

平成20年度第6回練馬区高齢者保健福祉懇談会 会議要録	
1 日 時	平成20年7月14日（月） 午後1時30分から午後3時30分まで
2 場 所	練馬区役所 本庁舎5階 庁議室
3 出席者	（委員 13名）冷水座長、東條副座長、岩田委員、佐藤委員、高橋委員、長井委員、町田委員、赤地委員、佐々木委員、田中委員、永井委員、早船委員、松尾委員（欠席：轟委員、渡辺委員、藤田委員、増田委員） （区幹事12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、健康推進課長、地域医療課長、ほか事務局4名
4 傍聴者	0名
5 議 題	1 前回（第5回）検討課題の確認について 2 検討課題（テーマ） （1）『在宅医療・看護・介護の支援』 （2）『高齢者の権利擁護』 3 その他 次回予定 日程：平成20年8月6日（水）午後1時30分～午後3時30分 会場：練馬区役所 本庁舎5階 庁議室 議題：高齢者保健福祉懇談会報告書（案）の検討
6 配布資料	配布資料 （1）資料1 前回検討課題「高齢期の住まい」について（確認） （2）資料2 前回検討課題「健康の保持・増進」について（確認） （3）資料3 在宅医療の充実と医療連携について （4）資料4 東京都保健医療計画（抜粋） （5）資料5 区内在宅療養支援診療所一覧（社会保険庁作成） （6）資料6 練馬区認知症高齢者相談・医療体制 （7）資料7 練馬区の権利擁護事業について （8）資料8 権利擁護センターほっとサポートねりま （9）資料9 東京都における地域福祉権利擁護事業実施体制 事前配布資料 （10）資料10 権利擁護センターほっとサポートねりま パンフレット （11）資料11 あなたのための成年後見制度 パンフレット （12）資料12 保健福祉サービスの苦情は保健福祉サービス苦情調整委員 へ パンフレット （13）資料13 練馬区保健福祉サービス苦情調整委員について （14）資料14 練馬区保健福祉サービス苦情調整委員 活動報告

	<p>(15) 資料15 こんにちは地域包括支援センターです！ パンフレット その他</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 座席表・委員名簿 (2) 第3期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（閲覧用） (3) 高齢者の生活ガイド（閲覧用） (4) 練馬区高齢者基礎調査報告書 (5) 練馬区高齢者基礎調査報告書（概要版）
<p>7 事務局</p>	<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 3993-1111 (代表)</p>

■ 会議の概要

(座長)

これより第6回練馬区高齢者保健福祉懇談会を開催する。
 今回のみ、区幹事として健康部地域医療課長に参加していただく。
 事務局から本日の委員の出席状況と配布資料の確認をお願いする。

(事務局)

【委員出席状況報告および配布資料確認】

1 前回（第5回）検討課題の確認について

(座長)

それでは案件1、前回検討課題の確認に入る。

(高齢社会対策課長)

【資料1に基づき、前回（第5回）検討課題の確認】

(副座長)

資料1の総論4行目、『しかし、約8割が住宅改修等が可能な持家に住んでいるという傾向にも関わらず、「住宅改修等の住まいの工夫」について質問すると、あまり進んでいないことが伺える』という文章はわかりにくい。

『「住宅改修等の住まいの工夫」について質問すると、あまり進んでいないことが伺える』という部分は、「改善する必要があるけれど進んでいない」という意味だろうか。だとすればもっとすんなり書いた方が良くと思う。「持家に住んでいるから可能」という表現は「改善の必要があるけれど進んでいない」という表現に修正してはどうか。

(座長)

「持家に住んでいる」の前の「住宅改修等が可能な」という表現は、削除した方がすっきりする。「持家に住んでおり、改修が必要であるのに取り組まれていない」という表現にするよう、修正をお願いする。

また、総論18行目「喫緊の課題として」というくだりについて、「今後の高齢化率の激増に伴い」とあるが、直接の原因は高齢者の世帯構成の大きな変動であり、高齢者人口が増え、高齢化率が上がったことではない。「ひとりぐらし世帯」「高齢者のみの世帯」と表現を修正し、「これらの世帯の激増に伴い…」としたほうがはっきりする。

その他、特に意見がなければ、次の検討課題に移る。

(高齢社会対策課長)

【資料2に基づき、前回（第5回）検討課題の確認】

(座長)

特に意見がなければ、次の検討課題に移る。

次回は最終回となる。今回のテーマも含めて、これまでの議論を取りまとめた報告書案を、事前に皆様にお送りする。事前にお読みいただき、何か修正・補足等があれば最終回の席上で発言をお願いしたい。

2 検討課題（テーマ）

（座長）

資料に基づき検討課題についての説明をお願いします。

(1) 『在宅医療・看護・介護の支援』

（地域医療課長）

最初に断っておくが、現在、区で「在宅医療に関する施策」の計画等はない。そこで今年三月に改定された、「東京都保健医療計画」の説明と、在宅医療の分野で重要な存在である、「在宅療養支援診療所」について話をさせていただきたい。

【資料3、4、5に基づき、検討課題（テーマ）について説明】

本来、医療・病院に関することは、東京都が行うことになっている。しかし、東京都だけでは、介護・福祉と医療との連携がなかなか進まないことがわかってきたので、区市町村に協力を呼びかけている。区としても、東京都・医療機関と連携し、在宅医療の充実に取り組んでいかねばならないと考えている。

在宅医療を支えてゆくためには、一次～三次救急医療機関の連携体制が必要である。練馬区では、平成17年度から医療連携を進めるための協議会を開催しており、「かかりつけ医」を持つことの推進と、かかりつけ医から二次医療機関への紹介・反対の逆紹介をすることを決めた。また練馬区には、日大光が丘病院や順天堂練馬病院という二次救急医療機関はあるが、三次救急医療機関は存在しない。そこで、近隣の日大板橋病院や帝京大学付属病院といったところと連携を進めている。「かかりつけ医」を持ち、通常時から救急時まで、在宅で安心して医療を受けられるよう、医療機関相互の協力体制の構築を支援している。

なお、現在「在宅療養支援診療所」は、43か所から3、4か所ほど増えているはずである。

（座長）

「東京都保健医療計画」、「在宅療養支援診療所」という新しい体制のことについて何か意見はあるか。

（委員）

理想はこうだと思うが、現実には43診療所しか区内にない。本当に24時間対応が可能なか疑問だ。本当にこれくらいの数で大丈夫なのか。

また、対応しきれなくなった場合、救急へつなぐことになるが連携は十分なのか。

（地域医療課長）

おっしゃるとおりである。しかし、希望する医療機関に登録してもらう制度なので、43か所から急増させるのは難しいのが現状だ。そもそも、当該地域に診療所が無いとできず、新たにつくるといのは困難である。

また、診療所と救急医療機関との連携について、診療所の医師が対応できないという状況に陥ったときは、救急出動となるため、救急医療機関と診療所との連携は重要であり、協力関係体制の構築支援が、今まさに区に対して求められていることである。

補足だが、「在宅療養支援診療所」は医療機関が登録する制度だが、登録の有無に関わらず、往診・訪問診療を行っている医療機関もある。実は、練馬区医師会に確認したところ、区医師会の会員医療機関は、全520～530か所あり、そのうち内科を標榜して

いるところは290か所ほど、その中で往診や訪問診療をしているとアンケートに回答した医療機関は161か所あるようだ。

その他、かかりつけ医のうち、患者と長い付き合いがあり、自分の緊急連絡先を覚えておくという良心的な対応をしている医師も多いようである。

(座長)

「在宅療養支援診療所」はまだ数が少ないということだが、数値目標を定めた計画等は存在しないのか。

(地域医療課長)

今のところそういった計画はない。医師会に呼びかけてはみたのだが、具体的に何箇所まで増やすかを定めることは難しいようだ。しかし、今後この「在宅療養支援診療所」制度そのものが浸透していけば、徐々に増えていくのではないだろうか。

ただ、一つ問題として、「在宅療養支援診療所」になると、診療報酬に加算がある。これは、医療機関に登録を促す要素となる反面、患者の自己負担も増えるということもある。そのため、わざと診療所として登録しない医療機関もあるという話をうかがっている。

(座長)

診療報酬が加算されるということは、患者が支払う医療費も増えるということである。

(委員)

24時間対応を前提としたときに、43か所という数・配置と、現在の区の人口分布との関係は、適切と言える状態になっているのか。資料5の一覧表を見ただけではわからないが、区の考えはどうか。今の説明では、医療機関からの申出によって協力をいただいているということであったが、今後の展望を伺いたい。

(地域医療課長)

自発的に手を挙げていただくということが前提のため、数について、計画的に進めていくのは、難しい状況である。

配置のバランスという点についても、先ほど申し上げたとおり、まず地域に診療所がないと始まらず、新たに作ってほしいとは要求しにくい。

(座長)

目標値を明確に示すということは難しいかもしれないが、医療・保健体制を計画的に進めるのは行政全体としての責任だと思う。区としても、直接的にはできないが、医師会等との協議を重ねながら在宅医療が計画的に充実するように支援することは必要である。介護分野は非常に難しい計画を持つのに対し、医療分野の計画は極めてゆるやかであることは、都全体としても大きな課題であろう。

(委員)

資料3の在宅療養支援診療所の要件で、⑥「医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員(ケアマネジャー)等と連携していること」とあるが、先ほどの43か所全てが必ず、介護サービスと連携を取れる形になっているのか。また、ここで言う介護サービスとの連携の趣旨には、「地域包括支援センター」との連携も入っているのかお聞きしたい。

(地域医療課長)

ケアマネジャーは必要。医師、看護師、ケアマネジャーで一組である。よって、どの在宅療養支援診療所もケアマネジャーとの連携をとっている。

「地域包括支援センター」については、理念には含まれている。しかし現実には、なかなか組織的に結びつきに発展していかない状態である。具体的な課題としては、地域包括支援センターで受け持っている方を医療機関へ紹介するときの連携や、緊急時の病床確保だ。現在、大きな病院や医師会に対して協力を求めているところである。

(座長)

地域包括支援センターについては、この後「認知症高齢者」の相談等に関連して医療体制のことに触れるので、そこで補足説明をいただきたい。

(委員)

資料3の要件⑦、「当該診療所における在宅看取り数を報告すること」とあるが、どういうことか。

(地域医療課長)

ここでの「看取り」とは、在宅でお亡くなりになった方を看取る、という意味である。看取りを行った案件数を、報告しなければならないということである。

(座長)

続けて、資料6「練馬区認知症高齢者相談・医療体制」の説明を、在宅支援課長にお願いします。

(在宅支援課長)

【資料6に基づき、練馬区認知症高齢者相談・医療体制について説明】

練馬区の高齢者人口13万人のうち約1割、1万3,000人が何らかの認知症の症状があると推測される。また、介護保険の要介護認定申請者データを調査したところ、要介護高齢者の6割以上が認知症を発症していた。非常に深刻かつ重大であり、今や介護問題⇔認知症問題であり、対策にはかかりつけ医を中心とした医療・介護の連携が必要と考え、平成17年度から、区と医師会で話し合いを進めている。

資料6中の「練馬区医師会」の枠の中に、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」二日間修了者121名とある。昨年11月1日現在で区医師会所属の医師は589名おり、5分の1強が修了したことになる。これは都内の医師会の中では、最も多い数である。

右下の「中部精神保健福祉センター」は世田谷区の松沢病院の中にある。これは普通の診療機関と違い、なかなか判断がつきにくい困難なケースを専門に看るのが役割である。そのため、個人からの依頼は受け付けず、「地域包括支援センター」や「保健相談所」から依頼すると先方が出張してくる仕組みになっている。

なお、認知症以外も含めた、在宅医療・介護の連携を進めるため、今年四月から、地域包括支援センターの職員が、地域の中の診療所、特にかかりつけ医のところに直接訪問している。「どのような診療科を持っているか」、「地域医療についてどう思っているか」など、具体的に顔を合わせながら話しをする中で、信頼関係作りを進めている。

(座長)

医師会としての考えはどうか。

(委員)

「在宅療養支援診療所」は、施設を持っていない小規模の診療所では、マンパワーが足りず困難だ。日本医師会からは、様々な情報が入ってくるものの、区医師会では対応に苦慮している。「かかりつけ医」の概念は昔からあり、在宅医療のあり方の理想であるということは認識している。しかし、現実はどうもうまくいっておらず、医者一人ひとりの良心に頼っている状態だ。

個人的な意見としては、緊急時の病床確保には支援がほしいと思う。事例として、70歳過ぎの母親で、息子さんと二人暮らしだが、寝たきりでトイレにも行けないし玄関にも行けなくなってしまい、緊急の際に、自分で病床を探すことは難しいというケースがあった。このような場合、外部からの支援が無くては、解決は難しい。

また、在宅医療の充実のためには、往診専門の診療所が増えていくことが望ましい。

認知症に関しては、練馬区医師会でもセミナーを開く等、勉強をしている。認知症に精通した医師が増え、風邪や高血圧などで通院している高齢者の中で認知症の初期症状がある方を、早期に発見し、適切な治療につなげられることができれば、状況は改善すると思う。

その他、認知症を進行させないためには、在宅で身の回りのケアをしてくれる人にも、認知症に対する知識が必要である。認知症高齢者の適切なサポート役を果たしてくれる人が地域の中で増えていくよう、行政としても必要なサポートを充実してほしい。

(座長)

住みなれた地域で看てもらえることは、高齢者にとって安心できることなのだろうが、長期にわたる診療を支え続けるためには、現状の制度では不十分ということか。

(委員)

高齢者は、慢性疾患が多く、最終的には看取りが必要になるなど長期にわたるケースが多い。

(委員)

もともと療養病床を減らそうという大きな方針がある中で、在宅医療に向かおうとしている。その中で区として、どういう形で、減らした分を在宅医療に移行できるようにするのか。不安は大きい。

(地域医療課長)

国が平成18年度の医療制度改革の際に、療養病床のうち、医療型療養病床については現在あるベッド数を6割に削減、介護型療養病床は平成23年度までに全廃するという方針を決定している。

ベッド数が減った分はどうするのかというと、在宅あるいは医療保険ではなく、その他の介護保険などで分担していくのだという考え方を色濃くしている。

平成19年12月に「東京都地域ケア体制構想」が出された。都としては、療養病床は必要としている。現在の介護型療養病床を廃止したときに、利用者の受け入れ先がないと考え、国の方針とは反対に、療養病床を増やしていく考えだ。しかし、介護型につい

ては法律で廃止と決まっているので、医療型療養病床を増やしていく施策である。しかし、全体のベッド数制限が、二次保健医療圏という単位ごとに決められている。

練馬区が属している医療圏では、最近まで、基準となる病床数を上回っており、新たにベッド数を増やすことができず、新たな病院を誘致することもできないという状況だった。しかし現在、東十条病院の廃院や、病院から診療所への転換というようなことが起き、病床が不足する地域となった。そこで区としては、病床確保のために、庁内検討委員会を設け、療養型、リハビリなど、こういった施設が必要なのかを検討している。

(座長)

第4期計画の中で、区としての方向性を打ち出していく必要がある。

(委員)

介護保険事業者である。療養病床の削減問題について、検討委員会を設けているという情報を聞いて、事業者として少し安心している。現在の介護型から医療型療養病床に変わる場合、介護保険から医療保険の適用に変わること、本人の負担金が高くなるのではないだろうか。利用者への支援を検討していただきたい。

ところで、長期的に病床数を増やす問題以前に、簡単に退院勧告を受ける現状についても考える必要があるのではないだろうか。医療の必要がなくなれば退院するのは当たり前だが、その後必要となる在宅療養の準備を全く整えないうちに退院してくるケースが非常に増えている。ご家族が話し合っただけで決定したりもするが、そもそも介護保険の認定を受けていないというケースもある。退院後の生活に関わる介護サービスを提供する側としては、退院時に必ず、在宅生活への移行に必要な準備に目を向けるよう説明・案内をしていただきたい。

行政に対しては、在宅医療の充実を図っていくのであれば、「試験退院」への支援を検討してほしい。現在は、自費以外になく、本来1ヶ月程度かけて様子を見なければいけないところだが、そこまでできる人はいない。支援の方法として、「小規模多機能型居宅介護」等、地域密着型サービスを活用するという考え方もあると思う。通所と宿泊を併用することで、在宅生活に慣れるための場としての役割を果たせるのではないだろうか。

また、医療・介護の連携について、現場の例としては、医療通院の方への付き添いには問題点が多い。本人が認知症で家族は遠方にいる場合など、介護ヘルパーが付き添うが、病院に連れて行きさえすれば、後は病院スタッフにおまかせという事にはならない。着いても、受付から診察、処方箋と、次々回るには横についていなければならないのが原状である。

(地域医療課長)

退院から在宅へのスムーズな移行は、病院関係者としても課題である。準備が出来ていない方を退院させることは、放り出してしまうに等しい。しかし一方で、待機している患者も沢山いる。医療行為が終わった方については、どうしても退院していただくしかない。従って、急性期医療を終えた後を引き継ぐ機関、例えば介護老人保健施設等との連携を早急に充実させるための支援を行政に求められている。

現在の取り組みとして、「脳卒中」ケアの連携では、練馬区を含む二次保健医療圏（練

馬・板橋・豊島・北の四区)で一体となり、日大板橋病院・順天堂病院・帝京病院・都立病院といったところと協力し、急性期→回復期→維持期・在宅などと、患者に目を向けた一貫した体制がとれないかと検討中である。脳卒中だけではないが、今後の問題解決につなげるためのひとつの取り組みかと思う。

(在宅支援課長)

病院に入院している方が、相談窓口として地域包括支援センターを利用する仕組みができていない。MSW(メディカルソーシャルワーカー)などが在籍していれば相談もできるのかもしれないが、病院関係者の中でも、介護保険と連携し在宅介護につなげるようという意識は十分に浸透していない。訪問看護ステーション等連携をとるための窓口となる機関はあるはずなので、体制作りを進めなければならない。

認知症に関しては、問題行動がある人の場合、病院がなかなか受け入れてくれないことが課題だ。認知症ケアの訓練等を受けた人を増やし、認知症の方が受け入れられやすくなるようにしていかなければならない。

私は現在、東京都医師会の委員をやっているが、そこでも社会的に認知症ケアの理解・普及を促進しなければならないという意見が大勢だ。

(座長)

介護保険運営協議会の課題でもある。ケアマネジャーは在宅ケアプランの専門職だが、あくまでも退院後に始めて関われる存在であり、介護報酬にならない等の制度上の制約から、入院中からの対応はできない。また、MSWも絶対数が少ないのが現状である。仲立ちをする新たな専門職を育てていくことも考える必要がある。

ホームヘルパーについて、認知症の方には病院等への付き添いも必要となるので、身体介護としてある程度時間を割けるよう運用を拡大していかないと、利用者が適切な医療を受けるができない状態になってしまう。

(委員)

話は若干逸れるが、以前イギリスのロンドン郊外の街で行われていた、ターミナルケアホスピスを視察したときのことを話したい。地域ごとにボランティアを募り、医療・介護の研修をし、地域ぐるみでの24時間ケアを実現し、看取りまでもできるようにしていた。一人暮らしの方でも在宅で亡くなることができるという体制だ。

宗教的なベースがあり、ボランティアへの関心が深いから可能なのかもしれない。日本で実施するには、無償では難しいかもしれない。しかし、在宅医療の充実を考えるための、一つのヒントとなるかもしれないと思っている。

(2)『高齢者の権利擁護』

(座長)

次の議題、『高齢者の権利擁護』に移る。「地域福祉権利擁護事業」、「保健福祉サービス苦情調整委員」、「地域包括支援センターによる権利擁護」について、地域福祉課長に説明をお願いする。

(地域福祉課長)

【資料7～14に基づき、「地域福祉権利擁護事業」、「保健福祉サービス苦情調整委員」について説明】

(在宅支援課長)

【資料15に基づき、「地域包括支援センターによる権利擁護」について説明】

(座長)

地域包括支援センターの権利擁護に関する業務と、社会福祉協議会の地域福祉権利擁護事業との連携はどのようになっているのか。

(大泉総合福祉事務所長)

相談内容により、地域包括支援センターから社会福祉協議会につなげるという形になっている。権利擁護の相談が区民から入った場合、本人に契約能力がある場合は社会福祉協議会につないでいく。契約能力がない場合は、資料7の3ページのフローチャートのとおり、成年後見申し立ての状況に応じた手続きとなる。

つなげるときの判断だが、地域包括支援センターに相談に訪れると、まず社会福祉士が面接する。そこで、認知症の有無等、本人の判断能力を見て、以降の対応を決めている。その他、初期の相談には、地域の民生委員やケアマネジャーが受けていることがある。より専門的な相談に及ぶと、地域包括支援センターで対応している。

(委員)

ケアマネジャーの立場として聞きたい。本人に親族がいる場合、親族の確認を取らないと申請できないが、親族が本人との一切の関わりを拒否するケースがある。その場合、ケアマネジャーが地域包括支援センターに相談に行けば良いのか。

(地域福祉課長)

相談の結果、支援が必要となる場合、基本は親族の方に状況を説明して、親族申立支援とする。しかし、中には関わりたくないという親族もいる。そういう場合は、親族なしや虐待ケースとして、区長の職権による申立として扱える。そのようなケースは、平成19年度は19件あった。

(座長)

虐待ケースの割合は少ないとのことだが、虐待への対応は現状はどうなっているのか。具体的に、どこまで介入しているのか。また、現場ではどんな課題があるのか。

(在宅支援課長)

虐待は、虐待している方にも虐待の意識がない場合もあるので、第三者が実証することが難しい。両者を引き離すのが良いのだが、二人住まいでは無理であるし、相互依存関係で引き離せないこともある。

(座長)

困難な事例では、施設へ措置入所させることがあるが、法的な権利関係や親族関係が絡んでくると難しい部分もある。

(委員)

民生委員との関わりはどうなっているのか。

(委員)

あるおばあちゃんが、よく遊びに行っている知人宅で虐待を受けている話をし、それが民生委員に伝わったケースがある。公的機関への相談を勧めたが、公にするのは嫌だということだった。虐待は表に出ないケースが相当ある。

(座長)

高齢者の虐待は、児童虐待以上に発見が難しい。家庭という閉鎖的空間で行われると他人には本当に分からない。

(委員)

保健福祉サービス苦情調整委員としてお話をさせていただく。介護保険制度の発足と同時に設立され、当初は介護保険サービスの提供に関する事項のみだったが、3年後には保健福祉サービス全般を取り扱うようになった。今では全案件のうち、介護保険・高齢者関係は5割強程度となり、生活保護・障害者・保育・教育委員会など様々な分野に対象が広がっている。

強硬に主張してくる方もいるので、対処が難しい。調査のため関係機関へ問い合わせはするが、最終的な判断は委員として下さなければならない。年間200件以上の苦情のうち80件程は介護保険利用に関する相談である。そのうち多くは、話を伺うこと自体で不満が解消するようだが、10～20件ほどは正式な申立として提出される。

最近の難しい相談としては、DV問題で、行政が被害者の連絡先を開示しないことに対するの訴え、介護問題で、ヘルパーの対応についての申立をしてくるといったものが挙げられる。

(委員)

資料14について、21ページの苦情事例一覧で146例出ている。うち申立に至ったものは30件だが、そのうち23件は区立保育園の運営に関する、ほとんど同じ質問である。残りの7件は介護保険などである。児童の問題は、介護保険関連の3倍強取り上げているようだ。児童問題はもちろん重大だが、介護分野も深刻な問題は多いはずである。相談から申立に進まないケースが多いのか。

(委員)

前提として、保健福祉サービス苦情調整委員の側で「これは申立として受け付ける」「受け付けない」という選択はしていない。あくまでも、相談者本人の選択である。

最初に電話で相談を受け、吐き出すだけ吐き出したら納得してもらえるとというケースもある。資料14はそのようなケースも含めて記載されている。

(地域福祉課長)

資料14の2ページにあるように、申出人が申立する・しないの選択をする。資料中の☆印がついていないものは、申出者本人が申立までを求めているケースである。

3 その他

(高齢社会対策課長)

内容については以前報告したが、「練馬区高齢者基礎調査」について報告書が完成した。今回、報告書冊子と概要版を配布する。

(座長)

次回予定の説明をお願いします。

(事務局)

次回最終回は8月6日(水) 13:30～15:30。

場所は同じ練馬区役所 本庁舎5階 庁議室。

議題は、事務局で作成した当懇談会の報告書案について意見を伺う。

(座長)

各委員には、これまで議論をしてきたテーマ全てを整理したものを事前に送付する。
あらかじめご覧いただき各自意見を考えておいてもらいたい。

以上をもって、第6回練馬区高齢者保健福祉懇談会を終了する。