

## 平成 26 年度第 3 回介護保険・高齢者保健福祉総合事業計画策定委員会

日時：平成 26 年 7 月 25 日（金）午後 2 時～午後 4 時 7 分

場所：小金井市前原町暫定集会施設 1 階 A 会議室

### 出席者 <委員>

吉田昌克	高橋信子	諸星晴明	鈴木由香
常松恵子	小松悟	境智子	河幹夫
酒井利高	君島みわ子	播磨あかね	川畑美和子

### <保険者>

福祉保健部長	柿崎健一
介護福祉課長	高橋美月
介護保険係長	藤井知文
認定係長	樋口里美
包括支援係長	本木典子
高齢福祉係長	佐藤恵子

### 議題

1. 第 6 期介護保険・高齢者保健福祉総合事業計画の策定について
  - ア 事業計画策定委員会の進め方について
  - イ 事業計画（第 6 期）基本理念と基本施策及び施策の体系について
  - ウ 認知症施策について
2. その他

介護福祉課長：

まだおそろいになっていないようなのですが、定刻ですので、ただ今より、「平成 26 年度第 3 回介護保険・高齢者保健福祉総合事業計画策定委員会」を開催させていただきます。

また、会議録の作成に際しまして、事務局による IC レコーダーの録音をさせていただきます。ご面倒ですが、ご自身のお名前を、発言の前に必ずおっしゃってから、ご発言いただくよう重ねてお願いいたします。

初めに、福祉保健部長より、あいさつをさせていただきます。

柿崎福祉保健部長：

皆さん、こんにちは。福祉保健部長の柿崎です。本日はお暑い中、委員会のほうへお越しいただきましてありがとうございます。梅雨も明けまして、連日暑い日が続いておりますが、皆様、体調のほうは気を付けていただいて、この夏を乗り切っていただければと思います。

さて、本日の議題のほうにもありますが、「認知症について」でございます。先月、新聞ですとか、テレビなどで一斉に報道されていましたが、全国で認知症による行方不明になった方が、昨年初めて 1 万人を超え、1 万 322 人あったそうです。そのうち、今年の 4 月末までに、まだ 151 人の方は見つからない、というような報道がされたところでございます。小金井市でも、つい最近、ちょっとそれと似たような事件がありまして、その方はその日のうちに見つかりました。

そういうようなことを考えますと、今後、地域の皆様ですとか、または行政と一体となって、相互に気遣いをしたり、穏やかに見守りをしながら、地域を見守っていくということは、非常に重要になってくるのかな、と考えているところです。事業計画の点においても、地域資源をいかに掘り起こし、活用するかが鍵と言われておるところでございます。

本日も、委員の皆様の忌憚のないご意見をいただけますようお願いいたします。

介護福祉課長：

それでは、この後、後の議事進行につきましては、河委員長をお願いいたします。

河委員長：

河でございます。幾つか資料が配られているようでございますので、初めに事務局から配付資料の確認をお願いいたします。

介護保険係長：

事務局でございます。本日の資料は、次第に記載いたしましたとおり、全部で 4 点でございます。そのうちの 2 点、資料 1、2 は、事前に皆様のほうに郵送させていただきました。いま一度確認させていただきますと、資料 1 が「事業計画策定委員会の進め方（案）」という A4、1 枚ものでございます。それから、資料 2 が「事業計画の第 6 期基本的理念と基本施策の体系」という A3 の横もの 1 枚になってございます。それから、本日お配りしたもう 1 点、資料 3 が「認知症施策について」。これは、全部 28 ページの部分でございます。それから、最後、資料 4 が A5 の横のものになりますが、こちらにつきましては、前回、各委員様より、提出依頼もございました、人口等の各数値のデータをまとめたものでございます。本日の資料につきましては、以上 4 点でございます。

河委員長：

ありがとうございました。資料 1、資料 2 は、あらかじめ郵送をされているものでありまして、資料 3、資料 4 が、今日、配られているということだと思いますけれども、ご確認をお願いできますでしょうか。

それでは、順次議事を進めさせていただきますが、最初というか、今日、議題は、いわば、1 つということではありますが、この 1 つの議題、「第 6 期介護保険・高齢者保健福祉総合事業計画の策定について」ということを議題にいたします。

ちょっと先ほど、資料の関係とありますけれども、資料 3、資料 4 は、今日ここでいただいたらいいんですけども、この資料 1 と資料 2 について、資料 1 は、案ということですから、この案についてご説明いただくということかと思いますが、資料 2 は、これは確定されているという位置づけなんですか。それだけ、まず最初にご説明いただいてから、議題に入りたいと思います。

介護福祉課長：

介護福祉課長です。すいません、資料 2 のほうの、「小金井市介護保険・高齢者保健福祉総合事業計画（第 6 期）基本理念と基本施策 施策の体系」という資料になってございます。ちょっと書き方が悪かったと思いますが、一応こちら、事務局というか、市のほうで考えた、たたき台の案と考えています。市としては、こちらの方向で考えておりますが、本日、ご意見をいただければと思っております。

河委員長：

ということでございますので、資料 1、資料 2、いずれも、今日ご説明いただき、市当局のお考えもご説明いただいて、それについて、どう扱うか、あるいはおおむねこれでいいなら、これでいいけれども、このあたりは注意深くしましょう、ということでもいいと思いますが、そのようなことを吟味いただく、ということにさせていただきたいと思います。したがって、資料 2 も案という形で、取り扱いさせていただきます。

それでは、議題の 1 に入りますけれども、事務局等の資料のご説明をお願いいたします。

介護福祉課長：

介護福祉課長です。それでは、次第のほうに従って、ご説明をさせていただきます。先ほどの次第の A 「事業計画策定委員会の進め方について」でございます。資料 1 をご覧ください。今回の事業計画策定委員会の実施時期と、おのこの委員会で協議していただく項目の案を、表にまとめさせていただいております。今日が第 3 回になりますので、第 3 回 7 月 25 日のところの欄からご覧いただければと思います。

本日はこの後、「計画の理念・視点・体系」についてと、「認知症施策の推進」についてご協議いただく予定になっております。これ以降の、この会議の進め方といたしまして、まずは、今回、介護保険の制度改革、大きなものがございまして、そちらの中でも、幾つかポイントとなる項目が挙げられております。そのため、本日の第 3 回から第 5 回の委員会におきましては、その項目を幾つか挙げるような形でご協議いただきたいと思いますと考えてございます。

第 3 回の②、第 4 回の②から④、第 5 回の①、②が項目ごとの協議となりますが、こちら、状況に応じまして、協議の順序等は入れ替えさせていただくこともあるかと考えてございます。

また、この第5回までの協議内容を踏まえまして、第6回、第7回で事業計画の素案をまとめてというような形を考えてございます。その12月に計画素案をパブリックコメント、また市民説明会にかけて、という形を予定しているところでございます。

この結果を受けまして、第8回で、計画書(案)のまとめを行っていただき、原案をつくるような形を考えてございます。また、介護保険のサービス見込量、給付費の推計から、介護保険料の設定を行う必要があるんですけども、こちらは、国のほうで、現在介護報酬体系のほうを検討されている段階でございまして、そちらの内容が示される時期によって、できれば7回までの間に、計画素案に盛り込んでいきたいというふうには考えているところですが、3年前も改定があったときに示された時期を考えますと、第8回の検討になるのではないかとというふうに考えておりますので、こちらの案では、8回のほうに、サービス見込量等の話のところを入れさせていただいているところです。

最終的に全体会と合同開催の第9回におきまして、事業計画(案)を諮問・答申、そちらを受けて事業計画とさせていただくという形になります。このような流れで、計画策定委員会を進めてまいりたいと考えているところです。

以上です。

河委員長：

資料1についてのご説明を先にいただきましたけども、今、課長がご説明されたように、第3回は、今日から、第5回ぐらいまでの間、いわば幾つかの基礎的な勉強というか、学びをするということになるかと思えます。またその中で、アンケート等についての話もあるわけですが、この今年法律改正が行われたことに伴うものというのが、グループ1だとしますと、今のご説明にありましたように、介護報酬改定と、いわば給付の費用に関するものがグループ2で、これはまだ今、政府のほうで議論がされているということかと思えます。

それから、もう1つは、グループ3になるんでしょうか。その保険料設定の問題等におきましては、全体の財政バランスをどうするかというのも、これも年末に向けて、政府のほうでの議論と並行して行わなければいけないということになるかと思えますので、今の課長のご説明されたグループの1に関しても、第3回、第4回、第5回までのものと、今、私が申し上げましたグループ2とでも言うんでしょうか、介護報酬改定の動向によって動いていくもの、そしてさらには、保険料の設定に関する業務的な、地方財政措置等の関係で、おのずから決まってくるものと、3つのことがあるという認識で進めさせていただきたいと思えますが、事務局をお願いしたいのは、今日はこれで進めるにしても、今、私が申し上げたような、グループ1、グループ2、グループ3というのが、いいかどうかでありますけれども、その何か全体図みたいなものを、文字面で結構ですから、数字にしなくても結構ですから、文字面でこんなことを考えていかなければいけないというのが、これは政府との関係で考えていかなければいけないもののリストを、グループ1、グループ2、グループ3という書き方がいいかどうかは別にして、次回、多少重複して下さっても結構ですから、書き出させていただきたいと思えます。

それを左手で見ながら、右のほうで、アンケートとか、ある小金井市における状況等々を組み合わせで考えていく、という形になるかと思えますので、今、申し上げた1枚紙みたいなものですべて決まるわけではなくて、どちらかというと、鏡みたいなものを左側に置いておいて、そして、この策定委員会の議論を、いわば本質としては、アンケートなり、あるいは小金井市における数字などを見ながら、それをメインにして、先ほどの1枚紙を鏡のように写しながら議論をしていく、というようなスタイル

にしたいと思いますので、次回には、その鏡と言うと、おかしいですが、鏡を1枚紙を出していただくことをお願いしたいと思います。

それでは、資料1をだいたいそのようなことでありますけれども、ご質問等か、今の進め方等についてのご意見等があれば、おっしゃっていただければと思いますが。

はい、吉田さん、どうぞ。

吉田委員：

資料1策定委員会の進め方(案)のことですがね。次回の8月のところの実施期日、時期が明示されていませんが、これだと、分かっていれば、教えていただけますか。開催時期。

介護福祉課長：

申し訳ございません。8月の視察等につきましては、現在調整しているところですので、まだこれからという形ですが、時期も多少ずれることもあるかと思っておりますので、また決まり次第、こちらのほうからご案内をさせていただく形になります。

先般、前回のときにご提案いただきましたのが、その際、はっきり明言させていただいてなかったかもしれませんが、一応この視察に関しましては、有志の方で行っていただくような形で、当初のこちらの、策定委員会の回数の方には、ちょっと数えない形にさせていただきたいと思っておりますので、そちらはご了承いただければと思います。よろしく願いいたします。

河委員長：

ほかにご意見、ご質問等あれば。それでは、一応おおむねでありますけれども、この案というのは、まだ残しながらも、次回の、先ほど私が申し上げた鏡の提出みたいなものを待って、案を取るというような形で進めさせていただきたいと思っております。

それでは、引き続きまして、資料の2のご説明をいただけますでしょうか。

介護福祉課長：

介護福祉課長です。次にイ、「事業計画(第6期)の基本理念と基本的施策及び施策の体系について」ご説明をさせていただきます。

3番の資料と机上に置かせていただいています、こちらの小金井市保健福祉総合計画、ピンクの冊子のほうですね。こちらの195ページをあわせてご覧ください。先ほどお話をさせていただいたとおり、資料2につきましては、市が作成した「たたき台」とお考えいただければと思います。

それでは、資料2の左側中ほどをご覧ください。第6期の、まずは基本理念のほうになります。こちらにつきましては、先ほどの冊子の195ページの真ん中にある基本理念をご覧くださいと分かるのとおり、基本的に第5期の枠組みをそのまま持っているような状況になってございます。これは、国においても、第6期以降の事業計画につきましては、2025年に向け、第5期で開始された、地域包括ケア実現のための方向性を承継しつつ、在宅医療・介護の連携の取り組みなどを本格化していくもの、とされているところです。そのため、基本的な理念については、変更せずに、第5期を踏襲する方向で作っております。

次に、その下の基本的施策ですが、第6期では4つ挙げているところです。資料2の右側半分をご覧

ください。基本施策の1つ目「健康づくり・生きがいくくり」、またそこから3つ目になります「地域で支え合う仕組みづくり」、こちらにつきましては、やはり第5期の踏襲という形で、同じようにしております。

上から2つ目「地域で暮らし続ける仕組みづくり」という形で、ちょっと前回とは変更しているような状況になっております。こちらは、介護保険制度の改正における地域包括ケアシステムの構築に向けた、地域支援事業の充実の項目というものが挙げられているんですが、そちらのほうを少し意識しており、その下の施策も、その柱を意識したものを設定をさせていただいているところでございます。そのような形で、基本的な枠組みにつきましては、第5期事業計画のものをベースにし、踏襲する部分は踏襲して、たたき台を作成させていただいているところでございます。

本日は、文言等も含めまして、ご意見をいただければと考えております。

河委員長：

2つ、私のほうから最初にご質問をさせていただきますと、この資料2の「視点」というのは、どういう位置づけなのかを、今までの言葉の中に説明がなかったので、この左の下の「視点」というのは、どういように続いてなるかを教えていただければというのが1点と、それから、これはむしろやや私のこだわりかもしれませんが、「左の人間性の尊重」というような言葉も、5期の話の延長なのかもしれませんが、冒頭とここがちょっと気になるんですが、その括弧に書いてある「自主性」というのは、どういう意味で入れられたのか。この言葉の話として、この自主性というの、どういう意味で入れられたのか、いつ、どういう形で、入ったのか、あまり歴史的な沿革をお聞きするつもりはありませんけれども、この2点をご説明いただければありがたいと思います。

介護福祉課長：

はい、介護福祉課長です。「視点」についての位置づけです。こちらは、計画全体を通しまして、基本的に考えていきたいというか、一応、項目として、重点を置きたいという点を挙げているような形になっています。

第5期の、先ほどの195ページのところの下段のところと比べていただきますと、まあ若干の文言等を変えさせていただいている部分もございますが、高齢者の就労、社会参加の支援と、あとは地域包括ケアシステムづくり、あとはコミュニティの関わりなど、今回の分類で、どの項目にわたって、持っていきたい、全体に意識していきたくという項目を挙げているような状況でございます。

2点目が、基本理念の言葉についてのご質問ということで、「人間性の尊重（個人の尊厳と自主性の尊重）」というように形で挙げさせていただいているところでございます。こちらにつきましては、やはり高齢になって、まずはその方の尊厳が失われないような状況で暮らし続ける。例えば、本日の議題にも挙げたような、認知症になっても、やはりその方の尊厳を守っていけるような地域をつくっていく、というようなところからの理念として挙げさせていただいているところでございます。

河委員長：

個人の尊厳はいいんだけど、個人の尊厳というのは、哲学の世界でも使うけれども、自主性の尊重というのは、私はちょっと意味がよくわからない、ということでご質問しました。

介護福祉課長：

やはり、これはもしかすると、2番目のところにもつながっているところなのかもしれないんですけども、やっぱりさまざまな点で、ご本人が主体となって、ご自身のやりたいような形の生活を組み立てて行っていただくようなことができる、高齢者の方が高齢になっても、そのようなことができるような、仕組みづくりを考える上での、自主性という言葉と受け止めております。

河委員長：

「自立」というのは、福祉の世界では、よくこの七、八年で使うようになった言葉だから、非常によくわかるんですけど、「自主」というのは、昔の何か、高等学校の、学校の中での自治みたいな世界なんですか、この自主というの。こういう言葉遣いって普通しないと思うんだけど、どうしてこれが入ってきたのかがよくわからないけど、自主って、普通使わないんじゃないですかね？

酒井委員：

でも前回、出ている。決定事項なんでしょう。

河委員長：

だから、何だっけ入れたのかがよくわからない。

つくった人たちは知っているだろうから、説明してくださいって。つくられました？

自主という言葉は、あんまり使わないよね。

酒井委員：

自主という言葉は、ちょっと違和感が。

河委員長：

自主はね。自立は、何かそれなりに一生懸命つくってきた言葉だから、自主という言葉、何か自主・自立って、本当に昔の旧制高校か何かの中の。

うん、言葉のように聞こえるので、違うんですか。いや、これは、つくった人たちだから、皆さん方がご存じなんだろうと。

酒井委員：

それで、例えば、こういうのが入っていると、例えば、ケアプランなんかをつくるときに、今はケアマネさんがやるのがノーマルですよ。だけど、本来的な視点からすると、当事者本人がケアプランをつくと。

河委員長：

つくるべきだということだよ。

酒井委員：

じゃ、それを専門家が、周りからサポートすると。これは本来なんです。そうすると、例えば、これは

自主だというふうに入れていくと、「そういうシステムを小金井市はあえてやりますよ」というところ  
とね、つながっていかないと、絵に描いたもちになるなという。簡単に言うと、そういうことです。も  
うあえて、そこまで言うか、というのもあるわけですね。

河委員長：

おっしゃるとおり。それを言いたかったんです。ケアマネージャーって、何をやるつもりだと、小金井  
市では認識していらっしゃるんだろうか、ということです。すいません。ご説明いただければ。

介護福祉課長：

はい。今回、そこまで深く言葉の「自主」というところに、意味を持たせてのところまでとは考えてい  
ないところです。先ほど、おっしゃられたように、ケアプランの作成、もしくは実際の介護保険の制度  
の中での、そういった仕組みとの関係性というところまで踏み込んで考えて、この基本理念に残したと  
いうところではないということです。

河委員長：

ですから、率直に言うと、これはほかの方々のご意見もあれですけど、私は「自主」とか「自主性」と  
いう言葉は、外したほうがいいと思うんですね、ここからはね。前回の踏襲で全然私は構わないだけ  
れども、「自主」という言葉は、特に最近もう 21 世紀になってからはあんまり使わないですよ、介護  
とか、福祉とか、医療の世界では。ということから言うと、何かそれ以外の意味を、あえて強調したい  
というご提案ならば、それは自主的論争で価値はあると思うんだけど、そうでなければ、少なくとも基  
本理念からは、外したほうがいいと思うんですね。どこかに、事務局が入れておきたいということが  
あるならば、それはまた追ってご提案いただくことにしても、ちょっとこの部分についての「自主」と  
いう言葉、一番目の括弧書きにある「自主」、それから②の「自主・自立」の「自主」ですね。という  
のは、ちょっと事務局のほうで、しばらくご検討いただく、ということにお願いできませんでしょうか。  
たぶん、多くの誤解を招く元だと思います。

介護福祉課長：

介護福祉課長です。一応この「人間性の尊重」の側面の部分、あと「自主・自立の確保」という形のも  
のは、今、第 5 期の踏襲というお話をさせていただきましたが、実際には第 4 期から、この言葉が入っ  
ているところです。4 期の基本理念の説明につきましては、「人間性の尊重」の欄につきましては、「人  
はすべて生まれながらにして、尊厳ある存在であり、その人権が最大限に尊重されます。すべての高齢  
者も社会を支える一員であり、個人として尊重されます。高齢者の多様なライフスタイルに配慮した生  
活の質の向上を目指します」の説明を付けているところです。

また、2 つ目の「自主・自立の確保」につきましては、「高齢者一人一人は、自主的な自己の意思に基  
づき、その能力に応じて、可能な限り自宅で自立した日常生活を営み、自己実現中を図ることによって、  
有意義な生涯を送っていただけるよう努めます。市は、高齢社会に対応した環境整備をし、自立に向け  
た総合的支援を行います」という形で、これも言葉を、先ほどの 2 つの言葉で示しているという形には  
なっていますが、ご意見をいただきまして、こちらのほう再度検討させていただきたいと思えます。

河委員長：

せっかくつくり直すということでありまして、また新しい状況の中での検討ということでもありますので、経緯沿革はあろうかと思えますけれども、ご検討いただくということで、一応、今日は、この私が申し上げましたことについても、話は宿題ということで引き取っていただいて、それ以外にこの資料2についてのご意見・ご質問等あれば、お話しいただければと思います。

では、これも一応案というものが付いているという形の書き込みをしましたが、幾つかの宿題を別にして、こういうものについて、案をだんだん薄くしていくとか、なくしていくということで、「(案)」というのがなくなっていくような形で、これから議論を進めさせていただきたいと思えます。よろしゅうございますか。

酒井委員：

ちょっと1点だけ

河委員長：

はい、どうぞ。

酒井委員：

視点の中で、3点目の視点で、「福祉とコミュニティとの関わりを意識したうんぬん」という文言がありますよね。

介護福祉課長：

はい。

酒井委員：

それで、これは、地域を意識された表現だろうと思えますけれども、このコミュニティという言葉といえますかね。たしか5期とかでも出てないんですよ。

介護福祉課長：

はい。

酒井委員：

それで、新しくここで、あえて入れたということで、このコミュニティ概念みたいなところで、例えば、物理的な意味での地域性を言っているのか、あと、違う精神的な要素も含めておっしゃっているのか、ちょっとその辺のご説明をお願いしたいと思います

介護福祉課長：

はい。こちらに関しましては、やはり地域という言葉、そのまとまりの中で、いろいろな団体であったり、住民の方であったりというものを含めた形で、表現した言葉として使っているところではございますが、もう一つには、やはり地域づくりと地域という言葉の重なりという部分も意識して、少し変え

たようなところはございます。

河委員長：

だから、酒井さんがおっしゃっていることを私流に解決すれば、この「コミュニティ」って、外したほうが文章になっているんですね。「コミュニティ」が要らないんですよ。この「コミュニティ」というのが入っているから、かえって言葉の関係がよくわからないと。でも、事務局がコミュニティという言葉にこだわられるならば、あれですけれども、「福祉とコミュニティの関わりを意識した地域づくり」って、ちょっとよくわからないね。コミュニティよりも、地域づくりのほうが、小さいということなんではないかな。ということになってしまうので、これもちょっと、それでご検討いただけませんか。

介護福祉課長：

はい。

河委員長：

これは「コミュニティ」という言葉は、ないほうが、文章はできていると思います。

酒井委員：

「福祉」「コミュニティ」とかね、1つの単語としては・・・

河委員長：

何だかわからないものね。

酒井委員：

ところもあったりはするので。

河委員長：

地域づくりとコミュニティというのは、どっちのほうが丸が大きいのか、というのもよくわからない。だから、幾つかの宿題という形にしても、もう今の、酒井さんの申し訳ないけども、あるいは私が言ったこととの関係で、どう直すか、どう直さないかというのは、また宿題という形にさせておいて、ここで直すことを決めるとか、直さないことを決めるということではなくて、やや中ぶらりんの中で、これもつくりながら、先ほどの資料1の場合は、作業日程ですから、もう、おおむね、案を取り払いましょうか、ぐらいの話だと思いますけれども、この資料2は、まだ完成形との関係で、文章の書き方のことも出てきますんで、とりあえず宿題という形にして、事務局にお預けするというので、酒井さん、どうですか。

酒井委員：

はい、いいと思います。

河委員長：

ちょっと言葉遣いが幾つかおかしいところがあると思うんで、それはちょっとまた事務局のほうも、読み直してみただけだと思いますが。

吉田委員：

ちょっと追加なんですけれども、委員の吉田です。1週間ほど前の朝日新聞に、厚労省の関係の施策として、介護事例を民政化報酬で出してもらって、現行の介護給付において、非常に効果を上げている、成果を上げている部分については、その報酬を厚くするとか。そのような方向で検討する、ということが出ているわけなんですけれども、これは、やっぱり非常に重点を置くべきだと思うんですね。ただ、まだその新聞の中には、いろいろ、これから先、1年がかりで実態を調査した上で、2018年を目途に何か具体的な施策を講じていく、というような内容になっておりますので、今回のわれわれの先では、ちょっと入れにくい部分があるかと思いますが、ただ、その記事の中には、東京の品川あたりで、既にそういった効果が上がる介護事業については、区として独自の助成金なんかを受けているというような、紹介記事になっていました。

小金井市がさしあたり、そういうことをやるつもりがあれば、この際、このぐらいは、中に入っているといいのかな、というような気がしますが、これはちょっと感想みたいな意見で、一応述べておくだけです。

河委員長：

ありがとうございました。先ほど、私が整理させていただいた中で、この法律が通った段階における方向としてのグループ1みたいな話、これはもう法律は通っていますから、姿形がかなり明確になっているものでありますので、これは先ほど課長のご説明ですと、次々回ぐらいいまでに、その議論はしまししょう、ということだと思います。

今、吉田さんがおっしゃったのは、むしろグループ2に関することですね。今、介護報酬についての議論を、政府の中でしている。たぶん、私は正確にはわかりませんが、年末の再編成のときに、いわば全体の再編成の中に、大きくりとしては、細かなことはちょっと別にして、大きくりとしては出てくるんだろうと思うので、たぶんそこからの作業が、今、各省概算要求していますから、その概算要求のための作業が、メディアに報告されているんだろうと思うんで、それはいわゆるグループ2のフォローをしていく、という中に、今おっしゃったことは出ているんだろうと思うんですが。

もうちょっと繰り返になりますけれども、グループ3みたいな、保険料のための財源措置みたいな世界、これは地方交付税の世界を含めてですけども、これは年末ごろ、先ほどの政府の予算編成の中の、最後ぐらに出てくる話だと思うので、それもフォローしておかないと、この私たちの役割も、総合計画の役割を果たさなければいけませんので、その意味で、吉田さんがおっしゃったように、グループ2みたいな、介護報酬に関する事、あるいはグループ3の保険料設定の財源措置に関する事みたいなものを、今の段階でまだ明らかじゃないものも、途中で折り込んでいかなければいけない、というのはおっしゃるとおりなんで、さっき事務局をお願いしたとおり、全体の目録みたいなもの、鏡と私、言いましたけれども、目録みたいなものは、まだ中身がわからないのでも、目録としての見出しぐらいは書いた鏡を、次回ぐらいいにお配りいただくと、最後のスケジュールが見えてくるんじゃないか、ということかと思うので、今、吉田さんがおっしゃったとおりで、特に介護報酬について、どこにウエートを置いていくか、みたいなものを今、政府のほうでいろいろ議論していかれると思いますので、それ

を見ながら、じゃあ小金井市はどうするのか。まさに鏡に映した自分の姿をどうつくっていくのかというのが、この委員会の本来の役割だと思いますので、鏡も用意するけれども、自分たちも用意していく。こういうことかと思います。よろしゅうございますか。

吉田委員：

わかりました。

河委員長：

それでは、この資料には、そういうことで、幾つか留意したり、宿題にしたりすることがあるにしても、このようなものをつくり上げていくんだなということは、共通認識にしていただければありがたいと思います。

それでは、資料3、あるいは4も一緒になるんでしょうか。事務局からご説明いただければと思いますが。

介護福祉課長：

はい。それでは、議題2のウ、「認知症施策について」でございます。資料3をご覧ください。

この資料3のほうですが、最初のページから19ページまでが、実施したアンケート調査から、認知症に関する設問の結果を抜粋させていただいております。アンケート調査の区分ごとに分かれてございますので、そちらのページ数につきましては、目次のほうをご覧くださいいただければと思っております。

幾つかアンケートの結果のほうのところですが、資料のほうの8ページをご覧ください。(5)「認知症への備え」についての質問でございます。回答は複数回答となっているところですが、こちらの上位の3つ、医療や介護について、認知症になったときの「希望を周りの人に伝えておくこと」は、「かかりつけの医師の確保」をして、「自分に代わって、意思決定をしてくれる人の確保」をするというような、そのような設問が、認知症になった場合に備えておきたいことについての回答になってございます。こちらについては、やはりどれもお元気なうちに考えていただきたい、実施しておいていただきたい項目になっていて、この結果については、もう心強いなと思っております。

一方で、次のページ、9ページのほうでございます。(6)「地域の人からの支援の希望」という項目に対して、ご家族もしくはご本人が認知症になったときに、望む地域の支援についての設問になっておりますが、当然、地域の方にも知ってもらい、支援を受けていきたい、というご回答が一番、割合的には多くなっているようなところがございますが、こちらのほうで、双方回答いただいたのが、だいたい3分の1程度という形なんです。残りの方につきましては、支援はしてほしいけれども、例えば、親しい人だったら、支援してほしいとか。支援はしてほしいんだけど、周りの人に認知症になったということを知られたくない。そういう状況を知られたくない、というような回答がございまして、こちらについては、課題の大きいお答えだな、というふうに受け止めているところでございます。

また、15ページをご覧ください。こちらは介護サービスの提供されている事業者の事業者調査なんですけれども、認知症のある利用者の方で、実際にあった、困った、困難だったことであるとか、最も大変だったこと、というような設問に対して、専門職の方々が、答えているものになります。

また、ケアマネージャーに対する調査のほうでも、同じような調査をしていて、こちらの結果については、18ページ、19ページあたりに、同じような形で掲載をさせていただいておりますが、やはり困難

な点については、認知症になった方ですと、ご本人の意向・意思の確認が困難であること。あとは、服薬の管理が上手にできないというところですね。あとは、ご本人に介護サービス等の受け入れの拒否があって、上手にサービスも導入ができない。また、医療機関への受診も拒否があって、専門的な医療機関等につなげるのが難しいような状況がある。また、ご本人だけでなく、ご家族のほうでの認知症の受容というか、ご家族が認知症になっていることで、認知症に対する上手な対応というようなところが難しいところというのが、両方において、同じような形で上がっているような状況がございます。

21 ページをご覧ください。こちらは、国が平成 25 年度から 29 年度までの計画として立てている、認知症施策推進 5 年計画、通称「オレンジプラン」と言われているものの概要の仕様でございます。全部で 7 項目にわたって挙げられているところですが、私どものほうで、今回の計画により関係ある部分というのは、大きな項目の 2 番「早期診断・早期対応」の中のところですね。特に、③と⑤番あたりのところは、私どもの計画等にも関係してくる項目だと考えております。

また、大きな 4 番「地域での生活を支える介護サービスの構築」ということにつきましては、やはり必要な介護サービスの整備というところは、当該計画のほうにも影響してくることがございますので、そちらの項目についても関係してくると思います。

また、大きな 5 番の項目「地域での日常生活・家族の支援の強化」。こちらの項目に関しましては、①から④すべてに対して、今回の計画策定のところに意識をしていく項目と考えているようなところがございます。

次に、23 ページをご覧ください。こちらは東京都の認知症施策の 1 つである、「認知症早期発見早期診断推進事業」の概要の資料になってございます。こちらは、先ほどの前のページの「オレンジプラン」の大きな 2 の項目に関する、東京都のほうで考えている事業になってございます。こちらの資料、大きく真ん中の四角で囲んだ部分が、事業のイメージ図となっておりますが、この中の認知症コーディネーターを、中心に、例えば、市内の認知症の疑いのある方に関するいろいろな施策もしくは関係機関との調整というようなものにつなげていくというような事業になっております。

市側では、この認知症コーディネーターを中心にした認知症施策を進めることとなりますが、先ほど、お話しさせていただいた項目の中に、認知症の方を専門的な医療機関に早期につなげることがとても需要というふうに言われているところで、実際には、なかなか自覚がないと、受診をしていただくのは難しいというようなことがございますので、そちらを市の認知症コーディネーターと、また地域ごとにあります、小金井市であれば、北多摩南部地域医療圏という医療圏に 1 つ設置されている、こちらの真ん中のところにあります、認知症疾患医療センター、小金井では杏林大学付属病院が、東京都から指定を受けているセンターになっておりますが、こちらに設置される認知症アウトリーチチームというところと連携を取る。また、地域では地区の医師会等の医療機関等の連携も取るというような形で、認知症の疑いのある方を上手に医療機関に上げ、またその後の地域での生活を支える仕組みづくりをしていくための事業と考えております。

次に、ページの 25 ページ以降に、こちらから小金井市の認知症施策の実施状況についての資料になってございます。こちら、各数字につきましては、過去の決算資料等から抜粋をさせていただいているところですが、平成 25 年度の課題につきましては、現在まだ決算の確定前の形になっておりますので、そちらのところをお含みおき願えればと思っております。

事業につきましては、まずは 25 ページの項目 1「家族介護教室事業」、また 2 の「家族介護継続支援事業」、こちら、次の 3 の「やすらぎ支援事業」、1 つ飛ばしまして、次のページの 5 番の「徘徊高齢者

家族支援事業」、こちらの4つにつきまして、介護をしている家族の方の支援という視点で行っている事業でございます。

また、26ページの4の項目、「認知症サポーター養成講座」でございます。こちらにつきましては、地域で認知症の理解や対応等々を知っていただくための普及啓発の事業として、現在行われているようなところでございます。

また、同じく26ページの6の事業、「成年後見制度利用支援事業」となっております。こちらにつきましては、やはりご自身でご自身の判断が難しいような部分が出てきた場合に、ご家族、ご親族等がいらっしゃって、代わりにやっていただく場合には、よろしいんですが、なかなか難しい場合の権利擁護に関わる部分の事業として、実施をしているところでございます。

次、26ページ、27ページにかかっております7番ですね。こちら、「認知症高齢者向けの介護保険サービスの整備状況」となっております。こちらにつきましては、介護保険サービスで認知症対応として特化しているもののみをちょっと引き抜いているような形ですので、認知症対応型のグループホームと言われているものと、通所型の認知症デイサービスに関わる、現状の基盤整備の状況と、そちらの利用者定員数の状況となっております。こちらについては、介護保険サービス基盤充実という観点で載せさせていただいているところです。

次に、27ページの8番につきましては、現在、認知症連携会議というものを、小金井市の医師会と、関係する地域包括支援センター、他事業所、サービス提供事業者の方と市が入って、他市の取り組みであった、認知症連携シートのほうを使わせていただけるように、調整をさせていただきながら、そのシートを使って、認知症の方の情報が医療機関と介護サイドで上手に共有できる。または、ご本人のおうちでの生活が医師に伝わる。逆に、医療的な判断等が、介護のサービス提供者側にもきちんと伝わって、その中で該当者の方に必要なサービスが適切に行えるような環境づくり、現状では顔の見える関係づくり、ということを主眼にして進めている事業でございます。こちらは、第5期の医療利用と介護の連携の項目の1つとして、開始させていただいている事業となっております。

28ページをご覧ください。こちら、先ほど基本施策のほうの説明でも、少し触れさせていただきましたが、次期介護保険制度改正の地域包括ケアシステムの構築に向けた、地域支援事業の**充実**項目の1つに、認知症施策の推進というものが挙げられているところです。国のほうでは、認知症の人は精神病院や施設を利用せざるを得ないという考え方を改め、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けることができる社会の実現を目指す、とされているところでございます。

認知症高齢者の現状といたしましては、平成22年、ちょっと古い状況ではございますが、介護保険制度を利用している認知症高齢者で、日常生活自立度、こちらはその28ページの下の方に、だいたいの判断基準等は示されているものですが、この日常生活技術度がⅡ以上の人、それから、約、全国で280万人いらっしゃって、65歳以上の人口に対する割合は、9.5%の人がこの生活自立度がⅡ以上で、何らかの介護が必要になる認知症状がある方というようなところでございます。

その時点の推計で、平成37年、2025年には、そういう方々が280万人から480万人にまでなるというふうな推計が出されております。また、22年の時点では、280万人の方のうち、ほぼ半数が在宅で生活をされている、というような結果が出ているところです。

その上で、28ページをご覧ください。小金井市の平成25年度末の介護認定を受けている方、4,488

人のうち、同じような日常生活自立度がⅡ以上の人というのは、こちらの表で見てくださいと、Ⅱaとなっているところから、Mとなっているところまでになるんですが、こちらが合計で2,296人になっているところがございます。また、その65歳以上の人口に対する割合は、9.8%になります。多少、先ほどの全国での調査の時期とずれがございますが、割合的にはだいたい3年から4年前の状態になりますので、ほぼ全国の割合と近い状況となっているのではないかと考えております。

また、これはあくまで、認定を受けている方々の中での数字になりますので、実際には認定を受けていない方の中にも、認知症に類する症状が出ているという方もいらっしゃると思いますので、そちらも含み、またこれからも高齢化の状況を考えますと、やはり小金井市でも認知症の高齢者のほうは増加が見込まれるような状況と考えているところです。

一応そのような形で、アンケートの結果、また小金井市の現在の各種施策の状況、また国や都の認知症政策についての方向をお示しさせていただきました。第5期の認知症高齢者への施策に関しましては、先ほどのピンクの冊子のほうの、208ページにお示ししているところがございます。この資料3のほうもご覧いただきながら、皆様の今後の認知症施策・対策に関してのご意見を賜ればと思っております。よろしくお願いたします。

河委員長：

ありがとうございました。皆さん方、ご専門の方もいらっしゃるんで、こういう素朴な質問は、なかなか出ないと思いますので、むしろ私のほうから、1つ、事務局どなたでも結構ですから、ご説明いただければと思うんですけど、かつて日本の社会で、「ぼけ」という言葉が使われていましたよね。

介護福祉課長：

はい。

河委員長：

「ぼけ」という言葉を使っていたときに、いわば、介護保険ができる前、「ぼけ老人を抱える家族の会」とか、つまり「ぼけ」というものが、介護保険をつくるときの、非常に大きな課題であったことは間違いない。ということでの「ぼけ」というのと、これから、介護保険ができる前年ぐらいのときから、「痴呆」という言葉が、割と使われていて、「痴呆」というのは、私が特に聞いたところによると、不可逆なんですね。つまり、逆に戻ることをしないのを、いわば「痴呆」と言うんだと。これは医学用語としての定義だというようなことを聞いたことがあるんですが。

その後、また、しばしば「まだらぼけ」とかいう、「まだらぼけというのは、時間によって、時によって、ぼけたり、ぼけなかったりする、というようなときに、まだらぼけという言葉が使われたんだと思います。その意味で言えば、ぼけというのと、痴呆、そして今、今日議題として使われている認知症というのは、どういう関係になっているのかというのが、たぶんすごくよくわかっていない、私なんかもね。

一方、テレビなんかでの報道は明らかに、ぼけの時代のような、ある面で、これは不適切かもしれないけど、ほほ笑ましいことがあるぼけとうのは一切排除されて、おどろおどろしい症状が認知症であるかのように報道されているんですけども、それは定義から来ているのか、ジャーナリストの感性からそうなるというのか、よくわからないんですが、ざっくり言えば、事務局に過大なことをお聞きすれ

ば、ぼけと痴呆と認知症は、何が違って、何が同じかのご説明をいただければいいのでありますが。

まさに認知症を対象にしろと言うのだから、「ぼけ」は対象になっているのか、なっていないのか、よくわからないところがあります。これは、私がいまいちから、別に嫌みをやっているんじゃないかと、その技能というのが、もうほとんどないので、あたかも専門家は、みんな共通認識をしているかのように、最近のテレビの報道なんかがあるんだけど、私は大きなミスリーディングをしてるんじゃないかと思っているところがあるんで、これを言うと、怒られちゃいますが。別に事務局に、踏み絵を踏ませているつもりはないんで、ご説明いただければと。

介護福祉課長：

ちょっと答えがうまくできないなというのが、正直な感想ですけども、私個人的な認識では、まず言葉の使い方として、確かに痴呆症とずっと言ってきたものを、認知症に改めた時期あって、これはたぶん痴呆という言葉が差別的なものを含む、というところからの変更だったのではなかったかと、記憶しているところでございます。

ちょっと会長のご質問にうまく答えられないところですけども、ただ、先ほどのお話にあったとおりに、政府の進める施策の、認知症になっても、地域で暮らし続けるというものは、私、こちらの介護福祉課の業務に携わって、さまざまな事例の、机上ではありますけれども、聞くような段階からすると、別に認知症になっても幸せに暮らしていらっしゃる方はいらっしゃるというところもあると思いますし、逆に、認知症になったからといって、すべてが先ほどのお話があったとおりにわからなくなってしまう方もいらっしゃれば、そうでない方もいらっしゃいます。

実際に、例えば、とても困った症状が出てきたということで、ご家族の方から、介護の申請があって、調査に伺った際には、とてもしゃっきりしていて、ご家族が言うような状況には見えないというような事例も、具体的にそういう話も聞いておりますし、でもやはり人によって対応が違ったり、症状が違ったりというようなことがあります。

医学的な部分については、私どもで詳細がわかるところではございませんが、そういったさまざまな症状があるんだということを、認識をしていただきながら、また一方で、地域で、例えば、隣とか、目の前のおうちに、そういうちょっと心配な行動をされているご高齢者がいるんだというようなお話が、ご相談が来ることもございます。そういったときに、やはり火事とか、孤独死とか、いろいろご心配があると思うんですけども、そういったところに地域として、また地域に住んでいらっしゃる方として、ご自身でできることを探していただく。それをもう少しシステム化して、うまく情報が必要なところに流れていくシステムづくりをするのが、認知症施策であり、地域包括ケアシステムづくりなのではないかな、というところでの答えで許していただけないでしょうか。

河委員長：

たぶん事務局に限らず、この議論というのは、今、おっしゃったような説明になるんだろうと思うんですね。やや、これも言い方、気をつけなければいけませんですけども、精神医療の世界もそういうところがありまして、非常に鬱というのは、風邪みたいなものだ、ということをおっしゃるケースもありますし、いや、鬱の中、特に躁鬱の中でも重いときは、かなり重い疾病を表す、ということもあるわけでありまして、やや私ども、素人から見て、わからない分野を、いわば素朴に、広く考えるというのが、日常生活の中で、ということだと思いますので、今、お話があったように、あんまり決めつけて、

症状がこうである人がこうだということを、あんまり決めつけて議論をするというのは、介護保険制度の世界から言っても、医療保険制度の世界から言っても、あまりいいことではないんじゃないかな、と思っているところがありまして、むしろ最後に課長がおっしゃったように、そういう方に対して、周りは何ができるかというのは、もちろん疾病によって、周りができることが違うことがあるかもしれないけど、疾病が同じじゃなくても、周りができることが、同じようにあるかもしれない。つまり、周りが支援することができることが何なのか、というのをあわせて考えいくということが、介護保険制度の世界では大事なんじゃないかと思ってますんで、あんまりきめきめに決めつけて、こういう人に対して1対1対応をどうするか、というような議論を深くしていこうとすると、どこかで議論が分かれてしまうというような気がしますので、いずれそういう議論になるかもしれませんが、やや、かなり境界線があいまいな言葉として使っていくというのが、とりあえずはいいんじゃないか、というふうにさせていただければと思います。

最近のテレビを見ていても、決めつけがきついような気が、私はしていますので、まあこれは私の感性かもしれませんが、もうちょっと境界線を決めつけなくて、周りが何を応援できるのかというようなことを、割と意識しながら、議論していきたいなと思います。これは、ざっくりばらんに言うと、その費用の問題とかいうことを考えると、費用を、あまり負担を多くしないようにするということになる、境界線を割と決めつけてくるというのが、非常に有力な処方になると思うんですけども、そのときが来たら、どうするかという議論は、この委員会で、またそのときの議論にさせていただいて、とりあえずは、割とゆったりしたところから、議論を進めさせていただければと、最後にぎりぎりしたときに、どうするかという問題は、とりあえず棚の上に上げておいて、議論を進めさせていただければと思いますけれども、何か勝手に私のほうからご提案させていただいて、申し訳ありませんけれども、ご専門の方もいらっしゃるわけですから、そんな素人の会長の言うがままでは良くないと思われたら、遠慮なく言っていただければと思います。どうでしょうか。関係していらっしゃる方々へ。はい、どうぞ。

吉田委員：

わが身に関係していることでね、お話しますと、痴呆症の発症者の早期発見・早期診断、これが重要だということは、もう言うまでもないわけですが、小金井市で私自身が経験しているチェックというのは、2つあるんですね。1つは、これは地域包括センターのところから来る、心身の状況についての基本調査ですね。あれは、毎年該当者が、リスクに、該当者がそこに入るんですか。毎年、自己申告のやつで、用紙がくる。当てはまる項目に○を付けて返す。そのときに、わからないのは、そのところで、これはかなりのリスクがあると判定された場合に、地域包括センターでそういうような目を見た場合、それはもうその次のステップはどうなんですかね。本人のところに誰か行くんですか。その場合。

包括支援係長：

包括支援係長でございます。今、吉田委員からご指摘ございました、年に1回実施しております、基本チェックリストというものは、要介護認定を受けていらっしゃる、65歳以上の高齢者全員に、送付をさせていただいております。

基本的には、主観に基づいて、質問事項も、「はい」「いいえ」で答えていただく内容になっておりますが、昨年度から小金井市では、国が定めております25項目にプラスをしまして、40項目ほどに増加をしております。その中で、先ほどご指摘がございました認知症に係る説明のところ、その部分で、

やはりこの方、ちょっと気になるなというふうな、気持ちだけではございませんが、1つのツールとしまして、気になる方に関しましては、担当している地域包括支援センターのほうから、予防事業のほうにご案内をする。もしくは、場合によっては、訪問させていただいたり、直接お会いすることによって、支援を進める。もしくは、介護保険認定のケース・バイ・ケースではございますが、その方に合った支援を進めるなどの、何らかの対応はさせていただいているところでございます。

以上です。

吉田委員：

委員の吉田です。それぞれで、回答をきちんとしてくる人は、あまり結果としては問題ないんだと思いますよ。放ったらかしにされている人は、問題が多いということだと思うんですね。もう1つ、私の経験では1つのチェックがあるわけですが、民生委員の人が、高齢者一人一人を訪問して、いろいろな話を一回りするわけですよ。そのときの受け答えでもってね、もう認知度が、ある程度わかるんだと思うんですね。だから、そういう、現在はまだ決定しないということで、かなり早期発見できるかなというか。

それから、もう1つ、小松先生がおられるからお伺いしたいんですが、このところで、早期診断につなげるということで、かかりつけ医が、そういうおかしなことがあった場合、これで自主的に、先生が、これはドクターが、市のほうの然るべき担当に、声、名前で、想定、そういうふうなことを、市のほうでは期待しているわけでしょうか、まず。それ、具体的な個人名ですね。その段階で、得られるということを期待されていますか？市のほうとしては。

河委員長：

そこはかなりあいまいだと思いますよ。逆に言うと、別に市の代わりに答えるのも、あいまいにしておかないと、かえってやっぱり、自治体の問題は混乱させることが多いんだと思うんですね、だから、その部分のあいまいさみたいなものをどう考えるか、なんじゃないですかね。率直に言うと、30年ぐらい前にね。吉田さんなんかも記憶があるかもしれないですけど、さっきの「ぼけ」みたいなものの中で、いわば、今で言うと、認知症みたいなものを、家族が理解したときから、多くの、30年ぐらい前ですよ、30年前の日本の社会は、その方々は寝たきりになったんですよ。つまり、「ぼけ」、あるいは認知症が進むかもしれないとなった瞬間から、家族は寝かせきりにしたんです。それが寝たきり老人をつくるという文化を、30年前に日本の社会はやってしまったというのが、介護保険に向かったの、大きな反省であったろうことは間違いないので、そういうので認知症問題って、やっぱりすごく重要な問題だけでも、30年前にも、あるんだよ、ものすごく大きな社会的な課題、ひそひそ話で語られる課題だった。そこに今、吉田さんご質問された。いやいや、あいまいな領域をどのように向かって行くのかというのは、少なくとも、介護保険という道具とか、手段ができたんで、少し考えていかなければいけない、30年前と違って、考えていたんじゃないかときが来ているんじゃないか。そのときに、吉田さんのおっしゃるように、もうこういう状況になったら、1回、主治医に診てもらおうとか、どこかで1回集まって、やってもらおうとかいうのを、半強制的にやったほうがいいんじゃないかという議論があってもいいと思うんですが、少なくとも、今の日本の社会は、その踏ん切りがつかないのは、間違いないと思うんですよ。

吉田委員：

かかりつけ医は、普段、認知症以外のことでドクターのところへ来て、それで疑われるから、認知症じゃない場合、その場合、その先生が、「ドクター、おれは、市の担当のほうに、誰それさんが、ちょっと危険性を持っていたことを言われたら、なかなかね、これはドクターたちは、出しにくいんだろうというような気がするんですね。

河委員長：

ドクターが守らなければいけない、専門職の守秘義務みたいな世界との関係というのは、かなりそこは難しいですよ。

吉田委員：

そうですね。児童虐待なんかの場合は、そういう・・・。

河委員長：

そこは法律でつくりました。

吉田委員：

つくりましたよね。だから、何かそれをうまく機能されるには、1年に一度の健康診断に載せて、それで認知度に問題があったのかもしれない。健康診断の形で、ドクターがチェックして、それで、市のほうにその結果を報告して、というのが、ドクターのほうの、やりやすいんじゃないかと思うんですが、そこまで行けているのかな。

河委員長：

今現在は無理だと思いますよ。それはドクターの側がという以前に、医療としてそれができるかどうか。

川畑委員

よろしいでしょうか。川畑です。民生委員の川畑です。今おっしゃった、民生委員が、結局、認知の方の予防ということですが、私たち小金井では、75歳以上の高齢者の方の「見守りネットワーク」というのをしております、その中で、やはりちょっとおかしいなという方が、情報を察知する場合がございます。そういうときは、今は包括支援センターのほうと連携しておりますので、そこで、ちょっと見守りが必要だという情報は、上げております。ただ、全く一人暮らしの方ですと、なかなかご家族が発見するとか、そういうご家族からの、ないですね。私も実際、例があるんですが、明らかに認知であっても、ご本人がそうと認められないという方の場合、やはり包括の方に入らせていただきまして、受診していただくように、うまく、今、小金井ではできているんじゃないかと思っています。それで、医療機関につながって、今、投薬をしていただいているんですが、そこから先の、結局、ご本人が、薬を今度、自分で飲めるかどうかということも、難しさとか、いろいろな問題が出てくるんですが、基本チェックリストで、介護保険を受けていらっしゃる方の抽出方法とか、という以前の問題で、もし、じゃあ発見した場合は、1年に1回じゃなくて、近所からの情報をいただいたりすることもありますので、それはもう速やかに、包括と連携を取っておりますので、かなり、そういう意味では、多くなっている

んじゃないかと思います。

河委員長：

昔と比べて、先ほど言われていた話とか、昔と比べて、何かこう、地域社会が持っている資源で、共通にしている資源が増えたことは間違いないんで、その資源のやりとりの中で、何かができないかという議論、今回もそうだと思うんですけど、そういう議論をどう積み上げていくか、だと思うんですね。ルールでばっさりみたいな形のものというのは、たぶんすごく難しいと思うんで、今おっしゃるように、地域の資源の組み合わせの中で、しかも、サービスを提供する中で、どうつくっていくのか。お巡りさんをお呼びできて、AだBだって決めるというよりも、何かそういうやり方を積み上げていくのだろう、と思うんです。たぶん、今回の介護の認証の問題も、そういうことだと思うんですけども、まだ、答えがうまく見出せていない動きだと思うんですけども。

小松先生、どうでしょう。ご専門だったら。

小松委員：

一応、医療の線だけが出ているわけですけど、また認知のほうは、私の専門外でね。本当に申し訳ないんですけども、一応、医師会の中にも、そういう委員会なんかもありますから、先ほど委員長がおっしゃった、認知とぼけ、どっちなんだというようなことも、今ここですぐ、私はご返事できないし、そういう委員会の中にも、そういう専門家がいらっしゃいますから、ある程度まとめて、次の会までの宿題とさせていただきます。ありがたいなと思います。

河委員長：

じゃあ、先生にそう言っていただけると非常にありがたく思います。

小松委員：

私もこの会とのほかに、介護保険の認定審査にあつて、むしろその線では、鈴木先生にはいつもいじめられているもので。一応、宿題とさせていただきます。

河委員長：

たぶん、本当に小松先生がおっしゃるように、ともかく、地域の医師会の方たちって、割とわかっているんですけども、この診断という行為と、その診断に対して、何ができるかというのが、医療の場合は組み合わせられている。だけど、多くの場合、その診断のほうで範囲が広くて、できることが割と限られている。福祉の世界というのは、逆に言うと、診断のほうで多少ルーズなんですけど、できる手段というのは、「これと、これと、これがある」と、割とお互いわかっているんです。それで、できないことも当然いっぱいあるんですけど、何かそこでできることと、診断というのを、どういうふうに組み合わせていくのかというのは、これから医療であっても、福祉においても、やっぱりすごく大事だと思うんですよね。どちらかという、診断のほうで先走ると、世の中って不安になってしまつて、「認知症というのは、すごく恐ろしいぞ」と、みたいな話があつて、じゃあ、どうすればいいのという、「ああ、それはよく分からないんだ」という議論が広がってくると、かえって混乱するところがあつて。

だから、何か、さっき私が非常にあいまいと、今、小松先生もそう言ってくださつて助かつたんです

けど、割とぼやんとした話と、ぼやんとして何ができるかというのを、こううまく組み合わせていくというのは、どうやっていくんですかねというのを、市の中で、力を合わせていくというのが、たぶん一番いい答えが見出せるんじゃないかな、と私は思っているんですけどね。

何か神様の診断と神様の答えの出し方というのを組み合わせるみたいな、やり方じゃないような気がするんです。もうちょっとぼんやりしたものを、力を合わせていくということなのかなと。

いや、何か勝手なことを言っちゃって、いやいや小松先生にそう言っていただけると、ありがたいんです。ほか、ございますか。何かこの認知症の問題って、本当にそういう意味で、たぶん皆さん方の思い描いている言葉が、民主主義じゃないですけど、頭の中をがち割って、見るわけにいきませんで、たぶんでも少しずつ違っているんだと思うんですね、ここにいるメンバー1つとっても。あるいは事務局の中でも。

だから、その辺も多少マイルドに、議論を進めていきたいと思っておりますので、そのあたりをお許しいただければと思っております。よろしゅうございますか。

この3のあと、3と4は別に、3は一応ご説明を受けたという形にしていますけれども、3と4で、資料の4のほうの報告も、せっかくですから、していただきましょうか。

介護福祉課長：

それでは資料の4のほうを、簡単に説明させていただきます。前回、いろいろとご意見いただいたことに対して、こちらのほうで、それに当たるような資料がないかという形で、探したり、つくったりしたような形になってございます。始めの、1ページのところから、こちら、だいたい1年ごとに、どのくらいの方が小金井市で移動されているのか。動きが、どんなふうな感じなのかというような、ご質問をいただいたかと思っております。それに対しまして、こちらは平成21年度から25年度までの、年度末人口から、その1年間の間で、年度中に増えた数、減った数と、それによつての年度末の人口差という形での、移り変わりを示しているものでございます。

一番上の段、人口でご覧になっていただくと、だいたい、どの年度も、小金井市、だいたい11万人の人口があるところですので、年度中の増減もそれぞれ1割弱ぐらいのところ、切り替わっているのかなと。ただ、若干、増のほうが多いような状況にございます。

その下に、第1号被保険者の、これは資格の喪失・取得の関係でも、通知の発行をさせていただいている部分で、出しているものでございます。こちらのほうにつきましては、やはり年度中の増のほうですね。だいたい、現在25年度のこの時点で、3,780という数字を最後にお出ししていますけれども、こちらに対して、増のほうが多い、1割弱にも満たないぐらいのところですけども、増しているような形で、もっと少ないような形で、はっきり言ってしまえば、入れ替わりがあるような状況になってございます。

次、2ページをお開きください。

河委員長：

この表で、ちょっと皆様方に覚えておいていただきたいのは、もう非常にいい表だと思うんですが、65歳から74歳、1万人、75歳以上、第1号被保険者数1万人、あわせて2万人ということになっているわけですけども、大ざっぱに言うと、高齢者が2万人いて、65歳から74歳が5割、75歳以上が5割というのが、このデータでありますけど、これはもう全国的にも、だいたいこんなデータであります

か、5割、5割で。

それで、それこそ2040年ぐらいの状況になると、この65歳から74歳が、いわば、3分の1、もつとえば、もちろん全体が増えているんですけど、75歳以上が3分の2になるということでもありますから、全体のウエートの3分の2が75歳以上の、いわば後期高齢者になると、これから課長がご説明いただけると思いますけども、いわば介護サービスの量の世界から言うと、65歳から74歳の方に必要な介護サービスの量と、75歳以上の人に対する介護サービスの量って、大幅に違ってしますので、逆に言うと、この人数の中の65歳以上人口というよりも、人数の中のウエートの変化で、介護サービスの量は大幅に増えていくと。人数が増えるだけじゃなくて、その質量ともに、必要性が増えていくというのが、後のデータと組み合わせると理解できると思いますので、あとのデータと、そういう意味では、あわせて見ていただくといいと思います。すいません、ごめんなさい、余計なことを言いました。

介護福祉課長：

いえ。例えば、第1号被保険者の65歳以上から74歳未満のところと、75歳以上のところ、会長からお話がありましたとおりに、だんだん小金井市の情報で、75歳以上の割合がというか、人数が若干増えたような状況を、25年度末には示しているところですが、やはり移動がありますので、毎月の状況なんかを見ていますと、逆転したりしながら、今は動いているような状況が、小金井市ではございます。

それでは、次のページをご覧ください。2の「要介護度別1人当たりの給付額」になります。(1)のほうで、居宅サービスを利用されている受給者の方の1人当たりの給付額、となっておりまして、上段の給付額と書いてある欄が、だいたい1カ月に、使われている、これは給付の介護保険料とか、国と市のほうから出ていく9割の部分になります。参考で、その下に出ている部分は、ご自身で負担をされる1割の数のほうになっておりますので、1カ月、例えば、予防給付であれば、要支援1の方は、給付額が2万8,630円公費のほうと、皆さんが納めていただいている介護保険料のほうから出ていて、ご自身が、利用された方が負担するお金が3,181円ということで、あわせてサービス提供に、この合計が、事業者のほうに支払われていくようなイメージとしてお考えください。

それで見てくださいますと、下の棒グラフになっているものなんですけれども、全国平均では、一月10万9,640円というような、平均がございます。そちらに対して、それぞれ介護度によって、介護にかかる一月の費用というのは、このような形になっております。居宅サービスの場合は、やはり介護度が軽い方と重い方では、差があるような状況という形で、みていただければと思っております。

その下の(2)は、これを施設サービス受給者のほうで算出したものでございます。こちらも同じように、給付額は公費負担分となっておりまして、参考で出ている部分が、利用されている方の自己負担分という形になります。それは通して、介護度が1上がって、全国の平均がグラフのところに書いてあるとおりに、26万9,987円という形になっておりますので、上下を比べていただきますと、同じ要介護1の方では、居宅サービスを使っている場合と、施設サービスを使っている場合に、介護にかかる費用というのは、差があるということが見てとれるかと思っております。

次のページ、3ページをご覧ください。3番につきましては、特別養護老人ホームの施設入所の待機者の数になってございます。25年の当初に調べてときの数字なんですけれども、介護度別で見いただきますと、やはり要介護4の方で、待っていらっしゃる方が、100人以上いるような状況になっております。

ただ、こちらご覧になっていただきますと、申し込んで待っていらっしゃる方々で、在宅で入所を待

っていらっしゃる方が 242 人、在宅外となっているところにつきましては、介護保険の施設と言われている特養に入っている方が、若干いらっしゃいます。ほかの特養に移りたくて、申し込みを希望していらっしゃる方もいらっしゃいますし、あとは老人保健施設、老健と言われている施設であるとか、あとは病院に入院をされているような方々とかが、含まれているような状況で、そちらの方々は 168 名いらっしゃっています。

これは、1 年以上前の調査の結果になっておりますので、今年度、今はまだ調査の結果は出ておりませんが、また増えているのではないかと予想しているところでございます。

次は 4、施設の利用状況でございます。確か、前回の会議のときに、つかみで構わないので、だいたいのくらいの方が施設系のサービスを利用しているか、というようなご質問をいただいたところでございますので、こちら出典等にお示ししていたおり、実際に 5 月のサービス利用者からのお金の請求で、割り出しているような状況でございます。一番右端の合計欄のところ、例えば、介護保険の老人福祉施設、こちらは、特養になりますけれども、地域密着型を含んだ形での人数ということで、337 名の方が特養に、小金井市の被保険者の方で、入所されているというような形でご覧いただければと思います。

また、上から 5 番目、合計の上のところには、認知症（対応型）グループホーム、こちらに関しましては、地域密着型のサービスになっておりますので、ほぼ小金井の 4 カ所のグループホームに入所している方の数になりますが、例えば、市外のグループホームであっても、相手方の了解が得られた場合に、小金井市の被保険者の方が入所されているような状況がございますので、そちらの分も含まれた形の数字になっているところでございます。

河委員長：

これも、特定施設って、有料老人ホームとか、ケアハウスもですか、そのグループホームの上の。

介護福祉課長：

特定施設に関しましては、有料老人ホーム等が主なものになっております。

河委員長：

逆に言うと、この表から見ると、特定施設と特養と、ほぼ同じというか、むしろ特定施設のほうが多い、ということなんですね。

介護福祉課長：

はい。やはり、ご存じのとおり、先ほどの待機者の数もございしますが、特別養護老人ホーム、なかなか入所が簡単にかないということで、最近、有料老人ホームというものも、料金設定がさまざまになってきていることもございまして、そちらのほうに入所される方というのも、最近、若干増えている傾向にあるんじゃないかと思っております。

続きまして、4 ページ、5 ページをご覧ください。こちらは、都道府県別になりますが、75 歳以上の要介護度別の認定を受けた方の人数も、資料にあります。ちょっと古いものになりますが、24 年度末現在ということで、都道府県別のもを探してきたものになります。

真ん中ちょっと上ぐらいのところ、東京都の数値のほうがございます。それで、東京都全体では、75 歳以上の被保険者数が、133 万 8,153 人で、そのうちの要介護認定を受けていらっしゃる方のパーセ

ンテージが、31.4%というような形で出ています。

続きまして、6 ページ、7 ページをご覧ください。今の先ほど見ていただいた、4 ページの東京都のほうの内訳という形で、同じく 75 歳以上の要介護度別の人数を、23 区 26 市町村別という形で表示がされています。小金井市は、7 ページの上から 3 段目のところに数字が載っていますが、要介護認定率は、東京都全体よりも、若干高いような状況でございます。

また右のほうは、要介護度別の人数と、構成率のパーセンテージが示されているものですが、東京都全体と比べていただきますと、要支援 1、要支援 2 の割合が、若干高い分布を示しているかなというところが、小金井市ではあります。

続きまして、8 ページ、9 ページをご覧ください。こちらは先ほどの資料とは少し時期がずれているものでございますが、東京都 23 区 26 市の人口高齢化率、要介護度別人数、という形になってございます。9 ページの一番上のところに、東京都全体の値、その下の段の 26 市全体での割り出した数字、小金井市は、真ん中よりちょっと上のあたりに、記載がございます。こちらの資料では、一番右のところの欄に、人口 1 万人あたりに対しまして、要支援、要介護者の人数というところが出ていますので、そちらで人数の比較ができるかな、というところがございます。小金井市、そちらの 382 人となっているところで、東京都全体とほぼ同じような数字かな、というところですね。でも、やはり 26 市の中で見ていただきますと、例えば、福生市さんの 317 人であるとか、やはり武蔵村山市さんの 315 人、またもっと低いところでは、稲城市さん、羽村市さんの 200 台というような数字が出ているような状況がございます。

このような形で、数値的なものをお示しさせていただいているところです。

河委員長：

ありがとうございました。さっきちょっと申し上げたことで言うと、あとの表で見ていただくとおわかりのように、75 歳以上のところの要介護認定率というのは、ざっくり言って、30%なんですよ。それで、その後に出てくる、65 歳以上のところで言うと、ざっくり言って、20%なんですよ。ということは、逆に言えば、65 歳から 75 歳の方の要介護認定率というのは 1 割よりもちょっと少ないぐらいだと思います。それで、75 歳以上になると、3 割になるということで、さっきちょっと私が余計な説明をしましたけども、いわば、介護が必要になっている状況というのは、このデータから見ると、非常に全国的にもそうなんですけど、75 歳以上は 3 倍になるんですね。それで、これはむしろ、小松先生のほうのお話になりますけど、医療の世界だと、だいたい 75 歳以上の医療費を使っている割合は 5 倍なんです。だから、3 倍以下、5 倍以下とかいう問題よりも、やっぱり 65 歳から 75 歳のいわば、高齢者と、75 歳以上の高齢者というのは、かなりその介護とか、医療の世界から言うと、いわば、大きく違っている。後期高齢者という言葉がいいかどうかは別にしまして、いずれにせよ、年齢によって、かなり大きな変化をもたらしていることは間違いないわけでありまして、それと、さっき申し上げたように、75 歳以上は、全国的にも、65 歳以上が、全国的に言うと 35%ぐらい、40%近くまで、わが国の人口は行くわけですが、その中でも、増えていく中でも、特に 75 歳以上が 3 分の 2 を占めるように増えていくということは、その意味で言うと、その部分を支える医療とか、介護の世界の、いわば、費用、あるいは、そのためのサービス料というのが、5 倍とか、6 倍とかになってくるであろうことは想像にかたくないというのが、これらのデータから出てくるわけでありまして。

そういう中で、まさに介護とか、医療とかいう、特に後期高齢者を含めて、どういうふうに「そこに

住んでいてよかった」という形をつくり出していくのかということだろうと思いますので、いずれにしろ、65 から 75 までと、75 以上では、今は人口はどこの自治体でもだいたい半々ですけど、これから全体が増えながら、特に 75 歳以上のウエートが 3 分の 2 までに増えるということも、どこかで、頭の中では考えておかれると、地に足がついた議論になってくるのではないかというふうに思います。

余計な注釈をしましたが、苦勞してデータを集めていただいて、ありがとうございました。よくデータが出ています。それから、全国的に、これ、調べてご覧になるといいと思うんですけども、特定施設というのは、かなりこれは介護保険ができる前までは、特定施設というのが、把握ができていなかったもので、特養に入るか、自宅にいるかという二択の選択だったんですけども、今はかなり、いろいろ住宅に、介護つき住宅みたいな形で対応しているところが多くなっていて、これは決して私は恥じることではないだろうと思います。むしろ逆に言えば、普通の在宅にその介護サービスが供給されるようになったというのは、介護保険制度の大きな力でありますから、この特定施設みたいなところで、老後を暮らすというシステムができるようになったというのは、まさに介護保険制度の大きな力だったと思いますので、これ自身は興味深い数値だと私は認識しています。

次はじゃあ。

酒井委員：

その施設は有料老人ホームですか。

河委員長：

主に。

酒井委員：

ですね。

河委員長：

だから、いわば介護保険ができてから、有料老人ホームって、急速に伸びていますよ。だから、それ自身、特に都会では伸びているんだと思うんです。しかも、昔の有料老人ホームのように、きんきらきんの老人ホームではなくて、何かいわば、住宅に介護サービスをくっつけたような有料老人ホームですから、その意味では、介護保険制度の功績だと思えますけれども。なかなか普通には伝わっていないと思えますけれども。

吉田委員：

資料の 2 ページのところ、(1) 居宅サービス受給者 1 人あたり給付額、それから、(2) 施設サービス受給者 1 人あたり給付額で。それぞれが参考にして、自己負担額の数字が出ておりますので。これで、この関連でね。ある通所介護の仕事をやっている方との世間話の中で、最近、この給付の、自己負担分を払ってくれない人がいて弱っているんだ、という話を聞くんですよ。こっちは、ケースとしては、あまりないケースなんではなかね。それとも、結構ある数字ということなんですかね。どうでしょうね。

河委員長：

自己負担を払ってくれなかったら、追い出したっていいわけですからね。

吉田委員：

ええ、まあ。

河委員長：

極端に言えばね。

吉田委員：

だから、その業者の問題ではありますが、ただそういうふうなというか、あまりたちが良くない業者の数が、結構あるようだ、と、ある程度、考えていかん問題かもしれないと思います。

河委員長：

でもそれは、高齢者だけが、たちが悪いじゃなくて、日本人の中で、一定の割合で、いろんな方がいらっしゃる、ということなんじゃないでしょうか。

吉田委員：

ということで、やむを得ない部分なんですか。

河委員長：

ただ、さっきちょっと課長のご説明の中にありまして、これは本当に、何て言うの、難しいことです、さっきの認知症の話もそうなんですけど、ご本人が判断できるか、できないかとか、それから、家族がそれを勧めたか、勧めないか。昔は、居宅サービスとか、在宅サービスみたいな世界は、家族が進めているかもしれないけど、本人が納得しないと行かなかった、行けなかった。また逆に、そういう人しか来ていなかったのが、もうちょっといろんな人が来るようになってきているかもしれない。もうちょっと、今、ご本人がどのぐらい認識しているかわからない方がいらっしゃるかもしれない。それは昔よりも増えているとは思いますが。それは、むしろ認知症の問題というよりも、そういう方々に対しまして、サービスをどう考えるかという問題は、あると思うんですね。今、私が言ったように、「一部負担払ってくれないなら、ほっときゃいい」と、言っているかどうか、という点は確かにありますよ。

介護福祉課長：

今のお話ですが、やはり制度開始から 10 年以上たって、いろいろなケースが、事業者側からも、また利用者の側からも、増えてきているということはある、と思っております。先ほどの認知症の方で、なかなか支援をしてくれるご親族等もいらっしゃらない場合に、例えば、お金の支払いに困るとか、あとは介護保険ですと、切実なのは、契約が必要になってきますので、そういった判断が難しいとかといったときには、やはり権利擁護の事業の利用、また最終的には、後見人を付けるかどうかの判断というもののご相談も含めて、考えていかななくてはいけないことだと思っています。

また一方、事業者側の方にとっては、先ほどの、お金を支払っていただけないとか、あと、そうは言っても、一方で、やはり介護保険は国の制度として成っているもので、いろいろな制限が事業者側にも

かかっております。ですので、そういった困った事例があったときには、行政もどういった方法があるかというようなことにも、ご相談に応じますし、また介護保険制度が発足したときに、やはり利用者と事業者の契約で成り立つサービスの提供ということですので、その苦情をどうやって受け付けていくかということもあわせて、小金井市で、苦情処理のオンブズマンという制度もございしますが、そちらは最初は、介護保険制度に特化した、苦情受付の窓口だったと聞いております。今は福祉全体という形で、お受けしていますが、また制度に対するご不満、事業者に対するご不満等と受けるような窓口も設定しておりますので、そちらにつきましては、行政にご相談いただければ、しかるべき相談口をご案内することもありますし、私どもが直接状況を把握しながら、必要に応じて、指導等も含めて、考えさせていただくこともあるような状況にはなっております。

河委員長：

もうそろそろ時間ですが、今のお話で、私がかつてから、夢みたいなのがありまして、今の課長がおっしゃったことに尽きるわけですけれども、福祉もそうですし、医療もそうですけれども、提供者と利用者が契約という形で、わが国の介護も、福祉も、医療も行われる体系になっているわけでありましてけれども、1つは、その契約を結ぶ利用者の側が、やや立場が弱いんじゃないかということで、それをバックアップするシステムが必要、だという議論が十数年行われてきて、だいたいそのシステムはできてきているんですけれども、今度は逆に言うと、その事業者の側が、その利用者の弱いという前提で、いわば配慮してやるようにという、システムがうまくできているんですけれども、今度、今、吉田さんがおっしゃったように、事業者の側が苦勞するということが非常に多くなってくると、この事業者の側がギブアップするんですね。

これは医療の世界、例えば、医療過誤の世界で、かなりドクターの側が苦勞した結果、なおかつ医療過誤として訴えられたときの問題、本当のちょんぼで訴えられるのは、しょうがないんですが、利用者の側の不手際なんだけれども、提供者の側の不手際であるかのようなことで、ご苦勞されているドクターの方も、いっぱいいらっしゃると思うから、福祉関係もそうなんです。本当はそこをつなぐというときに、さっきもちょっとありましたけれども、幾つかシステムが、今、課長がおっしゃったように、できているんですけど、むしろざっくりと、例えば、こういう広場で、みんなでこうやった、例えば、「事業者の方がこうするけども、まあしょうがないよね」というのを認めたら、その契約が有効であるということ、いわば、つくっていくのが必要んじゃないかと私は、夢みたいなことなんですけれども。これは法律学を逸脱しているんですけれども、たぶん法律学の世界は、後からそれを了解を出すと思うんです。ということは、逆に言えば、広場みたいなシステム、つまり、みだりなことが行われないう状況をつくった上で、提供者にとっても、その問題を決着するシステムをつくらなければいけないんじゃないかと。

「ぼけ」とか、障害の患者さんもそうですけれども、もう100%元気な人じゃない人が、相手なわけですから、どうしてもその人たちをバックアップするシステムはつくるんですけれども、逆に提供者の側がそれで困ってしまったときには、サービスがうまく行き届かなくなってしまうというのを、むしろこれから、つくっていかなければいけないんじゃないか、と私は思っています。それは具体的に言えば、広場みたいなをつくって、やっつけば、法律学は後から追っ掛けてくると思うんです、オーケーということで。成年後見法なんか使わなくても。もうそろそろ、それを考えなければいけないのではないかな。実践家のためにも、ひいてはそのサービスを受け取る人のためにも。というのを何かそろそ

る実践の場であって必要があるんじゃないかと、私は心底思っていますから。

法律学に任せておくと、この答え、永遠出ません。か、200年ぐらい、さっきのあれじゃないですけど、「主体性とは何か」とかいうことをやってきた法律学は、いつまでたっても、この問題の答えを出せませんから、むしろ何か公共の場で、ルールを決めていく、というのをしていかないと、それぞれの人が、特に提供者が悪戦苦闘するというのは、世の中にとっては、いいことじゃないように思います。

ちゃんばな提供者は、悪戦苦闘してもいいんですけど、一生懸命やっている提供者が悪戦苦闘するというのは、何かもったいないなと。というふうなことを思ったりするんですけど、どうですか。

介護福祉課長：

行政としては、とても難しい話になったかなと思います。ただ、やはり実例で出てくるような、さまざまな事例の中には、どうしてもこういうお話になっちゃうかというところのものは、確かに出てきております。後見人制度についても、後見人ができる範ちゅうというの、ある程度きっちり決まっています。そこから外に、はみ出してしまう部分で、大きな部分が、例えば、本人が入院されて、医療をこのまま、例えば、呼吸器を着けましょうか、どうしましょうか、という判断は、後見人にはできません。私どもにもできません。本来は、ご親族がいらっしゃるにも関わらず、そこのご判断をしていただけないようなケースは、実際に出てきているような状況がございます。

ですので、やはりケースや、例えば、事業者さんの、先ほどの不払いのお話も含めて、想定外のことは、出てくるような状況がありますし、またどんどん増えるのであろうというところが、わかっている中で、ただ今、会長がおっしゃったところは、とても私どもにとっては、法律を根拠に仕事をさせていただいている行政側からでは、なかなかご提案できるところが少ないのではないかと、思っているのです。先ほど来、ずっとお話に出ています地域包括ケアシステムというの、やはりもう行政だけ、もしくは医療だけ、そういうところだけで支え切ること無理になってきたんだというところが、具体的に国としても見えてきた中で、じゃあ、地域の力をどれだけ引っ張り出して、皆さん相互に、どんな力を貸していただけるかを、地域ごとに、できる範囲で組み込みながら、高齢者が元気でできる限り住み続けられる地域づくりをしましょうというところに、考え方を大きくシフトしてきたんだよ。国のほうの説明会でも、お話があったのは、そういうところですので、もうここ10年のところでは、さまざまな斬新な考え方というの、必要になってくるかと思えます。

ただ一方で、やはり高齢者詐欺等をはじめとする、高齢者の方の権利を脅かすようなことも多く起こっています。そのような中で、どういった方向が一番いいのか、というところがすごく難しい話にはなってくるのかな、と思っているところです。

河委員長：

もう今のお話に尽きるんですけど、私はサービス提供者というの、利用者、あるいは患者さんと向かい合う、対立構造にあるというのが、法律学のつくり方ですけども、たぶん、サービス提供者というの、やはりパブリックなシステムだと思うんです。別にサービス提供者が、プライベートなことでやっているわけじゃない。非常に品のない言い方をすれば、私利私欲で福祉事業や医療事業をやっている方って、ほとんどいらっしゃらないと思うんですね。そうすると、やっぱりパブリックシステムだからこそ、医療保険とか、介護保険というのが、つくられているわけでありまして、医療保険とか、介護保険で、診療報酬とか、介護報酬が支払われるというのは、パブリックな事業だからだ、と思うん

ですよ。ですから、そのパブリックな事業だということを前提に、利用者と提供者が、いわば協働するみたいなことのシステムというのは、法律学の中にはないものですから、そこはぜひ生み出す価値があると思っています。

ちょっと今、課長が言ったので、余談の話になりますけれども、医療の世界で、家族がはんこを押して、手術をする、みたいなのがありますけれども、あれは法律学の世界で言えば、全く意味がない。つまり、個人の体に関するメスを入れることについては、一身専属権でありますから、第三者は、いっさい判子は押せないんです。ですから、手術の同意をしたというのは、遺産相続のときに、本人は文句を言いません、というだけのはんこであって、手術を同意しているんじゃないんですよ、厳密に言えば、法律学の世界から言えば。にも関わらず、あたかもそれが、手術を同意したかのように扱われるというのは、やむを得ない行為として扱われているわけで、法律学として、正当な扱いではない、と私は思っています、そういうことも含めて、パブリックなシステムとしての了解システムというのを、つくっていかないと、今みたいなときに、じゃあどうすれば、手術ができるのかみたいな話に、また 100 年前に戻っちゃうみたいな話になりますから、それから言うと、新しく、切り開くためにも、パブリックシステムとしての了解、というものを見いだすやり方をつくらないと、実は壁にぶつかってしまうだろう、と思っています。

ちょっと私の個人的な思いが強くなりましたけど、いわば、そこが今、福祉とか、医療、介護の世界での、もう完全に壁にぶつかっているところですから、そこを乗り越えるというのは、これは本当は、日本全国が一緒に乗り越えなきゃいけないんだけど、それがなかなか難しいとしたら、私たちも知恵を出さなければいけないことかもしれない、と私は思って、私は夢という言葉で表現させていただきました。

時間となりましたが。

小松委員：

じゃあ、1つ。

河委員長：

はい、どうぞ。

小松委員：

よろしいですか。

河委員長：

おっしゃってください。

小松委員：

小松でございますけれども、地域包括ケアシステムの一環として、医療、医師会が担当しているわけですが、そのいわゆる、会長が、今の会長は大変ですけれども、それを本当に返してよろしい意見でしたね。会長のほうから、私どもの地域福祉委員会に、在宅医療に関しての、少し、役割について、ひとつ検討しろという諮問があって、それを6月にそれをやりました。それは全部、事務のほうで、集

計を取って、まとめたのが3日ぐらい前で、今日はこの会があるから、ひとまずそれを見せてくれと。ファクスで送ってもらって。ただ、その内容については、まだ会長も知らないし、委員会も誰も知らないわけですから、この会ではちょっとご容赦いただきたいんですけど。だいたい今が医師会の状態で、回収率が、各全委員にアンケートを出しましてね。80%ぐらい回収です。回収率が。その中で、訪問介護のことですが、医師会より、またこの診療所では、今、この会および、いわゆる訪問診療の、いわゆる在宅ケアですね。やっていますか。やっているというのは、これは数値を出してみないと。17件なんです。今、現在の、小金井医師会になって。会員の中で、だいたい70ちょっとあるんですけど。

それで、ほかのアンケートの中には、もうやっている人はいいんですけど、やらないと。今後もやるつもりはない。じゃあ、その理由は何ですかと、こうやったアンケートを取って。だから、今までやっていないけども、将来的にやる。どういい条件がそろえば、やれるんですかと。もういろいろな介護については、アンケートを取った。それで、本当はここにあるんですけど、まあこれ出しますと、ほかの委員から怒られるんですが、みんな。委員会で、今度は、プライバシーの問題もありますからね。ここまでは、皆さんにご報告してもいいですよという、この次の会に出せるかどうかというのは、7月の例会は終わっちゃったんですよ。8月というのは、医師会は、理事会も、各委員会も、全部休みなんです。だから、今度委員会があった9月にならないとね。その委員会が開かれない。

河委員長：

9月が無理なら、10月でも結構ですよ。

小松委員：

それはまあ、そういうことで、だいたいデータは揃いましたので、医師会はこのことは、どういふふうを考えているんだ、というようなお話をさせていただければ、ちょっと追加ですけれども。

河委員長：

ぜひお願いします。ほかの方はご存じだと思いますけど、地域包括というのは、介護保険制度における地域包括システムというのと、それから医療の世界における、医師会と、自治体が一緒になって、地域包括をつくっていかうという地域包括論とが、割とオーバーラップしていますので、たぶん、今小松先生がおっしゃったのは、その医師会と自治体が一緒に力をあわせていかうという地域包括論。これは、やっぱり将来のためには、ものすごく大事なことだと思いますので、ぜひ1回、この直接、全部が全部、介護保険ではないと思うんですけども、こう重なっている部分がかなり貴重なんで、一度ぜひ、お話を聞かせていただければと。

小松委員：

今度の委員会では、例えば、どことどういふふうに関連をするのか、とかね。

河委員長：

そうですね。

小松委員：

だから、ケアマネ、あるいは、いろんな施設、それを全部、一つ一つ当たらなければならないんだろうと思いますけれども。その辺のことを含めて、また。

河委員長：

よろしくをお願いします。私は、何て言いますか、地域包括というのは、二重、三重の意味で、これから使われていくと思いますので、また二重、三重の意味で、さっきのように、マイルドに使っていかせていただければと思いますので、ぜひ9月が無理なら10月に。

小松委員：

はい。

河委員長：

はい、どうぞ高橋さん。

高橋委員：

ちょっと、すいません。市民公募の高橋です。今のお話についてですけれども、在宅医療をやってくださる先生の中で、最後の看取りまで、在宅、ホスピスという形で、やってくださる先生は、何人くらい、いらしゃるのか、ということと、私もちょっと在宅介護をしたんですけれども、やはり、在宅介護に行くまでのステップとして、なかなか、そこが実現までつなげられない、という。情報もないですし。私なんかは、医療コーディネーターの方といろいろと相談して、在宅介護をやっているとつなげたんですけれども、医師と患者のつなぎを、架け橋になるような、医療コーディネーターをしていただきました。

小松委員：

いや、それはね、これはアンケートの中に、そういうコーディネーターを置いて、それでどんどん話を進めたらどうか、という意見があるんです。まだ、今、これについて、将来どういう形でやるのかというのは、まだ今から検討することが、今のあれで、参考にさせていただきます。ありがとうございました。

河委員長：

はい、ありがとうございました。おっしゃるとおりです。じゃ、よろしゅうございますか。暑い中、もうお集まりいただきまして、ありがとうございました。それでは、8月は多少、そういう意味では、さっきもありましたように、流動的でありますけど、次回、9月22日に、これは、また皆様方、恐縮でございますけれども、日程を入れておいていただいて、お集まりいただければと思います。そのときに、間に合えば、小松先生も資料を。無理であれば、10月で結構でございます。よろしくお願ひしたいと思います。

それでは、今日の第3回を、終わらせていただきます。事務局、何かありますか。

介護福祉課長：

先ほどお話がありましたとおりに、次回 9 月 22 日は午後 2 時から、小金井市役所の第 2 庁舎の 8 階の会議室のほうで、801 会議室のほうで予定をしているところです。また、来週 7 月 29 日には、地域密着型サービスに関する専門委員会、8 月の 21 日木曜日には、地域包括支援センターの運営に関する専門委員会がございます。各委員の方には、別途日程のご案内をしているかと思っておりますけれども、ぜひ予定に入れていただければと思います。両方とも、場所は第 2 庁舎の 8 階 801 会議室で、時間は午後の 2 時からとなっておりますので、よろしくお願いいたします。

以上です。

河委員長：

多少というか、かなり私がしゃべり過ぎまして、時間を超過しまして、申し訳ありません。また再来月、よろしくお願いいたします。