

4.認知症対策について



加賀市健康福祉部長寿課

平成 31 年 2 月 21 日

1. 認知症の人の早期発見の仕組みの構築

(1) 認知症の予防と備え

認知症の人の増加を踏まえ、本人の意思決定の支援及び認知症ケアパスの推進が大事である。

- ・介護予防講座(かがやき予防塾)
- ・**認知症ケアパス(わたしの暮らし手帳)の作成と啓発**
- ・**地域おたっしやサークル**
- ・地域型元気はつらつ塾

(2) 早期発見・対応

相談のタイミングが遅く、手遅れ型の対応になっている。認知症の疑いのある人に早期に出会い、適切な支援が必要。

- ・もの忘れ健診
- ・ランチ・地域福祉コーディネート業務
- ・**認知症初期集中支援チームの設置**
- ・介護なんでも110番窓口
- ・認知症地域支援推進員の配置

(3) 他職種連携

本人、家族の支援のために、医療関係者に病気だけでなく、生活に視点をあてた、認知症の人の暮らしの理解が必要。

- ・かかりつけ医等認知症対応力向上研修会

2. 認知症ケアの推進

(1) 本人本位の支援

認知症の人は地域で、いろいろな関係の中で暮らしている。場や人などのつながりや関係を含めた支援が必要である。

- ・中堅職員研修
- ・個別地域ケア会議及び地区地域ケア会議
- ・認知症ケアパスを活かしたケアマネジメントの推進
- ・本人ミーティングの開催 [\(第7期の新規取り組み\)](#)
- ・認知症カフェやボランティア(認とも)の育成 [\(第7期の新規取り組み\)⇒平成31年度取り組みへ](#)

3. 認知症の人が安心して暮らせるまちづくりの推進

(1) 普及・啓発

認知症の病気について、まだまだ偏見や誤解があり、正しく認知症を理解する必要がある。

- ・認知症サポーター養成講座及び認知症サポーターステップアップ講座
- ・家族介護支援事業
- ・キャラバンメイト活動(市民メイト、医療職メイトと共に)

(2) 行方不明者の見守り体制

行方不明になっている認知症の人の早期発見が必要である

- ・SOS見守りネットワークの構築(安心メール事業)



加賀市版認知症ケアパス
(わたしの暮らし手帳)

○認知症ケアパスとは、発症予防から人生の最終段階まで、生活機能障害の進行状況に合わせ、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのか、これらの流れをあらかじめ標準的に示した物です。

○加賀市では、認知症ケアパスの要素に医療や介護サービスの希望等エンディングの内容や自分の「これまで・今・これから」の暮らし方を記載できるように内容を追加し作成した。

⇒『どんなふうに暮らしていきたいか』を今の段階から考えるきっかけとして、作成した。

【課題】

- わたしの暮らし手帳(加賀市版認知症ケアパス)を作成したが、周知啓発が不足している。
- 認知症の人が介護や医療に関して、どのようなことを望んでいるのか分からない。
- (急変時や認知症が進行した時にどのようなことを望んでいたか分からないため、家族等が悩む)
- 本人が自分の暮らし方について考える機会が少ない。



◆検討会を実施し、行政だけが決めず、住民も参加し一緒に進めていくこととした。

検討会の実施状況	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
検討会実施回数	4回	4回	2回	5回予定
活動内容	・ケアパスとは何か ・ケアパスの内容検討	・周知啓発方法の検討 ・地域おたっしやサークルでの試行実施 ・こころまちフォーラムでの啓発普及	・啓発普及方法の検討(かもまる講座での啓発普及へ) ・加賀市医療センターでの取り組み検討及び試行実施	・加賀市医療センター病棟での啓発普及の取り組み実施 ・かもまる講座での啓発普及の継続 ・勉強会の実施 ・第2版の内容検討
実績		・わたしの暮らし手帳(加賀市版認知症ケアパス)の完成	・かもまる講座等21回 ・勉強会2回:①個人情報について②面接時の心構え	・勉強会1回:在宅医療、終末期医療について

検討会参加者:かがやき予防塾修了生、ランチ職員、社会福祉協議会職員、介護保険サービス事業者協議会代表者

【今年度の取り組み状況】

1. 地域での活動団体(地域おたっしやサークルや老人会など)へ劇を通して啓発普及の継続実施。
2. 加賀市医療センター入院患者への啓発普及の施行実施。
⇒入院患者への取り組みをすることは、本人がこれからのことを考えるきっかけになったり、医療職が本人の楽しみ、生きがいを知り、支援に生かすことができる。本人のための介護と医療の連携を目指す。
3. 意思決定支援において、本人が介護や医療においてどのような支援や治療を望むのかを記載できるよう、平成30年度第2版の内容検討を行った。
4. 加賀市医療センター1階での啓発普及コーナーの設置検討。
5. わたしの暮らし手帳の必要性など分かりやすく伝えるためのチラシ作成。

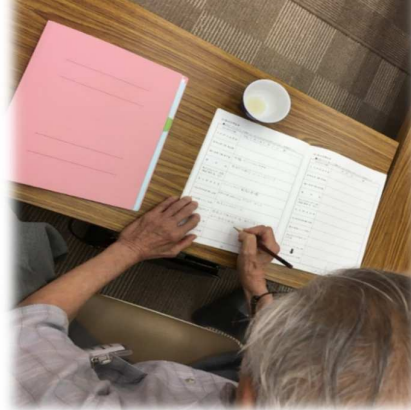
【平成31年度の取り組みの方向性】

1. 地域での活動団体(地域おたっしやサークルや老人会など)へ劇を通して啓発普及の継続実施。
2. 加賀市医療センター入院患者への啓発普及の実施。
3. 医療と介護の共通ツールとしての活用を目指すため、介護保険サービス事業所職員への周知、医師会への周知。
4. 加賀市医療センター1階での啓発普及コーナーの設置。⇒市内医療機関への展開へ。

検討会の様子



ケアパスを書いている様子



啓発普及の様子
H31. 1現在590名
に実施。



【課題】

- 高齢化率が高くなることから、認知症を患う人も増えていく。
- もの忘れ健診を受け、認知機能低下の症状がみられなくても、認知症の発症リスクを軽減する取り組みは大切であるが、その後のフォロー体制がない。
- 地域社会との交流少ない方は、交流がある方と比べて、認知症になりやすいというデータがある。



- 認知症という病気になったら教室に参加できなくなるため、認知症予防に特化した教室は実施しない。
- 地域おたっしやサークルをもの忘れ健診後のフォロー教室として位置づける。
- そのためには、いつ参加しても、認知症予防（進行防止）のプログラムがあることが必要。
- コグニサイズはしているものの、道具が必要。足腰の痛い人が座ってでも、できるプログラムがあるといい。（初級編・中級編・上級編など）
- ⇒加賀市版脳活性化プログラムの施行実施。
- ◆平成31年度は、手引きを作成し、地域おたっしやサークルリーダーへ研修会を実施。サークル活動での普及・定着を目指す。

- 認知症の進行防止をし、健康寿命を延ばすことで、少しでも自分らしく暮らせる地域が大切になる。

早期発見・早期対応 認知症初期集中支援チームの設置

【目的】

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られるために、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的とする。

【認知症初期集中支援チームとは】

複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的（おおむね6ヶ月）に行い、自立生活のサポートを行うチームをいう。

配置場所

地域包括支援センター等
診療所、病院
認知症疾患医療センター
市町村の庁舎

認知症初期集中支援チームのメンバー



【対象者】

40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で以下のいずれかの基準に該当する人とする。

◆医療サービス、介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれかに該当する人

- (ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人
- (イ) 継続的な医療サービスを受けていない人
- (ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人（エ） 診断されたが介護サービスが中断している人

◆医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している

◆地域包括支援センターに平成29年3月設置。月1回、チーム員会議を開催し、専門医のアドバイスをもらいながら支援方針を決めていく。また、その結果については、主治医へ報告し、医療と介護が連携して認知症の人とその家族の生活を支えていく。

◆加賀市では、専門職は、地域包括サブセンターに1名地域包括支援センターに2名配置。専門医（白崎医師、長谷川医師、喜多医師）は3名。

早期発見・早期対応 認知症初期集中支援チームの設置

●チーム員会議実績

	平成29年度	平成30年度
ケース会議実施回数	8回(モニタリング含む)	6回(モニタリング含む)
チーム員会議参加者	・チーム員(専門医1名・包括支援センター職員3名) ・精神保健福祉士(認知症疾患医療センター) ・相談されたケアマネジャー介護保険サービス事業所スタッフ等	
事例数	11事例	4事例
相談ルート	・ケアマネジャー ・小規模多機能型居宅介護 ・地域包括支援センター	
事例の特徴	①もともとADHD(発達障害)や知的障害の疾患がある可能性が高く、高齢になり認知機能の低下が見られ、認知症として関わっている事例が多い。 ②本人は軽度認知症だが、家族がADHDや知的障害の可能性の方がみられる。 ③妄想がみられ、家族関係や近所間トラブルがみられる。	①前頭側頭葉認知症の方のかかわり方や家族への支援。 ②日常生活は支障がないが、被害妄想があり、認知機能低下がみられるようだが、本人は困っていない。警察へも本人が何度も通報し、チーム連携が必要な事例。

早期発見・早期対応 認知症初期集中支援チームの設置

【今後認知症の人やその家族を支援していくために考えること】

- ①本人支援を考えていくために、家族も視野に入れ、家族の疾患も含めて支援する視点が重要。
- ②認知症だけではなく、精神疾患も患っている方が多いので、うつ病、ADHDや知的障害などの知識がかかわる側に必要。⇒ **認知症ときめつけない**。かかわり方が違ってくる。
- ③かかりつけ医との連携



【平成31年度の取り組みの方向性】

- ①ケアマネジャー連絡会、主任ケアマネ勉強会で、事例検討の継続実施。
- ②精神疾患(うつ病、ADHDや知的障害など)の勉強会の実施。
- ③かかりつけ医等認知症対応力向上研修会でテーマを取り上げ、継続実施。
- ④医療と介護の勉強会でテーマを取り上げ、継続実施。
- ⑤相談支援専門員との連携強化。

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。



参考：平成26年度「認知症地域支援体制推進全国合同セミナー」資料