会議録(要旨)

附属機関又は 会議体の名称		令和8年度第10期第6回豊島区介護保険事業計画推進会議
事務局(担当課)		福祉部　介護保険課
開催日時		令和8年9月29日(火)　午後6時30分～午後8時30分
開催場所		豊島区役所本庁舎5階　507, 508, 509, 510会議室
議題		1. 開会 2. 議事 （1）豊島区高齢者福祉計画・第10期介護保険事業計画の素案について （2）特別養護老人ホームの待機状況について （3）第9期介護保険事業計画実績および給付費の分析について
公開の 可否	会議	公開　傍聴者1名
	会議録	公開
出席者	委員	宮崎　牧子、長倉　真寿美、知脇　希、植木　隆司、嵯峨　英雄、吉田　裕志、 田﨑　崇、厚美　道子、小林　純子、外山　克己、松田　和江、三苫　正輝、 齋藤　隆弘、柴﨑　裕太
	事務局	福祉部長、福祉総務課長、くらし・居住支援課長、高齢者福祉課長、介護保険課長、地域保険課長、障害福祉課長、生活福祉課長、健康推進課長、福祉総務課施設整備グループ係長、くらし・居住支援課居住支援グループ係長、高齢者福祉課管理グループ係長、高齢者福祉課地域ケアグループ係長、高齢者福祉課包括支援グループ係長、高齢者福祉課介護予防・認知症対策グループ係長、高齢者福祉課総合事業グループ係長、地域保健課保健施策推進グループ係長、介護保険課各グループ係長、管理グループ

1．開会

2．議事

会長：定刻となったので、第 10 期第 6 回豊島区介護保険事業計画推進会議を開催する。本日、傍聴を希望する方がいるため、傍聴について諮る。傍聴を認めてよろしいか。

（同意の声）

会長：傍聴を認める。はじめに、第 5 回豊島区介護保険事業計画推進会議にて委員よりいただいた意見質問票の回答について、事務局より説明をお願いする。

【介護保険課長より、「第 5 回豊島区介護保険事業計画推進会議に関する意見・質問に対する回答」について説明】

会長：続いて議事に入る、最初の議題「豊島区高齢者福祉計画第 10 期介護保険事業計画の素案について」事務局より説明をお願いする。

【各担当課長より、資料 1-1，資料 1-2 について説明】

会長：ただいまの説明内容について、質問や意見があればお願いする。

委員：第 3 章の 37 ページ、施策 5-1-(2)「切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築」について、在宅医療の部分はかなり踏み込んで書かれていると思うが、在宅介護についても、例えば事業者との連携等について、もう少し書いていただきたい。また、 ICT の活用についても、入退院支援のところだけではなく、実際に在宅医療や在宅介護を受ける際も、事業者及び家族本人等の情報共有が必要だと思うので、そこについてももう少し書いていただきたい。次に、第 3 章の 27 ページ、施策 4「共生社会に向けた認知症施策の推進」の目指す姿について、「全ての認知症のある人が、基本的人権を享有する」と書いてあるが、これは「享受」ではないかと思う。

地域保健課長：「切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築」であるため、介護事業者も文言に入れるようにする。また、 ICT について、現在も MCS を使って介護事業者、病院関係者とケースの日常の療養支援のところで情報交換を行っているため、そこの書き方を検討したい。

委員：第 3 章の 32 ページ、施策 4-1-（3）①「認知症のある人の社会参加の場の創出」について、社会参加促進コーディネーターとあるが、どのような形で、どのような方をコーディネートしているかなど、具体的な内容を知りたい。二点目に、38 ページの施策 5-1-（4）①「医療・介護資源の公開」について、三師会のホームページで公開しているとあ

るが、看護師会も追加していただきたい。三点目に、41 ページの施策 6-1-（1）②「地域密着型サービスの整備支援」について、「特定施設は、近隣自治体の整備状況を踏まえ、定員総数 800 名を計画値とします」とあるが、これは看護小規模多機能型居宅介護が豊島区は一箇所しかないため、他区で広域利用ができるということも踏まえたことなのか教えていただきたい。

高齢者福祉課介護予防・認知症対策係長: まず、施策 4「認知症のある人の社会参加支援」の社会参加促進コーディネーターについて回答する。社会参加促進コーディネーターは、本年度から初めて設置された役割であり、社会福祉関係者の中で認知症に対する一定の研修を受けた方を対象に、現在 5 名程度を選出中である。第 3 章の 33 ページのコラムに掲載しているとおり、これまでも認知症のある方が、地域の公園整備の手伝いなど、趣味活動と地域貢献を兼ねた活動を行ってきた実績がある。しかし、認知症のある方の場合、現地への移動の支援や、活動場所でどのような役割が担えるかという点での支援が必要となる。社会参加促進コーディネーターには、その場のファシリテートを行うとともに、今後は徒歩で移動できる身近な地域にこうした活動の場を多く確保できるよう、新たな社会参加の場を創出する役割を期待している。

福祉総務課施設整備係長: 施策 6 の特定施設について、第 3 章の 40 ページに定員の比較を掲載している。近隣 6 区が 107 名に対し、豊島区は 31 名ということで、広域施設であるが、少し差がある。また、この特定施設に関しては、法の中で総量規制がかけられるため、要介護者の有料老人ホームの選択肢を広げるという意味で計画枠を広げ、事業者から応募があった場合に受けられるようにしたいという趣旨である。特定施設定員総数の目標が 800 名と、少し多いようにも見えるが、近隣区とまだかなり差がある状況であるため、多様な選択肢を広げるという趣旨で記載している。

委員: 認知症は、精神科医に見極めていただくと思うが、精神科医に診てもらうより前に、家族であれば認知症であるか分かることがある。このような場合でも、精神科に行くということが必要になるのか。

高齢者福祉課介護予防・認知症対策係長: 認知症の初期段階では、どういう状況が認知症なのか、本人や家族であっても気づきにくいという声が多く寄せられる。第 3 章の 34 ページに掲載している「豊島区の認知症の人を支える地域連携体制」という図のとおり、高齢になると地域にかかりつけ医を持つ方が多くなる。最初に精神科を受診する方もいるが、まずはかかりつけ医に相談することで、専門的な治療を行う認知症疾患医療センターなどの病院への紹介や、精密検査の推奨といった連携体制が構築されている。したがって、地域のかかりつけ医に相談することが入口になると考える。

委員: 第 3 章の 7 ページ「豊島区がめざす地域包括ケアシステムの姿」の図に、区民ひろばと保健所も加えていただきたいが、いかがか。

介護保険課長：区民の皆様の活動や社会参加の場として、区民ひろばや、新しくなった保健所などは、確かに大事な場所である。図に入れられるかどうかも含め、検討させていただきたい。

委員: 資料 1-1 の第 3 章について、施策の取組方針と、施策の進捗状況を測る参考指標が対応しているとよい。例えば 35 ページの施策 5- 1 について、医療・介護従事者を中心とした多職種連携の推進といったものは指標の方には入っていないと思うが、37 ページには「在宅医療連携推進会議を年に 3 回開催します。」と書かれている。これを指標には入れないのか。
二点目に、第 3 章 21 ページの施策 3-1(3)の取組方針「介護予防ケアマネジメントの推進およびケアマネジャーの育成支援」及び⑷「介護を担う家族等への支援の充実」についてであるが、こちらも 23 ページ以降の施策の取組内容に対し、21 ページの指標には、これを測るものが入っていないと思う。特に、「介護を担う家族等への支援の充実」は、今回から入れていただいたが、何か評価指標を入れていただくとよい。また、25 ページの②「介護者の実態・ニーズ、地域資源の把握」のところに、「支援ニーズの把握に努めます」や、「アンケートを活用」といったことも書かれているので、在宅介護実態調査等の中から指標などを決めていただけたらと思う。
三点目に、第 2 章の 19 ページ「介護者に対する支援」について、前回調査に比べて、「その他の公的支援の充実」の割合が 15.8 パーセント減少しているとあるが、前回調査の結果が掲載されていない。また、今回新たに追加した項目があったために、「その他の公的支援の充実」の割合が減少したのではないかという予測ができるが、ここの文章だけを見ると、公的支援は不要だと言っているような印象を与えかねないと思う。表記についてもう少し検討していただきたい。

介護保険課長: まず、第 2 章のアンケート結果の書き方については、おっしゃるとおりだと思うので、書き方を検討したい。
次に、第 3 章の指標について、まず全体的な話をすると、ご指摘のとおり、本来であれば施策の大項目、中項目、小項目の各項目に対して指標があり、細かく PDCA を回していくことが望ましいとは思うが、全ての項目において指標を立てることが難しい。したがって、施策ごとに総括的に成果指標、活動指標を設置している。ご指摘のとおり、呼応しない部分があるが、全ての施策に指標を必ず設けるということが難しいため、このような作りになっている。

高齢者福祉課長: 施策 3-1(3)の「介護を担う家族等への支援の充実」については、新たな項目というところで、指標について検討したいと考えている。

地域保健課長: 施策 5- 1 の、在宅医療連携推進会議が指標に入っていない点は修正する。

委員: 素案を見せていただき、全体の印象としては非常によくまとまって書けていると感じた。第 1 章の 3 、基本方針④「区民をはじめ、地域活動団体などと区が協働する新たな支え合いによる地域保健福祉の推進」は、大命題でもあり、実現できれば良いなと思う。
各論のところでは、第 3 章の 13 ページの施策 1-2-（1）の 3「住民による生活支援サービスの充実」、14 ページの施策 1-2-（3）の 2「多様な主体の参入促進」、そして、17 ページの施策 2-1-（1）の 3「多様な担い手の確保と支援」において、新しい仕組みを検討するとしている。介護の問題を自分事として捉え、問題意識が高い 60 代や 70 代の方たちをどうやって介護の輪の中に引き込むかということがここに書かれていると思う。一方で、前期高齢者は半分近くが収入を得られるような仕事をしている。もし具体的に、何かこういったことをやりたいなということがあれば、お聞かせ願いたい。
また、コラムで掲載している「としま de かきま」について、新しい支え合いのモデルケースになるかと思うので、教えていただきたい。

高齢者福祉課総合事業係長: まず、施策 1-2-（1）の 3「住民による生活支援サービスの充実」について、こちらに書かれている「生活支援お助け隊」は、現在一つの事業所、シルバー人材センターが受け持っていただいているが、昨年までは 2 事業所であった。受け持っていただく事業所が減少しているため、NPO やボランティア団体等にも研修を受けていただき、従事できるような支援体制を組んでいきたい。
次に、施策 1-2-（3）の 2「多様な主体の参入促進」について、豊島区では家事援助スタッフ育成研修を行っている。「家事を仕事に」ということで、 3 日間の研修を受けていただくと、「としまいきいき訪問サービス」や「生活支援お助け隊」として緩和された基準の訪問型サービスに従事ができる仕組みを作っている。これをさらに充実させていければと考えている。

高齢者福祉課介護予防・認知症対策係長: 続いて、第 3 章 11 ページのコラム「としま de かきま」について説明する。こちらはフレイルサポーターといい、区民の方で一定の研修を受けた方が、自身の介護予防をしながら、自身にとって良かった活動を他の方に伝えていくというものであり、フレイルチェックを通した活動の流れの中で生まれた。自身が健康にとって良いことを学ぶ中で、「かきま」というキーワードを見出し、それをもとに他の区民にも食事の取り方などを勧める活動をしている。
フレイルサポーターも多様な担い手の一つであり、区民、特に前期高齢者の中には、仕事を

している方もいれば、地域活動や社会参加への意向のある方も多くいると把握している。そうした意向を実現できるよう、介護予防・認知症対策グループでも様々なサポーターを養成しており、こちらのフレイルサポーターもその一環である。

委員： 「新たな支え合いによる地域社会」との記載があるが、都内の各区や各市における他自治体の状況や、モデルケースとなる先行事例について調査しているのか。また、ワーカーズコープ（労働者協同組合）などと協業を進めることも、今後の支え合いの仕組みの中で考えているのか伺いたい。

高齢者福祉課長：東池袋にあるフレイル対策センターの運営をワーカーズコープに委託しており、どのような事業が必要であるかについて、区と相談しながら、参画していただいている。また、他自治体の取り組み等の研究については、今後も第 10 期計画の中で進めながら、新規の参入者・参加者を積極的に巻き込めるよう、引き続き取り組んでいきたい。

委員： 現在、認知症サポーターが約 2 万 2 千人いるとのことであったが、実際の活動実態はどの程度なのか。チーム制による活動や地域ごとの展開など、具体的な運用方法が検討されているのかもしれないが、現状ではその実態が見えにくい。また、介護を受ける側の視点から「このサポートを受けて良かった」といった具体的な成果や好事例についても、あまり示されていない。
これまでの成果目標は、サポーターの教育面についての目標であったが、今後はその結果としてどのような効果が生まれたかという結果報告が必要ではないか。サポーターの数を増やしたいという方向性は理解できるが、活動の結果としてどのような成果が得られているのか、実態を踏まえて教えていただきたい。

高齢者福祉課長： 認知症サポーターについては、豊島区で研修を受講し、様々な場で活動していただいている。ご指摘のとおり、活動の場をさらに拡大していくことが課題であると認識している。また、先ほど紹介した「としま de かきま」の取り組みもサポーターが展開している事業である。
区としても、こうした事業への支援、また区民への周知活動に取り組んでいく必要があると考えている。

委員： サポート事例を PR するようなものを作っていただけたらよいと思う。

会長： 委員の皆様から多くの意見やアイデアをいただいた。区が実際に取り組んでいる施策についても、表現の仕方を工夫することで、その成果が明確に伝わるのではないかという指摘もあった。そうした点についても改めて検討を重ね、充実させていただきたい。

続いて次の議題に移る。次は「特別養護老人ホームの待機状況について」事務局より説明をお願いする。

【福祉総務課長より、当日配付資料「特別養護老人ホームの待機状況について」の説明】

会長： 本資料は急遽本日配付されたものである。本格的な意見や質問については、後日、「意見質問票」を提出してもらう形で差し支えない。ただいま説明のあった内容について、本日はそれぞれの立場を代表する委員が出席しているため、一言ずつ意見を頂戴したい。はじめに、事業者の代表として、委員にお願いする。区より特別養護老人ホームの待機状況について説明があり、区の資料では B ランクの待機者が多いとの話であった。待機者の実情などについて、施設運営の立場から意見を伺いたい。

委員： ただいまの説明にあったとおり、豊島区の特養施設協会での調査でも、待機者は減少傾向にあるという数値が出ている。Bランクが多い理由としては、特に優先度の高いAランクの方を中心に入所の案内をしていること。また、Bランクは1点から11点という幅があるため、人数としてはどうしても増えていくためであろうと評価している。

会長： 続いて、保健医療関係者の代表として、委員にお願いする。特別養護老人ホームの入所待機者は在宅が主になると思われるが、訪問介護や訪問看護などの実情について、ご意見を伺いたい。

委員： 特別養護老人ホームに限った話になるかもしれないが、在宅の待機者が非常に多いか否かについては一概には言えず、ケース・バイ・ケースであると考えている。昨今は様々な災害が発生していることもあり、国からも特養や老人ホーム等の施設間で相互に活用・融通し合うよう指示が出ており、実際にそのような取り組みが行われているかと思う。

次に、要介護度の判定についてである。主に要介護 3 から 5 の方が待機していると推測するが、実務上、要介護度が低くとも対応に苦慮する事例が存在する。一例を挙げれば、アルコールの過剰摂取が問題となっているケースである。下肢のふらつきにより 5 メートル程度の歩行も困難であり、腰痛のため杖の単独使用も危うい状態であっても、現行の判定基準では要介護 3 程度にとどまることが多い。このような事例においても、特養への緊急入所は原則として認められない。医師の立場からは要介護 4 や 5 相当と判断したくとも、国の画一的な判定基準ではそうはならないのが実態である。

また、歩行困難の原因は認知症に限らない。腰痛や脳卒中に起因するものに加え、認知症を伴わないアルコール依存症の事例もあり、これらを現行の基準でどのように判定・評価すべきかの判断が非常に難しい。現場の医師や在宅医療の担当医の間でも、これらの事例を緊急性の高いものとみなすべきか苦慮している。

さらに、地域における医療・介護の受け皿の不足も深刻である。地域包括支援センターや行政担当者と話す機会があるが、緊急時に入院可能な病床が区内および都内において不足している。豊島区内でも昨年 4、5 か所の病院が減少しており、医療と介護の供給バランスを維持することは非常に困難な状況にある。

こうした背景を鑑みると、単に特養の入所定枠を拡大するだけで問題が解決するわけではないと考える。特養は本来、一律に終の棲家として位置づけられているわけではなく、入所者自身もそれを望んで入所しているとは限らない。地方の事例では、看取りばかりが強調された結果、敬遠される施設になってしまったケースもある。

結果として、施設に勤務する医師や介護職員は疲弊している。低賃金の問題に加え、利用者からの暴言やセクシャルハラスメントに晒されるなど、利用側のモラルや適切な利用のあり方にも課題がある。

しかしながら、先ほど行政側から、財政的支援を通じて介護人材の確保に注力するとの方針が示されたことは非常に心強い。豊島区の介護を取り巻く実情は、近隣自治体と比較しても良好であると聞き及んでいる。今後も共に取り組んでいきたい。

会長： 続いて、事業者の代表として委員に伺う。特養ホームの入所申請には、ケアマネジャーが関わる部分も多いと思う。入所申請や待機中の在宅介護についてご意見を伺いたい。

委員： 普段はケアマネジャーとして活動している立場から発言する。本委員会に出席する直前、今週から先週にかけて、特養への入所を希望する利用者が 2 名ほどいた。その家族が豊島区へ問い合わせたところ、区内では約 100 人の待機者がおり、入所まで 1 年以上を要する旨の説明を受けたとのことである。

入所申込者の実態をみると、将来への不安から安心のために申し込むという層が一定数存在するのではないか。現に、先述の事例においては、在宅にて訪問看護、訪問診療、訪問介護、さらには福祉用具貸与を組み合わせたケア体制を構築している。これにより、自宅を施設さながらの環境とすることができており、利用者本人も在宅生活の継続を望んでいる。しかし、介護を担う家族の精神的負担は大きく、入所申込に至るケースが多い印象を受ける。

したがって、提示された待機者数という数字の背景には、多様な要因や在宅環境の違いが存在していると思う。在宅であっても、とりわけ同居家族の有無や支援体制が整っていれば、介護を継続できる環境は構築できると考える。ただし、それを実現するためには、地域の介護事業者や介護従事者のさらなる拡充が必要である。

資料 1-1 の第 4 章にもあるとおり、かねてより指摘されているケアマネジャーおよび居宅介護支援事業所の減少が続いている。実際に稼働しているケアマネジャー数までは把握できないが、高齢者福祉課より毎年人数調査の連絡があるため、区としては正確な数値を把握しているものと推察する。

在宅において要介護 3 から 5 の重度者を支えていく上で、キーパーソンとなる事業者の

数が減少しているという事実は、事業者への負担増大とさらなる疲弊を招く要因となる。今後、特養の整備計画を検討するにあたっては、こうした現状も十分に鑑みながら進めていただきたい。

会長： 続いて、学識経験者の代表として委員に伺う。特別養護老人ホームは広域施設として位置づけられているため、広域的な観点から、今後の介護施設、とりわけ特養の整備動向などについて、学識経験者の見地からご意見を伺いたい。

委員： まず、特養の必要数については、待機者数だけで決定するのではなく、需要の質、広域での資源配置、そして運営の持続可能性を考慮しなければならない。需要の見方に関して、待機者数には複数申し込みや入所の緊急度が低い層が含まれている。これは先ほどの補足資料にも示されていたとおりであるが、要介護 4・5 で在宅独居や老老介護、あるいは認知症の行動・心理症状が重いといった層を切り分けて把握することが重要である。また、豊島区は単身高齢者の割合が高い都市型の区であり、家族介護を前提とできない層が多い。そのため、在宅限界点が早期に到来することを需要推計に織り込む必要がある。
さらに、2040 年に向けて後期高齢者、とりわけ 85 歳以上の増加、認知症高齢者の増加、単身世帯の増加という構造変化を見据え、ピーク時点から逆算して整備時期を決定するという視点が重要となる。
広域的観点からの意見であるが、まず都市部は用地取得費と建築費が高騰しているため、区内だけで整備し続けることは効率が悪い。近隣区との相互利用や共同整備、区外施設における区分枠の確保といった広域調整を選択肢として制度的に位置付けることが重要である。ただし、区外整備は住み慣れた地域での生活継続、家族の面会、地域包括ケアとの連続性という観点から、入所者の不利益となり得る。したがって、区外へ移行する層と、例えば、医療的ケアが必要な方のような区内に残すべき層の切り分けが必要ではないか。広域型と地域密着型の使い分けも一つの論点である。区の役割分担や、住所地特例などによる給付負担への影響も含め、東京都の高齢者保健福祉計画との整合性を図ることも必要である。
また、整備手法や人材確保の面については、単に施設という箱を整備するだけでなく、そこで働く人材の確保までをセットで考えていく必要がある。あわせて、第 10 期計画にも盛り込まれているとおり、特養以外の住まいとの役割分担も進めなければならない。
計画の進め方としては、需要推計を定期的に見直し、状況に応じて整備量を修正できる「ローリング方式」の導入を提案する。待機者の状況、稼働率、人材不足、区外利用者の状況などをモニタリングし、総量を検証する仕組みを設けることもご検討いただきたい。

会長： 本日は時間の関係上、委員の方々に直接ご意見を頂戴する時間を十分に設けることができない。委員それぞれが感じていることや経験をお話しいただいたが、それらを踏まえた具体的な意見については、ぜひ「意見・質問票」にて提出いただきたい。

施設を新設するにあたり、何が最大のネックになるかといえば、そこで働く人材の確保である。人材が確保できなければ、居室を整備しても空室のままになってしまう。実際に近隣の特養でもそのような事態が起こっているという現状を踏まえると、単に待機者数が増加したからといって、即座に施設を建設するというわけにはいかない側面がある。
また、緊急の需要に応じるという意味では、特養におけるショートステイのベッド数を状況に応じて増床することなども考えられる。これにより、緊急のケースに対応していくといった手法も、今後の豊島区内における要介護者の状況などを勘案し、検討していく余地があるのではないか。
本日は大変貴重かつ活発なご意見をいただいた。他にご意見のある委員においては、ぜひ「意見・質問票」に記入をお願いしたい。事務局においては、各委員から出された意見を踏まえ、事業計画案の修正を検討いただきたい。
それでは、続いての議題「第９期介護保険事業計画実績及び給付費の分析について」、事務局より説明をお願いする。

【介護保険課長より「第９期介護保険事業計画実績及び給付費の分析について」説明】

委員： 豊島区では、地域包括支援センターが８つの日常生活圏域に分かれて、それぞれの介護状況や医療対象者の状況などを把握していると認識している。この介護の実績値や給付の実績値等について、８圏域ごとの単位でも把握できる状態になっているのだろうか。
圏域ごとのデータが明らかになれば、地域別の施設の必要性や対応方法、アプローチの仕方に影響してくるのではないか。

介護保険課給付係長： 現状では、全体の給付費を８圏域に切り分ける仕組みがない。そのため、現時点では圏域ごとの給付費を個別に抽出して分析することは困難である。
具体的に抽出が可能かどうかについては、改めてシステムの仕様を確認し、検証を進めたい。

委員： 資料の中に、地域別の各グループホーム施設数についてのデータがあったと思う。もちろん、豊島区に住んでいれば、遠方の施設に入所しても何ら問題はないが、家族とのつながりを考えれば、できるだけ近くにあるほうが便利であり、望ましいのではないかと考える。
そういう意味では、介護認定を受けている方について、地域別の人数や、その地域に所在する施設数などを関連づけた表が、今後必要になるのではないか。
また、今回の資料ではKDBシステムを活用していると思うが、その中には、医療の受診状況や患者数など、さまざまなデータが含まれているものと思われる。今後、地域包括支援センターを８圏域別に体制強化していくのであれば、それぞれの地域に対象者がどのように分布しているのかというデータによって、強化の内容や人員の増強の在り方も変わってく

るのではないか。

介護保険課長： KDB システムについては、医療のデータベースであるため、介護側では情報を把握しておらず、詳細を追えない状況にある。
また、第 2 章の各圏域における施設配置を掲載している件について、委員から給付費との相関性を分析してみてはどうかという提案をいただいた。先ほどの回答と近いところではあるが、実際に分析が可能かどうかは、住所情報の保有状況等を含め、データベースの仕様を再度検証する必要がある。

高齢者福祉課長： KDB システムについては、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業の施策の中で活用している。具体的には、第 3 章の 12 ページに記載しているとおりである。KDB システムは、国民健康保険、健診、介護等のデータを一元的に集約・分析し、自治体等、保険者の保健事業を支援するためのシステムである。
今後は、本システムから得られる情報を活用し、健診結果等のリスクを把握した上で効果的なアプローチを展開できるよう、現在取り組んでいるところである。

会長：では、本日予定していた議事はこれで終了となる。事務局より事務連絡をお願いする。

【介護保険課管理グループ係長より事務連絡】

会長：これをもって、第 10 期第 6 回豊島区介護保険事業計画推進会議を閉会とする。

【配布資料】

会議次第
第5回豊島区介護保険事業計画推進会議に関する意見･質問に対する回答
資料1-1　豊島区高齢者福祉計画･第10期介護保険事業計画の素案（第1章～第4章）
資料1-2　第9期･第10期取組事例集
資料2　第9期介護保険事業計画実績および給付費の分析について

■当日配付資料

会議次第
第6回豊島区介護保険事業計画推進会議に関する意見･質問票
座席表
認知症施策推進計画について
特別養護老人ホームの待機状況について