

平成26年7月23日

平成26年度 第1回

認知症地域支援体制推進全国合同セミナー

認知症介護研究・研修東京センター

認知症の当事者を地域ぐるみで支える体制を持続的かつ確実に  
築いていくための自治体としての全体構想と企画、取組みの展開

初期から最期まで地域でよりよく暮らすために

国立市健康福祉部

地域包括ケア推進担当課長

大川 潤一

# 市の状況と地域包括支援センター

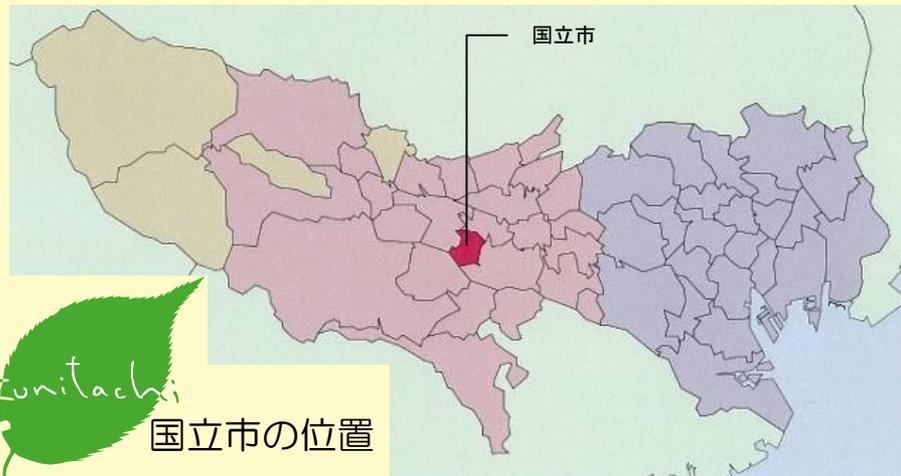
市として  
どう考え、どう位置付け、  
機能を整備してきているか  
\* 認知症地域支援の  
拡充と不可分

# 国立市（くにたち）

面積 約8.15km<sup>2</sup>

人口 約74,303人

平成26年4月の高齢化率 約21.15%



国立市の位置

## 国立市の人口と高齢者数（住基登録者）

| 平成26年4月1日 | 男性     | 女性     | 合計     | 割合     |
|-----------|--------|--------|--------|--------|
| 全体        | 36,670 | 37,633 | 74,303 | —      |
| 65歳以上     | 6,650  | 9,066  | 15,716 | 21.15% |
| 75歳以上     | 2,983  | 4,720  | 7,703  | 10.3%  |
| 100歳以上    | 6      | 25     | 31     | —      |

## 国立市の要支援・要介護認定者数（施設利用含）

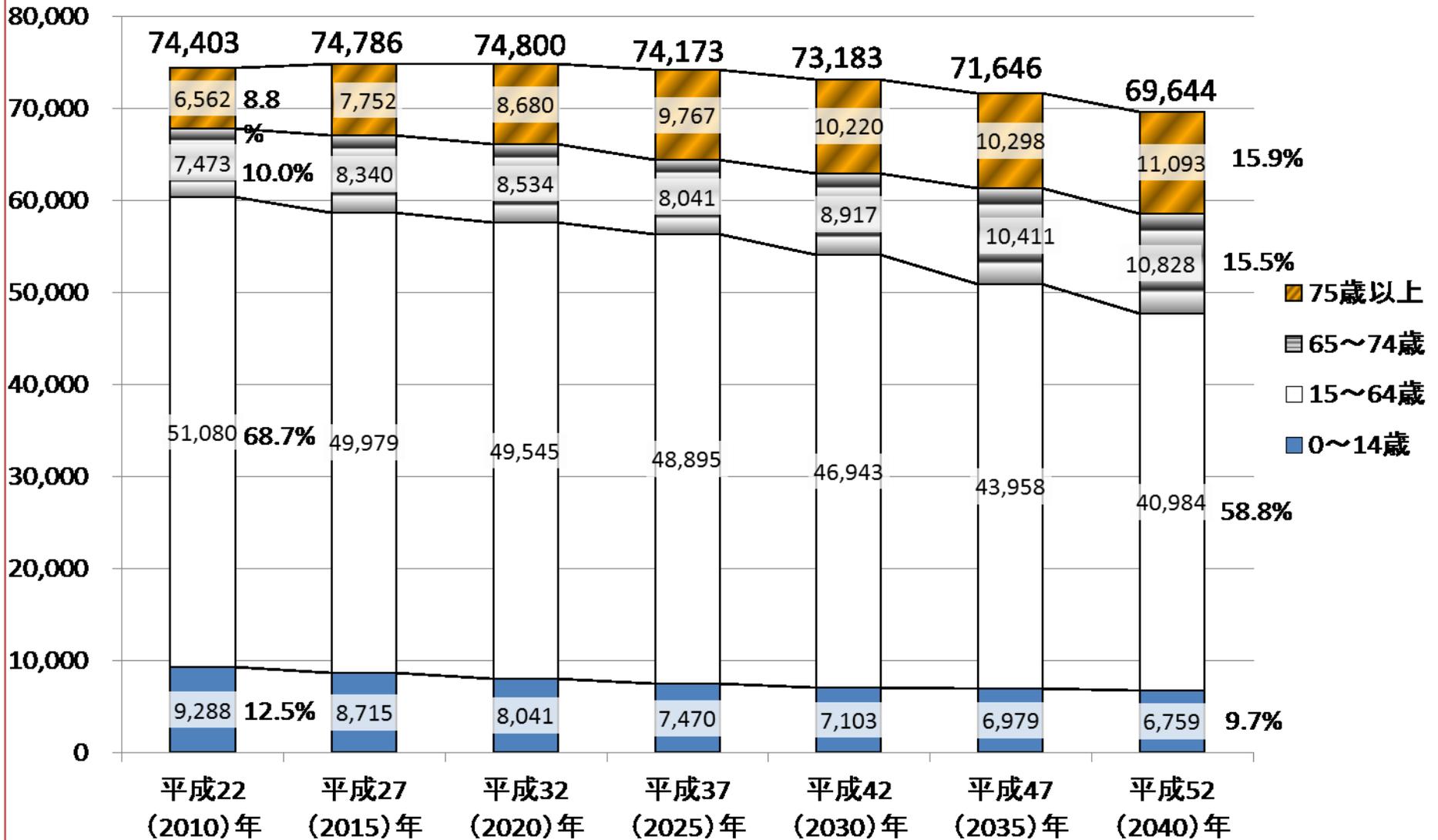
認定者の約85%は75歳以上

| 平成26年3月1日 | 支1  | 支2  | 介1  | 介2  | 介3  | 介4  | 介5  | 計     |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| 認定者全体     | 417 | 391 | 630 | 476 | 413 | 323 | 313 | 2,963 |
| 40歳～64歳   | 7   | 10  | 23  | 14  | 18  | 8   | 15  | 95    |
| 65歳～74歳   | 55  | 58  | 65  | 52  | 47  | 34  | 26  | 337   |
| 75歳以上     | 355 | 323 | 542 | 410 | 348 | 281 | 272 | 2,531 |

# 市の人口推計

国立市政策経営課資料より作成

(人)

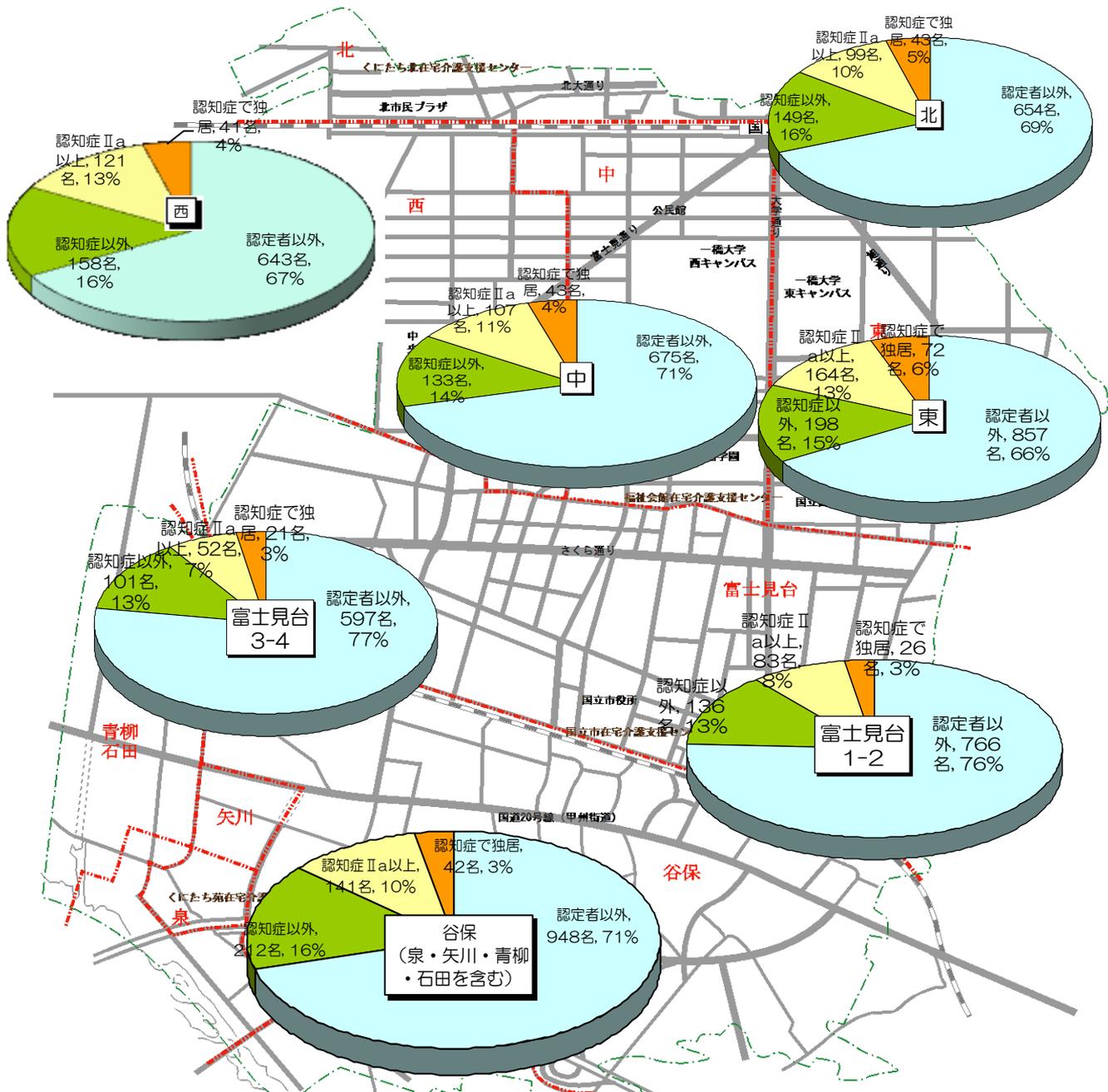


# 国立市 75歳以上

\*このマップにおける認知症とは認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa以上のことを指しています。  
 \*なお、世帯形態は住民登録上の数値です。

平成25年1月現在  
 【75歳以上の在宅の方】  
 人数 7,282人  
 ■ 認定者以外 5,140人

■ 認定者 2,142人  
 ■ 認知症以外 1,087人  
 ■ 認知症で独居以外 767人  
 ■ 認知症独居 288人  
 \*生活実態が独居の方 56人



# 地域包括ケアシステム構築にむけた支援のあり方の課題

## ○第1期～第2期介護保険事業計画期間(平成12年度～17年度)

◇介護保険制度の創設、総合的なサービスの提供・調整の必要性。

【問題点】委託型の在宅介護支援センターでは、対応能力に限界あり。

→ 市内3カ所の委託型在宅介護支援センターであったところ、平成15年度に市役所内に基幹型在宅介護支援センターを設置。

【更なる課題】基幹型も総合調整能力に不足あり。

→ **包括的・継続的な相談・支援体制整備の必要性**

## ○第3期～第4期介護保険事業計画期間(平成18年度～23年度)

◇予防重視型システムへの転換、地域密着型サービス等の確立

【問題点】市内を1圏域として新設された地域包括支援センターの問題解決・マネジメント能力の不足。ランチ(3カ所)の問題解決能力の限界。

→ **直営型の地域包括支援センターが機能できなければ、委託型の地域包括支援センターを増設しても専門的・総合的な相談支援体制はのぞめない。**

## ○第5期介護保険事業計画期間(平成24年度～26年度)

◇地域包括ケア体制の方向の明確化、在宅療養の基盤整備、認知症支援体制の確立

【問題点】総合相談支援体制が機能しない。

**直営型地域包括支援センターの総合相談機能を強化。**

予防給付ケアマネジメントをチーム化。

本来業務である包括的支援事業に力点。

**在宅療養基盤整備の所管を位置づけ。認知症対応の強化を図る。**

→ 課題は山積

## ○今後の地域包括ケア体制構築に向けた重点課題

●中重度の方の地域でのケア、在宅療養体制の整備

●認知症の方が地域で可能な限り安心して過ごせる支援体制の整備

# 国立市地域包括支援センターの人員配置

| 平成26年度 | 保健師 | 社会福祉士                 | 主任介護支援専門員 | 看護師<br>管理栄養士 | 介護支援専門員 | 事務 | 計  |
|--------|-----|-----------------------|-----------|--------------|---------|----|----|
| 課長補佐   | 1   | 地域包括ケア・在宅療養推進担当係長事務取扱 |           |              |         |    | 1  |
| 主査     | 1   |                       |           |              |         |    | 1  |
| 係員     | 1   | 4                     | 2         |              |         |    | 7  |
| 嘱託員    |     |                       |           | 2            | 6       | 2  | 10 |
| 計      | 3   | 4                     | 2         | 2            | 6       | 2  | 19 |

平成25年4月から、組織改正に伴い「**地域包括ケア・在宅療養推進担当**」を地域包括支援センターに配置  地域包括ケアシステム構築に向けた在宅療養基盤整備の施策を牽引

| 地区<br>(平成26年4月現在) | 北・西      | 東・中・富士見台1~3丁目 | 谷保・泉・青柳・石田・矢川・富士見台4丁目 |
|-------------------|----------|---------------|-----------------------|
| 地域窓口              | 北窓口<br>3 | 福社会館窓口<br>2   | 泉窓口<br>3              |
| 市包括担当             | 2        | 3             | 2                     |

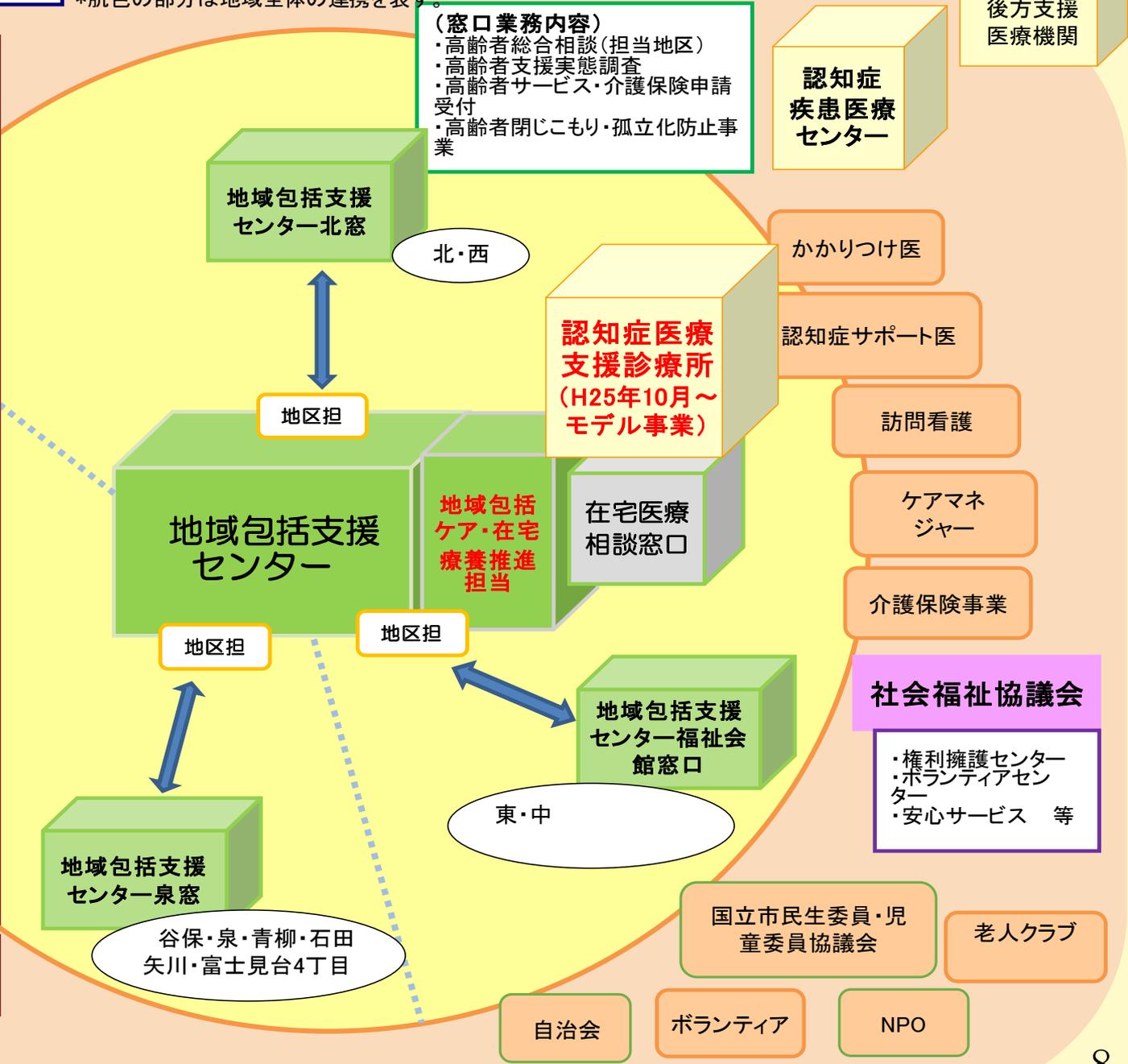
地区で初期対応 ⇒ 包括内共有 ⇒ 支援方針立案

|                  |                |             |                  |
|------------------|----------------|-------------|------------------|
| 平成26年度           | MSW + $\alpha$ | 高齢者支援<br>課長 | 地域包括ケア<br>推進担当課長 |
| 在宅医療相談窓口<br>(委託) | 1 + $\alpha$   | 1           | 1                |

# 地域包括支援センターの役割

\*黄色の部分が高齢者相談の連携を表す。  
\*肌色の部分は地域全体の連携を表す。

- (地域包括支援センター業務内容)**
- ・高齢者総合相談(全域)
  - ・ケアマネ相談窓口  
・ケアプラン作成支援
  - ・権利擁護  
・虐待予防
  - ・困難事例対応
  - ・地域資源コーディネート  
(地域ネットワーク構築)
  - ・介護予防事業  
(一次予防・二次予防)
  - ・市民意識啓発
  - ・ケアプランチーム
  - ・認知症対策  
(**認知症対応チーム**)  
(認知症サポーター養成講座)  
(家族会支援)等
  - ・高齢者閉じこもり・孤立化防止事業
- (保険者の業務内容)**
- ・介護給付適正化事業



# 介護保険事業計画

在宅生活の実情を踏まえて  
介護保険枠内のみでなく  
市独自の施策による支援・体制を  
積極的に企画・計画

# 国立市第5期介護保険事業計画（抜粋） 1

## 第3章 地域包括ケアの実現に向けて

### 5 医療と介護の連携、そして家族介護の現状と問題点

日本における高齢化は医療の在り方の基本を変えている。感染症を主体とした医療から慢性疾患を中心とした医療が主体になり、その結果としてもたらされる高齢者の病的状態は高齢になればなるほど、根治的治療が不可能となる。

脳卒中、骨・関節疾患、認知症、さらに治癒不能な癌などは、根治的治療が困難であり、結果として障害をもったり、要介護状態に陥ることとなる。このような人たちは、介護保険の適用者となる。このような高齢者のケアには医療のみでは対応できない。そこに高齢者医療の限界があり、あるいは医療の限界かもしれないが、**最善の医療が求められると同時に、最善の介護も必要になり、高齢者にとって医療と介護は切り離せない問題となる。**課題は、現状では医療と介護の連携体制が十分に行われているとはいえない点である。医療と介護の連携は担当者間の会議から始まる。場合によっては退院時カンファレンスから始まることもある。担当者会議では、医療的視点から見たリハビリテーション目的を明確化することにより、介護者が日常なすべき方法と介護の中身を検討する。介護保険はリハビリテーション前置主義であることを明確にしなければならない。単なる介護では生活不活発病を造ることとなるからである。担当者会議は現場主義でなくてはならない。現場で問題点を明確化し、看護と介護の役割と目標を明確にし、解決策を目指さなければならない。ケアマネージャーは問題解決、目標達成のために、主治医と密なる連携をとり、重度者に対しては日々変化する身体の状態に応じてサービスの内容と量を変えなければならない。看護と介護の良好な組み合わせは24時間体制を構築するために必要不可欠なものとなる。

**在宅療養においては、QOLの向上を図る生活面の支援サービスの確保とともに、退院後のリハビリテーションが効果的且つ継続的に受けられるような医療的視点を持った体制が地域に整備される必要がある。**

その背景として、日本社会においては、家族主義の崩壊と同時に人のつながりの希薄化をもたらす孤立社会を形成している現状が挙げられる。国立市においても同様である。孤立社会は、生活機能の低下を進めると同時に要支援状態が要介護状態となる確率を高め、さらなる生活能力の低下が重い要介護状態へと負のスパイラルを生じる要因となっている。年齢を重ね80歳代になると、転倒、骨折、認知症が増加し、要介護状態の主たる要因になる。高齢者の衰弱が多いのは、一度病的状態になった以後の支援体制、すなわち医療支援体制、在宅を含めたリハビリテーション体制の考え方が十分に浸透していない環境が重要な因子となっている。

（続き）

介護者の状況をみると、同居する配偶者の親を介護することが主体であった時代から、高齢夫婦間での介護、そして子が親を介護することが多くなってきた。要介護度の認定状況からみると、要支援、要介護1、2の状態では必要な時に手を貸す程度である一方、要介護3以上ではほとんど終日介護の時間を必要としている状況である。また、仕事を持ちながら重度の親を見る単身世帯も増えており、かなり厳しい現状が続いていると考えられる。

家族介護者は就労機会も少なく、時間的・心理的な負担が増加していることが予想される。日本型介護保険制度の現状から、介護力の不足といわれているが、日本型介護保険制度は欧米先進国と比しても多くの介護人材を出している。

しかしながら、日本はドイツの倍の介護サービスを提供しているにもかかわらず、家族介護負担が減少しているとは誰もが感じていない。また、65歳以上の施設入所率は日本では5.5%、OECD諸国では3.3%であり、在宅サービスや施設は、他のどの国よりも日本のほうが数的優位を保っている。このような状況を考えると、介護力不足で考えられる問題ではなく、介護制度の根幹的問題なのか、サービス提供の中身が問題なのか、あるいは地域社会のつながりの希薄さにより家族介護者が孤立することが問題なのかということについて分析していくことも必要であろう。介護制度がどのように整えられたとしても社会構造の基本は家族である。これは日本的な同居家族を意味するものではない。超高齢時代にふさわしい家族の形態の在り方、介護の在り方が求められているということである。**高齢者にとって必要な医療と介護の連携が成立し、安心地域を造る**ことで、これらの問題が解決可能となるといえる。

## 課題と目標

- 1 在宅療養のための連携システムの構築。
- 2 多疾患に対応した連携システム(中等度・重度の方の地域ケア、認知症ケア)
- 3 多職種による研修を通じての良質な関係づくり
- 4 ケアマネジャーの質的向上のための研修プログラム

## 在宅療養推進のための提案

今後急速に高齢化が進展し、医療、介護を必要としている高齢者が増大していくことが予想される。現状のシステムとそれに伴うサービスの提供のみでは、その人らしい充実した、満足のゆく人生を全うすることができなくなるという懸念が大変大きくなっている。今後さらに核家族化し、高齢者のみで暮らす世帯、高齢者単独世帯が急増していく。

国立市の現状からみても現在の高齢者世帯、高齢者単独世帯は30%となっている。こうした高齢者は身体能力が低下したままの期間が伸びることで、場合によっては要介護状態に陥ってしまう。予想される事態は遠い将来のことではない。

誰もが、たとえ要介護状態になっても個人として尊重され、いつまでも住み慣れた地域で暮らし続けたいと願っているはずである。一方で、在宅療養を支え推進する仕組みが整わないために、常時介護を必要とする人は自宅で暮らしたい気持ちがあっても、介護者がいない、家族に迷惑をかけたくない、何かあったら心配、医療の支えがないなどの理由により、在宅生活をあきらめてしまう現状がある。

国立市では在宅療養を推進するための主体的な取り組みの一環として上乗せサービス(特別給付)、非課税世帯の利用料負担軽減を行ってきた。

介護保険制度施行後10年を経過した現在、上乗せサービス(特別給付)利用世帯の分析を進めた結果、要介護者の生活課題の分析とそれに伴う解決策、目標の設定そしてその支援方法が適切ではない例があることがわかった。例えば、ケアマネジャーの作成するケアプランの中には、単なる細切れの時間単位によるサービス提供が計画化され、目標を医療や介護の支援者間で共有するところまで至らず、達成効果がみられないものもあった。これでは在宅療養推進の本来の目的である「満足のゆく在宅での療養生活」のために必要なサービスとはいえず、高齢者にとっても満足のいくものとはなっていないと考えられる。

これは、10%の上乗せが効果を十分に発揮したのではなく、年度の経過とともに初期の目的がゆがめられてしまった結果であると考察できる。まずは、国が示す限度単位数の枠内で介護保険サービスをマネジメントする必要が生じている。一方、単に10%枠の介護必要量をなくすことはサービスの低下につながることもなることから、新しいサービス提供の在り方を検討する必要も生じている。

国立市は、**24時間安心して在宅療養を行うことが可能な体制の構築に向けて計画を進めている**ところである。在宅療養の対象者は脳血管障害、認知症、神経疾患、高齢に伴う身体機能や精神力の低下、癌などの様々な疾病をもつ方々である。こうした対象者への対応は、**介護保険の枠内のみでは十分にできないといえ、市独自の施策による支援が必要**となる。

## 国立市第5期介護保険事業計画(抜粋) 4

### 在宅療養推進のための提案 (続き)

まず、状態像によって要支援1から要介護2までの方と要介護3から要介護5までの方に対象を分けて考える必要がある。

要支援1から要介護2までの対象者には、現在の身体能力を維持し、自立した生活の継続を目指した介護保険法内外の支援や社会活動参加の機会が必要である。これは、2次予防事業対象者や元気な高齢者に対しても同様であり、可能な限り健康状態の悪化を予防して国立に住み続けることができるような施策の展開が求められる。

現在の保険給付について、既存のサービスを細切れに導入しているのみでは、本人の自立した生活、継続性のある生活につながる効果が期待できるとはいえない。その効果判定も含めて合目的なサービス導入となっているかどうかの検証事業を行っていくことが必要である。検証の結果、さらに具体的な事業も必要となる。

要介護3以上の方にとっては本人の介護サービスの満足度と家族の介護負担軽減が重要な課題である。しかしながら、特別給付に見られるような単に時間単位でのサービス量の上乗せ提供ではなく、課題と目標達成のための介護、看護の一体的なサービス提供が必要であり、24時間の枠組みを考慮した巡回サービスが求められる。

これは、必要に応じて15分から30分程度の訪問介護、看護を適切に組み合わせ、一人の方を個別にケアしていく支援方法である。巡回型サービスは、特定の地域を同一チームが担当することにより本人、家族にとっての身近な存在となることを目指すものである。今後、訪問看護ステーション、介護事業者が個別のチームを組み、一体的にサービスを提供することを含めて、時間単位ではなく一日単位のサービスの在り方について検討していく必要がある。

また、在宅療養者が安心して満足のゆく生活をおくるには、ケアマネージャーが作成するケアプランがその要となるため、**利用者の自立や生活継続、家族の介護負担の軽減に効果のある目標指向型のプランとなっているかどうかの検証**が必要になる。ケアプランの検証についても、状態像により要介護2までの方と要介護3以上の方を分けて考えることが妥当である。

要介護2までであれば、介護保険以外のサービスも組み合わせ、より充実した継続性のある自立的な生活を可能にするプランをつくることが基本となる。要介護3以上の場合、重度になっても本人のサービス満足度が継続し、家族の負担が軽減されているか、そして24時間の安心がもたらされるプランであることが基本となる。

国立市においては、上乗せサービス(特別給付)が10年経過した今、新しいサービス体系の創設やケアプラン検証の方法についての検討・実施が急がれている。これらのことを通じて、今後さらなる在宅療養体制の基盤整備を進めていくことが重要である。

# 国立市第5期介護保険事業計画(抜粋) 5

## 在宅療養推進のための提案 (続き)

利用料負担軽減制度は、非課税世帯にとって重要な施策であった。これまで、この制度は一般財源を原資として行われており、通所介護サービス、訪問介護サービス等に限定して行われてきた。国立市にとっての今後の最重点課題は認知症対策であり、施策としての新しい改革提案は、非課税世帯のみではなく、認知症になっても国立に暮らし続けるための方策に重点的に転化されなければならない。

**認知症の方は周囲の理解があれば、行動障害を起こすことなく生活できるようになるが、絶えず家族の方による見守りが必要となり、その結果家庭生活が困難な状況に陥ることも多い。また認知症の単独世帯も増える中で、現状の通所系サービスのみでは在宅生活を送ることは極めて困難である。**例えば夜9時までの夜間サービスを新たに加えること、さらに必要な時は通所系サービス、宿泊サービス(ショートステイ)を加えること等により対応が可能となるものである。

今後は、市の財源負担を利用料負担軽減から認知症サービスへ切り替えることが重要である。現在の利用料負担軽減助成適用者は283名であり、そのうち82名が高額介護サービス費の適用者である。したがって残りの201名のうち要介護2以上の認知症の方に対して費用負担が必要と考えられる。要介護2以上の方の多くは認知症を併発している。このため認知症の重度化防止対策が求められており、認知症デイサービス、夜間訪問介護、宿泊サービスの組み合わせにより在宅生活を可能にしていくことが必要である。軽度認知症対策として要介護1、要支援1、2の人、単身高齢者には生活支援が求められる。このような事業目的のために、利用料負担軽減に使われていた一般財源よりも多くの新たな支出の必要性がでてくる。**今後、生活支援モデルを市独自に作り、サービスを提供していくこと、さらには現在国立市在宅療養推進協議会で進められている「わがまちくにたち認知症アクションミーティング」からの提案を実行していくことが必要である。**

次に、食事サービスの課題も提起する。自立した生活の継続のためには介護保険以外のサービスも必要であり、食事サービスによる食の確保は特に重要である。しかしながら、食事を毎回自宅で受け取るのみでは、かえって身体能力を低下させ、家の中に閉じ込めることとなり、精神の後退がみられてしまうことにもなりかねない。出かけた先で顔なじみと楽しく食事することが、精神活動により効果をもたらす、ひいては高齢者の自立的な生活にもつながると考えられる。従来配食サービスの提供方法のみでは解決策を伴っていない面が否めず、今後の新しいサービス提供の在り方を検討してきたところである。

例えば、地域活性化のために地域の食堂におけるメニューを導入していくこと、他の配食事業者を含めて選定をしていくこと、配達は地域の高齢者ボランティアにお願いしていくこと等もひとつの方法である。

食事サービスが高齢者の自立生活につながるために、食の選択の質と量を増やすこと、高齢者の就労支援策とすることが目指す方向である。このように配食と会食を組み合わせることにより、地域性を考慮した新しい地域コミュニティの創生も図っていくことが必要である。このことは認知症対策としても重要になるといえる。

また要介護2までの高齢者は、配食と少なくとも月一回の会食を組み合わせ、生活全般の活性化を図っていく。会食には地域に密着した場所を設け、食事は配達により賄う。これらを実行していくためには、食事サービスの要綱を改正していくことが必要であり、食事回数を要介護2までは週2回から4回とし、要介護3以上は10回とする。更に回数増加の検討や対象者の明確化も必要であろう。

以上の点について、第5期事業計画期間内に検討していくことを提案いたします。

認知症の初期から最期まで  
本人と家族が地域で安心して  
暮らすために不可欠な基盤

## 「在宅療養の支援体制づくり」の 具体化に向けた企画と取組み

# 在宅療養の支援体制づくり

## 平成20～平成21年度 都モデル事業

平成21年)18名の多職種意見交換と連携のあり方の検討～研修・相談事業・在宅医療アンケート

Q「病院から退院を迫られた場合、在宅医療を受けながら家で過ごしたいか」

A 「はい」57%

「いいえ」「わからない」39% ⇒ 情報不足、急変時の心配

⇒ 平成22年度 「国立市在宅医療推進連絡協議会」

## 平成23年度 国立市在宅療養推進事業

都補助（委託）

### ○国立市在宅療養推進連絡協議会(年5回)

【目的】市民が安心して在宅療養生活を送ることができるよう、協議会を設置し、在宅療養提供体制整備に向けた検討を行う。  
(委員20名)

市が事務局に加わる

【内容】

ネットワークの構築検討、**多職種連携研修会**(認知症・摂食嚥下)の企画・実施、認知症独居や24時間対応の仕組みづくりの検討、情報交換ツールの普及検討、多職種によるケーススタディの検討、「国立市認知症の日」計画、等。

### ◇認知症まちづくりプロジェクト「**わがまち国立アクションミーティング**」 50～80名

・認知症になってもお互いが安心して暮らせる街を一緒に作ろう。  
・市民、専門職、NPO、ボランティアグループ、認知症高齢者、その家族等、約50名～80名。グループワーク。

### ○在宅医療相談窓口

【目的】在宅医療に関する調整、相談及び助言を行うことにより、住み慣れた地域で継続した生活が送れるようサポートする。

【内容】

- ・月～金曜日、午前9時～午後5時。  
つくし会新田クリニック内。
- ・専門職による受付、相談対応。
- ・市報やチラシ、リーフレットで周知。
- ・市地域包括支援センターと定期的に連携会議を実施。事例への対応検討、助言等。
- ・相談受付件数 9か月で41件。

手探り

# 平成24年度 国事業と国立市在宅療養推進事業

「住み慣れたまちで病気になっても365日24時間安心して暮らし続けられる仕組みづくり」  
(平成24年度国立市施政方針より)

## 国事業 在宅医療連携拠点事業(復興枠)

「災害が発生した場合にも在宅医療を必要とする人が安心して医療サービスを受けることができるよう、地域での多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制を構築する。」

市が事務局に加わる

### ○国立市在宅療養推進連絡協議会

【委員】医師、歯科医師、薬剤師、看護師、学識経験者、社会福祉協議会、歯科衛生士、介護職、市民、行政。21名。

【事務局】つくし会 国立市

【継続内容】ネットワークの構築検討、多職種連携研修会の企画・実施、認知症独居や24時間対応の仕組みづくりの検討、**情報交換ツールの普及検討**、多職種による地域ケア会議、等

【新規内容】家族介護者交流、**認知症カフェ**、在宅療養市民勉強会、等

国

◇認知症まちづくりプロジェクト「わがまち国立アクションミーティング」  
6グループに集約

◇第1回「**認知症の日**」イベント実施。平成24年10月20日

参加者 300名弱

内容 認知症の方を含むコーラス、寸劇、アクションミーティンググループ発表、対談、福祉用具展示、相談ブース設置等

## 国立市在宅療養推進事業

### ○在宅医療相談窓口

【目的】在宅医療に関する調整、相談及び助言を行うことにより、住み慣れた地域で継続した生活が送れるようサポートする。

【内容】

- ・月～金曜日、午前9時～午後5時。  
つくし会訪問看護ステーション内。
- ・専門職による受付、相談対応。
- ・市報やチラシ、リーフレットで周知。
- ・市地域包括支援センターと事例検討。
- ・相談受付件数 35件。

\*周知が課題

都補助(委託)

行政が一緒になって  
かかわる形の確立

# 平成25年度 国立市在宅療養推進事業に国モデル事業が加わる

「病気や認知症になっても住み慣れたまちで、365日24時間安心して暮らし続けられる在宅療養の支援体制づくり」「認知症の方とご家族が地域で立ち寄れる居場所づくりや安心して生活を続けられる仕組みづくり」（平成25年度国立市施政方針より）

## ○国立市在宅療養推進連絡協議会

市も事務局

【委員】医師、歯科医師、薬剤師、看護師、学識経験者、社会福祉協議会、歯科衛生士、介護職、市民、行政。20名。

【事務局】つくし会 国立市

【継続内容】多職種連携研修会の企画・実施、認知症独居や24時間対応の仕組みづくりの検討、情報交換ツールのICT化検討、**多職種による地域ケア会議**、ケアマネ会議、**市民勉強会**、認知症カフェ、等

【新規内容】在宅療養ハンドブック作成、等

都補助

◇認知症まちづくりプロジェクト「わがまち国立アクションミーティング」4グループに集約

◇第2回「認知症の日」イベントを予定。平成25年10月19日

内容 認知症の方を含むコーラス、認知症介護川柳の表彰、アクションミーティンググループ発表、対談、福祉用具展示、相談ブース設置、**在宅療養ハンドブック**の配布、等

都補助

平成25年10月～ 認知症医療支援診療所地域連携モデル事業

○認知症医療支援診療所地域連携モデル実施委員会

○認知症医療支援診療所における早期診断・早期対応及び危機回避支援の試行的実施

国庫補助 委託

## ○在宅医療相談窓口

【目的】在宅医療に関する調整、相談及び助言を行うことにより、住み慣れた地域で継続した生活が送れるようサポートする。

【内容】

- ・月～金曜日、午前9時～午後5時。つくし会訪問看護ステーション内。
- ・専門職による受付、相談対応。
- ・市報やチラシ、リーフレット、市民向け封筒等で周知。
- ・地域包括支援センター連絡会議参加。
- ・相談受付述べ件数 181件

市民も専門職も行政も  
みんなで作る

# 地域ケア会議の目的と経緯

- 在宅療養における医療と介護の課題を焦点化
- 在宅療養支援のモデルを作って標準化
- 生活課題解決のための地域包括支援ネットワーク構築
- ケアマネジメントの支援
- 個別ケースの課題分析等による地域課題の把握

## ○平成24年度

在宅療養ケーススタディを「地域ケア会議」に位置づけた。

政策の柱をテーマに、在宅で医療ケアと介護ケアを受けている方、認知症で独居の方を対象とした。一回に1事例の検討が多かった。

認知症ケアの課題を抽出。

## ○平成25年度

困難事例ではなく、在宅療養支援を利用中の方を複数例を検討。在宅療養支援体制の整備にむけ、課題を抽出。

利用者の状態に必要な支援がきちんとカバーされているかどうか、プランニングがうまくいかなかったのであればその背景は何か、地域に社会資源がないかななどを多職種で検討して、課題を解決していくことを目指す。

# 地域ケア会議のメンバーは多職種

## 在宅療養推進連絡協議会委員

医師(座長)

歯科医師

看護師

歯科衛生士

介護福祉士

市民

## 委員以外(適宜召集)

医師

理学療法士

作業療法士

社会福祉協議会

ケアマネジャー

老人クラブ連合会 他

地域包括支援センター(主任ケアマネ、在宅療養担当)

担当ケアマネジャー、サービス提供事業者 等

保険者

その他、ケアマネジャーの傍聴10名程度。

# 地域ケア会議の個別事例から見える地域課題

## ①心筋梗塞で倒れた方が退院後、速やかに支援を行った例

課題 退院後一日でも早く医療、リハを導入できる仕組みづくり  
医療の専門相談窓口の積極的な活用

## ②サービス拒否から退院後のサービス利用に繋がった事例

課題 総合病院とかかりつけ医の連携の仕組みづくり  
包括センターの医療につなぐ力量の向上  
地域でかかりつけ医をつくる意識を拡げる

## ③人と接することを好まず、会話もなかった男性が、デイサービス利用で元気を取り戻し、同居する家族の介護意識も変えた事例

課題 本人の状態の原因を見立てる医師との連携

## まとめ

- ・ 医療と介護の円滑な連携はまだ難しい現状であるが、介護職、ケアマネはどんどん医師と話そう。
- ・ 体制や人材をまかなっていくには、「地域ケア会議での多職種による課題解決策検討」「インフォーマルサポートをつくる」「市民の理解」が必要。

**認知症関連施策を柱に  
多職種・住民・行政が一体となった  
地域支援体制づくりへ**

# 認知症関連施策

## 「国立市在宅療養推進連絡協議会」と協働

| 事業名                      | 問題となる状況  | 目的                                   | 内容  |
|--------------------------|--|--------------------------------------|---|
| 国立市認知症の日                 | 認知症理解が不十分。認知症になると地域に住めないと考えの方が少なくない。           | 認知症について広く市民に理解を深めてもらうための啓発の日とする。     | 10月第3土曜日を「国立市認知症の日」に制定。毎年イベントを実施。   |
| 多職種連携「わが町認知症アクションミーティング」 | 認知症独居の方の生活課題解決には、行政や制度のみでは不十分。                 | 認知症になっても安心して住み続けられる町をつくらう。           | 市民、医療と介護の専門職、当事者、家族、行政等が集い、グループワークを行う中で、「認知症へどのようなことが地域でできるか、やりたいか」を具体的に検討する。 |
| 認知症家族間話し合いの場             | 認知症介護者の不安や身体的・精神的負担が大きい。                       | 同じ立場の方同士で情報交換を行い、少しでも安心できる。介護家族への支援。 | 3カ月に1回。簡単な講習あり。介護家族者同士で交流し、介護面等の情報交換を行う。                                      |
| 認知症カフェ                   | 認知症の方がいるご家族の不安を話せる場が少ない。                       | どなたでも気軽に寄ってくつろげる。介護家族や本人もくつろげる。      | 毎月第1日曜日の午後1時30分から2時間程度開催。ミニ講和とお茶会。10～20人程度の参加。                                |
| 認知症対応チーム                 | 認知症初期に本人、家族が混乱しやすい。発見された初期にきちんと対応できないと状態が悪化する。 | 早期発見、対応支援、介護者支援                      | 地域包括の在宅療養担当、在宅医療相談窓口、認知症サポート医がチームを組み、訪問、状況確認を行い、必要な支援に繋ぐ。                     |
| 認知症医療支援診療所地域連携モデル事業      | 身近な地域に、認知症患者をトータルに診る医療機関が必要である。                | 認知症者への包括的支援体制構築に向けた試行及び検証            | ①認知症医療支援診療所地域連携モデル実施委員会。<br>②認知症医療支援診療所における早期診断・対応及び危機回避支援の試行的実施。             |
| 市民勉強会                    | 市民における認知症に対する理解不足。                             | 市民が認知症を理解し、地域で認知症の人を支えるようにする。        | 毎月1回、医師・専門職が各自治会に出向き20名程度の市民に認知症の理解と対応について、座談会形式で勉強会を開催。                      |
| 認知症サポーター養成講座             | 認知症の方とのかかわり方を十分に知らない。                          | 市民が認知症を理解し、地域での見守り支援を行う。             | 市民向け、事業者向け、職員向け養成講座の実施。フォローアップ研修企画中。  |

## アクションミーティング

認知症の人と共に暮らしやすい町を作りたい・・・  
そんな願いを持つ人たちが、主体的に集まって  
話しあい、アクションを実際に始めていくことを、  
市として後押し

- ・アクションミーティングの開催企画の相談
- ・会場の提供
- ・幅広い人達に呼びかけ・参加の勧奨
- ・当日、一緒のテーブルについて話しあい
- ・生まれたアクションプランを実行していくための  
具体的なバックアップ・調整、事業化 等

# アクションミーティングの流れ

認知症の人と共に  
お互いが安心して元気に暮らせる町にむけて

**第1回** 集まろう、話し合おう、わが町の今とこれから  
町で気がかりなこと⇒こうなってほしい町の姿⇒「やってみたいこと」

**第2回** やってみたいことの「アクションプランづくり」をしよう  
「やってみたいテーマ」の整理⇒テーマ別のグループでアクションの討議

**第3回** アクションにむけたプランを練ろう！アクションのイメージを共有！  
テーマ別のグループでアクションの具体化⇒企画をアクションシートにまとめよう

**第4回** アクションにむけたプランを練ろう！アクションのイメージを共有！  
テーマ別のグループでアクションの具体化⇒企画をアクションシートにまとめよう

国立市 認知症の日



医師、看護師、薬剤師、居宅・地域密着・施設の  
介護職、社協、NPO、市民、介護家族、  
行政が夜更けまで熱く話し合う

認知症施策の具体化・実践に  
つながるアクションテーマが  
自発的に生まれた！

## <生まれたアクションテーマ>

1. 市民の理解を高める研修を多職種・市民で

2. いつでも集まれる場づくり: 町の喫茶店を活かそう

3. デイサービスでやれないことをやれる場づくり

4. 見守り隊(男性が参加しできることを)

5. 私は、認知症と言えるキャンペーン ⇒ 「認知症の日」

6. 本人・家族が情報をえられるようなサービス

# 「国立市認知症の日」イベント



アクションミーティングからの提案

毎年10月第3土曜日に制定

第2回 国立市認知症の日



みんなで考える

みんなに参加する

# 認知症カフェ



毎月第1  
日曜日

どなたでも

ご家族も

ご本人も

手伝って  
くださる方  
大歓迎

専門職がいて、相談につながるチャンス

知る

かかえない

前向きに

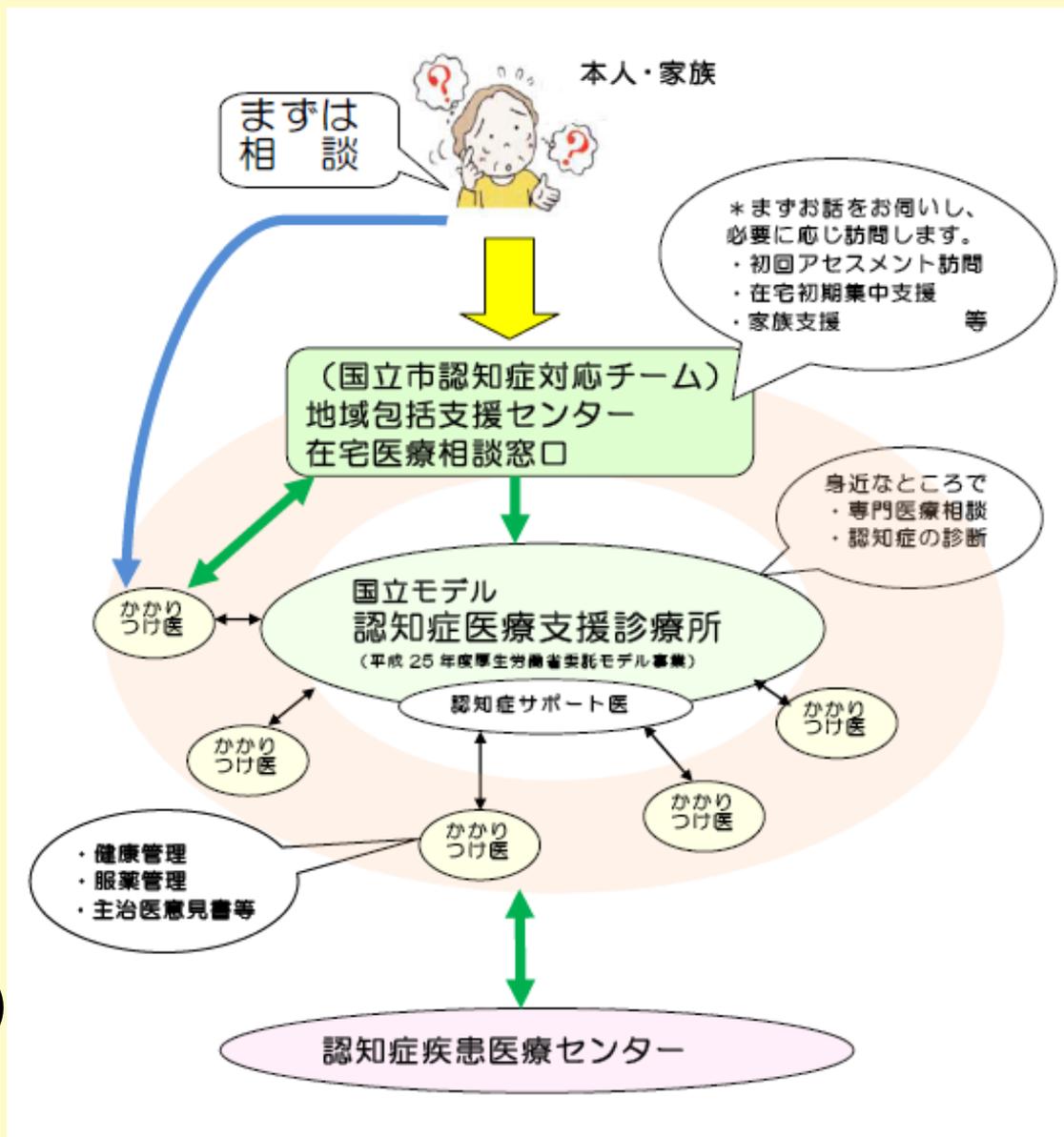
# 市民勉強会



月1～2回。市内一巡。今月第13回目

身近なところで  
ざっくばらんに話をしよう

# 認知症対応チームとモデル事業のイメージ



「くにたち在宅療養  
ハンドブック」より引用

# 認知症医療支援診療所地域連携モデル事業において抽出された課題

- 医療・看護・介護・地域・行政が連携した早期発見・早期診断・初期対応のしくみづくり  
認知症独居者の生活の全体像把握、継続的なかわり、多職種による支援の必要性  
➡ 認知症医療支援診療所・医療相談窓口・地域包括支援センターによる三者一体型認知症対応チームの実践と検証、認知症医療支援診療所による包括センターへの定期的なスーパーバイズ。
- かかりつけ医による認知症への医療および社会資源と介護保険制度の理解不足（教育体制の構築）  
市医師会、市歯科医師会、市薬剤師会への認知症に関するアンケート調査  
➡ 認知症後期の対応、日常生活の把握、状態像の理解、相談場所、社会資源と制度の理解、家族支援体制の整備、MCI対応と早期発見のしくみづくり。
- 認知症サポート医の役割の再周知と徹底  
専門診療科における認知症対応の困難さ  
➡ かかりつけ医をサポートする認知症支援体制づくり。
- 認知症疾患医療センター診療所型の周知  
二次医療圏に一か所という広域対応の困難さ、地域で解決することの重要性  
➡ 身近なところで診断、対応するセンター機能を地域におく。
- 地域包括支援センターの役割の周知  
医療機関や市民が相談窓口としての包括センターの機能を知らない  
➡ 包括センターへ相談するとどうなるか、包括センターが何をできるのかについて、事例を用いて広く知ってもらう。地域ケア会議の活用。
- 家族介護者の相談・支援体制づくり  
どこで誰が相談にのるか、市の介護負担軽減策が急務、お互いに苦勞を話せる場が必要  
➡ 認知症家族間話し合いの場の継続、認知症カフェの展開、市の家族支援策の検討。
- 認知症独居生活を支える地域の理解と支援  
市民の認知症理解、多分野の事業者の認知症理解、住民による生活支援の必要性  
➡ 地域勉強会の継続。専門職、行政、住民みんなで作る（統合された）支援体制。

# 共通の目標にむかって

## 専門職(包括含)

個別課題

解決策

## 地域ケア会議

地域課題

解決策

## 在宅療養推進連絡協議会

多職種連携研修

認知症の日

アクションミーティング

認知症カフェ

介護者交流会

認知症医療  
支援診療所

認知症対応  
チーム

## 行政・保険者

まちづくり

施政方針

量的把握

質的把握

## 介護保険運営協議会

審議

計画答申

## 地域住民

市民意識

意見・希望

認知症になっても  
住み続けられるまち

自治体の圏域レベルでの実践をつきつめると・・・

◆地域での解決能力如何によって、認知症の方や  
そのご家族の安心感が異なる。

⇒現状の特に大きな課題

- 身近なところでサポート医とかかりつけ医の連携を  
含めたいいわゆる診診連携ができるかどうか
- 介護スタッフが認知症をきちんと理解しているか  
どうか
- 家族が本人の希望を汲めるかどうか
- 家族の支援を施策に盛り込めるかどうか

# 課題解決に向けて行政は・・・

## ★仕組みづくりとつなぐ役割を担う



- ・ もっと市民と具体的に話し、生活者としての感覚も把握した上で、施策を練ることが大切。
- ・ そこには、これまでの行政のあり方（縦割り、前例踏襲、先送り等）を修正する趣もあると言える。  
（当然、自治体の経営自体を問われるということにも）
- ・ 壊すというより、新しくなるための公務員の力量が問われている。

