

『豊島区高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画』における
高齢者の自立支援、重度化防止等の「取組と目標」に関する
進捗状況について

高齢者福祉課

介護保険課

地域保健課

福祉総務課

高齢者の自立支援、重度化防止等の「取組と目標」

シート記載要領	P 2
施策 1 介護予防・健康づくりの推進	
1-1 介護予防の推進	P 6
1-2 総合事業の推進	P10
施策 2 生活支援の充実	
2-1 在宅生活の支援	P14
2-2 見守りと支え合いの地域づくり	P18
施策 3 高齢者総合相談センターの機能強化	P22
施策 4 認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	P26
施策 5 在宅医療・介護連携の推進	P30
施策 6 高齢者の住まいの充実(介護サービス基盤の整備)	P34
施策 7 介護サービスの質の向上	P38
施策 8 給付適正化の取組み(第 5 期介護給付適正化計画)	P42

取組と目標に対する自己評価シート(フェイスシート)

施策 豊島区高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画に記載した施策を記入

事業の内容

施策の概要を計画記載の内容に基づき説明

現状と課題

現状

○施策の推進にあたり、把握している現状や課題、その背景など、計画に記した内容を記載。

【記載事項の例】

課題

- ・調査(各種アンケート調査や事業実施後アンケート等)
- ・事業者ヒアリング
- ・地域ケア会議等で把握した現状、解決すべき課題
- ・地域が目指すサービス提供体制等の実現することが期待される理想的な状況との乖離
- ・これらを生み出している要因や要因に関する仮説 等

目指す姿

計画に記載している目指す姿を記載

施策指標

施策指標	現状	方向性	R3年度 (実績)	R4年度 (実績)	R5年度 (実績)
計画に記載している施策指標を記載					

第8期の具体的な取組

○上記の現状と課題をうけて、課題等を解決すべく、介護保険事業計画に記載した取組を踏まえながら、目標と具体的な取組内容を記載。

評価指標

- 介護保険事業計画に記載した指標を含めた評価指標を設定し記載。
- 計画策定時には十分に吟味できなかった目標や評価指標についても、検討した上で評価指標を設定。

事業の対象	対象の指標	目標					
		指標	単位	現状	実績	R3年度	R4年度
		<p>○「対象」の大きさを示す指標。事業が「誰に」「何に」働きかけるのか、その対象の大きさを数値化して記載。 例)人口、65歳以上の区民数、要介護認定者数</p>					
事業の取組実績	活動指標				実績		
					目標		
					実績		
					目標		
		<p>○活動指標は、「手段」の大きさ・規模を示す指標。目標と第8期の具体的な取組で記述した取組の具体的な活動量を示す指標を記載。</p> <p>○成果指標は、「対象」に対する「目標」の達成度を示す指標を記載。</p> <p>【目標として設定する数値の例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実施過程を表した数値(プロセス指標):取組の回数や頻度・規模等 ・取組の実施により期待される効果・成果を表した数値(アウトカム指標):元気な高齢者の人数や割合等 ・取組の投入量を表した数値(インプット指標):会議や研修の回数等 ・取組の実施によって直接発生した成果物・事業量を表した数値(アウトプット指標):会議や研修に参加した人数 ・「○○についての理解が進む」ことを測る指標(満足度指標) ・「○○について理解していると回答した区民の割合」等 					
事業目標の達成状況	成果指標				目標		
					実績		
					目標		
					実績		

目標の評価方法

- 自己評価は年2回実施するので、それを踏まえた目標や評価指標を設定。
- 目標の評価を、どのタイミングで、どのように実施するかを記載。

変更経過

変更内容	理由
<p>評価を行った結果、具体的な取組や数値目標を変更する場合、変更箇所とその理由を記載。</p>	

取組と目標に対する自己評価シート

年度 豊島区高齢者福祉計画・第8期介護保険事業計画に記載した施策を記入

前期(中間見直し)

●実施内容

- 取組と目標に関する具体的な実績を記載。
- 目標に掲げなかった実績でも、施策に影響を与える項目や参考となるものについては記載してもよい。

●自己評価結果【 】

- 4段階評価により、達成度を数値化。
 - ◎達成できた (80%以上)
 - 概ね達成できた (60～79%)
 - △達成はやや不十分 (30～59%)
 - ×達成できなかった (29%以下)
- 評価は、以下の項目を勘案したうえで実施
 - 1.目標に対する実施内容の達成状況
 - 2.現状と課題に対して設定した具体的な取組の適否
 - 3.現状と課題の改善状況
 - 4.実現することが期待される理想的な状況に向けた達成状況等に関する分析結果や評価、考察も記載した上で、達成度を自己評価。
- 取組の対象者・参加者に何らかの変化、改善が起きているのか、対象者・参加者に効果が出ているのかという観点からも評価を実施。

●課題と対応策

【課題】

○設定した数値目標の達成状況のみに着目するのではなく、実績を調査・分析した後に、課題と対応策を考察して記載し、明らかにすることで新たな取組につなげていく。

【対策(見直した対策など)】

- 以下の項目を踏まえた記載を行う
 - 1.目標が達成できなかった(あるいは達成できた)理由や原因に関すること
 - 2.目標の達成状況に影響している(と考えられる)他の取組や状況に関すること
 - 3.取組で目指している課題の解決や改善状況等に関すること

後期(実績評価)

●実施内容

●自己評価結果【 】

●課題と対応策

【課題】

【対策】

●「目指す姿」実現のための課題と対応策

- 目指す姿の実現に向けた課題と対応策を記載。
- 地域全体が改善しているかの観点からも評価を実施。

取組と目標に対する自己評価シート(フェイスシート)

施策

1-1 介護予防の推進

事業の内容

健康寿命の延伸を目指すため、高齢者のフレイル予防を介護予防の主軸として、介護予防センターや区民ひろば等関係機関との連携を強化し、運動・栄養・社会参加による心身機能向上への取組みを進めている。高齢者の心身の多様な課題に対しきめ細やかな支援を行うため、専門職のアウトリーチや通いの場への関与を強化している。

また、「役割」や「生きがい」をもつことで、個人の「暮らしの満足度」が高まり、区民の健康の維持・増進が図られていることが示唆されており、シニアの社会参加、活躍、役割創出を行うための養成講座及びスキルアップ講座を通じて地域の担い手として主体的な活動を行い、継続するための支援を行っている。

現状と課題

現状

○フレイルチェックで豊島区は食習慣、四肢骨格筋量、人とのつながり・社会参加・こころの部分でリスクが高く、コロナ禍前後でリスクが1.6倍に増えた。令和2年9月時点でプレフレイルが23,734人、フレイルが5,060人と推定、フレイルの推定該当率は10.25%となった。(要介護認定者除く)(筑波大学山田実教授試算)

○介護予防の自主グループの担い手である介護予防リーダー、介護予防事業のサポートを行う介護予防サポーター、フレイルチェックを実施するフレイルサポーターを育成し、元気な高齢者が「地域社会を支える担い手」として、自主的かつ継続的に活躍ができる地域づくり・人材育成をしている。

○通いの場において専門職の「まちの相談室」を実施し、重症化予防、一般介護予防事業、総合事業につなげる対象者(プレフレイル高齢者)を早期にスクリーニングする仕組みを作っている。

課題

○健康寿命の延伸が喫緊の課題であり、特に後期高齢者が増加する中で、プレフレイル段階で早期にリスクを発見し介護予防事業、個別相談、総合事業等に結び付ける仕組みづくりが必要である。

○住民主体の通いの場をはじめとする地域へのアウトリーチを拡充し、リハビリ専門職等の関与を強化し、専門的な観点からの支援を促進する。

○高齢者元気あとし事業等のボランティア活動へのポイント付与の拡充や、関心に応じて参加できる通いの場の更なる展開、第2層生活支援コーディネーターとの連携促進により、各人の意欲に応じて、様々な社会参加の場へ高齢者の参加を促していく必要がある。

○地域文化創造館や他の社会参加の施策との連携強化も課題となっている。

目指す姿

○健康寿命を延伸し、高齢者が住み慣れた地域でいつまでも安心して生活できる介護予防、フレイル対策の推進及び地域づくりを目指す。

○高齢者が趣味やサークル活動などを通じて、地域社会と交流できる場や、これまでに培った知識や経験を活かし活躍できる場や機会を提供する。

施策指標

施策指標	現状	方向性	R3年度 (実績)	R4年度 (実績)	R5年度 (実績)
調整後要支援・要介護認定率(見える化システム)	19.4%	下げる	19.6%		
住民の転倒リスクの保有割合(ニーズ調査)	29.2%	下げる	26.2%		

第8期の具体的な取組

○身近な地域でのフレイル予防推進体制の整備(介護予防センターから区民ひろば、通いの場、町会等への展開)

○「まちの相談室」や出前講座等のアウトリーチをさらに充実させ、健康・認知症相談、フレイルチェックの事後指導、高齢者総合相談センターや総合事業の紹介等連携を促進し、切れ目のない支援体制の構築を進める。

○フレイルチェック複数回参加者に調査を実施し、フレイルチェック、通いの場参加の効果を検証する。

○介護予防リーダー、介護予防サポーター、フレイルサポーター等を育成し、高齢者の参加・活躍の場を増やす。

○座位としまる体操作成・動画配信、スマホ・ICT活用講座等、社会参加の機会拡大に寄与する情報の普及啓発。

○退職後のアクティブシニアに、個人の特性や希望に合った就労的活動を支援し社会参加を促進する。

○元気あとし事業の対象拡大、換金方法、換金限度額等を再検討し、より利用しやすい制度へ転換を図る。

○高齢者クラブによる会員の実態調査などを通して、会員向けの新たな事業の展開などを支援する。

○庁内他部署・広域連合と連携し、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチによる重症化予防を実施する。

評価指標

事業の 対象	対象の 指標	指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
		65歳以上高齢者(第8期介護保険事業計画高齢者人口の推移参照)1月1日時点	人	57,293 (R3.1.1)	目標	57,206	57,140	57,074
				実績	56,914			
				目標				
				実績				
				目標				
				実績				
事業の 取組実績	活動 指標	指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
		介護予防リーダー養成者数	人	84(累計)	目標	104	124	144
					実績	100		
		介護予防サポーター養成者数	人	196(累計)	目標	216	236	256
					実績	210		
		フレイルサポーター養成者数	人	60(累計)	目標	80	100	120
					実績	74		
		高齢者元気あとし事業会員登録者数	人	526	目標	500	500	500
					実績	516		
		フレイルチェック実施者数(しっかり+かんたんコース)	人	628 (R2年度 実績)	目標	876	1,100	1,500
					実績	810		
		事業 目標の 達成 状況	成果 指標	指標	単位	現状		R3年度
高齢者のうち、外出頻度が週1回以下の方の割合(ニーズ調査)	%			8.9	目標	8.5	7.8	7.0
					実績	7.3		
フレイルについての認知度(ニーズ調査)	%			17.5	目標	18.0	19.0	20.0
					実績	33.9		
住民主体の通いの場の受け入れ人数(介護予防・日常生活支援総合事業及び生活支援体制整備事業の実施状況調査)	人			15,980 (R2年度 実績)	目標	16,000	16,100	16,200
					実績	16,525		
各専門職(リハビリ専門職、管理栄養士、保健師、看護師)の関与	回			111	目標	180	240	300
			実績	245				

目標の評価方法

住民主体の通いの場の受け入れ人数については、国の通いの場の定義の拡大に伴い、高齢者福祉課事業に加え、区民ひろば、地域文化創造館における活動も含めて算出している。

変更経過

変更内容	理由
元気あとし事業会員登録者数	令和4年度から目標数値が減っているが令和4年度から会員登録の方法を変更したためである。今まで一度会員登録すると永久会員としていたところを、実働数を把握するため2年間活動がない場合は強制退会とした。そのため、大幅な会員登録数の減少が予測され、目標の評価指標を変更した。

取組と目標に対する自己評価シート

令和3年度

1-1 介護予防の推進

前期(中間見直し)

●実施内容

- 介護予防サポーター14名、フレイルサポーター14名、介護予防リーダー16名(養成中)を養成した。
- 元気あとし事業は担い手育成・連絡会やイベントのブース設置等で周知し、登録・活用を促進した。
- 高齢者総合相談センター委託の介護予防サロンの自主運営化への交渉、関係各所との調整を行った。(10サロン移行予定)
- 高齢者医療年金課、地域保健課と連携し、低栄養・糖尿病・口腔機能低下状態重症化予防事業を開始した。

●自己評価結果【◎】

- コロナ禍で制限がある中、感染予防対策を実施しながら各種担い手育成研修を開催した。介護予防リーダー連絡会を2年ぶりに開催し、介護予防センター、高齢者総合相談センター、第2層生活支援コーディネーター等の地域資源との連携を推進、地域活動支援、促進を行った。下期には、介護予防サポーター、フレイルサポーター、キャラバンメイトを加えたあらゆる担い手を対象とした研修・交流会を予定している。
- としまる体操の動画作成、Youtube配信等、スマートフォンやICTツールを活用した介護予防の普及啓発だけでなく、スマホ講座、オンライン講座を行うことにより時勢、ニーズに合ったシニアのICT活用を推進している。

●課題と対応策

【課題】

- 重症化リスクのある参加者の取りこぼしを防ぐため、フレイルチェックやまちの相談室で専門職が関与する際、直接の声かけや関係機関との情報共有を行い、早期に専門的視点から介入が行えるよう支援する。
- 参加者の固定化、男性の参加が少ない傾向があり、広報・開催内容・場所など事業展開に工夫を要する。
- 高齢者総合相談センター委託の介護予防サロンの総合事業への移行に向け、担い手や参加者との交渉、活動施設の主管部署との調整等、環境整備が必要である。
- 活動控えのフレイルへの影響は大きく、ポストコロナを見据えたアウトリーチの展開、事業拡大を検討していく必要がある。

【対策(見直した対策など)】

- 元気あとし活動支援の登録を簡易にするとともに、ポイント条件等を変更した。今後はサロンサポート活動など活動対象を拡大し、柔軟に利用しやすい制度へ更新していく。
- OKDB(国保データベース)システムを活用した地域の健康課題の把握分析、地域特性に沿った事業の企画・対象者の抽出、支援実施を行うことで、より地域の実態に基づいた効果的な事業を推進する。既存事業の効果も検証していく。
- 参加者の固定化を防ぐため、事業開催場所や周知方法、要件の変更を検討した。下期および次年度、町会等へのアウトリーチを含めて展開を検討する。

後期(実績評価)

●実施内容

- コロナ禍においても地域の各種担い手の養成を行い、2月には担い手・関係各所向けにオンラインを活用した介護予防推進力向上の講演会を開催した。
- 元気あとし事業は周知、登録の機会を増やし、対象となる活動範囲も拡大し、登録者数の目標を達成した。
- 高齢者総合相談センター委託の介護予防サロン(10サロン)の自主運営化(総合事業通所B移行)を完遂した。
- 高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業を年度当初の計画どおり遂行し、令和3年度末に健診データ・介護情報に基づいた事業評価を行った。

●自己評価結果【◎】

- 事業計画の令和3年度目標を多く達成した。ニーズ調査「外出頻度」「フレイルの認知度」について設定した基準を上回る結果となり、特に「フレイルの認知度」については住民への普及啓発による知識浸透が表れており、介護予防の軸としてフレイル対策に力を入れてきた当課の取り組みの成果と言える。
- 地域の担い手養成を継続し、コロナ禍以前と同水準の人数を養成したのは、コロナフレイルを危惧し、感染対策に配慮しつつ内容のブラッシュアップを行った結果であるが、地域において「役割」や「生きがい」を持ちたいという住民の潜在的な需要があることもわかった。住民主体の通いの場の受け入れ人数の基準変更に対応し、算出対象を拡大した。高齢者の約3人に1人が広義の通いの場に参加しており、他者とのつながりの中で主体的に介護予防に取り組む受け皿となっている。

●課題と対応策

【課題】

- コロナ禍前と令和3年度において、プレフレイル該当者が1.3倍に増加し、コロナフレイルの進行防止が重要な課題である。今後は、関心層、実行層が通う区民ひろば以外の高齢者が利用する施設(地域文化創造館等)への介護予防事業の実施拡大や、無関心層、社会資源と接触のない情報弱者へのICTの介護予防展開が必要である。
- 元気あとし事業は令和3年度はコロナ等の影響で会員が減少傾向にあり、新規会員の獲得と対象事業の拡大が課題である。
- 介護予防リーダー養成後、実際の活動につながらない者、現在の活動が不明の者が一定数いる一方で、既存団体における若手不足や高齢者総合相談センターや第2層生活支援コーディネーターでも担い手に関する情報を求めている状況があり、情報精査とマッチング支援が必要である。
- 地域の特性を把握し、一般介護予防事業も開催場所や頻度を実情に基づいた計画にしていける必要がある。

【対策】

○フレイルチェックの開催場所について地域間格差をなくすよう各圏域において偏りなく開催し、令和4年度は全区展開する計画である。

○元気あとし事業は、従来一度登録すると永久会員だったが、令和3年度より2年間活動がない場合は登録削除とし、実態の把握を行うとともに、対象事業の拡大に務める。

○介護予防リーダーは活動調査を実施。また、高齢者総合相談センターや介護予防センターへの名簿共有の意向確認を行い、同意者については包括に連携を行い活用推進を促していく。

○KDB(国保データベース)システム(医療・介護・健診データ)、見える化システムや、国保データヘルス計画等を活用し、区全体と加入保険別(国保・後期)等の傾向と課題を分析した。分析結果に基づき、令和4年度は広報誌を用いた定期的な情報発信を行う予定。更に初年度実施となった一体的実施事業についても評価を行い、データに基づいた中長期的な目標・計画を立て遂行していく。

●「目指す姿」実現のための課題と対応策

○健康寿命の延伸のため、フレイルチェック・出前講座等アウトリーチ開催場所の新規拡大を展開していく。(地域文化創造館等)

○担い手は養成にとどまらず修了後の自主的な活動促進の仕組みづくりが必要である。フレイルサポーター連絡会運営を自主性を培う内容に大幅に見直す、連絡系統、情報共有ツールの整備を行う。介護予防リーダーに対し、高齢者総合相談センター、第2層生活支援コーディネーター、認知症地域支援推進員との連携を支援する。

取組と目標に対する自己評価シート(フェイスシート)

施策

1-2 総合事業の推進

事業の内容

要支援認定者及び基本チェックリストによる事業対象者に対し、訪問型サービスや通所型サービスを提供するほか、訪問型サービスの従事者を育成するための研修を実施するもの。

訪問型サービスではヘルパーや区の研修修了者によるホームヘルプのほか、リハビリ専門職などが短期集中的に支援するサービスを提供している。通所型サービスでは通所事業所によるデイサービスのほか、リハビリ専門職などによる短期集中的な通所プログラム、住民主体による通いの場を提供している。

現状と課題

現状

- 平成28年4月から総合事業の運用が開始。従来の訪問・通所介護が「介護予防訪問事業」、「介護予防通所事業」に移行するとともに、「短期集中訪問型サービス事業」を開始。
- 平成29年度に区で実施する総合事業基準緩和サービス従事者育成研修の修了者が従事できる「生活支援お助け隊」を、平成30年度に「訪問型サービスA」を開始。
- 令和元年度に「つながるサロン」と「短期集中通所型サービス事業」を開始。
- 令和3年度に区独自基準の「通所型サービスA」を開始するとともに、「短期集中通所型サービス事業」の一部を東京都のモデル事業として実施。

課題

- 総合事業の利用を促進するため、基本チェックリストの実施件数を増やす必要がある。
- 「通所型サービスA」の指定事業所が区内に2つしか無く、当サービスの提供体制を拡充するためにも事業所の新規参入を促す必要がある。
- 総合事業基準緩和サービス従事者育成研修の就労率が30%程度で頭打ちとなっており、修了生が従事できる「生活支援お助け隊」や「訪問型サービスA(の一部)」も含めた抜本的な見直しが必要。

目指す姿

○住民等の多様な主体が参画する多様なサービスを充実させることで、地域の支え合いを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援を行い、介護の重度化を防止する。

施策指標

施策指標	現状	方向性	R3年度 (実績)	R4年度 (実績)	R5年度 (実績)
短期集中訪問型サービス事業利用者の主観的健康観改善率	46%	上げる	61%		

第8期の具体的な取組

- 機能訓練に特化し、利用者の運動機能の維持・改善に取り組み、利用者をいち早く自立した日常生活に戻すための支援として「としまリハビリ通所サービス」を実施する。
- 通所型サービスを利用して元気になった高齢者に介護予防を継続する場を提供できるよう、「つながるサロン」の登録団体数を増加させる。
- どの地域の方でも短期集中通所型サービス事業を利用できるよう、区民ひろばを活用するなどして実施場所を増やし、全ての高齢者総合相談センターの圏域で実施する。
- 総合事業基準緩和サービス従事者育成研修を引き続き実施することで、介護サービスにおける地域人材の発掘・活躍を推進し、介護人材不足の解消を図る。
- 未就労の修了者に対して、就職相談会の案内を送付するなど就労率の向上を図る。
- 要介護認定に至らない高齢者に、総合事業を利用して介護予防に取り組んでもらえるよう基本チェックリストの周知を進める。また、高齢者総合相談センター及び高齢者福祉課以外の場所での実施など、実施方法についても検討する。

評価指標

事業の対象	対象の指標	指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
		65歳以上高齢者(第8期介護保険事業計画高齢者人口の推移参照)1月1日時点	人	57,293 (R3.1.1)	目標	57,206	57,140	57,074
					実績	56,914		
事業の取組実績	活動指標	指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
		訪問型サービスA利用件数	件	8,673	目標	9,000	9,200	9,400
					実績	7,938		
		通所型サービスB「つながるサロン」利用者数	人	19	目標	20	22	24
					実績	28		
		訪問型サービスC利用者数	人	132	目標	140	155	170
					実績	140		
		通所型サービスB「つながるサロン」登録団体数	団体	13	目標	15	18	20
					実績	30		
		通所型サービスC実施回数	回	4	目標	8	10	12
					実績	9		
		総合事業基準緩和サービス従事者育成研修修了者数	人	364(累計)	目標	446	528	610
					実績	442		
		総合事業基準緩和サービス従事者育成研修就労者数	人	149(累計)	目標	188	213	240
					実績	164		
		基本チェックリスト実施数	件	374(累計)	目標	504	654	814
			実績	561				
事業目標の達成状況	成果指標	指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
		デイサービスにおけるとまりハビリ通所サービス利用者の割合	%	0	目標	5	10	15
					実績	4		
		通所型サービスB「つながるサロン」登録団体数	団体	13	目標	15	18	20
					実績	30		
		通所型サービスC利用者数	人	25	目標	72	90	108
					実績	72		
		総合事業基準緩和サービス従事者育成研修修了者数	人	364(累計)	目標	446	528	610
					実績	422		
		修了者の介護事業所等への就労率	%	31.5	目標	33	34	35
			実績	25.8				
基本チェックリスト年間実施件数	件	110	目標	130	150	160		
			実績	187				

目標の評価方法

変更経過

変更内容	理由
成果指標の追加	短期集中通所型サービス(通所型サービスC)の利用促進を図っていくにあたり、その取組みの成果を測るため関連する項目を成果指標に設定した。

取組と目標に対する自己評価シート

令和3年度

1-2 総合事業の推進

前期(中間見直し)

●実施内容

- 各種、訪問型サービス、通所型サービスを提供中。
- 通所型サービスA「としまりハビリ通所サービス」の提供を開始し、現状は区内2事業所でサービス提供中。
- 「短期集中通所型サービス」の一部を東京都のモデル事業として、6月～9月にかけて区内5会場で延べ44名にサービスを提供した。
- 総合事業基準緩和サービス従事者育成研修の「家事援助スタッフ育成研修」は予定している全3回のうち、6～7月にかけて1回実施済み。

●自己評価結果【○】

新型コロナウイルス感染症の感染状況が落ち着いたこともあり、昨年度と比べて各種サービスの利用実績は着実に回復しつつある。また、短期集中通所型サービスにおけるモデル事業では、定員の約9割の利用者を確保して事業を実施することができた。一方、としまりハビリ通所サービスでは、当初予定していた事業所でのサービス提供が白紙となるなどにより、2事業所のみでの提供に留まっている。

●課題と対応策

【課題】

- 短期集中通所型サービスにおけるモデル事業では、高齢者総合相談センターの当事業に対する理解が浸透しきれず、利用者の確保に時間を要した。
- としまりハビリ通所サービスでは区内2事業所のみでのサービス提供となっており、区内にサービスの利用ができない空白地域が生じてしまっている。
- 家事援助スタッフ育成研修では、第1回目研修での就労率が21.2%に留まっており、就労率向上のための事業内容等の見直しが必要。

【対策(見直した対策など)】

- 区民ひろばなどで実施している各種出前講座や出張相談にて職員が事業利用の勧奨を積極的に行うことで、潜在的にプレフレイル状態にある方を短期集中通所型サービスにつなげることができた。
- 区内にある通所事業所15か所に個別訪問を行い、としまりハビリ通所サービスについて事業説明を行うとともに、将来的な参入について各事業者への働きかけを行った。
- 家事援助スタッフ育成研修が就労につながらない理由を分析するため、過年度の研修修了生のうち未就労者240人に対して未就労の理由等を尋ねる一斉調査を行い、92人から回答を受け取った。

後期(実績評価)

●実施内容

- 各種、訪問型サービス、通所型サービスを提供中。
- 通所型サービスA「としまりハビリ通所サービス」を継続して、区内2事業所でサービスが提供された。
- 「短期集中通所型サービス」の一部を東京都のモデル事業として、6月～10月にかけて区内5会場で延べ44名にサービスを提供。
- 「家事援助スタッフ育成研修」は予定している全3回のうち、2回実施。感染症の影響により1回中止した。

●自己評価結果【○】

訪問サービス利用実績は安定的に推移している。通所型サービスA「としまりハビリ通所サービス」については、前期から開始した24名のうち、6か月後に身体機能改善によりサービス終了できた人数は6名、短期集中通所型サービスについては終了後の身体機能や健康観に向上が見受けられた。

●課題と対応策

【課題】

- としまりハビリ通所サービスは、区内2事業所のみでのサービス提供となっているため利用がづらい。また、利用者がサービスの継続利用を希望することが多く、状態改善によるサービス終了つながない。
- 家事援助スタッフ育成研修では、就労率が25.8%に留まっており、就労率向上のための事業内容等の見直しが必要。

【対策】

- 指定事業所の拡充を進めていくとともに、利用期間の制限を行い、一定期間で状態改善を目指すというサービスの目的を達成していく。
- 令和4年度より実施する「介護に関する入門的研修」との違いを明確化し、就労意欲とのミスマッチを防ぐ。

●「目指す姿」実現のための課題と対応策

要介護認定に至らない高齢者の把握並びに適切なケアマネジメントが課題となっているため、介護予防把握事業を始めとした施策により高齢者を把握するとともに、地域包括支援センターに対する研修等で適切なケアマネジメントが行える体制を目指す。

取組と目標に対する自己評価シート(フェイスシート)

施策

2-1 在宅生活の支援

事業の内容

高齢者が住み慣れた地域で生活し続けていくために、介護保険サービスと保険外福祉サービスとの連携を深めるとともに、互いに助け合う地域づくりを進め、多様な主体や地域の力による、重層的な生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築を進める。生活支援体制整備事業を推進するため、生活支援コーディネーターが中心となり、資源開発、ネットワーク構築、ニーズと取組みのマッチングの一体的な活動を推進する。また、地域の支え合いの仕組みづくり協議会、地区懇談会、区民ミーティング等、多様な事業主体間の情報共有と連携・協働による取組みを推進する。

現状と課題

現状

- 平成27年度より生活支援体制整備事業を開始し、第1層生活支援コーディネーターを中心に地域資源の把握や生活支援のための制度構築を始め、ベンチプロジェクトの開始、地域資源情報冊子「Story&Map」の発行などを行った。
- 令和2年度まで第1層生活支援コーディネーターが第2層を兼務していたが、令和3年度に4つの高齢者総合相談センター圏域に、第2層生活支援コーディネーターを配置することとなった。
- 地域の支え合いの仕組みづくり協議会(第1層協議体)において区全体の生活支援について検討し、地区懇談会(第2層協議体)では地域特性に応じた課題の把握・解決、地域づくりを行っている。
- 地域資源情報システム「Ayamu」を導入し、把握した地域資源を登録している。

課題

- 第1層協議体と第2層協議体の取組みが共有されていないため、情報共有の仕組みづくりを行う必要がある。
- 第1層・第2層生活支援コーディネーターが兼務であったため、進んでいなかった地域での仕組みづくりを、第2層生活支援コーディネーターの配置により、急ぎ進めていく必要がある。残りの4つの圏域にも第2層コーディネーターを配置する必要がある。
- 地域資源情報システムを活用し、地域情報のさらなる蓄積を進めるとともに、既存データの更新・管理、共有、活用が円滑にできる運用方法を定め、より活用される仕組みを構築する必要がある。
- 利用者数が減少している日常生活支援サービスについては、高齢者を取り巻く社会動向の変化や利用される人のニーズに合った制度へと見直しが必要である。

目指す姿

○いつまでも自分らしい暮らしを継続するための仕組みを構築します。
 ○調理、買い物、掃除などの高齢者にとって必要な生活支援サービスを確保することや、効果的な介護予防が身近な場所で受けられることによって、フレイルや要支援・要介護を予防し、元気で健康な高齢者の割合を増加させます。

施策指標

施策指標	現状	方向性	R3年度 (実績)	R4年度 (実績)	R5年度 (実績)
普段の生活で何らかの介護・介助が必要だが現在は受けていない人の割合	6.0%	下げる	5.9%		

第8期の具体的な取組

- 地域のささえあいの仕組みづくり協議会に、新たな委員を加え、これまでと違った視点で意見を出してもらうことで、地域における支え合いに向けた幅広い議論が進むよう取り組んでいく。
- 第2層生活支援コーディネーターを8つの高齢者総合相談センター圏域に配置し、日常生活圏域での地域課題の発見や生活支援のためのツールの整備、担い手の発掘・育成などをさらに進めていく。
- 地域資源データベースシステムを質・量ともに拡充し、区民に必要な情報を提供する。
- 第7期まで取り組んでいる生活支援の事業について、よりニーズに見合うよう調査・検証し、取組みを強化する。
- 特に、ニーズの高い配食サービスを強化し、移送サービス(介護・福祉タクシーなど)について調査・研究する。

評価指標

事業の対象	対象の指標	指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
		65歳以上高齢者(第8期介護保険事業計画高齢者人口の推移参照)1月1日時点	人	57293 (R3.1.1)	目標	57,206	57,140	57,074
				実績	56,914			
				目標				
				実績				
事業の取組実績	活動指標	指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
		地域のささえあいの仕組みづくり協議会開催回数(累計)	回	18	目標	22	26	30
					実績	20		
		各圏域での第2層生活支援コーディネーターの高齢者総合相談センター、CSW等との定例会議の実施回数	回	12	目標	12	12	12
					実績	12		
					目標			
					実績			
					目標			
					実績			
					目標			
事業目標の達成状況	成果指標	指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
		普通の生活で何らかの介護・介助が必要だが現在は受けていない人の割合【再掲】	%	6.0	目標	5.9	5.8	5.7
					実績	5.9		
		地域資源の把握数(Ayamuへの登録数)	件	397	目標	460	530	600
					実績	576		
		生活支援コーディネーターの第2層への配置	圏域	0	目標	4	8	8
					実績	4		
		救急通報システム利用者数	世帯	290 (令和2年度実績)	目標	300	315	330
			実績	268				

目標の評価方法

変更経過

変更内容	理由

取組と目標に対する自己評価シート

令和3年度

2-1 在宅生活の支援

前期(中間見直し)

●実施内容

生活支援コーディネーター(SC):第2層SCを4圏域に配置し、区、都、モデル事業による研修を実施した。第2層SC、高齢者総合相談センター、CSWの連携を強めるための定例会を設置した高齢者総合相談センター圏域で毎月実施した。第1層、第2層SCによる定例会を実施し、第1層SCが意識啓発や助言等により様々な指導的な役割を果たすとともに、第2層SC同士の横のつながりを持たせ、生活支援の仕組みづくりの共有を図った。誰でも食堂(コロナによりお弁当配布)、通所B(通いの場)の開設などの活動とともに自立支援地域ケア会議への参加などで、地域資源に関するケースへの助言等の活動を行った。ささえあいの仕組みづくり協議会:新型コロナウイルス感染症流行の影響を受け、1回の開催にとどまった。この中で、オンデマンド交通による移動支援を議題とし、活発な意見交換を行った。

●自己評価結果【○】

生活支援コーディネーター:当初想定した研修に加えモデル事業による研修を実施したことにより、生活支援コーディネーター業務、役割をより鮮明に意識付けすることができた。また、初年度は地域の資源の確認や把握が中心で制度作りはなかなか進まないことを想定したが、すでにいくつかの生活支援のサービスが構築できた。

●課題と対応策

【課題】

生活支援コーディネーターの役割が区民にわかりにくいと、紹介などでもCSWなどの違いを細かく説明する必要があった。第2層SC未設置の4圏域の設置に向けた準備が必要である。また、未設置圏域では地域資源に結びつけることに困難を感じている。

SCと高齢者総合相談センター、CSWが連携し、生活支援の仕組みづくりをさらに進める必要がある。

【対策(見直した対策など)】

生活支援コーディネーターに「高齢者の生活支援推進員」という通称名をつけ、リーフレットを作るとともに、委託法人にそれぞれのコーディネーターを紹介するチラシの作成を依頼し、地域の方々への紹介に活用している。

後期(実績評価)

●実施内容

生活支援コーディネーターと地域包括支援センター、CSWが連携し具体的な取り組みについての検討が始まった。

また、担い手の確保の点から、介護予防リーダーなど地域ですでに活躍している方との連携を進めるための意見交換会などを実施した。これにより、各包括エリアでの介護予防リーダーとの生活支援の協議の場ができ始めている。特に後期は、介護予防サロンを通所Bグループに変えていく支援に力を入れ、通所Bグループの立ち上げ支援で成果を上げた。また、地域資源の把握についても、精力的な活動により把握が進んだ。

支えあいの仕組みづくり協議会についても、後期は2回実施予定であったが、コロナウイルス流行の影響により1回の実施にとどまった。

●自己評価結果【○】

第1層・第2層コーディネーターがお互いの活動などを紹介しあいながら、様々な取り組みに着手が始まっている。担い手になる方との連携づくりなども始まり、第2層コーディネーター設置1年目の活動としては、予想をはるかに上回る活動をしている。その結果、「Ayamu」による地域資源の把握数も、目標の460を100以上超える成果を上げた。

一方で、コロナウイルス流行の影響により協議会は後期1回の実施にとどまった。

●課題と対応策

【課題】

現状8包括圏域のうち4圏域にしか第2層コーディネーターが配置されていないので、全区域へのコーディネーターの配置が急務である。

通所Cの拡充などにより、通所C卒業生が利用する地域資源の把握をさらに進める必要がある。

包括全体会議などで議題となる、高齢者の生活の中での困りごとを解決につなげる支援策を構築する必要がある。

【対策】

第2層コーディネーター未配置地域への配置につなげる、令和3、4年度のコーディネーターの成果と、必要性を示す根拠資料を作成し、5年度の予算獲得につなげる。

地域資源データベース「Ayamu」にコーディネーターが把握した地域資源を蓄積していく。また、通所Bなどの通いの場が少ない地域には、通いの場を作りだすような取り組みを進めていく。

地域ケア会議全体会議の結果を受け、高齢者総合相談センターやCSW、地域住民などと連携しながら制度構築を検討していく。

●「目指す姿」実現のための課題と対応策

高齢者の困りごとを把握するためのアセスメントが始まったばかりであることから、地域を知る活動を進めながら実現可能な生活支援のツールを作っていくとともに、全区的な課題に対する仕組みづくりをスムーズに行うため、第1層、第2層のコーディネーターがともに話し合いができる環境の整備を進める。

取組と目標に対する自己評価シート(フェイスシート)

施策

2-2 見守りと支え合いの地域づくり

事業の内容

一人暮らし高齢者や高齢者のみ世帯も安心して地域で暮らし続けられるよう、見守りが必要な人を把握するアウトリーチ事業を継続して実施し、状態に応じて、緩やかな見守り、担当による見守り、専門的な見守りにつなげていく。また、専門的な見守り体制を維持する。加えて、地域の住民や事業者と連携した緩やかな見守りの輪を広げていくとともに、緩やかな見守りから、必要に応じて担当を決めて定期的に行う担当による見守りや、専門的な知識をもった職員が行う専門的な見守りへと繋げていく体制を構築する。

現状と課題

現状

- 65歳以上の高齢者世帯における単独世帯の割合は特別区で一番高い。(令和2年国勢調査)
- 何かあったときの家族以外の相談先として「そのような人はいない」と回答された方が45.4%となっており、住み慣れた場所で暮らし続けるための見守り体制の構築が重要となっている。(ニーズ調査)
- 定期的な見守りとなる見守り声かけ事業(見守り訪問)対象人数は、令和2年度末で227人
- 高齢者総合相談センター8カ所に相談窓口を併設し、高齢者見守り支援事業担当を各2名配置している。

課題

- 高齢者実態調査や熱中症予防訪問において現在訪問対象となっていない高齢者のみの世帯や、高齢者と障害者の世帯、75歳未満の世帯などで社会から孤立した状態に置かれている方を支援に繋げていく必要がある。
- 地域における多様な主体による緩やかな見守りの輪を広げ、相談・支援機関へ円滑につなげることができる仕組みづくり及び民間事業者等との連携等の見守り体制を構築していく必要がある。

目指す姿

- 多様な主体による見守り体制の構築を目指します。
- 地域住民や民間事業者等による緩やかな見守りを拡充し、見守りが必要な全ての方が見守られており、その中で必要な方については担当による見守りや専門的な支援へつなげていく体制を整え、支援の手が届いていない方がいない状況を目指します。

施策指標

施策指標	現状	方向性	R3年度 (実績)	R4年度 (実績)	R5年度 (実績)
「地域の中で、高齢者や障害者の権利が守られ、質の高いサービスが提供されている」「そう思う」の割合から「そう思わない」の割合を引いた割合(令和元年度協働のまちづくりに関する区民意識調査)	0.5%	増加させていく	9.7%		
高齢者が暮らしやすいまちだと思える理由「福祉・介護が充実しているから」の割合(同上)	19.0%	増加させていく	-		
何かあったときの相談先「そのような人はいない」の割合(ニーズ調査)	45.4%	減少させていく	42.2%		

第8期の具体的な取組

- より多くの事業者と見守りと支え合いネットワークに関する協定締結を行い、見守りを一層充実させていく。
- 協議会をはじめとした地域資源を活用して見守りを進めていく。
- 町会、自治会、民生委員・児童委員と継続して見守りの取り組みを進めていく。
- 専門的な見守り相談窓口を継続して設置するとともに、毎年の戸別訪問等を継続実施し、アウトリーチ活動を行う。
- 位置情報サービスや救急通報システムを必要としている方に提供し、家族等による見守りを支援していく。

評価指標

事業の対象	対象の指標	指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度	
		65歳以上高齢者(第8期介護保険事業計画高齢者人口の推移参照)1月1日時点	人	57293 (R3.1.1)	目標	57,206	57,140	57,074	
				実績	56,914				
				目標					
				実績					
事業の取組実績	活動指標	指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度	
		見守り協定等締結団体数	団体	12	目標	18	24	30	
					実績	22			
		見守り訪問対象者数	世帯	233	目標	250	270	300	
					実績	207			
		熱中症予防訪問人数	人	5,997	目標	6,000	6,500	7,000	
					実績	6,660			
					目標				
					実績				
					目標				
			実績						
事業目標の達成状況	成果指標	指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度	
		何かあったときの相談先「そのような人はいない」の割合【再掲】	%	45.4	目標	45.0	45.0	42.0	
					実績	42.2			
		見守り支援事業担当への相談件数	件	18,696	目標	20,500	20,700	20,900	
					実績	29,748			
					目標				
			実績						
			目標						
			実績						

目標の評価方法

「見守りと支え合いネットワークに関する協定」の締結状況
熱中症予防訪問・高齢者実態調査の実施状況

変更経過

変更内容	理由

取組と目標に対する自己評価シート

令和3年度

2-2 見守りと支え合いの地域づくり

前期(中間見直し)

●実施内容

1.見守りと支え合いネットワークに関する協定について、協議を進めた。
2.75歳以上の単身で福祉サービス等を利用していない方を対象に、民生委員・児童委員の協力を得て実態調査を行った。感染症対策として、まず郵送での調査を行い、返信が無かった方へは民生委員・児童委員が訪問する方式で行った。

●自己評価結果【◎】

1.豊島区鍼灸師会並びに(公社)東京都柔道整復師会豊島支部と、セーフコミュニティの取り組みの一環として協定を締結することとなった。また、コンビニエンスストア等とも協議を続けている。
2.郵送調査により、7,591人へ調査を発送。併せて、実態調査の対象としていない75歳以上高齢者23,365人にも困りごとの相談を呼び掛けるチラシ等の送付を行った。

●課題と対応策

【課題】

1.締結後の通報状況や、事業者の通報基準が一定していない。事業者が任意で取り組んでいる事業であることに配慮しつつ、通報の目安等を周知していく必要がある。
2.郵送調査により返信の無かった方の状況を確認していく必要がある。

【対策(見直した対策など)】

1.見守り協定等を締結済みの事業者に対して、連絡会や見守り支援担当による緩やかな見守り講習会等を検討する。
2.返信の無かった方に対して、民生委員・児童委員の協力を得ながら状況を確認していく。

後期(実績評価)

●実施内容

1. 協定内容の意識づけを行うため、協定締結先の事業者と意見交換会を実施した。
2. 高齢者実態調査で返信の無かった方に対して、民生委員及び各包括と協力しながら、臨戸による調査を行った。

●自己評価結果【◎】

1. 2月に意見交換会を実施したことにより、協定の目的や内容を再認識させ、緩やかな見守りに対する意識づけを行うことができた。
2. 対象者に対して調査をするだけでなく、支援が必要な方を的確に相談機関に繋げるとともに福祉サービスを提供できた。なお、高齢者実態調査は3年に1回程度の実施のため、次回は令和5年度を予定している。

●課題と対応策

【課題】

1. 継続的な見守り体制を構築するためには、定期的に協定内容の確認や意識づけを行う機会が少ないという課題がある。
2. 郵送及び臨戸による調査でも実態が掴めなかった高齢者に対して、具体的な対応ができていないという課題がある。

【対策】

1. 見守り協定締結事業者に対して、毎年度継続的に意見交換会や連絡会等を実施していくことで、協定の目的や内容を常に認識させ、緩やかな見守りが適切に行えるよう働きかけを行う。
2. 対象者について、担当による見守りおよび専門的な見守りに移行させ、その中で実態を調査し、的確に相談機関へ繋げていく。

●「目指す姿」実現のための課題と対応策

見守りが必要な全ての方が見守られている状態にするためには、まずは地域住民や民間事業者等による緩やかな見守りを拡充することが必要である。さらに、担当による見守りや専門的な支援へつなげていく体制を整え、支援の手が届いていない方がいない状況を作ることが求められている。
対応策としては、より多くの事業者と見守りと支え合いネットワークに関する協定締結を行い、見守りを一層充実させていく。また、専門的な見守り相談窓口を継続して設置するとともに、毎年の戸別訪問等を継続実施し、アウトリーチ活動を行う。

取組と目標に対する自己評価シート(フェイスシート)

施策

3 高齢者総合相談センターの機能強化

事業の内容

高齢者総合相談センターは、地域包括ケアシステムの中核機関であり、区民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことで、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的としている。高齢者が住み慣れた地域でできるだけ長く元気に暮らし続けることができるように、高齢者総合相談センターを中心とする相談・支援体制や多職種とのネットワーク構築を推進する。地域ケア会議を実施する中で、「個別課題の解決」「地域包括支援ネットワークの構築」「地域課題の発見」「地域づくり、資源開発」「政策の形成」の5つの機能を活用し、個人の支援と社会基盤の整備を同時に進めるための検討を行う。要支援者や事業対象者が自立した生活を過ごせるよう、本人のニーズを反映し、柔軟なケアマネジメント体系を構築する。

現状と課題

現状

- 後期高齢者の増加が見込まれる中で、高齢者総合相談センターでの相談数の増加や、相談内容も多岐に渡り複雑化している。相談件数は、令和2年度は35,637件となり、前年度比で13%増加している。
- 平成30年度より居宅介護支援事業所の管理者の要件が主任ケアマネジャーとなっているため、資格取得の支援を行っている。ケアマネジメントに関する研修テーマの設定は、「豊島区研修企画委員会」等にて対象者別の研修を実施している。
- 新型コロナウイルス感染症の影響により、高齢者総合相談センター職員やケアマネジャーが対面で関係づくりを行うことや、集合研修の実施などに制約が生じている。

課題

- 高齢者やその家族の生活上の不安に対応していくため、地域の社会資源と連携した相談支援体制の充実や、適切な機関や対応につなぐことができるよう、高齢者総合相談センター職員のさらなる資質の向上に努める必要がある。
- 地域のケアマネジメントの質の向上のため、高齢者総合相談センターと居宅介護支援事業所が協力して、ケアマネジャー・主任ケアマネジャーの育成支援に、オンライン等も活用しながら今後も力を入れていく必要がある。また、自立支援・介護予防をより重視したケアマネジメントを進めるため、柔軟なケアマネジメント体系を構築していく必要がある。
- 地域ケア会議で効果的な検討を行うために、地域課題の掘り下げをさらに進めるとともに、より質の高い地域ケア会議となるよう、進め方の改善を図る必要がある。

目指す姿

- 高齢者が住み慣れた地域で安心して生きがいのある暮らしを続けることができるよう、相談体制を充実させます。
- 地域ケア会議等の活用により、地域包括ケアシステム構築の中核機関である高齢者総合相談センターの機能強化を推進します。

施策指標

施策指標	現状	方向性	R3年度 (実績)	R4年度 (実績)	R5年度 (実績)
高齢者総合相談センターの認知度（ニーズ調査）	56.2%	上げる	54.1%		
高齢者総合相談センターとの連携状況（ケアマネジャー調査）	63.2%	上げる	R3年度の調査なし		

第8期の具体的な取組

- 支援が必要な状態になる前の段階から相談につながるように、全ての世代に向けて高齢者総合相談センターの機能や活動内容についての周知を行う。
- これまで実施してきた相談支援に加え、地域と連携した出張相談などアウトリーチ型の積極的な相談支援を実施する。
- 新型コロナウイルス感染症の感染予防の取組として、オンラインを活用した研修等を行い、ケアマネジャーの資質向上を図る。
- 地域の実情を具体的に地域課題に反映するために、地域ケア会議の課題を抽出する過程を整理し、データ収集・分析の精度を向上させる。
- 職種別部会による地域課題検討の場を設け、各職種の専門性を活用し、より細かな検討を進め、地域ケア全体会議につなげて区の施策に反映させる。
- 個別支援とともに、地域での通いの場などの活動や生活支援コーディネーターとの連携を進め、介護予防ケアマネジメントに反映させる。

評価指標

事業の対象	対象の指標	指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
		65歳以上高齢者数(第8期介護保険事業計画 高齢者人口の推移参照)1月1日時点	人	57293 (R3.1.1)	目標	57,206	57,140	57,074
				実績	56,914			
				目標				
				実績				
				目標				
				実績				
事業の取組実績	活動指標	指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
		研修回数(主任ケアマネジャー対象)	回	4	目標	4	2	2
					実績	2		
		研修回数(ケアマネジャー等対象)	回	4	目標	4	2	2
					実績	4		
		地域ケア個別会議(事例検討数)	件	146	目標	150	150	150
					実績	193		
		地域ケア推進会議(開催回数)	回	40	目標	40	40	40
					実績	24		
		初回アセスメント 実施回数	回	18	目標	20	25	30
					実績	33		
		事業目標の達成状況	成果指標	指標	単位	現状		R3年度
高齢者総合相談センターの認知度(介護予防・ 日常生活圏域ニーズ調査)【再掲】	%			54.5	目標	55.0	60.0	65.0
					実績	54.1		
パンフレット、マグネット等の作成	部			15,000	目標	15,000	15,000	15,000
					実績	15,000		
ケアマネジャーが高齢者総合相談センターと連 携出来ているとする割合(ケアマネジャー調査) 【再掲】	%			63.2	目標	70.0	72.0	75.0
					実績	R3年度の 調査なし		
					目標			
			実績					

目標の評価方法

○高齢者総合相談センターの周知の為にパンフレットやマグネット等の作成を行ったことによる効果を評価する。
○地域ケア会議での地域課題を検討し、その報告を区に提出した回数を評価する。
○ケアマネジャーの資質向上とした研修を実施、その回数とケアマネジャーが高齢者総合相談センターと連携できているとする割合で評価する。

変更経過

変更内容	理由
研修回数について	区の研修の実施だけでなく、地域で主任ケアマネジャー等の勉強会を併用して 質の向上に取り組むため

取組と目標に対する自己評価シート

令和3年度

3 高齢者総合相談センターの機能強化

前期(中間見直し)

●実施内容

- ①職種別に専門職部会開催。(医療職3回、社会福祉士4回、プランナー3回、主任ケアマネジャー5回、見守り2回)
- ②地域と連携したアウトリーチ型相談支援として、区民ひろばにおいて出張相談を実施(開催回数234回、相談244人)
- ③世代を問わない周知の一環として、各高齢者総合相談センターの周知用マグネットの作成。(1000枚×8高齢者総合相談センター)
- ④新型コロナウイルス感染症に関わらず、感染予防や効率性が有効であるものに対しては、その重要性や目的を考慮して、会議や研修をオンライン化及びオンラインを併用している。

●自己評価結果【○】

- ①各専門職ごとに、情報共有、事例検討など、各専門職の状況に応じて部会が開催された。
- ②新型コロナウイルス感染症の影響で開催が遅くなったが、すべての高齢者総合相談センターにて計画的に出張相談が実施された。
- ③高齢者に対する配布としているが、使用場所の想定が冷蔵庫や玄関の内扉等であるため世帯全員に対する周知となった。

●課題と対応策

【課題】

- ①専門職部会は、各回目的を持ち計画的にできていない部会もあるため、一部の部会は運営を支援する必要がある。
- ②相談日によっては、リピーターが多く対象者が変わらない。
- ③高齢者がいない世帯へは配布対象としていない。サービスを必要としない元気な高齢者への周知機会は少ない。

【対策(見直した対策など)】

- ①自発的な運営に課題がある部会には、課題やテーマを提案し活性化を促した。
- ③高齢者総合相談センターマグネット作成時に、時間外の連絡先が分かるよう追加した。
- ④年度当初より感染対策が急務となったこともあり、オンライン化を加速、充実させた。

後期(実績評価)

●実施内容

- ①専門職部会(医療職4回/年、社会福祉士5回/年、プランナー5回/年、主任ケアマネジャー6回/年、見守り2回/年)開催し主任ケアマネジャー部会からケアマネジャー減少の課題が出され地域ケア会議全体会議にて共有した。
- ②区民ひろば22か所で月2回出張相談を実施。(開催回数396回/年、相談396人/年、集団周知1,411人/年)
- ③新型コロナ対応として、高齢者総合相談センターへ備品の配布やマニュアル作成・配布、職員を対象としたガウンテクニック研修の実施。
- ④会議のオンライン活用は4回に1回実施。全体会議は会場とオンラインを併用したハイブリッド形式で開催。後期の全研修はオンラインで実施。

●自己評価結果【○】

- ①専門職部会ごとの課題に対応した学習会や事例検討会など行い、スキルアップや多職種連携につながった。
- ②高齢者総合相談センターによる出張相談をすべての「区民ひろば」で実施できた。
- ③第5波・第6波においてコロナ陽性リスクのあるケース対応が増加し、感染症対策の標準化を図ることができた。
- ④研修や会議等を中止することなく、積極的にオンラインを活用できた。
- ⑤夜間緊急・休日電話相談窓口を業務委託しスタートしたが、徐々に周知が進み大きな問題なく運用できている。

●課題と対応策

【課題】

- ①5つの専門職部会のうち、プランナー部会、見守り部会は自主運営に至っていない。専門職部会の運営上のルールが明文化されていない
- ②出張相談は区民ひろば主催事業やサークル参加者による相談がほとんどであり、対象者が限定的になっている。また、対象者の拡大を目指した地域住民団体へのセンターの周知活動の働きかけがコロナ下では困難となっている。
- ③感染症拡大時における高齢者総合相談センターの現状把握がタイムリーに行えない場合がある。
- ④オンライン開催は研修・会議で対応できる体制ができてきたが、ハイブリッド開催については音量等の課題でさらに準備・検討が必要である。
- ⑤24時間電話対応の委託業者からの報告が遅く、報告形式等も改善が必要である。

【対策】

- ①次年度の対応策として各部会の運営上のルールを明文化する。各部会の課題から包括職員のスキルアップにつながるOJTの開催に向け、部会メンバーが中心に実施できる体制づくりを行う。
- ②区民ひろばを利用する住民の代表や関係機関との連携を強化し、困りごとがある高齢者やその家族の支援につながる体制づくりを図る。併せて住民関係団体の活動状況に応じたアウトリーチを行う。
- ③新型コロナの感染状況や高齢者総合相談センターでのコロナ関連の対応状況をタイムリーに把握し、関係部署と協働で対応を推進する。
- ④会議や研修等でのハイブリッド開催方法の準備を着実に進める。
- ⑤委託業者との運営上の調整や対応状況の精査をタイムリーに実施する。

●「目指す姿」実現のための課題と対応策

1. 高齢者やその家族等の生活課題や地域課題に対して、主体的に関係者・関係機関に働きかけ、協働し解決に向けて取り組むことができる専門性の高い包括職員の育成。
2. 高齢者総合相談センターの相談体制の機能強化(24時間電話相談体制や出張相談等アウトリーチの強化)
上記の1・2の実現のため、「第8期の具体的取り組み」を確実に推進していく。

取組と目標に対する自己評価シート(フェイスシート)

施策

4 認知症になっても安心して暮らせる地域づくり

事業の内容

認知症になっても住み慣れた地域で安心して住み続けられるよう、認知症の人を地域で支える仕組みづくりを推進する。認知症についての正しい知識を普及するとともに、認知症ケア力の向上を図るための研修の実施や、認知症の容態に応じ適時・適切な医療・介護等を受けることのできる体制整備を他職種連携の視点を踏まえながら進める。

現状と課題

現状

厚生労働省によると令和7年には認知症の有病率は20%に達するとされ、豊島区においても10,348人と推計されている。令和元年6月に策定された「認知症施策推進大綱」では、認知症は「誰もがなりうるもの」であり、発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進していくとされている。

高齢者で最も頻度の高い認知症はアルツハイマー型認知症であり、薬物療法や作業療法等によって症状の軽快を図るのが一般的であるが、症状が進んだ場合、根本的な治療方法は現在のところ存在せず、進行の遅延に重点が置かれている。認知症高齢者人口の更なる増加が見込まれる中、「共生」とともに、早期発見・早期支援、認知症の状態に応じた伴走支援、認知症の進行を緩やかにする「予防」を推進する必要がある。

課題

- 認知症の人が住み慣れた地域の中で暮らし続けるために、認知症の進行に合わせた医療・介護を提供できる体制づくりを推進すること。
- 認知症の早期発見・早期対応のため認知症検診を実施し、伴走型支援を充実していく。
- 認知症発症予防に繋がる可能性が高い活動等について認知症予防講座等において普及啓発し、日常生活における取組(運動、社会交流等)の実施を推進する。
- 認知症サポーター数は年々増加しているが、累計養成者数を人口比で見ると、23区中14位である。
- 地域において把握した認知症の人の悩みや家族の身近な生活支援ニーズ等と、ステップアップ講座を受講した認知症サポーター等との間の、支援をつなぐ仕組み(チームオレンジ)を整備する。
- 認知症になってもその人自身が意思決定しながら尊厳をもって暮らしていけるよう、意思決定支援の推進を行うこと。

目指す姿

- 認知症予防を含む介護予防を推進し、認知症の容態に応じた切れ目のない適時・適切な医療・介護等の提供を行い、「共生」と「予防」を車の両輪として、認知症の人や家族が尊厳と希望を持って自分らしく安心して住み続けられるやさしい地域づくりを目指します。
- 認知症当事者や家族の声を聴き、当事者の視点をわかりやすく区民、関係者に伝えるとともに施策や評価に反映させることで、意思と権利が守られ、認知症に関する偏見の払拭を進めます。

施策指標

施策指標	現状	方向性	R3年度 (実績)	R4年度 (実績)	R5年度 (実績)
認知症に関する相談窓口の認知度(ニーズ調査)	22.9%	上げる	22.7		
主介護者が「認知症症状への対応」に不安を感じる割合(要介護認定者調査)	26.2%	下げる	-		
認知症初期集中支援チームにおける医療・介護サービスにつながった者の割合(実績値)	72.7%	上げる	92.3%		

第8期の具体的な取組

- 認知症検診を実施し、早期診断・早期支援を推進する。
- 「認知症初期集中支援事業」について、必要な方がタイムリーに利用できるように普及啓発を強化する。
- 本人の活動を支援するため、本人ミーティング等の発信の場づくりを、共に考え伴走型支援を行う。
- 認知症予防講座の充実(冊子「もしも」を媒体にした認知症支援講座を、区民ひろばや町会等で実施等)
- 認知症の理解促進のため、認知症サポーターを養成し、「共生」社会を目指す。住宅関係者や商店街等職業団体等を対象とした職域型の認知症サポーターや、区内小中学生を対象とした認知症ジュニアサポーター養成等を実施する。
- 世界アルツハイマーデー等にて、認知症に関する理解促進や、相談窓口である高齢者総合相談センターを周知する。
- 認知症施策推進会議で、認知症の人の意見を把握し、認知症施策の企画・立案や施策の評価に反映させる。
- 専門職種が様々なガイドラインの主旨を踏まえた意思決定支援が実施できるよう、研修を開催する。
- 成年後見制度利用促進計画の策定、地域連携ネットワークの構築を進める。
- 高齢者虐待に適切に対応するため、専門相談事業を実施し、対応力の向上を図る。

評価指標

事業の対象	対象の指標	指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
		65歳以上高齢者(第8期介護保険事業計画高齢者人口の推移参照)1月1日時点	人	57,293 (R3.1.1)	目標	57,206	57,140	57,074
					実績	56,914		
					目標			
					実績			
事業の取組実績	活動指標	指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
		認知症サポーター養成者数(累積)	人	13,230	目標	15,000	16,000	17,000
					実績	15,619		
		高齢者総合相談センターにおける認知症相談件数	件	3,362	目標	3,500	3,750	4,000
					実績	3,798		
		認知症予防プログラム事業 延べ参加者数	人	102	目標	110	120	130
					実績	170		
		認知症初期集中支援チームにおける支援相談人数	人	30	目標	32	32	32
					実績	27		
		認知症カフェ箇所数	か所	18	目標	18	19	20
					実績	19		
		成年後見制度 中核機関の整備	-	検討中	目標	整備済み		
					実績	設置準備 (R4.4~設置)		
					目標			
			実績					
事業目標の達成状況	成果指標	指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
		高齢者の週1回以上のスポーツ実施率(ニーズ調査)	%	56.2	目標	56.7	56.8	60.0
					実績	81.5		
					目標			
					実績			
					目標			
			実績					

目標の評価方法

各施策指標、評価指標に則り評価する。また、近隣自治体や国・都の動向も必要に応じて加算要素とする。

変更経過

変更内容	理由

取組と目標に対する自己評価シート

3年度

4 認知症になっても安心して暮らせる地域づくり

前期(中間見直し)

●実施内容

- ①コロナ禍においても着実に認知症サポーター養成を推進するため、講演会のオンライン化を進め、628名養成した。
- ②認知症検診事業について医師会と協議を重ねた。12月に検診を開始するための契約や帳票準備、医師会への説明会等実施した。
- ③認知症の一因である難聴への新たな取り組みとして、ヒアリングフレイル講演会、ヒアリングアプリ講習会を実施した。また、フレイル対策センター及び地域区民ひろばで区民向けのヒアリングフレイルチェックを開始した。
- ④認知症初期集中支援事業では、円滑に動いているチームのチーム員会議をオンライン見学し、各チームの対応力の向上の機会を設けた。
- ⑤成年後見制度利用促進に資する条例、計画について、専門委員会を設置し検討。パブリックコメントを実施した。

●自己評価結果【○】

- ①感染防止のため、オンラインによる認知症サポーター養成講座を協力企業等に周知し、受講層が広がった。
- ②コロナ禍であるため検診医療機関数が少ない事が危惧されたが、予想を超える44病院が検診医療機関としての登録があり、伴走型支援について理解が深まった。
- ③区民及び医療保健福祉関係者へのヒアリングフレイルに対する普及啓発が図れた。これを契機として、聴こえに不安のある方が耳鼻咽喉科を受診したり、難聴による認知症リスクを知るきっかけとなった。アプリチェックにて語音聴取率60%未満の方が40%を占め、受診勧奨した。
- ④認知症初期集中支援事業の4年間のまとめを実施し、事業評価を行った。他チームのチーム員会議を見学する機会を設け、円滑なチーム員会議運営について学び合うことができた。連絡会において、チームに評価をフィードバックし、課題を共有することができた。
- ⑤成年後見制度利用促進に係る条例、計画案が策定され、第四回区議会上程に向け進めることができた。

●課題と対応策

【課題】

- ①コロナ禍でのオンライン利用による認知症サポーター養成講座の周知が進んでいない。また、認知症サポーター後のスキルアップ講座を受講した区民を、チームオレンジとしての活動に繋げるための「活動の場」が拡大されていない。
- ②認知症検診を先行実施している数か所の他自治体において受診率が1割程度であるため、検診の周知が課題である。
- ③ヒアリングフレイルの更なる普及啓発、ヒアリングフレイルチェックの更なる利用促進、チェック後の医療機関との連携を推進する。
- ④認知症初期集中支援事業のケース数が3年間ほぼ横ばいで推移しており、利用数の拡大が課題である。
- ⑤成年後見制度利用促進計画の施策の確実な実施に向け、中核機関の設置等検討を進めていく必要がある。

【対策(見直した対策など)】

- ①積極的な周知活動、実演、オンライン機器操作の支援等により、マイナスイメージを持っている利用者へのイメージ改善を図った。また、認知症支援者と介護予防支援者の繋ぎの活動の一環として、相互に普及啓発のリーフレットを配備した。チームオレンジについては、登録者を募りつつ、実施に向けて準備を進めている。
- ②認知症検診のお知らせの封筒及びご案内パンフレット等の送付物のデザインを刷新し、高齢者にも分かりやすいものを作成した。としまテレビにおいて普及啓発を行った。また、医師会と協力し、検診医療機関に対して説明会を実施した。
- ③広報としまによる広報活動、区民ひろば等へリーフレットを配備した。また、介護予防やフレイル講演会等でも積極的な広報活動を行った。
- ④認知症初期集中支援事業の利用の拡大においては、高齢者総合相談センターを毎月訪問し、勉強会及び個別相談に乗る中で、ケース数増加を目指した。
- ⑤成年後見制度に係る関係課、社会福祉協議会等関係部署による検討を進めた。

後期(実績評価)

●実施内容

- ①認知症サポーター養成講座を対面及びオンラインを活用し、区民ならびに企業等に対して開催し、1,291人養成した。
- ②認知症検診事業を実施し、70歳と75歳の区民4,910人に認知症の普及啓発のパンフレットを送付するとともに、送付した認知症チェックリスト20点以上の方に対しては医療機関での検診を実施し13の方が受診した。
- ③区民ひろばや介護予防センターでヒアリングフレイルチェックと聴こえに関する普及啓発を行い、計91回、延べ391名に実施した。
- ④認知症初期集中支援チーム員連絡会にて連携を促進すると共に、平成29年度からの3年間の実績をまとめを作成し共有した。
- ⑤豊島区成年後見制度利用促進条例が制定、施行。豊島区成年後見制度利用促進計画を策定した。

●自己評価結果【○】

- ①目標である累計15,000名が達成できた。コロナ禍で緊急事態宣言による影響等もあったが、オンライン開催や新規事業者の開拓など、次年度以降にも繋がる事業改善を図ることができた。
- ②初年度であり事業対象者(受診者数)が想定を下回った点が反省点であるが、大きなトラブルもなく事業を実施できた。
- ③計画とおり実施できた。また、本区の事業が全国紙を含む様々な媒体で取り上げられるなど、区民へも広く普及啓発できた。
- ④3年間のまとめを行い、事業に関する課題及び方向性を共有することができた。高齢者総合相談センター間で認知症対応力に差がある点は課題。
- ⑤成年後見制度利用促進に係る条例制定、計画策定がされ、令和4年度以降の取り組みが明確化した。

●課題と対応策

【課題】

- ①認知症サポーター養成講座受講者数の増加
- ②認知症検診事業対象者(受診者数)の増加及び検診後のフォロー体制の確立
- ③ヒアリングフレイルチェックの事業の効果検証、評価
- ④各高齢者総合相談センターの認知症に対する対応力の向上
- ⑤条例、計画の周知及び実効性を高め、適切に制度の運用を図っていくこと。

【対策】

- ①更なる認知症サポーター養成講座受講者の増加のため、令和4年度は区独自で、認知症サポーター養成講座の講師役であるキャラバンメイトを養成するための講座を実施し、事業実施体制を強化する。
- ②委託先である医師会とも協議し、実施年齢・期間の拡充、周知方法の強化を行う。
- ③ヒアリングチェック後のアンケートの集計及び、医療機関受診の対象者への追跡調査を検討する。
- ④認知症専門医相談等を活用し、各センターの認知症対応力の向上をはかる。
- ⑤福祉総務課を中心として関係各課、実施機関となる豊島区民社会福祉協議会との連携を図り、適切な運用のための体制構築を行う。

●「目指す姿」実現のための課題と対応策

認知症の人が住みやすい地域を実現するには、区民の更なる「認知症への理解促進」が必要不可欠である。そのために、特に認知症検診の普及啓発、受診者数の増加にむけた調整を行うとともに、各事業において、より効果的・効率的な事業運営を実施していく。

取組と目標に対する自己評価シート(フェイスシート)

施策

5 在宅医療・介護連携の推進

事業の内容

保健・医療・介護連携を強化し、地域包括ケアシステムを構築して、在宅療養を希望する区民が誰でも安心して在宅療養生活を送れる仕組みづくりを推進する。三師会(医師会・歯科医師会・薬剤師会)及び看護師会と連携して、次の取り組みを実施する。

(1)医療・介護従事者を中心とした多職種連携の推進、(2)在宅医療に関わるスタッフのスキルアップ、(3)在宅医療に関心・理解のある区民を増やす

現状と課題

現状

○豊島区では平成22年度(2010年度)より、学識経験者、豊島区医師会・歯科医師会・薬剤師会、訪問看護ステーション、リハビリテーションスタッフ、病院関係者、介護事業者、高齢者総合相談センター、区民、行政等で構成する「豊島区在宅医療連携推進会議」を設置している。平成27年度(2015年度)には、豊島区医師会の事業として多職種ネットワーク構築事業を開始し、医師会が主体となって多職種による在宅医療・介護連携を進めてきた。平成26年(2014年)介護保険法の改正により、在宅医療・介護連携推進事業は平成30年度(2018年度)から全ての区市町村で実施することとなっている。

○健康に関する意識調査(令和2年)では、かかりつけ医を持つ区民の割合は63.2%であり、44.4%の人が長期の療養が必要になった場合、自宅で療養生活を続けることを希望している。一方、それが実現可能と考える区民の割合は27.3%である。

課題

誰もが安心して在宅医療を受けられる環境を整備するとともに、かかりつけ医を持つことを推進する必要がある。在宅医療連携推進会議や専門部会、各種研修の開催により、医療・介護の連携強化やスキルアップといった体制整備に取り組む他、在宅療養に関する区民公開講座を開催し、在宅療養の理解を促進する必要がある。

目指す姿

○在宅療養を希望する区民を適切に支援できる医療・介護従事者により、顔の見える連携が推進され、区民の誰もが住み慣れた地域で安心して在宅医療を受けることができる都市を目指します。

施策指標

施策指標	現状	方向性	R3年度 (実績)	R4年度 (実績)	R5年度 (実績)
在宅療養を希望する区民の割合	44.4% (令和2年度)	上げる	-	-	-
在宅療養が実現可能と思う区民の割合	27.3% (令和2年度)	上げる	-	-	-

第8期の具体的な取組

○在宅医療に関する区民公開講座を開催し、在宅医療や、かかりつけ制度への理解を促進し、かかりつけ医・歯科医・薬局を持つことの普及啓発につなげる。

○また、三師会(医師会、歯科医師会、薬剤師会)及び看護師会と連携して、医療機関や介護関係者に対し、連携を強化するための多職種ネットワークへの登録の勧奨を行うほか、在宅医療に関する研修の充実を促す。

さらに、区民、医療機関、介護関係者からの在宅医療相談やコーディネート、在宅療養者からの歯科相談を行う。

評価指標

事業の対象	対象の指標	指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
		在宅医療を現在あるいは将来的に必要なとする可能性のある区民及びその家族	人	286,596	目標	-	-	-
				実績	283,595			
				実績				
				目標				
				実績				
事業の取組実績	活動指標	指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
		区民公開講座開催回数	回	3	目標	4	4	4
					実績	0		
		在宅医療コーディネーター研修開催回数	回	5	目標	5	5	5
					実績	5		
		専門職向け研修開催回数	回	5	目標	5	5	5
					実績	3		
		在宅医療相談窓口コーディネート数	件	1,772	目標	1,950	1,950	1,950
					実績	1,650		
		歯科相談窓口コーディネート数	件	182	目標	190	190	190
					実績	204		
		事業目標の達成状況	成果指標	指標	単位	現状		R3年度
かかりつけ医を持つ区民の割合	%			63.2	目標	-	63.7	-
					実績	-		-
「誰もが身近な場所で適切な医療サービスの提供を安心して受けられる」と思う区民の割合	%			46.3	目標	-	49.0	49.2
					実績	48.2		
豊島区医師会多職種ネットワークの登録機関数	機関			162	目標	180	190	200
					実績	165		
					目標			
			実績					

目標の評価方法

区民に関する指標は、企画課が毎年実施する「協働のまちづくりに関する区民意識調査」、主管課が約3年に一度実施する「健康に関する意識調査」で評価する。事業に関する指標は、主管課の統計データで評価する。

変更経過

変更内容	理由

取組と目標に対する自己評価シート

令和3年度

5 在宅医療・介護連携の推進

前期(中間見直し)

●実施内容

- (1) 医療・介護を中心とした多職種連携の推進⇒在宅医療連携推進会議及び各部会を開催している。具体的な多職種連携推進は、「豊島区地域医療・介護ネットワーク構築事業」で実施中。
- (2) 在宅医療にかかわるスタッフのスキルアップ⇒在宅医療コーディネーター研修を実施している。
- (3) 在宅医療に関心・理解のある区民を増やす⇒在宅医療・介護連携事業者システムをホームページで公開中。としまテレビに出演し、在宅医療相談窓口と歯科相談窓口の事業を周知した。

●自己評価結果【○】

- (1) 5/25第1回在宅医療連携推進会議、9/28第2回在宅医療連携推進会議を開催した。各包括圏域で「多職種連携の会」等を開催している。
- (2) 9/30第1回在宅医療コーディネーター研修を実施。1月末までに計5回を予定している。在宅医療連携推進会議の年間スケジュールに基づき、各部会を中心に研修を予定している。
- (3) 在宅療養に関する区民公開講座は後期に開催予定である。

●課題と対応策

【課題】

- (1) 各包括圏域で「多職種連携の会」をオンラインで実施することができるようになったが、各圏域でどのような事業を行っているのか共有していくことが望ましい。
- (2) 各専門職種と連携して更なる研修の充実を図るため、職員の質の向上が課題である。
在宅医療コーディネーター研修の参加者が低人数で推移している。
- (3) 在宅療養を望む区民に適切に在宅医療・介護を提供するには、選択の主体である区民がその重要性を理解することが不可欠である。各専門職と協議しながら、普及啓発に力を入れていく必要がある。

【対策(見直した対策など)】

- (1) 在宅医療連携推進会議は、オンラインでの開催が定着した。各部会でもオンライン開催を広めていく。多職種連携の取組の底上げを図るために、各包括圏域の報告会の実施を検討する。
医療・介護従事者に対し説明会や事業周知を継続し、ネットワークに参画する事業者を増やしていく。
- (2) 厚生労働省や東京都ほか各関係団体が主催する研修会等に職員も積極的に参加する。
- (3) 区内で在宅療養に関連する講演会や事業を行う団体に対して、後援名義を提供することにより、団体への広報活動支援を行い区民周知の機会を増やしていく。

後期(実績評価)

●実施内容

- (1) 医療・介護を中心とした多職種連携の推進⇒在宅医療連携推進会議及び各部会を開催した。
具体的な多職種連携推進は、「豊島区地域医療・介護ネットワーク構築事業」で実施した。
- (2) 在宅医療に関わるスタッフのスキルアップ⇒在宅医療コーディネーター研修、各部会で勉強会を実施した。
- (3) 在宅医療に理解ある区民を増やす⇒在宅医療・介護連携事業者システムをホームページで公開

●自己評価結果【○】

- (1) オンラインにより、在宅医療連携推進会議、各包括支援センター圏域で「多職種連携の会」等を開催した。医療・介護従事者の連携強化、ICTの普及と活用促進に寄与した。
- (2) 在宅医療コーディネーター研修を実施。訪問看護ST勉強会、訪問看護体験研修、交流会を実施。リハビリ講座、リハ体験研修の実施は、新型コロナウイルス感染症の影響もあって見送った。
- (3) 新型コロナウイルス感染症の影響により、予定していた区民公開講座を実施することができなかった。

●課題と対応策

【課題】

- (1) 豊島区医師会多職種ネットワークの登録件数が伸び悩んできている。
- (2) 新型コロナウイルス感染症の影響で、職場を往来する体験型の研修の実施が困難である。
在宅医療コーディネーター研修の参加者が低人数で推移している。
- (3) 区民公開講座は全てこの2年間で中止されたため、区民の講演会離れが想定される。

【対策】

- (1) 医療・介護従事者に対し説明会や事業周知を継続し、ネットワークに参画する事業者を増やしていく。
- (2) 体験型以外の研修を実施できるか、各部会と検討する。募集期間を長めに確保し、対象職種にピンポイントで参加を呼びかける。
- (3) オンライン開催の可否を関係機関と協議する。また、区民が不安なく講座に参加できるように、感染対策を実施する。

●「目指す姿」実現のための課題と対応策

在宅医療連携推進会議を基盤とした四師会(医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護師会)との連携により、在宅医療・介護連携体制は充実している。これに参画する医療・介護従事者を増やすことや、実際に療養生活をする区民が自身の意思で選択できるように、在宅療養やACP等の啓発を進めていく。

取組と目標に対する自己評価シート(フェイスシート)

施策

6 高齢者の住まいの充実(介護サービス基盤の整備)

事業の内容

高齢者が孤立することなく、地域の子育て世帯や若者たちとつながりをもって生活できる住環境を整え、高齢者の心身の状況に応じた多様な住まい方を支援するため、高齢者の住まいを充実します。

現状と課題

現状

- 高齢者世帯は、一人暮らしや夫婦二人暮らしの割合が高い。また、民営借家に住む一人暮らし高齢者の割合が高い。
- 一般高齢者、要支援・要介護認定者ともに、将来介護を受けたい場所は「自宅」が一番高く、次いで「介護施設」となっている。人生の最期を迎えたい場所として約4割の方が自宅を希望。
- 区内の特別養護老人ホームの待機者数は、令和2年6月末時点で521人(うち優先度の高い方は253人)。待機者のうち医療行為等が必要な方は60人。
- 高齢者人口は令和7(2025)年頃までほぼ横ばいの予測だが、後期高齢者人口については増加すると予測。また、要介護認定を受けた高齢者で認知症症状のある方は緩やかに増加して、今後20年間で約1,000人増加の見込み。

課題

- 支援を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らし続けられるよう、利用者のニーズを的確に把握し、それぞれの生活ニーズにあった「住まい」や「サービス」を重点的に整備していくことが求められる。
- 要介護となっても在宅での生活を可能な限り支えていくためには、地域包括ケアシステムとしての生活の基盤である「住まい」を確保し、安心して居住するための環境を整えるとともに、本人の心身機能の重度化への対応、家族介護者の負担軽減に資する多様かつ柔軟な介護サービスの提供が求められる。

目指す姿

- 心身、経済及び家族など、それぞれ異なる環境にある高齢者が住み慣れた地域で安心して、本人の状態が変化しても自分らしく暮らし続けることを目指します。
- 高齢者の様々な暮らし方を支える「住まい」や「サービス」が地域にバランスよく配置され、高齢者本人を取り巻く環境が変化しても、求めるサービス等が継続して提供されていることを目指します。

施策指標

施策指標	現状	方向性	R3年度 (実績)	R4年度 (実績)	R5年度 (実績)
特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)待機者数 (うち優先度の高い方・医療行為の必要な方)	521人 (253人・ 60人)	減少 (減少)	421人 (184人・ 58人)		
特別養護老人ホームの稼働率 (※)	90.8%	向上	91.5%		

※稼働率は、令和元年度の介護報酬に基づく延べ利用日数/定員数*年間日数で算出

第8期の具体的な取組

- (1)住み慣れた地域で安心して暮らすために多様な住まいの確保
認知症高齢者グループホームの整備、介護付有料老人ホームの整備推進、特別養護老人ホームのニーズ検証と整備検討、サービス付き高齢者向け住宅の整備誘導、介護医療院の転換支援・整備検討。
- (2)在宅生活の継続を支えるための環境整備
小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護・定期巡回随時対応型訪問介護看護の拠点整備、ショートステイのあり方の検討、住宅改修の促進、住宅確保が困難な高齢者への入居支援、福祉部門と住宅部門の連携。
- (3)住まいやサービス施設の機能向上
区内全域での地域密着型サービス整備、質の高い事業者の参入促進、質の高い施設整備のための誘導、独自報酬の導入、特定施設入居者生活介護の事前協議、施設間連携やケアマネジメント連携の強化、老朽化施設の改修や設備更新への支援、ICT技術の活用促進、介護人材の確保・定着・育成支援。

評価指標

事業の対象	対象の指標	指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度	
		65歳以上高齢者(第8期介護保険事業計画高齢者人口の推移参照)1月1日時点	人	57,293 (R3.1.1)	目標	57,206	57,140	57,074	
					実績	56,914			
		後期高齢者(第8期介護保険事業計画高齢者人口の推移参照)1月1日時点	人	29,585 (R3.1.1)	目標	30,926	31,548	32,170	
					実績	29,563			
					目標				
					実績				
事業の取組実績	活動指標	指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度	
		地域密着型サービス事業者公募	回	1	目標	1	1	1	
						実績	1		
		介護保険サービスの住宅改修	件	585	目標	672	672	696	
						実績	531		
		セーフティネット住宅における家賃低廉化補助件数	件	2	目標	5	8	11	
					実績	8			
事業目標の達成状況	成果指標	指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度	
		認知症高齢者グループホームの整備定員数(協議ベース)	人	157	目標	247	247	247	
						実績	193		
		介護付有料老人ホームの定員数(協議ベース)	人	326	目標	626	626	626	
						実績	326		
		小規模多機能型居宅介護の拠点数(協議ベース)	箇所	3	目標	6	6	6	
						実績	3		
		看護小規模多機能型居宅介護の拠点数(協議ベース)	箇所	0	目標	2	2	2	
						実績	1		
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護の拠点数(協議ベース)	箇所	3	目標	4	4	4	
				実績	3				

目標の評価方法

- 事業指標とした項目について成果指標として評価することを基本とする。
- 施設等の基盤整備には着手(協議)から完成(工事～開設)までに一定の時間を要するため、年度別の目標を定めず計画最終年度の目標値を設定する。実績には協議が整った時点で実績に計上する。
- 事業指標のほか、施策の取り組み状況の把握に寄与する項目については活動指標に計上する(目標値なし)。

変更経過

変更内容	理由
施策指標	R3年度実績を追加

取組と目標に対する自己評価シート

令和3年度

6 高齢者の住まいの充実(介護サービス基盤の整備)

前期(中間見直し)

●実施内容

- 区内全域を認知症高齢者グループホーム重点的緊急整備地域に指定。
- 地域密着型サービス事業者公募を実施。
- 認知症高齢者グループホーム(2ユニット・定員18人)について整備費補助を決定。
- 看護小規模多機能型居宅介護(1か所・登録定員25人、宿泊定員5人)について整備費補助を決定。
- 特定施設入居者生活介護の整備について事前相談にかかる意見書の取り扱い基準を決定、公表。
- ショートステイ床の特別養護老人ホーム床への転換方針の改定を受け、2床の転換を図った。

●自己評価結果【◎】

- 認知症高齢者グループホームの整備は、平成26年開設以来の約8年ぶりとなる。
- 看護小規模多機能型居宅介護は、区内初の整備となる。
- 今回はグループホーム及び看護小規模多機能が併設して整備されることから、サービス事業所に加え、地域拠点として期待される。
- 土地・建築費高騰など整備をとりまく環境が厳しい中、オーナー型整備という手法を活用し整備を推進した。

●課題と対応策

【課題】

- 認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護等については、引き続き整備を継続していく。今後はサービス提供に偏りが生じないように配慮する必要がある。
- 有料老人ホーム(特定施設入居者生活介護)の整備を推進する必要がある。
- 老朽化した施設の改修や設備更新に向けた支援について検討が必要。

【対策(見直した対策など)】

- 地域密着型サービスの募集にあたっては、日常生活圏域を考慮しながら整備推進を図る必要がある。(次年度の事業者募集に向け検討中)
- 施設改修や設備更新への費用助成について、国や都の補助制度の活用を検討。

後期(実績評価)

●実施内容

- 区内全域を認知症高齢者グループホーム重点的緊急整備地域に指定。
- 地域密着型サービス2施設(認知症高齢者グループホーム、看護小規模多機能)について工事着工。
- 既存施設の防災改修に対する経費補助を実施(1施設)

●自己評価結果【◎】

- 認知症高齢者グループホームの整備は、平成26年開設以来の約8年ぶりとなる。
- 看護小規模多機能型居宅介護は、区内初の整備となる。
- 今回はグループホーム及び看護小規模多機能が併設して整備されることから、サービス事業所に加え、地域拠点として期待される。
- 土地・建築費高騰など整備をとりまく環境が厳しい中、オーナー型整備という手法を活用し整備を推進した。

●課題と対応策

【課題】

- 認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護等については、引き続き整備を継続していく。今後はサービス提供に偏りが生じないように配慮する必要がある。
- 有料老人ホーム(特定施設入居者生活介護)の整備を推進する必要がある。
- 老朽化した施設の改修や設備更新に向けた支援について検討が必要。

【対策】

- 地域密着型サービスの募集にあたっては、日常生活圏域を考慮しながら整備推進を図る必要がある。(次年度の事業者募集に反映)
- 施設改修や設備更新への費用助成について、国や都の補助制度の活用実績を踏まえ、来年度も引き続き推進していく。

●「目指す姿」実現のための課題と対応策

- それぞれ異なる環境にある高齢者が、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう様々な種類の住まいが提供されることが望まれる。
- 利用者の状況等の分析を行いながら、効果の高い「住まい」や「サービス」が提供されるよう施設整備を推進する。

取組と目標に対する自己評価シート(フェイスシート)

施策

7 介護サービスの質の向上

事業の内容

○今後生産年齢人口の減少する中においても、自立支援・重度化防止に資する介護サービスが提供される体制を整えていくため、それを支える介護人材の確保・定着・育成に向けた支援や、介護現場における生産性の向上、業務の効率化など、介護現場の革新に向けた取り組みを進めていきます。

○第三者の目線で客観的にサービスを評価し、公表していくことで、利用者および家族の選択を支える取り組みを進めていきます。

現状

- 介護サービス事業者への支援策として、介護職員の資格取得・スキルアップ支援や管理者や経営者層に向けた研修を実施。
- リハビリテーションの提供体制については地域の実態や課題を把握する必要があり、本区と、全国、東京都を比較すると、通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションの利用率が低い状況。
- 利用者が介護サービス事業者を選択できるよう、第三者評価受審費用の助成や、ホームページで事業者検索システムを公表。また、介護施設に介護相談員が定期的に訪問し、利用者の声を拾い上げている。

課題

- 中小介護事業者が8割以上の豊島区においては、介護サービスの質の向上の取り組みや業務の効率化への取り組みを事業者単独で対応していくことは困難であり、区と事業者が連携して取り組みを実施していくことが必要。
- 要支援・要介護者が必要性に応じてリハビリテーションが利用できるよう、急性期・回復期のリハビリテーションから生活期リハビリテーションへ切れ目のないサービス提供体制の構築が求められている。
- 新型コロナウイルス感染症の感染予防対策など、新たな課題に直面する中、介護サービス利用者と家族を支える取り組みを支援していくことが必要。

目指す姿

○介護サービス利用者が過不足なく、質の高い介護サービスを受けることができる環境を整えることで、在宅生活の限界点を引き上げます。

○特に、介護の状態に応じたリハビリテーションが、計画的に提供されるよう体制を構築することで、生活の質の向上を目指します。

○介護事業者による生産性の向上や業務の効率化など、介護現場の革新に資する取組みを支援し、介護職員が利用者に向き合う時間を増やす取組みを進めます。

○福祉サービス第三者評価の積極的活用の支援や、介護事業における課題を考える場として、研修等の機会の充実を図り、上記取り組みへの支援を行います。

施策指標

施策指標	現状	方向性	R3年度 (実績)	R4年度 (実績)	R5年度 (実績)
65歳健康寿命(要介護度2)の延伸	男性 82.35歳 女性 85.56歳	伸ばす	男性 82.70歳 女性 86.08歳	最新が令和2年度の数値	
訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションの利用率 (「見える化」システム、リハビリテーション指標D39-d、D39-g)	訪問リハ 1.56% 通所リハ 3.16%	上げる	訪問リハ 1.84% 通所リハ 3.46%		

第8期の具体的な取組

(1) 介護人材の確保・定着・育成に向けた支援

介護職員資格取得研修費の助成、介護サービス事業者への研修の実施、将来の担い手に向けた普及啓発

(2) 介護現場における業務の効率化に向けた取り組み

ICT化の促進、文書量の削減・簡素化の実施、情報サイトの普及啓発

(3) 介護サービス利用者の選択を支える取り組み

第三者評価受審に係る費用助成、介護相談員事業の実施、事業者検索システムのリニューアル

評価指標

事業の対象	対象の指標	指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度	
		介護サービス事業所数	事業所	353	目標	350	350	350	
					実績	355			
		サービス利用の被保険者数(3月末時点)	人	8,398	目標	8,718	8,926	9,117	
					実績	8,649			
					目標				
					実績				
事業の取組実績	活動指標	指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度	
		介護の資格取得費用助成の実施件数	件	31	目標	35	40	50	
						実績	45		
		介護のお仕事パンフレットの配布部数	部	850	目標	850	850	1,000	
						実績	1,500		
		介護相談員訪問回数	回	83	目標	30	60	100	
						実績	0		
		事業者検索システムアクセス数(区内介護事業者向け/月平均)	件	6,900	目標	6,900	7,000	7,100	
						実績	6,973		
		事業者検索システムアクセス数(一般向け/月平均)	件	1,600	目標	1,600	1,700	1,800	
						実績	1,662		
		事業目標の達成状況	成果指標	指標	単位	現状		R3年度	R4年度
居宅介護支援事業所および地域密着型サービス事業所におけるLIFE等に対応した介護ソフトの導入割合	%			0	目標	20	60	80	
						実績	24		
指定地域密着型サービス事業所における第三者評価受審割合	%			13	目標	25	45	65	
						実績	38		
						目標			
				実績					
				目標					
				実績					

目標の評価方法

それぞれの目標について、年度末の実績について、評価する。

変更経過

変更内容	理由
事業者検索システムアクセス数	令和2年度に事業者検索システムのリニューアルを行い、区内事業者向けと一般向けの2つに分けて目標設定するため。

取組と目標に対する自己評価シート

令和3年度

7 介護サービスの質の向上

前期(中間見直し)

●実施内容

- 初任者研修7件、実務者研修11件、介護福祉士受験費用助成4件
- 介護サービス事業者に対して、研修の実施
- 12月の事業者検索システムのリニューアルに合わせて、事業所向け情報サイトを、HPに開設
- 介護のお仕事パンフレットについては、区内事業所に周知し、インタビュー記事を掲載、内容を拡充する。
- 福祉サービス第三者評価に係る費用助成申請件数26件
- 介護相談員の訪問は新型コロナウイルス感染症の影響を受け未実施

●自己評価結果【○】

- 研修費用助成、介護サービス事業者向け研修の開催、介護の仕事普及啓発パンフレットについて、計画通りに進めている。
- 福祉サービス第三者評価に係る費用助成は継続して実施しており、申請件数は増加傾向にある。
- 介護相談員の訪問は新型コロナウイルス感染症の影響を受け未実施

●課題と対応策

【課題】

- 科学的介護情報システム「LIFE」について研修を実施したが、介護サービス事業所における理解と普及はまだ不十分である。
- 区と介護相談員で介護施設の現状について情報共有を図る必要がある。
- 国が義務付けている認知症グループホームの外部評価の受審について、福祉サービス第三者評価以外に、令和3年度から運営推進会議を活用した外部評価の受審も選択できるようになったため、他の地域密着型サービスにおける第三者評価の位置づけについて検討する必要がある。

【対策(見直した対策など)】

- LIFEの活用については、今後も複数回の研修を開催し、事業者の理解を促していく。
- 介護相談員連絡会を開催し、介護施設の現状等について共有した。

後期(実績評価)

●実施内容

- 初任者研修8件、実務者研修24件、介護福祉士受験費用助成1件
- 介護サービス事業者に対して、研修を5回実施
- 事業者情報検索システムのリニューアル及び区HPの事業者向け情報ページの開設
- 福祉サービス第三者評価に係る費用助成交付件数26件
- 介護保険事業者連絡会を3回開催し、事業者への情報提供を実施した。

●自己評価結果【○】

- 研修等の費用助成については、概ね計画どおりの実績となった。
- 区HPの事業者向け情報ページを改訂し、各種申請様式の掲載等、情報の充実と利便性の向上を図った。
- 福祉サービス第三者評価に係る費用助成は、前年度上回る交付件数であった。
- 介護保険事業者連絡会は、新型コロナウイルス感染症対策としてオンライン(Zoom)で開催するとともに、当日の映像を後日HP上で掲載し、多くの事業所が参加できるよう配慮した。

●課題と対応策

【課題】

- 科学的介護情報システム「LIFE」については令和3年度に2回研修で取り上げたが、介護サービス事業所におけるLIFEへの情報提供件数は思うように伸びていない。
- 福祉サービス第三者評価を、運営推進会議を活用した外部評価に代えることができる旨の地域密着型サービスの指定に付する条件の改正を行ったことで、第三者評価の受診率の低下が懸念される。

【対策】

- 引き続き研修等で理解を促していくとともに、国等からのLIFEに関する情報等の迅速な提供を行う。
- 第三者評価の費用助成は継続して実施するとともに、介護保険事業者連絡会等で、第三者評価の受審勧奨を行っていく。

●「目指す姿」実現のための課題と対応策

○新型コロナウイルス感染症の影響が長期化しており、介護サービスの質の向上を担保するうえで必要な事業の実施に多大な影響をもたらしている。各事業においてオンライン等、感染拡大防止に資する手段で実施しているが、介護相談員事業については実施困難な状況にある。今後の感染状況を踏まえ、事業実施の在り方や、再開時期等の検討をする必要がある。

○リハビリテーションの利用についても、新型コロナウイルス感染症の影響により、利用を控えている状況から通所リハビリテーションの利用率は低くなっている。訪問リハビリテーションの利用率(1.84%)は東京都平均(1.67%)を上回り全国平均(1.93%)に迫る割合となっているが、要介護度別に見ると、要支援で高く、要介護で低い状況となっている。今後は介護の状態に応じたリハビリテーションの提供がさらに求められ、その担い手となる専門職(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)の確保が課題となってくる。また、生活期リハビリテーションの充実には、引き続き居宅介護支援事業者をはじめとした、介護事業者への継続的な説明と研修の実施が必要である。

取組と目標に対する自己評価シート(フェイスシート)

施策

8 給付適正化の取組み(第5期介護給付適正化計画)

事業の内容

介護サービスに対するニーズの増加が見込まれる中、介護保険制度への信頼性を確保していくには、高齢者の自立した日常生活のために必要な質の高いサービスを提供していくと同時に、財源と人材をより効果的・効率的に活用していくことが重要です。

豊島区では、第5期給付適正化計画として、介護給付適正化に向けて着実に実施することとされている主要5事業(①要介護認定の適正化、②ケアプラン点検、③住宅改修等点検、④縦覧点検・医療情報との突合、⑤給付費通知)を実施するとともに、それ以外の適正化に資する取組みとして、⑥給付実績の活用や⑦実地指導を実施し、介護給付の適正化を進めていきます。

現状と課題

現状

- 要介護認定の適正化では、全国一律の基準に基づいた要介護認定が実施されるようにしていく。
- ケアプラン点検は、実地指導の一環として、または、ケアプラン点検単独で実施しケアプランの適正化を図っている。
- 住宅改修等点検では、新型コロナウイルス感染拡大の影響により、介護サービス利用者宅の訪問が行えず、改修内容に疑義が生じたものも、介護サービス利用者の状態や改修内容について聞き取り確認等を行うのみにとどまっている。
- 縦覧点検・医療費突合では、毎月国保連から提供される情報を、計画に基づき実施。
- 給付費通知は、年2回給付費通知を発送。

課題

- 合議体間の平準化を進める必要がある。また、認定調査員のスキル向上が課題である。
- 継続的な実地指導及びケアプラン点検によりケアプランに対する指摘事項は減少したが、引き続きアセスメントの質の向上が課題である。
- 住宅改修等点検では、今後の新型コロナウイルス感染状況等を踏まえ、訪問調査の再開について検討することが必要である。
- 縦覧点検・医療費突合では、更なる点検の質の向上及び効率化を図ることが課題である。

目指す姿

○介護サービスを必要とする方を適切に認定し、真に必要な過不足のないサービスを指定介護サービス事業所等がルールに従って適切に提供を促すことで、適切なサービスの提供の確保と、介護給付の適正化を推進します。

○自立支援・重度化防止という介護保険の理念を保持し、制度の持続可能性を確保するため、この取組みを「第5期介護給付適正化計画」として位置づけ、主体的・積極的に取り組んでいきます。

施策指標

施策指標	現状	方向性	R3年度 (実績)	R4年度 (実績)	R5年度 (実績)
平均重度化率(都平均との差の縮小)	都平均より1.1%高い (令和元年度)	都平均 に 近づける	△0.8%		
ケアプラン点検の実施件数	171件	拡大	34		

第8期の具体的な取組

○要介護認定の適正化では、合議体間の差を縮小し、平準化を目指す。また、認定調査員研修を充実させ、現任研修は参加率100%を目指す。

○ケアプラン点検の意義をケアマネジャーと共有し、点検を通じて利用者の自立支援に資するケアプランとなるようケアマネジメントの質の向上を図る。

○住宅改修等点検では、利用者の心身の状況、住宅の状況に合わせた改修が行われるよう、事業者に普及啓発を図る。

○縦覧点検・医療費突合では、事業者への照会・確認から過誤処理までの一連の業務を実施するとともに、より効果的な点検手法について情報を収集し、点検内容の拡充を図る。

○給付費通知は、継続して、年2回給付費通知を発送する。

評価指標

事業の 対象	対象の 指標	指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
		サービス利用の被保険者数(3月末時点)	人	8,398	推計	8,718	8,926	9,117
				実績	8,509			
		指定居宅介護支援事業所	箇所	83	推計	80	80	80
					実績	79		
					推計			
					実績			
事業の 取組 実績	活動 指標	指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
		ケアプラン点検の実施件数	件	171 (令和元年度実績)	目標	100	250	250
					実績	34		
		住宅改修・特定福祉用具購入申請時の点検件数	件	1,570	目標	1,500	1,500	1,500
					実績	1,414		
		住宅改修・特定福祉用具購入に関する現地調査件数	件	9	目標	2	10	10
					実績	2		
		医療情報との突合・縦覧点検件数	件	1,577	目標	1,600	1,600	1,600
					実績	1,199		
		ヒアリングシートの送付件数	件	20	目標	20	25	30
			実績	32				
事業 目標の 達成 状況	成果 指標	指標	単位	現状		R3年度	R4年度	R5年度
		合議体の平均重度変更率	%	15.8	目標	15.6	15.3	15.0
					実績	13.2		
		合議体の平均軽度変更率	%	2.1	目標	2.0	1.9	1.8
					実績	1.0		
		認定調査員現任研修参加率	%	94.1	目標	100.0	100.00	100.00
					実績	90.7		
		申請から認定までの日数	日	35.7	目標	35.5	35.3	35.0
			実績	36.3				

目標の評価方法

活動指標については、主に主要5事業の取組件数を把握し、評価することとした。
 成果目標としては、利用者に対する適切な介護サービスの確保、不適切な給付の削減を行うことが成果となるが、直接図ることができる指標の作成は困難なため、上記の指標を目標として設定した。

変更経過

変更内容	理由

取組と目標に対する自己評価シート

令和3年度

8 給付適正化の取組み(第5期介護給付適正化計画)

前期(中間見直し)

●実施内容

- ①事例検討会・合議体長の会実施。認定調査員新規研修及び現任研修を実施。
- ②ケアプラン点検10件
- ③住宅改修、福祉用具ともに訪問調査実施なし。新型コロナウイルス感染予防のため、郵送による手続きも可とし、電話による聞き取り審査を行った。
- ④縦覧点検等420件、過誤件数1件 ⑤給付費通知4,000通 ⑥ヒアリングシート作成・送付11件
- ⑦新型コロナウイルス感染症の影響を受け未実施

●自己評価結果【○】

- ①事例検討会、長の会にて審査会におけるがん末期等の審査判定の考え方を再確認した。コロナ禍に対応するため、認定調査員新規研修の内容見直し、オンラインによる現任研修を実施した。
- ②実地指導と一体的に実施できず、単独実施の10件に留まった。
- ③福祉用具については、窓口受付整理票の見直しを行い、業務の効率化を図った。
- ④点検の拡充が図れている。⑤計画通りの実施ができています。⑥当初の計画通り実施した。
- ⑦新型コロナウイルス感染症の影響を受け未実施

●課題と対応策

【課題】

- ①電話でのオンライン審査会のため、委員間の情報共有や活発な議論になかなか繋がらない。オンラインによる調査員研修のため、受講者同士のコミュニケーションが取りづらい。
- ②区と事業所におけるケアプラン点検実施の意義の共有
- ③適正な給付のための受付職員・担当職員のスキルアップ
- ④縦覧点検の質の向上及び効率化
- ⑥実施回数増に向けた作業手順の効率化
- ⑦新型コロナウイルス感染症対策を踏まえた実地指導の実施の検討

【対策(見直した対策など)】

- ①感染対策を徹底した上での対面による審査会。顔が見えるよう、PCを利用したオンライン審査会の検討。調査員研修受講者から事前に意見収集し研修で情報発信することで、調査員同士の情報共有を図った。
- ②事業所連絡会において事業所に対しケアプラン点検について周知し、実施する意義を共有した。
- ③マニュアルや凡例等を整理し、職員間で情報を共有することでスキルアップを図った。
- ④縦覧点検・医療費突合のマニュアルをより充実・共有化させ、係全体での理解度の向上を図った。
- ⑥実施回数増に向けた作業手順の効率化のため、独自システムの利用方法について検討を行った。
- ⑦感染予防対策、指導の短時間化を検討し、11月から開始の想定で計画を立てた。

後期(実績評価)

●実施内容

- ①審査会全委員に対し、審査判定手順について書面にて再周知した。認定調査員eラーニング全国テストの受講。
- ②ケアプラン点検34件(前期10件を含む)
- ③住宅改修訪問調査2件、福祉用具訪問調査なし
- ④縦覧点検等1,440件、過誤件数23件 ⑤給付費通知8,000通 ⑥ヒアリングシート作成・送付32件
- ⑦実地指導実施11件

●自己評価結果【○】

- ①審査会の手順について改めて再確認することで、平準化の重要性を認識することができた。eラーニングの受講について、全調査員に繰り返し受講の案内をすることで、受講率100%を目指した。
- ②実地指導と一体として14件、単独20件実施。
- ③申請内容に疑義のあるものは、訪問による現地調査を実施した。感染対策のため必要に応じて書面や電話等による聞き取りにより点検を行った。
- ④点検の拡充が図れている。⑤⑥当初の計画通り実施。
- ⑦感染予防対策、指導の短時間化により、11件の実地指導が実施できた。

●課題と対応策

【課題】

- ①Zoomによるオンライン審査会を開催していく。また、平準化に向け、委員の更なる意識向上を図る。認定調査員eラーニングのさらなる活用。
- ②区と事業所におけるケアプラン点検実施の意義の共有
- ③保険給付の対象とならない工事と一体的に行われる住宅改修の保険適用となる工事内容の抽出方法の適正化 ④縦覧点検の質の向上及び効率化
- ⑤被保険者向けの通知及びQ&Aの改良
- ⑥実施回数増に向けた作業手順の効率化
- ⑦感染症対策を踏まえた実地指導の実施の検討

【対策】

- ①事前アンケートをもとに、Zoom活用可能な合議体から審査会を実施し、Zoom審査会を基本としていく。弱点問題集等を利用し、受講状況を定期的に管理しながら、調査員研修に活用する。
- ②介護保険課事業者連絡会において事業所に対しケアプラン点検について周知し、実施する意義を共有した。
- ③工事内容の基本となる理由書を作成する介護支援員への周知徹底④前年度担当者からの研修を通じ、係全体の理解度を上げていく。
- ⑤係内で通知及びQ&Aの改良に向けて検討を行い、改善を図る。
- ⑥実施回数の増に向け、固定テーマで対象者を増やす、または特定の対象者を経年で追う等の方法により、効率化を図れないか検討を行った。
- ⑦感染症予防・感染症対策、指導短時間化ほか、点検項目簡素化等の検討を行い、より効率的な指導を図る。

●「目指す姿」実現のための課題と対応策

- ①重度変更率の都平均との差は縮小しているが、合議体間の平準化を進めるために定期的にデータ等を示していく。
- ②ケアプラン点検の意義を引き続き事業所と共有しつつ実施件数を拡大していく。
- ③④点検の質の向上及び効率化を進めるため作業手順やマニュアルを継続的に見直す。
- ⑦感染症対策を踏まえた実地指導の実施件数を拡大していく。