

第一回 介護保険事業運営委員会 意見聴取票の取りまとめ内容について

No.	項目	質問・意見(原文のまま)	意見に対する広域連合の回答
1	自由意見	地域包括支援センターの機能や体制の強化について、現状、介護予防支援や介護予防ケアマネジメントに追われている。居宅介護支援事業所へ、プランの委託が進むように仕組みを創設して欲しい。他市では、直プランより委託プランの方が多いところがあります。保険者の指導で包括で上限を設定しているなど。	第8期では、増加する支援ニーズ等に対応できるようセンターの機能や体制強化を掲げていますので、センターの委託元である構成市町村と連携し、プラン委託化の推進を含め、体制強化等につながる取り組みを引き続き検討していきます。
2	表現変更	89～113ページ 真ん中より下「自市町村に提供事業所がない」を加える方が良くないか。「一定数存在する」と100%がしっくり来ない。文言の統一が欠けている。	いただいた意見をもとに、表現の変更を行いました。 ※No.3の回答のとおり、今後図表の見直しを行います。
3	表現変更	P104新城市は隣接する市町村が100%、P98豊根村は利用なしは本当か	サービス利用状況は令和2年3月利用実績をもとにしており、隣接市町村に転居しているものの住民票を移さずにサービス利用しているケースが多いことが分かりましたので、実態に合っていないとして図表の見直しを行います。
4	自由意見	北部圏域では在宅サービスが不足する中、家族介護者が在宅介護をしている。介護3となり入所を選ぶ前段階である要介護1.2の内にレスパイト支援をするなど家族介護者を支える仕組みが必要では。介護1.2の段階が、家族介護者は一番ストレスを抱えていると思えます。(P80の5の事業について)	いただいた意見や構成市町村との協議の結果、家族介護者レスパイト支援の対象を要介護1以上へ見直しました。
5	自由意見	88～113ページ 介護サービスの利用量の現状について、自市町村または隣接する市町村のサービス利用状況の割合が掲載されているが、「訪問入浴介護」「訪問看護」など設楽町や豊根村など自市町村に提供事業所がないところは、当然、自市町村は0%で隣接する市町村が100%になるのであまり分析の意味がないのではないかと感じます。北部圏域の新城市を除く東栄町、設楽町、豊根村に関しては提供事業所が存在しない項目が多いため、次回はサービス事業所の分布図以外の分析をしていただけるとよいと思います。	いただいた意見をもとに、表現の変更を行いました。 ※No.3の回答のとおり、今後図表の見直しを行います。
6	自由意見	介護人材の不足の解消とともに、介護職員の質の向上のために研修の機会を多く作っていくことが必要と思われます。介護の経験のない方や介護を学んだことのない方が職場に定着するためには介護の知識、技術などの研修の機会が必要です。介護に限らず関係する職種、例えば相談員や栄養士なども含めた職員同士の情報交換や交流の機会があるとよいと思います。	介護の経験のない方などに対し、介護職員初任者研修の受講料の一部助成を引き続き実施することで、基礎的な介護スキルの習得を促進し、介護人材の定着につなげていきます。その他、介護人材対策として効果的な施策等については、第8期事業計画期間中に引き続き検討していきます。
7	自由意見	91ページ ③訪問看護 図6-6はみなしの訪問看護が多いのでとまどいます。	みなし指定の中で、実際にサービス提供する事業所のみを抽出することができませんので、みなし指定を含む全事業所を掲載しています。
8	表現変更	17ページ (4)年齢階級者の割合、ア 重度認定者の割合を比較すると、80歳～84歳を中心として、年齢階級～要介護3以上の重度認定者の割合が増加します。⇒表の読み方が分かりにくい。(赤点線範囲を見るよう、記号があると良い)図表2-13,2-14,2-15	原案では記号(矢印)で特徴を目立つように表現をしていましたが、逆に記号によって分かりづらいとの意見も多かったため、削除しています。
9	追記変更	北部圏域の認定者が、地域特性(介護サービス事業所が少ない)のため、限られたサービスの中で生活していますが、安心して暮らせるよう、居住系・施設サービスを利用する事を、「居宅サービスの不足を補う」と記載されているのは、不満があるからなのか、もしくは具体的にどのような意見や提案が出ているのか、あれば教えてほしいです。	北部圏域のケアマネジャーの7割が居宅サービス提供事業所の少なさを感じています。居住系・施設サービスと同様に居宅サービスが充実していない状況の中で、居宅での生活が困難になった方が施設等へ流れている実態を表したものです。今後の居宅サービスの減少による施設等の不足も防ぐ必要があり、第8期では、既存の居宅サービスへの支援等により、居宅サービスの維持・充実につなげる予定です。
10	表現変更	72ページ 11.移動支援訪問サービスにおける対象者の欄が12.と一緒にになっている。	修正しました。
11	表現変更	104ページ サービスの利用状況における新城市は田原市の間違いではないかと思われる。	※No.3の回答のとおり、今後図表の見直しを行います。
12	表現変更	114ページ 入居待機者の解消について ある日時点の待機者と年間の退所者を比較して、待機解消を見込むのは短絡的に感じます。一般住民が「そんな見込みで大丈夫か？」と心配に思うレベル。1年以内に待機状態が解消されると表記するのは早計だと考えます。せめて1ヶ月間の新規申込者数と1ヶ月間の退所者数を比較するなどの根拠が必要。P116の老健のように「待機が長く続くことは少ない」レベルの表現が良いのではないのでしょうか？加えて、今後の調査では月間の新規申込者数と月間の退所者数を比較するなど根拠のための調査が必要だと感じます。	「待機が長く続くことは少ない」へ表現を変更しました。 次回の待機者調査では、1ヶ月間の新規申込者数と1ヶ月間の退所者数を比較するなど新たな根拠調査も検討します。

No.	項目	質問・意見(原文のまま)	意見に対する広域連合の回答
13	追記変更	38ページ 高齢者等実態把握調査について 運動器機能・口腔機能・認知機能・うつで分類されているが介護予防、フレイル対策の視点では栄養状態との関係も大きいと言われている。データは無いまでも「栄養」に触れる言葉が入っていても良いのではないのでしょうか？加えて、今後の調査では栄養に関する項目があると良いと感じます。	「栄養」についても今回の調査で設問には入れていましたが、計画書のスペースの都合割愛しています。調査結果については、広域連合のホームページに掲載するとともに構成市町村にも提供していますので、個別のフレイル対策等に活用されます。
14	自由意見	「対策分野ごとのまとめ」及び「基本施策」について 人生の最終段階の支援として「人生会議」の周知や研修を住民及び事業者に対して行う必要性を感じます。一般の周知に対して研究されている学校もあるようです。協働できると良いのではないのでしょうか。	ACP(アドバンスケアプランニング)については、地域支援事業の中で構成市町村が地域の実情に応じた取り組みを実施します。来年度は、在宅医療と介護の連携として、3市で実施が予定されており、ACPの普及啓発につながる方法を検討していきます。
15	自由意見	家族介護者のリフレッシュやレスパイトにつながるショートステイ・・・特養のショートにおいて、所謂ロングショートによって大半のベッドが埋まってしまっている現状です。本来のショートステイの機能を失わせている。認定期間の半数を超えるショートでの取り扱いの整理が必要な時期だと感じます。居宅ケアマネへの研修と合わせて、提供するショートステイ施設側への研修も必要ではないのでしょうか。	認定期間の半数を超えるショートステイ利用の取り扱いについては、広域連合職員が実施する居宅介護支援事業者へのケアプランチェックやショートステイ施設も含めた実地指導の際に確認しており、引き続き適切な運用を促していきます。
16	自由意見	人材確保について、学生に向けたインターンシップや学生向けのイベントや学校と共同開催など、若者に向けた働きかけが必要ではないのでしょうか。	第8期では、若者に向けた働きかけについて、介護の魅力発信や人材確保の観点から移住・定住施策との連携なども含めて検討していきます。
17	自由意見	平時とは別に、災害時や緊急時、感染症対応に備えた個別支援計画の作成が必要だと感じます。同様に災害や感染症発生時の人員の応援体制の構築も必要だと感じます。他保険者の先行事例を参考に本地区でも、保険者が主導で取り組んで欲しい。	今年度の事業者講習会において、事業者に対して感染症対策や災害時におけるBCP(事業継続計画)の策定等を促しています。人員の応援体制については、今年度の国2次補正予算(緊急包括支援事業)によって、県が新たに実施主体となり、特養等の施設に対する人員の応援体制(コーディネート機能)の構築が進められていると伺っています。
18	表現変更	53ページ 「求める人材とのマッチング」「受け入れにあたっての手続き・方法」は、具体的にどのようなことなのか、追加していただけるとわかりやすいです。	選択肢の内容を補記した場合に、本来の調査結果と相違する可能性があるため追記はできませんが、具体的には「どんな外国人材が来るのか不安」であったり、「どこに相談すると外国人材を受け入れられるのか」を課題として捉えられているケースが多いのではと思います。採用ノウハウを含め、これらの課題が解決されるよう、第8期では新たな取り組みを予定しています。
19	表現変更	98ページ 3行目「…助けるためにについて、…」⇒「…助けるために、…」の方が良いのでは。	修正しました。
20	表現変更	107ページ 3行目「…日常生活上を営めるようにするサービスです」⇒「…日常生活を営めるようにするサービスです」「上」はとった方が良いでしょう。	修正しました。
21	表現変更	111ページ 図6-44の下1行目「介護老人福保険施設」⇒「介護老人保健施設」	修正しました。
22	表現変更	112ページ 7行目「介護医療院への転換されることから、…」⇒「介護医療院へ転換されることから、…」 続きの文章を考えると「の」はとったほうが良いです。	修正しました。
23	追記変更	72ページ 介護ボランティアポイント制度について、このポイントは何に使えるのかなど記載されているとわかりやすいです。私も調べたことがありますが、神奈川県はポイントをかながわ産品に交換し、地域振興に活かしていました。豊明市は1年で最大5000円商品券、東郷町は図書券に、ポイントを交換していました。高額でなくても良いので何になるのか示すと関心が高まるように思います。	第7期モデル事業であった蒲郡市では、貯まったポイントを現金に交換の上、給付しています。ポイント交換の内容については、実施する構成市町村によって異なることから、計画書への具体的な記載は控えているところです。
24	自由意見	29ページ 訪問系のサービス給付が大変少ないです。他のページにこの地域では、高齢者が家族と同居率が高いこと、家に入れるのを嫌がる傾向にあることなど理由が記載されていました。今後は核家族化も進むので、訪問系のサービス整備が必要かと感じました。	訪問系サービスについては、特に北部圏域でサービス資源が少ない状況です。北部圏域では高齢者が広範囲に点在するなどサービスの整備が進まないため、第8期では既存事業所の撤退が進まないよう、既存事業所の維持や他圏域からのサービス提供を図るための取り組みを予定しています。
25	自由意見	57ページ 高齢者がさまざまな形で地域社会とつながることができるよう居住地域での組織作りが大切と感じます。組織作りのためには、高齢者支援のみで進めるのではなく、障害をもつ人や子どもなども含めて検討することも必要と思います。高齢者施設が中心になって地域高齢者、障害をもつ人、子どもなど支援が必要な人の集まる場所になっていると聞きます。このような良い事例を広めるなどの取り組みが良いなと思います。	社会福祉法の改正により、来年度から重層的支援体制整備事業が開始されます。これは、高齢者だけでなく、障害者、子ども、生活困窮者などの支援を一体的に行い、複合課題や狭間ニーズに対応できるようにするものです。いくつかの構成市町村で実施が検討されていますので、引き続き構成市町村と連携し情報共有等に努めます。

No.	項目	質問・意見(原文のまま)	意見に対する広域連合の回答
26	自由意見	91ページ 訪問看護は、初期の認知症への支援に入れると効果があると思います。しかし初期の認知症では、ADLがさほど低下していないため、通所サービスや訪問介護が選択される場合が多いです。看護師が早期から介入することで、病状の変化の発見と対処、家族に関わり方を伝えるなど、認知症の方の安定した療養生活につなげることができます。そのあたりを他の支援者(特にケアマネジャー)、地域の皆さんに知っていただきたいです。	いただいた意見は今後の居宅介護支援事業者に対するケアプランチェック時などに反映していきます。
27	表現変更	89ページ以降 サービス利用状況について「利用なし」と表記がある。確かに利用実績はないのは分かるが利用したくても利用できるサービスがない状況であり「利用できない」とも表せる。P96ではサービスがなくとも0%表記もある事から表記を統一されたら如何かと思う。	いただいた意見をもとに、表現の変更を行いました。 ※No.3の回答のとおり、今後図表の見直しを行います。
28	自由意見	奥三河における人材確保は数年後には事業所撤退をせざる得ない状況まで来ている。人材を登用するにも生活の場として望まず定住せず通いで就労となっている。また、町村事業所の他職種の交流や異動等もできる体制が必要だと考える。異動が出来る事で職種間交流によるサービス人員補完と人材のスキルアップも可能になると思う。	北部圏域の人材確保対策は喫緊の課題として、4市町村と広域連合で共通認識の上、今年6月から独自施策の検討会を開催しています。今後も引き続き検討会を実施する中で、北部圏域に特化した様々な人材確保対策を検討していきます。
29	自由意見	・当事者として、田原市に施設が不足している印象はない。施設を新しく整備するが、定員が埋まるかどうか危惧している。 ・施設を60床としたのはなぜか。1番赤字が出やすい床数との調査結果があるが。 ・北部圏域に施設整備を行わない理由を人材不足としているが、南部圏域(田原市)においても人材は不足している。 ・豊橋市南部から田原市にかけて施設整備する計画が、田原市になった理由は？	構成市町村協議の結果、特養の充足率が最も低く、人材不足の影響が少ない豊橋市を整備候補地として変更しました。加えて、広域型60床の整備ではなく、東三河の住民のみが利用できる地域密着型の小規模特別養護老人ホームを2施設計58床整備することに変更しました。
30	自由意見	2021年度から反映することとしている「介護保険事業計画」(第8期)の土台となる“国の基本指針”なるものの改正を十分に、本素案に反映できているのでしょうか？ 小生の知る処の“基本指針のポイント”は以下の通りです。⇒2.7.28 中日新聞ご参照	国の基本指針を踏まえて策定しています。
31	自由意見	① 第4章・基本理念に「新型コロナウイルス感染症を踏まえた事業運営・・・」と記述されているものの、「感染症拡大防止策の周知啓発」「代替サービスの確保」「施設職員の研修」(注1)といった東三河広域連合としての事業施策が垣間見られない・・・のでは！？ その他、P63・66・73(2)・76・82・86・・・ 注1)9月18日付中日新聞の16面、「コロナ慰労金申請延長」「コロナ対策・看護セミナー」の議事を読んで、東三河広域連合でも更なる工夫ができる“周知啓発”、“代替サービス”、“研修”ではないかと思いました。	介護事業所等に対する感染拡大防止対策の周知啓発や職員研修(事業者連絡会、YouTubeでの配信など)は既に実施しており、第8期においても継続して実施するため、具体的な事業はありませんが、方針を基本施策3-1や3-3にも記載しているところです。代替サービスの確保については、必要に応じて担当するケアマネジャーと広域連合が連携して対応します。
32	自由意見	② マスク等の防護具や消毒液の備蓄・調達に関する事項(医療施設についてはよくニュースを聞くものの、介護施設のそれは遅れ気味と聞くのみ・・・)	現在、国県の補助金等の拡充により、介護事業所による防護用品などの調達も進んでいると認識していますが、緊急用として県や中核市においても防護服等が備蓄されていますので、コロナ感染が発生した場合に、介護事業所への速やかな提供も可能になっています。
33	自由意見	③ 県(東三河広域連合)が市町村を支援する「介護事業所間の応援態勢」「人材確保の取組」 本項は、素案の対策分野Ⅱに於ける“連携”には、明示されていない事案です。 また、対策分野Ⅲに於ける“人材確保”も、従来から言われる処の「介護人材38～55万人不足」の認識の延長線上の人材確保の必要性しか認識されていないのではないのでしょうか！？	計画書には記載していませんが、県実施の人材確保対策については、介護事業所等に対して情報共有を実施しています。広域連合では、県と重複しない施策などで、東三河の介護人材確保に直接的につながる対策を第8期では実施する予定です。 ※No.28の回答のとおり、人材確保対策を推進します。
34	自由意見	④『災害』に備える・・・避難訓練の実施や食料・生活必需品の備蓄、(災害の種類別に)避難時間や経路を確認するとしているが、果たしてその運用は適切に行える手順の明示と監査体制となっているか？ 施設開設の申請審査時には、「避難経路図を貼付させているが、避難経路の妥当性までは現地確認していません」。 また、既存介護施設を持つ事業所の監査報告では、「避難訓練の実施結果報告の評価や食料・生活必需品の点検結果も見当たらなかった気がします」。	事業者講習会において、介護施設等に対する避難確保計画の作成を促しています。作成された計画については、市町村の防災部局等への提出が義務付けられており、広域連合では、適切な運用がされるよう引き続き指導・助言をしていきます。
35	自由意見	具体的に上記(項番①②④を除き)を反映するには「〇〇を実施する」などと提案できると良いのですが、何分識見不足につきご容赦賜りたい。(注2) なお、これまで「広域連合介護保険事業」が『“人材確保”みたいなクチイレ稼業に携わることは反対です』と意見表明して来ましたが、以後は“人材確保”への取組み(内容の詳細の是非は別途・・・)を検討されることになれば賛同したいと思います。 注2)項番③は、難しい課題だと思います。厚労省等の基本指針策定メンバーから具体策が出て来るならまだしも、彼らにとっても困難な課題故の“マル投げ”にも感じます。安易に事業化計画を掲げず、『本事案は、別項を授けて検討経過・素案を別途掲示したい』・・・としておくに如くはないと思料します。 【補足】“介護医療院”を見学できると良いのですが・・・。	介護医療院を含め、介護事業所の見学については、平時であれば必要に応じて可能でしたが、現状のコロナ禍においては当然見合わせたいと考えます。

No.	項目	質問・意見(原文のまま)	意見に対する広域連合の回答
37	表現変更	1ページ56 フレイル対策 「加齢とともに心身が衰える虚弱状態」対策と説明しているが、この表現では“公”の役割としての「予防」「啓発」の趣旨が伝わるでしょうか？ 『地域包括ケアシステム』の考え方の元、自助・互助・共助を通じて地域共生社会構築を支援・サポートするのが、“公”の役割の第一義であった筈です。 今般の菅首相の発言の中の「自助」のみ切り取ったニュースや新聞記事は如何かと思える状況下、“共助”を自治体として担う以上、こうした計画の公示や啓蒙に当っては、折に触れ『地域包括ケア』『改正社会福祉法』の趣旨を(率先して)地域浸透を図る必要があると考えます。 フレイル対策とは「介護予防」とほぼイコールとの地域住民への深耕が重要です。 介護予防とフレイル対策の違いが分かりづらい・・・小生の理解度・レベルの故為かもしれませんが・・・	フレイル対策については、第8期から構成市町村において地域の実情に応じた様々な取り組みが行われる予定であり、趣旨の普及啓発が進むものと考えます。 例えば、後期高齢者の健診結果を踏まえたフレイル教室の開催など、従来の介護予防(運動、脳の体操など)に加えて、本人の健康状態(筋力低下、低栄養、うつなど)も踏まえた取り組みが開始されます。 (参考)フレイルとは、健康と要介護状態の中間の段階で、加齢に伴い心身の機能が衰えることによって、回復力の低下や外的ストレスに対する抵抗力が弱くなるなど、健康障害や要介護状態などに陥りやすい状態のこと。
38	表現変更	2ページ6 地域医療圏構想 「2次医療圏」「老人福祉圏域」なる用語が出て来るが、果たして住民等の理解しやすい用語でしょうか？ 特に「北部圏域」「南部圏域」と集約された用語は、各々の地域で構成される医師会との関係・医師派遣の配分政策(東三河北部医療圏は「医師少数スポット」ではなく「医師少数区域」に指定)との兼ね合いも踏まえた表現・説明が肝要にも拘らず、「医療」の突出を抑えるべき記述になっていないことにはやや不満です。	南部圏域・北部圏域に集約した理由として、第7期の「都市部」「中山間地域」で表現していた内容では、どの市町村が含まれるのか注釈が必要になることから、見直しが求められていました。そこで、県計画の用語を用いることで、県計画との整合性を保ちながら、医療と介護の連携等が図られるように記載するため変更していますので、「医療」の突出を抑えるなどの記述は介護保険事業計画では記載できません。なお、「2次医療圏」「老人福祉圏域」については、用語解説に掲載する予定です。
39	表現変更	9ページ「高齢者人口ピーク 令和23年」 人口のピークは割合・比率のピークとは異なります。 図表2-1の棒グラフですが、下部を75歳以上・上部を14歳未満という様に逆転させて、薄茶+濃茶の棒の長さのピークを認知できる図表の方が望ましいと考えます。	高齢者人口のピークは令和23年。高齢化率のピークは令和36年の予定です。 棒グラフについては、いただいたご意見をもとに、高齢者人口を下部へ移動させるなど、分かりやすい図表に修正しました。
40	表現変更	24ページ 介護サービス費の推移 介護サービス費のうち、介護保険給付費は全体の額とともに、「本人負担額と保険者負担額の内訳」を棒グラフの色分け(図表2-29)として明示できないか？	図表2-29は、全て保険者負担額となっており、単純比較により、過去から保険者負担額(保険料を財源としてかかる費用)がどのように推移しているかを示すものです。本人負担額を明示した場合、制度改定による負担割合の変更など、補足の説明が必要になり、単純比較ができなくなるため、明示することは控えます。
41	表現変更	25ページ 介護保険給付実績の状況 受給率を見せるよりも、むしろ金額で見せるべき。 南・北部圏域を比較するなら、人口1千人当たりの金額を併記することとしたい。	図表2-30は、どのサービスの受給割合が高くなっているのかを示したいため、この表を用いています。金額での直接的な比較ではありませんが、図表2-41に記載のとおり、北部圏域が認定者一人当たりの給付額では少し高くなっています。
42	表現変更	26ページ イ;要介護度が高くなるにつれ、施設サービスの受給率が上昇 特養への“入居基準の変更”があった影響は分析に含まれている？ 図表2-31の棒グラフは、令和元年9月のデータのようですが、比較による影響評価のために計画初年度の棒グラフを各介護度の隣りに併記することはできませんか？	平成27年度に改定された特養への入居基準変更後(原則要介護3以上が入居可)の状況ですので、要介護度が高くなるにつれ、その影響を受けていると考えます。 なお、計画初年度も既に入居基準変更後の状況のため、大きな差異はないものと考えられることから、計画初年度を併記することは控えます。
43	表現変更	医療系施設(病院等)への入院中の介護サービス給付の有無について P26の統計の様に、医療系施設での介護サービス受給は把握できていますか？ コロナ禍の重度患者を引き受ける病院・病床の確保が困難とのニュースが散見されましたが、これまでの介護・医療環境の中でも「医療系施設での要介護者がいたもの」と考えるが・・・。 介護施設の空きベッドの要因の一つと聞き及ぶ処です。	病院の一般病床などに入院中の患者は、制度上、介護サービスを受給することはできなくなっています。医療系施設での介護サービス受給は、介護施設である「介護医療院」「介護療養型医療施設」が該当するかと思いますので、サービスの受給状況として第6章に記載しています。
44	表現変更	27ページ (3)ア;東三河の介護保険料は全国平均や県と比べて低い この情報は「介護(を前提とした)移住を招き寄せる情報ともなりかねない」 “住所地特例”の適用から外れる移住の促進には十二分の留意が必要となる。 独居老人や非健康な世帯員を抱える世帯の動向にも留意・・・。(図表2-35・36) 外国人労働者の移入政策の問題点にも似て、社会保障のタダ乗り(中学生以下の子供の医療費無償を事業化している市町村への転入など)にも似ており、考慮が必要になる気がします。	介護保険料が低いことの要因として、「家族との同居高齢者が多いことによる要介護等認定率の低さ」については、東三河の大きな特徴として示し、今後の様々な施策に活かしていくこととしていますので、表現の変更はできませんが、ご指摘のとおり、介護保険料の低さを目的とした移住世帯の増加等については、当然留意が必要であると考えます。

No.	項目	質問・意見(原文のまま)	意見に対する広域連合の回答
45	表現変更	28ページ 設定者一人当たりの保険給付 図表2-37は「介護保険給付を使う人(認定者)は、高額利用しがち」な土地柄ということ・・・全国・県と比べ、多くサービスが利用されていることを「介護保険事業の周知の成果」と自画自賛するより、「介護保険の認定度の範囲での自己負担分を払える(本人・家族が居る)土地柄・風土」との分析・評価はありませんか？	東三河地域では、他の地域と比較して、家族と同居する高齢者世帯の割合が顕著に高いため、家族レスパイトとして介護サービスが利用されており、利用したい(させたい)分のサービスが確保されている土地柄と考えます。ただし、これは東三河全体で考えた場合ですので、第2章6(4)圏域別介護サービスの供給状況で圏域の違いを考察しているところです。
46	表現変更	29・34ページ 設定者一人当たりの保険給付・都道府県別指数 図表2-39は「施設・居住系」「居宅」の2軸の表となっていますが、 1. 愛知県・東三河広域連合の2点指数となっていますが、南部圏域・北部圏域を分別し指数表示できませんか？ 2. 「施設・居住系」「居宅」の組み合わせを変えた図表の提示はできますか？ 3次元図表は難しい・・・と思いますので。 図表2-37の数値を図表2-39に適用しているとして、正しい？ 東三河の「施設(108)+居住系(82)」は(加重平均かどうかは不明！) 190(割ると95・・・)、「居宅(102)」の位置は概ね正しいが・・・。 愛知県も「施設(95)+居住系(90)」は185(割ると92.5・・・)、「居宅(108)」の位置は両方とも概ね正しいが・・・。	図表2-39は、東三河全体が全国や愛知県平均と比べてどのような状況を示すものであるのか、南部圏域・北部圏域で分別した表示はできませんが、第2章6(4)圏域別介護サービスの供給状況で圏域の違いを考察しているところです。 なお、図表2-37の数値を図表2-39に適用しているにもかかわらず、図表2-39の位置が誤っているのではないかとのご指摘について、再度根拠数値等を確認したところ記載のとおりで誤っていませんでした。
47	表現変更	34ページ 図表2-44「居宅サービス区分支給限度額」に対する受給割合の低い理由 2つ目の理由;「費用面の理由により、本人や家族の“希望”でサービスの利用を控えている」ということ(45.9%)の解釈に戸惑っています。	今回の調査では、南部圏域でも同様の状況なのか、また、費用面でのサービス控えがどの程度影響しているのかなど、さらなる分析ができるように設問を検討します。
48	表現変更	“地域カルテ”とは？ 欄外説明が必要かと思います。	「地域カルテ」(第8期計画策定のための参考資料として構成市町村別の特徴などをまとめた資料)については、用語解説に掲載しました。
49	表現変更	“地域包括ケアシステム”について 菅首相の“自助”発言(“互助”、“共助”を同時に謳い、当然に“公助”にも言及しているにも拘らず、“切り取り・切り貼り”の反駁を見聞きするにつけ・・・)が一人歩きしかねないこのご時世に、東三河広域連合としても『地域のあらゆる住民が役割を持ち』『支え合い、助け合いながら暮らす』(“地域共生社会”の形成)を、ここ、基本理念への記述はもとより、その実現を住民に理解させる“目に見える化”することの重要性を明記されることも期待します。	地域共生社会を含め、基本理念で掲げた東三河の実現を目指すため、東三河版地域包括ケアシステム構築の視点として掲げた、「全員参加」のまちづくりの必要性について、地域包括ケアかるたやパンフレット等を用いて、引き続き住民等に対し普及啓発を行います。
50	表現変更	69ページ 「協議体」「地域ケア会議」「生活支援コーディネーター」「就労的活動支援コーディネーター」 前2者は次ページ(P70)の事業概要に記述がありますが、「改正社会福祉法」や地域包括ケアシステム下の「医療・介護・健康予防・住まい」と「自立生活支援」の窓口一体化の実現を図る場と捉えた、クドイ位の説明の必要な処ではないでしょうか？！ 「生活支援コーディネーター」も次ページ(P70)の事業概要に記述がありますが、「民生委員」等の役割分担が明確になっているとは言えません。この事業概要を支援することとは、「民生委員こそが率先して生活支援コーディネーターたることを謳う」必要があると考えます。 「就労的活動支援コーディネーター」は次々ページ(P72)の事業概要に記述がありますが、当地・東栄町当たりでは「シルバー人材センター」が概ねその任を担っているものと考えます。企業・事業者側の組織としても「商工会」「まちづくり観光協会」の事業・活動が既にあって、特に後者は観光に限定しない“まちづくり”全般に携わっており、こうした耳新しいカタカナ職務・職位は地域支援事業とは云え、やや(総花的な)思い付き事業にしか思えないのですが・・・。	※No.49の回答のとおり、住民に対する普及啓発を行います。 第8期では、新たに地域支援事業の事業整理区分③を設定しています。これは、社会資源の有無など、地域特性により事業展開の必要性が異なる事業は、市町村に実施の有無を委ね、柔軟なまちづくりを可能とするものです。 「就労的活動支援コーディネーター」については、今年度から国の要綱が改正され、法定地域支援事業の中に位置づけられました。 ご指摘のとおり、「就労的活動支援コーディネーター」の機能を担っている団体等が既にある市町村や設置が必要と考える市町村があるなど、地域の状況により必要性が異なるものについては、事業整理区分③として、市町村の判断により実施されることになります。 なお、生活支援コーディネーターは、市町村職員や社会福祉協議会などが地域の社会資源の開発やネットワーク構築の機能を果たす者としてその役割を担っていることから、事業概要のとおりとさせていただきます。
51	表現変更	71ページ 高齢者世話付き住宅(シルバーハウジング)の「生活援助員」とは 欄外説明が必要かと思います。	「生活援助員」(シルバーハウジングにおいて、日常生活支援サービスを提供する者)については、用語解説に掲載しました。
52	表現変更	82ページ 第7期計画から継続する主な施策 項番3)の「介護保険サービス事業者に向けた新型コロナウイルス感染症対策に関する通知等の情報提供」とあるが、事業施策というよりは、上位団体官公庁からの通達の至達業務を言っている？ 広域連合を作ったの介護保険事業に係る3年毎の政令等の改訂対応は、まさに広域連合の設立趣旨そのものの一つにつき、今般の“基本指針”を踏まえたものでないならば、本項の記述は不要かも・・・むしろ、第8期の計画に逐次盛り込む旨で十分ではないかと思料します。	介護事業所への感染症対策に関する国等の情報提供にのみならず、迅速な情報共有を図る(基本施策3-3に追記)ことは、利用者や介護従事者等の安全を守るだけでなく、安定したサービス提供のために重要な取り組みであるとして記載しています。
53	表現変更	86ページ 「事業者連絡会」とは 欄外説明が必要かと思います。	「事業者連絡会」(介護サービス事業者間での情報共有や研修会を開催)については、用語解説に掲載しました。

No.	項目	質問・意見(原文のまま)	意見に対する広域連合の回答
54	表現変更	86ページ「給付適正化に関する取組」 「介護事業所の指定取り消し」の事件との関係を言うことは、計画に記載しづらい事項とはいえ、「医療保険の通知書」が過誤・不正請求の牽制に資するのと同様に、「介護給付費通知」の発送事業化をうまく謳っていると思います。 医療保険もそうですが、患者にとって窓口負担金こそが医療費とおもっている節があります。本当は、高額療養限度に守られながら、医療費全体の5割を税金・4割を保険者からの補填(支出)に負っているということを知らしめる必要があります。 健康保険組合連合会が、後期高齢者医療窓口負担を2割に・・を言いだしている理由は窓口負担金額こそが医療費とおもっている高齢者に必要な医療費を認識させる手法かも知れません。医療も介護もタダでは給付を受けられません。窓口での自己負担があつてこそその受給・利用です。このことを介護保険者も情宣・周知が必要でした。「適正化」も大切ですが、「介護サービスの費用合計額や自己負担額を知らせるもの」との効用をもっと強調されるべきと考えます。	本事業により、実際に不正請求が発覚したケースもあることから、給付の適正化として、継続した取り組みは有効であると考えます。 なお、給付費通知では10割分と本人負担分の両方が記載されていますので、サービス利用に対する給付として、年間どれだけの費用がかかっているのかを「再確認」していただくよう、通知には記載しているところです。