

第4回策定委員会資料に係る意見・質問に対する回答

No	資料番号	該当ページ	質問内容	回答
1	資料3	9ページ 18行から	「(コロナ禍での)新しい生活様式に対応した高齢者のフレイル予防や社会的孤立への対応…について、地域全体で意識の共有を図り、実践してまいります。」と記載されています。フレイル予防、社会的孤立に関しては、コロナ前から重点的に取り組まれてきた課題ですが、新しい生活様式ではどのように変えていくのか、すでに具体的な案ができていのであれば教えていただきたいと思えます。	新しい生活様式において、フレイル予防や社会的孤立を解消するための通いの場等の事業への1回の参加可能人数を減員せざるを得ない状況となっています。その中で、フレイル予防・社会的孤立の解消につながる共助の取組である、いきいきサロンにおいては、市で「いきいきサロン感染症対策ガイド」を作成し、2層の生活支援コーディネーターが運営上の感染症対策も含めて再開の支援を行っているところです。さらに、地域包括支援センターでは、在宅でもできるフレイル予防の活動の紹介も行ってきました。また、同じく共助の取組であるテニミリオンハウスにおいては、新しい生活様式に合わせて、2部制の予約制を導入するとともに、ソーシャルディスタンスを確保するため施設の活動場所の広さに応じて利用定員を設定するなどの対策を行ってきました。このように、新しい生活様式での、フレイル予防・社会的孤立の解消の自助・共助の取組を引き続き支援していきたいと考えています。また、新しい生活様式においては、これまで以上に一人ひとりが主体的にフレイル予防に取り組むことが必要となり、社会的孤立の解消には地域での取組みが必要です。これまで以上に、関係機関と連携し、フレイル予防の普及啓発や孤立防止についても地域の取組の支援を行っていききたいと考えています。
2	資料4	表の中段	委員会で説明のあった第8期計画の「施策の方向性」の「【NEW】複雑化・多様化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築」→「施策」の「包括的な相談支援体制構築」→「個別施策(案)」の「包括的な相談支援体制構築の検討」の表記の違いについては、「包括的な支援体制の構築」=「相談支援体制の構築」=「相談支援体制構築の検討」と並べられているが、この表記だと、範囲が狭まり、構築が検討になってトーンダウンしているように映らないか。第8期の目標は検討に留まるのか。	委員ご指摘のとおり、第4回策定委員会にご提示した記載では、トーンダウンしているように捉えられる可能性があることから、庁内でも議論し、施策の方向性、施策、個別施策等について具体的な方策案へ記載を変更しました。
3	資料4	表の上段と中段	第8期計画の「施策の方向性」の「介護保険サービスを補完する生活支援サービスの充実」→「施策」の「生活支援サービスの整備とコーディネート機能の充実」→「個別施策(案)」の「生活支援コーディネーターを中心とした地域の自主的な取組みの支援」の部分と、前述の「包括的な相談支援体制構築の検討」とは、どういう違いを想定しているのか。市民目線で分かりにくいのではないかと。	「生活支援コーディネーターを中心とした地域の自主的な取組みの支援」はいきいきサロンをはじめとした地域住民が自主的に運営する多様な通いの場の支援を想定しています。「重層的な相談支援体制の強化(従前「包括的な相談支援体制の検討」)」は、近年課題となっている「8050問題」をはじめとした、複雑化・多様化した課題を抱えた市民を、社会的に孤立しない・孤立させないためにも、現状の取組を強化して、関係部署が分野横断的に連携して対象者の状況を把握し、様々な支援ニーズに速やかに対応できる体制を強化していくことを想定しています。全体として、市民に分かりやすい記載となるよう工夫していきたいと思えます。
4	資料4	表の下段	「ダブルケア」「トリプルケア」の用語の使い方について、近年、晩婚化・晩産化を背景とした家族形態の変化に伴い、「ダブルケア=子供が小さい時に親の介護が必要となる」、「トリプルケア=一人っ子同士の婚姻により、子供が小さい時に、双方の親の介護が必要となる」として用いられるケースが多い。しかしながら、「8050問題」に比べて、これらの表現は、社会的な定義や定着は十分ではない。また、子供がいない夫婦の場合は双方の親の介護が「ダブルケア」になるし、子供と障害を持った兄弟と親の介護を「トリプルケア」というケースもある。このようにダブル・トリプルケアの捉え方はさまざまに存在することから一義的な定義とならないのが実情である。用語の解説を入れるとしても、要検討ではないかと。	委員ご指摘のとおり、一般的には「ダブルケア=子育てと親の介護」、「トリプルケア=ダブルケアに加えて、その他の家族の介護・看護が加わったもの」が主なものと認識されていますが、明確に定義化はされていません。またダブルケア・トリプルケアの形も様々な様態になってきていると感じています。高齢者福祉計画という中においても、複雑化・多様化したニーズについては、障害を持つ方の介護を合わせて行っている方もいること等から、地域共生社会の実現に向けて、分野横断的な対応が必要と考えています。そのようなことも踏まえて、本文中における記載を変更しました。

第4回策定委員会資料に係る意見・質問に対する回答

No	資料番号	該当ページ	質問内容	回答
5	資料3	5ページ 「5. 災害が発生しても安心して生活できる」	「介護トリアージ」(仮称)については、「武蔵野市地域防災計画」(平成25年修正)、「武蔵野市災害時避難行動支援体制検討委員会報告書」(平成27年1月)、「武蔵野市避難所運営の手引き」(平成30年12月)等でも用いられていることから承知しているが、『第7期介護保険事業計画』においても、72ページに「介護トリアージ(仮称)について、引き続き武蔵野市地域防災計画に基づき日本赤十字看護大学と共同開発を進めます。また、全国に先駆けて武蔵野市総合防災訓練等において訓練を実施するなど、具体的運用の検討を進めていきます。」とされている。この間の検討状況及び具体的運用の成果はどうなっているのかご教示いただきたい。というのは、この「トリアージ」という概念は極めて難しいと考えており、特に医療のトリアージのように客観的指標に基づき、傷病者の緊急度に応じて、搬送や治療の優先順位を判断するものであることから、介護分野においては、そもそもこうした「選別」が馴染むのかといった点や、科学的・客観的な判断指標の構築が極めて難しいと認識しているからである。また、これまでも、社会保障制度の給付申請時において、これまで、申請者が要件を満たすかどうか判断するためにミーンズテスト(means test=公的扶助に当たって行政が行う所得や資産等の資力調査)が実施されてきたが、こうした「選別」が社会的スティグマとして捉えられてきた側面もある。あくまで災害時対応としてのトリアージであることや、武蔵野市の独自の取組みでもあり、先達の皆様の英知を否定するつもりもないが、第8期の介護保険事業計画に従来通りの記載として盛り込むかの判断において確認の意味もあり、これまでの取り組み状況と成果について確認したい。	本市で検討を進めている「介護トリアージ(仮称)」は、災害時要配慮者(高齢者、障害者(児)、外国人、妊産婦、乳幼児、その他災害時に一定の配慮を要すると考えられる市民)を避難所内のおもいやりルーム(福祉避難室)や福祉避難所、病院等の適切な避難先に振り分けることで、震災関連死や避難所内のトラブルの低減、感染症拡大防止等を目的としています。武蔵野市地域防災計画(平成27年修正)では、福祉避難所の運用方法等の整備を掲げ、避難者の振り分け基準「介護トリアージ(仮称)」の検討を進めるとしています。これに基づき、平成28年度からは、毎年10月に実施する武蔵野市総合防災訓練にて「介護トリアージ(仮称)」を展示・訓練項目として組み込み、市民への周知及び具体的な運用に向けて訓練を実施しています。また、総合防災訓練を通じて明らかになった課題を整理し、発災直後に医療や介護等の専門的知識を有する者がいるとは限らないことを前提に、特別な知識がなくとも避難者を適切な避難先に振り分けることができる判断基準を具体的な運用に資するよう、有識者や看護師等の専門職、地域の自主防災組織に所属する市民などの有志で構成する「武蔵野市介護トリアージ(仮称)検討会」を平成29、30年度に設置しました。平成30年2月に第1回を開催して以降、計10回に渡って検討を重ね、①振り分けを行うためのフローチャート案及び判断基準案の作成、②要配慮者トリアージへの名称変更等を検討し、平成31年3月に「武蔵野市介護トリアージ(仮称)検討会報告書」を作成しました。
6	資料3	9ページ 中段の12行目「また、令和2(2020)年…以降」	委員会でも申し上げたが、現下の情勢では、新型コロナウイルス感染症に注意が行くのは致し方ないし、喫緊の課題であることは間違いないが、冷静にデータを分析すれば、平成30(2018)年の「熱中症」の死者数は全国で1,581人(このうち、65歳以上が1,288人で、81.5%)。「インフルエンザ」の志望者数は、平成24(2012)年～平成29(2017)までの死者数の1年当たり平均は、1,702人。新型コロナウイルス感染症のこれまでの死者数は、令和2(2020)年8月24日現在、全国で1,176人。と、高齢者の死者数について、新型コロナウイルスに特化すべきではないと考える。むしろ、原因が解明されていて予防の手立てがある熱中症や、インフルエンザへの取り組みが具体的な注意喚起や対応策が立てやすいのではないかと。	委員ご指摘のとおり、新型コロナウイルス感染症についてのみを記載した場合、今後の3年間ないし2040年を見据えた計画としては施策の幅を狭めかねないと考えます。ただし、未曾有の事態について、本計画策定期間どのような状況であったかについては、将来への備えとしても対応記録等も含めて記載を必要があると考えています。また、新型コロナウイルス感染症への対策を行った結果、インフルエンザ罹患率が下がっているという結果も出ていることから、「感染症対策」を行うことの有効性が一定程度あると考えています。感染症対策をとることの重要性を記載しつつ、これまで進めてきた夏季の熱中症対策(広報周知、熱中症予防シートの配布等)の検討もできればなおよいのではないかと思料します。
7	資料3	第1節～全体を通して	第6期長期計画の検討の際にも申し上げたが、「まちぐるみの支え合い」「地域共生社会」「地域包括ケア」といった記述と、「ひとり暮らしでも、認知症になっても、中・重度の要介護状態になっても」といった記述においては、「まち」「地域」といった概念に「誰もが」という概念を重ねて、さらに「暮らし続ける」「地域での生活継続」を目的化することとなる。この場合の「暮らし」の意味や範囲をどうとらえるかについて、ある程度イメージの整理をしておかないと「際限なく何でもあり」となってしまう。というのは、日常的に「暮らし」とは、衣食住から趣味などの文化的な生活まで幅広く、かつ民間の多様なサービスや商品が関係してくるためである。行政が策定する「高齢者福祉計画」・「介護保険事業計画」であるので、「誰でも、何でも全てを包括的に」とはならない。今後、市民のご意見を伺うにあたっては、長期計画のように幅広いジャンルで受け止めるのではなく、限定的となる。	本市においては、地域包括ケアシステム(まちづくりの支え合いの仕組み)の構築の中に、高齢者福祉計画・第7期介護保険事業計画策定の際に、「共生社会」の概念を加えるために、「誰もが」を記載しています。ただし、委員ご指摘のとおりあくまでも高齢者福祉計画・介護保険事業計画の中での議論とすべきと考えています。ただ一方で、多様化・複雑化した課題の中には、高齢者本人を含めた世帯、地域共生社会の観点もあることから、一定程度包括的・重層的な取り組みの強化が必要であると考えています。

第4回策定委員会資料に係る意見・質問に対する回答

No	資料番号	該当ページ	質問内容	回答
8	資料1	No13	武蔵野市並びに医師会の皆様への活躍には感謝しております。しかし、委員の皆様への発言にもありました通り、皆さん不安を抱えてお仕事をされています。その不安を取り除く方法・手段を是非今のうちに検討して頂き、第二波への対応をお願いします。現在の感染者の状況が分からないのですが、無症状者や軽症者は八王子のホテルにいらっしゃるのですか。市内にそのような場所はないのですか？また、彼らの検査費用や検査費用は何方が支払っているのですか。また、ホテル滞在費は何方が支払っているのですか。	現在のところ、無症状や軽症の方については、東京都では原則として宿泊療養とされていますが、介護を必要とされるご家族がいらっしゃる方や、お子さんがいらっしゃる方などはご家庭での療養が認められています。多摩地区における宿泊療養施設は、9月末までは八王子に、10月からは稲城市に開設されることとなっています。宿泊施設の開設については、宿泊施設の通常の営業等に大きく影響を与えるため、事業者の協力を得ることは難しく、市単位より広域的に対応すべきと考えています。また、検査費用、滞在費につきましては、東京都の負担となっています。
9	資料1	No14	健康寿命については分かりましたし、平成21年度に対し平成30年度は伸びていることは素晴らしいことだと思います。しかし、東京都の中ではどの位置になるのでしょうか。厚生労働省2018/3の発表する東京都の男性の健康寿命は全国で24位、女性は38位になっております。まずは、その東京の中ではトップを目指しませんか。前回議論がされなかったように思いますが。	東京保健所会方式での65歳健康寿命(要介護2以上)では、平成30年度東京都の49の区市の中で、男性12位、女性39位です。東京49区市で、65歳健康寿命の最長と最短の差が男性2.48歳、女性2.24歳であり、僅差となっています。本市の第7期介護保険事業計画では、通いの場や地域ケア会議などの自立支援・介護予防につながる取組みの参加人数や開催回数と目標値とし、自助・共助の取組を支援し、健康寿命の延伸を図っています。今後も、市民の自助・共助の取組を支援することで健康寿命の延伸を図っていきたくと考えています。 委員の皆様のご意見につきましては、委員会の中でご議論いただければと存じます。
10	資料1	No15	介護度別に対応を考える必要があると思います。各介護度別年齢構成等のデータはありませんか。対応は介護度による違いがあると思いますが、同じ介護度でも年齢による違いがあるのではありませんか。また、各種アンケートから、介護度別の要望ニーズは分かりませんか。分かれば教えて頂ければ幸いです。また、前回議論されなかったように思いますが。	各介護度別年齢別の構成は「令和2年版武蔵野の福祉」P147～P148をご覧ください。介護度別での要望ニーズの調査は行っていませんが、介護度や年齢だけでなく、介護を必要とする人の心身の状況、家族構成等の個別の状況で対応は違ってくと認識しています。個々の状況に応じた対応を行うためにも、市では自立支援を理念とした介護保険制度の要であるケアマネジャーの資の向上へ向けた戦略的・体系的な教育・研修を行っています。今後は、フレイル予防・介護予防を進めていくうえで、医療やリハビリ等の専門職の一層の関与が必要ではないかと考えています。委員の皆様のご意見につきましては、委員会の中でご議論いただければと存じます。
11	資料1	No17の②	引きこもり問題は、実態把握が難しい様ですが、実数を把握する仕組みの検討が必要ではないですか。まずは高齢者のお宅の訪問活動ではないですか、その内容の集計から始めるのは如何ですか。	引きこもりについては、厚生労働省では「仕事や学校に行かず、かつ家族以外の人との交流をほとんどせず、6か月以上続けて自宅にひきこもっている状態」としています。 委員ご指摘のように、実数を把握することは非常に難しいと考えています。国の定義に当てはまれば、当事者やその家族がそのことに危機感を感じていない場合などもあります。介護保険法のサービスやそれ以外のサービス、地域での見守り支援などを含めて実態の把握は必要と考えます。 本計画での視点・施策(案)では、重層的に相談できる体制を構築・強化し、実際に引きこもり状態にある方の発見から継続的なアプローチが必要という観点から記載しています。なお、第4回策定委員会でご提示した資料を具体的な手法も含めて記載を変更しました。
12	資料1	No18の①	14施設の毎月の入所申込者数(待機者)の推移は保育園児のように公開されているのですか。出来ればその介護度別推移をお知らせいただければ幸いです。	14施設の毎月の入所申込者数については、公開しておりません。 また、要介護度別では把握しておりません。

第4回策定委員会資料に係る意見・質問に対する回答

No	資料番号	該当ページ	質問内容	回答
13	資料6	10ページ	不勉強で申し訳ありませんが、インセンティブ交付金の拡充とありますが、どうゆうものですか。	第1回策定委員会の「資料8 保険者機能強化推進交付金(市町村分)に係る評価指標の該当状況結果について」中、スライド番号12でもお示しましたが、令和2年度については、既存の「保険者機能強化推進交付金」に加え、公的保険制度における介護予防の位置付けを高めるため、消費税財源200億円を活用した「介護保険保険者努力支援交付金」(社会保障の充実分)が創設されました。また、「Ⅱ 自立支援、重度化防止等に資する施策の推進」を中心とした評価指標の拡充や、回答を段階化し精緻化する等評価の明確化、算定式を第1号被保険者数から被保険者数規模(本市は5万人以下)に変更等の見直しも図られました。これらにより令和2年度の本市への交付金の見込みは令和元年度実績の倍額程度になる見込みです。
14	資料5	7ページ	市が保有する土地を割安に貸し出すことで老人施設を提供する事業者を誘引するとの考えは魅力的です。是非進めて頂きたい。	策定委員会での委員の皆様のご議論、ご意見を踏まえ、実施していきたいと考えています。
15	資料5	7ページ	小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護事業は当市が進めるべき個別政策の中心となると思う。そのための事業者支援は大切なことと考えるので具体案の検討をお願いしたい。	小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型居宅介護を新たに開設する事業者に対して、その運営に必要な人件費や賃借料などの経費の一部を一定期間補助することにより、事業の安定的な運営を支援していきたいと考えています。