

重点分野 4 在宅医療の充実と医療・介護連携の推進

高齢化の進展によって、慢性疾患や複数の疾患を抱え、手術後のリハビリを必要とする患者も増えています。こうした患者像の変化に対応するため、入院・外来医療体制の効率化とともに、地域での生活を支えることができるよう、在宅医療の充実と介護サービスとの包括的かつ継続的な連携を推進します。

取り巻く状況

- 在宅医療には「退院支援」「日常の療養生活の支援」「急変時の対応」「看取り」の4つの機能が求められています。4つの機能の強化を図るためには医療と介護の連携が重要となります。また、生活支援サービスの充実により、在宅での生活を支えることも在宅医療の充実にとって重要となります。
- 切れ目のない在宅医療と介護の一体的な提供体制を構築するために、住民や医療・介護関係者と地域の目指すべき姿（地域の理想像）を共有し、連携を強化することが重要です。
- 2015（平成27）年度から介護保険法に定められる地域支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」が位置付けられ、市町において、在宅医療・介護連携に関する相談支援や医療・介護関係者の連携推進などの取組が行われています。

（1）在宅医療の充実

目指す姿

- 在宅療養を希望する患者が、住み慣れた地域で必要な医療・介護を安心して受けることができる。

| 本計画における目標 | 基準値 | 目標値 |
|--|------------------|-------------------|
| 訪問診療を受けた患者数（レセプト件数） | 98,474 人 (R3) | 109,918 人 (R8) |
| 看取り数 (自宅や施設における看取り加算のレセプト件数、死亡診断書のみを含む) | 2,248 人 (R3) | 2,486 人 (R8) |

現状と課題

- 高齢化の進展により、認知症患者や自宅、施設など地域において疾病や障害を抱えながら生活を送る方が増加する中、入院医療だけでなく、在宅医療を充実させることで、地域で安心して療養できる体制の整備を進めていく必要があります。
- また、医療技術の進歩等を背景として、退院後も人工呼吸器や胃ろう等を使用し、痰の吸引や経管栄養[※]などの医療的ケアを受けながら日常生活を営む患者が増加しています。認知症など精神疾患を抱える患者を地域で支えていく取組も含め、在宅医療ニーズの多様化への対応も必要となっています。
- こうした在宅医療ニーズの増加・多様化に対応するためには、在宅療養支援医療機関や訪問看護事業所など在宅医療の提供体制の充実を図るとともに、在宅医療を担う医師や訪問看護師、薬剤師等の人材確保が重要です。
- 離島や半島が多いという本県の地理的要因に起因する医療・介護資源の地域偏在等により、在宅医療を推進するにあたっての課題は市町によって異なります。
- 新型コロナウイルス感染症対応において、介護保険施設や有料老人ホームなどにおける生活機能が低下した高齢者の救急搬送が顕在化しました。施設から医療へのアクセス手段の多様化など、施設と医療機関の連携強化について検討を進める必要があります。

※ 経管栄養：食事を口から摂れない患者に対して、鼻や腹部に形成した瘻孔（ろうこう）からチューブを使って栄養補給を行うこと。

市町別医療・介護資源の状況

(単位：箇所、人)

| | 訪問看護事業所数① | | | 在宅療養 支援 診療所数 ② | 在宅療養 支援 病院数 ② | 介護保険施設③ | | | |
|-------|-----------|----------|---------------------|-------------------------|------------------------|--------------|--------------|-----------|-------------|
| | 事業 所数 | 看護 師数 | 1事業所 あたり 看護師数 | | | 介護老人 福祉施設 | 介護老人 保健施設 | 介護 医療院 | 介護療養 型施設 |
| 長崎市 | 54 | 286 | 5.29 | 129 | 11 | 49 | 15 | 3 | 3 |
| 佐世保市 | 18 | 105 | 5.83 | 36 | 4 | 25 | 10 | 4 | 2 |
| 島原市 | 5 | 37 | 7.40 | 8 | 2 | 8 | 2 | 1 | 1 |
| 諫早市 | 17 | 81 | 4.76 | 38 | 3 | 16 | 4 | 3 | 3 |
| 大村市 | 8 | 46 | 5.75 | 25 | 1 | 5 | 2 | 0 | 1 |
| 平戸市 | 1 | 6 | 6.00 | 2 | 1 | 5 | 3 | 1 | 0 |
| 松浦市 | 3 | 14 | 4.66 | 1 | 1 | 5 | 1 | 1 | 1 |
| 対馬市 | 3 | 9 | 3.00 | 0 | 0 | 6 | 2 | 0 | 0 |
| 壱岐市 | 2 | 12 | 6.00 | 4 | 1 | 4 | 2 | 0 | 0 |
| 五島市 | 5 | 17 | 3.40 | 2 | 1 | 7 | 3 | 0 | 0 |
| 西海市 | 3 | 12 | 4.00 | 3 | 1 | 4 | 2 | 0 | 0 |
| 雲仙市 | 2 | 7 | 3.50 | 10 | 0 | 6 | 3 | 0 | 1 |
| 南島原市 | 4 | 14 | 3.50 | 5 | 3 | 8 | 4 | 1 | 0 |
| 長与町 | 3 | 17 | 5.66 | 8 | 2 | 3 | 1 | 0 | 0 |
| 時津町 | 1 | 2 | 2.00 | 6 | 2 | 2 | 3 | 0 | 0 |
| 東彼杵町 | 1 | 7 | 7.00 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 川棚町 | 1 | 3 | 3.00 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 波佐見町 | 1 | 5 | 5.00 | 6 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| 小値賀町 | 0 | 0 | 0.00 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 佐々町 | 1 | 10 | 10.00 | 3 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 |
| 新上五島町 | 1 | 6 | 6.00 | 0 | 1 | 5 | 2 | 0 | 0 |
| 県計 | 134 | 696 | 5.19 | 287 | 34 | 165 | 61 | 14 | 12 |

出典 ①介護サービス施設・事業所調査 (R3.10.1)、②厚生局届出施設数 (R3.3.31)、
③県長寿社会課調べ (R5.4.1)

今後の取組

○ 在宅医療を担う医療や介護の関係機関相互の理解促進と役割分担のもと、在宅療養患者を支える「退院支援」「日常の療養生活の支援」「急変時の対応」「看取り」の4つの機能ごとの体制づくりを推進します。

ア) 退院支援

- ・高齢者等が病院から在宅に移行する際に、医療機関と地域包括支援センター、介護支援専門員等の地域関係者との切れ目のないサービスを提供するための情報共有を図るとともに、情報共有等のルールを地域の実情に応じて策定、運用するなど地域における入退院支援の仕組みづくりを推進します。
- ・入退院や施設等の入所、在宅医療への移行の流れにおいて、患者の歯科診療や情報が中断されることがないように医科と歯科の連携推進に努めます。

イ) 日常の療養生活の支援

- ・在宅における継続的な療養と訪問看護事業所の効率的な運営を図るため、複数の訪問看護事業所が一人の患者に対応する仕組みづくりを推進し、また、訪問看護の機能強化及び事業所の安定的な運営につながるよう、訪問看護を担う人材の確保や育成、安定的な訪問看護サービスの提供体制の整備を強化します。
- ・自宅や施設での高齢者等の生活の質を維持する口腔・栄養管理及びリハビリテーション等の継続的な提供を図るため、地域ケア会議やサービス担当者会議を活用した歯科衛生士、管理栄養士、リハビリテーション専門職等の専門職と地域包括支援センター等関係者の連携など、介護予防・自立支援及び重度化防止のための体制整備に向けた市町の取組を支援します。
- ・長崎県地域医療ネットワークシステム（通称：あじさいネット）の活用など在宅医療関係機関における ICT の導入を推進し、多職種間の円滑な情報共有を図ります。
- ・かかりつけ歯科医師等地域の歯科医師が、地域包括支援センター等の関係者を通して、在宅において口腔管理が必要な要介護者等に関する情報を共有することで、早期に歯科診療につながる仕組みづくりを進めます。併せて医療・介護の多職種と連携しながら、口腔内と全身の健康状態の改善を通して、在宅医療患者の QOL（生活の質）の向上を図ります。
- ・薬局におけるかかりつけ薬剤師の推進や健康サポート薬局の周知を図り、デジタル化による保健・医療情報（介護含む）を積極的に利活用しながら、薬剤師が積極的に在宅医療、介護予防、自立支援・重度化防止に関わることができる取組を進めます。
- ・在宅療養の継続を図るために必要とされるショートステイ、小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型居宅介護の整備に対して支援を行います。
- ・介護施設における入所者の急変時の医療ニーズへの対応について、介護施設と在宅療養支援病院など在宅医療を支援する地域の医療機関等との連携をさらに強化することで、施設の医療対応力の強化と施設職員の負担軽減を図ります。

ウ) 急変時の対応

- ・家族の負担を軽減するため、急変時に速やかに情報共有ができるシートの作成、安定的なケアの提供が行える体制の構築を進めます。
- ・高齢者等の急性期医療機関への搬送増加や、地域包括ケア病棟の充実等を踏まえ、在宅等での急変時に適切に搬送されるよう、地域における在宅医療・救急医療等の関係者間の連携体制の構築を支援し、本人の意思が尊重される環境を検討し、整備します。

- ・地域において在宅療養支援医療機関による往診・訪問診療の効率化を図るとともに、地域におけるかかりつけ医、訪問看護事業所、施設等に対する在宅療養後方支援病院等によるバックアップ体制の構築を図ります。

エ) 看取り

- ・在宅における看取りに際し、患者が穏やかな気持ちで残された日々を過ごすことができるよう、かかりつけ医、訪問看護師、介護職等の関係者が連携し、痛み等の症状管理、患者本人や家族の精神的なケア等、日常療養生活や急変時をサポートする体制づくりを図ります。
- ・在宅医療を24時間提供する在宅療養支援医療機関の、特に時間外・休日の看取りへの対応を支援するための検討を行います。
- ・看取りが可能な介護施設を増やすため、看取りができる施設職員の育成に取り組むとともに、施設と医療機関、訪問看護事業所の連携推進を図ります。

(2) 医療・介護連携の推進

目指す姿

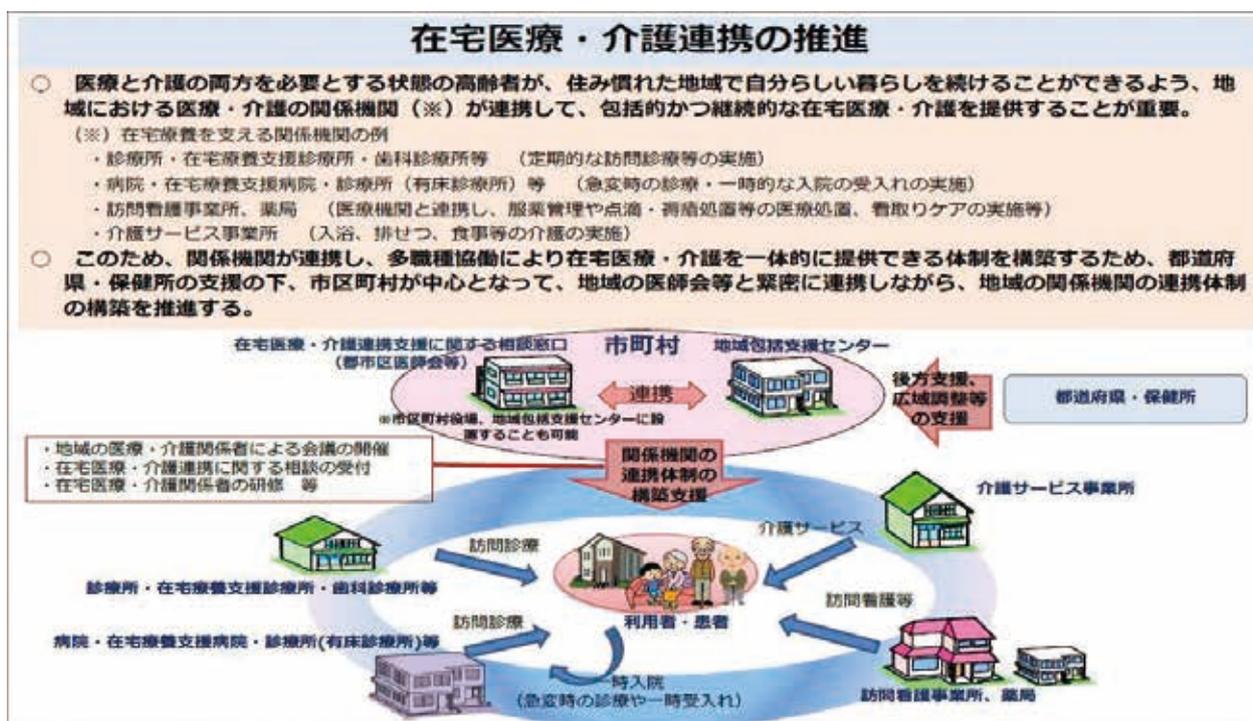
- 在宅医療と介護のサービスを切れ目なく受けることができる。

| 本計画における目標 | 基準値 | 目標値 |
|--|---------------|--------------|
| 在宅死亡割合 (在宅：自宅、老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院) | 24.6% (R3) | 全国平均 (R8) |

現状と課題

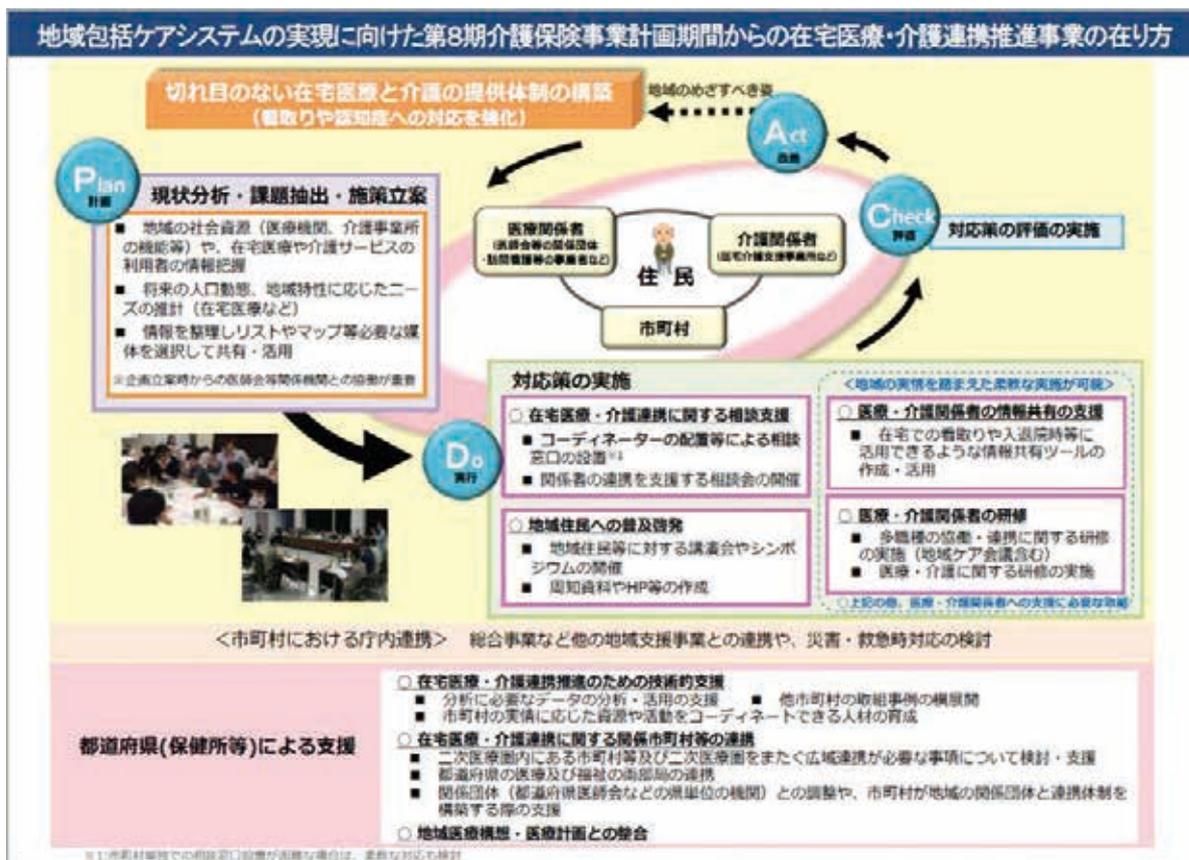
- 現在、全ての市町において、介護保険法に定められる地域支援事業に位置付けられた在宅医療・介護連携推進事業に基づき、医療・介護連携に関する相談支援や多職種連携推進などの取組が行われています。
- 医療については市町の枠を超えた広域の施策展開が多いため、市町において「将来的な在宅医療・介護連携推進事業のあるべき姿」をイメージして事業を実施することが難しく、医療との連携に苦慮している状況です。
- 特に市町の範囲を超えた広域な視点が必要な「在宅医療・介護連携に関する関係市町の連携」については、医療に係る専門的・技術的対応が必要であることから、第8期計画期間より都道府県が主体的役割を果たすよう見直されており、県に対しては、保健所を活用した積極的な取組が期待されています。

- 患者の尊厳ある生き方を実現するためには、本人の意思が尊重された医療的ケアが提供される必要があります。そのためには、予想されない急激な変化に備えて、本人の意思の確認が可能のうちから、その意思を家族や医療・介護従事者等と共有しておくことが重要です。
- このため、市町を中心に ACP（アドバンス・ケア・プランニング）^{*}の普及啓発が行われていますが、2023（令和5）年度実施の県政 WEB アンケートでは、ACP について「知らなかった」と回答した人が8割を占めており、普及啓発の取組の強化を図る必要があります。



出典：厚生労働省

^{*} ACP（アドバンス・ケア・プランニング）：将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者本人を主体に、その家族や近い人、医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行い、患者本人の意思決定を支援するプロセスのこと。患者の人生観や価値観、希望に沿った将来の医療及びケアを具体化することを目標としている。



出典：厚生労働省

今後の取組

- 介護保険法に基づく在宅医療・介護連携推進事業の事業主体である市町を医療計画における「在宅医療に必要な連携を担う拠点」に位置付け、地域のニーズに応じた在宅医療・介護の提供体制の整備に取り組みます。
- 市町の取組状況を確認し、医療法におけるかかりつけ医機能報告等も踏まえた協議の結果も考慮しつつ、広域的医療資源の情報提供、医療と介護の連携に資する実態把握及び分析に取り組みます。
- 市町の在宅医療・介護連携推進のため、研修会の開催、他市町の取組事例の横展開、必要なデータの分析・活用支援や総合的に事業を進めることができる人材の育成に取り組みます。
- 保健所と情報共有を図りながら、二次医療圏内やそれ以外の市町との広域連携、県医師会等関係団体との調整、入院時における医療機関職員と介護支援専門員の連携など広域的な医療機関と地域の介護関係者との連携・調整に取り組みます。
- ACPについて、県は地域においてACP推進の核となる人材を養成し、養成した人材を市町が行う住民への普及啓発や医療・介護従事者に対する研修会等に講師として派遣するなどにより、患者本人の意思決定を支援する環境の整備を図ります。

重点分野 5 認知症高齢者等に対する支援の充実

認知症の人が、尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、県民の認知症に関する正しい知識と理解をさらに深めるとともに、認知症の人の意思を尊重して、その家族や取り巻く関係者が連携した支援ネットワークの構築に取り組みます。

取り巻く状況

- 認知症高齢者の数は、2012（平成 24）年では 65 歳以上の 7 人に 1 人でしたが、団塊の世代がすべて 75 歳以上となる 2025（令和 7）年には 5 人に 1 人となり、本県においても 8 万 4 千人になると推測されています。認知症がごく当たり前の社会であり、既に、認知症とともに歩む時代に入っています。
- 国は、2019（令和元）年 6 月に「認知症施策推進大綱」を取りまとめ、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の意見も踏まえながら、「共生」と「予防」の施策を推進しています。
- 本県でも、国の大綱に沿って、①普及啓発、②予防、③医療、④介護、⑤地域支援、⑥権利擁護の 6 分野に分けて取組を進めてきました。
- 国の大綱では、認知症を理解し、認知症の人や家族を温かく見守り支援する「認知症サポーター」のさらなる養成と活動が推進されており、本県でも、特に各市町の取組によって多数のサポーターが養成され、傾聴や見守りなどの活動が自主的に行われています。
- また、新たな視点として、2023（令和 5）年 6 月には、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」が成立し、法の施行後は、国が策定する計画を踏まえ、県や市町が具体的な施策を講じていくこととなります。
- この法律の基本理念では、「全ての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができるようにすること」が示されています。認知症の人の社会参加の機会の確保や、意思決定の支援、権利利益の保障等がますます重要になってきます。
- 今後、地域共生社会の実現のためには、認知症サポーターが、任意性の活動からさらに一歩進んで、認知症の人やその家族の支援ニーズとつながり、県内各生活圈域の中で近隣チームによる支え合い・助け合いの支援体制（チームオレンジ）を充実していくことが課題です。
- さらに、2023（令和 5）年 9 月に、アルツハイマー病に対する新しい治療薬が国内で使用承認されたことから、認知症予防や医療の進展に関しても注目されています。

認知症高齢者等に対する支援の充実

目指す姿

- 認知症の人が尊厳と希望をもって認知症と共に生きる、また、認知症があってもなくても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができる。
- 認知症予防につながる活動に積極的に参加するとともに、認知症が進行し生活に困難が生じた場合でも、重症化を予防することができる。

| 本計画における目標 | 基準値 | 目標値 |
|------------|--------------|---------------|
| チームオレンジの整備 | 6 市町 (R4) | 21 市町 (R8) |

① 認知症に関する社会の理解を深める取組

現状と課題

- 県内では、市町及び地域包括支援センター等が開催する講座により認知症サポーターを162,522人（2022（令和4）年度末現在）養成するとともに、認知症の人と家族の支援ニーズとサポーターをつなぐ地域支援体制（チームオレンジ）の整備を推進しています。
- また、2021（令和3）年から、地域版認知症本人大使「ながさきけん希望大使」を任命し、認知症の人本人の発信機会も得ながら、認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深められるように普及啓発活動を行っています。
- 世界アルツハイマーデー（毎年9月21日）及び世界アルツハイマー月間（毎年9月）の機会を捉えた認知症に関する普及啓発（ライトアップ、パネル展、フォーラム等のイベント開催）を県、市町が、認知症の人と家族の会との連携により実施しています。
- 認知症の人が、居住地域に関わらず、適切な保健・医療・福祉サービスを受けられるとともに、社会参加の機会の確保等、生きがいや希望を持って暮らすことができるよう、「地域包括支援センター」が認知症に関する身近な相談窓口を担う体制が定着してきました。
- 若年性認知症に関しては、病状の進行のほか、就労や経済面の家庭への影響、社会参加など多面的な課題があるため、県が2018（平成30）年から若年性認知症支援コーディネーターを配置し、個々の状況に応じた支援を行っていますが、相談件数は年々増加傾向にあります。

今後の取組

- 認知症について正しく理解し、偏見を持たず、認知症の人や家族を温かく見守る支援者として自分のできる範囲で活動する「認知症サポーター」や、サポーター養成講座の講師役となる「キャラバンメイト」の養成を、市町との協働により推進します。
- また、認知症サポーターが新たに活動する場として、近隣の認知症サポーターがチームを組み、認知症の人や家族に対する生活面の早期からの支援等を行う「チームオレンジ」の整備を促進します。
- 「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」に規定された「認知症の日（9月21日）」及び「認知症月間（9月）」の機会を捉え、認知症についての関心と理解を深めるための啓発活動を、関係団体との連携により、認知症の人やその家族の協力を得ながら実施します。
- また、地域版認知症本人大使「ながさきけん希望大使」による普及啓発活動をより活発に行い、多くの県民が認知症に対する理解を深める取組を進めるとともに、認知症の当事者同士で、交流・相談・情報交換を行い、支え合う活動（ピアサポート）を推進します。
- 若年性認知症に関しては、県が若年性認知症支援コーディネーターを配置し、早い段階から若年性認知症に精通した医療等専門家との連携を密にしながら、市町の地域包括支援センター等とも協働して、相談支援、就労・社会参加のネットワークづくり等、若年性認知症の人や家族への支援を強化します。

② 認知症予防に効果的な運動や社会参加の促進

現状と課題

- 運動不足の改善、生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症予防にも資する可能性が示唆されており、各市町では多様な「通いの場」を設けていますが、近年、新型コロナウイルス感染症の影響や担い手・後継者不足により、通いの場の数は減少傾向にあります。
- 通いの場は、住民主体を基本としつつ、かかりつけ医、保健師、管理栄養士、リハビリテーション専門職等の関与も得ながら、多様な関係者や事業等と連携し、評価等を行うことにより、地域住民にとっても認知症予防の効果を実感できるものとしていくことが、活動をより充実するための課題となっています。
- また、口腔機能の虚弱状態や、老化に伴う「聞こえ」の不安等が、コミュニケーション機会の減少を招き、認知症を含む様々な心身の機能低下につながることから、市町における各種健診や健康増進及び介護予防の事業等と連携しながら、認知症の予防や社会参加の促進に関する啓発を進めていくことが課題となっています。

今後の取組

- 地域において、人と人とがつながり、遊びや学びの場となり、生きがいや楽しみをもって通うことができる「住民主体の通いの場」の実態把握を含め、さらなる充実を図るための取組を支援します。
- 市町における高齢者の保健事業と介護予防の一体化実施の取組の充実を図り、民間企業や大学、ボランティア団体等の多様な主体と連携し、高齢者の虚弱状態を早期に把握し、回復につなげ、高齢者の認知症予防を推進する市町の取組を支援します。

③ 認知症医療に関する連携体制及び対応力強化

現状と課題

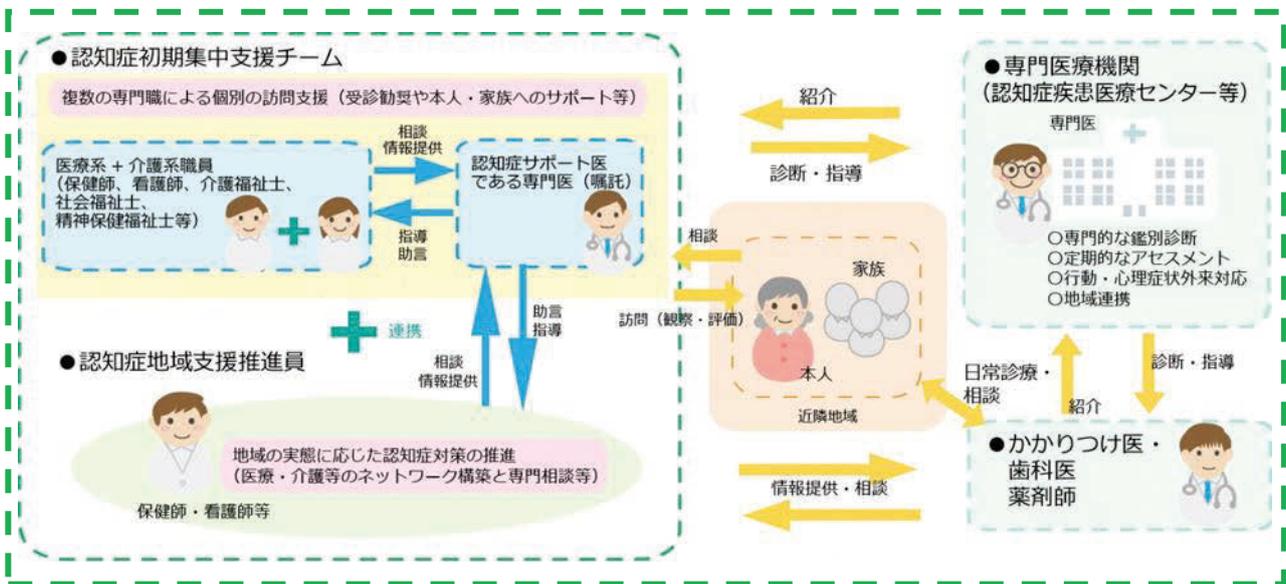
- 県内では、全ての二次医療圏域単位に認知症疾患医療センターを設置し、地域連携の拠点として、かかりつけ医、認知症サポート医、各市町の地域包括支援センター等との連携体制の強化を図っています。
- 認知症の疑いがある人への早期の気づき、BPSD[※]への対応等、認知症の適切な対応力の向上を図るため、認知症の早期発見・早期対応、医療の提供など重要な役割を担う、地域の様々な専門職の認知症対応力の強化・充実を図っています。
- 認知症の早期発見・早期治療につなげるため、複数の専門職により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援等を包括的・集中的（おおむね6か月）に行い、自立生活のサポートを行う認知症初期集中支援チームによる支援が各市町で進められています。

今後の取組

- 認知症疾患医療センターを地域連携の拠点として、各二次医療圏域単位での機関間連携に関する協議等を深め、認知症サポート医やかかりつけ医、市町・地域包括支援センター等との連携体制を強化します。
- 市町に設置されている認知症初期集中支援チームを対象とした研修会を実施し、認知症が疑われる人や認知症の人を適切な医療・介護サービス等に速やかに繋ぐ取組を強化します。
- 認知症サポート医の養成やフォローアップを行うとともに、認知症本人の意思決定支援を含む研修等を通してかかりつけ医や歯科医師、薬剤師、看護師の認知症対応力の強化・充実を図ります。

※ BPSD：「Behavioral Psychological Symptoms of Dementia」の略。直訳すると「認知症の行動的・心理的な症状」。

認知症医療に関する連携体制



④ 認知症介護人材の育成とケアの質の向上

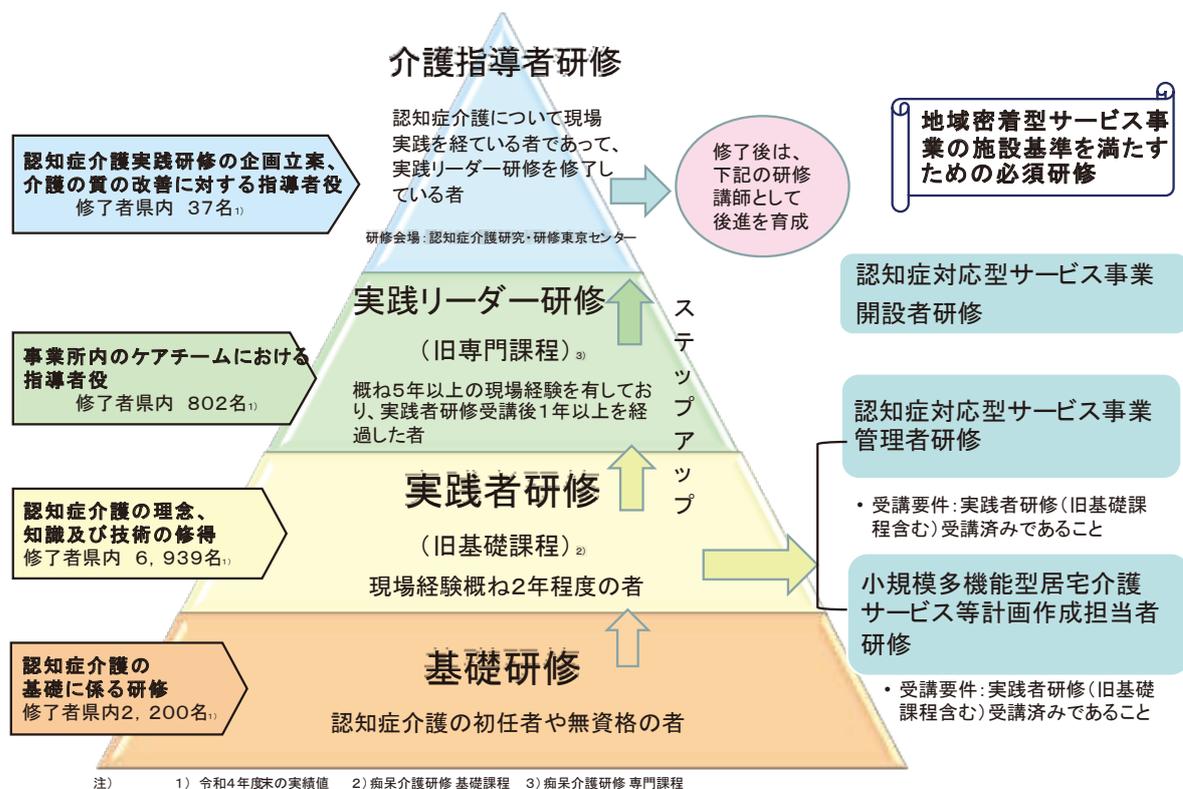
現状と課題

- 増加する認知症高齢者のケアに対応するため、認知症介護人材の確保が課題となっています。併せて、認知症に関するケアの質の向上のため、体系的な研修に取り組んでいますが、最近では、離島等からも参加しやすいオンラインの活用を図るなど、研修機会の確保と内容の充実を進めています。

今後の取組

- 良質な介護を担う人材を質・量ともに確保していくため、認知症介護の研修機会の確保と内容の充実を図ります。
- 認知症介護の裾野を広げるため、認知症介護の初任者に対する認知症介護基礎研修を、eラーニング方式を活用するなど、研修機会の拡大に努めます。
- 認知症介護に関する人材育成を体系化することにより、認知症介護実践者研修を経て、実践リーダー研修や介護指導者養成研修等の上位研修の受講機会を確保するとともに、地域密着型サービスの提供に必要な人材を育成するための研修を実施し、認知症介護従事者のキャリアアップと認知症ケアの質の向上を引き続き図ります。
- さらに、本人の意思をできるだけくみ取り、それを活かして支援ができるよう、医療・介護従事者等専門職向けの各種研修において、本人の意思を尊重した支援、本人の意思決定能力への配慮と能力に応じた適切な支援、チームによるプロセスを踏まえた支援等の重要性について学ぶ「意思決定支援に関するプログラム」を導入します。

長崎県の認知症介護に関する人材育成研修体系



⑤ チームオレンジの整備等による地域支援体制の構築

現状と課題

- 各市町において、認知症の人やその家族が「いつ」「どこで」「どのような」医療や介護サービスが受けられるのか、認知症の样態に応じたサービス提供の流れを地域ごとにまとめた「認知症ケアパス」の作成や認知症の人やその家族が地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う場である「認知症カフェ」の設置が進み、また認知症サポーターの養成も継続的に行われています。
- しかしながら、認知症サポーターが新たに活動する場として、近隣の認知症サポーターがチームを組み、認知症の人や家族に対する生活面の早期からの支援等を行う「チームオレンジ」を整備するため、県では「オレンジチューター」を3名養成し、市町に対する支援を行っていますが、2022（令和4）年度末現在、「チームオレンジ」の整備は県内6市町に留まっています（認知症総合支援等事業実施状況調べ／厚生労働省調査）。県内全域において、認知症の人を身近な地域で支えていく体制をさらに強化・充実させていくことが課題となっています。
- 認知症高齢者が行方不明になった際などに早期発見・保護に繋がるよう、市町の圏域を越えても対応できる見守りネットワークを構築するため、県では、県内市町、民間事業者等から構成する「長崎県見守りネットワーク推進協議会」を設置し、各所における取組事例

の共有等を通じて、構成機関が連携・協働した多重的な見守り体制の強化に取り組んでいます。

今後の取組

- チームオレンジの整備を促進するため、県が設置するオレンジチューターによる支援を強化し、市町が設置するチームオレンジの活動の要となるチームオレンジ・コーディネーターの養成研修等を引き続き開催するとともに、各市町にオレンジチューター等を派遣し、チームオレンジの設置準備として必要となるステップアップ講座の開催等を支援します。
- 「チームオレンジ」には認知症の人本人のチーム参加が前提となっており、認知症の人本人の意見も活かした社会参加及び支援体制の構築を推進します。
- 官民が連携することにより、認知症になってもできる限り住み慣れた地域で暮らし続けていけるよう「認知症バリアフリー」の取組を推進し、企業による、社内での認知症サポーター養成講座開催などの人材育成や、認知症の人が利用しやすい店内レイアウトの工夫やスローレジの導入などの環境整備の取組などにより、企業が積極的に「認知症バリアフリー宣言」を行うことができるよう働きかけを強化します。
- 各市町の見守り体制の強化を支援するとともに、ICT・IoT[※]機器を活用した見守りシステム・サービスの普及や複数の市町が連携した広域的な見守りネットワークの構築に向けた取組を進めます。
- 認知症の人のみならず家族等が孤立しないよう、認知症の人と家族及び専門職等から構成し、電話相談や各地域での集い、認知症に関する普及啓発等を行う「認知症の人と家族の会」の活動を支援します。
- 若年性認知症の当事者や家族による「集い」の場を設けて、ピアサポート活動を支援します。また、医療、介護、福祉、就労支援等の関係者による若年性認知症支援ネットワーク会議を定期的開催し、連携体制を強化します。

※ IoT：Internet of Things の略。あらゆるモノがインターネットを通じて接続され、モニタリングやコントロールを可能にするという概念。

チームオレンジの取組の推進

わが街の チームオレンジ



【参考】チームオレンジとは

「チームオレンジ」は、原則として、以下の「チームオレンジの三つの基本」を満たすものとされていますが、これを満たさないものの、本人・家族のニーズとステップアップ講座を受講した認知症サポーターを中心とした支援をつなぐ仕組みが構築されているものも含まれています。

- チームオレンジの三つの基本（「チームオレンジ運営の手引き」による）
 - ① ステップアップ講座修了及び予定のサポーターでチームが組まれている。
 - ② 認知症の人もチーム員の一人として参加している。（認知症の人の社会参加）
 - ③ 認知症の人と家族の困りごとを早期から継続して支援ができる。

⑥ 認知症高齢者の権利擁護

現状と課題

- 認知症高齢者に対する虐待事案に対応するため、各市町において高齢者虐待の防止、早期発見と適切な初期対応、本人や養護者への適切な支援の実施のための体制整備の充実・強化が課題となっています。
- 「成年後見制度の利用の促進に関する法律」に基づき、各市町において市町村計画の策定や権利擁護支援に関する地域のネットワークの中核となる「中核機関」の設置が徐々に進んでいますが、高齢者等が日常生活上の手続きや支払等が滞ることなく、消費者被害等の権利侵害を受けないよう、どの地域においても必要な方が成年後見制度等を利用できる体制整備を進めることが課題となっています。

今後の取組

- 「長崎県高齢者虐待防止・身体拘束ゼロ作戦推進会議」を開催し、介護・福祉・法律の専門家等を交えて高齢者虐待の現状や課題を分析・共有することにより、虐待防止に向けた対策の検討等を行います。
- 高齢者虐待の相談窓口である市町や地域包括支援センターの職員を対象に虐待への対応力向上を図るための研修を継続して実施します。
- 介護サービス事業所の職員等を対象として利用者の権利擁護の視点に立った介護に関する研修を実施するなど、適切なケアができる人材を育成します。
- 判断能力が十分でない高齢者等を対象として、長崎県あんしんサポートセンターが行う福祉サービスの利用援助や金銭管理等の日常生活自立支援事業を推進します。
- 「中核機関」を全市町に設置できるよう支援するほか、市民後見人養成や県民への周知・啓発など第8期計画からの取組を一体的に進めます。
- 成年後見制度の申立費用や後見人の報酬の助成について、本人や親族による申立の場合でも助成が受けられるなど適切な実施ができるよう市町に対して継続した働きかけを行います。

<コラム> 認知症サポーターとは【認知症を正しく理解しましょう！】

認知症サポーターは「なにか」特別なことをする人ではありません

< 認知症サポーターとは >

- 認知症を正しく理解し、偏見をもたず、認知症の人や家族に対して温かい目で接する「応援者」です。

< 認知症サポーターになるには >

- 県内各市町が開催する「認知症サポーター養成講座」を受講することで、認知症サポーターの証であるオレンジリングや認知症サポーターカード等が配布されます。

< 企業・職域向け認知症サポーター養成講座 >

- 県では、地域において認知症の方々と関わる人が多いと想定される公共交通機関などの従業員を対象として、認知症の理解や接遇等に関する実践的、実用的な知識・技術等の習得を目的とした講座を開催しています。



認知症サポーターの声

【認知症サポーター養成講座を受講した感想】

- 認知症の方の特徴や接し方を学ぶことが出来て、本当に良い機会でした。業務だけでなくプライベートでも、認知症の方への対応がしっかり出来るようになりたいと思いました。（交通事業者の方）
- 亡くなった祖母が認知症だったので、そのことを考えながら受講していました。今回受講した知識があればもっと違った対応が出来たかもしれないと思いました。（警備会社の方）
- 認知症は身近なテーマだが、自分事として捉えていない人も多いため、認知症サポーター養成講座を受講することにより理解を深めることが大事だと思いました。（地域住民の方）