

平成23年度 第9回練馬区介護保険運営協議会 会議要録	
1 日 時	平成23年7月1日（金） 午後4時から6時まで
2 場 所	練馬区役所 本庁舎5階 庁議室
3 出 席 者	<p>(委員 19名) 市川会長、小林委員、島崎委員、玉村委員、武藤委員、八重樫委員、渡邊委員、小池委員、白戸委員、植田委員、大島委員、増田委員、坪井委員、中村委員、中迫委員、高橋委員、佐藤委員、原委員、永野委員 (区幹事 12名) 健康福祉事業本部長、福祉部長、福祉部経営課長、高齢社会対策課長、介護保険課長、光が丘総合福祉事務所長、地域医療課長 ほか事務局5名</p>
4 傍 聴 者	1名
5 議 題	<p>(1) 第5期練馬区介護保険事業計画にかかる課題の検討 【検討課題】①認知症になっても安心して暮らせる地域づくり ②介護・医療の連携</p> <p>(2) その他 ①介護保険について（平成23年5月末現在） ②練馬区高齢者基礎調査について ③その他 ④次回予定 日時 平成23年7月26日（火）午後2時～午後4時 会場 練馬区役所本庁舎5階 庁議室</p>
6 資 料	<p>1 次第 2 資料1 第5期練馬区介護保険事業計画にかかる検討課題 「認知症になっても安心して暮らせる地域づくり」 3 資料2 「認知症になっても安心して暮らせる地域づくり」イメージ図 4 資料3 第5期練馬区介護保険事業計画にかかる検討課題 「介護と医療の連携」 5 資料4 「介護と医療の連携」イメージ図 6 資料5 介護保険について（5月末現在） 7 参考 練馬区高齢者基礎調査 本編冊子 8 参考 同上 概要版 9 参考 平成23年度版 高齢者の生活ガイド 冊子 10 練馬区介護保険運営協議会委員名簿および座席表</p>
7 事 務 局	<p>練馬区 健康福祉事業本部 福祉部 高齢社会対策課 計画係 TEL 03-5984-4584</p>

会議の概要

(会長)

ただ今より、第9回練馬区介護保険運営協議会を開催する。

【委員の出欠、傍聴の状況報告、配付資料の確認】

【人事異動による区幹事の紹介】

(会長)

案件に入る前に確認する。区民委員の皆様から区への提案事項が提出されていると報告があった。これについては、区担当課長が窓口となり対応する形にしたいと思うが、よろしいか。

(高齢社会対策課長)

高齢社会対策課長、光が丘総合福祉事務所長、介護保険課長が窓口となって対応させていただきます。

【異議なし】

(会長)

案件(1)に進む。検討課題①「認知症になっても安心して暮らせる地域づくり」について、資料の説明をお願いします。

(光が丘総合福祉事務所長)

【資料1 第5期練馬区介護保険事業計画にかかる検討課題

「認知症になっても安心して暮らせる地域づくり」の説明】

【資料2 「認知症になっても安心して暮らせる地域づくり」イメージ図の説明】

(会長)

質疑応答に進む。

(委員)

資料1 4ページ【施策の方向性】4(1)「認知症サポーター養成講座の拡充」について、私も最近受講させていただいた。区では、認知症サポーターをどのように位置付けているのかお尋ねしたい。

また、先ほどの説明では、今後、若い世代の参加を促進するという説明があったが、その点は大賛成である。

(高齢社会対策課長)

認知症サポーターについては、長期計画の中で、平成26年度末までに受講者1万人を目標と定め、講座を開いている。

認知症が、マスコミをはじめ様々なところで取り沙汰されるようになった当初は、専門家もおらず対応の方法すらも分からない状況であったが、介護保険制度が導入され、専門家や支援する職種が整理されてきた。そのような中、区としても、地域の中で認知症に対する理解の普及促進への取り組みが求められたのが発端である。国も同様の考えを念頭に事業の展開をしている。

最初の説明にあったように、認知症サポーターには、今後、広い意味でのネットワー

クである徘徊対策ネットワークの協力者という形で、ご協力いただきたいと考えている。
(委員)

徘徊対策ネットワークの協力者として期待されているという話は講習会でも聞いた。しかし、サポーターが1万人に達しても、実際に徘徊等に遭遇する方は少ないのではないかと思う。現在、練馬区内での徘徊、行方不明等の事例はどの程度発生しているのか。
(光が丘総合福祉事務所長)

練馬区には高齢者相談センターの本所が4カ所あり、認知症の方が行方不明になった場合には、各支所を通じて電子メール等で本所に連絡が入ると同時に、家族から警察、消防等に捜索の依頼をする形になる。頻度は、多いときで週1回程度発生している。ほとんどの場合、翌々日位までには発見されているが、区内で発見されるとは限らず、電車等でかなり遠くまで行かれていることもある。我々も様々な方法で探してはいるが、やはり警察、消防により発見されるケースが一番多い。

(高齢社会対策課長)

昨年度、徘徊対策ネットワーク事業を始めるにあたり、区内のケアマネジャーにアンケート調査を実施した。その中で、この1、2年に行方不明になった方の人数を聞いたところ、実人数で約220名であった。

(会長)

静岡県伊東市の事例だが、行方不明者の発生や発見情報の連絡には放送が使われている。練馬区には放送の仕組みはないので、情報を共有する方法について、さらなる検討の必要があると思う。

厚生労働省の発表では、年間800人～1,600人の高齢者が、徘徊により行方不明や死亡に至っているというデータもある。それを踏まえると、ただ今のご意見はとても重要だと思う。また、練馬区のような都会の自治体では、電車、バス等で容易に遠方へ行かれてしまうという問題についても、工夫が必要である。

認知症サポーターについても、1万人に増やしたからといって、即全員が活動できるわけではないと思うので、ネットワークの中でどのような位置付けをしていくかも含め、さらに検討していく必要がある。

(委員)

資料1 1ページによると、現在、区内の認知症高齢者は13,000人～16,000人と推計されているとある。この中で、単身の方はどのくらいの比率なのか。

単身の方と、家族と同居している方への対策は違うと思うので、それぞれどのように考えているのかを教えてください。

また、冒頭に会長からお話があった、区民委員からの提案書について述べておく。

老々介護の様子は実際に見ているので、高齢者のみ世帯のイメージは大体分かる。区の認知症対策について、工夫しているとは思いますが、漠然としている印象を受ける。そこで、区民としての立場で、要望を真剣に考え提案書を出させていただいた。

(高齢社会対策課長)

区内の65歳以上の単身者は、平成23年1月1日現在37,956人であるが、うち、認知症の症状がある方の割合についての統計は出ていない。

一方、介護保険の認定調査の中での、認知症の症状にかかる日常生活の自立度という項目においては、Ⅱ a 以上の方を何らかの介護が必要な認知症の高齢者と定義している。

該当者は約14,000人～15,000人だが、そこから単身者の割合について統計するのは難しいというのが実態である。

単身者は全高齢者人口の4分の1弱なので、認知症の症状がある単身者は、推計上14,000人～15,000人×1/4=3,500人～3,750人程度と考えられるが、正確な数字は算出し難いというのが実態である。

(会長)

今回の調査で、何らかの数値は出せるのか。

(高齢社会対策課長)

認知症の症状があり、かつ単身者の人数を正確に出すのは困難である。

(会長)

人数の算出が困難であっても、家族介護者の状況等の調査から、何らかの意向を見出せるのではないかと思う。

また、今回の調査では、認知症の方が多様な医療ニーズを持っていることも分かっている。例えば、うつのある方については、脳梗塞や身体障害がきっかけでうつを誘発し、ADLが低下しているというように、複合的な要因が顕在化している。このような介護がかなり難しいケースへの対応の検討も不可欠だと思う。

実際に認知症の方にサービスを提供している方からのご意見等はないか。

(委員)

認知症の方の中には、普段話すときには、しっかりした考えを持って、立派に話される方もおられ、周囲からは認知症の症状の有無が分からないときがある。

私の知る範囲では、単身者の場合、周囲の方も気を付けるので、症状の軽い方はデイサービスへ通う、重度の方は施設に入っただく等の手続きをとっており大きな問題は無いことが多い。むしろ、家族と同居している方のほうが、徘徊等の問題があるのではないかと思う。

また、本当に心配な方については、地域で相談をすれば、民生委員や区できちんと対応をしてくださっている。

(委員)

「認知症になっても安心して暮らせる地域づくり」という課題は、第4期計画から引き継がれている課題であると理解している。

高齢者保健福祉計画と介護保険事業計画とは一体的な計画なので、課題の中には、介護保険に係るものだけでなく、介護保険外の高齢者保健福祉施策に係る部分も相当含まれているが、介護保険運営協議会としては所管事項である介護保険に係る部分に重点を置いた議論をしてきたと理解している。高齢者保健福祉計画部分については別に審議を進めているのか。

(高齢社会対策課長)

基本的には、高齢者保健福祉計画、介護保険事業計画については、一体的な計画として検討を進めている。第5期に向けて8つの検討課題を挙げており、課題のうち介護保

険関連は介護保険運営協議会、介護保険以外の高齢者保健福祉については高齢者保健福祉懇談会が所管するという形にさせていただいている。

(委員)

今回のテーマは、医療との関連性が高いので、2点ほど、医療従事者としての意見を述べたいと思う。

1点目は、先ほど日常生活自立度がⅡ a 以上を介護が必要な認知症と定義しているという説明があった。しかし現実には、高齢者夫婦世帯で、夫が妻を認知症ではないかと思ひ連れて来たが、実際に認知症のテストをすると、連れて来た夫の方が認知症だったというケースは少なくない。また、実際に仕事をしているタクシー運転手の方で、3日ほど帰宅せず、全然違う地域で他人の住居に侵入して発見されたというケースもある。

認知症は、症状がありながら、本人に自覚がないことが多い点が問題であり、日常生活自立度調査等を指標として認知症高齢者の人数を推計するのは非常に難しいと思う。

2点目は、地域医療との連携についてだが、練馬区の人口71万人に対し、かかりつけ医は約120名、認知症サポート医は17名しかいないというのが現状である。

つぎに資料中の不明な点について質問したい。

資料1 2ページ【施策の方向性】1(1)に、「地域の専門病院」とあるが、どのような病院を想定しているのか。また、「認知症疾患医療センター等の医療機関」というのは、具体的に決まっているのか。

(高齢社会対策課長)

地域の専門病院については、基本的には精神科のある病院と考えており、区内では陽和病院、慈雲堂内科病院、大泉病院等が想定される。

認知症疾患医療センターについては現在、東京都が選定を進めている段階であり、どの医療機関が指定されるかは未定である。

(委員)

現状、医療分野の中でも、かかりつけ医と認知症サポート医の連携が不十分であり、認知症サポート医と専門病院との関係性も薄い状態である。さらに、認知症疾患医療センター等の医療機関は、現時点では皆無に等しい状況である。「介護と医療の連携」と言われても、現実的な問題としては非常に困難である。

(会長)

この部分に関しては、厚生労働省から新たな改革案が出たばかりで、具体的な内容については詰められていない。今のご指摘は、認知症の症状がある方への対応について、介護保険で関わるのか、あるいは医療保険の範疇として対応するのか、もう少し連携して進めていく必要があるという趣旨と思う。

実際、認知症の症状がありながら周囲が気が付いていない方を含め、介護保険の申請もせず、かつ、成年後見制度等のサービスも使うべきなのに利用につながないという方が多くおられると思う。医療サービス提供時に発見された方の情報を介護サービス等につなげていくための新たな仕組みが、今後、求められてくるということである。

(委員)

資料1 3ページ【施策の方向性】3(3)に「介護保険サービスの質の向上」とある

が、「質」だけではなく「量」についても記載してほしい。認知症の方が、在宅で安心して暮らすためには、24時間体制での見守りやショートステイ等の量的な充実も不可欠だと思う。量については、財政負担に直結するので簡単ではないと思うが、配慮してほしい。

(会長)

量については、ここの箇所に限らず、計画上の目標値として公表していくことになると思う。

(介護保険課長)

会長のご指摘のとおり、介護サービスの給付量等は保険給付費に影響がある事業量として算定していく必要がある。特に施設整備については、特別養護老人ホーム、グループホーム等の種別ごとにどの程度整備するか、具体的な事業計画としてお示ししていく事になる。

(会長)

ところで、現実的に非常に厳しいのが、資料1 4ページ【施策の方向性】3(5)「若年性認知症支援の充実」である。20年程前は、50代の認知症は1,000人に1人と言われていたが、現在はかなり増えており、先ほどのタクシー運転手の事例の様な話もしばしば聞くようになった。

若年性認知症については、実態把握が進んでおらず、専門的な医療機関も非常に少ない。練馬区に限らずどの自治体でも苦労している共通的な課題である。対策については、行政のみで議論するのではなく、区民、事業者等を巻き込む必要があり、介護保険運営協議会が議論の場になると考えられる。

実態把握が不十分な中、完璧な対策は難しいが、皆様方にも検討していただきながら、少しでも進行を遅らせる工夫をする等、支援の充実を目指したいと考えている。

ただし、充実するということは即ち、保険料に影響するため、介護保険運営協議会としても、答申に当たっては慎重に考える必要がある。

(委員)

資料1 2ページ【施策の方向性】1(2)「高齢者相談センターの相談技術の向上」について意見を述べる。

「高齢者相談センターにおいて認知症専門医による相談を実施してきました。しかし、高齢者相談センターでは、認知症の診断・治療を受けないまま症状が重度化し、支援にあたって専門的な医学知識が必要となる相談が増加しています」とあり、このような実態を区として認識されていると理解する。しかしながら、高齢者相談センターにおける認知症専門医の相談というのは、月1回しかも予約制で、相談可能な件数に限りがあるのが実情である。今後は、相談可能な窓口を拡充するとともに、医療サービスへ連携し易くするための仕組みを考えていく必要があると思う。

(委員)

高齢者相談センターの運営について意見したい。

高齢者相談センターは、それぞれ担当地域があるため非常に困っている。行政が決めた地域を区民はご存知無いので、あるセンターで相談できず、別のセンターへ行くと、

地域が違うと言って断られる。それが原因でサービスを受けられなくなった方もおられる。

(高齢社会対策課長)

現在、練馬区は4つの日常生活圏域を設定しており、それぞれ高齢者相談センター本所を1か所設置している。また、各々の圏域内には、支所を数箇所ずつ、合計22か所設置している。しかし、各支所の担当地域はあるものの、相談等は担当地域に関わらずお受けする体制をとっている。

ただ今ご指摘のあった、地域が異なりサービスを受けられなかった方のお話については、支所同士の連携のミス等があったのではないかと推測される。ご迷惑をお掛けしたことについて深くお詫び申し上げます。今後、同様のミスが無い様、改めて本所および支所間の連携を深め、対応していきたい。

(会長)

コンサルタントへ質問する。今回の調査結果から見えてきた区民ニーズ等について、何か特筆すべき点はあるか。

(株式会社ジャパンインターナショナル総合研究所)

今回調査では新たに「日常生活圏域ニーズ調査」を実施し、郵便番号176の「練馬」地域を対象に、認知機能等のリスク要因を持つ方の潜在状況を調査した。

認知症の症状があると思われる方の潜在割合および回答傾向から、将来、どのようなサービスがどの程度利用されるようになるかのニーズを推計し得るのではと考えている。

(高齢社会対策課長)

ただ今の説明について補足する。

日常生活圏域ニーズ調査は、調査規模の限界から、練馬地区という限定された地域での調査であること、また、調査回答者数が624名と分母が少ない事には留意する必要がある。従って、推計を区全体に反映する際には、誤差が生じる事はやむを得ず、あくまでも将来推計のための資料の一端としての活用となる点は、予めご了解いただきたい。

(会長)

調査数以外にも、調査方法等により誤差は出るものである。数値に関してはある程度の幅があると承知している。

(委員)

資料1【施策の方向性】の中では、連絡会、勉強会、講演会の開催等という表現が頻出するが、会の開催自体が目標のではなく、その結果どのような効果があったのかが重要だと思う。

第4期計画でも、認知症高齢者支援ネットワーク事業の中で勉強会、協議会が開催されているが、その効果はどうなっているのかお尋ねしたい。第5期計画での施策の方向性は、第4期での勉強会、協議会等の開催による効果があったと考えてのことか。

(高齢社会対策課長)

第4期計画における「認知症高齢者支援ネットワーク事業」は、平成21、22年度の2年間、認知症高齢者の徘徊対策について検討を行い、様々な意見等をいただいた。加えて、模擬訓練等も実施した。これらの取り組みの成果を、新たな「認知症高齢者徘徊対

策ネットワーク事業」にも活かしていきたいと考えている。

平成23年7月から、認知症サポーターも含めたネットワーク協力者の募集を開始している。8月からは個人検索協力者も募集し、9月から事業実施の予定である。徘徊等が発生した場合の連絡、電子メール配信等において、平成22年度末までに実施、検証してきた内容が活かされていくと思っている。

(委員)

徘徊等が発生した際、電子メールで情報配信するとあるが、ご本人の個人情報ほどの程度まで公開されるのか。

(高齢社会対策課長)

ご本人の性別、失踪当時の服装、おおむねの年齢等の情報を流す。

(委員)

例えば、ご家族がご本人の顔写真を公開しても良いと言われた場合はどのように取扱うのか。

(高齢社会対策課長)

個人情報保護の観点から、そこまで踏み込んだ対応は難しいのが実情である。今後、区の個人情報保護制度の所管部署とも相談しながら検討していきたいと思うが、現時点では困難だと思う。

(会長)

顔写真の場合、公開することにより、別の新たな犯罪被害のきっかけとなり得る可能性があり、慎重な取扱いが必要と思われる。ご家族の了承の上であっても、どこまでの個人情報を出すべきかは、今後、検討を続ける必要があるとご理解いただきたい。

では、次に、検討課題 ②「介護と医療の連携」に進む。資料の説明をお願いする。

(地域医療課長)

【資料3 第5期練馬区介護保険事業計画にかかる検討課題

「介護と医療の連携」の説明】

【資料4 「介護と医療の連携」イメージ図の説明】

(会長)

現在、練馬区の人口は、世田谷区に次ぐ都内2位で、予算も二千数百億円と県レベルに迫る規模である。そのため、総合的な計画となっているのが練馬区の計画の特徴だと思う。この点を理解していただき、意見ををお願いしたい。

(委員)

資料3 2ページ【施策の方向性】1(3)で、「短期入所療養介護（ショートステイ）を充実させることが重要」とあるが、医療が必要な在宅療養の方というのはショートステイで対応することは難しい。また、病院の場合、単なるショートステイは医療保険上認められない。ここでいうショートステイについて、区としては、どのような施設等の活用を考えておられるのか。

(高齢社会対策課長)

区としては、現在、介護老人保健施設の増床に鋭意取り組んでおり、基本的には介護老人保健施設として確保する予定である。また、今年度より緊急医療ショートステイと

いう事業を始めており、そちらの利用も促進していきたいと考えている。

(委員)

24時間、安心して医療を受けられるという仕組みの一つとして、在宅療養支援診療所があると思うが、練馬区における在宅療養支援診療所の状況はどうなっているのか。

(地域医療課長)

区内の在宅療養支援診療所は、昨年の10月から6か所増えて、現在67か所である。

在宅療養支援診療所になると保険点数が加算されるため、取得しているところも多い。しかし、点数加算は即ち、患者の負担増につながるという問題がある。このため、あえて在宅療養支援診療所の認証は取得しないが、実際の対応としては24時間診療に応じている医師も多くおられる。在宅療養支援診療所制度については、今後きちんと整理する必要があると思っている。

24時間体制の検討については、現在、医師会の先生方にも協力をお願いしながら進めているが、中心となるのは訪問看護ステーションだろうと考えている。訪問看護ステーションの多くは、おおむね6割が介護保険、残り4割が医療保険対象の業務となっており、医療と介護双方の現場をつなぐサービスになると思われる。しかしながら、看護師の不足により、基準である2.5:1の人員配置が満たせなくなるため、訪問看護ステーションが減りつつあるという問題がある。

24時間体制を確立するためには、介護と医療のネットワークをつくり、各々のサービスが連携することが不可欠なので、皆さんのご協力をお願いしたいと考えている。

(委員)

練馬区医師会としては、在宅療養の現状は非常に厳しいものであると考えている。

介護保険制度開始当初は、訪問看護ステーションも相当の訪問看護師を配置し、医療機関も訪問診療に手を挙げた。ところが、訪問看護師は保険点数が高いため、それよりホームヘルパーに何回か来てもらったほうが良いという結果になり、訪問看護ステーションの事業が成り立たなくなってきたのである。

また、医師としても、往診で点滴が必要な場合、針を刺すことはできても、終わる時間に併せて針を抜きに戻るのは不可能なため、点滴すらできないのである。そこに訪問看護師が加わっていただければ、ある程度の在宅の治療が可能となるのだが、現実には訪問看護師が不足しているため難しい状況である。このような点から、医師の中には、在宅療養に関しての意欲を無くしてしまっている方もいる。

(会長)

確かに大きな課題である。施策の方向性として在宅療養の充実を掲げるのであれば、サービスを担う人材の確保が不可欠であるが、保険点数の制約という問題もある。この課題については、介護保険運営協議会の様な、関係する様々な職種が集まっている場で議論することに意味があると思うので、訪問看護を維持できる可能性や方法について、積極的に提案を出していただきたい。

(委員)

資料3 2ページ【施策の方向性】1(1)について、「介護・医療いずれの分野についても十分な経験・地域を有する職員を配置した在宅療養相談窓口を設置することを目

指します」とあるが、具体的にはどこまで検討が進んでいるのか。

(高齢社会対策課長)

在宅療養相談窓口については、国も、必要性をかなり強調している。練馬区としても、医療と介護の連携の拠点の一つとして設置を目指したいと考えている。

具体的な場所、設置箇所数、配置人員等については、財政的な問題が絡んでくることもあり、今後の検討となる。高齢者相談センター支所からの意見もいただきたいと考えている。

(会長)

やみくもに専門職を入れるのではなく、高い専門性を持つエキスパートから、傾聴ボランティア、その中間にあたる人、および民生委員等も含め、重層的に支え合える様な人材の配置が望ましいと思う。高齢者相談センターの他の業務に係る配置も含め、総合的な人材の配置を考える際の要素の1つと理解していただきたい。

(委員)

在宅療養相談窓口の設置も必要だと思うが、家族の立場としては、身近で一番相談しやすいのはケアマネジャーである。ぜひケアマネジャーのレベルアップも検討していただきたい。

実施にあたり、特に新しい制度をつくる必要もなく、家族にとっても一番ありがたく、現実的だと思う。今回の資料にはケアマネジャーについての記載が無い。家族や利用者側の視点に立った施策も盛り込んでほしい。

(地域医療課長)

直接的にケアマネジャーという言葉を使っていないため分かりづらいが、資料3【施策の方向性】3(1)で、「介護従事者に対しては、練馬介護人材育成・研修センターを活用し、在宅療養に関する研修プログラムを設定していきます。」とある。

具体的なプログラムとして、ケアマネジャーを対象とする研修等も実施し、レベルアップを図っていききたいと考えている。

(会長)

ここで質疑の方向性について確認しておく。

会議席上での議論で、全ての疑問あるいは意見に対して完璧な結論を出すことは想定していない。このため、全ての意見に対して、逐一、区から回答する必要は無いと考える。また、行政計画だからといって、行政のみが責任を負うわけではなく、住民、家族、医師会、事業者等も含め、皆で創り上げる計画と捉え、建設的な議論を積み重ねていくことが重要だと考えている。

(委員)

先ほど述べた在宅療養の問題点に付け加えて意見したい。

在宅療養を困難にする要因の一つとして、家族介護の状況もある。日常的に家族の方が看病している所であれば、往診等も問題なく可能である。しかし、家族のサポートが得られない等の問題がある場合には非常に困難になる。

少子高齢化等の社会的な問題が解決されないと難しい部分が大きいと感じている。

(会長)

ただ今のご指摘のような要因は確かにあると思う。

次期計画では、提供すべきサービスの優先順位等を検討する必要もあると思う。限られた資源を有効に活用するために、緊急にサービスを提供する必要性が高いと判断される方を優先し、比較的余裕のある方は、民間サービスにお任せするといった選択もあり得ると思う。そういった状況を踏まえて議論していただきたい。

(委員)

資料4のイメージ図は、第4期計画でのイメージ図に比べるとはるかに進歩しており、良いものになっていると思う。

付け加えると、在宅高齢者を支える連携の仕組みを構成する団体等が全て同じ大きさで描かれているので、先ほどの意見の様に、ケアマネジャーや、家族の支援等の重要性を考え、比重に差をつける等の表現を加味すれば、より素晴らしいものになると思う。

(会長)

他にご意見はないか。

無ければ、全員の理解を共有化するため、再度、課題検討に関する全体の枠組みを確認していただきたい。

(高齢社会対策課長)

第5期計画に向けての検討の枠組みは、全体を8つの大きなテーマに分けて設定し、それぞれの分野を所管する会議において検討を進めている。

まず、「主体的に取り組む介護予防の推進」、「認知症になっても安心して暮らせる地域づくり」、「介護と医療の連携」の3つは介護保険運営協議会が所管している。

つぎに「地域包括支援センターを中心とする相談支援体制の充実」は、介護保険運営協議会から地域包括支援センター運営協議会へ検討を依頼している。

また、「介護保険施設および地域密着型サービス拠点の整備促進」については、介護保険運営協議会の所管だが、このうち地域密着型サービスに係る部分については、地域密着型サービス運営委員会の所管事項となるため検討を依頼している。

地域包括支援センター運営協議会および地域密着型サービス運営委員会へ検討を依頼している事項の結果については、今後の会議中でご報告させていただく。

最後に、「地域貢献につながる社会参加の促進」、「高齢期の住まいづくり・住まい方の支援」、「高齢者を地域で見守る体制づくり」の3つは、主に介護保険以外の高齢者福祉施策を所管する高齢者保健福祉懇談会での検討事項としている。

(会長)

各会議から出た意見等については、必要に応じて情報提供をしていただきたい。

他にご意見等はないか。

(委員)

介護サービス事業者として、報告とお礼を述べたい。

今回の介護保険運営協議会において、練馬区介護サービス事業者連絡協議会の訪問看護サービス分科会および、区内の訪問看護ステーションから、現場で働く中での様々な問題を提案しようと考えていた。

ところが、区へ事前に相談したところ、現場の従事者からの生の声を直接聞くための席を別に設けたいとの回答をいただいた。

そのような機会を持ってくださるのは大変ありがたいと思っている。この場を借りて、感謝を申し上げます。

(会長)

介護サービス事業所から提案された内容等について、区で整理した上で、施策の方向性へ反映していただきたい。

(委員)

先ほど議論のあったケアマネジャーについて、事業者の立場から意見を申し上げたい。

介護保険制度の要はケアマネジャーだと考えている。制度設立時の趣旨も、ケアマネジャーが高い専門性を持ち適切なケアマネジメントをし、介護サービス利用者の暮らしを豊かなものにする手助けをすることだったはずである。しかし実態は、質の向上よりも数を確保することを優先している状態になっていると思う。

問題点として、ケアマネジャーはサービスをきちんとやるほど、担当可能な件数に限界が生じてしまい、事業所運営も苦しくなってしまうということがある。そのような状況下で、ケアマネジャーに高い資質を求めるのであれば、質の維持を担保できるような仕組みづくりが必要だと思う。具体的には、研修や金銭的なインセンティブ等が考えられるが、区レベルで介護保険制度を変えることが難しいのは理解している。しかし、頑張れと言うだけでは限界があると思う。

(会長)

平成21年の介護報酬改定の中には、介護従事者の専門性や定着促進の取り組みに対する加算の制度もあった。そういった制度を活用し、既存のサービスの中での誘導策につなげるのも一つの方法ではないかと思う。

また、ケアマネジャーが孤立して、1人で問題を背負ってしまうことも多いと聞く。ケアマネジャーをバックアップするような仕組みができれば、息苦しさから救われる人もいるのではないかと思う。

金銭的なインセンティブの話にとらわれ過ぎると、可能か不可能かという点に集約されてしまう。中間のニュートラルな議論も提案していただければと思う。

(委員)

介護保険制度の趣旨に基づくと、ケアマネジャーが独立して運営できるということが、本来のあるべき形だと思う。しかし、実際には独立型のケアマネジャーがなかなか増えない理由は、事業所運営が成り立たないためである。熱意がある人だけが、収入が低下しても独立してやっているというのが現状なので、そこを支えるような仕組みが必要だと思う。

金銭的なインセンティブは非常に難しいのは分かるので、それに代わる、スーパーバイズの仕組みなどを検討していただきたい。

現在は高齢者相談センターがその役割を担っているということになっているが、十分に機能しているとは思えない。

いずれにしても、ケアマネジャーの役割と立場が、介護保険ができた当初のイメージ

から大きなギャップがあるのは問題である。

(介護保険課長)

ただ今のご意見は、区としても大きな課題だと認識している。国の動向として、ケアマネジャーを国家資格にしたらどうかという議論や、ケアプラン作成の報酬を利用者からもいただいているかどうかといった考え方も出ている様である。実現すれば、まさにケアマネジャーの資質が問われていくことになると思う。

現状、区としてケアマネジャーに対して実施している支援として、ケアマネジャー資格更新時の研修費の助成、練馬介護人材育成・研修センターにおける研修等があるが、なお不足しているというご指摘と思うので、今後、検討していきたいと思う。

(会長)

議論をまとめると、課題は、人材の確保、育成、および定着を図り、安定的で質の高いサービス供給が為される体制づくりを進めることが求められているということである。

また、実現のためには、単に金銭面での支援によらず、多様な施策を検討していく必要だということである。

(委員)

私はサービスを提供している側で、自分自身のためにケアマネジャーをお願いしたことは無い。このため、ケアマネジャーの評価をどのようにしたら良いのか、詳しくは分からないが、個人的には、利用者の立場に立って的確なアドバイスできる方が素晴らしいケアマネジャーだと思っている。

ところで、ケアマネジャーのレベルアップも重要だが、実際に利用者のご自宅等へ毎日来るのはホームヘルパーである。ホームヘルパーの質の向上についても同様に重要であると考えます。

また一般的に、介護が必要な高齢者は在宅を望んでいると言われているが、ひとりぐらしの場合、ケアマネジャーに依頼しホームヘルパーを入れると、費用的には施設より高くなってしまう場合もある。このため、家にいたくてもいられないとあって、悩んでおられる方を何人も知っている。

(委員)

介護サービス事業所の立場からすると、在宅の介護と医療の充実のためには、ケアマネジャーも大切であるが、やはり看護師が要になると思う。

平成18年の介護保険法改正により療養通所介護というサービスができた。これは主に看護師が従事する療養型の通所介護の事業所であるが、ほとんど普及していない。おそらく練馬区内にも1事業所も無いのではないかと思います。様々な問題があって、経営が難しいために普及していないのだが、制度自体は非常に良いものと思っている。

ぜひ練馬区でバックアップして、療養通所介護の事業所を育ててほしい。

(会長)

一例だが、ひとりぐらしの場合、特に糖尿病などの症状があると、薬の服用方法が複雑で自分で整理して管理しておくことが難しいため、ホームヘルパーが投薬管理を支援する場合もある。

介護保険事業計画の中で、介護従事者への支援も盛り込むことができれば、より良い

ものになると思う。

(介護保険課長)

つい先ごろ、介護保険法の改正が行われた。

今まで、ホームヘルパーのサービスは、ある程度の時間を1単位としていたが、今回の改正で新たに整備された定期巡回型のサービスでは、これまで行っていた援助を複数回に分けて提供することができる形になっている。

例えば、3度の食事の介助や服薬の確認にも使えるのではないかと思われる。先ほどから出ているように、看護師の十分な確保が困難という課題があるが、区としても法改正で創設された新たな制度の導入を検討していきたいと思っている。

(会長)

良いアイデアなので、練馬区でも実現できるよう、皆で考えていく必要がある。

(委員)

服薬について、ケアマネジャーから寄せられた相談だが、ホームヘルパーが先に同じ薬を飲ませたのを知らずにまた飲ませてしまったという事例があった。幸い、その時は大事には至らなかったが、ホームヘルパーやケアマネジャーに投薬管理まで依頼するのは、責任が重すぎるのではないかと感じている。やはり有資格者である薬剤師等に協力を求められるような仕組みをつくるべきだと思う。

(会長)

このご意見は、課題としてとらえておいていただきたい。

(高齢社会対策課長)

既存の介護保険サービスの中に、居宅療養管理指導というサービスがある。医師の指示の下、薬剤師も薬局という形で協力してもらえるサービスであり、さらなる普及を検討していきたい。

(会長)

薬剤師が直接行って薬を飲ませるということは現実的に不可能である。そこで、どのようにチェックするかということが重要だと思う。例えば、1日に3回服薬するのが大変なので、昼の分を朝と夜に分け、1日に2回の服薬に調整する等の工夫も有り得る。

(委員)

資料4 イメージ図の中に「病院」とあるが、区は、ここでいう「病院」をどう位置付けているのか質問したい。一般的な病院なのか、それとも医療連携室や医療相談室も含めて考えておられるのか。

退院して、自宅に戻りたくても戻れないという場合、次の病院探しについて、医療連携室、医療相談室が相談に乗ってくれるが、これらをご存知無い家族もおられる。イメージ図中の「病院」というのが、これらを含む意味合いであれば、括弧書きで(医療連携室)などという形で入れれば、より分かりやすくなると思う。

(地域医療課長)

イメージ図中での「病院」とは、在宅療養されている方が容態急変した場合に、速やかに搬送できる様な連携をイメージしている。しかしながら、急性期を過ぎ、回復期リハビリテーションの病院や療養型の病院に移る際には、医療連携室等のアドバイスも必

要となる事は承知している。そういう要素も含めた、分かりやすい図になるよう工夫したいと思う。

(委員)

資料4のイメージ図に関連して2点ほど質問したい。

1つ目は、イメージ図には、訪問医という表記はない様だが、直接的な表現は無くても図中のいずれかに含まれているということかの確認である。

2つ目は、練馬区の訪問医の実態について、分かっているのであれば教えていただきたい。身内の事例なのだが、ケアマネジャーから訪問医を紹介していただいたことがある。何もなくても月1回は定期的に訪問していただき、何かあったときには24時間で対応してもらえる。担当の医師が休みの日は、他の医師につながるような仕組みになっていて、非常に助かっている。

(地域医療課長)

訪問医は、制度上の分類としては診療所に含まれると思われる。ただし、実態として、訪問医は非常に少ない。そのため施策のイメージ図の中に訪問医という名称を入れるのは難しいと判断している。

(委員)

訪問を専門にしている医師は、練馬区には数名しかいない。

(委員)

そんなに少ない現状なのか。

(委員)

練馬区だけの問題ではなく、全国的にも少ない。理由は、やはり経営的な問題と、医師が1人しかいない中で24時間拘束されるのは、体力的にも非常に困難なためである。

前回の介護保険運営協議会で会長代理から紹介のあった青森市の事例では、1つの建物内に介護サービス事業所と診療所が入っており、介護と医療の連携ができているとのことだった。

ところが、昨年4月の医療法改正により新たな問題が発生している。

同一建物内での訪問の場合は、これまで1件当たりの保険点数が800点だったが、大幅に下げられ200点になってしまった。このため、1つの建物内に3～4人の患者がいても、これまでの1件分相当にしかなくなり、訪問医というあり方が一層成り立ちにくくなってしまった。

(会長)

他にご意見等が無ければ、この議論はここまでにさせていただきたい。

次に、次第(2)その他①の「介護保険について」に進む。

(介護保険課長)

【資料5 介護保険について(5月末現在)の説明】

(会長)

ご質問等はないか。無ければ、その他②「練馬区高齢者基礎調査について」に移る。

(高齢社会対策課長)

【練馬区高齢者基礎調査 本編冊子および概要版の説明】

(会長)

ご質問等はないか。無ければ、その他③について説明をお願いします。

(高齢社会対策課長)

【平成23年度版 高齢者の生活ガイド 冊子の説明】

(会長)

次回日程および予定の説明をお願いします。

(事務局)

【次回日程および予定の説明】

(会長)

次回以降の検討について、大まかなスケジュールを示していただきたい。

(事務局)

第10回は、検討済みのテーマについて、意見の整理を予定している。

第11回は、「介護保険施設の整備」についての検討および、地域包括支援センター運営協議会・地域密着型サービス運営委員会での検討を依頼していたテーマについての報告を予定している。

続く第12回では、練馬区長あての答申作成の予定である。

第12回迄の議論に基づき、区は第5期計画の素案作成にかかりたいと思っている。その後、パブリックコメント等を実施する。

第13回以降では、計画素案から案に向けての議論を行っていただきたいと考えている。

(会長)

最後に、健康福祉事業本部長からあいさつをお願いします。

(健康福祉事業本部長)

【健康福祉事業本部長からあいさつ】

(会長)

以上で第9回練馬区介護保険運営協議会を終了する。