

地域ケア会議における地域課題集約資料

- 島原市
 - 令和2年度・・・・・・・・・・・・・・・・ p1～p9
 - 令和3年度、令和4年度・・・・・・・・ p10～p16
- 雲仙市・・・・・・・・・・・・・・・・ P17～p22
- 南島原市 ・・・・・・・・・・・・・・・・ P23～p25

島原市地域課題の検討結果

【これまでの事例検討の中で浮かびあがった地域課題】
16個の地域課題をA～Fの6つにグループ分けしました。

A 地域資源	在宅で生活している人に対する栄養指導の仕組みと周知	R03.03.17 検討済み
	若年層のサービス利用	
	地域の社会資源の把握と周知	
	地域活動のマッチング	
B 認知症	認知症についての理解	R03.11.17 検討済み
	かかりつけ医から認知症専門医へつながりにくい	R04.07.20 検討済み
	独居高齢者の見守り支援、緊急時の連絡体制	
	独居高齢者の把握、災害時の対応	
C 在宅医療 介護連携	在宅医療介護連携の推進、ACP、終活の周知について	在宅医療・介護連携事業で 取り組み中
D 医療	高次脳機能障害についての理解、特徴に合わせた支援方法の 理解	R04.11.16 検討済み
	難病への理解	
	障害がある方の支援や制度の周知	
	疾病障害受容への支援と連携	
E 権利擁護	身寄りがない方の成年後見制度の利用促進	R03.07.21 検討済み
	年金少額、生活困窮者のサービス利用	
F 家族支援	家族関係が希薄で連絡も取れなかったり、取れても家族の 理解不足で支援が進みにくい。	R04.11.16 検討済み

※令和2年度の個別事例から抽出した課題

A
地域資源

- 在宅で生活している人に対する栄養指導の仕組みと周知
- 若年層のサービス利用
- 地域の社会資源の把握と周知
- 地域活動のマッチング

□ 在宅で生活している人に対する栄養指導の仕組みと周知

＜出た意見のまとめ＞

- ・要介護（要支援）認定者は、介護保険の「居宅療養管理指導」ができる。
- ・気軽に相談したい方は、保健センターの栄養相談（毎週水曜日）の利用ができる。
- ・かかりつけ医に栄養士がいたり、まき歯科と契約している病院にかかっている方は病院で栄養指導を受けることができる。
- ・対象者と関わる支援者が栄養士の役割を担うことができないだろうか？

参考 <まき歯科：食のサポート> ※ホームページあり

- ・要介護（要支援）認定を持っている方は、介護保険を利用し栄養指導を実施（医師の指示のもと）
- ・医師の指示があれば、医療保険でも訪問もしくはクリニック（まき歯科で契約）で栄養指導を実施
- ・保険適用対象外（自費）でも実施しているが、現状はまき歯科を受診している患者に対し、歯科医師からの依頼で実施

参考 <長崎県栄養士会 ながさき栄養ケア・ステーション> ※ホームページあり

- ・栄養・食生活についての相談や講習会等の講師を引き受ける
- ・個人からの相談も受け付けている

＜解決策提言＞

- ◆既存の派遣事業（広域圏、広域リハ）では、個人に対する対応はできない。広域は「リハビリ職」の派遣のみ実施している。
 - （要検討）広域の地域リハビリテーション事業の対象者や専門職の拡充ができないだろうか。
 - （要検討）総合事業の訪問Cにおいて、派遣できる専門職の拡充ができないだろうか。
- ◆介護職（ヘルパー等）、医療職（訪問看護等）も栄養に関するノウハウを身につければ、栄養に関する相談先が少ない島原において、栄養指導という面においても活躍できるのではないか。
 - 事業所内で勉強会を実施しているところもある。

□ 若年層のサービス利用

<出た意見のまとめ>

- 年齢層や内容で既存のサービスでは合わない人が多い。ただし、高齢者の中にも合わない人はいる。
- 能力がある方は、就労や地域での活動、一般介護予防教室へつないでいる。
- 役割を持ったり、楽しみが持てるような活動を希望。
- 趣味などを活かした活動や場ができればいい。

<解決策提言>

- ◆デイサービスの中で畑を耕し収穫する等で役割や達成感を得られる活動ができないだろうか。
- ◆デイサービスでは、入浴など、やらなければならないことで手一杯な状況。人材不足。
 - 事業所等の人材不足について状況は理解しているが、やはり楽しみを持てるような活動は必要だろう。
 - （要検討）保険者や介護保険事業計画に関する場面などで、そのような取り組みを行ってほしいことを、事業所へ働きかけることはできないだろうか。
 - （要検討）ただし、活動の場はデイサービスなど事業所だけに頼らなくてもいい。各団体や地域の中でできることもある。
- ◆もっと趣味を活かすような活動の場ができないか。
 - すでに公民館などで多数趣味活動がある。周知が必要。それでも不足している場合は、新たな活動を立ち上げる必要がある。

□ 地域の社会資源の把握と周知

□ 地域活動のマッチング

<出た意見のまとめ>

- その人に合う活動を見つけたり参加へつなげるには、本人の意識づけ、意識改革が必要
- 支援者が地域活動やインフォーマルサービスを把握したうえで、保健事業やケアマネ、病院との関わりをきっかけにつないでいく。

<解決策提言>

- ◆参加することへの、本人の意識づけや動機づけ
- ◆健診、保健事業の周知・活用、受診率の向上 → 地域活動への参加へつなげる機会となる
- ◆住民や生活支援コーディネーターとの協働もすすめていく
- ◆行きたくても行けない人もいる → 移動支援の問題、コミュニティバスの活用
- ◆「ちからこぶ」のさらなる充実と活用

B 認知症

- 認知症についての理解
- かかりつけ医から認知症専門医へつながりにくい
- 独居高齢者の見守り支援、緊急時の連絡体制
- 独居高齢者の把握、災害時の対応

□ 認知症についての理解

- ◆ 認知症初期集中支援チームより、活動内容の紹介。
- ◆ 島原市の認知症の普及啓発活動について整理

<理解促進に関する取り組み>

認知症サポーター養成講座、認知症予防教室、介護予防などの各種教室、出前講座、認知症カフェ、認知症の人と家族の会など。

<主な相談先>

地域包括支援センター、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センター、認知症サポート医、かかりつけ医、行政機関、認知症カフェ、認知症の人と家族の会、ケアマネジャー、サービス事業所など。

□ かかりつけ医から認知症専門医へつながりにくい

<出た意見のまとめ>

- ・かかりつけ医がいれば、まずかかりつけ医へ相談をしている。
- ・ものわすれ連携シート（Cシート）を活用し、かかりつけ医と共有している。
- ・認知症が疑われる方でも、独特な考えを持っており、検査をしない・薬を飲まないという人がいる。
- ・主治医として毎月診ていても変化が分かりにくいことが多いため、変化に気づいたときに、ぜひ主治医に情報提供してほしい。状況を聞けば、専門医へつなぎやすいきっかけにもなる。
- ・連携室がある場合は、事前の情報をもらえると、医師へ伝えることが可能
- ・包括には認知症地域支援推進員が6名いるため、相談・連絡調整など協力できる。
- ・継続して受診するための支援が必要
- ・民生委員や老人会、町内会などは、専門的知識がないため、気づきがあれば包括などの相談機関へ相談をする。
- ・精神科受診となると敷居が高い・周りの目を気にする＝イメージがある。かかりつけ医から専門医へつながらないのではなく、認知症がどういうものかを理解がないから専門医受診につながらないのではないか。

<解決策提言>

認知症について理解が深まれば、専門医への受診にもつながりやすく、本人が望む今の生活を続けることも可能になる。

- ◆個人・家族（専門知識がない方）は、相談機関へ相談をする。⇒相談先の周知は継続して実施。
- ◆包括（認知症地域支援推進員）を中心に、理解促進のため、高齢者・学校・事業所向けに、認知症サポーター養成講座を継続して実施していく。
- ◆支援者がかかりつけ医と連携することで、専門医受診へつながりやすくなることが分かった。⇒情報提供のため、ものわすれ連携シート（Cシート）は必要。
- ◆シートの運用状況の把握と課題抽出

□ 独居高齢者の見守り支援、緊急時の連絡体制

<出た意見のまとめ>

- ・島原市の緊急通報装置の導入

参考 <島原市福祉保健部 福祉課 障害福祉班> ※ホームページあり

65 歳以上のひとり暮らしで、身体が悪い、弱ってきた等の不安を抱えている人のお宅に緊急電話発信装置を設置する。

- ・ボタン一つで 24 時間専門スタッフが対応
- ・月に 2 回は安否確認の電話
- ・相談には随時対応
- ・月々 300 円の利用者負担金（3 月と 9 月に 6 ヶ月分を一括して徴収します。）

- ・民生委員が福祉票を作成する際に家族の理解が得られない。
- ・島原市のあんしん支え合い活動事業に登録された緊急連絡先が夫婦同士や施設入居者となっている。また、変更届が提出されない限り情報が古いままになっており、包括が気づいた際に都度、市へ連絡している。
- ・在宅見守り等の自費サービスが身近に使いやすくないか。
- ・SOS おかえりネットワークの情報伝達について、外勤中の職員に対してどのように周知するか。

<解決策提言>

- ◆島原市の緊急通報装置の導入を推進する。
- ◆福祉票の理解不足⇒家族に対して福祉票を理解出来るように働きかける。
- ◆あんしん支え合い活動の申請内容の精査⇒島原市福祉課で検討
- ◆自費サービス⇒島原包括で ALSOK 等の高齢者の見守りサポートについて、パンフレット等の情報を収集している。
- ◆SOS おかえりネットワークの情報伝達について、外勤中の職員に対してどのように周知するか。⇒島原市高齢者等見守りネットワーク協議会で LINE を使用する案が浮上しているが、配信された写真を個人の携帯に保存される恐れがある等の理由から個人情報の兼ね合いもあり、思案中とのこと。

□ 独居高齢者の把握、災害時の対応

- ◆島原市民生委員児童委員協議会連合会より、安中地区自主防災会について活動内容の紹介

<出た意見のまとめ>

- ・公助だけでは救助援助する側の人出が到底足りないため、自助、共助が大切である。
- ・訪問看護ステーション Q では訪問したら必ず緊急時の行動や連絡先を確認している。
- ・島原病院では年に 1 回大規模な災害を想定して訓練を行っており、災害時には独居の方や身寄りがない方も受け入れる可能性があるので意識していきたい。

<解決策提言>

- ◆常日頃から高齢者と関わりのある仕事をされている方は、災害時どのような対応をすべきか整理していただき、訓練をされている団体については、在宅でいる高齢者をどう訓練に参加させるか、具体的な避難支援のシミュレーション等を行えば、本人や周りの方の安心へつながると思うので、訓練時に検討していただきたい。

介護連携

C 在宅医療・

- 在宅医療介護連携の推進、ACP、終活の周知について

<令和3年度 島原市在宅医療・介護相談センターによる取り組み>

- ・ 出前講座（相談センターの紹介、終活について）の実施
- ・ 情報提供・共有シート（Aシート、Bシート）へACP項目を追加
- ・ 医療と介護担当者の見える化「つながるメモ」の作成

D 医療

- 高次脳機能障害についての理解、特徴に合わせた支援方法の理解
- 難病への理解
- 障害がある方の支援や制度の周知
- 疾病障害受容への支援と連携

□ 高次脳機能障害についての理解、特徴に合わせた支援方法の理解

<出た意見のまとめ>

- ・ 県では主にリーフレットの設置や研修会の企画実施
- ・ 長崎市内に設置された長崎県高次脳機能障害支援センターとケース検討可能
- ・ 高次脳機能障害といっても様々な症状があり、個々に合わせた対応を行うことが必要
- ・ 池田病院では就労が必要な若い方については、ケアマネを通じて『相談支援事業所』の利用や『県南障害者就業・生活支援センター ぱれっと』を紹介しており、過去に就労につなげたケースもある。
- ・ 訪問看護ステーションQでは、現在、高次脳機能障害を持っている3名の方を支援しており、年齢も症状も様々でそれぞれのニーズに合った支援を実施
- ・ 高次脳機能障害の方に介護保険制度を勧めるべきか、障害者制度を勧めるべきか支援の方針で悩む。
- ・ 小地域ケア会議の事例を紹介していただき、本人が自立していくために家族との関わり方を見直したことで、1年後に元の仕事へ復帰することができた方がいる。

<解決策提言>

- ◆ 県南保健所、広域リハでの高次脳機能障害の研修会について検討
- ◆ まずは本人が障害を自覚することが大事であり、今後、研修を実施するのであれば、本人が障害を持って生きる上で気を付けることや家族や周りがどのように支援するかについて盛り込んでいただければ、より支援が進むのではないかと。

□ 難病への理解

<出た意見のまとめ>

- ・治療費負担の申請先が保健所になっているので、別途相談があれば個別対応したり、その中で生活の困りごと等が本人家族からある場合は聞き取りをして状況によっては家庭訪問するなどの対応をしている。
- ・長崎市内に難病相談支援センターを設置しており、様々な相談や疾患に応じた家族会、当事者会等といった勉強会を開催している。病気の進行で災害時の避難支援が必要な方については、保健所からリーフレット等を配布している。
- ・難病の病状説明については、医療機関でしていただくため、支援者間で共通した支援方策が必要と考える。支援する側としては、難病についての理解を深める研修があればよいと思う。
- ・本人や家族の難病理解については、訪問看護の看護師の力は大きいと思っている。本人、家族の指導、医療との連携、医療費の公費負担軽減にもつながると思う。
- ・難病の方は重度化するほどに多くのサービスが必要になり、医療、介護保険では足りなくなり障害の方のヘルパーも併用して利用される。可能であれば、介護や障害のどちらでも通用する研修をしていただければと思う。

<解決策提言>

- ◆支援者向けの研修については、今年度県南では実施していないが、難病に関わるヘルパー向けの研修を開催しているので、そういった情報があればお伝えする。なお、島原地域でヘルパーの協議会がないということで、研修会が開催された際の周知方法については、今後検討する。

□ 障害がある方の支援や制度の周知

<出た意見のまとめ>

- ・最近、高齢者で障害があるケースが多く、その場合は福祉課にある高齢担当と障害担当の班と情報共有しながら対応している。
- ・障害手帳や障害年金の手続きは難しく感じる。障害がある方でも介護保険を持たれていれば、介護保険のケアマネが対応することもあるが、その場合は経験を重ねていないと難しい。経済面の問題等を島原市権利擁護センターに相談できるようになり大変助かっている。
- ・過去に対応した事例の中で障害があり、就労が難しかったため、就労できない証明を取得して障害年金を受給された方がいる。また、見た目では障害があると判断されづらかったため、島原市福祉課からヘルプカードを貰いカバンに付けていた。
- ・池田病院では退院支援として必要な場合にソーシャルワーカーが間に入り、障害手帳の申請方法や障害年金の受給方法の説明をするようにしている。

<解決策提言>

- ◆高齢者を支援しようにも生活困窮等の要因の一部が同居の家族にある場合、家族に対しても何らかの支援が必要になると思うが、現状は包括やケアマネだけで支援することは難しい。今後、重層的支援体制の構築を進めていただく必要があると考える。

□ 疾病障害受容への支援と連携

<出た意見のまとめ>

- 疾患により受け止め方は様々である。病気に対しての説明は医師、セラピストで行うが、本人の思い込みや家族の期待で受け入れきれない方もいる。

<解決策提言>

- ◆ 顔の見える関係づくりにおいて、会議や研修で意見交換を実施、情報収集をしていくことが重要だと考えるため、引き続き在宅医療・介護連携の中で研修を開催していきたい。

参考 <長崎こども・女性・障害者支援センター> ※ホームページあり

- 身体障害者及び知的障害者支援に関すること
- 障害者権利擁護センターに関すること
- 精神障害者支援に関すること
- 高次脳機能障害支援に関すること
- 精神保健福祉センター（精神保健福祉課）で精神保健福祉に関する研修会を実施

E 権利擁護

- 身寄りがいない方の成年後見制度の利用促進
- 年金少額、生活困窮者のサービス利用

□ 身寄りがいない方の成年後見制度の利用促進

□ 年金少額、生活困窮者のサービス利用

- ◆ 島原市社会福祉協議会 島原市権利擁護センターより、成年後見制度の利用、島原市権利擁護センターについて講話を実施
- ◆ 島原市福祉課保護班より、生活困窮者に対する事業、自立支援事業について講話を実施
令和4年度以降、新たに開始予定の事業もある。

<出た意見のまとめ>

- ・ 支援者側も理解不足で、上手く説明できない時がある。
- ・ 訪問販売等、怪しい契約に対するメリットがあるが、多くの方は「まだどうしても必要な段階ではない」など、早期の相談・制度利用のメリットが分かりにくいかもしれない。セミナーなどで事例紹介をしてもらえれば関心を持つかもしれない。
- ・ 年金が少なく、サービスが受けられない。退院先がなくどうしようもなくなることがあった。今後は、中核機関（島原市権利擁護センター）に相談しながら進めたい。
- ・ 長年、障害者施設に入所しており、キーパーソンが死亡し、法定後見人制度を利用した方がいた。施設向けへも周知をしてはどうか。
- ・ ケアマネは利用者が抱えている「困りごと」を「適切な社会資源」へ結びつけることが重要な役割の一つ。支援者が、利用者に説明できることが大切
- ・ どこまで解決できるか分からない、で止まるのではなく、まずは相談しつなげていくことが大切

<解決策提言>

島原市の制度の確認をすることで課題が整理され、今できること・すべきことが分かり解決へ近づいた。

- ◆ 島原市には、制度や相談体制などが既存で整備されている。新たに開始予定の事業もある。
- ◆ まずは支援者が、既存の制度や相談機関を上手く活用できるようになること。
 - ・ 島原市権利擁護センターから、事業所ごとに前講座や同行訪問も可能。
- ◆ 住民への普及啓発は、関係機関（権利擁護センター、地域包括支援センター、福祉課等）を中心に、引き続き実施していく。

F 家族支援

- 家族関係が希薄で連絡も取れなかったり、取れても家族の理解不足で支援が進みにくい。

<解決策提言>

- ◆ 島原では重層的支援の体制は構築されていないため、包括支援センターで相談を受け付けて関係団体へ声がけして個別会議やケース会議を開催していきたいと思うので、関係機関には協力をお願いしたい。

	令和3年度	令和4年度
A 地域資源	<input type="checkbox"/> 行政との連携 <input type="checkbox"/> 複雑な問題をケアマネー一人で抱え込んでしまいがち <input type="checkbox"/> 「ちからこぶ」の活用・周知 <input type="checkbox"/> 若い方の活動の場 <input type="checkbox"/> 同じ病気を持つ方のつどいの場	<input type="checkbox"/> 地域の社会資源の把握と周知 <input type="checkbox"/> 地域の見守り体制の構築 <input type="checkbox"/> 子育てと介護のダブルケア
B 認知症	<input type="checkbox"/> 認知症の理解	<input type="checkbox"/> 認知症の理解不足 <input type="checkbox"/> 独居高齢者への見守り体制
C 在宅医療 介護連携	<input type="checkbox"/> 医療との連携（意思決定支援） <input type="checkbox"/> 終活ノートの活用 <input type="checkbox"/> ACP活用・周知 <input type="checkbox"/> 支援者間のネットワーク作り	<input type="checkbox"/> 入退院時の連携と多職種とケア情報の連携
D 医療	<input type="checkbox"/> 医療助成制度の周知 <input type="checkbox"/> 障害受容への支援	<input type="checkbox"/> 認知症透析患者の支援 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症の正しい理解への情報発信 <input type="checkbox"/> 家族を巻き込んだ透析治療への理解 <input type="checkbox"/> フレイル対策情報発信 <input type="checkbox"/> 服薬管理
E 権利擁護	<input type="checkbox"/> 独居高齢者の権利擁護 <input type="checkbox"/> 成年後見制度の周知活用 <input type="checkbox"/> 身寄りがない方の意思決定 <input type="checkbox"/> 意思決定支援	<input type="checkbox"/> 生活困窮者のサービス利用 <input type="checkbox"/> 認知症のある方の意思決定支援の普及啓発 <input type="checkbox"/> 成年後見制度の周知活用
F 家族支援	<input type="checkbox"/> 家族介護者支援 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員の対人援助力の向上	<input type="checkbox"/> 家族の認知症についての理解 <input type="checkbox"/> 障害を抱える家族への支援 <input type="checkbox"/> 家族調整 <input type="checkbox"/> 老々介護 <input type="checkbox"/> 介護方法の指導共有

島原市地域課題の解決策案

	令和3年度	令和4年度
A 地域資源	<input type="checkbox"/> 行政との連携 <input type="checkbox"/> 複雑な問題をケアマネー一人で抱え込んでしまいがち <input type="checkbox"/> 「ちからこぶ」の活用・周知 <input type="checkbox"/> 若い方の活動の場 <input type="checkbox"/> 同じ病気を持つ方のつどいの場	<input type="checkbox"/> 地域の社会資源の把握と周知 <input type="checkbox"/> 地域の見守り体制の構築 <input type="checkbox"/> 子育てと介護のダブルケア

行政との連携

地域ケア会議、自立支援型ケア会議及び在宅医療サークル等を活用し、顔の見える関係づくりを継続して行う。

また、行政職員の精度の理解、地域ケアシステムの制度横断的な構築の促進を行う。

複雑な問題をケアマネー一人で抱え込んでしまいがち

介護支援専門員が気軽に相談できるような支援体制の整備を行う。個別ケア会議やケアマネタイムの活用

「ちからこぶ」の活用・周知、 地域の社会資源の把握と周知

令和2年度に解決策を集約済み。

- ・「ちからこぶ」のさらなる充実と活用

若い方の活動の場

プラチナ世代向けの社会参画への啓発を生活支援コーディネーターと協働して行う。

同じ病気を持つ方のつどいの場

長崎県や病院と連携し、対象者につどいの場などを紹介してもらうような働きかけや仕組みを作る。

(例：地域にアプローチが必要、担い手の発掘(仲間づくり)としてマッチングコーディネート「気軽に集まれる場」、「多様な通いの場」)

地域の見守り体制の構築

島原市高齢者等見守りネットワークとの協力関係を強化する。(例：企業を巻き込んだ地域づくり、活動の場の創設)

子育てと介護のダブルケア

島原市が実施する子育ての援助を受けたい人と子育ての援助を行いたい人が会員となって、子どもの預かりなど、一時的な子育てを助け合う有償ボランティア事業である島原市ファミリーサポートセンター事業の活用、周知を行う。

また、高齢者から子どもまで集まれる場が不足していることから、こども食堂の把握を行う。

島原市地域課題の解決策案

	令和3年度	令和4年度
B 認知症	<input type="checkbox"/> 認知症の理解	<input type="checkbox"/> 認知症の理解不足 <input type="checkbox"/> 独居高齢者への見守り体制

認知症の理解、 認知症の理解不足、 独居高齢者への見守り体制

令和2年度に解決策を集約済み。

- 個人、家族（専門知識がない方）は相談機関へ相談をする。
⇒相談先の周知は継続して実施する。
- 包括（認知症地域支援推進員）を中心に理解促進のため、高齢者、学校、事業所向けに認知症サポーター養成講座の実施を継続する。
また、小中学校向けの講座については、定期的な授業の一環として取り組むような働きかけを行う。
- 支援者が、かかりつけ医と連携することで、専門医受診へつながりやすくなることが分かった。
⇒情報提供のため、ものわずれ連携シート（Cシート）の活用が必要
- シートの運用状況の把握と課題抽出

島原市地域課題の解決策案

	令和3年度	令和4年度
C 在宅医療 介護連携	<input type="checkbox"/> 医療との連携（意思決定支援） <input type="checkbox"/> 終活ノートの活用 <input type="checkbox"/> ACP活用・周知 <input type="checkbox"/> 支援者間のネットワーク作り	<input type="checkbox"/> 入退院時の連携と多職種とケア情報の連携

医療との連携（意思決定支援）、 終活ノートの活用、 ACP活用・周知、 入退院時の連携
 高齢者の入退院時に医療と介護が情報共有できる情報連携シートを引き続き関係機関へ周知し、円滑に在宅療養へ移行できるよう支援を行う。また、在宅医療・介護連携相談センターが実施する活動で終活ノート等を活用した終末期における支援方法の周知を行う。

（例：ボランティアの拡大、制度のすきま支援、インフォーマルサービスの強化、任意事業や近隣支援のルール作り）

支援者間のネットワーク作り、 多職種とケア情報の連携

支援者間や多職種との連携を強化するため、引き続き自立支援型ケア会議及び地域ケア会議を実施し、在宅医療サークル等の研修会で顔の見える関係づくりを構築する。

島原市地域課題の解決策案

	令和3年度	令和4年度
D 医療	<input type="checkbox"/> 医療助成制度の周知 <input type="checkbox"/> 障害受容への支援	<input type="checkbox"/> 認知症透析患者の支援 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症の正しい理解への情報発信 <input type="checkbox"/> 家族を巻き込んだ透析治療への理解 <input type="checkbox"/> フレイル対策情報発信 <input type="checkbox"/> 服薬管理

障害受容への支援

介護保険制度と障害福祉サービスの適用関係について理解を深めるため、介護支援専門員を対象とした研修を実施する。

認知症透析患者の支援、 家族を巻き込んだ透析治療への理解 → 「認知症透析患者の把握」

高齢化に伴い透析患者数も増加傾向にあると思われるが、実態の把握ができていないことから、調査を行い現状の課題を整理し、分析する。

（例：「認知症高齢者の日常生活自立度」がⅡa 以上で透析を行っている方の人数、糖尿病患者の人数、認知症の透析患者を受入れることが可能な病院の数等、付き添い家政婦の確保）

新型コロナウイルス感染症の正しい理解への情報発信、 フレイル対策情報発信 → 「感染症への正しい理解」

新型コロナウイルス感染症により、高齢者が外出を避ける傾向にあり、介護状態が悪化する要因となっていることから、高齢者が安心して生活ができるよう高齢者や介護事業所等に対し、必要な情報提供等を行うとともに、関係機関と連携して感染症への正しい理解を促す。

服薬管理 → 「高齢世帯の服薬管理」

在宅訪問を実施してる薬局や在宅訪問の利点の再周知のため、薬剤師会への働きかけを行う。

島原市地域課題の解決策案

	令和3年度	令和4年度
E 権利擁護	<input type="checkbox"/> 独居高齢者の権利擁護 <input type="checkbox"/> 成年後見制度の周知活用 <input type="checkbox"/> 身寄りがない方の意思決定 <input type="checkbox"/> 意思決定支援	<input type="checkbox"/> 生活困窮者のサービス利用 <input type="checkbox"/> 認知症のある方の意思決定支援の普及啓発 <input type="checkbox"/> 成年後見制度の周知活用

独居高齢者の権利擁護、 成年後見制度の周知活用、 生活困窮者のサービス利用

令和2年度に解決策を集約済み。

- 島原市には、制度や相談体制などが既存で整備されている。新たに開始予定の事業もある。
 （新たに令和4年度以降開始見込みで、生活リズムが崩れている人への支援、家計の見直し、困窮世帯の子供の学習支援などを計画中）
- まずは支援者が、既存の制度や相談機関を上手く活用できるようになること。
- 島原市権利擁護センターから、事業所ごとに出前講座や同行訪問も可能
- 住民への普及啓発は、関係機関（権利擁護センター、地域包括支援センター、福祉課等）を中心に引き続き実施する。

身寄りがない方の意思決定、 認知症のある方の意思決定支援の普及啓発

介護支援専門員が高齢者の意思決定支援を行うために意思確認シートを活用した普及啓発に努める。

また、成年後見制度を活用しやすくするために行政としての取り組みを促進する。

島原市地域課題の解決策案

	令和3年度	令和4年度
F 家族支援	<input type="checkbox"/> 家族介護者支援 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員の対人援助力の向上	<input type="checkbox"/> 家族の認知症についての理解 <input type="checkbox"/> 障害を抱える家族への支援 <input type="checkbox"/> 家族調整 <input type="checkbox"/> 老々介護 <input type="checkbox"/> 介護方法の指導共有

家族介護者支援、 介護支援専門員の対人援助力の向上、 家族の認知症についての理解、 障害を抱える家族への支援、 家族調整、 老々介護、 介護方法の指導共有

家族介護者の支援を行うためには、支援側が家族介護者の困りごとや悩みを理解した上で、最適な支援を行う必要がある。

そのためにも、まずは厚生労働省が公開している「家族介護者支援マニュアル～介護者本人の人生の支援～」等の周知を行う。

また、家族介護者の支援の必要性を計るようなスクリーニングシートを作成する。

なお、家族介護者を支援する地域づくりのための活動として、下記の項目を実施する。

- 家族介護者教室開催の必要性を理解
- 案内の周知
- 勉強会講演会の開催

(例：開催会場の提供、移動の支援、移動手手段の確保、民間企業・社福法人の協力、自宅から歩いて行けるカフェなど)

雲仙市地域課題 分類表 (個別ケースの事例検討から抽出した地域課題をグループ分け)

グループ	検討	令和4年度 事例検討から	検討	令和5年度 事例検討から
A 地域活動	R4.8	<input checked="" type="checkbox"/> 地域活動の場の減少 <input checked="" type="checkbox"/> 地域との交流の減少		
B 社会資源	R5.7	<input checked="" type="checkbox"/> 移動手段が限られている <input checked="" type="checkbox"/> 社会資源（フォーマル、インフォーマル）の活用ができていない <input checked="" type="checkbox"/> 専門職を活用できる仕組みがない <input checked="" type="checkbox"/> 運転免許返納による活動の縮小（移動の制限）	R5.7	<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス以外の、体を動かす活動場所が不足している <input checked="" type="checkbox"/> かかりつけ医に栄養士がいない場合の、栄養指導を受ける手段がない <input checked="" type="checkbox"/> リハビリ職、薬剤師、栄養士等の専門職が訪問し、生活環境を見て指導を行うことができれば困りごとが減るのではないかと <input checked="" type="checkbox"/> 高齢になるとIT活用が苦手で便利な機器が活用できていない（見守り機器の推進）
C 地域とのつながり	R4.11	<input checked="" type="checkbox"/> 民生委員や自治会、隣近所とのつながりが少ない <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者の見守りの必要性 <input checked="" type="checkbox"/> 老々介護（お互い病気や障害のある夫婦）		
D 認知症	R5.3	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症の人への理解不足がある <input checked="" type="checkbox"/> 認知症支援に関する事業や制度の活用ができていない <input checked="" type="checkbox"/> 本人の意思確認・意思決定ができない <input checked="" type="checkbox"/> 成年後見制度の活用が進まない		<input type="checkbox"/> 事業者や施設等での認知症（周辺症状）への対応が難しい <input type="checkbox"/> 認知症の介護をしている家族負担がある <input type="checkbox"/> 介護による離職（休職）がある <input type="checkbox"/> 「認知症」ということを近所へ言いにくい <input type="checkbox"/> 若年性認知症に合った活動の場が少ない
E 医療		<input type="checkbox"/> 終活への抵抗感がある <input type="checkbox"/> 医師、歯科、薬局等の専門職との連携ができていない <input type="checkbox"/> 歯科受診がない <input type="checkbox"/> 栄養・食事についての知識不足 <input type="checkbox"/> （若い時から）生活習慣病予防ができていない		<input type="checkbox"/> 複数の病院や薬局にかかる人が多く内服薬の整理や管理ができていない

F 課題の 複雑化		<input type="checkbox"/> 介護保険制度に対する理解が乏しい(制限なく利用できると思われ無理難題を言われる)	<input type="checkbox"/> 複数課題を抱えた家族への支援に対する困難さ (親は要介護状態、子は精神疾患等)
		<input type="checkbox"/> 複数の問題がありケアマネの負担が大きい	
G 災害	R4.11	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの活用ができていない	<input type="checkbox"/> 路面状況が悪く日常的外出、災害時の対応が困難
		<input checked="" type="checkbox"/> 支援を必要とする方の災害時の避難が困難	
		<input checked="" type="checkbox"/> 孤立集落で隣近所がなく、災害時が不安	

令和2年度 概要	
<p>【課題】 歯科について</p> <input checked="" type="checkbox"/> 歯が悪い人が多い <input checked="" type="checkbox"/> 歯科受診をしていない人が多い	<ul style="list-style-type: none"> ・介護度が高い人や通院できない環境の人への往診 ⇒歯科医師会が訪問診療対応の情報をHPに公開している。周知を行う。 ・ケアマネや事業所など関わる人に意識を持ってもらう ⇒多職種協働研修会において、口腔の研修を行う。

令和3年度 概要	
<p>【課題】</p> <input checked="" type="checkbox"/> ヘルパー不足について	<ul style="list-style-type: none"> ・人材の確保が難しい、ヘルパーの高齢化 ・給料や社会的地位が低い。 ・在宅ヘルパーの負担感大きい。インセンティブが必要。 ・雲仙市の地理的な問題 ・認知症がなければ専門職でなくても対応できる。 <p>【解決策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ヘルパーじゃなくても対応できる業務を地域の中で対応する。 ⇒民間スーパーの買い物支援やチョイソコうんぜんの活用 ⇒就労的活動支援の推進
<p>【課題】</p> <input checked="" type="checkbox"/> 運動習慣がない人が多い	<ul style="list-style-type: none"> ・まずは分析が必要(なぜ運動習慣がないのか、体操をしていなくても仕事で体を動かしていないか、閉じこもりなど) ・虚弱の方を対象としたメニューがない。 <p>【解決策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒フレイル健診や新規教室の立ち上げを検討 ⇒高齢者こそインターネットを活用する(運動の動画あり)。 ⇒各機関が同じような内容をバラバラに検討しているため、コーディネイトが必要

A
地域活動

地域活動の場の減少

～参加したいと思っても、参加できる場所がない～

自宅で過ごす時間が長くなり、人との交流が減少し、心身機能が低下する。
不活発な状態が続き、フレイルや要介護状態となるおそれがある。

<現状>

地域活動が減少する要因・課題

- 地域活動の場のリーダーがない
- 老人会等、役員の担い手不足
- 運営側、参加者の高齢化
= 新規参加者、若い高齢者の参加がない
- 移動手段がない

その他の課題

- 認知症についての理解が必要
- 家庭内のつながりの減少
- 隣近所とのつながりの減少

良い面、新たな視点

- 趣味活動には、地域の枠を超えて参加する
- スマホやタブレットを使う高齢者も増加
- 定年の延長で、引き続き働く高齢者も増加
= 働くことも介護予防



<解決策提言>

老人会や婦人会は、戦後の高齢者が多い時代にできた仕組みで、現代には合っていないのではないか。
今ある地域活動の場が継続できるよう支援をしつつ、現代に合った新たな視点を持ち取り組む必要がある。

■ 今ある地域活動の場が継続できるような支援を実施

⇒ 【雲仙市福祉課を中心に】

通いの場サポーター養成、既存の通いの場への支援、新規立ち上げ = フレイル健診と連携

■ 新たな視点を取り入れる：役に立てる場があれば、通いの場にこだわらなくてもいい

⇒ 【生活支援体制整備事業、生活支援コーディネーターを中心に】

高齢者の「得意なこと」、「自分にできること」を活かす

◎ 人、もの、活動などの資源の把握

→ 【包括】社会資源集「花ぼうろ」の活用、更新、周知

→ 【社協】今後、資源集を発行予定（花ぼうろと重複しない内容）

→ その他、掘り起こし

◎ 資源を活用したい通いの場や高齢者とマッチング

⇒ インターネットの活用

you tube 等へアップすると、自宅でも介護予防に取り組める、繰り返し見ることができる

■ それぞれで活動をしているため、雲仙市内の各団体・各地で実施している活動をつなぐ役割が必要
(事業のケアマネジメント)

G C

災害
地域との
つながり

■民生委員や自治会、隣近所とのつながりがない

■高齢者の見守りの必要

・つながりがいないため、見守りや安否確認、「ちょっとした困りごと」への手助けができない。

⇒■支援を必要とする方の災害時の避難が困難

・支援が必要な人の具体的な把握が難しく、災害時など、いざという時の安全確保が難しい。

・災害時に誰がどのように動くのか、どこまで状況を把握すべきか分からない。

<現状・課題>

【地域とのつながり】

<日頃からの関わり>

- 自治会では、班長が回覧配布時に高齢者の見守りを実施 ⇒ただし、どの程度できているか未把握
- 避難行動要支援者名簿の登録には、民生委員や自治会長のみなど隣近所の支援者がいない人がいる
- 自治会に入っていない人は把握できない(しない)
- 巡回連絡の中での情報を、関係機関を共有しており、非常時の連絡先を把握している

<SOS オレンジネットワーク、行方不明関連>

- 一度行方不明になり、今後同じ事が起こった場合の連絡体制をどうするかまでは把握できていない
- SOS オレンジネットワークに登録していない人の行方不明が多い

<後見人関連>

- (地域近い存在の)市民後見人の養成はしているが、実際に活躍する人がいない

【緊急時・災害時】

<いのちのカプセル>

- 未記入や記載内容が古いものがあり、救急搬送時に困ることがある
- 民生委員は、独居宅を訪問し、年1回、カプセルの内容を確認する活動を実施
⇒独居は訪問するが、同居者がいる場合は訪問しないため、どの程度内容が更新されているか疑問

<避難行動要支援者名簿、避難計画関連>

- 支援者に位置付けられている人や消防団などに、きちんと情報が行き届いているのか疑問
- 要支援者の具体的な避難計画が進んでいない
- 自治会で計画を立てるよう依頼がくるが、要支援者の人数が増えてくると対応が困難
- 自治会に加入していない人は把握するできない(しない)
- 病気等で避難が不安な住民もどこに相談していいか分かっていない

<自主防災組織関連>

- 作り方が複雑、段階的に動いており全地区ではできていない

<個人情報の取扱い>

- 病気等を秘密にして欲しい人もおり、災害時にどう動いていいのかわからない
- 災害時に避難を拒否する高齢者もいるが、その情報を市や消防、警察等へ流していいのかわかぬ
- 災害時・緊急時の個人情報の取扱い

<後見人関連>

- 被災した時に後見人と連絡が取れないケースも出てくる

解決策提言 【地域とのつながり】

<日頃からの関わり> 【全員】

- サービス等につながっていない方も、気づいた時に行政や包括、民生委員や自治会等と連携をしていく

<SOS オレンジネットワーク、行方不明関連> 【福祉課を中心に包括、ケアマネ、消防、警察など】

- ネットワークへの登録の周知と推進
- SOS オレンジネットワークが機能しているのか定期的に確認が必要
 - ⇒徘徊も声かけ訓練と一緒にできないか
- ネットワークに登録していない方が行方不明になるケースもある。登録していない方の見守りシステムや対応策を図る必要がある

<後見人関連> 【社協、福祉課を中心に】

- 専門職後見人より市民後見人の方が身近に存在し、地域とのつながりができるのではないかと
⇒市民後見人の活用が有用
- ⇒市民後見人の養成の引き続き取り組む（社協で実施中）
- ⇒受講しただけで終わらず、実際に活動してもらえようような関わりが必要
- ⇒市民後見人がついた場合も、弁護士や司法書士などの専門職へ相談できる仕組みが必要

解決策提言 【緊急時・災害時】

<日頃からの備え> 【全員】

- 食事やライフライン、在宅酸素や内服薬など、避難場所への避難だけでなく自宅でどう過ごせるかの備えも必要
- ⇒日頃から関わる支援者が声かけ、確認をする

<いのちのカプセル> 【福祉課を中心に包括、ケアマネ、事業所など】

- 記載内容の確認や更新が必要
- ⇒広報誌などで、呼びかけができないか
- ケアマネジャーへも改めて周知を行い、訪問時に確認してもらう

<避難行動要支援者名簿、避難計画関連> 【福祉課を中心に】

- 年1回でも、要援護者に対する支援方法を確認・検討する会議を行うべきではないか

<自主防災組織関連> 【危機管理課、社協を中心に】

- 自主防災組織の研修会の実施

<後見人関連> 【福祉課、社協を中心に】

- 後見人と直接連絡が取れなくても、後見人を把握しているシステムが必要

<個人情報の取扱い> 【行政を中心に】

- 個人の判断ではなく、災害時の個人情報取扱いのルールを関係者間で決める必要がある

雲仙市地域課題の検討結果 令和5年3月7日（火）検討

D 認知症	<ul style="list-style-type: none"> ■認知症の方への理解不足がある ■認知症支援に関する事業や制度の活用ができてきない 	<ul style="list-style-type: none"> ■本人の意思確認・意思決定ができない ■成年後見制度の活用が進まない
	<ul style="list-style-type: none"> ・おかしいな、と気づいた段階で、早期受診や関わりができていない。 ⇒進行し支援が必要な状況に。意思確認ができず、本人の望む生活が分からない。 ・認知症の方への接し方が分からず、本人、家族ともに疲弊し在宅生活が困難に。 	

<現状>

- 認知症を心配し関りたいが、「まだ違う！」を怒られる。
- 「認知症」という言葉が付くだけで身構える。
- 認知症がどうかの判断が難しい⇒下手に動くと、関係が崩れ活動しにくくなる。近所で噂になる。
- 認知症が進行してからの相談が多い。
- 早期発見、早期の関わりが難しい。
- 症状が進んでから関ると、できることが限られる。結果、望む生活にならない。
- 事業所内でも関係団体を把握しきれていない。
- 予防教室には参加者が多く、好評である。

解決策提言 目指すべき姿：認知症になってもその人らしく暮らせる地域 ～まるごと認め合う～

課題①根底には偏見がある ※広義には人権問題		活動主体
普及啓発、広報	<ul style="list-style-type: none"> ■一般向けの認知症サポーター養成講座の実施 ■SNSの活用 	包括、福祉課、広域、社協
認知症になってもできることはたくさんある発信	<ul style="list-style-type: none"> ■強みに目を向ける ■認知症の人と家族の会の活動を広めていく ⇒ピアサポート活動を推進予定 	個別支援(ケアネ中心) 家族の会(関係機関は後方支援)
権利を守る	<ul style="list-style-type: none"> ■人権や成年後見制度について理解してもらう ⇒制度に関する勉強会や市民講座を開催(弁護士も協力可) 	社協、福祉課、法テラスも協力を
課題②認知症かどうかの判断が難しい 課題③認知症に関する社会資源を知らない		活動主体
相談できる体制づくり	<ul style="list-style-type: none"> ■判断が難しい時や直接話をするのに悩む時にはプロに相談 ⇒早期に関わるきっかけになる ■関わるきっかけをキャッチできる地域、困った時にさっと助け船が出せる地域 ⇒相談先や認知症支援の周知活動が必要 ⇒職域での認知症サポーター養成講座の推進 	民生委員や自治会等の地域の人は、悩まず相談を 周知や認サポは、広域、包括、福祉課、初期集中支援チーム 地域の人は、見守り・相談を
課題④相談がある時には認知症が進行している		活動主体
早期に関わる体制づくり	<ul style="list-style-type: none"> ■上記の<普及啓発・広報活動><相談できる体制づくり> ■認知症が軽度である方が利用できる社会資源が必要 ■認知症に「ならない」ではなく、「なるのを遅らせる」「進行を遅らせる」意味合いを持ち、予防教室等の実施範囲を拡大 	上記同様 広域、包括、SC 認知症カフェなど 福祉課

【認知症支援を推進するチーム】を作ってはどうか。(案)
⇒チームを作って、具体的な活動を検討していく

南島原市地域課題 分類表

認 知 症	認知症に関する正しい知識、理解の不足	R4.12月、 R5. 2月検討
	認知症の人が気軽に来ることができる場所づくり	
	徘徊模擬訓練等、現在行っている取り組みの有効活用	

南島原市地域課題の検討結果

検討日	令和4年12月21日（水）
	令和5年2月24日（金）

■ 認知症

テーマ：認知症になっても住み慣れた地域で生活が継続できるように

課題 1	認知症に関する正しい知識、理解の不足
現 状	<p>【本人】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症であると自覚しているか。 ・ 周囲から認知症と言われることで本人が萎縮し、言いたいことが言えなくなる。 <p>【家族】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 他の人に迷惑をかけないようにと囲い込んでしまう。 ・ 認知症になったことを周りに知られたくないとの思いが働き、隠したがる。 ・ 認知症患者との接し方（距離感）が難しい。 ・ 家族に認知症患者が居ることで、ストレスが溜まる。 ・ いつもの生活が、認知症と診断を受けた時に、家族の対応が変わる。それによって本人（認知症患者自身）が戸惑う。 <p>【地域】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症への偏見。どうしても色眼鏡で見えてしまう。 ・ 認知症が重くなってから何かを始めることは理解が難しい。 <p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症について正しい知識を得る機会がない。
解 決 策 へ の 提 言	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域住民の不安、認知症に関する知識不足に対する働きかけを行う。 ・ 介護予防教室に参加している方に対して、講話などをして認知症の理解を深める、広げる。 <p>※課題点</p> <p style="padding-left: 20px;">介護予防教室へ参加する手段が欠けている為、行くまでの足がない。 バスが通っていない。 乗り合い送迎サービス「チョイソコみなみしまばら」は、歩行車など使っている人を乗せない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 重症化した場合、制度で支えることが必要となる。その手前の段階で関わることで、健康で長く居続けられることができるのではないか。 ・ 認知症の症状が重症化する前から早期に介入を行う。

課題 2	認知症の人が気軽に來ることが出来る場所づくり
現 状	<p>【本人】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・活動できる場がない →人付き合いをしなくなり孤立してしまう。 <p>【家族】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・他の人に迷惑をかけないようにと囲い込んでしまう。 <p>【地域】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・昔のような家族同然の付き合いがなくなり、他家族のことに対してほとんど知らない。
解決策への 提言	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の方がいても、自然と対応できるように。(受け入れる) ・認知症の方が気軽に集まれる場所づくり。

課題 3	徘徊模擬訓練等、現在行っている取り組みの有効活用
現 状	<p>【本人・家族・地域】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・行政や地域で様々な取り組みをしているが、知らないことが多い。 ・地域で専門職の講義を聴く機会がない。 ・認知症という言葉は広がっているが、理解は進んでいない。 ・相談先や支援制度を知らない。 ・民生委員がどういう仕事をしているか知らない。 ※民生委員の活動記録を配布したが、ほとんど見てない。
解決策への 提言	<ul style="list-style-type: none"> ・包括や認知症地域支援推進員の役割として活動していることを、地道に忍耐強く続けると普及啓発が進み、理解ができる地域になるのでは？ ・徘徊模擬訓練等を 反復的に繰り返す。 ・広報 認知症についての発行・掲載。 ・出前講座等を学校で行い、子供が学び、家庭で話すことで理解が膨らむ。 ・認知症の予防のことなど、広報誌に記事を掲載する。 ・駐在所職員も地域に密着した仕事をしていくことが必要。 ・後見制度など、サポートできる制度・体制があることの理解も必要。 ・意思決定支援で弁護士やほかの資源が関わることもできることを情報提供する。