

認知症の人とその家族の支援体制の構築及び 認知症ケアの向上を図るための取組の推進 認知症の人が地域で暮らし続けるために



石川県加賀市地域包括支援サブセンター
西 ミキ

加賀市の概略図

同規模の集落が分散する多極型の都市



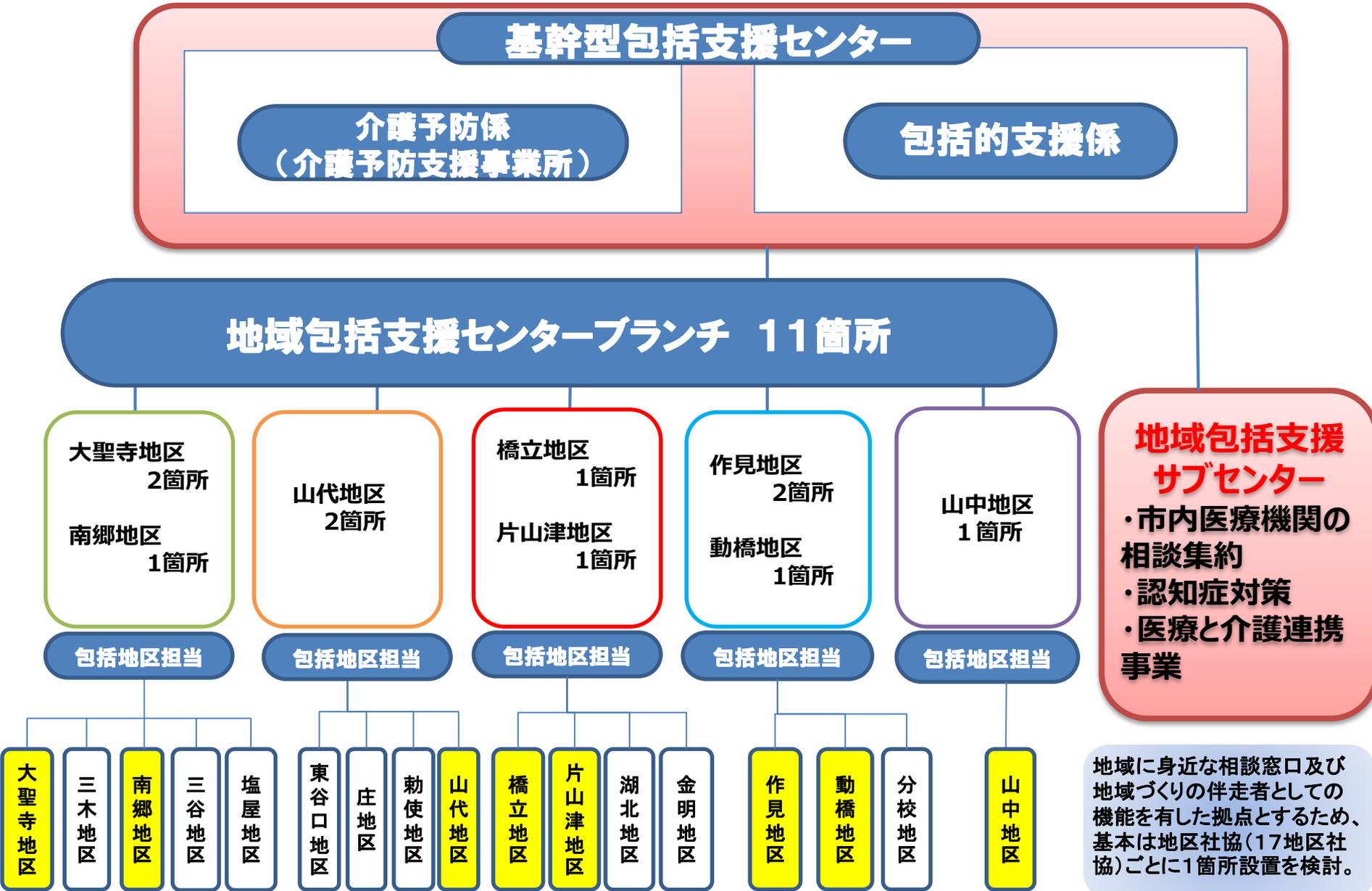
- 加賀温泉郷（山代温泉、片山津温泉、山中温泉）
- 伝統工芸（九谷焼・山中漆器）
- 海の幸（ズワイガニ）
- 加賀棒茶
- 鶴仙溪
- 山の下寺院群
- 鴨池（坂網猟）

加賀市の状況

1. 人口：69,016人（平成28年4月） 住民基本台帳
2. 高齢者数：22,420人（高齢化率32.5%）
3. 認定者数：3,916人（1号認定率17.2%）
（要支援1,031人 要介護2,885人）
4. 認知症高齢者数：2,568人（1号認知症高齢者率11.5%）* H27.10
5. 介護保険料：月額5,900円(第6期) 要介護認定調査
第5期は5,550円
6. 日常生活圏域：7圏域
7. 地域包括支援センター：直営で1か所
サブセンターがH28.4より設置
ブランチ6箇所 H28.4
8. 認知症地域支援推進員数：2名(兼務) H28.3で3名に

平成28年度 地域包括支援センターの設置

イメージ



加賀市医療センターの開設にあたり、病院の地域連携の機能を担う部署に、市の地域包括支援センターと地域医療政策の担当部署が併設となり、「地域連携センターつむぎ」ができました。

地域連携センター つむぎの 目指すもの

地域の関係機関との連携を強化、
連携機関の支援

医療、介護、福祉の切れ目のない
体制の構築

患者さんが早期に住み慣れた地域へ
戻れるようチームで支援

医療、介護の専門職の相談支援

地域連携センター つむぎの 機能

病院の機能 (加賀市医療センター)

①地域連携センター

FAX : 76-5161

i 地域連携 [☎ 76-5132]

- ・ 紹介患者さんの診察・検査予約
- ・ 紹介元への受診報告 など
- ・ かかりつけ医の紹介

ii 入退院支援・医療福祉相談 [☎ 76-5133]

- ・ 入院生活についての説明、相談
- ・ 手術や検査のスケジュール等の説明
- ・ 退院に向けての調整
- ・ 退院後の生活や仕事の相談
- ・ 社会保障や福祉制度の利用の相談
- ・ 受診調整 など

市の機能 (健康福祉部 長寿課)

②地域包括支援サブセンター

(高齢者こころまちサブセンター) [☎ 76-5131]

- ・ 高齢者の医療機関からの退院、在宅等への移行支援
- ・ 介護の相談、介護保険申請手続き
- ・ 認知症対策の推進 など

病院からの高齢者の福祉・介護相談は
サブセンターで受け付けます!!

③地域医療推進室

[☎ 76-5134]

- ・ 在宅医療・介護連携の推進
- ・ 医療提供体制の整備 など

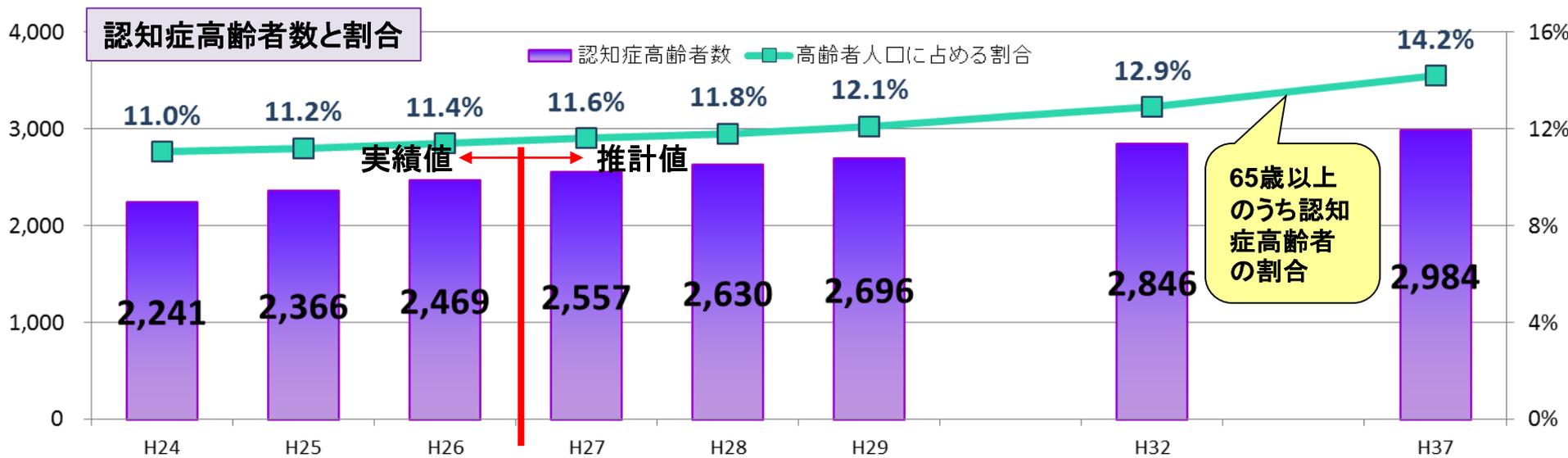
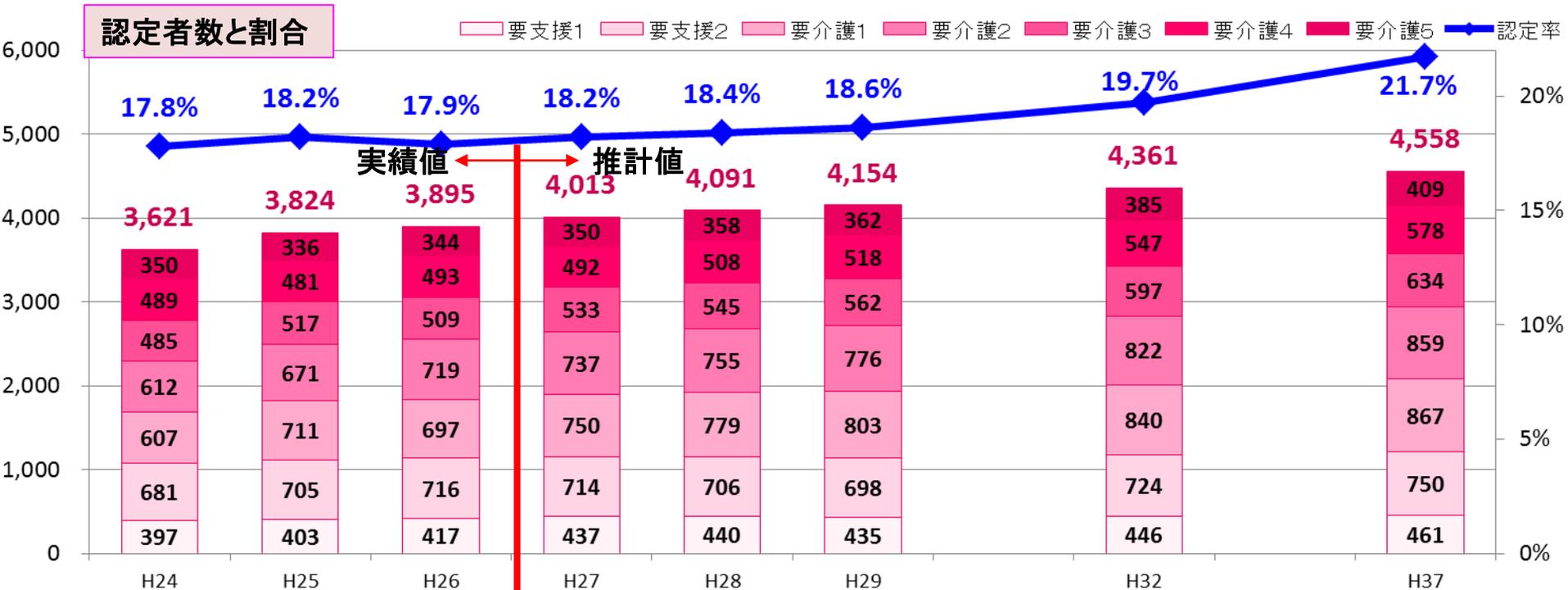
FAX : 76-5160

医療・介護の専門職の 相談支援窓口の機能

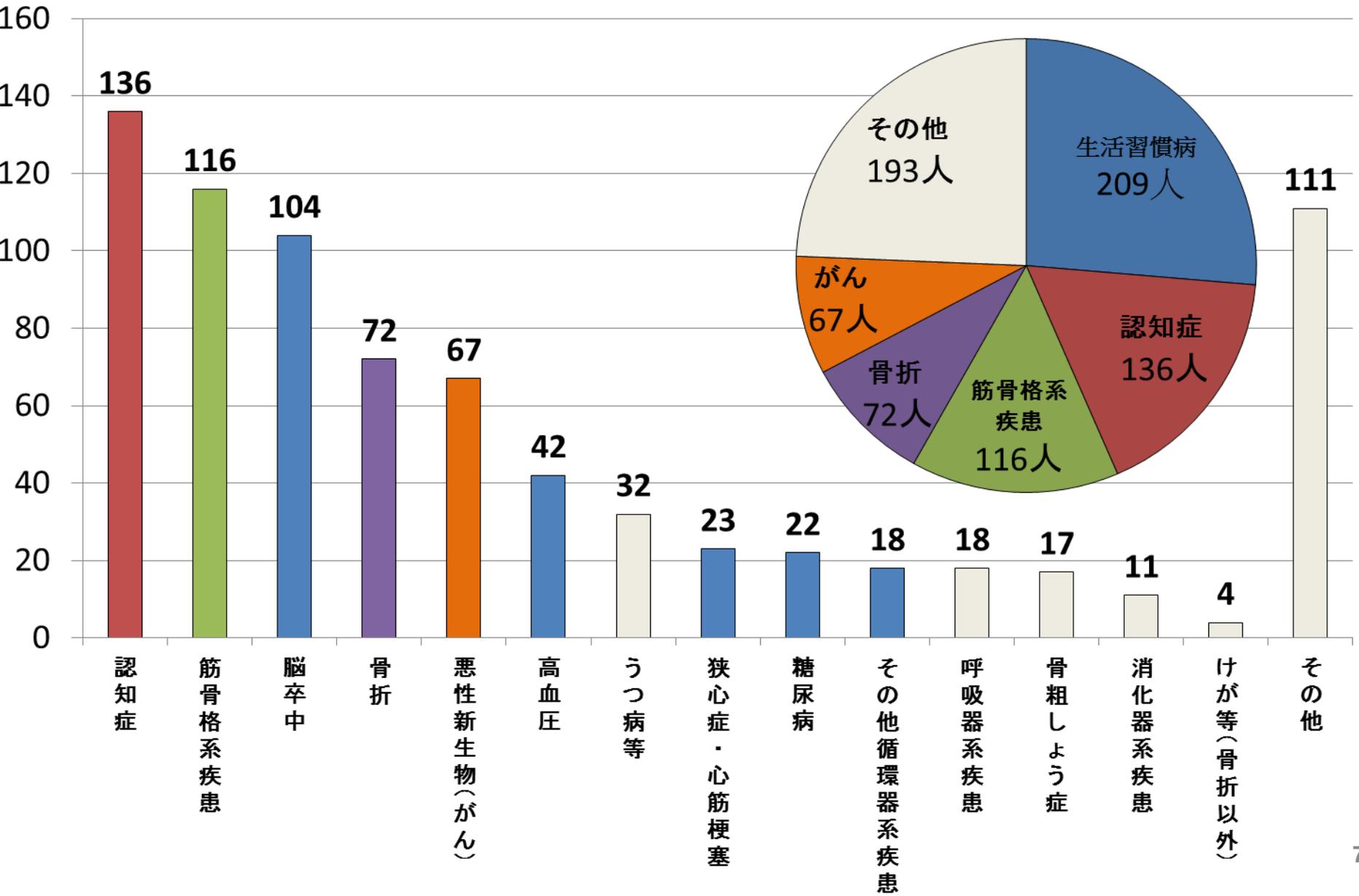
医療・介護の専門職の相談支援窓口として機能します！
(在宅医療コーディネーターを配置) ※詳しくは裏面をご覧ください。



要支援・要介護認定者と認知症高齢者の推移



新規要支援・要介護認定者の申請時疾病



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

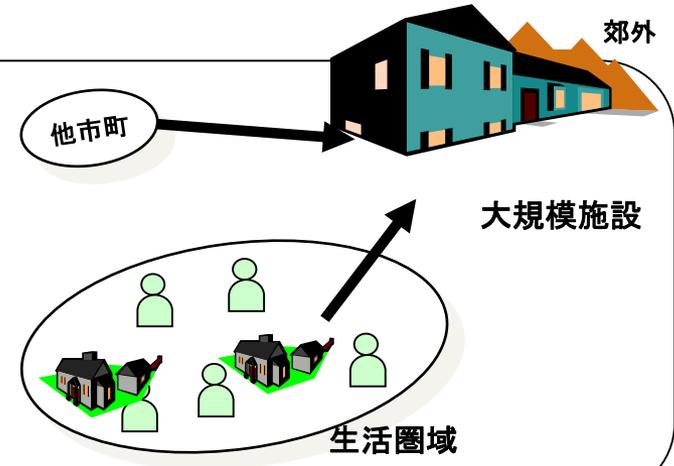
第3期介護保険事業計画での転換①

第2期まで

整備状況

施設待機者数や事業者要望で大規模施設整備

- 自宅から離れた郊外の立地。
- 定員100人規模などの大規模施設。
- 県が指定し、加賀市民以外も利用。



ケアの実態

○施設の整備率が高く、「認知症になったら施設に入所する」という考え方が、ケア担当者や家族に強い。

○サービス提供にあたっては、

- ・認知症高齢者の正しい理解と対応ができていない？
- ・身体機能のみのアセスメントによる集団的ケアが行われている？
- ・利用者ではなく、ケア提供者の都合に合わせたケアになっている？

第3期介護保険事業計画での転換②

第3期から

整備状況

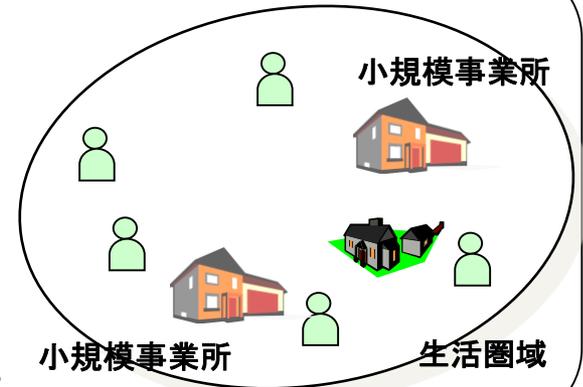
郊外の大規模施設は今後整備しない。

○生活圏域の中で事業所を整備。

（自宅の近くの住み慣れた地域で利用）

○少人数単位の介護を行う小規模の事業所

○加賀市が指定し、加賀市民以外は利用できない。



ケアの実態

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

センター方式のモデル事業への参加（平成16年度）

⇒・参加したケア担当者が、新しい認知症ケアの担い手となることを期待。

・事業の成果を今後の認知症施策につなげていく

第6期計画の施策体系(平成27年度～平成29年度)

6期 基本目標

6期 基本施策

本人の「したいこと」
を支援する仕組み
づくり

健康づくりと社会活動の推進

- 健康づくりの推進
- 介護予防の推進
- 多様な活動機会の充実

自己決定と継続の支援

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

地域で安心して
生活し続けることが
できる体制づくり

地域包括支援センターの機能
強化

- 総合相談機能の充実
- 地域ニーズの把握やネットワーク機能の充実

認知症の理解と支援体制

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

24時間365日の地域生活
を支えるための基盤整備

- 介護サービスの基盤整備
- ★生活を支える基盤の整備

在宅医療連携の推進

- ★在宅療養支援体制の強化
- 医療と介護の連携の促進

安心安全の確保

- 生活の安全を守るための整備
- 低所得者への支援

地域での支え合い
の体制づくり

多様な生活支援の充実

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

住民主体の活動支援

- ★地域の共有・協働による継続した活動の支援
- ★地域活動の人材育成

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

地域で安心して生活し続けることができる体制づくり

(高齢者おたっしゅプラン基本目標)

社会全体で認知症の人々を支えるため、介護サービスだけでなく、地域の自助・互助を最大限活用することが重要。

(イメージ) 地域では多様な主体、機関が連携して認知症の人びとを含めた高齢者を支えていくことが必要。



地域で安心して生活し続ける ことができる体制づくり

たとえ認知症やどんな状態になっても、地域で暮らし続けることができる体制を作る。

1. 地域包括支援センターの機能強化

- 本人のニーズと地域の資源を繋げる総合相談機能の充実
- 地域ニーズの把握やネットワーク機能の充実

2. 認知症の理解と支援体制

- ①認知症の人の早期対応の仕組みの構築
- ②本人や家族の立場にたった認知症ケアの推進
- ③認知症の人が安心して暮らせるまちづくりの推進

①認知症の人の早期対応の仕組みの構築

【予防・備え】

- * 高齢者が増加していく中、誰にでも認知症になる可能性はある。
- * 最期まで自分らしく暮らすために予防と備えが重要。



1. 介護予防教室(かがやき予防塾)

- ・従来までの古い支度講座を、社会参加につながる新たな担い手づくりも視野に入れた講座として改変し、実施した。すでに、地域型はつらつ塾の協力員や認知症ケアパス検討会の委員等として活躍している。

2. 地域の活動拠点の拡充

- ・地域おたっしやサークル、元気はつらつ塾の展開。

3. 認知症ケアパスの作成検討会

- ・昨年度は、スターティングノートとして、医療以外の項目を決めた。
- ・ダイジェスト版を作成し、かもまる講座で実施している。
- ・H28は、医療の項目を充実させ完成版を作成。住民とともにランチ職員と啓発普及していく。

①認知症の人の早期対応の仕組みの構築

【早めの出会い】

- * 本人や家族、地域が踏ん張って、どうしようもなくなってからの相談が多い。介護保険サービスの利用しか手立てがなく、地域での暮らしが困難な状態。
- * もっと、早めに出会わないと、その人がどんな暮らしをしていて、今後どんな暮らしをしていきたいのか、分からない。



1. もの忘れ健診

- ・認知症の人を見つけて診断をすることが目的ではありません。
- ・高齢者の方は何かしら、かかりつけ医がいるもの。かかりつけ医には早めに出会っているのではないだろうか。

- ①体制構築にむけての検討会の開催。
- ②サポート医以外にかかりつけ医も検討会メンバーに参加している。
- ③市内30か所の医療機関で実施。
- ④H25に試行的に実施し、H26より本格的に行っている。

2. 身近な相談窓口の設置

- ・介護なんでも110番を介護サービス事業所に設置(市内33か所)。

3. 地域包括支援センターブランチの設置

4. 認知症初期集中支援チーム設置検討会(H28から)

- ・どのような体制にすべきか検討会を開催している。



介護なんでも110番窓口

地域の身近な介護サービス事業所に
市の公的な相談窓口を設置

介護相談窓口設置の趣旨に同意し、面接技術研修を受講済みのケアマネジャー・キャラバンメイトの配置ができる事業所に、右の「看板」を交付

窓口の対応

- 住民の相談に応じて、地域包括支援センターにつなぐ。
- 必要に応じて、介護保険、高齢者福祉サービスの情報提供を行う。
- 認知症をはじめとするケアの普及活動を行う。
- 市が主催する相談援助、権利擁護、認知症に関する研修会に積極的に参加を行う。
- 所定の様式により、定期的に報告を行う。

この看板が
目印です。



①認知症の人の早期対応の仕組みの構築

【多職種連携】

* 医師等医療職に病気だけでなく、生活に視点をあてた認知症の人の暮らしを理解して欲しい。



1. もの忘れ健診

2. かかりつけ医等認知症対応力向上研修会

・かかりつけ医の認知症の理解、専門医との連携が欠かせない。

①認知症サポート医を中心にケアマネジャー、訪問看護、認知症疾患医療センターのメンバーで目的の確認、企画、運営を行った。

②研修会はかかりつけ医だけでなく、ケアマネジャーや介護福祉士、看護師、作業療法士など多職種で事例を通して行った。

3. 医療と介護の連携に関するワーキング(H28から)

・医療職側から、介護職側からの本人を支援する際の課題から、具体的なとりくみを一緒に考え、実践していく。メンバーには医師も参加。

4. かかりつけ医との連携(H28から)

・看護師や受付事務の方との意見交換会

②認知症ケアの推進

【本人本位のために…。】

* 認知症の人は、地域に住んでいる。色々な関係の中で暮らしており、そのことを知らないと支援できない。



1. 事業対象者及び要支援者等のケアマネジメントの考え方

- ・認知症の人だけでなく、誰でも早めの出会いが大切。
- ・目標設定会議：本人の暮らしのあり方を多方面から検討する。
メンバー：作業療法士又は理学療法士、薬剤師、センター方式
地域推進員
事例提供者：介護保険サービス事業所
- ・加賀市版ADL・IADL確認票、軒下マップから改善可能性や本人の～したいを共有する。

2. 個別地域ケア会議(軒下会議)

3. 中堅職員研修会

- ・実践力の向上、あきらめない人材育成のために実施。
- ・今までの研修体系を1本化(センター方式、ひもときシート等)した。

③認知症の人が安心して暮らせるまちづくりの推進

【お出かけ安心ネットワーク】

* 行方不明になる認知症の人が存在する中、早期発見や対応の整備が必要。



1. 介護保険サービス事業者連絡会と連携

- ・命にかかわること。早くに発見できるしくみを。
 - ・地域が関心を持って声を掛け合う。本人がいつでも出かけられるよう、地域の関心、協力が必要。
 - ・加賀市として実際に取組む体制を一緒に検討していく。
- 全事業所間でのメール配信の体制が構築。

2. 見守りネットワーク体制構築

- ・見守り安心メール：行方不明となった高齢者をいち早く発見できるようにメールによる情報配信を行い、警察との協力体制等配信できる体制を検討した。その結果、H28年4月から情報発信できる体制ができ、安心メールの登録も開始した。

③認知症の人が安心して暮らせるまちづくりの推進

【認知症の正しい理解の啓発普及】

* 認知症の人の行動は周りから理解されにくく、家族が介護疲れになることも少なくない。

* 認知症は突然なるかもしれない。認知症になったら何もかも分からない。



1. 認知症キャラバン・メイト養成研修・連絡会の開催

- ・日常生活圏域ごとにキャラバン・メイトが、法人の壁を越え、その地域に住んでいる認知症の人のために一緒になって考え、取り組んでいる。

2. 認知症サポーター養成講座

- ・市役所新人職員の研修に位置づけ

3. 家族介護支援事業

- ・平成25年度より、運営推進会議を実施している地域密着型サービス事業所へ委託。

4. 認知症の正しい理解の定期講座(H28)

- ・年5回定期講座の実施。認知症サポーター養成もかねる。

成果

1.認知症の予防体制の構築

⇒平成25年度に、医師会と検討を重ね、もの忘れ健診を実施。かかりつけ医による認知症の説明をとおし、認知症の正しい理解を得る場になっている。(受診者アンケートも健診時にとっている)また、受診者数もわずかながら増え、156名の受診者数であった。

2.認知症サポーター養成数の増加

⇒平成25年度は350人、平成26年度514人、平成27年度で累計3,884人と徐々に講座受講者数が増加。キャラバン・メイトが地域の実情に合わせて、話し合い目標値を定め、企画・実施している。今後も継続していくと共に、養成しただけでなく、パートナーとして一緒に考え活動していく体制を作る。

平成25年度は、新たにキャラバン・メイトを40名養成し、仲間が増えた。平成27年度は更に45名がキャラバン・メイトになっている。

成果

3.センター方式の地域での継続実施による本人支援の広がり

⇒平成16年から地域推進員の協力体制があり、継続実施してきた。市内の事業所の職員とは本人を中心とした支援のあり方について話あえるようになった。

4.多職種連携

⇒かかりつけ医等認知症対応力向上研修会では、医師のみならず、介護職員、ソーシャルワーカー、看護師などの参加があり、多職種で事例を検討した。また、この研修会に参加された医師は、個別地域ケア会議への参加や診察場面では、本人・家族の話をゆっくり聞いてくれるような変化があった。

現在の課題と方向性

①早めに出会っただけになっている。(個の支援)

⇒自分で自分のことができる・決める期間を長くする取り組み(予防)や認知症ケアパスを通して(備え)の取りくみと個の支援の充実。(A4シートを大切に)

⇒認知症ケアパスは医師とも連携しながら作り上げ、ブランチ職員とともに住民と啓発普及をしていく。

⇒困ってからの後追いの支援になっているので、身近な相談窓口として、各日常生活圏域にブランチを設置し、コーディネート業務も委託している。

②多職種連携

⇒かかりつけ医等認知症対応力向上研修の発展。研修会を通して、実際の個の支援への展開。個別地域ケア会議に医師が参加してもらうようなしくみへ。

⇒医療と介護の連携に関するワーキングを通して、顔の見える関係づくりへ。医療職が生活を視点に考えることができるように。

現在の課題と方向性

③地域での暮らしを介護事業所のみで支えようとしている限界(地域づくりへ)

⇒個別地域ケア会議から地域づくりへの発展。今後は、民生委員、隣近所など地域の方も参加し、具体的な個の支援を通して考えることが大切。

⇒地域に存在する社会資源や風習も異なることから、市全体ではなく、地域の課題は地域で解決していく取り組みへ。

④人材育成

⇒様々な研修を実施してきたが、実践に生かしきれていない現状があるため研修体系の見直しを行った。相互の事業所・専門職の繋がりをつくり、日々の実践に生かしていくためのネットワークや実践力をみにつけることを目的に、中堅者を対象とした通年で行う研修体系に変更した。

⇒認知症サポーター養成講座受講者で希望者の方と再度、学習会等を通して、認知症の人と家族のためにできることを一緒に考えていく。

大事にしないといけないことは、今、目の前にいる1人の認知症の人の支援です。これがスタートです。どうしていいか迷ったら、その人の立場に立って考えてみよう！そして、本人に聞いてみましょう。

○本人は、ご自身の様々な社会資源（人や物、関係性）を活用し、生活しています。自分たちは、その社会資源をとぎらせないために、何をすべきかを考えることを忘れずにいることが大切です。

○そして、それは1人ではできません。自分にも仲間、組織が必要です。目指す方向性を共有できる仲間がいるからこそ、前に進んでいけると思います。ふれずに、言い続けることも大切だと思えます。あきらめないこと！！

本人ののぞむ暮らしの継続のためなのです。そして、その取り組みが住みよい地域へと。

ご清聴ありがとうございました。



H27年3月
北陸新幹線
金沢開業