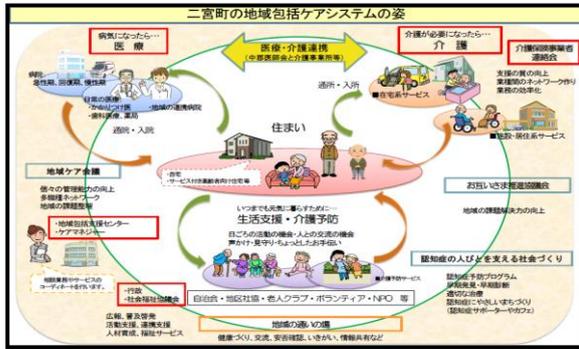


○地域共生社会の実現を目指した地域包括ケアシステムの推進
(二宮町高齢者保健福祉計画及び第8期介護保険事業計画/基本目標1)

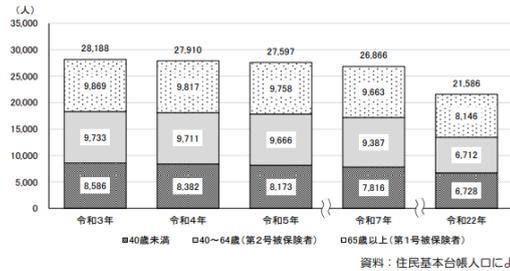
介護保険サービスの量的な整備と質の向上を更に図るとともに、医療・介護・予防・住まい・生活支援の一体的な提供を図る地域包括ケアシステムの推進体制の強化に引き続き務めます。
また、多職種連携による在宅医療・介護の一体的な提供や多様な生活支援サービス、地域における支え合いや見守りの体制づくりを推進し、高齢者が地域の中でそれぞれの役割を持ち、共に支え合う「地域共生社会」の実現を目指します。

- (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



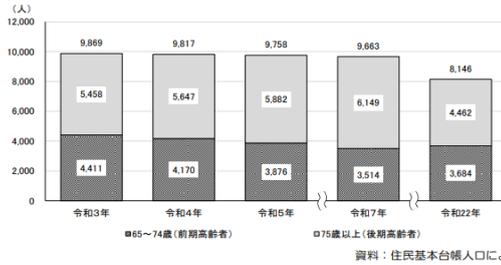
○二宮町の現状

○3区分別人口の推計



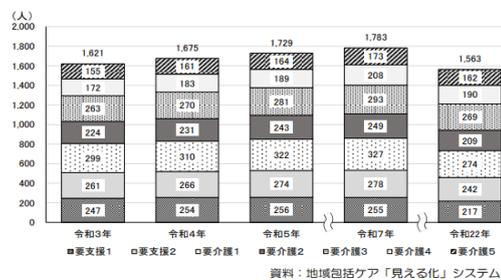
将来人口の推計を行った結果、二宮町の総人口は今後も減少を続けると予測されています。すべての団塊の世代が後期高齢者に達する2025年の推計をみると、総人口が26,866人にまで減少する一方で、高齢化率は36.0%にのぼると見込まれます。

○年齢別高齢者人口の推計



将来人口推計の結果によると、後期高齢者数は2023年には5,882人と、前期高齢者より約2,000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



要支援・要介護認定者の推移をみると増加しており、2023年には1,729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。

○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。

○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	地域包括支援センター なのはな	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	地域包括支援センター なのはな	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	地域包括支援センター なのはな	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

○令和5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	1	8
歯科医師						1							1
薬剤師						3					3		6
歯科衛生士		1	1	1	1								4
管理栄養士			1	1	1	1	1	1	1		1	1	9
ケアマネジャー	9	9	11	9	5	4	8	9	10	8	7	9	98
訪問看護師						2					2		4
セラピスト	1	2	1	1		2		1					8
デイサービス相談						2		1			1	1	5
サービス提供責任		1				1			1				3
医療ソーシャル ワーカー											2		2
介護福祉士			1	1			2		1				5
小規模多機能型居 宅介護		1	1		1	1	1	1				1	7
福祉用具専門相談 員						1							1
民生児童委員	1	1	1		1	1				1	1		7
認知症サポーター				2									2
二宮町	3	3	3	3	3	1	2	2	2	2	2	2	28
平塚保健福祉事務 所	5	1	3	2	2	1	1		1	1	1	2	20
二宮町社会福祉協 議会	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
包括（福祉系）	4	4	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	56
包括（看護師）	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	23
その他						1					1		2
合計	29	27	31	28	22	29	24	24	25	20	30	25	313

○地域ケア会議 詳細

地域ケア個別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

5/18 (木) 地域ケア個別会議

事例提出者：二宮町地域包括支援センターなのはな／看護師

対象者：87歳 男性 独居／犬との暮らし 介護保険サービスの利用なし

直接目的：①サービスが必要かどうかを多職種の視点で検討したい

間接目的：介護予防／支援困難事例へのサポート／地域課題・自立促進要因の把握

会議の概況

○事例検討

- ・事例検討により、本人のできること・できないことを可視化し、改めてストレングスに目を向けることができた。
- ・各専門職からの視点を共有できたことで、本人を再アセスメントすることができた。
- ・できることを活かしながら、できないをできるに変えていく視点を持つことが大切。

○今後に向けて

- ・本人のこれまでの暮らしや大切にしたいこと、今後の人生をどのように生きたいかなど支援の軸となるものを聞き取る。
- ・栄養士や薬剤師のかかわってもらうことで、食の大切さや病気に対する理解が深まるようはたらきかけていく。
- ・状態悪化を予防する視点でかかわりを継続し、変化への気づきや早めの対応ができるようサポートしていく。

6/15 (木) 地域ケア個別会議

事例提出者：二宮町地域包括支援センターなのはな（看護師）

対象者：86歳 女性 就労している長女との2人世帯 要支援1
歩行器レンタル利用

直接目的：自立支援・介護予防の観点で踏まえ、多職種からの専門的な助言を受けたい

間接目的：介護予防／地域課題・自立促進要因の把握

会議の概況

○事例検討

- ・体力や筋力が可視化できることで、比較や意欲維持につなげられるのではないかと、通いの場での体力測定や未病センターでの健康チェックが活用できることがわかった。
- ・家庭内での役割継続やガーデニングなど趣味を楽しむための動作の獲得を目指して、専門職がかかわることで、自立支援につながるのではないかと

○今後に向けて

- ・母としての役割継続や趣味を再開するためのリハビリなど、本人が具体的な目標を持てるようにアプローチしていく。
- ・通いの場や未病センターなど活用できる社会資源があっても、アクセス方法に課題がある。
- ・状態が改善し要支援から非該当となった場合に備えて、介護保険以外の支援を検討しておく必要がある。

7/20 (木) 地域ケア個別会議

事例提出者：二宮町地域包括支援センターなのはな（社会福祉士）

対象者：87歳 女性 独居 要介護1 介護保険サービスの利用なし

直接目的：認知症の進行を緩やかにするためには？

間接目的：介護予防／地域課題・自立促進要因の把握

会議の概況

○事例検討

- ・認知症サポーターは地域で気になる方に対し、見守りや声掛けを行いながら孤立しないようサポート。本人の好きなことなどに再チャレンジできる場につなげられるように活動している。
- ・理解力や判断力が低下する前に、先々のことを一緒に考えてかかわりを絶やさないことが大切では？（本人の意向をききとる）

○今後に向けて

- ・認知症を正しく理解してもらえるよう普及啓発を続けていくことが大切。（偏見をなくす）
- ・本人の強みや好きなことを活かし、他者とのかかわりを絶やさないことで、医療や権利擁護につなげるタイミングをはかっていく。
- ・介護保険サービスにつながらない方への見守り体制に課題がある。

5月・6月・7月の個別事例を通じ「介護予防って？」をテーマとしグループワーク

検討内容

- ①みなさんが考えている介護予防とはどんなことか？
- ②介護予防のために自分がしていること
- ③これから自分にできること
- ④そのために活用できる社会資源

グループでの検討結果

- 【みなさんが考えている介護予防とはどんなことか？】
- ・ 身体の機能だけでなく、その先の生き方や暮らしを考えていくこと。
 - ・ 介護が必要となっていく自分自身の状態変化を受け入れていくこと。
 - ・ 本人が主体性を持ちながら、要介護状態となることを遅らせること。
- 【介護予防のために自分がしていること】
- ・ ニーズに合わせた情報を提供する。
 - ・ 必要な支援はしてもやりすぎない。（本人のストレンクスを見極める）
 - ・ フレイル予防を普及啓発。（楽しく学べるような工夫）
- 【これから自分にできること】
- ・ 正しい情報や知識を身の付け、必要な時に必要な情報を伝える。
 - ・ 介護予防や自立支援について話し合える場をつくる、参加する。
 - ・ 地域の方や支援者間で顔の見える関係性をつくり、情報共有する。
- 【そのために活用できる社会資源】
- ・ エンディングノートや興味関心チェックシート
 - ・ 介護保険サービス外での運動の場やそこにアクセスするための手段があるとよい。
 - ・ ワーキングデイなど、仕事として活躍できる場があるとよい。

○介護予防・重度化防止の視点で事例を検討し、望む暮らしの実現についてをグループワーク
開催目的：個別課題の解決／ネットワークの構築／地域課題の発見／地域づくり・資源開発

○会議概要

【事例】

94歳、男性、妻と二人暮らし。坂の上の一軒家。玄関～車道までに手摺のない階段あり。

既往：糖尿病（H20～）、腎臓管狭窄症、アルツハイマー型認知症

民生委員から、最近雨戸が閉まっていることが増え心配していると相談あり。包括支援センター職員が訪問。去年までは一人で東京まで通院していたが乗り換えミスや道に迷う、薬の飲み残しが増え、キャッシュカードの保管場所もわからなくなり現金が引き出せずにいる。数日前には布団からの立ち上がり時に転倒したと聞き取り。息子たちとも疎遠であるため今後に備えて要介護認定の申請を希望され手続きを行い「要介護1」の認定が下りるが、介護保険サービス利用の希望はない。妻にも物忘れと心疾患あり。

【課題】

- ・ 家族の関係が疎遠である。孤立している。相談相手がいない。
- ・ 課題を本人達が認識していない。
- ・ 健康管理（食事・服薬・体力、筋力低下など）
- ・ 身体機能低下に伴う日常生活動作が困難になる。
- ・ 認知機能の低下により公的な手続きや金銭管理などが難しくなる。
- ・ 妻への支援。

【課題に対し誰が何をするのか】

- 家族の関係が疎遠である。孤立している。相談相手がいない。
- ・ 包括職員、医師、専門職から息子へアプローチし、本人夫婦の現状や課題を伝える。
- ・ 民生委員、新聞配達、近所や通いの場、ボランティアに声をかけ、見守りの目を増やす。
- 課題を本人達が認識していない。
- ・ 包括や医療職から本人、家族に課題を伝えてもらう。
- 健康管理（食事・服薬・体力、筋力低下など）
- ・ 訪問診療や訪問看護師、薬剤師、栄養士などにかかわってもらうことでサポート。
- ・ これからの生活についての意向を関係者間で共有。同じ方向で支援できるよう体制づくり。
- 身体機能低下に伴う日常生活動作が困難になる。
- ・ 福祉用具や住宅改修などにより外出できる環境を整える。
- ・ ご近所や顔なじみの仲間から散歩など声かけ。
- 認知機能の低下により手続きが難しくなる。金銭管理など
- ・ 後見人制度や日常生活自立支援事業を提案（包括、ケアマネ、家族）
- ・ 家族へサポートしてもらえよう橋渡
- 妻の支援について
- ・ 包括でアセスメントしていく。

【残された課題】

世帯の状況を把握しながら望む生活の希望を伺い、関係者間で共有。同じ方向で支援できるよう共通認識する。地域の見守りや関係性を絶やせず、つながり続けていく必要がある。

10/19（木） 地域ケア個別会議

事例提出者：社協ホームヘルパーステーション（主任介護支援専門員）

【開催目的】

- ・介護者である夫に対する支援やアドバイスをお聞きしたい。
- ・家族介護支援として男性介護者に対する支援を検討したい。

【事例】

80歳女性、要介護3。夫と2人暮らし。夫が家事全般を担っている。排泄の失敗や怒りっぽさなど負担が大きく疲弊。デイサービスやショートステイを利用する事で負担軽減を図るが、準備の大変さや落ち着いて過ごせているかが心配でサービス利用に消極的。家族支援に悩んでいる。

○現状踏まえた専門職からのアドバイス

- ・夫が認知症に対する理解が出来ていない可能性がある為、疾患の説明や対応方法を伝える。
- ・にのんカフェ・介護者のつどいに参加促し、地域からの孤立を防ぎ、認知症介護の相談や理解が出来るようにする。
- ・夫はサービス利用する事そのものに負担を感じている可能性がある為、ケアマネ引継ぎケースの際は、再度サービス意向を確認する。労いや褒める声かけをする。

○課題解決にむけたそれぞれの役割など

- ・男性介護者の悩みや困り事を聞き取り、課題を共有し、支援方法を検討する。
- ・にのんカフェや介護者のつどいを周知し、介護者や本人をお誘いする。

○残された課題

- ・男性介護者の話し合いの場が無い。仕事等で忙しく、平日の日中は時間の都合がつきにくい。
- ・男性介護者の中には認知症カフェや介護者のつどいへの参加に抵抗を感じている方がいる。
- ・認知症カフェや介護者のつどい等の周知が十分でない。

11/16（木） 地域ケア個別会議

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）

【開催目的】

- ・本人の思い込みや認知症状で希望がころころ変わる。その都度対応するが、キーパーソンの長女は「どうしたらいいの」と決められない。同居していた長男は、本人が家に帰ってくることを望んでいる（色々な支払いを本人にお願いしたい）が介護はできない。

【事例】

87歳女性、要介護1。住宅型有料老人ホーム入所中。H29年転倒による右足首骨折術後、右足首の痛みが強くなり歩行不安定。時折、しびれやめまいの訴えあり。在宅生活中も日常生活が「大変」と思うと「施設に世話になりたい」と言い気持ちが揺らいでいた。現在は施設を出たいと言っており、家族は揺らぎ決めることが出来ない状態。

○現状踏まえた専門職からのアドバイス

- ・客観的にみることが出来る孫に助けてもらう。
- ・本人の居場所づくり。
- ・短い時間で気持ちが変わるのは大変ではあるが、その変化に付き合い、一緒に困ってあげる。
- ・自分で選んだことが決められるように寄り添っていく。
- ・耳からの情報だけでなく、文字に残すことで見直し考えを整理する事ができる？
- ・家族との関係性は続くため苦手意識に捕らわれず少しずつ距離を縮められるといい。

12/21 (木) 地域ケア個別会議

事例提出者：鶴巻訪問看護ステーションにのみや居宅介護支援センター（主任介護支援専門員）

【開催目的】

- ・虐待事例の振り返り。危険が予測される切羽詰まった状況の中、やや強引に夫・妻に緊急ショートステイを利用してもらった。結果的には冷却期間を作れてよかったが、夫とケアマネジャーとの関係性が悪くなった。あの時、夫の意思決定サポートをうまくやるにはどうやったらよかったのが振り返りたい。

【事例】

86歳男性（要介護1 認知症）、83歳女性（要介護4 パーキンソン病）、長男との3人暮らし。長女が通院や信仰宗教参拝支援。夫（妻の病識無し）が妻の介護をしていた。介護が適切でない為、諸所問題をケアマネ・サービス事業者で見守り・サービス提案してきたが夫は反発。そんな夫に対し長男がしつけと称し暴行を加えていた事が判明。夫は警察や親族宅に逃げ込んだが長男に都度連れ戻されていた。暴行を受けた夫が長男に包丁や金属バットで応戦。夫・長男とも命の危険性あった。長男に連絡つかず、長女とショートステイ利用を調整し分離した。その後、本人達へは半ば強引な提案となり、夫とケアマネの関係が悪くなった。

○現状踏まえた専門職からのアドバイス・意見

- ・本人の気持ちを考えた支援も大切であるが、夕方までに何らかの判断をせねばならぬという状況下で命の危機がある場合は優先度考え支援する事も必要。
- ・ケアマネに時間や気持ち的な余裕がなく焦りがあった為、サービス誘導・強引な対応になった。
- ・自宅か？ショートステイか？以外の選択肢がなかった。（地域での社会資源の不足）

○課題解決にむけたそれぞれの役割など

【意思決定支援について専門職からのアドバイス・活用できる社会資源等】

- ・本人・家族の揺れ動く気持ちを理解し、寄り添う対応や否定語は使わず安心できる声掛けをする。
- ・本人に選択肢や考える時間を与える。
- ・困難ケースは行政や関係者皆でサポート・カンファレンス行い、情報共有・役割分担し支援する。
- ・厚生労働省HP掲載の意思決定支援ツール活用。
- ・認知機能低下している場合は、わかりやすい説明や時間を空けて確認することで意思を見極める。

1/18 (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「男性介護者への支援」をテーマとしグループワーク

検討内容

- ①男性介護者が抱え込んでしまう背景をさぐる
- ②それに対しての手立て
- ③誰が何をできるのか

グループでの検討結果

【男性介護者が抱え込んでしまう背景をさぐる】

- ・働きに出ていることで、地域でのつながり、交流、ネットワークがないまま介護がスタート
- ・介護を仕事のようにこなす。完璧主義。理屈や論理的に考える傾向にある。
- ・家庭内のことを他者に相談することに抵抗がある。家長としての見栄やプライド。
- ・それまでの家庭内での役割から、家事や介護に苦手意識がある。

【それに対しての手立て】

- ・若いうちから地域との繋がりをつくる。同じような境遇の方との交流や情報交換。
- ・職場などでも介護の相談や知識が得られるような仕組みがあるとよい。
- ・土日や夜間に相談できる場所、オンライン相談会。
- ・男性介護者に的を絞っての介護教室や料理教室を開催

【誰が何をできるのか】…役割や情報、アイデア

- ・町や包括支援センターが主体となり、男性介護者の集える場所、気軽に相談できる場づくりを行う。
- ・医療機関へも包括支援センターなどのパンフレットを配架。
- ・介護教室等への参加者へ修了証やポイント付与しモチベーションUPへつなげる。

2/22 (木) 地域ケアネットワーク会議
大規模災害をテーマとしグループワーク

検討内容

- ①自分自身の対応や備え
- ②事業所としての体制や備え
- ③利用者・患者など、要支援者への対応や備え
- ④災害時の多職種連携について

グループでの検討結果

【自分自身の対応や備え】

- ・食品や日用品の備蓄・ローリングストックはある程度できているが、長期的な日数分としては足りていない。
- ・ハザードマップや家族での集合場所の確認、非常電源の確保やガソリンのこまめな給油を心がけている。
- ・住宅の耐震や家具の固定、ペットの避難先の確保が課題。

【事業所としての体制や備え】

- ・防災マニュアルやBCPの作成、防災委員会の開催を行っている。
- ・マニュアルに則った防災訓練が行えていないことや帰宅困難を想定とした備えが不足している。
- ・職員の安否確認の方法が確立できていないことが課題。

【利用者・患者など、要支援者への対応や備え】

- ・要支援者台帳は作成しているが、内容の更新がなかなか行えていない。
- ・自助の促しとして、定期薬は多めに予備を持つことをアナウンスしたり、避難場所を一緒に確認している。
- ・緊急連絡先の把握が難しい。

【災害時の多職種連携について】

- ・縦割りではなく医師会や行政、事業所、民生委員児童委員協議会が一体となって、話し合いや合同避難訓練が行えるとよい。
- ・情報の集約をどのように行っていくのか、互いの役割の理解が課題。
- ・平時から、地域との連携や協力体制を築いていくことが大切。

3/21 (木)
令和5年度地域ケア会議 年間のまとめと振り返り

【良かったこと】

- ・地域ケア会議に参加することで顔の見える関係を作りやすい。夜間開催のあることで様々な職種の参加があり関係を作りやすい。
- ・介護予防、自立支援の視点で管理栄養士、歯科衛生士の参加があり、栄養や口腔衛生の視点が気づきになった。福祉、民生委員など多職種の意見を聞くことができ、職種により意見の違いがある。難しいケースやストレングスの視点は勉強になった。インフォーマルサービス、各関係機関との連携など知り、学ぶことができた。
- ・個のケース→地域が見えてくる。細かい事例がつながり地域へ繋がっている課題を共有、地域を皆でつくる機会になっている。

【課題／要望】

- ・移動問題、介護離職、男性介護者、認知症の人が増えている。
- ・高齢者の独居や夫婦世帯が多い。頼らず悪くなってから介護保険申請する人が多い。リハビリ施設不足、家族との橋渡しの役割の方法について、お茶飲み、カラオケなど集える場所が身近にあるといい。
- ・ケア会議の機能の見直し／課題解決の機能を果たしていたか、新しい資源開発ができてきているのか。政策提言など会議が果たす役割があると思う。
- ・ゴミ問題や移動支援など具体性ある内容に変化してきている。さらに課題を吟味し政策に繋げてほしい。ゴミ問題／人材不足・ポイント制などメリットを付与し補うなど工夫が必要では。
- ・課題解決をケース検討で終わらせないでつながるといい。問題に対する施策の進捗状況を知りたい。
- ・今ある資源を使う仕組み作り・資源開発として、横の繋がりを強化することは有事の際にスムーズになるのではないか。

○次年度に向けて

- ・平塚保健福祉課から、予防課認知症担当や二宮町の高齢者担当者が参加できるようにしたい。
- ・要支援者増え、担い手不足の課題がある。介護保険の普及啓発、担い手不足対策が必要。
- ・地域での助け合い方を考える。
- ・災害、防災関係→消防、警察などの参加があるといい。
- ・災害対策の積み重ねが必要。支援者、専門職が発言していくことが必要。
- ・制度の狭間で困っている人への支援。
- ・ゴミ捨てが出来ない人が増える中で、個別収集など他市町村の事例を積み上げて欲しい。
- ・災害時に地域での強みを活かす取り組み。

○経過報告

- ・移動支援、ゴミ問題に対する進捗状況報告
- ・要支援者の把握 支援者との繋がり、町個別避難計画作成中

○確認事項

- ・多職種の参加があり新たな視点に気づき学ぶこと、それぞれの活動内容を知る機会になっており今後も継続していく。
- ・課題を資源開発や政策に繋げていくのが見えるようにしていく。
- ・ケア会議の機能として、個別ケースからあがる地域の課題に対してどうするのか具体化する。残された課題に対して情報を共有