

会 議 録

会議の名称		令和 8 年度第 1 回つくば市地域ケア会議		
開催日時		令和 8 年 6 月 22 日（月） 開会 午後 1 時 30 分 閉会 午後 3 時 30 分		
開催場所		つくば市役所 本庁舎 2 階会議室 201		
事務局（担当課）		福祉部地域包括支援課		
出席者	委 員	市村 千春委員、下村 哲志委員、柴原 健委員、 齋藤 寿枝委員、富岡 雅樹委員、高橋 純悦委員、 出津 文子委員、平根 ひとみ委員、渡辺 陽子委員、 江湖山 さおり委員、河原井 猛委員、大塚 健吾委員、 益子 奈津子委員		
	その他	アドバイザー 東京基督教大学 教授 井上 貴詞 筑波地域包括支援センター長 松原 恵子 大穂豊里地域包括支援センター長 井ノ口 美樹子 谷田部西地域包括支援センター長 平林 康行 谷田部東地域包括支援センター長 小林 順一 桜地域包括支援センター長 渡辺 美恵 茎崎地域包括支援センター長 大塚 俊実		
	事務局	相澤 幸子課長、久保 知子係長、市川 雅浩係長、 高橋 優子保健師、保呂 晴美保健師、染倉 有希社会福祉士		
公開・非公開の別		■公開 □非公開 □一部公開	傍聴者数	0 人
議 題		(1) 「独居・身寄りなし」について (2) 「多職種連携」について (3) 全体のまとめ		
会議次第	1 開会 2 議事			
	(1) グループワーク「独居・身寄りなし」について (2) グループワーク「多職種連携」について (3) 全体のまとめ (4) その他			
	3 閉会・事務連絡			

< 審議内容 >

1 開会

進 行：皆様お忙しいところお集まりいただきましてありがとうございます。定刻に

なりましたので、ただいまより、令和8年度、第1回つくば市地域ケア会議を開催いたします。

本日はお忙しい中、つくば市地域ケア会議にご出席をいただきまして、誠にありがとうございます。本日の進行を務めます、つくば市地域包括支援課の久保と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

始めに、会議録の作成にあたり、当会議での発言内容を録音させていただきますので、あらかじめご了承くださいと思います。

開会に先立ちまして、つくば市地域包括支援課課長相澤よりご挨拶申し上げます。

課 長：皆様こんにちは。ただいま紹介にあずかりました、地域包括支援課課長の相澤です。本日はご多忙の中、令和8年度第1回つくば市地域ケア会議にご参加いただき、誠にありがとうございます。また、日頃から保健・医療・福祉はもちろん、市制全般にわたりご協力いただき、誠にありがとうございます。つくば市では、高齢者の皆様が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、行政・介護・医療・福祉が連携し、包括的な支援を進めております。この会議は、その連携をより深め、地域の課題を共有し、より良い支援の方向性を探る大切な場と位置づけております。昨年度の会議では、窓口の支援力強化をテーマに、当時の委員の皆様から多くの貴重なご意見をいただきました。そのご意見をもとに、市民向けのポスターと関係機関向けの相談窓口のフローチャートを作成し、市内の医療機関や薬局、公共施設などに提示するとともに、民生委員など関係機関に配布し、適切な相談先につなげやすくなりました。このような取り組みができましたことは、この会議の大きな成果だと考えております。さて、今年度の会議では、身寄りのなしと多職種連携をテーマとして取り上げます。近年の相談内容を見ると、認知機能の低下や精神疾患を抱える方、また、家族や親族から支援を受けられないケースが増えており、単独の機関だけでは対応が難しい状況となっております。本日の会議では、皆様の専門性や現場での経験を活かし、地域で支えられる体制づくりや、支援が途切れない連携のあり方など、多角的な視点から活発な議論を交わし、各団体や市の役割を具体的にしていければと考えております。どうか忌憚のないご意見と専門的な助言をお願いいたします。どうぞよろしくお願いいたします。

2 自己紹介

進 行：それでは、続けて進行させていただきます。

前任の会議員の皆様が、令和8年3月で任期満了となりまして、この度、新しい任期となっております。新しい任期での最初の会議となりますので、皆様に自己紹介をお願いいたします。最初にグループAから時計回りに職種、

ご所属、お名前をお願いいたします。

〔委員自己紹介〕

進 行：委員の皆様ありがとうございました。

本会議の会議員の任期は令和8年4月1日から令和10年3月31日までの2年間となっておりますので、委員の皆様、ぜひご指導ご協力よろしくお願い申し上げます。

なお、本日の欠席者は精神科医の黒田委員、管理栄養士の矢部委員、警察官の鈴木委員の3名です。

続きまして、本会議のアドバイザーのご紹介をさせていただきます。本会議では、令和6年から東京基督教大学井上貴詞教授にアドバイザーをお願いしております。本年度もどうぞよろしくお願いいたします。では井上先生、自己紹介の方をお願いいたします。

井上アドバイザー：はい、皆様こんにちは。今ご紹介いただきました東京基督教大学の井上と申します。前回から、この地域ケア会議のアドバイスをさせていただいておりますけれども、皆様と共に作り上げて本当に良いものができたかなというふうに思っていますので、またこれからも新しい方々と良いものを作り上げていきたいと思っておりますので、今日一日よろしくお願い致します。

進 行：井上先生ありがとうございました。

では最後に、この4月の人事異動で、事務局の職員の体制も変わっておりますので、事務局側の紹介をさせていただきます。

〔事務局紹介〕

進 行：本日欠席をしておりますが、地域連携係の飯田もこのメンバーに入っておりますので、代わってご紹介だけさせていただきます。

皆さん、自己紹介の方もありがとうございました。

では会議に入る前に、事務局側から会議の公開に関する連絡事項がありますのでお伝えいたします。

市では、市政運営の透明化の向上を図ることを目的として、市主催の懇談会等の公開に関する条例を制定し、会議の公開を行っております。つきましては、本日の会議は公開の会議とさせていただいております。あわせて会議後、会議録を作成し、ホームページに掲載させていただきますので、ご了承くださいようをお願いいたします。

会議の進行は、つくば市地域ケア会議開催要綱第6条により、事務局が担う

こととなっておりますので、ここからの進行は、担当の高橋の方で行います。
ではよろしくお願いします。

2 議事

事務局：はい。ここから替わらせていただきます。本日はお忙しい中お集まりいただきまして、誠にありがとうございます。また、会議の事前準備につきましても、ご協力いただき、重ねて御礼申し上げます。

はじめに、つくば市地域ケア会議の趣旨とスケジュールについてご説明いたします。

つくば市地域ケア会議は、圏域別ケア会議等の個別ケア会議から抽出された地域課題について、多職種連携で協働を行い、地域づくり、資源開発、政策形成につなげることを目的としています。

今年度から令和9年度の全4回を予定し、「独居・身寄りなし」「多職種連携」の2つのテーマについて検討を進めていきます。第2回目の会議を令和8年の11月頃、第3回目会議を令和9年の6月頃、第4回会議を令和9年の11月頃に開催を予定しております。

なお、必要に応じて、課題別の部会も開催可能ですので、ご意見があればお知らせください。

これからグループワークの参考としていただきたいため、令和7年度の圏域別ケア会議の事例の内容について、少し説明をさせていただきます。

令和7年度の圏域別ケア会議の事例の中で、「独居・身寄りなし」「多職種連携」の地域課題が抽出された事例は、全18事例中、11事例となりました。事例の対象者の特徴は、認知症、認知機能の低下、精神疾患がある方が半数以上でした。また、キーパーソンとなりうる子供と絶縁状態であったり、同居の妻と不仲だったり、親族から支援が受けられていない対象も複数いました。また、要介護認定は受けているが、対象者の攻撃的な対応に、支援者、例えばケアマネジャー、ヘルパー等が対応に苦慮し、介護サービス等の訪問サービスの継続が困難という事例が複数見られました。また、尿失禁がある、家族のペットの多頭飼育、ごみが捨てられないなど、不衛生な環境で生活している状況だという事例も複数ありました。事例の紹介は以上となります。続いて、本日のグループワークを効果的に行うために、アドバイザーの井上先生から、テーマ「地域の見えない隙間を埋める：身寄りのない高齢者支援における『5つの課題』と『多職種連携エコシステム』」について、ご講話をいただきます。

井上先生、よろしくお願いいたします。

井上アドバイザー：皆様のお手元にも資料をお配りしてございますけれども、細かい

ところまで全部説明というよりも、皆様がイメージしやすいものをスライドにしました。これのもとになっているものは、令和5年度に行われた厚労省の、身寄りがない高齢者の生活の多様なニーズの実態把握調査事業や、日本総研の研究論文、それから身寄りがない方への終身サポート事業や意思決定支援、高齢者救急搬送の事例検討などの文献やデータ、それから私の考えを織り交ぜたもの、さらに今日ご欠席の黒田先生に、つくば市内で上がってきた事例を見ていただいたコメントをまとめたものですので、皆様が今日議論していくためのイメージとして見ていただければと思います。

まず、今回、身寄りなき高齢者というテーマですけれども、長寿化が進展して、家族・親族の形が本当に変わってきております。もう従来の「家族」では定義できない、家族・親族の規模縮小化、単身化が進み、そして様々な福祉ニーズの複雑化と制度の隙間に漏れていく独居の高齢者、特にその中でも支え手がなかなかいなかったり、家族関係が難しい方が非常に増えてきているという背景がございます。

このスライドに提示しているのは、さまざまな文献、データ、調査などにより導き出されたものなので、このカテゴリーにとらわれることはないと思います。この中に入らないものもあるし、例えば①の日常生活と金銭管理の支援という中にはもう少し具体的なカテゴリーもあるかと思います。

①日常生活、金銭管理、そして、②医療同意と入退院時の支援、③住まいの確保と入所・転居支援、そして④死後事務と葬送の対応、といった意思決定支援・権利擁護のようなことが大きな課題ではないかということが、一般的にさまざまな調査の中で出てきているということです。

「日常生活と金銭管理の支援」、これはもう皆様が普段直面しているものがたくさんあると思います。判断能力は保たれているけれども、複雑な行政手続きや、少額の金銭管理が困難になってくるということがあると思います。そこで、ケアマネジャーやホームヘルパーに、いわゆるシャドーワークというようなものが発生しております。どこまで支援するかというルールが非常に難しいところですね。ここで関与が期待される地域のプレイヤーとして、地域包括や民生委員さん、介護職の方、有償福祉サービス等があるかと思います。

トピックの2番目は「医療同意と入退院時の支援」ですけれども、救急搬送されても、身元保証人がいない、緊急連絡先がないという方々もおられます。医療現場で今まで慣習的にされてきたことがその通りはいかないという中で、どうしたら良いかということで、支援者の方が責任を負わざるをえないということが出てきているかと思います。これは医療関係、病院、医療ソーシャルワーカー、認知症疾患医療センターや医師、看護師、様々なコメディカルの方々が、ここに関わってくださるプレイヤーになるかと思います。

トピックの3つ目は住まいの確保の関係ですね。単身で、体力・認知面で在宅生活が限界に到達したり、あと、賃貸契約が更新できない、施設入所が必要だけれど身元保証人がいないというような方々がいらっしゃると思います。つい最近私、水戸市で居住支援法人をしているケアマネジャーさんとお話をする機会がありましたが、そういう法人が、本当に必要なのだと思います。

また、施設入居が必要であってもそれが拒否されたり、保証人がいなかったり、サポート事業を利用せざるを得ないけれども、複雑な契約がうまくできなかったり、費用が負担できなかったり、そこに様々な消費者問題のリスクが伴うというようなことがあるかと思います。

この辺は介護施設や社協さん、或いは社会福祉士、精神保健福祉士等のソーシャルワーカーさん、或いは不動産とか居住支援機関といったところも、プレイヤーとして関与が期待されてくるかと思います。

4つ目は死後事務のことですよね。葬儀・葬送の対応、見送りをした後、そもそも生前の準備が不十分なまま、ご逝去されてしまい、遺体の引き取りや火葬、様々残ったものをどのように清算するのか、そういう法的な権限を持つ者がいない、ということが発生します。

このような状況が発生することを予測しながら、そもそもリソースや時間が非常に足りない中で、このような方々に対してどうしたらいいかという現場の非常に強い疲弊やジレンマがあるかと思います。

自治体、警察署、社協さんや法律専門家とありますが、そのほか民間の様々な保証機関も、今終身サポート事業も出てきています。ひと昔前よりはだいぶよくなったという印象もある一方で、何かブラックボックス化が心配されるような実情もあると思います。

5番目は意思決定支援と権利擁護です。身寄りがなくて、認知症で1人暮らしという方が増えてくると、成年後見制度はなかなか利用しにくかったり、それから本人の自己決定と、客観的な利益・安全が対立した場合にどうするか。後見制度は来年度から大きく見直しがされる予定で、後見になったらそのままということではなくて、ご本人ができることを、その時に応じてということで制度が改正されていこうとされてますけれども。

成年後見支援センターや精神科医、社協さん、或いは弁護士、司法書士など法律関係者が、期待される、連携するプレイヤーであるかと思います。

地域ケア会議にいろいろ持ち込まれて、本当に限界かなという事例を、つくば市の個別の地域ケア会議の中でたくさん蓄積してきております。どこまで我慢すべきなのか、支援の糸口が見えない、力不足ではないか、ということで、ある意味現場は疲弊し切っているのではないかと思います。

アドバンスケアプランニングのガイドラインがあるからそれに基づいてやれ

ばいいかなと思っても、なかなかマニュアルどおりガイドラインどおりにいかないことが起きることもあるわけです。準備不足だったと支援者が己を責める必要はないわけですが、責めてしまうこともあるかと思います。

そこで大事なのが、パラダイムシフトをしていくということです。今日は、最初のディスカッションにおいては、「身寄りなき高齢者」の方の課題ですが、その次のテーマ「多職種連携」は、多職種連携というテーマだけ独立したものをやったらもうこれは收拾がつかないぐらいたくさんものがありますので、やはり身寄りなき高齢者の方々を点から面で支えていく地域のエコシステムをどのように作っていけるかというところです。これを、孤軍奮闘しないで多様な専門性が連携するネットワークを作っていくということで、地域の中でリスク分散と支援の分担を考えていきたいと思います。

機関と機関の連携、職種間の連携には、時々すれ違いがあったり、理解が上手いかなかったりすることもあるかと思いますが、やはり利用者さんを中心としながら、各機関がそれぞれの専門領域の良きものを生かしながらどこまで連携をしていけるかというところです。

日常的な見守りと生活基盤の維持というところで、そこで出てきた、気づき、出張販売や市民ボランティアの方が、何か異変や孤立に気づくかもしれない、民生委員さんを通じて地域包括に情報共有されるかもしれない。

そこで、たとえばPT・OTが生活環境評価を行うとか、介護関係あるいは訪問系の介護サービスといった日常生活支援の導入をしながら、その他にも、保険外を含めて、制度を活用していくことができてくるかなと思います。

また、緊急時の医療同意と権利擁護についても、救急搬送されて病院で受け入れをした、でも身元保証人がいない、ではどのように調整や方針決定をしていくか。そして、本人の権利活動をスタートしていくことができるか、そしてチームによる意思決定を進めていくかということで、様々な連携のシナリオが考えられると思います。

これは読んでおいていただくということにしたいと思います。

黒田先生に事例を見てコメントをいただきましたので、皆様へのメッセージとして私がまとめたものです。

「限界を感じる支援者たちへ」ということで、困難事例にぶつかって自責の念に駆られる現場の方々へのメッセージです。

認知症による拒絶や被害妄想で関係が作れない、これは支援者の能力不足ではないし、利用者の性格の問題だけでもありません。加齢による柔軟性の低下と、過度な防衛心の発動による要素が大きい。

それらは老いと病によるもので、「仕方がないものは仕方がない」とある意味では受容していくこと。支援者が自責的になって燃え尽きたりしないで欲しいというメッセージをいただきました。

つくば市は、全国的な調査と比べても、認知症の方が精神科病棟に入院してしまうケースが、比較的少ないそうです。確かにごみ屋敷だったり身体のケアが不十分だったりする方がいます。でも、そのことが本人にとっては必ずしも不幸とは限らないという場合もありますし、地域の中に困難事例があるということはある意味では、地域のなかで我々、皆様方が支えていっているということなので、この「課題」は「強み」でもあるということを受け取って欲しいというようなことをおっしゃっていました。

ですから基本はどういうふうにして多職種連携、これは専門職だけではなくて、住民の方や様々な民間の方とも手を携えて1人で抱え込まないこと。そして、クリーンな、完全な解決を目指さないで、不完全であっても、それがある意味許容する寛容な地域づくりをすること、そして、「糸」から「網」へと、支援者自身が燃え尽きないようなセーフティーネットを構築すること。問題を完全に消し去ることはできませんけれども、共に支え合う、そして私たちが住むこの地域を誇りと安心をもてる地域にしていきたい、というメッセージをいただきました。

以上です。

事務局：井上先生ありがとうございました。

それではグループワーク1に移ります。グループワークの進め方についてご説明します。

会議の事前準備として、本会議で検討する地域課題の「独居身寄りなし」「多職種連携」、それぞれについて、各委員さんが課題だと思うこと付箋に記入してきていただいております。A、B各机の上に模造紙がありますので、その課題をグルーピングしていただきます。

ファシリテーターは、名簿に印のある地域包括支援センターのセンター長に務めていただきます。

話し合いの最中に、新たな意見が出てきた場合は、机に付箋とペンのご用意がありますので、そちらをお使いください。

前半は黄色い付箋に記入していただいた「独居身寄りなし」について討議をお願いいたします。

それでは、14時20分まで、討議をお願いいたします。

〔各グループ（A・B）に分かれての討議〕

事務局：お時間になりました。積極的な討議ありがとうございます。

では発表の時間に移らせていただきます。各グループ、3分以内の発表をお願いいたします。まずは、Aグループの方から発表をお願いいたします。

平林委員：Aグループの方で意見交換したところですが、まずは、そもそも、「独居

・身寄りなし」の定義は何だろうという話になりまして、ここは特別枠ということで、独居・身寄りなしの定義を置いて、あとはそれぞれ出たところをグループ化して、見出しを書きました。

まずは「意思決定」が挙がっていましたので、それを書いたのと、あと金銭管理や、死後事務といった対応を誰がやるかというところも挙がっていました。まとめて「財産管理」としました。

また、入院の手続き、身元保証のことや、ケアマネさんが救急搬送等の付き添いをする場面もあるという話がありまして、今言われているシャドーワークというところにも繋がっているという話もありました。

本人の理解が難しいということで、必要な支援や介入ができないことがあるということで、大きく「人生会議」というふうにまとめました。

あとは日頃の生活について、通院や買い物、移動が困難になりやすいということや、閉じこもり、孤食。それから入院や施設入所になった際、ペットの引き取り先が課題となるという話や、孤立死へのリスク。あとは日用品の準備、洗濯。ごみ出しや庭木の管理、片付け等、大きな問題に発展していくという話がありまして「生活支援」としてまとめました。

また支援者不在と、緊急時の SOS の発信、必要な情報ということで、大きく分けて「緊急連絡先」とまとめました。

見守りについて、模造紙上は2か所になってしまったのですが、近所の方との繋がりがどうなのかということや、状態の変化に気づきにくい。病気、認知症、フレイル、ごみ屋敷化などの兆候に気づきにくいということもありました。

成年後見センターの方で、来年度以降に制度が改正される、社会福祉法もですが民法の方も変わりますというようなお話がありましたので、別枠に表記しました。

以上です。

事務局：A グループありがとうございます。続いて、B グループの発表をお願いいたします。

井ノ口委員：B グループです。大きな枠では、A グループと似たような形かと思います。枠としては身元保証人、協力者がいないということや、入院・入所するときの手続きの際の課題。次に、入院したときの意思決定。認知症の方も含めて、医療同意も含めて、本人の意思決定に課題があるという括り。

それから、支援拒否ですね。病院を受診するときも含めてですが、必要な支援を勧めても、受け入れてもらえない。あとは、病院、医療に関して、緊急時の対応。安否確認が難しい、緊急連絡先が確認できない、といったことで、緊急時の対応が難しい。

受診に関しては、認知症の方も含めて、必要な医療への受診が難しい、本人

が SOS を出せないとか、それを発見できないという支援者側からの視点も入っているかと思います。

こちら（左）へ行くと生活支援、衣食住に加えて、ごみ出し、移動、住むところというような課題がある人もいます。

あとは死後事務ですね。亡くなった後の、様々な手続等ができないということころでしょうか。

あとは地域の繋がり、A グループの見守りと同じかと思いますが、地域の繋がりが薄い、見守りをもっと増やす必要がある、といった課題が入っています。

枠に入れられなかったものとして、ペットの世話というものもありました。

あとは制度外ニーズの補い方や、今マンションの一人暮らし、そこで認知症の方も多いので、そのあたりの課題もあるという意見が出ました。

受診、意思決定、支援拒否というあたりは、割と繋がって、課題として挙げられることが多いという意見もあって、線で結んであります。

以上です。

事務局：B グループ発表ありがとうございます。2 グループからの発表を受けて、井上先生、講評をお願いいたします。

井上アドバイザー：皆様、お疲れ様でした。テーマについてあらかじめ考えてきていただいたので、短い時間の中でたくさんのものが出て、整理がされたと思います。

A グループも B グループも、共通するものが非常に多かったかと思います。

やはり受診、入院といった医療のことは必ず出てくるし、日常生活の中での見守り、おそらくこの中には、消費者被害の問題や、緊急時、災害時のことというのが、さらに出てきそうな感じがいたしますね。

つくば市の人口は水戸市を超えたと報道されていましたが、つくば市全体としては高齢化率はそれほど高くないのですが、圏域ごとに大きく違います。

ある地域は 40% 超してるとか。

ですから、比較的都市部の若い方が多いところなのか、或いは農村地帯なのか、地域における人間関係の密度といったことも、おそらく加わってくるのではないかと思います。

緊急対応、意思決定、生活支援ということで、カテゴリー的には大体似ていますが、今言ったような地域性のことや、災害のリスク、消費者被害を、どのように防げるかということと、ペットの世話の問題。これは本当に多頭飼育で、大変な状態になっているという話もありました。これは周りから強制的に止められないけれども、でも放っておくわけにもいかないということで、これはまた我々が今まで繋がっていないような職種や、民間の業者の方との連携が今後必要になってくるのではないかと思います。

すっきりとまとめるのはなかなか難しいのですが、共通性と地域性と、さら

に踏み込んでいくところの様々なリスクと、ということで後半の連携の話につながれると思います。専門職・専門機関と住民の方々、民間の方々でどのような連携ネットワークで支えていけるかということで、後半の話ができればと思います。

事務局：井上先生ありがとうございました。続いて、グループワーク2に移ります。井上先生から今「独居・身寄りなし」の課題についてまとめがありました。その課題の内容を受けて、事前に記していただいた「多職種連携」の課題をグルーピングしていただきたいと思います。また、グルーピングの開始前に、「独居・身寄りなし」の課題を踏まえた上で、「多職種連携」の追加の課題を検討していただく個人ワークを2分ほどしていただきたいと思います。追加の課題については、水色の付箋に記してください。机の上に置いてあります。それでは、今から2分間個人ワークをお願いいたします。

〔追加の課題について個人ワーク〕

事務局：2分間が経ちましたので、個人ワークを終了します。それでは、多職種連携について、15時まで討議をお願いいたします。

〔各グループ（A・B）に分かれての討議〕

事務局：積極的な話し合いありがとうございました。それでは発表の時間に移らせていただきます。Aグループから発表をお願いいたします。

平林委員：Aグループです。多職種連携の課題ということで、大分中心に寄った意見が多く、個人情報の取り扱いについて、意見が多く出ました。

緊急時に安否確認が必要な際の連絡先がわからないとか、支援を拒否する高齢者への対応、民生委員など地域の人との繋がりが難しいといった意見がありました。

それに伴う情報の共有についても課題が多く出ておまして、伝えていい情報、必要な情報の共有不足や、病院機能の違いによる連携の難しさ、地域住民が気になる方を把握していても専門職と連携するのが難しい、認知症高齢者の行方不明対策といったようなことも上がっておりました。

特殊詐欺や、悪質商法等の犯罪から、高齢者をどう守るか、ということも出ていました。総合病院の医師との連携に時間がかかる、という意見も上がっておりました。

そのような課題がある中で、連携時のキーパーソンは誰だろうという話が出まして、ケアマネさんがついていればケアマネさんかもしれませんが、調整役が不明確な時もあるので、誰が中心に行っていくのか、という話が出まし

た。

あとは、ケアマネジャーさんのところに情報が集約されて、ケアマネさんも対応に迫られると負担があるという話もあったかと思います。

連携のキーパーソンというところで、気づきのできない医療職、専門分野が違うから互いの役割や業務内容が理解されていないといった阻害要因もあるとか、定量性と定性性、フォーマルサービスとインフォーマルサービスのところ。

岩崎委員：善意で行われているものというところでは、確実にいけるものと確実にじゃないものをどう組み合わせるかというところでの、責任配分が場合によっては阻害要因になる。

平林委員：はい、ということです。ありがとうございます。

あとは、そもそもの相談窓口、入口がわからないということもあり、金銭管理の相談先がわからない、緊急時に相談できる窓口はわからないというような話や、8050、9060 のケースについてはどう繋いでいくかというような話が出ました。

チームによる意思決定という課題も出ておりました。

あとは別立てで、先ほども出ましたが、定義がどうなのかという話が出ました。

以上です。

事務局：A グループ発表ありがとうございました。B グループ発表お願いいたします。

井ノ口委員：A グループと大きな相違はないのですが、情報共有という意見が割と多く出たので、そこを最後に少し細分化してみました。

まず1つは情報共有の仕方・あり方について。A グループでも出ていましたが、誰が担当者なのか、どこに相談・連絡すればよいか、がわからないから、情報がなかなか伝達できないということがあって、情報の分断が起こっているのではないかという課題が上がっています。

その中で、多職種、関係機関、関係者の間でも価値観が違ったり、認識がずれていたりすることもあるという話も出ています。

その情報共有の仕方の「ツール」というところでは、様々なツールがあって、使っている方もいると思いますが、ICT を使った情報ツールがあるとタイムリーに共有できるのではないかという意見も出ています。

それに関連して、役割。先ほども A グループで出ていましたが、調整役がいると良いという話。

誰がまとめているのか、誰が中心なのかというところがわからない。役割分担が曖昧になりやすいという意見も出ています。

その他には、個人情報、やはり守秘義務があるので、そこをどこまで伝えて

いいのかというところも、課題としてあるだろう。民生委員さんがわかっている情報でもそれをどこまで開示していいのか、あと中には、担当者が人事異動で、そこが情報が分断してしまうこともあるのではないかということも出ていました。

緊急連絡先はやはり、キーパーソンとその連絡先が把握できるか否か、医療に関する情報も必要なのですがそこが連絡が取れないこともあるという話ですね。

もう1つが「サービスの限界」で、やはりサービスになかなか何も当てはまらない方もいるということです。介護保険にしても、医療保険にしても、利用できるものが違うのでその連携がうまくできなかったり、サービスになかなか、はまらないっていう方もいるという課題が挙がりました。

ツールっていうところで、@連絡帳が活用されるという話も出ましたが、それが統一して、浸透するまでにはもう少し時間かかるのではないかという話でした。

以上です。

事務局：B グループ発表ありがとうございます。

2 グループからの発表を受けて、井上先生講評をお願いいたします。

井上アドバイザー：発表ありがとうございました。非常に貴重なご発表だったと思います。

どちらのグループにも出ていましたが、情報共有そもそものが、不足するのだけどその取り扱いですよね。本当にこの個人情報の取り扱いのところを、どこまで守れるか。地域の民生委員さんのように守秘義務がある方以外のところで、そういう守秘義務を守っていただくためにはどうしたらいいのかという、そしてA グループでは医療機関等のその病院の機能の違いによるね、連携の壁ということも出ていましたし、行方不明対策、消費者被害、これはまさに一人暮らしで、もし行方不明になっている場合も、発見が遅れますよね。そういう可能性がある方々を、どういうふうに事前に予防していけるかというところですね。

フレイル予防の研究からわかるのは、低栄養状態になって、身体機能が虚弱になって落ちていく方には、その前段階として、やはり人との繋がりが薄くなって、一緒に何かを楽しむとか、一緒に食べたりすることができなくなって孤立する、ということがあります。それで低栄養になり、フレイルになり、身体機能が落ちて、受診や入院が必要になるということなので、そこをいかに手前で予防していくのか、というところが課題としてあるのだと思いました。

B グループさんも情報共有のことが出ていましたし、やはり身寄りのない高齢者の方々は、ある意味では、すごく頑張ってきた方でもあるし、自分の人

生のプライドもこだわりも持っていたりするので、支援者との間で価値観の違いがあって、非常に揺れ悩むこともあるのではないかと思います。

ICT の活用も出ていました。介護情報基盤の整備でこれからもっと ICT によって、ケアマネジャーさんも様々な情報を得やすくする、というのが国の方の方針でもあります。利用者さんや高齢者の方は、どうでしょうね。スマホか、あるいはスマホは小さ過ぎるから、タブレットのようなもので、何か使いやすいものがあるって、SOS の発信とか、気軽に相談できるようなものが、今後できていくかどうか、というところですね。

そして、サービスに当てはまらない、制度に当てはまらない、その隙間に入ってしまう方々、特に身寄りのない高齢者がおそらく出てくるので、ここに、それぞれの地域でいかに創造的に仕組みを作っていけるかという課題があるかと思いました。

今日は冒頭で、大体5つぐらいのトピックでお話をした上で、精神科医の黒田先生のコメントもご紹介させていただきましたけども、最終的にやはり完璧なサポートはできないし一人一人の孤立とか孤独を、いくら繋がりを作っていくとか、ソーシャルキャピタルが大事だと言っても、一人一人の生き方に関わることなので、それを完全になくすことはできないわけで、どうやって著しい孤独や孤立に陥らないようにしていくかということ、やはりできるだけ、まだ高齢者になる前の、お元気な頃から、どういう人と人とのつながりを作っていくのか、そこが課題なのではないか。

短期的に取り組まなければいけない課題と、長期的なスパンで見ていかなければいけない課題がある。これは市民、住民の人が、例えば自分たちの町内会でこういうことを話題にして、話し合っていくみたいなことが必要なのかなと思いました。

日本ではアドバンスケアプランニングを何か人生の最後の、晩年の、というふうに国が打ち出していますが、ACP のもともと出てきたアメリカの研究者の文献を見ると、かなりお元気なときから、いろいろなことを話しています。日本人の場合はどうしても、亡くなったときとか介護が必要になったときみたいなことを元気なころから話すのは縁起が悪いなどと言われます。でも海外を見ていくと、ACP はお元気なところから、要支援、要介護1ぐらいで、例えばケアマネジャーさんと支援がスタートし、担当者が関わっていくときに、やはりどれだけご本人の思いとか地域の繋がりを強めていって、その方が10年後にそれに取り組んだのでは手遅れになるかもしれないのを、10年先を見据えて、そういうスパンで関わっていく、という長期短期の取り組みということも、必要なのではないかという思いを抱きました。

整理が十分でなくてまとまっていないかもしれませんが、多職種連携のところで、地域の中の機関が、考え方やポリシーがそれぞれ異なっているとして

も、身寄りのない方でも地域で尊厳のある生活を最期までできるように、地域の規範を作っていけるか、つまりもう文化を作っていけるかというところで、これを長期短期のスパンで、粘り強く取り組んでいくことではないか、そういう印象を持ちました。

あまりまとまっておりませんが、以上でございます。

事務局：井上先生ありがとうございます。これにてグループワーク等は終了となります。

これから会議全体のまとめの時間に移らせていただきます。井上先生、会議全体のまとめ及び講評をお願いいたします。

井上アドバイザー：本当に幾つもの課題が出ましたが、やはり、今申し上げたように、本当に短期的にできるだけ早い段階で取り組んでいくものと、10年ぐらいのスパンで、ICTという話も出ましたが、多分、10年先というのは本当にICTにしても、ロボットにしても、たとえば自分が行きたいお買い物とか医療機関へ、フル自動運転で行ける車ができるかもしれませんし、そういう先の長いスパンのものと、ありますが、短期的なところで取り組むということで、秋に向かって、課題を整理していけたらよいと思いました。中でも、やはりそうですね今日出てきたところでいくと、やはり金銭管理、死後事務、入院の手続き、身元保証のようなものは、成年後見も来年度から制度が変わっていく中で、やはり今年度準備をしていくところではないのかと思います。

私は、別の市町村の市民後見人の養成講座と関わりがありまして、市民後見人の養成に力を入れている市町村もあるのですが、裁判所が市民後見人というものをなかなか、あまり動かしてもらえない、という話がありました。おそらく今後は、専門職と市民レベルでの後見人を担う方が、ペアになってタグを組んでやっていかないと、おそらく量的に追いつかないだろうということがあるかと思います。

また守秘義務というところでは民生委員さんなら、というところがあるのですが、民生委員さんも、なり手が少ないし高齢化しているし、ということがあります。例えば民生委員さんとは別に、つくば市での福祉委員のような方を作っていく。昔そういうのがあった気がするのですが。民生委員さんとパートナーになる、市民の福祉リーダー的な方を見つけていく、育てていく、ということもとても大事な課題になると思います。

後半に向けてやはり、金銭管理、死後事務、入院の手続き、身元保証みたいなところに焦点を当てて、具体的な取り組みを考えていければいいと思いました。

以上でございます。

事務局：井上先生ありがとうございます。

今、井上先生がまとめてくださったように、課題で考えていかなければいけないところは、短期的な課題、長期的な課題という視点で、どのような取り組みをしていったらよいかというところですね。

あとは、金銭管理、死後事務、身元保証なんかもそうですし、専門職と市民と一緒に課題に取り組むとか、民生委員以外の市民のサポーターを増やしていくなどということが大事かと思います。

それでは、会議委員の皆様、次の会議までお願いしたいことがございます。

このように短期的に行うもの、長期的に行うものという視点で、皆様が今日の会議で取り扱った独居・身寄りなし、多職種連携について、長期的・短期的視点で、同じ立場、職種の方ですとか、圏域の方と、どのようなことが自分たちでできるかということや、取り組みについて話し合いをしてきていただきたいと思っております。

後日話し合っていたいただいた内容を記入するためのフォーマットを、事務局の方からお送りいたします。

取り組みについて考えていただいた内容をまとめたものを、次回11月の第2回の会議の資料にさせていただきたいと考えております。提出の締め切りを9月下旬頃とさせていただきます。詳細の方はフォーマットも含めてお送りしたいと思います。ご協力のほどよろしくお願いいたします。

そして、課長挨拶でも申し上げましたが、令和6年度、7年度のつくば市地域ケア会議で作成に至った市民向けの高齢者の窓口の相談窓口のポスターは、今、市民の目にとまりやすいように、医療機関、薬局、交流センター、郵便局、スーパー等に掲示を依頼しております。

また、関係機関向けの利用相談窓口一覧は、居宅介護支援事業所や警察、薬剤師会、医師会、また民生委員にも配布をしております。

この高齢者の相談窓口のポスターは488枚、医療機関向けでの利用相談窓口一覧は800枚程度配布いたしました。

またポスターや相談窓口一覧を作成し、実際に市民の方が適切な相談窓口につながっているかというのを評価したいと考えております。

会議委員の皆様には、ポスターを見て、相談窓口につながったという声や、相談窓口一覧を活用したという声をぜひ集めていただき、令和9年度のつくば市地域ケア会議内で報告をさせていただきたいと考えております。

またこちらの方も事務局で、報告についてのフォーマットを作成いたしますので、後日お送りしたいと思います。

ご協力のほどよろしくお願いいたします。

協議は以上となります。

進 行：では皆様、本日の協議が以上となりました。本日はお忙しい中お集まりいた

だきまして、ありがとうございました。

次回の会議は先ほども申し上げたとおり、11月頃を予定しております。詳細等が決まり次第ご案内をさせていただきますので、よろしくお願い申し上げます。高橋の方からアナウンスがありましたけれども、皆さんにやっていただく協議ですとか検討に関しましては、まとめまして皆様にご報告をさせていただきます、それについて取り組みをお願いいたしますので、ご協力の方よろしくお願いいたします。

3 閉会・事務連絡

それでは以上をもちまして閉会とさせていただきます。

皆様お疲れ様でした。ありがとうございました。

井上先生ありがとうございました。

令和8年度第1回つくば市地域ケア会議 次第

日時：令和8年（2026年）6月22日（月）

13時30分から15時30分

場所：つくば市役所本庁舎2階会議室201

- 1 開会
- 2 講話
- 3 グループワーク
 - （1） グループワーク 「独居・身寄りなし」について
 - （2） グループワーク 「多職種連携」について
- 4 全体のまとめ
- 5 閉会・事務連絡

メモ

令和8年度第一回
つくば市地域ケア会議
討議参考資料

地域の見えない隙間を埋める： 身寄りのない高齢者支援における 「5つの課題」と 「多職種連携エコシステム」

途切れた支援の糸を編み直し、
誰もが尊厳を保てる地域社会へ向けて

つくば市地域ケア会議アドバイザー 井上貴詞(東京基督教大学)

なぜ今、「親族前提の社会」は機能不全に陥っているのか？

長寿化による 必要支援期間の延長

高齢期の長期化に伴い、
介護・医療・意思決定の
「問題解決」を迫られる
場面が増大。

長寿化による 必要支援期間の延長



家族・親族の 規模縮小(単身化)

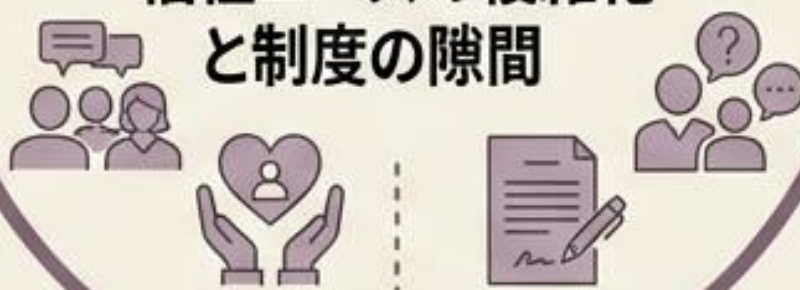


家族・親族の 規模縮小(単身化)

未婚化や核家族化により、「支
援資源」としての親族が枯渇。
頼れる親族がいない、あるいは
親族自身も高齢化している。

制度の隙間 (Systemic Gap)

福祉ニーズの複雑化 と制度の隙間

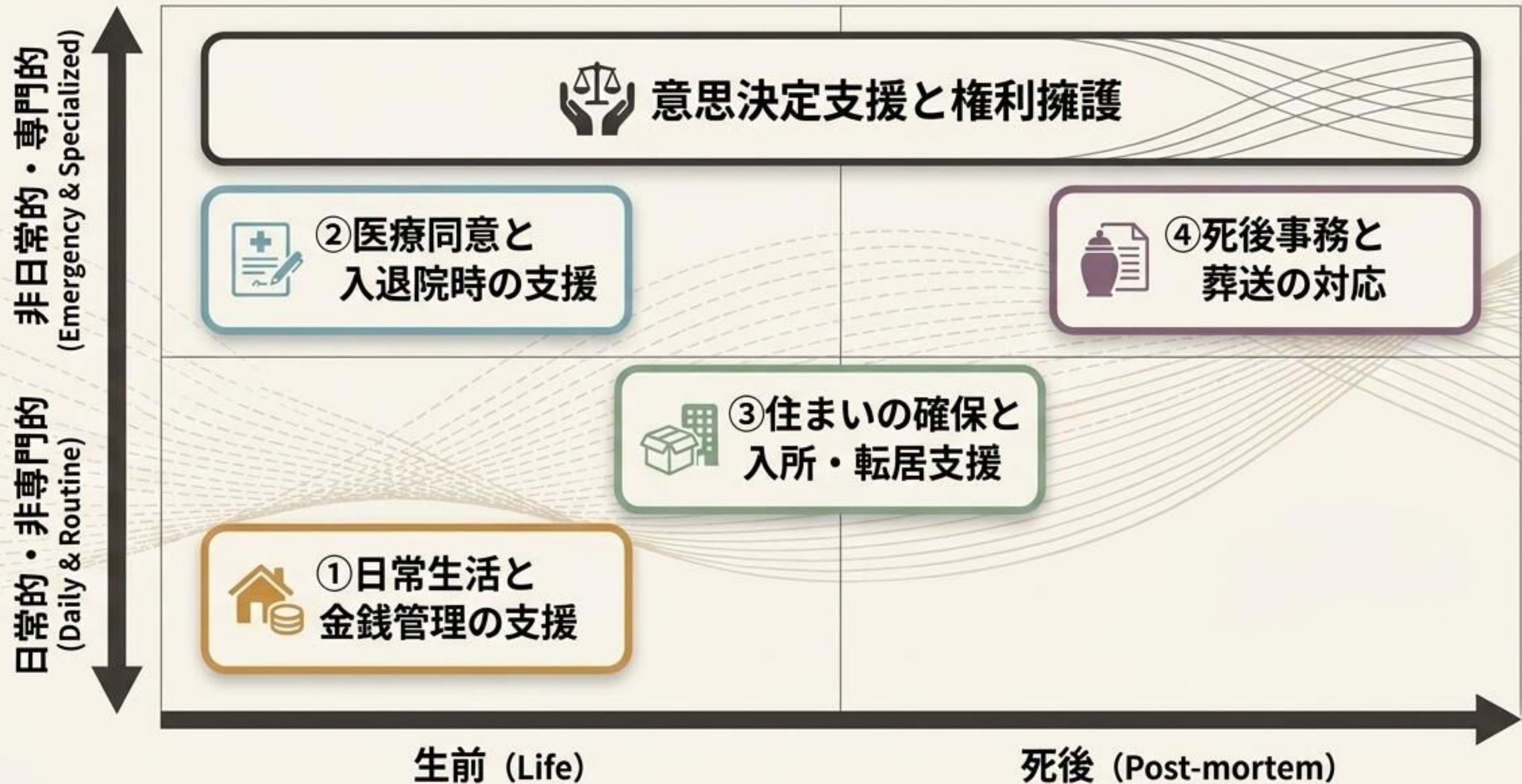


福祉ニーズの複雑化と制度の隙間

公的支援（介護保険など）は対象範
囲が限定的であり、保証人や同意を
家族に依存する商習慣・医療慣習が
依然として色濃く残っている。

かつて家族が担っていた「問題解決能力」が失われた今、地域全体で新たな支え合いの形を再構築する必要があります。

深めておきたい5つのコア課題と全体像



トピック1：日常生活と金銭管理の支援

背景要因



- 判断能力は保たれているが、加齢による衰えで煩雑な行政手続きや少額の金銭管理が困難。
- これらの日常的な「事実行為」を代行する家族がいない。

地域の課題とジレンマ



- シャドウワークへの依存: ケアマネジャーやホームヘルパーが、業務外・無償で買い物の支払い代行や手続きの筆記支援を行わざるを得ない現状。
- リスクと負担: 専門職が金銭を扱うことのトラブルリスク。「どこまで支援すべきか」のルールが不在。

関与が期待されるプレイヤー



【地域包括ケアセンター】

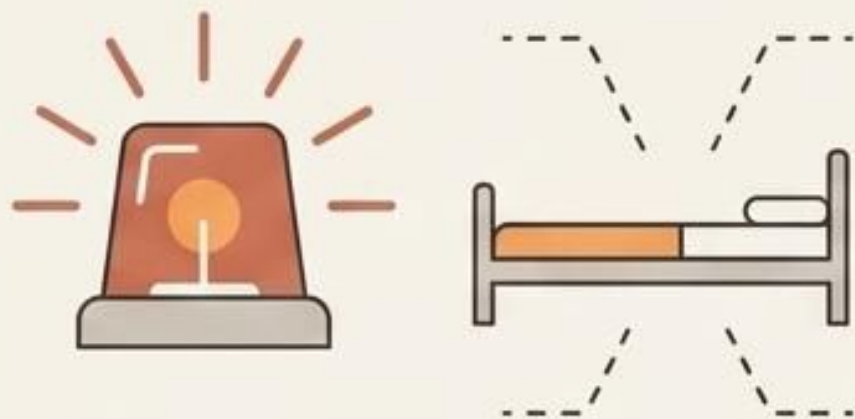
【民生委員】

【介護福祉士】

【有償福祉サービス】など

トピック2：医療同意と入退院時の支援

背景要因



- 急な救急搬送時、身元保証人や緊急連絡先となる親族が不在。
- 病状による一時的な判断能力の喪失。

地域の課題とジレンマ



- 医療現場の慣習の壁：「親族のサインがないと手術できない」と夜間・休日に支援者が呼び出される実態。（※事業者の33.8%が救急車に自ら同乗する一方、自治体は1割未満というギャップ）。
- 支援者の責任過重：厚労省のガイドラインが現場に周知されておらず、ケアマネや自治体職員に過度な責任が転嫁されている。

関与が期待されるプレイヤー



【病院】

【医療ソーシャルワーカー】

【認知症疾患医療センター】

【医師・看護師】 など

トピック3：住まいの確保と入所・転居支援

背景要因



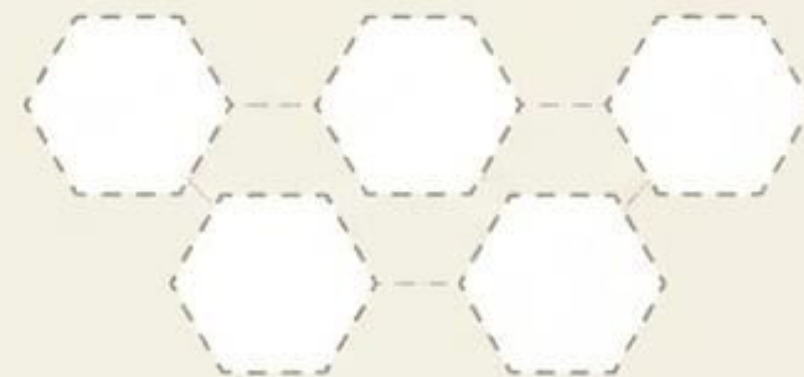
- ・ 単身での在宅生活が体力・認知面で限界に到達（例：ゴミ出しができない、ボヤ騒ぎ）。
- ・ 新たな賃貸契約や施設入所に必須となる「身元保証人」がない。

地域の課題とジレンマ



- ・ 入居拒否の連続: 保証人・身元引受人不在を理由とした入所・入居の高いハードル。
- ・ 複雑な民間契約の罠: 身元保証等サポート事業を利用せざるを得ないが、契約が複雑で費用が高額なため、消費者問題のリスクが伴う。本人の意思決能力の揺らぎが契約をさらに困難にする。

関与が期待されるプレイヤー



【介護施設】

【社会福祉協議会】

【社会福祉士・精神保健福祉士】

【不動産・居住支援機関】 など

トピック4：死後事務と葬送の対応

背景要因



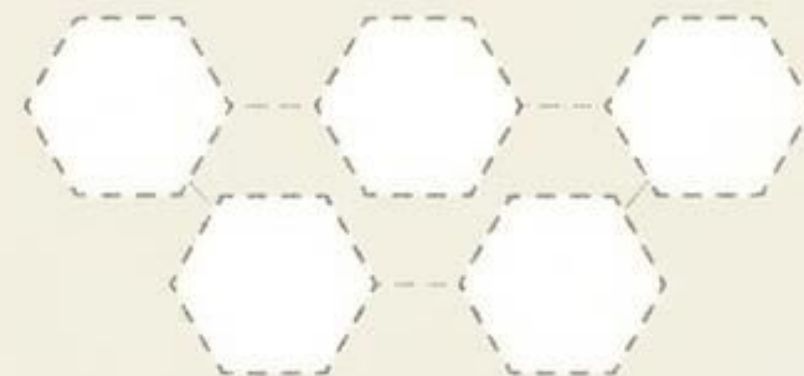
- ・生前の準備（意思表示や契約）が不十分なまま逝去。
- ・遺体の引き取り、火葬、残置物処理、未払い金の清算を担う法的権限を持つ者がいない。

地域の課題とジレンマ



- ・煩雑な相続人調査：疎遠な親族を探し出し、意向を確認する作業が極めて煩雑。
- ・リソースの圧迫：「亡くなった人の事務処理が、今生きている人への支援リソースや時間を圧迫している」という現場の強い疲弊とジレンマ。

関与が期待されるプレイヤー



【自治体】

【警察署】

【社会福祉協議会（死後事務支援）】

【法律専門家】 など

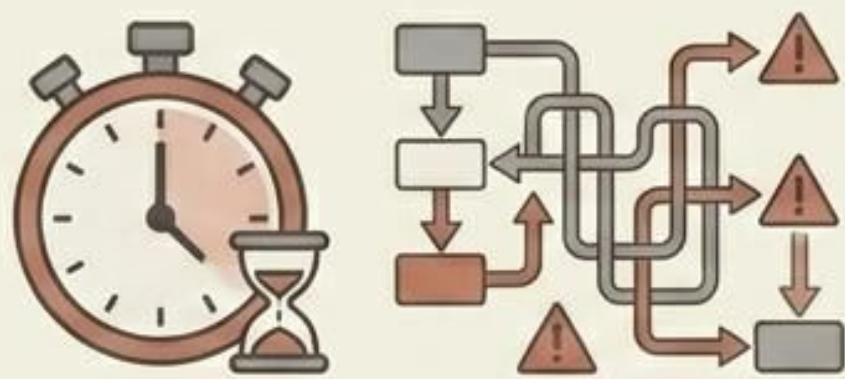
トピック5：意思決定支援と権利擁護

背景要因



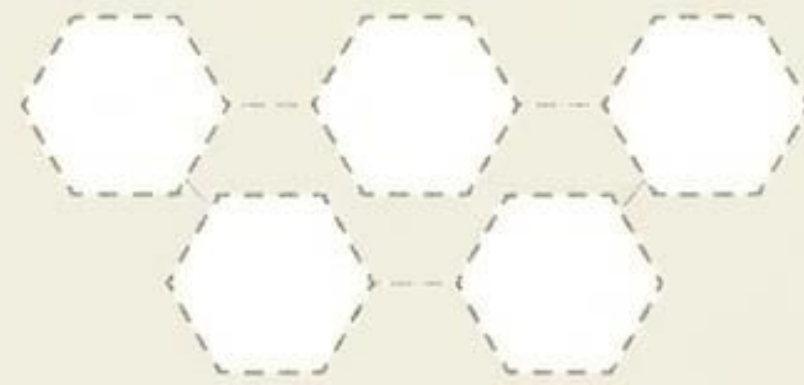
- ・ 認知機能の低下により、本人意思の確認が困難、または不安定（会うたびに発言が変わる等）。

地域の課題とジレンマ



- ・ 制度のタイムラグ: 成年後見制度は申立てから選任までに長期間を要し、緊急時の医療同意や財産保護（家屋への立ち入り等）に間に合わない。
- ・ 倫理的ジレンマ: 本人の「自己決定（意思）」と、客観的な「利益・安全」が対立した際、支援者がどこまで介入すべきかという強い不安と孤立。

関与が期待されるプレイヤー



【成年後見センター】

【精神科医】

【社会福祉協議会】

【弁護士・司法書士】 など

地域ケア会議に持ち込まれる「限界事例」

【事例A】
「認知機能低下と被害妄想。
ヘルパーに暴言を吐き、
ヘルパーを拒否。」

【事例B】
「支払い一切拒否。
督促すると市職員を恫喝。
医師へのパワハラで
訪問診療も打ち切り」

【事例C】
「身寄りなし、難病。
絶縁状態の親族からは
関与を拒絶される。」

「どこまで我慢すべきか？」「支援の糸口が見えない」
「自分の力不足ではないか？」——現場は疲弊しきっています。
「自分の力不足 か？」
——現場は疲弊しきっています。

これまでのアプローチとその「限界」



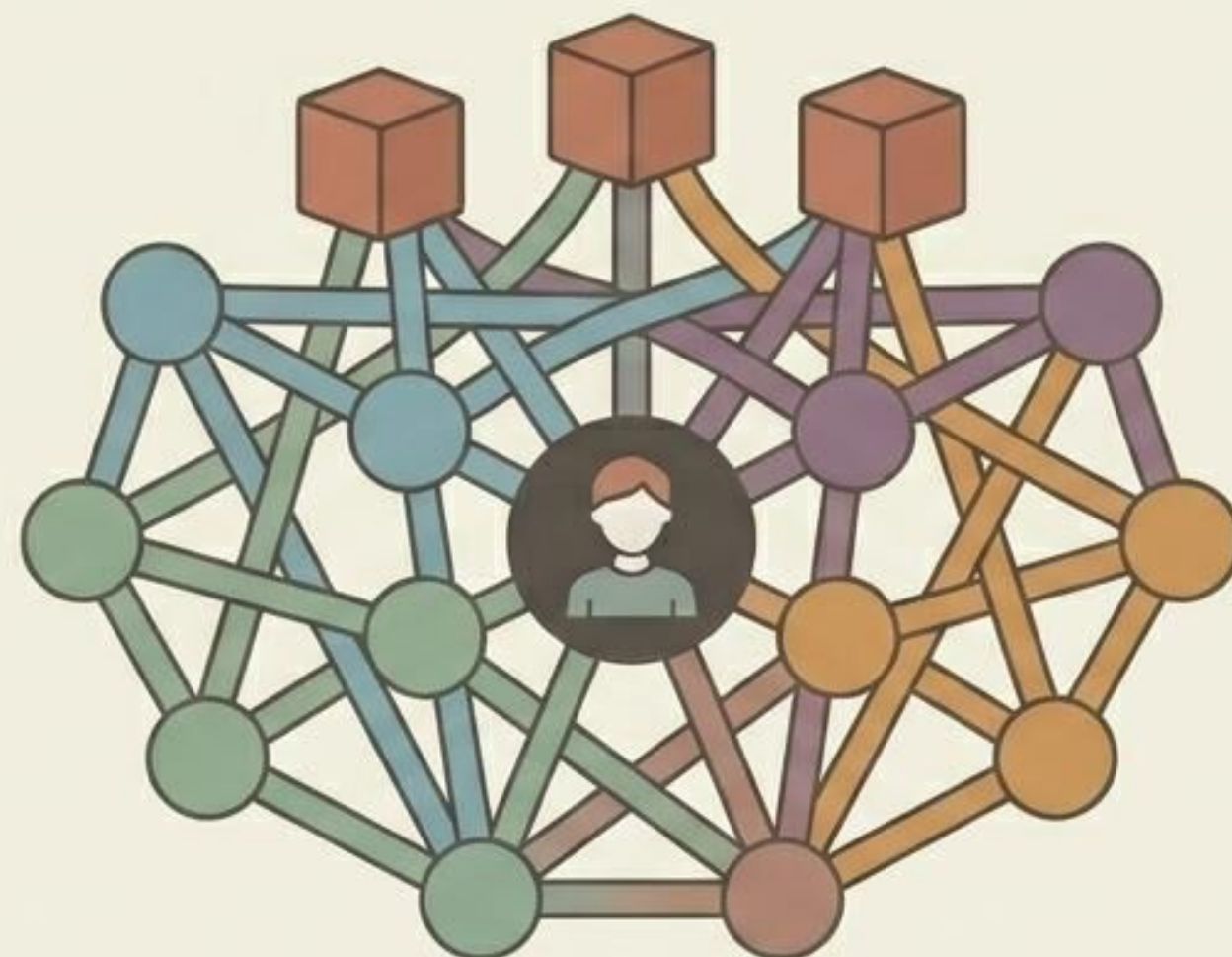
ガイドラインに基づく本人の意思決定支援は極めて重要です。しかし、すでに認知機能が低下している場合や、救急搬送などの「待ったなしの危機」には間に合いません。「準備不足だった」と支援者が己を責める必要はありません。

パラダイムシフト：「点」の孤軍奮闘から、「面」のエコシステムへ

Before「点」



After「面」

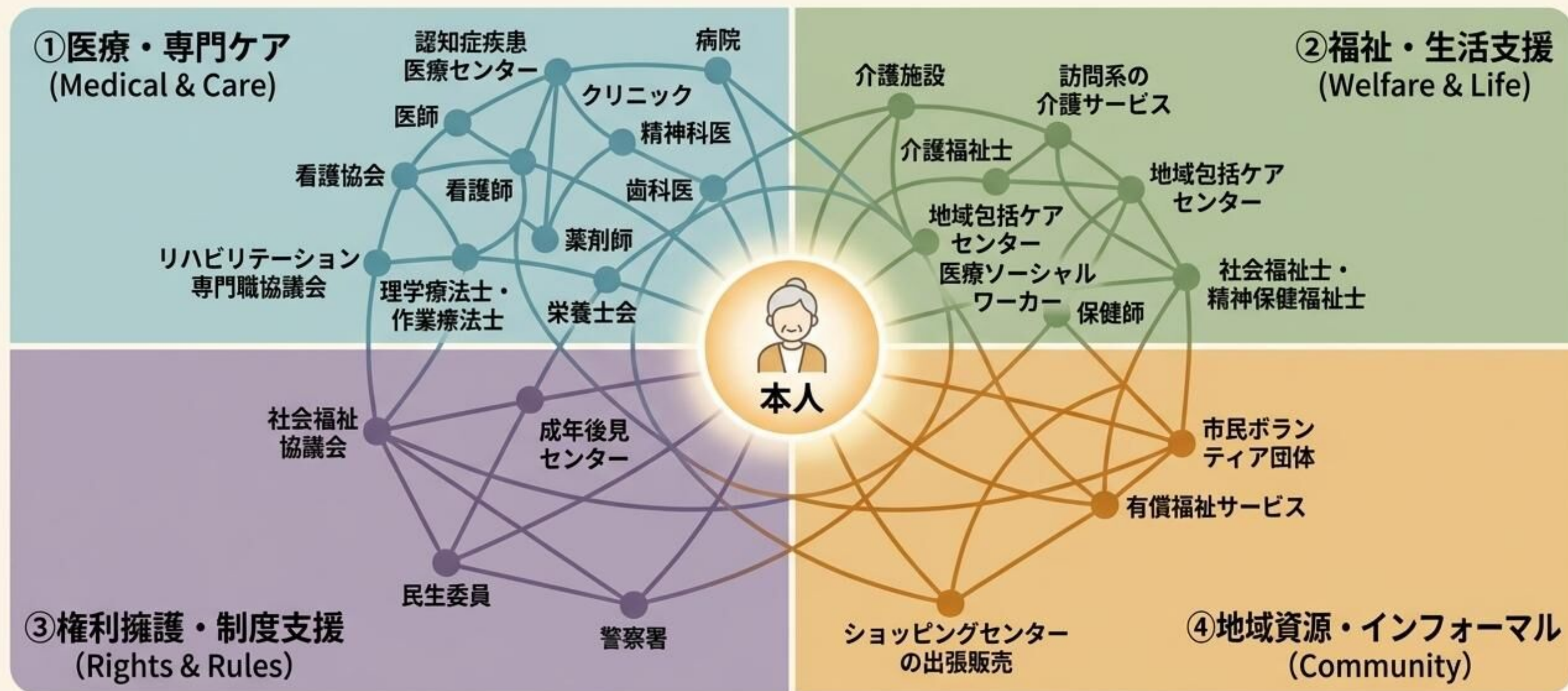


1人のキーパーソンが全てを背負い、限界を迎えるモデル

地域全体でリスクと支援を分担する連携ネットワーク

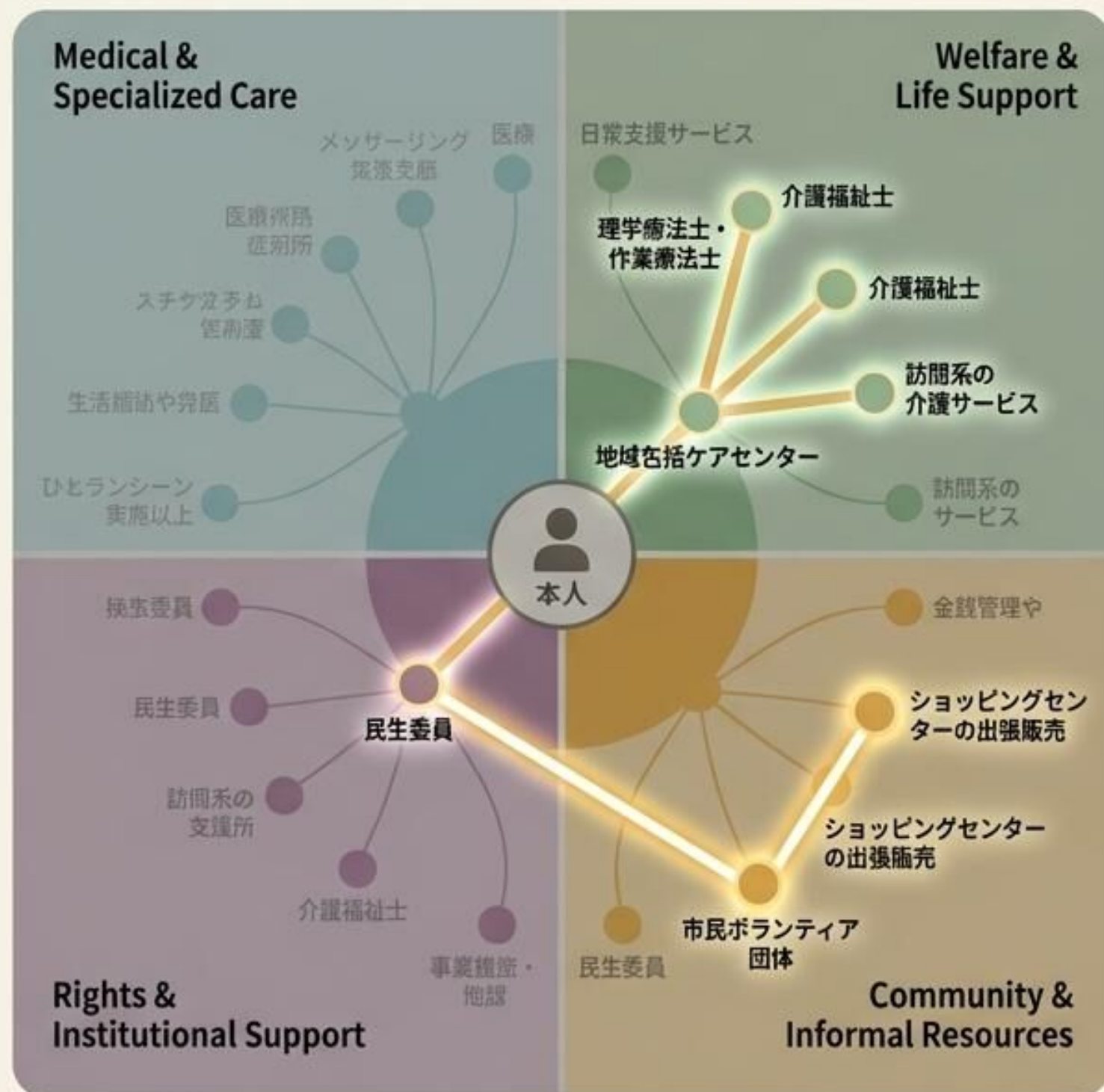
家族や一部の支援者が全てを背負うモデルは限界を迎えました。
これからは、地域全体でリスクと支援を分担し、多様な専門性が連携するネットワークが必要です。

【案内図】 地域多職種・関係機関の連携エコシステム



誰がどのタイミングでバトンを渡すのか、このマップを地域の共通言語とします。

連携シナリオA：日常的な見守りと生活基盤の維持（トピック1・3）



1. 気づき

【出張販売】や【市民ボランティア団体】が、日々の買い物時の異変や孤立に気づく。

2. アセスメント

【民生委員】を通じて【地域包括ケアセンター】へ情報共有。

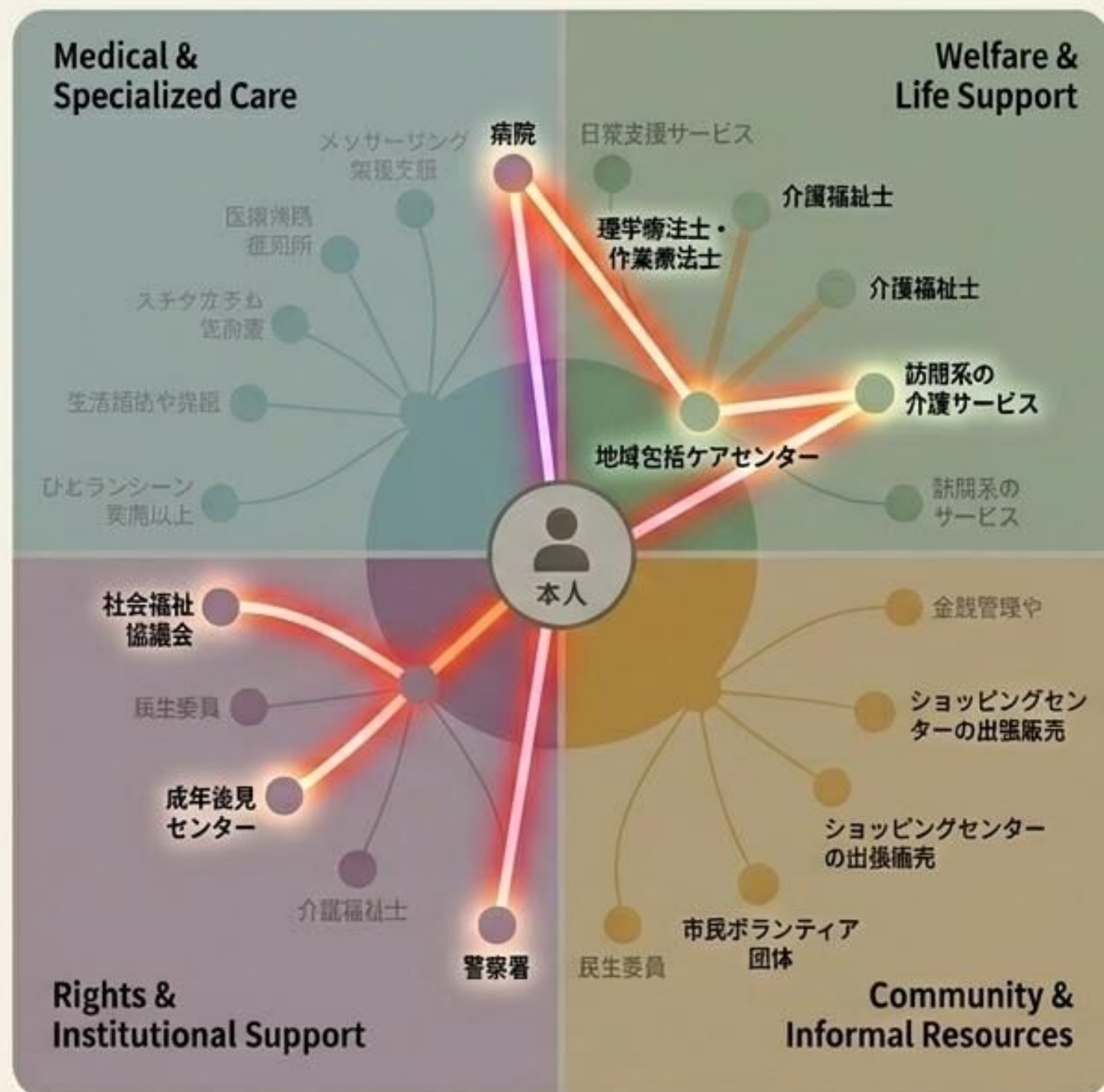
3. 専門的介入

【理学療法士・作業療法士】による生活環境評価、【介護福祉士】【訪問系の介護サービス】による日常支援の導入。

4. 制度の活用

【有償福祉サービス】等を組み合わせて金銭管理や通院をサポート。

連携シナリオB：緊急時の医療同意と権利擁護（トピック2・5）



1. 緊急事態

【救急搬送】からの【病院】受け入れ。
身元保証人不在。

2. 調整と方針決定

【医療ソーシャルワーカー】を中心に、【担当医師】【精神科医】が医療的必要性を評価。

3. 権利擁護の始動

【地域包括ケアセンター】や【社会福祉協議会】が本人の生前の意思・生活歴を共有。必要に応じ【成年後見センター】へ緊急アプローチ。事案によって【警察署】と連携。

4. チームによる意思決定

ガイドラインに沿い、一人の支援者に責任を負わず、多職種・医療ケアチームによる合同カンファレンスで最善の利益を決定。

地域の協議に向けて：私たちの現在地を知るチェックリスト

- ☐ 私たちの地域では、制度の隙間に落ちた人を現在「誰のシャドウワーク」で拾い上げていますか？
- ☐ マップの中で、明らかに「つながりの糸が細い（連携が不足している）」機関・職種はどこですか？
- ☐ 病院や施設において、「身元保証人がいない」ことを理由とした入退院・入所拒否を防ぐローカルルールはありますか？
- ☐ 国の「意思決定支援ガイドライン」は、地域の医療・福祉の現場で共通言語化されていますか？

Next Step: この案内図を基に、地域の実情に合わせた「連携のルール」を皆様と共に編み直していきます。



限界を感じる支援者たちへ：視点の転換

地域ケア会議において、困難事例の壁にぶつかり、自責の念に駆られる現場の皆様へ。

ここで、ある精神科専門医からのメッセージをご紹介します。

課題の見方を根底から覆す、新たな「視座」です。

メッセージ①：それは「病の軌跡」である

「認知症による拒絶や被害妄想で関係が作れない。これは支援者の能力不足でも、利用者の性格のせいだけでもありません。加齢による柔軟性の喪失と、過度な防衛心の発動による要素が大きいのです。」

「老いと病によるものであり、『仕方がないものは仕方がない』と、まず受容すること。支援者が自責的になったり、燃え尽きたりしないでください。」

【Key Takeaway】 解決できないエラーではなく、老いと病の自然なプロセスとして受け入れる勇気。

メッセージ②：地域の「強み」の再定義



「ゴミ屋敷だったり、身体のケアが不十分だったりするかもしれませんが、（第三者が思うほどには）本人にとって必ずしも不幸とは限らない場合もあります。」

「これ以上どうにもできない困難事例はどうしてもあります。そういう人を地域で支えられていることは、この地域の『課題』ではなく、『強み』なのです。」

【Key Takeaway】「綺麗に解決すること」だけが支援ではない。
不完全なまま地域に包摂できる「寛容さ」こそが真のケア力。

チームで支え、地域で包む

一人で抱え込まない：困難事例はは複数名で担当し、精神的・物理的負担を分散させる。

「クリーンな解決」を手放す：その人らしさ、不完全さを許容する寛容な地域づくりへ。

「糸」から「網」へ：支援者自身が燃え尽きないよう、互いを守りうセーフティネットを構築する。

私たちの役割は、問題を消し去ることではなく、共に支え合うことです。
明日からの支援に、誇りと安心を。

参考にした文献・資料一覧

1. 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
 - 作成：株式会社日本総合研究所（令和 5 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業）
 - 発行日：令和 6 年 3 月
2. R7 年つくば市圏域別ケア会議事例一覧
3. 適切なケアマネジメント 独居者向けのケア（はじめての独居）ガイドブック・チェックリスト 厚生労働省 令和 7 年 9 月 10 日
4. 増加する「身寄り」のない高齢者 ― 頼れる親族がいない高齢者に関する試算 ―
 - 著者：岡元真希子（株式会社日本総合研究所 調査部 副主任研究員）
 - 発行日：2024 年 7 月 23 日
5. R7 年つくば市圏域別ケア会議事例一覧に対する委員である精神科医の市における身寄りのない高齢者へのコメント
6. 「身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」に基づく事例集
 - 研究代表者：山縣然太郎（山梨大学大学院 教授）
 - 発行日：2022 年 7 月
7. 高齢者等終身サポート事業と身寄りのない人への支援
 - 著者：渡部朗子（高岡法科大学紀要 第 37 号）
8. 身寄りや家族支援のない独居高齢者の救急搬送症例の検討
 - 著者：吉川徹二（日本在宅救急医学会誌 2023; 7: 24-31）