

平成 29 年度 第 14 回練馬区介護保険運営協議会 会議要録	
1 日 時	平成 30 年 3 月 29 日 (木) 午前 10 時から午前 11 時 45 分まで
2 場 所	練馬区役所 本庁舎 20 階 交流会場
3 出席者	(委員 16 名) 市川会長、内藤会長代理、井上委員、岩月委員、岩橋委員、腰高委員、斎藤委員、 嶋村委員、高原委員、増田委員、矢形委員、山下委員、中迫委員、今村委員、 中村(紀)委員、山添委員 (区幹事 5 名) 高齢施策担当部長、高齢社会対策課長、高齢者支援課長、介護保険課長、地域医療課長 ほか事務局 3 名
4 傍聴者	3 名
5 議 題	(1) 第 7 期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の策定について (2) 講話 (3) その他
6 資 料	1 次 第 2 委員名簿および座席表 3 資料 1 第 7 期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画 冊子 4 資料 2 第 7 期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画 概要版 5 資料 3 こんにちは 地域包括支援センターです パンフレット・チラシ 6 資料 4 「我が事、丸ごと」の政策とこれからの介護保険制度 7 資料 5 平成 30 年度介護報酬改定からみる今後の介護保険制度の動向
7 事務局	練馬区 高齢施策担当部 高齢社会対策課 計画係 TEL 03-5984-4584

## 会議の概要

(会長)

ただいまより第 14 回練馬区介護保険運営協議会を開催する。

最初に、委員の出席状況、傍聴者および配付資料の確認を事務局よりお願いしたい。

(事務局)

【委員の出欠、傍聴の状況報告、配付資料の確認】

(会長)

では、案件 1 「第 7 期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の策定について」に進む。高齢社会対策課長から説明をお願いします。

(高齢社会対策課長)

【資料 1・資料 2・資料 3 の説明】

(会長)

ご意見、ご質問はあるか。

(委員)

特定郵便局に、資料 3 の地域包括支援センターのパンフレットを置く予定はないのか。

(高齢社会対策課長)

前向きに検討していきたい。現在、医療機関にチラシを置いていただく調整をしているところである。その他について、ご意見をいただいた郵便局あるいはコンビニなど、区民の方が手に取りやすい場所でより多く配布できるように調整をしていきたい。

(会長)

では、案件 2 「講話」に移りたい。

最初に内藤会長代理から「平成 30 年度介護報酬改定からみる今後の介護保険制度の動向」についてお話しいただき、その後、私から『我が事、丸ごと』の政策とこれからの介護保険制度のテーマでお話ししたいと思う。では、会長代理からお願いします。

(会長代理)

20 分ほどお時間をいただき、今回の介護報酬改定とその動向から、介護保険が今後どのようなようになっていくのかというようなお話をさせていただきたい。

事業者の方にとっては、介護報酬改定は死活問題のため大変詳しいと思うが、区民の方にはなかなかなじみのないところだと思う。今回、事業者の方がどうして大変なのか、また介護保険がどうなっていくのかということをし少し知っていただければと思う。

まず、平成 29 年度の介護保険制度改正である。前回の改正で様々な地域支援事業が設けられ、それによって地域包括ケアの環境整備をしていこうということになった。それを着実にしていこうということでは、地域包括ケアシステムの深化・推進が今回の大きなテーマになっている。1 つは、保険者機能の強化として、いわゆる見える化ということで様々な情報を明らかにして、そしてそれをもって評価をしながら自立支援・重度化防止を推進していくというようなことが掲げられている。また、医療・看取りを非常に重視するという姿勢が見られ、医療プラス生活施設ということで、介護医療院が創設されたりしている。また、医療・介護連携が区の方でも進められているが、そのようなことを都が支援することが位置づけられている。それから、我が事・丸ごとに関係して

いるところだが、地域共生社会の実現、地域福祉計画との関係づけを踏まえることが言われている。

経済面では、3割負担の創設、あるいは2号被保険者の方の介護保険料が今までは人数割で一人頭では誰でも同じだったものが、総報酬割に少しずつ変化し、所得が高い方は負担が増え、所得の低い方は負担が減るということになっている。

もう1つは、地域包括支援センターに「介護への支援部門の強化」も加わった。今まではどちらかという地域住民の参加を求め、あるいは医療関連が中心だったが、いよいよ介護部門について強化が始まったということである。特にケアマネジメント支援は、ケアマネジャーの支援が中心だったが、地域全体をターゲットとした面的支援ということで、地域住民がサービス事業所でよりよいケアを受けられるような環境を整備するというようなことが事業の中に含まれるようになっていく。

今回の報酬改定に非常に影響を及ぼしたことがある。それは未来投資戦略 2017 という閣議決定で、まさに「自立支援・重度化防止に向けた科学的介護の実現」という項目が掲げられている。

「次期介護報酬改定」(30年改定)で効果のある自立支援について評価ができるようにするということが掲げられている。どのような状態の人にどのような支援をすれば、自立あるいは重度化防止につながるのか、科学的に裏づけようということである。そのために、膨大なデータを集めてデータベースを構築することになっており、2020年度には本格運用をしようという話である。

平成30年度報酬改定は、全体としては+0.54%となっている。+0.54%がどのぐらいなのかというと、ほんの少しアップしているといった程度である。

ここでも4つの方針が掲げられていて、1つは地域包括ケアシステムを推進しようということで、中重度の要介護者も含め、医療・介護サービスを切れ目なく受けられるという点が、1つのポイントになっている。介護報酬なので介護の方が医療と連携することを評価する、それから認知症への対応を評価する、また今後非常に大きなテーマになるがケアマネジメントの質等に関して、様々な加算をもらえるところである。

2つ目が、「自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現」というところで、リハビリテーションを非常に重視したものになっている。また、少し重度の方のケアで言えば、褥瘡(じょくそう)や排せつへのケアの評価なども出ているし、改めて身体拘束の適正化が図られている。

3つ目は、「多様な人材の確保と生産性の向上」だが、なかなかあまりいい効果が上がりそうなものがなく、国等も困っているところである。人材の有効活用や機能分化を図ろうということが行われている。少し裾野を広げて、また専門的能力を持っている人は専門的スキルを高めるというようなことをやっていこうという話である。それから、ロボットで、人員要件の一部緩和や、あるいは介護ロボット、ICTの活用を強化するというのが出ている。

4つ目は、「介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保」で、経費の節約という意味である。費用が不適正に高くなるようなものについての適正化が行われている。特に、福祉用具の価格適正化のようなものが非常に特徴的なものとして挙げられる。

いくつか共通事項を先にお話しする。今お話ししたように身体拘束の適正化が自立支援・重度化防止の項目の中に出てくる。施設サービスでは今までも行われていたが、それだけではなく、有料

老人ホームやグループホームといった居住系のサービスについても新設されている。実施しない場合、これまでは1日5単位ずつ減算するとなっていたが、10%の減算になる。10%の減算は非常に大変で、必ずやらなければいけないということになっている。

今までも、1にあるように、身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の入所者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録することとされていたが、2以降が追加されている。身体的拘束等の適正化のための委員会を3か月に1回は開催し、それを職員に周知徹底すること、適正化のための指針を整備すること、介護職員その他の従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施することが要件として盛り込まれ、一層強化することになっている。これに対応しないと10%/日の減算となる。

2つ目の共通事項が、集合住宅に住んでいる方への訪問サービスに関して減算が強められたということである。ここに記載された訪問介護等で、同じ集合住宅に訪問へ行くと、それだけ移動時間が少なくて済む。その部分を減算しようということである。今までは、同一敷地内又は隣接する敷地内にある有料老人ホーム等の特定の建物だけが対象だったが、様々な種類の住宅が出てきたことから、集合住宅であれば全てが対象になってくる。①にあるように、隣接あるいは同一敷地内にあり、②にあるように利用者数が1か月あたり50人以内であれば10%減算、50人以上であれば15%減算になる。さらには③にあるように、隣接しなくても、ある建物で1か月あたり20人以上の利用者がいると10%減算になるということで、非常に強められた。

しかも、減算すると利用者にとっては費用が安くなる。費用が安くなると、区分支給限度枠で使える量が増えてしまうということが起きないように、減算前の単位数で区分支給限度額を決める計算となっている。利用者にとっては負担が少なくなるが、利用できる回数は増えないといった仕組みになっている。

福祉用具貸与の適正化については少し猶予があり、平成30年10月からとなる。事業者によって非常に価格にばらつきがあるため、全国平均貸与価格を公表し、貸与額の上限設定を行うことになった。商品ごとに上限設定を定め、その収集したデータから全国平均貸与額+1標準偏差という枠を上限にしようという話である。1標準偏差は、全商品の価格を集めたときに、大体上位17%はカットされるというものである。そのため、これを行うことによって見直しをしても1標準偏差はカットされるため、どんどん平均に近づいていくということが起きる。価格が全国平均のほうに近づいていき、また、商品の特徴、価格だけではなく、その平均貸与額を説明することが相談員の義務になっている。

中重度の要介護者の方に対してどのようなことが行われているかという部分である。様々なものがあるが、特に訪問看護については、ここにあるように訪問看護やターミナルケア加算等を非常に重視するようになっている。居宅介護支援も同様で、ターミナルケアを重視することが設けられている。1つは、看取りを自宅で行うという環境を整えようということが介護保険の中にも強化されているということである。

また、グループホームでは医療連携体制加算、特養や介護老人福祉施設では配置医師の診療評価などが設けられている。これは、医療が必要な方に対して医療ケアを実施したり、あるいは配置医師の方が診療してそれに対応するとか、こういった福祉系施設、居住系のところで医療系の対応がだんだん導入されていくということが行われている。

また、最後にあるように口腔（こうくう）衛生は誤嚥性（ごえんせい）肺炎を防ぐには非常に効果があり、また栄養改善は身体機能向上に非常に欠かせないもので、こういったものに関して様々なサービスに加算が設けられるようになっている。

本日は、在宅中心にお話を構成しているが、グループホームだけ抜き出している。グループホームでは、医療連携の強化、それから中重度の人に対応するということが非常に重視されている。本当はグループホームのため、皆さんが日常の食事をつくったり、掃除したりといったことは自分たちでしながら支援されるということだが、なかなかそうはいかない。だんだん重度化していくため、そのような意味で医療連携加算が設けられたというのはお話ししたとおりである。また、入院する人の再入居の受入体制を整えると、6日間を限度に入院していてもその間の報酬を獲得するようなものが設けられている。

訪問看護も同様で、中重度、看取りへの対応を評価するというターミナルケア加算、緊急時に訪問看護で実際に行くというような緊急訪問看護加算もある。その報酬の引き上げ、あるいは実際訪問したことを評価するといったことがある。また、今回非常に大きいのが複数名による訪問の加算の見直しである。後で出てくるが、2人の訪問看護師が訪問看護することは今までもあったが、看護師と看護補助者が同時に訪問看護を行う場合に、看護補助者が行ってもその部分を評価するという複数名訪問加算が設けられた。看護補助者は、医療保険の定義と同じだとされているため、特に資格は問わないということになっている。ただ、もちろん訪問看護事業所に雇用されている必要があるということだが、指定基準の人員に含まれない人員配置になっているため、そのようなケアを担当する人を伴って訪問するような訪問看護が認められるようになった。ちなみに、訪問看護の報酬を見ると、0.54%というのがどのようなことなのかということが分かる。見ると、1とか2というのが多くあり、1単位は東京都内で約10円程度である。そのようなレベルが0.54%ということで、それでも日々の積み重ねでももちろんプラス改定には意味がある。

居宅介護支援が区市町村に委譲されたことから、今後、練馬区の中でいかに居宅介護支援事業所と地域包括支援センターが協力関係を結んでいくのかということが大きなテーマになっている。それは、先ほどお話しした地域包括支援センターが包括的、継続的ケアマネジメント支援を強化させていくというようなことから大きなテーマになっている。居宅介護支援は、医療と連携ができること、それから地域と連携ができることの2つの課題が挙げられている。

ここに項目として色々と詳しいものがある。例えば、入院時情報連携加算が設けられる。これは、ケアマネジメントの提供の開始に当たり、利用者等に、入院時にケアマネジャーの担当氏名などを提供するように依頼できるようにすることで、入院時から、退院する時に誰がケアマネジャーか分かるようにしていくというようなことがある。入院時に利用者の情報を示して提供することが評価され、また一方で退院の場合には退院・退所加算だが、これに関して強化されていて、連携を何回したかということ、あるいはカンファレンスに参加したかということによってなかなか大きい評価が行われてくる。

また、ターミナルケアに関して、ケアマネジメントするとターミナルケアマネジメント加算がつくことになる。算定要件としては、24時間連絡できる体制、必要に応じて指定居宅介護支援を行う、つまりプラン変更を随時していくといったことが役割になる。

もちろんターミナルだけではなく、平時から医療との連携強化というようなことが言われている。利用者が医療系サービスの利用を希望している場合に、利用者の同意を得て主治医に意見を求めることとされているが、この意見を求めた主治医にケアプランを交付することが義務化される。また、日々の状況を一番よく知っているのが訪問介護事業所あるいは通所介護事業所だったりするわけだが、そういうところから口腔に関すること、服薬、あるいはケアマネ自身が把握した利用者の状態等について主治医あるいは歯科医師、薬剤師等の医療系の人に情報伝達を行うことを義務づけるといようなことがある。ケアマネジャーは平時から医療機関、医療関係者と連携する、情報提供するといようなことが義務づけられている。また、一方で、医療機関との連携を頻繁に行った事業所は、特定事業所加算で評価されるということである。

一方で、給付適正化という役割をケアマネジャーが担うことになっている。そもそもケアプランをつくる時に複数の事業所の紹介を求めることが可能であるということになっているが、それを必ず言わなくてははいけない。また、この事業所のケアプランを続けるという理由を求める、聞くことが可能だということ必ず説明するといようなことが義務づけられる。例えばここでターゲットになっているのは、先ほどの集合住宅などにまとめてサービスを提供することである。ある集合住宅があったとき、同一敷地内に居宅サービスを強制的に使うといようなケースはだめだと明確化することになっている。下にあるように、統計的に見て通常のケアプランよりかけ離れた回数の訪問介護、生活援助中心型を位置づける場合には、市町村にケアプランを届け出なくてははいけない。これもまた先ほどと同じような基準で、国が全国の平均利用回数データを集めて、それプラス 2 標準偏差を求める。2 標準偏差とは、先ほどは上位 17% ぐらいだったわけだが、これは上位 2% カットなので、相当偏っているものだけだめになるといようなことになっている。これは、今度は区のほうの問題になるわけだが、地域ケア会議で検証して、必要に応じて区市町村がサービス内容の是正を促すことになっている。

ここからは各サービスに関して話したい。訪問介護が自立支援・重度化防止ということから、一層身体介護の評価をする方向になっている。今でも自立生活支援のための見守りの援助、例えば料理や掃除を代わってしてあげるのではなく、本人がするのを見守って、必要に応じて手を貸すといようなものがある。これは、もともと身体介護で算定することができるようになっていたが、評価が曖昧なため、その通知を改正して明確化するといことが打ち出されている。

一方で、生活援助については、生活援助中心型のサービスのための 59 時間の新研修を設けて、生活援助中心型についてはこの研修修了者でも担えるということになる。そうすると、当然ながら生活援助中心型の方はやがて単価が下がってくるだろうと予測されている。

それから、主に訪問リハビリテーション等と連携するといことが評価され、生活機能向上連携加算が設けられている。

訪問介護は、微妙に上がっているところである。

生活援助従事者研修の項目としては、介護福祉士や初任者研修と余り変わらないが、生活援助に特化しているものになったため、時間がそれぞれ極めて短く、合計 59 時間となっている。今までホームヘルパー 2 級研修を引き継いでいる初任者研修は 130 時間、昔あったホームヘルパー 3 級研修は 50 時間だったため、どちらかといるとそちらに近いものだといことである。

一方で、サービス提供責任者の役割や任用要件が厳しくなっている。チームで仕事をするということも非常に強調されるようになってきていて、サービス提供責任者のうち初任者研修修了者・旧2級課程修了者は、任用要件から廃止することになった。経過措置を1年間設け、完全に廃止することになった。そして、先ほどの口腔に関する問題や服薬に関する気づきを必ずケアマネジャーに伝えることになっている。訪問介護の提供時間について、もし乖離していれば必ずケアマネジャーと連携するということである。また、ケアマネジャーに対して自分のサービスを位置づけろという不当な働きかけをしてはいけないことを明確化されている。

続いて通所介護だが、なかなか大変な気がする。通所介護は、表向きはそれほど大きな加算の変更はないというのが今回だが、今まで2時間ごとに利用時間に応じて費用が決められていたのが1時間ごとに細分化して行われることになった。例えば、通常規模型が標準になるが、通常規模型は今まで例えば7～9時間の範囲が同じ報酬だったが、7～8時間と8～9時間に分けられる。そして、今までの7～9時間のものは新しい8～9時間のものと同じ値段になっているため、要は7時間しかやらないと報酬が引き下げになり、8時間以上しないといけないという実質引き下げである。地域密着型は、逆に7～9時間という元々の水準が、短い方は7～8時間と同じになっているため、長時間に移行すれば実質的に収入増ということになる。大規模型はどちらも引き下げということで、なかなか通所介護に対しては厳しいものになっている。

一方で、リハビリテーションと連携する加算はこちらにも設けられていて、生活機能向上連携加算が訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションと連携しようというようなことが言われている。

そして、3単位と6単位と非常に少ないが、ADL維持等加算が設けられた。これは、**Barthel Index**（バーセルインデックス）という日常生活動作を評価する指標があり、これを定期的に取得し、厚生労働省のデータに登録するという加算である。とてもこの値段ではできないが、機能訓練のビッグデータをつくらなければ機能訓練がどれだけ効果があるかの評価ができなくなるため、やらないといけない。

一方で、通所リハビリテーションはどうなるかということ、通所介護は長時間化が基本的なトレンドで長い時間を評価されているが、通所リハビリテーションは短い時間を評価することになっている。長時間の報酬を見ると、長時間は引き下げ、短時間は評価ということになっている。もし長時間する場合には、リハ職をきちんと配置しないと長時間の評価をしないということがあり、3時間以上のサービスを提供するときにはリハ職が一定数いると不足した分を補うということになっている。通所リハビリテーションは短い時間、通所介護は長い時間という区分けになっている。

このように、介護報酬はシンプルではない。最初に介護保険が始まったときは利用者に分かるシンプルさが標榜されていたが、あっという間に財政難に陥り、加算でフォローするという医療系型の報酬体系になってしまった。そのようなことで、加算を見るとどうしていこうかが分かる。

1つは、医療・介護連携の基盤が整備されているが、それに伴って介護・医療の連携が促進されていくため、介護・医療連携をすることが評価される。医療連携をしていかないといけない。

それから、自立支援・重度化防止の見える化をすることが評価されるようになる。科学的に効果が検証できる支援が評価される。特に通所介護は恐らく必須になっていく。

3つ目に、給付の適正化に非常に強い姿勢が示されている。これは区が関与するというのである。地域ケア会議を活用して適正なサービスを検討するということが今回加えられている。地域ケア会議は元々そのような役割だったのかという気もするが、盛り込まれている。

ケアマネジメントについて、医療との連携も1つだが、地域で特に区と連携していく、それから包括と連携していくことが重視されている。ますます公正さと地域連携が求められ、地域の中で情報共有し、地域で住み続けることの支援ができることが求められるようになっていく。

一方で、総合事業は、今回は静観で触れないという感じになっている。市町村が様子を見ながら方向性を決めていく3年間ということになる。

そう考えると、実はこの3年間プラスその少し先はケアマネジメントのあり方というのが大きなテーマになると考えられている。介護サービスをどう包括化していくかということだが、利用者に必要なものを切れ目なく使えるようにしていくということが大テーマで、既存サービスと連携していくというようなことが打ち出されているし、一方で小規模多機能、看護小規模多機能、定期巡回といったサービスを整備していくという方向が打ち出されている。この2つの流れがあるのではないかと。

(会長)

ご意見、ご質問はあるか。

(委員)

身体拘束に関して、医療のほうで胃瘻（いろう）などをしていたりする場合に、拘束状態で、そのまま在宅に移行した場合は、どのように考えればいいのか。

(会長代理)

介護の方は厳しく身体拘束を禁止するというのが今回の重要なポイントである。介護サービスに移ってきたときは、基本的には拘束を継続するのであれば、拘束が妥当なのかを検討しないと難しいということである。できる限り介護の場面では拘束を外していくというのが1つの方針になる。

(会長)

身体拘束の議論は何十年も前から議論があり、どう防ぐのか、日常の見守りの中で原因は何か突き詰めてきた歴史もあったと私は思っていて、その原点に帰ることは必要なことだったのだろうと考えるが、それを補うものをどうしていくのか。できるだけ拘束しないという対応をどうしていくか、そこは今後の課題になる。

(会長代理)

そもそも人手不足である点が大きな要因で、そこをどうにかしないと難しい。多くの問題は介護人材をどう確保するかということにつながるだろうと思う。これは東京都の計画を読んでも、なかなか決定打なしという現状である。そのため、東京都も色々な取り組みをやってみようということになっている。

(会長)

基本は職場内におけるOJTきちんとしているとか研修体制ができているとか、小さくてできない場合はそれを市区町村が担ってサポートしていくというような、そのような要望は不可欠なので、ぜひ強調していくことが大事だと思う。

では、資料4である。

2017年度の経験から、ある意味でここに書いたように「地域がつかない福祉はない」という印象を持っている。つまり、地域にかなり差が出てきて、特徴が明確になってきている。制度や体系図を見ると、若干違いが出てきている。練馬区は練馬区の特徴があり、それをどう今後進めていくかが大事だと思っている。

また、日本の都市総合ランキングに福祉担当として関わったが、制度設計の多様化に対する成熟性、評価基準の難しさを痛感した。何をもって介護保険ができていくかということの評価を数字で表すことはなかなか難しい。つまり、地域の関係やネットワークの議論も数値化できないため、練馬区は練馬区という地域特性と、その資源をどのように強化し、そして活用するかという、今後は練馬版をますます強化していくことが大事だと思っている。

そこで地域のない福祉はという議論をすると、今回の改正の中ではサ高住の議論が出てきていると思う。丸抱えでサービスを提供して保険料が上がったという地域が全国に幾つもあり、それを引き締めていこうということで振り子が振られた。今後忘れてはいけないことは、民間の小規模事業者が排除されてしまうような基準を出してきたが、地域という視点から見ると小規模な地域活動が行われていて、支援がされているならば、それをどう評価するか、大きな練馬区が見失ってはいけない。手づくりでしているところにどう支援していくのか、サロンを含めたり、特徴を強化していくことが私は不可欠だと思っている。つまり、ここで重要なのは、この協議会でも住民視点でもっと使いやすくなっているかなど、当事者の評価を入れていく必要がある。制度は確実に機能分化していったが、血が通っていないと住民には使いにくくなってしまう。

また、3番目に記載したが、寄り添い型相談支援事業等選定・評価委員会を厚労省でしている。そこで出てくるのは、自殺問題や生活困窮問題である。それに対応するために寄り添い型の相談支援事業をしようとして実際に何年か過ぎているところだが、ますます地域福祉コーディネーターと貧困との関係をどうしていくか、ひきこもりのことをどうするか、どこかに頭の隅に介護保険を入れておかないといけないだろうと思っている。ある地区は、地域福祉コーディネーターに全て住民の情報、つまり孤立しているかもしれない情報を流して、全部を訪問している。そして、それとあわせながら全体の地域包括ケアを議論するということも出てきている。そのような意味では練馬区も地域福祉コーディネーターを入れて対応しているが、どう強化していくのかという議論が重要になってくるのではないかと。とにかく地域の生活課題はかなり深刻になっている。練馬区を見ていくと、練馬でも限界集落が出てきているのは事実で、集合住宅等をどうしていくのか。都市部において社会的支援を必要とされる方が明らかに増えているということは事実であるし、また高齢者の貧困、地域福祉コーディネーターの相談件数の中で、生活困窮した高齢者や孤立した高齢者からやはり随分相談が来ている。その部分との連携も、今までは貧困問題のことは介護の議論でおさまっていたが、生活という視点から見るとそこでの連携が必要で、これが今回の制度改革の中でも出てきた共助社会をどうするのかという議論とも結びつくところだと思っている。孤立死や虐待といった問題をどうするのかということが大きなテーマだと思う。

また、閉じこもり要因については色々な資源があり、何とかそれを防ごうとしたり、色々な活動をしているし、ある意味でパワーアップカレッジの卒業生はそのような活動に参加している。そして、要因があって、その要因をどう防ぐか、つまり孤立を防ぐということが大きな今後のテーマになることは言うまでもない。これは、介護予防では随所に出てきたが、聞いた理由と孤立予防をど

うするか、そこに1つの焦点があり、それが共助型の議論にもつながっていくということを考える必要がある。

地域共生社会の実現に向けて当面の課題が出てきているが、地域丸ごとのつながり強化という議論が出てきているのは事実である。私の方で関わった部分では、丸ごとというのは何かというと、地域包括支援センターを障害・児童・高齢あわせて対応すべきだという議論があったが、今後は進めにくいだろーと考えている。世田谷区では進めたが、モデル事業として実施した経緯がある。8050問題という80歳の両親と50歳の引きこもりの子供の問題が顕在化しているが、9060問題へ変化していくことはもう秒読みになっている。どのような形で総合相談と組み合わせしていくかという方向にある。それとともに、地域課題の解決の強化ということも含めて、いわゆる我が事という視点が出てきているのは事実である。

また、地域包括ケアシステムのための介護保険の一部を改正する法律のポイントでは、地域共生社会の実現に向けた取組の推進ということで、大きく障害者福祉計画等の議論とも関係づけている。私が見る限り、障害者福祉計画と結びついているが、例えば最後のところは特養の方に聴覚障害の方に手話の方が派遣できるような仕組みなど、多様な議論があるだろうが、まだまだ試行錯誤の段階である。障害を持った方が高齢になったときには、社会保険の該当でもヘルパーを代えなくて済むというような議論はあるが少し限定的なため、今後の課題となるだろうと思っている。ある意味で、これだけ多様化した地域課題があると、1つの合わせ技を考えていかないと進まないだろうと思っている。

練馬区の計画は分かりやすくまとめられているし、大分努力が見られる。圏域ごとに出ていることが非常に重要なことであるが、ただもしかすると市や区を超えた議論をしていかないといけないのかなというように認識もしている。区境のところの文化が違っていると、その中で何か考えていかなくてはならない。しかし保険料が違ったり単価が違ったりという議論がある。確か、訪問看護は超えられる。色々な自治体が訪問看護の充実を言っているが、人数を確保できるのかというのが心配で、どのようにしていくのかが今後の課題だと思う。

また、接ぎ木の議論をしていかないと成り立たない。今までの実践、取組、地域性という木に新たな活動を接ぎ木することで、今まで取り組んできた蓄積にどうしていくのかということを増やしていき、地域の強みは活用し、弱みは改善していくことが必要である。例えば、世田谷区の移動は16万人と、1つの市が全て移動するレベルで地域性がかなり違う。しかしどこかで議論はしないといけない。いずれにしても社会資源を議論していくことが重要と認識しているところで、今回この報告書の中で社会資源を圏域ごとに明確にしたことは、非常に見識があると思う。

また、多機関の協働による包括支援体制構築事業として、予算がついている。

医療と介護の相談窓口については、事務局から説明をお願いしたい。

(高齢者支援課長)

医療と介護の相談窓口は、第7期計画の目玉である地域包括支援センターの見直しにあわせて増設をしたものである。本窓口は、自宅で医療と介護を一体的に受けながらどう暮らしていくかといった相談や、認知症に関する相談を受けており、現在は練馬・光が丘・石神井・大泉の4か所に窓口を設けている。これからはもう少し身近な地域でそういった専門的な相談が受けられることが必要と考え、25か所の地域包括支援センター化にあわせて、医療と介護の相談窓口を担うコーディネ

ーターの配置を 25 か所に増やすものである。今回お手元にご用意した「こんにちは 地域包括支援センターです」というパンフレットにも、医療と介護の相談窓口をうたっている。身近な窓口としてご利用いただけるよう、周知に努めていきたい。

(会長)

地域包括ケアシステムについて、言っておきたいことはあるか。

(高齢施策担当部長)

地域包括ケアシステムを進めるに当たり、不足するサービス提供基盤の整備とあわせて、地域との連携をいかに強化していくかということは具体的な取組としては非常に重要になる。地域包括支援センターがシステムの中心であるため、こちらの機能を強化して 2025 年に向けての対応を進めていきたいということである。その最も大きな取組として医療と介護の相談窓口を増設させていただいた。

(会長)

そのような意味では、練馬の方式の中で、このような地域包括支援センターの構想が具体的に出ているから、それを各地域包括支援センターで地域の違いをどう議論できるかがさらにポイントになる。仕組みはできたため、そこを今後、民間事業者や医療関係者と協働して具体的にその地域の議論ができるということを前もって目指した報告になっているため、そこが事業者や住民の方にも求められることだと思っている。

ちなみに、総合事業が少し静かだったのは、地域差があって、みんな踏み切っていない。一応ポイント制を作って伸びているところも出ているが、その辺りの難しさが出てきている。ただ重要なのは介護予防の中でいつまでも元気に暮らすため、生活支援の中であなたもやってという、高齢の方も参加していただいて築いていくのだということがはっきり出ているところである。この生活支援サービスの充実と高齢者の参加という中で核として住民参加の議論が出ているところであるが、そのような意味では区が直接議論する、社会福祉協議会が議論する、社会福祉事業団がサポートする、幾つかのサポートの仕組みをきちんとする中で、参加を議論していく。地域の縁側づくりを進めていかない限り、なかなか参加は難しいだろうと考えている。つまり、来てもらおうと思わないで、来たい気持ちになってもらうという仕組みを作っておかないといけない。何か行きたい気持ちになれるような、そのような地域のつながりとか呼びかけとか、何げない議論だが、実はそういうまちづくりが必要だということが原点になるのではないかと思う。そのような意味では、住民の方が呼びかけや見守りをしてくれるとか、それをきちんとサポートしていく、ふれあいサロンがすごく増えているので、あるものを機械的にするのではなくて、そのような仕組みを生かしながらそれを増やしていく支援を強化していくと、孤立の部分は激減していくだろうと思う。いいなと思ったら行くので、そのような気持ちになるプログラムをつくっていくことが必要である。

そしてまた、「共助」と書いてあるが、練馬は共助の仕組みが結構ある。様々な NPO もあるし、民間事業者もしっかり頑張ろうと協力的である。医師会もお話に行ったが、非常に協力的というか、視点がはっきりしていて、会長、副会長も社会貢献をするということだった。東京都の計画策定委員会に出席されている都の医師会の方も地域貢献をする、そこにこの開業医の役割とか病院の役割があるのだという決意で臨んでいる。ただ、全ての医師がそうだとは思わないでほしい。方向

は決めたが、それとは関係ないという人が必ずいる。そこにどう理解してもらうのが勝負だと思う。

また、2008年に示された「これからの地域福祉のあり方に関する研究会報告」から大きく変化した。そこで出された1層、2層、3層という圏域の議論が確実に強化されている。三鷹の例を挙げると、三鷹は7つのコミュニティで進めている。ここでの強みは、協働者のなかに「住民協議会」とある。住民協議会とはコミュニティセンターの運営協議会で、つまり7つの地区でコミュニティセンターがあり、7つの地区で地域ケアネットワークがあり、7つの地区で地域包括支援センターの会議があるという、圏域が一致している。これは珍しく、防災や民生委員活動は医師会の圏域に合わせた。コミュニティセンターの運営だけの住民協議会は限界があり、いずれ住民協議会と地域ケアネットは合体するかもしれない。どうしても苦労しているのは、防災の議論や民生委員の圏域、障害の圏域など全て違っているかどうかということをもう1度見直さないと、そこで割れる。非常に力量が要るが、今の区長であれば考える気があるのではないか。その圏域がずれていて、協働、共助社会はあり得ない。丸ごとを議論するなら、地道に圏域を考える。ある地区では、小学校区を軸に再編成しようとして非常に努力をしたところもあった。そこも課題だということを出したところである。

「地域における公益的な取組」は、社会福祉法人がはっきりと社会貢献をするという議論になっているところである。さらに、練馬区社会福祉協議会が社会福祉法人等の社会貢献事業のネットワーク作りとして地域で組み合わせて、そこで貢献していく。協働的側面も介護保険の方で出てくる。このような公益的な動きとどう連携できるかということも不可欠な議論だと思っている。

さて、前提となる条件を幾つか申し上げる。連携の阻害要因を本当に取り除いているのかということで、ケアであれば何件行った、会議を何件したかといえるが、連携は目に見えないためなかなか強化しにくい。私はある市の地域包括支援センター運営会議で本会議の委員長をしているが、会議をやればいいというものではない。結果的に6つのWと2Hが明らかでなく、つまり誰が、いつ、どこで、何をとか、具体的な議論が明らかになっていない中で、事業報告で終わる会議も実はあり、これでは会議の評価はできないと思う。

そして、自分の領域を守ろうとする意識がまだあるため、どこで接点を持てるか。つまり、他の担い手の役割に対する無理解はだんだん減ってきているが、いざとなると難しい。例えば病院へ行くとき患者に「何々様、どうぞお入りください」と言うが、その呼びかけた言葉と医者との態度が異なるなんてことがある。有名な認知症ケアの権威の先生は、先進医療でできることは一部で、大部分がケアとどう絡むかしかないと行って、理解している先生方ははっきりと協働できるが、そうではない場合は難しい。ある病院の理事会では急性期医療ばかり議論している病院は潰れるということがはっきり統計で出たと言っていた。地域に入っていかなるを得ないということだが、本当の領域が成り立っているのか分からないし、また日常的なコミュニケーションがなければ、結果的にはできていないため、会議だけの会議になっていないか、個別の議論が必要となるのではないかと考えている。

なお、都合のいいようにインフォーマルケアの関わりを求めるのは専門職のエゴである。例えば見守りなどを住民とするならば、民生委員に頼むならば、どのような頼み方をして、どうフォローしていくのかということを決めていかないと、民生委員はどんどんやめていく。自分が民生委員に

なったらできないことを専門職が頼むならば、専門職の責任放棄になる。委ねるならサポートして、頼むなら支援していく必要がある。

また地域に根差すキーパーソンをどうつくるか。地域福祉コーディネーターだけではなく、地域のメンバーをどうつくるか。これはパワーアップカレッジのメンバーがなっていると思うが、このように進めていかないと一切動かない。これほど広い圏域で、何万人を対象とする地域福祉はあり得ない。そこにどう入れるかが今後の大きな課題になるだろうと思う。キーパーソンの特徴は、「世話好きで、人に関心があって、人生経験が活動に反映、思いを形にする力、自己実現等」と書いてあるが、言い方を変えれば普通の住民である。住民の中で色々な経験を積んだ人たちをどのように活用するか、関わっていただくかが大きなテーマになる。

また、社会福祉法 106 条の 3（包括的な支援体制の整備）「市町村は、地域福祉に関する活動への地域住民の参加を促す活動を行う者に対する支援、地域住民等が相互に交流を図ることができる拠点の整備、地域住民等に対する研修の実施その他地域住民等が地域福祉を推進するために必要な環境の整備に関する事業、地域住民等が自ら他の地域住民が抱える地域生活課題に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行い、必要に応じて、支援関係機関に対し、協力を求めることができる体制の整備」と書いてあるが、要は地域包括ケアシステムの原点だと思っているところで、頼むならどう援助するか、仕組みを見えるようにするかということである。

最後になるが、これからは歌舞伎の黒子が大事だと思っている。歌舞伎の黒子は助けるところが見える。全く見えないのではなく、見えているから信頼が生まれているのであって、私は見える歌舞伎の黒子に、行政が果たす役割がある、もしくは社会福祉協議会の役割があるということをぜひ申し上げて、報告をさせていただきたいと思う。

ご意見、ご質問はあるか。

(委員)

練馬区には圏域が 4 地域あるが、その 4 地域の中で地域性がかなり違ってきていると思う。その地域性を練馬区としてはどう調整していくのが気になった。また、大泉地域と私が住んでいる石神井地域は、人との関わり合いの感じが全く違う。その 2 つを見ても非常に差があるように感じるが、区としてはどのように調整していくのか。

(高齢社会対策課長)

地域性ということで、今回の計画の中でも医療と介護資源を地域ごとにまとめて、区民の方にも示したところである。資源としても大きな違いがあり、今委員がおっしゃったとおりそこで活動されている方の状況など様々な違いがある。そういったものは、やはり今後の事業を進めていく中でその地域の特性に合った進め方をしていく必要があると思う。

今回、地域包括支援センターも 4 か所から 25 か所となり、それぞれの地域で身近な相談窓口機能を強化しているので、その地域包括支援センターで地域の情報や状況などといった違いを把握し、地域に合った事業の進め方を行っていきたいと考えている。

(会長)

これは行政だけの議論ではない。要するに、集まったメンバーがどう理解し、どう合意するかということであり、行政がテーブルを提供したとしても、それを決定するのはそれぞれのメンバーではないか。そのほうが靴に足を合わせるのではなく、足に靴を合わせる仕組みになるかと思う。そ

の辺りは新しい公助の考え方で、それはお任せして、サポートする仕組みをつくるということだと思ふ。

(委員)

地域の縁側づくりという言葉があった。光が丘には区民センターがあり、私は週に3～4日、行っている。将棋やダンス、カラオケなど、様々なサークル活動が行われている。そういうものも行政と連絡して、縁側づくりの一環になるのではないかとお話を聞いていたのだが、いかがか。

(高齢社会対策課長)

まさにおっしゃるとおりで、地域のサークル活動は、例えば介護予防や社会参加にとって大変重要な活動だと考えている。区の事業としては、はつらつシニアクラブを昨年度から実施し、来年度以降は拡大して取り組む。ここでは地域で活動しているサークルが登録すれば、地域で体力測定などをさせていただき高齢者の方とマッチングするような事業となっている。現在、約200団体が区内で登録し、活動をしていない方に様々な活動を紹介している。また、街かどケアカフェでもこのような地域で活動している方に来ていただき、介護予防事業なども行っているところである。地域で活動している団体との連携は、区としても今後ますます強化していきたいと考えている。

(委員)

このパンフレットを見ると、とても利用したいなという気持ちになる。しかし、2週間前ぐらいに、介護のことを全く知らない人が光が丘にある地域包括支援センターに行き、受付でケアマネジャーのことを聞きたいと相談したところ、「私たちはそういうことはしません」といきなり言われ、もう利用したくないという感想を聞いてしまった。担当の方はきちんと教育をされて、きちんとされていると思うが、そこに行くまでの受付のところで、そのようなことを言われてしまったということで非常に落胆していた。その辺りに関して、今後の練馬区の対応、改善の仕方をお知らせいただきたい。

(高齢者支援課長)

区では、例えば総合福祉事務所の窓口や地域包括支援センターの窓口では、ケアマネジャーなどのご案内も含めて、接遇や対応の仕方の研修等をしているところである。仮に自分の専門ではないことであっても、必要な機関につなぐといった機関同士が連携していくということが重要であり、そういったことを含めて対応している。しかし、今のようなお声をいただくということはまだまだ徹底できていないところがあると思うので、後ほど個別に聞かせていただいて、改善に取り組んでいきたい。

(会長)

では、各委員から1分ずつぐらいでご意見やご要望を言っていただき、終わりとしたいと思います。よろしいか。

(委員)

私の年齢からいうと、他人事ではなく自分ごとで、いつ介護保険のお世話になるか分からない。今後も、病気をできるだけせずに、介護保険のお世話にならないように頑張っていきたい。

(委員)

この3年の間に、他県にいる主人の母のところに、月の3分の2近くを車で往復して通っていた。その自治体の状況も聞きたいと思い、様々な施設を見学し、社会福祉協議会の方ともお話し合いをして、練馬区の前回の事業計画書を社会福祉協議会に置いてきた。そこでは、介護保険制度について、施設運営者側や利用者側ともに、話しを聞いていて、地域性の違いなのか、練馬区とはなにか違うなというような感想をもった。

策定懇談委員のときから今までの経過をたどってみると、ここまで来たのだという感慨も少しある。今後もこれを発展させていただけるよう、よろしくお願ひしたい。

(委員)

私は、実はまだ地域包括支援センターに1度も行ったことがない。これを機会に、どのような感じなのかというのは変だが、何か相談事をつくって少し行ってみたいなという気持ちになった。

(委員)

私は、パワーアップカレッジの2期生である。パワーアップカレッジの卒業企画提案では、「2025年超少子高齢化に向けて」ということで、団塊の世代の意識（介護予防・認知症予防について）を変えることが目的だった。卒業から8年経った今、この介護保険の世界は非常に難しい。また、高齢化率が上がり続くなかで、介護保険の将来は、団塊の世代をはじめ、区民全体が、施策1の「自立を支える介護予防と高齢者の社会参加を推進」を意識することが大事ではないかと思う。

(委員)

私のところは70代、80代の典型的な高齢者世帯である。第7期計画に自立支援・重度化防止が出ていたが、今はとりあえず元気であるが、どちらかが認知症になる可能性が高いと思っている。そうした場合にサービスを選ぶときに、自立支援・重度化防止というところで、認知症の人が差別されるという言い方が少しおかしいが、本日の会長代理のお話を聞いても重度化防止というのはやはり認知症の人にはなじまないのではないかと感じた。とにかく高齢になると現状維持で精一杯で、自立支援や重度化防止というのは結構重いなと思った。

前回の委員会ときに委員から情報のことについてお話があったが、やはり私たちがサービスの事業者を選ぶとき、分かりやすい情報だけではなく、事業者を比較できる情報が欲しい。区のホームページを見るとリストは出るが、どのような事業者かというような選ぶ情報がないのが少し寂しい。

また、先ほどの会長のお話で、地域包括支援センターが25か所となり、独立して1つ1つなるのは身近になっていいと思ったが、やはり区から離れてしまうという思いが私たちは非常に強い。今までは4つそれぞれの本所に行けば、また支所とは違ったことを訴えることができるのではないかと考えていた。会長のお話から、行政が見える黒子としているというのが、非常に心強かった。

(委員)

率直な疑問あるいは意見に対して、各委員が積極的に意見交換をして、非常にいい計画に仕上がったのではないかと。特に区役所の方がそれに対して真剣に検討していただいたということに非常に感銘を受けた。

本日の会長、会長代理の話は、最後になって目からうろこが落ちるような感じを受けた。

私個人としては、色々な会議に出て感じているのは、ターミナルケアを含めた介護というものがやはり非常に重要になってくるのではないかと感じている。要するに、ひとり暮らしの高齢者、貧困の高齢者、老老介護、認知症の方が増える中で、ターミナルケアがどうなるかということが、言ってみれば人生を考える上で非常に重要になってくるのではないか。個人的にはターミナルケアを含めた介護というのをこれから考えていきたいと思っている。

(委員)

この介護保険運営協議会委員には、第6期計画の策定から参画させていただいた。会長はパワーアップカレッジの学長でもおられ、私はパワーアップカレッジ4期の卒業である。パワーアップカレッジの在学時代と、卒業後も一時期パワカレ同窓会の会長などもやって、会長からは当時から大変ご薫陶を賜った。現在、パワーアップカレッジの卒業生は約230人近く、在校生は2期50人がある。人脈としては約300人近くに膨らんできており、この300人近い方が練馬区の中で様々な活動をされている。先般行われた“つなフェス”でも、多くの展示活動が紹介され、少し歩けばパワーアップカレッジの人にぶつかるといった感じの会場であった。

地域包括ケアシステムを確立する上で最も大きな課題は、やはりひとり暮らしの高齢者、それから認知症にどう対応していくかということではないかと思う。4年前に光が丘で「おせっかいなまち・光が丘～孤独死ゼロをめざして～」という小冊子を発行し、それを軸に活動を進めてきたが、余り大きな成果につながっていない。去年から改めてひとり暮らしの高齢者あるいは高齢者のみ世帯の方に寄り添うということで、具体的・個々にパーソン to パーソンのような動きをしながら地域の活動を進めている。そのときに、パワーアップカレッジの方も参画してくれており、これから試行錯誤してどのように進めていくか苦勞しているところである。これに当たり、やはり地域包括支援センターと密着した連携を図ったり、相談させていただいたりしながら、先ほども会長がおっしゃっていた地域の生活課題を十分に踏まえながら、密着した活動をしていきたいと考えている。今後ともよろしくお願ひ申し上げる。

(委員)

老人クラブ連合会は、皆様方に最もお世話になっている団体だと思う。ありがたいことに、団体の中では連絡網や見守りなどは割合うまくいっている。しかし、先ほどの会長のお話を聞いて、地域との連携が少し足りなかったと反省している。本年度は、地域との密な連携にもう少し力を入れていこうと考えている。社会福祉協議会とは3年ほど前から本当に連絡がとれて、お互いに情報を交換して、ありがたいことである。なおかつ、私も東京都のほうへ参り、練馬区の職員また周りの方々がいかにいいかということが本当に分かった。私たち老人クラブだけではなく、介護を受けている方たちからも練馬はとていいということで、本当に改めて感謝を申し上げる。これは行政や先生方のご指導があったと思うので、多く言うことはないが、今後はお力を貸していただいて地域の登録委員会とのつながりをもう少し強くしたいと思っている。よろしくご指導をお願ひ申し上げる。

私は9月に階段から落ちて、生まれて初めて入院した。3回入退院を繰り返しているうちに本当に介護保険のありがたみをしみじみと感じたので、これから真剣に考えて皆さんに伝えていかないといけないと思った。今後ともよろしくお願ひ申し上げる。

(委員)

計画の策定に一員として携わらせていただいたことに大変感謝している。平成 30 年度の地域包括支援センターの再編に当たり、私たちはますます重責を感じており、課せられた課題は多いが、地域の方やパワーアップカレッジの皆様、それから事業所の方々などと協働し、多くの力をいただきながら、先ほど会長のお話にあった「行きたい気持ちになれるようなサロン」に向けて、地域福祉の推進のために黒子役の行政と手を取り合いながら邁進していきたいと考えている。

(委員)

昨年、前シルバー人材センター会長から引き継いだため後からの参加となったが、勉強させていただいたことを感謝申し上げます。また、特に本日のお二人のお話も大変勉強になった。

練馬区シルバー人材センターは、会員数 3,715 人で全国的にも大きい。60 歳以上の元気な高齢者が仕事をしている。短く、簡単なお仕事ではあるが、健康管理に注意しながら医療費を減らすためにも、少しは役に立たせていただいているのではないかと思う。会員の皆さんが本当に責任を持って一生懸命に仕事をしながら、また色々なサークル活動などもしている。元気なお年寄りがますます今後増えなくてはいけないと思う。

私個人としては、平成 16 年から電話訪問・見守り訪問をさせていただき、「みまもり通信」などを独居のお年寄りに運んでいる。これからも地域包括支援センターや区の皆様とともに、第 7 期計画に従って努力したいと思う。

平成 12 年から父親が介護保険のお世話になり、母もお世話になり、父が 98 歳、母が 99 歳まで皆様のおかげで長寿を全うさせていただいた。今は他区にて、姉が要介護という状況で、介護保険のお世話になっている。色々な体験を通して本当に皆様に感謝の毎日である。この委員をさせていただいたことに、感謝申し上げます。

(委員)

この会の中での発言もそうだが、今まで色々なところで関わらせていただいた担当の方々にお話をしてきたことが、この計画にかなり盛り込まれたことについては非常に嬉しく、感謝を申し上げたい。

施設整備については、1 つだけお願いがある。特養の立場でいうと、多くの施設があること自体が区民の方々にとってはいいことだという反面、施設で働く職員がいないという現実の中で、計画では練馬区の人口があるレベルまで増えるということだが、そこをピークに計画してしまうと、施設が余っている状況になる。視点を広げて、圏域を広げて、施設整備についてはご検討いただければ有り難い。

本計画に基づき、来年度から私たちは現場で本計画がより意味のあるものになるように実践を通して頑張っていきたいと思っている。働き手がいない中で介護現場が魅力的なものにならなければやはり志してくる人もいない。そのような職場づくりを目指して努力していきたい。10 年後ぐらいに、子供たちの将来なりたい夢が介護士となるように頑張っていきたい。

(委員)

先ほど委員から、認知症になった場合に、自立支援・重度化防止は少し厳しい、きついというお話があったが、ケアマネジャーの立場からすると、様々な方と関わることになる。認知症の方あるいは要介護でベッド上の生活をされている方、それこそご自分の意思を表明できない方、色々な方

がいる。ただ、ケアマネジャーは、その方に応じて、その方に寄り添いながらお話を聞いたり、あるいは家族に代弁していただいたりして、決して自立支援・重度化防止だけではなく、その方が本当に生きていてよかった、うちで生活できてよかった、練馬に住んでいてよかった、というその方に応じた自立支援のところに心がけながら関わっている。決して認知症になったから心配だ、これからどうしようということではなく、近くのケアマネジャーあるいは地域包括支援センターにご相談いただけたらと思っている。

本日、これまでの議論でお二人の先生からのお話もあったように、ケアマネジャーの役割はまだ大きく、これからもっともっと力をつけていく役割だと思っている。本計画をいかに実践に移せるか、これから3年間、地域のケアマネジャーも一緒に頑張っていきたい。今後ともよろしくお願ひ申し上げる。

(委員)

事連協会長になって4年になるが、総合事業がスタートするに当たり、行政との関係性を通じて非常に多くのことを協働してできるような関係性になり、色々な成果を得ることができたのは本当に喜ばしかったと思っている。

また、私自身も介護保険事業計画に関しては通算で4期、携わらせていただき、特に今期については、この計画のもともとのあり方や、それからどうすれば実践できるのかというようなところを深く考えるいい機会だったと思う。特に、この第7期計画に関しては、本当に色々な立場から色々な方々に意見を述べさせていただいて、それを計画の中に上手に盛り込んでいただいたと思っているし、私もある程度のことはこの計画に盛り込まれたと考えている。問題は、やはりこれをいかに実践するかということが大切だと思っている。我々事業者としては、単に今までこういった計画があるから、この計画に沿ってというような考えだけではなくて、実際に手を携えながらどのようにして進めていくかということが実際には重要だと考えている。1つは、やはり会長がおっしゃっていたような地域性の問題で、これは非常に重要だと思っている。ある程度、今の事業者の中では個々に実践はしているが、事連協全体としてはまだまだ足りない。今後、進むべき事業者のあり方としてはそのような方向に大きく舵を切る必要性が出てきたのだろうと思っている。また、先ほど会長代理がおっしゃっていたように、事業所としては経営が非常に厳しい環境になってきている。そういった中で、我々事連協会員がどうすれば自分たちの経営をきちんとしながら、区民のために、また自分たちがよりよい生活を得るために、先ほど委員がおっしゃっていたように、これからの人材が魅力ある介護の世界に飛び込んでいくようにどのようにしていけばいいかということも大きな課題だと思っている。そういった意味でも、やはり地域における事業者の協働関係あるいは連携関係が、非常に重要視されてくると思う。特に私は通所部会長でもあるため、自立化支援・重度化防止、居宅との関係性、地域包括支援センターとの関係性、それからNPO等との関係性、それを含めた活動を今後のテーマとして持っていきたいと思っている。

私自身は今期で会長をおり、また本運営協議会も後任に譲ろうかと思っているが、陰ながら頑張ろうかと思っている。

(委員)

途中からの参加になったが、皆様のお話を聞くことは大変勉強になった。定期巡回、介護看護のサービスをずっとしていたため、今後 24 時間 365 日サービスを提供できる体制をつくり、人材の確保と育成に力を入れていきたいと考えている。

(会長代理)

他の幾つかの計画策定にも関わっているが、小さいところでは小さいなりの地域に密接した計画を目指していくため、人口の非常に多い練馬区ではどのようにできていくのか非常に興味があった。ある意味で、地域に密着して、色々な資源があって、それをどう活用していくのかというのが大テーマで、そのような意味で今回は素晴らしい内容ではないかと思っている。

介護サービスも、医療あるいはケアマネジャー等の事業者などと関係をつくっていくということが評価されることになる。関係をつくっていくことが評価されるというのはどういうことなのかという気もするが、先ほどの会長のお話にもあったように、地域の中で顔の見える関係をつくっていくということが地域包括ケアには非常に重要になる。この計画がどう進んでいくのか、より良い関係ができるような、そのような練馬区になっていくのではないかと思っている。

(会長)

私の方針は、質問を受ければきちんと答えていただき、できないことはできないと申し上げることにある。要するに、要求だけではなく、みんなで考えるということが委員会の原則だろうと考えている。行政関係そして委員の方々がきちんと対応してくださったことに心より感謝申し上げます。

最後に、部長からご挨拶をお願いしたい。

(高齢施策担当部長)

委員の皆さまには、3年間本協議会に、お忙しい中、参加をいただき感謝申し上げます。

本日は、会長代理に介護報酬から今後の方向について、会長には、より大きい視点から今後の展望をお話しいただき、大変勉強になった。私ごとだが、4月から福祉部長も兼任することになり、仕事の範囲が非常に広がる。会長に本日お話しいただいたことを十分に参考にさせていただきながら、より広い視野で高齢の仕事についても進めていきたい。

高齢介護の世界は、計画策定のたびに高齢化がより進み、制度もより複雑になり、保険料も上がっていく。この厳しさが増す中で、区民の皆様にサービスを増やしてご理解いただけるものにしていくことは、本当に難しくなっていくわけだが、委員の皆様にも前向きで、建設的なご意見を多数いただくことができ、それを会長にまとめていただいて、今回の練馬区の地域包括ケアシステムの姿を取りまとめることができた。方向としては、サービスはよりきめ細かくしていくことになるため、区民の皆様の声や事業者の皆様、関係団体の皆様の声が本当に重要だと考えている。これからも様々な声をお寄せいただき、施策をより生きたものにしていきたい。感謝申し上げます。

(会長)

以上で、第 14 回練馬区介護保険運営協議会を終了する。