

認知症の本人と家族を
地域で支える体制を築いていくために

平成25年度認知症地域資源連携検討事業

全国認知症地域支援体制推進会議

配布資料

平成25年6月21日
認知症介護研究・研修東京センター

目 次

○ 会議の目的と位置付け	1
1．今後の認知症施策の方向性について - 認知症施策推進5か年計画の着実な実施に向けて -	6
厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室 名取 剛さん	
2．全国各地の取組み経過からみえてきた認知症地域支援体制づくり進め方のポイント ～効果と課題の分析を踏まえて～	21
認知症介護研究・研修東京センター 永田 久美子	
3．宮城県の認知症対策における市町村支援	48
宮城県保健福祉部長寿社会政策課 企画推進班 宮川 暁子さん	
4．宮城県気仙沼地域の認知症対策における市町村支援 ～モデル事業実施前後の連携と継続～	60
宮城県気仙沼保健福祉事務所 地域保健福祉部成人・高齢班 高橋 祥恵さん	
5．宇都宮市における認知症対策の取組について	82
栃木県宇都宮市保健福祉部高齢福祉課 佐々木 一憲さん	
6．認知症地域支援・体制を築いていくために、市の担当者として取り組んできたプロセス、 役割とできることは何か	122
大阪府岸和田市保健福祉部福祉政策課 庄司 彰義さん	

平成25年度 認知症地域資源連携検討事業

全国認知症地域支援体制推進会議

会議の目的と位置付け



認知症になっても

住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるために。
北海道から沖縄まで、その実現にむけた連携/地域支援体制作りが進んでいます。



この会議の目的

(平成23年6月6日老発0606第6号老健局長通知)

都道府県・市区町村が参加し
認知症地域支援体制構築に係る
情報共有やその普及をはかる。

すべての自治体が効果的・持続発展的に取組みを推進するために
ポイントは何か

全国各地の取組み事例の
整理・分析に基づいた
資源連携・地域支援体制構築のあり方を
提示(委員会による検討結果)

取組みの具体的な事例は

認知症地域支援体制構築に
ついて先進的な取組みを
している自治体の担当者から
事例報告等を行う

都道府県・市区町村の担当者

各自治体/地域で

提示・報告された内容を周知(自地域での推進に活かす)

この会議の位置づけ ①施策との関連

これからの認知症施策

本人 ← 発症 → 住み慣れた地域の良い環境でよりよく暮らし続ける → 最期

**各自治体で、地域の実情に応じて
認知症の人と家族の支援体制を計画的に整備・推進する。**

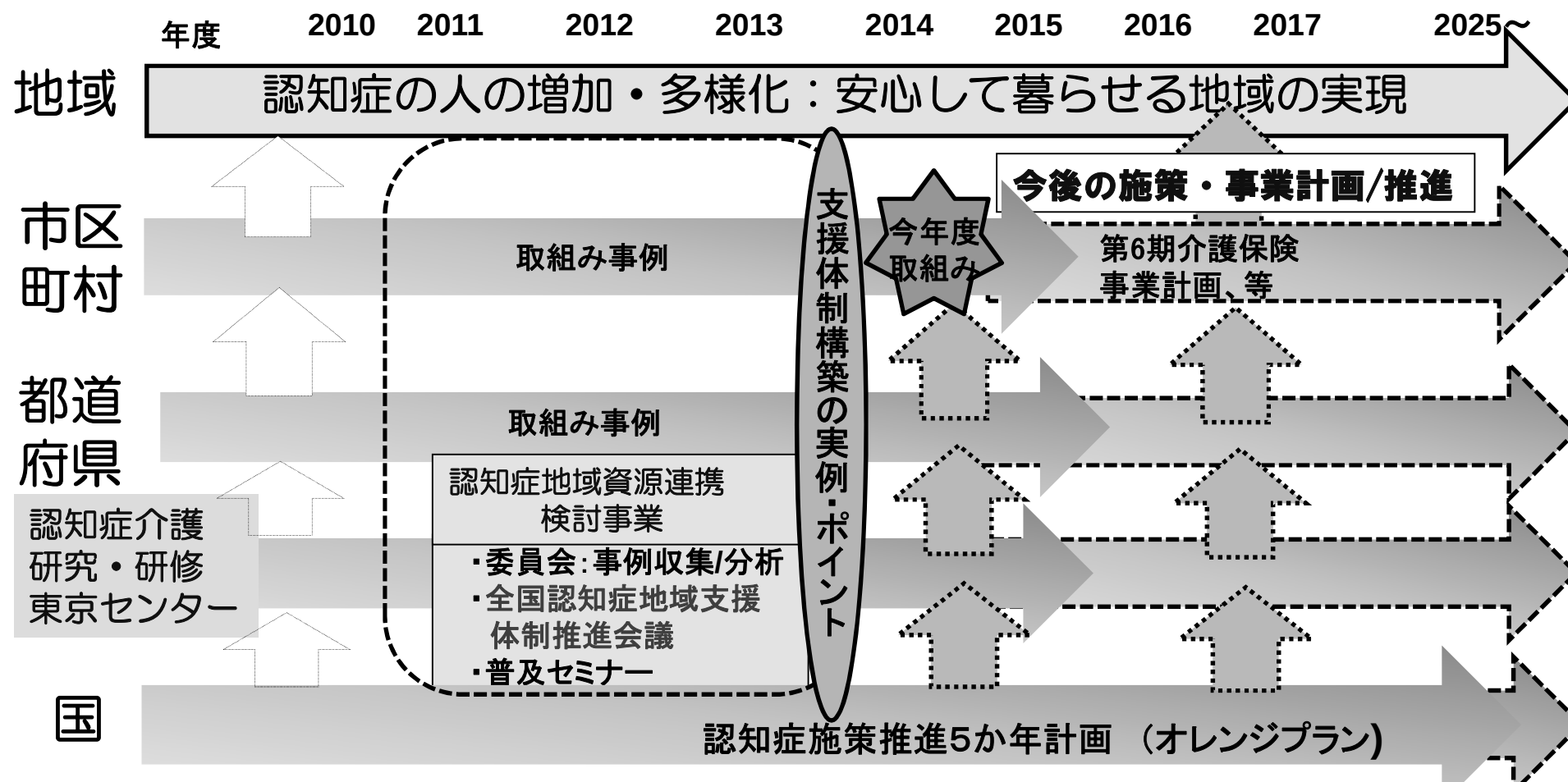
本会議

各自治体が独自の支援体制を効果的に
構築していくための情報共有・普及

国 の 施 策	認知症対策等総合支援事業	1. 認知症ケアパスの作成・普及（国：標準的なパス）
		2. 早期診断・早期対応(総合的)
		3. 「地域での生活を支える」医療サービスの構築
		4. 「地域での生活を支える」介護サービスの構築
		5. 「地域での日常生活」・家族の支援の強化
		6. 若年性認知症施策の強化
		7. 医療・介護サービスを担う人材の育成：ライフサポート(を協働で行う人材を育てる)
	地域ケア会議活用推進等事業　　その他関連事業	

この会議の位置づけ ②今後の展開との関連

地元で暮らす本人・家族に行き届く支援にむけて:重層的な普及・推進体制



認知症地域支援体制づくりに取組んできた自治体の実例をもとに
 取り組んだ過程で見えてきた効果・課題、ポイントを参考に、各自治体として
 ➤今年度の自地域の事業・取組みを効果的に推進しよう。
 ➤来年度以降の効果的な展開にむけた計画作成・推進に活かそう。

平成25年度全国認知症地域支援体制推進会議

今後の認知症施策の方向性について

- 認知症施策推進5か年計画の着実な実施に向けて -

平成25年6月21日(金)

厚生労働省老健局高齢者支援課
認知症・虐待防止対策推進室

名取 剛

「認知症高齢者の日常生活自立度」 以上の高齢者数について

1. 認知症高齢者数

- 平成22年（2010）で「認知症高齢者の日常生活自立度」（ ）以上の高齢者数は280万人であった。

〔算出方法〕

平成22年1年間の要介護認定データを基に、「認知症高齢者の日常生活自立度」 以上の認知症高齢者割合を算出した。

年間データでは同一人物で複数回要介護認定を受けている者がいるので、平成15年と同月である平成22年9月の要介護認定データに上記の割合（性別・年齢階級別・要介護度別認知症高齢者割合）を乗じて算出した。

ただし、この推計では、要介護認定申請を行っていない認知症高齢者は含まれない

日常生活自立度 とは、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意すれば自立できる状態。（次頁の参考「認知症高齢者の日常生活自立度」参照）

2. 将来推計

（単位：万人）

将来推計（年）	平成22年 (2010)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)
日常生活自立度 以上	280	345	410	470
	9.5%	10.2%	11.3%	12.8%

平成24年（2012）を推計すると、305万人となる。

下段は65歳以上人口に対する比率

〔算出方法〕

- 将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所：H24.1推計。死亡中位出生中位）に、上記1の算出方法による平成22年9月の認知症高齢者割合を性別年齢階級別に乗じて推計した。

（参考：平成15年 高齢者介護研究会報告書）

（単位：万人）

将来推計（年）	平成14年 (2002)	平成22年 (2010)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)
日常生活自立度 以上	149	208	250	289	323
	6.3%	7.2%	7.6%	8.4%	9.3%

3. 認知症高齢者の居場所別内訳（平成22年9月末現在）

（単位：万人）

	居宅	特定施設	グループホーム	介護老人福祉施設	介護老人保健施設等	医療機関	合計
日常生活自立度 以上	140	10	14	41	36	38	280

端数処理の関係により合計は一致しない。
介護老人保健施設等には、介護療養型医療施設が含まれている。

（参考）

認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記 II の状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記 II の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる、やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a に同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III に同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

認知症施策検討プロジェクトチーム

(平成23年11月29日設置)

【趣旨】

認知症の方々が医療、介護等の支援を受けながら地域での生活を継続していくための支援の在り方を明確にし、厚生労働省としてより実効のある施策を講ずることを目指し、今般、関係部局から構成されるプロジェクトチームを設置する。

【検討事項】

- ・認知症の早期診断、早期対応体制の確立
- ・認知症に対応した医療・介護サービス事業の普及
(できる限り地域での生活を継続するための地域支援体制の整備)
- ・認知症の入院患者(特に精神科病院)の退院促進
- ・認知症のケアの標準化とそれに基づく人材育成のあり方
- ・市民後見人の育成など地域全体で、認知症の方々を支える体制の充実

【構成】

- ・主査：厚生労働大臣政務官
- ・副主査：医政局長、社会・援護局長、障害保健福祉部長、老健局長、保険局長
- ・メンバー：医政局指導課長、障害保健福祉部精神・障害保健課長、老健局介護保険計画課長、老健局高齢者支援課長、老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室長、老健局振興課長、老健局老人保健課長、保険局医療課長

『今後の認知症施策の方向性について』の概要

今後目指すべき基本目標 - ケアの流れを変える -

- 「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本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暮らし続けることができる社会」の実現を目指す。
- この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）を構築することを、基本目標とする。

1 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

認知症の人やその家族が、認知症と疑われる症状が発生した場合に、いつ、どこで、どのような医療や介護サービスを受ければよいか理解できるよう、標準的な認知症ケアパスの作成と普及を推進する。

2 早期診断・早期対応

「認知症初期集中支援チーム」の設置

認知症の人や家族に関わり、アセスメント、家族支援などの初期支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う事業をモデル的に実施する。

かかりつけ医の認知症対応力の向上

認知症の人の日常の医療をかかりつけ医が担えるよう、その認知症対応力の向上を図る。

「身近型認知症疾患医療センター」の整備

かかりつけ医と連携し、そのバックアップを担う医療機関を整備し、早期の確かな診断、介護との連携を確保する。

3 地域での生活を支える医療サービスの構築

「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定

不適切な薬物使用により長期入院することのないように、実践的なガイドラインを策定し、普及を図る。

一般病院での認知症の人の手術、処置等の実施の確保

一般病院勤務の医師・看護師をはじめとする医療従事者が、認知症ケアについて理解し適切な対応ができるよう研修を拡充する。

精神科病院に入院が必要な状態像の明確化

医療従事者、介護関係者を含めた有識者等により十分な調査、研究を行う。

精神科病院からの円滑な退院・在宅復帰の支援

「退院支援・地域連携クリティカルパス（退院に向けての診療計画）」の作成等を通じて、退院後に必要な介護サービス等が円滑に提供できる仕組みづくりを推進する。

一般病院・介護保険施設等での認知症対応力の向上

「身近型認知症疾患医療センター」の職員が行動・心理症状等に対応困難な事例へのアドバイスや訪問をし、専門的な医療を提供する。

4 地域での生活を支える介護サービスの構築

認知症にふさわしい介護サービスの整備

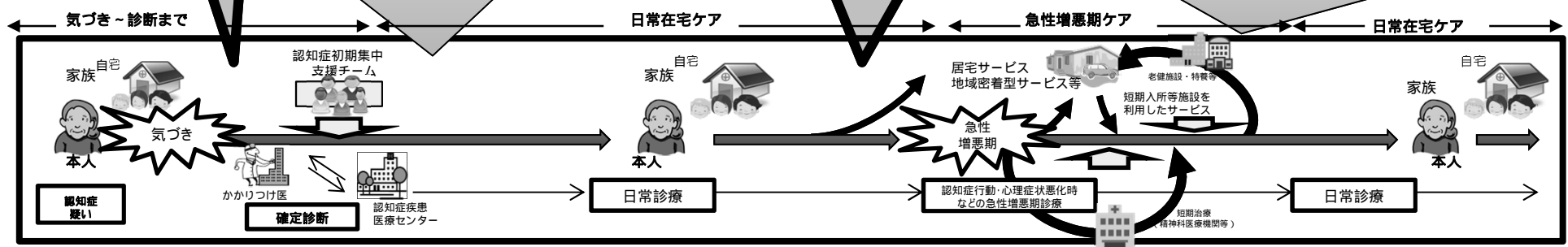
「グループホーム」「小規模多機能型居宅介護」などの地域密着型サービスの拡充を図る。

認知症行動・心理症状が原因で在宅生活が困難となった場合の介護保険施設等での対応

認知症の症状が悪化し、在宅での対応が困難となった場合には、介護保険施設等の地域の介護サービスがその担い手となることを推進していく。

「グループホーム」の活用を推進

「グループホーム」の事業所が、その知識・経験・人材等を生かして、在宅で生活する認知症の人やその家族への相談や支援を行うことを推進する。



5 地域での日常生活・家族の支援の強化

「認知症サポーターキャラバン」の継続的な実施

「認知症サポーター」の養成を引き続き進めるとともに、その自主的な活動が、認知症の人を支える地域づくりへと広がりを見せるよう支援していく。

「認知症地域支援推進員」の設置

全国の市町村に、介護と医療の連携を強化し、認知症施策の推進役を担う「認知症地域支援推進員」を設置する。

家族に対する支援

認知症の人のアセスメント、サービス提供等を行う際には、認知症の人だけでなく、家族への支援の視点を含めたサービス提供が行われるようにする。

市民後見人の育成と活動支援

全国の自治体で権利擁護の確保や、市民後見人の育成と活動支援が実施されるよう、その取組の強化を図る。

6 若年性認知症の特性に配慮し、支援のためのハンドブックを作成、配布するとともに、本人や関係者等が交流できる居場所づくりの設置等を促進する

7 認知症の人への医療・介護を含む一体的な生活の支援として「認知症ライフサポートモデル」を策定し、これらを踏まえ医療・介護サービスを担う人材を育成する

4

「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」(抜粋版) (平成25年度から29年度までの計画)

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

- 「認知症ケアパス」(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)の作成・普及
 - ・平成25～26年度 各市町村において、「認知症ケアパス」の作成を推進
 - ・平成27年度以降 介護保険事業計画(市町村)に反映

2. 早期診断・早期対応

- かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数(累計)
 - ・平成24年度末見込 35,000人 → 平成29年度末 50,000人
- 認知症サポート医養成研修の受講者数(累計)
 - ・平成24年度末見込 2,500人 → 平成29年度末 4,000人
- 「認知症初期集中支援チーム」の設置
 - ・平成25年度 全国10か所程度でモデル事業を実施
 - ・平成26年度 全国20か所程度でモデル事業を実施
 - ・平成27年度以降 モデル事業の実施状況等を検証し、全国普及のための制度化を検討
- 早期診断等を担う医療機関の数
 - ・平成24～29年度 認知症の早期診断等を行う医療機関を、約500か所整備する。
- 地域包括支援センターにおける包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の一環として多職種協働で実施される「地域ケア会議」の普及・定着
 - ・平成27年度以降 すべての市町村で実施

3. 地域での生活を支える医療サービスの構築

- 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
 - ・平成25年度以降 医師向けの研修等で活用
- 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化
 - ・平成24年度～ 調査・研究を実施
- 「退院支援・地域連携クリティカルパス(退院に向けての診療計画)」の作成
 - ・平成25～26年度 クリティカルパスについて、医療従事者向けの研修会等を通じて普及。あわせて、退院見込者に必要となる介護サービスの整備を介護保険事業計画に反映する方法を検討
 - ・平成27年度以降 介護保険事業計画に反映

4．地域での生活を支える介護サービスの構築

認知症高齢者数の居場所別内訳		平成24年度		平成29年度
認知症高齢者数		305万人		373万人
	在宅介護（小規模多機能型居宅介護等を含む）	149万人		186万人
	居住系サービス（認知症対応型共同生活介護等）	28万人		44万人
	介護施設（介護老人福祉施設等）	89万人		105万人
	医療機関	38万人		38万人

5．地域での日常生活・家族の支援の強化

- 認知症地域支援推進員の人数
 - ・平成24年度末見込 175人 → 平成29年度末 700人
- 認知症サポーターの人数（累計）
 - ・平成24年度末見込 350万人 → 平成29年度末 600万人
- 市民後見人の育成・支援組織の体制を整備している市町村数
 - ・将来的に、すべての市町村(約1,700)での体制整備
- 認知症の人やその家族等に対する支援
 - ・平成25年度以降 「認知症カフェ」（認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、集う場）の普及などにより、認知症の人やその家族等に対する支援を推進

6．若年性認知症施策の強化

- 若年性認知症支援のハンドブックの作成
 - ・平成24年度～ ハンドブックの作成。医療機関、市町村窓口等で若年性認知症と診断された人とその家族に配付
- 若年性認知症の人の意見交換会開催などの事業実施都道府県数
 - ・平成24年度見込 17都道府県 → 平成29年度 47都道府県

7．医療・介護サービスを担う人材の育成

- 「認知症ライフサポートモデル」（認知症ケアモデル）の策定
 - ・平成25年度以降 認知症ケアに携わる従事者向けの多職種協働研修等で活用
- 認知症介護実践リーダー研修の受講者数（累計）
 - ・平成24年度末見込 2.6万人 → 平成29年度末 4万人
- 認知症介護指導者養成研修の受講者数（累計）
 - ・平成24年度末見込 1,600人 → 平成29年度末 2,200人
- 一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修の受講者数（累計）
 - ・新規 → 平成29年度末 87,000人

認知症国家戦略に関する国際政策シンポジウム

平成25年1月29日(九段)



認知症国家戦略を打ち出し、サービス改革等を強力に推進する国々から政策関係者を招聘。認知症政策の国際動向を把握。

< 参加6カ国 > イギリス、フランス、オーストラリア、デンマーク、オランダ、日本

共通する理念と推進体制

基本的理念

認知症の人の思いを尊重し住み慣れた地域での生活の継続を目指す

推進体制

首相・大統領レベルのリーダーシップ、当事者・市民の積極的関与

地域生活を可能とするための共通戦略(例)

事前の意思表示

本人の意思や希望を初期に確認し、それを尊重したケアの提供

早期・事前的対応

早期のタイムリーで適切な診断と支援により危機を事前に防ぐ予防的ケア体制

ケアラー支援

レスパイトやカウンセリングなどの家族介護者(ケアラー)支援を強化

行動・心理症状への対応

行動・心理症状等への心理・社会的ケアの強化、抗精神病薬使用の低減

普及・啓発

認知症に対する理解と意識の向上を図る

平成25年度予算「認知症施策の推進のための経費」の概要

平成25年度予算
合計 34 億円

「認知症施策推進5か年計画」の着実な実施を図り、全国の自治体で、認知症の人とその家族の支援体制を計画的に整備するため、以下の取組を推進する。

認知症対策等総合支援事業

介護

医療

権利擁護

若年性認知症

- 〔新〕〔認知症初期集中支援チーム等設置促進事業(市町村)〕
 - アセスメントや家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う事業
 - いわゆる「身近型認知症疾患医療センター」の機能等(早期診断・早期支援・危機回避支援)について、調査を行い検証する事業

- 〔市町村事業〕
 - 〔新〕〔認知症ケアパスの作成・普及検討事業〕
 - 地域の実情に応じてその地域ごとの認知症ケアパスを作成・普及
 - 〔認知症地域支援推進員設置促進事業〕
 - 「認知症地域支援推進員」(介護と医療の連携の強化や、地域の実情に応じて認知症の人やその家族を支援する事業の推進役)の設置
 - 〔新〕〔認知症施策推進5か年計画促進支援メニュー事業〕
 - 認知症施策推進5か年計画推進のため、地域の実情に応じた事業を選択実施
- 〔都道府県等事業〕
 - 〔都道府県認知症施策推進事業〕
 - 都道府県において市町村における認知症施策の円滑な実施の促進等
 - 〔認知症地域資源連携検討事業〕
 - 認知症地域支援体制の好事例や先進事例の収集等
 - 〔認知症対策普及・相談・支援事業〕
 - 介護の専門家等が対応するコールセンターの設置

- 〔認知症対応型サービス事業管理者等養成事業(都道府県等)〕
 - 認知症対応型サービス事業開設者及び管理者、小規模多機能型サービス等計画作成担当者に対する、認知症高齢者への介護サービスの充実を図るための研修

- 〔認知症介護研究・研修センター運営事業(東京都・愛知県・仙台市)〕
 - 認知症介護の質の向上を図る研修、研究等の実施

- 〔認知症地域医療支援事業(都道府県等)〕
 - かかりつけ医の認知症対応力向上研修
 - 〔新〕○一般病院勤務の医師・看護師等の認知症対応力向上研修
 - かかりつけ医に助言等を行うサポート医の養成研修

- 〔認知症疾患医療センター運営事業(都道府県等)〕(障害保健福祉部から組み替え)
 - 地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図るための事業

- 〔高齢者権利擁護等推進事業(都道府県)〕
 - 介護施設等の従事者に対する権利擁護意識向上研修の実施等
 - 高齢者虐待防止や市民後見推進の取組を広域的な観点から支援

- 〔市民後見推進事業(市町村)〕
 - 市民後見人の養成など、地域において市民後見の取組を推進する事業

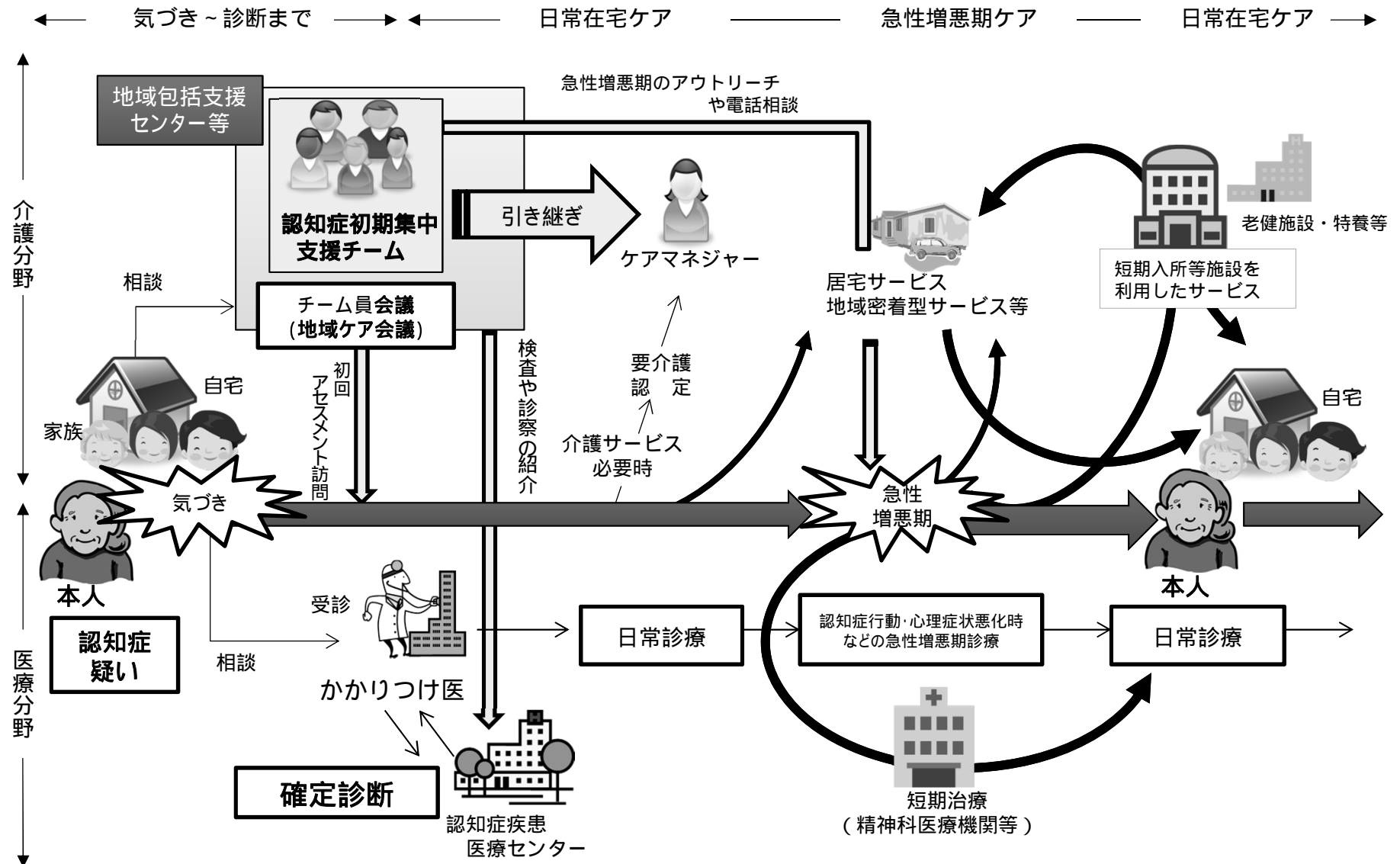
- 〔若年性認知症対策総合推進事業(都道府県)〕
 - 若年性認知症の方に対する総合的な支援等を行う事業

地域ケア会議活用推進等事業

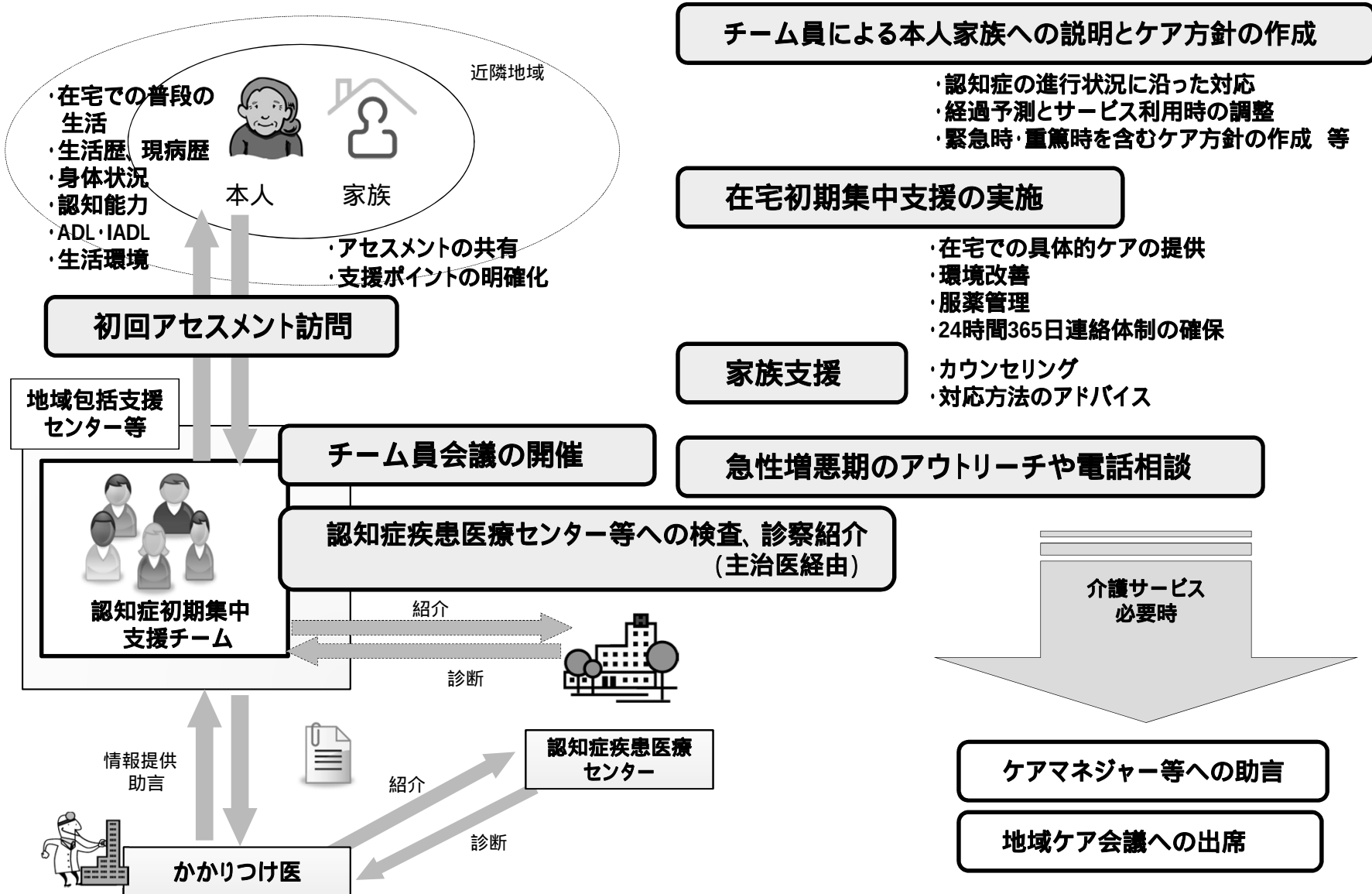
- 〔地域ケア会議活用推進等事業(都道府県・市町村)〕
 - 地域包括支援センターの地域ケア会議において、医療・介護等の多職種協働による認知症の人の支援等地域包括ケアの仕組みづくりを行う事業

標準的な認知症ケアパスの概念図

～ 住み慣れた地域で暮らし続けるために ～



認知症初期集中支援チームの概念図



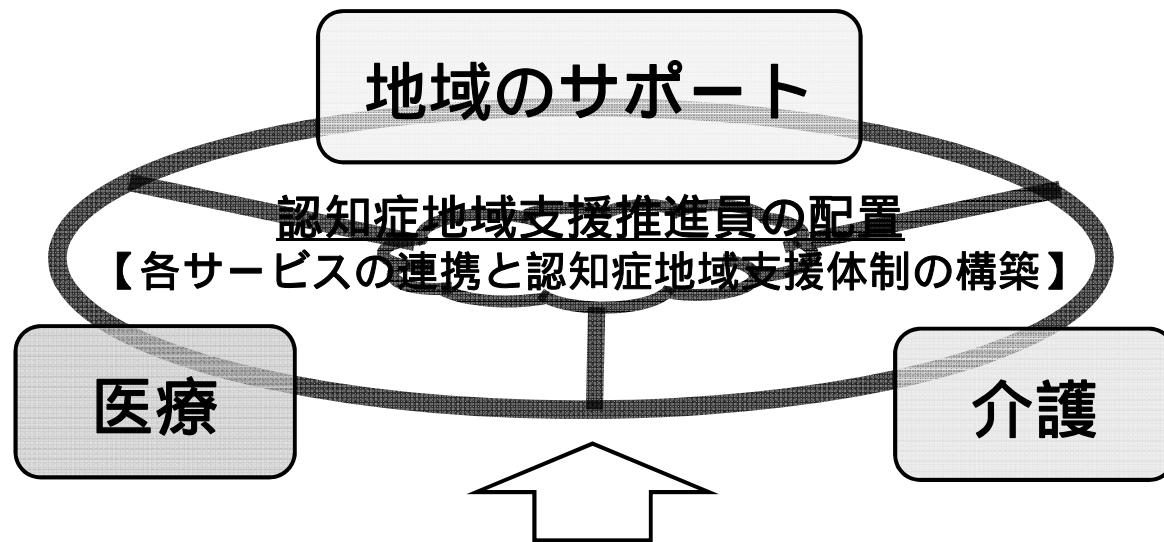
認知症の方への支援体制の在り方

～市町村認知症施策総合推進事業～

- 認知症の方ができる限り住み慣れた地域で暮らすためには、必要な医療や介護、さらには日常生活における支援が有機的に結びついた体制を整えることが重要である。
- このため、市町村において、医療機関・介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐコーディネーターとしての役割を担う認知症地域支援推進員を配置し、認知症地域支援推進員を中心に下記の取組を行う。

認知症の人にその状態に応じた適切なサービスが提供されるよう、介護・医療・地域サポートな どの各サービスの連携支援

地域の認知症支援体制を構築し、地域の実情に応じて認知症の人やその家族を支援する事業の実施



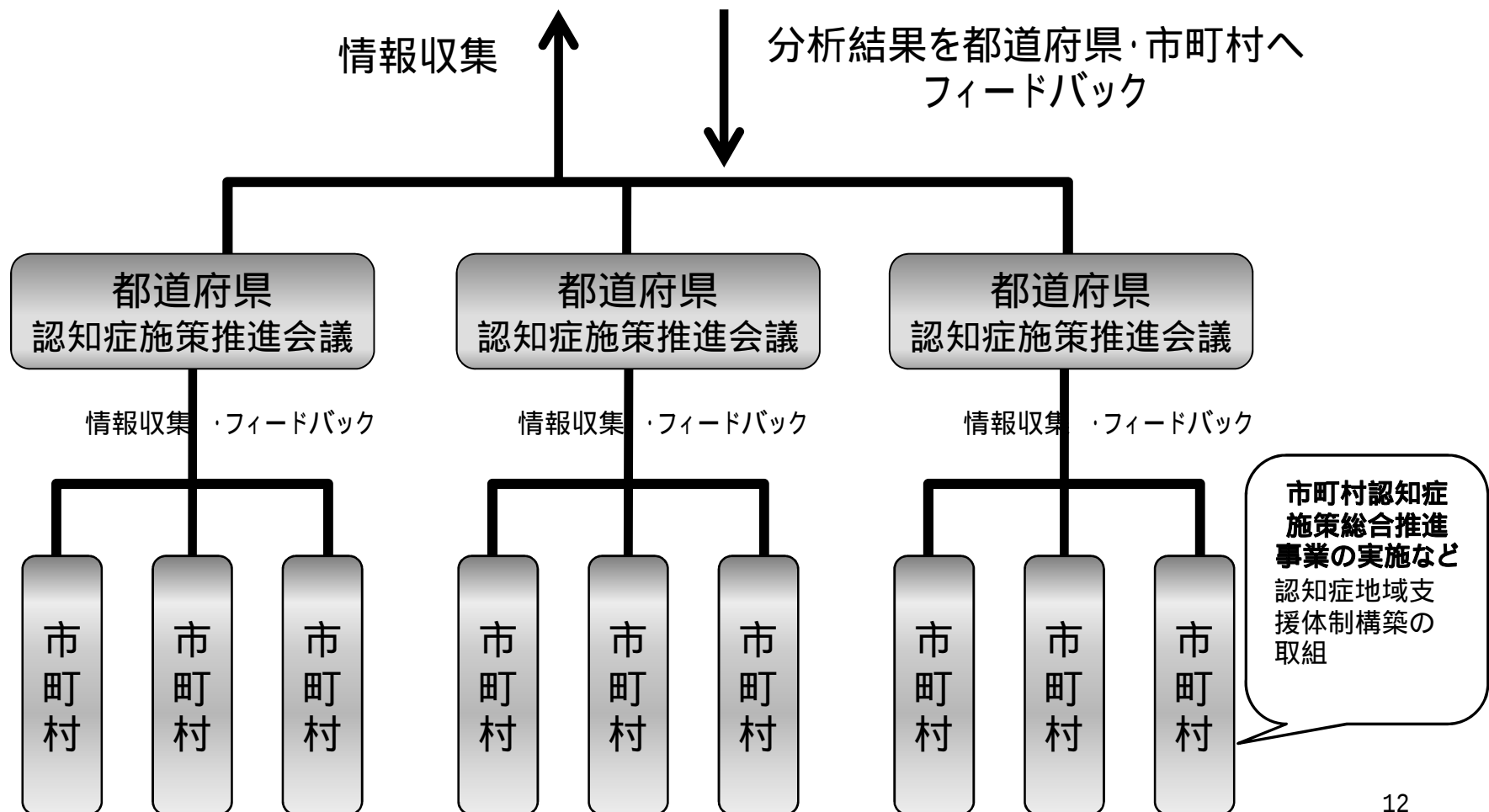
市町村における地域ニーズの把握と計画的なサービスの確保

「都道府県認知症施策推進事業」及び 「認知症地域資源連携検討事業」のイメージ

〔認知症地域資源連携検討事業〕

認知症地域支援体制にかかる事例についての調査・分析
(事例調査検討委員会、認知症地域支援体制推進会議、セミナーによる普及啓発)

(認知症介護研究・研修東京センターで実施)



認知症サポーターキャラバンの実施状況

(認知症サポーターとは)

- 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。
- メイト数：84,962人（平成25年3月31日現在）

《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
- サポーター数：4,041,589人
（平成25年3月31日現在）



メイト・サポーター合計

4,126,551人（平成25年3月31日現在）

認知症ケアに携わる多職種協働研修の推進

- 「認知症ライフサポートモデル」 -

【本委員会における定義】

認知症の人への医療・介護を含む統合的な生活の支援

【説明】

認知症ケアは、

(1) 疾病および体調管理から、日常生活の支援、自己決定に関わることまで、総合的な支援が求められており、(2) 早期から終末期まで地域社会の中で支えていく継続的な関わりを基本に、生活の支援を中心とするケアの提供が求められる。

「認知症ライフサポートモデル」は、医療も介護も生活支援の一部であることを十分に認識し、医療と介護等が相互の役割・機能を理解しながら、統合的なケアに結びつけていくことを目指している。

ライフ(Life)は、

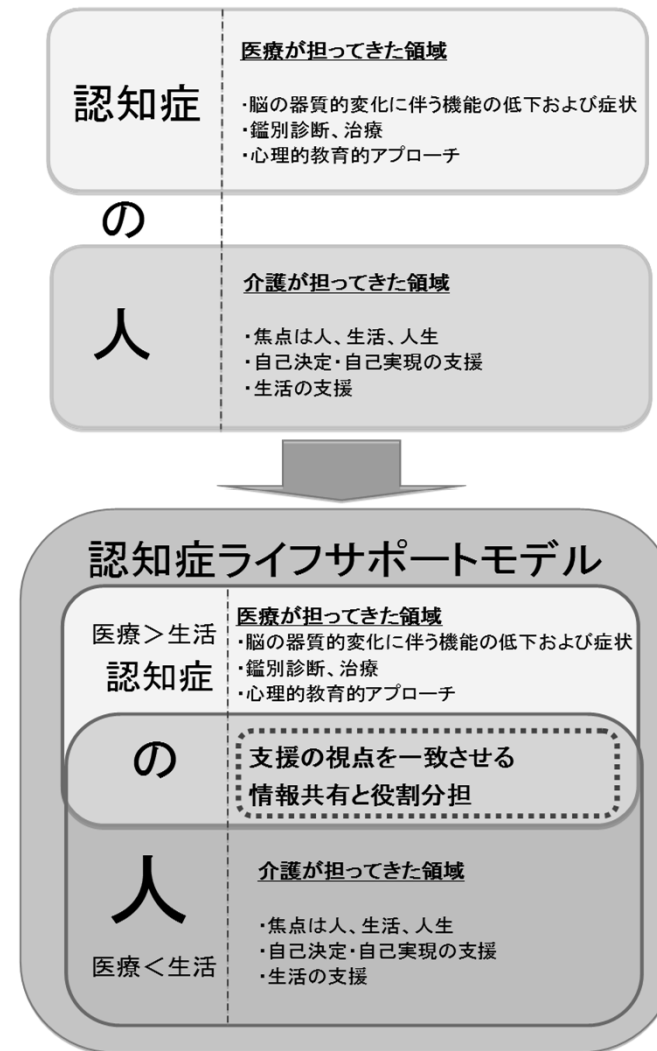
「生命」「生活」「人生」等の意味があり、その人が生きてきた人生や、出会いから終末までの継続的な関わりが含まれる言葉である。

サポート(Support)は、

支える、支持する等の意味があり、主体は本人であることを前提とする言葉である。

以上の考え方から、「認知症ライフサポートモデル」という言葉が選択された。

認知症の人への医療・介護を含む統合的な生活の支援

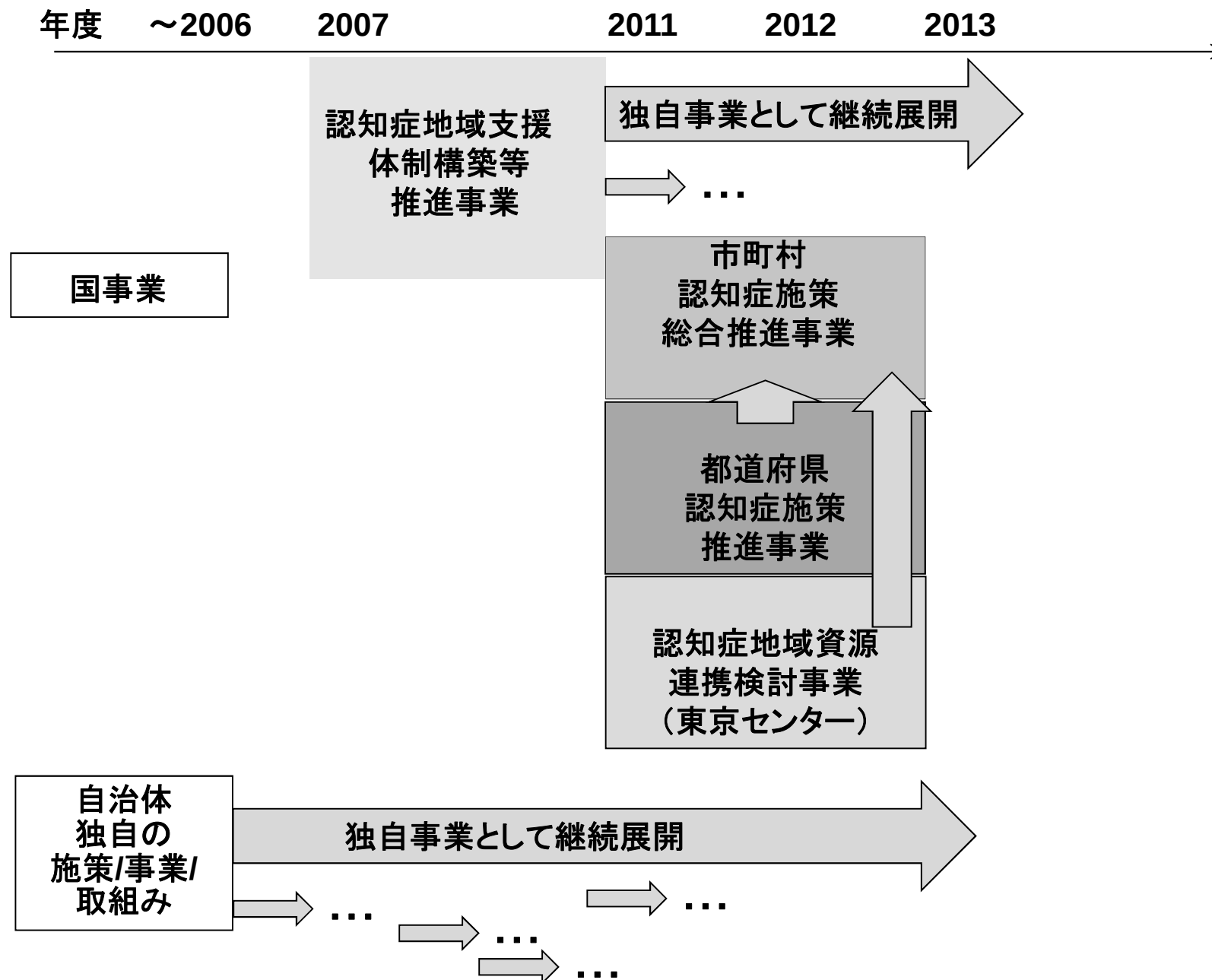


全国各地の取組み経過からみえてきた 認知症地域支援体制づくり進め方のポイント ～効果と課題の分析を踏まえて～

認知症介護研究・研修東京センター
研究部副部長 認知症地域資源連携検討事業担当 永田久美子

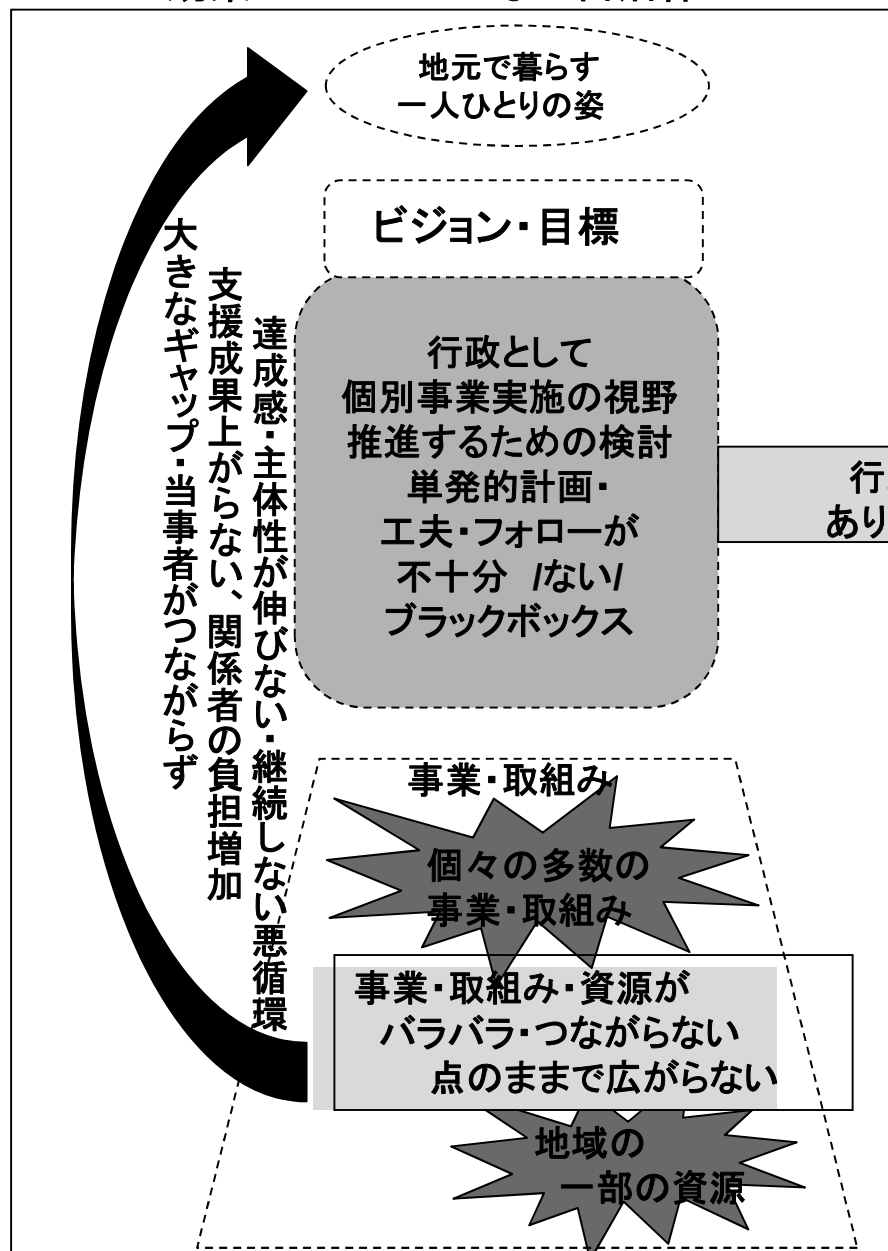


認知症地域支援体制づくりに焦点をあて(事業化しながら)取組む自治体の広がり

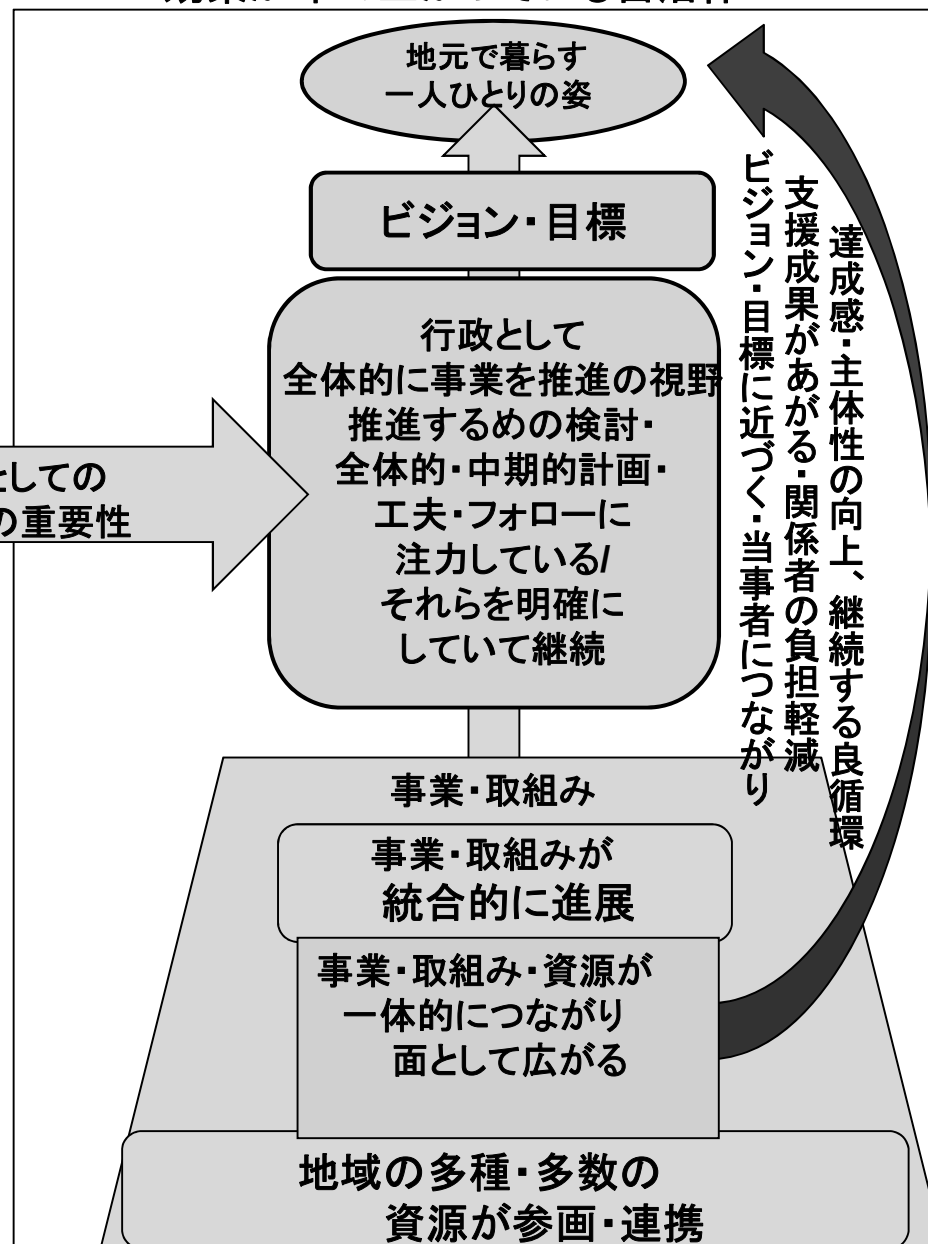


認知症地域支援体制構築の効果と課題：取組んだ自治体事例の分析結果より

認知症地域支援体制構築の効果が上がっていない自治体



認知症地域支援体制構築の効果が年々上がっている自治体



認知症地域支援体制づくり

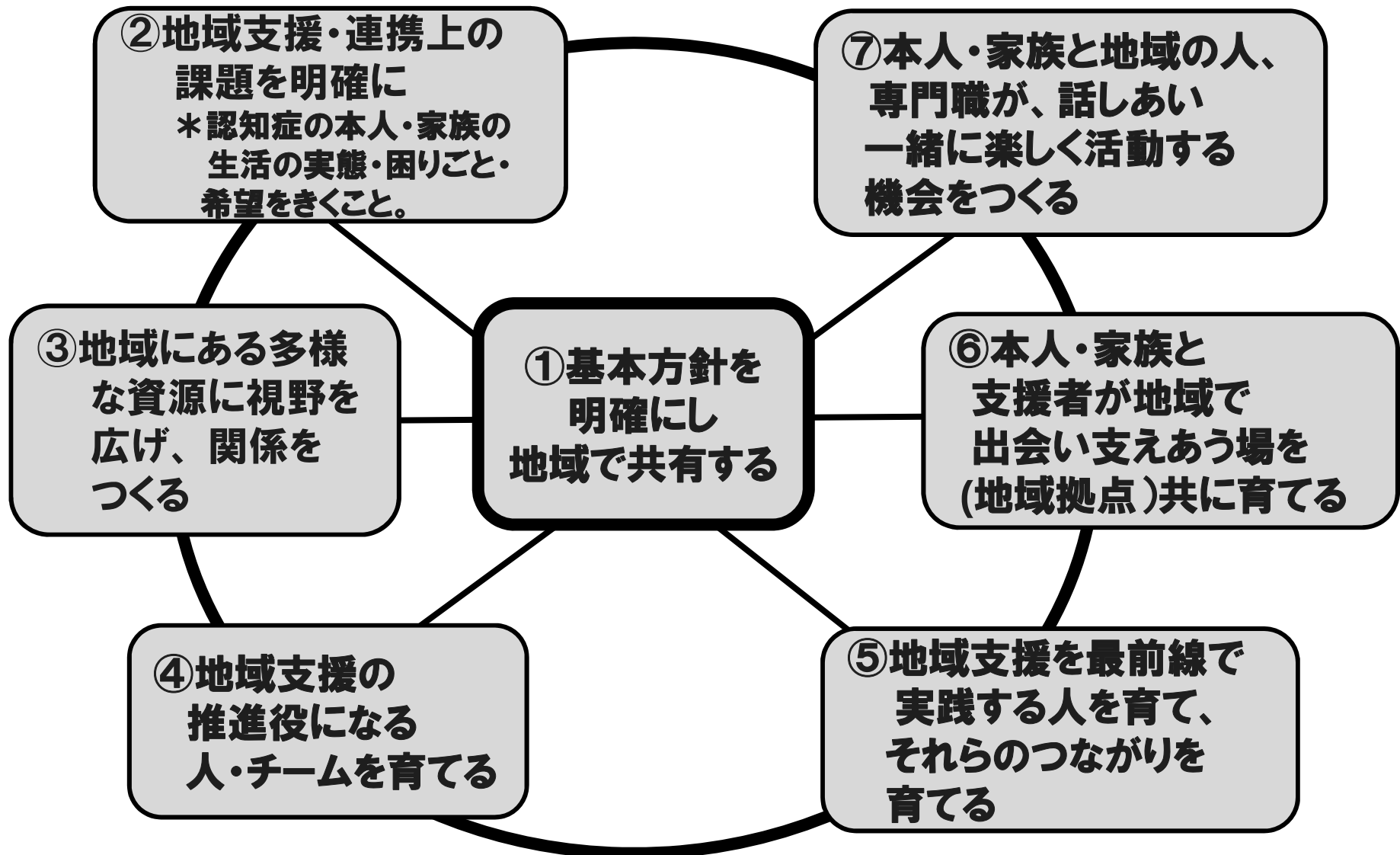
**多種多様な人の協働が必要
息の長い継続的取り組みが必要**

- * 多種多様な領域・人たちがつながっていくためには・・・
- * 年度内、事業期間内でのみの取組みでおしまいになったり先細りにならないためには・・・
- * 担当者、組織が変わっても、取組みが継続していくためには・・・

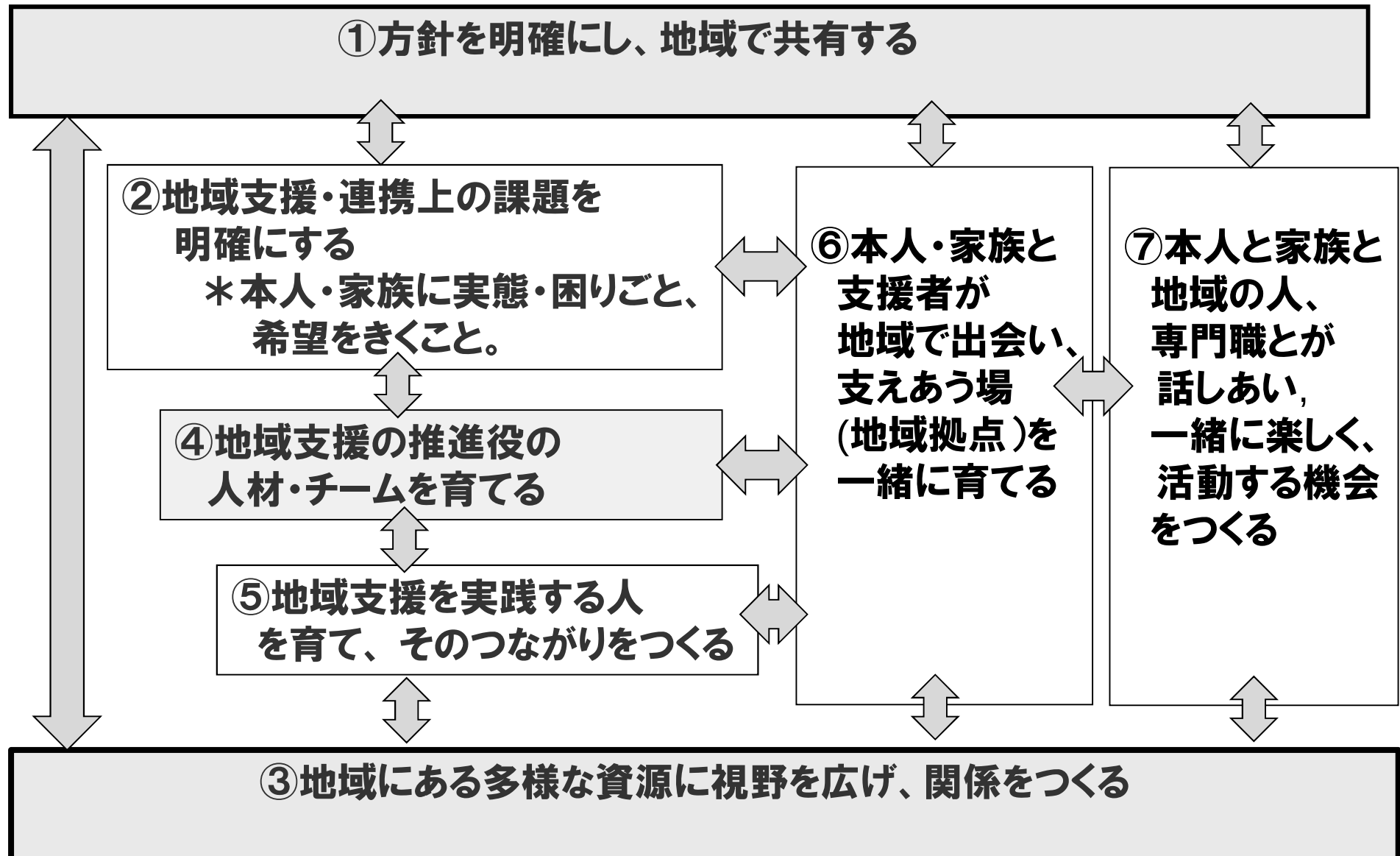
**実際に取組んでいる地域の
経過を通じて見えてきた
ポイントを参考に**

これまでの全国各地の取組みにみる

認知症地域支援体制づくりで 重要なポイント（主な点）



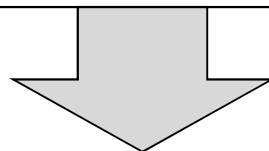
ポイントをつなげながら、有機的・効率的に事業や取組みを進めよう。

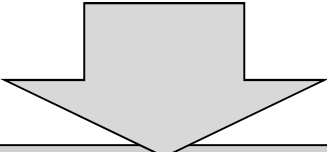


参考資料

ポイント①共通方針を明確にし、地域で共有する

- 認知症の人の理解、支援を進めていく上では、
地域の人たち(専門職も含む)の誤解・偏見
大 き な 壁
- 地域支援・体制づくりは、多様な立場・職種の人の
参 画 が 不 可 欠
- 地域支援・体制づくりは、一朝一夕で進まず
一貫した息の長い推進が必要





**＊多様な関係者、住民が、同じ方向を向いて協働していくには、
「何を大切に取り組んでいくか」、「方針」を
明確に掲げる、共有していくことが大切。**

**☆共通方針を
しっかりと打ち出すことで
職種や立場を越えた共通認識
やつながりが育つ！**

**☆専門職はもちろん
行政事務職が、
方針を語っている自治体は
取組みが進む。**

**＊方針を、一部の関係者内での共有にとどめずに、
地元の様々なチャンネル・方法を通じて、
地域の人々に発信し続けよう。**

＊方針が 地域で「あたりまえのこと」、「自然なこと」となるように。



＊地域で共有していきたい方針

その1. 何をための取組みか、当事者や目的を見失わずに、
息長く取組み続ける。

＊当事者抜きに進めない、当事者と共に、一步一步

⇔ この方針を明確にしていないと陥りやすい状況

事業や取組みをこなすことが目的になり、

当事者とかけ離れたところで労力が費やされ、行き詰まる

例：サポーター養成講座（数）、医療・介護連携、S O Sネットワーク



＊地域で共有していきたい方針

その2. 認知症になっても「地域の中で」生活していけるように

＊ 人としてあたり前の願い

＊ 「地域」は、認知症の人の安心・安定、生きる力の源
＝進行予防、行動心理症状(BPSD)の予防・緩和の鍵)

⇔ この方針を明確にしていないと陥りやすい状況

- ・ 地域にある豊かな資源を活かさぬままの一部の範囲の取組みでとどまる
- ・ 認知症の人が地域で暮らせる可能性をみないまま、無理、危ない、早く入所・入院を、と決めつける人が減らない。
 - ◆ 地域の人のみでなく、医療・介護職、行政職の中にも
- ・ 家や施設・病院の中だけで暮らしている認知症の人がたくさんいても無関心、仕方がないとあきらめる。



＊地域で共有していきたい方針

**その3. 一人ひとりが、認知症を自分事として考え
暮らしやすい町を「いっしょ」につくっていく
：町の人々も、専門職も、行政職も、自分事として**

⇔ 方針を明確にしていないと陥りやすい状況

- ・ 認知症の啓発や取組みをたくさんやっても・・・
「なりたくない」という人や、「他人事」の人が跡を絶たない。
- ・ 一部の人たちの範囲で抱え込み、取組みが広がらない。
- ・ 行政や医療、介護にお任せの人、過剰な依存が増える一方。



「団塊の世代も自分のこととして」

ポイント②地域支援・連携上の課題を明確にする

○自地域で暮らす認知症の人・家族の生活と支援の実態、困りごと、要望・希望を具体的に把握し、本人・家族の視点にたって課題を検討する。

＊本人・家族の声、関係者の声を、丁寧に聴く

＊地域にある統計や既存情報を集約する

→得られた情報を、多様な関係者で検討する。

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

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

一例一例、ケース検討を積み上げている地域の例

本人の経過にそって、事実、生活実態、本人・家族の声、
支援の実際や必要な資源・支援についてを
多様な立場、職種の人達と一緒に検討
本人は、どうなのか・・・の視点で



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

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

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

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

ポイント③地域にある多様な資源に 視野を広げ、関係をつくる

**地域にある保健・医療・介護・福祉の資源を活かすと同時に
脱領域で。**

**既成の発想を超えて
わが町の特徴を活かそう。**

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

元気なときには気づきにくい「地域の宝」

当事者が地域で暮らす目線にそって

「地域の宝」を(再)発見しよう！ 出向いてつながりをつくろう！

＊早期受診、見守りや生活支援、介護サービスにつながる足場になる

1. 本人がなじみの場所、町にある資源とつながりつづけられるように
散歩道、外出先、買い物、外食、美容・理髪、飲み屋、お参り、
しゃべり場、様々な科の医療機関、鍼灸院、整骨院、
薬局・ドラッグストア、ガソリンスタンド、交通機関、等
戸外の風景・自然、文化も重要な資源

2. 本人が力を発揮して、伸び伸び楽しく暮らせる機会をつくるために

- ・地域にある楽しみ場、趣味の場、運動の場
- ・働き場所：ちょっとした得意な仕事をできるように
- ・地元の知恵袋としての活躍の場（保育園、学校、公民館等）

例：子供たちや若い世代に知識や技を伝授、教養・歴史の語り部等

ふだんのネットワークの網目を細やかに

SOS時、災害時に威力

本人が求めている地域とのつながりを、ひとつひとつ支えていく。
* 専門職、行政職の視界のみで連携・支援をしない。
* 行動心理症状を減らし、自立度・体調を保つ鍵)



あの人に会いたい。なじみの道を散歩したい



あそこの花を今年も見に行きたい。



あそこに行って
きれいになりたい。



あそこで買い物したい。



同窓会に行きたい。

**認知症の人の底力はすごい
支えられる一方ではなく、地域で働き、地域を支える一員として
地域を舞台に活躍する本人の姿**



地域の人の繕いもの役



忙しいお隣の草取り



町の花壇ボランティア



保育園の助っ人役



**子供を守る:散歩中に
防犯パトロール**



**ご近所の掃き掃除
町内会から表彰状**

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

視界や発想を広げると・・・

⇒事業や取組みが思いがけなく展開していく。

＊福祉・保健・医療以外の異分野の
資源が、地域支援・連携の起爆力。

＊つながりが、つながりを生む。

＊従来の縦割り問題の解消の近道。

＊取組みが豊かで、生き活きたものになる。

＊取組む人たちが、面白くなる。やる気がでる。

伸び伸びと自発的な力を発揮する。

⇒持続発展的に取組みが進展する。

ポイント④ 地域支援の推進役の人材・チームを育てる

行政、地域包括支援センターの重要な役割は、

**＊地域の人たち(専門職も含む)が主体的に考え、
動く力・支えあう力を伸ばしていくこと。**

＊その推進役・チームを地元で育てていくこと。

**結果として、内実を伴った、地域支援・連携が進む。
持続的に発展する。**

**行政職員、地域包括支援職員のみが
主導的に推進役を果たしつつけていると……**

- ・住民、専門職のお任せ、依存状態が強まる。**
- ・行政・地域包括の負荷が増す一方。
機能停止状態に陥る。**

・縦割りが解消しない。

・担当者が変わると、賽の河原状態。

地域支援・連携・支援体制づくりが進展しない

ポイント⑤ 地域支援を最前線で実践する人を育て、 そのつながりをつくる

- ＊認知症の人の支援・体制づくりは、人で決まる。**
- ＊旧い考え方ややり方ではなく、これからの認知症の
「人」の生活、支援のあり方を理解し、日々の中で
実践していく人材を地元で着実に増やしていくことが必要。**
- ＊バラバラな講座・研修ではなく、住民～多様な専門職までを
一体的に育て、つながりとチームを創りだす新たな考えと
方策が必要。**
- ＊共に動く地元の人材・チームの育成を、「よそまかせ」にせず、
自治体/地域で計画的に育てていくことが重要。**

職種や立場を越えて、参加を呼びかけよう。

互いが互いに学びながら

**「本人・家族がよりよく暮らす」ための生活と
支援のあり方を共に考え、実践を生み出す機会を継続的に作る。**

医師

ケアマネジャー

家族

**保健師
訪問看護師
ヘルパー**



民生・児童委員

行政事務職員

施設職員

デイサービス職員

**本人はどうか。
本人がよりよく
暮らすために
何が必要？
何ができる？**

地域包括支援センター

- *少人数からでいいので、スタートする。**
- *仲間が仲間に声かけて、参加者を広げる。**
- *率直に話し合い方針や価値観の共有を。**
- *とにかく続ける。**
- *経過をフォローし、成果と課題を積み上げ、
地域に発信する。積み上げを丁寧に活かす。**

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

既存の相談窓口は・・・

＊ 本人・家族、地域の人にとっては

(物理的・心理的に)遠い、敷居が高い。

＊すべての人を既存の窓口で受けていたらパンクする。

今後の数の予想を冷静にみよう。

もっと、身近なところで気軽に行けて、

関わりやつながりを継続的に持ちやすい場が必要。

一部の人のみがつながれるのではなく、より多くの人

つながれる多様な場を小地域内に作る

＊地域にある場をとことん活かす

出会い・つながれる場を、生活圏域ごとにつくる、増やす、育てる

＊当事者が日常的に通る、立ち寄りやすい
（既存の）場を探す、活かす

＊地域の多様な人たち・資源とともに
いっしょにつくり、育てる

＊地域包括支援センター職員や保健師、
医師等が出むき、出前相談を。



地域の空き屋を借りて



診療所の空きスペースで



施設の玄関わきを活かして

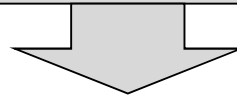


学童クラブに併設して

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

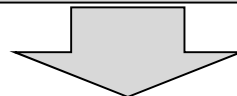
行政や地域包括支援センターの職員、専門職のみでは、

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



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

この町で
何が必要か
何をやってみたいか
何ができるか、
自由なアイデアを



会議だけしていないで、とにかく町に出て動き出そう。

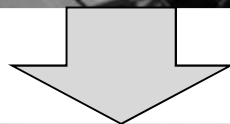
☆一緒に汗を流す、共通体験をつくる

やってみることで、(小さな)成果が生まれる(失敗も含めて)

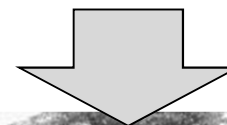
やってみたからこそその(小さな)成果を丁寧にキャッチして

広く広報していこう *新たなつながり、アクションの呼び水にする

都会地で・・・



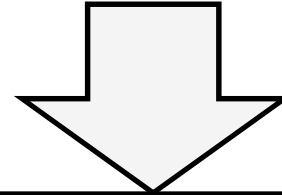
過疎の小さな町で・・・



集まり話しあい、アクションプランを作り、とにかく動いてみる
⇒つながりや支えあいが広がる、支援が必要な人につながる



確認！ 認知症地域支援体制づくり



個々の事業・メニューを
こなすことが
ねらいはない



地域にある資源の
有機的なネットワークを
育てながら

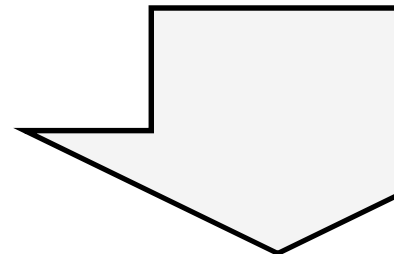
認知症の本人と家族が
安心して暮らしていくこと

を支えるための

支援の経路と面、揺らがないしくみを
年々着実に築いていく



☆目標・ゴールは
ここ
～最終評価～



行政ならではの役割。
行政だからこそ
できること。

認知症介護研究・研修東京センター主催 全国認知症地域支援体制推進会議

宮城県の認知症対策における 市町村支援

県の立場を活かして、管内の市町村が主体的・継続的に
地域支援体制づくりを進めていくための
推進のプロセスと工夫



宮城県観光PRキャラクター
宮城県観光PR担当係長
むすび丸

平成25年6月21日（金）

宮城県保健福祉部長寿社会政策課
技術主査（保健師）宮川 暁子

復興に向けた主な取組状況（保健・医療・福祉関連） 1

○被災者の健康を守ることを最優先で考え、地域特性や再建後の地域社会の姿を想定し、地域における保健・医療・福祉の提供体制を回復・充実させる。

項目	(復旧済み施設数) ／(被災施設数)	復旧率
医療施設(病院・有床診療所) 被災施設:110施設 (参考) 震災前施設総数: 336施設		約97% 再開した施設数: 107施設 (H25/4末現在)
高齢者福祉施設(入所施設) 被災施設:198施設 (参考) 震災前施設総数: 463施設		約96% 再開した施設数: 190施設 (H25/4末現在)
障害者福祉施設 被災施設:138施設 (参考) 震災前施設総数: 670施設		約99% 再開した施設数: 136施設 (H25/4末現在)

被災施設数は、災害復旧補助金等の活用がなかった施設数
再開施設数は、代替施設での再開も含む。
未再開施設を利用していた方に対しては、他施設等においてサービス提供を行っている。

項目	(復旧済み施設数) ／(被災施設数)	復旧率
保育所(へき地保育所含む) 被災施設:135施設 (参考) 震災前施設総数: 374施設		約93% 再開した施設数: 125施設 (H25/4末現在)

被災施設数は、災害復旧補助金等の活用がなかった施設数
再開施設数は、代替施設での再開も含む。
未再開施設を利用していた方に対しては、他施設等においてサービス提供を行っている。

【参考】

仮設診療所の設置、診療開始状況

- ・医科 石巻市:雄勝地区(H23/10/5開始)、寄磯地区(H23/11/1開始)、急患センター(H23/12/1開始)、南境地区(H24/5/31開始)
南三陸町:公立南三陸診療所建替え(H24/3/27開始)
- ・歯科 南三陸町:志津川地区(H23/10/18開始)、歌津地区(H23/10/20開始)
女川町(H23/11/1開始)、気仙沼市(H24/2/1開始)、山元町(H24/2/14開始、H25/3/31閉鎖)、石巻市:雄勝地区(H24/6/4開始)
- ・薬局 南三陸町(H23/8/1開始)、女川町(H23/11/1開始)



石巻市立雄勝診療所・雄勝歯科診療所

復興に向けた主な取組状況（保健・医療・福祉関連）2

＜被災者の健康支援の取り組み＞

サポートセンター

仮設住宅の見守りや生活・健康相談などを行う「仮設住宅サポートセンター」を沿岸13市町62箇所に開設。（平成25年3月31日現在）



支援員を対象とした研修会の様子（平成25年3月 亘理町）

仮設住宅等入居者の健康調査

仮設住宅等入居者の健康状態を把握し、必要に応じて保健師等による保健指導を実施。

- ・民間賃貸住宅入居者への健康調査を実施。（平成24年1月～3月，平成24年12月～平成25年3月）
- ・プレハブ仮設住宅入居者への健康調査を実施。（平成24年9月～12月）

生活不活発病対策

仮設住宅生活による生活不活発病や障害の予防等のため、日常生活での注意点啓発や、リハビリテーション専門職の訪問指導を実施。



仮設住宅入居者の健康相談についての話し合い（平成25年2月 気仙沼市）

「まちの保健室」

「まちの保健室」で保健師・看護師等による健康相談・健康チェック等を実施。（平成24年9月から毎月実施）

＜子ども・子育て支援の取り組み＞

子どもの心のケア等

児童相談所、子ども総合センターで構成する「子どもの心のケアチーム」を組織し、巡回相談や医療的ケアに対応。（医療チーム活動状況：延べ427日，652箇所（平成23年3月～平成25年3月））

子どもの遊び場の提供や一時預かりの補完事業を行うNPO等の団体の支援のための補助事業を実施。

仮設住宅サポートセンターを中心に活動する子育て支援団体の育成のためのセミナー、ワークショップやネットワークづくりのための連絡会議を開催。

スクールカウンセラー派遣や他県からの支援等により児童生徒の心のケアを実施。

＜県民の心のケアの取り組み＞

「みやぎ心のケアセンター」

心のケア拠点としての「みやぎ心のケアセンター」を平成23年12月に開設。平成24年4月には石巻市と気仙沼市に「地域センター」を設置し、被災者を対象とした訪問支援や相談会の開催、支援者の研修会など、心のケアに関する支援体制を整備。（相談支援4,492件 電話相談1,945件（平成24年4月～平成25年3月））



震災こころのケア交流会みやぎ（県内の心のケア関係団体の交流会）（平成24年11月 仙台市）

＜障害者支援の取り組み＞

みやぎ被災聴覚障害者情報支援センター

（愛称：みみサボみやぎ）

被災した聴覚障害者の生活再建に向けた、相談支援や情報発信を実施。

（相談件数822件（平成24年1月～平成25年4月））

民生委員等を対象とした「出前講座」の開催（平成24年9月 岩沼市）



宮城県の高齢者人口・高齢化率

総人口 } 県高齢者人口調査
65歳以上人口 } (H25年3月末現在)
高齢化率 : 65歳以上人口 / 総人口 × 100

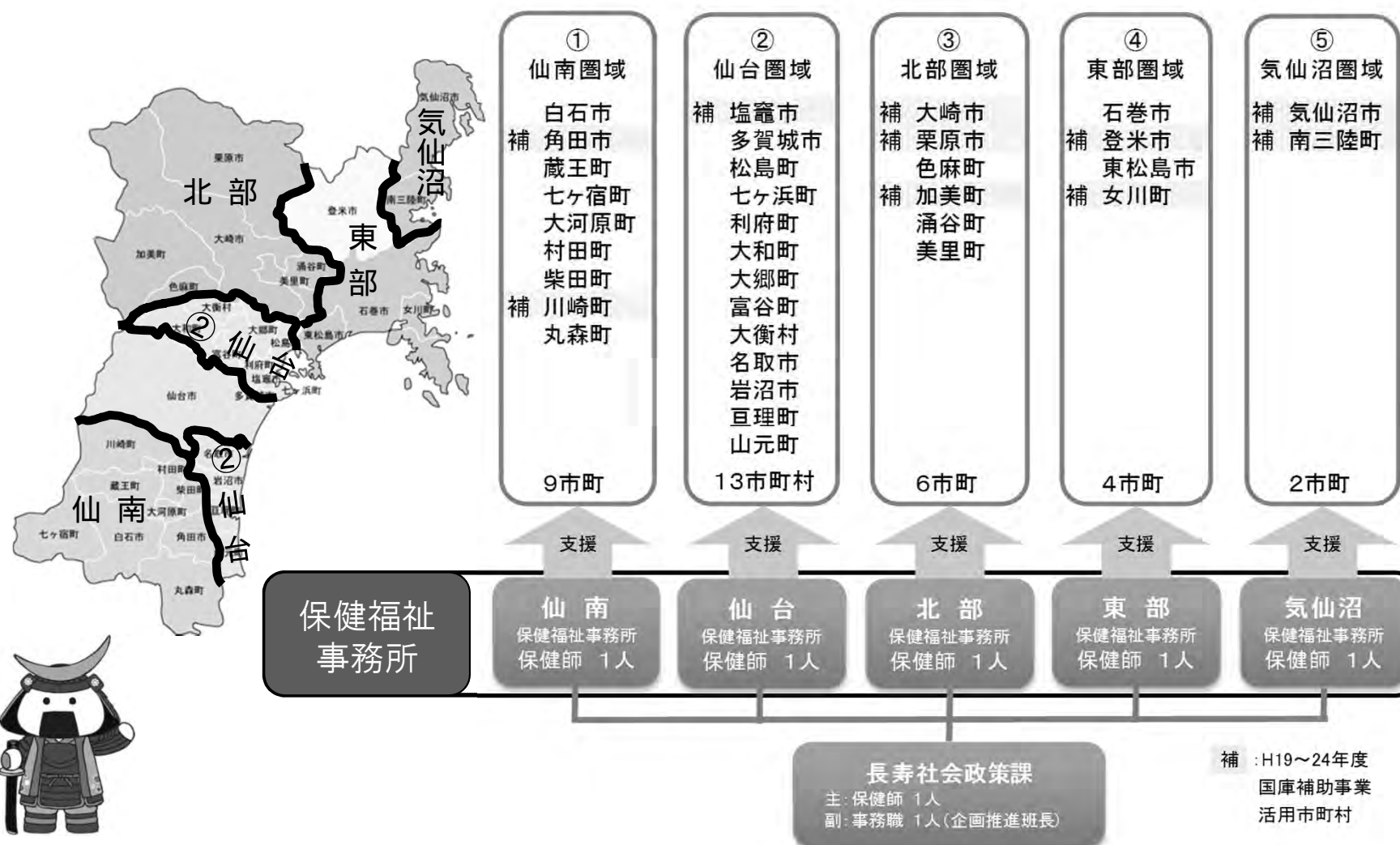


③ 北部圏域 (北部保健福祉事務所管内) 総人口 284,740 人 65歳以上人口 79,905 人 高齢化率 28.1 %	⑤ 気仙沼圏域 (気仙沼保健福祉事務所管内) 総人口 83,479 人 65歳以上人口 26,346 人 高齢化率 31.6 %
② 仙台圏域 (仙台保健福祉事務所管内) ※仙台市を除く 総人口 442,856 人 65歳以上人口 96,823 人 高齢化率 21.9 %	④ 東部圏域 (東部保健福祉事務所管内) 総人口 283,133 人 65歳以上人口 77,962 人 高齢化率 27.5 %
① 仙南圏域 (仙南保健福祉事務所管内) 総人口 181,081 人 65歳以上人口 49,726 人 高齢化率 27.5 %	

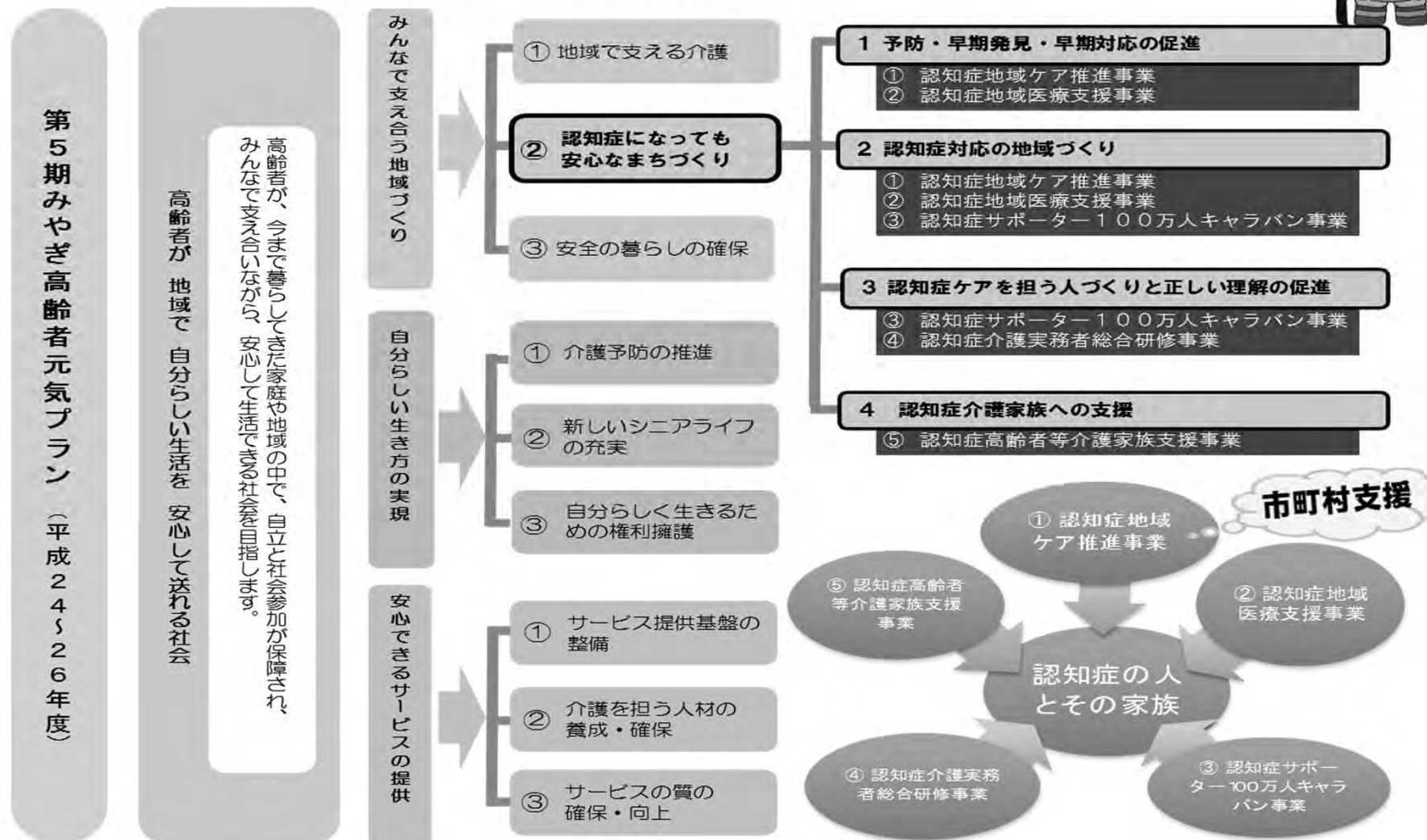


宮城県(5圏域) + 仙台市(指定都市) 総人口 2,304,889 人 65歳以上人口 537,634 人 高齢化率 23.3 %	=	宮城県 (仙台市を除く5圏域) 総人口 1,275,289 人 65歳以上人口 330,762 人 高齢化率 25.9 %	+	仙台市(指定都市) 総人口 1,029,600 人 65歳以上人口 206,872 人 高齢化率 20.1 %
--	---	---	---	--

宮城県の認知症対策における市町村支援体制



第5期みやぎ高齢者元気プランにおける 認知症対策の位置づけ



宮城県認知症地域ケア総合支援体制 構築推進事業実施要綱



目的：認知症高齢者等とその家族が住み慣れた地域でより安心して暮らせるよう、

県・市町村・団体・住民等が連携する総合的な認知症対策を推進することとし、市町村における認知症の早期発見・見守り、適切なケアの実施等の総合的な支援体制構築を支援し、その取り組み成果を普及する。



■長寿社会政策課 …… 宮城県認知症地域ケア推進会議の設置

○ 会議の検討事項

- ・ 市町村の取組状況の分析、評価
- ・ 国庫補助事業活用市町村以外の市町村への情報発信
- ・ 市町村及び関係者の活動支援
- ・ 事業の分析、評価、情報提供に関すること 他

■各保健福祉事務所 …… 市町村認知症対策支援

○ 市町村認知症対策支援事業

圏域内の認知症地域ケア関係者とのネットワークを活用し、市町村事業や認知症に係る地域包括支援センターの業務を支援することを目的として下記の事業を行う。

- イ 圏域内認知症地域ケア推進会議 ロ 圏域内認知症地域ケア推進事業

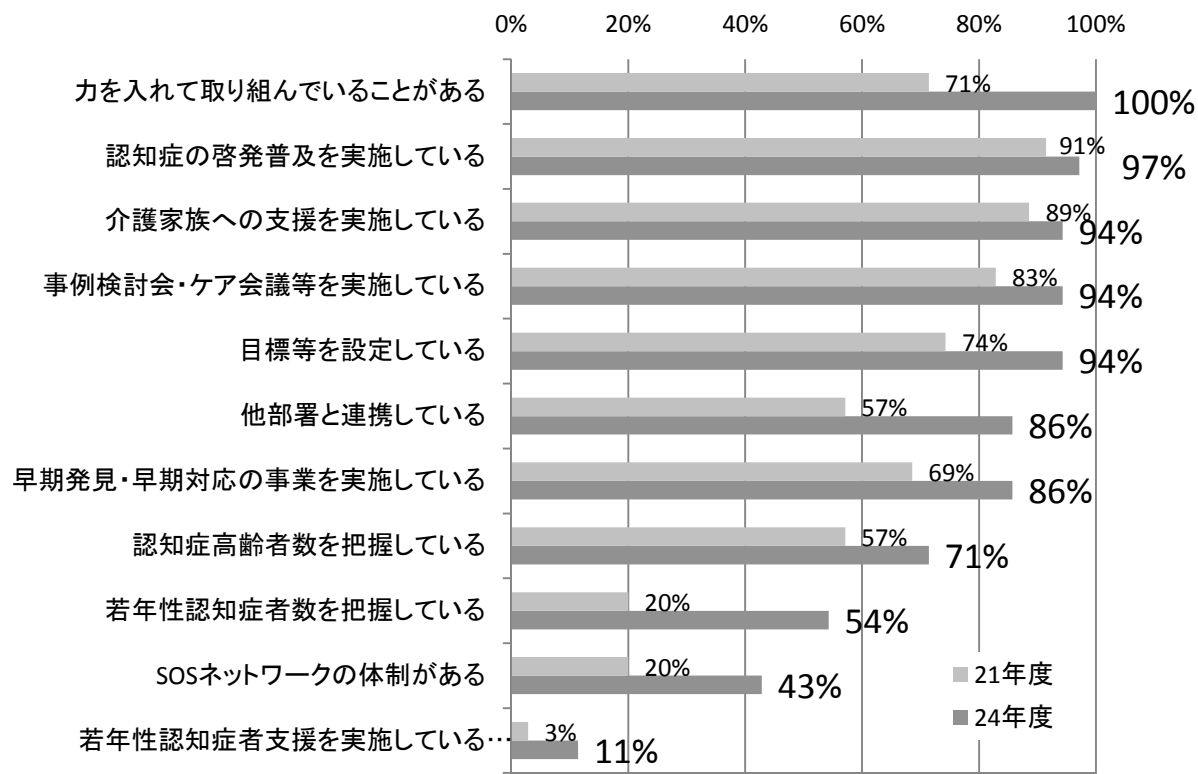
宮城県認知症地域ケア推進会議 1



市町村認知症取組状況の分析・評価

市町村認知症取組状況調査結果 (H21年度とH24年度の比較)

調査対象：宮城県内全市町村
(仙台市を含む)



<取組状況>

- 調査結果の分析により
各項目で取組市町村の
割合が増加

※量に関する分析結果であり、
質に関しては別に分析の必要あり

- 各市町村に対する
調査結果の情報提供
(実施内容等の詳細含む)

- その他資料類は成果・
実績が見える形に工夫

宮城県認知症地域ケア推進会議 2-1

認知症地域ケア推進研修会の開催



目的	認知症国庫補助事業活用市町村における取組成果の他市町村への発信 認知症地域支援体制づくりの促進		
対象	県内市町村の認知症対策担当者・地域包括支援センター職員 等 (参加者87人 参加市町村数 22/35 市町村仙台市含む 市町村参加率63%)		
日時	平成25年3月12日(木) 10:00～16:00		
場所	宮城県庁講堂		
内容	午前	取組紹介	国庫補助事業活用市町村における取組成果の紹介
		講師	該当市町の担当者及びその地域包括支援センター職員が ペアで担当 (市町1人+包括1人)×4市町
	午後	講義・ 情報提供	認知症地域支援体制づくりのポイント ～ 全国各地の取組の実際から～
		グループ ワーク	テーマ 自地域の今後の取組の効果的な推進策を考えよう！ ～ 認知症支援地域体制づくりのポイントを踏まえて～ (1グループ5～6人)×14グループ

広域だから
できること

成果を包括の職員が、
包括の職員から直接
聴く機会の設定

↑
自事業所でもできる
かも知れないという
実感がもてることが
必要

国庫補助事業活用の
実績がある市町村と
ない市町村の
混合のグループ編成

↑
成果の情報交換・
経験の伝達・助言
ができる場が必要

宮城県認知症地域ケア推進会議 2-2



認知症地域ケア推進研修会のアンケート結果

● 事前アンケート

▶ 参加申込時に、次についてアンケートしたものを当日の資料として情報提供した。

▶ ① 自地域における取組で、手ごたえがあったことや、やってみて良かったこと

記載あり：15/22 市町村 (68%)

- 地域ケア会議・事例検討を実施
→ 民生委員からの相談が増加
- 意見交換会の開催
→ 地域の声を聴くことができた
- サポーター養成講座や教室の開催
→ 認知症早期の相談が増えた

▶ ② 認知症対策を進める上で困っていること

記載あり：18/22 市町村 (82%)

- 本人・家族の拒否により医療に繋がらない
- 早期発見のための医療との連携体制
- 家で看られないから施設へと考える家族が多い
- 若年性認知症者が安心して過ごせる場の不足等

● 事後アンケート

回答者 69人

回答率 79% (69/87人)

▶ 研修会終了時、次についてアンケートした。

① 参考になったことの有無

(たくさんあった・少しあった・なかった)

② 今後やってみたいことが思い浮かんだか

(具体的にあった・具体的ではないがあった・なかった)

▶ ①「たくさんあった」かつ②「やってみたいことが「具体的にあった」と回答した人 27人 (39% (27/69人))

▶ 上記27人の回答中、②「やってみたいことが「具体的にあった」の記載内容で多かったもの (自由記載)

- 課題を明らかにするための関係者との話し合い
- 介護保険事業所での勉強会・人材育成
- サポーター養成講座の実施と対象拡大
- 方向性を共有する場の設定
- 住民や民生委員と顔の見える付き合い
- 本人の声を聞くアンケート

成果が伝わっていた

市町村支援において 保健福祉事務所の担当者が心がけたこと



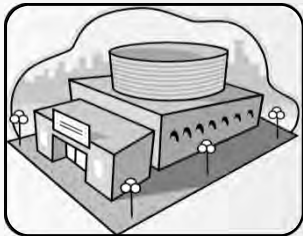
随時、情報提供する

- ・モデル事業実施市町村と共通する内容は、特に意識して情報提供した。
- ・その市町村だからできた可他市町村担当者が捉えないように、小さな事でもその市町村の状況に合わせて情報提供した。



共に考え、担当者を後押しする

- ・市町村担当者は迷いながら事業を実施しているため、客観的な立場を活かして、共に考え、助言し、後押しした。
- ・市町村の担当者と共に考えるため、市町村事業に積極的に参加した。



関連事業を調整する

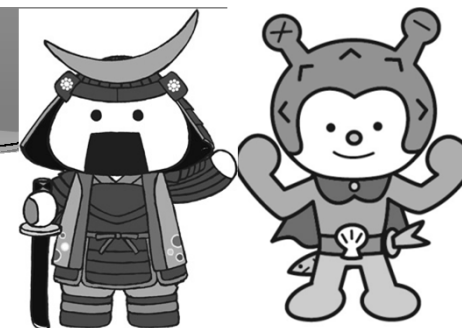
- ・市町村事業を効果的に実施するために、関係団体主催の事業を圏域内で実施できるよう連絡・調整を行った。



皆様の温かい御支援
誠にありがとうございます。
少しでも早く震災前の落ち着いた生活を取り戻し
認知症になっても自分らしく安心して暮らせるまちづくりに
市町村はじめ、関係団体、住民と共に取り組んでまいります。

御清聴ありがとうございました

平成25年6月21日(金)認知症介護研究・研修東京センター主催
全国認知症地域支援体制推進会議



宮城県気仙沼地域の認知症対策における市町村支援 ～モデル事業実施前後の連携と継続～

県の立場を活かして、管内の市町村が主体的・継続的に地域支援体制づくりを進めていくための推進のプロセスと工夫

平成25年6月21日（金）
宮城県気仙沼保健福祉事務所
（宮城県気仙沼保健所）
技師（保健師）高橋 祥恵

宮城県の気仙沼管内って？

＜位置＞

- ・宮城県の最北東の地域です。
- ・仙台市から、車で2～3時間！

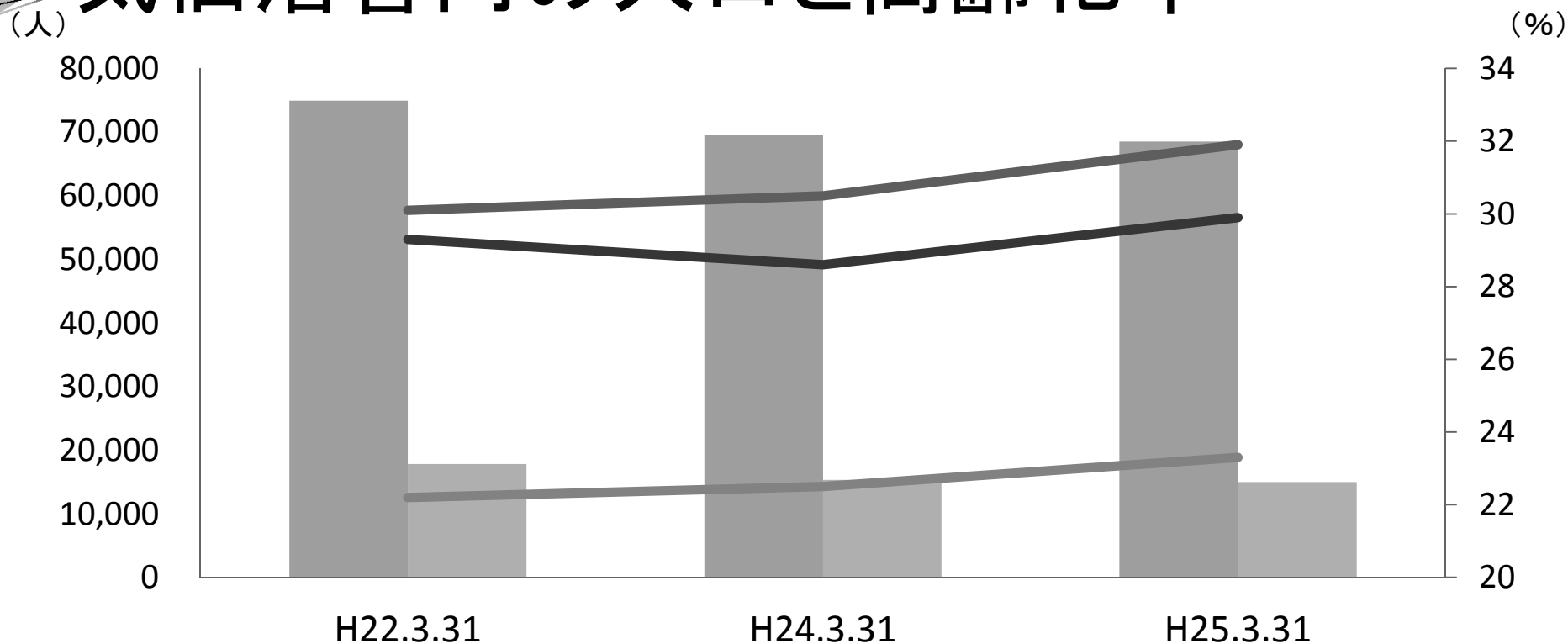
＜市町の概要＞

- ・気仙沼市、南三陸町で構成。
- ・リアス式海岸の豊富な漁場に恵まれ、漁業、水産加工業が盛んな地域
- ・東日本大震災で甚大な被害を受けた地域

気仙沼
保健福祉事務所



気仙沼管内の人口と高齢化率

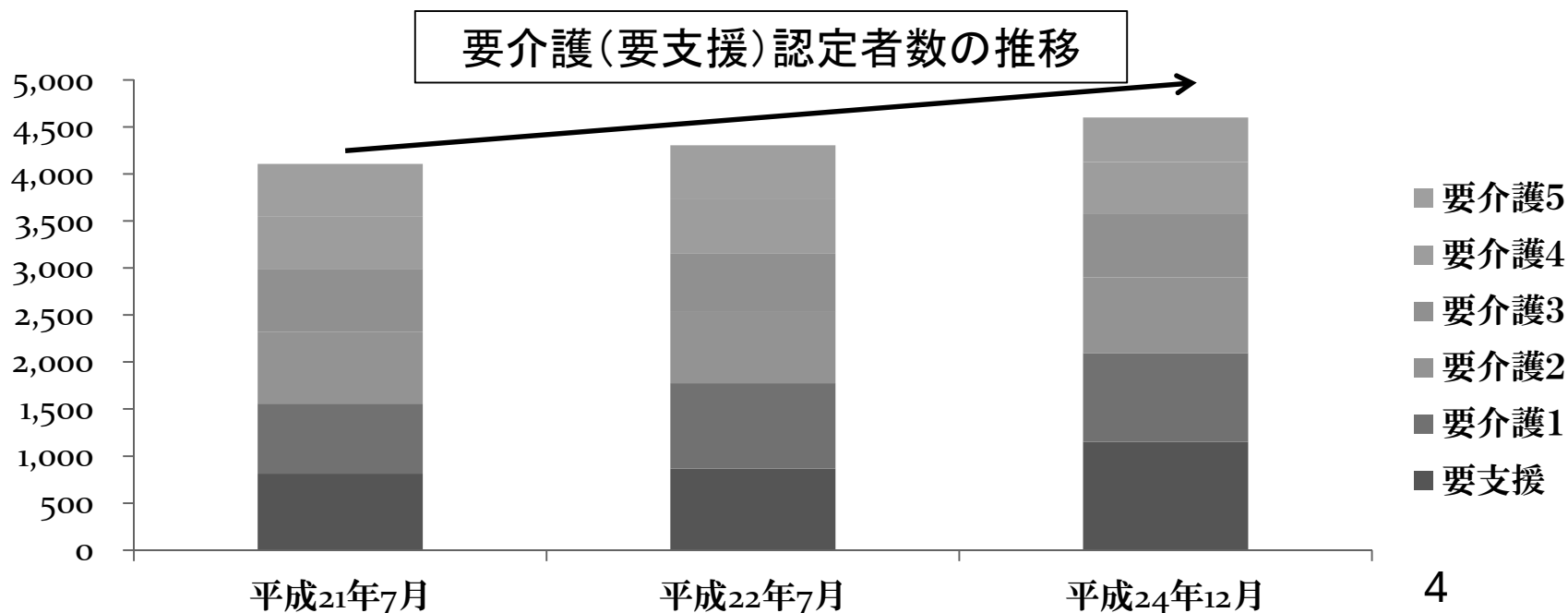


	H22.3.31	H24.3.31	H25.3.31
■ 気仙沼市人口	74,926	69,620	68,502
■ 南三陸町人口	17,815	15,352	14,977
— 気仙沼市高齢化率	30.1	30.5	31.9
— 南三陸町高齢化率	29.3	28.6	29.9
— 宮城県高齢化率	22.2	22.5	23.3

参考)人口・高齢化率は、高齢者人口調べ(宮城県保健福祉部長寿社会政策課)

気仙沼管内の現況

	総人口	高齢者人口	高齢化率	在宅65歳以上高齢者	割合
	(H25.3.31)	(H25.3.31)	(H25.3.31)	(H25.3.31)	(H25.3.31)
気仙沼市	68,502	21,865	31.9%	3,487	15.9%
南三陸町	14,977	4,481	29.9%	499	11.1%
宮城県	2,304,889	537,634	23.3%	89,281	16.6%



参考) 平成25年3月末現在高齢者人口調べ(長寿社会政策課)より。要介護(要支援)認定者数は独立行政法人福祉医療機構

気仙沼管内の認知症対策取り組みの経過

	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	
当所の取り組み	認知症ケア専門サポート事業 ・認知症専門相談 ・認知症ケア調整サポート(事例検討会) ・認知症ケア研修会					認知症地域ケア総合支援体制構築推進事業 ・認知症地域ケア推進会議 ・認知症地域ケア推進研修事業						
				気仙沼市モデル事業への支援		南三陸街モデル事業への支援		モデル事業終了後も町づくりのフォローアップ継続中				
・認知症ケアコーディネート推進会議 ・認知症ケアコーディネーターの派遣												
三峰病院			院長が県内で初めて認知症サポート医に。認知症専門相談への協力		モデル事業への協力				平成23年6月より認知症疾患医療センターとして指定。			
					平成21年10月より三峰病院に認知症疾患治療病棟を開設。							
その他関係者					認知症介護指導者が管内で誕生							

管内市町の認知症地域支援体制づくりの 取り組み



【気仙沼市】

平成19～20年度にモデル事業を実施
キャッチフレーズ「あんべいい」

■実施した主な事業 (気仙沼市)

モデル地区活動(認知症サポーター養成講座等)、認知症講演会の実施等

(当所)

認知症支援パンフレット・気仙沼認知症便利帳(認知症地域支援マップ)の作成支援、キャラバンメイト意見交換会の開催等



管内市町の認知症地域支援体制づくりの取り組み



【南三陸町】平成21～22年度に
モデル事業を実施

キャッチフレーズ

「認知症 みんなでわかって支え合い みんな笑って暮らすべし」

■実施した主な事業

(南三陸町)認知症サポーター養成講座
を活用した地域づくり、認知症安心ガイドの
作成等

(当所)町と認知症ケアコーディネーターと
事業打合せ会の開催、キャラバンメイトの
情報交換会の開催、町内の介護スタッフ
の認知症スキルアップ勉強会の開催等



モデル事業実施市町への想い

重要なのは
マップの作成やSOSネットワークの構築をするために、
地域のどんな人たちと話し合って作っていくか、
地域の声をどれだけ取り入れられるか、
作成プロセスの中で地域住民や関係機関同士が繋がっていくということであり、
成果物にこだわらず、地域で認知症の人を支える基盤づくりを進めて
いってほしい。

- モデル事業の一番の成果物は、人と人とのネットワーク！

『この市町のために』という同じ志を持った人達と出会い、協議し、行動を共にできたという経験が何よりの財産になる。

モデル事業実施市町支援で大切なこと

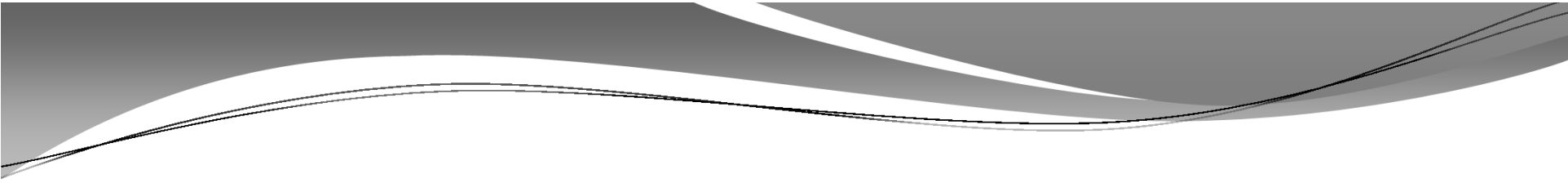


モデル事業実施への支援でも、
市町が求めていることは違う。

- ・市町と丁寧に打合せを重ねる！
- ・課題や進捗状況の共有をこまめに行う！

【結果】

打合せを繰り返すことで、市町と認知症対策の課題の共有ができ、同じ方向性見て事業が行えた。



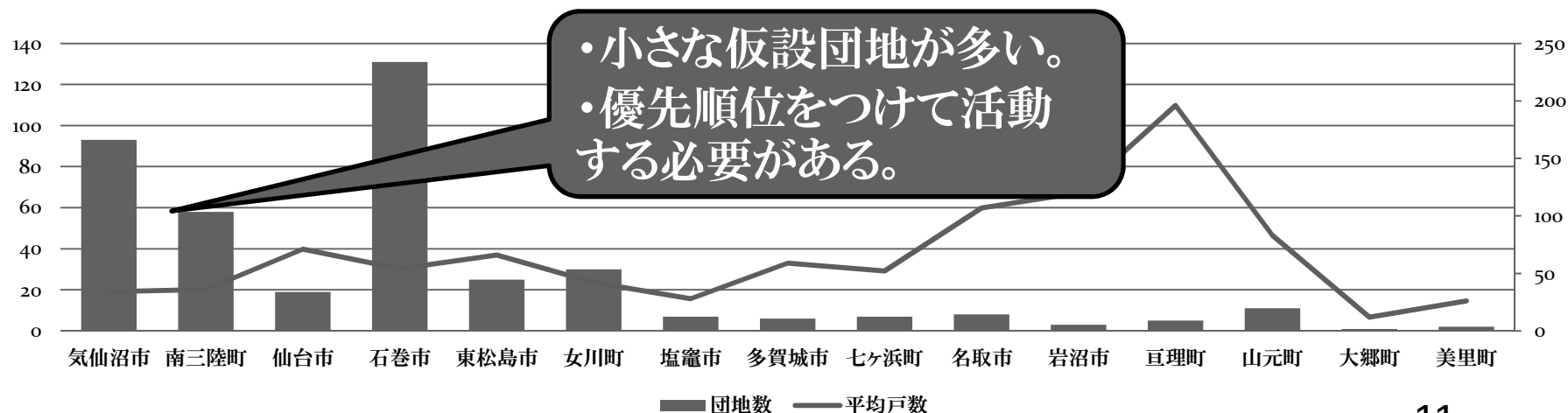
モデル事業が終了した後の市町支援について

東日本大震災(平成23年3月11日)が発生し、気仙沼管内の市町は甚大な人的・物的被害を受けた。

仮設住宅状況 (H25. 4)



	プレハブ型			民間賃貸借上住宅	
	団地数	入居戸数	入居者数	物件件数	入居者数
気仙沼市	93	3,188	7,573	1,254	3,666
南三陸町	58	2,121	5,774	47	160
宮城県	406	20,992	50,427	19,814	51,700
全国		48,102	110,582	59,098	149,172



参考資料) 応急仮設住宅(民間賃貸借上住宅分)物件所在市町村別入居状況(宮城県保健福祉部震災援護室)
 応急仮設住宅(プレハブ住宅)入居状況(平成25年4月30日現在)(宮城県保健福祉部震災援護室)
 復興の現状と取組(平成25年4月25日現在)(復興庁)

市町が抱える社会背景

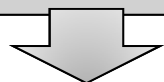
個人主義的な考え方, 家族の崩壊, 地域社会のつながりの希薄化



生活上の様々な問題解決を, 専門職に依存する人が増加



専門職への過重な負担, 慢性的な人員不足



職員のストレス関連疾患懸念



住民サービスの質の低下・施策力の低下



市町への支援が必要である。

ちょこっと紹介！

私は何をしている人？

お世話になって
いる方々

- ・市町の職員
- ・介護保険サービス事業所スタッフ
- ・家族の会
- ・精神科医師
- ・医師会
- ・薬剤師会
- ・認知症疾患医療センター
- ・拠点病院
- ・看護協会
- ・ケアマネ協会等

介護保険
老人保健福
祉
関係

認知症対
策

私(保健師)



がん患
者・家族支
援対策

地域支援
事業

地域リハビ
リテーショ
ン推進

被災市町
健康支援

健康
づくり

成人・高齢班の
仲間

事務職
理学療法士
管理栄養士

職場の同僚

保健所長
先輩保健師
生活保護ワーカー
薬剤師など

福祉事務所

保健福祉事務所
統合

保健所

宮城県認知症地域ケア総合支援体制 構築推進事業実施要綱

目的：認知症高齢者等とその家族が住み慣れた地域でより安心して暮らせるよう、県・市町村・団体・住民等が連携する総合的な認知症対策を推進することとし、市町村における認知症の早期発見・見守り、適切なケアの実施等の総合的な支援体制構築を支援し、その取り組み成果を普及する。



■ 各保健福祉事務所における市町村認知症対策支援

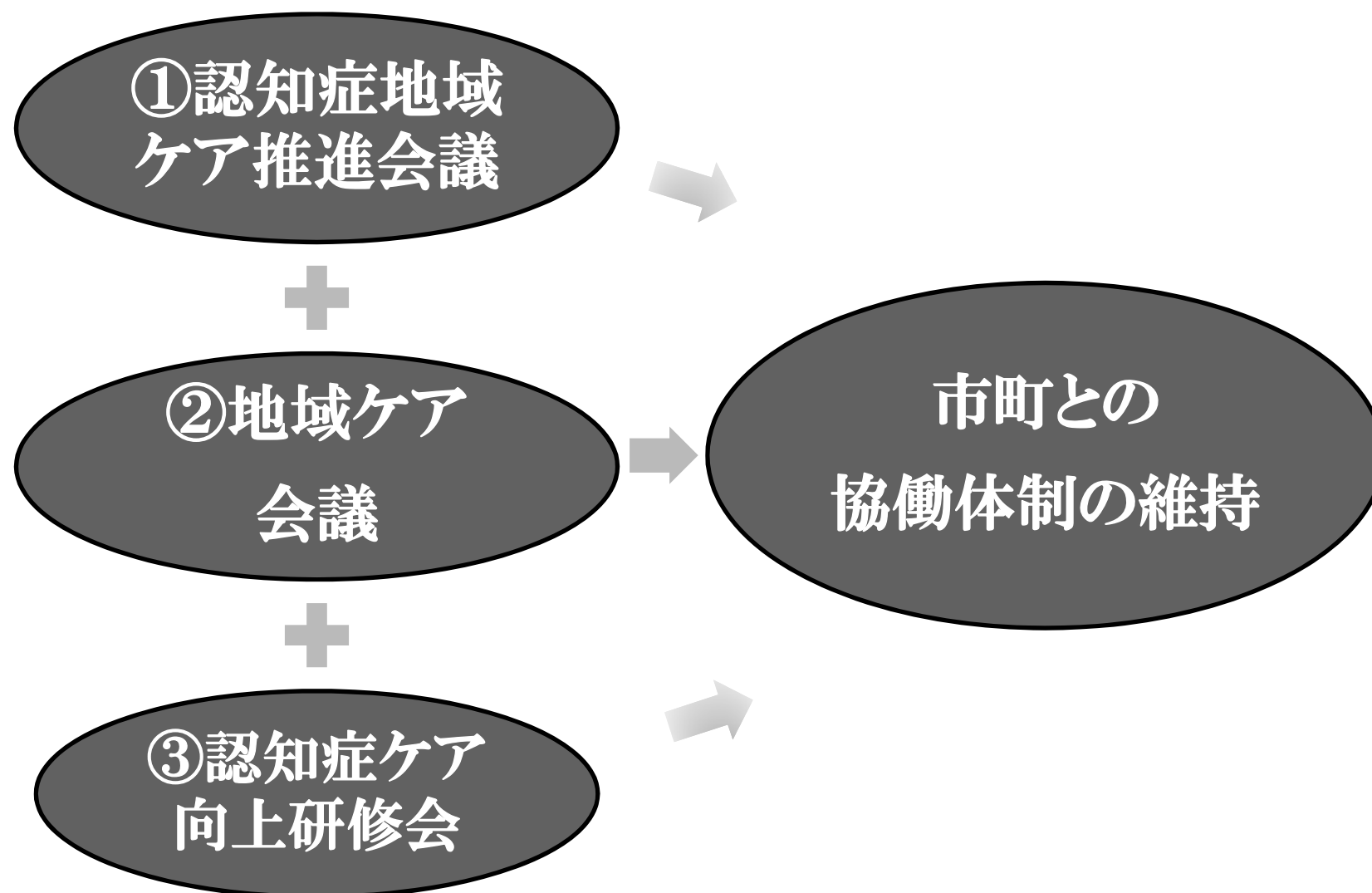
○市町村認知症対策支援事業

圏域内の認知症地域ケア関係者とのネットワークを活用し、市町村事業や認知症に係る地域包括支援センターの業務を支援することを目的として下記の事業を行う。

イ 圏域内認知症地域ケア推進会議

ロ 圏域内認知症地域ケア推進事業（認知症ケア向上研修会、認知症地域連携研修会）

市町との協働体制の構築のため大事 にしている事業



認知症地域支援体制の強化

①認知症地域ケア推進会議

目的：圏域の認知症地域支援体制構築に係る現状分析及び課題の検討。

構成員：認知症疾患医療センター、拠点病院、市町、家族の会、ケアマネジャー協会、認知症介護指導者等



委員から出た状況と課題

- ・認知症の方の増加。相談ケースが増加している。
- ・介護者が仮設住宅の生活等によりストレス等負担感が増加。
- ・コミュニティがしっかりしている自治会では、サポート体制ができつつある。地域や仮設住宅で理解の仕方、対応の仕方に格差が出てきている。
- ・病院受診を本人が拒み受診につながないケースがある。訪問診療や訪問相談等が必要。
- ・認知症の方の症状が一時的に悪化した際や、家族が一時的に介護できなくなった際に短期間で良いので緊急的に入院が出来ると助かる。

認知症地域支援体制の強化

②地域ケア会議

- 市・町の地域包括支援センターには、住民やケアマネジャー等から、処遇困難事例等の相談が寄せられている。



- すぐに解決する問題ばかりではないが、地域でどのような課題があるのかを把握する機会となる。
- 地域ケア会議が開催される際には、できるだけ全てに参加したい旨を市町へ伝え、参加している。



・市町とともに、処遇困難事例について考えることでより、地域も市町担当者も身近になった。

認知症ケアの人材の育成

③認知症ケア向上研修会

目的：圏域内の市町村及び認知症ケアに携わる関係職員の認知症ケアの資質向上や連携強化

■震災から約1年以上経過したが、顔を合わせる場、勉強をする場がなかった。

⇒認知症ケア向上研修会の開催

『認知症ケアの現場に活かすパーソン・センタード・ケア』をテーマに3回シリーズで実施。

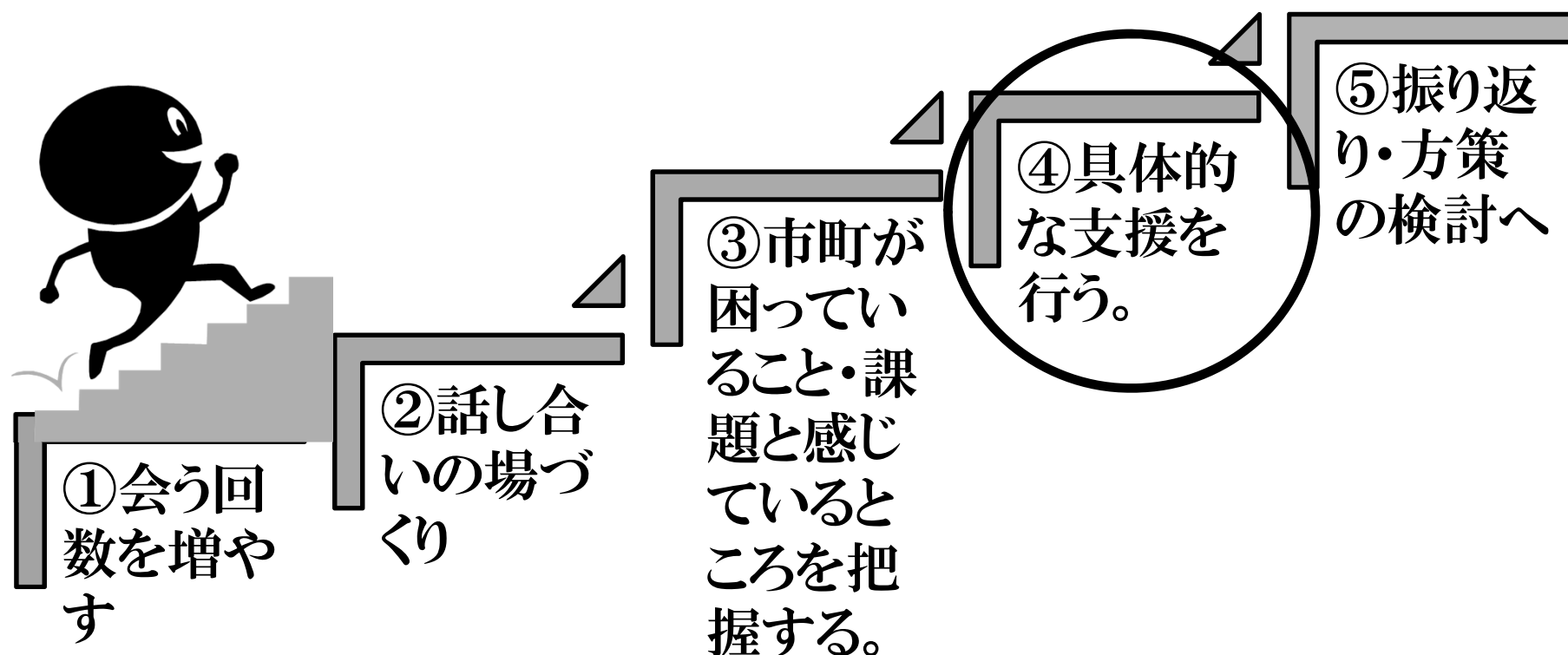
■被災によりこれまでの地域コミュニティが崩れ、新たな地域コミュニティの中で認知症の方を排除する動きがある。地域住民の認知症への理解が不足している。市町から仮設住宅団地での認知症サポーター養成講座の開催したい。

⇒キャラバンメイト養成研修会・ フォローアップ研修会の開催

➡ 両事業とも、多職種でのグループワークを行い、立場・職種関係なく意見交換をし、顔のつながり構築を目指した。



各市町担当者との協働体制の構築のため、心がけていること



まとめ：モデル事業が終了後も認知症の取組が続いているポイント

- 1 地域密着型の病院を目指していた三峰病院に、モデル地域事業に協力して頂いたこと。
⇒改めて気仙沼圏域の地域性、地元の資源、課題などを認識して頂き、継続して課題に取り組んで頂いている。
- 2 モデル事業（認知症地域支援マップ作成等）により、専門職種同士が顔見知りになり、多職種チームが出来たこと。
⇒行政の担当者が変わっても、継続性をもった取組みが出来る要因となっている。
- 3 関係者が啓発活動に参加することによって、地域の皆さんと話をし、関係者自身が地域で暮らすということを身近に考えることが出来たこと。
- 4 東日本大震災後、地元の人を中心になって「皆で一緒に」気仙沼圏域のために何かしたいという想いがあったこと。
⇒地元の為に何ができるかを考え、多くの人・機関が垣根を越え、熱心に活動している。

認知症地域支援に取り組む皆さんへ



発見！

『認知症の本人への対応の心得』は、
地域支援体制づくりにも応用できます！

「3つのない」を知っていますか？

○急がせない

→ 協力者・機関と、じっくり何度も話し合う。ゆっくりと着実に。

○驚かせない

→ 事業計画や予測できる動きは、事前に伝えておく。

○自尊心を傷つけない

→ 協力者の得意分野やこれまでの経験を尊重する。

あきらめず、
仲間を増やして
いきましょう！

震災前の気仙沼市内の様子(安波山から)



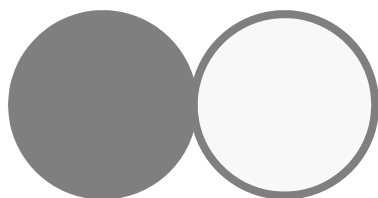
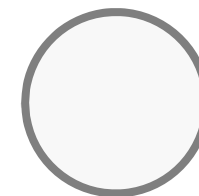
遊びに
来てね！



全国の皆様のご支援・ご協力本当にありがとうございます！
復興に向かっている宮城にぜひおいでください！

気仙沼市の観光キャラクター
海の子「ホヤぼーや」

宇都宮市における 認知症対策の取組について



宇都宮市保健福祉部高齢福祉課

宇都宮市ってどんなところ？



宇都宮市の中心部と日光連山



市政施行	明治29年4月1日
市長	佐藤 栄一
面積	416.84 平方キロメートル
人口	516,546人
高齢者人口	108,154人 (うち75歳以上: 49,524人)
認定者数	16,775人 (認定率: 15.51%)
市の花	さつき
市の木	イチョウ
マスコット キャラクター	ミヤリー

住めば愉快だ宇都宮



宇都宮市の認知症高齢者等対策

STEP1

リーディングプロジェクト
認知症高齢者対策の推進

宇都宮市にっこり安心プラン 計画期間：H21～23年度

第5次宇都宮市高齢者保健福祉計画・第4期宇都宮市介護保険事業計画

STEP2

認知症高齢者等対策の推進に向けた
「理念」の明確化

「まちぐるみで認知症ケア」 平成23年3月策定

宇都宮市の認知症高齢者等対策

STEP3

重点施策
認知症高齢者等対策の充実

宇都宮市にっこり安心プラン 計画期間：H24～26年度

第6次宇都宮市高齢者保健福祉計画・第5期宇都宮市介護保険事業計画

宇都宮市の認知症高齢者等対策

宇都宮市にっこり安心プラン 計画期間：H24～26年度

第6次宇都宮市高齢者保健福祉計画・第5期宇都宮市介護保険事業計画

【基本理念】

健康で生きがいを持ち、
安心して自立した生活を送ることができる
笑顔あふれる長寿社会の実現



【基本目標】

1
みんながつながり、
支えあう
地域社会の実現

2
健康で生きがい
のある豊かな
生活の実現

3
いつまでも自分ら
しさをもち、自立
した生活の実現

4
介護サービスの
利用を通じた
笑顔あふれる社
会の実現

自分らしさを持ち自立した生活の実現に向けて

● 認知症高齢者等対策の充実

重点施策

施 策	事業名
認知症の正しい理解に向けた 周知啓発の推進	○ 宇都宮市みんなで考える認知症月間 事業の充実 ○ 認知症サポーターや 認知症キャラバンメイトの養成・支援の推進
認知症予防の推進	○ 介護予防講演会の実施
早期相談・早期発見・早期診断 のための仕組みの構築	○ 認知症早期発見チェックリスト等の配布 ○ 介護予防の基本チェックリストの活用 ○ 脳ドック受診補助
医療・介護・福祉が連携した ケア体制の充実	○ 認知症ケアネットワーク会議(仮称)の設置 ○ 認知症支援医療・介護従事者 合同研修会の開催・支援 ○ 介護サービス提供基盤の整備推進

自分らしさを持ち自立した生活の実現に向けて

● 認知症高齢者等対策の充実

重点施策

施 策	事業名
認知症介護者への支援	○ 認知症の人やその家族の生活状況に応じた情報提供の充実 ○ 認知症の人を介護する家族のつどいや交流会の開催
認知症高齢者やその家族が暮らしやすい地域づくりの推進	○ 認知症の人やその家族を支える地域ネットワークの充実

現在の取組①

● 宇都宮市みんなで考える認知症月間

認知症に対する 正しい知識の周知・啓発

世界アルツハイマーデー
記念講演会



**毎週1回の
街頭啓発活動**



腎強化の対象期間 今年3月にまとめ 養成講座の講師役

認知症ケアに携わる 医療・介護従事者の連携支援



現在の取組②

● 宇都宮市みんなで考える認知症月間 認知症周知啓発パネル展【平成24年度～】



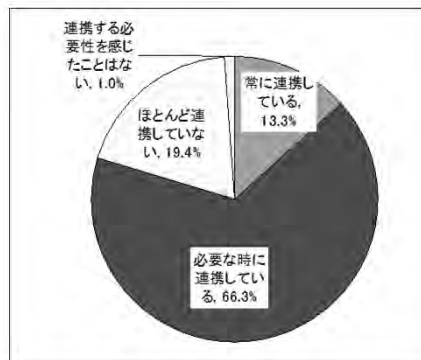
宇都宮市の認知症高齢者等対策

認知症に関するアンケート調査報告書(抜粋)

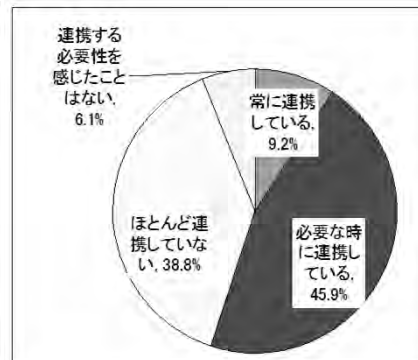
Q:関係機関等との連携の状況

【医療機関】

ケアマネジャーとの連携

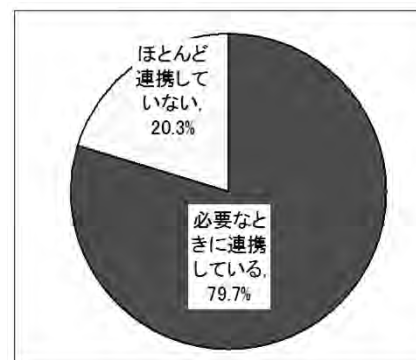


地域包括支援センターとの連携

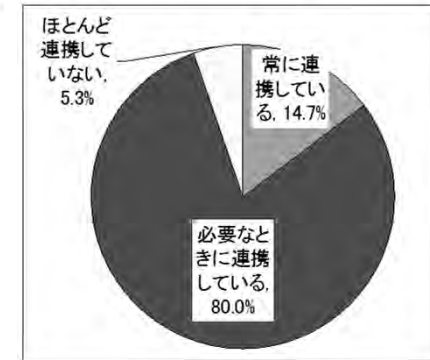


【介護支援事業者】

かかりつけ医との連携

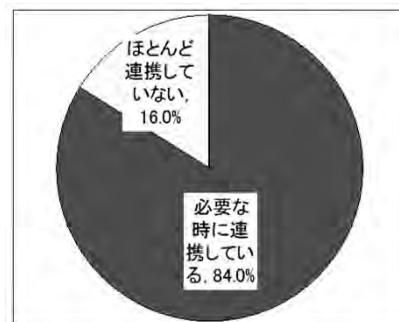


地域包括支援センターとの連携

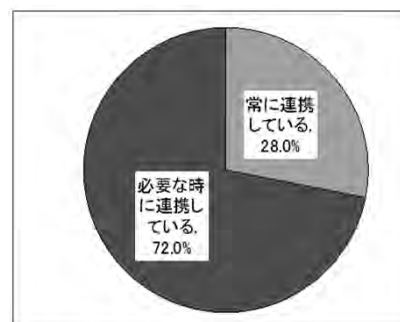


【地域包括支援センター】

かかりつけ医との連携



ケアマネジャーとの連携



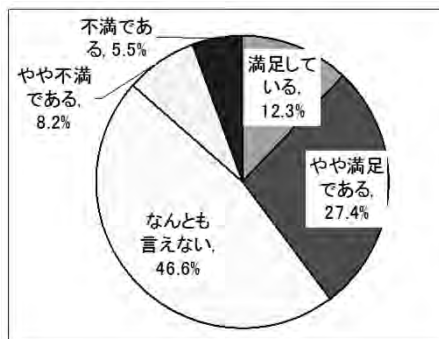
宇都宮市の認知症高齢者等対策

認知症に関するアンケート調査報告書(抜粋)

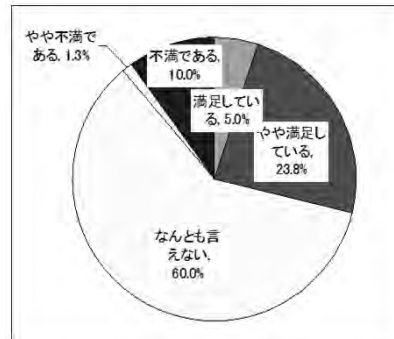
Q:関係機関等との連携の満足度

【医療機関】

ケアマネジャーとの連携

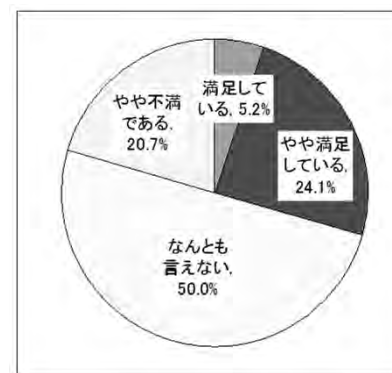


地域包括支援センターとの連携

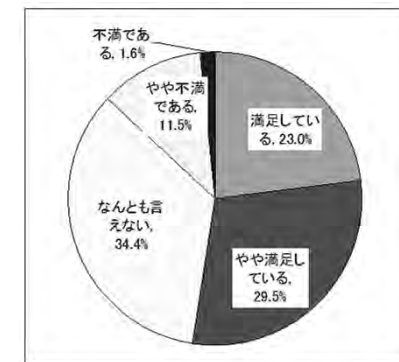


【介護支援事業者】

かかりつけ医との連携

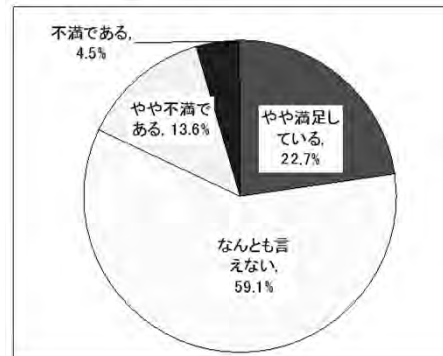


地域包括支援センターとの連携

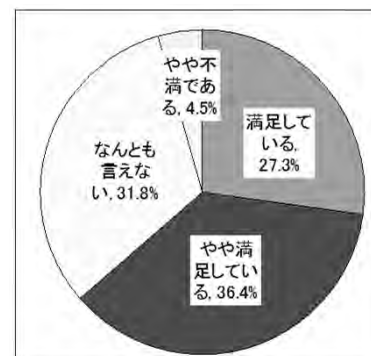


【地域包括支援センター】

かかりつけ医との連携



ケアマネジャーとの連携



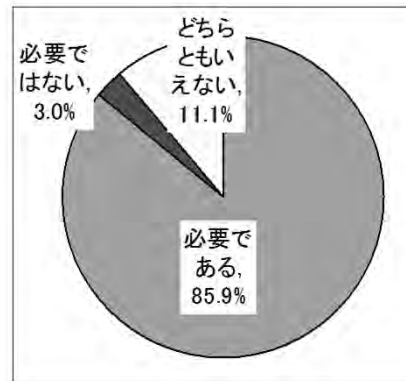
宇都宮市の認知症高齢者等対策

認知症に関するアンケート調査報告書(抜粋)

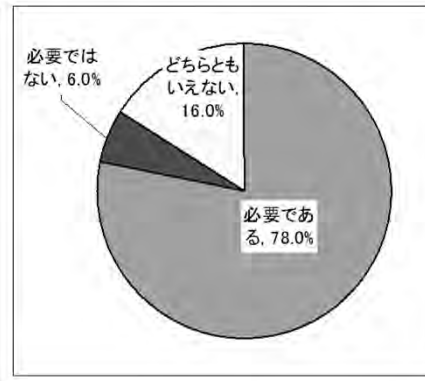
Q:関係機関等との連携の必要性

【医療機関】

ケアマネジャーとの連携

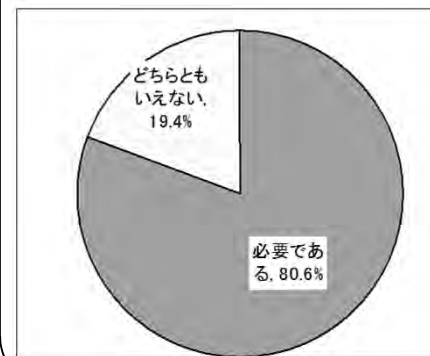


地域包括支援センターとの連携

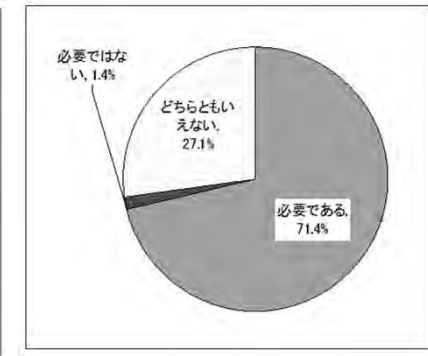


【介護支援事業者】

かかりつけ医との連携

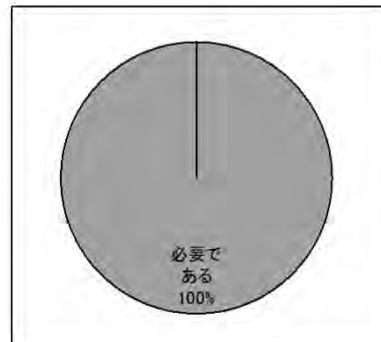


地域包括支援センターとの連携

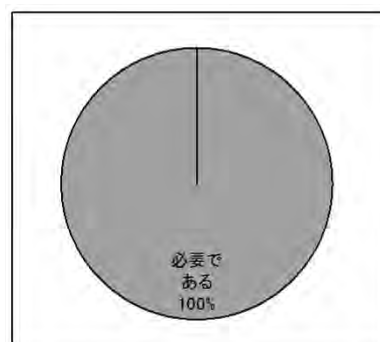


【地域包括支援センター】

かかりつけ医との連携



ケアマネジャーとの連携



宇都宮市の認知症高齢者等対策

認知症に関するアンケート調査報告書(抜粋)

Q:重点を置くべき認知症施策

【医療機関】

- ① 「医療・介護・地域」が連携した
早期発見・早期診断のしくみづくり」(21.9%)
- ② 「認知症グループホームや
特別養護老人ホームなどの施設整備」(18.9%)
- ③ 「認知症の介護・コミュニケーション方法等,
家族向け研修会の開催」(12.2%)

【介護支援事業者】

- ① 「医療・介護・地域」が連携した
早期発見・早期診断のしくみづくり」(14.3%)
- ② 「認知症の介護・コミュニケーション方法等,
家族向け研修会の開催」(12.8%)
- ③ 「かかりつけ医に対する研修」(10.9%)

【地域包括支援センター】

- ① 「医療・介護・地域」が連携した
早期発見・早期診断のしくみづくり」(22.2%)
- ② 「認知症の介護・コミュニケーション方法等,
家族向け研修会の開催」(11.1%)
- ② 「認知症を見守るボランティアなどのしくみづくり」
(11.1%)

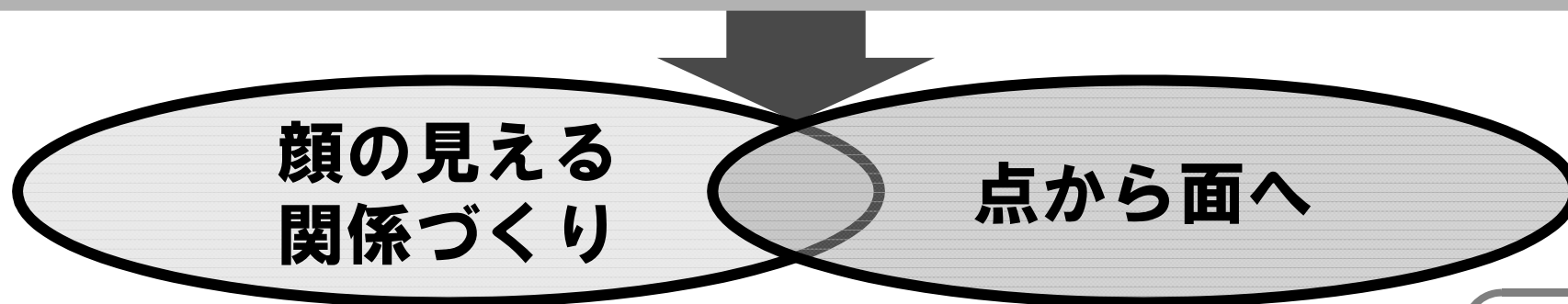
現在の取組③

●医療・介護・福祉が連携したケア体制の充実

認知症地域ケアネットワーク研修・意見交換会
【平成24年度～】

【目的】

既存の地域包括支援センターブロック会議を活用し、宇都宮市医師会の協力のもと、認知症ケアに関する研修及び意見交換会に取り組むことにより、地域包括支援センターを中心に、より一層、医療・介護・福祉が緊密に連携した切れ目のないケア体制の充実を図る。



宇都宮市の日常生活圏域(25圏域)



(参考)認知症地域ケアネットワーク研修・意見交換会

【研修】

南ブロック …… 認知症に関する基礎知識, 認知症の診断について

東ブロック …… 認知症とはどのような病気か, 認知症の診断と治療

中央ブロック …… 認知症の日常診療, BPSDへの対応

西ブロック …… 在宅ケアと認知症,

認知症高齢者の地域生活 ～やってみようカンファレンス～

北ブロック …… 認知症・地域で皆で一緒にケアしよう,

認知症患者さんへの対応

ひと工夫

医師と地域包括支援センター職員が
自由に話し合える場の提供

(参考)認知症地域ケアネットワーク研修・意見交換会

●医療・介護・福祉が連携したケア体制の充実



南ブロック



中央ブロック



北ブロック



西ブロック



東ブロック

◆出席者アンケート（抜粋）

【研修会に対する感想】

- ・ 他の地域包括支援センターの取り組みや考えが聞けた
- ・ 顔の見える関係づくりが大切であるということが分かった
- ・ 診断の具体的な内容について理解できた
- ・ 認知症について、医師である立場での話を聞くことができた
- ・ 服薬などを含めた治療方針を学べた
- ・ 具体的な事例を通して意見交換ができたので、対応策のイメージがし易かった

◆出席者アンケート（抜粋）

Q：在宅認知症高齢者が必要な医療を受けたり，受診を継続したりする上で，困難を感じたり課題だと思っていることは何ですか。

- ・ 医療機関との連携が難しいため，その仕組みの構築が課題
- ・ 大きな医療機関の医師は，
患者の生活歴や状況を把握していないし伝えづらい
- ・ 医師に患者の生活歴や状況を伝えたい
- ・ 在宅診療に理解のある医師が少ない
- ・ 医師が多忙で相談ができない
- ・ 情報の共有が十分ではなく正しい情報を伝えられない
- ・ 講師のように理解のある医師が少ない

宇都宮市の認知症高齢者等対策

～認知症になっても住み慣れた家庭や地域で安心して暮らすことが出来る地域ネットワーク～

認知症の人とその家族が安心して暮らせる地域

住み慣れた地域での支援

- 多くの市民が認知症を正しく理解されている
- 友人との交流・趣味・外出などの地域活動の継続が可能
- 様々な地域資源を、必要に応じて利用できる

認知症の本人
生活の継続性を維持

家族
介護負担の軽減

地域の人的資源・社会資源の ネットワークによる支援の仕組み

地域で支えるネットワークの取組

認知症支援医療・介護従事者等合同研修会

- 認知症の本人のケアに関わる関係者が集い、顔の見える関係を築く
- 専門知識・技術を生かして、地域に応じた取組の展開が可能

介護者の会・認知症の人と家族の会

- 介護者同士が集い、介護体験や情報を共有
- 地域包括支援センターや専門職との協働による研修・相談会の実施

ひとり暮らし高齢者等安心ネットワーク事業

- 地域における見守りと公的な福祉サービスを一体的に組み合わせた安否確認の実施

はいかい高齢者等SOSネットワークシステム

- はいかい等による行方不明の発生時、即座に搜索情報をネットワーク登録機関に配信
- ネットワーク参加者の目配り、声かけ等による早期発見

その他、認知症の人やその家族を支えるために必要な取組

ネットワークを構築する地域資源

行政

- ▶ 宇都宮市
- ▶ 地域包括支援センター
- ▶ 保健所・保健センター
- ▶ 警察・消防

地域の住民・組織

- ▶ 家族の会・介護者の会
- ▶ 自治会 ▶ 民生委員
- ▶ 健康づくり推進員
- ▶ 商店会 ▶ NPO・ボランティア
- ▶ 認知症サポーター …等

地域会議（連合自治会区を単位に設置）

- 地域の実情に応じた地域づくりを検討
- 幅広い分野の多様な人材から情報やアイデアを集約
- 地域資源同士の顔の見える関係を構築

医療機関

- かかりつけ医
- サポート医・専門医・医師会
- ▶ 介護サービス事業者
- ▶ 社会福祉協議会（地区社協）

医療・介護・福祉

金融機関・交通機関

- ▶ コンビニ・薬局等の小売商店
- ▶ 新聞配達・配食等の宅配業
- ▶ 郵便・宅配便等の郵送業 …等

その他の組織等

宇都宮市の認知症高齢者等対策

政策特集 年4回 掲載
テーマに対するご意見を
アイデア募集(取組ページ)で
お寄せください。

言葉より 心により添う認知症

尊厳を持って最期まで自分らしくありたい。これは誰もが望むことですが、この願いをはばみ、深刻な問題になっているのが認知症です。

本人はもちろん、支える家族も大きな不安を抱えながら生活しています。親しい人が認知症を患ったとき、私たちは何ができるのでしょうか。その不安を少しでも解消するために、周りの人たちは何ができるのでしょうか。

今回は、本格的な高齢社会を迎え、患者数が増え続けている現在、誰もが当事者になり得る身近な病気・認知症について考えます。

いつまでも自分らしく安心して暮らせるまちをつくるために。



今まで見えてこなかった
課題が増えていく...

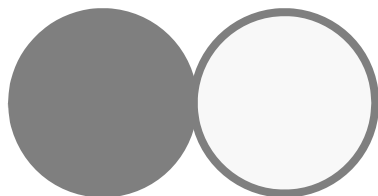
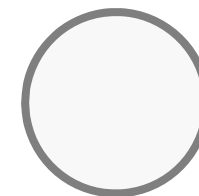
「行き届く」こと
「つながる」こと

まだまだ
足りないことばかり



第2章

ある日、突然、担当者



認知症対策と某自治体職員

平成19年10月某日 . . . U市 高齢福祉所管課

「認知症」って
ちょっと気になるし、
受けてみようか
な。。。
でも、休日だしな。。。

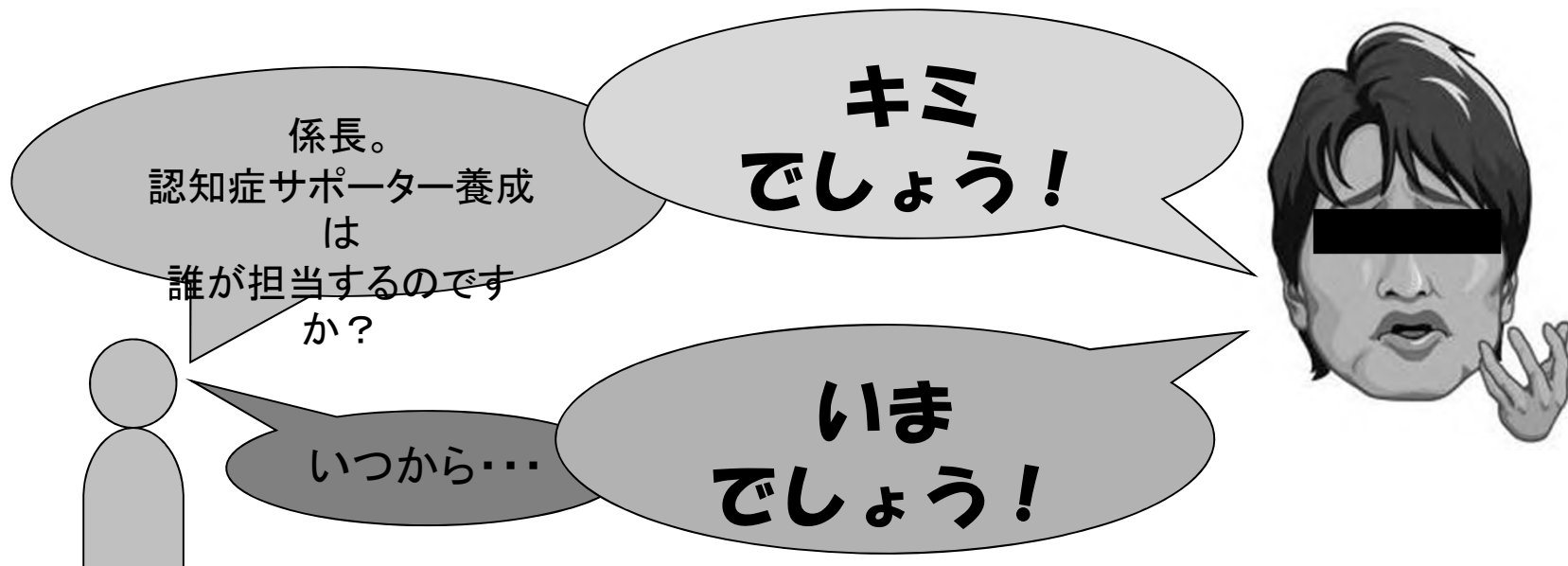
はい！
折角の機会なの
で、是非！

12月に県主催で
「キャラバン・
メイト養成研修」が
あるので、
一緒に受講しよう！

この時点ではまだ、認知症サポーター養成講座の存在すら知らず、
また市町村事務局も当然ありませんでした。

オレンジリングはあるけれど。

- 認知症キャラバン・メイトにはなったものの、具体的な活動もないまま、気がつけば3月。
- そして、キャラバン・メイト仲間の上司は人事異動。あとに残ったものは、
「認知症サポーター養成講座」開催に関する予算のみ。



認知症対策を考える。

- **認知症サポーター養成講座を担当すると同時に「認知症対策担当者」に。**
- **「認知症対策担当者」として、平成20年度の「認知症対策の取り組み」をまとめる必要が！**
- **そこで、高齢者保健福祉計画と介護保険事業計画（H18～21）を読み返すことに・・・**

【基本理念】

**健康で生きがいを持ち、
自立した生活を送ることができる、
活力ある長寿社会の実現**

【基本目標】

1

**健康ではつらつと
した生活の実現**

2

**生きがいのある
生活の実現**

3

**安心して自立し
た生活の実現**

4

**快適で安全安心
な生活の実現**

5 認知症高齢者対策の推進

施 策	事業名
認知症の予防， 早期発見・早期対応の推進	○相談体制の充実 ○早期発見・発症予防の推進
専門的なケア体制の整備	○ケアマネジメントの体制整備 ○介護保険サービスの充実
認知症高齢者などが 住みやすい地域づくり	○認知症の啓発・普及 ○地域の見守り支援 ○介護者への支援 ○権利擁護事業の推進

認知症対策を考えた。

○ 平成20年度当時の取組方針

○ 認知症高齢者を支える地域づくりと情報提供の推進

認知症高齢者対策を推進するためには、多くの市民が認知症について正しい知識をもち、各自なりの対応・支援を考えていくための素地づくり、地域づくりが重要であることから、市民一人ひとりの認知症の人に対する理解や対応を支援するため、認知症高齢者を支える地域づくりと情報提供について先行して取り組む。

○ 保健・医療・介護サービスの提供体制の検討

認知症の早期発見・早期診断や悪化防止のため、保健福祉部内の各課との連携が不可欠であることから、「宇都宮市認知症高齢者対策庁内検討会議」等を活用し、発症予防から発症後の介護までの一貫した総合的な保健・医療・介護サービス提供体制の構築に向けた検討を行い、来年度からの実施を目指す。

認知症対策を考えた。

○ 認知症サポーター養成講座とその他事業

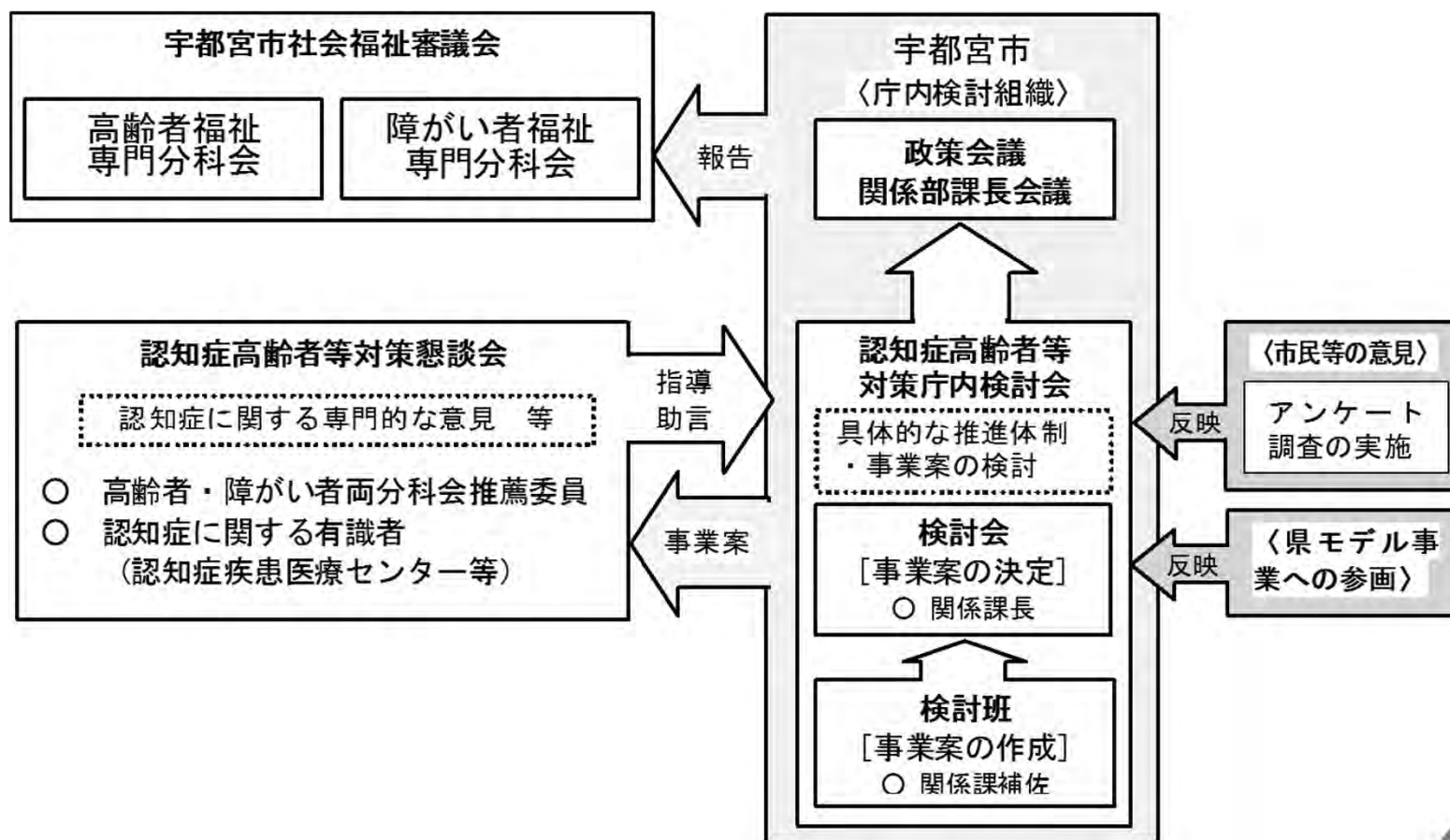
ステージ	1次	2次	3次
基本戦略	発症予防	早期発見・早期診断	悪化予防・介護者支援
主な取組	ステージ毎の取組 ○ 保健・医療・介護サービスの提供		
	全 般 ○ 地域づくり, 各種人材養成 ・偏見解消, 情報提供 (PRパンフレット等の作成) ・権利擁護 (虐待防止, 成年後見制度の普及・利用支援)		



認知症対策を進める。

○ 平成21年度の取組

「第5次高齢者保健福祉計画・第4期介護保険事業計画」においてリーディングプロジェクトに位置づけた認知症高齢者等対策を具体化するための検討体制を設置



認知症地域支援体制構築等推進事業

1 実施主体 栃木県

2 目的

県内に市町単位でモデル地域を設定し、
先駆的に認知症地域支援体制を構築することにより、
県内各地域にその成果の普及を図る。
(平成21・22年度 2か年継続事業)

- モデル地域承認日：平成21年6月1日
- モデル地域：宇都宮市，栃木市(旧大平町)

認知症地域支援体制構築等推進事業

3 事業内容

区分	地域支援体制構築事業	地域支援体制推進事業
主な事業	・認知症対応コーディネーターの配置 ・地域資源マップの作成	・認知症ケア等のサポート ・徘徊SOSネットワークの構築 ・認知症高齢者の家族のネットワーク化を図るための交流会の開催 ・その他

認知症地域支援体制構築等推進事業

4 モデル事業への取組の考え方

地域ネットワークの構築及びモデル事業終了後の継続性を考慮し、地域包括支援センター(日常生活圏域)を中心に、既存の地域ネットワークである「地域会議」と連携した事業展開を図る。

地域会議

地域の実状等を十分に把握している機関と地域包括支援センターが連携を図り、高齢者等の多様なニーズに的確に対応することで、高齢者等が住みなれた地域において安心して生活できる環境づくりを目的に開催する会議。

連合自治会区を単位(39地区)に、自治会役員、民生委員・児童委員、地区社協、その他(医師、ボランティア、警察官、消防団員等)の委員により構成されています。

認知症地域支援体制構築等推進事業

5 モデル地区の設定

認知症地域支援体制構築等推進事業の実施にあたり、本市の地域特性(都市部, 周辺部, 農村部)や高齢化率などを考慮し、市内3地区をモデル地区に設定

モデル地区の概要

モデル地区	西, 桜地区	古里中学校区	横川地区
地域包括支援センター	さくら西	かわち	よこかわ
地域特性	都市部	農村部	周辺部
高齢化率	24. 8%	18. 4%	14. 6%

* 平成21年3月末

モデル地区の取組①

介護事業者同士の情報交換会

地域の介護従事者や関係機関を対象にした情報交換会を開催し、地域における連携・協働の体制づくりを支援



通所系サービス事業所
を対象にした情報交換
会の様子

訪問系サービス事業所
を対象にした情報交換
会の様子



モデル地区の取組②

「本人の想い」を大切にした取組

「本人の想い」という見えにくいものをとらえるために、ビジュアル的なシートを作成

私の気持ちシート

私の気持ちシート

記入日： 年 月 日

私が住んでいる場所の思い出は

私がうれしいこと、楽しいこと、快と感じることは

私の不安や心配なことは

私の得意なことは

私の苦手なことは

私がやりたいことや夢は

私が受ける支援への願いは

私が介護が必要になったら

私の日ごろの暮らしぶりシート

私の日ごろの暮らしぶりシート

記入日： 年 月 日

日ごろから利用するお店や行く場所は（スーパー、郵便局、銀行、飲食店など）

日ごろから関わりのある友達や知人、近所の人

日ごろのわたし

日ごろから通している通所や活動は

日ごろから頼りにしている家族や親戚は

私の家族の日ごろの暮らしは

・「私の気持ちシート」と「私の日ごろの暮らしぶりシート」で構成

・「私の気持ちシート」は、今の自分と向き合うきっかけに。

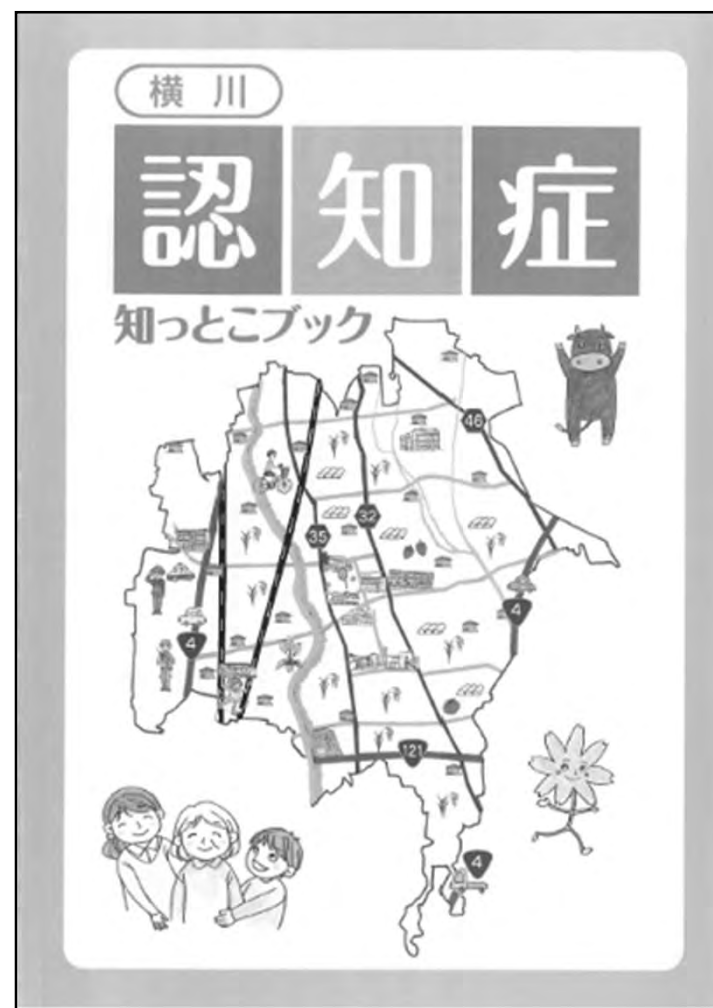
・「私の日ごろの暮らしぶりシート」は、本人の今の暮らしのあり方、支え方を振り返る機会に。

モデル地区の取組③

「地域会議」を活かした事業展開



地域資源マップの作成



誰のために，何のために

味方を増やす，仲間をつくる

点から面へ

認知症の人とその家族を支えるために

★目指せ！認知症ケアパス



**認知症地域支援・体制を築いていくために、市の担当者として
取り組んできたプロセス、役割とできることは何か**

岸和田市福祉政策課 庄司彰義

ポイント 継続は力！（まずは継続、そこから検討、見直しながら推進へ）

大阪府岸和田市

人口 203,146 人、65 歲以上 46,062 人（高齡化率 22.7%）

認知症日常生活自立度 a 以上 5,611 人（高齢者の 12.2%）

地域包括支援センター 3 箇所委託。福祉政策課は高齢福祉担当・地域福祉担当 計 6 人

平成 18 年度以前から、個別相談、高齢者虐待相談等で専門職（介護、医療関係者）と連携。

平成 20 年度、キャラバン・メイト養成とサポーター講座開始（専門職と協働）。

平成 21 年度、認知症地域資源連携モデル事業（各ワーキング部会で検討）

平成 22 年度、予算なしで継続

平成 23 年度、予算化（市町村認知症施策総合推進事業、市民後見推進事業、地域支えあい、地域支援事業）しながら 平成 25 年度

1. 認知症サポーター講座（行政、地域包括、社協、コミュニティソーシャルワーカー、介護事業所、病院、等と協働）

平成 20 年度 キャラバン・メイト養成、キャラバン・メイトを 11 の班体制。企画会議を毎月開催し、講座の企画、教材作成、小学生講座企画など

平成 21 年度 認知症サポーター講座、企画会議

平成 22 年度 認知症サポーターステップアップ研修（4 日間研修）× 1 回

平成 23 年度 // × 2 回

平成 24 年度 // × 1 回

- ・ステップアップ修了者が、傾聴ボランティア、家族会、市民後見人、若年性認知症の人と家族交流会へ参加
- ・地域づくり（例）南上町の手作りショップが、認知症連続講座をきっかけに、地域の居場所づくりへと発展。

サポーターステップアップ研修の講師や教材作成は、認知症施策総合推進事業で。

2. 出張研修(介護職対象の認知症講座) 行政と介護事業所、地域包括

登録ヘルパーなどなかなか研修機会が少ない方のために出前講座を開始

出張講師の養成、

岸和田認知症ケア報告会（認知症施策総合推進事業で講師謝礼のみ）

岸和田市の認知症ケアの報告や、地域での取り組み発表。

専門職が準備会をつくって開催。教材作成は認知症施策総合推進事業。

3. 介護予防(認知症予防)（行政、地域包括、コミュニティソーシャルワーカー、社協の協働）

平成 21 年度 病院との協働による脳トレ教室

平成 22 年度 ”

平成 23 年度 地域づくりと予防 予防できる地域づくりを目指そう。

DVD 作成（岸和田はつつ体操、地域でできる体操）・・地域支えあい

平成 24 年度 DVD を使った介護予防サポーター養成（年 2 回で 50 人） 地域での自主教室、現在 8 箇所。

平成 25 年度 介護予防サポーター養成（年 2 回） 地域での自主教室・・地域支援事業

行政として、介護予防が中心でなく地域づくりとミックスして推進。介護予防サポーターと認知症サポーターの協働

4. 医療と介護の連携(行政、医師会、地域包括、介護事業所の協働)

平成 21 年度 かかりつけ医対応力向上研修（医師会と協働で）

平成 22 年度 かかりつけ医対応力向上研修（第 2 回） 年 3 回程度の連携会議

平成 23 年度 年 4 回の連携会議（ものわすれ連絡票、ケアマネタイム、等）

長谷川和夫先生の講演

平成 24 年度 年 4 回の連携会議（在宅医療推進と認知症支援の検討）

長尾和宏先生講演（地域包括ケアから平穏死 10 の条件を考える）

平成 25 年度 在宅医療推進モデル事業（医療と介護の連携会議がリニューアル）

超高齢社会と多死社会

医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護、介護支援専門員、訪問リハ、訪問介護、地域包括支援センター、病院関係（16 病院）、民生委員、社協、市、保健所

多職種連携・・・全体研修（認知症支援、ターミナルケア）地域別研修

住民啓発・・・全体研修、地域別研修

資源マップ・・・在宅医療機関等

ポータルサイト

基礎データ・・・実態把握、目標数値（自宅の看取り、施設、等）

認知症の早期発見・相談・支援・ターミナル・看取りを一連で考える

↑

オレンジプラン

↑

在宅医療推進

5. 若年性認知症の本人と家族交流会（行政、地域包括、社協、介護事業所）

平成 23 年度 若年性認知症支援者養成研修（5 日間） 奇数月の第 3 土曜日交流会

ご本人と家族と一緒に参加。ご本人にはサポーターと一緒に交流。家族は家族だけで情報交換や交流。

平成 24 年度 奇数月の交流会、偶数月の山歩こう会（山歩きたいという方の声から）

平成 25 年度 奇数月の交流会、偶数月の山歩こう会、毎月の家族交流会（家族の声から）

予算なし。参加費で保険かける。サポーターはボランティアまたは土曜日仕事として。

6. 徘徊SOSネットワーク（FAX 代と夜間休日の情報発信委託は、認知症施策総合推進事業）

平成 21 年度 警察と協議

平成 22 年度 SOS ネットワーク開始（協力機関へ F A X 送信）夜間・休日は委託。

平成 23 年度 福祉センター敷地内で認知症の方への声かけ体験（行政、専門職、サポーター）

平成 24 年度 地域で、認知症の方への声かけ体験 1 箇所、情報発信 9 件

平成 25 年度 SOS ネットワーク（F A X 及びメール写真付で送信）

7. 介護者家族のつどい（行政、地域包括、社協、介護者家族の会と協働）

平成 21 年度、2 回開催（介護体験談、家族同士グループで話し合い）

平成 22 年度、2 回開催（ ” ）

平成 23 年度、2 回開催（ ” ）

平成 24 年度、2 回開催（ ” ）

平成 25 年度、地域ごと開催検討

介護体験談の報酬は、認知症施策総合推進事業。

8. 介護セミナー（行政、地域包括、コミュニティソーシャルワーカー、介護事業所、社協と協働）

市民対象に年 1 回毎年開催 市単独予算（講師謝礼のみ）

講演、寸劇

9. 孤立死防止（行政、地域包括、社協と協働）

平成 24 年度 ネットワーク情報交換会・・・電気、ガス、水道、府・市営住宅、日本郵便、

警察、消防、地域包括、社協、等 孤立死防止マニュアル（パンフレット）作成。

・・・地域支えあい事業。

平成 25 年度 孤立死防止マニュアルを住民等に説明して配布（地域包括、社協、等）、
ネットワーク情報交換会（行政）

10.市民後見(行政、社協と協働・・・弁護士会・司法書士会・社会福祉士会との協働)

平成 23 年度 市民後見人養成（18 人終了）
平成 24 年度 市民後見人養成（4 人終了） 市民後見人受任（現在 6 人）
平成 25 年度 市民後見人養成、市民後見人受任
市民後見推進事業

11.高齢者虐待防止(行政、地域包括、コミュニティソーシャルワーカー)・・・毎月定例

- ・ 毎月の定例会議（市と地域包括支援センター3 箇所）で全高齢者虐待ケースの管理、新規・継続・終結、研修企画（地域ごとに研修）。
 - ・ 施設に出向いての出前研修
 - ・ 地域ごとのケアマネ対象の研修（年 2 回）
- 居室確保（シェルター確保 3 箇所）のみ市単独事業（高齢者虐待防止事業）

12.権利擁護検討会議(行政、地域包括、社協)・・・毎月定例

成年後見制度の市長申立ての検討、後見人候補者、申立て者、役割分担の検討を実務者レベルで行う。申立て費用は、地域支援事業。
継続しながら推進、そして行政計画（地域福祉計画）への位置づけ

13.大阪府との連携

府内のネットワーク会議、ワーキング会議へ出席しながら、他市町村へ普及。
モデル事業の発表
市町村情報を大阪府へ提供 大阪府から府内の市町村へ情報提供

府主催の研修などに提案して一緒に考える。

市町村・・・市独自の研修、取組があれば府職員に提供

行政としての役割

行政が動き、きっかけを専門職（例えば地域包括や社協）の方と一緒に（1人ですべてやるわけではない）につくり、そこから専門職や住民が中心になって進んでいく。

行政はまた新しいきっかけをつくっていく。行政計画に位置づけ。予算確保して事業化。

最初から事業所などに押し付けると動かない。（予算化して事業にして委託するしかない）。最初から一緒に考えて、既にあるネットワーク会議など活用して、行政が積極的に動いていく。きっかけをつくれば、事業所などが住民等と連携して継続して動く。その後は、行政は裏方として。

事業や取組みがすべて連動しているイメージを持つ。認知症理解、介護予防、医療との連携、専門職のケア、虐待防止、孤立死防止、地域での取り組み、等

例えばその1) キャラバン・メイト養成、サポーター講座、企画会議（行政から、そして協働） 講座から地域での活動や居場所づくり（地域包括や社協、地域住民が中心）

例えばその2) 徘徊模擬訓練を認知症サポーターステップA修了者と一緒に福祉センター内で模擬の模擬（行政から、そして協働） 地域で実際に行った（社協、地域包括、住民が協働）

例えばその3) 介護予防DVD作成、介護予防サポーター養成（行政から、そして協働） 地域自主教室（介護）予防サポーター、住民が自主的に行う。専門職のフォロー（一部委託）

例えばその4) 出張研修、最初の会議や教材作成（行政から、そして協働） ワーキングを専門職だけで行い、出前講座を展開。認知症ケア報告会の企画も専門職で実施。市は場所の確保、講師依頼。

例えばその5) 孤立死防止、電気・ガス・水道、等事業者への依頼、会議の設定、マニュアル作成（行政から、そして協働） マニュアルを地域住民に説明して配布を地域包括や社協が中心に行って地域の見守り推進。

例えばその6) 医療と介護の連携、最初は医師会への働きかけ。かかりつけ研修、資源マップ、連携会議（行政、医師会から、そして協働）
継続
在宅医療推進へと展開（医師会中心）、行政は裏方で推進。

例えばその7) 若年性認知症の本人と家族交流会。研修（若年性認知症支援者養成研修）開催、交流会の日・場所の設定（行政から、そして協働）、内容は地域包括や社協のメンバーと一緒に検討 交流会（ご本人、家族の意見を聞きながら継続、一緒に）

部分的には委託（例えば介護予防サポーター養成教室、徘徊SOSの夜間時の情報発信、等）しているが、事業全体の委託はしていない。

全体の会議・・・認知症支援ネットワーク会議（2ヶ月ごと、事務局は行政）で全体報告や推進の検討。

参考資料）認知症支援ネットワーク会議次第

取り組んだことを、みんなで発表しよう！・・・認知症ケア報告会（年1回）

主催は岸和田市だが、準備委員会は専門職

参 考

平成 25 年度 第 1 回岸和田市認知症支援ネットワーク会議次第

日 時：平成 25 年 5 月 16 日（木）
10 時～12 時（予定）

場 所：市役所消防 4 階第 3 会議室

案 件

各報告及び検討について（各ワーキングより）

1. 認知症サポーター養成講座、スツップアツプ研修について
・圏域（6 圏域）ごとの企画会議（キヤラバシ・メイト連絡会）
モデル的に、「牛滝の谷」で開催（場所は、いなば荘）
圏域ごとにスツップアツプ研修の検討
2. 専門職研修（出張研修）
・基礎編の実績（24 年度 14 回 390 名受講）、応用編 2 回。
・25 年度について
出張研修講師対象の研修（3 日間シリーズ 日程調整）
3. 医療と介護の連携会議
・平成 25 年度在宅医療円滑化ネットワーク事業
在宅医療推進事業 各ワーキングで検討
① 多職種連携研修会（行政、地域包括、医師会、歯科医師会、薬剤師
会、訪問看護、事業者連絡会、他）
8 月 4 日（日）9 時半から 16 時半 産業会館 100 人以上予定
② 圏域ごとの多職種連携研修（行政、地域包括、医師会、歯科医師会、
薬剤師会、訪問看護、事業者連絡会、他）
③ 市民対象のセミナー
全体フォーラム（26 年 3 月 1 日、ワトカホール予定）

圏域ごとに市民と協働研修 ⇒ 地域ケア会議などと連携

- ④ 在宅医療資源マップや、住民向けパンフレット（適切な在宅医療について、等）
- ⑤ 在宅医療推進協議会（医師会、病院、行政、事業者連絡会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護など）
- ⑥ ポータルサイト ⑦ 実態把握

4. 認知症（介護）予防

介護予防サポーター養成講座（１期生、２期生終了）

（１期生）１０月１日～２９日の間の５日間 修了者 ２５人
介護予防サポーターがサポートし、自主教室を５地域で実施（神弥町、春木南浜町、春木泉町、田治米町、大道町）

（２期生）１月１７日～２月９日の５日間 終了者 ２５人
地域で介護予防自主教室実施（２５年度 野田町、上町、春木泉団地、春木旭、松風町）

（３期生）

平成 25 年度介護予防サポーター養成５日間（８月１日、８日、１７日、１９日、２６日）２回目は２月予定

- ・介護予防教室と認知症サポーター講座・ステツプアップ研修の連携について（コラボレーション） ⇒ 圏域ごとに企画検討

5. 介護者家族のつどい

- ・若年性認知症の人と家族交流会（岸和田まあるい会）の予定、報告
５月１７日（土） 岸和田まあるい会交流会 １３時～
６月 １日（土） 神於山歩こう会 ９時半集合
４月２２日（月） 午後 家族の集まり ⇒ 今後毎月開催予定

- ・第８回 認知症の人を介護する家族のつどいについて

3月28日(木) 18時～20時 参加者 70名

講 演：よねもと診療所 院長 米本重夫氏(精神科)

- ・第9回(検討)
- ・圏域ごと開催(検討)

6. 徘徊高齢者等見守りネットワーク

25年度より、FAXだけでなく、メール(写真添付)配信。
各協力機関へメール登録依頼
夜間、土日祝日のメール配信について

7. 介護セミナー 11月30日(土) ヲドカホール

第一部 寸劇(未定)

第二部 講演会 テーマ(調整中) 講師：和田行雄氏

8. その他

- ・高齢者虐待防止研修
6箇所でご2回実施 介護支援専門員対象他
(6月11日、6月20日、7月11日、7月18日、他は調整中)

- ・平成25年度市民後見人養成について
オリエンテーション 6月29日(土)午後 福祉総合センター
8月から基礎講習(4日間)、実務講習(9日間) 3月終了。

- ・孤立死防止マニュアル作成(完成版)と今後の連携会議
関西電力、大阪ガス、水道、郵便、府営住宅、市営住宅、警察、消防、
社協、地域包括、CSW、行政(福祉政策)、UR住宅、佐川急便、
等・・・地域の会議等でも配布

- ・第3次岸和田市地域福祉計画・地域福祉活動推進計画推進検討委員会
6月17日(月)午後2時～

- ・コミュニケーションカルテ完成 配布中

次回開催 平成25年 7月 日() 市役所にて

<本資料に関するお問い合わせ>

社会福祉法人 浴風会
認知症介護研究・研修東京センター
認知症地域資源連携検討事業担当

電話：03-3334-1150
Eメール：cmr@dcnet.gr.jp