

松戸市地域ケア会議会議録

令和 8 年 度 第 1 回

令和8年度第1回 松戸市地域ケア会議 会議録

日時：令和8年7月23日（木）

午前9時30分～11時30分

会場：松戸市役所新館7階大会議室

○出席構成員：23名

星野 大和 構成員（会長）

山田 雅子 構成員（副会長）

今井 伸 構成員

神保 正宏 構成員

国府 雅子 構成員

小泉 裕史 構成員

佐藤 勝巳 構成員

吉川 誠 構成員

中村 亮太 構成員

赤池 武明 構成員（代理）

山本 幸雄 構成員

小川 早苗 構成員

梶原 栄治 構成員

高橋 孝司 構成員

伊藤 友紀 構成員

工藤 和代 構成員

鶴岡 系一 構成員

松村 大地 構成員

恩田 忠治 構成員

堀田 重信 構成員

小林 慶司 構成員

丸山康一郎 構成員

荒井 愛子 構成員

○オブザーバー：地域包括支援センター職員（15名）

○事務局出席者

福祉長寿部

川崎部長

地域包括ケア推進課

松崎課長 関根課長補佐 青木課長補佐

介護保険課

小林課長

高齢者支援課

有山課長 守田保健師長

障害福祉課

飯嶋課長 神山課長補佐

福祉政策課

嶋原課長

福祉政策課地域福祉担当室

加藤室長

こども家庭センター

川上所長

傍聴者：4名

- 議事内容
- 1) 松戸市地域ケア会議の実施状況について
 - 2) 地域レベルの会議より抽出された地域の課題と市の課題について
 - 3) 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

司会

皆様、定刻となりましたので、ただいまより令和8年度第1回松戸市地域ケア会議を開催いたします。

本日はお忙しい中、会議にご参加いただきましてありがとうございます。

事務局司会は、地域包括ケア推進課、〇〇が担当いたします。どうぞよろしくお願いいたします。

続きまして、会議と議事録の公開についてご報告いたします。

当会議は、公開となっております。また、議事録につきましては、発言内容を要約して記載し、発言者は個人名でなく「構成員」と記載するとともに、資料、議事録とも個人情報保護等に十分配慮の上、松戸市ホームページに公開いたしますことをご承知おきください。

続きまして、福祉長寿部長、〇〇より皆様にご挨拶申し上げます。

福祉長寿部長

皆様、おはようございます。

福祉長寿部長の〇〇でございます。

本日はご多忙のところ、また、大変暑い中、令和8年度第1回松戸市地域ケア会議にご出席いただきまして、誠にありがとうございます。

また、日頃より構成員の皆様におかれましては、本市の地域福祉の推進にご尽力いただき、こころより御礼申し上げます。

改めまして、本会議は介護保険法に基づく地域支援事業の一環としまして、地域包括ケアシステムの実現に向けて、地域の多様な課題について関係者の皆様で議論、ご検討いただく場として開催しております。松戸市では、9つのテーマを設定し、各会議では2つのテーマを取り上げながら、現場に即したご議論をいただいているところでございます。本年度は任期2年目に当たる節目の年であり、これまでの取組を踏まえまして、さらに議論を深めてまいりたいと考えております。

また、来年度は高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画である「いきいき安心プランまつど」の次期計画がスタートいたします。こうした中、本会議での議論は現行の施策の検証にとどまらず、次期計画に向けた方向性の検討においても重要な役割を担っております。

ぜひ本日ご参加の皆様には、それぞれのお立場から松戸市の課題に関しまして、率直かつ具体的なお意見やご知見をいただきまして、実行性のある取組につなげてまいりたいと存じます。

本日はどうぞよろしくお願いいたします。

司会

続きまして、構成員紹介です。

今年度第1回となりますので、構成員の皆様から自己紹介をお願いしたいところではございますが、本日はお時間の都合上、今年度より変更のあった構成員のみご紹介させていただきます。

事前に配付しております構成員名簿をご確認ください。

令和8年度より司法関係者として地域包括ケアシステム構築支援アドバイザー ○○構成員に新たにご参加いただいております。また、人事異動により松戸市消防局救急課課長 ○○構成員へ変更となっております。

次に、事務局職員を紹介させていただきます。庁内の出席としまして、松戸市福祉長寿部川崎部長、地域包括ケア推進課 松崎課長、関根課長補佐、青木課長補佐、介護保険課 小林課長、障害福祉課 飯嶋課長、神山課長補佐、福祉政策課 鳴原課長、福祉政策課地域福祉担当室 加藤室長、松戸市子ども部こども家庭センター 川上所長、その他高齢者支援課 有山課長、守田保健師長がオンラインで出席しております。

なお、川崎部長、鳴原課長、飯嶋課長につきましては、公務の都合上、会議の後半で途中退席とさせていただく場合がございます。また、川上所長につきましては、公務の都合上、会議の途中で退席いたします。あらかじめご了承ください。

次に、本日の出欠についてご報告いたします。

本日は、○○構成員がオンラインでの参加となります。

また、松戸東警察署生活安全課課長、○○構成員の代理として○○生活安全課係長がご参加となっております。

そのため、会場とオンライン合計23名のご出席となっております。

続きまして、事前にお配りした資料の確認をさせていただきます。

①次第、②構成員名簿及び出席者一覧、③資料1、④資料2、⑤資料2別添1、⑥資料2別添2、⑦資料3、⑧参考資料1でございます。

会場の方で不足がございましたらお申出ください。オンライン出席の方におかれましても、不足がございましたらチャット機能をご使用いただき、事務局までお知らせくださいますようお願いいたします。

加えて、お手元の封筒の中に、2025年多機能コーディネーター活動報告書を入れてございますので、お持ち帰りください。

ここで、参考資料 1 について、事務局より簡単にご説明いたします。

松戸市地域ケア会議設置要綱につきまして、本年 4 月 1 日付で改訂いたしました。主な見直し内容は、地域ケア会議にお集りいただいている皆様の呼称を、従前の「委員」から「構成員」と改めたこと、構成員に先ほどご説明いたしました司法関係者を追加したことでございます。

続きまして、マイク的使用方法についてでございます。

会場にてご発言の際には手元のスイッチを押していただき、赤いランプが点灯後、お話しいただきますようお願いいたします。また、発言後は、再びスイッチを押しランプを消していただくようお願いいたします。

また、オンラインで出席の方につきましては、発言の際には画面に向かって合図をいただくか、Z o o m の手挙げ機能をご利用いただき、ミュートを解除の上、お話いただきますようお願いいたします。会場でタブレット操作が必要な場合には職員がまいりますので、操作後にご発言をお願いいたします。

それでは、次第 2、報告・議論に移ります。

松戸市地域ケア会議設置要綱第 9 条の規定に基づき、本会議の議長は〇〇会長をお願いいたします。これからの議事につきましては、議長にお進めいただきたいと存じます。

それでは、会長、よろしくお願いいたします。

会長

ありがとうございます。では、よろしくお願いいたします。

まず、本会議は公開でありますけれども、本日は〇〇様ほか 3 名の方から傍聴の希望があります。これを許可してもよろしいでしょうか。

構成員（全員）

異議なし。

会長

では、お入りください。

それでは、これから傍聴の方、お入りになりますけれども、この後は資料 1 と 2 について事務局から説明をしていただきますので、資料 1、地域ケア会議の機能と実施状況、資料 2、地域レベルの会議における主な議論のまとめ、この 2 点について、ご用意いただければと思います。

よろしいでしょうか。

それでは、事務局より資料の 1、2 について、説明をお願いいたします。

事務局

それでは事務局よりご説明申し上げます。

初めに、松戸市地域ケア会議の機能と実施状況について、資料１、１ページ目をお願いいたします。

昨年度もお話しした内容となりますが、新しく構成員になられた方もいらっしゃいますので、もう一度ご説明させていただきます。

地域ケア会議は、上段記載の５つの機能を有しており、本日は市レベルの会議として開催しております。図の中の青い矢印でお示ししているように、本市のケア会議につきましては、地域レベルで話し合われた内容を取りまとめ、市レベルの会議で話し合うだけでなく、この場で行われた議論を踏まえ、地域レベルの会議に展開していく循環型の会議を目指しております。

２ページ目は、本市の生活支援体制整備事業について図でお示したのとなっております。地域活動を行う上で表出した課題について、地域ケア会議等を通じ関係者間で共有するとともに、より効果的・効率的に課題解決を行うための体制整備を行っております。

図の上部にある市全域を示す第１層のコーディネーターについて、特定非営利活動法人まつどＮＰＯ協議会に業務委託をしており、第２層コーディネーターへの伴走支援等を担っていただいております。地域包括ケア推進課は、第１層コーディネーターにおける事業全体の総合調整の役割を担い、同協議会との協働体制を敷いております。

右下の地域個別ケア会議につきまして、昨年度第２回松戸市地域ケア会議でご説明いたしましたとおり、令和８年度より自立支援型地域個別ケア会議を再開することになりました。自立支援型会議の概要については記載のとおりとなります。

３ページ目、４ページ目は、地域ケア会議の実施スケジュールとその実績について記載しております。本日の議事は、令和７年１２月から令和８年５月までに開催された地域個別ケア会議３０回、地域包括ケア推進会議１５回の計４５回の議論を経て、市全体で対応すべき課題についてご議論いただく場となっております。

続きまして、資料２をお手元をお願いいたします。

地域レベルの会議における主な議論のまとめについて説明いたします。

表紙をおめくりください。

地域包括ケア推進会議と地域個別ケア会議において話し合われた内容を、昨年度同様、１から９のテーマに分類し、まとめたものとなっております。

次のページに移ります。

資料の左にある（１）地域で起きている問題と課題の個別ケア会議の部分について、地域個別ケア会議で話し合われた事例が複数のテーマにまたがった場合は、主なテーマと副テーマとに分類させていただき、主なテーマについては太字で記載し、副テーマとさせていただいた部分については、最後に「再掲」と記載させていただいております。

地域レベルの主な課題として、３ページ目の認知症、４ページ目の権利擁護、５ページ目の見守り、最後１０ページ目、地域で支える仕組みに関する内容が、昨年度から引き続き多く議論、検討されました。テーマごとに抽出された市レベルの課題につきましては、後ほど資料３にて説明させていただきます。また、各事例の概要につきましては、資料２の別添１、別添２をご参照いただきますようお願いいたします。

以上で、資料１、資料２の説明を終わります。

会長

ありがとうございました。

ただいまの説明に対して、ご質問ありますでしょうか。

資料１は例年、毎回変わらないということだと思います。松戸市の地域ケア会議は３層構造となっている、１層目が市レベルの会議体、２層目と３層目が地域レベルの会議体となります。３ページ目で、今年度から自立支援型地域個別ケア会議が再開されるということでした。したがって、地域個別ケア会議では、１回に主に２事例、これを４回８事例行っているわけですが、その８事例の中の１事例は、昨年度から虐待疑いを含む事例を扱うことになっており、さらに加えてこの自立支援型というものも１事例含む形で、今年度から運用されていくという形になります。

ですので、今後はこの市レベルの地域ケア会議にも、この自立支援型個別会議の課題が抽出されてくると思います。

資料２においても変わりはありません。テーマに関しては、１から９のテーマという骨格を変えずに、事例を事務局でまとめていただきました。ざっと見た形でも１番、生活の困りごと、２番、認知症がやはりボリュームとして多いな、字がたくさん書いてあるなということが分かります。３番の権利擁護に関しては、この後、虐待防止ネットワーク会議もありますので、そここの権利擁護の課題抽出されたものに関しては、密接に関連してくるかなと思います。その他４番の見守り、５番のケアラー支援、９番の地域で支える仕組みについてもたくさん議論がされたということが、お分かりいただけるかと思います。

このような課題を資料３として事務局にまとめていただいたという流れになります。よろし

いでしょうか。

それでは、資料3をお手元に事務局から説明をお願いします。

この時点で、川上所長がご退席ということでよろしいでしょうか。お疲れさまでした。

では、資料3の説明をお願いいたします。

事務局

それでは、資料3についてご説明いたします。

1 ページ目をご覧ください。

地域包括ケア推進会議と地域個別ケア会議にて検討された課題を9つのテーマに分類し、今回の期間で話し合われたものについて丸で記載しました。なお、推進会議、個別会議の両方で議論がなされたテーマについては、網かけとしております。

2 ページ目をご覧ください。

令和8年度においては、昨年度に引き続き地域包括ケア推進会議などでの検討より、推奨テーマとして地域共生社会の実現に向けた具体的な取組と生活の困りごとを抱える方の対応力向上・拡充の2つのテーマに絞って、議論を進めてまいります。

4 ページ目をご覧ください。

本日2つのテーマを議論するに当たり、高齢期のライフステージの流れを在宅の限界点に至るまでのプロセスという観点で図示したものです。本日は、このプロセスの前期を議論1で、後期を議論2でそれぞれ着目し、議論を進めてまいりたいと思います。

5 ページ目をご覧ください。

初めに、推奨テーマの1つ目、地域共生社会の実現に向けた具体的な取組についてです。整理された課題と関連テーマについては、資料2でテーマごとに整理した今回の会議の議事対象となる地域個別ケア会議や地域包括ケア推進会議で議論された内容や課題を抽出しております。整理された課題に対し、市や地域包括支援センター等が既に行っている内容を既存の取組に記載しました。また、今後必要な取組は、課題の内容等を受け、想定されるものを追加しております。

6 ページ目をご覧ください。

先ほどお伝えしましたとおり、高齢期のライフステージ前期に着目したいと思います。これから議論する内容は、特に場面⑩、場面⑪において検討すべきこととなります。

7 ページ目をご覧ください。

フレイル予防に関する説明資料となります。フレイルについては、スライドの下部に記載の

とおりですが、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と言われ、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取れば、健康な状態に回復することができると言われています。それを図示し、幾つかのポイントを示したものがその上の部分となります。主に4つのポイントを示しておりますが、今回の議論においては、④専門職・地域のチーム力に着目しております。次のスライドでお示ししますが、フレイルの兆候は生活の場にも現れ、住民の気づきと専門職のつなぎという地域で支援する対応が求められます。

8 ページ目をご覧ください。

いわゆるフレイルドミノについてお示したスライドとなります。左から右に、まずは社会参加の減少・閉じこもり・孤食の発生が起これ、それが活動意欲や認知機能の低下につながり、そこからオーラルフレイル・低栄養・運動機能の低下（サルコペニア）につながっていきます。最後のからだのドミノが倒れると、先のスライドでお示した要介護状態になりやすくなってしまいます。フレイルドミノの観点から見ると、先ほどご説明したとおり、③の医療・栄養ケアに至る前に、ドミノの引き金である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包括支援センターといった専門職や地域資源へつなぐことによって、最初のドミノを倒さないことが高齢者支援分野の役割と言えます。

9 ページ目をご覧ください。

地域でできる連携アクションをお示ししています。まず、生活の異変に着目し、気づくということです。その次に、異変に気づいた地域住民などが専門職につないでいくことが求められます。そして多機能コーディネーターなどが多様な通いの場をつくり、広げることが大切です。

10 ページ目は、地域でできる連携アクションに紐づいた参考事例をお示しております。詳細な説明は割愛いたしますが、地域で生活する高齢者の異変を察知した民生委員が、早期に地域包括支援センターにつなぎ、多機能コーディネーターも支援に参加することで、高齢者の社会参加、活性化につながったという内容になります。

それでは11 ページの議論1、推奨テーマの1つ目の課題として、地域共生社会の実現に向けた具体的な取組、「社会的フレイルの予防」について、ご意見を頂戴したいと思います。

会長

ただいま事務局より、市レベルの課題として2つある推奨テーマのうちの1つ、地域共生社会の実現に向けた具体的な取組に関連した課題が抽出されたとの説明がありました。社会的フレイルの予防について、議論を深めていきたいと思います。

まず、資料の振り返りですけれども、今回のこの資料3においては、スライドの6ページ目のライフステージの流れ、高齢期の流れというのが大事になってくると思います。前段、地域共生社会に関しては、場面⑩と①というライフステージの前半が地域共生社会に関わるステージ。場面②、③、④とだんだん後段になってくるにしたがって、生活に困りごとを抱える方になってくる。生活に困りごとを抱える方への対応については、推奨テーマの2番目になっていたかと思いますので、後段で議論することになります。

したがって、今回の社会的フレイルに関しては、場面⑩や①にフォーカスを当てて議論することになります。場面⑩は、元気な時期と書いてありますけれども、本当にそれでいいのか。元気な時期の背景にあるもの、そのフレイルを予防したほうがいいのか、そんな議論ができればと思います。

まず、この資料について、今までの説明よろしいでしょうか。

それでは、まず具体的に地域で対応する中での現状と課題、そして今後対応できるようにするための共有のポイントなどについて整理したいと思います。

今回、時間に限りがありますので、お一人3分ということで申し訳ないのですが、ご発言をお願いいたします。

まず、8ページのフレイルドミノについて、事務局からの説明で、フレイルはつながりの減少から始まるということで、この一番左が社会とのつながりというところになっています。川に例えると、フレイルの最上流、最初のきっかけが孤独・孤立だということも広く言われています。孤独・孤立の課題があると気づいた高齢者を、地域ではどのように対応されているのか、どこにつながれているのか、〇〇構成員にご発言いただけますでしょうか。

構成員

私どもの町会も、高齢世帯と併せて高齢者の独り暮らしが非常に目立つようになってきております。そういう中で、70代で自宅で犬を飼っており、犬の散歩を日課として朝夕欠かさず行っている方が、ある日、一人ではなく配偶者と共に犬の散歩をし始めたため、話を伺うと、本人が散歩をしている中で、道順を間違えて家に戻るのが難しくなってきたということでした。

私どもの町会では毎月第1、第3の土曜日、夜7時から町内パトロールをやっております。昨年の11月頃でしたが、パトロールをし始めた頃、その方の配偶者が我々のところに駆け足で来まして、本人がいなくなってしまうと話されました。これが2回目だったようで、本人にはくれぐれも家から出ないようにと話をしたあつたが、家をちょっと空けた隙にいらなくなってしまうと。それで我々パトロールしながら本人を探したんですけれども、結果的には見つ

かりませんでした。それで翌日伺いますと、市外の警察から本人を保護していると朝の3時に電話があったとのことでした。

本人は元気なうちは会社を早期退職されて、いろいろ町会事務、事務など役員も積極的に活動されていた方であったんですけれども、現状は認知症が疑われ、最近はずっと家の中にいて横になっているという話を伺いました。今、お子さんは独立して、夫婦2人の生活の中で、我々町会としては気の毒だなという中で、「何かあったら」という気持ちで今見守り、接している状況でございます。

町会の役員の中にも、役員会を忘れたとか、家の中が整理整頓されていないというような方もおります。隣近所のつながりが非常に薄くされている中で、独り暮らしの高齢者の世帯に対しては、町会としては近隣の方々に見守りをお願いするというようなことで常に発しているわけです。地域住民の協力で、今後とも対応していきたいと思っております。

以上でございます。

会長

ありがとうございます。

今、パトロールという話が〇〇構成員から出ましたけれども、民生委員という側も見守り、パトロールということされていると思います。

続いて、〇〇構成員からお話いただけますでしょうか。

構成員

パトロールという言葉が適切かどうか分かりませんが、民生委員も地域においての独り暮らし高齢者の見守りというのは、活動のうちの一つとして行わせていただいております。ただ、今民生委員も欠員が多くいる中で、担当の民生委員がいないという地域も出てきているのも事実ではございます。

気になる高齢者に対しての気づきの場面というのは、単独で民生委員が個別に訪問しているケースもあれば、多くはやはり地域の方々からの情報であったり、あるいは地域の皆さんと一緒にやっているサロンなどから情報が一番多く得られるところだと感じております。

ただ、実際に声かけをしても結局は本人次第といったところがあり、「こんな運動教室があるよ」「このままだと歩けなくなっちゃうよ」というようなお話、声かけをしても、「自分は大丈夫」という反応で、外に出ていったり、アクションにつながるというのは、毎回スムーズにというわけではないようです。

ただ、民生委員としても、やはり最初にやらなくてはならないのは、それぞれ個々の方々と

の信頼関係を構築していくことだろうと思っています。昨年の１２月に多くの方が新任の民生委員として委嘱を受けました。引継ぎは受けるにしても、個別にいうと、その関係づくりから始まるというところがあります。即効性のある対応にはならないかもしれませんが、今後も地域の方々との連携を図りながら見守り、気づきといったところにつなげていく必要があると考えています。

以上です。

会長

ありがとうございました。

今のお二人のご発言に関して、ご質問、コメントありますでしょうか。

幾つか大事なご指摘いただきました。独居か否かでないというところは大事だと思います。今、〇〇構成員からお話しいただいた方は、配偶者の方もペットもいたご家庭でしたが、やはり注意すべき世帯だったということだと思います。

したがって、独居か否かではなくて、配偶者がいても地域から孤立、孤独になっているような方、もしくはお子さんと住んでいながらも、お子さんが就労されていて日中独居の方、もしくはお子さんがいらっしゃっても、その方が障害等の課題を有する方というのは、実質的に独居であり、やはり孤独・孤立という課題を抱えられているとして、生活実態を把握した上で、しっかりと見ていくことが大事だと思います。

そして、〇〇構成員からも、声かけをしてすぐに呼びかけに応えてくれるとは限らないということも実態としてあるということだと思います。しかしながら、その方が孤独・孤立の課題を抱えている方だということを地域は分かった上で、継続的に声かけをしていくというところが大事なのだと思いました。ありがとうございます。

今、町会や民生委員の機能について話がありましたけれども、その方々からの相談を地域包括支援センターが受けているという実態もあるのでしょうか。

〇〇構成員からご発言いただければと思います。

構成員

本日は、地域包括支援センターとして、民生委員の皆様や地域の支援者の方々に日頃お願いしていることを改めて共有させていただきます。

まず、対象者の方とまだ関わりがない場合には、民生委員の皆様が把握されている情報を教えていただくことが非常に重要です。普段の生活の様子や最近の変化など、地域に根差して活動されている民生委員の皆様だからこそ気づけることが多く、支援の方向性を考える上で欠か

せない情報になります。また、状況に応じて対象者の方への訪問に同行していただくこともあります。対象者の方にとって、旧知の民生委員の紹介であれば相談しやすくなり、支援につながりやすくなるためです。

次に、地域の支援者の皆様へお願いしていることです。町会、オレンジ協力員、つながり協力員の皆様には、家の外から分かる生活の変化について日頃からご協力をいただいております。夜間に電気がついているか、郵便物がたまっていないか、洗濯物が数日出ていないかなど、こうした外から見える変化は、安否確認など早めに気づきにつながる大切な情報です。

続いて、幾つかの地域包括支援センターの取組をご紹介します。

ある地域包括では、高齢者支援相談員向けに作成していた見守りポイントなどが含まれた手引を令和7年度に発足したつながり協力員向けに改訂し、新しく加入された方に配布しています。また、地域包括ケア推進会議の中で見守りのポイントづくりに取り組もうとしている地域包括や、見守りのポイントをまとめたチラシを地域住民に配布している地域包括もあります。別の地域では、地域住民が自主的に見守り活動をしていたものの相談先が分からず困っていたところ、つながり協力員に所属することで、地域で心配していたことを相談できるようになったという声が寄せられています。さらに、町会・民生委員・つながり協力員・地域包括支援センターが定期的に話し合いを行い、協力して見守り活動に取り組んでいる地域もあります。社会的フレイルの予防には、地域の中で早めの気づきが非常に重要です。地域の皆様の何となく気になるという感覚が、最も早いサインになります。例えばいつもと様子が違う、洗濯物が数日出ていない、ごみの分別ができなくなった、こうした生活の変化に気づかれた際には、地域包括支援センターへご相談いただければ幸いです。

今後も地域包括支援センターは、それぞれの地域の特性に合わせながら、民生委員の皆様や地域の支援者の方々と連携し、地域全体で高齢者の孤立を防ぐ仕組みづくりを進めてまいります。

以上です。

会長

ありがとうございます。

ご発言やコメントありますでしょうか。

お願いいたします。

構成員

おはようございます。〇〇でございます。

〇〇構成員がご報告された事例などで、元気だった高齢者が寝つくようになったというよう
な、それが気づきであって、それを地域包括に相談をする、そうすると、地域包括はどんなふ
うに動いていくということになるんですか。

会長

〇〇構成員、お願いします。

構成員

先ほどの方に直接お会いしていないので、お話を伺った範囲の中で回答いたします。

先ほどの方、もともと犬の散歩をしていらっしゃったんですが、道を間違えたり、警察に保
護されているとのことでした。地域包括には多機能コーディネーターという役割を持った職員
が配置されておりますので、まずは何か地域の中で、その方に合った活躍できる場がないか
というものをお探しします。もしそういったところでなかなかマッチングが難しければ、一般的
には介護保険のご案内といった支援が考えられます。

以上です。

構成員

ありがとうございます。

つないで広げるというところを拠点になっているのが、地域包括ということかと思います。

ありがとうございます。

会長

まとめをしていただいて、ありがとうございました。

同様のことを申し上げようと思っていました。つなぐ先の地域包括で、このフレイルドミノ
の一番右のからだが倒れそうになると、介護保険サービスにつなぐという話がありました。そ
の前のドミノだったら、多機能コーディネーターがインフォーマルなサービスにつなぐ、総
合事業等につなぐ、そのようにつなぎ先も分かれてくるのだと思いました。

〇〇構成員からは、フレイルドミノでいうと左から2番目の生活把握のポイントや気づきと
いうものをご発言いただきました。最初は、孤独・孤立という1番目のドミノでしたが、今
は2番目の生活把握のポイントを教えていただきました。

見守り協定は皆様ご存じでしょうか。松戸では高齢者支援課が所管しており、企業や職能団
体が見守りをする。例えば、宅食サービスの方が業務の途中で何か気づいたことを、地域包括
や警察、市に連絡するという仕組みがあります。その市民版のような形かと思いました。そ
の一つの有力な手として、町会・自治会や民生委員がいらっしゃいます。ほかの市民の方も、

生活実態・生活把握の見守りを行っていただきたいと思いますし、そのハブやつながる、つなぐということを地域包括が中心になってやっていただいていると思いました。ありがとうございます。

〇〇構成員、お願いします。

構成員

今のに加えて、孤立の問題になると思うのが、聞こえの問題です。我々は色々な活動しているわけですが、「最近聞こえないから」ということで、集いの場とかに出てこられなくなる、出てこなくなる。聞こえないから楽しくない。それが、家庭の中では認知症が進んできたという認識になるようです。聞こえの問題と認知症の問題はとても微妙で、私たちのところでも、聞こえなくなって、認知症になって、施設に入って、今は亡くなってしまった、という方が、この2年間ぐらいでよく見られています。ですから、このフレイルの問題の中に、聞こえの問題をどういう視点で入れていくのかが、私はとても大事だと思います。

はつらつクラブの常任理事会というのがあるのですが、その中にも補聴器をかけている人が三十数名の中に10人ぐらいいらっしゃいます。そうすると、聞こえないから何となく話題についていけない、話が分からないから眠ってしまう、そういう現象が見られます。聞こえの問題はこれから追及していかなくてもならないことではないかと思います。

以上です。

会長

ありがとうございます。孤独・孤立が最上流という話をしましたが、最上流のさらにその上に聞こえ・難聴の問題があって、地域から孤独・孤立になってしまう一つの要素があり得るという大事な指摘だと思います。

この聞こえに関しては、市のほうで対策を打っていただいているかと思います。概要をご説明いただくことはできますでしょうか。昨年度から始まっている補聴器の支援の制度や、パッケージとして市として取り組まれている内容について、ご発言いただけますでしょうか。

事務局、お願いしますか。

事務局

昨年度より聞こえの支援事業というものを開始しておりまして、地域包括支援センターで普及啓発の事業や、補聴器が必要、耳鼻科の先生の方で補聴器が必要とされた方については、昨年度も申請いただいて、130件程の方が補聴器の助成を受けております。あとは、市でも認知症の講演会等での普及啓発を行っております。

以上になります。

会長

ありがとうございます。優れた取組だと思います。その事業につながるためにも、地域包括支援センターにつながっていく必要があると思います。ありがとうございました。

それでは、今、多機能コーディネーターという話が〇〇構成員からありましたけれども、実際に多機能コーディネーターをされている〇〇構成員から、多機能コーディネーターが今、どのような活動をこの地域の社会資源の開発も含めてされているのか、具体的な事例も含めてお話しいただけますでしょうか。

構成員

事例を紹介いたします。

病院退院後の方から民生委員に、自宅の電話機や洗濯機の使い方が分からないという相談があり、民生委員から「意欲低下があり心配」ということで地域包括につながり、多機能コーディネーターが近所のモルックサークルを案内し、その後半年間ほとんど毎回参加して、地域での生活を楽しんでいらっしゃるという事例がありました。

こういった事例がある一方、多機能コーディネーターがつないだ実績があまりない地区もあるのが現実で、全体としては多機能コーディネーターが地域のインフォーマル資源に相談者をつないだ実績数は、まだ少ないという印象があります。

ただ、フレイルという言葉やその意味は、多くの高齢者が知るようになっていて、フレイル予防を自ら実践している高齢者もかなり増えていると現場では感じております。また、特に民生委員や町会の方、はつらつクラブの方、社会福祉協議会の方々などは、地域のサロンや集いの場の必要性は、随分昔から認識されていて、自ら運営してきた方々も大勢いらっしゃり、心配な高齢者に直接声をかけて、集いの場に誘っていらっしゃっていて、地域包括や多機能コーディネーターを介せずにインフォーマル資源につながっている高齢者が大勢いらっしゃるということも、押さえておきたい現状のポイントではないかと思います。

そのような地域サロンを運営している住民からよく伺う問題が、今まで自力で通うことができていた高齢者が、長い距離歩けなくなって来られなくなり、参加者が減少して今後の会の継続が難しいというお話です。

また、多機能コーディネーターが相談者をインフォーマル資源につなごうとしたときによく立ちはだかるのが、歩いていくには遠いとか、交通手段がないという移動支援の問題です。

松戸市地域ケア会議では、昔から移動支援、移動の問題は各地区から上がっていて、グリー

ンスローモビリティとかコミュニティバスなど一部の地域でも対策は打たれてきましたが、市全体の根本的な解決策が講じられていないのが現状だと思います。何か一つやれば解決するわけではない難しい問題ですが、例えば地域サロンへの送迎を行う車を全地区に1台提供するとか、動くことが困難になった高齢者がオンラインを活用して自宅にいながら他者とも交流ができるとか、公園など身近な屋外でのコミュニティーをつくるなど、市を挙げて今までにない小回りの利く新しい試みを大規模に数多く仕掛ける新しい発想が必要ではないかと思っております。

以上です。

会長

ありがとうございます。地域サロンというのは、一つのインフォーマルサービスの例としてご発言いただいたと思います。

難しいのは、その地域サロンが一体どこにあるのか、なかなかそこにみんながアクセスしにくいという課題があると、今のご発言を聞いていて思いました。

例えば介護保険サービスでいうと、どこにデイサービスがあるか分からない、というのはあまりないと思います。どこにどのようなサービスがあるということは、みんな分かっていると思うのですが、これがインフォーマルになると、途端に見えなくなってしまう。そこにつなげるための調整してくださっているのが、地域包括支援センターですし、そのセンターに所属されている多機能コーディネーターなのだと思います。

参考として、まつど地域つながりマップというものが、お配りしてある高齢者の活躍が地域をよりよくする2025、多機能コーディネーター活動報告の最後の34ページに記載をされています。これに対して、簡単に事務局からご説明いただいてもよろしいですか。このつながりマップに関して、どのような形で作成されたのかの経緯なども含め、ご発言いただければと思います。

事務局

ご説明させていただきます。

これまで各地域包括支援センターで、社会資源のマップを個別で作成していました。これに関して、例えば更新頻度や内容の統一感等について、課題感を示された経緯もありました。また、過去の松戸市地域ケア会議においても、社会資源へのアクセスのしやすさや、インターネット環境を通じて見やすいようにすべき、などのご意見をいただいたことも踏まえ、市内の社会資源をインターネットで検索できる仕組みを事業者と協力し作り上げたものが、まつど地域

つながりマップとなります。これが今年3月からリリースされておりまして、市民の方どなたでも検索いただいて、社会資源を見つけることができ、もし操作が分からない方でも、最寄りの地域包括支援センターに相談していただければ、多機能コーディネーターと一緒に探して地域にある社会資源を案内する、ということも可能になっております。

以上です。

会長

ありがとうございました。

このQRコードからご覧くださいとありまして、これは誰でもアクセスすることができ、ほかの圏域のマップも見られる。ですから、移動支援、アクセスの問題というものもありましたが、例えば新松戸の圏域に住んでいるが実は圏域の境なので小金の方が近いという方がいれば、小金の中のサロンを見つけてそこに行くということもあり得るかもしれません。

そして、地図もマップ化されて見るができますので、ぜひこのマップを見ながら、インフォーマルサービスにつないでいただければと思います。

〇〇構成員としては、このマップに参加するサロンなどについて、日々地域のつながりでマップの掲載に向けた活動もされているということでしょうか。

構成員

つながりマップに載せる社会資源を見つけてきて、そこに掲載するということを多機能コーディネーターの業務としてやっております。会長がおっしゃったように、比較的元気な高齢者は、生活圏域だけに縛られずに、色々なところに移動されるので、多機能コーディネーターにおいては、生活する地区の内外の色々な社会資源を含めて、相談者に情報提供できるので、このマップについては日常的に便利に使わせていただいております。

会長

ありがとうございます。ぜひご活用いただければと思います。

よろしいでしょうか。ご質問、ご意見大丈夫ですか。

では、ここまでは現場の話をさせていただきましたけれども、〇〇構成員におかれましては、この社会的フレイルの予防に関する他自治体の取組や見守りについての取組、生活支援体制の充実に向けた取組、何かご存じでしたらば、お話しいただけますでしょうか。

構成員

社会的フレイルは、今、大分議論が進んでいます。先ほどの6段階のフレイルドミノ、それからその前の在宅限界点までのプロセスというところで、場面⑩、場面①という辺りに着目し

た議論だと理解をしています。

そこで退職であったり家庭や地域での役割が少なくなることきっかけに、人と会う機会が減少していく。言ってみれば、外出をすることすらまなくなってくる。役割がなくなってくると、簡単に言いますと、いわゆる思春期の頃から形成されたアイデンティティーが、自分の中でも揺らいでくる。そうすると、結果的には身体的なところのフレイルにもつながっていく。

自治体レベルでのお話を申し上げますと、やはり大事なのは、一つは市民の方に、社会的フレイルというものに誰もが陥る可能性があるということを、しっかりと周知していくことです。そういった意味で松戸市では、こういったパンフレット等を作成されていたり、今までの様々な議論をお聞きしていたりしても先進的に取り組まれているというのが、私の率直な感想です。

社会的フレイルに関しての啓発活動や具体的にその地域の居場所をつくっていくというのはどこの自治体でもやっているわけです。一点市にお聞きしたいのは、国保データベース、いわゆるKDBデータや介護保険データを使って、そこから健診に行っていないとか、認定調査とか、チェックリストのデータ等から、リスクがある方の抽出はやられていますでしょうか。

そうすると、地域住民からの情報をベースに社会的フレイルの状況にある方を把握していくよりも、データとして把握していけるという可能性が出てきます。その人たちに対するアプローチを地域包括だけでやるのは大変なので、そこに対するアプローチをどうしていくかを施策で考えていくのも、一つの方法だと思います。そういった取組を市でやられているのであれば、話をお聞きしたいと思います。

逆にそういう方の総数や、どこに住む誰かということが分かれば、そこにアプローチをして、そこから社会参加につなげて社会的フレイルを一定程度防止できたという方についても、数値化・データ化できます。それが成果指標になるので、対象者把握だけでなく、地域とのつながりを一定程度持つことができたかどうか、それを具体的にどのようにやっていけばいいか、ということを考えていただければと思った次第です。

以上です。

会長

ありがとうございます。

では、事務局より回答をお願いします。

事務局

事務局より回答させていただきます。

松戸市健康推進課が中心となり、フレイルと介護の一体的予防事業として、75歳以降で健診を受けていない方、健診を受けていても低栄養状態やフレイル状態にある方たちを訪問して、支援しています。

その訪問をしていく中で、介護保険の申請のご希望があられたり、もしくはその希望は出てこないけれども状态的におつなぎしたほうがいいと訪問員が感じた際には、地域包括ケア推進課にご連絡いただきまして、そこから地域包括支援センターにつないで、センターが訪問するという取組はやっております。

構成員

多分そのレベルだと、どこの自治体もやっていると思います。先程のドミノの中で、今の話の方の場合、こころの部分に影響があり、栄養摂取の問題や身体的な不調といった社会的フレイルを予防する対象者がそこで抽出されるということになります。

何を申し上げたいかという、そういったようなデータがベースにあっても、75歳以上では多分遅いと思います。75歳は後期高齢者ですから、そのうち3割から4割は要介護認定者です。その手前のところで対応していかないといけないという意味では、対象を少し広げる形で国保データの活用も含めて検討してもらおうと良いのではないかと思います。無理なことを申し上げている部分も少しあるので、あくまで意見ということでお伝えしたいと思います。

会長

ありがとうございました。市のほうでも検討お願いします。

ほかいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、この第1部においては、地域共生社会に向け、社会的フレイルの予防についての議論はこれで終了します。様々な課題やポイントについて、お話しいただきました。主にこのドミノの前段、社会とのつながり、孤独・孤立、生活把握について、議論ができたと思います。

医師の立場から申しますと、社会的処方という言葉 皆さんご存じでしょうか。かかりつけ医などが、患者さんの社会的な生活の課題にも目を向けながら、地域社会における様々な支援へとつなげていく取組を社会的処方と言います。薬を処方するだけではなく、社会のサービスも処方する、お話をします。どうしても処方という言葉になってしましますが、それがかかりつけ医に対する役割の一つとしても、期待されているところです。

例えば、診察室でかかりつけ医が患者さんと相対したときに、一緒のタブレットでまつど地域つながりマップを見ながら、「ここに行くといいよ」というように助言していただくと、ひとつ立派な社会的処方が非常に簡単な形でできるのかなと思います。ぜひこのつながりマップ

を使っていけたらと思いますし、様々な方がここにアクセスをし、アクセスすることによって、さらにこの地域資源が増えたり、そんな好循環が得られることを期待します。

よろしいでしょうか。

それでは、議論 2 に入りたいと思います。

事務局からご説明をお願いします。

事務局

事務局よりご説明いたします。

12 ページ目をご覧ください。

生活に困りごとを抱える方への対応力向上・拡充に関連した課題を、主に医療・介護連携の観点から整理いたしました。

本人との意思疎通がうまく図れないことで、適切な医療や介護など生活の支援につなげられないという課題が議論され、これに類する議論は、過去の地域ケア会議でもなされていることが分かります。在宅生活の継続に向けた医療と介護の連携の必要性について、改めて議論したいと存じます。整理された課題欄にありますACP、アドバンス・ケア・プランニングの説明につきましては、資料飛びまして16 ページ目をご覧ください。

ACP、国の呼称では人生会議と言われておりますが、その必要性やポイントをまとめた内容となっており、国や日本医師会でも推奨しているものになります。これらの観点を踏まえて説明を進めてまいります。

それでは、資料戻りまして13 ページ目をご覧ください。

先ほど整理した課題と類似した事例を一部抜粋したものになります。いずれの事例においても、ケアマネジャーや地域包括支援センターが、本人の意向を踏まえて支援を行ってもなお在宅生活の継続が難しいと判断し、やむを得ず施設入所の検討に至った事例と考えられます。このような事例は多くあると思われますが、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を考える必要があります。

14 ページ目をご覧ください。

先ほどよりお示ししている高齢期のライフステージにおいては、元気な状態であっても徐々に、もしくは突発的な傷病で急に状態が悪化し、生活の状態像が変わる場面が発生します。そのことを踏まえて、各場面において検討すべきことを例示しております。ここから分かるとおり、各場面において本人の意向に寄り添った上で、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となります。そして、これが先ほどご説明したACP、人生

会議にもつながる考え方と言えます。特に場面②から③においては、より医療と介護の連携が求められます。

15ページ目をお願いいたします。

厚生労働省が行った人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査の結果を一部抜粋したのになります。この調査結果を紐解くと、人生の最終段階で受けたい、もしくは受けたくない医療・ケアについて話し合われている機会が少なく、また、話し合うきっかけもなく、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多いと分かります。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だと考えます。

それでは17ページ目の議論2、推奨テーマ2つ目の課題として、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・介護連携についてご意見を頂戴したいと思います。よろしくお願いいたします。

会長

ご説明ありがとうございました。

またスライドの14ページ目に、先程と同じライフステージの絵が描いてあります。場面①と①に関しては、孤独・孤立、生活把握という観点から、フレイルドミノを踏まえて議論をしました。今回は、この赤枠囲いの場面②、③、④の状態の方について、即施設という判断ではなくて、この方にどんな支援をして差し上げれば在宅限界点を高めることができるのか、そのような観点から議論ができたと思います。

まず、ここまでのご説明よろしいでしょうか。

では、実際地域での取組に関して整理していきたいと思います。

まず、〇〇構成員からご発言いただければと思います。小多機・看多機という大事な機能があるわけですが、この機能はこの在宅限界点をどのように高めることができるのか、どんな方をご紹介しますればいいのか、そんなところをご説明いただいてもいいでしょうか。

構成員

まず、看護小規模多機能の利用対象となり得る方のゾーンや強みとしましては、最後まで在宅を希望される方、頻回な医療措置がある方、短い周期で体調の変化がある方、家族の介護力が弱い方が上がりました。主治医との連携で、臨機応変に対応できるため、熱発しても抗生剤の点滴で経過を見る。血中酸素濃度が低めの推移なら、HOT（ホット：在宅酸素療法）の導入に踏み切る。吸引の方法をご家族に指導し、在宅でも実践してもらう等医療面のメリットと、

在宅を続けるに当たり、ご家族の協力とストレスをため込まないことが必須になります。泊まりサービスがあるのは、レスパイトという意味でも、バックベットの意味合いでも、在宅限界点向上に大きく寄与していると思います。

看護小規模多機能では、複合的な通所となり、訪問介護、訪問看護で支援できることが強みだと思います。ご利用者様ごと、ご家庭ごとに抱えている問題は様々です。個別性のある支援や、臨機応変な支援を提供することで、在宅の限界点を伸ばしていけるものだと思っております。

また、小規模多機能の利用対象となり得る方のゾーンや強みとしましては、在宅生活を希望される方、居宅サービス利用の拒否がある方、認知症で独り暮らしの方、家族の介護力が弱い方が適応と考えます。サービスの強み、特徴としましては、通所拒否の場合、訪問に切り替えて連続したサービスを行い、コミュニケーションを図りながら少しずつサービスにつなげていきます。体調不良で入院までは至らないとき、主治医と連携を図りながら、自宅で一人過ごすことが心配なときに泊まりを利用します。日中の過ごし方を個別に組み立てやすいこと、通所後半日で帰宅、または夕食後帰宅など柔軟に対応します。

認知症になっても、住み慣れた地域でいつまでも暮らすことができるよう、小規模多機能サービスで臨機応変な柔軟な対応と、地域資源も活用し、地域の中で身近な人が身近なところでチームとなり、専門職につなぐことにより、限界点を伸ばしていけると考えます。

以上です。

会長

ありがとうございます。

ご質問、ご意見ありますでしょうか。

小規模多機能、簡単に言うとデイサービスとヘルパーとショートステイがついているサービスとなります。看護小規模多機能は、そこに訪問看護がついているものになります。なので、ショートステイという住まい機能があることが、一つ強みだと思います。何かあったら、ショートステイを利用したり、そこで点滴もできるかもしれない、というところは、強みの一つだと思います。

2つ目として、全部同じ事業所で3機能、4機能が利用できる。そのため、特に認知症の方にとっては、色々なところに行く環境の変化よりも、同じ事業所で馴染みの職員からケアを受けられる点は良いことと思います。そして、お話の最後にあった柔軟性は、帰りの時間とか急に何かお泊まりを利用したいといったニーズに対しても、人員配置もあると思いますが、ケア

ラー支援という意味からも、家族介護者にとって施設一択とはならない、そういった点が小多機・看多機の利点になるのだと思いました。

ありがとうございます。

それでは、保健医療関係の観点からも、整理していきたいと思います。

〇〇構成員、いかがでしょうか。在宅限界点を高めるという観点から、お薬を処方するだけではない薬局で行える取組はあるのでしょうか。

構成員

薬局においては、以前にもこの会議で報告させていただいておりますが、地域支援者などの専門職の方との連携ということで、松戸市薬剤師会では令和2年から高齢者支援課がやっております見守り活動に参加させていただいております。現在63の薬局に協力をいただきまして、薬局の見守り活動というのは、定期的に処方箋を持ってくるということから、一時点ではなくて、連続的にその家族、家庭、患者さんを診ることができるということで、早期に認知症の方の発見もできる、体調不良にも気づける、そして気づいた方を地域包括支援センターや医師につなげる、そういうことは常時やっております。それは定期的に高齢者支援課にも報告しております。

実際にいつも来ている患者さんがお子さんと一緒に来ていたのが、急に一人で来られてどうしたのかというようなところから始まると、早期の認知症などを疑うこともあり、そうしたときにはご家族に連絡して相談する、またそういうことを主治医や地域包括に連絡し相談する、ということが行われ、報告も上がっております。薬局で実際に地域包括支援センターの連絡先を家族に伝える、ということもやっております。

もう一つ薬剤師会で、今回の資料3の5ページ目にあります「脳活チャレンジ&ナビ」、こちら平成28年に認知症の早期発見&ケアマネジメントとして、「まつど認知症予防プロジェクト」に薬剤師会も参加させていただきましたが、このたび名称も新たになったということで、現在そちらへの参加を進めている状況です。

こちらのほう、DASCという指標を使いまして、認知症の早期発見に薬局、薬剤師でも協力できるよう、準備進めているところです。

以上です。

会長

ありがとうございます。

認知症の発見など、それが本来業務ではないですが、そういったものもお薬の説明の中で何

らか綻びみたいなものが自然と見えると、認知機能低下、認知症の発見に気づくことがあるのだと思いました。

なので、結果的に心臓も骨も血糖値も診てもらっているけれども認知症は誰も診てもらっていなかった、という不幸なことが起きると、結局は在宅限界点がなくなって、施設入所が早まってしまうかもしれません。それを防ぐための取組を市と連携して取り組みを進めていただいているのだと分かりました。

一点お伺いしたいのは、皆さまポリドクターという言葉を知っていますか。ポリファーマシーはお薬を多剤飲んでいるということ、ポリドクターは色々な医者にかかっていることを指します。それは決して悪いわけではないですが、今話したように、整形外科はAクリニックに行っている、循環器科はB病院に行っている、腎臓内科はC病院に行っている、色々な病院から色々なお薬が出ている、そういった複数診療科、複数医療機関にまたがる患者さんからのご相談はあるのでしょうか。

構成員

あります。実際のポリファーマシーはかなり頻繁にあって、何をどう医師に相談していけるかという課題があります。薬を減らすことはできまして、調剤報酬改定も変わり、今は医師には書面で意見することが可能になりました。患者さんの同意を得ながら対応しようとしても、患者さんは医師を大切に考え「医師に言わないでくれ」と仰られます。そのため、薬を少しずつ減らしていくしかない、そのように対応しているような状況です。

会長

ありがとうございます。

このように、この場面②、③、④のところが、ポリドクターよりも1人のかかりつけ医にある程度の機能をまとめていく、そのような流れになるかと思います。かかりつけ医をつくる、備えるというところとほぼ同じような活動になってくるのだと思いました。ありがとうございます。

よろしいでしょうか。

同じく、歯科のほうからもご意見いただけますでしょうか。

〇〇構成員、お願いします。

構成員

町の歯科医院では、日常的に多くの高齢患者様が通院されております。その際に、認知機能低下のサインに気づく歯科医は多々あります。

具体例を申し上げますと、比較的シンプルなのは予約を忘れてしまうということ。どうして予約を忘れてしまったのか、長年通われていた患者様で、特に夏の時期だと心配ですのでご家族にお電話をすると、「随分前に出ました」と仰られる。そうすると心配になりますので、外まで見に行きますと、随分遅れていらっしやって、どうしたのと聞くと「道に迷ってしまった」と。どうして迷ってしまうのだろうとすごく疑問に感じる点もよくあります。ほかには、義歯を新しく申請してもすぐに失くしてしまう。そういった患者様がいらっしやったときに、どうして失くされたのかお伺いすると、人のせいにしてしまうことがあります。「家族が全部捨ててしまう」と話され、そこから家での不満をずっと話し続けるようになったり。ほかにも多く見受けられるのは、一番簡単なサインですと、うがいをしてくださいと言うとずっとうがいをしているという患者さんがかなり多くいらっしやいます。

そういった機会を見るに加えて、さらに認知症状が進んでくると、義歯をずっと入れっぱなしであるとか、歯科医院に来るのにも全く歯を磨かないで衛生状態が不良のまま来るという方も、多くいらっしやいます。

あと、さらに最近私がすごく心配なのは、遠方から来ていただける患者様の場合、90歳を超える方でも自分で車を運転なさっていらっしやる患者さんがいらっしやることです。そういう患者様が、今話したような変化が出ていると、本当に大丈夫なんだろうかと心配になる機会が多くあります。

そうした際には、うちの場合もすぐにご家族にご連絡をさせていただいて、相談をして、できるだけ来院される際は付き添いをお願いしていることが多いです。ご理解のあるご家族ですと、そこからずっと一緒に付き添ってきていただけます。認知症が進行すると、口腔ケアが適切にできなくなりますので、定期的に通院していただいて、うまくいっているというケースも多々あります。一方で、高齢の独居で認知症がある方も多く、その介護者の方にご理解が得づらく、気がついたら来院されなくなってしまうというケースもあります。ただ、そういった状況であっても、今のところご家族への相談にとどまってしまっていますが、できれば地域包括支援センター等に連絡をして、情報共有をし、連携が取れる体制を築ければとは考えております。

以上です。

会長

ありがとうございます。

そう考えると、認知機能低下を最初に覚知するのは、歯科医になるかもしれないですね。そ

これから地域包括に行き、認知症診療対応医療機関につながる、そのようなフローになるのかと思いました。そして地域包括に相談されるということが、一つの社会的処方の実践になるのだと思います。

歯科や薬局という場所で、ルーティンだったことの綻びのようなものが、最初に気づきやすいのかもしれませんが。

そして、この後〇〇構成員にもお話をお伺いしたいのですが、ケアマネジャーがついている方は、ケアマネジャーが伴走してモニタリングをしてくれる一方、そうではない、介護保険未申請の方は、確かに歯科と薬局に継続している場合でしかつながらない高齢者の方も、もしかするといえるかもしれません。ありがとうございます。

よろしいでしょうか。

では、〇〇構成員のほうから、要支援や要介護の方と日々接しておられる中で、そのような方を実際に対応した事例や、限界点を高めるポイントなどがありましたら、お教えてください。

構成員

在宅限界点という部分に関しては、その家族状況や環境、価値観によってかなり差が大きく異なっています。例えばご家族が見ている中で物忘れがちょっと増えてきたという時点で、「もう家では見られません」という方もいれば、割と多いのは「トイレに一人で行けなくなったところが一つのラインです」と見ている方もいますし、もちろん中には「医療ニーズが高くなって、家ではなかなか医療の対応ができない」というところをラインにする、それこそライフステージによって様々な考えによって在宅の限界点がある、ということになります。

在宅の限界点高める中で、医療・介護の連携はもちろん必要になりまして、比較的元気な状態から終末期に向かっていったというケースの事例についてお伝えしたいと思います。

事例は、お子さんと同居する肺がんを患った90代の方です。最初は要支援も何もなかった元気な方で、何でも自分でやってきたのですが、市の健診をきっかけにがんが見つかりまして、進行していたため末期のがんということが検査で判明しました。お子さんの意向で、本人にがんであることは伝えずご自宅で療養していたのですが、徐々にできることが失われていき、病状も悪化して、要介護状態になっていき、最終的には寝たきりになりました。お子さんもお仕事が非常に忙しいため、本人はどうしても昼間独りきりになってしまう状況でした。しかし、なかなかデイサービスに行ける体力もなかったのも、そこで訪問介護、訪問看護、訪問診療が入っていました。あとは訪問入浴、介護保険外ですが訪問マッサージ、あとはふれあいサービスという家事援助を行ってくれる有償ボランティアを計画に入れて、日中見守る目のない時間

の間隔をあまり空けないよう、見守りを重視していきながら、それぞれを一つのチームとして、それを柱に在宅生活を支え続けてきました。最終的には亡くなる2日前までご自宅でご家族と一緒に頑張って生活し、最後どうしても辛くなってしまったため、訪問診療医の病院に入院させてもらい、そこで亡くなられました。

こちらの事例では、身の回りのことができていたのにできなくなってしまった、加えてがんなので病状の不安がある、あとは日中独りきりになってしまう生活状況の心配など、在宅生活断念を考えると要素が多くそろっていた方でした。ですが、介護と医療とインフォーマルのサービス、家族の連携の支援で断念せずに在宅で暮らすことができました。実際のところはどうかは本人にしか分からないのですが、最後までがんであることは伏せて、穏やかに亡くなられたということです。

事例の中に出てきましたふれあいサービス、こちら社会福祉協議会が行っている、家事援助や外出の付き添いをしてくれるサービスです。介護保険外の有償ボランティアのサービスで、介護保険のホームヘルパーと似ていますが少し違っていて、この事例においても、このふれあいサービスさんにはすごく助けられました。このふれあいサービスは本来、介護保険や障害福祉サービスが利用できない方が対象になるもので、この事例に関しては、介護保険を利用する前の元気な頃からふれあいサービスを利用されていて、本来は対象外になってしまうのですが、そのまま要介護状態になってもサービスを続けてくれた、そういった事例です。

一方、こういったインフォーマルサービスも、ほかの業界と同じく人手の問題や、地域によっては体制が構築できおらず地域によっては担い手がない、という話も聞いております。そもそも介護保険のサービスと併用できないというハードルの高さもあります。ただ、こういったインフォーマルサービス自体、とてもすばらしい貴重な資源であると思います。今回でいうと社協になりますが、運営しているところだけで考えるのではなくて、全体、市を巻き込んでもっとインフォーマルな部分を育てていかないといけない、もっと創っていかないといけないとすごく感じました。なかなか人手の問題で進まないために、いつの間にか消滅してしまうというのはとても残念なことなので、そこはみんなで向き合って考えていかないといけないと思っています。

今回の事例の方も含めて、ライフステージの各場面で、認知症や精神疾患でなかなか支援につなぐことができない、必要性を認識されない方に、医療と連携をしながらアウトリーチを行っていったケースも多々あります。時代や情勢が今変化を迎えていますので、医療や介護、インフォーマルが連携して、地域で暮らせるプランニングを行うことが求められていると、ケア

マネジャーとして自覚しています。

以上です。

会長

ありがとうございます。

ご質問やコメントありますでしょうか。

社協の〇〇構成員から、このふれあいサービスについて何か追加のコメントをいただければと思いますが、いかがでしょうか。

構成員

ふれあいサービスのご紹介をしていただいて、ありがとうございます。

ふれあいサービス事業は、結構長い間続けている事業でございまして、地域で住み慣れたところで安心して最後まで迎えらる、そのために何の援助ができるかというところから、発生した事業でございまして、ご家族のため、ご本人のための有償サービスを実施しております。これはあくまでも協力会員、それから利用会員と会員制になっておりますが、このハードルはすごく低くて、事情をお聞きして、協力会員になる人もいらっしゃいますし、利用会員になる人もいらっしゃる。先ほどの〇〇構成員のお話だと、協力会員ではなくて利用会員様でのご登録をいただいた方だと思います。協力会員の募集もしているところではございますが、地域で今後もますます広めていければと思っております。

以上です。

会長

ありがとうございます。

確かに世帯で同居あり場合の家事援助が、なかなか介護保険の訪問介護だと難しいというところがあると思います。そこを今回は運営側のご配慮で、ということだと思います。そういったところをどう補充するかがまだ課題だと思いますし、このまつど地域つながりマップがある程度そのようなサービスをも含められると、すごく良いことだと思います。具体的には家政婦サービスなどといったものも掲載されるといいのかと思いますので、各圏域の地域包括でご検討いただければと思います。

よろしいでしょうか。

これまで在宅限界点について話をしておりましたが、別に在宅だけがいい、在宅看取りがすばらしい、そういうことを決めているつもりはありません。在宅のニーズがある方もいらっしゃる一方で、施設というのも立派な選択肢だと思います。施設の観点から、〇〇構成員、

何かご発言いただけますでしょうか。

構成員

グループホームというのは、皆さんご存じのとおり、認知症の診断を受けた方が入居対象となる施設になります。入居をご希望される話の時点では、ご本人の意思というのはまずまず聞かれない状態の中で、ご家族様もストレスや不安、そういったことが積もっていった中で、施設入居が進んでいくという話がほとんどです。

どのような認知機能の状態に至った時に施設を検討すべきかという、まず命に関わるような事案。例えばガス台を使用していて、火の消し忘れが起きて火災につながってしまう。もしくは今の時期ですとエアコンの調整ができない、そうすると脱水状態になる。あと、食材・食べ物の管理ができないと食中毒が起きる。排せつ動作が自分でうまくできなくなると、不衛生状態が起きて病気を引き起こす、などが考えられます。ただし、例えばそのガス台をIHに交換したり、訪問看護やご家族様の協力があるのであれば、まだ施設入居も回避することができる可能性もあるかもしれません。

あとは徘徊です。先程も徘徊の話が出ましたが、徘徊などのケースが増え始める。こういった事案が増え始めて、先ほど申しました、ご本人の入居希望というよりは、ご家族様のストレス、心配、不安が募っていったときに、入居を考えるということがとても多いと思います。

施設側としては、ご家族様が「まだやれる」であつたり、経済的な理由により、ギリギリまで頑張ってしまうケースになってから入居を検討し始めることが多いと実感しています。

あとは、施設見学をして申込みをされ、いざそのお部屋が空いた状態で連絡を取ると、ご家族が「今状態がとてもいいので大丈夫です」と一度お断りをされて、でもまた数か月後に「やっぱり状態がひどくなってきた」ということで、急遽連絡する場合がありますが、その時点では空きがないという事案も、施設によっては多いです。

入居を決める見極めというのがなかなか難しいとは思いますが、最初にお伝えした事例に該当するようなことがあれば、入居を考えても良いのではと考えます。

一つ、ご入居をされてからの良いエピソードもお話しします。栄養状態が非常に悪い中で入居されると、今度は逆に栄養状態がしっかり管理されるので、入居当時は痩せていた方は少しふっくらしたりもします。他にも、ちょっとしたお手伝いをお任せすることで、役割を持つことで生き生きされる方もおりますし、入居様同士のご友人ができるケースも多いです。何よりご家族様の不安やストレスの軽減に一番つながっているのではないかと考えます。

以上です。

会長

ありがとうございます。

ご質問、ご意見ありますでしょうか。

確かに安全と尊厳が脅かされるとき、というのは納得ですね。ただ、その前に何らかのサービスが使えなかったのか、家族のご不安であるとか、そういったところに寄り添える何らかの伴走者がいたら、もう少し違ったのかもしれません。そのようなことが、今、〇〇構成員、〇〇構成員から具体的な示唆をいただけたので、そういった資源やサービスを地域として誰もが当たり前に利用できる、その中で施設を選択される方は選択する、そういう形になっていくのが良いのだと思います。

今、徘徊、独り歩きという言葉が何度か出てきましたが、〇〇構成員のほうからご意見いただけますでしょうか。

構成員

この限界点までのプロセスのうちの場面②から③ぐらいに該当すると思いますが、その場面の切り替わりのタイミングのきっかけの一つが、道が分からなくなって家に帰れなくなってしまいう徘徊・独り歩きなのではないかと思います。そういったときに、警察では高齢者を保護し、ご自宅に帰したり、もしくは施設につながるようお願いすることがあります。

高齢者をご自宅に帰した際に、これもご家族の同意を得ての話なのですが、道に迷われた方を保護したことについて行政に情報提供する制度がございます。それに基づいて、警察から行政に情報提供させていただき後に、支援につなげていただけているかと思います。警察は対処療法的な部分が主になりますので、継続した支援というのは、行政にお願いしております。

追加しますと、警察がそういった道に迷われた高齢者を保護する端緒、きっかけは、110番通報が多いです。高齢者が一人で歩いているところを110番通報する、その流れというのは非常に分かりやすく、誰でも想像し得るきっかけの一つだと思います。ただ、そうなる前の段階、先ほどのフレイルの話と同様ですが、その徘徊からの110番通報の前の段階で、地域の皆さまの目で、何か対処できることがあればいいのかと思います。そのようなことの認知度がもう少し上がってもらえればいいのかと個人的には思います。

以上です。

会長

ありがとうございます。

ご意見、ご質問ありますでしょうか。

川の流れていうと川下、セーフティーネットということだと思います。その方の安全、特に今の時期に独り歩きは生命に関わるわけですから、そのセーフティーネットの役割を警察が果たしてくださっている、そんな理解でよろしいでしょうか。

構成員

その前段で、本当に最初の徘徊の方であれば、場面②や③の方もいらっしゃるかもしれない。他方で場合によっては、この場面の範疇外のような、例えば新聞がたまってしまっている、何か異臭がしてしまうような状態になってしまっている、その場合は安否確認に入ったり、その結果もう亡くなってしまっている、そういった通報も当然あります。そういったケースは事件性が疑われる可能性もありますので、皆さん110番してくださるのですが、そうなる前に何かできたら、ということは常々考えております。

以上です。

会長

ありがとうございます。

確かに、徘徊と一口に言っても、それが1回目なのか複数繰り返している方かによって、対応するエフォートをどう割くかというのは違うかとは思いますが、今日は川上の上流である孤独・孤立、さらにその上の難聴・聞こえの問題というところの話からずっとしている中で、警察による保護というセーフティーネットもあり、でもその前に何らかに対応すべきことがあるのではないか、全部つながっているのだということを再度認識させていただきました。

ほか、ご意見、ご質問ありますでしょうか。

お願いします。

構成員

教えていただきたいのですが、保護された高齢者の身元を知るというのは、どうなさるんですか。

構成員

これも本当に色々大変なことがありますて、その方が自身の名前が言えれば、それを手がかりに様々な警察情報を使ったり、他には地域包括支援センターに、聴取した名前の方で対応歴がないかをお伺いして、身元や住所、連絡先などを確認します。

ただ、本当に何も分からないとなってしまうと、警察でも手が尽くせなくなります。そうすると、警察の保護というのはあくまで仮の保護なので、行政に引き継がざるを得ない状況も、

中にはあろうかと思います。本当に何もヒントがなく、どこの誰かも分からず、行方不明者届も出ていない場合、個人が特定できないケースもゼロではないと思います。

会長

ありがとうございます。

ほかいかがでしょうか。大丈夫でしょうか。

様々なご意見いただきましたけれども、医師としていうと、例えばこのスライド14、何度も言及しておりますが、ライフステージは人によってかなり違うと思います。このスライドの場合だと、場面⑩から①で一旦下降して、②が一番低くて、③で少し上向いてという状態像になっています。しかしながら、その人その人の疾患や障害、栄養の状態、どれだけ社会との関わりがあるかなどによって、その方の病気や障害の行く末、もしくはその方が将来たどると予想される状態も変わってくると思います。

医師、特にかかりつけ医は、そのような方の行く末というものに関して、どんなことが起きるのか、どのように経過していくのかということをおある程度把握する、予測するということができます。

ですので、医師にそういったことをぜひ相談していただきたいと思います。逆に言うと、そのような道筋が見えないと、一体いつこの方に住み替えが必要かという議論が全くできない、在宅限界点がいつ来そうなのか、もしくは在宅限界点が急に高まるとするとどんな場面が予想されるのか、そういうことも分からないかと思います。そういったことも含めてかかりつけ医に相談していただきたいと思います。

そして、ご家族から急に施設の話をするというご意見もありましたが、今回ACPもこの後段の隠れたテーマになっていましたが、継続的な意思決定支援も大事なのだと改めて思いました。施設に入るのかどうか、人工呼吸器をつけるのかどうか、そういうことではなくて、その人の趣向や考え方の特性、そういったものを理解しながら望む医療や望む住まいというものの発言を継続的に聞き取りながら、それを支援チームで集約していく。そうすると、自ずと「この人だったらどう思うか」という考えに帰結されていくのではないかなと思いますので、そのような取組も大事だと改めて思いました。

議論2に関してよろしいでしょうか。

それでは続いて、資料3の最後のスライドになります。地域ケア会議の課題に対する方向性について、事務局から説明をお願いします。

事務局

18ページ目についてご説明いたします。

先ほどもお伝えしましたとおり、松戸市における地域ケア会議の令和8年度の推奨テーマは、「地域共生社会の実現に向けた具体的な取組」、「生活に困りごとを抱える方への対応力向上・拡充」としております。

各地域包括支援センターで実施される地域包括ケア推進会議での検討や2層ワーキングにおいて、引き続きこれらの推奨テーマを意識した取組をできればと考えております。

また、本日ご出席をいただきました構成員の皆様におかれましても、各ご所属団体で本日の議論を踏まえた取組についてご協力をお願いできればと存じます。

資料3についてのご説明は、以上となります。

会長

ありがとうございます。

ただいまの説明について、ご意見、ご質問ありますでしょうか。

特にこの2つの推奨テーマに関しては、変わることなく継続していくということですね。

では、よろしいでしょうか。

それでは、最後になりましたけれども、〇〇副会長から総括としてコメントをいただければと思います。お願いいたします。

副会長

今日もありがとうございました。色々な角度から現状のご報告と、あと会長の話のまとめ方で、新たな課題が見えてきたかと思います。この資料3の14ページのこの図は、状態像のこのカーブがなかなか難しいなと思いながら拝見しておりましたが、先ほど会長がおっしゃったかかりつけ医という、その場面⑩からかかりつけ医がいるとは限らなくて、そこが結構難しいと思っています。よく一般の人々を対象に話をするときも、かかりつけ医の話になると、皆さん困ったように「どうやって探せばいいんですか」と仰られる。「在宅医療をやっている人がかかりつけ医ですか」とか、「自分は心臓が悪くて循環器にかかっているけれども、その人はかかりつけ医と言えるのだろうか」とか、すごく難しい定義になっていて、この長いライフステージの場面⑩から最後まで面倒を見てくれるかかりつけ医は、出会うのが難しいなと思っています。

それは看護師も同じなのですが、要介護が高くなければなかなか出会えない、「看護師さんに話を聞きたいけれどもどこにいるんですか」という話も、よく聞きます。だから、今日はこの論点の中に、医療専門職の関わり方と出ておりましたが、少なくとも場面⑩から関わってい

るかという、それは一つの課題になってくるかと思います。

それで、介護されている方がギリギリまで介護されていて、それで困り果てて入所につながるというお話もありましたが、私も認知症の親の介護で、大分元気な頃からケアマネジャーさんにお世話になりました。私は仕事を辞めるわけにはいかなかったので、ずっと自分がやらなくてはと思っていたら、私の具合が悪くなると知っていたので、早くから相談をして看多機にお世話になって、それで最後までいけた。そういう体験を通してありますと、やはり日本人は真面目なので、子どもだから親の世話を頑張ろうとする人たち、まだまだ多くいらっちゃって、その方々に介護保険のこと、かかりつけ医のこと、訪問看護のことなどをもっともっと前倒しで知っていただきたいと思います。

私は訪問看護をずっとやっておりましたが、訪問看護師たちの活動をつぶさに観察をした本があって、そのタイトルが「在宅無限大」なんです。本人たちが希望すればどこまでだって家でいられる、独り暮らしだって、がん末期だって一人でいられる、というような話にまとまっています。そういう、ACPで何を選んだとしても、私たちがいるから大丈夫、というような松戸市になっていったらいいと思います。先ほどの徘徊、なぜ徘徊をするかいうと、認知症の方も目的があって歩いている。徘徊とは、目的がなくただ無意味に歩き回る状況を言うので、認知症の方の尊厳や人権の側面から、最近徘徊ではなくて歩き回り、独り歩きというような言葉を使うようになっていきます。そういう認知機能が下がっていても安心して一人で外出できる、独り歩きできるまちづくりにしてほしいという要望が、資料2の中にも出ておりましたし、そういうことをみんなでやるとしたら、地域共生社会の実現というのは、もっと対象を多くして、もっと深く関わっていくことかと思います。

松戸市民みんなが自分事になっていくということが、私が親の介護で得た経験が、次の世へと積み重なって行って、自分はACPをどうしようか、ということになっていく。世代を越えたストーリーになっていきますので、行政にはそのきっかけになっていただきたいし、何かやりたい人たちは結構いるので、そのサポートを強化していただきたい、ということを感じました。

以上でございます。

会長

ありがとうございます。ここで〇〇部長、〇〇課長、〇〇課長がご退席です。お疲れ様でした。

確かに医師も看護師も、急病のとき以外関わらない、訪問看護だったら要介護にならないと

関わらない。だから、そうではなくて、より場面⑩や⑪の時に、少しウイングを広げたり、実際に歯科や薬局も、自分の業ではないけれども、地域包括に相談したりということを実際やっ
ていらっしゃるわけです。医業以外の、本来業務ではないが、少し堀を越えるというか、そう
いったところを医療職は考えていかななくてはいけないということですね。

副会長

心ある医療職は無限大だから、どこまででも私たち行きますよという人たちは結構いる一方、
ここまですりゃあ考える人たちも半数以上はいるので、そこを何とか突破していくのが、教
育者としての役割と思っています。半分訪問看護の仕事をして、半分居酒屋をやっているよう
な看護師もいて、その居酒屋の中でお互い本音で話し合えるという、コミュニティナースと言
う取組みをされている人たちが増えてくるので、看護師もフォーマルなサービスだけではなく
動いていきたい、その方向性は若干動きが見えていると思っています。

会長

ありがとうございました。

それでは、本日の議事はこれで終了したいと思います。

事務局に進行をお返しします。

事務局

〇〇会長、ありがとうございました。

最後に事務局より連絡事項がございます。

次回は、令和9年1月25日月曜日、午前9時30分から開始を予定しておりますので、ど
うぞよろしくお願いいたします。

以上をもちまして、令和8年度第1回松戸市地域ケア会議を閉会いたします。