

第7回豊島区介護保険事業計画推進会議資料に関するご意見・ご要望等について

資料番号	ページ	ご意見・ご要望等	回答	所管
1 全体	全体	第8期介護保険事業計画をみると、段落冒頭、文頭が一文字下がっています。今回の素案では、文頭から記載があります。 一文字下げないのでしょうか。 豊島区の公的な文書全体の方針転換でしょうか。	区として文書全体の方針転換等ではございません。 第8期の記載と同様に文章冒頭部分、改行時については原則1字下げで体裁を整えます。	介護保険課
2 資料1	P32・33	日常生活圏域の変更が8圏域となりますが、職員体制は、どのようになりますか。	職員体制については現状の体制を維持する予定です。既に地域包括支援センターは8つの圏域で運営しており、また、第二層生活支援コーディネーターについても8つの圏域に分けて活動をしています。	高齢者福祉課
3 資料1	P43	タイトルの2行下に「圏域別にみると、～では3.1%であるのに対し、南部第2圏域(豊島区医師会)では7.6%と倍以上の差があります。」との記述は、表を見ながら丁寧に読むと容易にわかるのですが、タイトルから類推して、南部第2圏域が外出頻度が高く良いのかと一瞬誤って理解しそうになりました。このため、より明瞭にするため、以下の修正案をご検討ください。修正案1「圏域別にみると、～では3.1%であるのに対し、南部第2圏域(豊島区医師会)では7.6%と外出頻度が少ない人の割合が最も高い。」、修正案1-2「～最も高く注意を要する。」とするとより明瞭ですが他の項目との書きぶりの統一もあるかと思しますのでご検討ください。修正案2は修正案1の「～では3.1%であるのに対し、」は、比較する必要性が高くないのであれば、削除した方がより明瞭で解りやすくなると思いますが、いかがでしょうか？	ご意見を参考に、誤解を招かないよう、分かりやすい表現に変更させていただきます。	介護保険課
4 資料1	P50	「専門職向け研修開催回数」が令和4年度6回となっております。どのような専門職に向けての研修であったか、ご教示ください。	リハビリテーション職向けの訪問リハ体験研修、看護職向けの訪問看護体験研修、ケアマネジャー向けの在宅医療コーディネーター研修、全職種向けの研修・勉強会(臨床倫理、認知症の方への食支援、リハ事業所紹介)を実施いたしました。	地域保健課
5 資料1	P51	「介護相談員訪問回数」が0回となっております。どのような施策であったかと、実績値が0回の理由についてご説明をお願いします。	介護相談員事業については、有償ボランティアの介護相談員が、区内の特別養護老人ホームを訪問し、サービス状況の把握及び日常のコミュニケーションを通じて利用者や家族からの相談・苦情を受け、必要に応じて施設に解決を働きかける施策となっています。 令和2年2月以降の新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、感染抵抗力の低い高齢者が居住するすべての特別養護老人ホームでは面会制限等厳戒態勢であったこと、及び有償ボランティアの介護相談員自身の感染症に対する安全を考慮して、相談員連絡会での合意をもって訪問活動を当面休止としていたため、令和4年度までの実績値は0回となっています。 令和5年5月の新型コロナ5類移行後、介護相談員と介護保険課職員で区内特養10施設をテスト訪問しつつ事業再開に向け調整中ですが、現在も施設での新型コロナウイルスでのクラスター発生が頻出している状況もあって、訪問活動の本稼働は次年度以降となる見込みです。	介護保険課

資料番号	ページ	ご意見・ご要望等	回答	所管
6 資料1	P65	<p>左欄の上から8行目に「地域ささえあいの仕組みづくり協議会」とありますが、どのような組織でしょうか。 また、どのような活動をしているのでしょうか。 「地域ささえあい」が非常に大切だと痛感しての質問です。 委員として関わらせていただく中で、行政の高齢者施策がこんなにきめ細かく網羅的になされていることに感動しました。 80歳になる母が来年にはこちらに来て同居する予定なので、介護は喫緊の課題です。 豊島区に対する信頼は増したと言っていると思います。 一方で、わたしが住んでいる(母と同居することになる)マンションは3LDK、2LDK、1Lが混在していて、一人暮らしの人もいます。住民同士、ほとんど関わりがなく、寂しく思っていますが、都会のマンションなどこんなものかなと諦めて20年近くになります。</p> <p>しかし、超高齢社会では、行政の施策(縦)と住民同士の横のつながりが大切であると、あらためて痛感しています。 本事業計画におかれましては、この横のほうを重点的になされるよう区民として希望します。 67ページ左欄の(1)に「多種多様な業者」と協力して・・・と書かれていますが、業者よりも住民への働きかけが大事ではないでしょうか。そのためには、たとえば75ページ左欄(1)に書かれている認知種サポーターの啓発活動として、既存の区の拠点だけでなく、民間のお店も巻き込んではどうでしょうか。人の出入りが多いという点で飲食店がベストだと思いますが、難しいようなら個人営業の小売店などにポスターを貼らせていただくとか。 思いつきのような提案であり、もっと良い方法があるかと思えます。 いずれにしても区民の意識を、若い人にも他人事ではなく自分事として捉えてもらえるような明るくポップな取り組みもあればと思います。</p>	<p>ささえあいの仕組みづくり協議会は、地域で活躍する高齢者クラブ、民生児童委員、商店会、区民ひろば、銭湯、信用金庫、介護事業所の代表が委員となり地域で課題となることを話し合い課題解決への話し合いや生活支援コーディネータなどへの助言等を行う協議会です。年間3回の協議会を通し、地域情報の集約システムの構築、移動支援でベンチを置く活動、スマホ相談ができるマップつきパンフレット作成などの成果が上がっております。</p> <p>認知症サポーター養成講座は、令和4年度では約7割が民間団体への実施です。金融業などの企業や、大学等の教育機関でも実績があります。実施方法も、対面以外にオンラインやハイブリット開催も実施しています。ご指摘の通り、他人事ではなく自分事として多くの方に受講していただけるよう今後も周知を工夫して行きたいと思えます。</p>	高齢者福祉課

資料番号	ページ	ご意見・ご要望等	回答	所管
7 資料1	P70・71	「高齢者総合相談センターの機能強化」とあり、業務体制の確保と人材育成が重要との記載があります。 相談件数が増えている中、業務の見直しや効率化が図られるかと思いますが、人員の増員も必要と考えます。そのような検討はなされているでしょうか。	ご質問ありがとうございます。人員増に係る委託料増につきましては令和元・3年度に行い、委託に係る人件費増に当てていただくよう委託先には伝えていただいております。しかし、人員募集に対し応募が少ない現状について委託先法人から伺っているところでもあります。高齢者総合相談センターの相談件数・相談内容や地域ケア個別会議から抽出された地域課題等から、センター職員に求められる専門性や役割は多岐にわたり、現在の人員体制での運営の難しさも理解した上で、人員の増員についても検討しているところです。今後は、高齢者独居率や高齢化率、認知症関連の相談増、地域資源が乏しい等、高齢者総合相談センターの相談機能を強化する優先度を踏まえ、検討してまいります。	高齢者福祉課
8 資料1	P82・83	①在宅医療連携推進会議の構成の中に、リハビリテーション専門職が入っていません。地域医療関係者に含まれるのでしょうか。それとも含まれていないのでしょうか。	リハビリテーション職は地域医療関係者として在宅医療連携推進会議の構成員に含まれていますが、読み手にわかりやすくするために、構成職種に「リハビリテーション職(理学療法士)」と追記いたします。	地域保健課
9 資料1	P97	通所リハビリテーション事業所が令和3年から4年にかけて2事業所減少しています。もし要因をご存知でしたらご説明ください。	通所リハビリテーションを「みなし指定」で行っていた2か所の医療機関が、当該サービスの提供を終了したことによる減少です。東京都への届出であり、終了の理由等については把握しておりません。	介護保険課
10 資料1	P100	計画比をみると、令和4年度「訪問リハビリテーション」79.9%に対し、「訪問看護」は112.9%です。 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の訪問が訪問看護からも実施されていますが、実測値の中でこれらリハビリテーション専門職の割合はどの程度か、ご教示ください。 「訪問看護」は主治医からの指示書で実施可能ですが、「訪問リハビリテーション」はリハ職の所属している施設の医師の対応も必要になります。このため、「訪問看護」でのリハ職の訪問を選ばれる場合もあります。	最新の給付実績である令和5年7月請求を分析したところ、訪問看護の請求単位は予防も含め2,281,501単位で、そのうち、リハビリテーション専門職によるリハビリ中心の訪問看護の請求単位は287,981単位となっており、全体の約12.6%となっています。 なお、参考までに、前年同月の請求単位は予防も含め2,157,034単位で、そのうち、リハビリテーション専門職によるリハビリ中心の訪問看護の請求単位は269,811単位となっており、全体の約12.5%。 前年同月比で、全体の請求単位は124,467単位の増、リハ中心の請求単位は18,170単位の増となっています。	介護保険課
11 資料1	P103	「認知症サポーター活動推進・地域づくり推進事業」の実績が0である理由をご説明ください。	当該事業はチームオレンジコーディネーターを配置し、チームオレンジの支援を行う事業です。 第8期計画策定時の令和2年度時点で増員を計画しておりましたが、認知症地域支援推進員を令和2年度に配置したばかりでもあり、一旦見送りを行いました。 なお、現在、チームオレンジの支援については認知症地域支援推進員が担っていることから、「認知症サポーター活動推進・地域づくり推進事業」としては実績がゼロとなっています。	高齢者福祉課
12 資料1	P109	民生委員は、災害時のマップづくりをいたします。介護サービスを受けている方についての安否確認は事業者がして頂けることでよろしいでしょうか。	災害発生時、介護サービス利用者の安否確認については、サービス提供事業所が優先して実施することになります。 ただし、事業所による安否確認の実施が難しい場合や、一定時間経過後に安否確認ができていない避難行動要支援者が存在する場合は、最寄りの救援センターや区の職員で安否確認を実施することになります。	介護保険課

	資料番号	ページ	ご意見・ご要望等	回答	所管
13	資料1 資料2	P17(資料1) P3(資料2)	資料1の該当箇所では「介護度別では要支援1・2の軽度認定率が高く」とありますが、資料2の該当箇所では「また、認定者数のうち要支援者数が減少しているため、介護予防給付費は計画値を大きく下回りました。」とあります。認定者数は減少しているけれども、第1号被保険者の割合としては高い、という解釈でよいでしょうか。これをどのように解釈すべきか、ご教示ください。	要支援1・2の認定者の実数は計画期間中減少したため、資料2の分析では原因として記載しております。 一方、資料1における記載については、要支援1・2の調整済み認定率が、全国平均・東京都平均と比べ高くなっている旨を記載した内容となっています。 委員ご指摘のとおり、要支援1・2の認定者数は減少しているけれども、第1号被保険者からみる要支援1・2の認定率の割合としては国や都と比較して高くなっているという解釈となります。	介護保険課