資料１－３

在宅医療・介護の連携について

～住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けるために～

令和2年2月7日
桑名市南部地域包括支援センター

H30/9/16（日）中日新聞大図解より

2025年問題

団塊の世代（約700万人）の
すべてが75歳以上
（後期高齢者）に

超高齢社会とは

65歳以上の人口の割合が全人口の21%を占めている社会

2007年に超高齢社会に突入

超高齢社会

すでに多死社会

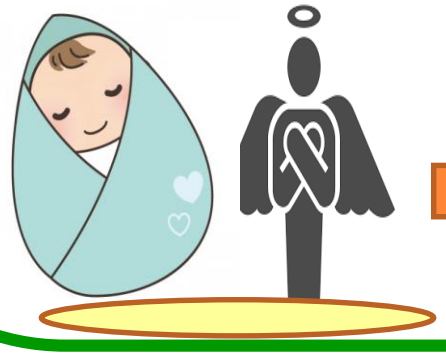
死亡数が出生数を上回っている

2019/12/24発表
人口動態統計では
2019年出生数　86.4万
死亡数　137.6万人

2006年

出生数 109.3万

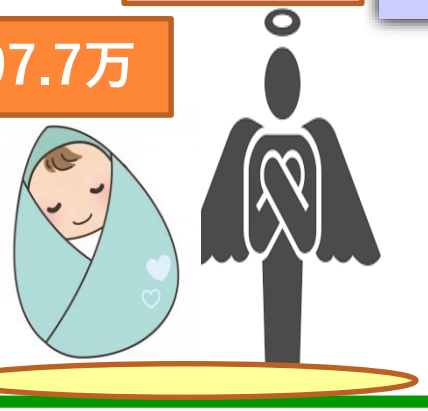
死亡数 108.4万



2016年

97.7万

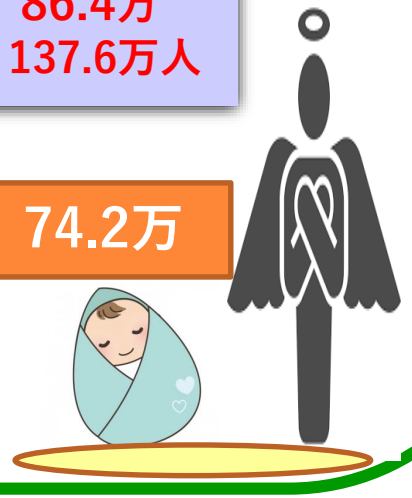
130.8万



2040年

74.2万

167.9万



・医療・介護は？
・終の棲家は？
etc.

《在宅医療・介護連携推進事業の現状と課題、第7期における方針》

〇少子高齢化社会に対応して

「病院完結型医療」 → 「地域完結型医療」

関係機関が連携し、多職種協働により、

在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を

構築することが必要

桑名市地域包括ケア計画　第7期介護保険事業計画・第8期老人福祉計画（2018～2020年度）資料より

今年度　在宅医療・介護の連携に関して南部包括で実施してきたこと

Ⅰ、声をかけられた退院調整会議には必ず参加し、
在宅へスムーズに移行できるように支援する。

Ⅱ、病棟・外来の看護師さんを地域包括支援センターに研修生として受け入れる。
（R1/9/11～11/21）

Ⅲ、在宅医療・介護の連携に関して地域住民への普及啓発

Ⅲ-１：ACP（アドバンス・ケア・プランニング）＝人生会議について地域住民に説明。
「もしもの時に備えて・・・」考えるきっかけづくり

Ⅲ-２：「くわな入退院の手引き」の中から５つのお願いについて普及啓発
地域住民に向けて、『担当ケアマネジャーから「5つのお願い」』について説明

Ⅲ-３：「かかりつけ医を持ちましょう～南部包括バージョン～」で
地域医療の役割分担・かかりつけ医のメリットについて説明

＊11/4　在宅医療・介護連携推進事業　市民講演会「かかりつけ医を持ちましょう～令和時代の地域医療～」を参考に

Ⅰ、退院カンファレンス（退院調整会議）に参加し、
在宅へスムーズに移行できる支援を目指す

◎南部包括が退院カンファレンスに参加した上位のケース

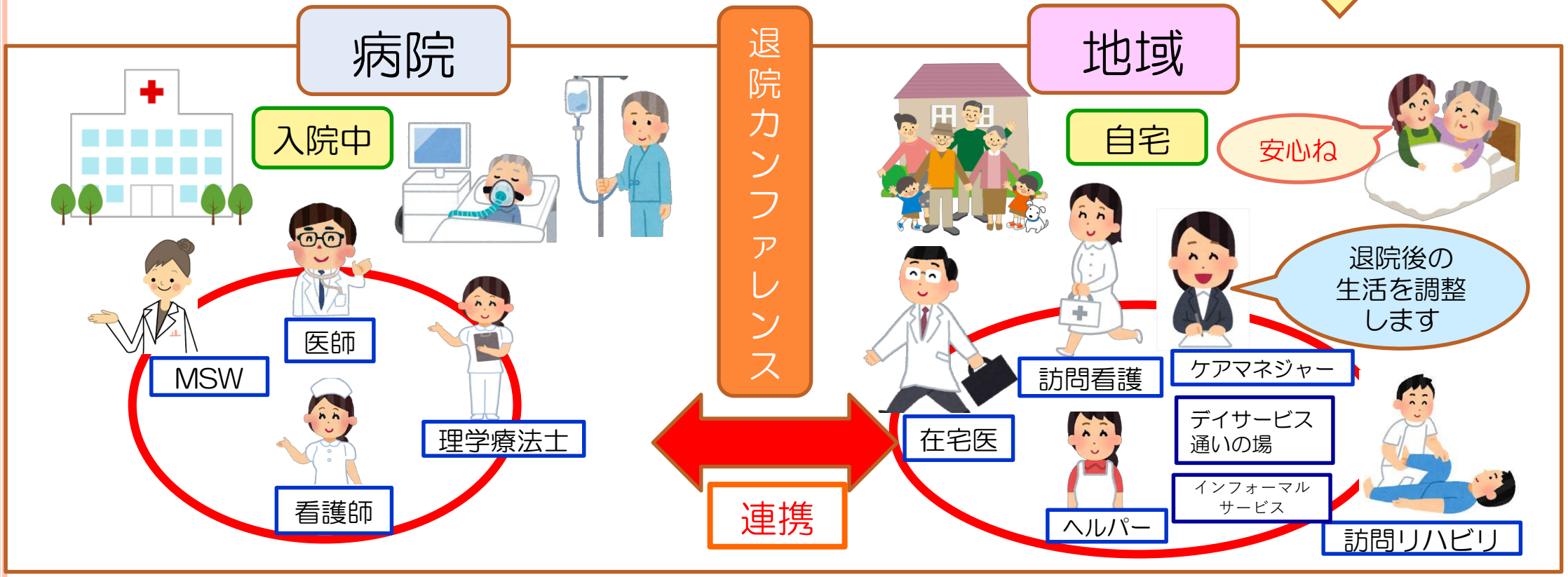
①独居で支援者がいない（家族の支援なし）または
退院後の生活に不安感が強い（家族の介護力不安）

②経済的問題あり（経済的困窮のケース）。

③本人・介護者に精神疾患があり在宅生活に不安がある。　など・・・

『病院（医療）と地域（介護）を繋ぐ協働の場』

『“非日常”である「医療」と“日常”である「生活」を考える。』



①退院カンファレンス

《実績》

	H29年度	H30年度	H31年度（4月～12月）
出席回数	10件	13件	17件

《内訳》

病院名	H29年度	H30年度	H31年度（4月～12月）
桑名市総合医療センター（H30/4以前は、桑名市東・西・南医療センター）	7	6	8
青木記念病院			1
海南病院	1		4
多度あやめ病院		1	
ヨナハ総合病院	1	4	1
総合心療センターひなが			3
偕行会リハビリテーション		2	
もりえい病院	1		
合計	10	13	17

《　参加機関別人数・・・南部包括は除く　》

延べ人数

	本人	家族	PSW・MSW・退院調整Ns	病棟Ns	病院PT・OT	主治医	ケアマネ	訪問リハビリ・訪問看護	＊介護保険サービス事業所	介護予防支援室	生活支援室・障害福祉課
H29年度	5	12	10	6	1	0	3	5	4	0	1
H30年度	5	12	13	8	3	1	8	2	4	2	2
H31年度	3	12	17	9	3	5	10	1	5	8	8
参加人数合計	13	36	40	23	7	6	21	8	13	10	11

＊介護保険サービス事業所等（長島中央病院、デイサービス、福祉用具、清風園、有料老人ホーム、サ高住）

②事例紹介　～3人の介護者を抱えるケース～

《プロフィール》　Kさん　　84歳　女性　総合病院に入院中

- 1型糖尿病。インシュリンの自己注射をしていたが、低血糖で入院2回目。
- 左眼　ほとんど見えない。　　右眼　見えにくい状態（視力　0.1程度）
- 自分の身の回りのことができなくなってきた。（少し物忘れが増えてきた）
- 朝が遅く、朝昼兼用の食事で不規則な生活になってきている。
  （空腹でインシュリン注射をするので低血糖をおこしてしまう）

～同居家族～

長男　　50歳代後半　自営業
（腹膜ヘルニアで入院したことがあり、食事管理が必要）

長男の妻　50歳代後半　ステージⅣの肺がんにて現在、同じ病院に入院中
予後不良。

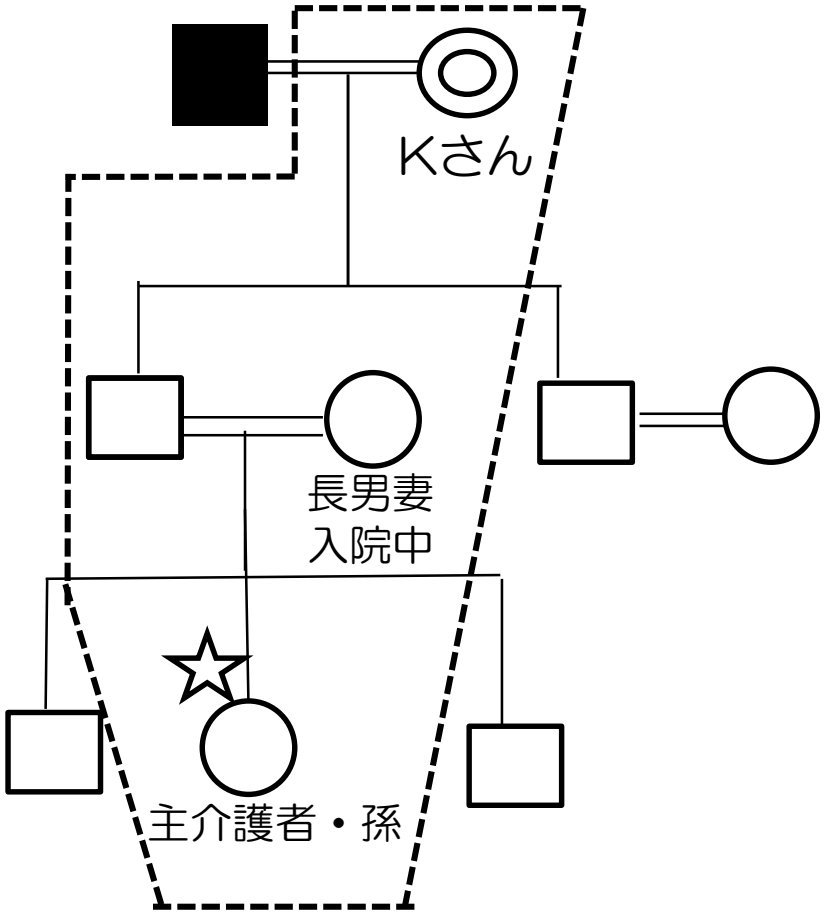
孫娘　　26歳　　2年前に母親の介護と自営業の事務を手伝うために
自宅に戻る。母親に代わり家事全般担当。
父親の食事管理も行う。

《経過》

初回相談　孫娘より、「本人（Kさん）が入院。今後の事がとても不安なので
一度介護保険のことなどを聞きたい。」

翌日　すぐに自宅訪問。孫娘の話を聴く。父親の事、母親の事、
本人(Kさん)の事、一人では抱えきれないと、今後の不安を涙ながらに打ち明けられる。

《　家族構成　》



《退院カンファレンスの実際》

1回目

【参加者】・MSW　・主治医　・研修医　・病棟看護師　・孫　・包括　6名

医療：インシュリンの単位数を3回とも合わせて、本人が単位数を間違えないようにする（1型糖尿病）
認知症については入院中に他科受診予定。

介護：介護保険の申請。
訪問看護・訪問介護・デイサービス等を併用し体調管理
小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護の利用を検討

孫の思い：母親はがんで入院中（予後不良）。父と母と祖母のことを一人でしなければならない。
今後のことが不安。一人でできるかな？

2回目

【参加者】・MSW・病棟看護師・小規模多機能型居宅介護　Y事業所（ケアマネ、管理者）
・孫・包括　6名

医療：退院後は体調管理・血糖管理が必要。特別指示書で訪問看護の導入が必要。
朝、ヘルパーが朝食の摂取とインシュリンの確認を提案。

介護：介護認定結果がでるまでは包括ケア病棟で入院治療。

孫の思い：今までインシュリン注射は「自分でできる」と私が介入することを拒否していた。
でも、ヘルパーさんや看護師さんが確認してくれれば大丈夫かな？

3回目

【参加者】・本人　・孫　・MSW　・病棟看護師　・包括
・小規模多機能型居宅介護　Y事業所（ケアマネ、管理者）・訪問看護ステーションS　看護師　8名

本人の思い：・退院が待ち遠しかった。
（Kさん）　・自宅で、食事やお風呂にも入りたい。

孫の思い：　・本人（Kさん）と母親が同時期に退院するため二人の世話をしないといけない。
私に介護ができるかな？
・できれば、毎日、通いを利用させたい。
・本人（Kさん）の低血糖が心配。
＊介護認定：「要介護３」

サービスの利用や退院に対して不安があったが、ケアマネや訪問看護師の「大丈夫！私たちがあなたとKさんとお母さんを支えるから…」という言葉が孫娘の背中を後押しして、在宅生活に踏み切ることができた。

退院

《退院後2週間》　小規模多機能型居宅介護　Y事業所
週6日、朝7時半に孫が送迎し、Y事業所の通いに連れていく。
到着後、インシュリン注射、朝食摂取。→低血糖を防ぐ。
訪問看護…14日間（特別指示書）毎日入り、本人（Kさん）の体調の管理、
長男の妻の様子を観察する。

《R2/1/1～現在》小規模多機能型居宅介護　Y事業所
1/1～1/4はお泊り実施。
通い・・・月・火・水・金（本人も納得し入浴している）
お泊り・・火曜日の夜～翌日にかけて週1回（家族状況で増やすことも可能）
訪問看護　週1回（木）
訪問診療　月1回　　ベッドなどの福祉用具は以前より自宅にあった。

本人（Kさん）、長男妻も主介護者の孫娘を中心に在宅生活継続中。

医療・介護サービスのスムーズな連携で
「みなさんに助けてもらって良かった」という言葉あり。

今回の退院カンファレンスを開催して感じたこと

①本人の思い、家族の思いをしっかりと関係者全員で共有することができた。

②何度も話し合いを重ねることで、主介護者の不安を軽減できた。

③主介護者である孫娘に対して、「大丈夫！みんなで支えるから…」という周りの言葉が在宅への受け入れに繋がった。

④関係機関から必要なサービスについて情報提供し、本人、家族が選択できるような支援をした。

在宅生活に移行するために、私たちが心がけていること

〇本人・家族の思い（希望）をしっかりと聞く。

〇病院側の意向と在宅側の意向を調整する。
（要望があればすぐに動くように努める）

〇多職種間で方向性を明確にする。

〇精神疾患があり、在宅に戻れず、施設入所するケースについて
施設側が安心して受け入れることができる体制作りをする。
（例えば、退院時に再入院の確約をとる等）

Ⅱ、病棟・外来の看護師さんを研修生として受け入れ、
入退院支援や在宅サービスについて伝達する。

（R1/9/11～11/21まで毎週2日間ずつ、11人の看護師さんを受け入れ）

【研修目的】

1、病棟の看護ケアや入退院支援に対する課題を明らかにし、
地域で生活する利用者本意の看護実践に繋げる。

2、在宅療養者を支えるサービスを理解し、地域の様々な職種との連携や調整に活かす。

【研修内容】

1、地域包括支援センターについてオリエンテーション
2、地域生活応援会議の傍聴
3、ニーズ調査からのおたっしゃ戸別訪問同行
4、通いの場・健康ケア教室への参加・見学
5、住宅改修や福祉用具の購入など介護保険サービス導入のための自宅訪問
6、介護保険の申請のための自宅訪問→介護高齢課の窓口への申請に同行
7、介護保険の認定調査立ち合い
8、ACP、認知症サポーター養成講座の打ち合わせ参加
9、サービス担当者会議などへの参加（多職種連携）、ケアミーティングへの参加
10、デイサービス事業所・清風園（養護老人ホーム）等の施設見学
11、日進ふれあいの集い「かかりつけ医を持ちましょう～南部包括バージョン～」の寸劇参加

【研修後のアンケートから】

1、応援会議の傍聴から、退院後の生活を見据えた病棟スタッフのフォローが重要であると感じた。

2、患者さんだけでなく、その家族と退院後の生活をイメージし、家族間の関係性や協力状況、家族の思いを傾聴し、患者さんと家族の方向性を統一していていくことが看護師として重要な役割。

3、地域から高齢者が孤立しないように援助するために、地域との連携を図っていくことが重要。

4、患者さんの人生を支えるために、その人の生活全体を支える視点が必要。看護・介護の連携が必要。

5、かかりつけ医から入退院・地域へとつなぎ、住み慣れた場所で最期を迎えられるように、外来や在宅の連携を密にして、多職種の連携と情報共有をして地域で支えていくことが重要。

6、入院中の患者さんや家族が今後どのようになることを望んでいるのかを把握し、それに向けたケアを提供することが重要。

7、入院中の様子だけでなく、入院前の生活状況を把握し、本人、家族と面談を重ね、必要時、外部とのカンファレンスを行い、情報共有していくことが重要。

8、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）を念頭に置き、本人・家族・医療・ケアチームを交えて最期までよりよく生きる準備ができるように患者さんと関わる。

9、地域から病院、病院から地域へとお互いに情報共有し、切れ目のない看護を行う事の大切さを学び今後は自立支援や再発防止を目的とした退院指導の充実が課題。入院当初から退院支援を行うことを念頭に、病院だけではなく地域へと視野を広げ、今後の看護に活かしたい。

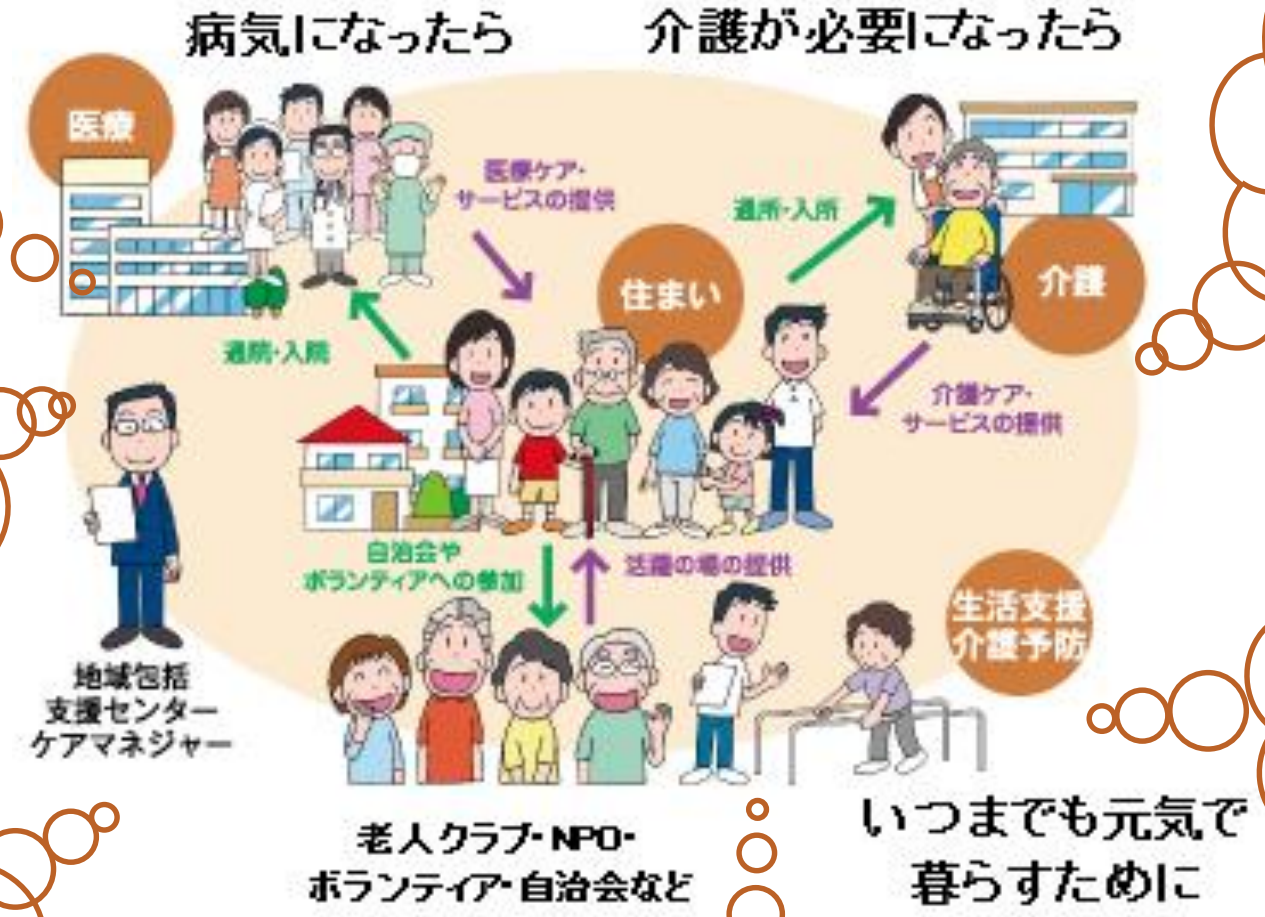
研修を終えた看護師さんの声

退院後の生活を見据えた病棟スタッフのフォローが需要と感じた。

自立支援や再発防止を目的とした退院指導の充実が課題。病院だけでなく地域へと視野を広げる事が大事。

ACPを念頭におき本人・家族・医療ケアチームを交えて、最期までよりよく生きる準備ができるように関わる。

退院後、予防に向けた取り組み等の情報提供などを求め、多職種連携が必要



その人の生活全体を支える視点が必要。看護・介護の連携が必要。

地域との連携を図って行くことが重要（通いの場、健康ケア教室などの社会資源を知る）

Ⅲ、在宅医療・介護の連携に関して
地域住民への普及・啓発

１：ACP（アドバンス・ケア・プランニング）＝人生会議について
地域住民に説明「もしもの時に備えて・・・」考えるきっかけ作り

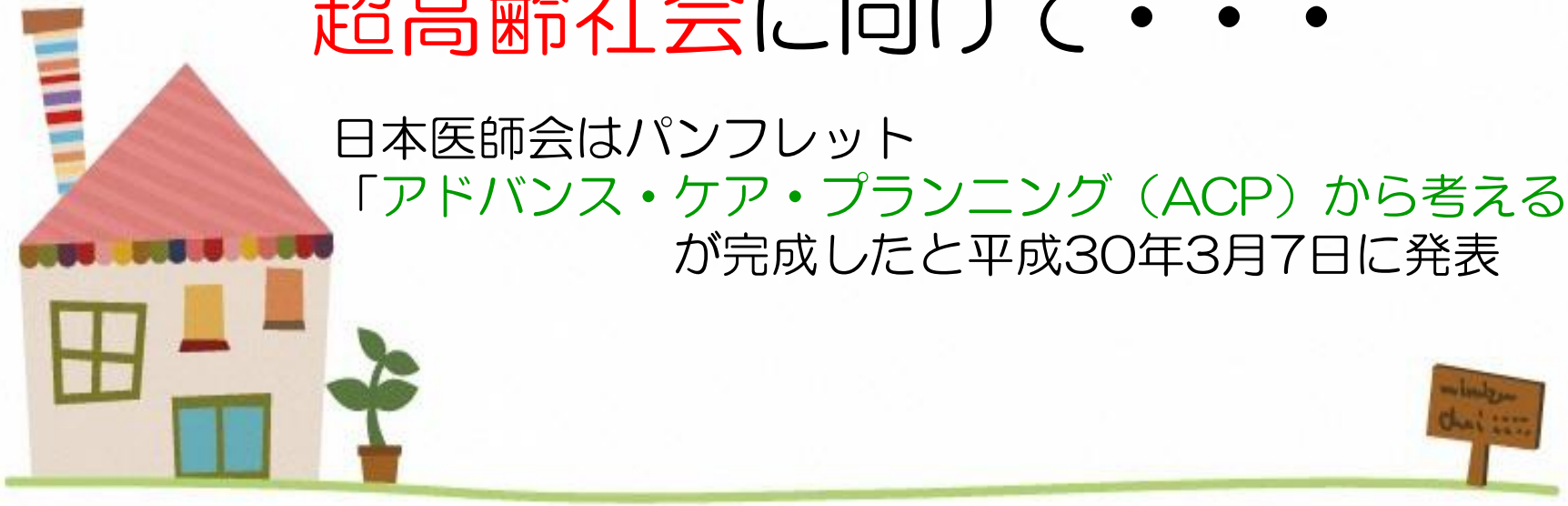
２：「くわな入退院の手引き」の中から地域住民に向けて
『担当ケアマネジャーから「５つのお願い」』について説明

３：「かかりつけ医を持ちましょう～南部包括バージョン～」で
地域医療の役割分担、かかりつけ医のメリットについて説明

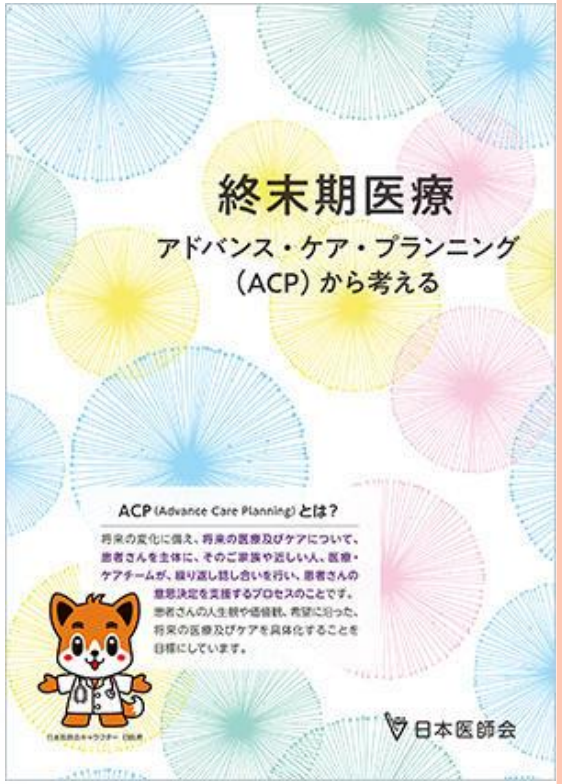
＊11/4　在宅医療・介護連携推進事業　市民講演会
「かかりつけ医を持ちましょう～令和時代の地域医療～」を参考に

1-1）：ACP(アドバンス・ケア・プランニング）について

超高齢社会に向けて・・・



日本医師会はパンフレット
「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）から考える」
が完成したと平成30年3月7日に発表



●患者さんが意思を伝えられる時から、その意思を共有しておくことが重要。

●主体はあくまで患者さん本人。

アドバンス・ケアプランニング（ACP）とは「自らが望む人生の最終段階における医療・ケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援する過程（プロセス）」のこと。

桑名市在宅医療・介護連携支援センター資料　一部改変

1-2）：ACP(アドバンス・ケア・プランニング）について

	H30年度（１０月～スタート）	H31年度（４月～９月）
開催数	8回	7回
参加人数	３２７人	１３２人
開催場所	・10/25 日進ふれあいの集い ・11/7　益世地区民生委員 ・11/8　城南地区福祉のつどい ・11/9　シニア面白学級 ・12/18 宅老所さんさん ・1/11　陽光地区民生委員 ・1/30　楽友いきいき会 ・3/17　ヨナハ老健	・4/18　つながりカフェ ・5/16　小貝須柳原いきいきcafe ・5/25　益世年金友の会 ・6/13　いっぽいっぽの会 ・6/21　皆月運営推進会議 ・6/21　くわなの宿運営推進会議 ・８/８　小貝須浜ふれあいサロン
アンケートから	◎ACPやエンディングノートなど すでに取り組んでいる。 ◎ACPについて主治医と相談している。 ◎自分が最期をどのように迎えたいか 大事なことを考える機会になった。 ◎A4用紙に、通帳番号、延命治療に ついて記入し毎年見直しをしている。	◎ACPやエンディングノートなどすでに 取り組んでいる。 ◎ACPについて主治医と相談している。 ◎ACPカードを保険証に挟んである ◎2回説明を聞くことで良く理解できた ◎親が入院中で胃ろうの選択で迷った。 本人の希望を聞いておけばよかった。

1-3)：ACP(アドバンス・ケア・プランニング）について

あなたにとって大切なことは？

繰り返し話し合うことが大事！

2：「くわな入退院の手引き」の中から
『担当ケアマネジャーから「5つのお願い」』について説明

担当ケアマネ
↓
利用者の方へ

以下のところで説明とチラシを配布しました。

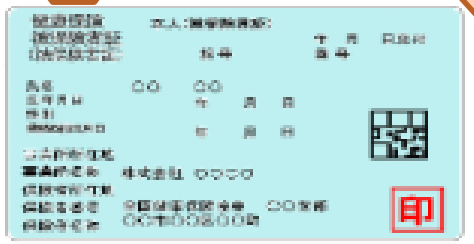
4/20　陽和地区民生委員児童委員協議会
5/15　益世地区民生委員児童委員協議会
10/24　日進ふれあいの集い
11/20　城南地区　福祉の集い
1/17　陽光地区民生委員児童委員協議会

《普段から》

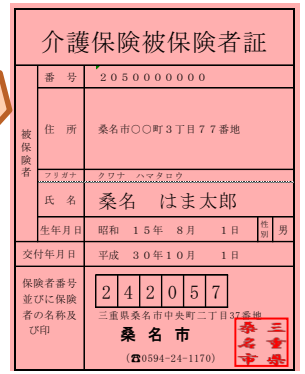
①入院時セットを準備しておきましょう

万が一の入院に備えて、普段からご準備ください。
①医療保険証　②介護保険証
③診察券　④お薬手帳　⑤担当ケアマネジャーの名刺

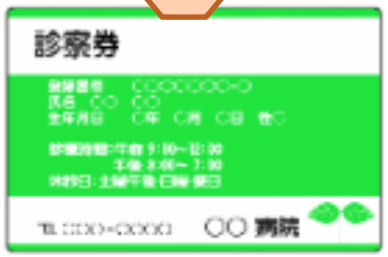
1



2



3



4

5

5つのお願い

《もし入院したら・・・》

②ケアマネジャーへご連絡ください。

③病院に担当ケアマネジャー名をお伝えください

《病院から説明があった時》

④説明内容をケアマネジャーに教えてください

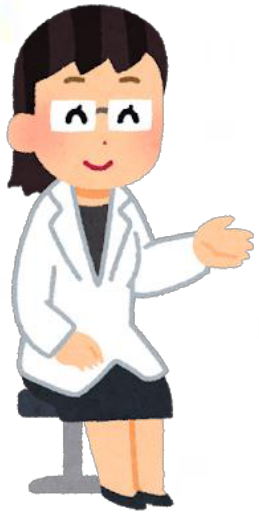
退院後速やかに療養生活が始められるように準備を進めるために「今、どのような状況下か」を担当ケアマネジャーに早めに教えてください。

《退院の目途がみえてきたら・・・》

⑤ケアマネジャーにご連絡ください

桑名市在宅医療・介護連携支援センター資料　一部改変

3-1)：「かかりつけ医を持ちましょう～南部包括バージョン～」



かかりつけ医を持ちましょう

～南部包括バージョン～

令和元年10月24日（木）日進　ふれあいの集い
令和元年11月20日（水）城南地区　福祉の集い

桑名市南部地域包括支援センター

3-2)：「かかりつけ医を持ちましょう～南部包括バージョン～」

2025年に目指す医療のイメージ

大病院

はまぐり総合病院

高度急性期 100床　急性期 100床

高度急性期・急性期に重点化

救急搬送

入院

交通事故・脳卒中・重症患者など

紹介・逆紹介

しぐれ茶漬病院

回復期 100床　慢性期 100床

回復期・慢性期に重点化

紹介・逆紹介

病院間の役割を明確化・連携

退院

自宅・介護施設など

紹介・逆紹介

紹介・逆紹介

七里の渡しクリニック

（診療所）

かかりつけ医

在宅医療の充実

往診・在宅医療

通院

地域医療の役割分担

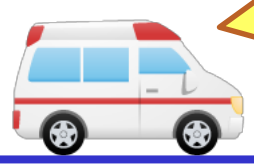
桑名市在宅医療・介護連携支援センター資料　一部改変

3-3)：「かかりつけ医を持ちましょう～南部包括バージョン～」寸劇4事例の中より

大病院：
はまぐり総合病院
かかりつけ医：
七里の渡しクリニック

事例）　生活・仕事と両立しながら通院できる

会社の検診で高血圧と糖尿病と言われていたけど、仕事もしているし、
病院には行かず放置。ゴルフ中に急に右半身がしびれる。
力が入らない。救急車で病院へ運ばれました。



かかりつけ医のメリットについて説明

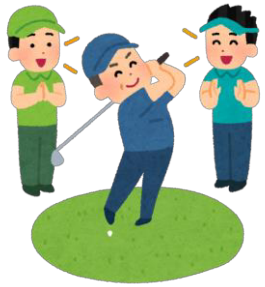
はまぐり総合病院に搬送され「脳梗塞」と診断。すぐに治療開始。

夏男さん６５歳
高血圧、糖尿病
趣味）ゴルフ

後遺症なく回復しましたね。退院後は近くの七里の渡しクリニックに通院してくださいね。紹介状を書きます。

はまぐり総合病院

紹介・逆紹介



定期的な通院で診ていきましょう。

夕方の診察もあるし、土曜日も受診できるからありがたいなぁ～

必要な時は、はまぐり総合病院へすぐに紹介しますから
安心してください。

七里の渡しクリニック

まとめ

今年度、在宅医療・介護の連携について実施してきた中で、
病院側と地域住民の思いの差が大きいと感じられた。
そこで、今後の展望として

1、繰り返し話し合いを行う事が大切なアドバンス・ケア・プランニングについて
　さらに推進してきます。
2、地域住民に「かかりつけ医を持ちましょう」の理解をさらに深めていきます。
3、少子高齢化社会の中で在宅医療と介護の連携が充実していくように協力していきます。
4、病気の予防、健康づくりを推進していきます。

在宅医療と介護の連携の充実を目指し、
私たちは医療者側の声と地域住民の声をつなぐ
“かけはし”になりたい。

住民さんの
声を届ける

医療者側の
声を届ける

参考

回覧

南部包括だより

2019．夏号《No26号》

こんにちは桑名市南部地域包括支援センター（南部包括）です。
元号が令和にかわり、気持ちも新たにこれからも地域の皆様の相談役として頑張っていきたいと思います。

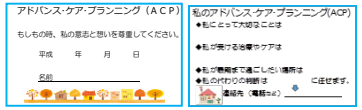
地域包括支援センターは
医療と介護の連携で高齢者の皆様を支えます！

ACPについて普及・啓発

たとえば

①ACP（人生会議）の考え方を広めていきます。
→これまでも色々な集まりで説明を行いました。

ACPカード（表）　ACPカード（裏）



≪今年度ACPの説明をした所・する予定の所≫
・ヨナハつながるカフェ
・小貝須柳原いきいきカフェ
・年金友の会桑名益世部会
・いっぽいっぽの会
・小貝須浜ふれあいサロン

自分の最期をどのように過ごしたいのか、元気なうちに何度も話しあっておくといいですね。
これからもご希望があれば説明に伺います。是非お声かけください！

②医療機関とのつながりを密にしていきます。
→ 地域の皆様が退院して自宅に戻る際の退院調整会議に積極的に参加します。
→ 関係機関用に「くわな入退院の手引き」が作成されました。

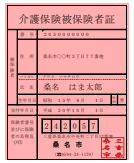
手引きにはこんなことも書かれています

くわな入退院の手引きから「入院時セットの準備」について記載。

5つのお願い

万が一の入院に備えて、普段からご準備ください。
①医療保険証　②介護保険証
③診察券　④お薬手帳　⑤担当ケアマネジャーの名刺

①

② 

③

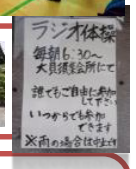
④

⑤

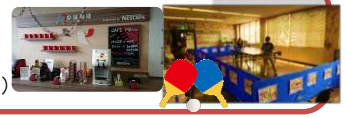
New通いの場

楽友いきいき会：毎週木曜日、毎月24日
（日進）　場所：江場集会所

大貝須ラジオ体操：毎朝6時半
（城南）場所：大貝須集会所



タッキュウ　カフェ
卓球　珈琲：平日のみ
場所：つながりセンター（城南まちづくり拠点施設）



認知症サポーター養成講座を開催します！

日　時　：7月5日（金）10時00分～11時30分
場　所　：益世まちづくり拠点施設
　　3階大会議室
参加費　：無料
申し込み：桑名市南部地域包括支援センター　☎ 25－1011

オレンジカフェ

十念寺オレンジカフェ（5/8木）の様子。グループホーム「くわなの宿」の方にも参加していただきました。

≪今後の予定≫

「かいすコーヒー」
7/25（木）13:30～15:30

「善西寺」
9/12（木）13:30～15:30

「城南まちづくり拠点施設」
11/21（木）13:30～15:30

今年度も「認知症みんなが安心声かけ訓練in益世」が行われます！

日時：9月27日（金）（時間未定）

・・その前に
①認知症フォローアップ研修
8/19（月）10時～
②声かけ訓練の打ち合わせ
8/26（月）10時～
を予定しています。是非ご参加ください。

認知症キッズサポーター養成講座行いました

益世小学校4年生　5/30（木）
明正中学校2年生　6/26（水）
日進小学校4年生　6/28（金）

☆編集後記☆
6月から新しく葛山（社会福祉士）がスタッフに加わりました。暑い日が続きます。水分・栄養・睡眠はしっかりととってくださいね。

桑名市南部地域包括支援センター
桑名市江場776－5（ヨナハ病院前）
TEL：　25－1011
FAX：　25－1155

参考

南部包括便り
NO27・新春号

日進：301枚
益世：400枚
城南：329枚

民生委員：43枚
宅老所：18枚
まちづくり拠点施設
　　等：40枚
ケアマネ
　　事業所：26枚
病院郵送　　10枚
圏域内薬局　　6枚
圏域内クリニック
　　10枚

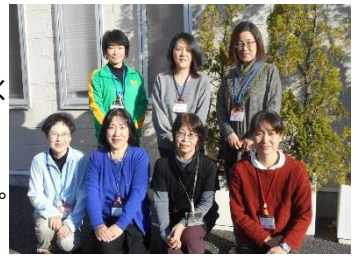
合計　1183枚

回覧

南部包括だより

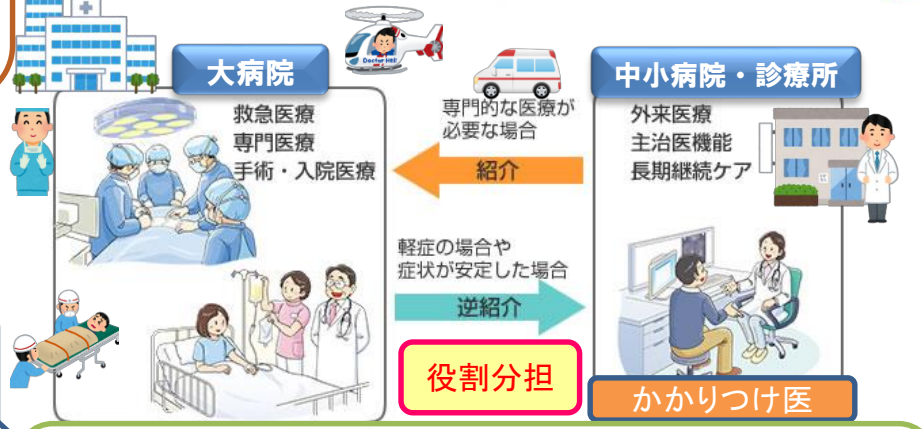
2020. 1月新年号《No27号》

新年あけましておめでとうございます。
地域の高齢者の皆様が、住み慣れた地域で、自分らしく元気に暮らし続けられるよう、今年も職員一同、力を合わせて頑張ります。
地域の皆様のお力添えをよろしくお願い申し上げます。
センター長　佐藤美佐子



かかりつけ医を持ちましょう

ーかかりつけ医とは？ー
①健康に関することを何でも相談でき、
②必要な時は専門の医療機関を紹介してくれる
③身近にいて頼りになる医師のこと
（日本医師会）



かかりつけ医のメリットや役割分担について説明

かかりつけ医を持つメリット！

① 待ち時間が比較的短く、手続きも簡単じっくり診察してくれる。
② 入院や検査が必要なとき、適切な病院や診療科を教えてくれる。
③ 家族の病気のことや、今までかかった病気、健康状態をわかっているからもしもの時に素早く対応してくれる。
④ 食事のことや、日々の健康管理のアドバイスをしてくれる。

令和元年後半　南部包括の取り組み

「かかりつけ医を持ちましょう」をテーマに寸劇を交え話をしました

城南地区福祉のつどい

日進 ふれあいの集い

9/27（金）に認知症みんなが安心声かけ訓練in益世を行いました

明正中学校の生徒さんも参加してくれました!!

益世小学校キッズサポーター養成講座の様子（5/30）

明正中学校キッズサポーター養成講座の様子（6/26）

日進小学校キッズサポーター養成講座の様子（6/28）

10/27（日）「ふれあいまちづくり2019＝益世地区10月祭＝」に参加させて頂きました

社協 高齢者疑似体験（6年生）

介護相談コーナー

福祉用具展示

自助具工房くわな

オレンジカフェ
～認知症等高齢者にやさしい地域づくり～

「善西寺」
9/12（木）13:30～15:30

「城南まちづくり拠点施設」
11/21（木）13:30～15:30

オレンジカフェではこんな事を話しました。

認知症は一般的には高齢者に多い病気ですが、65歳未満で発症する認知症を「若年性認知症」と言います。
若年性認知症は、高齢者の認知症とは違った様々な深刻な問題が存在しています。
働き盛りに発症するために、本人や家族が被る経済的損失、心理的衝撃は計り知れません。

認知症サポーター養成講座

桑名医師会看護専門学校（10/11）　最勝寺（12/7）

桑名市南部地域包括支援センター
桑名市江場776－5（ヨナハ病院前）
TEL:　25－1011
FAX:　25－1155

声かけ訓練や認サポに中学生・小学生が参加してくれました。

「認知症等高齢者にやさしい地域づくり」を目指しています。

若年性認知症について普及啓発。若年性認知症について正しく理解してもらうための試み。

ご清聴ありがとうございました。
地域の皆様がこれからも安心して
在宅生活を過ごせるように、
関係機関と協力をしながら、
頑張ります。

南部包括職員一同

《南部包括エリアで配布しているポケットテッシュの図柄》

２０２０年干支の
「ねずみ」の絵柄
民生委員さんの
作品です。