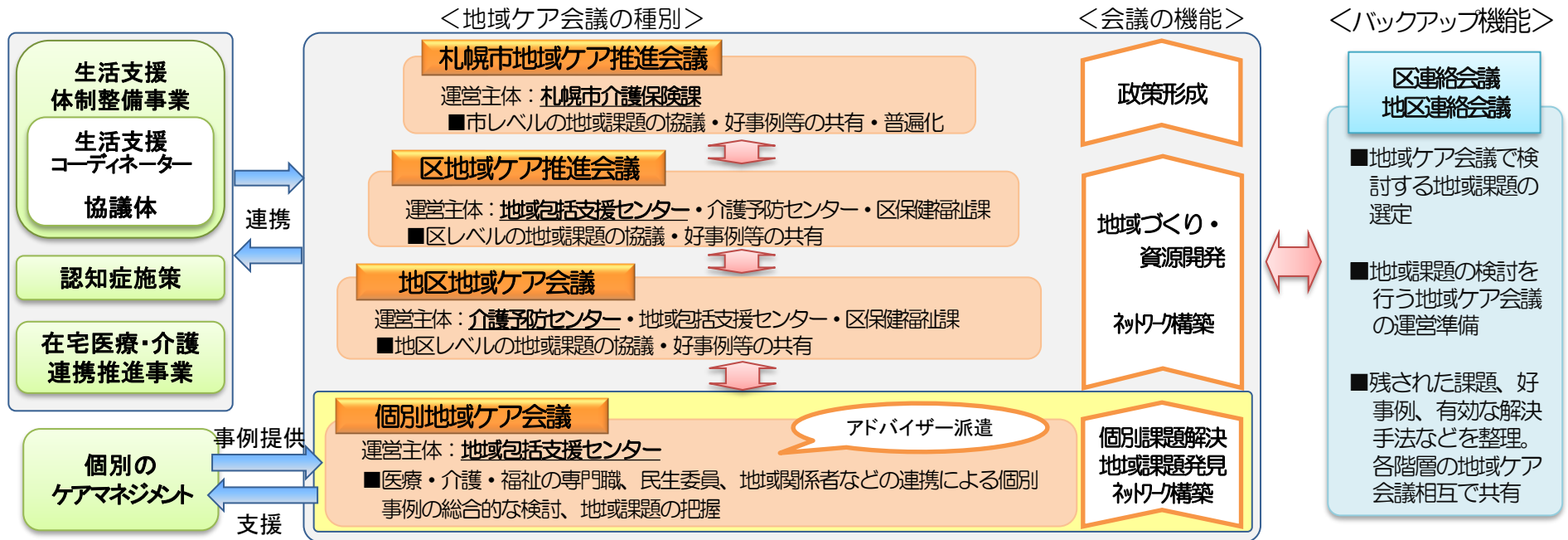


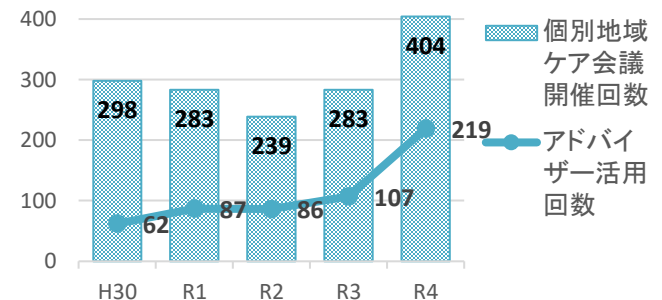
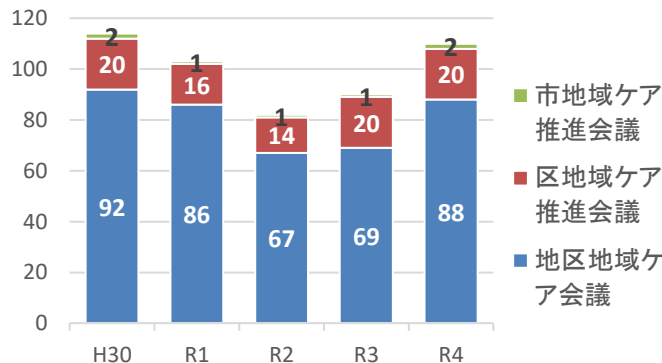
- 地域ケア会議は、多職種連携によりケアマネジメントの質の向上を図るとともに、個別ケースの課題分析等の積み重ねにより地域課題を発見し、地域に必要な資源開発や地域づくり、さらには政策形成につなげるものであり、地域包括ケアの実現に向けた重要なツールのひとつとして、平成27年度から介護保険法に位置付けられた。
- 札幌市では、平成27年度から既存の会議を市・区・地区・個別レベルに再編。運営主体が一体となり各階層(レベル)ごとの地域ケア会議を実施することにより、それぞれの会議の機能を連動、循環させ、地域包括ケアの実現を目指している。
- 個別地域ケア会議においては、専門職のアドバイザー派遣を受けられる仕組みを設け、多角的な視点での検討を行うことにより、自立支援・重度化防止に資するケアマネジメント支援に向け取り組んでいる。
- R4年度からは、ケアマネジャー等が多職種のアドバイザーより助言を受けることにより効果的な支援に活かす「自立支援型」個別地域ケア会議を実施。



【実績・評価】

・今年度は長期化したコロナ禍の影響による地域課題の把握、共有に向けて取り組んでおり、開催数はコロナ前と同水準まで回復。

・個別地域ケア会議のアドバイザー活用回数は年々増加。多職種連携による検討、自立支援・重度化防止に資する観点からの開催が進み、R4年度から始まった「自立支援型」個別地域ケア会議は全体の50.4%の開催であった（「個別課題解決型」49.6%）。



令和4年度 個別地域ケア会議実施結果(一部抜粋)①

目的	検討テーマ	課題の背景・要因	アドバイザー	検討結果	課題解決に向けた取組	成果	今後の課題 地域課題
課題解決	役割や交流機会を持つための支援	<ul style="list-style-type: none"> ・60歳、要支援1 ・脳出血発症後、身体機能の低下から復職困難。高齢者住宅に入居中。 ・年齢が近い方と交流ができていない。 ・復職への意欲がある。 	無し	<ul style="list-style-type: none"> ・近隣会館の地域の集まりに参加。 ・スマートフォンの使い方を知る事で対面以外の繋がりを増やす。 ・本人が役割を持てるようなボランティア活動の情報提供。 ・身体状態の評価を実施。 	包括： <ul style="list-style-type: none"> ・地域の集まりの情報提供。 ・スマートフォン操作を教える学生ボランティア調整。 ・短期集中予防型サービス事業で屋外歩行の身体評価を実施。 	<ul style="list-style-type: none"> ・初回は会館まで予防センターとケアマネが同行し教室参加。 ・短期集中予防型サービス事業で身体機能評価し歩行に自信。デイサービス内でのボランティア活動にも積極的に参加。 	<ul style="list-style-type: none"> ・若年の要介護・支援者同士の交流の場の開拓
自立支援	身体機能を維持するための介護予防	<ul style="list-style-type: none"> ・要支援2、家族同居 ・胃がんで胃全摘後、食事は6回/日だったが現在4回に減り体重も減少。 ・リハビリ意欲高く、短時間デイサービスに通うも、血圧低下で帰宅することが続いている。 	薬剤師・栄養士・理学療法士	<<アドバイザー>> ○薬剤師： <ul style="list-style-type: none"> ・内服薬の写真確認し、降圧剤を誤って内服している可能性を指摘。 ○理学療法士： <ul style="list-style-type: none"> ・身体評価。運動の提案。 ○栄養士： <ul style="list-style-type: none"> ・摂取エネルギーを増やすための助言。 	ケアマネ： <ul style="list-style-type: none"> ・主治医との相談方法について本人へ助言 ・サービス調整 ・必要な社会資源の提供 本人： <ul style="list-style-type: none"> ・体重の管理、運動の継続 ・おやつを検討、食事形態の工夫 	<ul style="list-style-type: none"> ・主治医に相談し内服薬変更により、血圧安定。 ・1日型デイサービスに変更し、食事摂取量増加。体重維持。 	<ul style="list-style-type: none"> ・家族が不在時に災害等あった際の要介護者等の対応
自立支援	オーラルフレイルによる社会参加の制限	<ul style="list-style-type: none"> ・要支援1、単身世帯 ・10年前からドライマウスに悩んでいる。 ・口渇が酷く、睡眠が取れていない。歌や運動を行いたいが、口渇が悪化したり、身体の痛みがあり制限している。 	歯科衛生士・作業療法士	<<アドバイザー>> ○歯科衛生士： <ul style="list-style-type: none"> ・口腔ケア、口腔体操やマッサージ、薬効を活かすための水分の取り方等を助言 ○作業療法士： <ul style="list-style-type: none"> ・脊柱管狭窄症の注意事項や、睡眠のためリラックする時間を作るよう助言。 	本人： <ul style="list-style-type: none"> ・ゼリーやとろみを付け食事で多めに水分摂取。 ・唾液腺、口腔マッサージ、運動実施 ケアマネ： <ul style="list-style-type: none"> ・状況確認、短期集中予防型サービスの利用検討、コーラスサークルなどの情報提供 	<ul style="list-style-type: none"> ・夜間の口渇は継続しているが、食事からの水分摂取増加。 ・短期集中予防型サービス（栄養・生活動作指導）に繋がり、食事面、運動面で改善傾向。 ・コーラスサークルに見学予定。 	<ul style="list-style-type: none"> ・オーラルフレイル、セルフケアの推進
自立支援	入浴動作の改善	<ul style="list-style-type: none"> ・要支援2、単身世帯 ・ケアハウス入所中。 ・腰椎圧迫骨折で入院。病院で入浴は見守りであったことから施設では入浴不可となり、デイサービス利用を勧められた。施設で一人で入浴したい。 	理学療法士	<<アドバイザー>> <ul style="list-style-type: none"> ・実際にケアハウスの大浴場を借り、入浴動作の評価。 ・手すり使用や右の人工股関節に配慮した動きの確認、助言。 ⇒家族、ケアハウス職員とともに安全な入浴方法を共有。助言内容を守ることでケアハウスで入浴可となる。	本人： <ul style="list-style-type: none"> ・入浴時の注意点、助言内容を守り入浴を行う。 ・リハビリ継続。 ケアマネ、ケアハウス職員： <ul style="list-style-type: none"> ・安全に入浴を行えているか確認。 ・他に困りごとが出ていないか確認。 	<ul style="list-style-type: none"> ・助言内容を守り、週2回大浴場で入浴が継続できている。 ・取っ手がついた桶を購入する等、工夫をしながら安全に入浴できている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険サービスの必要性の再確認。

令和4年度 個別地域ケア会議実施結果(一部抜粋)②

目的	検討テーマ	課題の背景・要因	アドバイザー	検討結果	課題解決に向けた取組	成果	今後の課題 地域課題
ネットワーク構築	認知症の確定診断がなく治療に繋がっていないケース	<ul style="list-style-type: none"> 要介護1、夫婦世帯 日常的に物盗られ妄想等あり、妻が疲弊。 妻の認知症への理解が低い。 給付制限があり、サービス増回が困難。 	無し	<ul style="list-style-type: none"> 給付制限や世帯収入からサービス利用可能量を確認。 妻から認知症専門医の受診希望あるも妻のみでは受診困難と確認。 	区、包括： <ul style="list-style-type: none"> 認知症専門医の受診方法を検討。 区、包括、ケアマネ、デイサービス： <ul style="list-style-type: none"> 介護者である妻の負担軽減、話の傾聴 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症初期集中支援推進事業を活用したことで、スムーズに受診に繋がり、レビー小体型認知症と診断。 サポート医と繋がったことで、妻の相談先が増え、認知症への対応も気を付けられるようになった。 	<ul style="list-style-type: none"> 家族介護者支援の場である認知症カフェなどの活動が再開出来ていない
ネットワーク構築	独居で認知症疑いの方の医療継続と見守りの検討	<ul style="list-style-type: none"> 要支援2、単身世帯 高血圧、洞不全症候群で受診中。 受診忘れ、転医を勧められても理解ができない、金銭管理に支障あり。 医療中断の恐れがある。 	薬剤師・医師	<<アドバイザー>> ○医師： ・本人に対し、訪問診療の説明。 ○薬剤師： ・居宅療養管理指導の活用を助言。	ケアマネ：要介護申請。 医師：訪問診療開始。 薬剤師：居宅療養管理指導開始。	<ul style="list-style-type: none"> 申請により、要介護認定。 一時強い不安の表出あったが、現在はサービスに慣れ、薬の処方も本人の服用しやすいよう工夫され病状も軽快。 	<ul style="list-style-type: none"> 独居だが認知症疑いで見守りが必要なケースの支援も軽快。
自立支援	認知機能が低下している方の役割獲得について	<ul style="list-style-type: none"> 要支援1、夫婦世帯 アルツハイマー型認知症。性格が温厚で社交的。 身体機能も維持しており、声掛けでできることも多い。 社会参加し活躍できる場はないか。 	無し	<ul style="list-style-type: none"> 運動の場への参加で繋がりや役割がもてる可能性。待ち合わせて行けるのであれば、他の参加者の役割もできる。 小学校の体験授業の手助けや当事者講師等も可能性あり。 	ケアマネ： <ul style="list-style-type: none"> 介護予防教室への参加促し。 予防センター： <ul style="list-style-type: none"> 介護予防教室へ同行、待ち合わせ 区社協： <ul style="list-style-type: none"> 当事者講師の枠、車いす体験等の手助け確認。 	<ul style="list-style-type: none"> まずは介護予防教室に参加予定。今後、他の役割についても検討。 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症がある方の活躍の場がない
ネットワーク構築	単身世帯の認知症の方の在宅支援	<ul style="list-style-type: none"> 要介護1、単身世帯 アルツハイマー型認知症。 周囲への訴えが多い。 本人は在宅生活を強く希望。 	認知症介護指導員	<<アドバイザー>> <ul style="list-style-type: none"> 関係者間で、いつどんな怪我や病気になってもおかしくない状況であることを認識していく。 本人ができていることに目を向け、支援をしていく。 	ケアマネ： <ul style="list-style-type: none"> キーボックスやあんしんコールを本人に提案。 民生委員： <ul style="list-style-type: none"> 見守り、定期訪問 家族： <ul style="list-style-type: none"> 通院付き添い、手続き支援、買い物代行等 	<ul style="list-style-type: none"> キーボックスを設置することができ、安否確認の手段を確保。 個別地域ケア会議開催により家族、関係機関の連携が可能になった。 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者が地域のボランティアと関わる機会

令和4年度 各地区地域ケア会議実施結果(一部抜粋)

地区	検討テーマ	課題の背景・要因	検討結果、課題解決に向けた取組	成果、今後に向けて
桑園	認知症等の相談がしやすい仕組み作りと地域住民の認知症についての理解を深める	<ul style="list-style-type: none"> ・重度化してから相談に繋がることが多い。 ・地域住民が認知症の方への対応方法が分からず不安を抱いて相談するケースがある。地域の見守りや支え合いの機能が低下している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・オレンジ桑園（桑園地区での認知症ケアに係る研究会）と連携し、認知症をテーマとした勉強会、認知症サポーター養成講座を開催する。 ・相談窓口のちらしを薬局や商業施設、地域住民へ発信。 	<ul style="list-style-type: none"> ・勉強会やチラシにより、オレンジ桑園の活動を知った住民から早速相談が寄せられている。 ・認知症サポーター養成講座及び認知症キッズサポーター養成講座を開催し、100名以上が参加。 ・昨年度に引き続き桑園地区内の薬局と連携し、薬局から予防センターへの相談も入っている。
白石	認知症疑いの高齢者の早期相談、支援に繋げるためのワンステップ	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症疑いの高齢者の対応に苦慮したコンビニから関係機関と繋がりたいと希望。他店舗にもアンケート実施。 ・半数のコンビニが高齢客の対応に苦慮。相談先、タイミングが分からず、相談機関に繋がらない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・相談機関、民生委員、コンビニやスーパー等がお互いに顔の見える関係を作るため、相談機関と民生委員で店舗への同行訪問などを検討。 ・住民向けの広報物、周知方法の見直し。 ・老人クラブや民生委員、コンビニやスーパー等に相談先周知カードの配布。 	<ul style="list-style-type: none"> ・相談先周知カードを持参し、コンビニ、スーパーを訪問。高齢客の対応に困っている4店舗に対しては、包括、区保健師と共に訪問し、対応策を伝達。
もみじ台	認知症の方が住み慣れた地域で日常生活を継続するための見守りネットワーク体制構築	<ul style="list-style-type: none"> ・個別地域ケア会議での話し合いから、見守り体制の構築には地域住民の理解と協力が必要であることが分かった。 ・地域住民、民生委員から認知症への理解不足、相談先が分からないとの声があがった。 	<ul style="list-style-type: none"> ・警察、病院、大学、自治会、民生委員、関係機関などで認知症の高齢者に関する意見交換を行い、顔の見える関係作りを行った。 ・「困ったときの相談窓口」ポスターをマンションの玄関等へ貼付。 	<ul style="list-style-type: none"> ・自治会で認知症サポーター養成講座を受講し、認知症に対する理解を深められた。 ・自治会から、相談窓口及び介護予防に関する情報を提供する場として、予防センター主催の介護予防教室の立ち上げ要請があった。
西野	福祉マップを活用し、地区課題を共有する	<ul style="list-style-type: none"> ・コロナ禍で町内会活動の休止が続き、高齢者の状況把握が困難。 ・毎年更新していた福祉マップの更新ができていない。 ・高齢者の相談件数、ニーズを聞き取る機会も少ない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・関係機関が町内会のラジオ体操に参加し、介護予防体操の普及啓発。相談窓口として関係機関を周知する機会とする。 ・関係機関の役割や連絡先がわかるインパクトのあるチラシ等を作成。 	<ul style="list-style-type: none"> ・夏休みに関係機関でやまべえ体操を実施し、毎週30～60人参加。最終日にはやまべえ体操の動画撮影をしDVDを配布。幅広い年齢層にアプローチできた。 ・バス停留所の掲示板に「介護知らせ隊アンシンジャー」のポスターを貼り、関係機関が一つのチームとして理解してもらえるよう取組を継続。
稲穂金山	認知機能低下の高齢者が身近な相談機関に繋がるために	<ul style="list-style-type: none"> ・民生委員と相談機関が繋がる機会が減少しており、認知機能が低下した高齢者が潜在化している可能性。 ・民生委員からの相談件数減少。 	<ul style="list-style-type: none"> ・民生委員から、相談の仕方が分からない、認知症についてよく知らないとの意見。⇒相談方法について講話を行うことに。 ・抱え込まずに連携していくことの大切さを民生委員、関係機関で共有。 	<ul style="list-style-type: none"> ・民児協で関係機関への相談電話のロールプレイを実施。その後関係機関への相談に繋がった。 ・今後、認知症についての知識や対応方法をどのように伝えていくか関係機関で協議を行う予定（次年度に持ち越し）。

令和4年度 各区地域ケア推進会議実施結果①

区	検討テーマ	課題の背景・要因	検討結果、課題解決に向けた取組	成果、今後に向けて
中央	地域資源の活用による持続可能な地域づくりについて 企業との連携を活用した地域づくりについて	<ul style="list-style-type: none"> 中央区は「認知症・身寄りがない・転入」高齢者が多く、医療機関や企業等と協働した見守り体制の強化、普及啓発、介護予防の推進が必要。 集いの場が少ないことに加え、コロナ禍で自宅に閉じこもる生活が続いている。 	<ul style="list-style-type: none"> 関係機関へ高齢者の生活支援のための取組について調査し、商店や企業等を協力機関として新たに把握することができた。 通いの場の参加者増のため、企業や学校等と連携し、高齢者の興味関心を引く内容を企画していくことが必要。 	<ul style="list-style-type: none"> 調査した取組を関係機関へ共有し、医療機関や企業・商店等の地域資源との連携・協働も進めていく。 スーパーや医療機関を会場とした交流スペース、介護予防における専門学校との連携が進められている。
北	ケアラー支援について	<ul style="list-style-type: none"> R3年度の虐待ケース、認知症相談の内容を分析し、同居家族からの相談が少ないことが分かった。同居で介護を担っている家族は大変さに気付きにくいこと、相談する余裕がないことが予測された。 	<ul style="list-style-type: none"> 地域や関係機関と連携しケアラー支援の取組を検討。既存の活動の中で、ケアラー支援を行えないか協議。 ケアラーと関わる機会がある介護支援専門員向けに研修会を実施。 	<ul style="list-style-type: none"> 「ケアラー支援研修会」を行い、参加機関17か所、36名参加。アンケートでは業務の参考になる、ケアラー支援の意識が変わったとの意見が大半であった。
東	認知症の早期相談につながる体制づくりのために必要なこと	<ul style="list-style-type: none"> R3年度区地域ケア推進会議の取組としてフレイル予防チラシを協力店舗や病院・薬局等に配布。店舗を回る中でフレイルよりも認知症が心配な高齢者が気になるとの意見が多く聞かれた。 理美容室や鍼灸整骨院等で高齢者の生活の変化に気付いていることが分かった。 重度化してから相談を受理することが増えている。 	<ul style="list-style-type: none"> 病院、介護支援専門員等の共通認識として認知機能低下など状態悪化後の相談が増加しており区の課題として合意形成。 見守りの網を広げるため寺院、マンション管理組合等にもアプローチ実施。 	<ul style="list-style-type: none"> 寺院は心配な高齢者を把握しているが、関係性構築が課題。マンション管理組合は独自の方法で見守りを実施。相談機関として連携ができると感じた。 協力的な店舗には定期的に足を運び店主と顔の見える関係になることで相談してくれるようになる、との成果が見えた。今後、早期相談のネットワークを構築していくための検討が必要。
白石	住み慣れた白石区でいつまでも～フレイル予防～（前年度から継続）	<ul style="list-style-type: none"> 課題：重症化してから相談機関等に繋がるケースがある。 要因：①各関係機関の重症化に対する捉え方が違う。②介入が必要な対象が不明瞭、介入のタイミングが分からない。③早期に発見、介入をするためのネットワークが築けていない。 	<ul style="list-style-type: none"> 3年間フレイル予防をテーマに普及啓発を実施。早期発見の仕組みづくりが必要との課題が明確となった。 「早期介入が必要な方」をテーマに意見交換。孤立、集まりに不参加になった方、複合的課題等の課題が出され、早期発見のためのネットワークについて検討。 	<p>支援が必要な人を早期に発見し、適切な支援に結びつけるために、白石区独自のネットワーク構築（地域の見守り体制の充実及び、見守りに参画していただける企業の発掘等）のための方策を検討する。</p>
厚別	コロナ禍から見えてきたフレイル対策を考える（前年度から継続）	<ul style="list-style-type: none"> コロナとの共存社会に変化する一方、コロナを警戒して社会交流等を控える方のフレイル状態の悪化に繋がっている。 フレイル予防について普及啓発を行い、フレイル状態になる高齢者を増やさないよう取り組む必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> フレイル予防に対する具体策を検討し、リーフレットを作成。掲載内容ごとのプロジェクト会議を立ち上げ、内容等を検討。 作成したリーフレット案を元に、活用方法等について意見交換を実施。 	<ul style="list-style-type: none"> 厚別区版フレイル予防リーフレット「フレイル ファイトで フキ飛ばそう」を作成。フレイル予防が必要な高齢者に渡るよう配布方法を工夫、フレイル対策を進めていく。

令和4年度 各区地域ケア推進会議実施結果②

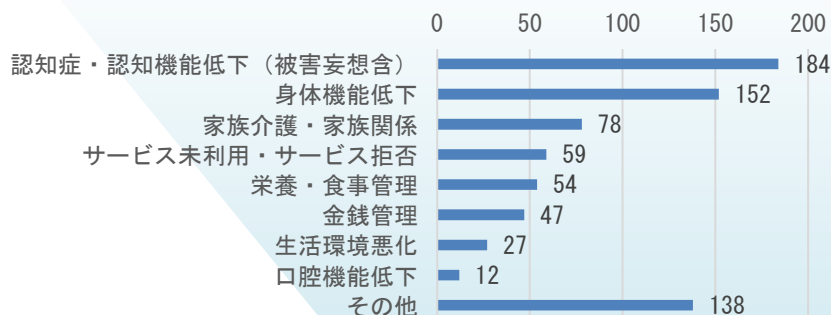
区	検討テーマ	課題の背景・要因	検討結果、課題解決に向けた取組	成果、今後に向けて
豊平	認知症高齢者を地域で支えるために出来ること	<ul style="list-style-type: none"> 認知症の対応ポイント等の取組が地域住民に未浸透。 コロナ禍で閉じこもりが増加。住民同士の無関心により課題の複雑化、重症化がみられるため、早期発見が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> H30年度作成の独居高齢者の見守りツールについて、認知症の方への活用も含め関係機関への再周知が必要であることを確認。 見守りツールを再配布、再周知する方法を検討。区民児協代議員会で見守りツールの趣旨説明を実施し、全地区の民児協定例会にて必要枚数を配布。 	<ul style="list-style-type: none"> すでに見守りツールを活用し、内容を理解している地区が多く、再認識・関係性の構築につながった。 他の機関へのアプローチは、各地区の特徴や関係性にあわせて継続する。
清田	みんなで考えよう!!「きよっち生活」の充実 困り事を抱える住民を支える地域づくり (前年度から継続)	<ul style="list-style-type: none"> きよっち生活の実現に向け地区連絡会で地域支援プランを検討してきたが、地域組織と共有されておらず、協力を得られる体制になっていない。 地域住民と専門機関の役割理解が不十分であり、効果的に連携できていない。 	<ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケアシステム推進の背景、市民と専門職が皆で支え合う地域づくりの方向性について講演で説明。各地区の地域支援プラン案を共有。 地域と介護支援専門員、専門機関が各役割や活動状況を共有、ネットワーク構築の必要性を確認。 ※「きよっち生活」 き：気軽に相談 よ：よく動き、よく食べ、よく笑おう！ つ：強い絆で繋がる清田！ ち：地域の皆で支え合おう 	意見交換から、組織間の役割理解の不十分さから情報共有に高いハードルがあることや、個人情報や理由にうまく連携できていない町内会等があることが判明。今後は、情報共有の壁に焦点を当て、地域住民と専門職が必要な情報を共有し、困りごとを抱えた住民を支えるための土台作りを話し合っていく方針となった。
南	介護予防活動の共有と各関係機関の連携～介護予防メニュー表を活用した具体的な取組効果について～ (前年度から継続)	<ul style="list-style-type: none"> 各関係機関が実施している介護予防の取組について共有機会が少なく、連携が十分に図れていない。 	<ul style="list-style-type: none"> 各関係機関が介護予防の取組として提供、協力できる内容をまとめた介護予防のメニュー表を作成。 介護予防メニュー表を活用して、介護予防の取組を実施し、実施結果等を会議で共有。 	<ul style="list-style-type: none"> 介護予防メニュー表によって、各機関の介護予防の取組内容や相談窓口が一覧で整理され、相談しやすくなり、連携強化につながった。 今後もメニュー表を定期的に更新、活用を推進し、関係機関と連携を図る。
西	介護予防及びセルフケアの推進について～フレイル予防の必要性について～ (前年度から継続)	<ul style="list-style-type: none"> コロナの長期化でフレイルや要介護状態へ移行がある。 フレイル予防の普及について継続した取組が必要との意見があった。 	<ul style="list-style-type: none"> 介護予防センターをはじめとした関係機関や各委員が実施しているフレイル予防取組について共有。 フレイル予防の共通ツールとして「やまベェ体操」を活用することについて意見交換。 	<ul style="list-style-type: none"> 西区全体として、各機関でフレイル予防の取組に力を入れていくことになる。 やまベェ体操の動画を医療機関や薬局、地域の様々な場面で活用予定。
手稲	民生委員児童委員と相談機関の連携強化～認知機能の低下している高齢者が身近な相談機関に繋がるために～	<ul style="list-style-type: none"> コロナ禍で民生委員と相談機関が顔を合わせる機会が減り、相談数が減少。認知機能低下の高齢者が潜在化している可能性があり、連携強化について検討が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> 民生委員から相談機関の役割や相談のタイミング、認知症の対応方法がわからない、と意見。相談機関の顔写真入りチラシ配布や事例共有、認知症に気付くポイントを記載したツール作成実施。 民生委員児童委員全体研修にて、認知症や相談のタイミングについて講話を実施。 	<ul style="list-style-type: none"> 会議後、19名の民生委員から相談あり。 民生委員の経験年数問わず、認知症に対する理解が深まる機会が必要。今後も各地区にて事例の共有等の取組を継続していく。

令和5年度 市地域ケア推進会議①

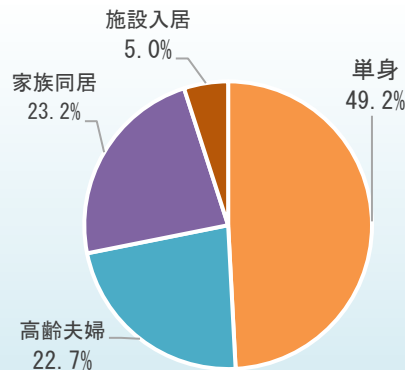
個別

令和4年度実施内容

検討内容（重複有）



世帯構成



○検討内容は昨年に引き続き、「認知症等」が最も多く、次が「身体機能低下」であった。

【地域課題】

- ・認知症高齢者の早期発見及び在宅生活の継続のためには、地域の協力が必要
- ・身体機能低下防止のためには、介護予防活動の推進が必要

○単身世帯が全体の5割

【地域課題】

- ・単身世帯やキーパーソン不在の方等への見守りや支援の充実のためには、地域の中での支援体制が必要

地区

令和4年度実施内容

- 「ネットワーク構築（地域での見守り）」「認知症支援」を検討した地区が多数

地区地域ケア会議へ

○地域（町内会や自治会、民生委員等）の協力による単身世帯やキーパーソン不在の方等の見守り体制の構築

【残された課題】

- ・地域に留まらず、高齢者と関わりのある機関（病院・薬局・サービス事業所等）と相談機関との連携が必要。

○地域住民や民生委員等による意見交換や相談先周知、ポスターなどの広報活動による認知症支援の推進

【残された課題】

- ・地域に認知症の疑いなど心配な方がいても相談先が分からず、重症化してから相談機関に繋がることが多い。

区地域ケア推進会議へ

区

令和4年度実施内容

- 「認知症などのため生活に困りごとを抱える高齢者の早期発見、早期支援」について検討した区が約半数

○地域全体の支援ネットワークの構築についての検討

【残された課題】

- ・理美容室や鍼灸整骨院、スーパー等の地域資源、民生委員や自治会等と相談機関との連携を強化する必要がある。

○認知症に関する啓発活動

【残された課題】

- ・地域全体の認知症に関する知識不足、相談先の関係機関の周知不足。

市地域ケア推進会議へ

市

今回の検討課題

- 認知症（疑い）の方が自分らしく暮らし続けられるための地域づくり

課題整理

- ① 医療機関や理美容室、スーパー等の地域資源、民生委員等と相談機関との連携強化
- ② 地域全体の認知症に関する知識不足、相談先の関係機関の周知不足

- ① 高齢者の生活に変化に気付いているが相談先が分からない、認知症について知識を得たい、地域ともっと関わりたい医療機関やスーパー、理美容室等がある。
- ② 認知症サポーター養成講座等、認知症に関連する事業や地域包括支援センター・介護予防センター等の周知方法を検討する必要がある。

目標とする地域の姿

- ▶ 地域の人々が、認知症に対する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を得る
- ▶ 認知症になっても自立して、安心して他の人々と暮らし続けられる地域
- ▶ 認知症の人が生きがいや希望を持って暮らすことができる

参考（札幌市の認知症の市民理解推進のための主な取組）

- ・ 認知症サポーター養成講座
- ・ 認知症カフェ認証事業
- ・ 男性介護者の交流会（ケア友の会）
- ・ 徘徊認知症高齢者SOSネットワーク
- ・ 認知症コールセンター
- ・ チームオレンジ など

共生社会の実現へ

今回、委員の皆様よりご意見をいただきたいこと

議題 認知症（疑い）の方が自分らしく暮らし続けられるための地域づくり

- 認知症（疑い）の方の身近な応援団を、地域の中で増やすためのアイデア

