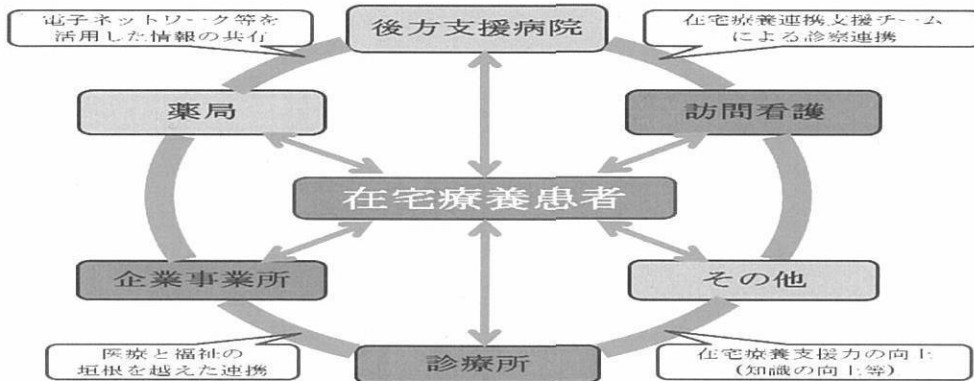


診療所、訪問看護・介護事業所などが連携し 在宅患者を支えます!!

横浜市では、超高齢社会の到来を目前に控え、医療・介護双方のニーズをもつ在宅患者の皆様が、住み慣れた自宅で安心して医療・看護・介護サービスを受けられるようネットワークづくりに取り組んでいます。
今回、医療・介護・看護それぞれの分野が中心となった事業者と委託契約を結び、様々な取り組みを進めていきます。

＜ネットワーク＞



＜事業の委託先と委託内容＞

在宅医ネットよこはま（医療）

- 在宅患者に往診している医師の集まりです。今回連携ツールづくりを受託することとなり、かかりつけ医が急用の時にも連携医が往診できるなどのネットワークづくりに取り組みます

戸塚区在宅療養連絡会実行委員会（介護）

- 戸塚区のケアマネジャーが中心となっている集まりです。今回、連携ノートの改良などを受託することとなり、介護と医療の壁を無くし、個々の在宅患者が関わる医療関係者が協力しながら統一した支援に結び付くための連携ツール作りに取り組みます

つるみ在宅ケアネットワーク（看護）

- 鶴見メディカルセンターが中心となり、医師、看護、ケアマネジャーが連携し、活動している集まりです。今回は、病診、病病連携などの連携強化の仕組みづくりを受託することとなり、病院から在宅へ、在宅から病院へ患者がスムーズに移行するためのネットワーク作りに取り組みます

図 1: 在宅療養ネットワーク強化に向けた提案型委託支援事業(横浜市資料より)

かかりつけ医が参画した早期からの認知症高齢者支援体制のイメージ

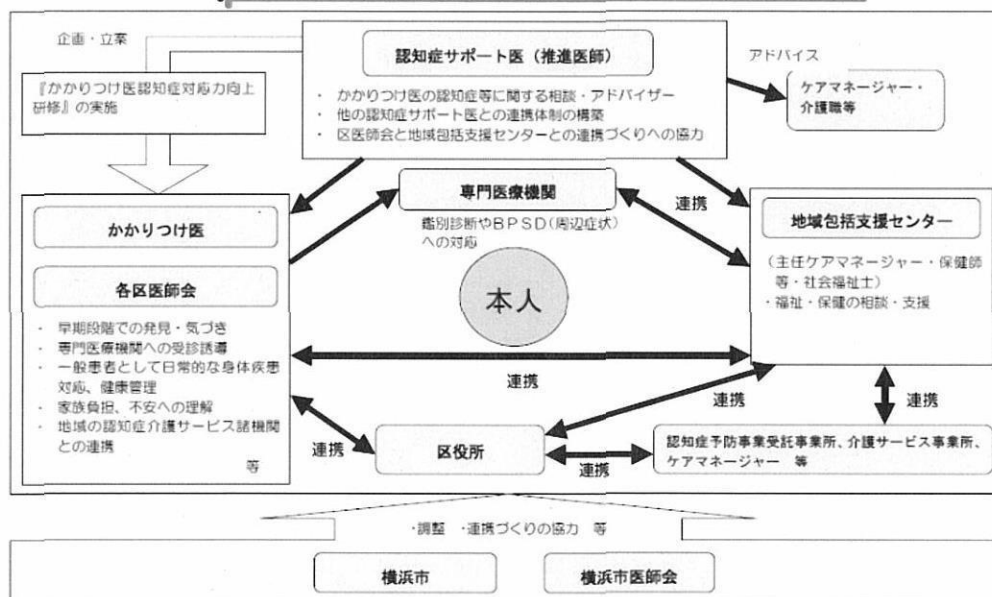


図 2: かかりつけ医が参画した早期認知症高齢者支援体制のイメージ(横浜市資料より)

「地域ケア会議を中心とした在宅療養支援の取り組み」(埼玉県和光市)

埼玉県南部に位置し、東京のベッドタウンとして発展を続けてきた和光市は、高齢化率が13.8%（平成21年9月現在）と、全国平均と比べれば10%程度低いレベルに留まっている。しかしながら、今後団塊世代の高齢化に伴って急激な高齢化が進むことが予想されており、将来を見据えた在宅療養の体制づくりが急務となっている。

ここでは、高齢者の包括的な情報を集めたデータベースの構築と、その情報に基づいて実施されている充実した地域ケア会議を中心に和光市の在宅療養支援の取り組みを紹介する。

1. データベースの構築と個別アセスメント

和光市における在宅療養支援の基礎となっているのが、高齢者の個人データベースとそれを元にした個別アセスメントである。和光市では郵送と戸別訪問により、3年間かけて高齢者の個人データベースを構築した。このデータベースには高齢者の既往歴や治療中の疾患、要介護度、家族構成や関係者の連絡先など様々な情報が蓄積されている。特にADL・IADL低下の原因に関する記載は重点的に行っており、高齢者にただ生活援助を行うのみでなく、常に改善可能性についての評価も行うようにしている。また、ケアプランやその実施状況に関する情報もデータベースに記載することが可能で、介入前後の状態変化などを随時把握し、更にその情報をフィードバックすることで、ケアプランの修正を行うことも可能にしている。

このデータベースには市内4カ所の地域包括支援センターの端末からアクセス可能であり、緊急時に利用されるとともに、地域ケア会議に基本情報として提供され、会議のメンバーが各ケースに対して共通の認識を持つことに役だっている。

2. 地域ケア会議

和光市の高齢者行政を特徴づけるものの一つが、その充実した地域ケア会議である。和光市では、地域ケア会議を、特に重度リスク高齢者が在宅療養を行うにあたって支援チーム編成を行う会議と位置づけている。会議に常に参加するのは市職員、地域包括支援センター職員、看護師、理学療法士、管理栄養士であるが、その他にも、それぞれのケースを検討するのに必要な専門職を集め、具体的な支援内容に関して話し合いと調整を行っている。

ケアプラン作成は本来的にはケアマネジャーの役目ではある。しかし、様々な専門家が関与する在宅ケアの全体に目を配り調整を行うことは、専門知識の面からも対人関係の面からも、一人のケアマネジャーに任せきってしまうことは現実的には難しく、地域包括支援センターを通じて行政が支援する必要性が高いと和光市では考えている。地域ケア会議では、基本的にはケアマネジャーが作成したケアプランをもとにして会議のメンバーが議

論を行い、必要があればケアプランの修正を行っている。

地域ケア会議で検討されるケースは、現段階では要介護1や要介護2の高齢者が多く、生活援助に偏った在宅ケアとすることなく、介護予防・リハビリの視点を取り入れていくことに力をいれている。

多様なバックグラウンドを持った専門家が参加する地域ケア会議を、うまく機能させるには、共通言語（例えばADLという言葉に対しても立場により想起する意味が異なる）を持ち、それぞれの役割を明確にし、検討するケースの目標点の共有を徹底的に行うことが重要であると和光市では考えている。

一方で、地域ケア会議を継続的に円滑に開催するための方策も和光市では続けている。会議を開催する際に、和光市では担当課である長寿あんしん課に他課の職員を招集できる権限を与え、会議をより円滑に運営できるようにしている。また、地域ケア会議への理解を深めてもらうべく、担当課の職員が市役所内各部署や地域の医師等に対して繰り返し説明を行ってきた。更に、会議の調整役を、属人的にではなく組織として継続していくために、人材育成も重要な課題であると考えた和光市では、新人職員や関係者を地域ケア会議に参加させることで、現場に触れる機会を増やすようにしている。

3. 高専賃(高齢者専門賃貸住宅)をベースとした在宅医療の提供

近い将来の在宅療養の姿として、診療所や調剤薬局、各種居宅サービスを併設し、24時間体制で看護・介護サービスが行われる、高専賃(図1)をベースにしたサービス提供を行うことを考えている。第5期介護保険事業計画では、3つの日常生活圏域それぞれに、常に医療サービスが提供可能な高専賃を設置して、圏域における在宅ケア提供の拠点にしたいと考えている。

4階	高齢者支援住宅(16戸)
3階	地域密着型特定施設入居者生活介護(14戸)
2階	地域密着型特定施設入居者生活介護(15戸)・自費ショートステイ(2室)
1階	通所介護・訪問介護・訪問看護・居宅介護支援・高齢者交流施設 在宅療養支援診療所・調剤薬局・配食サービス

図1:和光市における高専賃の例

4. 医師との連携

在宅医療を推進するにあたり、医師は中心的役割を果たすことが期待されているが、一方で、医療はあくまで在宅ケアの一側面であり、在宅医療の方針決定に当たっては、看護・

介護・福祉など様々なサービスとの情報交換と調整を十分に図ることが医師には期待されている。

和光市では、在宅ケアチーム全体で検討を行う予定のケースに対して、医師が独断で治療方針を立てて実施してしまうケースも見られた。そのような際には、市職員が医師と粘り強く話し合い、少しでも相互理解を深められるように努力を続けた。

在宅療養においては、ケアマネジャー個人の努力では医師や医師会との連携を十分に図ることが困難な場合も多く、行政が中立的に介入することが重要であると考えている。

現状では、必ずしも多くの医師が在宅医療に理解を示している訳ではないが、在宅医療に関心の強い医師と個別に協力関係を築き上げる努力を続けている。

5. 今後の課題

これまで様々な取り組みを実施してきた和光市であるが、今後高齢化が加速度的に進むことが予想されるなか、在宅療養を支える環境整備を一層進める必要がある。例えば、終末期を自宅で過ごしたいと希望する独居高齢者を支えるには、頻回な訪問体制が必要であり、民生委員、訪問介護、訪問看護などを含めた地域の見守り体制づくりなどを進めている。

VII 重点的に取り組むことが望ましい事項
第3節 認知症支援策の充実

第3節 認知症支援策の充実について

市町村介護保険事業計画においては、「認知症である被保険者の地域における自立した日常生活の支援に関する事項」について定めるよう努めるものとされたところである。

認知症の人は一般に環境の変化に弱いという特性があるため、住み慣れた地域で暮らし続けられるような配慮が必要である。このため、地域の実情に応じて認知症の人やその家族等に対する支援を効果的に行い、医療・介護・地域（生活支援）のサービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現を図っていくことが重要である。

地域における認知症支援の具体的な取組としては、

- ① 認知症の疑いのある者を早期に発見し専門医療機関への結びつけや認知症の進行予防の取組に結びつけること（認知症の早期発見と認知症の進行予防）
- ② 適切な診断に基づき、それに応じた生活支援サービスや介護保険サービスを提供すること（医療と介護の連携）
- ③ 認知症の人本人や家族に対する支援（権利擁護や若年性認知症患者への支援を含む）を充実させること（本人・家族支援）
- ④ 身近な地域において認知症者に対して声掛けや見守りが行われるよう地域の認知症理解の促進を図ること（認知症理解の促進）

などが重点項目と考えられる。

ここでは、上記重点項目の①から④の取組事例について紹介するので、各自治体においても重点項目の視点を踏まえた計画策定の検討にご活用いただきたい。なお、この他にも各自治体の実情によりさらに必要な取組もあると考えられるところであり、地域のニーズや実情を勘案のうえ、より地域の実態に適した計画策定に努めていただきたい。

目次

【全体的に取組を実施している事例の紹介】

- 【事例1】「認知症地域資源ネットワークの構築」（大阪府岸和田市）・・・・・・・・・・ 1
○ 認知症支援事業の企画調整を行う「認知症支援ネットワーク会議」設置し、多方面から認知症者の支援に向けての取組を実施
（資料） 図1：「岸和田市の認知症支援の取り組み」、
図2：「徘徊高齢者見守りネットワークの図」
- 【事例2】「認知症の見守りネットワーク」（静岡県富士宮市）・・・・・・・・・・ 4
○ 地域福祉ネットワークに認知症見守り機能を付加する取組みとして、ニーズの把握や地域資源のネットワークの構築を図りながら5つのステップで段階的に取組を実施
（資料） 図3：「富士宮市での認知症等に関する取り組み」、
図4：「富士宮市認知症見守りネットワーク（5つのステップ）」
- 【事例3】「認知症リスクの把握」（埼玉県和光市）・・・・・・・・・・ 7
○ 介護保険被保険者全員へのニーズ調査（健康寿命100）を実施し、的確な認知症リスク者を把握し、認知症の状態に応じた継続的な支援を実施
（資料） 図5：「認知症リスク等の状況」
図6：「和光市の認知症者等に対する取り組み」

【個別の取組事例の紹介】

- ① 認知症の早期発見と認知症の進行予防
【事例4】「認知症予防でまちづくり」（鳥取県琴浦町）・・・・・・・・・・ 10

【事例5】「なごや認知症安心安全プロジェクト」(愛知県名古屋市)	13
②医療と介護の連携	
【事例6】「認知症の医療と介護の切れ目のない連携」(大阪府大阪市)	16
③本人・家族支援	
(家族支援)	
【事例7】「ネットワーク形式(杉並方式)で「介護者の会」を運営する試み」(東京都杉並区)	21
(若年性認知症支援)	
【事例8】「堺市認知症連携担当者の若年性認知症支援の取り組み」(大阪府堺市)	32
(成年後見関係)	
「市民後見推進の取組」(東京都品川区)	} 第4節 生活支援サービスに別掲
「市民後見推進の取組」(東京都世田谷区)	
「市民後見推進の取組」(大阪府大阪市)	
④認知症の理解促進	
【事例9】「オレンジメイト(認知症サポーター)が認知症高齢者の見守り・支援」 (北海道室蘭市)	37
○ その他参考資料	
・平成23年度認知症対策等総合支援事業について	47
(老発0606第1号平成23年6月6日付け老健局長通知)	
・その他参考となる事業	51

【事例1】「認知症地域資源ネットワーク構築」(大阪府岸和田市)

岸和田市は、大阪府南部に位置し、人口約 20 万人、高齢化率 21.5%、要介護・要支援認定 8,804 人のうち認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上が 3,250 人(平成 23 年 1 月現在)となっている。市の将来人口推計では平成 26 年には高齢化率 23.8%(4.2 人に一人は高齢者)になると推計している。

こうしたなか、岸和田市では認知症支援事業の企画調整を行う「認知症支援ネットワーク会議」を実施するなど、多方面から認知症者の支援に向けての取り組みを行っている。

1. 岸和田市の取り組み

「認知症支援ネットワーク会議」では、認知症支援事業の企画調整(市・地域包括支援センター・保健所・社会福祉協議会・事業所等)の実施、企画を実行するワーキング部会を設置することで、「認知症予防(重点項目①)」、「医療と介護の連携(重点項目②)」、「本人・家族への支援(重点項目③)」、「認知症理解(重点項目④)」、「専門職の研修(重点項目④)」などの取り組みにおける連携を図っている(図1)。

2. 岸和田市の認知症支援にかかる取組について(重点項目別分類)

① 認知症の早期発見と認知症の進行予防

○かかりつけ医認知症対応力向上研修の実施(早期発見・受診)

→市、医師会、保健所との連携(平成 21、22 年度で 72 名の医師が受講)

○認知症予防(脳リフレッシュ)教室

○町会館等を使っての介護予防教室(運動を含む)の展開

→認知症予防に対して住民ニーズも高く、「自分たちで予防できる地域づくり」を目指している。

② 医療と介護の連携

○医療と介護の連携会議(年3~4回)

・ 医師会(認知症サポート医等)、市福祉政策課・介護保険課、地域包括支援センター等

○医療と介護の研修会の実施

→上記の取組により連携ツールの検討を行っている。

③ 本人・家族支援(権利擁護・若年性認知症者の支援なども含む)

○徘徊高齢者等見守りネットワーク(図2)

・ 平成 23 年4月開始

・ 協力機関(介護事業所、医療機関、薬局、タクシー、鉄道、ラヂオ岸和田等)

○家族のつどい開催

・ 平成 21 年度より年2回開催。介護者家族の会「みずの輪」との連携

○若年認知症の人と家族の交流会

・ 平成 23 年度より開催(毎月)

→各協力機関等と連携・支援を行っている。

④ 認知症の理解促進

●地域住民等への認知症理解の促進

○認知症サポーター養成講座

- ・ 認知症キャラバン・メイト(約 100 人)を 11 班に分けて講座の実施
- ・ 講座回数 141 回、認知症サポーター数 5,359 人(平成 23 年3月末)

○認知症サポーター・ステップアップ研修

- ・ 認知症サポーターとなった人へのさらなる理解の促進と地域への取り組み
- ・ 4回シリーズで医学的理解・グループワーク・現場体験・振り返りを行う

○地域資源マップ(「認知症かもしれない」と思ったら)の作成

- ・ 市内8カ所で住民と協働で作成。作成後に説明会の実施

○介護セミナー及び認知症フォーラム

- ・ 市民向け毎年実施

○高齢者虐待防止に関する市民向け出前講座

●専門職に対する認知症理解の促進

○認知症介護に関する出張研修

- ・ 出張研修を行う講師(民間介護事業所の専門職)の養成
- ・ 専門職対象の認知症サポーター講座(各事業者へ出前講座)

○全体(集合)研修

○高齢者虐待防止に関する出前講座(各施設へ)

→出前講座を行うことで研修会に参加できない専門職も参加できる仕組みを作っている。

図 1

岸和田市の認知症支援の取り組み

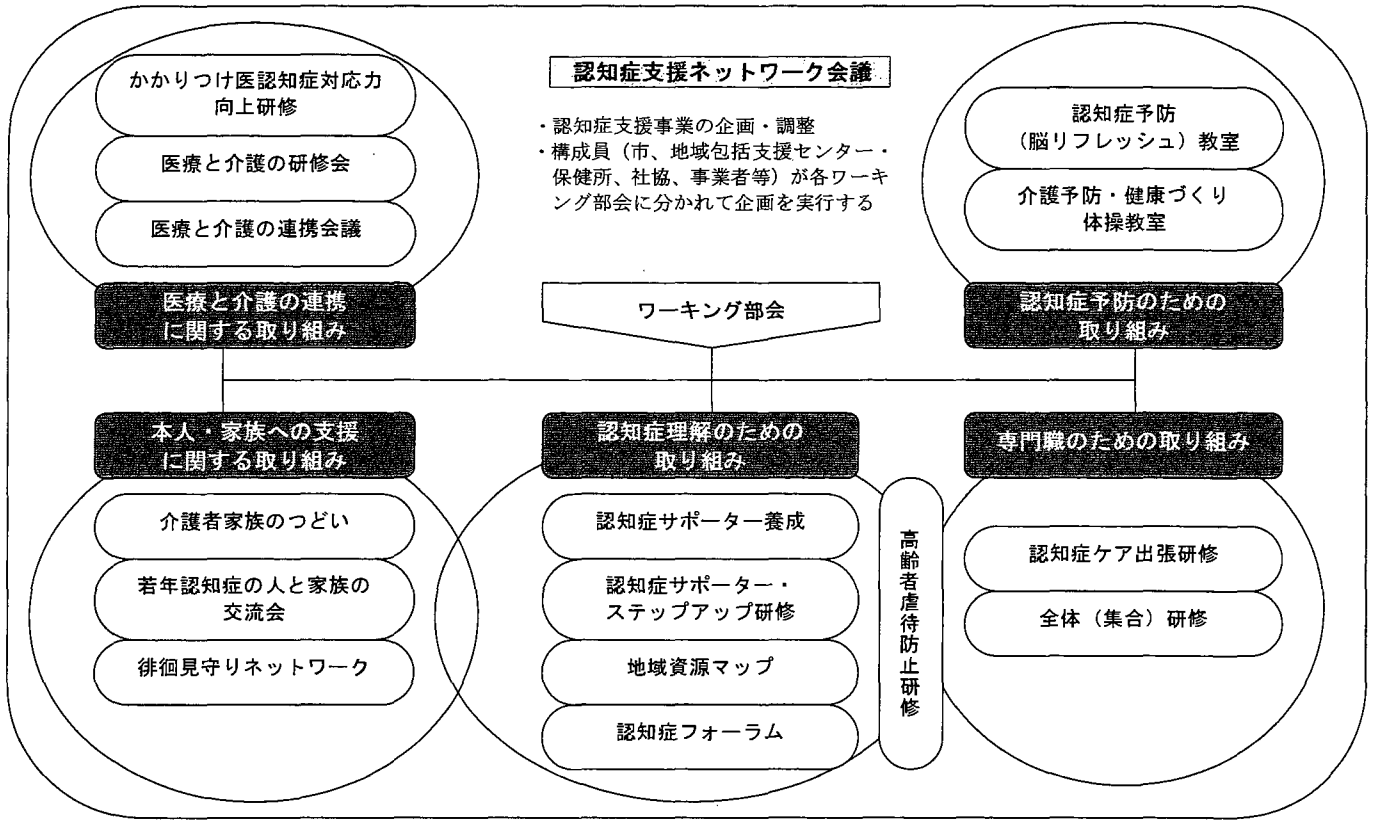
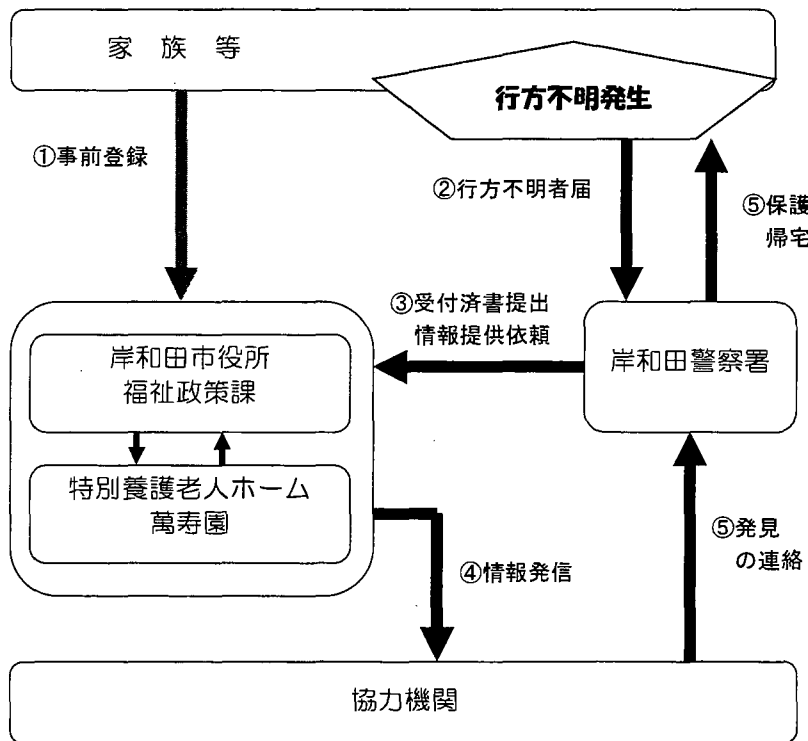


図 2

徘徊高齢者見守りネットワークの図



【事例2】「認知症の見守りネットワーク」(静岡県富士宮市)

富士宮市は富士山の西南麓に位置し、人口約13.5万人、高齢化率約21.97%、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の方が2,530人(平成22年10月現在)となっている。平成19年に厚生労働省の認知症地域支援体制構築等推進事業のモデル地区として指定された。その中で、独自の視点で必要な機能を洗い出し、「認知症の見守りネットワーク」を考え、「地域全体を把握できるのは行政でしかない」という責任を持って取り組んできた。

平成18年から富士宮市が取り組んできた地域福祉ネットワーク(福祉総合相談)をベースに、「認知症見守りネットワーク」を、地域包括ケアシステムの一部の機能として位置付けている(図3)。

1. 富士宮市の取り組み

「見守りネットワーク構築における計画づくり」では、以下の取組を実施している。

○地域の事例調査

普及啓発活動の重要性から、社会福祉協議会及び地区社協と共同で実施し、他市へ視察等を実施

○家族会とのワークショップ

家族介護の負担感などの聞き取り等を行い、家族介護者支援策を検討

○地域包括支援センターに寄せられた相談事例の分析

○地域資源調査研究

地域福祉ネットワークに認知症見守り機能を付加する取組みとして、5つのステップを実施(富士宮市認知症見守りネットワーク(5つのステップ))(図4)。

これらの取組みにより、ニーズ把握をするとともに、関係機関・協力機関・地域とのネットワーク構築を図っている。

「見守りネットワーク構築事業(見守りネットワーク構築への取組み)」では、下記の第1ステップから第5ステップの取組を実施することで、地域全体で取り組む形となっている。

○第1ステップ ① シンポジウム・セミナーの開催(セミナーでのリレー発表等)

② パンフレットの全戸配布(市の取組みや認知症のチェックリスト等)

③ 介護予防教室(地域型支援センター(在宅介護支援センター))

④ 高齢者学級(出前講座)

⑤ 寸劇による認知症予防教室(認知症についての学習等)

○第2ステップ ① キャラバン・メイト養成研修

② キャラバン・メイト活動支援(フォローアップ研修、キャラバン隊結成)

③ 認知症サポーター養成講座(学校、小売店、消防団等へ講座開催)

④ 介護保険事業者連絡協議会の活動(事業所ヒアリング、介護職スキルアップ事業等)

○第3ステップ ① 認知症者支援医療機関ネットワーク研究会(専門医・認知症かかりつけ医・かかりつけ医による研究会の開催)

- ② 地域型支援センター・民生委員・保健委員との連絡会議及び研修会の開催
- 第4ステップ
 - ① 認知症高齢者の外出支援(見守り支援のマニュアル等)
 - ② 警察との連携(警察と地域包括支援センターと連携)
 - ③ 高齢者虐待対応のシェルター機能
 - ④ 地域型支援センターとの連携強化
- 第5ステップ
 - ① 家族会とのワークショップ定例報告会の実施(家族介護者支援策について報告書を作成)
 - ② 家族会とケアマネジャーとの連携(家族会と同行訪問等)
 - ③ 家族介護教室(地域型支援センターにて開催)
 - ④ 若年性認知症の実態把握(DVD作成、講演等)

2. 富士宮市「見守りネットワーク構築事業」の重点項目別分類

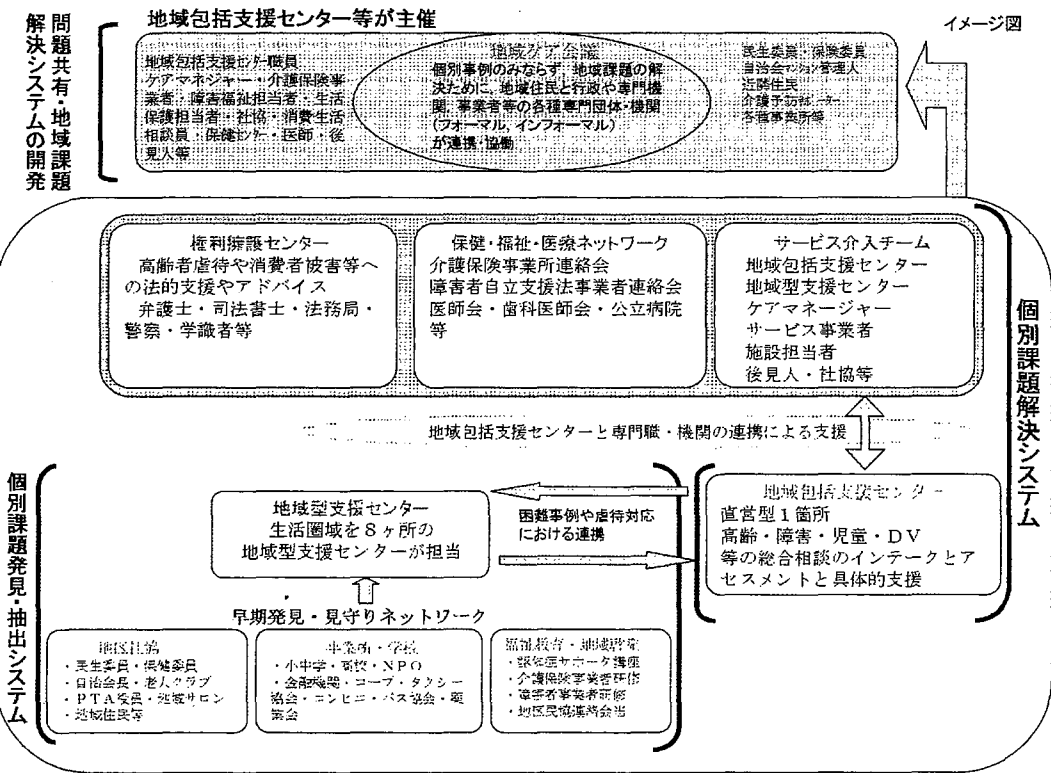
重点項目	ステップ	取組の内容
①認知症の認知症の早期発見と進行予防の取組	第1ステップ	② パンフレットの全戸配布(取組みや認知症のチェックリスト等)(※) ③ 介護予防教室(地域型支援センター)
	第3ステップ	① 認知症者支援医療機関ネットワーク研究会(専門医・認知症かかりつけ医・かかりつけ医による研究会の開催)(※)
②医療と介護の連携	第3ステップ	① 認知症者支援医療機関ネットワーク研究会(専門医・認知症かかりつけ医・かかりつけ医による研究会の開催) ② 地域型支援センター・民生委員・保健委員との連絡会議及び研修会の開催
③本人・家族支援(権利擁護・若年性認知症対策など)	第4ステップ	① 認知症高齢者の外出支援(見守り支援のマニュアル等) ② 警察との連携(警察と地域包括支援センターと連携) ③ 高齢者虐待対応のシェルター機能 ④ 地域型支援センターとの連携強化
	第5ステップ	① 家族会とのワークショップ定例報告会の実施(家族介護者支援策について報告書を作成) ② 家族会とケアマネジャーとの連携(家族会と同行訪問等) ③ 家族介護教室(地域型支援センターにて開催) ④ 若年性認知症の実態把握(DVD作成、講演等)
④認知症理解のための取組	第1ステップ	① シンポジウム・セミナーの開催(セミナーでのリレー発表等) ② パンフレットの全戸配布(取組みや認知症のチェックリスト等)(※) ④ 高齢者学級(出前講座) ⑤ 寸劇による認知症予防教室(認知症についての学習等)
	第2ステップ	① キャラバン・メイト養成研修 ② キャラバン・メイト活動支援(フォローアップ研修、キャラバン隊結成) ③ 認知症サポーター養成講座(学校、小売店、消防団等へ講座開催) ④ 介護保険事業者連絡協議会の活動(事業所ヒアリング、介護職スキルアップ事業等)

(※) 取組の内容について該当する重点項目に重複有り

富士宮市での認知症等に関する取り組み

◎認知症見守りネットワークを地域包括ケアシステムの一部の機能として位置付け

地域包括ケアシステムを支える課題の発見・解決機能(富士宮市)



富士宮市認知症見守りネットワーク(5つのステップ)

<h3>第1ステップ：自助力を高める</h3>	シンポジウムの開催 パンフレットの全戸配布 介護予防教室、高齢者学級 保健委員活動支援
<h3>第2ステップ：互助・共助力を高める</h3>	キャラバンメイト養成・活動支援 認知症サポーター養成講座 介護保険事業者のケアの向上支援
<h3>第3ステップ 本人・家族への相談窓口の紹介</h3> <p>本人・家族からの相談を受入れ、受容、治療へとつなげるためのネットワーク</p>	認知症者支援医療機関ネットワーク研究会 地域型支援センター・民生委員・保健委員との連絡会議及び研修会の開催
<h3>第4ステップ 相談窓口の紹介、相談体制の確保</h3> <p>リスクの高い(虐待・消費者被害・徘徊等)高齢者の発見から専門機関へつなぐネットワーク</p>	認知症高齢者の外出支援 警察との連携 高齢者虐待対応のシェルター機能 地域型支援センターとの連携強化
<h3>第5ステップ 介護者支援ネットワーク</h3>	家族会とのワークショップ及び定例報告会の実施 家族会とケアマネとの連携 家族介護教室 若年性認知症の実態把握

【事例3】「認知症リスクの把握」(埼玉県和光市)

和光市は、埼玉県の南端にあり、南側は東京都と隣接し、市域は都心から 15～20km 圏内におさまる。人口は約 7.4 万人、高齢化率 13.4%、要介護・要支援認定者 1,083 人(平成 22 年4月現在)になっている。平成 27 年までに高齢者になる団塊の世代が和光市ではかなり多く、高齢化は加速度的に進むことが想定されている。

和光市では、国に先駆けて平成 15 年以降介護予防事業を開始している。介護保険被保険者全員へのニーズ調査(健康寿命 100)を実施し、個人台帳を作成することでリスク度を把握している。

1. ニーズ調査

和光市では、ニーズ調査を郵送方式で実施し、未回答者には訪問調査を実施することで、被保険者全員の個人台帳を作成している。介護予防スクリーニングシート(国の基本チェックリストも包含)を活用し、的確な対象者の把握に努めている。

また、地域包括支援センターごとの日常生活圏域をグランドデザイン北エリア・中央エリア・南エリアと定め、各エリアでの認知症等リスクも把握している(図5)。

2. 和光市介護予防におけるマネジメントライン

- ① 対象者選定(スクリーニング等、要支援者・二次予防対象高齢者等)
- ② 基本審査(ADL、IADLの機能レベルを基本視点にした体力測定・疾病状態・要介護認定1次審査)
- ③ エントリー判定(除外条件・主治医意見書総合判定)
- ④ アセスメント(個別的)
- ⑤ 各介護予防プログラム振り分け(包括プランの検討)
- ⑥ 個別プラン作成(コミュニティケア会議運用)
※地域包括支援センターの支援計画書とサービス事業者の個別計画書の指導がポイント
- ⑦ プログラム実施
- ⑧ 効果測定(基本審査項目(ADL、IADLの状況)・体力測定・生活行為・自己効力感)
- ⑨ 評価(個人評価・総合評価・意欲向上・介護度改善)
- ⑩ 終了後の支援等(フォロープランの作成実施)
 - ◇ 事業所サービス担当者会議を月 2 回市庁舎で1日をかけて 30 分単位で個別開催する(介護予防部会)。
 - ◇ 地域支援事業も予防給付も同じスタンスで取り組みをする。
 - ◇ 6か月の認定有効期間の中で、前評価洞察期間・プログラム実施期間・後評価フォロープラン考察期間の考えを有効に使う。

3. 認知症リスクのある対象者への訪問

ハイリスク者には、「認知症に対する個別アセスメント」を行い、ローリスク者には、介護予防アク

ティビティ事業・閉じこもり予防事業・介護予防ヘルパーの導入などを地域包括支援センター職員によるマネジメントを行い、地域ケア会議による認知症の状態に応じた継続的な支援（「物忘れ外来通院支援」、「声かけ・見守り支援」等）を実施している（図6）。

4. 和光市の認知症者支援にかかる取組について（重点項目別分類）

① 認知症の早期発見と認知症の進行予防の取組

- 和光市日常生活圏域スクリーニング事業（「健康寿命100」による認知症リスクの把握）
- 介護予防アクティビティ事業
- 閉じこもり予防事業
- 介護予防ヘルプサービス事業
- 介護予防事業の継続支援

② 医療と介護の連携

- 認知症専門医受診勧奨への支援
- もの忘れ外来受診及び通院同行支援
- 主治医及び関係機関との連携調整

③ 本人・家族支援

- 声掛け・見守り支援
- 関係機関への連携支援（地域（自治会や民生委員等）への働き掛け）
- 権利擁護支援

④ 認知症理解のための取組

- 認知症サポーターの養成
- 出前講座の開催
- 自治会等への周知・啓蒙活動

図 5

認知症リスク等の状況

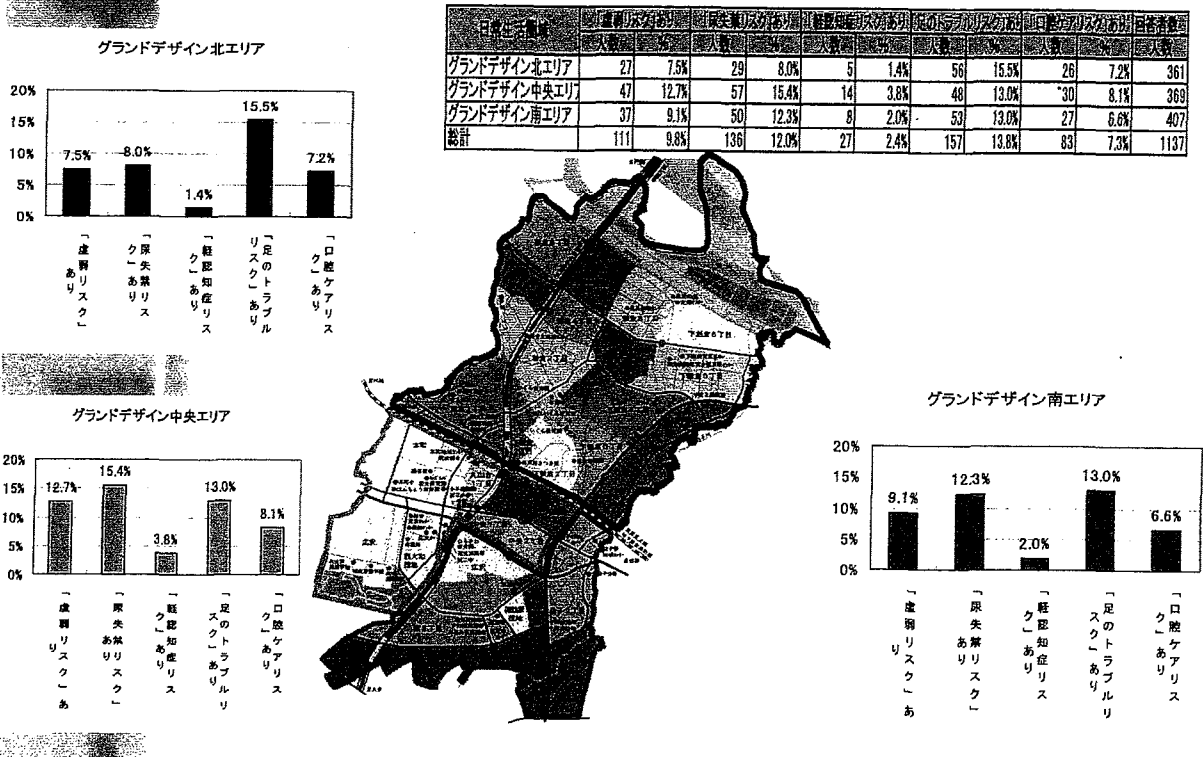


図 6

和光市の認知症患者等に対する取り組み

○ 和光市では、高齢者のニーズを的確に把握し、介護保険事業計画で地域密着型サービス基盤整備に関し認知症患者等に対する的確なサービス必要量に対する供給量の確保を念頭においていた取り組みとなっている。

◎ 一歩調査(健康寿命100)

◇ 被保険者全員

◇ 郵送方式⇒回収⇒未回収者訪問調査⇒回収⇒データ分析⇒個人台帳作成(リスク度把握)

認知症リスクのある対象者に訪問

ローリスク

ハイリスク

○ 地域包括支援センターの職員によるマネジメント

- ・介護予防アクティビティ事業
- ・閉じこもり予防事業
- ・介護予防ヘルパーの導入

○ 認知症に対する個別アセスメントの実施

- ◇ 家族等近親者がいるケース
- ◇ 専門医受診勧奨の支援
- ◇ 介護認定申請からケアマネジメントの導入

地域ケア会議による認知症の状態に応じた継続的な支援を実施

物忘れ
外来通院
支援

介護予防事業
継続
老人福祉
センター利用
支援

声かけ・見守り
支援
権利擁護
支援

介護保険サー
ビス担当者
会議支援

地域密着型サービス基盤へ
認知症対応施策の構築

【事例4】「認知症予防でまちづくり」(鳥取県琴浦町)

※平成22年度の活動状況(自治体作成資料より抜粋)

認知症予防でまちづくり —鳥取県琴浦町の取り組み—



琴浦町役場健康福祉課
地域包括支援センター

認知症予防対策事業

目的

地域住民の認知症に対する偏見を取り除き、正しい理解を促すための普及・啓発を行い、認知症高齢者とその家族が、住み慣れた地域で安心して暮らしていけるよう支援する。



認知症対策委員会

認知症対策を町最重要課題と考え、その方向性を決定する会です

平成15年度から年2回開催

メンバーは

認知症専門医師	町内医師会
鳥取県認知症の人と家族の会	
県長寿社会課	中部福祉保健局福祉保健課
公民館長	社会福祉協議会局長
民生児童委員	老人クラブ
商工会	女性団体連絡協議会
介護予防委託事業所	生活安全刑事課
教育委員会	副町長

琴浦町の認知症の取り組み

- その1 認知症の普及啓発と早期発見
(ひらめきはつらつ教室)
- その2 介護予防教室
(はればれ)
- その3 もの忘れ相談
- その4 普及啓発
(認知症をささえるまちづくりフォーラム)
(ことうら家族の集い)
(小・中学生との交流)



ひらめきはつらつ教室

目的は認知症の理解と早期発見

対象 65歳以上で介護保険の認定をうけていない方

内容 講演とタッチパネルを使った頭の健康チェック

2年間かけて町を一巡 22年度は4巡目に入ります

東伯地区—平成16、18、20、22年度

赤碕地区—平成17、19、21年度

平成16年度から延べ2,777人が参加

22年度は東伯地区36会場で実施予定

ひらめきはつらつ教室のご案内

—いつまでもいきいき暮らすために参加されませんか—

最近、もの忘れがふえたと感じられたことはありませんか、いまや「認知症」は誰にも起こっても不思議でない状態にあり、地味なことで考えつかないかもしれない問題となっています。自分の健康状態を知り、認知症予防の対応を早めることでいきいきとした生活を送ることができます。今回鳥取大学医学部のご支援をいただき、以下のような会を開催します。二度とないこの会ぜひご参加してください。

日時 2006年 月 日(火曜日)

場所 道行環境教育センター

日程 午後1時15分～3時30分

①講演 「認知症予防とお話」

講師 鳥取大学医学部保健学科 教授 浦上克哉 氏
浦上先生は、認知症に関して世界的に著名な先生です。

②頭の健康チェック

コンピューターを使った、1人5分程度の簡単な頭の健康チェックです

③頭の体操ゲーム

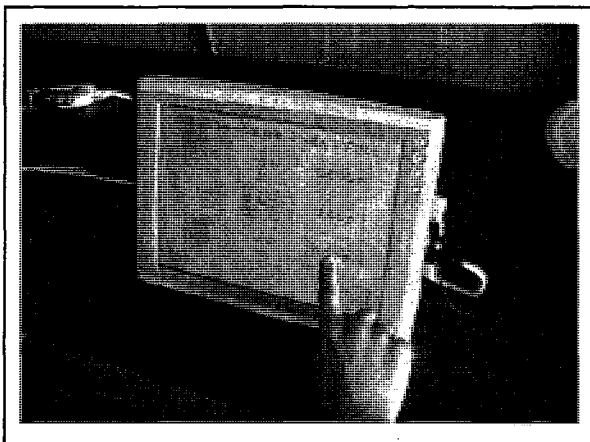
ビデオをみたり、簡単なゲームをします

問い合わせ先
琴浦町 地域包括支援センター
(保健センター内)
担当 柳原 52-1525

当日は、このチラシを持ってきてください

来られた日

(月 日 番)



これから3つの言葉を言います。

ひとつずつ、後に続いて、声に出して、
言ってみてください。

後でまたたずねますので、覚えていて下さい。

今日は、何月でしょうか？

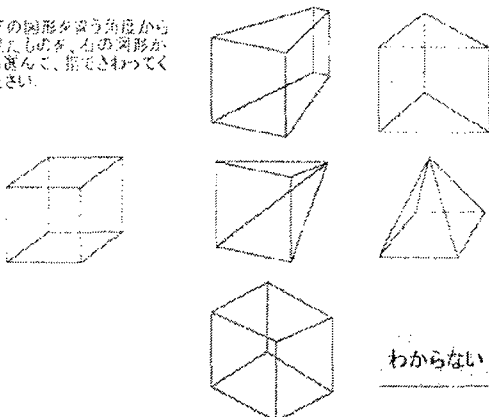
1月	2月	3月
4月	5月	6月
7月	8月	9月
10月	11月	12月

わからない

今日は、何曜日でしょうか？

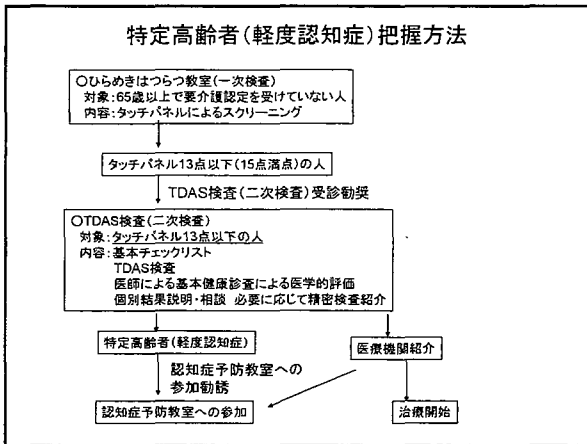
日曜日	月曜日	火曜日
水曜日	木曜日	金曜日
土曜日	わからない	

下の図形を違う角度から見たものを、右の図形から選んで、指でさわってください。



先ほど覚えてもらった、言葉を3つ選んで下さい

うめ	ねこ	でんしゃ
きく	うし	ひこうき
さくら	いぬ	じどうしゃ
	わからない	



二次検査 TDAS検査

- ・ 一次検査で15点満点中13点以下をハイリスク者として二次検査に案内。
- ・ タッチパネルと同様、コンピューターが掲示する質問に対して回答し、不正解の場合点数が加算される。
- ・ タッチパネル式評価検査終了後、専門医による診察を受け、認知症予防教室(ほほえみの会)の勧奨とハイリスク者に対し専門医療機関への紹介状を交付した。


認知症予防教室の変遷

○平成16、17年度は週1回、3ヶ月コースで評価
在宅介護支援センター職員が実施

○平成18～21年度は月2回、6ヶ月コースで評価
介護予防事業所に委託

そして、22年度教室をリニューアルしました
教室の名前は、はればれ(介護予防教室)

合体 ほほえみの会(認知症予防教室)
町単独ミニデイサービス
ほほえみの会卒業生(悠遊クラブ)
週1回参加、4ヵ月毎にTDAS検査を実施




はればれ(介護予防教室)

○対象: 認知症の予防や筋力低下、閉じこもり予防の必要な方

○内容: 毎週1回実施
血圧測定、健康チェック
体の体操
レクリエーション
頭の体操など

○登録者193人、17会場で実施中

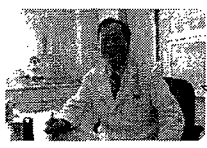
○4ヶ月ごとにTDAS検査、7点以上の方は専門医の診察




もの忘れ相談

○対象: 物忘れの気になる方とその家族

○内容: 認知症専門医による診察と相談を行っています。




認知症の専門医師鳥大
医学部教授浦上医師に
診察していただけます。



普及啓発について

- ・ ことろら家族の集い 毎月
- ・ 民生児童委員研修・老人クラブ等
- ・ 小・中学生の学習と交流
(いのちの教育参観日や予防教室との交流)
- ・ 認知症をささえるまちづくりフォーラム 平成16年～
体験発表 ほほえみの会参加者、介護家族
ミニ講演 予防検診からみえてきたもの
トークと癒しコンサート 職員の寸劇



【事例5】「なごや認知症安心安全プロジェクト」(愛知県名古屋市)
出典: 認知症サポート医養成研修テキストより抜粋

名古屋市医師会では年々増加する認知症患者さんに対応するため、数少ない専門医だけではなく実際に相談を受けることの多いかかりつけ医において認知症患者さんを治療管理する認知症ケアシステムを構築しました。これは「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を受講した中から協力していただける医師を物忘れ相談医(登録かかりつけ医)とし、そのリストを行政・保健所・地域包括支援センター・介護保険事業者・一般市民に公開するとともに認知症チェックリスト(20項目)を配布しました。チェックリストで3項目以上あてはまる人に物忘れ相談医への受診を促すことをねらったものであります。物忘れ相談医は、受診した患者さんにMMSEの検査を行い、その結果により認知症予防のため地域包括支援センターへ紹介するか、認知症として治療するかを選択します。認知症として治療する場合は確定診断のため認知症診断専門医療機関(MRIとSPECT検査が可能であることを登録条件とするリストを物忘れ相談医へ配布してある)へ紹介し、確定診断の後、自院で治療を開始します。認知症の経過中には精神症状が増悪し自宅療養ができなくなることもあるため、認知症専用病棟を持つ入院協力病院リストを、骨折・肺炎等の身体疾患にて入院治療が必要な時のために一般入院協力病院リストを用意し、登録医に配布することによりかかりつけ医をバックアップしています。(システム保全のため、各リストは登録かかりつけ医のみに配布)

また認知症の経過中には介護保険・福祉制度等の利用が必要となるため、地区医師会が主体となり地域での資源や情報を共有し有効利用する(医療機関をはじめ家族会・行政・保健所・地域包括支援センター・介護保険事業者・地域住民等が参加する)認知症地域連携を構築し、認知症患者さんの地元での生活を援助しています。(千種区ではすでに認知症地域連携が稼働しており、啓発活動としての認知症市民講座、専門職講演会、市民シンポジウムや認知症相談会などを行っています)これにより早期発見、早期治療から終末期の看取りまでを切れ目なく行うことが可能になると考えられます。