

第4回板橋区介護保険事業計画委員会

平成29年7月20日（木）

板橋区健康生きがい部長寿社会推進課

I 出席委員

和気委員	菱沼委員	石川(徹)委員
今泉委員	保坂委員	石川(正男)委員
浅井委員	金澤委員	宮田委員
伊東委員	平塚委員	早坂委員
植山委員	北澤委員	

欠席委員

なし

II 会議次第

議題

(報告事項)

- | | |
|----------------------------|-----|
| 1 第7期板橋区介護保険事業計画策定基本方針について | 資料1 |
| 2 介護保険ニーズ調査の結果について | 資料2 |

(協議・報告事項)

- | | |
|-----------------------------|-----|
| 3 第6期板橋区介護保険事業計画の実績及び検証について | 資料3 |
|-----------------------------|-----|

(その他)

III 会議資料

- 資料1 第7期板橋区介護保険事業計画策定基本方針
- 資料2 介護保険ニーズ調査結果について
- 資料3-1 第7期板橋区介護保険事業計画の策定について
(第6期板橋区介護保険事業計画の検証) (実績)
- 資料3-2 第7期板橋区介護保険事業計画の策定について
(第6期板橋区介護保険事業計画の検証)
- 参考資料 地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律のポイント
- 介護保険ニーズ調査結果報告書

○長寿社会推進課長 本日は大変お忙しい中、また日中のお仕事などに引き続きましてお疲れのところお集まりいただき、ありがとうございます。第4回板橋区介護保険事業計画委員会を始める。

今回、委員1名の交代があるので、開催に先立ち委嘱状の交付をさせていただく。板橋区介護サービス全事業所連絡会代表が交代されたことに伴い、新たに代表に選出された宮田賀代子様を本委員会の委員に委嘱させていただく。健康生きがい部長より委嘱状をお渡しする。

- 委嘱状交付 —
- 委員・職員紹介 —
- 資料確認 —

資料1 「第7期板橋区介護保険事業計画策定 基本方針」

資料2 「介護保険ニーズ調査の結果について」

資料3-1 「第6期板橋区介護保険事業計画の実績及び検証について」の実績についての部

資料3-2 「第6期板橋区介護保険事業計画の実績及び検証について」の検証についての部

「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律のポイント」

「ニーズ調査結果報告書」

○委員長 本日はお暑い中、またお忙しい中、お集まりいただきありがとうございます。ただいまから第4回板橋区介護保険事業計画委員会を開催する。傍聴者は3名。

- 議題1 —

○委員長 議題1 「第7期板橋区介護保険事業計画策定基本方針について」事務局から説明願う。

○長寿社会推進課長

第6期計画までは基本方針というものはつくっていない。7期計画から基本方針を策定する。板橋区ではさまざまな行政計画を策定しているが、今年3月に、計画策定の標準的なプロセスを示すガイドラインがつくられ、このガイドラインに則って各計画を策定していくことになっており、今般、基本方針を策定することについて、本委員会において協議いただきたい。

資料1の4ページ項番の9に策定までの流れ（スケジュール）を記載している。一番左の欄が外部検討組織であり、本委員会がこれに該当する。真ん中の欄が内部検討組織であり、

区の推進本部（庁議）あるいは幹事会など区の内部検討組織がこれに該当する。一番右の欄が区議会となり、6月13日に推進本部幹事会、これは主として課長級の会議になっており、そちらで検討し、その後6月26日の推進本部、これは区長以下、部長級の執行機関の最高会議で、そちらに付議をして決定されている。本日、介護保険事業計画委員会にお諮りをして協議いただく。こちらが確定すると区議会へ報告する。8月22日の所管の健康福祉委員会へ基本方針を報告する流れになっている。

これが基本的なパターンであり、次に中間のまとめの段階で同じような流れで作成し、11月8日に区議会に報告する。その後、中間のまとめについてパブリックコメントを実施し、意見を募集する。その意見等を反映させて最終案をまとめていく。同じようなプロセスを踏み最終案を確定させ、2月の健康福祉委員会に報告するというスケジュールとなっている。

基本方針の1ページ目「計画策定の目的と根拠」については、介護保険法の第117条第1項で厚生労働大臣が定める介護保険事業に係る基本指針に即して、3年を一期とする介護保険事業計画を市区町村が定めるとされている。計画の基本的記載事項、必須事項として、この記載のとおり、①から④が定められており、このうち④については、今般の法改正で新設された項目である。

項番の2「板橋区における高齢化の状況と国の動き」については、板橋区においても高齢化率が約23%、要介護認定者数が2万3,000人超となっており、非常に増えてきているという状況にある。国の動きとして、6月2日に介護保険法の一部改正法が公布され、また、我が事・丸ごとの地域共生社会の実現に向けた地域福祉推進の理念を明記するとともに、この理念を実現するために市町村が包括的な支援体制づくりに努める旨が規定されている。

ポイントとなるのは、ここの地域包括ケアシステムの深化・推進を目指すというところで、地域全体で高齢者を見守り、支えていく体制の強化が求められている。

次に、3番の「第7期計画の重点目標」、国の動きにもあるように、本区においても地域包括ケアシステムの仕組みづくりに取りかかっているが、第7期計画においてもこの取り組みをさらに推進し、高齢者が住みなれた地域の中で自分らしく安心して暮らすことができる地域社会の実現に向けて、地域包括ケアシステムの深化をめざし、これを第7期計画の重点目標と位置づけている。

次に、2ページ目、項番の4「上位・関連計画及び国等の政策との関係」を図式化している。左の欄が、国の基本方針、指針、東京都の支援計画などがあり、これらを指針として第7期計画を策定する。区では基本構想を策定しており、最上位計画である基本計画、その実

施計画である「いたばしNo.1実現プラン」、これは当初3カ年の計画であるが、それらの上位計画との整合・連携を図っていくという関係になる。

一番右の欄が関連する個別計画で、関係の深いものを記載している。これらの計画についても、地域包括ケアシステム等の文言が出てくるところもある。相互に関係しているので、整合・連携を図っていくという関係になっている。

5番の計画期間は記載のとおり。基本的には基本構想、基本計画2025をめざしたものになっている。介護保険事業計画の場合は、法定の計画で3年ごとのくりになっているので、第9期の途中で2025年が来るが、計画期間としての関係についてはこの図のとおりとなる。

6番「区民参加」については（1）から（4）まであり、（1）が介護保険ニーズ調査の実施、こちらは後ほど報告事項2番で説明する。（2）平成27年度に実施した介護保険サービス利用実態意向調査の実施の結果も今期の計画に反映させていく。こちらは、前回の本委員会で報告している。パブリックコメントも区民参加の手法の一つでこちらに含めている。本委員会にお2人が公募委員として加わっていただいております、区民参加の一つという位置づけとなる。

7番「策定体制」については下の図による。本委員会は左下にある介護保険事業計画委員会で、専門的かつ具体的な検討・調査を行うために検討部会を2つ設けている。

地域密着型サービス運営委員会を別に設置しており、地域密着型サービスの確保、運営の適正化を図るといった目的で設置している。審議をして、区長に意見を述べたり、あるいは本委員会に報告をするという役割を担っている。右側の区の検討体制が相互にタイアップして計画をつくっていくという形になっており、区議会に報告し、意見をいただく、あるいは区民参加により区民の方からもご意見をいただきながら、策定作業を進めていく。

4ページ目の8番「計画書の構成」は5ページの別紙1に第7期計画の構成を記載している。第7期計画は、第1章から第6章までの6章立てという構成を考えており、第1章は、背景、基本理念、位置づけ、計画期間などをお示しする。第2章において、現行の介護保険サービスの体系を図で示し、利用サービスの種類一覧を記載することを考えている。日常生活圏域の設定ということで、板橋区の地図に圏域を落とし込むような形のを想定している。この第1章、第2章が総論的な部分になる。重点事項である地域包括ケアシステムの深化については第3章を1章設けて記載する。第4章については、被保険者などのこれまでの推移、介護サービスの利用実績を第6期計画の検証も含めて載せることになる。

第4章を踏まえて、第5章で第7期の介護サービスの利用量見込みを示していく。第5章

の項番の1で、サービス量の推計手順を説明した上で、項番の2で高齢者人口の推計、認定者の推計、要介護度別の認定者の推計、認知症関係の推計を記載することになる。項番の3で、介護保険サービス量の見込みを載せる。給付サービス種別ごとの見込みで、施設サービス、居宅サービス、地域密着型サービスという種別になる。保険給付以外の地域支援事業のサービスについても、総合事業、包括的支援事業、任意事業とそれぞれ見込みを記載する。

最後の第6章は介護保険事業費と保険料を記載する。項番1、財源内訳について、保険給付と地域支援事業は財源の内訳が異なるので、説明した上で、項番の2で介護保険事業費を示す。(1)で執行状況の歳入・歳出それぞれを記載した上で、(2)で介護保険事業費の見込みを記載する。項番3、保険料については、第7期の保険料設定の留意点、基準額、所得段階別の保険料、保険料の軽減について記載する想定をしている。構成については、今の段階での予定と考えている。

7ページ目、別紙2介護保険事業計画の論点整理について、今般、地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律が6月2日に公布され、法改正があった。

この改正法の施行は平成30年4月1日でもまだ施行されていないが、第7期計画の始まるタイミングで施行されるということで、この法律の改正によって新たに介護保険事業計画に記載すべき事項というのが新設されている部分がある。それらを捉えて、どのような形で7期計画に記載していくかが、今回の主要な検討事項ということになると思う。

項番1の(1)は介護保険法、(2)は、「『地域共生社会』の実現に向けた取組の推進等」となっており、これは介護保険法ではなく社会福祉法の改正となる。この介護保険法等の一部改正法は、社会福祉法などほかの法律も一緒に改正しており、社会福祉法の改正において、この包括的支援体制づくり「我が事・丸ごと」のところ、高齢者だけでなく、障がい者、子育て支援、児童も含めて包括的に地域で支えていこうと国がめざしているということで、その理念的な規定が設けられている。後段の福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化ということで、地域福祉計画は社会福祉法に規定されているが、その部分が福祉分野の共通事項を定めるという、上位計画に位置づけるとなっている。

板橋区では板橋区地域保健福祉計画を策定しており、それを社会福祉法上の地域福祉計画に位置づけているが、この社会福祉法の改正に伴い、次期計画では共通事項を定めたり、理念をうたったり、上位計画にシフトさせていくということになると思う。

項番の2は厚生労働大臣が定める基本指針。こちらも改定されており、この基本指針に沿って具体的に各保険者が介護保険事業計画を策定していくが、厚生労働省が全国介護保険担

当課長会を開き、都道府県の関係者を集めて説明した資料によると、基本方針の新旧対照表がかなりのボリュームになっている。この基本方針の中にも新たに記載すべき項目等が含まれており、それらを整理、精査して7期計画に反映させていくという作業になる。それについては、これから取りかかる。

以上の部分が主要な検討事項となる。法改正、基本指針の改正に伴って、新たな記載事項が必須事項、任意事項を含めて出てきているので、それらをどのように7期計画に記載していくかということになる。基本方針についての説明は以上。

○委員長 資料1、板橋区の介護保険事業計画策定の基本指針について説明いただいた。質問や意見はいかがか。

○委員 第7期の事業計画策定ということで、国の法改正に沿ってということになると思うが、資料1の1ページの内容や7ページの内容、参考資料を見ると、いろいろ懸念するところがあると思う。保険者機能を強化して、そこに財政的インセンティブを付与していくという記載も参考資料の中にあり、地域包括ケアシステムの深化が重点目標だというお話も伺った。参考資料の2枚目等を見ても、自立支援とか重度化防止を行政がそれぞれ行うということ、そこにインセンティブを国から与えていくということで、これは認定審査会等において、より軽度への認定が誘導されるのではないかとか、各種の介護系のサービスもケアプラン上で抑制や打ち切りというようなことにつながるのではないかという危険性というか、心配があるかなと思う。そもそも介護保険というのは、その人の持っている能力に応じて自立していただくということなので、過度に自立を強制というのものないだろうけれども、改善だとか、そういうことだけが目標になるような介護保険の次期の計画では良くないのではないかと思う。

また、地域共生社会ということで、地域包括ケアの中に障がい者施策も一緒にと、これは障がい者を特別扱いしないということではいいことなのかもしれない。総合支援法も改正され、板橋区も新たな計画をつくっていると聞いたところだが、資料の4枚目か、新たな共生型サービスということもある。高齢者と障がい児者が同一の事業所でサービスを受けるということで、ホームヘルプとかデイサービスが、今まで障がい者に特化したものも、もともと介護保険優先という制度もあるが、ここに統合されていくということだと、障がい者に対するいろんなケアというのは、それなりの専門性とか技術とか、いわゆる介護保険分野とは違ったところもあるということなので、ぜひこのところはきちんと精査もしていただいて、そういうことが担保されるような形でこういうサービスを始めていく、つくっていくというこ

とが必要なのかなと思う。

国が「我が事・丸ごと」地域共生社会とって、住民がそういうことを考えなければいけないというのは確かだと思うが、共助ということが強調される余り、行政の責任というか、介護保険事業計画の計画上、きちんと行政がリーダーシップをとって進めていくところがおろそかになってはならないと考えている。

そのほか、地域包括支援センターも行政から委託という形になっているので、機能の強化と言うからには、きちんとした財政的支援という裏付けがなければ、現状でも大変厳しい中で各地域包括センターは運営していると思うので、よろしくお願ひしたいと思うし、認知症の施策とか、AIPも今まで以上に充実して取り組んでいただければと考えている。

○委員長　まとめると、まず一つはサービスの抑制論に対する懸念ということがある。もう一つは、「我が事・丸ごと」で出てきているが、結局はコミュニティ、地域でやってくださいと言うが、そういうことが可能なのかどうかということ。非常に古い話になるが、私がかつて専門にしていた都市の活性というのは、リチャード・ティトマスという20世紀を代表する社会政策の研究者がいて、その人がイギリスの政府がコミュニティケアという政策を出してきたときに、「Community Care : fact or illusion?」という非常に有名な論文を書いて、つまり現実なのか、それとも単なる幻想なのかという世界的にも有名な論文があるが、簡単に言えば、地域に受け皿がないのにコミュニティケアを進めようと言っても、できるわけがなく、それは単なる公的責任の放棄でしょうというようなことを書いている。

今、先生の意見を聞いてそれを思い出して、「我が事・丸ごと」というのは、公的責任をきちっとどこまで果たすのかということを確認しているのかと。要するに、自分たちはできないから、あとは地域で。というようなことになりはしないかという危惧があるという点が2点目。3つ目に、いろいろ制度改正をやるなら、やはり財政的担保があってやらなければ、単に現場の人たちに負荷を与えるだけというような懸念があるということ。その3つにお答え願う。

○長寿社会推進課長　地域共生社会の部分については、例えば人口の少ない保険者であれば、高齢者の窓口を分けなくても、1カ所で全部丸ごと受け止めるというのが合理的かなと思う。ただ、都市部は人口も多く、高齢者数も多いので、そこを全部包括的にまとめるというのは非常に難しい面もあるのではないかと。国の参考資料にある今回の法改正のポイントの4ページをご覧くださいと、「地域共生社会の実現に向けた取組の推進」が簡潔にまとまっている。介護保険の切り口から見たものが一番下の欄にあるが、例えば「新たに共生型サービスを位

置づけ」というところで、高齢者と障がい児者が同一の事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障がい福祉、両方の制度に新たに行政型サービスを位置づけるようになっており、指定基準等は平成30年度介護報酬改定及び障がい者福祉サービス等報酬改定時に検討となっている。下の図をみると、今は障がい児者と介護保険事業所も分かれているが、それに加えて共生型サービス事業所ができるというイメージのようである。

もう一つが、上のほうの四角の中「我が事・丸ごと」の2番のところに「この理念を実現するため、市町村が以下の包括的な支援体制づくりに努める旨を規定」とあり、この中に丸が3つあり、一番上は「地域住民の地域福祉活動への参加を促進するための環境整備」、2番目が、「住民に身近な圏域において」、これは日常生活圏域がこれに該当するかもしれない。その圏域において「分野を越えて地域生活課題について総合的に相談に応じ」とある。相談は何でも受けるだろうが、関係機関と連絡・調整等を行うということで、支援を実施するわけではなさそうであることから、地域包括支援センターで何でも受けてから、関係機関と連絡・調整やそこにつなぐというようなイメージという推測もできる。

3つ目の丸、「主に市町村圏域において、生活困窮者自立相談支援機関等の関係機関が協働して、複合化した地域生活課題を解決するための体制」となっており、板橋区では生活困窮者自立相談支援機関というのは、いたばし生活仕事サポートセンターというのがグリーンホールにある。1カ所で区内全域を管轄しており、そこはよろず相談で、どんな相談でも受ける。介護保険の相談に来れば、そちらの機関を案内し、さまざまなことを受けて、そこでみずから個別プランをつくり、プランに沿ってそれぞれの世帯を支援していく場合もある。関係機関につないで解決を図るということもある。そうした機関の強化ということだと思う。そうした2つの具体的な取り組みが記載されているので、これらがどういうふうに詳細、具体化されていくのかに注目していくということになるかと思う。地域共生社会については、そういったことかと思っている。

○介護保険課長 1番のインセンティブについては、全国共通の客観的な指標を設定するという。ただ、適正なサービス利用の阻害につながらないことが前提で、各保険者における高齢化や地域支援の違いを踏まえて、アウトカム指標とプロセス指標を組み合わせ、公平な指標とすることが重要であるという説明がある。

詳細はまだ決まっていないので、追ってお示しするということだが、要介護認定率のコードを直接用いない。東京都の説明の中で、認定することを渋るようになるおそれがあるという意見も出たということなので、そういったものではなく、要介護状態の維持とか改善の度

合いなど保険者の取り組みの成果を反映するような指標を考えていきたいという説明だった。認定を渋るとか、そういう心配が出てくると思うが、そういったものがないような指標を示してくるという説明だったので、適正なサービスが阻害されるようなことはないと思っている。

○長寿社会推進課長 最後にもう1点、財源とか、サービス後退の懸念の点がある。これについては、介護報酬を上げるということだと思う。医療もそうだと思う。報酬を上げてきちんと経営ができるとGDPも高まっていくし、それは日本経済の問題だと思う。それはまさしく国の政策の問題であって、根本的にはそこをやらないといけないのではないかと。保険者、基礎自治体は、大きな制度の枠組みの中でやるほかないので、どのようにうまく、なるべく効率的に、しかもサービスが自立できるようにという非常に難しい命題だが、努力するしかないと思うが、個人的な意見ではそういうことだと考える。

○委員長 要するにグランドデザインは国が全部描いてきてしまうので、保険者である市区町村は、基本的にはそれに従わなければいけない。自分たちで何かやるというと独自財源でやらなければいけなくなるので、なかなか難しいというところがある。だから、板橋だけが地域包括支援センターに人数を多く配置してというような、特別に何か区の財源でも持ってこない限りは、介護報酬の中ではなかなかやれないということになるのではないかと思うので、難しい判断になるだろう。当然のことながら、東京都がどう考えるのかという問題もあるだろうし、難しいところだと思う。

あとはいかがか。

○委員 地域福祉計画が上位計画に位置づけられるという話もあったが、板橋区の場合、地域福祉計画は、例えば2ページの体系図でいくと、恐らく一番上の「地域でつながるいたばし保健福祉プラン2025」がそれに当たると思うが、そこがわかりにくいのかなと思うので、明記されればと思う。

○長寿社会推進課長 ご指摘のとおり。社会福祉法所定の地域福祉計画、今のところ策定は任意であるが、板橋区では「地域でつながるいたばし保健福祉プラン2025」を策定している。

○委員長 今まではそう解釈して、調査があると東京都や国にそういう報告をしてきたわけか。地域福祉計画はどうなっているのかとなると、これをそういう位置づけにしているということか。

○長寿社会推進課長 そういう面もある。

○委員長 社会福祉協議会は、地域福祉活動計画は立てているのですか。

○委員 立てている。

○委員長 こちらの「地域でつながるいたばし保健福祉プラン」と特段に整合性を持って計画を立てているということではないのか。

○委員 策定委員の中に、この計画策定の所管部長が入っているので、そこでは整合をとっている。

○委員長 了解した。あとはいかがか。

○副委員長 この計画の第3章のところは、それぞれの地域の自治体の特徴が出てくるところだと思う。地域包括ケアの深化ということで、これは障がい児童のほうとの連携も含めて考えなくてはいけないところだと思う。さきほどの説明だと、包括が総合的に受けて、関係機関につなぐということだが、ここで言う包括的相談支援は、多問題家族がいらっしやったときに、誰がその家族全体の支援のコーディネートをするかということで、高齢者の分野だけとか障がい者だけとならずに、誰かがその全体の調整をしなくてはいけないので、その機能をどこが持つかという整理が必要だと思う。そこが「おとセン」で担えるということであれば、一つの板橋ならではの仕組みだろうし、包括的な相談支援体制でいくと、制度のはざまの問題を抱えていたときに、つなぐ先がないということが起きてしまうので、対応できるような仕組みをつくらないといけない。例えば豊島区はコミュニティソーシャルワーカーを包括圏域に2名ずつ配置して、はざまの問題に対応するという仕組みをとってきているところもある。ほかの分野と整合性を図っていかないと書けないところでもあるので、地域保健福祉計画で多問題家族をどう支援するかということが書き込まれているか見ていたが、なかなか見えず、改めてそこをどう書くのがポイントかと思う。

もう1点は、生活支援体制整備事業が始まって、地域の助け合いを進めていきたいと思いますというところがあるが、これは介護保険でやってきたことはもうできないから地域でとってしまうと、地域はやらされ感でいっぱいになってしまうし、地域でできないことを公的なサービスがしっかりと支えていくというところ。ではなぜ住民の方々にかかわってもらおうかという、それは社会的な孤立をなくしていくという部分を、ぜひ区民の方々と共有できるといいと思っている。生活の基盤は専門職でしっかり支えていっても、孤独や孤立だけは専門職が幾ら頑張っても難しいし、専門職が頑張り過ぎると、ますます村社会になりかねないところがある。専門職だけで抱え込まない部分については、孤独や孤立をなくしていくために地域の方々のかかわりが大事で、ちょっとした生活のお手伝いがあるとかかわりやすくなるところもあるので、単なる費用抑制で地域でということでない地域の中の豊かな人間関係を

広げていく中で、この活動を通して広げていくことが大事だということを、ぜひ計画の中でも住民の方々に伝えていただけると良いと思っている。

○おとしより保健福祉センター所長 質問を2ついただいて、まず第3章の地域包括ケアシステムの深化については、現在、板橋区版A I Pとしてさまざまな事業を実施している。ここについては主にA I Pの関係の取り組みについて記載する予定で、今、先生がおっしゃったような障がいや児童、子どもなどの全体の調整については、保健福祉計画の中では記載がないが、障がい、子ども、高齢を全部含めて網羅している計画なので、その中で検討していきたいと考えている。

また、2つ目の助け合いの活動については、現在、A I Pの一環として、各日常生活圏域に協議体と生活支援コーディネーターを配置する事業を進めている。その中で、専門職だけで抱え込まないというところについてはおっしゃるとおりで、介護の問題を専門職、あるいは家族の中で抱え込むということが多いので、そういったことにならないように、協議体を立ち上げる中で、まずセミナーを開いて、介護保険の制度改正や、生活支援、介護予防、地域の努力の必要性について話をさせていただき、勉強会を何回か開催して、この地域ではどういった助け合い活動があるのか、あるいは今後どういった活動が必要なのかということ協議いただきながら、少しずつ考えていただく。公的な責任を放棄するということはもちろんなく、専門的なところは専門職に任せる。ただ、地域でできる見守りや生活支援については、地域の方でやっていただくというところで、先生がおっしゃった社会的孤立をなくすような取り組みを進めている。

○副委員長 そこに関連して、生活支援コーディネーターの配置を社協に協力してもらいながらやっているが、第1層は社協の方が配置されていて、2層については各地区の協議体を設立する中で、担える方を見つけてやっていきたいと思いますというやり方であると思う。

少し心配しているのは、ほかの自治体を見ていると、適切な方が見つからない地域があり、1層の方の人数は今4名でしたか、社協にいらっしゃるのは。人口が56万人ですから、4名が2層の協議体に入ってくるとなると、どうしてもきめ細かに入り切れないということがある。地域によっては、2層の人を包括に委託するなり、コーディネーターが2層の協議体を組織化していくところもあり、1層が2層の協議体をつくっていくことで苦勞している自治体を結構聞いているので、それを心配している。

もう一つ、住民の方になってもらったときに、意外にやめてしまう方が多い。包括職員は仕事の延長で継続してやっているが、住民の方にお問い合わせした場合、家庭の都合や年齢的なこ

とで継続しないということが、まだ始まって間もないのだけれども、起きているところがある。そこを改めて、生活支援コーディネーターは地区の状況がかなり出ていると思うので、様子を見て、1層、2層の方を含めて、いい形で進めていただけたらと思っている。

○おとしより保健福祉センター所長 1番目の生活支援コーディネーターの配置の仕方であるが、板橋区の場合は、協議体を先につくり、協議体のメンバーの中からコーディネーターを選出していただいている。このため、地区によってコーディネーターの方が違う。一番最初にできたのが高島平であるが、元民生委員の方と現在の民生委員の方にコーディネーターをやっただいて、結構うまく回していただいている。成増地区については、地域包括が担当している。もう一つ常盤台では、商店街の中に社協の見守りの拠点があるので、社協がコーディネーターを担当するというので、各地区でそれぞれ地域の方に誰がコーディネーターにふさわしいかということ協議いただきながら決めていく形をとっている。

2番目のやめてしまうというところ、確かに非常に負担が大きいと、そういうことが起こり得ると思う。立ち上げについては社協に委託をしているので、社協のバックアップがある。協議体には必ず社協の職員と区の職員が入る形になっており、区の職員も毎回各協議体に3名程度必ず配置しているので、社協と区でバックアップしている。

○副委員長 よろしく願います。

○委員長 配置が進んでいるということだと思う。

あとは、よろしいか。

総合相談でしっかりと受けとめて問題を解決するのか、それとも言葉は少し悪いが、単なるたらい回しの入り口になるのかというのは、かなり大きな違いである。

総合相談という言葉だけがひとり歩きしてしまうと、結果的にはただ単にたらい回ししているだけというようなことになりはしないかという危惧があるので、その辺のところを板橋はしっかりとやっただけるといいと思っている。

基本方針というのは、板橋区の全ての計画で立てることに決まったということか。

○長寿社会推進課長 そうである。全ての計画で基本方針を立てている。

○委員長 区として決めたということか。

○長寿社会推進課長 そうである。

○委員長 了解した。今までにない新しい形だが、基本方針というのは、計画と基本計画の間に入るのか。

○長寿社会推進課長 骨格のようなもので、それぞれの行政計画の骨格、まさしく基本的な方

針というのを定めて、その上で具体的な計画そのものをその基本方針に沿って策定していくという意味での基本方針である。

○委員長 了解した。

— 議題2 —

○委員長 議題2、介護保険ニーズ調査の結果について事務局から説明願う。

○長寿社会推進課長 介護保険ニーズ調査結果として資料2と報告書冊子をご覧いただきたい。調査概要について私から説明させていただいた上で、調査結果の概要については、委託先事業者のインテージリサーチから説明する。

報告書冊子1ページの1番、調査概要。調査の目的は、7期計画の策定に向けて、介護認定を受けて介護サービスを利用している方、及び在宅で介護されている方の生活実態、生活自立度、支援ニーズ、介護実態、介護意識等を把握して、計画策定に資する基礎資料を収集することを目的としている。

そのほかの調査対象者として、2番に、介護認定を受けていない方、いわゆる元気高齢者の方と、要支援の認定を受けている方も対象としている。要介護1・2と、要介護3～5というように区分があり、全部で3区分に分かれており、対象者はそれぞれ、5,600名、2,000名、2,400名で、これは介護保険システムから無作為で抽出し、郵便で調査票をお送りさせていただいて、郵便で回答を返していただくという形で調査を行った。

ことしの1月10日から25日の間で調査をしており、回収率が5番の表のとおり。全体の回収率は53.18%、人数としては5,318人の方から回答をいただいている。調査対象者が1万人、そのうち約5,300名の方から回答をいただいた。

調査結果の概要について、インテージリサーチのほうから説明する。

○委託事業者（インテージリサーチ） 資料2について説明する。元気高齢者と要支援1・2が5,600人、全体の1万の半数以上で、そこだけサンプルが多い理由について、これは、設計の仮説を織り込んで、あえてここは厚くしている。元気高齢者と言われる認定を受けていない方々の中に、要支援1・2よりも予防が必要な人がいるのではないかとこのところを分けてみたいということ。要支援1・2の方で介護サービスを使っていない方が4割ぐらい出ている。元気高齢者、要支援1・2の中でも、相当多様な住まい方、生活のされ方をしている方がいて、そういう人たちがきちんと意識して予防の生活を送っているのかどうかということ、アンケートでクロス集計をかけて探った結果が出ている。

逆に、要介護1・2や要介護3～5の方々は、ほぼサービスを使っているが、要介護3～5の方も、居宅サービスを使っていない方が2割いる。これは入院・入所のため、居宅サービスは使っていないということで、そういう世帯の状況等も報告書に書いている。

先ほど触れた元気高齢者の中で予防が必要な人は、基本チェックリストで回答のパターンを整理した結果を、資料2の2ページで触れている。元気高齢者の方の中で、運動器の予防が必要な人が17%、口腔ケアの予防が必要な人がそれを上回るという結果になっている。

この運動器と口腔の予防の必要割合は、自治体によって割合が大分違う。私どもでお手伝いしているある都下の自治体だと、運動器は8.5%、ところが口腔に関しては余り大きな変化がない。運動器というのは、当然のことながらお年を召すことで腰痛等から予防が必要な方は見えるが、嚥下障がいとか、誤嚥性肺炎等の口腔ケアに関しては、65歳からというよりは、それをもっと予防的な観点から前に進めることで、予防が必要な割合というのは下げることが可能ではないのかという感じは、こういった数字から感じているところである。

その下の認知機能障がいです。4つの設問にお答えいただく形の中で、大体6人に1人ぐらいの方が認知機能障がいの可能性があるという数字が出てきている。これはクロスをかけていくと、男性の方が圧倒的に多い。こういう方々が日常生活をどのように送っているかという、元気な方と差がない。ところが、もう少し細かくクロスで見えていくと、悩み事とか心配事をどういう人たちに相談したらいいか、同居している方はもちろんいらっしゃるが、悩みを抱えている方が多いという結果が出てきている。こういったところをいかに意識して予防に結びつけるかというのが、介護の手前の政策としては非常に大きな課題になるのではないのかなと思っている。

今、制度改正の流れの中で、家事援助を使われている方々がどのぐらいいるのかということがクローズアップされてくるが、3ページ目の一番上に、軽度者のサービス利用の結果をまとめている。要支援、要介護1の方々の「家事援助のみ」を使われている割合ですが、要支援1ですと、7割という結果、要介護2の方でも36.8%ということで、それだけで生活を支えているということだが、こういうところに対して国が言うように、給付から外すということがドラスチックに起こった場合、どういうことが起きるのかということをしきりと踏まえておく必要があるのかなと感じている。

通所介護に関しても、要支援では週1回程度の利用割合が57%、要介護2でも16.7%。もちろんこれはケアマネがケアプランをつくられた結果で、これを利用しながらの回答結果ということになっているわけだが、こういった結果が軽度者の方から出ている。

住まい方の下の表だが、家族あるいはサービスを利用しながら自宅で生活をしたいという方が、半数を超えるという結果が出ている。4ページ目は介護者の方に聞いている、ご自身ももし介護が必要になったということの結果だが、自宅での生活を望む方が多い。

アンケートの結果を見ると、介護者自身も要介護認定を受けているという方が非常に増えている。この方々からすると、ご主人あるいは奥様の介護をすることで、自分もサービスを受ける立場なのだけれども、受ける時間がないし、お金もないということで、認定を受けつつも支え合っているというような実態も最近は見えてきている。

そういうことも含めて、4ページ目の下の「充実を求める高齢者施策」で、区民の方々の率直な気持ちとしては、家族等の介護者に対する支援というのが非常に高い傾向が出てきている。認知症というところは、むしろこの辺は意識しなければいけないような人たちからすると、割合としては余り高く出てきていなくて、要介護1以上の方々では、認知症対策というのは高く出る。これは介護者の方が客観的に見ている現状ではないかなと思われる。

○長寿社会推進課長 報告書本体の目次をご覧くださいと、項番の2で調査結果概要がある。ここの部分のエッセンスをさらにまとめたのが、資料2になっている。そちらについて、今説明させていただいた。

○委員長 質問や意見はいかがか。

○委員 確かに口の場合は、摂食・嚥下機能の低下というのは、ご本人たちがなかなか感じ取れなくて、感じたときにはもう既に大分遅くなってしまっているという状況が多々ある。

自分の患者さんの中で1人、いわゆる脳卒中で2回倒れている方がおり、奥様だが、ご主人に支えられて通院しているのだが、歯が痛くなると肉が食べられなくなって元気が出ないという話をされている。その方は、お肉が食べられると次の日が元気でいられるという話をよくされる。オーラルフレイルという考え方があり、口の元気がなくなると全体に元気がなくなるという話がある。介護予防事業をこまめにやっているのだけれども、一部の方に特化されているというか、一部の方しか出ていっしやらない。5地区で大体15名とか、そのぐらいなので、もう少し区民全体に進められるような、例えば健診の際にそういうものができるようなシステムだとか、そういうものを区のほうで考えていただければ、ぜひお願いしたいと思っている。

今、5歳刻みで健診を行っているので、できたら毎年とか2年に1回ぐらいは少なくとも健診事業を行っていただければいいかなという気がする。これは私個人の意見。

○健康推進課長 歯の健診の話があったが、国では10歳刻み、そこを板橋の場合は今5歳刻み

でやらせていただいている。今後の可能性としては、もう少し幅広く考えていかななくてはいけないという認識は持っているが、やはり経費もかかるし、後期高齢者医療制度でも健診という話が出ているので、その辺を注意深く見ていかななくてはいけないと認識している。

○委員長 口腔ケアは大事だというお話。あとはいかがか。

○委員 先ほどの説明の中で、要支援の方が家事援助を利用されている方が非常に多いと。また、基礎的な調査で、要支援の方にひとり暮らし、あるいは夫婦2人暮らしまで含めて半数以上を占めているということで、そういう方々にはこういう援助が必要だと。そのことによって生活が支えられているというふうに解釈をしてよろしいか。

私も多くの方を往診あるいは外来で診察していると、介護保険のこういうサービスがあるから頑張れるという方が実感としても多い。こういうことをきちんと保障していくことが今後必要で、これを介護保険から切り離してみたり、国の制度ということにもなるが、このあたりのところを慎重に考えていく必要があるのではないかと改めて思った。

圏域ごとで、高島平地域にひとり暮らしが多いということも、この本体の資料を拝見してわかった。今、健康長寿医療センターで、高島平地域で自立に向けたいろんな認知症関係の調査研究もやっておられて、そこでもひとり暮らしが多く、その方はかなり認知症があつて、かつ、きちんと医療や介護につながっていないという調査が出ているというような話も聞いている。圏域ごとにいろんな特徴があるかと思うが、それぞれ地域包括支援センター等にこういう情報を伝えて、きちんと分析をしていただいて、それぞれに特徴、力点を持った地域包括支援センターごとの支援というか活動の内容が必要というふうに思うので、今後そういうことにも参考として調査結果を使っていたらいいなと思った。

○介護保険課長 介護保険としては、16ページにあるように、訪問介護の利用種別で「家事援助のみ」で、身体介護もあわせてやっているかというグラフだと思うので、訪問介護へ行っている中で、身体介護は必要ないが、生活援助だけで大丈夫という人の割合が7割ということだと解釈しており、区独自緩和サービスでは、身体介助ではなく生活支援、専門職以外の講習を受けた方でも生活援助のほうでできるような区独自緩和支援サービスを考えたという、そういう解釈をしている。

○委員長 あとはいかがか。

○副委員長 16ページについて、私も幾つかの地域で、要支援の高齢者の方々の訪問介護を利用している方々がどういう目的で利用しているかということの実態を出してもらっている。それを各圏域ごとに出すと、大体が掃除。掃除機がけと風呂掃除、トイレ掃除が5割、6割

ぐらい。次に出てくるのが買い物。食料品の買い物と日用品の買物が4割、3割ぐらいで、その後に調理とか洗濯が2割ぐらい出てくるが、身体介助については、入浴介助はあるけれども、大体1割ぐらい。ほぼ同じような結果だなと思って見たが、できればこれを2層圏域ごとにデータを出して行って、2層の人たちに見てもらおうということが大事だと思う。

例えば、買い物の必要な方はこれぐらいいるが、皆さんの地域で何ができて、何ができないのかを考えてもらうというときの材料にしていくということが大事なので、今回のサンプル調査で大まかな傾向をつかむということはできたが、2層で、特に生活支援コーディネーターが協議体の方々、住民の方と一緒に進めていくときには、地域の実態を見える化をしていくことで、より地区ごとのデータがどうなのか。今回の調査でも地区ごとに出していただいているので、それは一つ目安になると思う。できることなら、実態としてのデータを、これは介護支援専門員を対象に調査をしたりして出してもらっているが、要支援の高齢者の方々のヘルパーさんの利用目的として、この方は何の目的で行っているかというふうに出していくとヘルパーは出しやすい。これは包括の方々だったら出せるかなと思う。

もう一つは、これはほかの地域で全世帯調査を高齢者でやると、ひとり暮らし高齢者の方々に身寄りがない方の場合には、自分が体調が悪くなったときと亡くなった後どうするかということの心配がものすごく強く出ている。特にひとり暮らし高齢者の方が増えてきている状況なので。生活保護も受けていないし要介護認定も受けずに、介護保険サービスを利用していない。80、90を超えてひとり暮らしという方がかなり不安な状況になっているし、亡くなった後の死後事務的なところでワーカーが苦勞しているという事例も結構聞いているので、そういった身寄りのないひとり暮らし高齢者の方々の生活支援。これは今後、各地で共通して出てくるところがあるので、あらかじめそういった方に対して契約で、亡くなったときにはこんなふうにサポートしていくとか、そんなふうになっている自治体も出てきているので、可能であればそういったことの検討をしていただけたらと思っている。

○長寿社会推進課長 この調査結果は、計画のベースにとどまらず実際の取り組みにも生かしていくと。確かに軽度者の方は身体介助よりも家事援助のニーズが高くて、1層、2層の話は総合事業のところだと思う。もともと住民同士の支え合いだから、専門職ではなくてもできるということで、圏域ごとにそれらの状況をつかんで、2層の協議体でそれを見ていくというのも非常に効果があるのかなと思う。

ひとり暮らしの方はデータ上も増えており、これは非常に全国的な課題かと思う。任意後見もあるが、本人が亡くなってしまうと代理権も消滅して、事実上やっていたりするみたい

だが、そこを後見制度ではなく、生前の契約でお亡くなりになった後のこともやっていただくというような手法があるのかというふうに思った。ひとり暮らしの方がお元気な方が多くて、生活保護も受けていない。生活保護を受けても、生活保護の実施機関も代理権はないので、同じような困難さはあるが、これは一つ大きな課題として認識しなくてはいけないと思った。問題提起をいただきありがたい。

○おとしより保健福祉センター所長 2層への情報提供ということだが、現在、2層の協議体、勉強会を開催しており、その中では各日常生活圏域ごとの医療・介護の支援とか、高齢化率、要介護認定率等を情報として提供させていただいており、今回の調査の結果については、各2層の協議体の中で情報提供させていただきたいと思う。

○委員長 ウィリアム・ベヴァリッジの「ゆりかごから墓場まで」という、本当にその墓場のところをどうするんだという問題も、ひとり暮らしが増えてくるとそういう問題が増えてくる。しかも、お子さんがいらっしゃらないという方も多分これからもっと増えてくると思うので、本当に亡くなった後どうするかということになると思う。その辺を少し板橋区も先駆的にというか、どうやってやるのかということを考えてもいいのかもしれない。

○委員 社協は今、協議体にかかわっているが、先程副委員長から生活支援体制整備事業は社会的孤立をなくすところが一つ大きな目的だというお話があったが、その関連でいくと、報告書8ページの、外出をしない、孤立をしている人の認知症のリスクが驚くほど高いので、こういったデータもぜひ協議体の中で示していけるといいのかなと思った。これは要望。

○委員長 いかがか。要望が出たけれども。

○おとしより保健福祉センター所長 おっしゃるように、閉じこもりによる認知症リスクは非常に高まるので、協議体の中でそういった情報を提供させていただきたいと思う。

○委員長 あとはいかがか。

○委員 先ほどフレイルという言葉があったので一言だけ。フレイルには、先ほどあった口腔、栄養のフレイルと、社会的なフレイルと、精神的な、認知を含めたソーシャルフレイル、3つがあると。それが悪いほうへ回って、どんどん健康なところから要介護へ進んでいく。健康と要介護の間だというふうに言われていて、いろんな観点があるが、その一番の入り口は、やはり社会とのつながりがなくなることだと。口腔の問題、栄養の問題、そして最後は私たち医師がかかわる体の問題というようになってくる。体の問題まで来るとなかなかもとに戻していくのは大変だが、やはり社会的な差が最後はずっと出ているということ。そのことを重要視するというのが、本来の意味での介護予防だと思うので、ぜひその観点もこの計

画の中に盛り込んで書いていただいて、そのあたりに一番の住民というか地域の役割があるというふうに思うので、よろしくお願ひしたい。

○委員長 この辺のところは全体として、特に3章の深化というところで書き込んでいくのか、きょう出していただいたのは第3章のコンテンツがまだ出てきていないが、その辺のところできっと視点を書き込むということなのかもしれない。

全国的な動向と同じようなところ、それと違うところ、板橋らしさというか板橋の特徴みたいなものを捉えて、データから見て、それを使って、なおかつ現場での実践にそれをフィードバックしていくということ。計画のためのデータだけではなく、それをうまく活用しながら情報提供していったというようなことで、現場での実践の向上に役立てられると、この調査もやっている意味があるのかなという感じがする。

— 議題3 —

○委員長 続いて議題3「第6期板橋区介護保険事業計画の実績及び検証について」事務局から説明を願う。

○長寿社会推進課長 資料3-1、資料3-2の2つに分かれているが、それぞれ1ページ目をご覧くださいと、《第6期の重点取組事項》というふうになっており、1番から7番まで並んでいる。これは第6期計画書の第5章のところに対応している。第6期計画、現行の計画の、第5章は「地域包括ケアシステムの確立に向けた具体的取り組み」という表題になっており、この中で6期計画のまさしく計画の部分が載っている。そこの部分の項目に対応する形で3-1は実際の実績。こちらについては6期の27年度から29年度まで3カ年だが、29年度については今、現在進行形であるので、空白になっている箇所もある。おおむね上半期くらいまでを捉えて、29年度については見込みで記載していく形になると思う。従って、こちらはまだ未完成であるが、3-2のほうは実績以外の評価の部分、それぞれの項目の検証の部分になるが、こちらについてもまだ未完成でして、今後また精査していった完成させるということになる。

第6期計画は、第5期の検証、こういったものをそっくり計画書に取り込んでいったのだが、第7期についてはこの検証結果をそっくり計画書にしていくのではなく、先ほどの基本方針の別紙1の構成があるが、第4章の介護サービスの利用実績等に反映させていくという形になるのを想定している。

第6期の取り組み状況、一定の評価について説明させていただきたい。1番から7番まで、

順番に各関係の課長のほうからそれぞれ説明させていただく。

○おとしより保健福祉センター所長　まず1番の地域包括支援センターの拡充・機能強化について説明させていただく。それぞれ2ページをご覧ください。

資料3-1、地域包括支援センターについては、適正配置を進めるために、平成28年4月に熊野地区、清水地区の2カ所に新しくセンターを開設している。現在、18カ所で運営している。また、長年地域の方から地域センターの区域と地域包括支援センターの区域を合わせてほしいというご要望をいただいております、平成28年4月の新設に合わせて圏域変更を大幅に見直して、現在18の地域センターのうち13センターが地域包括支援センターと区域が一緒になっている。また、平成31年度より、もう1カ所、大谷口地区にも新しく地域包括支援センターをつくる予定で、最終的には19カ所運営する予定で、今後機能強化を図っていく。

資料3-2、今後地域の連携強化も必要ということに記載しているが、現在地区検討会議ということで、町会・自治会、民生委員の方、あるいは専門機関の方とも会議を持っており、こういったところで連携強化を図っていきたい。

職員数ですが、一応配置は年々増やしてはいるが、総合事業等も入り、なかなか各地域包括支援センター、稼働を強めている。今後も職員配置については強化をしていきたいと考えている。1については以上。

○介護保険課長　2の「介護予防・日常生活支援に関する新たな取り組み」という「新しい総合事業」は、平成27年4月改正の介護保険法に基づいて、平成28年の4月から地域支援事業の再編成を行っている。編成の仕方は、下にある3ページの真ん中の表のようになっている。

介護予防・生活支援サービス事業の展開であるが、こちらは要支援認定者及び地域包括支援センターで実施される元気力チェックの結果によって、支援が必要であると判定された事業対象者を対象として行っている。板橋区ではニーズに幅広く対応できるようにサービスの多様化という形で推進している。

①訪問型サービスであるが、こちらは国基準相当のサービス、今までの介護予防、訪問介護と同等のサービス、区独自緩和サービスということで、一定の研修を修了した従業員を含む訪問介護員等が自宅を訪問して、生活の援助サービスを行う。これは身体の介護サービスの提供は含まれない。先ほど調査であったように、生活援助のサービスを必要としている方も多いので、このようなサービスを提供していきたいという形になっている。

検証としては、2ページ、ニーズ調査の結果で、約7割が生活援助のみのサービスを利用しているという結果が出ている。ただ、こちらについてはまだ周知が不足しているというこ

とで、利用は伸びていないので、適切なサービスの利用につなげていくような周知も強化していきたいと考えている。

実績の②の通所型サービス、こちらは国基準相当の予防通所サービスと、生活援助型通所サービス、区独自緩和サービス。こちらは時間を少し短縮した短時間型のサービスで、少し安くなっているというサービス。また、短期集中通所型サービス、こちらは今までの二次予防で実施していたサービスをそのまま移行したような形で、専門職による短期間に集中して行うサービスとなっている。

5 ページの住民主体の通所型サービス、こちらは新たなサービスとなっており、地域の住民団体が自主的、自発的に実施する通所サービス。サービス内容は各提供者によって異なる。区では登録団体に対し利用者の受け入れ実績に応じて補助金の交付などによる支援を行っている。平成28年度は10団体登録していただいた。事業対象者、チェックリストの要支援で、対象者となっている方の実人数は28人、延べで150人の方が参加していただいた。通所型サービスの検証としては、2 ページ、最後の丸にある平成28年度から補助事業として実施している通所型サービスだが、こちらは平成29年の1月から実施という形になったので、支援の方法とか周知など検討を重ねていく必要があり、自主的に行われているグループの活動を支援していきたいと思っている。

③が介護予防ケアマネジメントで、こちらは介護予防、生活支援サービスが適切に提供できるように、地域包括支援センターがアセスメントを行ってケアプランをつくっている。そのケアプランは3種類あり、6 ページに出ている指定事業者によってサービスを行う場合と、住民主体の通所型、こちらはそれぞれこのアセスメントの状況が変わっているということで、3種類のケアマネジメントがある。

検証としては、適切なサービス利用につなげるために、おとしより相談センターのケアマネジメントの実施方法なり情報提供、研修とか連絡会、こういったものをしっかりして、適切なサービスにつなげていきたいと思う。

(2) の一般介護予防事業の展開として、原則として全ての方、第1号被保険者の方、その支援のために活動をされる方についてとなっており、第6期の事業計画期間より一次予防を継続して事業展開してきているという形になっている。

①介護予防把握事業、こちらは生活機能の低下を早期に発見するために、65歳以上の区民で、要介護・要支援認定を受けていない方を対象に、元気力チェックシートを行っている。75歳以上の方には個別で郵送しているという状況である。

検証としては、2ページ、一番下、適切なサービス利用へつなげるために検討していくということで、実績にあるような数字の事業該当者、かなりの数の事業該当者があるが、実際にサービスにつながっているかという、なかなかサービスにつながっている人数が少ないということもあるので、ここをきちんと検討していく必要があると考えている。

②介護予防普及啓発ということで、6ページから7ページのような事業を行っており、いろいろな介護予防の事業、こちらのほうの実績は書いてあるとおりで、このほかにも健康福祉センター等でいろんな活動をしているので、一般介護予防の事業というのはここに書かれているだけでなく、いろいろな分野でも行われていると考えていただければと思う。

7ページの③介護予防自主活動の促進。こちら、介護予防は継続が大切なので、区民の自主活動を推進する、いろんな自主グループの支援を行っているということで、こちら3つのものについて詳細が、ア、イ、ウという形で次ページに実績、利用者数等が出ている。

こちら検証のほうの3ページには、4つ丸があるが、一番中心的なのは3番目で、「介護予防自主グループ化にあたっては、地域の協力はもとより、介護サポーターなどボランティアの存在が重要です。今後も、介護予防サポーターの養成を進めるとともに、活用の場が広がるような仕組みづくりを検討していく必要があります。」ということで、サポーターがそういうところでボランティア活動をやりながら、自主グループをもっとうまく活用していけたらと考えている。

8ページ目の④介護予防事業の評価ということで、こちらは介護予防マネジメント評価委員会というのを年一回開催しており、学識経験者に板橋区医師会、歯科医師会、介護予防サポーター、地域包括支援センター、板橋区内の評価委員会で介護予防の事業の実績を評価して、課題を検討している。

○長寿社会推進課長 3番目ですが、3-1、3-2の1ページ目をご覧いただきたい。1ページ目は全く同じ。3番目の「介護サービス基盤の適切な整備と高齢者の安定居住の確保」は、(1)から(4)まで分かれている。これは順番が第6期計画のとおりなのだが、居宅サービス、在宅の方が使うサービスと、それから施設サービス、特養とか老健とか、介護療養型医療施設、病院。あるいは特定施設といった有料老人ホームで介護付きというもの、介護施設は4種あり、それが施設サービスである。

地域密着型サービスというのは、通常、特別養護老人ホームであれば区内の特養には、別に練馬区の方でも、ほかの自治体にお住まいの方でも入れるが、地域密着型はその自治体の被保険者向けの施設になっている。板橋区内の地域密着型施設は板橋区民が使う。介護保険

事業所というのは、都道府県に指定権限があるのが、地域密着型については区市町村が事業指定をしていくということで、施設についても文字どおり地域密着型というか、規模は小さいが、身近なところにあるサービスという位置づけになっている。地域密着型については、居宅系のサービスと施設系のサービスの両方ある。

(3) 高齢者の安定居住の確保については、都市型軽費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、東京都の事業でシルバーピアというのがある。第6期計画にも記載されている。

(3) については、実績のほうの8ページの下から始まるが、実績については記載のとおり。9ページ目「地域密着型サービスにおける整備状況」という表、①から⑱まで、これは地域包括支援センター管轄別である。板橋から、熊野、仲宿、最後は高島平までとなっている。これは地域センターの管轄別になっている。地域センター、言い方を変えると町会連合会の一支部の区域と言ってもいいが、板橋区のいろんな行政計画などのベースになっているのはその区域。地域包括支援センターはその区域と異なっていたが、そちらに合わせる方向でシフトさせているので、ここでは地域センターの区域ということで、日常生活圏域におおむねイコールということで考えていただければと思う。

訂正が1カ所ある。この表の下から4段目の特定施設入居者生活介護、桜川地区で1が入っているが、合計が空白になっているので、この欄に1が入る。その下、①定期巡回・随時対応型訪問介護看護というのがあり、整備計画数、27年度1、28年度1の次に、29年度1になっているが、ここは正しくは2。

第6期では4カ所整備を予定していたが、実際には27年度の1カ所だけということになっている。ほかのサービスについても計画値を下回っているところがあるが、その要因は、計画する場合に事業者を選定し、区は公費の補助をする。その補助金を使って民間の事業者が施設を建てたり運営をしていくので、その補助金の対象として最もふさわしい事業者をいわゆるプロポーザル方式で選定していく。事業者は公募をするが、事業者の手が挙がらないため、なかなか受け手がないというところで、計画値より下回って整備しているというのが大きな理由。

見方としては、計画数と整備数という表の次に利用実績という表がついているが、例えば9ページの①番は、「事業所の整備状況（平成29年度は見込み）」という表があり、これが事業所の介護保険計画上の計画と実際の整備数という表だが、その下に利用実績とあり、各年度別の計画の利用者数である。計画については、年間での計画数だが、それを12で割っている。利用実績については1カ月当たりの実績ということで記載している。これについては

この項目全部共通である。

補足としては、13ページ、老人保健施設。施設サービスの②の介護老人保健施設がある。この表を見ると整備計画数は横棒を引いてあるが、整備計画がない。この事情としては、介護療養型医療施設、要するに治療目的ではなくて、介護目的で病院に長期に入っている方がいる。そういった病床があるが、そこを老人保健施設に移行させるという国の方針があった。であれば老健というのは計画していてもいいが、その後、厚労省の考え方が変わって、介護療養型医療施設を経過措置でそのままでもいいということになった。区内の病院の意向としては、老健に移行するというのが余りない。老健の充足率というのはかなり高いので、老健の整備というのは必要性が少なかった。ですから、6期計画で整備計画なしということになっていた。

今般の法改正で、介護療養型医療施設は、さらに介護医療院という新しい施設を創設している。そちらに移行させるという道筋ができています。老健に移行というのはまだ消えているわけではないが。今後は介護医療院というものの整備をどう図っていくかという、病院の意向、法人側の考え方などを踏まえて、介護医療院についての整備数などを計画していくということになるかと思う。

検証のほうもこれから精査しなくてはならないが、今のところの一応評価については記載のとおりなので、こちらについてご覧いただければと思う。

○おとしより保健福祉センター所長 続いて、4の在宅医療・介護の連携について説明する。

資料3-1は16ページ、資料3-2は6ページをご覧いただきたい。

ご案内のように介護保険法の包括的支援事業ということで、(1)の「地域の医療・介護の資源の把握」から(8)の「在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携」まで、8つの事業を掲げている。資料3-2の6ページでは、こちらの8つの事業に対応する区の取り組み、おおむね8つの事業全て、取り組みに着手している。

続いて、資料3-1の17ページ、(1)の生活支援体制整備事業の実施ということで、これは先程来説明している協議体と生活支援コーディネーターの設置・配置である。第2層については28年度に5圏域着手し、29年度に6圏域着手している。30年度に残りの7圏域に着手する予定で、これでおおむね18圏域全てで協議体等は設置される予定。

続いて、資料3-1の17ページの(2)地域リハビリテーション連携の推進について、板橋区の場合、区西北部地域リハビリテーション支援センターが豊島病院にあるので、こちらの連携、協力をいただいている。

資料3-2の7ページをご覧ください。この豊島病院のリハセンターとともに、昨年区内の医療機関、介護施設に所属するリハ職で構成する「板橋区地域リハビリテーションネットワーク」が結成されている。おおむね900人程度の会員がいて、このネットワークは社会貢献ということで区の事業等にもご協力いただいている。

また、地域リハビリテーション活動支援事業、総合事業の中で新しくできたが、その中では住民主体の活動に区が関与するということでは、資料3-2の7ページ、丸の3つ目、住民主体の活動の福祉の森サロン世話人を対象に「介護予防プラス講座」という講座を始め、こちらにリハ職を派遣し体操や講義等を実施している。

また、「高齢者の暮らしを拓げる10の筋トレ」で、これは高齢者が筋トレをやるグループを立ち上げ、支援している。今年度から始めて既に5グループほど立ち上がっている。

続いて、5番の認知症施策の推進。資料3-1は19ページ、資料3-2は7ページ。「板橋区における認知症高齢者支援体制の構築」というところで、認知症支援連絡会等で連携強化を図っている。

(2)の認知症に関する知識の普及啓発ということで、認知症サポーター養成講座、こちらは8ページ、これまで延べで2万254人、その講師となるキャラバンメイトも475人ということで、啓発を広げている。新オレンジプランにおいて、認知症サポーター人数、国の目標が引き上げられているが、これに伴い、区の引き上げも進めていきたいと考えている。

(3)の認知症予防事業では、現在ウォーキングによる予防事業を実施している。その他についても検討していくということで、昨年からは料理の講座も始めている。

(4)の早期発見・早期治療、在宅認知症患者の急性期医療の体制構築で、こちらも認知症の早期発見・早期診断推進事業というアウトリーチ事業を実施していたが、昨年度から「認知症初期集中支援事業」という事業を新しく始めて、その事業を進めている。

(5)若年性認知症支援のところで、検証結果の2つ目の丸ですが、27年11月から家族を代表とした「若年認知症いたばしの会」ができた。これは区のほうも準備段階から立ち上げ支援をしており、立ち上げ後も運営の協力をしている。

(6)の権利擁護の充実、資料3-2の8ページの検証結果で、民生委員や地域包括支援センターとの連携により、相談・通報件数ともに増えて、早期発見が進んでいる。それに伴い、虐待件数も26年度10件、27年度12件が発生しており、立入調査、9ページですが、指導に要する業務量が増えており、今後の体制強化が課題となっている。

区長申立による成年後見の利用支援件数が増加傾向にあり、後見人等への報酬助成事業を

実施しているが、この件数も増えている。26年度からは報酬助成の対象を親族申立にも拡大しており、今後も一層取り組んでいきたいと思う。

○介護保険課長 7の介護保険事業の適正な運営については、給付適正化事業の推進ということで、ケアプランの点検、医療情報との突合、サービス利用者への介護給付の通知を行っている。

(2)のサービス事業者への指導・監督としては、東京都と連携を図りながら、集団指導と実地指導という形で表のような指導を行っている。

(3)のサービス事業者への支援については、包括支援センターで居宅介護支援事業所の介護支援専門員からのケアマネジメントに関する相談に対しての助言や同行支援などを行っている。実績等は表のとおり。

②の人材確保・育成支援としては、28年度から永年勤続の表彰を行っている。

③のサービス事業者間の連携強化としては、区内の地域密着型サービス対象の連絡会を開催している。

④制度改正に関する情報の提供については、28年度の総合事業開始に伴う説明会を行った。

⑤の福祉サービス第三者評価の促進については、都が選定した評価機関が第三者の立場からサービス評価を行うもので、補助金を出している。検証の10ページに説明があるが、受審費の助成で補助対象者の約7割が第三者評価を受審している。

(4)利用者・介護者への支援ということで、制度を理解してもらうということが必要だと思うので、各種パンフレット等を作成している。苦情・相談の対応ということで、介護保険苦情・相談の受付件数は表のとおり。

○委員長 全部網羅的に説明していただいたが、せっかくの機会なので、皆さん方に日ごろの取り組みの中から、お一人ずつ、きょうの報告と、日ごろ取り組まれていることを含めて、少しコメントをいただくということにさせていただいてよろしいか。

○委員 きょう初めて参加した、板橋区の全事業所連絡会の代表をしている。

今年度はA I Pで板橋区が取り組みをかなりやっているの、私どもも何か協力できないかということで、地域の見本市に参加したり、介護予防で、協議体のセミナーにも事業所として地域で参加したり、それに向けて事業所デイサービス、小規模の地域密着であれば営業時間でも地域の方に介護予防の体操の場が提供できるのではないかとということで、今月、一度、地域の近くの方に参加してもらって提供したという取り組みも始めている。サービス事業所のほうでも、デイサービスの休みの時間帯で場所の提供ができないかということで、

今後検討していければというのも役員のほうで話が出ている。

○委員 特養の施設長会から出させていただいている。今、第6期の検証ということでいろいろ伺って、先ほどの意向調査も含めて、意向の中には、最終的には施設ではなくて、やはり自宅で生活をしたいという意向が希望としては多いということで、一方で、板橋区民の中で身寄りのない方であるとか老老介護ということで、そういう方のセーフティーネットとしての施設の役割ということを考えていかななくてはいけないのだろうと思っている。

今回の6期の事業計画の検証で、老健については、制度がいろいろ揺れている中なので、これ以上整備はしないという計画をされているということで、特養についても前回の委員会でもどういふふうに整備をしていくことが区民にとって、今後の高齢者人口であるとかそういったものに対応していけるのかというふうな話があったかと思う。その一方で、今回、6期で永年勤続の制度をつくっていただいて、私どもの職員も今回表彰していただいて、それは確かに大きなやりがいにつながっていると思うが、先ほどの6期の中でも手を挙げる事業者が余りいないという現状の中で、介護報酬の問題もそうだと思うが、一番は今人材の確保ということで、新たに新規事業を立ち上げて実際に配置として必要な専門職が確保できるのかというのが、事業者にとって一番大きな課題で、そこさえある程度クリアできれば、事業に参入したいという事業者はかなりの数いるのではないかと思っている。第7期の重点取り組みとして、人材確保ということはとても大きな課題になってくると思うので、その辺についても、どういった内容になるのかというのは一緒に考えていけたらなと思っている。

○委員 今回、第3章の地域包括ケアシステムの深化というところが一つ大きなポイントになるのかと思って聞いていた。生活支援体制整備等いろんな議論が出たので、ぜひ反映していただきたい。権利擁護もここにあるのかと思うが、成年後見制度の利用促進の制定もあり、その辺も絡めて少し検討が必要である。

○委員 仲町地区の民生委員の会長をやっている。

日ごろの感想では、福祉とか介護の分野の方は本当に一生懸命やっているのに、まだ安心できないというような声を聞くが、きょう話を聞いて、介護度が上がるごとに家族の負担が増えると聞いたので、本当に驚いた。介護保険の最初の目的が、一人を社会で見る。それで、家族の負担をなるべく減らそうと。今聞くと反対のほうに向かっている。これはちょっと心配だなと。

民生委員としては、孤独にさせないように、なるべく様子を見る。もし訪問したら、なるべくその人に会って顔を見てくださいと、そのように言っている。

○委員 薬剤師会として、薬剤師として、薬局として、こういった介護事業にどのように関わっていくかというところは、考えさせられるところ。きょうお話を聞いて、介護保険の制度自体が1層から2層へ、区から地域へどんどん変換していつているのはよくわかっていた。

その中でいろいろな事業を、地域での活動を利用してということで、区のほうとしてもいろいろな補助を出して、地域での自発的な活動を支援しているようなのだが、やはり地域でやっていることなので、そこで活動されている方というのも、活動している間にだんだん年をとっていく。活動している間にその活動自体が無理になって、せつかく立ち上げた事業、活動についても、続けられなくなってしまうことがあると思うので、行政としては金銭的な補助の部分も必要かと思うが、活動を続けるための人材育成、地域を支える人材の育成という部分でも行政の手助けがあるといいのかと思った。

○委員 私どもの手伝える範囲は手伝うので、ぜひ、どういうことをしてほしいのかということをお願いしたい。

会員については、介護保険に関する事で、介護保険自体が歯科医師会会員は結構わかっていないことが多いので、そういうのも一からまた教え直していく。特に、また制度改正があると、自分たちの周りの人材をいかに使うかという面では、ひとり暮らしになった方を孤独にしないためにはどうしたらいいか。私は毎月、「保険証を持ってこなくてもいいから、歯医者さんに話に来てください」とよく言うが、それぐらいのつもりでやっていきたいとは思っている。歯科医師会の会員全員がそういう方向に向けたいとは思っているので、今後とも協力を続けていきたいと思っている。

○委員 先程副委員長から伺いましたひとり暮らしの方の後始末というか、後のことを区と契約してという、そういったことをやられている地区があるということで、ぜひそういうのは進めていただきたいと思った。

○委員 お願いしたいと思ったのは、福祉サービスの第三者評価の補助をやっているということなので、これを事業者にもっとPRしてもらえればありがたい。

地域包括ケアシステムの深化ということになると、在宅というのが多くなるのか。

○委員長 そうです。

○委員 老老介護になったときに、一人が死亡してしまうとなかなか死亡証明書が医者からもらえないというようなこともあるように聞いている。ずっと同じ先生に診察を受けていた方がいいが、抜けているときに死亡すると、すぐにももらえないような話を聞くので、そういうことをPRしておかないと、そのときにあたふたするということになると思う。

○委員 老人クラブの今までの仕事は、非常にここへ来て楽だなということで、楽しく聞かせていただいた。

○委員 町会連合会から出席している。地域としては、防災、災害時の避難おくれがないか、そういうのを民生委員などと協力し合ってやっていく。高齢社会になって、ますますひとり暮らしとか、目の届かない方が大勢増えると思うが、行政だ、地域だと、そういうほうばかりでなく、自分の親は子どもが見る。その教育も大事だと思う。成人すれば世帯は別、親は子どもの世話にならない。それで福祉行政だと言ったって、これではお金も人も幾らあっても足りない。もうちょっと家族が昔のように仲よく、親子と一緒に住んで、親が年をとったら自分の親ぐらい、子どもが見る。私はそう思う。

○委員 地域包括支援センターから出席している。総合事業のところだが、最初に区基準で手を挙げてくれる事業所がないということで、デイサービスが特に、区基準のサービスをやってくれるところがすごく少ない。実際に希望しても曜日とか時間の限定があって、あるデイサービスでは、二十何人待ちと言われ、実際にその事業対象になっても利用できないという現実がある。事業所に聞くと、よく制度もわからないというところがあるので、もう少し行政のほうから事業所に対してそういう説明をしていただけるとありがたい。

○委員 医師会のほうでは在宅医療・介護の連携ということで、16ページにある8項目の事業。従来から行政の方の援助もいただきながら医師会が主体となってほとんど取り組んできたが、制度の中できちんと行政が責任を持ってということなので、そういう体制に徐々に移行しつつあるというか、ほぼ移行が整ったと思う。引き続いて行政の方と緊密に連携をとりながら、進めていきたいと思う。

認知症に関しても、サポーターの養成とか物忘れ相談、あるいは去年から始まった認知症の初期集中支援事業と、積極的に援助いただきながら取り組んでいるところです。引き続き強化ができればというふうに思う。

もう1点、認知症ではサポーター養成が進んでいるが、実際養成した後のサポーターの活躍の場がないというか、何をしたらいいかわからないようなことがあるように聞いている。今度、志村の地区では町会にもお願いして見守りというふうなことをやってみるが、サポーターを養成した後、具体的にどういう活動をしていただくかなどというところにも、ぜひ、今後一緒にまた取り組んでいきたいと考えている。

地域リハビリテーションということで、これは豊島病院と板リハネットも立ち上がって、盛んに啓発活動が進んでいるということだが、実際リハビリそのものは、大病院やリハビリ

専門病院の中のいわゆる施設、あるいは老人保健施設の施設になるが、病院施設の中のリハビリが大半で、在宅へ戻られた後、訪問リハをお願いしたくてもなかなか受け皿がない。そこに人材がまだいないという状況がある。啓発が進めば進むほど、その地域の患者さん、利用者からはそういう要求が増えているが、ぜひ、地域の中ではそのあたりが充実できるような何らかの方策がとれればというふうにも考えている。先ほど死亡診断書という話もあったが、やはり在宅で急に亡くなられて、しばらく医者にもかかっていない、あるいは救急車で大病院に運ばれて亡くなられるという場合、なかなか死亡診断書が書けなくて、警察に連絡が多いと聞いている。

ただ、かかりつけ医をきちんと持っていただいて、普段からかかっていたいただければ、かかりつけ医のほうで死亡診断書も書くことが可能。実際、警察から連絡をいただいて、私どもかかりつけ医が在宅で亡くなられた方の診断書をお書きするというのもままありうる。やはり大病院に3カ月に1回しかかからないというようなことではなくて、2人主治医制だとか、かかりつけ医だとかというふうに医師会ではお願いもしているところだが、地域の身近な先生をかかりつけ医として指名をしていただいて、日ごろからそういう先生に診ていただくということも大切なのかなと思っている。

○副委員長 まず、さっきの死後事務のことについて、神奈川県社会福祉協議会がことしの3月に報告書を出していて、各地の事例をまとめている。都内だと足立区社会福祉協議会の紹介されているので、ぜひ参考にさせていただけたらと思う。

もう一つは、地域包括ケアの深化となったときに、多問題家族をどう支えるかとか、制度のはざまの問題をどう対応するかとなったときに、ここの地域保健福祉計画を見ても、明確でないと感じる。改めて今回の関係事業計画の策定をきっかけにして、その辺、各関係部署と調整をしてくださるといいと思っている。

○委員長 行政は難しい資料が次々と出てきて、なかなか理解するのも難しいというのもあるし、評価もいろいろな視点からいろんな評価があると思うが、とりあえず今進んでいる第6期の計画、検証をしていただいたから、今皆さんからいただいたことも参考にさせていただきながら、一方で検証しつつ、一方で計画を策定していく。その2つをうまくリンクさせて、次の計画がより良いものになるといいと思っている。厚生労働省からいろんな資料が次々と出されてくるであろうが、それを一方で受け止めつつ、板橋区らしく独自の計画を立てただけだとありがたい。我々としてもまた、そこでいろいろ意見を言ったり協力することができればいいと思っている。

○長寿社会推進課長 これから7期計画の中間のまとめをつくっていくが、貴重なご意見をいただき、A I Pの展開などの取り組みにも活かしていきたいと思っている。次回は11月ごろを予定している。

○健康生きがい部長 長時間にわたり熱心なご議論、ありがとうございました。委員の方からも話があったが、第7期計画の構成では、第3章の「地域包括ケアシステムの深化」が肝の部分だと思っている。板橋区版のA I Pという考え方は、第6期の計画ができてから区のほうで報告書をまとめたという形になっているが、必ずしも地域包括ケアシステムとはイコールではない。地域包括ケアシステムを包含しているが、さらにシニア活動支援とか、幅広く、ある意味ではまちづくりと一体となった、非常に広い概念なので、それをこの第3章の中でどういった形で消化していけるか。それから国が新たに打ち出してきた地域共生社会をどういうふうに取り込み、融合させてバランスを持って書いていくかというようなことが重要だと思っている。

今後、前回の委員会で承認いただいた2つの部会を必要に応じて開催しながら、より良い中身になるように、スケジュールは非常にタイトであるが、頑張っていきたいと思うので、これからも何かお気づきの点があれば、事務局に意見を寄せていただければと思っている。本日はありがとうございました。