平成 30 年度 第 1 回 認知症地域支援体制推進全国合同セミナー ~認知症の本人と家族が地域でよりよく暮らすため支援体制を共に築いていくために~ 認知症介護研究・研修東京センター

プログラム 【1日目】 7月2日(月)

※1日目の座席:都道府県混合・市区町村/地域混合

時間	内 容			
13:00~13:10	あいさつ、セミナーのねらい			
13:10~13:40	1. 国の認知症施策の方向性と展開			
	厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室			
13:40~14:10	2. 新オレンジプランを活かして各自治体として認知症施策を着実に進めていく			
	ために:今の時期の焦点は何か			
	認知症介護研究・研修東京センター			
14:10~14:25	休 憩 : 各地域のポスター ・ 参考資料等の閲覧 ・ ネットワーキング			
14:25~15:55	3. 他の自治体の取組みからヒントを得よう:その1			
	報告 1:認知症ケアパスを生かして共につくる認知症地域包括ケア			
	長崎県諫早市健康福祉部高齢介護課 岩本 節子 さん			
	〇この地域の取組みのここに注目!(報告者と共に確認しよう)			
	◆質疑応答			
	報告2:「地域共生社会」の実現に向けて たつの市の取組み			
	~横断的に対応する組織へ~			
	兵庫県たつの市健康福祉部地域包括支援課 森下 美佳 さん 糺 裕子 さん			
	〇この地域の取組みのここに注目!(報告者と共に確認しよう)			
	◆質疑応答			
15:55~16:10	休 憩 : 各地域のポスター ・ 参考資料等の閲覧 ・ ネットワーキング			
16:10~17:30	4. わが地域の取組みの今とこれから:報告を活かして自地域の取組みを考える			
	1)個人ワーク ①報告から参考になったこと、気づき			
	②自地域の取組みに、どう活かせるか			
	2) 他地域の参加者と話し合おう:グループワーク ③ 情報交換:自地域の現在の取組みと個人ワークを通して考えたこと			
	④ 討 議 : 自分の立場を活かしてやってみたいこと			
	「わがまちからの発信シート:ここが知りたい、これを伝えたい」			
	本日のまとめと明日のオリエンテーション			

■17:30~19:00 希望者による情報交換とネットワーキング

【2日目】 7月3日(火)

※2日目の座席は、自地域/近隣地域ごとに(終日)

9:30~9:40	時間	内容		
 ~他地域情報を最大限活かし合おう~ がループワーク 1)自地域の取組みに活かしたい他地域の取組み情報の共有 2)自地域の取組みの課題、注力すべき点の確認と共有 10:45~11:00 休 憩 : 各地域のポスター・参考資料等の閲覧・ネットワーキング 11:00~12:30 6. 他の自治体の取組みからヒントを得よう:その2 報告3:近隣市町、病院・医師も一緒に 本人とともにつくる地域の支え合い ~本人ミーティングの取り組みから~ 和歌山県有田市市民福祉部高齢福祉課 松尾 圭 さん 和歌山県有田市民病院 道場 浩之 さん 〇この地域の取組みのここに注目! (報告者と共に確認しよう) ◆質疑応答 7. サプライズ・トーク (対話+質疑応答) 認知症の私が体験していること、願っていること 長崎県佐世保市 福田 人志 さん 12:30~13:30 昼 休 憩 : ネットワーキング・ボスター・参考資料の閲覧 13:30~14:30 8. 今、やるべきこと、できることはこれだ! アイティアを出し合おう ~わが自治体/地域の課題をクリアしていくために~・情報提供 ・グループワーク + 全体共有 14:30~14:45 休 憩 : 各地域のボスター・参考資料等の閲覧・ネットワーキング 	9:30~ 9:40			
1) 自地域の取組みに活かしたい他地域の取組み情報の共有 2) 自地域の取組みの課題、注力すべき点の確認と共有 10:45~11:00 休憩: 各地域のポスター・参考資料等の閲覧・ネットワーキング 11:00~12:30 6. 他の自治体の取組みからヒントを得よう:その2 報告3:近隣市町、病院・医師も一緒に 本人とともにつくる地域の支え合い ~本人ミーティングの取り組みから~ 和歌山県有田市市民福祉部高齢福祉課 松尾 圭 さん 和歌山県有田市民病院 道場 浩之 さん ○この地域の取組みのここに注目! (報告者と共に確認しよう) ◆質疑応答 7. サプライズ・トーク (対話+質疑応答) 認知症の私が体験していること、願っていること 長崎県佐世保市 福田 人志 さん 12:30~13:30 昼休憩:ネットワーキング・ポスター・参考資料の閲覧 13:30~14:30 8. 今、やるべきこと、できることはこれだ! アイディアを出し合おう ~わが自治体/地域の課題をクリアしていくために~・情報提供・グループワーク + 全体共有 14:30~14:45 休憩: 各地域のポスター・参考資料等の閲覧・ネットワーキング 14:30~14:45 休憩: 各地域のポスター・参考資料等の閲覧・ネットワーキング 14:30~14:45 休憩: 各地域のポスター・参考資料等の閲覧・ネットワーキング 14:30~14:45 休憩: 各地域のポスター・参考資料等の閲覧・ネットワーキング 15:20~14:45 休憩: 各地域のポスター・参考資料等の閲覧・ネットワーキング	9:40~10:45			
2) 自地域の取組みの課題、注力すべき点の確認と共有 10:45~11:00 休憩: 各地域のボスター・参考資料等の閲覧・ネットワーキング 11:00~12:30 6. 他の自治体の取組みからヒントを得よう:その2 報告3:近隣市町、病院・医師も一緒に本人とともにつくる地域の支え合い ~本人ミーティングの取り組みから~ 和歌山県有田市民福祉部高齢福祉課 松尾 圭 さん 和歌山県有田市民病院 道場 浩之 さん 〇この地域の取組みのここに注目! (報告者と共に確認しよう) ◆質疑応答 7. サプライズ・トーク (対話+質疑応答) 認知症の私が体験していること、願っていること 長崎県佐世保市 福田人志さん 12:30~13:30 昼休憩:ネットワーキング・ボスター・参考資料の閲覧 13:30~14:30 8. 今、やるべきこと、できることはこれだ! アイディアを出し合おう ~わが自治体/地域の課題をクリアしていくために~ ・情報提供 ・グループワーク + 全体共有 14:30~14:45 休憩: 各地域のポスター・参考資料等の閲覧・ネットワーキング		グループワーク		
10:45~11:00 休憩: 各地域のポスター・参考資料等の閲覧・ネットワーキング 11:00~12:30 6. 他の自治体の取組みからヒントを得よう:その2 報告3:近隣市町、病院・医師も一緒に 本人とともにつくる地域の支え合い ~本人ミーティングの取り組みから~ 和歌山県有田市市民福祉部高齢福祉課 松尾 圭 さん 和歌山県有田市民病院 道場 浩之 さん ○この地域の取組みのここに注目! (報告者と共に確認しよう) ◆質疑応答 7. サプライズ・トーク (対話+質疑応答) 認知症の私が体験していること、願っていること 長崎県佐世保市 福田 人志 さん 12:30~13:30 昼休憩:ネットワーキング・ポスター・参考資料の閲覧 13:30~14:30 8. 今、やるべきこと、できることはこれだ! アイディアを出し合おう ~わが自治体/地域の課題をクリアしていくために~ ・情報提供 ・グループワーク + 全体共有 14:30~14:45 休憩: 各地域のポスター・参考資料等の閲覧・ネットワーキング		1) 自地域の取組みに活かしたい他地域の取組み情報の共有		
 11:00~12:30 6. 他の自治体の取組みからヒントを得よう:その2 報告3:近隣市町、病院・医師も一緒に 本人とともにつくる地域の支え合い ~本人ミーティングの取り組みから~ 和歌山県有田市市民福祉部高齢福祉課 松尾 圭 さん 和歌山県有田市民病院 道場 浩之 さん 〇この地域の取組みのここに注目! (報告者と共に確認しよう) ◆質疑応答 7. サプライズ・トーク (対話+質疑応答) 認知症の私が体験していること、願っていること 長崎県佐世保市 福田 人志 さん 12:30~13:30 昼 休 憩:ネットワーキング・ポスター・参考資料の閲覧 13:30~14:30 8. 今、やるべきこと、できることはこれだ! アイディアを出し合おう ~わが自治体/地域の課題をクリアしていくために~ ・情報提供 ・グループワーク + 全体共有 14:30~14:45 休 憩:各地域のポスター・参考資料等の閲覧・ネットワーキング 		2) 自地域の取組みの課題、注力すべき点の確認と共有		
報告3:近隣市町、病院・医師も一緒に 本人とともにつくる地域の支え合い ~本人ミーティングの取り組みから~ 和歌山県有田市市民福祉部高齢福祉課 松尾 圭 さん 和歌山県有田市民病院 道場 浩之 さん 〇この地域の取組みのここに注目! (報告者と共に確認しよう) ◆質疑応答 7. サプライズ・トーク (対話+質疑応答) 認知症の私が体験していること、願っていること 長崎県佐世保市 福田 人志 さん 12:30~13:30 昼 休 憩:ネットワーキング・ポスター・参考資料の閲覧 13:30~14:30 8. 今、やるべきこと、できることはこれだ! アイディアを出し合おう ~わが自治体/地域の課題をクリアしていくために~・情報提供・グループワーク + 全体共有 14:30~14:45 休 憩:各地域のポスター・参考資料等の閲覧・ネットワーキング	10:45~11:00	休 憩 : 各地域のポスター • 参考資料等の閲覧 • ネットワーキング		
 ~本人ミーティングの取り組みから~ 和歌山県有田市民福祉部高齢福祉課 松尾 圭 さん和歌山県有田市民病院 道場 浩之 さん〇この地域の取組みのここに注目! (報告者と共に確認しよう)◆質疑応答 7. サプライズ・トーク (対話+質疑応答)認知症の私が体験していること、願っていること長崎県佐世保市 福田 人志 さん 12:30~13:30 昼 休 憩: ネットワーキング・ポスター・参考資料の閲覧 13:30~14:30 8. 今、やるべきこと、できることはこれだ! アイディアを出し合おう~わが自治体/地域の課題をクリアしていくために~・情報提供・グループワーク + 全体共有 14:30~14:45 休 憩: 各地域のポスター・参考資料等の閲覧・ネットワーキング 	11:00~12:30	6. 他の自治体の取組みからヒントを得よう:その2		
和歌山県有田市民病院 道場 浩之 さん ○この地域の取組みのここに注目! (報告者と共に確認しよう) ◆質疑応答 7. サプライズ・トーク (対話+質疑応答) 認知症の私が体験していること、願っていること 長崎県佐世保市 福田 人志 さん 12:30~13:30				
 ◆質疑応答 7. サプライズ・トーク(対話+質疑応答) 認知症の私が体験していること、願っていること 長崎県佐世保市 福田 人志 さん 12:30~13:30 昼 休 憩 : ネットワーキング ・ ポスター ・ 参考資料の閲覧 13:30~14:30 8. 今、やるべきこと、できることはこれだ! アイディアを出し合おう ~わが自治体/地域の課題をクリアしていくために~ ・情報提供 ・グループワーク + 全体共有 14:30~14:45 休 憩 : 各地域のポスター ・ 参考資料等の閲覧 ・ ネットワーキング 				
7. サプライズ・トーク (対話+質疑応答) 認知症の私が体験していること、願っていること 長崎県佐世保市 福田 人志 さん 12:30~13:30 昼 休 憩: ネットワーキング・ポスター・参考資料の閲覧 13:30~14:30 8. 今、やるべきこと、できることはこれだ! アイディアを出し合おう ~わが自治体/地域の課題をクリアしていくために~・情報提供・グループワーク + 全体共有 14:30~14:45 休 憩: 各地域のポスター・参考資料等の閲覧・ネットワーキング		〇この地域の取組みのここに注目!(報告者と共に確認しよう)		
認知症の私が体験していること、願っていること 長崎県佐世保市 福田 人志 さん 12:30~13:30		◆質疑応答		
長崎県佐世保市 福田 人志 さん 12:30~13:30 昼 休 憩: ネットワーキング・ポスター・参考資料の閲覧 13:30~14:30 8. 今、やるべきこと、できることはこれだ! アイディアを出し合おう ~わが自治体/地域の課題をクリアしていくために~ ・情報提供 ・グループワーク + 全体共有 14:30~14:45 休 憩: 各地域のポスター・参考資料等の閲覧・ネットワーキング		7. サプライズ・トーク(対話+質疑応答)		
12:30~13:30 昼 休 憩: ネットワーキング・ポスター・参考資料の閲覧				
13:30~14:30 8. 今、やるべきこと、できることはこれだ! アイディアを出し合おう ~わが自治体/地域の課題をクリアしていくために~ ・情報提供 ・グループワーク + 全体共有 14:30~14:45 休 憩 : 各地域のポスター ・ 参考資料等の閲覧 ・ ネットワーキング		長崎県佐世保市 福田 人志 さん 		
~わが自治体/地域の課題をクリアしていくために~ ・情報提供 ・グループワーク + 全体共有 14:30~14:45 休 憩 : 各地域のポスター ・ 参考資料等の閲覧 ・ ネットワーキング	12:30~13:30	昼 休 憩 : ネットワーキング · ポスター · 参考資料の閲覧		
・情報提供 ・グループワーク + 全体共有 14:30~14:45 休 憩 : 各地域のポスター ・ 参考資料等の閲覧 ・ ネットワーキング	13:30~14:30			
・グループワーク + 全体共有 14:30~14:45 休 憩 : 各地域のポスター ・ 参考資料等の閲覧 ・ ネットワーキング				
14:45~15:45 9. 今年度、そして来年度の取組をどう展開するか	14:30~14:45	休 憩 : 各地域のポスター ・ 参考資料等の閲覧 ・ ネットワーキング		
	14:45~15:45			
		• 個人ワーク 2日間の情報・手がかりを、整理しておこう		
		∠日间の情報・手がかりを、登埋してのこう・グループワーク		
・他地域の今後の取組みの企画、アイディアを参考にし合おう				
◆質疑応答、意見交換		◆質疑応答、意見交換		
15:45~16:00 ○まとめ	15:45~16:00			
〇 今後について		〇今後について		

平成30年度

第1回 認知症地域支援体制推進 全国合同セミナー(1日目)

~本人と家族が地域でよりよく生きていくことができる体制を築くために~

2018年 7月 2日 認知症介護研究・研修東京センター (進行:研究部長 永田 久美子)

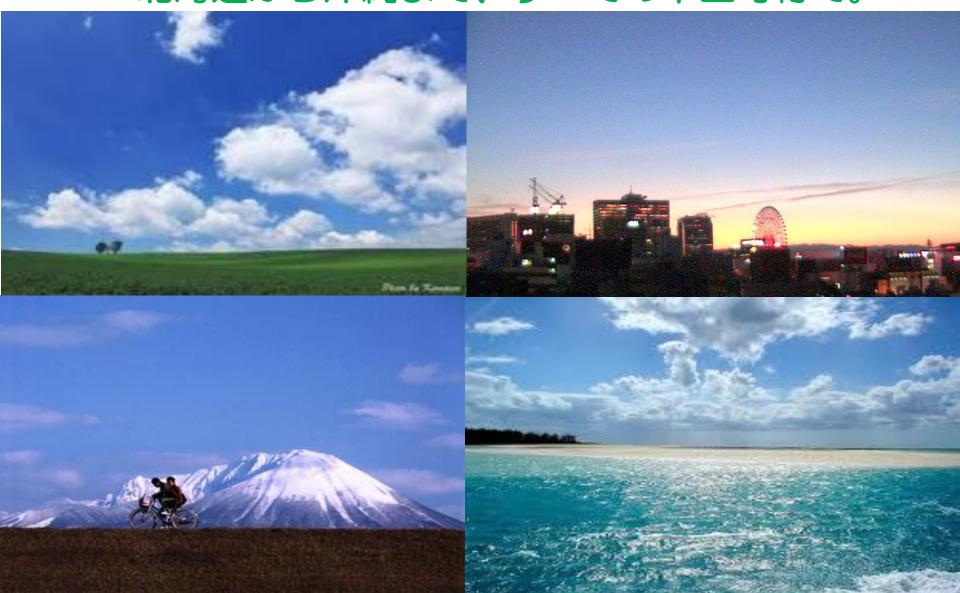


ようこそ! 全国合同セミナーへ



吉祥寺•井之頭公園

認知症になっても 住み慣れた地域で、よりよく生きていけるように。 北海道から沖縄まで、すべての市区町村で。



平成30年度第1回合同セミナー参加者概要

平成30年6月28日時点

立場	参加自治体数	参加人数
都道府県	11	14人
市区町村 (地域包括支援センター、事業 者等含む)	144 * 33都道府県から	235人
厚労省 地方厚生局	_	1人
合計	_	250人

^{*「}参加者一覧(都道府県)」参照

^{*「1}日目グループー覧」参照

認知症地域支援体制推進全国合同セミナーの目的

全 体 が 新 レンジプランに 治 才 玉 認 知 施策を の 症 企 画 地 認 知 症 期 人が か す 初 **(**) 続 よ 暮 を る 6 け ط 支 LI T 域支援体制 づくりを着実・持続発展的に進 め ことを促進する。

この合同セミナーで

国施策の

- ·方向性、
- •最新情報 を知る。

全国各地の 取組を参考に 施策担当者の 役割とポイント を確認する 全国の担当者との 情報・意見交換を通じ 自地域の今後の あり方・補強策等を 具体的に検討する

自地域で

- *情報共有
- <u>*対話▪討議</u> 方向性確認 具体策補強
- * 自地域にあった 効果的取組みの 推進強化・加速

全国の担当者同士のネットワーキング

めざす姿の実現にむけて取組みを着実に進める:市区町村-都道府県-国が重層的に

本人が、初期から最期まで、意思を尊重されて、地域でよりよく暮らし続ける













一人ひとりの生活・地域・支援の最前線

市

区

町

村

固有の風土・文化・社会資源を最大限に活かしながら 持続発展的な支援体制を築く

都

道

府

県

市区町村の施策・取組みを推進・環境整備・バックアップ

国:厚生労働省、関係省庁

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) 都道府県・市区町村の施策・取組を推進・環境整備・バックアップ

1. 国の認知症施策の方向性と展開

厚生労働省老健局総務課 認知症施策推進室 井上 宏 室長補佐



2. 新オレンジプランを活かして各自治体として 認知症施策を着実に進めていくために: 今の時期の焦点は何か

認知症介護研究・研修東京センター (研究部長:永田 久美子)

今、2018年7月



認知症施策の 担当者・関係者

- ・年々、やること(メニュー)が増える一方・・・
- ・ やることが広がって全体がみえない・・・
- やるための人手も、時間も、コストも足りない
- ・仕事は、認知症のこと以外にもたくさん!
- ・とりあえず、事業をこなさなくては・・・



担当者/関係者だからこそできること(焦点)は

*方向づけ!

<u>地域の多種多様な資源や</u> 時間・お金を有効に活かす ための舵取りを

急がば回れ! 焦らずに・・・

今は、今後の施策/事業をどう進めるのか、 その方向づけの重要な時期(**好機**)!

- *今年度の事業の方向づけ
- * 来年度事業計画/予算の方向づけ
- * 第7期の事業(支援)計画3年間の方向づけ
- *2025年~に向けた方向づけ

今、2018年7月

【問い】

- ①施策担当者/関係者として、認知症施策を、 どのような方向性で進めていますか?
- ②施策担当者/関係者として、認知症の本人や家族、 住民や医療・介護等の専門職等に、方向性を 明確に示せていますか?



【答え】各自で・・・

1

(2)

2018年7月、現在は・・・

*認知症施策の方向性の大きな過渡期

くこれからの時代を見据えた新しい方向づけを!>







施策担当者/関係者が新しい方向性を 明確に示せるかどうかで、これからの 地域のあり方、そして認知症になって からの人生行路が大きく異なる!

くこれからの時代を見据えた新しい方向づけを>

- 1. イメージの転換:絶望から希望へ
 - * 自分の内なる偏見を払拭し、希望の結集軸をつくる
- 2. 視点の転換:支える側の視点から本人視点重視へ
 - *地元の本人の声を聴き、本人視点で考え、動く
- 3. アプローチの転換:問題対処から「よりよく生きる」支え合いへ
 - * 問題を後追いして支援提供でなく、「本人がよりよく生きる」を共に創る
- 4. 主体の転換: 行政主体から、(本人含め)地域が主体へ
 - * 行政が決め「ご協力願う」でなく、地域の人たちが決めて一緒に創る
- 5. ベースの転換:事業ベースから本人中心の地域ベース(統合)へ
 - *事業ありきでなく、地域に根差して脱領域で人・事業をつなぐ(統合) →地域包括ケアシステムと一体的に推進
- 地元の当事者、地域に役立つ認知症施策を着実に進めている自治体が 重視している方向性

<これからの時代を見据えた新しい方向づけを>

- 1. イメージの転換: 絶望から希望へ
 - * 自分の内なる偏見を払拭し、希望の結集軸をつくる
- 2. 視点の転換: 支える側の視点から本人視点重視へ
 - *地元の本人の声を聴き、本人視点で考え、動く
- 3. アプローチの転換:問題対処から「よりよく生きる」支え合いへ
 - * 問題を後追いして支援提供でなく、「本人がよりよく生きる」を共に創る
- 4. 主体の転換: 行政主体から、(本人含め)地域が主体へ
 - * 行政が決め「ご協力願う」でなく、地域の人たちが決めて一緒に創る
- 5. ベースの転換:事業ベースから本人中心の地域ベース(統合)へ
 - *事業ありきでなく、地域に根差して脱領域で人・事業をつなぐ(統合)
 - →地域包括ケアシステムと一体的に推進



こうあったらいいよね~。

あらためて見てみると・・・ 自治体の施策担当者/関係者としては すでに温めてきたごく基本的な方向性・・・。

さらに、あらためて見てみると・・・ これらの方向性は、各自治体ですでに掲げられているのでは? * 新オレンジプランを基にして(根拠にして)。

<これからの時代を見据えた新しい方向づけを>

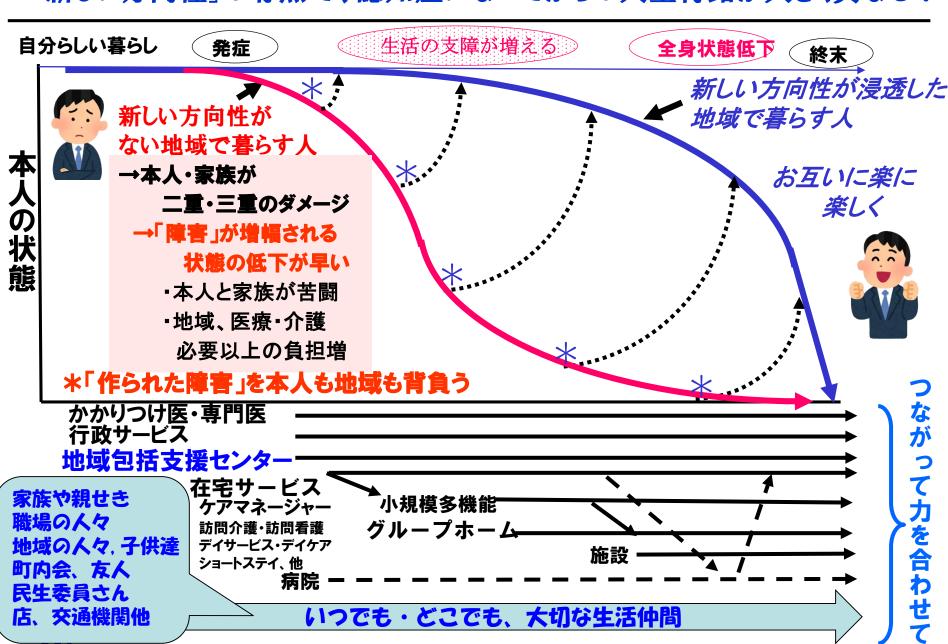
- 1. イメージの転換:絶望から希望へ
 - * 自分の内なる偏見を払拭し、希望の結集軸をつくる
- 2. 視点の転換:支える側の視点から本人視点重視へ
 - *地元の本人の声を聴き、本人視点で考え、動く
- 3. アプローチの転換:問題対処から「よりよく生きる」支え合いへ
 - *問題を後追いして支援提供でなく、「本人がよりよく生きる」を共に創る
- 4. 主体の転換: 行政主体から、(本人含め)地域が主体へ
 - * 行政が決め「ご協力願う」でなく、地域の人たちが決めて一緒に創る
- 5. ベースの転換:事業ベースから本人中心の地域ベース(統合)へ
 - *事業ありきでなく、地域に根差して脱領域で人・事業をつなぐ(統合)
 - →地域包括ケアシステムと一体的に推進



新オレンジプラン

先ほど、井上氏が

「新しい方向性」の有無で、認知症になってからの人生行路が大きく異なる!



(方向性が掲げられ、地域を舞台に暮らしやすい環境が作られると) 認知症があっても支えられる一方でなく、地域の支え手として活躍!

良循環:本人が活き活き⇔家族も活き活き⇔地域も活き活き



若者の服の繕いもの



ご近所の掃き掃除 町内会から表彰状



子供を守ろう 防犯パトロール中



洗車の仕事 刺激され若者も奮起



→家族もとても喜ぶ!

認知症が進んだり、体が弱った人・施設で暮らす人も 地域を舞台に暮らす環境が生まれると 「これぞ自分という姿」でいい日々を重ね、生ききることができる。



一歩、戸外に出ることで 五感の快刺激に包まれて 安定(体調も改善)。 一緒にリフレッシュ。



なじみの店へ。 思い出や言葉、 その人らしい所作が 湧き上がる。



地域の人・子供たちと。つながって一緒に。

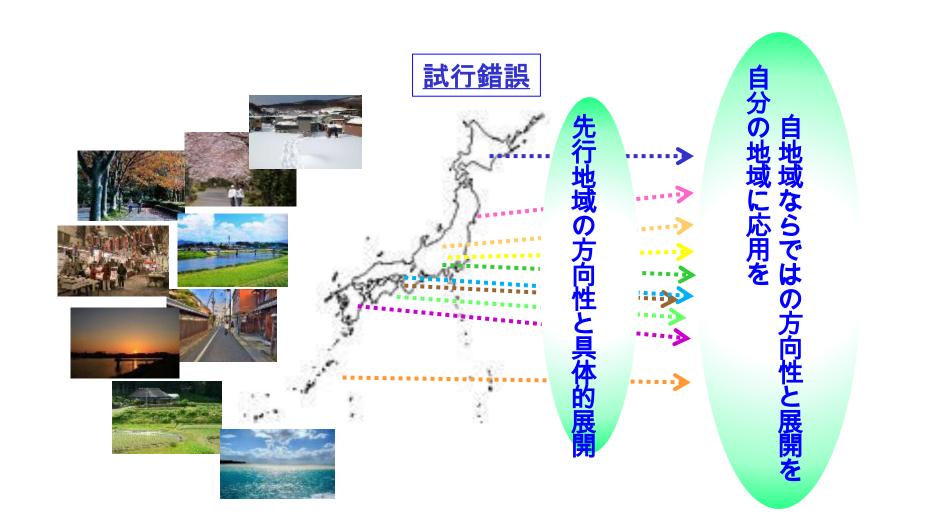
人は、認知症になって以降も、 ものすごく大きなポテンシャルをもっている!

くこれからの時代を見据えた新しい方向づけを>

- 1. イメージの転換:絶望から希望へ
 - * 自分の内なる偏見を払拭し、希望の結集軸をつくる
- 2. 視点の転換:支える側の視点から本人視点重視へ
 - *地元の本人の声を聴き、本人視点で考え、動く
- 3. アプローチの転換:問題対処から「よりよく生きる」支え合いへ
 - * 問題を後追いして支援提供でなく、「本人がよりよく生きる」を共に創る
- 4. 主体の転換: 行政主体から、(本人含め)地域が主体へ
 - * 行政が決め「ご協力願う」でなく、地域の人たちが決めて一緒に創る
- 5. ベースの転換:事業ベースから本人中心の地域ベース(統合)へ
 - *事業ありきでなく、地域に根差して脱領域で人・事業をつなぐ(統合)
 - →地域包括ケアシステムと一体的に推進

施策担当者/関係者:個々の事業に走る前に方向性をしっかりと

今の時期に 全国各地の取組み(方向性とその具体策)を参考に 自地域の方向性と展開策の見直し・補強を



3. 他の自治体の取組からヒントを得よう:その1

報告1:認知症ケアパスを活かして共につくる 認知症地域包括ケア

長崎県諫早市健康福祉部高齢介護課

主任保健師 岩本 節子さん

報告2:「地域共生社会」の実現に向けてたつの市の取組み

~横断的に対応する組織へ~

兵庫県たつの市健康福祉部 参事兼地域包括支援課長 森下 美佳 さん 認知症地域支援推進員 糺 裕子 さん

各地域の報告

- 〇新オレンジプランを基にしながら、 <u>わが自治体としてどう構想し、企画を立て、何に注力しているのか</u>
- ○事業を実際に展開する上で
 - *担当者の役割として、何を大事にしているか
 - * 立場を活かしてやるべきこと、できることは何か

報告を聞いて



- ①参考にしたい点・気づきは・・・
- ②自地域の取組みに活かしたい点は・・・

「ここは、大事」、「ここを地元にも伝えたい」という点を マークしながら報告を聴こう!

4. わが地域の取組みの今とこれから:

報告を活かして自地域の取組みを考える

ワークシート1日目用

1) まずは個人ワーク 報告をもとに、情報や気づきをメモしよう

ワークシートの一番左の「個人ワーク」の縦欄

- ①参考になったこと・気づきは・・・
 - ・諫早市の報告に関して
 - ・たつの市の報告に関して

②自地域で、特に活かしたいことは・・・

ワークシート1日目用

2) 他地域の参加者と話し合おう:グループワーク

ワークシートの縦欄2~6列目:地域名・メンバー名等

*グループメンバー:「1日目グループ一覧」を参照

メンバーの自治体の人口、高齢化率

まずは、簡単に自己紹介を

- •地域名(都道府県•市区町村)
- ・お名前
- •立場:所属、職種等
- •「わがまち自慢」を一言、どうぞ!

★時間内に、全員が発言できるように・・・。

2)他地域の参加者と話し合おう: ワークシート1日目用 グループワーク

- (1)情報交換
 - 順番に、個人ワークで考えたこと、地域の状況を伝え合おう。
 - ①参考になったこと・気づきは・・・
 - ②自地域で特に活かしたいこと・・・
 - ③自地域で特に注力していること・・・ 工夫・成果・課題等
- (3)討議
 - ④自分の立場を活かして、やってみたいことは・・・
- ★この機会に地域を見つめ直し、今後に向けて視界を広げよう! 自分の立場だからこそ、やれることがある!
- ★地元に戻ってから「やること」の手がかりを具体的につかもう 地元に持ち帰れるように、メモしっかり残そう

~ 情 報 交 換 会 ~

- 〇報告地域の関係者と直接会って、話しあおう!
 - ・具体的なことを質問しよう。
 - ・自地域に役立てたい内容・資料等の詳しい説明をきこう。
 - 担当者同士ならではの、悩み、アイディアを 話しあおう。

〇参加者同士、話しあおう。つながろう!

- ・今日の感想、気づいた点、深めたい点
- ・お互いの地域の紹介、具体的な情報交換
- ・今後もやりとりできるために 名刺交換、資料等の交換を

☆顔をあわせた今日だからこそのやりとりを!

グループで話し合いながら言い足りなかったことがきっとあると思います。

- わが地域のいいところに気づいた! 取組みや工夫をもっと伝えたい!
- こんなことをもっと知りたい!

ワークシート(1日目)の裏面に どうぞ、ご自由に、お書きください。 *箇条書きで

- ◆皆さんの声を、明日のセミナーに反映させていただきます。
- ◆ワークシートを椅子の上に置いてお帰り下さい。 ご協力をお願いします。
 - →ワークシートは、明日の朝、返却いたします。

情報交換会

〇報告地域の人たちと直接会って!

- ・具体的なことを質問しよう。
- ・自地域に役立てたい内容・資料等の詳しい説明をきこう。
- ・悩み、アイディアを話しあおう。

〇参加者同士、話しあおう。つながろう!

- ・今日の感想、気づいた点、深めたい点
- ・お互いの地域の紹介、具体的な情報交換
- ・今後もやりとりできるために 名刺交換、顔つなぎ等、自由に!

☆顔をあわせた今日だからこそ、つながろう!

平成30年度

第1回 認知症地域支援体制推進 全国合同セミナー(2日目)

~本人と家族が地域でよりよく生きていくことができる体制を築くために~

2018年 7月 3日 認知症介護研究・研修東京センター (進行:研究部長 永田 久美子)



~本日の進め方~

今日は、同じ地域/比較的近い地域の人たちと一緒に、

昨日の情報共有・話しあい

- ⇒報告3:他地域の取組報告を聴く
- ⇒サプライズトーク(本人)を聴く
- ⇒話しあい⇒自地域の方向性の確認・取組の補強策の具体化

情報を「重荷」にしないで

発想を広げる

「こんなことが、できるんだ・・・!」

「(まねして)やってみたい」

地元に戻って、お互いが、楽に楽しくなる種探しを。

⇒ワークシートを活かそう!

大事な点を、シートに残して持ち帰ろう!



のびのびと

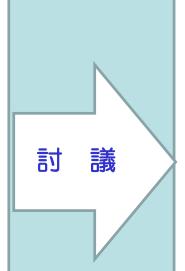
5.1日目の情報や知見をもちより、話し合おう ~他地域情報を最大限活かしあおう~

ワークシート2

グループワーク

*昨日の他地域情報をもとに、視野とアイディアを広げよう

- 〇まずは自己紹介 地域、所属、立場等
- 1)昨日の情報共有他地域の取組みの中で自地域に活かしたい点*アイディアや工夫は



- 2)注力すべき点の確認
- ①自地域の課題は・・・ 先を焦らずに 何が課題なのか、 この機会に掘り下げよう
- ③自地域で今の時期、注力すべき点は何かそのためにできることは
- ⇒グループの仲間を大事に。 立場や職種を超えて ー 人 ハレリのアイディアや気
 - 一人ひとりのアイディアや気づきをよく聞こう。 に2007認知症の形態研究・研修東京センター(070730)

6. 他の自治体の取組からヒントを得よう ~その2~

報告3:和歌山県有田市

近隣市町、病院・医師も一緒に、本人とともにつくる地域の支え合い ~本人ミーティングの取り組みから~

和歌山県有田氏市民福祉部高齢福祉課 松尾 圭さん 和歌山県有田市民病院 道場 浩之さん

7. サプライズ・トーク

認知症の私が体験していること、願っていること



福田 人志さん(長崎県佐世保市在住) 壱行の会 日本認知症本人ワーキンググループ

中倉 美智子 パートナー

8. 今、やるべきこと、できることはこれだ! アイディアを出し合おう

~わが自治体/地域の課題をクリアしていくために~

1)個人ワーク

午前中の情報をもとに考えてみよう

・有田市の報告を聞いて

サプライズトークを聴いて

*今日の気づきやアイディアを、新鮮にメモしておこう

2)グループワーク

• 個人ワークで考えたことの共有

昨日からここまでの情報や気づきを振り返り、 やるべきこと、できることのアイディアを出し合おう

*地元で実行に移していくために、もっと知りたいことは・・・













これから・・・・ 本人(自分)が、自分の地域でどう暮らしていけるか

9. 今年度、そして来年度の取組みをどう展開するか

1)個人ワーク

2日間の情報・手がかりを、整理しておこう

①今年度中に取組みたいこと/補強したいこと

②来年度、取組みたいこと /そのために計画/予算化につなげたいこと

* ふだんやっていたこと、やろうとしていたことに、 この2日間の情報・アイディアをもとに、ひとつでもプラスをしよう *いつものメンバーだけでなく、地域の多様な資源とともに

くこれからの時代を見据えた新しい方向づけを>

- 1. イメージの転換:絶望から希望へ
 - * 自分の内なる偏見を払拭し、希望の結集軸をつくる
- 2. 視点の転換:支える側の視点から本人視点重視へ
 - *地元の本人の声を聴き、本人視点で考え、動く
- 3. アプローチの転換:問題対処から「よりよく生きる」支え合いへ
 - * 問題を後追いして支援提供でなく、「本人がよりよく生きる」を共に創る
- 4. 主体の転換: 行政主体から、(本人含め)地域が主体へ
 - * 行政が決め「ご協力願う」でなく、地域の人たちが決めて一緒に創る
- 5. ベースの転換:事業ベースから本人中心の地域ベース(統合)へ
 - *事業ありきでなく、地域に根差して脱領域で人・事業をつなぐ(統合)
 - →地域包括ケアシステムと一体的に推進

施策担当者/関係者:個々の事業に走る前に方向性をしっかりと

2)グループワーク

①今年度中に取組みたいこと/補強したいこと

②来年度、取組みたいこと /そのために計画/予算化につなげたいこと

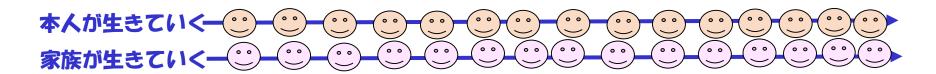
* 互いをアイディアを活かし合いながら、具体化しよう何を、誰と、どのように、等

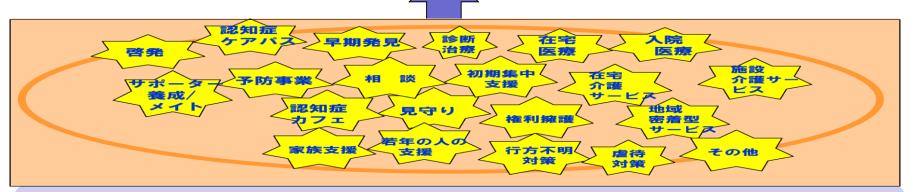
全体討議

わがまちで暮らす人の視点にたって:地域支援体制づくりを



自立 MCI・疑い ほぼ自立 見守られながら 手助け・介護を 全面的介護 終 自立 受け生活 受け生活 大





本人・家族の視点にたって、必要なこと、必要なあり方を(再)確認する。

地域を活かし、本人・家族が力を発揮してよりよく暮らせる支援体制を築く

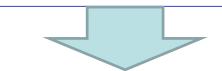
- ◎地域の潜在力(人、組織、風土、文化等)
- ・自治体/地域がこれまで育て、蓄積してきた力・ネットワーク
 - * それぞれの自治体ごとに、これまでの認知症施策の歩みがある
- 認知症の枠以外での地域にある多様な資源・ネットワーク・事業

☆今の時期(7月)

- ・ 今年度事業が始動 (の準備)
- 来年度以降の計画作り 予算取り
- ⇒今後の舵取りの方向性・基盤を固める時期



- 方向性 方針、戦略の確認
- 関係者との話しあい、合意形成を丁寧に



今日は、そのきっかけ。 ワークで得た情報・アイディアを 地元に持ち帰って、関係者に伝えよう。 (少人数でも)話しあう機会をつくろう。

わが町に戻って、一歩(半歩)踏み出そう。 ひたすら、つながり、つなぐ



東京センターよりお知らせ

全国各地で取組む人たちと出会い、情報・知恵・工夫を交換しあおう! 職場内外の人に参加を進め、理解者を増やそう

認知症地域支援体制推進全国合同セミナー

第2回 10月4日 (木)~5日(金) 東京センター 第3回 1月18日(金) 有楽町朝日ホール

*申込みは、市町村⇒都道府県を通じて、東京センターへ







行方不明を防ぎ、安心して一人歩きを楽しめるまちづくり 全国フォーラム

11月2日(金) 有楽町朝日ホール

*都道府県を通じて、ご案内(9月上旬予定)

東京センターホームページ:DCネット セミナー、フォーラム等の資料

2日間、本当にお疲れさまでした!

今回のセミナーをひとつのきっかけにして あなたの地元で、 めざしたい地域の姿にむけて あなたが(小さな)アクションをおこしてください。 伝える、話しあう、できることから一緒に。

これからも 全国の他の地域で悩みながらも前に進んでいる 仲間とつながり続けてください。

また、お会いできるのを楽しみに!



国の認知症施策の方向性と展開

平成30年7月2日

厚生労働省老健局認知症施策推進室 井上 宏

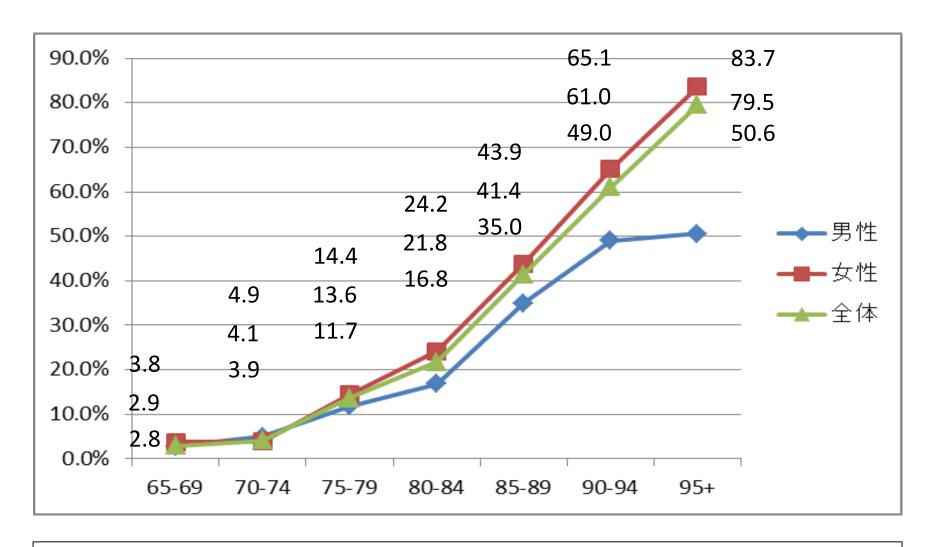
認知症の人の将来推計について

- ○長期の縦断的な認知症の有病率調査を行っている久山町研究のデータから、 新たに推計した認知症の有病率(2025年)。
- ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降一定と仮定した場合:19%。
- ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降も糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合:20.6%。
 - ※ 久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病(糖尿病)の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。 本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。
- ○本推計の結果を、平成25年筑波大学発表の研究報告による2012年における 認知症の有病者数462万人にあてはめた場合、2025年の認知症の有病者数 は約700万人となる。

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)	平成42年 (2030)	平成52年 (2040)	平成62年 (2050)	平成72年 (2060)
各年齢の認知症有 病率が一定の場合 の将来推計 人数/(率)	462万人	517万人 15.7%	602万人 17. 2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
各年齢の認知症有 病率が上昇する場 合の将来推計 人数/(率)	15.0%	525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23. 2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3% 1

年齢階級別の認知症有病率



厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業

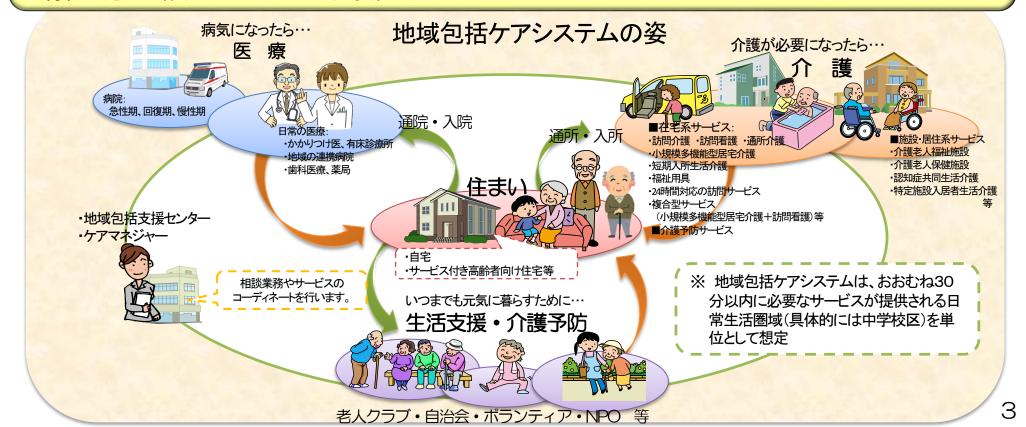
「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(平成21~24)

総合研究報告書より、認知症・虐待防止対策推進室にて数字を加筆

研究代表者 朝田隆(筑波大学医学医療系)

地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域 包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する 町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の 特性に応じて作り上げていくことが必要。



我が国の認知症施策を加速するための新たな戦略の策定について

認知症サミット日本後継イベント〔平成26年11月6日〕

~安倍総理大臣の挨拶より~

そこで、私は本日ここで、<u>我が国の認知症施策を加速するための新たな戦略を策定するよう、厚生労働大臣に指示をいたします</u>。我が国では、2012年に認知症施策推進5か年計画を策定し、医療・介護等の基盤整備を進めてきましたが、<u>新たな戦略は、厚生</u>労働省だけでなく、政府一丸となって生活全体を支えるよう取り組むものとします。

~塩崎厚生労働大臣の挨拶より~

[新たな戦略の策定に当たっての基本的な考え方]

- ① 早期診断・早期対応とともに、医療・介護サービスが有機的に連携し、認知症の 容態に応じて切れ目なく提供できる循環型のシステムを構築すること
- ② 認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて、省庁横断的な総合的な戦略と すること
- ③ 認知症の方御本人やその御家族の視点に立った施策を推進すること



認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)の概要

- ~ 認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて ~ (平成29年7月5日-部修正)
- 新プランの対象期間は団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年だが、策定時の数値目標は、介護保険事業計画に合わせて2017(平成29)年度末等で設定されていたことから、第7期計画の策定に合わせ、平成32年度末までの数値目標に更新

新オレンジプランの基本的考え方

- 高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群。高齢化の進展に伴い、認知症の人はさらに増加 2012(平成24)年462万人(約7人に1人) ⇒ 2025(平成37)年約700万人(約5人に1人)
- ・ 認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要。 _____

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

- 厚生労働省が関係府省庁(内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省)と共同して策定
- 策定に当たり認知症の人やその家族など様々な関係者から幅広く意見を聴取
 - ①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
 - ②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
 - ③若年性認知症施策の強化
 - ④認知症の人の介護者への支援
 - ⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
 - ⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
 - ⑦認知症の人やその家族の視点の重視

七つの柱

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)の数値目標の更新等について

第6回認知症高齢者等にやさしい地域 づくりに係る関係省庁連絡会議 平成29年7月5日

資料1

- 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)については、平成27年1月に関係12府省が共同で策定。
- 高齢者にやさしい地域づくりから本人の視点まで**新規の取組を含む幅広い内容を網羅**。
- 2025年度までを対象期間とし、当面の数値目標は平成29年度末で設定(介護保険事業計画の期間と同様)

現在までの進捗状況

- 数値目標(平成29年度末)は11項目設定。
- 平成28年度末現在の進捗状況は順調であり、概ね目標達成できる見込み。
 - ・平成28年度末時点で<u>前倒しで達成している項目 5項目</u> 認知症サポーター養成 880万人(28年度末) 【目標 800万人(平成29年度末)】 認知症サポート医 6千人(28年度末) 【目標 5千人(平成29年度末)】
 - ・平成28年度末時点で<u>9割程度達成している項目 3項目</u>
 かかりつけ医認知症対応力向上研修 5.3万人(28年度末)【目標 6万人(平成29年度末)】
 認知症介護実践リーダー研修 3.8万人(28年度末)【目標 4万人(平成29年度末)】 等
- 新オレンジプランを契機に新たな取組を開始した自治体も多く、認知症の人とその家族を支援する 地域資源は着実に増加。

第6回認知症高齢者等にやさしい地域づくりに係る関係省庁連絡会議

- ▶ 第7期介護保険事業計画の策定に合わせ、平成32年度末までの数値目標に更新。
- ▶ 関係省庁連絡会議において、以下の事項を実施。
 - ・認知症の人本人の講演と関係省庁との意見交換。
 - プラン記載の施策の着実・効果的な実行を、関係省庁が一丸となって取り組む旨を確認・共有。

数値目標一覧

項目	新プラン策定時	進捗状況(H28年度末)	(現)目標	目標案(H32年度末)
認知症サポーター養成	545万人 (H26.9末)	880万人	800万人 (H29年度末)	1,200万人
かかりつけ医認知症対応力 向上研修	38,053人 (H25年度末)	5.3万人	6万人 (H29年度末)	7.5万人
認知症サポート医養成研修	3,257人 (H25年度末)	0.6万人	5千人 (H29年度末)	1万人
歯科医師認知症対応力 向上研修	_	0.4万人	H28年度より 研修開始	2.2万人
薬剤師認知症対応力 向上研修	_	0.8万人	H28年度より 研修開始	4万人
認知症疾患医療センター	289ヵ所 (H26年度末)	375ヵ所	500ヵ所 (H29年度末)	500ヵ所 ※2次医療圏域に少なくとも 1センター以上設置
認知症初期集中支援チーム 設置市町村	41ヵ所 (H26年度末)	703ヵ所	全市町村 (平成30年度~)	好事例の横展開等により 効果的な取組の推進
一般病院勤務の医療従事者 認知症対応力向上研修	3,843人 (H25年度末)	9.3万人	8.7万人 (H29年度末)	22万人
看護職員認知症対応力 向上研修	-	0.4万人	H28年度より 研修開始	2.2万人
認知症介護指導者養成研修	1,814人 (H25年度末)	2.2千人	2.2千人 (H29年度末)	2.8千人
認知症介護実践リーダー研修	2.9万人 (H25年度末)	3.8万人	4万人 (H29年度未)	5万人
認知症介護実践者研修	17.9万人 (H25年度末)	24.4万人	24万人 (H29年度末)	30万人
認知症地域支援推進員の 設置市町村	217ヵ所 (H26年度末)	1.2千ヵ所	全市町村 (平成30年度~)	好事例の横展開等により 効果的な取組の推進
若年性認知症に関する事業の 実施都道府県	21ヵ所 (H25年度)	42ヵ所	全都道府県 (平成29年度末)	コーディネーターの資質向上 好事例の横展開の推進
認知症カフェ等の設置	-	H25年度から 国の財政支援実施	_	全市町村

施策の着実な実行に向けて関係省庁連絡会議で共有する主な取組

〇<u>地域で認知症に関わる事が多い業界への理解推進、認知症サポーターが活躍している</u> 取組の普及・推進

- ・小売業・金融機関・公共交通機関の職員に認知症の理解を深めてもらうため、認知症サポーターについて、周知し、受講を勧めることにより、認知症に気づき、関係機関への速やかな連絡等、連携できる体制整備を進める。
- 認知症サポーター養成講座の際に認知症サポーターが地域でできる活動事例等を紹介する。

○認知症の人本人による発信の共有、本人ミーティングの推進

- ・関係省庁連絡会議等幅広い機会において、認知症の人本人による講演・意見交換の場を設ける。
- ・認知症の人やその家族の視点を重視した支援体制の構築のため、地域で認知症の人が集い、発信する取組である、本人ミーティング等について全国的に広める。

〇成年後見制度利用促進基本計画に基づく施策の着実な推進

- ・全国どの地域においても必要な人が成年後見制度を利用できるよう、各地域において、権利擁護支援の地域連携ネットワークの構築を段階的・計画的に図る。
- ・本人の特性に応じた意思決定支援を行うための指針の策定等に向けた検討や検討の成果の共有・ 活用を行う。

I 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

- ① 認知症の人の視点に立って認知症への社会の理解を深めるキャンペーンの実施
 - ・認知症への社会の理解を深めるための全国的なキャンペーンを展開
 - ⇒ 認知症の人が自らの言葉で語る姿等を積極的に発信

② 認知症サポーターの養成と活動の支援

- 認知症サポーターを量的に養成するだけでなく、活動の任意性を維持しながら、 認知症サポーターが様々な場面で活躍してもらうことに重点を置く
- 認知症サポーター養成講座の際に活動事例等の紹介や修了した者が復習も兼ねて学習する機会を設け、活動につなげるための講座など、地域や職域の実情に応じた取組を推進

【認知症サポーターの人数】(目標引上げ) 2017(平成29)年度末 800万人 ⇒ 2020(平成32)年度末 1200万人

- ③ 学校教育等における認知症の人を含む高齢者への理解の推進
 - 学校で認知症の人を含む高齢者への理解を深めるような教育を推進
 - ・ 小・中学校で認知症サポーター養成講座を開催
 - 大学等で学生がボランティアとして認知症高齢者等と関わる取組を推進

認知症施策推進総合戦略~認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて~

認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

認知症サポーターの養成と活動の支援

● 地域や職域で認知症サポーターの養成を進めるとともに、活動の任意性は維持しつつ、養成された 認知症サポーターが認知症高齢者等にやさしい地域づくりを加速するために様々な場面で活躍しても らえるようにする。【厚生労働省】

(認知症サポーター)

○ 認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の人や家族に対してできる範囲での手助けをする人

〇キャラバンメイト養成研修

実施主体: 都道府県、市町村、全国的な職域団体等

目 的:地域、職域における「認知症サポーター養成講座」の講師役

である「キャラバンメイト」を養成

内 容:認知症の基礎知識等のほか、サポーター養成講座の展開方法、

対象別の企画手法、カリキュラム等をグループワークで学ぶ。

○認知症サポーター養成講座

実施主体:都道府県、市町村、職域団体等

対 象 者:

〈住民〉自治会、老人クラブ、民生委員、家族会、防災・防犯組織等

〈職域〉企業、銀行等金融機関、消防、警察、スーパーマーケット

コンビニエンスストア、宅配業、公共交通機関等

〈学校〉小中高等学校、教職員、PTA等



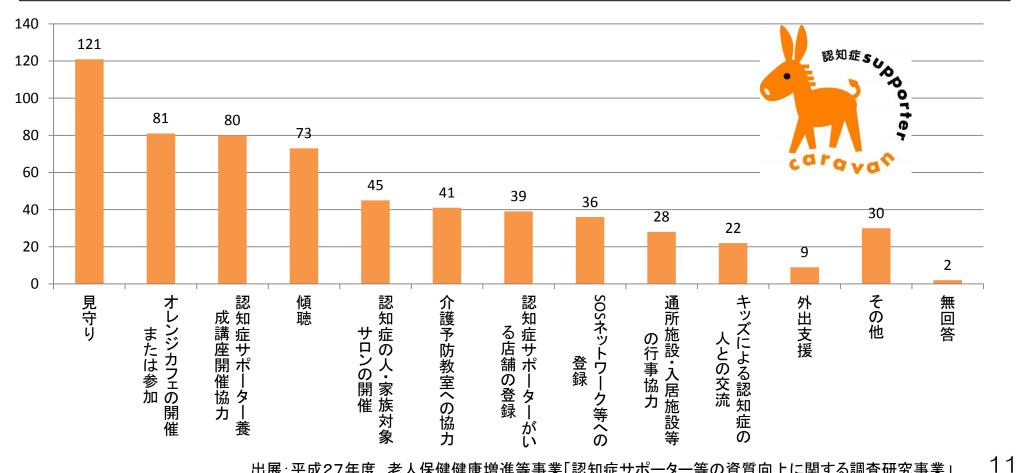
サポーター人数:2018(平成30)年3月末実績 1015万人(目標値:2020(平成32)年度末 1200万人)

※認知症サポーター養成講座の際に活動事例等の紹介や、修了した者が復習も兼ねて学習する機会を設け、活動につなげるための講座など、地域や職域の実情に応じた取組を推進



認知症サポーターの活動状況について

- 認知症サポーターの活動状況については、「見守り」が121自治体で最も多く、次いで「オレンジカ フェの開催または参加」81自治体、「認知症サポーター養成講座の開催協力」80自治体、「傾聴」73自治 体と続いている。
- 「その他」については、「捜索模擬訓練の開催や参加・協力」や、イベント等への参加も含めた「啓 発・広報活動」といったものがみられた。
 - N=214 (認知症サポーターの活動を把握している自治体)



Ⅱ 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

【基本的考え方】

· 容態の変化に応じて医療·介護等が有機的に連携し、適時·適切に切れ目なく提供

発症予防 発症初期 急性増悪時 中期 人生の最終段階

- 早期診断・早期対応を軸とし、妄想・うつ・徘徊等の行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等が見られても、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組み
- ① 本人主体の医療・介護等の徹底

② 発症予防の推進

- ③ 早期診断・早期対応のための体制整備
 - かかりつけ医の認知症対応力向上、認知症サポート医の養成等
 - 歯科医師・薬剤師の認知症対応力向上
 - 認知症疾患医療センター等の整備
 - 認知症初期集中支援チームの設置

【かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数(累計)】(目標引上げ) 2017(平成29)年度末 60,000人 ⇒ 2020(平成32)年度末 75,000人 【認知症サポート医養成研修の受講者数(累計)】(目標引上げ) 2017(平成29)年度末 5,000人 ⇒ 2020(平成32)年度末 10,000人 【歯科医師認知症対応力向上研修の受講者数】(目標新設) 2016(平成28)年度研修実施 ⇒ 2020(平成32)年度末 22,000人

認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

· 容態の変化に応じて<mark>医療・介護等が有機的に連携</mark>し、適時・適切に切れ目なく提供されることで、 認知症の人が住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるようにする。

発症予防

発症初期

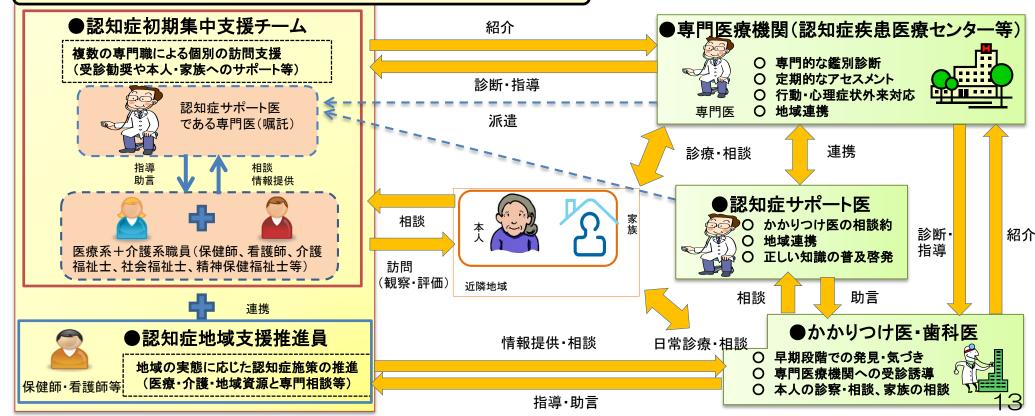
急性增悪時

中期

人生の最終段階

・ 早期診断・早期対応を軸とし、妄想・うつ・徘徊等の行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等が 見られても、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、最もふさわしい場所で適切 なサービスが提供される循環型の仕組みを構築する。

早期診断・早期対応のための体制整備のイメージ



認知症施策推進総合戦略~認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて~

- 2 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービス等の提供
- (3) 早期診断・早期対応のための体制整備<認知症疾患医療センター等の整備>
 - 認知症の疑いがある人については、速やかに鑑別診断が行われることが必要。認知症疾患医療センターについては、都道府県ごとに地域の中で担うべき機能を明らかにした上で、認知症疾患医療センター以外の鑑別診断を行うことができる医療機関と併せて、計画的に整備を図っていく。【厚生労働省】

		基幹型	地域型	連携型		
設置医療機関		病院(総合病院)	病院(単科精神科病院等)	診療所·病院		
設置数(平成30年5月現在)		16か所 358か所		55か所		
基本的活動圏域		都道府県圏域 二次医		療圏域		
	鑑別診断等	認知症の鑑別診断及び専門医療相談				
専門的医療機能	人員配置	・専門医(1名以上) ・専任の臨床心理技術者(1名) ・専任の精神保健福祉士又は 保健師等 (2名以上)	・専門医(1名以上) ・専任の臨床心理技術者(1名) ・専任の精神保健福祉士又は保健師 等 (2名以上)	·專門医(1名以上) ·看護師、保健師、精神保健福祉士、 臨床心理技術者等(1名以上)		
	検査体制 (※他の医療機関との連 携確保対応で可)	•CT •MRI •SPECT(※)	•CT •MRI(※) •SPECT(※)	•CT(%) •MRI(%) •SPECT(%)		
	BPSD・身体合併症対応空床を確保		急性期入院治療を行える医療機関との連携体制を確保			
	医療相談室の設置	必須	_			

【事業名】認知症疾患医療センター運営事業

【実績と目標値】 2018(平成30)年5月現在 429か所 ⇒ 2020(平成32)年度末 約500か所

※ 基幹型、地域型及び連携型のより効果的、効率的な機能や地域での連携の在り方を検討するとともに、設置されていない地域がなくなるよう、2次医療圏域に少なくとも1センター以上の設置を目標とする。

認知症初期集中支援チーム

複数の専門職が家族の訴え等により 認知症が疑われる人や認知症の人及び その家族を訪問し、アセスメント、家族 支援等の初期の支援を包括的・集中的 (おおむね6ヶ月)に行い、自立生活の サポートを行うチーム

● 認知症初期集中支援チームのメンバー



医療と介護の専門職

(保健師、看護師、作業療法士、 精神保健福祉士、社会福祉士、 介護福祉士等)

●配置場所

地域包括支援センター等

診療所、病院、認知症疾患医療センター

市町村の本庁 【事業名】 認知症初期集中支援推進事業 (地域支援事業)

認知症サポート医

である医師(嘱託)

【目標等】2018(平成30)年度~ すべての市町村で実施

配置後においても、先進的な取組事例を全国に紹介するなどチームが効果的に機能するよう、体制整備を支 援するとともに、地域の実情に応じた取組につなげる。

【対象者】

40歳以上で、在宅で生活しており、かつ 認知症が疑われる人又は認知症の人で 以下のいずれかの基準に該当する人

- 医療・介護サービスを受けていない人、 または中断している人で以下のいずれかに 該当する人
- 認知症疾患の臨床診断を受けていない人
- (イ) 継続的な医療サービスを受けていない人
- (ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人
- (エ)診断されたが介護サービスが中断している人
- ◆ 医療・介護サービスを受けているが 認知症の行動・心理症状が顕著なため、 対応に苦慮している

- ④ 行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等への適切な対応
 - 医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、最もふさわしい場所で 適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築
 - 行動・心理症状(BPSD)への適切な対応
 - 身体合併症等に対応する一般病院の医療従事者の認知症対応力向上
 - 看護職員の認知症対応力向上 ・認知症リハビリテーションの推進

【看護職員認知症対応力向上研修の受講者数】(目標新設) 2020(平成32)年度末 22,000人

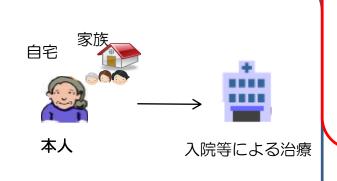
- ⑤ 認知症の人の生活を支える介護の提供
 - ・ 介護サービス基盤の整備
 - ・ 認知症介護の実践者⇒実践リーダー⇒指導者の研修の充実
 - 新任の介護職員等向けの認知症介護基礎研修の実施
- ⑥ 人生の最終段階を支える医療・介護等の連携
- ⑦ 医療・介護等の有機的な連携の推進
 - 認知症ケアパス(認知症の容態に応じた適切なサービス提供の流れ)の積極的活用
 - 医療・介護関係者等の間の情報共有の推進
 - ⇒ 医療・介護連携のマネジメントのための情報連携ツールの例を提示 地域ケア会議で認知症に関わる地域資源の共有・発掘や連携を推進
 - 認知症地域支援推進員の配置、認知症ライフサポート研修の積極的活用
 - 地域包括支援センターと認知症疾患医療センターとの連携の推進

認知症施策推進総合戦略~認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて~

- 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービス等の提供
- (4)行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等への適切な対応<身体合併症等への適切な対応>

<病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修事業・看護職員認知症対応力向上研修事業> 病院勤務の医療従事者等の認知症対応力を向上させるための研修を、関係団体の協力を得ながら実施する。

身体合併症等への適切な対応



【病院勤務の医療従事者向 け認知症対応力向上研修】

身体合併症への早期対応 認知症の人の個別性に 合 わせた適切な対応を推進 する

【看護職員認知症対応力向上研修】

• 研修受講者が同じ医療機関等の看 護職員に対して伝達することで、医 療機関内等での認知症ケアの適 切な実施とマネジメ ント体制を 構築を目指す

【病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修の実績と目標値】(目標引き上げ)

目標 2017(平成29)年度末 8.7万人 ⇒ 2020(平成32)年度末 22万人

実績 2016(平成28)年度末 9.3万人

【看護職員認知症対応力向上研修の実績と目標値】(目標新設)

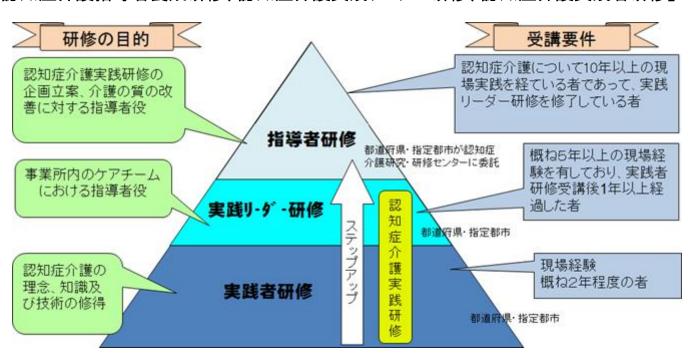
2016(平成28)年度末実績 ⇒ 2020(平成32)年度末 0.4万人

2.2万人

認知症施策推進総合戦略~認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて~

- 2 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービス等の提供
- (5) 認知症の人の生活を支える介護の提供<良質な介護を担う人材の確保>
- 本人主体の介護を行うことで、できる限り認知症の進行を緩徐化させ、行動・心理症状(BPSD)を予防できるような、良質な介護を担うことができる人材を質・量ともに確保していく。【厚生労働省】

【認知症介護指導者養成研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修】



【認知症介護基礎研修】

新任の介護職員等が認知症 介護に最低限必要な知識、 技能をeラーニングの活用に より修得



【目標】

認知症介護に携わる可能性 のある全ての職員の受講を 目指す

※受講者がより受講しやすい 仕組みについて検討

【実績と目標値】指導者養成研修:2016(平成28)年度末

実践リーダー研修:2016(平成28)年度末

実践者研修:2016(平成28)年度末

2. 2千人 ⇒ 2020(平成32)年度末 2. 8千人

3.8万人 ⇒ 2020(平成32)年度末 5万人

24. 4万人 ⇒ 2020(平成32)年度末 30万人

認知症ケアに係る研修一覧

- 〇 認知症高齢者に対するより適切なケア・サービス提供のために、<u>介護従事者を対象とする8研修、医療従事者を対象とする7研修、認知症総合支援事業に携わる者を対象とする2研修の計17研修を実施。</u>
- このうち、14研修は地域医療介護総合確保基金(介護従事者確保分)、3研修は都道府県等の一般財源にて対応。

地域医療介護総合確保基金

<介護従事者を対象とする研修>

- 認知症対応型サービス事業 管理者研修
- 認知症対応型サービス事業 開設者研修
- 小規模多機能型居宅介護 サービス等計画作成担当者研修
- 〇 認知症介護指導者フォローアップ 研修
- 〇 認知症介護基礎研修

<医療従事者を対象とする研修>

- 〇 認知症サポート医養成研修
- 認知症サポート医フォローアップ 研修
- かかりつけ医認知症対応力向上 研修
- 病院勤務の医療従事者向け 認知症対応力向上研修
- 〇 歯科医師の認知症対応力向上研修
- 〇 薬剤師の認知症対応力向上研修
- 〇 看護職員の認知症対応力向上研修

<認知症総合支援事業関係研修>

- 〇 認知症初期集中支援チーム員 研修
- 〇 認知症地域支援推進員研修

一般財源

<介護従事者を対象とする研修>

- 〇 認知症介護実践者研修
- 〇 認知症介護実践リーダー研修
- 〇 認知症介護指導者養成研修

認知症地域支援推進員

市町村





認知症 地域支援推進員

【推進員の要件】

- ①認知症の医療や介護の専門的知識及び 経験を有する医師、保健師、看護師、作業 療法士、歯科衛生士、精神保健福祉士、 社会福祉士、介護福祉士
- ②①以外で認知症の医療や介護の専門的 知識及び経験を有すると市町村が認めた者

【配置先】

- 〇地域包括支援センター
- 〇市町村本庁
- ○認知症疾患医療センター など



医療・介護等の支援ネットワーク構築

- ●認知症の人が認知症の容態に応じて必要な医療や介護等のサービスを受けられるよう関係機関との連携体制の構築
- ●市町村等との協力による、認知症ケアパス(状態に応じた適切な医療や 介護サービス等の提供の流れ)の作成・普及 等



- ※関係機関等と連携し以下の事業の企画・調整を行う
- ●認知症疾患医療センターの専門医等による、病院・施設等における処遇困難 事例の検討及び個別支援
- ●介護保険施設等の相談員による、在宅で生活する認知症の人や家族に対する 効果的な介護方法などの専門的な相談支援
- ●「認知症カフェ」等の開設
- ●認知症ライフサポート研修など認知症多職種協働研修の実施

相談支援·支援体制構築

- ●認知症の人や家族等への相談支援
- ●「認知症初期集中支援チーム」との連携等による、必要なサービスが認知症 の人や家族に提供されるための調整



【事業名】認知症地域支援・ケア向上事業 (地域支援事業)

【実績と目標値】2017(平成29)年12月末 1,462市町村 ⇒ 2018(平成30)年度~すべての市町村で実施



Ⅲ 若年性認知症施策の強化

- 若年性認知症の人やその家族に支援のハンドブックを配布
- 都道府県の相談窓口に支援関係者のネットワークの調整役を配置
- 若年性認知症の人の居場所づくり、就労・社会参加等を支援

IV 認知症の人の介護者への支援

- ① 認知症の人の介護者の負担軽減
 - 認知症初期集中支援チーム等による早期診断・早期対応
 - 認知症カフェ等の設置

【認知症カフェ等の設置・普及】

地域の実情に応じて認知症地域支援推進員等が企画するなど、認知症の人が集まる場や認知症カフェなどの認知症の人や家族が集う取組を2020(平成32)年度までに全市町村に普及させる

- ② 介護者たる家族等への支援
 - 家族向けの認知症介護教室等の普及促進
 - 家族等に対する支援方法に関するガイドラインの普及
- ③ 介護者の負担軽減や仕事と介護の両立
 - ・ 介護ロボット、歩行支援機器等の開発支援
 - 仕事と介護が両立できる職場環境の整備 (「介護離職を予防するための職場環境モデル」の普及のための研修等)

若年性認知症の人への支援

■相談(相談窓□)■

- ①本人や家族との悩みの共有
- ②同行受診を含む受診勧奨
- ③利用できる制度、サービスの紹介や手続き支援
- ④本人、家族が交流できる居場所 づくり

■支援ネットワークづくり■

- ・ワンストップの相談窓口の役割を 果たすため、医療・介護・福祉・ 労働等の関係者による支援体制 (ネットワーク)の構築
- ・ネットワークにおける情報共有、 ケース会議の開催、普及啓発等

■普及•啓発■

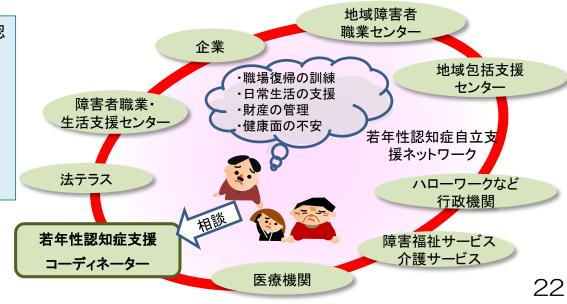
- 支援者・関係者への研修 会の開催等
- ・企業や福祉施設等の理解 を促進するためのパンフ レット作成など

これらの支援を一体的に行うために 若年性認知症支援コーディネーター を各都道府県に配置

若年性認知症の特性に配慮した就労・社会参加支援

- ①若年性認知症の人との意見交換会の開催等を通じた若年性認知症の人のニーズ把握
- ②若年性認知症の人やその家族が交流できる居場所づくり
- ③産業医や事業主に対する若年性認知症の人の特性や就労に ついての周知
- ④企業における就業上の措置等の適切な実施など治療と仕事の 両立支援の取組の促進
- ⑤若年性認知症の人がハローワークによる支援等が利用可能であることの周知 等

【目標】若年性認知症支援コーディネーターの資質の向上や認知症 地域支援推進員との連携を進めるとともに、先進的な取組事例 を全国に紹介すること等を通じて、地域の実情に応じた効果的 な取組を推進する。



認知症施策推進総合戦略~認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて~

4 認知症の人の介護者への支援

<認知症の人の介護者の負担軽減><介護者たる家族等への支援>

- 認知症の人の介護者の負担を軽減するため、認知症初期集中支援チーム等による早期診断・早期対応を 行うほか、認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う認知症カ フェ等の設置を推進。
- また、家族向けの認知症介護教室等の取組について、好事例を収集して全国に紹介し、その普及を進める。【厚生労働省】

認知症カフェの様子





- 1~2回/月程度の頻度で開催(2時間程度/回)
- 通所介護施設や公民館の空き時間を活用
- 活動内容は、特別なプログラムは用意されていな く、利用者が主体的に活動。
- 〇効果
- ・認知症の人 → 自ら活動し、楽しめる場所
- ·家族
- → わかり合える人と出会う場所
- •専門職
- → 人としてふれあえる場所(認知症
- の人の体調の把握が可能)
- •地域住民
- → つながりの再構築の場所(住民同士としての交流の場や、認知症に対する理解を深める場)

【事業名】認知症地域支援・ケア向上事業

【目標値】 地域の実情に応じて認知症地域支援推進員等が企画するなど、認知症の人が集まる場や認知症カフェなどの認知症の人や家族が集う取組を2020(平成32)年度までに全市町村に普及させる

認知症カフェ実施状況

〇 認知症カフェ

- ⇒ 認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う場
- ~認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)抜粋~

【認知症カフェ等の設置・普及】

地域の実情に応じて認知症地域支援推進員等が企画するなど、認知症の人が集まる場や認知症カフェなどの認知症の人や家族が集う取組を2020(平成32)年度までに全市町村に普及させる

〇 28年度実績調査

- 47都道府県1,029市町村にて、4,267カフェが運営されている。
- ・設置主体としては、介護サービス施設・事業所、地域包括支援センターが多く見られた。

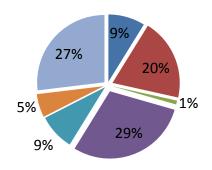
~都道府県別実施状況(実施市町村数)~

<u> </u>					
都道府県	実施 市町村 数	都道府県	実施 市町村 数	都道府県	実施 市町村 数
北海道	62	石川県	14	岡山県	18
青森県	13	福井県	14	広島県	17
岩手県	17	山梨県	12	山口県	14
宮城県	25	長野県	32	徳島県	15
秋田県	20	岐阜県	35	香川県	8
山形県	30	静岡県	26	愛媛県	13
福島県	26	愛知県	46	高知県	15
茨城県	21	三重県	18	福岡県	31
栃木県	12	滋賀県	17	佐賀県	7
群馬県	14	京都府	26	長崎県	9
埼玉県	53	大阪府	35	熊本県	27
千葉県	40	兵庫県	41	大分県	16
東京都	48	奈良県	17	宮崎県	12
神奈川県	19	和歌山県	8	鹿児島県	22
新潟県	22	鳥取県	8	沖縄県	7
富山県	15	島根県	12	計	1,029

~都道府県別実施状況(設置カフェ数)~

都道府県	カフェ数	都道府県	カフェ数	都道府県	カフェ数
北海道	182	石川県	93	岡山県	85
青森県	36	福井県	35	広島県	103
岩手県	46	山梨県	28	山口県	41
宮城県	120	長野県	76	徳島県	34
秋田県	51	岐阜県	96	香川県	27
山形県	74	静岡県	95	愛媛県	30
福島県	75	愛知県	287	高知県	38
茨城県	47	三重県	69	福岡県	111
栃木県	22	滋賀県	56	佐賀県	10
群馬県	61	京都府	136	長崎県	18
埼玉県	287	大阪府	285	熊本県	82
千葉県	144	兵庫県	351	大分県	48
東京都	338	奈良県	33	宮崎県	30
神奈川県	167	和歌山県	13	鹿児島県	67
新潟県	121	鳥取県	26	沖縄県	27
富山県	45	島根県	21	計	4,267

~設置主体~



- ■市町村
- ■地域包括支援センター
- ■認知症疾患医療センター
- ■介護サービス施設・事業者
- ■社会福祉法人
- ■NPO法人
- ■その他
- ※ n=4,363 (複数回答あり)

[※] 都道府県管内において認知症カフェの開設を把握 している市町村数。

V 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進

① 生活の支援(ソフト面)

- ·家事支援、配食、買物弱者への宅配の提供等の支援
- ・ 高齢者サロン等の設置の推進
- ・高齢者が利用しやすい商品の開発の支援

② 生活しやすい環境 (ハード面)の整備

- ・多様な高齢者向け住まいの確保
- ・高齢者の生活支援を行う施設の住宅団 地等への併設の促進
- ・バリアフリー化の推進
- ・高齢者が自ら運転しなくても移動手段を確保できるよう、公共交通の充実を図るなど移動手段の確保を推進

③ 就労・社会参加支援

- ・就労、地域活動、ボランティア活動等の社 会参加の促進
- ・若年性認知症の人に対する、通常の事業 所での雇用継続に向けた支援、通常の事 業所での雇用が困難な場合の就労継続 支援(障害福祉サービス)

④ 安全確保

- ・独居高齢者の安全確認や行方不明者の 早期発見・保護を含めた地域での見守り 体制の整備
- 高齢歩行者や高齢運転者の交通安全の 確保
- ・詐欺などの消費者被害の防止
- ・成年後見制度(特に市民後見人)や法テラスの活用促進
- 高齢者の虐待防止

高齢運転者交通事故防止対策に関する有識者会議の開催について

第1回(平成29年1月16日)高齢運 転者交通事故防止対策に関する 有識者会議資料3より

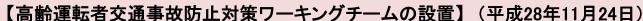
有識

者会議

の

要

- 【高齢運転者による交通事故防止対策に関する関係閣僚会議の開催】 (平成28年11月15日) ○ 高齢運転者による交通死亡事故の発生状況等を踏まえ、
- 高齢運転者の交通事故防止対策に政府一丸となって
 - 取り組むために開催
- 安倍総理から次の3点について指示
 - 改正道路交通法の円滑な施行
 - 社会全体で高齢者の生活を支える体制の整備
 - ・ 更なる対策の必要性の検討



- 高齢運転者の交通事故防止について、関係行政機関における更なる対策の検討を促進し、その成果等に 基づき早急に対策を講じるため、交通対策本部(本部長:加藤内閣府特命担当大臣)の下に設置
- ワーキングチームは、各省庁から検討・実施状況等の報告を受け、平成29年6月頃を目途に、全体的な 取りまとめを行うとともに、以降も引き続き必要な検討を継続

【趣旨等】

- ワーキングチームの構成員である警察庁交通局長が、高齢運転者に係る詳細な事故分析を行い、専門家の 意見を聞きながら、高齢者の特性が関係する事故を防止するために必要な方策を幅広く検討するために開催
- 平成29年1月から6月までの間に5回程度開催し、検討状況等をワーキングチームへ随時報告するとともに、 以降も引き続き必要な検討を継続

【構成員】

〇 有識者委員 行政法、社会学、自動車工学、交通心理学等の学識者 医療・福祉等の関係団体の代表者等

〇 警察庁 交通局長、交通企画課長、高齢運転者等支援室長

〇 関係府省 内閣府・総務省・厚労省・経産省・国交省の課長等

【主な検討課題】

- 〇 高齢運転者に対する効果的な交通安全教育
- 一定のリスクを有する者の把握と運転免許証の自主返納の促進
- 〇 改正道路交通法の施行状況を踏まえた運転免許制度の在り方
- 高速道路における逆走対策
- 衝突被害軽減ブレーキ等の先進安全技術 の普及

高齢運転者による交通事故防止に向けて(概要)

平 成 2 9 年 6 月 高齢運転者交通事故防止対策 ワーキングチーム

1. 改正道路交通法の円滑な施行

凡例:◎既に開始

: 〇実施予定

- **◎ 医師の診断体制の確保に向けた警察と医師会等の連携強化** ~協力医師約4,800人を確保(29年5月末現在)~
- ◎ 認知症の早期診断・対応に向けた警察と地方公共団体福祉部局の連携強化
- 2. 高齢者の移動手段の確保など社会全体で生活を支える体制の整備
- 公共交通機関の利用促進 ~タクシー相乗りサービスの実証実験等~(29年度中に開始)
- 自家用有償運送の導入・活用の円滑化 ~使用車両や運行形態の拡大・手続の合理化等~(29年度中に開始)
- 介護サービスと輸送サービスの連携強化~介護保険制度の移動支援サービスの普及拡大等~(速やかに開始)
- 3. 高齢運転者の特性も踏まえた更なる対策
- (1) 有識者会議の提言を踏まえた今後の方策
 - 運転適性相談の抜本的見直し~運転免許証の自主返納の促進等~(速やかに実施)
 - 運転免許制度の更なる見直し~80歳以上の運転リスクが特に高い者への実車試験の導入等~(速やかに検討開始)
- (2)「安全運転サポート車」(サポカーS)の普及啓発
 - ◎ コンセプトの策定・公表
 - ◎ 官民を挙げた普及啓発 ~広報活動の展開や体験機会の拡大等~
 - 〇 安全基準等策定・自動車アセスメント拡充による先進安全技術の普及促進(既に検討開始)
- (3) 高速道路における逆走対策の一層の推進
 - 〇 逆走車両を警告・誘導する民間技術等の実道での実験(29年7月に開始)

【数値目標】

80歳以上の高齢運転者による事故死者数 32年までに200人以下(29年中に250人以下)

※26~28年平均約270人 24~25年平均約250人

高齢運転者交通事故防止対策ワーキングチームの取りまとめ を踏まえた厚生労働省の取組について

1. 改正道路交通法の円滑な施行

【ワーキングチームの取りまとめ内容】

- 医師の診断体制の確保に向けた警察と医師会等の連携強化
- 認知症の早期診断・対応に向けた警察と地方公共団体福祉部局の連携強化

【厚生労働省の取組】

- 全国会議等により、自治体に対し、自治体の福祉部局と警察、運転適性相談窓口等が連携し、以下の取組の推進を依頼
- ① 地域における診断の受け入れ体制の整備に協力するとともに、医師の診断が必要とされた方が適切に診断を受けられる よう支援すること
- ② 免許の更新の際に認知症のおそれがあると判断された方について、適切に認知症の早期診断・早期対応に繋げていくこと
- ③ 認知症のおそれがある方やその家族から、運転継続や免許の更新に関する相談があった場合に、必要な支援を受けられるようにすること

2. 高齢者の移動手段の確保など社会全体で生活を支える体制の整備

【ワーキングチームの取りまとめ内容】

○ 介護サービスと輸送サービスの連携強化

【厚生労働省の取組】

- 関係する自治体向けのガイドラインを改正し、以下について自治体に周知
 - 市町村の福祉部局と交通部局の連携強化や交通関係と介護保険制度等の地域の協議の場の間の連携
 - ・ 介護保険制度における移動支援サービス(訪問型サービスD)について、対象者や助成の範囲を明確化
- 移動支援サービスについて、市町村の実施例を整理し、道路運送法上の位置づけや安全面への配慮等について情報提供

行方不明・身元不明認知症高齢者等に関する実態及び厚生労働省の取組について

- ○警察庁の統計データ (H29年中)
- (1) 行方不明者数(認知症やその疑いのある行方不明者として届けられた人数): 15,863人(対前年 2.8%増)
 - ※行方不明者の約99%については、1週間以内に所在が確認されており、自宅等に戻っている
 - (参考)·H28年中:15,432人 (対前年 26.4%増) ·H27年中:12,208人(対前年13.2%増)
 - ·H26年中:10,783人(対前年 4.5%増) ·H25年中:10,322人(対前年 7.4%増)
- (2) 所在確認状況:15,761人(うち、死亡確認 470人)
 - (参考)・H28年中:15,314人(うち、死亡確認 471人)・H27年中:12,121人 (うち、死亡確認 479人)
 - ・H26年中 : 10,848人 (うち、死亡確認429人) ・H25年中 : 10,180人 (うち、死亡確認 388人)
- (3) H29年中受理した者で未解決のものの数: **227人**
 - (参考)・H28年中:191人・H27年中:150人・H26年中:168人・H25年中:234人
- ○厚生労働省の取組について
 - ・認知症サポーターの養成
 - 平成30年3月末現在で約1,000万人を養成。
 - ・市町村における行方不明に関する取組事例の普及・推進
 - 全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議(H29.3.10開催)において、「行方不明を防ぐ・見つける市区町村・地域による取組事例」を配布
 - ・身元不明の認知症高齢者等に関する特設サイトの設置
 - 厚生労働省ホームページに、自治体で公開されている情報を一覧にして確認できる特設サイトを設け、身元不明の認知症高齢者等に関する情報公開や本特設サイトの積極的な活用の検討を各自治体に促した(H26.9) ※H27.3に47都道府県全てにリンク
- ○地方自治体による取組の実施状況(H28年)※()内は全国1,741市町村に対する割合
 - ・ 認知症高齢者の見守りに関する事業を実施している市町村数:1,355ヶ所(77.8%)

(主な事業内容)

認知症高齢者の捜索・発見・通報・保護・見守りに関するネットワークの構築:1,059ヶ所(60.8%)

GPS等の徘徊探知システムの活用:531ヶ所(30.5%)

認知症の人が安心して暮らせる地域に向けて

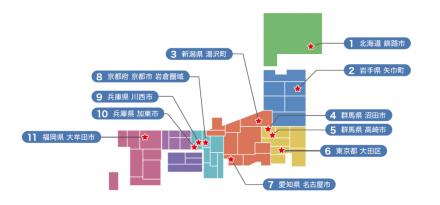
行方不明を防ぐ・見つける 市区町村・地域による取組事例

平成29年1月

厚生労働省

市区町村・地域による取組事例一覧

NO	地域名	テーマ	担当部署
1	北海道	官民協働で「命を守る」仕組みを持続的に拡充 〜見守りから早期発見・アフターケアまで〜	釧路市福祉部 介護高齢課 高齢福祉担当
2	岩手県 矢巾町	矢巾わんわんパトロール隊(わんパト隊) 〜いつものお散歩で「さり気なく」 地域を見守るワン!〜	矢巾町 地域包括支援センター
3	新潟県 湯沢町	探索アクションミーティングで地域に根差した模擬訓練 ~本人・家族目線のやさしい探索ネットワーク~	湯沢町 地域包括支援センター
4	群馬県沼田市	命の宝探し:小学生や地元FM 局も捜索に協力 ~「認知症にやさしい地域づくりネットワーク」~	沼田市高齢福祉課 介護予防係
5	群馬県 高崎市	GPS機器の貸出から捜索・保護までを無償にし救援を促進 〜はいかい高齢者救援システム〜	高崎市介護保険課
6	東京都大田区	見守りキーホルダーで自ら備え支え合う: 地域包括支援センターを核とした高齢者支え合いネットワーク	大田区高齢福祉課
7	愛知県 名古屋市	登録・メール配信システムを通じて都市部地域での啓発と早期発見を推進 〜はいかい高齢者おかえり支援事業〜	名古屋市 地域ケア推進課
8	京都府 京都市 岩倉圏域	交通機関や地域の人たちと模擬訓練を重ね活きた仕組みを創る ~ "認知症になっても外出をあきらめない" 地域に向けて~	京都市岩倉地域包括支援センター
9	兵庫県 川西市	住民の自発的活動を中核に各地域包括支援センターが 地域ケア会議を活かして見守り・SOS ネットワークを拡充	川西市中央 地域包括支援センター
10	兵庫県 加東市	利用しやすく、一人ひとりの安心・安全を守るネットワークを地域の人たちと作り出す 〜加東市ひとり外出見守り・徘徊 SOS ネットワーク事業〜	加東市高齢介護課地域包括支援センター
11	福岡県大牟田市	認知症でも安心して外出できるまちづくり ~子供から年長者まで、安心なわが町を自分たちが創りつづける~	大牟田市保健福祉部 長寿社会推進課



30

衆議院法制局HPより引用 成年後見制度の利用の促進に関する法律イメージ図 成立: 平成28年4月8日 施行: 平成28年5月13日 基本理念 国等の責務 1 国の青務 成年後見制度の理念の尊重 2 地方公共団体の責務 ①ノーマライゼーション 地域の需要に対応した成年後見制 成年後見制度の利用に関する体制 3 関係者の努力 ②自己決定権の尊重 度の利用の促進 の整備 4 国民の努力 ③身上の保護の重視 5 関係機関等の相互の連携 基本方針 法制上の措置等 1 保佐及び補助の制度の利用を促進する 1 関係機関等における体制の充実 1 地域住民の需要に応じた利用の 基本方針に基づく施策を実施するため必要な 方策の検討 促進 法制上・財政上の措置 2 関係機関等の相互の緊密な連携 2 成年被後見人等の権利制限に係る制度 2 地域において成年後見人等とな の見直し る人材の確保 の確保 成年被後見人等の権利制限に係る関係法律の 3 成年被後見人等の医療等に係る意思決 3 成年後見等実施機関の活動に対 改正その他の基本方針に基づく施策を実施す 定が困難な者への支援等の検討 する支援 るために必要な法制上の措置については、こ 4 成年被後見人等の死亡後における成年 の法律の施行後三年以内を目途として講ずる 後見人等の事務の範囲の見直し 5 任意後見制度の積極的な活用 6 国民に対する周知等 施策の実施状況の公表(毎年) 地方公共団体の措置 基本計画 成年後見制度の利用の促進に関する施策の総合的かつ計画的な推進を図るため、「成年後見制度利用促進基本計画」を策定 市町村の措置 ▶ 国の基本計画を踏まえた計画の策定等 制 ▶ 合議制の機関の設置 成年後見制度利用促進会議 成年後見制度利用促進委員会 1 組織 有識者で組織する。 会長: 内閣総理大臣 援助 基本計画案の調査審議、施策に関する重要事項 委員:内閣官房長官、特命担当大臣、法務大臣、厚生 の調査審議、内閣総理大臣等への建議等を行う。 労働大臣、総務大臣等 2 所掌事務 都道府県の措置 ① 基本計画案の作成 意見 人材の育成 ② 関係行政機関の調整 必要な助言 ③ 施策の推進、実施状況の検証・評価等 この法律の施行後2年以内の政令で定める日に、これらの組織を廃止するとともに、新たに関係行政機関で組織する成年後見 制度利用促進会議及び有識者で組織する成年後見制度利用促進専門家会議を設ける。

その他

この法律は、公布の日から起算して1月を超えない範囲内において政令で定める日から施行するものとする。

31

成年後見制度利用促進基本計画について

<経緯>

- 〇H28. 5 「成年後見制度の利用の促進に関する法律」施行
- OH28. 9 「成年後見制度利用促進会議」(会長:総理)より「成年後見制度利用促進委員
 - ||会」に意見を求める(基本計画の案に盛り込むべき事項について)
- OH29. 1 「委員会」意見取りまとめ
- OH29. 1~2 パブリックコメントの実施
- OH29.3 「促進会議」にて「基本計画の案」を作成の上、閣議決定

<計画のポイント>

※計画対象期間:概ね5年間を念頭。市町村は国の計画を勘案して市町村計画を策定。

- (1)利用者がメリットを実感できる制度・運用の改善
 - ⇒財産管理のみならず、意思決定支援・身上保護も重視した適切な後見人の選任・交代
 - ⇒本人の置かれた生活状況等を踏まえた診断内容について記載できる診断書の在り方の検討
- (2)権利擁護支援の地域連携ネットワークづくり
 - ⇒①制度の広報②制度利用の相談③制度利用促進(マッチング)④後見人支援等の機能を整備
 - ⇒本人を見守る「チーム」、地域の専門職団体の協力体制(「協議会」)、コーディネートを行う 「中核機関(センター)」の整備
- (3)不正防止の徹底と利用しやすさとの調和
 - ⇒後見制度支援信託に並立・代替する新たな方策の検討 ※預貯金の払戻しに後見監督人等が関与

「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定ガイドラインの概要

趣旨

認知症の人を支える周囲の人において行われる意思決定 支援の基本的考え方(理念)や姿勢、方法、配慮すべき 事柄等を整理して示し、これにより、 認知症の人が、自 らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れることを 目指すもの。

誰のための誰による意思決定支援か

認知症の人を支援するためのガイドラインであり、また、特定の職種や特定の場面に限定されるものではなく、認知症の人の意思決定支援に関わる全ての人による 意思決定を行う際のガイドラインとなっている。

意思決定支援の基本原則

認知症の人が、意思決定が困難と思われる場合であっても、意思決定しながら尊厳をもって暮らしていくことの重要性について認識することが必要。本人の示した意思は、それが他者を害する場合や本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合でない限り尊重される。

また、意思決定支援にあたっては、身近な信頼できる関係者等がチームとなって必要な支援を行う体制(意思決定支援チーム)が必要である。

日常生活・社会生活等における意思決定支援のプロセス 人的・物的環境の整備 ◎意思決定支援者の態度 (本人意思の尊重、安心感ある丁寧な態度、家族関係・生活史の理解 など) ◎意思決定支援者との信頼関係、立ち会う者との関係性への配慮 (本人との信頼関係の構築、本人の心情、遠慮などへの心配り など) ◎意思決定支援と環境 (緊張・混乱の排除、時間的ゆとりの確保 など) 意思形成支援:適切な情報、認識、環境の下で意思が形成されることへの支援 [ポイント、注意点] ⑥本人の意思形成の基礎となる条件の確認(情報、認識、環境) ⑥必要に応じた 都度、繰り返しの説明、比較・要点の説明、図や表を用いた説明 ●本人の正しい理解、判断となっているかの確認 意思表明支援:形成された意思を適切に表明・表出することへの支援 「ポイント、注意点] 意思表明場面における環境の確認・配慮 ●表明の時期、タイミングの考慮(最初の表明に縛られない適宜の確認) ●表明内容の時間差、また、複数人での確認 ●本人の信条、生活歴・価値観等の周辺情報との整合性の確認 意思実現支援:本人の意思を日常生活・社会生活に反映することへの支援 「ポイント、注意点】 ●意思実現にあたって、本人の能力を最大限に活かすことへの配慮 ●チーム(多職種協働)による支援、社会資源の利用等、様々な手段を検討・活用 ●形成・表明された意思の客観的合理性に関する慎重な検討と配慮

VI 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護 モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進

- 高品質・高効率なコホートを全国に展開するための研究等を推進
- 認知症の人が容易に研究に参加登録できるような仕組みを構築
- ・ ロボット技術やICT技術を活用した機器等の開発支援・普及促進
- ビッグデータを活用して地域全体で認知症予防に取り組むスキームを開発

Ⅲ 認知症の人やその家族の視点の重視

① 認知症の人の視点に立って認知症への社会の理解を深めるキャンペーンの実施

(再掲)

- ② 初期段階の認知症の人のニーズ把握や生きがい支援
 - ・認知症の人が必要と感じていることについて実態を把握する取組や支援体制の 構築手法等を検討
 - ※ 地域で認知症の人が集い、発信する取組(本人ミーティング)の手引きを周知し、診断直後から本人 ミーティングにつながるまでの一連の支援体制の構築手法等について検討。
 - 認知症の人の生きがいづくりを支援する取組を推進
- ③ 認知症施策の企画・立案や評価への認知症の人やその家族の参画
 - 認知症の人やその家族の視点を認知症施策の企画・立案や評価に反映 させるための好事例の収集や方法論の研究

7. 脳とこころの健康大国実現プロジェクト 平成30年度予算のポイント

認知症やうつ病などの精神・神経疾患等の発症に関わる脳神経回路・機能の解明に向けた研究開発及び基盤整備を 各省連携の下に強力に進めることにより、革新的診断・予防・治療法を確立し、精神・神経疾患等を克服する。

◆国際的な基礎脳科学・疾患関連脳科学研究における協力体制の構築を推進するとともに、認知症等の対策に資する新たな研

究開発を開始する。 AMEDによる一貫した支援・推進体制(PD/PS/PO連絡会等による連携促進)

AME

トランスレーショナルリサーチの更なる充実と社会実装化に向けた推進

臨床からのフィードバックに基づく基礎研究への展開 (新たなシーズの創出・検証研究等)

社会実装

基礎的研究

【文】革新的技術による脳機能ネットワークの全容解明プロジェクト(革新脳)

霊長類の高次脳機能を担う神経回路の全容をニューロンレベルで解明し、 精神・神経疾患の克服や情報処理技術の高度化等に貢献 国際連携

- 中核拠点 (霊長類の脳構造・機能マップ作成、技術開発)
- **臨床研究グループ** (ヒト精神・神経疾患等原因究明等に向けた研究開発)
- •技術開発個別課題 (中核拠点、臨床研究グループが必要な技術を開発)

基礎脳科学・疾患関連脳科学研究における国際連携を加速するための体制 構築

脳機能ネットワークの解明

連携 協力



疾患原因究明や、 診断・予防・治療法の シーズ創出と育成

【文】脳科学研究戦略推進プログラム(脳プロ)

「社会に貢献する脳科学」の実現を目指し、社会への 応用を明確に見据えた脳科学研究を戦略的に推進

国際連携

環境適応脳 (行動選択・環境適応を支える種を超えた脳機能原理の抽出と解明)

・柔軟な環境適応を可能とする意思決定・行動選択の神経システムの研究

融合脳 (臨床と基礎研究の連携強化による精神・神経疾患の克服)

- ・認知症、うつ病等、発達障害等の克服
- 認知症等の革新的治療法を指向したシーズ探索および実証的研究

【厚】障害者対策総合研究事業

精神医療の診療方法の標準化及び治療方法の開発

主要な精神疾患についての包括的な治療ガイドラインの策定

心の健康づくりの推進

精神疾患の予防を図るための介入プログラムの開発を実施

依存症対策の推進

薬物依存症、アルコール依存症、ギャンブル等依存症などの 依存症対策に資する研究を充実 精神科医療の標準化

依存症対策

連携 協力

連携

協力

【厚】認知症研究開発事業

コホート研究、レジストリ研究、臨床研究実施支援する研究、 若年性認知症、BPSDの治療指針等の研究開発等の継続

高齢化に伴う難聴者の認知症予防に関する研究

認知症における性差とそのメカニズム解明に関する研究

認知症とその他の臓器・疾患連関に関する研究

栄養摂取による認知症に及ぼす影響に関する研究

登録・連携システムを活用、推進する研究

認知症の新たな創薬シーズやバイオマーカーの臨床研究・治験を支持

国立長寿医療研究センター(NCGG) 国立精神・神経医療研究センター(NCNP) 等

創薬支援ネットワーク

医療機器開発支援ネットワーク

(独)医薬品医療機器総合機構(PMDA)による支援

本人ミーティングを知る



本人ミーティングとは何か、何が大切かを伝えている本人

★本人ミーティングとは

認知症の本人が集い、本人同士が主になって、自らの体験や希望、必要としていることを語り合い、自分たちのこれからのよりよい暮らし、暮らしやすい地域のあり方を一緒に話し合う場です。

『集って楽しい!』に加えて、本人だからこその気づきや意見を本人同士で語り合い、それらを本人同士、そして地域に伝えていくための集まりです。

★なぜ、本人ミーティングが必要?

本 人

地域の人、支援関係者、行政

- ◆声をよく聴いてもらえない
- ◆わかってくれる人、仲間に出会えない
- ◆世話になる一方はつらい、役立ちたい
- ◆ 自分の暮らしに役立つ支えがない
- ◆生きていく張り合いがない
- ◆とじこもる、元気がなくなる



- ◆本人の声をよく聴いたことがない
- ◆本人のことが、よくわからない
- ◆つきあい方、支え方がよくわからない
- ◆本人が地域の中で元気で生きがいを もって暮らし続けるために、どんな (新しい)サービスが必要かわからない
- ○本人が仲間と出会い、思いを率直に語れる場/聴く場が、地域にあったら、 お互いに、楽に、元気になれる。
- ○本人が、声をもとに本人と地域の様々な人が一緒に考え活かしていくことで やさしいまちをスムーズにつくれる。

地域の現状を、みんなで一緒に、よりよく変えていこうとして 始まったのが、本人ミーティングです。

★本人ミーティングのねらい

○本人ミーティングは、認知症の人の視点を重視したやさしい地域づくりを 具体的に進めていくための方法です。



①本人同士が出会い、つながる

②自らの体験・希望、必要としている ことを率直に表す

本人ミーティング





④本人が 地域づくりに参画する

③一人ひとりが 生きがいをもって よりよく暮らしていく きっかけにする

⑤行政や関係者が本人の声を聴く ⑥本人の体験や思いの理解を深める



- ⑦ 自分らしく暮らし続けるために本人が必要としていることを把握し、発信・共有
- ⑧ 本人視点に立ってよりよい施策や支援をいっしょに進める (企画・立案、実施、評価、改善の一連のプロセスを本人と一緒に)

参考

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)【抜粋】

- ➤ 認知症の人が住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けるために必要と感じていることについて実態調査を行う。
- ▶ 認知症の人同士の繋がりを築いて、カフェを超えた地域の中での更なる活動へと繋げていけるような認知症の人の生きがいづくりを支援する取組を推進する。
- ▶ 認知症の人やその家族の視点は、本戦略だけでなく、地方自治体レベルで認知症施策を企画・立案し、また、これを評価するに当たっても尊重されることが望ましい。認知症の人やその家族の視点を認知症施策の企画・立案や評価に反映させるための好事例の収集や方法論の研究を進め、これを発信することで全国的な取組を推進していく。

ニッポンー億総活躍プラン【抜粋】

▶ 認知症の人が集まる場や認知症カフェなど、認知症の人やその家族が集う取組みを2020年度までに全市町村に普及させ、こうした活動の情報を市町村や地域包括支援センターから住民に発信する。

本人ミーティングの様々な取組例

多様な場を活かして、多様な人たちが開催しています。



地域食堂で(北見市) 主催:介護・医療の地域 ネットワーク



駅近の交流スペースで(仙台市) 主催:本人、家族、医師、 ケア関係者等、地域の 多職種の自主組織



小規模多機能事業所で (上田市)

主催:社会福祉総合施設

本人ミーティングでの本人の声

- 〇同じような体験をしている人と話せてうれしかった。自分もいろいろ言えて、元気が出た。
- 〇自分たちが言わないと、わかってもらえない。自分たちが話すことが、まちをよくすることに役立つんだと聞いて、胸がすく思いがした。
- 〇仲間が欲しい。認知症の人同士で話し合える場所がもっと近くにほしい。
- ○診断後すぐ、先生(医師)がこういう場につないでほしい。
- ○家族がいろいろいってくれるのはありがたいが、心配しすぎ。
- Oできることを奪わないでほしい。失敗しても怒らないで。
- ○(医療や介護の人は)家族と話している。自分に話してほしい。
- ○家族に頼らないで誰かがいてくれて、出かけられるように。
- 〇自分が自分でいられる場がほしい。
- ○自分のやりたいことがいろいろある。今のデイサービスでなく、もっと自由な場があるといい。
- 〇自宅で暮らせなくなった時)家のように自由に暮らせて、やさしく助けてくれる人いる場所がありがたい。
- 〇認知症施策を作る時に、自分たちをいれたら変わるのではないか。本人の声を行政に届ける仕組みがほ しい。
- ○「私、認知症です」と言える社会に。

同席・同行した人の声

- ○話せるか心配だったが、自分から話していた。驚いた。(家族)
- ○帰り道の(本人の)足取りが軽く、とても嬉しそうで私も嬉しくなった。(家族)
- 〇知らないことを楽しそうに話しておられた。もっと新鮮にきかなければ。(介護職)
- 〇ふだんと活き活き差が全然違った。他の職員にも参加してもらい、一緒に変えていきたい病棟看護師)。
- 〇こうした場があれば、大事なこと、やるべきことが具体的にわかる!(地域包括支援センター)
- 〇やってみたらうちの地域でもできた。自分の方が元気と勇気をもらった。続けていきたい。(行政事務 職)



認知症カフェで(国立市) 主催:地域の医療機関/ 在宅療養相談室



町役場の多目的室で(綾川町) 主催:地域包括支援センター



介護施設の交流スペースで (大牟田市)

主催:ケア関係者の研究会

■診断直後の支援

診断直後に認知症の本人が手にし、次の一歩を踏み出すことを後押しするような本人にとって役に立つガイドを作成

「本人にとってのよりよい暮らしガイド」

~ 一足先に認知症になった私たちからあなたへ ~

このガイドを手にしたあなたへ

新たなスタートを、いっしょに

このガイドは、一足先に認知症の診断を受け日々を暮らしてきている 私たちから、あなたが元気になって、これからをよりよく暮らしていく ヒントにしてほしい、と願って作ったものです。

わたしたちは、日々、悪戦苦闘しながらも、人生を楽しんでいます。 いろんな可能性があります。

せっかくの自分の人生。

これからあなたが、少しでもいい日々を過ごしていけますように!





もくじ



1,	一日も早く、スタートを切ろう2
2.	これからのよりよい日々のために4
	イメージを変えよう!5
	町に出て、味方や仲間と出会おう7
	何が起きて、何が必要か、自分から話してみよう8
	自分にとって「大切なこと」をつたえよう9
	のびのびと、ゆる~く暮らそう10
	できないことは割り切ろう、できることを大事に 11
	やりたいことにチャレンジ! 楽しい日々を12
3.	あなたの応援団がまちの中にいる13

☆わたしが大切にしたいことメモ......22

4. わたしの暮らし(こんな風に暮らしています) 14





■診断直後の支援

都道府県や市町村の行政担当者・関係者が、認知症施策や地域支援体制づくりをより 効率的に展開していくことを支援するために作成 ※「本人にとってよりよい暮らしガイド」と同時に活用 (都道府県・市町村用)

「本人の声を起点とした認知症地域支援体制づくりガイド」

本人の声を起点とした 認知症地域支援体制づくり ガイド 平成29年度老人保健推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分) 認知症の診断直後等における認知症の人の視点を重視した支援体制構築推進のための研究事業

このガイドのねらいと活かし方

- ○大都市でも、小さな町村でも、認知症の人が増え続けていく時代です。
- 「認知症の人たちにやさしい町に」 新オレンジプラン (認知症施策推進総合戦略) がめざす方向に向かって、あなたの自 治体でも様々な事業や取組を試行錯誤で進めていると思います。
- ○このガイドは、都道府県や市町村の行政担当者・関係者が、認知症施策や地域支援体 制づくりを
 - ・よりスムーズに(もっと楽に)
- ・より効率的に (役にたつことを、無駄・無理なく) 展開していくことを応援するために作られたものです。
- ○その重要なポイントは、認知症とともに暮らしている「本人の声」。
- *新オレンジプランの中でも
- 「本人の意思の尊重」、「本人の視点の重視」がキーワード。
- ○このガイドでは、それらを各自治体で具体的に進めていくためのあり方や方策をわか りやすくお伝えします。
- ★本ガイドの関連冊子として、「本人にとってのよりよい暮らしガイド(通称:本人ガイ ド)」があります。
- その活かし方やポイントについても、本ガイドでご紹介します。



- 認知症施策のこれからのあり方、計画・実施・見直しの参考に
- ・認知症の本人、家族のよりよい暮らし、支援のための、具体的な道具として
- ・医療・介護・福祉関係者の意識・サービス、連携・協働の道具として ・地域の多様な関係者が、連携・協働をしていくための道具として

セットでご活用下さい。

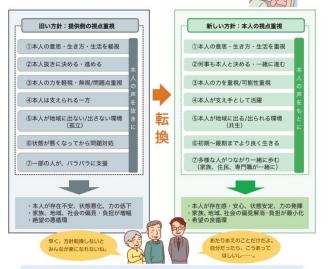


認知症になってからの日々を より良く暮らせるわが町に

- ◆今、認知症地域支援体制づくりの「方針の転換」が求められています。
- ◆施策や事業、資源の量をいくら増やしても、方針が旧いままでは、本人や家族、地域の人たちが、共に安心して 暮らしていける地域にはなりません (行政としての成果が上がりません)。
- ◆限られた人手、時間、コストの中で最大限の成果を出していくためには、「新しい方針」への転換が不可欠です。
- ◆「新しい方針」の根幹になっているのは、「本人の声」です。

「旧い方針」から「新しい方針」へ切りかえよう!

あなたの自治体の方針は?あなた自身の方針は?



◆方針の転換は、国の内外で1990年代から徐々に始まってきている、旧くて新しい課題です。 国内では、新オレンジプラン (2015年1月) 以降、「本人の視点重視」が施策の重要な柱として 位置づけられています。この方針は、自治体がすべての施策や事業を進める上での根幹です。

本人の声の中に、必要な支援や地域とは何か、 その手がかりが豊富にある!

- ◆何が起き、何が必要か、本当のことは認知症になった本人にしかわからない。 ◆本人の声を通じて、現行の支援や事業・施策の見直すべき点、改善点や不足して
- いる点(新たに必要なこと)、優先課題が具体的に浮き上がってくる。 →「本人の声を聴く」ことを、行政担当者・関係者の仕事の第一歩にしよう。
- *技術職はもちろん、事務職の担当者も。
- →普段から地域にアンテナをはって、本人の声を知ろう、集めよう *地域の様々な人たちと一緒に。
- →本人の声を聴いておしまい、集めておしまいにしないで、最大限活かそう。 *まずはその本人のために、そして地域のために。



まず最初に言われたことは、 「現場に行って、本人に会 い、声を聴けしと。 事務職としてその時の体験

本人の声を聴く

見方を変えれば、声を聴くチャンスは様々ある 部署・事業を超えて、地域とつながり、出向いて聴こう

- ●今ある場所や事業、取組に出向いて聴く
- → 認知症カフェ、地区のサロン、町かどなどで
- ●介護保険サービス事業者、医療機関と協働して出向いて聴く
- → 地域密着型サービス事業所、サポート医の医療機関等 ●本人たちが出会い、語り合う機会・場を作る
- *声を集中的に聴ける重要な機会になる → 「本人ミーティング」「本人の集い」等の開催
- ●本人に依頼し語ってもらう機会を作る →職員や住民の集まり、検討会や委員会などで



本人の声を「本人からの情報発信」としてとらえ、 継続的に記録、蓄積しよう

- 多様な機会に本人が発信している声を、地域支援体制づくり、施策 事業のための「情報源」と位置づけよう
- ●継続的に記録、蓄積し、関連部署・関係者の間で共有しよう
- ◆本人の「ありのままの声」の記録が重要。その中に具体的内容や 周囲が気づけずにいたことが潜んでい る。周囲の考えや専門用語で声を加工

声は加工しないで してしまわないよう関係者で申し合わ 「ありのまま」を 大切に



- 担当部署、庁内関係部署間、地域の認知症関連関係者等、多様な 立場、メンバーによる話し合いの機会をつくる
- → 担当部署内からはじめて、関連部署や関係者に情報発信、「話
- 話し合いの機会に、本人が参加を * 一人からでも本人が参加できるよう トライしよう

本人視点、本人参画が 進む一歩になる



行政担当者が重要な

チェンジメーカー



終わりに

- 認知症高齢者等にやさしい地域の実現には、国を挙げた取組みが必要。
 - ⇒ 関係省庁の連携はもとより、行政だけでなく民間セクターや地域住民自らなど、 様々な主体がそれぞれの役割を果たしていくことが求められる。
- 認知症への対応に当たっては、常に一歩先んじて何らかの手を打つという意識を、 社会全体で共有していかなければならない。
- 認知症高齢者等にやさしい地域は、決して認知症の人だけにやさしい地域ではない。
 - ⇒ コミュニティーの繋がりこそがその基盤。認知症高齢者等にやさしい地域づくりを 通じ地域を再生するという視点も重要。
- 認知症への対応は今や世界共通の課題。
 - ⇒ 認知症ケアや予防に向けた取組についての好事例の国際発信や国際連携を進めることで、認知症高齢者等にやさしい地域づくりを世界的に推進。
- 本戦略の進捗状況は、認知症の人やその家族の意見を聞きながら随時点検。
- 医療・介護サービス等の提供に関し、個々の資源の整備に係る数値目標だけでなく、これらの施策のアウトカム指標の在り方についても検討し、できる限りの定量的評価を目指す。
 - ⇒ これらの点検・評価を踏まえ、本戦略の不断の見直しを実施。

介護保険法の改正(抜粋)

(認知症に関する施策の総合的な推進等)

- 第5条の2 国及び地方公共団体は、認知症(脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態をいう。以下同じ。)に対する国民の関心及び理解を深め、認知症である者への支援が適切に行われるよう、認知症に関する知識の普及及び啓発に努めなければならない。
- 2 国及び地方公共団体は、被保険者に対して認知症に係る適切な保健医療サービス及び福祉サービスを提供するため、認知症の予防、診断及び治療並びに認知症である者の心身の特性に応じた<u>リハビリテーション及び</u>介護方法に関する調査研究の推進並びにその成果の活用に努めるとともに、<u>認知症である者を現に介護する者の支援並びに</u>認知症である者の支援に係る人材の確保及び資質の向上を図るために必要な措置を<u>講ずることその他の認知症に関する施策を総合</u>的に推進するよう努めなければならない。
- 3 国及び地方公共団体は、前項の施策の推進に当たっては、認知症である者及 びその家族の意向の尊重に配慮するよう努めなければならない。

団塊の世代が75歳以上となり医療・介護等の需要の急増が予想される2025(平成37)年を目途に、医療や介護が必要な状態になっても、できるだけ住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」の構築に向けて取組を進める。

I 介護サービスの充実と人材確保

(1)地域医療介護総合確保基金(介護分) 724億円

○ 医療介護総合確保推進法に基づき、各都道府県に設置した地域医療介護総合確保基金(介護分)を活用し、介護施設等の整備を進めるほか、介護人材の確保に向けて必要な事業を支援する。

①介護施設等の整備に関する事業

地域密着型特別養護老人ホーム等の地域密着型サービス施設の整備に必要な経費や、介護施設(広域型を含む)の開設準備等に必要な経費、特養多床室のプライバシー保護のための改修など介護サービスの改善を図るための改修等に必要な経費の助成を行う。(634億円)

②介護従事者の確保に関する事業

多様な人材の参入促進、資質の向上、労働環境・処遇の改善の観点から、 介護従事者の確保対策を推進する。(90億円)

※基金の負担割合国2/3 都道府県1/3

(2)<u>平成27年度</u>介護報酬改定における消費税財源の活用分 (介護職員の処遇改善等) 1.196億円

- 〇 平成27年度介護報酬改定による介護職員の処遇改善等を引き 続き行う。
 - ・1人あたり月額1万2千円相当の処遇改善 (893億円<改定率換算で+1.65%>)
 - ・中重度の要介護者や認知症高齢者等の介護サービスの充実 (303億円<改定率換算で+0,56%>)

Ⅱ 市町村による在宅医療・介護連携、認知症施策の推進など地域支援事業の充実 434億円

○ 平成30年度までに全市町村が地域支援事業として以下の事業に取り組めるよう、必要な財源を確保し、市町村の取組を支援する。

在宅医療•介護連携

地域の医療・介護関係者による会議の開催、在宅医療・介護関係者の研修等を行い、在宅医療と介護サービスを一体的に提供する体制の構築を推進

認知症施策

初期集中支援チームの関与による認知症の早期診断・早期対応や、地域支援推進員による相談対応、認知症カフェの設置や認知症の本人が集う取組を推進

地域ケア会議

地域包括支援センター等において、 多職種協働による個別事例の検討 等を行い、地域のネットワーク構築、 ケアマネジメント支援、地域課題の把 握等を推進

生活支援の充実・強化

生活支援コーディネーターの配置や協議体の設置等により、地域における生活支援の担い手やサービスの開発等を行い、高齢者の社会参加及び生活支援の充実を推進

- ※1 平成30年度からの完全実施に向けて段階的に予算を拡充。
- ※2 上記の地域支援事業の負担割合は、国38.5%、都道府県19.25%、市町村19.25%、1号保険料23%(公費割合は77%)。
- ※3 併せて、介護予防・日常生活支援総合事業を推進する。

認知症高齢者等にやさしい地域づくりのための施策の推進

- 現在、65歳以上高齢者の約4人に1人が認知症の人又は予備群と言われ、更に増加することが見込まれる中で、<mark>認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるよう環境整備を行っていくことが必要</mark>。
- ○「認知症施策推進総合戦略」(新オレンジプラン)に基づき、早期診断・早期対応を軸とした、認知症の容態に応じた切れ目のない適時・適切な医療・介護等の提供が図られる仕組みを構築するなど、<mark>認知症高齢者等にやさしい地域づくり</mark>を推進する。

[①②③の合計額]

平成29年度予算額 約88億円



平成30年度予算額 約97億円

主な認知症施策関連予算

①認知症に係る地域支援事業

- ・認知症初期集中支援チームの設置
- 認知症地域支援推進員の設置等

②認知症施策等総合支援事業等【14億円 → 15億円】

- 認知症高齢者見守りの推進(一部新規)
- ・若年性認知症支援体制の拡充(一部新規)
- •成年後見制度利用促進に関する枠組み構築(一部新規)
- ・認知症疾患医療センターの整備 等

③認知症関係研究費

【8.8億円 → 9.0億円】

・コホート研究の全国展開と疾患登録に基づくデータ等を活用して、 有効な予防法、革新的な診断・治療法等の開発を進めるとともに、 臨床研究の実施を支援する体制の整備を推進

<u>④地域医療介護総合確保基金事業</u> (介護分)

- ・介護サービス基盤の整備
- ・介護、権利擁護等に関する人材の確保

⑤医療・介護保険制度等

・医療・介護保険制度による医療・介護給付費等

- ※ 厚生労働省では、上記の医療・介護分野以外でも、介護者の仕事と介護の両立支援、ハローワークによる就労参加支援などにより、認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりを推進。
- ※ さらに、関係省庁においても、生活の支援(ソフト面)、生活しやすい環境(ハード面)の整備、就労・社会参加支援、安全確保等の観点から、認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりのための施策が行われている。

認知症総合戦略推進事業

平成30年度予算額 2.5億円→3.3億円

障害福祉サービス

介護サービス

44

概要

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)に基づき、適時適切な医療介護等の提供、若年性認知症施策の強化、認知症高齢者等にやさしい地域づくりの推進等各種施策を進める必要がある。

このため、広域的な見守り体制の構築、認知症の本人が集う取組の普及、初期集中支援チームや地域支援推進員の活動についての支援、医療介護連携体制の確立、若年性認知症支援コーディネーターの設置、高齢者等の相談機関における法律面での支援体制の整備等、地域の実情に応じた取組を支援し、認知症の人やその家族が安心して住み続けられる地域づくりを推進する。

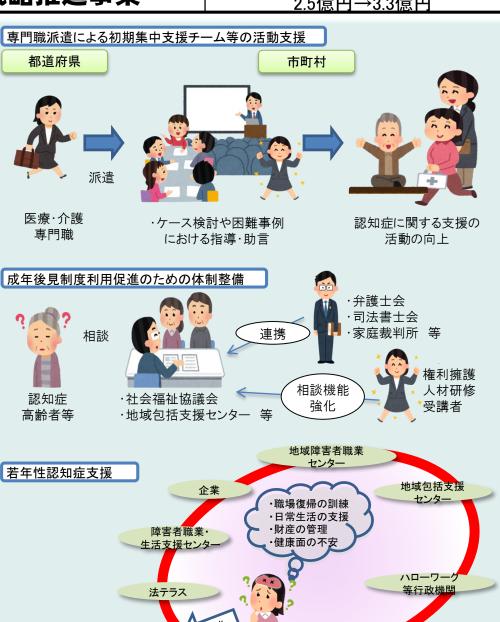
事業内容

- 1 先駆的な取組の共有や、広域での連携体制の構築 (主な事業内容)
- 広域の見守りネットワークの構築 (都道府県内→都道府県を越えたブロック単位を追加)
- 認知症の本人が集う取組の普及
- 初期集中支援チームや地域支援推進員の活動支援 (都道府県支援の拡充(専門職等派遣))
- ・ 認知症医療と介護の連携の枠組み構築
- 2 認知症の人や家族が気軽に相談できる体制の構築、認知症の理解の促進
- 3 成年後見制度利用促進のための相談支援やネットワークの 構築、意思決定支援の普及・啓発
- 4 若年性認知症の人の状態やライフステージに応じた適切な支援
- ・ 若年性認知症支援コーディネーター支援や相談窓口の設置の拡充
- 若年性認知症の人の社会参加活動の推進
- ※ 下線部が平成30年度より実施

実施主体•補助率

実施主体: 1、3 都道府県、2、4 都道府県・指定都市

補助率: 1/2



医療機関

若年性認知症支援

コーディネーター

認知症高齢者等の見守りの推進について

概要

認知症の人やその家族が安心して暮らすためには、地域による見守り体制の構築が重要であり、先般の認知症高齢者列車事故最高裁判決も踏まえ、各市町村において、認知症の人の捜索活動を行う模擬訓練など、認知症高齢者等による事故等を未然に防ぐ取組を推進する必要がある。

しかしながら、現時点においてこれらの事業の取組状況には市町村ごとに隔たりがあるため、都道府県において未実施市町村に対する支援や、市町村を超えた広域のネットワークを構築する取組等に対し財政支援を行う。

事業内容

- 各都道府県において、事業実施市町村と未実施市町村との課題等の共有のための会議
- ・ 都道府県や市町村を超えた広域での認知症の人の見守り模擬訓練等の企画及び実施

都道府県 都道府県 都道府県 都 道 府 県 広域避難訓練の実施 広域自治体間の会議開催 好事例・手法の助言 A市(先進地域) B市 C町 認知症高齢者の見守り事 業を先行的に実施 見守り事業未実施 見守り事業未実施 見守り模擬訓練 ボランティアによる訪問 等

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)【抜粋】

・ 認知症の人やその家族が安心して暮らすためには、地域によるさりげない見守り体制づくりが重要であることから、独居高齢者の安全確認や行方不明者の早期発見・保護を含め、地域での見守り体制を整備する。

ニッポンー億総活躍プラン【抜粋】

・認知症の人の見守り模擬訓練など、認知症高齢者等による事故等を未然に防ぐ取組みを進めるとともに、民間保険等の活用を含め、事故等が起こった場合の備えについて検討する。

等

認知症疾患医療センター運営事業

平成30年度予算:836,173千円

(平成29年度予算:796,494千円)

- ○認知症疾患に関する鑑別診断の実施など、地域での認知症医療提供体制の拠点としての活動を行う事業(H20年~)
- → 平成29年度より、さらなる整備促進のため、<u>診療所型の設置要件に病院を追加し「連携型」を新設</u>
- ○実施主体:都道府県・指定都市(鑑別診断に係る検査等の総合的評価が可能な医療機関に設置)
- ○設置数:全国に422か所(平成29年11月現在 都道府県知事又は指定都市市長が指定)

		基幹型	地域型	<u>連携型</u>	
設置医療機関		病院(総合病院)	病院(単科精神科病院等)	診療所・ <u>病院</u>	
設置数(平成29年7月現在) ※指定予定を含む		16か所	356か所	50か所	
基本的活動圏域		都道府県圏域	二次医療圏域		
	鑑別診断等	認知症の鑑別診断及び専門医療相談			
専門的医	人員配置	・専門医 (1名以上) ・臨床心理技術者 (1名以上) ・精神保健福祉士又は保健師等 (2名以上)	・専門医 (1名以上) ・臨床心理技術者 (1名以上) ・精神保健福祉士又は保健師等 (2名以上)	·専門医(1名以上) ·看護師、保健師、精神保健福祉士、 臨床心理技術者等(1名以上)	
医療機能	検査体制 (※他の医療機関との連携 確保対応で可)	·CT ·MRI ·SPECT(※)	·CT ·MRI(※) ·SPECT(※)	·CT(%) ·MRI(%) ·SPECT(%)	
	BPSD·身体合併症対応	空床を確保	急性期入院治療を行える医療機関との連携体制を確保		
	医療相談室の設置	必須	_		
・地域連携機能 ・地域への認知症に関する情報発信、普及啓発、地域住民からの相談対応 ・認知症サポート医、かかりつけ医や地域包括支援センター等に対する研修の実施 ・地域での連携体制強化のための「認知症疾患医療連携協議会」の組織化等				<u> </u>	

認知症高齢者等の権利擁護に関する取組の推進

概要

今後、高齢化に伴い認知症高齢者等の増加が見込まれる中、認知症高齢者等がその判断能力に応じて必要な介護や生活支援サービスを受けながら日常生活を過ごすことができるよう、認知症高齢者等の状態の変化を見守りながら、介護保険サービスの利用援助や日常生活上の金銭管理等の支援から成年後見制度の利用に至るまでの支援が切れ目なく、一体的に確保されるよう、認知症高齢者等の権利擁護に関する取組を推進。

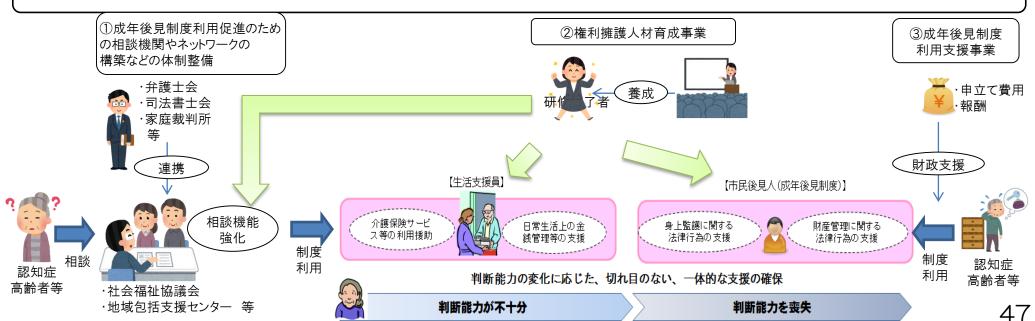
事業内容(平成30年度予算)

- ① 成年後見制度利用促進のための相談機関やネットワークの構築などの体制整備 認知症総合戦略推進事業(3.3億円の内数)
 - ・ 成年後見制度利用促進のため、社会福祉協議会や地域包括支援センター等の相談機関やネットワークの構築などの体制整備を実施。
 - ・ 認知症高齢者の意思決定支援のための普及・啓発
 - ※ 実施主体:都道府県 補助率:1/2
- ② 権利擁護人材育成事業 地域医療介護総合確保基金(介護分) 483億円の内数

成年後見制度の利用に至る前の支援から成年後見制度の利用に至るまでの支援が切れ目なく、一体的に確保されるよう、権利擁護人材の育成を総合的に推進する。

③ 成年後見制度利用支援事業 地域支援事業 1,988億円の内数

低所得の高齢者に対する成年後見制度の市町村申立てに要する経費や成年後見人等に対する報酬の助成等を行う。



平成30年度介護報酬改定の概要

〇 団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、国民1人1人が状態に応じた適切なサービスを受けられるよう、平成30年度介護報酬改定により、質が高く効率的な介護の提供体制の整備を推進。

平成30年度介護報酬改定 改定率: +0.54%

I 地域包括ケアシステムの推進

■ 中重度の要介護者も含め、どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制を整備

【主な事項】

- 中重度の在宅要介護者や、居住系サービス利用者、特別養護老人ホーム入所者の医療ニーズへの対応
- 医療・介護の役割分担と連携の一層の推進
- 医療と介護の複合的ニーズに対応する介護医療院の創設
- ケアマネジメントの質の向上と公正中立性の確保
- 認知症の人への対応の強化
- 〇 口腔衛生管理の充実と栄養改善の取組の推進
- 〇 地域共生社会の実現に向けた取組の推進

Ⅲ 多様な人材の確保と生産性の向上

■ 人材の有効活用・機能分化、ロボット技術等を用いた負担軽減、各種 基準の緩和等を通じた効率化を推進

【主な事項】

- 〇 生活援助の担い手の拡大
- 介護ロボットの活用の促進
- 定期巡回型サービスのオペレーターの専任要件の緩和
- ICTを活用したリハビリテーション会議への参加
- 地域密着型サービスの運営推進会議等の開催方法・開催頻度の 見直し

Ⅱ 自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現

♪ 介護保険の理念や目的を踏まえ、安心・安全で、自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスを実現

【主な事項】

- 〇 リハビリテーションに関する医師の関与の強化
- 〇 リハビリテーションにおけるアウトカム評価の拡充
- 外部のリハビリ専門職等との連携の推進を含む訪問介護等の自立 支援・重度化防止の推進
- 通所介護における心身機能の維持に係るアウトカム評価の導入
- 褥瘡の発生予防のための管理や排泄に介護を要する利用者への 支援に対する評価の新設
- 〇 身体的拘束等の適正化の推進

IV 介護サービスの適正化・重点化を通じた制度の安定性・持続可能性の確保

■ 介護サービスの適正化・重点化を図ることにより、制度の安定性・持 続可能性を確保

【主な事項】

- 福祉用具貸与の価格の上限設定等
- 集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度 基準額の計算方法の見直し等
- 〇 サービス提供内容を踏まえた訪問看護の報酬体系の見直し
- 通所介護の基本報酬のサービス提供時間区分の見直し等
- 長時間の通所リハビリの基本報酬の見直し

48

I-5 認知症の人への対応の強化

- 看護職員を手厚く配置しているグループホームに対する評価を設ける。
- どのサービスでも認知症の方に適切なサービスが提供されるように、認知症高齢者への専門的なケアを評価する加算や、若年性認知症の方の受け入れを評価する加算について、現在加算が設けられていないサービス(ショートステイ、小多機、看多機、特定施設等)にも創設する。

認知症対応型共同生活介護

○ 医療連携体制加算について、協力医療機関との連携を確保しつつ、手厚い看護体制の事業所を新たな区分として評価する。

<改定後>

<現行>

医療連携体制加算 39単位/日

5

医療連携体制加算(I) 39単位/日

「※GH職員として又は病院等や訪問看護STとの連携により看護師1名以上確保

医療連携体制加算(Ⅱ) 49単位/日(新設)

※GH職員として看護職員を常勤換算で1名以上配置

但し、准看護師の場合は、別途病院等や訪問看護STの看護師との連携体制が必要 ※たんの吸引などの医療的ケアを提供している実績があること

医療連携体制加算(皿) 59単位/日(新設)

. ※GH職員として看護師を常勤換算で1名以上配置

※たんの吸引などの医療的ケアを提供している実績があること

短期入所生活介護、短期入所療養介護

〇 認知症介護について、国や自治体が実施又は指定する認知症ケアに関する専門研修を修了した者が介護サービスを提供する ことについて評価を行う。

認知症専門ケア加算(I) 3単位/日(新設) 認知症専門ケア加算(II) 4単位/日(新設)

小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、特定施設入居者生活介護

○ 若年性認知症の人やその家族に対する支援を促進する観点から、若年性認知症の人を受け入れ、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスを提供することについて評価を行う。

小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護:若年性認知症利用者受入加算 800単位/月(新設)特定施設入居者生活介護:若年性認知症入居者受入加算 120単位/日(新設)

49

主な認知症関連加算の設定状況

	OBPSDの悪化により在宅生活 が困難となった認知症の方の 緊急入所	〇若年性認知症の方の受入	〇 重度の認知症の方の受入や、 認知症介護に係る専門的な研修 を修了した職員配置など
	認知症行動・心理症状緊急対応加算	· 若年性認知症利用者受入加算 · 若年性認知症入所者受入加算 · 若年性認知症患者受入加算	・認知症専門ケア加算 ・認知症加算
通所介護		0	0
通所リハビリテーション		0	
地域密着型通所介護		0	0
認知症対応型通所介護		0	
小規模多機能型居宅介護		(追加)	0
看護小規模多機能型居宅介護		(追加)	0
短期入所生活介護	0	0	(追加)
短期入所療養介護	0	0	(追加)
特定施設入居者生活介護		(追加)	0
認知症対応型共同生活介護	0	0	0
地域密着型特定施設入居者生活介護		(追加)	0
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0	0	0
介護老人福祉施設	0	0	0
介護老人保健施設	0	0	0
介護療養型医療施設	0	0	0
介護医療院	(追加)	(追加)	(追加)

- (注1) それぞれの加算について、サービスごとの目的により詳細な加算要件は異なる。
- (注2) 通所リハビリテーション(、介護老人保健施設)には、認知症関連加算として、上記とは別に、認知症短期集中リハビリテーション実施加算が設けられている。

平成30年7月2日 第1回 認知症地域支援体制推進全国合同セミナー 認知症介護研究・研修東京センター

【報告1】

認知症ケアパスを生かして共につくる 認知症地域包括ケア





諫早市健康福祉部高齢介護課 岩本 節子

l はじめに 1. 自治体基礎情報

人口	137,836名 (H30.4.1)	65歳以上人口	39,394名
高齢化率	28. 6 %	第7期介護保険料	71,640円(月5,970円)
要介護支援認定者数	7,239名 (H30.3月末日)	要介護支援認定率	18.3%
日常生活圏域数	15圏域	包括数	直営:1 委託:4

認知症地域支援推進員数:5名(うち行政:2名専任・3名兼務、直営・委託0名)

地域の特徴:

平成17年3月に1市5町が合併し新諫早となる。将来都市像「ひとが輝く創造都市・諫早」 長崎県の中央部に位置し、東は有明海、西は大村湾、南は橘湾と3方が海に面し、北は多良岳の 秀峰を仰ぎ4本の国道と、JR、島原鉄道が交わる交通の要所。市の中央部を流れる本明川は、市 街地を通って有明海に注ぎ、下流の諫早平野は県下最大

の穀倉地を形成している。肥沃な丘陵地帯はみかんや野菜の特産地である。





諫早市民栄誉賞の 内村航平さん

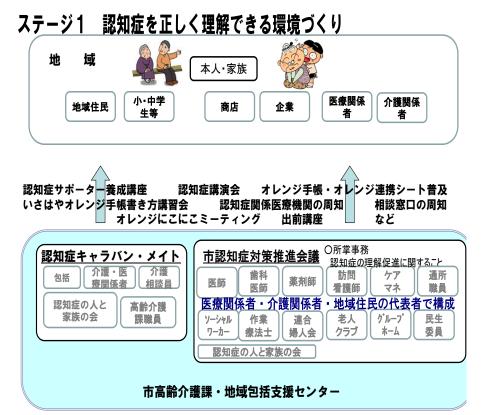


2. 第7期介護保険事業計画における

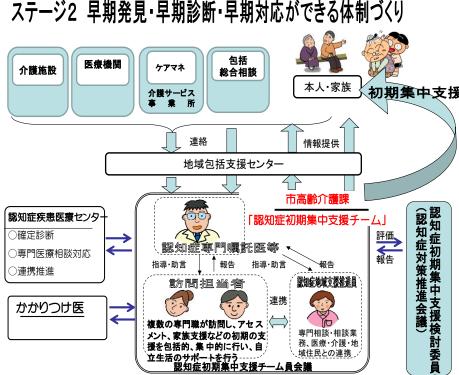
認知症地域包括ケアのイメージ図

これまでの認知症施策は、ともすれば認知症の人を支える側の視点に偏りがちであったという観点から、認知症の人やその家族の 視点を重視することを認知症施策のすべてに共通する理念として取組を進めます。

本市では、認知症の人の意思が尊重され、人生の最期まで住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができることを目指し、 認知症になっても困らないよう、なじみの暮らしやこだわりを記入する「いさはやオレンジ手帳」や、認知症の人がよりよい医療 や介護をうけるための「オレンジ連携シート」を、医療・介護・地域の関係者とともに作成しました。今後も引き続き、これらの 普及を図るとともに、以下の課題について重点的に取り組みます。

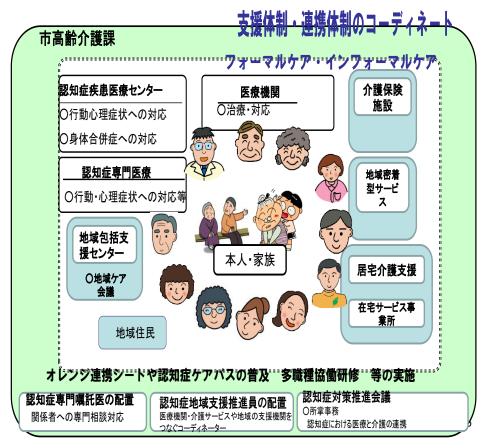


●認知症を正しく理解する町の応援者である「認知症サポーター」を養成するとともに、医療・介護関係者が早い段階で認知症に気づき受診につなげたり、本人や家族が身近に相談できる地域の人が相談機関につなげられるような環境づくりを行う。



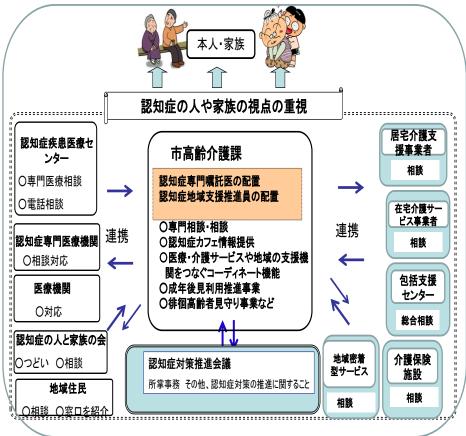
●早期発見・早期診断・早期対応のため、「認知症初期集中支援チーム」を設置し、認知症専門相談と連動し、 受診行動や介護サービス利用に結びつかない人などに支援の方向性を検討する仕組みをつくり、関係機関(者) と連携した支援に努める。

ステージ3 オレンジ連携シートを活用した途切れない医療と介護の連携体制づくり



●医療関係者や介護関係者がそれぞれの役割を理解するとともに、医療と介護の連携を強化できるよう個々人のケアパス「いさはやオレンジ手帳~オレンジ連携シート」や地域のケアパス「認知症ケアパス」の普及するために、多職種協働研修や出前講座などを実施する。

ステージ4 地域での日常生活・家族支援の強化



●さまざまな機関や地域住民と連携し、見守り体制を強化するとともに、当事者の視点をふまえた、徘徊・見守り ネットワークづくりや認知症カフェ、若年性認知症・権利 擁護などの取組等を行う。

Ⅱ 認知症ケアパスについて

- ■認知症ケアパスとは
- ケアパスとは、ケアの道、流れ
- 認知症ケアパスには

地域のケアパス (マクロのシステム) 個々人のケアパス (ミクロのシステム) がある。

■地域の社会資源(人材やネットワークを含む)を把握し、その力を借りる。多職種協働、多角的視点で認知症ケアパスを考える。

第6期市町村介護保険事業計画作成にあたっての認知症ケアパス作成のための手引きの活用に係る説明会より

(H26.1.17 認知症介護研究・研修東京センター)

認知症ケアパスの作成年度

	個々人のケアパス		地域のケアパス	その他
平成24年度	いさはや オレンジ手	帳		情報共有ツール作成ワーキ ング設置
平成25年度	オレンジ 連携シート			認知症対策推進会議改変 認知症専門嘱託医配置 認知症地域支援推進員配置
平成26年度			諫早市 認知症ケアパス ■	
平成27年度				地域包括ケア推進体制
平成28年度				認知症初期集中支援チーム
平成29年度			地域別 認知症ケアパス	共通版認知症ケアパ
			諫早市認知症ケア パス完成	スに改変・地域別認 知症ケアパスを追加
平成30年度 以降				

1. 個々人のケアパス

<u>(1)きっかけ</u>

平成23年度 第5期介護保険事業計画の作成時 普及啓発(講演会・認知症サポーターキャラバン等)や介護家族支援の事業内容

地域包括ケアの視点を盛り込むよう検討した

「認知症高齢者と家族を地域で見守り支援する医療・介護・地域の連携」 を追加

<u>(2)作成に至った背景</u>

- ○地域住民・関係者のグループインタビューをふまえ、それぞれの役割を整理した。しかしその役割はうまくいっているとはいえなかった。
- ○このことと合わせて、医師会との協議の場で、市町合併前に実施した「情報 共有 ツール(あんしんノート)のモデル事業を引き継いでほしい」と意見 が有り。

参考:連携支援・ケアパスをすすめるにあたって 現状と課題

→H24認知症の人を見守り支援する連携ツール作成に伴うワーキングにより役割と課題をまとめた~

グループインタビュー結果から職種間や地域住民との連携が重要とわかった 地域

役割:認知症を正しく理解し、人間杖と なる。

現状:

・認知症サポーターとなり、認知症を正 しく理解し、認知症の人を見守っている。

見守りネットワークやいきいきふれあ。 いサロン活動を通して、認知症の人への 支援を行っている例もある。

認知症症状で物とられ妄想があると、 見守りする住民が、自分にも降りかかる のではと避けてしまいがちである。

独居の場合、隣人が認知症症状に気づ く場合も多いが、家族へ伝えにくい。家 族に伝え、関係が悪くなることもある。 - 認知症症状が近所のうわさ話になり本

課題 住民への認知症の正しい理解を進めてい るが、偏見をなくすためには、更なる理

人を追いつめることがある。

市・地域包括支援センター

役割:普及啓発、相談業務、認知症施策推進、

医療 役割:

診断し治療する。 認知症相談やリハビリ 。健康管理、

身体等機能低下をしない看護。 介護者や家族へのケア(必要時他機

関との連携)。 生きることへの支援

現状:

症状に気づくが、関係機関がわから ず連携できない。 -診断は早ければ早いほうがいいが

高齢者との長いつきあいから、認知

遅いことが多い 治療に必要な情報を入手するのに

時間がかかる

課題:早期診断・治療・必要な情報の 共有

介護

役割:

ケアプランのもとサービスを提供する

介護情報周知

サービスを提供:認知症の人が安心で

を介護メ

現状:

難しい

みがち

きるよう 笑顔で接し、話を引き出す。

QOLの向上 興味のあること・趣味

ニューに加える。

・ケアにつなげる前に、家族に認知症 だということを認識してもらうことが

ケアマネが、認知症の事例を抱え込

生活史をふまえたケアを実践したい が、子どもも知らない

・サービス選択など認知症の人の意志 がわかりづらい・サービス計画がドタ

キャンになることが有 連携は大切。ルールづくり(システ

ム)が必要

課題:認知症の人の意向に沿ったケア

計画の作成と実施

現状・課題

解が必要である。

①症状があっても受容できない場合、ケアや治療がうまく運ばないことがある。→課題:「認知症医療や介護につなげるまで、又認定 を受けてもサービスにつながらない場合の支援体制」②認知症の行動心理症状で家族が疲れて、初めて、入所・入院の目的で相談 に来ることがある。

③包括の知名度が高くなり、遠隔地の子等からの相談対応ができてきている。→課題:「地域住民への認知症の普及啓発」「医療・ 介護の連携」「認知症の専門窓口」

(3) 内容

情報共有ツールを二つ使いケアの流れを円滑にする

	対象	内容
いさはやオレ ンジ手帳	65歳以上の市民	・認知症になったときに備え記載するもの・正しい理解を得るためのものでもある。
オレンジ連携 シート	認知症の診断を受けた人	・安心して生活できるための情報共有・介護者が病状を理解し疲弊しないためのものでもある。

<u>(4)作成までの経過</u> ①いさはやオレンジ手帳

私たちが作った 手帳です!

- ・地域・医療・介護関係団体の推薦 からなる委員により構成するワー キングを通じて作成
- ・作成経過では、各々役割や課題を 明確することや、どのような情報 共有ツールが良いのか、ワーキン グ委員所属団体にグループインタ ビュー等を実施

私の町で ぜひ・・・ いさはやオレンジ手帳作成までのスケジュール グループインタビュー等 ワーキング 7月 認知症を見守り支援する考え 団体へ委員推薦依頼 8月 諫早市老人クラブ連合会員 1. 現状課題の共有 9月 第1回 諫早市連合婦人会会員 2. 仮称:連携ノートの役割 民生児童委員 第2回 - I. 仮称:連携ノートの構成 10月 |キャラバン・メイト連絡会議 2. 内容検討(意見交換) 11月 介護関係者 インタビュー 医療関係者 やアンケート 12月 第3回 1. 内容検討 2. 今後の進め方について (周知および配布方法について), 1月 認知症研修会「新たな認知症ケア」 認知症講演会「認知症でも大丈 ~認知症の人を抜きに決めない~ そもそも連携は何のために行うのか? 出席者:ワーキング委員関係者 仮称:連携手帳アンケート あんしんノート専門部会委員 ふれあいいきいきサロンボラン 2月 第4回 1. 内容検討 ティア認知症研修会 2. 今後の進め方について 仮称:連携手帳アンケート (周知および配布方法について) 3月

<u>いさはやオレンジ手帳アンケート結果</u> ほぼ全員が使用してみたいと回答

- ・日常の会話では、今後どうしたいか、 どういう思いがあるかまで話す機会は ない。手帳があれば、素直な思いを伝 えることができる。
- そのかたの生活歴が反映されてよい
- 良いサービスを受けられる。
- 家族に書かせたい、書く手伝いをしたい。
- ・記載により本人との関係が深まる

認知症研修会:情報共有ツール(あんしん <u>ノート)専門部会委員とワーキング委員との意見</u> <u>交換</u>

・10年前から、あんしんノートの作成に携わり、諫早で地域連携を進めようと動いているが、いまだに満足な連携はできていない。 関係者に時間的な余裕がない。

情報共有ツール活用により介護の質は上がるが、協力者ばかりではない。手間隙のかかるノートを作って、一部の利用できる人に利用してもらうのがいいのか。それとも、全体に行き渡るような簡単なノートを使って、広く浅く使ってもらうのがいいのか。当たり前水準をどの辺りにするか検討が必要。

- ツールを作成していくことより、これを普及させていくことの難しさがある。
- 普及啓発をしていきながら雰囲気作りをしていければと思う。
- ・こういう情報を持ってきてもらえると現場は助かる。

②オレンジ連携シートについて

作成までの経過

連携が 批判になっては 本末転倒

平成24年度ワーキングでの協議

「調整がないまま実施すると誰が中心になっ て記入するのかと論議になることが予測される』 総論替成・各論反対

→モデル事業を通じ作成してほしい

平成25年度認知症対策推進会議を設置

し協議し作成した

- ・パーソンセンタードケアやひもとき
- シートを参考
- ・介護者の発信力を高める(介護者教育 の一環)
- ・オレンジ手帳からオレンジ連携シートへ 流れるよう形式・内容を工夫した。
- ・モデル事業を実施 認知症対策推進会議委員から対象者を推薦 いただいた。

オレンジ連携シート作成に至るまでのスケジュール 認知症対策推進会議 モデル事業

・小委員会など 団体へ委員推薦依頼 9月 1.認知症ケア課題 いままでの経過をふまえて 2.連携シートについて 3.普及啓発について 11月 小委員会での連携シート案作成 委員 医師会・歯科医師会・ケアマネ協・通所協 第2回 連携シートの内容について 1. 認知症ケア課題 いままでの経過をふまえて 2. 連携シート (案) 3. モデル事業実施に向けて 4. 連携シートを普及するため の研修会について 12月 (連携シートモデル事業 市高齢介護課 1月 ・いさはやオレンジ手帳記入支援 ・オレンジ連携シート説明 2月 ・聞き取りによる情報追加 第3回会議 1月8~20日 経過訪問 ・状況把握 モデル事業報告 24日 カンファレンス 嘱託医・PSW・保健師・認知症地域支援推進員・高齢者相談員 • 連携シートの決定 連携シートを普及するため 郵送アンケート ・連携シート事業 伴うアンケート※2 24~31日 終了後訪問 ・事後アンケート 7 ※1 の研修会について ※1※2により事業評価を実施と 認知症講演会 いさはやオレンジ手帳紹介 3月 多職種協働研修 そもそもオレンジ連携シートは何のため ※オレンジ連携シートを紹介する多職種協働研修を開催したことで、平成26年度か

ら、委員所属の団体で普及活動を開催することにつながった。

諫早市認知症対策推進会議委員構成

団体より推薦を受けた委員により構成する

番号	団体名
1	諫早医師会
	諫早医師会(認知症専門嘱託医)
2	諫早市歯科医師会
3	諫早薬剤師会
4	長崎県訪問看護ステーション協議会
5	長崎県作業療法士会
6	長崎県医療ソーシャルワーカー協会
7	諫早市通所サービス事業所連絡協議会
8	諫早市グループホーム連絡協議会
9	諫早市介護支援専門員連絡協議会
10	諫早市民生委員児童委員協議会連合会
11	諫早市老人クラブ連合会
12	諫早市連合婦人会
13	認知症の人と家族の会長崎県支部諫早つつじ会

参考:連携シートモデル事業介護者アンケート・聞き取り調査から

「いさはやオレンジ手帳を通して、<u>昔のことを思い出してもらえてよかった</u>(娘)」 「本人の生い立ちを知った上で介護したり接したり、<u>本心を思いやりながら見守ることができた</u>(娘)」

「デイ職員が、夫の職歴や活動経験に沿った声かけ・対応ができ、落ち着くことができたと聞き、安心している。ショートステイ先の職員が"何かあったら連絡します"と言うので不安だったが、この頃は"前向きに預かります"と言ってくれた。連携シートは、ショートステイとの連絡に役立った。(妻)」

「本人生い立ちを知ることの重要性を感じた。外での母親の明るさの奥や裏にあるものを考えるようになった。母の生い立ちには、両親を亡くし、居場所がない幼少期を送ったトラウマがあった。それを知ったうえで、介護することができるようになり、このシートはとても役立った。 母親自身はかわいがられて育っていないのに、子ども4人をよくかわいがって育ててくれたと改めて感謝している。オレンジ手帳の自分史は、嫁には話したくないこともあるかもしれないので、自分で書ける元気な時に書くのが良いと思う。その人だけしかわからないことがある。実の親子であっても、母親の小さい頃の詳しいことは分からない。

生い立ちが分かれば、本人のことを考えた良い介護ができる。自分ができるだけのこと をするようにしたい。(娘)」

(5) 諫早市における個々人のケアパス(情報共有ツール)の特徴

①情報共有ツールは2つ「いさはやオレンジ手帳」と「オレンジ連携シート」

情報の記入は、「認知症になってからでは遅い」という認知症の人と家族の会委員の意見から、認知症に備え記入する「いさはやオレンジ手帳」が出来上がった。

②医療と介護と地域が連携するための「いさはやオレンジ手帳」

地域住民同士で話し合いながら記入する「いさはやオレンジ手帳書き方講習会」 は、将来へつなぐもの

普及啓発を兼ねるものであり、認知症に理解のある地域を創るためのもの

「集会で実施することでうまく活用できる」 老人クラブ委員の意見

「認知症の教育は防災訓練のように、繰り返し・繰り返しする必要がある」

連合婦人会委員の意見

「高齢者がオレンジ手帳を持ってきたときに了解できる体制を創る」 訪問看護ステーション協議会委員の意見

③介護者教育の一環として進める「オレンジ連携シート」

- ・介護者の発信力を高め(介護者教育の一環)、家族も含め情報を共有する視点で 作成するもの
- ・いさはやオレンジ手帳の記載を基に、知っていることを家族が記入。介護職や医療職が気づきを追加する オレンジ手帳から連携シートへと流れるように…。

4 それぞれの役割を尊重(確認)するツール

- ・「連携シートに関わる機関の役割を調整しないまま実施すると、誰が記入するかで連携ができなくなることも。モデル事業を実施してほしい。」介護支援専門員連絡協議会の意見を受け、モデル事業にて検討し、作成した
- ・作成後は、多職種協働研修やつながるミーティング、認知症対策推進会議委員が属する

団体での説明会により普及し、馴染みのシートになるように工夫している。

⑤記入しやすく、保管しやすいものを検討

いさはやオレンジ手帳:センター方式を参考

「いざというとき(認知症になったとき)にしまい場所がわかるように、仏壇の引き出しに入るサイズにしてほしい」老人クラブの意見

・オレンジ連携シート:パーソン・センタード・ケアやひもとき手帳を参考

「取り外し可能ですこしづつ増やせるように。いつの時点で記入したかわかるよう に」医師会委員の意見

作成にあたっては、まず、会議で案を作成し、構成団体で協議、再度検討。その後、 使用感アンケートやモデル事業を通じ、再度会議で検討し作成した。

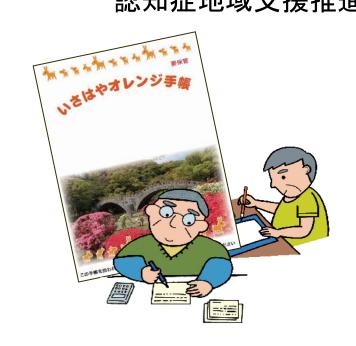
(6)普及方法 ①いさはやオレンジ手帳

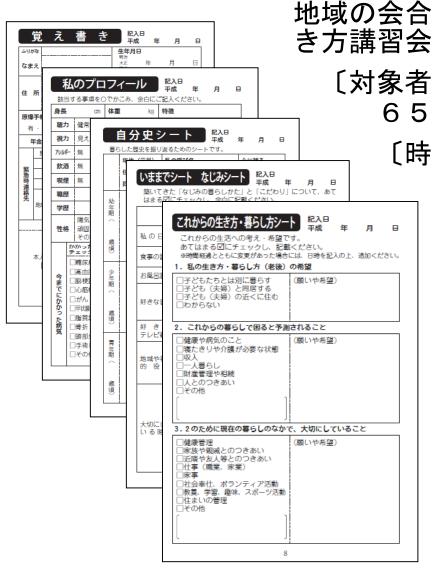
ア いさはやオレンジ手帳の書き方講習会 地域の会合などで「いさはやオレンジ手帳」の書 き方講習会を実施 「対象者」 65歳以上の市民で10人以上のグループ

間]

〔講 師〕 キャラバン・メイト 認知症地域支援推進員

1時間半程度





オレンジ手帳書き方講習会









イ 介護サービス事業所や医療機関での配付

- *市・支所窓口や地域包括支援センター
- *認知症対策推進会議の協議を経て 介護事業所135箇所

<u>医療機関 25箇所</u>

オレンジ手帳の配付(H26~) オレンジ連携シートの配付 (H27~)



事業所名称	No	事業所名称	No	事業所名称
1 ケアプランセンター 伊和咲	51	小規模多機能型居宅介護事業 小長井	101	居宅介護支援事業所 しあわせ
2 諫早医師会ヘルバーステーション「たんぽぽ」	52	グループホームさざんか	102	株式会社優愛福祉サービス デイサービス さく
3 諫早医師会居宅介護支援事業所「たんぽぽ」	53	グループホーム おこんご	103	居宅介護支援事業所 楓
4 デイサービスセンターきらら	54	山﨑医院	104	デイサービス 未來(みらい)
5 グループホーム・栄田		山﨑医院		伊和咲 デイサービスセンター
6 居宅介護支援事業所・栄田		デイサービス友悠・小長井		デイサービス ひだまり
7 長崎県看護協会 ヘルバーステーションいさはや		合同会社 ヘルパーステーション小長井	107	社会福祉法人 祥仁会 特別養護老人ホーム 特養いい
8 長崎県看護協会ケアプランセンター諫早		医療法人社団 尚整会「菅整形」	108	社会福祉法人 祥仁会 特別養護老人ホーム 特養い
9 社会福祉法人グリーンコーブふくしサービスセンターねこので		通所リハビリテーション ふじわら		認知症対応型通所介護事業所 デイホーム特養いい
0 長崎呼吸器 リハビリクリニック		ケアプランセンターしろみ		飯盛町在宅介護支援センター 特養いい
1 社会福祉法人 真津山福祉会 デイサービスセンター 高望荘		デイサービスセンターしろみ		グループホームいさはや
2 社会福祉法人 真津山福祉会 高望荘ケアブランセンター		特別養護老人ホーム しろみ		まごころデイサービス事業所
3 にしいさはやケアプラン・センター				
		認知症対応型デイサービス静豊庵		ケアガーデンオアシス ケアプランセンターオアシ
4 にしいさはやヘルパーステーション		有限会社五葉会グループホーム静豊庵		小規模多機能型居宅介護 よんしゃ
5 ろうけん西諫早	65			ケアプランセンター福田
6 ろうけん西諫早		デイサービスセンター森の里		グループホーム 花の里
7 社会医療法人三佼会 宮崎病院		居宅介護支援事業所 森の里		デイサービス ふくふく
8 ミニデイサービス かめの家		ヘルパーステーション 森の里		リハビリテーション あいのわ デイサービス
9 グループホーム くれも		グループホーム からこ		ケアプランセンター平和
0 デイサービスセンター ゆるり	70	デイサービス からこ	120	デイサービスセンター 和
1 居宅介護支援事業所 ゆるり	71	医療法人社団 大塚会 唐比病院		グループホーム 本明の家
2 訪問介護ステーション ゆるり	72	唐比病院指定居宅介護支援事業所	122	社会福祉法人 寿光会 天恵荘居宅介護支援事
3 デイサービスセンター 彩音	73	唐比病院通所リハビリテーション事業所	123	上山ケアプランセンター
4 御手水の杜まごころデイサービス	74	小規模多機能型居宅介護施設 おおいし	124	グループホーム イーハトーブ
5 デイサービスセンター 暖家	75	デイサービスセンター 第二彩音	125	特別養護老人ホーム 天恵荘
6 ケアプランセンター さいわい	76	デイサービスセンター もず	126	デイサービスセンター 和心園
7 小規模多機能ホーム 暖家	77	ヘルプステーション ステップ	127	天恵荘 ホームヘルパーステージ
8 医療法人社団 古川医院	78	居宅介護支援事業所 ひばり	128	介護療養型老人保健施設 恵愛
9 医療法人社団 古川医院	79	デイサービスセンター ひばり	129	グループホーム 恵
0 デイサービス 小江の里	80	プランナースみなみ	130	居宅介護支援事業所 恵仁荘
11 ふれあいケアプランセンター		医療法人 享由会 たけさこ整形外科 指定居宅介護支援事業所		西諫早訪問看護ステーションのんの
2 ヘルパーステーションふれあい		リハプライド・喜々津駅		西諫早病院訪問リハビリ
3 デイサービスセンターふれあい		介護老人保健施設 恵風園		デイサービスジュエリー
4 デイサービスセンター「轟の里」		介護老人保健施設 恵風園		特別養護老人ホーム 唐比温泉秀
5 特別養護老人ホーム 悠恵荘		慈恵病院 ケアマネジメントセンター		ケアプランセンター福田 訪問介護事
6 豊寿園通所介護事業所		真和荘指定通所介護事業所(真和荘ディサービス・オリーブ)	100	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・
7 豊寿園 訪問介護事業所		ケアプランセンターじゅげむ		
8 豊寿園居宅介護支援事業所	88			
9 指定居宅介護支援事業所 ライフ		デイサービスみすず		
0 宅老デイサービス あじさい		ナイザーに入み g g たらみ・いいもりケアマネジメントセンター		
· ·				
1 デイサービスセンター たかき		たらみデイサービスセンター		
2 デイサービスセンター 和やまかわ		グループホーム ふるさとの丘・山鳩の里		
3 ケア・ステーション オリーブ		居宅介護支援センター クローバー		
4 小規模多機能型居宅介護事業所「きぼうの森」		社会福祉法人 清和福祉会 グループホームゆたか荘ベルホーム		
5 合同会社侑志会デイサービス絆		ゆたか荘 サンホーム		
6 ケアプランセンター こもれび		社会福祉法人 清和福祉会 訪問介護事業所		
7 デイサービス こもれび		小規模多機能型居宅介護事業 小野		
8 特別養護老人ホーム 小長井希望園		デイサービスセンター 和 てんまん		
9 医療法人二輝会 佐藤病院	99	あいのわ・利楽 リハビリ ケアブランセンター		
0 医療法人二輝会 佐藤病院	100	ケアプランセンターいさはやの里		

ウ 講演会・ミーティング・生活支援協議体・介護予防教室の場で活用

→市民自らが普及活動に協力を申し出る!!

平成 29 年度



「私の声が聞こえますか ~認知症の人たちの小さくて大きなひと言~」



シンポジウム 「認知症とともに生きる私たちの声から始めよう。 能に作っていこう。」

人志氏 ほか 着年性四知療 佐世保市「寒行の会」

平成30年2月17日(土)

14:00~16:30 (開場 13:30) ※入場無料

諫早文化会館 大ホール

(電景人変長の色数単層です。)

ご未帰の方にはオレンジ見守りベンダントを

※実際にて事務にお申し込みください。

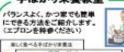
主催:諫早市 高齢介護課 電器 0957-22-1500 (代表)













若返り体操教室



(2) - ③語らん場開知用チラシ 全地域

◎ 介護予防と生活支援の語らん場(かたらんば)◎

瑜媛にはその瑜媛に合ったやり方がある。私たちが住み続けられる瑜媛を創るために…。 今回は、平成28年度開催地区3か所に加えて新たに1箇所指定し協議を進めます



参加対象者 高齢者の生活支援や介護予防に関する活動に関わを持つ人 介護予防・日常生活支援推進会議委員が所属する団体や均区社接等を通じてご案内しております。 団体を通じてお申し込みをお願い致します。

40 100 45 100

-	ப கூ.மை		13;30~15;30				
		場所	第1回	第2回	第3回		
85	除小校区	抹早四書館	10月5日(木)	11月 9日(木)	3月 1日(木)		
東京 東京 東京 東京 東京 東京 東京 東京 東京 東京	西蒙早小校区	西魏早公民館	11月8日 (水)	12月 6日(水)	3月7日(水)		
	小長井地区	小長井文化ホール	10月5日(木)	11月2日(木)	2月 1日(木)		
	北魏早中校区	特別景観者人ホームしろみ	11月16日(木)	12月7日(木)	2月22日(木)		
***	本野地区	本野られあい会館	10月19日(木)	12月14日(木)	2月15日(木)		
朝機	真津山小校区	貝津公民館	10月11日(水)	11月15日(水)	2月21日(水)		
뭹	多良見東地区	たらみ会館	11月17日(金)	12月15日(金)	2月16日(金)		
擾	有喜地区	有喜ぶれあい会館	10月18日(水)	11月22日(水)	2月28日(水)		
-	泰山物区	泰山公民館	10月6日(金)	12月1日(金)	2月 2日(金)		
	高来地区	高来されあい会館	10月4日(株)	11月29日(水)	2月 7日(水)		

内 啓 現状報告 問題提起 意見交換(ワールドカフェ方式)

その他

開催地区合同フォーラムの開催(平成30年1月頃を予定)を計画していますので、併せて御参加 ください。

お問合せ・お申し込み先







②オレンジ連携シート

「馴染みのシート」になるために・・・

本 人 本人氏名 明治 日宅電話番号 おもな介護者 (キーパーソン) 氏 名		2000年	ML	14 16 18 20		B ()	切 です。 認知症の人 持ちがあると 落ち着くと		記入者 に、尊厳を尊重する い・こうありたい」 好きなも	という気
続柄 自宅電話番号	携帯電話番号 職場電話番号		項 目 起きる		ごわり・方法・手伝いの		生活たい		Curku	
他の介護者			移動・移乗						。	
氏 名	住 所		トイレ	er e *:					6	~~
続柄 自宅電話番号	携帯電話番号 職場電話番号		着替え	⇔ ∵ ≒:			自分も一緒		自分がで	
杭州 日七電話番号	携带电脑番号 戰場電話番号		身にしなめ(沈頤・笠髪)	⊕ ∵ ≒:			参加したい		とは自分い!	I CUTE
要支援・要介護認定状況			食事	⊕ ∵ ≒:						
被保険者番号 歩介護	有効期間		服薬	⊕ ∵ ≒			今の	さんは、どういうときに気	幸去・心が迷たさわ	アロスと
状態区分等	年月日~ 年月	В	入 浴	⊕ ∵ ≒				下の欄に書いてみましょう。	3 0 1/LW/M/C016	C 1 1 20 C
	年月日~ 年月	日	口の手入れ	⇔ ∵ ∵						
	年月日~ 年月 年月日~ 年月		睡眠	e e **						
	年月日~ 年月	日家	買い物	⊕ ∵ ≒						
診断名 診断を受	けた医療機関 診断を受けた時期	家の仕事	料 理 留守番	00 th						
27.2	年 月頃	事/戸/6	EOTHS?	記入日	年 月 日		3.0	П		
12	Lれません。今の さんまると思う番号に○をしてみましょう。 落ち着かない 術物する 家に得るなどの言動を繰り返す ひとりでは危険なのに外に出ようとする 外出するとひとりでは戻れない 不要な物をあつめる 火を安全に使えない 物や衣類を傷めてしまう 排泄物に触れてしまう まべられないものを口に入れる その他 ()	かし、おりまかし、なりまから、ないのでは、ステップ とまどい、人物のでは、ないでは、ないでは、ないでは、ないでは、ないでは、ないでは、ないでは、ない	7. 人の家族の多くは、下記の4つ/ 7. ステップ2 「福光・窓り・拒絶 **	て、「あるがまま」を受け のステップを経験します。 ステップ3 [ステップ4 ステップ4 要 窓 部位に対する 理解が深まり、本人の自然に分けうになけるになけうになけるになっています。	家族や関係者		いことをご記入ください 内容	確認者サイン	
たは本人の性格 8	スペランで打磨と収えとのスレ 生活度・音質などのなじみのある善らし方 と、現状とのズレ	ほっこり	3	n∜ s	r ir int	/ /				
						参	考:>	ナレンジ連	携シー	<u>-</u>

ア 周知方法

周知方法 認定結果通知などによる周知 窓口配布、相談時配布、介護・医療機関で協力可能な機関による配布

参考:どこを起点とするか

- 認知症に備えておきたいと考えたとき
- ・認知症の疑いで相談されたとき・認知症かなと気づいたとき
- 認知症の診断を受けたとき
- ・他の疾患で受診中や入院中・介護中などに認知症に気がついたり身体 合併症で連携が必要なとき
- ・支援が不十分であったり、多職種連携・多機関協働が必要と思われたとき
- 介護中に精神症状が悪化したときや精神症状が落ち着き地域に戻るとき

オレンジコモンズ http://orangecommons.jimdo.com/インフォメーション/ 認知症ケアパス連携シート解説冊子P3より 引用

多職種協働研修の取組み その1医療職・介護職の認知症多職種協働研修

年度	参加者	内容	感想
H24	24名 (関係 者)	テーマ「本人抜きには決められない」 ①新しい認知症ケア ②今後の連携に向けて「そもそも連携は何のため」 認知症東京介護研究研修センター永田先生	・皆の連携ツールにするか、関心のある人のツールにするかか・本人の発信力を高めるため、ツールを使って連携をすることが必要
H25	97名	テーマ「オレンジ連携シートは何のため?」 ①活動報告 ②ワークショップ私ならこう使える・活用したい等 認知症東京介護研究研修センター永田先生	 他の職種の意見が新鮮。役割を知っているようで知らない。 他の職種のサポート方法を知りたい。 書くことが大変。大切なことはわかる。 生活している地域住民と連携することも有用ではないか。
H26	102名	テーマ「認知症ケアを楽にするために」 ①オレンジ連携シートは誰のため?「つながるミーティング」からの報告(医師・ケアマネ等) 「運転問題」「徘徊対応」「支援拒否対応」「作業療法士が使う連携ツール」 ②ワークショップ「専門職ごとに異なる視点と連携の目的」 認知症東京介護研究研修センター永田先生	・認知症ケアにおけるそれぞれの役割を理解できた。・誰から記入するか、いつ記入するかなどの活発な論議がなされた。・オレンジ手帳・連携シートの利点がわかった。

テーマ「認知症初期集中支援におけるオリジナルールと

は何かし ①認知症における初期集中支援の重要性を探る ②ワークショップ初期集中支援における統合ケアを目指して 東京都健康長寿医療センター粟田主一先生 テーマ「認知症高齢者の意思決定支援」 183名 ①認知症の人の自己決定を支援する ②ワークショップ:認知症の人の意思決定支援の実際 講師:京都府立医科大学大学院医学研究科教授 成元迅 先生

①認知症ケアにおける顔の見える関係とは?

オレンジ連携シートを活用した連携

目指して

テーマ「諫早発の地域に根ざした統合ケアとは何か」

京都大学 武地一先生

②ワークショップ諫早発の、地域に根差した認知症統合ケアを

H27

H28

H29

130名

202名

様々な意見が出る瞬間に立ち会える嬉しさを感じた 事例検討で専門職の動きがわかるよう例示する機会を 作ってほしい オレンジ手帳の存在をみんなにわかってほしい ・IADLに不安を感じる生活の大変さに気づいた。本人の 希望に耳を傾ける必要性。 ・家族が認知症を受容できるような教育が必要と感じた。 一番支援が手薄になる時期をどう乗り越えるかが課題と 感じた。 ・4つの力で評価する事は大事。 ・意思決定という難しい部分について専門職としてではな く人として地域の人間として教えることが大切だと改めて感 じました。

・認知症の方の意思決定のために情報(引き出し)をたくさ

ん持っていたい

H25~26 運営に認知症対策推進員会議委員の協力を要請









H27~29 運営に認知症対策推進員会議委員所属団体への協力を要請 (ワールドカフェ方式 ホスト役)



地域のケアパスについて

認知症ケアパス内容の図式化

認知症の人の症状経過

介護保険認定申請の時期の月安

(1)構成

(1)市全域の

「諫早市共通版認知症 ケアパス」

(2)市内12箇所で開催 した「オレンジにこ にこミーティング」に 出席した住民の声や 医療・介護関係者の 声をまとめた 「地域別認知症

認知症の

の気持ちや希望

早期診断・早期対応 適正治療と服業管 理が大事!

で構成

ケアパス」

認知症を有するが 日常生活は自立 誰かの見守りがあれば **窓知症カフェ 1-2** 有料老人ホーム <u>2-12</u> サービス付き高齢者住宅等 2-13 住まい方 隣人・ボランティア等

諫早市共通版認知症ケアパスでは、どのような**支援**があるかを

地域別認知症ケアパス

該当する地域の住民や、働く医療職・介護職、 市・地域包括支援センターの声をまとめました。

このケアパスを見ると、認知症の時 期に合わせてどんなサービスがある かとてもわかりやすいね。

記載例

 \bigcirc

介護職員(介護サービス事業所)

住民同士の支えあい

医療 • 介護

市など行政

認知症の

支える人

(2)作成経過

≪オレンジ にこにこミーティングとは≫

認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、諫早市共通版認知症ケアパスを使って、地域住民、医療・介護職それぞれの立場でどのような支援が出来るか話し合いました(以下ミーティングと表記)

| |諫早市共通版認知症ケアパス作成

^で成26年度認知症講演会で住民の た加えて周知

医療職

「その方の気持ちと家族、サポートする専門職の気持ちを合わせることは難しいと思いまが、その中でもその人らしく生きていくことを模索していきたいと思います」

平成26年度ミーティング開催地区

モデル地区3地区(明峰地区、 長田地区、北諫早・中央地区)

地域住民

「それぞれの立場で親身になって対応し ようとする気持ちがわかり、頼もしくもあり 、安心しました」

「認知症は決して他人ごとではありません。正しい知識を普及させることが必要だと感じました」

介護職

「地域の方が積極的に見守り活動をされていることを改めて理解し、その活動をその後につなげていくための支援をしていかなければと痛感しました。」

認知症対策推進会議

共通版のケアパスだけでは親しみがわかない。

ミーティングは、認知症の普及啓発の良い機会。

地域ごとに特性がある ね。地域別のケアパス を作成したらどうだろう。

平成27~28年度ミーティング開催

市内9箇所で開催

オレンジにこにこミーティングにご出席いたただいた

延べ843名の声をまとめました。

平成29年度 認知症対策推進会議での論議・意見照会



認知症ケアパス完成

認知症対策推進会議での意見(一部)

にこにこミーティングは、地 域での支援が今後必要になっ てくるか皆で考え、有効的で 効率的に整理普及啓発の良い 機会。今後生活支援協議体第 二層へと引き継ぐ

インデックス

を付ける

全体に関する意見

• 本 人

ケアパスを使く

う人は、誰か

- 家 族
- 地域住民
- 介護・医療 関係者

表現方法や読 みやすいよう に工夫をする

脳の細胞は死ぬや認 知症は治らない等、 表現方法に工夫を

周知など今後に関する意見

どこで配付す るのか、多く の人へ見ても らいたい



地域別認知症ケアパスに関する意見

一枚の紙にフロー チャートを作ると

分かりやすくなる

情報量 が多い

読むやす く工夫

> 不安の声や未解決 な問題も多くあり、 ケアの流れには なっていない

オレンジ手帳で 流れをつける

地域別ケアパスの意見 が多くても、分野毎に 色分けをしてあったら 必要な意見を選ぶ

> 介護家族は、今も 昔も同じ。相談先 を探している。

地域別ケアパ スの「初期」 に、全て相談 先を入れる

ない形で簡潔 にする ・地域別ケアパ スの共通意見 はまとめる

主旨をゆがま

(3)地域の認知症ケアパスの実際(一部抜粋)

認知症の人と家族を地域で見守り支える

諫早市認知症ケアパス

認知症ケアパスとは、ケアの道・流れ。

これがうまくいくためには、認知症の人一人ひとりの症状経過やケアの要点が関係者にうまく伝わることが重要。

そのために、元気な頃から認知症の備え準備する「いさはやオレンジ手帳」、

認知症になったらより良い医療や介護を提供するために「オレンジ連携シート」をご活用ください。

諫早市認知症ケアパスは、下記の団体から推薦された委員からなる 「諫早市認知症対策推進会議」において審議し、作成されました。

<u>* 医療分野から</u>

諫早医師会 諫早市歯科医師会 諫早市薬剤師会

長崎県訪問看護ステーション連絡協議会

長崎県作業療法士会 長崎県医療ソーシャルワーカー協会

*介護分野から

諫早市介護支援専門員連絡協議会

諫早市通所サービス事業所連絡協議会

諫早市グループホーム連絡協議会

*地域住民の立場から

諫早市老人クラブ連合会

諫早市連合婦人会 諫早市民生委員児童委員協議会

認知症の人と家族の会長崎県支部諫早つつじ会





認知症の人の相談対応 をするときに、これ 1つあったらいい。 (相談員)

1.認知症ケアパスとは何ですか

目 次

P4

- (1)認知症ケアパス
- (2)諫早市認知症ケアパスの分類
- (3) 諫早市認知症ケアパスの内容

2.諫早市認知症ケアパス

P6

- (1)諫早市共通版認知症ケアパス
- (2)地域別認知症ケアパス
- ①多良見地域版
- ②飯盛地域版 ⑤北諫早‧中央地区版 ⑥小栗地区版
- ③真津山.真城地区版 ⑦有喜地区版
- 4明峰地区版 ⑧小野地区版
- 10長田地区版 ⑪高来地域版

12/1/長井地域版

3.認知症について

P35

(1)認知症とは

9森川地域版

- ①認知症の症状
- ②認知症の診断と治療
- ③認知症の予防につながる5つの習慣
- (2) 認知症の人を介護する家族の気持ちと心得
- ①認知症の人を介護する家族の気持ち
- ②介護の心得
- (3)認知症の人への対応

4.認知症ケアパス利用例

P40

- ≪認知症の症状経過と家族の気持ち・対応≫
- ≪A さんのケアパス 認知症初期≫ ≪B さんのケアパス 認知症初期≫
- ≪C さんのケアパス 認知症中期≫ ≪D さんのケアパス 認知症中期≫
- ≪Eさんのケアパス 認知症後期≫ ≪Fさんのケアパス 認知症後期≫

5.認知症の人とそのご家族を支える支援

P47

(1) 諫早市認知症ケアパス:サービスや資源一覧

(2)地域別認知症ケアパス:介護サービス一覧

≪活用方法フローチャート≫ 諫早市共通版認知症ケアパス(P6~7) 家族が認知症かもしれない。これからどうしたらいいだろう? 本人 最近もの忘れが増えて、なんだかおかしい。認知症なのかな? 認知症の介護は、家族だけで抱え込まないことが何より重要です。地域の方、相談機関、医療・介護 の専門機関など、いろいろな人の力を借りながら対応しましょう。 認知症は、誰もがなる可能性のある脳の病気です。認知症のことで不安なときは、まずは周囲の人 5.認知症の人とそのご家 どこに相談したらいいですか 族を支える支援 や相談機関、かかりつけ医に相談しましょう。 介護保険サービスを使いたいのですが、どこに相談したらいいですか (P55~56) 3-4·5 5.認知症の人とそのご家 認知症のことで不安に思ったり困った時はどこに相談したらいいですか 族を支える支援 5.認知症の人とそのご家 認知症が心配されたので病院を受診するよう勧めるけれど、本人が拒否 (P55~56) 3-4·5 族を支える支援 します (P55~57) 3-4~6 5.認知症の人とそのご家 どこで受診したらいいですか 族を支える支援 5.認知症の人とそのご家 (P49~50) 2-1·2 族を支える支援(P54・ 外に出て行方不明にならないか心配です 57~58) 3-2.8.9 3.認知症について(1)② 認知症の検査や治療について知りたいです 認知症の診断と治療 3.認知症について(2)認 (P36) 知症の人を介護する家族 認知症の人を介護する時のコツを知りたいです の気持ちと介護の心得 5.認知症の人とそのご家 (P38~39) 族を支える支援 5.認知症の人とそのご家 (P47~48·59) 認知症の進行を遅らせるために、地域で活動できる場所はありますか 同じ悩みを持つ方々と情報交換できる場はありますか 族を支える支援 $1-1\sim4.3-10$ (P47~48) 1-2·4 2.諫早市認知症ケアパス (2) 地域別認知症ケアパ 介護していると、ついイライラして疲れてしまいます。少し休める時間 5.認知症の人とそのご家 ス (P10~33) 族を支える支援 を確保したいです 5.認知症の人とそのご家 (P50.55~56) 2-4.3-4.5 相談機関 地域の居場所はありますか 族を支える支援 介護者が急病になったり、緊急時の場合にはどうしたらいいですか (P47~48) 1-1~4 2.練早市認知症ケアパス (1) 諫早市共通版認知 症ケアパス (P6~7) 認知症の症状はどのような経過をたどりますか 4.認知症ケアパス利用例 (P40~46) 介護抵抗や暴言等の行動・心理症状がみられ、家族も疲弊して 地域住民 何ができるだろう? 介護職・医療職 いる様子。地域と連携して支援したい。 まずは認知症について正しく理解し、偏見を持たず、認知症の人や家族に対して温かい目で見守るこ 地域、医療、介護がお互いの役割を理解し連携を図ることによって、その人にあった医療やケアにつな とがスタートです。認知症になっても安心して暮らせる地域を目指しましょう。 がり、認知症の人や家族の穏やかな生活を支える手助けになります。 5.認知症の人とそのご 5 認知症の人とそのご 家族を支える支援 認知症について勉強する場はありますか 家族を支える支援 BPSDの対応で困ったときに活用できるツールや相談先はありますか (P55) 3-3 (P54~57) 3-1-2.4~6 3.認知症について(3) 認知症の人への対応 5.認知症の人とそのご (P39) 介護している家族の人が疲弊している様子。家族の精神的負担を減らす 家族を支える支援 近所の人が認知症かもしれない。 どのように対応したらいいですか 5.認知症の人とそのご (P47~48.55~56) ために話を聞いてもらえる場はありますか 家族を支える支援 1-2-4.3-4-5 (P55~56) 3-4.5 2.諫早市認知症ケアパ

ス(2)地域別認知症ケア 地域ではどのような取り組みをしているのですか 2.諫早市認知症ケアパ パス (P10~33) ス(2)地域別認知症ケア 具体的に地域ではどのように認知症の人を見守っているのですか パス (P10~33) 4.認知症ケアパス利用 4 認知症ケアパス利用 地域、医療、介護の連携がうまくいった事例があれば教えてください 例 (P40~46) 例 (P40~46)

諫早市共通		ロ症ケアパス	- 要介護認定前(目 安	要介護隊定後 → :		原:分詞														
認知症	₩=	きづき	初期	中	TO TO	後期	П													
症状経過	やっておく	認知症の疑い	認知症を有するが 日常生活は自立	難かの見守りがあれば 日常生活は自立	日常生活に 手助け・介護が必要	常に介護が必要	支援内													
わたしの希望	野に	物忘れはあるが、金銭管理や 買い物、書類作成等を含め、日 常生活は自立している	買い物や事務、金銭管理等 にミスがみられるが、日常生 活はほぼ自立している	服養管理ができない、電話の応 対や訪問者の対応などが1人では 難しい	着替えや食事、トイレ等がう まくできない	ほぼ寝だきりで意思の疎通が困 難である	8													
Party State of Party Par	*	いさはやオレンジ手帳の配付 「いままで生きてきた暮ら	3-1 しや思い・希望を記入する」	オレンジ連携シートの配付「医療	と介護が連携しよりよいサービス	を受けるために利用 」 <u>3-2</u>														
- Contract	筆ン	認知症の理解促進:認知症	サポーター養成講座	オレンジ手帳書き方講習会・	認知症購演会・認知症多職権	重協機研修 3-3														
	7手 つ ^の 編	地域包括支援センター 総合相	開映窓口・権利練護相談 <u>3-4</u>																	
わたしのこだわりを、	5 %	解知症相談·専門相談 <u>3-5</u>	認知症初期集中支援チーム	(訪問・相談等) <u>3-6</u>																
伝えたい	*	緊急過報システム <u>3-7</u>	要採購者台帳登録 3-8	認知症徘徊高齢者見守り事業	3-9		7													
	利サ流交用・が流	介體予防教室 <u>3-10</u>		栄養改善配会サービス事業 3-	11		Ę													
・ 参加・役割 自分も一緒に、	上と特を	日常生活自立支援事業(社協) 任意後見制度 3-13	日常の金銭管理等 3-12	成年後見制度 成年後見申し立て推助事業 3-14			?													
参加したい	_000	病·医院、歯科医院		即知症疾患医療センター2-2			漢													
	- -	薬局・物忘れ専門医療機関	<u>2-1</u>	居宅訪問介護支援事業所 2-4	居宅療養管理指導/妨 動間介護2-5 動間看護2-6															
生活支援・介護 自分ができること	> 5		認知症カフェ 1-2	小規模多機能闘宅介護 2-7 福祉用具質与 2-8 通所介護(デイサービス) 2-9 通所リハビリ(デイケア) 2-10			H													
は自分でしたい	かけながら かけながら	ふれあいいきいきサロン 1	-1	輝知症対応型デイサービス 2-11																
	がらせる	からする	からせる	からせる	# ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~	200	200	200	200	20	# C	# C	20	200	地域での住民活動1-3 (i 自治会・公民館自主グルー		見守りネットワーク活! 認知症の人と家族の会			
住まい・住まい方 落ち着くところで生						民生委員活動1-5			A	Ш										
一湯したい	On 11 15 2	住まい自宅	有料者人ホーム	2-12 原知症対応形件	日本学会会(ガループナール)															
安西藤原・見守り いさというと ぎに、	たしを 続 を での	住机方	サービス付き高齢者住宅	2-13 介護者人保健能	同生活介護(グループホーム) 設 <u>2-15</u> 介護摩養型医療 設・地域密養型介護者人福祉	施設 2-16 ショートステ	1													
いざというときに、	開接書	購入・ボランティア等 民生委	A																	
	関係を削る	認知症サポーター																		
	割あら		昭知症の人と家族の会会員				超知症													
<u>早期診断・早期対応</u> 適正治療と服果管 理	**************************************			介護職員(介護サービス事業所) 介護支援専門員 施設・グループホーム職員 計画作成担当者			ဂ္ဂ													
	かつ医り	to to the state of	認知産事門裏				を支え													
家族の支援	が家婦会で	かかりつけ医・特忘れ相談医、カ	かかりつけ舊科芸・柔用時	1	問者職等・デイケア等リハヒリ職	A	충													
家族には美質でいてほしい	がっておくがっておくがっておくがっためため	地域包括支援センター((保健師 ・ 社会福祉士	主任介護支援専門員)			^													
0,0	おつ刻る時	高齢者相談員 介護予防抵			地域支援推進員 解知症	非門喉託医														
	12.0	THE RESIDENCE OF THE PERSON																		

諫早市地域別認知症ケアパスの例(明峰中校区)

元気な時から



きづき



初期

物窓れがあっても非理自立

日頃から信頼できる人を つくることが大切。「困っ たときはお願いね」と言え る関係づくりを、



若い時から、地域と のつながりがある と、声をかけやすい。 元気な勝から、挨拶 しあう関係づくり



老人会やふれあいいき いきサロンにきんしゃ W. 1-1-3-5

ふれあいいきいきサ ロンに男性も参加し **てほしい。[1-1]**



要接職者台帳に登録す れば、いざという時も 安心、地域のみんなで 見守っているよ 1-3-5.3-8

何か困っとることな か?ゴミ出しぐらい 手伝うよ。

昔に戻って"お節介"といわれる くらい、子供も巻き込んで、みん なで関われる地域をつくろう。



防災無線で行方不明者の放送 があると、躁知症が患近なことな んだなおと問じた。



独居の人にはお弁当を持っ て行って交流したりもする よ。1-3・5

> 私たちが地域とつながりをもち、 早い時期から関わることで、必要 な支援につなぎます。 3-4~6

早い時期から医師と つながると安心。







介護文裁専門員

家族の気持ちに寄り添いな がら必要な助言や相談の 場の情報をお伝えします。

(かかりつけ医) 2-1

診療の場では、極知症の人がしっかりしていることもあっ て、長年診療していた患者でも気づかないこともある。 周囲が気になったときには、気軽に声をかけてほしい。



ミーティングを通して介護職や実際に介護 をされた方の話を聞いて、婦人会の立場として 何か動けることがあるのではないかと身近に 感じた。



騒知症初期の頃は、本人も家 族も周囲に知られたくない と思っているため、関わりが 難しい。

家族も戸盛うよね。市役所 や地域包括支援センターに 相談してみるよう勧める $3-4 \sim 6$

凡例《文本人·家族 の気持ち

住属の 意見

左の双方 の意見



中期



後期

専門職とつな がると安心。 2-1~11

地域住民、医療、介護がお互 いをよく理解し、認知症の方 のその人らしい生活を支え るために連携しましょう。

私たちが関わる時間は 一部。地域の見守りが あると心強い。何か困 っていたら教えてほし い。 2-4~11

同居している 息子には心配 かけとうな

認知症の人の一人暮 らしは難しいんじゃな いかな。本人を抜きに しないで困らないよう な環境調整をお願いし ます。 2-1-4~17

地域でさりげなく温かく見 守るよ。自分達だけで解決 できないときは、地域包括 支援センターに相談しま す。3-4

買い物や地区の会合に

一緒に行こう。

その人らしさを尊重 し、認知症の方の残 された力を引き出す。 3-1.2



認知症の方が望む暮らしを 支えるために環境調整しま す。2-4

つながり続けることが 大事。紅白まんじゅうを 持っていったり、お茶し たり。

〈物忘れ相談医〉2-1

認知症の方が安心して暮らしていくため には、医療・介護だけではなく地域の力も必 要。班での集まりがあるところにその可能性 がある。

〈介護支援専門員(ケアマネ)〉2-4

以前、在宅生活の要望がある認知症高齢者夫婦 を担当した。今思えば、地域住民の方々と話し合 う機会をもっていたら、その時に地域のことを知 っていたら…と思った。今後につなげたい。

地域でも手伝う

けん言ってね!

運転免許証返納時、 本人の気持ちを尊重 しつつ傷つかないよ う説明してほしい。

遠方の家族から、 家族なんだから我 慢しなさい」と言わ ĥà.

〈民生委員〉1-5

認知症の母の介護をしてきた。夜間に不安定になることが続いたた め専門医にみてもらったが改善せず。別居の兄弟からは対応が悪いと 責められた。本人の状態は日に日に悪くなる一方。医師から他家族に 説明してもらうなど、第三者の力をもっと借りれば良かったと思う。



家族の大変さに寄り 添いたい。 1-2.3



ることがあるよ。1-4

介護経験者だから分かり合え

認知症について勉強して 一緒にがんばりましょう。3-3



〈デイサービス職員〉2-9

2 年ほど前に、「自分で出来る」と言って、サービス利用を拒否される方がいた。地域包括支援セ ンターが地域ケア会議を開き、住民と話し合いを行った。その後、話し相手になりながら本人に繰り 返し誘いかけを行った結果、毎日デイに来るようになった。「自宅で過ごしたい」という本人の思い を叶えるために一丸となって取り組み、自宅での生活を継続出来たと思う。

住民と専門職がつながり、できることを支援し続けよう



Bさん 80代男性。独居。

チーム員:娘へ、金銭管理の対策として公証役場を紹介。公証役場で任意後見の手続きをされる

(Bさんのその後)

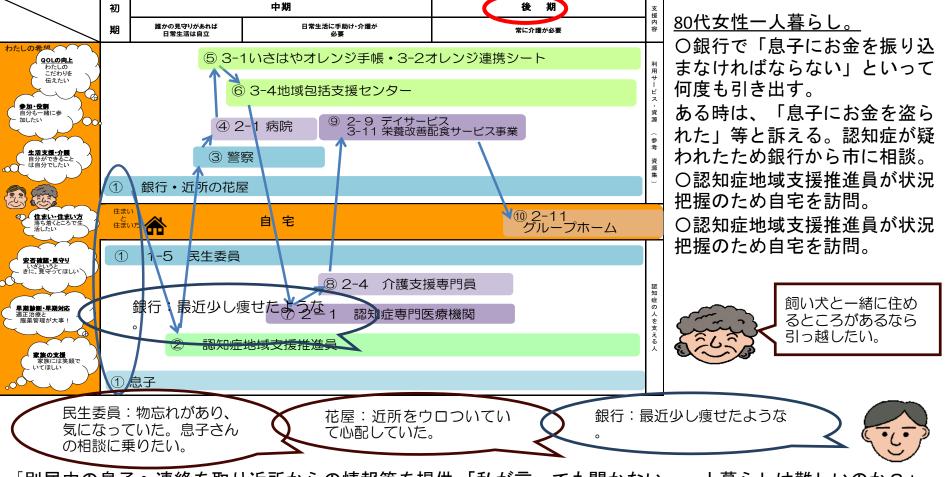
認知症ケアパス活用例

〇パチンコ店から通所介護サービスへ

娘とチーム員が支援を進めている最中、通っていたパチンコ店が突如閉店。そこで、パチンコ店に 行く代わりにデイサービスの利用を勧めてみると、「楽しいところだったら行ってもいい」と本人。

地域包括支援センターにつなぎ、介護支援専門員(ケアマネ)と相談し、デイサービスを体験利用。他 の利用者との会話も弾み楽しく過ごされる。「良かところ。教えてくれてありがとう」と本人。その

後、本格的にデイサービスに通われながら、自宅での生活を続けている。



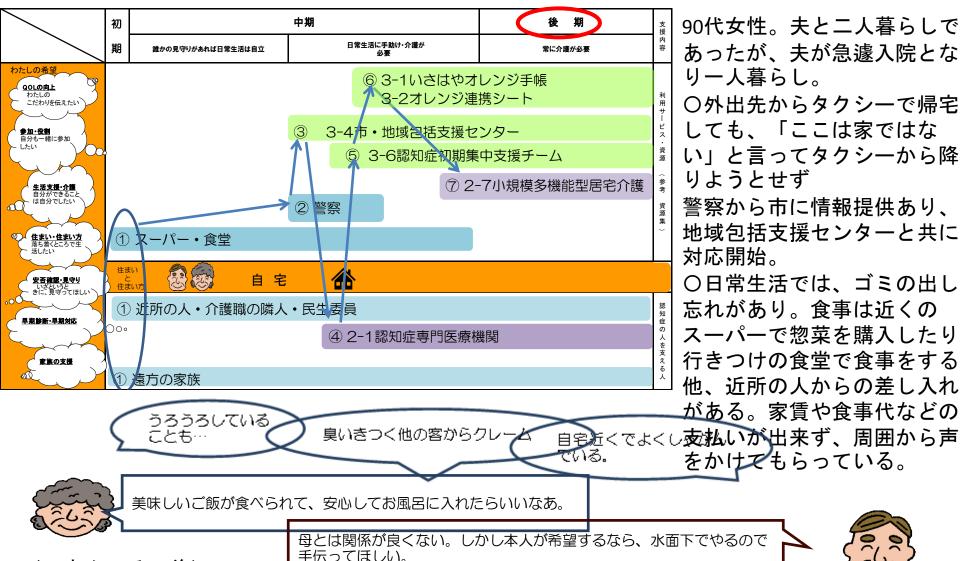
「別居中の息子へ連絡を取り近所からの情報等を提供 「私が言っても聞かない・一人暮らしは難しいのか?」 〇深夜に外出していたところを警察が保護し、怪我をしていたため、病院に入院となる。

病院ソーシャルワーカーと認知症地域支援推進員が連携し、息子と今後の対応を相談。認知症専門医療機関を受

─診し認知症の状態を評価した上で、退院後、介護サービスを暫定利用出来るよう地域包括支援センターにつなぐ。 ○要介護認定がおり、介護支援専門員(ケアマネ)の介入がスタート。デイサービスや栄養改善配食 サービスを利用 ─し在宅生活を継続した。

- (Eさんのその後)
- 〈ここがのでめ☆〉 ○温かい食事がありぬくもりがある家で暮らしたい

グループホームに入所となる。飼い犬に新たな飼い主が見つかり、安心してグループホームへ入所する運びとなった。施設にもすぐに馴染まれ、小さい頃は家族で良く海水浴をしたことや疎開先での出会い等、昔の話を楽しそうに話され穏やかな日々を送っている



(Fさんのその後)

〇本人が安心して生活できる関係と居場所づくり**へ**

地域包括支援センターからの情報を得て認知症初期集中支援チーム介入。遠方の家族と連絡を取り、家族の意向を確認すると、本人の希望で一致。その後、介護職員が訪問を続け馴染みの関係をつくり、通いのサービスを受けるようになった。他の利用者とも打ち解け、いつも人の輪の中心で楽しそうにお話されている。

Ⅲ 認知症ケアパスの作成・普及を通じた課題解決への活動 (1)誰とどのように進めてきたか

誰と

- o認知症対策推進 会議委員
- ○会議構成団体
- ○講演会 研修会参加者
- o認知症サポーター キャラバンメイト
- ○認知症の人、介護家族等

配置状況	H 25	H 26	H 27	H 28∼
認知症地域支援推進員	2名	2名	3名	5名 (初期集中兼3名)

どのように進めてきたか

- ○医療・介護等の支援ネットワーク構築
- 認知症対策推進会議
- ・オレンジにこにこミーティング
- ○認知症対応力向上のための支援
- 困難事例の検討・支援 (つながるミーティング)
- ・地域ケア会議への出席
- 認知症専門相談
- 多職種協働研修
- o相談·支援体制構築
- 相談業務
- 認知症初期集中支援チーム
- ・オレンジ手帳書き方講習会
- ○その他
- ・介護予防と生活支援の語らん場(協議体)
- 脳トレ教室

認知症の人に

発症予防

発症初期

急性増悪期

中期

人生の最 終段階

容態の変化に応じて医療・介護が有機的に連携し、適時・適切に切れ目なく提供するために

認知症地域支援推進員:医療・介護等の有機的な連携の推進

(2)連携支援・認知症ケアパスを使って解決を図る「症状経過に応じた課題」

尊厳を保ちつつ住み慣れた地域で 安全に安心して暮らしたい

強み

弱み)

縛られる。記録

隣人が認知症 に気づくこと

初動のつまつ

相談や受診の

遅れ

認知症になって 民生委員や老 も同じ時代を生 会がサロンや金 きた人と交友を 合等で見守る

援助者でなく パートナーが

地域住民とのつながり

認知症への偏見、隣人が当事者を追り 家族は近所の人 理解不足 に全てを知られた い込んだこと有

地域住民と/

オレンジ手帳配布 協力機関が多い

介護職のキャラバ 専門職がつながる可能性 ンメイトが多い

生活状況が見え

真意が把握で

きずケアマネ

負担感有

と思っている 視点が新鮮

独居・高齢者世帯

キーパーソン不

医療職が抱えるもの

症状悪化から入 、院目的の受診有、服薬調整でき

情報共有したい

入院困難事例

介護職が抱えるもの

他職種や住民の

家族の不理解 物忘れ伝え激怒

相談場所を知ら

ないことあり

認定を受けて、

もサービスに

つながらない

支援のポイント~関係者がつながって連携へ

他職種の基本的な

動きがわからない。

早期対応 本人・家族教育 民への普及・啓発

服薬管理・健康 管理体制重要



情報収集しアセス



生活環境変化 への対応 在宅との連携

それぞれの役割

医療

入院 在宅ケア 気づき~診断 入所 身体症状複合 初期 日常 症状多発 地域住民 介護家族へのサポート、見守い 理解・見守り・支援 介護

意向に沿ったケアスラン作成と提供

告知德妄語 精神的、身体的心機能低下矛盾 信言語 原河信切人 介護職、医療職相談対応、

相談。普及啓発 市•包括

(3)活動を進めたことで得られた成果

地域住民に対して

- ① 普及啓発活動の効果もあり、住民の認知症への関心が高まってきた。地域包括支援センターや市等の相談窓口へつながることが多くなった。
- ② 元気な頃から認知症に備え記入する「いさはやオレンジ手帳」(認知症対策推進会議作成) の普及が進むことで、認知症に対する偏見が和らいできている。いさはやオレンジ手帳を、住民が自主的に周囲の方へ配布するようになってきた。

相談対応について

オレンジ手帳やオレンジ連携シートを用いることで、専門相談・推進員の相談対応や認知症 初期集中支援チームでの対応などが、実態に即したものとなり、相談体制を充実することができ た。

医療と介護の連携について

- ①多職種協働研修や介護関係者・医療関係者の専門団体への説明、地域ケア会議などで、オレンジ連携シートを活用することで、それそれの役割や連携の重要性について普及啓発ができた。
- ②情報共有ツールをすすめることで、関係者がお互い顔の見える関係を望んでいることがわかり、すすめることができた。
- ③専門相談や窓口相談、事業所で開催するミーティングなどで、介護職への個別の支援を行うこともできた。
- ④情報共有ツールの活用により、医療職や介護職が話すようになり、成功事例の報告が聞かれるようになった。

困難事例の対応

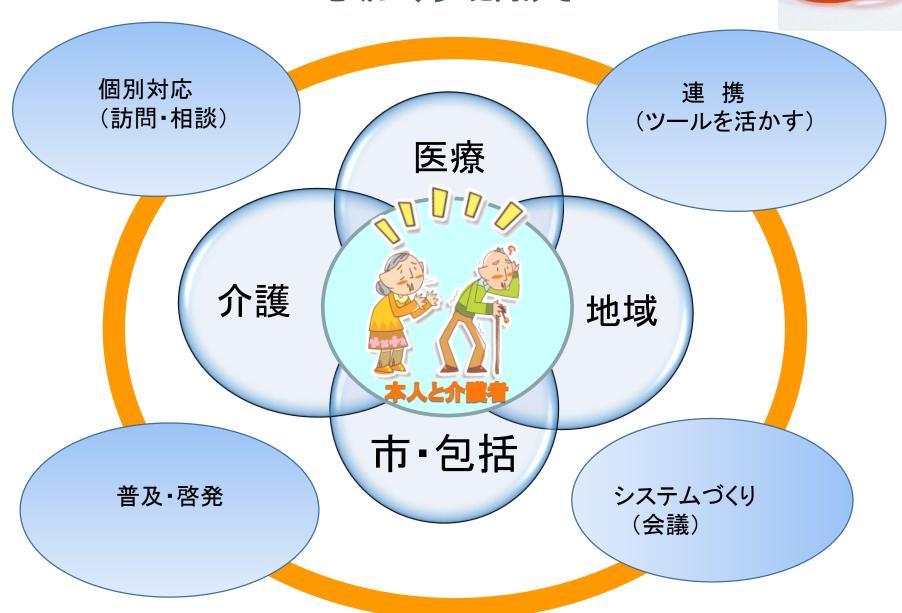
認知症の方の運転問題や、徘徊、万引き、消費者被害などの案件も、地域包括支援センターやケアマネと連携し解決に導くことができた。

(4) 今後の活動課題

- (1)介護と医療の連携、介護間の連携
 - ・退院時、在宅介護、介護施設入所への移行時 職種ごとに異なる視点 関係者間でのアセスメント・援助目標の共有の必要性
- (2)早期対応が充分にできていない
 - ・普及啓発を加速することも必要
 - ・空白の期間を埋めるための関わり
- (3)認知症の人の視点を重視した取り組み
- (4)市民ボランティア等が自主的に行う認知症カフェ、サロン、見守り、生活支援などの情報把握とネットワーク

認知症の人のケアの流れを円滑にするための環境整備 ⇒「認知症になっても大丈夫な地域へ」

"認知症になっても、住み慣れた地域で安心して生活できる 地域づくり"に向けて



参考:

いさはやオレンジ手帳、オレンジ連携シート 活用事例紹介

はまこさん75歳 娘夫婦と同居



自分史シート

暮らした歴史を振り返るためのシートです。

	<u>が返るにめのシートです。</u>	
年代(元号)	私の呼び名	心に残る
住所地(町)	毎日の暮らしぶり	思い出や風景
同居家族	(食事・遊び・仕事・娯	家の廻りの風
	楽・友人関係など)	景
大正10年 長崎県B市	父親の仕事の関係でB 市に住む。3 歳の頃、母 他界 5 歳の頃、父(諫早出身) も他界。兄と二人残された。	じゃっぺい、ケーク・中
叔父夫婦	既早の叔文天婦に引き取られるも、叔父も他界。 私も兄も居場所がなかった。小学校へ行っていたが、学校から戻ると家の手伝いをしていて友人と遊べなかった。	じゃがいもの皮 をむきながら、 うたた寝をして いた
昭和18年20 歳で結婚し 福岡県A市 に住む(夫、 義父母) 子供	半年、B市で工場に勤める。結婚してからも仕事(土方)に行ったり、家のことをしたり忙しかった。B市から福岡県A市へ。帰る方法もわからず、そこにいるしかなかった。	戦時中は子供 を連れて防空 壕へ
	年代(元号) 住所閣 下10居家 下10年 下場 日本 日本 日本 日本 日本 日本 日本 日本 日本 日本 日本 日本 日本	年代(元号) 私の呼び名 住所地(町) 毎日の暮らしぶり 同居家族 (食事・遊び・仕事・娯楽・友人関係など) 大正10年 長崎県B市 (文親の仕事の関係でB市に住む。3歳の頃、母他界5歳の頃、父(諫早出身)も他界5歳の頃、父(諫早出身)も他界5歳のよこ人残された。 諫早A町 叔父夫婦に引き取られるも、叔父も他界。私も兄も居場所がなかっった。小学校から戻ると家の手伝いをしていて友人と遊べなかった。

	年代(元号) 住所地(町) 同居家族	毎日の暮らしぶり (食事・遊び・仕事・娯	心に残る 思い出や風景 家の廻りの風 景
壮年期(25~45 歳頃)	福岡県A市	仕事に家事に忙しい 日々 子供の洋服を編んだり縫 ったりしていた。	お腹に子供を 抱えながら <u>流産</u> <u>覚悟で土方の</u> <u>仕事をしていた</u>
中年期(45~65歳頃)	! '' ' !	夫が定年退職後、昭和×年にB市で家を建てた。勘染みのない土地で友人もおらず、寂しかった。平成△年に夫がなくなったので諫早市に帰る	
高年期(65歳頃)	諫 早A 町 に 戻り、娘夫婦 と同居		は~ちゃんと呼

輝いていた頃の思い出 諫早に帰ってきたと同時に、ひ孫が生まれた

わたしの生活リズム~できるごとシート

記入日 年 月 日記入者

生活リズムを、下の表に書いてみましょう。

	<u> </u>	`—	_ `	, ,,	<u> </u>	. – – ,		, 0-	<u> </u>	- 0								
4	6	6	8		10	1	2	14	1	6	18	20	22	()	2	4 E	庤
	•	起床	身支支	デイサービ		•			•	帰夕宅食			就寝	•				
				え														

あてはまるものに〇を付けましょう。

できる 手伝いがあれば できない

	-F -	-	_	ニギャリ ナオ エにいの中南
	項目	# F~	シ	こだわり・方法・手伝いの内容
	起床		٥٠٠	声かけで起きる
	移動・移乗		٥٠٠	壁や建具につかまり移動。不安定な歩行。屋外 は手押し車。股・膝関節を痛めたことがあり違 和感があり。
	トイレ		٥• •	自動水洗トイレで自立。失敗なし
毎	着替え	\smile	٥• •	衣服の選択や順番に戸惑うため側で見守る
日のリ	身だしなみ (洗顔・整髪)	\geq	٥٠٠	洗面場所を忘れることが、過に 1 回程。洗顔・歯磨 きをすることを忘れることも。様子を見て声かけ。整 髪は自分で。足の爪切りは届きにくくデイ職員介助
ズム	食 事		٥٠٠	食が細く声かけ必要。偏食。水分摂取は促す。
	服薬	<u>~ (:)</u>	۵۰.	管理できず毎回家族が渡し服用する
	入 浴		٥.	デイで入浴。自分で洗身。手が届かない背中を さりげなく介助
	口の手入れ		٥.	夜、声かけが必要
	睡眠		٥.	ときどき夜眠らない。ぼーっと座っている。物 を出し入れ。お金を数える。
	買い物	~ (·)	<u>ه</u>	娘がする。車で連れ出すが店にはいらない。 ほしい物を買うこともない
家の	料理		(°•)	一切できない。
士事	留守番	(:)	<u>ه</u>	娘が買物に行く間(1 時間くらい)はできる
	掃除 ゴミ出し		(;·;)	自分の部屋をコロコロで届く範囲ゴミを取る
管理	金銭管理	\odot		デイに現金を持たせるが収支はわからない。 通 帳の中身も関心持たない。
理	諸手続き	$\hookrightarrow \stackrel{\cdot}{\rightleftharpoons}$	(°•-•)	娘が実施
	会 話	~ (·)		質問をすると、受け答えにまごつくこともある が、会話はできる。
交流	電話応対			鳴っても出ようとしない
	近所 付き合い	Θ	(°-;)	親しい知人がいなくなり、つきあいができなく なった。老人会も、ここ数年いっていない。
健康	通院			娘の送迎にて、月1かかりつけ医に通院
健 康 活 動	趣味・教養活動		٥• •	外出は一人ではできない。デイでパズル

記入日 月 記入者

認知症の人は、介護する人からみると「困った」言動をすることがあります。し かし、それは認知症の人からのSOSかもしれません。今のお花さんに、次のよう な言動はありませんか?あてはまると思う番号に○をし、内容を書いてみましょう。 ※〇はいくつでも可。

盗られたなど被害妄想がある 状況に合わない話をする

(ないものが) 見える、聞こえる

気持ちが不安定

夜眠らない

荒々しい言い方や振る舞いをする

何度も同じ話をする

周囲に不快な音を立てる

大きな声を出す

声かけや介護を拒む

11 落ち着かない

- 12 徘徊する
- 13 家に帰るなどの言動を繰り返す
- 14 ひとりでは危険なのに外に出ようとする
- 15 外出するとひとりでは戻れない
- 16 不要な物をあつめる
- 17 火を安全に使えない
- 18 物や衣類を傷めてしまう
- 19 排泄物に触れてしまう
- 20 食べられないものを口に入れる

その他(

内容〉

何かにつけ泣く。「ここにおっていいんだろうか」→ディでも言葉が出ないと泣くことがある 「孫のように優しくしてほしい」

ショートステイを利用すると「置き去りにされそう」「捨てられそう」と言って不安定になる 夜眠らない

生い立ちが関係している

➡──あ思う番号に○をし、その内容を書いてみましょう。

病気で薬の副作用など

- ! 体の痛み・便秘・不眠・空腹などの苦痛
-) 悲しみ・怒り・寂しさなどの精神的苦痛、 または本人の性格
- → 音・光・味・におい・寒い、暑いなどの 苦痛となる刺激
- ⑤ 周囲の人のかかわりかた
- 6 住まい・器具・物品などによる居心地の悪さ
- 7 気持ちや行動と現実とのズレ
- 8 生活歴・習慣などのなじみのある暮らし方と、 現状とのズレ

何かにつけて泣く

ショートステイで不安定になる

〈内容〉

♪・幼い頃両親を亡くし、 親戚に引き取られ、 その親戚も程なくして亡くなり、 他人の中で辛い生活をして :*t*=

なことは、もしかすると、次のようなことが影響していませんか?

›・生い立ちから自分には出来ないことがいっぱいあり、 他の人のようには出来ない、 また何も持っていな 1ので、それを見せないように明るく振舞っているのではないか

はればれ(共)シート

記入日 年 月 日 記入者

認知症のケアには、その人の<u>個性や歩んできた人生を重んじ、尊厳を守ること</u> が大切です。

認知症になっても、下の図のような「こうしたい・こうありたい」という気持ちがあるといわれています。



- ・ デイサービスで、とんちを利かせて周囲を笑わせている。明るく社交的
- ・ 「こんな年寄りでも仕事があるやろうか・・・」仕事をさせてもらえると嬉しい →デイサービスで洗濯物たたみを快くしてもらっている。「バイトバイト」と言っ て洗濯物を楽しそうにたたんでいます
- ・ ディでの昼食後・入浴後のうたた寝
- ・ 難しいパズルに集中しているとき
- · 手仕事をしているとき。らっきょうの泥を落として、皮をむいて、芽を取って漬 · けるだけの状態にする。洗濯物をたたむ。干す前にしわを伸ばして、干すだけに する
- · ひ孫がベッドに潜り込んできたとき
- ・ 車で遠くに出かけたとき。目をキラキラさせていた

仕事好き

記入日 年 月 日 記入者

家族の誰かが認知症になったとき、誰しもショックを受け、とまどいます。しかし、 認知症に対する理解が深まるにつれて、「あるがまま」を受け入れられるようになりま

認知症の人の家族の多くは、下記の4つのステップを経験します。

ステップ 1

ステップ2

ステップ3

ステップ4

とまどい・否定

以前の本人からは考 えられないような言 葉や行動にとまど い、「こんなはずはな い」と否定しようと します。

混乱・怒り・拒絶

本人にどう向き合った らよいのかわからず混 乱したり、本人を責めた り、拒絶したりします。 疲れ、不安、絶望感にお そわれやすいもっとも つらい時期です。

割り切り

医療・介護などのサ ービスを上手に利用 すれば、家族でなん とか乗り切っていけ るのではないかとい うゆとりが生まれ、 負担感は軽くなりま

受 容

認知症に対する 理解が深まり、本 人のあるがまま を自然に受け入 れられるように なります。

今は、どのような気持ちですか?下の欄に書いてみましょう。

10 年以上前に、認知症の人の症状を目の前で見て話をした経験があるので、母の場合もつい に来たかと冷静に受け入れられるようになった

母から「お母さん」と呼ばれた。今でも自分の生みの親の姿を探しているのではないか。母 の生い立ちを知った上で、今でも母親を探している母を見ていると、できるだけ最後まで母

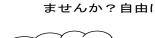
の面倒を見たい。そ と思う。

他にも認知症の人へ

義母の介護を経験していたが、その症状の背景は様々。 いうもので、どう対私にとって、連携シートを使うことで気持ちが整理できた デイ職員等と信頼関係ができた.

幼少の頃、不安定な環境で苦労した母。可能な限り家で

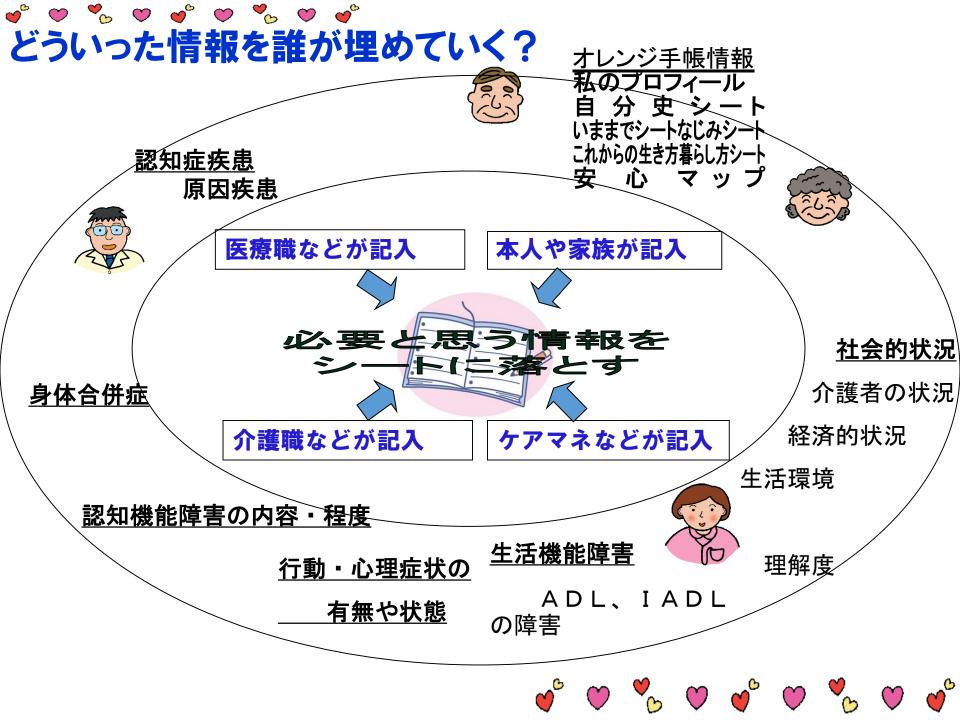
介護の中で、 ませんか?自由に看たり。





- ・ 通帳がないとかお金のことを言ってきたときに、「きたー」と 心の中で叫びました
- マッサージ器にかかって降りるための操作が出来ず、「降りき らんと?」と声をかけると、「ニコ」っと笑顔になり「コクン」 と頷いた。子供になったように思った





情報はどう活かされる?



病状の判断

医療職など

(障害レベル等)



今後の予測と対応方法 隣人などへの協力依頼





本人や家族



予測される身体合併症

必要な処置

医療の提供方法

ケアマネなど



ケア方法

生活リハビリ





レスパイトケア





対応結果をもとに情報更新

認知症、困った時の介護のコツ

認知症の人 がなぜその ような症状 がでている のか?



かわ

住まい・^{哭目} 品ナー非しみ・怒り・

音・光・味・にう精神

おい・寒い、暑い

生活歴・習慣など のなじみのある暮 らし方と、現状と のズレ

ちや行動と とのズレ?



平成30年 7月 2日 第1回 認知症地域支援体制推進全国合同セミナー 認知症介護研究・研修東京センター

【報告2】

「地域共生社会」の実現に向けて たつの市の取組み

~横断的に対応する組織へ~





たつの市イメージキャラクター 「赤とんぼくんあかねちゃん」

兵庫県たつの市

健康福祉部参事兼地域包括支援課長 森下美佳 認知症地域支援推進員 糺 裕子

たつの市の概要

(H30.3.31現在)

- 人 口 77,276人 高齢者数 22,753人
- 高齢化率 29.4% 日常生活圏域 5か所
- ・地域包括支援課(直営)1か所
- 認知症地域支援推進員数 7名
- 兵庫県南西部に位置する。
- 市域の約北半分を山林が占め、 南には瀬戸内海、南北に貫く 1級河川の揖保川など自然環 境に恵まれている。



瀬戸内海と新舞子での潮干狩り





○面

210.93平方キロメートル

○主要産業 手延素麺「揖保の糸」醤油醸造「ヒガシマル醤油」 皮革・かばん産業





聚遠亭



龍野城







本日の内容

- 新オレンジプランと「ニッポンー億総活躍プラン」 「地域共生社会」の実現について
- ・「地域包括ケアシステム」と「地域共生社会」の実現 に向けた包括的支援体制との関係
- ・たつの市福祉施策の方向
- たつの市地域包括支援課の組織づくり
- •認知症地域支援推進員の活動
 - ①認知症初期集中支援チームの活動
 - ②ふくし総合相談窓口での活動

新オレンジプランの基本的な考え方

認知症の人が単に支えられる側と考えるのでなく 認知症の人が認知症とともによりよく生きていく ことができる環境整備が必要

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた 地域のよい環境で、自分らしく暮らし続けることが できる社会の実現を目指す

地域のつながり、地域のもつ力が基盤 地域包括ケアシステムの「土台」地域力強化を

ニッポンー億総活躍プラン 「地域共生社会」の実現

子供・高齢者・障害者など全ての人々が、地域、 暮らし、生きがいを共に創り、高め合う事ができる 「地域共生社会」を実現する。(平成28年6月閣議決定)

支え手側と受け手側に分かれるのではなく、地域のあらゆる住民が役割を持ち、支え合いながら自分らしく活躍できる地域共生社会を育成し、公的なサービスと協働し助け合う仕組みを構築する。

新オレンジプランの考え方と通じる

「地域包括ケアシステム」と「地域共生社会の実現」に向けた包括的支援体制との関係

主な対象者:地域包括ケアシステムは、<u>高齢者</u> 地域共生社会は、<u>すべての住民</u>

> 「地域共生社会の実現」は、 地域包括ケアシステムを包有する概念

地域包括ケアシステムを参考に 地域共生社会の実現に向けた 「包括的支援体制」構築へ

たつの市福祉施策の方向

〜地域包括ケアシステムの動向を踏まえた 地域福祉ビジョンづくり〜

> 高齢者に向けての 地域包括ケアシステムの構築



高齢者、認知症の人も含む、 社会的孤立や複合的な課題を抱える 世帯への対応が求められている



新たな時代に対応した地域福祉

たつの市地域包括支援課の組織づくり

- 〇地域包括支援センターから 地域包括支援課へ(H28年4月創設)
- 〇地域包括支援課内に3係を設置
 - 地域包括支援課係(H28年4月設置)地域支援事業を担当
 - 総合相談支援係 (H29年4月設置)「ふくし総合相談窓口」全世代・全対象型
 - ·認知症支援係 (H30年4月設置) 認知症施策を強化

たつの市地域包括支援課の組織づくり

衆仕掛け①

「地域共生社会」の実現を念頭に置いた、地域包括ケアシステムの構築をめざし、包括内に3つの係をおき、それぞれの役割強化

※仕掛け②

課内3係、共通の課題に対し、係を超え、横断的に編成される プロジェクトチームを組み、定期的に検討会をもつ

課内3係を超えたプロジェクトチーム

- •チームA:地域づくり、社会資源開発
- •チームB:ケアマネ育成
- ・チームC: 認知症対策
- ・チームD:産官学協定

たつの市地域包括支援課の組織づくり

※仕掛け③

総合相談支援係「ふくし総合相談窓口」に 認知症相談センターを置き、認知症相談の 入り口として、認知症地域支援推進員を配置

※仕掛け4

H29年度より厚労省のモデル事業「多機関の協働による包括的支援体制構築事業」を展開

「地域共生社会」の実現を念頭においた認知症施策を はじめ様々な施策に横断的に対応する組織へ

認知症地域支援推進員の活動

① 認知症初期集中支援チームの活動

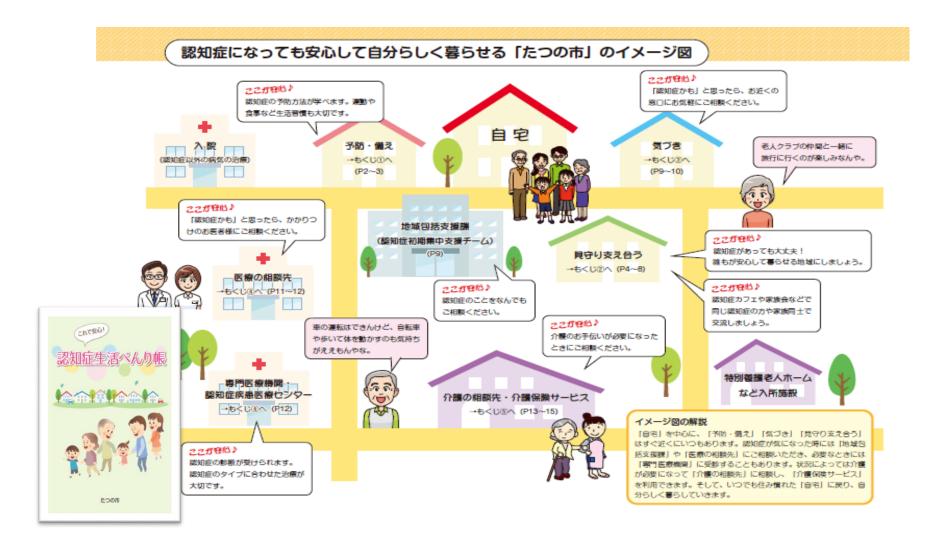
認知症ケアパスも含む地域包括ケアシステム~認知症初期集中支援チームの位置づけ~

「もの忘れが気になる。どこへ相談したらいい?」 「お医者さんに相談したいけど、不安・・」 「行き場所がない・・」

認知症初期集中支援チームが介入しアウトリーチをする 集中支援で本人・家族に寄り添い 標準的なたつの市版ケアパスにつなぐ 適切なケアへ、その人にあった個人ケアパスができていく

ケアパス活用へのきっかけ作り・入り口支援 認知症初期集中支援チームが担っている

たつの市版ケアパス 「認知症生活べんり帳」



認知症初期集中支援事業に取り組むきっかけ

認知症の症状が進行し、危機が生じてからでは課題も複雑化してしまう

- → 地域の "困った人"になったり、住み慣れた家・地域で暮らせず施設へ 認知症の人へのアセスメントが不十分
 - → 適切な認知症ケアが提供されず、認知症の人にとって不幸な対応

そこで!

- 1、認知症対応へ「手遅れ型」になる前に、早期から積極的な支援をする
- 2、認知症ケアパス・適切なつながりへの入り口支援・きっかけづくりをする 認知症になっても地域で暮らし続けられるよう、認知症の人や家族を できるだけ早い段階から支える、認知症初期集中支援事業展開へ

認知症初期集中支援事業の経過

平成25年度

10月~ 兵庫県西播磨認知症疾患医療センターとの協働にて、初期集中支援チーム設置に向け、 チーム員人材育成モデル事業を展開。

平成26年度

- 4月~ 認知症初期集中支援チームをたつの市地域包括支援センターに設置。
- 6月~ チーム体制づくり。「認知症初期集中支援チーム員研修」受講。
- 8月~ 本格始動 医師会、民生委員協議会、地域での出前講座等、あらゆる機会に周知活動実施 認知症初期集中支援チーム検討員会は、既存の地域ケア会議内で開催。

平成27年度

- 4月~ 平成26年度の実績分析、課題を踏まえて体制見直し。新たなチーム員を迎え現場での "先輩チーム員"より随時、人材育成・伝達研修実施「初期集中チーム員研修」も受講。
- 10月~ 認知症初期集中支援チーム検討員会を正式に設置(年3回開催)。 特にサポート医、認知症施策推進事業嘱託医のご協力によるものが大きかった。

平成28年度

4月~ 27年度の実績分析 評価の視点を整理 実態把握調査の精度向上のツールとして DASC導入 委託先の在宅介護支援センター職員向け研修・アンケート実施。

平成29年度

認知症の人の自動車運転免許返納にむけ、チームの関わりのポイントをマニュアル化

認知症初期集中支援チーム活動の流れ ~対象者選定、チーム員会議の細分化などの工夫~

- ① 訪問対象者の把握: 受動的・能動的よって対象者把握
- ② チーム員会議A 対象者選定:チーム員と推進員で1~2か月毎、随時
- ③ 初回訪問事前準備:情報収集、訪問調整、関係機関と事前の連携
- ④ 初回訪問 アセスメント
- ⑤ チーム員会議B 支援方向の仮決定:訪問後、チーム員と推進員で検討
- ⑥ **集中支援**: 医療·介護·地域へつなぐ、本人·家族支援、関係機関連携
- ⑦ **チーム員会議C**:チーム員とサポート医でケース検討
- ⑧ モニタリング、及び終了モニタリング訪問
- ⑨ チーム員会議C:終了モニタリング後、チーム介入の評価検討
 何にもつながらなかったケース⇒ ふくし総合相談窓口 個別ケア会議 へ引継先なしケース⇒ 在宅介護支援センターの定期実態把握による見守り認知症カフェ、百歳体操等の地域の集まりへ

認知症初期集中支援チーム検討委員会:チームの活動、運営評価・検討

認知症初期集中支援対象者の把握ルート ~受動的、能動的に把握~

本人・家族 からの相談

地域・関係機関からの情報提供

気づき

見守りの目

潜在的なケース の掘り起し

医療•介護

実態把握訪問 (DASC使用) 医療機関・ケアマ ネとの連携

認知症初期集中支援の内容 ~医療・介護・地域(3つの柱)へつなぐ~

医療とのつながり

医療機関(かかりつけ医、専門医)への受診が

必要な場合、受診勧奨

介護とのつながり

介護サービス利用等の勧奨等

地域とのつながり

認知症カフェ等、

インフォーマルサービスの利用支援

地域活動への参加勧奨 見守り体制の構築等 たつの市地域包括 支援課が開催して いる 認知症カフェ きりかぶカフェ

医療サービスや介護サービスの安定的な支援に移行するまでの間 (最長6か月)



認知症初期集中支援チーム活動実績

訪問人数 • 回数

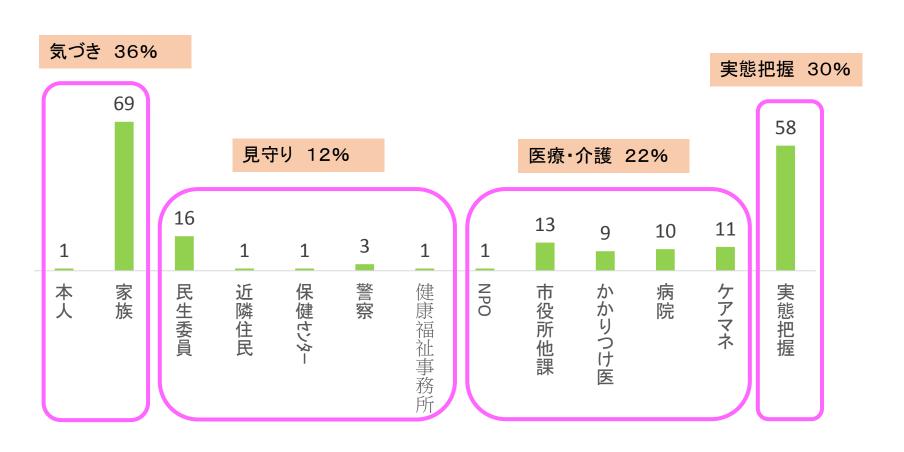
	26年度	27年度	28年度	29年度
新規	51	65	103	109
継続	0	36	26	85
訪問人数	51	101	129	194
訪問回数	74	121	230	394

認知症「初期」への介入

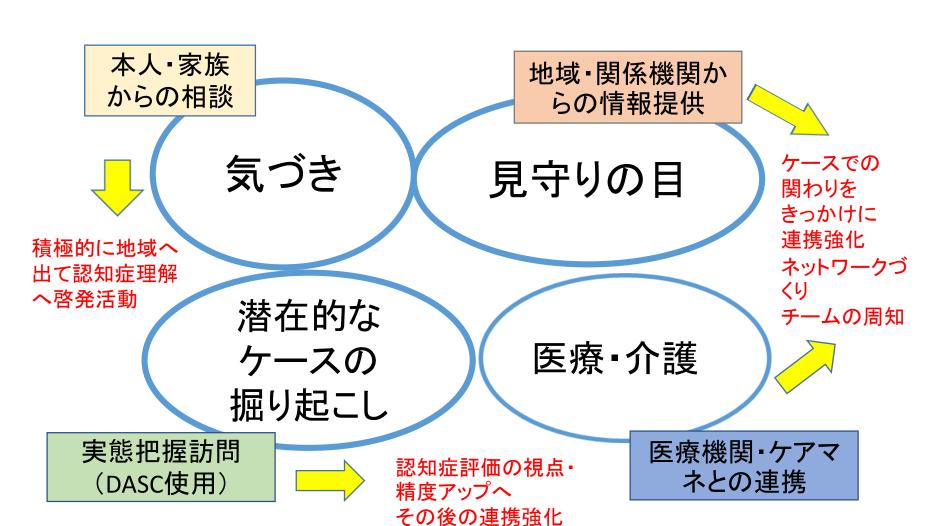
認知症高齢者等の 日常生活自立度ランク I まで	27年度	28年度	29年度
	44人	49人	48人
	43%	38%	25%

認知症初期集中支援チーム活動実績

平成29年度 活動実績より(把握ルート別)



認知症初期集中支援対象者の把握ルート~そして強化していった事~



認知症初期集中支援チーム活動の下支え 「気づき」「見守りの目」を育て根ざす



市民出前講座で普及・啓発



地域包括支援課とたつの市キャラバン・メイト連絡会で協働

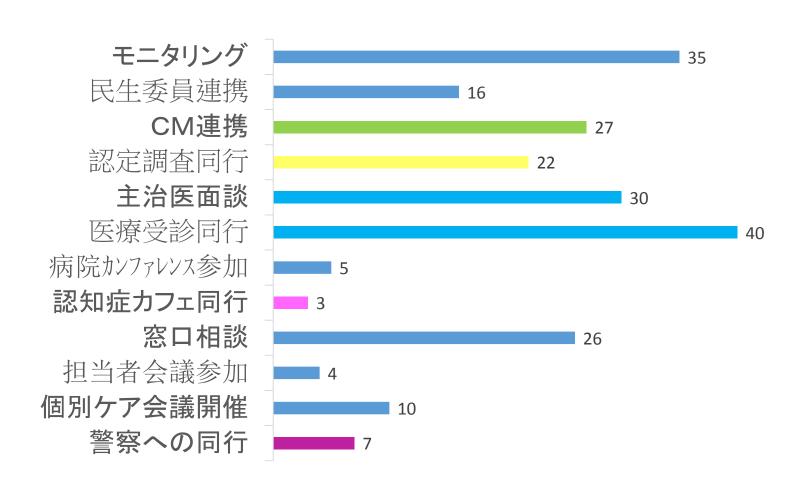
学校 小学校、中学校、高校

職域 郵便局、警察、店舗、市役所ほか

地域 サロンの集まり、老人会等、民生委員連絡会ほか

※その他認知症関連出前講座も多数実施

認知症初期集中支援の内容 ~本人・家族に寄り添う集中支援~



認知症初期集中支援チーム活動の評価

- ☆評価の仕方
 - 1、チームで自己分析(半期ごとにデータをとりまとめ)
 - 2、認知症初期集中支援検討委員会(年3回)
- ☆評価の視点
 - ○認知症「初期」への介入はできているか
 - 〇「集中支援」はできているか
 - 〇集中支援の内容、どれ位本人・家族に寄り添っているか
 - 〇チームの介入効果はどうか

「医療・介護・地域とのつながり」はできたか

〇実態把握調査の効果はどうか

認知症初期集中支援チーム活動 ~認知症の方の運転免許返納への関わり~

- ※運転免許自主返納へ働きかけのポイント
- 1、本人への支援 返納を提案する際は、代替え案をセットで提示 自分の意志で返納を決める様とにかく粘り強く説得
- 2、家族への支援 意志を固める事、ぶれないよう説得 本人拒否の際の、強硬案も示唆 道路交通法及び罰則等を説明
- 3、医師との連携 本人への助言・指導
- 4、警察交通課と連携
- 5、本人にとって影響力のある方との連携

認知症地域支援推進員の活動

②「地域共生社会」の実現に向けて 「ふくし総合相談窓口」の活動

ここで一つ事例を紹介します

相談:70歳代本人(認知症疑いあり)40歳代娘(知的障害あり) 親子2人暮らし。地域より孤立、近隣への迷惑行為で困っている、本人に支援の拒否もあり支援が進まないと相談あり

住環境は、トイレ・浴室も壊れ、洗濯機もなく不衛生な生活金銭管理がうまくできず、税金滞納、生活も困窮していた娘には相談支援専門員(介護保険でいうケアマネ)後見人もつき障害福祉サービス利用中、本人には何の支援も入っていない状態本人は娘の後見人とも上手くいっていない(後見人よりは無駄遣いの母と捉えられている)

高齢者、認知症、障害への対応、住居の問題、生活困窮 地域より孤立、多職種の支援者同士の連携

複合 · 多重課題、関係者も多岐

ふくし総合相談窓口で「丸ごと」受け止め、 多機関と連携して支援していきました

- ・まず自宅訪問し、拒否が強い本人と信頼関係作りから始める 住環境や生活ぶりを観察・情報収集してアセスメント
- ・本人:事業対象者としてケアマネとのつながり作り、本人支援開始
- •娘:相談支援専門員と連携深め、関わりの仕方を共有
- ・世帯全体の支援として「個別ケア会議」をもち、後見人にも現状を知らせ、 支援者間を顔の見える関係にし、連携密にしていった
- ・地域への関わりとして、本人、娘の行きつけのカラオケ屋さんや養護学校の恩師等 理解のある人とのネットワークつくりからはじめ、本人、娘の持つ力の評価 地域の理解者を増やし、地域とのつながりが継続できるよう支援
- 家計支援がすすみ、滞納税金を少しづつ返納したり、住環境も徐々に改善しつつある
- •NPOの食材提供がある所との連携で、食材援助も受けた
- ・本人の言動に、支援者間でも対応に苦慮していた、今後の後見制度利用も視野にいれ 認知症専門医受診し知的障害と判明、診断をもとに支援者の対応の仕方の検討を重ねた

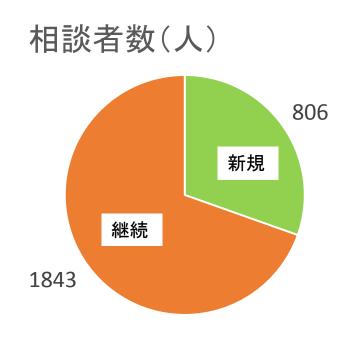
市役所の「縦割り」の対応から包括から横断的「丸ごと」受け止める体制へ

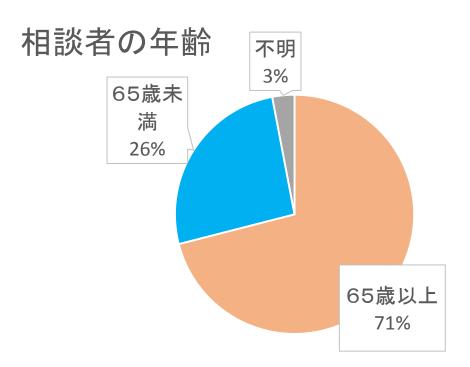
ふくし総合相談窓口(平成29年4月)

- ・認知症相談センター (認知症地域支援推進員配置)
- 基幹相談支援センター(相談支援包括化推進員配置) 相談者支援の機能も有している

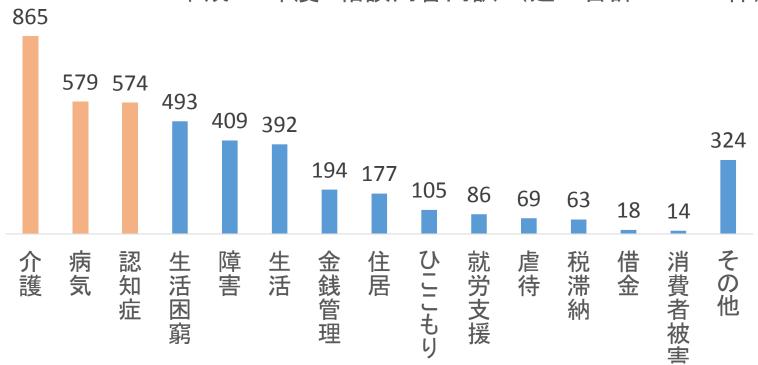
目指すところは

- ①全世代・全対象のあらゆる相談を「丸ごと」 受け止める
- ②多機関の協働による包括的支援体制構築





平成29年度 相談内容内訳 (延べ合計 4362件)



結果、相談内容は多岐で、1人につき2.3件の複合 課題を含む相談を受けた

これだけの相談件数、相談内容の拡がり・・ どう対応していこう??

> 1つ1つの相談を自分たちでアセスメントし 関連するそれぞれの専門の人とつながり **支援の輪にまきこまれてもらおう**

※仕掛け① まず市役所内の庁内連携をすすめる

平成29年度は庁内22課と連携 福祉関連8課だけでなく、下水道課・建設課・農林水産課 学校教育課等、生活や教育に関連する課と連携した

※仕掛け② 庁内・外の連携をすすめる

普段、顔を合わすことが中々ない専門職同士が、 それぞれの役割を知り、顔の見える関係になる機会を持つ 「相談支援包括化推進会議」年4回開催

<参加職種>

職業安定所、障害者就業・生活支援センター、法テラス、保健所若者サポートセンター、成年後見支援センター、司法書士障害年金相談センター、病院(市内5ヵ所)、居宅介護支援事業所(5圏域より各1人)、相談支援事業所(市内6か所)、社協市役所(11か所)

☞ 平成30年度は、昨年度見えてきた課題「生活困窮」 「ひきこもり」について検討していく予定

認知症初期集中支援チーム活動ふくし総合相談窓口の活動を通して

- ・認知症の早期発見・早期対応と同じで、できるだけ早い 段階から「生活困窮」など抱える世帯の存在を把握し、 課題が更に複雑化しないように支援ネットワークづくりを
- ・支援者として認知症・障害などへ、疾患の理解や対応の 仕方などから深める「外側からの理解」と、その人の 言葉に耳を傾け、意思を尊重する「内側からの理解」の 両方を大事にしていく
- ・解決に至らなくても、からみあった複合課題をほぐし 共に考える伴走型の支援をしていく
- ・支援者同士のチームワークを大事に!」よく笑いあう

課長の組織づくり(再掲) 「地域共生社会」の実現を念頭においた 認知症施策をはじめ様々な施策に 横断的に対応する組織へ

たつの市地域包括支援課の中に「推進員」が多いが、 推進員に求められるコーディネーターとして 役割を活かし 横断的な対応へ! コーディネター同士が連携すると さらに強みになる!



ご清聴 ありがとうございました!

たつの市イメージキャラクター「赤とんぼくんあかねちゃん」

平成30年7月3日 第1回 認知症地域支援体制推進全国合同セミナー 認知症介護研究・研修東京センター

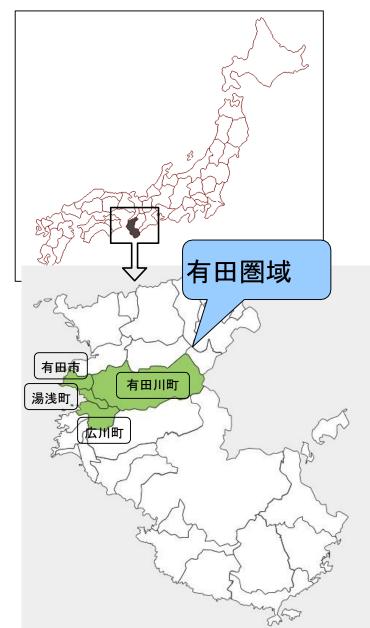
【報告3】

近隣市町、病院・医師も一緒に本人とともにつくる地域の支え合い~本人ミーティングの取り組みから~

有田市/和歌山県

有田市地域包括支援センター 松尾 圭 / 有田市立病院 道場 浩幸

和歌山県有田圏域市町の概要



	有田市	湯浅町	広川町	有田川町
人口(人)	29,250	12,500	7,310	27,130
65歳以上人口 (人)	9,264	4,137	2,289	8,403
高齢化率(%)	31.7	33.1	31.3	31.0
要介護認定者数 (人)	1,839	755	429	1,705
認定率(%)	19.7	18.3	18.4	20.2
地域包括支援 センター	各1か所(直営)			

平成29年1月1日現在 (要介護認定者数・率は平成29年3月末現在)

有田圏域の紹介



新オレンジプラン

7つの柱の7番目

「認知症の人やその家族の視点の重視」



平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

「認知症診断直後等における認知症の人の視点を重視した支援体制構築のための調査研究事業」



本人ミーティング

- ⇒「認知症本人が集い、本人同士が主になって語り合い、これからのより よい暮らし、暮らしやすい地域のあり方を一緒に語り合う場」
- ⇒有田圏域として平成29年度~実施

取り組みのきっかけ・・・

平成29年10月6日(金) 和歌山県合同ワークショップ



○「本人ミーティング」を知る

認知症の方にやさしい地域づくりには本人の視点を重視した「本人ミーティング」 が有効!

- ○認知症地域支援推進員として参加
- 〇有田圏域(有田川町・湯浅町・広川町・有田市)から参加

平成29年10月24日(火) 市町村合同アクションミーティング(in

御坊市)

〇グループミーティング 有田川町、広川町、有田市



どうやって本人や家族にアプローチすれば・・・・

- 「もの忘れ外来」が2ヵ所できた(有田市)
- 本人ミーティングについてDrから勧めてもらえないか?
- ・広川町で本人ミーティングを開催していく予定、有田川町、有田市でも開催して いきたい
- ■「本人ミーティング」を持ち回りで開催して、有田圏域で協力し合いなができる?

・有田圏域(有田川町・湯浅町・広川町・有田市)は1市3町で 「認とも」(認知症啓発イベント)を通じてこれまでも協働してきた!









「認知症と共(とも)に生きるまちづくり」

「認とも」イベントの目標として、当事者参加を挙げていたが、なかなか繋がっていなかった。

「本人ミーティング」をきっかけに当事者の声を活かしたイベントに繋がるのでは?



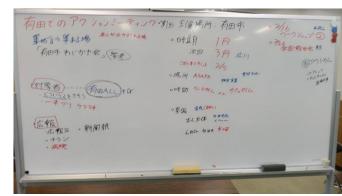
協力し合いながらやってみよう!」(^^)!

- ・圏域で協力、持ち回りで開催
- ⇒
他市町村へ行く事で、参加者の楽しみにつながるのでは?
- ⇒お互い相談しあえる!開催に向けたハードルを下げることができる!? 無理なく、楽しく、楽に!(^^♪

平成29年11月9日(木)(in 有田市立病院)

有田圏域合同(有田川町、湯浅町、広川町、有田市) アクションミーティング

- ○本人ミーティングとは? <u>なぜするのか</u> これまで参加できなかった職員と情報共有
- ○御坊市の取り組み事例を紹介いただく
- 〇今後の本人ミーティング開催予定について
 - ⇒まずは、有田市で1月に開催!(地域交流カフェにて)





平成29年11月16日(木)

第1回有田市アクションミーティング

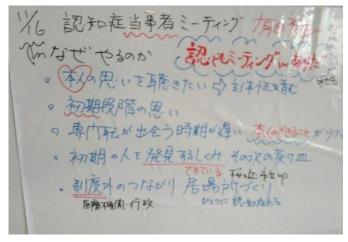
メンバー:市立病院・社協・包括

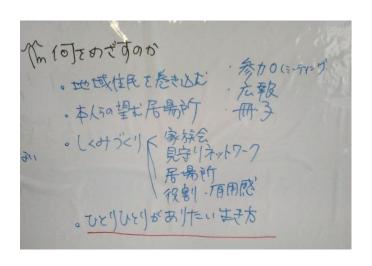
○「なぜやるか」「何を目指すのか」確認、情報共有



- そのあとの受け皿となる支援の仕組みがない?
 - 初期の段階から専門職 が関わる機会が少ない
- 一人一人の方がどういった関わりを望まれているのか、どういった地域になればいいのか、「声」を聴ききたい など











平成29年11月16日(木) 第1回 有田市アクションミーティング

- ○「認ともミーティング」と命名
- 案内「どこで」(もの忘れ外来、ケアマネ、包括、体操教室など) 「だれが」声掛けするか役割分担 チラシが必要?

「寄り添うことができればきっと 自分たちにももっとできる事はある」 という前向きな思いから、有田」市での 本人ミーティング企画チームを

「チームYDK!」と命名

Y(やれば) D(できる) K(こ)!

「自分たちはやればできるこ!」



平成29年12月7日(木) 第2回有田市アクションミーティング ー チームYDK! ー メンバー: 市立病院、社協、医師、保健所、包括







説明資料・案内の作成





『認ともミーティング』とは??

『認ともミーティング』とは、認知症の本人が集い、本人 同士が主になって語り合い、これからのよりよい暮らし、 暮らしやすい地域のあり方を一緒に話し合う場です。

『認知症と共(とも)に生きるまちづくり』を目指し、 楽しい企画やイベント共に想いを語り合いましょう!

- 「チーム YDK | 2017.12発行

チームYDKは「Yareba (やれば) Dekiru (できる) Ko (こ)」の略称です。この会の 発起人は専門職です。私たち専門職だけでできることに限界はあるけれど、本人の思 いを知り、寄り添うことができれば、きっと自分たちにももっとできることはあると いう前向きな思いをチーム名に込めました。

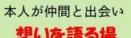
○なぜするの、何を目指してるの?

物忘れや認知症の診断による不安、辛い思いを抱える方は 少なくありません。できるだけ早い段階から本人同士で語り その想いを本人や関係者が共有する事で気持ちが楽になり、 楽しく前向きに暮らしていくことができる本人の視点を重視 した地域づくりを目指しています!!

とんな不安かあるだろう? ·どんな場所や地域、サービスかあればいいんだろう? ・元気に過ごしてほしい







相談、見守り

想いを語る場 想いを聴く場っる

が地域にあれば お互いが楽に元気になれる



"声"をもとに、よりより地域づくり やさしい地域づくり 「ひといひといがあいたい生き方」ができる!



案内

- ・市内の病院、診療所にポスター掲示依頼
- •もの忘れ外来(市内2か所)での案内依頼
- 薬剤師会からも声かけいただき、市内薬局でも声かけ協力
- -ケアマネージャーへ呼びかけ
- -保健所
- •有田圏域地域包括支援センター
- フェイスブック

など

⇒当事者の方、他市町村から、家族からの参加希望の声

平成30年1月11日(木) 第3回 有田市 アクションミーティング! 開 ーチームYDKー 催前、事前打ち合わせ



- -参加状況の確認
- ・テーブルの配置 各グループ5~6人を想定 参加者、ファシリテーター×1、記録×1
- ・ミーティングのテーマ参加者に話したいテーマをカードに記入してもらう⇒カード式、ゲーム感覚で楽しみにつながる!?
- ・スクリーン用意 説明内容や、参加者の発言を映し出す



当日の流れ

- 1受付 2自由に座る、名札へ記名 3オーダー
- ~ミーティング開始~
- 1あいさつ
- 2座席確認 (本人のみ or 家族、友人と同席)
- 3自己紹介(名前、出身、これまでしてきた仕事)
- 4テーマに沿った意見交換(カード式)
- 5参加者からの感想&次回(広川町)案内 終了
- 6お気軽相談コーナー(希望者)



平成30年1月18日(木)14:00 「認ともミーティング」当日!





受付







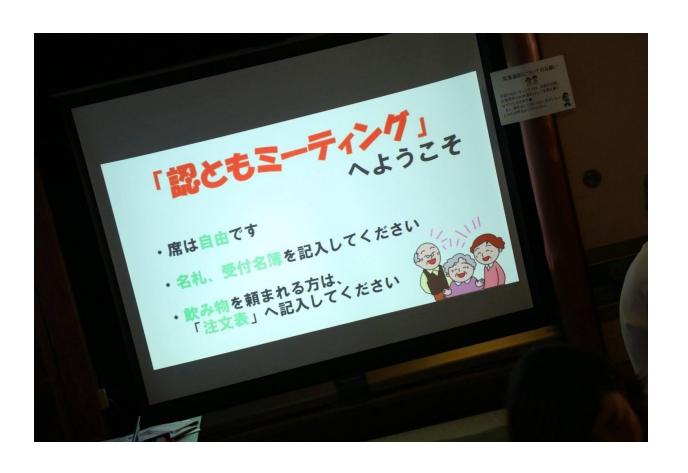
好きな席へ



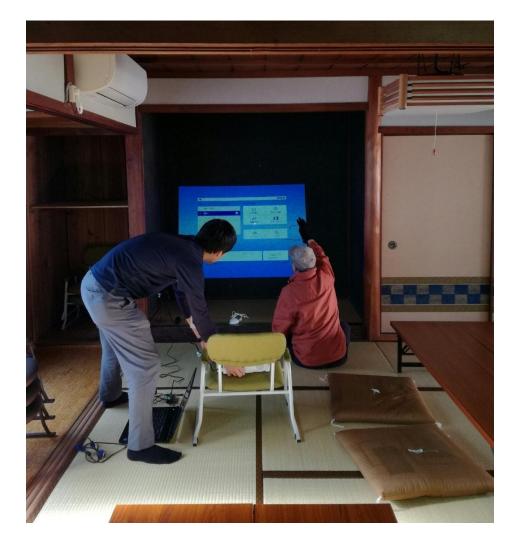
それぞれの席でオーダー

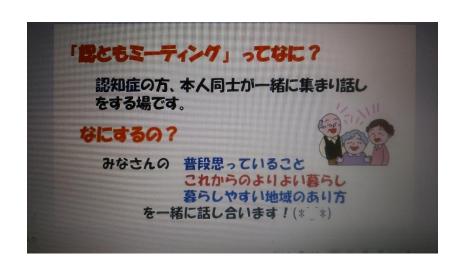






スクリーン設置!

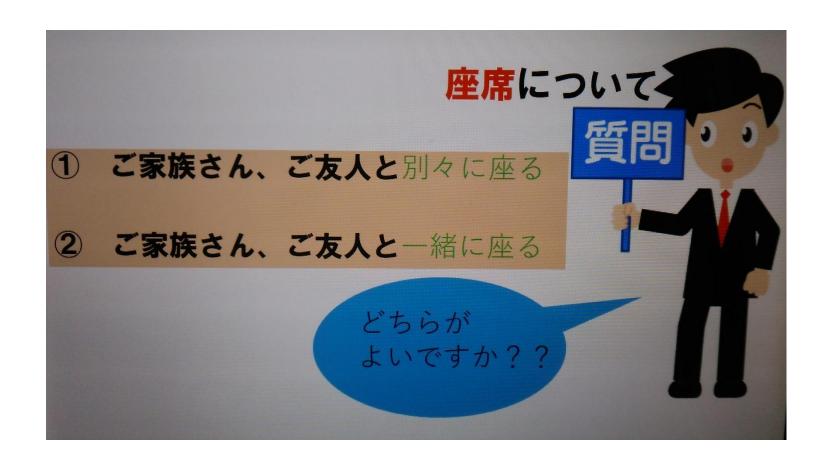






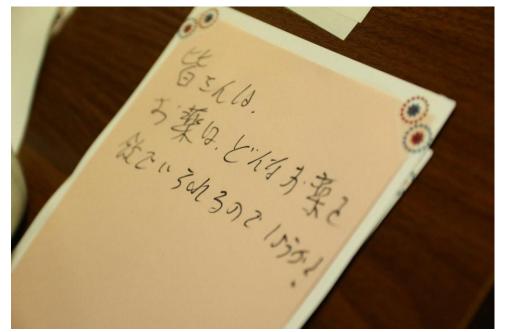


ミーティングの流れ、目的を共有



②"参加者の声"から「ご友人、ご家族と一緒に座る」ことに







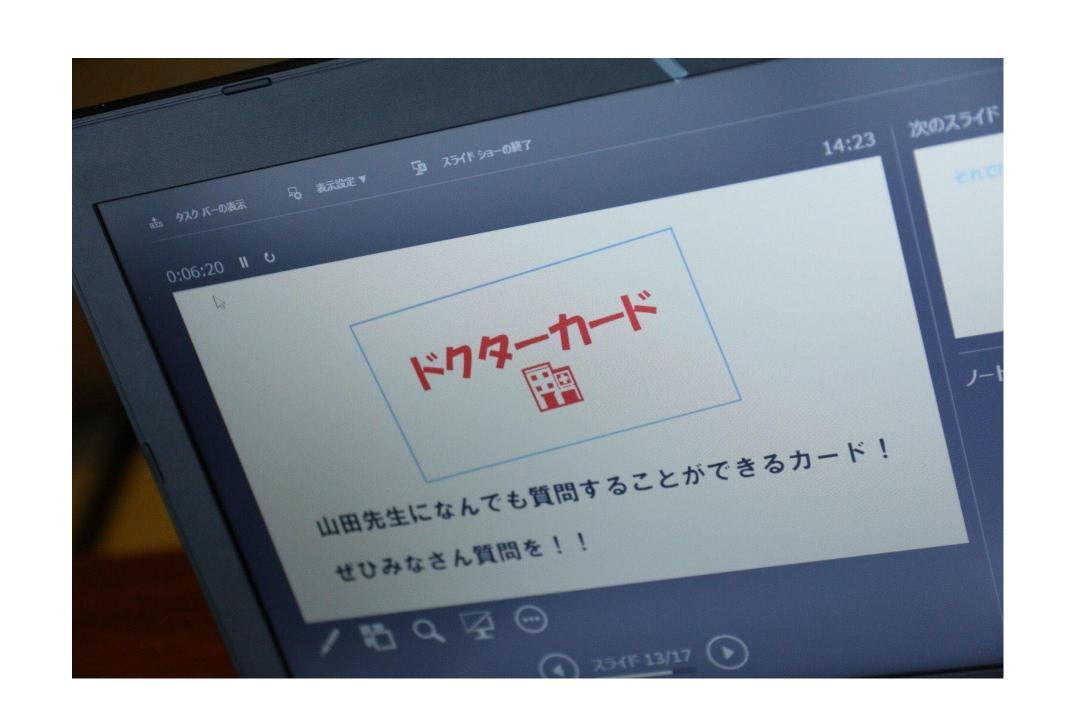
「話したいこと、聞きたいこと」をカードへ記入!



参加者の書いたテーマ

用意したテーマ





それぞれのテーブルでミーティングスタート!



「今言うてくれたことを忘れます、 もう認知症の始まりか な」

「体操教室が少ないんよ、週に2回あったらな」

「洋裁が好き、 80歳でこける までやってた んよ」

「<mark>花づくり</mark>好き、 裏に小さなとこ がある んよ」



「この頃は、 体操も認知症 の忘れんよう にする体操と かもあるで」



「温泉へ行きたい」(ご家族)

「趣味は手で作る細工(船の模型)」

「ギターを始めた、介護施設へ訪問へ行こうと思って」

「デイサービスで一日中座っている。皆が座っている。皆が座している。皆が楽しめる内容にしてほしい」

「朝起きて粥食べてコーヒー飲んで。自分が健康でいること (が幸せ)。妻も健康でいることとが幸せ、みんなが幸せになってほしい」

「自分が幸せだと思うことが一番」

「薬を飲んだかどうか忘れてしまう。どうしたらいいのか」

「水1つ汲んでくれる人がいない。何もかも一人でしなければならない」



医師から参加者の方へ質問!



「病気があってもなくても、もの忘れがあったとしても、どうやったら幸せに生きられますか?」



「がまん!(笑)気のもちよう」 「泣いて、笑うこと、わろてんかを見る!」 「苦労のない人生ら絶対ないさけ」 「その日のことはその日で忘れる」 「ええように考えるようにする」

感想

『こうしてみんな寄って楽しく過ごさせていただくのが一番ええこと』

『こうして男性女性が集まって互いに意見出して、みんなが発言するのが一番本人にとって活性化する。認知症の人だとその人によって発言できることを聞きだせるようにしてほしい。自分の思ってるることをほり出したらからになれる(すっきりする)』

『ほんまによかったな』



〇参加者 12名 ご本人6名、ご家族3名、ご友人3名

〇スタッフ 17名

〇相談コーナー利用者 2名 (ご家族、相談のみ)



平成30年1月25日(木) ふり返りの会

良かった点・反省点

- 本人の発言が少なかった
 - ⇒ご家族、ご友人と一緒に座ったことも影響 隣の テーブルとの間隔が近く、ざわついてた スタッフ の人数も多すぎた?



- 次回からは企画段階からの本人参加を!
- ・参加者から「こういった機会が必要」という言葉が聞けた

~振り返りの会の反省~

開催内容の良かった点、反省点の話に終始してしまい、「声」をどう活かすかという話ができなかった(;一;)

認ともミーティング



午前11:00~午後2:30ごろまで

サンライスケア化

広川町広552-4 右地図 (駐車場10台)

なし (*パン等の購入は自己負担)

当日は、会場となりのパン屋さん でお好みのパンを選び、お食事を楽 しみながら認ともミーティングに参 加していただきます。

参加者募集! (申込不要)

*広川町内の方はもちろん、町外の方のご参加も大歓迎です!

問い合わせ先:広川町地域包括支援センター

電話: 0737-23-7724



認知症の人の思いからはじめる まちづくり

認ともミーティングは、認知症の本人が集い、本人同士が主に なって、本人だからこその気付きや意見を語り合い、これからの よりよい暮らし、暮らしやすい地域のあり方を一緒に話し合う場

*この事業は有田郡市1市3町合同で取り組んでいます。

2018年7月18日(水) 午後1:30~午後3:00

地域ふれあいサロンだんらん

湯浅町湯浅2718-1 宝栄湯(おふろやさん)前

なし (*飲み物等は自己負担ください)

参加者募集!(申込不要)

**湯浅町内の方はもちろん、町外の方のご参加も大歓迎です







問い合わせ先:湯浅町地域包括支援センター

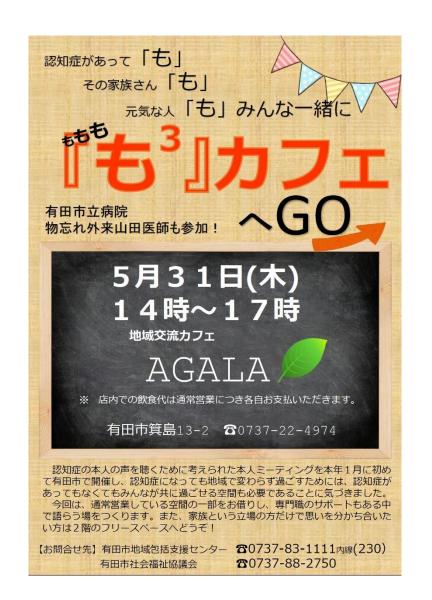
電話: 0737-64-1120

in 広川

in有田川

in 湯浅

「ももも」カフェ開催!!











〇これまでの取り組みを通して

①「本人・本人たち」に対する認識(見方や考え方)の変化

- ・「本人の声(気持ち・希望・考え)を聞く」ということを意識づけられた。
 - →今までは、本人の声をこちらで想像したり、先に家族から聞いてしまって いたが、 事業を計画する段階から、意識して「本人の声を聞く」ことを 考えることができた。
 - →事業だけでなく、普段の業務でも自然と「まず本人の声はどうか」を 意識することが出来ている。
- ・病院でも「本人の声」を元に、各市町村の情報集約、提示など行っていたが、今回の取り組みをきっかけに、その大切さに改めて気づく事ができた

〇これまでの取り組みを通して

②今後の地域支援体制構築に向けて役だったこと

- ・今回、さまざまな立場(民間事業所、社会福祉協議会、病院、行政等)が一緒になって本人を起点とした取り組み(本人ミーティング)を企画・実施したことで、それぞれが普段の業務に戻ってからも意識して「本人の声を聞く」ことが出来ている。
- ・認知症について「自分のこと」として考えるきっかけとなり、それぞれが 自分にできることをみつけ、そのつながりが広がっていくことで 「認知症になっても大丈夫」という意識につながっていける
- ・企画段階から他機関が意見交換して関わった事で、チーム力が上がった

有田市立病院との取組みを制御との取組み

有田市立病院 医務課 道場浩幸

認知症地域支援推進員(H29/6月末)

有田市立病院の概要

【開設者】

有田市

【許可病床数】

一般: 153 床 (一般病棟 54床・地域包括ケア病棟 99床) ・ 感染:

4床

【診療科(標榜)】

12科(内科-循環器科-外科-整形外科-泌尿器科-皮膚科-産婦人科-小児科-耳鼻咽喉科-眼科-脳神経外科-麻酔科)

これまで認知症の患者・免許更新の診断書は、 脳神経外科医(非常勤)や開業医 県立こころの医療センターに対応してもらっていた。



【背景(きつかけ)】

平成28年冬 有田市立病院 経営戦略委員会(≒ボトムアップ提案会議)にて

『院内でも増え続けている <u>認知症患者対策</u>しませんか?』が きっかけで、様々な取り組みを開始 しました。



認知症患者対策の強化作戦

- ●職員みんな認知症サポーター計画 職員がキャラハンメイトとなり、院内研修や新人研修 に 現在職員の半数100名がサポーターに
- ●認知症ケア専門士の増員 O人⇒5人
- ●看護相談外来(認知症ケア)の開始 認知症ケア専門士中心に、無料患者相談
- ●認知症ケア加算2の算定開始 院内マニュアル作成・研修会の実施
- ●認知症対応の医師を招聘しよう
 - ⇒平成29年4月から、認知症の専門医師が週1日来てくれることに!



やること増えてきたので 特化した委員会 作成! (認知症対策委員会)



有田市立もの忘れ外来

山田医師

• 初診枠:3人(予約制)

• 再 診:初診の合間に3人程度

• 特 徴: - その日のうちに鑑別診断

↑MRIをもの忘れ外来専用枠で確保



• 自作ガイドブックで説明

まだまだ相談したい人は看護相談外来へ誘導

有田市 もの忘れ相談 ガイドブック



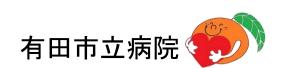
地域との連携(イベント編)

- ●有田市立病院 健康フェスティバルでの認知症カフェフェスティバル参加者に<mark>認知症啓発</mark>
- ●有田市立病院 健康講座認知症ケア専門士が院内で住民向け講座 「認知症を知ろう」
- ●有田市 病診連携懇話会 講師:山田医師
- ●有田市介護予防講演会の「もの忘れ相談コーナー」担当
- ●地域の認知症カフェの「もの忘れ相談コーナー」担当

地域包括支援センターや地域の関係者とコラボ







地域との連携

(本人ミーティングへの協力)

有田圏域合同開催の「認ともミーティング(本人ミーティング)」

企画段階から医師も参加し、当日、医師・認知症ケア専門士等参加

※平成29年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

認知症診断直後等における認知症の人の視点を重視した

支援体制構築推進のための調査研究事業

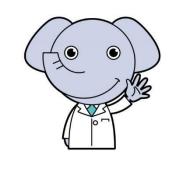




病院の診断後 ⇒ 介護サービスを受けるまでの間

↑『初期の空白期間』↑

本人たちは、どのようなことをしたいのか 何を悩んでいるのか



診断を行う病院

症状が軽度の人・重度の人、様々な本人の声を聞ける場所



地域との連携 (本人の声から その①)

- ・本人の声『地域包括支援センターって何するところ?』
- ⇒有田圏域の各地域包括支援センター案内チラシを集め、患者に配布

【派生】認知症イベント情報も診察時に配布ポスター院内掲示

・本人の声『家の近くで、予防体操とかしたい・・・』

⇒有田圏域の介護予防教室のMAPを使い、医師が説明・誘導



有田地域 もの忘れ相談 ガイドブック



地域との連携(本人の声から

その②)

免許返納関係の診断書を作成する病院

・本人の声『車の免許がなくなると困る』

⇒病院が免許返納した受診者に、

地域のデマンドバス(コミュニティバス)チケットの支援

現在利用者:月7-8人程度



全国初?

たかだが100円のチケットだが

『支援普及のきつかけになってほしい』

市町村·警察署へPR



周辺市町村で、

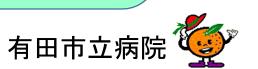
返納者へのタクシー助成券サービスが始まった!

小さな公立病院からのメッセージ

- ★認知症疾患センターじゃなくてもいろいろ出来る 週ーの非常勤医師でも出来た
- ★病院は認知症患者の入口
 - ◎情報発信にはもってこい

&

- ◎本人(軽症~重症)や家族の声が聞こえる場所
- •ぜひ病院を巻き込んで
- •一緒に取り組みましょう



平成30年7月3日 第1回 認知症地域支援体制推進全国合同セミナー 認知症介護研究・研修東京センター

認知症の私が体験していること 願っていること

福田 人志 認知症当事者(佐世保市在住) 日本認知症本人ワーキンググループ

中倉 美智子 パートナー

1

福田 人志



- 〇1962年、山口県岩国市生まれ。(現在、56歳)
- ○長崎県佐世保市の高校 (電子工学科)を卒業。
- ○大坂北新地の料亭に住み こみ、料理人修行。調理師免許、ふぐ免許取得。
- 〇1992年、佐世保市に戻り、 テーマパークのレストラン、 病院の厨房などで調理師と して勤務。

はじまりの頃

□2010年 (48歳)頃 味覚の異変に気付く。うつ病を疑われる。

□2014年(52歳)頃 アルツハイマー型認知症と診断される。

これから自分は、どうなっていくのだろう?

⇒テレビ やネット、本をみると・・・ さんざん暗い情報・・・。

たくさん苦しみ、いっぱい悲しんだ。

- ◆人間として崩れ行く僕に未来は無い・・。 一度脱線した人間はもう人生の線路に戻れない。 人として生きていくことは難しい。何度もそう感じました。
- ◆周りの人々の、言葉無き態度から、そんな風に私を みていることを読み取ることもありました。
- ◆悪いことばかりが、頭から離れなかった。 実際に生活も毎日、物忘れが増えていきました。 今した事を忘れたり、大切な用事も思い出せず、 「ああ~なんでだろう~」と自分が壊れる恐ろしさで 耐え切れずに、何度も悔しくて涙を流すこともありました。 「人間やめたい」。

絶望の淵から、救い出してくれた人がいてくれた。

- ◆苦しい日々の中でも、自分の側にいてくれる人がいた。自分は一人ではなかった。
- ◆僕が落ち込んでいく負のエネルギーの中でも 諦めないでいてくれる人がいた。

◆自分を取り戻し、立ち直っていくことを、 時間をかけて待ってくれた。

思いを書に、そして絵に

◆思いを書きつけたたくさんのメモ

◆そのメモのひとつひとつのことばを、パートナーの中倉さんが書に。

◆一行の書が増えていった。 そこに絵を描いてみることに。 (それまで描いたことはなかったけれど) できるだけたくさんの色を使って。

◆一枚、一枚、描くごとに、気持ちが軽くなっていった。





生き方を探す

- ◆今日をどう生きて行くのか解決策はあまり見つからず、 1つ1つの書類などの手続きにも、ため息が何度も出る ぐらい、ただ無駄に時間と日数がかかります。
- ◆気がつけば、僕の住んでる街や、長崎県そしてこの国は認知症の僕らのことを、どう思っているのだろうと、少しづつ疑問が増えていきました。

◆認知症ではありますが、自分なりに考えてみようと思いました。

認知症への社会の意識は・・・

◆認知症の診断名をもらい、精神障害者になりましたが、 現実には、僕らに対するイメージを、勝手に作られてしま っていると感じます。

- ◆認知症という言葉は活字で見るとなぜだか、悲しみを感じてしまいます。人としての温かみのある「価値観」は、少しも表してはいないと思います。
- ◆「病名」を聞いただけで、勝手に「何も解らなくなる」という イメージを作らないでほしい と思いますし、判断を誤ら ないでほしい。
 - * 出来ることは、まだまだ沢山あるんです。

苦しくても、自分の正直な気持ちで伝えたい

◆毎日生活していると、ストレスがじわりと体に感じることが多くなり、不安な気持ちが募ります。 それでも、じっと耐えて我慢するのが、周りの人にも 迷惑をかけないなら、それが一番良い対処法だと 思いがちです。

◆でもそれでは、私達や介護者も、精神的に心のバランス を崩してしまい、病状悪化にも繋がってしまう。

◆私たちは苦しくても、自分に正直な気持ちで、相手に伝 えたいという思いがあります。

人としてのプライドを守るために努力している

◆日々の不便さと、「どうすれば」、うまくつきあってい けるか・・・。

◆失敗も繰り返しながら、人としてのプライドを守るために 努力しています。

◆しかし、今まで人生を築いてきた中で積み重ねてきた 社会的経験や、人間としての価値観、それに大切な 個性や性格~そして変わらぬ家族愛~ までもが、「認知 症」という言葉に飲み込まれてしまい、人として否定され て、身動きがとれないでいます。

僕らは普通でありたい

◆僕が思うことは、私達当事者は見た目が普通なら、中身 も普通の人ですし、心も敏感であります。

- ◆僕も含めて認知症の人達は、一人一人が日々の生活や 出来ることも様々であり、普通の人と変わらないライフ スタイルを築こうとしていますし、努力している方も沢山 おられます。
- ◆現実には、いまだに「認知症」という先入観にとらわれ、「認知症」のイメージを通してしか僕たちのことを見れなくなっていると感じます。

いいようもない負の連鎖に歯止めを打ちたい

◆偏見が根強い中では、僕達は、自由に生活しにくくなり、 生きて行くための発言さえもできなくて、社会参加も しづらく、この先希望が持てなくなるように思います。

◆私たち当事者側が勇気を持って、思いを言葉にして 皆さんにお伝えしていくことで、「認知症」のイメージを 変えていけるのではと思います。

翻

べた 十食はんこ I'L' L'E 老



皆と一緒に生きる

◆今、佐世保を拠点にして、当事者や家族、市民、医療や 行政の人が楽しく自由に集い、同じテーブルで語り合う 茶話会「カフェ峠の茶屋」を開いています(月1回)。



悩みや不安の解決を すぐには出来なくても、 寄り添うことから始め よう。 出来なくなった事を、皆 で支え合えるように取り 組んでいます。

当事者が、当事者の相談役になろう

- ◆「できないことを素直に話せ、張り詰めている気持ちが ほぐれるような場所にしたい」。 自らも人生に自信をもつために、同じ境遇の人と一緒 に前を向く。
- ◆今、近くの町にも出向いて 本人同士が集まって話し合う 場を、一つ、また一つと増やす 活動をしています。
 - * 行政の人が「無理」と決めつけず、一緒に話し合って一緒に考えてほしい。

皆が住みやすい街へ

- ◆認知症当事者が、「介護される側から、共に介護しあい 介護する側」にもなるように。
- ◆勇気を出して自分で出来る事は、自分で解決していく「心の自立」を楽しく、明るく積極的に進めることが、これからの私達の課題の1つであるとも考えます。
- ◆安心して住みやすい街を目指して、これからも私共なり に、力を合わせて活動を続けて参ります。

お一人、お一人の認知症の人への気持ちと力が合わされば皆さん自身も安心して住みやすい街になると思います。

みなさんの地域が、少しでもでも早く、そんな街になりますように心より願っております。

CONNECTION

メーリングリスト参加メンバー募集中!

"コネクション"は、認知症地域支援に関わるみなさんの情報交換・共有の場です。

コネクションとは



認知症地域支援体制構築等推進事業、認知症総合推進事業等を実施したモデル地域の担当者、合同セミナーの参加者を中心に発足し、自主運営しているメーリングリストです。全国自治体の認知症関係部署、地域包括支援センターの方など、600人超の方が参加してざっくばらんな楽しい情報交換をおこなっています。

「見守りネットワークづくり、どうしたらいい?」「うちではこんなことやってますよ」「わたしのところはこうですよ」など、コネクションに投稿すると、全国各地から、ホットな情報が寄せられます。また「今度、模擬訓練やります。近隣の方、見に来ませんか?」といったお知らせ、各地で発行している定期情報誌の提供もあります。メンバー同士の気軽な相談窓口、楽しい情報交換の場、元気がでるつながり、それが「コネクション」です。

例えば、こんな情報が・・・ (投稿より)

自分が住む地域での活動がほとんどできていませんでしたが、やっと。。。やっと。。。昨日、貝塚市の西小学校のPTAの部会で、34人の方に、認知症サポーター養成講座を開催することができました。さらに、8月7日には、同じ小学校区域の町会の婦人会での開催も決定しています。今回の認知症サポーター養成講座の開催については、たくさんの方に応援していただきました。貝塚市役所の担当者、また、地域包括支援センター、社会福祉協議会、西小PTA会長、PTA部会の役員、西小校区福祉員会等々。養成講座は、①地域包括支援センターが中心となって②貝塚市在住の泉南市認知症ケア研究会のメンバー③貝塚市で事業所を運営している泉南市認知症ケア研究会のメンバー、そして④私の4人で担当させていただき、講座の最後に、泉南市のキャラバン・メイトが作成したキッズサポーターのDVDを見ていただきました。目指すところは、小中学生へのサポーター養成講座、更に地域での模擬訓練と考えています。道のりは遠いですが、あきらめず、ねばり強く、ド厚かましく、ネットワークを広げつつ、活動していこうと思っています。※地域で活動するのは、仕事で活動するのとはまったく感覚が違いますので、私にとっては、すべてが初めての経験になります。地域で活動している皆さんの苦労話やアドバイス等お聞かせ願えればと思いますのでよろしくお願いします。(泉南市 高尾 年弥さんより)

コネクションへの参加希望は、メールでどうぞ

メール件名を「コネクション参加希望」とし、①都道府県/市町村名、②所属部署/法人名、③お名前、④連絡先(所在地住所・電話番号)、⑤メールアドレスを、下記宛で(大阪府岸和田市保健福祉部障害者支援課・庄司)にお知らせください。

shouji-akiyoshi@city.kishiwada.osaka.jp

多くのみなさんのご参加をお待ちしています。地元の関係者にも「コネクション」をご紹介ください。

元代の人士中	44	[二] = (7) / [1] (1)	- 144 1 -11 -4-	-1成 /4 #	W # A F		L->_L
平成30年度	弗 I	凹滤划须	迅以文	法 " 技" (本 和) :	性進王に	割合(的)	セミナ・

※本ワークシートは、1日目終了時に回収させていただきます。 (2日目に反映させていただきます。 2日目開始時に返却します。ご協力をお願いします。)

グループ番号	都道府県・圏域 市区町村名	氏 名

<ワークシート1日目用>

	個人ワーク	地域名・ メンバー名等	地域名 ・ メンバー名等	地域名 ・ メンバー名等	地域名 ・ メンバー名等	地域名 ・ メンバー名等
	自分の気づき、アイディア					
①参考になったこと・	・諫早市の報告に関して					
たこと・気づき	・たつの市の報告に関して					
②自地域で特に活かしたいこと						
③自地域で現在、特に注力していること						
④自分の立場を活かして						

~わがまちからの発信~

都道府県名: 市区町村名:

わがまちPR!

他の地域に紹介したい取組みや、ちょっとした工夫、成果などを自由に!

こんなことをもっと知りたい!

この機会に、こんなことを聞いてみたい、情報を得たいことを具体的にどうぞ。

<ワークシート2:2日目用> 自地域の特徴を	活かしながら、次の一歩へ
5. 1日目の情報や気づきを持ち寄り、話し合おう!	
1)昨日の他地域情報を共有:自地域に活かしたい点	2) 自地域の課題、今後注力すべき点は何か? 確認と共有
6. 和歌山県有田市の取組みを聞き、活かしたい点	7. サプライズ・トークを聞いての感想、活かしたい点
3. 今、やるべきこと、できることはこれだ! ~わが自治体/5	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・
* 昨日からここまでの情報や気づきを振り返り、やるべきこと	
9. 今年度、来年度の取組みをどう展開するか : 今後取組	
今年度中に取組みたいこと / 補強したいこと	来年度、取組みたいこと/計画、予算化につなげたいこと
☆地元に持ち帰って、伝えよう、	 話しあおう、次の一歩を踏み出そう!

平成30年度 第1回認知症地域支援体制推進全国合同セミナー (平成30年 7月 2日- 3日開催)

氏名