営に関し、必要な事項は委員長が定める。

附　則
この要綱は、決定の日から施行する。

福祉先進都市・東京の実現に向けた
地域包括ケアシステムの在り方検討会議最終報告

平成 28 年３月発行　　登録番号　(27) 377

編集・発行　東京都福祉保健局高齢社会対策部計画課
東京都新宿区西新宿二丁目８番１号
電話 03-5320-4565
FAX 03-5388-1395

印　刷　所　株式会社　ま　こ　と　印　刷
東京都港区虎ノ門五丁目９番２号
電話 03-5405-2050

リサイクル適性Ⓐ
この印刷物は、印刷用の紙へ
リサイクルできます。