

平成29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が地域でよりよく暮らすため支援体制を共に築いていくために～
 認知症介護研究・研修東京センター

プログラム

【1日目】 9月7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、セミナーのねらい |
| 13:10～13:50 | 1. 認知症施策の最近の動向について 厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室 |
| 13:50～14:15 | 2. 今の段階でやるべきこと・できることは何か ～認知症施策の各種事業を着実・持続発展的に展開するために～ 認知症介護研究・研修東京センター |
| 14:15～14:30 | 休憩：各地域のポスター・参考資料等の閲覧・ネットワーキング |
| 14:30～16:00 | 3. 他の自治体の取組みからヒントを得よう：その1 報告1：認知症でもだいじょうぶな町づくり 住民と多職種～人と人「地域」をつなぐ～取り組み 大阪府泉南市健康福祉部長寿社会推進課 奥野 豊司 さん 山中 理恵 さん ○この地域の取組みのここに注目！（報告者と共に確認しよう） ◆質疑応答 報告2：認知症を自分事として考え動く人材とつながりを大切に ～住民力を活かして認知症施策を草の根で一体的に展開～ 鹿児島県大島郡大和村保健福祉課 早川 理恵 さん ○この地域の取組みのここに注目！（報告者と共に確認しよう） ◆質疑応答 |
| 16:00～16:15 | 休憩：各地域のポスター・参考資料等の閲覧・ネットワーキング |
| 16:15～17:30 | 4. わが地域の取組みの今とこれから：報告を活かして自地域の取組みを考える 1) 個人ワーク ① 報告から参考になったこと、気づき ② 自地域の取組みに、どう活かせるか 2) 他地域の参加者と話し合おう：グループワーク ③ 情報交換：自地域の現在の取組みと個人ワークを通して考えたこと ④ 討 議：自分の立場を活かしてやってみたいこと *「わがまちからの発信シート：ここが知りたい、これを伝えたい」 本日のまとめと明日のオリエンテーション |

■17:30～19:00 希望者による情報交換とネットワーキング

【2日目】 9月8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 | 5. セミナー1日目の情報や気づきをもちより、話し合おう ～他地域情報を最大限活かし合おう～ グループワーク 1) 自地域の取組みに活かしたい他地域の取組み情報の共有 2) 自地域の取組みの課題、注力すべき点の確認と共有 |
| 10:45～11:00 | 休 憩： 各地域のポスター・参考資料等の閲覧・ネットワーキング |
| 11:00～12:30 | 6. 他の自治体の取組みからヒントを得よう：その2 報告3：認知症の人を地域で見守り支える仕組み作り ～オレンジサポーターによる見守り活動～ 群馬県高崎市福祉部長寿社会課地域包括支援担当 田中 亜紀 さん ○この地域の取組みのここに注目！（報告者と共に確認しよう） ◆質疑応答 7. サプライズ・トーク 認知症のわたしからのメッセージ （本人の会：立ち上げ準備中） 中田 哲行 さん （いこいの会） 村松 啓子 さん |
| 12:30～13:30 | 昼 休 憩： ネットワーキング・ポスター・参考資料の閲覧 |
| 13:30～14:30 | 8. 今、やるべきこと、できることはこれだ！ アイディアを出し合おう ～わが自治体/地域の課題をクリアしていくために～ ・情報提供 ・グループワーク + 全体共有 |
| 14:30～14:45 | 休 憩： 各地域のポスター・参考資料等の閲覧・ネットワーキング |
| 14:45～15:45 | 9. 今年度、そして来年度の取組をどう展開するか ・個人ワーク 2日間の情報・手がかりを、整理しておこう ・グループワーク ・全体で ・他地域の今後の取組みの企画、アイディアを参考にし合おう ◆質疑応答、意見交換 |
| 15:45～16:00 | ○まとめ ○今後について |

平成29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）

～本人と家族が地域でよりよく生きていくことができる体制を築くために～

2017年 9月 7日

認知症介護研究・研修東京センター
（進行：研究部長 永田 久美子）



ようこそ！ 全国合同セミナーへ

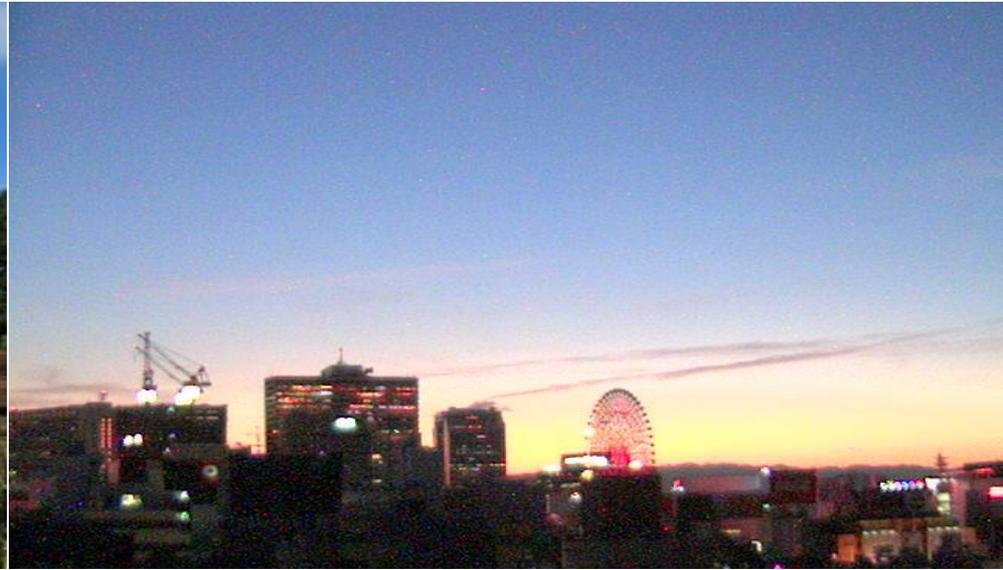


吉祥寺・井之頭公園

認知症になっても

住み慣れた地域で、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29年度第2回合同セミナー参加者概要

平成29年9月6日時点

| 区分 | 参加自治体数 | 参加人数 |
|-----------------------------|-------------------|------|
| 都道府県 | 6 | 9人 |
| 市区町村 (地域包括支援センター、事業者等含む) | 108 * 30都道府県から | 196人 |
| 合計 | - | 205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き各自自治体としての認知症施策を円滑に企画・運営し、地域支援体制を着実・持続発展的に築いていくことを促進する。

* 地元で暮らす認知症の人が、初期から最期までよりよく暮らし続けていくために。

合同セミナーで

国施策の
・方向性、
・最新情報
を知る。

全国各地の
取組を参考に
施策担当者・
関係者が、自
分の役割と進
め方方のポイ
ントを確認する

全国の担当者等との
情報・異見交換を通じ
自地域の今後の
あり方や施策・取組の
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
具体的な改良
* 効果的取組みの
推進を強化・加速

他の自治体・地域の人とのネットワーキング

めざす姿の実現にむけて、力を結集しよう！

本人：初期から最後まで、意思を尊重されて、地域でよりよく暮らし続ける



地域・生活・支援の現場

市 区 町 村

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

都 道 府 県

各市区町村の施策・取組みを推進・環境整備・バックアップ

国：厚労省、関係者省庁

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)、等

1. 認知症施策の最近の動向について

厚生労働省老健局認知症施策推進室
川島 英紀 室長補佐

2. 今の段階でやるべきこと・できることは何か

～認知症施策の各種事業を着実・持続発展的に
展開するために～

2017年9月



- ・やることが山積み・・・
- ・仕事は、認知症のこと以外にもたくさん！
- ・待ったなしの案件が次々に・・・



やるべきことを押さえてなかった。まずはこれをしっかりと。

同じ事業をするにも、もう少し、工夫できることを発見！

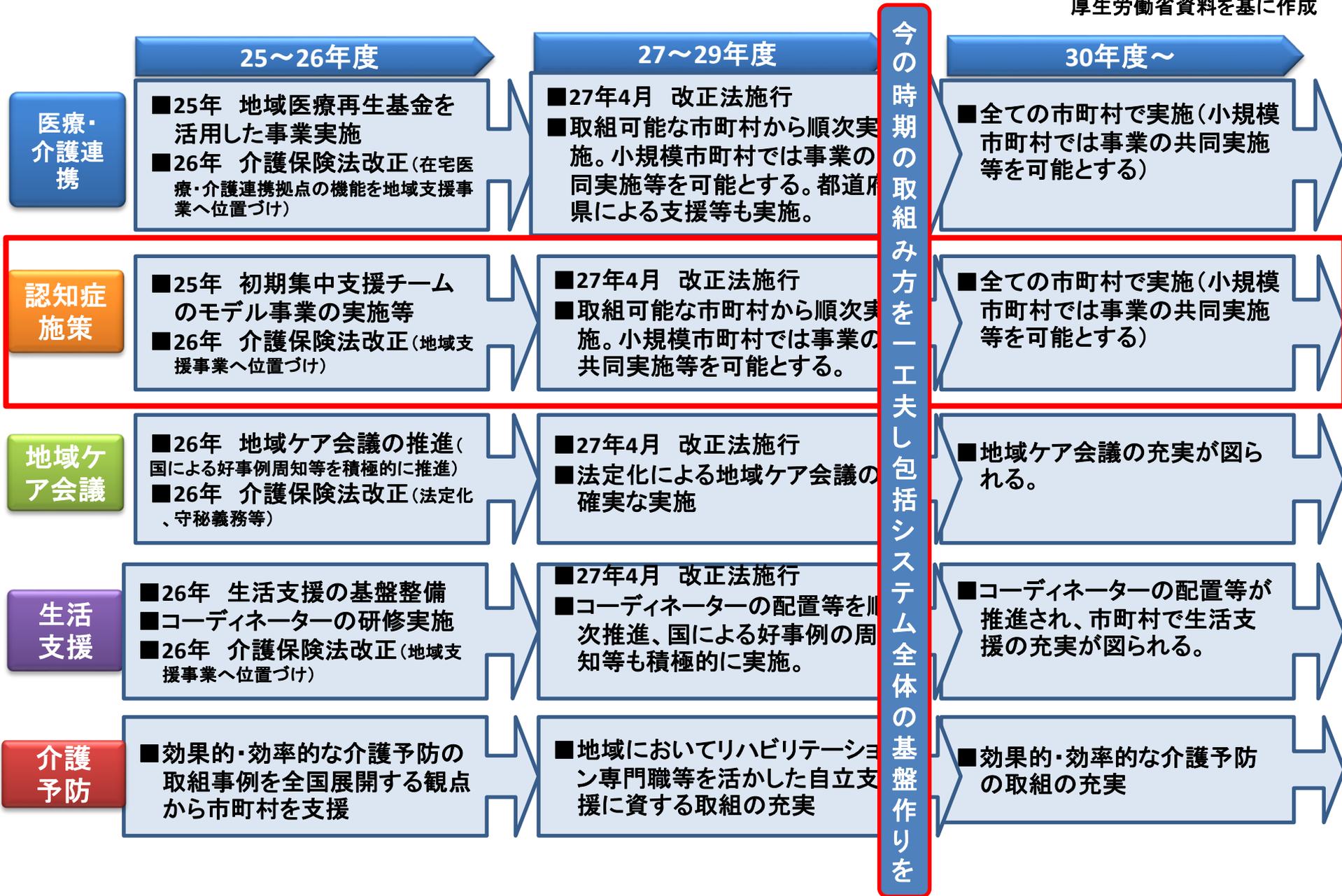
急がば回れ！ 焦らずに

この2日間

- ・少し立ち止まり振り返ってみよう。
- ・視野を広げて、今やるべきこと・できることを見つけよう。

地域での総合的な取組の推進:スケジュール

厚生労働省資料を基に作成



今の時期 ここから3月まで。

*あと6か月間（もある）

⇒各種事業の基盤作りをしっかりと。

⇒30年度以降のジャンプボードを作ろう。

~2000年度

2017年度

4月

9月

3月

2018年度

4月

2025~

各自治体

わが自治体なりの蓄積⇒

◇すでに着手していること

◇これから着手すること

◇平成30年度以降に着手すること

◆平成30年度以降の計画策定

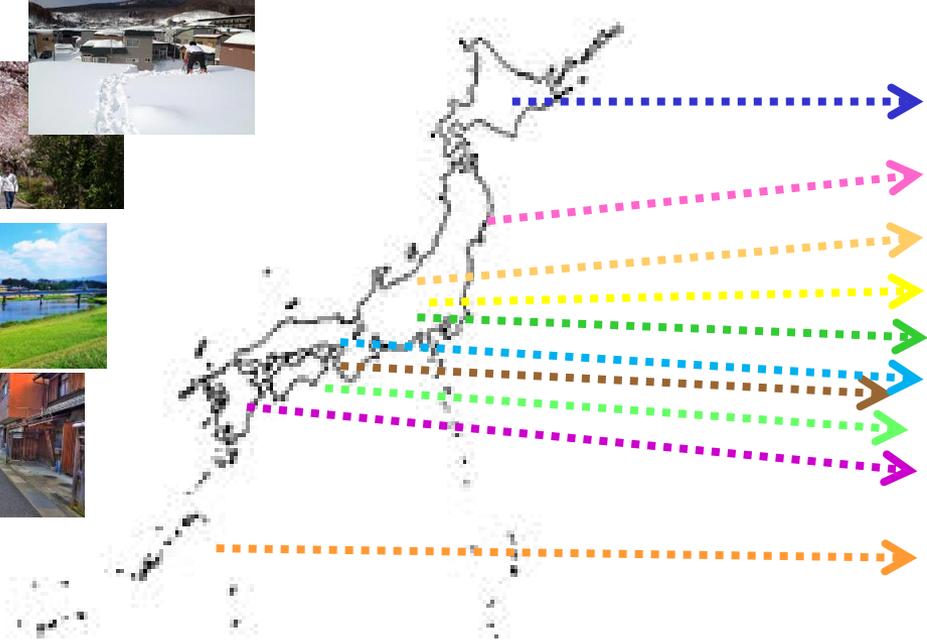
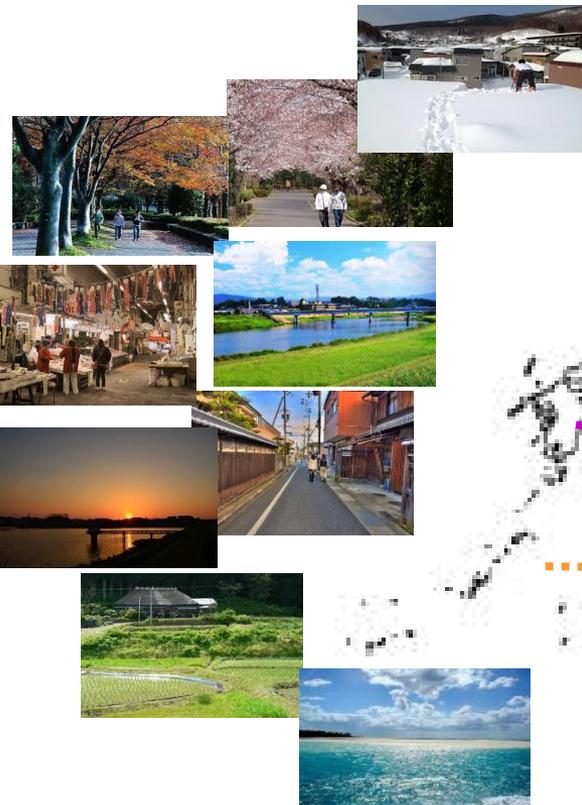
目指す姿(到達点)

*持続発展的に
*目指す方向を見定めて

今、何をやるべきか・・・

手がかりは各地の取組の中に

試行錯誤



今
や
る
べ
き
こ
と

各自治体

わがまち
ならではの
アクションを

やるべきことの
ポイントをおさえると、
みんなが
楽に、楽しくなる
無駄無理がなくなる
成果が生まれる

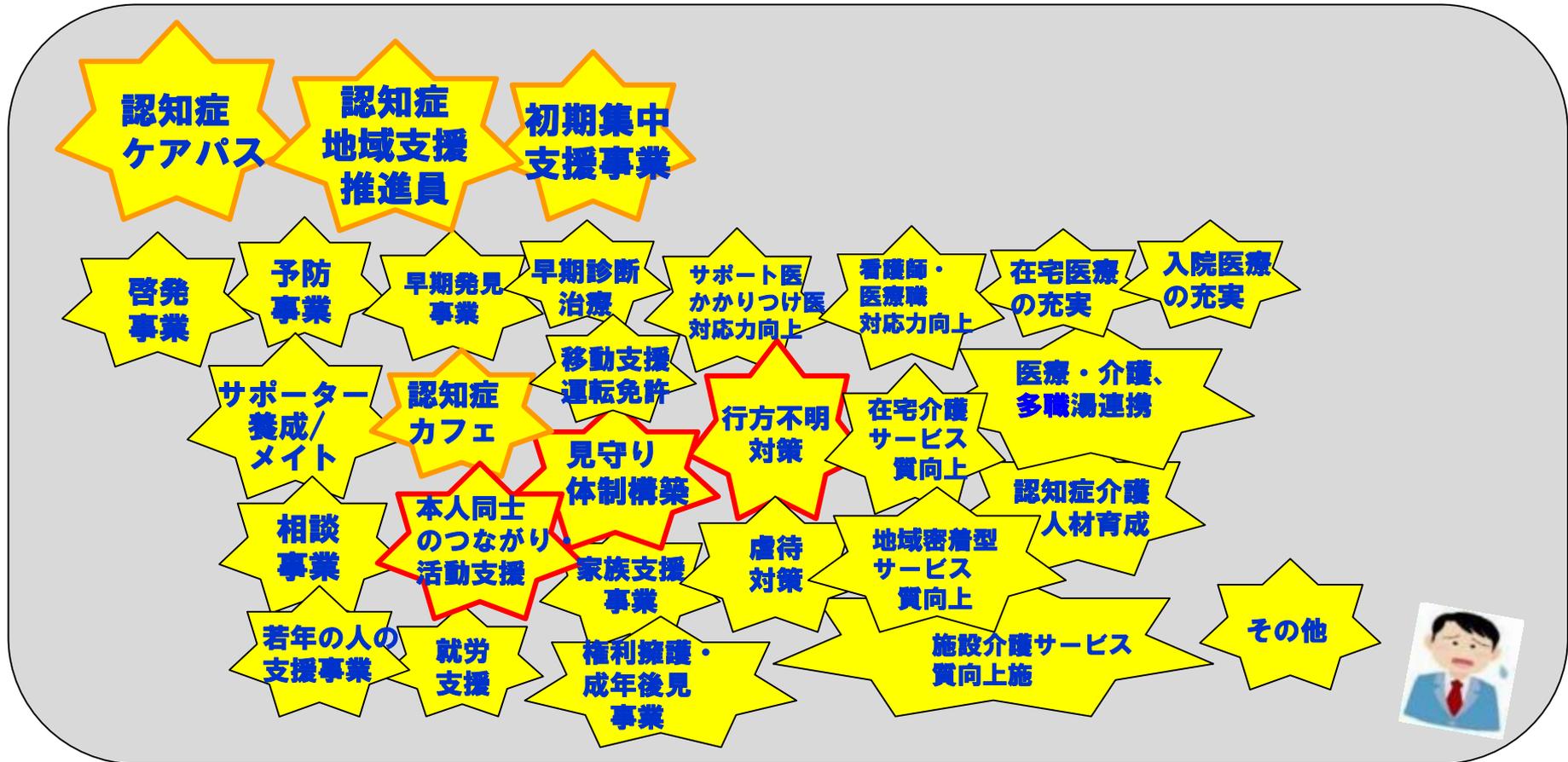
今やるべきことは何か(主な点)

1. 「めざすべき姿(到達点)」を一緒に(再)確認する
⇒バラバラに迷走しないよう、希望の結集軸を作り、弾みをつける
2. 本人・家族の声を聴き、話し合う機会を作る: 中間点検と改善を
⇒本人視点で考え動く人を増やす+年度内・次期計画の拡充
3. 生まれつつある(小さな)成果をキャッチして、フルに活かす
⇒成功体験を共有し、今ある取組みを活性化+新たな呼び水に
4. 外に出て、よく見てよく聴き、脱領域のつながりを増やす
⇒本人・家族の身近な支え手を増やす、幅を広げる
5. 推進役になる人を見つけ、つながり・つなげ、推進チームを育てる
⇒行政や地域包括支援センターが抱え込まず、持続的な推進力を

1. 「めざすべき姿(到達点)」を一緒に(再)確認

⇒バラバラに迷走しないよう、希望の結集軸を作り、弾みをつける

年々、認知症関連の事業やが取組みが増えてきている



関わる人たちが、増えてきているが・・・

また、新しいこと
やらされるの？

あれもこれもで
何やってるのか
わからない・・・

何を目標している
のか見えない。

疲れきってる。
どうせやっても・
.



*** 「何を目標しているのか」を共有しないまま進めても**
やらされ感、批判的
その場しのぎ、長続きせず先細り、
忙しく頑張っているのに、成果があがらない
⇒ 地域みんなが疲弊、先行き不安、あきらめ感

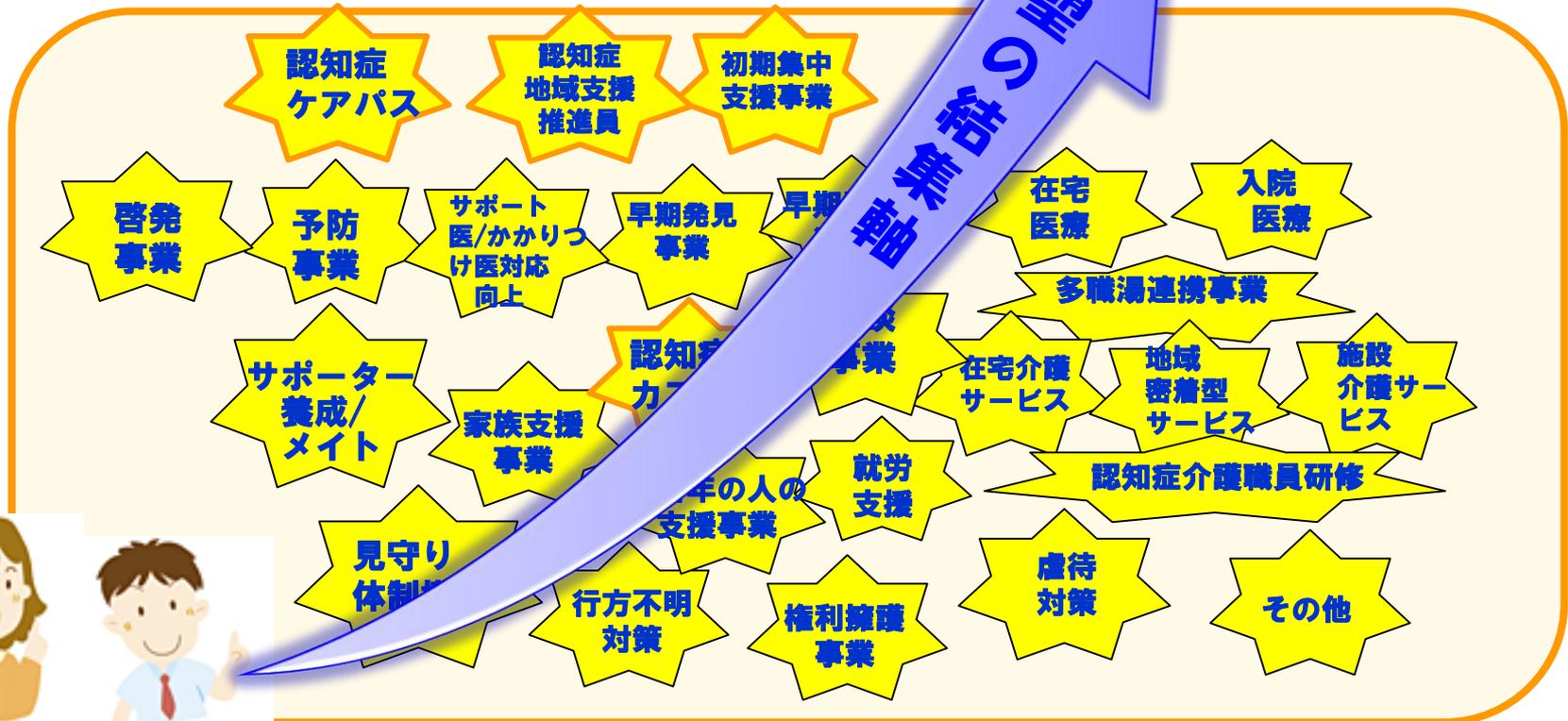
★認知症になっても、こんな姿で暮らしたい！こんなまちにしたい！

- 行政の関係者自身が、認知症への偏見や暗いイメージを払拭。
- いつでも、どこでも自分事として真剣に語る。
- 住民、医療・介護等専門職の「やりたい」思いにスイッチをいれる
- *みんな、何とかしたいと思っている。
- ⇒自発的動き、連携・協働、の鍵

目指す姿

本人
地域

弾みがつく



認知症になっても希望が持てる町を、いっしょにつくろう！

行政の関係者が、あらゆる機会に、様々な人と「目指す姿」を語っている例



サポーター養成講座で



サロンやカフェで



医療・介護・支援の
関係者に向けて



研修会や報告会で



子どもたちに向けて



企業に向けて



委員会や様々な検討会、議会で



＊地域の多様な人たちのやる気と力が湧き出て、結集軸が生まれる
「目指す姿」を語り合う中で、思いがけない人が動き出す

「認知症ケアパス」を大事に活かそう！ 「目指す姿」を一緒に話し合いながら作成、活用を

参考例

本人・家族・住民・専門職が希望をもって歩む認知症ケアパスを作成 (町田市)



[まちだ・ほほえみ街道] 「まだいける！私の人生」

各地域ごとに、
地域にある資源を洗い出し、
その地域ならではの「認知症ケアパス」
をつくりだす作業に取り組む。

★合言葉

- 認知症になっても
楽しく生活できることを、
ケアパスを通じて、市民や関係者に
伝えていこう。
- 日々使いながら、進化させていこう

<https://www.city.machida.tokyo.jp/iryo/old/shiminnokatae/ninchishojoho/shitte.html>

国施策を地元の取組の方向づけに活かそう:希望を掲げている

国：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～

厚生労働省 平成27年1月

- ・ 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。

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と共同して策定
(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)

生活を一丸となって支える時代になった

2. 本人・家族の声を聴き、話し合う機会を作る: 中間点検と改善を ⇒ 本人視点で考え動く人を増やす + 年度内・次期計画の拡充

現状：地元で暮らす本人の声を聴かないまま、
施策・事業や取組みを企画し、動き出してしまいがち。
⇒ 各事業・取組は、目指す姿に向けた
「手段」のはずが、それらをこなすことが
「目的」になってしまい、真の成果につながらない。



まずは、一人からでも、

- ・ 本人・家族の声に耳を澄ます機会をつくる
- ・ 聴いておしまいにならないで、
本人・家族の視点で、関係者が一緒に話し合ってみる

* 特に、「本人の声」を大切にする姿勢を行政が示す！

- ・ じっくり聴けていない（身近な人たち、実は専門職も）
⇒ そのこと自体が、本人の存在不安を強め悪化の引き金
⇒ 「声を聴く」地道な積み上げが、
よりよい暮らし、よりよい地域の礎になる

* 「一人の声」の中に、地域課題が凝縮されている

- ・ 何が起きていて、何が課題なのか
- ・ 何があったらいいのか、誰がどこで何をできるのか
⇒ 何からやるべきか、何ができるか、具体的に浮ぼりになる



何から手をつけていいかわからないままとにかくやっていたけど、本人の話しをきいたら、やることに具体的に見えてきた！

一人でも

9月の今こそ、本人・家族の声を聴き、話し合う機会を作ろう
この小さい動きの付加価値は大！

・個別地域支援が
広がる契機になる

この人のために一緒に

一人を中心に
関係者が一緒に
地域で支える
きっかけになる

⇒小さな成功体験が
生まれる

⇒自発的な連携・協働
個別地域支援が
自然と広がる

・今年度の事業の
中間点検になる

本人・家族からみてどうか

・行き届いているか
・わかりやすいか
・利用したい気になるか
・暮らしやすくなるのか
⇒事業の方向性の確認、
内容の見直し、
改善点、補強策の検討

⇒今やると、今年度事業が
パワーアップする。

*事業全体でなくとも、
1事業でも中間点検を
例) 認知症カフェ、
初期種中支援 等

・来年度以降の
計画策定の基礎になる

本当に必要なことを計画

・今年度は取組めないが
来年度以降は進める
⇒今の時期に予算化

・単年度では
十分に進まない
⇒中・長期的に
やれるための計画を

・一部では広がらない
⇒多種多様な領域と
コラボする計画を

⇒今時点の仕込みで
将来が開ける

今ある機会、今後の集まりの場を活かして 当事者の声を聴きながら一緒に話し合う機会を作ろう、呼びかけよう



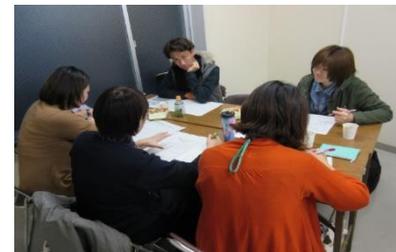
今困っている一人の
話し合いで



担当者会議で



多職種での事例検討会や
初期集中支援チームの
チーム員会議で



認知症ケアパスや
認知症カフェの
検討会で



定例の集まり、勉強会等で
・民生・児童委員
・介護支援専門員
・介護事業者
・医療関係者 等



地域ケア会議で



多職種の多資源の
研修会 等で



計画策定の会議で

当事者の声が起点になって
「本人視点での地域で支え合い」の連鎖が生まれる

本人のことばより

- わたしのほうをみて。私自身をみて。
- 認知症って、ひとくりにしないで。わたしは、わたし。
- わかりやすい資料や説明文書がない……。今あるのを読むと落ち込む。
- だめ、しないでいい、あぶない……。そればかりいわれる。情けない。いやんなる。　少しでいい、自由にさせて。
- 世話になる一方は、つらい……。おとうちゃん(夫)やこどもたちのためになりたい。
- 外にでたい！　気晴らししたい！　働きたい！

地元の本人の声に耳を澄まそう

⇒やるべきこと、できることが具体的にみつける。

重要

ふだんから、地元で

本人同士が集まり、本音で語り合える機会をつくろう

＊本人ミーティング

★家族や支援者には、語れない思いやニーズがある。

⇒施策や事業、医療・介護、地域の支援の具体策が豊富にみつける。

★認知症の体験をしている仲間に出会えると…

・本音で語れる。

⇒重荷を(少し)おろせる。解放される。

・想像以上に、語れる。思っていることを伝えられる。

⇒真のニーズがみえてくる。

・本人同士で、励まし合い、支え合い、

落ち込みから脱出して、前向きになっていく。

★各地で、医療・介護関係者、行政と一緒に開催する本人ミーティングが広がっています。

認知症の本人が集う取組みの普及【新規】

参考：本人ミーティング

【本人ミーティングとは】

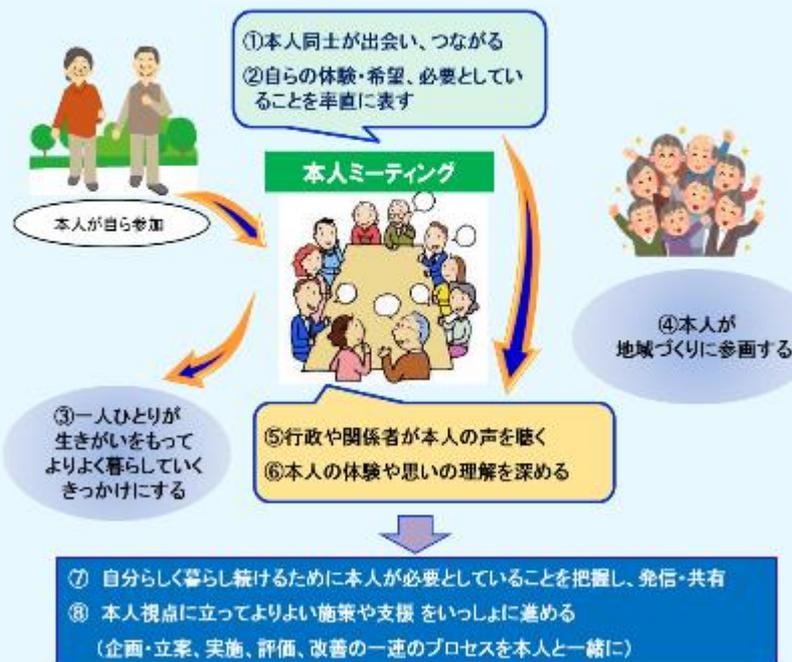
- ◆ 認知症の本人が集い、本人同士が主になって、自らの体験や希望、必要としていることを語り合い、自分たちのこれからのよりよい暮らし、よりよい地域のあり方を一緒に話し合っていく場です。
- ◆ 『集まって楽しい！』に加えて、本人だからこそその気づきや意見を本人同士で語り合い、それらを地域に伝えていきます。
- ◆ 行政や関係者が同席し、本人たちの生の声から、本人への理解を深め、地域の実情やニーズをとらえながら、やさしい地域づくりを具体的に進めていきます。

【本人ミーティングの開催について】

- 地域の関係者が必要性とねらいを共有しながら、地域の特性に応じて企画し、自由に開催できます。まずは少人数から、今ある場や機会を活かして開催します。
- 各地で、多様な職種の人たちや認知症地域支援推進員が取り組み始めています。
- 企画段階から本人が加わると、本人が集まりやすく、語りやすい本人ミーティングになります。

★本人ミーティングのねらい

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



*** 本人ミーティングが、これからの認知症施策、地域づくりの出発点。**

詳細は、「本人ミーティング開催ガイドブック」

<http://www.ilcjapan.org/study/>

本人ミーティングの様々な取組例

多様な場を活かして、多様な人たちが開催しています。



地域食堂で(北見市)
主催:介護・医療の地域ネットワーク



駅近の交流スペースで(仙台市)
主催:、地域の多職種の自主組織



小規模多機能事業所で(上田市)
主催:介護事業所

本人ミーティングでの本人の声

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

同席・同行した人の声

- 話せるか心配だったが、自分から話していた。驚いた。(家族)
- 帰り道の(本人の)足取りが軽く、とても嬉しそうで、私も嬉しくなった。(家族)
- 知らないことを楽しそうに話しておられた。もっと新鮮にきかなければ。(介護職)
- 普段と生き活き差が全然違った。他の職員にも参加してもらい一緒に変えていきたい(病棟看護師)。
- こうした場があれば、大事なこと、やるべきことが具体的にわかる!(地域包括支援センター)
- やってみたらうちの地域でもできた。自分の方が元気と勇気もらった。続けていきたい。(行政事務職)



認知症カフェで(国立市)
主催:地域の医療機関/
在宅療養相談室



町役場で(綾川町)
主催:地域包括支援センター



介護施設交流スペース(大牟田市)
主催:多職種ネット

地域ですでにある場や機会を活かして、小さくスタートしてみよう!

3. 生まれつつある(小さな)成果をキャッチして、フルに活かす ⇒成功体験を共有し、今ある取組みを活性化+新たな呼び水に

先を急ぎ、次々何かしようとするまえに・・・

まずは、これまでやってきた取組み(多くの人が地域で撒いてきた種)の関係者の話を聞いたり、すでにある報告・資料等を見直してみる。

* (小さな)成果が、地域でたくさん生まれ始めている

* 課題、改善に向けた気づき、アイデアが生まれている

成功体験の共有

・こんな風に行うことができる!
⇒関係者の刺激になる
⇒スキルアップに

成功体験の発進

・うちのまちでもこんな動きがある
⇒自分もやってみたい、という新たな人たちの呼び水に

縁の下の力もちの発見

・知っていなかっただけですでに動いている人たちがいる
住民、多様な職域
医療・介護、専門職
他部署の行政職
⇒今後の大事なパートナー



**本人も一緒の茶飲み場
をつくっている人たち**



**わがまちの見守りは
ここで暮らしている
自分たちで**



**介護の事業所として
地域のとまり木に**



**子どもたちなりの
登下校中やふだんの
中で小さなアクションを
している**

4. 外に出て、よく見てよく聴き、脱領域のつながりを増やす ⇒本人・家族の身近な支え手を増やす、幅を広げる

- ・ 町には、きっかけを待っているが、たくさんいる。
- ・ いつものメンバーで固まらずに、新鮮な出会いとつながりを



わが町の場、自然、季節、文化、産業等

★ 領域を越えたつながりが、新たな解決力を生む
現場に出向き、ひやすらつながる、つなげる

町にあるものを活かし、小さく始めて、身近なものに

・参考：矢巾わんわんパトロール隊

2013年4月結成

隊員40名 わん隊員44匹



- ・日々、町を歩いている人たち
⇒無理なく、日々の中での活動へ
- ・顔なじみの高齢者がいる
⇒気軽な話し相手に
⇒気がかりなこと、早めの小さな相談
➔ 地域包括支援センターへつないでもらう
- ・SOS時にふだんの底力を発揮
★実際に、迷っていた人を救出！



- ★個別のケアプランに、
ワンワンパトロールを盛り込む。
⇒担当者会議にもでてもらう。
普段からの見守り強化、在宅生活継続へ

参考 農業関係者といっしょに総活躍のまちづくり

認知症の人が市の産業振興に貢献

★総活躍に一人

(和歌山県 御坊市)



町 みんなが愛着をもっているものを入力に



ていねいに刈り取り



介護施設で袋づめ作業をいっしょに
楽しみながら、思いをこめて。

○スターチスが特産品

花言葉:

「変わらぬ心」「途絶えぬ記憶」

⇒★町の特産品を

認知症支援、地域支援のシンボル
合言葉にしよう!

→ JAとの協働(地場産業との連携)



スターチスグッズが
大好評



さまざまな人に
大切なことを
バトンタッチ!

分野を超えたつながりを通じ
夢のある企画とアクションが
次々生まれています。

参考 まちの書店や図書館とともに



認知症本人のブックフェアを開催

「認知症当事者の語り ～ありのままの声で～」

ジュンク堂 池袋本店 6階

期間:2017 年9月1日～30日

- * 本人の著書を集めてのフェア
- * これからの生き方・支え合い方をより多くのまちの人に知ってもらう
- * 本人が勇気と希望をもてるように
- * 書店員さんたちが、すばらしい!
- * 全国各地でもブックフェアの動き

図書館「認知症の人にやさしい小さな本棚」



「認知症とよりよく生きる」コーナー設置

- * 地域包括支援センターや関連情報を図書館で初めて知る人も多い。

川崎市がホームページで紹介

<http://www.city.kawasaki.jp/350/page/0000078742.html>

5. 推進役になる人を見つけ、つながり・つなげ、推進チームを育てる ⇒行政や地域包括支援センターが抱え込まず、持続的な推進力を

* 地元のことや地元のつながりをよく知り、
わがまちのことを真剣に考えながら、
自ら動いている人/動いていきそうな人と
出会おう(地域の人、専門職)。

⇒どのまちにも、必ずいる！

* よく話しあい、関係をそだていこう(つきあう)。

* それらの人たちがつながりながら
「一緒に取組んでいく仲間(チーム)」となって機会を。

例:集まり、活動の機会、意見を行政に伝える機会 など

* こうしたチームを育てることが、行政ならではの大事な役割。

⇒結果として、内実を伴った連携・地域支援体制づくりが持続的に発展する。

★行政、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員の重要なパートナー



わがまちをよくしたい！
行政の呼びかけで
医師や多様な医療職、
介護職等がチームを結成

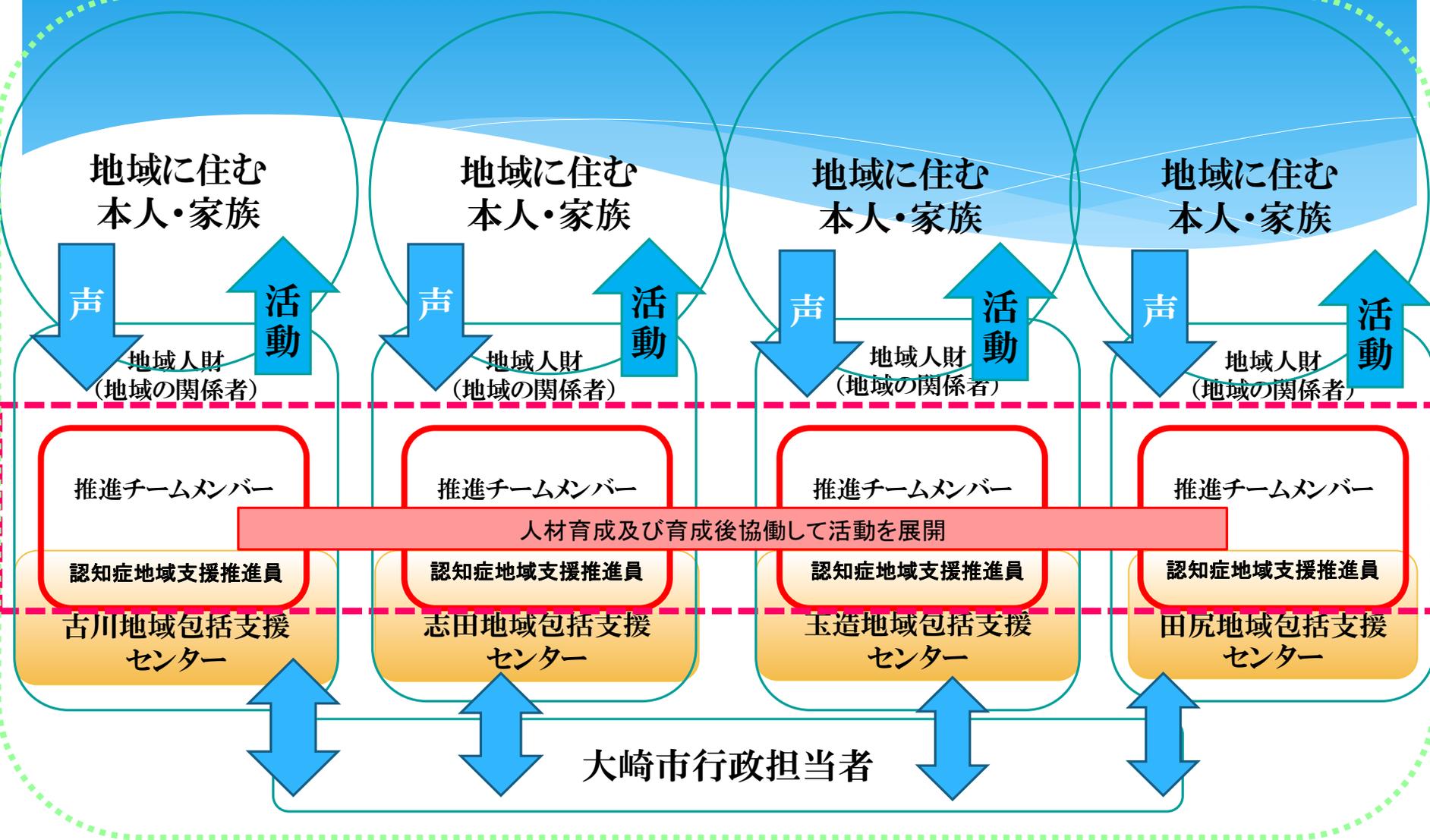


リーダー役を手上げ方式で
行政が毎年募って、
一緒に学び合い、話し合い
小地域ごとの推進活動を。
* 住民と専門職の合同チーム

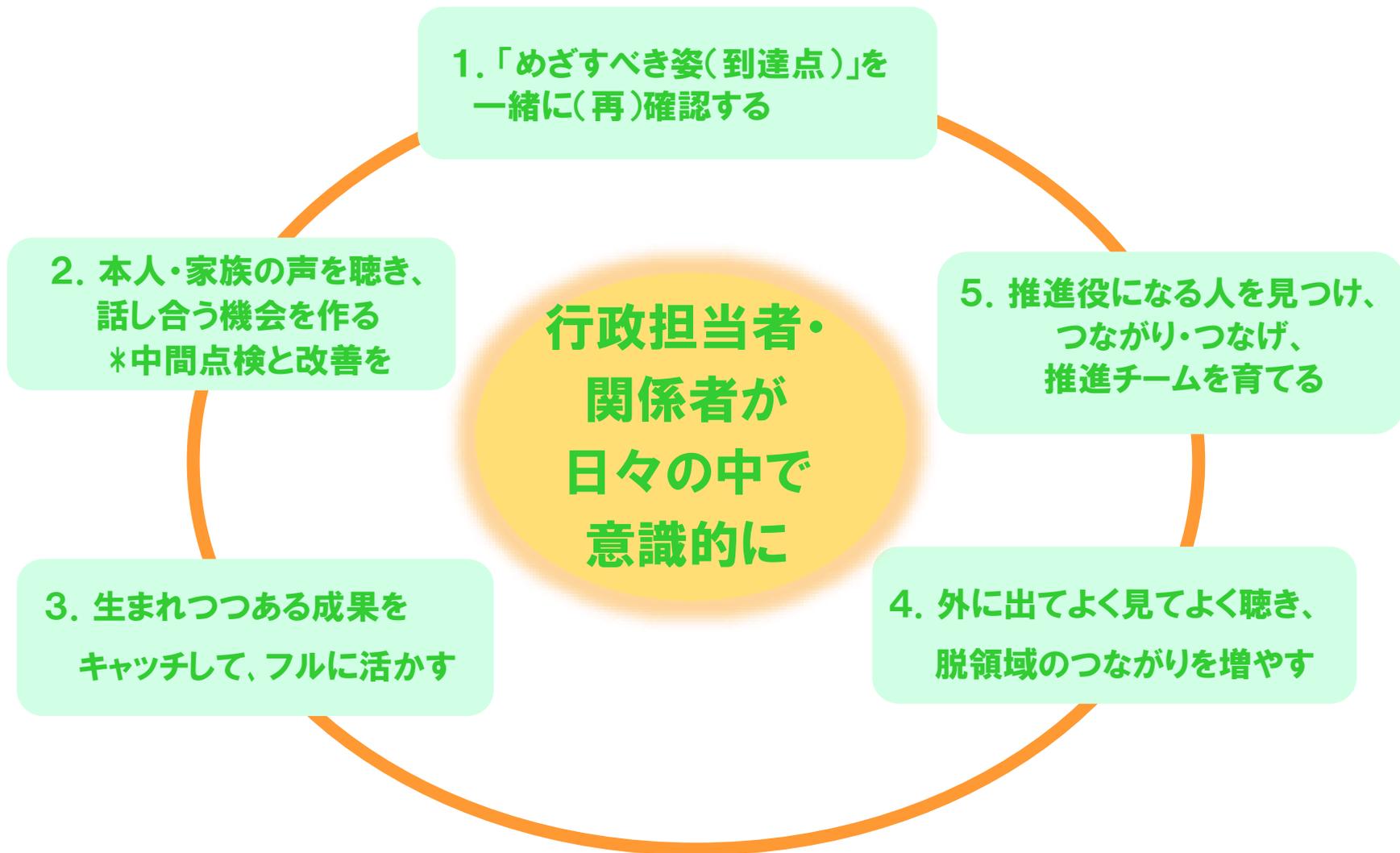
推進役として伸びていく貴重な人材が町の中にいる！
行政からの声かけ、きっかけ・出番を待っている。

参考:市として事業計画を作り、毎年継続的に人材・チームを育成⇒エリア単位で活躍

人材・チーム育成のイメージ図



※1クール2年とし、継続して育成(クール終了後も継続しメンバーとして活動可能)⇒地域ごとにとともに活動する仲間が増えていく



*29年度下半期をよりよいものに
*30年度以降の基盤をつくろう

3. 他の自治体の取組からヒントを得よう: その1

【報告1】大阪府泉南市

認知症でもだいじょうぶな町づくり
住民と多職種～人與人「地域をつなぐ」～取組み

大阪府泉南市健康福祉部長寿社会推進課 奥野 豊司さん
山中 理恵さん

【報告2】 鹿児島県大島郡大和村

認知症を自分事として考え動く人材とつながりを大切に
～住民力を活かして認知症施策を草の根で一体的に展開～

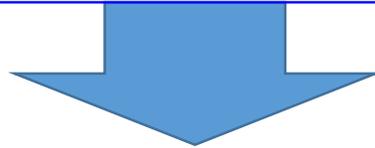
鹿児島県大島郡大和村保健福祉課 早川理恵さん

○情報に振り回されないで・・・

* 特に、ここに注目！

支援体制を一步一步築いていくために、

- ・自治体として一貫して大切にしてきていること：
「目指す姿」や「基本方針」は何か。
- ・様々な事業の中でも、どの事業に注力することで
体制づくり全体が効果的に進展しているのか。



①参考にした点・気づきは・・・

②自地域の取組みにどう活かせるか

4. わが地域の取組みの今とこれから

～報告を活かして自地域の取組みを考える～

1) 個人ワーク

ワークシートで情報や気づきを整理してみよう

まず、各自が考えてみよう *シートの一歩左「個人ワーク」欄に

①参考になったこと・気づきは・・・

・泉南市の報告に関して

・大和村の報告に関して



②自地域の取組みにどう活かせるか

2) 他地域の参加者と話し合おう：グループワーク

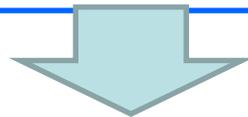
ワークシート:縦欄の2～6列目に、グループの各メンバーの情報やアイデア等をメモしよう。

* まずは、簡単に自己紹介

地域、所属、お名前、「わがまち自慢」を一言！

* 各グループで進行役を決めて話し合いを進めて下さい。

③ (各自が)現在の取組みの紹介と
個人ワークで考えたことを伝え合おう



④自分の立場を活かして、やってみたいこと

◆自由にアイデアを出し合おう！

◆地元に戻ってから進む手がかりを具体的につかもう

地元を持ち帰れるように、メモしっかり残そう

グループで話し足りなかったことがきつとあると思います。

- 紹介したい取組み、工夫、手ごたえ
- もっと知りたいこと、得たい情報



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

◆皆さんの声を、明日のセミナーに反映させていただきます。

◆ワークシートは回収させていただきます。

⇒各グループでまとめて、机の上に置いておいて下さい。

*ワークシートは、明日の朝、返却いたします。

お疲れさまでした！

- ◆明日は、別のグループ編成になります。
*地域が同じ/近い人同士
- ◆今日、出会い、話し合えたグループの人との
つながりをどうか大切に。
*名刺交換、メールアドレスの交換等を
- ◆地元から持参された資料で、他の地域の人に
紹介していいものがあれば、スタッフに
どうぞお渡し下さい。

～ 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、資料等の交換を

☆顔をあわせた今日だからこそこのやりとりを！

平成29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）

～本人と家族が地域でよりよく生きていくことができる体制を築くために～

2017年 9月 8日
認知症介護研究・研修東京センター
（進行：研究部長 永田久美子）



ようこそ！合同セミナー2日目へ。

昨日の体験は、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、

話しあい⇒地域の取組報告を聴く

⇒サプライズトーク(本人)を聴く

⇒話しあい⇒自地域の方針・取組の補強策の具体化

情報を「重荷」にしないで

「こんなことが、できるんだ・・・！」

「(まねて)やってみたい」

地元に戻って、お互いが、楽に楽しくなる種探しを。

⇒ワークシートを活かそう！

大事な点を、シートに残して持ち帰ろう！



のびのびと

5. 1日目の情報や知見をもちより、話し合おう ～他地域情報を最大限活かしかあおう～

グループワーク

*昨日の他地域情報をもとに、視野とアイデアを広げよう

○まずは自己紹介
地域、所属、立場等

1)昨日の情報共有
他地域の取組みの中で
自地域に活かしたい点
*アイデアや工夫は

討 議

2)注力すべき点の確認

- ①自地域の課題は・・・
先を焦らずに
何が課題なのか、
この機会に掘り下げよう
- ②自地域で今の時期、
注力すべき点は何か
そのためにできることは

⇒グループの仲間を大事に。
立場や職種を超えて
一人ひとりのアイデアや気づきをよく聞こう。

6. 他の自治体の取組からヒントを得よう ～その2～

報告3:群馬県高崎市

認知症の人を地域で見守り支える仕組み作り
～オレンジサポーターによる見守り活動～

群馬県高崎市福祉部長寿社会課地域包括支援担当

田中 亜紀 さん

7. サプライズ・トーク

わたしからのメッセージ

中田 哲行さん(本人の会:立ち上げ準備中)

8. 今、やるべきこと、できることはこれだ！ アイデアを出し合おう

～わが自治体/地域の課題をクリアしていくために～

1)個人ワーク

午前中の情報をもとに考えてみよう

- 高崎市の報告を聞いて
- サプライズトークを聴いて

***今日の気づきやアイデアを、新鮮にメモしておこう**

2) グループワーク

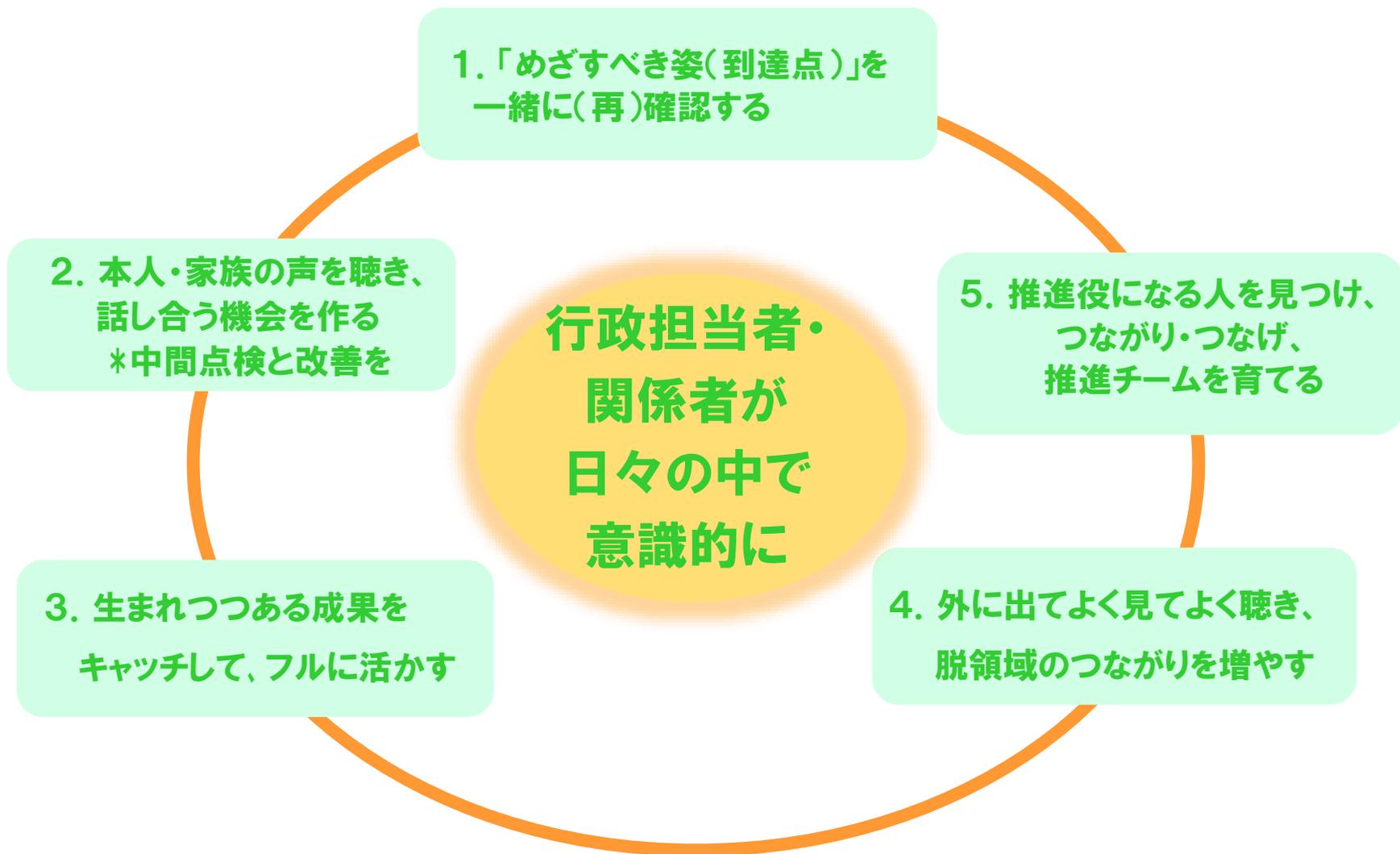
- 個人ワークで考えたことの共有
- 昨日からここまでの情報や気づきを振り返り、やるべきこと、できることのアイディアを出し合おう

* 地元で実行に移していくために、もっと知りたいことは・・・



こ れ か ら ・ ・ ・
本人(自分)が、どう暮らしていけるか

9. 今年度、そして来年度の取組みをどう展開するか



＊29年度下半期をよりよいものに
＊30年度以降の基盤をつくろう

1)個人ワーク

2日間の情報・手がかりを、整理しておこう

①今年度中に取組みたいこと/補強したいこと

②来年度、取組みたいこと
/そのために計画/予算化につなげたいこと

*ふだんやっていたこと、やろうとしていたことに、

この2日間の情報・アイデアをもとに、ひとつでもプラスをしよう

*いつものメンバーだけでなく、地域の多様な資源とともに

2) グループワーク

①今年度中に取組みたいこと/補強したいこと

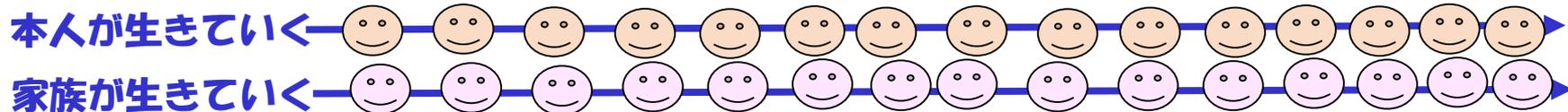
②来年度、取組みたいこと
/そのために計画/予算化につなげたいこと

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

全体討議

わがまちで暮らす人の視点にたって：地域支援体制づくりを

本人が辿る経過



本人・家族の視点にたって、必要なこと、必要なあり方を（再）確認する。
地域を活かし、本人・家族が力を発揮してよりよく暮らせる支援体制を築く

◎ 地域の潜在力（人、組織、風土、文化等）

・自治体/地域がこれまで育て、蓄積してきた力・ネットワーク

*それぞれの自治体ごとに、これまでの認知症施策の歩みがある

・認知症の枠以外での地域にある多様な資源・ネットワーク・事業

☆今の時期（9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・・・

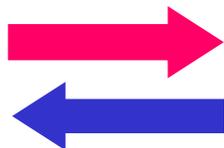
- ・方向性・方針、戦略の確認
- ・関係者との話しあい、合意形成を丁寧に

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。

わが町に戻って、一歩(半歩)踏み出そう。 ひたすら、つながり、つなぐ

一人ひとりの資源や
ネットワーク



地域の資源・ネットワーク

Aさんの資源

Bさんの資源

Cさんの資源

Dさんの資源

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

地域にある認知症の人の支援の資源・ネットワーク

地域をつながり

地域の多様なネットワーク

(子育て・防災・自殺対策、町活性化・趣味グループ、同級生等)

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29年度

第3回 1月26日（金）（TKP御茶の水カンファレンスセンター）

＊申込みは、市町村⇒都道府県を通じて、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！
職場内外の人に参加を進め、理解者を増やそう

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！



平成29年 9月 7日 第2回
認知症地域支援体制推進全国合同セミナー
認知症介護研究・研修東京センター

認知症施策の最近の動向について

平成29年9月7日

厚生労働省老健局認知症施策推進室

川島 英紀

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)の概要

～ 認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～ (平成29年7月5日一部修正)

- ・ 新プランの対象期間は団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年だが、策定時の数値目標は、介護保険事業計画に合わせて2017(平成29)年度末等で設定されていたことから、第7期計画の策定に合わせ、平成32年度末までの数値目標に更新

新オレンジプランの基本的考え方

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



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

- ・ 厚生労働省が関係府省庁(内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省)と共同して策定
- ・ 策定に当たり認知症の人やその家族など様々な関係者から幅広く意見を聴取

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

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

現在までの進捗状況

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

第6回認知症高齢者等にやさしい地域づくりに係る関係省庁連絡会議

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

数値目標一覧

| 項目 | 新プラン策定時 | 進捗状況(H28年度末) | (現) 目標 | 目標案 (H32年度末) |
|----------------------------|---------------------|---------------------|--------------------|-------------------------------------|
| 認知症サポーター養成 | 545万人 (H26.9末) | 880万人 | 800万人 (H29年度末) | 1,200万人 |
| かかりつけ医認知症対応力 向上研修 | 38,053人 (H25年度末) | 5.3万人 | 6万人 (H29年度末) | 7.5万人 |
| 認知症サポート医養成研修 | 3,257人 (H25年度末) | 0.6万人 | 5千人 (H29年度末) | 1万人 |
| 歯科医師認知症対応力 向上研修 | — | 0.4万人 | H28年度より 研修開始 | 2.2万人 |
| 薬剤師認知症対応力 向上研修 | — | 0.8万人 | H28年度より 研修開始 | 4万人 |
| 認知症疾患医療センター | 289カ所 (H26年度末) | 375カ所 | 500カ所 (H29年度末) | 500カ所 ※2次医療圏域に少なくとも 1センター以上設置 |
| 認知症初期集中支援チーム 設置市町村 | 41カ所 (H26年度末) | 703カ所 | 全市町村 (平成30年度～) | 好事例の横展開等により 効果的な取組の推進 |
| 一般病院勤務の医療従事者 認知症対応力向上研修 | 3,843人 (H25年度末) | 9.3万人 | 8.7万人 (H29年度末) | 22万人 |
| 看護職員認知症対応力 向上研修 | — | 0.4万人 | H28年度より 研修開始 | 2.2万人 |
| 認知症介護指導者養成研修 | 1,814人 (H25年度末) | 2.2千人 | 2.2千人 (H29年度末) | 2.8千人 |
| 認知症介護実践リーダー研修 | 2.9万人 (H25年度末) | 3.8万人 | 4万人 (H29年度末) | 5万人 |
| 認知症介護実践者研修 | 17.9万人 (H25年度末) | 24.4万人 | 24万人 (H29年度末) | 30万人 |
| 認知症地域支援推進員の 設置市町村 | 217カ所 (H26年度末) | 1.2千カ所 | 全市町村 (平成30年度～) | 好事例の横展開等により 効果的な取組の推進 |
| 若年性認知症に関する事業の 実施都道府県 | 21カ所 (H25年度) | 42カ所 | 全都道府県 (平成29年度末) | コーディネーターの資質向上 好事例の横展開の推進 |
| 認知症カフェ等の設置 | — | H25年度から 国の財政支援実施 | — | 全市町村 |

施策の着実な実行に向けて関係省庁連絡会議で共有する主な取組

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

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

○認知症の人本人による発信の共有、本人ミーティングの推進

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

○成年後見制度利用促進基本計画に基づく施策の着実な推進

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

I 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

① 認知症の人の視点に立って認知症への社会の理解を深めるキャンペーンの実施

- ・ 認知症への社会の理解を深めるための**全国的なキャンペーン**を展開
⇒ 認知症の人が自らの言葉で語る姿等を積極的に発信

② 認知症サポーターの養成と活動の支援

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

【認知症サポーターの人数】(目標引上げ)

2017(平成29)年度末 800万人 ⇒ 2020(平成32)年度末 1200万人

③ 学校教育等における認知症の人を含む高齢者への理解の推進

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

認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

認知症サポーターの養成と活動の支援

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

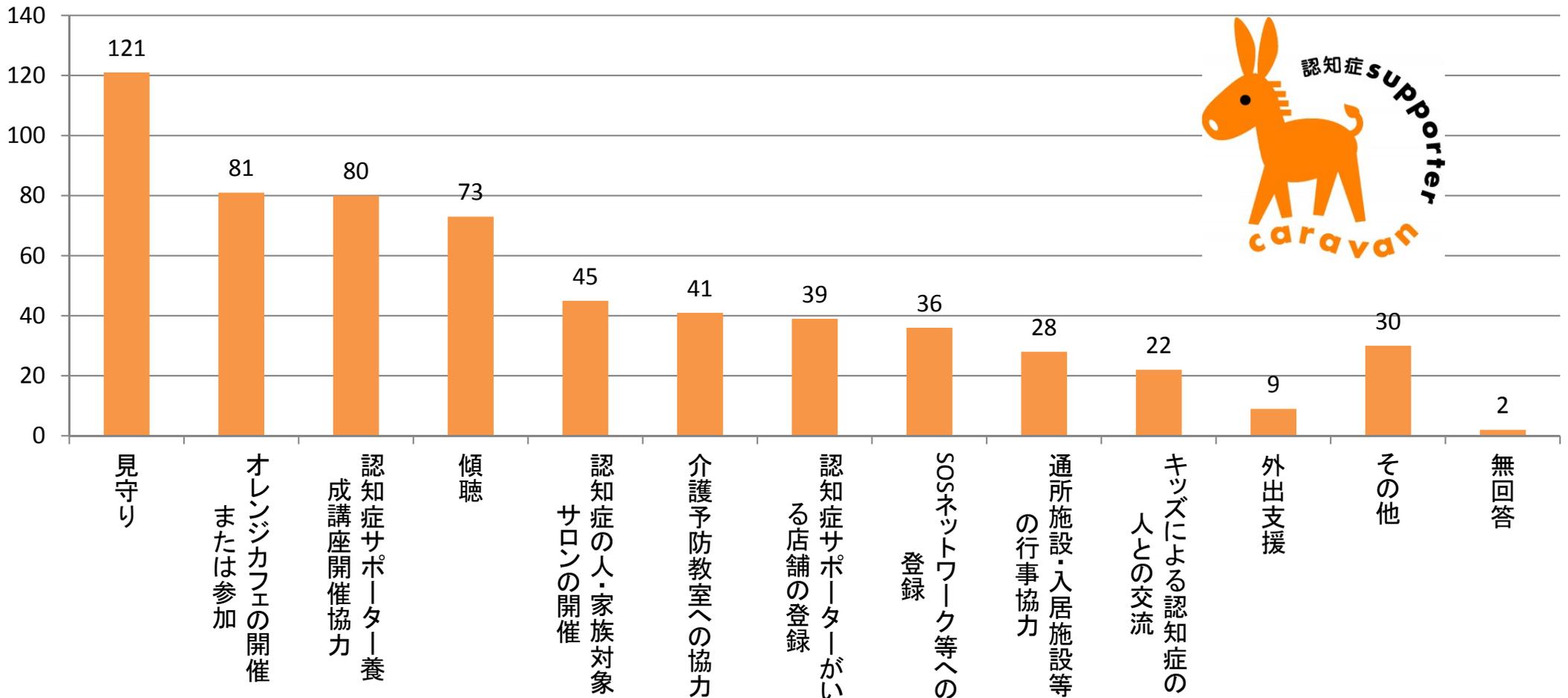
サポーター人数：2017(平成29)年6月末実績 906万人(目標値：2030(平成32)年度末 1200万人)

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

認知症サポーターの活動状況について

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

※ N=214（認知症サポーターの活動を把握している自治体）



Ⅱ 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

【基本的考え方】

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

発症予防

発症初期

急性増悪時

中期

人生の最終段階

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

① 本人主体の医療・介護等の徹底

② 発症予防の推進

③ 早期診断・早期対応のための体制整備

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

【かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数(累計)】(目標引上げ)

2017(平成29)年度末 60,000人 ⇒ 2020(平成32)年度末 75,000人

【認知症サポート医養成研修の受講者数(累計)】(目標引上げ)

2017(平成29)年度末 5,000人 ⇒ 2020(平成32)年度末 10,000人

【歯科医師認知症対応力向上研修の受講者数】(目標新設)

2016(平成28)年度研修実施 ⇒ 2020(平成32)年度末 22,000人

認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

- 容態の変化に応じて**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**されることで、**認知症の人が住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるようにする。**

発症予防

発症初期

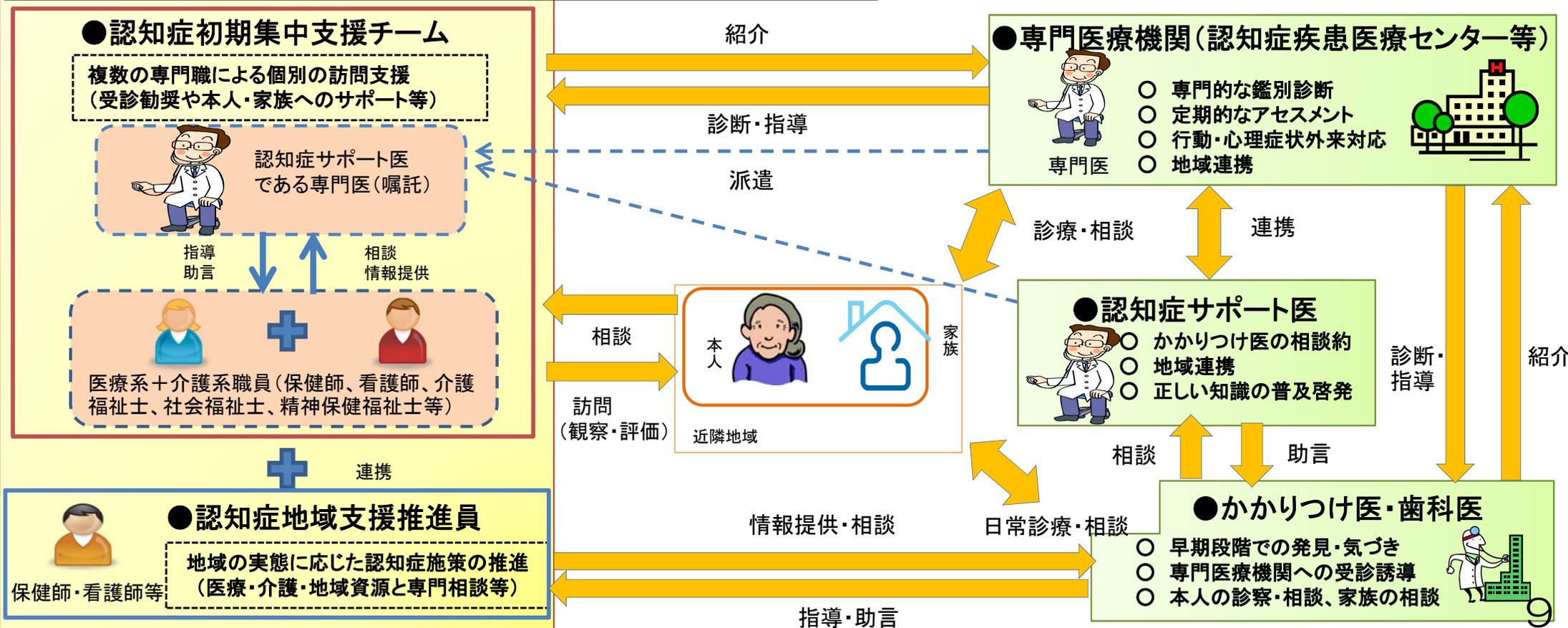
急性増悪時

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を構築する。**

早期診断・早期対応のための体制整備のイメージ



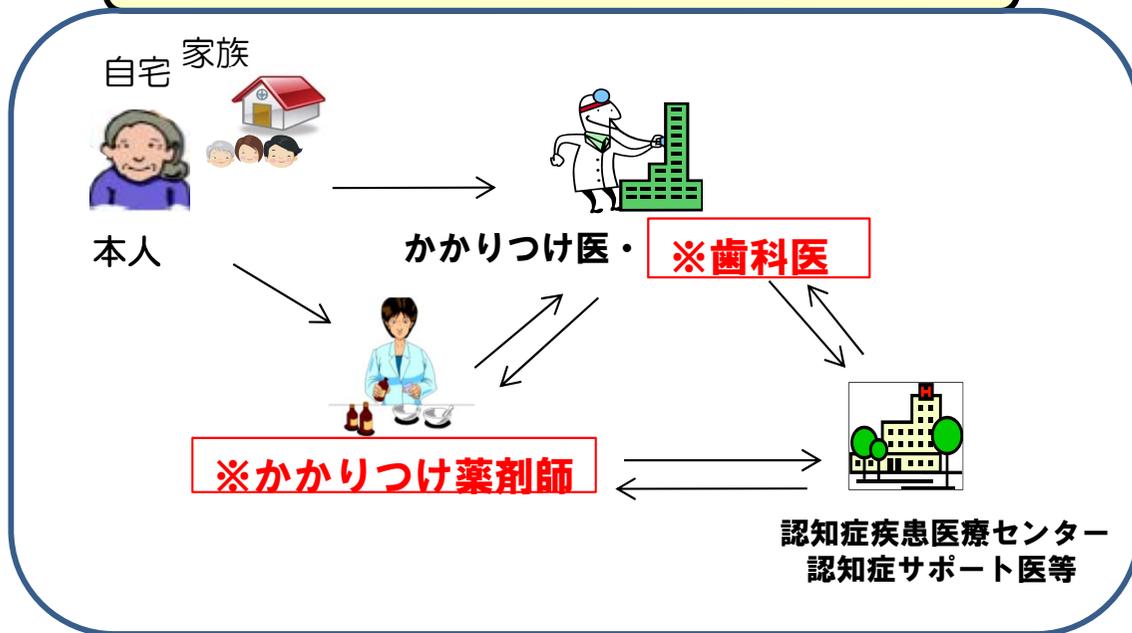
認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

Ⅱ 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<歯科医師・薬剤師の認知症対応力向上研修>

<歯科医師認知症対応力向上研修事業・薬剤師認知症対応力向上研修事業>
歯科医師や薬剤師の認知症対応力を向上させるための研修を、関係団体の協力を得ながら実施する。

早期診断・早期対応のための体制整備



- ※ 高齢者等と接する中で、認知症の疑いがある人に早期に気がつき、かかりつけ医等と連携して対応する
- ※ 認知症の人の状況に応じた歯科治療・口腔機能管理、服薬指導等を適切に行う

【実績と目標値】（目標新設）

| | | | | |
|---------------------|-------|---|---------------|-------|
| 歯科医師：2016(平成28)年度実績 | 0.4万人 | ⇒ | 2020(平成32)年度末 | 2.2万人 |
| 薬剤師：2016(平成28)年度実績 | 0.8万人 | ⇒ | 2020(平成32)年度末 | 4万人 |

認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

2 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービス等の提供

(3) 早期診断・早期対応のための体制整備＜認知症疾患医療センター等の整備＞

- 認知症の疑いがある人については、速やかに鑑別診断が行われることが必要。認知症疾患医療センターについては、都道府県ごとに地域の中で担うべき機能を明らかにした上で、認知症疾患医療センター以外の鑑別診断を行うことができる医療機関と併せて、計画的に整備を図っていく。【厚生労働省】

| | | 基幹型 | 地域型 | 連携型 |
|----------------------------|-----------------------------|--|--|---|
| 設置医療機関 | | 病院(総合病院) | 病院(単科精神科病院等) | 診療所・病院 |
| 設置数(平成29年7月現在) ※指定予定も含む | | 16か所 | 350か所 | 39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 | ・専門医(1名以上) ・専任の臨床心理技術者(1名) ・専任の精神保健福祉士又は保健師等(2名以上) | ・専門医(1名以上) ・専任の臨床心理技術者(1名) ・専任の精神保健福祉士又は保健師等(2名以上) | ・専門医(1名以上) ・看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等(1名以上) |
| | 検査体制 (※他の医療機関との連携確保対応で可) | ・CT ・MRI ・SPECT(※) | ・CT ・MRI(※) ・SPECT(※) | ・CT(※) ・MRI(※) ・SPECT(※) |
| | BPSD・身体合併症対応 | 空床を確保 | 急性期入院治療を行える医療機関との連携体制を確保 | |
| | 医療相談室の設置 | 必須 | - | |

【事業名】 認知症疾患医療センター運営事業

【実績と目標値】 2017(平成29)年9月現在(指定予定も含む) 405か所 ⇒ 2020(平成32)年度末 約500か所

※ 基幹型、地域型及び連携型のより効果的、効率的な機能や地域での連携の在り方を検討するとともに、設置されていない地域がなくなるよう、二次医療圏域に少なくとも1センター以上の設置を目標とする。

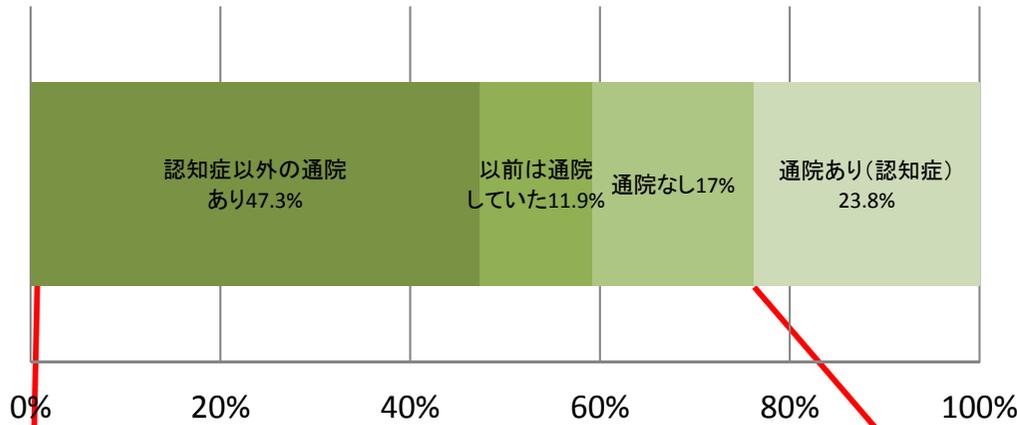
平成28年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分） 認知症初期集中支援チームの効果的な活用に向けた調査研究事業 チーム活動実績

平成28年度当初の実施予定と回答した753市町村に平成28年4月～平成29年1月末までの活動実績について提供依頼。410チームの活動事例を回収。（事例数1495）

- チームの支援により、支援開始時に認知症による受診をしていなかった者のうち、約67%は認知症の診断又は通院につながっている。
- チームの支援により、支援開始時に介護サービスを利用していなかった者のうち、約67%は介護保険サービス等の利用につながっている。

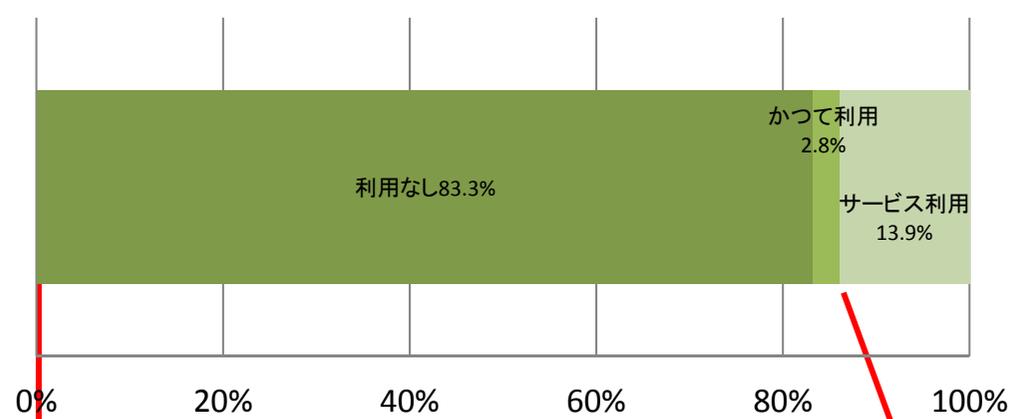
支援開始時の医療の受診状況

N=1483（事例1495から欠損値12を除く）



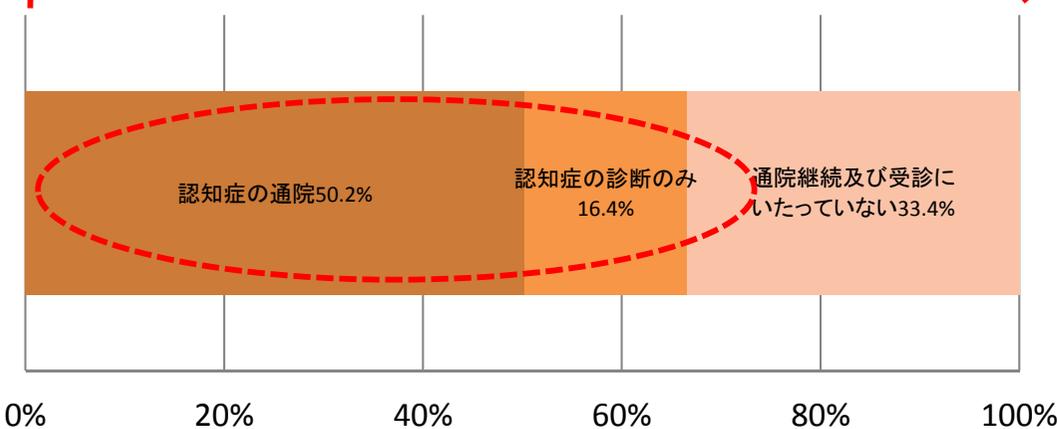
支援開始時の介護サービスの利用状況

N=1392（事例1495から欠損値103を除く）



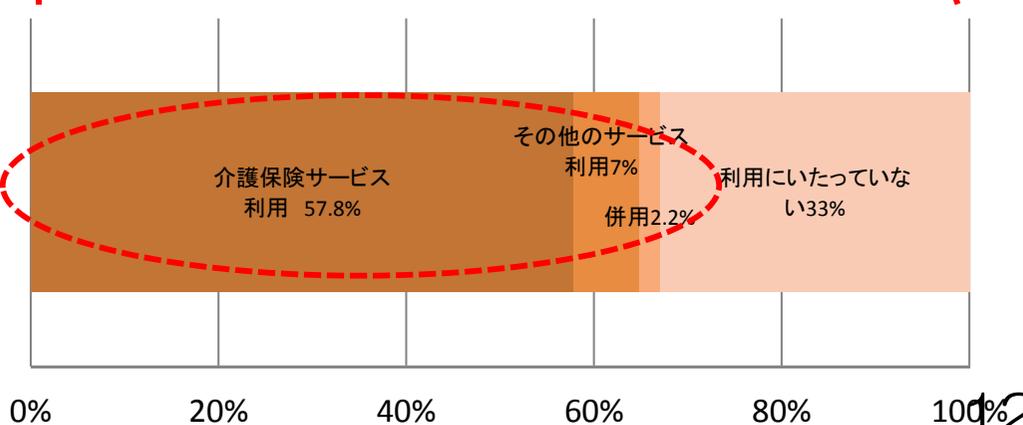
終了時の医療の導入の有無

支援開始時「認知症以外通院あり」、「以前は通院」、「通院なし」の内訳
N=942（1130事例から欠損値188を除く）



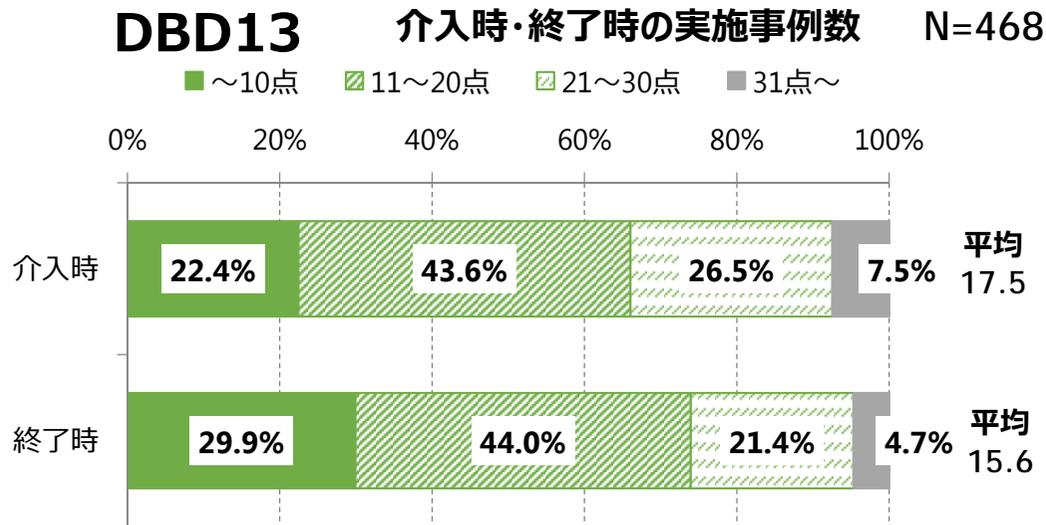
終了時の介護サービスの導入の有無

支援開始時「利用なし」、「かつて利用」の内訳
N=1062（1198事例から欠損値136を除く）

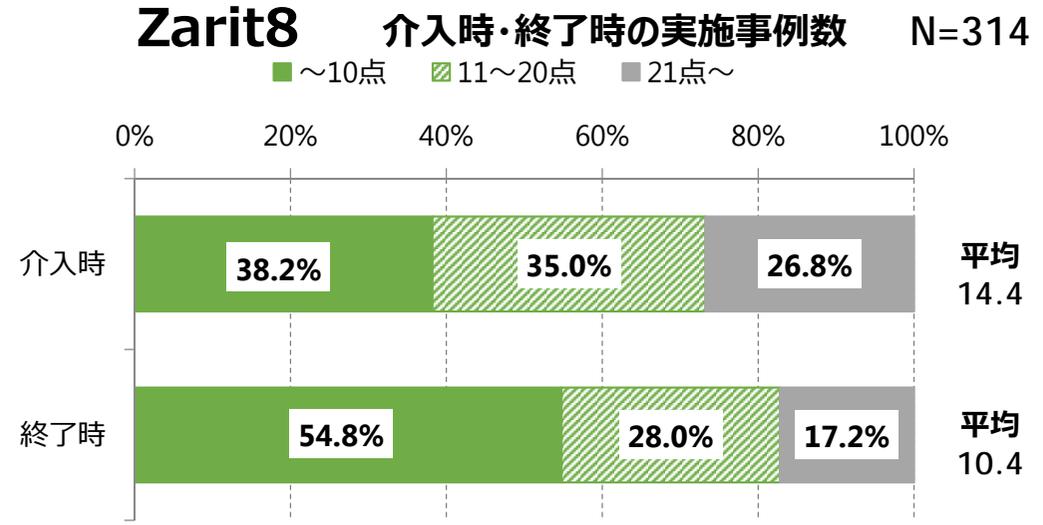


平成28年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分） 認知症初期集中支援チームの効果的な活用に向けた調査研究事業 チーム活動実績

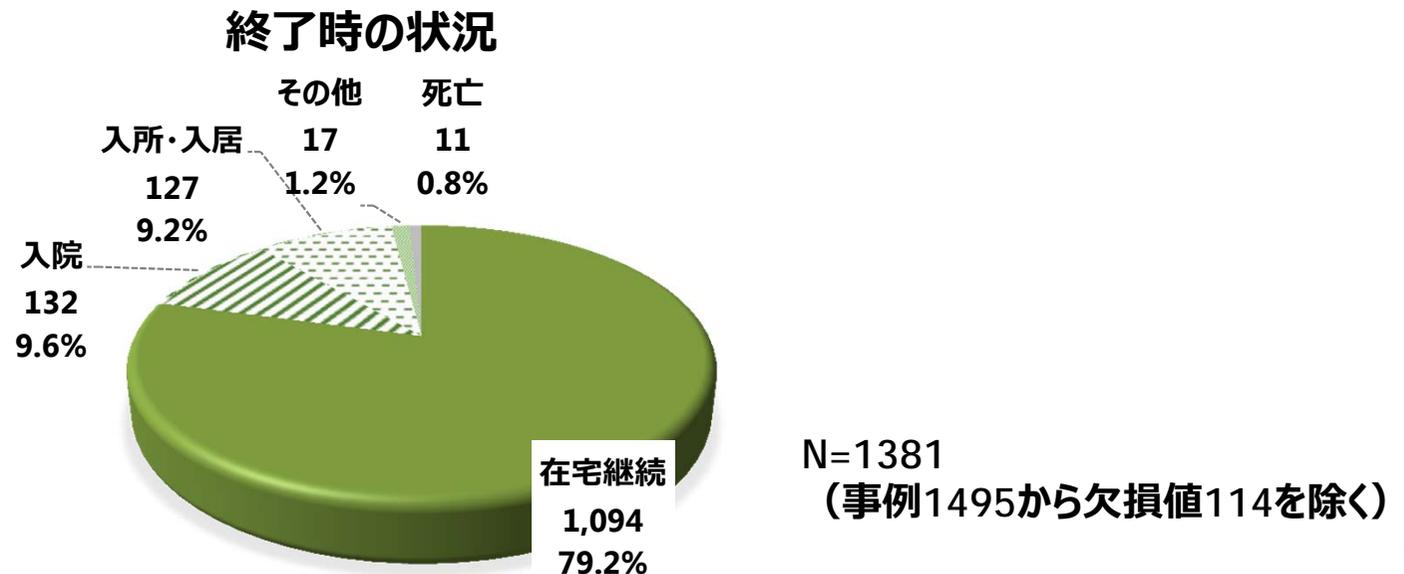
- 支援後は、認知症の行動障害尺度であるDBD13と介護負担尺度であるZarit 8 に改善傾向がみられる。
- 支援後は、約79%在宅生活を継続できている。



※ DBD13：認知症行動障害尺度。点数が高いほど行動症状がある。

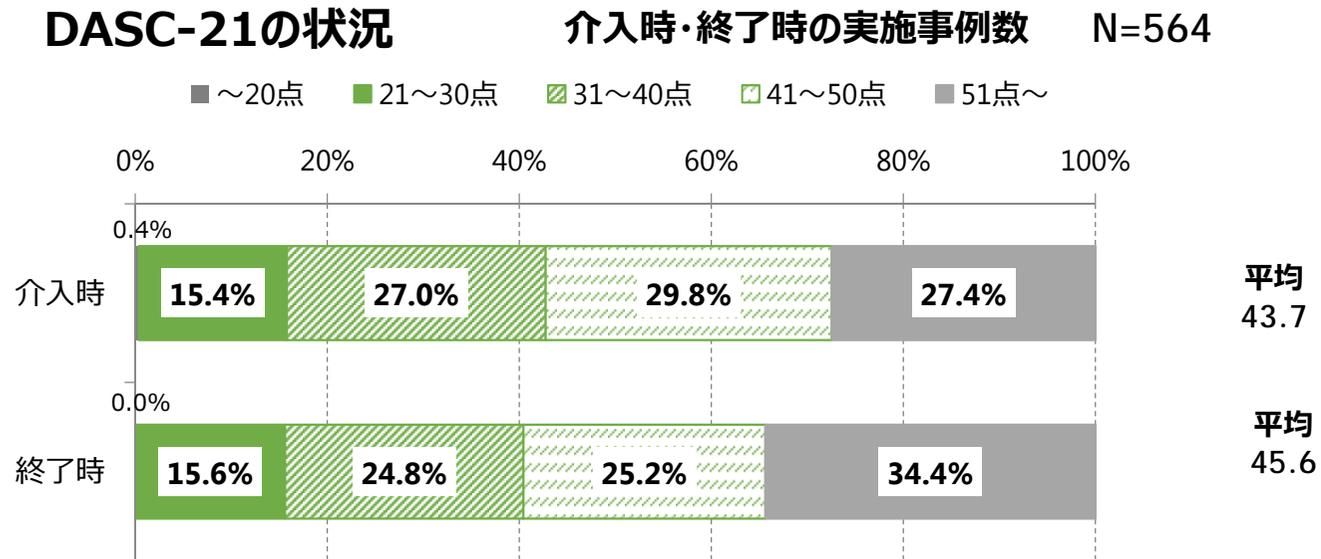


※ Zarit 8：介護負担尺度。点数が高いほど介護負担が大きい。

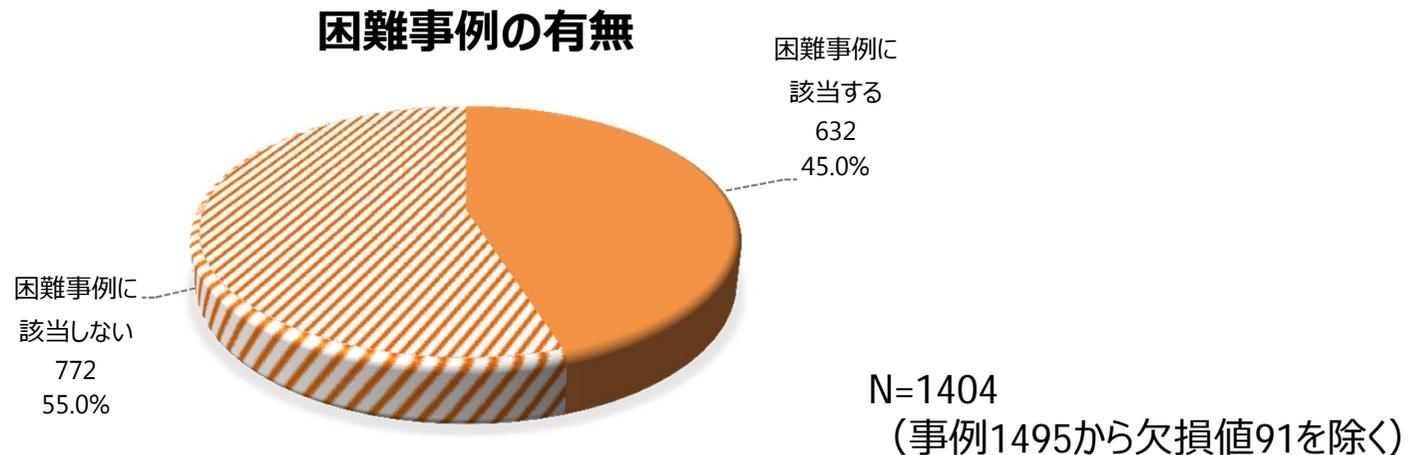


平成28年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
 認知症初期集中支援チームの効果的な活用に向けた調査研究事業 チーム活動実績

- 認知症のアセスメントのツールであるDASCを活用している564事例のうち、支援開始時のDASCスコアが51点以上の者が約27%いる等、重度認知症の可能性のある人も支援の対象となっている。
- 支援開始時の対象者の45%は困難事例に該当する判断されている。



※ DASC-21：認知機能障害と生活機能障害に関連する行動の変化を評価する尺度。
 31点以上の場合には認知症の可能性があると判定する。



④ 行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等への適切な対応

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

【看護職員認知症対応力向上研修の受講者数】(目標新設)

2020(平成32)年度末 22,000人

⑤ 認知症の人の生活を支える介護の提供

- ・ 介護サービス基盤の整備
- ・ 認知症介護の実践者⇒実践リーダー⇒指導者の研修の充実
- ・ 新任の介護職員等向けの認知症介護基礎研修の実施

⑥ 人生の最終段階を支える医療・介護等の連携

⑦ 医療・介護等の有機的な連携の推進

- ・ **認知症ケアパス**(認知症の容態に応じた適切なサービス提供の流れ)の積極的活用
- ・ **医療・介護関係者等**の間の**情報共有**の推進
 - ⇒ 医療・介護連携のマネジメントのための情報連携ツールの例を提示
 - 地域ケア会議で認知症に関わる地域資源の共有・発掘や連携を推進
- ・ 認知症地域支援推進員の配置、認知症ライフサポート研修の積極的活用
- ・ 地域包括支援センターと認知症疾患医療センターとの連携の推進

認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

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**。

- 「**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(第2版)**」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)

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

【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】

2016(平成28)年度末予定 9万人 ⇒ 2020(平成32)年度末 220,000人

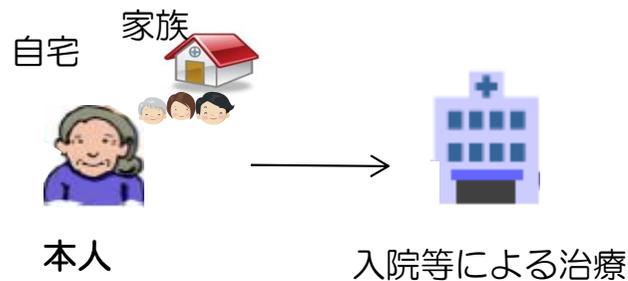
認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

Ⅱ 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービス等の提供

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

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

身体合併症等への適切な対応



【病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修】

- ・身体合併症への早期対応
- ・認知症の人の個性に合わせた適切な対応を推進する

【看護職員認知症対応力向上研修】

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

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

目標 2017(平成29)年度末 8.7万人 ⇒ 2020(平成32)年度末 22万人
実績 2016(平成28)年度末 9.3万人

【看護職員認知症対応力向上研修の実績と目標値】（目標新設）

2016(平成28)年度末実績 0.4万人 ⇒ 2020(平成32)年度末 2.2万人

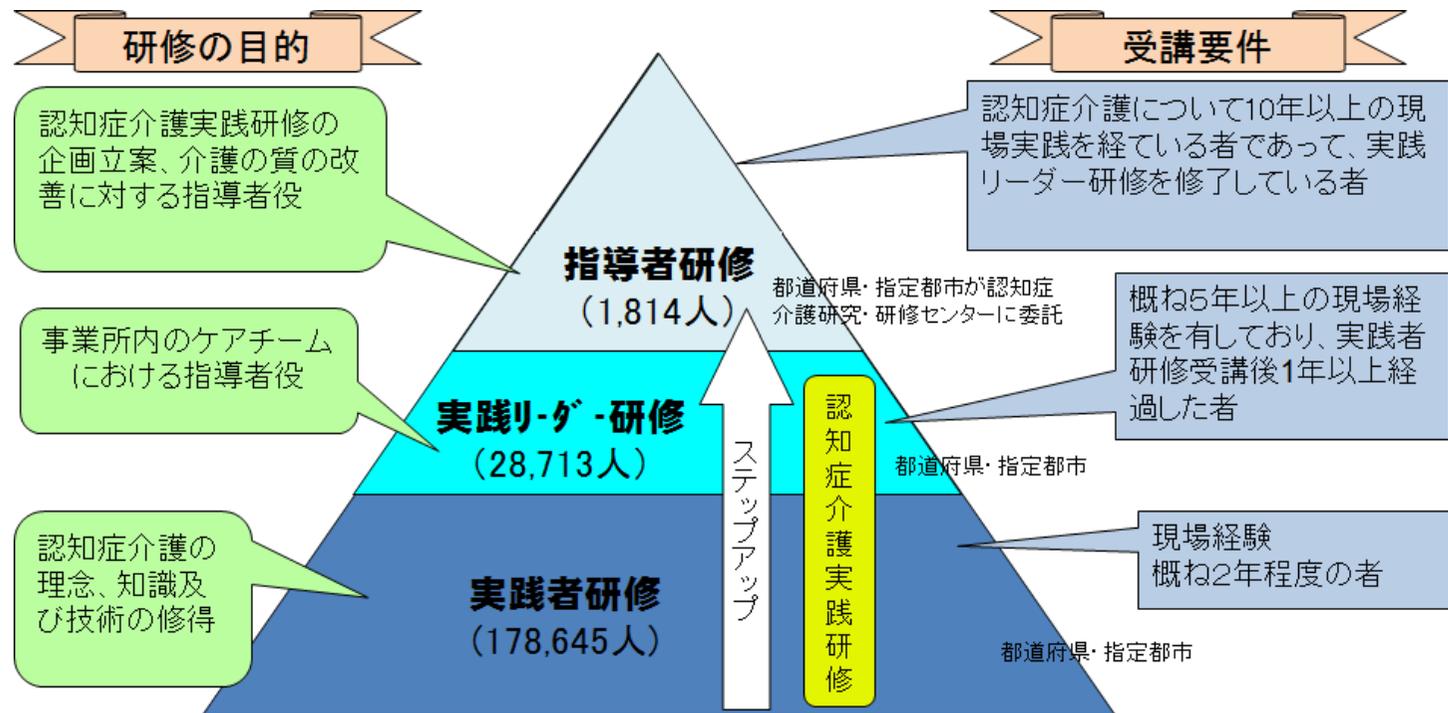
認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

2 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービス等の提供

(5) 認知症の人の生活を支える介護の提供＜良質な介護を担う人材の確保＞

- 本人主体の介護を行うことで、できる限り認知症の進行を緩徐化させ、行動・心理症状(BPSD)を予防できるような、良質な介護を担うことができる人材を質・量ともに確保していく。【厚生労働省】

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



【認知症介護基礎研修】

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

【目標】

認知症介護に携わる可能性のある全ての職員の受講を目指す

※受講者がより受講しやすい仕組みについて検討

【実績と目標値】 指導者養成研修: 2016(平成28)年度末見込 2,200人 ⇒ 2020(平成32)年度末 2,800人
実践リーダー研修: 2016(平成28)年度末見込 3.9万人 ⇒ 2020(平成32)年度末 5万人
実践者研修: 2016(平成28)年度末見込 24.7万人 ⇒ 2020(平成32)年度末 30万人

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

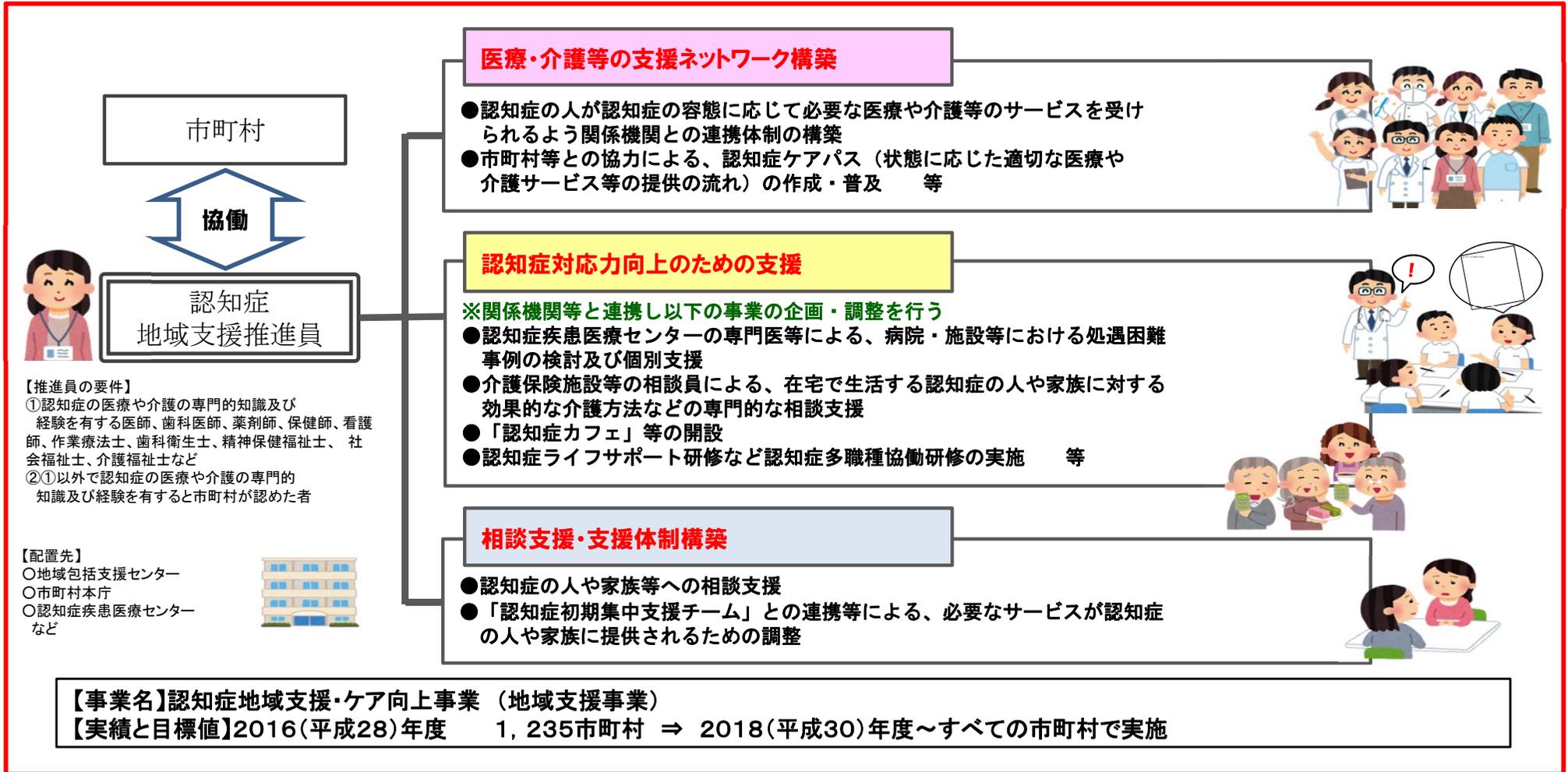
 内の研修は、新オレンジプランに基づき平成28年度から実施

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

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、歯科医師、薬剤師、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、介護福祉士など

②①以外で認知症の医療や介護の専門的知識及び経験を有すると市町村が認めた者

【配置先】

- 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



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・普及】

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

② 介護者たる家族等への支援

- ・ 家族向けの認知症介護教室等の普及促進
- ・ 家族等に対する支援方法に関するガイドラインの普及

③ 介護者の負担軽減や仕事と介護の両立

- ・ 介護ロボット、歩行支援機器等の開発支援
- ・ 仕事と介護が両立できる職場環境の整備
(「介護離職を予防するための職場環境モデル」の普及のための研修等)

若年性認知症の人への支援

■相談（相談窓口）■

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

■支援ネットワークづくり■

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

■普及・啓発■

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

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

若年性認知症の特性に配慮した就労・社会参加支援

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

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



⑩ 治療と仕事の両立に向けたトライアングル型支援などの推進

【働く人の視点に立った課題】

労働人口の約3人に1人が何らかの疾病を抱えながら働いており、治療のために離職する人が存在している。

- ・罹患しながら働く人数 2,007万人 (2013年度)
- ・治療のため離職した人の割合 (がん) 約34% (うち依願退職30%、解雇4%) (2013年)

治療と仕事の両立に向けては、主治医や会社と連携したコーディネーターによる支援が重要。

- ・病気を抱える労働者の就業希望：92.5% (2013年度)
- ・がん罹患後に離職した主な理由：
 - ①仕事を続ける自信の喪失、②職場に迷惑をかけることへの抵抗感 (2013年)

患者にとって身近な相談先が不足している。

- ・例えば、がん診療連携拠点病院で、就労専門家の配置やハローワークとの連携による相談支援体制が整備されているのは38% (399か所中150か所) のみ (2016年)

治療と仕事の両立に向けた柔軟な休暇制度・勤務制度の整備が進んでいない。

- ・病気休暇制度のある企業割合：22.4% (常用雇用者30人以上民営企業) (2012年)
- ・病気休業からの復帰支援プログラムのある企業割合：11.5% (常用雇用者50人以上民営企業) (2012年)

【今後の対応の方向性】

がん等の病気を抱える患者や不妊治療を行う夫婦が活躍できる環境を整備する。治療状況に合わせた働き方ができるよう、患者に寄り添いながら継続的に相談支援を行い、患者・主治医・会社間を調整する両立支援コーディネーターを配置し、主治医、会社とのトライアングル型サポート体制を構築する。あわせて会社、労働者向けの普及・啓発を行い、企業文化の抜本改革を促す。

【具体的な施策】

(トライアングル型サポート体制の構築)

- ・治療と仕事の両立に向けたトライアングル型サポート体制を構築するため、以下の取組を進める。
 - ① 主治医と会社の連携の中核となり、患者に寄り添いながら、個々の患者ごとの治療・仕事の両立に向けた治療と仕事両立プランの作成支援などを行う両立支援コーディネーターを育成・配置する。
 - ② 治療と仕事両立プランの記載内容・作成方法等の具体化を進め、主治医、会社、産業医が効果的に連携するためのマニュアルの作成・普及を行う。
 - ③ がん・難病・脳卒中・肝疾患等について、疾患ごとの治療方法や症状 (倦怠感、慢性疼痛やしびれ^{とうつう}などを含む) の特徴や、両立支援に当たっての留意事項等を示した、会社向けの疾患別サポートマニュアル等の作成・普及を行う。

(不妊治療と仕事の両立に関する相談支援の充実)

- ・不妊治療に関する患者からの相談支援を担う不妊専門相談センターの機能について、両立支援にまで拡充する。

(企業文化の抜本改革)

- ・企業トップ自らがリーダーシップを発揮し、働く人の心身の健康の保持増進を経営課題として明確に位置づけ、病気の治療と仕事の両立支援を含め積極的に取り組むことを強力に推進する。
- ・2016年2月策定の事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドラインの普及推進など、両立支援の導入・拡充に向けて一般国民を含めた周知・啓発を進める。
- ・柔軟な休暇制度・勤務制度の導入を支援する助成金による支援を行う。
- ・治療と仕事の両立等の観点から、傷病手当金の支給要件等について検討し、必要な措置を講ずる。

(労働者の健康確保のための産業医・産業保健機能の強化)

- ・治療と仕事の両立支援に係る産業医・産業保健活動の強化を図る。
- ・過労死等のリスクが高い状況にある労働者を見逃さないための産業医による面接指導の確実な実施等、企業における労働者の健康管理を強化する。
- ・産業医の独立性や中立性を高めるなど産業医の在り方を見直す。

| 施策 | 年度 | 2017年度 | 2018年度 | 2019年度 | 2020年度 | 2021年度 | 2022年度 | 2023年度 | 2024年度 | 2025年度 | 2026年度 | 2027年度以降 | 指標 |
|-----------------------|--|--------|-----------|--------|----------|--------|-------------------------------|--------|--------|--------|--------|----------|-----------------------------------|
| トライアングル型のサポート体制の構築 | 両立支援コーディネーターの養成、配置 (労災病院、産業保健総合支援センター) | | | | | | | | | | | | 治療と仕事の両立が普通にできる社会を目指す。 |
| | 両立プランの具体化 | | がん等のモデル実施 | | 両立プランの普及 | | トライアングル型サポートの状況を踏まえて支援拡充を検討 | | | | | | |
| 不妊治療と仕事の両立に関する相談支援の充実 | 主治医、産業医等の研修、企業連携マニュアルの作成・普及 | | | | | | | | | | | | 両立支援コーディネーターを2020年度までに2,000人養成する。 |
| | 個別の疾患別サポートマニュアル策定 (疾患ごとに順次策定) | | | | | | 患者に対する相談状況を踏まえて見直し | | | | | | |
| 企業文化の抜本改革 | がん拠点病院、ハローワーク等の相談窓口等を順次増加・充実 | | | | | | | | | | | | 新たな不妊相談体制の整備 |
| | がん患者の容姿面への対応など療養生活の質の向上の促進 | | | | | | 若年性認知症の特性に応じた就労支援・社会参加等の推進 | | | | | | |
| 普及・啓発 | 若年性認知症支援コーディネーターの配置 | | | | | | | | | | | | 企業意識・普及の状況を踏まえて両立支援の更なる充実策を検討 |
| | 不妊専門相談センターの機能拡充 | | | | | | ガイドラインの普及推進、健康経営の導入促進 | | | | | | |
| 助成金等による支援 | 不妊治療をしながら働いている方の実態調査を実施 | | | | | | | | | | | | 施行準備・周知期間をとった上で段階的に施行 |
| | 地域両立支援推進チーム設置 | | | | | | 各地域での両立支援の取組推進 | | | | | | |
| 傷病手当金 | 企業等への相談対応、個別訪問指導、助成金による制度導入支援 | | | | | | | | | | | | |
| | 傷病手当金の支給要件等について検討・措置 | | | | | | 企業等への相談対応、個別訪問指導、助成金による制度導入支援 | | | | | | |
| 産業医等の機能強化 | 必要な法令・制度改正 | | | | | | 傷病手当金の支給要件等について検討・措置 | | | | | | |

地域両立支援推進チーム（協議会）

設置趣旨

治療と職業生活の両立支援を効果的に進めるため、各都道府県の自治体等関係者とネットワークを構築し、既に行われている両立支援に係る取組を効果的に連携させ、両立支援の取組の推進を図ることを目的とする。

事務局

各都道府県労働局

メンバー

- 使用者団体の推薦者
- 都道府県医師会
- 都道府県産業保健総合支援センター
- 地域の医療機関（がん診療連携拠点病院等）
- 労働組合の推薦者
- 都道府県（がん等の疾病対策の担当部署等）
- 労災病院
- その他、地元の大学等の有識者 等

協議内容例

- 両立支援に係る各機関の取組の実施状況の共有
- 各機関の取組に係る相互の周知協力
- 相談窓口の支援連携に係る各機関の役割分担及び連絡先一覧作成
- 地域の実情に応じた周知啓発（パンフレットの作成等）
- その他

認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

4 認知症の人の介護者への支援

<認知症の人の介護者の負担軽減> <介護者たる家族等への支援>

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

認知症カフェの様子



夜のカフェの様子

- 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・ケア向上事業

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

認知症カフェ実施状況

○ 認知症カフェ

⇒ 認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う場

～認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)抜粋～

【認知症カフェ等の設置・普及】

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



○ 28年度実績調査

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

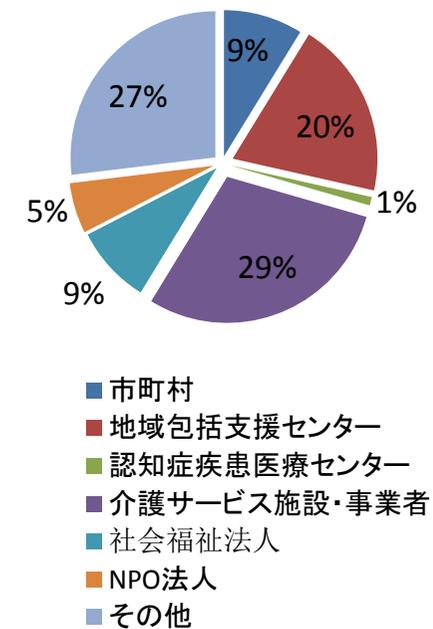
～都道府県別実施状況(実施市町村数)～

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

～都道府県別実施状況(設置カフェ数)～

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

～設置主体～



※ n=4,363 (複数回答あり)

※ 都道府県管内において認知症カフェの開設を把握している市町村数。

V 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進

① 生活の支援(ソフト面)

- ・家事支援、配食、買物弱者への宅配の提供等の支援
- ・高齢者サロン等の設置の推進
- ・高齢者が利用しやすい商品の開発の支援
- ・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、公共交通の充実を図るなど移動手段の確保を推進

③ 就労・社会参加支援

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

④ 安全確保

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

リスクの高い運転者への対策

高齢運転者 対策の推進

I. 新設 臨時認知機能検査・ 臨時高齢者講習

●臨時認知機能検査

改正前は3年に1度の免許証の更新のときだけ受けることとされていた認知機能検査について、一定の違反行為があれば、3年を待たずに、受けることになります。

75歳以上の運転者が、認知機能が低下したときに起こしやすい違反行為をしたときは、新設された「臨時認知機能検査」を受けなければなりません。



【一定の違反行為の例】

- ・信号無視
- ・通行区分違反
- ・一時不停止等

●臨時高齢者講習

臨時認知機能検査を受け、認知機能の低下が運転に影響するおそれがあると判断された高齢者は、新設された「臨時高齢者講習」（個別指導と実車指導）を受けなければなりません。



一定の違反行為をしたとき

75歳以上

一定の違反行為

新設

臨時認知機能検査

認知症のおそれ^{ポイント2}等

ポイント1

認知機能検査の結果が悪くなっている場合

新設

臨時 高齢者講習

- ・実車指導(1時間)
- ・個別指導(1時間)

計2時間

※手数料: 6,600円

臨時適性検査
又は
診断書提出命令

運転免許証を更新するとき

75歳以上

更新時の認知機能検査

認知症のおそれ^{ポイント2}

認知機能の低下のおそれ

認知機能の低下のおそれなし

高齢者講習 (高度化)

- ・実車指導
- ・個別指導 など

計3時間

※手数料: 7,600円

高齢者講習 (合理化)

- ・実車指導 など

計2時間

※手数料: 4,600円

75歳未満

2. 臨時適性検査制度の 見直し

改正前と異なり、認知機能検査で認知症のおそれがあると判定された方は、違反の有無を問わず、医師の診断を受けることになります。

更新時の認知機能検査又は臨時認知機能検査で認知症のおそれがあると判定された方は、臨時適性検査（医師の診断）を受け、又は、命令に従い主治医等の診断書提出しなければなりません。

※医師の診断の結果、認知症と判断された場合は運転免許の取消し等の対象となります。



3. 高齢者講習の 合理化・高度化

認知機能検査の結果によって受ける講習の内容等が変わります。高齢者講習は、75歳未満の方や、認知機能検査で認知機能の低下のおそれがないと判定された方に対しては2時間に合理化（短縮）されます。その他の方に対しては、個別指導を含む3時間の講習となります。



【高齢運転者による交通事故防止対策に関する関係閣僚会議の開催】(平成28年11月15日)

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



【高齢運転者交通事故防止対策ワーキングチームの設置】(平成28年11月24日)

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

【趣旨等】

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

【構成員】

- 有識者委員
行政法、社会学、自動車工学、交通心理学等の学識者
医療・福祉等の関係団体の代表者等
- 警察庁
交通局長、交通企画課長、高齢運転者等支援室長
- 関係府省
内閣府・総務省・厚労省・経産省・国交省の課長等

【主な検討課題】

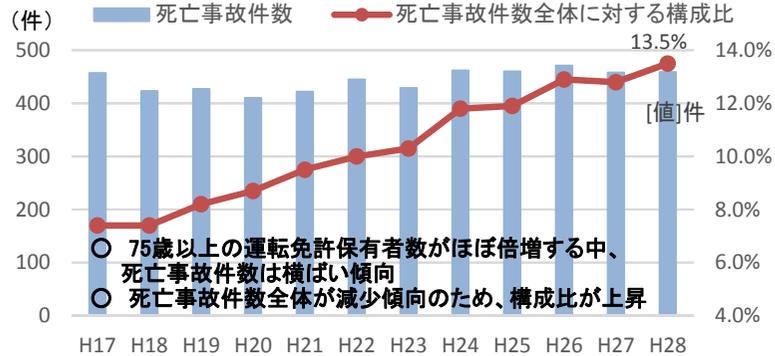
- 高齢運転者に対する効果的な交通安全教育
- 一定のリスクを有する者の把握と運転免許証の自主返納の促進
- 改正道路交通法の施行状況を踏まえた運転免許制度の在り方
- 高速道路における逆走対策
- 衝突被害軽減ブレーキ等の先進安全技術の普及

高齢運転者交通事故防止対策に関する提言(概要)

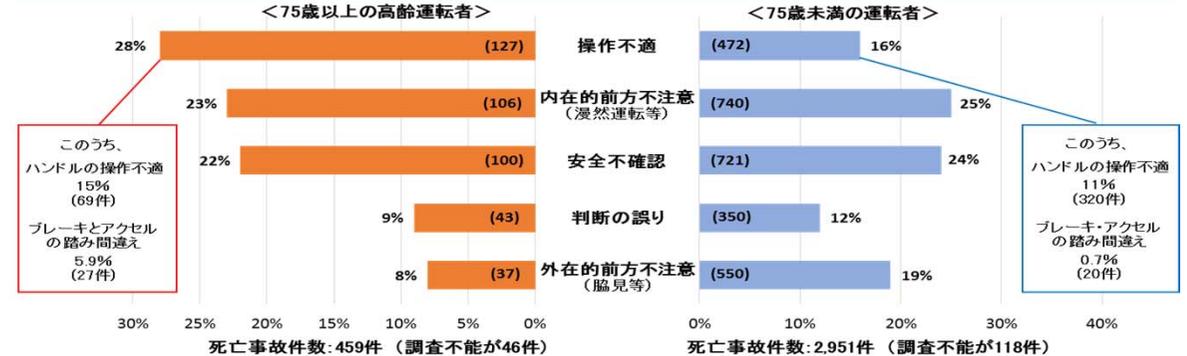
検討の経緯

「高齢運転者による交通事故防止対策に関する関係閣僚会議」における総理指示を踏まえ、平成29年1月から「高齢運転者交通事故防止 対策に関する有識者会議」を開催し、高齢者の特性が関係する交通事故を防止するために必要な方策について幅広く検討

75歳以上の高齢運転者による死亡事故件数及び構成比



死亡事故における人的要因比較(平成28年)



高齢運転者の交通事故防止に向けて取り組むべき今後の方策

【提言に当たっての共通認識】

「交通事故分析に基づく効果的な対策」「高齢運転者の特性等に応じたきめ細かな対策」「関係機関・団体等が連携した総合的な対策」の実施

改正道路交通法の確実な施行

- 医師の診断対象者の増加を踏まえた、医師会等関係団体との連携強化による診断を行う協力医師の確保に向けた取組の推進
- 高齢者講習の受講待ち期間の長期化を踏まえた、都道府県公安委員会の直接実施等による、その期間短縮等に向けた取組の推進

認知症を始めとする運転リスクとそれへの対応

認知症への対応

- 認知機能と安全運転の関係に関する調査研究の実施
- 認知症のおそれがある者への早期診断・早期対応

視野障害への対応

- 視野と安全運転の関係に関する調査研究の実施
- 視野障害に伴う運転リスクに関する広報啓発活動の推進

その他の加齢に伴う身体機能の低下への対応

- 加齢に応じた望ましい運転の在り方等に係る交通安全教育等の推進
- 高齢者の特性等に応じたきめ細かな対策の強化に向けた運転免許制度の在り方等に関する調査研究の実施

運転免許証の自主返納等

- 自主返納の促進に向けた広報啓発活動の強化
- 運転適性相談の充実・強化
- 運転免許がなくても高齢者が安心して暮らせる環境の整備

先進安全技術等

- 安全運転サポート車(セーフティ・サポートカーS)の普及啓発
- 交差点安全支援機能や逆走防止技術等の様々な技術の活用
- 自動運転の実現に向けた法制度面の課題検討等の取組の推進

高齢者の移動手段の確保に関する検討会 中間とりまとめ概要

具体的方策

1. 公共交通機関の活用

- ・ 高齢者の公共交通機関利用促進策に対する地方公共団体の助成の働きかけ
- ・ 乗合タクシー等高齢者が利用しやすいサービスの導入に向けた地方公共団体等との連携
- ・ タクシーの相乗り促進
⇒ 配車アプリを活用した実証実験【平成29年度中実施】
- ・ 過疎地域におけるサービス維持のための取組

2. 貨客混載等の促進

- ・ 貨客混載の推進
⇒ 過疎地域における旅客運送と貨物運送のかけもち
【平成29年6月末までに結論】
- ・ スクールバス等への混乗

3. 自家用有償運送の活用

- ・ 検討プロセスのガイドライン化
⇒ 市町村等が行う自家用有償運送の導入の円滑化
【平成29年度中実施】
- ・ 市町村が主体となる自家用有償運送の活用の円滑化
- ・ 地方公共団体等に対する制度の周知徹底

4. 許可・登録を要しない輸送（互助による輸送）の明確化

- ・ ルールの明確化
⇒ 道路運送法上の「許可・登録を要しない輸送」について、ガソリン代等の他に一定の金額を収受することが可能な範囲を明確化【平成29年度中検討・結論】
⇒ 営利を目的としない「互助」による輸送のためにNPOが自治体の車両を活用するなど、輸送の対価に当たらない支援を例示【平成29年9月までに実施】
- ・ 実施にあたっての条件整備
- ・ 「互助」による輸送の導入に関する情報提供

5. 福祉行政との連携

- ・ 介護サービスと輸送サービスの連携
⇒ 地域における運輸部門と福祉部門の連携強化
【速やかに周知】
⇒ 介護保険制度の移動支援サービスの明確化・普及拡大
【平成29年7月までに実施】

6. 地域における取組に対する支援

- ・ 地方運輸局の取組強化
- ・ 制度・手続等の周知徹底
- ・ 地域主体の取組の推進

1. 改正道路交通法の円滑な施行

凡例:◎既に開始
:○実施予定

- ◎ 医師の診断体制の確保に向けた警察と医師会等の連携強化～協力医師約4,800人を確保(29年5月末現在)～
- ◎ 認知症の早期診断・対応に向けた警察と地方公共団体福祉部局の連携強化

2. 高齢者の移動手段の確保など社会全体で生活を支える体制の整備

- 公共交通機関の利用促進～タクシー相乗りサービスの実証実験等～(29年度中に開始)
- 自家用有償運送の導入・活用の円滑化～使用車両や運行形態の拡大・手続の合理化等～(29年度中に開始)
- 介護サービスと輸送サービスの連携強化～介護保険制度の移動支援サービスの普及拡大等～(速やかに開始)

3. 高齢運転者の特性も踏まえた更なる対策

(1) 有識者会議の提言を踏まえた今後の方策

- 運転適性相談の抜本的見直し～運転免許証の自主返納の促進等～(速やかに実施)
- 運転免許制度の更なる見直し～80歳以上の運転リスクが特に高い者への実車試験の導入等～(速やかに検討開始)

(2) 「安全運転サポート車」(サポカーS)の普及啓発

- ◎ コンセプトの策定・公表
- ◎ 官民を挙げた普及啓発～広報活動の展開や体験機会の拡大等～
- 安全基準等策定・自動車アセスメント拡充による先進安全技術の普及促進(既に検討開始)

(3) 高速道路における逆走対策の一層の推進

- 逆走車両を警告・誘導する民間技術等の実道での実験(29年7月に開始)

【数値目標】

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

※26～28年平均約270人
24～25年平均約250人

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

【ワーキングチームの取りまとめ】

1. 改正道路交通法の円滑な施行

- ◎ 医師の診断体制の確保に向けた警察と医師会等の連携強化 ～協力医師約4,800人を確保(29年5月末現在)～
- ◎ 認知症の早期診断・対応に向けた警察と地方公共団体福祉部局の連携強化

【厚生労働省の取組】

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

【ワーキングチームの取りまとめ】

2. 高齢者の移動手段の確保など社会全体で生活を支える体制の整備

- 介護サービスと輸送サービスの連携強化～介護保険制度の移動支援サービスの普及拡大等～

【厚生労働省の取組】

- 市町村の福祉部局と交通部局の連携強化や交通関係と介護保険制度等の地域の協議の場との連携により一体的な対策を検討
- 介護保険制度における移動支援サービス(訪問型サービスD)について、対象者や助成の範囲を明確化
- 移動支援サービスとして実施可能なモデルの情報提供

認知症高齢者等による事故等の実態把握等に関する検討等について(概要)

平成28年12月13日第5回認知症高齢者等にやさしい地域づくりに係る関係省庁連絡会議資料より

経緯

○平成19年12月7日

- ・列車との衝突により、認知症高齢者が死亡する事故が発生。その後、原告(JR東海)から被告(遺族)宛に、損害賠償請求。

○平成28年3月1日

最高裁判決 → JR東海側 敗訴 (遺族の賠償責任は認められず)

- ・妻は同居しているものの要介護1の状態にあること、長男は別居で月3回程度の訪問をしていたに過ぎないこと等の事情を踏まえ、妻も長男も民法714条第1項の法定監督義務者又はこれに準ずべき者に当たるとすることはできないとした。
- ・認知症高齢者の介護に従事していた家族の監督義務があるかどうかについては個別に判断されるべきものであるが、今回のケースは監督義務があるとは判断されなかったもの。

○平成28年3月14日

安倍内閣総理大臣・国会質疑 (参・予算委員会)

- ・上記事故を受け、認知症の方による事件、事故に社会としてどのように備えていくのか、実態把握の方法など、「認知症高齢者等によるやさしい地域づくりに係る関係省庁連絡会議」において検討させる旨答弁。

○平成28年5月31日 「第4回 関係省庁会議連絡会議」

- ・「認知症高齢者等による事故等の実態把握に関するワーキンググループ」の設置

○平成28年6月～

- ・WGを7回開催 (有識者ヒアリング含む)

○平成28年12月13日 「第5回 関係省庁会議連絡会議」

- ・WGにおける検討状況の報告

WGにおける検討状況等について(概要)

認知症の方による事件、事故に関する実態把握、有識者からのヒアリング等を踏まえ、社会としてどのように備えていくのかについて関係省庁で検討。

1 各省庁における実態把握

○厚生労働省：認知症の人の日常生活におけるトラブル等

- ・家族アンケート調査によると、生活障害、金銭、行動・心理症状など、トラブル内容は様々のものがある。

○法務省：法定監督義務者又は準監督義務者の損害賠償責任について判示した裁判例

- ・認知症の患者が加害者となったケースは不見当(知的・精神障害者に関する裁判例:10件)。

○金融庁：民間保険の保険金支払い対象となった認知症患者による事故等の事例

- ・認知症患者の加害行為を監督義務者が個人賠償したケースは非常に少ない。(年間数件程度/社)

○国土交通省：認知症の人が関係する鉄道事故等

- ・平成26年度中の事故:全29件(損害額は最大約120万円。損害内容としては「人件費」が一番多い。)

○警察庁：認知症の人が交通事故を端緒として自動車運転免許取消し等に至った事案(※)

- ・平成27年の交通事故(78件)のうち人身事故:27件、物損事故:51件。

※ 事故後の臨時適性検査(医師の診断)等により運転者が認知症であることが判明した事案のみ。

2 課題

(1)事故等の未然防止・早期対応の必要性

- ・認知症の方が重大な事故を発生させないようにするための地域の見守り体制づくりが必要。
- ・地域で認知症の方と関わることが多いことが想定される事業者(小売業、金融機関、公共交通機関等)が気づき、早期に必要な対応ができるよう、認知症に関する理解を深める取組が必要。
- ・また、鉄道事故等の未然防止に向けて設備・ハード面での対応が必要。

(2)起こりうる損害への備え・事故等が起こった場合の損害への対応

- ・新たな制度的対応に係る検討や民間保険の活用。

3 今後の施策等

(1) 事故等の未然防止・早期対応

① 地域における見守りの体制整備の推進

- 徘徊・見守りの体制整備について、都道府県が未実施市町村の支援や広域での体制整備を推進する事業を新たに開始。
- 認知症サポーターが地域の見守り体制で活躍している事例などを広め、より効果的に活動できる仕組み作りを進める。

② 認知症に地域で関わることで想定される職域における取組

- 地域と関わりの強い小売業・金融機関・公共交通機関等の職員に対して、認知症サポーター講座の受講を周知する。
- 運転免許センター内に医療系専門職員を配置して運転適性相談に当たらせることにより、専門的な見地から病状を早期に発見し、認知症の方による交通事故の未然防止を図る取組を推進する。

③ 鉄道事故等の未然防止に向けた設備・ハード面への対応

- 踏切道に取り残された認知症高齢者等の歩行者を救済するため、検知能力の高い障害物検知装置や非常押しボタンの設置を推進する。

(2) 起こりうる損害への備え・事故等が起こった場合の損害への対応

① 新たな制度的な対応について

- 責任能力がなく、また監督責任者がいない場合の被害者救済のあり方については、認知症の方に限らず、責任能力と賠償責任に関する法制上の課題等も含めた議論が必要である。また、責任能力に関わりなく幅広く損害をカバーする仕組みについては生活のあらゆる場面が想定される中で、その範囲、財源、モラルハザードへの対応も含め幅広い議論が必要であり、直ちに新たな制度的な対応を行うことは難しいと考えられる。
- 加えて、各省庁における実態把握の取組の結果において、認知症に起因する事故・トラブル等は、一定件数発生しているが、その内容や損害などは多様であるとともに、今回の最高裁判決の事案のように損害額が高額となる事案が、頻繁かつ多発しているという事実は確認されなかった。また、②にあるように民間保険も開発が進められている。
- このため、まずは、上記(1)、(2)②の施策等を進め、今後の実態を注視しながら必要に応じ、関係省庁連絡会議において検討する。

② 民間保険について

- 鉄道事故に関し、特定の鉄道会社などを対象に、人身事故による電車の運休や遅延に伴う費用や、復旧のための人件費などをカバーするオーダーメイド的な保険も検討されている。
- また、個人として法的な賠償責任を補償するための保険も様々な商品が開発されている。
- このため、まずはこうした民間保険について、今後の実態を注視するとともに、特に個人の賠償責任を補償する保険について、市町村や「認知症の人と家族の会」等の関係団体と連携しつつ、必要に応じて紹介・普及等を行う。

行方不明・身元不明認知症高齢者等に関する実態及び取組について

○警察庁の統計データ（H28年中）

(1) 行方不明者数（認知症やその疑いのある行方不明者として届けられた人数）：15,432人(対前年 26.4%増)

※行方不明者の約98.8%については、1週間以内に所在が確認されている。

(参考) ・H27年中：12,208人（対前年13.2%増） ・H26年中：10,783人（対前年 4.5%増）

・H25年中：10,322人（対前年 7.4%増）

(2) 所在確認状況：15,314人(うち、死亡確認 471人)

(参考) ・H27年中：12,121人（うち、死亡確認 479人） ・H26年中：10,848人（うち、死亡確認429人）

・H25年中：10,180人（うち、死亡確認 388人）

(3) H28年中受理した者で未解決のもの数：191人

(参考) H27年中：150人 ・H26年中：168人 ・H25年中：234人

○行方不明・身元不明認知症高齢者等に関する主な取組

・認知症サポーターの養成

平成29年3月末現在で約880万人を養成。

・市町村における行方不明に関する取組事例の普及・推進

全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議（H29.3.10開催）において、「行方不明を防ぐ・見つける市区町村・地域による取組事例」を配布

・身元不明の認知症高齢者等に関する特設サイトの設置

厚生労働省ホームページに、自治体で公開されている情報を一覧にして確認できる特設サイトを設け、身元不明の認知症高齢者等に関する情報公開や本特設サイトの積極的な活用の検討を各自治体に促す（H26.9） ※H27.3に47都道府県全てにリンク

○地方自治体による認知症高齢者の見守りに関する事業の実施状況（H28年）

※（）内は全国1,741市町村に対する割合

・認知症高齢者の見守りに関する事業を実施している市町村数：1,355ヶ所（77.8%）

（主な事業内容）

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

GPS等の探知システムの活用：531ヶ所（30.5%）

認知症高齢者等の見守りの推進について(平成29年度～)

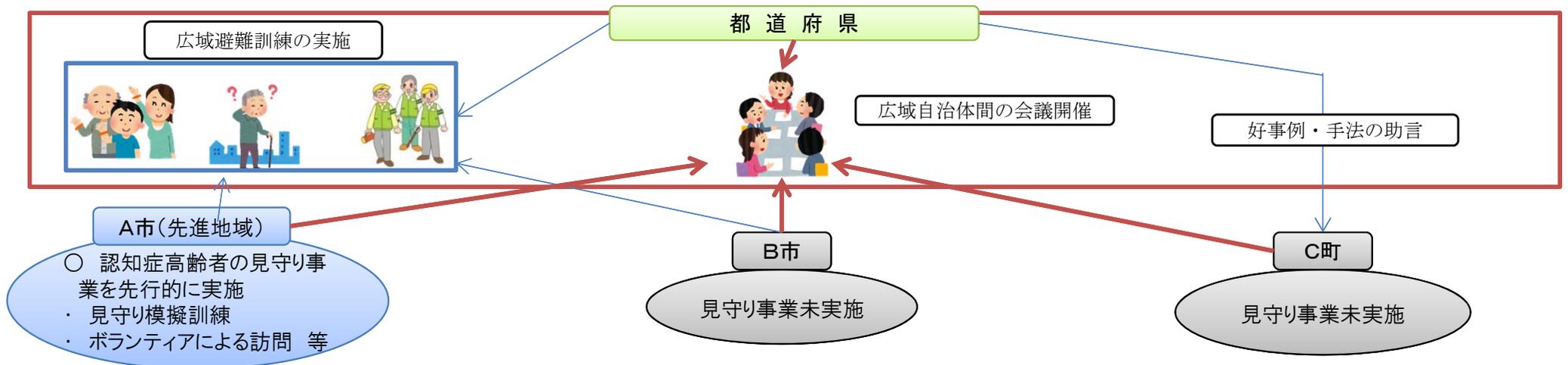
概要

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

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

事業内容

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



認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)【抜粋】

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

ニッポン一億総活躍プラン【抜粋】

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

認知症の人が安心して暮らせる地域に向けて

行方不明を防ぐ・見つける 市区町村・地域による取組事例

平成29年1月

厚生労働省

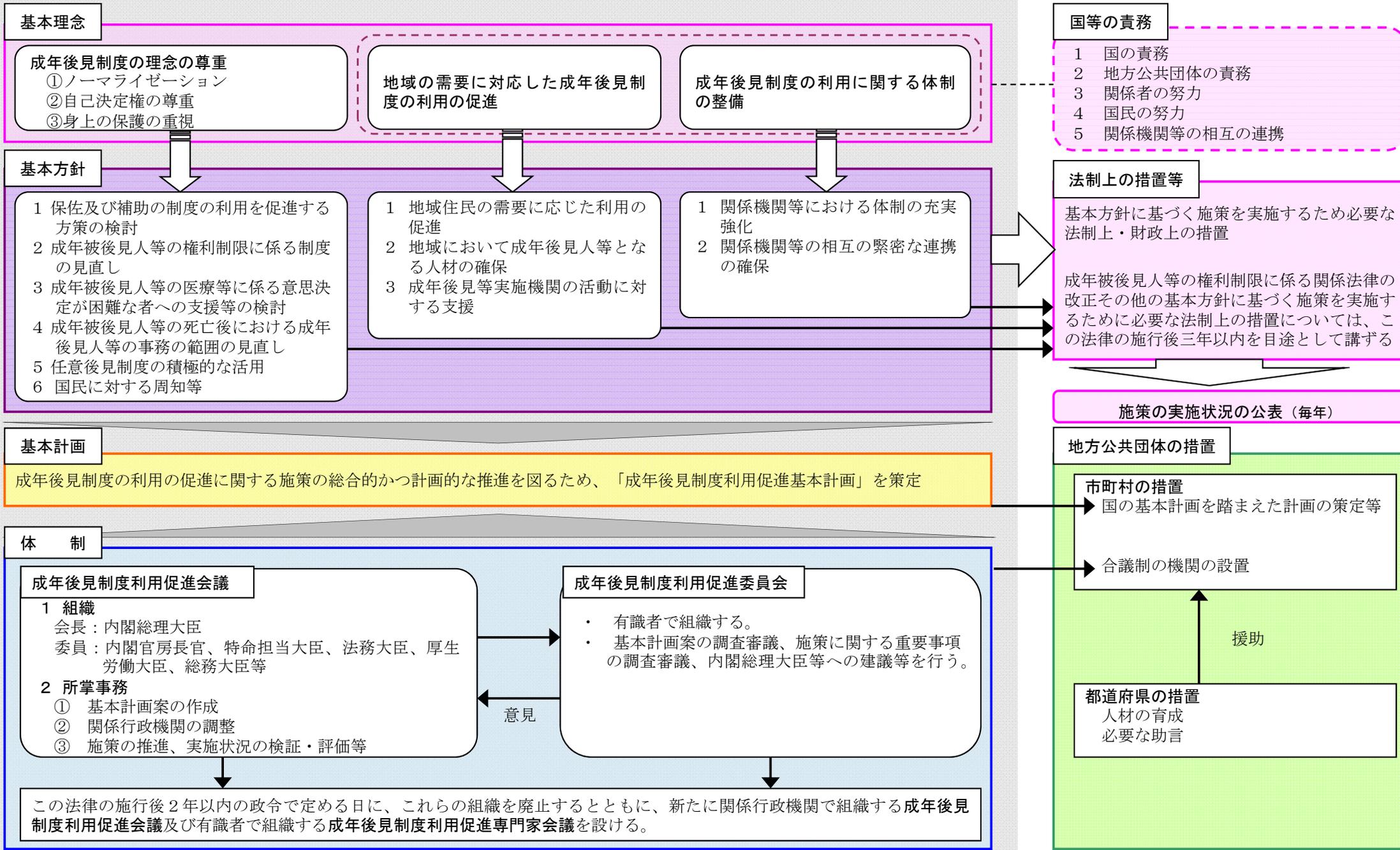
市区町村・地域による取組事例一覧

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



成年後見制度の利用の促進に関する法律イメージ図

衆議院法制局HPより引用
 成立：平成28年4月8日 施行：平成28年5月13日



その他

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

成年後見制度利用促進基本計画について

<経緯>

- H28. 5 「成年後見制度の利用の促進に関する法律」施行
- H28. 9 「成年後見制度利用促進会議」(会長:総理)より「成年後見制度利用促進委員会」に意見を求める(基本計画の案に盛り込むべき事項について)
- H29. 1 「委員会」意見取りまとめ
- H29. 1~2 パブリックコメントの実施
- H29. 3 「促進会議」にて「基本計画の案」を作成の上、閣議決定

<計画のポイント>

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

(1) 利用者がメリットを実感できる制度・運用の改善

- ⇒財産管理のみならず、意思決定支援・身上保護も重視した適切な後見人の選任・交代
- ⇒本人の置かれた生活状況等を踏まえた診断内容について記載できる診断書の在り方の検討

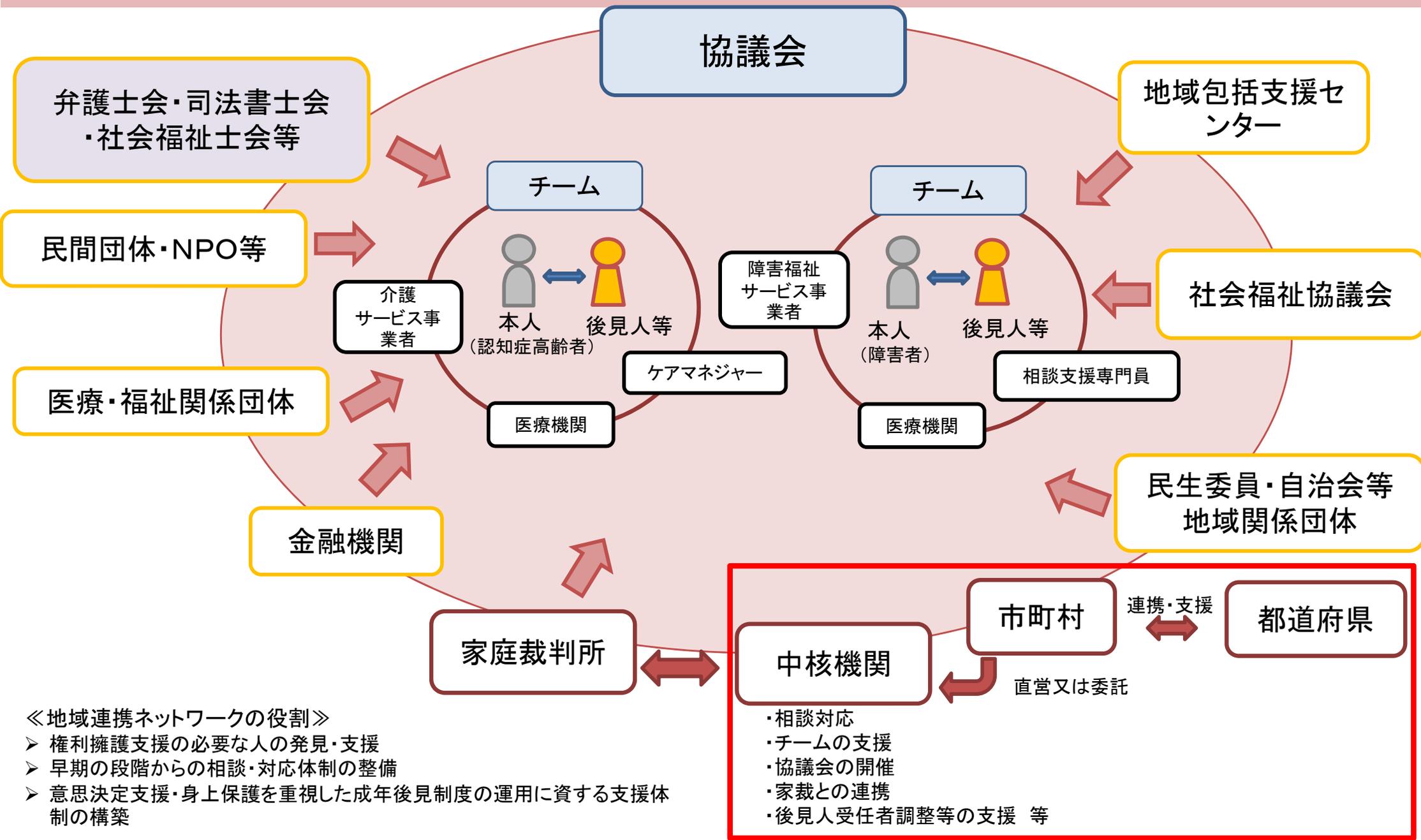
(2) 権利擁護支援の地域連携ネットワークづくり

- ⇒①制度の広報②制度利用の相談③制度利用促進(マッチング)④後見人支援等の機能を整備
- ⇒本人を見守る「チーム」、地域の専門職団体の協力体制(「協議会」、コーディネートを行う「中核機関(センター)」)の整備

(3) 不正防止の徹底と利用しやすさとの調和

- ⇒後見制度支援信託に並立・代替する新たな方策の検討 ※預貯金の払戻しに後見監督人等が関与

地域連携ネットワークのイメージ



- 《地域連携ネットワークの役割》
- 権利擁護支援の必要な人の発見・支援
 - 早期の段階からの相談・対応体制の整備
 - 意思決定支援・身上保護を重視した成年後見制度の運用に資する支援体制の構築

- 《地域連携ネットワークの機能》
- ・広報機能、相談機能、利用促進機能、後見人支援機能、不正防止効果

- 市町村 連携・支援 都道府県
- 中核機関 直営又は委託
- ・相談対応
 - ・チームの支援
 - ・協議会の開催
 - ・家裁との連携
 - ・後見人受任者調整等の支援 等

成年後見制度利用促進基本計画の工程表

| | | 29年度 | 30年度 | 31年度※ | 32年度 | 33年度 |
|-----|---|--|------|--|-------------------------|------|
| I | 制度の周知 | パンフレット、ポスターなどによる制度周知 | | | | |
| II | 市町村計画の策定 | 国の計画の周知、市町村計画の策定働きかけ、策定状況のフォローアップ | | | | |
| III | 利用者がメリットを実感できる制度の運用 ・適切な後見人等の選任のための検討の促進 ・診断書の在り方等の検討 ・高齢者と障害者の特性に応じた意思決定支援の在り方についての指針の策定等の検討、成果の共有等 | 適切な後見人等の選任のための検討の促進 | | 新たな運用等の開始、運用状況のフォローアップ | | |
| | | 診断書の在り方等の検討 | | | | |
| | | 意思決定支援の在り方についての指針の策定等の検討、成果の共有等 | | | | |
| IV | 地域連携ネットワークづくり ・市町村による中核機関の設置 ・地域連携ネットワークの整備に向けた取組の推進 | 中核機関の設置・運営、地域連携ネットワークの整備 | | | | |
| | | 相談体制・地域連携ネットワーク構築支援（各地域の取組例の収集・紹介、試行的な取組への支援等） | | 相談体制の強化、地域連携ネットワークの更なる構築 | | |
| V | 不正防止の徹底と利用しやすさの調和 ・金融機関における預貯金等管理に係る自主的な取組のための検討の促進等 ・取組の検討状況等を踏まえたより効率的な不正防止の在り方の検討 | 金融機関における自主的な取組のための検討の促進 | | 取組の検討状況・地域連携ネットワークにおける不正防止効果を踏まえたより効率的な不正防止の在り方の検討 | | |
| | | 専門職団体等による自主的な取組の促進 | | | | |
| VI | 成年被後見人等の医療・介護等に係る意思決定が困難な人への支援等の検討 | 医療・介護等の現場において関係者が対応を行う際に参考となる考え方の整理 | | | 参考となる考え方の周知、活用状況を踏まえた改善 | |
| VII | 成年被後見人等の権利制限の措置の見直し | 成年被後見人等の権利制限の措置について法制上の措置等 目途：平成31年5月まで | | | | |

施策の進捗状況については、随時、国において把握・評価し、必要な対応を検討する。

※基本計画の中間年度である平成31年度においては、各施策の進捗状況を踏まえ、個別の課題の整理・検討を行う。

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

① 認知症の人の視点に立って認知症への社会の理解を深めるキャンペーンの実施

(再掲)

② 初期段階の認知症の人のニーズ把握や生きがい支援

- ・ 認知症の人が必要と感じていることについて実態を把握する取組や支援体制の構築手法等を検討

※ 地域で認知症の人が集い、発信する取組(本人ミーティング)の手引きを周知し、診断直後から本人ミーティングにつながるまでの一連の支援体制の構築手法等について検討。

- ・ 認知症の人の生きがいづくりを支援する取組を推進

③ 認知症施策の企画・立案や評価への認知症の人やその家族の参画

- ・ 認知症の人やその家族の視点を認知症施策の企画・立案や評価に反映させるための好事例の収集や方法論の研究

認知症の人の視点を重視した実態調査のための方法論の検討について

背景・経緯

- これまでの認知症施策は、ともすれば認知症の人を支える側の視点に偏りがちであったとの観点から、認知症の人にとって真に有効かつ効果的な施策を展開していくには、認知症の人の視点を重視することが不可欠である。
- その一方、認知症とともに生きている本人のニーズを正確に把握するための方法論や、その結果を施策に反映するための方法論についてはまだ確立されておらず、その方法論を明らかにすることが求められている。

研究事業

「認知症の人の視点を重視した実態調査及び認知症施策の企画・立案や評価に反映させるための方法論等に関する調査研究事業（平成27年度老人保健事業推進費等補助金：老人保健健康増進等事業）」において、本人調査等に関する方法論の検討・調査を行った。

<実施内容>

- (1)【検討委員会】 > 本人調査や施策反映の「あり方・方法論」について議論。
- (2)【作業部会・ワークショップ】 > 本人調査の「あり方・方法論」について検討・議論、調査の計画・立案準備。
- (3)【パイロット調査】 > 6地域（仙台、国立、町田、富士宮、大阪、大牟田）で「本人ミーティング」を実施。

- 認知症の人が感じている「生きづらさ」や「必要なこと」などを明らかにするための調査手法として、「フォーカス・グループ・ディスカッション法」等による本人調査（以下、「本人ミーティング」）が有効な手法であることが示された。
- 「本人ミーティング」に際しては、以下に留意することが重要であると指摘されている。
 - ・ 企画や計画等、準備段階から認知症の人が参画すること。
 - ・ 認知症の人が、普段から本音を出すことができる関係を構築すること。
 - ・ 認知症の人同士が繋がり、継続的に集まることができる場づくりをすること。
 - ・ 行政・当事者・地域の関係者が、認知症の人が語る「声」を丁寧に聴くこと。

本人ミーティングを 知る



本人ミーティングとは何か、何が大切かを伝えている本人

★本人ミーティングとは

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

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

★なぜ、本人ミーティングが必要?

本人

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

今、地域で
起きている
こと
(課題)

地域の人、支援関係者、行政

- ◆ 本人の声をよく聴いたことがない
- ◆ 本人のことが、よくわからない
- ◆ つきあい方、支え方がよくわからない
- ◆ 本人が地域の中で元気で生きがいをもって暮らし続けるために、どんな(新しい)サービスが必要かわからない

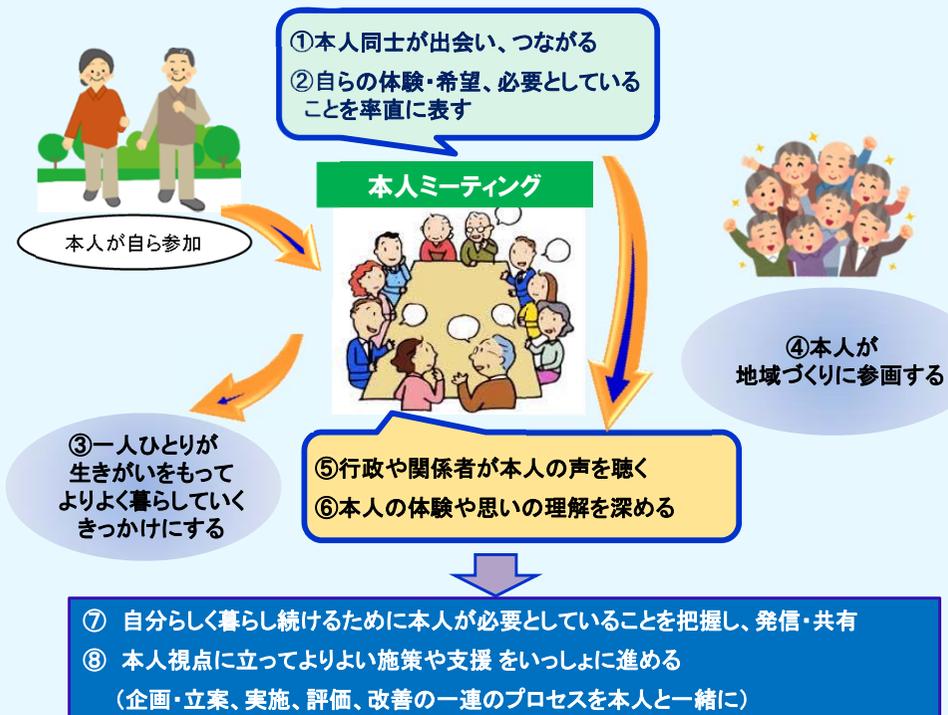
○ 本人が仲間と出会い、思いを率直に語れる場/聴く場が、地域にあったら、
お互いに、楽に、元気になれる。

○ 本人が、声をもとに本人と地域の様々な人が一緒に考え活かしていくことで
やさしいまちをスムーズにつくれる。

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

★本人ミーティングのねらい

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



参考

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)【抜粋】

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

ニッポン一億総活躍プラン【抜粋】

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

本人ミーティングの様々な取組例

多様な場を活かして、多様な人たちが開催しています。

本人ミーティングでの本人の声

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



地域食堂で(北見市)
主催:介護・医療の地域
ネットワーク



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



小規模多機能事業所で
(上田市)
主催:社会福祉総合施設



認知症カフェで(国立市)
主催:地域の医療機関/
在宅療養相談室



町役場の多目的室で(綾川町)
主催:地域包括支援センター



介護施設の交流スペースで
(大牟田市)
主催:ケア関係者の研究会

同席・同行した人の声

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

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。

台風10号に伴う高齢者認知症グループホームの被害を受けた、 介護保険施設等における利用者の安全確保及び非常災害時の体制整備の 強化・徹底に関する通知(平成28年9月)のポイント

都道府県、市町村、介護保険施設等(利用者が通うサービス及び利用者が泊まるサービス含む)に対し、以下について周知。

※障害福祉施設、児童福祉施設等においても同様の通知を发出。

1 情報把握及び避難の判断

- ・災害時に市町村が発する「避難準備情報」等について、介護保険施設等が入手する方法を予め市町村に確認する。
- ・「避難準備情報」が発令された際には、予め定めた避難場所へ避難する。
- ・近年、想定外の大規模な災害が発生することも多いことから、過去の経験のみに頼ることなく、利用者の安全を確保するために必要な対策を最優先に検討し、早め早めの対応を講じる。

2 計画の策定及び避難訓練

- ・次のページに記載する具体的な項目を盛り込み、水害・土砂災害、地震等に関する災害に対処するための計画を策定する。利用者の安全が確保できる実効性のあるものとする。
※計画の策定過程においても、災害に関する情報入手方法や避難場所等必要な情報は速やかに施設内で共有する。
- ・避難訓練を実施し、計画の内容を検証し、見直す。夜間など混乱が想定される状況にも対応できるように実施する。

地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律のポイント

高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るとともに、制度の持続可能性を確保することに配慮し、サービスを必要とする方に必要なサービスが提供されるようにする。

I 地域包括ケアシステムの深化・推進

1 自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取組の推進（介護保険法）

全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に向けて取り組む仕組みの制度化

- ・ 国から提供されたデータを分析の上、介護保険事業（支援）計画を策定。計画に介護予防・重度化防止等の取組内容と目標を記載
- ・ 都道府県による市町村に対する支援事業の創設
- ・ 財政的インセンティブの付与の規定の整備

（その他）

- ・ 地域包括支援センターの機能強化（市町村による評価の義務づけ等）
- ・ 居宅サービス事業者の指定等に対する保険者の関与強化（小規模多機能等を普及させる観点からの指定拒否の仕組み等の導入）
- ・ 認知症施策の推進（新オレンジプランの基本的な考え方（普及・啓発等の関連施策の総合的な推進）を制度上明確化）

2 医療・介護の連携の推進等（介護保険法、医療法）

① 「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた、新たな介護保険施設を創設

※ 現行の介護療養病床の経過措置期間については、6年間延長することとする。病院又は診療所から新施設に転換した場合には、転換前の病院又は診療所の名称を引き続き使用できることとする。

② 医療・介護の連携等に関し、都道府県による市町村に対する必要な情報の提供その他の支援の規定を整備

3 地域共生社会の実現に向けた取組の推進等（社会福祉法、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法）

- ・ 市町村による地域住民と行政等との協働による包括的支援体制作り、福祉分野の共通事項を記載した地域福祉計画の策定の努力義務化
- ・ 高齢者と障害児者が同一事業所でサービスを受けやすくするため、介護保険と障害福祉制度に新たに共生型サービスを位置付ける

（その他）

- ・ 有料老人ホームの入居者保護のための施策の強化（事業停止命令の創設、前払金の保全措置の義務の対象拡大等）
- ・ 障害者支援施設等を退所して介護保険施設等に入所した場合の保険者の見直し（障害者支援施設等に入所する前の市町村を保険者とする。）

II 介護保険制度の持続可能性の確保

4 2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割とする。（介護保険法）

5 介護納付金への総報酬割の導入（介護保険法）

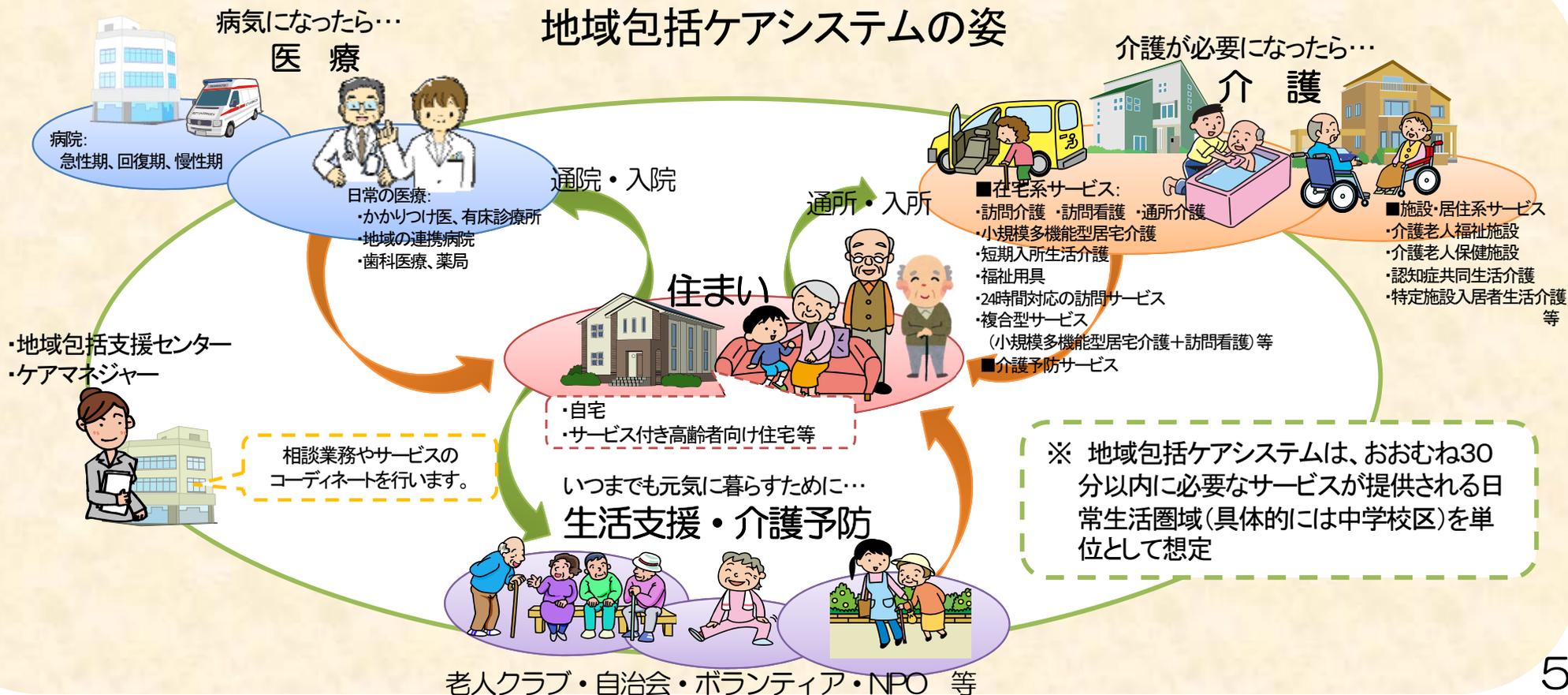
- ・ 各医療保険者が納付する介護納付金（40～64歳の保険料）について、被用者保険間では『総報酬割』（報酬額に比例した負担）とする。

※ 平成30年4月1日施行。（Ⅱ5は平成29年8月分の介護納付金から適用、Ⅱ4は平成30年8月1日施行）

地域包括ケアシステムの構築について

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

地域包括ケアシステムの姿



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29年度予算額 約88億円

平成30年度予算要求額 約94億円

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】

- ・認知症初期集中支援チームの設置
- ・認知症地域支援推進員の設置等

②認知症施策等総合支援事業等【14億円 → 16億円】

- ・認知症高齢者見守りの推進(一部新規) } 【3.3億円】
- ・若年性認知症支援コーディネーターの設置 } 【0.4億円】
- ・成年後見制度利用促進に関する枠組み構築 } 【8.5億円】 等
- ・認知症疾患医療センターの整備

③認知症関係研究費【8.8億円 → 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・治療法等の開発を進めるとともに、臨床研究の実施を支援する体制の整備を推進

④地域医療介護総合確保基金事業(介護分)

- ・介護サービス基盤の整備
- ・介護、権利擁護等に関する人材の確保

⑤医療・介護保険制度等

- ・医療・介護保険制度による医療・介護給付費等

※ 厚生労働省では、上記の医療・介護分野以外でも、介護者の仕事と介護の両立支援、ハローワークによる就労参加支援などにより、認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりを推進。

※ さらに、関係省庁においても、生活の支援(ソフト面)、生活しやすい環境(ハード面)の整備、就労・社会参加支援、安全確保等の観点から、認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりのための施策が行われている。

概要

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）に基づき、適時適切な医療介護等の提供、若年性認知症の人への支援、地域での見守り体制の確立、認知症高齢者等にやさしい地域づくりを推進するための取組を実施する必要がある。

このため、広域的な見守り体制や認知症の本人が集う取組の普及、初期集中支援チームや地域支援推進員の活動についての支援や医療介護連携体制の確立等、地域の実情に応じた取組について各都道府県で共有するための事業を実施するとともに、都道府県・指定都市において若年性認知症の人への支援等を実施する。

事業内容

- 先駆的な取組の共有や、広域での連携体制の構築（主な事業内容）
 - 広域の見守りネットワークの構築
（都道府県内→都道府県を越えたブロック単位を追加）
 - 認知症の本人が集う取組の普及
 - 初期集中支援チームや地域支援推進員の活動支援
（都道府県支援の拡充（専門職等派遣））
 - 認知症医療と介護の連携の枠組み構築 等
- 認知症の人や家族が気軽に相談できる体制の構築、認知症の理解の促進
- 若年性認知症の本人の状態やライフステージに応じた適切な支援
 - 若年性認知症支援コーディネーター支援や相談窓口の設置
（47カ所→67カ所）
 - 若年性認知症支援のための全国的な相談体制の充実

実施主体・補助率

実施主体：1、3 都道府県、2 都道府県・指定都市
補助率：1/2（3 2ポツ目は定額）

先駆的な取組の共有



専門職派遣による初期集中支援チーム等の活動支援



若年性認知症施策



認知症高齢者等の権利擁護に関する取組の推進

概要

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

事業内容(平成30年度予算概算要求額)

① 成年後見制度利用促進のための相談機関やネットワークの構築などの体制整備 成年後見利用促進連携・相談体制整備事業(41,595千円)

成年後見制度利用促進のため、社会福祉協議会や地域包括支援センター等の相談機関やネットワークの構築などの体制整備を実施。

実施主体:都道府県 補助率:1/2 ※全都道府県に1箇所設置できるよう、拡充

② 権利擁護人材育成事業

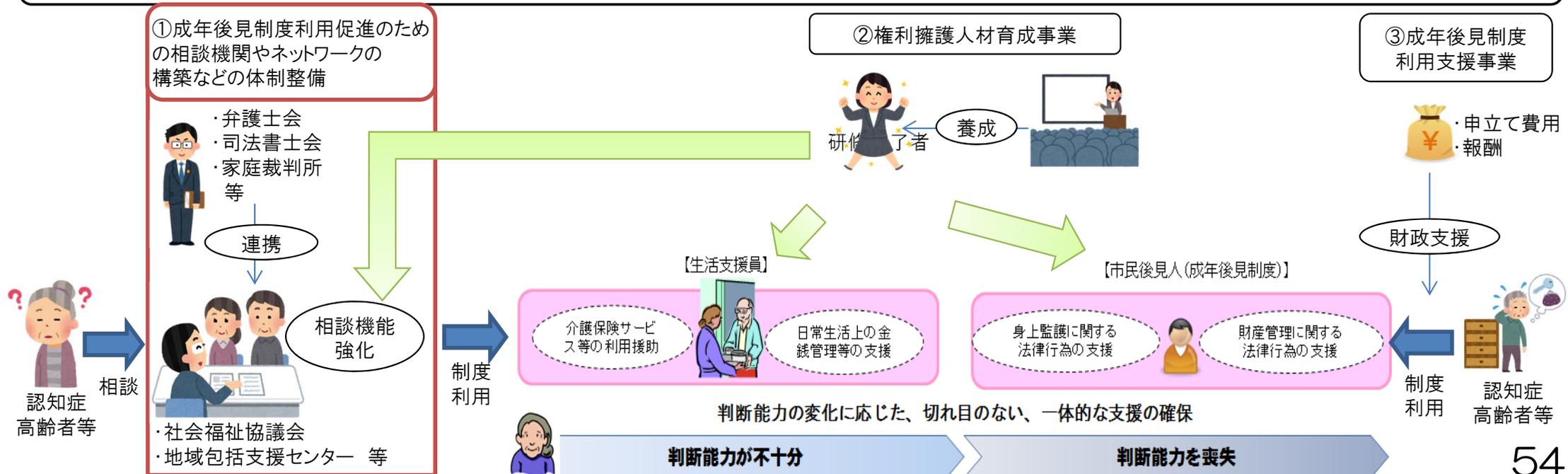
地域医療介護総合確保基金(介護分) 事項要求

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

③ 成年後見制度利用支援事業

地域支援事業 事項要求

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



- 認知症疾患に関する鑑別診断の実施など、地域での認知症医療提供体制の拠点としての活動を行う事業（H20年～）
- 平成29年度より、さらなる整備促進のため、診療所型の設置要件に病院を追加し「連携型」を新設
- 実施主体：都道府県・指定都市（鑑別診断に係る検査等の総合的評価が可能な医療機関に設置）
- 設置数：全国に405か所（平成29年9月現在 都道府県知事又は指定都市市長が指定）

| | | 基幹型 | 地域型 | 連携型 |
|----------------------------|-----------------------------|---|--|---|
| 設置医療機関 | | 病院(総合病院) | 病院(単科精神科病院等) | 診療所・病院 |
| 設置数(平成29年7月現在) ※指定予定を含む | | 16か所 | 350か所 | 39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） ・臨床心理技術者（1名以上） ・精神保健福祉士又は保健師等（2名以上） | <ul style="list-style-type: none"> ・専門医（1名以上） ・臨床心理技術者（1名以上） ・精神保健福祉士又は保健師等（2名以上） | <ul style="list-style-type: none"> ・専門医（1名以上） ・看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等（1名以上） |
| | 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 | — | |
| 地域連携機能 | | <ul style="list-style-type: none"> ・地域への認知症に関する情報発信、普及啓発、地域住民からの相談対応 ・認知症サポート医、かかりつけ医や地域包括支援センター等に対する研修の実施 ・地域での連携体制強化のための「認知症疾患医療連携協議会」の組織化 等 | | |

認知症の人を含むすべての人にやさしい地域づくり！



認知症でもだいじょうぶな町づくり 住民と多職種～人と人「地域」をつなぐ～取り組み

WAO（輪を）！SENNAN

W … 忘れても だいじょうぶ
A … あんしんと
O … おもいやりの町



WAOくん

せんなん



泉南熊寺郎(せんくま)

大阪府泉南市 健康福祉部 長寿社会推進課

奥野 豊司

山中 理恵

大阪府泉南市



やぐら祭り



熊野街道



サガンビーチ



関西国際空港

| | |
|---------------------|---------|
| ○人口 (H29. 4 1現在) | 63,125人 |
| ○高齢化率 | 27.17% |
| ○後期高齢化率 | 11.04% |
| ○認定者数 | 3,501人 |
| 第1号被保険者 | 3,402人 |
| 第2号被保険者 | 99人 |

岡田漁港



泉州水ナス



泉南里芋



漁港市場



マーフルビーチ



金熊寺梅林



泉南あなご



野田藤



近畿大学水産研究所と岡田満漁協が連携して育てた「泉南あなご」ふるさと納税返礼品で全国デビュー！

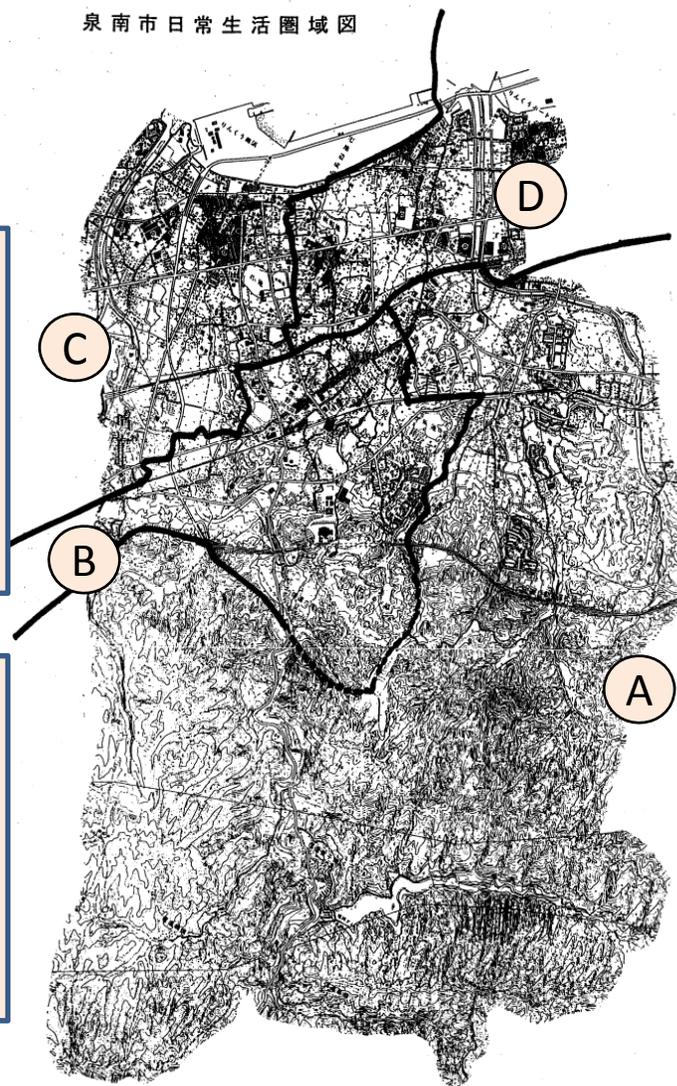
泉南市の日常生活圏域と 地域包括支援センター

4圏域(A・B・C・D)

(A・B)
地域包括支援センター
六尾の郷

(C・D)
地域包括支援センター
なでしこりんくう

泉南市日常生活圏域図



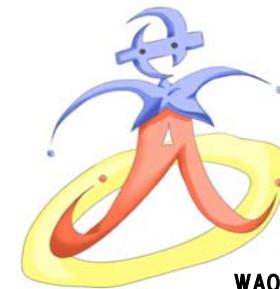
平成22年度～

認知症ケア推進事業 地域包括ケア推進事業

目指すべきものは・・・

- ・安心して徘徊できる泉南市に！！
- ・認知症ケアをきっかけに **地域福祉力を再生し創生する！**

忘れてもだいじょうぶ
あんしんと
おもいやりの町 せんなん



WAOくん

最終目標は・・・ **地域包括ケアシステム**の構築です！

●地域包括ケアシステム構築に向けた取り組み

平成24～25年度

- ・ライフサポートコーディネーター養成
- ・市民後見人養成開始
- ・多職種研修会開催
- ・SOS FAX送信サービス 開始
- ・福まちサポートリーダー養成
- ・認知症個別相談支援
- ・WAOネット会議(多職種連携会議)

平成23年度

- ・WAO新聞の発行
- ・認知症と家族の集い
- ・出張相談会開催
- ・SOS声かけ模擬訓練
- ・認知症ケア研究会の設立
- ・サロン・カフェ開設

- ・先進地の視察研修
- ・就労、生きがい支援

26・27

平成26～27年度

- ・地域福祉対応力向上研修
- ・地域交流スペース設置(地域密着型サービス)
- ・SOS メール配信サービス
- ・生活支援コーディネーター養成
- ・協議体(1層)

24・25

23

22

平成22年度

- ・認知症サポーター養成講座
- ・認知症ネットワーク会議
- ・WAOまつり(市民フォーラム)

平成18～21年度

- ・見守りネットワーク会議
- ・SOS要綱作成～事業所協力依頼
- ・医師とケアマネ交流会

28・29

平成28～29年度

- ・認知症初期集中支援チーム
- ・協議体(2層)
- ・地域ケア個別会議

- 平成22年～26年度
国・大阪府のモデル事業等を活用 10/10補助金
- 平成27年度～ 地域支援事業で実施

泉南市認知症ケア推進事業の取組み経過

| 項目 | 事業 | 18年度 | 19年度 | 20年度 | 21年度 | 22年度 | 23年度 | 24年度 | 25年度 | 26年度 | 27年度 | 28年度 | 29年度 | |
|----------------|---------------------------------|----------------|------|------|------|------|------|--------------|----------------------|------|---------------|-----------|-----------|--|
| 人材育成 | 認知症サポーター養成(リトル・キッズ・ジュニア・ヤング・一般) | | | | | | | | | | | H29.7 | 14,551人 | |
| | ライフサポートコーディネーター養成(専門職) | | | | | | | | | | | 1~5期生 | 計50人 | |
| | その他の人材育成 | | | | | | | | 福まちサポートリーダー養成(住民) | | | | | |
| | | | | | | | | | 地域福祉対応力向上研修(ケアマネ・住民) | | | | 主任ケアマネ研修 | |
| | | | | | | | | 市民後見人養成 | | | | | 計14人 | |
| 地域啓発とネットワークの構築 | 認知症ネットワーク | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | 医療介護・多職種ネットワーク | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | SOSネットワーク | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| WAOプロジェクト | | | | | | | | | | | | | | |
| 集いあえる場所づくり | 地域密着型サービス事業所開設 | GH 6カ所 認デイ1 | | 小規模1 | 小規模1 | | | 小規模1 認デイ1 | | | 小規模2 ミニ特養1 | 小規模1 | | |
| | カフェ・地域交流スペース開設 | | | | | | | サロン1 | サロン6 | | 交流ス2 | 交流ス2 | | |
| | WAO体操2/MCI予防体操 | | | | | | | | | | | WAO2(9カ所) | MCI(13カ所) | |

平成27年度 介護保険法改正

●地域支援事業

「包括的支援事業」

- ・ **地域包括支援センターの運営**
- ・ **在宅医療・介護連携推進事業**
- ・ **生活支援体制整備事業**
「生活支援コーディネーター」の配置
- ・ **認知症総合支援事業**
認知症初期集中支援推進事業
認知症地域支援・ケア向上事業
- ・ **地域ケア会議推進事業**
- ・ **任意事業**
認知症サポーター等養成事業

「総合事業」

- ・ **介護予防 生活支援サービス事業**
訪問型サービス
通所型サービス 等・・・
- ・ **一般介護予防事業**
介護予防把握事業
介護予防普及啓発事業
地域介護予防活動支援事業
一般介護予防事業評価事業
地域リハビリテーション活動支援事業

泉南市のサポーター養成講座

地域役員

民生委員
自治会
婦人会
老人会
青年団
・・・等

職域団体

鉄道職員
福祉関係職員
病院職員
スーパー職員
金融機関
タクシー会社
・・・等

官公庁

泉南警察署
泉南市役所
泉南消防署
・・・等

地域コミュニティ

地域サロン
お寺
・・・等

リトルキッズサポーター

幼稚園・保育園児

キッズサポーター

小学生

ジュニアサポーター

中学生

ヤングサポーター

高校生

SOS徘徊模擬訓練の実施！

地域住民・キッズサポーターによる 高齢者声かけ体験！

平成23年～毎年開催しています。

開催前に泉南市長からひとこと！！



平成28年10月17日
樽井地区での開催の様子！



高齢者への声かけと地域住民の
子供たちへの見守り活動！！

地域スタッフのうちあわせ！



良い声かけには
「よく出来ました！」
の札をプレゼント！



新家東地区の様子！

WAO(輪を)ねっと

(泉南市徘徊高齢者等検索メール配信システム)とは・・・
 認知症の方が徘徊により行方不明となった場合に、家族等からの依頼により、その方の身体的特徴や服装等の情報をWAOねっとサポーター（登録制）や関係機関に対してメールで配信し、協力をお願いするものです。



WAO(輪を)ねっとサポーター募集!!

WAO(輪を)ねっとサポーターとは・・・
 捜索協力依頼の情報配信を受け、可能な範囲で捜索のための情報提供にご協力いただく方々のことです(事前登録制)。情報配信は携帯電話・パソコンへのメールになります。
 登録について(徘徊高齢者等の捜索に協力していただける方) ※詳しくは裏面をご確認ください。

◆登録費用◆

無料(ただしメール送受信や登録用ホームページへのアクセスに要する通信費は登録者負担)

◆その他◆

メールは送信専用です。返信はできません。
 メール配信時間は9:00~17:30です。(平成27年7月1日現在)
 捜索協力依頼以外に捜索訓練メールや長寿社会推進課で実施するイベント等の案内を送らせていただく場合があります。

(家族の徘徊が心配な方)

泉南市では、徘徊のおそれのある認知症高齢者の情報を事前に登録しておくことで、緊急時の対応が速やかに行えます。
 登録を希望される方は、長寿社会推進課までお越しください。
 窓口で申請書にご記入していただくだけの簡単な手続きで登録できます。
 ※事前登録されていない方が行方不明になられた場合でも、支援を受けることができますのでご相談下さい。

WAOねっと登録方法

徘徊高齢者検索メールを受信するには会員登録が必要です。登録は無料。
 ※ただし、必要機器類や通信経費等は利用者負担となります。



《問い合わせ》
 泉南市長寿社会推進課
 電話：072-483-8253(直通)

泉南市認知症サポーター数

| 推移 (累計) | H22 | H23 | H24 | H25 | H26 | H27 | H28 |
|------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| サポーター | 1,993人 (52回開催) | 4,003人 (32回開催) | 6,582人 (44回開催) | 9,470人 (48回開催) | 11,028人 (32回開催) | 12,732人 (35回開催) | 14,332人 (30回開催) |

★平成22年4月1日

9名

★平成29年7月31日現在



14,551名

泉南市人口の約23.1%

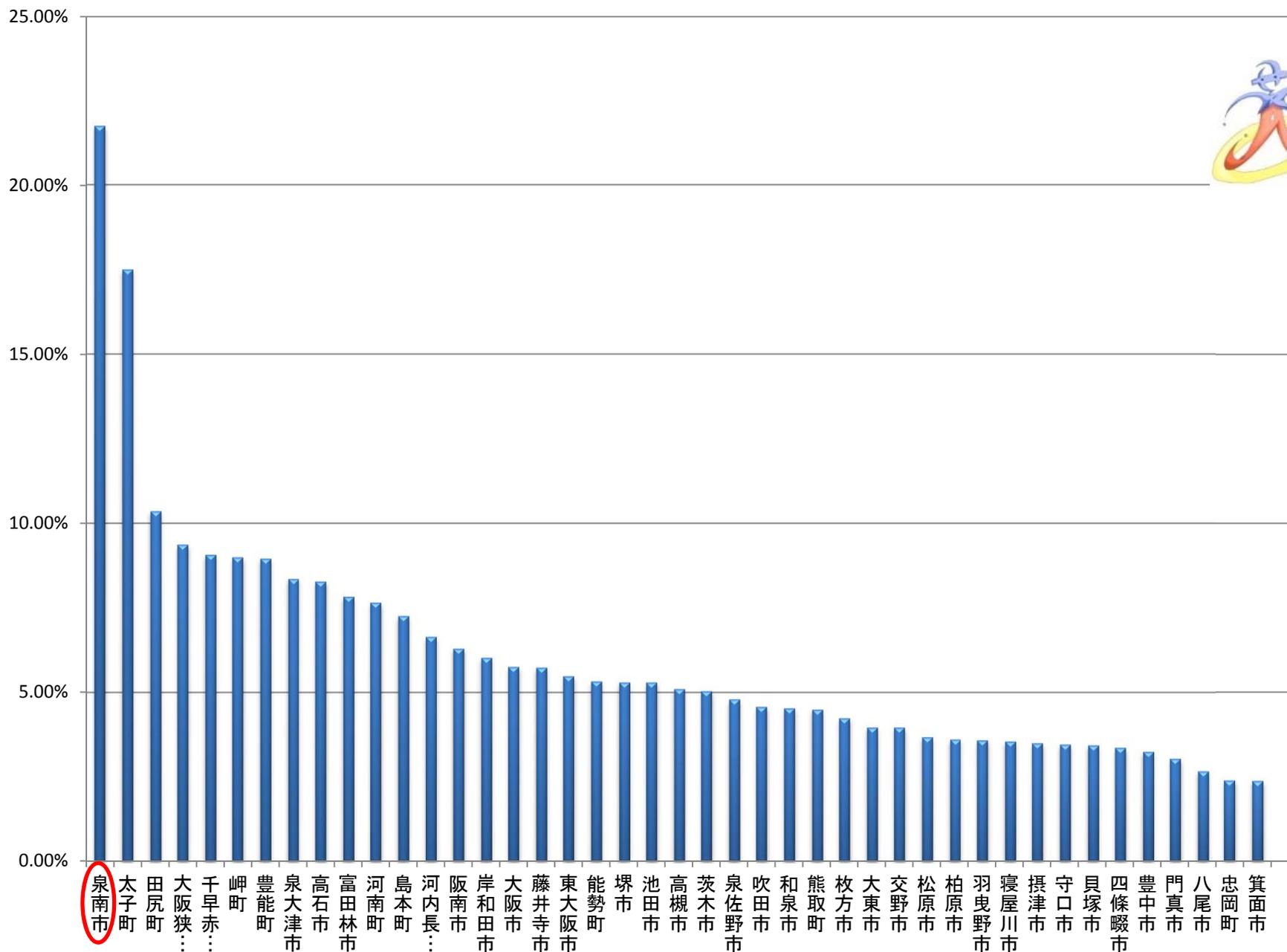


泉南市長もサポーターです！



大阪府内の認知症サポーター数における総人口に占める割合

平成28年12月31日現在



認知症フォーラム「第5回 WAO(輪を)まつり」!

～みんなで・一緒に・協働のWAO(輪を)～

サポーター養成講座同時開催

平成26年2月22日 開催

「テーマは協働!!!」

- ①・キャラバン・メイトMIグランプリ
・地域包括支援センターによる取組報告

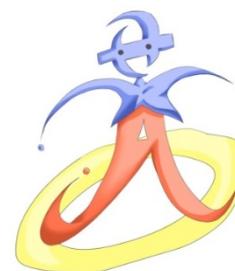
②各ブースでの相談会

- ・医師会、歯科医師会、薬剤師会、理学療法士会、作業療法士会
介護者家族の会、認知症ケア研究会

③多職種によるパネルディスカッション

- ・コーディネーター 認知症専門医 田中敬剛氏

(医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護、包括、ケアマネ、地域住民等・・・)



大阪府コラボ!
介護予防スタンプラリー
同時開催!!!

来場者515人

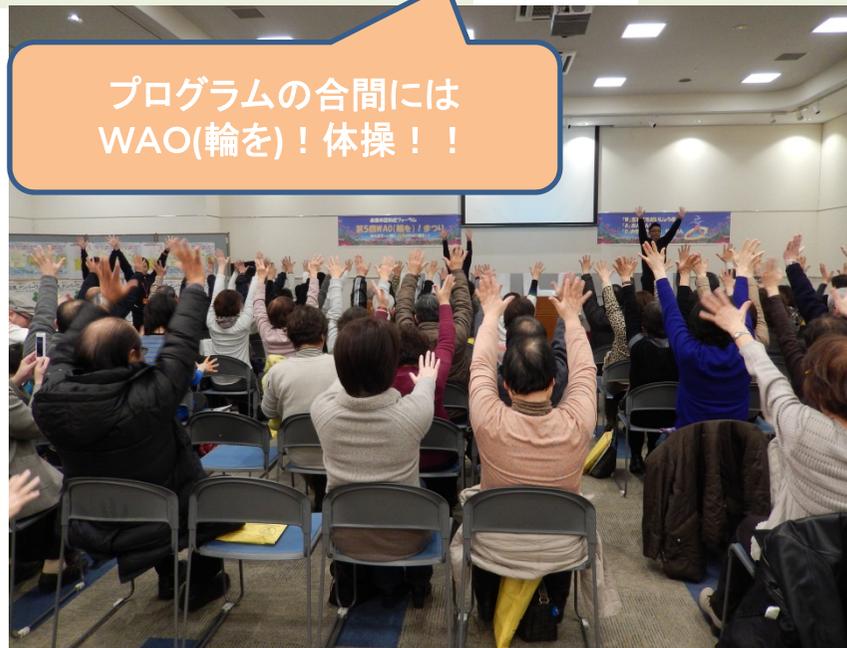
① ・キャラバン・メイトM1グランプリ ・地域包括支援センターによる取組報告



認知症ケア等・様々な
地域包括ケアの取組の紹介！



プログラムの合間には
WAO(輪を)！体操！！



WAO (輪を) ! SENNAN

W ... 忘れてもだいじょうぶ

A ... あんしんと

O ... おもいやりの町

せんなん



泉南市
キャラバン・メイトの
4つの班による
発表会！

②各ブースでの相談会

- ・ 医師会、歯科医師会、薬剤師会、理学療法士会、作業療法士会
介護者家族の会、認知症ケア研究会

歯科
医師
医師



理学療法士
作業療法士
薬剤師



介護者家族の会
の活動報告



認知症ケア研究会
iPad 教室

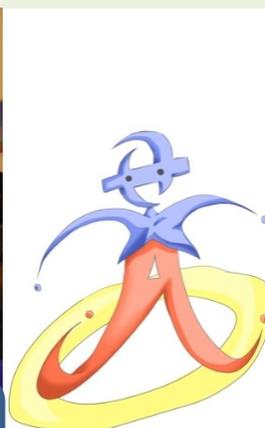


③多職種によるパネルディスカッション

・コーディネーター 認知症専門医 田中敬剛氏
(医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護、包括、ケアマネ、地域住民等・・・)



医師会の先生が会場にて
インタビュー！！



会場にかけつけたPT/OTの方も
参加！！



認知症専門医師(サポーター医)のコーディネート
により多職種が地域住民と熱いディスカッションを
開催！！

今後も様々な地域において
「WAO(輪を)！プロジェクト」
を開催する方向となった。(^o^)/

地域版

「第7回 WAO(輪を)まつり in浜」

平成27年5月23日 開催

認知症サポート医による講演



地域包括支援センターなでしこりんくう 主催

地域住民と多職種との
グループワーク



地域毎のフォーラムへと
活動をスイッチ！！

「第8回 WAO(輪を)まつり in一丘」

平成27年12月19日 開催

地域毎のフォーラム(音楽祭)！！

一丘中学校吹奏楽部



パネルディスカッション



地域包括支援センター六尾の郷 主催

みんなでWAO(輪を)！体操～。。



泉南市 WAO (輪を)!プロジェクト

WAO (輪を)中村!



A・B圏域

WAO (輪を)幡代!



C・D圏域

泉南市の認知症サポート医と認知症かかりつけ医により発足した「認知症と向き合う会」主催で開催。

地域包括支援センターとライフサポートコーディネーターがコラボレーションして各地域の医師、多職種の方々が参加し、地域住民との熱い意見交換が行われている。

★開催地区

新家・樽井・一丘・岡田・信達・浜・陸・八幡山・男里・桜ヶ丘・幡代・東・中村・楠台・・・

泉南市認知症ケア研究会

H22年～ ・ ・ 地域密着型事業所交流会（毎月開催）

H23年12月 ・ ・ 泉南市認知症ケア研究会が発足。
各地域で認知症相談会を実施。

H24年～ ・ ・ 泉南市認知症コーディネーター養成研修
（現ライフサポートコーディネーター）

H24年12月 ・ ・ **NPO法人 泉南市認知症ケア研究会 発足**

H25年 2月 ・ ・ **オレンジカフェ**

「おいでや！泉南」OPEN!!

おいでや！泉南とは

泉南市の介護や医療の専門家が中心となって、介護サービスの質の向上と認知症の人や支える町づくりの推進を図っていくことを目的として活動しています。



おいでや！相談！

毎月：第1・3土曜 第2火曜 第4金曜
対象：泉南市民・専門職
時間：13:00～16:00
参加費：無料

平成29年

8月・9月の予定

8月5日(土) 8日(火) 19日(土) 25日(金)
9月2日(土) 12日(火) 16日(土) 22日(金)

人材育成(専門職向け)

平成24年～開催

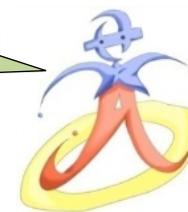
ライフサポートコーディネーター養成研修

認知症本人・家族と高齢者全ての

「ライフサポートコーディネーター」をめざして！！

地域の生活支援体制の構築をめざすために、認知症の方や高齢者全てのライフサポートの支援を行う、「ライフサポートコーディネーター養成研修(全15回×6時間)」を開催し、地域包括ケアシステム構築へと進めていくための人材育成をしていく！(現在1～5期養成 50名)

H29:6期 研修中～



包括・地域密着等の管理者等には必ず配置！

所属：包括等の介護職員・病院職員等・・・多職種が参加！

資格：認知症介護指導者・介護支援専門員・社会福祉士 介護福祉士等
薬剤師・保健師・看護師・作業療法士・歯科衛生士 精神保健福祉士等

H27.4～「ライフサポートコーディネーター連絡会」の発足！！

H28年度：第5期生



終了式で市長と記念撮影



講義とグループワークの様子！



地域包括ケア体制構築のカギとなる “ライフサポートコーディネーター”

- **ライフサポートコーディネーターは、
地域福祉力向上のための
「認知症地域支援推進員」的な役割であり・・・
「生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」
になりうる人材である！**

- **認知症地域支援推進員（3名）**
市職員1名
地域包括支援センター2か所に各1名ずつ
- **生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）」**
ライフサポートコーディネーターから8名任命

RUN 伴 TOMO-RROW

RUN伴(ランとも)とは..

H29 泉南コースは 10月1日

認知症の人や家族、支援者、一般の人が少しずつリレーをしながら一つのタスキをつなぎゴールを目指すイベントです。

泉南コースは毎年 **泉南市長**が走っています。

～北海道から九州まで～

泉南市長です。



認知症になっても仲間とともに走りつづけたい。

Nさん(65歳)若年性認知症男性の事例

妻がオレンジカフェ「おいでや泉南」のチラシを見て来られる！
ライフサポートコーディネーターと出会い、夫についての相談がある。

65歳男性 要支援2 妻62歳と二人暮らし

在職中に複視になり59歳で退職し、後に物忘れがひどくなり病院受診
・ ・ アルツハイマー型認知症と診断される。



コーディネーターが配布したカフェ「おいでや！泉南」のチラシを見た妻が、
「やっと見つけた！これだ！」と来所する。



ライフサポートコーディネーターのかかわり！
(職種：ケアマネ・医療職)

妻は、アルツハイマー型認知症と診断を受けた時「どこに相談に行けばと良いのか？ずっと悩んでた」

Nさんは ・ ・ 「不安からくる睡眠障害・徘徊等 ・ ・ 」

そして ・ ・ 介護保険認定申請 ・ 認知症デイの見学等 ・ のアドバイス。

Nさんへの支援

～ライフサポートコーディネーターの連携～

担当者会議にいたるまでは、**複数のライフサポートコーディネーター**が所属する認知症デイサービスを体験・・・本人の移行にあったサービス提供へ。



ライフサポートコーディネーター



サービス担当者会議を開催（本人・家族・ケアマネ・認知症デイ・訪問看護）
デイサービスの利用に際し、1回3～4時間の利用から始める。
並行して、訪問看護にて、リハビリを兼ねた家族支援を行っていく。
徘徊があるため、後日ケアマネとCSW・包括職員で訪問し徘徊SOSネットワーク、地域の見守りネットワークの説明をし、SOSネットワークを登録。



ライフサポートコーディネーター（ケアマネ）の感想！

ケースの関わりについて、包括だけではなく、認知症ケア研究会や他のライフサポートコーディネーターに相談できたこと、支援を引き受けてくれたりしたことが、大きな支えとなり・スムーズな初期支援となった。

もっとはやく「おいでや！泉南」の存在を知ってもらえていれば、早期に関わることができ、もう少し本人の思いを聞き取ることができて、家族のレスパイトもできたのではないかと思う。

Sさん(76歳)認知症男性の事例

妻がオレンジカフェ「ふくろう」に参加！

ライフサポートコーディネーターと出会い、夫についての相談がある。

76歳男性 要介護認定未 妻71歳と二人暮らし

H26に初期の認知症と診断される。

そのため、運転免許証を返納し、移動手段は自転車か徒歩。

仕事は研究職であった。

大学時代は機械体操をされており、身体を動かすこと、歩くことが好き。



ライフサポートコーディネーターのかかわり！
(職種：ケアマネ・介護職)

街かどデイハウスで実験開催されるMCI予防教室を案内し体験。後に、地域で定期的にモデル開催されるMCI予防教室を案内し、夫婦で参加する。



その後も妻はふくろうカフェに定期的に参加、SさんもMCI予防教室に参加することにより、認知機能も上がってきており、自転車の移動も以前よりスムーズになってきた。

Sさんの現在！！

「歩く会」への参加！

MCI 予防教室に参加していたSさんが、その後ライフサポートコーディネーターが企画した「歩く会」に参加！（H28年5月～毎月開催！）

当初は参加者としてのかかわりが、現在は初参加の人たちを気遣うなど・・・スタッフの役割を担っていただいている！



4月の歩く会
～潮風を感じる春の海に、一緒に出かけませんか？～

日時 平成29年4月10日(月) 13時集合
場所 おいでや！泉南
参加費 50円(保険代込)

内容 おいでや！泉南集合→体操、出発
↓
サザンピアまでウォーキング→トイレ休憩
↓
おいでや！泉南までウォーキング
↓
ストレッチ後解散(15時頃予定)

尚、雨天中止とさせていただきます。
参加申し込み不要です！

問い合わせ おいでや！泉南
☎ 072-425-5710

「泉南市認知症講演会」

認知症フォーラム！！

平成29年3月28日 開催

講師：越智須美子 氏

泉南市認知症講演会

若年性認知症を発症した
夫の介護についてのご講演！



認知症、不安、恐怖、尊
厳、笑顔・・・夫婦の体験
談を講和と映像をとおし
て紹介！！



泉南市立文化ホール

H28年～第1層 協議体の開催！！

第1回は泉南市の取り組みを
共有し意見交換！！



構成員

学識経験者
地域住民
産業関係者
福祉関係者
社会福祉法人関係者
特定非営利活動法人関係者
地域包括支援センター
地域支え合い推進員（生活支援コーディネーター）
CSW（コミュニティソーシャルワーカー）
等

第1回 H28年1月25日
第2回 H28年3月14日

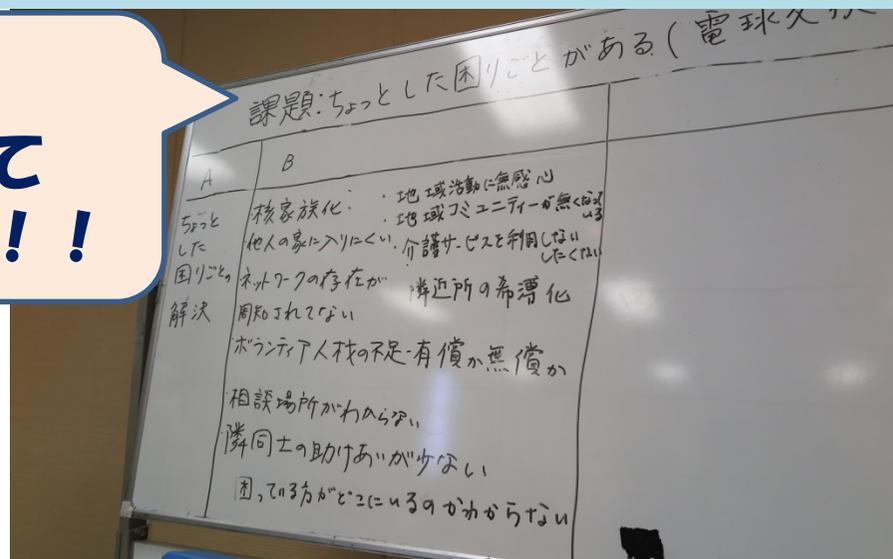


生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）が協議体をコーディネート！！

第2回は地域課題について、
第一層協議体の役割について
意見交換と模擬体験の実施！！

第2層 協議体 H28年4月～
圏域ごとに毎月開催！！

～地区ケア会議の活用～



住民主体の介護予防事業の開催！！



まずは・・・H27年度に包括・NPOでモデル事業を実施！！

WAO(輪を)体操2

従来の介護予防体操：
WAO(輪を)体操をバージョンアップさせて、
理学療法士会の協力により新しい
カリキュラムを作成！！
H28年度～本格実施！！

9か所で開催(H29.7)



北野中小路地区での様子

MCI予防体操



牧野地区での様子

MCI(初期認知障害)段階での
予防カリキュラムも作成！
(理学療法士会協力)
H29年度～実施！！

13か所で開催(H29.7)

カラダも
ココロも
おカネも
シアワセも

ガッツリ講座

つかむ

平成29年2月18日 開催

泉南市立文化ホール

医療も介護もできるだけお世話にならずに、自由にいきいきと老後を過ごせるよう、健康寿命をのばし、医療費も介護費も節約して、「あなたのシアワセ」をガッツリつかみましょう。



講師：
守安久尚さん（理学療法士会）

住民主体の介護予防事業
に向けて、**健康寿命**につ
いての講座と**WAO(輪を)**
体操2の実践をした！！



● 「**自助・互助・共助・公助**」の取組みを推進！
特に！**自助・互助**がキーワード！！

～自助・互助の取組みを推進するための **地域資源**～

● **サロンやカフェの開設** ・ ・ 7か所 (H23補助事業)

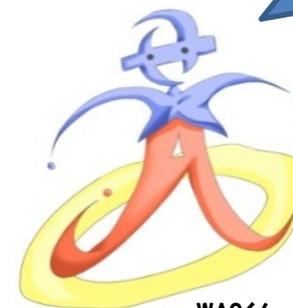
・ これらサロン・カフェがハブとなり、各地域で住民の互助力によるサロンへと繋げていく！

(すでに住民主体サロンが数か所立ち上がってます！)

● **地域密着型サービス事業所**

- ・ **グループホーム** ・ ・ ・ 6か所
- ・ **小規模多機能事業所** ・ ・ ・ 5か所
- ・ **認知症デイサービス** ・ ・ ・ 2か所
- ・ **ミニ特養** ・ ・ ・ 1か所
- ・ **通所介護** ・ ・ ・ 10か所
- ・ **定巡・随時対応訪問介護看護** (29.10～)

いつでも
誰でも
自由に
好きな時間に
“集い合える場所”



WAOKUN

地域交流スペース設置の推進

●集いあえる場所づくり

サロン・カフェ

「地域のWAO(輪を)！」から包括・CSWなどが地域ごとの仕掛けを展開！
地域ケア会議を開催した結果！住民によりサロンが開設される！

岡田区高齢者等見守りネットワーク
岡田区よりあい所

脳トレ
おしゃべり
体操
?
かるたや
ゲーム
講話や唱歌
を聞こう

おかだ区
よりあい所

4月21日(木)
昼1時30分~4時

オープン!!

「岡田区よりあい所」とは、地域の皆さんが気楽に、過ごせる所です。一人で家にいるより「よりあい所」に来てよかった。そんな場にしていきましょう。どうぞ、皆さん気軽に立ち寄ってください。

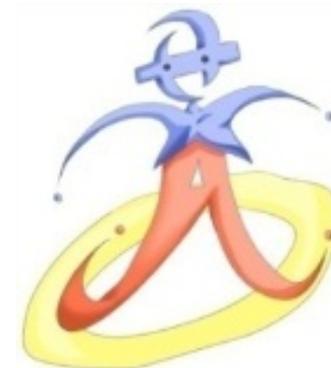
ボランティアとして協力員に参加していただける方を募っています。

●お問い合わせは岡田区事務所
☎482-8036

○平日 AM9:00~PM4:00 ○土曜日 AM9:00~AM12:00
○日曜日・祝祭日は休館 泉南市岡田五丁目20番20号

岡田区安心ネット構成メンバー
岡田区・地区福祉委員会・防犯委員会・老人クラブ・民生委員・児童委員会
地域包括支援センターなでしこりんくう・いきいきネット相談支援センターホリ

おかだ区「よりあい所」



おかだ区「よりあい所」は・・・
MCI予防体操の開催や、地域の商店による買物出張販売も行われるなど、総合事業における地域拠点になることが期待されている！！

地域包括支援センターなでしこりんくう圏域

●集いあえる場所づくり

地域交流スペースの活用

- ・地域密着型サービス事業所の「**地域交流スペース**」を活用して **地域の人たちが集まっている様子!**

ミニ特養 ぶどうの木
「樽井ハウス」



小規模多機能のおうち にこにこ
「来てみてカフェ」



- ・サロン・カフェ&地域密着型サービス事業所などに、**認知症出張相談の「のぼり」**を設置して **WAO (輪を) ! SENNANの啓発と安心して徘徊できるまちづくりをめざす!**

●地域で認知症の方を見守りする

～散歩マップが徘徊マップにならないように！～

地域密着型サービス事業所のスタッフが、包括・CSWが開催する地区ケア会議に参加！散歩から徘徊してしまう利用者の支援をとおして、会議参加メンバーである地域住民（見守りネットワークメンバー等）に地域での見守りを願います！また、地区ケア会議を参考にして、地域密着の運営推進会議で利用者家族と共に住宅地図を活用した「散歩マップ」を作成！

小規模多機能型居宅介護
あっとほーむ六尾の郷



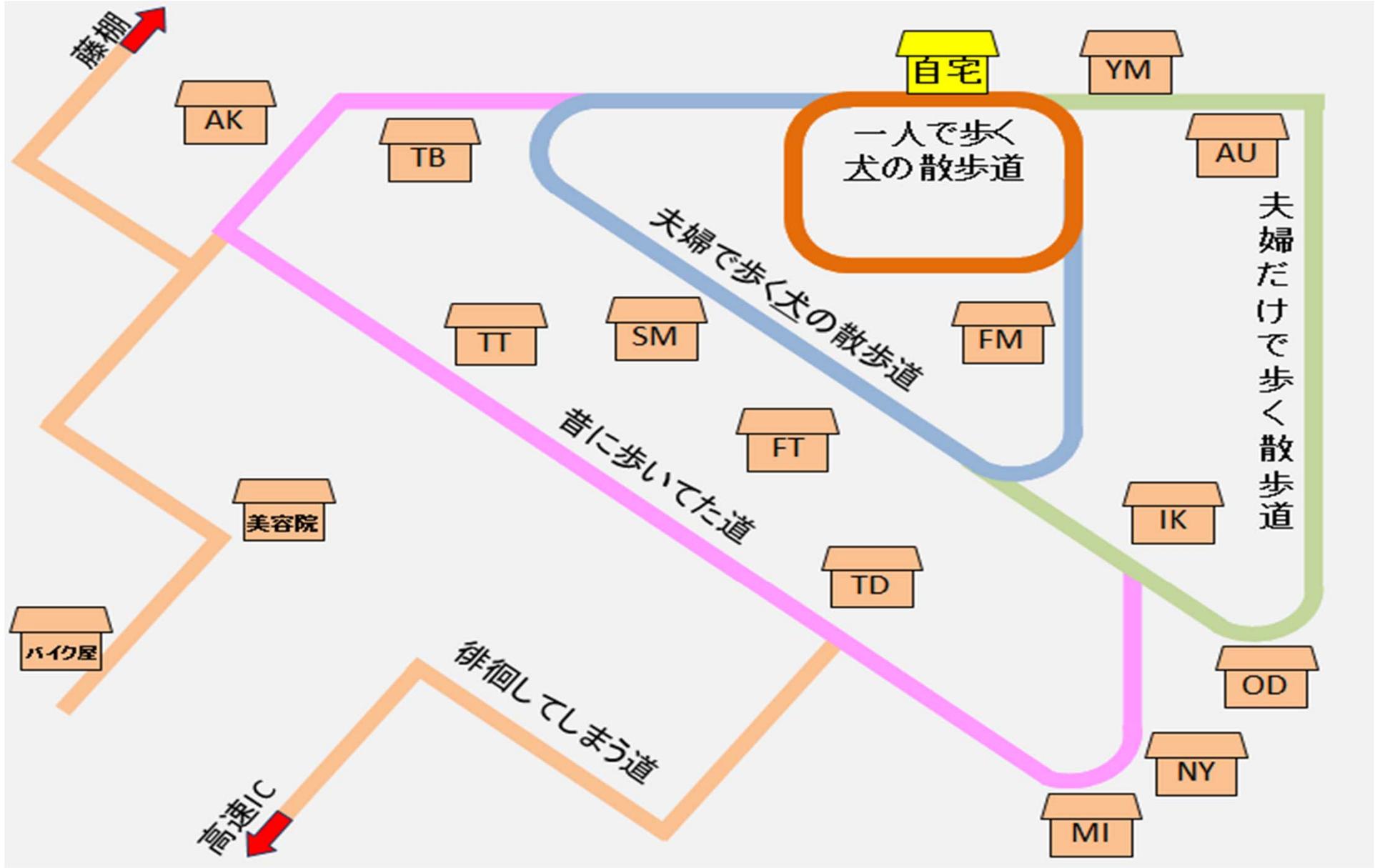
運営推進会議で「マップ」を作成！

～密着スタッフ～

- ・今までは利用者の活動範囲しかわからなかったが・・・昔の行動（活動範囲）や友人の居場所・家族や知人でしか知らない情報がわかった！
- ・家族のさまざまな思い・認知症を知られたくない事などの気づきがあった！
- ・散歩ルートが変わることで、徘徊のサインを見逃さない！ 等・・・

地域包括支援センター六尾の郷 圏域

利用者 Tさんの散歩マップ(イメージ図)



在宅医療介護連携事業

泉佐野泉南医師会

(**3市3町**の**広域**医師会)

(泉佐野市・泉南市・阪南市・熊取町・田尻町・岬町)

・医療と介護、多職種そして行政間等・において市町を跨る連携が必要！！

・平成24年度～泉南市が事務局となり医師会と協働して、行政連絡会（3市3町と保健所）・医師会圏域多職種代表者会議・多職種研修会等・を開催！！



3市3町

泉佐野泉南医師会圏域(3市3町) 医療・介護と多職種連携 研修会開催

- ①平成24年9月 1日 医師とケアマネの合同連絡会
講師：藤井寺市 「いけ！ネット」 数尾 展 先生
- ②平成24年12月13日 医療・介護と多職種連携研修会
講師：大阪府医師会 中尾 正俊 先生
- ③平成25年3月 9日 医師とケアマネの合同連絡会
講師：認知症疾患医療センター 水間病院 岡 秀雄 先生
- ④平成25年9月21日 医療・介護と多職種連携交流会の開催
講師：東京大学高齢社会総合研究機構 教授 飯島 勝矢 先生
- ⑤平成26年3月16日 医療・介護と多職種連携交流会の開催
講師：大島郡医師会 坂元 寛興 先生
奄美市役所 積 竜太 先生
- ⑥平成26年11月6日 医師会と行政の協働研修会
講師：東京大学 高齢社会総合研究機構 特任教授 辻 哲夫 先生
- ⑦平成26年11月6日 医療・介護と多職種連携交流会の開催
講師：医療法人社団祐和会 長尾クリニック 院長 長尾 和弘 先生
- ⑧平成27年12月5日 認知症サミットの開催
講師：医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック 院長 遠矢 純一郎 先生

①③～⑦泉南市事業
②⑧ 医師会事業

3市3町

平成24年度

第1回 泉佐野泉南 医師会 圏域 (3市3町)

★「医師とケアマネの交流会」

基調講演

「地域包括ケア体制に係る
医師とケアマネの役割」



藤井寺市

数尾診療所 数尾 展 先生

H24.9.1 開催！

3市3町

平成24年度
第2回 泉佐野泉南 医師会 圏域 (3市3町)

★「医師とケアマネの交流会」

基調講演

「認知症BPSDの
治療・介護・地域の連携」



認知症疾患医療センター
水間病院 岡 秀雄 先生

H25.3.9 第一三共協賛

3市3町

平成25年度
泉佐野泉南医師会圏域

H25年9月21日

「医療・介護と多職種連携交流会」の開催

①基調講演 「在宅医療における多職種連携の意義」

講師：東京大学高齢社会総合研究機構 飯島勝矢 先生

②グループワーク

「家族に介護疲れのある患者の退院支援について」



飯島勝矢 先生

スターゲイトホテル

3市3町

平成25年度 第2回泉佐野泉南医師会圏域 「医療・介護と多職種連携交流会」の開催

基調講演

「奄美市におけるICT(サイボウズライブ)の活用による
医療連携、多職種連携の取り組み」

講師 奄美市 積 竜太 氏
講師 社団法人 大島郡医師会 坂元 寛興 氏

各市町の多職種連携状況報告

「25年度の取り組みについての報告」及び
「26年度の取組について」

- ①熊取町
- ②泉佐野市・田尻町
- ③泉南市
- ④阪南市
- ⑤岬町



あいぴあ泉南 H26年3月16日

3市3町

平成26年度
泉佐野泉南医師会圏域

H 26年11月6日

「医師会と行政の協働研修会」開催

東京大学高齢社会総合研究機構 特任教授 辻 哲夫先生（元厚生労働省事務次官）

講演：「医師会と行政の協働による多職種連携構築について」

意見交換会：「3市3町・医師会の現状と課題」

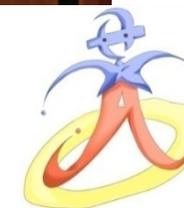


参加者 約52名

（行政）泉南市長・3市3町（泉佐野市・田尻町・熊取町・泉南市・阪南市・岬町）の部長級以下職員
・地域包括支援センター職員

大阪府医療対策課・大阪府介護支援課・泉佐野保健所

（医師会）医師会長・医師会副会長・医師会在宅医療担当理事・医師会事務局



スターゲイトホテル

3市3町

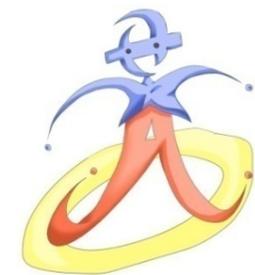
平成26年度

泉佐野泉南医師会圏域

H 26年12月20日

「医療・介護と多職種交流会」開催

- 1部 医療法人社団祐和会 長尾クリニック 院長 長尾 和弘 先生
 - ① 講演：「在宅医療における多職種連携の役割」
- 2部 泉佐野泉南医師会事業（在宅医療拠点事業）報告会
 - ① IT 端末を使った各職種の報告
 - ② 3市3町（行政）の取組状況



参加者 250名 医師・歯科医師・薬剤師・病院・訪問看護師・介護支援専門員
理学療法士・作業療法士・地域包括支援センター・行政等

スターゲイトホテル

3市3町

平成27年度

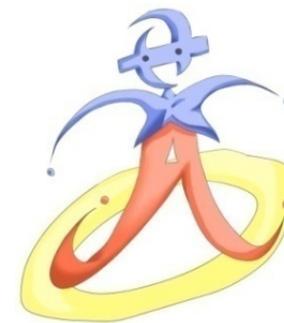
H27年12月5日

泉佐野泉南医師会圏域（3市3町）「認知症サミット」開催

遠矢 純一郎 先生

講演会の様子

主催：ノバルティスファーマ株式会社
後援：泉佐野泉南医師会



行政事務局：泉南市



りんくう教育研修棟 3階 会議室

3市3町ごとにGW実施



泉南市チームのGW

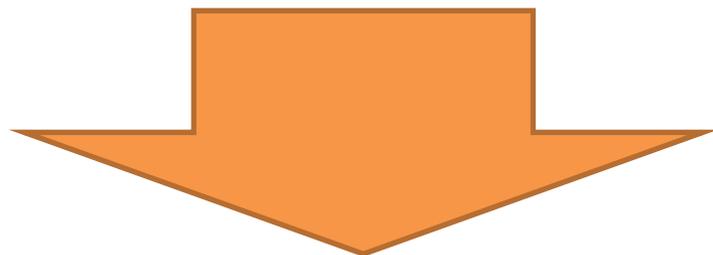
泉南市認知症初期集中支援チームの立ち上げに向けて、泉南市サポート医田中先生を中心に「WAOネット会議・初期集中支援の検討チーム」のメンバーと共にディスカッション！！

医師会モデル事業 「医療と介護・多職種連携」事業について

- 1) 事業名：泉佐野泉南医師会圏域「医療と介護・多職種連携」事業
- 2) 事業実施期間：平成24年10月1日～平成25年3月31日
- 3) 執行体制：事業主体・・・泉佐野泉南医師会
参画機関、協力団体
 - ・泉佐野泉南歯科医師会
 - ・泉佐野薬剤師会
 - ・泉南薬剤師会
 - ・りんくう総合医療センター
 - ・永山病院
 - ・6市町ケアマネジャー合同連絡会
 - ・訪問看護ステーションさくら総合医療
 - ・泉佐野市社協地域包括支援センター
 - ・大阪府泉佐野保健所
 - ・泉南市高齢障害介護課

医師会モデル事業アンケート調査

- 高齢化の進展に伴い医療と介護の双方を必要とするシームレスな医療提供体制の整備が必要
- 「共通認識」を持つことは、この泉州地域でいつまでも暮らし続けたいと願う高齢者にとってきわめて重要
- 高齢者一人ひとりのライフステージにあった「地域包括ケア体制」の構築の実現に向けた課題抽出



関連する職種にアンケート調査を実施

医師会事業 多職種へのアンケート調査の結果！

在宅ケアの阻害要因に挙げられている4つの要因・・

- ① 時間的制限
- ② マンパワーの不足
- ③ 後方支援
- ④ 連携先の情報不足

④「連携先の情報不足」の解決に向けて

- 各職種ごとのネットワークの構築。
- 3市3町それぞれの市町において、独自の「医療と介護・多職種連携ネットワーク連絡会」の構築。
- 医療と介護・多職種連携のマニュアルも含んだ医師会圏域の「多職種連携マップ」の作成。
- 連携とは「顔の見える関係」になること。
- 連携シートは面談での連携を補うもの。

3市3町

平成25年度～

泉佐野泉南医師会圏域 医療と介護・多職種連携

「行政連絡会議の開催」

まずは！ 職種（行政）内連携の構築にむけて・・・

3市3町（熊取町・泉佐野市・田尻町・泉南市・阪南市・岬町）

大阪府（泉佐野保健所）

泉南市：事務局

- ・3市3町それぞれで、医師会圏域での連携に向けての要綱の制定。
- ・多職種の多職種（代表者）連携会議に向けての6行政としての意見交換。

3市3町

平成25年度～ 泉佐野泉南医師会圏域 「医療と介護・多職種代表者会議の開催」

平成24年度医師会モデル事業の継承！

泉南市が事務局となって各職種の代表者との意見交換。



構成メンバー

- ・泉佐野泉南医師会
- ・泉佐野泉南歯科医師会
- ・泉佐野薬剤師会
- ・泉南薬剤師会
- ・病院医師
- ・病院地域連携室(MSW)

- ・大阪府理学療法士会(泉州ブロック)
- ・大阪府作業療法士会(泉州ブロック)
- ・6市町ケアマネ連絡会
- ・訪問看護代表
- ・訪問介護代表
- ・地域包括支援センター代表
- ・行政(保健所・市)等・・・

3市3町

多職種マップ班



④「連携先の情報不足」の解決に向けて・・代表者の意見交換。

泉佐野泉南医師会圏域の連携マニュアルの作成。

退院前カンファレンスを想定し代表者で事例検討。

医師会圏域が集まる多職種交流会GWで再度事例検討し、各職種として、何ができるか？意見交換。

そして・・①時間的制限の解決に向けて、クラウド等（IT関係）について検討。

事例検討班



3市3町

泉佐野泉南医師会圏域医療介護連携マニュアル & 泉佐野泉南医師会圏域医療介護 Link Map

泉佐野泉南医師会圏域
医療介護連携マニュアル
(第1版)

平成26年3月制定

社団法人 泉佐野泉南医師会

泉佐野泉南医師会圏域「医療と介護等多職種連携会議」

泉佐野泉南医師会圏域 医療♥介護 Link MAP

■医療機関診療科目アイコン

- | | | | | | | | |
|-----|---------|-----|---------|-----|----------|-----|---------|
| 内 | …内科 | 外 | …外科 | 整形外 | …整形外科 | 小児 | …小児科 |
| 心療内 | …心療内科 | 胃腸 | …胃腸科 | 形成外 | …形成外科 | 性病 | …性病科 |
| 神経内 | …神経内科 | 脳神外 | …脳神経外科 | 美容外 | …美容外科 | 産婦人 | …産婦人科 |
| 呼吸 | …呼吸器科 | 呼吸外 | …呼吸器外科 | 小児外 | …小児外科 | 産 | …産科 |
| 消化 | …消化器科 | 心血外 | …心臓血管外科 | 皮膚 | …皮膚科 | 婦人 | …婦人科 |
| 循環 | …循環器科 | 泌尿 | …泌尿器科 | 眼 | …眼科 | 精神 | …精神科 |
| アレ | …アレルギー科 | こう門 | …こう門科 | 耳いん | …耳鼻いんこう科 | 神経 | …神経科 |
| リウ | …リウマチ科 | 気食 | …気管食道科 | リハ | …リハビリ科 | 放射 | …放射線科 |
| 透析 | …人工透析 | 麻酔 | …麻酔科 | | | 皮膚 | …皮膚泌尿器科 |

■歯科医院診療科目アイコン

- | | | | |
|-----|---------|-----|--------|
| 歯科 | …一般歯科 | P T | …理学療法士 |
| 小児 | …小児歯科 | O T | …作業療法士 |
| 矯正 | …矯正歯科 | S T | …言語聴覚士 |
| 歯口腔 | …歯科口腔外科 | | |

在宅…在宅医療・対応を実施している
無菌…無菌調剤を実施している

【目次】

| | | |
|------|-------|-----|
| 泉佐野市 | ----- | P2 |
| 田尻町 | ----- | P9 |
| 泉南市 | ----- | P10 |
| 阪南市 | ----- | P15 |
| 岬町 | ----- | P19 |
| 熊取町 | ----- | P21 |

完成!



3市3町

在宅医療・介護連携支援センター

(泉佐野泉南医師会)

(泉佐野市・泉南市・阪南市・熊取町・田尻町・岬町)

平成30年度～

医師会圏域の**3市3町**が協働により**医師会へ事業委託**を計画！

3市3町協働による「在宅医療・介護連携支援センター」の設置（案）！！

現在！泉佐野泉南医師会と協議中！！

平成27年より地域医療介護総合確保基金事業によって設置された、医師会地域連携室（医療連携）の医療コーディネーターを、平成30年度からは在宅医療介護多職種連携として「**在宅医療・介護連携支援センター**」を設置し、**多職種コーディネーター**として活用する方向！！

広域医師会（3市3町）としての課題を・・

今後はスケールメリットにする！！

課題の解決に向けて～



泉南市

平成25年度～ 泉南市多職種連携会議

後の（泉南市WAOネット会議）

専門職が地域に出向き、住民さんと顔の見える関係で、認知症の啓発をしましょう。
一方的な講義ではなく、対話形式でやりたい。



泉南市

平成27年度

泉南市多職種協働研修会の開催

講義・演習 「認知症ライフサポート研修」

～多職種協働で認知症本人と家族の支援へ～



宮島 渡 先生

社会福祉法人恵仁福祉協会 高齢者総合福祉施設アザレアンさなだ
常任理事・総合施設長 宮島 渡 氏

- ・多職種協働の重要性等を修得し、医療・介護等の相互の役割と理解をすることにより総合的なケアにつなげていく。



泉南市の多職種代表者 83名

医師・歯科医師・薬剤師・病院・訪問看護師・介護支援専門員・理学療法士・作業療法士・通所介護・訪問介護
・地域包括支援センター・行政等

泉南市総合福祉センター あいぴあ泉南 1階 大会議場

泉南市

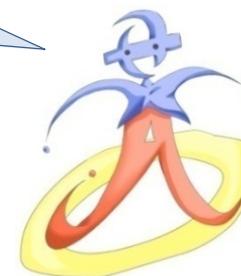
平成**27**年度

泉南市WAOネット会議「泉南市**多職種**連携会議」開催

～泉南市内の在宅医療・介護**多職種**連携に向けて～

全4回 開催

包括が中心となって分科会で課題を検討！！



分科会

●ICTの検証班

- ・ 実践班とガイドライン検討班においてICTの啓発と環境整備（ICTガイドラインの作成）。

●連携マニュアルの検証班

- ・ 平成25年度作成の医師会公認のマニュアルを実践に向けて検証。

●認知症初期集中支援の検討班

- ・ アセスメントツール班と周知・啓発班において啓発資料とツールの素案の作成。

◇多職種メンバー

医師・歯科医師・薬剤師・病院・訪問看護師・介護支援専門員

理学療法士・作業療法士・通所介護・訪問介護・地域包括支援センター・行政等

泉南市

平成27年度

泉南市WAOネット会議「泉南市多職種連携会議」開催

認知症初期集中支援の検討班

包括を中心に、
分科会において
それぞれの課題
を検討・検証。



ICTの検証班



連携マニュアルの検証班



H28~

認知症初期集中支援チーム

- ✓ 早期発見
- ✓ 早期診断
- ✓ 早期対応

「えっ？認知症!？」
早めのご相談を!

ご相談・ご連絡は、地域包括支援センターまで(担当地域は裏面へ)

☎484-8668 (むつおさと 六尾の郷)

☎485-2882 (なでしこりんくう)

受付 / 月曜日~土曜日(休日・祝日・年末年始は除く) 午前9:00~午後5:00

オレンジチーム WAO (輪を)
(泉南市 認知症初期集中支援チーム)
がサポートします!

認知症初期集中支援チームとは?

認知症専門医(サポート医)と医療・介護・福祉の専門職がチームとなり、認知症の「早期発見・早期対応」を目指して活動する認知症専門チームです。



どのような活動をするの?

泉南市内にお住いの認知症の方(疑いのある方)のご自宅を訪問して、心配なこと、困っていることなどのお話をおうかがいした上で、今後の対応などをご本人、ご家族と一緒に考えます。必要に応じて、医療・介護サービスに関する情報提供や助言を行います。

【認知症初期集中支援チームについてのお問合わせ先】

特定非営利活動法人 泉南市認知症ケア研究会

(おいでや泉南ライフサポートセンター)

泉南市信達牧野 973

☎ 425-5710 / FAX 425-5710

W 忘れても だいじょうぶ
 A あんしんと
 O おもいやりの町 せんるん



チーム員会議



チーム員の構成

専門医 「認知症サポート医」



医療と介護の専門職

作業療法士(ライフサポートコーディネーター)・社会福祉士(包括職員) 等..

計3名以上の専門職にて編成

泉南市

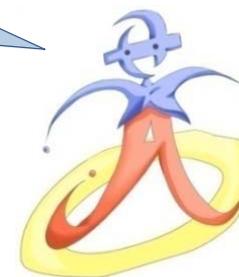
平成**28**年度

泉南市WAOネット会議「泉南市**多職種**連携会議」開催

～泉南市内の在宅医療・介護**多職種**連携に向けて～

全4回 開催

包括が中心となって分科会で課題を検討！！



分科会の開催

●ICTの検証班

- ・ 多職種ごとのICTアカウントリストの作成。
- ・ 医師会連携室作成のICT手引きの活用。

ICT手引き「入門編」

●認知症初期集中支援の検討班

- ・ 認知症ケアパスの作成についての検討。
- ・ 認知症初期集中支援チーム員活動の報告と意見交換。

サイボウズLive

- 1 サイボウズLiveの概要
- 2 サイボウズLiveについて
- 3 サイボウズLiveの活用方法！(登録からログインまで)
- 4 サイボウズLiveの活用方法！
- 5 サイボウズLiveの活用方法！
- 6 サイボウズLiveの活用方法！
- 7 サイボウズLiveの活用方法！
- 8 サイボウズLiveの活用方法！
- 9 サイボウズLiveの活用方法！
- 10 サイボウズLiveの活用方法！

入門編

◇多職種メンバー

医師・歯科医師・薬剤師・病院・訪問看護師・介護支援専門員
理学療法士・作業療法士・通所介護・訪問介護・地域包括支援センター
・行政等

泉南市

平成28年度

泉南市WAOネット会議「泉南市多職種連携会議」開催

認知症初期集中支援の検討班



認知症初期集中支援チームの活動について検討班で意見交換！



ICTの検証班



多職種ごとの活動内容の紹介や・・・
ICTサーバでの情報共有と多職種ごとのICTアカウントリストの作成に向けて意見交換。

H29~

認知症ケアパス



認知症 ケアパス

みんなで ささえる 認知症

WAO(輪を!) SENNAN

W 忘れても だいじょうぶ
A あんしんと
O おもいやりの町 せんなん

泉南市

認知症ケアパス(支援経過と対応方法)

経過には個人差がありますので、必ずしもこのとおりではありませんが、大まかな目安としてください。

| | 軽度 | | 中度 | | 重度 | |
|----------------|--|---|--|---|---|--|
| | 軽度 | 中度 | 軽度 | 中度 | 軽度 | 重度 |
| 生活 | 自立して生活ができる。 | 手助けがあれば生活ができる。 | 生活支援に追加介護も必要になる。 | 介護が多くなる場面が必要になる。 | ほぼ全般的な介護が必要になる。 | |
| 記憶・場所 日時・人物 | 最近の出来事や場所、日時、人物を思い出せる。 | 過去の出来事や場所、日時、人物を思い出せる。 | いつ、どこで、何をしたか忘れる。季節や日ちが分からなくなる。 | 子供のころ、若いころの記憶の世界で生きる。近所で迷う。新しい人が記憶でなくなる。 | 自宅のトイレが分からない。 | |
| ご本人の様子 | もの忘れの自覚がある。 「言葉がでにくく」「あれこれ」と言う。何かがおかしいと感じる。 身だしなみに無関心になる。 外出をわくわくしている。 | 同じ話を無意識に繰り返す。 場所を頻りに忘れる。 忘れたいことを繰り返す。 不安、いらぬ、あせり、即ち新しい電化製品、機器が覚えにくい。 やる気がなくなる。 買い物に迷いが生じる。 | 料理がうまくできない。 洗濯機が覚えにくい。 今まで使っていた電化製品、機器が使えない。 自分の名前を忘れる。 外出先から家は覚えにくい。 食べ物の名前が覚えにくい。 | 寝たきりや寝たきり状態になる。 一人で食事ができない。 飲食物をうまく飲めない。 食べ物を口に入れても吐き出す。 一人で歩行が難しい。 言葉が理解しにくい。 興奮や不安を感じにくい。 うまく歩けない。 | 自宅のトイレが分からない。 自中うつらうつらしていることが多い。 言葉が通り、声かけへの反応が少なくなる。 うまく飲み込めない、口から食事がたりにくくなる。 | |
| ご本人へ | 家事や趣味などを続け、思い通りに生活できるように工夫をしましょう。 手先や顔を洗い、日常生活を清潔に過ごさようにしましょう。 | 大事な出来事や用事は書きとめましょう。 時間の検校がつく工夫をしましょう。(カレンダー・デジタル時計を自付の場所に置く) 趣味や仕事で疲ってきた時気分転換をしましょう。 道に迷わないよう外出の際は自分で決めましょう。 | 介護サービスを利用したり、家族の集いの場を利用しましょう。戸惑うような出来事が多い時期、専門家に相談したり利用をもち家族の食生活やケアなど、家族の負担を軽減しましょう。 今後の見通しを立て、介護や金銭管理などについて考えておきましょう。 医師や、その場の納得(理解)が大切ですが、一緒に行動するなどの気持ちを受け止めると、そのうち忘れや気が楽になることもあります。 | 自然の風や光に適度にあたりましょう。思い出しの場所を散歩するだけでも懐かしい記憶がよみがえり、安心につながります。 趣味や仕事で疲ってきた時気分転換をしましょう。 道に迷わないよう外出の際は自分で決めましょう。 | | |
| ご家族へ | 本人の出来ることをサポートしましょう。 例：家事、浴の世話、ベッドの世話など 本人への声かけをしましょう。 本人と食事を一緒にしましょう。 | 認知症という病気や、介護について勉強しましょう。 近い親戚や本人の親しい人には病気のことを伝えておきましょう。 ゆっくりに、短い言葉で、一つずつ伝えましょう。 | 介護サービスを利用したり、家族の集いの場を利用しましょう。戸惑うような出来事が多い時期、専門家に相談したり利用をもち家族の食生活やケアなど、家族の負担を軽減しましょう。 今後の見通しを立て、介護や金銭管理などについて考えておきましょう。 医師や、その場の納得(理解)が大切ですが、一緒に行動するなどの気持ちを受け止めると、そのうち忘れや気が楽になることもあります。 | | | 本人の負担を減らすこと、延命処置や医療をどの程度行うかなど、家族で話し合ってください。 身体管理を十分にしましょう。 表情やしぐさで言葉以外のサインを大切にしましょう。 |
| 組織 (P9) | 泉南市地域包括支援センター・泉南市長寿社会福祉センター・泉南市いきいきネットワーク相談支援センター・泉南市社会福祉協議会・泉南市認知症ケア研究会 (あいぞめ泉南ライフサポートセンター) 泉南市認知症関連支援チーム(オアシスチーム WAO)・泉南市介護者(家族)の会・かかりつけ医・泉南市ライフサポートコーディネーター・ケアマネジャー・認知症相談所 | | | | | |
| 予約 (P10) | ボランティアクラブ・シニアセンターへの登録 老人クラブ・高齢者サロン・認知症カフェ・街かどデイサービス・予約教室 介護予防サービス | | | | | |
| 医療 (P11) | 認知症専門医・認知症サポート医・かかりつけ医・薬剤師 訪問看護・訪問リハビリ・認知症医療センター | | | | | |
| 介護 (P12) | ケアマネジャー 介護保険サービス (訪問介護・デイサービス・ショートステイ・福祉用具レンタル等) | | | | | |
| 地域生活 (P13-P14) | 民生委員児童委員・地区福祉委員・警察・消費者センター・認知症サポーター・認知症キャラバン・西尾見守りサービス 配食サービス・身障サービス・緊急通報設置設置事業・家庭に3のふれあい就業事業・徘徊高齢者等 SOS ネットワーク事業・安心生活支援事業 成年後見制度・日常生活自立支援事業 | | | | | |
| 住まい (P14) | 介護老人保健施設 ケアハウス グループホーム 特別養護老人ホーム 自宅・サービス付高齢者向け住宅・有料老人ホーム など | | | | | |

「認知症ケアパス」の内容は・・・

専門職や地域住民がそれぞれの立場で、認知症の進行とともに、状態に合わせた適切なサポート、どのような支援が必要になるのかを目安として示したものであり、全16ページの構成となっています。

泉南市

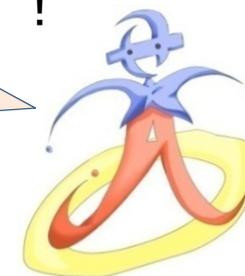
平成28年度～

平成28年9月16日開催

泉南市介護支援専門員「ICT研修会」の開催

平成28年度泉南市ケアマネジャー向け研修のカリキュラムにて！！

～ICTの活用が招く新しい地域包括ケアに向けて～



認知症ケア・地域包括ケアにおける・・・

多職種協働の重要性の理解と多職種連携をスムーズに実現する方法として、ICT（情報通信技術）を活用して実際に体験。

平成28年度泉南市ケアマネジャー向け研修

- 第1回 8月19日 自立支援に向けたケアプラン作成について
介護予防・日常生活支援総合事業の開始にあたって
- 第2回 9月16日 介護保険制度と障害福祉
ICTの活用が拓く新しい地域包括ケア
- 第3回 10月 1日 認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式基礎研修①
- 第4回 10月29日 認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式基礎研修②
- 第5回 11月ごろ 認知症初期集中支援チーム（オレンジチームWAO）について
泉南市認知症初期集中支援チーム チーム員
ケアマネが発信する「地域ケア会議」

泉南市

平成**28**年度～

泉南市介護支援専門員「ICT研修会」の開催

ICT（サイボウズライブ）サーバーの使い方（初級編）の実践



H28ケアマネ参加の様子

H29多職種参加で開催

ケアマネのICTアカウントを共有！



グループの立上げと招待の仕方等・
医師会地域連携室のコーディネーターが講師と
なって実践！！

参加者がPC・タブレット・スマホを個々に持参
して、テーブルごとにグループを立ち上げて、
仮想事例により、ICTによる利用者の情報共有と
支援の実践！！

お知らせします！

平成**29**年度

認知症ライフサポート研修「**泉南版**」の開催

H29年10月28日予定

前回よりバージョンアップ！！

認知症初期集中支援チームを中心に・・・多職種と地域住民が早期発見！
早期治療！そして・・・認知症本人や家族のライフサポートに向けて・・・
泉南版のリアル「ハマコ」さんを支援する！！

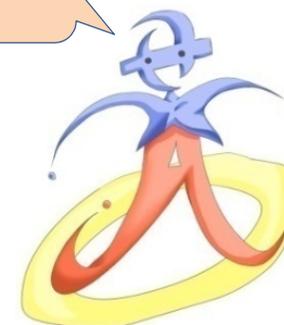
講師は再び！

社会福祉法人恵仁福祉協会 高齢者総合福祉施設アザレアンさなだ
常任理事・総合施設長 宮島 渡 氏

今回は・泉南市の地図を活用し意見交換します！！

泉南市の多職種代表者と地域住民参加予定

医師・歯科医師・薬剤師・病院・訪問看護師・介護支援専門員
理学療法士・作業療法士・通所介護・訪問介護・地域包括支援センター
・行政・地域住民の皆様など



泉南市総合福祉センター あいぴあ泉南 1階 大会議場

平成29年度 在宅医療研修会

～在宅医療のための多職種研修会の開催～

H29年6月17日

2市1町（泉南市・阪南市・岬町） 泉佐野泉南医師会

在宅医療の主治医・副主治医チーム体制を医師会内の2市1町（泉南市・阪南市・岬町）で結成！訪問看護事業所との連携により、事例ごとに在宅医療チームを稼働させることを目標にした取組みを開始！

多職種への周知と市民啓発の一環として、2市1町の訪問看護の実態と介護者家族の会の方々に「ターミナルケア」についての体験や思い・介護の実際を語ってもらった。

～泉南市からは泉南市介護者家族の会会長の西浦圭一氏が登壇された～

～認知症の家族が求める地域の支援とつながり～



西浦氏は、奥様が若年性アルツハイマー型認知症と診断されてから、地域の方々の協力や見守り等の支援により地域住民の繋がりを深く感じたことを語られた！

また、研修会の一週間前に奥様を看取られことと、医療と介護の連携の必要性などを当事者の立場で多職種に向けて発信された！



在宅医療・介護連携を
「わ」でつなぐ・・・

WAO!輪を
泉佐野泉南医師会



**住民と多職種～人々
「地域」をつなぐ
WAOの取組み**



大阪府 泉南市

ご清聴
ありがとうございます。
ございました。



泉南熊寺郎(せんくま)



泉南市 健康福祉部 長寿社会推進課

奥野 豊司

山中 理恵

平成29年9月7日

認知症を自分事として考え動く人材とつながりを大切に

～住民力を活かして認知症施策を草の根で一体的に展開～



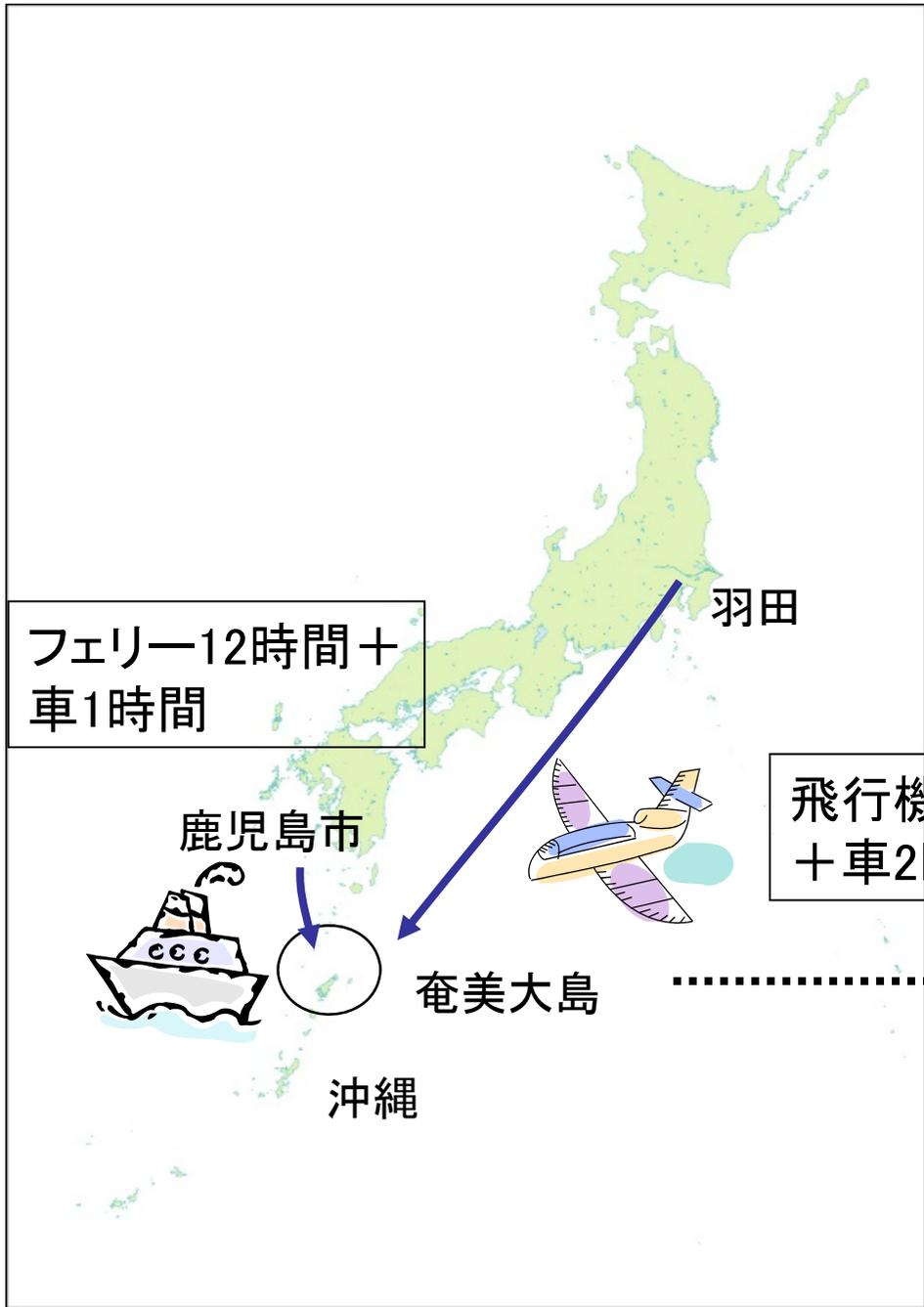
①なぜ取組が必要と思ったか

②どう取り組んだか

③住民主体活動からつながる事例

④現在～今後の展開





大和村役場



保健福祉課 &
地域包括支援センター



さとうきび発祥の地！

住民グループの加工品が 増えてきた



タンカン



スモモ



アマミノクロウサギ



シマの伝統文化



自分の選んだ場所で安心して心豊かに暮らしたい



大和村の夕日

現実には？

住みたい場所でのんびり暮らせそう？

本当は家がいいけど
迷惑かけたくないから・・・

家族の希望で・・・

島外の子供宅へ行ったが
やっぱり帰りたい・・・



介護・医療サービスは以前より整ってきてても
主体性を大事にできるしくみはまだまだ

顔見知りでつながりも強いから大丈夫でしょ？

困り事に手を出すは別？

認知症みたいだけど

知らないふりが丸く？



近所づきあい・・・

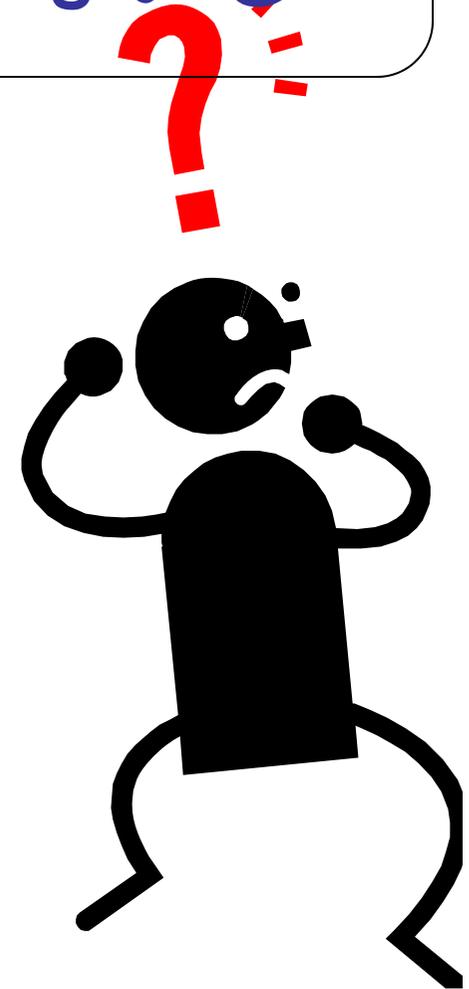
うわさ話・・・



社会資源も少ないし
少子高齢化で仕方ないし

やっても無駄
あきらめよう..

自分が暮らす地域
本当にそれでいいの？



①なぜ取組が必要と思ったか

②どう取り組んだか

③住民主体活動からつながる事例

④現在～今後の展開



日頃の疑問・・

つながりはあるのに福祉に弱い？

→いかしきれていないかも

→公的サービスがつながりを弱めている部分も



社会資源が少ない？

・・・見つけていないかも

人が少ないからできない？

・・・少ないからこそできるかも

やっても無理？

・・・全部はやってないかも

できない理由探しをするとずっとすすまない
地域にあるものをいかす・強める



大和村の井戸端会議

無理と思ったら結局そこまで

日頃の疑問・・・



立派な計画書もある
頑張る人々がいるのに繋がらない
・・・方向性がバラバラ？

たくさん事業をしても発展しない続かない
いつまでも解決しない
届けたい人には届かない

「また同じ人が困ってる」認知症・虐待・借金・不登校・・・縦割りの対象ではなくそこに暮らす人の生活を見る総合的な視点が必要
・・・やり方が間違っているかも？

認知症サポーター
認知症講演会・・・

やらされたものは発展しない、続かない

そこに暮らす人が動かねば住みたい地域はつukれない



大和村の海

答えもヒントも、そこに生活する住民がもっている！
→住民の生活の福祉の営みをベースに、しっかり確認しながら

住民が主体となった活動による地域づくり(大和村)

○そこに住む住民自らが動かなければ暮らしたい地域はつくられない。住民が主体となった活動の展開にこそ、生きがい、役割、出番、楽しみがうまれてくる。そこに言葉をあてはめれば、地域版のデイサービス、サロン、企業、介護予防、健康づくり、世代間交流、自殺対策、閉じこもり予防・・・が網羅されていくということ、地域住民が教えてくれている。行政が形をつくるのではなく、ご近所を中心とした地域住民の営みからヒントを見つけ引き出す地域づくり。

23年度

24年度



行政の役割

話し合いの場提供

住民と一緒に考える

動きを見守る

住民のもとへ足を運ぶ

住民への情報提供

必要なら財政支援

住民の動きを他に伝える

住民主体活動が広がる 平成23年度4グループ → 平成29年度11グループ (全集落に1~2)



制度に左右されない本当の意味での足腰の強い福祉

①なぜ取組が必要と思ったか

②どう取り組んだか

③住民主体活動からつながる事例

④現在～今後の展開



集いの形いろいろ(認知症カフェみたいな)



手作り小屋



あずまや



公民館



グラウンドゴルフ場



畑



認知症の症状があっても「見慣れた場」「顔見知り」の中で

(認知症の症状がある方も含む)活動いろいろ

集う(場の提供)



働く・役割
(役割づくり)



育む
(子供の学習文化)



見守る
(声かけ・安否確認等)



認知症の症状があっても「できること」を見つけて
(日常生活を知っているからこそ)

暮らす
(買い物、健康づくり、
防災等)



住民主体活動によって認知症があっても役割がいかされる事例



自分の庭にある花を、ご近所サロンに毎週もってきてくれる方



自分もお客さんだが、常連なので別のお客さんを笑わせてもてなす方



「小学生が学校で作った手作り紙芝居をサロンで披露した」



認知症の症状があるAさんも喜んで鑑賞していたので



「今度、Aさんたちに昔話を教えてもらい、それを小学生が紙芝居にしてまた披露したらいいんじゃない」

byお世話焼きさん

公的サービスでは対応できなかったが地域互助の力で住民が力を取り戻した事例



専門家の提案だと

デイサービス

物忘れ外来受診

介護予防教室

拒否

住民活動だとうなった

- ①同級生のご近所さんが「一緒にサロンでコーヒー飲もう」
- ②「久しぶり～！次も来てね、待ってる！」と言われリピーターに
- ③NHKがサロンの取材に来た
- ④「元気になった人」として自宅取材を受けテレビ放映される
- ⑤「テレビ観たよ！」と島外在住の親戚からも電話を受け喜ぶ
- ⑥入れ歯の治療に行く
- ⑦服がちょっとおしゃれになる
- ⑧娘が手作りの服を送る
- ⑨「娘が作ったの」とサロンで披露する



「役割」「生きがい」「楽しみ」「喜び」の力で本人が力を取り戻す

認知症の方のご近所版ケース会議(ご近所会議)が何かにつながる事例



俺の父ちゃん認知症、よろしく!
(大事な一言、すごいね~)

いいねん、ご機嫌だから

嫌なこと忘れてよかった

便ムリ!

介護者の心得を学ぶ
(周囲も手出ししやすくなる)

すごく歩いてる
14時と16時にみかける

一緒にウォーキング

力を合わせて
本人の生活に
あった具体策

光るベストでパトロール

うちの近くでおっこ

デイサービスでは津軽海峡冬景色が18番
(じゃあ老人クラブに誘って歌ってもらおう)

役割創出

何だか気軽な会だな

認知症でも
大丈夫かも

麻雀おいで

介護者支援

こうやって考えてもらえて心強い

安心感

うちよりそっちが大変じゃん!

ピアカウンセリング

早めに受診しよう

セルフケアカアッ

「何気ないこと」が何かにつながり大事。見えないところにも大きな意味が

①なぜ取組が必要と思ったか

②どう取り組んだか

③住民主体活動からつながる事例

④現在～今後の展開



「認知症？」

「施設に入れた方がいいんじゃない」



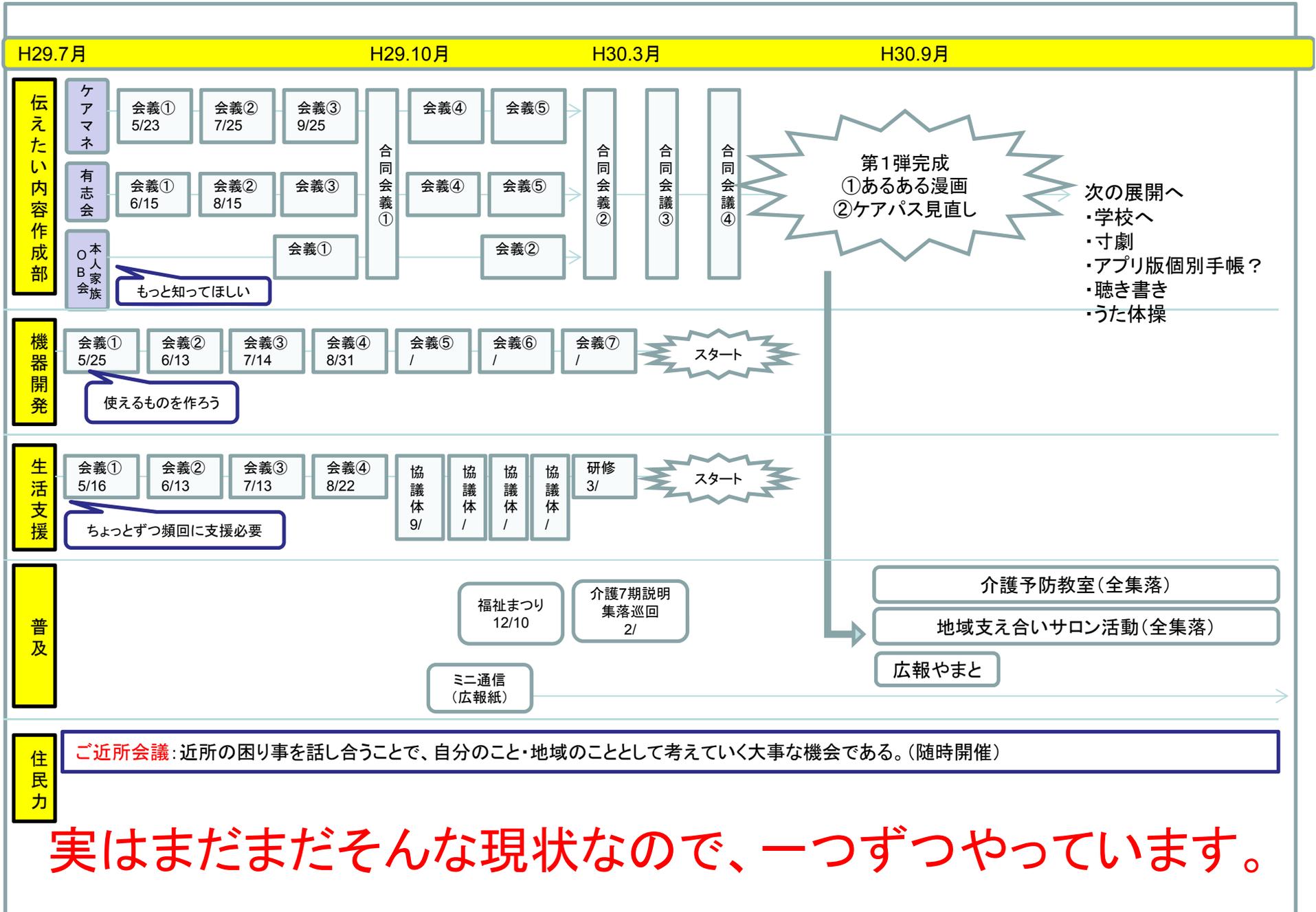
「みんなで見守るから大丈夫」へ

(欲を言えば「だから？」)



実はまだまだそんな現状なので、一つずつやっています。

「認知症は施設へ」から「皆で見守るから大丈夫！」と言える大和村を目指して(現在～来年位までの計画)



実はまだまだそんな現状なので、一つずつやっています。

「安心して心豊かに自分らしく暮らす」ために本人主体の地域づくりを目指した事業展開図

H18 H19 H20 H21 H22 H23 H24 H25 H26 H27 H28 H29 作成:大和村 早川理恵

包括設置

- ①=100%補助事業
- ②=一部補助
- ③=補助なし
- 体制事業=地域ケア体制整備モデル事業①
- 長寿事業=長寿社会づくりソフト事業①
- 医療事業=医療費適正化事業①
- 自対事業=自殺対策強化事業①
- 光事業=住民生活活性化交付金事業①
- 暮らし事業=暮らし安心地域支え合い事業①
- 認知事業=市町村認知症対策総合支援事業①
- 支援事業=地域支援事業②
- 健診事業=健診事業②
- 接種事業=予防接種事業②

直営
委託・半委託

多職種勉強会

地域ケア会議・ケアマネ研修会(年6回) <地域支援事業②> H27~定例ケース連絡会(月1)追加

障害

精神訪問強化<自殺対策強化事業①> H26~電話相談も追加

緊急通報

H16~精神デイケア(月1回)<③> H23~戸円枝行き場づくり<光事業①> H25~<③> 地域活動センターへ検討<②>
緊急通報システム「愛ことば」<①> H24~医療キット配布・要援護者台帳<体制事業①> H29~通報システム変更

教室

夜間運動教室<医療事業①> H29~脳卒中対象者導入
タラソ教室<医療事業①> H22~タラソ半額助成<医療事業①+一般財源③>
いきいき応援団・OB教室(菜の花会)<体制事業①><支援事業②>
男の料理教室<長寿事業①> (H21からは公民館講座へ移行)
集落運動教室(各集落年1~2回) <支援事業>② H26からは社協協働(各集落年10回) H29~自主教室も<事業>
二次予防運動教室<支援事業②> (H22からは社協参画)

療育

(H23~奄美市に委託) H29~専門員と保育所巡回開始

予防接種

S23頃~予防接種<接種②>

健診

S40頃~乳幼児健診<健診事業②> H13~保育所フッ素洗口&保育所歯科検診追加 H23~乳健時歯科検診追加
S39頃~がん健診<健康事業②>
S39頃~基本健診<健診事業②> H20~特定健診

在宅医療

在宅医療勉強会 <体制事業①>

専門職OBの活用・聴き書き <支援事業①>

元気な人も応援

介護予防住宅改修<地域支援事業②> H26~は団体活動へのポイント開始
元気ポイント制度<地域支援事業②>

認知症

認知症家族会<認知事業①> H27ケアバス作成
ヒント集作成<支援事業①>
初期支援チーム<支援事業①>
認知症家族会<支援事業②>
広域有料ボランティア体制 <支援事業①>

支え合い

福祉まつり<体制事業①> H26~<支援事業②>
支え合い団体立上げ&活動支援<体制事業①> H26~<支援事業②>
支え合いマップ・地域福祉計画<長寿事業①>

大きい地域でも小さい地域でもやる人はやる



小さい個別解決の積み上げ→気づきの広がりが地域の方に
長い目で 一歩一歩



高崎市

TAKASAKI CITY

認知症の人を地域で見守り支える仕組み作り

～オレンジサポーターによる見守り活動～



群馬県高崎市福祉部長寿社会課地域包括支援担当
田中 亜紀

Copyright (c) Takasaki City All rights Reserved.

高崎市の概況①



- 関東平野の北端に位置し、古くから交通の要衝である商工業都市
- 面積は約460km²
- 平成18年1月23日に倉渕村・箕郷町・群馬町・新町と、同年10月1日に榛名町と、平成21年6月1日に吉井町と合併
- 平成23年4月1日に中核市に移行。



高崎市の概況②

| | |
|------------|--|
| 日常生活圏域 | 46圏域 |
| 地域包括支援センター | 29か所 ・直営 1か所（基幹型センター） ・委託 28か所（地域型センター） ※H26年度までは直営9か所。H27年度より26か所の旧在宅介護支援センター受託法人へ委託。 さらに、H29年度から高齢者人口の増加等により2か所増設。「待つ」福祉から「出向く」福祉へ。 |
| 認知症地域支援推進員 | 32名 （基幹型4名、地域型28名） 委託包括 1か所に各1名配置 |

高齢者あんしんセンター
※地域型センターの愛称



| | 高崎市全体 | 旧高崎 | 榛名 | 倉渕 | 箕郷 | 群馬 | 新町 | 吉井 |
|--------|---------|---------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|
| 0-14 | 49,068 | 32,640 | 2,138 | 242 | 2,865 | 6,844 | 1,523 | 2,816 |
| 15-64 | 220,410 | 149,678 | 11,321 | 1,772 | 11,996 | 24,827 | 6,951 | 13,865 |
| 65歳以上 | 100,337 | 65,896 | 6,508 | 1,582 | 5,625 | 9,802 | 3,539 | 7,385 |
| 75歳以上 | 48,622 | 32,268 | 3,204 | 874 | 2,502 | 4,391 | 1,816 | 3,567 |
| 全人口 | 369,815 | 248,214 | 19,967 | 3,596 | 20,486 | 41,473 | 12,013 | 24,066 |
| 高齢化率 | 27.1% | 26.5% | 32.6% | 44.0% | 27.5% | 23.6% | 29.5% | 30.7% |
| 後期高齢化率 | 13.1% | 13.0% | 16.0% | 24.3% | 12.2% | 10.6% | 15.1% | 14.8% |

※H29.4.30現在(外国人含まない)

高崎市認知症施策推進計画

認知症施策推進計画



高崎市が目指している姿

「認知症になってもいつまでも尊厳を持って暮らせる高崎市」

- 1 認知機能低下の予防
- 2 早期診断・早期対応の体制強化
- 3 地域による支援体制の充実

具体的な取組み

- I 認知症ケアパスの普及
- II 早期診断・早期対応の強化
- III 地域での生活を支える医療サービスの構築
- IV 地域での生活を支える介護サービスの構築
- V 地域での日常生活・家族支援の強化**
- VI 若年性認知症施策の強化

V – 取り組み3
地域で認知症の人を
支える活動の支援

認知症の人を見守る取り組み②

オレンジサポーターによる見守り

平成24年7月開始

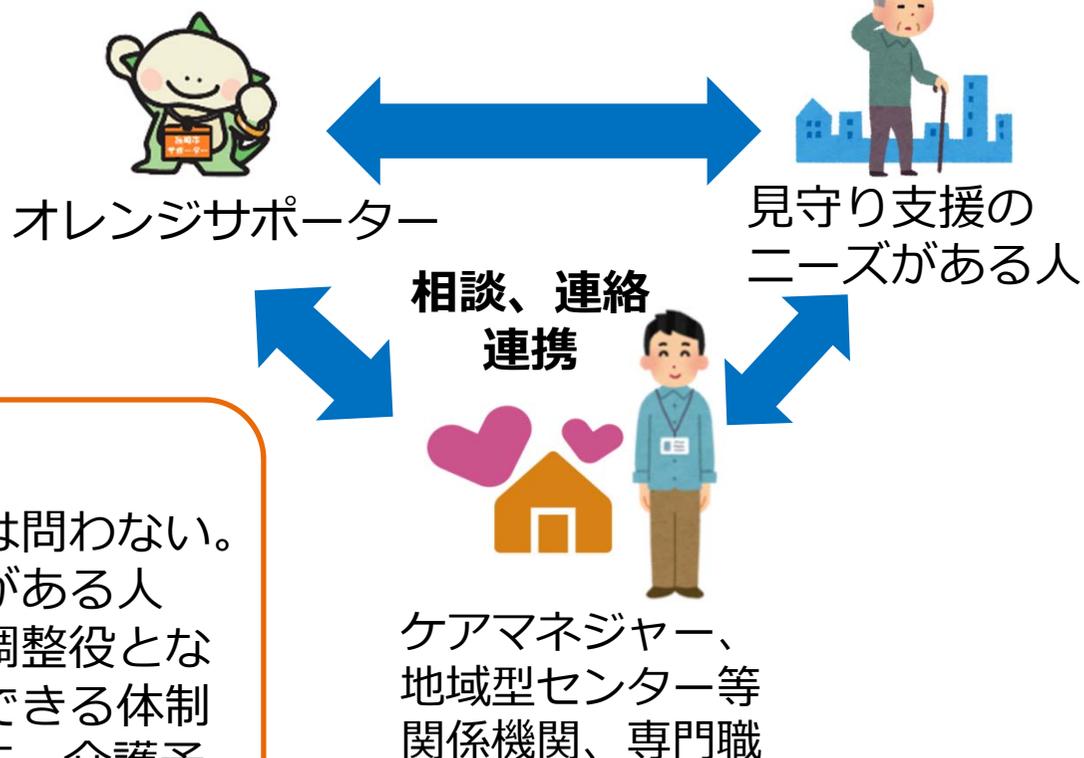
効果

- ・ 早い段階で変化に気づく
- ・ 必要な情報を提供
- ・ 孤独感を和らげ安心へ
- ・ 困りごとに対処、専門職につなぐ
- ・ 悪質な業者の接近を防止

ポイント!

- ・ 対象者：認知症の診断の有無は問わない。
見守り支援のニーズがある人
- ・ 認知症地域支援推進員が連絡調整役となりサポーターが安心して活動できる体制
- ・ サポーターの“得意”を活かして、介護予防（社会参加、生きがいや役割の創出）

定期的な訪問や声かけにより安否確認、
交流、話し相手など簡単な支援



資料『住民主体の生活支援サービス
マニュアル2 身近な地域での見守
り支援活動』を参考に作成

認知症サポーターとオレンジサポーターの養成

オレンジサポーターとは？

認知症サポーター養成講座を終了し、地域で活動する意思のある人で、認知症サポーターフォローアップ研修を受講した人

| サポーター名 | 平成23年度 | 平成24年度 | 平成25年度 | 平成26年度 | 平成27年度 | 平成28年度 | これまでの養成者数 |
|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|
| 認知症サポーター | 2,634 | 1,447 | 1,628 | 2,011 | 1,500 | 1,556 | 25,518 |
| オレンジサポーター | 308 | 0 | 108 | 0 | 0 | 0 | 416 |

平成27年度に活動の見直しを実施



平成29年4月時点での登録者数 **225人**



オレンジサポーターの活動の見直し

以前の活動

認知症高齢者宅の玄関先までの見守りや、所在不明者のメールを受けての町内巡回など、活動内容が限られていた。

高崎市
安心ほっとメール
「見守り情報」

その結果…

- ・ 支援をした事例は少数のみ
- ・ サポーターは地域で活動する意思と意欲があるのに、活躍できる場が少ない
- ・ 玄関先での見守りのみで、その他のニーズがあっても対応できない

見直し後

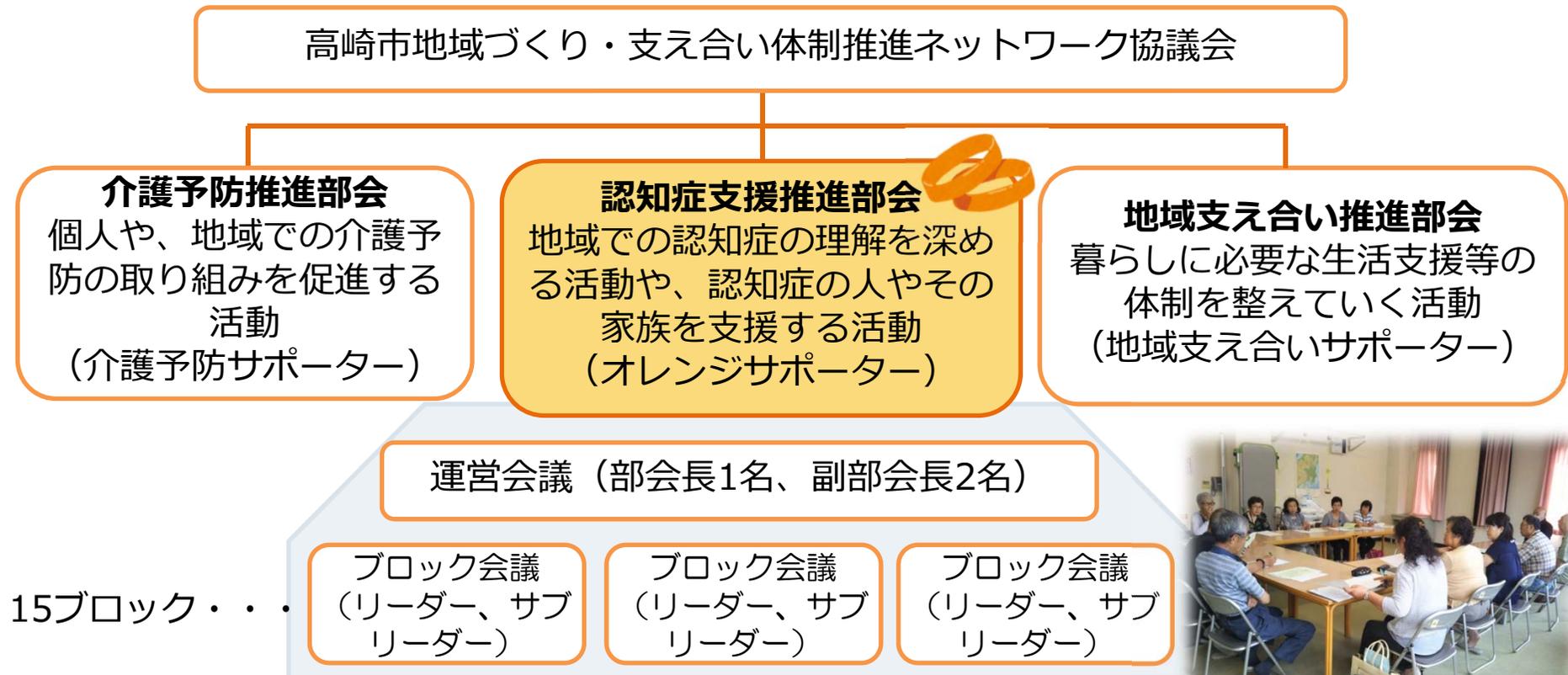
本人・家族の要望に寄り添った、より柔軟で、個別的な見守り活動に見直し、認知症に関する知識の普及啓発にも取り組むなど、活動内容を拡充。

- ・ 改めて活動継続の意向調査を実施、小学校区をもとに15ブロックに分け組織化。
- ・ 地域型センターの認知症地域推進員が連携調整役になって、情報を共有しながら地域の実情に合わせた活動ができるようにした。



オレンジサポーターの組織化

- ・ オレンジサポーターは、「高崎市地域づくり・支え合い体制推進ネットワーク協議会」の中の「認知症支援推進部会」に所属する。
- ・ 「認知症支援推進部会」はオレンジサポーターで構成され、認知症の人を支援するための活動内容と情報の共有を図る。



オレンジサポーターの組織図

認知症支援推進部会

地域での認知症の理解を深める活動や、認知症の人やその家族を支援する活動

「運営会議」

- ・ 部会長1名、副部会長2名をおく（各ブロックから選出されたリーダーの中から決める）
- ・ 部会の活動・運営に関することを検討する

運営会議（部会長1名、副部会長2名）

ブロック会議
(リーダー、サブリーダー)

ブロック会議
(リーダー、サブリーダー)

ブロック会議
(リーダー、サブリーダー)

「ブロック会議」

- ・ 小学校区をもとに、15のブロック分け
- ・ 各ブロックで、リーダー1名、サブリーダー1名以上を決める
- ・ 各ブロックのオレンジサポーターが集まり、運営会議の検討結果などを共有したり、ブロックの活動について検討する

「連携会議」

地域型センターの認知症地域支援推進員が開催



オレンジサポーターの活動

| 活動 | 具体的な取り組み内容 |
|--|---|
| <p data-bbox="264 384 696 568">1. 認知症に関する知識の普及・啓発</p>  | <p data-bbox="779 384 1928 491">認知症サポーター養成講座において、開催時の周知活動や当日の受付、寸劇等の運営を支援します。</p> <p data-bbox="779 555 1951 608">★サポーターさん自身も楽しみながら活動しています。</p>  |
| <p data-bbox="264 1086 696 1206">2. 認知症高齢者の見守り活動</p> | <p data-bbox="779 1086 1570 1270">認知症地域支援推進員と協働し、地域で暮らす認知症の方の見守り訪問等を行います。</p>  |

活動

具体的な取り組み内容

3. 認知症に対応した地域のつどいの場の設置や運営の支援



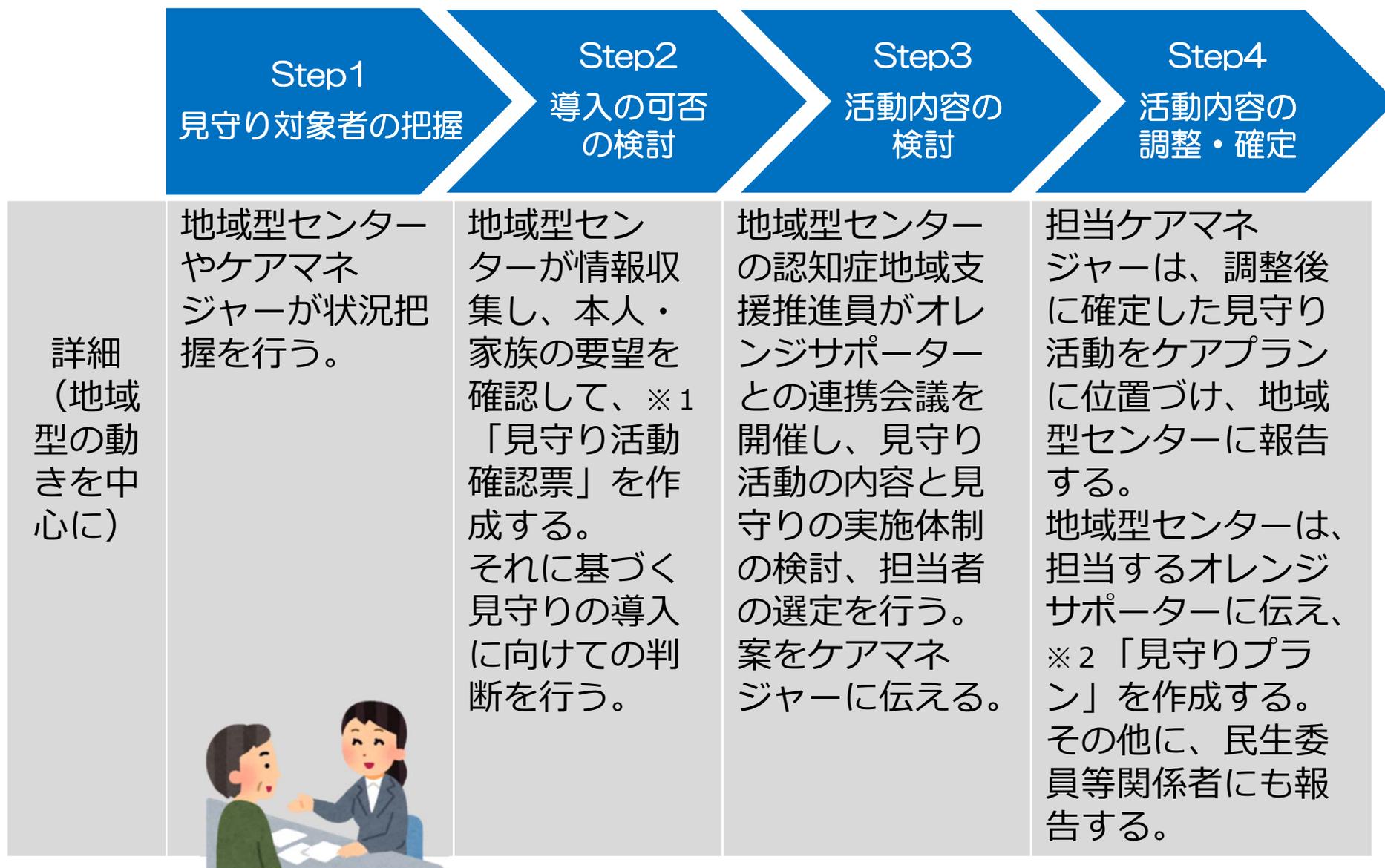
地域のつどいの場において運営者のサポートや活動の支援、利用者の見守りや傾聴、声掛け等を行います。利用者の趣味活動や好きなこと等を一緒に行うなど生きがい活動を支援します。

★同じ地域で暮らしてきた住民・仲間だからこそできる話や、わかりあえる話があります。また、声をかけ合うことで生まれる安心感もあります。



| 活動 | 具体的な取り組み内容 |
|--|--|
| <p>4. 市及び高崎市認知症地域支援推進員が行う事業への協力</p> | <p>市及び認知症地域支援推進員、地域型センターと連携し、協力して事業を行います。</p>  |
| <p>5. オレンジサポーターの養成研修における研修生の実習指導</p>  | <p>認知症サポーター養成講座を受講し、地域でオレンジサポーターとして活動したいと希望している人に対して、研修の一環として現場実習をする予定です。実習では、活動しているサポーターが、新サポーターと一緒につどいの場等に行き、現場の様子を伝える役割を担います。</p> |
| <p>6. その他、高崎市認知症施策の推進事業への協力</p>  | <p>市が開催する研修等を通じて、地域で活動するために必要な知識や技術の習得に努め、認知症施策の推進事業への協力を行います。</p> |

認知症高齢者の見守り活動





| | | | | |
|---|---|--|--|---------------------------------|
| <p>詳細 (地域 型の動 きを中 心に)</p> | <p>地域型センターがオレンジサポーターとともに訪問、またはサービス担当者会議に同席し、本人・家族との顔合わせを行う。</p> | <p>地域型センターが作成した※2「見守りプラン」に基づき、本人・家族の要望に寄り添った、より柔軟で、個別的な見守り活動を行う。</p> | <p>オレンジサポーターは、月ごとの活動回数を報告書に記載しておく。訪問活動時に気になったこと・いつもと違う様子が見られたときは、その都度地域型センターに連絡する。</p> | <p>活動報告書は、年度末に地域型センターへ提出する。</p> |
|---|---|--|--|---------------------------------|



見守り活動確認票（※1）

地域型センターが情報収集し、本人・家族の要望を確認して作成します。これに基づき、オレンジサポーターの活動内容・体制について検討します。

主な項目

- 緊急時の家族等の連絡先
- 本人の状況
（見守り活動が必要であると判断した状況）
- 本人・家族が希望する見守り活動の内容
（オレンジサポーターに希望する内容と希望しない内容）

高崎市オレンジサポーター見守り活動確認票（記載例）

| | | | | | | |
|---------------------------------|-------------------|---|----------------|-------------------------------------|--|--|
| 記入日 | 28年 3月 15日 | | 記入者氏名 | 群馬 高子 | | |
| 対象者 | フリガナ | タカサキ ハナコ | 生年 月日 年齢 | 明治・大正・昭和 10年 10月 10日 (80) 歳 | 性別 男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女 | |
| | 氏名 | 高崎 花子 | | | | |
| | 住所 連絡先 | 〒370- 高崎市高松町 35-1 電話番号 (027) 321-1319 | | | | |
| 家族等の 連絡先 | 緊急 連絡先 ① | フリガナ | タカサキ ジロウ | 続柄 | 二男 | |
| | | 氏名 | 高崎 次郎 | | | |
| | 住所 連絡先 | 〒 - 高崎市〇〇町 1234 電話番号：(090) 111 -2222 | | | | |
| | | 電話番号：() - | | | | |
| | 緊急 連絡先 ② | フリガナ | | 続柄 | | |
| | | 氏名 | | | | |
| 住所 連絡先 | 〒 - 電話番号：() - | | | | | |
| | 電話番号：() - | | | | | |
| 緊急 連絡先 ③ | フリガナ | | 続柄 | | | |
| | 氏名 | | | | | |
| 住所 連絡先 | 〒 - 電話番号：() - | | | | | |
| | 電話番号：() - | | | | | |
| 本人の状況 （見守り活動が必要 だと判断した状況） | | 独居で生活しているが、半年前から物忘れが目立ち始め、毎月参加していたサロンも休みがち。ゴミ出しの日も忘れることが多くなり、出し忘れたゴミが台所にそのままになっている。長男は県外在住。二男が市内に住んでいるが、独身で仕事が忙しく月に1~2回程度しか訪問できない。買い物や調理、洗濯などは一人で行え、独居生活を継続することは可能な状況ではあるが、一日中一人で過ごすことが多いため、定期的な声かけ、見守り及び外出の機会を増やす支援が必要である。 | | | | |
| 本人・家族が希望する 見守り活動の内容 | | （希望しない内容がある場合には、併せて記載してください。） 【本人】一日中一人で過ごしているため、話し相手になって欲しい。趣味の編み物を一緒にしたい。サロンや認知症カフェなど、集いの場所に参加したい。でも、一人では参加することが難しくなってきたため、一緒に参加してもらいたい。 ゴミ出しの日を忘れることが多くなった。ゴミ出しの日に声をかけてもらいたい。 【家族】仕事が忙しくなかなか訪問できない。地域のオレンジサポーターさんの力を借り、今の生活を続けて欲しい。 | | | | |

平成28年度～高齢者あんしんセンター聞き取り用

見守りプラン（※2）

地域型センターが作成し、オレンジサポーターと共有します。

主な項目

○担当のオレンジサポーター氏名

○見守り活動の内容

曜日

時間帯（午前または午後）

内容

○同意欄

見守りプラン（記載例）



| | | | |
|----------------------|--------------------------|---------------|--|
| プラン作成日 | 28年 4月 1日 | | |
| フリガナ | タカサキ ハナコ | 住所 連絡先 | 〒370-3501 高崎市 高松町 35-1 |
| 氏名 | 高崎 花子様 | | 電話番号：(027) 321-1319 |
| 見守り開始日 | 28年 4月 8日（金） | | |
| 担当の オレンジ サポーター | 長寿 太郎（月・水） 安心 咲子（水・金） | | 高齢 福美（月・金） |
| 見守り活動の 内容 | 曜日 | 時間帯 | 内容 |
| | 月 | 午前・ <u>午後</u> | ・話し相手 ・第1月曜日は地区のサロンへ一緒に同行する |
| | 水 | <u>午前</u> ・午後 | ・話し相手 ・ゴミ出しの確認 |
| | 金 | 午前・ <u>午後</u> | ・話し相手 ・趣味の編み物を一緒にする（花子さんに教えてもらう） ・第3金曜日は認知症カフェへ一緒に参加する |

上記のプランに基づき、高崎市オレンジサポーターに見守りを依頼します。
また、高齢者あんしんセンターが、利用者および家族等の個人情報について、見守りの実施に必要な範囲で、担当するオレンジサポーター、担当民生委員、居宅介護支援事業者その他関係する者と情報を共有することに同意します。

平成 28年 4月 1日

氏名（自署） 高崎 花子

本人の署名が難しい場合の代筆者（ご家族等）

氏名 高崎 次郎（続柄：二男）

問い合わせ先・連絡先
高崎市高齢者あんしんセンター（〇〇〇〇）
電話：（ 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 ）
担当者：（〇〇）

見守り活動の実際①



きっかけ



地域型センター
(高齢者あんしんセンター)
地域の実態把握訪問
で出会い、勧めた。



医療機関
脱水で入院。
今後が心配。



ケアマネジャー
一人でいると食生活
も偏る。人の目が届
くようにしたい。



民生委員
サロンの日を間違え
たり、季節感がない
服装で心配。

家族の声



- ・よく来ていた友人が来られなくなつたので。
- ・デイサービスを利用しているけれど、家で一人の時間も長いから心配。
- ・生活に楽しみを持ってもらいたい。

本人の声



- ・夫が亡くなってから出かける気になれない。
- ・デイサービスには行きたくない。人が大勢いるところは苦手。

見守り活動の実際②



活動の内容

- ・おしゃべりを楽しむ
- ・服装を気にかける
- ・天気・体調が良いとき散歩に同行する
- ・水分、食事がとれているか声をかける



介護サービスを使っても
使っていなくても
認知症の診断を受けていても
いなくても
地域の仲間とつながろう！



家族の声

- ・よく話を聞いてくれるし、本人も楽しそうで嬉しい。
- ・人が来てくれるだけで安心。



サポーターの声

- ・本人について：症状が落ち着いた気がする。笑顔が出てきて、表情が明るくなった。
- ・活動について：相手が女性の場合は、女性サポーターの訪問が良いようだ。認知症地域支援推進員が調整してくれて、顔合わせをしたので安心。みんなで協力して見守っている。他の曜日にも散歩のついでに寄って声かけしてます！



課題と今後の取り組みの方向性

① オレンジサポーターの見守り活動についての理解

認知症の人に何か特別な対応・特別なことをしなければならないという誤解活動が柔軟になったゆえに、「何をどこまでしたらよいのかわからない」

 **見守り活動における共通理解、イメージの共有**
“本人・家族の視点”という考え方

② オレンジサポーターの不足・地域による偏り

地域（ブロック）によっては、見守り活動をするサポーターの人数が少なく、見守りを希望する人がいても活動できない、またはローテーションが組めない

 **人材確保のための継続的なオレンジサポーターの養成**
認知症サポーター養成講座との連携

③ サポーターの周知不足

見守り活動を提案した際に、サポーターのことを知らない地域住民は受け入れを躊躇したり、ヘルパーと誤解。

 **住民へのオレンジサポーターの周知**

第7期計画の策定

第7期計画（案）

基本理念 「住み慣れた地域でいきいきと輝きながら暮らせる安心社会の実現」

- 基本方針
- 1 地域包括ケアシステム構築に向けた地域共生社会の推進
 - 2 認知症高齢者等にやさしい地域づくりの推進
 - 3 制度の持続可能性を考慮した質の高い介護サービスの推進

新オレンジプラン

- 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

V-④安全確保
…見守り活動

土台は普及・啓発

↓
地域住民の意識や
見守る力が向上

↓
自分たちができる
ことから取り組む！





ご清聴ありがとうございました

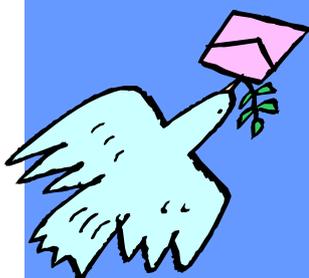


CONNECTION

メーリングリスト参加メンバー募集中！

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

コネクション
とは



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

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

例えば、こんな情報が・・・ (投稿より)

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



コネクションへの参加希望は、メールでどうぞ！

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

shouji-akiyoshi@city.kishiwada.osaka.jp

多くの方のご参加をお待ちしています。
地元の関係者にも「コネクション」をご紹介します。

※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 |
| | | |

<ワークシート1日目用>

* 報告を活かして、自地域のこれからを考えよう。アイデアを出し合おう。

| | 個人ワーク | 地域名 ・ メンバー名等 |
|-------------------------|--------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| ① 参考になったこと・気づき | ・泉南市の報告に関して ・大和村の報告に関して | | | | | |
| ② 自地域の取組みにどう活かせるか | | | | | | |
| ③ 現在の取組みの紹介と個人ワークで考えたこと | | | | | | |
| ④ 自分の立場でやってみたいこと | | | | | | |

～ わがまちからの発信～

都道府県名:

市区町村名:

わがまちPR!

他の地域に紹介したい取り組みや、ちょっとした工夫、手ごたえなどを自由に！

こんなことをもっと知りたい！

この機会に、こんなことを聞いてみたい、情報を得たいことを具体的にどうぞ。

<ワークシート2：2日目用> 自地域の特徴を活かしながら、次の一歩へ

5. 1日目の情報や気づきを持ち寄り、話し合おう！

| | |
|---------------------------|----------------------------|
| 1) 昨日の他地域情報を共有：自地域に活かしたい点 | 2) 自地域の課題、注力すべき点は何か？ 確認と共有 |
| | |

6. 群馬県高崎市の取組みを聞き、活かしたい点

| |
|--|
| |
|--|

7. サプライズ・トークを聞いての感想、活かしたい点

| |
|--|
| |
|--|

8. 今、やるべきこと、できることはこれだ！ ～わが自治体/地域の課題をクリアしていくために *具体的に

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

| |
|--|
| |
|--|

9. 今年度、来年度の取組みをどう展開するか：今後取組むことを具体化しよう <何を、誰と、どのように、等>

| | |
|------------------------|------------------------------|
| 今年度中に取組みたいこと / 補強したいこと | 来年度、取組みたいこと / 計画、予算化につなげたいこと |
| | |

☆地元を持ち帰って、伝えよう、話しあおう、次の一歩を踏み出そう！