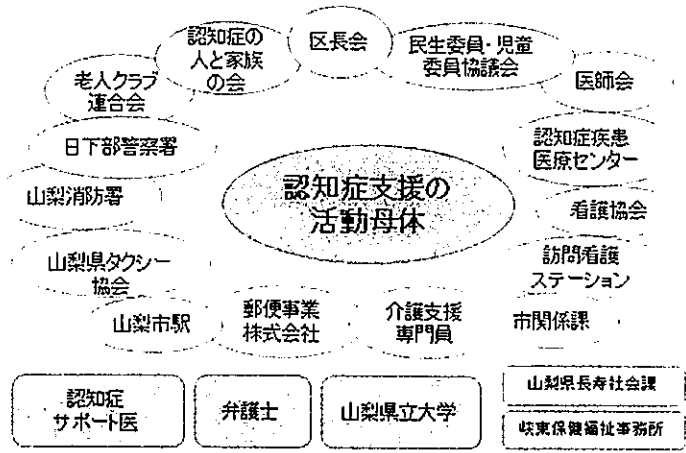
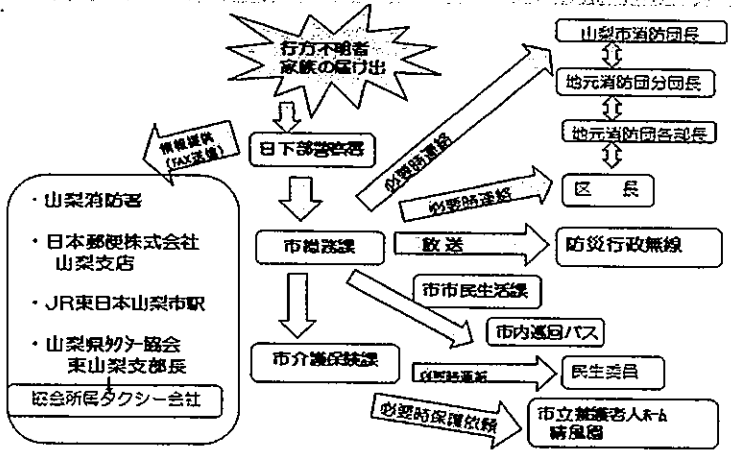


山梨市認知症支援ネットワーク会議



山梨市認知症支援施策の概要 (山梨市地域包括支援センター)

山梨市徘徊SOSネットワーク (事前登録制)



◇ 地域で見守る人を増やす活動

- ・キャラバンメイト
認知症サポーター養成講座の講師等を行う人
- ・認知症サポーター
認知症を正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守る応接者

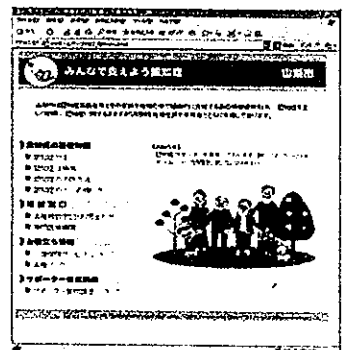
地域資源マップ

◇ 相談できる所や活用できるサービスなどの、認知症お役立ち情報冊子

- ・山梨市の高齢者人口や認知症の状況
- ・認知症に関する基本的な情報
- ・地域の機関一覧マップ など

認知症支援のためのホームページ

認知症支援のためのホームページを開設



認知症に関する基本的な情報、相談できる場所などを集約

認知症お役立ち情報冊子

- ・山梨市医師会 随時
- ・認知症疾患医療センター 随時 (日下部記念病院)
- ・市内病院 定例
加納岩総合病院・山梨厚生病院・牧丘病院
- ・市内グループホーム (4ヶ所) 定例
- ・介護支援専門員 事例検討会等
- ・介護保険サービス提供事業者 等

認知症よるず相談

市内グループホームなどの介護施設で、認知症専門職員による介護についての相談が受けられます。

- 【実施施設】
- * 笛吹荘 (地域密着型複合施設 憩いの家 湯田)
 - * グループホームめだかの学校
 - * 愛の家グループホーム山梨小原西
 - * 山梨ケアセンター そよ風

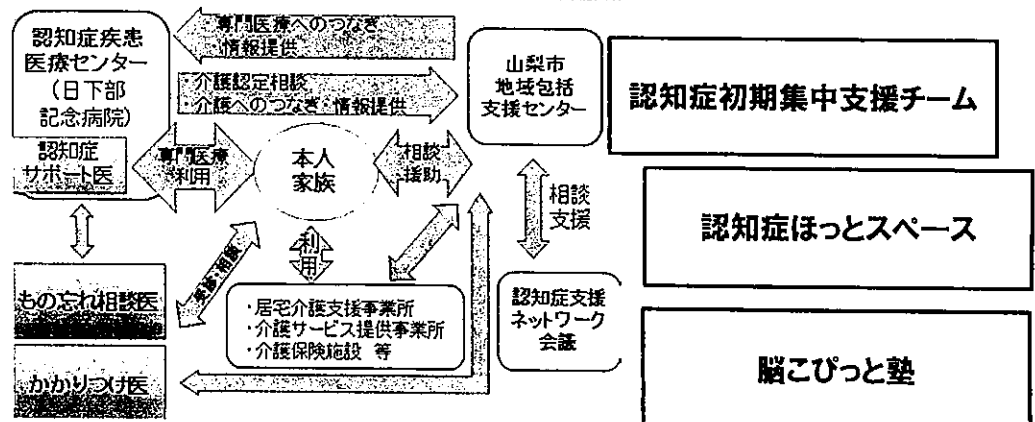


もの忘れ相談

- ◇ 「自分が認知症ではないかと心配」
家族が「認知症や認知症らしき症状の対応に困っている」方に・・・
- ◇ 安心感や専門的助言の提供
- ◇ 認知症サポート医や市内内科医が対応
月2回予約制



相談支援体制



認知症ほっとスペース

脳こぴっと塾

笛吹市

| 事業名 | 項目 | 概略 | 現在の担当課 | 担当課 | 今後に向けての課題 | 平成27年度 | 平成28年度 | 平成29年度 | 備考 |
|-------------------------------------|----------------------------------|---|--------|-----------|--|-----------------------------|--|---|----------------------------|
| 2. 在宅医療 介護連携の推進 (★印は委託可能) | ★ア.地域の医療・介護の資源の把握 | 地域の医療機関、介護事業者等の住所、機能を調査し、マップ又はリストを作成する。作成したマップ等は、地域の医療・介護関係者や住民に広く公開を行った。またよっちゃばるネットへの掲載もした。(H23年度) 県外に住む親族への情報として市ホームページへ情報を掲載、更新している。 ◆地域の医療機関、介護事業者等の所在地、連絡先、機能等を把握し、これまでに自治体等が把握し手いる情報と合わせて、リスト化又はマップを作成、活用する。 | 包括 | 介護 保険課 | ・高齢者福祉マップが定期的に変更されていないため、作成する必要あり。 ・よっちゃばるネットの更新がされていない。情報が古い。また今後の掲載について検討が必要。 | ・ホームページの改修 ・よっちゃばるネットの検討 | ・ホームページの改修 | ・ホームページの改修 | |
| | イ. 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策を検討する会議の開催 | ・平成23年2月3日に地域包括ケア推進事業に関する意見交換会を市で開催する。在宅医療・介護連携の現状と課題の抽出、解決策等の協議を行う。 平成23年度より、笛吹市医師会の有志の先生が中心になり、笛吹市地域医療勉強会を開催している。 年4回程度の勉強会を実施 ◆地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状と課題の抽出、対応策の等の検討を行なう。 | | | 医師会 | 介護 保険課 | ・市としての考えやかかわりの方向性を出す必要がある。 ・出された課題に対し、方向性を検討していく。 ・包括支援センター以外の市役所内他部署の参加が少ない。 ・市医師会との連携により体制強化を図っていく必要がある。 ・保健所で実施している、多職種協働による在宅チーム医療を担う地域リーダー研修会との兼ね合いは？ | ・地域医療勉強会への参加 他部署への呼びかけを行う。 ・課題の整理をし市としての方向性を出す。 ・市として会議の開催をしていく。 ・医師会との連携を図る。 | ・地域医療勉強会への参加 ・市主催で会議の開催 |

| 事業名 | 項目 | 概略 | 現在の担当課 | 担当課 | 今後に向けての課題 | 平成27年度 | 平成28年度 | 平成29年度 | 備考 |
|-----|----------------------------|---|--------|-----------|--|---|---|---|----|
| | ウ. 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進 | ◆地域医療・介護関係者の協力を得ながら切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築を目指した取り組みを行なう。 | | 介護 保険課 | <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療に熱心な医師がいる。地域のつながりの中で信頼関係を築いている医師がいる。しかし往診を行ってくれる医師が少ない。 システムのなっていないが対応してもらえる病院はあるが、バックアップ病院が整備されていない。 訪問看護ステーションが他の地区より多い。在宅医療の担ってくれる機能があるので連携しシステム化をしていく必要がある。 在宅医療の住民ニーズが不明 市内で完結できる医療体制が欲しい。 体制のシステム化が必要 医療・介護の関係者の主体的な協力を得られるよう医師会や介護事業所への働きかけが必要。 | | | | |
| | ★エ. 在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援 | <ul style="list-style-type: none"> 医療連携を苦手とするケアマネと、介護の情報を持っているケアマネとの連携をしていきたいと考えていた医師の双方からの希望により、医療介護連携シートが作成された。平成23年度より市内居宅介護事業所及び医療機関で活用されてきている。 初回連携のためのシートの開発であった。初回目的は達成できた。 ◆情報共有の手順等を含めた情報共有ツールを整備し、地域の医療・介護関係者間の情報共有の支援を行う。 | 包括 | 包括 | <ul style="list-style-type: none"> 他事業所等で作成されたシートの活用状況が把握されていない。 県で作成されたシートの運動をどうするか検討していく。 | <ul style="list-style-type: none"> シートの活用状況の把握をする。 他事業所で使われているシートの活用状況の把握をする。 連携の方法について検討する。 | <ul style="list-style-type: none"> 連携が充実する。 看取りの事例が増える。 | <ul style="list-style-type: none"> 連携が充実する。 看取りの事例が増える。 | |
| | ★オ. 在宅医療・介護連携に関する相談支援 | <ul style="list-style-type: none"> ◆地域の在宅医療と介護の連携を支援する相談窓口の運営を行い、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの、在宅医療、介護に関する事項の相談の受付を行なう。また、必要に応じて、退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の連携の調整や、患者・利用者又は家族の要望を踏まえた、地域の医療機関等・介護事業者相互の紹介を行なう。 ◆相談対応の窓口やその役割が関係者等に明確に理解されるよう『在宅医療・介護連携支援センター』等の名称を設定し関係者等に周知する。 | | 介護 保険課 | <ul style="list-style-type: none"> 市としての方向が定まっていない。 在宅医療・介護連携の課題と抽出の対応協議の方向性が決まらなると具体化されない。 山梨市及び甲州市は在宅連携サポートセンターまきおかを活用している。(このサポートセンターは、東山梨医師会より委託を受けている。) 今後の運営については両市との契約を行い業務の見直しをしていくこととなる様子。 笛吹市では市医師会の意向を確認し協力依頼をしていく必要がある。 センターの業務内容を確認していく必要がある。 | <ul style="list-style-type: none"> センターについての方向性を協議する。 医療制度改正について学習する。 | <ul style="list-style-type: none"> センター設置に向けて準備する。 | <ul style="list-style-type: none"> センターを設置し運営する | |

| 事業名 | 項目 | 概略 | 現在の担当課 | 担当課 | 今後に向けての課題 | 平成27年度 | 平成28年度 | 平成29年度 | 備考 | |
|-----|---------------------|---|-------------------|-----------|---|--|--|---|----|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> ◆かかりつけ医の認知症対応力の向上 (県)かかりつけ医の認知症対応力向上研修会の実施 ◆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、早期の的確な診断、介護との連携を確保する。 | 山梨県 | | 県レベルで対応 これらとの連携は市として実施していく | | | | | |
| | 地域での生活を支える医療サービスの構築 | <ul style="list-style-type: none"> ◆認知症の薬物治療に関するガイドラインの策定 ◆一般病院での認知症の人の手術、処置等の実施の確保 | 山梨県 | | | | | | | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ◆精神科病院に入院が必要な状態像の明確化 (県)退院支援・地域連携に係るツールの普及・定着 ◆精神科病院から円滑な退院・在宅復帰の支援 | 山梨県 および 笛吹市 | | <ul style="list-style-type: none"> ・県と連携をとりながら、認知症支援担当者を中心に市としての課題を明確にしていく。 ・入院の受け入れが困難 ・保健所の機能が不明確 | 地域医療連絡会 | 地域医療連絡会 | 地域医療連絡会 | | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ◆一般病院・介護保険施設等での認知症対策対応力の向上 (県)・病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修の実施 ・認知症看護認定看護師の養成活用 ・介護サービス事業者の各種研修の実施 ・認知症対応型サービス事業所の開設者及び管理者に対する研修 | 山梨県 | | | | | | | |
| | 地域での生活を支える介護サービスの構築 | <ul style="list-style-type: none"> ◆認知症にふさわしい介護サービスの整備 | 介護 保険課 | 介護 保険課 | <ul style="list-style-type: none"> グループホームの建設 小規模多機能型居宅介護事業所の建設 ・グループホーム 5箇所 ・通所介護 1箇所 ・小規模多機能型居宅介護事業所 2箇所 | | | | | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ◆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での対応 | | 介護 保険課 | グループホームの建設 | | GH 小規模多機能型 居宅介護 | | | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> ◆小規模多機能型居宅介護サービスの利用促進 | 介護 保険課 | 介護 保険課 | <ul style="list-style-type: none"> 認知症になっても出来る限り自宅で又は慣れ親しんだ地域でこれまでの生活が継続できるための方策の検討を行う。 | <ul style="list-style-type: none"> ・事業者連絡会、民生委員会へのPR(利用促進) ・H28整備に向けた公募、事業者の選定(GH, 小規模多機能) | <ul style="list-style-type: none"> ・PR(利用促進) ・事業所選定、施設整備(GH, 小規模多機能) | <ul style="list-style-type: none"> ・PR(利用促進) ・第7期介護保険計画検討 | | |

オレンジプランと平衡して市の施策として進めていく必要あり

| 事業名 | 項目 | 概略 | 現在の担当課 | 担当課 | 今後に向けての課題 | 平成27年度 | 平成28年度 | 平成29年度 | 備考 | |
|-----|---|---|----------------|-----------------|--|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----|--|
| | 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 | 高齢福祉課 | 高齢者支援担当 | ・養成されたキャラバンメイトの活用ができていないため、実際の講座見学やフォローアップ研修の実施。 ・情報交換・スキルアップを目的とした交流会の実施。 | サポーター養成キャラバンメイトの活用 フォローアップ研修の実施 | サポーター養成キャラバンメイトの活用 | サポーター養成キャラバンメイトの活用 | | |
| | | ◆認知症地域支援推進員の設置 医療機関や介護サービス及び地域の支援機関をつなぐコーディネーターの役割を担い、介護と医療の連携強化や、地域における支援体制の構築を図る。 | 高齢福祉課 | 高齢者支援担当 | ・マニュアルにより養成することも可能となった(H27～)が、推進の養成をしていく必要がある。 | 認知症地域支援推進員の育成 | 認知症地域支援推進員の育成 | 認知症地域支援推進員の育成 | | |
| | | ◆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、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。 | 高齢福祉課 包括 | 高齢者支援担当 | ・ケアマネ等の家族支援の実態がわかっていない。 ・家族会との連携 | 事業所、ケアマネ等に情報提供 | 事業所、ケアマネ等に情報提供 | 事業所、ケアマネ等に情報提供 | | |
| | | ◆市民後見人の育成と活動支援 各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の取り組み強化を図る。 | 高齢福祉課 福祉総務課 | 高齢福祉担当 福祉総務課 | 社協に委託している。今後の方針の確認する。 | 制度利用の推進 | 制度利用の推進 | 制度利用の推進 | | |
| | 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を促進する。 | ・若年性認知症アンケート調査実施。(H26) 県)・若年性認知症の交流会 ・リーフレットによる事業主への理解促進 ・小・中学校の道德教育や高等学校の福祉教育 ・認知症カフェの設置促進 | 高齢福祉課 | 高齢者支援担当 | ・64歳以下で発症した人であるので健康づくり課・介護保険課と連携していく。 ・県で開催する交流会等に協力する。 ・認知症カフェ等の設置により認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき集う場の支援をする。 | 他部署との連携 認知症カフェ等の設置と支援 | 他部署との連携 認知症カフェ等の設置と支援 | 他部署との連携 認知症カフェ等の設置と支援 | | |
| | 認知症の人への介護・医療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作成し、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。 | 県)・病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修の実施 ・介護サービス事業者の各種研修の実施 | | 高齢者支援担当 | | | | | | |

平成27年度認知症に関する事業計画（甲州市）

| 事業項目 | | 事業内容 | 目的 | |
|---------|------|-----------------------|---|---|
| 認知症支援対策 | 予防 | 認知症予防教室 | <ul style="list-style-type: none"> ・ファイブログ検査の実施 ・認知症予防教室の開催（地域型プログラム「料理のすすめ」） ・いきいき健幸教室や複合プログラム「ももたろう塾」による認知症予防 ・出前講座での健康教育を行う。 ・サポーター要請等を通じ認知症予防の為の普及啓発を行う。 | 認知機能の低下を予防するため、1次予防高齢者及び2次予防高齢者を対象とした各種健康教育を実施する。 |
| | 早期発見 | もの忘れ相談 | <ul style="list-style-type: none"> ・もの忘れ等認知症の周辺症状が気になる方及びその家族に対して、専門医の相談を実施する。毎月、相談日を開設。 ・専門医と地域の医療機関との連携について検討していく。 | 市民が認知症の早期発見・早期治療に関心を持ち、適切な受診行動や対応につながるよう専門医による相談の場を提供する。 |
| | | 2次予防高齢者把握事業（認知機能低下） | <ul style="list-style-type: none"> ・2次予防高齢者実態把握事業により把握し必要者には専門医療機関受診への支援を行っていく。 | 基本チェックリスト（おたっしや健診問診票）により認知機能が低下している高齢者を発見し、早期支援を行う。 |
| | 個別支援 | 認知症初期支援チーム設置 | <ul style="list-style-type: none"> ・H27年度立ち上げにむけて体制整備を行う ・ファイブログ検査により経過観察者への支援を検討 ・もの忘れ相談利用者で受診が必要な方への支援の検討等 ・上記内容について専門医とのカンファレンスを重ね支援体制を構築する ・チーム員研修の参加 | 認知症ケアパスによる支援体制整備 |
| | | 軽度認知症者への支援 | <ul style="list-style-type: none"> ・認知症疾患センターで行われるデイケアへの参加勧奨を行う。 ・認知機能低下の疑いのある方への支援方法の検討を行っていく。 | 認知力が低下している高齢者に対して、機能低下を遅延できるよう医療機関で行う教室への参加を促す。 |
| | | 重度認知症者への支援 | <ul style="list-style-type: none"> ・介護相談に応じる。 ・介護者支援を行う。 ・介護サービス事業者と連携し、介護提供者の資質向上への支援を行う。 ・介護サービス提供上の課題を把握し、課題解決の検討を行う。 | 認知症が進行している高齢者が安心して生活できるよう、介護支援専門員等と連携をはかりながら支援していく。また、介護者の健康や生活が安心して送れるように介護者支援も行う。 |
| | 地域支援 | ネットワークづくり(会議) | <ul style="list-style-type: none"> ・個別ケースのサービス担当者会議等による支援ネットワークの構築 ・高齢者虐待防止・地域見守りネットワーク運営委員会の開催 ・日下部記念病院地域連携会議に出席する。 | 保健・福祉・医療の関係者や地域の各種団体と連携を図りながら「認知症になっても安心して生活できることを目標に、地域での支援体制を検討する。 |
| | | 徘徊SOSネットワーク事業 | <ul style="list-style-type: none"> ・SOSネットワークの利用希望のある方・家族に事前登録を行っていただき、徘徊時に円滑に捜索が行えるよう支援する。 ・事業の周知を行う。 ・事業が効果的に実施されるよう、模擬訓練を行う。 ・事業への協力団体を増やすための取り組みを行う。 ・関係機関と連携をとり、広域的な連携について検討していく。 | 認知症に伴う徘徊により行方不明となってしまった対象者を地域の協力を得て早期発見し、本人の安全を確保すると共に、介護者の身体的・心理的負担感を軽減する。地域での見守り体制を構築するための意識啓発を行い、認知症になっても安心して暮らせる街づくりを目指す。 |
| | | キャラバンメイト養成 サポーター養成 | <ul style="list-style-type: none"> ・キャラバンメイト養成 養成講座への参加の勧めを行う。（市内介護サービス事業所職員等） 受講後は市内のメイトとして市へ登録する。その後定期的なメイトの集まりを行い情報交換や学習会等を行う。 ・認知症サポーター養成 市民及び地域の関連企業・団体活動等に携わる人、学校関係者等を対象に出前講座形式で実施する。 | 認知症になっても安心して生活できるよう、認知症に関する正しい知識を持ち、地域や職域において認知症を支援する人を計画的に養成する。 |

