

## 平成30年度第3回安城市地域ケア推進会議

日時 平成30年6月21日(木)  
午後1時30分～午後2時30分  
場所 社会福祉会館 3階 会議室

### 1 会長あいさつ

### 2 議題

- (1) 平成29年度地域ケア個別会議の集計報告(保健福祉部会) (資料1)
- (2) 平成30年度地域ケア地区会議について(保健福祉部会) (資料2)
- (3) 在宅医療・介護連携推進のための研修会実施報告(資料3)  
・訪問看護ネットワーク部会、ケアマネット部会
- (4) あいちオレンジタウン構想「認知症に理解の深いまちづくりモデル事業」について  
(資料4-1、4-2)

### 連絡事項

- ・地域支援部会からの提案(見つかるつながるネットワークの運用について) (資料5)
- ・在宅医療ガイドブックについて(資料6)
- ・地域包括ケア市民フォーラム開催時の多目的室の利用について
- ・在宅医療・介護連携推進のための研修会
  - ① テーマ:自立支援を目的としたリハビリテーションの視点を学ぶ～地域ケア会議に呼ばれたとき、お役に立てる療法士を目指して～(訪問リハビリネット部会)  
日時:平成30年6月22日(金)午後7時から午後8時30分まで  
場所:八千代病院 大会議室 講師:都築 晃 氏
  - ② テーマ:エンドオブライフ・ケア研修会(医師会部会)  
日時:平成30年7月7日(土)午後1時30分から午後6時まで  
場所:医師会館 2階 大会議室 講師:杉浦 真氏
  - ③ テーマ:地域と事業所と他事業所との連携づくり(でいねっと部会)  
日時:平成30年7月13日(金)午後1時30分から  
場所:市民会館視聴覚室



次回 平成30年7月19日(木) 午後1時30分～3時 社会福祉会館 会議室

# 平成29年度 地域ケア個別会議実施状況報告

資料1

## 1 地区別件数及び関係者別参加人数

	開催回数	参加合計人数	本人	家族	町内会	民生委員	近隣住民	包括	地区社協	社協
東山	13	115	5	15	2	7	2	18	13	3
北	20	124	5	13	5	17	13	20	10	0
篠目	33	215	4	8	2	16	1	61	24	9
南	5	46	2	0	2	3	1	9	3	1
安祥	19	127	10	10	9	18	7	24	9	1
西	10	49	7	8	0	2	0	13	2	0
桜井	31	289	12	19	6	9	2	40	31	8
明祥	3	24	1	7	1	1	0	5	1	0
市全体	134	989	46	80	27	73	26	190	93	22

- ・個別会議の件数は、昨年度とほぼ横ばい。
- ・地区社協・社協・民生委員の参加が増加している。
- ・行政関係の参加が増加している。
- ・医療関係者の参加が増加している。
- ・訪問看護の参加が増加している。

	医療関係							行政関係			
	医師	歯科医師	薬剤師	MSW	保健師 看護師	その他	職種	高齢福祉	障害福祉	社会福祉	その他
東山	2	0	1	6	4	4		2	0	1	2
北	3	0	0	1	3	2	・理学療法士 ・作業療法士	0	2	0	0
篠目	1	0	0	4	6	7	・栄養士 ・認知症初期集中チーム ・認知症疾患センター	7	4	1	0
南	2	0	0	1	1	0		3	3	0	1
安祥	2	0	0	1	2	0		4	0	5	2
西	0	0	0	1	0	0		1	2	1	1
桜井	6	1	0	12	5	0		5	6	13	17
明祥	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0
市全体	16	1	1	26	21	13		22	17	21	23

	介護事業所関係															その他	その他の職種
	ケアマネ	訪問介護	訪問入浴	訪問看護	訪問リハ	通所介護	通所リハ	福祉用具	ショート	GH	特別養護	老健	療養型	その他	その他の職種		
東山	9	3	2	3	0	2	0	1	2	2	0	0	0	0	0	3	
北	11	5	0	3	0	3	0	1	1	0	1	0	0	2	1	・身元保証 ・配食業者 ・障害相談 支援事業所	
篠目	18	8	0	10	0	6	0	2	0	0	1	0	0	3	15	・生活支援ハウス ・公園管理者 ・サ高住	
南	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	6	・就労B事業所 ・NPO法人 ・司法書士 ・弁護士(後見人) ・警察	
安祥	11	1	0	0	2	2	0	2	0	0	0	1	0	0	3		
西	5	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3		
桜井	28	9	0	18	2	3	1	4	1	0	0	0	0	7	10		
明祥	4	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
市全体	89	33	2	36	4	16	1	10	4	2	2	1	0	15	41		

## 2 内容別件数 (重複あり)

	連携			
	医療	介護	福祉	地域
東山	7	8	8	5
北	2	4	14	5
篠目	12	14	6	13
南	2	4	3	4
安祥	3	10	10	4
西	0	2	6	2
桜井	9	15	16	11
明祥	0	3	1	0
市全体	35	60	64	44

## 3 主なケースと内容(抜粋)

独居	認知症	<p>認知症で受診を拒否する独居高齢者の見守り体制について 管理能力が低下し、地域トラブル、家族問題を抱えているケース 複数人から金銭搾取されている可能性あり。 ゴミ屋敷状態。洗濯、ゴミ捨て、掃除等に支障があるが支援を受け入れないケース 友人とのお金の貸し借りのトラブルについて 高齢者に関する情報共有と本人の飲酒時の対応について 認知の独居高齢者への支援について、ゴミの処理と継続した見守りについて、医療・介護サービスの導入について 困ることがあると隣家に行くが助言には耳を貸さない。買い物頼まれるがトラブルになることを心配している。</p>
	認知症以外	<p>飲酒問題を抱える独居高齢者の見守り・支援体制について 精神疾患が疑われる独居高齢者への支援について 高次脳機能障害で判断能力低下、金銭管理、住居問題を抱える2号保険者の支援について 本人が精神安定で、その都度発言が異なり、周囲が振り回されている。 幻覚妄想のある独居高齢者の受診、支援体制について 民生委員への依存が高い独居高齢者の支援体制について 飼犬の世話が出来ず生活環境が悪化、支援拒否もある人の支援 県営住宅でペットを飼っていることで地域トラブルが発生した高齢者の支援 介護の必要性が理解できない独居高齢者の支援について 金銭問題を抱えた独居高齢者の退院後の生活支援について 精神疾患のある一人暮らし女性への地域支援 統合失調症で暴言・暴力ある。障害サービス利用禁止になったため今後の支援について 難聴で支援困難な高齢者の服薬管理について 障害福祉サービスから介護保険への切り替わりに対する支援 地域とのかかわりが少ない58歳単身生活保護受給者について 身元保証契約への不信心、相談員へのクレーム、今後のサービス支援について</p>
高齢者世帯	認知症	<p>見守り体制についてと、近隣住民の理解について 遠方に住む家族を交えて見守り、支援体制について 高齢者世帯の認知症と地域トラブル 認知症高齢世帯の権利擁護について 常に飲酒し妻に暴力ある。</p>
	認知症以外	<p>高齢者世帯の退院後の生活について 尿、便秘あり、出かけた先でトラブルになっている 虐待リスクの高い高齢者世帯への見守り、家族支援について 本人の受診拒否、支援拒否のため必要な体制が取れない。 自殺企図があり精神的に不安定。救急搬送も多く、地域住民から心配する声が上がっている。 高齢者世帯の金銭問題について 妄想のある高齢者への支援について</p>
高齢者以外と同居の世帯		<p>妄想があり、娘との同居が難しい方の、今後のサービス利用について 認知症の進行による地域トラブルを防ぐための支援方法について 高齢で軽度認知症の夫が介護を行う中で本人への支援方法と見守りについて 日中高齢者のみで受診拒否、閉じこもり状態の世帯への支援体制について キーパーソンがいない、高齢夫婦と障害の娘家族の成年後見の利用、家族支援について 第2号保険者のサービス事業所職員への問題行動(セクハラ行為)に対しての情報共有、対応について 主介護者である次男に障害(アスペルガー)があり、本人との主張の違いで虐待に発展しかねないケース。 高齢の母親の退院後の支援と、引きこもりの精神疾患の息子とのかかわりについて 支援拒否の高齢者夫婦と引きこもりの息子について 末期がんの本人を自宅で家族中心に看取っていくための体制構築 境界性パーソナリティ障害のある対象者の娘への対応について 移動能力が低下した高齢者の支援について 要介護の認定ありサービスを導入しようとしているが、同居している長男が現状を十分理解しておらず導入できない 認知症・高次脳機能障害を抱える要介護高齢者を、精神障害の娘がどこまで支援できるか。退院後の検討。 便秘及びゴミによる悪臭で近隣トラブルを抱えた高齢者家族の支援について 介護保険、障害サービス、子どもの養育、ゴミ問題等、複数の課題を抱える家族への支援について 低栄養状態の高齢者の支援体制について障害から介護への移行への対応と地域とのかかわり方について 認知症のある高齢者と無職の息子世帯の金銭管理、支援体制 認知症の親と身体障害のある子世帯の支援体制について 息子と二人暮らし。金銭問題と閉じこもりについて。 同居家族の支援が得られない高齢者の受診支援、見守り体制について 生活保護を拒否する貧困家庭への支援 要介護者本人と障害のある子どもの今後の自宅での生活について複合的にとらえ検討する 認知症高齢者とアルコール依存のある長男の安全な生活支援と緊急時の対策について 生活保護費の管理ができず計画的に生活できず、食べるのにも困ってしまう 公的なサービスに結びつかない方への支援について 医療機関、高齢福祉、障害福祉、児童福祉の連携に向けた支援体制整備</p>

各包括支援センターの今年度の重点目標と地域ケア地区会議で取り上げる課題（テーマ）について

<p>【東山中学校区】 地域包括支援センターさとまち</p>	<p>【重点目標】 地域住民向けの「認知症サポーター養成講座」を年 1 回以上開催し、<u>認知症の人とその家族を支える地域づくりを行う。</u>（今回は特に下線部分について）</p>
	<p>【地域ケア地区会議のテーマ】 「認知症になっても安心して暮らせる街づくり」～認知症の理解を深めるためには？～</p>
<p>【安城北中学校区】 地域包括支援センター中部</p>	<p>【重点目標】 地域住民と見守り協力店・市の見守り協定事業者等に、認知症についての学習の機会を設け対応力の向上を図る。</p>
	<p>【地域ケア地区会議のテーマ】 認知症に関する住民の対応力の向上を図る。</p>
<p>【篠目中学校区】 地域包括支援センター八千代</p>	<p>【重点目標】 （1）地域活動に対する医療・介護・福祉の専門職の参加に関する地域住民の意向を会議の場などを活用して聞き取り等を行い、その結果を活かして専門職と地域住民の関係・連携を深める。 （2）地域ケア個別会議から抽出された障害者を含む世帯の問題について、他分野の関係機関や地域住民と地域ケア地区会議を実施し、支援体制の検討および連携した支援を実践する。</p>
	<p>【地域ケア地区会議のテーマ】 （1）地域活動における地域住民と専門職との協働と連携について （2）地域に存在する多様な福祉課題に対応できる仕組みについて</p>
<p>【安城西中学校区】 地域包括支援センターあんのん館</p>	<p>【重点目標】 地域と地域の医療・介護の専門職と会議を開催し、より顔の見える関係づくりを行い、協働して支援できるようにする。</p>
	<p>【地域ケア地区会議のテーマ】 ・地域住民と医療・介護・福祉専門職との連携を深める。 ・それぞれの活動内容を共有し、お互いの理解を深める。 ・地域で出来ること、専門職に期待することを知り、各町内の地域課題を検討する。</p>
<p>【安城南中学校区】 地域包括支援センター更生</p>	<p>【重点目標】 実態把握のための訪問等の際にチラシ等を活用した介護予防の啓発を行うとともに、一般介護予防事業のサロンや体操教室等の活動が充実できるように生活支援コーディネーターと協働し、支援体制づくりに取り組む。</p>
	<p>【地域ケア地区会議のテーマ】 「地域住民と専門職がともに取り組める継続可能な介護予防について」</p>
<p>【安祥中学校区】 地域包括支援センター松井</p>	<p>【重点目標】 県営住宅において、戸別訪問や関係者からの聞き取り等実態把握を行い、生活支援コーディネーターと協働して必要な生活支援を行う体制づくりを検討する</p>
	<p>【地域ケア地区会議のテーマ】 住民主体による生活支援の仕組みづくりにむけて</p>

<p>【明祥中学校区】 地域包括支援センターひがしばた</p>	<p>【重点目標】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 町内会で行われている子供会主催のイベント時に子供向け「認知症サポーター養成講座」を各関係機関と連携のもと開催し、地域の認知症に対する理解・支援の底上げを図る。</li> <li>2) 年に2回の認知症カフェ実施に向けて、その運営の支援を行い、認知症の人とその家族の外出・地域交流の場を作る。</li> <li>3) 生活支援コーディネーターと連携し、地域ケア地区会議、徘徊高齢者捜索・声掛け模擬訓練を開催し、地域の共助能力を高める。</li> </ol>
<p>【桜井中学校区】 地域包括支援センター小川の里</p>	<p>【地域ケア地区会議のテーマ】 「運転免許証を返納した後、わたしならどうするか？」</p> <p>【重点目標】 生活支援コーディネーターと連携し、地域の特性や実情を理解したうえで地域ケア地区会議を開催し、地域が抱える課題の解決策を検討する。</p> <p>【地域ケア地区会議のテーマ】 「認知症について考える～地域でどのような取り組みが出来るのか考える～」</p>

## 5月25日 在宅医療・介護連携推進のための研修会 アンケート結果

テーマ: 訪問看護とケアマネジャーの相互理解を深めるため研修会

内容: グループワーク①訪問看護依頼のタイミングとサービス調整について

②「退院カンファレンス」や「サービス担当者会議」での情報共有について

※研修会の参加者70名 アンケート回収57名(回収率81.4%)

### 1. 職種

職種No	職種	人数
1	医師	0
2	歯科医師	0
3	薬剤師	0
4	看護師	22
5	保健師	1
6	理学療法士	2
7	作業療法士	1
8	言語聴覚士	0
9	栄養士	0
10	歯科衛生士	0
11	MSW	0
12	ケアマネジャー	29
13	社会福祉士	2
14	介護福祉士	0
15	ヘルパー	0
16	その他	0
0	不明	0
合計		57

### 2. 所属

所属No	所属	人数
1	病院	0
2	診療所	0
3	薬局	0
4	訪問看護ステーション	25
5	老人保健施設	0
6	特別養護老人ホーム	0
7	有料老人ホーム等	0
8	居宅介護支援事業所	27
9	地域包括支援センター	5
10	社会福祉協議会	0
11	介護サービス事業者等	0
12	その他	0
0	不明	0
合計		57

### 3. 研修の反応

(1) わかりやすさ		人数
1	わかりやすい	35
2	まあまあわかりやすい	19
3	どちらでもない	2
4	あまりよく分からない	1
5	全く分からない	0
0	不明	0
合計		57

(3) 今後に活かせるか		人数
1	活かせる	39
2	部分的に活かせる	14
3	どちらでもない	2
4	あまり活かせない	0
5	全く活かせない	0
0	不明	2
合計		57

(2) 満足度		人数
1	満足	28
2	まあ満足	27
3	どちらでもない	1
4	やや不満	0
5	不満	1
0	不明	0
合計		57

### 4. 今後、企画してほしい研修など

- ・ 医師との連携の機会があると助かります。又、医師からのご意見(介護保険制度の理解など)がお伺いしたいです。
- ・ ありがとうございました。
- ・ 今日のような、訪看・ケアマネとの情報共有、顔の見える関係性が学べると良いです。
- ・ 医師会、訪看との共同
- ・ 多職種連携として事例を通し勉強会
- ・ 訪看さんとの事例検討会等
- ・ 病棟看護、医師、ケアマネ、訪看のグループワーク(今回のような)
- ・ 第2もやってほしいです。

## 5. ご意見・ご感想等

- ・ 声が混ざって聞こえないことが多々ありました。もう少し広いところでと思いますが・・・。
- ・ 今日は大変有意義な話し合いができて良かったです。ありがとうございました。
- ・ いろいろと本音でお話できてよかったです。壁が低くなったかと思います。
- ・ 直接Nsの方の想いや意見が聞けてよかったです。今後の調整がしやすくなります。
- ・ 顔合わせの場として交流もできたので良かったです。
- ・ とても勉強になりました。
- ・ 今後も参加できればしたいです。
- ・ テーマが大きく、グループ内でしぼりこむことで、全員参加で研修にのぞむことができました。
- ・ 訪看について意見を聞き、業務に生かしていきます。
  
- ・ 訪看の支援の幅広さ、Dr・薬剤師との連携で良い方向へつながるケースの話を聞いた。包括の状況、ケアマネの連携、Drの指示等困難が有ることを知ることができた。
  
- ・ とても良いメンバーでした。とても勉強になりました。
- ・ 他事業所での経験を多くきくことができて良かったです。
- ・ 新人でしたが、とっても勉強になりました。
- ・ 各施設の方々の意見を聞くことができました。継続していくといいと思いました。
- ・ ケアマネさんとたくさんお話しできてよかったです。
- ・ 退院カンファレンスやサービス担当者会議・・・は意見が出にくく、問題が大きかった。
- ・ ケアマネさんの意見も聞け、又他のステーションの方との考え方の確認も出来て有意義な会になりました。
- ・ 医療のみの小児担当ですのでケアマネさんと関わる事はなかったが、各々がどのようなおもいで業務にたずさわっているが理解出来た。
- ・ 他事業所、特にケアマネさんと顔を合わせて意見交換できた。充実した時間になった。

安城市における  
認知症施策推進の取り組み  
～認知症に理解の深いまちづくりの実現をめざして～

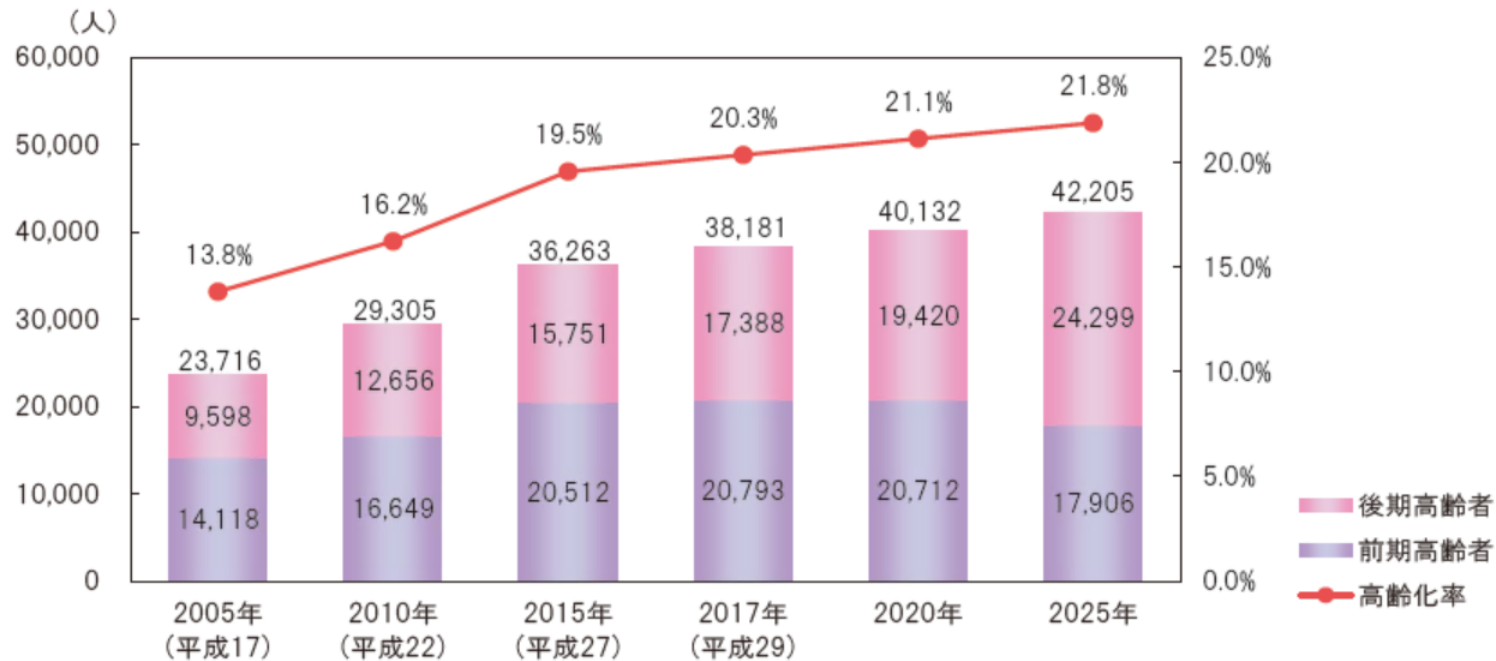
安城市役所高齢福祉課

けんさち



# 安城市の高齢者人口の推移

図表 2-1 高齢者人口及び高齢化率の推移

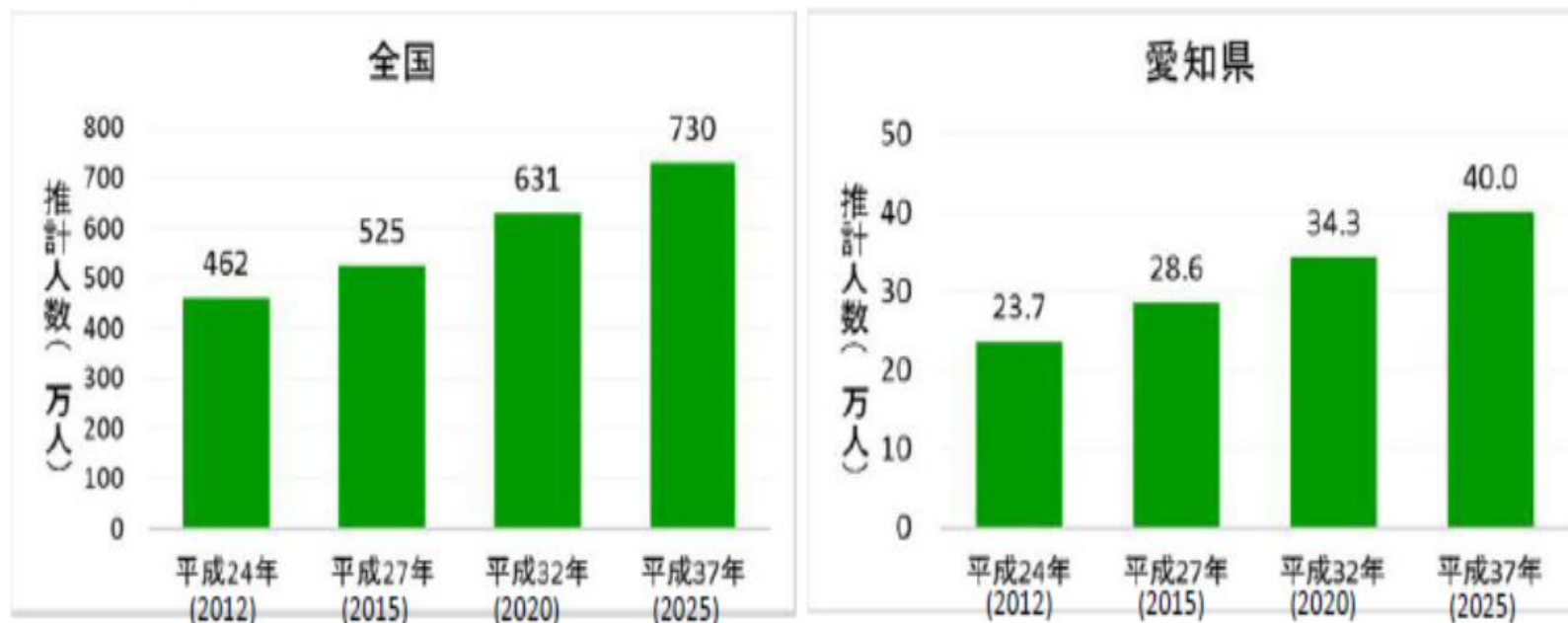


備考：2005（平成17）～2017（平成29）年は安城市「住民基本台帳」（各年10月1日現在）

2020年以降は本計画の推計値（各年10月1日現在）

# 認知症を取り巻く社会情勢

○ 急速な高齢化の進行に伴い、認知症高齢者の大幅な増加が見込まれています。



(注) 全国:「日本における認知症高齢者人口の将来推計に関する研究」による速報値。糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合。  
(平成27(2015)年1月27日厚生労働省老健局公表)、愛知県:「愛知県の将来推計人口(65歳以上)」に上記研究による有病率(糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合)を乗じて算出

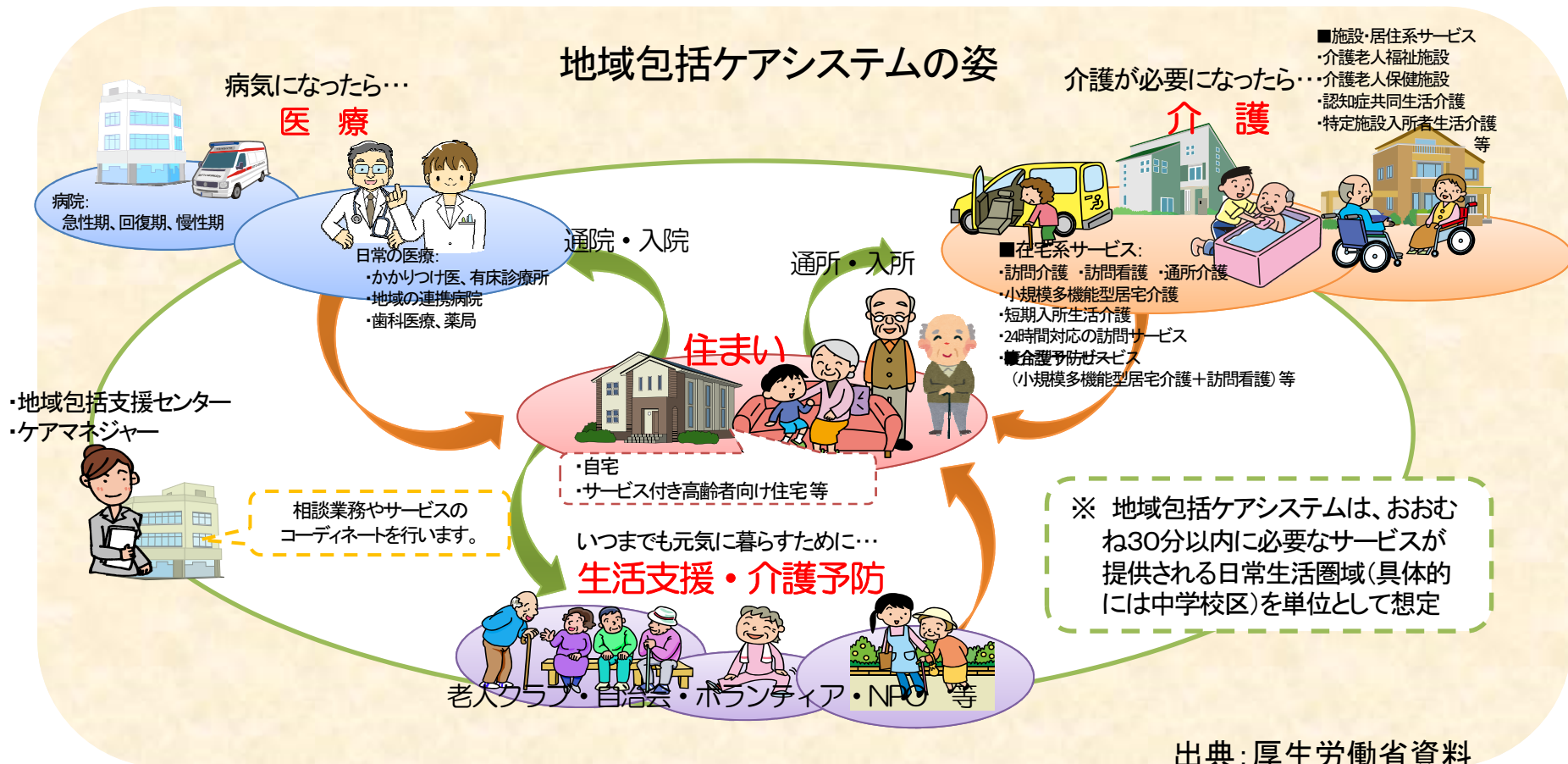
(あいちオレンジタウン構想概要版より)

# 地域包括ケアシステム

○団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。

○今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。

○地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる。



高齢者  
福祉計画

まちづくり、健康づくり、生活、住環境、安全対策などすべての高齢者を対象にした福祉全般にわたる施策

【計画期間】2018（平成30）～2023年度  
（2020年度に中間見直し）

介護保険  
事業計画

介護保険事業運営の基本事項と、介護保険のサービスの見込量等定め、保険料を算定。

【計画期間】2018（平成30）～2020年度

《基本理念》

健康で 生きがい・ふれあい・安心を 育むまち

【重点項目1】 安城市版地域包括ケアシステムの推進

【重点項目2】 多様な介護予防・日常生活支援の推進

【重点項目3】 切れ目のない在宅医療と介護の「提供体制の構築

【重点項目4】 認知症高齢者等に対する支援

## 【認知症施策の課題】

- ・介護家族支援が不十分である
- ・若年性認知症に対する取り組みをしていない
- ・若い世代への認知症の啓発が十分にできていない
- ・認知症を理解している人をさらに増やす必要がある
- ・認知症予防への取り組みが必要



# あいちオレンジタウン構想

～認知症に理解の深いまちづくりの実現をめざして～



# アクションプラン(平成32(2020)年度まで)

## 地域づくり

- ①既存の社会資源の機能強化
- ②新たな社会資源(企業・大学)の巻き込み
- ③社会資源の有機的連携

## 研究開発等

⇒中長期的な取り組み  
(平成37(2025)2025年度まで)

市	主な取り組み内容
名古屋市	大学生、高校生の認知症サポーターによる啓発隊の結成
岡崎市	摂食嚥下障害のある人向けの「おいしく食べるガイドブック」作成
半田市	マンション共用スペースなどを活用した認知症カフェの開設
刈谷市	認知症カフェへの医療、介護専門職の参加を支援
豊田市	若年性認知症患者の現状とニーズについての実態調査
安城市	医療、介護専門職の認知症対応力向上のための研修
高浜市	認知症予防のための高齢者の外出促進や自主活動グループ育成
豊明市	軽度認知障害が疑われる人が通える場の創出
長久手市	若年性認知症の人の生活、就労継続のサポート

# 安城市の認知症施策①

新オレンジプラン 7つの柱	安城市の取り組み・資源等
1 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進	<ul style="list-style-type: none"><li>・認知症サポーター養成講座 累計 10,286人受講(平成30年4月1日現在)</li><li>・認知症サポーターステップアップ講座(平成29年～)</li><li>・認知症を知る講演会 劇団サルビー見守り隊</li></ul>
2 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供	<ul style="list-style-type: none"><li>・認知症サポート医7名(平成30年3月1日現在)</li><li>・認知症疾患医療センター 1か所(八千代病院内)</li><li>・認知症初期集中支援チーム 平成28年4月より1チーム稼働開始 (八千代病院愛知県認知症疾患医療センター内)</li><li>・認知症ガイドブック(認知症ケアパス)の確立・ <b>共有と活用</b> 笑顔で安心認知症ガイドブック 平成27年4月初版、現在4版目作成中</li><li>・認知症地域支援推進員による相談・支援 平成28年4月より高齢福祉課へ1名配置</li><li>・<b>認知症サポート医連絡会(仮称)</b></li><li>・<b>事業所職員向け認知症対応研修(30年度2回)</b></li></ul>



# 安城市の認知症施策②

新オレンジプラン 7つの柱	安城市の取り組み・資源等
3 若年性認知症施策の強化	<ul style="list-style-type: none"><li>・若年性認知症の相談窓口の活用 ホームページにリンク先を掲載 若年性認知症コールセンター 若年性認知症ハンドブック</li><li>・若年性認知症本人、家族のつどい(H30.10)</li></ul>
4 認知症の人の介護者への支援	<ul style="list-style-type: none"><li>・家族支援プログラム(H30.10～)</li><li>・認知症介護者交流会 八千代病院愛知県認知症疾患医療センターで 開催</li><li>・介護者のつどい 市内福祉センターで開催(地区社協主催)</li><li>・認知症カフェの設置推進 市内6か所で開催(主体は様々) 認知症を知る講演会で啓発や地域ケア地区 会議にて協議</li><li>・GPSの貸し出し</li><li>・専門職向け介護者支援研修(H30 1回)</li></ul>

# 安城市の認知症施策③

新オレンジプラン 7つの柱	安城市の取り組み・資源等
5 認知症を含む高齢者に優しい地域づくりの推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域ケア推進会議(月1回) 3師会、介護事業所、地域の15の部会から構成→認知症のみならず、地域包括ケア推進に向けて協議する場</li> <li>・見つかるつながるネットワーク 事前登録、QRコード付のシール配布、行方不明時の情報発信 メール配信先協力市民8, 200名程</li> <li>・認知症高齢者捜索声かけ模擬訓練 各中学校区ごとで開催に加えて <b>市域で1回開催</b></li> <li>・高齢者見守り事業者ネットワーク</li> <li>・見守り協力店</li> <li>・<b>企業サポーターノベルティグッズ(31年度)</b></li> </ul>
6 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及び成果の普及の推進	—
7 認知症の人やその家族の視点の重視	全事業において共通

# 今後の方針

- ①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の連携
- ③若年性認知症施策の強化
- ④認知症の人の介護者への支援
- ⑤認知症を含む高齢者に優しい地域づくりの推進

# 安城市 家族支援 プログラム 受講者募集要項



平成30年6月21日  
地域ケア推進会議配布資料

認知症の介護に  
振り回されて、  
疲れていませんか？

どうもおかしい認知症では…  
と気になっていませんか？

認知症の人に、どのように  
接していいのか  
困っていませんか？

これから先の介護に  
戸惑いや不安を  
感じていませんか？

皆さんはどのように  
介護しているのか  
聞いてみたいと思いませんか？

## 講座受講で介護負担の軽減を!!

この講座は「公益社団法人認知症の人と家族の会」の活動で培ってきた介護者支援のノウハウをもとに作りました。

知識の取得・仲間づくり・個別相談などそれぞれのご家族に合わせたサポートです。気楽に参加できて、とても気持ちが軽くなります。

講座開催期間

平成30年10月～平成31年3月（毎月1回 計6回開催）

場所

安城市総合福祉センター 1階会議室3

（安城市赤松町大北78-1）

募集人数

20名

受講料

無料（初回交流会の昼食代のみ、実費負担）

対象者

初期から中期の認知症の方を介護しているご家族  
（6回参加できる方）アンケート調査にご協力をお願いします。

介護者の皆さんへ  
あなたのための講座です

主催／安城市 協力／公益社団法人 認知症の人と家族の会 愛知県支部  
特定非営利活動法人 HEART TO HEART

# 安城市家族支援プログラム 受講申込書

平成 30 年 6 月 21 日 地域ケア推進会議配布資料

記入日：平成 年 月 日

ふりがな 受講者氏名	性別 男・女	生年月日 大・昭・平	年	月	日	歳
住 所 〒						
連絡先電話番号 ( ) 自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先						
職 業			勤務先名			

どなたを介護されていますか？

ふりがな 氏 名	生年月日 明・大・昭	年	月	日( 歳)
実父・実母・義父・義母・夫・妻・その他 ( )				
介護の状況は？	同居での介護 ・ 通っての介護 ・ その他 ( )			
症状に気付かれたのは？	年	月	頃	
医療機関受診 ( あり・なし )	初診	年	月	頃 診断名 ( )
医療機関名・受診科 ( ) 担当医師 ( )				
介護保険について	認定を受けている ・ 認定を受けていない ・ 申請中			
介護度について	要支援 ( 1 ・ 2 ) 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )			
利用サービスについて ( あり・なし )	デイサービス ( 週 回) デイケア ( 週 回)			
	ショートステイ ( 1 か月 回 日間)、訪問看護 ( 週 回)			
	その他サービス ( )			
この講座を知ったのは？	広報・知人・ケアマネの紹介・電話相談・地域包括支援センター・その他 ( )			

この講座の受講を希望された理由をお聞かせください。

現在のご本人の様子やお困りのことをご記入ください。

※記入内容につきましてはプライバシーを厳守し、この講座以外には使用しません。

**申込先** 安城市役所 高齢福祉課 地域支援係 **FAX** 0566-74-6789

## 「見つかるつながるネットワーク・GPS 端末貸出」の有効な活用に向けて

榎前町内会 会長 加藤研一

つい先日、私の地元で下記の徘徊事例が発生しました。市へ事前登録されている方でしたが、町内住民から町内会・民生委員への通報で短時間の内に発見されたので、ネットワークのお世話にはなりません。今回の事例は息子さんが個人で契約したGPS 端末をお持ちの方でしたが、市のGPS 端末貸出を受けている方にも当てはまることなので、気がついた点をまとめてみました。

### 1. 今回の徘徊事例の概要・問題点

去る5月29日(火)午後6時頃、榎前町にて認知症の心配がある男性(82歳)が、自宅から300mほど離れた路上で、付近の住民Nに「自分はSだが、息子を探している」などと言い、歩いて行ってしまった。不審に思った住民が知り合いの民生委員Aに電話、Aは手が離せなかったことから担当地区の民生委員Bに対応を依頼した。Bが6時25分頃現場に駆けつけたところ、Nと近隣の住民Mが400mほど離れた榎前と高棚の地境で発見・連れ戻して来た所でした。住民N・Mの機転がなければ、人気のない遠方まで行ってしまいう所でした。

民生委員Aからは、町内会長である私にも通知がありました。事前登録されていること、GPS 端末を持たせていることは、承知していました。発生が午後6時半近くと遅い時間でネットワークへの通知依頼・活用には制約が多いこと、発生から通報までの時間が短いこと、などからネットワークの利用は見合わせました。一方避難行動要支援者ではなく息子さん夫婦の日中連絡先までは把握していなかったことから、GPSでの位置確認も依頼の仕様がなく、一時対応に苦慮しました。

**2. システムの有効な活用に向けて：徘徊の恐れがあり市へ事前登録・GPS 端末貸出された方がいた場合、町内会・民生委員から関係者(配偶者・息子夫婦などGPSのHPアドレス・暗証番号を持っている家族)に対し、日中連絡先の届出(交換)を働きかける。併せて、市・地域包括支援センターでの受付時点でも、関係者に対し町内会・民生委員などへの日中連絡先の届出を勧める。**

今回の事例では、本人は妻女(79歳、認知症)との高齢者世帯でしたが、長男夫婦が隣地に住んでいることから、「地域見守り活動」の中では町内会・民生委員・世話焼きさん・地域包括支援センター担当者を含む事業推進会議メンバーの間での情報共有(注意して見ていく)のレベルに止まっていました。

⇒6月2日(土)息子に今回の経緯を説明、再発に備えGPSを確認できるスマホを持っている奥さんの電話番号を入手(交換)しました。

### 3. 日中連絡先の届出(交換)の効果

徘徊の恐れのある方の関係者から町内会・民生委員が日中連絡先の届出を受け(交換)していれば、いざという時の素速い・効率的な対応につながり、システムの有効性が高まります。⇒ご家族の不安・負担、通報を受けた町内会・民生委員の負担も軽減され、『住んで良かったの町づくり』につながると考えます。 以上

## 在宅医療ガイドブック～このまちでいつまでも～

## 主な修正箇所

ページ	修正前	修正後
P4, 5	かかりつけ医と病院医	かかりつけ医と病院の医師 (文中の「病院の主治医」、「病院の医師」を「病院の医師」に修正)
	※かかりつけ医の指示書が必要です。	※医師の指示書が必要です。
P8	～かかりつけ医は在宅医療を推進します～	～かかりつけ医をもちましよう～
	①訪問診療…通常は月2回程度の頻度で定期訪問し、…。	通常は月1回から2回の頻度で定期訪問し、…。
P9	安城更生病院(3次救急医療施設)心肺停止、脳卒中、大やけどなどの「生命の危機が切迫している」重篤患者に対し、…。	安城更生病院(3次救急医療施設)心肺停止、脳卒中などの「生命の危機が切迫している」重篤患者に対し、…。
P10	主治医、かかりつけ医との連絡調整	かかりつけ医、病院の医師等との連絡調整
P10, 13, 14	訪問看護、訪問リハビリ、訪問栄養のながれの図中の「かかりつけ医」	「医師」に変更
P13	訪問リハビリテーション 図中の写真	イラストに変更
P15	問 在宅医療・介護サービスの費用はどれくらいかかりますか？	⇒費用は以下のように分けることができます。 ①医師が定期的に訪問した場合の診療費(訪問診療) ②医師が患者からの求めに応じ訪問した場合の診療費(往診) ③歯科医師が訪問した場合の診療費 ④薬剤師が訪問した場合の費用 ⑤薬代や検査にかかる費用、その他特別な医療にかかる費用 ⑥包帯・ガーゼなどの材料費や訪問にかかる交通費 ⑦看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴

		<p>覚士、管理栄養士等  が訪問した場合の費用（介護保険対象の場合もあります）</p> <p>⑧介護保険サービスの費用  費用は在宅医療・介護サービスを利用する人の状況によって異なります。具体的な費用は利用する医療機関、担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）等にお問い合わせください。</p>
P17	問 訪問栄養指導の費用はいくらくらいかかりますか？	<p>⇒1回の訪問時間は30分から60分で月2回まで訪問します。</p> <p>自己負担額は負担割合と医療保険と介護保険で異なりますが、介護保険で負担割合が1割の人の場合、1回あたりの費用は537円（平成30年4月現在）です。利用料のほかに交通費や、指導の内容によっては食材などの実費がかかる場合があります。</p>
P18	問 介護が負担になったときにはどうしたらよいですか？	<p>⇒  （以下の文を追加）</p> <p>また、市内の福祉センターでは介護者同士の交流、情報交換や気持ちを共有し、今後の介護の励みにしていただくことを目的とした「介護者のつどい」（*3）を開催しています。参加してみたいかでしょうか。</p> <p>*3 介護者のつどい  開催日時、場所は毎月発行の社協だよりに掲載しています。</p> <p>問い合わせ 各地区福祉センターまたは総合福祉センター（77-7888）</p>
P20	安城更生病院の連絡先	医療福祉相談室 ☎ 75-2111（代）