

平成23年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業
認知症地域支援のモニタリングシステムの確立と
自治体での定着に関する調査研究事業
報告書 別冊

地域の実情・特徴に根差した 着実な認知症地域支援に向けて

報告会資料集



社会福祉法人 浴風会
認知症介護研究・研修東京センター

平成 23 年度
「認知症地域支援のモニタリングシステムの確立と
自治体での定着に関する調査研究事業」報告会

地域の実情・特徴に根差した着実な認知症地域支援に向けて

- 日時：平成 24 年 3 月 16 日（金）13 時 30～16 時 30 分
- 主催：認知症介護研究・研修東京センター
- 会場：JA 共済ビル カンファレンスホール（千代田区平河町 2-7-9）

13:30～13:50	【はじめに】 認知症地域支援に関するモニタリングを各自治体/地域で行うことの重要性と今後の活かし方にむけて 認知症介護研究・研修東京センター研究部副部長 永田久美子	頁 2
13:50～15:30 質疑応答 ／休憩含む	【第 1 部】 わが町でのモニタリングは・・・ 1) 市が日常生活圏域ごとの基本情報を活かしながら、 地域に密着した認知症支援を推進してきている取組み 加賀市 医療提供体制検討室 専門官 水井 勇一さん	15
	2) 地域福祉計画の実践の中で、身近な地域の実情にそった 認知症地域支援ネットワークを育てている取組み 伊賀市地域包括支援センター 二階堂 樹さん	42
	3) 地域包括支援センターが市とともに小地域ごとの基本統計を 作成・分析し、小地域の実情と特徴に応じた地域支援を進めて いる取組み 川西市地域包括支援センター 森上 淑美さん	55
15:30～16:20	【第2部】 シンポジウム 「モニタリングを活かす！町づくりのパワーアップを」 ～認知症地域支援体制づくりの今後にむけて～ ○小室 直義さん（前・富士宮市長） ○第 1 部の報告者のみなさん	
16:20～16:30	まとめ・閉会	



認知症地域支援に関するモニタリングを 各自治体/地域で行うことの重要性と 今後の活かし方にむけて

2012年3月16日

認知症介護研究・研修東京センター
永田 久美子



認知症になっても、わがまちで安心して暮らし続けるように
その実現のために、すべての自治体/地域で
「地域支援・体制づくり」が、大きな課題になっています。

取組みを着実・継続的に進めるために不可欠なのが
認知症地域支援に関するモニタリング

1. なぜ、モニタリングが重要なのか
2. モニタリングのあり方は
3. どのようにモニタリングを活かしていくか

認知症地域支援に関する モニタリング

認知症地域支援・体制づくりの実現にむけた
自地域の実情（情報）の把握・確認・点検

1. なぜ、モニタリングが重要なのか



①認知症の人：地域で（予想を超えて）急増が続く

- ・自分の自治体全体では・・・？
- ・自治体の中の、自分が暮らす地域では・・・？

②自治体/地域で暮らす認知症の一人ひとりは・・・

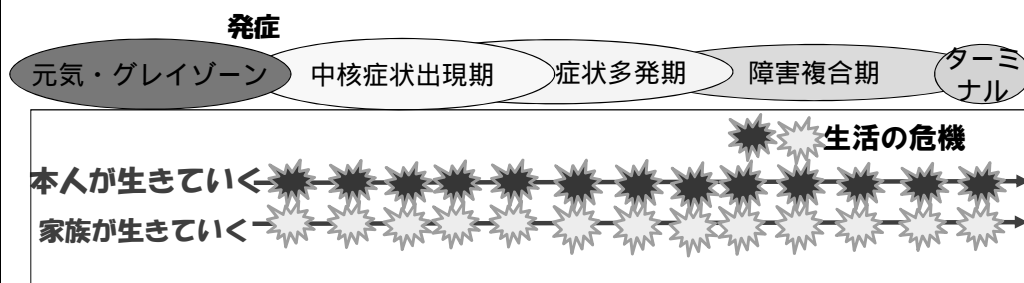
認知症：発症後、長い経過を辿る

本人・家族は、原因疾患が何かに関わらず

* 初期段階から最期まで、不安、混乱、生活の危機の連続

* 本人と家族が共振れしながら

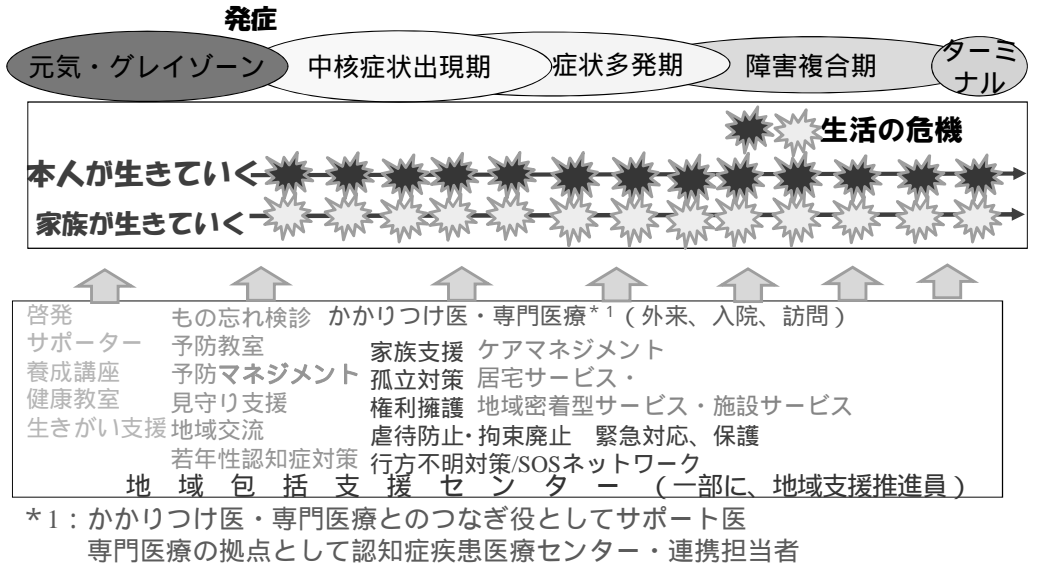
⇒わが自治体/地域で暮らす本人・家族の実情は・・・



③自治体/地域の認知症の本人・家族の支援は・・・

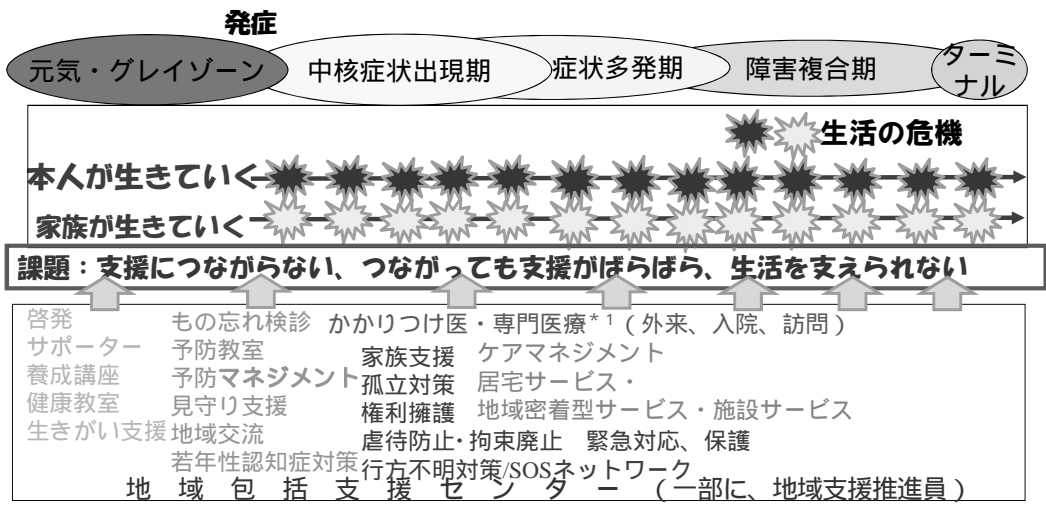
この10年間に、本人と家族を支えるためのサービスや支え手が急速に増えてきています。

⇒わが自治体/地域のサービス・支え手の実情は・・・



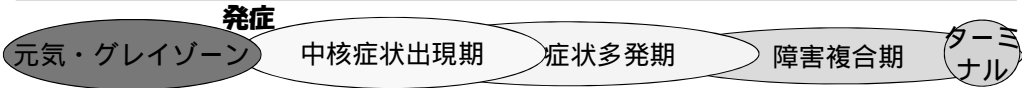
本人と家族を支えるサービスや支え手が増えてはいますが、

**支援につながらない、つながっても支援がばらばら、生活を支えられない
「つながりの課題」が生じています**



④自治体/地域の「支援のつながり」は・・・

「本人・家族の生活の継続」を支えるために
 地域にあるものがつながり、支え合う地域体制づくりが重要。
 ⇒わが自治体/地域の「支援のつながり」の実情は・・・
 ⇒本人・家族につながり、生活の継続を支えられている？



つながり・支えあう地域体制づくり
地域の多様な資源(民・産・学・公・官、地域固有の資源)

啓発	もの忘れ検診	地域包括ケア
サポーター	予防教室	かかりつけ医・専門医療 ^{※1} (外来、入院、訪問)
養成講座	予防マネジメント	家族支援
健康教室	見守り支援	孤立対策
生きがい支援	地域交流	権利擁護
		虐待防止・拘束廃止 緊急対応、保護
		若年性認知症対策 行方不明対策/SOSネットワーク
		地域包括支援センター (一部に、地域支援推進員)

モニタリングの重要性

1) 認知症地域支援・体制づくりを、
 各自治体/地域の実情にそって計画的・効果的に
 進めていくため

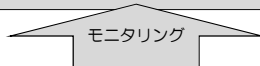
▲現状では実状を把握・確認・点検しないままの
 事業実施・取組みが多い

H.22年度調査：実状把握、自治体の3割前後

- ・ 目的・目標なきままの取組み
- ・ 地域実状にあわない形式的な実施
- ・ とりあえずの実施
- ・ 数の達成だけを急ぎ、質やつながりが育っていない

モニタリングの重要性

1) 認知症地域支援・体制づくりを、
各自治体が、地域の実情にそって計画的・総合的・
効果的に進めていくために



▲現状では「地域の実状を把握・確認・点検」をしないままの
事業実施・取組みが多い *H.22年度調査：認知症高齢者数の把握は
全国の自治体の50.7%

- ・地域の実状にそった目的・目標なきままの取組み
- ・とりあえず部分的な事業・取組み（バラバラ）*総合施策:19.3%
- ・優先順位の焦点がずれやすい
- ・地域実状にあわない形式的な取組み
- ・数の達成だけを急ぎ、質やつながりが育っていない
- ・本人・家族につながる効果的な支援・体制づくりに
なっていない

事業・取組みが進められても、実質的な成果があがらない

参考

国の主な認知症施策

(平成23年度)

(老健局 高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室)

認知症対策等総合支援事業

- ①認知症対応型サービス事業者等養成事業
- ②認知症地域医療支援事業
- ③認知症介護研究・研修センター運営事業
- ④認知症対策普及・相談・支援事業
- ⑤市町村認知症施策総合推進事業
- ⑥都道府県認知症施策推進事業
- ⑦認知症地域資源連携検討事業
- ⑧高齢者権利擁護等推進事業
- ⑨市民後見推進事業
- ⑩若年性認知症対策総合推進事業

(社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保険課)

認知症疾患医療センター運営事業

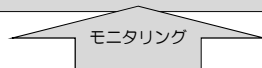
(老健局 振興課)

地域支え合い体制づくり事業

取組例：徘徊・見守りネットワーク構築

モニタリングの重要性

2) 認知症地域支援・体制づくりを、
各自治体/地域が、地域の実情にそって
中長期の視点で計画・継続的に進展させていくために



▲現状では「地域の実状を把握・確認・点検」がないために

- ・事業・取組みの評価、進捗状況の確認ができない自治体が多い

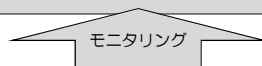
H.22年度調査：事業評価の実施は全国の自治体の18.4%

- ・中長期の計画を持たずに事業をこなしている自治体が少なくない。
 - ・取組み途上のまま年度末で終了したり、継続しないことが少なくない
 - ・年々次々と新たな事業が増える、優先順位がわからなくなる
 - ・担当者が変わる際、実状をスムーズに伝達できず
事業・取組みが停滞・後退、なくなる、やられていたとさえ・・
- 事業・取組みが継続しない経年的な進展がみられない**

*経年的に拡充 32.1%

モニタリングの重要性

3) 自治体/地域の住民・関係者が、実情への関心・理解を高め
多様な立場・領域の人が主体的に参画しながら
認知症地域支援・体制を拡充していくために



▲現状では「地域の実状を把握・確認・点検」がないため
説明の根拠、説明力が乏しく

- ・多様な立場・領域の人の理解・協力が得にくい
住民、地域の支え手となる商工・産業関係者
警察・消防、教育機関
専門職:医師（会）、介護保険事業所、
法律関係者、就労支援関係者、他
- ・協力が得られても、主体的な動きが生まれにくい
その場・その時だけ、長続きしない、
事業・取組みが一部の関係者のみで広がらない
一部の関係者のみの負担が増え、疲弊、長続きしない

モニタリングの重要性

4) 自治体の全体計画（マスタープラン）づくりの際に、認知症地域支援の実情を明確に伝え、施策全体の中での重要性・関連性を明確にすることで、今後の少子高齢化に対応していくための効果的な認知症地域支援となるために

モニタリング

▲現状では「地域の実状を把握・確認・点検」がないため説明の根拠、説明力が乏しく

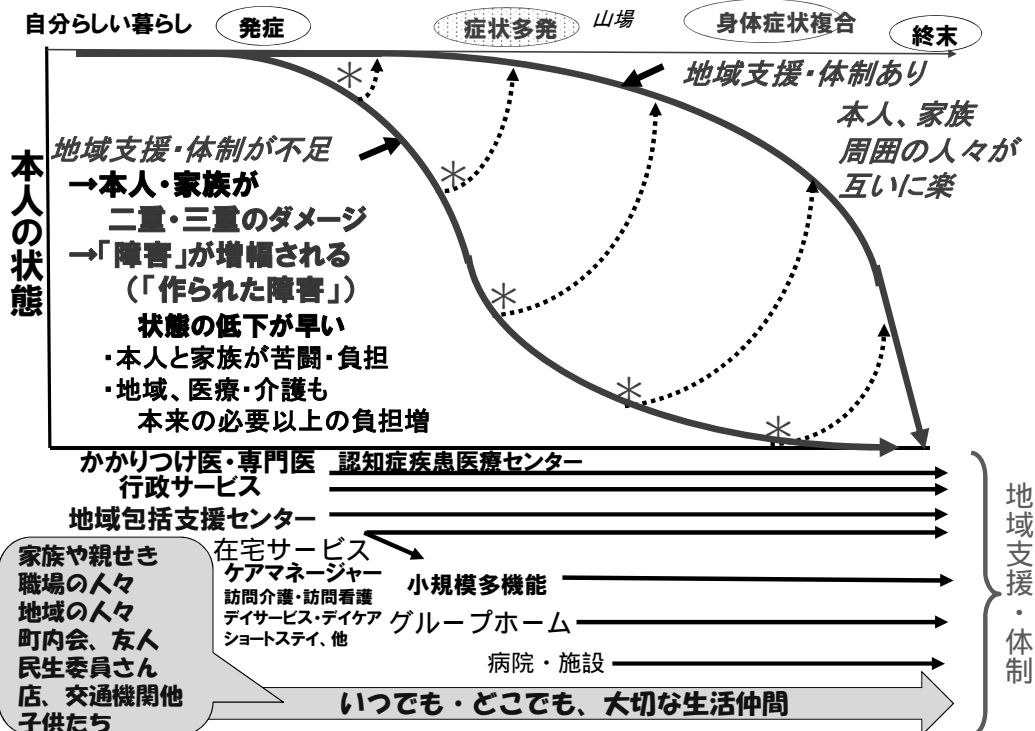
- ・「認知症施策は重要」とされながら、自治体の全体計画の中では優先順位は高くない。
- ・全体計画に盛り込まれていても、理念先行の漠然とした計画
- ・優先順位がずれた計画、部分的な計画
- ・関連する他分野・他領域との連動性がなく、不効率な計画

認知症の本人・家族の生活の継続を支える総合的な地域支援・体制づくりが進まない

地域支援の不足による本人・家族の過剰な負担

「作られた障害」による状態の重度化・当事者の不幸の繰り返し
医療・福祉・地域の過剰な負荷（コスト、有形・無形）、格差

「地域支援・支援体制」の有無で、本人の人生行路が大きく異なる

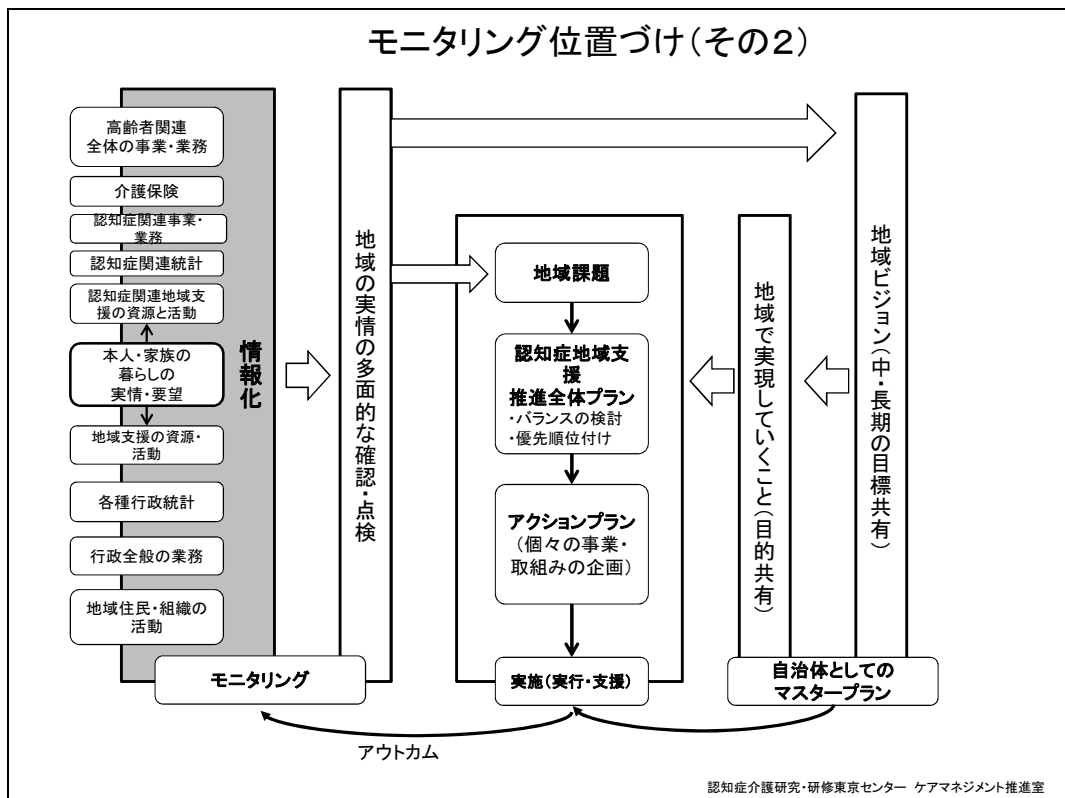
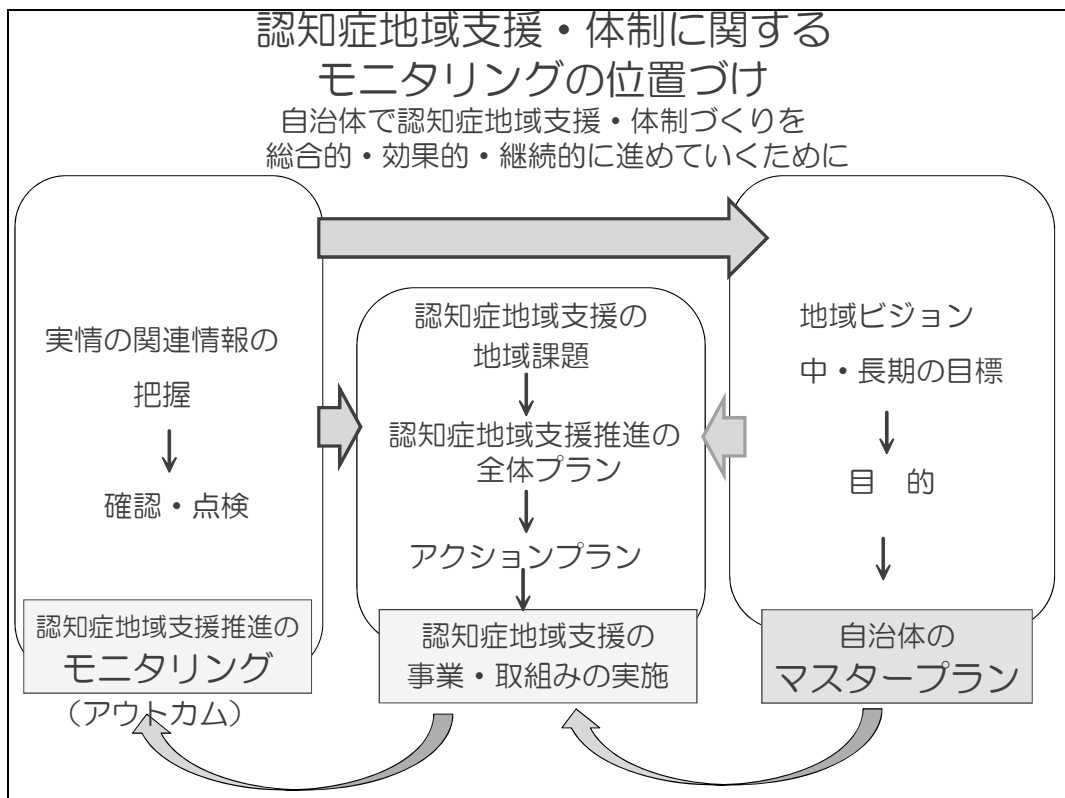


2. モニタリングのあり方



1. 認知症地域支援・体制づくりのモニタリングを 自治体行政の必須機能として位置付ける

- 認知症施策に取り組む上での不可欠な機能として位置づける
- 高齢者施策、自治体全体の施策と関連させて位置づける



2. モニタリングの確実な実施にむけたルール・しくみを自治体としてつくる

- 行政組織内でモニタリングを担当する部署、担当者を明確にする
 - * 総括する担当を決める
 - * 地域包括支援センターに丸投げしない
行政の機能として
- 必要な情報の入手先・入手方法を整理し、情報を収集する流れやしきみをつくる
 - ☆すでにある多様な情報を最大限集約する
 - ☆量的、質的な情報をバランスよく
 - * 役所内部、地域の関係機関・関係者と関係・連携体制をつくる
- 計画策定時、事業・取組み実施前、途中、後に収集した情報を確認・検討するルールやしきみをつくる
 - * 多様な立場の人が参画したチームで
 - * 当事者をいれて

参考資料

名古屋市瑞穂区地域包括支援センター

区内の居宅介護支援事業所、福祉施設、病院、合計77か所にアンケート調査。

過去2年間	発生件数	検索願届出	恐れ
在宅	52件	24件	34人
施設	19件	4件	69人
病院	2件	0件	5人
合計	73件	28件	108人

本調査に回答いただいたケアマネジャーからは、ひとり歩きの防止や発見につなげるために、近隣住民への声掛け、近隣関係を密にし、異変に気づく体制、近所の協力者づくりが求められているとの声があがりました。

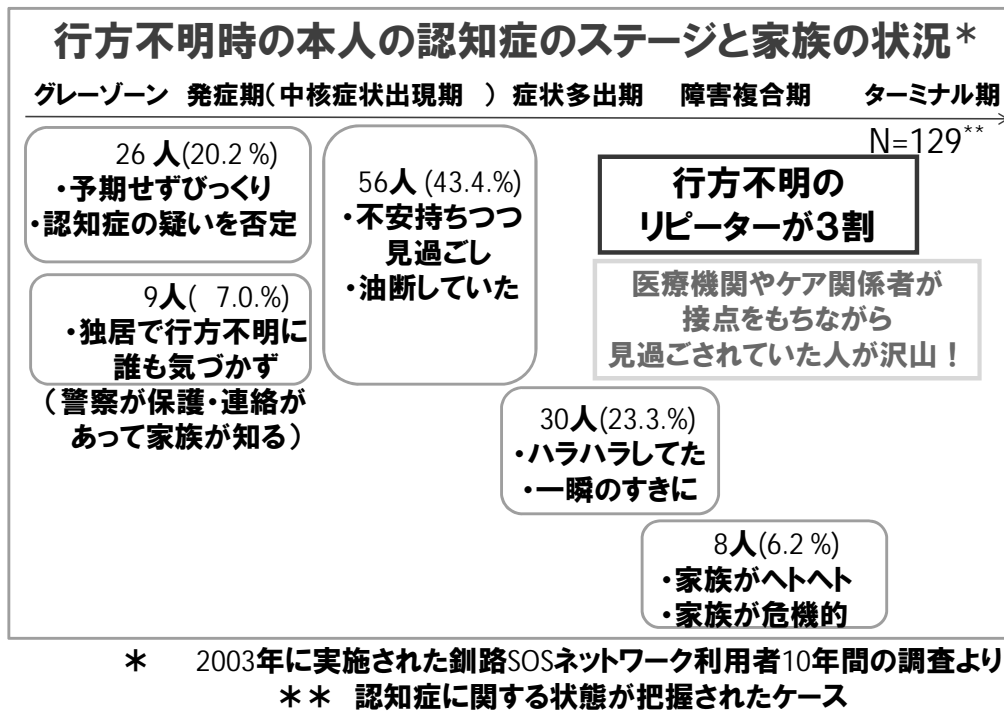
- * 調査を、埋もれていた課題を掘り起し、地域ぐるみで取組みの根拠や動機づけに活かした。
ネットワークづくり、模擬訓練



- * 結果をチラシやHP、マスコミを使って発信実態を地域で共有

参考

1例1例を積み上げて、支援に活かす



3. モニタリングを活かすルールやしくみを自治体としてつくる

○モニタリングを活かすために

- ・何のためのモニタリングか
- ・誰が活かせるのか
行政のみでなく、地域支援を進めていく人たち
- ・どの段階で
- ・どのような方法で

3. モニタリングの活かし方



○モニタリングをする過程を活かす

- ・地域支援・体制づくりに共に取り組む(新たな)関係者とのつながりの強化、協働にむけた関係づくり、共通認識・モチベーションが高まる大事な機会

○モニタリング結果を広く情報発信・共有する。

- ・行政内部、専門職のみでなく、市民・多様な領域に

○モニタリング結果をもとに討議する会を開催する。

- ・地域の多様な立場の人が集まって

○モニタリング結果を、行政トップ、幹部、議員に伝える。

- ・説明・討議できる場を作る。
首長が「うちもなんとかしろ」、「他とは違うことをやれ」と思えるような

○モニタリング結果をもとに、自地域にとって優先的な事業・取組み計画を立て、計画的・継続的に取組みを進める。

認知症の人が地域で暮らし続けるための 加賀市の取り組み

平成24年3月16日



加賀市の概略図



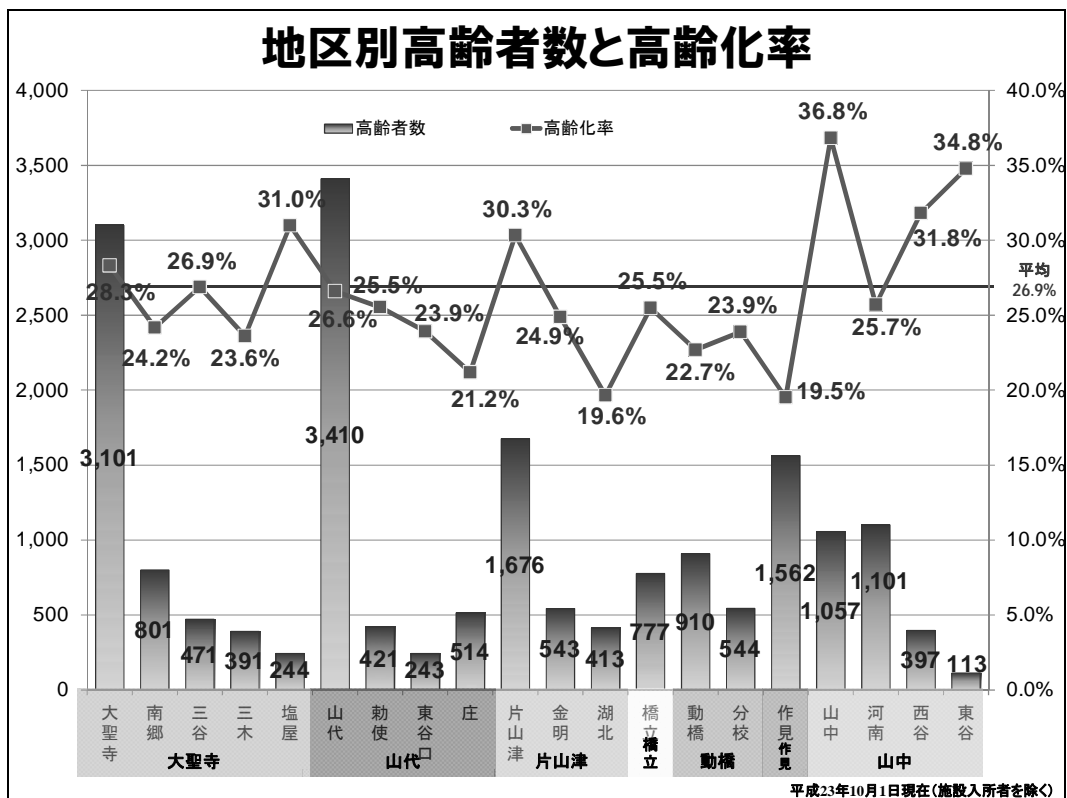
同規模の集落が分散する多極型の都市

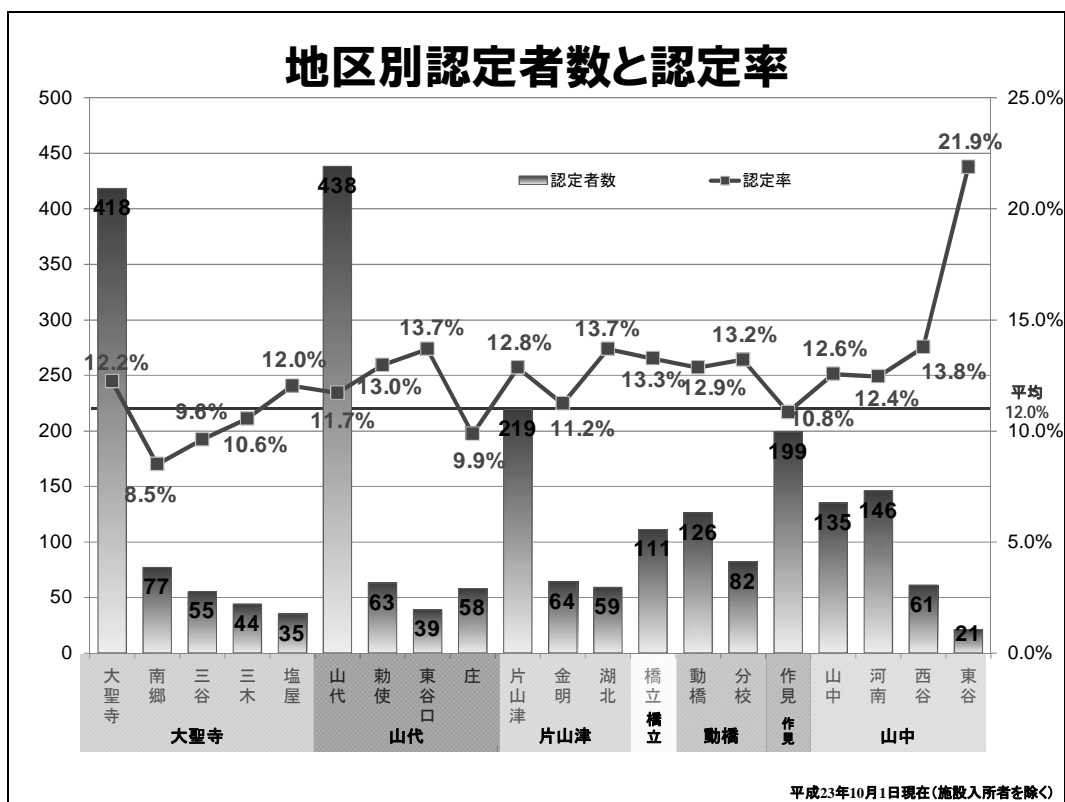
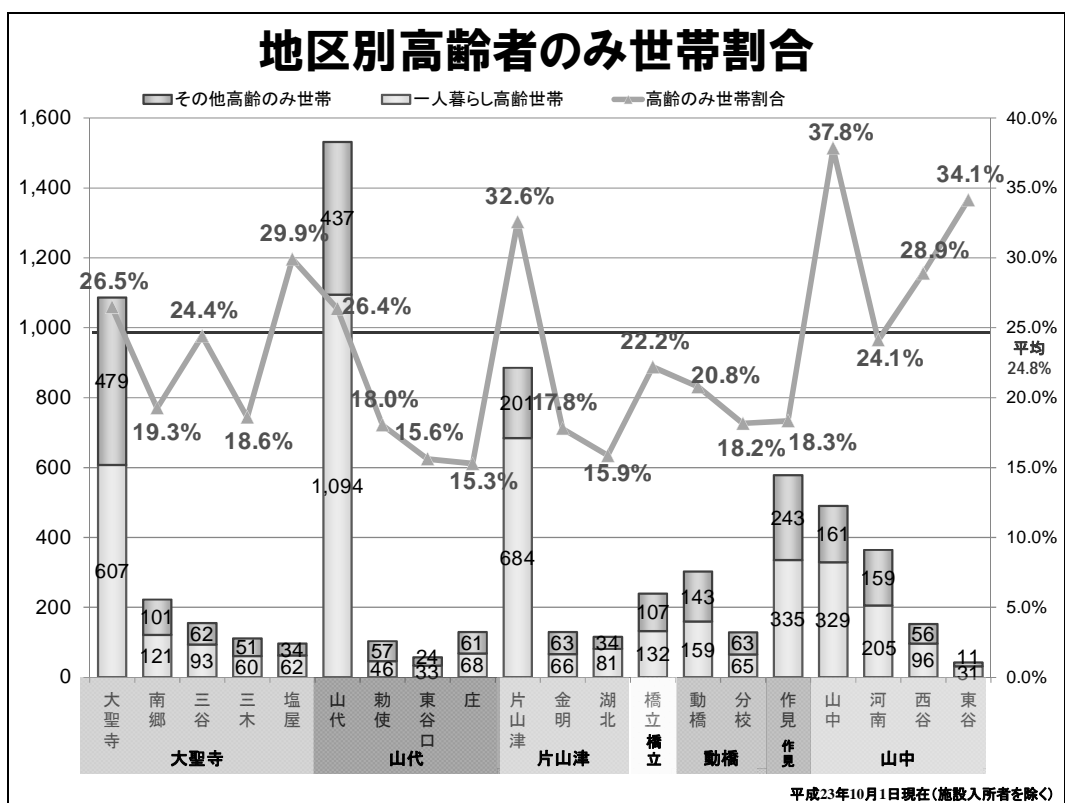


- 加賀温泉郷（山代温泉、片山津温泉、山中温泉）
- 伝統工芸（九谷焼・山中漆器）
- 海の幸（ズワイガニ） ・ 加賀棒茶
- 鶴仙溪 ・ 山の下寺院群 ・ 鴨池（坂網獵）

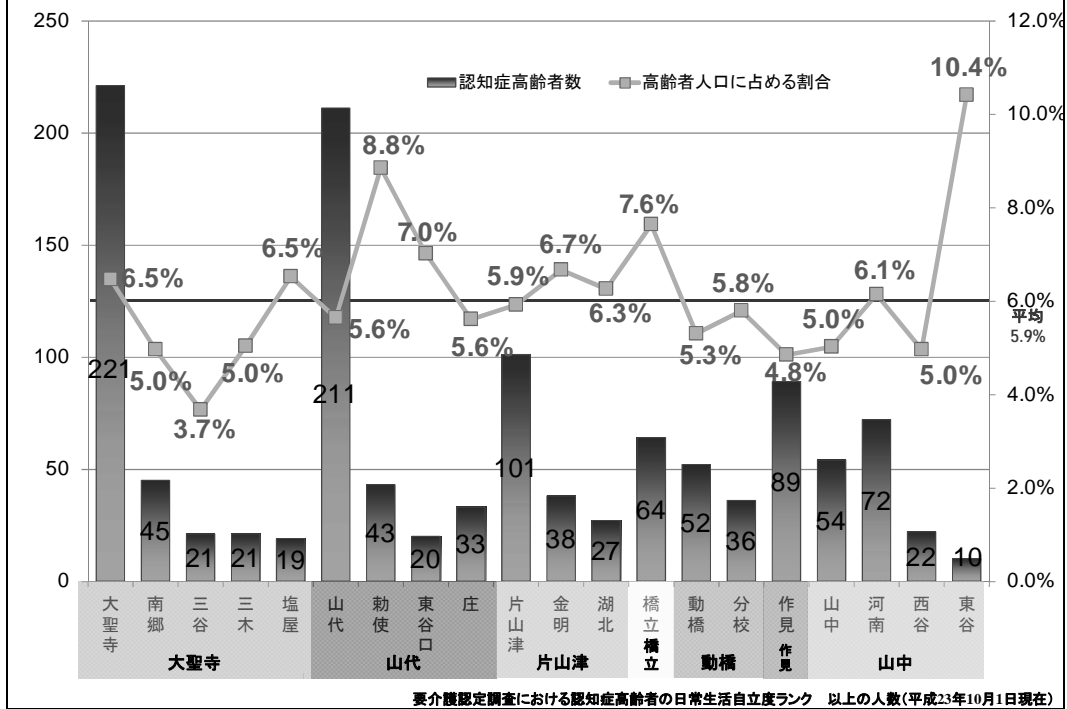
加賀市の状況

- 1 . 人口 : 73,253人 (平成23年10月) 住民基本台帳
- 2 . 高齢者数 : 19,684人 (高齢化率26.8%)
- 3 . 認定者数 : 3,472人 (1号認定率17.6%)
(要支援1,010人 要介護2,462人)
- 4 . 認知症高齢者数 : 2,159人 (認知症高齢者率11.0%)
要介護認定調査
- 5 . 介護保険料 : 月額4,500円 (第3期と同額)
- 6 . 日常生活圏域 : 7 圏域 (第3期は5 圏域)
- 7 . 地域包括支援センター : 直営で1 か所





地区別認知症高齢者数と認知症高齢者率



入院・入所・入居施設 定員数



数値上は要介護3以上のほとんどが入所できる。それでも施設申込者(待機者)は、100人以上。

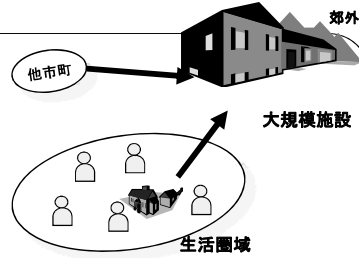
どれだけ施設を整備しても待機者は減らない。

第3期介護保険事業計画から整備方針の転換

第2期まで

施設待機者数や事業者要望で大規模施設整備

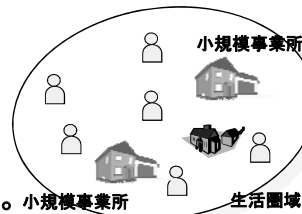
- 自宅から離れた郊外の立地。
- 定員100人規模などの大規模施設。
- 県が指定し、加賀市民以外も利用。



第3期から

郊外の大規模施設は今後整備しない。

- 生活圏域の中で事業所を整備。
(自宅の近くの住み慣れた地域で利用)
- 少人数単位の介護を行う小規模の事業所
- 加賀市が指定し、加賀市民以外は利用できない。



特別養護老人ホームの小規模分散化

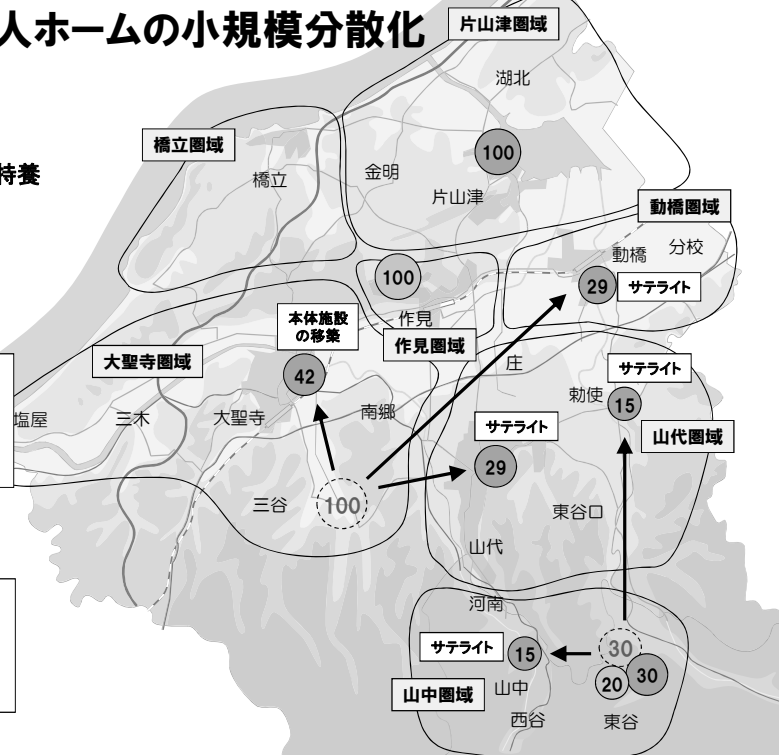
- 多床室特養
 - 個室ユニットケア特養
- (数値は定員数)

平成18年

特養総定員380
個室ユニット定員130
多床室定員250
個室ユニット割合34%

平成22年

特養総定員380
個室ユニット定員260
多床室定員120
個室ユニット割合68%



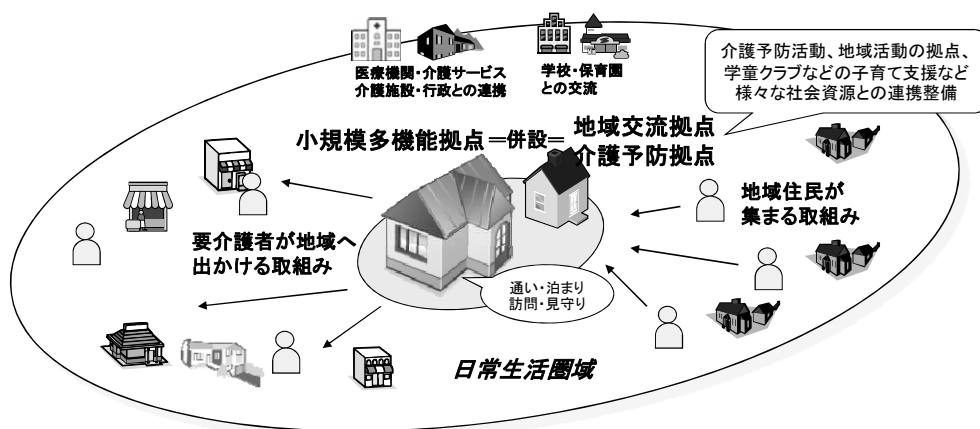
加賀市介護サービス基盤の整備及び運営指針

小規模多機能ホーム整備の主な項目

- 地域住民との交流が図りやすい街中の既存施設を改修すること（整備補助金の交付の条件）
- 高齢者にとっての生活の場として、暮らし続けることができる設計であること
- 日常的に地域との交流の場や機会を設けること
- キャラバンメイトの配置など自主的な地域住民向け認知症サポーター講座を開催すること
- 職員側の都合や業務優先ではなく、一人ひとりのペースを保ちながら暮らせるよう支援すること

小規模多機能ホーム・地域交流拠点（介護予防拠点）

- 生活圏域の中で事業所を整備。（自宅の近くの住み慣れた地域で利用）
- 小規模多機能ホームと地域交流拠点（介護予防拠点）を併設整備
- 要介護者のみが集まる場でなく、共生型の様々な地域住民が集う場へ



事業者指定におけるマニフェスト方式

- 圏域単位で整備事業者を公募(コンペの実施)
↓
- 事業計画において、具体的なマニフェスト(被保険者とのお約束)を市へ提出・公表
↓
- 事業者ヒアリング(プレゼンテーションの実施)
↓
- マニフェスト、プレゼンテーションの内容を完全公開し、市民代表、関係団体などで構成する加賀市健康福祉審議会において審査
↓
- 採択事業者が指定申請、整備補助金交付申請

主なマニフェスト項目

- ・内容は地域密着型サービス外部評価項目に準じる
- ・サテライト特養、小規模多機能、グループホーム、認知症デイサービスで共通
- 運営理念
- 高齢者の権利擁護に対する考え方
- その人らしい暮らしへの支援方法
 - ・一人ひとりのペースを尊重する支援方法
 - ・食事を楽しむための具体的支援方法
 - ・トイレで用を足すための具体的支援方法
 - ・入浴を楽しむための具体的支援方法
- 関係づくりに関する項目
 - ・利用者と職員の関係づくりの方策
 - ・利用者と家族の関係が保たれるための方策
 - ・利用者が大切にしている知人・友人との関係が保たれるための方策
- 従業員に関する項目
 - ・職員の研修機会の確保方法
 - ・職員一人ひとりの意見を運営に反映させる方策
 - ・適切な勤務体制の確保方法
- 地域との支えあい
 - ・地域住民との具体的な交流方法
 - ・地域の他事業者との連携方法
- その他
 - ・市の保健福祉施策に協力できる事項
 - ・地域災害発生時に協力できる事項

採択事業者のマニフェスト

- 登録者全員にセンター方式によるケアマネジメント
- その人の家庭での食習慣を守ることを重視
- 入浴の時間は決めず毎日入浴できる体制。
- 一人ひとりの排泄パターンを理解し、トイレの場所がわかる環境整備と工夫
- 地域住民向けに介護講座、相談窓口の設置
- 同じ圏域の他事業者との自主的な連絡会を開催
- 日常的な外出と地域との交流
- 身体拘束を行った職員は懲戒免職とする



提出されたマニフェストは市ホームページで公表

事業運営の評価・確認

- 地域密着型サービス評価（外部評価）
市主催でサービス評価研修会を開催
- 運営推進会議
市職員と包括支援センター職員は、担当事業所を設定して、必ず参加
- 市による実地指導
実地指導時には指定に提出したマニフェストが実施されているかを確認
- 指定の更新
更新時（6年毎）にあらためて事業運営のマニフェストを提出・公表

これからの介護サービス基盤整備

- 高齢者が要介護状態になっても、「地域や家族と離れずに暮らす」ための支援を行うものでなければならない。立地が重要
- 要介護高齢者のみが集まる場所でなく、元気な高齢者、子育て世帯、など、地域の様々な人達が集える場へ 縁側づくり
誰もが暮らす地域の中に
- 小規模多機能＋医療＋住まい＋縁側
高齢者自らが、どこで誰と住むのかを決められる

高齢者お達者プラン

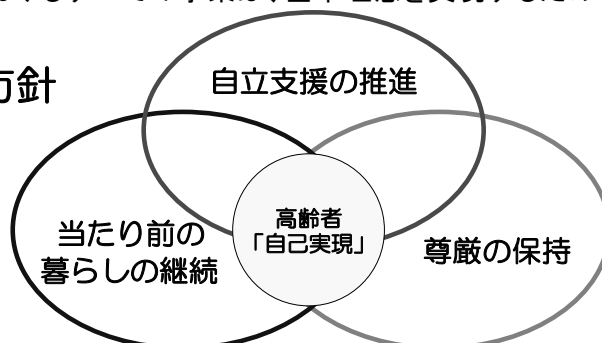
(第4期加賀市介護保険事業計画・高齢者福祉計画)

基本理念 (平成26年度目的)

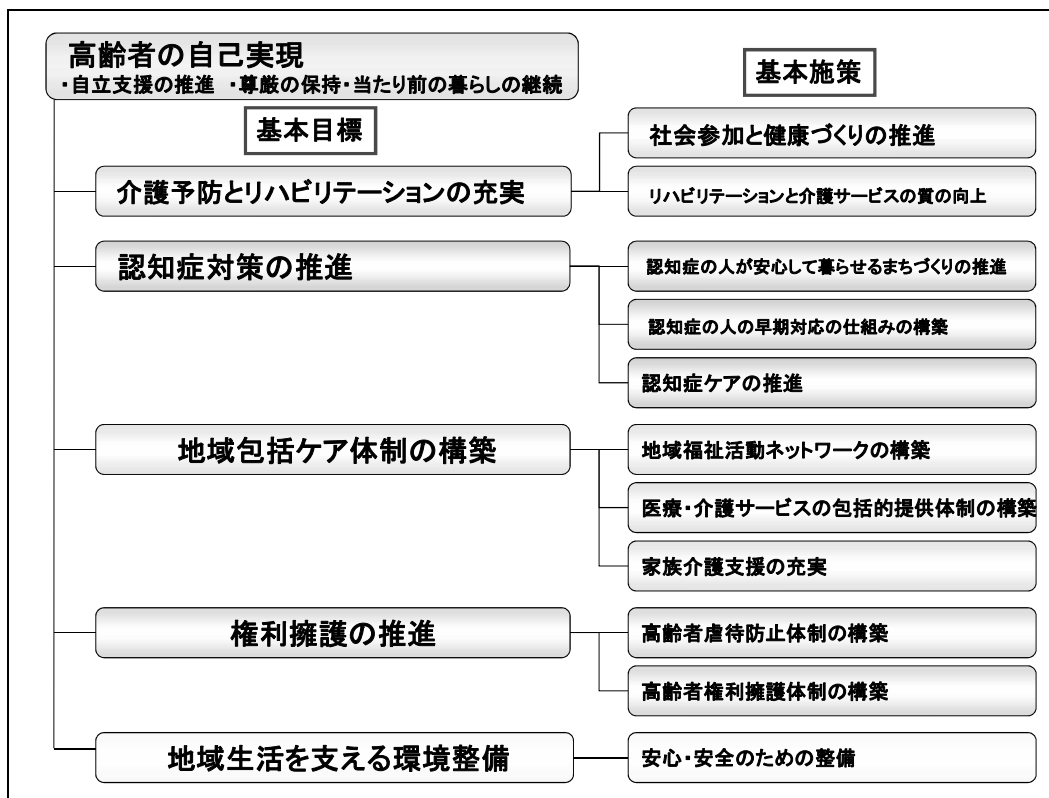
高齢者が住みなれた地域で支えあいながら、その人らしく自立したくらしを継続できる社会を実現する。

計画におけるすべての事業は、基本理念を実現するためのものとする。

基本方針



計画におけるすべての事業は、基本方針に即して実施する。

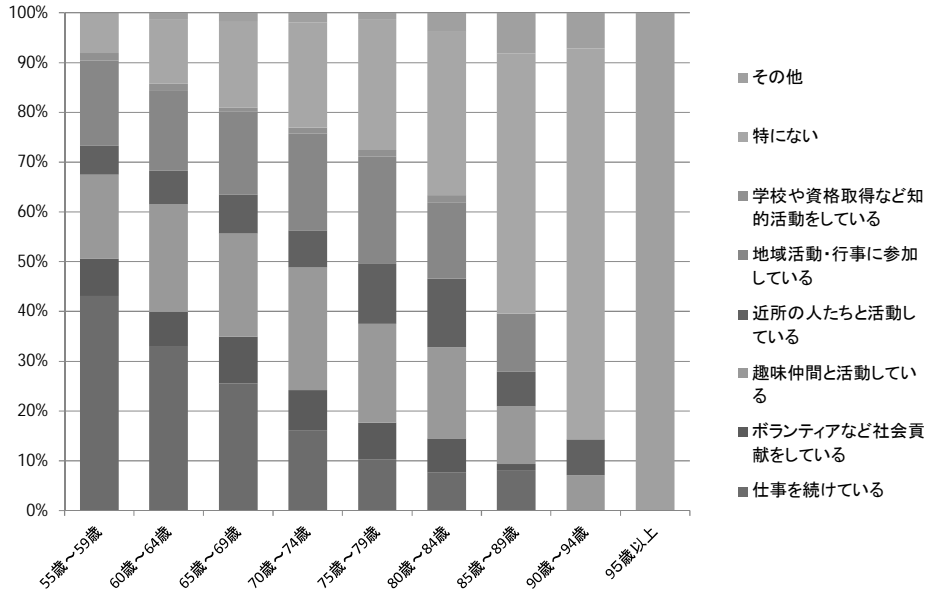


計画策定に係る調査

- ◆ **介護サービス供給量調査**
市内介護サービス事業者対象
- ◆ **超高齢社会に関する市民意識調査**
市内55歳以上を対象としたアンケート
- ◆ **高齢者の生活実態調査**
市民税非課税世帯高齢者を対象としたアンケート
- ◆ **日常生活圏域ニーズ調査**

超高齢社会に関する市民意識調査

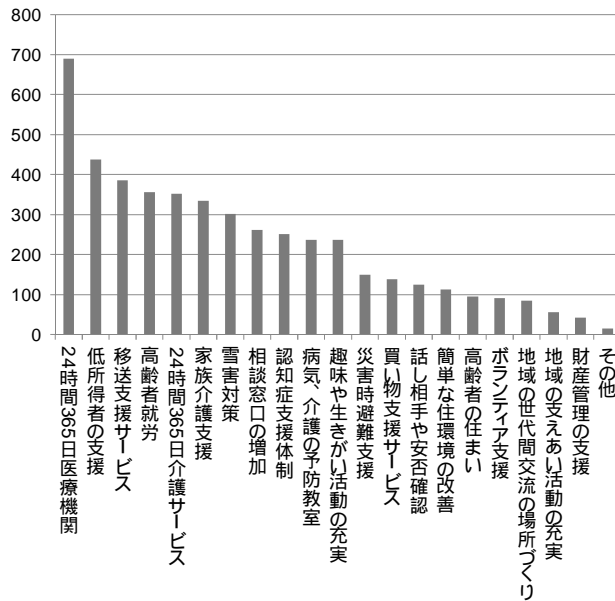
問．あなたは、現在どのように社会との関わりを持っていますか。また今後どのようにかかわりを持ちたいと考えていますか(年齢別)



問．高齢者に対する施策として、今後、特に行政に力を入れて欲しいのはどのような取り組みですか。(複数回答)

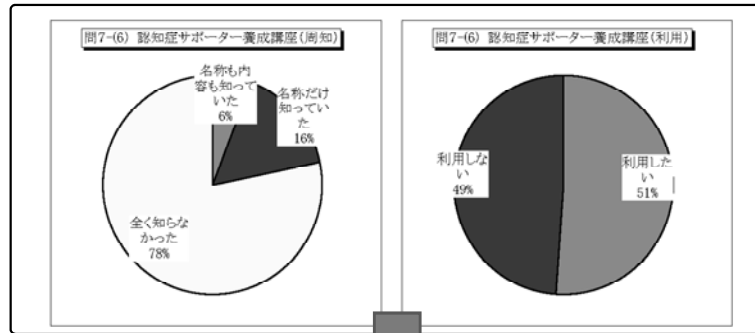
選択項目	人数
24時間365日医療機関	690
低所得者の支援	438
移送支援サービス	386
高齢者就労	356
24時間365日介護サービス	352
家族介護支援	335
雪害対策	302
相談窓口の増加	261
認知症支援体制	251
病気、介護の予防教室	237
趣味や生きがい活動の充実	237
災害時避難支援	149
買い物支援サービス	138
話し相手や安否確認	125
簡単な住環境の改善	112
高齢者の住まい	95
ボランティア支援	91
地域の世代間交流の場所づくり	85
地域の支えあい活動の充実	56
財産管理の支援	42
その他	15
無回答	129
合計	4882

5 行政に求める取り組み

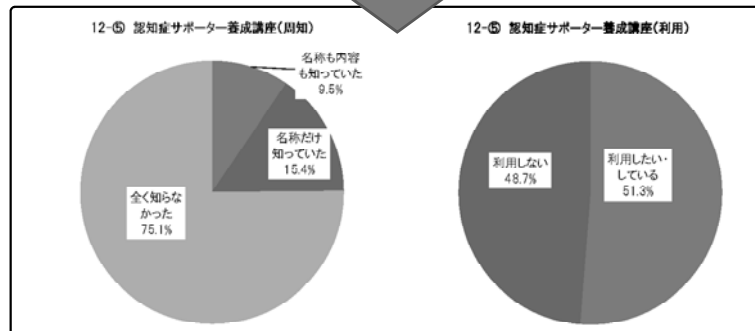


市民意識調査（認知症サポーター）

第4期計画
策定時
平成20年

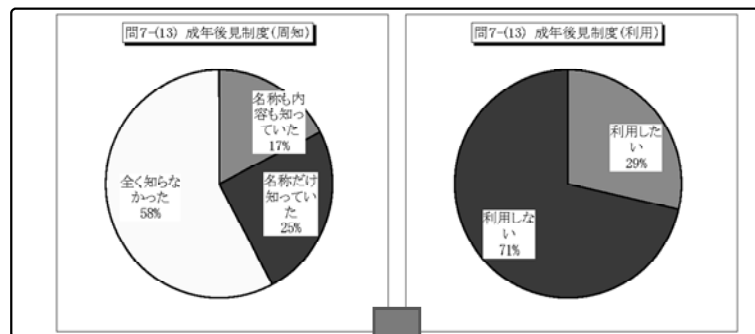


第5期計画
策定時
平成23年

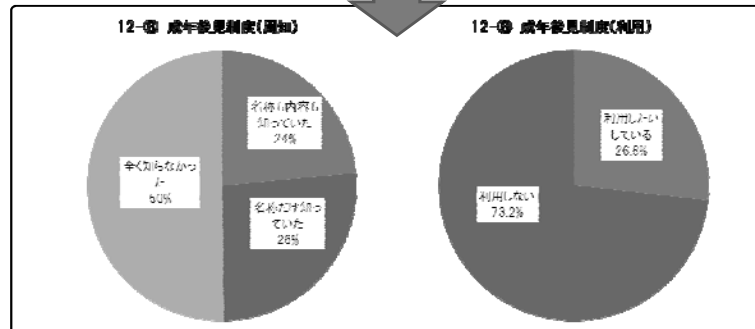


市民意識調査（成年後見制度）

第4期計画
策定時
平成20年



第5期計画
策定時
平成23年



認知症対策の推進 ＜活動指標＞

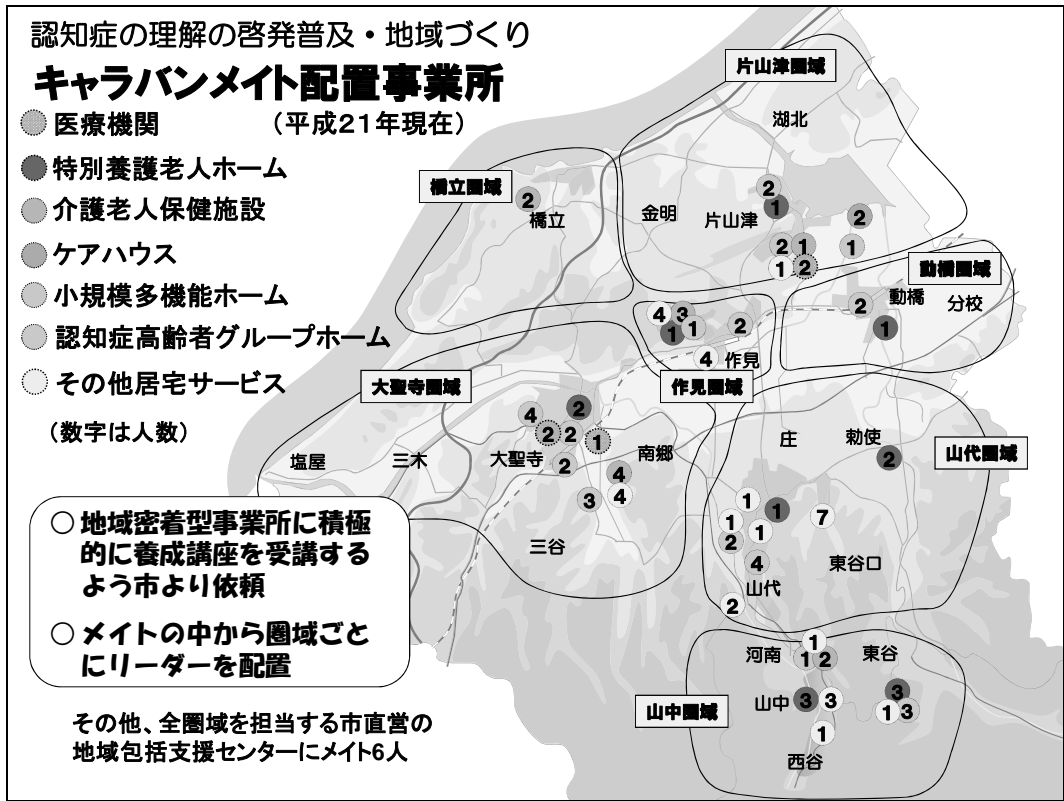
評価項目		目標	実績
① 認知症サポーター養成講座開催数	H21	30	4
	H22	30	9
② 介護なんでも110番設置箇所数	H21	15	23
	H22	18	24
③ 認知症疾患医療連携協議会開催数	H21	1	0
	H22	3	1

- ①視覚を通して認知症を理解してもらうように認知症ケア普及劇団「湯けむり元気一座」が立ち上がった。認知症理解の前段階として、今年度もやさしいまちづくり事業のメニューの一つとして、小中学生に高齢者への理解の講義を実施したため、地域に十分周知ができず開催回数が少なかった。今後も周知に努めたい。
- ②昨年度より1箇所の増加だが、既に目標値を上回っている。今後もキャラバン・メイト養成を行い、小規模多機能居宅介護事業所数の拡大と合わせ、身近な相談窓口として増加させ設置箇所数を増やしていく。
- ③認知症疾患医療センター(こころの病院内)が県からの委託で10月から設置された。医療連携協議会は1回開催され、医療と介護の連携に関する課題等の共有する場となった。今後も医療との連携について協議する場としていく。

認知症対策 ＜成果指標＞

評価項目		目標	実績
①認知症サポーター登録済み数	H22	400	195
②介護なんでも110番相談件数	H22	90	83
③認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式活用研修事例提供件数	H22	25	34
④若年性認知症の人の他機関連携支援件数	H22	5	5

- ①サポーター養成講座開催後の継続的な連携を図ることが不十分であり、養成講座の開催の周知段階から働きかけを行っていく。
- ②地域の身近な相談窓口として位置づけられ、相談件数も年々増加しており、相談窓口として機能強化の成果が出ている。内容としては介護の相談が多く早期相談対応となっている。
- ③事例提供数は年々増加傾向にある。一人ひとりの生きがいや役割、地域との関係の継続が図られるような関わりが、全事業所で実施されるよう、今後もセンター方式を通じて推進していく。
- ④年々若年性認知症の人の相談件数は増えてきているが、就労支援については、個別の支援を通して支援のあり方やニーズ把握、各機関の役割、資源等も検討していく。



認知症の理解の啓発普及・地域づくり

I. 認知症サポーター養成講座の開催

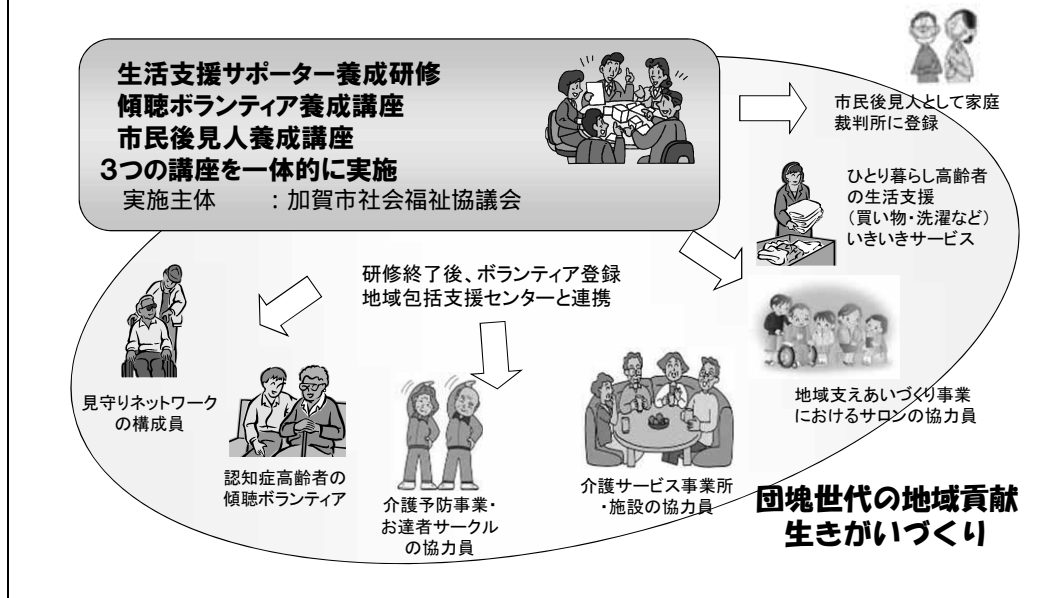
- ・おたっしやサークル(介護予防サークル)での開催
- ・依頼のあった団体での開催
- JAの婦人部、銀行、スーパー、など

II. キャラバン・メイト活動

- ・地域の祭りに参加(うちわやポケットティッシュ配布)
- ・アンケートの実施
- ・劇団の立ち上げ
- ・小中学校へのやさしいまちづくり教室に参加
- ・広報誌の発刊

Ⅲ. 住民参加の各種養成講座の実施

介護保険などの公的サービスでは対応できない、地域の高齢者の個別の生活ニーズに応える人材を養成。



認知症ケアの質の向上

I. 認知症の人のためのケアマネジメント (センター方式) 推進研修

〈認知症支援の多職種チームの養成研修〉

- 利用者の同意のもと、実際のケースで一定期間(半年)継続的に、センター方式シートを活用
- 実践研修には、チーム単位で参加
- サービス事業所のリーダー格が、他事業所を含む支援を行う「地域推進員」に
- 「地域推進員」は、実践研修会のケースの担当者会議に必ず参加
- ケアマネジメントはケアマネジャーだけの仕事ではないことを理解し、利用者本位の共通の視点をもってケア提供できるチームを養成

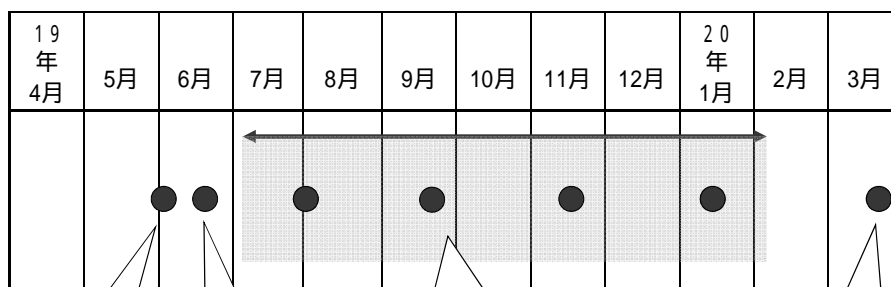
認知症の人のためのケアマネジメント（センター方式） 推進研修の継続的実施の背景（平成16年度～）

- 第2期介護保険事業計画の重点目標として、「サービスの質の向上」、「認知症対策の推進」を掲げていながら、有効な施策を行っていなかった。
- 市の方針が不明瞭
認知症対策として目指すものを打ち出していなかった
表面的な形のシステムやマニュアル作りばかりにこだわっていた
「当たり前の暮らしの継続のため」何が必要か現場が見れていなかった。
- ケアマネジメントのあり方
業務優先になっていることに気づいていない「本人不在」に！
チームでアセスメントする必要性が希薄
事業所内での研修体制も持てない
本人主語のもと徹底した本人本位を考えるためのツール
＝センター方式
加賀市のビジョンを推進するツールとして

チーム単位で参加する研修会

平成16年度から継続して実施

年25～30チームが参加



地域推進員
フォローアップ
研修会

実践研修で担当者
を支援する推進
員の質の向上
研修会以外にも
連絡会年3回

認知症ケアマ
ネジメント普
及研修会

市内事業者のケ
ア担当者を対象
にしたセンター方
式についての基
本的研修

認知症ケアマネジメント
実践研修会
（サービス担当者会議）

実際のケースで、サービス担当者
会議を主軸とした約6か月間の継
続的研修
チーム協働と利用者本位のケアマ
ネジメントを実践する

認知症ケアマ
ネジメント実践研
修報告会

地域住民や関係機関
を対象に実践研修会
での事例の報告会を
行なう。

センター方式を活用した人材育成

【研修参加者の立場】

- ・ 研修の継続を通して事業所同士のつながりが深まった
“自分たちももっと勉強したい”
“利用者の方にとってより良いかわりをもちたい”
という意欲の向上

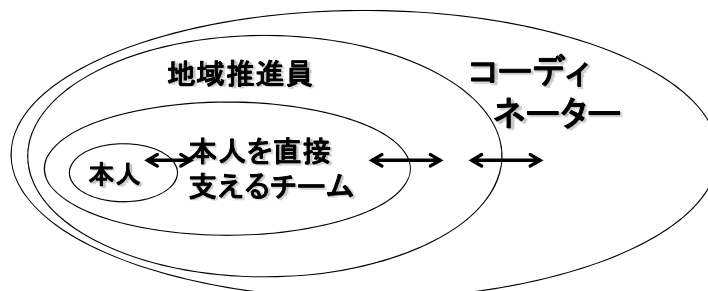
【地域推進員の立場】

- ・ 事業所のリーダー的役割を担うという意識の向上
事業所、法人への働きかけ センター方式活用の拡大

加賀市のセンター方式ケアマネジメント研修の特徴

人材育成としての良循環をめざす

- 市として地域推進員の位置づけを明確化
- 地域推進員の継続的育成⇒地域に配置
 - ・地域推進員が本人を直接支える職員・チームを育てる
 - ・身近にいる地域推進員が、地域の職員と共に考える良さ
(共通の視点を具体的場面で落とし込む力と多面的に捉える力)
 - ・毎年の報告会で発表してくれた人を新たな推進員に
- 推進員の中からコーディネーター的存在⇒市に配置
 - ・地域推進員のフォローを継続的に



認知症ケアの質の向上

Ⅱ. 各種研修会等の開催

- ・認知症実践研修・実践者研修（市独自開催）
- ・認知症の人の家族による講演会
- ・入所系施設従事者対象の研修会
- ・ケアマネジメントリーダー研修
- ・面接技術研修の開催（障害サービス事業所も参加）

医療との連携

Ⅰ. 南加賀認知症疾患医療センターとの連携

- ・認知症ケースを通じた連携
- ・認知症ケア普及事業の実施

Ⅱ. 医師が参加する包括ケア会議の開催

- ・社会資源検討部会に参加

Ⅲ. 医療連携に関する研修会の開催

- ・認知症医療の最新情報と地域医療のあり方についてのシンポジウム開催

Ⅳ. 市内病院のソーシャルワーカー連絡会

- ・連携における課題などのすり合せと取り組み

地域包括ケアに向けた各種会議・連絡会

地域の中の機関及び団体: 民生委員、警察、小学校、企業、おたっしやサークル、保健推進員、..



おたっしやサークル実施場所

(平成22年現在 53箇所)

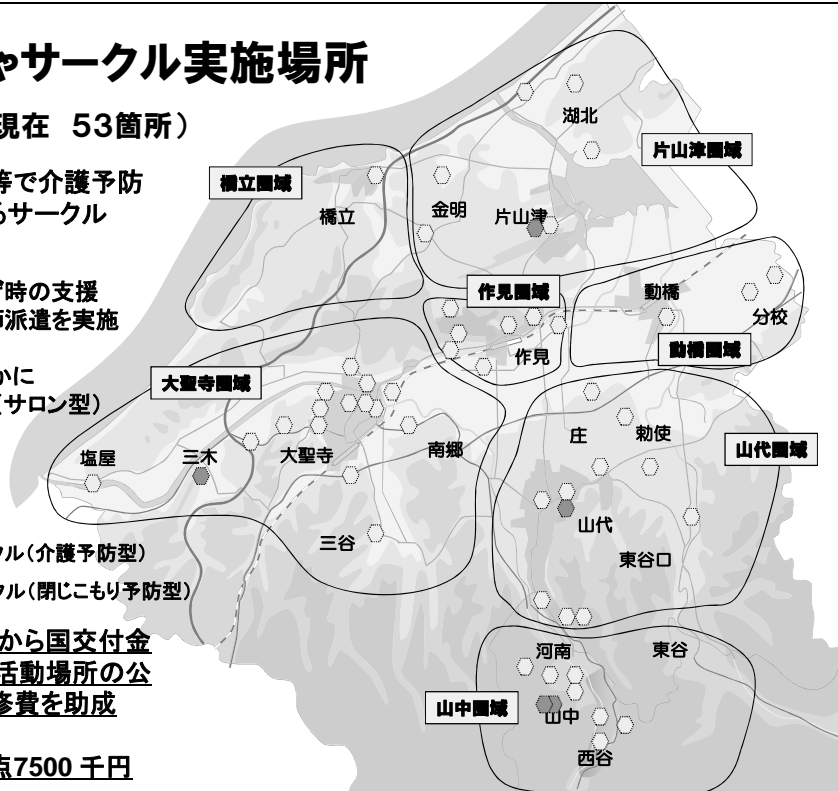
身近な公民館等で介護予防事業を実施するサークル

市からは立ち上げ時の支援
運営費助成、講師派遣を実施
H23年度より
介護予防型のほかに
閉じこもり予防型(サロン型)
新設...5箇所

- おたっしやサークル(介護予防型)
- おたっしやサークル(閉じこもり予防型)

平成22年度から国交付金を活用して、活動場所の公民館等の改修費を助成

介護予防拠点7500千円



介護なんでも110番窓口

この看板が目印です。

地域の身近な介護サービス事業所に市の公的な相談窓口を設置

介護相談窓口設置の趣旨に同意し、面接技術研修を受講済みのケアマネジャー・キャラバンメイトの配置ができる事業所に、右の「看板」を交付

窓口の対応

- ・住民の相談に応じて、地域包括支援センターにつなぐ。
- ・必要に応じて、介護保険、高齢者福祉サービスの情報提供を行う。
- ・認知症をはじめとするケアの普及活動を行う。
- ・市が主催する相談援助、権利擁護、認知症に関する研修会に積極的に参加を行う。
- ・所定の様式により、定期的に報告を行う。



地域の身近な相談窓口 (平成23年現在)

介護なんでも110番窓口 (指定介護サービス事業所)

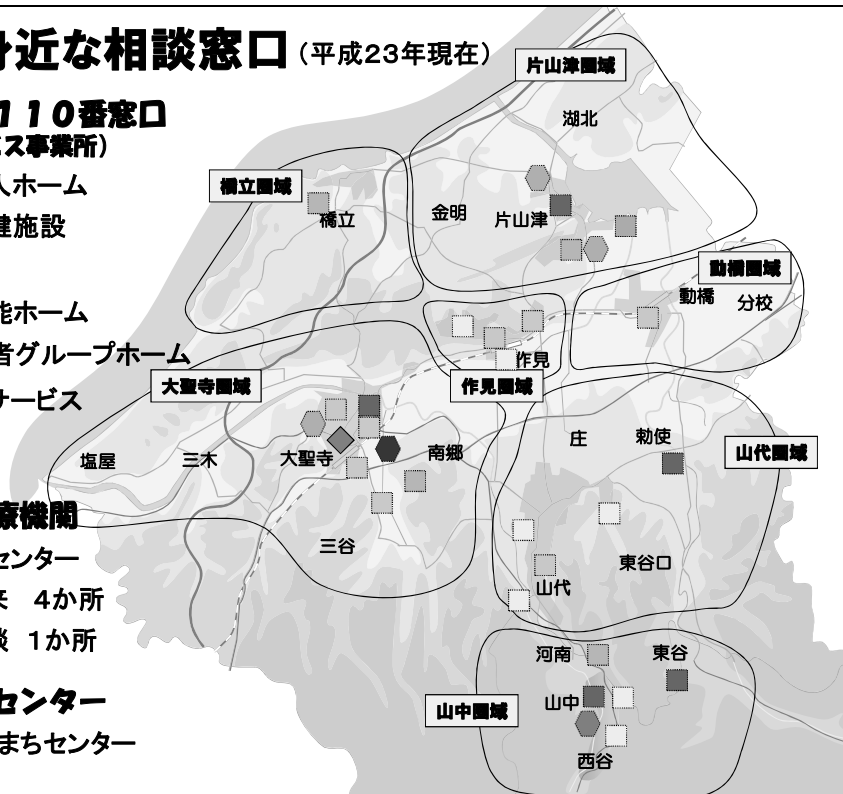
- 特別養護老人ホーム
 - 介護老人保健施設
 - ケアハウス
 - 小規模多機能ホーム
 - 認知症高齢者グループホーム
 - その他居宅サービス
- 24か所

認知症対応医療機関

- 認知症疾患センター
- もの忘れ外来 4か所
- もの忘れ相談 1か所

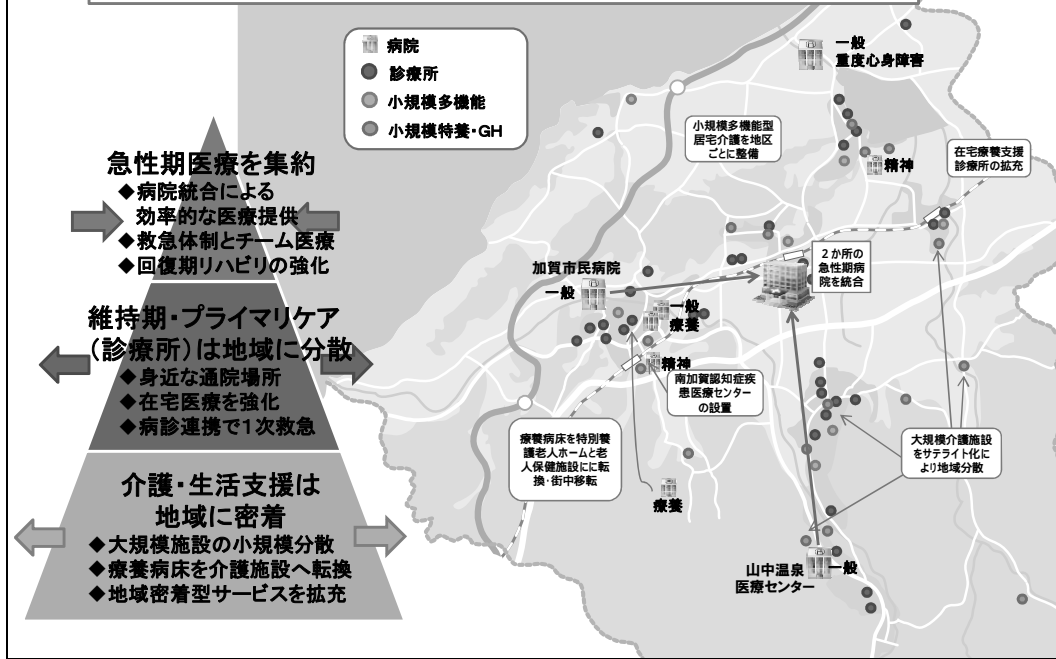
地域包括支援センター

- ◆ 高齢者こころまちセンター



加賀市の地域包括ケア体制全体図

急性期医療から在宅介護まで、切れ目のない医療保健福祉の提供体制



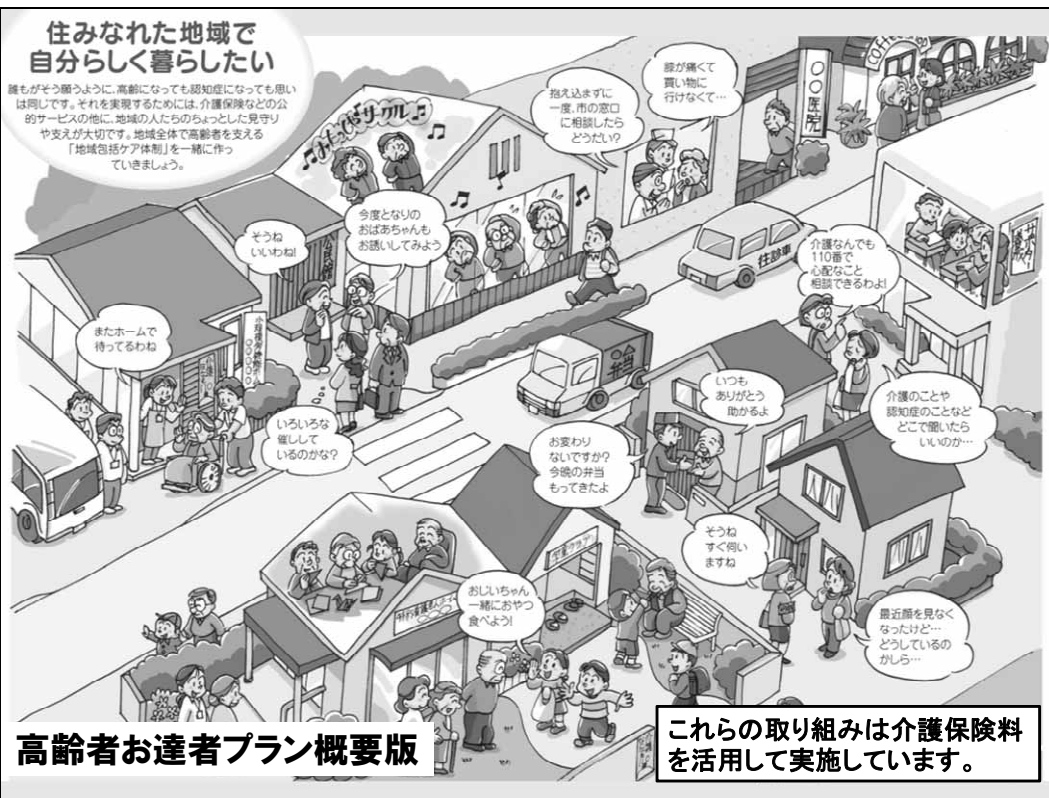
大聖寺圏域

城下町の歴史あるまちなみと豊かな自然を守り活かしたまち



住みなれた地域で 自分らしく暮らしたい

誰もがそう願うように、高齢になっても認知症になっても思いは同じです。それを実現するためには、介護保険などの公的サービスの他に、地域の人たちのちよつとした見守りや支えが大切です。地域全体で高齢者を支える「地域包括ケア体制」を一層に作っていきましょう。



高齢者お達者プラン概要版

これらの取り組みは介護保険料を活用して実施しています。

I 介護予防とリハビリテーションの充実

	評価項目	H21目標	H22目標	H23目標	考え方	考察
活動指標	筋力向上トレーニング教室参加人数(実)	120	120	120	<p>平成21年度同様、実施箇所数が減ったことで、目標参加者数には至らなかった。1箇所1コース平均6名の参加だった。教室終了後、約9割の人が事業所の会員となりトレーニングを継続している。そのため、地域の活動には参加しにくい高齢者の人への運動習慣のきっかけ作りとして、医療機関、老人会、総湯等にチラシを掲載し広く周知をしていく。また平成23年度より体験コース(1回のみ)も行う予定。</p> <p>平成21年度より、特定健診、後期高齢者健診に合わせ同封にて、全対象者へ案内している。今年度は、住民対象に介護予防を必要性の講演会の実施するとともに、昨年度と引き続き、医師会健診部会メンバーとも介護予防について、意見交換会を実施している。今後は、介護予防健診に替わり、基本チェックリストを郵送し、二次予防事業対象者について、タイムリーなフォロー体制を行っていくこととなる。</p> <p>昨年度と比較し、出前研修の開催数が減少し実施回数が減っている現状があるが、各事業所連絡会での勉強会や合同研修会の開催など通して、職種間連携を図るなど工夫してきた。</p> <p>昨年度と同様、訪問介護、通所サービス、地域密着型サービス、ケアマネジャー連絡会の職種別で連絡会を実施。勉強会や意見交換を通してお互いの事業所の現状を知り、情報交換し、質の向上を目指してきた。同職種だけの顔の見える関係性だけでなく、合同研修会や連絡会を通して、違う職種間での関係性を気づき、チームケアの促進を図った。</p> <p>平成22年度は登録サークルも増え、52サークルとなり、登録人数も100人増加の1400名が活動を行っている。今後は、活動拠点を増やしていくのももちろんのこと、各組織(民生委員や老人会、区長、保健推進員など)との連携を行いながら、地域の理解のもとで、活動できると良い。</p> <p>認定率の増加は、予想値を上回っているが、実績値は全国平均値を下回っている。</p> <p>各種連絡会への参加は、全事業所の参加がみられる。研修会は日々の実践を振り返り、気づく場であり、重要であるが、参加率が低くなっている。各事業所での研修会や外部研修など研修会の企画がある中、加賀市としておこなう研修をどのように、実施すればより多く参加できるのか検討が必要である。</p>	
		H21実績	H22実績	H23実績		
		46	38			
	介護予防健診受診者数	H21目標	H22目標	H23目標		
		2,000	2,500	3,000		
		H21実績	H22実績	H23実績		
	1,919	2,139				
	介護サービス事業所研修会の開催数	H21目標	H22目標	H23目標		
		20	20	20		
		H21実績	H22実績	H23実績		
	41	35				
	介護サービス事業所連絡会の開催数	H21目標	H22目標	H23目標		
30		30	30			
H21実績		H22実績	H23実績			
25	28					
成果指標	おたっしやサークル参加者率(参加者数/要介護認定者を除く高齢者数)	H21目標	H22目標	H23目標	<p>元気高齢者を増やします。</p> <p>サービスの質を高めます。</p>	
		9.5%	10.0%	10.5%		
		H21実績	H22実績	H23実績		
	8.4%	8.6%				
	第1号被保険者(65歳以上)の要支援・要介護認定率	H21目標	H22目標	H23目標		
		15.5%	15.9%	16.3%		
		H21実績	H22実績	H23実績		
	15.9%	16.7%				
	介護サービス事業所研修会・連絡会の参加率(参加者事業所/市内全サービス事業所)	H21目標	H22目標	H23目標		
		100.0%	100.0%	100.0%		
		H21実績	H22実績	H23実績		
	51.50%	59.03%				

II. 認知症対策の推進

	評価項目	H21目標	H22目標	H23目標	考え方	考察
活動指標	認知症サポーター養成講座開催数	30	30	30	認知症について学ぶ機会を増やします。	認知症ケア普及として講義形式ではなく視覚をおもて認知症について理解してもらう手段として認知症ケア普及劇団として湯けむり元気一座を立ち上げた。また認知症を理解する前駆として、社会福祉協議会で行っているやさしいまちづくり事業のメニューの一つに、小中学生を対象とした高齢者の理解を中心とした講義を行った。それにより、サポーター養成講座としての開催回数は少なくなった。サポーター養成講座の趣旨について、地域に十分周知することができなかったため地域からの開催要請も少なかった。今後もサポーター養成講座についての周知と共に幅のある普及を進めていく。
		H21実績	H22実績	H23実績		
		4	9			
	介護なんでも110番設置箇所数	H21目標	H22目標	H23目標	早期に相談できる場所を増やします。	平成22年度キャラバン・メイト養成研修を開催しなかったため、設置箇所数は要件を満たす職員配置の新規事業所が1箇所増えたのみであったが、すでに目標設置数は達成している。現段階で要件を満たす全ての事業所から設置に協力の同意を得ている。平成23年度は、キャラバン・メイト養成を行い、小規模多機能居宅介護事業所数の拡大等と合わせて、住民にとってより身近な相談窓口となるよう設置箇所数をさらに増やしていく。
		15	18	20		
		H21実績	H22実績	H23実績		
		23	24			
	包括ケア会議 認知症ケア部会開催数	H21目標	H22目標	H23目標	各関係機関と情報共有等を図る機会を増やします。	平成22年度は計画どおり年4回実施。認知症になっても地域で暮らし続けるために必要なことは何かを中心に検討をおこなった。その中で、地域における理解者を増やし、ネットワークを構築する等他の部会との共通する課題が多く、具体的な取り組み方法を検討するため平成23年度には介護予防部会と認知症ケア部会を再編し社会資源検討部会として地域の代表者の方に参加をもらい、地域の意見を大事にしながら、検討を重ねていく。
		4	4	4		
		H21実績	H22実績	H23実績		
		4	4			
	認知症疾患医療連携協議会開催数(仮称)	H21目標	H22目標	H23目標	平成22年10月より、南加賀認知症疾患医療センター(加賀こころの病院内)が石川県委託により設置となった。設置に伴い、石川県、南加賀圏域の医療機関の相談員、地域包括支援センター等が参集した連携協議会が開催され、認知症ケース支援における医療と介護の連携に関する課題等共有する場となった。今後も南加賀疾患医療センターを中心に医療との連携について協議する場としていく。	
1		3	3			
H21実績		H22実績	H23実績			
	0	1				
成果指標	認知症サポーター登録済み数	H21目標	H22目標	H23目標	認知症を正しく理解する。	サポーター養成講座を開催した後のサポーターとの継続的な連携を図ることが不十分であり、受講後も認知症の人との交流の機会や更に認知症の理解を深める研修会への案内などつながりが持てる取り組みが必要。そのためにも地域へのサポーター養成講座の開催周知段階からの働きかけを行いながら養成していく。
		200	400	600		
		H21実績	H22実績	H23実績		
		107	195			
	介護なんでも110番相談件数	H21目標	H22目標	H23目標	早期相談支援件数を増やします。	認知症や介護に関する相談が身近な地域で気軽にできるように介護なんでも110番を設置している。相談件数も年々増加しており、身近な相談窓口としての機能強化の成果が出ている。内容としては介護の相談が多く、早期相談対応となっている。
		75	90	100		
		H21実績	H22実績	H23実績		
		61	83			
	認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式活用研修事例提供件数	H21目標	H22目標	H23目標	認知症ケアの実践が出来る職員を増やします。	事例提供数は年々増加傾向にある。本人本位の視点により深く理解され、一人ひとりの生きがいや役割、地域との関係の継続が図られるようなかわり方が、全事業所で実施されるよう、今後もセンター方式を通じて推進していく。
		25	25	25		
		H21実績	H22実績	H23実績		
		28	34			
若年性認知症の人の他機関連携支援件数	H21目標	H22目標	H23目標	他機関連携支援件数を増やします。	実際、高次脳機能障害も含めた若年認知症の相談件数は10件あり、そのうち5件が他機関との連携をとり支援したケースである。年々増加している。就労支援等に関しては介護保険サービスや障害サービスだけでは支援しきれないケースも多く、現段階では個別の支援をおもて、支援のあり方を検討している。今後もケース支援を通してニーズ把握や各機関の役割など求められる資源を検討していく。	
	5	5	5			
	H21実績	H22実績	H23実績			
	6	5				

Ⅲ. 地域包括ケア体制の構築

	評価項目	H21目標	H22目標	H23目標	考え方	考察	
活動指標	小規模多機能型居宅介護事業所新規整備数	2	1	1	在宅生活を支える介護サービスを増やします。	平成21年度に公募・決定した2事業所の開設が、国の交付決定の遅れにより平成22年度に繰り越された為、H22実績は2となっている。平成22年度は2ヶ所公募し、年度内に2事業所を決定したが、2事業所とも開設は平成23年度となった。	
		H21実績	H22実績	H23実績			
		0	2				
	包括ケア会議開催数	H21目標	H22目標	H23目標	包括ケア体制を継続して検討する。	包括ケア会議は、全体会、介護予防部会、認知症ケア部会、権利擁護部会、ケアマネジメント向上部会の構成で検討を重ねており、開催回数に関しては計画どおり実施できた。それぞれの部会において課題の整理等を行ってきた。その課題の中で、周知方法や地域における理解者を増やし、ネットワークを構築する等共通する課題が多く、具体的な取り組み方法を検討するにあたり、今後は介護予防部会と認知症ケア部会を再編し社会資源検討部会として、委員メンバーも地域の代表者を多くし、検討を重ねていく。	
		24	24	24			
		H21実績	H22実績	H23実績			
	家族介護セミナー実施回数	H21目標	H22目標	H23目標	家族介護者へ情報提供できる機会を増やします。	介護者ニーズ把握調査の結果をもとに、講師を交えての介護者おしりの交流会の実施、介護技術講座の2回実施をした。今後は、より身近な場所で、介護者だけでなく地域の方々も交えての介護技術講座、交流会、施設見学など行ってきたい。	
		1	2	2			
		H21実績	H22実績	H23実績			
			2	2			
		地域包括支援センター総合相談件数(要支援者のプラン検討、担当者会議支援も含む)	H21目標	H22目標	H23目標	切れ目のない相談支援件数を増やします。	初期相談としては3,007件であるが、要支援者や特定高齢者の支援相談件数は3,887件であり、合計6,957件であった。相談の多くは介護保険制度についてだが、内容は多岐に渡っているため、各専門機関との連携の強化を図りながら、本人にとって切れ目のない相談ができるようにしていきたい。また、引き続き、相談窓口の周知を行なっていく。
			4,000	4,000	4,000		
H21実績	H22実績		H23実績				
		2,522	3,007				
	サービスを利用して地域で暮らす人の割合 居宅及び地域密着型サービス利用者数 要介護認定者数(療養病床転換分除く)	H21目標	H22目標	H23目標	要介護状態になっても地域で暮らす人を増やします。	要介護者の増加に伴い居宅サービス・地域密着型サービスの需要が増大した。前年度と比較し、要介護認定を受けても在宅で生活を継続される方の割合は増加している。地域密着型サービスを増やすなどして、今後も住み慣れた地域で生活を続けるための支援を継続していく。	
		62.0%	64.0%	66.0%			
H21実績		H22実績	H23実績				
		62.3%	62.50%				

IV. 権利擁護

	評価項目	H21目標	H22目標	H23目標	考え方	考察
活動指標	虐待防止・権利擁護・悪徳商法に関する研修会の開催数	20	20	20	高齢者虐待防止・権利擁護を理解する機会を増やします。	市民向けの研修会に関しては周知不足により、目標数には達成していない。今後は、老人会など地域の高齢者活動グループに対して、高齢者虐待防止に関する啓発だけでなく、自らが自分自身の権利（自分らしく暮らす権利）を守ることについて考える機会となるような講座を、社会福祉協議会、地域福祉課（消費者相談）と連携し、行ってきたい。
		H21実績	H22実績	H23実績		
		2	3			
	虐待防止・権利擁護に関する研修会の開催数(事業所向け)	H21目標	H22目標	H23目標		
		10	10	10		
		H21実績	H22実績	H23実績		
		15	5			
成果指標	地域包括支援センターによる高齢者虐待事例新規把握数	H21目標	H22目標	H23目標	窓口を周知し早期対応します。	新規把握数は5件であるが、継続件数も含めて10件である。平成21年度と新規把握数は同数であるが、虐待者が息子、夫の男性が100%を占める実態がある。そのため、家庭内における高齢者虐待の対応として、介護保険サービス事業所従事者のみならず、地域住民に対する啓発普及を行うことで、ネットワークの強化を行い、虐待事例の早期発見、早期対応ができる体制を構築したい。また、家族介護セミナーでも虐待の実態を伝えていくことも重要と感じる。市民向けの周知の機会として、今年度は、高齢者だけでなく、市役所担当課と連携し、障がい者、児童を対象に含めた啓発講演会の開催をしていきたい。
		10	10	10		
		H21実績	H22実績	H23実績		
		5	5			
	相談事例のうち虐待ケース検討会開催割合	H21目標	H22目標	H23目標	専門職チームによる支援を行います。	関係機関や本人などからの相談がこころまちセンターに相談があった場合は、関係者との情報を共有し、支援の方針を検討するために、ケース検討会を開催している。また、利用者の状況や警察や保健所などの関係機関の拡大があった場合には、引き続き、ケース検討会を開催し対応している。
		100.0%	100.0%	100.0%		
		H21実績	H22実績	H23実績		
		80%	100%			
	成年後見制度の市長による申し立て件数	H21目標	H22目標	H23目標	公的な支援制度を活用します。	介護者がある場合の後見申立の判断には相談を受けた後の介護者支援による状況変化等の見極めを要する場合があります。慎重に利用支援を判断している。また、市長申立までには至らないが、身寄りがいない人の財産管理及び身上監護に関する相談はあり、今後の成年後見支援のあり方は重要な取り組みである。
		6	15	20		
		H21実績	H22実績	H23実績		
		4	0			

V. 地域生活を支える環境整備

	評価項目	H21目標	H22目標	H23目標	考え方	考察
活動指標	緊急ショートステイ居室数	1	2	4	緊急時対応施設を増やします。	居室数はH21に引き続き1室の確保にとどまっているが、現状において、緊急ショートステイの利用が極めて少なく、通常ショートでの対応となっている。
		H21実績	H22実績	H23実績		
		1	1			
	福祉避難所として利用可能な施設数	H21目標	H22目標	H23目標		加賀市見守り支えあい制度のなかで、介護・障害施設等における福祉避難所の協議をすすめている。
		4	8	12		
		H21実績	H22実績	H23実績		
	0	0				
成果指標	災害時要援護者支援個別プラン作成数	H21目標	H22目標	H23目標	セーフティネットの取り組みを充実(整備)していきます。	見守り支えあい制度の創設に伴い、平成22年度より、災害時要援護者の対策を強化するために、市民部内に地域福祉課を新設し、対応している。 現在対象となる高齢者等に登録申請書を送付、回収済み。(約6,000件のうち2,300件の回収) 現在は、申請のあった2,300件の人の個別支援プラン作成の依頼を各地区の区長に対して行っている段階である。そのため、要援護高齢者に対して、地域支援者を決定し、登録するまでには至っていない。
		100	200	350		
		H21実績	H22実績	H23実績		
		0	0			
	お出かけ応援車両ルート整備済み数	H21目標	H22目標	H23目標		乗り合いタクシーが、東谷口・勅使・橋立・金明の4地区に整備されている。 東谷地区は小学校スクールバスへ便乗している。
		18	20	22		
		H21実績	H22実績	H23実績		
		13	13			
	見守りネットワーク形成済み数(障害者除く)	H21目標	H22目標	H23目標		地区によってはばらつきはあるが、地区のまちづくり推進協議会長、地区社会福祉協議会長、民生委員を中心に20地区中16地区では見守りネットワークが形成されてきているが、未実施地区もある。今後も地域の中で話し合いの機会を持ちながら地域での理解者を増やし、見守りネットワークの必要性を委託先である社会福祉協議会と協議しながら取り組んでいく。
		250	280	300		
		H21実績	H22実績	H23実績		
		438	438			



伊賀市における地域福祉計画の推進と (認知症)地域支援ネットワークの構築

伊賀市地域包括支援センター
二階堂 樹

三重県 伊賀市の概況

伊賀は古くから「伊賀の国」として知られ、俳聖松尾芭蕉の生誕地であり、横光利一や荒木又右衛門などゆかりのあるところとして知られています。また、伊賀流忍者のふるさととしても知られています。

大阪・名古屋両大都市の約80km圏内にあります。

山地に囲まれた内陸盆地で、圏域の約6割を森林が占め、淀川の源流域として自然環境に恵まれたところです。



伊賀市のご紹介

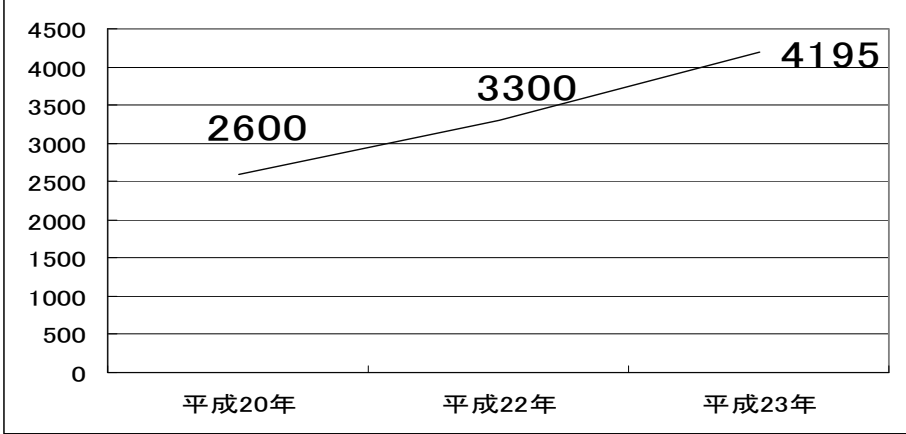


伊賀市のデータ (2012年2月29日現在)

- ①人口 99,066人
- ②世帯数 39,619世帯
- ③高齢化率 26.94%
- ④後期高齢化率 14.93%
- ④面積 558.17km²

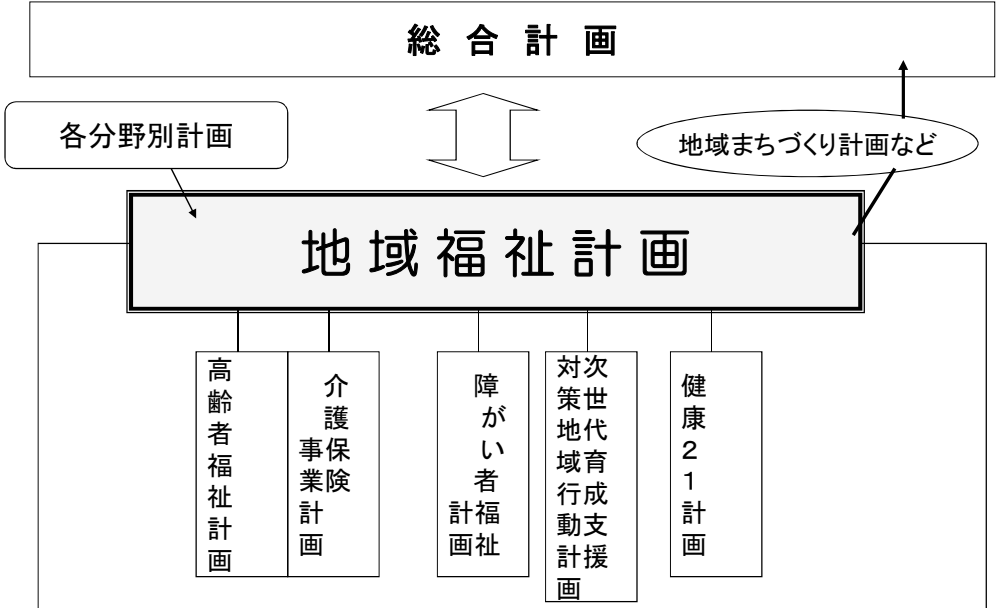
※2004年(H16年11月1日)1市3町
2村が合併

認定調査「認知症自立度 以上」の人数



(H20年の推計)平成47年の伊賀市の認知症高齢者は約4,800人？

伊賀市における地域福祉計画の位置づけ

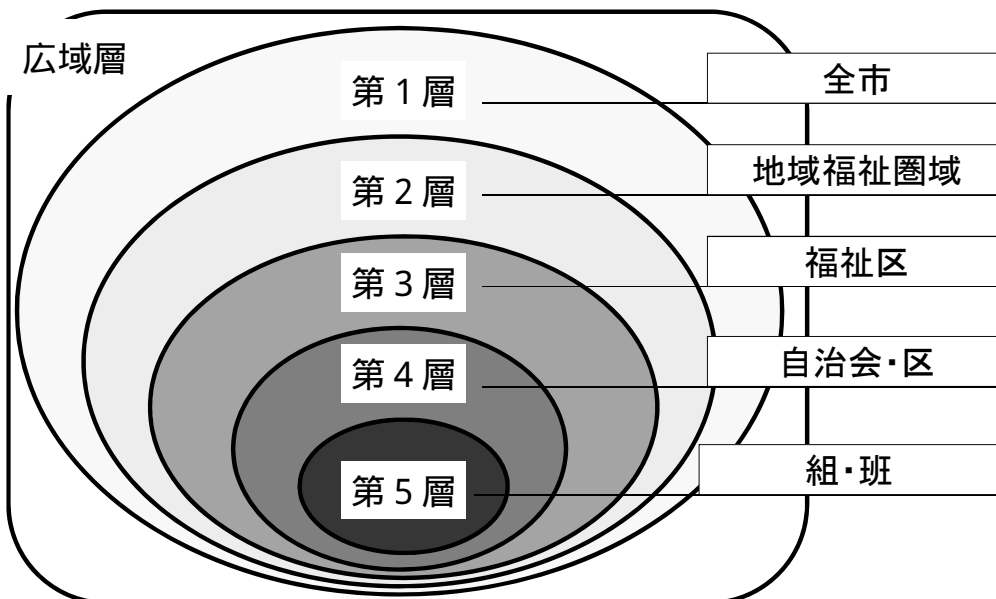


地域福祉計画の策定と推進の経過

年度	H18	H19	H20	H21	H22	H23	…H27
地域福祉計画	第1次					第2次	
安心生活創造事業				[事業実施期間]			

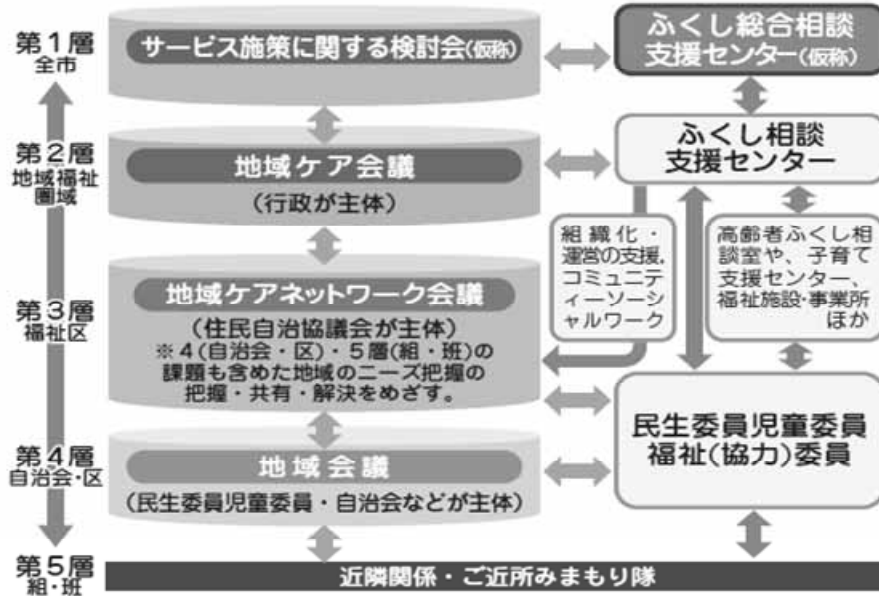
第1次計画を丁寧に実践し、
第2次計画策定に活かす。

5つの圏域と広域層



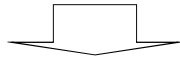
地域福祉計画における支援のしくみ図

支援のしくみ(検討の場と相談支援のための機関・機能)



地域福祉計画と安心生活創造事業

厚生労働省「地域福祉推進市町村」の指定を受ける。



安心生活創造事業の実施(モデル事業)

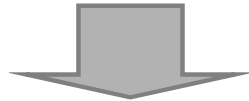


伊賀市地域福祉計画の実践事業と位置付け(普遍的事業)

伊賀市の安心生活創造事業

平成21～22年度

住民自治協議会と協働して、第3層より
身近な地域での見守り支援体制の構築
(モデルとして行政・社協のバックアップ)



平成23年度

自治協の基盤構築（完全自主事業化）
(行政・社協はより「黒子」となる)
地域が自ら取り組む事業に

安心生活創造事業の予定プロセス(1)

(1)見守り支援を必要とする人々とそのニーズの把握

地域における生活課題を把握し、解決する仕組みをつくるため、次の2段階を設定。

- * Step 1 生活課題・地域のニーズを把握する *
- アンケート調査の実施、モデル事業担当社会福祉士の戸別訪問

- * Step 2 戸別訪問による支援 *
- 「ふくし相談支援センター」の社会福祉士などが、アンケートにより把握した情報に基づき戸別訪問。詳細なニーズ把握や支援を実施

安心生活創造事業の予定プロセス(2)

(2)見守り支援を必要とする人がもれなくカバーされる体制づくり

地域の実情に応じた見守り支援体制づくりのため次の4段階を設定。

* Step 1 地域ケアネットワーク会議 *

住民自治協議会が「地域ケアネットワーク会議」を設置し、各地域会議における課題の共有と、地域にとって負担が少なく効果的な見守り支援体制の合意形成を図る

* Step 2 地域会議 *

自治会・区または民生委員・児童委員の活動エリアに応じた「地域会議」の開催

* Step 3 いが見守り支援員&ご近所みまもり隊の養成 *

* Step 4 実際の見守りと周知 *

2つのモデル地区



《モデル地区1》
上野西部地区
住民自治協議会

《モデル地区2》
矢持住民自治協議会

モデル地域の実際の経過(1)

①上野西部地区生活実態調査の実施

実施時期:平成21年12月～平成22年2月

対 象:上野西部地区に住民票登録のある全世帯(世帯主)

配布数:1,498部 回収数:973部(回収率65.0%)

住民自治協議会の協力により自治会長による配布・回収を行う。

NPO法人「伊賀の伝丸」の協力を得、ポルトガル語版・スペイン語版・中国語版の生活実態調査票を用意し、外国籍住民にも個別配布を行い、実態調査を行った。(返信用封筒同封)

②矢持地区生活実態調査の実施

実施時期:平成21年11月～12月

対 象:矢持地区に住民票登録のある全世帯(世帯主)

配布数:200部 回収数:189部(回収率94.5%)

住民自治協議会健康福祉部会による配布・回収。

配布・回収時に、健康福祉部会員が声かけや生活の様子を聞き取りながら実施。

モデル地域の実際の経過(2)

質 問	上野西部	矢 持
ふだんの生活の中で、「なんらかの心配ごとがある。」あるいは「多少心配ごとがある。」	61.8%	72.6%
日常生活で、「困りごとがあっても、手助けしてもらえない人がいない」	2.0%	1.6%
ご近所付き合いで、「お互い訪問し合う程度の人がいる」	28.0%	59.7%
ご近所付き合いで、「ほとんど近所つき合いがない」	3.0%	1.6%

矢持地区では結果を受け、70歳以上を対象に再度詳細な調査を実施。

モデル地域の実際の経過(3)

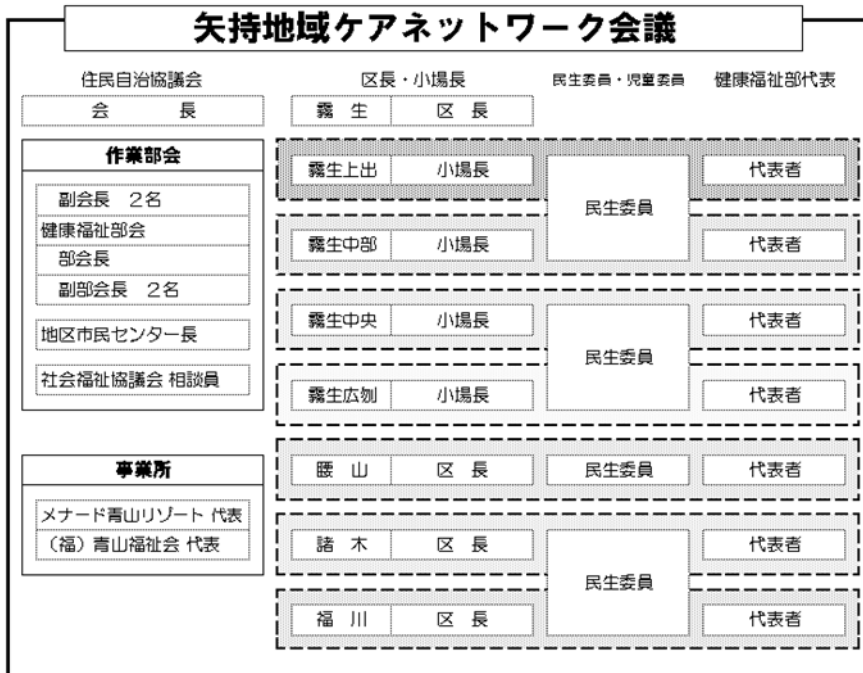
伊賀市初の地域ケアネットワーク会議の設置 (地域福祉計画の「実践」)



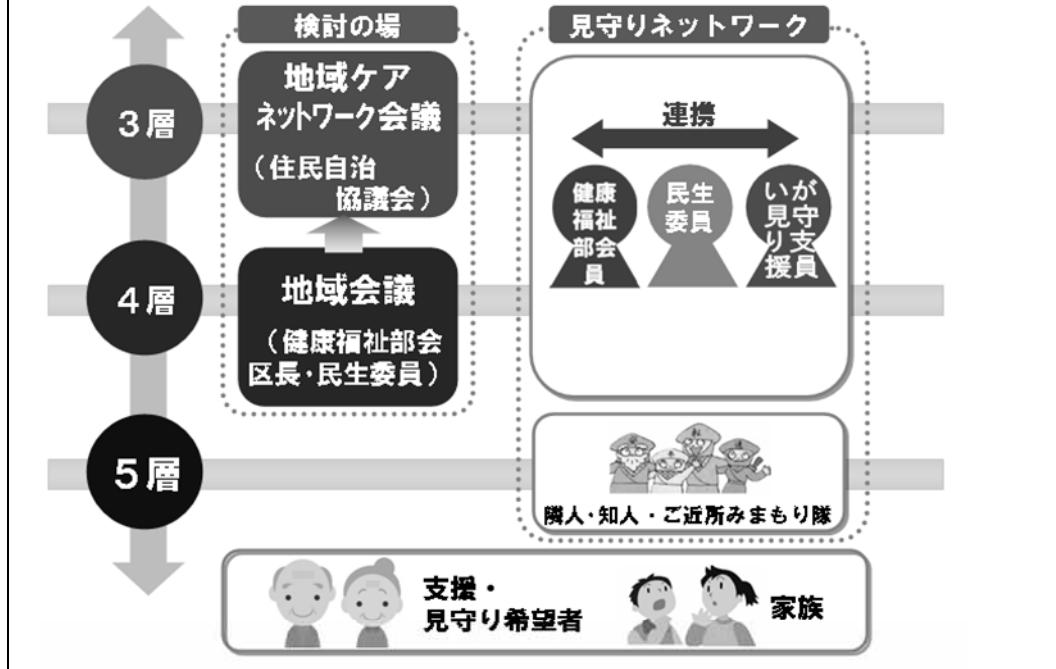
矢持地域ケアネットワーク会議の様子
(矢持地区市民センター)

モデル地域の実際の経過(4)

矢持地域ケアネットワーク会議



身近な地域での見守り支援体制



モデル地域の実際の経過(5)



霧生区での地域会議の様子
(霧生農民研修センター)



腰山区での地域会議の様子
(腰山コミュニティセンター)



福川区での地域会議の様子
(福川公民館)



諸木区での地域会議の様子
(諸木公民館)

モデル地域の実際の経過(6)

【矢持地区の地域会議】

矢持地区を構成する小地域ごとに地域会議を開催。

初回はサポーター養成講座を切り口に。以降「見守り支えあいマップ」を作成しながら地域課題を共有。

【得られた課題】認知症や障がい等、まだまだ地域に理解が広まっていないことがある。近隣や地域支援者の言葉を十分に聞き、不安を取り除きながら、ご本人を地域で支えていく方法を探る必要がある。

モデル地域から学んだこと(1)

(1)個人を知る～支援が必要な人～

- *何を望んでいるか
- *何を必要としているか
- *地域でどのように暮らして行きたいか

個人の課題が集まって地域の課題となる。「地域住民」のニーズを探る第一歩は個人を知ること。

ニーズを知ること、新しい地域に根ざしたサービスが構築することも可能。

支援が必要な人でも、一方的に支援の受け手ではなく、なんらかの「役割」が果たせるのではないかという視点。

一人ひとりが何らかの役割を担いつつ、その人らしい生き方が出来る地域をめざす必要。

モデル地域から学んだこと(2)

(2) 地域を知る～身近な地域活動～

地域の強み、資源を知ること。地域には老人クラブの活動や青色パトロール、児童の登下校時の見守りなど、多くの見守りに活用できるしくみがたくさん。

上野西部地区は、サークル活動が盛んな地域。

自治会・民生委員児童委員等でカバーできない見守りエリアを、子育てなどの各種サークル・各種団体と連携した見守り支援体制を検討。

矢持地区の生活実態調査の結果では、安否確認や声かけができると回答した方が約8割。

これは地域の大きな強み。この資源を見守りに。

モデル地域から学んだこと

(3) 「支援者」を知る

中には見守りや訪問などの支援を拒否する方もいる。本当にその人は地域で孤立しているの？

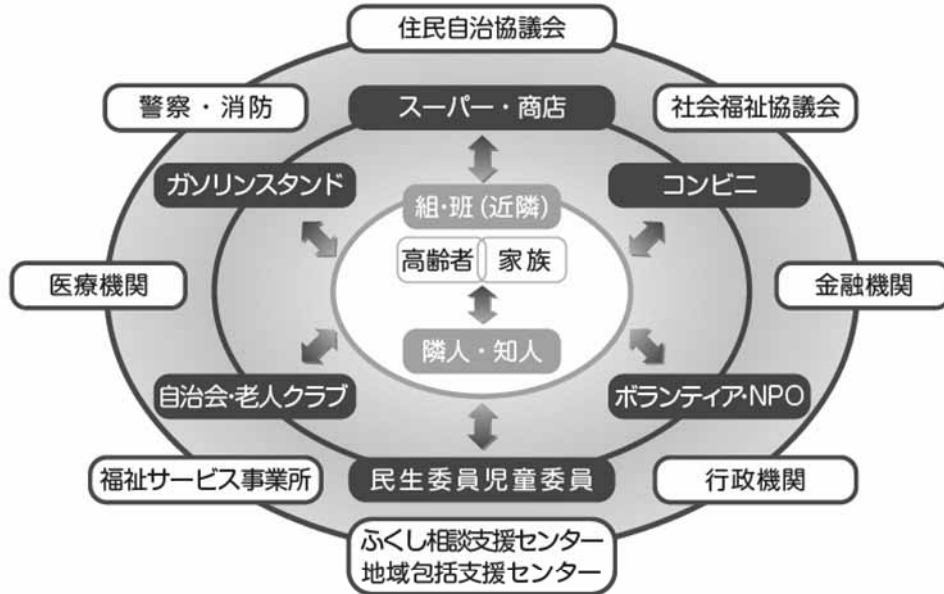
フォーマルな支援者が把握していないだけで、インフォーマルな「支援者」がいるはず。

地域の中で、誰がどんなにかかわりをしているのか、どんな声かけをしているのかなど、「支援者」同士のことを知ることが重要。

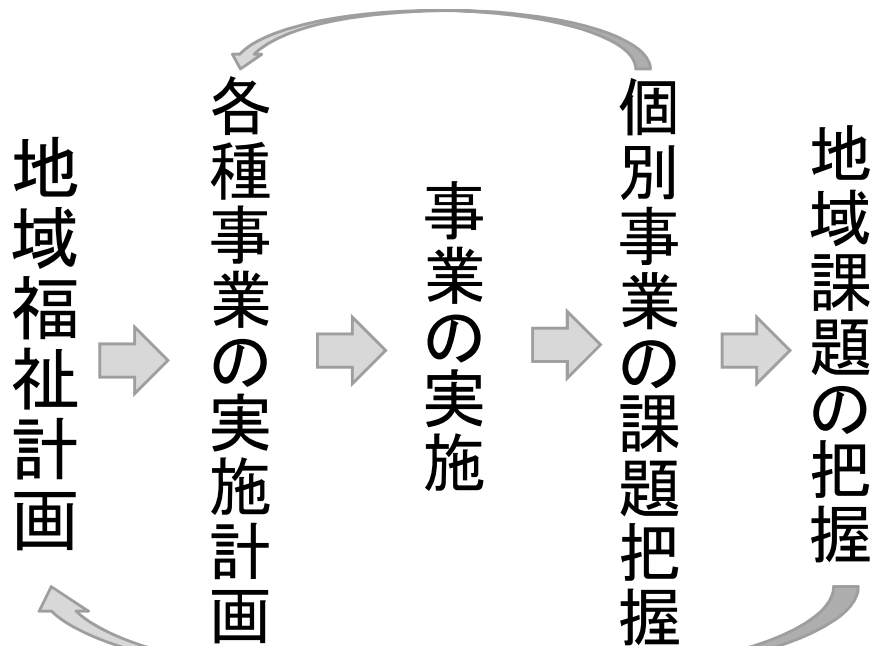
「支援者」どうしがつながることで、「日常の声かけ」、「異状に気付く見守り」、「異状があった時の連絡」が可能に。

地域に住む人の「お互いの不安と負担」を軽減。

地域支援ネットワークのイメージ



計画 事業 課題把握 計画のサイクル



小地域ごとの基本統計を作成・分析し
小地域の実情に応じた地域支援の展開

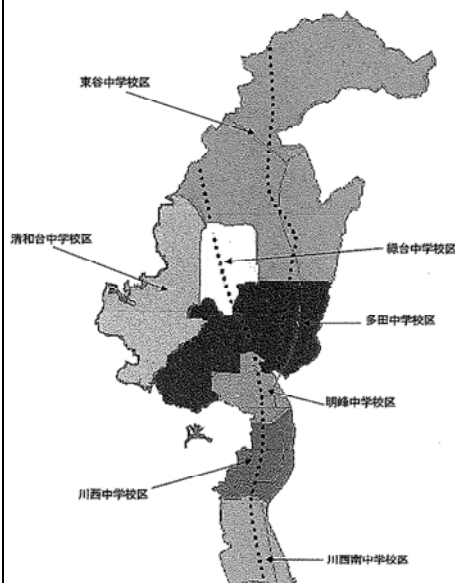


川西市の取組み

兵庫県 川西市地域包括支援センター
森上 淑美



<川西市の概要>



南北に長い
タツノオトシゴ様の地形

総人口： 160,658人
65歳以上人口： 41,239人
高齢化率： 25.7%
65歳以上要支援要介護認定者
6,493人
後期高齢者65歳以上人口構成比：
15.7%
(川西市のデーター 平成23年12月末現在)

川西市認知症地域資源ネットワーク構築事業



* 目的は下記のとおりです。

認知症の方とその家族を支えるために認知症への対応を行うマンパワーや拠点などの「地域資源」をネットワーク化し、相互に連携しながら有効な支援体制を構築します。

推進会議

* 構成員は、医療関係者・保健福祉関係者・介護サービス事業者・警察等公的機関・認知症の介護者・特定非営利活動法人・地域包括支援センターの職員等です。

* 庶務は、長寿・介護保険課が行っています。

認知症啓発活動



H19年～H23 / 1 末まで

川西市の認知症サポーター養成の状況

認知症サポーター 5, 393名

川西市のキャラバンメイト養成状況

研修修了者 279名

(兵庫県主催の研修修了者を含む)

地域の実態把握
地域の実情をしる
話し合う
活発な
グループワーク



**高齢者の権利擁護が大切！
虐待予防も地域の
見守りから！**

認知症サポーター養成講座参加者の声から 〈自分自身がやってみたいこと〉



- 認知症の方に踏み込みすぎず、声かけや見守ることが大切だとわかった。
- 認知症の家族をかかえたら、施設入所してもらっ
つしかないと思っていたが、学習したこと
地域や家族の支援で在宅生活できることがわ
かった。
- もっと勉強をして、周辺に知らせていきたい。
- 高齢者に注目することから始まると思う。まず、
あいさつ声かけから。
- 家族を支えることが大切である。家族が買い物
に行く間などに留守番をするなど。また、家族
の思いを聞いてあげたい。気軽に声かけをする
など。
- 困っているかなと感じたときに声かけができる
勇気をもつ。

<地域でやってみたいこと>



- 介護している家族が気持ちが開放されるような場（遊びとか集まり）を企画する。そして、家族を理解する場を広げる。
- 一般高齢者のサロンの中に認知症の方も自然に入れると良い。喫茶店のように集える場づくりが大切である。
- 高齢者、障がい者、子どもなど世代を超えて集まれる場所づくりが必要だ。
- サロンの中に認知症のDVDを上映したり、もっと深い勉強をしても良い。
- 小学校区ごとに勉強会を開催していったらどうか。

効 果



- 市内14地区福祉委員会の地区福祉計画に認知症高齢者への対応が位置づけられた。
- 複数の地区福祉委員会において、認知症サポーターマップをつくり見守り体制の構築や居場所づくり、地域ぐるみの具体的活動が始まっている。
- 新しい世代・領域の方々が、地域福祉活動に参加しつつある。

地域の横のつながり



いきいき・はつらつ広場事業（介護予防）
福祉デザイン広場
居場所づくり ふれあいサロン
見守りネットワーク
災害時要援護者の日ごろの見守り
美化業務課の「サポート収集」
警察の徘徊高齢者SOSネットワーク
虐待ネットワーク
その他・・・教育委員会への働きかけ

平成23年度

認知症徘徊SOS訓練報告会

認知症キャラバンメイト・認知症サポーター
フォローアップ講座

認知症になっても安心して



暮らせる街にするために

～徘徊してもええやん
やさしいまち・川西～



平成22年12月末現在 川西警察署管内における 行方不明者の状況



行方不明者 134件

(内訳)

- 65歳以上 30件（男性17件、女性13件）
※ 残念な形の発見、他府県で発見、事件を起こして保護、帰宅等何らかの形ですべて見つかっている。
- 「川西・猪名川子ども・徘徊高齢者SOSネットワーク」による協力要請 29件
※ 情報公開されるため、届出者の承認がある場合のみ協力要請をする。

子どもから高齢者までの 保護件数 569件



- ※ 警察への通報に至らない、近隣で解決しているケースもあると考えられるため、実数はもっと多いだろう。
- ※ 徘徊SOSネットワークの構築が進めばより迅速な対応が可能になる。
- ※ ただし、行方が分からなくなって、行動範囲が狭いうちに、できるだけ早く、警察署か交番へ届ける！

地域が主体で動く！

H23/10～

徘徊SOSネットワーク

徘徊模擬訓練

(市内13地域で実施)



サポーター養成



機運の高まり



地域の見守りネットワーク



市内全域への広がり

訓練前の研修会

- ・ 認知症のご本人が一番不安な気持ちでいる！
- ・ 一人で抱えこまないで！
- ・ 正しく理解し、ご本人の気持ちに沿った適切な支援を！



認知症サポーターはご本人とご家族の暖かい応援者！

正しい知識をまずは身近の人に伝えよう！

日ごろからのことばかけが大事。信頼できる関係作りが大切！

徘徊SOSネットワーク

Kさん宅の家族の方から「やまびこ」に捜索願いの連絡が入りました



- なんでも相談当番者が電話を受けて情報を用紙に記入する



認知症徘徊行方不明者ゼロ作戦
認知症高齢者が行方不明になった場合

家族の方へすぐに
①警察への連絡 072-756-0110
まず、警察に電話してください。(交番にも連絡がいきます。)
②徘徊防止のばびこへの連絡 072-792-4411

川西市北部地区徘徊電話連絡用内袋

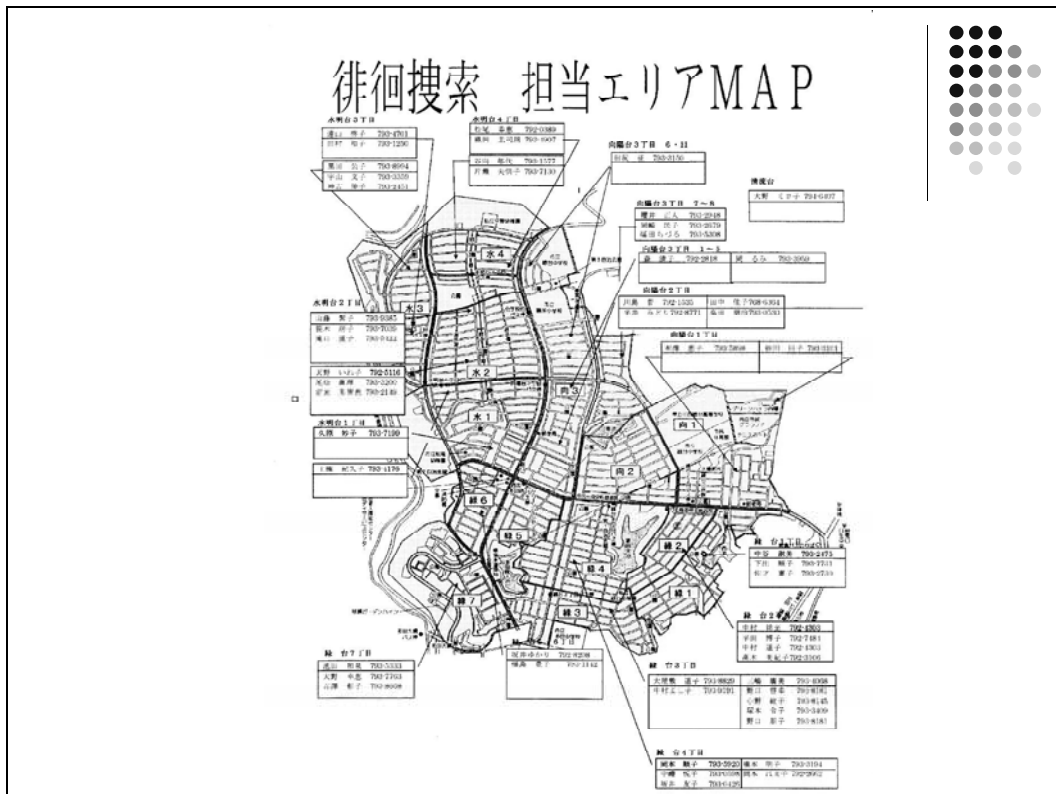
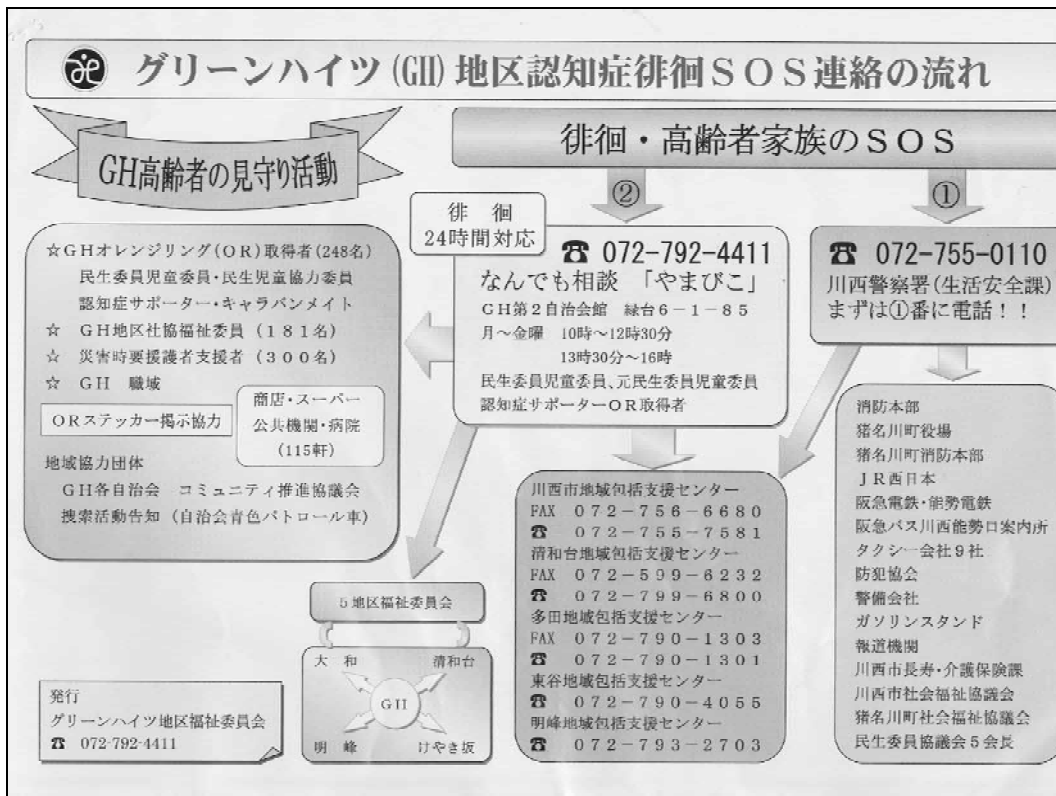
家族へ記入していただきます。Aも読んでください。

氏名 (ふりがな)		姓	名
姓	氏名	〒	市
区	町	丁目	番
番	号	住居	番号
連絡に当たっての用	氏名	性別	年齢
身体的特徴	めがね	髪	血液型
認知の状況	住所・名前を	覚える	覚えていない
普段の行動範囲			
過去の発見場所			
その他			
認知症徘徊防止			
最終確認場所	氏名		
徘徊防止の様子	徘徊物	所持品	所持品
徘徊防止の状況			
徘徊防止の状況			

記入年月日: 年 月 日

パソコンから登録している福祉委員に一齐送信しました





徘徊SOSネットワーク模擬訓練 参加者の声



- 実際に声かけをしてみて、想像していたのと違って難しかったが、経験をしたことで、実際に困っている高齢者などに声かけができると思う。
- 1回で終わりではなく、多くの方に声をかけて、訓練に参加していただくことが大事だと思った。
- なんといっても継続していくことが大事だ！
- 地域でネットワークを気づいていくことが大切だと思った。

認知症高齢者の登録制度



- * 徘徊高齢者登録制度の趣旨は下記のとおりです。
 - ① 日頃の見守りへの活用を行います。
 - ② 高齢者が徘徊した場合、早期の搜索開始につながります。
 - ③ 地域や関係機関で見守ることにより、家族に安心感を提供します。
- * 登録申請書のひな形作成し、流れの検討を行っています。
- * 登録者の情報管理や登録台帳の活用について検討しています。

医療と介護の連携



* 認知症の方と家族を支えるために、保健・医療・福祉の各専門職（かかりつけ医・専門医・歯科医師・薬剤師・社会福祉協議会理事・病院連携会議メンバー・ケアマネジャー・キャラバンメイト・地域包括支援センター職員等）がともに学んでいます。

* 連携ノート「みまもり・つながりノート」の準備を進めています。

<資料>

地域包括支援センターが市とともに
小地域ごとの基本統計を作成・分析し、
小地域の実情と特徴に応じた地域支援を進めている
取組み

川西市認知症地域資源ネットワーク事業実施報告書（平成 23 年 3 月）からの抜粋

I 川西市認知症地域資源ネットワーク構築事業の実施概要について

川西市では、兵庫県から委託を受け、地域で認知症高齢者等と家族を支えるために、地域住民や医療、保健、福祉分野の機関が連携・協働し、川西市認知症地域資源ネットワーク構築事業推進会議を設け、有効なネットワークやサポート体制の構築、充実など、認知症地域資源ネットワーク構築事業を推進しました。

平成22年10月から平成23年3月を実施期間とし、次の事業に取り組みました。

◇事業の内容

1) 地域の実態調査（地区診断）について

① 基礎データの整理、分析、評価、課題の抽出

認知症高齢者の状況及び課題について小学校区ごとに「人口」「前期高齢者数」「後期高齢者数」「認知症高齢者自立度区分」「認知症サポーター数、キャラバンメイト数」等について整理、分析する。

② 関係機関からのヒアリング等による情報の収集、整理、分析、評価、課題の抽出

関係機関等からのヒアリング等により「地域資源」「今後、求められる他機関とのネットワーク構築に向けての課題」「早期発見、早期治療への取組み」などの認知症高齢者の状況及び課題について、整理、分析し、課題を抽出する。

2) 地域資源マップについて

① 地域資源マップの作成

② 地域資源マップの掲載情報

全地区福祉委員会地域ごとに、地域包括支援センター、介護保険事業所等の情報を掲載する。

③ 地域資源マップ用ホームページの作成

3) 徘徊 SOS ネットワークについて

関係機関等の連携による認知症の方の徘徊 SOS ネットワークの構築に向け、ワークショップ及び徘徊 SOS ネットワークの模擬訓練による意見・状況を把握、分析し、構築に向け、課題を抽出する。（当該ネットワークは、既に制度はあるが、新たに再構築する。）

4) 認知症の理解・普及・啓発について

認知症に関する市民の意識について、市等関係機関の資料や認知症サポーター養成講座等開催状況を基に評価する。また、市民への理解・普及・啓発を図るため、講演会や当該事業に係る成果を中心とした報告会を開催する。

5) 地域支援体制の推進について

モデル地域を中心に地域における関係者のネットワーク化及び認知症ケア等のサポートについて、支援体制を検討、推進する。

6) コーディネーターの配置等

認知症地域資源ネットワーク化やケア体制の構築等当該事業を適切に推進するためコーディネーター2名を配置する。

今後の主な取り組み項目

平成22年度の各地区及び関係機関等ワーキング、ヒアリング等からの意見や課題を要約した結果、今後の主な取り組み項目は次のとおりとします。

1 認知症の早期発見と徘徊高齢者への支援

1) かかりつけ医

川西市医師会では、かかりつけ医の診療を第1に考え、各医療機関に認知症の方に対する対応マニュアル(チャート)を配布することなどを検討される。また、かかりつけ医認知症対応力向上の研修などにより認知症に対応できるシステムづくりが行われる。

2) 見守り体制等の充実

高齢化が進み、ひとり暮らし高齢者、高齢者世帯や認知症高齢者の増加が予想され、認知症高齢者をはじめとした要援護高齢者の早期発見に繋がる見守り体制の充実がますます重要となっている。現状では、民生委員を中心に見守りを行っているが、民生委員の仕事も増える中で見守りも、今後、新たな担い手を開拓していく必要がある。一方、キャラバンメイトや認知症サポーターの中には、活動の場がないといった声もあることから、見守り体制への協力を求めている。

また、地域包括支援センター関係機関との連携を図り相談体制の充実を図っていく。

3) 徘徊SOSネットワーク

平成12年に川西警察署が中心となり、川西市をはじめ公共交通機関、ガソリンスタンドなどを協力関係機関として構築したが、その後、多数の介護保険事業所ができ、また関係機関として民生委員や地域包括支援センターなどが入っていないことから、改めて川西警察署と川西市が連携し、関係機関に協力を求めている。

4) 登録制度

市では、認知症高齢者が行方不明になったときに早期に発見するためには、日ごろの見守りが重要であることから、市が中心となり、民生委員、地域包括支援センター等関係機関と調整を行いながら、認知症高齢者の特徴や緊急連絡先を記入した登録制度の導入を検討していく。

5) 徘徊SOS訓練

各地区において関係機関参加のもとに、昨年10月に、徘徊SOS訓練がはじめて実施され、各地区においては今後も継続して実施していく意向である。なお、昨年は、声のかけ方を中心に訓練をしたが、実施方法について検討を要する。

6) 位置探索装置(GPS)の普及

市では、認知症高齢者が行方不明になったときに、利用者が装置を身に付けておくことにより早期に発見できる装置として位置探索装置(GPS)の貸与を行っているが、認知症状が重くなったときに利用されることが多く、その後、施設入所されるなどの要因等により利用者が少ない状況である。今後、認知症高齢者が行方不明になったときに早期に位置が確認できることから、市及び地域包括支援センター等による普及に努める。

また、もっと小型の容易に身に着けることができる位置探索装置(GPS)の情報入手に努める。

2 認知症の理解・普及・啓発

1) 認知症サポーター等の養成

市及び地域包括支援センターでは、市民の認知症に対しての正しい理解を図っていくため、引き続き、特定非営利法人福祉市民ネット・川西と連携し、認知症サポーター養成講座を開催し養成を行っていく。特に認知症サポーターの養成が少ない事業所や学校等にも力を入れて行う。

また、認知症サポーターの講師役となるキャラバンメイトの養成を行う。

2) 市民フォーラム等

市及び地域包括支援センターでは、市民の認知症に対しての正しい理解を図っていくため、引き続き広報の活用や市民フォーラム等を開催していく。また、川西市医師会においては、市民医療フォーラムにおいて「認知症」をテーマに開催される予定である。

3 権利擁護

1) 虐待等への対応

虐待ケースの多くが、対象者に認知症状がある場合がある。引き続き市では虐待ケースへの関係機関との連携を図り、取り組んでいく。

2) 成年後見

市では、成年後見制度の相談や親族等がない場合などに市長申立を行っている。また、今後も認知症高齢者の増加が予想される中で、県が実施する市民後見人養成講座への受講案内を行っていくとともに平成24年度以降、市町に市民後見人養成講座の実施の動きがあることから、実施方法、登録制等について検討していく。

4 その他

- ・ 資源マップの作成については、本年度4地区で実施したが、残りの地区についてもワークショップなどを行い、地域資源マップの作成を行っていく。
- ・ 医療と介護の連携強化を図るため、年に数回、情報交換の場を設けるなど検討していく。
- ・ 配食サービスや買い物等の有償サービス、ボランティアによるサービスなどの情報を共有化し、利用者へ提供していく必要があるため、市及び地域包括支援センター等で地域資源の情報共有を図っていく。
- ・ 認知症の方とその家族が安心して生活できるよう新たな地域資源の開発についても検討していく。
- ・ 各地域において認知症の方を含んだ高齢者等の居場所づくりが進められている。
- ・ 認知症予防のための介護予防教室を引き続き実施していく。

5 川西市認知症ネットワーク構築事業推進会議

上記の項目を推進していくため、引き続き推進会議を開催していく。

Ⅱ 川西市の認知症高齢者を取り巻く環境

1 川西市の高齢者人口、事業所数や高等学校・大学の現状

(1) 川西市の65歳以上の人口

川西市の65歳以上の人口は40,371人（平成22年9月30日現在）で、その割合は25.0%と人口の4人に1人が高齢者に達している。兵庫県の65歳以上の人口割合が22.4%（平成22年2月1日現在）であることと比べると、高齢化率がやや高い。

昭和40年代に入居が始まったニュータウンである「グリーンハイツ地区」「大和地区」では、65歳以上の人口が36%を超えている。また、「黒川小校区」では46.7%となっている。一方で、比較的新しいニュータウン、住宅地で現在なお住宅販売が続いているところが多い「多田地区」「多田東地区」「けやき坂小地区」「北陵地区」と「東谷小校区」では、20%に満たない割合となっている。

(2) 川西市の事業所数・従業者数

川西市には、約3,900の事業所が立地し、約38,000人が就業している。認知症の方の見守り活動には、これら事業所や従業者、さらには、通勤されている人の理解と協力も不可欠となる。特に小売業、飲食店、サービス業など人の出入りがある事業所については、認知症への理解の促進とともに、サポート体制への参加が望まれる。その視点から、簡単に事業所立地の特性を把握しておく。

各地域の事業所立地件数は次の表のとおりである。特に立地件数が多いのは、川西市の玄関口に位置する「桜小地区」「川西小地区」である。業種としては、卸売業・小売業・飲食店、サービス業が多数立地しており、製造業もある。「北小地区」「加茂小地区」「東谷小校区」も比較的事業所の立地件数が多く、業種としては同様の傾向となっている。「久代小地区」は製造業の立地が多く、卸売業・小売業・飲食店、サービス業と同程度の事業所数となっている。

(3) 高等学校・大学

その他市内には、川西北陵高等学校、川西緑台高等学校、川西明峰高等学校の3つの公立高校と東洋食品工業短期大学が立地しており、多くの学生が通学している。

	人 口	65 歳以上人口					事業所数 従業者数
		(構成比)	男性	女性	前期	後期	
川西市	161,203	40,371 (25.0%)	18,205 (11.3%)	22,166 (13.8%)	23,590 (14.6%)	16,781 (10.4%)	3,971 38,819
久代小地区	8,826	1,980 (22.4%)	914 (10.4%)	1,066 (12.1%)	1,209 (13.7%)	771 (8.7%)	353 4,300
加茂小地区	11,395	2,907 (25.5%)	1,278 (11.2%)	1,629 (14.3%)	1,666 (14.6%)	1,241 (10.9%)	274 2,538
川西小地区	13,490	3,554 (26.3%)	1,472 (10.9%)	2,082 (15.4%)	1,910 (14.2%)	1,644 (12.2%)	627 4,173
桜小地区	9,066	2,306 (25.4%)	969 (10.7%)	1,337 (14.7%)	1,281 (14.1%)	1,025 (11.3%)	703 7,967
北小地区	9,781	2,470 (25.3%)	1,073 (11.0%)	1,397 (14.3%)	1,424 (14.6%)	1,046 (10.7%)	320 2,569
明峰小地区	15,465	4,231 (27.4%)	2,032 (13.1%)	2,199 (14.2%)	2,672 (17.3%)	1,559 (10.1%)	161 868
多田地区	10,516	2,065 (19.6%)	944 (9.0%)	1,121 (10.7%)	1,273 (12.1%)	792 (7.5%)	20 311
多田東地区	13,576	2,511 (18.5%)	1,119 (8.2%)	1,392 (10.3%)	1,537 (11.3%)	974 (7.2%)	104 827
けやき坂小地区	5,799	894 (15.4%)	399 (6.9%)	495 (8.5%)	522 (9.0%)	372 (6.4%)	32 164
清和台地区	13,988	3,515 (25.1%)	1,637 (11.7%)	1,878 (13.4%)	2,148 (15.4%)	1,367 (9.8%)	221 2,486
清和台小校区	6,268	1,708 (27.2%)	777 (12.4%)	931 (14.9%)	976 (15.6%)	732 (11.7%)	82 1,006
清和台南小校区	7,720	1,807 (23.4%)	860 (11.1%)	947 (12.3%)	1,172 (15.2%)	635 (8.2%)	139 1,480
グリーンハイツ地区	15,344	5,546 (36.1%)	2,538 (16.5%)	3,008 (19.6%)	3,055 (19.9%)	2,491 (16.2%)	210 1,626
緑台小校区	7,502	2,495 (33.3%)	1,111 (14.8%)	1,384 (18.4%)	1,262 (16.8%)	1,233 (16.4%)	104 985
陽明小校区	7,842	3,051 (38.9%)	1,427 (18.2%)	1,624 (20.7%)	1,793 (22.9%)	1,258 (16.0%)	106 641
東谷地区	14,447	2,807 (19.4%)	1,264 (8.7%)	1,543 (10.7%)	1,697 (11.7%)	1,110 (7.7%)	284 3,412
東谷小校区	14,297	2,737 (19.1%)	1,233 (8.6%)	1,504 (10.5%)	1,668 (11.7%)	1,069 (7.5%)	270 3,225
黒川小校区	150	70 (46.7%)	31 (20.7%)	39 (26.0%)	29 (19.3%)	41 (27.3%)	14 187
大和地区	11,650	4,257 (36.5%)	1,946 (16.7%)	2,311 (19.8%)	2,388 (20.5%)	1,869 (16.0%)	182 1,065
北陵地区	7,860	1,328 (16.9%)	620 (7.9%)	708 (9.0%)	808 (10.3%)	520 (6.6%)	27 222

資料：人口については、平成22年9月30日現在住民基本台帳

事業所数・従業者数については、「平成18年事業所・企業統計調査」

※数値はおおむね小学校区単位で計上しています。(地区についてはP.110の地区福祉委員会を参照)

2 要支援・要介護認定者と福祉のマンパワーの現状

平成22年12月28日現在で、川西市で要支援・要介護の認定を受けている人は6,329人となっている。このうち、898人が施設に入所され、5,431人が在宅で生活されている。

在宅で生活されている人の中で、認知症の日常生活自立度判定基準において、「自立」とされている人は1,917人、在宅生活が基本であり、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できるなどの「Ⅰ～Ⅱb」と判定されている人は2,533人、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする「Ⅲ」以上と判定されている人は933人である。

在宅で生活されている「要支援1・2」と認定されている人は1,808人、「要介護1・2」と認定されている人は2,220人、「要介護3」以上と認定されている人は1,403人である。

	実数 (人)	65歳以上人口 構成比 (全人口構成比)	要支援・要介護認定者 構成比
全人口	161,203		
65歳以上人口	40,371	(25.0%)	
65歳以上の要支援・要介護認定されていない人	34,042	84.3% (21.1%)	
65歳以上の要支援・要介護認定者	6,329	15.7% (3.9%)	
施設入所の要介護者	898	2.2%	14.2%
在宅の要支援・要介護認定者	5,431	13.5%	85.8%
うち認知症自立	1,917		30.3%
うち認知症Ⅰ～Ⅱb	2,533		40.0%
うち認知症Ⅲ～Ⅳ	933		14.7%
うち自立度不明	48		0.8%
在宅の要支援1・2	1,808	4.5%	28.6%
うちサービス利用者	899		14.2%
うちサービス未利用者	909		14.4%
在宅の要介護度1・2	2,220	5.5%	35.1%
うちサービス利用者	1,705		26.9%
うちサービス未利用者	515		8.1%
在宅の要介護度3以上	1,403	3.5%	22.2%
うちサービス利用者	937		14.8%
うちサービス未利用者	466		7.4%

人口＝平成22年9月30日現在住民基本台帳

要支援者・要介護認定者＝平成22年12月28日現在

④ 多田、緑台地域

	全 市	多田地区	多田東地区	グリーンハイツ地区
人 口	161,203	10,516	13,576	15,344
65歳以上人口 (人口構成比)	40,371 (25.0%)	2,065 (19.6%)	2,511 (18.5%)	5,546 (36.1%)
要支援・要介護認定を受けていない 65歳以上の人 (人口構成比) 65歳以上の人口構成比	34,042 (21.1%) 84.3%	1,747 (16.6%) 84.6%	2,103 (15.5%) 83.8%	4,754 (31.0%) 85.7%
65歳以上の要支援・要介護認定者 (人口構成比) 65歳以上の人口構成比	6,329 (3.9%) 15.7%	318 (3.0%) 15.4%	408 (3.0%) 16.2%	792 (5.2%) 14.3%
施設入所の要介護者	898	48	42	91
在宅の要支援・要介護認定者	5,431	270	366	701
うち認知症自立	1,917	85	115	271
うち認知症Ⅰ～Ⅱb	2,533	130	178	303
うち認知症Ⅲ～Ⅳ	933	50	69	121
うち自立度不明	48	5	4	6
在宅の要支援1・2	1,808	85	103	253
うちサービス利用者	899	50	64	130
うちサービス未利用者	909	35	39	123
在宅の要介護1・2	2,220	114	155	284
うちサービス利用者	1,705	88	131	208
うちサービス未利用者	515	26	24	76
在宅の要介護3以上	1,403	71	108	164
うちサービス利用者	937	51	82	115
うちサービス未利用者	466	20	26	49
民生児童委員 (住民100人当たり) (65歳以上の人100人当たり) (要支援・要介護認定者1人当たり) (在宅の認知症Ⅰ以上の人1人当たり)	244 (0.151人) (0.60人) (0.04人) (0.07人)	11 (0.105人) (0.53人) (0.03人) (0.06人)	18 (0.133人) (0.72人) (0.04人) (0.07人)	26 (0.169人) (0.47人) (0.03人) (0.06人)
地区福祉委員 (住民100人当たり) (65歳以上の人100人当たり) (要支援・要介護認定者1人当たり) (在宅の認知症Ⅰ以上の人1人当たり)	1,323 (0.821人) (3.28人) (0.21人) (0.38人)	87 (0.827人) (4.21人) (0.27人) (0.48人)	99 (0.729人) (3.94人) (0.24人) (0.40人)	171 (1.114人) (3.08人) (0.22人) (0.40人)
ボランティア (住民100人当たり) (65歳以上の人100人当たり) (要支援・要介護認定者1人当たり) (在宅の認知症Ⅰ以上の人1人当たり)	525 (0.326人) (1.30人) (0.08人) (0.15人)	15 (0.143人) (0.73人) (0.05人) (0.08人)	13 (0.096人) (0.52人) (0.03人) (0.05人)	85 (0.554人) (1.53人) (0.11人) (0.20人)

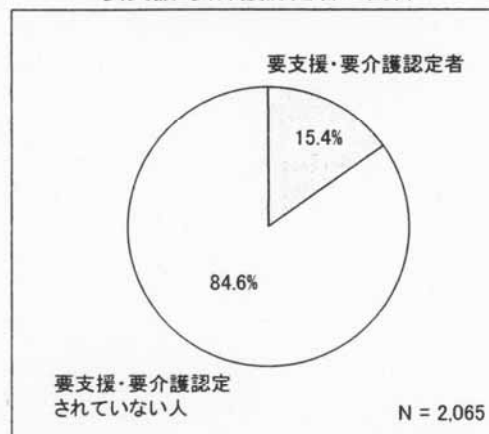
	全 市	多田地区	多田東地区	グリーンハイツ地区
キャラバンメイト	181	13	13	19
（住民100人当たり）	(0.112人)	(0.124人)	(0.096人)	(0.124人)
（65歳以上の人100人当たり）	(0.45人)	(0.63人)	(0.52人)	(0.34人)
（要支援・要介護認定者1人当たり）	(0.03人)	(0.04人)	(0.03人)	(0.02人)
（在宅の認知症Ⅰ以上の人1人当たり）	(0.05人)	(0.07人)	(0.05人)	(0.04人)
認知症サポーター	2,779	77	96	305
（住民100人当たり）	(1.724人)	(0.732人)	(0.707人)	(1.988人)
（65歳以上の人100人当たり）	(6.88人)	(3.73人)	(3.82人)	(5.50人)
（要支援・要介護認定者1人当たり）	(0.44人)	(0.24人)	(0.24人)	(0.39人)
（在宅の認知症Ⅰ以上の人1人当たり）	(0.80人)	(0.43人)	(0.39人)	(0.72人)
配食ボランティア	364	14	28	19
（住民100人当たり）	(0.226人)	(0.133人)	(0.206人)	(0.124人)
（65歳以上の人100人当たり）	(0.90人)	(0.68人)	(1.12人)	(0.34人)
（要支援・要介護認定者1人当たり）	(0.06人)	(0.04人)	(0.07人)	(0.02人)
（在宅の認知症Ⅰ以上の人1人当たり）	(0.11人)	(0.08人)	(0.11人)	(0.04人)

全市のキャラバンメイト数、認知症サポーター数は、地域計のみとしており、その実数で指数化している。

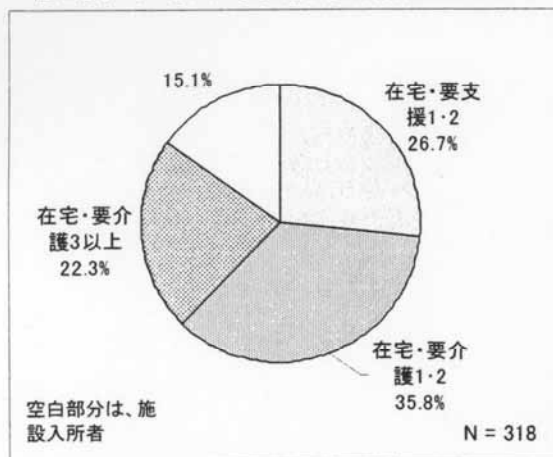
<多田地区>

- ・多田地区の全人口は 10,516 人で、そのうち 65 歳以上の方は 2,065 人、全人口に対する構成比は 19.6% である。
- ・65 歳以上の方のうち、要支援・要介護認定者は 318 人で、65 歳以上人口に対する割合は 15.4% である。なお、認定を受けていない方は 1,747 人で、65 歳以上人口に対する割合は 84.6% である。
- ・要支援・要介護認定者のうち、入所している人は 48 人で、全体の要支援・要介護認定者の 15.1% である。
- ・要支援・要介護認定者のうち、在宅されている人は 270 人である。「要支援 1・2」と認定されている在宅の方は 85 人で、全体の要支援・要介護認定者の 26.7%、「要介護 1・2」と認定されている在宅の方は 114 人、同 35.8%、「要介護 3 以上」と認定されている在宅の方は 71 人、同 22.3% である。
- ・在宅の要支援・要介護者で、認知症自立度が「自立」の方は 85 人で、全体の要支援・要介護認定者の 26.7%、「Ⅰ～Ⅱb」の方は 130 人、同 40.9%、「Ⅲ以上」の方は 55 人、同 16.7% である。

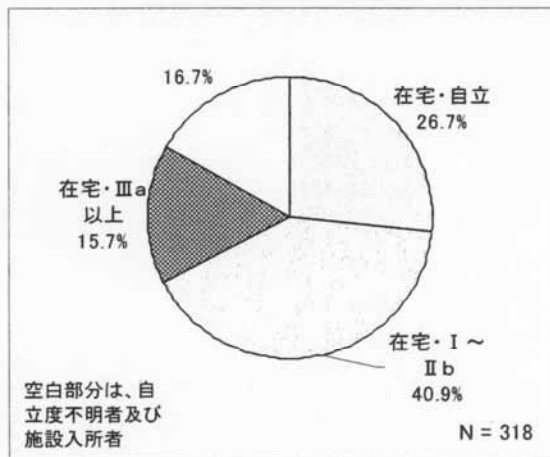
65 歳以上の方のうち、
要支援・要介護認定者の割合



全要支援・要介護認定者のうち
在宅されている方の要支援・要介護度ごとの割合



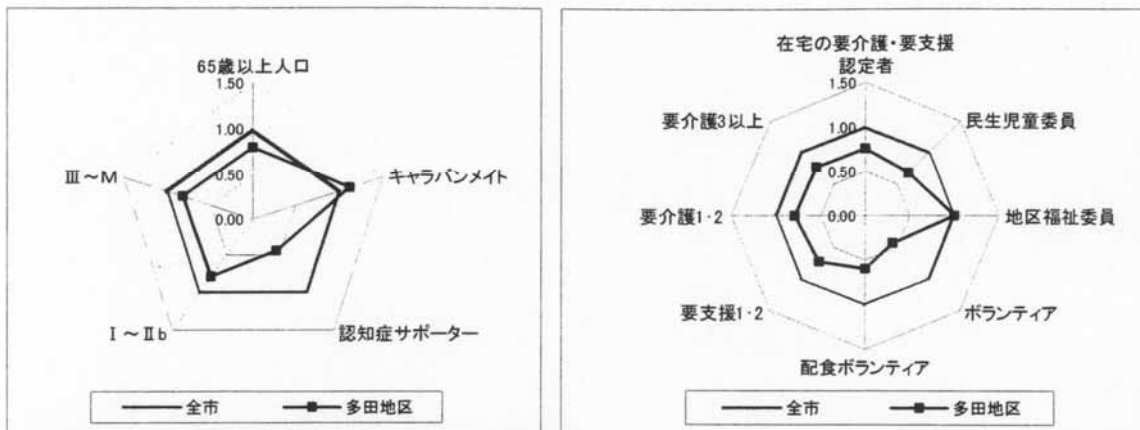
全要支援・要介護認定者のうち
在宅されている方の認知症自立度ごとの割合



- ・民生委員は 11 人で、65 歳以上の方 100 人当たり 0.53 人である。
- ・キャラバンメイトは 13 人で、65 歳以上の方 100 人当たり 0.63 人と全市の 0.45 人より多い。在宅されている認知症の方 1 人当たり 0.07 人と全市の 0.05 人より多い。
- ・認知症サポーターは 77 人で、65 歳以上の方 100 人当たり 3.73 人と全市の 6.88 人の 2 分の 1 強である。在宅されている認知症の方 1 人当たり 0.43 人と全市の 0.80 人の 2 分の 1 弱である。

- ・地区福祉委員は 87 人で、65 歳以上の人 100 人当たり 4.21 人と全市の 3.28 人より多い。
要支援・要介護認定者 1 人当たり 0.27 人と全市の 0.21 人より多い。
- ・ボランティアは 15 人で、65 歳以上の人 100 人当たり 0.73 人と全市の 1.30 人より少ない。
要支援・要介護認定者 1 人当たり 0.05 人と全市の 0.08 人より少ない。
- ・配食ボランティアは 14 人で、65 歳以上の人 100 人当たり 0.68 人と全市の 0.90 人より少ない。

【参考】



注：次の数値を、全市平均を「1.00」として指数化している

「65 歳以上人口」: 65 歳以上人口の全人口に対する構成比

「キャラバンメイト」「認知症サポーター」「民生児童委員」「地区福祉委員」「ボランティア」「配食ボランティア」:
人口 100 人当たりの人数

「I ~ II b」「III ~ M」: 在宅している要介護認定者のうち、認知症自立度が「I から II b と判定されている人」「III から M と判定されている人」の人口構成比

「在宅の要介護・要支援認定者」: 在宅している要支援・要介護認定されている人数の人口構成比

「要支援 1・2」「要介護 1・2」「要介護 3 以上」: 在宅している認定者の要介護度別人数の人口構成比

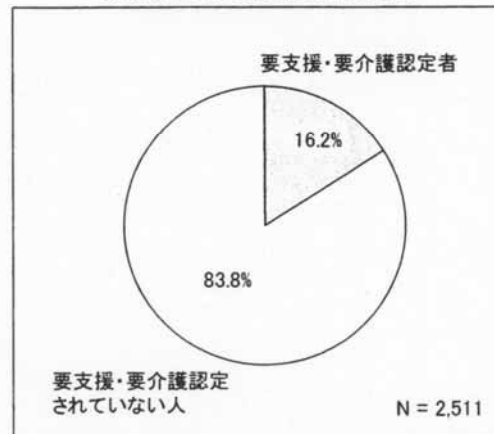
- ・認知症に関わる地域の活動として、認知症サポーター養成講座が開催されている。
- ・ふれあいサロン、ふれあい喫茶は 5 か所で開催され、相談事業と同時に行われている。

研修等	認知症サポーター養成講座	
ふれあいサロン 相談事業	ふれあい相談窓口	
	新田自治会館	第 3 金曜日 13:30~16:00
	多田院自治会館	年 6 回(5 月、7 月、9 月、10 月、11 月、12 月) 13:30~15:00
	西多田自治会館	奇数月第 2 火曜日 13:00~16:00
	西多田団地自治会館	第 3 火曜日 13:30~15:30
	矢間自治会館	第 4 火曜日 13:30~15:30

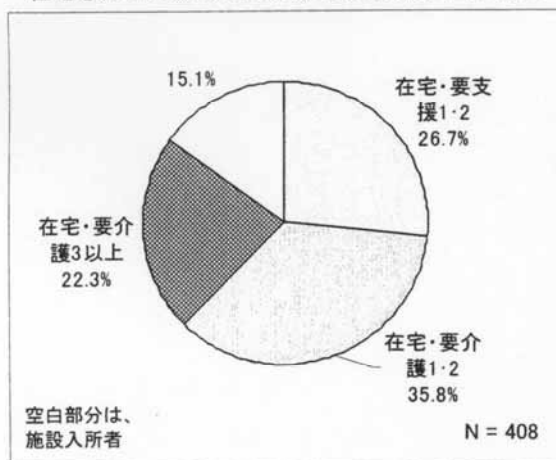
＜多田東地区＞

- ・多田東地区の全人口は 13,576 人で、そのうち 65 歳以上の人は 2,511 人、全人口に対する構成比は 18.5% である。
- ・65 歳以上の人のうち、要支援・要介護認定者は 408 人で、65 歳以上人口に対する割合は 16.2% である。なお、認定を受けていない人は 2,103 人で、65 歳以上人口に対する割合は 83.8% である。
- ・要支援・要介護認定者のうち、入所している人は 42 人で、全体の要支援・要介護認定者の 15.1% である。
- ・要支援・要介護認定者のうち、在宅されている人は 366 人である。「要支援 1・2」と認定されている在宅の人は 103 人、全体の要支援・要介護認定者の 26.7%、「要介護 1・2」と認定されている在宅の人は 155 人、同 35.8%、「要介護 3 以上」と認定されている在宅の人は 108 人、同 22.3% である。
- ・在宅の要支援・要介護者で、認知症自立度が「自立」の人は 115 人で、全体の要支援・要介護認定者の 26.7%、「Ⅰ～Ⅱb」の人は 178 人、同 40.9%、「Ⅲ以上」の人は 69 人、同 15.7% である。

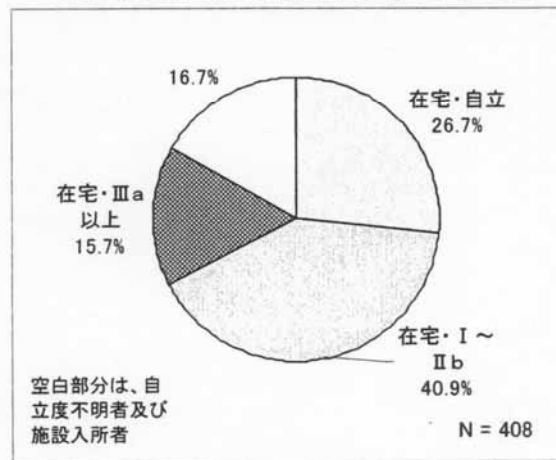
65 歳以上の人のうち、
要支援・要介護認定者の割合



全要支援・要介護認定者のうち
在宅されている人の要支援・要介護度ごとの割合



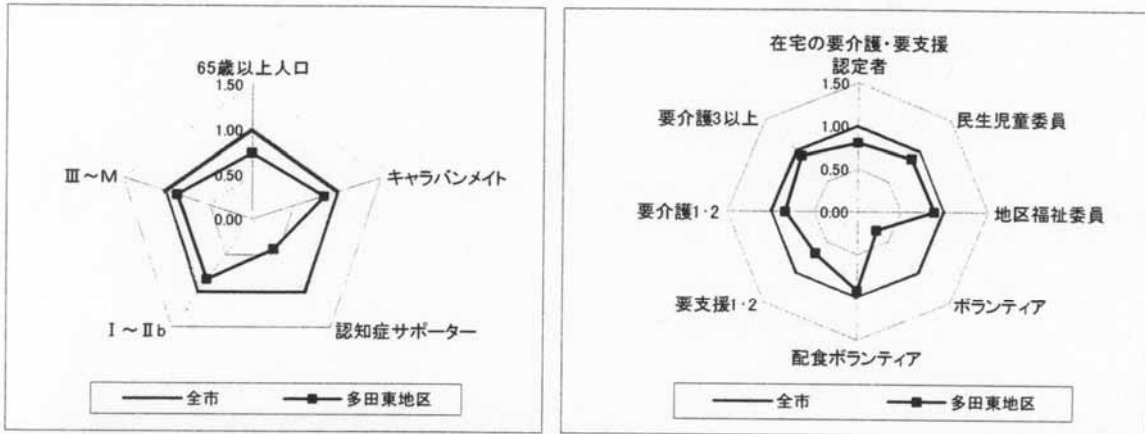
全要支援・要介護認定者のうち
在宅されている人の認知症自立度ごとの割合



- ・民生委員は 18 人で、65 歳以上の人 100 人当たり 0.72 人である。
- ・キャラバンメイトは 13 人で、65 歳以上の人 100 人当たり 0.52 人と全市の 0.45 人より多い。在宅されている認知症の方 1 人当たり 0.05 人と全市と同じである。
- ・認知症サポーターは 96 人で、65 歳以上の人 100 人当たり 3.82 人と全市の 6.88 人の 2 分の 1 強である。在宅されている認知症の方 1 人当たり 0.39 人で全市の 0.80 人の 2 分の 1 である。

- ・ 地区福祉委員は 99 人で、65 歳以上の人 100 人当たり 3.94 人と全市の 3.28 人より多い。要支援・要介護認定者 1 人当たり 0.24 人と全市の 0.21 人より多い。
- ・ ボランティアは 13 人で、65 歳以上の人 100 人当たり 0.52 人と全市の 1.30 人の 2 分の 1 弱である。要支援・要介護認定者 1 人当たり 0.03 人と全市の 0.08 人の 3 分の 1 強である。
- ・ 配食ボランティアは 28 人で 65 歳以上の人 100 人当たり 1.12 人と全市の 0.90 人より多い。

【参考】



注: 次の数値を、全市平均を「1.00」として指数化している
「65歳以上人口」: 65歳以上人口の全人口に対する構成比
「キャラバンメイト」「認知症サポーター」「民生児童委員」「地区福祉委員」「ボランティア」「配食ボランティア」:
人口 100 人当たりの人数
「Ⅰ～Ⅱb」「Ⅲ～M」: 在宅している要介護認定者のうち、認知症自立度が「ⅠからⅡb」と判定されている人「Ⅲ
から M」と判定されている人の人口構成比
「在宅の要介護・要支援認定者」: 在宅している要支援・要介護認定されている人数の人口構成比
「要支援 1・2」「要介護 1・2」「要介護 3 以上」: 在宅している認定者の要介護度別人数の人口構成比

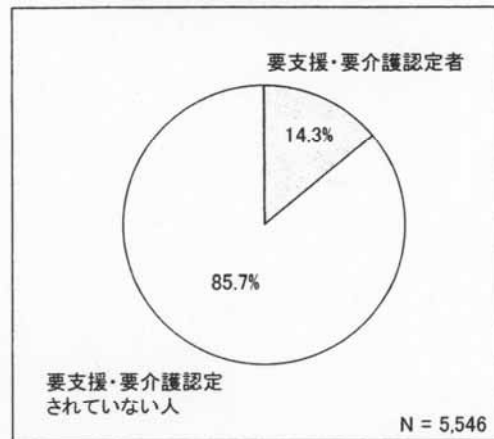
- ・ 認知症に関わる地域の活動として、認知症サポーター、徘徊 SOS ネットワーク模擬訓練も実施している。
- ・ 認知症に関する啓発講座も開催されている。
- ・ ふれあいサロンは、週に 1 回開催され、相談事業も同時に行われている。

研修等	認知症サポーター養成講座 徘徊 SOS ネットワーク模擬訓練		
啓発	認知症啓発講座		
ふれあいサロン 相談事業	多田東「ふれあいひろば 愛」	多田東会館	月曜日 10:00～15:00

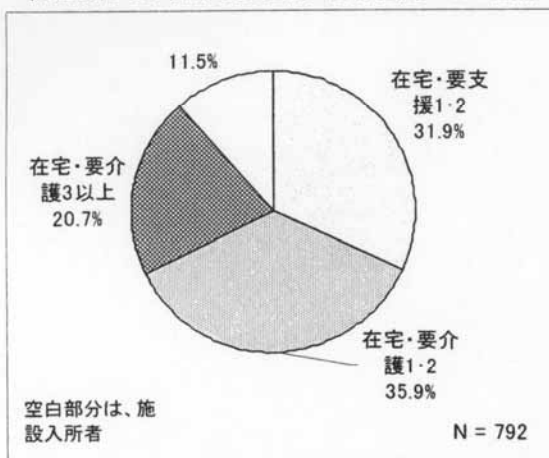
＜グリーンハイツ地区＞

- ・グリーンハイツ地区の全人口は 15,344 人で、そのうち 65 歳以上の人は 5,546 人、全人口に対する構成比は 36.1%である。
- ・65 歳以上の人のうち、要支援・要介護認定者は 792 人で、65 歳以上人口に対する割合は 14.3%である。なお、認定を受けていない人は 4,754 人で、65 歳以上人口に対する割合は 85.7%である。
- ・要支援・要介護認定者のうち、入所している人は 91 人で、全体の要支援・要介護認定者の 11.5%である。
- ・要支援・要介護認定者のうち、在宅されている人は 701 人である。「要支援 1・2」と認定されている在宅の人は 253 人で、全体の要支援・要介護認定者の 31.9%、「要介護 1・2」と認定されている在宅の人は 284 人、同 35.9%、「要介護 3 以上」と認定されている在宅の人は 164 人、同 20.7%である。
- ・在宅の要支援・要介護者で、認知症自立度が「自立」の人は 271 人で、全体の要支援・要介護認定者の 34.2%、「Ⅰ～Ⅱb」の人は 303 人、同 38.3%、「Ⅲ以上」の人は 121 人、同 15.3%である。

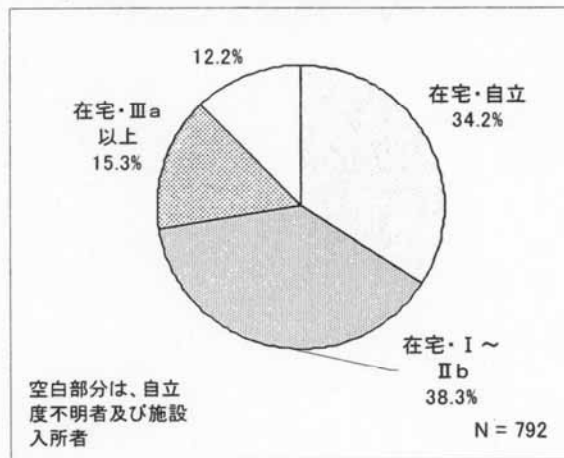
65 歳以上の人のうち、
要支援・要介護認定者の割合



全要支援・要介護認定者のうち
在宅されている人の要支援・要介護度ごとの割合



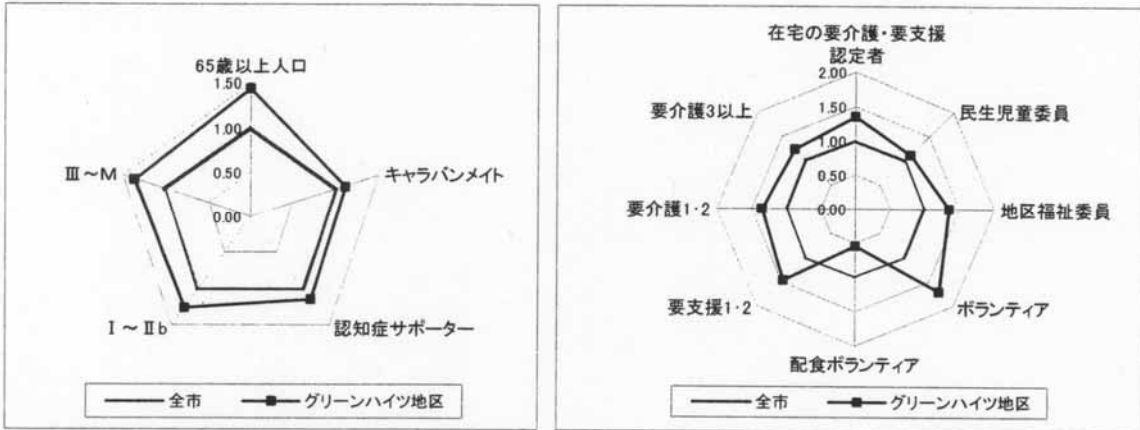
全要支援・要介護認定者のうち
在宅されている人の認知症自立度ごとの割合



- ・民生委員は 26 人で、65 歳以上の人 100 人当たり 0.47 人である。
- ・キャラバンメイトは 19 人で、65 歳以上の人 100 人当たり 0.34 人と全市の 0.45 より少ない。在宅されている認知症の方 1 人当たり 0.04 人と全市の 0.05 人より少ない。
- ・認知症サポーターは 305 人で、65 歳以上の人 100 人当たり 5.50 人と全市の 6.88 人より少ない。在宅されている認知症の方 1 人当たり 0.72 人と全市の 0.80 人より少ない。
- ・地区福祉委員は 171 人で、65 歳以上の人 100 人当たり 3.08 人で全市の 3.28 人より少ない。

- 要支援・要介護認定者 1 人当たり 0.22 人と全市の 0.21 人よりやや多い。
- ボランティアは 85 人で、65 歳以上の人 100 人当たり 1.53 人と全市の 1.30 人より多い。
- 要支援・要介護認定者 1 人当たり 0.11 人と全市の 0.08 人より多い。
- 配食ボランティアは 19 人で、65 歳以上の人 100 人当たり 0.34 人で、全市の 0.90 人の 3 分の 1 強である。

【参考】



注: 次の数値を、全市平均を「1.00」として指数化している
 「65歳以上人口」: 65歳以上人口の全人口に対する構成比
 「キャラバンメイト」「認知症サポーター」「民生児童委員」「地区福祉委員」「ボランティア」「配食ボランティア」:
 人口 100 人当たりの人数
 「I~IIb」「III~M」: 在宅している要介護認定者のうち、認知症自立度が「I からIIb」と判定されている人「III
 からM」と判定されている人の人口構成比
 「在宅の要介護・要支援認定者」: 在宅している要支援・要介護認定されている人数の人口構成比
 「要支援1・2」「要介護1・2」「要介護3以上」: 在宅している認定者の要介護度別人数の人口構成比

- 認知症に関わる地域の活動として、家族の会が開催されている。認知症サポーターによる活動体制づくり、認知症サポーターの育成にも取り組まれている。徘徊 SOS ネットワーク模擬訓練も取り組んだ。
- 認知症専門医による講演会や広報誌による啓発活動にも取り組まれている。
- ふれあいサロンは、月2回実施しているものと、不定期で実施しているものがある。相談事業は月曜日から金曜日まで実施されている。

見守り活動	家族の会 認知症サポーターの地域への活動体制づくり		
研修等	認知症サポーター養成講座 徘徊 SOS ネットワーク模擬訓練		
啓発	認知症専門医による講演会 広報誌による認知症記事掲載		
ふれあいサロン	水曜会ほほえみサロン	多田グリーンハイツ第2自治会	第2・4水曜日 13:30~15:30 年5回(不定期)
	ふれあいサロン		
相談事業	福祉なんでも相談 「やまびこ」	多田グリーンハイツ第2自治会	月~金曜日 10:00~12:30 13:30~16:00

平成 23 年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

認知症地域支援のモニタリングシステムの確立と
自治体での定着に関する調査研究事業
報告書・別冊

本報告書・別冊は、平成 24 年 3 月 16 日に開催した事業報告会資料を
まとめたものです。

発行元 社会福祉法人 浴風会
認知症介護研究・研修東京センター
〒168 - 0071
東京都杉並区高井戸西 1 - 12 - 1
電話 03 - 3334 - 2173

発 行 平成 24 年 3 月