

平成27年度 第2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を地域で支える体制を築いていくために～

認知症介護研究・研修東京センター

プログラム

【1日目】10月8日（木）

※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 認知症介護研究・研修東京センター センター長 本間 昭 セミナーのねらい
13:10～13:50	1. 認知症施策の展開と今後の展望 厚生労働省老健局総務課 認知症施策推進室 愛甲 健 室長補佐（総括）
13:50～14:00	休憩
14:00～15:50	2. 認知症地域支援体制を築くための市区町村としての方針と戦略 ～その1～ 1) 認知症施策担当者が、今、やるべきこと・できることは何か 認知症介護研究・研修東京センター 2) 行政担当者による報告 （1）認知症の人の意思が尊重された支援を地域に根付かせていく ための市としての構想と取組みのプロセス 「加賀市が目指す地域包括ケアシステムとは」 ～高齢者や認知症の人の願いや思いを実現するために～ 石川県加賀市市民部長寿課 北口 未知子 さん ○質疑応答 （2）行政関係者の意識と内部の力を高め、「地域が動く」ための 活きたネットワークを育てる：認知症の人が特別視されずに 暮らしやすい地域を築くために 「大和高田市の認知症施策」 奈良県大和高田市保健部地域包括支援課 佐藤 博美 さん ○質疑応答
15:50～16:00	休憩・各地域の参考資料等の閲覧・ネットワーキング
16:00～17:30	3. 取組みの確認と情報交換：わが町の取組みの今とこれから 1) 自地域の取組みの現状と課題の確認 ワークシートで整理してみよう 2) 他地域の参加者と話し合おう：グループワーク （1）情報交換：各地の取組みの特徴と課題 （2）討議：今、行政担当者として注力すべきポイントと 役割の実際について 本日のまとめと明日のオリエンテーション

■17:30～19:00 報告者および参加者間での質疑応答・情報交換会

自由参加：この機会に、他地域の関係者と直にやりとりし、より具体的な情報の交換を。

【2日目】10月9日（金）

※2日目の座席は、自地域/近隣地域ごとに（終日）

時 間	内 容
9:30～ 9:40	○本日の進め方
9:40～10:45	<p>4. 自地域の取組みの課題の整理～他地域情報を活かしてグループワーク</p> <p style="padding-left: 40px;">セミナー1日目の情報や知見をもちより、話し合おう</p> <p>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</p> <p>2) 自地域の取組みの課題、注力すべき点の確認と共有</p>
10:45～11:00	休 憩
11:00～12:00	<p>5. 認知症地域支援体制を築くための市区町村としての方針と戦略～その2～</p> <p>（3）市の認知症施策の積みあげと課題の確認を踏まえた認知症地域支援体制づくりのプロセス</p> <p style="padding-left: 40px;">「釧路市としての地域支援体制作りの推進」</p> <p style="padding-left: 40px;">～認知症ケアパス・見守り・SOSネットワークの拡充も含めて～</p> <p style="padding-left: 80px;">北海道釧路市福祉部介護高齢課 及川 恵子さん</p> <p style="padding-left: 80px;">北海道釧路市こども保健部健康推進課 若狭 節子さん</p> <p>○質疑応答</p>
12:00～13:00	昼 休 憩 ・ ネットワーキング <各地域の参考資料の閲覧>
13:00～13:45	<p>6. 27年度中盤期に自治体の認知症施策担当者としてやるべきこと・できることは何か</p> <p style="padding-left: 40px;">全国各地の取組み事例をもとにした情報提供</p>
13:45～14:00	休 憩
14:00～15:45	<p>7. 自地域の課題、特徴に根ざした取組みの補強策を具体化しよう</p> <p style="padding-left: 40px;">グループワーク</p> <p style="padding-left: 80px;">○自地域の課題、特徴の徹底検討</p> <p style="padding-left: 80px;">○2日間の情報・知見をもとに自地域の取組みの補強策の検討</p> <p>8. 全体での情報・意見交換</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 今後の取組みの焦点、アイデアを参考にしあおう ・ 質疑応答、意見交換
15:45～16:00	<p>○まとめ</p> <p>○今後について</p>

平成27年度

第2回 認知症地域支援体制推進 全国合同セミナー（1日目）

～認知症の本人と家族を地域で支える体制を築いていくために～

2015年10月8日

認知症介護研究・研修東京センター
（進行：研究部 永田 久美子）



ようこそ！ 全国合同セミナーへ

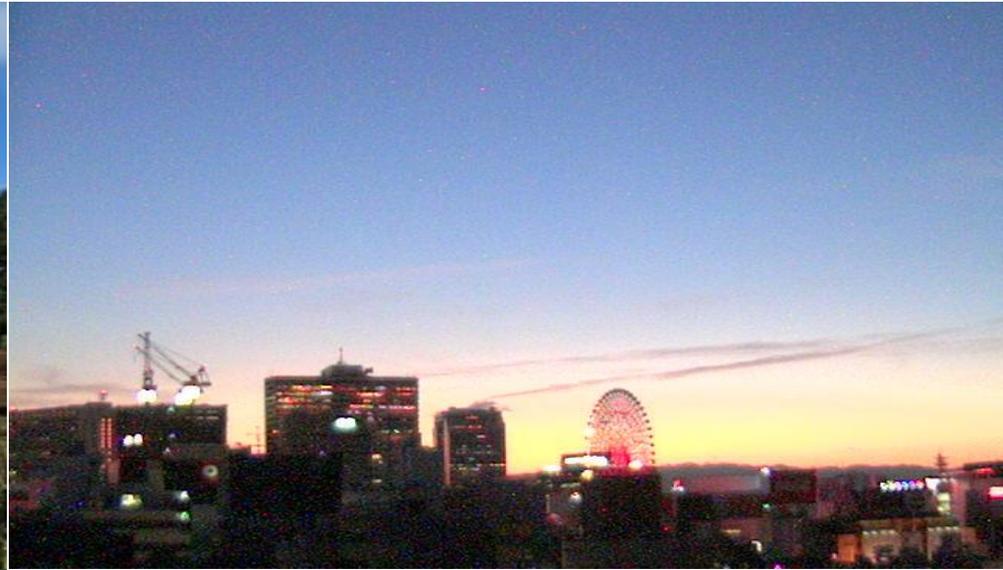


吉祥寺・井之頭公園

認知症になっても

住み慣れた地域で、自分らしく暮らし続けることができるように。

北海道から沖縄まで、すべての市区町村で。



平成27年度第2回合同セミナー参加者概要

平成27年10月7日時点

区分	参加自治体数	参加人数
都道府県	5	6人
市区町村 (地域包括支援センター、事業者等含む)	106 * 38都道府県から	200人
合計	-	206人

*「参加者一覧(都道府県)」参照

*「1日目グループ一覧」参照

認知症地域支援体制推進 全国合同セミナーの目的

全国の自治体が、新オレンジプランに基づく各自治体としての認知症施策を円滑に企画・運営し、地元で暮らす認知症の人が意思を尊重され、初期から最期まで自分らしく、よりよく暮らしていくことを支える地域支援体制づくりを着実・持続発展的に進めていくことを促進する。

合同セミナーで

これからの
国施策の
方向性、
最新情報を
知る。

全国各地の
取組み事例を
参考にしながら
行政の役割・
ポイントを
(再)確認する。

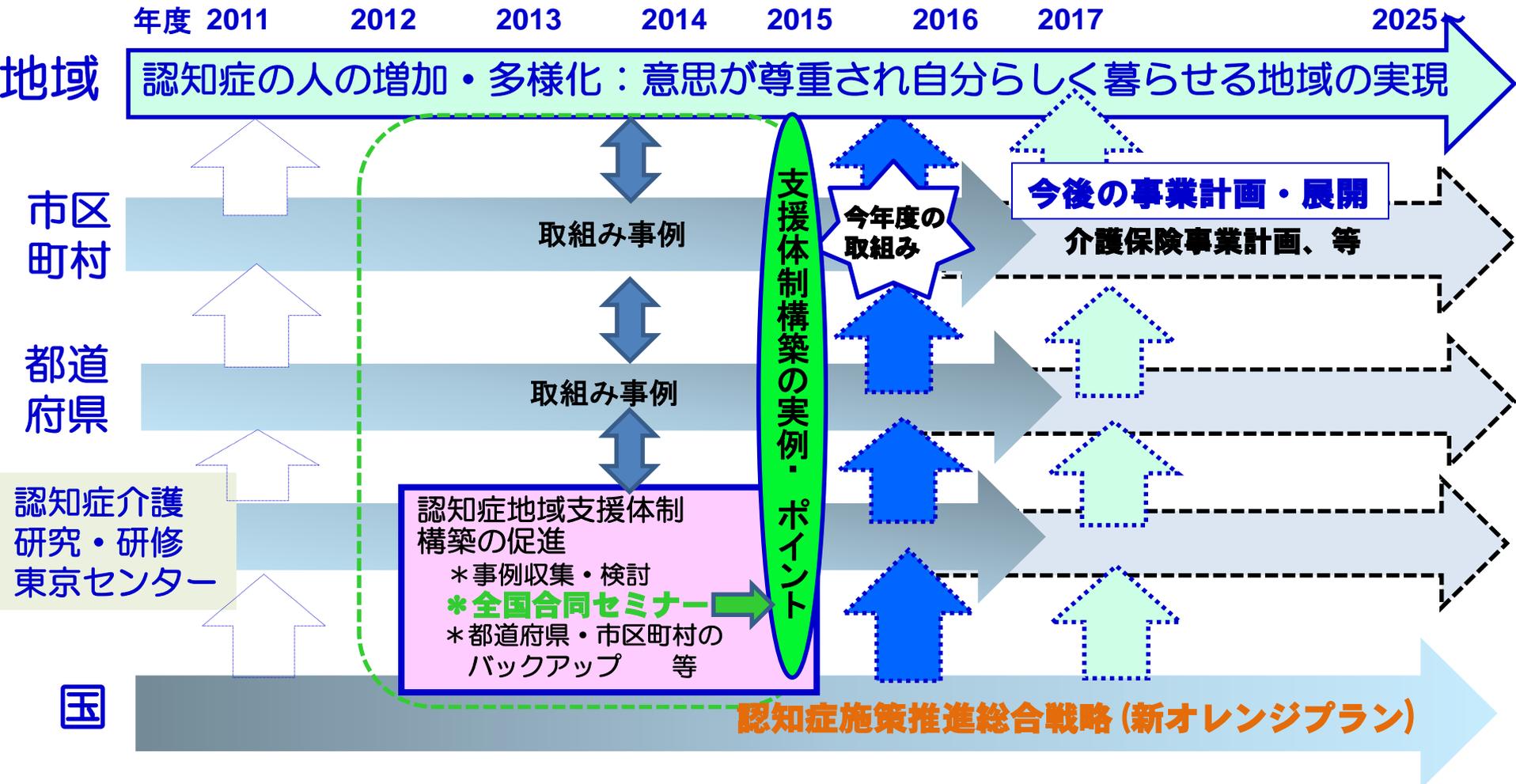
全国各地の担当者等
との情報・異見交換
を通じて、自地域
の今後のあり方・
補強策等を具体的に
検討する

自地域で

- * 情報共有
- * 対話・討議
方向性確認
具体策補強
- * 効果的取組みの
推進強化・加速

ネットワーキング

全国合同セミナーの位置づけ



地元で暮らす一人ひとりの本人・家族に行き届く支援にむけて
⇒都道府県・市区町村・地域包括支援センター等が
一体となって重層的な取組みの推進を。

1. 認知症施策の展開と今後の展望

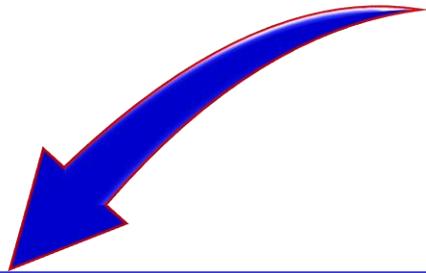
厚生労働省老健局総務課
認知症施策推進室

2. 認知症地域支援体制づくりの市区町村としての 方針と戦略 ～その1～

1) 認知症施策担当者が、今、やるべきことは何か



認知症施策担当者が、**今**、やるべきことは何か

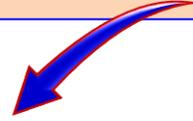


「**今**」は、どんな時期か・・・？

担当者が、「**今**、やるべきことは何か」を自分が明確にして、
担当者でしかできないこと(役割)を着実に進めていくために、
まず、「今」はどんな時期かを、確認してみよう。

認知症施策：直接取組むのは**市区町村**

今(現状)は…



- ・増え続ける認知症の人たち × 超高齢化・町の活力が低下
- ・認知症に関する最前線の多問題、要求への対応に苦戦
- ・認知症に関する住民・専門職・行政内部/上層部の意識が一朝一夕には変わらず成果をあげづらい(時間がかかる)
- ・高度化・複雑化する施策に対応するための人材不足
- ・変化する医療・介護等の制度に対応するための具体的手続き・説明・対応等で混乱、業務負担大
- ・自治体規模、特性それぞれに応じた従来からの「しきたり」
- ・予算不足、人手不足(疲れ切っている、先を見れない)

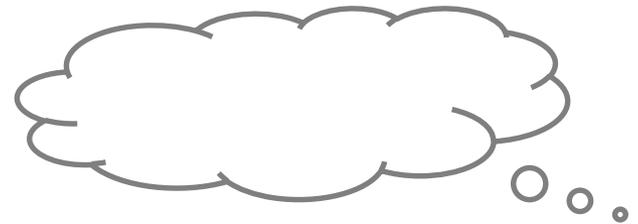


認知症施策の展開が現状に追いつかない、市区町村/地域較差



市区町村が動きやすくなるための**都道府県**による具体的な支援が求められている

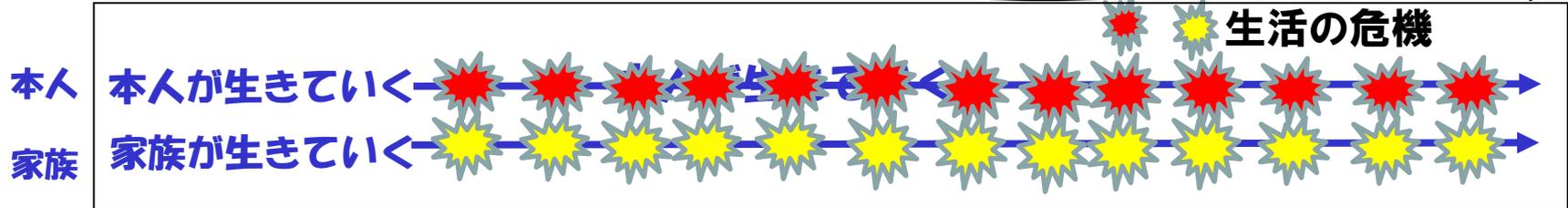
年々、急ピッチで事業・サービスが増えてきているが・・・



事業・サービスが増えてきているが、**地元の本人・家族**の多くは、
初期から最期まで、様々な危機と直面しながら暮らしている。

→**状況・支援の全体が見えない、先行き不安、混乱、疲弊、あきらめ**

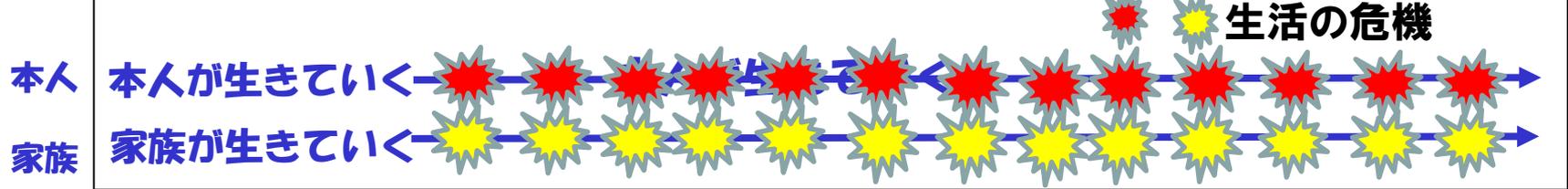
本人が辿る経過



地元の最前線で支援する地域の人たち、支援専門職も 様々な危機と直面しながら、日々を送っている。

→状況・支援の全体が見えない、先行き不安、混乱、疲弊、あきらめ

本人が辿る経過

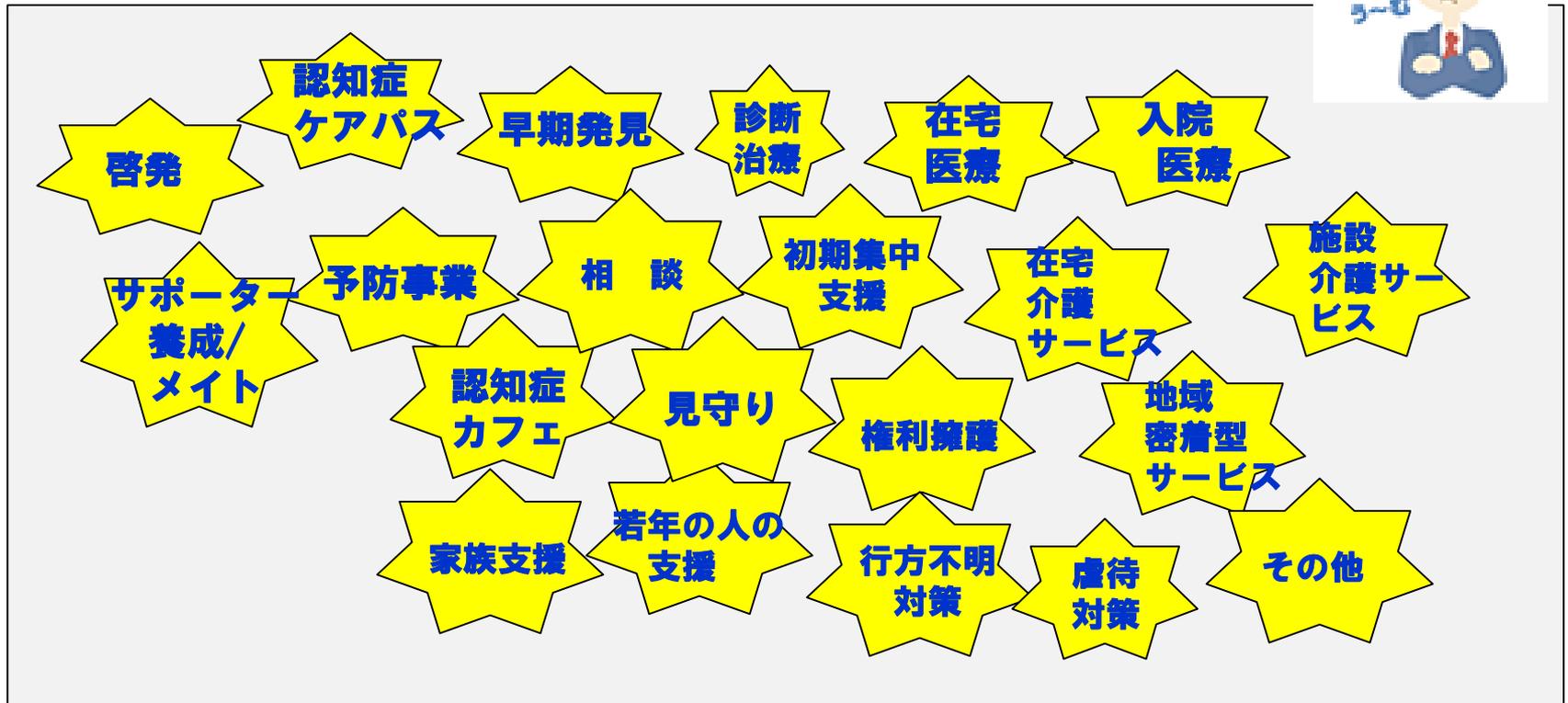
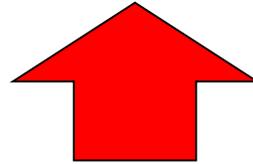


支援の前線

地域の住民や働く人たち、支援専門職（医療・介護・福祉・法律等）



急ピッチで事業・サービスを「増やす・こなす」やり方では、
当事者も、住民、支援関係者も、そして行政関係者も
ますます、**先行き不安・混乱・疲弊・あきらめが強まる一方。**



急ピッチで事業・サービスを「増やす・こなす」やり方では、
当事者も、住民、支援関係者も、そして行政関係者も
ますます、先行き不安・混乱・疲弊・あきらめが強まる一方。

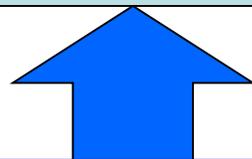


今、行政担当者がやるべきことは・・・

- ①当事者、住民、支援関係者のナビゲーション（方向・方針を示す）
- ②施策・事業全体を、方向・方針にそって見直す（棚卸しする）。
- ③方向（目ざす姿）に、無駄・無理なく着実に近づく戦略をたてる。

今、行政担当者がやるべきことは・・・

- ①当事者、住民、支援関係者のナビゲーション（方向・方針を示す）
- ②施策・事業全体を、方向・方針にそって見直す（棚卸しする）。
- ③方向（目ざす姿）に、無駄・無理なく着実に近づく戦略をたてる。



・自分の自治体/地域の方向性・方針は・・・

・方向性/方針が、関係者・地域全体に浸透しているか・・・

・自分が、方向性・方針を、
機会あるごとに説明できているか・・・

* わかりやすく

* 飾文句ではなく

一人一人が動き出すための
動機づけとして

こんな地域を
一緒にめざそう



何をめざしていくか：ヒントは・・・

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）

～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～ の概要 厚生労働省 平成27年1月

- ・ 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) ⇒ **新** 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。**

新オレンジプランの基本的考え方

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。

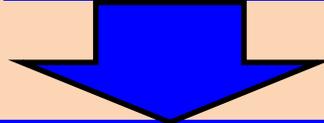
- ・ 厚生労働省が**関係府省庁**(内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省)と共同して策定
- ・ 新プランの対象期間は団塊の世代が75歳以上となる**2025(平成37)**年だが、数値目標は 介護保険に合わせて2017(平成29)年度末等
- ・ **策定に当たり認知症の人やその家族など様々な関係者から幅広く意見を聴取**

七つの柱

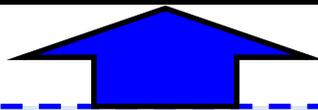
- ① 認知症への理解を深めるための**普及・啓発**の推進
- ② 認知症の容態に応じた適時・適切な**医療・介護等**の提供
- ③ **若年性認知症施策**の強化
- ④ 認知症の人の**介護者への支援**
- ⑤ 認知症の人を含む高齢者に**やさしい地域づくり**の推進
- ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の**研究開発**及びその成果の普及の推進
- ⑦ **認知症の人やその家族の視点**の重視

何をめざしていくか：キーワードは

- めざす地域の姿は…
認知症の人にやさしい地域



- めざす認知症の人の姿は…
認知症とともによりよく生きていくことができる
 - ・単に支えられる側と考えない
 - ・自分らしく暮らし続けることができる(道筋:パスを辿れる)



- 方針:めざす姿を効率的に達成するために
 - ・本人の意思を尊重(声を聴く)し、当事者の視点に立つ:当事者主体
 - ・住み慣れた地域を(とことん)大切にす:住民主体
 - ・地域の多様な分野の関係者と共働
 - ・当事者や様々な関係者から幅広く意見を聴取する

めざす姿を実現するための方策：7つの柱

めざす姿

自分らしく

住民(本人) 発症

認知症とともによりよく生きていく

最期

容態の変化に応じてすべての時期で、よい環境で暮らせる地域

やさしい地域

七
つ
の
柱

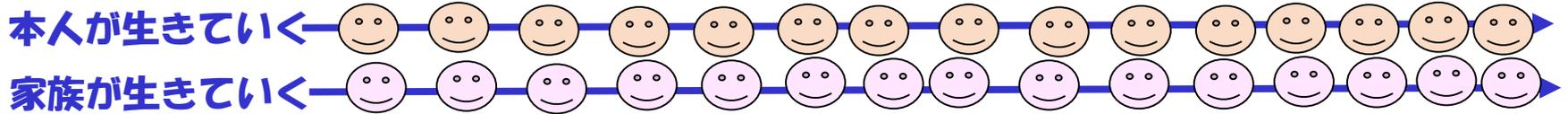
- ① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③ 若年性認知症施策の強化
- ④ 認知症の人の介護者への支援
- ⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

* ①～⑥すべての方策が「めざす姿」を達成するために
効率的に機能するための根本的な方策

「めざす姿」達成に向けた
方策(手段)

行政ならではの、立ち位置は・・・

本人が辿る経過



行政：当事者の視点にたって、必要なこと、必要なあり方を（再）確認する。
地域を活かし、必要なことを充足する支援体制（地域包括ケアシステム）を築く



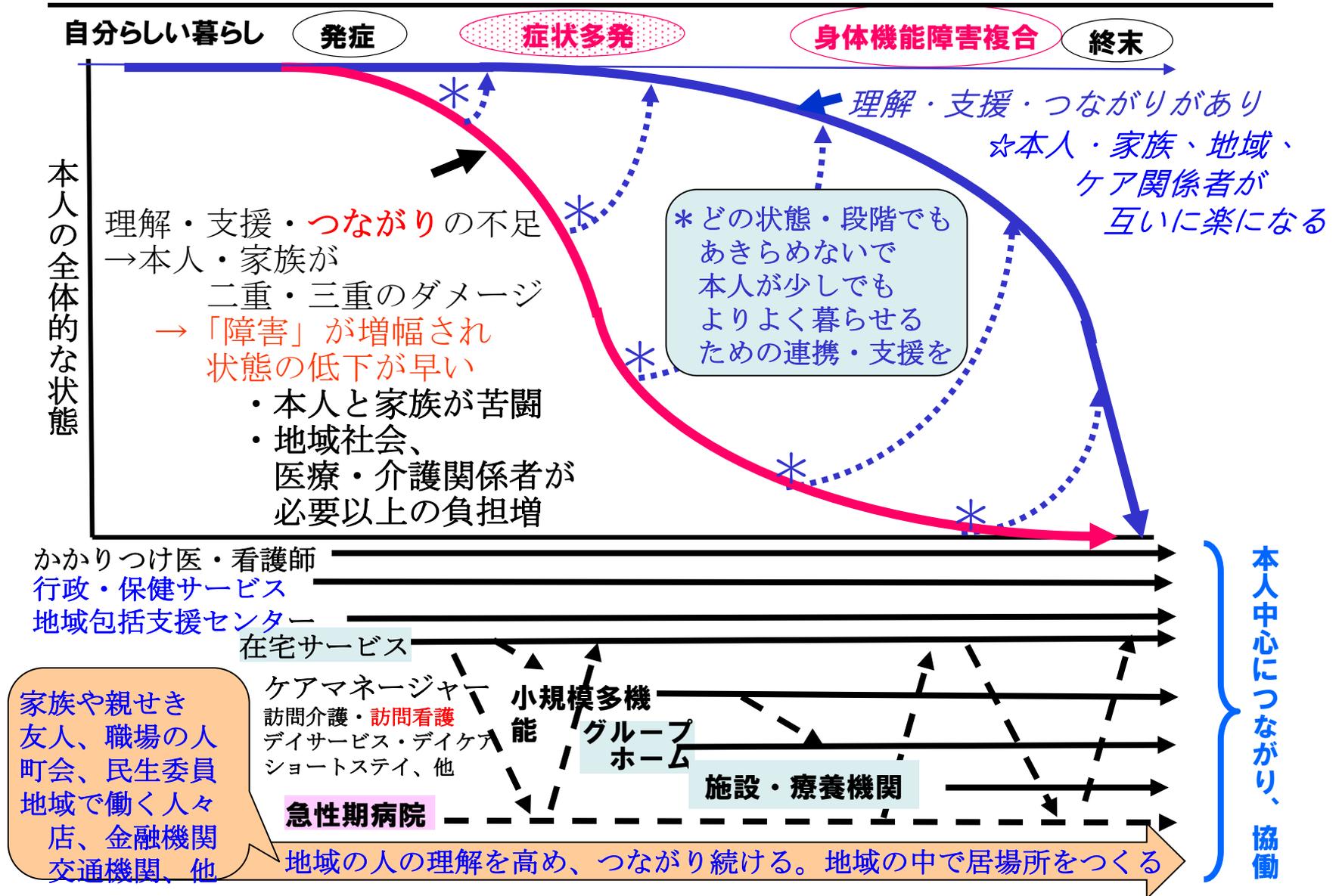
◎ 地域の潜在力（人、組織、風土、文化等）

・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

行政担当者のナビゲーション・戦略が、一人一人の行路を大きく変える



焦らずに・・・

- 自分自身が地域とつながり
- 当事者、住民、支援関係者の声と力に触れながら
- いっしょにつくっていこう
動き出している人、動き出すきっかけを
待っている人が、地域に多数いる

★息長く取組みを続けていけるための関係・基盤・環境をつくろう



2)行政担当者による報告

- 認知症施策をこれまでの展開経緯(歩み、蓄積と課題)
- 平成27年度10月現在
 - 新オレンジプランを視野に入れつつ、市としてどういう方針・企画を立て、何に注力しているか
- 事業を展開する上での戦略や工夫は
- どんな結果(成果)が生まれてきているか
- 現在の課題と今後の構想
- 行政担当者として大事にしていること

(1) 認知症の人の意思が尊重された支援を地域に根付かせていくための
市としての構想と取組みのプロセス

「加賀市が目指す地域包括ケアとは

～高齢者や認知症の人の願いや思いを実現するために～

石川県加賀市市民部長寿課 北口 未知子 さん

(2) 行政関係者の意識と内部の力を高め、「地域が動く」ための活きたネットワーク
を育てる: 認知症の人が特別視されずに暮らしやすい地域を築くために

「大和高田市の認知症施策」

奈良県大和高田市保健部地域包括支援課

佐藤 博美さん

～質疑応答～

3. 自地域の取組みの確認と情報交換 ～わが町の取組みの今とこれから～

1) 自地域の取組みの現状と課題の確認

ワークシートで整理してみよう

*まずは、各自が考えてみよう。

1. 加賀市、大和高田市の報告を聞いて

行政の役割(果たしていること)や取組みに関して、
自地域でも参考にしたい点、取り入れたいことは…

2. 自地域の進捗状況を確認してみよう

1) 施策・事業や活動で特に注力してきていること

⇒取組みを通じての変化・成果、手ごたえ

2) 自地域で取組んでいる施策・事業や活動を進めていく上で、

特に課題になっていること⇒強化が必要なことは…

この機会に視界を広げながら、自地域を振り返ってみよう

○まずは、簡単に自己紹介

地域、所属、名前、わが町PR(一言でも)

(1) 情報交換

○各地の取組みの特徴と課題

* ワークシート1に書いたことを順番に伝えあい、ヒントを得よう

(2) 自地域のこれからの展開にむけて: 一歩先に進むために

① 活かしたい自地域の特徴、資源、活動は

② 自分の立場で、できること・やってみたいことは...

地元に戻ってから進む手がかりを具体的につかもう

* 話し合ったことが消えてしまわないように...

地元を持ち帰れるように、メモしっかり残そう

☆今の時期（10月）

- ・今年度事業の展開の渦中
 - ・来年度の計画作り・予算取りの詰め
- ⇒今後の舵取りの方向性・基盤を固める時期

こなすことを焦らずに・・・

- ・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・アイデアを
地元を持ち帰って、関係者に伝えよう。
（少人数でも）話しあう機会をつくろう。

～ 情 報 交 換 会 ～

○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、アイデアを話しあおう。

○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、

☆ 直接、顔をあわせた機会を活かそう！

平成27年度
第2回 認知症地域支援体制推進
全国合同セミナー（2日目）

～認知症の本人と家族を地域で支える体制を築いていくために～

2015年10月9日
認知症介護研究・研修東京センター



ようこそ！合同セミナー2日目へ。

昨日の4時間の体験は、いかがだったでしょうか？

～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、
ワーク⇒取組みを聴く⇒ワーク: 自地域の補強策の件津
の順で、話しあいを重ねていきます。

情報をあふれたままにせずに

「地元のこれからのために、何ができるか」

帰ってからの手がかりを、具体的につかんでください。

⇒ワークシートを活かそう！

大事な点を、シートに残そう。

⇒グループの仲間を大事に。

一人ひとりのアイディアや気づきを大事に。



どうぞ、のびのびと

認知症

旧い発想（偏見）の分厚い壁を突破し
新しい発想、支援のあり方・流れをつくっていく

よりよく生きていける
希望・可能性がある

よりよく生きていけるために、
本人が求めていることを聞きながら一緒に創る



めざす姿を実現するための方策：7つの柱

めざす姿

自分らしく

住民(本人) 発症

認知症とともによりよく生きていく

最期

容態の変化に応じてすべての時期で、よい環境で暮らせる地域

やさしい地域

七
つ
の
柱

- 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

* ①～⑥すべての方策が「めざす姿」を達成するために
効率的に機能するための根本的な方策

「めざす姿」達成に向けた
方策(手段)

認知症の人の支援：「発想・あり方」のチェンジが不可欠

旧い支援

(問題・管理重視、支援側本位)

本人は何もわからない、
できない。
本人らしさがなくなる

本人に向きあわない
本人の声を聴かない

- ・支援者側の意向で
やってあげる
- ・問題が大きくなって対処
生活・環境・地域を軽視
- ・各自ばらばらで
こもって医療・ケア
- ・孤独な苦勞、諦め

新しい支援

(可能性・個別生活重視、本人本位)

本人なりの思いや力
本人らしさが
最期まである。

本人に向きあう
本人の声を聴く

- ・本人の思いや意向に添って
- ・本人の力を活かし生ききる支援
- ・問題を防ぐ、緩和、カバーしあう
- ・生活・環境・地域を重視した支援
- ・本人中心につながって支援
- ・地域の中で生活支援を
- ・支えあい生きる希望を

考え方

関わり方

支援の
あり方

行政職員・地域包括職員は、地域の重要なチェンジメーカー！



4. 自地域の取組みの課題の整理 ～他地域情報を活かして～

グループワーク

(まずは自己紹介を)

- ・ 地域、所属、立場等

- ①各自が順番に
昨日の情報・気づきを
伝え合おう
*昨日のワークシート
を活かしながら

- ・ 情報共有
- ・ 討議

- 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今後の展開に活かしたい
具体的なアイデアや工夫は

*他地域情報をもとに、視野とアイデアを広げよう

5. 認知症地域支援体制を築くための 市区町村としての方針と戦略~その2~

行政担当者からの報告

(3) 市の認知症施策の積みあげと課題の確認を踏まえた
認知症地域支援体制づくりのプロセス

北海道釧路市福祉部介護高齢課

及川 恵子さん

こども保健部健康推進課

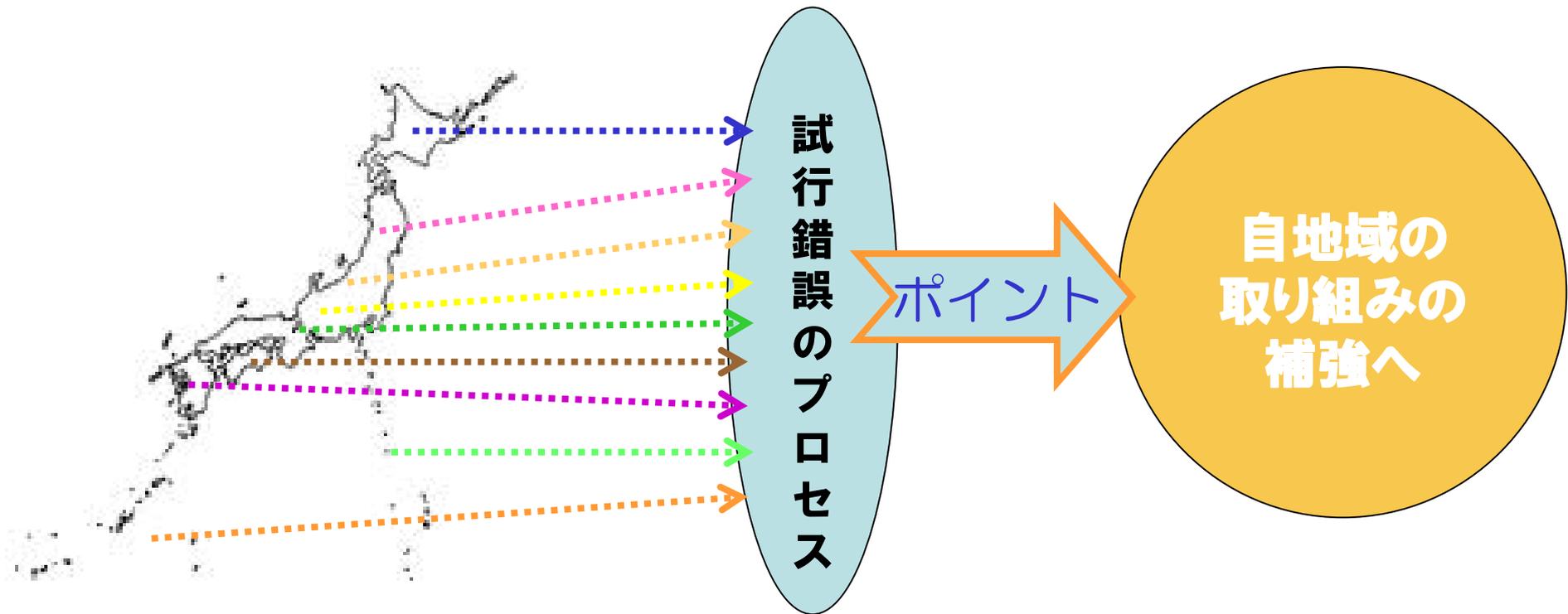
若狭 節子さん

6. 27年度中盤期に自治体の認知症施策担当者として やるべきこと・できることは何か

全国各地の取組み事例をもとに情報提供

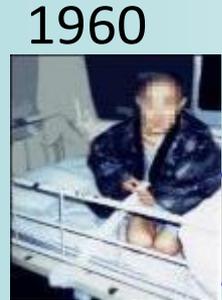
1) これからのわが自治体・地域の認知症施策・
取組みの推進にむけて

～全国各地の取組み実例に学ぶ～



参考 認知症の人の支援の歴史

旧い支援から、この先の新しい支援へ



1960
支援なき時代
 → 自宅で限界
 精神病院
 に収容
 隔離・拘束



1970
問題対処
 → 3ロック
 ・制止
 ・拘束
 ・過鎮静



1980
専門的管理
 ・集団管理
 ・集団療法



1990
個別ケアの始まり
 家庭的な場で
 一人一人に
 あわせたケア



2000
地域支援の始まり
 本人が地域で
 生活する支援



2010
本人の意思と力を尊重した支援
 初期から最期まで
 地域ぐるみで生活を
 継続する支援



2015
**本人がよりよく
 生きるための支援・
 地域を共につくる**

精神病院・老人病院・老人施設

家族が孤軍奮闘 → 家族支援

認知症グループホーム
 小規模多機能ホーム

介護保険
 地域包括ケア/システム
 地域密着型サービス

認知症疾患センター、サポート医

2013年～
 オレンジプラン

2015年～
 新オレンジプラン

本人がよりよく生きる支援

☆それぞれの市区町村なりの、歩みがある。

☆わが市区町村の認知症地域支援の歩みを
確認してみよう。

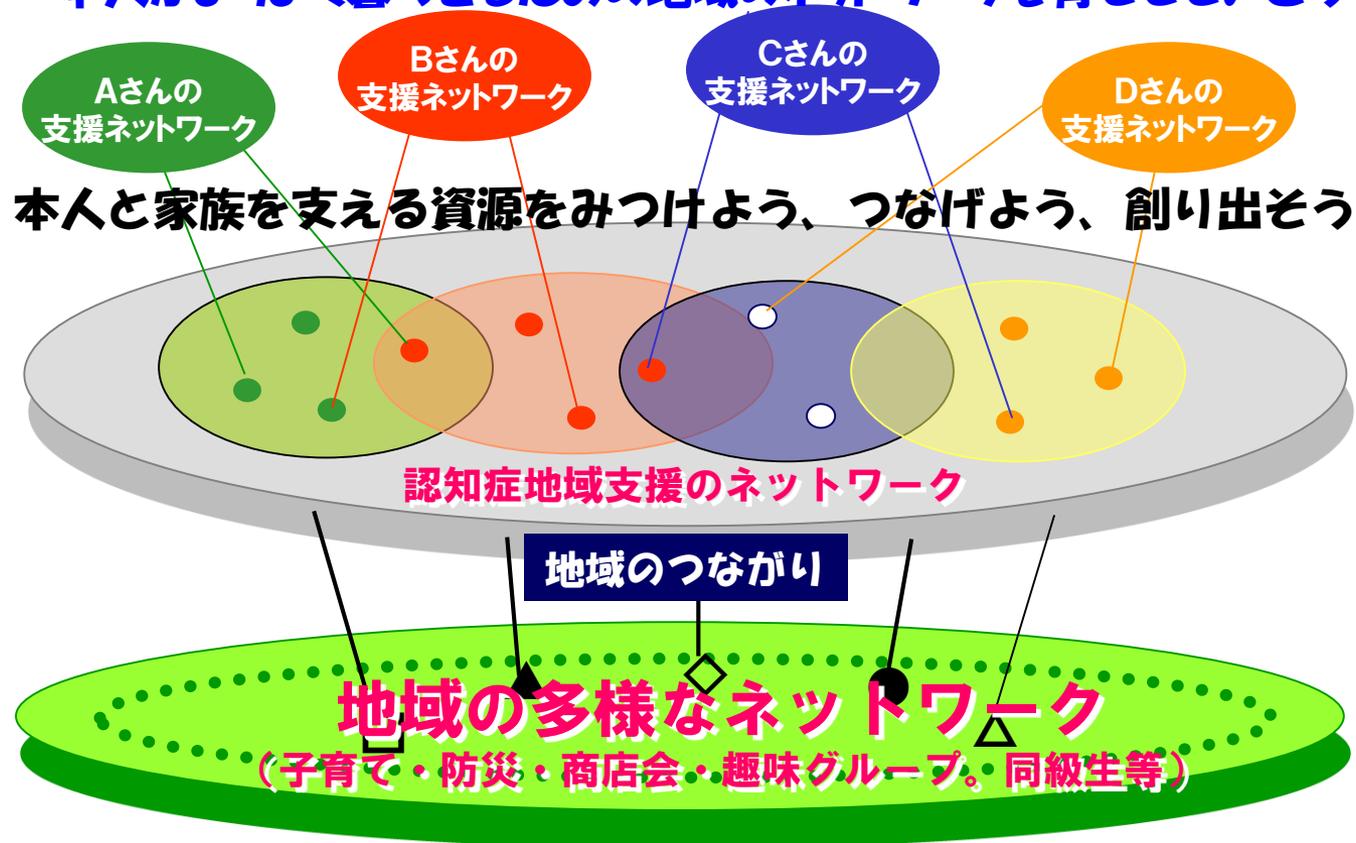
これまで、どんな歩みをしてきたのか。
それで、今、どうなのか。

- * 生まれてきている(小さな)成果を大切に。
- * 「目ざす姿」に向けて動き出している人、
動き出そうとしている人を大切に。

☆これから、何をめざしてどう進んでいくのか。
本人がどう暮らしていけるのか。

☆一人では、わからない。できない。
地域の多様な人たちといっしょに、わが町の
歩み、これからを語りあっていこう。

地域のある資源に視野を広げて
一人ひとりの支援ネットワークを大切に育てていこう。
本人がよりよく暮らせるための地域のネットワークを育てていこう



個別支援とまちづくりは、地続き！



こ れ か ら ・ ・ ・
本人(自分)が、どう暮らしていけるか

7. 自地域の課題、特徴に根差した取組みの補強策を 具体化しよう

2) グループワーク

- ① 自地域の課題、特徴を踏まえて、自地域で強化したいと思うこと（具体的に）
- ② そのために自分が取組んでみたいこと、やってみみたいこと
- ③ そのために、つなげたい（つながりたい）人・組織・事業は

* 「無理」と思いこまずに、壁を自分がなくしていくために

* 「こうあったらいいなあ」 = 「目ざす姿」にむけて、出来ること(小さな)ことから

* 行政、地域包括の立場を最大限活かしながら

*** 地元で、合同セミナーを開いてみよう！**
都道府県で
市区町村で
地域包括支援センターで

*** これまでの各地の報告資料**

ホームページ DCネット

**「認知症」を通じて、人として大切なことやつながりが広がり、
すべての人が暮らしやすい町に近づいていきます。**

☆これから、自分が何をしていくか。

- ・一人の人、地域の可能性に光をあてながら**
- ・あたりまえのことを大切に**
- ・一人ではなく、地域の多様な人と共に**
- ・無理をしないで。(小さな)できることから、息長く**



2日間、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！

東京センターよりお知らせ：都道府県・市町村施策担当者・関係者向け

認知症地域支援体制推進全国合同セミナー

平成27年度(第3回):平成28年2月26日(金) フクラシア品川

＊申込みは、市町村⇒県を通じて、東京センターへ



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！

行方不明を防ぎ安心して暮らせる町づくり全国フォーラム

平成27年12月18日(金)有楽町朝日ホール

＊詳細は、10月中旬に通知させていただきます。

どうぞ関係者にもご案内ください。

認知症施策の現状と今後の展望 について

平成27年10月8日



厚生労働省 老健局 総務課

認知症施策推進室 愛甲 健

認知症サミット日本後継イベントについて

- 英国において、平成25年12月「G 8 認知症サミット」が開催、日本から土屋厚生労働副大臣が出席。
- 英国は、世界に認知症への資金投資などの呼びかけを行うため、世界認知症特使と世界認知症会議を設立、メンバーの一人に日本医療政策機構代表理事黒川清氏が任命。
- 平成26年度、サミットの後継イベントとして①英国、②加仏共同、③日本、④米国の順でそれぞれ国際会議が開催。
- 平成27年3月には、WHO主催の総括的な大臣級会合が開催された。

日程	開催	テーマ
6月18～19日	英国	「社会的影響への投資」
9月11～12日	加仏	「学術界と産業界のパートナーシップ」
11月5～7日	日本	「新しいケアと予防のモデル」
平成27年2月9～10日	米国	「アルツハイマー病研究」
平成27年3月16～17日	WHO	認知症に対する世界的アクションに関する第1回WHO大臣級会合

新オレンジプラン 策定まで



認知症サミット日本後継イベント〔平成26年11月6日〕

そこで、私は本日ここで、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。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、**新たな戦略は、厚生労働省だけでなく、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。

～安倍総理大臣の挨拶より～

〔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

～塩崎厚生労働大臣の挨拶より～

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(福岡県)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 15.0%	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)		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% 4

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

○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



【実績と目標値】

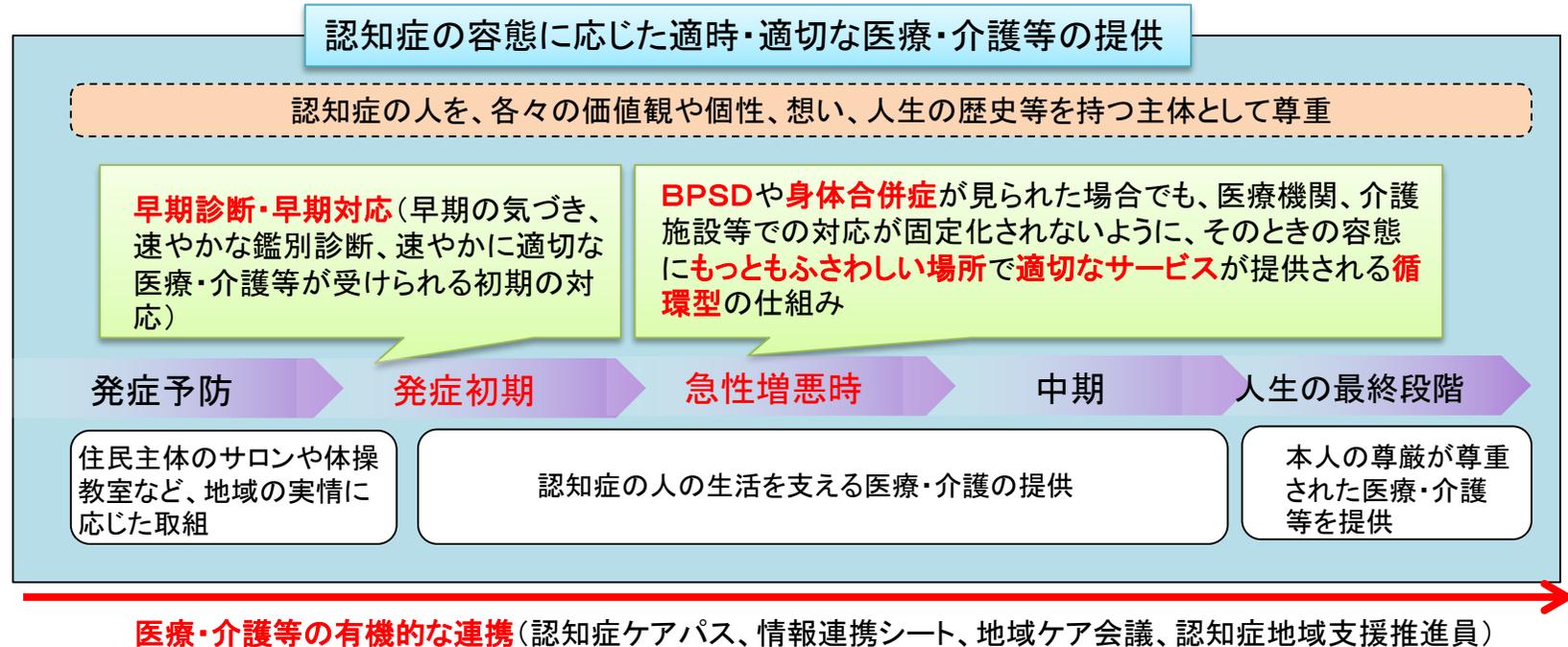
サポーター人数：2015(平成27)年6月末実績 634万人⇒ 2017(平成29)年度末 800万人

※ さらに、平成27年度にサポーター養成講座を修了した者が復習も兼ねて学習する手法の見本を検討するとともに、平成28年度以降、地域や職域の実情に応じた取組を推進



2 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

- 本人主体の医療・介護等を基本に据えて医療・介護等が有機的に連携し、認知症の容態の変化に応じて適時・適切に切れ目なく、早期診断・早期対応を軸とし、行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等が見られた場合にも、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、退院・退所後もそのときの容態にもっともふさわしい場所で提供される循環型の仕組みを構築。その際、入院・外来による認知症の専門医療も循環型の仕組みの一環であるとの認識の下、その機能分化を図りながら、医療・介護の役割分担と連携を進める。また、介護現場の能力を高め、介護で対応できる範囲を拡げるためには、精神科や老年科等の専門科による、医療の専門性を活かした介護サービス事業者等への後方支援と司令塔機能が重要であり、その質の向上と効率化を図っていく。【厚生労働省】



認知症の予防

- ✓ 認知症の発症には、糖尿や高血圧といった生活習慣等、様々な因子が影響する。
- ✓ これまでの研究で、様々な危険因子・防御因子が明らかになってきている。

2 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

(2) 発症予防の推進

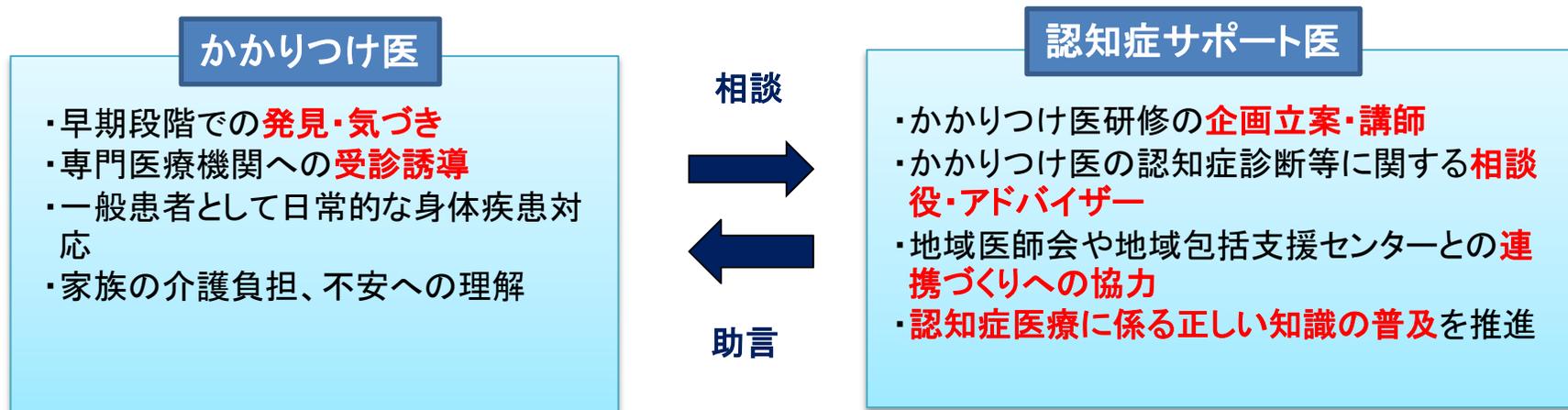


危険因子	<ul style="list-style-type: none"> • 加齢 • 遺伝因子 • 高血圧 • 糖尿病 • 喫煙 • 頭部外傷 • 難聴 	等
防御因子	<ul style="list-style-type: none"> • 運動 • 食事因子 • 余暇活動 • 社会的参加 • 認知訓練 • 活発な精神活動 	等

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<かかりつけ医・認知症サポート医等>

- 身近なかかりつけ医が認知症に対する対応力を高め、必要に応じて適切な医療機関に繋ぐことが重要。かかりつけ医の認知症対応力を向上させるための研修や、かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役等の役割を担う認知症サポート医の養成を進める。さらに、関係学会における認知症に関する専門医、認定医等について、数値目標を定めて具体的に養成を拡充するよう、関係各学会等と協力して取り組む。
【厚生労働省】



【事業名】 かかりつけ医等の対応力向上研修、認知症サポート医の養成研修事業

【実績と目標値】

かかりつけ医: 2014(平成26)年度末実績 42,057人 ⇒ 2017(平成29)年度末 60,000人
認知症サポート医: 2014(平成26)年度末実績 3,895人 ⇒ 2017(平成29)年度末 5,000人

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	診療所型
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
設置数(平成27年7月29日現在)		14か所	301か所	19か所
基本的活動圏域		都道府県圏域	二次医療圏域	
専門的医療機能	鑑別診断等	認知症の鑑別診断及び専門医療相談		
	人員配置	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医(1名以上) ・専任の臨床心理技術者(1名) ・専任のPSW又は保健師等(2名以上) 	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医(1名以上) ・専任の臨床心理技術者(1名) ・専任のPSW又は保健師等(2名以上) 	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医(1名以上) ・臨床心理技術者(1名:兼務可) ・専任のPSW又は保健師等(1名以上:兼務可)
	検査体制 (※他の医療機関との連携確保対応で可)	<ul style="list-style-type: none"> ・CT ・MRI ・SPECT(※) 	<ul style="list-style-type: none"> ・CT ・MRI(※) ・SPECT(※) 	<ul style="list-style-type: none"> ・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】 2014(平成26)年度 289か所 ⇒ 2017(平成29)年度末 約500か所

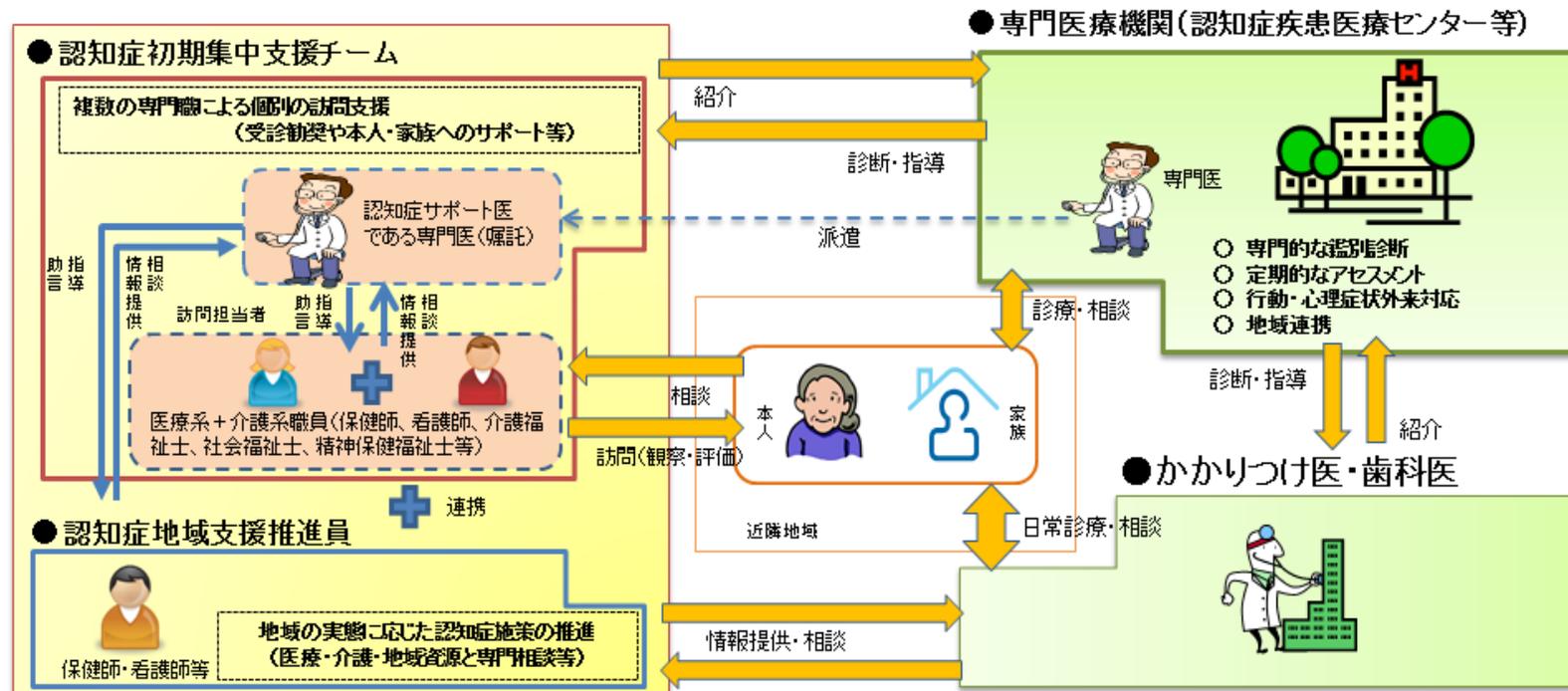
※ 基幹型、地域型及び診療所型の3類型の機能やその連携の在り方を見直し、地域の実情に応じて柔軟に対応できるようにする。

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＜認知症初期集中支援チームの設置＞

- 早期に認知症の鑑別診断が行われ、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期の対応体制が構築されるよう、認知症初期集中支援チームの設置を推進。

このほか、早期診断の際に地域の当事者組織の連絡先を紹介するなど、地域の実情に応じ、認知症の人やその家族の視点に立った取組を推進。【厚生労働省】



【事業名】 認知症初期集中支援推進事業

【実績と目標値】 2014(平成26)年度末 41市町村 ⇒ 2018(平成30)年度～ すべての市町村で実施

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

(4) 行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等への適切な対応＜BPSDへの対応＞

- 認知症の人に行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等が見られた場合にも、医療機関・介護施設等で適切な治療やリハビリテーションが実施されるとともに、当該医療機関・介護施設等での対応を固定化されないように、退院・退所後もそのときの容態にもっと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。その際、認知症の専門医療の機能分化を図りながら、医療・介護の役割分担と連携を進める。【厚生労働省】

①行動・心理症状(BPSD)

- 行動・心理症状(BPSD)は**身体的要因や環境要因が関与**することもある。
- 早期診断とその後の本人主体の医療・介護等を通じて行動・心理症状(BPSD)を予防。行動・心理症状(BPSD)が見られた場合も**的確なアセスメントを行った上で非薬物的介入を対応の第一選択とするのが原則**。
- 専門的医療サービスを必要に応じて集中的に提供する場と長期的・継続的な生活支援サービスを提供する場の**適切な役割分担**が望まれる。
- **入院が必要な状態**を一律に明確化することは困難であるが、①妄想(被害妄想など)や幻覚(幻視、幻聴など)が目立つ、②些細なことで怒りだし、暴力などの興奮行動に繋がる、③落ち込みや不安・苛立ちが目立つこと等により、**本人等の生活が阻害され、専門医による医療が必要とされる場合が考えられる**。

②身体合併症

- 認知症の人の身体合併症等への対応を行う急性期病院等では、認知症の人の個別性に合わせたゆとりある対応が後回しにされ、**身体合併症への対応は行われても、認知症の症状が急速に悪化してしまうような事例も見られる**。
- 入院、外来、訪問等を通じて認知症の人と関わる**看護職員は、医療における認知症への対応力を高める鍵**。

【事業名】 一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修事業

【実績と目標値】

2014(平成26)年度末実績 22,096人 ⇒ 2017(平成29)年度末 87,000人

- 「**かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン**」等の普及
- 地域における退院支援・地域連携**クリティカルパスの作成**を進め、精神科病院等からの**円滑な退院や在宅復帰を支援**

- **一般病院勤務の医療従事者**に対する**認知症対応力向上研修**を推進
- 介護老人保健施設等の**先進的な取組**を収集し、全国に紹介することで、**認知症リハビリテーションを推進**

【目標】(新設)

(27年度)

看護職員の認知症対応力向上を図るための研修の在り方について検討

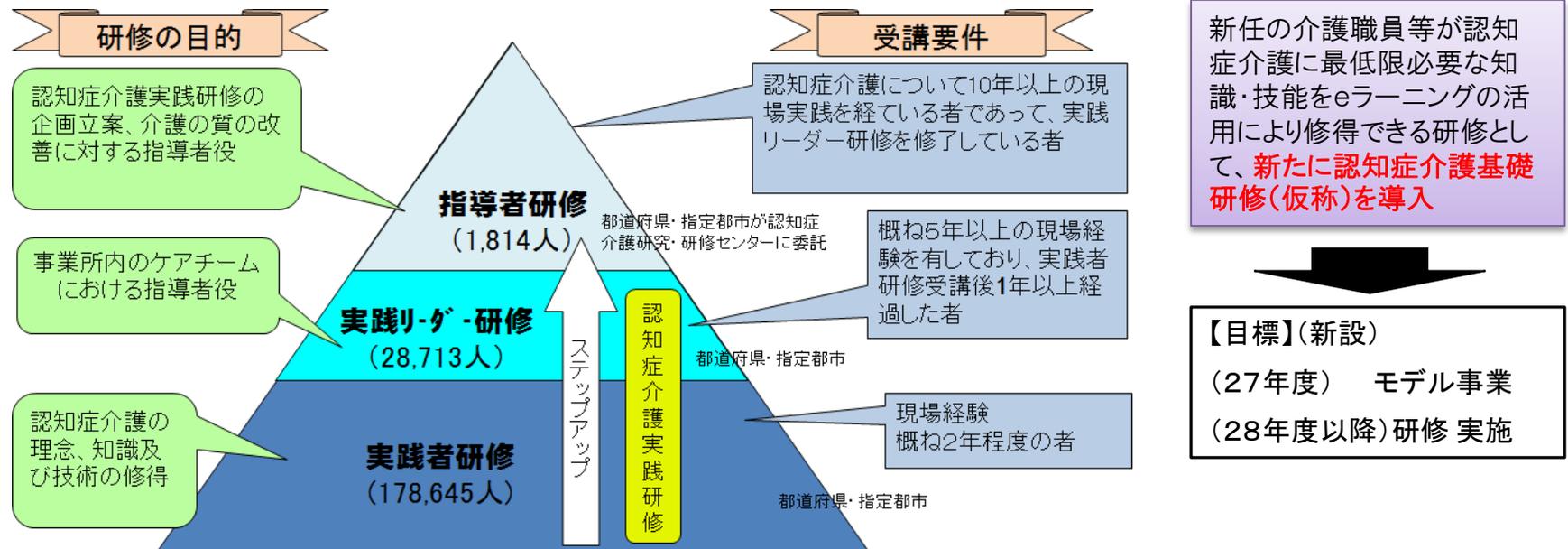
(28年度以降)

関係団体の協力を得て研修実施

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】



【事業名】 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

【実績と目標値】 指導者養成研修: 2014(平成26)年度末実績 1,942人 ⇒ 2017(平成29)年度末 2,200人

実践リーダー研修: 2014(平成26)年度末実績 3.2万人 ⇒ 2017(平成29)年度末 4万人

実践者研修: 2014(平成26)年度末実績 19.7万人 ⇒ 2017(平成29)年度末 24万人

認知症ケアに係る研修一覧

- 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、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4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15研修を実施。
- このうち、12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
- 認知症介護指導者フォローアップ研修
- 認知症介護基礎研修

<医療従事者を対象とする研修>

- 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
- 歯科医師、薬剤師、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>

- 認知症初期集中支援チーム員研修
- 認知症地域支援推進員研修

 内の研修は、新オレンジプランに基づき平成28年度から実施（予定）

一般財源

<介護従事者を対象とする研修>

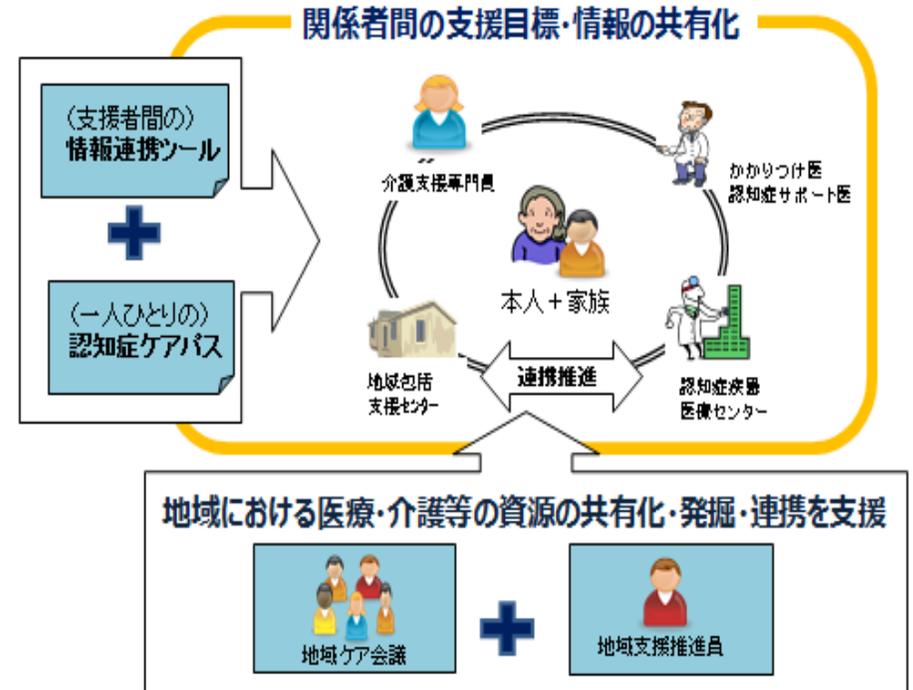
- 認知症介護実践者研修
- 認知症介護実践リーダー研修
- 認知症介護指導者養成研修

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

(7) 医療・介護等の有機的な連携の推進

- 認知症の人に対するサービスを効率的・効果的に提供するため、地域包括支援センターと認知症疾患医療センターの連携を進めるなど、それぞれのサービスを有機的に連携させる地域の司令塔機能を構築するとともに、関係者間の支援目標・情報の共有化や、認知症に関わる地域資源の共有・発掘や連携を推進するための以下の取組みを実施。【厚生労働省】

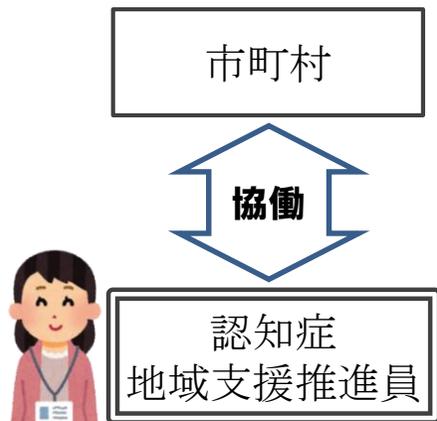
- ・発症予防～人生の最終段階まで、認知症の人、家族、医療・介護関係者間で共有され、サービスを切れ目なく提供できるよう、一人ひとりの「認知症ケアパス」の活用を推進。
- ・認知症に関わる医療・介護連携のマネジメントを行う上で必要な「情報連携ツール」の例を提示。
- ・「地域ケア会議」において、認知症に関わる地域資源の共有・発掘や連携を推進。
- ・医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携の支援等を行う「認知症地域支援推進員」の配置。
- ・地域包括支援センターと認知症疾患医療センターの連携強化や地域包括支援センターの機能を併せ持つ認知症疾患医療センターなど先進的な事例の全国への紹介。



【事業名】 認知症地域支援・ケア向上推進事業 ほか

【実績と目標値】 2015(平成27)年度見込み 839市町村 ⇒ 2018(平成30)年度～ すべての市町村で配置

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
- ② ①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】

- 地域包括支援センター
- 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



認知症対応力向上のための支援

※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 等



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

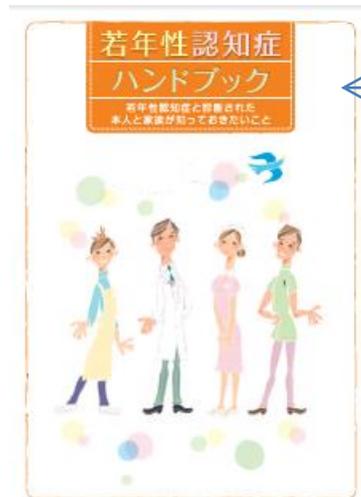


【事業名】認知症地域支援・ケア向上事業（地域支援事業）

【実績と目標値】2015(平成27)年度見込み839市町村 ⇒ 2018(平成30)年度～すべての市町村で実施

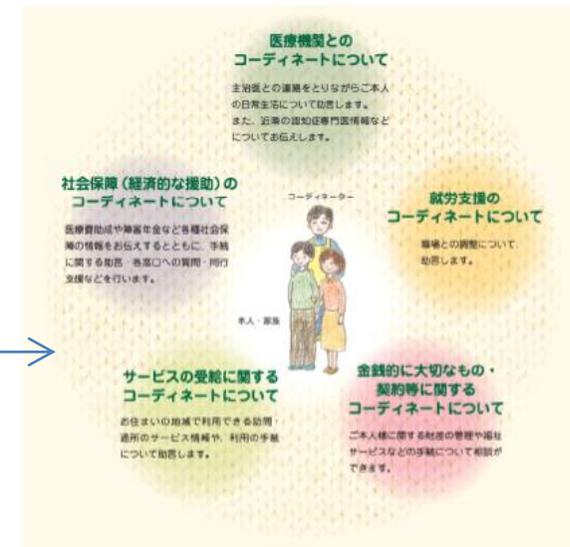
3 若年性認知症施策の強化

- 若年性認知症の人が発症初期の段階から適切な支援を受けられるよう、医療機関や市町村窓口等を通じて、若年性認知症と診断された人やその家族に、若年性認知症支援のハンドブックを配布。
- 都道府県ごとに若年性認知症の人やその家族からの相談の窓口を設置し、関係者のネットワークの調整役を担う者を配置するほか、以下の取組を実施。
 - ・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
 - ・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
 - ・事業主に対する若年性認知症の人の就労について理解を図るための周知
 - ・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 【厚生労働省】



※「若年性認知症ハンドブック」
(認知症介護研究・研修大府センター)

※ネットワーク調整役の配置(例)
「東京都若年性認知症総合支援センター」パンフレットより抜粋



【事業名】 若年性認知症施策総合推進事業

【実績と目標値】2015(平成27)年度見込み 31都道府県 ⇒ 2017(平成29)年度末 47都道府県

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。
- 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・ケア向上推進事業

【目標値】 2013(平成25)年度 国の財政支援を開始⇒ 2018(平成30)年度～ すべての市町村に配置される認知症地域支援推進員等の企画により地域の実情に応じ実施

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)に掲げる施策の進捗状況について

【総合戦略に具体的な数値目標が記載されている項目の進捗状況】

① 普及・啓発

項目	新プラン策定時	進捗状況	目標値
認知症サポーター養成数	545万人(H26.9末)	634万人(H27.6末)	800万人(H29年度末)

② 医療・介護等の提供

項目	新プラン策定時	進捗状況	目標値
かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数	38,053人(H25年度末)	42,057人(H26年度末)	60,000人(H29年度末)
認知症サポート医養成研修の受講者数	3,257人(H25年度末)	3,895人(H26年度末)	5,000人(H29年度末)
認知症疾患医療センター数	289カ所(H26年度末)	334カ所(H27.7末)	500カ所(H29年度末)
認知症初期集中支援チーム設置市町村数	41カ所(H26年度末)	306カ所(H27年度実施予定)	全市町村(H30年度～)
一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修の受講者数	3,843人(H25年度末)	22,096人(H26年度末)	87,000人(H29年度末)
認知症介護指導者養成研修受講者数	1,814人(H25年度末)	1,942人(H26年度末)	2,200人(H29年度末)
認知症介護実践リーダー研修受講者数	2.9万人(H25年度末)	3.2万人(H26年度末)	4万人(H29年度末)
認知症介護実践者研修受講者数	17.9万人(H25年度末)	19.7万人(H26年度末)	24万人(H29年度末)
認知症地域支援推進員設置市町村数	217カ所(H26年度末)	839カ所(H27年度実施予定)	全市町村(H30年度～)

③ 若年性認知症施策

項目	新プラン策定時	進捗状況	目標値
若年性認知症に関する事業の実施 都道府県数	21カ所(H25年度)	31カ所(H27年度実施予定)	全都道府県 (H29年度末)

⑤ やさしい地域づくり

項目	新プラン策定時	進捗状況	目標値
市民後見人養成研修受講者数 (うち、後見人等候補者名簿登録者数)	4,360人(H25年度)	6,138人(H26年度) (1,636人)	—
成年後見制度利用支援事業 実施市町村数	1,270カ所(H25.4)	1,309カ所(H26.4)	—

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、**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**。
- 「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、**認知症高齢者等にやさしい地域づくり**を推進する。

【①②③の合計額】

平成27年度予算額 約48億円



平成28年度要求額 約57億円

主な認知症施策関連予算

①認知症に係る地域支援事業

事項要求※
(27予算額28億円(公費56億円))

- ・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

約13億円⇒約16億円

- ・認知症疾患医療センターの整備(366か所⇒433か所)
- ・認知症総合戦略加速化推進事業(新規)
- ・認知症医療・介護連携の枠組み構築のためのモデル事業(新規)
- ・若年性認知症支援コーディネーターの設置の推進(一部新規)
- ・認知症高齢者等の権利擁護に関する取組の推進

等

③認知症政策研究・研究開発

約7億円⇒約12億円

- ・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

④地域医療介護総合確保基金事業 (介護分)

事項要求※
(27予算額483億円(公費724億円)の内数)

- ・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
 - － 歯科医師・薬剤師・看護職員の認知症対応力向上研修(仮称)の実施(新規)
 - － 認知症介護基礎研修(仮称)の実施(新規)

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

※ 平成28年度の「社会保障の充実」は事項要求の取扱いとし、予算編成過程で検討する。

※ 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。

平成28年度予算概算要求関係

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>

平成28年度概算要求額
797,512千円

- 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。

	基幹型	地域型	診療所型	
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	
設置数(平成27年7月末日現在)	14か所	301か所	19か所	
基本的活動圏域	都道府県圏域	二次医療圏域		
専門的医療機能	鑑別診断等	認知症の鑑別診断及び専門医療相談		
	人員配置	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医(1名以上) ・専任の臨床心理技術者(1名) ・専任のPSW又は保健師等(2名以上) 	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医(1名以上) ・専任の臨床心理技術者(1名) ・専任のPSW又は保健師等(2名以上) 	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医(1名以上) ・臨床心理技術者(1名:兼務可) ・専任のPSW又は保健師等(1名以上:兼務可)
	検査体制 (※他の医療機関との連携確保対応で可)	<ul style="list-style-type: none"> ・CT ・MRI ・SPECT(※) 	<ul style="list-style-type: none"> ・CT ・MRI(※) ・SPECT(※) 	<ul style="list-style-type: none"> ・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】 2015(平成27)年7月末日現在 334か所 ⇒ 2017(平成29)年度末 約500か所

※ 基幹型、地域型及び診療所型の3類型の機能やその連携の在り方を見直し、地域の実情に応じて柔軟に対応できるようにする。

- 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)では、認知症の容態に応じて適時・適切な医療・介護等が提供される循環型の仕組み(*)の構築を目指している。
 - * 早期診断・早期対応を軸とし、行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等が見られた場合にも、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、退院・退所後もそのときの容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスが提供される仕組み
- 市町村の地域ケア会議に、認知症の鑑別診断やBPSD対応を行う専門医療機関や身体合併症への対応を行う医療機関が必要に応じ参画し、個別事例から浮かび上がる認知症に関する地域課題の検討・解決を行うことが望ましいが、これら認知症に関わる医療機関が参画できる体制は必ずしも十分に整っていない状況にある。
- このため、都道府県や保健所が中心となって、二次医療圏単位で認知症に関わる医療機関と圏域内の市町村の地域包括支援センター等が集まる場を設け、地域における情報連携シート等、認知症医療と介護の連携の在り方を議論することを通じて連携の枠組みを構築し、市町村の地域ケア会議で適切に認知症医療・介護連携がなされるように促す。

都道府県や保健所が中心となって、二次医療圏単位で会議を開催

市町村圏域を超えて認知症医療に関わる医療機関を集め、地域における認知症医療と介護の連携の在り方を議論
⇒ 市町村単位での認知症医療・介護連携の枠組み構築を目指す

【圏域内の】

- ・地域包括支援センター
- ・医療関係者(地区医師会等)
- ・介護関係者(ケアマネジャー、介護サービス事業者等)
- ・市町村職員
- ・認知症地域支援推進員
- 等



【圏域内の】

- ・認知症疾患医療センター
- ・精神科病院
- ・急性期対応を主とする病院

現在の市町村地域ケア会議の姿

- ・地域包括支援センター
- ・医療関係者(かかりつけ医等)
- ・介護関係者(ケアマネジャー、介護サービス事業者等)
- ・自治会、民生委員等
- ・市町村職員
- ・認知症地域支援推進員
- 等

- ・認知症疾患 医療センター
- ・精神科病院
- ・急性期対応を主とする病院

✓ 参画できる体制が必ずしも十分に整っていない

目指すべき市町村地域ケア会議の姿

- ・地域包括支援センター
- ・医療関係者(かかりつけ医等)
- ・介護関係者(ケアマネジャー、介護サービス事業者等)
- ・自治会、民生委員等
- ・市町村職員
- ・認知症地域支援推進員
- 等

- ・認知症疾患 医療センター
- ・精神科病院
- ・急性期対応を主とする病院

若年性認知症施策総合推進事業(一部新規)

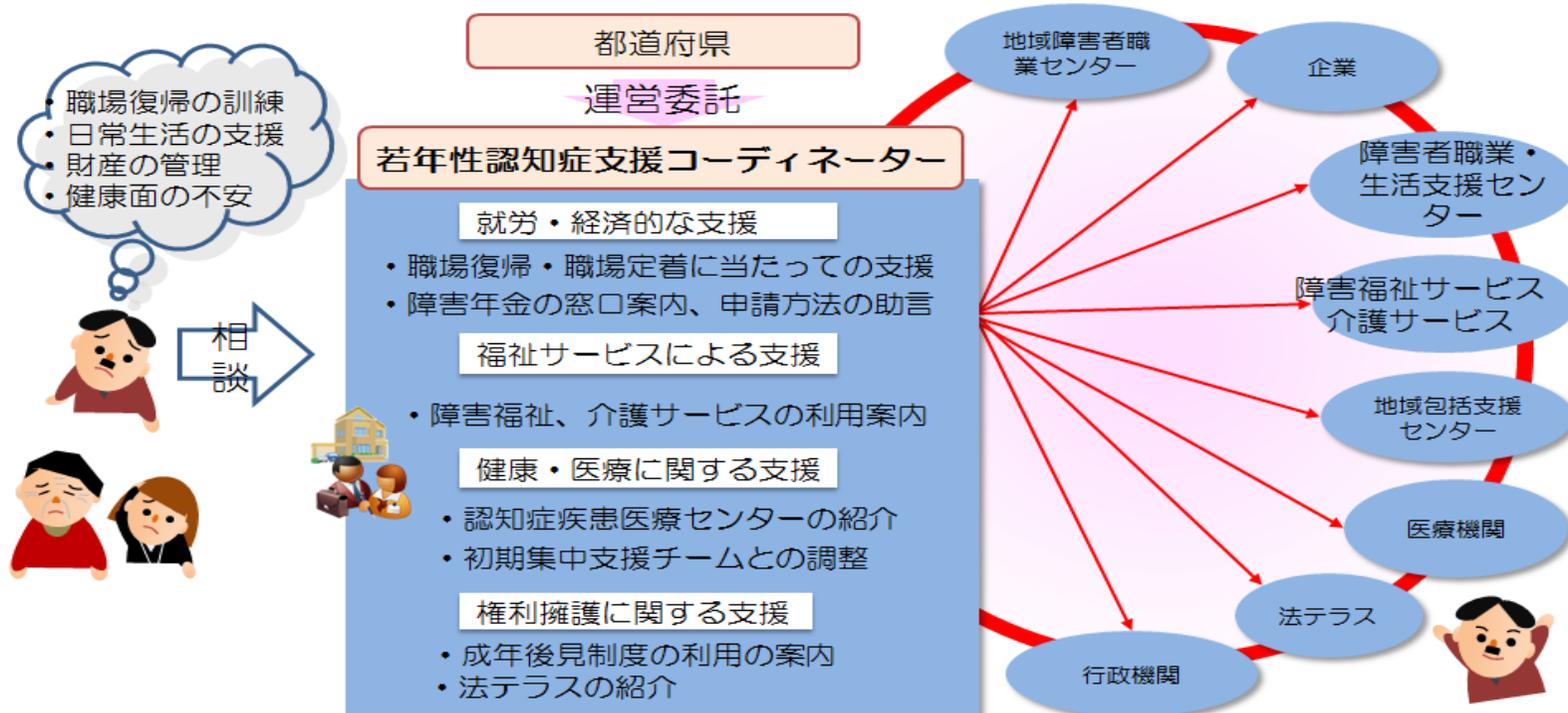
平成28年度概算要求額
140,223千円(63,893千円)

概要

若年性認知症は、いわゆる現役世代が発症するが、若年性認知症に対する理解が不足し、診断される前に症状が進行し社会生活が事実上困難となることなどが指摘されている。このため、若年性認知症に関する相談から医療・福祉・就労の総合的な支援を実施することにより、現役世代である若年性認知症の方への支援に当たり、一人ひとりの状態やその変化に応じた適切な支援方策の構築を図る。

事業内容

- (1) 若年性認知症コールセンター運営事業(全国1カ所)
- (2) 若年性認知症自立支援ネットワーク構築事業
- (3) ネットワーク研修事業
- (4) 若年性認知症実態調査およびニーズ把握のための意見交換会等の開催
- (5) 若年性認知症ケア・モデル事業
- (6) 若年性認知症支援コーディネーター設置事業【新規】



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

○ 成年後見制度の普及・利用促進

地域支援事業(798億円)の内数

成年後見制度利用促進のための広報・普及を行うとともに、低所得の高齢者に係る成年後見制度の申し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。

○ 認知症高齢者等の権利擁護に関わる人材の育成とその活動を支援する体制の整備

地域医療介護総合確保基金(介護分)(60億円)の内数

市民後見人等の権利擁護人材の養成研修を実施するとともに、権利擁護人材の資質向上のための継続的なフォローアップや専門職からのバックアップがなされる支援体制の構築を推進する。

○ 市民後見人育成・活用推進事業【新規】

24百万円

家庭裁判所の管轄する地域等において広域的に市町村及び関係機関が連携する協議会を設置し、市民後見人の育成及び活用の促進を図る。

【権利擁護人材育成事業等】



【生活支援員】



【市民後見人(成年後見制度)】



判断能力の変化に応じた、切れ目のない、一体的な支援の確保

判断能力が不十分

判断能力を喪失

参 考 资 料

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)

～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～の概要

- ・ 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) ⇒ **新** 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。

新オレンジプランの基本的考え方

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
- ・ 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、数値目標は 介護保険に合わせて2017(平成29)年度末等
- ・ 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

七つの柱

- I 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- II 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- III 若年性認知症施策の強化
- IV 認知症の人の介護者への支援
- 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
- 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
- VII 認知症の人やその家族の視点の重視

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

- 新・ 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
- 新・ 認知症サポーター養成講座を修了した者が復習も兼ねて学習する機会を設け、より上級な講座など、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)

現行プラン:2017(平成29)年度末 600万人 ⇒ 新プラン:800万人

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

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

新

- 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)

現行プラン: 2017(平成29)年度末 50,000人 ⇒ 新プラン: 60,000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)

現行プラン: 2017(平成29)年度末 4,000人 ⇒ 新プラン: 5,000人

【認知症初期集中支援チームの設置市町村数】(目標引上げ)

新プラン: 2018(平成30)年度からすべての市町村で実施

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

新

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(仮称)の実施

新

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

新

【認知症地域支援推進員の人数】(目標引上げ)

新プラン: 2018(平成30)年度から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】(目標新設)

新プラン: 2018(平成30)年度からすべての市町村に配置される認知症地域支援推進員等の企画により、地域の実情に応じ実施

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

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)

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
- ・新しい介護食品(スマイルケア食)を高齢者が手軽に活用できる環境整備

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を充実

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
- ・若年性認知症の人が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
- ・高齢歩行者や運転能力の評価に応じた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

新

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

VII 認知症の人やその家族の視点の重視

新

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)

新

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**実態調査**を実施
※ 認知症の初期の段階では、診断を受けても必ずしもまだ介護が必要な状態にはなく、むしろ本人が求める今後の生活に係る様々なサポートが十分に受けられないとの声もある。
- ・ 認知症の人の**生きがいづくりを支援**する取組を推進

新

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**

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、常に一步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。



ご静聴ありがとうございました。

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）

～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

（概要）

厚生労働省

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

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)

～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

はじめに

○わが国の認知症高齢者の数は、2012(平成24)年で462万人と推計されており、2025(平成37)年には約700万人、65歳以上の高齢者の約5人に1人に達することが見込まれています。**今や認知症は誰もが関わる可能性のある身近な病気です。**

○厚生労働省では、団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年を見据え、**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し**、新たに「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～」(新オレンジプラン)を関係府省庁と共同で策定しました(平成27年1月27日)。

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



新オレンジプランの7つの柱

○「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」を推進していくため、以下の7つの柱に沿って、施策を総合的に推進していきます。



「VII 認知症の人やご家族の視点の重視」は、他の6つの柱に共通するプラン全体の理念でもあります。



新オレンジプランの具体的な施策

I 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

【基本的な考え方】

認知症は皆にとって身近な病気であることを、普及・啓発等を通じて改めて社会全体として確認していきます。



- (1) 広告等を通じ**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**を展開します。その際には、認知症の人が自らの言葉でメッセージを語る姿等を積極的に発信していきます。
- (2) **認知症サポーター※1の養成**を進めるとともに、地域や職域など様々な場面で活躍できるような取組を推進していきます。
- (3) 学校において、高齢者との交流活動など、高齢社会の現状や**認知症の人を含む高齢者への理解を深めるような教育**を推進します。

【新オレンジプランにおける目標】

★認知症サポーターの人数

2017（平成 29）年度末

旧プラン 600 万人 → 新オレンジプラン 800 万人



※1 認知症サポーターとは？

認知症について正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守り、支援する応援者です。市町村や職場などで実施されている「認知症サポーター養成講座」を受講した人が「認知症サポーター」となります。受講したい人は、お住まいの市区町村へお問い合わせ下さい。

II 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

【基本的な考え方】

早期診断・早期対応を軸に、「本人主体」を基本とした医療・介護等の有機的連携により、認知症の容態の変化に応じて、適時・適切に切れ目なく、その時の容態にもっともふさわしい場所で医療・介護等が提供される**循環型の仕組みを実現**します。

発症予防

発症初期

急性増悪時

中期

人生の最終段階

住民主体のサロンや体操教室など、地域の実情に応じた取組

認知症の人の生活を支える医療・介護等の提供

本人の尊厳が尊重された医療・介護等を提供

～容態の変化に応じもっともふさわしい場所で医療・介護等が提供される循環型の仕組みの実現～

(1) 本人主体の医療・介護等の徹底

認知症の人がもつ力を最大限に活かしながら、地域社会の中でなじみの暮らしや関係が継続できるように支援していくことは、本人主体の医療・介護等の原則、基本理念です。そのことを、改めて認知症の医療・介護等に携わるすべての者が共有し、医療・介護等の質の向上を図っていきます。

(2) 発症予防の推進

運動、口腔機能の向上、趣味活動など日常生活における取組が認知機能低下の予防に繋がる可能性が高いことを踏まえ、住民主体の運営によるサロンなど地域の実情に応じた取組を推進していきます。

(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のための研修や、**認知症サポート医**^{※2}の養成を、一層推進します。
- 認知症に関する**専門医**、**認定医等**の養成の拡充に関係学会等と協力して取り組みます。
- 地域の**歯科医師**・**薬剤師**の認知症対応力向上のための研修を、新たに実施します。
- **認知症疾患医療センター**^{※3}の計画的な整備を進めます。
- **認知症初期集中支援チーム**^{※4}の市町村への設置を推進し、早期診断後のサポート体制を整備します。



【新オレンジプランにおける目標】

★認知症初期集中支援チームの設置

→ 2018（平成 30）年度からすべての市町村で実施



※2 認知症サポート医とは？

地域でかかりつけ医の認知症診断等に関する相談役等の役割を担う医師です。

※3 認知症疾患医療センターとは？

認知症の速やかな鑑別診断や、行動・心理症状（BPSD）と身体合併症に対する急性期医療、専門医療相談、関係機関との連携、研修会の開催等の役割を担います。

※4 認知症初期集中支援チームとは？

医療・介護の専門職が家族の相談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、必要な医療や介護の導入・調整や、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うチームです。

(4) 行動・心理症状（BPSD）や身体合併症への適切な対応

- 早期診断と本人主体の医療・介護等を通じて行動・心理症状（BPSD）^{※5}の予防を図り、BPSDが見られた場合にも、的確なアセスメントを行い、薬によらない対応を第一選択とすることを原則とします。
- 認知症の人が、その時の心身の状態に応じ、在宅・医療機関・介護施設等の最もふさわしい場所で適切なサービスが受けられる**循環型の仕組みを構築**します。
- 身体合併症への対応を行う一般病院の医療従事者や、看護職員の認知症対応力向上を図るための研修を実施します。



※5 行動・心理症状（BPSD）とは？

認知症の主な症状である記憶障害等の進展と関連しながら、身体的要因や環境要因等が関わって現れる、抑うつ・興奮・徘徊・妄想などの症状のことをいいます。



(5) 認知症の人の生活を支える介護の提供

- 各自治体の介護保険事業計画及び介護保険事業支援計画に沿って、介護サービス基盤の整備を進めます。
- 良質な介護を担う人材を質・量ともに確保していくため、「**認知症介護実践者研修**」⇒「**認知症介護実践リーダー研修**」⇒「**認知症介護指導者養成研修**」というステップアップ研修の充実を図るとともに、新任の介護職員等向けの「**認知症介護基礎研修**」を導入します。



(6) 人生の最終段階を支える医療・介護等の提供

人生の最終段階においても、本人の尊厳が尊重された医療・介護等が提供されるよう、その在り方について検討を進めます。

(7) 医療・介護等の有機的な連携の推進

- 地域ごとに「**認知症ケアパス**」^{※6}を確立し、認知症の人やその家族、医療・介護関係者等の間で共有され、サービスが切れ目なく提供されるようにその活用を推進します。
- 医療・介護関係者等の間の情報共有の推進を図るため、**情報連携ツール（連携シート等）**の例を提示し、医療・介護関係者等の連携を推進します。
- 医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携の支援や、認知症の人やその家族等への相談支援を行う**認知症地域支援推進員**を市町村ごとに配置します。



【新オレンジプランにおける目標】

★認知症地域支援推進員の人数

→ 2018（平成 30）年度からすべての市町村で実施



※6 認知症ケアパスとは？

発症予防から人生の最終段階まで、生活機能障害の進行状況に合わせ、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのか、これらの流れをあらかじめ標準的に示したものです。

III 若年性認知症施策の強化

【基本的な考え方】

65歳未満で発症する認知症を「若年性認知症」といい、全国で4万人近くいると言われていています。

若年性認知症の人は、就労や生活費等の経済的問題が大きいことから、居場所づくり等の様々な分野にわたる支援を総合的に講じていきます。



- 普及啓発を進め、早期診断・早期対応へ繋げていきます。そのために、まず医療機関や市町村窓口等を通じて、若年性認知症と診断された人やその家族に対して「若年性認知症支援ハンドブック」を配布します。
- 都道府県の相談窓口で自立支援に関わる関係者の**ネットワークの調整役**を配置し、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等、**若年性認知症の特性に配慮した就労・社会参加支援等を推進**していきます。

IV 認知症の人の介護者への支援

【基本的な考え方】

認知症の人の介護者への支援を行うことは、認知症の人の生活の質の改善にも繋がるため、家族など介護者の精神的身体的な負担の軽減や、生活と介護の両立を支援する取組を推進します。



- 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**等の設置を推進し、**認知症の人の介護者の負担軽減**を図ります。
- 介護者の身体的負担を軽減するため、介護ロボット等の開発を支援します。

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

【基本的な考え方】

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・社会参加支援及び安全確保を行い、認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりを推進します。

（１）生活の支援（ソフト面）

一人暮らし高齢者や夫婦二人のみ世帯が増加するため、買い物、掃除などの家事、買物弱者への宅配等のサービス提供の支援、高齢者サロン等の設置を推進します。

（２）生活しやすい環境（ハード面）の整備

サービス付き高齢者向け住宅など、多様な高齢者向け**住まいの確保**の支援、公共交通施設や建築物等のさらなる**バリアフリー化の推進**及び高齢者の移動手段を確保するための**公共交通の充実**を図ります。



（３）就労・社会参加支援

高齢者の方が生きがいを持って生活できるよう、就労、地域活動やボランティア活動等の**社会参加を促進**します。

（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、詐欺などの消費者被害の防止を目的に、**地域での見守り体制を整備**します。また、認知症の人や認知機能が低下している人による交通事故を未然に防止するための制度の充実、**交通安全の確保を推進**します。

さらに、高齢者の尊厳保持のため、**高齢者虐待の防止と身体拘束ゼロの推進**を図るとともに、認知症の人や高齢者の権利擁護のため、**成年後見制度等の周知や利用促進**を行います。



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

【基本的な考え方】

認知症の原因となる疾患^{*7}それぞれの病態解明や行動・心理症状（BPSD）等を起こすメカニズムの解明を通じて、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を推進します。

○認知症の病態解明は未だ不十分であり、根本的治療薬や予防法は十分には確立され

ていません。**認知症の病態等の解明**を進め、早期発見や診断法の確立、さらに、根本的治療薬や効果的な症状改善法、有効な予防法の開発に繋がっていきます。

○認知症の人の自立支援や介護者の負担軽減を図るため、**ロボット技術やICT技術を活用**した機器等の開発支援・普及促進を行います。



※7 認知症の原因となる疾患とは？

認知症は、様々な原因となる疾患により認知機能（記憶力・判断力・見当識など）が低下し、生活に支障が出ている状態をいいます。認知症の原因となる主な疾患は、アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症などです。

VII 認知症の人やその家族の視点の重視

【基本的な考え方】

これまでの認知症施策は、と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の重視をプランの柱の一つとして掲げました。これは他の6つの柱のすべてに共通する、プラン全体の理念でもあります。

○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ほか、**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**など、認知症の人やその家族の視点を重視した取組を進めていきます。

おわりに

- この総合戦略は、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・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**」の実現を目指す中で、認知症について社会を挙げた取組のモデルを示していくものです。
- 認知症高齢者等にやさしい地域の実現には、**行政、民間、地域住民など様々な主体がそれぞれの役割を果たしていくこと**が求められています。また、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ありません。困っている人がいれば、その人の尊厳を尊重しつつ手助けをするという**コミュニティーの繋がり**こそが、その基盤であり、認知症高齢者等にやさしい地域づくりを通じて**地域を再生する**という視点も重要です。
- 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**します。また、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します**。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**します。

認知症の人の意思が尊重された支援を地域に根付かせて
いくための市としての構想と取組みのプロセス

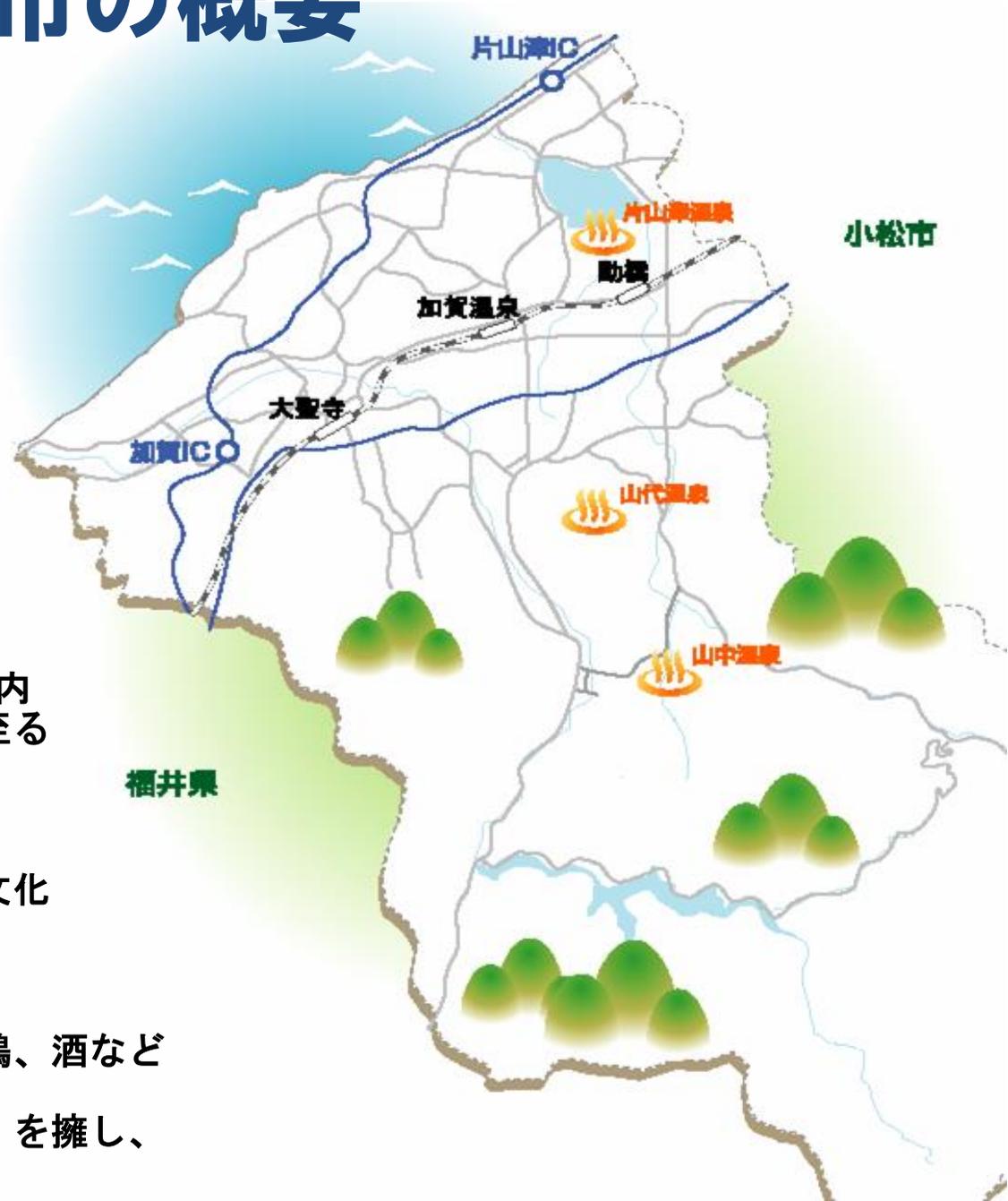
加賀市が目指す地域包括ケアシステムとは ～高齢者や認知症の人の願いや思いを実現するために～

平成27年10月8日



加賀市地域包括支援センター
北口 未知子

加賀市の概要



交通：羽田⇄小松 1時間、空港より車で20分
金沢よりJR特急で25分
市内2カ所の高速道路I.Cから20分

地勢：面積306Km²、海・山が近接し30分圏内
山地、丘陵、平野、海岸、河川、湖沼に至る
「日本的風土の箱庭」

歴史：金沢の分家大聖寺藩
九谷焼、山中漆器、芸能、茶道など加賀文化
北前船頭衆と温泉文化の形成

味覚：四季を通した多彩な食材
山菜、野菜、果実、米、海産物、川魚、鴨、酒など

観光：全国有数の温泉地（山中・山代・片山津）を擁し、
年間約200万人が訪れる

加賀温泉郷と伝統文化



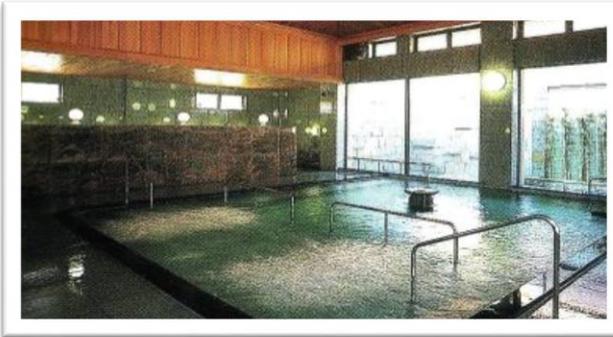
山代温泉 古総湯



山中温泉 菊の湯



片山津温泉 街湯



九谷焼



山中漆器



橋立漁港のズワイガニ



坂網獵

目次

I 加賀市の現状

II これまでの認知症対策

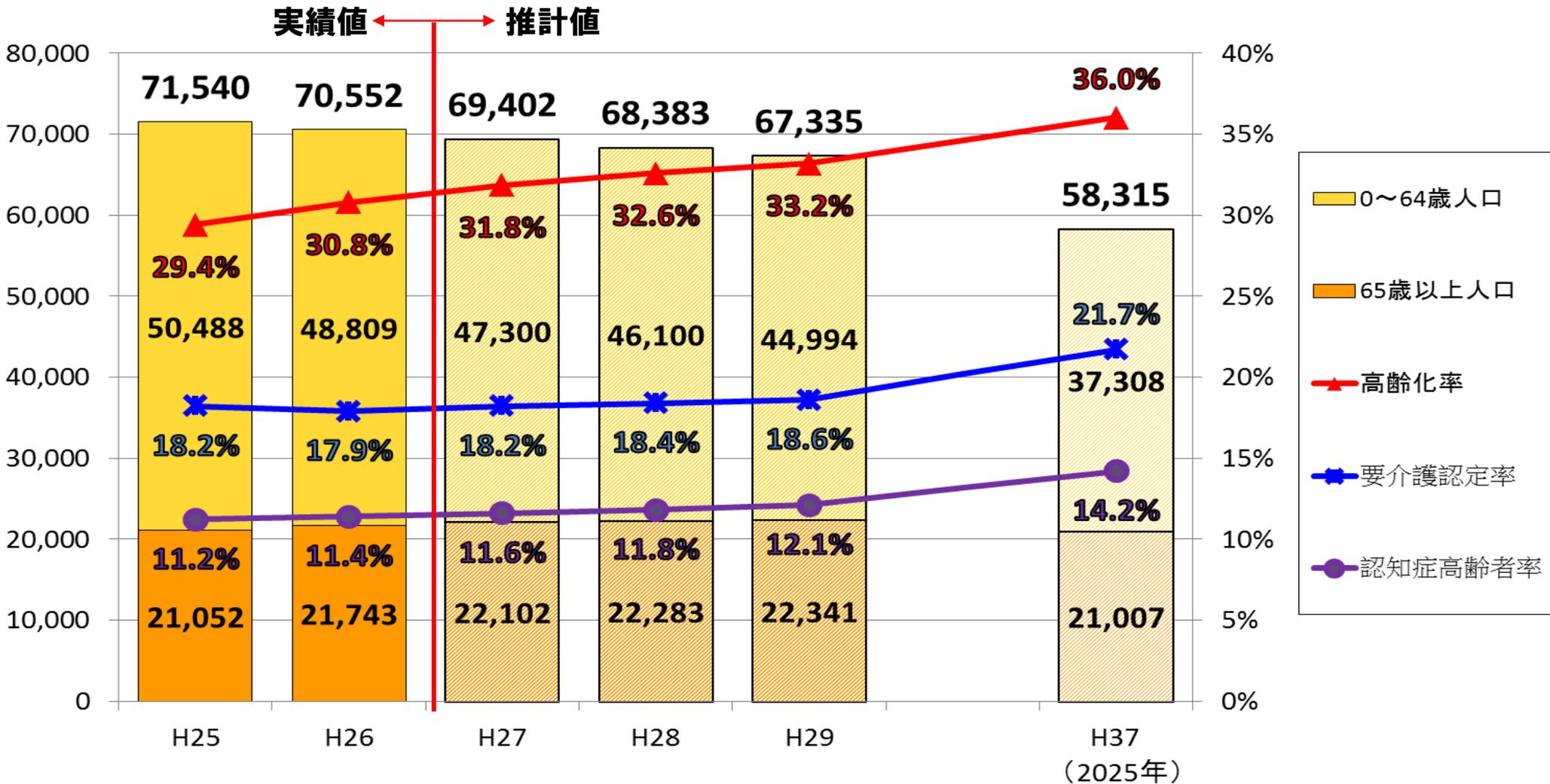
III 加賀市版地域包括ケアシステム構築に向けた取組について

I 加賀市の現状

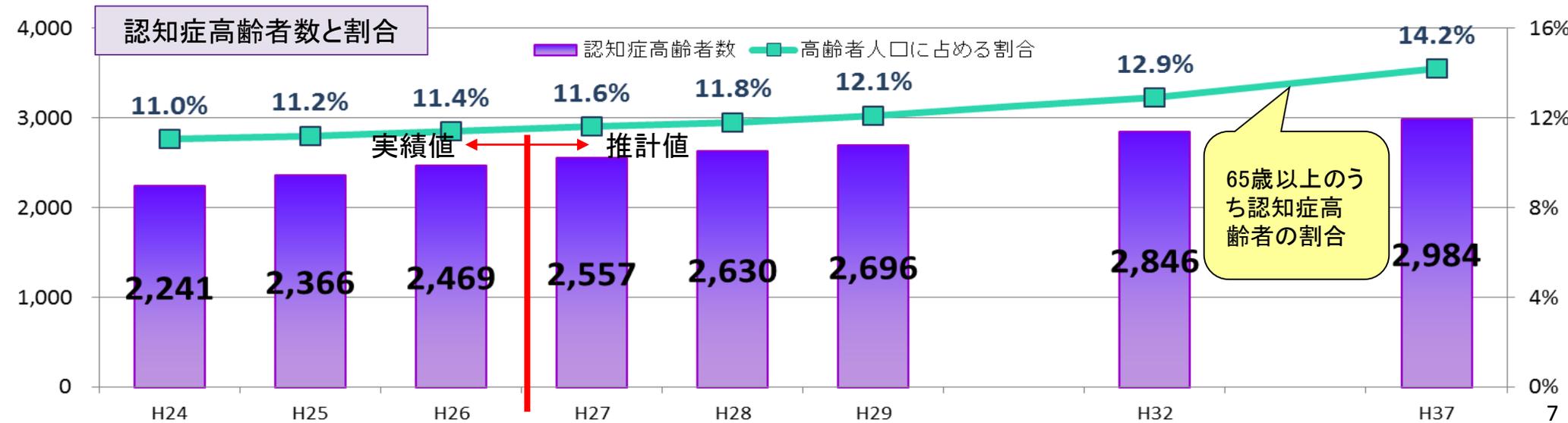
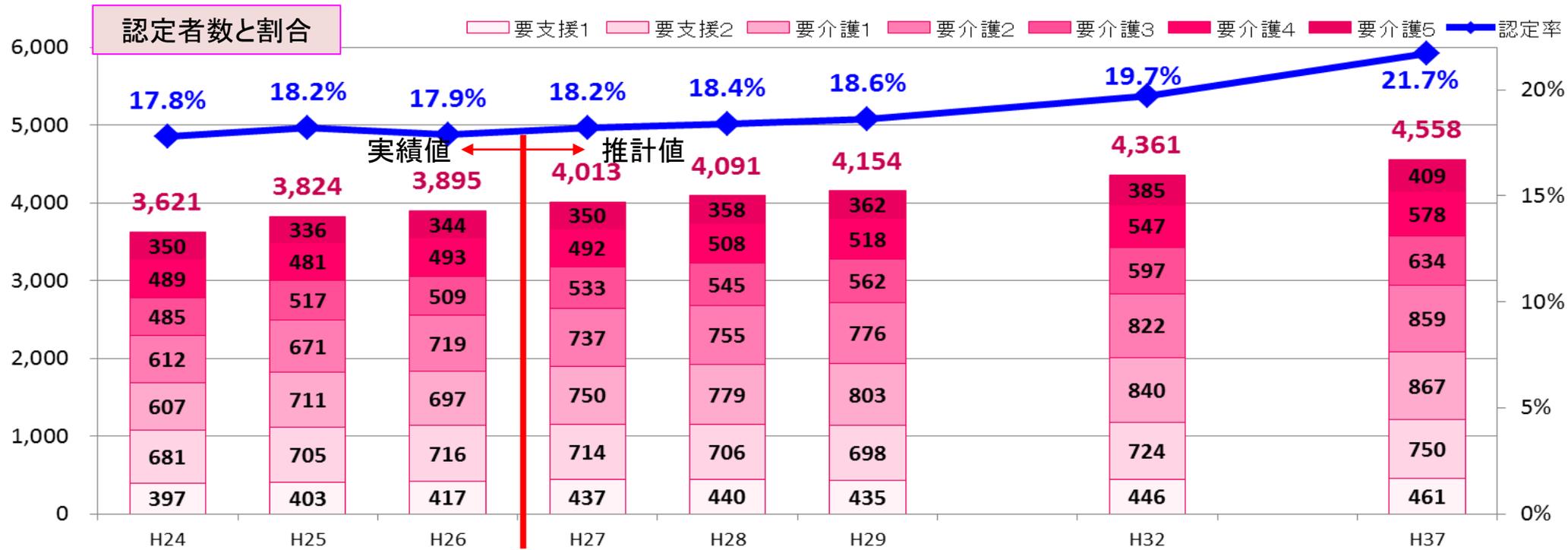
加賀市の状況

1. 人口：70,552人 **(平成26年10月)** 住民基本台帳
2. 高齢者数：21,743人 (高齢化率30.8%)
3. 認定者数：3,895人 (1号認定率17.6%)
(要支援1,133人 要介護2,762人)
4. 認知症高齢者数:2,469人 (1号認知症高齢者率11.2%)
要介護認定調査
5. 介護保険料：月額5,900円(第6期) 第5期は5,550円
6. 日常生活圏域：7圏域
7. 地域包括支援センター：直営で1か所

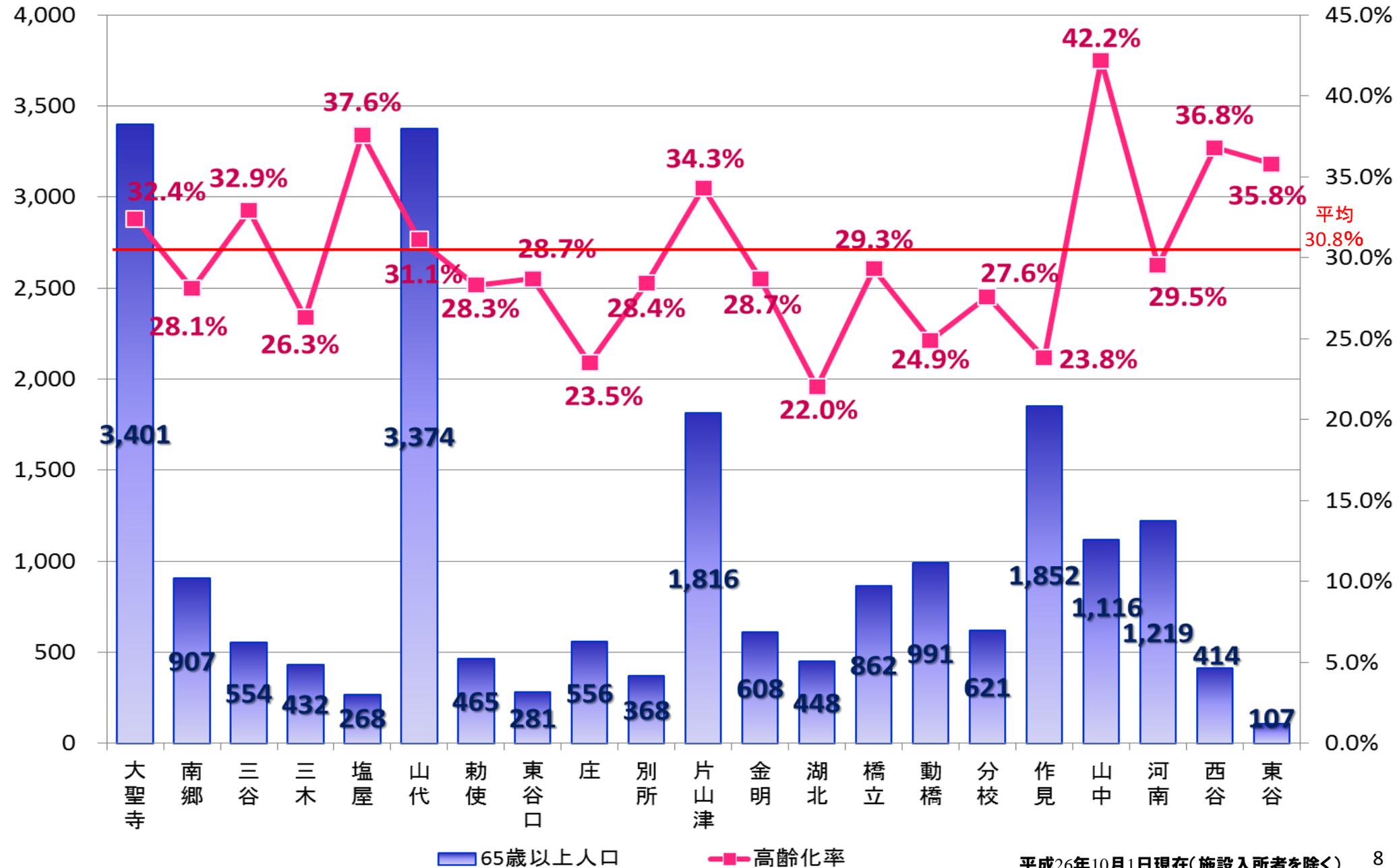
加賀市の総人口等の推移



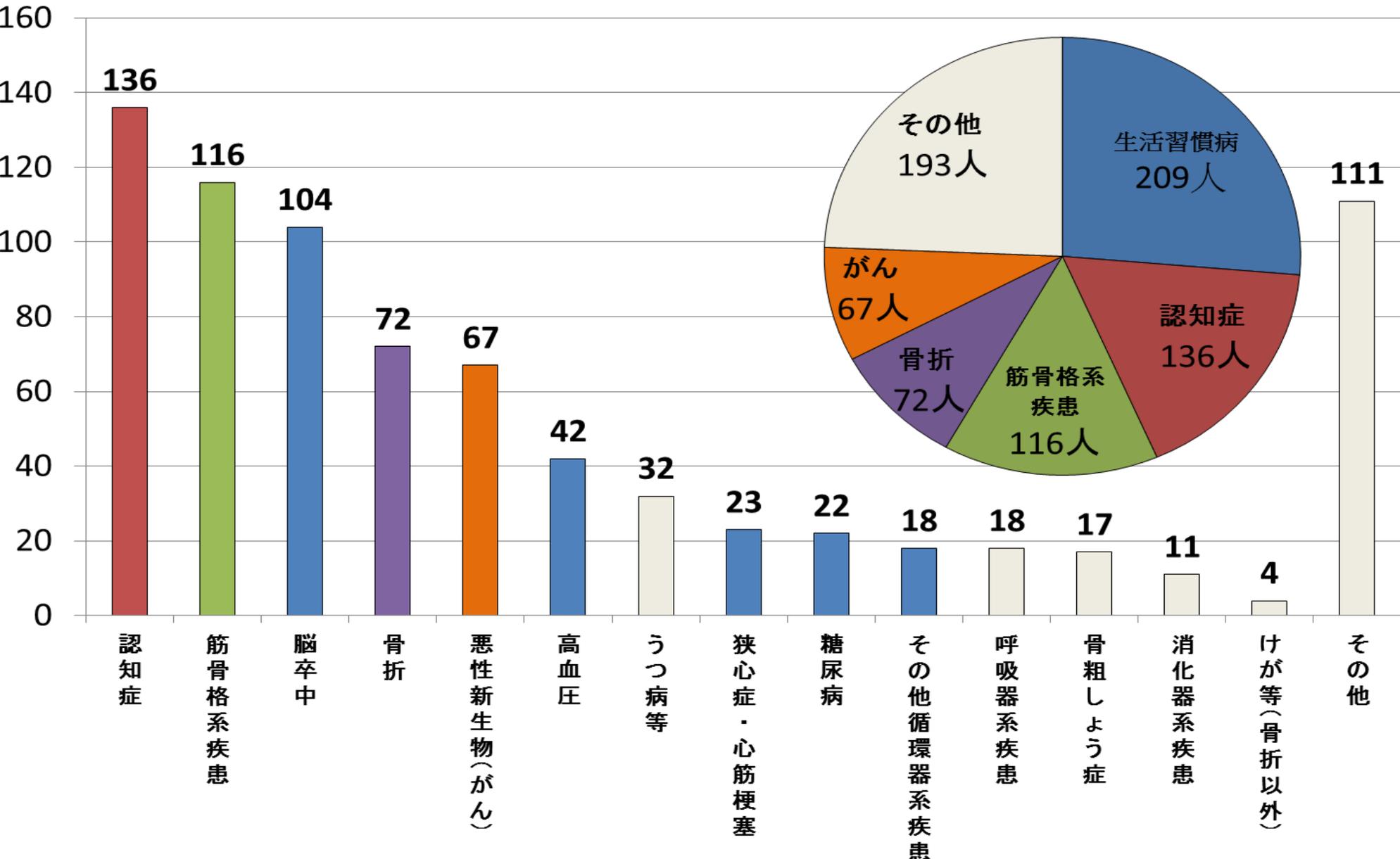
要支援・要介護認定者と認知症高齢者の推移



地区別(21地区)高齢者数と高齢化率



新規要支援・要介護認定者の申請時疾病



※ 平成25年4月から平成26年3月の新規要介護申請者(793人)の主治医意見書主病名1より

現状から見えてきたこと…

少子高齢化

(生産年齢人口の減少)
(3人に1人は高齢者の時代)

高齢のみ世帯増加

(一人暮らし高齢者・老老介護の問題)

要支援・要介護認定者増加

(高齢者の5人に1人は何らかの支援・介護が必要)

認知症高齢者の増加

(高齢者の10人に1人 認定者の半数以上)

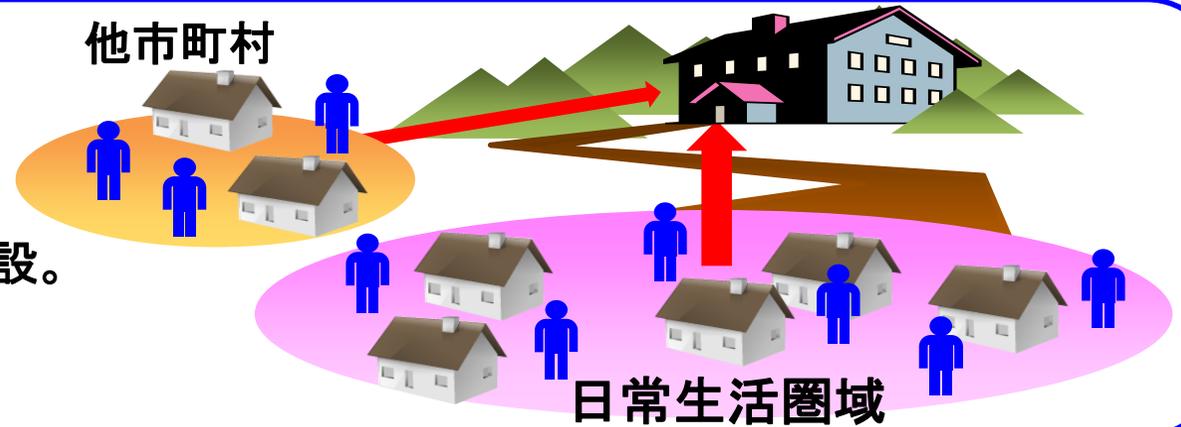
介護保険サービスのみで、「本人の望む暮らし・地域での生活」を支えることは難しい状況となっていく。

Ⅱ これまでの認知症対策

加賀市の整備方針の経過

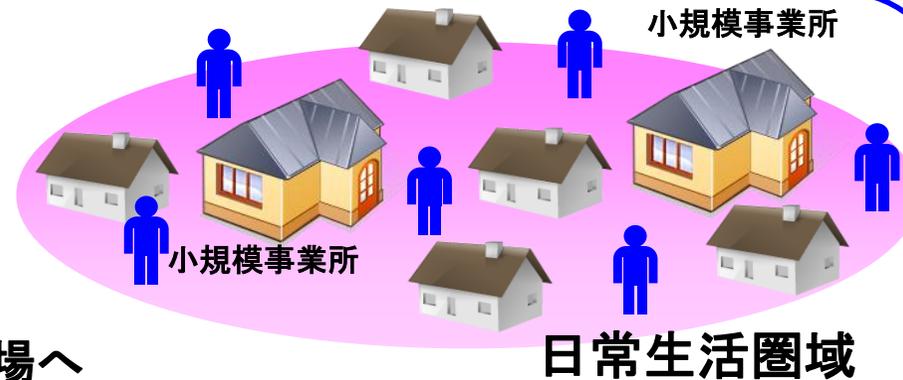
～第3期

- 自宅から離れた郊外の立地。
- 定員100人規模などの大規模な施設。
- 他市町村の被保険者も利用可能。



～第5期

- 生活圏域の中で事業所を整備。
(自宅の近くの住み慣れた地域で利用)
- 少人数単位の介護を行う小規模の事業所
- なじみの場所で、なじみの職員による24時間
365日の切れ目のないサービス
- 要介護者のみが集まる場でなく、地域住民も集う場へ



地域密着型サービスの計画的整備

※介護老人福祉施設(大規模特養)の地域分散化

※小規模多機能型居宅介護事業所の圏域単位整備(12箇所:圏域1~2箇所)

第3期介護保険事業計画での転換

ケアの実態

- 施設の整備率が高く、「認知症になったら施設に入所する」という考え方が、ケア担当者や家族に強い。
- サービス提供にあたっては、
 - ・認知症高齢者の正しい理解と対応ができていない？
 - ・身体機能のみのアセスメントによる集団的ケアが行われている？
 - ・利用者ではなく、ケア提供者の都合に合わせたケアになっている？



第2期介護保険事業計画の重点目標として、「サービスの質の向上」、「認知症対策の推進」を掲げていながら、有効な施策を行っていない。

センター方式のモデル事業への参加（平成16年度）

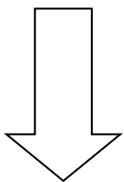
- * 本人本位、本人の力を活かした生活の継続、地域の多職種協働
- ⇒ 参加したケア担当者が、新しい認知症ケアの担い手となることを期待。
- ・事業の成果を今後の認知症施策につなげていく

地域密着型サービスの計画的整備① (サテライト型特別養護老人ホーム)

- 100 多床室特養
- 100 個室ユニットケア特養

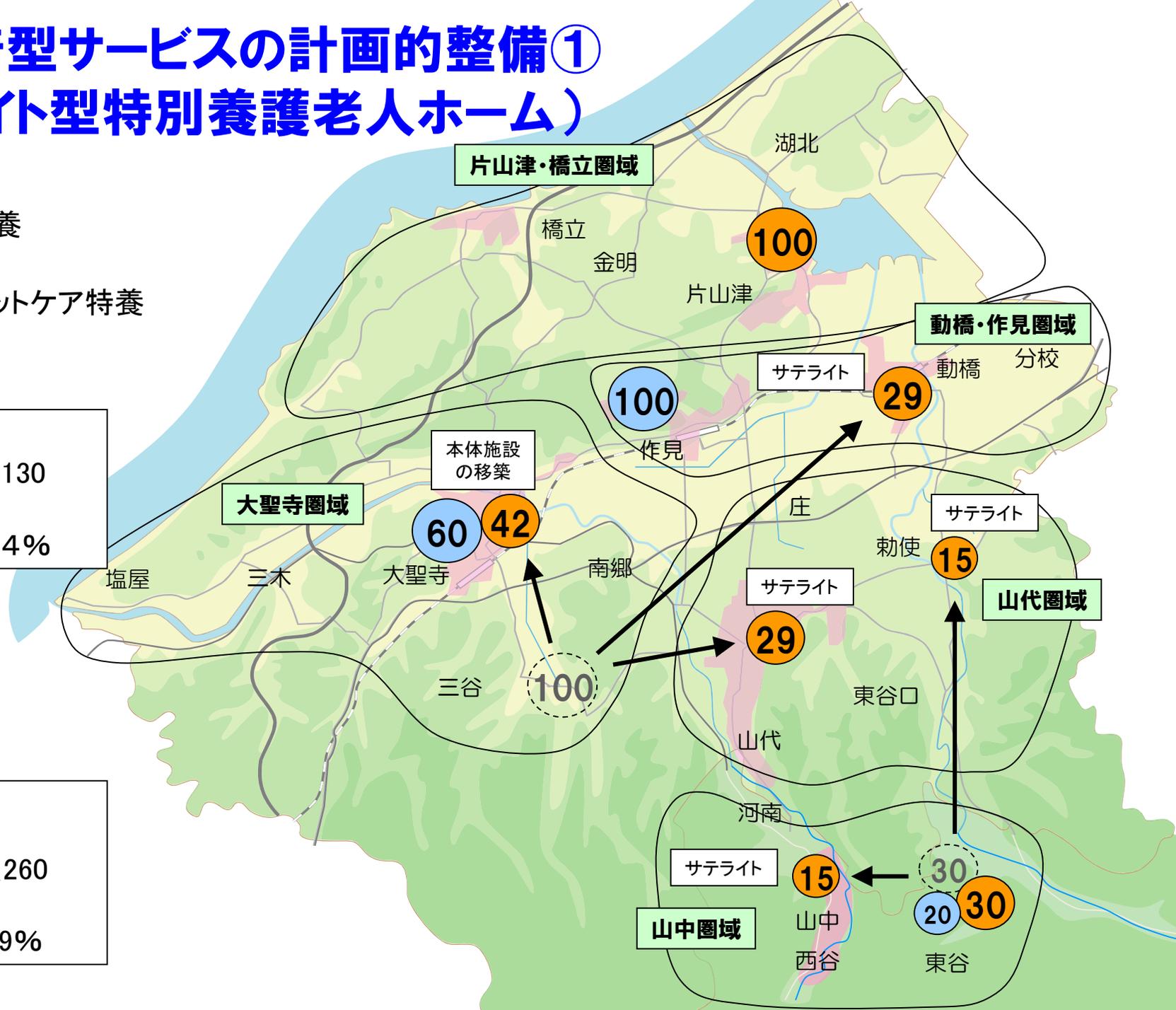
平成18年4月

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



平成25年度

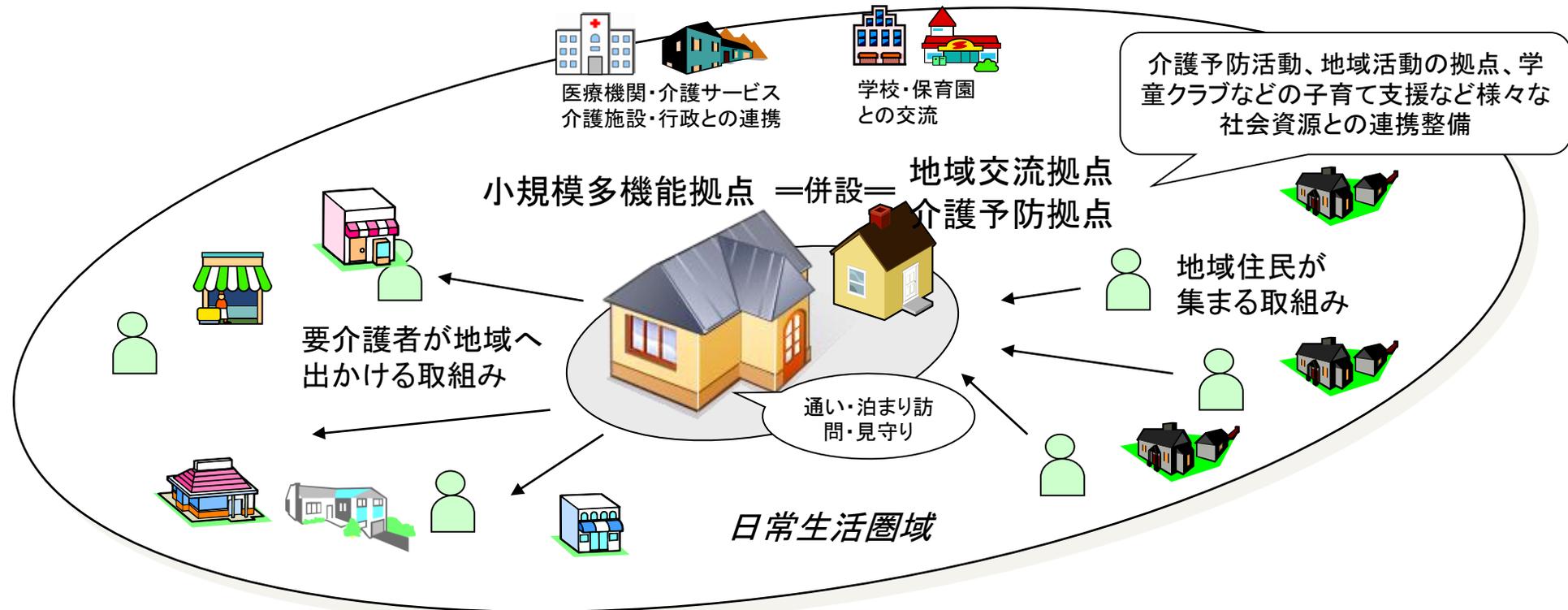
特養総定員440
 個室ユニット定員260
 多床室定員180
 個室ユニット割合59%



地域密着型サービスの計画的整備

小規模多機能ホーム・地域交流拠点(介護予防拠点)

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



行政と連携して共に『地域づくり』を進めるパートナー

第3期以降の加賀市介護保険事業計画

計画の上位目的：認知症対策の推進

○センター方式の普及・推進を位置づけ(人材育成)

センター方式研修会の開催と活用件数を評価指標として評価

○地域密着型サービスの計画的整備

指定に際しては、センター方式の活用も選定要件の1項目とする。

○キャラバンメイトと認知症サポーターの養成と両輪で取り組む

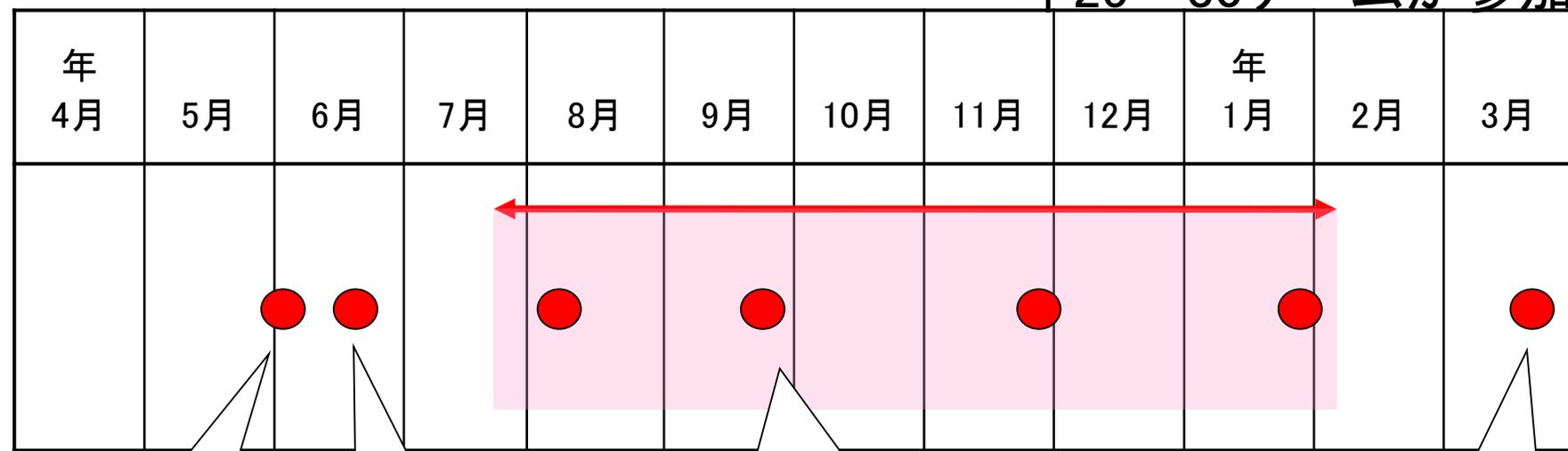
⇒ **本人ののぞむ暮らしの継続のため**、その人の社会資源(人や物、関係性)との関係は欠かせない。

事業所にむけた研修

①認知症の人のためのケアマネジメント (センター方式)推進研修の継続(普及・実践・報告会)

平成16年度～平成26年度まで

年25～30チームが参加



地域推進員研修会・連絡会

実践研修で担当者を支援する推進員を養成

認知症ケアマネジメント普及研修会

市内事業者のケア担当者を対象にしたセンター方式についての基本的研修

認知症ケアマネジメント実践研修会
(サービス担当者会議)

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

認知症ケアマネジメント実践研修報告会

関係機関を対象に実践研修会での事例の報告会を行なう。

②各種研修会の開催

○認知症実践研修・実践者研修開催（H22～26）

※ 認知症介護実践者研修は、地域密着型事業所の管理者などに必須の研修。石川県は年3回開催。密着事業所の職員を優先受講するが、定員超で密着事業所従事者でも受講不可能なことも多い。

○面接技術研修の開催（基礎編・実践編）

○介護保険事業所対象の研修会

（虐待防止・かかわり・リスクマネジメント等について）

③サービス種別（通所・ヘルパー・ケアマネ等）連絡会

○直営⇒平成24年度加賀市介護サービス事業者協議会に委託（加賀市社会福祉協議会が事務局）

広報かが H26. 3月号

・地域密着型サービスで行われている独自事業等を紹介。

・要介護認定者以外の人も行き来できる場としてPR。

気軽に集える地域の介護施設を紹介します

小規模多機能ホームや通所介護事業所では、「私達も地域の一人」との考えから、施設の一部を開放し、地域の人とともにさまざまな活動を行っています。今回は、地域交流の拠点となっているら施設を紹介いたします。その他の施設でも、施設の利用者以外の人が介護施設を利用できる取り組みがあります。ぜひ、お近くの介護施設にも訪ねてみませんか。

ニーズ対応型小規模多機能ホーム ききょうが丘（山代温泉1区）

地域の人が参加しやすいように抹茶カフェ「いっく」を毎月10日に開催しています。地域の誰でも参加できます。

取組内容：お茶会（参加費100円）
（毎月10日 曜日問わず開催 13時～15時）

地域の人の声：

- ・昔と抹茶を飲み、お話をすることが楽しい。
- ・近所の人が増えてくれるから来ることができる。

▲抹茶カフェ「いっく」にて一服

山代すみれの家（山代温泉3区）

地域の人と施設利用者との接点のないような関わりを大切に、地域の心強い相談所となることを目指しています。

取組内容：ラジオ体操（毎日10時～）

地域の人の声：

- ・昔で体操をすることで身も心も元気。
- ・沢山のひと知り合いになれた。



▲毎朝10時に行うラジオ体操の様子

地域交流の家ふらっと（山中温泉）

高齢者や子ども、障がいのあるなしに関わらず、いつでも誰でも利用できる共生型のサービスで、当たり前で地域で普通に暮らせることを目指しています。

取組内容：朝食の提供（500円）、田舎、麻糬、押し花（全て随時）

地域の人の声：

- ・一人暮らしだとおっくうな家事も、ふらっとに行くと元気をもらい続けられる。
- ・調理人の顔を話し、ともに飯立を覚えることに生きがいをを感じる。



▲週一回ボランティアで料理の腕ふるう大塚 豊久次さん

いらっせ松が丘（松が丘1丁目）

地域の人が気軽に訪れ、和める空間を提供しています。ともに食事会や行事に協力、参加いただいています。

取組内容：麻雀、将棋、囲碁
（毎週月曜日 13時～16時）

地域の人の声：

- ・ここに集うようになって知り合いが増えた。
- ・楽しく老化を防止できる。



▲馴染みながら、麻雀をする様子

いらっせハマナス（小塩町）

地域に根ざした通所介護事業所として、近所づきあいを大切にしています。クラブ活動のように気軽に誰でも利用できます。

取組内容：折り紙教室（月2日水曜日）
生け花教室（月1日）

地域の人の声：

- ・昔で一遊にすることが楽しい。
- ・教室のお手伝いをするにやりがいや喜びを感じる。



▲折り紙作り体験による折り紙教室の様子

これまでの認知症対策を振り返り...

- 事業所向けの研修会をとおして、認知症ケアの推進(センター方式の視点)、地域との連携等を伝えてきた。
 - * 本人主体、本人の力を活かした生活の継続、地域の多資源協働
- 同時に認知症サポーター養成講座も事業所職員がキャラバン・メイトとなり住民に啓発してきた。
- 事業所は、ケアの中で地域とのつながりを意識したかわりを目指し取り組んできた。
- 行政として、事業所をパートナーとして、地域へ発信してきた。



課題やこれからの取り組みとして重要なこと...

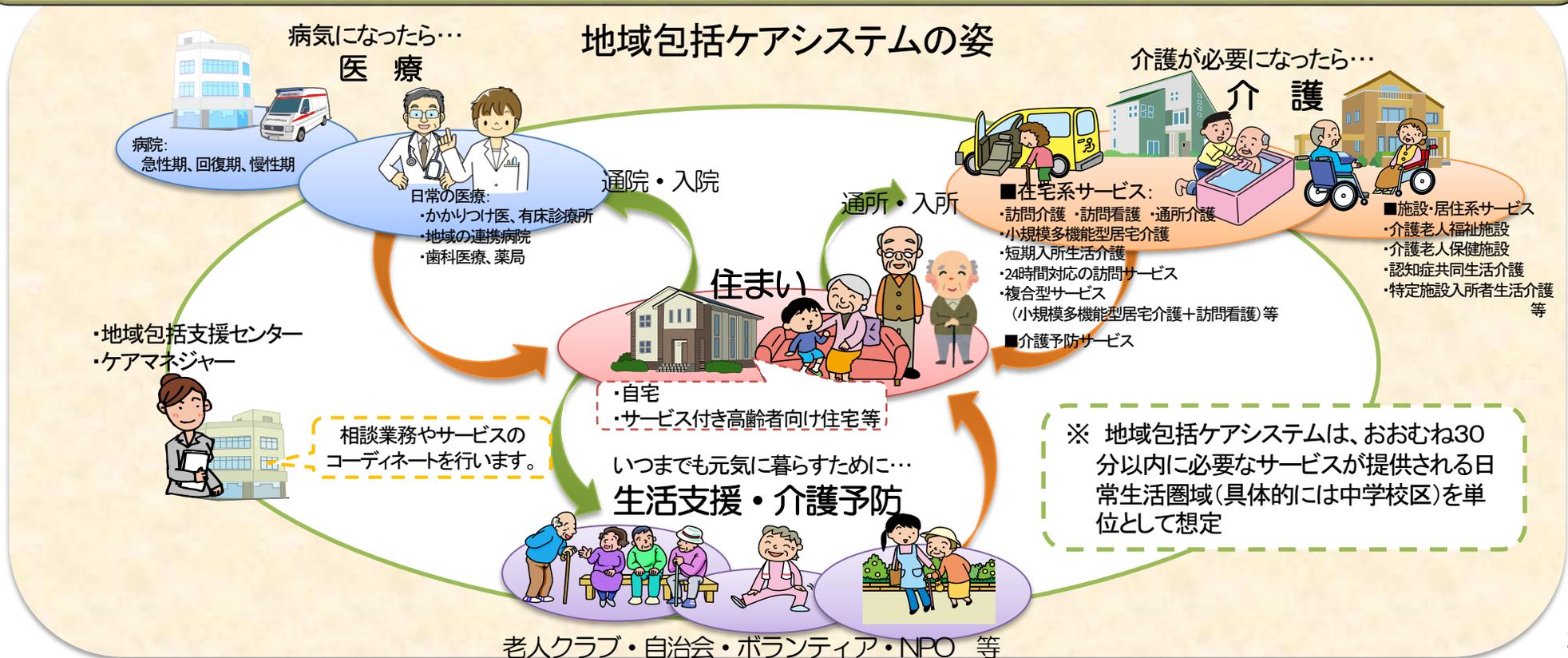
- ・啓発のみに終わっていた。
- ・地域住民が受身であったこと。
- ・地域住民自身がこれからの自分たちの暮らし、認知症になったときにことを早めに考えること。
- ・住民自身が、自分の住んでいる地域のことを主体的に考えて、共にかたちにしていくこと。

Ⅲ 加賀市版地域包括ケアシステム構築 に向けた取組について

第6期事業計画からの転換

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・生活支援が一体的に提供される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。**



加賀市で「地域包括ケアシステムを構築する」とはということ？

- 「単身・高齢者のみ世帯の増加」、「要支援・要介護認定者の増加」、「認知症高齢者の増加」、「介護の担い手となる人材の不足」といった課題にどう対峙するか。
- 行政サービスだけではなく、住民、NPO、ボランティア、介護事業者をはじめとする民間企業等の多様な主体による地域ごとの特性を踏まえたカタチでの支援体制の構築が求められるとともに、構築の際には、元気な高齢者も担い手となっていただく必要がある。
- 高齢者が社会的役割を持つことで、生きがいや介護予防につながる取組により、住み慣れた地域で自分らしい暮らしが継続できる社会の実現に近づく。
- この仕組みは高齢者のみが対象ではなく、本来は、障がい者や子どもを含めた全ての住民にとってのものであり、地域で支え合う体制を構築することが求められる。



地域包括ケアシステムの構築とは、「**加賀市のまちづくり**」そのもの！

加賀市における高齢者人口のピークはいつ頃？

- ・ 65歳以上の高齢者数のピークは、2018年（平成30年）
なお、75歳以上高齢者人口ピークは2026年頃（平成38年）
この頃には高齢化率も36%に達する見込み。

※ 国全体では、2042年（平成54年）にピーク到来
75歳以上高齢者人口のピークは2055年頃（平成67年）。

つまり、加賀市では、
高齢化のピークが
全国より早く到来するため、
早期の構築が必要！

平成26年度庁内横断ワーキングの体制

地域包括ケア推進体制ワーキング（事務局：長寿課）

庁内横断 ワーキング 対象課

総務部

- ・新病院・地域医療推進室
- ・企画課

市民部

- ・長寿課・包括
- ・地域福祉課
- ・健康課

教育委員会

- ・生涯学習課

地域振興部

- ・まちづくり課
- ・農林水産課

建設部

- ・建築課

計画・施策

石川県医療計画

H25~H29

加賀市高齢者お達者プラン

H24~H26

福祉こころまちプラン

H22~H26

加賀市健康応援プラン21

H25~H34

石川県高齢者居住確保計画

H24~H29

関連する 主な事業

- ・統合新病院
- ・在宅医療連携

- ・総合計画
- ・公共交通、運輸

- ・介護予防事業
- ・地域密着型サービス整備
- ・認知症対策

- ・地域見守りネット
- ・民生委員関連業務
- ・成年後見センター

- ・健診、保健指導
- ・在宅当番医
- ・保健推進員

- ・生涯学習推進事業
- ・公民館事業

- ・市営住宅
- ・高齢者住宅
- ・バリアフリー改修

- ・地区まちづくり推進協議会支援
- ・公民館事業支援

- ・高齢者宅への農産物配送事業

医療

介護

予防

住まい

生活支援

検討委員会・庁内横断ワーキング・地区座談会



地域包括ケア検討委員会

H26.9～H27.1

地域包括ケア検討委員会

加賀市が目指す地域包括ケアシステムについて、専門的な立場から助言

H26.6～H27.12

12回

地区座談会

地域の現状や課題、理想の姿等について意見交換(地区社協単位で開催)

地域の良いところは？

地域包括ケアビジョン
加賀市の地域包括ケアの目指すべき姿、方向性

3回

H26.6～H27.3

庁内横断ワーキング

市の関係部署(9課)の担当職員で構成。各要素における課題の整理、目指すべき姿の検討など。〔総勢15名〕

予防・医療・介護班

9回

生活支援・住まい班

12回



ワーキングメンバーでの話し合い



地域包括ケアビジョン、ビジョンの方向性 作成作業

ワーキングでの作業 「予防」とは・・・



ワーキングメンバーでの話し合い



ワーキングでの作業 「本人主体」とは・・・



関係部課長とワーキングメンバーとの話し合い

じぶんたちの宣言書づくり

～自宅で住み続けるために～

座談会からの意見

「ちょっと心配」「いいところもいっぱいある」

- ・車が運転できる時は良いが交通機関がないので心配。
- ・町内の人ほとんど顔見知り。
- ・近所にも高齢世帯が多くなる。助け合いができるかどうか。
- ・町内のつながり・まとまりが強い。
- ・海が美しい。

- ・坂が多いのでバスが必要。
- ・大型スーパーや電気店・薬局などたくさんあるが車でないと行けない。
- ・松が丘・白山台は高台だから水害の心配はないし、災害に強い。
- ・周辺の環境(中央公園・体育施設)が良い。
- ・若い人がいなくなり町内の人口が減る一方。
- ・駅・病院・商店が近くにある。

- ・隣近所との距離があり、そのことがよくもあり、万一の時の不安となっている。
- ・男性の行く場所がない(将棋 etc)。
- ・おたっしやクラブが活発なこと。
- ・駅・病院・ショッピングセンターに近い。
- ・町民のつながりがあり、不審者はとすぐにわかる。
- ・意欲のある高齢者が多い。お稽古ごとが盛ん。
- ・町内の一人暮らしが多くなった。
- ・近所の仲良しの人と一緒にいたい。昼は一人でも安心のため、夜は一緒に寝たい。
- ・高齢者同士仲がよい。

- ・小学校(片山津)の児童数が少なく少子化が心配。
- ・買い物に行くのが困難になる。
- ・自然がいっぱいで癒される(白山、柴山湯、温泉)。
- ・まちづくり等の活動が活発。
- ・景観が良く自然の資源がたくさんある。

- ・ぐず焼き祭りが年々盛り上がっている。
- ・近所に買物する所がなく遠い
- ・駅が近くにある。
- ・バス乗り場が遠い・バスがない。
- ・川の氾濫が心配。
- ・町全体、隣近所など繋がりが深くてよいと思う。顔・名前がわかる。

- ・昔はバス。今は乗り合いタクシー。
- ・地区のよいところは、元気なうちは畑仕事に行くこと。運動にもなり生きがいにもなる。
- ・地域のおじいちゃん・おばあちゃんが集まる家がある(たまり場)。
- ・地域が農作業に協力的。墓守をしない。
- ・廃屋旅館、空き家の問題。
- ・アパートが多い、2階だと困る。
- ・総湯に行くとコミュニケーションがとれる。
- ・古くからの町なので祭りや文化的なものが実はある。

- ・山中・河南は観光客が多い。
- ・温泉が近くにある。
- ・今は車に乗っているが、運転しなくなると風呂に行けない(総湯)。
- ・町内のリーダーとなる人の高齢化による支援が手薄。
- ・高齢者は元気で畑仕事健康によい。



認知症ケアパス作成のための手引きより「認知症の人を支える社会資源の整理シート等からの確認ポイント」

○認知症や高齢による生活への支障

- ・認知症の有無問わず生活機能障害(IADL)として、1位:調理、2位:ごみだし、3位:住居内の掃除の回答が多い。
- ・認知症の相談で薬の管理が出来なくなったが多い。
- ・社会資源整理表から自立～Ⅱレベルの服薬支援、受療支援が不足している。

○介護保険認定の有無により地域とのつながりが変化する

- ・介護保険認定の要支援か要介護、自立か認定ありかで支援サービスや支援内容が明確に変わる。
(地域のつながりや関連が切れる) 例)地域のサロンと切れる、民生委員さんとの関係が薄くなる。
- ・介護認定の有無により全てが介護サービスに転換され、これまでのインフォーマルサービスと切れ、介護サービス提供に切り替わっている。

○既存資源活用

- ・もの忘れ健診のフォロー体制の充実(継続的に通い続けられる場所、支援し続けられる人)により予防効果は期待
- ・軽度者の場合は介護サービスが少ないが何らかのインフォーマルサービスで対応が出来ている。
⇒**地域の支援等により利用し続けられないか**

○家族支援の状況

- ・家族支援についても相談機能や啓発普及のメニューはあるが、直接家族への支援メニューがない。
- ・自立や認定外の人々の緊急時支援(受け入れ)場所がない。
- ・高齢者福祉サービスの対象者がひとり暮らし、高齢世帯、収入等みる要件が多い。
- ・家族介護をしている家族は日中ちょっとした用で家を空けることに不安がある。
- ・サービスを利用しているにもかかわらず認知症のことや介護の方法が分からない。
- ・高齢者の虐待の実態から息子、娘等の実子の介護者で要介護1～2の認知症の要介護者の場合に多い。

本当の「ニーズ」とは？

各種アンケート・座談会・ワーキングより

□「施設入所」の理由は「安心」が欲しいから

(独りになった時・何かあった時の不安を解決する選択肢が少ない)

「そりゃ～自宅がいいに決まっている」

「独りだし・・・」

「自分のことが自分で出来なくなったら仕方ない」

□「サービス」が欲しいのではなく「つながり」が欲しい

(困ったときに助けてくれる相手、親身になってくれる相手、気に留めてくれる存在)

「今は近所の方が気に留めてくれるけど・・・」

「いざというときはどうしようか」

「どうにもならない」

「考えないようにしている」

□自分のことはできるだけ自分で選択し、決めたい

(早めの幅広い情報、身近な相談相手、希望は持っているがあきらめている)

「出来るだけ世話にはなりたくない」

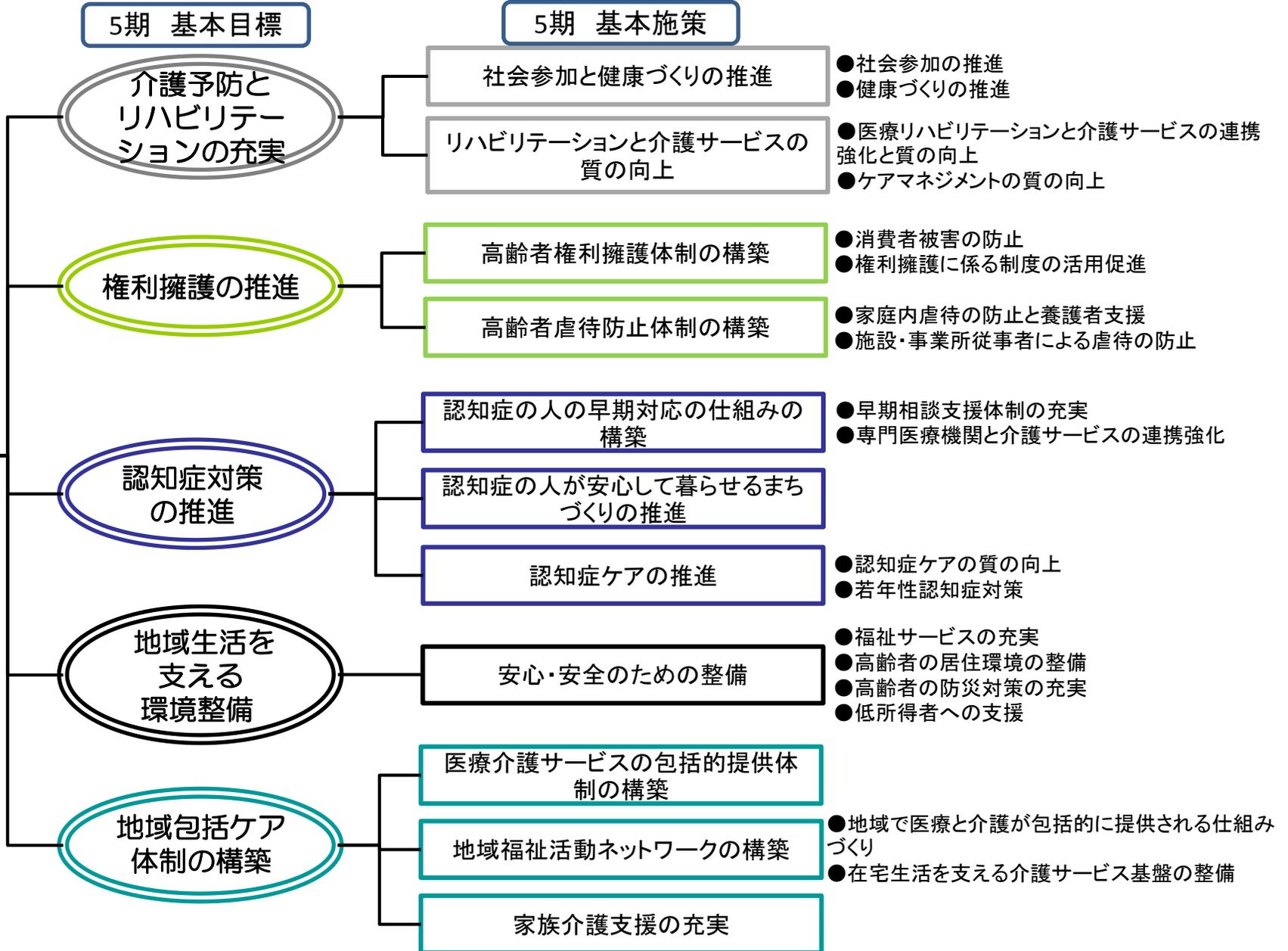
「家族に迷惑かけたくない」

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

- 望む暮らしを本人主体で考える具体的な取り組みが必要である。
- これからは自分のこと地域のことを本人自身や地域が考える必要がある。
- 「地域で暮らす」「住民主体」を重視した、加賀市の地域包括ケアシステムの実現に向けた具体的な取り組みが必要である。

第5期計画の施策体系

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



第6期計画の施策体系(平成27年度～平成29年度)

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

6期 基本目標

本人の「したいこと」を支援する仕組みづくり

地域で安心して生活し続けることができる体制づくり

地域での支え合いの体制づくり

6期 基本施策

健康づくりと社会活動の推進

自己決定と継続の支援

地域包括支援センターの機能強化

認知症の理解と支援体制

24時間365日の地域生活を支えるための基盤整備

在宅医療連携の推進

安心安全の確保

多様な生活支援の充実

住民主体の活動支援

- 健康づくりの推進
- 介護予防の推進
- 多様な活動機会の充実

- 情報提供の仕組みづくり
- ★望むことを知る支援
- 権利擁護の推進
- ケアマネジメントの質の向上

- 総合相談機能の充実
- 地域ニーズの把握やネットワーク機能の充実

- 認知症の人の早期対応の仕組みの構築
- 認知症ケアの推進
- 認知症の人が安心して暮らせるまちづくりの推進

- 介護サービスの基盤整備
- ★生活を支える基盤の整備

- ★在宅療養支援体制の強化
- 医療と介護の連携の促進

- 生活の安全を守るための整備
- 低所得者への支援

- ★多様な生活に応じた支援の提供
- ★地域ニーズに応じたサービスの構築
- 家族介護支援の充実

- ★地域の共有・協働による継続した活動の支援
- ★地域活動の人材育成

★：第6期で主に新規の事業となる取り組み

座談会、アンケートや加賀市認知症の人を支える社会資源の整理シートから第6期に向けての取り組み

●見える形・見える化

支援者自身が社会資源について「知らないから使えない」「知っているけど詳細が分からない」にならないためのツール

⇒必要な人に必要な情報が届くように、地域資源リスト(見える化リスト)の作成

●早期相談・対応・備え

・早めの相談と継続的なかわり

・本人を知るツール(センター方式「A4シート」と鹿児島県霧島市「私のアルバム」参照)

①元気なころから本人が自分の暮らしや自分のこれからを考えるツール

②認知症になっても①をもとに本人と既存の繋がりやこだわりを把握するツール

⇒「私の暮らし手帳(仮称)」作成予定

●家族介護支援

家族の緊急時対応として、介護保険の認定にかかわらず、緊急時支援(受け入れ)場の設置

●地域での理解(啓発普及)

- ・専門職だけでなく、本人を知っている家族やご近所の人と一緒に支援のあり方を考える場が必要
- ・既存資源を利用しやすいようにするために、地域でその地域に住んでいるみなさんと一緒に考える

⇒地域ケア会議の実施

●生きがい・役割支援

- ・認知症になっても、これまでのつながりを途切らせることなく、生きがい・役割がもてるような取り組みが必要
- ・地域の社会資源の中かから見出す
⇒例えば、サークルリーダーの配慮等で活動の場でのお茶の用意をする役割

●本人とのつながりを大切にした支援

- ・本人のこれまでのつながりを大切にしながら、お手伝いしてくれる人との間をつなぐ取り組みが必要。
- ・お手伝いしてくれる人の発掘や育成

⇒地域福祉コーディネーターの設置、高齢者の担い手養成

加賀市版 地域包括ケアシステム構築に向けた 2つのビジョン

「地域包括ケア体制」を一緒に作っていきましょう。

①地域包括ケアビジョン(目指すべき姿)とは？

加賀市の「医療」「介護」「予防」「生活支援」「住まい」の5つの要素ごとの目指すべき姿(将来像)

いろいろな
催しして
いるのかな？

お変わり
ないですか？
今晚の井当

介護のことや
認知症のことなど
どこで聞いたら
いいの？

②地域包括ケアビジョンの方向性とは？

5要素を地域で一体的に提供するために、また将来像を実現するための取り組み(基本方針)

顔ぶれを見なく
なったけど…
どうしているの
かしら…

〔地域包括ケアビジョン(目指すべき姿)〕と各要素の重点事項

予 防

誰もが自らの将来に関心を寄せ、健康の維持・増進に取り組み、身近な地区の中で、生きがいや居場所のある今日と同じ明日を迎えることができるまち

認知症予防(早期発見・対応・備え)

生活習慣病の発症予防・重症化予防

状態像に応じた地域の予防活動の充実

高齢者の社会参加の推進

医 療

どんな環境や場所にしようと、住み慣れた自宅や地域において、生活に沿った最適な医療により最期まで本人の望む生活が続けられるまち

在宅療養支援体制の強化

医療と介護の連携の促進

介 護

本人の人生やこだわりに寄り添い、最期まで尊重し、「できる力」を活かしながら、住み慣れた地域で歩み続けることができるまち

在宅の限界点を高める取り組み

認知症対策の強化

相談機能・家族介護支援の強化

生活支援

本人の望む暮らしの実現のために、向こう三軒両隣のお互いさまの関係の中で、持っている力を発揮し、さらなる助け合いが生まれるまち

地域の資源の把握と開発支援

住民参加型生活支援活動の充実
(家事支援サービス・移動販売など)

地域特性を活かした住民主体活動の展開

住まい

誰もが、最期まで住みたいところに住み続けることができるまち

住まいの円滑な確保の支援

安心して住める住まいの環境整備

加賀市版 地域包括ケアシステム

〔地域包括ケアビジョンの方向性〕

「本人主体」

私らしくあり続けることを大切にし、共に考え、認め合うことができるまち

「住民主体」

「自分たちのまちは自分たちで」をモットーに、自らの決定に責任をもち、住民、行政、事業者が協働し、支え合える地域づくり

「圏域単位で予防・医療・介護・生活支援・住まいの5つの要素が一体的に提供されるもの」

これまでのつながりや関係を大切にし、本人や地域の力を活かし、暮らしを継続するために、「本人主体」と「住民主体」を基本的考えとし、地域ごとのグランドデザインを描くこと

“地域で暮らす”を念頭に、地域特性を踏まえ、住民一人ひとり・事業者・行政の協働により、自分たちの暮らしや地域を守っていく・支えあっていくことが必要！

加賀市版地域包括ケアシステム

予防

医療

介護

生活
支援

住まい

本人主体

住民主体

【大聖寺】における5要素の**一体的提供**

【山代】における5要素の**一体的提供**

【片山津】における5要素の**一体的提供**

【橋立】における5要素の**一体的提供**

【動橋】における5要素の**一体的提供**

【作見】における5要素の**一体的提供**

【山中】における5要素の**一体的提供**

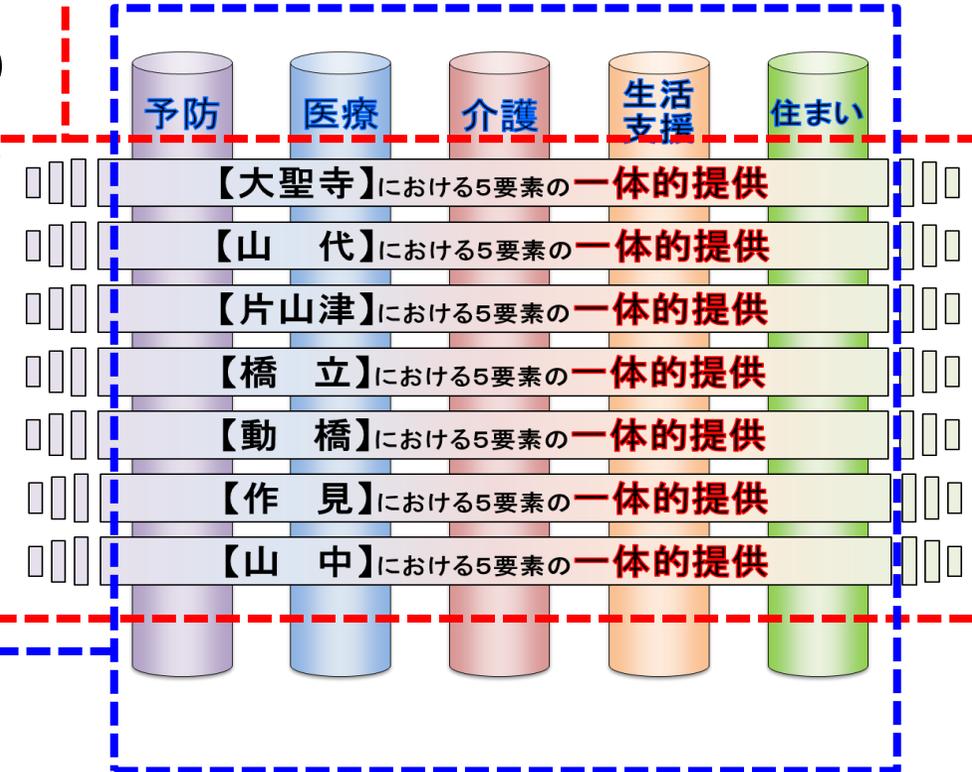
《地域包括ケアビジョン(目指すべき姿)とその方向性》

加賀市版地域包括ケアシステム構築のための戦略

○横の戦略

- ・地域包括支援センターの地区相談窓口、地域福祉コーディネーターの設置
- ・各課の協働事業の実施(6つの協働事業)
- ・家事支援サービス等住民主体の取り組みの支援

など



○縦の戦略

- ・庁内ワーキングの継続
- ・協働事業の(PDCAサイクル)モニタリング
- ・中堅職員研修の実施(介護従業者研修体系の見直しと実施)
- ・多職種協働研修の実施

高齢者の「地域の暮らし」を支える取組について

1. 地域包括支援センターブランチの設置

- ①早めの出会いと身近で相談しやすい拠点
⇒地域で身近な相談体制やすぐに駆けつけられる体制
- ②どんな状態になっても地域で暮らし続けられる体制
⇒介護サービス利用有無にかかわらず「柔軟性」「緊急時対応」「訪問機能の充実」が必要



地域包括支援センターブランチの設置
(既存の地区組織活動と連動した展開)

ブランチの主たる業務

○ 地域の身近な窓口として、基幹型地域包括支援センター(直営)になぐこと

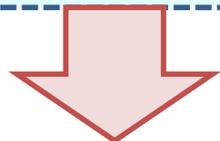
【事業内容】 地区の高齢者の個別相談窓口、支援、個別の初期相談
個別の地域ケア会議等

【機能】 24時間365日の対応、必要時の訪問、緊急宿泊対応可能

2. 地域福祉コーディネーターの設置

③地域での住民主体の生活支援の体制構築

⇒ 介護問題を地域住民が自身のこととしても捉えられるような、地域全体で支える仕組み、機会の創出(高齢者の社会参加できる人はたくさんいる)



●平成26年度 モデル事業の実践 (3事業所)

受託者の加賀市介護サービス事業者協議会により3事業所を選定

- | | |
|-------------------|-------|
| ・ 動橋ひまわりの家 | 動橋圏域 |
| ・ 小規模多機能ホームいらっせ湖城 | 片山津圏域 |
| ・ 小規模多機能ホームはしたて | 橋立圏域 |

地域福祉コーディネーターの主たる活動内容

- 友人、ご近所、世話焼さん、地域団体等の担い手とのコーディネートや個々の支援を続けることで地域づくりに繋げること

【事業内容】 地域資源の把握、支援、開発、関係者間の情報共有
地域ケア会議、交流活動の場、啓発活動

【機能】 高齢者と地域資源をマッチングするためのコーディネート機能
地域の地域福祉活動拠点等後方支援

平成26年度地域福祉コーディネーター構築事業(モデル事業)



← 区長、民生委員等と
資源マップの作成

↓ 軒下マップの作成

地域コーディネーターと住民とで作成した「軒下マップ」

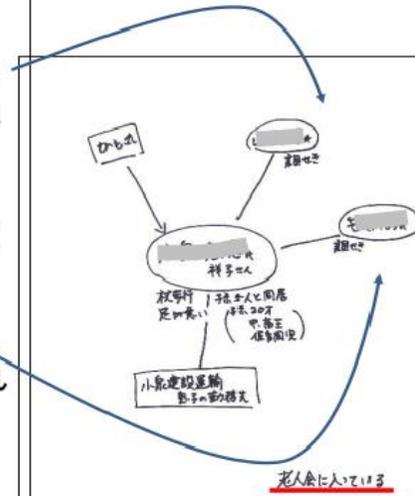
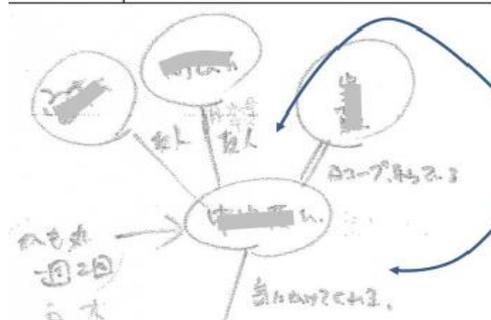


心配



軒下マップ

- お付き合いのある方やよく行く場所を記入
- 関係性や役割を記入
- 親戚
- 気にしてくれる
- 仲良し
- 声をかけている



老人会に入っている

「本人が望む暮らし」の支援と地域福祉コーディネーターの役割①

本人支援の伴走者
地域福祉コーディネーター

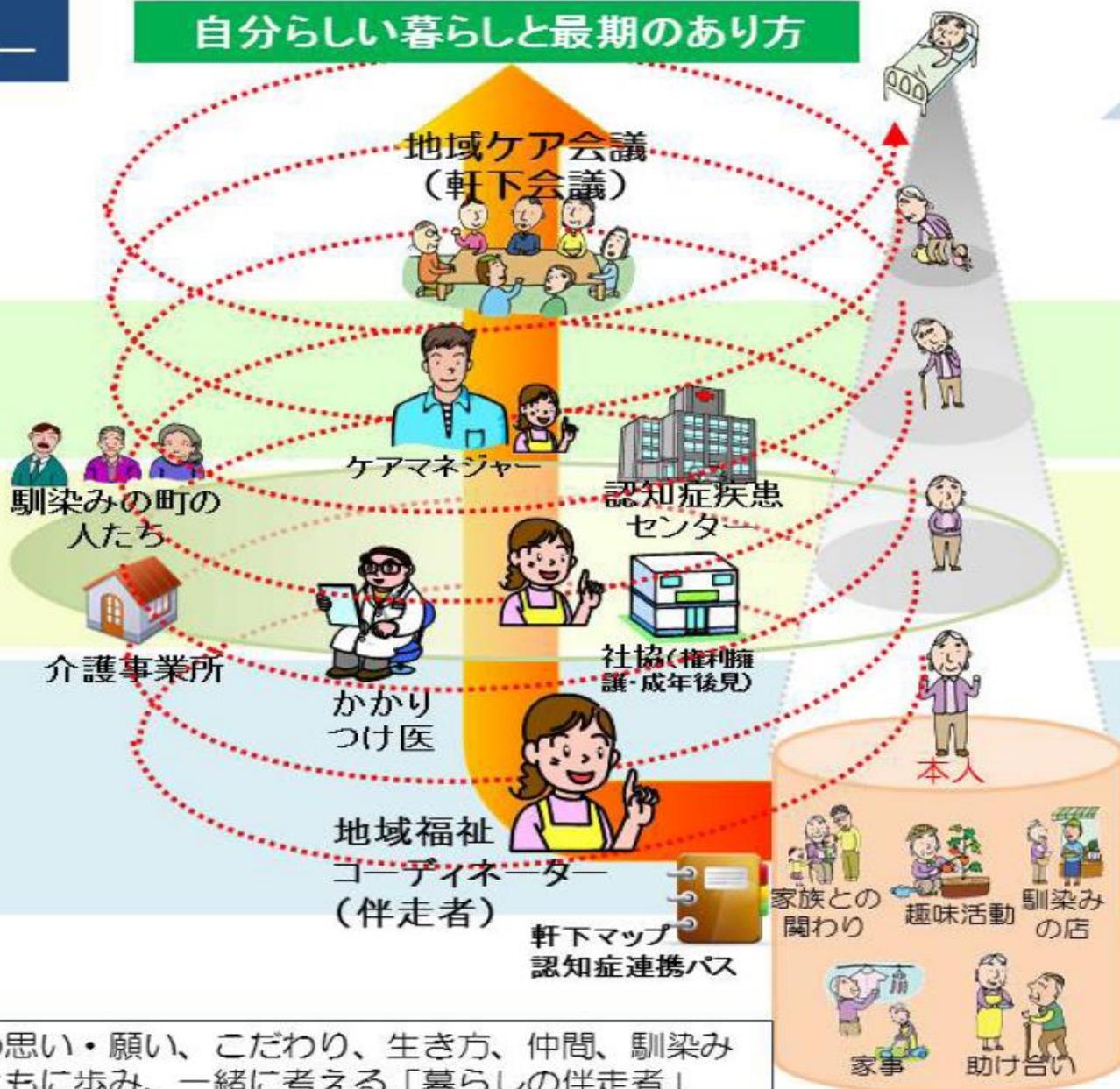
自分らしい暮らしと最期のあり方

要介護サービス

要支援サービス

総合事業

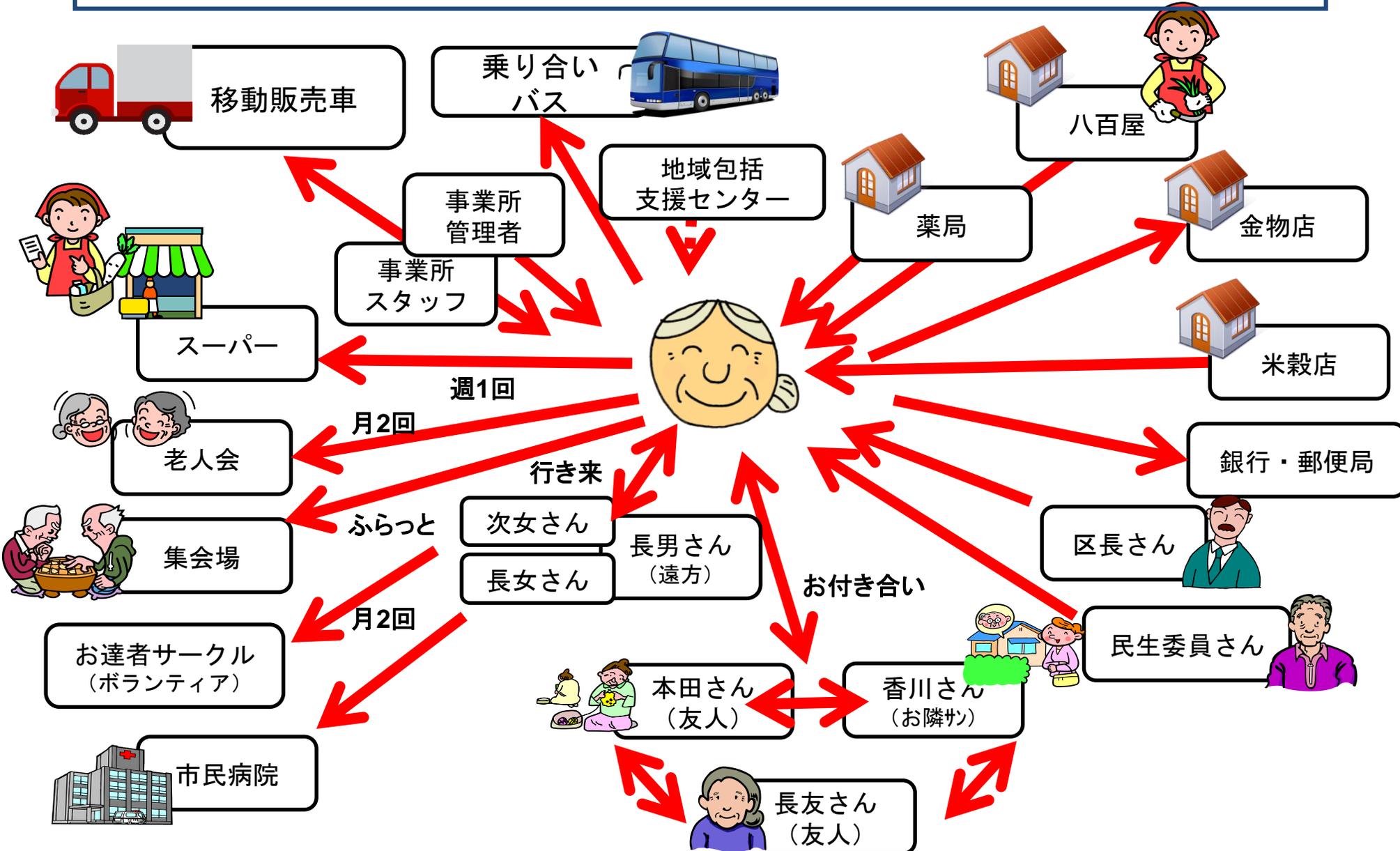
機能低下・状態悪化



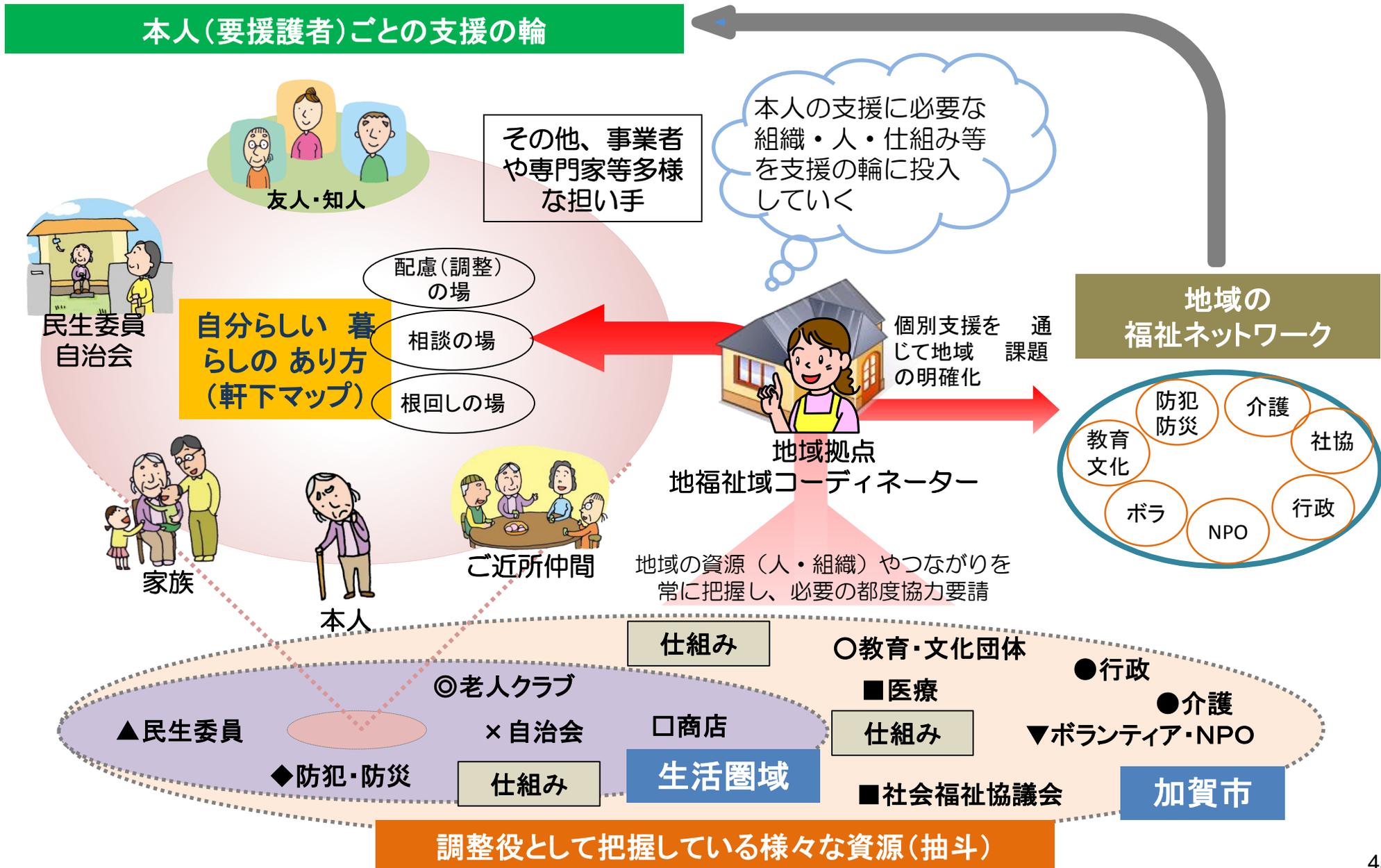
初期から最期まで、本人の思い・願い、こだわり、生き方、仲間、馴染み場所、家族関係などを、ともに歩み、一緒に考える「暮らしの伴走者」

本人の持っている力をカタチに・・・「軒下マップ」

【かかわる、つなぐ、本人の持っている力を活かす】

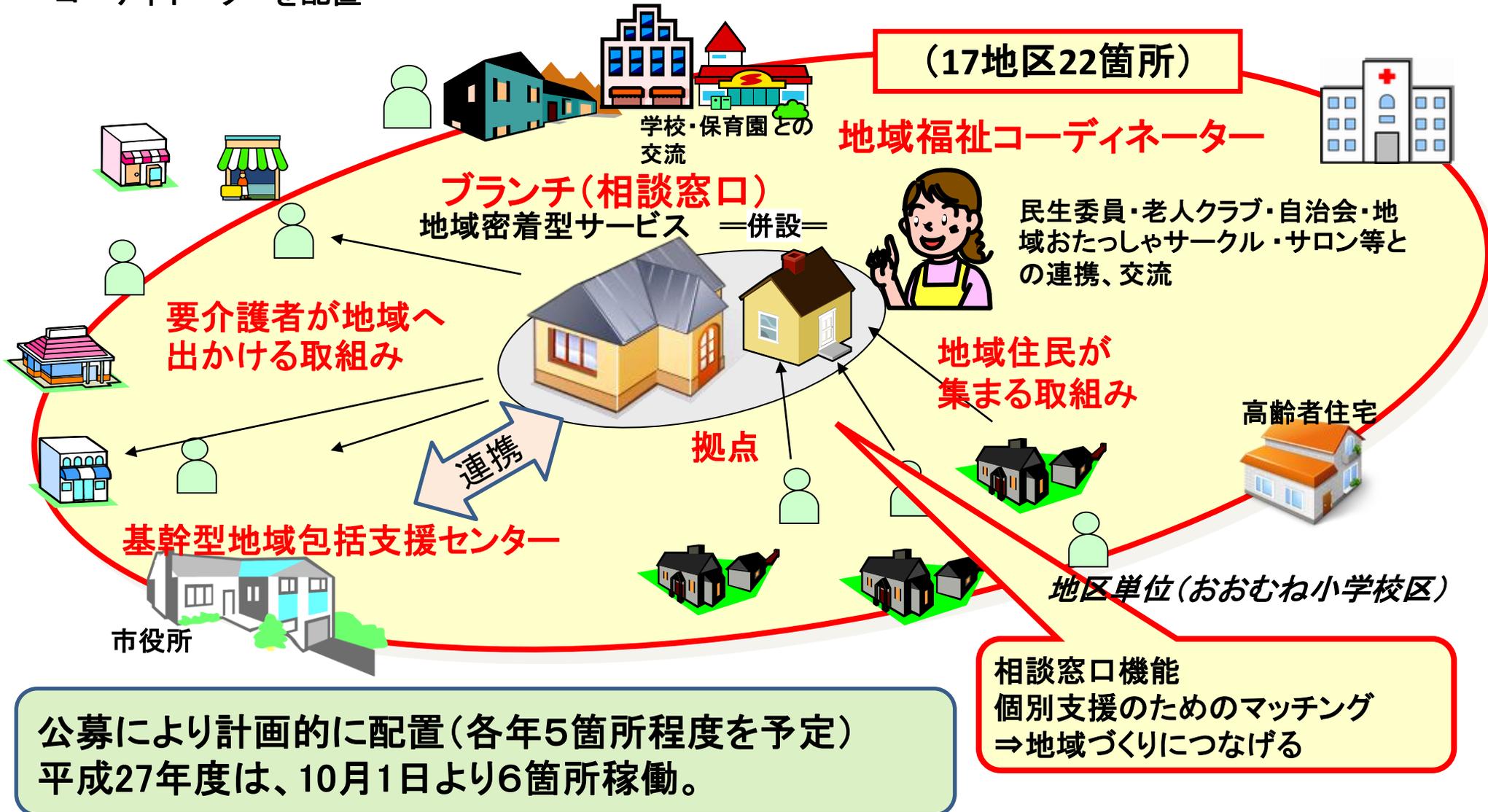


「本人が望む暮らし」の支援と地域福祉コーディネーターの役割②



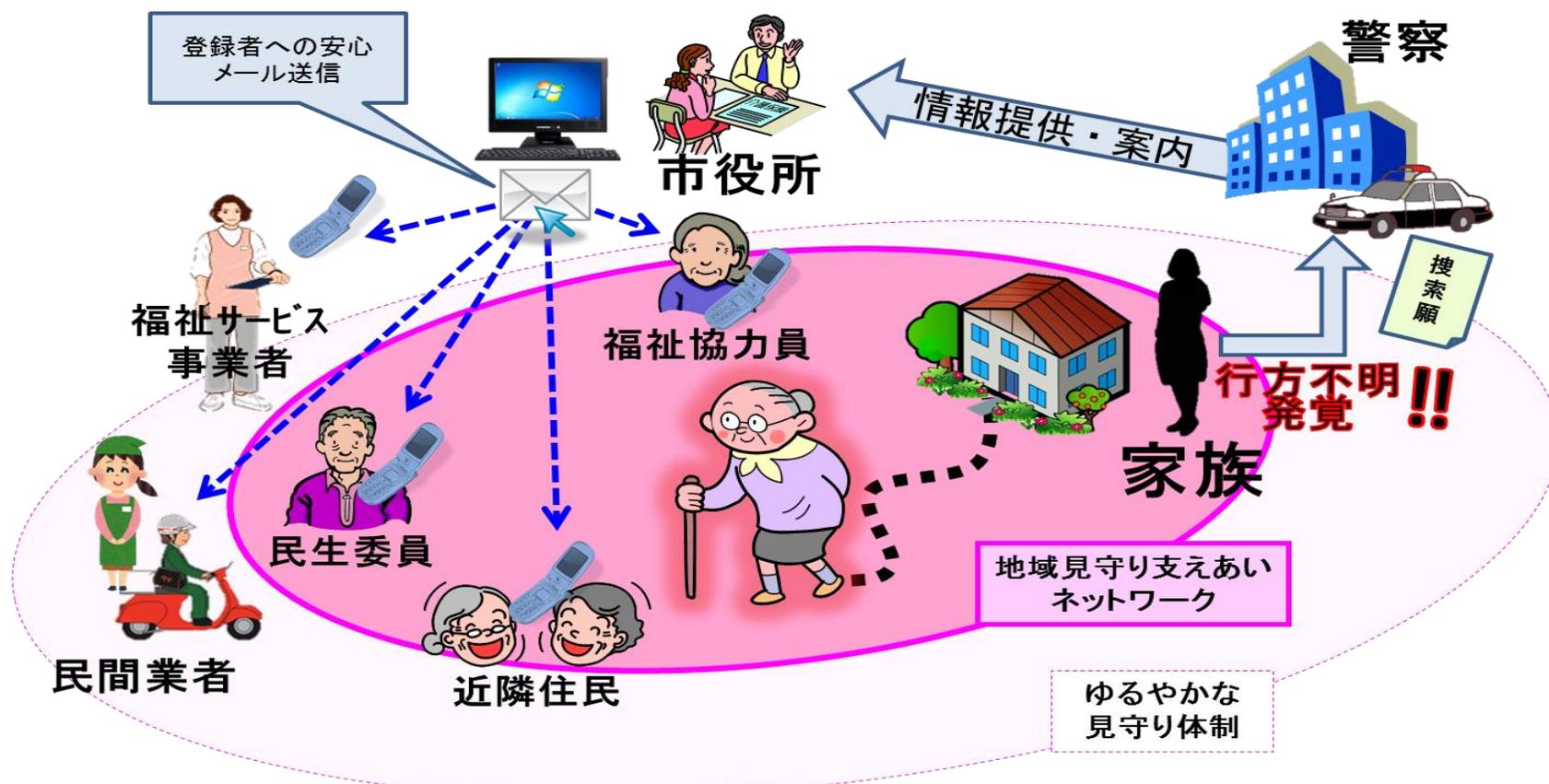
包括相談窓口・地域福祉コーディネーター設置の事業イメージ

地域包括支援センターの相談窓口(包括ブランチ)を地域密着型サービス事業所に設置し、地域福祉コーディネーターを配置



地域住民による見守り体制の強化を目的とする。

住民自身や民生委員等の協力団体、民間事業者（新聞配達や介護サービス事業者等）による幅広い視点の日常的な見守りに加え、緊急時には防災メールを活用した行方不明者の搜索メール配信や不審者情報の発信を行うことで、地域を包括的に見守る仕組みとする。

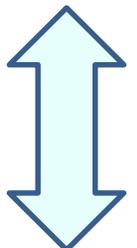


見守り体制強化と問題意識の向上

地域福祉コーディネーター



本人中心の「軒下」でのネットワークづくり



ケアマネジャー



支えあいの住民ネットワーク

生活支援サービス

本人の思いや願い“自分らしい暮らし”の実現

馴染みの関係の中での支援

友人知人・隣近所の関係



家族



ご近所



友人・仲間



民生委員等

地域と「縁」のある団体による支援

家事支援サービス
住民参加型
在宅福祉サービス



民間企業・地域の各種団体等

本人の思いや馴染みの関係支援をバックアップする支援

介護保険
社会保障制度 等



行政



地域包括支援センター



総合病院



福祉施設

【第1層】

【第2層】

【第3層】

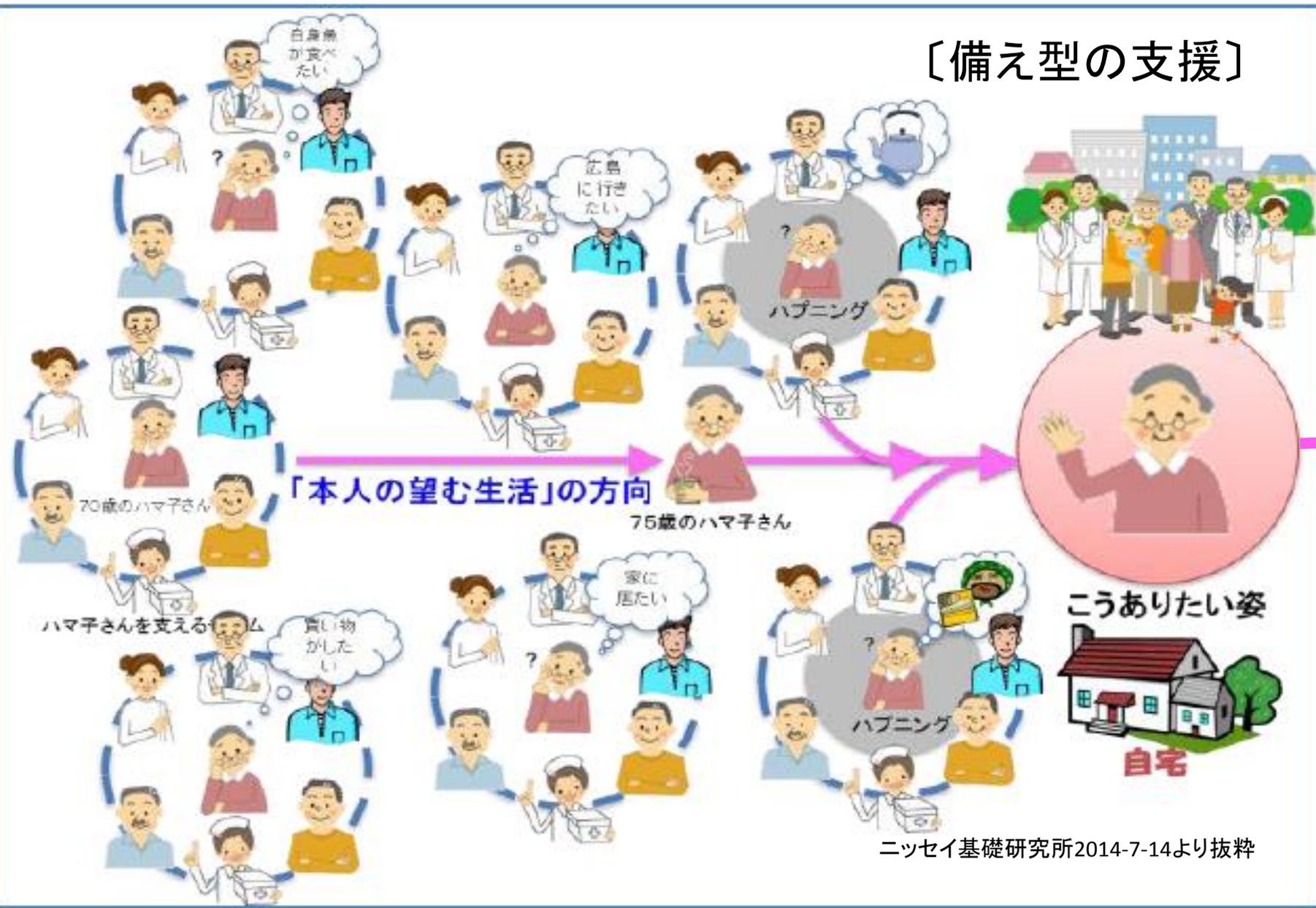
行政＋認知症地域支援推進員

本人中心のセーフティネットづくり(3階層)

※各地区の地域特性や地域の力(すでに福祉活動に取り組んでいる組織・団体の力)を活かした生活支援づくり

※高齢者自身が「助けて」と声を上げられる関係のもと、高齢者自身のことをよく知っているご近所や友人の「無理は出来ないけど、ちょっとだけなら・・・」「あの人のためなら・・・」を支える仕組み

〔備え型の支援〕



その人らしい「生き方」
「暮らし方」の実現

ニッセイ基礎研究所2014-7-14より抜粋

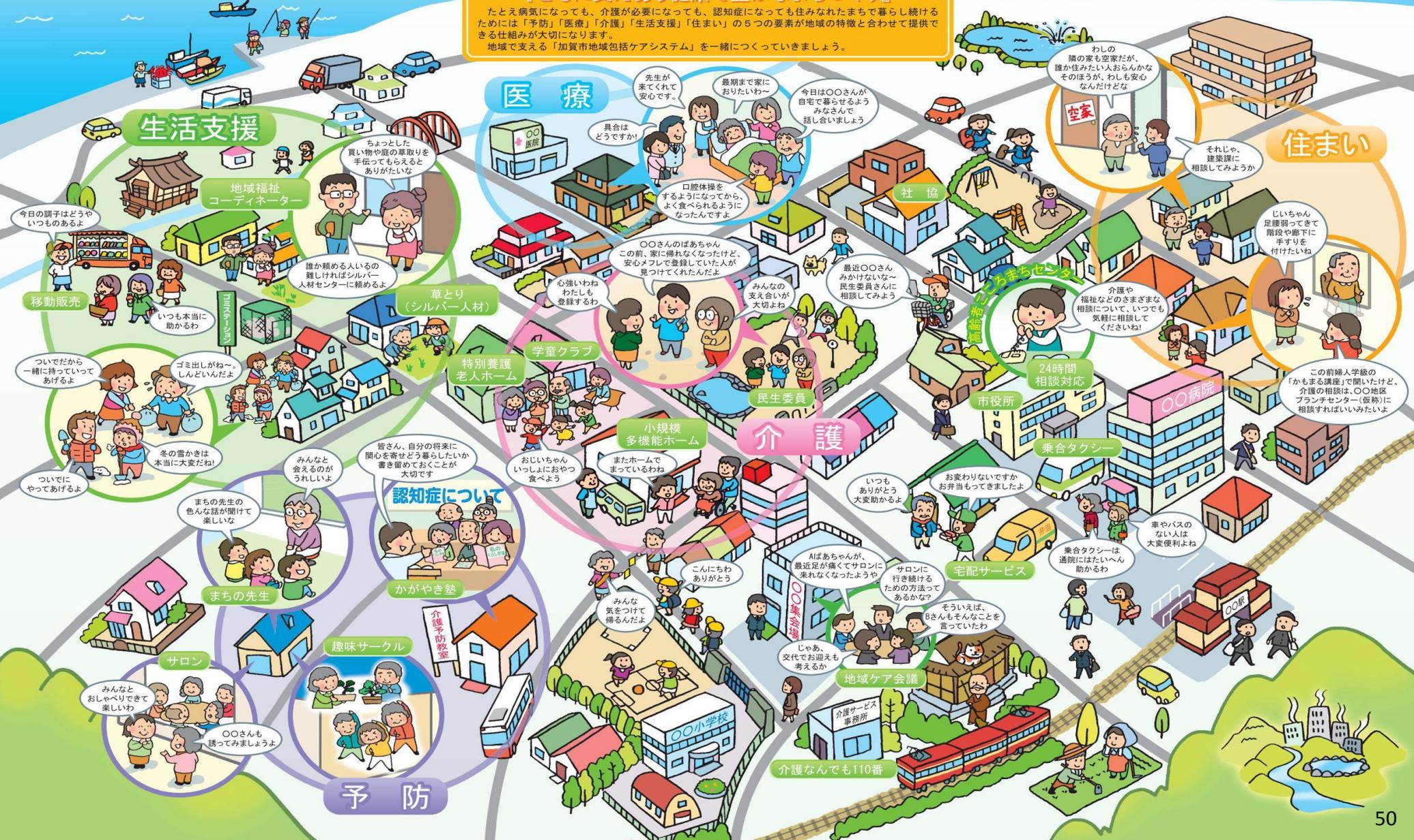
〔地域のイメージ図〕

加賀市の目指す姿

『ともに支えあう健康で豊かなまちづくり』

たとえ病気になるっても、介護が必要になっても、認知症になっても住みなれたまちで暮らし続けるためには「予防」「医療」「介護」「生活支援」「住まい」の5つの要素が地域の特徴と合わせて提供できる仕組みが大切になります。

地域で支える「加賀市地域包括ケアシステム」を一緒につくっていきましょう。



医療

先生が来てくれて安心です。
 具合はどうですか！
 長期で家にありたいわ〜
 今日はお〇さんが自宅で暮らせるようみなさんと話し合いますよ

介護

〇〇さんのばあちゃんこの前、家に帰れなくなったけど、安心メンツで登録していた人が見つけてくれたんだよ
 心強いわねわたしも登録するわ
 みんなの支え合いが大切よね
 最近〇〇さんみかけないなー民生委員さんに相談してみよう
 介護なんでも110番

住まい

わしの隣の家も空家だが、誰か住みたい人おらんかなそのほうが、わしも安心なんだけだな
 それじゃ、建築課に相談してみようか
 じいちゃん足腰弱ってきて階段や廊下に手すりを付けたいね
 この前姉さん級の「かもまる講座」で聞いたけど、介護の相談は、〇〇地区プラチセンター(仮称)に相談すればいいみたいよ

生活支援

地域福祉コーディネーター
 ちよつとした買い物や庭の草取りを手伝ってもらえありがたいな
 今日調子はどうやいつもあるよ
 移動販売
 誰か頼める人いるの難しければシルバー人材センターに頼めるよ
 草とり(シルバー人材)
 特別養護老人ホーム
 学童クラブ
 民生委員
 小規模多機能ホーム
 介護予防教室
 まちの先生
 サロン
 趣味サークル
 予防

予防

ゴミ出しがねーしんといんだよ
 冬の雪かきは本当に大変だね！
 ついでにやってあげるよ
 みんなと会えるのがうれしいよ
 まちの先生の色々な話が聞けて楽しいな
 みんなとおしゃべりできて楽しいわ
 〇〇さんも誘っていきましょうよ
 〇〇さんのおしゃべり聞いてるわ
 〇〇さんのおしゃべり聞いてるわ
 〇〇さんのおしゃべり聞いてるわ

ご清聴ありがとうございました。



H27年3月
北陸新幹線
金沢開業

行政関係者の意識と内部の力を高め、「地域が動く」ために
活きたネットワークを育てる

大和高田市の認知症施策

大和高田市保健部地域包括支援課



大和高田市



市花: さざんか

京都

大阪

大和高田市

奈良

和歌山

特産: 軟弱野菜



人口: 約69,000人

世帯数: 約29,000世帯

面積: 16.47km²

高齢者数: 約18,500人

高齢化率: 約27.5%

一人暮らし高齢者数: 約4,000人

高田の四季



↑高田川の桜



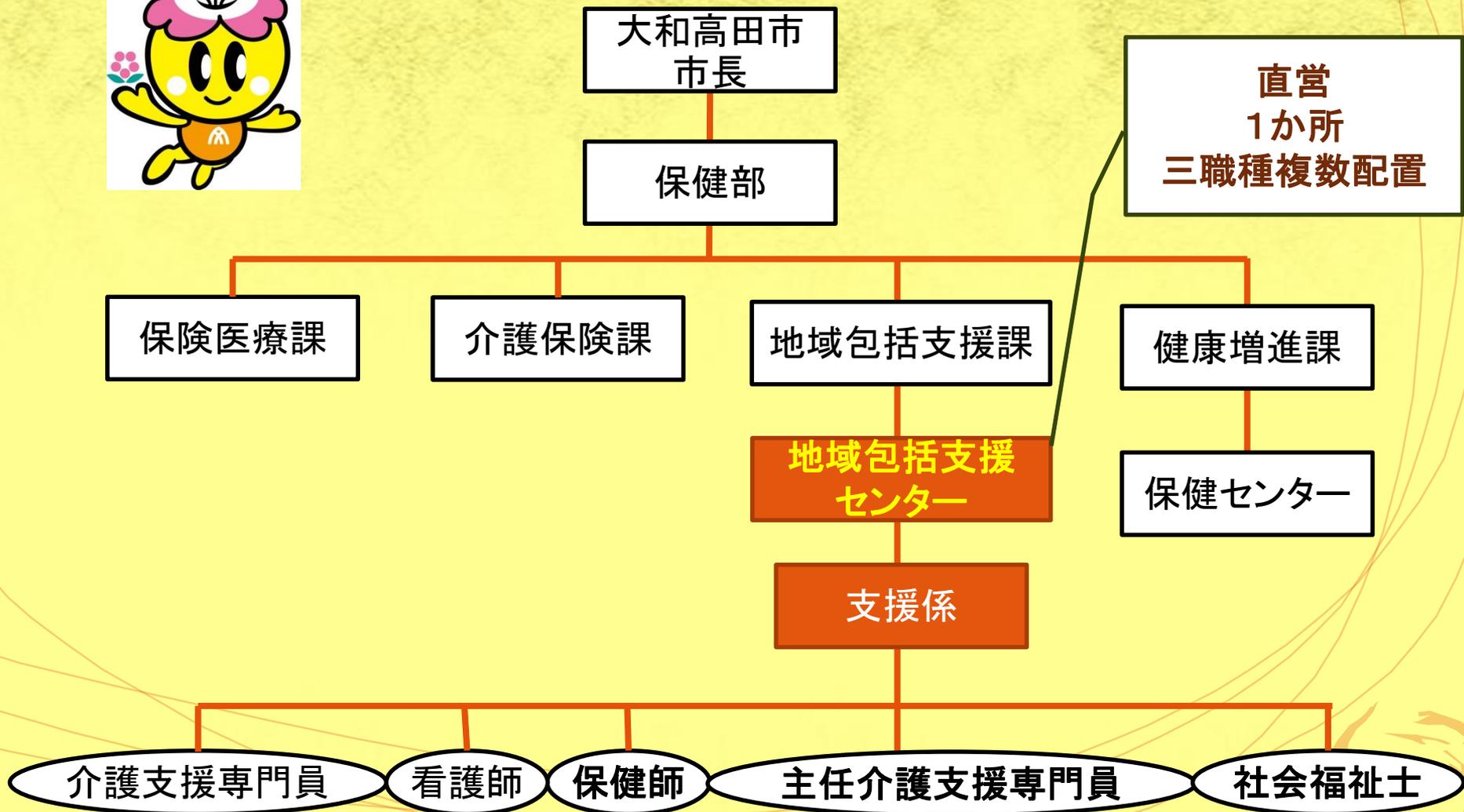
← 役の行者縁りの
蓮採り神事



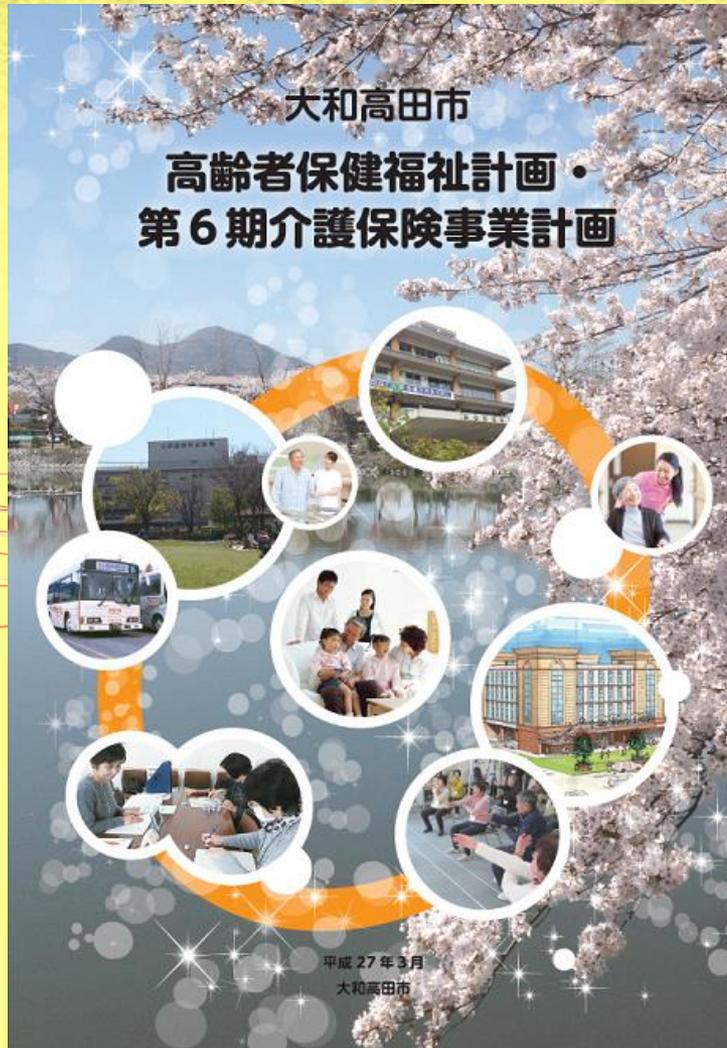
《大和高田市地域包括支援センター》

- ❁ 設置形態：市直営
- ❁ 1市1包括・全域担当・市役所内に設置
- ❁ 生活圏域：3圏域
- ❁ 正職：保健師2名・社会福祉士2名・
主任介護支援専門員2名・事務1名
- ❁ 嘱託：保健師1名・看護師1名・
介護支援専門員4名・
事務1名（非常勤）

大和高田市地域包括支援センター



平成27年度 大和高田市の認知症関連事業



大和高田市
保健部
地域包括支援課



大和高田市の関係課

- 地域包括支援課
(地域包括支援センター)
- 介護保険課
- 社会福祉課 他



認知症施策推進総合戦略 【新オレンジプラン】

《基本的考え方》

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。

認知症施策推進総合戦略

【新オレンジプラン7つの柱】

- 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

【基本理念】

市民一人ひとりが、身近な地域での支え合いの関係を築きながら、誰もがいきいきとすこやかに尊厳を持って暮らせる社会の実現

大和高田市版の
“地域包括ケアシステム”
を作っていきます。

大和高田市

高齢者保健福祉計画・ 第6期介護保険事業計画



平成 27 年 3 月
大和高田市

大和高田市の認知症高齢者の支援

大和高田市高齢者保健福祉計画・第6期介護保険事業計画より

- 認知症の早期発見・早期治療の充実 ①②
- 認知症地域連携体制の強化
 - ◆ 認知症ケアパスの作成・普及 ①②⑤
 - ◆ 認知症初期集中支援推進事業 ②⑤
 - ◆ 認知症地域支援推進員等設置事業 ②
 - ◆ 認知症見守り体制の構築 ④⑤
 - ・ 認知症高齢者見守り事業
 - ・ 認知症サポーター養成事業・キャラバンメイト養成事業
 - ◆ 身近な地域における交流事業「オレンジカフェ」 ④⑤⑦
- 認知症予防の推進
 - ・ 認知症予防教室 ①⑥
- 認知症高齢者等の権利擁護の推進 ②⑤
 - ・ 福祉サービス利用援助事業
 - ・ 法定成年後見制度の利用
- 若年性認知症施策の強化 ③

認知症の早期発見・早期治療の充実



総合相談

- 日時：平日8:30～17:15
- 場所：市役所地域包括支援課
- 方法：電話相談・窓口
- 内容：自分のこと・家族のこと・・・

認知症簡易チェックサイト



スマホやパソコンから、いつでもどこからでも、認知症のチェックができます。

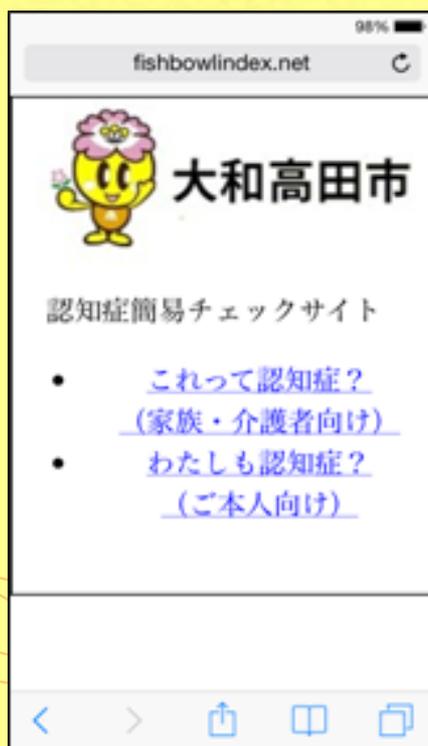
大和高田市の
ホームページ

高齢者・介護

地域支援事業

認知症かなと
思ったら

認知症簡易
チェックサイト



チェックした結果は、あくまでも目安です。確定診断は、専門医にご相談ください。

認知症講演会

【地域包括支援課】

- 講演会

年1～2回

- 出前講座

老人会や

高齢者学級等



大和高田市認知症講演会





RUN TOMO-RROW 2015

2015年10月11日(土) 12日(日)
帯広市～大和田市 生駒ルート

2015年10月11日(土) 12日(日)
伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート



認知症になっても
この先でも
仲間とともに
歩み続けたい

RUN TOMO-RROW 2015

KITAMI / Hokkaido QMUTA / Fukuoka 3000km!

RUN 伴 (ラントモ) とは、認知症の人や家族、
次期者、一般の人が少しずつ一歩ずつながら
一つのタスキをさまざまなゴールを目標にイベントです。

- 認知症ネットワークフォーラム開催
- 10月11日(土) 帯広市～大和田市 生駒ルート
- 10月12日(日) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 10月17日(土) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 10月18日(日) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 10月19日(月) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 10月20日(火) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 10月21日(水) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 10月22日(木) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 10月23日(金) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 10月24日(土) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 10月25日(日) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 10月26日(月) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 10月27日(火) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 10月28日(水) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 10月29日(木) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 10月30日(金) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 10月31日(土) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 11月1日(日) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 11月2日(月) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 11月3日(火) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 11月4日(水) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 11月5日(木) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 11月6日(金) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 11月7日(土) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 11月8日(日) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 11月9日(月) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 11月10日(火) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 11月11日(水) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 11月12日(木) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 11月13日(金) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 11月14日(土) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 11月15日(日) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 11月16日(月) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 11月17日(火) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 11月18日(水) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 11月19日(木) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 11月20日(金) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 11月21日(土) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 11月22日(日) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 11月23日(月) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 11月24日(火) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 11月25日(水) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 11月26日(木) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 11月27日(金) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 11月28日(土) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 11月29日(日) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 11月30日(月) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 12月1日(火) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 12月2日(水) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 12月3日(木) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 12月4日(金) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 12月5日(土) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 12月6日(日) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 12月7日(月) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 12月8日(火) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 12月9日(水) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 12月10日(木) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 12月11日(金) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 12月12日(土) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 12月13日(日) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 12月14日(月) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 12月15日(火) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 12月16日(水) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 12月17日(木) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 12月18日(金) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 12月19日(土) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 12月20日(日) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 12月21日(月) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 12月22日(火) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 12月23日(水) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 12月24日(木) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 12月25日(金) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 12月26日(土) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 12月27日(日) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 12月28日(月) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 12月29日(火) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 12月30日(水) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
- 12月31日(木) 伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート

5月11日～5月10日
認知症ネットワークフォーラム開催予定あり

http://run.tomo-rrow.com/

主催 NPO 法人認知症フレンドシップクラブ / RUN 伴 2015 実行委員会

ご自由に
お取りください

RUN 伴 の紹介

RUN 伴 (ラントモ) とは、
認知症になっても安心して暮らせる地域づくりを目指して、
認知症の人にもそうでない人も、みんなでタスキを繋ぎ日本を
変革するプロジェクトです。

RUN TOMO-RROW

認知症になっても安心して暮らせる地域づくりを目指して、
認知症の人にもそうでない人も、みんなでタスキを繋ぎ日本を
変革するプロジェクトです。

SINCE 2011
タスキを繋ぎ

- 2011 北海道内
- 2012 北海道～東京都
- 2013 北海道～大分県
- 2014 北海道～広島県
- 2015 北海道～福岡県



RUN 伴 2014

帯広 ～ 広島

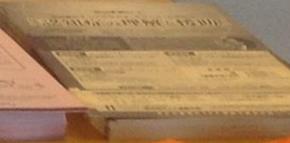
2014年10月11日(土) 12日(日)
伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート



RUN 伴 2015

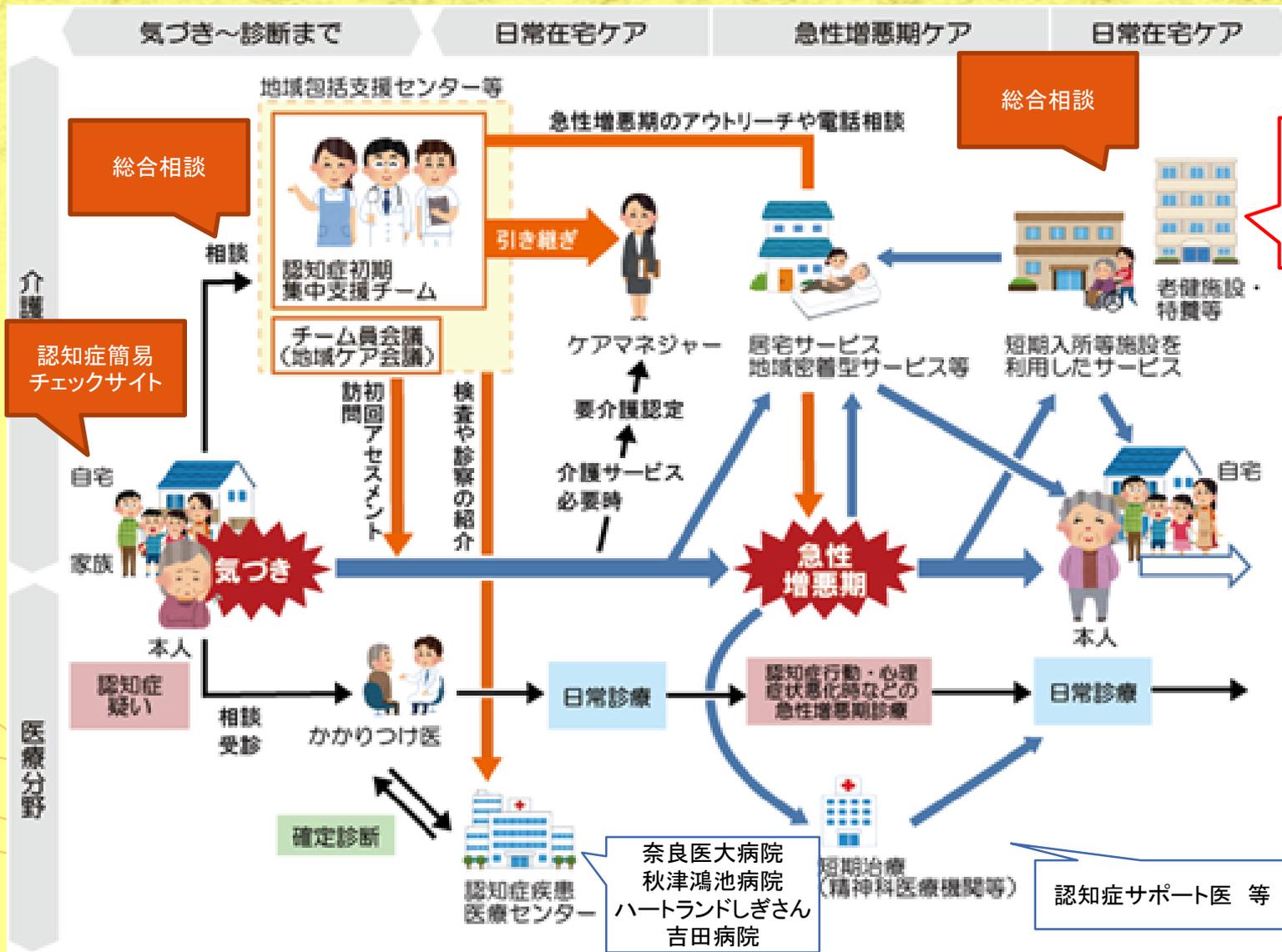
北見 ～ 大牟田

2015年10月3日(土)～4日(日)
伊勢(内宮)～宇陀～大和高田～生駒ルート
2015年10月4日(日) AM
大和高田市内



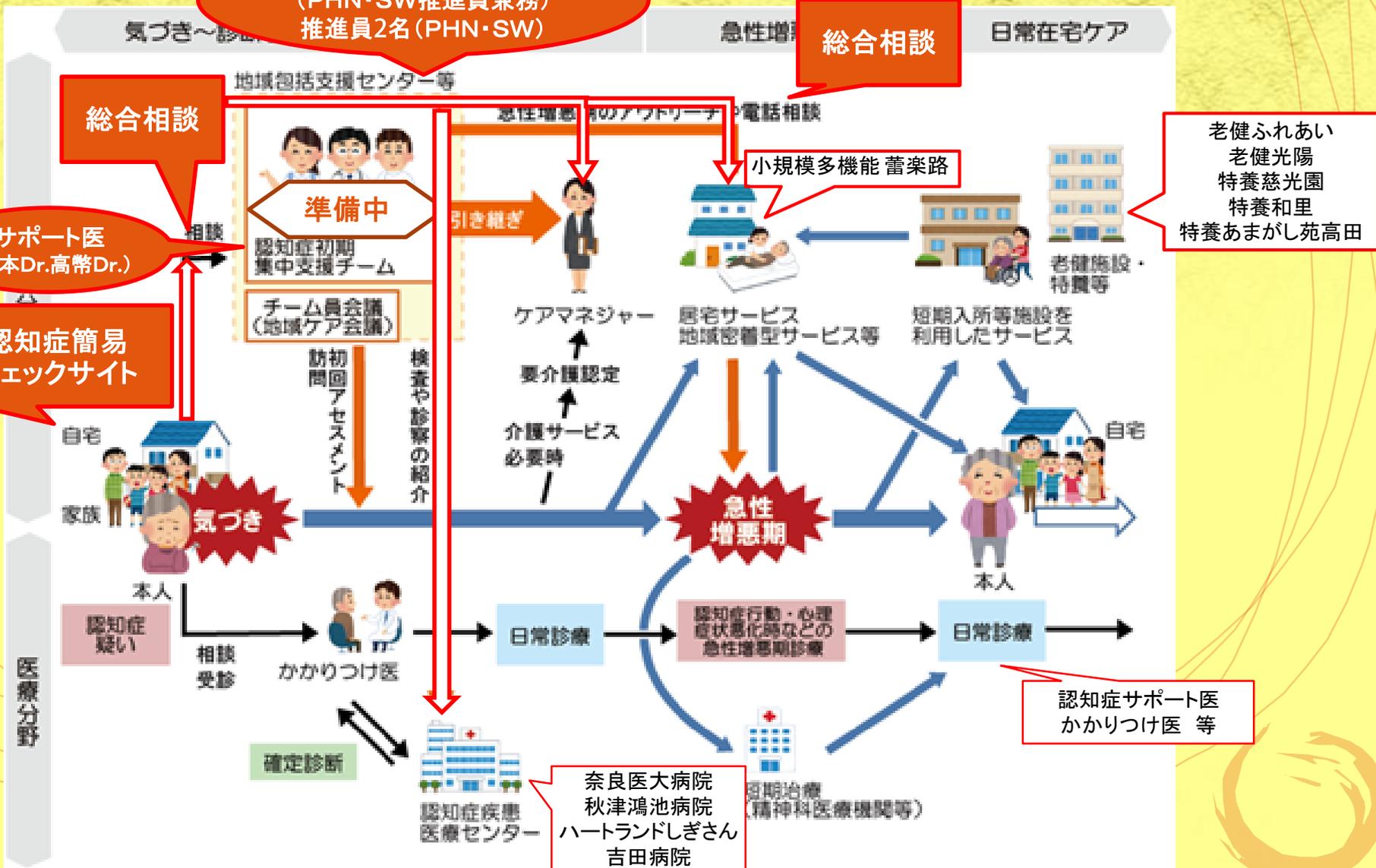
認知症地域連携体制の強化

【大和高田市認知症ケアパス概念図】



認知症地域連携体制の強化

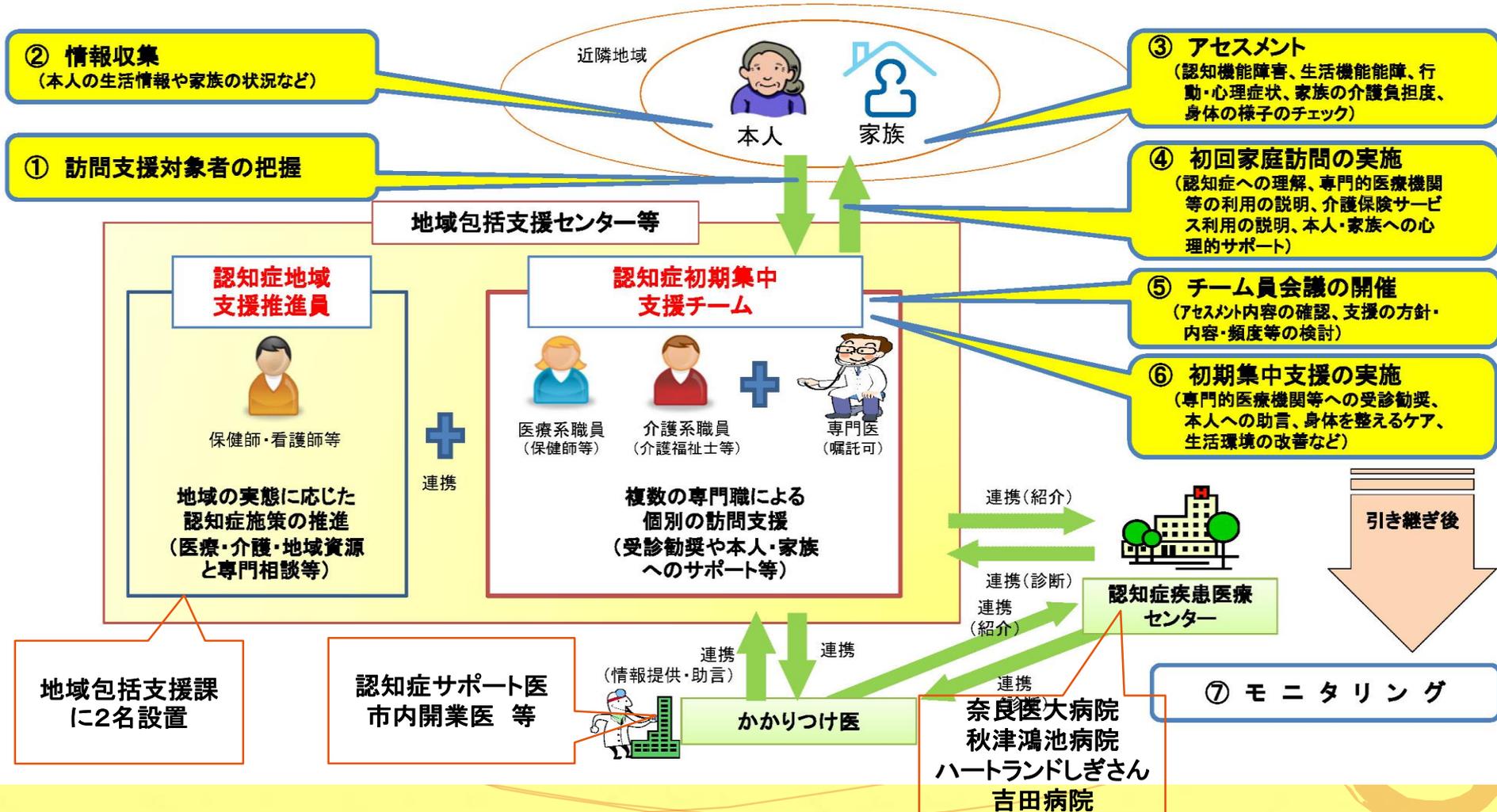
【大和高田市認知症ケアパス概念図】



認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について

以下の体制を地域包括支援センター等に配置

- **認知症初期集中支援チーム** – 複数の専門職が認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問し、アセスメントや家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う。
- **認知症地域支援推進員** – 認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う。



認知症見守り体制の構築

認知症高齢者見守り事業

発行元：大和高田市地域包括支援課
 大和高田市役所 100 番地 1
 電話：0745-22-1101

高齢者外出安全施策 「おまもりカード」の配布を行います



いつもなら、家族や介護者と一緒に出外している高齢者等が、ふと目を離したすきに、どこかへ行ってしまい、家に帰れなくなってしまうことがあります。いなくことに気づいた時には、県外等の遠方まで行ってしまいうこともあります。認知症等で「一人で出歩くはずがない人」を介護しておられるご家族や介護者の方の申請に基づき、10月より「おまもりカード」を配布いたします。家族等の手元を離れてから時間が経たないうちに、遠くへ行かないうちに、市民の皆様のご協力で見つけて保護しようとするものです。高齢者外出安全施策「おまもりカード」をご希望の方は、大和高田市役所地域包括支援課にお問合せ下さい。

- 申請**
- 申請者：「一人で出歩くはずのない人」を介護している人
 - 窓口：大和高田市地域包括支援課（電話22-1101）
 - ※説明を聞いて、所定用紙に記入いただきます。
- 交付**
- 「おまもりカード」に必要な事項を申請者が記入する。
 - 地域包括支援課で、記入情報等を保管する。
 - 申請者が高田警察署に事前情報提供も可能です。
- 運用**
- 「おまもりカード」を家族等が、当事者が安全かつ見える方法で、当事者に携帯していただく。
 - 市は、市民に「おまもりカード」の存在を周知する。
- 活用**
- 「おまもりカード」を持った人を見かけたら、声掛けまたは、通報し、なるべく、その場で見止めをしていただく。
 - 市役所と警察が連携し、家族等に連絡し、迎えに来ていただく。

おまもりカード

これを身につけている人は、一人で出歩くはずがない方です。家族とはぐれたり、一人で外出して帰れなくなったりしている可能性があります。できれば、一言声をかけていただき、その場で保護していただけることとなります。声掛けがしづらい場合は、市役所地域包括支援課または、高田警察署にお知らせください。

（どうやらあそこがけいずか！）
 「どこ、いかはりますの？」
 （どうされましたか）
 「どうしはったん？」
 “一人で出歩くはずのない人”と気づいたら、
 声をかけ、ご一報ください！

高田警察署 0745-22-0110
 [土日祝、早朝、夜間]
 0745-22-1101
 大和高田市役所 地域包括支援課
 [平日 8:30~17:15]
ご一報ください!



一人で外出して、帰ることができなくなった可能性があります。その場で、保護していただき、下記、もしくは警察、地域包括支援課までご連絡ください。

記入日	年 月 日 (記入者)
フリガナ	
氏名	(歳)
住所	奈良県大和高田市
電話	
緊急連絡先	氏名 (続柄) 電話 氏名 (続柄) 電話 氏名 (続柄) 電話
主治医	電話
ケアマネ	電話
特記事項	Na

認知症キャラバンメイト養成講座

認知症キャラバンメイト

“まち”（地域）で認知症の理解者を増やす
機会を作る

- 年1～2回、奈良県が実施する養成研修に、大和高田市が人材を推薦する。
- 大和高田市では、約20名の方
- 修了者は、認知症サポーター養成講座を開催するなど普及啓発を行う。

認知症サポーター養成講座

【地域包括支援課】

認知症サポーター

“まち”（地域）で認知症と家族のよき理解者となり、支える“ひと”

- 年3～5回開催
- 1回約90～120分のプログラム
- 大和高田市では、延べ約1829名養成
- 登録者数 486名
- 第6期計画中に1600名養成予定



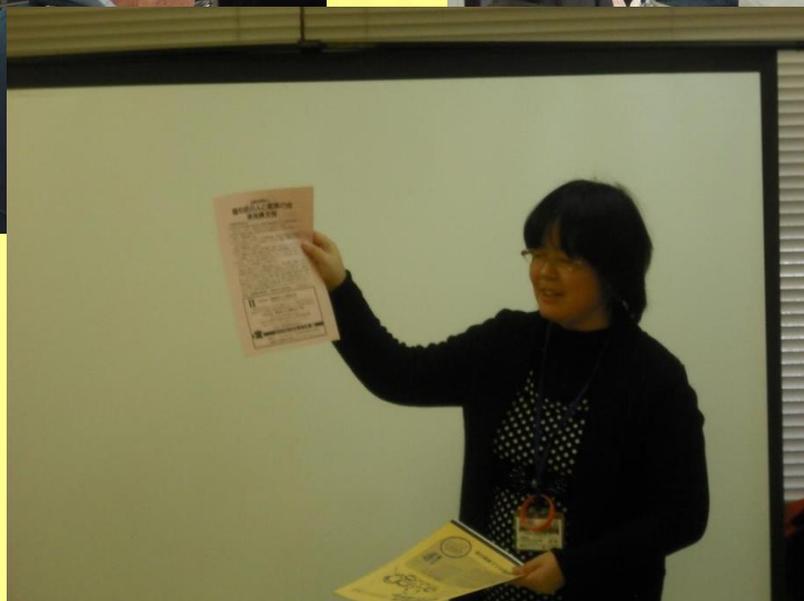


認知症を学び

地域で支えよう



認知症サポーター研修のテキストとオレンジリング



**認知症サポーター養成研修
～キャラバンメイトのおはなし～**



身近な地域における交流事業

オレンジカフェ



- 日時：第2・4水曜日 14：00～16：00
- 場所：なごみカフェ（片塩商店街）
- 内容：休息・交流
情報交換
意見交換
居場所 等



オレンジカフェ



身近な地域における交流事業

オレンジカフェ（精神障害者家族会へ委託）

- 日時：第2・4水曜日14：00～16：00
- 場所：なごみカフェ（片塩商店街）
- 内容：休息・交流・情報交換・意見交換・居場所等



井戸端カフェ

- 日時：第3日曜日13：00～15：00
- 場所：ベルライフ築山
（グループホーム・デイサービス）
- 内容：おしゃべり・介護相談 等
- 送迎あり



認知症予防の推進

認知症予防教室（脳トレ教室）

【地域包括支援課】



- 毎週火曜日午後

《葛城コミュニティセンター》

- 毎週木曜日午前

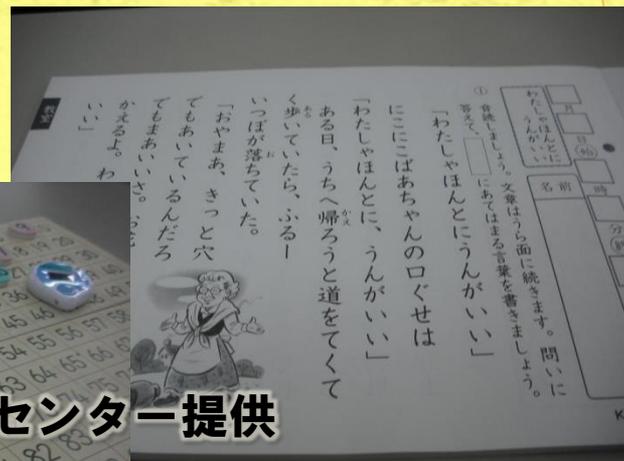
《中央公民館》



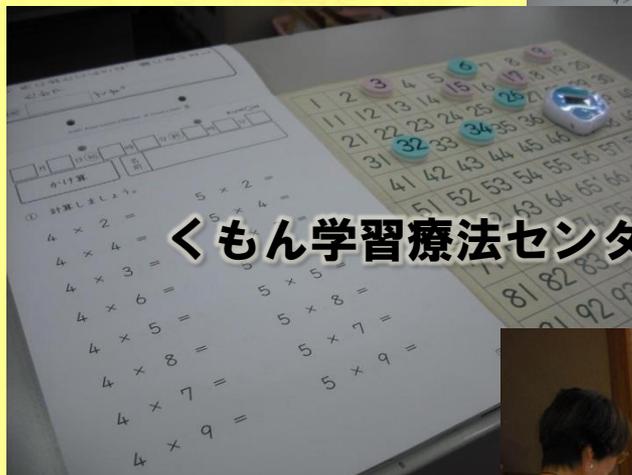
認知症予防教室（脳トレ教室）

【地域包括支援課】

➤ 簡単な読み書き



➤ 簡単な計算



くもん学習療法センター提供

➤ コミュニケーション





認知症予防教室～脳のトレーニング教室～



fMRIで見る脳画像 赤い部分が多いほど活発に脳が働いていることを示します。

3 + 4 = などの簡単な計算問題をしているとき

54 ÷ (0.51 - 0.19) = などの複雑な計算をしているとき

声に出して本を読んで(音読)しているとき

簡単な計算や音読をスラスラと行うことで脳を活性化させます

光トポグラフィで見る脳画像 上のfMRIと同じように脳が活発に働いている部分が赤くなります。

右図は光トポグラフィで「脳を鍛える大人のすうじ塾」をしている時の画像。活発に脳が働いている様子がわかります。

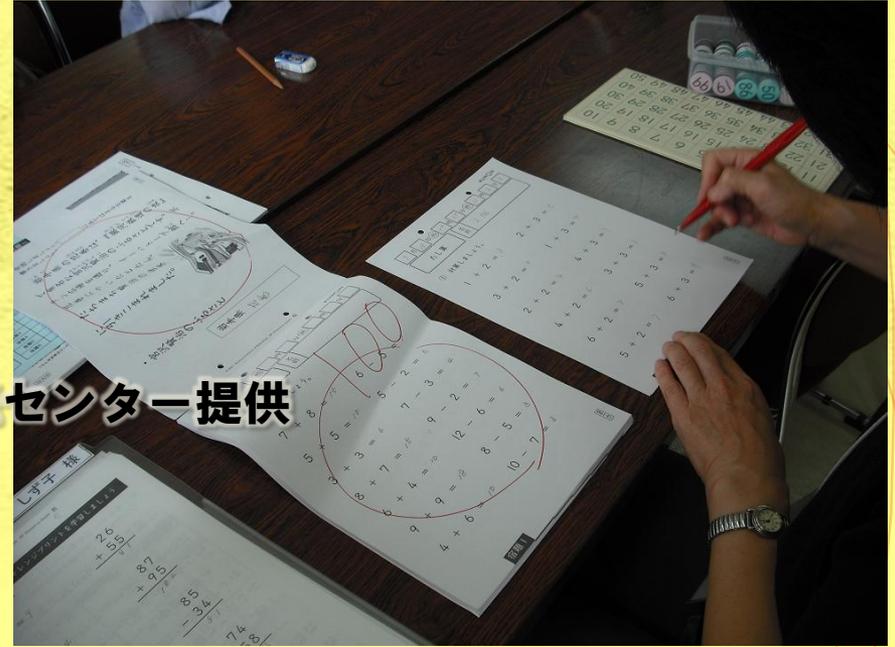
光トポグラフィ この装置を使うと、近赤外線を用いて簡単に脳の血流量の増減を調べることができます。右の画像のように脳が活発に働いて、血流が増えている部分は赤くなります。

くもん学習療法センター提供

シート	月/日	読み書き	計算
1M 教室	10/9	2分	2分
宿題1	10/10	2	2
宿題2	10/11	2	2
宿題3	10/12	2	2
宿題4	10/13	2	2
宿題5	10/14	3	2
宿題6	10/15	2	2
2M 教室	10/16	3分	2分
宿題1	10/17	3	2
宿題2	10/18	3	2
宿題3	10/19	3	2
宿題4	10/20	3	2
宿題5	10/21	3	2
宿題6	10/22	3	2
3M 教室	10/23	3分	1分
宿題1	10/24	2	1

シート	月/日	読み書き	計算
5M 教室	11/6	4分	1分
宿題1	11/7	4	1
宿題2	11/8	4	1
宿題3	11/9	4	1
宿題4	11/10	4	1
宿題5	11/11	3	1
宿題6	11/12	4	1
6M 教室	11/13	6分	1分
宿題1	11/14	5	1
宿題2	11/15	5	1
宿題3	11/16	5	1
宿題4	11/17	5	1
宿題5	11/18	5	1
宿題6	11/19	5	1
7M 教室	11/20	3分	1分
宿題1	11/21	4	1

くもん学習療法センター提供



介護予防教室

【地域包括支援課】

- 定例会 市内6か所で3か月に1度
- 出前講座 高齢者学級や老人クラブ

等

- 体操
- ゲーム
- 講話



居場所づくり

● 閉じこもりを予防する



大和高田市 地域の居場所マップ

大和高田市では、高齢者の身が、目黒地区の「まて」で、顔中から笑顔、声も聞ける関係を築いていただくために「地域の居場所づくり」を推進しています。これまでに、地域の各エリアに「まて」を設け、高齢者やそのご家族が安心して、暮らすための「居場所」の提供に取り組んでいます。そこで、高齢者の生活支援に、マテ活動や自主活動を行っている各居場所を掲載しております。多くの「居場所」をご利用いただき、自分ごとにするための一助になれば幸いです。

居場所名	住所	主な事業・活動
1 市民福祉センター	高砂町 2-1-1	高齢者学級、お茶の会、生活支援、その他文化活動
2 中央コミュニティセンター	中央1-1-1	高齢者学級、お茶の会、生活支援、その他文化活動
3 西園寺文化センター	西園寺1-1-1	高齢者学級、お茶の会、生活支援、その他文化活動
4 中央公民館	中央1-1-1	高齢者学級、お茶の会、生活支援、その他文化活動
5 中央公民館	中央1-1-1	高齢者学級、お茶の会、生活支援、その他文化活動
6 中央公民館	中央1-1-1	高齢者学級、お茶の会、生活支援、その他文化活動
7 中央公民館	中央1-1-1	高齢者学級、お茶の会、生活支援、その他文化活動
8 中央公民館	中央1-1-1	高齢者学級、お茶の会、生活支援、その他文化活動
9 中央公民館	中央1-1-1	高齢者学級、お茶の会、生活支援、その他文化活動
10 中央公民館	中央1-1-1	高齢者学級、お茶の会、生活支援、その他文化活動

※ 詳細は、各居場所の「まて」または「まて」の担当者に確認ください。

発行：大和高田市地域開発課 0745-22-1101

認知症高齢者等の権利擁護の推進

成年後見制度利用支援事業

【地域包括支援課】

成年後見制度

金銭や文書の管理、契約や身上監護を
裁判所が決めた人が行う制度

- 制度利用のための個別相談を受ける。
- 申立人が不在等の場合には、市長申立てを行う。
- 権利擁護講演会により、知っていただく。

若年性認知症施策の強化

情報発信

社会参加の支援

RUN伴



2015年10月4日（日） AM

介護保険サービス

【介護保険課】

- 要介護認定

→ 認知症ケアの実践

ケアマネジャーと一緒に立てたプランに
基づくサービスの利用



当事者への関わり

- 地域包括支援センターに相談される方は、「認知症」のある何に関わらず、生活に何らかの支障を生じた人たちだと認識する。
- 地域には、「認知症」と診断されていない「認知症」やMCIの人もたくさんおられる。
- 地域で、普通に暮らすことを支援する。

地域への関わり

- 認知症の理解を深める工夫としてのサポーター養成をあらゆる機会に行う。
- 登録制にすることで、積極的に動いてくれる人材を発掘し、繋がる。
- サポーターの活動の場を作る。
- 「認知症」への関心から、他の地域課題にも目を向けてもらえるよう働きかける。
- 地域ケア会議や講演会で「認知症」を取り上げる。

職員への関わり

- 職員全員が、キャラバンメイト養成研修を受ける。
- 職員全員が推進員養成研修を受ける。
- 推進員のレベルアップも兼ねて、チーム員研修を受講する。
- いくつもの仕事を抱えながら、認知症だけに関わることもできないなら、全員が認知症を理解し、総合相談で、対応できる地域包括支援センターにしていく。
- 地域包括ケアシステムの一部として、取り組んでいく。

地域包括ケアシステムの構築について

地域包括ケアシステムの姿





ご清聴ありがとうございました。

市の認知症施策の積みあげと課題の確認を踏まえた
認知症地域支援体制づくりのプロセス

釧路市としての地域支援体制作りの推進 ～認知症ケアパス・見守り・SOSネットワークの 拡充も含めて～

2015年10月9日

釧路市こども保健部健康推進課 課長補佐 保健師 若狭 節子

釧路市福祉部介護高齢課 課長補佐 保健師 及川 恵子

釧路市の概況（平成27年3月末現在）

- 人口 176,664人
- 65歳以上の人口 52,035人 高齢化率 29.38%
- 介護認定状況 10,433人 うち認知症自立度Ⅱ以上 6,400人（61.3%）
- 地域包括支援センター 釧路地区 5ヶ所（委託）
阿寒地区 1ヶ所（直営）
音別地区 1ヶ所（直営） 計7ヶ所 ※各センターに認知症地域支援推進員を1名配置
- グループホーム 36ヶ所
- 小規模多機能 14ヶ所
- 認知症対応通所介護 10ヶ所
- 認知症疾患医療センター 1ヶ所（H26年7月に指定）
- 物忘れ外来 3ヶ所
- 訪問診療（精神科） 2ヶ所
- 高齢者福祉サービス（主に認知症関連サービス）
 - 寝たきり高齢者等移送サービス
 - 配食サービス
 - 軽度生活援助事業
 - 単身高齢者声かけ運動事業
 - 単身高齢者等除雪等事業
 - ふれあい収集
 - 家族の方への支援
 - 家族介護教室
 - 家族介護者交流事業
 - 徘徊高齢者等早期発見システム事業
 - 認知症高齢者家族やすらぎ支援事業
 - 認知症高齢者地域サポート事業



釧路市介護高齢課の組織体制(平成27年度)

- 福祉部

- 介護高齢課

- 職員58名（嘱託・臨時職員を含む）

- ・介護保険担当
 - ・介護認定担当
 - ・介護給付担当
 - ・**高齢福祉担当**

- 職員23名

- 正職員 18名（保健師6名）
 - 嘱託職員 4名
 - 臨時職員 1名

- ※**高齢福祉担当**の業務内容

- 介護予防事業、地域包括支援センターの統括、高齢者のいきがいづくり、任意事業、高齢者福祉サービス等、高齢者関係の窓口の一本化と体制強化のため、平成24年度より**高齢福祉担当**として再編、新設された。

- ◆ケースワーク体制について

- 地区担当制により釧路地区内5圏域（各地域包括支援センターの圏域）を各1名の担当者が担い、高齢者虐待や処遇困難ケースへの対応については、全地区をフォローするケースワーカー1名や保健師が支援を行っている。

地域包括支援センターと市の協働の取り組み

地域包括支援センターの専門職会議を定期的に行なう

- ◇情報交換や意見交換の場として連携強化を図る。
- ◇研修等により専門性の向上を図る。
- ◇介護高齢課高齢福祉担当の参加

・代表者会議(毎月)

(年2回は、介護高齢課の他担当との会議も開催)

その他、必要時医療機関の地域連携室担当者、警察等の関係者も参加している。

・認知症地域支援推進員会議・地域支援コーディネーター会議(毎月)

・保健師等・社会福祉士・主任介護支援専門員会議

(各2ヶ月に1回)

地域包括支援センターと市の協働の取り組み

1)医療と介護の連携を目指して

「ケアマネタイム」の作成

～ 医師会との連携 ～

- ◇在宅生活の継続には、医療機関との連携が必要
 - ◇ケアマネジャーが主治医に高齢者の自宅での様子を伝える、病院から入院での変化を聞きとるなどの連携をしやすいようにするために市内医療機関の調査を実施。内容をまとめて配布
 - ◇平成18年度初回作成、平成22、25、27年度に更新
-
- 

地域包括支援センターと市の協働の取り組み

2) まちかど相談薬局との連携

「まちかど健康連絡票」の作成 ～薬剤師会との連携～

- ◇調剤薬局から気になる患者さんの紹介に利用
- ◇最寄の地域包括支援センターにFAXで送信
- ◇「本人・家族からの困りごと」
- ◇「気になる状況にある患者さん」
- ◇緊急性や本人家族の同意を確認
- ※**柔道整復師会とも連携**(平成27年度～)

NO. _____

まちかど健康連絡票

薬局	送信	地域包括支援センター名
担当者	(年 月 日)	氏名
TEL		TEL
FAX		FAX
		E-mail

薬局記入欄

対象者の同意 有 ・ 無
緊急性 有 ・ 無

() 本人・家族からの困りごとがある。
 介護のこと
 生活のこと
 介護保険の手続きを希望しています。
 健診を受けたいと希望しています。
 その他()

() 気になる状況がある。
 っまづいたり、転んだりすることが多い。
 何度も同じことを聞き返す。
 表情が暗く、沈んでいる。
 衣服の乱れ・汚れが目立つ。
 打撲やあざがある。
 その他()

地域包括支援センター記入欄

氏名 住所
TEL 年齢 (M・T・S 年 月 日生 歳)

報告 年 月 日

内容

相談終了
 継続支援

地域包括支援センターと市の協働の取り組み

3)郵便局等の金融機関との連携

- ◇パンフレットを用いての説明では不十分
- ◇これまで金融機関から相談のあった事例集を作成し釧路市全体の郵便局等に配布
- ◇地域包括支援センターの役割について理解を深めてもらう

4)消費者被害防止に向けた取り組み

～釧路市消費者生活センターや市民生活課との連携～

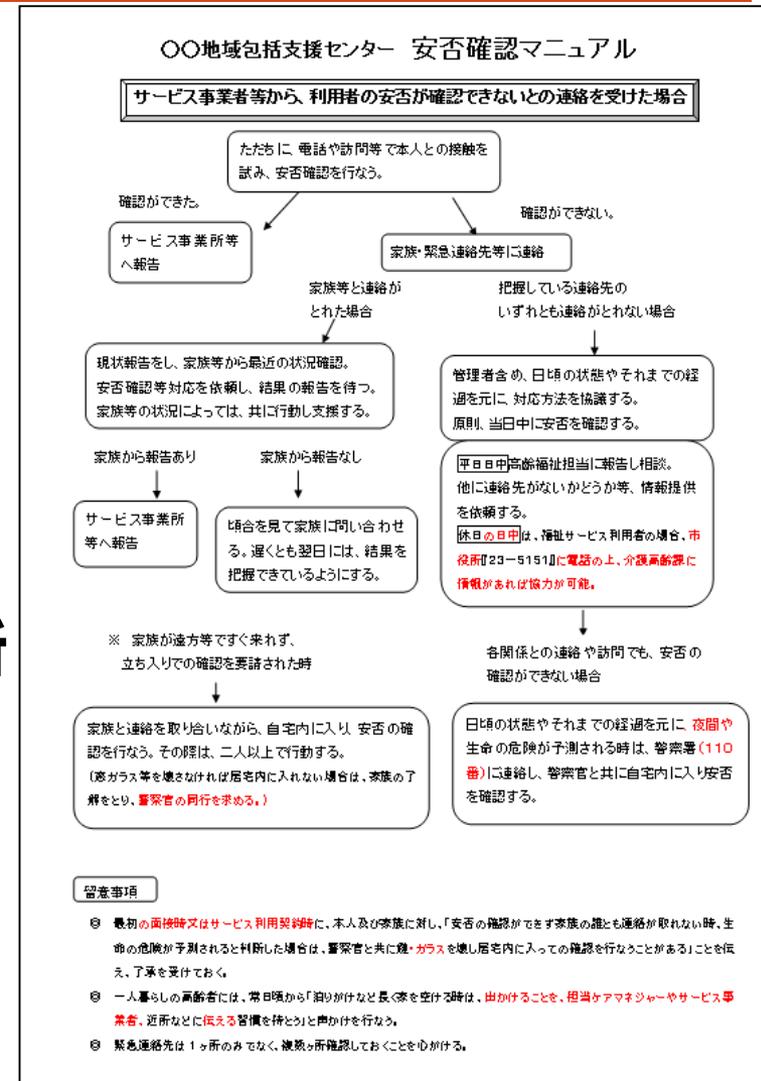
- ・啓発ポスターの作成
 - ・リーフレット、ステッカーの配布
-
- 

地域包括支援センターと市の協働の取り組み

5) 孤立死への対応に向けた 取り組み ～警察生活安全課との連携～

◇ 単身高齢者の増加に伴い
孤立死が身近な課題

「安否確認マニュアル」の作成・更新



地域包括支援センターと市の協働の取り組み

6)「初動期災害対応マニュアル」の作成・更新

◇災害弱者の対象者の把握と
安否確認

◇サービス事業者や居宅介護
支援事業所等連携

◇災害時虚弱高齢者安否確認
名簿作成、市に提出(年2回)

釧路市 地域包括支援センター	
初動期災害対応マニュアル	
災害虚弱高齢者安否確認	
(平成26年4月現在)	
I.	地域包括支援センターの役割
①	地域包括支援センターにおける災害時の第一義的役割は、地域高齢者などの災害弱者の安否確認であり、その対象者を平常時から把握しておく必要がある。 また、担当地域における津波・土砂・風水害等の危険区域についても把握しておく必要がある。
②	そのためにも、関係機関との連携のもと、日頃から緊急時に備えて「災害時虚弱高齢者安否確認連名簿」により、対象者の把握と役割分担に務めておく。
③	初動期対応終了後においても、在宅探訪等の災害支援を含めて市と協力し、活動するものとする。
II.	災害発生時活動内容
①	災害の規模 ・ 震度5(弱)以上の地震が発生した場合 ・ 「津波警報(高い)」、「大津波警報(巨大)」が発令された場合 ・ 大雨により氾濫警戒情報、土砂災害警戒情報が発表された場合 ・ 火山噴火、風水害その他の災害が発生し、市から災害対応の要請があった場合
②	安否確認報告内容 「災害時虚弱高齢者安否確認連名簿」により安否確認者・確認結果などの報告を行なう。 電話にて所在を確認出来なかった時には、出来るだけ訪問し、安否確認を行う。 ただし、津波の危険がない場合に限ることとする。訪問出来ない時には、市に連絡する。
③	報告の期間 安否確認や被害状況把握後、速やかに行う
④	報告先 釧路市 介護高齢課 高齢福祉担当 (TEL 23-5185) (FAX 32-2003)
⑤	活動の終了 ・ 地震においては、安否確認後、市へ連絡し、その後の対応が必要となる場合も想定されるため責任者の連絡先を報告後、活動終了とする。 ・ 大津波から津波警報に変わった時点においては、自身の身の安全を確保した上で、対象者の安否確認を行い、結果を市に報告する。 警報が解除されるまでは、職員の配備を継続する。 注意報となった時点で、市からの指示により活動を終了とする。ただし、市からの指示がない場合には、市に連絡し、終了の指示を受ける。

地域包括支援センターと市の協働の取り組み

7) 釧路市地域包括支援センター一年表(平成18年度～)一部抜粋

年度	事業	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	
■国・道	旧・全国	○介護保険制度の改正 ○介護報酬改定 ○障害者自立支援法施行				○介護保険制度の改正 ○介護報酬改定		○介護保険制度の改正 ○介護報酬改定			
	関連計画	○第3期介護保険計画 ○第1期釧路市障害者福祉計画				○第4期介護保険計画 ○第2期釧路市障害者福祉計画		○第5期介護保険計画 ○第3期釧路市障害者福祉計画			
■釧路市・各市区町村	釧路市地域包括支援センターの設置	■地域包括支援センターの新設 (南陽、平富、東部北、東部南、阿寒、音別)									
	釧路市の動き	■地域包括支援センターの運営方針									
	地域包括支援センターとセンター長名	西加 中上	東中 部北 高田	東東 部南 小野	阿若 音別 山田	西加 中上	東中 部北 伊藤	東東 部南 小野	阿若 音別 山田	西加 中上	東中 部北 伊藤
	釧路市の人口と高齢化率	193,315人	21.4%	191,020人	22.4%	180,955人	24.3%	186,962人	24.2%	185,190人	24.7%
	各圏域人口と高齢化率	※9月現在人口推計データより		※9月現在人口推計データより		※10月現在人口推計データより		※9月現在人口推計データより		※9月現在人口推計データより	
	■西部圏域	49,381人	17.3%	49,511人	18.2%	49,404人	19.0%	49,247人	19.8%	49,254人	20.4%
	■中部圏域 (計21まで中部包括)	68,462人	19.4%	67,542人	20.4%	67,077人	21.1%	66,595人	21.9%	27,346人	26.1%
	■東部圏域	39,174人	24.8%	38,589人	25.9%	37,857人	26.9%	37,114人	27.8%	36,600人	28.2%
	■阿寒圏域	6,273人	25.3%	6,102人	26.4%	5,964人	28.0%	5,814人	29.3%	5,581人	30.2%
	■音別圏域	2,676人	25.6%	2,566人	26.9%	2,499人	28.1%	2,411人	28.6%	2,366人	29.3%
■包括センターに関する事	■地域実態把握調査事業	■短期間事業の開始期間 (10/1~3/31)									
	■事業進捗状況の訪問	■短期間事業の開始期間 (7/20~2/29)									
	■地域包括支援センター体制の変更	■短期間事業の開始期間 (6/1~2/28)									
	■地域包括設置要綱の作成	■進年事業として調査開始期間 (4/1~3/31)									
	■地域包括支援センター実地指導と質的評価	■委託5地域包括に市役所訪問									
	■地域包括支援センター一年表の作成	■委託5地域包括に市役所訪問									
■認知症サポーター養成講座の受託	■地域包括支援センターで受託										
■養成講座とスキルアップ事業の実施	■各包括にて各1回ずつ開催										
■専門職会議の開始	■各包括にて各1回ずつ開催										

8) 認知症疾患医療センターとの連携

- ◇ 釧路市では平成26年7月に1ヶ所指定
- ◇ 認知症地域支援推進員会議での意見交換会
- ◇ 「もの忘れ受診連携シート」について検討
- ◇ 今後、認知症初期支援チームについて検討予定



地域包括支援センターと市の協働の取り組み

- 介護予防支援マニュアルの作成・更新(H27年度更新中)
 - 高齢者虐待対応マニュアルの見直し(H27更新中)
 - 老人福祉センター配置の看護師等との連携
 - 看護・保健師学生や社会福祉士学生実習受け入れ
 - 社会福祉協議会との連携
 - 北海道地域生活定着支援センターとの連携
 - 釧路市生活相談支援センターとの連携
 - 在宅歯科医療連携室との連携
 - 警察署交通課との連携～夜光反射材の配布
 - 法テラス、権利擁護成年後見センター等との連携
-
- 

地域包括支援センターと市の協働の取り組み において工夫した点・苦慮したこと

- 地域包括支援センターの声から職員増、全市的に事業を展開

センター職員を増員
(平成24年度～)

各種マニュアル等
の作成・事業の実施

- 新規事業の必要性、市の考えなどを同意を得るように説明

認知症地域支援推進員
の配置

高齢者実態調査事業
の実施

委託法人・新規職員
への説明会

- 理解・協力を得るまでの過程を省かない、手順を踏む、時間を惜しまない。会議・話し合いを大事に

定例的なセンター関係会議
に参加する

関係者を会議に
参加していただく

関係者の会議
に参加する

代表者会議
(月1回)

保健師職等会議
(2ヶ月に1回)

認知症地域支援推進員会議
地域支援コーディネーター会議
(月1回)

社会福祉士会議
(2ヶ月に1回)

主任ケアマネ会議
(2ヶ月に1回)

平成27年度地域包括支援センター各種会議予定 (例) 地域包括支援センター代表者会議 議題

□□□平成27年度釧路市地域包括支援センター各種会議担当割表

H27・4・9現在

区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	備考
代表者													
会議日程		8	20	3	15	12	9	14	11	9	13	10	23
会議時間													おおむね第2水曜日 13:00～17:00
企画担当	阿寒	西部	東部北	東部南	中部北	中部南	音別	阿寒	西部	東部北	東部南	中部北	企画担当は連絡・司会進行担当
記録担当	西部	東部北	東部南	中部北	中部南	音別	阿寒	西部	東部北	東部南	中部北	中部南	記録担当は基本次回企画担当が担う
会議場所	中部南	本庁	東部北	東部南	中部北	東部南	西部	本庁	西部	中部北	中部南	東部北	企画担当包括が会場(一部変更) ※釧路市議会の日程により変更あり
保健師等													
会議日程		21			14		15		17		19		19
会議時間													奇数月の第3火曜日 15:00～17:00
企画担当	西部			中部北		中部南		東部北		東部南		阿寒	連絡・司会進行担当
記録担当	中部北			中部南		東部北		東部南		阿寒		音別	次回企画担当が担う
会議場所	西部			中部北		中部南		東部北		中部北		東部南	
社会福祉士													
会議日程		15			10		19		21		16		17
会議時間													偶数月の代表者会議開催週水曜日 9:30～11:30
企画担当	中部南			東部北		東部南		阿寒		音別		西部	連絡・司会進行担当
記録担当	東部北			東部南		阿寒		音別		西部		中部北	次回企画担当が担う
会議場所	中部南			東部北		東部南		西部		中部北		西部	企画担当包括が会場(一部変更)
認知症地域支援推進員・地域支援コーディネーター													
会議日程		15		13		10		15		19		9	21
会議時間													奇数月の代表者会議開催日の午前9:30～12:00 社会福祉士会議後の13:00～17:00
企画担当	西部	西部		中部南		東部南		阿寒		中部南		音別	阿寒
記録担当	中部南	東部北		阿寒		中部北		音別		音別		中部北	西部
会議場所	中部南	本庁		東部北		東部南		東部南		西部		本庁	中部北
主任CM													
会議日程		8				14				12			14
会議時間													偶数月の代表者会議開催日 10:00～12:00
企画担当	中部南	東部北				東部南		阿寒		音別		西部	連絡・司会進行担当
記録担当	東部北	東部南				阿寒		音別		西部		中部北	次回企画担当が担う
会議場所	中部南	東部北				中部北		西部		西部		中部南	代表者会議と同会場

※企画担当
～釧路市福祉部介護高齢課・高齢福祉担当との連絡調整全般を担う。(123-5185)
～7地域包括支援センターの連絡調整を担う。
～各会議の議題につき、事前調整を行い、当日の司会進行を担う。

※月例報告
～代表者会議において、所定の様式に基づき各包括からシートを配布し、それにより会議にて簡潔に報告する。他会議では効率的に報告する。
～各会議において参加者は、代表者会議での報告内容を事前に把握し、それぞれの専門職種にかかわる内容についてのみ効率的に報告する。

平成27年度 第8回 釧路市地域包括支援センター代表者会議

【日時】平成27年4月12日(水) 13:00～17:00
【場所】防犯庁5階 会議室A

【参加者】

所属	氏名
釧路市阿寒地域包括支援センター	松島
釧路市豊後地域包括支援センター	山田
釧路市西部地域包括支援センター	加藤
釧路市中部北地域包括支援センター	保積
釧路市中部南地域包括支援センター	池田
釧路市東部北地域包括支援センター	伊藤
釧路市東部南地域包括支援センター	津川
釧路市福祉部介護高齢課 高齢福祉担当	山崎 高橋 堀

【司会者】中部北 保積 【記録者】中部南 池田
【議長】

- 高齢福祉担当からの報告
・「新しい社会事業」事業所アンケートについて(小泉保健担当 及び山原長城様より)
・認知症地域支援事業実施状況について(山原長城様より)
- 特定事業所等申請書に関する地域ケア協議について(事業所の中一ビスの買出しを定める関係
や補助金等について～山崎様より)
- 表地区児童委員の意見交換会について(東部北)
- 災害時における小泉サービス事業所が行う避難所(東支店・東分館)の開設について(中部南)
- 在所定東せり地市町村で発生している方の支援担当について(西部)
- 釧路市域のネットワーク～阿寒町・音別の高齢者福祉活動について(東部南)
- 小泉福祉センターの施設に関する確認事項(主任CM御座り)
- 認知症地域支援事業の開催状況について
- 北海道生活支援コーディネーター養成研修への参加予定について
- 各包括包括支援センター事務局
- その他

＜次回＞【日時】平成27年4月20日(水) 13:00～17:00
【司会者】中部南 【記録者】音別 【議長】東部南

包括が主催する地域ケア会議への参加（12名参加） （家族・民生委員・郵便局長・ケアマネ・社協・包括・市等）



地域包括支援センターと市の協働の取り組み において工夫した点・苦慮したこと

- センターからの問い合わせや相談には、
速やかに対応

安否確認
の依頼

高齢者虐待
への対応

ケース会議等
への参加

情報を共有し、市
もチームで対応

- できるだけ負担を軽減することを検討

事業の進捗状況を
細目に確認

質問・意見・感想
を次につなげる

市もできること
を行う

- 一つのきっかけを全体に

郵便局等の
金融機関との連携

まちかど相談薬局
との連携

消費者生活
センター等との連携

地域包括支援センターと市の協働の取り組み において工夫した点・苦慮したこと

- これまでと同じではなく、より「良い」を考える

「ケアマネタイム」
の更新

「安否確認マニュアル」
の更新

「初動期災害マニュアル」
の更新

- 事業が単発ではなく、連続・一体化
できるように

高齢者実態調査事業と釧路市高齢者安心ネットワーク事業の一体化
(利用者基本情報・調査結果項目・入力等の見直し)

地域包括支援センターと市の協働の取り組み
において工夫した点・苦慮したこと

釧路市がどのような町になって
ほしいか、高齢者や私たちが安心
して住み続けることを常に念頭に置く

一緒に考え、形にしていく！



認知症地域支援推進員の配置（H24年度～）

認知症になっても住み慣れた地域で生活を継続するためには、医療、介護及び生活支援を行うサービスが有機的に連携したネットワークを形成し、認知症の人への効果的な支援を行うことが重要。

医療機関や介護サービス及び地域の支援機関をつなぐコーディネーターとしての役割を担う認知症地域支援推進員を釧路市の7か所の地域包括支援センターに各1名配置し、当該推進員を中心として、医療と介護の連携強化や、地域における支援体制の構築を図ることとする。

※推進員は、介護予防プラン作成を担当せず、専任で業務を行う。

※毎月、市と共同で会議を開催、協議を行っている。

※地域のネットワークづくりを担う地域支援コーディネーターの配置（H24年度～） 釧路地区の推進員は、役割を兼務している。

釧路市の認知症施策の動き

(認知症を含む高齢者全体の施策を含む)

① 高齢者実態調査事業の実施

- 平成22年より、基本チェックリストを活用し、認知症の方も含めた介護予防事業対象者等の把握、心身状況や緊急連絡先等の実態調査を行い、支援の必要な高齢者の把握、地域全体で見守り等の支援を行う体制の強化、地域包括支援センターの周知を進めることを目的に実施。

※平成22年～25年で地区を一巡し、平成26、27年度は、新たに65歳になられた方、75歳以上の方を中心に2巡目の調査を実施している。

② 釧路市高齢者安心ネットワーク事業の推進

- 平成25年7月より実施。高齢者が地域や社会から孤立せずに安心して暮らしていけるよう、地域ぐるみで見守り、支え合うシステムで、認知症の方等のさりげない見守り、異変時の早期の気づきなどにもつながることを目指している。

包括C核に情報収集網強化

鉧路市は、定期的な見守りの必要な高齢者を漏らさず把握しサポートする「高齢者地域安心ネットワーク」構築を進めている。市内7カ所の地域包括支援センターを核に情報収集網を強化するとともに、見守り・声かけの実働部隊として民生委員や地域住民に「協力員」として登録を呼びかけ、高齢者を孤立させない、地域ぐるみの支え合い体制を目指す。

孤立させず、地域ぐるみ支え合い

情報把握に努める包括Cや民生委員の目的、行き届かない世帯で、地域では支え切れないレベルまで心身状況が悪化した状態になって初めて、市福祉部などに連絡の来ることが少なくなく、孤立死に至ったケースも生じている現状が背景にある。対策として同市は、2012年度から市内

鉧路市 高齢者地域安心ネット構築へ

民生委員らが見守り実働部隊「協力員」に

制強化を図った。併せて、10年度から高齢者実態調査を継続、単身高齢者(65〜74歳)と75歳以上の後期高齢者を対象に心身状況、生活機能を訪問調査。本年度中に対象1万9000世帯を網羅し、▼介護認定やサービスを受けていないが支援が必要▼将来必要となりそうな人の洗い出しを進めている。こうした取り組みをベースに、本年度から同ネットワーク構築に

2012年度から市内

福祉・介護分野よ、面

22日に開かれた表彰

平成25年8月29日の介護新聞に鉧路市高齢者地域安心ネットワーク事業についての記事が掲載されました。

釧路市の認知症施策の動き

(認知症を含む高齢者全体の施策を含む)

③ 「物忘れ受診連携シート」を作成

- 平成26年2月に試作シート作成 各包括で試用、修正している。
- 試用結果、平成27年12月をめどに完成品を作成予定
- 平成27年度内の認知症医療疾患センター主催「認知症疾患医療連携協議会」にて、医療機関での普及方法について検討予定
- 医療機関への普及と同時に、釧路市介護支援専門員連絡協議会の協力や、包括単位でのケアマネ連絡会議での説明会開催等にて市内全域への普及を図る

④ 認知症ケアパス・社会資源マップ等の作成

- 認知症の方の状態に合わせた支援の仕組みづくり。

H26年度のメインの事業。

合わせて、より日常生活に密着した社会資源マップ等の作成

(情報収集は既に行っている。)

認知症ケアパスの作成（平成26～27年度）

平成26年度

- 4月 作成についての意思統一、今後のスケジュールの確認
- 5月 作成にあたり研修センター進藤氏に確認
国保・北海道後期高齢者医療広域連合・介護保険担当・老人クラブ、介護予防、福祉サービス担当者・社協担当者
者に情報提供の依頼
- 6月 気づきシート・社会資源整理シートの作成開始
- 9月 認知症ケアパスの作成に係る内容協議、業務分担
- 12月 第6期介護保険事業計画への反映

平成27年度

- 4月 内容最終確認・校正作業
- 5月 出来上がり・配付、活用方法について再確認
- 6月 民生委員正副会長（42名）への説明、配付
- 7月 新聞紙各社へ掲載依頼、広報紙へ掲載等で市民・関係者へ周知
- 8月 医師会、歯科医師会への説明後、各医療機関へ認知症地域支援
コーディネーターが説明配付

認知症ケアパスの作成（一部抜粋）

川路市内における社会資源			
誰かの見守りがあれば日常生活は自立			
支援の内容における「介護予防・悪化防止」「他者とのつながり支援」「仕事・役割」については、ご本人の状態に合わせた対応が望ましいため、お近くの地域包括支援センターにご相談をお願いいたします。			
支援の内容	社会資源	窓口・問合せ先	電話番号
安否確認・見守り	高齢者地域安心ネットワーク	お近くの地域包括支援センター	
	地域安心ネットワーク	市地域福祉課	31-4536
	川路市SOSネットワーク	川路警察署 生活安全課	23-0110 (内線26)
	緊急通報システム・単身高齢者声かけ運動	市介護高齢課	31-4539
	食の自立支援事業（配食サービス）	市介護高齢課	31-4539
	徘徊高齢者等早期発見システム事業	市環境事業課	24-4146
	ふれあい収集（ごみ出し支援）	お近くの地域包括支援センターまたは担当介護支援専門員	
	配食サービス（民間）	訪問介護・訪問看護・居宅介護支援事業所	
	訪問介護・訪問看護	町内会	23-2101
	民生委員	川路市民生委員児童委員協議会	24-2468
生活支援	食の自立支援事業（配食サービス）	市介護高齢課	23-5185
	単身高齢者等除雪等事業	市介護高齢課	23-5185
	経度生活援助事業	市環境事業課	24-4146
	ふれあい収集（ごみ出し支援）	お近くの地域包括支援センター	
	配食サービス（民間）・買い物宅配サービス	お近くの地域包括支援センターまたは担当介護支援専門員	
	移動販売・民間福祉輸送・介護タクシー	お近くの地域包括支援センターまたは担当介護支援専門員	
	通所介護・通所リハビリ	川路市権利擁護成年後見センター	24-1201
	訪問介護・訪問看護・訪問リハビリ	川路市社会福祉協議会	24-1565
	小規模多機能居宅介護	川路市権利擁護成年後見センター	24-1201
	成年後見制度	川路市社会福祉協議会	24-1565
日常生活自立支援事業（金銭管理等）			
身体介護	通所介護・通所リハビリ	お近くの地域包括支援センターまたは担当介護支援専門員	
	訪問介護・訪問看護・訪問リハビリ	お近くの地域包括支援センターまたは担当介護支援専門員	
	小規模多機能居宅介護	お近くの地域包括支援センターまたは担当介護支援専門員	
	短期入所（ショートステイ）	お近くの地域包括支援センターまたは担当介護支援専門員	
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	お近くの地域包括支援センターまたは担当介護支援専門員	
	夜間対応型訪問介護・複合型サービス	お近くの地域包括支援センターまたは担当介護支援専門員	
	かかりつけ医	各かかりつけ医の病院・医院へ	
	認知症疾患医療センター	川路星が浦病院	64-6820
	もの忘れ外来	ケアパス 3ページ参照	
	訪問診療（医師・歯科医師）	各医療機関へ	
居宅療養管理指導	各医療機関・事業所へ		
医療	地域包括支援センター・認知症地域支援推進員	お近くの地域包括支援センター	
	居宅介護支援事業所	お近くの地域包括支援センターまたは担当介護支援専門員	
	小規模多機能型居宅介護	お近くの地域包括支援センターまたは担当介護支援専門員	
	認知症対応型グループホーム	お近くの地域包括支援センターまたは担当介護支援専門員	
	家族介護者の会	川路地区障害老人を支える会	42-2688
	認知症サポーター養成講座	市介護高齢課	31-4539
	家族介護教室・家族介護者交流事業	川路市社会福祉協議会	24-7837
	認知症高齢者家族やらぎ支援事業	川路市民生委員児童委員協議会	24-2468
	ふれあい相談	各医療機関窓口へ	
	民生委員	法務省（みんなの人数110番）	0570-003-110
医療機関相談窓口	川路市消費生活相談室	24-3000	
人権相談	川路市消費生活相談室	24-3000	
消費者生活相談			
緊急時支援	精神科診療病院	医療機関（精神科）	
	短期宿泊事業	市介護高齢課	23-5185
	小規模多機能型居宅介護	お近くの地域包括支援センターまたは担当介護支援専門員	
	短期入所（ショートステイ）	お近くの地域包括支援センターまたは担当介護支援専門員	
	仮設パトロン	川路市社会福祉協議会	24-1742
	住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者住宅	お近くの地域包括支援センター	
	高齢者対応型住宅（私設）・ケアハウス	川路市住宅公社	31-4563
	高齢者対応型住宅（公設）	市介護高齢課	31-4539
	生活支援ハウス・養老老人ホーム	お近くの地域包括支援センターまたは担当介護支援専門員	
	介護老人福祉施設等居宅系サービス	お近くの地域包括支援センターまたは担当介護支援専門員	
介護付き有料老人ホーム			

川路市内における社会資源			
日常生活に手助け・介護が必要			
支援の内容における「介護予防・悪化防止」「他者とのつながり支援」「仕事・役割」については、ご本人の状態に合わせた対応が望ましいため、お近くの地域包括支援センターにご相談をお願いいたします。			
支援の内容	社会資源	窓口・問合せ先	電話番号
安否確認・見守り	高齢者地域安心ネットワーク	お近くの地域包括支援センター	
	地域安心ネットワーク	市地域福祉課	31-4536
	川路市SOSネットワーク	川路警察署 生活安全課	23-0110 (内線26)
	緊急通報システム・単身高齢者声かけ運動	市介護高齢課	31-4539
	食の自立支援事業（配食サービス）	市介護高齢課	31-4539
	徘徊高齢者等早期発見システム事業	市環境事業課	24-4146
	ふれあい収集（ごみ出し支援）	お近くの地域包括支援センターまたは担当介護支援専門員	
	配食サービス（民間）	訪問介護・訪問看護・居宅介護支援事業所	
	訪問介護・訪問看護	町内会	23-2101
	民生委員	川路市民生委員児童委員協議会	24-2468
生活支援	食の自立支援事業（配食サービス）	市介護高齢課	23-5185
	覆たきり高齢者等移送サービス	市介護高齢課	23-5185
	単身高齢者等除雪等事業	市介護高齢課	23-5185
	経度生活援助事業	市環境事業課	24-4146
	ふれあい収集（ごみ出し支援）	お近くの地域包括支援センター	
	配食サービス（民間）・買い物宅配サービス	お近くの地域包括支援センター	
	移動販売・民間福祉輸送・介護タクシー	お近くの地域包括支援センター	
	通所介護・通所リハビリ	お近くの地域包括支援センターまたは担当介護支援専門員	
	訪問介護・訪問看護・訪問リハビリ	お近くの地域包括支援センターまたは担当介護支援専門員	
	小規模多機能居宅介護	お近くの地域包括支援センターまたは担当介護支援専門員	
短期入所（ショートステイ）	川路市権利擁護成年後見センター	24-1201	
成年後見制度	川路市社会福祉協議会	24-1565	
日常生活自立支援事業（金銭管理等）			
身体介護	通所介護・通所リハビリ	お近くの地域包括支援センターまたは担当介護支援専門員	
	訪問介護・訪問看護・訪問リハビリ	お近くの地域包括支援センターまたは担当介護支援専門員	
	小規模多機能居宅介護	お近くの地域包括支援センターまたは担当介護支援専門員	
	短期入所（ショートステイ）	お近くの地域包括支援センターまたは担当介護支援専門員	
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	お近くの地域包括支援センターまたは担当介護支援専門員	
	夜間対応型訪問介護・複合型サービス	お近くの地域包括支援センターまたは担当介護支援専門員	
	かかりつけ医	各かかりつけ医の病院・医院へ	
	認知症疾患医療センター	川路星が浦病院	64-6820
	もの忘れ外来	ケアパス 3ページ参照	
	訪問診療（医師・歯科医師）	各医療機関へ	
居宅療養管理指導	各医療機関・事業所へ		
医療	地域包括支援センター・認知症地域支援推進員	お近くの地域包括支援センター	
	居宅介護支援事業所	お近くの地域包括支援センターまたは担当介護支援専門員	
	小規模多機能型居宅介護	お近くの地域包括支援センターまたは担当介護支援専門員	
	認知症対応型グループホーム	お近くの地域包括支援センターまたは担当介護支援専門員	
	家族介護者の会	川路地区障害老人を支える会	42-2688
	認知症サポーター養成講座	市介護高齢課	31-4539
	家族介護教室・家族介護者交流事業	川路市社会福祉協議会	24-7837
	認知症高齢者家族やらぎ支援事業	川路市民生委員児童委員協議会	24-2468
	ふれあい相談	各医療機関窓口へ	
	民生委員	法務省（みんなの人数110番）	0570-003-110
医療機関相談窓口	川路市消費生活相談室	24-3000	
人権相談	川路市消費生活相談室	24-3000	
消費者生活相談			
緊急時支援	精神科診療病院	医療機関（精神科）	
	短期宿泊事業	市介護高齢課	31-4539
	小規模多機能型居宅介護	お近くの地域包括支援センターまたは担当介護支援専門員	
	短期入所（ショートステイ）	お近くの地域包括支援センターまたは担当介護支援専門員	
	仮設パトロン	川路市社会福祉協議会	24-1742
	住宅型有料老人ホーム・サービス付き高齢者住宅	お近くの地域包括支援センター	
	高齢者対応型住宅（私設）・ケアハウス	川路市住宅公社	31-4563
	高齢者対応型住宅（公設）	市介護高齢課	31-4539
	生活支援ハウス・養老老人ホーム	お近くの地域包括支援センターまたは担当介護支援専門員	
	介護老人福祉施設等居宅系サービス	お近くの地域包括支援センターまたは担当介護支援専門員	
介護付き有料老人ホーム			

釧路市の認知症施策の動き

(認知症を含む高齢者全体の施策を含む)

⑤認知症サポーター養成講座

認知症サポータースキルアップ講座の開催

※これまで実施していた在宅介護支援センターの廃止に伴い、平成25年度より各地域包括支援センターが開催することとした。

釧路地区5ヶ所	各年1回（サポーター養成・スキルアップ）
阿寒・音別地区	年1回（交互に開催）

⑥在宅サービス等従事者を対象とした研修会の開催（平成24年度から継続）

- 年1回（今年度は平成28年2月に開催予定）
- 特にヘルパーは、本人と直接会い、状況を把握できる立場でもあり、認知症の知識をきちんと身につけていただくことで、早期把握、対応が可能になることを期待。
- 受講証カード（ポイントカード）の作成・活用
- 平成25年度「認知症地域支援推進員研修における効果的な人材育成のあり方に関する研究」報告書において活動事例（代表例）として紹介

活動事例【行政と協働でヘルパー研修を開催し、ニーズ把握を促進】 ~H25年度報告書より抜粋

在宅サービス従事者のための認知症研修（第1弾「認知症支援～チームアプローチの中でのヘルパーの役割～」）を開催し、訪問介護事業所や小規模多機能居宅介護事業所職員、計135名が参加。以降、継続開催。受講履歴がわかる「受講証カード」を作成し、今後の研修の開催に活用していく。

人口	180,201人
高齢者人口	49,600人
高齢化率	27.5%
地域包括支援センター数	7ヶ所 <small>(直営2ヶ所・委託5ヶ所)</small>
認知症地域支援推進員数	7名 <small>(地域包括職員)</small>
推進員1人当たりの認知症高齢者推定数	1,063人 <small>(地域包括に所属する推進員の数から算出)</small>

(平成25年11月末現在)

【解決すべき課題】
認知症に関する研修は色々に行われているが、ホームヘルパー対象の研修は少なかった。また、認知症の症状にうまく対応できず、バーンアウトするなど、メンタル面で支障を来たヘルパーもいた。

【取り組み】

- 在宅サービスの充実と地域との連携を図るためには、ホームヘルパーの役割は大きいことから、行政と認知症地域支援推進員が協働して研修を開催。
- 開催費用は行政予算。
- 定期的に行われる、認知症地域支援推進員会議において、研修の趣旨・講師を検討し、行政より講師依頼、日程調整を行った。
- 推進員が開催周知チラシを作成し、訪問介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所へ個々に配布。
- 資料、アンケート準備や当日の役割を、行政と推進員とで分担した。
- 申込者:164名、参加者:135名(出席率82.3%)
- 参加者の所属:訪問介護事業所75%、小規模多機能10%

【取り組みによる気づきと継続の“力”】

- アンケートの結果
研修内容:「とても良かった(94%)」「まあまあ良かった(3%)」「どちらともいえない(1%)」
今後の業務の参考となるか:「とても参考になった(89%)」「まあまあ参考になった(7%)」「どちらともいえない(2%)」
自由記述:「改めて地域との連携の大切さを学んだ」「大変気持ち良かった」等の感想があった。

釧路市の認知症施策の動き

(認知症を含む高齢者全体の施策を含む)

⑦キャラバンメイト養成講座の開催（平成27年度～）

○目的

地域で暮らす認知症の人やその家族を応援する「認知症サポーター」をつくる「認知症サポーター養成講座」の講師役「キャラバン・メイト」を養成する。

- 平成27年11月30日（月）
- 釧路市主催での開催は初めて
- 北海道主体では毎年2市町村で実施しているが、市町村主体実施は少ない

⑧ 市民向け認知症講習会の開催（平成27年10月17日に開催予定）

「ほっとけない！認知症～認知症を正しく知ろう～」

釧路市の認知症施策の動き

(認知症を含む高齢者全体の施策を含む)

- ⑨ 釧路地区障害老人を支える会（たんぽぽの会・家族会）と交流、定例会の参加や協働～各推進員・市が参加

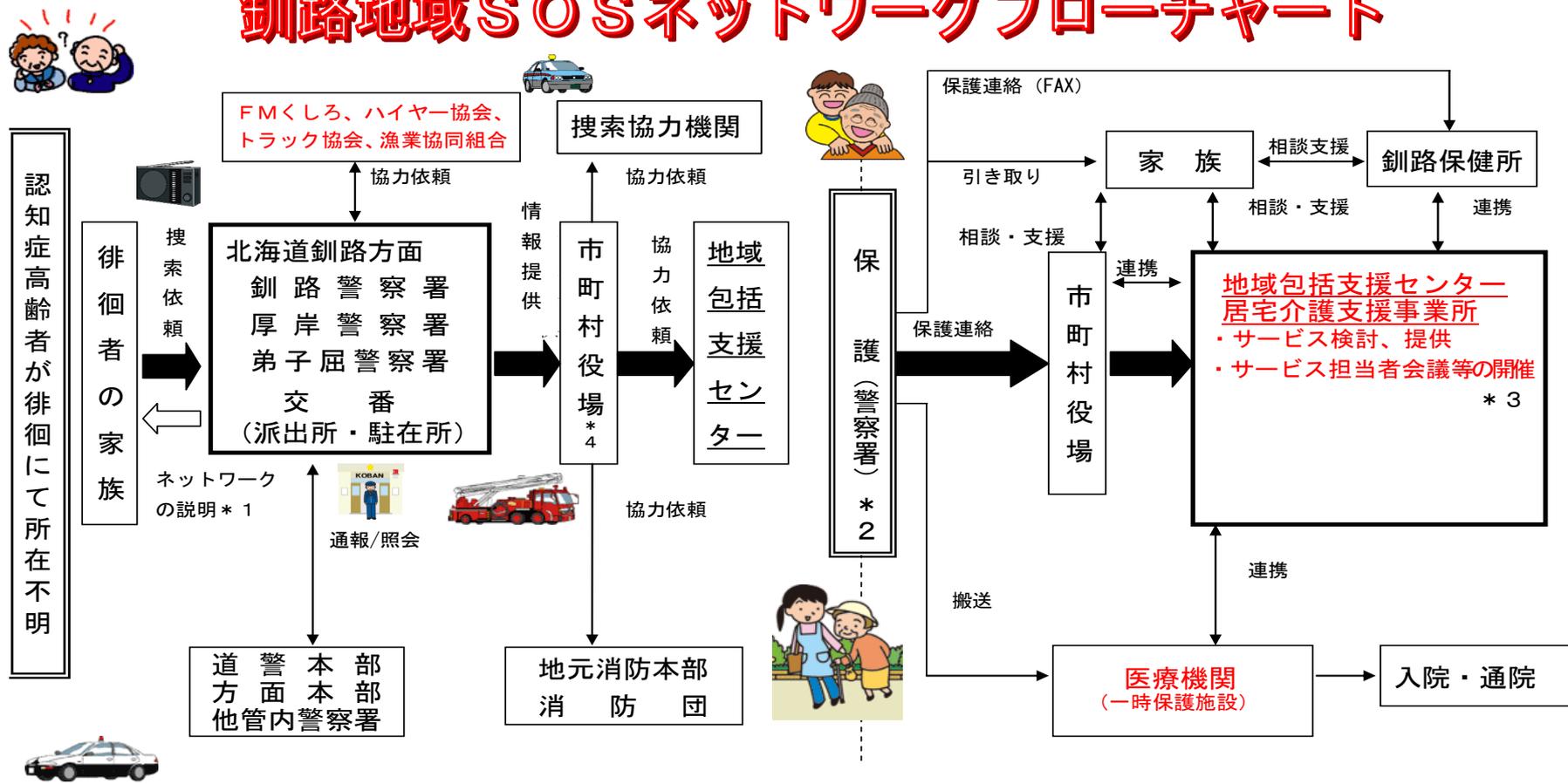
- ⑩ SOSネットワークの充実

- ⑪ 釧路市音別地区徘徊高齢者等搜索模擬訓練（平成25年度～）
釧路市西部地区徘徊高齢者等搜索模擬訓練（平成27年度～）
釧路市阿寒地区徘徊高齢者等搜索模擬訓練（平成27年度～）

- ⑫ その他
 - ・ 町内会や老人クラブなどの会合や会議、地域で展開されている サロン等での講話
 - ・ 広報紙やパンフレット等による啓発活動 など

SOSネットワークの充実

釧路地域SOSネットワークフローチャート



- * 1 北海道個人情報保護条例第8条(3)に基づき、認知症・高齢者の情報は全て警察から市町村に情報提供すること。
- * 2 検索協力機関がSOSネットワーク検索対象者を保護した場合、警察へ連絡する。
- * 3 保護後、利用者に対する支援は関係機関の協力のもと実施する。
- * 4 釧路市音別町・釧路市阿寒町は、釧路市を通さず直接行政センターに情報提供を行う。

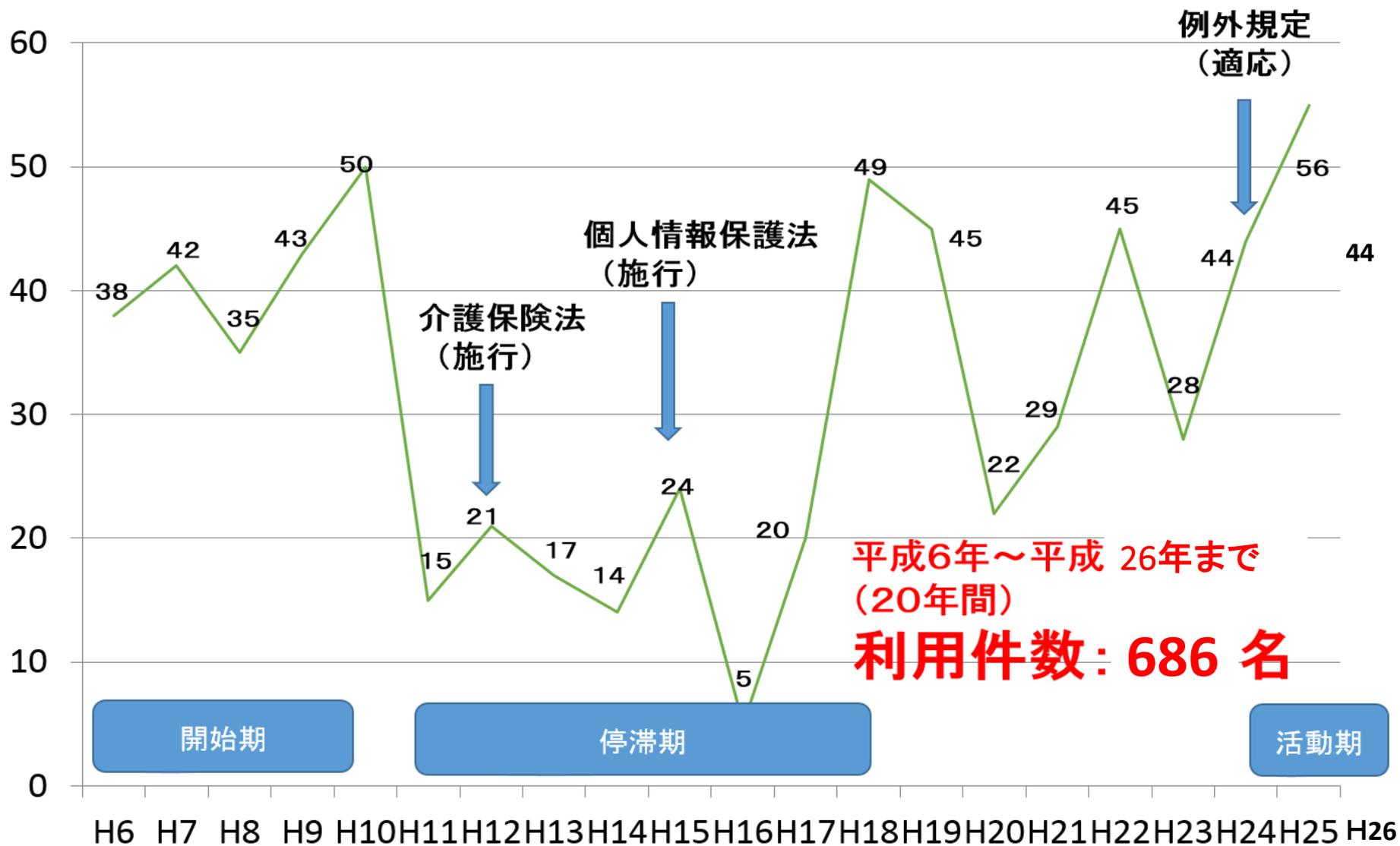
釧路地域SOSネットワーク連絡会議

更新日：平成26年7月1日

SOSネットワークの充実（検索関連）



平成6年から平成26年までの利用推移



SOSネットワークを継続的に発展させていくために工夫してきていること

- ①当事者の切実な声を市、保健所が真剣に受け止めながら、実際に役立つネットワークになるための話しあいを家族、警察や協力機関等と積みあげてきている。
- ②保護して**終了**でなく、その後の当事者のアフターフォロー、再発防止、ケースの検証、実績の検証を積み上げてきている。
- ③警察から市に連絡が入ると、市が台帳を基に包括、ケアマネ等に連絡し当事者支援に入る流れをつくっている。
- ④市の要綱を作り、4課で協力しながら取り組んできている。
 - ・介護高齢課
 - ・地域福祉課
 - ・障**が**い福祉課
 - ・生活福祉事務所
- ⑤担当者の交代時に、引き継ぎを確実に行ってきている（行政、警察）

徘徊高齢者等搜索模擬訓練

- 目的：
- SOSネットワークシステムの普及・啓発
 - 認知症の正しい理解の浸透
 - 官民協働の基、**住民参加型**の見守りや搜索体制の強化等
 - **地域全体**で「徘徊高齢者等の命を守る」支援体制の構築

協力：釧路市連合町内会、釧路市昭和地区連合町内会、昭和中央町内会、釧路市民生委員児童委員協議会、昭和地区民生委員児童委員協議会、釧路市老人クラブ連合会、昭和地区老人クラブ連合会、老人クラブ昭和むつみ会、釧路市社会福祉協議会、釧路警察署、釧路市消防本部、認知症疾患医療センター（星が浦病院）、釧路地区障害老人を支える会（たんぽぽの会）

徘徊高齢者等搜索模擬訓練

- 内容： ①認知症の理解・SOSネットワークの説明等 屋内
②搜索依頼時の通報・声かけの実際
（屋内で寸劇・ロールプレイ等）
③搜索の実際（屋外で搜索訓練）
④振り返り（屋内で意見交換、アンケート等）

日程：

8:45	9:00		10:45	12:00	12:30	
	開 会	基 礎 学 習	通 報 訓 練	搜 索 訓 練	振 り 返 り	閉 会

徘徊高齢者等搜索模擬訓練



徘徊高齢者等搜索模擬訓練



認知症支援策の充実における課題と今後の方向性

1. 認知症の予防・正しい知識の周知
2. 認知症の早期発見への支援
3. 認知症の早期治療、適切な医療の継続のための支援
4. BPSD等の症状の軽減、緊急時支援等適切な対応
5. 在宅生活を支えるための支援
多様な住まい、生活支援サービスの充実
安否確認・見守り支援
(釧路市高齢者地域安心ネットワークの活用)
6. 若年性認知症の方への支援
7. 介護者家族への支援～家族会との連携
8. 権利擁護～制度の周知と適切な利用への支援

※法テラス

釧路市権利擁護成年後見センター

消費者生活センター

等との連携

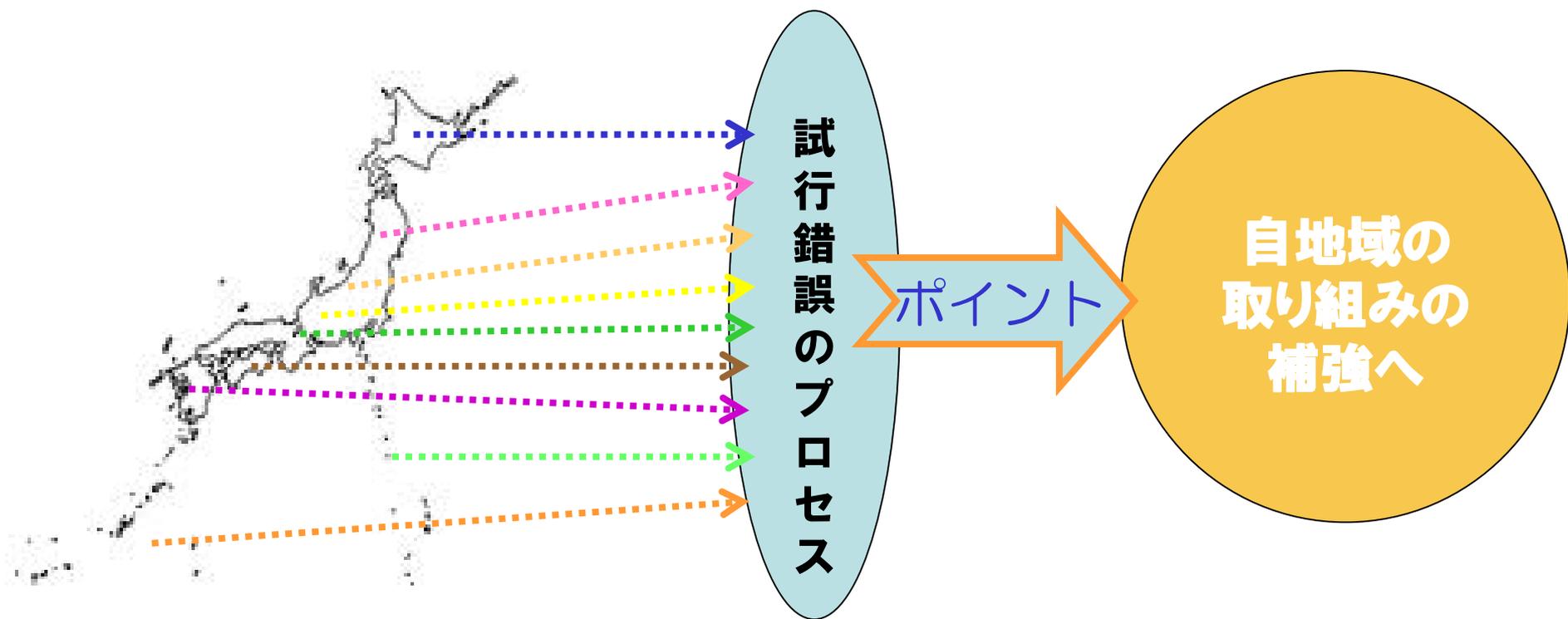
取り組みを進める上で大事にしたこと

- 国の補助事業の活用
- 認知症地域支援推進員と協働で取り組む(各圏域に1名配置)
 - 情報提供(主に市の役割)
 - 会議の議題の共有・事前打ち合わせ
 - とことん話し合う(課題を次回会議までに包括内で協議する等)
 - 班体制等による役割分担
 - 互いに自主性を尊重
 - 共通の取り組みと個別の取り組みの推進
 - 研修受講(推進員研修・フォローアップ研修等)～事業の継続性
- 関係者の声を聴く(どんなことでも話していただける姿勢)
- 関係者の協力をできるだけ得る
- 啓発・周知
 - 関係機関の本体会議は市、圏域の会議は地域包括支援センター
- 最終的に判断、決定し、責任を負うのは市の役割
- 担当者の交代時にこれまでの歩みと到達点・課題等、つながりをバトンタッチ

ご清聴ありがとうございました



これからのわが自治体・地域の認知症施策・取組みの推進にむけて
全国各地の取組み実例に学ぶ



本人と家族は、発症から最期まで、長い経過を辿っている。

- *ごく初期段階から、不安、混乱、生活の危機に直面しています。
- *経過の途上で、不安、混乱、危機の内実が変化し続けます。
- *本人、そして家族は、共振れしながら長い経過を暮らしていきます。

発症

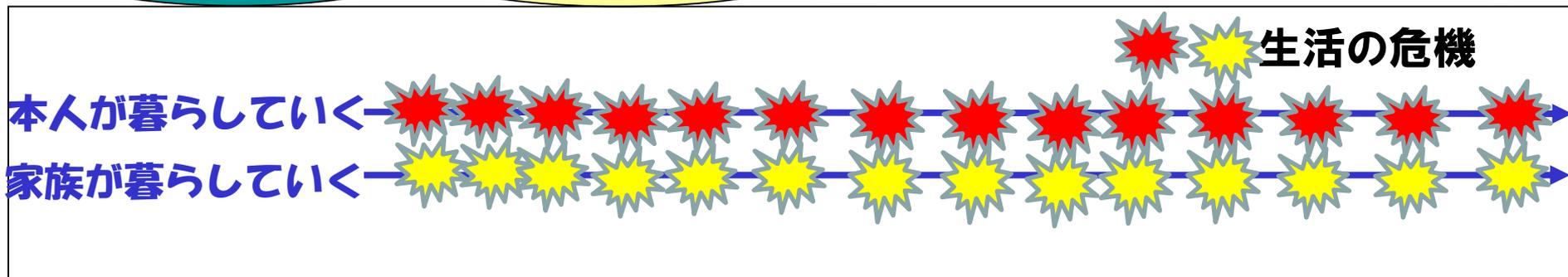
元気・グレイゾーン

中核症状出現期

症状多発期

障害複合期

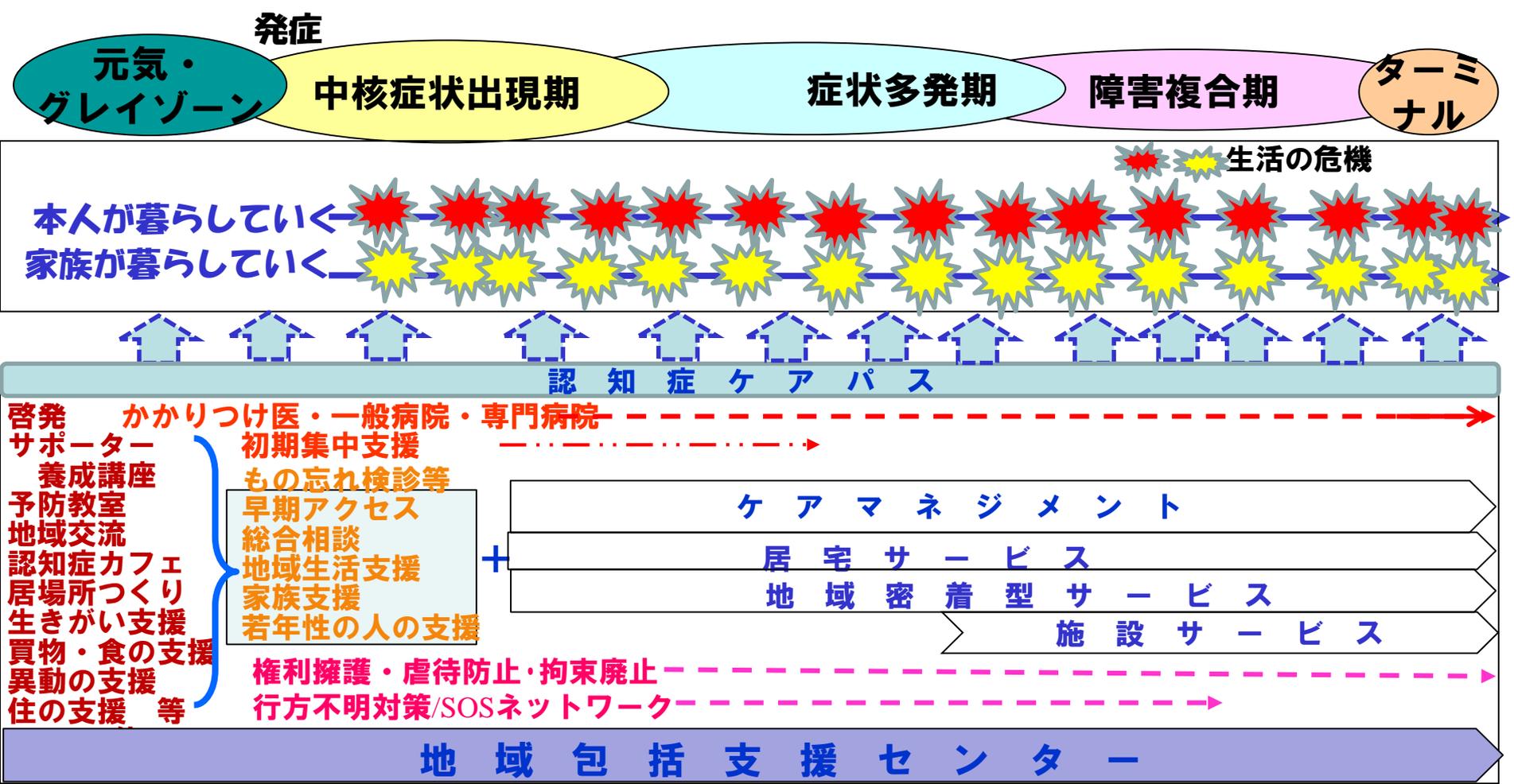
ターミナル



認知症関連の多様なサービスや人材が次々増えてきている。

その一方で、地域で暮らす本人と家族は、危機を回避したり、危機から脱して地域で安心して暮らせるようになっているのでしょうか？

あなたの地域では・・・？



* つなぎ役: 行政 + 認知症地域支援推進員 + サポート医 + α * 生活支援コーディネーター

■断片的な取組みや数を増やすだけでは、解決しない。

☆今、必要なこと:「本人が暮らす視点」で考える
本人といっしょに生活、地域をつくる

発症

元気・グレイゾーン

中核症状出現期

症状多発期

障害複合期

ターミナル

本人が暮らしていく

家族が暮らしていく

当事者が暮らす視点にたって:どんな体験をし、何を願い、どんな支援を求めているのか

わが地域や支援を
本人の視点にたって
一緒にみつめ、考え、つくる

認知症ケアパス



地域包括支援センター

**個々の事業の発想ではなく
本人が暮らしていく経過にそった
地域支援体制づくりの発想で考え、動く**

すべての施策・取組みの時に

**多種多様な人の協働が必要
息の長い継続的取組みが必要**

- * 多種多様な領域・人たちがつながって、実効力のある支援体制を築いていくためには・・・
- * 年度内、事業期間内のみでの取組みでおしまいになったり先細りにならずに、年々拡充していくためには・・・
- * 担当者、組織が変わっても、取組みが継続していくためには・・・

**実際に試行錯誤している
全国各地の取組みの
ポイントやコツを参考にしよう！**

施策・事業・取組みのポイント

①方針を明確にし、地域で共有する

②地域支援・連携上の課題を
明確にし、共有しよう
*本人・家族に実態・困りごと、
希望をきくこと。

④地域支援の推進役の
人材・チームを育てる

⑤地域支援を実践する人
を育て、そのつながりをつくる

⑥本人・家族と
支援者が
地域で出会い、
支えあう場
(地域拠点)を
一緒に育てる

⑦本人・家族と
地域の人・
専門職とが
話しあい、
一緒に楽しく、
活動する機会
をつくる

③地域にある多様な資源に視野を広げ、関係をつくる

ポイント①方針を明確にし、地域で共有する

うちの町は、
こういう方針
「……………」で
一緒に進んでいこう！

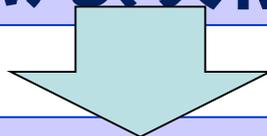


地域の現実は・・・方針が不明確、関係者間でバラバラ

⇒話しあいや取組みを積み重ねても、一致できない(対立しがち)。
力が結集しない。

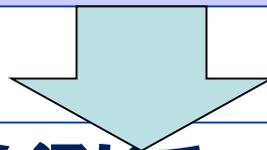
古い価値観・声の大きい人に引きずられ、進展しない。

***多様な関係者、住民が、連携・協働していくには、
「何を大切に取り組んでいくか、方針」を
明確に掲げる、共有していくことが不可欠！**



まずは、推進役の自分が・・・

どんな方針で日々取り組んでいくか、方針をもとう！



***様々なチャンネル・方法を通じて、
地域の多様な関係者に、「方針」をひたすら伝えよう**
・医療・介護・福祉関係者、住民・地域の人に
⇒地域で「あたりまえのこと」、「自然なこと」となっていく。

***方針を揺らがない: 困難、問題が大きい時ほど。
⇒信頼につながる。前向きにとりくむ人たちが結集し始める。**



参考

取組みを着実に進めている地域に共通した方針

- ①地元で暮らす「本人の視点で考え、動く」。
- ②「地域の中で生活すること」を支える。

＊地域で共有していきたい方針

その1. 「地元で暮らす本人の視点」で考え、動く

＊本人を見失わずに、

＊本人抜きに進めない、本人の声を聴きながら

＊本人に役立つ連携、支援体制を

⇔ この方針を明確にしていないと陥りやすい状況

事業や取組みをこなすことが目的になり、

当事者とかけ離れたところで労力が費やされ、行き詰まる

例：サポーター養成講座（数）、医療・介護連携、SOSネットワーク



地域事例①「本人の視点」を行政職員に伝えたい、共有したい 行政職員向けに「当事者に学ぶ」研修会を企画・実施した例



**本人の体験・願いに触れたことがない行政職が多い。
本人の生の声を聴いてもらうことで意識・行動が変わる人が多い**

＜参加者アンケートより＞

- ・公務員は、この講座の受講を「必修」とした方がよい。
- ・本人の勇気ある発言に、そして人生を楽しむという姿勢に拍手。
- ・認知症の方からの直接生の声が聞けてよかった。どんな支援を望んでいるのか、目からウロコです。
- ・今までの認知症についての知識が偏っていた事を教えて頂きました。当事者の声を聞くことにより、自分に何か出来ることは何か、改めて考えてみようという気持ちになりました。

地域事例② 啓発講座を本人視点で見直してみた例

毎年、認知症の知識と支援のあり方を伝える啓発講座を繰り返していたが・・・

マンネリ、参加者がじり貧

参加者からは

「認知症にはなりたくない」という声が多い



☆本人からみて、役立つ研修になっているのか・・・。

「認知症の本人が思いを語る」の映像を参加者にみてもらい
自分事として話しあってみる企画にリニューアル

⇒自分ごととして考えると・・・参加者の真剣さがアップ！

支えあいたい思いがたくさんでる。

すでにあった支えあい、つながりが浮かび上がる

⇒一緒に活動していきたい人がつながる

「参加者」から、「本人視点で共に考え動く人」へ

地域事例③ 地域の様々な講座・研修を本人視点で統一

本人の視点で考え・動こう

家族介護者の研修

住民、地域で働く人の講座・研修

包括支援センター職員の研修

介護職員、福祉職員の研修

かかりつけ医・サポート医等の研修

地域の多職種研修

本人視点での多職種・多資源研修を開催している地域

- ・本人は、どう暮らせている？
- ・本人は、どんな暮らしを願い、どんな支援を求めている？
- ・本人がよりよく暮らせるために、何が必要？
- ・お互いが一緒に何ができる？

認知症は専門じゃないけど、
本人とは長いつきあい。

サポート
医

社協職員

病院
関係者

かかりつけ医

民生委員

行政
事務職

家族

施設職員

包括職員

ケアマネ
ジャー

地域事例④実態把握や会議を、本人視点で進めている例

○実態把握 : 問題点のみでなく、本人の体験、生活、願い、力を把握

○会議、検討会等 :

支援者側の問題に流されず、
「本人は、どうなのでしょうか…」と、
ひたすらつぶやく⇒

☆一例一例、「本人視点」での検討と
本人にとって役立つ支援の検討、実践を
積み上げる。

⇒本人に役立つ支援を生み出さない限り
会議や検討会を多数やっても、
個別支援力、地域支援力が向上しない。

☆一例を本人視点にたって検討すると、地域の共通課題が浮上。
一例の丁寧な検討と実践が地域課題解消の突破口になる



*地域で共有していきたい方針

その2. 認知症の人が「**地域の中で生活していくこと**」を支える

- ・飾り文句、かけ声倒れのままにせずに
- ・実際は無理・・・というあきらめに流されずに

⇒「**地域の中で生活する**」ことの重要性・方針を伝え続ける

* 認知症の人の安心・安定、生きる力の源

* 進行予防、行動心理症状(BPSD)の予防・緩和の鍵

⇒**少しずつ広がっている地域の中での実践**を丁寧^①に把握し、
方針・可能性を具体的に伝え、広げていく。

* グループホームや施設に入っても
地域の一員として地域で暮らす。



⇔ **この方針を明確にしていないと陥りやすい状況**

- ・ 認知症の人が地域で暮らせる可能性をみないまま、無理、危ない、早く入所・入院を、と決めつける人が減らない。
 - ◆ **地域の人のみでなく、医療・介護職、行政職の中にも**
- ・ 家や施設・病院の中だけで暮らしている認知症の人がたくさんいても無関心、仕方がないとあきらめる。

何気ない地域の中での暮らしが、認知症の人の元気の源
*** 人としてのあたりまえの願いを、あきらめずに方針として。**
*** 行動心理症状を減らし、自立度・体調を保つ鍵として！**



地元の道の散歩



四季折々の風景の中で



顔なじみの人の一声



行きつけのパーマ屋さん



いつものスーパー



地元の同級生仲間

支えられる一方ではなく、地域で働き、地域を支える一員として
地域を舞台に活躍する姿

ちょっと見守り支えれば、まだまだできる、働ける！



地域の人の繕いもの役



忙しいお隣の草取り



町の花壇ボランティア



保育園の助っ人役



子供を守る:散歩中に



ご近所の掃き掃除

地域の中で、生き生き暮らす本人の姿が
地域の人々の偏見を解消し、連携と支援を広げる大きな推進力になる



ポイント②地域支援・連携上の課題を明確にする

**「課題があいまいなまま
とりあえずやることを焦りがち」**

**「これ抜きには、やってもやっても空回り。
暗闇にむかって矢を放っているよう。」**

**「本人・家族が必要としている連携に
つながらない。
ほんとうの成果がでない。 効率が悪い。
やってる人たちの達成感が生まれえない。」**

地域支援・連携上の課題を明確に

☆特に

自地域で暮らす認知症の本人・家族にとっての課題を明確に

- ・生活の実状、困りごと、要望・希望を具体的に把握。
 - *本人・家族の声、関係者の声を、丁寧に聴く
 - *地域にある統計や既存情報を集約する
 - 得られた情報を、多様な関係者で検討する。
- ☆本人・家族の視点にたって

○当事者の声を聴く過程自体が重要な支援。
→その過程でつながりや成果が生まれる場合も多い。

**○地域で暮らす本人・家族にとっての
必要性、優先順位の高い課題の焦点化をおこなう。**
→課題を具体化していく過程で
すぐできることも多数みつかる。

**○課題を明確にしていくプロセスを
当事者、地域の関係者が協働で行う**
→この過程で方針の共有、取組みの一体感が生まれる。

○既存のデータ、相談(記録)等を徹底的に活かす。
*自治体全体と同時に、
生活圏域(小地域)ごとの課題の具体化を

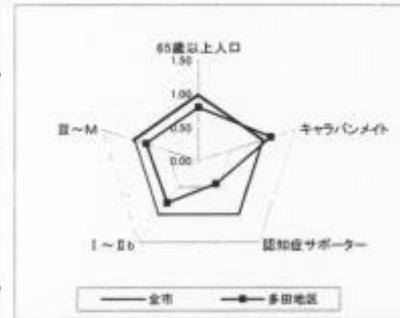
地域事例⑤ 市全体としてみているだけでは進まない 本人・家族が暮らす小地域ごとの統計を つくって活かしている例

	人 口	65歳以上人口				事業所数 従業者数	
		(構成比)	男性	女性	前期		後期
川西市	161,203	40,371 (25.0%)	18,205 (11.3%)	22,166 (13.8%)	23,590 (14.6%)	16,781 (10.4%)	3,971 38,819
久代小地区	8,826	1,980 (22.4%)	914 (10.4%)	1,066 (12.1%)	1,209 (13.7%)	771 (8.7%)	353 4,300
加茂小地区	11,395	2,907 (25.5%)	1,278 (11.2%)	1,629 (14.3%)	1,666 (14.6%)	1,241 (10.9%)	274 2,538
川西小地区	13,490	3,554	1,472	2,082	1,910	1,644	627

* まず既存統計を
活かして小地域統計作成
(資料1参照)

- ▶ 一目でわかりやすい
図示の工夫
- ▶ 関心・参画が高まる

	全 市	多田地区	多田東地区	グリーンハイツ地区
キャラバンメイト (住民100人当たり)	181 (0.112人)	13 (0.124人)	13 (0.096人)	19 (0.124人)
(65歳以上の人100人当たり)	(0.45人)	(0.63人)	(0.52人)	(0.34人)
明峰小地区 (要支援・要介護認定者1人当たり)	(0.03人)			
多田地区 (在宅の認知症Ⅰ以上の人1人当たり)	(0.05人)			
認知症サポーター (住民100人当たり)	2,779 (1.724人)			
(65歳以上の人100人当たり)	(6.88人)			
多田東地区 (要支援・要介護認定者1人当たり)	(0.44人)			
けやき坂小地区 (在宅の認知症Ⅰ以上の人1人当たり)	(0.80人)			
清和台地区 配食ボランティア (住民100人当たり)	364 (0.226人)			
清和台小校区 (65歳以上の人100人当たり)	(0.90人)			
清和台南小校区 (要支援・要介護認定者1人当たり)	(0.06人)			
グリーンハイツ地区 (在宅の認知症Ⅰ以上の人1人当たり)	(0.11人)			



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

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

小地域統計をもとに小学校区ごとに話し合ってみた。

地域の多様な人々に呼びかけて

⇒自分の地域の統計・実態・課題を話しあう

⇒この地区で何が必要か

それぞれが何ができるか、一緒に何ができるか

☆小地域データがあると

参加者の関心・主体性がアップ！



統計をもっている

多様な部署・分野との

連携のきっかけにもなる

**(警察、消防、防災、商工、教育、
環境、等・・・)**

地域事例⑥ 介護家族と共に、生活課題、地域課題を集約し お互いができることを一緒に検討した例

富士宮市

○地元の家族会の参加者に付箋紙を渡し
日々の中での困りごと、希望をどんどんメモしてもらう。

○メモを持ち寄り、何が課題か、話しあいを重ねる。

＊関係者にも呼びかけて、一緒に検討

メンバー：介護家族

市介護障害支援課職員

地域包括支援センター職員

社会福祉協議会職員



話しあいを重ねる中で、
顔の見える関係が育つ
各自ができること、一緒にできることが
たくさんみつかる。

⇒整理して、関係者に発信、共有

介護家族と共に、実態・課題、できることを一緒に検討・整理

介護に対する役割・意識

能力

介護環境

伝統的な意識
=義務感

日常的な
介護への思い

受 容

知 識

ストレス対処能力

近隣との関係

インフォーマル
な活用 (地域)

社会 資源

左半分は介護者の意識・知識・技術
ストレス対処能力など⇒介護者自身の
課題を介護者自身が確認。

右半分は外部環境(介護保険
事業所・病院・行政・近隣住民
など)の課題。

<p>介護中は毎日必死で平常 もなく寝息を抱くほど疲れ果 てる</p> <p>介護に疲れ果て、投げ出し たくなる気持ちがある</p> <p>本人の気持ちもわからない ので、そんなつもりはない のに強要してしまう</p> <p>在宅で見守るには着替えや トイレ等、とにかく時間がか かる</p> <p>介護者のストレスや気持ちは 相手に伝わる</p> <p>相手が安心するためには 笑顔で接することが大切</p> <p>認知症の人と妻 みないと大変さ もえない</p>	<p>前気だどわかっていて介護 者も認められない</p> <p>病院で認知症の診断を受 けるのが嫌だった。怖かっ た(受診時の目録)</p> <p>病院で診断が出た直後これ からどうしたらいいのかわ らなくなった</p> <p>看護士の言葉や態度、周 りの人の態度が気になる</p>	<p>精神科・神経内科等に駆け でもらうには、家族の理解が なければ繋げないのでさら かにサポートしてもら</p> <p>家族の生活が「認知症の 人中心の生活」になってしま う</p> <p>介護者も受け止める時に 要に受け止めてしま う</p> <p>介護してはいる相手も認知 症だから自分も苦しくなっ てしまう</p> <p>妄想があり介護者の方が 神経を傷む</p> <p>退院後の生活により介護 者が大変</p> <p>家族・親戚からの支援</p> <p>親戚などから何を言われる のかわからない</p> <p>家族には聞く耳を持って もらえない</p> <p>夜間のトイレの介助</p>	<p>自由な時間・趣味 リフレッシュ・きばらし</p>	<p>近隣の偏見</p> <p>まだまだ認知症を知ってもら いていない</p> <p>放逐されたらみっくもなくて困るな ど。先の手で考えて留んだ みっくもない。近所に2回もない(午 前2時など)</p> <p>認知症に対するお店の方などの 理解</p> <p>認知症の人には気を遣うのに介 護者には気を遣わない</p> <p>認知症に対する排除を無くしたい</p> <p>徘徊時の要介護者の情報が欲しい</p> <p>近所の人にアルツハイマーだと 言えなかった</p> <p>夜徘徊するなどで近所の人に 迷惑</p> <p>手元に置けない。貯蓄かきさ がある</p>	<p>【介護職者スキルアップ】</p> <p>GMには家族の声を耳を掛け量 良の方法を提案して欲しい</p> <p>認知症の周辺症状を助長するよ うな介護態がある</p> <p>ヘルパーがしっかり認知症を確 保していない能力不足</p> <p>GMの変更は都会では当たり前 だが富士宮ではGM同士が立場を守 りあうため変更を拒否することが ある</p> <p>ヘルパーにその人の性格に合った 介護をしてもらえない</p> <p>介護保険サービスと希望するサ ービスが合わない</p>	<p>【医師とのコミュニケーション】</p> <p>認知症は治癒が大会。本人に問 いてはわからない(かかりつけ医・家 族・GMの情報共有)</p> <p>便秘によって症状が悪くなること があるを知らなかった(かかりつけ 医・GMの情報共有)</p> <p>整形外科が内科の薬を出すことは 別科用の問題がないのか不安にな る(整形外科のDr.によく聞く)</p> <p>認知症の初期の段階では、かかり つけ医が早急なのは嬉しいという事 実を受け入れてもらう</p> <p>介護保険や申請について、かかり つけ医から情報提供して欲しい</p> <p>かかりつけ医から精神科・神経内科</p>	<p>【制度】</p> <p>慣れた看護士や介護士の介護は未 熟な利用者や着き笑顔のひよ があるため人材を大切に欲しい</p> <p>介護保険についてわからない点 が多い</p> <p>ヘルパーの人員不足により十分な ケアが得られない</p> <p>GMの手続きが難しい</p> <p>介護保険のサービスは元気な人が 使うものであると勘違いしている 人がある</p> <p>施設について夢中で聞いては いた</p> <p>認知症サポーターと言っても実際 に役立たないと思う</p> <p>自分が使えるサービスにどんな ものがあるかわからない</p>
---	---	---	---------------------------------	---	---	---	--

改めて全体を見てみると、医療と福祉の連携だけでは 片付か
ない課題が多いことがわかる。

(医療・福祉連携は課題の一部)

日常生活の中での地域とのつながりを強化することが重要！

家族との課題の整理をもとに・・・

「家族とケアマネとの連携」の 流れをつくる 家族介護者とともに

さくら会と

認知症を抱える家族を支えるネットワーク



認知症介護家族が笑顔に

連携して介入することで期待される効果

- 認知症の正しい知識が得られる
- 認知症の人への正しい対応方法がわかる
- 家族介護者の受容を促す(認知症を病気として受け止める)
- 介護の負担感、義務感を和らげる
- 介護に対する思いを前向きにする
- 認知症を抱える家族を閉鎖的にしない、孤立にしない
- さくら会(家族介護経験者)と“思い”を分かち合える、気持ちよくなってもらえる
- さくら会の会員さんの体験談から介護のノウハウや介護情報が得られる
- さくら会で学んだことを地域や家族に還元できる
(学んだ介護の知識などを伝えることができる)
- 相談したり、思いを吐き出す場所が持てる
- 同じ悩みを抱える者同士で協力関係が築ける
- 困難が守られ安心して話せる
- 多くの意見の中から自分が自由に自発的に選択できる

さくら会の
会員になると



入会のきっかけになり
さくら会の会員に・・・

認知症を抱える家族

知識

- 家族以外の人の関わりを拒絶
- 複雑な思い
- 家族以外の人に知られたくない
- 認知症を受け入れられない
- 排泄の失敗・徘徊などの認知症の症状が見られても対応方法がわからず思い悩む
- 認知症の人に対して感情的になる
- ストレスを溜め込む
- 閉鎖的になる
- 孤立になる
- 自分以外の家族・親族の協力が得られない
- 大変さがわかってもらえない
- 近隣に迷惑をかけてしまうという申し訳ない気持ち
- 何をどうしていいかわからない
- 自分の自由な時間が持てない
- 認知症の人中心の生活に疲れてしまった

家族の受容

- 自発的な介護への思い
- 義務感 (伝統的な意識)

近隣との関係



連携して家族に介入していく (さくら会が同行して訪問する)

介護保険事業所 (ケアマネジャー) 地域包括支援センター 地域型支援センター

こんな家族がいたら・・・

- 介護者が他の家族・親族に介護について理解してほしいと思っっているが、どう話してもいかわからなかったり、話す機会がないような場合
- 介護者が同じような経験を持つ人に介護を聞いてもらいたい、話したいと思っっているが機会がない場合

さくら会に
協力を依頼

ケアマネジャーや相談員と同行訪問して、家族や親族の協力・理解が得られるよう支援します。それにより介護者の介護に対する負担感を軽減します。また、さくら会では定例会などの活動を行っており、こちらに参加することで、認知症の理解や対応方法などさまざまなことが学べます。そのため訪問時にはさくら会の情報提供をします。

現 状 (家族に入りにくい、手助けできない)

- ケアマネジャーや地域包括支援センター、地域型支援センターの職員に周知します。(例:研修の企画・運営など)
- 何か問題があった時には、一緒に問題解決に取り組めます。
- チラシの作成支援等を行います。(例:他団体との調整、作成の手伝いなど)



行政の支援体制



家族との課題の整理をもとに・・・

本人と家族が利用しやすい医療・連携の流れづくり

相談窓口医療機関一覧表の作成・周知

認知症は早期発見・早期治療が大切です

認知症はどうせ治らないから…と医療機関に行くのをためらっていませんか？

認知症の中には脳腫瘍や甲状腺ホルモンの異常など治る病気や一時的な症状の場合があります。認知症も早期発見・早期治療が非常に重要ですので、ためらわずに相談しましょう。

静岡県では、かかりつけ医を対象に地域での相談や受診が気軽に行えるよう適切な認知症診断の知識・技術などの習得のための研修を実施しています。

富士宮市医師会では認知症に関する相談に応じるため、静岡県が行ったかかりつけ医認知症対応能力向上研修を受講した医師を「認知症かかりつけ医」として紹介しています。

どうぞお気軽にご相談ください



【受診時の注意事項】

- ◆必ず予約をしてください。
- ◆外来診療となりますが、診察料は相談内容・病院によって異なります。
- ◆必要に応じて精密検査等や専門医を紹介することもあります。

医療機関名	医療機関所在地	電話番号
阿南胃腸科外科	富士宮市小泉2145-7	26-8811
池田クリニック	富士宮市下条148-1	58-5558
大宮望月クリニック	富士宮市大宮町18-22	25-5333
北山医院	富士宮市北山2695-2	58-6500
後藤外科医院	富士宮市東町9-1	26-5000
指出泌尿器科	富士宮市朝日町9-5	24-3511
さとうクリニック	富士宮市中央町12-3	28-1188
佐藤内科医院	富士郡芝川町羽薮583	65-0999
佐野記念クリニック	富士宮市宮町13-30	27-1155
田中医院	富士宮市舞々木町711-2	22-6166
東静岡神経センター	富士宮市西小泉町14-9	23-1800
永松医院	富士宮市東町26-8	26-3077
南陽堂内科循環器科クリニック	富士宮市穂波町12-8	28-3011
南富士病院	富士宮市宮原348-1	26-5199
ヒロ・クリニック	富士宮市万野原新田3923-2	22-0211
富士心身リハビリテーション研究所附属病院	富士宮市星山1129	26-8100
三浦医院	富士宮市淀川町29-11	26-3888
渡辺クリニック	富士宮市三園平488-2	21-1233

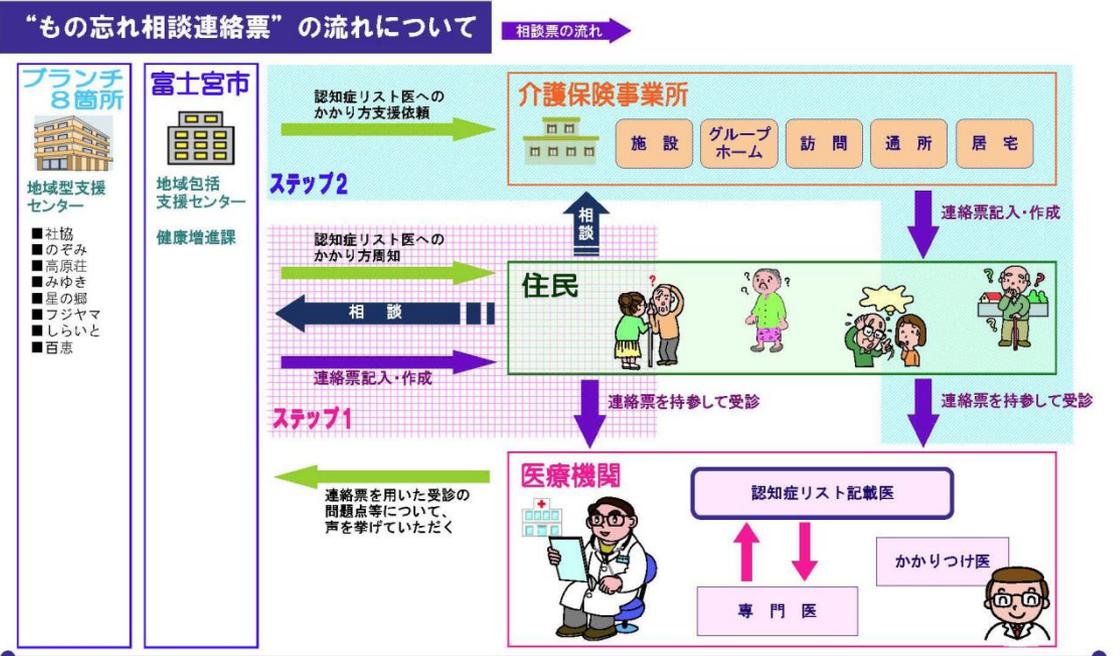
連絡先

富士宮市地域包括支援センター
 〒418-8601
 富士宮市弓沢町150
 TEL 0544-22-1501 FAX 0544-29-4000

富士宮市医師会
 〒418-0072
 富士宮市矢立町693
 TEL 0544-23-3366 FAX 0544-26-0000



「もの忘れ相談連絡票」を活かした流れ



- ステップ1** まずは、ステップ1を医師とともにすすめていく。
- ステップ2** 軌道に乗ったら、提案していく。
- ステップ3** 市民への周知がされたら… ⇒ 市民自身が相談票を自己チェック票として医療機関にかかる形 ※医師すべての協力が必要になるため最終的理想系



地域事例⑦ 一例一例、事例をとにかく大事に
個別課題・個別支援を大事にしながら
地域課題・地域支援を展開している地域

○支援困難なケース

- ・行政窓口、包括への相談ケース
- ・ケアマネの困難ケース
- ・民生委員さんが苦慮しているケース



○地元でうまくいったケース

⇒☆このケースの検討がとても効果的！

頑張っている最前線の人たちの応援にもなる。

☆地道だけれど一例一例の積み上げが結局は一番効率的！
急がば、回れ！！

地域事例⑧

若年性認知症の1ケースを入口に、「本人が暮らす」課題を具体化し、本人・家族に役立つ地域連携・支援体制を生み出している例

富士宮市

佐野光孝さん 58歳

ある日、佐野光孝さんと奥さんが地域包括支援センターの窓口にくられました。

- ・あと少しで60歳。できる限り働きたい！
- ・なんとか働けるなら…ボランティアでもいい。
- ・営業マンだったので、人と会話するのが得意。
- ・人と接することが好き。
- ・観光が好き。
- ・富士宮焼きそばを…色々な店で食べたことがある。



夫
(認知症本人)

妻



- ・家に閉じこもってしまうと、病気が進行してしまう。
- ・安心して出かけられる場所がほしい。
- ・夫にできることがないかしら…？
- ・夫にできることは、なにかしら？

夫の思い

一家の主として、1人の男として…

家庭を支えることができない虚しさ

働いて収入を得、自分が家族を支えたいというプライドある

収入を得られない悔しさ

生活の実状、どう暮らしていきたいか、本人の希望をしっかりと聞いた
⇒制度上だけでは支援できない（使える制度なんてなかった！）

課題は・・・本人が楽しみ・生きがいをもって働ける場を見つけること

まずは...

本人が「好きなこと」で「できそうなこと」を大事にしよう!!!



営業マンだった経験・性格・
2人の生活リズム・特技・趣味

人と会うのが好き 観光好き、焼きそば好き...

本人・家族とはなしあう...

そうだ!!

観光
ボランティア!!

つなぐ相手は・・・

市の観光担当である「くらしの相談課長（市職員）」の所に、夫妻を連れて相談へ・・・

病気を抱えていますが…
ボランティアに参加できますか？

一人から、新たな地域資源とのつながりが生まれた

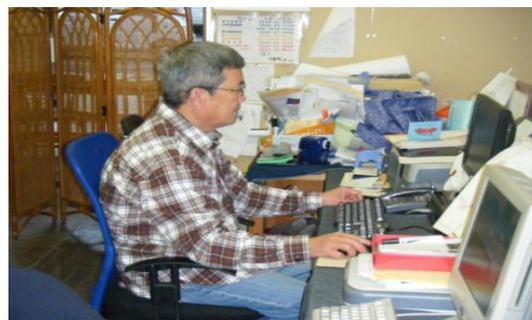
とにかく本人といっしょに動いてみる、試してみる



唯一の男手として活躍。



営業マンの力を発揮！



できる力を見つけながら

「ひとり」を通じて多様な地域の人々の連携が広がる

* 素朴に「本人にとっての課題、したいこと」を聞き、
ひとつひとつつないでいく: その過程で活きた支えあいが生



地元の医師、ケアマネと
今後の暮らしをじっくり
話しあう

「本人が暮らしていく
ことを一緒に支えよう」



卓球をやっていたことが
わかり、地元の卓球サー
クルにつなげる

本人の仲間が増える、
家族にとってもストレス
発散の場に



元営業マン、得意な一曲
がある

町の行事や高齢者施設で
歌を披露してもらう

⇒町のギターサークル、
高齢者施設につながる

⇒高齢者施設で
有償ボランティア開始

利用者と麻雀、掃除

* 本人がメイトとして活躍中

* 本人が本人の相談役に

ポイント③地域にある多様な資源に 視野を広げ、関係をつくる

**地域にある保健・医療・介護・福祉の資源を活かすと同時に
脱領域で。**

**「いつもの視野・発想」に縛られず
わが町の特徴をとことん活かす。**

**自地域には、すごい人が眠っている。
思いがけない人が、思いがけない発想とパワーを出す。
当事者につながるつながりを生み出す。
認知症地域支援のイメージが変わる！
地域の元気がでる！**

外に出かけ、行方不明の危険が高まった人を
本人が暮らす経路にそって多資源で支える

早朝から散歩したり、買い物に

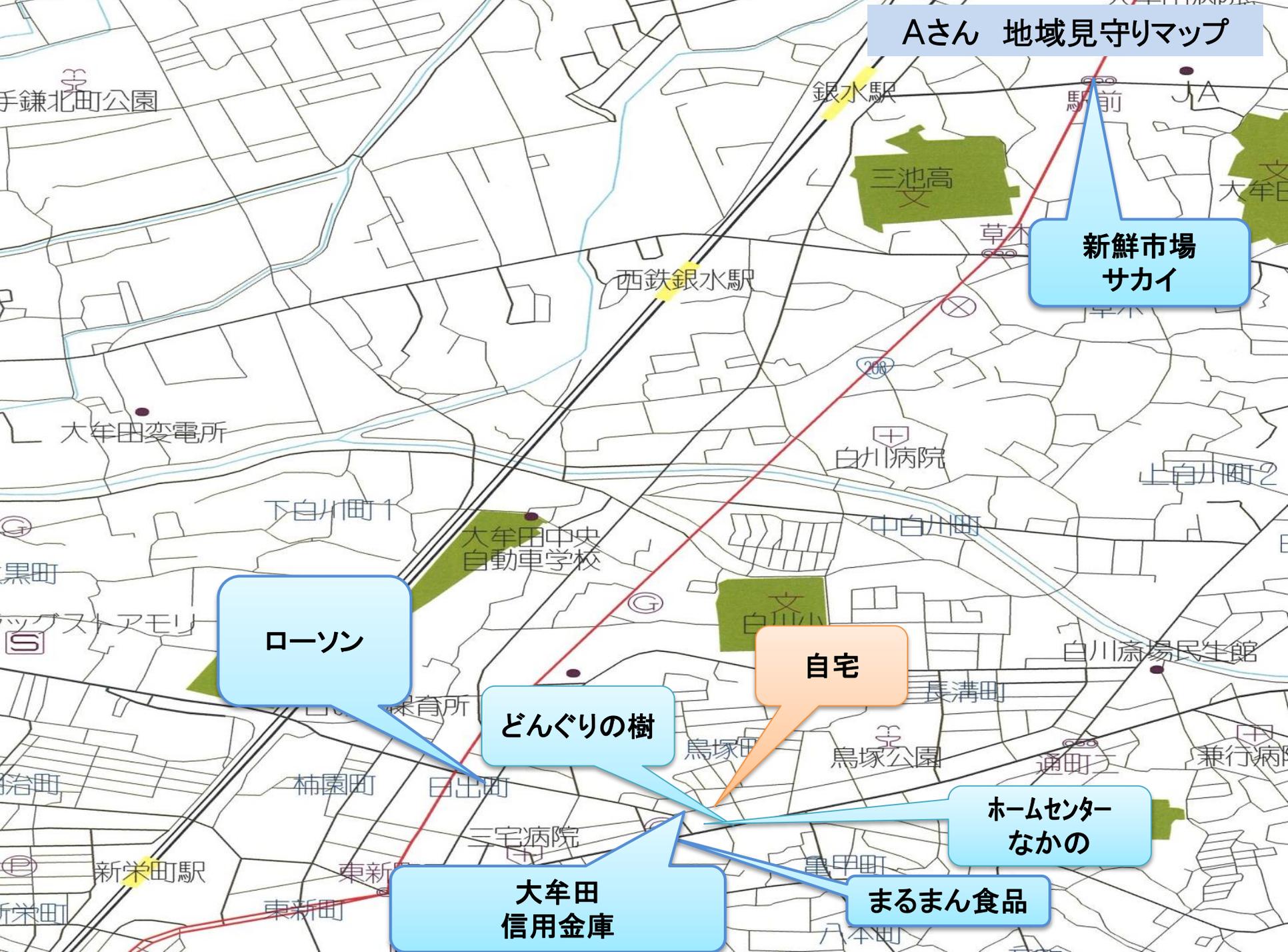
行くことが私の日課です。

自宅にいても一人で寂しいから。

一人で外に行って大丈夫かって？



Aさん 地域見守りマップ



新鮮市場
サカイ

ローン

どんぐりの樹

自宅

大牟田
信用金庫

ホームセンター
なかの

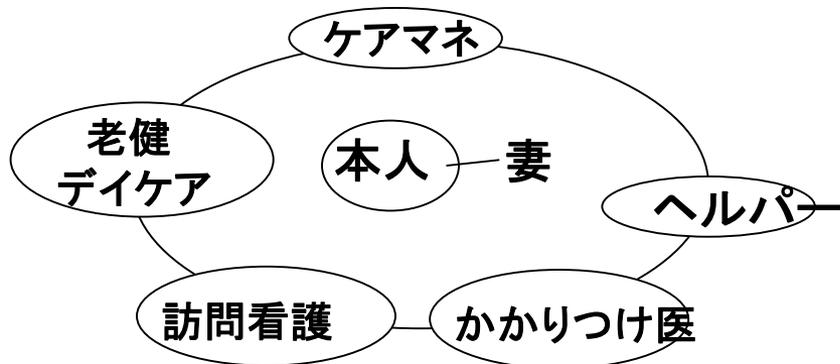
まるまん食品

みんなが温かく見守ってくれてるから 私は今日も元気です。

本人が暮らす姿を町の人たちが
日常の中で無理なく見守る+地元のプロがバックアップ



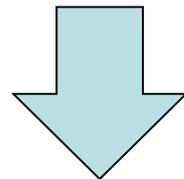
**地域事例⑧ 本人視点にたって、本人の暮らしや地域とのつながりを見直し、
本人がよりよく暮らすためのつながり・支援を増やしていった例**



**それなりにケアや連携をしていた・・・
つもりだったが、
あらためて、
本人や家族の声を聴きながら
「わたしの支援マップ」
(センター方式A-4シート)
に書き込んでみた**

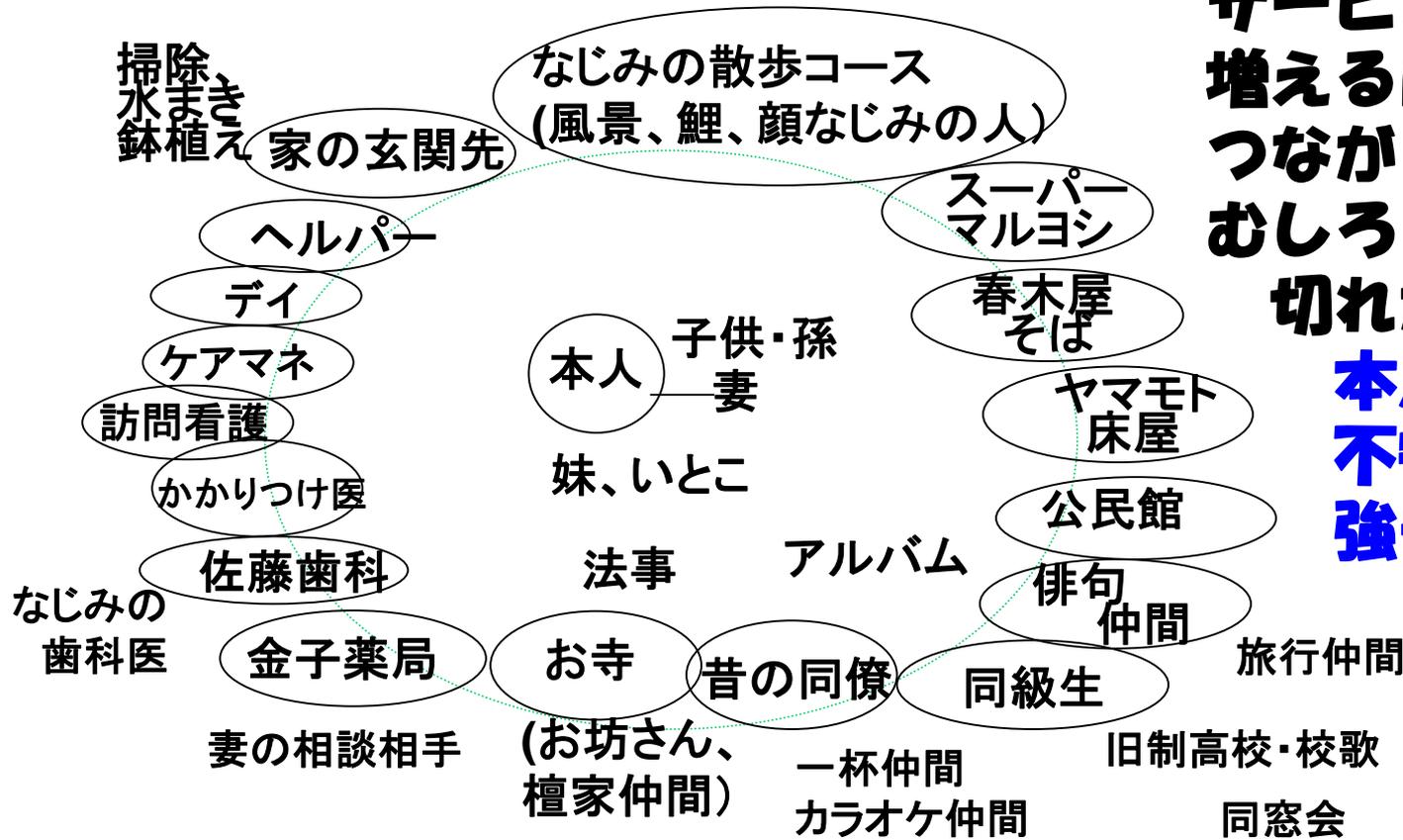
*** 本人の視点に立ちながら・・・**

**本人のなじみの場や人は・・・
本人が行きたいところは・・・
会いたい人は・・・**



本人がこれまで築いてきたつながり、そして自分らしい暮らし方が「A-4 わたしの支援マップ」を通じて浮き上がってきた！

・家族、本人、関係者からの、「ちょっとした情報」を寄せ集めながら



サービス利用が増えるにつれて
つながりがむしろ

切れかかっていた

本人・家族ともに
不安・ストレスが
強まり、孤立し
かけていた。

地域資源のひとつ、ひとつ

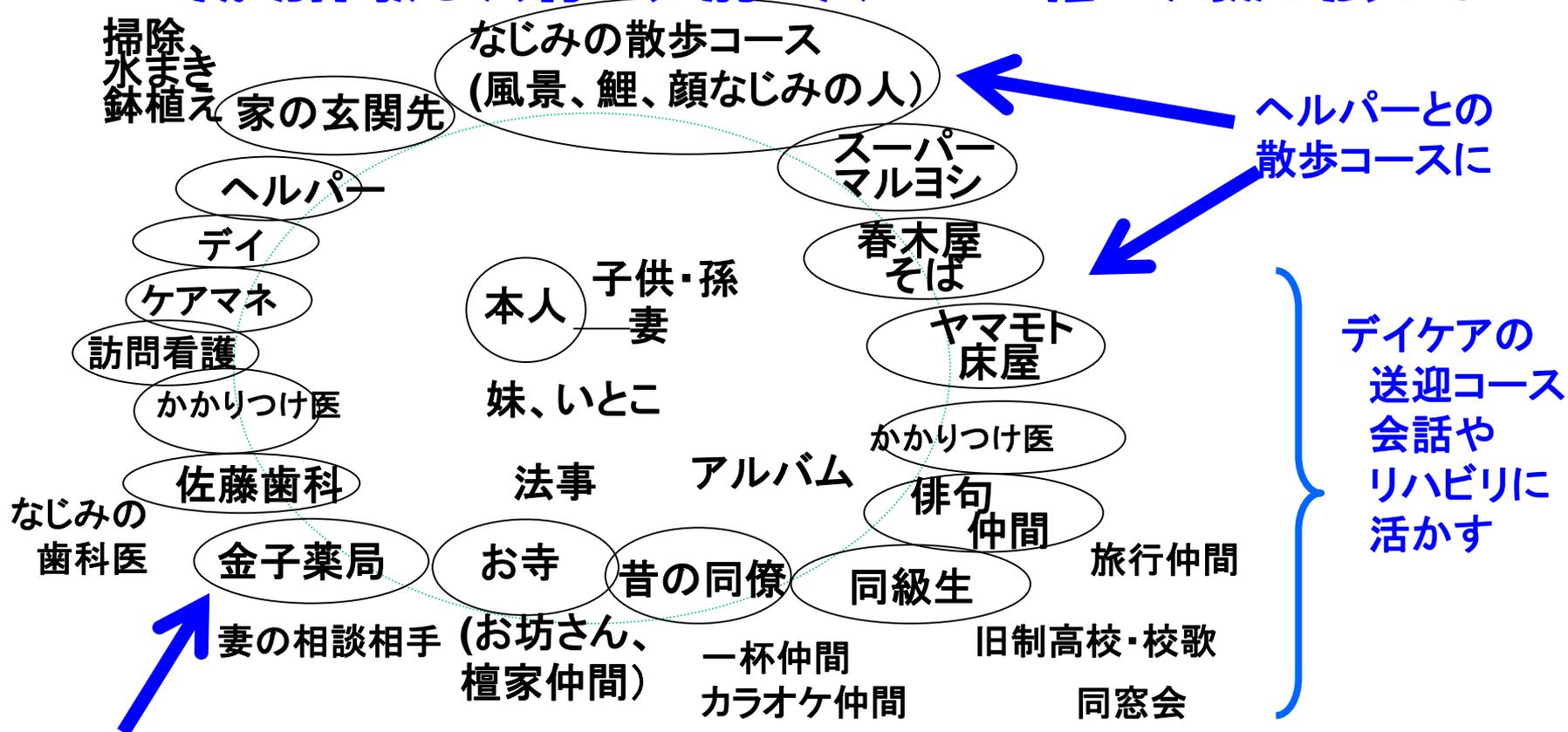
本人にとっては 安心・よろこび・活力・自分らしさの源

ケア職員だけで抱え込まず、地域の力を借りよう

⇒ケア職員の素朴な声かけで、地域の多くの人を支え手に

⇒本人・家族が安心、生活が広がり、状態も安定

⇒成功体験を共有し、別の人への一緒の支援が広がる



- ・薬の確認(居宅管理指導)
- ・妻の支援

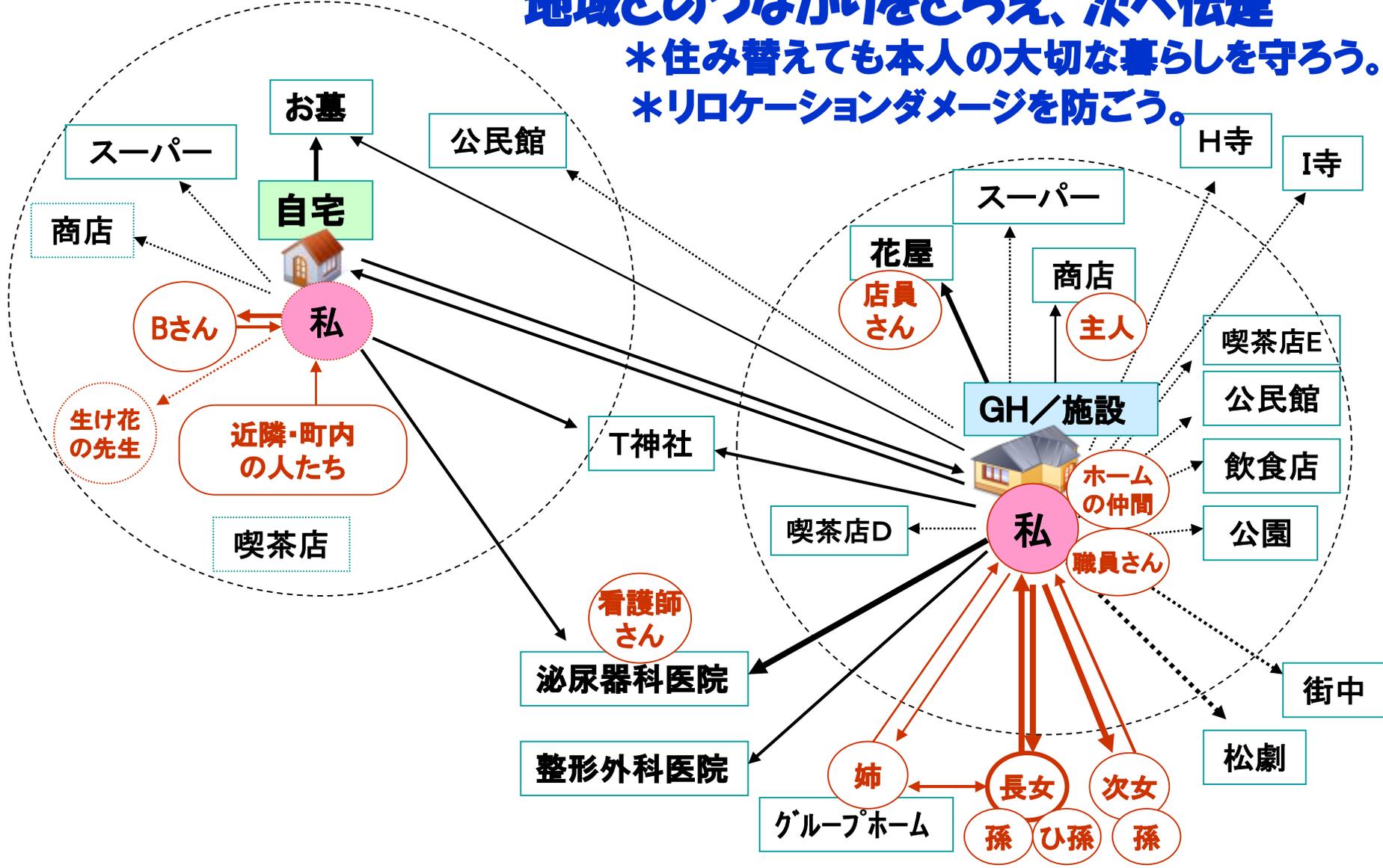
認知症サポーター養成講座をお勧めしたら、受講してくれた。会いに來たり、外出・受診のサポート役に

「わたしの支援マップ」
(センター方式
D-4 シート)

地域事例⑨ 住み替え時に「本人がつかない続けたい」地域資源情報をボタンタッチしている例。

自宅での生活限界とないグループホームへ 地域とのつながりをとらえ、次へ伝達

*住み替えても本人の大切な暮らしを守ろう。
*リロケーションダメージを防ごう。



わが地域にあるすべてが大切なパートナー:知る、出会う

- ▶ **自治会** ▶ **民生・児童委員(協)** ▶ **(地区)社協**
- 見守り協力者、集落支援員、婦人会、老人クラブ 地域の長老
- ▶ **消防団、防犯・防災メンバー** 祭の関係者
- ▶ **寄り合いどころ(地域サロン等)**
- ▶ **町の趣味・文化・運動サークル、**
ウォーキング好き、ラジオ体操の会 ▶ 犬の散歩仲間、動物
- ▶ **未就園児母子、子ども会、学童クラブ** ▶ **子育てサークル**
- ▶ **青年部、若者/グループ、団塊の世代**
- ▶ **ボランティア(地元の会)施設慰問グループ**
- ▶ **介護者の会、家族の集い** **NPO**
- ▶ **同級生つながり、同僚つながり** など

民

産

本人・家族

学

官

- ▶ **近くの大学**
- ▶ **高校** 学校
- ▶ **中学校**
- ▶ **小学校**
- ▶ **保育園、幼稚園**
送迎バス
- ▶ **子供たち**
- ▶ **先生たち**
- ▶ **PTA**



- ▶ **個人商店(八百屋、魚屋、肉屋等)、スーパー、コンビニ、コープ直売所** ▶ **飲食店** ホームセンター、大工、お寺
- ▶ **薬局** ▶ **理美容店** ▶ **鍼灸院、整骨院、マッサージ**
- ▶ **宅配業者、新聞店配達、ヤクルト、牛乳、ゴミ回収業者**
- ▶ **タクシー、バス、駅・鉄道、トラック、ガソリンスタンド**
- ▶ **銀行、信用金庫、郵便局**
- ▶ **カラオケ、パチンコ**
- ▶ **農家、農協、漁協、商工会**
- ▶ **工場、倉庫**

地元企業



▶ **医療・介護・福祉事業所**

- ▶ **市職員、**
- 地域包括支援センター**
- 保健センター**
- 老人福祉センター**
- 公民館**
- ▶ **消防本部**
- ▶ **警察** など



参考・富士宮市資料をもとに
静岡市の関係者の話し合いで加筆

わが町の場、自然、季節、文化、等

- ★町のあらゆるものが、見守り・支え手→人から人へ活きた関係を紡ぐ
- ★領域を越えたつながりが、新たな解決力を生む:専門職・行政職も地域の一員
- ★本人、家族:地域支援・体制づくりの大事なパートナー!

視界や発想を広げると・・・

⇒事業や取組みが思いがけなく展開していく。

*福祉・保健・医療以外の異分野の
資源が、地域支援・連携の起爆力。

*他領域とのつながりが、新たな解決力を生む。

*従来の縦割り問題の解消の近道。

*取組みが豊かで、生き活きたものになる。

*取組む人たちが、面白くなる。やる気がでる。
伸び伸びと自発的な力を発揮する。

⇒持続発展的に取組みが進展する。

ポイント④ 地域支援の推進役の人材・チームを各エリアで育てる

認知症地域支援推進員とともに連携・支援体制づくりを進めていく人材・チームが各エリア単位に必要。

＊地元のことをよく知り、主体的に考え、動く人材・チームを、小さな地域単位で育てよう。

⇒結果として、内実を伴った、連携・地域支援体制づくりが進む持続的に発展する。

地域支援推進員のみが、推進役を果たしつづけていると……

■孤軍奮闘

・負荷が増す一方。 ⇒機能停止状態に陥る危険あり。

■行政側、専門職のお任せ、依存状態が強まる。

「推進員さんがいるんだから……」

■推進員が交代すると、またゼロから関係や連携作り
賽の河原状態……

認知症地域サポートリーダー養成講座

山鹿市

①目的

- 認知症の人やその家族への適切なサポートや、地域住民に対する啓発活動およびネットワーク活動の実践ができる人材を育成（キャラバンメイト養成研修を兼ねる）

②対象者

- 介護・医療サービス事業所の職員（特に地域密着サービス事業所には要請）
- 社会福祉協議会職員（要請）
- 地域包括支援センター職員
- 広報で募集した一般市民

③内容

- 平成20年1月から1年間・毎月1回の研修会
- 小規模多機能ホームでの実習
- 地域資源マップ作成や徘徊模擬訓練への参加
- 出前講座の企画と参加

講座の
視点は

正しい理解

本人中心の支援

まちづくり

サポートリーダー養成講座風景



認知症地域サポートリーダーの活動

サポートリーダーは1年間の講座を受講し、それぞれの地域での活動を展開

- ・ 身近なところで認知症の人や家族のサポート役
- ・ 地域でキャラバンメイトとしての啓発活動
- ・ こどもサポーター養成講座（グループワークのファシリテート）
- ・ マップ作成継続と協力者を増やす活動
- ・ サロン、地域の縁がわの実施
- ・ 認知症の人と家族のつどいの開催
- ・ 地域密着サービス事業所の運営推進会議への参加
- ・ 地域の見守り活動や徘徊者の搜索協力
- ・ 活動拠点づくり(法人や事業所の立ち上げも)
- ・ 民生委員や福祉協力員と連携した個別訪問

各圏域ごとのブロック会議の実施
 (各2ヶ月に1回)→地域課題の検討、
 活動計画・報告(包括スタッフが参加)



地域事例：市が、地域の取組みを推進する人材・チームを
計画的・継続的に育てている地域

平成24年度強化事業

大崎市認知症地域支援推進 チーム人材育成事業



(1) 事業開始のきっかけ

- 認知症地域支援推進員と連携できる**仲間**をつくりたい
- 地域**資源**を活かしたい
- 地域を支える**拠点**をつくりたい



地域人材育成事業を取り入れてみよう

- どこと手を結ぶ？⇒**地域の支えとなる場所**になれるところ
 - 認知症地域支援推進員，地域密着型サービス事業所，市内特別養護老人ホーム(29箇所)，行政
- ⇒各法人の長に趣旨の説明と、「**職場に考え方を伝達できる・地域に目を向けられる人材**」の推薦を依頼

研修名	地域型基礎研修		認知症ケア地域推進研修	認知症ケア地域推進トレーニング研修	地域型基礎研修 (ファシリテーター実践研修)	
	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回
日程	9月	10月	11月	12月	1・2月	2・3月
形態	チーム全体				地域包括単位	
研修の位置づけ	チーム育成のための基礎的知識や考え方を学習				チームとして地域づくりのファシリテーターとして実践	
	ともに地域をつくる仲間づくり					

地域人材育成プログラム(大崎市版)
地元カスタマイズ

本人の思いをじっくり聞きたい

今までの生活の大切さが分かった

グループワークでいろんな意見を聞いた

現場に活かしたい

相談のききとり方が変わった

本人の心地いい生活を考えるようになった

ものの見方や考え方が変わった

職員の関係づくりにも応用できる

本人本位のケアで、状態が安定した

顔が見える関係が
できてきた

考え方を広めたい

どこと手を結び、どうやって広げていくか

一緒に活動できる仲間をつくろう

居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員，支援チーム職員の事業所

地域人材育成事業の展開

★各地域で ⇒ 来年度もこのチームで何かやりたい！！



地域ごとの課題に合わせたやりかた

★認知症地域支援推進員 ⇒ 仲間ができた！！

★チームメンバーより

- ・特別養護老人ホーム⇒職員の意識が変わったらケアが変わった
- ・グループホーム⇒センター方式を取り入れて、アセスメントを見直したら、ケアが変わって、本人が落ち着いた。職員間のコミュニケーションも。
- ・短期入所生活介護⇒なじみの生活を取り入れたら、ショートステイで本人が落ち着いて過ごすことができた
- ・居宅介護支援事業所⇒本人・家族の気持ちが理解できた
(アセスメントが変わって、サービス事業所と情報共有ができた)
・・・などなど



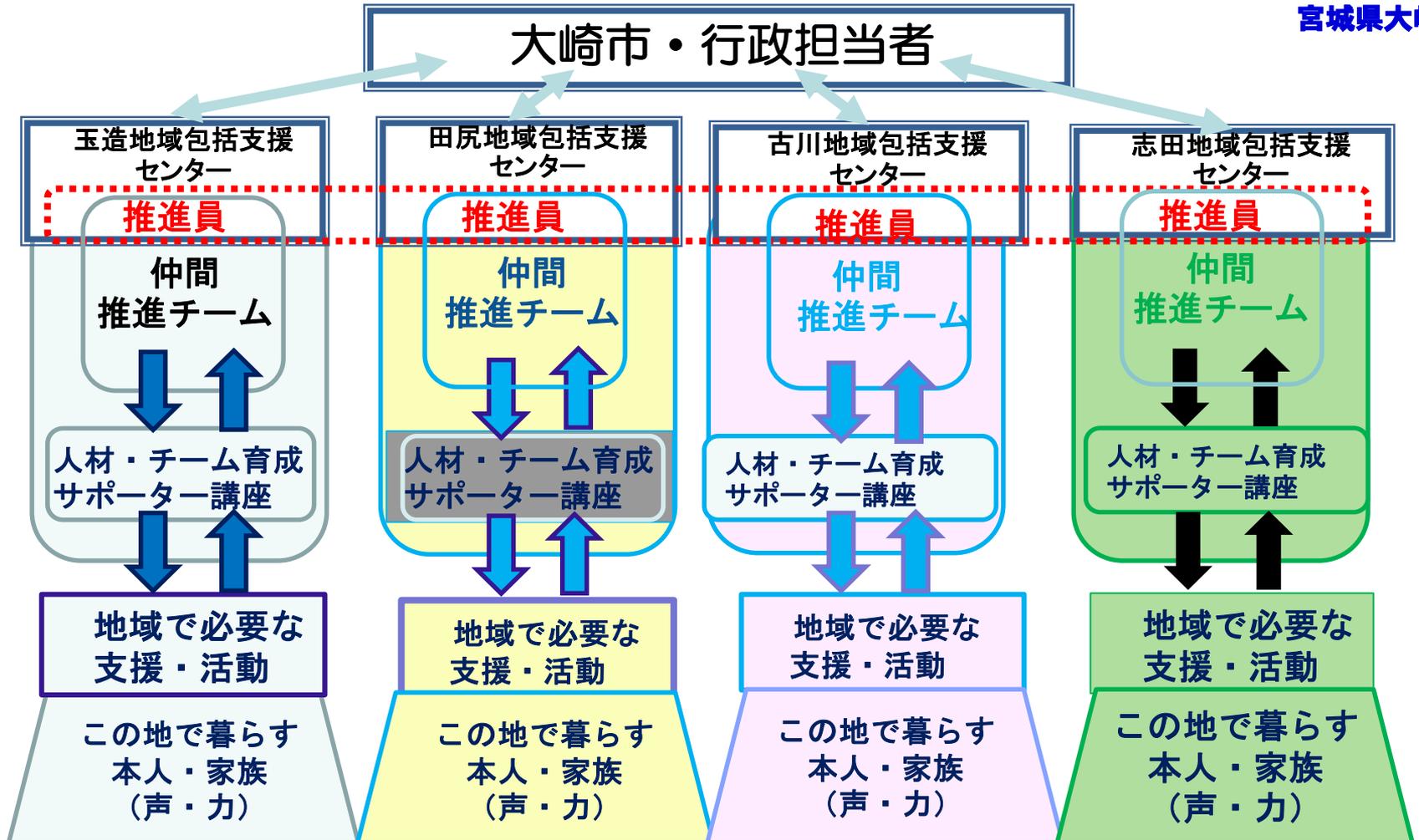
来年度も広げていこう

地域人材育成研修の成果

認知症地域支援の推進人材・チーム育成を通じて～約2年間～

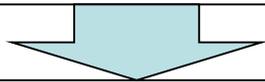
本人の視点を大切にする仲間・推進チームが育つ⇒チームで地域の専門職・住民を育成
⇒各地域ごとに工夫しながら地域活動を展開⇒本人・家族が早めに身近な場・人とつながる

宮城県大崎市



参考：推進員の配置を、行政として大切に活かそう

- **推進員にお任せにしない。**
- **推進員を孤立させない。**
- **推進員が、地域に根を張り、仲間を増やしながらか
焦らず息長く活動していく後押しを、行政がしっかりと。**



- **行政担当者と推進員が、率直に話し合う機会を定期的につくる。**
- **方向性・方針合わせをする。**
- **推進員が地域で知られ、信頼を得られるように行政が環境作りをする(存在周知のチラシ、要所に一緒に出向く等)**
- **推進員の仲間作りの機会をつくる(例：大崎市)**
- **推進員から、当事者・地域の現状・望みをよく聴き、施策・事業・予算化に反映する**

ポイント⑤ 地域支援を最前線で実践する人を育て、 そのつながりをつくる

- ＊認知症の人の支援・連携は、「人」で決まる。
- ＊古い考え方ややり方ではなく、これからの認知症の「人」の生活、支援のあり方を理解し、日々の中で実践していく人材を地元で着実に増やしていくことが必要。
- ＊認知症や医療・介護等の知識・スキルの習得と同時に支援者間・専門職間の相互理解とつながりを生み出す機会(研修、集まり)が必要。
- ＊地元の人材の育成を、「よその講師まかせ」にせず、自治体/地域で計画的に継続的に育てていくことが重要。

地域事例：地元の最前線で働く多職種に呼びかけ、本人視点で一緒に学ぶ、互いを知る・つながって支えあう研修を継続的に開催し、活きたネットワークを育てている例

行政職員

医師

ケアマネジャー

家族

訪問看護師

ヘルパー

社協職員

仲間が仲間に
声かけし
輪を広げよう



地域包括支援センター職員

民生委員さん

地域の人

施設職員

地域密着型の職員

デイサービス職員

本人は
どうなんだろう・・・

- ・最初は小さく、少人数から始め、関係作りを丁寧に
- ・参加者自体の実践、力、つながりを活かす。
- ・とにかく継続

ポイント⑥本人・家族と支援者が地域で出会い、 支えあう場(地域拠点)を育てる

既存の場は・・・

＊ 本人・家族、地域の人にとっては
(物理的・心理的に)遠い、敷居が高い。

＊すべての人を既存の場で受けていたらパンクする。
今後の数の予想を冷静にみよう。

⇒もっと、身近なところで気軽に行けて、
関わりやつながりを継続的に持ちやすい場が必要。

⇒一部の人のみがつながれるのではなく、より多くの人がつながれる多様な場を小地域内に作る

＊地域にある場をとことん活かす

気軽に出会え・つながれる場を、 生活圏域ごとにつくる、増やす、育てる：様々な地域事例

* 当事者が日常的に通る、立ち寄りやすい
(既存の) 場を探す、活かす

* 地域の多様な人たち・資源とともに
いっしょにつくり、育てる

* 地域支援推進員、包括職員や行政職員、
医師等が出むき、出前相談を。



地域密着型の事業所の
交流スペースを活かして



スーパーの一隅で
買い物ついでに
立ち寄ってもらう



学校・学童クラブの一隅で



地域の空き屋・空き店舗で

ポイント⑦ 本人・家族と地域の人、専門職が共に 話しあい、一緒に楽しく活動する機会をつくる

地域支援推進員や専門職・行政職員のみでは、

- ・いつもの発想ややり方の範囲内でとどまりがち。
- ・取組みを進めても、広がらない、深まらない
- ・住民がお任せ(依存状態)や義務的になり、長続きしない。

本人・家族、町の人たち、専門職が集まり
わが町のこれからにむけたアクションを
具体的に話しあう機会をつくろう。

この町で
何が必要か
何をやってみたいか
何ができるか、
自由なアイデアを

会議だけしていないで、とにかく町に出て動き出そう。

☆一緒に汗を流す、共通体験をつくる

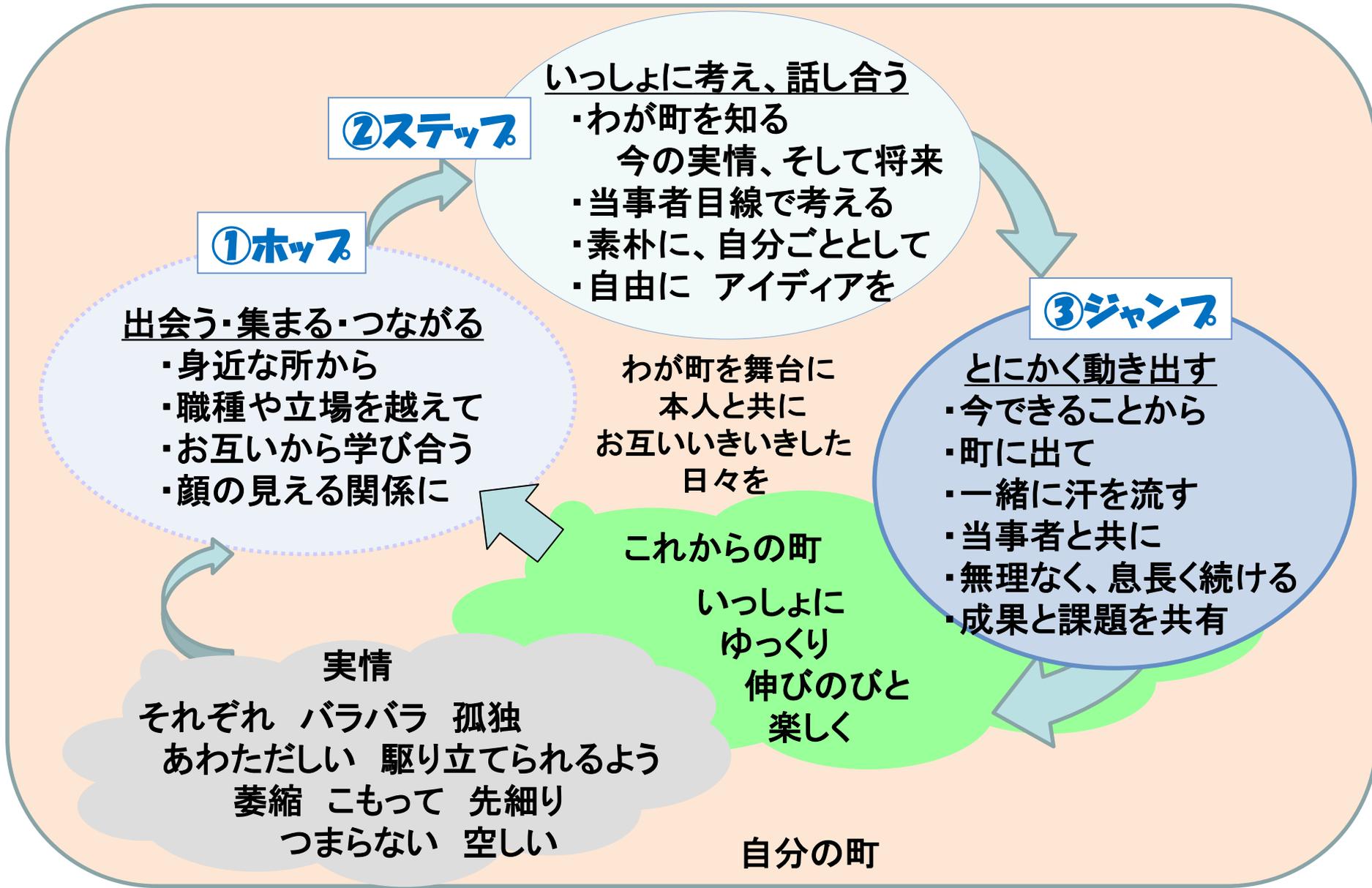
⇒ やってみることで、(小さな)成果が生まれる(失敗も含めて)

⇒ やって見たからこそその(小さな)成果を丁寧にキャッチして

広く広報していこう *新たなつながり、アクションの呼び水にする

参考 アクションミーティング

多様な人々がと出会い、これからを話しあい、ともにアクションを生み出す
集まりを地元で開催しよう！ ⇒お問い合わせ:東京センター 03-3334-1150



地域事例

地域の人と専門職、行政職が参加するアクションミーティングを継続的に開催し、顔の見える関係作りと当事者に役立つ連携・支援を連鎖的に生み出している例

新潟県湯沢町

地元の認知症の人が地域でつながり、元気に暮らしていけるために、どんな活動があったらいいだろう？ みんなで自由にアイデアを出しあう。



➤畑仕事とか一緒にやれたらいいね
本人や地元の人と一緒に…

畑をやれたらいいなあ…と
呟き続けていたら…

→うちの「あそこ」つかっていいよ。

→看板、つくってあげるよ

→看板立てるの、手伝うよ

* 思いがけない人がつながって
「つぶやき」が、実現！



つながりがつながりを生んだ・・・

地域包括職員、保健師、介護職、介護家族、認知症の本人、病院看護部長、福祉課長、社協、産業課、マンションの人、民生委員、近所の人、通りがかりの人



課長さん:畑、やりたい。



こもりがちな認知症の人、施設で暮らす人が畑で大活躍中！
畑で、包括職員とケアマネが気軽にケースの相談。



通りがかりの人にも参加を呼びかけ。
オープンな場で多様な市民が参加しやすい。

とにかく始めてみる→一緒に楽しむ・元気が湧く、次の企画が生まれる
⇒畑を拠点に、見守り・SOSネットワーク作りにも発展中。

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

9月24日

町で気がかりなこと⇒こうなってほしい町の姿⇒一緒に「やってみたいこと」

医師、介護職
行政職、社協職員
民生委員、若者

第2回 一歩！ やってみたいことを具体化しよう

10月22日

「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！

11月21日

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 地域づくりフォーラム

11月30日

アクションの実行にむけて地元の人へ協力や参加を呼びかけよう

町の中で、いっしょに、楽しく、息長く！

**皆が集まる輪
(防災訓練)
おはようチーム**

**とーそいらっしゃい!
ごはんですよ**

**ぶらい付き添い
サービス
ぶらい歩き付き添い隊**

笠間が
「こんな町になってほしいなあ」
「こんなことをやってみたいなあ」
ワイワイ、自由に話しあったら……
同じ考えをもつ人たちがつながり
元気が湧くプランが
もつも生まれました!

**ナイトクラブ
楳包美
(ごほうび)**

今月のお茶会

目指せボラキング! ボラキング製作委員会

地域事例：静岡市

現状を乗り越え、互いの安心・元気を高めるために

市が包括単位に多職種に呼びかけアクションミーティングを開催

認知症になっても
安心して暮らせる町に

アクションミーティング

- 身近な地域を舞台に
- 多職種の人々が集まり、顔の見える関係で
- 自由に語りあい、アイデアを育てて、動き出そう！

現 状

- 地域で暮らしていけない人が急増中。
- なんとか支援したくても、
時間も人でも、お金も足りない・・・
- 一生懸命やっているけど、
くたびれてる、自分はいくら無理・・・
- この先どうなるのか、
先行き不安だけがふくらむ・・・

市が、きっかけをつくる

* 「知識を学ぶ」から、つながり・動き出すステージへ

* 地域で何かをしてみたい・・・

そんな思いの人が自主的に集まって...実は沢山いた！

☆領域を限定しないで

☆人から人へと口コミで

* 負担、大変・・・でなく

ちょっといっしょに、この町で、

楽しく、お互い元気になる時間をともに

ユニークなアイディアを出し合い

できることから、息長く

詳細な説明: このシートは、市が主催する「わがまちアクションシート」のワークシートです。上部には「群馬県 沼田町 沼田町民会館 沼田町民会館 沼田町民会館」の住所情報と「地域名(包括名)」の入力欄があります。中央には「わがまちアクションシート」というタイトルがあり、その下に「チームの名前」の記入欄があります。右側には「チームのメンバーの名前」の記入欄と「チーム写真 貼りこみスペース」があります。下部には「このアクションで実現したいこと」の記入欄があり、その下に「このアクションで実現したいこと」の記入欄があります。最下部には「チームメンバーからのメッセージ」の記入欄があります。

夢と希望を実現する具体的アイディアを見える化するシート

市内の医療・介護職員を募り、地域包括支援センター単位でチームを作り
アクションミーティングを開催



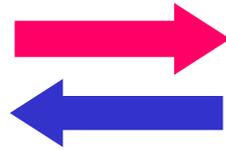
各自がばらばらなまなな努力を積み上げるのではなく、
各地域の中で多職種がつながりあって、
本人・家族に役立つ支援をしたい。
もっと楽しく、自分たちも地域で自然体でできることを。

新オレンジプランの
主な事業に関連した
と取組みを、
現場の人たちが
楽しみながらスタート

自発的なアイデアから自主的な活動が生まれています
多職種による相談会、出前講座、出会いの場作り(カフェ)、いざという時のお助け隊等

地域を舞台に、「一人」の支援・ネットワークを丁寧に！

「一人」を支える
ネットワーク



地域の
支援ネットワーク

Aさんの
支援ネットワーク

Bさんの
支援ネットワーク

Cさんの
支援ネットワーク

Dさんの
支援ネットワーク

本人と家族を支える資源を見つけよう、つなげよう、創り出そう

小地域のネットワーク

認知症地域支援のネットワーク

地域のつながり

地域の多様なネットワーク

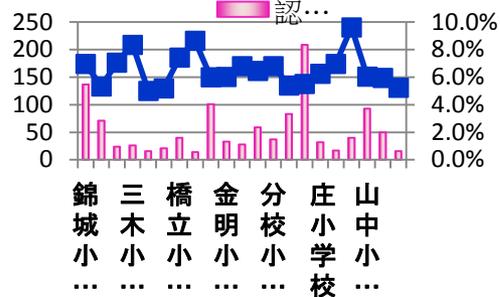
(防災・子育て・自殺対策・趣味グループ。同級生等)



<懇話会で現状と将来を話しあう>

<小地域ごとのデータ集約・検討>

<本人に学ぶ:メイト講座にて>



<本人の声を聴く>

やることや成果を急がず
地域の現状と将来を
見据えて

<団塊世代が啓発活動>

<母親学級で>



当事者本位で
本人の視点・
声・力を大事に

*地域の人々、多職種が
自分ごととして一つの方向に
向けてつながり協働が進む鍵

コツ

脱領域で のびのび
*自分の領域のみで発想しない、
活動を限定しない



地域の人々の
主体性を大事に

*地域の人たちはすごい力をもっている。

地域固有の
資源を活かして

*「わが町」ならではの
人が集い、取組みの
きっかけ・拠点になるものを
探し・活かす



<地元情報で真剣に
役立つマップづくり>



<消防隊:早期発見・見守り、SOS時の強力なメンバー>



＜疾患センター医師＋スタッフ＋
地域で長年取り組んできた職員＋
家族会代表＋行政・保健師＞



＜専門職＋地域の
住民リーダーのチームを
小学校区ごとに育てている＞

**推進する基盤
をつくる**



**ビジョンを
掲げて活かす**
＊地元言葉で



**できることから動きだし
着実な成果を**

- ⇒小さな成果をきちんと集めて
- ⇒途中段階からどんどん発信
- ⇒新たなニーズ・資源とつながる



**最前線を担う人材・つながりを
一体的にそだてる**



＜ケア職員＋医師＋家族＋住民が
一緒に学ぶ、話し合う、つながる＞

**すでにある事業を活かして
相乗効果をねらう** <防災対策と相乗り>



＜町の活性化の取組みの
人たちと一緒に＞



＜オトコの料理教室と相乗り＞





**現場に出向く、
現場の実情・声・
力をとらえながら**



**新鮮で、楽しく
親しみやすい
企画を織り込んで**

**＜サポーター講座の参加者が
即、地域密着サービスに
遊びに来て、いっしょに＞**



プロセス

**一つを活かして
つながりと、流れを
生み出す**



**ひとりずつ
共に進む仲間を
増やしなから**



**身近な地元で出会い
語り合い、一緒に動く**

平成27年度 第2回認知症地域支援体制推進全国合同セミナー（平成27年10月8-9日開催）

<ワークシート1:1日目用>

※本ワークシートは、1日目終了時に、一旦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

1. 取組事例を聴いて、行政の役割(果たしていること)や取組みに関して、自地域でも参考にしたい点、取り入れたいことについて、具体的に記しておこう。

○石川県加賀市

○奈良県大和高田市

2. 自地域の進捗状況を確認してみよう *できるだけ具体的に

1) 施策・事業や活動で特に注力していること ⇒取組みを通じての変化・成果、手ごたえ	2) 施策・事業や活動を展開していく上で、特に課題になっていること⇒強化が必要なこと

3. これからの展開にむけて: 一歩先に進むため、自分の立場でできること、やってみたいこと
*グループでの話しあいを通じて、気づいた点、考えたことを記しておこう。

1) 活かしていきたい自地域の特徴、資源、活動等	2) 自分の立場で、できること・やってみたいこと

1日目の情報や気づきを、2日目に活かそう!

お疲れさまでした。

<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

4. 1日目の情報や気づきを、自地域の今後の展開に活かそう！

自地域の課題は * 一歩掘り下げてみよう	今後の展開に活かしたい具体的なアイデアや工夫は

5. 北海道釧路市の取組みを聞いて 自地域でも活かしたい点、できそうなことについて、具体的に記しておこう。

--

6. 「わが町のこれから」にむけて、自地域の取組み、自分の取組みを補強しよう * 具体的に

①自地域の課題、特徴を踏まえて、自地域で強化したいと思うこと(具体的に)	
②そのために自分が取組んでみたい、やってみたいこと	③そのために、つなげたい人・組織・事業など

☆地元を持ち帰って、伝えよう、話しあおう、次の一歩を踏み出そう！

<グループワークメモ> わが町の取り組みの進捗状況とこれから:情報や気づきを大事に記しておこう、自地域に活かそう

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
★2. 進捗状況の確認 1) 施策・事業や活動で特に注力してきていること⇒取り組みを通じての変化・成果、手ごたえ				
★2. 進捗状況 2) 施策・事業や活動を展開していく上で、特に課題になっていること⇒強化が必要なこと				
★★3. これからの展開にむけて 1) 活かしていきたい自地域の特徴、資源等				
★★4. 自地域のこれからの展開にむけて 2) 自分の立場で、できること・やってみたいこと				