

会 議 要 旨

会 議 の 名 称	第 8 回川越市介護保険事業計画等審議会	
開 催 日 時	令和 8 年 7 月 1 3 日（月） 1 4 時 0 0 分 開会 ・ 1 6 時 0 0 分 閉会	
開 催 場 所	川越市医師会館 4 階講堂 A ～ C	
議 長	齊藤正身会長	
出 席 委 員 （20 名）	小林委員、小島委員、糸委員、池浜委員、田畑委員、高橋委員、 柴崎委員、川越委員、平島委員、山崎委員、柴委員、益子委員、 阿久澤委員、長峰委員、宮根委員、村田委員、福田委員、 鈴木委員、横堀委員	
欠 席 委 員 （2 名）	西村委員、中原委員	
事 務 局 職 員	福祉部 富田部長 高齢者いきがい課 三佐崎副部長、宮澤副課長 介護保険課 飯田参事、新井副課長、長澤主幹、 川田副主幹、辻本副主幹 健康づくり支援課 千葉課長、松百副課長 地域包括ケア推進課 内藤課長、加治副課長、富田副主幹、 丸山主査、松下主査、望月主任 福祉相談センター 高橋所長	
配 布 資 料	○第 8 回川越市介護保険事業計画等審議会 次第 ○【資料 1】第 7 回川越市介護保険事業計画等審議会（会議要旨） ○【資料 2】第 7 回川越市介護保険事業計画等審議会での意見につ いて 重点テーマ「介護予防」「生活支援」 ○【資料 3】第 10 期計画策定に向けた審議会スケジュール(予定) ○【資料 4】認知症施策に関する国の動向 ○【資料 5】在宅医療・介護連携推進に関する国の動向 ○【資料 6】第 9 期計画の認知症施策と在宅医療・介護連携の位置 づけ・取組・成果指標 ○【資料 7】認知症施策について ①川越市における認知症の現状 ○【資料 8】議論のポイント ―認知症関係― ○【資料 9】在宅医療・介護連携について ②川越市における在宅 医療・介護連携の現状と住民ニーズ ○【資料 10】議論のポイント ―在宅医療関係― 当日配布資料 ○名簿 ○【冊子】みんなで支えよう大切な人	

	○【冊子】認知症になっても ○【リーフレット】認知症の症状は１００人いれば１００通り ○【冊子】私の意思表示ノート ○【チラシ】高齢者在宅療養相談窓口 ○【リーフレット】自分らしく ○【冊子】ここえどマップ ○第９回川越市介護保険事業計画等審議会 開催通知
	議 事 の 経 過
会長	1 開 会 2 あいさつ 齊藤会長よりあいさつ 3 報 告 (1) 第７回川越市介護保険事業計画等審議会について ①第７回川越市介護保険事業計画等審議会要旨 ②第７回川越市介護保険事業計画等審議会での意見について (2) 第１０期計画策定に向けた審議会スケジュール（予定）について 【資料１】【資料２】【資料３】を基に事務局より報告 事務局からの報告に対して意見はあるか。 (意見等なし) 4 議 事 重点テーマ「認知症施策」「在宅医療・介護連携」 (1) 国の動向について ①認知症施策 ②在宅医療・介護連携 をまとめて【資料４】【資料５】を基に川越委員より説明
説明委員	①認知症施策【資料４】 認知症に関する基礎的な知識、認知症患者が年々増加する状況下での認知症施策の重要性、国の動向についての説明。 (P 3) 認知症の主な原因として「アルツハイマー病」「脳血管障害」「レビー小体病」があり、中でもアルツハイマー型認知症が一番多いといわれている。 (P 4) アルツハイマー型認知症に対する支援については、「MCI（軽度認知障害）」「初期」「中期」「末期」の各段階で異なり、一般的にはMCIから徐々に認知機能の低下が始まり、中核症状の出現という経過を辿る。

	(P 5) MC I の段階では本人が様々な工夫をしながら生活をしている。市の冊子を見ると、記憶の低下を補うための工夫が行われ、日常生活を送ることができていることが分かる。 (P 7) 国が示すMC I・認知症の高齢者数の将来推計では、高齢になるほど認知症の人の割合が高くなり、2040年の推計では65歳以上の14.9%が認知症、15.6%がMC I となり、高齢者の約3割が認知症またはMC I と見込まれることから、その支援の強化が認知症施策の背景としてある。 (P 9) 国の施策については、2015年の「新オレンジプラン」以降定期的な見直しを重ね、2019年の認知症施策推進大綱の5つの柱の一つに「本人発信支援」が位置づけられた。また、2024年「認知症基本法」が施行され、国の認知症施策推進基本計画に基づき、都道府県・市町村で認知症施策推進計画を策定することが努力義務となっている。 認知症基本法は、本人の声を施策に反映することを打ち出した点に大きな意義がある。 (P 10) 国の認知症施策推進基本計画では、「国民が『新しい認知症観』を理解している」「認知症の人の生活においてその意思が尊重されている」「認知症の人とその家族が地域で安心して暮らせる」等を重点施策に掲げ、施策を展開している。 「新しい認知症観」とは、専門職が必要な支援を一方的に判断するのではなく、本人の声を聞き支援を行うという考え方であり、市が作成した冊子「認知症になっても」はその内容が反映されている。 (P 13) 国は、認知症になっても、一人ひとりできることや、やりたいことがあり、住み慣れた地域で仲間と希望を持ち、暮らし続けることができる、という意識を普及し、認知症の人を地域全体で支えることを目指している。 (P 14～16) 市町村では認知症の人の声を聞く場や、交流の場づくりに取り組んでいるほか、事業所の取組や、行政や専門職と協力しながら地域の取組（買い物しやすい環境づくり等）も活発になっている。 (P 18) 認知症の人のリスクとして消費者被害が挙げられる。 埼玉県では県が「埼玉消費者被害をなくす会」に業務委託をし、消費者被害防止のコーディネーター養成等に取り組んでいる。 (P 19) 令和6年の行方不明者は約8万人であり、疾病関係3割、認知症の人は2
--	--

	割を占めている。認知症が行方不明につながるリスクは高い。 (P 20) 高齢者虐待については、第10期計画でも重要テーマとなっている。 認知症の人のやりたいことの実現と併せて、リスクの回避、権利擁護の取組も求められる。 ②在宅医療・介護連携【資料5】 (P 3) 川越市の85歳以上の人口は、2035年まで直線的に増え続ける。それに伴い医療・介護の需要も増え続けるため、双方の連携強化策が必要となり、市町村の事業推進も不可欠となる。(在宅医療・介護連携推進事業) (P 5) 在宅医療・介護連携推進事業は、専門職同士で地域の中で双方の提供体制を作り、連携強化を図り、病院と在宅医療介護関係者の連携を図ることを目的として、市町村と医師会等で一体となって取り組むものである。 (P 6) 在宅医療提供体制の実態、連携上の課題抽出および対策については、現場の専門職間で議論を行い委員会へ報告したうえで、委員会で方向性を了承するという体制を作っている自治体がいくつかある。 (P 9) 参考事例として、豊島区、薩摩川内市の好例がある。
会長	ここまでの説明について質問等はあるか。
委員	認知症の原因について3点。 ・認知症の分類はどのような検査で診断されるのか。 ・MC I の段階で、原因(アルツハイマー型等)の診断は可能か。 ・3つの進行度合いはそれぞれ異なるのか。
会長	3つの類型は、まず問診を行い、症状やライフスタイル等を確認した上で各種検査の結果を踏まえ診断する。それぞれ症状に特徴はあるが、複数の要因が重なることも少なくないため専門医による診断が必要である。 MC I は、類型には直接関係するものではない。MC I の状態のままや改善することもある。 MC I は人との関わり等、日常生活の過ごし方次第で改善することもある。 医療界ではMC I のうちに対応することが大事だと言われている。
委員	リーフレット「100人いれば100通り」にあるとおり、周辺症状は原因となる病気以外に生活環境や困りごと、相談相手の有無等、様々な要因が影響してくる。類型については、様々な検査によって診断される。

会長	「新しい認知症観」は大事で、「認知症になったらもう何もできない」ではなく、普通に日常生活を送ることはできる。認知症だからといって不安になったり、特に周りが特別扱いしたりすることはやめようというのが今回の大きなテーマといえる。 在宅医療・介護連携についてはまだ十分に進んでいるとはいえない。例えば特別養護老人ホームが利用者を診てもらう協力医療機関を決め、それに対して加算を設けているが、一方的な制度だったこともありなかなか進んでいない。むしろ元々のかかりつけ医の方がご家族も安心だったりすることもあるので、市全体で医療が連携し、要介護者を支える体制を構築できれば良いと考えている。
委員	例えば医療機関は医学的なリスクを意識し治療にフォーカスするが、在宅のケアマネジャーは自宅での生活をどうするかという視点で考えるので、その意識の違いは当然ある。何のために連携するのか目的を共有するために研修や事例検討も行っていく必要がある。
会長	ケアマネジャーが計画するリハビリは、訪問リハか通所リハになる。本来リハビリテーションは専門職の目が入り、「以前と比べてどう変化しているか」を専門的に見ることが大切。そのような使い方がされていない。専門職の見解を「このように関わってほしい」と訪問介護に伝えることにより、サービス量は増えずにレベルが落ちないケースはある。定期的なリハビリ訓練よりも、評価の目が入ることが大切であると考えている。
委員	医療機関や施設によって対応や考え方にばらつきがあると聞いている。どこへ行っても同じ対応が必要と思うがいかがか。
会長	組織ごとに多少の違いが生じるのは仕方ない部分もあるが、川越市には在宅医療と介護の連携拠点である「在宅医療拠点センター」がある。相談窓口として知ってもらえるよう、広報活動も進めていきたい。
委員	リハビリの目については、医学的、社会的等いろいろな目を持った専門職の目があるという認識でよいか。
会長	リハビリには理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の3職種があり、それぞれの分野を専門的な目で評価している。 社会的リハビリ・職業リハビリは職種分類とは異なり、状況に沿った幅広いリハビリ、例えば車の運転等、社会復帰が目的のものなどを指す。

委員	リハビリとは、「リ」＝「再び」、「ハビリス」＝「ふさわしい状態」が語源であり、「再び尊厳のあるその人らしい生活にする」という意味となる。 その支援をするのが３職種であり、理学療法士＝歩行等身体機能回復、作業療法士＝日常生活に則して心から動けるよう精神科領域から生まれたもの、言語聴覚士＝失語、摂食嚥下、コミュニケーション機能回復を支援する特徴になっている。 リハビリは本人の意思や家族の意思等、全ての環境が一致して進めることが理想だが、まだ「訓練」として捉えてしまうことが多い。「地域のリハビリテーション」として尊厳を守るための取組としていきたい。 (２) 第９期計画の認知症施策と在宅医療・介護連携の位置づけ・取組・成果指標について【資料６】を基に事務局より説明
会長	説明について意見等はあるか。
委員	資料では、認知症の人＝１００％高齢者、という表現になっているが、若年性の方が含まれていることもあるので単に「認知症の人」と表記した方が、疑義が生じないと思われる。
事務局	すこやかプラン・川越は、６５歳以上の方を対象とした計画であるため、高齢者を中心とした記載となっている。一方で資料Ｐ１６では、高齢者に限らない取組を紹介しているため、ご指摘のとおり資料は訂正したい。
委員	資料Ｐ２２の取組について、いずれの項目も目標値を下回っていることから、その原因等を分析しているのか。
事務局	「地域の人に頼ること・頼りにされることに抵抗がない」が目標値を下回っている点については、地域との交流が少ない方が増えていると考えられる。「自宅で最期を迎えられることを希望し、実現可能だと思う」が目標値を下回っている点については、アンケート結果から「家族に迷惑をかけたくない」と考える人が増えているためと考えられる。
委員	その結果について「なぜそう思うのか（思わないのか）」という聞き取り調査は実施しているか。
事務局	聞き取りは実施していないが、地域包括支援センターからは、例えば体操について地域の活動ではなく自分の都合に合わせて参加できる場所に行く等、地域と少し距離を置く方が多いと聞いている。地域との繋がりは今後増やしていかなければならない。

委員	地域との繋がりを強化するのは大切な取組だが、当事者が地域と繋がりたいという思いがあるのかどうか。
事務局	検討課題としたい。
会長	家族に迷惑をかけたくないため最後は病院で、という考えも増えている。それ自体悪いということではなく、ギリギリまで自宅で過ごし最後は病院でという考え方もある。但し、在宅医療・介護連携の項目として適切かは検討が必要である。
委員	「何を目指しているのか」に則したものが指標となる。この第9期の成果の報告を踏まえて、第10期の見直しを行う。リハビリ、看取り、認知症に共通することは「本人の思いを十分に聞いているか」である。思いに沿った支援チームが構築できているか等の評価は、この第10期で考えていく必要がある。
委員	資料P18の消費者支援の取組について相談件数実績には、相談を受け付けたのみも1件としてカウントしているのか。 認知症施策に限らず、成果指標は参加者数や件数ではなく、支援に繋がったのかどうかや利用者の満足度・改善度等、第10期の見直しに当たり指標のあり方を考えてもらいたい。
委員	資料P22の成果指標で、「地域に頼ることに抵抗がない人」が減少していることについて、関わりがある委員がいれば本人の考え等を共有していただきたい。
委員	地域の声では、戸建で自治会に参加している方は比較的地域と繋がりがあ る。一方、タワーマンションでは近隣との関わりは少なく地域と関わらず 個人のスペースで生活したい思いでマンションに住んでいる方が多く、ア プローチが難しいと聞いている。 マンション購入時は高齢者になった時の想像ができていなかったケースも あると思われる。
委員	今後マンション住民のことも考えていけると、市に合った計画になるのでは ないか。
委員	資料P22の「人生会議」の普及啓発について、多くの高齢者に参加して もらえるよう、もっと周知をして欲しい。

事務局	「人生会議」については、年１０回ほど、川越市医師会に所属する医師による講演と在宅医療拠点センターの職員が地域に出向き講話を行っている。昨年度の参加者は５７９名で、本日配布した「私の意思表示ノート」を資料として配布している。今後も参加者拡大について、引き続きご協力をお願いしたい。
委員	「私の意思表示ノート」は、気持ちが変われば何度も書き直せる点が素晴らしい。最後のページに救急隊や病院の方々にに向けた掲載や医師署名欄があるが、公的な文書なのか。
会長	公的な文書ではなく任意のものである。ただし、救急隊がこのノートを見て必要な処置を行わないという判断はできない。救急搬送後は医師の判断となる。そのため、このノートは家族等と相談しながら記入してほしい。
委員	今後一人暮らしの高齢者が増えていく中で、「私の意思表示ノート」のように自分の思いを誰に託すのかということも今後の課題とを感じる。
事務局	身寄りのない高齢者の支援については、現在、国も法改正等が進められている。その動向を注視しながら必要な体制づくりを検討していく。
会長	後見人制度等も活用し、一人にしない体制づくりは重要である。 オレンジカフェは毎月相当数開催されていると思うが、資料に掲載していないのか。
事務局	オレンジカフェは、令和７年度は市内に３６ヶ所（うち包括支援センター運営が３５ヶ所）あり、延開催回数は３７１回、３千人を超える方が参加した。今までも継続してきた事業ということで、今回は資料への掲載は割愛した。
会長	川越市は、オレンジカフェの数が全国的にも多く、市民に周知した方がよい。 また、「ここえどマップ」は、地域包括支援センター中央ひがしが厚生労働大臣賞を受賞した取組であり、トイレの場所等掲載され、高齢者だけでなく市民や観光客にも役立つものなのでぜひ紹介してほしい。 (３) 認知症施策について ①認知症の現状 ②議論のポイント を【資料７】【資料８】基に事務局より説明

会長	議論のポイントについて意見、提案等はあるか。
委員	ポイント3について、介護を支える家族やキーパーソンの生活の質を維持する視点が大事だと考える。
委員	ケアマネジャーは、認知症の本人や家族、関係者などいろいろな方との関わりをつなぎ、重度化防止やご家族の負担軽減の役割を担っている。また、施設を上手く利用しながら在宅生活を継続する等、多方面から必要な支援の提案している。
委員	ポイント3について、川越市の認知症ガイドブックが充実しているので、医療機関や公共施設等に置いて多くの人に手に取ってほしい。 また、紙オムツ支給や住宅改修等の補助制度ももっと周知してほしい。 ポイント4について、認知症サポーター養成講座の開催回数を増やし受講者の拡大を図ってほしい。
事務局	認知症ガイドブックの配布場所は、公共施設等含め検討する。また、認知症サポーター養成講座は、各地域包括支援センターで開催しているので問い合わせいただきたい。
会長	既存のサービスをきちんと使えているか理解した上でなければ、新たな提案を行うのは難しい。例えばデイサービスには、リハビリを短時間行うものや重度の方を7～8時間受け入れるものなど、それぞれ得意分野があるが、自宅近くのデイサービスがどのような特徴を持っているかという情報は少ないのではないかと。市民がサービスの種類や特徴を理解し、どの地域にどのようなものがあるのかを分かってもらうことが原点となるのではないかと。
委員	資料7のP23「認知症観の状況」について、設問5「あなたが暮らす地域では認知症の人の意思が尊重されていると思うか」及び設問7「あなたが暮らす地域では認知症の人が自分らしく暮らせると思うか」の数値が低い。 これらの改善にフォーカスすると意見は出やすいかもしれない。 また、これまで報告された成果を多くの人に知ってもらうことで、関心を持ち、活動に参加する方が増えるのではないかと。草の根活動的な取組を10期で検討してもよいのではないかと。
会長	成果報告を全家庭に配布し、市民全員に理解してもらうくらいの地道な活動が重要であると改めて感じた。 時間の都合により、資料9の説明のみ行う。

会長	(4) 在宅医療・介護連携について ①在宅医療・介護連携の現状 ②議論のポイント を【資料9】【資料10】基に事務局より説明 資料9及び資料10は各自読み込んでいただき、次回ご意見ご提案をお願いしたい。 川越市医師会ホームページでは各医療機関が得意分野をアピールしているが、医療介護に限らず、良い情報が市民に十分届いていないことが問題なので、川越市の課題として取り組んでいきたい。 次回持ち越しとなるが、スケジュールを少し見直したい。 課題に対して一定の答えが見えている場合は、事務局から提案を行うようにしたほうが良い。 以上を持って終了とする。 5 その他 なし 6 閉会 次回、第9回審議会は令和8年8月17日(月)14:00から開催予定。
----	---