

平成29年度認知症地域支援推進員研修
Ⅱ 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みの推進
『連携支援・ケアパス（事例②）』

福井市における 認知症地域支援推進員の 取り組み



（認知症コーディネーターとの連携・
認知症ケアパス作成を通じて）



福井県福井市

福井中央北包括支援センター

（ほやねっと中央北）



吉田祐子

福井市の概要

福井県北部の都市で県庁所在地

総面積の半分を山林が占め、山と海に囲まれている
年間を通じて降水量が多く、冬季には積雪があるが
最近は暖冬で積雪も少ない、

総人口	265999人
65歳以上人口	73497人
高齢化率	27.63%
面積	536.41平方km

H28.8現在

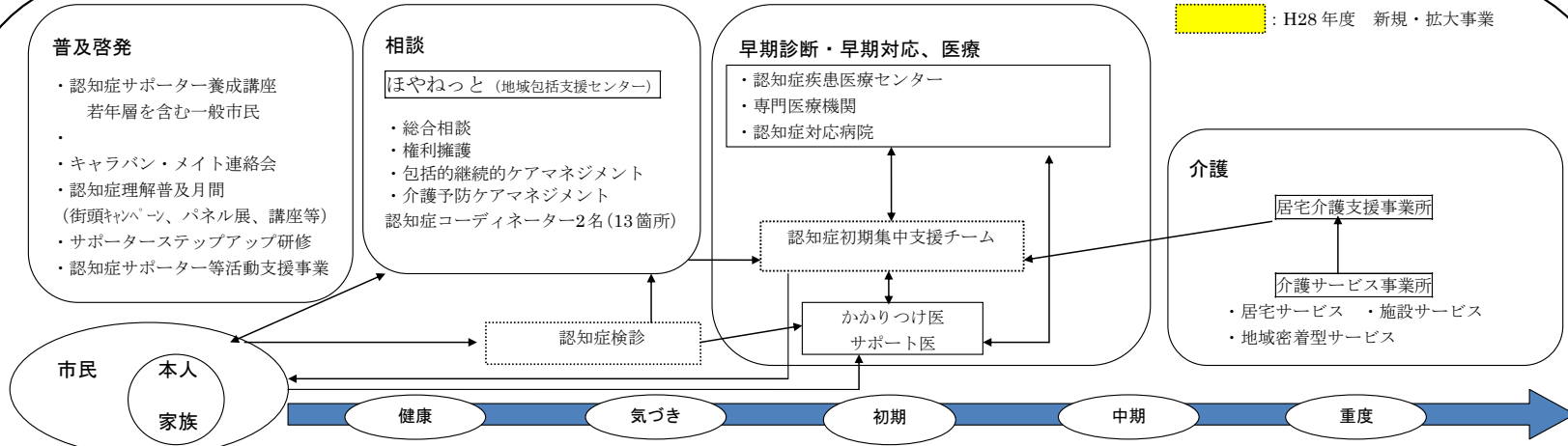
福井市の地域包括支援センター

日常生活圏域数	13か所
委託型地域包括支援センター	13か所
認知症コーディネーター	各2名
(H23年度より各包括支援センターに配置)	
認知症地域支援推進員	1名
(H23年度より中央北包括支援センターに配置 同法人が認知症疾患医療センター受託)	
認知症初期集中支援チーム	1チーム

福井市の認知症施策

認知症になっても住みなれた地域で安心して暮らせる支援体制

 : H28年度 新規・拡大事業



予防

介護予防事業

- 自治会型デイホーム
- 簡易型予防教室
- いきいき教室
- 健康教室

介護者支援

- 介護者のつどい
- 男性介護者の集い
- (拡) 認知症カフェ

権利擁護

- 高齢者虐待防止ネットワーク運営事業
- 成年後見制度支援事業
- 市民後見人養成

認知症コーディネーター 【各エリア内での課題把握・ネットワーク構築】

- 理解普及の取組
- 認知症サポーター養成講座
- 認知症相談
- 認知症初期集中支援チームとの連携
- 地域づくり

認知症地域支援推進員 【市全体の課題把握・ネットワーク構築】

- 理解普及の取組
- 介護従事者への認知症対応力向上研修
- 地域包括支援センター、居宅介護事業所、施設での相談、支援の推進
- 医療と介護、地域の社会資源のネットワーク構築

地域づくり

- 地域ケア会議 (市、警察・消防などの行政、医師、ケアマネ、サービス事業所、社会福祉協議会、民生委員、自治会等)
- (拡) 福井市あんしん見守りネットワーク事業
- 協力団体 : 医療機関、薬局、新聞配達、電車・バス等交通事業者、運輸・食品等配送事業者、ガス水道事業者、電気事業者等、小売・商店街
- 様々な地域の団体、介護サービス事業者連絡会 (ひとり歩き見守りネットワーク)
- (新) ひとり歩き模擬訓練
- 福井市「認知症の人にやさしいお店等」認定事業
- 認知症ケアパスの活用

福井市認知症施策検討委員会

- 施策の方向性の検討
- 事業報告
- 進捗管理
- 認知症初期集中支援チーム検討委員会
- 認知症ケアパスの作成検討委員会

認知症地域支援推進員と 認知症コーディネーターの役割

○認知症の施策を市とともに推進する役割

★市内全体における事業（推進員）

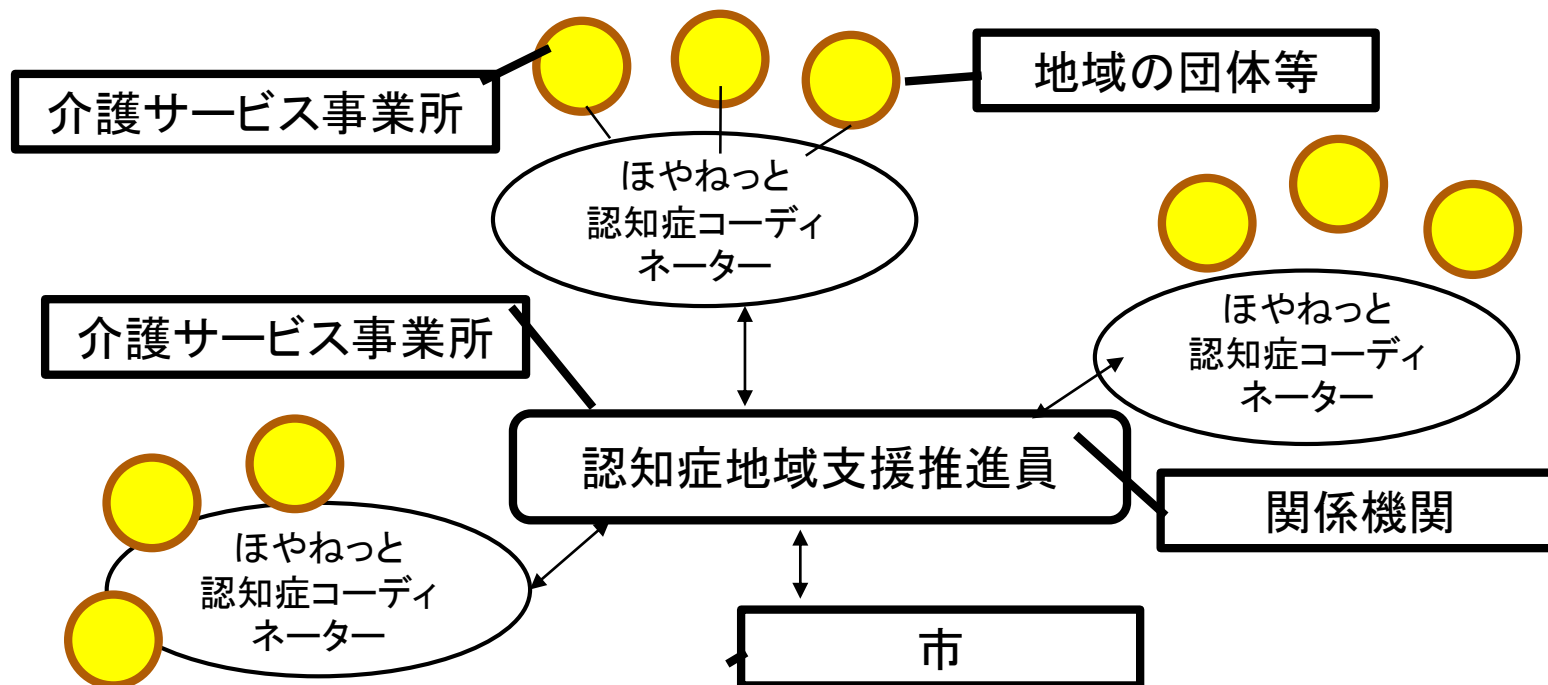
エリアごとでまだ十分に組み合わせていない課題

- ・ 若年性認知症の方への支援、研修企画
- ・ 介護者支援

★各担当エリアごとにおける事業
（コーディネーター）

認知症地域支援推進員と 認知症コーディネーターの役割

- 認知症地域支援推進員が
市や他機関、コーディネーターへの橋渡し



認知症ケアパスができるまで

平成26年

新オレンジプランに基づき「作成しよう！」

認知症コーディネーター連絡会にて検討

平成27年2月

認知症施策検討委員会にて案を提示し検討

⇒完成

平成27年4月

市ホームページで紹介、使用開始

認知症ケアパス作成を通じての 気づき①

- ・ エリアごとで社会資源シートを整理

「各エリアにおいてそんなに差が出なかった」

↓

「何のために作成するんだったっけ？」

「目的達成できるのかな？」

ケアパス作成の目的

- ① 認知症の人の状態に応じ適切にご本人を支援
- ② 医療介護サービス機関とのネットワークづくり
- ③ 社会資源の不足や課題を把握できる

認知症ケアパス作成を通じての 気づき②

★「まずはご本人や家族のために役立つものを作りたい」

認知症の経過と対応に

社会資源を組み合わせた形で

まとめてみよう（舞鶴市のものを参考に作成）

★「相談を受ける際にそれぞれの頭のなかにあるものを
可視化することが大事」

どの職員が相談に応じても

差がないようにしていこう

認知症ケアパス作成を通じての 気づき③

○コーディネーター

「ネットワークづくりへ活かすのは今後。
ゆっくりとまずは**ご本人家族への活用**を
することから」

○市担当者

「**ネットワークづくり**へ活用してほしい」

介護サービス事業所のスタッフと、
認知症の人を地域で支えるために、どのような資源が
必要なのか、対応できるのかなどより個別性、具体的な
ことから、地域の課題への話し合いへ活用できないか。

認知症の症状に応じた対応

認知症の進行と対応、サービスの種類

認知症は少しずつ進行し、症状が変化していきます。
家族や周囲が認知症を理解し、進行に合わせて上手に対応して
いくことが大切です。

代表的なアルツハイマー型認知症の進行の例（右に行くほど発症から時間が経過し、進行している状態）

※個人差があります。



認知機能の段階	発症前	軽度認知障害 (MCI) ※年齢後で約半数が認知症に！	認知症を有するが、日常生活は自立	誰かの見守りがあれば 日常生活は自立	日常生活に手助け 介護が必要	
記憶面		もの忘れの自覚が出てくる	直近の事を覚えられない 体験した事の内容を忘れる	いつどこで何をしたかの出来事を忘れる	過去の記憶も失われていく	
見当障			時間や日にちが分からなくなる 自分の年齢が正確にわからなくなる	季節や年次がわからなくなる 場所が分からなくなる	親しい人や家族が認識できなくなる	
本人さんの様子		「あれ」「それ」等と代表詞を多用する 何かヒントがあれば思い出す	<ul style="list-style-type: none"> 同じ事を何回も聞く 物をしまったのを忘れる 約束を忘れる 不安・いらいら 外出の機会が減る 	<ul style="list-style-type: none"> 物を盗られたり、財布をなくしたと言う 同時に2つ以上のことが出来なくなる 家事（料理、掃除）等の取手ができなくなる 買い物時のお金の計算が難しくなる キャッシュコーナーの機械操作ができなくなる 	<ul style="list-style-type: none"> 季節に合った服を着ることができない 迷子になる 入浴や着替え等ができなくなる 食べ物をあるだけ食べる 	<ul style="list-style-type: none"> 会話ができなくなる 表情が乏しくなる 食べ物が飲み込みにくくなったり、食べることの理解ができなくなる 生活全般のケアが必要
対応のポイント		<ul style="list-style-type: none"> 認知症予防のための生活習慣を心がけましょう。 有酸素運動、地域の行事、ボランティアなどの社会参加や、趣味を楽しみましょう。 家族内での役割を持ちましょう。 	<ul style="list-style-type: none"> ゆっくり短い言葉で少しずつ伝えましょう。 大事なことや出来事をメモに書きとめる、家族は大事なものを片付ける箱を用意する等の工夫をしましょう。 時計やカレンダーを置いて、時間や日にちを分かりやすくする工夫をしましょう。 	<ul style="list-style-type: none"> 説得や否定をせず、一旦気持ちを受け止めましょう。 出来ない事を無理強いないようにしましょう。 	<ul style="list-style-type: none"> 合併症（肺炎や脱水）などが起こりやすくなります。体調管理に注意していきましょう。 言葉が出なくなれば手を握る、背中をさするなどスキンシップを心がけ、安心感を与えるようにしましょう。 	
家族の心構え		<ul style="list-style-type: none"> いつもと違う、何か様子がおかしいと思ったら、早めに「ほやねっと」や「かかりつけ医」に相談してください。 家族の気づきがとても大切です。認知症検診の案内が来たら、受診しましょう！ 	<p>「介護者自身が抱え込まない、健康管理を行っていきましょう。」</p> <ul style="list-style-type: none"> 正しい扱方、基本的なコツを学ぶ。（認知症サポーター養成講座、認知症カフェ、介護者の集いなどへの参加も有効です） 適度にストレス発散を行い、抱え込まない。愚痴の言い合える仲間や相談相手を作る。 いつでも介護を代わってもらえるような気楽な気持ちで過ごす。 	<p>「社会資源を活用し、介護に関して気軽に相談できる相手を見つけていきましょう。」</p> <ul style="list-style-type: none"> 「ケアマネジャー」「ほやねっと」「かかりつけ医」「サービス事業所」などの専門職へ、気軽に相談する。 徐々に介護負担が増えていくため、社会資源や介護サービスを有効に活用する。 近隣の方へも理解をもとめ、協力してもらえる関係をつくる。 	<p>「介護についてみんなで話し合いましょう」</p> <ul style="list-style-type: none"> 元気なうちに、本人さんの意向を確認しておく。（治療方針、お金、延命、相続、施設のことなど） 家族間でも、介護や終末期に関して段階的に話し合っておく。 家族は、ケアマネジャー等に本人の状況を確認する等、積極的に情報交換する。 	

認知症の症状に応じたサービス種類

	発症前	軽度認知障害 (MCI)	認知症はあるが、日常生活は自立	誰かの見守りがあれば、日常生活は自立	日常生活に手助け・介助必要
予防 社会交流	自治会型デイホーム・いきいき教室・簡易型予防教室・よろず茶屋、民間フィットネス (14P)	いきいき教室 (15P)	簡易型予防教室 (11P)		通所介護・通所リハビリ・認知症対応型通所介護・訪問介護・小規模多機能型居宅介護 (4P) (5P) (6P) (3P) (6P)
安否確認 見守り	ひとり暮らし給食サービス (会食) (14P)	緊急通報システム・見守りネットワーク (14P) (15P)	警察・消防・民生委員・福祉委員・配食サービス (15P) (15P)		小規模多機能型居宅介護(6P)・訪問介護(3P)・定期巡回随時対応型訪問介護(7P)
生活支援					通所介護(4P)・通所リハビリ(5P)・訪問介護(3P)・訪問看護
					配達配送サービス・配食サービス・えがおでサポート(16P)・地域の社会資源
医療					かかりつけ医・サポート医・専門医療機関(16P)、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局・訪問看護
					認知症検診 (福井市保健センター) (16P) ・ 認知症初期集中支援チーム(17P)
家族支援 相談					ほやねっと (地域包括支援センター) (10P)、居宅介護支援事業所(12P)、福井市介護保険課
					認知症カフェ・認知症の人と家族の会・介護者のつどい、男性介護者のつどい、かたらい会、若年性認知症の人と家族の会、若年性認知症コールセンター (19P) (17P) (17P) (17P) (P) (18P) (17P)
緊急時支援					緊急通報システム(15P)・オアシスキット(18P)・福井認知症疾患医療センター(19P)・警察・消防・精神科救急情報センター(18P)
					小規模多機能型居宅介護(6P)・短期入所生活介護(7P)・短期入所療養介護(7P)
住まい					自宅・高齢者向け専用住宅(9P)
					グループホーム (認知症対応型共同住宅) (8P)
					介護老人保健施設(9P)・特別養護老人ホーム(8P)・特定施設(9P)
権利を守る					消費者被害の相談(18P)
					日常生活自立支援制事業(20P)
					成年後見制度(20P)

認知症ケアパス完成後の効果

- ・ 市認知症施策検討委員から
「とってもいいケアパスができあがったね 」
- ・ コーディネーター
「大変だったけど作りあげられてよかった！」

コーディネーターとしての役割への意識向上
市全体とエリアごとの課題へのつながりへの着目

H27年度

各エリアごとで勉強会、
認知症サポーター養成講座で紹介
介護サービス事業所連絡会にて使用

認知症ケアパス その後と課題

H28年度

「ケアパス活用されてないよね」

「現状のケアパスの情報は、相談対応する職員の知識としてすでに頭のなかにあるものばかり？」

→相談場面での活用がすすむように
不足している社会資源の情報を追加したほうがよいのでは？

若年性認知症の方や、認知症初期の方の思いや
できることに着目した居場所づくりや社会参加の
視点での情報はそもそも不足している

認知症ケアパス その後と課題

H28年6月 認知症ワーキンググループ会議（認知症ケアパス）

【認知症の人と家族への支援体制構築のため】

- ・若年性認知症の方や認知症初期の方が活用できる場所の把握、整理を目指す
- ・エリア内の事業所と地域で支えることをイメージし、話し合いの場をもっていけるようになる

市、認知症地域支援推進員

「今までの若年性認知症の方の相談事例のなかから、整理をしてみませんか」

認知症コーディネーター

「まだケアパス活用もしっかりとできていないのに」

「若年性認知症の方や認知症の初期の人へ関わる機会自体が少なく、そのことへ向けたケアパスって必要なの？」

認知症ケアパス その後

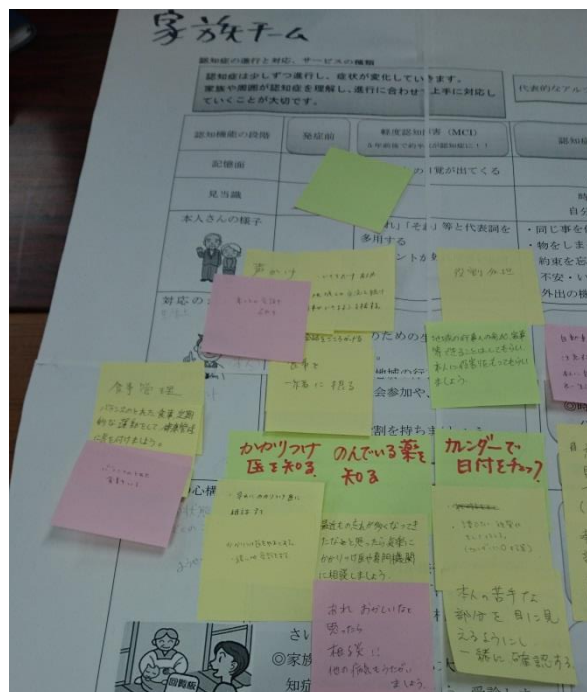
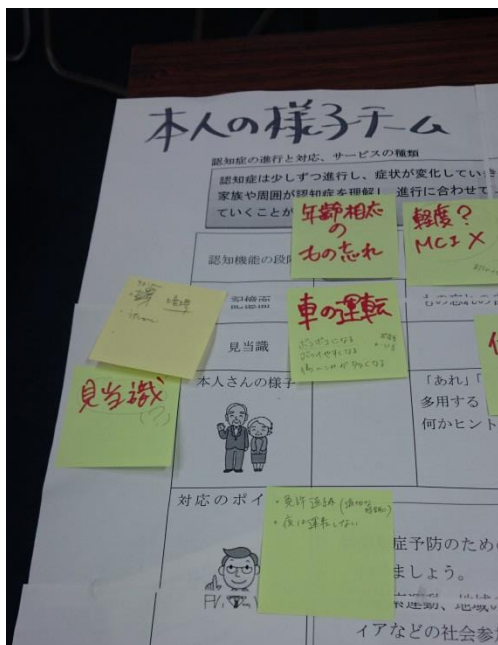
11月 ご本人やご家族にとって、

より相談のときにためになる情報を載せよう

→ **ご本人の状態、ご家族の心がまえや対応の仕方**

1月 **ご本人の状態、症状の示し方**を考えよう

→ご家族が、こんなことをわかっているとよいのでは？



認知症ケアパス見直しを通じて 得られた効果

- ・ 認知症コーディネーターのケアパスへの意識の統一ができた
現状のケアパスを相談支援の場面できちんと使用していこう
- ・ 認知症地域支援推進員と認知症コーディネーターの
連携の仕方の課題が見えた
若年性認知症への取組みなど、市全体からすすめていることを
いかに各エリアの認知症コーディネーターへ発信、課題の共有を
していくか
⇒一方で前向きな声が聞かれた

初期のときのご自身や家族の
工夫もあるね

認知症のご本人と一緒に
地域の人と話あう場を

認知症地域支援推進員としての 振り返り

○活動や人に寄り添う

エリアごとでの取組みにできるだけ実際に出向いた。

（認知症高齢者ひとり歩き模擬訓練、介護サービス事業所連絡会、子供向けのサポーター養成講座、地域ケア会議、若年性認知症の人やご家族との出会い）

○活動やさまざまな人と意識的な出会い

他の関係者へ積極的に一緒に楽しみながら。課題の把握。

良い意味で力を借りる

→その人が楽しめることへつなげる

○エリアごとでの取組みから市全体への事業へ 市全体での事業をエリアごとでの取組みへ

認知症地域支援推進員としての 気づき

推進員として、
自分自身を**固定の役割**にしないこと
一緒に悩む仲間、耕す役、
旗振り役、つなげる役…



認知症地域支援推進員としての展望

- 13か所の包括支援センターの
認知症コーディネーターとの連携
(つながる、広げる、広がる)
- 意識して視覚化
: 課題意識の共有、成果や経過
(とらえる、見せる、見える)
- 目の前にいる一人の方の支援からはじまることを忘れずに

おわりに

できることから、
楽しみながらやれることを少しずつ積み重ねて立ち
止まりながら、
できていることをときどき確認をしながら
～認知症の人、ご家族、自分たちのために～

