

令和8年度 第1回 滋賀県高齢化対策審議会

- 1 日 時：令和8年6月22日（月）午後2時から午後4時まで
- 2 場 所：滋賀県危機管理センター大会議室（WE B 併用）
- 3 出席委員：朝比奈委員、後藤委員、小林委員、城念委員、袖森委員、高橋委員、田丸委員、辻村委員、
中島委員、西本委員、畠中委員、早川委員、春名委員、堀委員、吉村委員
（WE B 参加）西村委員
- 4 欠席委員：有村委員、草野委員、谷口委員、西澤委員、山本委員
- 5 開 会：
 - （1）健康医療福祉部山田部長あいさつ
 - （2）交代委員紹介
 - （3）会議成立報告
- 6 議事概要：
 - （1）認知症施策の取組状況等について
【事務局から、資料1により説明】

○（会長）：ただいま説明がありました件につきまして、ご意見、ご質問等ありますか。

○（委員）：現場に出られて、それぞれの症状の方のご意見を聞かれるのは、大変意義深いと思います。一人一人が違うという事を皆さんに分かっていただけたらと思います。会話が成り立っている部分と奥様から話が聞けてこうだった、というのがあってと思いますが、奥様としては、こんなことを思っているのだろうと気持ちを推察されると思うのですが、ご本人の気持ちを本当に表しているかということ、そうでない部分も多少ある気もします。大変難しいこととは思いますが、介護するには推測するしか仕方ない部分もあるので、やむをえないことと思いますが、本人の気持ちをうまくつかみ、その人の人生を見ながら介護していくのが重要だと思います。私は7年ほど家で介護したのですが、妻が重症になった頃は、「家に帰る」と言われて、「ここが家なんだ」と言っても分からない。聞いてみると、「お母さんが待っているから」と言うのです。お母さんが既に亡くなっているのにそう言うので、母親との関わりを頭の中で思い描いてそういう言葉が出てきたのだと思うのですが、それを止めるわけにはいかないから、行ってらっしゃいというふうにするのですが、家の周りのフェンスから出られないから、しばらくして、家の中でお茶でも飲んで休もうかと気持ちを切り替えさせて、安堵した状態になって、という事がありました。それぞれの人生、それぞれの思いをうまく理解して介護をするということも大事だと思いますし、現場で実際に話を聞いて情報を取られたという事は、大変良かったと思います。

○（委員）：資料37ページのところで仕事、役割の充実感という事でまとめていただいている、本当にそうだなと思います。認知症施策基本計画では、若年性認知症の方だけではなく認知症の方皆さんに対して、就労的活動について謝礼を受け取るような仕組みを促進することになっています。活躍の機会を拡大するために、若年性認知症支援コーディネーターや、認知症地域支援推進員の配置も含めて進めてい

ただくとよいかと思います。

○（委員）：当事者の話を聞いていただいた事は大変ありがたいと思います。是非これからも継続していただきたいです。ご本人の意思を尊重してケアしていく事を心掛けているのですが、介護現場では人も不足していますし、確保しても定着が難しいという点があります。当事者のそばにいるご家族も健康で元気でいていただかないといけませんけれども、同時に介護現場で働く人たち、サービスを提供する人たちも健康でいられるようなことを考えていきたいと思っております。

○（会長）：特に今回は認知症施策の計画を立てていくことに繋がるといいますし、国の計画と県のレイカディアプランとの整合性を合わせていくことが資料の 21 ページから 23 ページにあります。見ていただいて、足りない部分であるとか、もう少しここを推進するとかご意見をいただきたいと思います。

○（委員）：県内を回られて、おひとりおひとりに話を聞かれたという体験が、以前は認知症の方と関わる中でそういう機会はあったのですが、最近全くなくなっていて、うらやましいと思いました。現場で働く介護職の方々は、同じ空間で日々過ごしていても、そこまでの聞き取りが出来ていない職員も多々おられると思います。体験を重ねることで、認知症の方と向き合って、その方を支援しようという事が進められるのに、残念ながらそういう状況にない事が心配で、後輩の方々に大変申し訳ない思いです。丹野さんという方がいつも言われるのが、自分でできることを取り上げないでくれと。認知症の方々はたくさんおられると思うのですが、危ないからさせない、出来ないだろうからこっちです、という環境に本人を置くかというのが、介護職としては非常に考えさせられるところで、日々迷いながら、おひとりおひとりの支援をします。取り上げない、出来ることはしてもらおうと言いますが、日によって当然違う訳ですし、ご家族の方ですと、今日はどうだ、明日はどうだと考えながらその方を支援できるのですが、グループホーム、特別養護老人ホーム、老健とかは、集団的なケアになりますので、様々な方がおられる中で、個別のケアをするというのは非常に難しいです。利用されている方々を暖かい思いをもって接するわけですが、おひとりおひとり、色々な状況の方がおられて、スタッフも日々替わって、出来ること出来ないことの組み合わせなんて、そう簡単に出来るものではないですし、そういう苦勞を明文化して書き込むとか、マニュアルをどう作るかということも、基本的には文面に残すようなものではなくて五感をフル稼働させながら認知症の方々の表情を見て、体の動きを見て、その時その時、スタッフの出来る事、チームで出来る事を考えながら日々過ごすのですが、人を育てるという事も、個別のケアに関してはテキストを使いますが、集団のケアになるとテキストは全く役に立たないです。次世代を担って下さる皆さんにどう伝えていくのかというのは、介護福祉士会として非常に大きな課題と捉えております。

○（会長）：それでは、議題の2に移ります。

（2）「レイカディア滋賀 高齢者福祉プラン」の改定について

〔事務局から、資料2、3により説明。欠席委員からの意見の紹介あり。〕

○（会長）：ただいまの説明に関してご意見・ご質問等ありますでしょうか。

○（委員）：資料3の26ページの自宅で孤立して亡くなった高齢者についてですが、警察取扱死体数というのは、つまり検死になったという理解でよいのでしょうか。在宅医とかが診ていれば警察取扱にならないと思うのですが、在宅医療とか受けなくて不審死かもしれないという事で、警察取扱の件数がある、そのうち一人暮らしが滋賀県で601人で、そのうち65歳以上が450人で8日以上経っていたというのが104人という理解でよいのでしょうか。誤ったメッセージというか、海外、フィンランドだと、家で亡くなってよかった、みたいな話もありますが、孤立死が悪という話が増えていて、これを見て誤ったメッセージになると、一般に出すときにはもう少し分かりやすい説明になると思いますが、誤ったメッセージになったらよくないと思ったのですが、いかがでしょうか。

○（事務局）：ご指摘のとおり警察取扱死体数は検死等にかかったことになります。内閣府のワーキングの中でも議論はあったのですが、その中で死後8日以上経っているという事は社会的孤立が推認されるということで、一旦それを目安としてはどうかという事であったので、この数字を参考にしています。今ご指摘のあったように誤ったメッセージになるのではないかと御懸念をふまえ、どういう出し方がいいのか検討したいと思います。

○（委員）：8日以上経過する前に誰かが見つける、何かと接点があるのが大事だとしたら、そのためにどういう見守り、どういう繋がり、どういう仕組みが必要だったのかというのがセットであった方がよくて、対策がセットなのかなと思いました。

○（委員）：8日間経過というのはいわゆる死亡診断書ではなくて死体検案書が出た数ですね。だから当然、警察取扱になるし、一週間以上何もしていないということで、異常死ですから、この数は出すべきではないか。この数を出すことは問題ないと思います。世間に訴える強いメッセージの数ではないかと理解しています。

○（委員）：数はよいのですが、ではそうならないようにするために、どうしたらよいのかということですね。

○（委員）：そうならないために、数は出さないといけない。

○（委員）：いわゆる通いの場ですが、兵庫県神戸市のある区で、通いの場というか、映画を利用して認知症の対策をしようとしています。どういう対策が分かりませんが、映画を見ながら何かをするというのは、認知症に何か関係するのでしょうか。

○（事務局）：映画が与える影響は分かりませんが、市町の方では、介護保険の地域支援事業の中でeスポーツなどを含め、いろいろな取組をされたりとか、地域支援事業でなくても市町の独自事業などで工夫されているところです。

○（会長）：通いの場は、市としてどう定義されていますか。

○（委員）：通いの場については毎年報告を求められますので、この資料に記載の条件に当てはまるところの数を報告しているのが実情です。住民主体の通いの場につきましては、運営者側の高齢化と、自治会の数も減ってきて、身近な自治会館での通える場、集える場という所の運営はかなり厳しいと感じているところです。どういう形であれば皆で通える場、集える場というのが維持し続けられるのかというところは模索しながら努力しているところです。

○（委員）：先程ご紹介いただいた本人ヒアリングがいいことだという意見が多かったと思いますが、これはプランのどこか本文か何かに、こういうふうになりましたと出てくるのでしょうか。

○（事務局）：骨子案の中では、ご本人の意見を反映しますとしか書いておりませんが、本文を作成するときは、ご本人から伺った内容や思いを計画の中に反映するようにいたします。

○（委員）：皆さん、委員の方々がいい事だとおっしゃっていたので、是非、個々の結果ではなくトータルの結果を入れていくのもよいと思いました。

○（委員）：私からは2点ございます。先週金曜日、社会福祉法改正案成立という報道が出る中で、介護保険法につきましても合わせて改正というところで、身寄りのない高齢者の方につきましては、地域包括支援センターが相談窓口になると明記すると聞いております。この先、社協さんの方で身寄りのない方々の事業を、2年間の猶予がありますが、取り組む方向で動かれるというのは、あくまでもそちらは資産があまりない方についても支援が受けられるようにという視点で動かれるというふうに思っております。地域包括支援センターが受ける相談についてはそういった方限定ではありませんので、何が困っているかといいますと出口戦略がないというところで大変苦慮しています。資産の少ない方については社協さんに相談していただくと言えるのかもしれませんが、そうではない方々はどうするとなったときに、出口戦略がないというところは非常に懸念しています。この2年でどう戦略を作っていくのかという課題になると思っていますので、そのあたり、まだ法律が通ったばかりですが、認知症のところでもそのような記載をと書かれておりましたので、次の会議の時に出てきます資料の中にそのあたり、方向性が見える形で記載していただけると、市町あるいは地域包括支援センターの方も、方向性が分かってありがたいと思います。2点目は高齢者虐待の通報件数がずっと増えてきております。都道府県の方でも通報件数を把握しておられると思いますが、特に警察からの通報件数は年々上がってきておりまして、その対応を地域包括支援センターがさせて頂いているところです。認知症の方が、虐待を受けておられるという事もございますし、施設においても認知症の方が被害を受けるという報道も日々ございますので、現行計画の中でも次期計画の中でも重要な事項だと思っていますが、対応力の向上については是非お願いしたいと思っています。

○（会長）：特に2点目のところは先駆けたご提案だと思いますし、大事な所だと思います。

○（委員）：資料５ページの構成（案）の第３節のところに、頼れる身寄りのない高齢者支援を入れていただきました。２０４０年問題と言われておりますが、２０５０年になると一人暮らしの高齢者が、４人に１人以上という統計も出ております。子どもがいない高齢者が多くなってくる見通しになっておりまして、頼れる身寄りのないというのは、当たり前前の社会になるという事が考えられます。そういう面では、この頼れる身寄りのない高齢者支援をどうしていくのかというのは非常に大きな課題になります。具体的には、入院とか入所に伴う保証人がいないとか、お亡くなりになって葬儀を取り扱う者がいないという問題が出て来る訳です。救急車の搬送が結構あるのですが、同乗する人がない為に、民生委員に同乗を求めるケースが結構増えてきて、これは民生委員の役割ではありませんので、拒否はできるのですが、近所で長く関わってきた地域住民の一人としては対応する方がいいと思い救急車に同乗する場合があります。そういうことが、これから増えてくるのではないかと思います。私たち民生委員は、ニーズをいち早く発見して支援につなぐというのが一番大きな活動の柱ですが、頼れる身寄りのない高齢者の支援というのは、事態が悪化する前に、早い段階から支援をして予防をするというのが大事なのと、睡眠とか食事とか運動といった生活の質を高めるという事も大切になっておりまして、私たちは訪問で普段から声を掛けて、気になる場合は出来るだけ早く関係機関へつなぐという事を心掛けています。地域ではふれあいサロンと地域のイベントへの参加を促して、出来るだけ一人暮らしになっても地域への参加が出来るように、社会参加をしてくださいよ、それがフレイル予防にもなりますよ、と色々と現場では呼びかけております。今後頼れる身寄りのない人が増えてくると、民生委員の数というのも変えていく必要も出てくるかなと思っていまして、ここで重点で取り上げていただいているので、今後私たちも取り組んでいきたいと思っております。

○（委員）：気になることは、高齢者になり、身寄りがなくて、認知症になって、そこでＡＣＰをとってもとれないのです。高齢者になってＡＣＰをとっても、もう遅いのです。だから若い時にＡＣＰをとるような風土を作ること。書き直してもいいわけですから。それこそ２０４０年、２０５０年には、ほとんどの医療は高齢緊急。その時にＡＣＰをとれていれば、医者に行きたくないという人もいるので、人数的なものもある程度制御できると思います。ＡＣＰは重要ですので、ＡＣＰに関して、高齢者対策、認知症施策の中にどう組み込んでいくかという点。項目を作ってもよいと考えますが、いかがでしょうか。

○（事務局）：資料５ページの分野別施策の第１節の（１）にＡＣＰの普及と記載しておりますが、御指摘のとおり、高齢者だけではなく、色々な世代にＡＣＰというものを意識していただき、出来れば実際に書いていただくような取組をしっかりとしていくことを書いていかなければいけないと思っております。第３節の（１）ではＡＣＰの実践と記載しておりますが、これは高齢世代の方が救急搬送等になる前から、自分事として取り組んでいただけるよう、進めていくという趣旨です。医療福祉の県民意識調査でもエンディングノートをいつか書こうと思ってる人は半分くらいおられますが、実際に書いているという人は３％ぐらいで、実践がなかなか難しいという事があるので、ここはしっかり重点的に取り組んでいかなければと思います。

○（委員）：今のお話がどこかに言葉で書いてないと多分分からないのです。ＡＣＰの普及は、高齢者に

なっからするのでは意味がないから、若い時からという点、何か一言、書いていただきたい。誤解を招きやすいので、文言の問題ですけど、何か一言入れていただければ助かります。

○（委員）：地域包括支援センターの取組支援は、以前からプランの中に入っていると思うのですが、会員の方から意見が出ているのが、滋賀県においても地域包括・在宅介護支援センター協議会の設立に向けて、準備会とか事務局の立ち上げ等に、県の支援をお願いしたいという意見がありまして、近畿二府四県のうち、未組織なのは和歌山県と滋賀県だけと聞いておりまして、なぜというところがあります。地域包括支援センターは非常に重要で急速に重要性が増しておりますが、現場としては、滋賀県は70か所あると思うのですが、目の前の支援に追われて、中々取組が出来ていないという声が届いております。そういった中、他府県でやっている協議会の取組、研修会の共同開催とか、事例の共有とか勉強会などで、横の連携を強める事によって、センターの機能強化が出来るのではないという声がありますので、是非、この協議会の設立に向けて支援いただきたいという事が一点。もう一点、第5節の中に地域の実情に応じたサービス提供・支援体制づくりとありますが、既存の施設に対する支援はここには入ってこないと思うのですが、実態としましては、ここ最近の物価高騰とか、電気・ガスの燃料費の高騰、そこへ人件費が高騰という事で、今収支状況が急速に悪化している中で、大規模の修繕とか設備投資を遅らせなければいけない、見送らないといけないというような話が出てきていまして、利用者の支援に関わってくるので、本来はそうあるべきではないのですが、修繕積立とか借り入れでせよという事ですが、それが出来なくて、場合によってはその事業をストップという可能性を検討せざるを得ないような実態が出てきているという声がありますので、事業所支援も見据えていただけるとありがたいです。もう1点、外国人受入れの上限の話が出ていまして、施設ではそこが混乱というか、若干パニックになっているところがあります。そんなことになったらとんでもない、という声が出ているのですが、まさに取り合いになるのではないかと。その辺をアナウンスしていただけるといいのかなと思います。

○（事務局）：外国人材のお話ですが、国の定める受入れ上限は、もしかしたら来年度末にも埋まるのではないかという話を聞くこともありますので、その辺については必要に応じて国への要望などとしていきたいと思います。

○（会長）：認知症の方が多くなってきましたが、平均寿命が90歳近くになっているという事は、例えば、癌であったり色々な病気があって、70、80歳で亡くなられる方もおられる中で、脳卒中、脳梗塞になられる方もおられますが、上手に治療をされて、リハビリをされて、心臓病にもならず生き残った方が最後に認知症になる。我々は何かで死ぬわけですから、変な話、認知症になるのは、そこまで長寿になったのですから、貴重な命だと思いますし、単に目の前で認知症で何を言っているのか分からないというお年寄りではなくて、人権を尊重する姿勢を持っていなければならない。色々な生活習慣病を払いのけて命を持っておられる方々は、貴重だと思いますし、我々がどう地域で見守っていくかという視点を是非皆さんに共通認識として持っていただけると、ポジティブな高齢者対策というのが見えてくるのかなと、皆さんのお話を伺っていて感じました。

- （委員）：認知症についての質問ですが、資料1の23ページに認知症の相談医や認知症サポート医の記載がありますが、そういう情報がまとまっているホームページとか冊子とかはあるのでしょうか。そういうものを探すことが出来ない人たちもいるので、情報を皆さんがアクセスできているのかどうかを知りたいです。
- （事務局）：ホームページでは、例えば認知症に関する診療を行う病院がどこにありますとか、県医師会の御協力によって認知症相談医という最初に相談出来る医師が増えていまして、その一覧などを掲載しているところですが、そういった情報がしっかり届いているかが懸念されますので、工夫をしていく必要があると考えています。
- （委員）：資料に記載の認知症サポーターが全国4位という点を知らなかったもので、そういうものが活用されているかどうか疑問に思ったので質問させていただきました。
- （委員）：5ページの第4節の介護職員等の確保について、介護の魅力等発信で、SNSで結構介護の現場の事を取りあげている人がいるのをよく見ます。介護の現場が、よく知られているというのを最近感じており、魅力は伝わっているのかなと思っています。それをもっと発展させていけたら確保にもつながるのかなと思います。育成については、実習に学生がよく行きますが、私の実習先は介護課程について積極的にやってくれたのですが、別の実習先の話を知ると環境があまりよくなかったりするので、育成面を強化すると定着にもつながるのかなと思いました。
- （委員）：第3章の各節の構成（案）ですが、介護家族という言葉が少ないように思います。サービスを受けるにしても何をやるにしても、患者本人が進めるのではなく、家族が進めます。その家族にももう少し焦点を当てた言葉が欲しいと思います。家族の会では、介護家族支援教室を毎年やっていますが、1年かけて家族の方、希望者に教室を開いています。やはり何をやるにしても家族の判断というのが、一番前に出て来ると思います。いろいろなサービスについて家族の人が決めていくと思います。本人が「ここへ行く」と言うよりは、家族が賛成するからそうなるわけです。教室は家族を対象にやっているのだから、家族で希望される方は毎年十数名がグループに入ってくれます。その人たちが、こういうサービスもあるのかと勉強されます。お医者さんの話を聞かれたり、施設の方の話を聞かれたりして、理解を深めていかれますので、よりよい判断を出来るようになるのではないかと思います。
- （会長）：家族が高齢者を支えるというところ、分野別施策に家族の視点をいれてほしい、というご意見になります。それでは、時間になりますのでこれで議事を終わりたいと思います。事務局へマイクをお返しします。
- （事務局）：次回の審議会につきましては9月頃の開催を目途に日程調整をさせていただきたいと存じます。それではこれで令和8年度第1回高齢化対策審議会を終了いたします。