

整理された市の課題についての議論 と今後のテーマについて

1. 資料2でテーマごとに抽出された課題について整理を行った。
2. 整理された課題に対し、市や地域包括支援センター等がすでに行っている内容を「既存の取組み」に記載した。
3. 「今後必要な取組み」は資料2からの転記に加え、想定されるものを追加した。

テーマ別課題の整理（令和7年12月～令和8年5月）

テーマ	地域包括ケア 推進会議	地域個別ケア会議
1. 生活の困りごと (介護予防・生活支援・移動支援・ペット等)	○	○
2. 認知症	○	○
3. 権利擁護（虐待含む）	○	○
4. 見守り	○	○
5. ケアラー支援	○	○
6. 防災	○	○
7. 医療・介護連携	○	○
8. 多分野・多文化・地域共生	○	○
9. 地域で支える仕組み	○	○

1～9のテーマごとに、今回期間に話し合われたものについて○で記載した。なお、推進・個別両方で議論がなされたテーマは網掛けとしている。

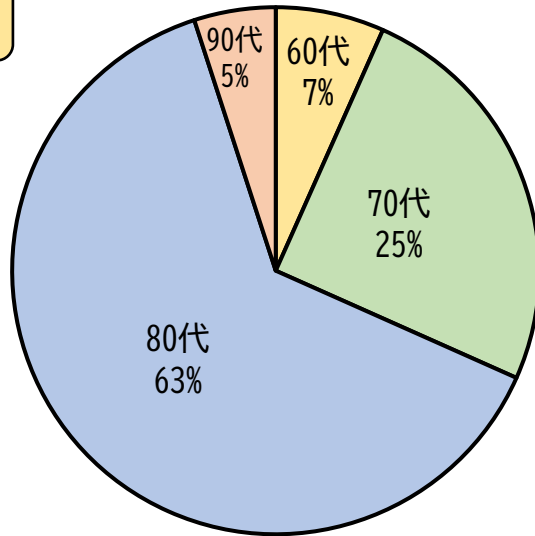
松戸市地域ケア会議 課題に対する方向性

地域包括ケア推進会議や2層ワーキングでの 検討・取組の推奨テーマ

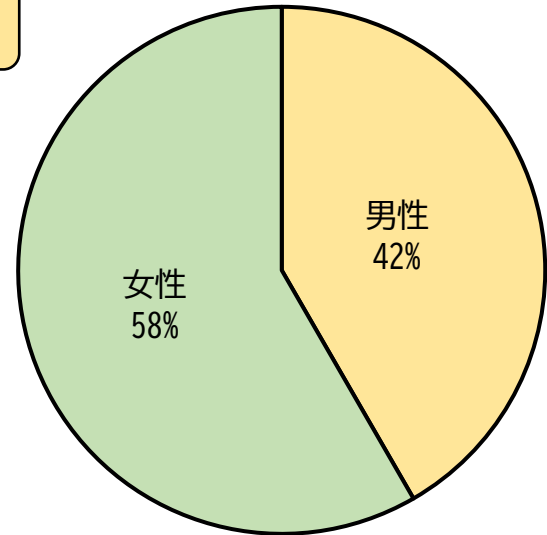
- 地域共生社会の実現に向けた具体的な取組み
- 生活に困りごとを抱える方への対応力向上・拡充

地域個別ケア会議で検討した事例（全60事例）

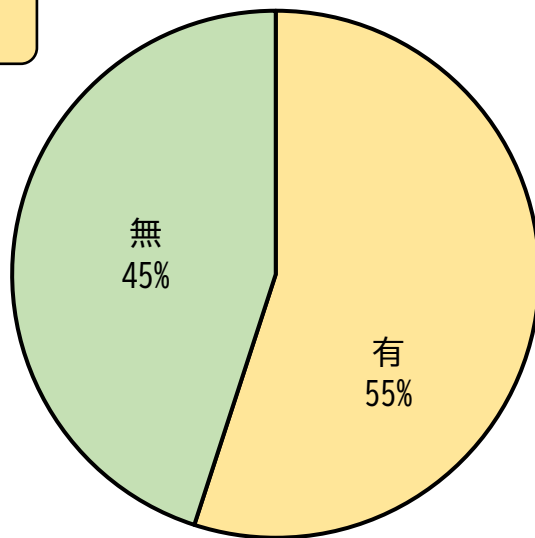
年代



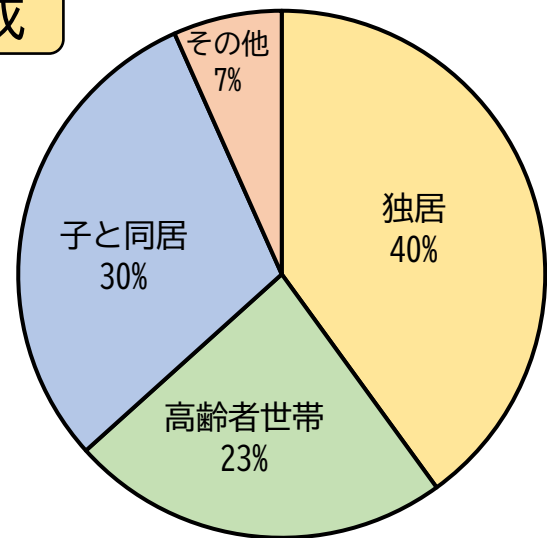
性別



認知症



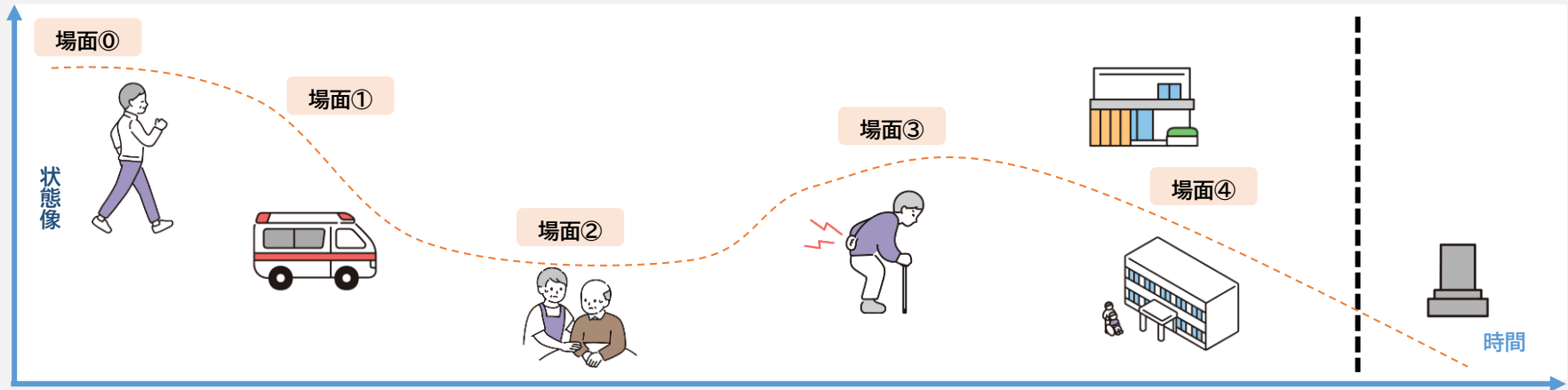
家族構成



ライフステージ（高齢期）の流れ

在宅限界点に至るまでのプロセス

図の出典：令和5年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「身寄りのない高齢者の生活上の多様なニーズ・諸課題等の実態把握調査報告書」を参考に作成



【場面①】 元気な時期

（出来事）
介護保険未申請。趣味や地域活動に自発的に参加できている状態。
（検討すべきこと）
「もしも」の時の信頼できるキーパーソンの想定。自身の生き方や価値観を家族や身近な人に話しておく。

【場面②】 日常生活行為の困難さ

（出来事）
調理や掃除が行き届かなくなる、買い物の計算や通院の管理が怪しくなる、といった変化。
（検討すべきこと）
生活支援の受け入れに関する意思確認（「困った時に、誰にどんな手伝い（配食サービス、近隣のサポート）をしてほしいか」の意向整理）。

【場面③】 身体・認知機能の低下

（出来事）
初めての入院、認知症の初期症状の出現、要介護認定の申請・更新。
（検討すべきこと）
「在宅生活継続のために医療・介護サービスをどう組み合わせるか」の選択、「急変時に延命治療を望むか」等医療面の意思表示。「在宅が難しくなったらどうするか」を事前に本人（親族）、支援者で認識合わせ。

【場面④】 在宅生活継続の危機

（出来事）
頻繁な転倒や救急搬送、認知症の進行による徘徊や火の不始末。夜間や緊急時の対応が現在のサービス枠を超える。
（検討すべきこと）
救急搬送時・緊急時の具体的な段取り。「夜間に倒れた際、誰に連絡し、誰が病院に駆けつけるか」の現実的なルール決め等。

【場面⑤】 在宅生活の限界点

（出来事）
医療依存度の高まりや、認知症状の悪化、同居親族による自宅介護の限界など。
（検討すべきこと）
住み替え（施設入所等）の最終意思決定。「どこで最後まで過ごすか」という、次の療養環境への移行判断。

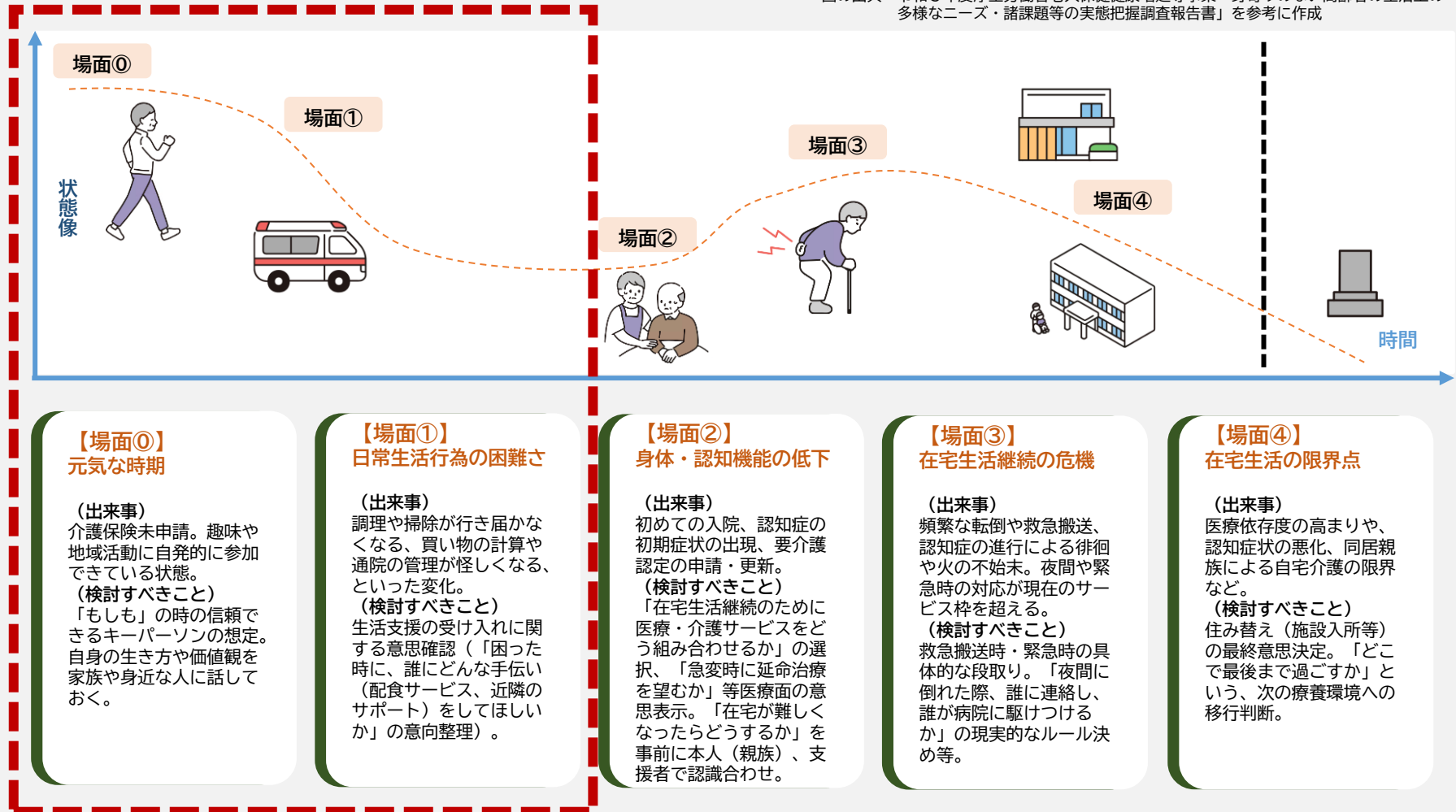
推奨テーマ「地域共生社会の実現に向けた具体的な取組み」

整理された課題	関連テーマ	既存の取組み	今後必要な取組み
【介護予防】 ○コロナ禍の影響による社会的フレイルにより身体機能や認知機能の低下をきたす高齢者が増えている。（個3） ○地域住民に対してセルフケアによる介護予防活動、口腔フレイルや歯科受診の重要性の普及啓発が必要。（個7、51） ○介護予防や社会参加ができる社会資源を増やす取り組みが必要。（個7） ○地域住民に対してセルフケアによる介護予防活動の普及啓発が必要。（明第2西） ○地理的な要因や身体機能低下により外出が困難になっている。（馬橋） ○警察・地域包括・地域住民等との情報共有や連携体制をさらに強化する必要がある。（馬橋西）	1. 生活の困りごと 2. 認知症 4. 見守り 9. 地域で支える仕組み	【地域包括ケア推進課】 ○まつど地域つながりマップ 【地域包括支援センター】 ○つながり協力員と協力し地域の見守り活動 ○多機能コーディネーターと連携し社会資源の把握、創出、住民へのマッチング 【高齢者支援課】 ○元気応援くらぶの展開 ○松戸市あんしん一声運動（オレンジ協力員） ○介護予防教室の開催 ○認知症初期集中支援チーム ○脳活チャレンジ&ナビによる軽度認知症の早期把握とケアマネジメント支援 ○企業・民間等による高齢者等見守り（協定） 【健康推進課】 ○フレイル予防一体的推進事業	【地域における見守り・支援体制の構築】 ○地域住民による「異変の際の気付き」に向けた啓発、地域包括支援センターに繋げる体制づくり ○既存の社会資源の周知、不足している地域資源の把握と創出 ○つながり協力員、オレンジ協力員等の増員に向けた取組み

ライフステージ（高齢期）の流れ

在宅限界点に至るまでのプロセス

図の出典：令和5年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「身寄りのない高齢者の生活上の多様なニーズ・諸課題等の実態把握調査報告書」を参考に作成



地域で支えるフレイル予防

要介護状態への「手前」で食い止める



①早期発見による「可逆性」

フレイルは健康な状態へ「よりスムーズに、高い確率で戻せる」時期での介入が本人の負担を最小限にする。

②高齢化に伴う課題

後期高齢者の急増に伴い、今後フレイル対象者（予備軍）の増加が予想される。予防的関わりへのシフトが持続可能な地域を作る。

③認知症予防と尊厳

身体機能の維持は認知症リスク低減に直結。
「どう生きたいか」という本人の尊厳の土台は、心身の余力があってこそ築かれる。

④専門職・地域のチーム力

フレイルの兆候は「生活の場」にも現れる。住民の気づきと専門職への繋ぎという、地域ぐるみのチーム力が不可欠。

フレイルとは

加齢とともに心身の機能が低下し、身体、こころ・認知、社会性など多面的な問題を抱えやすいハイリスクな状態。状態が悪化すると要介護状態へ進んでしまう一方、フレイルの兆候を見逃さずに適切な対策をとれば、健康な状態に回復することが出来ると言われている。

（詳細は松戸市HP「人生100年時代のフレイル予防」参照 (https://www.city.matsudo.chiba.jp/matsudodeikiiki/mokuteki/yobo_kenko/frailty_information.html)

フレイルドミノ

フレイルは「つながりの減少」から始まる



①社会参加の減少・閉じこもり・「孤食」の発生

定年退職や身近な人との別れを機に、地域や他者とのつながりが希薄化する。特に「一人きりの食事（孤食）」は、食の多様性を失わせる大きな要因（ドミノの起点）となる。

②活動意欲・認知機能の低下

生きがいやつながりが減ることで、「出かけるのが億劫」「何をするのも面倒」といった気力の衰えやうつ傾向、認知機能の低下のドミノが倒れる。

③オーラルフレイル→低栄養→運動機能の低下（サルコペニア）

会話や噛む機能が衰え、食事量の減少で「低栄養」が進行。これにより活動量や運動機能が低下し、要介護状態を招く「身体的フレイル」へと直結する。

◎「生活の場」での早期発見と、インフォーマルな居場所づくり

③の医療・栄養ケアに至る前に、すべての引き金である①の「孤食」や「社会性の低下」を地域で早く察知できるようなポイントを共有し、ケアマネジャーや地域資源へのつながりによって、最初のドミノを倒さないことが高齢者支援分野の最大の役割と言える。

地域で出来る連携アクションの検討

地域で「気づく・つなぐ・創る」ための具体策

1. 気づく

【「生活の異変」への着目】

“何となく気になる”という高齢者から、ゴミ出し・回覧板・身だしなみの明らかな変化等も含め、日々の生活や訪問の中で「いかに早く気付くか」、各自の着目ポイントを共有。

2. つなぐ

【「相談ルート」の明確化】

地域住民や民生委員等が日常で察知した異変や困りごとを、地域包括支援センター等の専門職へスムーズに、確実に「つなぐ」ための連絡方法の検討。

3. 創る・広げる

【ニーズに沿った居場所創出】

従来の通いの場等に馴染めない高齢者でも参加しやすいよう、個々の趣味や現役時代の経験・役割を活かせる多様な通いの場を、地域の中でどのように「創り、広げるか」。

「気づきのポイント」の参考例

参考事例

【登場人物】

- ・Aさん（対象者） 70代中盤の男性。定年後もパート等で働いていたが、完全に仕事を引退。趣味がなく自宅に閉じこもりがち。
- ・Bさん（相談者） Aさんの妻で同年代。自身は友人が多く活動的だが、夫の閉じこもりに伴う在宅ストレスに悩む。
- ・地域関係者 C民生委員、地域包括支援センター（総合相談、多機能コーディネーター）

【背景】

長年真面目に勤め上げてきたAさん。社会との唯一の接点だったパート仕事を辞めたことで、生活の張りを喪失。日中はパジャマのままテレビを見て過ごし、外出は近所のコンビニ程度。活発な妻Bさんが「少しは外に出たら？」と促すも「うるさい」と生返事。Bさんは、このままAさんが不活発になってしまう不安と、常に家に居られるストレスが高くなっていた。

【Bさんから民生委員に相談】

地域のサロン活動に一人で参加していたBさんの「お疲れ気味の表情」に、C民生委員が声をかける。Bさんから「夫が引きこもっていて…」という愚痴交じりの相談を受け、単なる世間話で終わらせず、“何か気になる”を察知。

【地域包括への相談】

C民生委員が地域包括支援センターへ連絡し相談に至る。相談内容から、多機能コーディネーターも支援チームに加わる。

最終結果

- ・多機能コーディネーターが自宅を訪問。Aさんの「元技術職」という過去に着目し、お話をじっくり傾聴。
- ・「現役世代の知識を活かして、地域のこども達の『おもちゃ病院』（修理ボランティア）を手伝ってほしい」と打診したところ、Aさんの関心が高まり、参加を決意。

成功のポイント

①【気づく】民生委員による「小さな異変」の察知

C民生委員が妻Bさんの相談内容や「お疲れ気味の表情」という小さな変化に着目したことで、背景にあるAさんの「社会的フレイル」リスクの早期発見に繋がった。

②【つなぐ】地域包括支援センターへの迅速なつなぎ

大変さの共感だけに留まらず地域の専門職に相談することで、支援の必要性が明らかに。

③【創る】本人の「役割」と「尊厳」に焦点を当てたアプローチ

単なる「高齢者のつどいの場」には拒絶反応を示したAさんだったが、「頼りにされるボランティア」という役割があったことで外に出る機会が生まれた。

議 論 1

推奨テーマ「地域共生社会の実現に向けた具体的な取組み」

「社会的フレイル」の予防について

- ◎地域住民が出来る見守りのポイント
- ◎地域住民から専門職や相談窓口へ
繋がるためのポイント
- ◎隠れたフレイル層が活用できる社会資源

推奨テーマ「生活に困りごとを抱える方への対応力向上・拡充」

整理された課題	関連テーマ	既存の取組み	今後必要な取組み
【ACP（※）】 ○ACPが実施されていないことで、適切な医療を選択することが困難になることがある（個5） ※アドバンス・ケア・プランニング 【医療・介護連携】 ○本人の同意を得られないことで適切な支援に繋がられない。家族の協力を得て医療機関との連携強化。（明第2東）	7. 医療・介護連携 3. 権利擁護	【地域包括ケア推進課】 ○各地域包括支援センターでの相談対応 ○在宅医療・介護連携推進事業 【松戸市在宅医療・介護連携支援センター】 ○在宅医療・介護連携に関する相談支援 ○地域住民への普及啓発（松戸市医師会「まちっこプロジェクト」との連携）	●支援者間連携 ○サービス担当者会議における検討 ○医療・介護分野の連携強化 ○支援者のACP、終末期医療に対する理解促進 ●普及啓発 ○市民向けのACPに関する普及啓発 ○市民が活用できる社会資源の検討

（過去の議論）

【個別ケア会議】

- 家族、支援者以外で、本人の意思決定を共有できる存在がない。
（令和7年度第1回市会議 個別事例60）
- ACPの必要性はわかっているが、実施できる環境はまだ整っていない。
（令和7年度第2回市会議 個別事例8）

【地域包括ケア推進会議】

- エンディングノートの実際の活用につながらない。エンディングノートや死後事務委任サービス等の情報をまとめ、必要な資源開発の検討。（令和7年度第1回 小金）

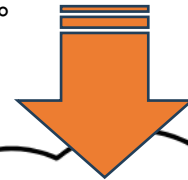
現状の課題

事例や議論を振り返る（今回の議事対象事例より）

6	ケアマネジャー	突然独居となり、近隣の支援を受けながら生活を見直したケース	認知症・うつ病・めまい腰痛があり、歩行困難の高齢者。障害者である同居の子が去年10月から入院中のため独居状態。子は在宅復帰できる可能性は低いといわれている。現在、近隣住民と民生委員が毎日のように訪問し見守り、食事の差し入れ、ゴミ出し、受診同行などを献身的に支援している。介護申請し、ケアマネジャーが決まり、介護サービスの体制は整う見込みが立った。 <u>子と近隣住民は施設入所した方が良いと思っているが、本人の気持ちは在宅で施設かで揺れている。在宅継続の場合、ケアマネジャーとしては介護サービスが行き届かない部分で、日々の見守りなど近隣住民の協力が必要だと感じているため、このケースは在宅継続でいいのか、施設入所の方向がいいのか悩んでいる。</u>	手厚い協力をしてきている近隣住民や民生委員が疲弊している中で、いつまで在宅継続できるのか（施設入所のタイミングは？）	○近隣住民に依頼したい支援を明確にする ○在宅継続のリスクと対策を考える。 <u>○在宅生活の限界が来る前に施設入所した方がスムーズに施設生活に移行できるのではない。</u> ○民生委員として現状の支援を継続することはすぐに限界が来ると思われる。 ○近隣住民の普段からのお付き合いを大切に、窮地に陥った人の情報がすぐに入ってくる地域にしたいと思って民生委員活動を行っている。 ○デイサービス・ヘルパーの利用はスムーズにできているようなので、しばらく在宅様子を見てはどうか。 ○ケアマネジャーとしては、上記のすべての意見を参考にして、 <u>近隣住民の支援状況・負担感などもモニタリングしながら、医療介護の支援者チームを相談しながら在宅継続・施設入所の検討を継続する。</u>
55	その他（警察からの情報提供）	認知症により外出後に自宅へ戻れなくなる高齢者への地域での見守りと支援体制について	80代、要介護2の本人と子、孫2人による4人暮らし。子の配偶者は単身赴任中で、主たる介護は子が担う。本人は外出志向が強く、外出後に自宅へ戻れなくなることがあり、これまでに複数回、警察に保護された経過がある。現在はGPS機器や見守りシールを活用し見守りを行っている。 本人の安全確保を目的としてショートステイを長期で利用していたが、利用中に新型コロナウイルスに感染。施設内で他利用者の居室へ立ち入る行動や、制止により不穏となる様子が見られたことから、ショートステイの継続が困難となる。 <u>一時的に自宅へ戻り自宅療養となった経過もあるが、自宅療養中も外出してしまい警察に保護されてしまうことがあった。</u>	○地域における見守り体制の強化 ○外出意欲を尊重した安全確保の方法 ○家族の介護負担軽減への支援 ○家族の今後の生活に関する理解と合意形成について	○在宅およびショートステイでの対応には限界があることから、安全確保の観点より施設入所を含めた生活環境の見直しが必要である。 ○認知症の進行や外出リスクについて多職種で共有し、家族の理解を深めながら今後の生活方針について合意形成を図る必要がある。 ○GPS等の個別対応に加え、関係機関や地域住民と連携した早期発見・対応体制の構築が求められる。 ○外出意欲を尊重しつつ安全確保を図る支援方法の検討とともに、家族の負担軽減および世帯全体への支援が必要である。



今回議事対象の個別事例のうち、左記困難事例については、ケアマネジャーや地域包括が、世帯の状況（心身の状況、経済状況、環境要因等）をアセスメントし、本人の意向を踏まえて随時支援を行ってもなお、在宅の限界点に達していると判断し、やむを得ず施設入所の検討に至った事例と考えられる。

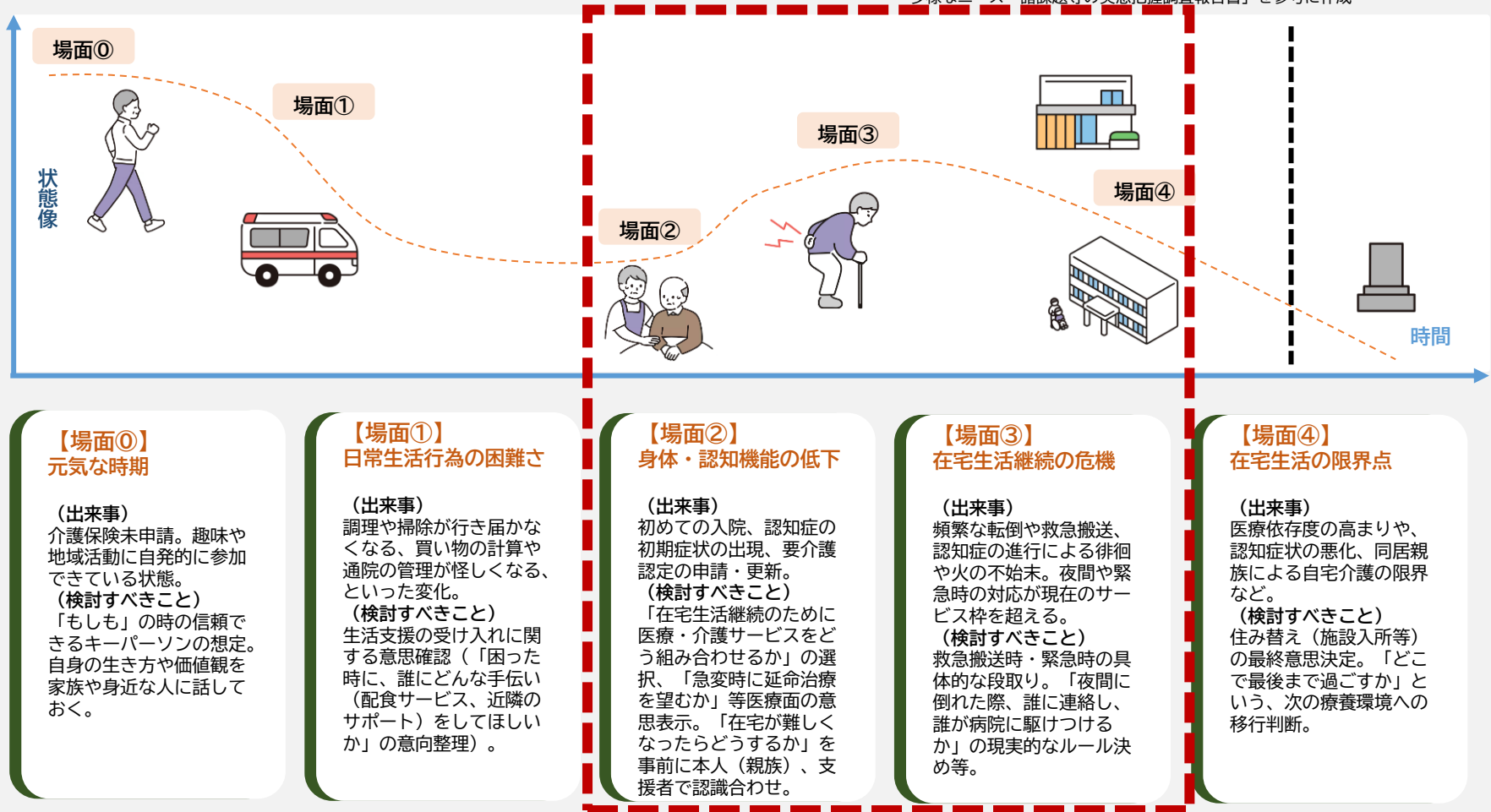


支援の過程の
「いつ」
「どこで」
「誰と」
今後の見通しについて検討すべきか？

ライフステージ（高齢期）の流れ

在宅限界点に至るまでのプロセス

図の出典：令和5年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「身寄りのない高齢者の生活上の多様なニーズ・諸課題等の実態把握調査報告書」を参考に作成



高齢期のライフステージにおいては、各場面において、**本人の意向に寄り添ったうえで「在宅生活を維持・継続するため、今後の方針についての話し合い」が適宜必要。**
（いわゆる「人生会議（ACP）」にもつながる）

特に場面②以降は、より『医療と介護の連携』が求められる。

自分の医療やケアのあり方についての調査

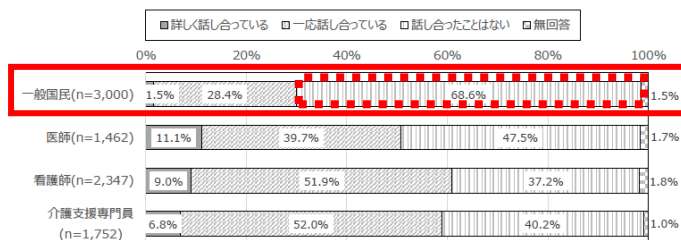
「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」

問 4 あなたが人生の最終段階で受たいもしくは受たくない医療・ケアについて、ご家族や医療・介護従事者と詳しく話し合っていると思いますか。(○は1つ)

※ 「ご家族等」の中には、家族以外でも、自分が信頼して自分の医療・ケアに関する方針を決めてほしいと思う人(友人、知人)を含みます。

家族等や医療・介護従事者と話し合ったことがある(詳しく話し合っている、一応話し合っている)と回答した者は、一般国民 898名(29.9%)、医師 742名(50.8%)、看護師 1,431名(61.0%)、介護支援専門員 1,031名(58.8%)であった。(図1-4-1)

図 1-4-1 人生の最終段階における医療・ケアに関する話し合いについて

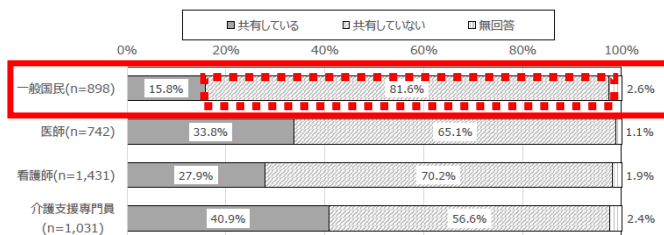


(問 4で「1. 詳しく話し合っている」「2. 一応話し合っている」と回答した方にお尋ねします。)

問 4-2 話し合った内容を医療・介護従事者と共有していますか。(○は1つ)

家族等や医療・介護従事者と話し合ったことがある(詳しく話し合っている、一応話し合っている)と回答した者において、話し合った内容を「共有していない」と回答した者が多く、一般国民 733名(81.6%)、医師 483名(65.1%)、看護師 1,005名(70.2%)、介護支援専門員 584名(56.6%)であった。(図1-4-3)

図 1-4-3 話し合った内容の共有

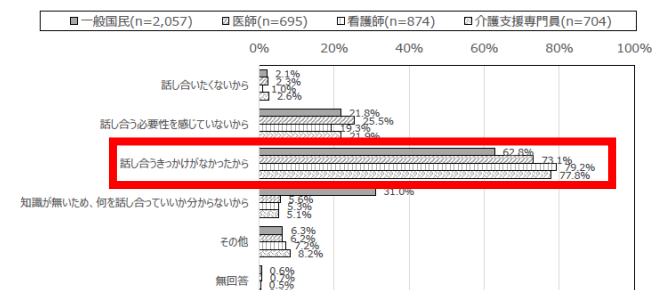


(問 4で「3. 話し合ったことはない」と回答した方にお尋ねします。)

問 4-3 これまで話し合ったことはない理由は、何ですか。(複数回答可)

家族等や医療・介護従事者と「話し合ったことはない」と回答した者において、話し合ったことがない理由は「話し合うきっかけがなかったから」が最も多く、一般国民 1,291名(62.8%)、医師 508名(73.1%)、看護師 692名(79.2%)、介護支援専門員 548名(77.8%)であった。(図1-4-4)

図 1-4-4 話し合ったことがない理由



出典：人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査報告書(令和5年12月 人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査事業)

この調査結果から、「人生の最終段階で受たいもしくは受けない医療・ケア」について、

- ・話し合われている機会が少ない(一般市民の7割弱)
 - ・話し合うきっかけがない(話し合ったことのない理由の大部分)
 - ・話し合った内容が専門職に共有されない
- という状況にあることが分かる。

本人の意向をどう聴取し、どのように医療と介護が連携し、チームで支え、意思決定していくかが重要



ACP（アドバンス・ケア・プランニング）

「人生会議（ACP）」とは

○自分が大切にしたいこと、望んでいる生き方、「もしものとき」にどのような医療やケアを望むかについて、前もって考え、話し合っておくこと。

○家族や大切な人たち、医療・ケアチームと話し合っておくことは、自身の思いや選択が尊重され、自身が希望する医療・ケアの実施に繋がる。

⇒自身の「これから」をよりよく生きるために
大切なプロセス



出典・引用：自分らしく生きるための「人生会議」ポータルサイト（厚生労働省HP）

＊ なぜACPのような工夫が必要なのですか？

- 患者さんが望む医療及びケアについて、その意思を確認できなくなるときが、いつ訪れるのかを予測することは困難です。
- 一方、終末期においても患者さんの尊厳ある生き方を実現するためには、**患者さんの意思が尊重された医療及びケア**を提供することが重要です。
- 患者さんの意思を尊重し、その人生にとって最善となることが見込まれる医療及びケアが実現することは、**残されたご家族等にとっても、極めて重要な意味**を持ちます。
- 予測されない急激な変化が起こることもありますので、**患者さんが意思を伝えられるときから、その意思を共有しておくことが重要です**。たとえば、高齢者健診などをきっかけに、話し合いの機会をもつことも考えられます。

＊ ACPの留意点はありますか？

- ACPは、**前向きにこれからの生き方を考える仕組み**です。その中に、最期の時期の医療及びケアのあり方が含まれます。リビング・ウィル等のAD (Advance Directive：事前指示) の作成も入ることがあります。
- 主体はあくまでも**患者さん本人**です。
- 患者さんの意思は変化する可能性がありますので、**繰り返し話し合うことが重要**です。
- **地域で支える**という視点から、**かかりつけ医を中心に**、看護師、ケアマネジャー等の介護職、ソーシャルワーカー等の**多職種で、患者さんの意思に寄り添うことが理想**です。
- その場で決まらないこともありますが、話し合いの内容は、**その都度、文書にまとめておく**ことが大切です。
- まずは、**話し合いのきっかけをつくったり、話し合いのプロセスの場を提供することが重要**です。

出典：「終末期医療 アドバンス・ケア・プランニングから考える」（日本医師会リーフレット）

議 論 2

推奨テーマ「生活に困りごとを抱える方への対応力向上・拡充」

「在宅限界点を高めるための医療・介護連携」
について

- ◎介護専門職の関わり方について
- ◎医療専門職の関わり方について
- ◎住まい方の検討について

松戸市地域ケア会議 課題に対する方向性

地域包括ケア推進会議や2層ワーキングでの 検討・取組の推奨テーマ

○地域共生社会の実現に向けた具体的な取組み

○生活に困りごとを抱える方への対応力向上・拡充

- 各圏域での地域包括ケア推進会議や2層ワーキングについて、これらのテーマに沿った議題とし、地域ケア会議と2層ワーキングの連動を意識した取り組みを行う。
- 検討・取組の結果を再び市地域ケア会議にて集約する。