

第2回 あきる野市介護保険事業計画策定委員会

議 事 要 旨

開催日時

令和8年5月27日(水) 午後6時55分～午後8時55分

開催場所

あきる野市役所 5階 503会議室

出欠席

出欠	氏名	所属等
出席	◎ 下村 智	あきる野市医師会
出席	澤田 章司	秋川歯科医師会
出席	鳥海 利也	あきる野市薬剤師会
出席	安田 肇	あきる野市民生・児童委員協議会
出席	○ 網代 和夫	あきる野市社会福祉協議会
出席	鈴木 博紀	あきる野市介護老人福祉施設連絡協議会
出席	今 裕司	あきる野市介護事業者連絡協議会
出席	庄司 隆史	あきる野市ケアマネジャー連絡協議会
出席	菊地 志保	認知症カフェ・エール実行委員会
出席	山崎 秀博	あきる野市町内会・自治会連合会
出席	中村 金作	あきる野市高齢者クラブ連合会
出席	田中 恵子	あきる野市健康づくり市民推進委員会
出席	佐々木 克治	西多摩保健所
出席	山井 理恵	明星大学
出席	秋間 利郎	第1号被保険者
出席	岩崎 拓哉	第2号被保険者
出席	坂本 茂美	あきる野市

◎委員長、○副委員長

【 事務局 】

水葉高齢者支援課長、原高齢者支援係長、藤田介護保険係長、小黒介護認定係長
中嶋保健福祉支援担当主査、小林主任、長谷川主事、仲宗根中部高齢者はつらつセンター長

【 資 料 】

- 委員長配布資料 「認知症について」
- 資料1 検討部会の設置及びスケジュールの変更について
- 資料2 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査報告書について
- 資料3 在宅介護実態調査報告書について
- 資料4 〔重点事項1（1）〕介護基盤の整備について（施設サービス）
- 資料5 計画の将来目標・体系図（案）について
- 当日配付資料 第2回介護保険事業計画策定委員会 事前意見書

1 開会

事務局 定刻前ですが皆様お揃いですので、これより第2回あきる野市介護保険事業計画策定委員会を開催いたします。議題に入るまで本日の司会を務めさせていただきます、高齢者支援課長の水葉と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

この介護保険事業計画策定委員会につきましては、公開とさせていただくことになっております。委員の皆様、傍聴をお認めいただけますでしょうか。

(「はい」という声あり)

ありがとうございます。本日の傍聴希望者は2名となっております。ご入室いただきます。

また、委員につきましては、人事異動等につき、委員に変更がございましたのでご報告をさせていただきます。保健所から選出されておりました川口委員から佐々木委員に、また、市の職員、健康福祉部長の人事異動により山田委員から坂本委員に変更となっております。

ー 佐々木委員と坂本委員の自己紹介 ー

ありがとうございました。それでは、次第に沿って進めさせていただきます。

2 挨拶

委員長 皆様、こんばんは。今回は第2回ということで、第1回は昨年度の2月でした。今回は、資料が多く、皆さん、大変だったと思いますが、活発な意見をよろしくお願いいたします。

事務局 ありがとうございます。それでは、次第3の議題に入る前に、配付資料の説明をさせていただきます。

(資料確認)

下村委員長より、若干時間を使って資料の共有をしたいということです。下村委員長からご発言をいただきます。

委員長 突然、すみません。これは議題の中で大事な話になると考え、スライドを作ってきました。題名は「認知症について」です。ベーシックなことを医療的な面からお話をさせていただきます。認知症というのは、一度発達した認知機能が、病気や疾患などいろいろな影響で徐々に脳が委縮してきて認知症を発症します。中核症状と周辺症状(BPSD)ですが、多くの方が困るのは中核症状よりもこの周辺症状だろうと思います。今日はその辺のお話が出てくると思います。65歳以上の、日本の高齢者における認知症の現状として、これは令和4年ですが、平成22年の発症予想より低い数値となっています。認知症の患者さんは平成22年の時点の推計では443万人。軽度認知障害、これはMCIという言葉で一般的に略すのですが、こちらが559万人。認知症と軽度認知障害の人を合わせますと、約1,000万人となり、日本の人口1億2千万のうち65歳以上は30%で、その65歳以上の人の30%が認知症あるいはMCIということになります。

認知症の種類としては、一番多いのはアルツハイマー型認知症で75%、他の疾患は血管性認知症やレビー小体型認知症、前頭側頭型認知症と、大きく4つくらいが主な種類です。一番多いアルツハイマー型認知症の現状について、医療的な問題からの話をします。横軸が病気の進行の度合、縦軸はどのような治療もしくは症状が出てくるか、悪化するかについて書いてあり

ます。軽度認知障害からアミロイドβというタンパク質が脳にくっつくことによって認知症が発症する。これがアミロイドカスケードという有名な説のスタートです。アミロイドβは脳脊髄液を通して血中に入ります。そのアミロイドβを刺激することによって、タウタンパク質がリン酸化されます。これは細胞内に入ってしまうんですね。このタウタンパク質が、おそらく障害を起こす一番の原因だろうと言われています。これは今のところ、細胞内ですので治療ができません。なので「アミロイドβに対する治療をしましょう」ということで、現在2つの治療方法があります。「レカネマブ」は2週間に1回、「ドナネマブ」は月1回の治療法です。これらは日本で適用されていますが、専門の医療機関でないと治療ができません。

認知症を発症する年齢について、65歳以下1.9%くらいから85歳まで33.9%、このようなカーブで増えていきます。75歳以上では5人に1人が認知症だということです。ここがポイントだと思うのですが、高齢者認知症の有病率の将来設計（将来、どれくらいの高齢者が認知症になるかを予測すること）です。75歳が7.1%くらいです。85歳以上になると37%とだいたい5倍くらいになります。これを、「5歳遅らせましょう」と。5歳遅らせると、後で5倍になるものが、かなり抑えられるということです。ですから、「5歳遅らせましょう」というのが今の医療の考え方です。これをどのように行うかということが一番の問題です。後は関係者の方たちの中で、このようなバックボーンがあるのだということを基にお話しいただければと思います。どうもありがとうございます。以上です。

事務局 ありがとうございます。認知症施策推進計画を策定することになっておりますので、後の議論に関係してくると思います。それでは、ここからの進行につきましては設置要綱に基づきまして、委員長をお願いいたします。下村委員長、よろしくお願いいたします。

3 議題

（1）検討部会の設置及びスケジュールの変更について

－ 事務局より資料1と当日配布資料について説明 －

委員長 事務局より説明がありましたが、事前意見書も含めて、部会等の構成はこのような形でよろしいでしょうか。ご意見、ご質問等ありましたら言っていただけたらと思います。大丈夫でしょうか。よろしければ、事務局からご説明がありましたとおり、各部会の部会長については策定委員会の委員長が指名するということでしたので、部会長を事前をお願いしております。介護人材対策検討部会は今委員に、認知症施策検討部会は山井委員に依頼したいと思うのですが、いかがでしょうか。

（「賛成」という声あり）

それでは、皆さんも賛成ということでよろしいでしょうか。

（「はい」という声あり）

この件について、他に何か意見はあるでしょうか。

事務局 事前のご質問にありました、傍聴の可否についてお願いします。

委員長 それでは、傍聴の可否についてのご意見はいかがでしょう。

委員 部会で検討されたことをこの策定委員会で報告されるということですので、部会の傍聴は必要ないと私は思います。

委員長 部会についてはそのような考え方でよろしいですか。それとも部会も認めたほうがよいですか。それでは、委員のご意見を採用という形でよろしいでしょうか。賛成の方、挙手でお願いいたします。

(挙手多数あり)

それでは、その方向で。

事務局 部会に関してご了承いただけたこと、また、部会の傍聴については否ということでございました。内容につきましては、9月の策定委員会でご報告いたします。詳細な議事要旨ではありませんが、ポイントを絞った議事要旨につきましては、ホームページに掲載することを検討しているところでございます。

(2) 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査報告書について

ー 事務局より資料2と当日配布資料について説明 ー

委員長 事務局からの説明が終わりましたが、何か質問がありましたらよろしく願いいたします。よろしいでしょうか。

事務局 先ほどの説明では、ご質問のみをご紹介させていただいた状況ですが、委員長が気になるご意見等ございましたらお願いいたします。

委員長 分かりました。委員の皆様からは何かご意見やご質問はありませんか。例えば34ページですが、配偶者がいないと結構大変だということ。相談相手や面倒を見てくれる人が家族しかいないという考え方でよろしいですか。他の人に助けを求めることを、要支援1・2くらいの人は考えていないということでしょうか。このデータから、私はそのように見たのですが、どうなのでしょう。

事務局 要介護の方々に比べて、要支援の方々はそこまでサービスを必要とされていない方もいらっしゃいます。認定を受けた理由も住宅改修のみの利用であるためという方も多くいらっしゃいます。

委員長 他にご質問のある方はいらっしゃいますか。それでは、次の35ページですが、健康な方の場合は医療機関、医師や看護師に相談する形が多いのでしょうか。地域包括支援センターがあまり周知されていないがために、要支援の方は外来を受診して、そこで話を聞いているという理解でよろしいでしょうか。

事務局 先ほどの説明で地域包括支援センターの認知度は他市と同じ状況であるという話がありました。他市の調査で世代別の調査結果などを見ますと、やはり若年層は地域包括支援センターの認知度が低い状況がございます。いざ介護が必要になってから、「どこに相談すればよいのか」という話になって、地域包括支援センターを知ることが多いので、介護認定者の認知度が高く、若年層は低い状況であります。先ほど申し上げたとおり周知活動はしているところですが、一方で今差し迫って介護の必要のない方が認知をするかどうかについては、受け手側が知ろうとしているかしていないかで認知度が下がってしまうことはあります。ただ、今あきる野

市でも意見集約をして包括的支援体制を整えているところです。成年後見制度のニーズが増してきていますから、今後も周知活動をしていく必要があると考えております。

委員長

ありがとうございました。

委員

私は、全体的に前回より今回が「無回答」の比率が高くなっている印象で、集計方法がどうなっているのか質問したのですが、逆でした。特に集計方法は変わっていないのだと思います。そして、それぞれの委員の方も気になっているポイントはあろうかと思いますが、それは先ほど承認された部会で取り扱っていただければいいと思っていますが、どこの部会でも議題に出にくいと思うのが、通いの場を選ぶ際の重要な要素の2番目が「交通の便」であること。これは、他の協議体で検討されている時に必ずと言っていいほど出てくる話です。確か地域保健福祉計画策定の時にも出ていましたし、私が少し関わったところと言うと、社会福祉協議会の計画策定を行うワークショップの中でもやはり「交通の便」が取り上げられていました。そうすると介護保険事業計画の中だけでは取り扱えないテーマだと思います。例えば「チョイソコあきる野」など様々な取組をされているのは存じ上げていますが、今後も市全体で継続的な取組が必要なので、将来の検討事項として挙げていただきたいとリクエストしたいと思います。

後は、先ほど話に出た、地域包括支援センターの認知度が高くないことに残念な思いがあるのですが、「少しずつでも」というのが、なかなか難しい話で、高齢者世帯や介護されている方がいるご家族向けの取組だけでは、「その場になってみないと分からない」で終わってしまいますから、ぜひ介護予防について検討される際に、健康教育の中で若年層や元気に働いている40歳よりも若い世代に知ってもらうこと。どうしても私たちのターゲットとして介護を必要とされる高齢者の方や支えている家族に焦点が当たりがちなので、そうではない方々をターゲットにした施策や取組を検討していただきたいと思います。

委員長

今のご意見に市から回答はできそうですか。交通手段、そして地域包括支援センターの周知の話でした。

事務局

ご意見ありがとうございます。次の議題の在宅介護実態調査報告書でも外出・移動の支援についてはご意見をいただいております。第2層生活支援コーディネーターということで生活支援体制整備事業を行っているところでございますが、やはり五日市地区など、交通手段がないという課題があがっています。高齢者支援係では地域ぐるみの支え合い推進協議体がありまして、生活支援体制整備事業の検討を進めているところでございますのでそちらの会議、また庁内での検討においてもご意見としてしっかり賜っていきたいと思っております。

地域包括支援センターの認知度につきましては、先ほど事務局からの説明にもありましたが、ACP（人生会議：アドバンス・ケア・プランニング）や成年後見制度など国でも動きがありますので、若年層からの地域包括支援センターの認知度の向上やPRをしていかなければならないと思っており、地域包括支援センター運営協議会でも検討していきたいと思っております。また、認知症の講座や介護予防の中でも認知症の取組をしっかり教育していかなければならないということ。前回も委員からご意見をいただきましたけれども、認知症サポーター養成講座は小・中学校で積極的に行っておりますが、若年世代への教育や健康意識の高まりについて昨年度の推進委員会でご意見をいただいておりますので認知症施策検討部会で併せて検討していきたいと考えております。

委員長

どうもありがとうございます。他にご質問等ありますか。おそらく歯科を受診される患者さんは歩いて来られると思うのですが、そのような方々や家族に対するアプローチはありますか。介護を受ける時の相談窓口として。

委員

特に介護は……。ご自身に何らかの不自由があればご家族の方が連れてこられるので、そのような意味ではある程度リスクの高い方がかかってらっしゃいますが、問題はないと思いま

す。ただ私どもでも認知症と歯科の関係、例えば歯周病からの発生率等、相関関係が高いということが出ていますので、その辺の教育は児童、生徒の辺りから始めてはおります。

委員長

ありがとうございます。

委員

資料を拝見していて、やはり、認知症カフェや居場所などいろいろあると思うのですが、交通の便が非常に気になりました。バスがあっても本数が少ないなどありますので、足を病んでいの方にとって出かけることはなかなか厳しいのかなと思います。

地域包括支援センターについては、自分が介護の当事者になったりご家族に介護が必要になったりするまで知らない方が多いというのは、全国どこでもあると思いますので、もう既にされていたら申し訳ないのですが、要介護になる方は病気などがきっかけで要介護になるので、病院で紹介していただいたり、パンフレットを置いていただいたりすると認知度が上がるのではないかと思います。

委員長

ありがとうございます。委員は健康教室をされていらっしゃると思いますが、そちらで地域の情報発信のようなことはお願いできますか。

委員

できると思います。私がヘルパーの講習を受けた時に、先生から「いいですか、あなたたち。嫁や娘や息子に自分の老後は任せられないんだから、自分で」と介護保険制度が始まったことに言われました。「ああ、そういうものなんだな」と。今現実には介護をされている方は、70代の方もいらっしゃいますが、やはり80代以上の方が多いです。そのような方は「家族がみるものだ」と考えているので、ヘルパーやサービスを受けられると言っても、「他人はいやだ」などいろいろあって、なかなか浸透しないと感じます。75歳以上の後期高齢者が増えていけば、少しずつ変わっていくのではないかと考えてはいます。

委員長

ありがとうございます。相談窓口をどうしていくか、あるいは交通の便がない時にどのようにアプローチしたらいいか、どうですか。

委員

私は今特に意見は持っていないのですが、これから自分の問題としてそれが忍び寄ってくるのを感じています。今まで無関心で勉強させていただいている状況ですので、今は発言はございません。

委員

地域包括支援センターができてからだいぶ経つと思うのですが、当事者にならないとなかなか難しいというのは確かにありますので、周知するのは大変だろうと思います。お話に出ていたような、病院で情報を聞くことが一番近道なのかなと思います。我々事業者、ケアマネジャーや事業所から発信というのはなかなかなく、利用者になって初めてお会いする形になりますので、広く患者と接する病院や、学校教育でそのようなことができるのか分からないのですが、生徒にさらっと「介護や福祉についての相談窓口にはこういう所があるんですよ」とお話しするだけでも、少しずつ浸透していくのではないかと思います。

委員長

ありがとうございます。

委員

施設なので、どちらかと言うと受け身が多いです。「どうすれば入所できるのですか？」という問い合わせから、「介護度の認定はされているのですか。まずは市役所に担当部署があるので、そちらに問い合わせてください」というところから入っていくことがあります。住民票を取る受付に、「介護でお困りの場合は、〇〇へ」などのお知らせを掲げてもいいのではないかと、今聞いていて思いました。

委員長

今の意見について、市から何かありますか。プレートに相談窓口の案内を載せるなど対応できそうですか。

事務局

市民課などでどのような周知ができるか、検討していきたいと思います。

委員長

どうもありがとうございます。

委員

資料2の10ページの「からだを動かすことについて」に、できる人、できるけどしていない人が85%以上いますが、動けるといことはだいたい健康ということです。若い方は動ける

ので、地域包括支援センター、はつらつセンターの認知度は当然低いですよね。民生・児童委員の活動の中から申し上げますと、少し相談に乗った時、一番最初に説明するのが「はつらつセンターに行って、要支援などのレベルをみてください」ということです。それから介護保険や介護施設の話になっていきます。

交通の便の話は、雨間地区で「雨間ほっと♡」という活動があるのですが、基本的には雨間クラブという町内会の集合場所で行います。雨間地区は広いので、そこまで行くのに高齢者の方が30分や40分歩くとなってしまうと、当然参加率は低くなります。近所で車の方は必ず来てくれますが、遠い方は難しいと思っています。社会福祉協議会で行われているサロンなどについても、「遠い方はどうですか」と聞くと、そこが問題でなかなか利用できないと聞きました。

委員長 どうもありがとうございます。続きまして、議題（3）に移りたいと思います。

（3）在宅介護実態調査報告書について

ー 事務局より資料3と当日配布資料について説明 ー

委員長 事務局からの説明が終わりました。何かご質問、ご意見等ありましたら、挙手をお願いいたします。

委員 今さらながらの質問で申し訳ないのですが、資料3の9ページの世帯類型については「単身世帯」「夫婦のみ世帯」「その他」となっていますが、考えてみると「その他」の中の幅が広くて、例えば多世代、息子、娘、孫がいるような三世代、四世代同居世帯もあれば、介護が必要な方と息子、娘という世帯もあります。それらが全て「その他」に含まれてしまいます。多世代が同居されている5人家族、6人家族の世帯と8050やヤングケアラーのような課題のある世帯が、この集計では一緒になってしまっていることに疑問をもちました。今さら分類を分けてやり直すわけにはいかないと思うのですが、何か別の調査でもいいので実態を分析する必要があると思いました。「その他」の取扱いについて教えていただけたらと思います。

事務局 ご質問ありがとうございます。こちらの調査の設問の変更は、厚生労働省の手引きではできないことになっております。理由としては、最終的に地域包括ケア「見える化」システムにデータを全て吸い上げまして、保険者間でもデータを比較できるように設問が固定されている状況でございます。ご指摘のとおり、問題が多様化している中で「その他」に全部分類されていると詳細な検討ができないので、11ページの間3に年齢別の設問がございますので、クロス集計を行うことで詳細な分析ができるかと考えております。

委員長 出してくださったご意見を読ませていただきます。『P10「図表3-1 主な介護者による介護頻度」によると、「ほぼ毎日ある」が半数以上と介護負担が重くなっているようです。一方でP13「図表3-5 施設入所の検討状況」について、全体的に「検討していない」が前回より増加しています。なお、P19の「図表1-2 要介護度別・施設等検討の状況」を見ると、「要介護3以上」から「検討中」「申請済み」が多くなります。特別養護老人ホームの入所要件が原則「要介護度3」以上であることも影響しているのかもしれませんが。』という意見がありました。

委員 今、委員長が読んでくださったところはそのままなのですが、次のP29についての意見は、逆のことを書いていることに気づいたので、削除していただいてもよろしいでしょうか。確認不足ですみません。

- 委員長 分かりました。ご意見、『前回より、「主な介護者」において家族の割合が増えているので、家族の負担をいかに軽減していくかが、より必要になっていると感じます。』については、何かありますか。
- 委員 日常生活の調査もそうでしたが、家族の方が毎日介護しているなど、家族の負担が全体的に重くなっているように感じましたので、ヤングケアラー対策も含めて家族の介護者をいかに減らすかが、今後検討していく課題だと感じました。
- 委員長 ありがとうございます。次のご意見、『P 17 問4「認知症状への対応」が、具体的にどのようなものか、知りたいと思いました。B P S Dも不安、不眠、暴言、介護拒否、外に出ていこうとする行為などいろいろあります。その点が分かると、計画にも反映できると感じました。』とありますが、ご自分の意見について何かありますか。
- 委員 ありがとうございます。認知症状とひとくくりにした調査なのだと思いますが、最初に委員長がスライドでご説明してくださったようにB P S Dは本当に大変なものなので、そのところが細かく分かるといいなと思ったのと、東京都は認知症施策で、施設ではあるのですが、B P S Dケアプログラムに力を入れていると思います。あきる野市はその辺りをどのように考えているのか、教えていただければと思います。
- 事務局 都のB P S Dプログラムについては不勉強でまだ把握していなかったのですが、先ほどの認知症状への具体的な対応につきましては、部会を設置しますので、その中で市内の介護事業者や認知症当事者の方にご意見を聞いていきたいと思っております。今ご指摘いただいた観点でどういったことにお悩みになられているのか、ご本人、ご家族を含めて分析させていただき、認知症施策全般、介護予防施策全般の検討をしていきたいと思っております。
- 委員長 よろしいですか。それでは、『P 1 この調査の回収率も90.3%と高いので、計画に活かせる回答部分が多くあると思われる。』『P 9 世帯類型で、前回調査より単身世帯と夫婦のみ世帯が減少しているが、半数以上が高齢者のみの世帯となるので、このことを踏まえた計画にする必要がある。』
- 委員 ありがとうございます。次に書いたP 20について、お話をさせていただきたいと思います。P 21の図表1-4では「要介護認定が高くなるほど」という説明をいただいたのですが、読んでいて、要支援1・2の方たちに対して介護者が不安に感じる割合が3割を超えている介護があることに気づきました。そこに対する支援を行うことで、要介護度が高くないような取組を考えたらよいのではないかと思います、このように意見をさせていただきました。
- 委員長 市から何かコメントはありますか。
- 事務局 繰り返しのなってしまいますが、認知症施策検討部会の中でこういった観点についても検討させていただければと思っております。
- 委員長 ありがとうございます。他に何かありますか。
- 委員 質問として私が書かせていただいたもので、先ほどの説明でご回答もいただいたのですが、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査でも少し書いたのですが、訪問系サービスの利用が前回調査よりも著しく下がっているのが実感としてあります。地域密着型サービス以外のサービスにおいて、実際のサービス提供可能量がニーズと合っている中で今の利用状況なのか、気になります。議題(2)と重複してしまっていて申し訳ないのですが、要介護認定を受けている人は多くなっていて、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査では年齢も上がっています。それを踏まえてみると、訪問系サービスがこれだけ減ってしまうのは、事業者団体の立場から言うと、ホームヘルパーの人数が圧倒的に少ないか、ヘルパーの高齢化が著しくてニーズに応えるサービスを提供することが困難になっているかであるのは想像に難しくないです。ニーズと実態の乖離についてチェックすること、令和7年度の地域密着型サービスについては私も存じ上げているのですが、追加などの形でケアマネジャーなのか、利用者の方の意向なのか、どこまで充足できているのか、書く必要があると思います。もし、そういったデータが出てきたら、介護

人材対策検討部会で人材の確保・定着の方向性が見えてくるので、その辺りが必要ではないか
と思います。追加の調査については、介護事業者連絡協議会等で協力はできると思いますの
で、ニーズと実態の乖離があるのかどうか、調べていただければと思います。

事務局 ご指摘のとおりでございまして、令和6年度に報酬改定がありましたけれども、他産業が上が
っている中で訪問介護は基本報酬が減額でございました。介護の方は横ばいが伸びているく
らいでしたが、この会議に臨む前に給付実績を見たのですが、総合事業、要支援の方々に対す
る給付は右肩下がりという状況がございました。やはりそれは供給サイド側のケアマネジャ
ーがサービスに位置づけられないとサービスを使えないので、もしかしたら供給が足りずに
サービスに位置づけられずという状況が起きているのかなと思います。今、委員からもお話が
ありましたが、介護事業者の皆様、ケアマネジャーの方々との連絡会を定例的に行ってござ
いますので、その中で情報収集させていただき、対策を検討させていただけたらと考えておりま
す。

委員長 どうもありがとうございます。よろしいですか。

事務局 補足をさせていただきますが、ケアマネジャーによる調査結果が出ておりまして、推進委員
会で報告させていただいております。ニーズの乖離については把握できていない状況でありま
すが、現状で認定者数が4千何人いて、そこは変わらずにこれからも増え続けていく中で、そ
の方が在宅限界点を迎えた時にそのサービスがない場合、どうしているかというところはおそらく
施設に入っているのだと思います。ここで、それでは在宅サービスの供給量を増していくの
か、施設とのバランスをどうとっていくのか、人材をどう確保していくのかというのは、現実
的なものと現状の乖離をみるのは確かに必要になるのですが、変わらず認定者数は一定いる
ので、例えば封鎖的な島の町で特養がなかった場合、在宅限界点を迎えたとしても特養には入
れません。それは島を渡って入るという選択になると思うのですけれども、一方でその封鎖的
な島の中に特養しかなかったら、在宅限界点を超えて施設に入る選択になります。まだあきる
野市は潤沢に施設も在宅サービスもある中で、高齢者の方がどのような選択をしていくのか
ということと、広域的なサービスもある中であきる野市だけで考えていいのかという問題も
別にございますから、そこは人材も含めて、ここだけで市の中で考えることなのかということ
も考えなければいけないと思います。

委員長 他に何かありますか。

委員 介護者が不安に感じる介護ということで、「服薬」対しての不安が10%くらいあります。飲
み忘れることで認知症症状が悪化してしまうケースが多々あるかと思います。今後はテクノ
ロジーの進化があると思いますが、今は服薬支援ロボットがあります。例えば朝7時になると
ピッと薬が出てきて、飲むことができます。そうして飲み忘れを防ぐことで、認知症症状、B
P S Dの症状も抑えられます。薬が飲めていないから、症状が起こることがありますので、今
後はロボットなどのテクノロジーを導入していけるようになればと思います。

委員長 どうもありがとうございます。

(4) 〔重点事項1(1)〕介護基盤の整備について(施設サービス)

ー 事務局より資料4と当日配布資料について説明 ー

委員長 何かご質問等がありますか。それではご意見を読ませさせていただきます。『施設数は既に市内に
多く設置されているので、施設の新たな設置はしないことで良いと思います。家族の負担を減
らすための施策の推進を期待します。』について、他に何かありますか。

委員 このままでよろしいです。

- 委員長 『低所得世帯や措置、特例入所等にも、生活困窮者自立支援事業等や生活福祉課等と連携し柔軟に対応していただくことを希望いたします。』について、何かありますか。大丈夫ですか。それでは、『基本的に【策定委員会の方向性（案）】で良いと考えます。』はこのままでよろしいですか。『スライド9に示されている2つの方向性（案）で問題ないと思われる。』については、他に何かありますか。
- 委員 先ほども説明していただいところではあるのですが、西多摩の圏域でこういった施設はかなりあります。近隣の施設でまかなわれている部分がいぶあると思いますので、この方向性のままでよいと思っております。
- 委員長 どうもありがとうございました。あきる野市は、スライド3の3つのパターンのどれに相当するのですか。
- 事務局 2050年の将来人口推計を出させていただいておりますが、前期高齢者は減りますが後期高齢者は増えます。全体では2020年から2050年までで4,200人くらい増ということで「大都市部」に分類されます。一貫して2040年までは高齢者人口全体は増えていくことになります。
- 委員長 サポーターがいなくなるということですね。
- 事務局 ただ、それまでの間は東京都内でも施設整備が進むことと、あとは絶対量をどう吸収していくかということでフレキシブルに建てても地域包括支援センター運営協議会で用途変更できたり、休止できたり、あきる野市は施設が充実しているので在宅サービスで当面の間のぐほうが当てはまっているのではないかと思います。
- 委員長 どうもありがとうございます。

（５）計画の将来目標・体系図（案）について

ー 事務局より資料5と当日配布資料について説明 ー

- 委員長 ご意見やご質問がある委員の方は挙手をお願いいたします。よろしいですか。ご意見をいただいているので読ませていただきます。『前回の会議の際に「認知症については分からない」というご意見もありました。重層的支援体制整備事業について、もう少し具体的な取組や目的等についてご教示いただけると良いかと感じました。』について、委員から何か追加などありますか。
- 委員 大丈夫です。
- 委員長 市から意見はありますか。
- 事務局 重層的支援体制整備事業について、資料は用意してないのですが口頭で説明いたします。重層的支援体制整備事業が創設された背景は、少子高齢化が進行するとともに、家族の形態も多様化しておりまして、地域住民間のつながりが希薄化していること、また介護、障害、子ども、生活困窮など既存の各分野の制度では解決できない、制度の狭間にいる方たちが増えていること、さらに8050問題、ダブルケア、ヤングケアラー、ひきこもりなど、複合化・複雑化する課題を抱えている個人や世帯が増えていること、そういったことから国は包括的な支援体制整備を全ての市町村に対する努力義務としました。あきる野市は今年度から重層的支援体制整備事業を始めております。
- 包括的な支援体制とは何かと言いますと、地域住民同士が支え合う機能、支援関係機関が連携して支援を行う機能、地域住民と支援関係機関をつなぐ機能の3つの機能を有する体制のことです。重層的支援体制整備事業は、包括的な支援体制を整備するための手段の一つとして創

設されています。包括的な支援体制を整備するために、既存の取組を活かしながら、属性を問わない相談支援、参加支援、地域づくりに向けた支援を一体的に実施するという事で、今少しずつ進めております。

この事業の事を知っていただくために、相談を受ける機関や地域で活動している団体の皆様にも福祉総務課の保健師が出向いていって説明を少しずつしているところです。今、福祉総務課でも8050もしくは9060問題の相談が増えてきていることを感じています。私があきる野市に入庁して30年近く経ちますが、相談に来る方の様子が昔と変わってきています。8050問題や一度も就労したことがないお子さんがいる世帯が、実際にどれくらいいるかまだ把握されていないのでその割合は言えないのですが、日々そのような相談が入っているのが現実です。健康福祉部の中で保健師は高齢、障害、健康、子ども家庭センターなどばらばらに配置されていたことで自分の分野を超えた活動ができていませんでした。今ようやく健康福祉部で保健師が福祉総務課に集まったことで、それまでばらばらに配置されていた時よりは地域に出やすくなった状況があります。ただ保健師は担当している地域に住んでいるわけではないので、地域の皆さんが普段生活を送る中で心配なご家庭やもしくは「こういった活動をやっているけど、保健師さん、来て一緒に活動してください」と保健師をうまく活用してもらえるといいと思っています。重層的支援体制整備事業のPRとともに、保健師の活動もPRしている状況です。まだまだこれからの事業ですので、皆様のご協力が必要です。これからどうぞよろしくお願いいたします。この事業のことは、市のホームページに載っておりますので、見ていただくと大変うれしいです。ありがとうございます。

委員長 続きまして、『基本的にご提示された案の方向性で良いと考えます。』については、コメントはよろしいですか。『将来目標（案）は、「ともに支え合い」という言葉は、上位計画である地域保健福祉計画に書かれている地域共生社会の実現にも通じるので、よい表現なのではないかと思われる。』という意見は、他に何かありますか。

委員 大丈夫です。

委員長 ご意見の中の将来像として、地域共生社会、認知症や障害など全部の社会福祉的な事業を地域で育てていきたいと思いますというのが皆様のご意見ということでよろしいでしょうか。今回はこれで終わります。7月の委員会が飛んでしまうので、部会の会長に頑張ってください、9月の委員会での報告ではKPIを示せるようにしていただければと思います。よろしくお願いいたします。

委員 一つお伝えしたいことがあります。この策定委員会のお話としてよいことなのか分からないのですが、この3週間から1か月くらいの間に国で特に在宅サービスの家事支援の国家資格を新たに創設することが、ほぼ100%近く実現しようとしています。具体的に2027年の秋には第1回目の国家資格の試験が開催されるそうです。このことが、どのように介護保険制度に影響するのかは分からないのですが、総理大臣いわく介護離職防止、あるいは子育て世代に対する家事支援を行うための施策として、経済産業省ともタイアップして新たな産業として育成する方針を出しています。この情報に触れた時に、私はケアマネジャーの事業所、訪問介護の事業所を行っているのですが、訪問介護事業を行っている人間としては訪問介護事業の家事支援の部分についてはすぐにではないとしても介護保険から削り取られていく方向性に国は持って行くのだらうと思いました。この3年間に劇的に変わることはないかもしれませんが、来年には報酬改定がありますので、その行方がどうなるか。おそらく生活支援は保険外にどんどん流して、「皆さん、保険外で使ってください」という方向性ではないかと思います。この策定委員会で検討できることではないかもしれませんが、見知った情報だったので皆さんの頭の中に留めて考えていただいてもいいのかなと思いました。介護人材についての部会も仰せつかっているので、このようなことも人材確保を考える上で全く影響がないわけではないだろうと思い、最後に付け加えさせていただきました。

- 委員長 貴重な意見をありがとうございました。市としてもそれを組み込んだ計画を考えたほうがいいのかもしれませんが。それではここで司会を事務局にお返しいたします。
- 事務局 委員長、ありがとうございました。ただいまの情報は市でも承知しておりまして、夏ごろに介護保険計画の国の基本指針が示される中で何か見えてくるのではないかと推測しております。締めに入る前に1点だけご報告をさせていただきます。資料1で説明させていただきました、山井委員を部会長とする認知症施策検討部会ですが、第1回の策定委員会で当事者の参加に関するご意見をいただいております。それに対する説明をしていなかったのですが、明日、市議会定例会議が開催される予定でございまして、別途当初予算とは別に当事者の参加にかかる謝礼や計画策定の委託料に関する予算を計上させていただいているところでございます。これがかなって6月中に議決されましたら、部会スタートに合わせて当事者が参加しながら検討を進めていく考えもでございます。今は予算計上段階ですので、ここでのご披露だけとさせていただきます。

4 閉会

- 事務局 次回、第3回策定委員会は、9月29日（火）の開催を予定しております。時間にわたりましてありがとうございました。最後に閉会に当たりまして、網代副委員長にご挨拶をいただきたいと思います。
- 副委員長 長時間にわたり、活発なご意見をありがとうございました。これをもちまして終了とさせていただきます。おつかれさまでございました。