

これまでの主な取組

i) 在宅医療・介護連携の推進

- 本市の実情に応じた医療と介護の連携を推進するため、市内の医療・介護関係団体で構成する「川崎市在宅療養推進協議会」を設置し、多職種連携の強化や在宅療養者に対する一体的な支援体制の構築など、医療と介護の円滑な連携に向けた取組について協議しました。
- 訪問診療が可能な医療機関などの在宅医療資源情報をホームページに掲載し、病院やケアマネジャーによる在宅療養相談に活用できる体制を整えました。
- 円滑な入退院支援の実施に向け、川崎市在宅療養推進協議会において、「入退院調整モデル」を作成し、入院医療機関と在宅医療・介護を担う関係者との円滑な連携体制の構築に向けた取組を推進しました。
- 入院から在宅への移行支援を円滑に行うため、入退院支援に関わる関係者を対象とした「川崎市入退院支援ガイドブック」を作成し、多職種連携の促進に向けて研修を実施しました。
- 各区在宅療養推進協議会において、在宅療養調整医師が中心となり、各区の実情に応じた多職種連携や市民啓発の取組を実施しました。
- 令和3（2021）年に開設した総合リハビリテーション推進センターが在宅医療に必要な連携を担う拠点として、関連分野との連携を図りながら、医療・介護連携を推進しました。

ii) 認知症施策の推進

- 認知症に関する普及啓発のため、「認知症サポーター養成講座」の実施や世界アルツハイマーデーの機会をとらえた取組を各区で実施しました。
- 認知症の人や家族の視点に立った認知症の理解を深めるため、講演会等で、認知症の本人や家族が情報発信する機会を設けました。
- 認知症予防の観点から、イベント形式による軽度認知障害（MCI）スクリーニング事業を実施しました。
- 認知症疾患医療センターを市内4か所体制とし、地域の認知症医療体制及び連携体制のさらなる強化に取り組みました。
- 認知症地域支援推進員を各区に配置し、認知症の普及啓発や認知症の人と家族支援に関することなどに取り組みました。また「チームオレンジ」の立ち上げた運営支援を行うため、キャラバン・メイトのフォローアップや認知症カフェ等の社会資源の把握を行いました。
- 認知症の人の介護者の支援として、認知症コールセンターの運営や認知症あんしん生活実践塾を開催しました。
- 若年性認知症支援コーディネーターを配置し、本人の居場所づくりや就労に関する支援等、相談体制の強化に取り組みました。

第9期計画での主な課題と施策の方向性

課題

- ✓ 医療と介護の連携体制をさらに深めるとともに、高齢化の進展に伴い在宅医療等を必要とする患者数が増加することを踏まえ、在宅医療体制（退院支援・日常の療養支援・急変時の対応・看取り）の構築に向けた取組を一体的に推進する必要があります。
- ✓ 病院・施設・在宅で医療や介護に従事する専門職が円滑な入退院調整を行うために必要な知識を習得するとともに、それぞれの専門性や役割等を共有した上で、切れ目のない支援を提供できるようにする必要があります。
- ✓ 認知症本人の声を集約する取組や本人や家族の情報発信の機会を広げていく取組が必要です。
- ✓ 認知症の診断直後から、認知症の人と家族を地域で支える仕組みの構築が必要です。
- ✓ 認知症予防の観点から、地域で認知症予防に資する活動への勧奨や、医療との連携による早期発見・早期対応の取組のさらなる強化が必要です。

施策の方向性

i) 在宅医療・介護連携の推進

- 本市の実情に応じた医療と介護の連携を推進するため、引き続き川崎市在宅療養推進協議会及び各区在宅療養推進協議会における取組を推進します。また、入退院支援の重要性が高まっていることを踏まえ、「川崎市入退院支援ガイドブック」を活用した研修を実施します。
- 日常の療養支援体制の充実を図るため、川崎市在宅療養推進協議会及び各区在宅療養推進協議会による多職種連携のあり方について協議を行うとともに、地域リハビリテーションの取組による専門的な支援体制の強化を推進します。
- 住み慣れた地域や自ら望む場で最期を迎えることができるよう、看取りの提供体制のあり方について検討します。

ii) 認知症施策の推進

- 認知症サポーター養成講座等を引き続き実施するとともに、認知症サポーターを中心とした支援者をつなぐ仕組みづくり（チームオレンジ）を推進します。
- 認知症予防の取組として、軽度認知障害（MCI）スクリーニング事業を継続して実施していき、認知症地域支援推進員を中心とした参加者のフォローアップと早期発見・対応の取組を推進していきます。
- 認知症の診断直後から、認知症の人と家族を地域で支える取組を進めます。
- （若年性）認知症の人の社会参加を支援していくための、活動の場を推進していきます。

主な成果指標

| 指標名 | 現状 | 目標 | 指標の出典等 |
|-----------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------------|
| 在宅チーム医療を担う人材育成研修の受講者数 | 1,305人 (令和4(2022)年度) | 1,900人以上 (令和8(2026)年度) | 累計数。 健康福祉局調べ |
| 認知症サポーター養成者数 | 77,267人 (令和4(2022)年度) | 118,480人以上 (令和8(2026)年度) | 累計数。 健康福祉局調べ |

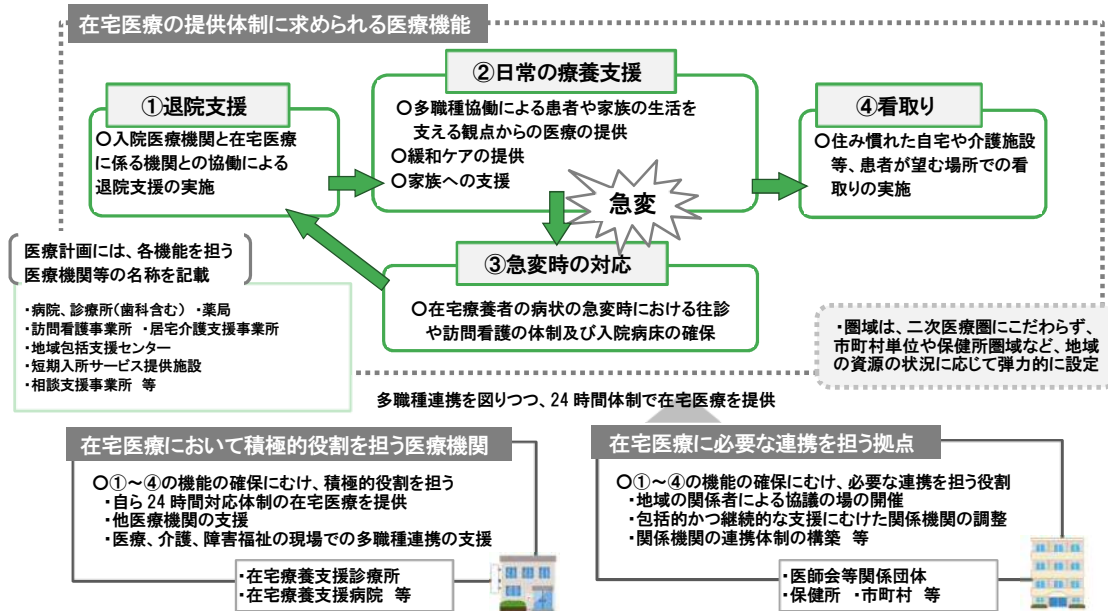
i) 在宅医療・介護連携の推進

高齢者実態調査によると多くの高齢者が自宅や住み慣れた環境での療養を望んでいます。高齢化の進展に伴い、何らかの病気を抱えながら生活する方が多くなる中、「治す医療」から「治し、支える医療」への転換が求められています。

「在宅医療」とは、高齢になっても、病気になっても、障害があっても、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、「入院医療や外来医療、介護・福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療」のことで、地域包括ケアシステムを支える不可欠の要素となっています。

国の「在宅医療の体制構築に係る指針」においては、在宅医療の提供体制に求められる医療機能として、「退院支援」「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」の4つの機能が示されています。

【「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ】



※厚生労働省「第11回医療計画の見直し等に関する検討会」資料



医療と介護の一体的な体制整備について

令和7(2025)年における医療需要等を推計し、あるべき医療提供体制の構築に向けた長期的な取組の方向性を示すために平成28(2016)年10月に策定された「神奈川県地域医療構想」においては、今後、高齢化がさらに進展することなどに伴い、「在宅医療等を必要とする患者数」の大幅な増加が見込まれています。

【神奈川県地域医療構想における推計値】



また、地域医療構想に基づき病床機能の分化・連携が進むことにより、これまでは病院(療養病床等)で療養していた患者が地域へ移行することが見込まれるため、そうしたニーズ(追加的需要)に対応できるよう、地域においてその受け皿を適切に確保する必要があります。

なお、この「追加的需要」の算定にあたっては、医療分野と介護分野で整合を図る必要があることから、その協議の場として、地域医療構想調整会議を活用し、調整・検討を行いました。

【病院(療養病床等)から地域への移行が見込まれる患者数】

| 区分 | 令和7(2025)年度末時点 |
|------|----------------|
| 在宅医療 | 257人/日 |
| 介護施設 | 122人/日 |
| 合計 | 379人/日 |

※令和5(2023)年度において神奈川県が算定し、地域医療構想調整会議において協議した数値で、令和6(2024)年度及び令和7(2025)年度において地域への移行が見込まれる患者数

上記の「追加的需要」を含め、高齢化等に伴い大幅な増加が見込まれる在宅医療等のニーズへの確に対応できるよう、医療と介護の一体的な整備が求められています。

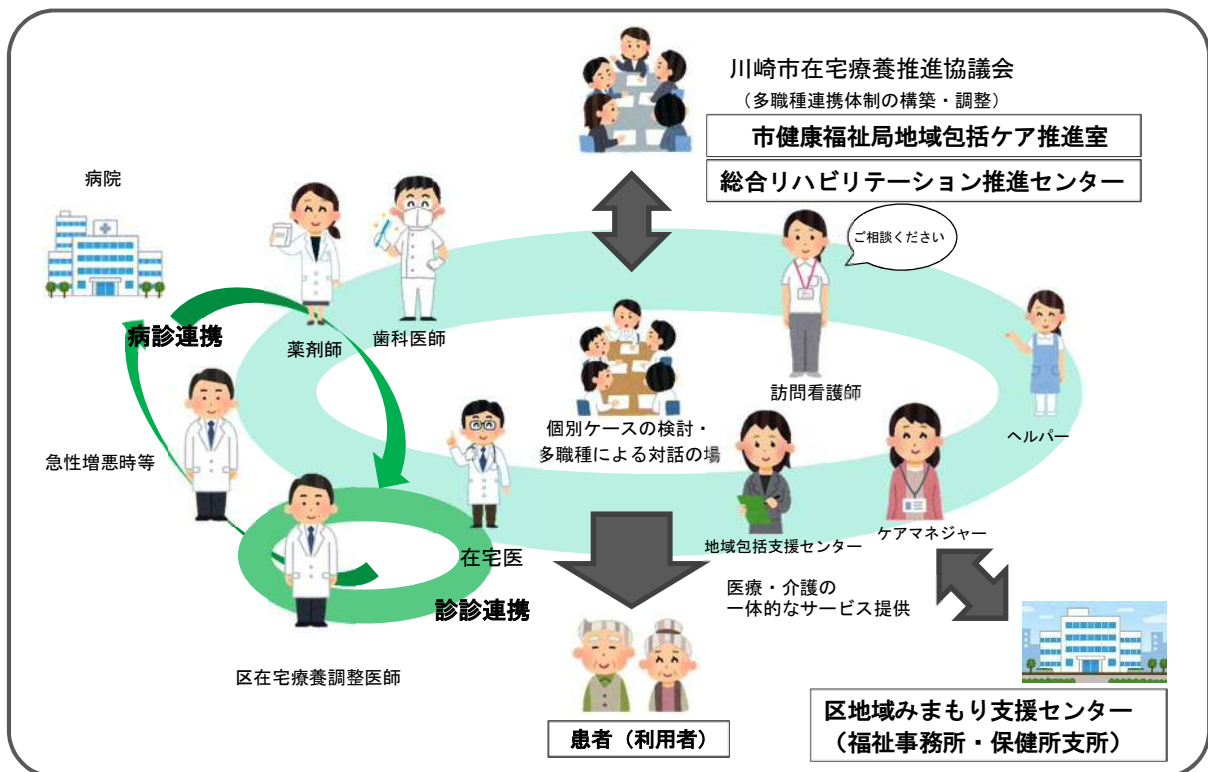
そのため、在宅医療(訪問診療)や介護施設等に関する指標の設定にあたっては、上記の算定結果を踏まえた目標値となるよう、本市の保健医療施策の方向性等について定める「かわさき保健医療プラン」とも整合を図りながら、その結果を反映しています。

(1) 在宅医療の体制構築

在宅医療（訪問診療）を必要とする患者数は、令和7（2025）年には、1.5万人を超えると推計されています。

在宅医療を必要とする患者数の増加を踏まえ、新たに在宅医療を担う医師を育成するとともに、多職種連携の強化や在宅療養者に対する一体的な支援体制の構築など、医療と介護の円滑な連携に向けた取組を進めます。

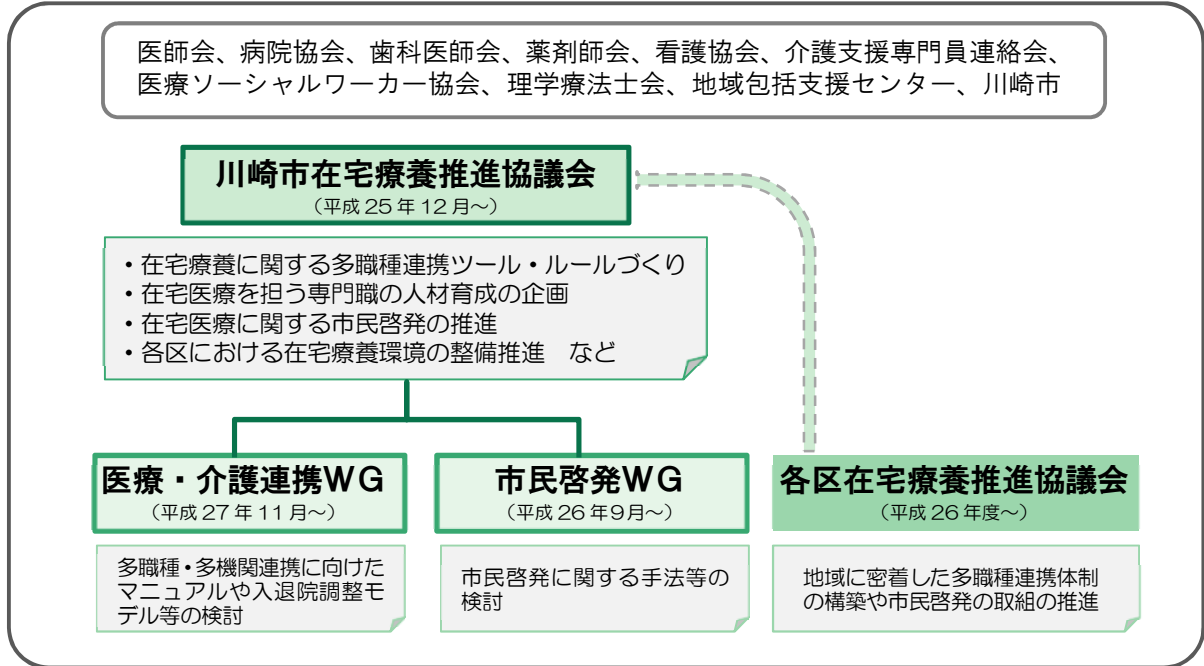
【本市における在宅医療と介護の連携のイメージ】



② 川崎市在宅療養推進協議会における協議

本市の実情に応じた医療と介護の連携を推進するため、関係団体で構成する「川崎市在宅療養推進協議会」を開催し、多職種連携の強化や在宅療養者に対する一体的な支援体制の構築など、医療と介護の円滑な連携に向けた取組を協議します。

【川崎市在宅療養推進協議会】



③ 在宅療養における多職種連携ルール・ツールの普及・活用

ア 入退院調整モデル

円滑な入退院支援の実施に向け、川崎市在宅療養推進協議会において、「入退院調整モデル」を作成し、入院医療機関と在宅医療・介護関係者との円滑な連携体制の構築に向けた取組を推進しています。

イ 入退院支援ガイドブック

入院から在宅への移行支援を円滑に行うため、川崎市在宅療養推進協議会において、入退院支援に関わる関係者を対象とした「川崎市入退院支援ガイドブック」を作成し、研修を実施する等、多職種連携の促進に向けた取組を行っています。

ウ 病院との連携ガイドブック

病院との円滑な連携を行うため、川崎市在宅療養推進協議会において、介護支援専門員・地域包括支援センター職員向けに「病院との連携ガイドブック」を作成し、かかりつけ医や病院との連携強化に向けた取組を行っています。

エ 医療資源情報の公表

訪問診療可能な医療機関等に関する在宅医療資源情報をホームページに掲載し、病院やケアマネジャーによる在宅療養相談に活用しています。

③ 「在宅チーム医療を担う地域リーダー研修」による人材育成

在宅療養者・家族を支えるため、在宅医療に係る医療・介護従事者に対し、多職種連携を促進するとともに、在宅医療に取り組む医師のすそ野を広げ、チームで在宅医療を担う医師の育成をめざして、「在宅チーム医療を担う地域リーダー研修」を実施します。

〔実績・計画〕（累計）

| | 第8期 | | | 第9期 | | |
|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | 令和3 (2021)年度 | 令和4 (2022)年度 | 令和5 (2023)年度 | 令和6 (2024)年度 | 令和7 (2025)年度 | 令和8 (2026)年度 |
| 地域リーダー 研修受講者数 | 1,164人 | 1,305人 | 1,450人 | 1,600人 | 1,750人 | 1,900人 |

令和3、4年度は実績値、令和5年度以降は見込みまたは計画値です。



【成果指標】

| 指標名 | 現状 | 目標 | 指標の出典等 |
|---------------------------|-------------------------|---------------------------|-----------------|
| 在宅チーム医療を担う 人材育成研修の受講者数 | 1,305人 (令和4(2022)年度) | 1,900人以上 (令和8(2026)年度) | 累計数。 健康福祉局調べ |

③ 在宅療養調整医師の配置

在宅医療の推進役として、多職種への医療的助言や開業医のネットワークづくりの推進、退院調整支援などを行う「在宅療養調整医師」を各区に配置します。

③ 区を単位とした在宅医療推進に向けた取組

各区在宅療養推進協議会において、在宅療養調整医師が中心となり、各区の実情に応じた「在宅医療提供体制の構築」、「多職種連携（多職種による緊密な連携）」及び「市民啓発（在宅医療に関する正しい知識・理解の啓発）」の取組を実施します。

③ 総合リハビリテーション推進センターによる医療・介護連携の推進

医療・介護を含む様々な複合的な課題に対して総合的・一体的に支援するため、令和3（2021）年に開設した総合リハビリテーション推進センターが、在宅医療に必要な連携を担う拠点として、関連分野と連携を図りながら医療・介護連携を推進しています。

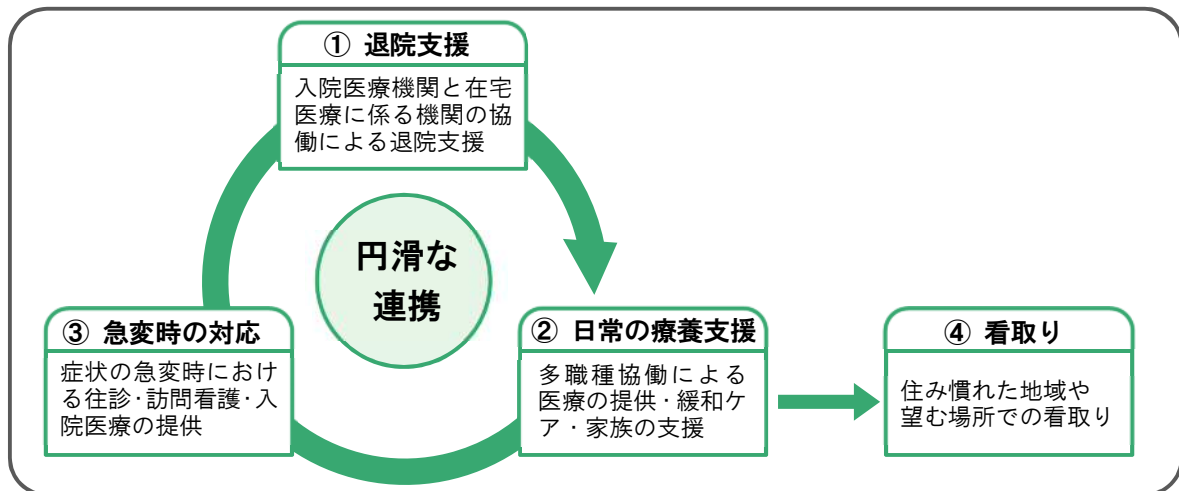
(2) 介護サービス基盤の整備推進

医療的ケアが必要な入居（希望）者等の増加への対応として、引き続き、特別養護老人ホームにおける医療的ケアが必要な要介護高齢者の受入れの推進、介護付有料老人ホーム選定時の要件への医療的ケア充実、看護小規模多機能型居宅介護等の地域密着型サービスの拡充に取り組みます（詳細は、本章の取組Ⅲ「利用者本位のサービスの提供」及び取組Ⅴ「高齢者の多様な居住環境の実現」を参照）。

(3) 円滑な退院支援と急変時の対応

介護が必要になった場合でも、多くの方が自宅で暮らしたいと望んでいます。そのために、患者の在宅復帰をめざして円滑な退院支援を実施するとともに、患者の症状が急変した場合に、往診や入院医療を提供するなど、可能な限り自宅で暮らし続けることができるよう、日常の療養生活を支える体制の構築が求められています。

【円滑な退院支援と急変時の対応のイメージ】



※厚生労働省「第11回医療計画の見直し等に関する検討会」資料をもとに作成

② 円滑な退院支援のための取組の推進

入院期間の短縮により、入退院支援の重要性が高まっていることを踏まえ、各病院における窓口・運用一覧の作成やヒアリングの実施等を通じて支援ネットワークの構築を図るとともに、在宅療養推進協議会において、医療・介護に従事する専門職が、入退院支援の必要性やノウハウを習得するためのガイドブックを活用し、幅広い場面で人材育成を促す取組を進めます。

③ 急変時の対応における関係機関の連携構築

在宅療養中の急変時における往診・訪問看護の体制確保や在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所等との連携強化、円滑な入院支援など、可能な限り住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、日常の療養生活を支える体制の仕組みづくりに取り組めます。

④ 看取りの提供体制の検討

在宅医療が終末期における選択肢の一つとなるよう、居宅や介護施設における看取りの提供状況に関する実態を踏まえ、住み慣れた地域や自ら望む場で最期を迎えることができるよう、看取りの提供体制のあり方について検討します。

(4) 在宅医療・かかりつけ医等の普及啓発

① 在宅医療の普及・啓発

在宅医療を推進するためには、医療と介護の連携を図りながら、その体制構築や人材育成に取り組むとともに、「時々入院、ほぼ在宅」といった、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けながら受ける医療として、市民の正しい知識と理解が求められています。

在宅医療に関する正しい知識と理解が浸透し、終末期における選択肢の一つとして認識されるよう、在宅医療に関する市民の疑問や誤解しやすい点を踏まえながら、多様な情報発信に取り組めます。また、在宅医療を必要とする方に必要な情報が的確に届けられ、安心して在宅医療を選択できるよう、患者の状態に応じて提供される在宅医療の4つの機能（退院支援・日常の療養支援・急変時の対応・看取り）について、医療・介護専門職を通じた市民への普及啓発に取り組めます。

② かかりつけ医等の普及・啓発

患者一人ひとりの状態に応じた適切な医療を受けるためには、日常の健康管理や体調の変化などを日頃から気軽に相談できる身近な「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬剤師・薬局」を持つことも重要であり、より一層の普及啓発が必要です。

かかりつけ医等の役割や意義について、引き続き、リーフレットの作成や各種イベント開催時の啓発などを行うとともに、市ホームページなどでより効果的な情報発信に努め、川崎市医師会や川崎市歯科医師会、川崎市薬剤師会などの関係団体との連携を図りながら、かかりつけ医等を持つ市民の増加に向けて、普及啓発に取り組めます。

③ 地域医療構想の概要

今後、高齢化の進展に伴い、医療・介護ニーズの更なる増大が見込まれることから、限られた資源を最大限に活用しながら、効率的で質の高い医療提供体制を安定的に確保する必要があります。

そうしたことを踏まえ、国においては、平成26(2014)年6月に「医療介護総合確保推進法」が制定され、同法により改正された医療法の規定に基づき、各医療機関が担う病床機能を明らかにする「病床機能報告制度」が開始されるとともに、都道府県には、将来における地域の医療提供体制のあるべき姿を示す「地域医療構想」の策定が義務付けられました。

なお、現行の地域医療構想は、団塊の世代が75歳以上になる令和7(2025)年までが計画期間となっていることを踏まえ、国においては、今後、高齢者人口が全国的にピークを迎えて減少に転じる令和22(2040)年頃を視野に入れながら中長期的課題について整理するなど、令和8(2026)年以降の新たな地域医療構想の策定に向けた検討を行っていくこととされています。

ii) 認知症施策の推進

(1) 本市の認知症の人等への取組

① 認知症の人（本人）や家族の視点に立った取組の推進

認知症の人がいきいきと活動している姿は、認知症に関する社会の見方を変えるきっかけともなり、また、診断を受けた後の生活への安心感を与え、早期の診断を受けることを促す効果もあると考えられるため、本人からの情報発信の機会を設けることや社会参加の機会を確保していくことなどにより、認知症の人や家族の視点を重視しながら、地域特性を踏まえた上で、認知症の人が社会参加し、理解し合える地域づくりを進めます。

➡ 認知症の人や家族の視点に立った認知症の理解を深める取組の実施

区役所等で実施する講演会やイベントなどで、認知症の人や家族が、情報発信を行う機会を設けました。毎年、世界アルツハイマー月間に実施している「認知症フェア」において、認知症の本人が、実行委員として企画等を行い、認知症の理解を深める取組を実施しました。

これらの一部地域での取組の推進や、家族会との連携等により、情報発信の機会を増やし、本人や家族の意見を取り入れた取組の充実につなげていきます。

➡ 本人会議の推進

認知症の人が出会い、様々な体験を情報交換し、お互い前向きに支え合う場として、本人会議を実施しています。認知症になっても「今できること」についてみんなで話し合い、本人意見を踏まえた、いきがいつくりに取り組んでいます。

➡ (若年性) 認知症本人の社会参加の機会の確保

認知症高齢者や若年性認知症の人が、これまでの経験を活かして活躍し、地域においていきがいを持った生活ができるよう、社会参加のための体制整備について検討していきます。

② 認知症に関する知識の市民への普及

① 認知症サポーター★養成講座

認知症に関する正しい理解を深める取組として、地域や職域で認知症の人や家族を手助けする認知症サポーターの養成を引き続き推進します。小・中学校を中心とした児童生徒に対する養成講座の拡大を図るため、教育委員会等と連携を図るほか、講座内容も従来の症状や接し方のほか「共生社会」の実現に向けた地域づくりの視点を盛り込むなどの工夫を図っていきます。

〔実績・計画〕（累計）

| | 第8期 | | | 第9期 | | |
|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | 令和3 (2021)年度 | 令和4 (2022)年度 | 令和5 (2023)年度 | 令和6 (2024)年度 | 令和7 (2025)年度 | 令和8 (2026)年度 |
| 認知症サポーター 養成者数 | 72,748人 | 77,267人 | 85,267人 | 事業継続 | → | |

令和3、4年度は実績値、令和5年度以降は見込みまたは計画値です。

【成果指標】

| 指標名 | 現状 | 目標 | 指標の出典等 |
|------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------------|
| 認知症サポーター 養成者数 | 77,267人 (令和4(2022)年度) | 118,480人以上 (令和8(2026)年度) | 累計数。 健康福祉局調べ |

② 認知症サポーターのフォローアップ

認知症サポーター養成講座で学んだことを土台に、実践の場で必要となる認知症に関する知識、身近に交流し必要に応じて手助けするための対応スキル等を習得することをめざし、フォローアップ研修を実施します。また、認知症の人やその家族のニーズと認知症サポーターを中心とした支援をつなぐ仕組み（チームオレンジ★）の整備に向けて、ステップアップ研修を実施します。



「認知症サポーター」と「チームオレンジ」

認知症サポーターは、認知症の理解者であり、認知症の人や家族を温かく見守る応援者です。認知症サポーターになるには、区役所や地域包括支援センター等が開催する認知症サポーター養成講座を受講する必要があります。

この認知症サポーターが、ステップアップ研修を経て、自主的に行ってきた活動をさらに一歩前進させ、地域で暮らす認知症の人や家族の困りごとの支援ニーズにチームで応える仕組みがチームオレンジです。認知症サポーターの近隣チームにより、外出支援、見守り・声かけ、話し相手、認知症の人の居宅へ出向く出前支援等を行います。

➡ 認知症キャラバン・メイト養成研修

認知症サポーター養成講座の講師役である認知症キャラバン・メイトを養成する研修を実施します。認知症キャラバン・メイトは、各区の連絡会等を通じて、情報交換や活動の活性化を推進するとともに、認知症サポーターのフォローアップのあり方等について検討します。

〔実績・計画〕（累計）

| | 第8期 | | | 第9期 | | |
|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | 令和3 (2021)年度 | 令和4 (2022)年度 | 令和5 (2023)年度 | 令和6 (2024)年度 | 令和7 (2025)年度 | 令和8 (2026)年度 |
| 認知症キャラバン・メイト養成者数 | 1,349人 | 1,396人 | 1,466人 | 事業継続 | → | |

令和3、4年度は実績値、令和5年度以降は見込みまたは計画値です。

➡ 川崎市認知症キャラバン・メイト連絡協議会

市民団体、介護事業者、その他関係機関で構成する「川崎市認知症キャラバン・メイト連絡協議会」において、年3回程度運営委員会を開催し、本市における認知症の普及啓発やチームオレンジの整備に向けた取組の検討を進めます。

➡ 認知症に関するイベント等の実施

世界アルツハイマーデー（9月21日）及び月間（9月）などの機会を捉えた認知症に関するイベント等の普及啓発の取組を実施します。また、市庁舎等のライトアップなど、更なる普及啓発を推進していきます。

➡ 認知症アクションガイドブック（認知症ケアパス）

本市では、医療・介護サービスに加え、暮らしに役立つ地域情報や、認知症の人とその家族が、認知症とともによりよく生きるための具体的なアクションを収録した認知症アクションガイドブック（認知症ケアパス★）を発行しています。

認知症と診断された人やその家族に配布することにより、遅れがちな初めの一步を促し、早期に必要な支援・サービスにつなげるとともに、市民向けの普及啓発に広く用いることにより、認知症に対する正しい理解と心構えを醸成します。



認知症ケアパス

認知症の人が症状を発症したときから、生活機能障害が進行していく中で、その進行状況に合わせていつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのかをあらかじめ標準的に決めておくものです。これにより、認知症の初期の段階から最期を迎えるまでのケアの流れが早めに分かり、本人、家族の不安軽減につながります。

③ 認知症予防の取組

① 軽度認知障害（MCI）スクリーニング事業

令和2（2020）年度から、東京都健康長寿医療センター研究所との共同研究により、イベント形式の軽度認知障害（MCI）★スクリーニング検査のモデル事業を実施しました。令和5（2023）年度からは、認知症予防と普及啓発の観点から、実施方法、フォロー体制等を見直し、本格実施しています。この事業は、市民に身近な場所でのイベント検査を実施し、市民が参加しやすい検査とすることで、認知症リスク者の発見を含めた早期診断・早期対応の効果も図っていくことを目的としています。検査後は結果に応じて、各区の認知症地域支援推進員を中心に、個別に認知症予防に資する活動への参加や、各区で実施しているオーラルフレイル対策の口腔講座や栄養講座などの介護予防普及啓発事業に促すなどの取組を推進していきます。（96 ページに関連する内容の記載あり）。

〔実績・計画〕（累計）

| | 第8期 | | | 第9期 | | |
|--------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | 令和3 (2021)年度 | 令和4 (2022)年度 | 令和5 (2023)年度 | 令和6 (2024)年度 | 令和7 (2025)年度 | 令和8 (2026)年度 |
| 軽度認知障害スクリーニング事業参加者 | 429人 | 729人 | 1,129人 | 事業継続 | → | |

令和3、4年度は実績値、令和5年度以降は見込みまたは計画値です。（令和4年度まではモデル事業）



軽度認知障害（Mild Cognitive Impairment：MCI）

軽度認知障害（MCI）とは、記憶障害など認知症のような症状があるものの日常生活には支障がなく、認知症には至っていない状態のことです。国によると、年間で10%から15%が認知症に移行するとされており、認知症の前段階と考えられています。

一方で、軽度認知障害（MCI）の状態から認知機能が健全な状態に改善することがあります。改善する方には、疾病のコントロールができているなどの特徴があると言われています。

④ 適時・適切な医療・介護等の提供

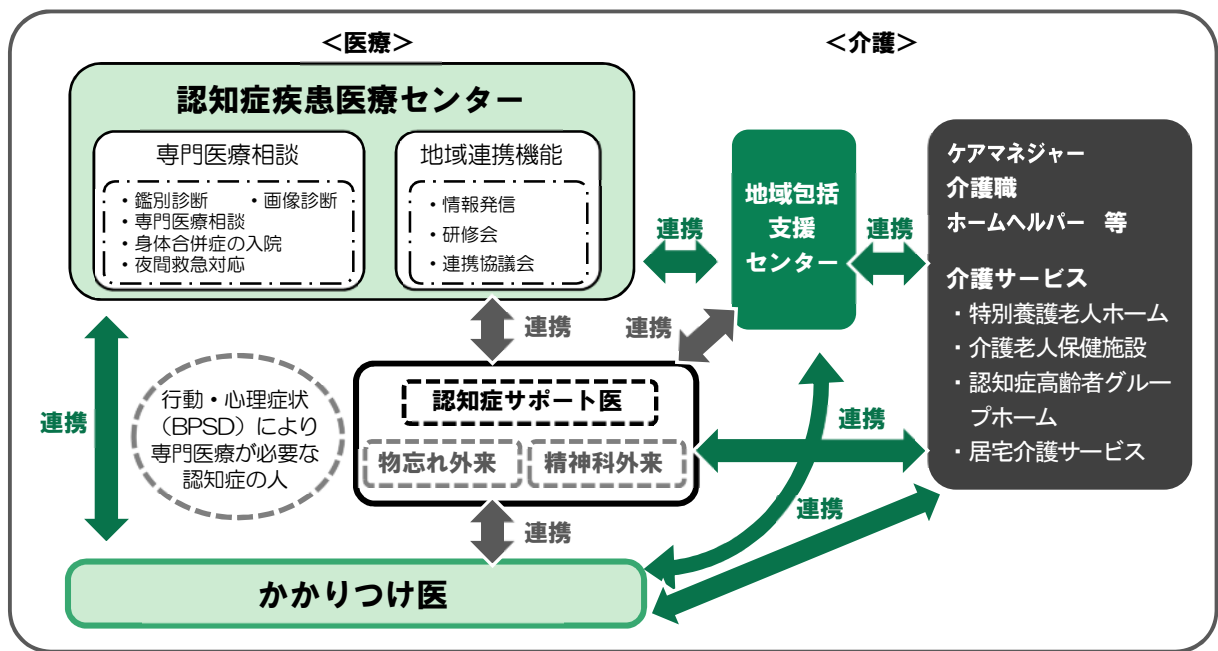
➡ 認知症疾患医療センターでの取組

「認知症疾患医療センター」において、専門医療相談として、鑑別診断とそれに基づく初期対応、身体合併症や異常行動・暴言・暴力など精神症状の重い方への対応等を行うほか、地域連携の取組として、多職種からなる「認知症疾患医療センター地域連携会議」を開催するなど、本市における認知症疾患の保健医療水準の向上を図ります。

また、地域の認知症に関する医療提供体制の中核として、認知症サポート医やかかりつけ医等と連携し、医療体制の強化に努めるとともに、地域包括支援センター等の関係機関との連携により、地域の介護・医療資源等を有効に活用するためのネットワークづくりを進めます。

地域の医療体制及び連携体制の更なる強化のため、令和4（2022）年度に2か所増設し、市内4か所体制としました。

【認知症疾患医療センターの機能と関係図】



※平成 27 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）「かかりつけ医認知症対応力向上研修テキスト」を一部変更

② 認知症訪問支援チーム（認知症初期集中支援チーム）

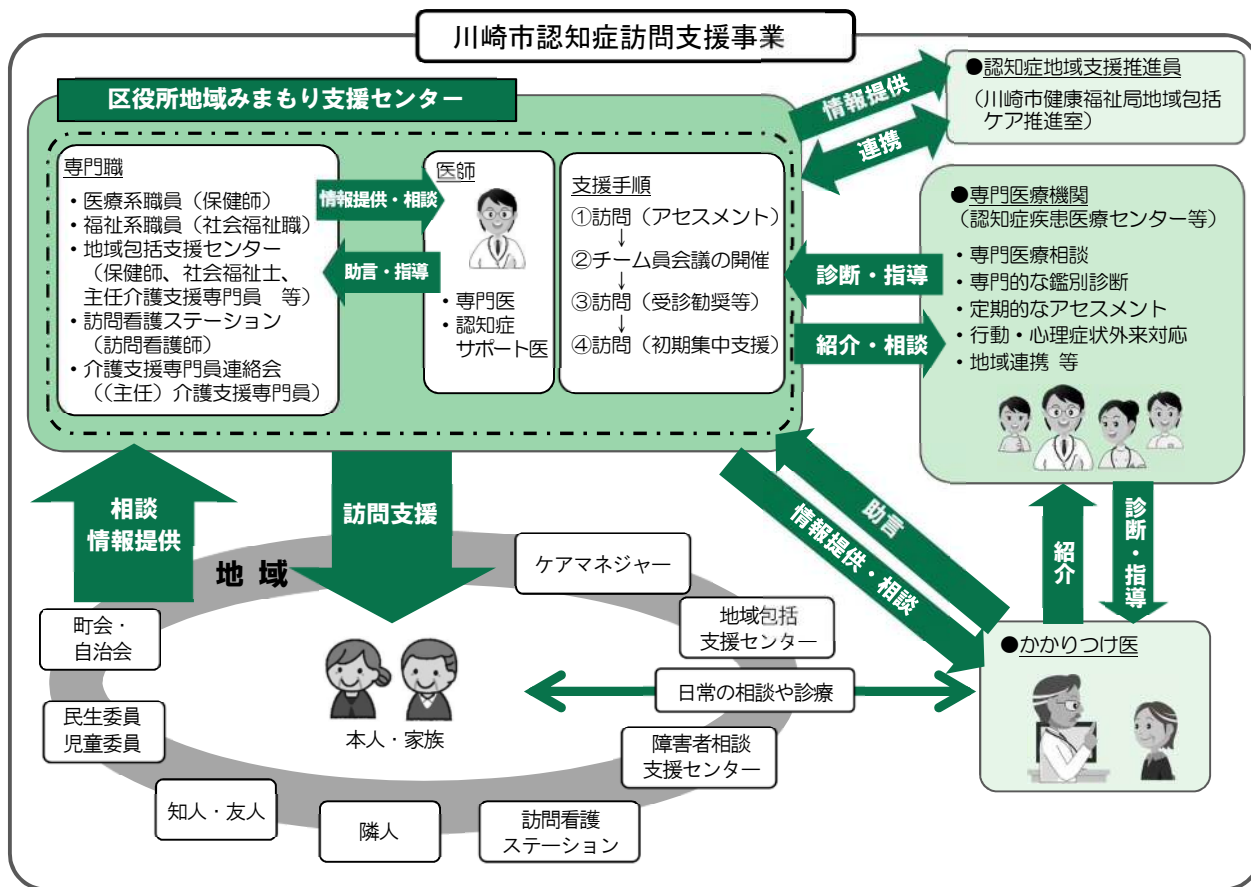
認知症初期集中支援チーム（本市では、市民等が具体的にイメージできるよう「認知症訪問支援チーム」といいます。）は、医師・保健師・看護師等の専門職が、認知症が疑われる人やその家族等を訪問し、観察・評価、家族支援などを包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行う取組です。

平成 30（2018）年度から各区に認知症訪問支援チームを設置し、早期の鑑別診断や適切な医療・介護サービスへの橋渡しなど、認知症の初期対応の強化に取り組んでいます。

この認知症訪問支援チームの活動においては、認知症が疑われる人への地域での気づきが重要ですので、市民向けの周知を広く行うとともに、その機能を十分に活用できるよう、他都市の先進的な活動事例等も踏まえながら、対象者の決定や会議の運営方法等について工夫を図ります。

また、医療・介護サービスの利用を、本人が希望しない等により社会から孤立している状態の人への対応を含め、適切なサービスに早急につなぐ必要がある事例も増えていることから、高齢者の権利侵害の予防の観点からも制度の見直しなどの必要な検討をしてまいります。

【認知症訪問支援チームの概念図】



⑤ 地域における認知症施策

➡ 認知症の人の見守りに向けた地域づくりの推進

本市では、各区役所の「地域みまもり支援センター」を中核とし、地域包括支援センターをはじめ、自治会・町内会、民生委員児童委員、社会福祉協議会等の関係団体や、民間企業等の多様な主体と連携しながら、「地域づくり」を推進しています。

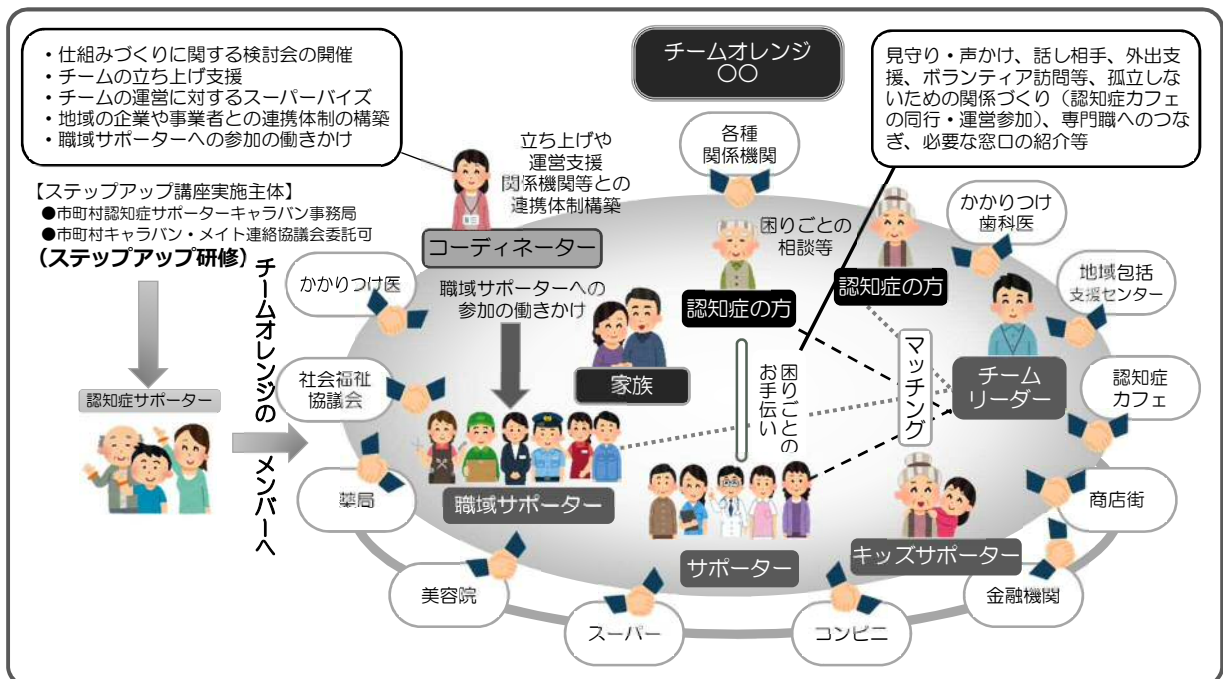
高齢者の年齢や心身の状況等によってわけ隔てることなく、いきがいや役割を持って生活することができる地域づくりをめざし、住民主体の通いの場の充実に向けた支援を行うとともに、高齢者が支援の担い手として社会参加することで、いきがいや介護予防・閉じこもり予防につながるよう取組を進めています。

認知症を早期に発見し医療や介護サービスにつなげるために、地域における“気づき”が大変重要であることから、地域包括支援センター等の相談機関は、「住民主体の見守りネットワーク」と連携しながら、適時・適切な支援に取り組みます。

➡ チームオレンジの整備に向けた取組

認知症の人やその家族のニーズと認知症サポーターを中心とした支援をつなぐ仕組み（チームオレンジ）の整備に向けた取組を推進します。地域において、認知症の人とその家族、住民サポーター、職域サポーター等でチームを構成し、近隣チームによる早期からの継続支援が行われる仕組みの構築をめざします。

【チームオレンジのイメージ図】



※厚生労働省老健局認知症施策推進室資料をもとに作成

② 認知症地域支援推進員

認知症地域支援推進員は、本市認知症コールセンター等と協力し、認知症の人とその家族を支援する相談業務を行っているほか、認知症カフェの運営支援や、認知症疾患医療センター等の医療機関や介護サービス及び地域包括支援センターなど、地域の医療と介護の連携体制の構築に取り組んでいます。

令和4（2022）年度からは、健康福祉局の1名に加え、各区地域みまもり支援センターにも配置し、認知症の普及啓発や認知症サポーターのフォローアップ、認知症カフェ等の社会資源の把握などを通じて、「チームオレンジ」の立ち上げや運営支援のコーディネーターも担っています。

③ 認知症カフェ・地域カフェ等の支援

市内には80か所以上の認知症カフェ・地域カフェ等が、町内会・自治会、病院、地域包括支援センター、家族会等により開設されています。認知症の人とその家族が気軽に参加することができ、カフェによっては、軽度の認知症の人が一定の役割を持つなど、社会参加の場にもなっています。

本市では、市ホームページやリーフレット等による開催場所や運営情報の周知等を行うことで、認知症の人・家族・地域住民・認知症サポーター等の継続的な利用につなげ、認知症カフェ・地域カフェ等の安定的な運営を支援します。

また、地域みまもり支援センター等が行う地域の特色を活かした地域マネジメントにより、認知症カフェ・地域カフェ等の立ち上げを支援し、認知症の人のみならず誰もが参加できる居場所づくりを推進します。

④ 災害時における認知症の人への支援

避難所には、認知症の人や認知症に似た症状を発症する人がいます。ストレスに弱い認知症の人は、避難所で混乱しやすく、家族や周囲の負担も大きくなりがちですが、認知症の特性を正しく理解し、家族や周囲が少し気配りをすることで、認知症の人の心は安定し、負担は軽減します。

認知症サポーター養成講座等の普及啓発を通じて、災害時を想定した認知症対応の基礎知識の習得について、広く推進します。

また、認知症の人等の災害時の避難支援に取り組めます（詳細は、第3章を参照）。

⑤ 神奈川県警察との協定による支援

75歳以上の高齢者の運転免許更新等における認知機能検査の結果により、申請取消（自主返納）や医師の診断で取消処分となった場合に、相談支援を希望する方の情報提供について、令和元（2019）年12月に神奈川県警察と協定を結びました。情報提供を受けた際は、適切に早期診断・早期対応につなぐ支援を行っています。

⑥ 認知症バリアフリーの推進

認知症の人の多くが、認知症になることで、買い物や移動、趣味活動など地域の様々な場面で、外出や交流の機会を減らしている実態があるため、移動、消費、金融手続き、公共施設など、生活のあらゆる場面で、認知症になってからもできる限り住み慣れた地域で普通に暮らし続けていくための障壁を減らしていく「認知症バリアフリー」の取組を推進することが求められています。併せて、チームオレンジの構築（216 ページ参照）、成年後見の利用促進（詳細は、本章の取組Ⅱ「地域のネットワークづくりの強化」を参照）など地域における支援体制の整備が必要です。

また、日本認知症官民連携協議会★における取組を踏まえた、官民が連携した認知症施策を推進する必要があります。

➡ 職域向け認知症サポーター養成講座の推進

認知症の人との地域での関わりが多いことが想定される金融機関やスーパーなどの職域の従業員等に対する養成講座の拡大を図るため、本市地域包括ケアシステム連絡協議会や地域見守りネットワーク事業等の関係団体との連携により、積極的な普及啓発に努めます。

➡ 地域包括ケアシステム連絡協議会との連携

認知症の人や家族からの意見を「地域包括ケアシステム連絡協議会」等の場で、発信していくことで、民間企業・団体等による認知症の人や家族の視点を踏まえた取組の推進、認知症バリアフリー社会の実現をめざします。

➡ 分野横断的な認知症バリアフリーの取組

「図書館等の公共施設で実施している、本人の意見を取り入れた配架の工夫や、専門機関と連携することで認知症の人と家族がより良い情報を収集できるようにする取組」や「ウェルフェアイノベーションとの連携」（195 ページ参照）など、分野横断的な庁内連携の取組を推進していきます。

日本認知症官民連携協議会

日本認知症官民連携協議会は、国や地方公共団体や各業界団体、認知症当事者らが一体となって認知症バリアフリーの取組をより統合的かつ共時性をもって推進していくべく、2019年4月22日に設立されました。協議会には、経済団体、金融（銀行・保険等）・交通（鉄道・バス・タクシー等）・住宅（マンション管理等）・小売・生活・IT・通信・医療・介護・福祉などの業界団体や地方団体、それに認知症に関係する学会や当事者団体、関係省庁も含めた、約100団体が参加しています。



⑦ 若年性認知症に対する取組

➡ 若年性認知症者及び家族の支援

本市では、令和2（2020）年度に若年性認知症支援コーディネーターを設置しました。若年性認知症★の人や家族からの相談内容に応じて、電話・来所・訪問等により、適切な専門医療機関へのつなぎや、利用できる制度の案内、就労継続に向けた支援などを行うほか、本人会議の実施や就労先の紹介などにより、本人の社会参加の支援を行っています。

また、家族の支援として、家族会との連携により、若年性認知症の人の家族ならではの悩みを共有する機会や、支え合う仲間がつながる場の提供等に取り組みます。

➡ 若年性認知症支援ネットワーク会議

若年性認知症の人が就労継続や社会参加活動の場づくりなど、地域生活を送るための課題を整理、解決するため、若年性認知症コーディネーター、医療機関、障害福祉サービス事業所等の関係機関で構成する「若年性認知症支援ネットワーク会議」を令和5（2023）年度から設置しています。



若年性認知症

若年性認知症とは、65歳未満で発症する認知症のことで、令和2（2020）年7月に発表された東京都健康長寿医療センター研究所の調査結果によると、人口10万人当たりの患者数は、50.9人とされています。この調査結果に基づき推計を行うと、本市の若年性認知症者数は約500人となります。

発症年齢が若いため、長期的な生活設計の変更が必要など、高齢者とは異なる課題があります。本市では、若年性認知症の人や家族が利用できるサービス等をまとめた「若年性認知症ガイドブック」を作成しています。

(2) 認知症の介護者の負担軽減に向けた取組

介護保険制度の創設とその後の介護サービスの充実に伴い、家族の介護負担は軽減された面もありますが、今なお、介護サービスを利用していない場合だけでなく、利用している場合でも、多くの家族は何らかの身体的な負担感や心理的な孤立感を有しており、特に認知症の人を介護している場合に、その傾向が強いとされています。

こうした点を踏まえ、介護離職防止に向けた取組（詳細は、本章の取組V「高齢者の多様な居住環境の実現」を参照）等の認知症の人のみならず、認知症の人の介護者を含めて支えていくための取組を進めていくことが重要です。

問 介護をする上で困難や負担を「いつも感じている」「時々感じることもある」と答えた方にうかがいます。
 困難や負担を感じる理由は何ですか。（複数回答）

▶ 介護をする上で困難や負担を感じる理由として「認知症の対応が難しい」と回答した割合が2割を超えています。



※令和4年度高齢者実態調査（要介護・要支援認定者）

①介護従事者や医療従事者等に対する認知症の研修等

市内の介護従事者・医師・看護師等の医療従事者を対象に研修を実施し、認知症の人に対する専門的な支援体制や連携体制の構築、認知症への対応力の向上を図ります。

② 認知症介護実践者研修等

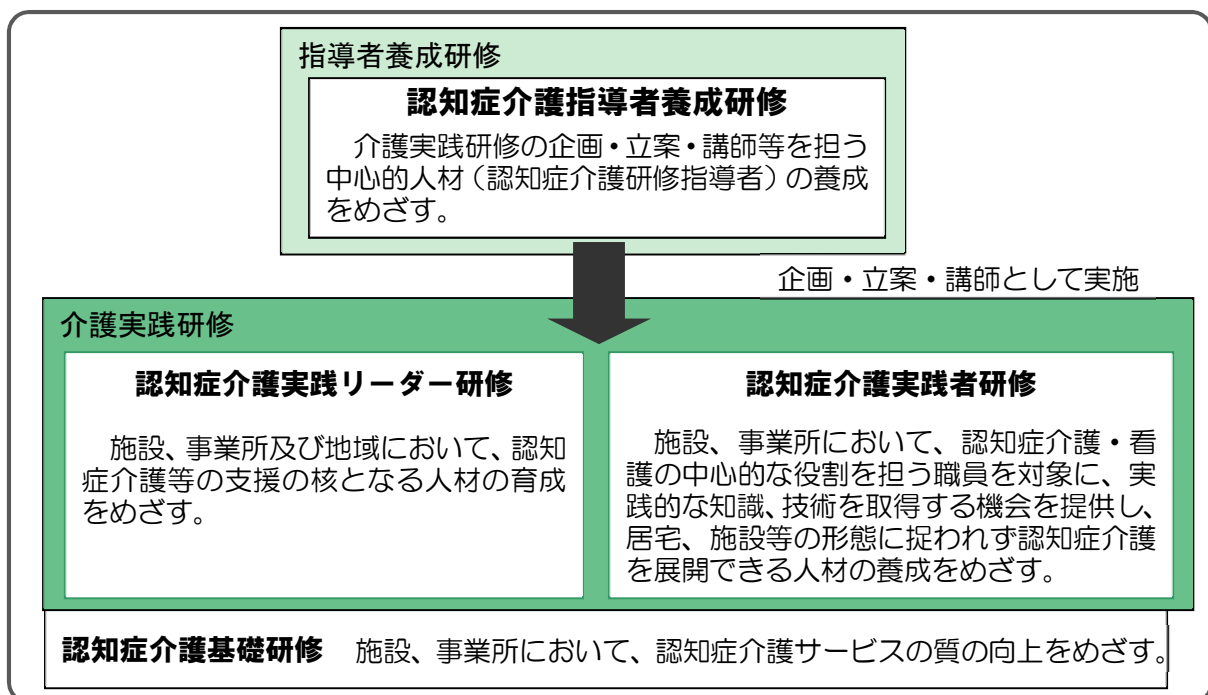
介護従事者に対し、認知症に関する最新の知識やケアの手法等について理解を促進するとともに、技術の向上を図るために総合研修センターにおいて認知症介護にかかる様々な研修を実施します。今後も認知症の人やその家族に適切なケアを行うことは大変重要ですので、引き続き、介護従事者の資質向上を図る効果的な研修を実施します。

〔実績・計画〕（累計）

| | 第8期 | | | 第9期 | | |
|---------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | 令和3 (2021)年度 | 令和4 (2022)年度 | 令和5 (2023)年度 | 令和6 (2024)年度 | 令和7 (2025)年度 | 令和8 (2026)年度 |
| 認知症介護指導者養成研修 | 28人 | 28人 | 30人 | 事業継続 | → | → |
| 認知症介護実践リーダー研修 | 283人 | 303人 | 310人 | 事業継続 | → | → |
| 認知症介護実践者研修 | 2,230人 | 2,389人 | 2,541人 | 事業継続 | → | → |
| 認知症介護基礎研修 | 704人 | 806人 | 934人 | 事業継続 | → | → |

令和3、4年度は実績値、令和5年度以降は見込みまたは計画値です。

【認知症介護研修の事業体系】



② 認知症サポート医養成研修

認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医への助言などの支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる「認知症サポート医」を養成します。

③ 認知症対応力向上研修

かかりつけ医、一般病院勤務の医療従事者、歯科医師、薬剤師等に対し、認知症の人や家族を支えるために必要な基本知識や、医療と介護の連携の重要性、認知症ケアの原則等の知識について習得するための研修を実施することにより、認知症の早期発見や医療と介護が一体となった支援体制の構築を図ります。

また、一般病院勤務の医療従事者向けの研修においては、「身体拘束」についての考え方や工夫等の内容を盛り込むなど、医療従事者への意識付けを行います。令和5（2023）年度からは、新たに「病院勤務以外の看護職員向け」に実施しています。

〔実績・計画〕（累計）

| | 第8期 | | | 第9期 | | |
|--------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | 令和3 (2021)年度 | 令和4 (2022)年度 | 令和5 (2023)年度 | 令和6 (2024)年度 | 令和7 (2025)年度 | 令和8 (2026)年度 |
| 認知症サポート医養成研修 | 66人 | 72人 | 79人 | 事業継続 | → | → |
| かかりつけ医認知症対応力向上研修 | 307人 | 331人 | 381人 | 事業継続 | → | → |
| 一般病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修 | 617人 | 654人 | 704人 | 事業継続 | → | → |
| 歯科医師向け認知症対応力向上研修 | 52人 | 86人 | 136人 | 事業継続 | → | → |
| 薬剤師向け認知症対応力向上研修 | 106人 | 232人 | 282人 | 事業継続 | → | → |
| 病院勤務以外の看護職員向け認知症対応力向上研修 | | | 50人 | 事業継続 | → | → |

修了者数、令和3、4年度は実績値、令和5年度以降は見込みです。

② 認知症の人と介護者への支援

➡ 川崎市認知症コールセンター

相談員が、自らの介護経験を踏まえつつ、相談者と同じ目線に立って相手の心に寄り添うピアカウンセリングの手法や傾聴スキルを用いて、精神的な負担の軽減を図ります。これにより、虐待防止の効果も期待できます。

また、区役所、地域包括支援センター等の関係機関との連携により、認知症の早期発見・早期対応につなげていきます。

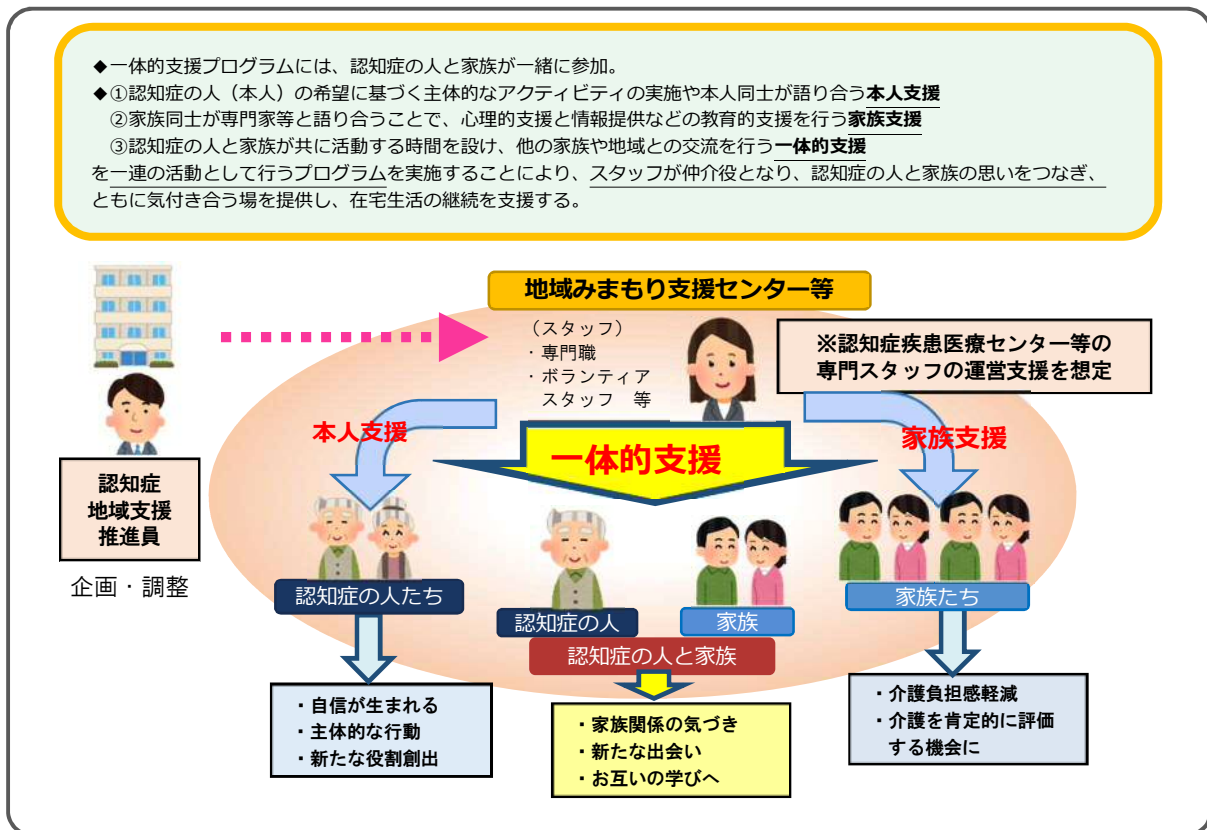
➡ 認知症家族介護教室

各区役所等において、認知症に対する正しい理解を深め、介護の不安や対応の仕方を、専門スタッフや既に経験している家族とともに分かち合い、介護の工夫について学び合います。

➡ 認知症の人と家族の一体的支援事業

認知症の診断直後から、本人と家族のかかわり方について、専門的に支え、関係性を調整する取組について検討していきます。

【認知症の人と家族の一体的支援事業】



※厚生労働省老健局認知症施策推進室資料をもとに作成

② 認知症あんしん生活実践塾

認知症の人の介護をしている家族等が、毎月1回（合計6回）、講義や事例検討などを通じて、認知症の人の症状を改善する介護方法を学びます。また、家庭での実践を通じて、行動・心理症状★などの認知症の症状の軽減や、重度化の予防をめざします。

③ 携帯型緊急通報システム事業

専用端末を持っていただき、行方不明になったときにその電波をキャッチし、現在地をお知らせするサービスを提供します（詳細は、本章の取組Ⅱ「地域のネットワークづくりの強化」を参照）。



行動・心理症状（BPSD：Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）

認知症の主な症状である記憶障害等の進展と関連しながら、身体的要因や環境要因等が関わって現れる、抑うつ、興奮、異常行動、妄想などの症状のことをいいます。

② 認知症等行方不明SOSネットワーク事業

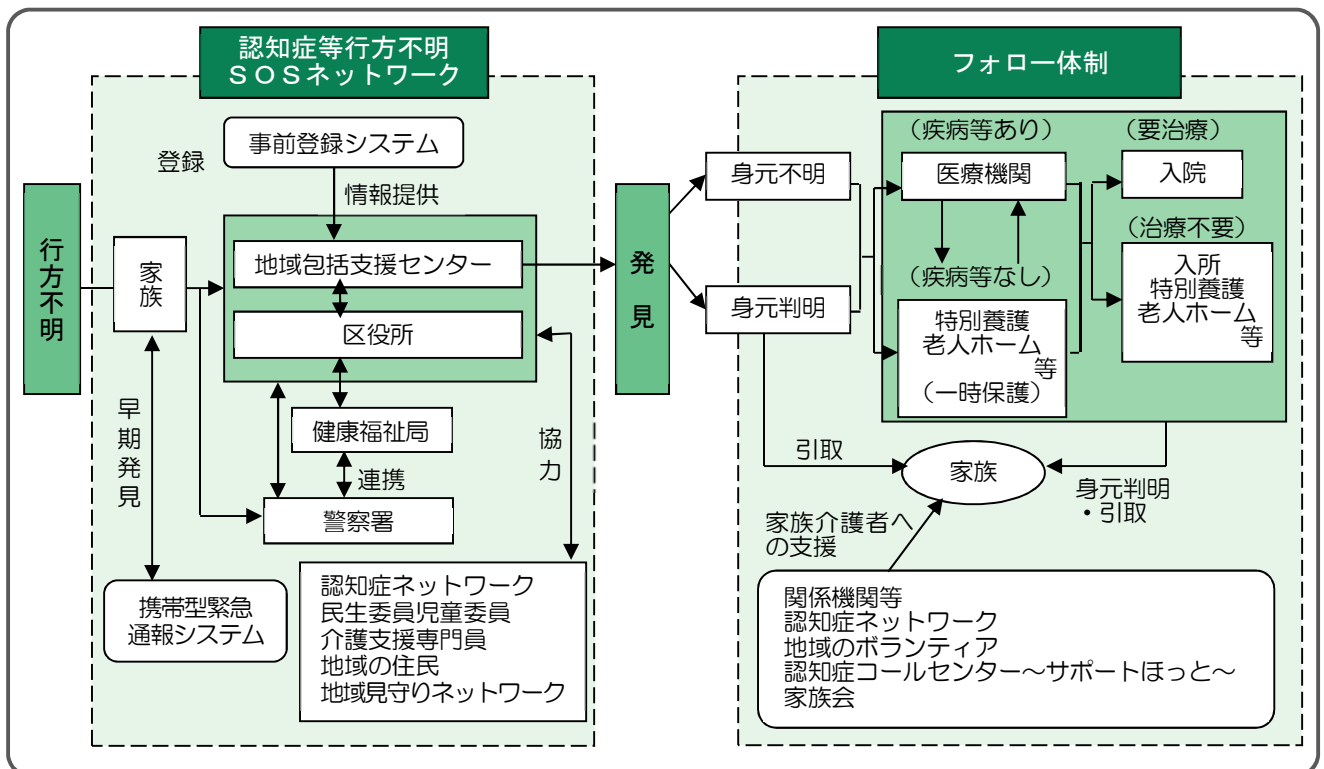
行方不明になり生命に危険を及ぼす可能性がある認知症の人の情報を事前に登録し、行方不明となった際には、市内関係機関に情報提供を行います。

また、神奈川県と連携し、市外・県外の自治体に対しても認知症による行方不明者の情報を広域的に提供することにより、安全確保と家族等への支援を図るとともに、身元不明者を保護した際についても、早期に家族へ引き渡せるように、照会を行います。

ICTを活用し、24時間・365日対応できる搜索協力体制を構築したところですが、今後も認知症の人の人数はますます増加し、行方不明事案も増えていくことが想定されることから、本事業の更なる効果的な広報を実施し、より多くの方に登録していただくことに加え、早期発見・身元判明に向けて、関係団体とのネットワーク強化等の取組を進めていきます。

また、認知症の人が起こした事故等に対する救済制度については、民間保険会社における認知症個人賠償責任保険の商品化や既存保険商品の補償範囲の拡大が進みつつあることから、こうした保険の活用や加入している保険の契約内容の確認を本人や家族等にさせていただけるよう、広報周知に努めるなどの取組を進めます。

【認知症等行方不明SOSネットワーク事業のイメージ図】



〔実績・計画〕

| | 第8期 | | | 第9期 | | |
|------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | 令和3 (2021)年度 | 令和4 (2022)年度 | 令和5 (2023)年度 | 令和6 (2024)年度 | 令和7 (2025)年度 | 令和8 (2026)年度 |
| 登録者数 | 802人 | 850人 | 900人 | 事業継続 | → | |

令和3、4年度は実績値、令和5年度は見込みです。

➡ 高齢者音楽療法推進事業

特別養護老人ホームの入居者やデイサービス利用者に対し、定期的な楽器の演奏等による音楽療法を取り入れ、認知症の人や要介護高齢者等の精神的な安定が図られることや、認知症の進行や問題行動が軽減されることなどにより、施設や在宅における生活の質の向上を図ります。

〔実績・計画〕

| | 第8期 | | | 第9期 | | |
|-------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | 令和3 (2021)年度 | 令和4 (2022)年度 | 令和5 (2023)年度 | 令和6 (2024)年度 | 令和7 (2025)年度 | 令和8 (2026)年度 |
| 実施施設数 | 19か所 | 22か所 | 20か所 | 事業継続 | → | |

令和3、4年度は実績値、令和5年度以降は見込みです。