

平成20年度 第10回練馬区介護保険運営協議会 会議要録	
1 日時	平成20年6月30日（月） 午後3時から5時まで
2 場所	練馬区役所 本庁舎5階 庁議室
3 出席者	（委員 18名）冷水会長、足立副会長、岩月委員、小川委員、護守委員、堀田委員、目崎委員、山口委員、小池委員、辻委員、中川委員、吉川委員、海老根委員、尾方委員、瀬戸口委員、永野委員、中村委員、福井委員 （区幹事 11名）福祉部長、地域福祉課長、高齢社会対策課長、介護保険課長、在宅支援課長、大泉総合福祉事務所長 ほかに事務局5名
4 傍聴者	5名
5 議題	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 介護サービス事業所数一覧（平成18年・平成19年・平成20年/4月1日現在）について</li> <li>2 第4期介護保険事業計画に関することについて（諮問事項） ○ 検討課題に対する委員の意見・課題等およびまとめについて</li> <li>3 介護人材の定着・確保に向けた介護報酬のあり方等に関する緊急提言について（東京都作成）</li> <li>4 その他 <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 介護保険について（5月末現在）</li> <li>(2) 練馬区高齢者基礎調査報告書・同概要版について</li> <li>(3) 今後の開催日程および検討課題について</li> </ol> </li> </ol>
6 配布資料	<p>当日配布資料</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 資料1 介護サービス事業所数一覧（平成18年・平成19年・平成20年/4月1日現在）</li> <li>(2) 資料2 検討課題に対する委員の意見・課題等およびまとめ</li> <li>(3) 資料3 介護人材の定着・確保に向けた介護報酬のあり方等に関する緊急提言（東京都作成）</li> <li>(4) 資料4 介護保険について（5月末現在）</li> <li>(5) 冊子 練馬区高齢者基礎調査報告書、同概要版</li> <li>(6) 資料5 今後の開催日程および検討課題</li> <li>(7) その他 <ul style="list-style-type: none"> <li>・座席表</li> <li>・練馬区介護保険運営協議会委員名簿</li> </ul> </li> </ol>
7 事務局	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 03-3993-1111（代表）

## ■ 会議の概要

(会長)

第10回練馬区介護保険運営協議会を開催する。  
委員の出席状況および傍聴の状況をお願いする。

(事務局)

【委員の出席状況および傍聴の状況】

(会長)

配布資料の確認をお願いする。

(事務局)

【配布資料の確認】

### 1 介護サービス事業所数一覧（平成18年・平成19年・平成20年/4月1日現在）について

(介護保険課長)

【資料1に基づき、介護サービス事業所数一覧についての説明】

(会長)

全国的な傾向だが、訪問介護事業所数が減少に転じて、将来的に危惧される状況になってきている。

訪問リハビリテーションの数字が合わないがなぜか。

(介護保険課長)

大田区の訪問リハビリテーションの数は、平成18年、19年度は、みなし指定の事業所を含むが、平成20年度はみなし指定を除いた数字になる。このように、みなしを含むか含まないかによって、数字にばらつきが見られる。各区によって数字のとりかたが異なっている。

(会長)

全体的に事業所は減少傾向である。区としては原因・背景についてどのように考えているか。

(介護保険課長)

練馬区議会でも、介護保険施設を開設したが、人材が集まらずショートステイが開催できないことが問題になった。区では事業所に出向き、施設長から、求人誌、フリーペーパー、人材紹介センターなどに60万円かけて求人募集をしたが人が集まらなかったという話を聞いた。介護人材の不足が非常に大きな要因になっている。訪問介護事業所も同様に人件費の問題もあり、採算があわず、撤退する事業者が多いと伺っている。

(会長)

人材問題はここ2年くらいで急激に進行して、事業所数の減少にもつながってきた。経営上の問題で、介護保険が始まって8年を迎え限界がきている。介護保険制度の運営においてきわめて重要な問題として受け止めなければならない。

特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム）が急増している。それだけニーズがあると

言うことだろう。有料老人ホームの場合、施設運営費に余裕があるので経営が成り立つ。人件費も高い賃金設定をし介護職員を採用する。そうすると、賃金の低い福祉などから人材が流れ、ますます人材がいなくなる。介護保険制度の中に有料老人ホームを取り込んだことが影響していると思うと、複雑な問題である。人材確保の問題にはいろいろな要因があるが、そうしたことも一因であると思う。

人材の確保については極めて重要な問題であることを計画の中で指摘しなければいけないので、まとめの段階で取り上げる必要があると思っている。

## 2 第4期介護保険事業計画に関することについて（諮問事項）

### ○検討課題に対する委員の意見・課題等およびまとめについて

#### （高齢社会対策課長）

【資料2に基づき、検討課題に対する委員の意見・課題等およびまとめについての説明】

#### （1）認知症高齢者ケアシステムについて

##### （会長）

項目2の医師会との連携という表現はいかがだろうか。医師会とは連携していかなければいけないが、必ずしも医師会ということでもまとめられないのではないか。医師、医療との連携などの表現でどうか。

##### （委員）

個々の医師が十分に活動できる状態ではなく、医師会全体で動いて対応する必要があるので、医師会との連携という言い方のほうが良いと思う。これから実際にケアシステムの対応を進める意味では非常に重要なことだと思う。

##### （会長）

内容はこの形でまとめて、医師会で行なっている事項や実績は、明確に残す必要がある。項目として医師会でくくってしまうのはどうか。今は、予防や早期発見は開業医が最前線でがんばっていただいているので、組織としての医師会は十分つながっている。開業医等の表現はいかがか。

##### （委員）

医療と連携するには医師会が必要になる。医師会という特定の団体を出すのが良くなければ、医療や医師という言い方でも良いと思う。まとめの中では医師会との連携という内容は記載していただきたい。

##### （会長）

まとめの中で医師会と連携し事業を行なっていくことを明記することについては、異論はないと思う。項目としての表現をどうするかの問題である。そういう意見もあったことを記録しておいてほしい。

この課題について他に何か意見、質問はあるか。

##### （委員）

項目1の地域との連携について、民生委員の協力を得て、地域包括支援センターとある

が、民生委員とのかかわりを持ちたくないという認知症のご家族を介護している家族がいる。練馬区の場合は、認知症予防推進委員の育成などをして、地域との連携を図っているのでよいと思う。

(会長)

委員意見は具体的に記載されているが、まとめると具体性が乏しくなっている。実際に計画書の案を統括するときには、まとめの下に、「民生委員、中心は地域包括支援センター」というように具体的な中身を書くということで良いか。

(委員)

地域と連携、医療と連携はわかるが、家庭において介護するときに到達点が見えない状況が一番困る。連携をすることで、どのように在宅で利用できるか、どのように施設を利用できるかまでの流れが分かるものを作ってほしい。

(会長)

これまでの議論をまとめると抜けている面がかなりある。表題は認知症高齢者ケアシステムという全体的なことで、ここに書かれているのは早期発見、早期治療という目的であり、具体的にケアはどうするのかということは今まで議論してこなかったので、認知症高齢者ケアシステムという表題に対し、書かれている内容が狭すぎる気がする。

(在宅支援課長)

テーマとして地域包括支援センターが入っていない。たとえば、認知症のケア体制としては、現在、地域包括支援センターの職員が、地域の中の診療所、医療機関などに出かけ医師と連携を図っている。また、認知症高齢者の家族会などが、ケア体制の中から抜けている。

地域包括支援センターのあり方については、地域包括支援センター運営協議会で議論し、次回、介護保険運営協議会に報告する。

(会長)

地域包括支援センターについては地域包括支援センター運営協議会があるので、そこでの報告を待つとして後回しにしている。事業計画の中で地域包括支援センターの位置付けは大きな課題なので、次回検討する。

関連で、ケアシステムは地域包括支援センターを中心に行なっているとしても、専門医療機関との連携はどうするのが重要である。認知症の人にふさわしい居宅サービス、施設サービスをどう補っていくかが残された課題である。

他にご意見は。

(委員)

認知症でもアルツハイマー型と脳血管からくる認知症がある。早期発見、早期治療ということであれば、私は脳血管の夫を抱えているので、リハビリテーションの専門機関が区内にほしいと思っている。それは早期治療で認知症にならないための予防になると思うが、この分野で意見として出しても良いだろうか。

(委員)

従来からの介護保険で扱っている認知症の方は、重度の患者さんを扱っていた。そのため認知症で軽度の方や早期の方がなおざりだった部分があった。小規模多機能型居宅介護

など新しいサービスの利用者の中には、軽度者の方から、かなり重度者の方も居るので利用してはいかかが。脳卒中のリハビリについては、認知症のケアシステムと違うのかもしれないので、どうしていいかわからない。

(会長)

答申の中に、重度から軽度まで症状に応じたケアシステムがあることを明記してほしい。グループホームについても触れられていない。

項目2の医師会との連携について、委員意見の2で他区では医師が相談に応じる事業なども検討とあるが、練馬区ではまだ行なわれていない。専門相談なども、具体的なことをできるだけ盛り込んでもらいたい。

(在宅支援課長)

専門相談はしている。専門相談以外に、在宅医療と在宅介護の連携ということでかかりつけ医の認知症対応力向上研修を受けた医師の活用等について、医師会と行政で小委員会形式で協議をしようという話がついたところである。どんな形で活動していただくか考えているところである。

(会長)

専門相談は、地域包括支援センターで実施しているのか。

(在宅支援課長)

現在、保健相談所で実施している。保健相談所で専門相談をする場合、認知症の方は生活全般に関わり、権利擁護の分野にも及ぶので、地域包括支援センターで扱ってほしいと言う意見も出ている。

## (2) 介護予防重視型システム（介護予防事業）について

(委員)

介護予防の研究会に何回か出席させていただいた。資料2に記載されているとおりである。運動器の機能向上、口腔機能は、実際に参加している人はわずかである。周知だけの問題ではないと思うが、いろいろな要素があって参加者がわずかな数になっていると思う。

他の区の話聞いたが似たような状況であった。そのときに聞いた話だが、行政が外に出かけて事業を実施したところ、参加者が増えたという。やり方を工夫すれば、飛躍的に参加者が増えるということもあると思う。

(委員)

介護予防事業は福祉部の事業であるが、生涯学習など他の担当と連携を図ることでもっと参加しやすいシステムが構築できるのではないか。より身近なところで、介護予防につながるような体系を考えていただければ、本当の介護予防につながると思う。

(会長)

介護予防事業は、介護保険の中で新しく出てきた言葉、事業でもある。区で進めていくときには、介護保険サービスだけに絞るのではなく、介護予防事業にも重点を置いて計画を立てることが必要である。

(在宅支援課長)

外に出ること、人と話をすること、あらゆるものが介護予防につながる。私どもで取り

上げている対策は、「老年症候群」に関心を持っていただくことである。特定高齢者、一般高齢者、要介護高齢者については総合的に考えているのである程度まとまっている。

高齢者に重点を置いた老年症候群についても早期に発見し予防していく方法を段階的に設定している。

**(委員)**

介護予防関係の話を知っていると、どうすれば、利用者にとって使いやすいものになるかという視点が不足していると思う。民間の企業で、新しい事業を企画するときは、お客様に魅力を感じていただけるような内容を考える。しかし、介護予防事業の場合は年間予算の枠内で内容を決めているように思われる。

**(在宅支援課長)**

特定高齢者と一般高齢者では事業の内容が異なる。特定高齢者の場合は、3か月間の継続が必要なので、途中でやめてしまう方もいる。一般高齢者の場合は、いろいろな事業内容があるので満員になることが多い。介護予防事業を進めていく中で送迎用の車両が使えるのであれば、足腰が弱った人も積極的に事業に参加でき、遠くのほうで行っている事業にも参加しやすくなると思う。また、介護予防の事業に参加した方々がグループを作っていて、地域の中で活動して他の人たちにも働きかけていただくことにしている。うまく機能するようになれば、特定高齢者の介護予防事業だけでなく、自主グループの人たちが体育館などを使って活動できれば良いと思う。ただ場所の確保が一番難しい課題になっている。

**(委員)**

場所の確保だが、地区区民館や敬老館を活用できないだろうか。地域の健康なお年寄が、少し虚弱な方たちの面倒を見ながら一緒に介護予防事業に参加することは大事なことだと思う。一人でも多くの方が、介護予防事業に参加してもらうためには、まちづくり、コミュニティづくりも必要であると思う。もう少し柔軟な発想に立ち、介護予防事業を考えていただければ参加者も増えるのではないだろうか。

**(委員)**

地域のお年寄りは筋力トレーニングをやりなさいとか、どこかへ行って行いなさいと言われるのが嫌である。自分たちの住んでいる地域で集まれる場所で、1週間に1回ぐらい来て、仲間とおしゃべりをしながら、気が付いたら運動していたという体制があると良いと思う。

**(委員)**

介護予防システムというと、体を動かすことに関係が多いように思われる。もう少し生きがいづくり的なプログラムがあったら良いと思う。最近、うつ状態になっている中高年の人が多く、病院めぐりをしていると聞いている。たまたま私の関係する施設にいらした方が以前そのような状態だったことが分かった。しかし、ボランティアをすることで、自分は役に立っているんだと感じ、生きがいがあったと言って喜んでいて。

**(在宅支援課長)**

介護予防は、運動器系、体力の向上を目的にしているのではなく手段にすぎない。予防プランを立てるときに、まず目標にするのは、社会参加である。外に出て、近所のみな

んと話をする、一緒に映画を見に行くといった目標を最初に設定する。ある意味では外に出ていろいろな居場所が見つかればいいと思っている。特定高齢者の事業も社会参加で、外に出ていただくことを最初に目標設定している。事業修了後については、気軽にふらっと寄って話ができる場所として、「食のほっとサロン」といった場を用意している。気軽に外に出ていただくことも社会参加であり、同時にまちづくりの一環にもなっていると思う。

(会長)

介護予防事業は、単に心身機能がよくなっただけでなく、もっと広く社会参加、地域づくりをしていくことにつなげることのほうがはるかに意味があると思う。

(委員)

介護予防も認知症予防も在宅で介護する側もメンタルケアが重要になってくる。予防イコール相談事業、社会参加なども一種のメンタルケアだと思う。メンタルケアを視野に入れていただくことによって予防につながっていく。

(在宅支援課長)

メンタル面については、事業を進める上で、この事業に参加して精神的に変化があったかどうか評価する部分があり、これらをもとに事業自体を評価委員会で評価している。体力が落ちても、自分で健康だと思っていれば、ある程度元気だということが評価にでている。介護予防事業は楽しく事業に参加し、友だちを作り参加できることに力を入れている。

### (3) 人材育成

(会長)

次回検討する。

### (4) 適切な介護保険制度の運営について

(会長)

「適切化」、「適正化」と表題が入り混じっている。ケアマネジメントは適切化、他は適正化ということか。

(介護保険課長)

一般的に、適正な運営や運用ということはコンプライアンスの部分で使うことが多い。たとえば、十分な給付という場合は「適切な」という表現を使うことが多いと考えている。

(会長)

細かいことになるが、委員の意見を見ると「ケアマネジメントの適正化」、まとめのほうは「ケアマネジメントの適切化」で、必ずしも一貫性がないと思う。言葉としてはより適切なものを使ってほしい。適正化は上から下へという規制のニュアンスだ。コンプライアンス、法令遵守ということで言われることが多いので、「適切化」のほうがより広い意味があると思う。

(委員)

人材の育成とも絡んでくるが、介護保険課長にはケアマネの連絡会の研修にもお越しいただいて、利用者への取組みにも関心を持っていただいている。適切なケアマネジメント

を行なうために私たちも努力しているが、多くのケアマネジャーは区から適正化として指導されているというより、規制を目的とした目で見られているという印象を強く抱いている。今後、より良いケアマネジメントを作成していくためにも、充実した研修体制を組んでいただきたい。

**(会長)**

項目2の事業者についてのまとめの中に、給付の適正化を行なうことにより利用者のサービス利用を配慮をすることが必要であるという内容がある。行政の役割は法令遵守で、きちんとできるように指導をするとともに、育成していくことも重要である。事業者がやる気がおこるようなサポートをしていくことが必要だということを、是非この中にも含めていただきたい。行政は、事業者と一体となって事業を進めていくということでない、事業者との間に溝ができる。一緒にやっていくという姿勢をまとめの中に記載していただきたい。

**(委員)**

まとめのところで、緊急時のことが記載されているが、実際に緊急時で夜中にケアマネジャーが呼ばれ、どこへも相談することもできず、救急病院に夜中遅くまで対応することがある。同じように、生活保護者で独居の方だと福祉事務所に連絡を取ればいいが夜中となると連絡が取れない。場合によっては介護サービスにも該当できなく無償での仕事になってしまうこともある。緊急時における住民参加型のシステムの検討も必要であるが、公的機関での緊急対応のシステムもきちんと構築してもらえるとありがたい。

**(会長)**

緊急時対応については、住民も加わるがきちんと公的機関のシステムを作り、そこに住民が参加できるようにしていくのが基本ではないかと思うので、直していただきたい。

**(委員)**

項目2の事業者についてのまとめのところで、「給付可能なサービスの範囲等について、事業者にも利用者にも周知が必要である」と書いてあるが、現場でサービス提供を行っていると、これは給付対象になるかどうか迷う場合がある。事業者としては、保険者に確認を求めて回答を待った上で、利用者にサービスを提供することになるが、保険者からの回答が遅い場合がある。できれば、事業者と保険者で確認できている内容をまとめた資料などがあれば、事業者としては利用者に対してより速やかな対応ができると思う。

**(介護保険課長)**

事業者説明会のときにQ&Aとしてまとめたものを出すようにしている。たとえば、息子さんがいるが、朝から晩まで仕事に出かけ、日中、食事を作る人がいない。本来ならば、同居家族がいる場合に、どこの範囲まで生活援助サービスを提供できるか判断が難しい。食事は必要で大事なことである。練馬区はある程度の範囲で生活援助サービスを認めている。前回も話しをしたが、病院間の訪問介護員の同行介助が認められていないなど、区によって解釈基準がずいぶん違う。他区に問い合わせ、訪問介護サービスをどのように扱っているかを調べたが、自治体によって違っていた。また、診療先の待ち時間の扱いも違う。練馬区はなるべく利用者の立場に立って考えていきたい。他区の事例を参考に研究して新たなQ&Aを作成したいと思っている。



(委員)

事業者としては、確認したいことに対してすみやかに回答が得られる体制を作ってほしい。

(会長)

その辺は早急に対応いただきたい。

(委員)

介護保険を利用させていただいている立場から発言する。介護保険があつて我が家は助かっている。在宅で世話をしているが、主人が転倒することが多く、私ひとりでは起こせない。そのような時に事業所に電話をすると来てくれる。しかし、介護保険上の報酬としての請求は認められない内容なので認めてほしい。

(委員)

介護保険を適正に運営するためには、事業者も利用者も分からないときに、すぐに聞ける場所で、24時間常に連絡を取れる場所を明記したものがあればいいと思う。

(介護保険課長)

大泉特別養護老人ホームでは緊急時の相談受付を24時間行なっている。

## (5) 施設整備について

(会長)

療養病床の問題は、国の方針と各都道府県の考え方に大きなズレがある。東京都は増やす方向でいるようである。区としてどのような方向性を計画に位置付けるのか、まだ、流動的であるが整備計画の中で触れる必要があると思う。

何かご意見はあるか。

(委員)

療養病床については、東京都は減らすこと自体が現実的ではないという判断をしている。病院からの退院者で医療依存度が高いまま在宅という方が増え、ショートステイの申し込みが多い。施設の中でさえ医療依存度が高い方々が増えている中で、職員配置は、今以上には確保できないので、受け入れることが難しいのが実態である。利用者には介護サービスを使いたいという強い要望があり、施設側でも多少の無理をしながら受け入れている。在宅での介護の大変さがわかるので、受け入れはしたいが、施設側にも非常に厳しい状況がある。お金だけではすまない、介護者、看護者のスキルの部分も伴ってくる。非常に難しい場面にきていることを実感している。解決策はすぐには思いつかないが、努力を続けていきたい。

(委員)

介護療養病床の廃止に伴う受け皿ということで、医療関係、介護老人保健施設を運営する方々には施設整備拡充にあたり、一貫性を欠く行政に対する不信感があるように思う。実際に療養型病床群は、介護力強化病院が前身である。すべての付き添いを廃止し、付き添いについては病院が一定数をヘルパーとして雇用し、患者の介護にあたらせることでスタートした。行政指導に沿って介護職員を増やしたり、設備を改修したり、質の向上に相当の努力をして対応してきたのにも拘わらず、2012年3月までに全国にある13万床の介

介護療養病床が全廃になることになった。介護難民を介護保険施設だけで吸収できるような状況ではない。自宅で入院している患者を引き取り、喀痰吸引など医療行為や頻繁な体位交換など家族でできるのはごくわずかで、大変な状態になることは目に見えている。介護療養病床廃止に伴う受け皿について見直しをしていただき、現場をよく確認して事業者の声を聞いて、改善策を考えていただきたいと思います。

(高齢社会対策課長)

介護療養病床は廃止されるが、医療療養病床は増やしていく。介護療養病床がなくなることで、地域に戻ってくる人々の受け皿をどうするかが課題になっているのは強く認識している。廃止はしないということを前提に議論はできない。意見はいろいろあると思うが、あくまでも廃止されたときに、どうしていくのかという問題の立て方で答を書く必要があると考えている。

(会長)

厚生労働省もよく方針を変えるので、期限がずれ込む可能性が十分ある。地域の実情に合わせて柔軟に運営できるようにしていくスタンスも重要である。一つ項目として立てて、重要な問題として明記し整理する必要があるのではないか。

(委員)

過去の制度改正でも似たようなケースがあった。今回も医療が必要で行き場がない方でどうしても病院に残りたいと思っている方々に、値段を高くすることで退院する方向へ仕向けられる不安がある。

(委員)

医療依存度の強い方がたくさんいて、介護老人保健施設や特別養護老人ホームも十分対応できない現状がある。練馬区の中にも有床診療所をしているところもある。長期入院はできないにしても、バックアップをしていただきたい。

(会長)

具体的なバックアップの方法は何か。

(委員)

有床診療所の経営は厳しく、保険点数も抑えられている。行政側から補助金を出す方法を考えていただきたい。

(会長)

区市町村のレベルでは難しいと思う。

(委員)

医療療養病床についても25万床が15万床になる。介護療養病床と同じように医療難民が発生する可能性がある。こうした方々への救済の手を差し伸べないと大変なことになるのではないかと考えている。

### 3 介護人材の定着・確保に向けた介護報酬のあり方等に関する緊急提言について（東京都作成）

(介護保険課長)

【資料3に基づき、介護人材の定着・確保に向けた介護報酬のあり方等に関する緊急提

言について説明】

(会長)

人材確保については、東京都の提言を含めて次回行う。

#### 4 その他

##### (1) 介護保険について（5月末現在）

(介護保険課長)

【資料4に基づき、介護保険について説明】

##### (2) 練馬区高齢者基礎調査報告書、同概要版について

(高齢社会対策課長)

【練馬区高齢者基礎調査報告書、同概要版について説明】

##### (3) 今後の開催日程および検討課題について

(事務局)

【資料5に基づき、今後の開催日程および検討課題説明】

(委員)

区内のどこに有床診療所があるかわからないので教えていただきたい。

(高齢社会対策課長)

調べて次回報告する。

(会長)

区民が利用できる有床診療所は、療養病床がなくなる中で重要な施設である。

(委員)

療養病床が今後どのようなようになっていくか分かれば、次回お教えいただきたい。

(委員)

在宅療養支援診療所として、24時間在宅診療をしてくれる先生がどこにいるのかも、教えていただきたい。

(委員)

医療機関名簿を発行しているが、住所と電話番号しかないので、ベッド数も含めた資料があると良い。

(高齢社会対策課長)

次回は、地域医療分野の担当課長を呼んで説明させる。

(会長)

これで第10回練馬区介護保険運営協議会を終了する。