

第2回東京都高齢者保健福祉計画作成委員会

平成20年7月30日

【小室幹事】 定刻になりましたので、ただいまより第2回東京都高齢者保健福祉計画作成委員会を開催いたします。委員の皆様におかれましては、ご多忙のところ、また、大変お暑いところお集まりいただきましてありがとうございます。

本委員会の事務局を務めます福祉保健局高齢社会対策部計画課長の小室と申します。どうぞよろしく願いいたします。

これより着席の上説明させていただきます。本会議は公開となっております。本日は傍聴の方がいらっしゃいますので、お知らせいたします。

続きまして、配付資料の確認をいたします。本日は資料1から14まででございます。説明は後ほどさせていただきます。また、参考資料1が委員名簿、参考資料2が起草委員会名簿、参考資料3が前回第1回会議の議事録となっております。万一資料の不足等ありましたらこの場でお知らせをお願いいたします。

議事に先立ちまして、7月16日付の人事異動によりまして、本委員会の委員に交代がございましたので、紹介をさせていただきます。参考資料1の委員名簿をごらんください。真ん中から少し下になりますが、東京都シルバー人材センター連合の事務局長の田倉委員、それから、東京都福祉保健局参事の日置委員が交代になってございます。本日はお2人とともに欠席の連絡をいただいております。

次に、その他の委員の出席状況につきましてお知らせいたします。本日、所用により欠席されている委員ですが、平岡副委員長、蒲生委員、川尻委員、園田委員の4名が欠席ということでご連絡いただいております。

それでは、委員長、よろしく願いいたします。

【市川委員長】 皆さんこんにちは。暑い中、ご出席をありがとうございます。きょうはかなり議題、とりわけ報告事項も多いですので、迅速に進めさせていただきたいと思えます。

それでは議事に入ります。前回の委員会では、高齢者保健福祉計画のアウトライン作成に当たっての基本的考え方、それとともに、今回のこの委員会と関係する各委員会での審議事項について事務局から示されました。そして、皆様方から多くの意見をお聞きしたわ

けであります。

また、前回の会議では、第3期の評価をきちんとすべきであるという意見も出されまして、そして、その材料として国の参酌標準に対する実績値や東京都の圏域別の給付実績の状況、また、東京都が行ったさまざまな調査結果を事務局から説明していただくことになるかと思えます。

そして、資料にもありますように、皆様方の発言、これをそれぞれ事務局が振り分けまして、そして、それぞれ当てはまるであろう項目に説明を加えておりますので、これもあわせてご検討いただきました後、再度議論をさせていただきたいと思えます。

では、事務局、小室課長ですか、次第に沿って資料2から14の説明をしていただき、資料1は後ほど説明をいただくということになるかと思えます。じゃあ、よろしくお願います。

【小室幹事】 それでは、事務局より資料説明をさせていただきます。資料2をごらんください。「資料2」は第1回の委員会で委員の皆様方からご発言いただきました内容を、資料1の第4期の計画案としてこのような位置づけでは如何かということで、事務局の方で要旨等簡単にまとめさせていただきました。これは、後半の方で計画案をご議論いただく際に適宜参考にしていただきたいと思います。

それから、資料3をごらんください。こちらは第3期の介護保険事業計画について、国から示されました参酌標準に対する現時点での東京都の実績値ということでまとめさせていただきました。大きく分けて3点ございます。

まず、1点目は、介護保険3施設及び介護専用の居住系サービスということで、これらの利用者の要介護度2から5の方に対する割合ということで示させていただきました。国の参酌標準では、平成26年度に37%以下というものが示されておりますが、平成18年、19年とも東京の場合は既にこれをクリアしている状況でございます。

それから2点目、介護保険3施設の利用者の重度者への重点化ということでございますが、こちらは平成26年度で要介護度4、5の方の割合が70%以上ということですが、こちらは平成19年度の時点で62.24%という状況でございます。これを将来70%にさらに近づけていくことが求められているわけでございます。

それから、3番目の介護保険3施設の個室・ユニット化の推進につきましては、平成26年度で介護3施設で50%以上ということが示されておりますが、これについては、東京は地価が高い等の事情がございまして、7.4%と国の目標を大きく下回っている状況に

ございます。さらに、参考のところでございますが、ユニット型以外の個室を含めると、18.1%というような状況でございます。特養ユニット化の実績については、国が70%以上のところ、10.8%という状況です。個室率についてはユニット型の個室以外を含めると21.8%という状況でございます。

それから、資料4でございます。こちらにつきましては、先日7月2日に開催されました国の介護保険事業の全国会議で示された資料でございますが、第4期の介護保険事業(支援)計画についての考え方でございます。第4期計画は、第3期計画において設定いたしました平成26年度の目標に至る中間段階としての位置づけということでございます。このために、第3期計画の策定に際して、基本指針において示しました参酌標準の考え方は、基本的に第4期計画の策定に当たっても変更しないということでございます。

ただし、2点大きな改正がございまして、療養病床から老健施設等への転換分の取り扱いの点、それから、介護予防事業等の効果による認定者数の見込みについて改正がございました。

変更しない参酌標準として3点が載っておりますが、これは先ほど資料3で説明したものと同じでございます。

それで、改正に当たっての2点の部分でございますが、この資料4の3ページをごらんいただきたいのですが、療養病床から老健施設等への転換分の取り扱いについて、医療用療養病床からの転換については、一般の老健施設等とは別のサービス累計として一体的に取り扱って、必要定員総数というのは設定しないということにされております。それから、介護療養型医療施設等からの転換分でございますが、こちらについては、転換分、非転換分に分けてその必要定員総数を設定するというところでございます。

そして、療養病床の取り扱いですが、各区市町村における療養病床の転換については、東京都は医療機関に対してアンケート調査を実施しておりまして、その意向につきまして既に都内の区市町村にはお示ししているところでございます。都内の区市町村におかれましては、必要に応じて医療機関に対しヒアリング等によって状況把握して、転換意向を踏まえた介護保険事業計画をそれぞれ策定していくということになっております。

それから、もう1ページおめくりいただきまして、介護予防事業等の実施効果に関する参酌標準のところでございます。現行ですと、左の四角の中のようにこの要介護者等の見積もりについては20%ですとか10%ですとか、具体的な数値が参酌標準の中に入っていたわけでございますが、これが第4期計画におきましては、「各年度において介護予防事

業及び予防給付の実施状況並びに今後見込まれるこれらの効果を勘案して、要介護者等の数の見込みを定める」ことということで、数値がなくなってしまいました。これによりまして、区市町村によってそれぞれの実態に即して適切に見込みを定められるようになったといったところが違ったところでございます。

それから、資料5でございます。資料5は大きなA3のペーパーのほうをごらんいただきたいのですが、こちらは圏域別の介護保険事業計画の進捗状況をまとめたものでございます。これを作成するに当たりまして、東京都では今年の6月、手分けをいたしまして、都内全ての区市、及び島しょの一部に対してヒアリングをしてみいました。そこでいろいろお聞きしたことをまとめさせていただいております。

特徴的な傾向といたしまして、18年度、それから、19年度の実績で、100%に満たない部分が網かけをしております。100%に満たないとしても、90%台とか80%台のところは大きく見込みとは違っていかないかと思うのですが、非常に低調だったものとしたしましては、予防給付の部分、それから、地域密着サービスの部分であることがごらんいただけるかと思えます。

これにつきましては、全体的な傾向・背景分析のところをごらんいただきたいのですが、例えば、予防給付などにつきましては、その背景といたしまして、介護予防支援の介護報酬が低いととか、ケアマネが受託する件数に上限がある、地域包括支援センターの体制が不十分などが区市町村の声として聞かれました。

それで、介護予防サービスのところですけども、これはそもそも見込みが、国のワークシートに当てはめた結果、過大な見込みが出てしまったとか、それから、通所と訪問については定額制のために利用回数に事実上限界がある、あとは、事業者さんが介護給付の方が中心でなかなか手が回らないと、ですから伸びないんですというような声が聞かれました。そのために、第4期につきましては、予防給付の見込みについて下方修正したいという区市町村が多数ございました。

それから、地域密着の方ですが、これはちょっとサービスによって若干事情が違いますが、例えば、夜間対応型については人口が少ない区市町村ではなかなか難しいと。複数の区市町村で1つの事業所を利用している例もございました。

それから、小規模多機能型居宅介護につきましては、全体的に非常に低調なのですが、先日6月9日に東京都がプレスした実態調査にも書いてございますが、介護報酬ととか、制度設計上に問題がありまして、いろいろなところで事業者の参入が困難であるという声

が聞かれました。区市町村についても、やはり今後の整備につきまして、小規模多機能を積極的にやっていきたいと。例えば、区市町村有地を提供して、そこに整備をしたいというようなところもあれば、なかなかこういう状況なのでうちの区、うちの市ではちょっと見合わせています、というようなところもあり、整備意向は大きく分かれているところがございます。

それから、施設につきましては、特養、老健のほうですが、こちらは区部では不足しておりますが、用地確保が困難でなかなか進まない。逆に、市町村部では、ごく一部のところを除きましてはもう施設は要らないと。私のところの市民さん、町民さん、村民さんのニーズには充分対応していますというふうなお声が聞かれたりしまして、区と市町村では大きく事情が違っているということがわかりました。

また、グループホーム、認知症対応型共同生活介護ですが、こちらは18年度以降地域密着型サービスに位置づけられたことと、地価の高騰などが重なりまして、近年整備がちょっと伸び悩み状態ではあったのですが、東京都が20年度から整備費補助を増額したことから、20年度からまた少し整備状況は盛り返しを見せているところがございます。ただ、事業者としては、スタッフの確保に非常に苦労されている実態がございまして、なかなかオープン後もすぐフル稼働できないというようなホームもあると聞いております。

それから、特定施設でございますが、こちらは区部、市町村部とも今後さらに増やしたいというようなことを希望される保険者は今のところ少ないという状況です。全部で62の区市町村がありますが、増設を希望するところは今のところ5カ所程度でございました。つまり、現状維持を希望するというところでございます。

後ろのほうにそれぞれの圏域ごとの数表をつけてございますので、こちらのほうも合わせてご参照ください。

続きまして、資料6でございます。こちらは、平成17年度に東京都が5年に1回調査をしております「高齢者の生活実態」という、高齢者の調査でございます。実施時点は17年11月1日でございます。65歳以上の在宅の高齢者6,000人に対して調査をしております。回収率は76.4%です。

結果のポイントとして、下に何点か列記してございますが、1つは、自宅での介護を希望する高齢者が7割弱であるということで、前回調査、12年の調査よりも14ポイント増加しておりまして、在宅の志向が高まっているということでございます。それから、介護保険制度が浸透しまして、ホームヘルパーの世話を受ける高齢者が増えたと。それから、

子供と別居している高齢者の3人に1人は子供と10分くらいまでの距離に居住なさっている。それから、高齢者のみの世帯の割合は、初めて平成17年調査で半数を超えた状態になっております。それから、ひとり暮らしの方は、男性では10人、女性では4人に1人という結果になってございます。詳細につきましては、この場では省略させていただきます。

それから、資料7をごらんください。ただいま資料6でご紹介しました高齢者の生活実態の調査を補完する調査といたしまして、このたび計画策定のために東京都が20年1月1日の時点で行いました在宅高齢者実態調査というのがございます。

こちらについては、まず、介護サービスの利用について、介護保険料を負担している方ということで、ご本人が7割弱、本人家族が1割程度ということがございます。それから、介護を受けたい場所としましては、在宅の希望者が66%、これは先ほど紹介しました17年の実態調査とほぼ同じ傾向が出ております。それから、介護サービスの評価でございますが、満足度が比較的高いサービスですが、ケアプラン作成、ホームヘルプ、福祉用具貸与、デイサービスなどが挙がっております。比較的個別性が強いサービスについてこのような結果になっているかと思えます。

それから、右側に行きますけれども、在宅生活の継続につきましては、不安の相談先といたしまして、全体の3分の2が家族・親族、1割強が病院・診療所、それから、要支援者については地域包括支援センター、要介護者についてはケアマネジャーということで、家族・親族以外ですと日ごろよく顔を合わせるような方々も物忘れ等不安の相談先として頼りにされているという状況がございます。

それから、在宅生活を継続するために必要なことということで、こちらは複数回答でお尋ねいたしましたが、ご自身の場合ですと健康を維持・向上すること、それから、住環境ですと、あまり顕著な傾向は出なかったんですが、介護に適した住宅に改善することということで、14.5%の方が回答されております。

それから、次ページにまいりまして、在宅生活を継続するために必要なこと、その他サービスということで複数回答でお聞きしましたところ、上のほうですが、緊急時の連絡ができ安心して生活できる、それから、必要なサービスを必要なときに使える、介護に関する費用が増えない、このあたりを回答する方が多くなっております。

それから、介護者の状況でございます。主な介護者の8割は配偶者を中心とした親族ということになっておりまして、配偶者が33.3%、子供やその配偶者が46.6%という

内容になっております。主な介護者は、要介護者が70代後半までは同世代の配偶者、いわゆる「老老介護」でございますが、そのような実態がある。それから、80代を越えると子供の世代ということが表われております。

右側に行きまして、介護期間は4人1人が5年以上、介護者の平均介護期間は5年9カ月となっております。

主な介護者10人のうち、4人までが働いております。介護のために仕事をやめた人は1割弱ということになっております。

介護を手伝ってくれる人についてお聞きしましたところ、こちらは複数回答でございますが、子供やその配偶者が4割、配偶者が2割強ということになっておりまして、左側の下の介護者と要介護者の年代の関係とつき合わせてみますと、まずは夫婦間で「老老介護」をなさっている。それで、それを子供の世代が支えているというような家族像が浮かび上がってくるかと思えます。これが在宅高齢者の実態調査でございます。

続きまして、資料8でございます。特別養護老人ホームの入所希望者数調査でございます。時々「待機者」という言葉が使われることもございますが、待機者は基本的に措置の時代の概念ということで、介護保険に変わりましたからは「入所希望者」という言葉を使っております。調査基準日は、19年10月1日でございます。

それで、これは前回平成16年にも調査をしておりまして、そのときの状況と比較いたしますと、今回19年では、入所申込総数と入所申込実人数、1人の方で複数申し込まれておりますので、名寄せして実人数にした場合にこのような数字になります。申込総数については、前回調査より3%、それから、実人数は7%ほど減になっております。それとは逆に、1人当たりの平均申込数は若干上がっております。

それから、要介護度別と居住場所別の入所希望者の分布が次の表に載っております。在宅の中で比較的重い要介護度4、5の方が約7,300人ほどいらっしゃいます。それで、後の調査で出てまいりますけれども、特養の年間の退所者が大体約7,400人超というような状況ですので、在宅の重い方については、こういった状況をあわせますと、おおむね1年以内くらいには何らかの形で入所できているのではないかとというような状況が想像されます。

要介護度別の状況については、下の棒グラフのようになっております。19年度は要介護度1の方が大きく減った状況になっておりますが、これは18年の制度改正によりまして要介護度1だった方が一部要支援の2に回ったことと関係があるのではないかと考えら

れます。

以上でございます。

「資料9」以下は、しばらく事業者関係の調査が続きます。資料9については特定施設の実態ということで、こちらは都内の有料老人ホーム330施設について、東京都介護サービス情報のデータを集計・分析したものでございます。ですので、いわゆる調査票を設計して配付したというような調査とは若干違うものであるということをご了解いただきたいと思えます。

こちらは、施設従事職員ということで見ますと、看護及び介護職員1人当たりの入居者ということでは平均3.6人、これを特養とか老健と比較すると、若干人員配置としては少なめではございますが、後で出てきますが、自立の方もご利用なさっているということで、このような結果になっているのかと思えます。

それから、常勤の介護職員の前年度の離職率としましては29.9%、特養、老健よりやや高めになっております。

それから、利用料については、選択方式というのが最も高く、入居の一時金が平均1,400万円、それから、月払いの管理費関係が平均14.8万円という状況になっております。

そして、入居者の状況ですが、入居率、施設の定員を入居者計で割り返しますと、大体71.7%、7割強の入居率であるということでございます。

それから、要介護度別の入居者ですが、要介護度1から5までの方で74.7%を占めております。

入居期間については、1年以上5年未満が約半数、それから、退去者につきましては、死亡退去が半数以上という状況になっております。退去者については、やはり要介護度4、5の方が多く状況にあります。

続きまして、資料10でございます。今度は特養と老健につきまして、東京都介護サービス情報のデータを集計・分析してみました。こちらも公表されたデータの集計結果ということでございます。

まず、居室の状況でございますが、先ほども個室率のお話が出てまいりましたが、個室率といたしましては21.8%、これはユニット型以外の個室を含んだ数字でございます。これが特養の場合です。それから、老健の個室率ですと14.8%です。

それから、入所者の年齢・性別としては、ごらんのような形になっております。

それから、入居者の状況につきましては、特養ですと要介護度4と5の方で67.1%、約3分の2になっております。それから、平均入所期間は3年9カ月。入居率については97.9%、ほぼ満床に近い状態です。

それから、老健につきましては、要介護度別の入所者の状況については、要介護度3の方が最も多くて、次に4、2というような状況になっております。平均入所日数は222日ですので、7カ月強程度。それから、入居率につきましては、182.9%と出ておりますが、これは特養に比べますと施設の回転が高いことで、月の入所者数が定員数を大きく上回っているというようなことから、このような数字になっております。

それから、退所の状況でございますが、特養の場合ですと死亡による退所ということで67.1%ということになっております。老健の場合は退所で一番多いのが自宅等が、41.7%と、これは本来施設が想定される使い方に近いものがあるのではないかと考えております。

それから、資料11でございます。こちらは夜間対応型訪問介護実態調査ということで、こちらは現在都内に28カ所ございます。調査時点平成20年1月1日現在では都内に30カ所事業所がございました。調査対象期間は平成20年1月1日から1月31日までになっております。

その結果、概要としてわかりましたことは、回答した半数の12事業所が訪問介護事業所を併設しておりますので、昼間も訪問サービスをやり、夜間に夜間対応型をやっているという実態があります。それから、10の事業所が介護保険の介護給付以外で自立・要支援認定者に対し夜間の訪問サービスを行っております。

それから、利用者の状況ですが、要介護度による利用者数にあまり大きな違いはございませんでした。利用者のうち半数は事業者にかぎを預けておりまして、また、独居の要介護者の方の利用が過半数であるという状況でございます。一番下に注がりますが、独居の要介護者の方だけで調べますと、要介護度1から5まで、ごらんのような分布になっております。かなり要介護度が重い方でも独居でこの夜間対応型を利用なさっていらっしゃる方がいるのだということがわかります。

それから、右側に行きまして、サービスの提供状況でございますが、主に提供されているサービスは定期訪問でございまして、全体の過半数55.5%というふうになっております。それから、定期訪問のうち50%は要介護度5、34.9%は要介護度4の利用者に対して行われております。この通報と書いておりますのは、通報のみ受けたということで、

その後必要に応じて随時訪問等を行っているということでございます。

ただ、収支状況は非常に厳しくて、収支が均衡したという事業所が1つ、残りはすべて赤字という、大変厳しい状況になっております。

職員の状況は、約4分の3が非正規職員、それから、職種別の職員数、資格保有者数はごらんのようになっております。

それから、資料12でございます。こちらは6月9日に既に東京都がプレスしておりますが、「小規模多機能型居宅介護実態調査」というものでございます。先ほどの夜間対応型訪問介護と同様、先ほど地域密着型が非常に厳しいというお話をさせていただきましたが、その背景が一部説明できるかと思えます。こちらは、調査対象といたしまして都内の26事業所と、あと、埼玉、神奈川、千葉の3県に対して、117の事業所ですが、調査をいたしました。調査対象の期間は平成19年9月でございます。

この19年9月の収支状況であります。事業所のおよそ3分の2が赤字です。それから、赤字の事業所はやはり平均登録率、実際の定員に対する登録者数という意味ですが、それが低くて、43%。一方、黒字の事業所は76%ほど確保しているという状況でございます。

それから、緊急の夜間訪問は非常に少なく、1事業所1カ月当たり東京都で0.79回、3県のほうで0.76回という結果が出ております。

それから、右側にまいりまして、要介護度別の利用回数でございますが、要介護度1、2の介護報酬が非常に低く設定されている、表の網かけの部分がそうでございますが、サービスを行っている回数に比べて介護報酬の設定が低いという状況です。

それから、宿泊室がついておりますが、この稼働率も40%程度と、非常に低い状況でありまして、介護報酬や、制度上の問題点がかかなりあるために事業者の参入が困難な状況であるという背景が見て取れるかと思えます。

それから、資料13でございます。こちらは、前回高原委員から要求がありました資料でございます。都用地活用による特別養護老人ホーム等の整備実績といたしまして、1、2、3がグループホームを中心とした施設整備、それから、4が特別養護老人ホームを中心とした施設整備の状況でございます。いずれも定期借地権で、貸付期間50年で都用地を提供しております。

それから、資料14でございます。こちらは、前回平岡委員から要求のございました資料でございます。区市町村別の老人医療費及び介護保険給付費の状況ということでまと

めさせていただきました。

まず、1枚目が老人医療費ですが、こちらの区市町村別1人当たりの老人医療費ということで、入院、入院外、歯科と、3つグラフがございますけれども、この3つの合計が左上のグラフということになっております。東京都平均で約80万円強でございます。また、この「1人あたり」の「1人」のことなのですけれども、具体的には75歳以上の方と、あと、65歳以上75歳未満の区市町村長の障害認定を受けた方を「1人あたり老人医療費」ということで表記させていただいております。それから、下に小さな から までの番号が振っておりますが、こちらは都内の老人保健福祉圏域を指しております。全部で圏域が13ありますので、それを 番から 番までの番号をつけさせていただいております。

それから、次ページですが、年齢階層別に見た医療費の総額ということで、平成18年11月の診療分ですと、年齢順に並べますとごらんのようになっておりまして、総額ということで、70代の方のところに大きな山があるかと思えます。

それから、1人当たりの医療費ということになりますと、下のグラフになりまして、年齢層の高い方のほうが1人当たりの医療費は高いという状況になります。

それから、疾病大分類別に見た状況、75歳以上の疾病の状況につきましては、ごらんの面グラフのような形になっております。

それから、もう1枚おめくりいただきまして、介護保険の1人当たりの給付の状況というのも参考までにお示しします。右側の2つのグラフが、上が施設で下が居宅サービスの給付額になっております。これを合計したものが左側の合計のグラフになっておりまして、東京都平均で第1号被保険者1人当たり21万円強という数字になっております。

老人医療費と介護保険の給付の間関係につきましては、分析が十分できない状況でございます。一応全体の区市町村別の状況と現状はこのようであるということでご理解をお願いしたいと思います。

なお、前回の会議で永田委員のほうから認知症についての統計について資料要求がございました。これにつきましては、私どものほうで調べたのですが、認知症の統計のある保険者となない保険者がおりまして、すべての保険者でお示しするということができない状況でございます。これにつきましては、もう少し精査とまとめの仕方に時間をいただきまして、12月開催の第3回の会議でお示ししたいと考えております。どうぞよろしくお願いいたします。

長くなりました、申しわけございません。

【市川委員長】 事務局の今報告がありました。何分膨大な資料ですから、皆さんそれぞれご意見があると思いますが、まず、玉木委員と井上委員が時間になりましたら退席しなければならないということでした。まず玉木委員、井上委員の意見もしくは質問をいただいて、そして、それから全員の質問に入りたいと思います。どうぞ、玉木委員。

【玉木委員】 玉木でございます。すみません、ちょっと途中退席させていただくものです。

質問というより意見を申し上げたいと思います。前回のときにもお話をしたことと重複するかもしれないんですけども、今回の計画をどのような観点からやはりまとめていくか、くくっていくのかということについて、医師会というような意味合いからちょっとご意見を申し上げます。

基本的にはもう皆さんもご存じのように、高齢者と高齢世帯がどんどん増え、就労人口が減っていくという流れはもうとめられないものですので、そのことを踏まえていきますと、やはり多様な住まい方とか施設がこれから生じていって、そして、そこに個別性の重視という理念があって、その2つの整合性をどうとるのかということがやはり中心的な命題になってくると思うんです。このサービスをそれぞれのニーズに応じて、医療、介護、福祉、その他、生活支援も含めて、その辺の整合性をどう図っていくかということにおいて、国の制度、あるいは、都の独自の施策、それから、地域の自立的なネットワーク、この3つの取り組みが行われていかなきゃならないと思います。

その3つが、結局個別のきめ細かいニーズと、あるいは、逆に言うときめ細かいサービスですね、サービスというのは制度上のものもありますけれども、人的なものも含め、インフォーマルなことも含め、緊急性のあるもの、それから、ライフラインに関するもの、それから、日常生活に関するニーズというのがございますので、それらを個の1人1人の人とどう細かくマッチングしていくかというのがやはり必要になってくると思います。それは国の制度だけではうまくいかないでしょうし、地域のボランティアを含めた自立的な取り組みがより必要になってくると思いますので、その辺の視点をぜひ論じていかなければいけないのではないかと思います。

医療に関して言いますと、キーワードとしては在宅医療、それから、認知症ケア、緩和ケア、地域リハビリテーション、これは医療と介護、あるいは、生活リハビリの一貫した提供ということになると思います。

それから、介護予防ですね。介護予防も2つの視点が必要だと思います。技術的な、あ

るいは、科学的な介護予防、これは時間のかかることですので、日々進歩していくものだろうと思いますが、もう1つは社会的な取り組みとしての全体像、みんなで健康寿命を延ばしていこうという、そういうムーブメントというような社会的な取り組みということも必要だと思しますので、そういった視点をより明確に出していただければと。

そして、今言ったキーワードは、同じ人的、同じ物的資源でやらざるを得ないし、やるのだということは、それぞれ別の専門家がいるわけじゃございませんので、地域においていけばいくほど同じ人的、物的、地域資源がそれにかかわることになります。そういうところをやはり少しきちんと明確に都民に理解していただけるような意思表示が必要だろうと思います。

それから、先ほど資料説明でずっと出ておりましたけれども、まさにその地域密着型のサービスというのが東京では欠落しておりますので、それは先ほどあったさまざまな理由によるものですが、ここがうまくいかないと、結局国の施策から含めて全体像がうまくいきません。私の印象ですが、やはりこれは地域自治体に熱がない、温度差があり過ぎる。それから、介護保険財源だとか、これを進めていく上でのその他の一般財源も含めた財源論的なところでどうも温度差の根っこがある。もちろん、地域ニーズも違うのですが、なかなかその必要性の理解が、都民にもそうかもしれませんが、地域自治体そのものにまだ浸透していないのではないかというふうな印象を私は持っていますので、ぜひともその辺の必要性をやはりすべての方々にご理解いただけるような視点で論じていただければなというふうに思います。

以上のようなところです。

【市川委員長】 ありがとうございます。

ちょっとお伺いしたいのですけれども、ネットワークというのは保健医療福祉とか、さまざまなネットワークとともに住民という、住民もしくはボランティアというインフォーマルネットと専門のネットワークですか、さまざまな多様なネットワークを持つ、それを強調していこうという議論でよろしいですか。

【玉木委員】 そうですね。全員参加でないともうとても人的なものは補えないと思いますので、そういう意味でございます。

【市川委員長】 ある意味でガバナンスという議論がはっきり前面に出ているということになります。

井上委員、よろしく申し上げます。

【井上委員】 1つ、資料5について先ほどのご説明で、介護予防が非常に低いということだったのですけれども、その理由がここに書いてあるのですけれども、私は歯科医院をやっておりまして、歯科の医療を考えますとちょっと考えられないですね。やはり歯周病の治療、それから、口腔機能の予防とかという点では、私的にうちだけを考えますと、3割くらいの方が予防だけで来ているというのが現状です。

介護予防は、ご存じのように重要だということで始まったわけなので、悪くなってからでは遅いわけですね。予防なので、悪くなる前にやらなきゃいけないので、ちょっとこの低さというのはなぜかなというのがあるのですけれども、1点考えられるのは、歯科という医療は、ご存じのように、フリーアクセスですね。ところが、介護予防の場合は、地域包括支援センターとあって、非常にいろいろ忙しいところでケアマネジャーの方がやってらっしゃるのですけれども、フリーアクセスでないということが1点考えられるんじゃないかなというふうな気がしております。制度の問題なので、なかなかフリーアクセスにするのは難しいと思うのですけれども、私どもの医療機関でも、車いすで、要介護3の方でもいらっしゃいますので、できればそういったところから変えていって、予防重視の点で取り組んでいかなきゃいけないんじゃないかなというふうに思っております。意見です。

【市川委員長】 ありがとうございます。

アクセスを重視する、さまざまな多様なアクセスがあるという認識で、ぜひご提案いただいて、議論していければと思います。

では、それぞれの委員の方々にご報告、もしくは、報告に対するご意見、ご提案をしていただきたいと思います。

なお、大体施策の枠組みはこの後出ますから、そこでも意見を言うことができます。ただ、この報告を見てこのような意見を持ったところがございましたらおっしゃっていただきたいと思います。どうぞ。

すぐにご意見が出ないようですので、私のほうで、さっき高齢者の調査が報告されておりました。生活実態調査で、74.4歳という、資料6になりますね。希望者がやはり1年から2年待つことがある一方、この調査によると在宅希望が多くなっている。ある意味での平均年齢74歳の方々の在宅希望が高くなっているが、やはり依然として施設入所希望は一定数あるというふうに認識してよろしいのでしょうか。

【小室幹事】 はい。

【市川委員長】 ということですね。わかりました。一応確認でございまして、また在

宅志向に移行したということではなくて、この年齢層によると、はっきりと特徴は出たけれども、やはり施設入所についての必要性は十分にあるということですね。

あと、いかがでしょうか。

【和気委員】　じゃあ、よろしいですか。すみません、ちょっと1点だけ。

資料14で、先ほど平岡先生からのご希望で、こういうふうな区市町村別の老人医療と介護保険給付の非常に詳細なデータの分析が出てきたのですけれども、この両者の関係ですね、医療系のところと、それから、介護のところの関係というのがこのグラフからだとなかなかわかりづらいというお話だったんですけれども、基本的には老人医療費のほうは入院とそれ以外のところ、それから、介護保険の給付は施設系と通所系と在宅系というような形で分けて、1つの平面図で、そのプロットで打ってみると、例えば、老人医療費の入院が非常に高いところはやはり介護の入所系が高いとか、六十数カ所ありますから、そういうプロットを例えば打ってみると一定の傾向性があるのか。つまり、医療が高いところはやはり介護が高いというようなパラレルの関係で出てくるのか、それとも、医療のほうが高いと今度は介護のほうが非常に低くなるとか、要するに、トレードオフの関係になっているとか、何かそういう一定の傾向性が出てくる可能性があるんじゃないかなと。この平面図だけで見ているとわからないわけですが、二元の形でプロットにしてやってみるとそういう傾向が出てくるかもしれない。

今玉木先生のほうからお話ありましたけれども、やはり自治体によって随分格差というか、温度差があるというか、行こうとしているベクトルが違っているというようなことが一応この調査の基本的なデータとしてわかってくれば、どういう自治体がどういう方向で基盤整備をしようとしているのかというようなことがわかると、支援の仕方とか、そういうようなこともわかってくるのかなというふうに思うので、もし可能ならばそういうようなこともやっていただけるといいかなというふうには思っています。

以上です。

【小室幹事】　ありがとうございました。

【市川委員長】　これは起草委員である和気さんが相談して、この結果を出したら。

【和気委員】　自分でやれと言うことですか。

【市川委員長】　はい。そして、それとともに、それをどう分析するか難しいが必要であるなら一緒にご検討ください。

【小室幹事】　はい。

【市川委員長】 よろしいでしょうか。

では、今のような議論は、まだ質問する機会があります。少なくとも資料1で。

【前川委員】 よろしければ今1つだけ、よろしいですか。

【市川委員長】 どうぞ。

【前川委員】 資料14の一番最後のページ、今和気先生がちょっと触れられた部分の確認です。ページ右側のところで、上段に区市町村別の1号被保険者1人当たりの介護保険給付費（施設）の都内比較、下段に介護保険給付費（居宅）の比較があります。ここで「施設」の金額には、いわゆる施設についての設備費といいますかその辺の財政負担は入っていると見ていいのでしょうか。ちょっと施設のほうが少ないという感じの数字なので、確認です。

【狩野委員】 入っていないです。要は、保険給付費です。

【前川委員】 ありがとうございます。

【市川委員長】 よろしいでしょうか。

では、資料1をごらんください。資料1に高齢者保健福祉計画の構成案とありまして、ですから、先ほどのものとこれに関係してきます。それとともに、前回皆さんがおっしゃったことを事務局が資料2としていろいろ取りまとめていました。これとも関係してきます。まず、この資料1を事務局から説明いただいた上でそれぞれご意見をお伺いしたいと思います。

第1章、第2章、第3章、第4章に議論を分けませんので、第1章、第2章、第3章、第4章をやった上で全体として述べていただくこととなります。

どうぞ、事務局、お願いします。

【小室幹事】 では、事務局より資料1の構成案について簡単に説明させていただきます。左側が第3期、右側が第4期の構成案ということになっております。右側の第4期につきまして、新規に今回追加で起こしました項目については を振らせていただいております。第3期との比較でごらんいただきますが、第1部、第2部につきましては、基本的な事項、計画策定の考え方ですとか、東京都の高齢者を取り巻く状況を白書的にまとめたパートですので、こちらは大きく変更を考慮はしておりません。第3部以降のところを今回第4期計画においては充実させていく方向で、ごらんのような形にまとめさせていただいております。

まず、第3期のほうでごらんいただきたいのですが、第3部の第1章、介護予防・健康

づくりの推進につきましては、右側の第3部の第1章の第3節のところで位置づけさせていただいております。網かけのしてある成人期からの健康づくりへの支援のところについては、再編いたしまして、もう少しコンパクトな形で編集させていただきたいと思っております。

それから、左側の第2章、地域における安心な生活の確保ということで、地域包括ケアシステム、その他の事項が書いてありますが、これは昨年東京都のほうで地域ケア体制整備構想などをまとめたこともありまして、先ほど玉木先生のご意見もありましたけれども、いかに地域の方が「全員参加」というような形で高齢者のさまざまな安全・安心を確保していくかというようなことで、非常に重要なテーマかと思っております。ここを少し充実させまして、地域包括ケアシステムのところは、右側の第1章の第1節、それから、認知症と高齢者虐待のところは2節のほうにまとめさせていただいております。

それから、多様な住まいの確保、左側の第4節ですけれども、これは地域ケアの推進の中に入れてまして、第5節の安全・安心の確保は第1章の4節に入れております。ここを少し膨らませております。

それから、第3章、介護サービスの基盤と質の向上、左側のところでございますが、こちらもいろいろ今までご説明いたしましたけれども、課題を抱えつつも充実をさせていかなければならない分野でございます。

第3章の1節、介護サービスの基盤の確保につきましては、右側の第2章の第2節のところに置かせていただいております。

それから、左側第2節のケアマネジメントの充実ですが、こちらは介護保険制度の円滑・適正な運用ということで、第3章の中に位置づけまして、第3章の第2節の中に位置づけております。

それから、左側の第3章の第3節の介護人材の育成、非常に今熱いトピックになっておりますが、これは右側の第2章の第3節ということで、特に今問題になっております施設人材の確保ですとか、あと、新しい要素であります外国人介護士の受け入れ支援ですとか、そういった新しい内容も起こしております。

それから、左側の第3章、第4節、介護サービス情報の提供でございますが、これは介護保険制度の円滑・適正な運用の第3章の第2節の中に入れております。

それから、第5節の施設サービスの質の向上につきましても、サービスの質の向上ということで一応同じ第2節の中に入れてさせていただいております。

それから、左側の第4章、利用しやすい介護保険制度の実現のところ、こちらは第2節の低所得者特別対策につきましては、第3章の第1節の2に置かせていただきまして、残り1、3、4、5節につきましては、第3章の第2節の介護保険制度の適正な運営の中に位置づけさせていただいております。

それから、第5章の多様な社会参加の促進のところについては、右側の第4章のところにおおむね記載させております。それで、第2節の2番に高齢者による地域を活性化するための仕組みづくりということで、先ほどの全員参加というお話がありましたけれども、そういった新しい時代のニーズにこたえる部分なども入れさせていただきたいと思っております。

それから、第4部の施策一覧と第5部の資料につきましては、おおむね前回の第3期のものを踏襲するような形で作っていきたいと思います。

以上が構成案の説明でございます。

【市川委員長】 ありがとうございます。では、それぞれご意見をいただきたいと思いますが、できましたらこの章のこの節とか、もしくは重なるものがあればそれぞれお示しいただくとそこに反映しやすいですので、ご協力いただければと。全体的場合もあると思いますが、もしもこの部分の、3章のこのところとか、言っていた可能性がありましたらおっしゃっていただきたいと思います。

どうぞ、どなたでも。

【井上委員】 先ほどちょっと1点だけ言い忘れたのは、介護予防のところなんですけれども、アクセスもそうなのですが、もう1点はやはり健康教育というのですかね、介護予防が大切だというのがまだ行き渡っていないような気がするのです、利用者の皆さんに。だから、そのところも大事じゃないかなというふうに考えております。

以上です。

【市川委員長】 ありがとうございます。田辺委員。

【田辺委員】 全体的には、私は安全・安心という言葉が使われているんですけども、それのほかに豊かという言葉を入れたらどうだろうかと思っております。それは、高齢社会と聞くとどうしてもマイナスの部分が強調されるようなところがありますけれども、自分自身の人生を最後まで生きていくために、豊かな人生をとということから、そのぜひ豊かという言葉を入れていただきたいなと思っております。

そして、あと、7年後、いわゆる2015年になりますと、団塊世代の人たちが全員6

5歳以上になりますと、東京の高齢化の姿というのは何か一変するのではないだろうかといつも思っています。その中で、私は3点ほど、第1章の1節の中にあります見守りのネットワークのところですが、この孤立しない人間関係を地域にどう築いていくか、これは各地域でやはり孤立しないための人間関係がどう築けるかということを考えていかなければいけないのではないだろうかと思います。

それから、同じく1章の4節の中で、交通事故とか悪徳商法とかありますけれども、私は広報活動はもう何度も何度もしていくことが大事だなということを思うのです。今一番活発な広報活動をしているのは、警察庁じゃないかということを経験で暮らして思っています。高齢者の交通事故がとて多、詐欺が多いということは、どんな会場に行っても警察の生活安全課の方たちが来て、今月も来る、今月も来る、またやって来るという形で、何度も何度も注意を促したり、また、広報活動をしていることによって、自然とみんながそのことを意識してくる。区報、市報に出したから終わりというのではなくて、やはり広報活動は重ねて重ねてすることが大事なのだなということを地域の中で高齢者の皆さんといるところで暮らしてそれを感ずります。

それから、4章の3節の中に福祉のまちづくりというところがあります。高齢者の方は話をしたい、だれかに会ったら何かを語りたいたいという、そういう思いの方たちがとても多くて、ほんとうに高齢化の姿は月々、日々変わっているということを私は実感しているんですけれども、まちづくりの中でちょっとしたスペースにイスを置くとか、ベンチをつくって、そこで会った人たちが話をできるような、そういうまちづくりをぜひしてほしいなと思います。それは、子育ての人たちにも通じていくことだろう。

私は大体1,000人ぐらいの人たちを福祉の協力員で見ているのですが、ひとり暮らしの方はあまり人と話をしないで、口が開きにくくなって、非常に苦労して病院に通っているという方たちを2人ほど見て、やはりしゃべらないということはこんなに恐ろしいのかなと思った体験をしていますので、ぜひみんなが外に出て話のできる、そういうまちづくりをしてもらいたいと、そのように思いました。

以上です。

【市川委員長】 ありがとうございました。それは意見としてお伺いしてよろしいですか。

【田辺委員】 はい。

【市川委員長】 事務局に質問というよりも、反映すべき要望として受けとめました。

あと、いかがでしょうか。

【前川委員】 まず質問から入らせていただきますが、前回の第1章にありました介護予防・健康づくりの推進、これは、新たには、今度は章の中の節の中に入れてらっしゃいますけれども、ここの位置づけを少し、この節のほうに落とすという何か理由というのはあるんでございましたっけ。

【小室幹事】 これにつきましては、第3期が平成18年度から始まった計画なんです、その時期はちょうど介護予防という考え方にに基づき予防給付が新しく始まる、あるいは、地域支援事業が始まるということで、介護予防というものの注目度が相対的に高かったということで、章に起こしたのはちょっとそういう期待も込めて起こしたのかなというふうに認識しております。それで、今2年ちょうどたったところですが、仕組みとしては課題をいろいろ抱えつつも、一応定着したということで、各区市町村とも取り組み状況はさまざまなのですけれども、一応定着しつつあるということで、今回は第3節という、節という位置づけにはしておりますが、ボリューム的には相対的に圧縮するというふうなものでも必ずしもないのかなというふうに考えております。

【前川委員】 よろしいですか。

【市川委員長】 はい。

【前川委員】 今回のこの計画の策定の趣旨からいたしますと、必ずしも介護ということを目的としているわけではなくて、『高齢者の自立を支援し、高齢者が尊厳を持って云々』ということになっております。そういったしますと、今回第1章に「地域における安心な生活の確保」を持ってこられた、これは大変結構なことだと思うのですが、これから団塊の世代がいよいよ高齢者に入っていく時期を迎えるところですので、そういう中では、今回の4章立てのうちの半分、2つを「介護サービス云々」と「介護保険制度云々」が占めるという形にせず、やはり見栄えといいますか行政の姿勢という点で、章立てとしては第2章あたりに第3期計画でも多くの紙数を割いた「介護予防・健康づくりの推進」を立てるべきと考えます。

それから、やはり大事なのは、今第4章になっていますが、「多様な社会参加の促進」、ここに力を入れた計画ができるといいとの意見を持っております。

【市川委員長】 ありがとうございます。

章立ての1つのご意見でもございます。これはある意味でそれぞれ相互に絡んでくるところもございますので、それがわかるような仕組みづくりもしていただきたいというご意

見としてとらえてよろしいでしょうか。

【前川委員】 はい。よろしく願いいたします。

【市川委員長】 あと、いかがでしょうか。

【和田委員】 東京都のグループホームとか小規模の事業者さんを束ねています東京都地域密着型サービス事業者連絡協議会というところの和田といいます。よろしく願いします。前回ちょっと欠席させていただきまして、申しわけなかったです。

この計画といいますか、保健福祉計画の基本的理念は、高齢者の方が地域での生活を継続することが基本的な理念であるというふうに狩野部長のほうからお話が、議事録に載っていたのです。そのときに2つのことがあるのですが、1つは、自宅生活をどう続けていけるために応援するかということが1つだと思っております。調査でも自宅生活を希望する人が70%近くになっているということなのですが、おおむねほとんどの方が自宅での生活を望んでいらっしゃると思うのですけれども、特に認知症なんかになりますと、それにこたえる手立てがほとんどないということなのですが、1つは、東京都としてまさに高齢福祉計画を考えていく中で、新しいサービス形態の開発といいますか、せめてこういうものがあれば、あるいは、介護保険の枠組みの中でも少し変形的にこういうふうになればもう少し自宅での生活を続けることができるんじゃないかみたいなことを考えていらっしゃるかどうかということが1つ。あくまでも国の枠組みの中で考えていこうとしているのかどうかということです。

特に、今小規模多機能居宅介護が伸び悩みというお話があったのですが、僕のところでも自分の会社で小規模多機能をやっているのですが、地域生活を応援していくために小規模多機能居宅介護を、未熟ですけれども、それを使って応援していく。ところが、片一方で有料老人ホームががががん建って行って、そっちへどんどん入っていくみたいな、こういう施策の不整合みたいなのがやはりちょっと見られるのです。やはり在宅、自宅での生活を応援する仕組みよりも自宅生活をあきらめさせる仕組みのほうが充実してくると、どうしても見ている人にとってはそっちのほうが楽ですから、そっちへ走っていくわけです。それをよしとするならよしとするでいいのですが、それだったら保健福祉計画の基本的理念はちょっと変わってくるのかなと、これが1つです。

それから、もう1つは、あわせてなんです、実は特別養護老人ホームや特定施設や、あるいは、グループホームと言われる24時間型の入居型の施設、いわゆる生活の拠点を移させるところなのですが、そこに移ったからといって人生終わりにしてしまわないで、

やはり自分の本意とは違う不本意な形で施設には移っちゃったんだけど、そこでも高齢者の方がいわゆる地域での生活を継続できる、そういう仕組みを、そこも検討していつてはどうかと。

実は、国民に対しては施設は3対1の基準だなんてこれはちょっと、何ですか、まゆつば的なことを言っていますが、実態的には、利用者1人当たりに対して、日中の時間でも7人に1人職員がいるかいないかぐらい、そんな脆弱な職員配置のところにいるいろいろなことをぶち込むものですから、ますます利用者の中から職員がいないというような状況が現場では起こっているわけですけども、やはり自宅での生活をあきらめさせる、これはしようがないと、24時間応援する仕組みまではちょっと行けないよと。けれども、24時間型の施設に移ってもらった中で、せめて東京都としてはこれぐらいのことはやはり都民に対して提供していくといえますか、そこをどう考えているのかなということが2つ目です。

前回の議事録を読ませていただきますと、例えば、個室型とか、ユニット型とかが経営的に厳しい状況になっているとか、この間読売新聞なんかにも出ていましたけれども、やはりだからそれをやめてしまうということではなくて、憲法に保障された国民としての文化的な最低限度の生活を営んでいくことを最後まで応援するんだと、東京都は、だから、東京都としては税金も含めてそうなのでしょうが、都民の皆さんにこれぐらいのことをお願いするかもしれないけれども、そこは守りますよというようなことを考えてらっしゃるかどうかが、僕としてはとても気になるかなということです。

以上です。

【市川委員長】 2点いかがでしょうか。今答えられる範囲でお願いします。

【小室幹事】 現在、私どもがちょうど来年度予算に向けての具体的に何をするかということについてはまさしく作業中でございます、先ほど和田委員のほうからご指摘のありました新しいサービス体系と独自で取り組む意思があるかどうかというご指摘がございました。介護保険という国のサービス体系があるわけですけども、それで必ずしも十分カバーし切れない部分に対してどうするかとか、あるいは、ニーズはあるけれども、対応ができていない部分について何かモデル的な取り組みをしていくのかどうかと。来年度、私どもの予算事項として現在検討中でございますので、多分次回の第3回の12月の時には、予算要求内容としてはある程度対外的に発表できるものがあるかと思っておりますので、整合性をとる意味でも、こちらの委員会のほうに新しく取り組んでいくサービスとして何ら

かお示しできるようにしたいというふうに考えております。

それから、施設と在宅のサービスのお話がありました。まさしく東京は非常に施設の確保、あるいは、特定施設の整備についてもなかなか他県とは違った状況にございまして、やはり在宅のサービスをこれからますます、地域ケアのまさしく本質的なところでございますので、充実させていかなければならないというふうに考えております。

地域密着型サービスは非常に問題点が多くて、整備が進んでいない状況ではあるんですが、こういった分野の整備についても、東京都オリジナルで何が取り組めるのかということを考えて、来年度以降また何らかの取り組みを強化していきたいというふうに考えております。

【市川委員長】 ありがとうございます。

先ほどの資料5の中で、地域密着型の進捗率とか、等々と課題が明らかになってきています。それは和田委員がご指摘の点と大分重なる点もあるわけでありまして、ある意味での地域密着型をどのように拡大させていくかということが今の東京都の1つの重要な方針であるというふうに認識してよろしいわけですね。

【小室幹事】 はい。

【市川委員長】 その際に、私としては横出しとか上乘せも含めて、従来の介護保険の枠組みの中でとどまるのか、もう少し広げて柔軟なやり方をして、それを支援していくのかということもご検討いただきたいと思います。それによって参入がしやすい場合がございます。和田委員、それでよろしいでしょうか。

【和田委員】 はい。

【市川委員長】 あと、いかがでしょうか。鈴木委員。

【鈴木委員】 全部で3つあるのですけれども、1つは、非常に単純なご質問で、前半のほうにさかのぼってしまうのですけれども、資料8の特別養護老人ホームの入所希望者数の調査で、平成16年と平成19年の比較ということだと思いますが、もしかしたらご説明を聞き漏らしたのかもしれませんが、16年に比べて平成19年で約3,000名ですか、申し込みの実人数が減っているというのは、私個人の感覚として非常に意外だったのです。このあたりの原因と伺いますか、例えば、有料老人ホームがたくさんできて、そっちに流れているのだとか、何か原因みたいなものがわかったらちょっと1点教えていただきたいなということ。

あとは、全体の構成案に関してなんですけれども、最近いろいろなところで格差社会と

かと言われていて、これは学者さんによってもいろいろ考え方があるようなのですけれども、やはり高齢者に関して所得の格差というのがかなり広がっているような印象を持っています。これは統計的に何かデータを持っているわけではないんですけれども、そういう状況の中で、これは実際に難しいのかもしれませんが、やはりできれば第2部の第2章の高齢者を取り巻く状況のあたりで何か高齢者の経済の状況みたいなものがデータとして出せるのであれば出していただくといいのかなということ。

あともう一点、それに関して、所得の問題という部分ではおそらく第3章の第1節の2というのでしょうか、低所得者の負担への配慮という項目のところでおそらく出てくるんでしょうけれども、どうなんでしょうか、低所得の方というのは、単純に負担を軽減するという措置をとればその方の生活がきちんと維持できるようになるのかどうかというのはちょっと、低所得によってサービスの利用がうまくできていないとかという問題だけではなくて、やはりもっと広いいろいろな生活上の問題があるような気がするんですね。ですから、そこら辺で低所得の問題をここにぼんと置くだけでいいのかどうかという、これはまた素朴な疑問でございます。

それから、3点目ですけれども、この項目を見ると、例えば、地域ケアの推進であるとか、安全・安心の確保、防災緊急通報への取り組みとか、事業者さんとか地域の住民の方だけが頑張ってもどうにもならない問題、やはり市町村がきちんと責任を持って取り組まなければいけない問題というのが非常に多いんだと思うんですね。そういう意味で、東京都の立場でそういうことは非常に難しいのかもしれませんが、やはり市町村の役割はこういうところにあるんだというのを明確にこの計画の中で打ち出して、逆に市町村の方とかもいらっしゃるんで怒られてしまうのかもしれませんが、ハッパをかけていただくような、そういう強い計画ができないものだろうかというふうにちょっと思ったりもするんですけれども。

以上でございます。

【市川委員長】 ありがとうございます。経済的な状況とか、低所得の負担の問題とか、今必要とされる行政の役割、これは要望、もしくは意見ということによろしいですか。

【鈴木委員】 はい。

【市川委員長】 そして、質問は先ほど資料8の入所申込総数とか、申込実数が出されているけれども、ちょっと違和感があるけれどもどうなのかというような、それを質問としてよろしいでしょうか。

【鈴木委員】 はい。

【市川委員長】 じゃあ、お願いいたします。

【小室幹事】 一番最初のご指摘、特養入所者が今回調査で減っているということの原因についてですけれども、私どもは今回のこの調査でなぜこれが減ったかという直接的な分析のための材料は持ち合わせてございません。ただ、区市町村の方々にヒアリングしたときにお聞きしたものを総合いたしますと、まず1点目としては、多くの区市町村で緊急度の高い方から入所をさせるような、区市町村が間に立って入所調整を行う、システムとして緊急度の高い方からリストアップをして順番にご案内するというような仕組みをとっているところがかかなりあります。基本的には年齢ですとか、要介護度ですとか、ご家族の介護力の状況ですとか、そういったものをポイント化しまして、ポイントが多い方から上位にリストアップされていくというようなシステムです。そのことを住民の方によく窓口等でご説明して、その仕組みが大分浸透してきたのかというような説明がありました。

それから、平成17年10月からホテルコストが導入されまして、一部の特養についてはこれまでより相対的に高い室料を払わないといけないということになりまして、一部の方はこの室料が払い切れないということで、入所の案内を受けてもご辞退されるような例も出てきているというように聞いております。

あと、考えられることとしての3点目は、ここ二、三年有料老人ホームの数が非常に増えておりますので、一部の方はこちらのホームもご利用なさっているのかという、あくまで推測でございます。

【市川委員長】 よろしいでしょうか。

じゃあ、お願いいたします。

【安委員】 5点ほどありまして、まず1点目は、先ほどの高齢者の生活実態というところで、これは東京都の調査だと思うのですが、全国のものはあるのかということと、もしあるのならば東京都の傾向、こういうものはどういうものなのかというのがちょっと知りたいなと思われまます。

それと、続きまして、また高齢者の生活実態という資料及びこの計画の構成案の3部の1章、2章にかかわりますが、高齢者の生活実態の今日の資料の6でいきますと12です。介護が必要になった場合に望む対応というところで、在宅志向というものが非常に強まっていると、これが66%ということなのですが、非在宅志向の人もいるわけですね。そうすると、この在宅と非在宅がどうして分かれてくるのか、それをちょっと知りたいなと。

その違いは何なのかなという点ですね。

それと、今のに關しまして3点目は、今のところの13の隣なのですが、僕はこれが一番重要だと今日のことに関して思うんですけども、高齢者に対する必要な施策や支援というところで、一番目に介護者が自宅を訪問する形態の在宅サービスの充実と、こう挙げられているわけですね。そうすると、やはり居宅サービスといいますと介護の人材の問題、この間の会議でも話し合われましたけれども、この確保、定着、どうやって介護力をアップさせるかと。特に、離職率が高いということで、何で離職率が高いのか、そういう調査をされているのでしょうか。もしあるのならばちょっとそれが知りたいなと。

もう1つよく聞くのは、介護従事者の慢性疲労の問題ですね。非常にやはり激務である。この辺の認識が世間にあまりないのではないかと。ということは、後でも申しますけれども、地域ケアと言いますけれども、介護従事者の皆さんにもやはりケアが必要なんじゃないかなと僕は思うのですが、どういうケアが行われているのかということがちょっと、東京都でどう考えているのか知りたいなと、それが3点目ですね。

それと、4点目は、今のところの13に關わりまして、2番目の必要な施策、支援、これは年金や医療等、国の社会保険制度の充実と、こうあるわけですね、1番目が在宅サービスの充実で、2番目が国家の社会保障制度の充実だと。となると、これはアンケート調査、ここに書いていないのですが、どういう充実をアンケートされた人は望んでおるのかということをおちょっと知りたいなと。邪推かもしれませんが、これはやはり国家の財政問題とかかわるのだったら、東京都としてはどうやってこの不安を、また、施策を展開していったらいいのか。その辺が非常に気になるところでありますね。2番目の理由として制度の充実というかね、そういうのが挙げられていると。それがちょっと知りたいなと思う。

あと、5点目は、地域ケアということもこの会議ではかかってくると思うんですけども、いろいろお年寄りの皆さんと話す機会が多いのですが、そのときこのケアというと、何かこう、あまりなじんでないと。お世話だというふうに僕は思うのです。

それで、ケアという語源を探ってみますとラテン語が何かに行き着くのですが、不安、心配、気がかりというところから、お世話とか配慮ということになったわけですが、つまり、このケアというのは自分が相手に対して心配、または、不安を持ってだれかに何かお世話することで自分の不安を取り除くと、これがセキュリティーというんですけども、つまり、セキュリティーすることで自分の不安を取り除くと。ということは、やはり不安の解消ということがこのケアという意味にはやはり含まれなきゃいけない。つまり、お世

話ということを通じてなんです。

そうすると、今日ここにもありますけれども、東京都地域ケア体制整備構想ということでも、何の不安をどう解消しようとしているのかというのがやはり書いていないような僕は気がするのですね。そこを明確に述べるともうちょっと高齢者の方々に非常にわかりやすい体制づくりになるのかなと。また、ケアという英語ですけれども、これはキュアと違ってケアですから、これもやはり高齢者の方々になじんでもらうためにも日本語定訳とか、そういうのも考えていく必要があるんじゃないかと。ここは日本なので、やはり日本語でどういう意味かということも私はちゃんと定訳をつける必要があるのかなと。

この5点なのですけれども、お願いします。

【市川委員長】　　ちょっとすみません。1点目からちょっと1つずつ確認させていただけますか。まず1点目は。

【安委員】　　まずは、高齢者の生活実態が東京都のが配られたんですけれども、全国のもあるのか。

【市川委員長】　　2番目、すみません。

【安委員】　　2番目は、高齢者の生活実態の資料6ですね、12のところ、在宅志向というのが、望んでいる方が66%いると。じゃあ、そうじゃない人もいるわけですね。その違いは何なのかと。どうしてその違いが出てくるのか。そういうことですね。

【市川委員長】　　すみません、3番目も教えてください。

【安委員】　　3番目は、その横の13のところ、高齢者に対する必要な施策や支援のところ、在宅サービスを求めますというところが1番になっているんですけれども、そうなりますと、何回も繰り返しますと、やはり介護環境を充実させなきゃいけないと。そうすると、やはり介護人材の問題になると。離職率が高いということで、何で離職率が高いのか。もし、東京都でそういう実態を把握しているのだったら、それをちょっと教えていただきたいということと、あと、介護従事者の慢性疲労の問題で、非常に激務ですから、それでやめていく方も多分いると思うのですけれども、彼ら、彼女らに対してケアがなされているのか、なされていないのかと。

続いて4点目は、先ほどの13のところ2番目にやってほしい施策で、国家の社会保障制度の充実とあるのですけれども、そうするとこれは財政問題等の関係がやはりあるんじゃないか。そうすると、これに対して東京都はどう対処していったらいいのかなというのが4点目で、5点目は、ケアという用語に関して日本語定訳できないかなと、そういう

ことですね。あと、また、この不安の解消という意味も含まれているので、どういう不安を解消したいのかということで、もうちょっと目的のところに入れてほうがいいのかなどという意見です。

【市川委員長】 じゃあ、5番のほうは意見として、1、2、3、4というのが出ているということで、よろしいですかね。じゃあ、1から4まで、全国でその調査があるかどうか。

【小室幹事】 事務局のほうで回答させていただきます。

1点目の高齢者の生活実態の全国、都道府県という意味でございましょうか。それとも、全国データということでございましょうか。

【安委員】 都道府県別にありますか。

【小室幹事】 都道府県についてはおそらくあるとは思いますが、確認はしてございません。それで、それと比較した東京都の傾向というご質問になりますと、何を指標として比較するのかという問題が出てまいりますので、全般的なものとして傾向比較というのは難しいかと思えます。47の都道府県の調査を集めて、その比較ということになりますと、何を比較するのかということが必要になるかと思えます。

【市川委員長】 一応全国調査がありますので、ちょっと種類は違うと思えます。そうだよな。

【和気委員】 はい。ちょっとすみません、今すぐには思い出せないし、インターネットを見ればわかると思えますが、厚労省がやっている全国調査は多分あると思えます。東京都が多分、私が見た中では一番詳しく、都道府県別では調査をしている。あとはちょっと、ほかの都道府県が何をどういうふうに行っているのかというのは1つ1つ調べてみないとわからないですね。

【市川委員長】 ただ、東京都は歴史があるのです、この調査はね。結構古く、かつ充実していると思っています。だから、追っていけるような調査だということですね。

【和気委員】 そうですね。随分前からやっていますね。

【市川委員長】 いいですか、それで。

【安委員】 はい。

【市川委員長】 じゃあ、2番目。

【小室幹事】 あと、在宅希望の方と在宅を希望されていない方の背景というか、違いにつきましては、この調査でそのことを属性としたクロスをかけたような分析があるかど

うかは確認して、もしあればお示しすることはできるかと思いますが、ない場合はご容赦いただくことになるかもしれません。

それから、3番目の人材確保の離職率の問題ですけれども、東京都の中の離職率がなぜ高いのかということの分析は、東京都独自ではしておりませんで、全国レベルですと介護人材安定センターというところが毎年調査をしておりますで、なぜ離職率が高いのかというような分析も対外的に理由を述べて発表しているかと思いますが。私はこの場でその資料を今持ち合わせていないのですけれども、やはり待遇の問題ですとか、現場での雇用管理のシステムが不十分ですとか、キャリアアップのシステムが不十分であることなどが理由ではないかというふうな分析をしているように記憶しております。

それから、4番目の国の年金、医療の充実について、そういう回答が多いことについて東京都はどういうふうにされるのかというご質問ですけれども、アンケートの調査結果でございますので、国の制度充実という部分について都がストレートに直接これに対応できるかという、必ずしもそうではないかと思いますが。ただ、医療の充実の本質、例えば、医療制度というのは国が設計するものですが、それを現場でうまく医療と介護を連携させるとか、システムづくりといいましょうか、あるいは、基盤の整備ですとか、そういったものについてはやはり都としてもできることがあるのではないかと考えますので、都道府県としてできることを取り組んでいく考えでございます。

【市川委員長】 よろしいでしょうか。

あと、いかがでしょうか。

【阿部委員】 前回の会議の中でも資料として出てきたんですけれども、今現在訪問看護の給付費は昨年度伸びてきております。伸びている原因の1つとしましては、皆さんご存じだと思っておりますけれども、医療依存の高い方が非常に在宅のほうに帰ってきているということでは、訪問看護の必要度とかニーズが高まってきているわけです。嚥下障害によって食べられなくなったためによる胃ろうから経管栄養などは非常にポピュラーになってきて、かなり多くの方がその状況にあるのですけれども、そういう方たちは在宅で生活が落ち着いているにもかかわらず通所介護などが利用できないということが1つ問題になっています。

今回、資料5の中でも通所介護に関しては実績はかなり上回っているんですけれども、この中には医療依存の高い人というのはほとんど含まれておりません。医療依存が高いからそういうところへ行けない。また、介護者の状況によっては外にもなかなか連れていけ

ない。また、ヘルパーがそういう方を連れて外へ散歩に行くこともできない。訪問看護にしましても、室内での訪問看護ということで決められていますので、外に連れ出してあげることもしないということで、そういう方になった場合、どちらかという室内で天井を見つめているか、車いすに座って同じ角度を見つめているかという形になっているのが現状です。そういう方というのは、たまたま外に連れ出す機会があったときに、非常に表情が明るくなっていい顔をするということでは、何とかして外に出してあげたいという気持ちは常に現場の中で思っています。

そういう方のために、訪問看護ステーションが併設して行う療養通所サービスというのがあるんですけども、東京都の中では設置するための運営的な問題、地価の高騰とか、そういうものでは非常に伸び悩んでおりまして、実際ほとんどない、今2カ所か3カ所しかありません。ただ、それを設置するためだけではなくて、実際通所介護の中でそういう人たちを引き受けてくだされば設置する必要性はないわけですし、その人たちが通所介護、福祉系のサービスなので、医療者が少ないということで受け入れられていない現状になっているんですけども、そこに何らかの形で医療者が介入することで、そういう人たちもぜひ参加できるような形はとれないかと。去年、私たちはボランティアでそういう方のために一応通所のほうに行って、水分を補給するというので実際通所介護に参加してもらったことがあるんですけども、そういうものがぜひ制度化できればもっと広がるんじゃないかなと思って、これは要望として出させていたきたいと思います。

【市川委員長】 ありがとうございました。

あと、いかがでしょうか。

【五十嵐委員】 すみません。今阿部委員のほうがおっしゃったその前の段階なんですけど、有料老人ホーム、在宅もそうなのだろうと思うのですが、医療との関係で、今医療機関に長くいませんね。そうすると、医療処置が必要な状態で在宅に戻される。その場合の医療介護を、長く在宅、ホームでもそうなんですけれども、するためには、いろいろな地域との連携が要るのだろうと思うんですけども、そこがなかなかまだ充分ではないなと。ぜひ今後は、多分団塊世代がどんどん年をとって高齢者多死時代になるというふうに言われていますけれども、どこで亡くなるのか、亡くなるまでの過程がどうなのかということはどういう介護とか高齢者福祉の部分で非常に大きな問題になってくるのではないかなというふうに思いますので、ぜひその辺についても東京都の方針を含めて触れていただけたらありがたいなというふうに思っております。

以上です。

【市川委員長】 ありがとうございます。

いかがでしょうか。

【永田委員】 先ほどの資料1の縦長のを拝見しまして、第3期から第4期にかけてかなり第3期を踏まえて発展的な第4期の計画になっていると思うんですけども、ただ一方で、保健福祉とかに詳しい人たちから見ると、こういう点が焦点化されて来たなということが非常にわかりやすいと思うんですけども、この第4期の計画そのものというのが今度の2015年に向けて中間点ということで、これから当事者としても介護者層としても増えていける段階の世代の方たちに、特に今回の第4期計画とかは関心を持って支持していただくような内容になっていくことがとても大事なのではないかと思います。

そうすると、第4期のこの構造、構成、それはそれでポイント、すごい重点課題が積極的に前に出されていてわかりやすいと思うんですけども、ほんとうにこれから介護を迎えようという人たちが見たときにわかる構造なのかというと、少し当事者というか、都民の視点から見ると、いろいろなものが散らばっていてわかりにくいという面もあるんじゃないかというのが少し心配されます。

そうした意味で、第3期から重点的に持ち上げて第4期のこの構成になっているのは大事な点だと思うので、第4期計画の第2部あたりにもう少し住民の視点から見て、これ全体がどんなマップになるのかという、これはもうお考えだとは思いますが、そういう中年から少しずつ高齢期になっていく中で何がどういうことが必要になり、それに対してこういう計画が入っているというような、住民の視点に立った整理をして、その中で重点課題が第4期ではここなのだという、それが3部以降展開されるというようなお示しの仕方だと関心とか支持を得られていくのではないかと思います。

その点から確認すると、先ほどもほかの委員からもご指摘ありましたけれども、第4章の多様な社会参加というところと第3部の第1章、第1節の地域ケアというところが、実はこれはほんとうは表裏一体の部分もあるのではないかという。この第4章の社会参加の人たちが実が大きな地域ケアの担い手の一翼にもなっていくわけですし、先ほど市川委員長が言われたように、いろいろなものがつながっていると思うんですけども、そのつながりのところを明確に構造化するものが必要なのではないかと思います。そのことが都民がわかりやすさというのもあると思うし、1つは今自治体格差が広がっているという大きな課題もあると思うんですが、それぞれの柱立てが、それぞれの担当課が違ったり、担

当官が違ったり、ほんとうはもっと有機的につながるものがやはりそれぞれのパーツで完結したりとか、それぞれでまた会議がやられるというような、非常にやはりむだとか不連続が起きている面もあると思いますので、実際この計画を現場レベルで実践するときのそうした有機的なつながりを進めて、むだを省くためにも少し見えやすく、つながりをしっかりと都のレベルで示していくことが必要ではないかなと思います。

これは意見ということで参考にさせていただいて、あと、もう1点ですけれども、今回この第3部、第1章、第1節にある地域ケアですとか、その次の高齢者の認知症のことですとか、少し飛びまして第2章の第3節の介護人材、これはもう介護保険が始まってからの実は常にテーマになっていたことで、これを横滑りで出しても多分もうなかなか打開していかないだろうという、非常に今2015年に向けてこの3つのテーマ、この第4期でどう、本当の意味で推進力をつけるかが問われているテーマだと思います。ぜひこの特に今申し上げた3つの点、何ていうのかな、施策を並べるといっても、なぜ今までこれがうまく進んで来れていないののだろうか、特に人材育成なんかもそうですけれども、その部分の少し詰めを、現場とか関係者とも協議して、この第4期のところで、少しこう、さっき和田委員も言われた、何か都として新しい提案をしていかなければ、計画を始めていかないと、ただと言ったら失礼ですけれども、展開してただけではますます事態が悪くなっていくことも予想されるので、ぜひ本当の意味でどうしたら打開につながるのかというところを。私自身はキーになる人材とか、もっとキーになる拠点ですとか、そうしたものをしっかりと見据えながらの計画づくりが必要だと思っていますけれども、そういうところは今後またぜひ最終的な報告、計画づくりに向けてご検討いただいて、関係者で協議いただいた上で一歩前進の計画になったら、その後に第5期、第6期が生きてくるのではないかなと思っています。

以上です。

【市川委員長】 ありがとうございました。

貴重なご意見をそれぞれいただきましたが、これは多分に2部をもう少し具体化して、3部との整合性を図っていく。そして、私は3部からまたさらに2部でどういう社会を目指すのとか、どういう福祉社会を目指すのとか、そういうところ相互のボール投げを起草委員等をお願いしたいと思います。目指すものがあると、そこに向かってそれぞれの担い手も行けるわけですし、キーパーソンも働けるわけです。それがないと推進力にならないんですね。ですから、そこの相互の調整をしていただくということで、永田委員の意見

を受けとめていただきたいと思います。

よろしいでしょうか。あと、いかがでしょうか。行政のほう、いかがでしょうか、この部分で、齋藤委員、酒井委員。

【齋藤委員】 介護人材の関連でございますけれども、ここに今回前計画と違って、育成から確保という言葉2文字が追加しています、東京都が緊急提言をされて、それ以降の中でこういう確保の言葉が出てきたということは、今後の東京都としてどういう施策展開をされる、今お話ができないのかもしれませんが、ある程度そういう具体的な確保の部分に関してお考えがあるのかどうかということが1点ちょっとお聞きしたいことと、もう1つ、当然東京都というのは大変広うございまして、都心の区と、それから、当然青梅だとか、そういう緑豊かな市町、そういうところと、都民といっても置かれているニーズというのは異なっているのだらうと思うんですね。ですから、その辺の各地域のニーズを本計画の中にどう生かしていくのか、やはりもうそろそろそういう地域性というものに配慮した計画にするべきじゃないかなと、そんなことを考えています。区としても、高齢者保健福祉計画を立てるわけでございますけれども、やはり東京都の計画と整合性を保つてということが大事なので、ぜひそういった地域特性を生かしたような計画になればと思います。

その2点です。

【市川委員長】 いかがでしょうか。

【小室幹事】 今のご質問についてお答えいたします。

人材の確保という言葉が入ったということで、さすがに鋭い注意眼だなと思いましたが、やはり確保という言葉の背景には、今人口減少社会のまさしくスタートに私どもは入っているわけで、労働集約型の産業である介護労働という分野が、しかも他産業との競争の激しい大都市という地域において、非常に今危機的な状況にさらされているという認識が根底にございます。もちろん、介護報酬の問題が非常に大きな部分を占めておりますので、都としても国に介護報酬の改善等は申し入れているところではありますが、やはりこの厳しい状況を都としても何らかの取り組みをしていかなければならないという認識は持っておりますので、人材についても、できましたら確保対策、定着対策というような形で、もっと従来以上に強化していく必要があるのではないかとこのように認識しております。

それから、地域性の問題でございますが、現在の第3期の計画でもそれぞれ区市町村別

の取り組みですとか、あと、最後のほうに圏域別の資料などもございます。私どももこの例えば囲み記事のような形で、非常に地域性を生かした先進的な、あるいは、ユニークな取り組みを計画の中で紹介していきたいというような考えは持っておりますし、圏域ごとのコーナーについても、現在のものよりはもう少し充実したものにしていって、それぞれ区市町村が圏域の中でのご自身の位置というか、そういったものを意識しながら施策をつくっていけるような形に、役立つようなものがつくればと思っております。

【市川委員長】 ありがとうございました。

それは地域性の視点が問われていると思います。地域資源の違いとか住民環境の違いとか、モデル時の歴史的違いがかなり自治体にありますので、そこら辺をどういうところに盛り込んでいけるか、ミニマムな部分と少しそこら辺の自由な取り組みという形の両方が必要になってくるのではないかと私は思います。

あと、いかがでしょうか。

じゃあ、私のほうで、資料5を見ていただきたいと思います。先ほど資料5を重視しますのは、大分東京都が打ち出したいという要素がここに入っているところでございますので、資料5の横の広いほうですが、予防給付のところでの進捗率が非常に低いということで、いろいろお考えのようでございます。これはそもそも制度上の問題なのか、運営の問題なのか、運営する組織自体の問題なのか、もしくは、人材や専門性の問題なのか、いろいろな問題が絡んできますので、それをきちんと精査なさって、それぞれの単価の問題も当然絡んできますが、その見直しをしていただくことが具体的な提案につながるだろうという要望でまず1点です。

2番目には、先ほどの孤立予防とか、いろいろ予防の議論が出てきましたけれども、孤立予防が前面に出ざるを得ませんので、つまり、そうすると報告書の表題にもありますまちづくりという側面を強調して頂きたい。つまり、どうやってそれぞれの地域が協働したまちづくり、これは玉木議員が言ったガバナンスの議論がどうやら出てくるようでございますから、その視点は少し強調していただきたいというのが要望の2点目です。

3番目に、先ほど介護人材等がありました。こういう介護予防等々も専門性がありますので、マネジメントできる人とか、地域の資源を掘り起こしてくれる人とか、調整できる人が不可欠であるということになりますと、ケアという部分だけではなく、その福祉人材をどう広げていくか、これは永田委員とも関連します。結びつけて、調整して、掘り起こして、評価したりする人、それをどう地域で掘り起こしていくか、育てるかということ

が課題になりますので、その点もご検討いただきたいと思います。

そして、第4番目は、この特養の議論等になりますけれども、例えば、聴覚障害の方がいらして、特養に入ることの困難さがやはり見られます。ホーム内で聴覚障害の方が1人とか2人ですと、コミュニケーションがかなり難しい。今まで障害を持っていた方が高齢になってホームに入所なさるときに、一定の援助やホーム自体に生活支援の仕組みをつくれませんか。これは一方で障害者部会が厚労省で動いていますね。そのところとも連携することをございますので、調整をお願いしたいと思います。

おおむねこれで議論を集約したいと思いますですが、さらなるご意見ありましたら、できましたら1週間以内に文書をお出しいただきたいと思います。

また、資料請求がございましたら、ただ、膨大な資料は業務としても差しさわりが出来ますので、それは委員長としてもちょっと準備を相談させていただきますが、何か資料の請求があればさせていただきますと思います。

本日の会議でいただいた意見と同様に事務局でそこら辺の意見をいただいてまとめていこうと思いますが、それでよろしいでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

【市川委員長】 では、本日、構成案についてはさまざまな意見をいただきました。これを事務局で整理して、8月より開催される起草委員会において具体的な計画案をとりまとめていただきます。起草委員会の委員、幹事については先日事務局と協議し、参考資料2に出っていますが、決めさせていただいておりますが、委員、幹事の皆様、それでどうぞよろしくお願いいたしますと思います。

最後に、事務局から次回の日程について事務連絡がありましたらお願いします。

【小室幹事】 次回の委員会、第3回の委員会ですが、12月上旬ごろ、場所は都庁で開催いたします。詳細な日程は9月中にご連絡させていただきますので、次回のご出席についてもどうぞよろしくお願いいたします。

【市川委員長】 よろしいですか。

それでは、これにて会議を終了させていただきます。ご協力ありがとうございました。

了