

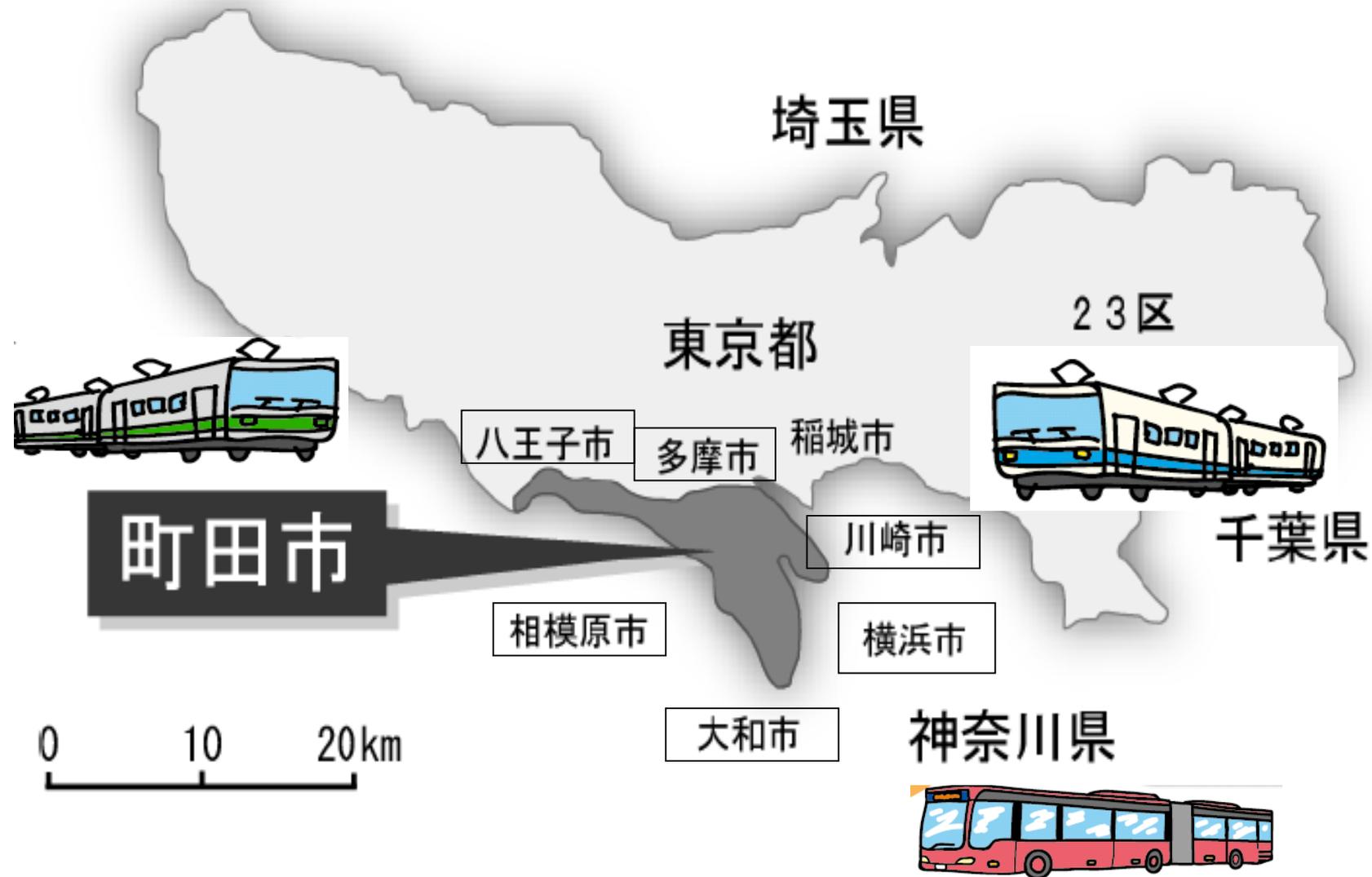
# 東京都町田市における 認知症地域支援推進員の取組み



町田市役所：194-8520・東京都町田市森野2-2-22  
電話番号：042-722-3111（代表）

東京都町田市いきいき生活部高齢者福祉課  
地域支援係 統括係長 古川 歌子

# ■町田市の概要



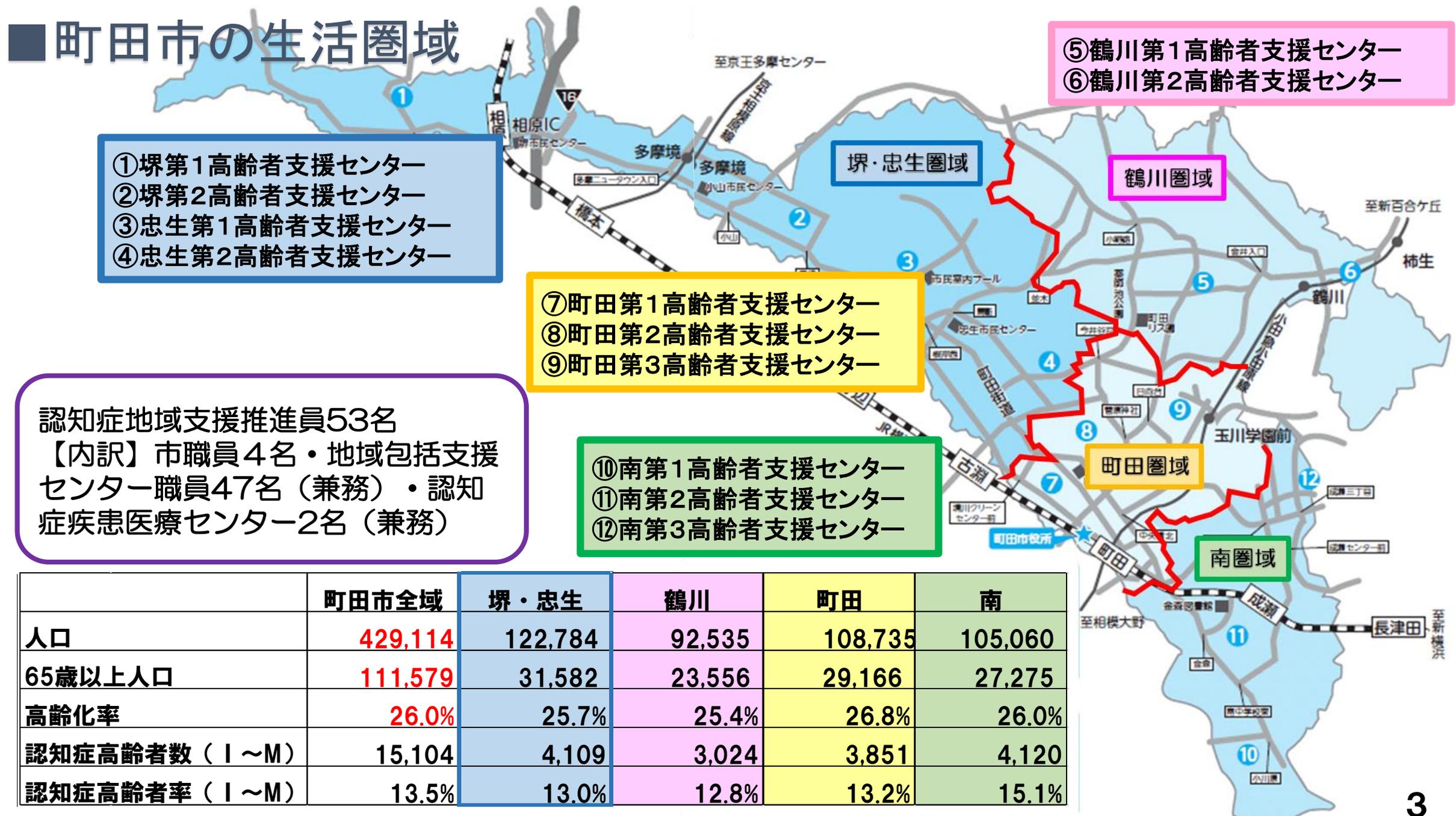
まちだリス園



まちだシルクメロン



# ■町田市の生活圏域



- ①堺第1高齢者支援センター
- ②堺第2高齢者支援センター
- ③忠生第1高齢者支援センター
- ④忠生第2高齢者支援センター

- ⑤鶴川第1高齢者支援センター
- ⑥鶴川第2高齢者支援センター

- ⑦町田第1高齢者支援センター
- ⑧町田第2高齢者支援センター
- ⑨町田第3高齢者支援センター

- ⑩南第1高齢者支援センター
- ⑪南第2高齢者支援センター
- ⑫南第3高齢者支援センター

認知症地域支援推進員53名  
 【内訳】市職員4名・地域包括支援センター職員47名（兼務）・認知症疾患医療センター2名（兼務）

	町田市全域	堺・忠生	鶴川	町田	南
人口	429,114	122,784	92,535	108,735	105,060
65歳以上人口	111,579	31,582	23,556	29,166	27,275
高齢化率	26.0%	25.7%	25.4%	26.8%	26.0%
認知症高齢者数（I～M）	15,104	4,109	3,024	3,851	4,120
認知症高齢者率（I～M）	13.5%	13.0%	12.8%	13.2%	15.1%

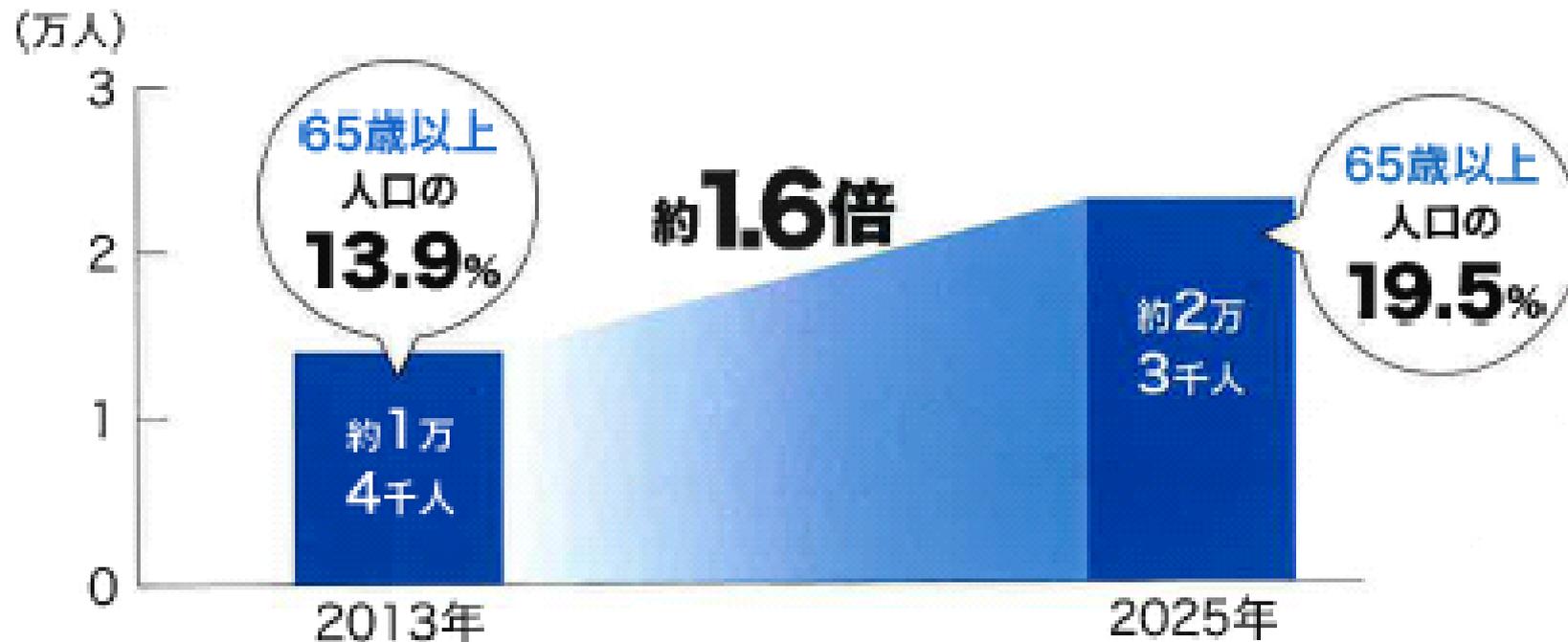
# ■町田市の認知症高齢者の推計

## 町田市の認知症高齢者の推計

町田市の65歳以上の高齢者数は、約10万2千人です。うち、2013年(H25年)の認知症高齢者の推計数は約1万4千人で、市内高齢者の約13.9%です。

市内では2025年(H37年)には、約2万3千人に増加すると推計されています。

### 何らかの認知症の症状がある高齢者(注5)の将来推計



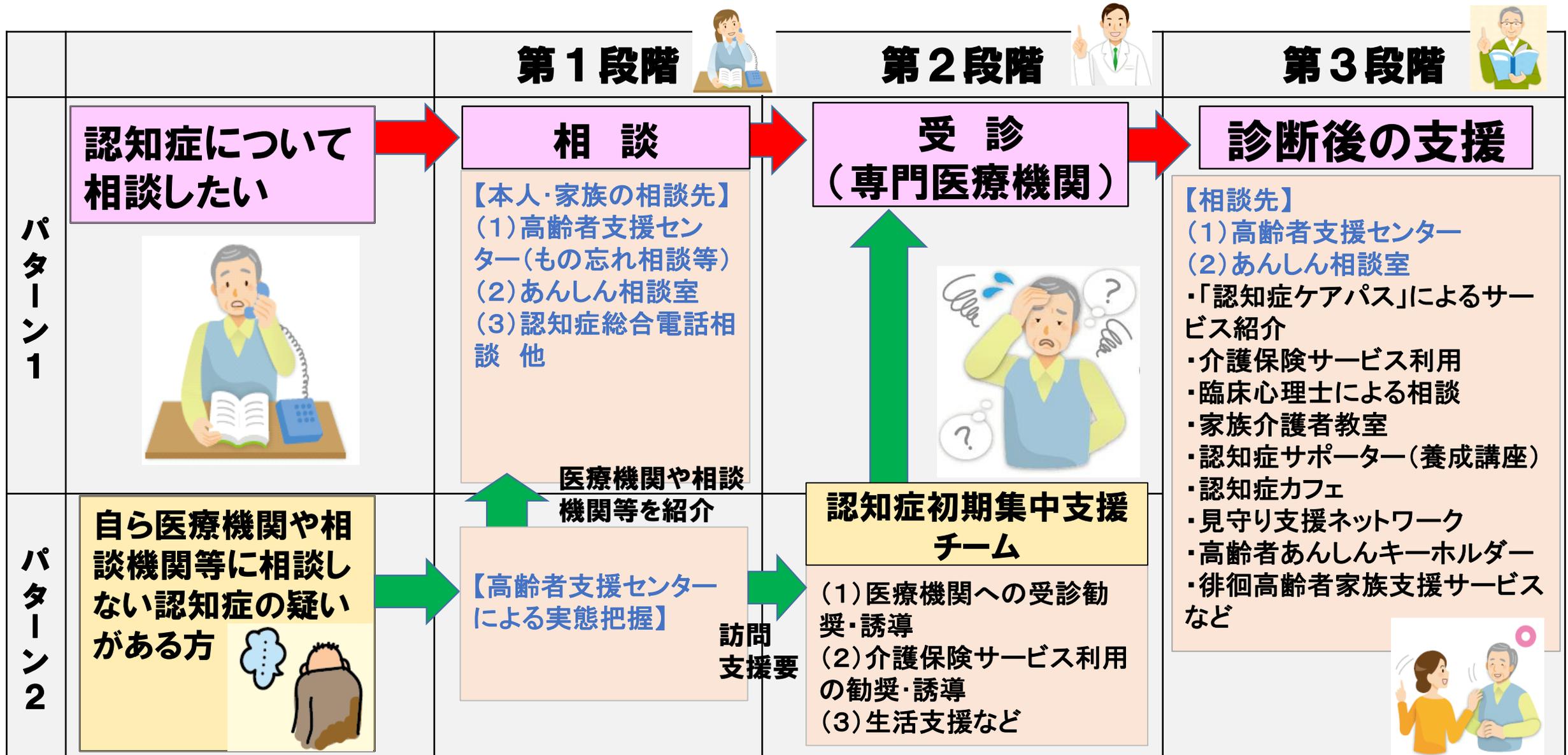
## ■町田市の認知症施策

対象	事業名	事業内容
(1) 認知症予防について取り組みたい方	①認知症発症遅延事業	「ウォーキング」などの有酸素運動と「旅行」などの脳を使う取り組みを組み合わせ、認知症になりにくい習慣を身につけるプログラムを開催。グループの仲間と活動を継続します
(2) 認知症について学びたい方	②認知症サポーター養成講座	認知症を正しく理解し、認知症の人や家族を地域で温かく見守る「認知症サポーター」になるための講座です。
	③認知症サポーターステップアップ講座	認知症サポーター養成講座を受講した方を対象に、さらに活動を深めたい方のための講座です。実際の関わり方についてグループを通して学びます。
(3) 認知症について相談したい方	④認知症電話相談	認知症の総合相談窓口を設置し、市が認知症疾患医療センターに委託することにより、市民やサービス関係者にとってわかりやすい相談体制を整えます。インテークによるサービス紹介から専門相談、専門機関調整など幅広く対応いたします。
	⑤もの忘れ相談	高齢者支援センターにおいて月1回専門医と臨床心理士による相談窓口を設置しています。認知症の早期発見や家族介護による精神的な負担軽減をめざします。
(4) 家族介護者への支援	⑥家族介護者教室	高齢者支援センターで、月1回実施しています。介護方法などの技術的なことや接し方について理解を深める講座です。
	⑦家族交流会	高齢者支援センターで、介護に関する情報交換や悩み事について話し合う会を開催しています。
(5) 徘徊のときの支援	⑧徘徊高齢者家族支援サービス事業	認知症のある方が行方不明になった場合に、現在位置を検索するシステムを使い、ご家族からの問い合わせに応じます。
(6) 見守りに関する支援	⑨高齢者見守り支援ネットワーク	町内会、自治会等を主体とした見守り活動を行なうネットワークで、見守りの必要な高齢者に対し、地域がその変化に早く気づき、地域が支えあう仕組みを支援します。
	⑩あんしん相談室	高齢者の実態把握や認知症高齢者の早期対応を含めた支援、地域の見守り活動、地域ネットワークを推進する役割を担います。
	⑪あんしんキーホルダー	外出時、事故にあったときに身元が分かるように、緊急連絡先の確認ができるようにするサービスです。

# ■町田市の新たな認知症施策(2015年度～)

事業名	事業概要	事業実績
認知症初期集中支援チーム事業	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複数の専門職がチームで訪問し、専門医療機関を受診するための支援や介護保険サービスの調整、家族への支援など、包括的、集中的に支援を行い、自立生活をサポートする。	2014年度2チーム訪問実施 2015年度市内全域対象(4チーム)訪問実施予定
認知症ケアパスの作成・普及	認知症の人の生活機能障害の進行状況に合わせ、どのような医療・介護サービスを受けることができるのかをあらかじめ、標準的に決めておく「認知症ケアパス」を作成し、普及に努める。	2014年度作成 2015年度普及予定
(仮称)認知症カフェの設置	認知症の人の家族の介護負担の軽減などを図るため、認知症の人とその家族、地域住民、専門職が集う(仮称)認知症カフェを開設する。	2015年度以降実施予定
認知症ケアに関わる多職種協働研修の推進	医療と介護等が相互の役割、機能を理解しながら、統合的なケアにつなげていくため、認知症ケアにおける多職種協働の重要性を習得する認知症多職種協働研修を実施する。	2015年度以降実施予定

# ■町田市の認知症施策推進の柱について



# ■町田市第6期介護保険事業計画における 認知症地域支援推進員(地域包括支援センター)の関わり

## (1)認知症初期集中支援チーム事業

→チーム員として活動

## (2)認知症ケアパスの普及

→認知症ケアパスの普及活動

## (3)認知症ケアに関わる多職種協働研修の推進

→研修会への参加、パネルディスカッション・パネラーとして参加

## (4)認知症カフェ(仮称)の開催

→認知症カフェのあり方について検討

# ■町田市における認知症地域支援推進員の役割

## (1) 相談窓口における市民サービスの向上

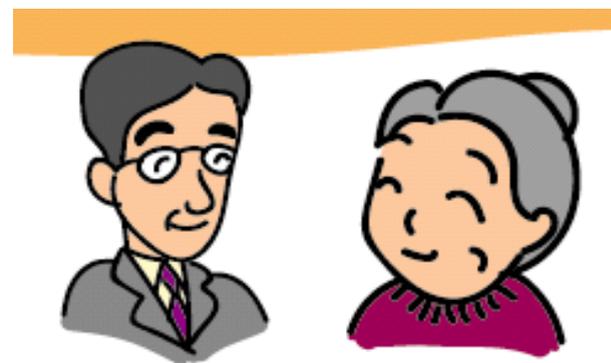
- ・相談・訪問時における認知症アセスメントシート(DASC)の活用

## (2) 医療連携調整力の向上

- ・認知症初期集中支援チーム事業の実施

## (3) 認知症施策の課題検討

- ・認知症地域支援推進員連絡会での検討
- ・町田市認知症施策推進協議会委員(2名)としての参画

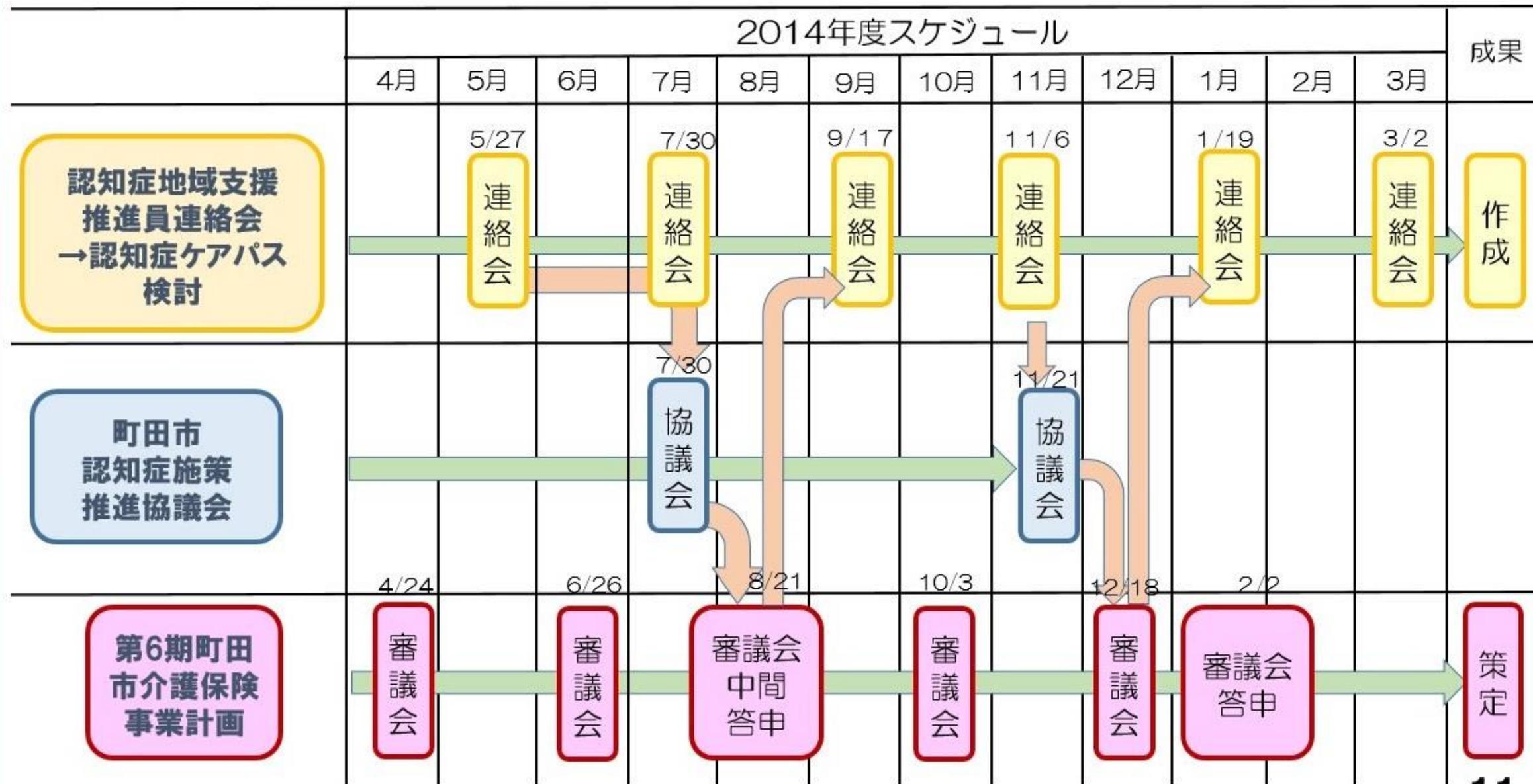


# ■ 認知症地域支援推進員連絡会の位置付け

- ・ワーキンググループとして課題検討を行い  
町田市認知症施策推進協議会へ提案！



# ■認知症ケアパス作成・第6期介護保険事業計画策定に向けたスケジュール（2014年度）



回	開催年月	検討内容
第1回	2013年7月	①オレンジプラン・認知症ケアパス・町田市の認知症施策についての説明 ②認知症地域支援推進員との意見交換
第2回	2013年9月	①認知症高齢者のための相談体制についての提案 ②地域資源シートによる認知症関連資源の洗い出しの提案
第3回	2013年11月	各地域包括支援センターによる認知症に関連する地域資源の整理・提出
第4回	2014年1月	①圏域による地域資源の整理(ワーク1) グループによる発表
第5回	2014年3月	②圏域ごとによる地域支援の整理(ワーク2) 修正作業 グループによる発表
第6回	2014年5月	2014年度の方向性についての説明初期集中支援チーム立ち上げスケジュールと書式の説明 認知症ケアパス作成に向けたスケジュールの説明
第7回	2014年7月	認知症早期対応と診断後の仕組みについて 圏域によるグループワーク
第8回	2014年9月	認知症ケアパス作成①(グループワーク1) 市民向け認知症ケアパス作成
第9回	2014年11月	認知症ケアパス作成②(グループワーク2) 市民向け認知症ケアパス作成
第10回	2015年1月	認知症ケアパス作成③(グループワーク3) 市民向け認知症ケアパス作成
第11回	2015年3月	認知症ケアパス作成④(グループワーク4) 市民向け認知症ケアパス作成

# ■ 認知症地域支援推進員連絡会の進め方

①市職員(認知症地域支援推進員)が事務局として連絡会の検討テーマを設定



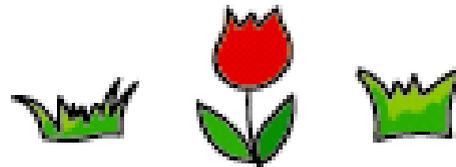
②推進員が多数いるため、グループをつくり(テーマによってメンバー変更)、グループワークを行い、意見集約する。



③テーマに沿った話し合いの結果を、市職員が集約し、認知症施策推進協議会へ付議

# ■グループワーク具体例①

## 地域資源の整理 (2回開催)



芹ヶ谷公園

# ■地域資源整理に向けワークを実施する目的

- (1)軽度認知症から重度認知症の症状や病状の進行に合ったサービスを整理する
- (2)相談時に同じ視点で、サービスの組み合わせや社会生活の維持について説明できる
- (3)認知症状を早期に発見し、適切に医療へつなぐことができる
- (4)早期に本人や家族の不安を軽減するための支援ができる
- (5)地域独自のつながりなどのインフォーマルサービスを顕在化することができる
- (6)圏域で共有することにより、本人の生活の活動の幅を広げることができる
- (7)隣接エリアの社会資源について共通理解ができる
- (8)介護サービスの枠を超えた本人・家族支援を行うことができる
- (9)圏域ごとに社会資源を整理することができる

相談支援項目	生活機能障害	認知症の疑い	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	精神症状が見られるときの緊急時支援 (BPSD)
	見られる症状・行動の例	もの忘れはあるが、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見られるが、日常生活はほぼ自立している	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者の対応などが一人では難しい	着替えや食事、トイレ等がうまくできない		ほぼ寝たきりで意志の疎通が困難である	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を要する
	認知症日常生活自立度	—	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV
期待される支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆周囲による気づき</li> <li>◆高齢者支援センターや市の相談窓口等につなぐ</li> <li>◆適切な診断</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆生活上の困難に対する支援</li> <li>◆できることを活かす支援</li> <li>◆一人で外出した際の安全確保</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆安全の確保</li> <li>◆本人の「できること」を活かした支援</li> <li>◆必要な医療処置の提供</li> <li>◆急変時への対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆安全の確保</li> <li>◆適切なアセスメントに基づくケア</li> <li>◆本人の「できること」を活かした支援</li> <li>◆必要な医療処置の提供</li> <li>◆急変時への対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆安全の確保</li> <li>◆適切なアセスメントに基づくケア</li> <li>◆本人の「できること」を活かした支援</li> <li>◆必要な医療処置の提供</li> <li>◆急変時への対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆合併症の予防</li> <li>◆適切なアセスメントに基づくケア</li> <li>◆本人の「できること」を活かした支援</li> <li>◆必要な医療処置の提供</li> <li>◆急変時への対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆安全の確保</li> <li>◆必要な医療処置の提供</li> </ul>	
社会参加・仲間づくり支援								
役割支援								
身体的ケア支援								
見守り・徘徊支援								
受療支援								
服薬支援								
介護サービス調整支援								
住まい								
家族支援								
権利擁護								

# 認知症の人を支える地域 資源の整理シート

# ■ワークの内容(1回目)

## 圏域ごとによる 資源の選択

- ・ 支援センターごとに資源の洗い出し
- ・ 共有しているサービスの発見
- ・ 項目ごとにまとめ
- ・ 資源の絞込み

## インフォーマル 要素の追加

- ・ 空欄が目立つ項目に着目
- ・ インフォーマル要素の洗い出し

## グループ 発表

- ・ 1グループ5分

# ■ワークの内容(2回目)

## グループ 討議

- ・ 工夫点、相違点をグループ間で確認
- ・ 相違点の背景にある考え方について理解

## グループ内 修正作業

- ・ グループ内で再度修正作業

## グループ 発表

- ・ 修正箇所について発表
- ・ グループ1人5分

# ■地域資源ワークの様子



# 地域資源(圏域)シート ～町田市作成～

いつまでも安心して暮らせる街

町田市高齢者福祉課資料

支援	認知症日常生活自立度						共通分類	いつまでも安心して暮らせる街							
	期待される支援							認知症の疑い	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	精神症状が見られるときの緊急時支援 (BPSD)
	期待される支援									Ⅰ	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa		
a	社会参加・仲間作り支援	社会参加・仲間作り支援	社会参加・仲間作り支援	社会参加・仲間作り支援	社会参加・仲間作り支援	社会参加・仲間作り支援	高齢者福祉センター・自主グループ								
b	役割支援	役割支援	役割支援	役割支援	役割支援	役割支援	高齢者支援センター								
c	受療支援	受療支援	受療支援	受療支援	受療支援	受療支援	専門病院・かかりつけ医・訪問看護ステーション・高齢者支援センター・介護タクシー								
d	服薬支援	服薬支援	服薬支援	服薬支援	服薬支援	服薬支援	訪問看護ステーション・薬局								
e	身体的ケア支援	身体的ケア支援	身体的ケア支援	身体的ケア支援	身体的ケア支援	身体的ケア支援	一般デイサービス・デイケア・通所リハビリ・ホームヘルプサービス・短期入所サービス								
f	介護サービス調整支援	介護サービス調整支援	介護サービス調整支援	介護サービス調整支援	介護サービス調整支援	介護サービス調整支援	居宅介護支援事業所								
g	見守り支援	見守り支援	見守り支援	見守り支援	見守り支援	見守り支援	配食サービス								
h	住まい	住まい	住まい	住まい	住まい	住まい	特別養護老人ホーム								
i	家族支援	家族支援	家族支援	家族支援	家族支援	家族支援	高齢者支援センター・家族会・家族交流会・ケアラズカフェ								
j	権利擁護	権利擁護	権利擁護	権利擁護	権利擁護	権利擁護	ばあとなあ・町田弁護士クラブ・リガルサポート・法テラス・福祉サポートまちだ・消費者センター								

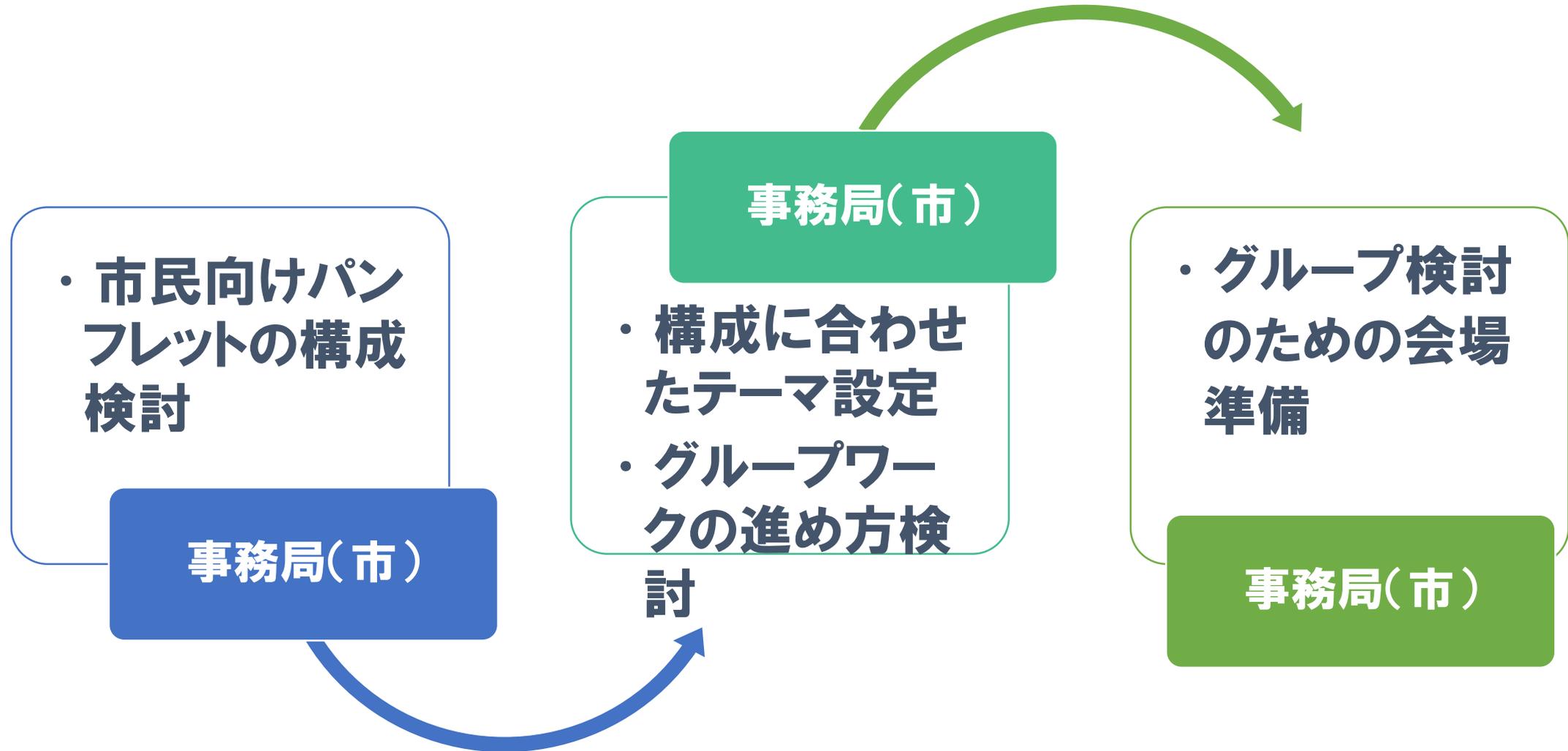
## ■グループワーク具体例②

認知症ケアパス  
市民向け  
パンフレットの作成  
(4回開催)

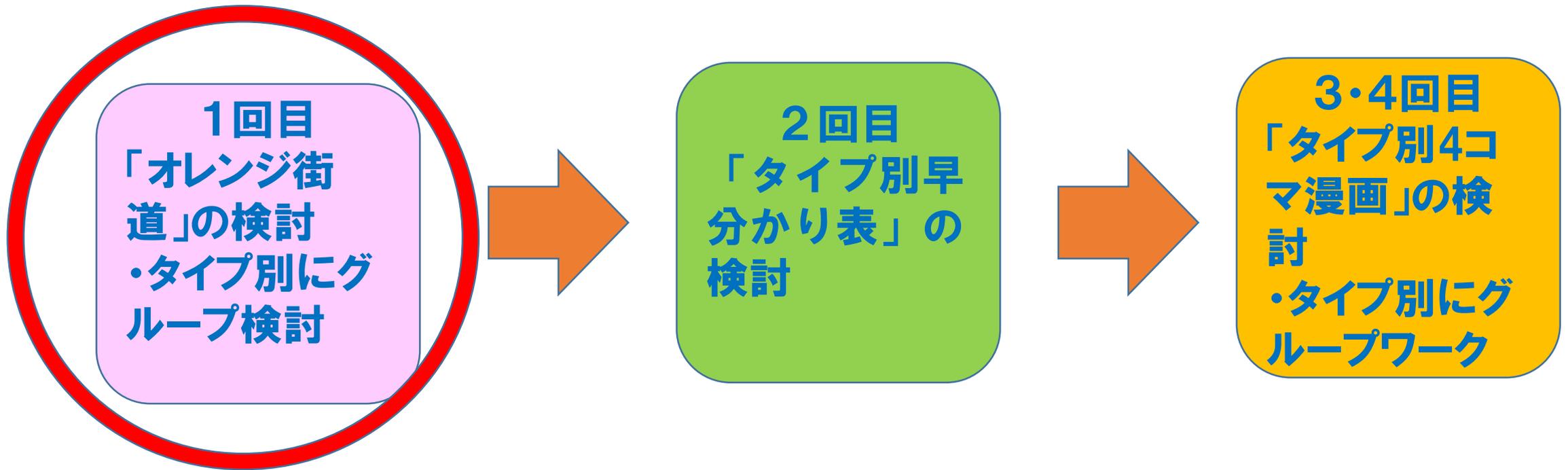


薬師池公園

# ■ワーク内容(市の準備)



## ■ワークの内容(推進員グループワーク)



**それぞれ検討後にグループ発表**

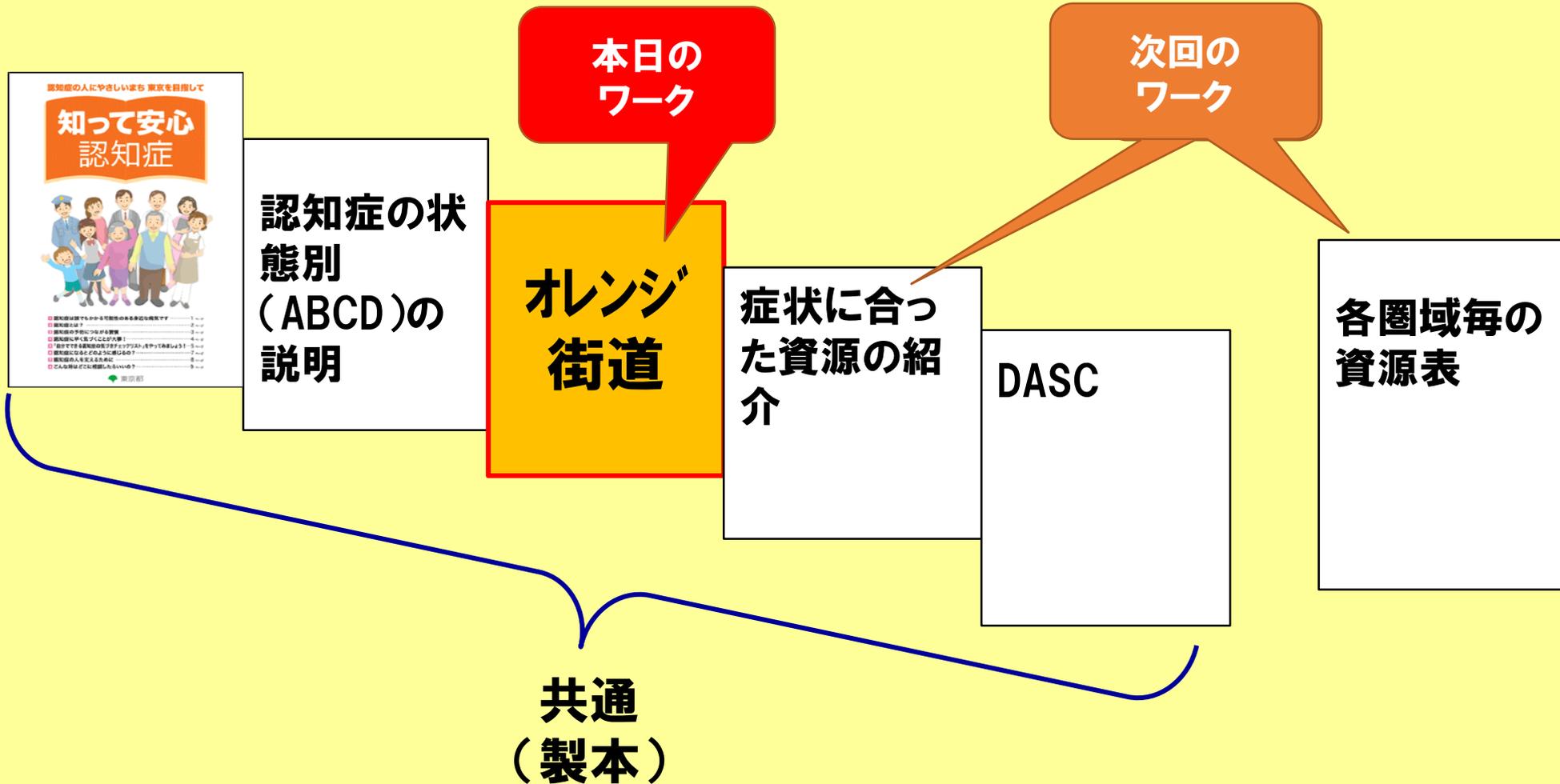
# グループワークについての説明



2014年9月17日

町田市高齢者福祉課

# 町田版認知症ケアパス(案)について



# 具体的なワークの仕方

- ①4グループに分かれる(圏域毎ではなく、シャッフル)
- ②それぞれの症状に合った前向きな人生(いわゆる「アイメッセージ」  
のことです)をオレンジ街道に示す。
  - ・付箋の絵を使って、吹き出しを書いてその中にコメントを書く  
(鉛筆で)
  - ・「私は〇〇している。」という表現
  - ・②を11:15まで！！
- ③発表(発表以外のグループは、必ず意見、質問等を行う)
- ④発表で気づいた点を追記し、マジックで清書する。



# 市で作成した原案 (エクセル版)

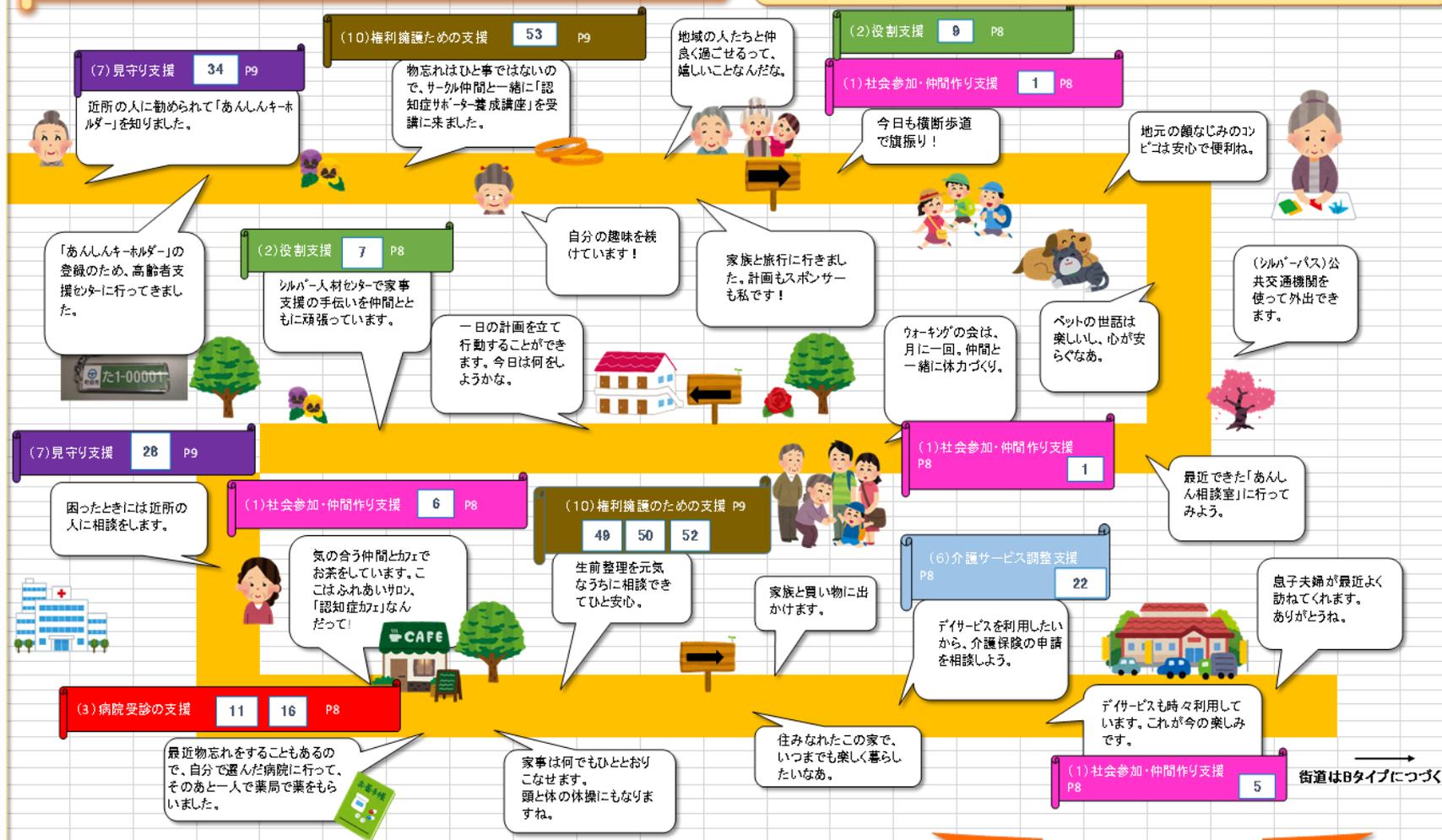
## 3. ほほえみ・まちだ街道

図の見方

サービスの種類	掲載ページ
(7)見守り支援 34 P10	サービスの番号

### Aタイプ 「まだ いける! 私の人生。」

日常生活を自立して続けられる方です。家族や友人、地域の方々との関係、趣味やボランティアなど、今までどおり続けながら生活ができます。運動や食事、睡眠などの生活習慣を整え、必要ときには医師と相談しながら健康管理をすることで、現在の状態を長く維持することができます。



# ■連絡会で気をつけた点

- ・時間厳守。時間内で話し合いを完結させること
- ・宿題をつくらないこと
- ・検討するテーマを1回につき1つに絞り込むこと
- ・すぐに検討に入れるよう、環境を整えること（話し合いの目的を明確にする、付箋や模造紙を準備する等）
- ・お茶やお菓子を持ち込みを可とし、リラックスして取り組むこと



# ■町田市の「知って安心認知症」(認知症ケアパス)作成にあたってのコンセプト

○たとえば認知症になっても、色々なサービスが利用でき、安心して地域で暮らしていただけることを、認知症のご本人や、ご家族に知っていただくこと。そのためには、**希望や安心感を与えられる内容にしよう！**

○見栄えも大事！せっかくパンフレットを作っても、手にとって見てもらえなければ意味がない。イラストやマンガを用いて、楽しくわかりやすく、**手にとって見たくなる内容にしよう！**



# 8

## 「自分でできる認知症の気づき チェックリスト」をやってみましょう!



「ひょっとして認知症かな？」  
気になり始めたら自分でチェックしてみましょう。

※ご家族や身近な方がチェックすることもできます。

### 自分でできる 認知症の気づきチェックリスト

最もあてはまるところに○をつけてください。

チェック①	まったくない	ときどきある	頻繁にある	いつもそうだ
<p>財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか</p>	1点	2点	3点	4点
<p>5分前に聞いた話を思い出せないことがありますか</p>	1点	2点	3点	4点
<p>周りの人から「いつも同じ事を聞く」などのもの忘れがあるとされますか</p>	1点	2点	3点	4点
<p>今日が何月何日かわからないときがありますか</p>	1点	2点	3点	4点
<p>言おうとしている言葉が、すぐに出てこないことがありますか</p>	1点	2点	3点	4点

チェック⑥	問題なくできる	だいたいできる	あまりできない	できない
<p>貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか</p>	1点	2点	3点	4点
<p>一人で買い物に行けますか</p>	1点	2点	3点	4点
<p>バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか</p>	1点	2点	3点	4点
<p>自分で掃除機やほうきを使って掃除ができますか</p>	1点	2点	3点	4点
<p>電話番号を調べて、電話をかけることができますか</p>	1点	2点	3点	4点

※このチェックリストの結果はあくまでもおおよその目安で医学的診断に代わるものではありません。  
認知症の診断には医療機関での受診が必要です。  
※身体機能が低下している場合は点数が高くなる可能性があります。

チェックしたら、①から⑩の合計を計算▶ 合計点  点

20点以上の場合、認知機能や社会生活に支障が出ている可能性があります。  
27ページ以降で紹介しているお近くの相談機関や医療機関に相談してみましょう。

# タイプ別早わかり表

～認知機能低下と生活機能低下のタイプ別による生活上のポイント～



分類	症状	生活上のポイント
Aタイプ (境界状態)	<p>★最近、もの忘れが少し出てきた。</p> <p>★買い物や事務作業、お金の管理などに少し不安がありますが、一人でできます。</p>	<p><b>健康管理をしましょう。</b></p> <p>①適度な運動をしましょう。 ②バランスの良い食事をこころがけましょう。 ③十分な睡眠をとりましょう。 ④気になる時はかかりつけ医に相談しましょう。</p>
		<p><b>健康相談をしましょう。</b></p> <p>①かかりつけ医の受診は継続しましょう。 ②かかりつけ医から専門の医師を紹介されたときには受診しましょう。 ③定期的な受診と服薬を行いましょう。</p>

分類	症状	生活上のポイント
Bタイプ (軽度認知症)	<p>★薬を飲んだか分からなくなるときがあります。周りの人に支えられて薬を飲むことができます。</p> <p>★ご自宅にお客さんが来たときの対応が難しいこともあります。周りの人の手助けがあれば大丈夫です。</p>	<p><b>規則正しい生活を送り、見守ってもらおうを増やしましょう。</b></p> <p>①規則正しい生活を心がけましょう。 ②ご家族に定期的に電話をしましょう。 ③理解をしてくれる人をさがしましょう。</p>
		<p><b>専門医を活用し、薬を欠かさずに飲みましょう。</b></p> <p>①かかりつけ医の受診は継続しましょう。 ②かかりつけ医から専門の医師を紹介されたときには受診しましょう。 ③定期的な受診と服薬を行いましょう。</p>

チェックリストで**20点以上**出た方は、自分にあてはまるタイプをご家族やご友人と一緒に考えてみましょう！  
タイプは大きく4つありますので、それぞれの傾向にあわせて、生活上のポイントや利用できる様々なサービスを知ることができます。  
ご相談がありましたら、高齢者支援センターにご連絡ください。



分類	症状	生活上のポイント
Cタイプ (中程度認知症)	<p>★着替えや、トイレ、食事は一人では難しいけれど、声かけや誘導、人の手助けがあればできます。</p>	<p><b>介護保険サービスを活用しましょう。</b></p> <p>①高齢者支援センターと相談しましょう。 ②担当のケアマネジャーと相談しましょう。 ③サービスの内容が合わなくなったときは変更してもらいましょう。</p>
		<p><b>見守りのための支援を活用し自ら危険から身を守る方法を考えましょう。</b></p> <p>①万が一の徘徊などに備えて、居場所がわかる携帯用品を準備しましょう。 ②症状が悪くなってきたときには、かかりつけ医や専門の医師と相談しましょう。</p>

分類	症状	生活上のポイント
Dタイプ (重度認知症)	<p>★日常動作全般に生活しにくい場面が多いですが、人の手助けがあれば安心です。</p>	<p><b>日常生活全般の支援を受けましょう。</b></p> <p>①食事・入浴・排泄・着替えの支援を受けましょう。 ②定期的に受診をする支援を受けましょう。</p>
		<p><b>住まいを選択しましょう。</b></p> <p>①ご本人やご家族の事情により、自宅が施設等かを選択しましょう。 ②選択にあたってはご家族や後見人からの支援を受けましょう。</p>



# タイプ別サービス早わかり表



認知機能低下と生活機能低下のタイプによって、利用できる様々なサービスを一覧でみる事ができます。タイプ別のサービスはあくまで目安です。くわしくは高齢者支援センター(28ページ)に相談しましょう。



★図の見方 1. サービスの番号 サービスについての説明は、P23以降にあります。

サービスの分類	サービスの内容	Aタイプ(境界状態)	Bタイプ(軽度認知症)	Cタイプ(中程度認知症)	Dタイプ(重度認知症)
(1)社会参加・仲間作り支援	社会の一員として、社会参加し、能力の範囲で社会貢献し、生きがいをもって過ごすことができます。また、それによって起こりやすい病気を予防します。	1. 自主グループ 2. 高齢者福祉センター 3. ふれあいサロン 4. 老人クラブ 5. デイサービス			
(2)役割支援	能力を活かした仕事や役割があります。意欲を保ち続け、生きがいや喜びを感じることができます。	6. 認知症カフェ 7. シルバー人材センター 8. ハローワーク 9. ボランティアセンター			
(3)病院受診の支援	認知症を正しく診断し、病気についてわかりやすく説明します。病気の進行や症状の悪化を可能な限り防ぐような支援を一緒に考えます。	10. かかりつけ医 11. 認知症専門医療機関 14. 認知症初期集中支援チーム 15. もの忘れ相談(医師相談) 16. 介護タクシー 17. 移送サービス	12. 訪問診療 13. 訪問看護ステーション		11. 認知症専門医療機関
(4)服薬管理	苦しさを和らげる薬の調整をします。継続的に服薬ができるような支援をします。	10. かかりつけ医	13. 訪問看護ステーション 18. かかりつけ薬局		
(5)身体的ケア支援	認知症の症状や心身機能の悪化を可能な限り防ぎます。暮らし方に応じた最適なケアを提供し、生活リズムや体調を整えます。		19. ホームヘルプサービス 20. デイケア(通所リハビリ) 21. 認知症デイサービス		
(6)介護サービス調整支援	日常生活に困りごとが増えた場合、迅速にサービスや支援につなぎます。定期的に様子を見に来てくれ、支援の必要なところを確認してくれます。	16. 介護タクシー 17. 移送サービス 22. 居宅介護支援事業所		42. 小規模多機能型居宅介護	
(7)見守り支援	起こりやすい徘徊などの危機に対する適切な緊急対応をしてくれます。また、万が一に備えて居場所がわかる携帯用品を準備することができます。	23. 配食サービス 24. 宅配サービス 25. 協力事業所 35. 認知症サポーター 26. あんしん相談室 27. 民生委員 28. 町内会・自治会 29. 高齢者見守り支援ネットワーク 30. 警察署 31. 交番 32. 消防署 33. GPS 34. あんしんキーホルダー			
(8)住まいの支援	安全でできるだけ自立した生活が継続的にできます。プライバシーが守られ、終末期まですごすことができます。	6. 認知症カフェ	36. サービス付き高齢者住宅 37. 有料老人ホーム 38. 養護老人ホーム 39. 特別養護老人ホーム 40. 老人保健施設 43. 短期入所(ショートステイ) 41. グループホーム 42. 小規模多機能型居宅介護		
(9)家族支援	介護の不安やストレスを軽減することができます。介護に対する思いを同じ境遇のご家族と話したり、共有できます。また、必要なときは専門家の支援を受け、専門知識や介護方法などについて知ることができます。	6. 認知症カフェ 46. 家族介護者教室 47. 家族介護者交流会 48. もの忘れ相談(臨床心理士相談) 49. 家族会(認知症友の会)			
(10)権利擁護のための支援	虐待や身体拘束をうけず、権利や財産が守られます。	50. ばあとなあ 51. 町田市弁護士クラブ 高齢者支援センター(28ページ)	52. リーガルサポート 53. 法テラス 54. 福祉サポートまちだ		

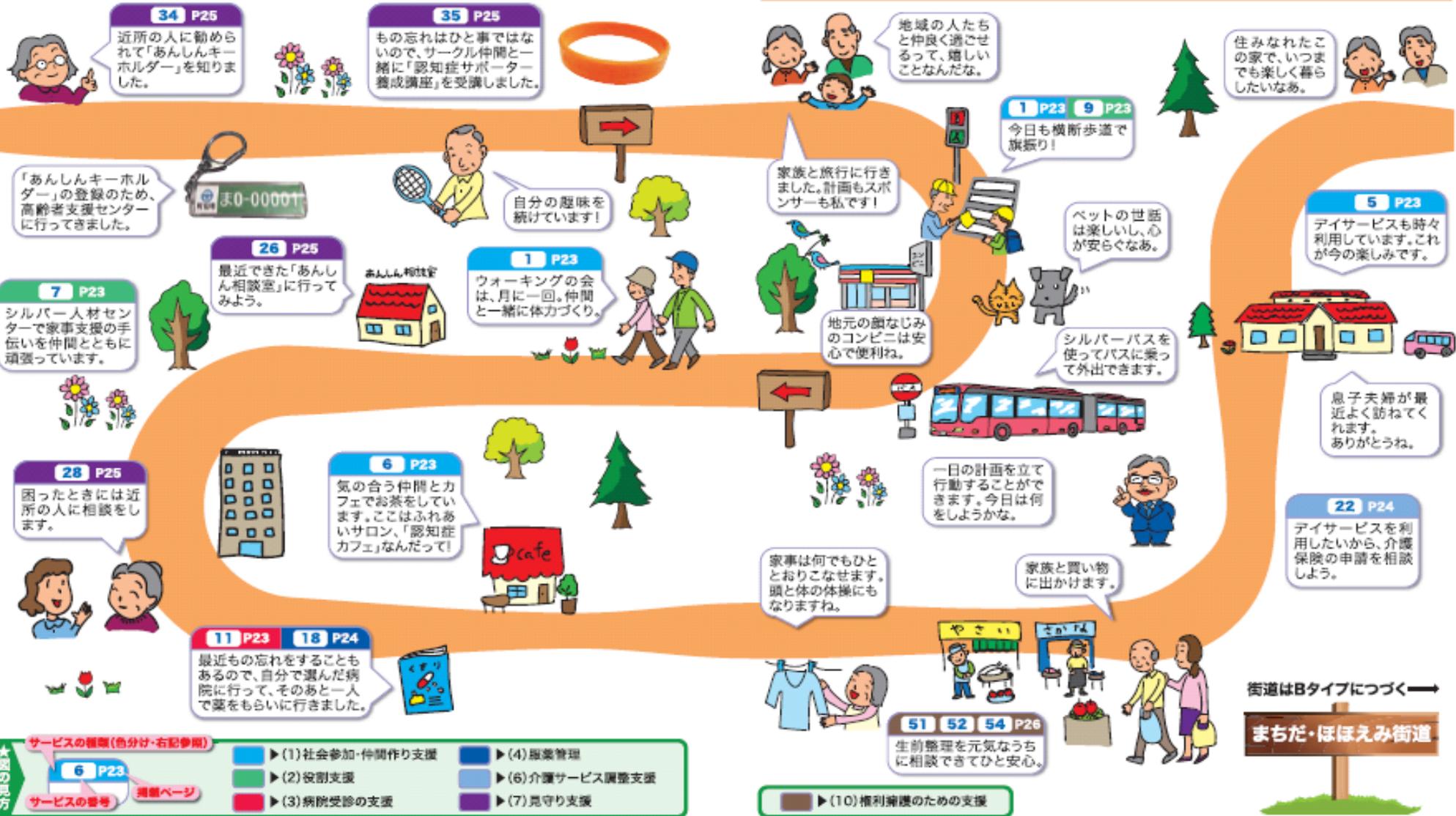


# まちだ・ほほえみ街道



## Aタイプ 「まだ いける! 私の人生。」

日常生活を自立して続けられる方です。ご家族やご友人、地域の方々との関係、趣味やボランティアなど、今までどおり続けながら生活ができます。運動や食事、睡眠などの生活習慣を整え、必要なときには医師と相談しながら健康管理をすることで、現在の状態を長く維持することができます。



★道の見方

サービスの種類(色分け・右記参照)

- 6 P23
- サービスの番号
- 掲載ページ

▶ (1) 社会参加・仲間作り支援	▶ (4) 服薬管理
▶ (2) 役割支援	▶ (6) 介護サービス調整支援
▶ (3) 病院受診の支援	▶ (7) 見守り支援

▶ (10) 権利擁護のための支援



# 認知症になっても生活を続けられる様々なサービス



## (1) 社会参加・仲間作り支援

- 社会の一員として社会参加し、能力の範囲で社会貢献し、生きがいをもって過ごすことができます。また、それによって起こしやすい病気を予防します。



1	自主グループ	生きがい作りのための参加者による自主的なグループ
2	高齢者福祉センター	高齢者が利用できる健康づくりや趣味、娯楽、学習及び憩いの施設
3	ふれあいサロン	主に仲間作りや交流を目的に、お茶を飲みながらおしゃべりをするなど人とのつながりの場として地域が運営するサロン
4	老人クラブ	おおむね60歳以上の方が参加し、実りある老後を送るため地域の社会活動や交流を会員が主体となって行う会
5	デイサービス	日帰りで食事、入浴、リハビリ、レクリエーションなどが受けられる介護保険を利用した施設
6	認知症カフェ	認知症の人とご家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、集う場所

## (2) 役割支援

- 能力を活かした仕事や役割があります。意欲を保ち続け、生きがいや喜びを感じることができます。



7	シルバー人材センター	高齢者が経験や知識、技能を生かして社会のために仕事をするを旨とした組織
8	ハローワーク	職業紹介、指導、失業手当等、職業相談を行っている相談窓口
9	ボランティアセンター	市民やボランティア団体が地域の公私福祉関係者とともに地域福祉活動を中心に様々な活動を展開する民間団体

## (3) 病院受診の支援

- 認知症を正しく診断し、病気についてわかりやすく説明します。病気の進行や症状の悪化を可能な限り防ぐような支援を一緒に考えます。



10	かかりつけ医	家庭の日常的な診療や健康管理をしてくれる地域にいる身近な医師
11	認知症専門医療機関	認知症に関する診察、医療機関等の紹介、行動・心理症状についての対応を相談する機関
12	訪問診療	医師がご自宅を訪問し、治療や薬の処方などの相談ができ、指導を受けられる介護保険サービス
13	訪問看護ステーション	医師の指示に基づき看護師がご家庭を訪問して、病状の観察等、療養生活の支援を行う介護保険サービス
14	認知症初期集中支援チーム	医療・介護の職員がチームとしてご自宅に訪問し、医療受診や介護サービスの調整を行うチーム。高齢者支援センターを通じて利用することができるチーム
15	もの忘れ相談(医師相談)	高齢者やそのご家族が認知症に関して専門医と相談できる
16	介護タクシー	身体などが不自由で通院などの外出の際に、介護支援を行ってくれるタクシー
17	移送サービス	通院、入退院時など看護師が同乗し、医療行為などの対応(酸素や痰の吸引等)もできるサービス



自分のタイプに合った様々なサービスを上手に利用して楽しい生活を送りましょう!

## (4) 服薬管理

- 苦しさを和らげる薬の調整をします。継続的に服薬ができるような支援をします。



10	かかりつけ医	ご家庭の日常的な診療や健康管理をしてくれる地域にいる身近な医師。
13	訪問看護ステーション	医師の指示に基づき看護師がご家庭を訪問して、病状の観察等、療養生活の支援を行う介護保険サービス
18	かかりつけ薬局	薬剤師から、薬の効果や飲み合わせ、費用など、様々な薬について身近に相談できるところ

## (5) 身体的ケア支援

- 認知症の症状や心身機能の悪化を可能な限り防ぎます。暮らし方に応じた最適なケアを提供し、生活リズムや体調を整えます。



19	ホームヘルプサービス	ヘルパーがご家庭を訪問し、食事、入浴、排泄の介助や家事などの日常生活の手助けを行う介護保険サービス
20	デイケア(通所リハビリ)	主にリハビリを目的として通所し、理学療法士や作業療法士の機能訓練が受けられる介護保険サービス
21	認知症デイサービス	日帰りで認知症高齢者のためのプログラムを行ったり、食事・入浴を利用できる介護保険サービス

## (6) 介護サービス調整支援

- 日常生活に困りが増えた場合、迅速にサービスや支援につながります。定期的な様子を見に来てくれ、支援の必要なところを確認してくれます。



22	居宅介護支援事業所	介護を必要とする人が適切にサービスを利用できるよう、介護保険サービスの相談に応じる相談窓口。ケアマネジャーが在籍し、介護保険サービスの給付管理を行ってくれる
14	認知症初期集中支援チーム	医療・介護の職員がチームとしてご自宅に訪問し、医療受診や介護サービスの調整を行うチーム。高齢者支援センターを通じて利用することができるチーム
16	介護タクシー	身体などが不自由で通院などの外出の際に、介護支援を行ってくれるタクシー
17	移送サービス	通院、入退院時など看護師が同乗し、医療行為などの対応(酸素や痰の吸引等)もできるサービス
42	小規模多機能型居宅介護	1ヶ所の事業所内で訪問、通所、宿泊サービスなどの複合的な介護保険サービスが受けられる施設

# こんな時は どこに相談したらいいの？

## 認知症について相談したい

認知症についてのご相談をお電話で承ります

### 認知症総合相談窓口

#### 【内 容】

認知症には早期診断・早期治療が必要です。町田市では身近に認知症のことを電話で相談できる専門相談窓口を設置しています。認知症へのご不安、症状について、病院の選び方、必要なサービス等、ご本人やご家族、関係者の方を対象に専門の相談員が必要な情報提供や、関係機関との調整をします。お気軽にご相談ください。



時間：月～金曜日 8時30分～17時（祝日・年末年始を除く）

**認知症総合相談窓口専用直通電話 042 (724) 4452**

## もの忘れ等に関する 高齢者相談

受付窓口（P28～頁参照）

### お近くの高齢者支援センター

#### 【医師によるもの忘れ相談】

認知症なのか単なるもの忘れなのか判断がつかない、専門医の受診をご本人が希望し医療になかなか繋がらない等でお困りの方、医師によるもの忘れの相談ができます。

#### 【臨床心理士による介護相談】

認知症高齢者の方を在宅介護しているご家族を対象に、認知症に対する病気の理解とご本人への接し方および介護に対する心身のストレス軽減方法等について相談できます。ご本人の認知症に関する不安等の相談もできます。

## 高齢者支援センター一覧

名称	所在地	電話・FAX	担当地域
第1 高齢者支援センター （町民保健福祉センター内）	町田市2373-1	電話 042-770-2558 FAX 042-770-2531	町田市
第2 高齢者支援センター （町民保健福祉センター内）	小山町1-25-9	電話 042-797-0800 FAX 042-797-1880	小山町、小山ヶ丘、上小山町
第3 高齢者支援センター （町民保健福祉センター内）	下小山町3-5-9	電話 042-797-8002 FAX 042-797-8880	横須賀、下小山町、本郷、新町、小山町、町田、町田西、町田東、町田南
第4 高齢者支援センター （町民保健福祉センター内）	山崎町2000	電話 042-792-1106 FAX 042-792-8843	山崎町、山崎、大宮町、大宮西、大宮東（町民保健福祉センターを除く）、本町の一部（23区民センター内）
第5 高齢者支援センター （町民保健福祉センター内）	新町2-230-1	電話 042-738-6827 FAX 042-738-8803	小宮町、野原町、金井、金井町（鎌倉駅南口駅ビル内）、式部町、横須賀
第6 高齢者支援センター （町民保健福祉センター内）	新ヶ丘2-2-7 新ヶ丘駅前ビル2F（ユリア1階）	電話 042-737-7282 FAX 042-737-7288	新ヶ丘、三軒町、三軒山、武蔵、武蔵野、武蔵南、武蔵東町、鶴川
第7 高齢者支援センター （町民保健福祉センター内）	新町4-3-38 （町民保健福祉センター内）	電話 042-728-8218 FAX 042-728-8238	町田市（新町駅前）丁部町（町民保健福祉センターを除く）、中野、森野、田町、本郷西の一部（23区民センター内）
第8 高齢者支援センター （町民保健福祉センター内）	本町22102-4 （23区民保健福祉センター内）	電話 042-728-0747 FAX 042-728-0823	本町西（23区民保健福祉センターを除く）、本町東（23区民保健福祉センターを除く）、南大宮の一部（23区民保健福祉センター内）
第9 高齢者支援センター （町民保健福祉センター内）	3丁目駅前3-35-7 （3丁目駅前高齢者福祉センター内）	電話 042-710-8378 FAX 042-710-1282	3丁目駅前、町田市（23区民保健福祉センターを除く）、東武川町
第10 高齢者支援センター （町民保健福祉センター内）	鶴川401-8 （町民保健福祉センター内）	電話 042-798-2788 FAX 042-798-0078	鶴川、ゆめ、つくし、あつし、あつし東
第11 高齢者支援センター （町民保健福祉センター内）	新町3-18-18 （町民保健福祉センター内）	電話 042-798-3488 FAX 042-798-2148	新町、新町東、新町西、武蔵が丘、町田市（新町駅前）丁部町（町民保健福祉センターを除く）
第12 高齢者支援センター （アパルタービル内）	成瀬台2-24-1	電話 042-720-2401 FAX 042-720-2205	成瀬、西成瀬、南ヶ丘、成瀬台

開 所 日：月曜日～土曜日（日祝祭日・12/29～1/3を除く） 開所時間：8時30分～17時

## あんしん相談室一覧

名称	所在地	電話	担当エリア
町民あんしん相談室	町田市1128-20	電話 042-700-7121	町田市
小山町あんしん相談室	小山町2070	電話 042-794-8701	小山町、小山ヶ丘、上小山町
本郷山崎 あんしん相談室	山崎町2000 （23区民保健福祉センター内）	電話 042-792-7827	山崎町、山崎、大宮町、本郷西、本郷東（町民保健福祉センターを除く）、本町の一部（23区民保健福祉センター内）
新ヶ丘 あんしん相談室	新ヶ丘2-2-7 新ヶ丘駅前ビル2F（ユリア1階）	電話 042-738-1223	新ヶ丘、三軒町、三軒山、武蔵、武蔵野、武蔵南、武蔵東町、鶴川
横須賀 あんしん相談室	横須賀町841-1	電話 042-708-8844	小宮町、野原町、金井、金井町（鎌倉駅南口駅ビル内）、大宮町、横須賀
本町西 あんしん相談室	本町西3488 鎌倉駅前ビル1F-30709	電話 042-712-8388	本町西（23区民保健福祉センターを除く）、本町東（23区民保健福祉センターを除く）、南大宮の一部（23区民保健福祉センター内）
南大宮 あんしん相談室	南大宮206-1-2	電話 042-851-8421	3丁目駅前、東3丁目駅前、南大宮（23区民保健福祉センターを除く）
金井あんしん相談室	金井町4-2-25	電話 042-798-8100	新町、新町東、新町西、武蔵が丘、町田市（新町駅前）丁部町（町民保健福祉センターを除く）

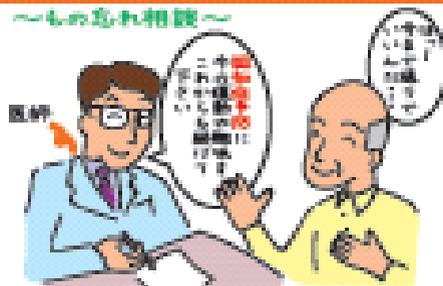
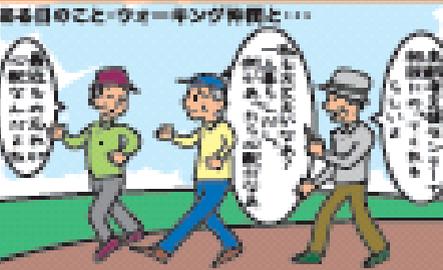
開 所 日：月曜日～土曜日（日祝祭日・12/29～1/3を除く） 開所時間：8時30分～17時

こんな感じで相談しています！



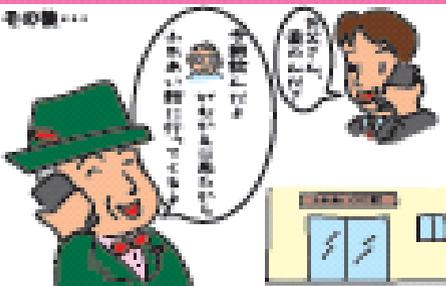
**Aタイプ 自分らしい生活を送れる**

つるのむしやあさひさん(78才)の場合...



**Bタイプ 一緒に考えてくれる人につなげる**

みなみよしやきさん(73才)の場合...



こんな感じで相談しています！



**Cタイプ 安心して生活できるように見守る**

まもりまるこさん(82才)の場合...



**Dタイプ みんなで支える**

さかひれんごさん(85才)の場合...



# 認知症理解へパンフ

町田市は、認知症になっていくかどうかのチェックや、症状に応じて利用可能な福祉サービスを知ることができるパンフレット「知って安心認知症」を作成し、市内12か所の高齢者支援センターや市役所で配布している。

### 町田市が作成し配布 症状ごとの対応 図解で



町田市が作成したパンフレット「知って安心認知症」

描くこと、社会的な支援を受けやすく、自宅で暮らし続けられるよう誘導するのが狙い。作成では認知症地域支援推進員や医師、ケアマネジャーらの協力を得た。

A4判、30ページ。4000部を制作した。高齢者にも分かりやすいイラストなどを多用し、大きめの文字を使用。認知症のチェックリストでは「言おうとする言葉が、すぐに出てこないことがある」など10の設問があり、回答に応じた点数の合計が20点以上だと、認知症の可能性があると注意を促す設定だ。

その上で症状を「境界型」「軽度」「中程度」「重度」に分類し、生活上の注意点や「配食サービス」「認知症カフェ」などを利用可能なサービスを示した。

町市高齢者福祉課は「高齢者だけでなく、家族やケアマネジャーにも読んでほしい、状況に応じて活用してほしい」としている。問い合わせは、同課(042・724・2140)へ。

## 多摩

【支局】  
立川 〒190-8540  
立川市曙町1-27-10  
電話 042-523-4477  
F a x 523-4478  
メールは tachikawa@yomiuri.co.jp  
八王子 〒192-8536  
八王子市本町24-8  
電話 042-622-7161  
F a x 622-7164  
町田 〒194-0021  
町田市町中2-4-14  
電話 042-723-3661  
府中 〒183-0026  
府中市南町4-40-33  
電話 042-351-4141  
【通信部】  
青柳 0428-21-4015  
東村 11042-392-1121

購読、配達  
八王子 644-6538  
立川北部 548-3387  
立川東部 525-2266  
立川西部 595-9128  
府中 362-5032  
町田 722-7746  
町田南 22-2937  
町田北 551-1110  
町田東 395-4311  
町田西 591-7224  
町田南 325-6184  
町田北 541-0276  
町田東 471-0053  
町田西 561-0077  
町田南 562-2703  
町田北 375-9424  
町田東 350-6260  
町田西 491-1022  
町田南 556-1843  
読売広告 042-524-0435  
折込チラシ 0120-03-4343  
読売旅行 042-523-1491

広告に関する  
(株)読売広

# 認知症ケアパス普及活動

## ①2015年3月16日-市議会行政報告

## ②3月25日-記者発表(プレス発表)

- ・ 都内初！認知症ケアパス
- ・ 町田市公式HP掲載
- ・ 4月下旬配布予定、2015年度予算で4000部印刷

## ③4月24日-読売新聞掲載

- ・ 問合せ多数。同日から急きょ配布開始

## ④5月1日-広報まちだ掲載

- ・ 7月在庫切れ。7月末に4000部増刷

## ⑤9月1日-「知って安心認知症」動画放映中

町田市広報番組「まちテレ」をご覧ください。

まちテレ

「知って安心認知症」  
2015年9月1日から絶賛放映中！  
You Tubeでご覧いただけます。

認知症になっても



# ■認知症地域支援推進員配置の効果

- ①相談窓口における認知症の専門性が高められていること
- ②早期対応の重要性が浸透し、「認知症初期集中支援チーム員」として、全員が活動し成果を挙げていること
- ③2014年度中に、認知症ケアパスを作成し、2015年度から普及活動を始められたこと
- ④認知症施策の課題について、共有できること

# ■認知症地域支援推進員活動の課題

## ①人材の確保

- ・地域包括支援センター職員は異動等が多いため、毎年研修を受講してもらい、2名体制を維持すること。

## ②施策の共有

- ・人材の入れ替わりに対応し、市の方針を共有すること。

## ③配置場所の拡大

- ・地域連携型認知症疾患医療センターとの連携  
(2015年9月1日東京都指定)

# ■2016年度認知症地域支援推進員（地域包括支援センター職員）の活動

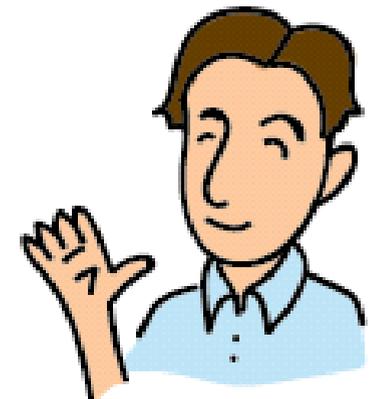
- ①認知症初期集中支援チーム員として訪問・会議
- ②連絡会の位置づけは変更せず、引き続き2ヶ月に1回の頻度で連絡会に出席
  - ・テーマ：認知症地域支援推進員の役割とは
  - ・検討内容：認知症地域支援推進員評価指標の検討
- ③包括エリア内における認知症に関する講座・研修会等の開催
- ④Dカフェ(認知症カフェ)開催時の当事者支援



軸の分類			5段階指標					
大分類	中分類	小分類	1	2	3	4	5	
1	適切な支援体制を構築する (医療、介護)	1 初期集中支援チームとの連携	1 医療機関との事前の調整ができています。	ケースを把握しているにもかかわらず、医療機関への情報提供が直前である。	医療機関への情報提供は、ケースによって、事前に行われている場合とできていない場合がある。	介入前に医療機関に連絡し、事前の調整ができています。	介入中においても医療機関と、必要に応じて、すぐに連絡を取れる体制があり、情報共有ができています。	医療機関と定期的に情報交換できる場があり、チームとしての支援終了後のケースにおいても情報共有ができています。
			2 チーム員会議で、多職種の意見を取り入れて、訪問時の方針(拒否的な人に対するアプローチ)を立てられている。	多職種の役割を理解できていない。	専門職の意見が偏っており、多職種の意見が取り入れられていない。	自身の職種の立場から意見を発し、多職種の意見を共有できる。	多職種の意見の合意形成を図れている。	多職種が同じ方向性をもって、具体的な方針を立てられる。
			3 終了後に、医療チームと報告・相談ができています。	終了と継続の意思疎通ができていない。	かかりつけ医療機関に報告のみできる。	途切れることなく情報を医療チームと共有できている。	CMや事業所とその後の情報を共有できている。	対象者について、日頃から医療機関と連携しあえる関係が構築できている。
		2 認知症疾患医療センターとの連携	4 認知症疾患医療センターと情報共有ができています。	認知症疾患医療センターを活用できていない。	認知症疾患医療センターと情報共有ができていない。	認知症疾患医療センターと情報共有ができる。	個別ケースについて情報共有でき、問題解決につなげることができる。	地域課題について情報共有でき、問題解決につなげることができる。
		3 かかりつけ医との連携	5 かかりつけ医に情報共有ができています。	地域のかかりつけ医を把握できていない。	地域のかかりつけ医を知っているが、情報共有はできていない。	かかりつけ医に、本人の医療情報を伝えている。	かかりつけ医に、本人の医療情報と生活状況の情報を共有できている。	かかりつけ医と定期的に直接会って、本人の医療情報と生活状況の情報を共有できている。
		4 薬局との連携	6 薬局と服薬支援の為に話し合いが行われている。	地域の薬局を把握できていない。	地域の薬局を把握している。	薬局と、必要時に話し合いを行っている。	薬局と、定期的に話し合いを行っている。	薬局から、本人に関する情報等がくる体制を構築できている。

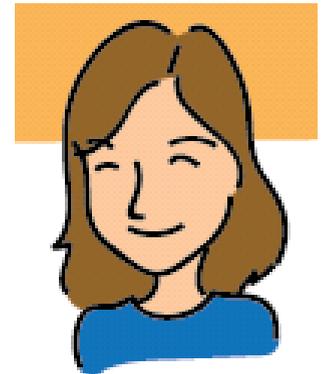
# ■町田市の認知症地域支援推進員（市職員）の役割①

- ①介護保険事業計画に認知症施策を位置づけ、予算措置を講じること（計画→予算）
- ②認知症施策のスケジュールを立て、進行管理すること
- ③関係部署と横の連携をとること。介護保険課、財政課、広報課など、培ってきた人脈を活用すること
- ④理事者の理解を得ること
- ⑤プレス発表を有効に利用すること



## ■町田市の認知症地域支援推進員（市職員）の役割②

- ①専門職としての経験や専門知識を発揮すること
- ②在任期間が長い利点を生かし、「調査、検討、実施、結果、見直し」に至る過程を、積み上げていくこと
- ③グループワーク等により、効果的な意見集約を行い、全体をまとめていくこと
- ④形にとらわれず、様々なアイデアやユニークな発想力がしやすい環境をつくること
- ⑤課内職員と共有し、計画反映に努めること



認知症になっても



ご清聴ありがとうございました♪