

令和3年度地域ケア会議 まとめ

資料B

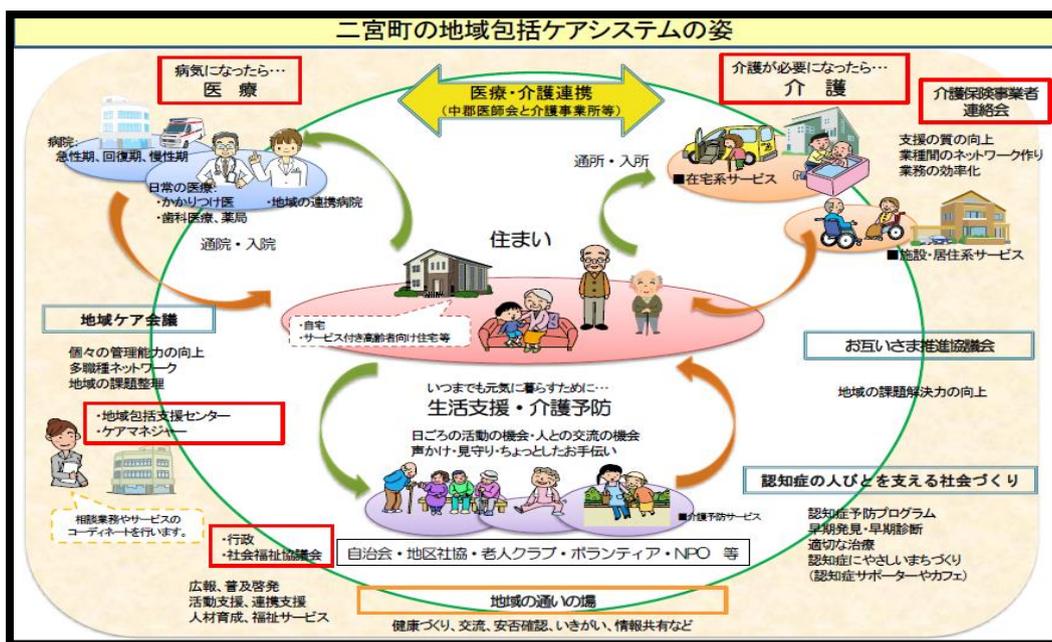
①地域包括ケアシステムの深化と推進に向けて

(二宮町高齢者保健福祉計画及び第8期介護保険事業計画より)

高齢化のさらなる進行と要介護等高齢者の伸びを踏まえて、医療・介護・予防・住まい・生活支援の一体的な提供を図る地域包括ケアシステムの推進体制の強化が引き続き必要であります。また、多職種連携による在宅医療・介護の一体的な提供や多様な生活支援サービス、地域における支え合いや見守りの体制づくりなどを推進し、高齢者が地域でいきいきと暮らせるまちづくりを進めていくことが必要です。また、高齢者が貴重な経験や知識・技術を活かし、社会の担い手として参加し、生きがいを持った活躍ができることも必要です。認知症の人やその家族の視点を重視し、認知症への理解を深めるための普及・啓発や状態に応じた適時・適切な医療・介護等を進める必要があります。

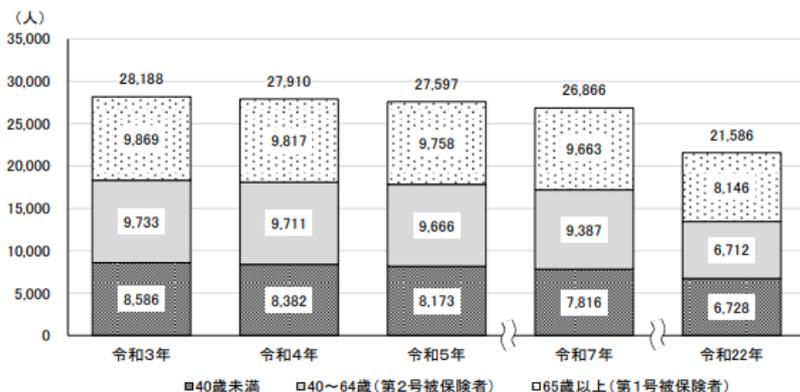
(施策の方向性)

- 1 地域包括支援センターの機能強化
- 2 地域における支え合いの推進
- 3 生活支援サービスの充実
- 4 在宅医療・介護の連携の推進
- 5 家族介護支援の推進
- 6 安心・安全なまちづくり



②二宮町の現状

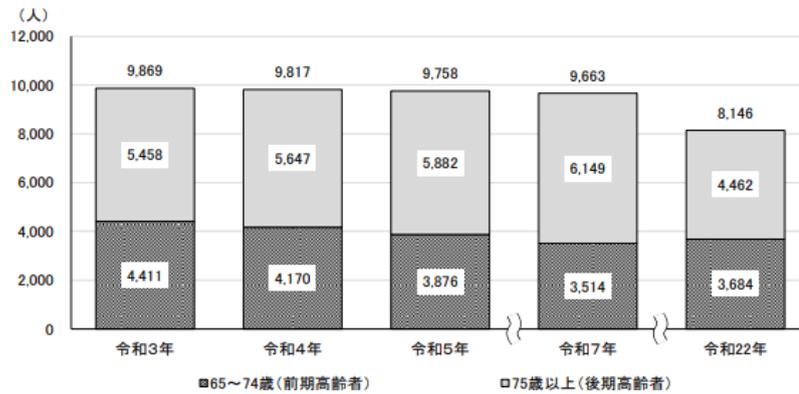
○ 3区分別人口の推計



将来人口の推計を行った結果、二宮町の総人口は今後も減少を続けると予測されています。すべての団塊の世代が後期高齢者に達する2025年の推計をみると、総人口が26,866人にまで減少する一方で、高齢化率は35.9%にのぼると見込まれます。

資料：住民基本台帳人口による推計

○ 年齢別高齢者人口の推計

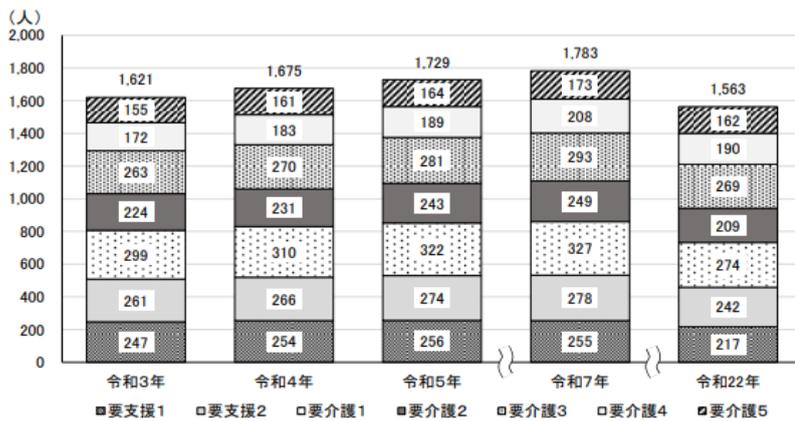


資料：住民基本台帳人口による推計

将来人口推計の結果によると、後期高齢者数は2022年には5,647人と、前期高齢者より約1,000人上回る見込みです。

さらに、すべての団塊の世代が後期高齢者になると言われている2025年には、後期高齢者数は6,149人で6,000人を超え、割合は63.6%に達する見込みです。

○ 要支援・要介護認定者の推計



資料：地域包括ケア「見える化」システムによる算出

要支援・要介護認定者の推移をみると増加しており、2022年には1,675人となっています。

また、2025年までは増加していくと見込まれて、2025年には1,783人になると見込まれています。

③地域ケア会議とは？ ⇒ 地域包括ケアシステム推進に向けての手法

専門家だけではなく、地域全体で支援し、地域で支えるまちづくりを目指していくための手法として、地域ケア会議があります。

医師会の先生や医療機関、ケアマネジャーやサービス事業所、民生委員や福祉関係者が一堂に会し、支援方法を協議しながら、皆が同じ方向を向いて協働できるようにしていくのが地域ケア会議です。個別のケースを検討し、それぞれの機関で何かできるのを検討していく場であったり、それぞれの機関の輪が広がるようなことも目的とします。また、実際に支援をしているチーム員の質が向上するような役割も持っています。他にも二宮町では何が足りないかを協議し、他の会議にも働きかける役割も持っています。

④会議の全体像

会議名称	実施主体	開催回数	出席者	目的・機能
二宮町地域ケア個別会議	包括	6回	関係機関・団体等	個別課題解決 ネットワーク構築
二宮町地域ケア課題整理会議	包括	2回	関係機関・団体等	ネットワーク構築 地域課題発見
二宮町地域ケアネットワーク会議	包括	2回	関係機関・団体・ 地域住民等	ネットワーク構築 地域づくり、資源開発
二宮町地域ケア推進会議	町	1回	地域包括支援セン ター運営協議会 委員	政策形成

⑤令和3年度地域ケア会議 出席者

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	小計
医師			1	1		1	1	1	1		1		7
歯科医師						2					2		4
薬剤師						4					3		7
歯科衛生士													0
ケアマネ	9	6	8	6	7	5	8	10	7	7	6		79
訪問看護師						2					1		3
セラピスト		1	1	1	1	2	1	1	1	1	1		11
デイサービス相談員		1				2					3		6
サービス提供責任者		1									1		2
医療 ソーシャルワーカー						1		1			2		4
福祉用具相談員				1		1	1				1		4
障害相談事業所									1				1
民生児童委員	1	1				1							3
二宮町	4	2	3	3	3	4	3	3	2	2	3		32
平保	1	1	2	1	1		1	1	2	1	1		12
社協	2	1		1	1	1	1	1	1		1		10
包括（福祉系）	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4		54
包括（看護師）	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2		22
その他			3	1	2	2	2	4	2	1	1		18
合計	24	21	25	22	22	35	25	29	24	19	33	0	279

※8月・9月・2月はオンラインでの開催となっています。

⑥地域ケア会議 詳細

地域ケア会議の主目的による分類

- ①介護支援専門員の支援困難へのサポート ②介護予防
- ③支援拒否等への対応 ④地域課題・自立促進要因の把握
- ⑤地域づくり

5/20（木） 事例提出者：オリーブケアマネステーション（介護支援専門員）

対象者：76歳 男性 独居

選定理由：詐欺から認知症独居高齢者を守る方法と巻き込まれた時の対処法を検討したい。

直接目的：認知症に伴い判断能力が低下している独居高齢者を詐欺まがいの訪問販売から支援者の気づきと家族と支援者間の連携で被害を防げた成功事例から地域課題を多職種で共有したい。

間接目的：地域課題の把握

会議の概況

事例検討

- ・事例を提出することにより、ケースを振り返り、地域での問題や対応、対策を検討できた。
- ・民生委員や支援者が参加されたことで、より状況を具体的に把握できた。
- ・支援者が日頃の関わりの中で、本人の性格や人の出入りの状況、家族関係をしていたことで変化に気づくことができた。
- ・近所からの情報提供などもあり被害に気づくことができた。

今後に向けて

- ・些細な変化に対しての気づきを持つこと。（普段の状況や生活背景を知っている）
- ・問題が起こった時の周囲のサポート。（家族や支援者で連携を図り、早急な対応）
- ・平常時から些細なことでも相談できる関係性を築く。
- ・録画付インターフォンや防犯カメラ・ステッカーなどの環境対策。
- ・万が一に備えて、成年後見制度の活用
- ・地域での情報共有と注意喚起

6/17（木） 事例提出者：社協ヘルパーステーション（主任介護支援専門員）

対象者：84歳 女性 独居

選定理由：認知症の一人暮らしの方を支援する上で、地域の方の取り組みに助けられたため。

直接目的：今回のケースは地域の取り組みにより協力が得られたが、うまく地域と繋がれないケースの場合、どのように働きかければ良いのか検討したい。

間接目的：介護支援専門員による自立支援に資するマネジメント支援
地域課題の把握

会議の概況

事例検討

- ・事例を提出することにより、ケースを振り返り、地域とのつながりの重要性を再確認できた。
- ・どのような時に地域とのつながりやサポートを必要とするのか検討できた。

今後に向けて

- 地域の社会資源とその活用方法について知る。（SCからの発信や社協HP等情報収集）
- 民生委員との関係性づくり
- 地域や支援者の困りごとを発信し、表面化・共有することで、つながりをつくる。
- 本人が持つ力や役割を持つことで、地域と関わるきっかけになる。
- 暮らしやすい環境を整えるために、専門職との連携を図る。
- 本人が地域とどんなふうにつながるかを意識してサポートする。

7/15（木） 事例提出者：鶴巻訪問看護ステーションにのみや（理学療法士）

対象者：69歳 女性 夫との二人暮らし

選定理由：訪問看護（リハビリ）により「活動・参加」へのアプローチが上手くいった成功事例ですが、情報共有が必要と考えたため。

直接目的：①「活動・参加」への介入に関して意見交換を行いたい。

②趣味活動などの介助を行うサービスはどのようなものがあるか知りたい。

間接目的：個別ケースら地域課題を考える

会議の概況

事例検討

- 「活動・参加」には本人の想いやこれまでの背景を聞き取り、意欲を引き出すアプローチが必要。
- 環境整備や意欲を引き出す関わりを行い、できそうな事を支援者から提案することで参加につながることもある。
- 寝たきりであっても家族と共に生活することや笑うことも「活動・参加」になる。
- 参加とは役割を持って何か活動すること。それが生活の質を高め、残りの人生を充実させ、生きがいにつながられる。

今後に向けて

- 本人の意欲をサポートするような関わりをもつことで「活動・参加」につなげる。
- 身体機能の維持向上がゴールではなく、その先にある本人の目的に目を向けることで関わり方も変わってくる。
- 多くの成功談から、家族やボランティア、地域住民など、身近な社会資源と本人をつなぐことで、「活動と参加」を実現することができる。

8/19（木） 地域ケア課題整理会議（オンライン開催）

5月・6月・7月の個別事例を通じどんな「つながり」があればいいのかをグループワーク

検討内容

- ①リフォーム詐欺事例を通してどんな「つながり」があればいいか？
- ②認知症の一人暮らしを支えるにはどんな「つながり」があればいいか？
- ③本人を活動や参加に結び付けるにはどんな「つながり」があればいいか？

グループでの検討結果

- ①
 - ・些細な変化に気付ける関係性づくりのために、支援者は個人と地域の橋渡しを行うイメージでかかわっていく必要がある。
 - ・つながりを必要と感じていない方へも「あなたのことを気にかけている」と伝えられるようなかかわりが必要。
 - ・町全体で、つながりが広まり強くなっていくことで、外部に「防犯対策の町」というイメージがつけば、抑止になる。
- ②
 - ・地域に差がある。良い活動事例を他地域へも発信していく。
 - ・漠然とした不安、知識に関して、専門職が役割分担していく。
 - ・民生委員が熱心に取り組んでくれている。地域の協力体制づくりが必要。
 - ・個人情報となる内容をどこまで話すか、タイミングなど。
- ③
 - ・専門職として、自分から地域の情報など知る姿勢が大切。
 - ・団塊の世代が高齢者になり男性が孤立しないよう元気なうちから地域とのつながりが持てるようにする必要がある。
 - ・専門職が利用者のQOL、個性、要望、趣味を理解し、受け入れ先につなげる橋渡しをすること

9/13（月） 地域ケアネットワーク会議（オンライン開催）

「コロナ禍での支援について」グループワーク

開催理由：ネットワーク構築／地域づくり／資源開発

会議概要

- コロナ対策
 - ・マスク、消毒、手袋の徹底や体温管理や時差出勤、隔離対応、移動制限など。
- コロナ対応
 - ・モニタリングや訪問などは控え電話での対応。民生委員は手紙も活用。
 - ・病院では面会ができず、本人の状態を家族や支援者に説明でしか伝えられず実感のないまま退院になることが多い。
 - ・自宅療養中の方への支援などの情報が入ってこない。
- 受診・サービス利用
 - ・介護サービス控えや受診控えが多かったが、訪問診療依頼は増えた。
 - ・ボランティアなどの活動は中止したが、受診同行は継続した。
 - ・デイサービス利用が増えたことでヘルパーによる送り出し増えた。福祉用具利用も増えた。
 - ・通所系サービスでは集団でのサービス提供である為個別化が難しい。

○身体的・精神的に影響

- ・外出やサービス控えにより体力・筋力低下や薬が飲めずリズム崩す方が増えた。人との関わりが少なくなることの心配。
- ・体調不良、ひきこもり、精神疾患、認知症増えている。
- ・支援者側もモチベーション低下やフラストレーションが溜まっている。
- ・町へは、近所トラブルや精神疾患、生活困窮などの相談増えた。

10/21（木） 事例提出者：株式会社 信愛（福祉用具専門相談員）

対象者：75歳 男性 妻との二世帯

直接目的：ケアマネジャー不在時に早期対応事案があり、対応に困ったため。

間接目的：個別ケースから地域課題を考える

会議概要

事例検討

【課題】

- ・退院支援時に多職種連携により情報共有を行う必要があるが、コロナ禍での連携では、以前のような退院前の外出・外泊には制限があり、家屋調査なども未実施などによりこれまで退院支援として行ってきたことができなくなっている。
- ・サービス事業所とケアマネとの信頼関係が必要。
- ・退院後に在宅復帰されるかどうか方向性が見えないと、ケアマネは病院との連携が取りづらい。

【対応策】

- ・入院した時点で、病院と情報共有し連携を始める必要がある。
- ・コロナ禍で、面談や家屋調査が出来ない分、電話での照会、写真や動画、オンライン面談など、新たな連携の仕方を取り入れる必要がある。

11/18（木） 事例提出者：くらしの相談ステーション（主任介護支援専門員）

対象者：74歳 男性 独居

直接目的：一人の利用者の生活を支える上で多職種・他機関連携の必要性を強く感じたが、今後の地域での生活の可否について誰がどのように判断するべきか迷ったため検討をお願いしたい。

間接目的：介護支援専門員による自立支援に資するマネジメント支援
個別ケースから地域課題を考える

会議概要

事例検討

○本人のニーズと支援者が考えるニーズとのミスマッチについて

- ・本人の目標は「退院」。その先にある生活に対してのニーズがまだ見えないことで、支援者が必要と考える支援内容が優先となっている。
- ・退院したい理由、入院したくない理由を掘り下げること、真のニーズへの糸口になるのではないかな？
- ・次兄に対しての思いから、ニーズを汲み取れないかな？
- ・退院後の状態を見ると、退院前に見立てた本人像とのギャップがある。プラン内容に違和感を感じていても、その後の状況を再アセスメントすることでミスマッチを埋めていくことができるのでは？

○精神科病院からの地域移行について

- ・病院としては、地域での暮らしがイメージしにくいいため、地域の実情を把握している支援者と連携を図ることが、地域移行のキーとなる。

12 / 16 (木) 事例提出者：高齢者支援センターさくら（主任介護支援専門員）

対象者：60歳 女性 息子（知的障害）との2人暮らし。夫は入院中。

直接目的：関わっていく中で、本人を取り巻く状況が変わり、多くの問題が増えてきた。支援の方法をどうしたら良いか悩むことが多くなり、どのような機関に相談すればよいか検討してもらいたい。

間接目的：介護支援専門員による自立支援に資するマネジメント支援
個別ケースから地域課題を考える

会議概要

事例検討

○多問題を抱えているが、どのような機関に相談すれば良いか。

- ・他機関に相談する前に、生活状況を再度アセスメントすることで、新たな相談先が見えてくるのではないかな？
- ・本人の意向、大切に思っていることと、支援者が課題として感じていることにズレが生ずることで、相談先の選定に悩むことがある。
- ・支援対象を世帯単位で捉えると、個々に関わっている機関の中で役割分担が必要ではないかな？ 世帯全体のことをケアマネ一人で担うことは負担が大きい。
- ・関わっている機関同士でのネットワーク作りが必要。
- ・世帯としての課題を整理し、優先順位の高い課題を解決するために、必要な機関へつなげられるとよい。

【まとめ】

- ・世帯の状況を俯瞰的に捉え、支援者間の橋渡しを行ってくれる機関が必要。その時々で、誰が旗振り役となるかは変わるが、ケアマネは一人で抱え込まず、関係先へ相談することが大切。

1 /20（木） 地域ケア課題整理会議

10月・11月・12月の個別事例を通じてどんな「情報共有」「連携」が必要かグループワーク。

検討内容【テーマは「情報共有」「連携」】

①ケアマネジャー不在時に対応に困った場合

②精神科病院からの地域移行する場合

③多問題を抱えた方の場合

グループでの検討結果

①

- ・事業所、家族、ケアマネなどチーム内での情報共有、連携が大切。
- ・普段から顔の見える関係性を築くことと細かな情報発信、共有が大切。
- ・病院から自宅へ戻るときの情報共有をしっかりと行うことで情報乖離を防げる。

②

- ・退院前、退院後も医療機関と連携強化し、病状が再燃した時のフォロー先を確保しておく。
- ・精神科病院退院というと構えてしまいがちであるが、地域の方とも正しい情報共有をして一町民として生活できるように支援していく必要がある。
- ・支援機関で方向性の共通認識を持ち、普段から顔の見える関係性を築くことで連携がスムーズに行える。

③

- ・本人を中心に考え、課題を整理し優先順位を決める必要がある。（誰にとっての多問題？）
- ・ケアマネとしての役割の境界が分かりにくい為、専門機関や社会資源を活用し、ケアマネ一人が抱え込まないように事業所内や支援者間でも共有していく。
- ・専門機関や関係機関と顔の見える関係性を築ければ相談や連絡が取りやすくなる。

2 /21（月） 地域ケアネットワーク会議（オンライン開催）

「身寄りのない方への支援」模擬事例をもとにグループワーク

開催理由：ネットワーク構築／地域づくり／資源開発

会議概要

①事例を聞いたうえで課題を出してください（優先順位なども）

②課題を解決する為に誰が何をすればいいのか？

検討内容

①課題

- ・本人の意向確認、精神的なサポート、意思決定支援
- ・家族関係の確認（関係性や意向の確認）
- ・金銭管理
- ・死後の手続き等
- ・サポートチーム編成（サービスや制度・チームの意思統一）

②解決に向けて

- ・ケアマネや包括が主導となるがチームとして関わり意向を確認する。
- ・ケアマネの精神的負担を軽減するため役割分担が必要。
- ・家族関係については行政が中心となり確認。
- ・医療や介護などの支援を受けた際の報酬を支払える仕組みづくりが必要。

3 /17 (木) 地域ケア会議のまとめ(オンライン開催)

「来年度の地域ケア会議について」「参加者が感じる地域の課題について」を参加者で検討。

開催理由：今年度の地域ケア会議のまとめとふりかえり

検討内容

- ①来年度の地域ケア会議について
- ②参加者が感じる地域の課題について

○来年度の地域ケア会議について

- ・大磯の地域ケア会議は半年を目安に課題整理会議を開催。地域の方や民生委員にも参加していただくことで、地域の実情や生の声を聞くことができている。
- ・中井町は1回の地域ケア会議で2事例について2ヶ月に渡って検討・経過の確認を行っている。社協職員やMSWも参加。
- ・今年度の地域ケア会議の中で、ある程度の地域課題の抽出は行えている。課題を可視化し、会議の参加者以外へも発信することで、課題解決の糸口につながるのではないかな？
- ・地域課題に対して、だれがどんな手立てで課題を解決していくのかなど、さらに踏み込んだ話し合いができると良いのではないかな？
- ・これまではケアマネから事例提供をしてもらうことが多かったが、サービス事業所や地域の方からの事例提供も新たな視点につながるのではないかな？
- ・職種別にGワークを行うことで、各専門職の役割が見えてくるのではないかな？

○参加者が感じる地域の課題について

- ・町内でも地域によって社会資源や福祉の担い手、ボランティアの登録数にばらつきがあり、支援を必要な方に繋ぎきれていない。
- ・ゴミ出しは8:00までのルールがあり、朝の時間帯は特に支援を調整することに難しさがある。
- ・福祉の担い手が高齢化している。(ヘルプの事業所も人材不足)
- ・コロナ禍での退院支援や連携が図りにくくなっている。
- ・通いの場の開催について、変更が多く地域での周知が難しい。
- ・民生委員との関わり方、個人情報取り扱いについて悩む場面が多い。
- ・要介護認定の結果が遅くなっている。
- ・独居でKPや介護者のいないケースが増えている。