

第 3 章

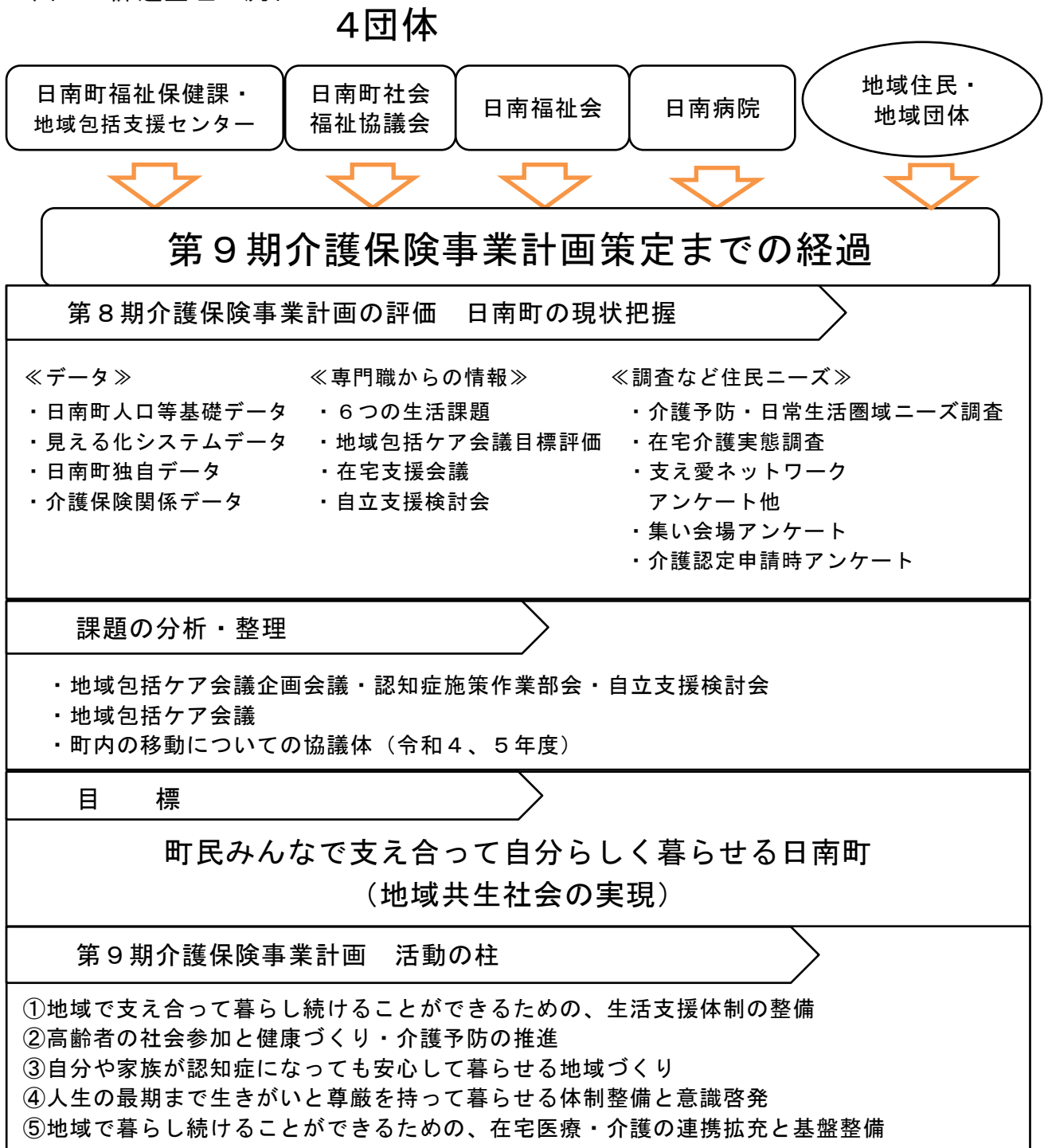
課 題 の 整 理

第3章 課題の整理

1 課題整理の流れ

第9期介護保険事業計画の策定にあたり、第8期計画の評価、現状把握、課題の分析・整理、第9期計画の目標設定、活動の柱の決定等について、関係機関と協働して、次のように取り組みました。

図17 課題整理の流れ



2 介護給付費からみた課題の整理

被保険者の状況、介護給付費の状況等について、全国平均値や鳥取県平均値と比較して乖離があるか、その理由は何かを、課内や地域包括ケア会議等で検討しました。

表70 全国平均・鳥取県平均との乖離の理由・問題点

全国平均等との比較	全国平均等との乖離についての理由・問題点等の考察(仮説の設定)
<ul style="list-style-type: none"> ・ 認定率は全国より高いが、調整済み認定率（性・年齢別人口構成が全国平均と同じと仮定した認定率）は全国・県より低い。 ・ 介護サービス利用率（認定者のうちサービスを利用している人の割合）は75%で、全国・県と比較してやや低い。 ・ 在宅サービス受給率（第1号被保険者のうち在宅サービスを利用している人の割合）は全国・県に比較してやや高い。要支援1・2と要介護1の軽度認定者の受給率が高い。 ・ 在宅サービスの受給者1人あたり給付月額、利用日数、利用回数が、国、県に比べて少ない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本町の高齢化率は50%を超え介護認定を必要とする後期高齢者比率が高く、認定率では全国より高いが、調整済み認定率は全国より低く、年々減少している。軽度の認定者（要支援・要介護1）の割合が多い。 ・ 要支援・要介護認定を受けても、サービス利用がない人がある。認知症の症状があり、家族はサービス利用を促すが本人は利用希望がない、という事例が多い印象。見守りながら、必要なタイミングでサービスが開始できるように、つながりを維持することが大切。 ・ 重度者では、入院により介護サービス利用がない人がある。 ・ 在宅サービス受給率は、要支援1・2、要介護1の軽度認定者で高率となっている。軽度のうちから介護サービスを利用し、重度化を防止できれば望ましい。 ・ 町面積が341k㎡と広いが、介護サービス事業所は訪問介護、訪問リハ・訪問看護、通所介護、通所リハ（令和元年開設）の各サービスは町内1事業所のみである。移動距離が長く、サービス提供に時間がかかり、利用者は頻回利用ができにくい。 ・ サービス提供事業所は、人材不足や移動距離の長さ等により、頻回訪問や頻回のサービス提供ができにくい。

全国平均等との比較	全国平均等との乖離についての理由・問題点等の考察(仮説の設定)
<ul style="list-style-type: none"> ・ 居住系サービス（特定施設生活介護・認知症共同生活介護）の受給率は、全国・県に比較してやや低い。 ・ 施設サービス受給率は、全国・県に比べて約2倍と高い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅サービスにおいては、町外のサービス付き高齢者住宅入居者による利用が増えている。 ・ 町内のサービス利用においては、毎週実施する在宅支援会議、町内居宅支援事業所と実施する自立支援検討会（月2回程度）、町内居宅支援事業所連絡会などで利用者の状況が把握しやすいが、町外でのサービス利用について保険者として状況把握が行いにくい。 ・ 居住系サービスは、町内には認知症共同生活介護（認知症グループホーム）が18床あるが、特定生活介護の施設はなく、主に西部圏域での利用となる。 ・ 町外のサービス付き高齢者住宅等の入居者が増え、特定施設入居者生活介護等、町内にはないサービスの給付が増えている。 ・ 80歳以上一人暮らし、高齢者夫婦世帯が多く、介護力が弱い。中山間地域で町面積は広く、頻回に介護サービスを利用することが難しい。介護サービス資源も少なく、在宅生活を継続するための支援が十分ではない状況がある。 ・ 在宅サービスにおいて頻回なサービスの利用・提供が難しいことは、介護力の弱い重度認定者の在宅継続支援が難しい。 ・ 町内に特養（90床）、療養病床（31床）があり、近隣の町に介護老人保健施設があり、施設入所しやすい状況にある。 ・ 日南病院の介護療養病床31床が、令和5年度末で廃止となり、医療療養病床（計40床）に移行となる。医療処置を多く必要としない施設入所希望者への対応に注意が必要となる。

<p>【サービス種類別】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護の受給者1人あたり給付月額、全国・県よりも少ない。 ・訪問看護の受給者1人あたり給付月額は、全国・県と比較して半分程度である。 ・訪問リハビリテーションの受給者1人あたり給付月額は、全国・県よりも少なく、6割程度である。 ・通所介護の受給者1人あたり給付月額は、全国・県よりも少なく、県の6割程度である。 ・短期入所生活介護の受給者1人あたり給付月額は、全国・県よりも少なく半分程度である。 ・短期入所療養介護の受給者1人あたり給付月額は、全国・県よりもやや多い。 ・合計すると全国よりやや少ないが、県と同程度である。 ・福祉用具貸与の受給者1人あたり給付月額は、全国・県よりもやや少ない。 ・町内にはない介護サービスの給付 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護は、在宅生活を継続するために必要なサービスであるが、提供体制の確保が難しく、頻回な利用ができにくい状況である。 ・訪問看護は、今後も需要の増加が見込まれるが、サービス提供体制の拡大が難しい状況である。 ・訪問リハビリテーションは、今後も需要の増加が見込まれるが、サービス提供体制の拡大が難しい状況である。 ・通所介護は、在宅介護を支えるために重要なサービスであるが、移動に要する時間が長いこと、サービス提供体制の拡大が困難なこと等により、頻回な利用ができにくい状況にある。 ・短期入所サービスは、在宅介護を支えるために重要なサービスであるが、令和3年度・4年度は、新型コロナウイルス感染症の影響を受け、利用が困難な状況が続いた。 ・近隣町の介護老人保健施設での短期入所利用もあった。 ・日南病院の介護療養病床が廃止となり、医療療養病床に移行となる。短期入所療養介護は、移行後も引き続き利用が可能と聞いている。 ・福祉用具貸与について、全国・県との差は千円～2千円程度で大きな差はない。 ・特定施設入居者生活介護、定期巡回・随時対応型訪問看護介護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護、地域密着型通所介護は町にはなく、町外での利用により給付が発生する。
---	---

3 課題整理のまとめ

地域包括ケア会議企画会議、認知症施策作業部会、地域包括ケア会議、自立支援検討会、介護保険運営協議会などで関係者が協議を重ね、課題と対応策をまとめました。

表71 キーワードごとの現状と課題、目指す姿、対応策

キーワード	現状と課題
総合事業・介護予防サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問型、通所型にA(従前相当)、C(短期集中)があり、通所型B(ボランティア、見守り・生活支援もあり、メニューはある) ・訪問型B、訪問型Cの利用は少ない ・通所型Cは、送迎がないので利用がしにくい ・介護保険ファイルの活用が少ない(興味・関心シート、チェックリスト、1日の生活、もしもの時のしあわせノート) ・つどいの場は47団体(令和5年10月)で身近な場所での集まりはあるが、参加者が減って解散した団体もある ・つどい世話人が高齢化している ・つどいの場はあるが、送迎がないため行けない人がいる ・おしゃべりが苦手な方のかける場がない ・要支援認定者でも必要な人はデイでの入浴支援を行っているが、事業所は負担が大きい
介護サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・重度者は入所していて、在宅者は要支援・介護1の人が多い ・在宅サービス利用の重度者実数が減少した ・他市町村に比べて訪問介護・訪問看護の利用が少ない ・軽度者のサービス利用がしづらい ・サービスのイメージがわからず拒否する人がいる ・サービス利用は世間体が悪いと思う人がいる ・高齢者に「そんなところには行かない」という意識がある ・事業所の人手不足で、サービス利用を増やしたくても増やせない ・町が広いので移動に時間がかかり、サービスの頻回利用が難しい ・金銭的に入所が厳しい人がいる

目指す姿(理想像)	目指す姿を達成するための対応策(案)
<ul style="list-style-type: none"> ・生きがいのある健康寿命を延ばす ・みんなと関わって楽しく暮らしたい ・誰もが、支えたり・支えられたりの両方を持って暮らしていることを理解している町 ・もしもの時のしあわせノートを書く ・要支援でも気兼ねなくデイで入浴ができる体制 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問型Bを増やすために生活支援ボランティアから移行 ・訪問型Bをまち協に働きかける ・つどいの計画からデイへの引継ぎ ・毎年とるチェックリストやプランを介護保険ファイルに綴る ・つどいの継続支援→参加者・世話人にアンケートや聞き取り ・つどいの送迎 ・見守り生活支援サービス、ボランティアの依頼 ・生活支援ボランティアの活用・マッチング まずはゴミ出しから ・通所リハビリの中でもしもの時のしあわせノート記入をプランに入れる ・つどいの場が苦手な人でも出やすい場づくり ・要支援者デイサービスの入浴に自己負担を検討 ・住まいの確保 ・地域の中で助け合う仕組み ・事業対象者も利用できるサービスのPR
<ul style="list-style-type: none"> ・介護サービスの理解が普及している ・必要なサービス(人員)が利用できる ・必要で利用したい時間・曜日にサービスが受けられる ・サービスの理解を広めて必要な人に必要なサービスが届く ・要支援からの卒業のための利用促進 ・ボランティアを活用しサービスを受けられる ・各地にデイなどがあり気軽に行ける ・気兼ねなく自分らしく暮らせる日南町 ・介護を受けて生きて行くのは当たり前のことで、サービスは自分らしく暮らすためのツールと考える ・軽度なうちからサービスを導入して支援に慣れておく ・事業対象者レベルは集団の予防の場、支援レベルは集団と個別を併用 	<ul style="list-style-type: none"> ・小規模多機能があるといい(日中のケア、見守り、泊まれる場) ⇔ 経営(職員配置)が難しい ・気分が上がる(価値が高い)サービスの提供 ・困っている人を見つけてつなぐ ・百歳体操、介護予防の場づくり・維持 ・人材確保 ・事務の削減 ・自立といっても人それぞれ。具体的な動作目標必要。 ・介護サービスはツールであるとのメッセージを送る ・入浴できる施設(温泉のような、食事も有)がほしい ・人員基準の緩和をすればよい ・サービス未利用者の様子確認が必要 ・認知症デイサービスがあるとよい ・ショートステイの確保が必要 ・介護サービス以外で使えるサービス(買い物・ゴミ出し等)が充実するとよい

キーワード	現状と課題
最期の迎え方	<ul style="list-style-type: none"> ・ 最期の迎え方を考えている人は42%、家族に伝えている人は25% 考えていない人・伝えていない人が多数で 58% ・ 要介護状態となった時自宅で生活したい人が 49% ・ 介護者が高齢になり施設入所が増える ・ 低所得者が入居可能な施設が町内にない ・ つくほの利用料は高いが、思ったより入居があった ・ 将来要介護状態になった時に、サービスを受けて自宅で生活したいという希望があり、介護サービスへの意識の変化がみられる
健康づくり	<ul style="list-style-type: none"> ・ 冬はこたつから出ないから認知症が増える ・ 冬は体重が増加する（循環器疾患の増悪） ・ 作るのも買い物に行くのも億劫になり食べない
移動	<ul style="list-style-type: none"> ・ 車の運転が困難になり移動困難となる方が増えた ・ 出かける手段がなくて引きこもり ・ 外出控える理由は足腰の痛みが群を抜いて多い ・ デマンドバスを1時間前までに予約することが困難な場合がある ・ ドア・ツー・ドア型バスが運行する ・ 必要な場に出るのにタクシーで片道 5,000 円かかる

目指す姿(理想像)	目指す姿を達成するための対応策(案)
<ul style="list-style-type: none"> ・ 自宅で暮らしたい、施設で暮らしたい、それぞれ(本人・家族・関係者)が思いと現状を話し合える ・ 最期まで安心して過ごせる町 ・ 最期の迎え方を考えて伝えている人が増える ・ いろいろな選択肢がある ・ ポックリでなくてもいいと思える ・ 役割を持って死ぬまで元気 ・ 自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる ・ 要介護5で独居でも家で過ごして死ねる ・ 死ぬまで現役 ・ もしもの時のしあわせノートを若い人でも記入する 	<ul style="list-style-type: none"> ・ もしもの時のしあわせノートを見直す(お薬手帳サイズ、シール式、向かいやすいよう A4 サイズで1~2枚に等) ・ 認定調査時に意見を聞く ・ 60歳代からノートの記入を勧める ・ 医療・介護職と一緒にノートを記入するなど活用する ・ 映画や出前講座での意識啓発する ・ もしばなゲームを活用する ・ 尊厳を持った死を学ぶ、話題として出す ・ ケアマネのアセスメント時に話を聞く ・ 特化デイで話をする(元気なうちから考える)
<ul style="list-style-type: none"> ・ 若いうちから健康づくりの意識を持って取り組む ・ 生きがいがある健康寿命100歳を目指す ・ 各地に弁当配達がある ・ 1年を通して活動ができ、健康・疾患コントロールができる ・ 冬でも元気に過ごせる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 冬でも動ける場所、健康増進施設(いろんな年代の人が行けるジム) ・ プール ・ 生協での購入、パセオの配達、弁当配達の活用 ・ 材料は生協や配達で調達しヘルパー直行 ・ 買物支援、移動販売、子ども食堂 ・ ウーバーイーツのような食品配達
<ul style="list-style-type: none"> ・ 体が動かなくても幸せと思う ・ 自由に出かけたい ・ 障がいがあっても趣味活動や地域活動ができる ・ 家まで来るデマンドバスの利用が簡単にできる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 外出支援を充実する ・ 相互乗り合わせを促す ・ 地域での共助交通 ・ カーシェアリングを進める ・ 移動販売などの買い物支援

キーワード	現状と課題
交流の場	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域によってはつどいの参加が減っている ・ つどいの高齢化、世話人の後継者がいない
家庭環境	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族がいても昼間はほとんど不在になる ・ 家族と一緒に暮らしていても関わりが浅い ・ 同居の介護者がいなくなり家族介護が難しくなった
地域	<ul style="list-style-type: none"> ・ 空き家が増加している ・ 親しいつきあいのあった近所の人がいなくなった ・ 近所付き合い保たれている地域と、できなくなってきた地域がある
I T活用	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者には抵抗が大きく、浸透しにくい ・ IT格差が大きい
就労	<ul style="list-style-type: none"> ・ 就労の場が少ない

目指す姿(理想像)	目指す姿を達成するための対応策(案)
<ul style="list-style-type: none"> ・ みんなと関わって楽しく暮らしたい ・ 毎日誰かと会うか話すかできる暮らしがしたい ・ 家の近くに交流の場がある・役割を持ちながら暮らす ・ 60歳代～100歳代まで全員が参加できる場がある 	<ul style="list-style-type: none"> ・ シェアハウスで生活する ・ つどいの継続支援 ・ 見守り連絡会 ・ 老人クラブなどの活動との統合
<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事が一緒にとれるような家族関係 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 関心を持ってもらうこと ・ 福祉教育の推進（特に小中学生に必要）
<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域で支え合って、近所でできることは助け合って暮らしが続けられる ・ 近所で助け合いができる ・ 若いうちからお互い様 ・ 高齢者のアパートや小さな町をつくる ・ 安心して住める地域づくり 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 住んでいる地域ごとに対応策が検討できるようになる ・ 高齢者住宅の整備 ・ 警察と連携する
<ul style="list-style-type: none"> ・ IOT最先端の町 ・ 動けなくてもVRで旅行 ・ ICT活用して病院へ相談できる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 若いうちから使い慣れておく ・ VRコンテンツを作成する
<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者の就労の場がある ・ 要介護になっても働ける場がある ・ ボランティアの活用で介護サービスでなくても生活できる 	<ul style="list-style-type: none"> ・ シルバーの仕事まではできなくても少しでも収入になることがあるとよい ・ 内職、バザーをする

表72 認知症施策におけるキーワードごとの現状と課題、目指す姿、対応策

分類	キーワード	現状と課題
<p>【1】 認知症への理解を深める</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人の意思の尊重 ・ 基本的人権の尊重 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人の思いより、家族の訴えに焦点がいきがち ・ 認知症の方も人であり、大切にしていかなければならない
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 正しい理解 ・ 意識の変容 ・ 啓発 ・ 認知症への理解 ・ 誤ったイメージ 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 未だに「あの人は認知症だけん」ですませる人が多い ・ 「認知症になったら終わり」というネガティブなイメージがある ・ 「認知症にはなったらいけん」との発言多い ・ 専門職でも偏見がある（人権感覚の欠如） ・ 地域包括ケア会議など、安全・安心な生活を守るために、医療福祉関係者が集まって、対策について協議を重ねた会を開催していた経過がある ・ 認知症の方への対応はどのようにしたらよいのかを理解している、もしくは分かろうとしている人がどれだけいるのか？ ・ 本人とのかかわり、正しい知識、理解 ・ すすんでシンポジウムに参加してくださる人は認知症の人への理解も変わってきているが、全く興味がない人に対しての意識改革は難しい <p>相談窓口</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症と表現するだけでなく、何の認知症なのかを理解しているか？特性が理解されているのか？ ・ 認知症に対するネガティブなイメージが変わらない ・ 認知症になったら迷惑かけるという思い ・ 運転免許：事故を起こす人は必ずしも認知症ではない。認知機能低下は事故を引き起こす要因の1つではあるが、『“認知症だから”事故をする』と一括りにしてはいけないのではないか。

目指す姿(理想像)	目指す姿を達成するための対応策(案)
<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症になっても生きがいがある ・ 高齢認知症の人生をできるだけその人らしく暮らしてもらう 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 元気な頃の言動や現在の強い願望は、できるだけかなえる努力をする ・ もしもの時のしあわせノートを活用し、定期的なACP、聞き取りをする ・ 意思決定支援を行う
<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症というものを誰もが理解している ・ 本人が暮らしやすい地域になると良い。 ・ 次世代に向けて、当たり前に、丁寧に関わる専門職が増えていく 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症サポーターの育成 →パセオ、郵便局など公共機関、企業・事業所の人を知っていることが大事 ・ 家族への啓蒙 ・ その人の周囲の人への啓蒙活動をする（理解と協力） ・ 本人の視点で考えていく ・ 認知症のネガティブなイメージは強いが、啓蒙活動により取り払う ・ 認知症の人が住み慣れた場所で安心して暮らすためには周囲の理解が不可欠 ・ 個人情報はどこまで共有するか ・ 映画や講演会 ・ 認知症は誰でもなる病気（2025年700万人） ・ 「認知症だから」という理由で除外したり、偏見を持ったりしないことが必要 ・ 一人の人として、その人を見ることが大事で、すべての医療福祉関係スタッフは、当たり前に行えるべき ・ 寝たきりの状態でも、在宅で看ることができるということを周りの人が見せていく ・ 対応力向上の研修…各施設での効果的な研修を重ねる →地域への研修も企画 →内容、視点を考える →本人が語れる人の気持ちを聞く ・ もの忘れには、良いものと悪いものがあることの周知 ・ 認知症を取り巻く小さな集団へのアプローチを考える ・ 認知症に対する意識を変えられるような啓発 ・ 相談窓口の周知を引き続き行っていく ・ ポジティブに生きる ・ 身近なこととして考えてもらえるようにする ・ 誰しも認知症になりうると理解すること

分類	キーワード	現状と課題
<p>【2】 認知症の予防、 早期発見・ 早期対応を図る</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 身体機能の維持 ・ 活動・役割の維持 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 身体機能の低下 ・ 活動の低下 ・ 認知症であっても、能力を発揮できる場が少ない ・ 子との関係性（親の状態を把握していない） ・ 人生100年時代で、子は県外で70歳まで仕事をして、家の修理ができず、住み続けられない ・ 百歳体操に参加していない人のフォローをどうするか
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 人とのつながり ・ 交流をもつこと、 ・ 孤立の防止 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者の交流の場が少ないのでは？（百歳体操に出られなくなった人のレベルで活動が一気に落ちる） ・ 人間関係の喪失 ・ 百歳体操に出てこない人をどうするか ・ 困ったときにどこに相談したらよいか ・ 地域の人に話せない人は専門職にしか話せない場合もある→こういう場が少ない（地域性もある）
<p>【3】 認知症地域支援・ ケアの向上</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 多職種で取り組む 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 多職種連携

目指す姿(理想像)	目指す姿を達成するための対応策(案)
<ul style="list-style-type: none"> ・ 早期発見により、早期に介入して、問題行動を防ぐ ・ 役割を発揮できる場がある 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症の人は人の中に出ることが大事であるが、そういう場づくりが必要 ・ 認知症の人だけのデイサービス等 ・ 認知症があっても自分でできること、役割をつくる ・ BPSDみたいにならない認知症になってもらう →症状として出るのは仕方ないが、それに対応することが大事 ・ 継続的な身体検査(調査)、握力検査など ・ 役割(活動)の継続
<ul style="list-style-type: none"> ・ 交流の場がある ・ 認知症になっても交流・付き合いがある ・ まずは高齢者のつどう場が必要 	<ul style="list-style-type: none"> ・ オレンジカフェ、百歳体操、各地区での食事会など集まれる場所づくり ・ オレンジカフェ：その場に当事者いなかった。家族も本人もこれだけ仲間がいる、一緒に来てほしい。活動の場となると良いが…。地域だと近すぎる。毎月でなくても良い。専門職も参加する。 ・ 百歳体操：認知症で出られなくなった人が出られるように支援。出られる体制づくり。 ・ 参加し続けられるようにサポートする ・ 食事会：小さい単位で集まりをして出られるような会があればよい ・ 人とのつながりを継続する ・ 予防のための社会活動 ・ 生きがいのある生活の継続 ・ 男性、・独身者の救済(孤立しがち)
<ul style="list-style-type: none"> ・ 早期対応につなげて問題行動を予防する 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症初期集中支援の会や在宅支援の会で情報の共有 ・ 多職種で認知症への取り組みについて情報共有する →在宅支援の会の充実

分類	キーワード	現状と課題
<p>【4】 認知症の人への支援体制を整える</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活の困りごとへの支援 ・介護保険サービスなど社会資源の不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症夫婦世帯…生活が破綻→早期介入 ・生活はなんとかできて介護保険サービスは入らないが周りが困るケース ・認知症+骨折などで入院された人の退院先がない（老健など） ・町内にグループホームが少ない ・認知症の2人暮らしの家などへのサポートが不足している ・認知症になっても生活を継続していけるだけの社会資源がない（不足している） ・買い物支援（施策で）、生協のように定期配達 ・買い物、調理などの支援が不足している
	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の人への対応の仕方 ・家族への支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の把握はかなりできているが、次のステップが不十分
	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症になっても暮らしやすい町づくり 	<ul style="list-style-type: none"> ・不便になるから運転がやめづらい ・認知症になっても安心できる町づくりをどう目指すか
	<ul style="list-style-type: none"> ・その他 	<ul style="list-style-type: none"> ・問題の分析 ・認知症対応のレベルの作製。1)薬がのめない 2)日常生活がくずれる 3)社会生活が・・・各レベルの対応策を考えて対応する。⇒社会性、日常生活が保たれているか、くずれていないか。

目指す姿(理想像)	目指す姿を達成するための対応策(案)
<ul style="list-style-type: none"> ・ 自分や家族が認知症になっても安心して暮らせる地域 ・ 近所で助け合いができる ・ 認知症になっても住み慣れた所で安心して暮らせる。(新オレンジプラン) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症のレベルによる対応策が必要 (例) 糖尿病、心不全など薬がきちんと服用できないレベルは施設を考えざるを得ない。カレンダー管理ができるレベルー訪問看護で対応など。 ・ 金銭管理の支援 ・ 介護保険ではカバーできない困りごとを解決する仕組み作り (制度にとらわれすぎない) ・ 環境を整える (ゴミ捨てや話し相手)
<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅ではなるべく自由にさせてあげる ・ 訂正しない、怒らない 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 腹が立てば5分間ほどその場を離れてまたもどる (ルーチン) ・ 認知症への家族の対応の仕方 ・ 認知症サポーターの活用 ・ 認知症を早くみつけて家族への対応の仕方を指導する
<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症になっても安心して暮らし続けられる ・ 認知症になっても地域にも言える、暮らしやすい地域になる ・ 認知症があっても暮らせる地域 	<ul style="list-style-type: none"> ・ まずは訪問サービスを入れて認知症の生活レベルをチェックする ・ まず医師が突破して後に看護、介護が続く ・ 薬、食事等の生活支援で支えられるか判断して対応する ・ できるだけ人生をその人らしく、生きてもらうことに心がけて対処する ・ パセオ等小売店での支援 ・ バス・タクシー、交通での支援 ・ ICT利用した安否確認 (服薬システムも) ・ AI医師や相談員の開発 ・ 成年後見人制度の適応
<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症の方の重度レベルと対応を考えておく 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 早期発見し、周囲が早く対応できれば、BPSDのようにならないようにできるかもしれない。 ・ レベルに応じた対策を具体的に形にしておく。 <p>【モデル：認知症重度分類】* “初期集中支援チームでどんな対応をするか考える”</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 生命に直結するか(糖尿病だがインスリンを打たず低血糖、心臓病の人が薬を飲まない) ② 社会生活ができているか ③ 日常生活がこなせているか