

認知症の人の経過に沿った 連携と支援体制づくり ～認知症の人と家族を支える地域づくり～



ゆうさいくん
田辺城藩主細川
幽斎公イメージ
キャラクター



舞鶴市 高齢者支援課

児玉 智子

船原 理恵子

舞鶴市の概要

人口 88,869人

高齢者数 24,187人 (27.2%)

要介護認定者数 4,685人 (18.9%)

認知症高齢者数 2,567人

(日常生活自立度Ⅱ以上)

介護保険料基準額 63,520円

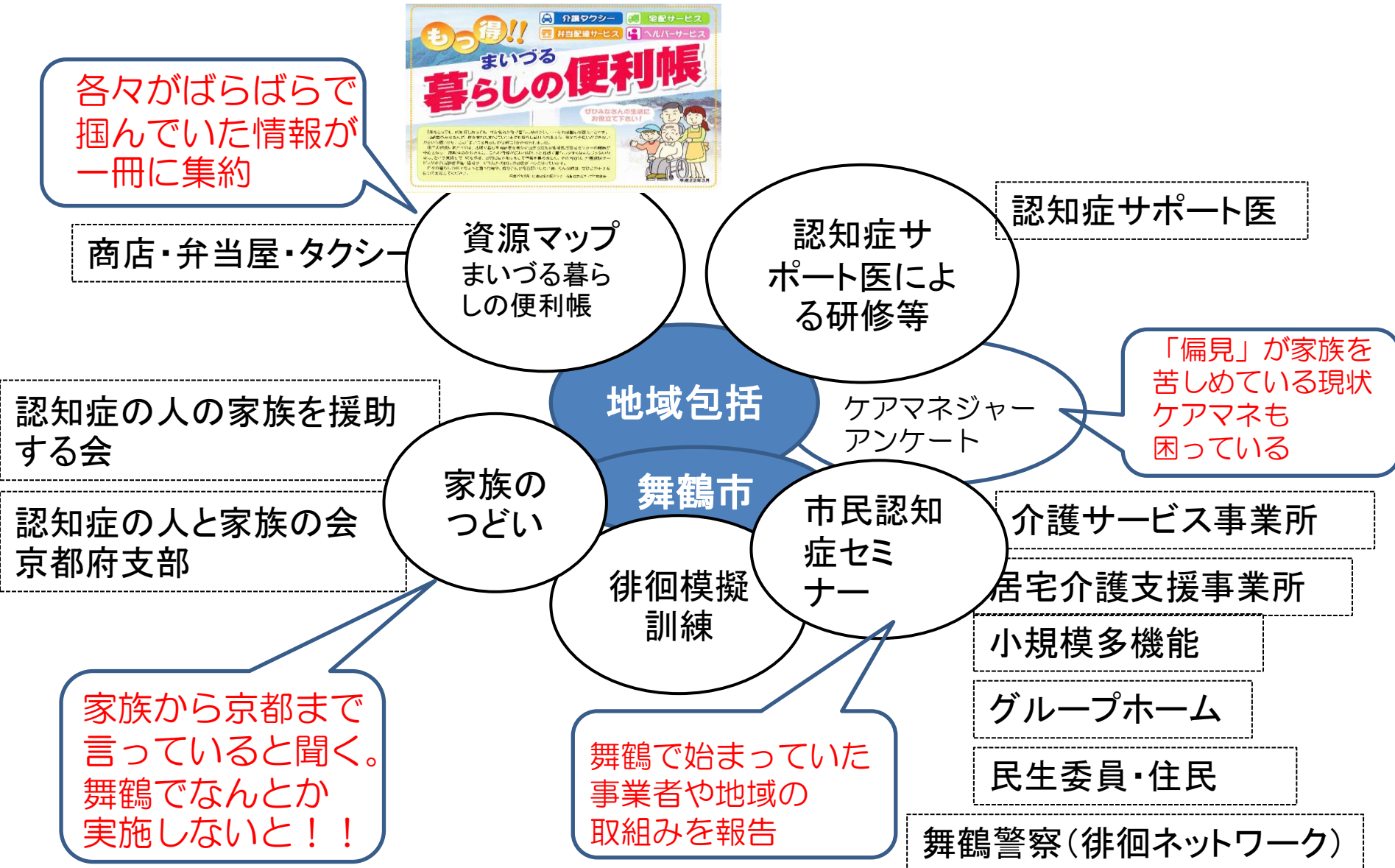
(5,293円／月)

地域包括支援センター 7か所



これまでの経過とつながった資源

21～22年度（府認知症地域支援体制構築等推進事業）

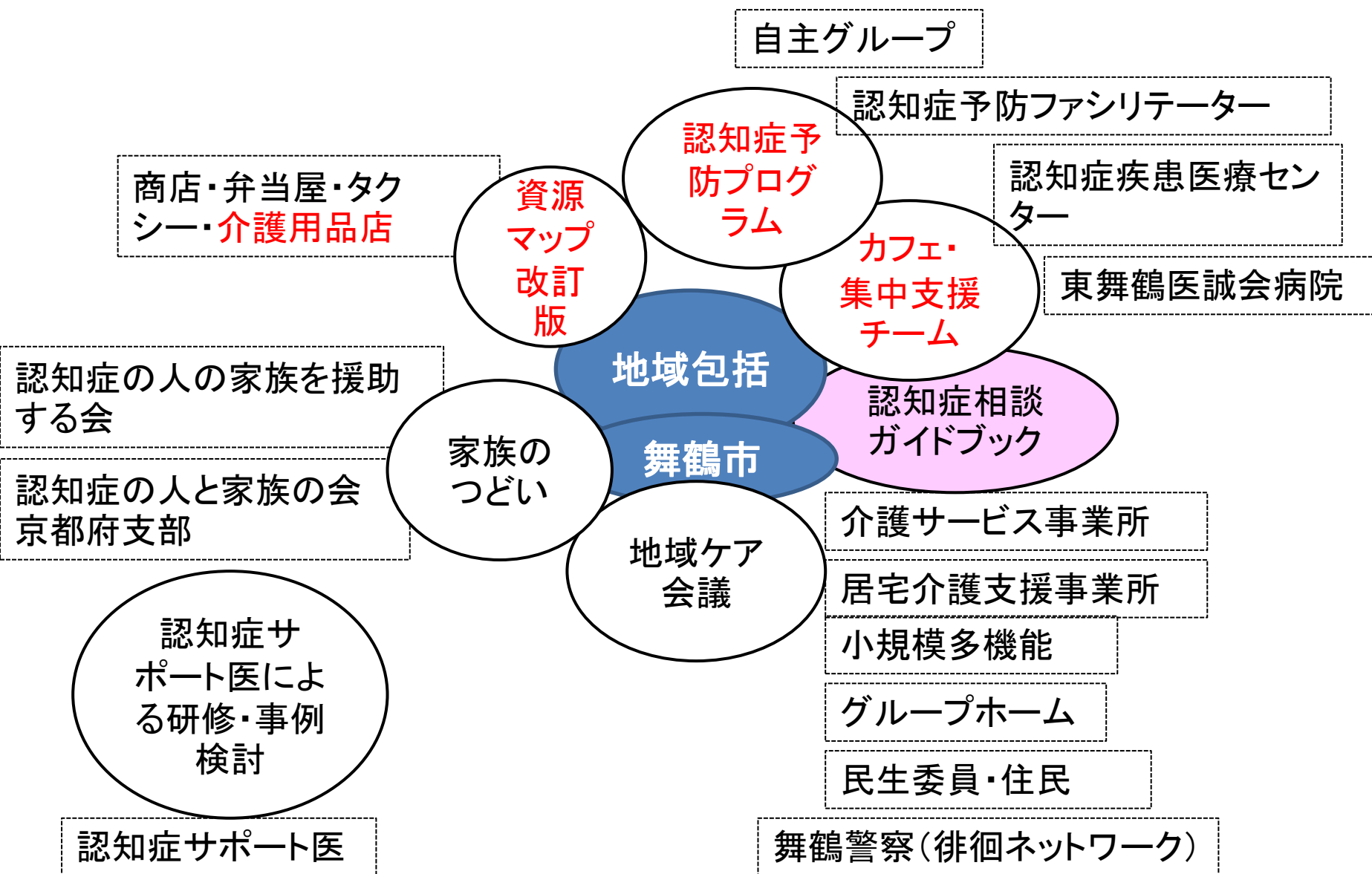


事業は、たくさんこなしたが・・・

	健康	発症	軽度	中度	終末期							
	介護予防事業対象者		要支援1	介護5								
住民	認知症の正しい理解の普及・啓発											
本人	健康づくりと一貫した介護予防事業 認知症予防の取り組み	早期発見・早期治療開始 軽度認知機能障害への対応	地域で支えるしくみづくり・連携の強化									
家族へ	空白		認知症の病気・対応について理解 相談機関を理解・孤立化の防止	家族同士の支え合う場・ストレスの軽減								
福祉・保健			認知症対応力の向上									
医療	早期受診・早期発見（認知症専門医の周知・かかりつけ医との連携）											
	・地域型認知症予防プログラムのモデル展開 ・健康づくりと一貫した介護予防事業 ・認知症サポーター養成講座の拡大 ・キャラバンメイトフォローアップ研修		・認知症相談ガイドの作成（診断後に認知症や相談窓口について理解） ・認知症サポート医による専門研修 ・認知症サポート医によるケースワーク ・家族介護交流会									
	認知症ケアネットワーク会議											
スケジュール	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	・認知症サポーター養成講座											
					・キャラバンメイトフォローアップ研修							
							・地域型認知症予防プログラムのモデル展開					
					・認知症サポート医による専門研修（2回） ⇄ ケースワーク（12月・2月）							
					認知症医療疾患センターとの連携（京都府）				相談ガイド作成			
	・家族介護交流会											

これまでの経過とつながった資源

23～25年度(地域支援事業、府地域包括ケア総合交付金)



認知症相談ガイドブックについて

<目的>

舞鶴市の認知症の本人・家族に向けて統一した説明が出来るようにする事。

<どうして作成する事になったか？>

＊窓口で介護申請に来た方に対して、市役所職員が十分な説明が出来ない。

＊家族が認知症についてどうしていいか分からず困っている現状があった。
(ケアマネジャーアンケートより)

＊これからが理解できれば、家族も戸惑わなくてすむ。



まいづる認知症相談ガイドブック

認知症疾患医療連携実担当者会議

メンバー

舞鶴医師会

舞鶴医療センター(認知症疾患医療センター)

東舞鶴医誠会病院

京都府老人福祉施設協議会

舞鶴市社会福祉協議会

まいづるケアマネジャー連絡会

京都府中丹東保健所

地域包括支援センター

舞鶴市

経過に沿って、それぞれの役割を
共通理解



年3回の実務担当者会議・年1回の連携協議会にて、検討

ガイドブックの中に・・・認知症の経過に沿った支援体制(認知症ケアパス)

舞鶴市にある資源がつながりあって一人ひとりを支えるために



認知症予防プログラム

居宅介護支援事業所、介護保険、福祉サービス

iカフェ、元気げんきカフェ

小規模多機能・グループデイ・グループホーム

認知症初期集中支援チーム

老人保健施設・特別養護老人ホーム

かかりつけ医・地域包括・市役所・民生委員

かかりつけ医往診・訪問看護

かかりつけ医・認知症疾患医療センター・専門医療機関

舞鶴医療センター・東舞鶴医誠会病院(認知症治療病棟)

認知症介護家族のつどい

日常生活自立支援事業

成年後見制度

認知症サポーター養成講座

舞鶴はいかい老人等sosネットワーク

ガイドブックを作成して気がついたこと

◎評価指標として使える

認知症のどの過程においても、舞鶴市で
支援体制が整っているか？

どこの連携ができていないのか？ケアパスにはあっても、機能していない部分は？

◎初期の段階では、なかなかこれからの詳しいことまでは
言えないと使ってみて実感した。そのステージごとに必要な情報を家族・本人と共有できるようにしたい

認知症予防のための生活習慣を楽しく身につける

地域型認知症予防プログラム

認知症予防ファシリテーターが活躍！



有酸素運動や知的活動を小グループで行い、認知症予防のための生活習慣を身につけます。
プログラム終了後は自主グループとして活動します。



本人や家族が気軽にあつまり、しゃべったり、活動する安心した場

初期認知症対応型カフェ

目的

できるだけ早期の段階から、若年性認知症や軽度の認知症の方が気軽に通え、本人や家族に対して、初期の段階で適切なケアや支援の場を提供する。

水曜日 午前 げんき元気カフェ
(南デイサービスセンター)
木曜日 午後 iカフェ虹色
(東舞鶴医誠会病院内)

1回500円 週1回
挽きたてコーヒーが自由に
飲めます！



iカフェ虹色(東舞鶴医誠会病院)

日曜大工はお手のもの……



囲碁の相手がいてくれて楽しい…



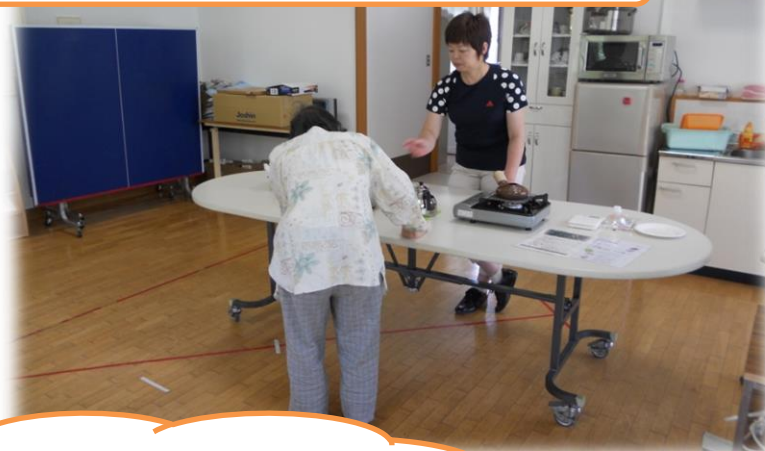
家族は家族だけで日頃の思いを話します



げんき元気カフェ(南デイサービスセンター)

コーヒーの焙煎も参加者が行います

診断を受けた直後のショックな思
いを聞いてもらい、楽になった...



カフェの取り組みから思うこと。

◆初期の人との出会いは、介護や福祉の場だけではなかった。

- 介護予防事業に来ていた人。
- 仕事ではなく、個人的に相談された。
- 地域のサロンにきていた人

◆一緒に楽しんでこそ、認知症の疾病観を変えられる。

- スタッフに囲碁を教えたり、本人の方がうまくできるときもあり。
- できないところだけ、ちょっと手伝うってこういうことか

◆やっぱり、家族支援が大切。家族が家族と分かち合うことは、どんな専門職もかなわない。

家族同士が集える場・機会は絶対必要！そこは、市の施策づくりに有効な情報源。

初期集中支援チームの設置と連動したしくみづくり

当事者がスムーズに相談・医療・介護、**地域の支援**を受けられるしくみをつくる

気づき

認知症疑い、行動、心理症状(BPSD)

地域包括支援センターへ相談

認知症初期集中支援チーム

東舞鶴医誠会病院
OT+PSW+他機関チーム員

受診・鑑別診断

認知症疾患医療セン
ター(鑑別診断)

かかりつけ医

カフェ
元気カフェ

サービス・制度利用

専門医

①アセスメント



②チーム員選定



③チーム員事前会議



④訪問



⑤チーム員会議



⑥集中支援



⑦モニタリング

ケアマネジャー等への引き継ぎ、日常支援へ

チーム員

東舞鶴医誠会病院⇒コーディネーター役

(専門医・精神保健福祉士)

認知症疾患医療センター(精神保健福祉士)

初期認知症対応カフェ(作業療法士・介護福祉士)

地域包括支援センター

舞鶴市:保健師

- ・緊急の場合は、どこが対応するの？
- ・病院から病院に紹介って、違和感がある。
→あくまでもチームとして動けば問題ないでしょ。
- ・受診できなくても、チーム会議で、支援方針を検討して対応しよう
- ・訪問を受けれてもらえるだろうか？
- ・啓発も大事。映画上映会の企画の話で盛り上がる！！

チーム可動までの流れ

①事前ワーキング会議

- 1回目 意義や体制について、共通理解
- 2回目 アセスメント票や記録、媒体等の検討
- 3回目 認知症高齢者の心理面について、勉強会

②11月23日 市民認知症啓発事業「映画上映会」

- チラシの新聞折り込み
- 医師による簡単認知症チェック
- 本人からのメッセージ

長編映画 **毎日が**
アハツハイマー
Everyday is Alzheimer's

③「認知症疾患医療連携実務担当者会議」で事業検討・評価



初期集中支援チーム始動が直前に・・・

- まずは、チーム員が目標を共通理解できるように
- 後は、事例の積み重ね。
職員の対応力を上げる学習の場でもある。
- 年度末には、評価も

認知症ケアパスに関する聞き取り

当事者・関係者の意見・実情をもとに
地元にあったよりよいケアパスを創るために

①ケアパスの感想・

認知症の方・家族について思う事

②舞鶴市の地元にすでにある施策・資源について

③舞鶴市の地元に足りないと思う事

聴き取りをした相手（対象）

介護家族、「認知症の人を介護する家族を援助する会」の人、
認知症疾患医療センター、地域包括支援センター、
小規模多機能居宅介護、 等

家族

<話し合いの内容>

- * 初期の段階では、おかしいと思いながらも、相談する窓口も分からず、家族で頑張ろうとする。もっと早く相談できるサービスがほしかった。
- * 認知症と診断されてから時間の経っていない家族は、疾患の事や経過も分かり参考になった。
- * 現実にはケアパス通りに行かない事もある。

<地元にすでにあるもの>

- * 介護経験者のボランティアグループがあると、的確なアドバイスがもらえる為、心強かった
- * 交流会は、分かってくれる人がいる為、気持ちが助かった。

<地元に足りないもの>

- * 介護の手続きや、相談窓口について具体的に提示出来ていない。
- * 出会う人(専門職・地域)で本人・家族の負担が異なる。本人・家族の視点で話せる人が足りない。分かってくれる地域の人が少ない。

認知症の人の家族を援助する会

<話し合いの内容>

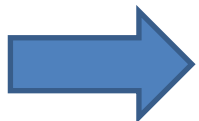
- * 認知症を受け入れた家族であれば、一連の経過が分かる事は良い結果を生む。しかし、認知症を受け入れられず、戸惑っている家族の場合は、先の経過が受け入れられないだろう。

<地元ですでにあるもの>

- * 都会とは異なり、昔の風景と大きい変化がないこと

<地に足りないもの>

- * 地域の認知症への理解が不十分。サービスを利用する事に抵抗を感じる家族も少なくない。
- * 認知症の本人に対して、施設入所という地域の声が多く聞かれるようになった。



家族は読む時間はない。相談を受ける側が、本人・家族が一番困っていることを理解し、それに合わせてガイドブックを活用する事が必要

認知症疾患医療センター

<話し合いの内容>

- * 確定診断に来る人が多い為、確定診断後にガイドブックを提示し、相談窓口を案内する程度。

ただ、認知症だと受け入れられない家族は、ガイドブックは必要ないという人が多い。

- * 歳を重ねると誰しもがなる可能性がある病気。

だからこそ、当たり前的事として受け入れられるようになってほしい。

<地元ですでにあるもの>

- * 認知症を専門的に見られる開業医や総合病院が多い。

<地元足りないもの>

- * 舞鶴市の事業が市民に周知されていない。

地域包括支援センター

<話し合いの内容>

- * 市民の方は、舞鶴市の施設の特徴や入所までの手続きの流れ等が知りたいのではないかな？
- * ケアパスは字が小さく見えにくい。渡すだけでは理解されない為、十分な説明が出来なければいけない。

<地元ですでにあるもの>

- * 成年後見や任意後見の相談窓口がある事

<地に足りないもの>

- * 相談窓口・事業の周知が出来ていない
- * 市民の方には、利用の仕方が分かりにくい

小規模多機能型居宅介護

<話し合いの内容>

- * 地域の方への発信が少ない為、地域の繋がりが薄い。
もっと地域に発信していきたい。
- * 認知症の勉強はしているが、業務に流され、本人に沿ったケアを提供出来ていない。
- * 初期の段階で、認知症について語れる機会を作りたい。

<地元にすでにあるもの>

- * 初期からターミナル期までの事業所やサービスはある。

<地元に足りないもの>

- * 本人が語れる機会
- * 事業所で困ったケースを相談できる場がない
- * サービスの連携（同じ施設の横の繋がりも）

【特に重要な課題】

①地域

地域の理解が充分ではない
相談窓口の周知について

②関わる方

本人・家族の視点で話せる人が少ない
サービスの連携

**聴き取りから浮かび上がった具体的な課題を大事に
本人・家族、関係者、地域の人と話しあい、
改善の取組みを継続！**

目指すもの

- * 住み慣れた家で、病気を抱えても生活し、亡くなっていく事はごく当たり前で自然な事。
- * 施設やサービスが充実すればするほど、家という視点が薄れていく・・・
- * いつまでもその人らしくの「その人らしい」を考えていけるような投げかけを市は行っていく必要があるのでは・・・

