

会議の開催結果について

- 1 会 議 名 令和8年度第1回上尾市地域包括ケアシステム
推進協議会
- 2 会 議 日 時 令和8年8月26日（水）
午後1時30分 から 午後3時30分まで
- 3 開 催 場 所 W e b 会議
- 4 会 議 の 議 題 （1）在宅医療介護連携に関すること
（2）認知症施策に関すること
（3）介護予防及び生活支援サービスの体制整備に関
すること
- 5 公開・非公開 公開
- 6 非公開の理由
- 7 傍 聴 者 数 0名
- 8 問い合わせ先 健康福祉部高齢介護課地域支援室
（担当課） 048-775-4190（直通）

会 議 録

会議の名称	令和8年度第1回上尾市地域包括ケアシステム推進協議会	
開催日時	令和8年8月26日(水) 午後1時30分から午後3時30分まで	
開催場所	Web 会議	
議長(委員長・会長)氏名	古谷野 亘	
出席者(委員)氏名	西村昌雄、榎本昌己、村橋憲、濱野百合子、定方民子、岡林奈津未、 小野慎也、大崎純子、秋山喜久治、鮫嶋紀子	
欠席者(委員)氏名	小島樹子、平野宏和	
事務局(庶務担当)	田中健康福祉部長、松木健康福祉部次長、関田高齢介護課長、 橋本主査(文責)、鈴木主任保健師	
事務局(説明者)	上尾市社会福祉協議会地域福祉課 矢部係長	
会議事項	1 議 題	2 会議結果
	(1)在宅医療介護連携に関すること (2)認知症施策に関すること (3)介護予防及び生活支援サービスの体制整備に関すること(地域包括ケアシステム／地域課題(第2層地域ケア会議)を踏まえた R8 活動方針)	別紙のとおり (1)了承 (2)了承 (3)了承
議事の経過	別紙のとおり	傍聴者数 0名
会議資料		
議事のでん末・概要に相違なきことを証するため、ここに署名する。 令和 8 年 9 月 6 日 議長(委員長・会長)の署名 <u>古谷野 亘</u>		

議事の経過

発言者	議題・発言内容・決定事項
古谷野委員長	それでは議事に入ってまいります。まず議題の 1 番目として「在宅医療介護連携」についてのご説明をいただきます。地域支援室の鈴木さん、お願いいたします。
事務局(鈴木)	地域支援室の鈴木と申します。 私からは、在宅医療介護連携推進事業の取り組み状況についてご説明いたします。資料の画面共有をさせていただきます。 国が示す在宅医療介護連携推進事業の 3 つの段階に合わせ、本市が実施している状況について説明いたします。本日はこの中から、在宅医療連携支援センター、入退院支援ルール、そして市民向けツール「わたしノート」の 3 点についてご報告いたします。 まず「在宅医療連携支援センター」の取り組みです。 市では平成 30 年度より、同センター業務を上尾市医師会に委託して実施しています。同センターと他機関との連携体制について、令和 4 年度までは市民および専門職の双方から直接相談を受け付けておりました。しかし、地域包括支援センターがすでに介入している市民からの相談が重複して寄せられるなど、市民の相談窓口が複数存在することで連携上の混乱が生じていました。 そのため、令和 5 年度より、市民からの相談窓口を「地域包括支援センター」に一本化しました。在宅医療連携支援センターは、地域包括支援センターや医療機関などとの連携・調整、専門的な情報提供を主に行う役割へシフトしました。これにより相談件数自体は減少していますが、これは体制整理に伴う適切な変化であると捉えています。 次に「入退院支援ルール」です。これは要介護・要支援者や退院支援が必要な方が入院・退院される際、病院と在宅関係者が円滑に看護情報等を共有するための標準的な連携ルールのことです。令和 2 年度に埼玉県から策定指示があり、本市でもワーキンググループで全 12 回にわたり協議を重ね、令和 4 年度末に初版を策定しました。その後、令和 7 年度には緩和ケアに関する内容を追加し、さらに診療報酬・介護報酬の改定内容を反映した「第 2 版」を作成しました。専門職向けの研修等を通じて徐々に周知が広がっており、介護事業者等への調査では、市内の介護事業者の約 77%が「知っている」「聞いたことがある」と回答しています。 次に、市民向けツール「わたしノート」です。これはご自身の健康情報や将来の希望などを家族・支援者と共有し、安心して医療・介護を受けられることを目的としたツールです。初年度(令和 2 年度)から令和 4 年度までに累計 13,388 冊を配布しました。 しかし、約 4,000 人の高齢者を対象にした市民アンケートでは、存在を「利用している」「知っている」と答えた割合が 14.2%に留まり、市民への周知に大きな課題が残されています。これらを踏まえた今後の主な取り組み方針は 2 点です。 1 点目は「わたしノート」の周知強化です。本人だけでなく、医療介護関係者といった支援者側へのアプローチを強め、紹介動画の作成など媒体を拡大して必要な方に届くよう目指します。市民向け講演会や ACP 普及啓発講座なども継続してまいります。 2 点目は「入退院支援ルール」の定期的な評価と改定です。策定して終わりではなく、研修などを通じて現場の意見を吸い上げ、病院と在宅間だけでなく、施設入所時など多様な場面に応じたルールの追加も検討していきます。 市民が在宅医療と介護の連携を理解し、主体的に選択でき、かつ関係者が共通の認識で円滑に連携できる環境づくりを今後も進めてまいります。 説明は以上となります。

古谷野委員長	ありがとうございます。鈴木さん、ご苦労様でした。委員の皆様、ただいまの説明についてご質問やご意見はございますでしょうか。 説明の中で「ACP」という言葉が出てきましたが、事務局から少し分かりやすく解説をお願いできますでしょうか。
事務局(鈴木)	ACPとは「アドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning)」の略称で、日本語では「人生会議」と表現され、厚生労働省が現在推進している取り組みです。 具体的には、人生の最終段階において、ご本人が望む医療や介護、ケアが受けられるように、事前にどのような価値観を大切にしたいか、どのような医療・介護を受けたいかを繰り返し話し合い、ご家族や医療・介護関係者と共有しておくプロセスや取り組みを指します。
古谷野委員長	ありがとうございます。作成された「わたしノート」の中には、その人生会議(ACP)に関する記述や、希望を記入する部分も含まれているのでしょうか。
事務局(鈴木)	はい。基本的には「わたしノート」自体がACPの考え方に沿って構成されています。ノートの項目を一つずつ埋めていくことで、自然とご自身の人生会議が整理され、望むケアを書き留めることができるような設計にしております。
古谷野委員長	ありがとうございます。他はいかがででしょうか。この「わたしノート」について、市民の方に広く知っていただくためには、どのような経路での広報・配布が最も有効だと考えていますか。
事務局(鈴木)	個人的な所感も含みますが、やはり「人生会議(ACP)」がなぜ必要なのかを、出前講座などの講座形式でしっかりと理解していただいた上で、実践としてノートをお渡しして書き始めていただくという流れが理想的だと考えています。
古谷野委員長	「わたしノート」のこれまでの累計配布数は、高齢者人口全体に対しては決して多くはないですね。そうすると、例えば薬局の窓口など、地域の身近な場所で紹介していただくようなアプローチはいかがででしょうか。
事務局(橋本)	はい、これまでも色々な場所に常設していただく検討をまいりました。一方で、ACPや「人生会議」という言葉自体の地域への浸透度がまだ低いと感じています。このノートの重要な点は「書いて終わり」ではなく、書いた内容を家族やケアマネジャーなどの支援者と「共有する」ことにあります。そのため、ただわたしノートを置いておくだけではなく、有用性を「説明しながらお渡しする」ことが極めて大切であると考えています。 現在は、職員が直接、地域に出向く出前講座や、在宅医療・介護連携のイベントなどの場で説明をさせていただき、手渡しで配布しております。 しかし、配布数に課題があることも事実ですので、古谷野先生からご提案いただいた薬局等の身近な資源の活用も含め、これまでにないアプローチについても前向きに検討していきたいと考えております。
古谷野委員長	ありがとうございます。そうですね。薬剤師会の村橋委員、薬局などでこのノートを紹介していただくことはできそうでしょうか。
村橋委員	地域薬剤師会でも、「わたしノート」があることを紹介するチラシについて、入退院支援ルールの検討グループを通じて配布していただいております。ただ、そこから実際に薬局の窓口で「わたしノート」本体の配布や説明をどの程度行えているかという点までは把握できていません。チラシの周知活動は継続しております。
古谷野委員長	なるほど。「おくすり手帳」は非常に普及が進みましたよね。
村橋委員	はい、おくすり手帳に関しては非常に普及しており、ご自身で持参される患者様も昔に比べて格段に増えています。

古谷野委員長	事務局が言うように、意味を理解していただき、説明を受けながら受け取るのが理想的であることは間違いありません。しかし、説明を聞いてくれる場や人に限定してしまうと、配布や普及の範囲がかなり狭められてしまうというジレンマもあります。 その考え方を一度リセットし、「まずは手元に持ってもらい、パラパラと中身を眺めて、何かしら将来を考えるきっかけにしよう」という、ハードルを下げたアプローチも重要ではないかと思いますが、いかがでしょうか。
事務局(鈴木)	おっしゃる通りです。丁寧に説明して配布した場合でも、その時は書こうと思っても、自宅に持ち帰ってそのまましまい込んでしまい白紙のまま…という方が一定数いらっしゃいます。実際に、同じ方が再度、別の講座に来られた際に確認したところ、2割程度の方は書いておられましたが、8割近くの方はしまったままで白紙だったという実態もございます。 そのため、古谷野先生のご指摘の通り、「まず広く配布して手に取ってもらう段階」と、「実際にノートを書き進めましょうとアプローチする段階」を明確に分けて、それぞれに適した周知・支援方法を検討すべきではないかと、担当レベルでも考えております。
古谷野委員長	せっかく良いものを作ったのに、使われない、あるいは受け取られないのではもったいないので、普及のあり方をなんとか工夫したいところですね。他にご意見はいかがでしょうか。在宅医療連携支援センターの濱野委員、センターの活動の中ではこのあたりいかがですか。
濱野委員	在宅医療連携支援センターでは、高齢介護課や医師会の先生方と協力し、地域の「集いの場」やサロンに直接出向き、そこで市民向けの講演会活動を行っています。その場で初めて「わたしノート」や人生会議(ACP)のことを知るという方が非常に多くいらっしゃいます。そうした場での反応を見ていると、「もっと早くからこうした情報を広く配布して周知すべきだ」という、非常に前向きで時には厳しいご意見をいただくこともあります。
古谷野委員長	ありがとうございます。定方委員、ケアマネジャーの視点からは「わたしノート」について何かご意見や感想はございますか。
定方委員	私どもは居宅のケアマネジャーとして、すでに要介護認定を受けられた方の支援を中心にしていますが、実務の中で「わたしノート」が十分に活用できていると言われると、あまり活用されていない、持っていない方も多いというのが実感です。また、私たちの段階(すでに要介護になった段階)になりますと、ご本人やご家族の中に「もう目を背けたい、先のことは直面したくない」という心理が働く傾向も一定数あります。今は「終活」という言葉も一般化しておりますので、できれば要介護になる前、つまり「予防・元気な段階」で、このノートの記入が進んでいくと良いかと願っております。 ノートの内容自体は、実は私たちケアマネジャーでも対象者に聞きづらい「延命治療に関する希望」などの設問が分かりやすく整えられており、非常に素晴らしいものです。もしこれが事前にある程度記入されて浸透していれば、私たちケアマネジャーの立場から、ご本人の意思に寄り添ったより良い支援ができると感じております。
古谷野委員長	おっしゃる通りですね。専門職でもデリケートで聞きにくい項目が、ノートの形式になっていることでスムーズに聞き取りやすくなるというのは、実務上大きな助けになります。一方で、先ほどご指摘があったように、要介護になってからでは先のことを考えたくないという気持ちも生じるため、要介護になる前の予防・元気な段階で終活として取り組んでいただくよう、広報の仕方や対象を少しシフトして考えていく必要があるかもしれませんね。大変参考になりました。ありがとうございます。
古谷野委員長	それでは次の議題に移りたいと思います。 議題の2番目「認知症施策に関すること」について、事務局から説明をお願いします。
事務局(橋本)	資料を画面共有させていただきます。 私からは「認知症施策」について取り組み状況と今後の方向性をご説明いたします。

まず「認知症初期集中支援チーム」の活動状況です。

本市では、認知症が疑われる方やご家族に対する初期の包括的・集中的な支援をルール化し、上尾市医師会を通じて医療法人に業務委託して実施しています。

地域包括支援センターやケアマネジャー、医療機関等から相談を受け、関係機関と連携して個別ケースに関わっています。相談の多くは「精神症状(BPSD)」が現れ、家族や周囲が困り果ててから寄せられるケースがほとんどです。そのため、訪問を重ねて信頼関係を構築し、時間をかけて受診勧奨を行う必要があり、1件あたりの訪問・対応回数が非常に多いのが特徴です。相談人数自体は年間20～25件程度で推移していますが、実質的な対応ボリュームは非常に大きくなっています。

次に「本人ミーティング・認知症準備会」です。

これまで、認知症当事者と家族を集めた「本人ミーティング」を行ってまいりました。しかし、「何か困っていることはありますか」「どのような制度が欲しいですか」と尋ねても、ご本人からは「自分は特に困っていない」「何かあるといいね」といった主体的な意見を引き出すことが難しく、また集中力の維持も難しいため、活動時間の半分以上はレクリエーションで過ごすという状況でした。

そこで、アプローチを大きく変え、昨年度(令和7年度)より「認知症準備会」という新たな試みをスタートしました。「誰もがいつかは認知症になる時代において、認知症になっても笑顔で暮らしたい」をテーマに掲げ、当事者もそうでない人も、みんなで「自分事」として備えを考える場として、昨年度は全4回開催しました。

当事者や家族、ボランティア、初期集中支援チーム、市職員が共に輪になってブレインストーミングを行っています。今年度は全6回の開催を予定しています。この準備会では「お金の管理や道迷いの不安」「家族への迷惑」などの切実な不安から、「自分のペースに合わせて手伝ってくれる人が欲しい」「一緒に外出できるサービスがあるといい」といった笑顔で暮らすための具体的なアイデアが、参加者の生の声として多数挙げられました。

誰かが決めた施策ではなく、当事者が主体的に考え、他者との交流の中で共感や気づきを得ている様子が見てとれました。

行政としても、こうした生の声を施策にしっかりと反映させていくことが極めて重要だと考えております。

次に、介護予防・日常生活支援総合事業等としての「認知症予防啓発教室」です。これは市内10箇所の地域包括支援センターに委託し、各包括で「みのりクラブ」という名称で、レクリエーションや回想法などの脳活性化プログラムを実施しています。現在は年間で実人数約230人、延べ約3,900人の市民に参加いただいています。

「認知症サポーター養成講座・ステップアップ講座」については、認知症サポーター養成は市民向けに年2回、その他団体向けには開催支援を実施しています。ステップアップ講座はさらに実践的な内容を伝えています。

続いて、「上尾市チームオレンジ」について。法律上の定義が曖昧な部分があるため、本市では独自に「実施要領」を定め、一定の登録要件を設けています。

登録証を発行することで団体の信頼性を高め、活動を支援しており、今年度(令和8年度)は13団体が登録され、着実に増加しています。

最後に、今後の取り組み方針です。令和6年1月に施行された「認知症基本法」に基づき、「新しい認知症観(＝認知症になっても希望を持って自分らしく暮らし続けられること、単に支えられる対象ではなく尊厳ある一人の個人として共に生きること)」への転換を図ります。

	具体的なアプローチは３点です。①当事者の声を反映(職員が定期的にミーティング等に参加し、家族間の情報交換機能を強化)、②相談窓口(包括支援センター)の周知強化と、サポーター・チームオレンジ・通いの場などの情報をバラバラではなく一体的に整理して発信すること、③チェックツールに頼るだけでなく、「みどりクラブ」等の具体的な通いの場への参加を積極的に促すことで、つながりを通じた予防と早期発見につなげること。これらを通じて、「共生」と「予防」の両輪を実現してまいります。 以上です。
古谷野委員長	ありがとうございました。それでは、ただいまのご説明につきまして、ご質問やご意見がある方はお願いいたします。岡林委員、どうぞ。
岡林委員	丁寧なご報告をありがとうございました。私からは「チームオレンジ」の活動についてお聞きしたいです。市内 13 団体が登録されているとのことですが、実際に現在、チームオレンジの皆様がどのような具体的な活動や活躍をされているのか、いくつか事例がございましたら教えていただけますでしょうか。
事務局(橋本)	ご質問ありがとうございます。13 団体ございますが、正直なところ、活動の濃淡は団体によって様々です。非常に活発に活動されている事例としましては、本日の委員の皆様の中にも関わっていらっしゃる方がおられますが、市内の大型ショッピングセンターの協力を得て、定期的に(月 1 回など)場所をお借りしてイベントや勉強会を開催されているところがあります。 ショッピングモールのホームページ等にもチラシを掲載していただき、当日その場で誰でも自由に参加できる開かれたイベントとして運営されています。また、個別支援に近い形で、見守りが必要な高齢者に対して、チームオレンジのメンバーが普段の生活の中で声掛けや見守りを行うといった活動も行っています。 ただ、チームオレンジ自体に「見守りをしなければならない」などの画一的な義務付けはしていませんので、市内全域で同じ活動が行われているわけではありません。まずは、認知症サポーター養成講座やステップアップ講座を受講された方が、ご自身の暮らす地域の中で無理のない範囲で支え合っていく活動として、少しずつ広がりを見せている状況です。
岡林委員	ご説明ありがとうございました。今後の取り組み方針にもありました「通いの場への参加促進」を考える際、ご本人が実際に通うためには、チームオレンジの皆様による個別のサポートやアプローチが非常に重要なキー(社会参加への呼び水)になるのではないかと感じました。今後また活動の幅が広がりましたら、ぜひ事例を私たち専門職や関係者にも共有していただく機会を設けていただければ幸いです。よろしくお願いいたします。
古谷野委員長	ありがとうございました。そうですね。私からも一つ。認知症施策と一口に言っても、すでに診断を受けている方への直接的な関わり(初期集中など)から、まだ縁遠い一般の方を対象とした「新しい認知症観」の普及啓発まで、非常に幅広いフェーズが存在します。すべてが重要であることは前提ですが、市として今後は特にどこに中心軸を置いて注力されるお考えでしょうか。
事務局(橋本)	非常に本質的で、同時に難しいご質問をありがとうございます。 市として特に注力していきたいと考えているのは、やはり「予防」ならびに「事前の理解促進」の段階です。認知症初期集中支援チームの事例を見ましても、BPSD(周辺症状)などの症状が現れて周囲が困り果て、いざ限界となってから初めて相談機関に繋がるというケースがほとんどです。しかし、そうなる前の段階、つまり「まだ元気な頃から認知症を正しく理解し、備えておくこと」が極めて重要だと感じています。その具体的なきっかけが、先ほどご紹介した「認知笑準備会」です。私自身も参加しましたが、年齢に関わらず、自分が認知症になったらどう備えるかを自分事として考えてみると非常に深く、様々な気づきがありました。これまで行政として、こうした「事前・予防段階」へのアプ

	ローチが不十分であったと痛感しておりますので、今後はこの領域を起点に施策を展開したいと考えています。
古谷野委員長	どれも大切ですが、限られた資源の中で全体を薄く行うよりは、「ここを特に手厚くする」という選択と集中が必要になる局面もありますね。事業を進める上でも、「今回は特にこの部分に注力する」と明確に言えると進めやすいと思います。
事務局(橋本)	おっしゃる通りです。チームオレンジのイメージについても、今後は地域生活における「要支援の手前(予防段階)」の方を中心に、早期の見守りや支え合いを地域に定着させていく。そこを重点とし、まずは実践を重ねて活動のノウハウや経験値を蓄積していきたいと考えております。
古谷野委員長	ありがとうございます。高齢化が進む中で、認知症やMCI(軽度認知障害)の方が増えることは確実ですので、考え方を新しいものに転換し、活動の経験を積んでいくしかありませんね。西村先生、医療的な見地、あるいは医師会の立場から、認知症施策について何かご意見やアドバイスはございますでしょうか。
西村委員	そうですね、非常に難しい問題ですが、医療の側面からの最新動向について共有させていただきます。 現在、認知症予防のプログラムや身体・脳機能の活性化といったアプローチは非常に重要ですが、医療においては、約1年半前にアルツハイマー病の根本治療薬として「レケンビ(一般名:レカネマブ)」という画期的な新薬が承認・発売されました。 これは、MCI(軽度認知障害)や初期の認知症患者、具体的には長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)で30点満点中20点から25点程度の方を対象とした治療薬です。2週間に1回点滴を継続することで、脳内に蓄積する原因物質「アミロイドβ」を除去し、進行を大幅に抑制、あるいは一部症状の改善を見せるという非常に高い効果が実証されています。単なる機能訓練だけでは脳の器質的な進行(病態の進行)を止められない部分もありますので、医療による直接的なアプローチを組み合わせることが手取り早く、かつ強力です。ただ、この治療を受けるためには、MRI検査や高価な治療費(一部公費適用はあるものの自己負担等の課題)が必要であり、実際に上尾市内でこの治療を受けられている患者様はまだ極めて少ない状況です。 市の職員や関係者の皆様には、認知症の初期段階においてこうした「根本的な医療アプローチ」が存在すること、早期発見・早期受診(MRI検査等を含む精密な診断)が極めて有効であることを正しく理解し、市民や疑いのあるご高齢者・ご家族に対してしっかりと啓発・情報提供(医療への橋渡し)を合わせて行っていただくよう、ぜひお願いしたく存じます。
古谷野委員長	非常に重要なお話をありがとうございました。 医療による根本的なアプローチから、地域における予防、そして基本法に基づく普及啓発まで、施策の幅広さを改めて認識いたしました。課題は大きいですが、引き続き関係者が連携して取り組むべきテーマですね。他にご質問等はございますでしょうか。 よろしければ、次の議題へ進みます。議題の3番目「介護予防及び生活支援サービスの体制整備に関すること」について、事務局からご説明をお願いいたします。
事務局(橋本)	では「介護予防および日常生活支援総合事業(住民主体の活動)」について説明いたします。 まず「通いの場」です。これは高齢者をはじめとした地域住民が、月1回以上、主体的に集まって介護予防やフレイル予防を行う場を指します。本市ではオリジナルの健康体操である「アッピー元気体操」を開発・推奨しており、地域の包括支援センターが支援に当たり、活動資金の補助金も交付しています。登録団体数は、令和7年度時点で97団体となっています。 次に「日常生活支援総合事業」の中の「訪問型サービス(住民ボランティア主体)」についてです。総合事業ではサービス・活動A、B、C、Dとございますが、本協議会では

	特に、地域住民ボランティアが日常生活の困りごと(ゴミ出しや買い物代行、軽作業など、身体介護を伴わない簡易な支援)をサポートする「サービス活動 B」と、通いの場への参加や通院時等の送迎・付き添いを行う「サービス活動 D」、およびそれらを組み合わせた「B・D」がございましてこの説明になります。 これらは事業者ではなく、支部社協や自治会単位の「たすけあい活動」をベースに、地域限定で行われています。現在、本市における活動としては、B のみが 1 団体、D のみがなく、B・Dが(組み合わせ型)を実施しているところが 2 団体ございます それでは、ここからの「生活支援体制整備事業」の詳細について、委託先である社会福祉協議会の矢部さんよりご報告をお願いいたします。
事務局(矢部氏 社会福祉協議会)	上尾市社会福祉協議会の矢部と申します、よろしくお願いいたします。 私からは「生活支援体制整備事業」の令和 7 年度実績と、令和 8 年度の活動方針についてご説明いたします。 本事業は、高齢になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、生活支援コーディネーターを配置し、助け合いの仕組みづくり(資源開発、マッチング等)を推進するものです。 令和 7 年度の実績として、①高齢者の活躍の場の把握(自治会サロンの立ち上げ支援、住民向け講座 36 箇所実施、さらにデジタルデバインド解消と交流を目的とした「シルバークゲームスポーツ」を 21 箇所 386 名参加で実施)、②サービス団体とのネットワーク構築(一覧表を用いたアンケートから新たに 2 つの活動団体を把握・共有)、③資源マッチング(丸山団地での施設連携お試し買い物ツアー実施。一方で、一部の地区では自治会からの承認が得られず実施に至らなかったという課題も残されました)を行いました。 これらを踏まえた令和 8 年度の活動方針と具体的な課題は 3 点です。 1 点目は「趣味活動・サロン活動の現状とアプローチ」です。既存のサロンは立ち上げ初期からのメンバーが共に高齢化(平均年齢が 80 代中心に)し、参加者・担い手の固定化と後継者不足、活動のマンネリ化が課題となっています。一方で、60 代～70 代前半の前期高齢者は仕事や趣味で活発に活動しており、従来型のお茶飲みサロンを必要としていないミスマッチが生じています。今年度はマンネリ解消のため、運営者を集めた情報交換会を開催し、多世代交流や学生ボランティアの導入など、新しいサロンのあり方を模索します。 2 点目は「認知症高齢者に優しい地域づくり(適度な見守り)」です。住民から「声掛けの方法や相談先を知りたい」「家族の対応やサービスが分からない」といった声が増えており、自治会単位での「認知症サポーター養成講座」の開催要望が高まっています。これは自分事として捉える住民が増えている表れであり、体験談を聞く講座など、さらなる普及啓発を推進します。 3 点目は「住民主体の助け合い活動」です。移動販売を誘致・マッチングした地域で、宅配サービスの普及や価格設定の事情等により定期利用が定着しなかった事例がありました。助け合い活動は地域性があり、利用が進まない地域もあれば、利用者が多すぎて担い手が不足する地域もあります。今年度は買い物ツアーの試験運用を進めるとともに、各地域での具体的な困りごと(依頼内容の属性)の調査を行い、利用者と担い手のバランス(マッチング)を最適化する伴奏支援を行ってまいります。私からは以上です。
事務局(橋本)	矢部様、ありがとうございました。最後に、これらを踏まえ、日常生活圏域(市内 10 圏域)ごとの地域課題を話し合う「第 2 層地域ケア会議」で挙がった課題への方向性と、地域包括ケアシステム全体のビジョンについてまとめます。 市内 10 圏域には、自治会活動が極めて活発な地域から、集まる土台が薄い地域まで特性(格差)があります。挙がった主な地域課題は、①サロンの地域格差と固定化(会場不足や自治会リーダー個人への依存)、②認知症施策とチームオレンジへの接続(講

	座受講から実際の支援活動への移行の壁)、③従来型のお茶飲みサロン以外のニーズ(男性向け特化型サロン、買い物や移動などの実質的な生活支援の顕在化と担い手の持続性)の3点です。 アプローチの方向性としては、サロン同士の交流会や、生活支援コーディネーターによる伴走支援の実施、さらに既存のゴミ拾い等たすけあい活動の集まりを社会参加の場として捉え直す工夫をします。 また、認知症サポーター養成講座の受講から実際の活動へとつなげるため、オレンジカフェやデイサービスでの「ボランティア体験」といった「段階的なステップアップの仕組み」を構築します。 生活支援においては、男性特化型サロンの創出や、施設と連携した買い物ツアーの水平展開、たすけあい活動の周知などを進めてまいります。 これらを通じて、本協議会で承認いただいた今年度方針「高齢者が、趣味活動の場などで自らが主体的に活動・活躍している」という目指す姿(ビジョン)、「圏域ごとに主体的な活動・活躍できる場があること」という成果目標(アウトカム)の実現を目指します。 生活支援コーディネーターによる継続的な伴走型支援のもと、持続可能な仕組みづくりを推進してまいります。 なお、資料後半に法改正に関する参考資料を添付しておりますが、現在は国が公表している初期情報のみであり、県等からの詳細な指示が未達のため、本日の説明は割愛させていただきます。以上となります。長くなり申し訳ございません。
古谷野委員長	ありがとうございました。非常に中身の濃い、詳細なご報告をいただきました。それでは、ただいまの報告についてご質問やご意見を伺います。自治会長でもあられる秋山委員、いかがでしょうか。
秋山委員	私の自治会におきましても、通いの場で「アッピー元気体操」には精力的に取り組んでおります。しかし、「サロン活動」の立ち上げには至っておりません。その最大の理由は、利用したいというニーズはあると感じるものの、実際にサロンを立ち上げてリーダーとして引っ張っていき、細かくコーディネートしてくれる人材(リーダー人材)を地域の中で確保することが非常に難しく、二の足を踏んでいる状況だからです。 ただ、先日、上平支部(社協)において、サロン活動の「交流会(情報交換会)」が開催され参加いたしました。非常に驚いたのは、他地区のリーダーの皆さんが、同じサロン活動やアッピー体操を行うにしても、それぞれの地区の環境や特性に合わせて全く異なる工夫や方法を取り入れて運営していることでした。 「そんなやり方があるのか」と非常に参考になり、交流会は非常に有意義であったと社協の役員とも話したところです。やはり高齢者が地域で孤立しないためにも、自治会としてこうしたサロンや集いの場を通じて地域に関わる「道筋(明確なステップ)」をきちんと立て、住民へ周知して参加を促すことが大切だと改めて感じました。まとまりのない意見で恐縮ですが、現場の実感でございます。
事務局(橋本)	ありがとうございます。まさに秋山様がおっしゃるような課題や実感が、各地区から同様に多く寄せられています。各自治会で環境や立場が大きく異なりますが、共通している課題は「引っ張ってくれるリーダー(担い手)の有無と参加者の高齢化」です。 そうした中で、先日の上平支部の交流会のように、他地区の実践を知ることで「これならうちでも取り入れられる」という気づきや刺激を得る機会(仕掛け)は非常に有用であると再確認いたしました。 行政としても、ただ立ち上げを促すだけでなく、こうした交流会や情報提供といった仕掛けづくりをさらに支援し、各地区の事情に合わせたお手伝いを進めてまいりたいと考えております。
古谷野委員長	そうですね。生活支援コーディネーターの矢部さん、社協の立場からはこの伴走型支援についていかがですか？

事務局(矢部氏 (社会福祉協議会))	はい。他の地区におきましても、やはり「自治会役員の高齢化」や「人が集まるのだろうか」という不安から、サロン立ち上げを躊躇されているケースが多くあります。今年度に入りまして、大谷地区で「サロンを立ち上げたい」という熱意のある自治会長様がおられました。周囲の役員の皆様があまり乗り気でなかったり、温度差があったりして立ち上げの難しさを感じておられる事例がありました。 社協としましては、そうした「やりたいけれども周囲との調整やノウハウが不足している」という自治会に対して、生活支援コーディネーターが地域に入り、不安を解消しながら「伴走型」としてきめ細かく支援をさせていただきたいと考えております。
古谷野委員長	「伴走型」の支援、非常に心強いですね。よろしく願いいたします。続きまして、鮫嶋委員、ご意見や現場での感想などはいかがでしょう。
鮫嶋委員	ありがとうございます。私の地域では、助成金をいただきながら、サロンやチームオレンジ、そして住民主体の助け合い活動など様々な活動を活発に展開しています。 その中で非常に強く感じている課題があります。それは、訪問型サービス活動などの「具体的なお手伝い(ゴミ出しや送迎等)」を行うことよりも、実際には「相談(を受けること)」のボリュームが圧倒的に多いという実態です。 地域のご高齢者から「実はこんなことで困っているのだけど、どうしたらいいか」という相談を本当に頻繁に受けます。これは地域住民としての信頼の裏返しでもあり嬉しいことなのですが、実際に寄せられる相談の中には、地域の住民ボランティアだけで対応してよいものか、あるいは病院の付き添い支援を求められた際に「これは医療や介護の保険制度の範疇(専門的なサービス)に入るのではないか」と判断に迷うデリケートな事案が多々あります。 また、相談を受けて「これは地域包括支援センターや専門機関に繋いだ方が良さな」と思った際も、その繋ぐまでの間、一時的にどのような支援を地域として行うべきなのか、誰が担うべきのかなど、地域の住民の支え合い(互助)の限界に直面することがあります。地域のボランティアだけで受けきれない、対応が難しい時に、行政や地域包括支援センターから「このような相談の時はこうしてほしい」という専門的な援護(サポートやアドバイスの仕組み)があると、非常にありがたいと感じております。これが今の私たちの現場の切実な悩みです。
古谷野委員長	ありがとうございます。ボランティアとしての「お互い様の支え合い」の枠を越えて、制度や専門職が関わるべき領域との境界線に立ち、現場で悩まれている様子が非常によく分かります。事務局として何かございますか。
事務局(橋本)	鮫嶋様、非常に貴重な現場のご意見をありがとうございます。鮫嶋様の地域は本当に活動が活発で、住民の皆様が「困った時はまずあそこに相談しよう」と、地域から信頼されている証左であると思います。だからこそ、公的機関(行政や地域包括支援センターなど)に相談するよりも先に、身近な皆様に相談が集中し、その負担や判断の重さが大きくなっているのだと実感いたしました。すべてを地域のボランティアで解決していただくことは、決して求めておりませんし、不可能です。一方で、現在の介護保険制度や地域包括支援センター等の専門サービスは、メニューが多く非常に複雑なため、一般の住民の皆様からは「どこに、どうやって相談して良いか分かりにくい(相談のハードルの高さ)」という面があることも事実です。いただいたご意見をもとに、地域のボランティアの皆様がご高齢者から相談を受けた際、どのような困りごとであればどこ(地域包括支援センターや行政など)に、どのようなルートで繋がれば良いのか。いくつかの典型的なパターンに整理を図る工夫をしていきたいと考えております。
古谷野委員長	地域で受けた相談をどこに繋いでいけば良いか、その「ルートの見える化」がされていると、鮫嶋委員のところだけでなく、どの地域におきましても格段に活動がやりやすくなると思います。ぜひ、ルート整備をお願いいたします。
事務局(橋本)	はい。その折にはぜひ現場の鮫嶋様にもご意見やご助言を頂戴しながら進めさせていただきたいと存じます。どうぞよろしくお願いいたします。

古谷野委員長	ぜひよろしくお願いいたします。岡林委員、リハビリ職の観点から何かご意見はございますか。
岡林委員	はい、ありがとうございます。地域の課題として「既存サロンの高齢化や固定化」が挙げられていましたが、もう一つ、私たちがリハビリテーション専門職として現場で時折遭遇する課題として、「もともとサロンや通いの場に元気に通われていた高齢者が、怪我や一時的な病気による入院などでフェードアウトしてしまい、回復した後に再び元のサロンに戻りたくても戻れなくなってしまう(孤立化の危機)」という事例がございます。そうした「一時的に活動から離脱した方への対応」は、現在の市の課題や分析の中で挙げられているのでしょうか。
事務局(橋本)	率直に申し上げますと、昨年度実施した第2層のケア会議等の吸い上げの中では、そうした「一時フェードアウトされた方の復帰課題」は明確には上がっておりませんでした。今お話を伺いまして、確かに怪我や入院をきっかけに元のつながりが切れてしまうというのは非常に重要で、かつ見落とされがちなパターンであると感じます。
岡林委員	ありがとうございます。実は、そうした「一時的に機能が低下して活動ができなくなった方」を、短期集中的(3～6ヶ月程度)に関わってリハビリ運動等の支援を行い、元の生活や通いの場に戻していくための制度(総合事業のサービス)として「短期集中予防サービス(サービスC)」という事業がございます。リハビリ職も深く関わる重要な位置づけのサービスなのですが、現在、上尾市におけるサービスCの実施・相談件数は非常に少なく、十分に機能しているとは言い難い状況です。 できないことが出てきた高齢者に対し、サービスCを有効に活用して元の「通いの場」へ戻す支援(つなぎ役)をどのように進めていかれるのか、今後の位置づけをお聞きたいです。現在のところ、そうした現場からの不満や要望はあまり上がっていないのでしょうか。
事務局(橋本)	実態として現場で困っている方がおられないのか、あるいは行政としてそうした潜在的なニーズをしっかりと吸い上げきれていないのか、両面があると考えています。また、上尾市におきましてサービスC(短期集中予防サービス)の推進が非常に遅れていることは、ご指摘の通り事実でございます。現在、訪問型サービスCが1件あるのみで、通所型サービスC(事業所で行う短期集中リハビリ)は「ゼロ」という状況です。 他の市町村でも導入が難しい分野ではございますが、県内におきましても、例えば嵐山町や日高市など、サービスC(特に通所型)を非常に上手く機能させて地域づくりに繋げている先進的な市町村がございます。今後は、こうした県内の成功事例を参考にしながら、市内のリハビリ専門職の皆様や介護サービス事業者様とも密に相談・連携を図り、上尾市の実情に合ったサービスCの体制構築に向けた検討をしてみたいと考えております。 今年度中の展開は難しいかもしれませんが課題として取り組んでまいります。
岡林委員	ご説明ありがとうございます。サービスCが機能することは、高齢者の自立支援、そして通いの場への復帰において重要ですので、ぜひ今後とも医師会や専門職と相談させていただきながら、体制構築を進めていただければと思います。よろしくお願いいたします。
古谷野委員長	既存のサロンを運営している側(元気な高齢者)から意見を集めていると、どうしても「一度サロンから抜けてしまって、戻りたくても戻れずにいる方」の存在や声は、吸い上げから漏れてしまいがちですね。そうした方をすくい上げ、出入りを自由にできるような、リハビリ専門職と連携した仕組み(サービスC)の構築は、今後の上尾市にとって間違いなく必要になると感じました。貴重なご指摘をありがとうございました。大崎委員いかがでしょうか。
大崎委員	今の皆様のお話とも関連するのですが、チームオレンジの活動を考える際、単に「ショッピングモール等でイベントを開催する」といった広報活動だけではなく、やはり「地域の中の個別具体的なニーズ(困りごと)」に対して、ご近所さんや友人知人、専門

	職が連携した「チーム体制」でアプローチする個別支援の構築が極めて重要だと考えています。専門職の皆様と地域住民が役割を共有し、例えば「あの人が最近入院したけれど、退院して帰ってきたら地域で何をお手伝いできるか」といった具体的な話し合いが、元気なうちからの顔見知りの関係の中で作られていると、退院後の不安や孤立感は劇的に解消されると思います。 本協議会は市全体の方向性を考える場(第1層)ではありますが、こうした「個別のニーズに対して、地域で支え合う具体的な仕組み(チームオレンジの個別活動)」の積み重ねこそが、地域包括ケアシステムの実質的な充実につながると思います。元気なうちからサロン等で顔見知りになり、いざという時にチームで支え合える、そうした温かい体制作りをぜひ進めていただきたいと願っております。
岡林委員	大崎様のおっしゃる通りですね。支援や地域資源が「見える化」され、総合事業の新しい形として高齢者をご自身の意思で必要なサービスや活動を「選択・自己決定(選択支援)」できること。そして機能低下時にはサービスC等が適切につなぎ役(回復支援)を果たすこと。この一連の仕組みが繋がることが重要ですので、ぜひ今回出された現場の意見を総合的に踏まえ、ご検討をお願いいたします。
古谷野委員長	委員の皆様から非常に重要で、示唆に富むご意見をたくさんいただきました。これまでの議論を通じて、事務局から説明のあった議題1から3(活動報告ならびに今年度の活動方針)について、皆様からご承認・ご了承をいただいたということでよろしいでしょうか。
全委員	(異議なし)
古谷野委員長	ありがとうございます。皆様からいただいたご意見は、上尾市の地域包括ケアシステムをより強固にし、実務的に機能させるための貴重な材料として、事務局においてしっかりと受け止めていただき、具現化を進めていただきたいと思います。 それでは、予定の時間となりましたので、司会・議事進行を事務局へお返しいたします。ご協力いただき、誠にありがとうございました。
以上	