

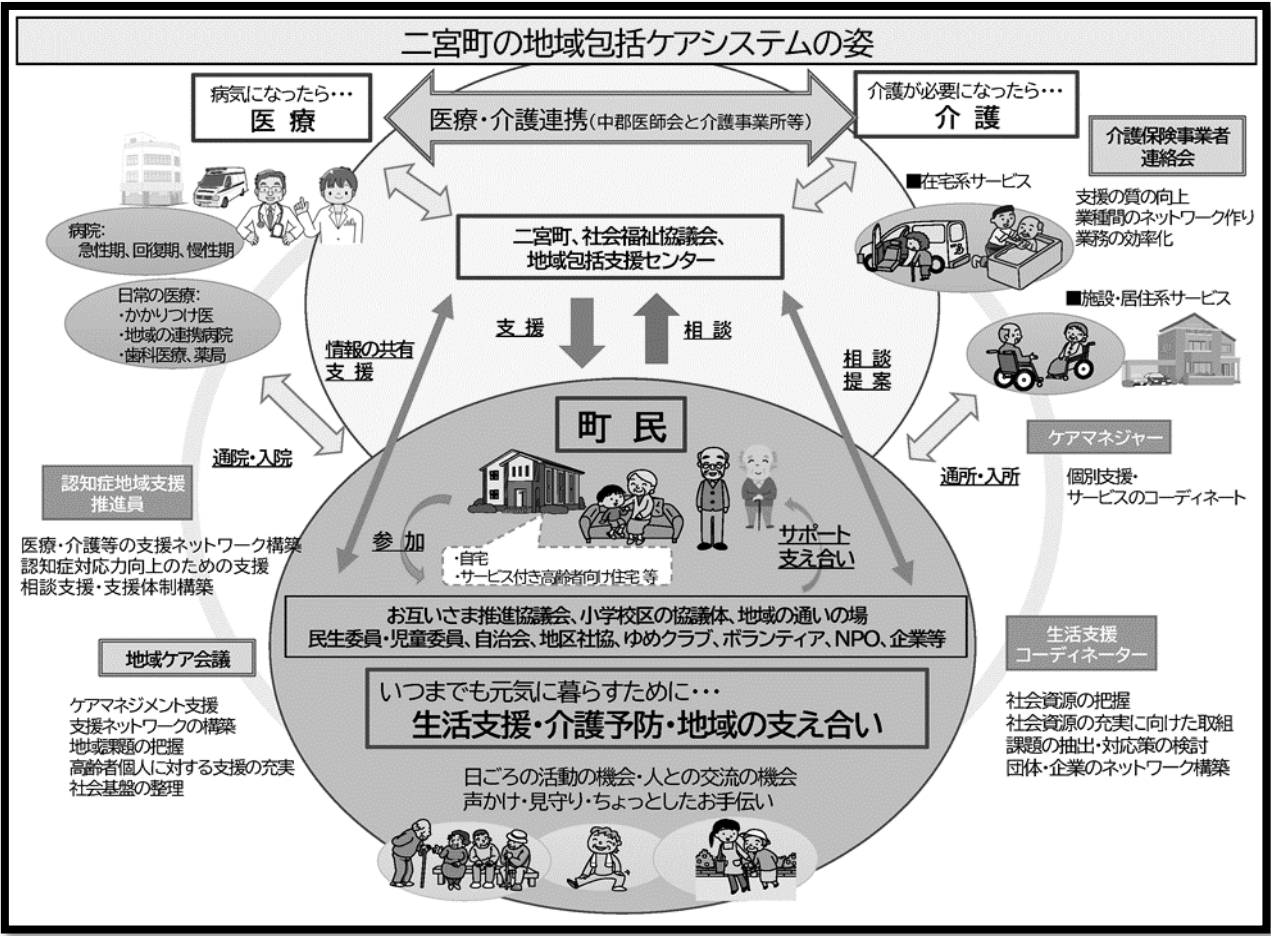
令和 6 年度地域ケア会議のまとめ

① 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深化・推進
 (二宮町高齢者保健福祉計画及び第 9 期介護保険事業計画／基本目標 1)

医療・介護・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深化・推進を図り、包括的な支援体制の充実に努めます。

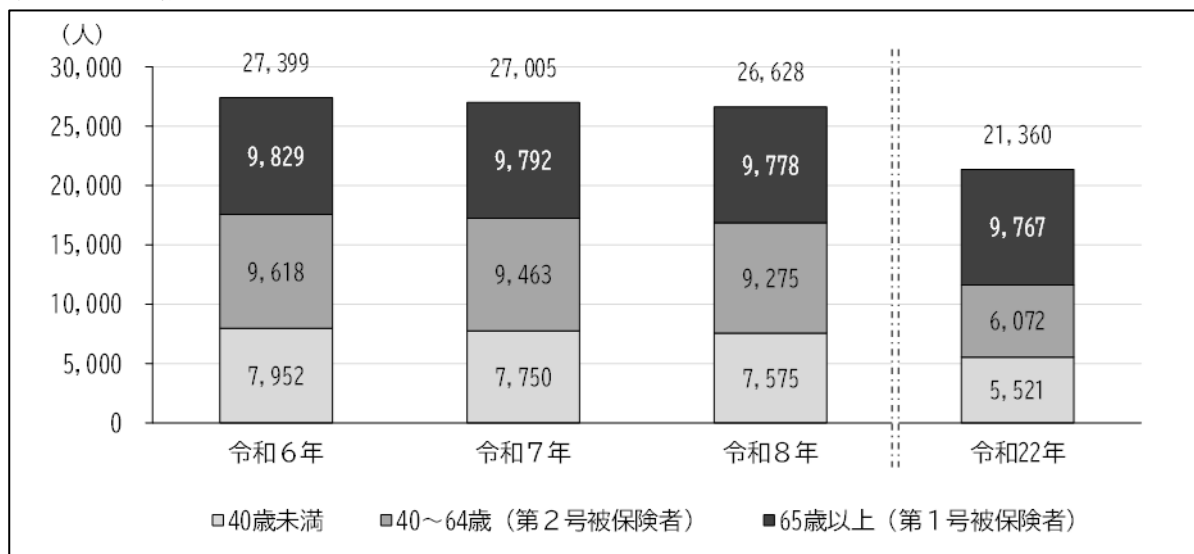
また、多職種連携による在宅医療・介護の一体的な提供や多様な生活支援サービス、地域における支え合いや見守りの体制づくり、ケアラー支援などを推進し、高齢者が地域の中でそれぞれの役割を持ち、共に支え合う「地域共生社会」の実現を目指します。

- 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 ケアラー支援の推進 | 6 高齢者の住まいの確保 |
| 7 安心・安全なまちづくり | |



② 二宮町の現状

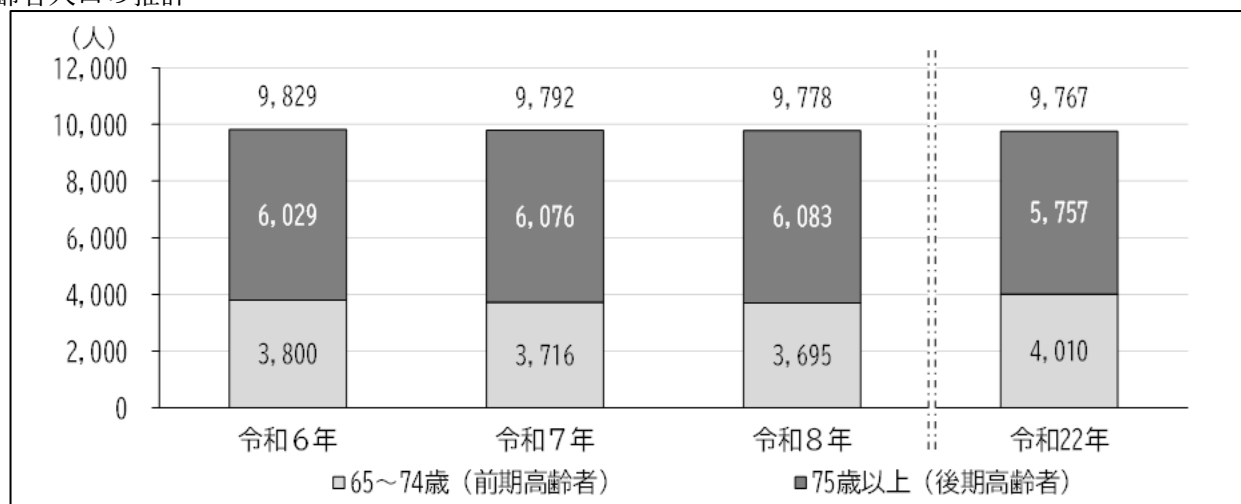
区分別人口の推計



将来人口の推計を行った結果、本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75歳以上に達する令和7年の推計をみると、総人口が27,005人にまで減少する一方で、高齢化率は36.3%にのぼると見込まれます。

また、全国的に高齢者数がピークとなるとされている令和22年では、本町の高齢者数は9,767人と令和8年よりも減少していますが、65歳未満の人口も大きく減少しているため、高齢化率は上昇し45.7%になると見込まれます。

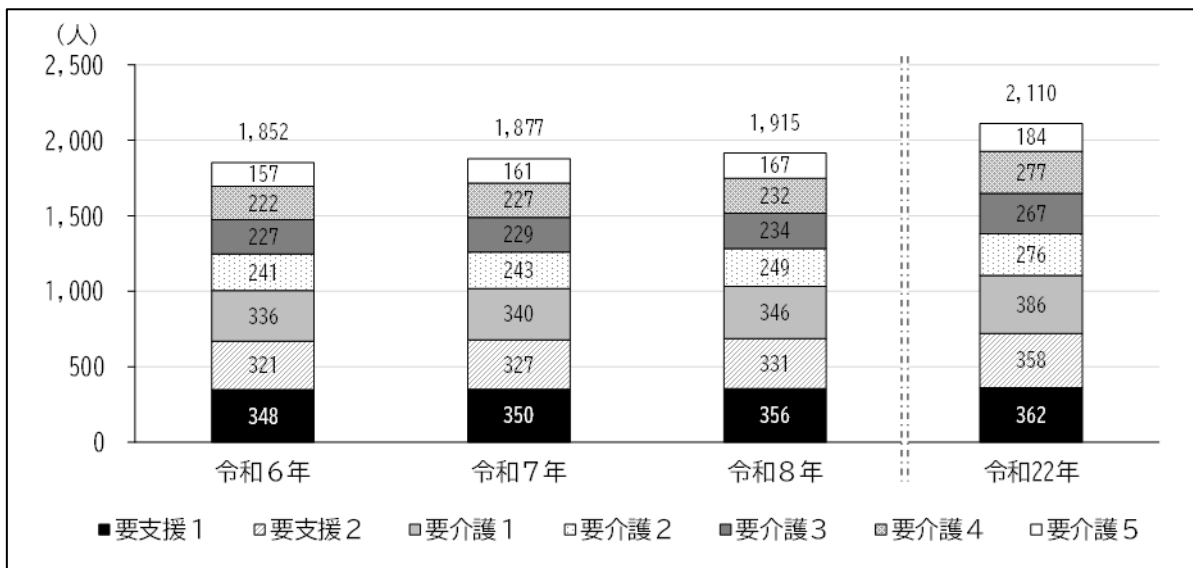
高齢者人口の推計



将来人口推計の結果によると、後期高齢者数は令和7年には6,076人と、前期高齢者より2,360人上回り、割合は62.1%に達する見込みです。

また、令和22年では、後期高齢者は減少し5,757人、割合も58.9%となる見込みです。

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、特に要支援1の増加幅が大きくなっています。また、令和7年には1,877人と増加し、令和22年では2,110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実現に向けての手法

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、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。

【介護予防のための地域ケア会議】

自立支援・介護予防の観点から踏まえて地域ケア個別会議を活用することで、要支援者等の生活行為の課題の解決等、状態の改善・自立を促すことに導き「高齢者のQOLの向上」を目指しています。多職種からの専門的な助言を得ることで、ケアマネジメントを実施、高齢者の生活行為の課題等を明らかにし、介護予防に資するケアプランの作成とそのケアプランに則したケア等の提供を目的としています。

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	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 自立支援に資する個別ケア会議
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
地域ケア会議まとめ	地域包括支援センターなのはな	1回	関係機関・団体等	年間のまとめ
二宮町地域ケア会議	町	1回 (毎年4月)	関係機関・団体等	当年度の事業説明と意見交換

⑤ 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	1	9
歯科医師						1					1		2
薬剤師						3					2		5
歯科衛生士		1	1	1	1								4
管理栄養士		1	2	1	2	1	1	1	1	1		1	12
ケアマネ	13	11	11	8	6	5	8	9	7	10	6	8	102
訪問看護師						2					1		3
セラピスト		1	1		1	1		1	1	1	1		8
デイサービス相談員	1	1		1		2	1				1	1	8
サービス提供責任者			1								1		2
医療ソーシャルワーカー						2					2		4
介護福祉士						1	1		1	1	2		6
小規模多機能型居宅介護	2	1	1	1	1	2	1		1	2	3	1	16
看護小規模多機能型居宅介護	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
福祉用具専門相談員						1							1
民生児童委員	1				1	1					1		4
認知症サポーター													0
二宮町	4	2	3	3	3	3	3	3	3	1	2	1	31
平塚保健福祉事務所	5	1	1	1	1		1	1	1				12
二宮町社会福祉協議会	2	1			1	1		1	2	3	2	2	15
包括（福祉系）	3	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	55
包括（看護師）	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24
その他				2		1		2			2		7
合計	34	28	30	27	25	36	25	27	26	26	36	22	342

⑥ 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 ⑥その他

第2回 5/16 (木) 地域ケア個別会議 (自立支援に資する個別ケア会議)

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：89歳 女性 要支援1 長男夫婦との3人暮らし

デイサービス・ヘルパー・福祉用具利用

主目的：②介護予防

自立支援・介護予防の観点を踏まえて、多職種からの専門的な助言を受けたい
ADLの低下・表情や会話がなく活気が低下している方への支援方法

会議の概況

○事例検討

- ・本人のできていること、やりたいことに対する課題と家族の思いとの乖離があるのではないか。
- ・本人のやりたいことや状態に合わせたサービス選択をしてみてもは。
- ・本人の意向や希望が長男夫婦に伝えられていない。長男夫婦と本人が話すことで協力が得られるのでは？長男夫婦に今後の本人について伺い家族で話し合える機会があると良い。

○今後に向けて

- ・QOLを考え、役割や活躍できる場所を活かすことができると良い。
- ・表面にでてこない裏側をみることで支援の仕方が変わる。
- ・本人のみならず、支える家族をもフォローしていく。
- ・この人の自立は何かを考え支援していく。

第3回 6/20 (木) 地域ケア個別会議 (自立支援に資する個別ケア会議)

事例提出者：二宮町地域包括支援センターなのはな（介護支援専門員）

対象者：75歳 女性 要支援1 独居/町内に長女

週2回ヘルパー利用

主目的：②介護予防

自立支援・介護予防の観点を踏まえ、多職種からの専門的な助言を受けたい
能力はあるがやる気が持てずサービスに頼ってしまう方についての支援方法

会議の概況

○事例検討から

- ・ヘルパーに支援任せず、一緒に買い物へ行くことで外出機会になる。
- ・興味あることに対する情報を伝え外出意欲に繋げる。
- ・やる気の出ない背景を探る為、本人と話す。
- ・本人に合った義歯装着や食事改善することで、活舌改善や転倒防止・体重減少・意欲変化するのではないか。

○今後に向けて

- ・やる気が起きない背景や家族関係を探る事で対応のヒントになる。
- ・身体面だけでなく精神面のアセスメントをする（うつ傾向・孤独・寂しさが原因の可能性）
- ・ケアマネ以外の信頼している方からアプローチ。

第4回 7/18（木） 地域ケア個別会議（自立支援に資する個別ケア会議）

事例提出者：二宮町地域包括支援センターなのはな（介護支援専門員）

対象者：69歳 女性 要支援2 独居

訪問看護（リハビリ）・福祉用具利用

主目的：②介護予防

自立支援・介護予防の観点を踏まえて、多職種からの専門的な助言を受けたい。

リハビリの卒業に向けて本人へどのようにアプローチすればよいか

会議の概況

○事例検討から

- ・一般的に自主トレに取り組める人が少ないこと前提に支援を考える。
- ・別のサービスや意欲向上する可能性がある、通所サービスを提案する。
- ・痛み軽減する為、再受診・多疾患有無精査・手術適応かも含め受診する。

○今後に向けて

- ・色々な人を巻き込んで支援する。
- ・本人が自分の身体について、どう考えているのか確認する。
- ・本人とよく話し、思いを聞いて、ケアプラン目標設定を再度アセスメントする。

第5回 8/17（木） 地域ケア課題整理会議 「自立支援」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自立支援とはどんなことか？
- ②自立支援のために自分がしていること
- ③自立支援のためにこれから自分にできること

グループでの検討結果

【みなさんが考えている自立支援とはどんなことか？】

- ・自分でできることは自分で行う。
- ・意欲を引き出す。意欲を持ってもらうこと。
- ・できることを続け、サポートする。できることを奪わない。

【自立支援のために自分がしていること】

- ・本人と向き合い、寄り添い、その人を知る。話を聞く。
- ・信頼関係を築く。
- ・本人や家族の力を引き出す。

【自立支援のためにこれから自分にできること】

- ・専門職との連携だけではなく、その方が暮らす地域の方との繋がりをつくる。
- ・地域の情報収集や発信。
- ・孤立させない場所づくりや機会づくり。
- ・介護保険に頼りすぎない。
- ・施設間、事業所、学校と連携し、地域でどのような活動をしているのかお互いを知る。
- ・自分だったらどうしたいかを考えながら対応する。

【まとめ】

- ・自分でできることは自分で出来るよう見守り、出来ないところが出来るように支援する。
- ・役割ややりがいを持ち続けることが自立につながる。その為、役割ややりがいが持てる居場所づくりが自立支援になる。
- ・支援者一人ひとりが自立支援の視点をしっかり持つことで、その人が暮らしやすくなる。暮らしの質があがる。重度化防止につなげることができる。

第6回 9/20 (金) 地域ケアネットワーク会議

○災害対策について事業所の対応や体制・備えについて情報共有し、災害時の多職種連携について、具体的な手立てや連携方法についてグループワーク

検討内容

- ①台風10号による被害状況
- ②被害を受けての困りごと
- ③どのように対応したか（対応していない方はどのように対応できそうか）
- ④今後の課題、それに対しての具体的な手立てや連携方法

グループでの検討結果

【台風 10 号による被害状況】

- ・医療機関浸水でパソコンや精密機器が使用出来なくなった。
- ・事業所の車が浸水・駐車場冠水・雨漏り。
- ・道路冠水により送迎できない・大雨で通勤困難・電車遅延・停電。

【被害を受けての困りごと】

- ・道路状況により訪問看護・訪問介護サービスが滞ったり、通所サービス休止した。
- ・デイサービスへ行けず、食の確保や入浴支援が受けられなかった。
- ・かかりつけ医療機関が被災し受診や処方が受けられなかった。(薬の納品断われた等あった)
- ・避難所へ避難するタイミングや判断に困った。
- ・高齢者は町のホームページからは情報が取れず、災害放送も聞き取れなかった。

【どのように対応したか】

- ・被災した医療機関患者の処方を別の医療機関でお薬手帳やマイナンバーカード情報で処方できた。
- ・被災しそうな利用者を早めに把握しサービス調整した。
- ・電話で安否確認行った。

【具体的な手立て・連携方法】

- ・タイムリーに状況共有(写真等)できるツール(LINE WORKS等)をつくる。
- ・災害時のマニュアルや防災訓練、町全体での避難訓練を行う。
- ・ハザードマップで利用者宅を把握し、個別避難計画の作成を進める。
- ・町は情報を集約しホームページに掲載している為、各事業所で確認する。

【まとめ】

- ・これまでも災害時連携の大切さは共通認識できていたが、実際に被災し、困りごとに直面したことで、より「自分ごと」として捉えながら話し合うことができた。経験を活かした検証や情報のアップデートが重要である。

第7回 10/17 (木) 地域ケア個別会議

事例提出者：こゆるぎケアデザイン（主任介護支援専門員）

対象者：78歳（女性 要介護4）と103歳の母親（要支援2）との2人暮らし。

訪問看護・訪問介護・通所リハビリ・福祉用具利用

主目的：①介護支援専門員の支援困難へのサポート

本人の意向を尊重すると介護者の負担が大きく、支援の方向性に迷う。どのような視点をもってこの世帯を支援するか、多職種の方から意見を伺いたい。

会議の概況

○事例検討から

- ・それぞれの意見を確認するためにケアマネだけではなく、医師や意見を聞き入れてくれそうな第三者に助言をしてもらう。
- ・在宅を選択する場合、お互いの課題を解決し暮らし続けられる方法を考える。
- ・在宅を希望する背景を深堀する（施設のイメージ・母親にとって自分が必要な理由など）。
- ・病状の理解と現状に乖離がある。治りたい希望があることで頑張っている。
- ・共依存の関係か、お互いの生活リズムを考え、自宅内の片づけや環境を整える。
- ・エンディングノートの活用。
- ・お互いに別のケアマネが付き、思いを伝えられる代弁者となるといいのでは。

第8回 11/21 (木) 地域ケア個別会議

事例提出者：オリーブケアマネステーション（主任介護支援専門員）

対象者：93歳 女性 要介護3 独居

訪問看護・訪問介護・福祉用具利用

主目的：①介護支援専門員の支援困難へのサポート

感情の起伏が激しく、お金にルーズな息子にどのように対応したらよいか助言をもらいたい。家族の対応に苦慮しているケース

会議の概況

○事例検討から

- ・経済状況の確認し、支払いについて可視化・費用がわかるようにする。支払いができるシステムづくり。
- ・息子に借金の可能性もあるので、法テラスや弁護士を紹介する。
- ・本人に後見人をつける。
- ・担当者会議に息子同席してもらう。
- ・家族支援の役割分担をどうするか考える。
- ・本人の意思表示できるうちに、意思確認をする。
- ・本人の今後の病状や金銭等の予後予測し、具体的に息子と共有する。
- ・ケアマネと息子との信頼関係築けているので、現状維持で良いのではないか。

第9回 12/19 (木) 地域ケア個別会議

事例提出者：さだもとクリニック（医師）

対象者：①92歳 女性 要介護2 独居 訪問看護・訪問介護
②82歳 女性 要介護2 通所介護・短期入所・訪問看護・訪問介護
③63歳 男性 要介護4 訪問看護

主目的：⑥その他

医師が在宅生活での支援方法について悩んでいるケース（3事例）

会議の概況

○事例検討から

- ・外来受診や往診では把握が難しい。医療と介護の連携が必要。
- ・担当者会議への参加依頼や往診立ち合いなどすることや、ケアプラン内容を報告し、方向性など現状を共有していく。
- ・連絡、報告の手段：電話、FAX、メールなどあるが、可能であれば記録に残る方法が望ましい。
- ・認知症の方は、通院同行や提供票や報告書などで報告している。
- ・一度診療から手を離れた場合、その後の経過を追うことは難しい。終了や入院など経過報告する。
- ・高齢で福祉サービスが必要な場合は包括やケアマネにつなぐ。障がいや65歳未満の場合は町担当課に相談する。

第10回 1/16 (木) 地域ケア課題整理会議 「家族支援」をテーマにグループワーク

検討内容

- ①どんな時に家族支援に困難さを感じるか
- ②どのように対応したらよいか・手立て・社会資源
- ③誰が担うのか・役割分担

グループでの検討結果

【どんな時に家族支援に困難さを感じるか】

- ・虐待をしている家族に対する支援。
- ・精神疾患や発達障害などの障がいを抱えている家族に対する支援。
- ・理解力が低い家族への支援。
- ・遠方や連絡が取りにくく協力が得られない家族に対する支援。

グループごとにテーマを1つに絞り、家族支援について話し合う

【どのように対応したらよいか・手立て・社会資源・誰が担うのか・役割分担】

〈虐待をしている家族に対する支援〉

○虐待者に対する支援がなく、悪者で終わってしまう為、なぜ虐待行為に至ったのか背景や家族関係を知る必要があるのではないか。家族に対する教育や家族の気持ちなど分かる冊子やハンドブックなどあれば、ケアプラン作成にも有効ではないか。

→何でもケアマネ・包括ではなく、様々な相談窓口を周知し、支援機関と連携し役割分担を行う。

〈精神疾患や発達障害などの障がいを抱えている家族に対する支援〉

○家族自身が支援を受けられるように他機関へ繋ぎたいが、病院受診などへ進めることのハードル

が高い。ケアマネ一人で抱え込まず他機関や他の家族の協力を得る。

→平保との連携。保健師と同行など町として対応できる仕組みづくりが必要ではないか。

〈遠方や連絡が取りにくく協力が得られない家族に対する支援・理解力が低い家族への支援〉

○家族が連絡の取りやすい時間や連絡方法（LINE・メール・ZOOM等）を選んでいただく。

話の内容を可視化する。サービスの必要性を伝える。

→話の聞き方や分かりやすい伝え方など、個々で業務の中で心がけていく。

【まとめ】

○適切に家族との関りを持つためには、信頼関係を構築した上で、利用者の課題と家族の課題を分けて考え、それぞれを関係者と連携して解決する姿勢が必要である。

○ケアマネや包括だけで抱え込まない体制づくりが大切であるため、高齢・障がい・生活困窮・平保などの支援機関と連携し役割分担を行う必要がある。

第11回 2/21（金） 地域ケアネットワーク会議

「医療と介護の連携」をテーマにグループワーク

検討内容

①どんな時に誰と連携が必要と感じますか？

②今、連携できていますか？

② より良い連携のために必要なことは？

グループでの検討結果

【どんな時に誰と連携が必要と感じますか】

どんな時：

情報を得たい、情報を伝えたい、入退院、災害時、体調変化、判断に迷う、協力を得たいなど

誰と：

家族、地域住民、医師、薬局、病院（看護師・MSW）、行政機関、支援機関、民生委員、サービス事業所・専門職・ケアマネ・社協・包括など

【今、連携できていますか】

できている :

同業種での連携は図れている、連携シートを使用し連携できている、ケアプランを配布し連携できている、顔の見える関係ができているところとは連携できている、電話や FAX/メール/LINE などでの連携できている、直接訪問して連携できている、連絡ノートの活用など

できていない :

他業種での情報共有、独居の方の家族、関係性が希薄、歯科医師との連携、施設との連携、ケアマネから医師への相談、薬情報連携、介護システムの違い、誰に相談していいのかわからない時、活躍の場を増やしたい時、会社携帯ではアプリ使えないなど

【より良い連携のために必要なことは】

- ・ 共通のシステムがあれば情報共有ができる
- ・ 連絡ノートやアプリなどを使用し情報共有する
- ・ 日頃からの顔の見える関係づくり→会議や研修などに積極的に参加
- ・ 事例検討会を開き、さまざまな方に参加していただく
- ・ ケアマネや包括頼みにせず、それぞれが積極的に情報発信や連携をする
- ・ 受診同行や薬局同行し情報共有と顔の見える関係づくりを行う
- ・ さまざまなことにアンテナを張り、本人の為に情報を集め連携する
- ・ イベントなどがあると繋がれる

【まとめ】

連携を円滑にするには顔の見える関係づくりが必要。顔の見える関係づくりには相手の立場や役割などを知る事が重要。「本人」の為にどんな連携方法がいいのか支援者で話し合い共有する。積極的に情報を取りに行く姿勢や情報発信を意識し、「本人」を含めたチームで共有することが大切。

第 12 回 3/21 (金) 地域ケア会議まとめ 年間のまとめ

○年間の振り返り

令和 6 年 4 月～令和 7 年 2 月

○次年度に向けて

- ・ 目に見える成果を可視化、具体化できるよう広報やホームページに掲載する
- ・ 1 年で解決できる問題ではないので、長いスパンで課題解決していけば良い
- ・ 町からの情報(負担割合証発送時期や認定調査の状況、移動支援・ゴミ出し支援の状況等)を知れると良い
- ・ 元気な高齢者に向けてボランティアなどの活躍の場を啓発しマッチングできれば人材不足解消になるのではないか

→他の市町村の成功事例を参考にする（ボランティアポイント制など）

- ・地域ケア会議で出た課題を事業所に持ち帰り、事業所内で話し合ってもらい、次回発表しては
- ・地域ケア会議の前に事前アンケートを取る
- ・場面での課題で話し合った方が具体化しやすいのではないか
- ・二宮町の課題をもっと住民に伝え、理解してもらう必要がある

→若い世代に向けて啓発する

- ・何年も同じ課題が解決できていない

→具体的成果、町への提言できていない

→誰が町に提言する？まで話し合えていない

→包括から町に伝えられていない

- ・町から課題に対する途中経過やアンサーがほしい

○まとめ

- ・令和7年度も引き続き5月6月7月は介護予防のための地域ケア会議を行う
- ・前半のテーマ：栄養に注目した支援についての個別事例
- ・後半のテーマ：災害、防災についての個別事例を扱い、情報共有や具体的な連携や動き方等を話し合う
- ・多職種、多世代連携（歯科も含めた）
- ・町への提言とフィードバックしてもらう