

### 第3回 新宿区高齢者保健福祉推進協議会

平成28年2月16日(火)

○植村会長 まだ、いらっしゃっていない委員の方もおられますけれども、定刻になりましたので、これより第3回新宿区高齢者保健福祉推進協議会を開会いたしたいと思います。本日ご欠席の連絡をいただいておりますのは、石黒委員と井上委員でございます。あとの委員はご出席ということで連絡をいただいております。ちょっとおくれて来られる委員がいらっしゃるかと思います。

本日の議事でございますが、「新宿区高齢者の保健と福祉に関する調査について」ということで、議事の進行の都合上、「一般高齢者調査について」と「その他の調査について」ということで分けてご議論いただければと思います。そのほかに報告事項が2件ございまして、「介護予防・日常生活支援総合事業について」と「平成27年度の介護保険制度改正に係る現況」報告でございます。このような内容で進めてまいりたいと思います。それでは、事務局のほうから資料の確認をお願いいたします。

○事務局 それでは、資料確認を行います。次第をおめぐりください。

- 資料1 「第2回新宿区高齢者保健福祉推進協議会作業部会 議事概要」
- 資料2 平成28年度「新宿区高齢者の保健と福祉に関する調査」について
- 資料3 「一般高齢者調査のねらい」に関する庁内アンケートの検討結果
- 資料4 一般高齢者調査の共通設問について
- 資料5 「一般高齢者調査」以外の調査（要支援・要介護認定者調査・第2号被保険者調査・ケアマネジャー調査・介護保険サービス事業所調査・施設調査）について
- 資料6 新宿区高齢者保健福祉推進協議会等のスケジュール
- 資料7 介護予防・日常生活支援総合事業について
- 資料8 平成27年度介護保険制度改正に係る現況
- 資料9 平成28年度新宿区組織改正(案)

また、参考資料として「広報しんじゅく」の1月25日号をおつけしています。

以上が、本日の資料です。

○植村会長 ありがとうございます。

それでは、議事に入りたいと思います。

先ほど申し上げましたように議事としては、「新宿区高齢者の保健と福祉に関する調査に

ついて」ということですが、まず、そのうちの一般高齢者調査についてご審議をいただきたいと思います。資料につきましては、資料1から4までが一般調査に関する資料でございますので、この資料1から4まで事務局のほうで一括してご説明をいただきまして、その後皆様方からご意見・ご質問等をいただければと思います。

それでは、事務局のほうからご説明をお願いいたします。

○事務局 それでは、資料1をごらんください。1月20日に行われた第2回新宿区高齢者保健福祉推進協議会作業部会の報告です。議事は新宿区高齢者の保健と福祉に関する調査についてであり、一般高齢者調査と、その他の5調査について分けて議論を行いました。その中で、委員さんから意見が多かったのは、この調査で地域の実態を知ることができるのかというご意見です。一般高齢者調査ですと、3番「地域の特徴が出るような調査方法にするべきだ」、このようなご意見に対して区としては、一般高齢者調査を2つに分けて3,000人ずつに調査することは、推進協議会で承認されたものです。地域の特徴については、区の情報を活用しつつ把握していきます。今後は各部と調整して推進協議会に示していくものとご説明を申し上げました。この点についてさらに高齢者福祉課長より、区の方針をご説明いたします。

○高齢者福祉課長 それでは、来年度に実施をいたします高齢者の保健福祉に関する調査並びに次期の高齢者保健福祉計画の策定につきまして、区の考えを改めてご説明させていただきます。

まず調査についてですが、本調査では新宿区内を特別出張所ごとの日常生活圏域ごとに分けまして、高齢者人口や年齢構成、性別など、その圏域内の母集団の数に合わせた対象者数を無作為に抽出することで、区内全域を満遍なく網羅し、区の全体像を把握する形で実施したいと考えております。その調査結果につきましては、次期の計画策定の基礎資料といたしまして、クロス集計などさまざまに行うなど活用し、計画自体は区の全体計画として策定していく方針でございます。1月20日、前回の作業部会のおきまして、現在の調査では地域の特徴がつかめないなどのご意見を多く頂戴いたしましたが、個々の地域特性につきましては、区が保有する介護や医療などに関するビッグデータを活用し、地域ごとの特徴を洗い出すことをしてまいりたいと考えております。

また今回の調査結果についても、日常生活圏域ごとに結果を分析することが可能ですので、これらをあわせてデータから見える地域特性については、今後具体的な施策を展開する上で生かしていきたいと考えます。ちなみに区が保有するデータの例で申し上げますと、

まず、地域文化部が保有する住民基本台帳がございます。こちらでは日常生活圏域ごとの高齢者人口や高齢化率、年齢構成、世帯構成、外国人と日本人の割合などのデータが保有されております。また福祉部で申し上げます、介護保険情報などがございます。日常生活圏域ごとの要支援・要介護認定者数や給付実績、認知症高齢者の人数などについて、生活の自立度や年齢構成別に比較することで、違いが浮き彫りにできると考えております。また健康部でも検診の受診率や次年度の資源マップの作成過程で実施をいたします在宅医療・介護資源の調査で把握した情報を日常生活圏域ごとに分析することで、在宅医療と介護の連携状況や在宅医療に関する課題なども見出せるのではないかと考えております。

具体的な検討を行うのは4月以降になりますが、次期計画の策定に向けまして、地域特性を把握する必要性は感じているところですので、委員の皆様方には調査の説明とあわせて、地域特性を見るにはこんなデータが必要だなど、データの活用につきましてもご意見を頂戴できればと考えております。そして調査で把握した内容やデータ分析から見えてきた状況などをあわせて、どのように次期計画の中に取り込んでいくかなどにつきましても、今後本協議会において検討してまいりたいと、このように考えているところでございます。

以上です。

○事務局 それでは、議事概要を続けます。その他について、調査に向けて新たな着眼点やご意見がありました。資料1の要支援・要介護認定者調査の1番です。「薬について多剤投与を続けていると、介護度が悪化する」というデータがあるので、服用している薬の数を調査してはどうか。介護保険サービス事業所調査では1番「立場が違くと答えが違ってくるので、答える人の役職も聞いたほうがいい」。施設調査でもご意見がありました。「終末期だけでなく、虐待把握・職員のストレスや夜勤対策など人材確保の取り組みを知りたい」といったご意見がありました。これらのご意見は事務局で精査しつつ、検討させていただきます。

資料2に移ります。振り返りになりますが、平成28年度の「新宿区高齢者の保健と福祉に関する調査」の概要をご説明します。11月の推進協議会で承認されたとおり、一般高齢者調査を3,000人ずつ2本行います。一般高齢者基本調査と一般高齢者重点調査です。第6期の重点施策は表の左下にある認知症高齢者への支援体制の充実、地域における在宅療養支援体制の充実、「地域の活力」を生かした高齢者を支える仕組みづくりの3本です。その他の5調査については、後ほど資料5でご説明しますが、規模や対象者に変更はありません。それぞれの調査において、①接触嚙下、②介護予防・日常生活支援総合事業

の設問を追加で検討しています。ここの介護予防・日常生活支援総合事業については、新宿区では平成28年4月より開始します。後ほど資料7でご説明します。本会議では略して総合事業と呼びます。

資料3に移ってください。「一般高齢者調査のねらい」に関する庁内アンケートの検討結果についてです。次年度より重点施策を深めるために、新たに一般高齢者調査を2つに分けて行います。そのため「一般高齢者調査のねらい」について、庁内各部署からのアンケートの回答をもとに検討した結果について表にまとめました。

表の左が見出し、真ん中が平成25年度のねらい、右側が各所属で検討した平成28年度のねらいです。新規と変更についてのみご報告します。1番、ご本人のこと、2番、健康状態については、基本調査と重点調査の両方で聞いていく予定です。今、事務局で検討中です。資料4で後ほどご説明します。3番、住まいのこと、高齢者の住まいの状況を把握するというねらいに変更しました。4番、日ごろの生活、前回までの視点ではなく、次年度から始まる総合事業を見据え、地域の担い手の意識について把握するというねらいに変更しました。7番にとびます。権利擁護、前回までは成年後見制度の認知度や成年後見センターの認知度をねらいとして調査をしていましたが、今回は地域福祉権利擁護事業の認知度や利用意向を把握するというねらいに変更しました。8番、緊急時の避難など、前回までは区の制度の周知や災害発生時の意識を把握することをねらいとして行いました。今回は災害発生直後から沈静化するまでの一定期間に、区内高齢者等と接点がある主体(関係する者や組織、機関)として何が存在するのか。また二次避難所の新たな展開として期待される事項を把握するというねらいに変更しました。

紙をめくってください。重点調査です。1番、本人のことは基本調査と同じです。資料4でご説明いたします。2番、健康状態については、健康意識を把握し、高齢期の健康課題を把握する。生涯にわたり歯や口の健康を維持するために、かかりつけ歯科医の周知と口腔機能について把握するというねらいに変更しました。3番、生きがづくりや社会参加、地域の担い手の意識を把握するということにねらいを変更しました。また新たに高齢者の就労支援について、就労機会の拡大に向けた調査(就労意向、希望職種、希望時間、報酬など)について調査を行いたいという依頼がありました。4番、介護や医療が必要になったときのこと、介護経験の有無ではなく、在宅療養の意向と実現性、その理由を把握するにねらいを変更しました。介護保険外サービスの利用状況については、前回の調査では7割以上が使っていないとの回答でした。次回はこのねらいについて、要支援・要介護

認定者に聞いていきます。6番、看取り、前回は自身の最期の意向を把握するということをねらいとしていましたが、今回は1、自身の人生の最終段階とみとりについての意向と認識を把握するとともに、啓発を図るということにねらいを変更しました。また、看取りを行う上での不安を把握するという狙いも追加になりました。7番、認知症、前回までのねらいは継続しますが、新たなねらいとして、本人・家族が認知症になったときに必要と考えることは何かを把握するというねらいを追加いたします。

資料4に移ります。一般高齢者調査の共通設問についてです。一般高齢者調査のねらいについては、先ほど各担当課に考えてもらったところですが、クロス集計を行うに当たって、基本調査や重点調査の両方で聞く、本人の基本情報について検討しました。この基本情報について各部の要望をまとめ、その結果も踏まえて事務局案を示したのが資料4です。クロスする基本情報として、ご本人のこと、性別、年齢や家族の有無などを予定していましたが、今回は新たに健康状態についても聞いていこうと考えています。

ご本人のことについての設問は従前どおり行う予定です。世帯収入については不要なのではという意見もありましたが、介護予防の観点から収入によりスポーツ教室に通うなど、独自の介護予防を行っているのか把握したいという要望がありました。健康部からは基本情報について、健康状態を入れてほしいという要望もありました。具体的には自分が健康だと思えるか、健康の認識、治療中の病気の有無とその病名などです。その他かかりつけ医の有無や入院経験の有無は重点調査のみで、全員に聞く必要はないということです。この点については、健康部矢澤参事より補足説明がございます。

○矢澤参事 ただいま事務局からご説明がありましたように、今後虚弱にならないための対策として、やはり健康状態をしっかりと把握していくという意味で、そういった項目をつけ加えさせていただいております。

○事務局 事務局としては以上です。

○植村会長 ありがとうございました。ただいま資料1から4まで一括でご説明をいただきましたけれども、一般高齢者調査以外の部分についてのご説明もありましたが、議事の整理上、一般高齢者調査についていろいろご意見をいただいて、そのほかの調査については、ご説明を受けた後ご意見をいただければというふうに思います。まず一般高齢者調査につきまして、ただいまのご説明、あるいは前回、あるいは作業部会での意見なども含めまして、何かご意見・ご質問等ございましたら、ご自由にご発言いただければと思います。

○秋山委員 先ほど齊藤課長さんからビッグデータをどう活用するかということで具体的

な例を挙げていただきましたけれども、既にあるデータはこの調査をする前に、こちらの会議とか専門部会等にそのデータが先に出されて、調査に反映されるほうがよいかと思いますが、そういう作業は進んでいるのでしょうか。

○高齢者福祉課長 先ほど申し上げたようなデータにつきましては、次回の作業部会並びに推進協議会にはお示しをしていきたいというふうに考えているところでございます。

○植村会長 内容を議論する前というか、その間に提示される。秋山委員のご説明はそれを見た上で、内容等についても議論する必要があるのではないかというご趣旨でしょうか。

○秋山委員 そうですね、前回の専門部会のときに、できれば日常生活圏域別に、例えば中・重度の要介護認定を受けている方がどのぐらいの割合で在宅なのか、施設なのかというあたりは、もう既存のデータがあるのでわかると。その中で、使っているサービスは何なのかも多分わかると。だから認知症の自立度も、介護保険の情報と認定の内容でわかるというようなことはご説明いただいたのですけれども、例えばそこで具体的に在宅医療を使っていたら、在宅療養管理指導、医師が訪問診療等をしている。それもデータとしてはあるはずだと思うのですね。それが圏域ごとにある程度わかっていて、比較的健康的で、つまり要介護認定を受けていない人が多い地域と、そうではない地域と多少なりとも差が出てくるはずだし、そうすると全体像として、3,000人を無作為抽出にかけるのだけれども、もうちょっと見えやすいようになっても突っ込んだ調査がいるのか、そうではないのかというのが、ビッグデータの解析で少し示唆されるものがあるのではないかと思うのです。そういう意味で、どの程度出てきて、どこでそれが継続されるのかということに関心があるのですけれどもということでお尋ねしました。

○介護保険課長 今委員におっしゃっていただいたようなところで、齊藤が申しあげましたように、こういったデータというところで、ぜひお話をいただきまして、秋山委員がおっしゃったのはもちろんなのですが、それ以外もご意見を頂戴し、また事務局でも精査をさせていただき、まとめて次回の6月の作業部会のほうでお示しをさせていただきながら、またいろいろとご意見を伺いたいというふうに考えております。

○植村会長 ありがとうございます。今私のほうで整理をした関係で、一般高齢者調査の話になっておりますが、一般高齢者調査の対象者の範囲でのビッグデータに限らず、既に要介護認定を受けている、あるいは介護保険の給付を受けている、あるいは医療の給付を受けている方のデータを見ることによって、一般高齢者調査もどの程度詳しく調査をする必要があるかということが出てくるというのは、秋山委員のご指摘だと思います。一般高

高齢者全体をカバーするデータという意味だけではなくて、より詳細に、特に介護保険とか医療保険とか、いろいろな事業を進めていく中で、お持ちのデータというものを解析することによって、一般高齢者調査の内容も、少しどうするかというのが見えてくるのではないかと、いろいろご趣旨だと思いますので、そういった視点も含めていろいろご意見を伺うと。データをどの程度加工解析できるのかということもあるかとは思いますが、その辺をこの場でご検討いただいて、次回までにそれがこういう内容になっていますということまでお示しできればという、そういうことかと思えます。ぜひ皆様方からもいろいろご意見をいただければというふうに思えます。それに関連してでも結構でございますし、ほかのことでも結構でございます。何かご意見等ございましたら発言してください。

○青木委員 私も秋山委員の意見に賛成です。関連して基本チェックリストというのが、65歳になったら必ず自宅でできるような形でやっていると思うのですが、そちらのほうもあわせてやると、この一般高齢者の数がふえるので、よりの確なデータが出てくるのではないかと思いますので、それもつけ加えていただけたらと思います。

○植村会長 ありがとうございます。何かありますか。

○健康推進課長 現状の生活機能の基本チェックリストのデータというお話ですか。

○青木委員 そうです。その基本チェックリストのデータを項目ごとに、運動機能、栄養口腔機能、暮らしぶり、認知症とか、それぞれの項目に沿って、各エリアでそれを掘り下げた質問をすると、より課題が明確になってくるのではないかなと思います。

○健康推進課長 基本チェックリストにつきましては、検診と同時にやっているのですが、制度的には終了してしまうので、過去のデータから、そんな古くないデータだとは思いますが、その辺から地域特性なんかを浮き彫りにできるかどうかは、事務局でも検討させていただくことを考えております。

○植村会長 お願いいたします。そういうような形で分析・集計しているものではないと思うのですが、そういうことができるかどうか。

○青木委員 なぜこういうことを申し上げましたかという、例えば基本チェックリストの中に、健康に関する不安はどうですかみたいな項目があるんですね。これは運動機能の関係なのですが、ある市ではこの部分にとっても注目していて、転倒によって入院をしまして、そこから回遊性のものとか筋力低下なんかが起こってきて、在宅で暮らせなくなってきているひとり暮らしの人がとても多くなっているというのは、これは全国的に出ているデータなのですが、このところでどういう理由で転倒したのかとい

うことによって、もっともっと詳しいエリアの差が出てくる場合があるのですね。例えばそのエリアには坂道が多かったとか、住まいのことだけではなくて、住まい環境も含めたデータが必要で、そこに坂道が多かったために、例えば65歳までは外出頻度が多かったのに、75歳以上になった途端に外出頻度が少なくなった。それはどうしてかということ掘り下げて聞いてみると、下肢筋力が低下してしまって、そのために外出ができなくなったという結果が出てきた。何でそういうふうになったかということ、家で障害物につまずいて転んでしまって骨折して入院したからだとか、そういうような詳しいデータが出てきているのですね。だとしたらそのエリアには坂道が多いので、下肢筋力強化の運動をふやしていかなければいけないとか、そういうことを予防事業で行っていくという課題が出てくるというのがあるのです。そういうことでちょっと申し上げました。

○植村会長 ありがとうございます。そういうところまで分析できるような内容になっているかどうかということはあるかと思いますが、そういう点も含めてご検討いただければというふうに思います。

○谷頭委員 今健康部のほうから検診時にいろいろと設問があるので、それも統計が取られているということです。私もその検診時に本当にたくさん設問があるので、全部答えるのが大変なのですが、その統計とこちらのとは連動しているのでしょうか。その関係はどのようなふうになっていますか。

○健康推進課長 まず検診と介護保険というのは、まだ個人的なひもづけができておりませんので、それぞれの地域特性、要はある人物が介護保険の情報で、かつ医療保険だというのは、まだ明示的にはできないのですけれども、それぞれ独自には地域ごとに、こういう傾向があるということは分析ができる状態ではございます。

○植村会長 基本的にこの人とこの人が同じ人かどうかという形のひもづけはできないのですけれども、集計したものはある地域のを集計すれば、それぞれのデータから地域の特性というのは見えるかもしれないという、そういうことかと思えます。

○谷頭委員 そうしましたら、こちらに生かせるものなのが出てくるのではないかなと。結果を生かさないのは、もったいないなと思います。

○植村会長 ということで、できるだけこういった一般的な調査以外の、業務上知っているデータといいますか、そういったものを個人が特定できないような形で集計分析することによって、この調査でもわかるような、この調査を補強するようなことが出てくるのではないかということかと思えます。それを今ご検討いただくということでございます。



○秋山委員 でも基本チェックリストはやらなくなるのですよね。

○健康推進課長 制度的にはなくなりましたが、過去のそう古くないデータで、もしご活用できればというご提案をさせていただいた次第です。現時点でどうだということはわかるのではないかと我々は思っているところでございます。

○植村会長 わかる範囲でどこまでできるか検討してほしいと思います。

○秋山委員 なおかつ受診に来た人で回答した人ということですので、回答率と受診率というのはどのぐらいになりますか。

○健康推進課長 まず検診の受診率は、恥ずかしながらといいましょうか、33%ぐらいです。年々は上がってはいるのですけれども、決して誇れる数字ではございません。またその検診というのは特定検診でございますので、ざっと言うと新宿区の3分の1が国保加入者、その33%のデータということをまずお含みおきいただいた上でのご議論になるかと思えます。例えば社会保険、いわゆる会社員の方々というのは、残念ながらデータの提供がされていませんので、国民健康保険加入者のうちの受診をされた方のデータで、どう占っていくのかというご議論にはなります。

○植村会長 年齢層もあると思えますので、少しご検討いただいてどこまで何が言えるのかということをお出しいただいた上で、またご議論いただければと思います。

○健康推進課長 誤解があってはいけないので、ビックデータの解析について、健康部では成人期の特定健診を受けた方の自治体を今回地域診断いたしまして、今般の健康づくり行動計画の推進協議会に報告を設定しておりますが、いわゆるもうちょっと前の段階で、健康づくりという視点で今分析をしております、高齢期の方々についての分析はまだしていないところでございます。

○植村会長 そういった分析がどこまでできるのかということも含めてご検討をいただければというふうに思います。ほかに何かご意見・ご質問等ございますか。

○山本委員 また収入のことにこだわって申しわけないのですけれども、年を取ると年金の収入というのははっきりしているでしょうけれども、雑収入というのが健康状態によつてすごく変わってくるし、たまたま自分のところにこういう調査票が送られてきて、じゃあ協力しようかなと思って書き始めて、でもどうしてこういうことを聞かれなくちゃいけないのかしら、どこまで答えるのだろうかとか。銀行なんかでも、年間収入を教えてくださいとか、そういうものは結構いい加減に書いてしまいますけれども、こういうのはどうかとか、そういうところで立ちどまってしまうと、すーっといかなくて途中でやめちゃお

うかななんていう人が出なければいいなと思いますけれども、私は協力しようとは思いません。

○植村会長 なぜ聞くのかということについては、今ご説明があったかと思えます。どの程度正確に聞かねばならないのかとなると、それは特に世帯収入とかになると、どうなっているのかわからないという方も多いと思えますので、わかる範囲で、あるいはお答えできる範囲でということかとは思えます。

○桑島委員 この健康状態のところ、もしくは生きがいくりのところに、高齢者が健康寿命を延ばすための何か自分で考えた対策をしているか、もしくはシニア活動館とか地域センター等で、認知症予防とかいろいろな事業がなされていると思えますが、それに参加しているのかどうか。それから参加した人はその状態がよくなっているかとか、そういう細かいことを入れたらどうかなと思えます。

○植村会長 ありがとうございます。事務局のほうからコメントはありますか。

○事務局 先ほどの収入の件なども含めて、具体的な設問については、事務局としても経年でやってきたものも含めて、踏み込んで少し精査をしたり、検討していく予定としておりますので、いただいたご意見はそういった際の視点として持っておきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

○植村会長 ほかに何かご質問・ご意見等はございますでしょうか。特にないようでしたら、また後からでもお気づきの点があれば、ご発言いただきたいというふうに思います。少し議事を進めさせていただきまして、一般高齢者調査以外の調査事項についてご説明いただいて、またご意見等をいただければと思います。それでは、事務局のほうからご説明をお願いします。

○事務局 それでは、資料5をごらんください。一般高齢者調査以外の調査についてです。その他5調査について、今まであまりご説明する機会がありませんでした。今回は各調査の概要と、調整部会や作業部会の意見を踏まえた事務局の方針をご説明します。

まず2番、要支援・要介護認定者調査です。調査対象者は新宿区に居住する要支援・要介護認定を受けている居宅サービス利用者1,500人です。表の左をごらんください。15項目あります。1番、ご本人のこと、2番、住まいのこと、3番、日ごろの生活、4番、いきがいくりや社会参加、5番、要介護認定、6番、医療機関の受診等、ページをおめくりください。7番、介護サービスの利用状況と利用意向など、8番、緩和医療・ケア、9番、看取り、10番権利擁護、11番認知症、12番、介護保険制度、13番、災害時

の避難など、14番、情報や相談窓口、15番、主介護者の状況。

現時点の方向性ですが、表の右の欄をごらんください。まず1番のご本人のこと、2番の住まいのことについては、設問を減らす方向で精査を行います。また6番の医療機関の受診等については、設問の仕方を変更する予定です。ページをおめくりください。10番の権利擁護については、地域福祉権利擁護事業に変更する予定です。13番の災害時の避難などについても精査を予定しています。

3ページに移ります。3番、第2号被保険者調査についてです。調査対象者は、新宿区に居住する第2号被保険者（40歳以上65歳未満）の方1,500人です。調査項目は12項目あります。1番、ご本人のこと、2番、住まいのこと、3番、健康状態、4番、日ごろの生活、5番、いきがづくりや社会参加、6番、若年性認知症、7番、権利擁護、ページをおめくりください。8番、介護や医療が必要になったときのこと、9番、緩和医療・ケア、10番、看取り、11番、介護保険制度、12番、情報や相談。

ご本人のこと、住まいのことは、要支援・要介護認定者調査と同様、設問を減らす方向で精査を行います。5番のいきがづくりや社会参加については、担い手としての意識を調べる予定です。7番の権利擁護についても、要支援・要介護認定者調査と同様、地域福祉権利擁護事業に変更する予定です。

5ページにお進みください。ケアマネジャー調査です。調査対象は新宿区内の居宅介護支援事業所に勤務するケアマネジャー約200人です。見出しは、1番、勤務先の事業所の概要、2番、ご本人のこと、3番、ケアマネジメントの状況、4番、高齢者総合相談センターの支援、5番、各種連携の状況、6番、退院に係る対応、7番、ケアプランへの組み込み、ページをおめくりください。8番、認知症について、9番、在宅療養・看取り、10番、ケアマネジャーの仕事、11番、スキルアップ、12番、今後の意向、13番、新宿区への要望です。

前回の調査で3番のケアマネジメントの状況、8番の認知症について、9番の在宅療養・看取り、13番の新宿区への要望の一部を追加しました。6番の退院に係る対応については精査を予定しています。

7ページにお進みください。介護保険サービス事業所調査についてです。調査対象は、新宿区内の介護保険サービス事業所約200所です。調査項目は8項目です。1番、事業所の概要、2番、事業所で取り扱っているサービス、3番、今後の参入意向、4番、新規人材の確保・定着・育成、5番、収支状況・処遇改善、6番、高齢者総合相談センター、

7番、ケアマネジャーとの連携、8番、新宿区への要望です。

前回の調査より、3番の今後の参入意向及び7番のケアマネジャーとの連携を追加いたしました。

9ページに移ります。施設調査についてです。この施設調査については、前回は平成25年度より開始いたしました。調査対象は、介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護事業所、特定施設入居者生活介護事業所の約50所です。調査項目ですが、1番、施設の概要、2番、認知症の支援体制、3番、終末期医療およびケアの方針、4番、終末期医療およびケアの実際、5番、終末期医療およびケア体制、6番、終末期医療およびケアの実際について、地域への貢献、接触嚙下、7番、自由記述となっています。

認知症の設問については検討中です。終末期医療およびケアの方針について、前回はさまざまな設問を行いました。今回は精査を予定しています。逆に新たな視点として、2点検討しています。

10ページをごらんください。下から3行目です。まず地域への貢献内容についての設問の追加です。施設で蓄積された介護ノウハウについて地域に還元し、地域の担い手としての位置づけを把握することを目標としています。2つ目は、接触嚙下についての設問です。重度の入居者に対してどのようなケアをしているのか、課題は何か、行政に望むことなどを把握することを狙いとして、新たに検討しています。その他の調査についてのご説明は以上です。

資料6をごらんください。新宿区高齢者保健福祉推進協議会等のスケジュールです。表の一番上が本日2月16日の第3回高齢者保健福祉推進協議会です。平成28年度は、調査の素案を提示してその内容を検討していきます。6月の作業部会と7月の推進協議会の日程が確定しています。

事務局からは以上です。

○植村会長 ありがとうございます。一般高齢者調査以外の調査についてご説明いただきました。先ほどの資料1の作業部会の議事にも、一般高齢者調査以外の調査についてもいろいろ作業部会で議論があったということのご説明もございましたけれども、それらとあわせてこの一般高齢者詳細以外の調査につきまして、一括でご審議をいただければと思いますが、何かご意見・ご質問等ございましたらご自由にご発言いただければと思います。

○塩川委員 ケアマネジャーをしております塩川と申します。要介護認定調査の部分なの

ですけれども、今ケアマネジャーをしていて、国からの考え方として自立支援というところに非常に力を入れてケアプランを立てなさいというところで、特に要支援・要介護認定の軽い方に関しては、例えば生活援助のプランを立てるときには、ご本人のできる部分を有効に生かしてプランを立てるというところで、そういったことで事業者の方、ご家族の方に説明するのですけれども、なかなかそういった自立支援のイメージというのが湧かない現状で、プランを立ててもなかなか進まないというか、例えばヘルパーさんにはやってもらいたいという意見が多くて、そういったところの何か意識づけになるようなアンケートというか、自立支援の意識が考えられるようなアンケートが盛り込まれるといいのかなと感じまして、意見させていただきました。

○植村会長 ありがとうございます。それは要支援だけではなくて、要介護の方にもということだと思います。なかなかこういう調査で、逆に一定の意識づけをするというのは、結構工夫するのは大変なことだと思いますけれども、何か事務局のほうでございませうか。

○介護保険課長 塩川委員おっしゃるように、今後自立支援ということは、今まで以上に重要になってくると思います。その点については全く同意見でございまして、ぜひどういった設問等があればいいかというところで、またご意見を作業部に頂戴いただければと思います。

○植村会長 ほかに何かご意見・ご質問等ございますでしょうか。

○都崎委員 ケアマネジャー調査についてなのですが、私は前回も委員をさせていただいて、ケアマネジャーの仕事について、やりがいや業務量、仕事の継続の意義というのを継続をされているようなのですけれども、これを聞き続けていることの意味というか、その辺についてはどのようなお考えかなというのがあります。前期の調査も見ましたところ、社会的にケアマネジャーの認知は上がっていると思うのですが、その辺の数字的なところでは、今のところそんなに大きな変化というのはどうなのかなというふうに思っております。逆に、質問の数を考えたときに、このケアマネジャーの仕事ということも、もちろん大事な設問だとは思いますが、むしろ私は認知症で、周辺症状が結構大変な方が地域にいらして、そういった認知症の支援の困難についての設問等も一歩踏み込んでしたらどうかなというふうに思いました。というのも、やはり徘徊、行方不明というところでは、行方不明についての家族の介護責任等が今非常に問われているという中で、場所が新宿というかなり人が行き来する地域の中で、そういう徘徊の方たちをどう支えていくの

かというところで、ケアマネジャーの方たちが苦勞されているのではないかと思い、そういったこともどうかなということで、具体的な設問内容はまだ思い浮かばなかったのですが、意見として申し上げさせていただきます。

○植村会長 ありがとうございます。

○介護保険課長 ケアマネジャーのやりがい業務量というところで、経年の調査というところであると思いますが、こういったところは昨今非常に言われておまして、昔から人材・人員不足というところなんです。また介護業界は、いわゆる魅力を上げるために、区も支援をさせていただいてきたというところでの調査という意味もございましたが、先ほど事務局のほうから申し上げましたように、経年調査は経年だからといって結構やってきたところがございますので、今回の調査では、全て抜本的に精査のほうをさせていただきながらやりたいと考えてございますので、それも参考とさせていただきたいと思います。また認知症・行方不明というような、非常に業務の煩雑さというところにつきましては、今後の参考という形にさせていただき、ぜひ作業部会等で、本日は具体的な設問はということでございますが、一緒にお力をお借りできればと思いますので、よろしく願いいたします。

○植村会長 ありがとうございます。

○山本委員 施設の質問項目で、摂食嚥下が新規に入っていますけれども、これの質問の目的なのですけれども、もしその施設の介護の質を問うことであるのであれば、摂食嚥下の問題と、それからおむつ外しというのは、人間の尊厳にかかわるからフェアで質問されない、ちょっと危ないのではないかなと思ったのですが、いかがでしょうか。

○矢澤参事 摂食嚥下のことを今回、かなり多くのところで取り上げていただいていますのは、国がこれから進めていくフレイル対策、いわゆる虚弱対策において、栄養の問題、あるいは運動、社会参加の問題と3本の柱があるわけですが、特に食という意味で新宿は取り上げていますが、それ以外のことについても重要という認識を持っておりますが、摂食嚥下を取り上げた理由は、そういったところでございます。

○植村会長 ありがとうございます。評価というよりは、先ほどありましたように、どちらかという、こういう調査によってある意味、意識づけをしていきたいという意向もあるのかなというふうには思います。それでは、ほかに何かご質問・ご意見等ありますか。

○谷頭委員 この対象者が要支援・要介護認定を受けている居宅サービスの方ですよね、この調査は。それで、10ページの地域への貢献というところに、地域の担い手としての

位置づけを把握するというのがあるのですが、具体的にはどういうことを想像して、こういう設問があるのでしょうか。

○植村会長 これは施設が地域の担い手として、どういう意識を持っているかということですね。

○谷頭委員 わかりました。

○植村会長 ポツに今回入れたことについて何かご説明がありますか。

○介護保険課長 これまでもお願いをしてきたところでございますが、いわゆる施設、保険法上の3種類の施設、また地域密着型の施設型のサービス等々、こういったところで基盤整備をさせていただく際には、地域の一員として、地域活動等々も参加をいただくですとか、また地域交流スペースというようなところをおつくりいただいて、まちの紹介であったり、民生委員の皆様であったりというようなところとの交流というところをそれぞれお願いをしてきてございますので、そういったところで地域の担い手というところの施設の今後の役割、またこれから住民主導型ということを行行政からもお願いをするということがございますので、そういったところの施設から地域へのきっかけづくりというところも聞いてまいりたいなと思っております。

○植村会長 これもそういう意味では、先ほどの議論と同じように評価というよりは、意識づけというのと、具体的にこういうことをしているという例を示すことによって、ほかの施設も取り組んでいただきたいということを出していく、そういう趣旨かと思えます。

○藤本委員 細かいところで申しわけないのですが、5ページの5番の各種連携の状況というところの設問の項目のところですか。上から2行目、「主治医との連携における課題」とありますが、一番下にも「主治医との連携における課題」と同じ項目なのですけれども、2つ並んでいるのに意味があるということでしょうか。

○植村会長 何かご説明はありませんか。

○事務局 こちらは誤植でございます。特段の意味はございません。

○藤本委員 これは違う項目なのか、そもそもこの2つ目はないのかということです。

○事務局 13～16の4項目のほうですので、単純に間違いでございます。申しわけありません。

○植村会長 ありがとうございます。ほかに何かございますでしょうか。

○青木委員 要介護の認定許可のところなのですが、6番の医療機関の受診等というところに1つつけ加えていただきたいのが、決めている薬局があるのかどうなのか、服薬状況

はどうなのかというところの項目も入れていただけたらと思います。

○植村会長 これは資料1の作業部会での議事のところにも書いてございます。

○矢澤参事 ご承知のとおり、今国もかかりつけ薬局ということを推進しておりますので、そういった設問も検討したいと思います。

○植村会長 ということで、作業部会でもご指摘いただいております。ほかに何かございますでしょうか。

○金澤委員 第2号の被保険者だから、3ページ、4ページですよ。2点思うのですけれども、1つはご自分の介護予防についての項目がないのかなと、自分自身の。もう1つは、介護する側として、一区民として思うのは、急に親のぐあいが悪くなったりして、どうしたらいいかわからないという状況が多々あるので、そういう場合も含めて、これは40から65で幅が大きいのですけれども、そういう意味で身近な人に介護が必要になったときはどういうふうを考えてらっしゃいますかとか。あとはさっき言った自分自身の要介護について、どういうふう to 日常努力をされていますかとか。ちなみに個人的には、歯と足さえ鍛えておけば大丈夫だと言われたのがすごく響いていて、そういうこともすごく大事なのかなって思いました。

最後に、桑島委員と話していたのですが施設の虐待とか、きのうきょうのニュースでも大きく取り上げていますけれども、そういう意味で職員の適性ももちろんですけれども、日常的にその人の人間性とか、特殊な環境下で急に感情が激変して暴力行為に至るということもあると思うので、その辺は重要なテーマだと思うのですね。その辺にはふれていない感じなのですけれども、この3点を質問したいと思います。

○植村会長 ありがとうございます。事務局のほうからコメントはございますでしょうか。

○事務局 次回に向けてたたき台をつくっていく際に、ぜひ参考にさせていただいて、検討していきたいと考えております。ありがとうございます。

○植村会長 第2号被保険者調査というのは、どういう性格で調査をするのかという、非常に難しいところがあります。実際に、介護保険の給付を受けている人というのは、ごくわずかでして、いずれそうなるという立場での調査なのか、それともご家族の方が要介護の状態になるということを想定したときに、どういうふうに対応するのかということを考えるのかという、いずれの場合についてももう少し突っ込んだ調査が必要ではないかというご指摘かと思えます。何となく一般区民調査に近いような内容にはなっているというか、被保険者というよりは、そういうふうになっていますので、第2号被保険者の位置づけと



どうか、どういうふうな位置づけで調査をするということをもう少し絞った上で、今ご指摘いただいたような内容のことを検討していく必要があるかなというふうに思います。

あと施設調査については、おそらく施設に対する、先ほども評価とかいろいろな議論が出ておりますけれども、そういう評価とか指導という面については、地域密着型については、当然区のほうで監査といいますか、指導上の調査を行っておられますし、それ以外についても都と一緒に調査をされておりますので、そういったきちっと事業がなされているかどうかという点については、行政主体として職場調査をしていかなければいけないということかと思えます。一方で、こちらの調査は意向を聞くといいますか、行政が管理監督するために内容を把握するというよりは、施設側の考え方みたいなものを聞いていくということが、こういった調査の目的だと思いますので、少しやっていることによって調査内容を変えていかないと。あまりこっち側の調査で管理監督的な内容がどんどん入ってくると、正確に調査することが難しくなってくると思いますので、そこら辺は使い分けていただくというか、そういったことが必要になってくると思います。 太田委員、お願いします。

○太田委員 先ほど金澤委員のお話の中で少し参考にといいいますか、介護保険サービス事業所調査の中の4番、新規人材の確保・定着・育成ということなのですが、今会長のほうからのご指摘があったとおり、あまり細かいことについては、趣旨とちょっと違うということではあるのですが、それとあまり細かいことは言えないのですが、やはり新しく入った人材の方について特にそうなのですが、なれていないというところでいろいろな細かいことがあるというのが現状なのです。利用者の方との関係性の中で、やはり最近だんだん重度の方が、今デイサービスの話をしているのですが、入っていらしたということもあったりして、やはり精神的な意味合いで少し問題がある方も入ってこられるようになっています。そうした場合に、日常的に手を上げられる方もいらっしゃるのですね。利用者さん同士もありますし、利用者さんからスタッフに対してのことも、まま出てきました。そうしたときに私は非常に悩んで、いろいろな対策というか、会議を開いたり、いろいろやるわけなのですが、その中でこの新しい人材の方への配慮といいますか、そのあたりがとても難しいなという状況があるのです。というのは、先ほど申し上げたように、新しいこととしてそういうことが次々に起こり始めたというのが現場ではあります。そういうところで各事業所さんが、どの程度いろいろなリスクといいますか、そういうことについて取り組んでいらっしゃるかというデータはとても大事なことはないかなと。

そこですごく悩み始めるデイサービスもふえつつあるのではないかという予感がします。

あと補足なのですけれども、マスコミその他、よりクローズアップされるのは、職員から利用者さんへのいろいろな暴力ですとか、あるいは暴言というのがよりクローズアップされがちなのですが、実際現場ではその逆のことも多々起きております。たたかれたり、これは間接的に聞いた話なのですけれども、食事中にフォークで腕をいきなり刺されたりとか、そういうことも起きています。ですけれども、そのあたりについては外に出ない情報になりがちなのですね。だからそれも含めて、ある程度ベテランになれば、どういった精神状態でそうなったかというのは理解できますので、対処するものそんなに難しくないと思います。やはり人材が定着していくという過程においては、やはり各事業所がどれだけ取り組んでいるかというのが大切かなと。細かいことはさておいて、数字だけでも把握できるような調査内容になっていたらいいのではないかなと思います。以上です。

○介護保険課長 事業所調査の離職率の部分のご質問かと思いますが、確かにこの1年間の離職率はどのぐらいですかという設問で聞いてございまして、委員ご指摘のいわゆる新規職員の方の離職率というのは把握しておりませんが、多分こちらのほうが高いのではないだろうかというところで、非常に参考になるご意見ですので、ご参考にさせていただければと思います。また後半の利用者からの職員への行為というところにつきましては、ちょっとナーバスなお話かなというところで、いわゆる質問としては難しいところもあろうかなというところもございまして、ご了承いただければと思います。

○植村会長 ありがとうございます。やはりこういった調査は任意というか、積極的にいろいろ書いていただくということを目的としているものとしては、なすべきことがなされていないということかどうかということを調べるよりは、より積極的な取り組みが行われているということを調べる、あるいはそれを促すためのいろいろな質問項目を入れていくということなのかなというふうに思います。逆に、なすべきことがちゃんとなされているかどうかというのは、これは指導監督上の調査ということで、きちんと調べていただかなければいけないことだと思います。

○介護保険課長 会長にばかりフォローをしていただいて申しわけないので一言申し上げます。先ほどの虐待を含め、ただいまの利用者の方からの行為というところで、いわゆる実地指導・検査、また状況によっては監査、また虐待の疑いがあるときには、高齢者部門と連携をいたしまして、高齢者虐待防止法に基づく実地という、いろいろツールはございます。また虐待情報につきましては、認定調査であったり、事業所の皆様であったり、さ

さまざまな機会を得まして、情報提供をいただけたらすぐに動くというツールも持っていますので、そういった日常の現地指導・検査というところで、きちんとやっていきたいと思えます。

○植村会長 もう一言さらに蛇足的に申し上げるならば、今回の調査内容だけでこれからの介護政策を決めていくというわけではなくて、そういった現地指導・監査指導の状況というものも、当然それらから得られる情報というものも、ただ施設が悪いというだけの話ではなくて、政策としてきちんとやっていかなければいけない部分というのは出てくると思えますので、そういったものはもちろん活用して計画に反映させていくような、そういう形で進めていっていただければと思えます。

ほかに何かご意見・ご質問等ございますでしょうか。それでは、調査についてはいろいろご意見をいただきましたし、これからもう少し具体的なご提案等も別途いただければ、そういったものを加えた形で、次回にご提示するような段取りで進めさせていただければと思えます。

それでは、次は報告事項に入りますけれども、資料7の介護予防・日常生活支援総合事業について、事務局のほうからご説明いただきたいと思えます。

○事務局 それでは、新宿区における介護予防・日常生活支援総合事業の実施につきまして、ご報告いたします。お手元の資料7「介護予防・日常生活支援総合事業について」をごらんください。今回の介護保険法の改正に伴いまして、介護予防・日常生活支援総合事業が新たに介護保険制度内の地域支援事業に位置づけられました。新宿区では、同法の経過措置を適用しまして、この4月から実施することにしたもので、これについてはお手元の第6期高齢者保健福祉計画の中にお示しをしているところです。

まず初めに、1の目的等についてです。今回の法改正による対応は、高齢者が住みなれた地域で生活を続けられるように、既存の介護サービス事業者だけではなくて、多様な主体が参画をして、介護予防や生活支援に係る多様なサービスを充実することで、地域で高齢者を支え合う体制づくりを推進することを目的としております。

事業の構成なのですが、恐れ入りますが別紙1をごらんください。総合事業の構成というタイトルがついているものです。この図は今回の変更点を表にしたものになっております。総合事業は、ここでは右側の図の①の部分になりますけれども、これまでの予防給付の対象であった要支援1・2の認定者の方と、今日ちょうど話題に出ておりましたけれども、今後は簡易な認定ツールといった意味を持ちます基本チェックリストによって、

事業の該当となる方の両方を対象としている②で示しております介護予防・生活支援サービス事業と、65歳以上の第1号被保険者全員を対象とした③の一般介護予防事業の2つの事業で総合事業というのは構成されております。ここまで全国一律の基準で実施しております左側の図の予防給付における④、⑤の訪問介護、通所介護は、右側の介護予防・生活支援サービス事業の中の⑥の訪問型サービスと、⑦の通所型サービスとして、区独自にサービスの内容を多様化する形で実施してまいります。また左側の図のページで網かけております地域支援事業の中の介護予防事業につきましては、今回の総合事業の中では、③一般介護予防事業として、これまでの取り組みを活用しながら実施してまいります。

それでは、資料7の1ページ目にお戻りいただきまして、2の「各サービスの内容等」についてです。まず(1)介護予防・生活支援サービス事業についてです。アでお示ししています「サービス類型」についてですけれども、4月から実施いたします訪問型・通所型サービスについては、次の3つの類型になっております。まず①の予防給付相当サービスです。こちらは訪問型と通所型の両方をご用意する事業となっております。これは既存の介護事業者が行う形で、現在の予防給付と同様のサービスを提供していくものです。②は、基準緩和型サービスで、こちらも訪問型と通所型の共通となっております。こちらは新宿区シルバー人材センターや区内の社会福祉法人等が提供する簡易な生活支援サービスやデイサービスとなっております。③は、介護予防短期集中サービスで、こちらは通所型のみとなっております。これは既存の介護事業所にいるリハビリ専門職の方ですね。例えば理学療法士さん、PTなんて言ったりします。また作業療法士さん、OTの方なのですが、そういった職種の方を活用して、集中的なリハビリテーションを提供していくものです。このようにサービスを多様化していくことで、状態が重い方は専門的なサービスを、状態が軽い方は簡易なサービスを選択して受けられるようにしていこうというものでございます。

続いて2ページ目、イのところをごらんください。サービス費の考え方についてです。別紙2でお出ししておりますA4縦型のサービス費一覧というのをおあわせてごらんになっていただければと思います。まずサービス費を考えていく際の前提としては、介護予防・生活支援サービス事業におけるサービス費は、現行の予防給付の金額を超えられないという定めがございます。また表の中のサービス費の欄に、単位という見えない表現があるかもしれませんが、こちらは介護保険におけるサービス費の算出方法になるもので、別紙2の下の方の中で計算式をお示ししておりますけれども、定められた単位に対して、

地域加算と呼ばれる全国の地域ごとの適用区分が異なる数値を乗じることで、サービス費を算出していくというものになっております。ちなみに新宿区のある特別区は、全国で最も高い1級値の区分が適用されておりまして、現行の訪問介護の場合には11.4、通所介護では10.9となっております。今回の総合事業でも、この数値は変えずに単位だけを区独自に設定しているものです。

それでは、まず初めに現行の予防給付と同様となる予防給付相当サービスについてです。表の上の方ですね、訪問型サービスでは、訪問介護相当サービス、下の通所型サービスのほうでは、通所介護相当サービスがこれに該当します。これまでの予防給付における訪問介護・通所介護のサービス費については、サービスの利用頻度の目安が示されているという形で、例えば月に4回程度の利用で月額で幾らというような形で、利用回数にかかわらず、一律の月額設定というふうになってございます。今回は利用者の方の心身の状況や意向に合わせて、多様な組み合わせが行えるように、利用1回ごとの料金設定に変更するとともに、サービスの内容や提供時間に応じた形といたしました。

表の上のほうにございます訪問介護相当サービスの中で、具体的に見ていただきたいと思うのですが、提供するサービスにおける身体介護の提供時間の長さに応じまして、ここではⅠからⅢでお示ししておりますように、3段階で設定いたしました。ⅠとⅡのように身体介護の提供時間が短い場合には、これまでの単価よりも引き下げることで、サービス費とともにご本人の負担も軽減するような仕組みとなっております。Ⅲのように30分以上の身体介護を月4回提供した場合であれば、表の一番上にございますこれまでの訪問介護と全く同じ金額という形になってございます。提供するサービス内容に応じたサービス費を設定するというこの考え方は、要介護1から5の方を対象とした現行の介護給付に準拠したものとなっております。

次に、基準緩和サービスについてですけれども、こちらも先ほどと同様に、ほかのサービスとの組み合わせを想定いたしまして、利用1回当たりの料金設定といたしました。訪問型・通所型とも新規に実施するので、赤い文字で表記してございますけれども、訪問型のほうは生活援助サービス、通所型のほうはミニデイサービスが基準緩和のサービスとなっております。なお基準緩和型のサービスについては、専門資格や経験がなくても提供できるような簡易な生活支援等のサービスを想定していることから、サービス費につきましては、予防給付相当サービスよりも低い金額で設定してございます。

表の一番下のほうです。短期集中サービスについてですけれども、利用料金は1回当たり

の設定となっております。サービス費については、リハビリ専門職の配置を必須としていることから、単位はほかと比べて高い設定となっております。

また別紙7に戻っていただきまして、エの利用者負担と支給限度額についてです。利用者負担は、これまでの予防給付と同様に、所得に応じた1割、2割の負担といたします。またサービス費の限度額につきましては、原則は要支援1と同額の5万30円としておりますけれども、利用者の状態によりまして、区が必要と認める場合には、要支援2の限度額まで利用可能とするものでございます。続きまして、オの住民主体によるサービスの実現に向けた取り組みですけれども、こちらは平成28年度から新宿区社会福祉協議会に委託して実施いたします生活支援コーディネーター及び協議体の取り組みによりまして、地域で高齢者を支え合う体制づくりを検討してまいります。住民主体による新たな生活支援サービスの構築に向けた取り組みを推進していくことで、将来的に要支援相当者を対象とした住民型サービスの提供を実現していこうという考えであります。

続きまして、(2)の一般介護予防事業についてです。ここでは再度、別紙1を改めてごらんください。総合事業の中の一般介護予防事業については、これまでの介護予防事業における介護予防教室や新宿いきいき体操等の取り組みに加えまして、平成28年度から次の取り組みを新たに行ってまいります。まず介護予防普及啓発事業の中では、高齢者みずからが積極的に介護予防への取り組みを行うための介護予防手帳を作成いたします。また地域介護予防活動支援事業の中では、住民等の自主的な介護予防の普及啓発活動に対する運営支援を行います住民等提案型事業を実施していきます。ウの地域リハビリテーション活動支援事業につきましては、住民運営の通いの場などに、リハビリテーション専門職を派遣する取り組み等を行っていく事業となっております。

最後に、3ページの「区民等への周知」についてをごらんください。来年度から実施する総合事業のサービス費などの内容につきましては、本来は平成28年度予算ということになるのですが、やはり混乱なく事業を開始できるようにしていくためには、今年度のうちから利用者の方や事業者の皆さんに対して十分な説明と周知が必要と考えまして、ここにお示ししたとおり取り組んでございます。まず広報の11月15日号に、総合事業の概要を掲載いたしまして、12月には事業者向けの説明会を実施いたしました。今日お手元にご用意させていただきましたけれども、1月25日号の広報で再度より詳しく事業の内容の周知を行っております。広報の5面をごらんいただけますでしょうか。本日皆様にご説明させていただいている内容を、区民の皆様にはこのような形で簡潔にご案内させ

ていただいております。またあわせて要支援者の方への周知用のちらしの個別送付や区ホームページへの事業者指定基準等の掲載も行いました。2月に入りましてからは、第2回目の事業者向け説明会、また事業者指定への手続等を進めておりまして、4月からの事業開始に向けて本格的に準備を進めているところでございます。

大変長くなりましたけれども、私からの報告は以上となります。ありがとうございました。

○植村会長 ありがとうございます。報告事項がもう1点ございますので、それも含めてご説明いただいた後に一括でご質問等がございましたらお受けしたいと思います。それでは、引き続き資料8のご説明をお願いいたします。

○事務局 続きまして、平成27年度介護保険制度改正の現況について、介護保険課からご報告いたします。資料番号につきましては、資料8、A4横の資料3枚となっております。1枚目が改正の概要、2枚目が介護保険料収入の状況、3枚目が負担割合の引き上げの影響となっております。

それでは、1枚目の資料8-1からご説明いたします。今回の介護保険制度改正が行われました背景としては、高齢化の進展に伴い、10年後の平成37年(2025年)には、団塊の世代が75歳以上となり、介護を必要とする方が増加するため、持続可能な介護保険制度の構築が必要となりました。

下のグラフをごらんください。こちらは新宿区の高齢化の状況を表しています。左側が高齢者数及び高齢化率、右側が要支援・要介護認定者数及び認定率です。左側の高齢者数及び高齢化率では、棒グラフが高齢者数となっており、青色が65歳から74歳までの高齢者数、赤色が75歳以上の高齢者数です。太枠の平成27年度現在では、高齢者数が6万6,336人、高齢化率では20.0%ですが、10年後の平成37年の推計値では、7万1,362人となり、高齢者に占める75歳以上高齢者の割合が約6割になると推計されています。

次に、右側の認定者数及び認定率をごらんください。折れ線グラフの認定率を見ますと、平成27年度現在では19.3%ですが、平成37年度では23.0%になると推計されています。これは、要介護認定を受ける傾向が高くなる75歳以上高齢者が増加することが要因となっております。このような現状を踏まえまして、上の四角の枠の対策に戻りますが、今回の制度改正では、高齢者が住みなれた地域で生活が継続できるための地域包括ケアシステムの構築と、制度の持続可能性を確保するための費用負担の公平化の2つを柱と

して見直しが行われました。費用負担の公平化についての主な改正内容としましては、平成27年8月から実施しています一定以上所得者の利用者負担の見直しであり、1つ目は、介護保険サービス利用時の負担割合の引き上げです。一律1割負担であったものが、所得に応じて2割負担へ引き上がりました。こちらにつきましては、後ほどのページで給付費への影響をご報告いたします。2つ目は、利用者負担額の月額上限額の引き上げです。これは利用者負担額が上限額を超えた場合に、この超えた分を高額介護サービス費として支給するもので、こちらも所得に応じて上限額が3万7,200円から4万4,400円に引き上がりました。

続きまして次のページ、資料8-2をごらんください。こちらは現時点での介護保険料の収入状況についてです。27年度から29年度までの第6期介護保険事業計画期間では、新宿区の介護保険料基準額は、前期から500円増の5,900円に設定しました。この介護保険料とは、65歳以上である第1号被保険者の介護保険料で、自治体ごとの介護サービス利用量などで決まります。また保険料段階につきましては、これまでの負担能力に応じた負担割合とするとの考え方に基つきまして、16段階に細分化し、きめ細かな保険料段階を設定しています。さらに最高所得段階についても、前期よりも引き上げを行い、所得状況に応じた負担をお願いしております。

下のグラフをごらんください。こちらは12月までの保険料収入額及び収納率を前年同時期と比較しています。棒グラフの収入額では、28.7億円から31.7億円と約3億円増となっております。これは前期よりも介護保険料額が増となったことによる影響です。また折れ線グラフの収納率では、保険料は上がりましたが日々の収納強化によって、収納率は下がることなく、0.5ポイント増となっております。

続きまして最後のページ、資料8-3をごらんください。こちらの制度改正による2割負担への引き上げについての給付費への影響です。改正前のサービス利用時の利用者負担が1割の場合では、残りの9割を保険者である区から給付費で負担していました。しかし28年8月からの改正後の所得に応じて2割負担の方もいるため、その方の場合の区の負担は残りの8割となります。そのためこの見直しによって、給付費の増加が今までの伸び率よりも減少することになります。下の表をごらんください。こちらは居宅サービス費についての年間の各月の給付費の推移です。青色が26年度実績、赤色が27年度12月までの実績で比較したものです。8月と9月の間に、緑の線で分けていますが、2割負担が開始する27年8月のサービス利用分は、翌月9月の審査月以降に反映されています。赤



色の27年度の細線は実績値ですが、9月以降の点線は利用者負担の見直しが行われず今までどおりの一律1割負担であった場合の給付費の推計値です。今回の所得に応じた利用者負担の見直しにより、27年9月から12月までの4カ月分の実績による影響額としては、約5,300万円の給付費の減となっております。

以上で報告を終わります。

○植村会長 ありがとうございます。いずれも平成27年度の法改正に伴うものでございますけれども、介護予防・日常生活支援総合事業については、新宿区は28年度から実施するというので、そちらはこれからやりますということで、その資料8の部分は、既に制度改正が実施されている部分の影響がこの程度ですというご説明でございました。何か今のご説明について、ご質問・ご意見等ございますでしょうか。

○鏡委員 今回の2016年4月からの実施というのは、もともと介護保険法の改正に基づいて、自治体が行わなければならない部分でございますので、新宿区としても大変ご苦労があったというふうに解釈しております。その中では資料もいただいて、きれいにまとめているのではないかなと思います。ただ1つポイントとしては、訪問型サービス、通所型サービスというのは、介護給付や予防給付ではなくなったところが事業化するというので、これは粛々と事業化されているということと思いますが、もともとこのところ、訪問介護の設定金額は1,168単位と書いてありますけれども、昨年の報酬から比べると2割下がっているというところを見ると、ここで実施される事業者の方々が、やはりきちんと事業ができるかどうか。事業者とあわせて、通所介護は2割で、訪問介護は4.8%ということなのですが、それぞれ下がっている額で考えると、事業者の方は大変苦しい状況ではないかなと思うのです。それで、これまでのご説明の中で、こういうような資料を用いて説明をされたのだと思いますけれども、事業者の方々はどういう反応だったのかということを知りたいと思います。

それからもう1点、訪問型サービス、通所型サービスのほかに、国の制度改正の中には、非常に多様なサービスが提供できるということで、その他の生活支援事業が組み込まれるということになっていますが、新宿区としては、非常に地味にですね、予防給付だったものを事業にするというような、そういう制度ですけども、それ以外のサービスは、どういったようなお考えを持って制度設計されたのか、その2点を質問したいと思います。

○事務局 まず事業者向けの説明会においては、それほど単位のところについての質問というのは、その場では特になくて、Q&A方式でやらせていただいたのですけれども、出

てきてはいなかったというところですが。事業者さんからは、どちらかといえばソフト面と  
いいますか、現行相当のものと基準緩和のものを、例えば通所型で一体的にやるとしたら  
どんなふうになるのだろうかということですか、あとは時間の縛りといえますか、60分  
までのサービスというふうになっているけれども、それを超えてしまうようなときの取り  
扱いはどうなるのかといったようなソフト面の質問が多かったかなという印象でございま  
す。

そのあたりについては、区のほうでもQ&Aでまとめまして、第2回の説明会に向けま  
して、ホームページにも掲出してですね、説明会の中でも主なところについてはふれなが  
ら説明をさせていただいたところがございます。その他の生活支援サービス、配食等のこ  
とかと思えますけれども、従来区では介護保険外のサービスとして、さまざまな配食や緊  
急通報システムであるとか、おむつ費用助成であるとか、さまざまな事業を行っておりま  
すので、そちらのほうを総合事業の中に位置づけ直すのではなくて、これまでの区の事業  
を引き続き実施していくと、そういった考え方でこの制度設計を行ったものでございま  
す。

○鏡委員 ありがとうございます。大体想定された内容かなというふうに思うのですが、  
もう1件伺いたいのですが、訪問型サービスと通所型サービスで、基準緩和のサービスを  
設けられていますよね。それで、シルバー人材センターとか、あるいは社会福祉法人を参  
入するであろう事業者としてお考えのようなのですけれども、これは制度の中身でいうと、  
研修等を実施するというので、自治体によっては3日とか、2日の研修を実施して、そ  
れを経たらいいですよということになっているのですけれども、そうすると明らかに、こ  
れまで100時間程度の研修を行っていたプロフェッショナルなホームヘルパーと、生活  
支援サービスの緩和のサービスをやる方々の、18時間ぐらいの研修でそのサービスを実  
施するというのは、やはり内容が違うと思うのです。それが単価に反映するのだけれども、  
それが結局家庭内に入り込むということなので、昨今あるように例えば金を盗んじゃった  
とか、あるいは虐待があったとかということも、この後出る可能性もあるわけですよ。  
つまり研修の重さが全く違うわけだから、そういうところに対する質の担保というのが、  
自治体事業としての非常に重要なポイントだと思うのですが、そこについては何かお考え  
はあるのでしょうか。

○事務局 区では例えば生活援助サービスであれば、今現在のシルバー人材センター等と  
調整をしているところでして、お話にございましたように、研修を実施していきます。そ  
の中では、今ご指摘があったような点であるとか、個人情報管理に関することであると

かを内容に盛り込んで、そういった内容の研修を実施していく予定でございます。またシルバー人材センターでは、これまでも独自で家事援助サービスなど家庭の中に入るようなこともやってきている経過もございますので、そういった点については、法人のほうでも十分な認識を持って取り組んでいただいていると考えております。

○鏡委員 最後、お答えいただかなくても結構なのですが、この介護保険制度の今回の変更というのは、予防給付から事業に移るということなのですね。予防給付の場合には、市がその事業に対する責任というのは直接的にはないのです。だけれども、今度の地域支援事業というのは、事業化すれば主体は区なのです。ということは、この中で区が行っている事業の制度設計の中で、何か不都合があった場合というのは、責任は区が負うということになります。だからこれまでの給付とは明らかに違うので、これまでやってきたからそのとおりでいいのだという話ではないというふうに思います。そこはきちんと、いわゆる地域支援事業として行う中身として、きちんと指導とか、あるいはその後の問題が起きないような指導というの、区に課せられているのだということを十分認識した上で、事業化に臨みたいということです。

○高齢者福祉課長 大変貴重なご意見をありがとうございます。確かに事業自体が、新宿区が独自に行うといったところから、そういった責任が課せられるという点につきまして、改めて認識をいたしまして、そういった事故防止、あるいはその後の対応についても、しっかりと検証ができるように取り組んでまいりたいと思います。

○植村会長 そのほかに何か。

○秋山委員 介護保険料の2割徴収のことなのですが、新宿区は以前より、基準額は5,400円から5,900円に上がったけれども、16段階でしょうか非常に細かく、どちらかというと収入の多い人からはたくさんもらって、収入の低い方からのところは上げないよという工夫をなさってこられて、それは割と協力も得られて浸透してきたと思います。今回、介護保険料をたくさん払っている人たちは、使うときには2割になったと。それでこの徴収をしっかりと厳しくして、64.9から65.4までしっかりお金を取って収入源になり、かつ2割の人も結構いて、そういう意味では、区の負担が減っているという資料8-3を見たときに、じゃあ低い人はそれなりにですが、2割の方からの何らかのレスポンスというか、苦情でもないですけれども、そういうものが区のほうには入っているのでしょうか。

○介護保険課長 まず保険料のほうでございますが、委員ご指摘のとおり、今回新しく1

6段階といたしまして、合計所得金額が3,500万円以上の方には、先ほどの基準額の3.7倍というところが新しく設定をさせていただいたところがございます。具体的なお問い合わせ等々でございますが、保険料全般につきましては、新たなところが高いというような個別のお話というよりは、全体的にどうしても、いろいろ基金等を取り崩してですね、500円アップに上昇をとめたといいますが、500円上がっているという事実のもとに、掛ける12か月でございますが、さまざまなご意見・ご要望等で正直に言いますと、「高い」、「また上がるのか」というお問い合わせはたくさんいただいております。特にこの3.7倍の層の皆様から多数苦情いただいたということはございません。

また給付のほうでございますが、こちらも正直申し上げまして、いろいろお叱りは受けるかなというところはあったのですが、2割負担によってのいわゆる苦情というところは、想像よりはあまりいただかなかったというのが現状です。

○植村会長 ありがとうございます。この図で先ほどの資料8-3の点線で示していただいて、これだけ減りましたよということなのですが、これは単純計算によるものです。つまり自己負担が1割だったらこれだけあったのだけど、2割ではこれだけ減ったという、つまり自己負担がふえたことによる利用抑制と申しますか、自己負担がふえたのももとの使う量を減らしたという、そういう効果については、この点線の中には入っていないということです。その辺は対象者が限定されるのと、高額所得者ということになっているので、価格による利用抑制というのはあまりしないのではないかと申すふうには理解されるころはあるのですけれども、当然自己負担率が上がると、全体の利用程度が落ちると申すのは、医療保険などでは既にそういった実績が出ているところですので、そういった点については、今後お調べになるとかはあるのでしょうか。

○介護保険課長 区の立場といたしましては、現実的には2割負担で給付額云々ということはあるかもしれませんが、区の立場といたしましては、今回の2割負担によりまして、いわゆる給付の抑制があってはならないという立場でございます。その部分につきましては、限度額があり、高額サービス費もある中で、ケアマネジャーの皆様には必要なサービスをきちんと適正にプランニングして、マネジメントをしていただきたいというところでやらせていただいておりますので、繰り返しになりますが、2割負担によって給付の抑制はないというところが、保険者としての課題でございます。

○植村会長 わかりました。ないということは逆にいうと、それを前提にした調査とか、そういうことはしないということかと思っております。ほかにご意見はございますでしょうか。

○青木委員 この給付の問題に関しては、ある方からいただくという方法プラス、もう一方でやらなければいけないことがあるのではないかと思うのですね。それは、先ほど塩川委員がおっしゃっていた自立支援と非常に関係がありまして、予防給付をどう少なくしていくかというところ、要するに自立をさせていくかという、そこの効果もあわせてやらなければいけないと思うのですね。そこのところで、要するに今要支援1・2の人をいかに元気な介護保険を利用しなくて済むような形に、元気にしていくという、そういうことをやった結果、医療費や介護保険料が削減できていくという、これは実証済みなのですが、そういうことがあるので、これは両面からやっていかなければいけないことではないかと思うのですけれども、いかがでしょうか。その辺のお考えをお聞かせください。

○植村会長 要は、介護予防・日常生活支援総合事業というのは、従来はいわゆる給付事業でしたから、制度の建前上は、利用者の自己選択によって行われるという、そういう形です。ケアマネジメントというのは、あくまでも利用者の選択の支援という位置づけだったわけですが、今回、日常生活総合支援事業になったことによって、これは保険で事業という形になりますから、保険者が事業を提供するという形ですので、昔の措置に近いです。利用者が自分で選んでやるものでは基本的になくなるということですから、それは一定の目的があって、一定の効果を狙って行うはずだと。じゃあその効果がきちんと出ているのかどうかとか、そういった点についてフォローしていく体制とか、今後の考え方はどうなのかということかと思うのですけれども、その辺のお考えについて、区のほうはどのような対応をされていくのでしょうか。

○高齢者福祉課長 介護予防の取り組みの重要性というのは、これまでも議論されてきたところでございますが、先ほど青木委員のほうからご指摘がございましたように、やはり要支援者という、それは新宿区ではこれまでは、その前段として、二次予防の高齢者などに対しても介護予防教室の実施であるとか、それに関しての勧奨なども行ってきたところがございます。なかなか介護予防の取り組みの検証として、その成果がどれぐらい上がったのかということをはかることは大変難しい部分もございますが、今回、総合事業を実施するに当たりまして、この中の一般介護予防事業の中では、介護予防の把握事業ということで、介護予防が必要な方を抽出して、その方たちに対して勧奨を行い、実際にその成果なりをはかっていくようなことも考えてまいりたいと思っております。どちらにしましても、介護予防の取り組みが今後の中心になっていくことは間違いございませんので、そういったところに新宿区も力を入れて、これから取り組みを進めてまいりたいと考えている

ところでございます。

○溝尾委員 介護認定率なのですが、平成18年から21年に下がったのは、これは基準が変わったからですね。その後の平成21年から27年までは、ほぼフラットにきているわけなのですが、これは何か効果があらわれた結果なののでしょうか。

○介護保険課長 細かく認定される可能性のあった方が、要は介護予防、健康づくりによって、認定されなかったというところの何人というのは、きちんと把握はしていないところなのですが、ご指摘のとおり、いわゆる健康づくり、介護予防をしていなければ、これはもちろん上がっているという解釈の下に、推測いたしますと、この上昇を抑えたのは介護予防等の事業の効果であると考えております。

○溝尾委員 そこら辺がもし具体的にわかると、さらに今後に生かされるかなと思います。

先ほどのお話とつながるのですが、恐らく介護予防・疾病予防ということに関しては、住民が自立することがとても重要だと思うのです。そういった視点からも、今回設問がふえてきているのはとても喜ばしいことなのですが、その自立するためにはどうしたらいいのか、恐らく前にも出たかもしれないのですが、小学生のときから教育しなければいけないと思うのです。日本では風邪をひいて医療機関を頼る人があまりにも多過ぎます。我々医者はもちろん自分で知識があるので、そんなに医療機関にかかったりしないですし、様子を見ることが多いのですけれども、介護も同じで、やはり知識が十分にあれば、自分で自立してそれなりに対策を立てていくのではないかなと思うのです。サービスだけ提供するのではなくて、やはり教育、これが高齢者になってからやってもなかなかうまくいかないと思うのです。もう少し手前の段階から始められたらいいのではないかなと思うのです。健康部と福祉部と、また別なことの協働もやっていただけたらと思います。以上です。

○介護保険課長 大変貴重なご意見ですので、参考にさせていただきます。教育部門としてお話ができればと考えております。

○鏡委員 人々が健康で介護の必要がない状況で生活するのは望ましいと思うのですが、一方、サービスがなければ生活できない方もいらっしゃると思うのです。社会保障制度というのは、そういう方々に対して安心して生活が営める制度ということですね。それで、介護予防は非常に望ましいことなのですが、一方、健康でなければならぬというような、あるいは健康であるほうが望ましいという像を誰がつくるのか。これを例えば国とか、行政とかがそういう像をつくって国民に示していくというのは、果たして健康な姿でしょうかということですね。ですから、選択肢として介護が必要なときに、できるだけ

自立した生活を延ばすように、努力を本人たちができるような環境をつくったら望ましいのですけれども、あまりにもそれを強調して、必要なサービスが使えないというようなことになってはいけないと思うのです。そこのバランスがとても重要で、私は行政のほうから、こういう健康な像とか介護予防ということを強要して、それで例えばある自治体で行っていたように、介護保険から卒業させるというようなことはやはり避けるべきだというふうに思います。そこは、この間も問題になっていましたけれども、実際に対象になっている方が、介護予防を自治体が非常に熱心におやりになっているので、サービスを卒業だというふうに言われたのですが、本人は受けたいと、受けなかったのに卒業を強要されたという事件があったのです。そこの自治体のある担当の部長は、それに対しては非常に不適切な行動だったということで謝罪をしているのです。だから、そういう望ましい姿を区民が共有するのは好ましいのだけれども、でもこれを例えば啓発とか、あるいは事業の中で強力に推し進めて、できるだけサービスを使わないようにという形に持っていくのは、やはりこれは全区民的な議論が必要だと思います。ですから、そこを丁寧にやっていただきたいと思います。

それともう1点質問で、今回の介護予防の事業では、チェックリストでオーケーというふうになっております。基本的に要支援1・2の人たちで、サービスを受けたいという人たちはどういう切り分けをするのか、新宿区はですね。いきなりチェックリストでやるのか、それとも要介護認定を経て、その上で本人の希望を勘案して、いわゆる総合事業に移るのか、その点を質問します。

○事務局 基本的には、高齢者総合相談センターのほうで相談を受けて、そこでの聞き取りやアセスメントによって、どういった流れになるのかというのが、決まっていくものと考えております。例えば保険給付に残るような福祉用具とか、訪問看護とか、そういったものが必要な方であれば、要支援2と受けないとそういったサービスは使えなくなりますので、要支援認定のほうに流れていくことになるでしょうし、今回お示ししているような総合事業の中の介護予防・生活支援サービス事業の訪問型・通所型のサービスだけでいいような方ですね。特にそれ以外にはニーズがないという状況であれば、初めからチェックリストというような話になっていくのではないかと。簡単なご説明ですけれども、そんなイメージを持ってございます。

○鏡委員 なぜ加算ってやったのかというと、利用者の権利があるのですね。利用者がそのサービスを受けたいという、制度上保障されている権利を、例えばこの人は総合事業の

訪問型・通所型サービスしか受けないから、だからチェックリストというふうに、そういうふうにオートマチックに持って行ってほしくないわけです。利用者の権利、利用者はどういうニーズなのか、デマンドなのかということをきちんと把握した上で、それで自治体としてもその人に適当な望まれるサービスを提供するということを努めていただきたいというふうに思っております。ですから、ここはあまり安易な対応ではなくて、きちんとさまざまな事例を検討した上で流れをつくっていただきたいと思います。

○植村会長 ありがとうございます。恐らくいろいろご意見はあるのですけれども、基本的に全く違う立場の意見というわけではないと思います。実際の運営の中で、区としてもいろいろお考えいただいて、今のご意見等を参考にさせていただいて進めていただければと思います。

済みません、時間が参りまして、まだまだご意見はあるかとは思いますが、一応この報告についてのご意見、ご質問はこれで終わりにさせていただければというふうに思います。

次回以降のスケジュールと、事務局のほうの体制の変更があるということでございますので、その点だけご説明いただければと思います。

○事務局 それでは、先ほどの資料6で、今後のスケジュールをご説明させていただきましたが、次回の作業部会及び推進協議会の開催日程につきましてお知らせをさせていただきます。次回は第3回になりますが、新宿区高齢者保健福祉推進協議会作業部会でございます。6月24日金曜日の午後2時から4時の2時間です。場所につきましては、また後ほどホームページのほうでお知らせをしたいと思います。続きまして、第4回の新宿区高齢者保健福祉推進協議会、こちらのほうは7月22日金曜日、同じく午後2時から4時です。恐らくこの推進協議会についてはこの大会議室になろうかと思いますが、会場等につきましては、後日また改めてお知らせを差し上げたいと思います。

最後になりますが、資料9でおつけしております平成28年度新宿区組織改正（案）をご覧いただけますでしょうか。本協議会の事務局を務めております福祉部と健康部におきまして、先ほどご説明申し上げた総合事業の新たな実施なども含めまして、今後さまざまな課題に対応していくために、平成28年度に組織改正を予定しているものでございます。詳細な内容につきましては、説明は控えさせていただきますが、今回、両部とも平成37年、10年後を見据えての地域包括ケアの構築と実現といったところで、それぞれ体制を整えているところでございます。



福祉部をごらんいただきまして、右側の青から左側の黄色に変わるもので、大きく変わっているのは、これまでの高齢者福祉課が地域包括ケア推進課と高齢者支援課に分かれたところでございます。この中で、本協議会の事務局を務めますのは、地域包括ケア推進課の地域包括ケア推進係ということです。先ほどの総合事業に取り組む係につきましては、その下の介護予防係というところを予定しているところでございます。

続きまして、裏面の健康部でございますが、こちらでも健康寿命のさらなる延伸のために地域包括ケアの実現に取り組むための体制を設置するというので、右側の青から左側の黄色に変更しています。大きなところでは、健康づくり課を新たに設置するというのと、副参事、これは課長級の職でございますが、副参事を健康長寿担当として配置するといったところが大きな変更点です。したがって、来年度皆様方にご通知を差し上げる際には、先ほどの福祉部の地域包括ケア推進課のほうからご通知が参りますのでどうぞよろしくお願いいたします。

以上です。

○植村会長 ありがとうございます。そのほか委員の皆様から何か連絡事項等がございますでしょうか。

特にないようでしたら、ちょっと時間をオーバーしてしまいまして申しわけございませんでした。以上をもちまして、第3回新宿区高齢者保健福祉推進協議会を閉会とさせていただきます。本日はお忙しい中、どうもありがとうございました。