

# 認知症の本人と家族を 地域で支える体制を築いていくために

平成24年度認知症地域資源連携検討事業

認知症地域支援体制地域普及資料  
(平成24年度地域普及セミナー報告集)

平成25年3月

## この資料集のねらいと内容、活かし方について

～わが町でつながる！ つくる！ 進んでいく！ 本人と家族を地域で支えるために～

### この資料集のねらい

「急増を続ける認知症の人を地域でどのように支えていくか」

すべての自治体/地域にとって先延ばしにできない待ったなしの課題です。

今の時期に、何を大切に、どのようなプロセスで取組みを進めていくと、本人と家族を実質的に支えられる効果的な支援や支援体制を築いていくことができるのでしょうか。

この資料集は、そのためのポイントと、ポイントをおさえながら地域連携・支援体制づくりを実際に進めている全国各地の地域実例を掲載したものです。

ふたつとして同じ地域はありません。どの地域も試行錯誤の途上です。掲載した地域も、この資料集の状況から変化を続けています。

この資料集は、みなさまの地域で現状や取組みを振り返り、今後の取組みをより効果的に進めていくための自地域なりの計画や方策を具体的に考え、一步先へと動きだす参考にしていただくことがねらいです。

認知症の人と家族を地域で支える取組みや支援体制づくりはこれから・・・という自治体/地域の方々も、すでに自地域ならではの取組みをどんどん展開しているという自治体/地域の方々も、この資料集から、「本人と家族がよりよく暮らすために、こんなことができる！」、「こうすれば(もっと)うまく進む！」、そんな考え方や進め方(プロセス)のヒントを得ていただければ幸いです。

### この資料集の内容と活かし方

#### 資料の背景

認知症介護研究・研修東京センターでは、平成 23 年度より国の認知症施策総合推進事業の一環として認知症地域資源連携検討事業を実施してきています。この事業は、地域の多様な立場・職種の人達が連携しながら認知症地域支援・体制づくりの取組みを進めている自治体/地域の事例を収集し、取組みを効果的に進めていくためのポイントを検討すること、そしてそのポイントや実例に関する具体的な情報を自治体関係者等に普及をはかることを通じて、都道府県・市区町村が認知症地域支援・体制づくりを効果的に進めていくことを推進するのが目的です。

平成 24 年度(2012 年度)は、以下の一連の会議、セミナーを開催しました。

認知症地域支援体制推進会議(東京:7月)

認知症地域支援体制推進全国合同セミナー(東京:8月、11月、2月)

認知症地域支援体制地域普及セミナー(大阪、岩手、東京)

## この資料集に掲載した自治体/地域の情報について

この資料集は、上記の地域普及セミナー（3会場）で報告いただいた10自治体/地域の報告内容を、全国のより多くの方々にお伝えするために、全報告資料を一括してまとめたものです（目次参照）。

各自治体/地域ともに、やったことの羅列ではなく、どのような考え方を大事に、どのような手順やつながりをつくりながら有機的な連携や地域援・体制づくりを進めていったか、そのプロセスに焦点をあてて報告していただいた内容になっています。

また、その地域によって地域支援・体制づくりを核となって推進している人の立場は様ざまであり、一人ではなく推進チームをつくって進めていくことが重要です。普及セミナーでは、多様な立場の人が一人ではなくチームで推進している様子を報告いただきました。掲載した各自治体/地域の報告者の組み合わせにも注目し、参考にさせていただければと思います。

みなさまご自身が3会場それぞれの報告にお目通しいただくとともに、認知症の本人と家族を支えるためにつながりのある自治体内の多様な部署や地域包括支援センター、福祉・介護・医療の関係機関や現場の人たち、民生・児童委員をはじめ自治会関係者や地域活動に取り組んでいる組織・人たちなどにもこの資料集を伝達いただき、資料をもとに自地域のこれからについて一緒に話しあう機会をお作りいただきたいと思います。

## 認知症地域支援・体制づくりの意義とポイント

他の自治体/地域の具体的な情報は大切ですが、ややもすると取組みの部分や細部のみ目がいったり、漠然と自地域と比較しておしまいになってしまいがちです。

各地の取組みを通じて、自地域の認知症地域支援・体制づくりを着実に進めていくためには、認知症地域支援・体制づくりがなぜ必要なのか、自地域の認知症施策全体の中での位置づけと意義を明確にし関係者が共有すること、推進していく上での方針や進め方のポイントをしっかり押さえながら取組みを展開していくことが重要です。

この報告書の最初の部分に、認知症地域支援・体制づくりの位置づけと意義、ポイントの概要について普及セミナーで使用した資料を掲載しています。

これらを、みなさまの地域で、年々一歩一歩、本人と家族を支える地域支援・体制づくりを築いていくため骨子としてお役立てください。

平成25年3月

認知症介護研究・研修東京センター

**\*この資料集に関するお問い合わせや、各自治体/地域での認知症地域支援・体制づくりに関するセミナーの開催について等についてのご相談は、下記にお気軽にどうぞ。**

認知症介護研究・研修東京センター研究部 認知症地域資源連携検討事業担当

E-mail: cmr@dcnet.gr.jp

# 目次

1 . 認知症の本人と家族を 地域で支える体制を築いていくために.....	1
認知症介護研究・研修東京センター	
2 . 平成 24 年度地域普及セミナー報告資料.....	19
1 ) 大阪会場 (平成 25 年 3 月 1 日開催)	
( 1 ) 寝屋川市 (大阪府)・大阪府からの報告.....	19
< 報告者 > 寝屋川市保健福祉部高齢介護室 村上 明子 さん	
大阪府福祉部高齢介護室介護支援課 田中 園代さん	
( 2 ) 加賀市 (石川県) からの報告.....	34
< 報告者 > 加賀市医療提供体制推進室 水井 勇一 さん	
社会福祉法人共友会 小規模多機能ホームはしたて 西 邦子 さん	
( 3 ) 奄美市 (鹿児島県) からの報告.....	49
< 報告者 > 奄美市笠利総合支所いきいき健康課 積 竜太 さん	
社団法人 大島郡医師会 坂元 寛興 さん	
2 ) 盛岡会場 (平成 25 年 3 月 8 日開催)	
( 1 ) 奥州市 (岩手県)・大阪府からの報告.....	76
< 報告者 > 奥州市健康福祉部長寿社会課 及川 明美 さん	
奥州市水沢区佐倉屋敷東町内会長 菊地 正宏 さん	
( 2 ) 洋野町 (岩手県) からの報告.....	97
< 報告者 > 洋野町地域包括支援センター 村上 昇司 さん	
洋野町地域包括支援センター 地域支援推進員 大光 テイ子 さん	
( 3 ) 川西市 (兵庫県) からの報告.....	106
< 報告者 > 川西市地域包括支援センター 森上 淑美 さん	
明峰地域包括支援センター 上中 洋司 さん	

( 4 ) 大牟田市 ( 福岡県 ) からの報告 .....	132
< 報告者 > 大牟田市保健福祉部長寿社会推進課 梅本 政隆 さん	
医療法人静光園 白川病院 医療連携室 猿渡 進平 さん	
3 ) 東京会場 ( 平成 25 年 3 月 15 日開催 )	
( 1 ) 大崎市 ( 宮城県 ) からの報告 .....	182
< 報告者 > 大崎市民生部高齢介護課 中川 由紀代 さん	
大崎市田尻地域包括支援センター 桑折 由理子 さん	
( 2 ) 霧島市 ( 鹿児島県 ) からの報告 .....	206
< 報告者 > 霧島市保健福祉部長寿・障害福祉課 南郷 正輝 さん	
社会福祉法人公心会 常務理事 後藤 琢馬 さん	
( 3 ) 西東京市 ( 東京都 ) からの報告 .....	226
< 報告者 > 西東京市高齢者支援課 ザーリッチ・陽子 さん	
社会福祉法人悠遊 グループホームいずみ 大木 智恵子 さん	
3 . 参考資料 .....	239
1 ) 普及セミナー参加者概要 .....	240
2 ) 普及セミナー参加者アンケート結果 .....	242

# 認知症の本人と家族を 地域で支える体制を築いていくために

## 認知症地域支援体制づくりの意義とポイント

認知症介護研究・研修東京センター  
認知症地域資源連携検討事業担当

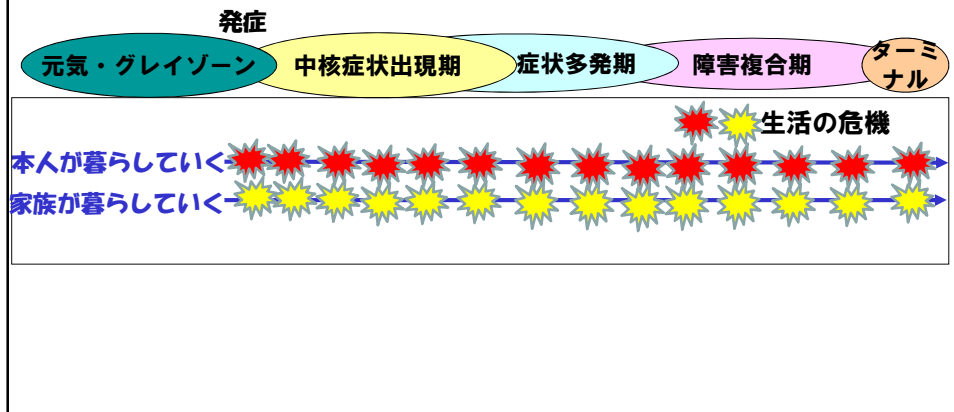


認知症の本人と家族が、安心して暮らし続けられる地域に  
過疎地でも、都会地でも、全国各地で、  
息の長い取組みが、一步一步、進んでいます。

## なぜ、認知症地域支援体制づくりが重要なのか

本人と家族は、発症から最期まで、長い経過を辿ります

- \*ごく初期段階から、不安、混乱、生活の危機に直面しています。
- \*経過の途上で、不安、混乱、危機の内実が変化し続けます。
- \*本人、そして家族は、共振れしながら長い経過を暮らしていきます。



認知症関連の多様なサービスや人材が次々増えてきています。

その一方で、地域で暮らす本人と家族は、危機を回避したり、危機から脱して地域で安心して暮らせるようになっているのでしょうか？

あなたの地域では・・・？





**「今後の認知症施策の方向性について」(報告書)の概要**

厚生労働省・認知症施策検討プロジェクトチーム（2012年6月）  
 認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン 2013～2018）

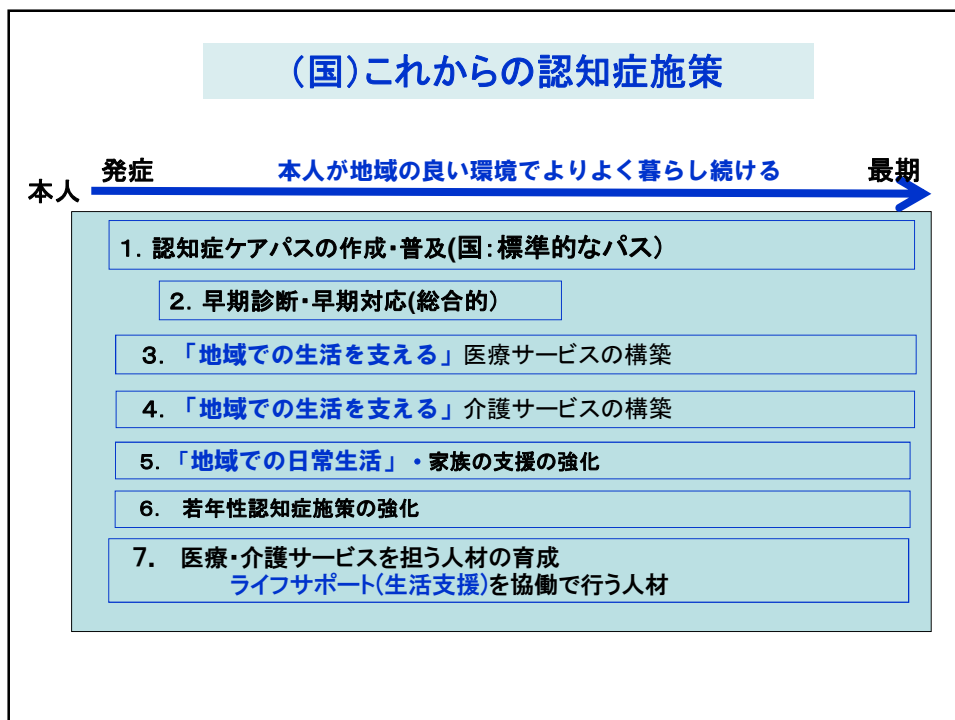
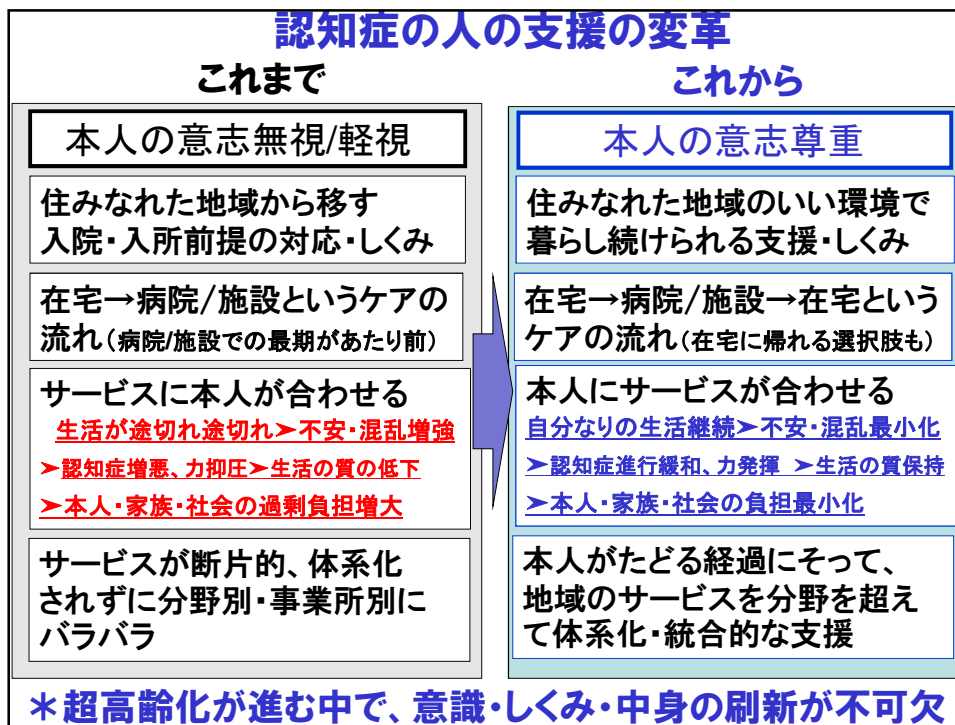
**今後目指すべき基本目標**

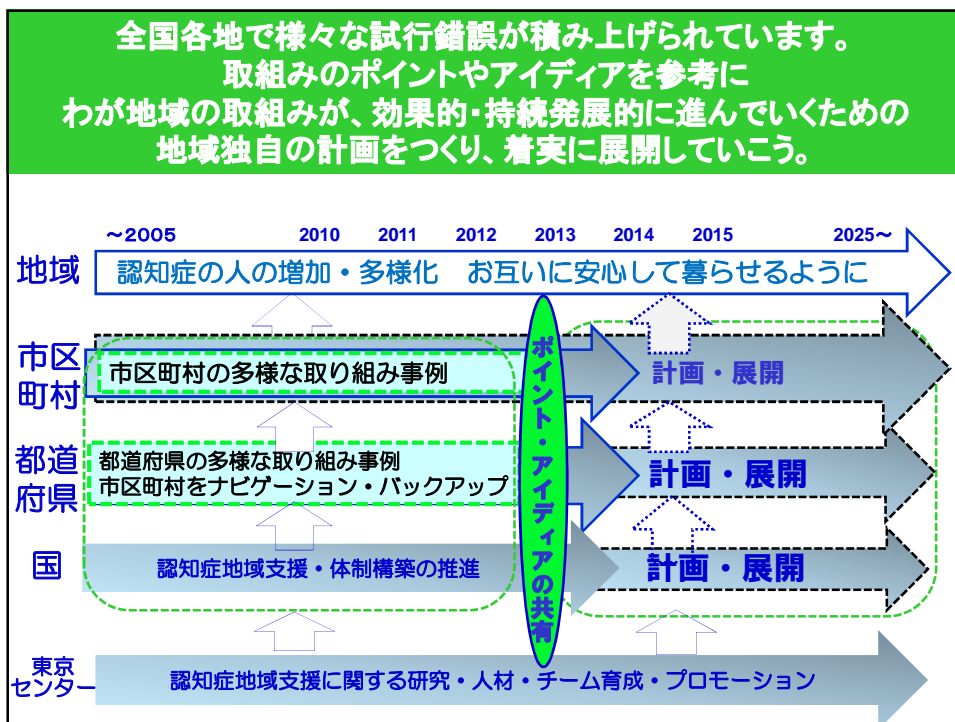
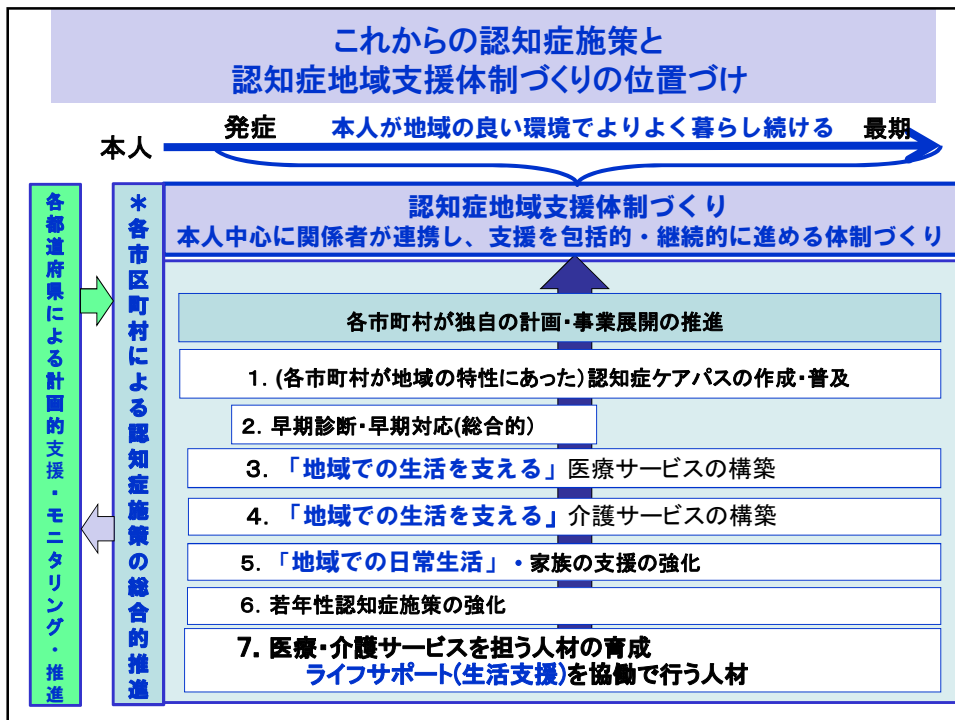
- 「認知症の人は精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても**本人の意志が尊重され**、できる**限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続ける**ことができる社会」の実現を目指す。
- この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「自宅→グループホーム→施設あるいは一般病院・精神科病院」というような「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な「認知症ケアパス」(**状態に応じた適切なサービスの提供の流れ**)を構築することを、基本目標とする。

**今後の取組**

- 上記の基本目標(「ケアの流れ」を変える)の実現のために、現在行われている施策について、多くの意見や批判を踏まえて、見直しやバージョンアップを図ることにした。新規施策と合わせて、地域で医療、介護サービス、見守り等の**日常生活の支援サービスが包括的に提供される体制**を目指し、具体的には、以下の7つの視点に立って、今後の施策を進めていくことにする。
  1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及
  2. 早期診断・早期対応
  3. **地域での生活を支える**医療サービスの構築
  4. **地域での生活を支える**介護サービスの構築
  5. **地域での日常生活・家族の支援の強化**
  6. 若年性認知症施策の強化
  7. 医療・介護サービスを担う**人材の育成**







## 認知症地域支援体制づくり

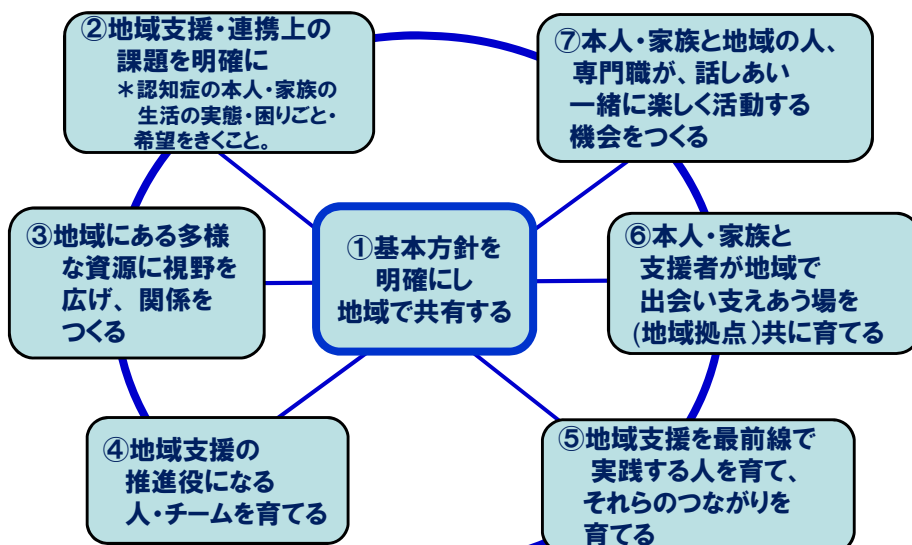
多種多様な人の協働が必要  
中期的な継続性が必要

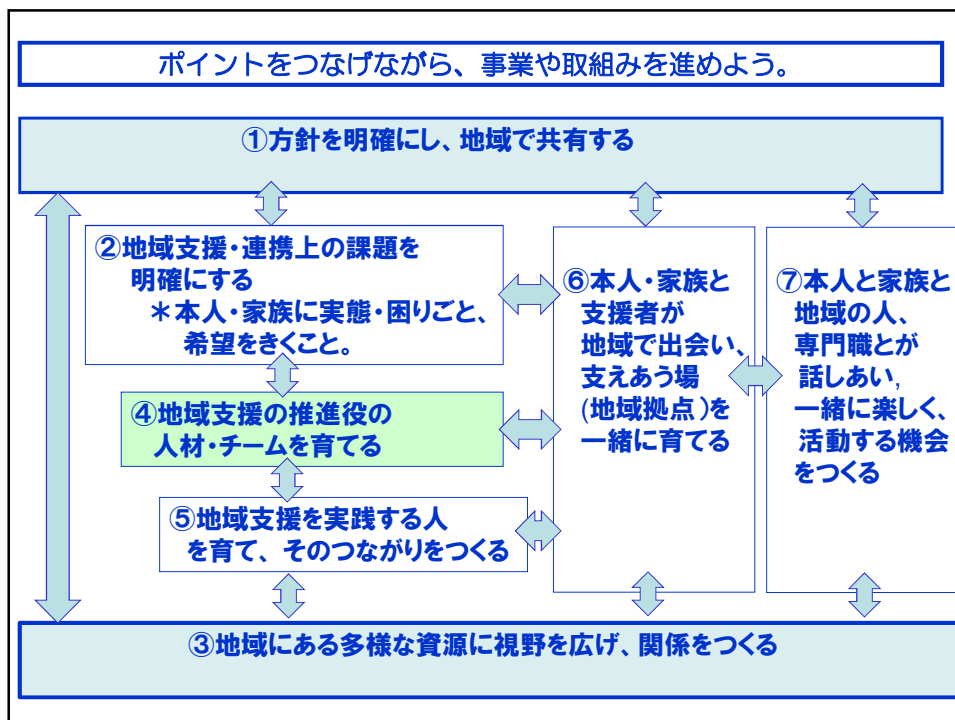
- \* 多種多様な領域・人たちがつながっていくためには・・・
- \* 年度内、事業期間内でのみの取組みでおしまいになったり先細りにならないためには・・・
- \* 担当者、組織が変わっても、取組みが継続していくためには・・・

実際に取組んでいる地域の  
経過を通じて見えてきた  
ポイントを参考に

これまでの全国各地の取組みにみる

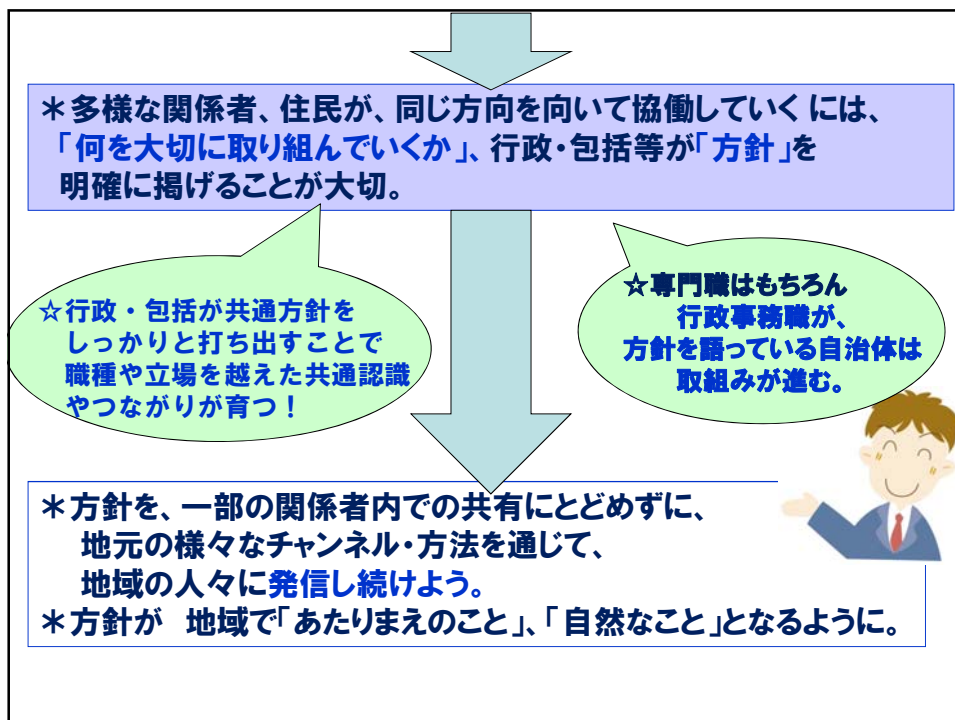
### 認知症地域支援体制づくりで 重要なポイント（主な点）





**ポイント①共通方針を明確にし、地域で共有する**

- 認知症の人の理解、支援を進めていく上では、  
地域の人たち(専門職も含む)の誤解・偏見  
大きな壁
- 地域支援・体制づくりは、多様な立場・職種の人の  
参画が不可欠
- 地域支援・体制づくりは、一朝一夕で進まず  
一貫した息の長い推進が必要



### \*地域で共有していきたい方針

**その1. 何をための取組みか、当事者や目的を見失わずに、息長く取組み続ける。**

**\*当事者抜きに進めない、当事者と共に、一步一步**

⇔ **この方針を明確にしていないと陥りやすい状況**

**事業や取組みをこなすことが目的になり、当事者とかけ離れたところで労力が費やされ、行き詰まる**  
例：サポーター養成講座（数）、医療・介護連携、SOSネットワーク



## \*地域で共有していきたい方針

その2. 認知症になっても「地域の中で」生活していけるように

\* 人としてあたり前の願い

\* 「地域」は、認知症の人の安心・安定、生きる力の源  
＝進行予防、行動心理症状(BPSD)の予防・緩和の鍵)

⇒ この方針を明確にしていないと陥りやすい状況

- ・ 地域にある豊かな資源を活かさぬままの一部の範囲の取組みでとどまる
- ・ 認知症の人が地域で暮らせる可能性をみないまま、無理、危ない、早く入所・入院を、と決めつける人が減らない。  
◆地域の人のみでなく、医療・介護職、行政職の中にも
- ・ 家や施設・病院の中だけで暮らしている認知症の人がたくさんいても無関心、仕方がないとあきらめる。



## \*地域で共有していきたい方針

その3. 一人ひとりが、認知症を自分事として考え

暮らしやすい町を「いっしょ」につくっていく

: 町の人々も、専門職も、行政職も、自分事として

⇒ 方針を明確にしていないと陥りやすい状況

- ・ 認知症の啓発や取組みをたくさんやっても・・・  
「なりたくない」という人や、「他人事」の人が跡を絶たない。
- ・ 一部の人たちの範囲で抱え込み、取組みが広がらない。
- ・ 行政や医療、介護にお任せの人、過剰な依存が増える一方。



「団塊の世代も自分のこととして」

## ポイント② 地域支援・連携上の課題を明確にする

- 自地域で暮らす認知症の人・家族の生活と支援の実態、困りごと、要望・希望を具体的に把握し、本人・家族の視点にたって課題を検討する。
  - \*本人・家族の声、関係者の声を、丁寧に聴く
  - \*地域にある統計や既存情報を集約する
  - 得られた情報を、多様な関係者で検討する。

「これ抜きには、やっても、やっても空回り。  
暗闇にむかって矢を放っているよう。」

「本人・家族が必要としていることにつながらない。  
ほんとうの成果がでない。  
効率が悪い。  
やってる人たちの達成感が生まれない。」

## 一例一例、ケース検討を積み上げている地域の例

本人の経過にそって、事実、生活実態、本人・家族の声、支援の実際や必要な資源・支援についてを多様な立場、職種の人達が一緒に検討  
本人は、どうなのか……の視点で



- 当事者の声を聴く過程自体が重要な支援。  
→その過程でつながりや成果が生まれる場合も多い。
- 地域で暮らす本人・家族にとっての必要性、  
優先順位の高い課題の焦点化をおこなう。  
→課題を具体化していく過程で  
すぐできることも多数みつかると。
- 課題を明確にしていくプロセスを  
当事者、地域の関係者が協働で行う  
→この過程で方針の共有、取組みの一体感が生まれる。
- 既存のデータ、相談記録等を徹底的に活かす。  
\*自治体全体と同時に、  
生活圏域(小地域)ごとの課題の具体化を

### ポイント③地域にある多様な資源に 視野を広げ、関係をつくる

地域にある保健・医療・介護・福祉の資源を活かすと同時に  
脱領域で。

既成の発想を超えて  
わが町の特徴を活かそう。

自地域には、すごい人が眠っている。  
思いがけない人が、思いがけない発想とパワーを出す。  
当事者につながるつながりを生み出す。  
認知症地域支援のイメージが変わる！  
地域の元気がでる！



元気なときには気づきにくい「地域の宝」

当事者が地域で暮らす目線にそって

「地域の宝」を(再)発見しよう！ 出向いてつながりをつくろう！

\* 早期受診、見守りや生活支援、介護サービスにつながる足場になる

1. 本人がなじみの場所、町にある資源とつながりつづけられるように  
散歩道、外出先、買い物、外食、美容・理髪、飲み屋、お参り、  
しゃべり場、様々な科の医療機関、鍼灸院、整骨院、  
薬局・ドラッグストア、ガソリンスタンド、交通機関、等  
戸外の風景・自然、文化も重要な資源
2. 本人が力を発揮して、伸び伸び楽しく暮らせる機会をつくるために
  - ・地域にある楽しみ場、趣味の場、運動の場
  - ・働き場所: ちょっとした得意な仕事をできるように
  - ・地元の知恵袋としての活躍の場(保育園、学校、公民館等)  
例: 子供たちや若い世代に知識や技を伝授、教養・歴史の語り部等

ふだんのネットワークの網目を細やかに

SOS時、災害時に威力

本人が求めている地域とのつながりを、ひとつひとつ支えていく。

\* 専門職、行政職の視界のみで連携・支援をしない。

\* 行動心理症状を減らし、自立度・体調を保つ鍵)



あの人に会いたい。なじみの道を散歩した



あそこの花を今年も見に行きたい。



あそこに行って  
きれいになりたい。



あそこで買い物したい。



同窓会に行きたい。

認知症の人の底力はすごい

支えられる一方ではなく、地域で働き、地域を支える一員として  
地域を舞台に活躍する本人の姿



地域の人々の繕いもの役



忙しいお隣の草取り



町の花壇ボランティア



保育園の助っ人役



子供を守る:散歩中に  
防犯パトロール



ご近所の掃き掃除  
町内会から表彰状

地域の中で、実際に生き生き暮らす本人の姿が、  
地域の人々の偏見を解消し、理解と支援を広げる大きな推進力になる。

視界や発想を広げると・・・

⇒事業や取組みが思いがけなく展開していく。

- \* 福祉・保健・医療以外の異分野の  
資源が、地域支援・連携の起爆力。
  - \* つながりが、つながりを生む。
  - \* 従来の縦割り問題の解消の近道。
  - \* 取組みが豊かで、生き生きしたものになる。
  - \* 取組む人たちが、面白くなる。やる気がでる。  
伸び伸びと自発的な力を発揮する。
- ⇒持続発展的に取組みが進展する。

#### ポイント④ 地域支援の推進役の人材・チームを育てる

行政、地域包括支援センターの重要な役割は、  
\*地域の人たち(専門職も含む)が主体的に考え、  
動く力・支えあう力を伸ばしていくこと。  
\*その推進役・チームを地元で育てていくこと。  
結果として、内実を伴った、地域支援・連携が進む。  
持続的に発展する。

行政職員、地域包括支援職員のみが  
主導的に推進役を果たしつづけていると……

- ・住民、専門職のお任せ、依存状態が強まる。
- ・行政・地域包括の負荷が増す一方。  
機能停止状態に陥る。
- ・縦割りが解消しない。
- ・担当者が変わると、賽の河原状態。

地域支援・連携・支援体制づくりが進展しない

#### ポイント⑤ 地域支援を最前線で実践する人を育て、 そのつながりをつくる

- \* 認知症の人の支援・体制づくりは、人で決まる。
- \* 古い考え方ややり方ではなく、これからの認知症の  
「人」の生活、支援のあり方を理解し、日々の中で  
実践していく人材を地元で着実に増やしていくことが必要。
- \* バラバラな講座・研修ではなく、住民～多様な専門職までを  
一体的に育て、つながりとチームを創りだす新たな考えと  
方策が必要。
- \* 共に動く地元の人材・チームの育成を、「よそまかせ」にせず、  
自治体/地域で計画的に育てていくことが重要。

職種や立場を越えて、参加を呼びかけよう。  
互いが互いに学びながら  
「本人・家族がよりよく暮らす」ための生活と  
支援のあり方を共に考え、実践を生み出す機会を継続的に作る。



本人はどうか。  
本人がよりよく  
暮らすために  
何が必要？  
何ができる？

地域包括支援センター

- \* 少人数からでいいので、スタートする。
- \* 仲間が仲間に声かけて、参加者を広げる。
- \* 率直に話し合い方針や価値観の共有を。
- \* とにかく続ける。
- \* 経過をフォローし、成果と課題を積み上げ、地域に発信する。積み上げを丁寧に活かす。

## ポイント⑥ 本人・家族と支援者が地域で出会い、 支えあう場(地域拠点)を育てる

既存の相談窓口は・・・

- \* 本人・家族、地域の人にとっては  
(物理的・心理的に)遠い、敷居が高い。
- \* すべての人を既存の窓口で受けていたらパンクする。  
今後の数の予想を冷静にみよう。  
もっと、身近なところで気軽に行けて、  
関わりやつながりを継続的に持ちやすい場が必要。  
一部の人のみがつながれるのではなく、より多くの人がつながれる多様な場を小地域内に作る
- \* 地域にある場をとことん活かす

出会い・つながれる場を、生活圏域ごとに  
つくる、増やす、育てる

- \*当事者が日常的に通り、立ち寄りやすい  
(既存の)場を探す、活かす
- \*地域の多様な人たち・資源とともに  
いっしょにつくり、育てる

- \*地域包括支援センター職員や保健師、  
医師等が出むき、出前相談を。



地域の空き屋を借りて



診療所の空きスペースで



施設の玄関わきを活かして



学童クラブに併設して

## ポイント⑦ 本人・家族と地域の人、専門職が共に 話しあい、一緒に楽しく活動する機会をつくる

行政や地域包括支援センターの職員、専門職のみでは、

- ・いつもの発想ややり方の範囲内でとどまりがち。
- ・取組みを進めても、広がらない、深まらない
- ・住民がお任せ(依存状態)や義務的になり、長続きしない。

本人・家族、町の人たち、専門職が集まり  
わが町のこれからにむけたアクションを  
具体的に話しあう機会をつくろう。

この町で  
何が必要か  
何をやってみたいか  
何ができるか、  
自由なアイデアを

会議だけしていないで、とにかく町に出て動き出そう。

- ☆一緒に汗を流す、共通体験をつくる
- やってみることで、(小さな)成果が生まれる(失敗も含めて)  
やってみたからこそその(小さな)成果を丁寧にキャッチして  
広く広報していこう \*新たなつながり、アクションの呼び水にする

### 都会地で・・・



### 過疎の小さな町で・・・



集まり話しあい、アクションプランを作り、とにかく動いてみる  
⇒つながりや支えあいが広がる、支援が必要な人につながる

### 認知症地域支援・体制づくりの取組みは・・・

#### \*常に、現在進行形

- 地域で「今を生きる」当事者の声に耳を澄ませながら  
今、できることが無数にある。



#### \*息の長い取組み

- 「めざしたいわが町の姿」  
「めざしたいわが町で暮らす本人の姿」を具体的に描きながら
- 中長期の視野や計画を一緒につくりながら
- できることから着手、一步一步、積み上げ、その先へ。

\*取組みを通じて、それぞれの人自身がつながりを広げ  
これからの共によりよく暮らしていくための手ごたえを。

**参考：自地域以外の人とも出会おう、対話し、つながろう！**

都道府県主催の  
市町村合同セミナー



都道府県主催の  
市町村合同セミナー



市町村主催の  
地域合同セミナー



**\* 他地域の人と顔をあわせて、気軽に話し合い**

- ・自地域内では得られない、他地域の取組みの発想、方法、工夫を学ぼう、資料等を直に入手しよう。
- ・自地域の実情、課題、可能性を具体的に考える機会にしよう
- ・情報交換や交流できる各地とのネットワークを育てよう。

**⇒ 支援しあう仲間の輪が全国各地に広がっています。**

**☆ 都道府県、市区町村等での合同セミナー開催を支援しています。**

問い合わせ先：認知症介護研究・研修東京センター 研究部

**\* お気軽にご連絡ください。**

認知症地域資源連携事業担当

電話 03-3334-1150

E-mail: [cmr@dcnet.gr.jp](mailto:cmr@dcnet.gr.jp)

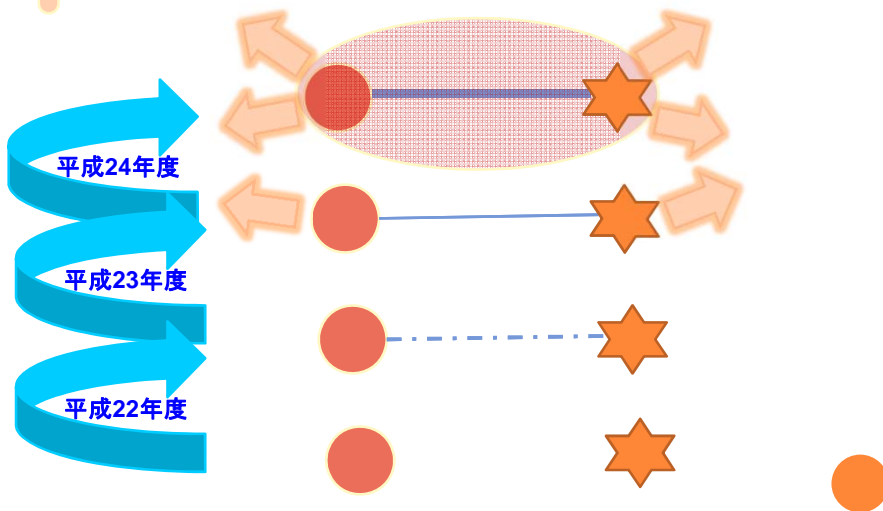
気づく!

寝屋川市でつながる! つくる! 進んでいく!

認知症地域支援体制づくり地域普及セミナー

H25. 3. 1  
寝屋川市保健福祉部高齢介護室  
村上 明子

寝屋川市で  
つながる! つくる! 気づく! 進んでいく!





# みんなで集まってつながる！

## 平成22年度プロジェクト会議 (集まる)

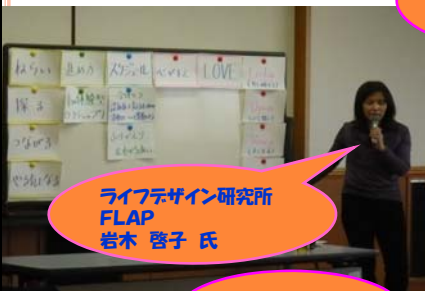
- 寝屋川市医師会
- 寝屋川市歯科医師会
- 寝屋川市薬剤師会
- おや川サトリウム
- 大阪介護支援専門員協会(寝屋川支部)
- 寝屋川ケアマネジャーの会
- 高齢者サポートセンター
- 寝屋川市民たすけあいの会
- ほほえみ隊
- 民生委員児童員協議会
- 社会福祉協議会
- 保健福祉公社
- 寝屋川市老人介護者家族の会
- 寝屋川市老人クラブ連合会
- 寝屋川保健所
- 寝屋川警察署
- 寝屋川消防署
- 地域包括支援センター
- 社会福祉課
- 障害福祉課
- 教育指導課
- 高齢介護室

## 自分と相手のことを知る！

- 主語は？
- 背景は(法律、歴史など)
- 対象者は？
- 技術は？
- 関わる時期は？
- 見えている景色は？

知る=つながる！

## 平成22年度 プロジェクト会議



ライフデザイン研究所  
FLAP  
岩木 啓子 氏

やっと出番が・・・  
by寝屋川警察



それぞれの活動を  
貼いながら・・・

グループで  
情報交換

グループごと  
の発表



# みんなで企画をつくる！

## ～平成22年度～

地域資源マップの作成、プロジェクト会議、認知症フォーラムの企画

岩木啓子、社協、保健所、西北包括、西南包括、大阪府介護支援課、高齢介護室

認知症ケア研修

石川進(大阪府認知症介護指導者)、西包括、東包括、高齢介護室

絵本で学ぶ認知症

ほほえみ隊、社協、第一中学校、教育指導課、高齢介護室

男性介護者のための認知症勉強会

戸田正巳(総合福祉コーディネーター晴れ晴れ)、老人介護者家族の会、社協、西包括、高齢介護室

## ～平成23年度～

徘徊模擬訓練

和光校区福祉委員会(事務局長、地区長)、西南包括、社協、グループホーム第2なごやか、特別養護老人ホームロイヤルライフ・天寿苑 高齢介護室

## ～平成24年度～

徘徊模擬訓練(認知症勉強会)  
(校区: 田井・石津、昭徳・宇谷、  
明和、木田、神田、点野)

校区福祉委員会、社協、包括、介護保険事業所(田井・石津校区)、高齢介護室

\* 目線がちがうのでいろんなアイデアがある。  
\* それぞれの得意分野を持ち寄って役割分担ができる。

企画をつくる！

## 平成23年度和光校区徘徊模擬訓練企画委員会



安心と希望の委員会のメンバーから選ばれた10人で、徘徊模擬訓練をスムーズにすすめていく企画や提案をする会議を7回実施しました。

## みんなで取り組んで気づく！

### ふりかえりシート

私が気づいたのは  
私が驚いたのは  
私がうれしかったのは  
私がかっかりしたのは  
私にとって必要だとわかったのは  
その他、気づいたこと、考えたこと、書いておきたいこと

### 今後に向けてのアンケート

認知症の人やその家族を地域で支えられるようになるためには、あなたは今後どんな取り組みをして行こうと思いますか？

認知症の人やその家族を地域で支えられるようになるためには、校区では今後どんな取り組みをして行こうと思いますか？

\*参加者が、参加したことで今まで知らなかったこと、見えなかったことに**気づく！**

\*企画者が、実施中の参加者発言などから、終了後のアンケートから**気づく！**

### ふりかえりシート、アンケートから

#### 私が気づいたのは..

～平成22年度プロジェクト会議～

- ・いろいろな機関が各ステージに関わっている
- ・自分が知らなかった情報がたくさんあった
- ・グレイムーンから中核症状での活動は地域団体や住民による草の根的取り組みが多い事

#### 私にとって必要だとわかったのは..

～平成23年度プロジェクト会議～

- ・身近なところから、認知症についての説明を地道にしていくこと
- ・認知症への知識を広げると共に、自分の仕事内容との接点を具体的に抽出する必要がある
- ・医療機関に勤めていて、当たり前になっている感覚を他の職種の方達の見方を改めて伺うことで再認識できたこと

認知症の人やその家族を地域で支えられるようになるためには、あなたは今後、どんな取り組みがでKどうですか？

～平成22年度認知症ケア研修～  
(対象:グループホーム・地域包括職員)

- ・それぞれの地域での灯台でいたい
- ・情報交換を行い在宅・施設の家族を支えられたら、と思う。
- ・施設の存在を知っていただくこと、グループホームの役目を知っていただくこと

あなたの家族や近隣で徘徊する人がいる場合どのような支援があれば安心しますか？

～平成23年度和光校区認知症勉強会～

- ・声かけ
- ・関係団体への連絡網ができていれば、早く見つけてもらえるかも
- ・近所で見つけてもらえなかったら、警察の人の支援がほしい。

# みんなで報告して みんなで聞いて 進んでいく！

認知症の人やその家族を地域で支えられるようになるためには、あなたは今後、どんな取り組みがでKどうですか？

～平成22年度認知症フォーラム～

- ・地域のボランティアの方に何かお手伝いできることはないか聞いてみようと思う
- ・一人暮らしの方の家の前を通るようにして自転車の有無などを確認している
- ・地域の人の理解を得るために、ゴルフホーム職員が出て行って話をしていきたい

認知症の人やその家族を地域で支えられるようになるためには、あなたは今後、どんな取り組みがでKどうですか？

～平成23年度徘徊模擬訓練報告会～

- ・私の世代がもっと活動をし、参加できるように声かけをしていくこと(30代)
- ・メールやがわを活用し協力できるようにしていきたい
- ・校区で以前認知症の学習会をして、オレンジリングもいただきましたが、あまりうまく活用できていません。再度校区や地域で学習いろいろな組織でうまく連絡がとれるようにしていきたいと思います

報告会では報告者が「種」をまき、参加者が「種」をひろい、それぞれの場所で育てながら

## 進んでいく！

### ～平成22年度認知症フォーラム～



会場もカードを上げて参加！

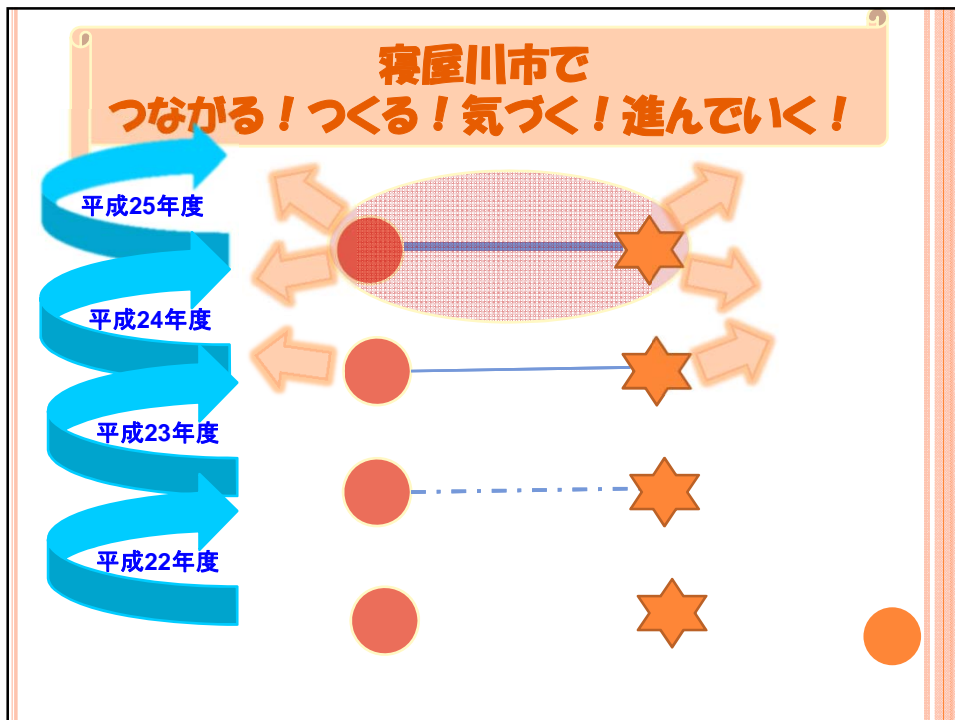
「今までの話を聞いて・・・」  
水色 まず知りたいな！  
ピンク 一人からでもできそう！  
黄緑 だれかとつながってできそう  
オレンジ さらにプラスしたいな！



### ～パネラーの皆様～

和光校区福祉委員	田中 夏美 氏
梅が丘校区福祉委員	多田 隼 美津子 氏
寝屋川市老人介護者家族の会	社本 勝子 氏
寝屋川市立第一中学校	飯澤 円 氏
街かどケアホームあやか	中川 良彦 氏
寝屋川市ケアマネジャーの会	藤澤 竜太 氏
南地域包括支援センター	古澤 智子 氏

アドバイザー 永田 久美子 氏  
コーディネーター 高橋 俊行 氏  
(西北包括 センター長)

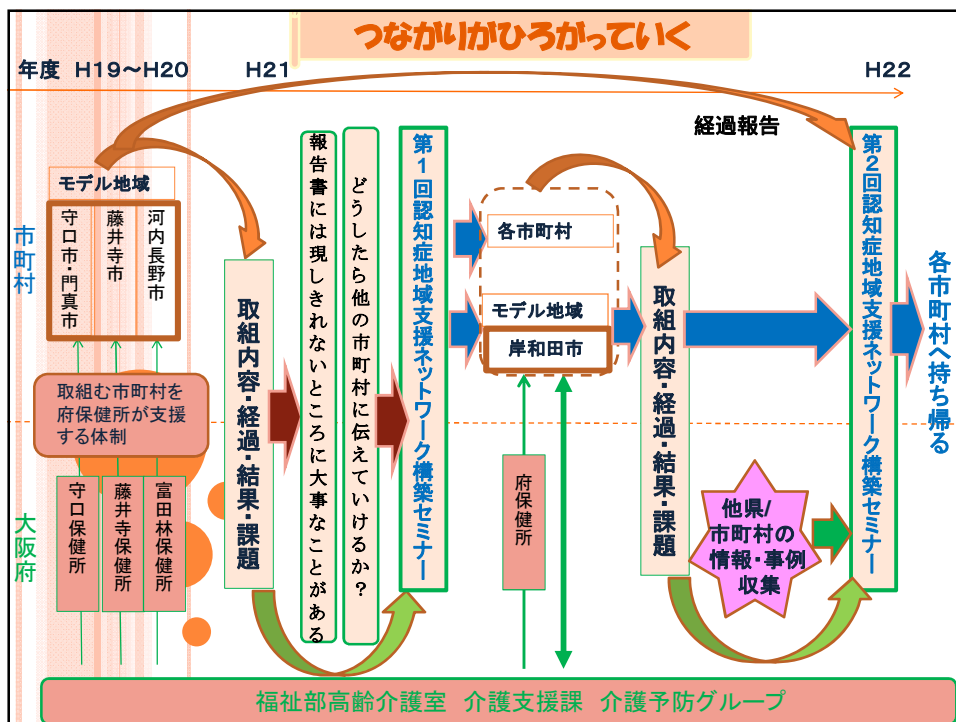
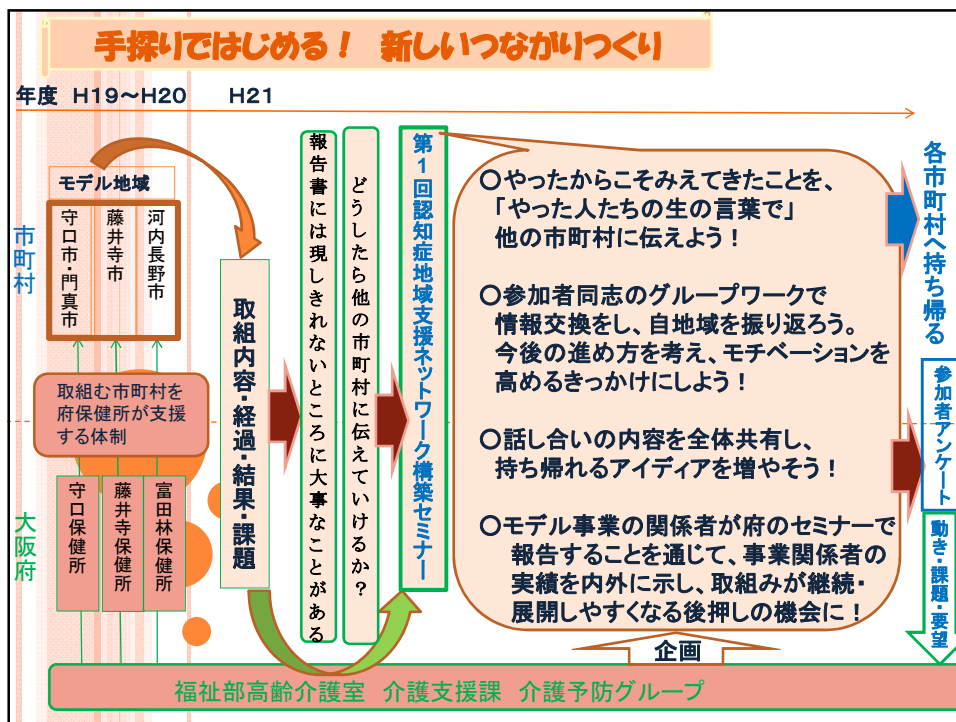


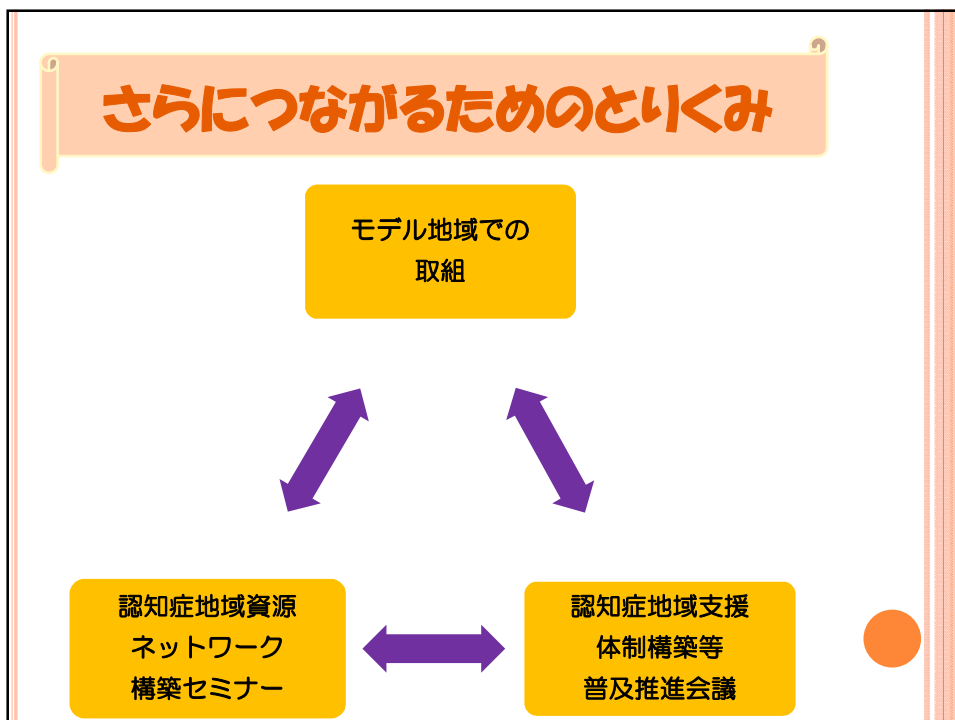
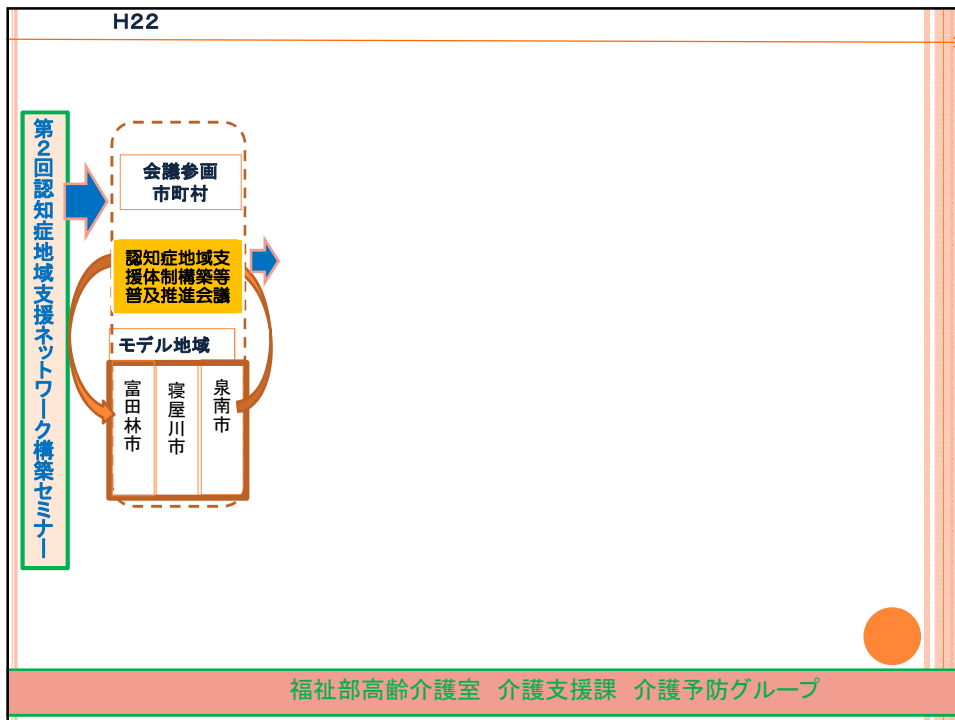
**大阪府でつながる！つくる！進んでいく！**

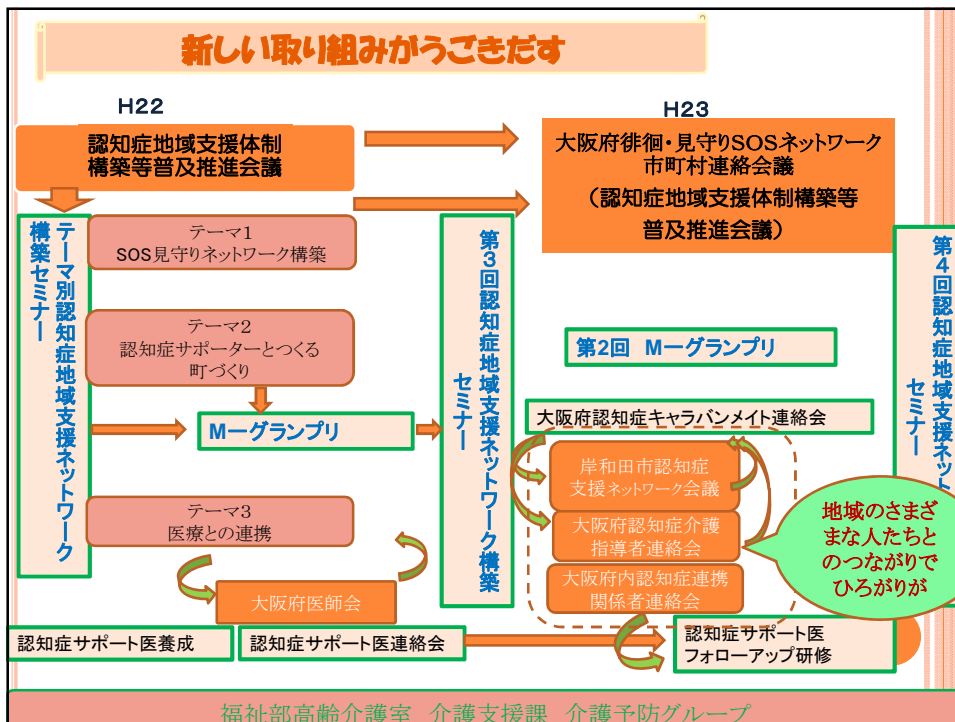
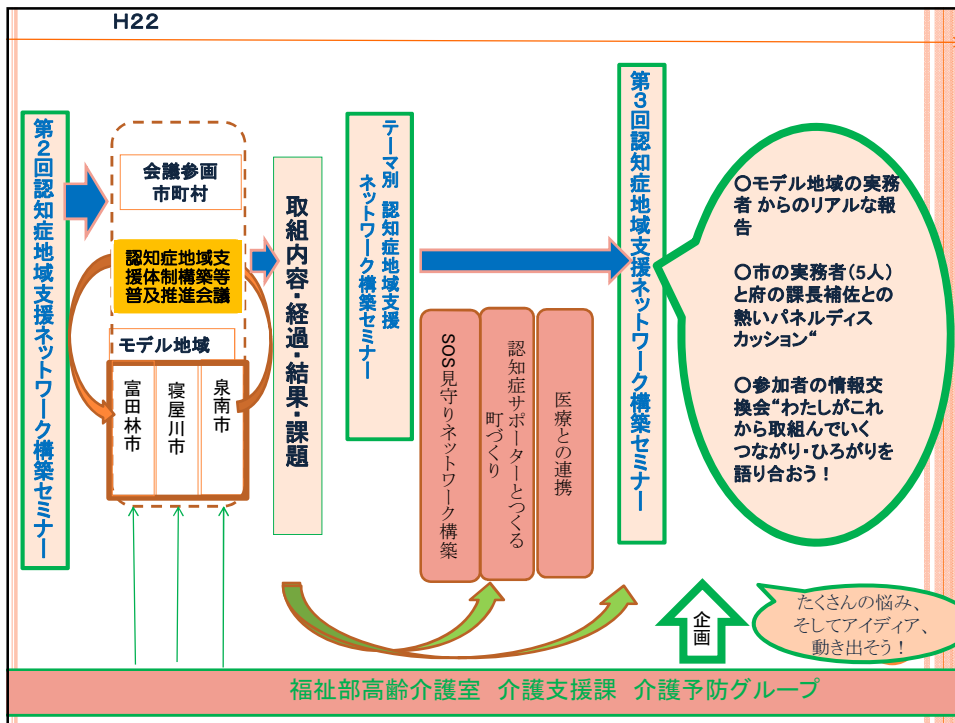
認知症地域支援体制構築等普及推進会議の取り組みから

**認知症地域支援体制づくり地域普及セミナー**

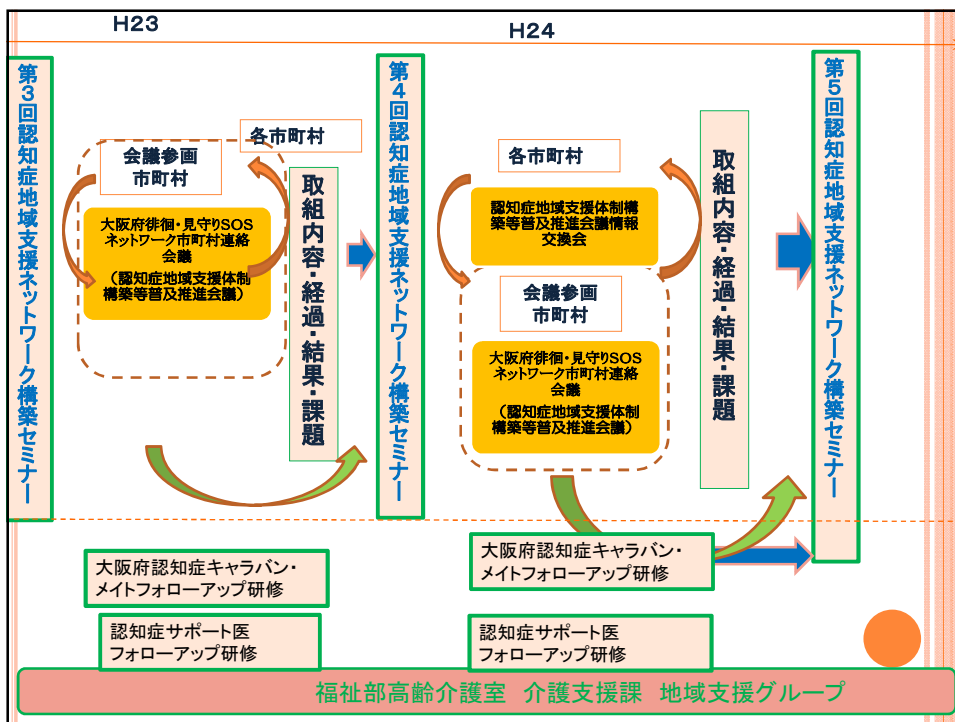
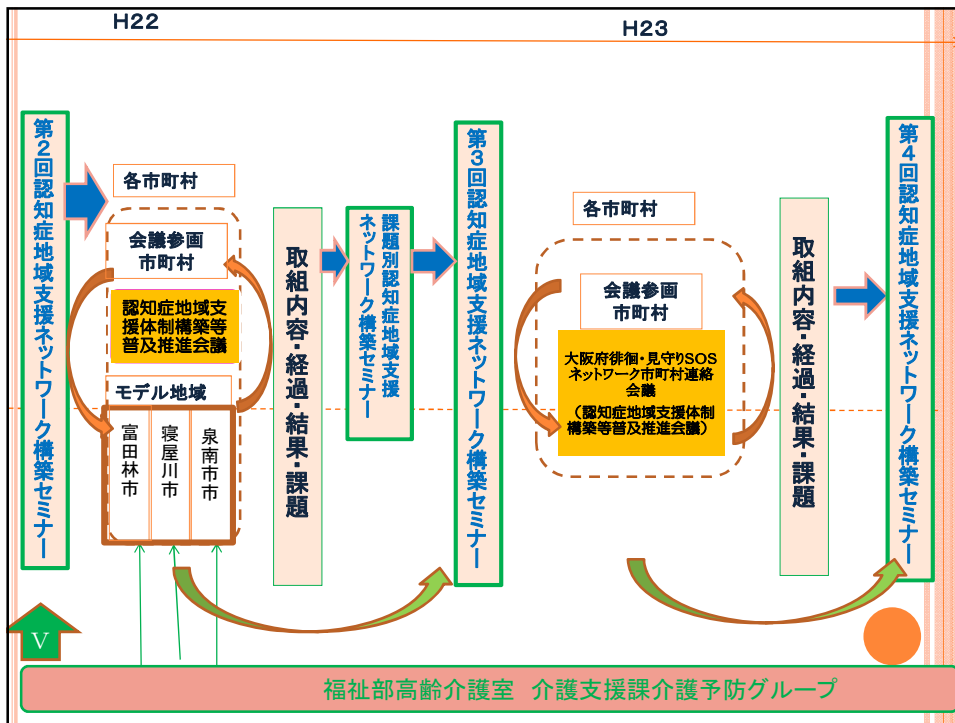
**H25. 3. 1**  
 大阪府福祉部高齢介護室介護支援課  
 田中 園代











## 漣効果

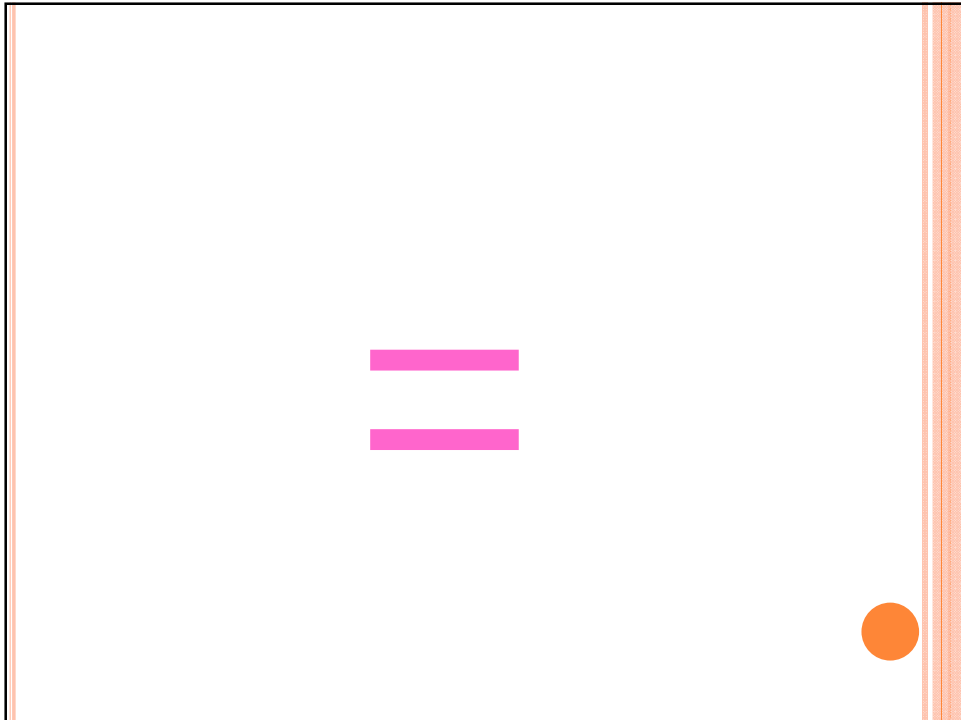


- 最初は小さな波紋でもゆっくり広がっていきなば…
- いつか、いくつかの波がかさなりあうと…
- また あたらしい変化が…



市町村 と 大阪府  
で  
つながる！つくる！進んでいく！

響きあう！



大阪府認知症対策推進部  
 “認知症の人の受診のための連携シート”  
 活用のすすめ  
 ～医療とのよりよいコミュニケーションのために～

介護・福祉関係者のみなさま、医療との連携に困ったことはありませんか？  
 “認知症の人の受診のための連携シート”は、大阪府医師会や大阪市内の認知症  
 医療連携センターの協力を得て作成しています。介護・福祉関係者のみなさまが  
 医師に「連携、連携したい」と伝えるためのものです。医療とのよりよいコ  
 ミュニケーションツールとして、ご活用ください。

大阪府医師会 大阪市社会福祉協議会

寝屋川市の取り組み（顔と顔がつながる）+大阪府の取り組み  
 =つながってつくる！

大阪府医師会  
の研修でこんな  
ものをもらっ  
てきたよ！

**認知症の人の受診のための連携シートについて**

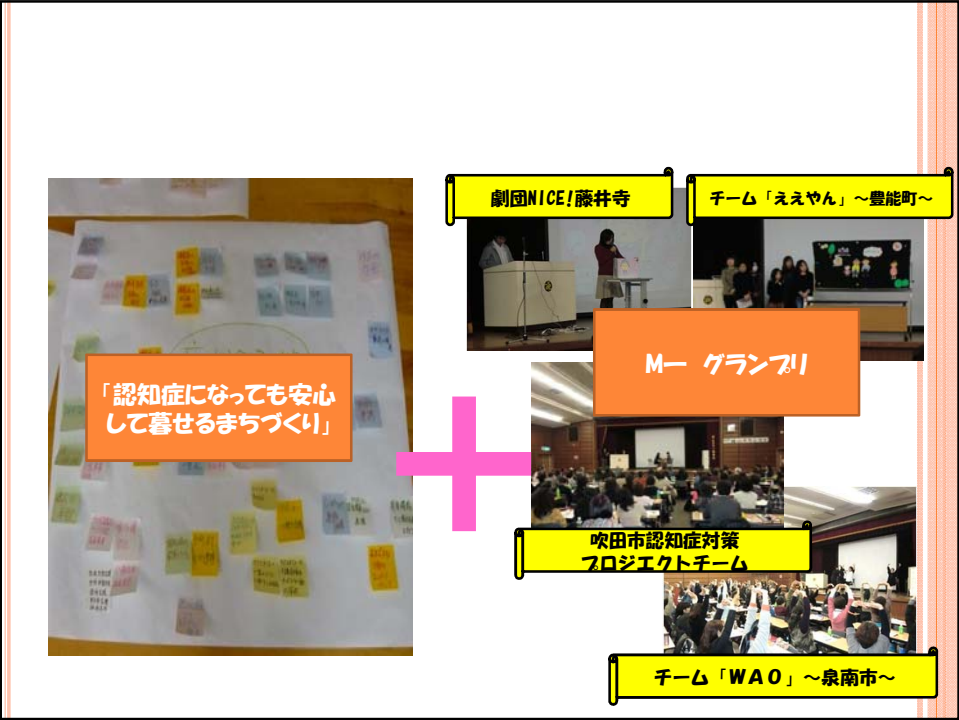
大阪府認知症対策推進部  
 “認知症の人の受診のための連携シート”  
 活用のすすめ  
 ～医療とのよりよいコミュニケーションのために～

介護・福祉関係者のみなさま、医療との連携に困ったことはありませんか？  
 “認知症の人の受診のための連携シート”は、大阪府医師会や大阪市内の認知症  
 医療連携センターの協力を得て作成しています。介護・福祉関係者のみなさまが  
 医師に「連携、連携したい」と伝えるためのものです。医療とのよりよいコ  
 ミュニケーションツールとして、ご活用ください。

大阪府医師会 大阪市社会福祉協議会

認知症の人の受診のための連携シート  
[http://www.osaka-sishakyo.jp/pdf/ninchi\\_taisaku\\_121113.pdf](http://www.osaka-sishakyo.jp/pdf/ninchi_taisaku_121113.pdf)

認知症の人の受診のための連携シート  
 活用のすすめ  
<http://www.osaka-sishakyo.jp/catalog/catalog.pdf>



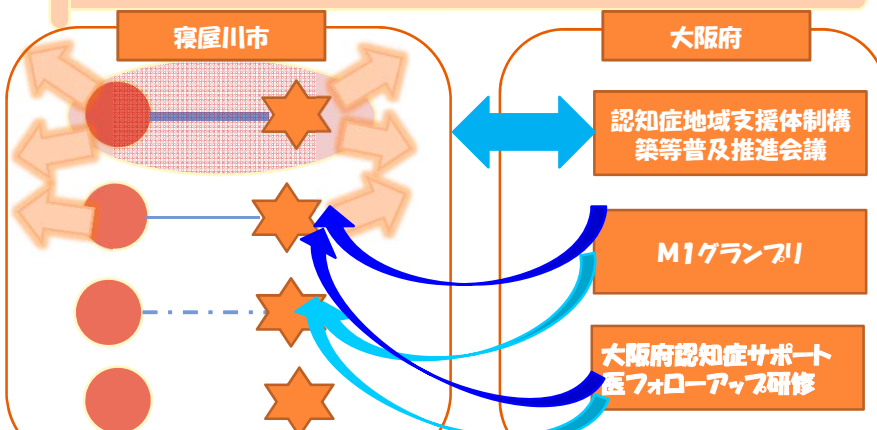
## 民生委員シアター（認知症サポーター養成講座）



目的：認知症への理解を進める+相談窓口として知ってもらう

寝屋川市の取り組み+大阪府の取り組み  
=つくて進んでいく！

## 大阪府と寝屋川市で つながる！つくる！気づく！進んでいく！



大阪府が広域で、市民、行政、関係機関、関係団体とつながって！つくて！  
発信することで

加速しながら **進んでいく！**

# 加賀市の認知症地域支援体制づくり

～本人の想いを実現する為の地域密着型サービスを中心に～

平成25年3月1日 地域普及セミナー

## 加賀市の概略図



## 同規模の集落が分散する多極型の都市

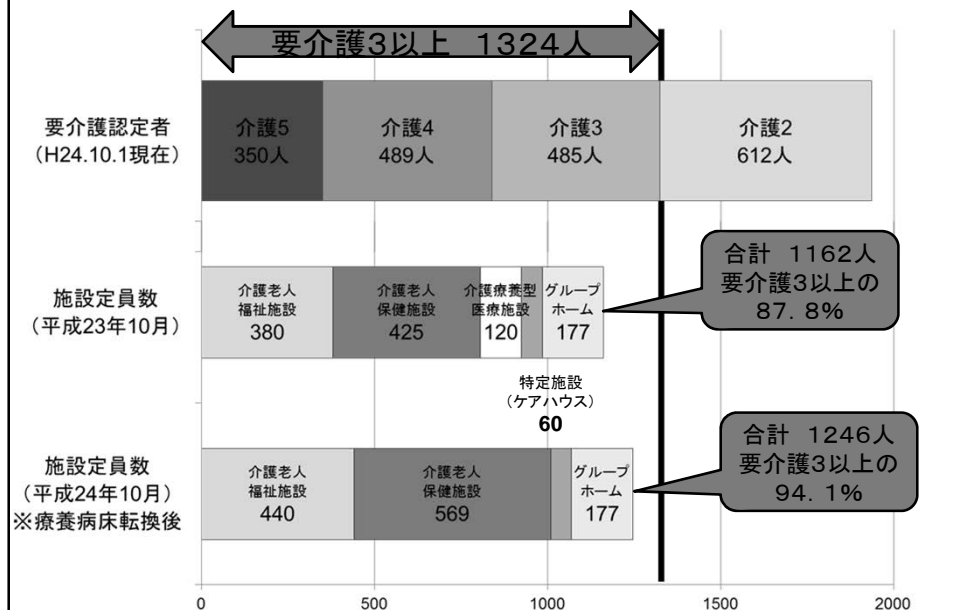


- 加賀温泉郷（山代温泉、片山津温泉、山中温泉）
- 伝統工芸（九谷焼・山中漆器）
- 海の幸（ズワイガニ） ・ 加賀棒茶
- 鶴仙溪 ・ 山の下寺院群 ・ 鴨池（坂網獵）

## 加賀市の状況

1. 人口：72,282人（平成24年10月）
2. 高齢者数：20,359人（高齢化率28.17%）
3. 要介護認定者数：3,621人（認定率17.8%）  
（要支援1,078人 要介護2,543人）
4. 介護保険料：月額5,550円
5. 日常生活圏域：7圏域
6. 地域包括支援センター：直営で1か所

## 加賀市の入所・入居施設整備数



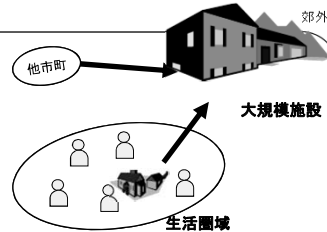


## 第3期介護保険事業計画から整備方針の転換

### 第2期まで

施設待機者数や事業者要望で大規模施設整備

- 自宅から離れた郊外の立地。
- 定員100人規模などの大規模施設。
- 県が指定し、加賀市民以外も利用。



### 第3期から

郊外の大規模施設は今後整備しない。

- 生活圏域の中で事業所を整備。  
(自宅の近くの住み慣れた地域で利用)
- 少人数単位の介護を行う小規模の事業所
- 加賀市が指定し、加賀市民以外は利用できない。



## 特別養護老人ホームの小規模分散化

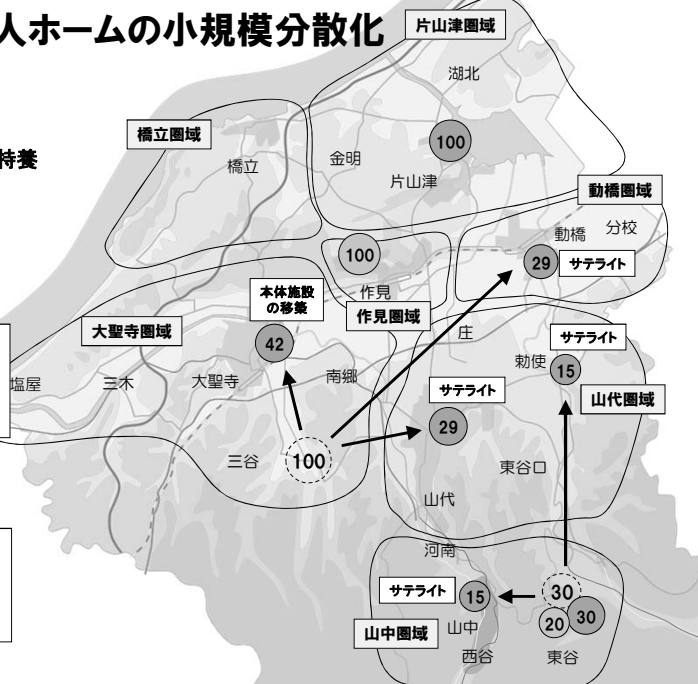
- 多床室特養
  - 個室ユニットケア特養
- (数値は定員数)

平成18年

特養総定員380  
個室ユニット定員130  
多床室定員250  
個室ユニット割合34%

平成22年

特養総定員380  
個室ユニット定員260  
多床室定員120  
個室ユニット割合68%



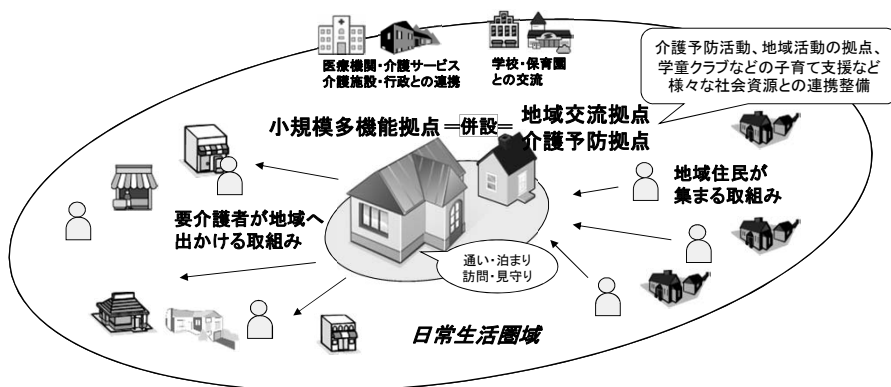
## 加賀市介護サービス基盤の整備及び運営指針

### 小規模多機能ホーム整備の主な項目

- ・ 地域交流が図りやすい街中の立地であること
- ・ 介護予防拠点を併設整備し、地域の高齢者等を含めた介護予防の取組みを行うこと
- ・ 整備する町における区長会・まちづくり協議会の同意を得ること
- ・ 既存施設等（民家、空き店舗、廃業旅館等）を極力活用すること
- ・ 自主的な地域住民との交流の取組みを行うこと

### 小規模多機能ホーム・地域交流拠点（介護予防拠点）

- 生活圏域の中で事業所を整備。（自宅の近くの住み慣れた地域で利用）
- 小規模多機能ホームと地域交流拠点（介護予防拠点）を併設整備
- 要介護者のみが集まる場でなく、共生型の様々な地域住民が集う場へ



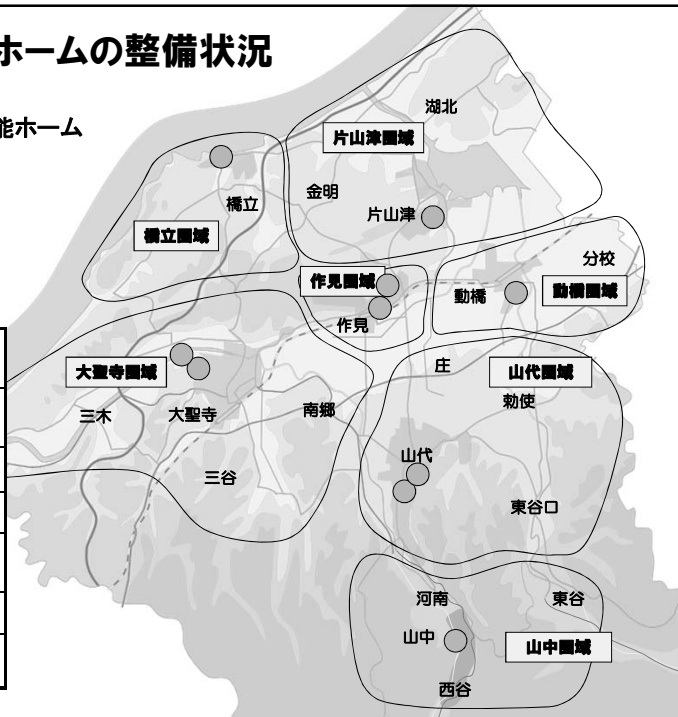
## 事業者指定での事業計画書記載事項

- ・内容は地域密着型サービス外部評価項目に準じる
  - ・サテライト特養、小規模多機能、グループホーム、認知症デイサービスで共通
- 運営理念
- 高齢者の権利擁護に対する考え方
  - その人らしい暮らしへの支援方法
    - ・一人ひとりのペースを尊重する支援方法
    - ・食事を楽しむための具体的支援方法
    - ・トイレで用を足すための具体的支援方法
    - ・入浴を楽しむための具体的支援方法
  - 関係づくりに関する項目
    - ・利用者と職員の関係づくりの方策
    - ・利用者と家族の関係が保たれるための方策
    - ・利用者が大切にしている知人・友人との関係が保たれるための方策
- 従業員に関する項目
- ・職員の研修機会の確保方法
  - ・職員一人ひとりの意見を運営に反映させる方策
  - ・適切な勤務体制の確保方法
- 地域との支えあい
- ・地域住民との具体的な交流方法
  - ・地域の他事業者との連携方法
- その他
- ・市の保健福祉施策に協力できる事項
  - ・地域災害発生時に協力できる事項

## 小規模多機能ホームの整備状況

● 既存の小規模多機能ホーム

大聖寺	きょうまち なでしこの家
山代	ききょうが丘 すみれの家
片山津	いらっせ湖城
橋立	はしたて
作見	さくみ いらっせ松が丘
動橋	ひまわりの家
山中	平成25年4月オー ブン予定



## 小規模多機能ホームはしたて

(石川県加賀市)

平成22年10月1日開所

現在登録者数25名(H25,2,25現在)

(登録者25名)



11

## 野田さん (仮名)

82歳 女性  
要介護度2  
一人暮らし

### 包括支援センターより相談をうける(入院中)

- 入院前は訪問看護やホームヘルパーの支援を受けていたが、自宅に入る事が許されず訪問しても拒否される事が多く、又自己管理の内服も殆んど飲まない状況が続き両下肢が壊死し切断寸前になる為、入退院を繰り返していた。今回も下肢閉塞性動脈硬化症の為入院したが症状が安定し退院が間近となる。

確実な内服と食事の用意が1人ではむずかしいとの事に関わる事になる。

## 関わり開始～1ヶ月半の支援①

### 1日3回の内服と食事の支援。

本人の希望で11時,14時,17時と1日3回の訪問を行うが、本人は「人が家に入ると物がなくなる」と思っており玄関以外は入れず、お呼びしても返答がなかったり「なんの用や！！」と怒鳴ることがたびたびあり確実な内服が出来ない。1日数回の訪問を行う。

食事に関しては比較的穏やかな17時以降にお聞きし用意ができる。

## 関わり開始～1ヶ月半の支援②

### 受診への声掛け

定期受診に行く事も拒否あり、なかなか受診が出来ない。このままでは、両下肢が悪化し切断の可能性が出てくる。本人さんは「足を切るのだけは嫌！」と言っている。



誰か声掛けができる人がいないか……

包括支援センター(以前から関わっている)に相談する。

## 包括支援センター職員より 「そういえば、以前銀行の人がいたよ」



今までの取引銀行の方に協力をお願いし、受診の日時間に自宅に来ていただく。銀行員の「足の状態が悪いから、病院に行ったほうがいいよ。」との説明に納得され病院に行く事ができた。

### 4 基本情報(私の支援マップシート)

名前  記入日: 2011年 7月 17日 / 記入者

私らしく暮らせるように支えてくれているなじみの人や物、動物、なじみの場所などを把握して、より良く暮らせるよう支援してください。  
 家族は日常にかかわりのある人を記入しましょう。  
 (家族、親族の全体像はB-1に記入)  
 施設で暮らしていても私が関わっている人、会いに来てくれる人、会いに行く人、私の支えとなっている物や場所も記入しましょう。  
 記入者からみて連携がとれている人を線で結びましょう。

※誰からの情報を明確にしましょう。

- 私が言ったこと
- △家族が言ったこと
- ケア者が気づいたこと、ケアのヒントやアイデア

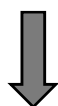
私にとってなじみの場所は  です。  
 私が行きたい場所は  です。  
 私にとってなじみの人は  です。  
 私が会いたい人は  です。  
 私が一番頼りにしている人は  です。  
 私が支えたい人は  です。



## 受診後の関わり

医師より、毎日の足浴か入浴と薬の塗布・1日3回の内服を確実に行ってほしいとの指示が出る。

寒い時期でもあり、毎日の足浴等が難しかったため本人と話し合った結果、「はしたて」に泊る事になる。



(泊り利用によって)

- \* 本人の出来る事を知る事が出来る。
- \* 思いを知る事が出来る。
- \* 生活のリズムがわかる。
- \* 今までの生活歴を知る事が出来る。

**C-1-2 心身の情報(私の家と気持ちシート)** 患者: [ ] 医師: [ ] 担当: [ ]

◎私の今の思いを大切に書いてください。  
※私の今の思いが伝わるように書いてください。もし一度私の思いが伝わり、場合によっては私の様子や気持ちをよく見てください。  
医師のよき、様々な身体情報や思いを、私が伝えているのをお聞きください。書きかえは可能です。  
※私の思いを大切に読んでいただく情報をお知らせします。書きかえは可能です。○ケアセンター(ケアセンター)

私の家でです

私の生活や気持ち、思いは...

- ・1人暮らしで田舎暮らしが大好き。夏は暑いけれど、冬は寒いのが好き。
- ・足が痛い。
- ・手は少し震えますが、大丈夫です。でも、寒い時期は、手袋をはかるといいですね。
- ・静か。
- ・(お風呂か)お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。

私の生活への思いや希望は...

- ・静か、穏やかな環境で暮らしたいです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。

私の思いが伝わるように書いてください。

- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。

私の思いが伝わるように書いてください。

- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。

私の思いが伝わるように書いてください。

- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。

**C-1-2 心身の情報(私の家と気持ちシート)** 患者: [ ] 医師: [ ] 担当: [ ]

◎私の今の思いを大切に書いてください。  
※私の今の思いが伝わるように書いてください。もし一度私の思いが伝わり、場合によっては私の様子や気持ちをよく見てください。  
医師のよき、様々な身体情報や思いを、私が伝えているのをお聞きください。書きかえは可能です。  
※私の思いを大切に読んでいただく情報をお知らせします。書きかえは可能です。○ケアセンター(ケアセンター)

私の家でです

私の生活や気持ち、思いは...

- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。

私の思いが伝わるように書いてください。

- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。

私の思いが伝わるように書いてください。

- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。

私の思いが伝わるように書いてください。

- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。
- ・お風呂が大好きです。お風呂が大好きです。

\*プライバシー - 個人情報の保護を徹底してください。 C-1-1-C-1-2 (医師や看護師、介護士、ケアセンター)

### 本人の思い

「やっぱり我が家が一番！ 気楽におれる」

＊ ＊ 本人の思いを実現するためには ＊ ＊  
泊りを継続する中で、自宅での生活をするにあたって何が出来て、何が出来ないかの把握を行う事が大事。

又、かかわる私たちに対して「信頼出来る人」と思っていただける事が必要。

### 本人の思い

「我が家が一番」だが帰る事への不安がある。

「自宅での生活」を望まれながら、いろいろな不安がある為帰らない。その複雑な思いを受け止めることが必要。本人が求める「信頼できる人に」私達になる事で、不安な事のお手伝いが出来自宅での生活が可能になる。



## 「信頼出来る人」になれたと思った事

- かかわりの中で心配事を聞く事が出来た。
- 今までは、玄関先での対応であり自宅の中には入れなかったが、自宅の中に入れた。
- ・自宅の掃除が出来た。
- ・笑顔がたくさん見られた。

## 【本人の望む暮らしを見つめてみて】

認知症の人の安心・力の発揮の舞台は町

- 毎朝の外掃除
- 「おはよう」「こんにちは」の日常のあいさつ
- 回覧板
- 近所の商店での買い物
- 商店での会話

↑

町に出での安心を見守り支える人々

認知症の為、服薬が上手く出来なかったり、食べた事を忘れてたり、大事な通帳や財布を冷蔵庫に入れたりと、生活の“しづらさ”はある。

しかし個々の生活の“しづらさ”を見極め、お手伝いする事で、慣れ親しんだ地域の中で、慣れ親しんだ地域の人と、一緒に生活する事が出来る。

また、支援して下さる地域の方と一緒に本人の生活を支えていくには、地域の方や家族さんの出来る事を見極め、柔軟に対応する必要がある。

### 地域包括ケアに向けた介護サービス基盤

- 高齢者が要介護状態になっても、「地域や家族と離れずに暮らす」ための支援を行うものでなければならない。⇒立地が重要

誰もが暮らす地域の中に

- 要介護高齢者のみが集まる場所でなく、元気な高齢者、子育て世帯、など、地域の様々な人達が集える場へ ⇒縁側づくり

同じ病気、同じ年齢層の人だけの場所にしない。

# 介護なんでも110番窓口

この看板が目印です。

地域の身近な介護サービス事業所に市の公的な相談窓口を設置

介護相談窓口設置の趣旨に同意し、面接技術研修を受講済みのケアマネジャー・キャラバンメイトの配置ができる事業所に、右の「看板」を交付

### 窓口の対応

- ・住民の相談に応じて、地域包括支援センターにつなぐ。
- ・必要に応じて、介護保険、高齢者福祉サービスの情報提供を行う。
- ・認知症をはじめとするケアの普及活動を行う。
- ・市が主催する相談援助、権利擁護、認知症に関する研修会に積極的に参加を行う。
- ・所定の様式により、定期的に報告を行う。



## 地域の身近な相談窓口

### 介護なんでも110番窓口 (指定介護サービス事業所)

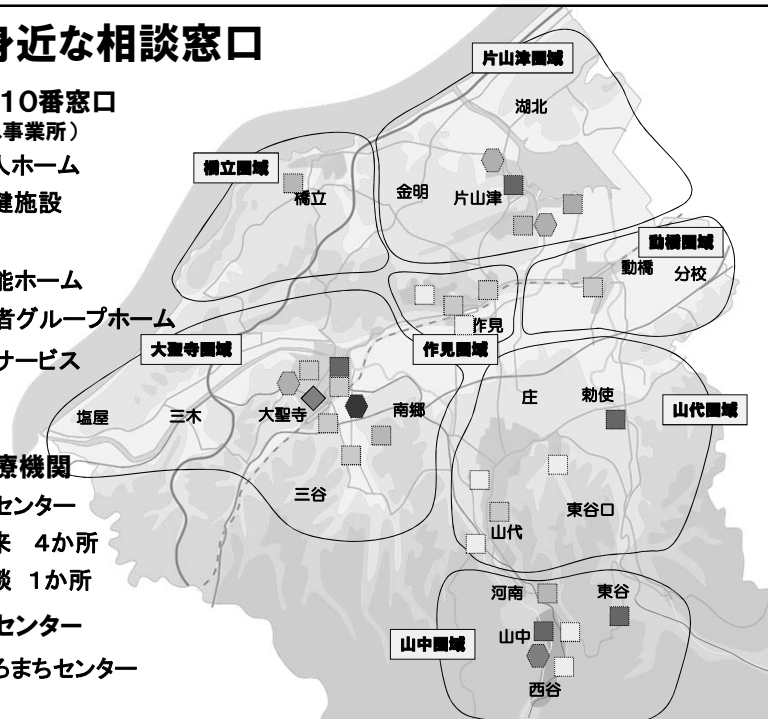
- 特別養護老人ホーム
  - 介護老人保健施設
  - ケアハウス
  - 小規模多機能ホーム
  - 認知症高齢者グループホーム
  - その他居宅サービス
- 24か所

### 認知症対応医療機関

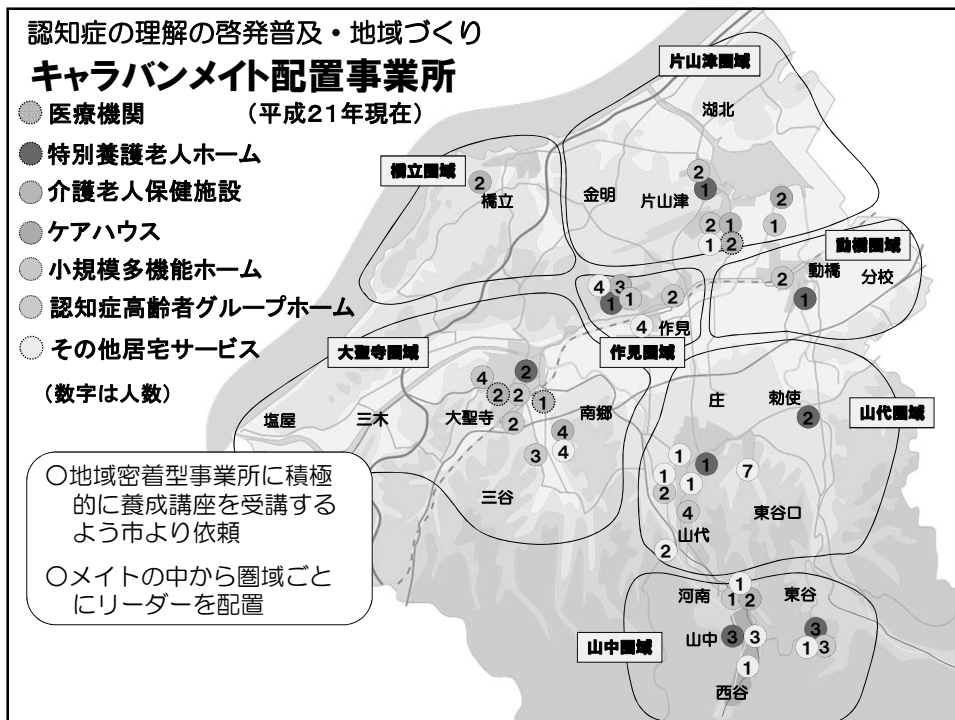
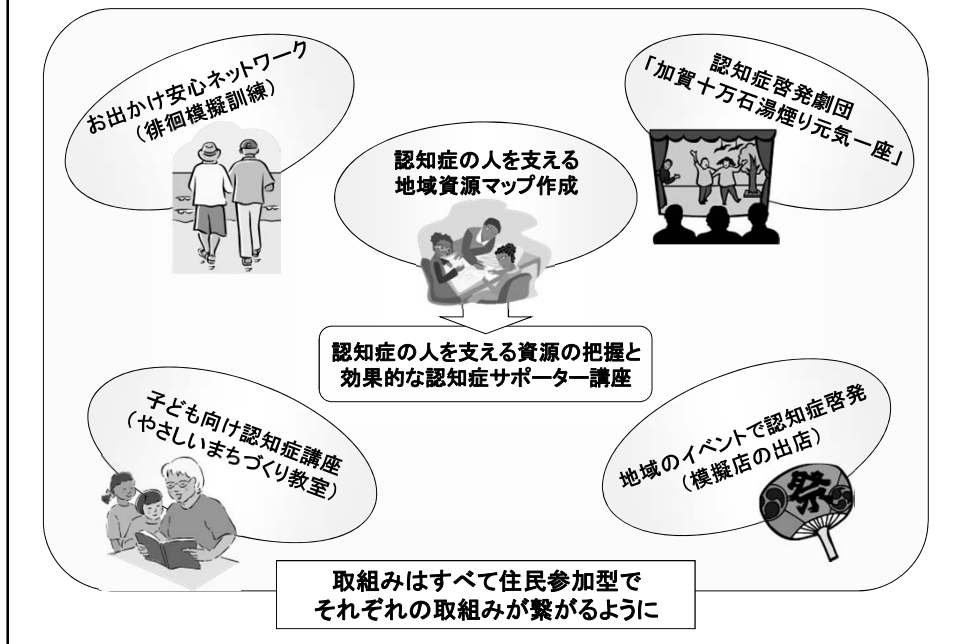
- 認知症疾患センター
- もの忘れ外来 4か所
- もの忘れ相談 1か所

### 地域包括支援センター

- ◆ 高齢者こころまちセンター



## キャラバンメイトの取組み





平成25年3月1日



### 認知症地域支援体制普及セミナー

## ～ 健康で長寿を謳歌するまちづくり ～ 鹿児島県奄美市



鹿児島県奄美市笠利総合支所いきいき健康課主査  
(笠利地域包括支援センター)  
積 竜太(認知症介護指導者・社会福祉士)



### 奄美市のご紹介

～映像をご覧ください！～

笠利町赤木名地区



奄美市市街地



- (今日の流れ)
- 1 奄美市の紹介
  - 2 大島地区の状況
  - 3 奄美市の概要
  - 4 取り組み紹介
  - 5 まとめ



佐用町マングローブ周辺

## 奄美大島の特徴～奄美固有の魅力 世界遺産リスト～

- 歴史:琉球、薩摩、米軍統治等、複数の政治的変遷の地域(例:遣唐使の寄港地)
- 文化:本土と琉球、アジアの文化が交(り)あう独自の文化圏(例:ユネスコの危機的言語指定地域、鳥唄(奈良・平安の歌垣の世界))
- 交易:ヤコウガイの製品の製造基地(平泉中尊寺の螺鈿細工に利用)
- 自然:世界自然遺産登録候補地  
(植物の北限・南限が混在する地域)  
(動植物の固有種の数が日本一多い)  
(日本第2位のマングローブ原生林)
- 食:長寿食材の宝庫(100歳以上の人口比率が沖縄の約1.7倍)  
奄美だけに製造が認められた奄美黒糖焼酎  
農山漁村の郷土料理百選 人気投票全国第2位の奄美鶏飯  
県下第2位の繁華街(屋仁川)～美女と黒糖焼酎が奏でる癒しの夜～



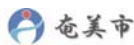
ヤコウガイ製品



金作原生林



豊かな自然や食や文化、温暖な気候の海辺でのんびりと暮らす幸せ



奄美市

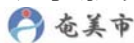
認知症になってもなごみの土地で暮らし続けられる幸福

## 大島地区認知症施策推進会議設置

市町村圏域における認知症施策の円滑な実施を促進し、多様なサービスの活用等、地域ニーズに適した支援体制の構築を行うとともに、**奄美群島市町村における認知症施策の全体的な水準の向上を図ることを目的**に設置。(大島支庁名瀬保健所)


平成24年度以降の推進重点項目を掲げた

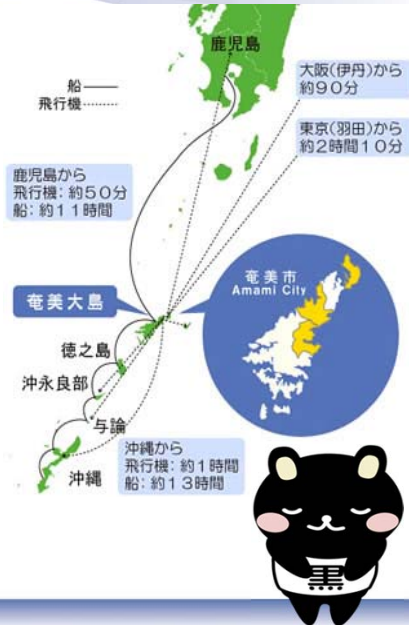
- 1) 医療との連携(早期受診・診断・治療体制づくり)
- 2) 初期支援体制の充実(包括の支援力向上)
- 3) 地域力の向上(地域で暮らし続けるために)
- 4) 家族支援の強化(今困っている家族の為に)



奄美市

## 奄美市の概要

- 沖縄本島、佐渡島に次ぎ、**3番目**に大きい離島
- 平成18年3月20日**1市1町1村**で合併、日常生活圏域**3圏域**(名瀬市・笠利町・住用村)
- 地域包括支援センター直営**3**か所(在宅介護支援センター委託**5**か所)
- 奄美市は島全体の約**4割**を占める。**中核都市としての機能をもつ名瀬地区、緑豊かな森林と清流をもつ住用地区、広い農地と美しい海岸線をもつ笠利地区**で構成
- 第5期介護保険料  
 奄美市 月額**5100円**



## 2. 奄美市の人口概要

奄美市はH24年4月 1日現在  
 県はH22年国勢調査

	人口	65歳以上高齢者 (人)	高齢化率 (%)
奄美市	45,970	11,747	25.6
名瀬	38,933	9,104	23.8
住用	1,520	506	33.9
笠利	6,396	2,175	34.3
鹿児島 県	1,706,242	449,692	26.5

介護認定者数 **2,879**(平成24年10月1日現在)  
 認知症日常生活自立度Ⅱ以上 **1821**人  
 認知症日常生活自立度Ⅲ以上 **1004**人  
 65歳以上独居高齢者 **4473**人(平成24年4月末)

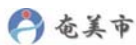


## 高齢者の現状と課題（H22～23調査）

1、奄美市全体の高齢化率25%、今後も高齢者人口は増加、高齢者の25%が要介護・要支援。  
住用・笠利は高齢化率30%を超える。超高齢社会。  
50%超えの限界集落も存在する。

2、高齢者世帯の内、高齢単身世帯26.7%、高齢夫婦世帯45.6%、現在住んでいる住居に住み続けたい 82.4%（高齢者実態調査結果）

（平成24年3月保健福祉介護保険計画より）



## 奄美市の重点課題と認知症施策

- 高齢者の自立支援・地域での支えあいの推進・介護保険における住み慣れた地域での在宅サービスの充実を重点課題とします。

（高齢者保健福祉介護保険計画H24/3より）

「認知症になっても誰もが安心して暮らせる地域づくり」のために以下の項目を推進

- 1) 認知症理解普及
- 2) ネットワーク構築
- 3) 認知症ケア向上
- 4) 介護者支援
- 5) 社会資源の開拓
- 6) 認知症予防と早期発見



## 認知症地域支援体制構築等推進事業 (平成21年度～22年度)

- ①認知症サポーターの養成
- ②フォーラム・セミナー・講演会の開催
- ③認知症介護従事者への研修(センター方式  
地域推進研修・認知症理解等)
- ④徘徊SOSネットワーク
- ⑤地域見守りネットワーク
- ⑥ボランティアポイント制度(元気度アップ事業)
- ⑦成年後見制度申立支援制度

## その後の取り組み内容(平成23～24)

- ⑧認知症キャラバンメイト養成研修開催
- ⑨センター方式活用支援事業(GH対象)
- ⑩救急医療情報キットの配布
- ⑪奄美権利擁護センター設立準備勉強会
- ⑫介護技術講習会・家族介護者講座開催
- ⑬地域づくり講演会(名瀬地区)
- ⑭私の手帳の取り組み(笠利)
- ⑮インターネット利用による情報共有の試み

# ① 認知症サポーター養成研修

島口での寸劇で…



認知症劇のDVD作成

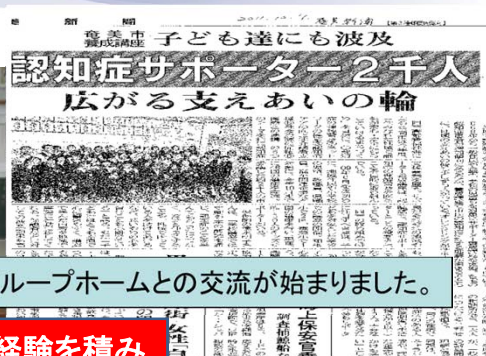


老人クラブ・地域健康教室・介護予防教室・民生委  
 地域住民・郵便局職員・薬品会社・婦人会  
 在宅福祉アドバイザー・小学生・中学生・スーパー



# 小中学生にもサポーター養成

先生と何度も  
打ち合わせ！



サポーター養成後、校区内にあるグループホームとの交流が始まりました。

キャラバンメイトも経験を積み

私は今日認知症は何かについて考えました。認知症は脳の病気で、脳が小さくなった部分の働きができなくなる病気でした。認知症の人は覚えてくても覚えられないということがわかりました。

私のおばあちゃんやおじいちゃんにはなってほしくないです。でももしなったら、手伝ったりやさしくしたいです。(感想より)

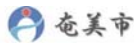


## 認知症サポーター養成講座実施状況(H24年末)

	回数	参加者
名瀬地区	32回	1657名
住用地区	4回	128名
笠利地区	19回	956名
計	55回	2741名

それぞれの地域の人材を活かし実施

サポーターが認知症を自分のこととして考えて行けるように・・・家族や本人の支援に必要なこと・・・奄美大島の方言や本を使うなどして、キャラバンメイトが協力し、身近な人が身近な人に出来る範囲で認知症の理解を深めてゆく活動



## ②認知症フォーラム・講演会開催

市民の関心の高さを感じました。



平成21年度講演会・フォーラム700人参加

平成22年度地域づくりセミナー



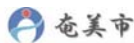
2か所で開催140人参加

- ①基調講演 認知症介護研究・研修東京センター名誉センター 長谷川 和夫先生
- ②シンポジウム 「奄美における認知症ケアについて」  
 認知症サポート医  
 グループホーム協議会  
 認知症と家族を支える会  
 介護保険連絡協議会会長  
 奄美市高齢者福祉課長

家族・医療・介護・行政の認知症に対する支援の状況や活動がわかりました。

多職種での開催です！

やれることからやってゆこう！！



### ③認知症介護従事者への研修

平成21年度よりモデル事業「認知症地域支援体制構築等支援事業」を進めるなかで見えてきた。

(民生委員・包括職員アンケート実施・事業者ヒアリング)

**認知症への理解不足(知る機会不足)から、  
認知症介護に多くの悩みや迷いを感じている**

【モデル事業の大きな柱として】

本人・家族への支援

**関係職員の資質の向上**

住民への普及啓発の工夫

対象者

介護サービス事業所数は  
110事業所

従業者数は1,483人

医療福祉で3,512人

### 奄美市認知症研修会(平成21～24年)

(ポイント:知識は連想の種)

1. 包括支援センター所属の認知症介護指導者が  
事業所に出向き行う研修会(単独)  
18回の開催 → 373人(ヘルパー・CM等)
2. NPO法人手のひら工房及び鹿児島県社会福祉  
士会、グループホーム協議会との協力で行う研  
修会  
14回の開催 → 789人(GHスタッフ等)

他組織同士の人材協力連携・情報共有・広報がポイント

## センター方式を活用した 認知症ケア地域推進人材育成の展開

- 地域人材育成プログラム 実施状況

参加資格はやる気と熱意！

研修名	回数	参加者
基礎研修①(H22/10/6～7日)	2回	70名
基礎研修②(H22/11/4～5日、 H23/1/13日)	3回	63名
推進研修 (平成23年1月14日)	1回	33名
推進役トレーニング(平成23年2月14日)	1回	28名

参加者は多職種

コア人材誕生

グループホーム職員・居宅ケアマネ・病院看護師・PT・OT  
・精神科SW・介護保険事業所(訪問・通所・施設)・包括  
在宅支援センター職員・社協・行政

## 認知症介護従事者研修と人材育成

認知症センター方式地域推進員＝コア人材

参加者感想



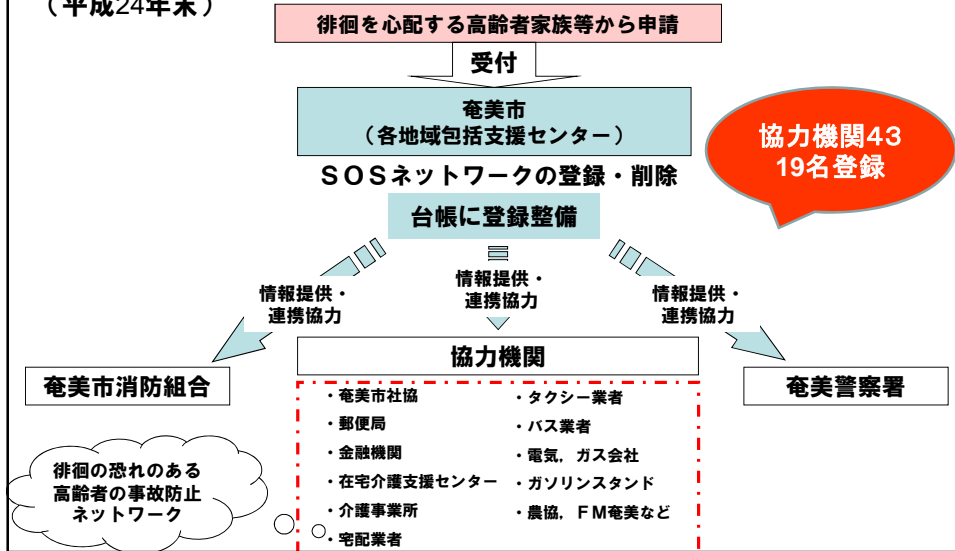
- ・ 事例検討会でシートを活用したい
- ・ 自分の職場での勉強会を開催したい
- ・ 地域の方々に使い方の講習会を開催したい
- ・ 短時間でいろんなことを伝えるには苦勞したが、多数の意見が聞け、実践につながるヒントがあった
- ・ 定期的な勉強会を開催して欲しい
- ・ 地元での基礎研修開催や推進員の活動へ協力したい

- ・ 医療・介護・福祉職員への研修の継続
- ・ センター方式・ひもときシート使用 活用
- ・ 医療・介護・福祉の連携ツールとして活用
- ・ 小地域ネットワーク構築のツールとして活用



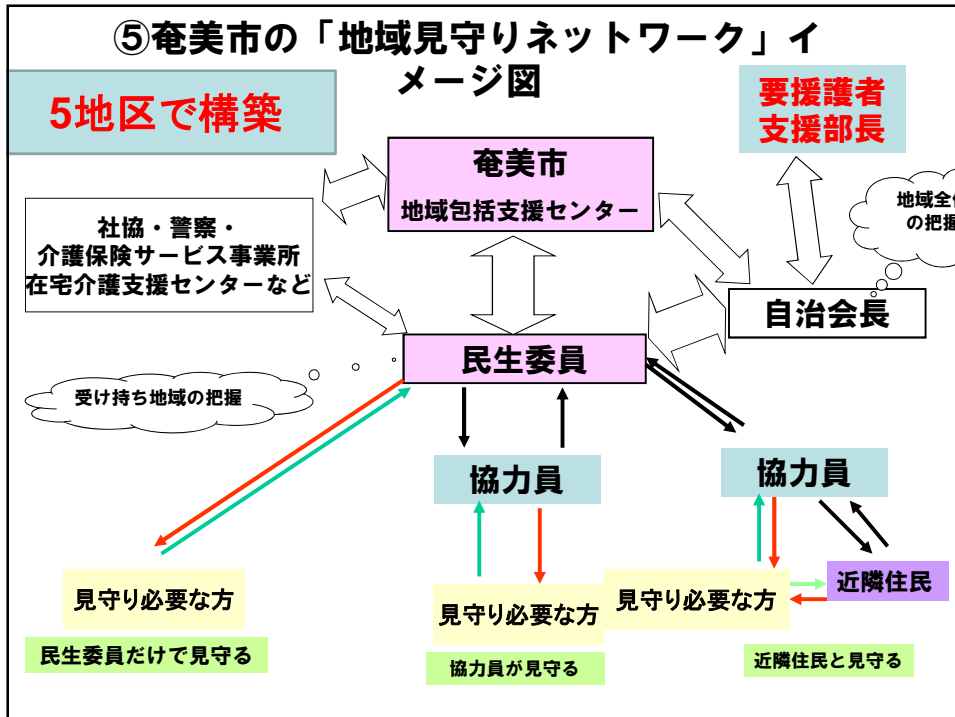
#### ④ 奄美市徘徊高齢者SOSネットワークイメージ図

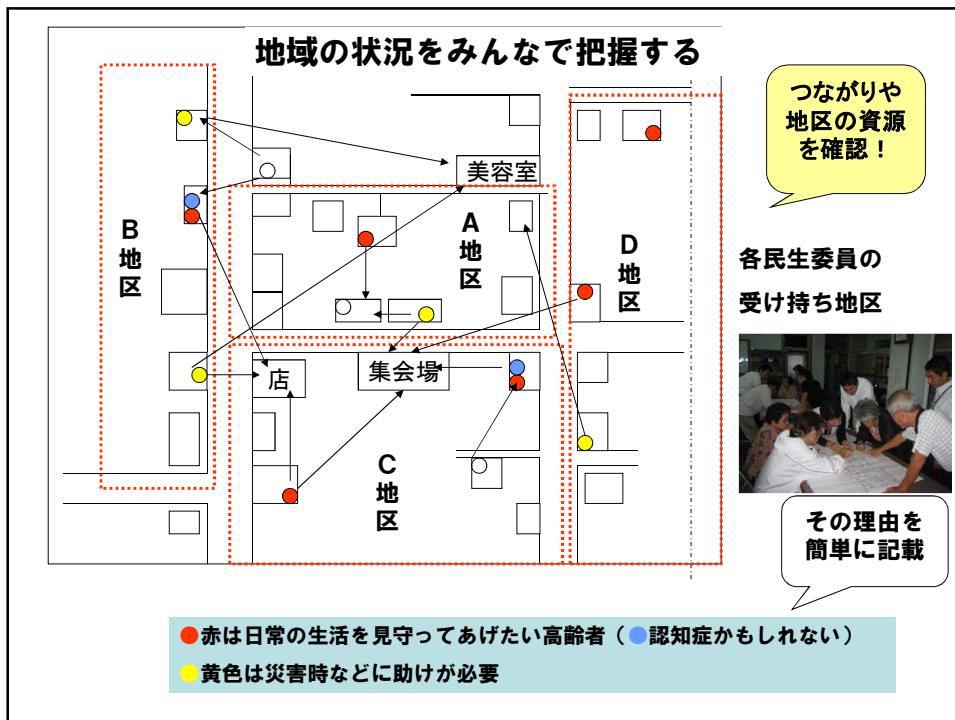
■徘徊が心配な高齢者の情報を事前に提供する体制  
(平成24年末)



#### ⑤ 奄美市の「地域見守りネットワーク」イメージ図

5地区で構築





## 見守りカードの作成（名瀬地区）

- 日常的に見守る人（赤色）
- 災害時に見守る人（黄色）

必要な方に配布して活用中

**奄美市小保地区  
見守りカード**

「地域の安全・安心をみんなの手で守りましょう」

**奄美市小保地区  
緊急時連絡カード**

「地域の安全・安心をみんなの手で守りましょう」

見守り機運が高まり情報提供も増え、包括とも連携強化



## ⑥元気度アップ・ボランティアポイント事業

目的:介護保険法地域支援事業を活用して、高齢者の健康づくり及びボランティア等の社会参加を促進し、健康維持や介護予防への取り組みを図ることを目的とする。

《対象者》→第1号被保険者

対象活動 →自らの予防活動、学校や社会的弱者へのボランティア

ポイント制度 →年度末にポイント清算(商品券)



奄美市

## ⑦成年後見人制度利用支援事業

目的:

認知症など判断能力が不十分な方の成年後見制度利用に対し、申立人がいない方及び資力がない方を対象に審判申し立て費用及び成年後見人等の報酬の助成を行います。

(任意事業)

## ⑧認知症キャラバンメイトの養成

キャラバンメイト養成研修は、これまで県本土で開催されていたため、サポーター養成を担う地域人材不足が課題となっていた。平成23年度キャラバンメイト養成研修を奄美市で開催し**83名を養成した**



奄美市

行政・包括からの情報提供と声掛けでチームとしての役割を感じてもらうことがポイント

## ⑨センター方式活用支援事業



帰宅願望の理由  
がわかりました

相手を理解し、理解される

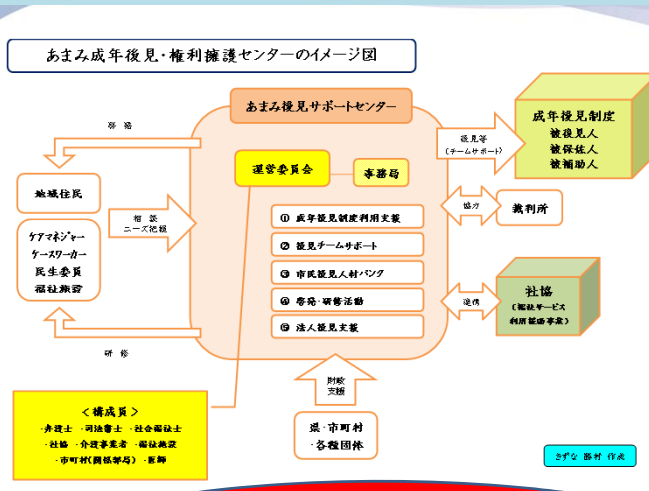
## ⑩緊急医療情報キットの配布



おひとり様も安心！  
「私の手帳」も一緒に  
保管



## ⑪奄美権利擁護センター勉強会



～講演会のお知らせ～

### 講談で学ぼう！成年後見制度

認知症・知的障がい・精神障がいにより判断能力が低下した方を支援する「成年後見制度」について心に響く講話を聞きながら理解する講演会を開催します。おなごでも参加できる講座で、参加申込も必要ありません。たくさんのお言葉をお待ちしております。

日時 平成25年3月6日(水)  
18時00分～19時30分  
(17時30分開場)

会場 奄美文化センターホール (入場料無料)

講演内容  
第1講 「認知症の理解をしよう」  
～講話するおなごリフォーラム～  
第2講 「認知症を予防しよう」  
～講話による認知症予防の講話～  
第3講 「オトコとオトコ」  
～講話による認知症予防の講話～

講師 神田 織音さん プロフィール

経歴 高校時代から活動の輪を広げる。その約十年活動に携わる。  
1999年4月 神田福祉センター 講話制作員 (当名 神田織音)  
1999年9月 同 同  
2003年4月 ニッポン放送 (当名 神田織音)  
2011年8月 講演活動  
講演 宮崎新聞、宮崎三報、宮崎朝日  
著書 宮崎朝日  
カラーコーディネート 1編  
神田織音ホームページ http://www.ami-cc.or.jp/~wone/

共催 奄美市 児童福祉社会福祉士会大島地区支部  
協力 成年後見制度等協議会  
お問い合わせ 株式会社さすな 電話55-6801

市内の権利擁護関係者が集まり、講演会も企画運営



⑫ 家族講座

認知症介護指導者が企画支援  
サポート医も協力

家族のための認知症講座

～ 大切な家族とのこれからを考える ～



対象者：認知症の方を介護している家族  
期日・時間・場所：下記のとおり  
費用：無料  
申し込み：H25年1月10日（木）までに下記へお願いします。

介護者のみなさん、頑張りが足りていませんか？「認知症って何？」「こんな時どうしたらいいの？」「日々の介護に迷った時落ち込んで悩んでいませんか？一緒に悩みを聞いて気持ちを軽くしませんか？お忙しいと諦めたい時でも、苦悩の参加を心よりお待ちしています。

第一回	期日	平成25年1月18日(金)
	時間	午後2時～3時30分 (受付1時半～)
	テーマ	「認知症についての理解を深めよう」
	講師	介護老人保健施設知の丘 施設長 吉入 厚医師
	場所	奄美市立所 4 総合講堂
第二回	期日	平成25年2月9日(土)
	時間	午後1時30分～3時半 (受付1時～)
	テーマ	「認知症の方へのかかわり方について」
	講師	(株) 地域ケアささき代表 認知症介護指導者
	場所	奄美市立所 4 総合講堂
第三回	期日	平成25年3月16日(土)
	時間	午後1時30分～3時半 (受付1時～)
	テーマ	「心を癒そう、経験から学ぼう、そして」
	講師	鶴がけみさん (大船出50) のミニコンサルタント
	場所	奄美市立所 4 総合講堂



お申し込みはこちらへお願いします。  
当日参加もOKです。  
どうぞお気軽にお越しください！

●お申し込み・2  
奄美市名瀬  
52-11  
電話：0997-52-6666

⑬

地域福祉づくりの主人公は  
住民(160名参加)

平成24年度  
地域支え合いづくり講演会



いま見直そう「遠くの身内より近くの他人」

期日	平成25年1月31日(木)
場所	奄美市立 奄美小学校 体育館 当日は、校庭を特設駐車場としますが、数に限りがありますので あらかじめ、ご了承ください。
時間	受付 19:00 開会 19:30 閉会 21:00
参加費	無料

主催：奄美市 奄美市名瀬町 25番8号 TEL 0997-52-1111 FAX 0997-57-6252  
共催：奄美市社会福祉協議会 奄美市名瀬美浜町 5番6号 TEL 0997-52-7601 FAX 0997-56-8108  
協力：奄美市立奄美小学校

## ⑭私の手帳の取り組み(笠利地区)

私たちが責任を持って  
ケアします

関係づくり



短い時間でも親戚みたいな関係に

## ⑮地域における情報共有の課題

接点が少ない

情報量が少ない

把握しづらい

- ❖ 時間的障壁
- ❖ 地理的障壁
- ❖ 事業所間障壁

ネット上にグループを自由に作って情報共有できる  
クラウド型の無料コラボレーションツール。

## サイボウズLive 利用の試み

参加者：主治医・家族・PT・OT・ヘルパー・福祉用具・ケアマネで情報を共有し、PDCAサイクル迅速化

1グループ  
20名まで無料  
グループ数は無限



医師会OT坂元氏も活用！

本人の状況をスピーディーに把握、専門職間の相互理解もさらに深まる。

## 奄美市の介護・医療・福祉連携組織

- 奄美市包括支援センター（名瀬・住用・笠利の3か所）
- 奄美市社会福祉協議会
- 近隣市町村包括支援センター（龍郷町・宇検村・大和村・瀬戸内町・喜界町）
- 鹿児島県大島支庁・名瀬保健所
- 大島郡医師会・薬剤師会・歯科医師会
- 大島郡医師会病院
- 鹿児島県立大島病院
- 奄美市介護保険事業所連絡会
- 大島地区包括・在宅介護支援センター協議会
- 介護支援専門員協議会奄美支部
- 社会福祉士会大島支部
- 大島地区訪問看護協会
- 理学療法士協会奄美ブロック
- 作業療法士会
- 大島地区グループホーム協議会
- 障がい者自立支援協議会
- 奄美市民生委員協議会
- 婦人連合会
- 在宅福祉アドバイザー
- 笠利地区駐在員会
- 名瀬地区在宅介護支援センター



各種会議・研修を通じて地域人材がつながり地域支援体制づくりへ  
垂直展開から水平展開へ（点から面へ）



奄美市

## 奄美市の今後の展開・・

現在行っている  
認知症サポーター養成  
認知症ケア向上研修



見守りネットワークの構築を継続する。

そして、家族の支援・権利擁護システム・医療との連携・地域支えあいづくりなどの取り組みも！

(POINT) 地域住民や団体組織が顔を合わせることでコミュニケーションが図られ連携ネットワークを生み出す。目標を共有→取り組みと工夫が始まる。

**「シマに住み続けたい」という望みをかなえるため**

## 地域での医療・介護・生活支援・住まい・予防を ひとりひとりの生活から考える

- 生まれ育ったシマ(集落)での生活を継続する事こそが、尊厳ある暮らしにつながる。
- **発見→相談→診断→生活支援**の地域での取組
- 人と人との縁を大切にするシマの精神文化を活かしつつ、老いても、認知症になってもなお、地域共同体の一部として暮らし続けられる地域をつくる。(自助・互助・共助・公助の連携)



**地域包括ケア**

**地域のもつ力に目をむけてゆこう！！**



ご清聴ありがとうございました

# 大島郡医師会と認知症関連施策との関わり

平成25年3月  
社団法人 大島郡医師会

1

## 1. 大島郡医師会とは？

- ①地理的範囲と会員数
- ②目的と事業

## 2. 認知症関連施策との関わり

- ①認知症サポート医の推薦と調整
- ②勉強会・意見交換会の開催等

(参考)大島郡医師会における「顔の見える関係」の構築

2



# 1. 大島郡医師会とは？

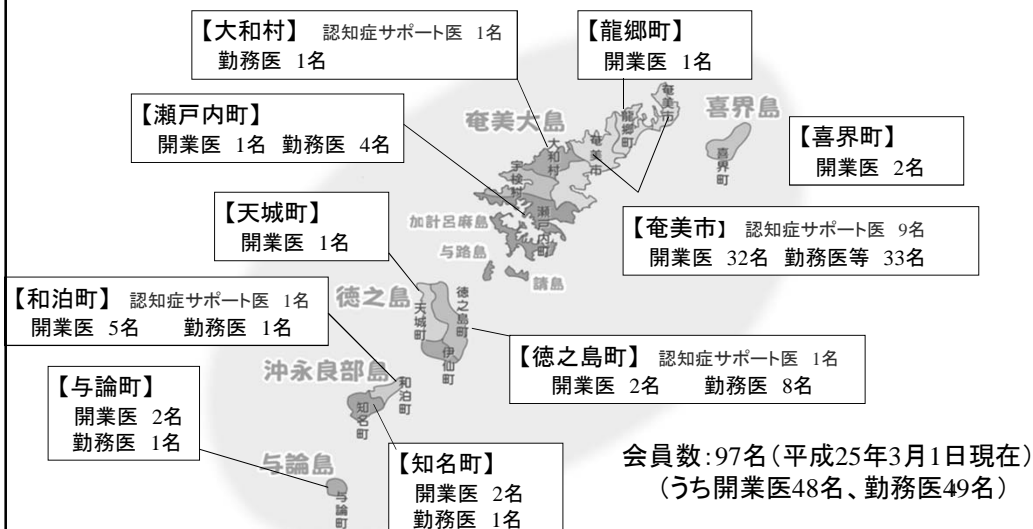
## ①地理的範囲と会員数

## ②目的と事業

3

### 1-①.地理的範囲と会員数

「大島郡医師会は、おそらく日本一長距離にわたる離島から成る医師会です。」  
(向井 大島郡医師会長)



## 1-②. 目的と事業

「医師会とは地域に必要な、又地域に合った医療を提供する専門家集団である。」  
(横倉日本医師会長)

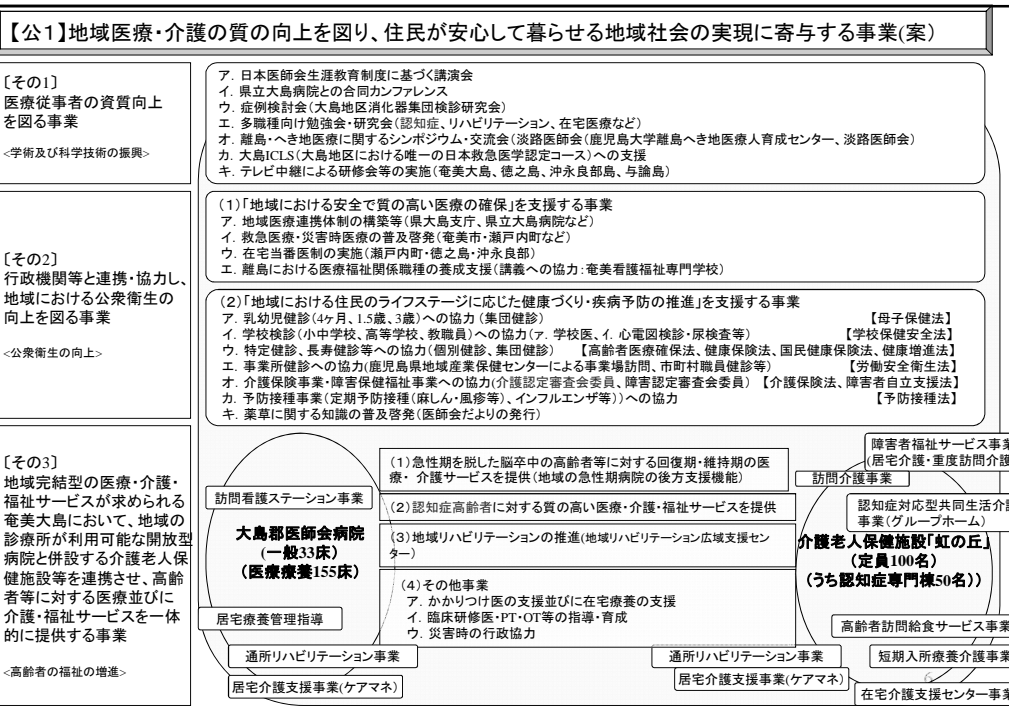
～「社団法人大島郡医師会定款」より抜粋～

(目的及び事業)

第7条 本会は医道の昂揚、医学、医術の発達普及と公衆衛生の向上とを図り社会福祉を増進することを目的とし次の事業を行う。

- |                     |                                  |
|---------------------|----------------------------------|
| (1) 医道の振作、昂揚に関する事項  | (11) 医師会病院に関する事項                 |
| (2) 公衆衛生の啓発指導に関する事項 | (12) 臨床検査センターに関する事項              |
| (3) 医療の普及、充実にに関する事項 | (13) 介護老人保健施設に関する事項              |
| (4) 医学の振興に関する事項     | (14) 在宅介護支援センターに関する事項            |
| (5) 医師の生涯教育に関する事項   | (15) 訪問看護ステーションに関する事項            |
| (6) 社会保険調査研究に関する事項  | (16) 訪問介護に関する事項                  |
| (7) 医事衛生の調査研究に関する事項 | (17) 居宅介護支援に関する事項                |
| (8) 医業経営の改善に関する事項   | (18) 認知症対応型共同生活介護に関する事項          |
| (9) 看護師等の養成に関する事項   | (19) 障害福祉サービス(居宅介護・重度訪問介護)に関する事項 |
| (10) 会員の相互扶助に関する事項  | (20) 高齢者訪問給食サービスに関する事項           |
|                     | (21) その他目的達成に必要な事項               |

5



## 2. 認知症関連施策との関わり

### ① 認知症サポート医の推薦と調整

### ② 勉強会・意見交換会の開催等

7

#### 2-①. 認知症サポート医の推薦と調整

大島郡医師会長から推薦された医師会員が、養成研修を受講し、サポート医として活動している。

##### ・認知症サポート医の推薦状況

平成18年度	1名(公費負担)奄美市	
平成21年度	1名(公費負担)徳之島町	
平成22年度	3名(自己負担)奄美市	
平成23年度	3名(自己負担)奄美市、大和村	
平成24年度	4名(自己負担)奄美市、和泊町	計12名

##### ・認知症サポート医の増加に伴う調整

「介護者のための認知症講座」(奄美市)の講師派遣依頼  
→介護老人保健施設「虹の丘」における経験を踏まえ、  
医師会長が施設長を紹介。

8

**2-②. 勉強会・意見交換会の開催等**  
認知症ケアに携わる多職種との連携を図ることが重要との認識。

・認知症関連の多職種向け勉強会・研修会を随時開催

「医・療」を考える会  
「認知症チーム研修」

・ケアマネ・地域包括支援センターとの意見交換会を初めて実施

医師会、包括、ケアマネ等 91名が参加



・成年後見センター立ち上げへの協力

自治体、弁護士、司法書士、社会福祉士、相談支援専門員、ケアマネ、裁判所、児童相談所、社会福祉協議会等との連携

9

(参考)

大島郡医師会における「顔の見える関係」の構築

10

気軽に電話をかけて連絡できる関係づくりを目指して

- ① 救急医療関係者との連携
- ② 県立大島病院(奄美の中核病院)との連携
- ③ 精神科医との連携
- ④ 在宅療養支援診療所・病院間の連携
- ⑤ 学校保健関係者との連携

11

### ①. 救急医療関係者との連携

救急医療週間行事として、大島本島内の市町村長、関係機関との救急医療懇談会を実施。

・警察署、海上保安部、自衛隊、消防本部の責任者  
大島支庁長、市町村長、救急救命士、消防団長らと医師会員が自由に意見交換をする場。



平成24年は、17機関の75名が参加

- ・救急救命士の増員  
・大規模災害訓練や災害時の連携を強化

12

②. 県立大島病院(奄美の中核病院)との連携  
年に1回、会員医療機関の医師・スタッフと、県立大島病院の医師・地域連携室職員が意見交換。

・かかりつけ医と中核病院との円滑な病診連携を促進することが目的。

・勤務医と開業医の相互理解を深める。



診療科ごとに座席を配置するなど、話しやすい雰囲気をつくった。

【平成24年の参加者】

県立大島病院:院長、各診療科部長・臨床研修医等の医師が35名(55名中)と連携室職員5名が参加。

医師会医療機関:医師18名・スタッフ12名が参加。

13

③. 精神科医との連携

かかりつけ医と精神科医の連携機能を強化するために、講演会と意見交換会を企画。

・講演会

「うつ病治療における医療従事者の連携」  
(大阪大学大学院医学系研究科  
准教授 石蔵 文信 先生)

医師・薬剤師・行政・コメディカル 約80名が参加



・講師を交えての意見交換会を初めて実施

- ・精神科医 8名
- ・医師会員 18名
- ・薬剤師会員 14名



#### ④. 在宅療養支援診療所・病院間の連携

強化型の在宅療養支援診療所・病院の在宅医療への取り組みを支援

・奄美市における強化型在宅療養支援診療所・病院を2グループ(Aグループ:8医療機関、Bグループ:6医療機関)に分けてネットワークを構築

・終末期の患者等に関するサマリーの共有支援  
(FAXと「サイボウズLive」の併用)

→急変が予想される患者さんがいても島外への急な出張等に対応しやすくなった。

15

#### ⑤. 学校保健関係者との連携

奄美市内の学校医として28名が協力しているが、養護教諭との「顔の見える関係」づくりがうまく進んでいない。

・過去に学校保健研究会後に懇親会を実施していたが、養護教諭の参加が少なく、校長先生との交流が主となってしまっていたため、現在は休止状態。

・養護教諭が参加しやすい意見交換の場を模索中。

16

(最後に)連携を深めるための基本的考え方

「あらゆる機会をとらえ、関係者相互のコミュニケーションを常に図るよう努めることが、成功の秘訣でもあり課題でもある。」(向井 奉文 大島郡医師会長)



17



(平成24年度認知症地域支援体制地域普及セミナー)

## 奥州市における認知症地域支援の取り組み ～認知症になっても安心長寿のまちおうしゅうをめざして～



岩手県奥州市  
水沢地域包括支援センター  
及川 明美

1

# 岩手県奥州市



- 奥州市は平成18年2月20日、水沢市・江刺市・前沢町・胆沢町・衣川村の2市2町1村が合併し、誕生した。
- 人口 124,746人
- 世帯数 41,308世帯
- 面積 993.35 km<sup>2</sup>  
(東西に約57km、南北に約37km)
- 1人暮らし高齢者世帯 3,739世帯
- 高齢者のみ世帯 7,485世帯

地域の個性がひかり輝く  
自治と協働のまち 奥州市  
「健康で安心して暮らせるまちづくり」  
をめざしています

(特産品)  
南部鉄器 前沢牛 江刺りんご  
胆沢ピーマン はとむぎ茶等  
※国際リニアコライダー (ILC) 東北誘致  
をめざしています

2

# 奥州市



3

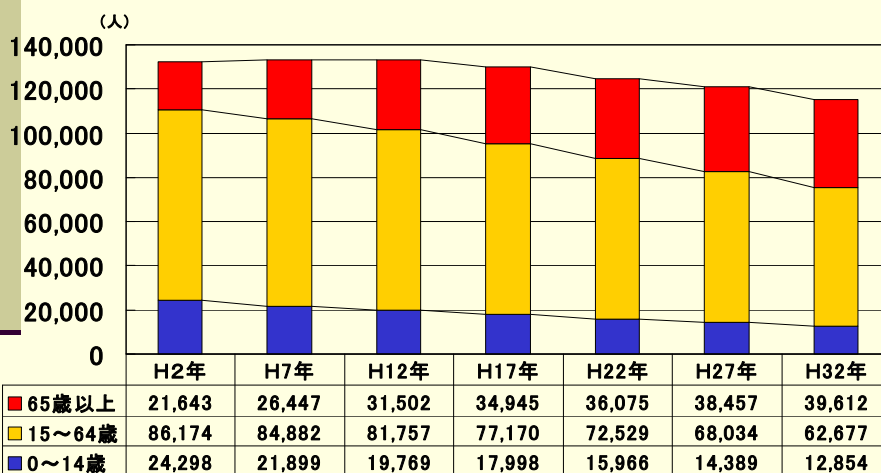
## 奥州市の概況

- 人口 **124,605人** (平成24年3月末現在)
- 高齢者人口 **36,116人** (高齢化率**28.9%**)
- 介護保険認定者 **6,123人** (認定率**16.9%**)
- 認知症日常生活自立度Ⅱ以上 **4,044人**
- 日常生活圏域 **5圏域**
- 地域包括支援センター **直営5箇所**
- 介護保険料 **月4,333円** (第5期平均額)
- 年間介護給付費 **約84億8,647万円**



4

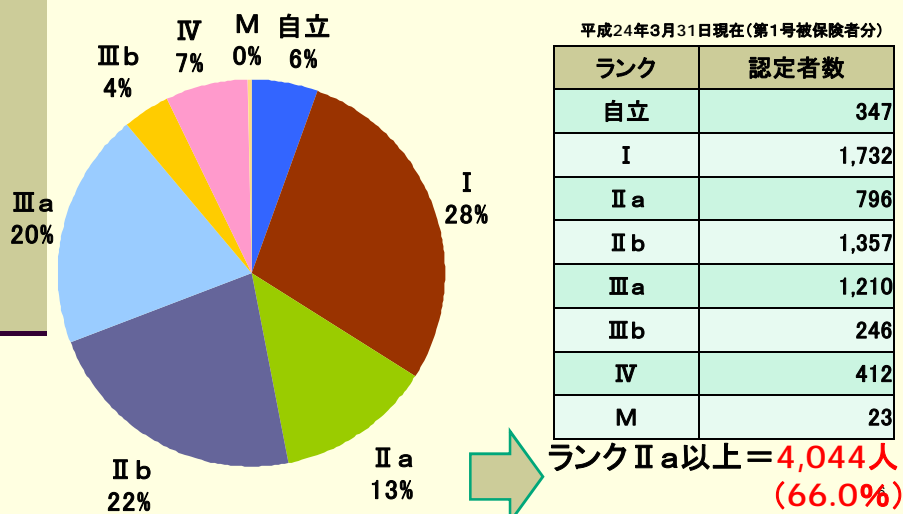
## 奥州市の年齢別人口の推移



H2年～H22年は国勢調査、H27年以降は国立社会保障・人口問題研究所の推計値

5

## 奥州市 介護認定者の認知症の割合



## 介護認定者の認知症の割合 (全国・岩手県・他市との比較)

平成24年3月31日現在(第1号被保険者分)

	介護認定者数	a以上の人数	a以上の割合		介護認定者数	a以上の人数	a以上の割合
全国	514.7万人	305万人	59.2%	北上市	3,679	2,270	61.0%
岩手県	64,471	37,863	58.7%	久慈市	1,796	1,035	57.6%
盛岡市	11,680	6,737	57.6%	遠野市	1,696	1,032	60.8%
宮古市	3,308	2,247	67.9%	一関市	7,387	3,690	49.9%
大船渡市	1,996	945	47.3%	陸前高田市	1,201	695	57.8%
奥州市	6,123	4,044	66.0%	釜石市	2,523	1,259	49.9%
花巻市	5,337	2,938	55.0%	二戸市	1,612	1,013	62.8%

全国は厚生労働省報道公表資料(H24.8.24)の推計値より算出

## 管内警察署の状況から

### ■ 徘徊の状況(保護件数)

保護した高齢者が認知症であるという明確な証明はない

- 一般住民からの通報が主
- 寒い時期は通報が多い(着衣等で判断し易い?)

警察署	H23.1.1~12.31	H24.1.1~9.30
水沢	61件 (うち高齢者44件)	33件 (うち高齢者30件)
江刺	45件 (うち高齢者12件)	26件 (うち高齢者6件)

8

## 地域包括支援センターでの相談傾向 (H24.4.1～9.30奥州市包括の相談統計より)

- 総相談件数1,903件中、「認知症がある、もしくは疑いのある高齢者の相談」は523件＝**27.4%**
- 相談のきっかけは介護保険に関する相談が＝**45.5%**
- 次いで認知症に関することが＝**25.1%**
- 相談者の内訳で多いのは①同居親族、②親族  
③関係機関(医療機関、市の他部局、警察署等)



「認知症がきっかけで介護が必要な状態に」  
「症状への対応に困っての相談も多い」  
「周囲が異変に気付いて相談(本人自覚なし)」

9

## 地域包括支援センターでの相談傾向 (H24.4.1～9.30奥州市5包括の相談統計より)

### ～ 相談内容の一例 ～

- (本人)物を盗られたり、悪戯される
- (本人)保険や年金の葉書が届いたが意味が分からない
- (家族)物忘れが出始めたのでデイサービスを利用させたい
- (家族)薬や金銭管理できず、行き先を忘れるが運転しようとする
- (関係機関)振り込め詐欺にあった高齢者を発見した
- (関係機関)通帳や保険証を失くしたと何度も問い合わせがある
- (地域住民)一人暮らしを地域で見守っていくのは限界だ
- (地域住民)町内会費を払わず、ゴミ出しもきちんとできていない

10

## これまでの認知症高齢者対策の取り組み

- 総合相談
- 要支援1・2及び困難ケース支援
- 認知症サポーター養成講座開催・キャラバンメイト支援
- 高齢者虐待防止への取り組み
- 関連会議・講座等での啓発活動
- 認知症の人と家族の会支援
- 介護予防教室
- 二段階方式を活用した、脳元気グループ育成支援(脳元気グループ交流会・脳いきいき相談)
- 「呆けない老後をめざす会」等の地域づくり

11

## 奥州市の認知症高齢者の現状と課題(まとめ)



- 一人暮らし高齢者世帯は(8.5%)高齢者のみの世帯は(17.1%)となった。地域の見守りや支援の必要な人が増えている一方で地域の支え合いが弱まり、孤立するリスクが高くなっている。
- 認知症高齢者の増加に伴い、要介護認定者のうち**65歳以上の66%、64歳以下の39%**は認知症である。
- **虐待事案の44.9%**が認知症である。
- 合併前の旧市町村の取り組みが、検証されていない

### 【対応】

- ① 医療・介護・地域支援サービス連携の再構築
- ② 認知症の人とその家族の支援の充実

※専門的な支援と住民活動とが繋がらないと何も解決しない

12

## 気づきとあせり

認知症に関する切実な相談が多くなっている  
介護保険未申請の徘徊高齢者が保護されている  
認知症サポーター養成講座やフォーラム、家族教室等、  
認知症関連事業に対する住民の反応が大きい  
若年性認知症者のほとんどが匿名の相談



「認知症で困っている市民が多い」という確信  
合併前の各自治体での取り組みが検証されていない  
一緒に考え、市全体の事業としてしきりなおしを  
めざそう！



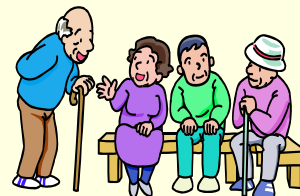
13

## 第5期高齢者福祉計画・介護保険事業計画 (平成24年～26年)

重点的に取り組む7つの高齢保健施策のひとつに  
「認知症予防と認知症高齢者への支援」

<主な施策の方向性>

- 認知症に対する正しい知識と普及啓発
- 認知症予防事業の充実
- 相談体制の充実
- 家族支援体制の強化
- 地域支え合い活動の支援



14

## 平成24年度市町村認知症施策総合推進事業の取り組み

### 住み慣れたまちで共に生きるために ～認知症になっても安心長寿のまちおうしゅう～ <目的>

認知症になっても本人の意思が尊重され、みんなの和で支え合いながら、住み慣れた地域で安心して暮らせる地域づくりをめざす。

15

## (1) 医療・介護・地域支援サービスの連携を図る事業

### ① 「認知症になっても安心まちづくり連絡会」 及び課題解決に向けた各部会の開催

#### 《認知症になっても安心まちづくり連絡会》

認知症の方に関わる関係者で構成 24団体

(医師会・歯科医師会・薬剤師会  
介護施設関係者・家族の会  
ケアマネジャー代表・  
社会福祉協議会・金融機関  
理容師組合・タクシー協会  
弁護士・消防・警察・岩手県  
市役所関係課等)



16



①「認知症になっても安心まちづくり連絡会」  
及び課題解決に向けた各部会の開催

○徘徊対応部会

- ・徘徊高齢者登録台帳
- ・登録者に目印となるステッカーの配布
- ・周知のチラシ作成



①「認知症になっても安心まちづくり連絡会」  
及び課題解決に向けた各部会の開催

○金銭管理・権利  
擁護部会

- ・金融機関向け相談窓口  
資料
- ・金融機関待合室への情  
報配置
- ・認知症サポーター養成  
講座（「認知症の人の  
権利を守る」）



## ①「認知症になっても安心まちづくり連絡会」 及び課題解決に向けた各部会の開催

### ○普及啓発・相談 対応部会

普及啓発リーフレット作成  
(全戸配付)

<部会での情報共有>

- ・今ある資源をどう生かすか
- ・安心まちづくりイメージの共有が必要
- ・この地域で必要なもの、不足しているもの見極め



19

## ②みんなで支える認知症事例検討会

- 地域包括ケア会議メンバーに認知症サポート医と事例をとりまく関係者が参加
- 地域課題の共有をはかり解決に向けた取り組みによる、地域のケアマネジメント力の向上及び関係者のネットワークの構築をめざす。  
参加者の満足度高い



20

## (2) 認知症の人や家族を支援する事業

### ① 認知症の人を支える介護者支援事業



### 「認知症支援めくもい隊養成講座」

認知症を学び、認知症になっても安心地域づくりを  
一緒に考え行動する市民ボランティア育成

市民の反応の大きさに驚き！ アクションミーティングで行動開始！

21

## (2) 認知症の人や家族を支援する事業

### ① 認知症の人を支える介護者支援事業

### 「家族交流「ほっとスペース」」



22

## 認知症高齢者を支える家族介護者の声

—H24年ほっとスペースから—

- 自分たち「も」でなく、自分たち「が」元気でないと
- 介護の辛さは「孤独」、近所の人のがけが有難かった
- 介護に関するストレス等を話し、それにアドバイスしてくれる人がほしい
- 初めの頃、どこに相談に行けばよいか、どこの病院に行くべきか全くわからなかった
- 介護教室で「役者になれ」と教えてもらい助かった
- プライドを保持しながら子どものように世話をしなければならぬ矛盾に疲れる
- 思い切り語りあえる場がほしい



3

## ②キャラバン・メイト活動支援と 認知症サポーター養成事業

- ア フォローアップ研修会の開催
- イ キャラバン・メイト自主活動組織育成支援  
H24.5月設立  
「奥州市キャラバン・メイト連絡会スマイル<sup>2</sup>」  
キャラバン・メイトオレンジ通信発行
- ウ 認知症サポーター養成講座



24

## 認知症サポーター養成講座の取り組み



＜奥州市の実績＞  
H24年12月31日現在

認知症サポーター養成講座開催回数 69回  
キャラバンメイト数 42人  
認知症サポーター数  
6,498人



25



### ③ 認知症の人と家族支援のための研修会

#### ア 「認知症にやさしい地域づくりフォーラム」

～住み慣れたまちで共に生きるために～

#### イ 「認知症にやさしいケアのあり方研修会」

認知症の相談及び介護に従事する者の資質とケアマネジメント力の向上を目的として開催。



27

### ④ 認知症の人と家族の実態調査の実施

認知症の人とその家族の実態を把握し、奥州市認知症施策の基礎資料とする。

認知症地域支援推進員をはじめ、地域包括支援センターや在宅介護支援センター職員が、相談・訪問等を通じ、聞き取りによる実態調査を実施するほか、市内指定居宅介護支援事業所のケアマネジャーに調査を依頼する。

28

## 今から！ここから！はじめの一步！

市町村認知症施策総合推進事業をきっかけとして、奥州市が目指すもの  
～認知症を切り口とした地域包括ケア体制の構築とまちづくり～

- 「困っている」からはじめられる
- 認知症の人が暮らしやすいまちは誰もが暮らしやすいまち
- 住み慣れた地域で自分らしく過ごし、希望するかたちで人生を終えられるようにしたい
- 市民が認知症の正しい知識をもち、だれもが社会的に排除されず、社会参加できるまちをめざしたい



29

## 認知症対策事業に取り組んで

- 1) 認知症サポート医をはじめ、医師会との情報交流が増え医療と介護の連携強化につながった
- 2) 医師のみならず、医療機関職員との交流により連携がスムーズになった
- 3) 関係者と顔の見える関係を築くことができた
- 4) 住民の認知症に対する関心の高さと、困っている実態を再認識できた
- 5) 市民や多職種協働で動くすばらしさを知った

30

## 「認知症とむきあう会」 ～桜屋敷東町内会の活動から～

奥州市水沢区桜屋敷東町内会  
会長 菊地 正宏

31

## 花どろぼうのおじさんが 教えてくれた地域づくり

新興住宅地で、転勤族が多く地域のなじみが薄い人が多い地域。  
平成20年、民生委員が困った顔で相談にきた。「誰かが、町内の白い花を  
とっている花どろぼうがいる。」とのこと。

のちに、防犯協会等で活躍していた、元警察官の方だとわかった。  
息子さんが遠くにおり、妻と二人暮らしであったので、散歩の時は妻が付  
き添い花を折らないようお願いした。

ある日曜日、公園で散歩中のご夫婦を見かけた。手にはしっかりと白い花  
が握られていた。若い頃から花が好きで写真を撮っていたことを知り、町内  
での写真展開催を提案した。「困った人」ではなく、「写真展で町内会に貢献し  
た人」としてみとめてもらう機会になるのではないかと思った。

妻は、涙を流し写真展を喜んでくれたが、写真展開催を目前に体調をくずし  
亡くなられた。葬儀の日、写真展会場をその方を乗せた車が通り、町内会の  
皆に見送られながら旅立っていった。

このことをきっかけに、『認知症に向き合う会』がスタートした。

32



## 認知症を地域挙げ支援 ～町内会が認知症に向き合う会～

### <目的>

認知症の住民が1人・2人と増えた時に、隣近所で支援できないか。住民が自分のこととして考えることで、安心して暮らせるまちに少しでも近づきたい。

○H20から毎年実施している

- (内容) 講話「認知症の基礎」等  
講師(地域包括支援センター職員、施設長等)  
介護者体験談報告  
グループワーク  
市民歌リズム体操

33

## 人にやさしい地域づくりができた理由

- 1 本人と家族の生き方に共感
- 2 「童謡を家族と楽しむ会」を通しての地域交流の場があった
- 3 経験豊かで力量のある町内会役員メンバーがいた

### 《現在の状況》

- 認知症の勉強会からやすらぎの会へ
- 毎週火曜日 10時から
- だれでも集えて語りあえる場(居場所)
- 「向こう三軒両隣」の精神で声かけあいの申し合わせ

34

ご清聴ありがとうございました



太鼓を打ち鳴らし、歌い踊る江刺鹿(しし)踊と  
歴史公園 えさし藤原の郷

# 認知症 地域挙げ支援

## 奥州・水沢 桜屋敷東町内会が「むきあう会」



桜屋敷東町内会の「認知症とむきあう会」でグループ討議した参加者

奥州市水沢区の桜屋敷東町内会（菊地正安会長）は11月27日、「認知症とむきあう会」を北日本銀行南水沢支店で開いた。住民23人が参加して認知症への理解を深め、「認知症になっても安心して暮らせるまち」づくりへの意識を高めた。

地域内の住民が認知症になったことを機に2008年に初めて会合を持ち、認知症の予防と認知症の人との接し方などを学習。引き続き認知症の住民とその家族を地域で

支える方策を探ろうと2回目を企画した。

民生児童委員菅山夏子さんが、9月下旬の水沢区家族介護教室で聴講した「認知症の夫と共に過ごした体験談」について感想を交えて報告。市水沢地域包括支援センターの及川千鶴校主任介護支援専門員が認知症の「基礎知識」を改めて説明した。

その上で、認知症のお年寄りが居る家族の具体的な相談事例を基に、参加者が3グループに分か

れ、望ましい対応を話し合った。

参加者からは「隣近所に隠さず、くまびりに来てもらう」「まず身内での話し合いが基本」「近所の人をいろいろの人がかかわり合い、家族の負担を減らす」などが提案された。

同町内会の田村忠信事務局長は「認知症の佳民が1人、2人と増えた時に隣近所で支援できないかと始めた。佳民が自分のこととして考えることで、安心して暮らせるまちに少しでも近づければ」と話している。

# 第2回『認知症とむきあう会』

桜屋敷東町内会は  
『認知症になっても  
安心して暮らせる  
まち』をめざします



『認知症』を自分のこととして学びましょう

とき：平成21年11月27日(金)

午後1時30分～3時

ところ：北日本銀行南水沢支店2階

『認知症の正しい知識と接し方』について

参加者で語り合いましょう

最後に 奥州市民のうた「リズム体操」を輪になって踊りましょう！

主催：桜屋敷東町内会

共催：奥州市包括支援センター



# 町内会報 東屋 第56号

平成23年5月18日 発行  
桜屋敷東町内会  
発行責任者 宏  
発行地 集務  
編集者 菊

### 童謡をみんなて楽しむ会

## 被災者招き交流

5月15日、東日本大震災復興支援と銘打って、大船渡から「衣川荘」に避難している13名の被災者を招待し、「童謡をみんなて楽しむ会」を桜木町分館で開催しました。今回で10回目となり、65名が参加。奥州市社会福祉協議会の高橋光夫会長、奥州市老人クラブ連

合会の沼田茂会長にも足を運んでいただき挨拶をいただきました。その後、童謡（若葉・おぼろ月夜・故郷）を参加者全員で合唱。とくにも『故郷』を歌いながら涙ぐむ被災者が多くみられました。胆沢平野土地改良区様による『紙芝居・後藤

寿庵物語』や『ハンドペル演奏』で楽しんだ後、『踊り・キヨシのすんどころ』では、アンコールの音がかるなど、久しぶりに大きな声で歌い終始和やかな歌声と笑顔に包まれ、予定時間をオーバーして閉会した。



童謡を歌いノハンドペルでも楽しみました



震災の様子に触れながら、「感謝の杯」としてのお酒をいただきました

## 水沢地区防犯協会連合会 優良防犯団体に決定

当町内会は、水沢地区防犯協会連合会（会長：小沢昌記奥州市長）から『優良防犯団体表彰』を受賞することになりました。これまでの①世代間交流「童謡を楽しむ会」の開催、②水沢公園ハートルの積極的な参加

など町内会独自の活動が評価されたものです。来る5月26日、水沢警察署で開催される平成23年度水沢地区防犯協会連合会総会の席上で表彰されます。当町内会が発足して5年目。外部団体からの初の表彰となります。

持に奔走していた。午前10時、作業開始。側溝は、土砂で完全に覆い塞がれ、その中には多くの漂流物が混ざり、産値で数千円もする。大きな鋼が原型のままの埋まっており、生臭い悪臭の中での作業が続いた。午後2時、突然の雹（ひょう）に襲われた。このため作業は一時中断となったが、その後、路面はきれいに洗われ、側溝にも多量の水が流れ一部ではあるが貫通した。午後3時、拠点の大船渡ボランティアセンターに戻ると、避難所への夕食の搬出が行なわれていた。行方不明者がまだ多数おり、避難所生活を余儀なくされている方々もおります。今回体験した「側溝の土砂の撤去作業」ひとつにしても、先の長い作業だと痛感しながら、ほど良い疲れを感じつつ帰路の人となった。

▲記：田村忠信・13班

## 水沢公園ハートル

5月7日、当町内会の担当で『水沢公園ハートル』を実施しました。平成15年に活動を開始して以来、9年目の活動となります。12名が参加しました。参加いただいた安全部と役員の方々を紹介しました。ご苦労さまでした。  
佐藤 俊博さん（1班）  
鈴木 時雄さん（2班）  
河野 真之さん（4班）  
佐藤 和多利さん（6班）  
菅野 新智さん（6班）  
桐山 進さん（7班）  
富士 一暁さん（7班）  
紺野 真一さん（12班）  
及川 克正さん（13班）  
田村 忠信さん（13班）  
小野 寺利昭さん（14班）  
中田 吉彦さん（15班）  
次回は、7月8日の予定です。

## 沿岸沿被災地ボランティア

継続しての支援が必要  
「東日本大震災」の発生から58日後の5月8日、奥州市社会福祉協議会が行なっている「沿岸被災地のボランティア活動」で大船渡を訪れた。活動拠点の大船渡ボランティアセンターでは、自衛隊による「炊き出し」が震災後、毎日行なわれているとのこと。今回の活動内容は、大船渡市民体育館の側溝の泥上げ作業を指示された。同館は、沿岸から2kmの離れ、いるが建物一階を津波が襲ったそう。周りの建物は全・半壊していた。また同館は、遺体安置所となっており、午後には遺体が収容され、ドライアイスが搬入される光景を目の当たりにした。また、バトカーの集結場所になっており、他県ナンバーの20台を超えるバトカーが、被災地の治安維

桜屋敷東町内会限定  
奥州市指定ゴミ袋  
50円割引券  
本券を1枚持参  
サックス胆沢病院前店

# 市町村認知症施策 総合推進事業を実施して

洋野町地域包括支援センター

## 洋野町の紹介



「南部もぐり」発祥の地  
です。

岩手県の北東部に位置する洋野町は、久慈広域圏に属し、北は青森県階上町、南は久慈市、東は太平洋に面しており、西は九戸郡軽米町に接しています。

面積は303.20平方キロメートルで、山林が約7割を占めています。

気候は西部高原地域と東部海岸地域に分かれ、西部は冬季には積雪が多く内陸型の気候を示し、東部は海岸気象の影響を受け、春から夏にかけて「ヤマセ(偏東風)に伴う濃霧発生します。

平成23年3月11日発生しました東日本大震災・津波では、沿岸部の漁業施設や水産加工場など甚大な被害を受けましたが、幸いにも人的被害ありませんでした。災害発生時には、全国から物資やお見舞いの言葉などいただきこの場を借りて、感謝と御礼を申し上げます。 ありがとうございました。

## 洋野町の現状 H24年10月現在

人口		18,847人	
高齢者数		5,695人	
高齢化率		30.22%	
介護認定状況	要支援1・2	290人	
	要介護1~5	779人	
認知症高齢者数		220人	
高齢者世帯状況	ひとり世帯	1,006世帯	
	うち75歳以上	648世帯	
	夫婦世帯	663世帯	
	うち75歳以上	255世帯	
	上記以外の世帯	66世帯	
	うち75歳以上	9世帯	

## 洋野町にある社会資源

医療	病院	1	町立内科、外科、45床
	診療所	2	内科(町立1、開業医1)
	歯科診療所	5	町立1、開業医4
介護	特別養護老人ホーム	3	うち1は小規模、ショート併設
	老人保健施設	2	ショート有
	グループホーム	3	6ユニット
	小規模多機能ホーム	4	
	デイサービス	4	
	リハビリテーション	2	通所1、訪問1
	訪問入浴	2	
	訪問介護	3	
	居宅介護支援事業所	5	
	その他	住宅型有料老人ホーム	1





## 市町村認知症施策総合推進事業への取り組み



平成22年10月15日 岩手日報新聞では美談で報道されましたが、包括の中では「だれ?」「どうして?」と騒ぎました。「担当は誰?」騒いでも、県道に該当する地区に心当たりの人はいませんでした。社会福祉協議会でも該当者はなく、交番に電話で確認したら「家族からの要請で教えられない」と断られ、疑問が残ったまま、2週間後が過ぎたとき、徘徊して不明になり、捜索願いが出され消防団、警察犬の出動もあり、無事保護されました。後で確認したところ、1年ほど前に相談を受け付けていて、受診を勧めたケースでした。最初の段階でわかっていれば…

## 認知症地域支援推進員と認知症サポート医

- 認知症地域支援推進員**  
**ケアマネの資格を有する保健師OG**  
 健康増進課長、地域包括支援センター所長を経験。地域の実情に詳しく、認知症の人やその家族を支援する事業を展開するためには最適の人
- 業務内容**  
 町内のケアマネやサロン参加者等からの相談に応じて、訪問調査のうえ医療が必要な方については、認知症サポート医に繋ぐ
- 勤務時間等**  
 週3日、朝9時～夕方4時

- 認知症サポート医(嘱託)**  
**東八戸病院**  
 認知症治療病棟48床  
 老人性認知症疾患療養病棟54床  
**院長 秋山弘之 先生**
- 業務内容**  
 認知症地域支援推進員等からの相談に対する医療的見地からの助言。会議や研修会等への出席・助言等
- 勤務時間等**  
 月1回本町で相談等業務を行う

## 実際の業務



← 認知症サポート医による介護相談



小規模多機能ホーム管理者からの相談



← 地域包括ケア会議で講義

認知症になっても、住み慣れた地域で  
安心して生活を継続していくためには・・・地域の理解と支援



認知症の方を介護している家族、  
地域で活動している民生委員、保  
健推進委員、認知症介護に従事  
する施設職員、認知症キャラバン  
メイトのほか認知症に関心のある  
方を対象に認知症講演会を開催  
しました。

－ プログラム －

認知症劇  
認知症介護家族の報告  
認知症講演



← 認知症劇  
「幸子さん、今日の晩ご飯はなあに」  
劇団えびす座



### 認知症介護家族からの実例報告

左が認知症地域支援推進員  
右が報告者

報告者は  
「認知症の人と家族のつどい・くじ」の  
世話人



夫が57歳で若年性認知症を発症。  
当時は認知症について理解できず、  
相談する場所すら知らなかった。  
また、地域で認知症について理解が  
なく大変だった。  
同じ悩みを抱える家族が集まって本  
音で話しあえることで救われた。



認知症の診断と治療  
認知症サポート医  
東八戸病院 秋山 弘之 先生



## 認知症介護者研修



認知症の人を介護している家族、認知症介護に従事している人を対象に、認知症について理解を深めること、認知症の人と接する場合の注意点、家庭で介護する場合へのアドバイス等を行うことを目的に認知症介護者研修会を開催しました。



研修会に入る前に、認知症地域支援推進員の司会により、認知症の人またはその家族と接するに当たって困っていることを聞きました。

- ・身体介護については適切なアドバイスができるが、認知症については適切なアドバイスができず困っている
- ・以前は徘徊もあったが、今は身体も弱って、欲求もなくなり、介護は楽になった。(家族)



テーマ「認知症と在宅介護」

- ・認知症とは？
- ・認知症の人との接し方

認知症サポート医  
東八戸病院 秋山 弘之 先生



「介護に苦勞がない。介護に捧げる。一人で頑張る」という人は心配だ。限界を超えると危険だ！(秋山)

## 認知症予防への取り組み



### ～ ココロからダンス ～

岩手医科大学高橋智准教授監修のココロからダンスは「脳と体を使う運動のひとつで楽しみながら笑顔になれる」プログラムで、認知症の予防につながるかとされています。



洋野町では73ある行政区のうち55地区でサロンを実施しています。このサロンの場において、認知症のお話しや、認知症予防のパンフレットを配付したり、写真のようにパソコンを持ち込んで「ココロからダンス」を普及しています。



地域で開催されているサロンには、社会福祉協議会から1人1ヶ月2回まで1回当たり100円助成されています。

各地区の開催日程は社会福祉協議会で決定しますが、どこの地区のサロンに介護予防事業を入れるかは毎月月初めに、社会福祉協議会と地域包括支援センター、保健センターと協議（打合せ）しています。

## 今後予定の事業

Information

平成25年3月の行事・健康カレンダー

日	月	火	水	木	金	土
						3/1
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31	4/1	2	3	4	5	6

2550

### 認知症の人と家族のつどいinひろの

#### 参加者募集

**開催日** 平成25年3月13日(水)  
午後2時～

**場所** 洋野町地域包括支援センター  
(種市中央公民館)

**参加費** 無料

※事前の申し込みは不要です

「認知症の人と家族のつどいとは…」  
全県各地で開催されており、介護家族が集まって、介護の相談や情報交換、勉強会などをいたします。本音で話ができ、明日の介護への勇気を養える場になっています。

介護をされていて、こんなことに困っていませんか？

認知症の家族への「押し方」に困っている

介護に振り回されて疲れている

これからの介護に不安や戸惑いを感じている

同じ介護をする者同士、不安や苦勞を語り合い、日々の悩みや不安を少しでも解消するために、つどいに参加してみませんか？

【お問い合わせ先】  
洋野町地域包括支援センター  
電話 0194-69-1966

## その人そのものに目をむけよう！

「パーソンセンタードケアワークショップ」  
パーソンセンタードケアとは何か？  
～認知症ケアのために～

パーソンセンタードケアとは…

イギリスの臨床心理学者トム・キットウッドが提唱した「パーソンセンタードケア(パーソンフッド=その人らしさを中心とした介護)」。従来の医学モデルに基づいた認知症の処方や再検討し、認知症の方々の詳細な観察を行う中で、認知症の方にとって好ましい状態(ウェルビーイング)と、反対に尊厳を傷つける状態(イルビーイング)を明確にし、新たな認知症介護の指針を示しています。  
【パーソンセンタード研究会ホームページより】

日時 2013年3月23日(土) 12:30～16:30  
会場 洋野町民文化会館 コミュニティホール  
定員 50人  
参加費 900円 ※テキスト代込み  
講師 寺田真理子さん

日本読書療法学会会長  
パーソンセンタードケア研究会講師  
日本メンタルヘルス協会公認心理カウンセラー  
★詳しいプロフィールは寺田さんの公式ブログをご覧ください。  
URL <http://ameblo.jp/teradamiriko/>

◆お問合せ・お申込み先  
洋野町地域包括支援センター  
〒028-7914 洋野町種市23-27 種市中央公民館内  
TEL: 0194-69-1966 FAX: 0194-69-1967

- 認知症という病気ではなく、その人そのものに目を向け、ひとりひとりが異なる認知症の人が今どのように感じていて、なにを求めているか、それを理解してその人らしい暮らしを支えることが大切ではないでしょうか。
- よろしければ一緒に学びませんか



## 高齢者の生活を支える地域をつくる

～認知症になっても

安心して暮らせるために～

兵庫県川西市

川西市地域包括支援センター

森上 淑美

明峰地域包括支援センター

上中 洋司



### 川西市の概要

総人口：161,036人

65歳以上人口：43,104人

高齢化率：26.8%

65歳以上の要支援・要介護認定者

(65歳以上の人口構成比)：

6,581人(15.3%)

在宅の要支援・要介護認定者：5,665人

在宅の要支援・要介護認定者の認知症自立度：

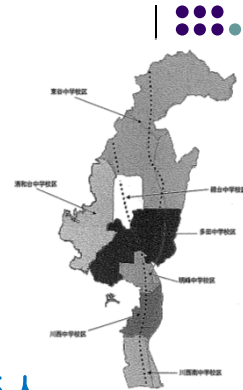
自立 1,757人

I～IIb 2,783人

III～M 1,044人

自立度不明 81人

(川西市のデーター 平成24年12月末現在)



## 認知症地域資源ネットワーク 構築事業



### 目 的

- 認知症の方とその家族を支えるために認知症への対応を行うマンパワーや拠点などの「地域資源」をネットワーク化し、相互に連携しながら有効な支援体制を構築します。

### 推進会議



\* 当事業の目的は下記のとおりです。

認知症の方とその家族を支えるために認知症への対応を行うマンパワーや拠点などの「地域資源」をネットワーク化し、相互に連携しながら有効な支援体制を構築します。

\* 構成員は、医療関係者・保健福祉関係者・介護サービス事業者・警察等公的機関・認知症の介護者・特定非営利活動法人・地域包括支援センターの職員等です。

\* 庶務は、長寿・介護保険課が行っています。



市全体としてみているだけでは進まない

本人・家族が暮らす小地域ごとの実態把握が重要

	人口	65歳以上人口				事業所数	
		(構成比)	男性	女性	前期	後期	従業者数
川西市	161,203	40,371 (25.0%)	18,205 (11.3%)	22,166 (13.8%)	23,590 (14.6%)	16,781 (10.4%)	3,971 38,819
久代小地区	8,826	1,980 (22.4%)	914 (10.4%)	1,066 (12.1%)	1,209 (13.7%)	771 (8.7%)	353 4,300
加茂小地区	11,395	2,907 (25.5%)	1,278 (11.2%)	1,629 (14.3%)	1,666 (14.6%)	1,241 (10.9%)	274 2,538
川西小地区	13,490	3,554	1,472	2,082	1,910	1,644	627

**\*まず既存統計を活かして小地域統計作成(資料1参照)**  
**>一目でわかりやすい図示の工夫**  
**>関心・参画が高まる**

小地区	全市	多田地区	多田東地区	グリーンハイ地区
北小地区	181 (0.112人)	13 (0.124人)	13 (0.096人)	19 (0.124人)
明峰小地区	(0.45人)	(0.63人)	(0.52人)	(0.34人)
多田地区	2,779			
多田東地区	(1.724人)			
けやき坂小地区	(6.88人)			
清和台地区	(0.44人)			
清和小校区	(0.80人)			
清和台南小校区	364			
グリーンハイ地区	(0.226人)			
	(0.90人)			
	(0.06人)			
	(0.11人)			

注: 次の数値を、全市平均を100として指数化している  
 「65歳以上人口」: 65歳以上人口の全人口に対する構成比  
 「キャラバンメイト」「認知症サポーター」: 民生児童委員「地区福祉委員」「ボランティア」「配食ボランティア」: 人口100人当たりの人数  
 「I」「II」「III」: 在宅している要介護認定者のうち、認知症自立度が「I」から「III」と判定されている人「III」から「I」と判定されている人の人口構成比  
 「在宅の要介護・要支援認定者」: 在宅している要介護・要支援認定されている人数の人口構成比  
 「要支援1-2」「要介護1-2」: 在宅している認定者の要介護別人数の人口構成比

小学校区ごとに話し合う: 地域の多様な人々に呼びかけ

⇒ 地域の実態・課題を話しあい、共有

⇒ この地区で何が必要か

それぞれが何ができるか

一緒に何ができるか

☆ 活発なグループワーク



高齢者の権利擁護が大切!

虐待予防も地域の

見守りから!

## 市内各地区でのワークショップの 広がりの実態調査

### 川西市「福祉デザインひろば」の連携により

- H22年度：市内14地区のうち、4モデル地区  
推進会議メンバー・医師会・  
ケアマネジャー・家族の会
- H23年度：市内全地区に広がる  
10地区とモデル4地区(再度開催)  
介護保険サービス事業者協会
- H24年度：キャラバンメイト  
ケアマネジャーと介護者の実態調査

## 川西市の認知症啓発活動

### H19年～H24/12末まで 認知症サポーター養成の状況

講座修了者 6,446名  
(うち、10代未満修了者 323名  
10代修了者 1,973名)

### キャラバンメイト養成状況

研修修了者 340名  
(兵庫県主催の研修修了者を含む)

## 認知症サポーター養成講座参加者の声から

### <自分自身がやってみたいこと>



- 認知症の方に踏み込みすぎず、声かけや見守ることが大切だとわかった。
- 認知症の家族をかかえたら、施設入所してもらえないと思っていたが、学習したことで、地域や家族の支援で在宅生活できることがわかった。
- もっと勉強をして、周辺に知らせていきたい。
- 高齢者に注目することから始まると思う。まず、あいさつ声かけから。
- 家族を支えることが大切である。家族が買い物に行く間などに留守番をするなど。また、家族の思いを聞いてあげたい。気軽に声かけをするなど。
- 困っているかなと感じたときに声かけができる勇気をもつ。

### <地域でやってみたいこと>



- 介護している家族が気持ちが開放されるような場（遊びとか集まり）を企画する。そして、家族を理解する場を広げる。
- 一般高齢者のサロンの中に認知症の方も自然に入れると良い。喫茶店のように集える場づくりが大切である。
- 高齢者、障がい者、子どもなど世代を超えて集まれる場所づくりが必要だ。
- サロンの中に認知症のDVDを上映したり、もっと深い勉強をしても良い。
- 小学校区ごとに勉強会を開催していったらどうか。

## 効果



- 市内14地区福祉委員会の地区福祉計画に認知症高齢者への対応が位置づけられた。
- 複数の地区福祉委員会において、認知症サポーターマップをつくり見守り体制の構築や居場所づくり、地域ぐるみの具体的活動が始まっている。
- 新しい世代・領域の方々が、地域福祉活動に参加しつつある。

## 地域の横のつながり



いきいき・はつらつ広場事業（介護予防）  
福祉デザイン広場  
居場所づくり ふれあいサロン  
見守りネットワーク  
災害時要援護者の日ごろの見守り  
美化業務課の「サポート収集」  
警察の徘徊高齢者SOSネットワーク  
虐待ネットワーク  
その他・・・教育委員会への働きかけ

## 徘徊SOSネットワーク



- 認知症の方が徘徊してもできるだけ早く安全にご自宅へ帰ることができ、かつ認知症の方の家族を支えるために、「徘徊をしてもええやん、やさしい街・川西」を目指して取り組んでいます。
- 少しでも早く見つけ「命を守る」ことを目的に、それぞれがそれぞれの立場で協力する地区福祉委員会単位の地域で徘徊SOS訓練やワークショップを重ねて、ネットワークの構築を進めています。

認知症でも、安心して歩けるやさしい町をめざして

**認知症になっても安心して**



**暮らせる街にするために**

**～徘徊してもええやん  
やさしいまち・川西～**



## 川西警察署管内における 行方不明者の状況

(平成23年4月～12月)



65歳以上行方不明者 33件

うち認知症の方 27件

「川西・猪名川子ども・徘徊高齢者SOS

ネットワーク」による協力要請 13件

※ 情報公開されるため、届出者の承認がある場合のみ協力要請をする。

## 子どもから高齢者までの

保護件数 569件



- ※ 警察への通報に至らない、近隣で解決しているケースもあると考えられるため、実数はもっと多いだろう。
- ※ 徘徊SOSネットワークの構築が進めばより迅速な対応が可能になる。
- ※ ただし、行方が分からなくなって、行動範囲が狭いうちに、できるだけ早く、警察署か交番へ届ける！

## 徘徊SOSネットワーク

### Kさん宅の家族の方から「やまびこ」に検索願いの連絡が入りました

- なんでも相談当番者が電話を受けて情報を用紙に記入する



認知症徘徊行方不明者ゼロ作戦  
認知症高齢者が行方不明になった場合

家族の方はずきに 072-755-0110  
①警察への連絡  
まず、警察に電話してください。(災害にも連絡がいきます。)  
②相談者の「やまびこ」への連絡 072-792-4411

川西市北部地区徘徊電話連絡用内容  
警察へ送付する用紙です。お持ちして受けてください。

氏名	[記入欄]			男・女
生年月日	〒・区	年	月	日(歳)
性別	[記入欄]			
連絡に当たった所	[記入欄]			
身体的特徴	身長	cm	体重	kg
	めがね	有・無	志願型	A・B・AB・O
認知の状況	住所・名前を	覚える	覚えない	
車輿の行動範囲	[記入欄]			
過去の発見場所	[記入欄]			
その他	[記入欄]			
所在不詳発見時期	[記入欄]			
最終確認場所	[記入欄]			
不明時の様子	服装	[記入欄]		
	持ち物	[記入欄]		
	持ち物	[記入欄]		
	その他	[記入欄]		
徘徊経路	[記入欄]			
発見時連絡先	[記入欄]			
記入年月日	年	月	日	

## パソコンから登録している福祉委員に一齐送信しました

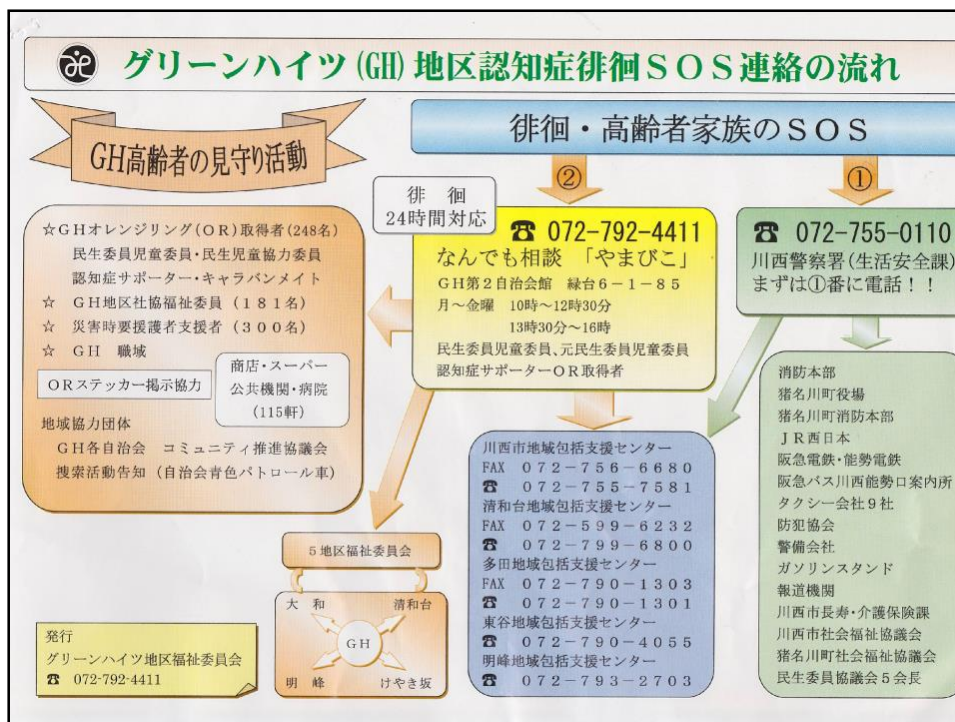


## 認知症高齢者のみまもり登録

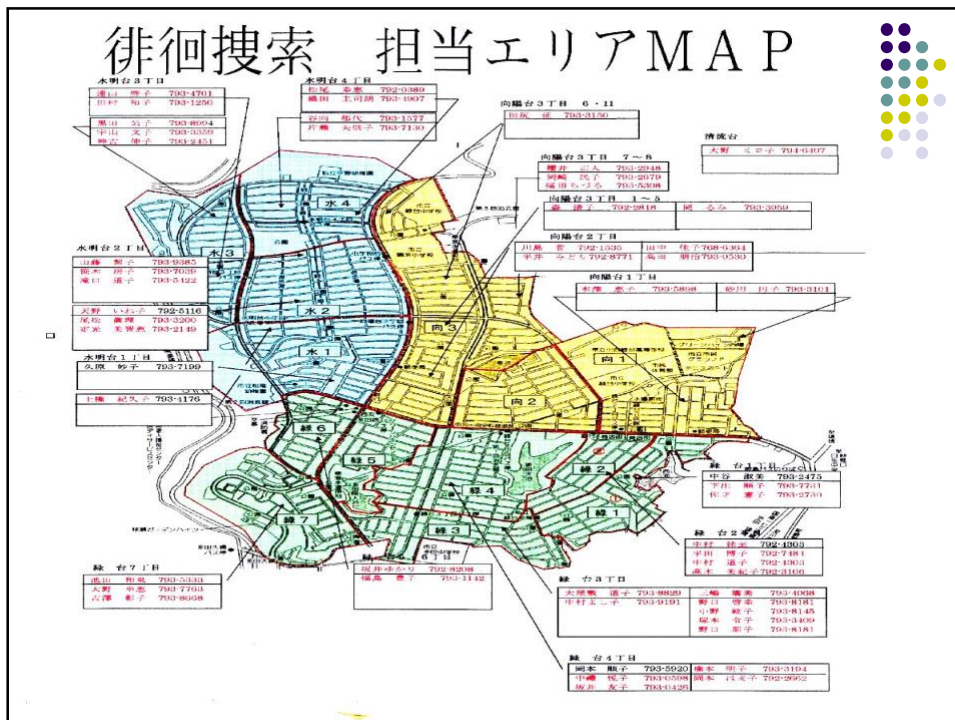


\*徘徊高齢者みまもり登録の趣旨は下記のとおり

- ① 日頃の見守りへの活用を行います。
- ② 高齢者が徘徊した場合、早期の捜索開始につながります。
- ③ 地域や関係機関で見守ることにより、家族に安心感を提供します。
- ④ 川西市・地域包括支援センター・警察・SOSネットワーク各窓口等が情報管理を行います。
- ⑤ 登録・見守り方法は個別対応のため、地域ケア会議等で決めていきます。







**徘徊模擬訓練**

**地域が主体で動く！**

**徘徊SOSネットワーク**

**(市内12地域で実施)**

**サポーター養成**

↓

**機運の高まり**

↓

**地域の見守りネットワーク**

↓

**市内全域への広がり**

## 訓練前の研修会

- ・認知症のご本人が一番「不案」な気持ちている！
- ・一人で抱えこまないで！
- ・正しく理解し、ご本人の気持ちに沿った適切な支援を！



**認知症サポーターはご本人とご家族の暖かい応援者！**

**正しい知識をまずは身近の人に伝えよう！**

**日ごろからのことばかけが大事。信頼できる関係作りが大切！**

## 徘徊SOSネットワーク模擬訓練 参加者の声



- 実際に声掛けをしてみて、想像していたのと違って難しかったが、経験をしたことで、実際に困っている高齢者などに声掛けができると思う。
- 1回で終わりではなく、多くの方に声を掛けて、訓練に参加していただくことが大事だと思った。
- なんといっても継続していくことが大事だ！
- 地域でネットワークを気づいていくことが大切だと思った。

## 医療と介護の連携



\* 認知症の方と家族を支えるために、保健・医療・福祉の各専門職（かかりつけ医・専門医・歯科医師・薬剤師・社会福祉協議会理事・病院連携会議メンバー・ケアマネジャー・キャラバンメイト・地域包括支援センター職員等）が事例検討を通してともに学んでいます。

\* 連携ノート 「つながりノート」



## 家族介護者に対する効果



- 家族介護者が連携の改善を実感できる。
- 介護者が認知症の基本的知識や患者のBPSDに対する対応を自然に学んで、自ら工夫するようになる。
- 患者さんの精神行動障害が軽減する。
- 家族の介護負担感が軽減する。
- 家族がケアマネや施設のケアスタッフに相談しやすくなる。
- 家族が、かかりつけ医の先生に患者さんのことについて相談しやすくなる。
- 「ノート」を持つことによって皆が支えてくれているという安心感をもてる。



## かかりつけ医の先生に対する効果

- かかりつけ医の先生が患者さんの症状や生活状況をよりよく知るようになる。
- 家族の困っていることがよりよくわかる。
- 多職種の人に関わりや動きがわかる。
- 介護保険主治医意見書が書きやすくなる。
- 患者さんに関わる多くの人に知ってもらいたい情報を簡単に知らせることができる。
  - (例) 「認知症治療薬やBPSD治療薬を開始した際に、〇〇などの点を観察して欲しい」と記述すると、家庭、施設など色々な場面で色々な人が見た様子を記載してくれる。



## ケアスタッフに対する効果

- かかりつけ医の先生に相談しやすくなる。敷居が低くなる。
- 患者の家での様子、家族の困っていることがよりよくわかるようになる。
- 複数の施設に通っている患者さんの場合は、他施設での様子がわかるようになる。
- 認知症のこと、BPSDへの対応法を学ぶことができる。
- 自分たちの指導したBPSDの対応法の効果を容易に知ることが出来る。
- ノートで色々な人と相談しながら患者さんのケアを考えることが出来る。

## 連携ノートの弱点



- 連携ノートは家族が携帯するので、家族がいないときにはその情報が閲覧できない。
- 診察、介護支援のタイミングでノートは閲覧されるため、緊急の連絡には適さない。
- 情報共有を円滑に行うための記載方法（的を得た書き方）の練習をし、これを習得する必要がある。
  - －たくさんの記載となると診察・介護支援の限られた時間内に読んで書くことができない。
  - －限られた時間に書けるようになる＝介護のポイントをつかむことになり、介護の質の向上につながる。

## 連携ノートの効果を増すためのコツ



- 皆でノートのどこに何を書くかを決めて適切な情報の書き方を練習をする。
  - 最も弱い立場である家族介護者が書いてきたら、まずはお礼を言う。
  - その上で適切な書き方を指導する。
  - 黄色いページに皆に伝えたいこと、質問したいことを簡潔に書き、このページは必ず、皆が読むことにして、読んだらサインをする。
  - 質問された人は回答する。「わからない」も可。
- 連携をしあう人達の間で、連絡会、勉強会を定期的開催する。
  - 基本的な知識、態度、理念を共有するため。
  - 顔の見える連携を構築するため。

## 「つながりノート」導入のために



- ケアマネジャー・介護保険サービス提供事業者に対して、通算11回の説明会や意見交換会
- その際に出た様々な貴重なご意見については、検討を重ねて運用につなげる。
- 持ち運びの際の個人情報保護に関する工夫等、システムの弱点については担当者会議によりチームで判断し、各高齢者へ導入について判断する。

⇒個別性を持った連携ノートの活用が期待されます。

## ●誰もが支えあう地域を目指して



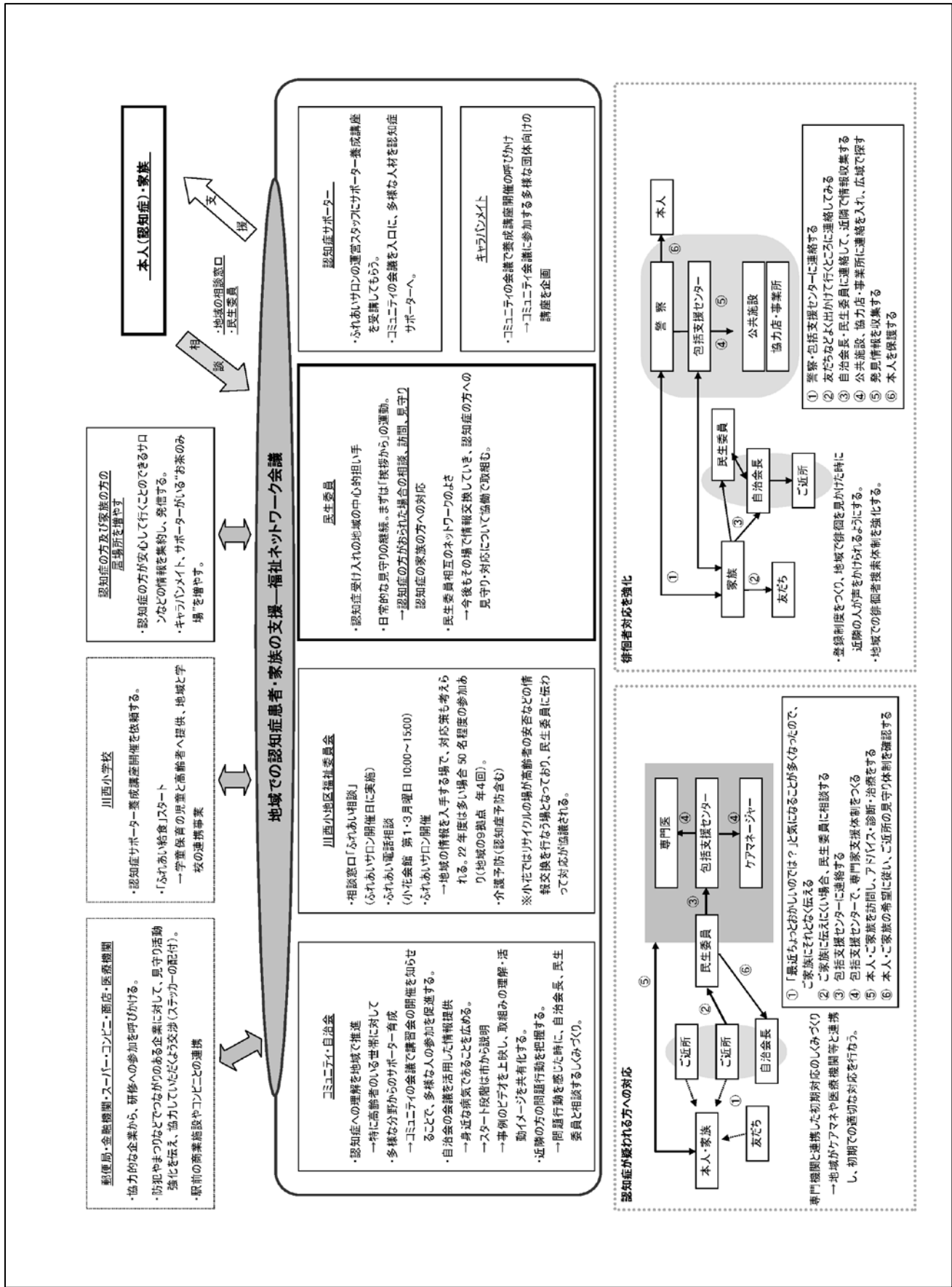
## 認知症はあくまで“きっかけ”

- 市民へ認知症理解を広げること
- 地域コミュニティの再構築
- 世代間交流、多職種協働、  
地域協働のまちづくりの推進



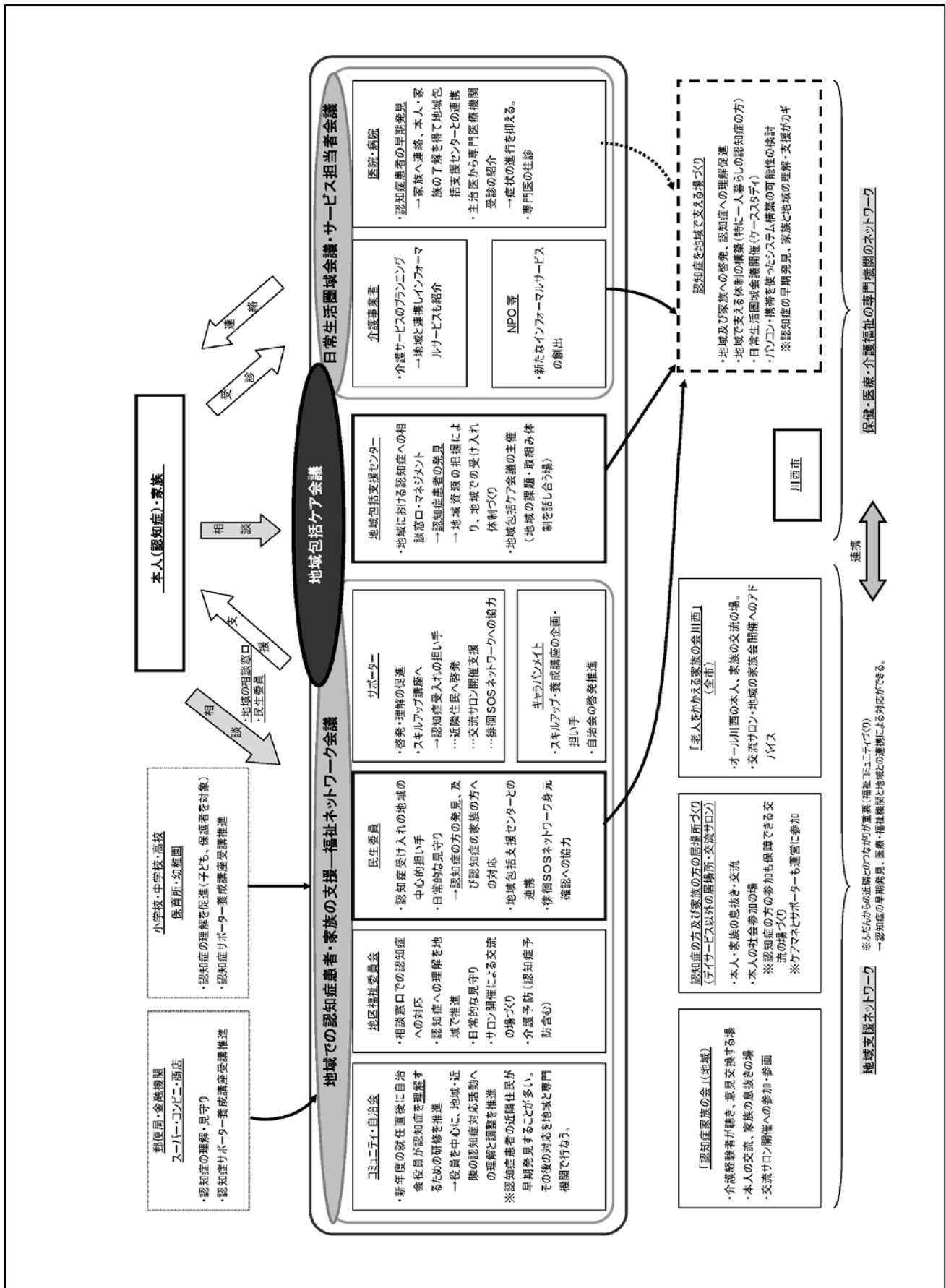
資料1 川西市小学校区別

小学校区名	全 市	久代小学校区 久代小地区	加茂小学校区 加茂小地区	川西小学校区 川西小地区	桜が丘小学校区 桜小地区	川西北小学校区 北小地区	明峰小学校区 明峰小地区	多田小学校区 多田小地区	多田東小学校区 多田東地区	藤台小・ 藤明小学校区 クワンハイ 地区	清和台南小 校区 清和台地区	けやき塚小 校区 けやき塚小 地区	東谷小・ 黒川小学校区 東谷地区	牧の台小 校区 大和地区	北陵小学校区 北陵地区
人口	161,036人	8,977人	11,243人	13,332人	8,999人	9,772人	15,385人	10,571人	13,406人	15,076人	13,808人	6,495人	14,206人	11,434人	8,332人
65歳以上人口 (人口構成比)	43,104人 (26.8%)	2,113人 (23.5%)	3,070人 (27.3%)	3,585人 (26.9%)	2,459人 (27.3%)	2,549人 (26.1%)	4,505人 (29.3%)	2,234人 (21.1%)	2,788人 (20.8%)	5,794人 (38.4%)	3,878人 (28.1%)	1,024人 (15.8%)	3,100人 (21.8%)	4,431人 (38.8%)	1,574人 (18.9%)
65歳以上の要支援・要介護 認定を受けていない人 (65歳以上人口構成比)	36,523人 (84.7%)	1,801人 (85.2%)	2,541人 (82.8%)	2,940人 (82.0%)	2,030人 (82.6%)	2,098人 (82.3%)	3,948人 (87.6%)	1,905人 (85.3%)	2,387人 (85.6%)	4,947人 (85.4%)	3,348人 (86.3%)	875人 (85.4%)	2,610人 (84.2%)	3,734人 (84.3%)	1,359人 (86.3%)
65歳以上の要支援・要介護 認定者 (65歳以上人口構成比)	6,581人 (15.3%)	312人 (14.8%)	529人 (17.2%)	645人 (18.0%)	429人 (17.4%)	451人 (17.7%)	557人 (12.4%)	329人 (14.7%)	401人 (14.4%)	847人 (14.6%)	530人 (13.7%)	149人 (14.6%)	490人 (15.8%)	697人 (15.7%)	215人 (13.7%)
施設入所の要介護者	916人	41人	82人	76人	55人	63人	76人	65人	53人	86人	103人	28人	66人	84人	38人
在宅の要支援・ 要介護認定者	5,665人	271人	447人	569人	374人	388人	481人	264人	348人	761人	427人	121人	424人	613人	177人
うち認知症自立	1,757人	64人	113人	158人	99人	120人	152人	85人	113人	258人	137人	38人	129人	231人	60人
うち認知症Ⅰ～Ⅱb	2,783人	142人	246人	295人	199人	208人	220人	127人	165人	357人	207人	57人	209人	277人	74人
うち認知症Ⅲ～Ⅳ	1,044人	60人	79人	110人	72人	55人	103人	51人	64人	141人	80人	23人	77人	96人	33人
うち自立度不明	81人	5人	9人	6人	4人	5人	6人	1人	6人	5人	3人	3人	9人	9人	10人
在宅の要支援Ⅰ・Ⅱ	2,043人	69人	145人	213人	134人	135人	168人	93人	125人	315人	159人	37人	134人	243人	73人
うちサービス利用者	1,167人	36人	75人	129人	83人	73人	93人	60人	80人	165人	88人	21人	85人	143人	36人
うちサービス未利用者	876人	33人	70人	84人	51人	62人	75人	33人	45人	150人	71人	16人	49人	100人	37人
在宅の要介護Ⅰ・Ⅱ	2,184人	111人	181人	198人	132人	156人	195人	103人	144人	288人	167人	48人	168人	231人	62人
うちサービス利用者	1,687人	93人	137人	145人	98人	124人	158人	79人	120人	209人	123人	33人	133人	187人	48人
うちサービス未利用者	497人	18人	44人	53人	34人	32人	37人	24人	24人	79人	44人	15人	35人	44人	14人
在宅の要介護Ⅲ以上	1,438人	91人	121人	158人	108人	97人	118人	68人	79人	158人	101人	36人	122人	139人	42人
うちサービス利用者	1,028人	63人	87人	115人	83人	74人	86人	42人	60人	117人	64人	29人	88人	93人	27人
うちサービス未利用者	410人	28人	34人	43人	25人	23人	32人	26人	19人	41人	37人	7人	34人	46人	15人
民生児童委員 (65歳以上の100人当たり) (在宅の認知症Ⅰ以上の1人当たり)	246人 (0.57人)	18人 (0.85人)	20人 (0.65人)	19人 (0.53人)	15人 (0.61人)	19人 (0.75人)	22人 (0.49人)	12人 (0.54人)	18人 (0.65人)	26人 (0.45人)	20人 (0.52人)	9人 (0.88人)	22人 (0.71人)	16人 (0.36人)	10人 (0.64人)
地区福祉委員会 (65歳以上の100人当たり) (在宅の認知症Ⅰ以上の1人当たり)	1,311人 (3.04人)	68人 (3.22人)	113人 (3.68人)	98人 (2.73人)	64人 (2.60人)	66人 (2.59人)	81人 (1.80人)	92人 (4.12人)	93人 (3.34人)	175人 (3.02人)	100人 (2.58人)	52人 (5.08人)	92人 (2.97人)	131人 (2.96人)	86人 (5.46人)
キャリアメント (65歳以上の100人当たり) (在宅の認知症Ⅰ以上の1人当たり)	312人 (0.72人)	17人 (0.80人)	18人 (0.59人)	22人 (0.61人)	20人 (0.81人)	16人 (0.63人)	31人 (0.69人)	20人 (0.90人)	27人 (0.97人)	27人 (0.47人)	37人 (0.95人)	25人 (2.44人)	15人 (0.48人)	21人 (0.47人)	16人 (1.02人)
認知症サポーター (65歳以上の100人当たり) (在宅の認知症Ⅰ以上の1人当たり)	4,606人 (10.69人)	191人 (9.04人)	254人 (8.27人)	100人 (2.79人)	99人 (4.03人)	112人 (4.39人)	1,110人 (24.84人)	120人 (5.37人)	235人 (8.43人)	396人 (6.83人)	273人 (7.04人)	171人 (16.70人)	434人 (14.00人)	543人 (12.25人)	568人 (36.09人)
配食ボランティア (65歳以上の100人当たり) (在宅の認知症Ⅰ以上の1人当たり)	351人 (0.81人)	34人 (1.61人)	40人 (1.30人)	64人 (1.79人)	8人 (0.33人)	33人 (1.29人)	21人 (0.47人)	11人 (0.49人)	27人 (0.97人)	19人 (0.33人)	30人 (0.77人)	19人 (1.86人)	13人 (0.42人)	14人 (0.32人)	18人 (1.14人)
	(0.09人)	(0.16人)	(0.12人)	(0.16人)	(0.03人)	(0.12人)	(0.06人)	(0.06人)	(0.11人)	(0.04人)	(0.10人)	(0.23人)	(0.04人)	(0.04人)	(0.15人)





資料3 川西市専門機関と連携した認知症地域支援ネットワークの活動イメージ ～4地区ワークショップより～



資料4 平成24年度 川西市認知症地域資源ネットワーク構築事業活動報告

項目		内容
推進会議 (構成員は別紙名簿のとおり)		○年4回 事業の実施状況の確認と認知症の方を支える支援体制構築推進のための調整を行う。
実態調査(地区診断)		○データーの追加及び分析 人口動態等のデーターの把握と分析を行い、川西市における課題を明確にし対応策を検討する。 ○認知症の方の介護者への実態調査 認知症の方、介護者の実態についての調査を行い、現状と課題等を把握し対応を検討する。 ○ケアマネジャー等への実態調査 (認知症の方のケアマネジメント状況等) ケアマネジャーや介護保険サービス提供者への調査を行い、川西市におけるケアの実態把握を行う。
ワークショップ		○介護保険サービス協会のワークショップ 介護保険サービス提供者にワークショップを行い、課題の抽出と対応策を検討する。 ○キャラバンメイトのワークショップ キャラバンメイトのワークショップを行い、現状を明らかにし、課題の抽出と対応策を検討する。
地域資源マップの資源の追加等		○新たな地域資源の情報提供 新たな地域資源の情報を得て、提供を行なう。 ○地域資源マップ用ホームページの作成 ホームページの情報のリニューアルを行う。
認知症の理解・普及・啓発		○キャラバンメイト養成研修 認知症サポーター養成講座4回コースを修了された方を対象に行う。 ○キャラバンメイトフォローアップ研修 キャラバンメイトを対象に研修を行う。 ○認知症サポーター養成講座4回コース 民生委員・福祉委員と市民を対象に行う。 ○認知症サポーター養成講座1回コース 随時 各キャラバンメイトが担当地域包括支援センターと相談し、随時開催する。 ○認知症サポーターフォローアップ研修 認知症に関する最新情報やケア等の情報提供を行う。 ○認知症理解のための市民対象の講演会 認知症に関する最新情報やケア等の情報提供を行う。 ○虐待防止のための研修会 ケアマネジャー・介護保険サービス提供者を対象とする。
地域支援体制の推進	部会	<b>みまもり登録徘徊SOS部会</b> 登録された方の日頃のみまもりと徘徊SOSネットワークについて、仕組みを作る。 ○徘徊SOSネットワーク模擬訓練 14地区福祉委員会 各地域の実態に合わせたネットワーク構築を目指して訓練を行う。 ○徘徊SOSネットワークの構築と支援 人命を第一に考え、訓練から見えてきた課題の解決方法を検討し、地域の特性に合わせたネットワークを構築する。 ○みまもり登録による日頃の見守りと徘徊SOSネットワーク連携支援 認知症になっても家に閉じこもることなく、安心して地域で暮らせるように、日頃の見守りネットワークを構築する。また、登録されている方が行方不明になった場合は、より速やかに発見できるように仕組み作りを進める。 ○地域における家族会またはサロンの開催 認知症の方や介護をしている家族がつどえる場づくりを検討する。
医療と介護連携	部会	<b>医療介護連携部会</b> 医療と介護連携について検討する。連携ノート「つながりノート」の導入についても進捗状況の確認や課題について検討する。 ○連携ノート「つながりノート」 認知症の方や介護をしている家族を支えるために、医療・介護連携のツールとして連携ノートの導入を行う。 ○連携ノート検討チーム 川西版連携ノート検討を医師会・介護支援専門員協会代表・介護保険サービス事業者協会代表(訪問介護・通所介護)の構成員で行った。 ○認知症予防にかかる講座(2回コース) 市民を対象に、認知症予防と早期発見の対応方法についての講座等を行う。 ○事例検討会 認知症の方が地域で生活を継続できるように専門職等が事例検討会を行う。
事業報告会		○事業報告会 川西における認知症の方と家族の支援状況についての報告し、ネットワークの浸透を図る。

## 川西市明峰地区の取り組み

## 明峰地域の現状

平成24年3月31日現在

	自治会	人口 (人)				高齢化率(%)	年少人口比率(%)
		計	14歳以下	15～64歳	65歳以上		
1	湯山台	3,189	325	1,613	1,251	39.2	10.1
2	萩原台	3,758	391	1,983	1,384	36.8	10.4
3	鶯台	1,860	289	952	619	33.2	15.5
4	鶯が丘	957	95	553	309	32.3	9.9
5	萩の里	609	83	387	139	22.8	13.6
6	萩原2丁目	1,189	176	746	267	22.5	14.8
7	錦松台	1,757	298	1,206	253	14.4	17
8	南野坂	2,046	568	1,316	162	7.9	27.7
明峰地域全体		15,365	2,225	8,756	4,384	28.5	14.5
川西市		160,617	21,883	97,038	41,696	26	13.6

川西市社会福祉協議会 HP 平成24年度 地区別福祉関係データより抜粋

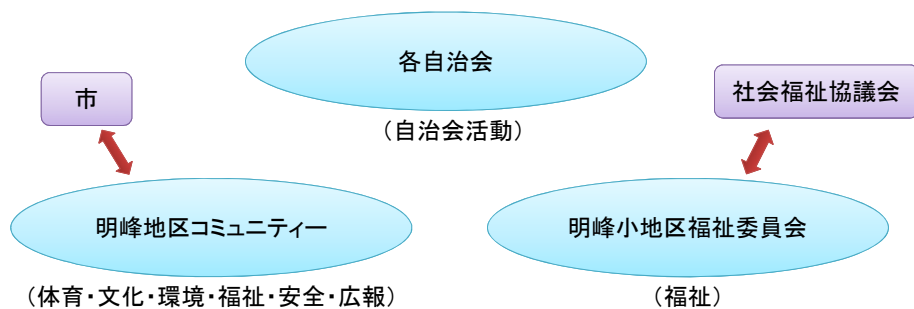
### 明峰地域における認知症高齢者の現状

明峰地区人口	15,385
65歳以上人口	4,505
65歳以上の介護保険認定者 (施設入所者除く)	557
在宅の介護保険認定者数	481
うち認知症自立	152
うち認知症Ⅰ～Ⅱb	220
うち認知症Ⅲ～Ⅳ	103
うち自立度不明	6

### 認定別サービス利用者数

要支援1・2	168
うちサービス利用者	93
うちサービス未利用者	75
要介護1・2	195
うちサービス利用者	158
うちサービス未利用者	37
要介護3以上	118
うちサービス利用者	86
うちサービス未利用者	32

平成24年12月31日現在住民基本台帳より



平成16年より明峰小地区福祉委員会は「福祉デザインひろばづくり」事業の指定を受け、重点活動を実施

**(1)福祉ネットワーク会議を定期的に開催**

福祉委員・民生委員代表に加え、コミュニティー・自治会・老人会・子ども会・小中学校PTAなど、地区の各種団体代表が参画し、地区の総意を結集、特色ある地域福祉を目指す会議を行う。

**(2)明峰小地区福祉拠点を設置**

公民館内に、地区福祉拠点を設け、福祉会合・情報発信・広報活動・ボランティア活動など、福祉活動の機能を高めると同時に、毎週水曜日には相談窓口を開設し、地区のコミュニケーションを図る。

**(3)地区内でのふれあい交流会を充実**

福祉委員会主催：グラウンドゴルフ大会、ひとり暮らし高齢者のつどい、高齢者夫婦のつどい、各種研修会開催  
自治会主催：月例交流、三世代交流など幅広いふれあい交流への支援

**(4)その他、地域福祉事業による助け合い**

高齢者、独居高齢者、障がい者などの見舞い、見守り、及び配食サービス活動など、介護周辺サービス、ニーズの発見、支援をおこなう

## 地域ケア会議のねらい

各地域の会議で課題は上がってくるが、その課題に対しての対応ができていない。

(認知症対策・ボランティアの高齢化・移送サービスなど)

そこで、地域包括支援センターが地域ケア会議を行うことで、明峰地域の認知症の方に対する関わり方を構築していくことを目標にする。

その為参加者は、友人や隣人、当該地区の関係者以外に明峰地域内の民生委員やボランティアグループ、地区福祉委員の関係者や社会福祉協議会に参加を呼び掛ける

## 地域ケア会議の開催

関わり、関係性を明確にし、これからも自分の家で暮らしていきたいとの、本人の思いを実現するために、どう支えていけるか検討する

### 開催経緯

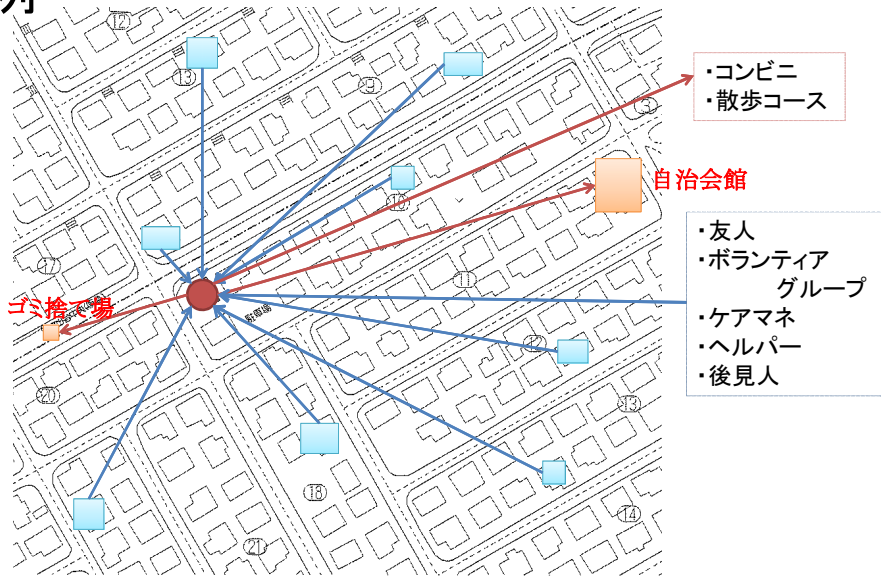
夫死去後、成年後見制度利用。子供なし。友人の力を借りながら生活していたが、対応できない事が出てきたため、ヘルパーを利用し始める。その後、近所の方、ボランティアの力を借りながら1人暮らしを継続。年末のみショートステイ利用。

ノートを家に置き、誰がいつ訪問したか記入し、訪問者に服薬確認(認知症の薬)をお願いしていた。

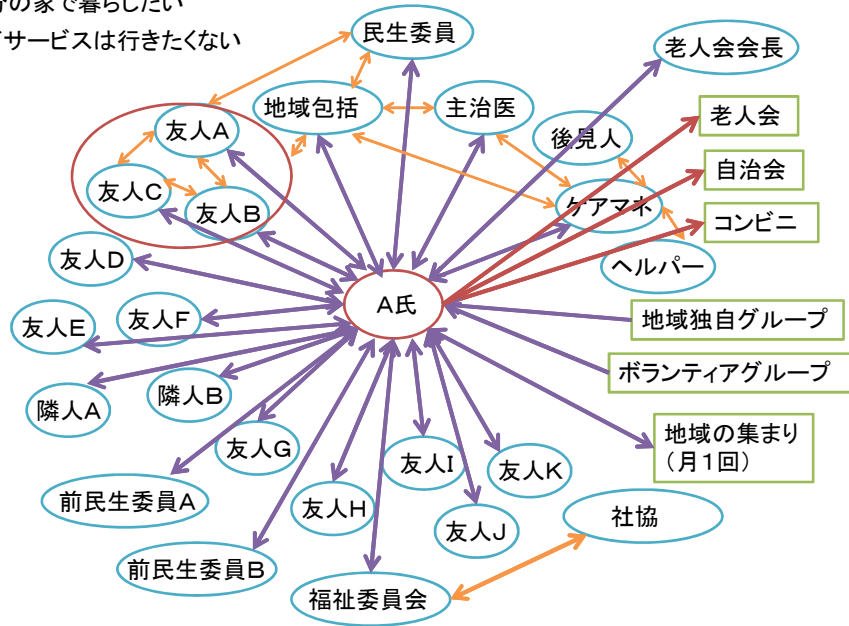
ヘルパーの利用日数が増えてきたことで、友人や近所の方、地域の行事にも遠ざかっていくようになった。ノートも記入がなくなってきた・・・

本人は施設に入らず、住み慣れた家、夫と生活していた家で住みたいとの希望で在宅生活を続けていたが、このままでは介護保険サービスだけが本人に関わり、地域とのつながりがなくなってしまうと考え、地域ケア会議を開催することになる

# 例



自分の家で暮らしたい  
デイサービスは行きたくない



## 地域ケア開催後・・・

(一部抜粋)

- ・地域の行事や友人との食事、旅行を優先する。何も無い時にのみヘルパーで対応
- ・ノートは継続し、何をしたら記入する(ヘルパー等来訪者全員)
- ・友人
  - 以前は食事のこととか心配であったが安心した。月に一度くらいは一緒に食事に行く
- ・ボランティアグループ
  - ヘルパーと時間が重ならないようにする。人恋しい人なので帰りづらいが、ヘルパーが来ると帰りやすい
- ・ヘルパー
  - ヘルパーの予定を冷蔵庫に貼るので訪問が重なった場合は連絡を。いつでも変更は可能
- ・介護保険が優先ではなく、本人が今までと同じ生活ができるよう、友人の方や近所の方と連携し支援を継続していく。訪問して頂ける方のペースで進めていく。ヘルパーが玄関で鉢合わせになっても大丈夫。訪問者を優先
- ・費用について
  - 後見人が管理しており、今までのように百貨店に買い物に行っても大丈夫

## その後

地域の集まり参加

友人と買い物や食事

友人と1泊2日の温泉旅行

老人会の参加とバス旅行 などなど

ノートを共有することで訪問者や行事、予定等確認することができ、関わっている方みんなで見守りができている。

## 現在

今年2月半ばに「私は誰？」と発言あり。

再度地域ケア会議を開催することになる。(開催日を検討中)

いつまで自宅で生活できるのか？どのタイミングで施設を考えていくのかを、地域ケア会議参加者で話し合う予定

その際には、自分が同じ立場だったらどうしたいかなども考えてもらい、明峰地域の一つの基準になれば・・・

## 明峰地区の今後の動き



# まちでみんなで認知症をつつむ

## 大牟田市認知症ケアコミュニティ推進事業

～多職種協働・地域協働を生み出そう！～

平成25年3月8日

大牟田市 保健福祉部 長寿社会推進課  
地域包括支援センター担当 梅本 政隆

### 福岡県大牟田市の概況

～やさしさとエネルギーあふれるまち・おおむた～



福岡県大牟田市

宮原坑（重要文化財）

かつては炭鉱のまち  
(平成9年三池炭鉱閉山)  
今、大牟田は  
人にやさしいまちへ



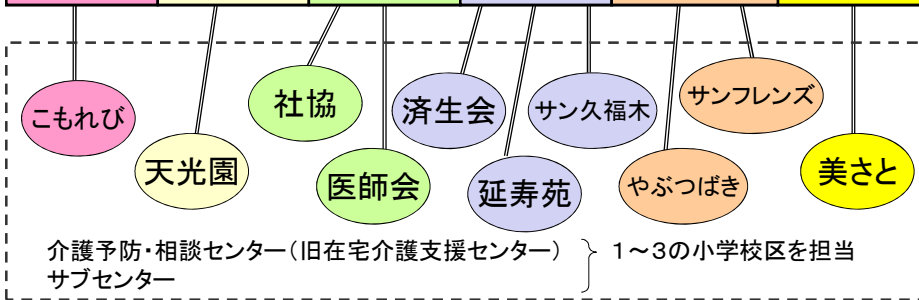
- 大牟田市の人口  
約210,000人 (1960年) **123,958人** (2012年10月)
- 高齢者数 37,907人  
高齢化率 **30.6%** (2012年10月)  
後期高齢化率 **17.1%**
- 要介護認定者数 7,728人  
認定率 **19.9%** 65歳以上 (2012年9月)
- 世帯数 57,574戸 (2012年10月)  
高齢者のいる世帯 28,239戸(49.0%)  
高齢者単身世帯数 12,525戸(21.7%)  
公営住宅世帯数 4,926戸(8.5%)
- 公民館(地縁組織)加入率 **35.4%**(2011年度)

## 大牟田市地域包括支援センター等設置状況 (平成24年10月1日現在)

### 長寿社会推進課 (統括)

センター長 (課長職として他担当と兼務) 1人、主査 (行政職) 1人、事務職 1人  
 保健師等 4人、主任ケアマネジャー 1人、社会福祉士 3人 (うち1名は認知症連携担当者を兼務)

手鎌 (委託)	吉野 (委託)	中央 (委託)	三池 (委託)	駛馬・勝立 (委託)	三川 (委託)
主任CM 1名 社会福祉士 1名 保健師等 1名	主任CM 1名 社会福祉士 1名 保健師等 2名	主任CM 2名 社会福祉士 3名 保健師等 1名	主任CM 1名 社会福祉士 2名 保健師等 2名	主任CM 1名 社会福祉士 1名 保健師等 1名	主任CM 2名 社会福祉士 1名 保健師等 1名



面積: 81.5km<sup>2</sup> 生活圏域: 小学校区 (22校区)  
 包括1箇所あたり: 人口約1~3万人, 高齢者人口約3~9千人

## 地域認知症ケアコミュニティ推進事業 H14年度～

認知症の人の理解が深まり、  
 地域全体で支えるしくみをつくり、  
 認知症になっても、誰もが  
 住み慣れた家や地域で、  
 安心して豊かに暮らし続ける・・・  
 そんな願いを叶える「まちづくり」です。

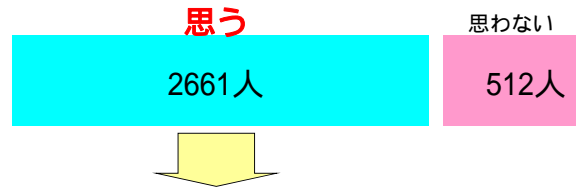
平成13年11月認知症ケア研究会の発足  
その出発点は

いつでも、どこにいても、誰といても  
自分らしく、幸福に暮して欲しいという  
願いだった。  
だから、自分の施設だけ良くてはだめ！

平成14年度  
2002

## 認知症介護に関わる実態調査(平成14年度)

地域で認知症の人を支える意識やしきみが必要だと思いますか？



### 地域づくりの提言、キーワード → 活動の基盤

向こう三軒両隣、隣組、小学校区単位の身近なネットワークの構築  
公民館、民生委員の機能の復活と地域資源の活用  
認知症を隠さず、恥じず、見守り、支える地域全体の意識向上  
行政と地域の連携、推進者の育成・配置、介護現場の質の向上、いつでも相談できるサポートセンターの設置  
子供のときから学ぶ、触れる機会をつくる  
家族への支援、家族介護の負担の軽減

平成15年度  
2003

## 認知症コーディネーターの養成

デンマークでは、認知症コーディネーターが介護現場や家族、本人へのさまざまな支援を行っています。

カリキュラムも幅広く、専門性高い、しかも人間味あふれる内容です。

- ・モラル、倫理観、人間観
- ・脳の機能や疾患、治療
- ・コミュニケーション
- ・ユーモアとファンタジー
- ・人権 ・住まい など

認知症の専門家は、深く「人」を理解する専門家と言えます(23年度末で76名が修了)



- 受講生(12人×2期生)は毎月2日間、履修項目に従った研修に取り組んでおり、その内容は講義形式よりもディスカッションやグループワークに中心をおく。
- 受講期間: 2年間(408時間)
- 受講費用: 年間10万円

9

## わがまちの認知症コーディネーター

修了生の現在!

- 地域包括支援センターへ
- 小規模多機能サービス拠点(宅老所)へ
- ユニットケアの推進者へ
- ケアマネジメントの推進者へ

平成18年度から

小規模多機能サービス拠点は、単なる介護サービス施設ではない。  
認知症と共生しながらまちづくりを進めていく地域の拠点であり、認知症コーディネーターがその役割を担う。  
(地域のまちづくりコーディネーター)

- ◎小規模多機能型居宅介護の管理者には受講義務!
- ◎急性期病院に認知症ケアの理念と視点を!
- ◎地域包括支援センターには完全配置を!

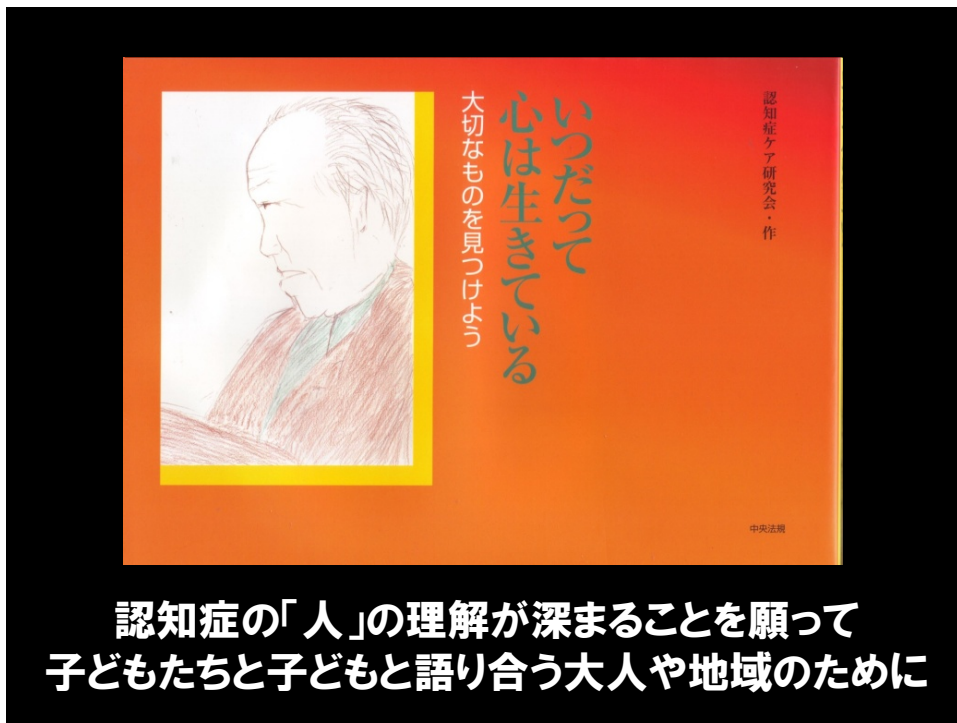


第25回日よう茶話会  
(2008. 1. 27)

世代間交流  
(人情まき寿司づくり)



平成16年度  
2004





## 絵本教室の実績

平成16年	4校
平成17年	7校
平成18年	8校
平成19年	13校
平成20年	13校
平成21年	17校
平成22年	19校
平成23年	14校
平成24年	20校

心も体もそばにいる

思い出を忘れてしまうなら、僕たちが新しい思い出をつかってあげる

認知症は不便だけど、不幸ではない

延べ115校(小・中学校合せて)5,000人以上の子どもたちと勉強しました



グループワークをしてから、発表します



## 絵本教室のその後 ~そして子どもたちは~

学校で認知症の人と学び合う場「ふぁみ会」  
ふぁみ会 = みんなファミリーのように仲良くなろう会



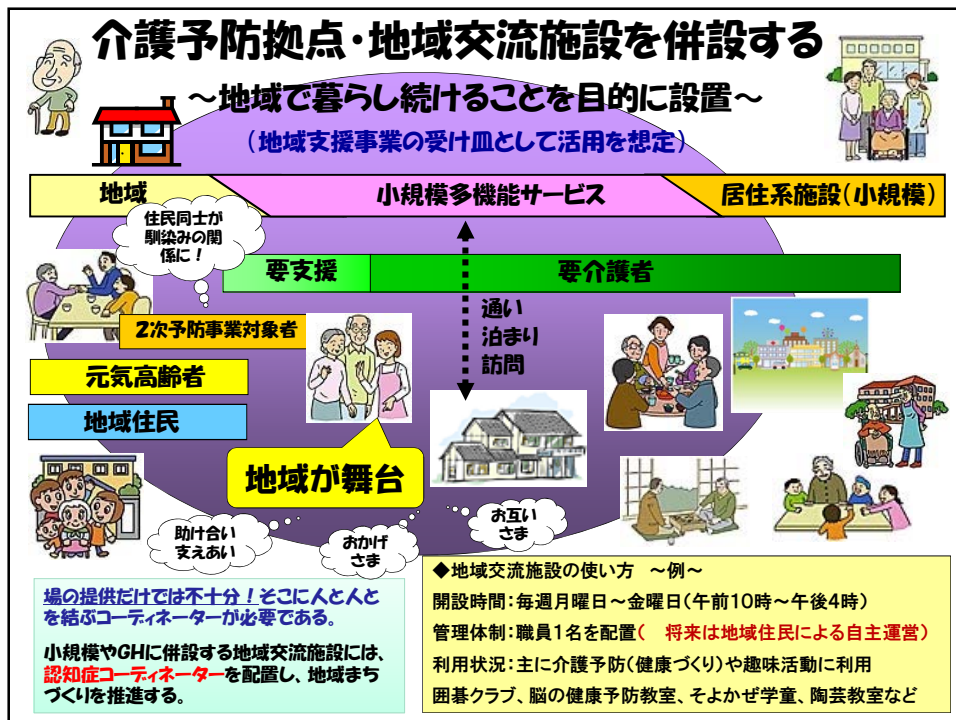
徘徊模擬訓練にも参加します  
絵本教室で学んだ接し方を活かします

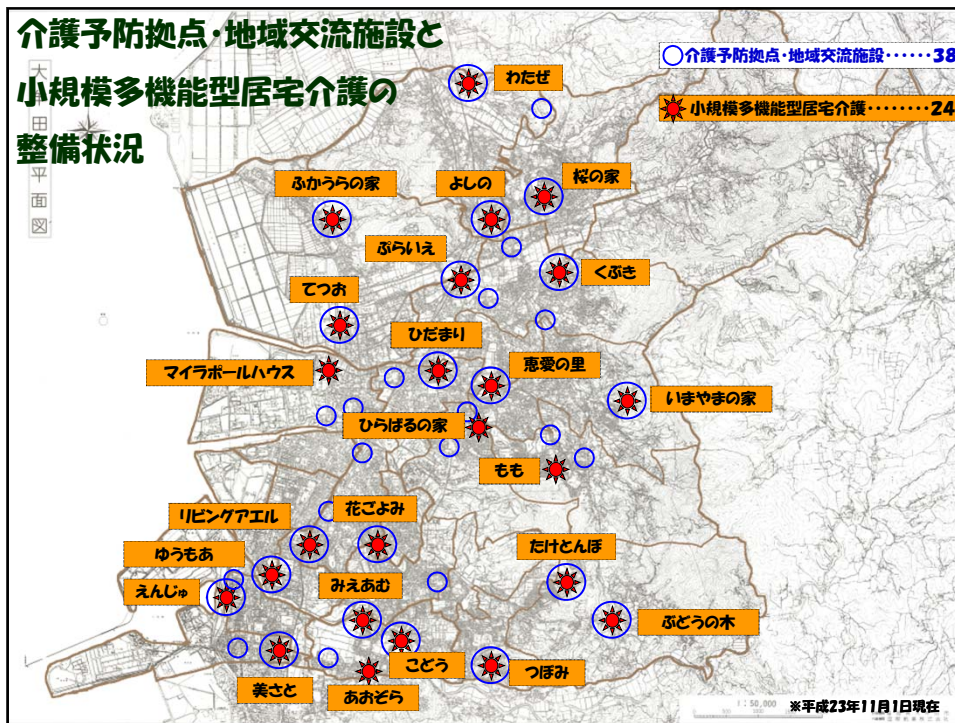
地域の人とペアになってまちを歩く「ペアウォーク」  
自分たちの住む地域を再発見



# 平成17年度 2005

介護保険法の改正を踏まえて、地域密着型サービス(特に小規模多機能型居宅介護)の積極的な整備を計画





- ◆「地域の絆」を支え合う仕組みが必要
- ◆「地域の絆」とは、いきいきと暮らせる環境を整えること
- ◆新しいコミュニティづくり～小学校区を生活の単位と考える
- ◆公的なサービスでは対応が限定的
- ◆地域で暮らす認知症ケアと多世代交流

**地域交流施設によるまちづくり事例集**

平成20年3月  
大牟田市

# 平成18年度 2006

## 大牟田市もの忘れ予防・相談検診

ミニ学習+趣旨説明

1次スクリーニング:タッチパネル式  
もの忘れ相談プログラム  
(13点以下 or 生活上の支障)

2次スクリーニング:TDAS  
(7点以上 or 抑うつ傾向:登録)

問診:相談医、  
専門医(神経内科・精神科)

相談:認知症コーディネーター、  
地域包括支援センター等

ミニ予防教室(全員)

★すべての受診者(同意を得た人のみ)の  
結果をかかりつけ医に報告



年2回地区  
公民館等で実施

受診者数			
06'	07'	08'	09'
145	129	262	198
10'	11'		
104	391(人)		

診断のための受診の促し  
予防教室への参加  
介護保険申請など  
本人及び家族支援  
かかりつけ医への報告

## 脳健康を守る予防教室「ほのぼの会」 市内6か所の介護予防拠点で実施中



「笑い」「会話」「楽しみ」「関わり」「仲間作り」  
を大切にしたプログラム \* 3ヶ月間12回(週1回)



平成19年度  
2007

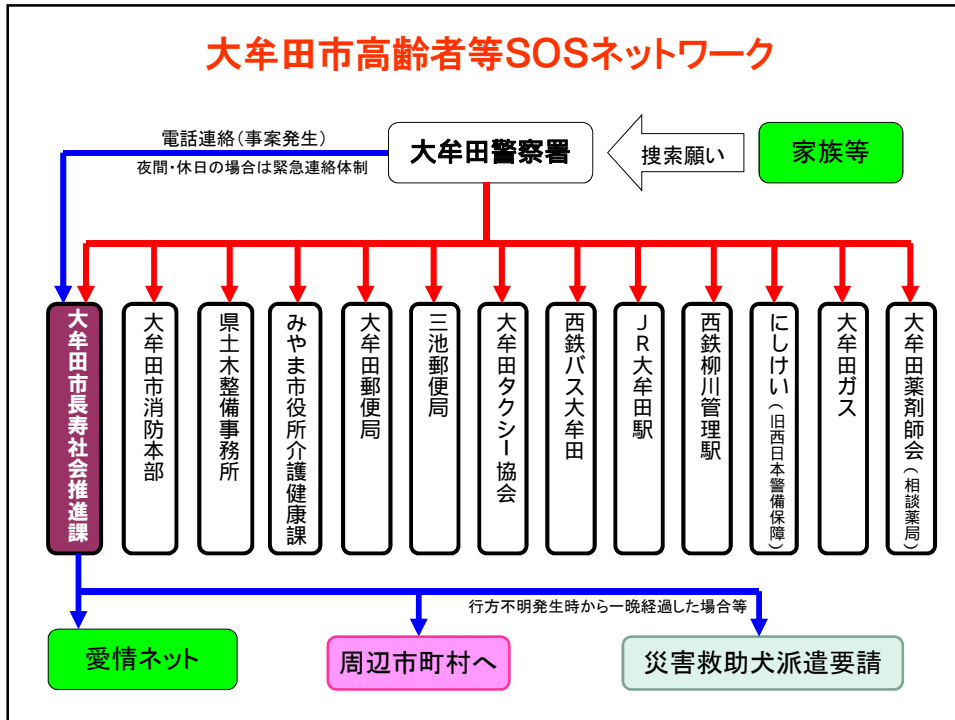
## 大牟田市ほっと・安心(徘徊)ネットワーク 徘徊模擬訓練



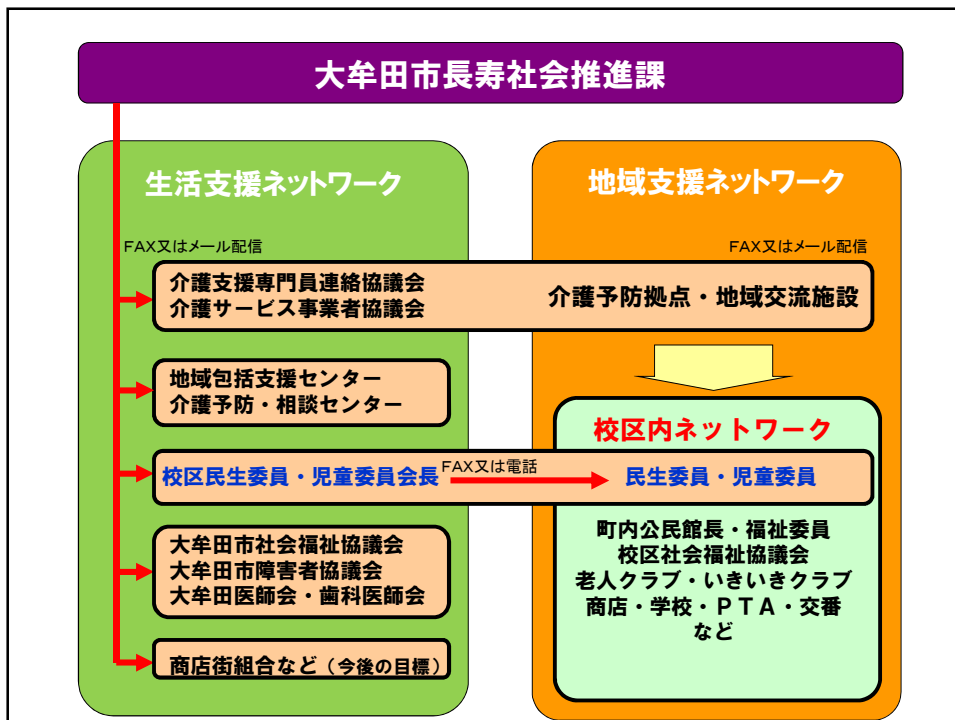
## ほっと安心(徘徊)ネットワーク (高齢者等SOSネットワークを含む)

1. 認知症の人と家族を支え、見守る地域の意識を高め認知症の理解を促進していく
2. 徘徊高齢者を隣近所、地域ぐるみ、多職種協働により可能な限り、声かけ、見守り、保護していく実効性の高いしくみの充実
3. 認知症になっても安心して暮らせるために「徘徊＝ノー」ではなく、「安心して徘徊できる町」を目指していく

## 大牟田市高齢者等SOSネットワーク



## 大牟田市長寿社会推進課



## 徘徊模擬訓練のはじまり

**平成16年 はやめ南人情ネットワーク 発足  
3年間(1校区)で徘徊模擬訓練を実施**

- 警察を中心とした高齢者等SOSネットワークを活用
- 地域住民や関係機関による情報伝達、搜索、声かけ訓練を実施



## これまでの経過

**平成19年 市内全域へ広がる  
地域の取り組みは7校区へ**

- 福岡県南の市町村で取り組むことを首長会で確認

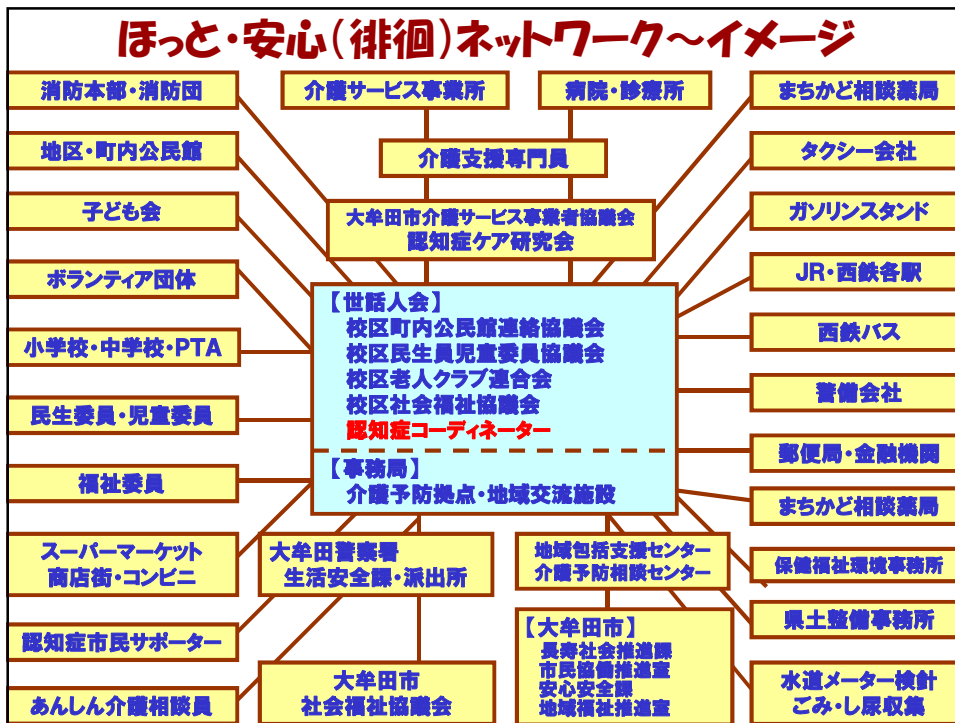
**平成20年 模擬訓練に向けて認知症の啓発を強化**

- 認知症サポーター講座を職域・小地域で開催
- 筑後田園都市推進評議会(福岡県)が主体となって広域ネットワークの整備に取り組むことを確認

**平成21年 地域の取り組みが18校区に広がる**

**平成22年までには、すべての地域が取り組みを実施**





# 白川校区のとりくみ

## 誰もが支えあう地域を目指して

### 認知症はあくまで“きっかけ”

- 絵本教室で子供たちに伝えたいこと
  - ・高齢者を敬う気持ち
  - ・ともに助け合い支え合う地域社会の大切さ
- 徘徊模擬訓練をとおして目指すこと
  - ・市民へ認知症理解を広げること
  - ・地域コミュニティの再構築
  - ・世代間交流、多職種協働、地域協働のまちづくりの推進

## 声掛け、熱中症予防

### —炎天下に高齢女性保護

24.8.24



感謝状を受け取った生徒3人

福岡管区気象台によ

ると、この日の最高気

温は33.5℃と、

「これはすご

か」と声を掛けると、

「大丈夫です

か」と返答。三人で同公

園に同行することにし

たという。

延命公園まで行けば自

宅が分かります」と女

性は返答。三人で同公

園に同行することにし

たという。

延命公園まで行けば自

宅が分かります」と女

性は返答。三人で同公

園に同行することにし

たという。

中学生3人  
へ感謝状  
大牟田署

大牟田警察署（上野恵造署長）は二十三日、道に迷っていた高齢者に保護したとして、大牟田市米生中学校の女子生徒三人に感謝状を掛けから熱中症予防まで、三人が行ったこまやかな心遣いに対し、お年寄りの多い地域。皆さんの活動は助かります」とたたえた。

三人はいずれも同校（12）川津愛奈さん（13）池永志織さん（13）今年三日月午後一時半ごろ、遊びに出掛ける途中、横断歩道を渡る女性に気付いた。中嶋さんは昨年、徘徊（はいかい）模擬訓練に参加したことがあり、女性の様子が気になった。「大丈夫ですか」と声を掛けると、「これはすご

# 平成20年度 2008

## 若年認知症本人交流会・家族の集い語らう会

「認知症のご本人や家族の願いに寄り添って」

### ●若年認知症本人交流会in大牟田

“ぼやき・つぶやき・元気になる会”

「**仲間の役にたち、励まし合いたい!**」

毎月1回開催

H23年1月19日は厚生労働省の若年認知症対策のための意見交換会へ出席  
本人交流会からの意見



「認知症になっても、働けるうちにはできるだけ働きたい。今までと同じようにはいれないけど、耳の不自由な人が手話や身振りや字に書いてサポートしてもらって働いているのを見たことがある。アルツハイマーにもそんなサポートがあると、自分ももう少し働けたと思う。」

### ●認知症介護家族のための

“つどい、語らう会” 毎月第3木曜日

13:30~16:00

会場:大牟田市社会福祉協議会



介護の悩み不安を語り合い



認知症を学び互いに助け合って

38

# 平成21年度 2009

## 大牟田市地域認知症サポートチーム

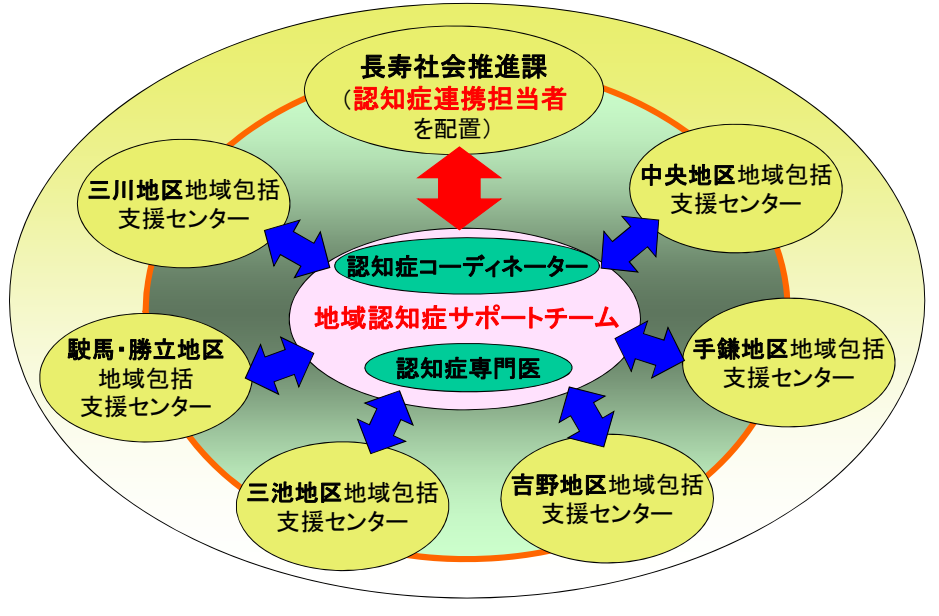
### メンバー構成

- ・ 専門医（精神科・老年内科：4名）
- ・ 認知症医療センター（神経内科：2名）
- ・ 介護・看護職（認知症コーディネーター：6名）
- ・ 認知症連携担当者（地域包括支援センター：1名）

### 役割

- ・ いわゆる困難事例へのスーパーバイス  
FTD, 若年性, 高度BPSD, 受診拒否, 自動車運転
- ・ かかりつけ医との医療連携
- ・ 認知症何でも相談窓口（週一回、於：大牟田市保健所）
- ・ 介護サービス事業者へのアドバイス・指導、連携
- ・ 事例検討会（月一回）
- ・ もの忘れ相談検診・予防教室の結果解析
- ・ 予防教室・参加者のフォローアップ
- ・ 本人交流会、家族交流会のコーディネート
- ・ 啓発活動、予防教室の活動立案、資源マップ

## 大牟田市の地域認知症サポート体制（チーム）



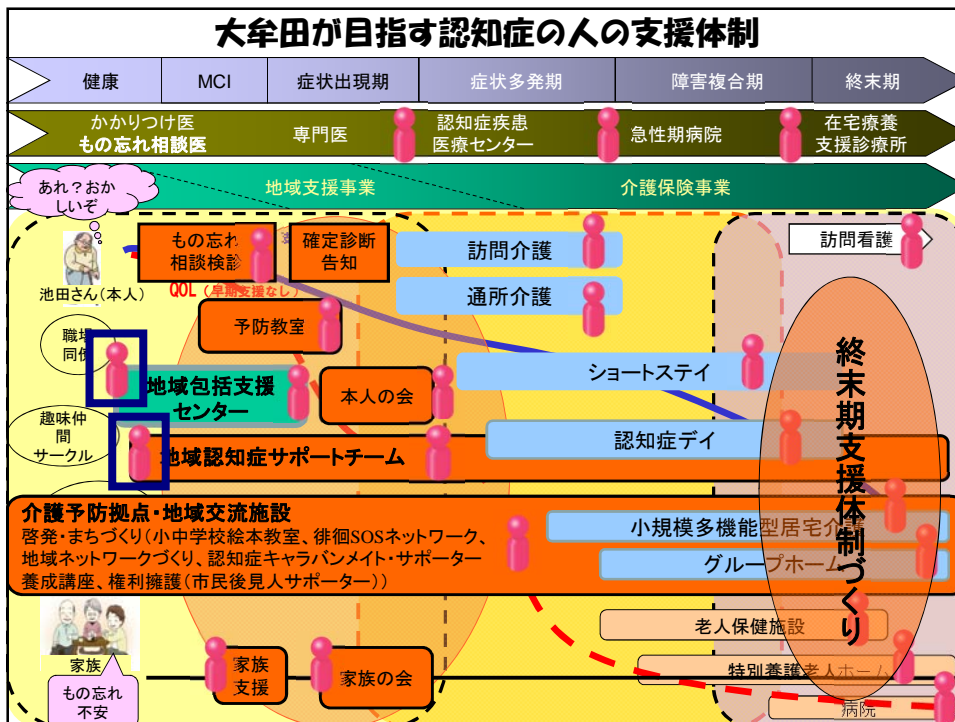
平成22年度  
2009

# 若年性認知症 フレンドシップキャンペーン 2013

仲間がいるって最高！  
一緒に登ろう 三池山

平成25年 3月24日 (日)  
9:00~14:30 (9:00 普光寺境内 集合)

参加者募集！



## これからの課題

- かかりつけ医 もの忘れ相談医  
専門医の連携・質の確保
- ステージアプローチを実現するための  
終末期支援体制づくり
- 次世代の認知症コーディネーター  
の確保・育成
- これまで構築してきた仕組みや  
つながりの進化と深化



## 医療法人 静光園 白川病院 概要

### ◆ 診療科

内科・リハビリテーション科・放射線科

### ◆ 病床数及び内訳

218 病床

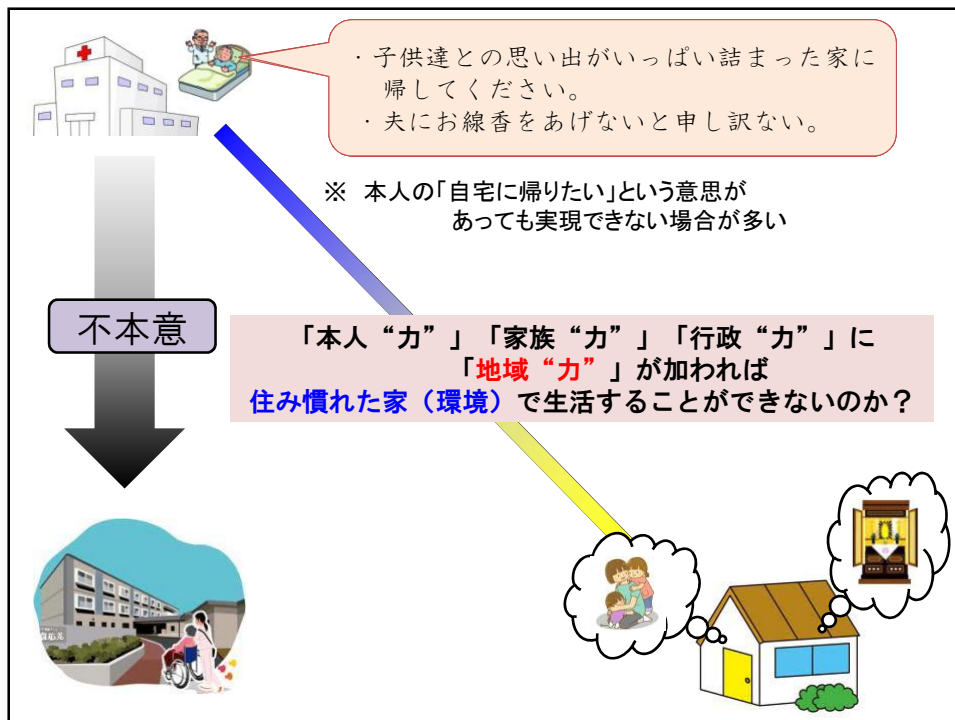
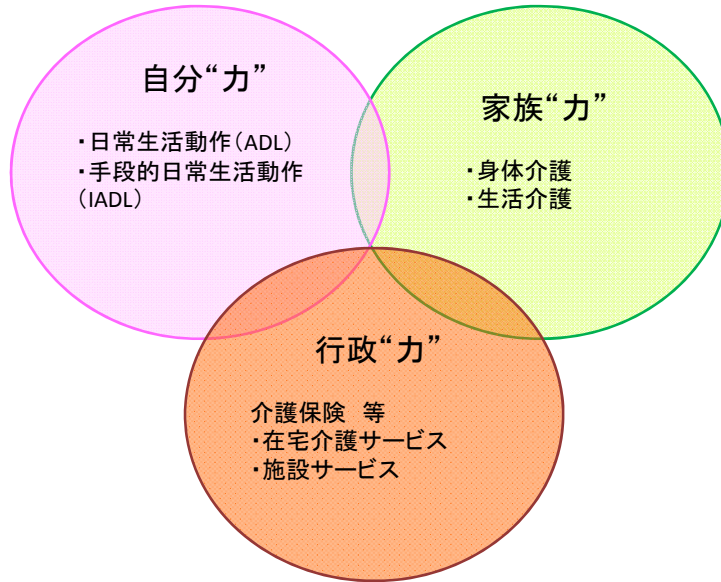
一般（障害者）60 床、医療療養98 床、介護療養60 床

### ◆ 患者平均年齢

88.7 歳



## 患者が自宅退院するために必要な“力”



## ほっと安心(徘徊)ネットワーク

大牟田市 徘徊SOSネットワーク模擬訓練(平成14年～)

1. 認知症の人と家族を支え、見守る地域の意識を高め認知症の理解を促進していく
2. 徘徊高齢者を隣近所、地域ぐるみ、多職種協働により可能な限り、声かけ、見守り、保護していく実効性の高いしくみの充実
3. 認知症になっても安心して暮らせるために「徘徊＝ノー」ではなく、「安心して徘徊できる町」を目指していく

校区事務局として徘徊模擬訓練に参加

平成19年 第1回 徘徊模擬訓練inしらかわ

- 民生委員が中心 7500人中 9名の参加

※ 校区社協や公民館に呼びかけを行ったが参加者なし

1名の徘徊役に2時間歩いてもらう。

地域からの声かけ 1件

地域の関心度は非常に低く協力的ではない。  
偏見や差別的な意見もあり他人事。





## 第2回 徘徊模擬訓練inしらかわ

開催日：平成20年11月9日

参加者：87名

徘徊役：6名 に対し声掛け 35件



平成20年11月11日(火)

### 防げ徘徊 声かける勇気を



大牟田 23全校区で模擬訓練

徘徊の女性に声をかける徘徊者  
役の女性(右)は大牟田市内

認知症に対する理解を深め、安心して暮らせるまちづくりを進めようと大牟田市で9日、徘徊模擬訓練があった。44団体が参加し、市内23全校区に徘徊役が各1人、市民と言葉を交わす回数は昨年より4倍近い35件に増えた。また、市民からの声かけは少なからず、認知症の専門家「市民が一歩踏み出し声をかける勇気が必要」と課題を指摘した。

結局、白川校区で6人の徘徊役が市民と言葉を交わしたのは35件。うち24件は徘徊役から声をかけたもので、市民からは11件だった。訓練後の講評で大牟田市認知症ケア研

OSネット」から各校区に情報が流れた。市の中心部から約2キロ西の白川校区では、市内で最も多い人の徘徊役が各地を歩き回った。  
この日の1人、ボランテイアの女性(左)は、「声かけは、徘徊役から声をかけたもので、市民からは11件だった。訓練後の講評で大牟田市認知症ケア研究会の専門職職員が「市民も確実から徘徊役を見ていなければ、外に出て声をかける勇気を持つてほしい」と指摘した。(大牟田風和)

## 徘徊模擬訓練を通して見えてきた課題

- 地域住民の方からの  
自発的な声かけは**35件中11件**だった  
\*実績としては昨年と同様
- 住民間の関係の**希薄さ**が浮き彫りに
- 普段から隣近所へ関心を持ち  
互いに**気軽に声かけ**できるような  
関係づくりが大切

## 第4回地域ふれあいフォーラムinしらかわ

～ 認知症の人が安心して暮らせる地域とは？ ～

開催日：平成21年3月29日

1. 講演 「認知症の人が地域で生ききる」を支えるために  
認知症介護研究・研修東京センター 永田 久美子 氏
2. 実践報告 (1) 「徘徊模擬訓練inしらかわ」から見てきた課題  
(2) 認知症になった親を自宅で介護した体験話  
～家族力、地域力、行政力を通して～
3. 意見交換 認知症になっても「白川校区」で安心して暮らし続けるためには



### 意見交換を通して

本人の地域での生活を把握するために、  
地域での「ふれあいの場所」をつくる。



- ・隣り近所の付き合いをベースに情報を広げる。
- ・本人の地域での繋がりを保つ関係づくり。
- ・「認知症」を地域で公言できる関係づくり。



○地域住民間の「交流の場」や  
「悩み相談所」「ネットワークの拠点」として

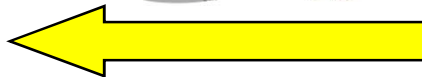


**サロン(たまり場)が必要**

サロンの開設のポイント

・サロン(たまり場)

自宅

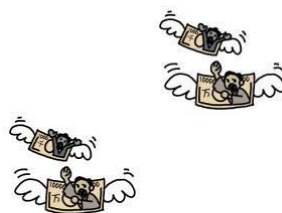


自宅から歩いていける距離に設置する。



サロン等の開設には  
**お金**がかかる！  
契約は誰がするのか!?

- サロンの開業資金、運転資金
- ボランティア保険への加入
- 継続的な事業開催費



などを確保しなくてはならない。

## NPO法人の立ち上げ

3点の問題から法人格取得



### ① 社会的信用獲得

・空家の契約とボランティアの提供

### ② 自主財源確保による連帯感と目的

・目標に到達するという契機と資金の透明化

### ③ 継続性、自主性を持たせる為の組織化

・責任感の獲得と入りやすさ

## NPO法人 しらかわの会 設立総会 開催

- 開催日:平成21年11月15日
- 出席者:54名



### 審議内容:

- ① 設立趣旨に関する件
- ② 事業計画等について
- ③ 役員を選任について
- ④ 設立代表者の選任について など

### NPO法人設立総会 集合写真





## 「NPO法人 しらかわの会」の活動計画

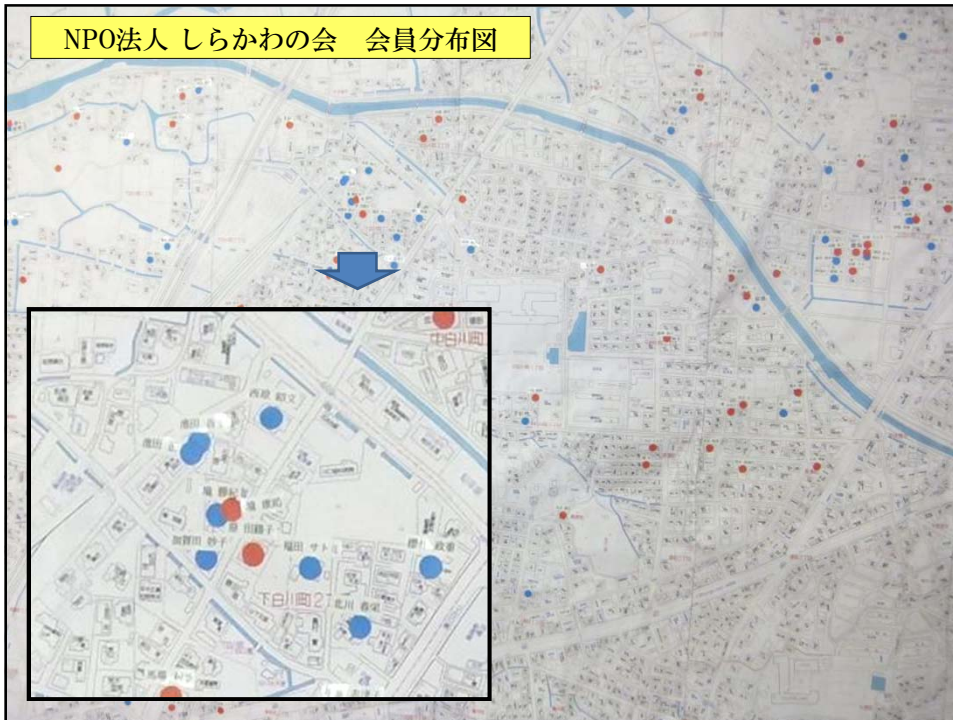
### 基本目的

高齢者、障害者等の世帯を対象に個別訪問を実施し、家事支援及び生活相談に応じ自宅で安心して生活できるように支援する。また安心して住める町づくりを目指す為、環境整備や安全確保を重点に地域の活性化に寄与する。

事業名	具体的内容	実施予定
・日常生活支援事業	・個別訪問による買い物、付き添い、清掃、庭木の手入れ、相談支援等 ・サロン事業	随 時
・環境美化部会	・堂面川河川敷清掃 ・地域内の清掃活動	1回／年 1回／年
・安心、安全部会	・防犯灯及び危険箇所点検 ・地域広報誌発行	2回／年 随 時
・子ども部会	・通学路点検 ・学校諸行事の支援 ・こどもの居場所づくり ・障害児の登下校支援	2回／年 随 時
・自治体及び他団体の支援事業	・徘徊模擬訓練 ・白川まつり	1回／年 1回／年

## ①日常生活支援事業

NPO法人 しらかわの会 会員分布図



日常生活支援部会



NPO法人 しらかわの会

**日常生活で何かお困りことはありませんか？**

- ◇ 玄関先や庭などの除草作業
- ◇ 蛍光灯の交換などの高い所の作業
- ◇ 家具など重い物の移動
- ◇ 退院時の家の掃除
- ◇ 簡単な家具や器具の組み立て  
...など

**白川校区にお住まいの高齢者世帯、障がい者世帯を対象としております。**

**利用料は無料**  
(材料費がある場合は依頼者様負担でお願いたします)

しらかわの会  
事務局へ申し込み ☎ 53-4191 (はたは駅隣の民生委員さんへご連絡)

↓

事前に打ち合わせをお願い致します。  
お手伝いできる範囲を話し合います！！  
(内容次第では断る場合もございます)

私達NPO法人しらかわの会は、白川校区の皆さまが住み慣れた地域  
いつでも安心して暮らし続けられるために、全力でお手伝いをさせて  
いただきます！  
まずは事務局または関係者の民生委員さんまで気軽に相談ください。

NPO法人  
**しらかわの会**

〒837-0926  
福岡県大牟田市上白川南1-246 (民生委員センターしらかわ内)  
TEL 0944-53-4191 FAX 0944-56-1091  
E-mail shirakawanokai@yahoo.co.jp

サロン部会

# わくわくサロンしらかわ

みんなの素晴らしい笑顔。一人よりみんながいいよね。



学童保育の子ども達と・・・

# わくわくサロンしらかわ

昔みたいにみんなで支えあっていけたら安心ね。





サロン事業部

提供していただいた休耕地

Before



白川農園(青空サロン)

平成22年6月から運用開始!

After



# 大大大収穫祭！



## 将来的構想

### 白川校区





# 徘徊模擬訓練inしらかわ2010

中学生が  
啓発ポスターを作成



声かけデモンストレーション

# 徘徊模擬訓練inしらかわ2011



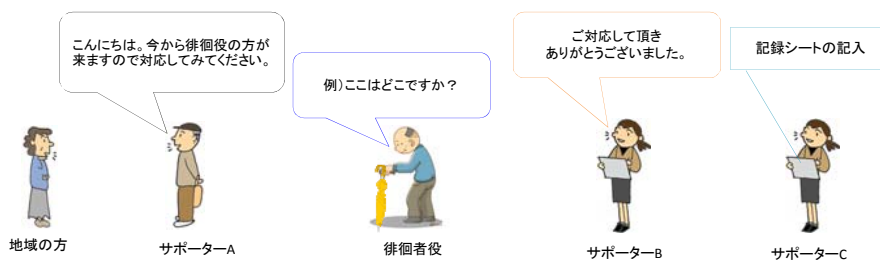
小学生も積極的に声かけ訓練



# 実施結果との比較

	H19年度	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度
徘徊役	1名	6名	20名	26名	26名 (サポーター 104名)
参加者	9名	87名	240名	165名	167名
声かけ	1件	35件	361件	247件	268件

## 徘徊者役・サポーターの役割



・それぞれに、記録や徘徊役のフォローなどの役割を持つ。



[徘徊模擬訓練しらかわ](#)  
[H24徘徊模擬訓練.pptx](#)

## 私たちの夢！！

- 校区内15か所へサロン設置  
(常時誰かがいるお茶のみ場)  
⇒ **障害者の雇用**・子供預かり・避難場所  
寺子屋機能・足湯・食事の配達 など
- 各サロンへの行商・**巡回バス(買い物巡行)**
- **休耕地**での野菜栽培(PBの開発)
- 水力発電機・ソーラーパネルの設置  
(**電気代無料化**)
- 温泉センターの設立(居酒屋併設)

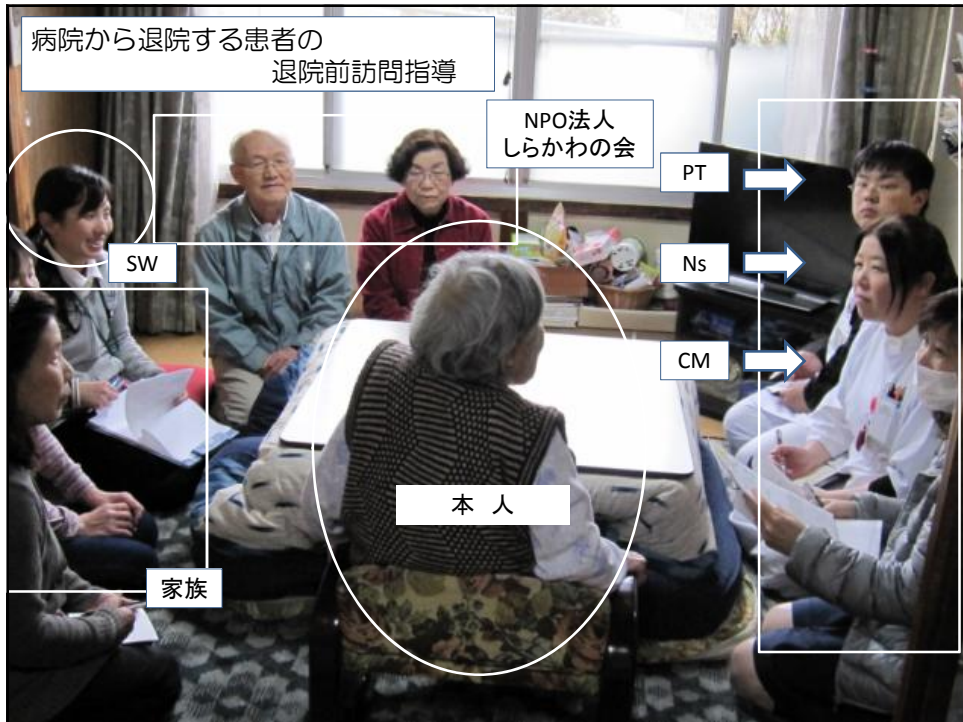


医療機関、介護施設として

“利用者”と“地域”との連携  
インフォーマルを中心とした支援

医療機関からの退院前の清掃

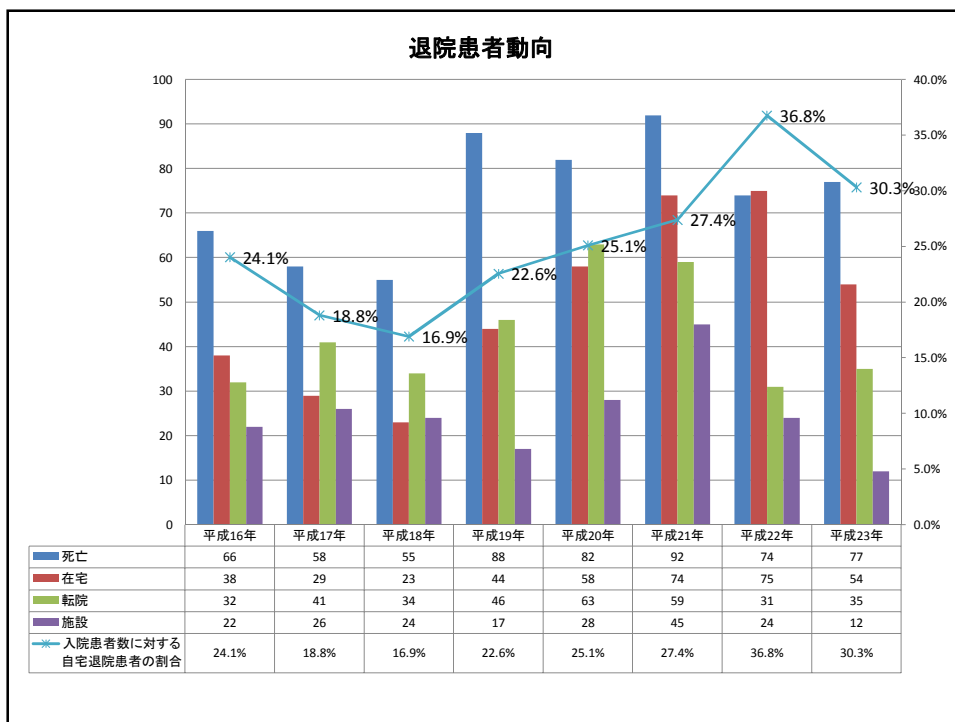




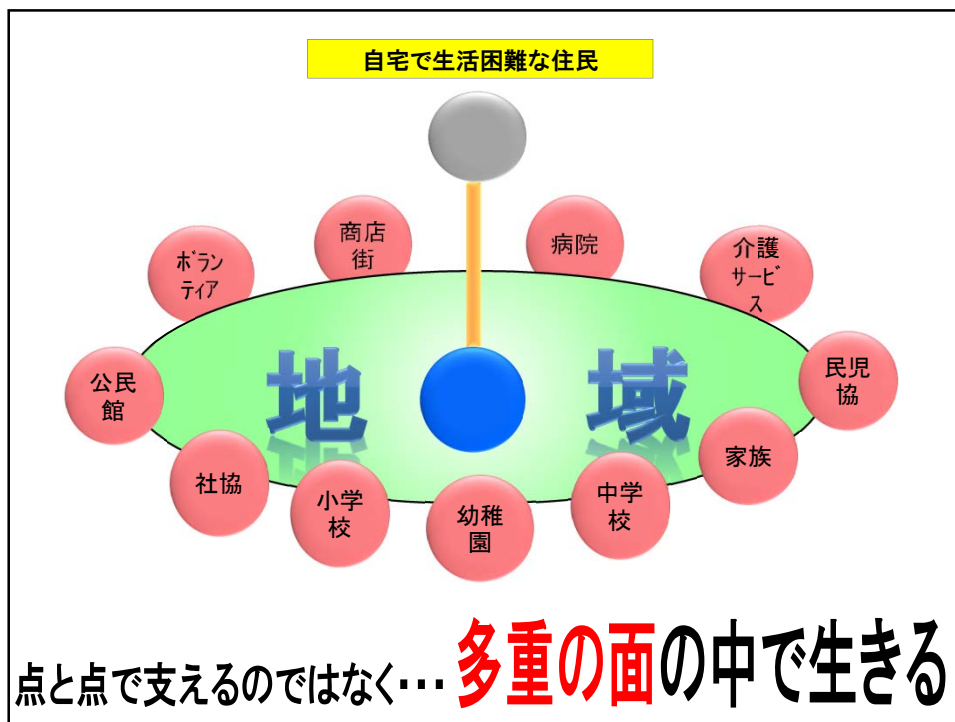


## 地域に暮らす認知症高齢者の支援会議









個人個人の“つぶやき”

( 住みにくいな……。不便だなー )

↓

大人数の“声”

( 私もそう思うのよ！！ )

↓

連結し“形”にする

( みんなでだったらやれそうね。やってみましょう！ )

住 民



行 政

本音の合意形成



医療、介護事業所  
社会福祉協議会 等



— 認知症地域支援体制づくりの実際 —  
**地域資源を活かした連携強化**  
**大崎市認知症地域支援推進チーム育成の取組み**

宮城県大崎市民生部高齢介護課  
中川由紀代

## 宮城県大崎市の概要(1)



- 大崎市は宮城県の北西部に位置する。
- 東西に約80kmの長さ
- 面積は796.76平方キロメートル
- 奥羽山脈から江合川と鳴瀬川によって形成された「大崎平野」を中心とした地形となっている

## 大崎市の概要(2)



- 大崎市は平成18年3月31日、古川市・松山町・三本木町・鹿島台町・岩出山町・鳴子町・田尻町の1市6町が合併し、誕生した市である
  - 日常生活圏域は上記の旧1市6町の区域を圏域の基礎とし、人口の多い市街地を中心とする古川地域を中学校区を基本とした4つの区域にわけた、10圏域としている
- 各圏域は、市街地や水田地帯、温泉地域を有する山林地域など、10圏域それぞれ地理的条件や人口、交通事情などその他の社会的条件が異なる

## 大崎市の概要(3)

- 市内人口 135,483人
- 高齢者人口 32,484人 (24.0%)
- 要介護等認定者 5,502人 (16.9%)
- 認知症高齢者 3,844人 (11.8%)

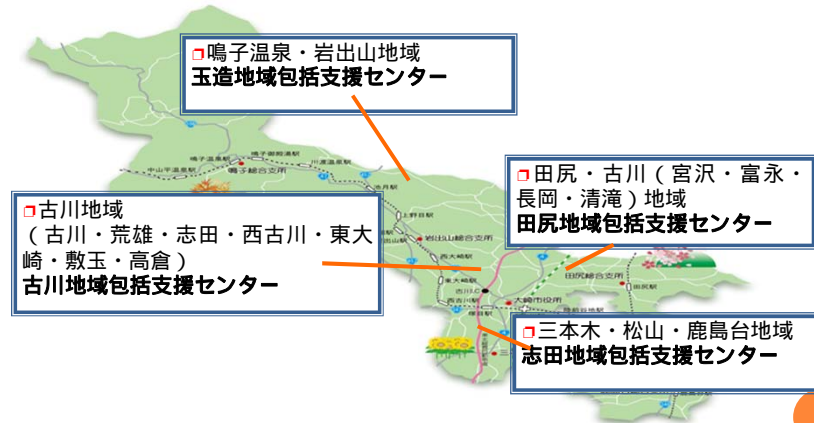
(認知症高齢者自立度Ⅱ以上※介護保険主治医意見書) 平成23年4月1日現在

### 日常生活圏域によって、状況が大きく異なる

- 古川中央地区(新幹線の駅周辺の市街地)  
高齢者人口6,237人 高齢化率19.0%、認定率15.3%
- 鳴子温泉地区(温泉地、中山間部)  
高齢者人口2,760人 高齢化率36.7% 認定率18.3%

## 大崎市の概要(4)

- 市内地域包括支援センター(平成18年設置, 当初直営)



- 旧市町でそれぞれ異なった保健活動の歴史  
認知症施策もそれぞれ

- 平成21年度

➡ 大崎市としての方針の決定の必要性

➡ 大崎市認知症支援検討委員会の設置(2カ年)  
※地域包括支援センターを直営から委託へ



## 大崎市の認知症施策の流れ(1)

<市の認知症施策の長期目標(キャッチフレーズ)を決定>

いつまでもいきいきと、  
認知症になっても安心して暮らせる  
大崎市

- ・ 認知症実態把握調査事業の実施  
目的;市内全体の認知症の傾向を調査  
一部モデル地域に実施  
(200名希望者, CDR,MRIの実施)

大崎市の認知症施策の流れ(2)

○平成22年度～  
調査報告を含め、認知症についての啓発を強化  
(認知症サポーター養成講座の実施)

- ・ 認知症施策の方向性を『地域づくり』を主とする  
「高齢者の集い」中心に、  
認知症サポーター養成講座を実施



(課題)

講座を行政職員が認知症キャラバン・メイトとして実施  
⇒ 初年度は事業拡大  
…しかし受講者が同じで継続、発展が難しい  
⇒ なかなか活動が活発にならない

大崎市の認知症施策の流れ(3)

○ **東日本大震災（平成23年3月11日）発生**

○ 市内にも重大な被害

⇒ライフラインの寸断，道路，建物の倒壊，

⇒避難所が開設

※要援護者の把握・支援の検討

○ 全てが混乱，急務の作業が次々と

○ ⇒(担当者の思い)

**認知症高齢者の支援が大きな課題**



大崎市の認知症施策の流れ(4)

○ 平成23年度

認知症施策を重点事業として取組み開始

認知症施策を体系化

一次予防(発症予防・元気づくり)	1. 健康教育・健康相談・出前講座
	2. 高齢者の集い
二次予防(早期発見・早期対応・進行遅延)	1. 認知症専門相談
	2. 高齢者の生きがいと健康づくり推進事業
	3. 認知症実態把握事後事業
三次予防(機能維持・悪化予防・家族支援)	1. 認知症サポーター養成講座
	2. 認知症高齢者家族交流会
	3. 介護支援専門員等の認知症研修会・講演会

認知症施策総合推進事業の取組(1)

○行政として統一した方向性と、地域の特徴に合った活動が必要

○**認知症地域支援推進員の配置 8名(平成23年度)**

各地域包括支援センターに1名配置(計4名)  
本人1人1人に沿った支援

### 認知症施策を各部署連携し検討

認知症の人とその家族

行政(高齢者部門)  
3名配置  
事業の施策化

行政(保健部門)1名  
若い世代からの地域づくり,  
生活習慣病予防 (疾病対策)

認知症施策総合推進事業の取組(2)

- 市として認知症施策を計画に明記
- ⇒第5期大崎市高齢者福祉計画・介護保険事業計画に『認知症高齢者の支援』を明記
- ① **発症予防・元気づくり**
  - ア 健康教育・健康相談・出前講座
  - イ 高齢者の集い
- ② **早期発見・早期治療**
  - ア 認知症専門相談
  - イ 高齢者の生きがいと健康づくり推進事業
- ③ **ネットワーク形成**
  - ア **認知症地域支援推進員の配置**
  - イ 認知症サポーター養成講座

認知症施策総合推進事業の取組(3)



## ア **認知症地域支援推進員の配置**

医療機関、介護サービス事業所および地域の支援機関をつなぐコーディネーターとしての役割を担う地域支援推進員を、地域包括支援センターなどに配置し、その推進員を中心に、医療と介護の連携強化や、地域における支援体制の構築を図り、**認知症高齢者とその家族に対する切れ目のない効果的な支援**を行います。

(第5期大崎市高齢者福祉計画・介護保険事業計画より抜粋)



計画に位置付け、継続した施策化

大崎市高齢者福祉計画・介護保険事業計画

## ○ 認知症地域支援推進員になったものの・・・

まずは何から取り組もう？

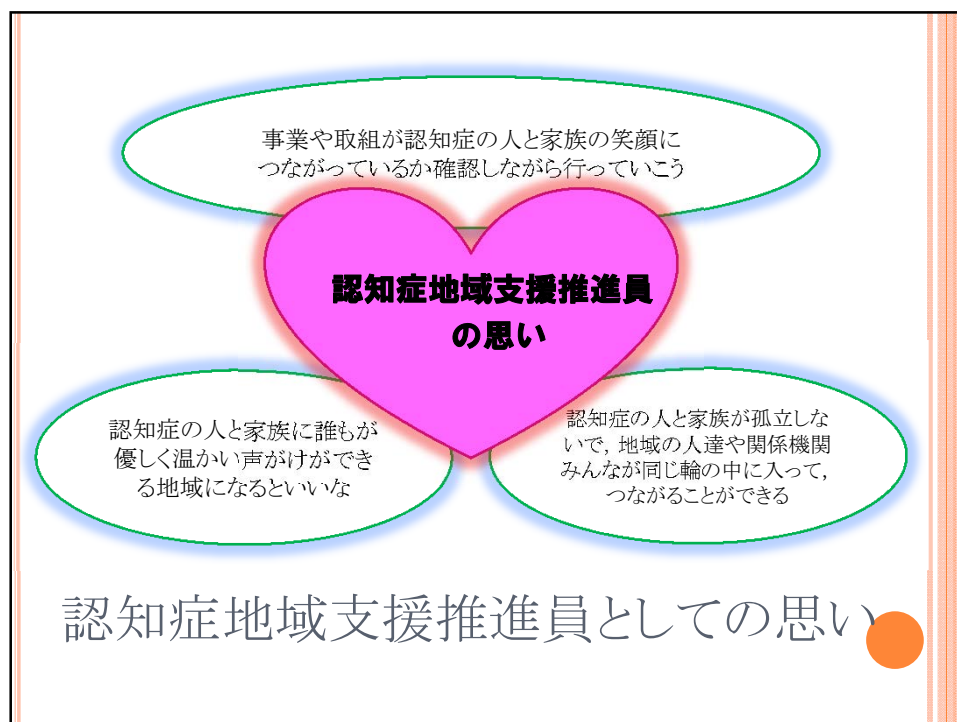
どんな大崎市になったらいいかな？

自分たちの**行動の目標を明確**にしよう！！（推進員で決定）

まずは認知症地域支援推進員で認知症施策総合推進事業の目標を設定

2年後の望ましい姿(中期目標)  
**認知症の人と家族が 優しい地域の輪の中で  
元気に暮らせる大崎市**

認知症地域支援推進員の活動



## 認知症地域支援推進員による事業の展開

- 平成23年度～平成25年度までを計画
- 認知症施策総合推進事業担当者会議

(県北部保健福祉事務所からスーパーバイズを受け定期的に開催)

①目標

◇地域の現状と把握

(認知症の人と家族の気持ちや思いを知りたい！)

②取組み

◇認知症の人と家族の実態把握調査

『こころの声アンケート』の実施

◇関係機関に認知症地域支援推進員をPR  
(大崎市認知症高齢者支援ガイドや包括のチラシ, 認知症地域支援推進員のチラシを作成し, 顔の見える関係づくり)

◇大崎市認知症講演会の実施

認知症に関する知識の啓発と認知症の人を支える地域づくりをテーマに開催

◇大崎市キャラバン・メイト連絡会の立ち上げ

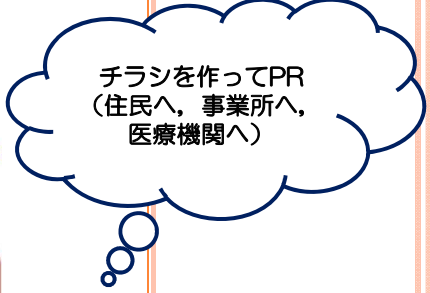
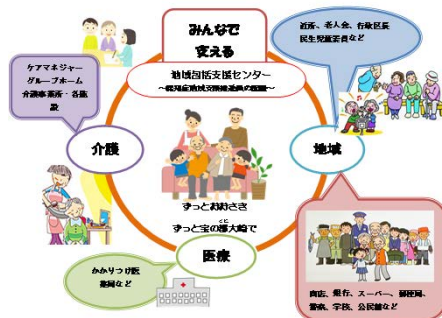
平成23年度



認知症地域支援推進員が誕生しました！

大崎市の各地域包括支援センター等に医療、介護及び地域の支援機関をつなぐコーディネーターとして認知症地域支援推進員が誕生しました。  
認知症地域支援推進員を中心に、認知症になっても住み慣れた地域で安心して生活が継続できるように地域づくりを推進します。

認知症の人と家族が 優しい地域の輪の中で 元気に笑顔で暮らせる大崎市



<認知症地域支援推進員の連絡先>  
 金沢地域包括支援センター 電話 7-3113 津島地域包括支援センター 電話 3-1271  
 五箇地域包括支援センター 電話 2-6686 鹿野地域包括支援センター 電話 2-3407  
 大崎中央病院老年病棟介護地域支援係 電話 2-2511 阿波郡地域包括支援センター 電話 2-5311

～4ヶ月まで6ヶ月ごとと認知症になっても安心して暮らせる大崎市～

認知症地域支援推進員のチラシ



### アンケートの目的

- いつまでもいきいきと認知症になっても安心して暮らせる地域づくりを推進するために、認知症の人と家族の声を聴き、地域で暮らしていく上での課題について明らかにする
- 認知症の人と家族に常日頃関わっている介護支援専門員に調査を依頼し、本音を聴くことで、認知症の人と家族の気持ちを知り、アセスメントに活かすことができる

◇大崎市認知症高齢者と家族  
の実態把握調査◇  
『**こころの声アンケート**』  
(1)

下記、4種類のアンケートを実施

- ご本人用アンケート
- ご家族用アンケート
- 介護支援専門員アンケート
- 事業所用アンケート

### 調査の位置づけ

- 根拠法令  
認知症対策等総合支援事業実施要綱  
大崎市認知症施策総合推進事業実施要綱
- 調査名称  
認知症の人と家族の実態調査  
～こころの声アンケート～
- アンケート実施期間  
平成24年1月～平成24年3月  
(調査実施期間:  
平成24年1月24日～平成24年2月29日)

◇大崎市認知症高齢者と家族の実態把握調査◇  
『**こころの声アンケート**』 (2)

調査概要

○ 対象者および対象者数

大崎市内に在住の要支援・要介護認定を受けている65歳以上の高齢者で

障害高齢者の日常生活自立度 自立～A

認知症高齢者の日常生活自立度 II 以上

・ 調査場所

在宅および市内の認知症対応型共同生活介護内

・ 調査実施数

認知症高齢者 113件

その家族 91件

介護支援専門員 106件

・ 調査方法

聞き取り調査

◇大崎市認知症高齢者と家族の実態把握調査◇

『**こころの声アンケート**』 (3)



◇認知症の本人の思い⇒ **本人本位のケアを進めたい**

◇家族の思い ⇒ **家族支援を強化したい**

(家族交流会の拡大等)

◇介護支援専門員の思い⇒ **連携の強化の重要性**

◆地域への思い(地域の理解があると本人も家族も安心)

⇒ **認知症サポーター養成講座の拡大**

◆介護サービスへの思い

(役割大, 介護サービスの認知症ケアの理解で支援が広がる)

⇒ **横のつながりの強化(地域人材育成の必要性)**

◆医療への思い(かかりつけ医の役割大, 専門医との連携)

⇒ **医師会と連携し, ネットワーク化**

認知症キャラバン・メイトと  
アンケート結果を共有  
⇒活動の拡大(既に昨年度実績の倍)

調査から見たこと



認知症施策に  
取り入れる

## 平成24年度

### ○ 認知症施策の強化

#### 認知症地域支援推進員を増やし、支援体制の強化

8名(平成23年度)

**12名**(平成24年度)※人事異動等で養成人数と配置員数が異なる

- ・各地域包括支援センター 1名配置⇒2名配置
- ・行政(高齢者部門) 新たに1名追加
- ・行政(保健部門) 新たに1名追加

### ○ 目標

#### ◇横のつながりの強化, 家族の支援強化

◇認知症の人に身近な銀行, 郵便局, 商店街, 警察等にも出向き, つながっていけるようにしたい。



## 大崎市認知症地域支援推進チーム 人材育成事業



## (1) 事業開始のきっかけ

- 地域を支える**拠点**をつくりたい
- 認知症地域支援推進員と連携できる**仲間**をつくりたい
- 地域**資源**を活かしたい

★ 地域人材育成事業を取り入れてみよう

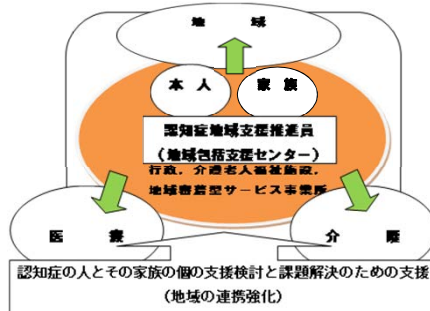
- どこと手を結ぶ？ ⇒ **地域の支えとなる場所**になれるところ
  - 認知症地域支援推進員, 地域密着型サービス事業所, 市内特別養護老人ホーム(29箇所), 行政
- ⇒ 各法人の長に趣旨の説明と、「職場に考え方を伝達できる・地域に目を向けられる人材」の推薦を依頼

## 認知症の方への支援体制の在り方（大崎市認知症地域支援推進チームの役割）

いつまでもいきいきと認知症になっても安心して暮らせる大崎市

認知症の方ができる限り住み慣れた地域で暮らすためには、必要な医療や介護、さらには日常生活における支援が結びついた体制整備が重要である。市では、医療機関・介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐコーディネーターとしての認知症地域支援推進員を中心とした認知症地域支援推進チームを育成し、下記の取組みを行う。

認知症の人にその状態に応じた適切なサービスが提供されるよう、介護・医療・地域サポートなどの各サービスの連携支援・検討を行う。地域の認知症地域支援体制を構築し、地域の実情に応じて認知症の人やその家族を支援する事業を実施する。



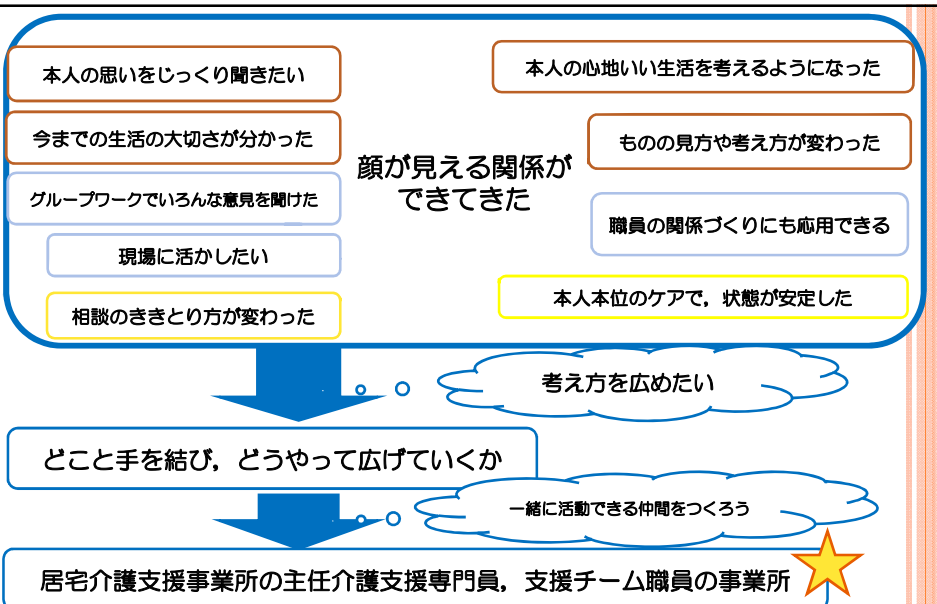
### 認知症地域支援推進チームの役割（具体的活動例）

- ① 地域包括ケア会議等により認知症地域支援推進員を中心に必要時認知症ケアの検討を行い、地域の支援機関の連携を強化すること（年3回程度）
- ② 各地域で認知症ケアのスキルアップを目的とした研修会を実施すること（年1回程度）
- ③ その他認知症の人とその家族を支える地域連携に必要な事業の実施に関すること

地域人材育成(横のつながりの強化)

研修名	センター方式地域型基礎研修		認知症ケア地域推進研修	認知症ケア地域推進トレーニング研修	センター方式地域型基礎研修(ファシリテーター実践研修)	
	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回
日程	9月	10月	11月	12月	1・2月	2・3月
形態	チーム全体				地域包括単位	
研修の位置づけ	チーム育成のための基礎的知識や考え方を学習				チームとして地域づくりのファシリテーターとして実践	
	ともに地域をつくる仲間づくり					

地域人材育成プログラム(大崎市版)



地域人材育成事業の展開



★各地域で ⇒ 来年度もこのチームで何かやりたい！！



地域ごとの課題に合わせたやりかた

★認知症地域支援推進員 ⇒ 仲間ができた！！

★チームメンバーより

- ・特別養護老人ホーム⇒職員の意識が変わったらケアが変わった
- ・グループホーム⇒センター方式を取り入れて、アセスメントを見直したら、ケアが変わって、本人が落ち着いた。職員間のコミュニケーションも。
- ・短期入所生活介護⇒なじみの生活を取り入れたら、ショートステイで本人が落ち着いて過ごすことができた
- ・居宅介護支援事業所⇒本人・家族の気持ちが理解できた  
(アセスメントが変わって、サービス事業所と情報共有ができた)  
・・・などなど

来年度も広げていこう

地域人材育成研修の成果

### ○ 認知症施策

【認知症専門相談(年12回)、認知症家族交流会、認知症講演会】

### ○ 年2回程度行政の認知症地域支援推進員と市医師会で、認知症対策について協議

- ・顔の見える関係づくり
- ・それぞれの立場で課題としていることの共有し事業化へつなげる
- ・今年度より

**認知症地域支援推進員(行政および地域包括)も協議に参加**

⇒各地域としての課題について、話し合う。

**連携強化の第一歩**をスタート

### ○ 来年度以降の方向性: 認知症ケアネットワーク会議(仮称)の設置及び認知症ケアパスの構築を進めること。

医療との連携強化

あくまでも本人本位（一人一人の支援を大切に）	
個別の相談から地域資源の活用につなげていけるように	
個々の支援から地域の課題を検討⇒地域に根差した活動	
地域の課題から行政の施策化へ	

今後の方向性

**ずっとおおさき 宝の都大崎で**  
ご清聴ありがとうございました

# 大崎市認知症施策総合推進事業への 取り組み



田尻地域包括支援センター  
桑折 由理子

## 田尻地域包括支援センター

### 担当地域

- \* 大崎市の北東部
- \* 旧田尻町と旧古川市の北部4地区
- \* (長岡・宮沢・富永・清滝)
- \* \* 合併当初は、古川の北部の地域の方々から、なぜ、古川包
- \* 括ではなく、田尻包括が担当なのかという疑問が多くあり、地域
- \* に根ざすまで、時間がかかった。
- \* \* 合併当初(平成18年)は、市直営の包括だったが、平成21年
- \* より社会福祉協議会が受託。3年間は、主任ケアマネジャー、
- \* 保健師、社会福祉士の3名で運営してきた。
- \* \* 平成23年度 大崎市の認知症施策総合推進事業が始まり
- \* 保健師が認知症地域支援推進員となる。
- \*

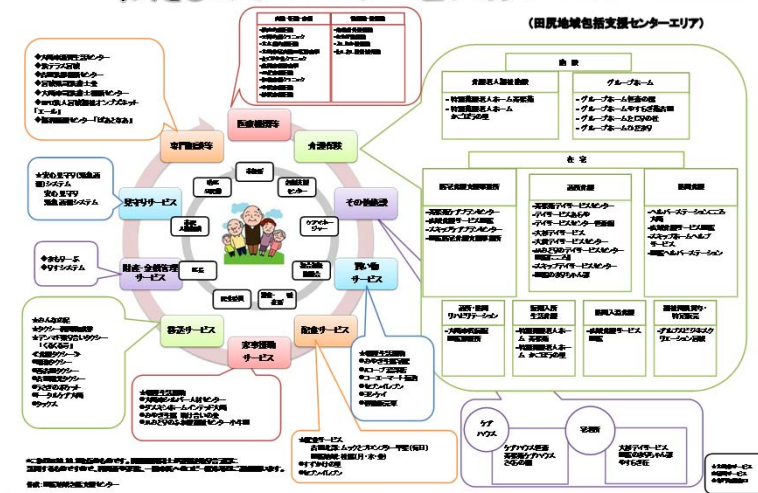
# 平成23年度の取り組み

## 1. 地域包括ケア会議の開催

- \* ・年2回 開催 社会資源マップの作成・配布
- \* ・ケース会議 必要時随時
- \* 認知症地域推進員のチラシの配布も行った。
- \* 2. 認知症の人と家族の実態調査実施
- \* 「こころの声アンケートの実施」
- \* 3. 認知症家族交流会や認知症講演会の実施・参加
- \* 4. 大崎市キャラバンメイト研修会・連絡会への参加
- \* 5. 総合相談の中で、大崎市認知症高齢者支援ガイドの活用
- \*

# 田尻地域社会資源マップ

## わたしのまちのサービスあれこれ



## 平成24年度 認知症地域支援推進員になって

職員のうち、1名が異動、1名が退職。私一人に新しい職員が2名。  
\* (6月より4名になる。)

- \* 何をどうしよう・・・。
- \* 何から始めよう・・・。
- \* 介護予防支援・総合相談・権利擁護等々でも  
大変なのに、業務が増える???  
私の役割は???

包括支援センターは高齢者の総合相談窓口



今まで、業務としてやってきたところ  
から、取り組もう!!



## 田尻地域包括支援センターの取り組み

認知症の人と家族が 優しい地域の輪の中で  
元気に暮らせる大崎市になるためには・・・  
顔の見える関係づくりをしたい!!

地域住民と  
関係機関と

関係機関との連  
携を深めたい!

地域を支える拠  
点づくり

普及啓発をして、  
地域とつながる

医療との連携

個別支援・地域支  
援を大事に

# 平成24年度の取り組み

## 関係機関との連携

### 1. 地域包括ケア会議(地域のネットワークづくりのために)

- \* \* 第1回 7月開催
- \* テーマ「認知症高齢者を支えるために」
- \* ~私たちにできることを話し合ってみましょう~
- \* 参集者 地域内にある、居宅介護支援事業所・通所介護・訪問介護
- \* 訪問入浴・短期入所生活介護・通所リハ・福祉用具事業所
- \* 大崎市担当者・包括 29名参加
  
- \* \* 第2回 10月開催
- \* テーマ「認知症高齢者のケアについて」事例検討会
- \* 参集者 前回の参集者に加えて、グループホームへもご案内
- \* 27名参加
- \*
- \*

- \* \* ケース会議
- \* 困難事例等のケースについての話し合い
- \* 必要時、開催。

\*



### 参加者の声より

- ・他事業所・他職種の方々と、同じテーマで話し合う事ができてよかった。  
(いろいろな意見や見方での新たな発見があった)
- ・社会資源マップがわかりやすくよかった。同じ地域にこんなに事業所があるなんて知らなかった。
- ・認知症の方を地域で支えて行かなければとは思いますが、連携の仕方が、むずかしいと感じている。地域住民の方、民生委員、区長さんなどとネットワークづくりができるとよいと思う。
- ・認知症に関する研修をもっとしてもらいたい。

\*

### \* 普及啓発

#### 2. 認知症サポーター養成講座の実施

地域の高齢者の集いなどを対象に、実施。

- \* 今年2月までに 5回開催
- \* 包括の職員だけでなく、居宅事業所やサービス事業所の
- \* キャラバンメイトの職員にも呼びかけ、一緒に開催した。



- \* 田尻地域での認知症サポーターを増やすことができた。
- \* キャラバンメイトとしての意見交換や情報交換ができた。
- \* もっと、キャラバンメイトや認知症サポーターを増やしたい。
- 今後は、学校や商店街、区長や民生委員さん向けにやりたい。



### \* 医療との連携

#### 3. 大崎市民病院 田尻診療所(認知症外来)との連携



- \* 総合相談から認知症外来へのつなぎ、また外来からの
- \* 個別相談を通しての居宅やサービス事業所との連携
- \* 認知症連携会議への参加(今年度より) \* 週1回月曜日朝
- \* 認知症合同勉強会(診療所主催)への話題提供・参加
- \* 隔週木曜日 午後5時30分より30分~1時間程度
- \* 包括支援センターとして、事例検討や話題提供を4回行った。



- \* 事例検討を通して、他職種の方々と意見交換ができ、医療からのアドバイスを受ける事ができた。
- \* 今後は、地域内の開業医や大崎市市内との医療機関との連携についても考えていきたい。

### \* 個別支援・地域支援

#### 4. 総合相談での認知症相談への迅速・適切な対応

- \* 早期発見・早期治療へのつなぎ
- \* 本人・家族の思いを大切に支援
- \* 地域で暮らすための個々の支援計画・地域づくり
- \* 権利擁護の視点

#### 5. 認知症高齢者の家族介護交流会・家族介護教室・

- \* 認知症講演会への取り組み



- \* 総合相談の件数も増え、認知症の相談も増加している。
- \* 家族介護交流会や家族介護教室で、個々の悩みや相談に対応した。
- \* 本人や家族の思いを大切に、**包括支援センターは市民の一番そば**
- \* にいて、困ったとき、悩んだときに行ってみようと思っただけのセンターになりたい。



### \* 地域を支える拠点づくり

#### 4. 大崎市認知症高齢者地域支援推進チーム育成プログラムへの取り組み

- \* <前半3回> 田尻地域では、**推進チーム**として、市保健師、包括、特別養護老人ホーム、グループホームより、8名参加。
- \* 市内全域一緒に開催。



- ・私自身センター方式の基礎研修を初めて受けて、最初は、本人の言葉や気持ちがあかなか書けなかった。3回を通して、本人の思いや言葉を大切に  
する見方や大切さを知った。
- ・推進チームのメンバーと徐々にいろいろな話ができる様になり、ちがった職種の方々と意見交換や情報交換ができ、有意義な時間だった。
- ・後半の研修もこのチームでやれそうと、みんなが思えた。



※ <後半3回>地域内の居宅介護支援事業所の主任ケアマネジャー、  
包括、特別養護老人ホーム、グループホームからの参加者を  
加えて、センター方式地域型基礎研修を行った。  
田尻地域で開催。チーム8名、参加者12名



- ※ ・田尻地域だけという事もあり、アットホームな雰囲気、顔の見える関係  
づくりができた。
- ※ ・推進チームが協力して、研修会を行う事により、より認知症の「本人に寄  
り添う」という見方、考え方が深まった。
- ※ ・主任ケアマネジャーが受けてくれたことで、今後個々の支援に活かせる。  
また他の職種に人にもひろめたい。
- ※ ・推進チームの中から、このままではもったないので、来年度チームを活か  
して、何かをしたいという意見が出た。

## 認知症地域支援推進員をやってみて

- ※ ・私を含めた包括支援センターの職員が、関係機関の方々と  
少しずつネットワークが広がりつつある。顔のみえる関係も広  
がりはじめた。
- ※ ・大崎市と、市内の包括支援センターと常に意見交換や  
情報交換をして、悩みや取り組みについて、話し合い、  
確認することができ、私自身の支えになった。
- ※ ・個々の支援や地域の支援のレベルアップがもつとできると  
よい。



## おわりに 認知症地域推進員としてのこれから

- \* 包括支援センターの幅広い業務の中で、これまでやったことを
- \* いかして、出来るところから、やっていく。(市民に寄り添って)
- \* 顔なじみになった、関係機関の方々、市民の方々と一緒に
- \* 取り組み、そして顔のみえる関係をふやしていきたい。

\*



ご清聴ありがとうございました。



持続可能な地域支援体制を目指して

～事業者と行政の協働～



鹿児島県霧島市 長寿・障害福祉課

## 霧島市の状況



平成24年4月現在

1. 人口：127,454人（平成24年4月）
2. 高齢者数：28,637人（22.8%）
3. 認定者数：5,213人（18.2%）
4. 認知症高齢者数（Ⅱ以上）：  
3,183人（11.1%）

## 事業の進め方

- 行政と事業者が地域のイメージを共有し、行政は「黒子」としてバックアップする。

### 理由

・行政だけで地域の高齢者を支えることは不可能。行政と事業者が地域の高齢者のイメージを共有し、役割を分担することで、実効性のある事業構築が可能になる。

・行政事務には異動が付きもの。一方、事業者は専門職が多く継続的に事業に関わることが可能。行政担当が代わることによって施策の進捗に極端な差が出るのがなくなる。

・行政が表に立ち事業展開していくと、必ずしも現場の声に沿っていないため、「やらされた」感が出て事業の広がりには限界がある。

事業者が自分たちの思いで展開できる場を設け、行政がサポートに回ることで、事業が当初では思ってもみなかったような広がりを見せることがある。

## 連携した取組み

### 「私のアルバム～やがてのために～」

認知症連携パス

高齢者が、これまでの人生や思い出を書き綴ることにより、やがての時（認知症になり自分の意見や希望を言えなくなった時）に周りや施設の人に自分の思いを尊重してもらい、最後まで自分が主人公の人生を送ってほしい。

### 私のアルバム

— やがてのために —



垂 島 市  
磐島市地域包括支援センター  
磐島市「私のアルバム」作成委員会

## 検討経緯

### きっかけ

当時の行政担当が事業者の方へ「医療連携パスのような仕組みを認知症対策にも応用できないだろうか」と提案。すぐに賛同を得られ、実現していくための方策の検討に入る。

手法として、事業者を中心とした作成委員会を事業者の呼びかけで設立していくこととした。行政は一作成委員として参加

### 平成21年7月～

地域包括支援センター、地域密着型サービス事業所（GH、小規模、認知デイ）、認知症疾患医療センター、認知症の人と家族の会、社会福祉協議会、鹿児島県、霧島市の担当者がほぼ毎月1回業務終了後に会合を開催し協議を行い、それぞれの施設で試行しながら検討を進めた。

## 普及啓発について

### 平成22年10月 キックオフミーティングの開催

「わたしのアルバム作成委員会」と共催で関係者約300人を招き活用方法についての説明を行う。

### 10月以降

事務局を地域包括支援センターに置き、担当者（兼務）が地域密着型サービス事業所と連携して普及に取り組んでいくこととする。

事業者が中心となり取り組んだことで広がりを見せた事例

市内に居住する高齢者全員へアルバムを送付しては？  
(行政的視点)

1人で黙々と書き進める高齢者は少ないはず・・・



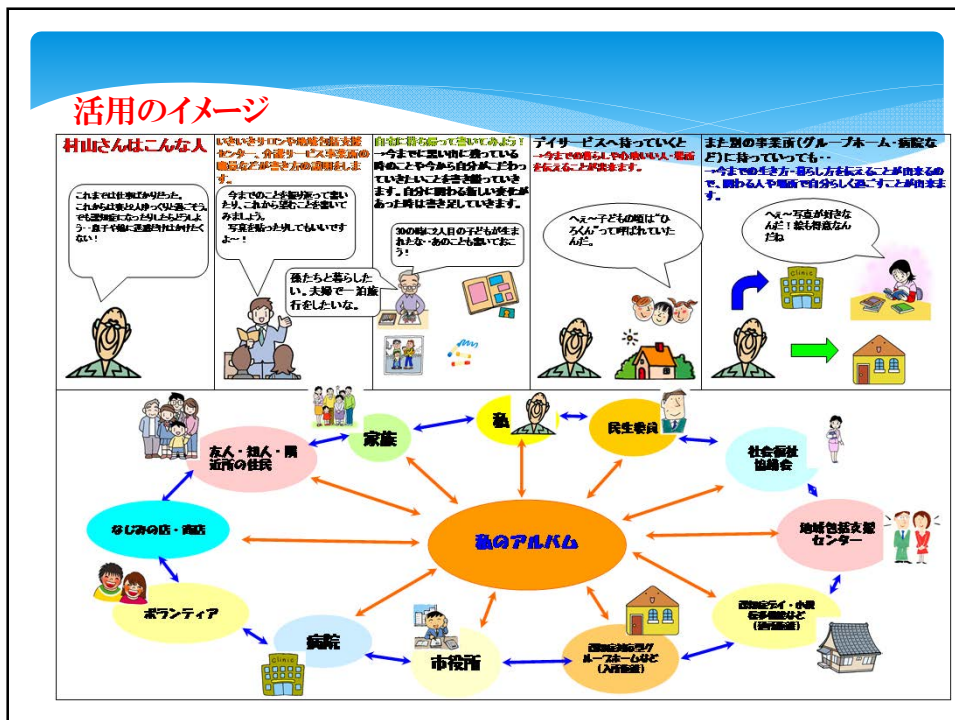
・地域へ出向き書き方講座を開催しては？

数人で昔話を語り合いながら作成することで、地域づくりのツールとしての活用が期待できる。

それぞれの地域の地域密着型サービス事業所が公民館等に出向くことにより地域密着型サービスへの理解が深まる。

私のアルバム

年月	年齢	暮らしの場所	一緒に暮らし ている人	暮らしの 出来事	私が好きなこと	今の私が、	私が今、	私が、	私が今、	周囲の人にして 欲しいこと	その他 知っていたこと (つぶやき)	記入日	記入者
H17年	60歳	良町	妻と三女暮らし	◆私は準人町内のグループホームで管理者とケアマネジャーの仕事をしている ◆妻は看護師として地元病院で働いている ◆長女が結婚して初孫が生まれた ◆次女は看護師になって鹿児島市内の病院で働いている ◆三女は鹿児島市内の短大に通っている	①大家族が一番好き ②家族が頑張ったのは妻や子供の理解と支えがあったから ③水彩画や似顔絵を描くこと ④カメラをぶら下げて野山を散歩するのが好き ⑤ケーキやお菓子の甘い物やコーヒーが大好き ⑥妻が作る煮しめとカレーライス ⑦あこがれの偉人は坂本龍馬 ⑧学生の頃からビートルズが大好き	①家族から「父(ちち)」友人から「ひろくん」と呼ばれている。 ②小学生の頃からチョウの採集と飼育に熱中した ③写真を撮ったり絵を描くのが趣味	①②写真を撮ったり絵を描いて過ごす時間 ③収集したチョウの本やカメラ機材 ④仕事柄、人と触れ合うのが好きで、顔を大切にしている ⑤20年以上愛用している、こだわりの金線眼鏡	①介護の仕事をしていると自分の老後がどうなるのか？認知症になったらどうしよう？と不安になる ②妻にはいつまでも元気でいてほしい ③娘たちがそれぞれ自立して健やかに暮らしてくれたらと願っている ④定年後は妻とのんびり旅行に行きたい	①健康のためにそろそろタバコをやめようかな ②妻から見捨てられて熟年離婚したらどうしよう？	H17.6	私		
H22年7月	85歳	鶴岡市	妻と二人暮らし	定年退職	①家族が大好き ②いつの間にか孫が7人に増えた ③妻が一番嬉しい ④大好きな煮しめを自分で作れるようになった	①家族や孫たちと登山に昆虫採集や写真撮りに出かける ②退職後は家事(掃除・洗濯・調理など)を手伝っている	①家族や孫と作った写真をアルバムに整理して大事にしている	①退職後は趣味に没頭したいが、退職金は老後のために蓄えておかないと心配 ②いつ、妻や自分が病気になるか心配 ③趣味を続けられる範囲で仕事を探したい	◆妻のため、自分のために家事をこなさないかん ◆妻より先にあの世に逝った方がいいかも ◆お葬式は身内だけでいいかな	H22.7	私		



## 事業者と連携した取組み

霧島市地域包括ケアライフサポートワーカー養成(平成24年度新規)  
 (地域密着型サービス事業所と連携した地域包括ケア体制づくり事業)

市内の地域密着型サービス事業所に「霧島市地域包括ケアライフサポートワーカー」を配置し、その事業所を身近な地域での「まちかど介護相談所」、「地域のひろば」として位置付けることを目的とする。



## ライフサポートワーカー役割と機能

**よるず介護・生活相談支援**

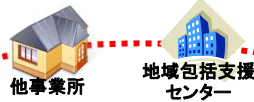
認知症や通学路の安全、地域のゴミ、防災・防犯など生活上の課題相談

**地縁団体・ボランティア等との連携**

ボランティア団体、自治会、地区社協等との共同による見守り活動・防犯活動づくり

**新たな関係づくり・たまり場づくり**

介護予防教室、いきいきサロン、食事会の開催、在宅介護者の集い



**地域密着型サービス事業所**

**ライフサポートワーカー**

**認知症ケア・支援の普及・啓発**

認知症サポーターの養成、小中学校への福祉教育、介護者教室の開催

**私のアルバムの普及・啓発**

「私のアルバム」の作成・作成支援のための出前講座

**私発！  
 共に支えあう  
 地域社会づくり  
 を目指して！**



## 事業者と連携した取組み

### 『地域のひろば』事業(25年度新規)

介護予防拠点及びライフサポートワーカーが在籍する事業所が、高齢者を中心とする様々な交流やコミュニティを生み出していく地域福祉の拠点をつくっていく。

#### プログラム例

住民交流サロン、インターネットを活用した買い物支援、「私のアルバム」作成、介護予防教室等



## 事業者と連携した取組み

### 認知症高齢者見守りネットワークの構築

認知症に対する地域の理解を深め、見守り体制づくりの構築を目指して協議会を立ち上げ、徘徊模擬訓練を実施する。





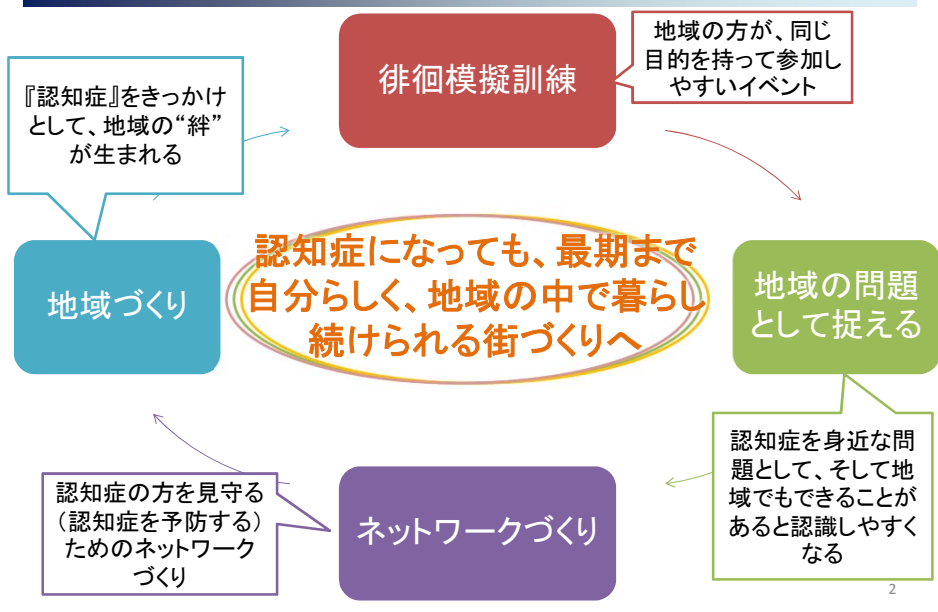
社会福祉法人 公心会

持続可能な地域支援体制を目指して  
～事業者と行政の協働～

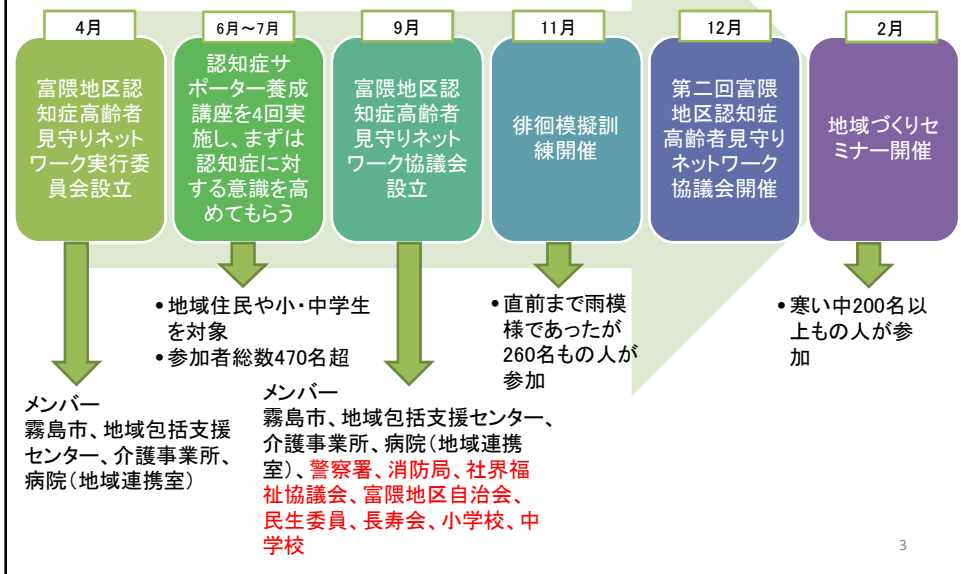
認知症見守りネットワークの構築

1

## 霧島市富隈地区が考える徘徊模擬訓練の意義



## 霧島市富隈地区 今年度(平成24年度)の主なスケジュール



霧島市富隈地区認知症高齢者見守りネットワーク活動スケジュール(案)

大項目	中項目	※1～11月(予定)												※12～2月(予定)														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
各関係機関が認知症への理解を深め、それとともに認知症高齢者への支援策を協議しあう	地域の中でどのような関係機関・団体があるかを調査し、そして認知症高齢者に対して何を行なってきたかを知る。																											
	関係機関の一覧(代表者、連絡先)を関係者間で共有し、活用する																											
市民への認知症理解を広め、認知症になっても安心して暮らせるまちづくりの意義の周知、啓発を行い、安心して暮らしていく	認知症サポーター養成講座(目標70名)対象: 地域住民・富隈小学校・専任中学校・高等																											
	認知症サポーター養成講座(目標40名)対象: 企業・地域住民・小学校・中学校・高等																											
認知症当事者や家族への支援の促進	徘徊模擬訓練(どけいったら誰?)対象: 富隈地区																											
	徘徊模擬訓練(どけいったら誰?)対象: 富隈地区																											
	徘徊模擬訓練(どけいったら誰?)対象: 富隈地区																											

各団体の認知症高齢者に対する取組や活動状況の情報を収集し、一覧化する。必要に応じて連携方法を模索する

一覧化を各関係機関に送り、活用を図る。活用方法については、協議会等で話し合ったり、各関係機関内で話し合いを行う。そのほかにも、困っていることや、問題事項等

各関係機関に「認知症の人と家族の会」設立案内と会員

認知症の人と家族の会」設立

## 富隈地区認知症サポーター養成講座(6月9日)

富隈地区向け認知症サポーター養成講座の様子



総数100名もの方が参加



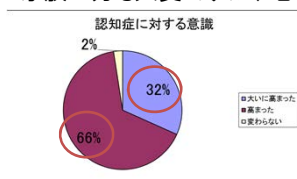
6人ほどのグループに、介護事業所の職員や地域包括支援センターの職員が入り、より身近な内容で、ざっくばらんに話せるよう工夫した

5

## 富隈地区認知症サポーター養成講座(6月9日)

アンケートより抜粋

- 認知症に対する気持ちが変わったような気がします。どういう症状なのか、具体的に知ること、どのように接すればいいのかがわかりました。認知症の方に自覚があり、間違っただけに、よい体験だったと思います。
- グループごとによる検討会方式はいい方法であった。
- 早期発見・サポートする大切さを再認識しました。声かけ、見守り、チーム作り、実態把握の難しさがある。これをどうするか？ネットワーク作りの大切さ。
- 大変勉強になりました。年々高齢化していく今日、たくさんの方々が認知症に関心を持ち人ではある身近な出来事として、気持ちを変えていかなくてはならない。認知症は自分で責任を取れない病気で、周りの方々の取り扱いによって、幸・不幸になると思います。
- 関心があまりなかったのが正直。講座を受けて他人事ではなくなったようで、話を聞いて大変勉強になりました
- 家族の方も大変ですが、地域の皆様の力も大事なことと感じました。



98%の方が、認知症に対する意識が高まったと回答

6

## 富隈小学校認知症サポーター養成講座(6月27日)

富隈小学校5年生110名(男子55名、女子55名)が参加



講座は、

- ①オレンジリング探し
- ②地域の高齢者利用施設に関するクイズ
- ③配布の標準教材に沿った講座
- ④紙芝居『おじいちゃんはにんきもの』
- ⑤振り返りクイズで構成。



5年生の皆さんは、クイズや紙芝居を楽しみながら、高齢者や認知症の方の気持ちを真剣に考え、積極的に講座に参加してくれました。

7

## 隼人中学校認知症サポーター養成講座(7月4日)

隼人中学校3年生270名(男子147名、女子123名)、教員14名の計284名が参加



講座は、

- ①認知症と脳の働き・中核症状と周辺症状
  - ②認知症の人への接し方(ロールプレイを通して)
  - ③症状と接し方・心がまえ
  - ④質疑応答
- で構成。



配布の標準教材に沿った講座で認知症の基礎知識を学び、ロールプレイを通して認知症の方の気持ちや、よりそい方について考えてくれました。

8

## 富隈地区認知症高齢者見守りネットワーク協議会

- 行政や介護従事者、病院といった日頃、介護や認知症に携わる者だけでなく、警察や消防、そして自治会、民生委員、長寿会、地域の小・中学校まで含めた、幅広いメンバーで構成(総数18名)

協議会代表世話人	霧島市地域密着型サービス事業者連合会会長
協議会副代表世話人	民生委員児童委員・長寿会会長
協議会副代表世話人	隼人福祉課福祉グループ主幹兼グループ長
協議会世話人	富隈地区自治会長
協議会世話人	有限会社 ふれあい企画 専務
	小規模多機能ホームふれあい 管理者
協議会監事	小規模多機能ホーム協愛 管理者
委員	富隈小学校 校長
委員	隼人中学校 校長
委員	霧島市警察署 浜之市交番
委員	霧島市消防局警防課 他
委員	霧島市社会福祉協議会 隼人支所 課長
委員	松下病院地域連携室 精神保健福祉士
	松下病院 事務長
委員	霧島市保健福祉部・介護福祉課主任主事
委員	霧島市地域包括支援センター認知症地域支援推進員
委員	グループホームどんぐりの里 管理者
委員	認知症対応型デイサービスひだまり 管理者

9

## 富隈地区認知症高齢者見守りネットワーク協議会活動内容

各関係機関が、認知症への理解を深め、それとともに認知症高齢者への支援策を協議しあう

- 1・2年目の活動内容
  - 地域の中でどのような関係機関・団体があるかを調査し、そして認知症高齢者に対して何をこなしてきたかを知る。
- 3年目の活動内容
  - 関係機関の一覧(代表者、連絡先)を関係者間で共有し、活用する

市民への認知症理解を広め、認知症になっても安心して暮らせるまちづくりの意義の周知、啓発を行い、安心して暮らしているまちづくりの推進

- 1年目の活動内容
  - 認知症サポーター養成『目標700名』
  - 対象:地域住民・富隈小学校・隼人中学校・高専
- 2年目の活動内容
  - 認知症サポーター養成『目標1400名』
  - 対象:企業・地域住民・小学校・中学校・高専
- 3年目の活動内容
  - 一年目、二年目認知症サポーター受講者スキルアップ研修

認知症当事者や家族への支援の促進

- 1年目の活動内容
  - 徘徊模擬訓練(どけいたらろ?)
- 2年目の活動内容
  - 徘徊模擬訓練(どけいたらろ?)対象区域・対象者変更
  - 認知症の人と家族の会を発足
- 3年目の活動内容
  - 徘徊模擬訓練(どけいたらろ?)地域住民主体

10

## 霧島市富隈地区徘徊模擬訓練 配布チラシ

認知症になっても  
安心して暮らせるまちを目指して

**介護相談  
受け付けます!**

参加無料  
**徘徊模擬訓練**  
どけ行ったる個?  
参加賞  
あります!!

**富隈地区文化祭**

日時:平成24年**11月11日**(日)  
8:30~11:20(受付8:00~)

場所:富隈地区公民館

公開講座  
「認知症の方々と共生できる  
町づくりに向けて」

〈講師〉  
仁心会松下病院 医師 野田隆峰先生

申込み方法:会場に直接お越しください

【お問い合わせ】  
● 霧島市役所 老人福祉課 小規模多機能ホーム ふれあい  
本人町内山田一丁目1-1-1 本人町内山田1790-15  
電話 (0995)42-1114 電話 (0995)84-2881 FAX (0995) 84-2885

徘徊しているお年寄りを見かけたら  
どうすればいいの?

道に迷って家に帰れずに困っているお年寄りがいます。

家に帰りたいんだが… どうしましたか? 何かお困りですか?

優しく声をかけてあげましょう

ひとりでの対応が不安なときは、霧島市地域包括支援センター  
または警察に連絡しましょう! ●霧島市地域包括支援センター本所  
電話 (0995)48-7979

そうすることで、お年寄りが  
安心して家に帰れる手助けになります

『徘徊模擬訓練』では、家に帰れずに困っている  
お年寄りを見かけたら、どうすればいいかを  
実際に訓練します

当日は7名のお年寄り役のモデルが富隈地区を  
徘徊しますので、見かけたら声をかけてください

**皆様のご参加をお待ちしています!**

※徘徊模擬訓練『どけ行ったる個?』専用の駐車場として、富隈小学校グラウンドを用意して  
おります。車でお越しの際は、そちらに停めて頂くようお願いいたします。

主催:富隈地区認知症高齢者見守りネットワーク協議会  
協議会構成機関(様不同)

霧島市	霧島市消防局
霧島警察署	霧島市立富隈小学校
霧島市立老人中学校	老人地区民生委員児童委員
地域包括支援センター	老人地区長寿会
富隈地区自治会	霧島市社会福祉協議会
仁心会松下病院	霧島市地域密着型サービス事業者連合会

## 徘徊高齢者モデル設定

**A** 何度も同じ話をする  
霧島 又次郎 さん

〈対応方法〉  
話をされる度、初めて聞くような態度をとり、うなずき、関心が別なものに移るような話しかけをする。

**C** 「服にしみが付いている」と嫌がり、しきりに拭おうとする。  
温泉 さん

〈対応方法〉  
訴えを受け止め、否定せず話のつじつまをあわせる。嫌がっているものが見えるようなら、洗い直したり、速治したりする嗜好をし、着替かせる。

**D** 「家に帰る」を繰り返すがどこだかわからない。  
松永 米子 さん

〈対応方法〉  
一緒に家まで帰ることを提案し、衣類・持ち物に住所等書いてあれば、そこに連絡し、情報がなければ、近くの警察まで同行して状況を伝える。

**B** 「財布がない。財布を盗られた」と訴える。  
車人 姫子 さん

※大きなバッグ(巾のファスナーのポケットの巾に財布が入っている)バッグの巾は色んな物が詰まっている

〈対応方法〉  
一緒に探すことを提案し、カバンの巾に入っている場所を本人に探してもらい、見つかったら「良かったですね。大切なものが見つかった。」と共に喜ぶ。

**E** 問いかけに対し、つじつまの合わない言葉を発する。  
富隈 太助 さん

〈対応方法〉  
つじつまの合わない言葉でも否定せず、そのまま疑問形にして繰り返す。自分の言うことを聞いてくれたと感じてもらふ。

## ありがとうカード



お声をかけてくださり  
ありがとうございました。

思いやりの一言が、「認知症になっても  
安心して暮らせるまちづくり」へとつな  
がります。これからも困っている方を見か  
けたら、お声かけや連絡をお願い  
いたします。

② 認知症の方は、自分でしまった場所を  
忘れてしまい、誰かに盗られたと思  
い込むことがあります。一緒に探して先  
に見つけても、この辺を探してみたら  
とアドバイスし、自分で見つけさせる  
ようにします。見つかったら、「大切な  
ものができて良かったね。」と、  
共に喜んで下さい。

## 霧島市富隈地区徘徊模擬訓練





## 霧島市富隈地区徘徊模擬訓練



## 霧島市富隈地区徘徊模擬訓練

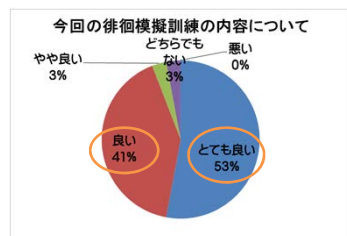


総数260名もの方が参加



## 徘徊模擬訓練アンケート結果

- 初めて参加させていただきました。実際に町を歩きながらの訓練は実感できました。地域全体の取り組みに感心しました。ありがとうございました。
- 模擬訓練を受けたことで大変勉強になったと思います。まずは認知症の方の話をよく聞いてあげること、落ち着いて対応すること、不安を取り除いてあげることなど、実行できるようにしたいと思います。
- 初めて参加させて頂き、大変勉強になりました。子供たちがもっと参加出来ればと思いましたが、地域住民の方々や通りすがりの方を参加してもらうなど、地域を巻き込んで楽しくできることが分かりました。自分の地域でも近いうちに計画、実施できるように頑張ります。高齢者役の方、協力者(準備等)のお疲れさまでした。ありがとうございました。また講演も大変よくわかりました。全体の雰囲気が良かったです。
- 楽しく声をかけさせてもらいました。認知症の高齢者の方の演技もうまく声かけの仕方とても勉強になりました。和やかに皆さん対応され、受ける方にもとても入り込みやすいし、認知症のイメージが一般の方にも分かりやすいのではないかと思います

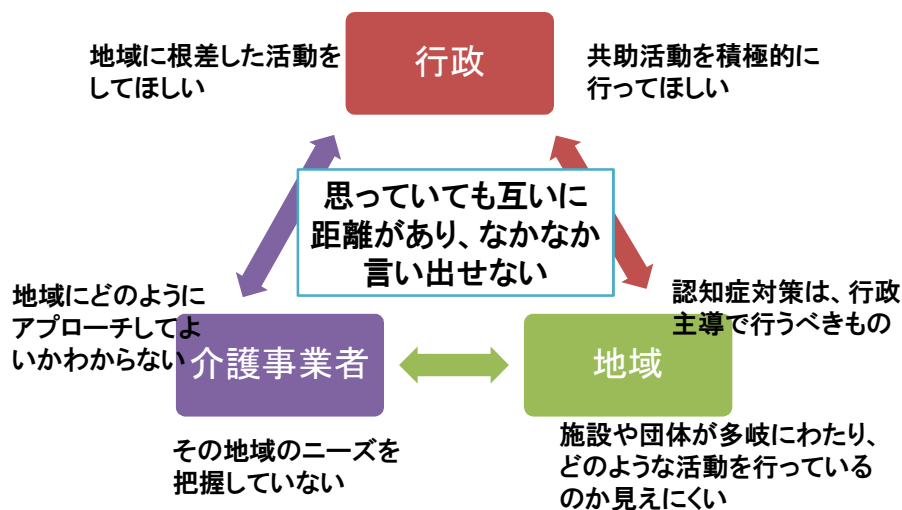


94%の方が、徘徊模擬訓練の内容についてよかったと回答

17

## 徘徊模擬訓練を終えて

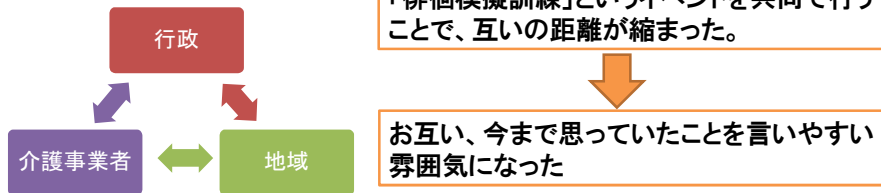
徘徊模擬訓練前



18

## 徘徊模擬訓練を終えて

徘徊模擬訓練後

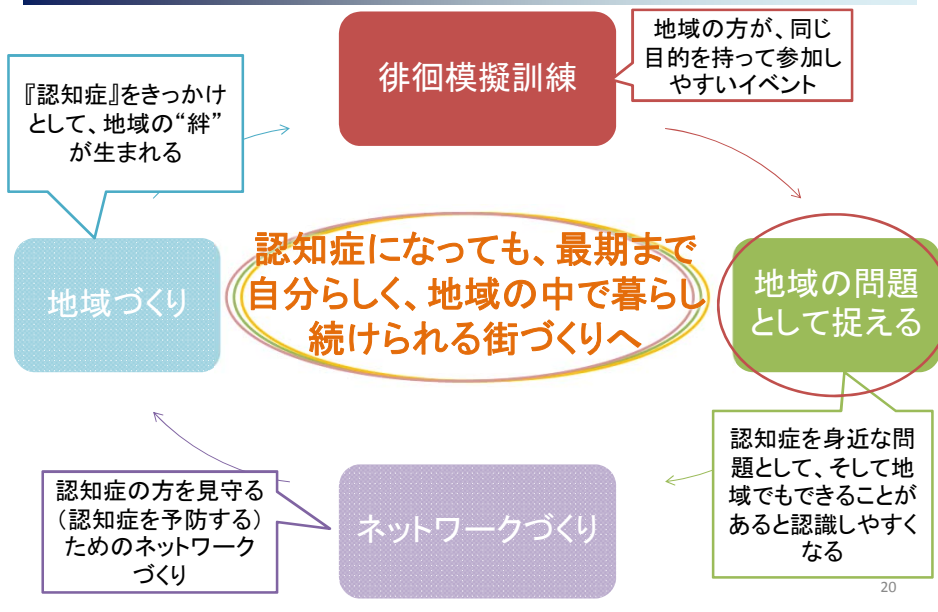


第二回富隈地区認知症見守りネットワーク協議会

- ◆ 参加者から、より建設的な意見が多く見られるようになった
  - ・ 具体的に富隈で何ができるのかできないのか考えていくべき
  - ・ 子供たちの参加があまり多くなかったのが、今後PTAや子供たちの前でPRの機会を作ってもらえるか
  - ・ 徘徊ネットワークを3年ではなくもっとスピードアップする必要があるのでは
- ◆ 地域の方々から、その地域が抱えている問題点を言ってくれるようになった
  - ・ 家族の中には、まだ認知症を隠している人がいる
  - ・ 若い世代が地域に溶け込んでいない

19

## 徘徊模擬訓練を終えて



20

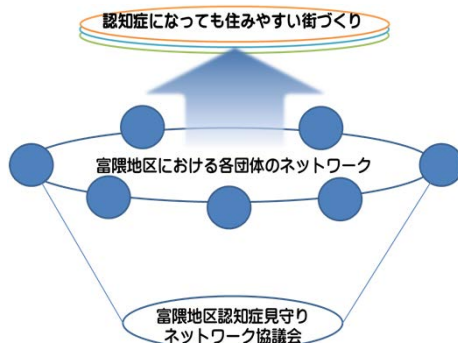
## ネットワークづくりへ

### 霧島市富隈地区認知症高齢者見守りネットワーク協議会趣旨説明(再)

(中略)

富隈地区は、すでに、自治会、長寿会、民生委員等といった方々が精力的に活動されており、そして、その団体の枠組みを超えたネットワークもあります。そのネットワークの力をお借りし、時には新たなネットワークも確立して、『認知症になっても住みやすい街』を一緒に作っていきたい。そして本協議会が、その下支えを行うことができればと思っております。

本協議会には、すでに各団体から有志が参画してくださっております。そして、これからは、本協議会の中で、富隈地区の認知症の方々が抱えておられる問題点や対策を協議しあい、それぞれの団体で少しずつ役割を分担しあいながら実行していくことができればと思っております。



21

ネットワーク作りから認知症の方が地域で暮らしていくために必要なことは  
～霧島市富隈地区が今後目指すもの～

### 地域づくりセミナー開催(2月3日)

テーマ:『よりよい近所福祉をすすめていくために必要なことは?』

趣旨:本格的な高齢社会を迎え、認知症高齢者が急増しています。推計では65歳以上の10人に1人が認知症を患っていると報告されております。富隈地区が、認知症になっても住みやすい街となるために、地域で何ができるのか?どのような支え合いが求められているのかを、先進事例を参考にしながら、皆で考えていくことが、本セミナーの目的です。

#### プログラム

- 開会・主催者挨拶(11:00)
- 事例発表(11:05)  
『富隈ではこんなことを行っています!!』  
～「隼人シニアネットきずな」のとりくみ～  
津之地 良(NPO 法人隼人シニアネットきずな)
- 基調講演(11:20)  
『支え合う気持ちから地域づくりへ』  
講師:福田 正道(鹿児島県社会福祉協議会地域福祉部部长)
- 閉会

**200名以上の方が  
参加!!**

22

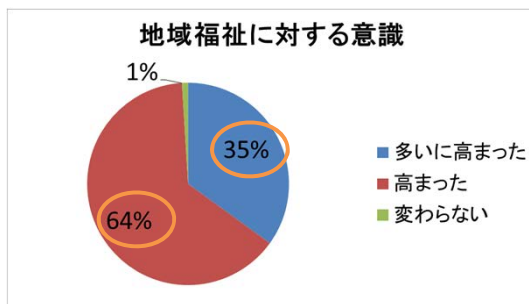
## 地域づくりセミナーアンケート結果

- 近所の助け合いを定着することが大切だ
- 富隈地区が色々な活動をしていることを初めて知りました。住民として、出来るところから参加していきたいと思います。また支え合いマップ作りは大切だと思います
- 地区の活動は、身近な生活から話し合う機会を作る
- 富隈地区の方々の素晴らしい取り組みに参加できてありがとうございました。また開催される時に参加したいです
- 福田先生のお話がとても分かりやすく、内容も良かった。これからもますます福祉に協力していきたい
- 実践例の紹介が良かった
- 日常的な近隣の人との付き合いをよくして何事もよく話し合えることを大切にすることが大事である
- 地域への関心がより深まった。近所隣が原点をこれからも深めていきたいと思います
- いろいろな団体が地域づくりに努力されていることを知りました。地域(隣同士)の交流が、昔のようにできていないことが、高齢者の一人暮らしの人が心細い気持ちになる原因の一つだろうと思いました。基調報告では、具体的な生活の中で、現在の地域づくりの必要を知りました
- 支え合いマップ作りに興味を持ちました

23

## 地域づくりセミナーアンケート結果

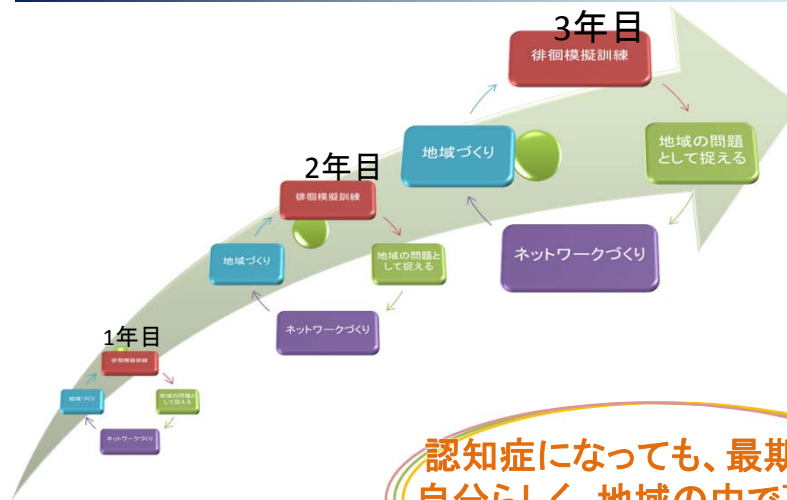
- ゆいネットワーク互助事業を早く立ち上げて欲しい
- 地域社会でお互いに支え合うことが大事なことを知らされました。これからは地域社会で相手の言葉に耳を傾けて、ゆっくりと対応したいと思います
- 各地域の活動状況例紹介は参考大であった。一般的に高齢者には孤立に陥る傾向が強く、規模の大きいコミュニケーション拡充策に溶け込むことは難しい面もあり身近な範囲(普通趣味仲間)からの心のふれあい拡充を図ることが肝要となる(きめ細かい施策の推進)
- 行政的取り組みでなく本当に身近な問題を取り上げてもらって実感です



99%の方が、地域福祉に対する意識が高まったと回答

24

ネットワーク作りから認知症の方が地域で暮らしていくために必要なことは  
～霧島市富隈地区が今後目指すもの～



## 今後の方向性

現在の高齢者人口に対する認知症高齢者の割合は11%程度であり、今後も後期高齢化が進行していく中であって認知症高齢者の割合は増大していく。

一方で、行政は組織の面でも金銭的にもスリム化が進むため、行政に頼らない自主的・自立的な体制づくりが望まれる。



### 持続可能な支援体制の確保

1. 行政は地域支援体制づくりの「きっかけ」を提供し、困ったときは「相談」に応じる。運営については地域包括支援センター、地域密着型サービス事業所、住民グループが協働で「発想」し「担える」仕組みづくりを構築していく。

2. 多職種協働による持続可能な支援体制を目指し、地域包括支援センター、地域密着型サービス事業所（ライフサポートワーカー）、認知症疾患医療センター、民生委員、行政等が課題を共有し解決を図っていく。

**思いを共有！  
仲間として一緒にとりくんでみたこと  
～西東京市の協働の実践より～**

“案ずるより産むが易し“



東京都西東京市 高齢者支援課  
ゲーリッチ 陽子

社会福祉法人 悠遊 グループホームいずみ  
大木 智恵子

「西東京市」と言うけれど、  
実は、真ん中あたり・・・なんです。

東京都全図



## 1. 西東京市の概要(平成24年3月現在)

### ◆西東京市の人口

総人口: 197,729人  
高齢者人口: 41,222人  
高齢化率: 20.8%



### ◆西東京市の認知症高齢者数

要介護認定者数: 7,423人  
認知症高齢者(日常生活自立度 以上) 4,128人  
認知症の出現率: 55.61%  
(認知症高齢者数/要介護認定者数)

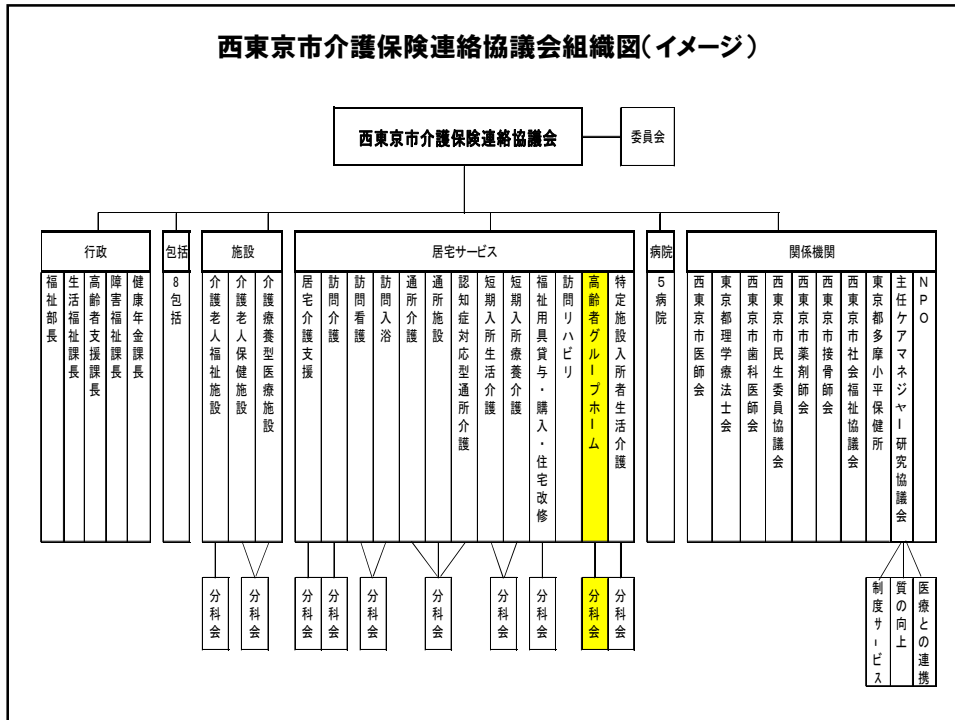
### ◆地域包括支援センター:8か所

## 2. 西東京市の特徴

- ◆介護保険制度の翌年、平成13年都市型対等合併により誕生(田無市・保谷市)
- ◆都心へのアクセスが良く、都心へ通う人のベッドタウンとして合併時より人口が10%増加
- ◆介護保険制度の創設と同時に**全サービスの事業者連絡会を立ち上げ、市が事務局として一緒に運営して、定期開催をしている**
- ◆グループホーム分科会を事業者、地域包括支援センター、高齢者支援課3係で協働して定期開催している



### 西東京市介護保険連絡協議会組織図(イメージ)



### 西東京市グループホーム分科会

事業所名称	住所
ねんりんはうす	東京都西東京市田無町5-4-8 第一和光ビル305
グループホーム花	東京都西東京市下保谷1-8-20
グループホーム いずみ	東京都西東京市泉町3-15-28
グループホーム 育	東京都西東京市泉町2-6-8
グループホームみんなの家・西東京	東京都西東京市芝久保町2-13-32
ばぶちゃんち	東京都西東京市緑町1-6-1
グループホーム花・南町	東京都西東京市南町4-19-8
グループホームのどか	東京都西東京市南町2-14-19
愛の家グループホーム西東京中町	東京都西東京市中町6-5-12
グループホームみどりの樹	東京都西東京市東町2-2-6

### 3. 「グループホームいづみ」での生活

## 今まで出来ていた事ができて、 普通に生活を送れること



毎日の買い物



小学校区での新年会



地域の会合で尺八と合唱を披露



散歩途中でちょっと休憩に寄ってくれます



裏庭で野菜づくり



皆さま家事はお手の物



お隣の農協さんのお食事会に招かれて



募金活動・保谷駅前にて



地域の会議に出席して 毎月



男子会 近所の居酒屋にて



毎年恒例の地域との餅つき



入居者がもてなすうどんづくり 毎年



地域住民との見守り清掃活動



## 「グループホームいづみ」の悩み

### 入居者の方が外へ出かけていく

グループホームの中で完結するのではなく、  
地域で暮らす生活には、本人にとって危険が一杯！



どうしたらその方の意思を尊重した生活を続けられるか？

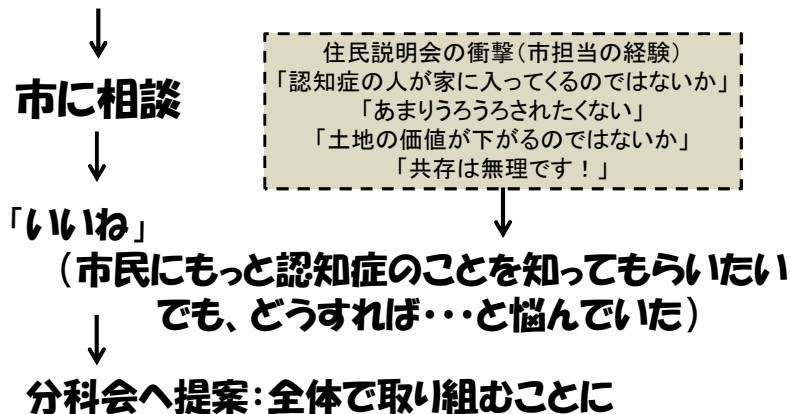


大牟田市の徘徊模擬訓練に参加してみた(2010年10月)

## 4. 西東京市での模擬訓練

私たちの所でも徘徊模擬訓練をやってみたい

**自分の所だけでやるよりは、GH分科会でやりたい！**



- 第1回目 2011年3月 西東京市泉町地区
- 第2回目 2011年10月 保谷地区
- 第3回目 2012年12月 田無地区



徘徊役を買って出た地域のおじさん →



## 5. やって見たわかったこと

### 行政の立場で・・・

- 熱心に講師のお話にも耳を傾ける市民の姿を目の当たりに
- 「認知症の方への声かけの訓練がしたい！」との声
- 自分の中の地域や市民との距離感がなくなった。
- 思っているほど市民との協働はそんなにむずかしくないかもしれない

### 事業所(GH)の立場で・・・

- 地域住民もグループホームも行政も一緒になって体感・実感ができた。
- 一緒にやる事の楽しさ、やってみたらそれほど大変じゃなかった、地域住民も協力的

**もしかしら、市民、事業者、行政が、何かを一緒にやっていくことは、そんなに難しくないのかもしれない。**

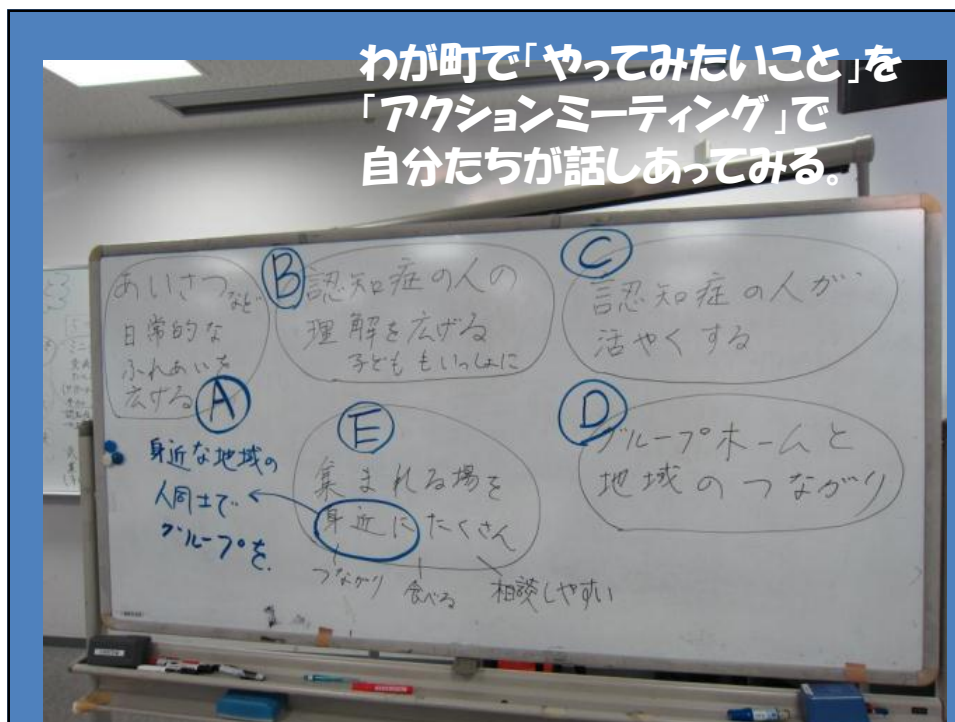
## 6. 更なる市民協働への挑戦 「地域づくりワークショップ」

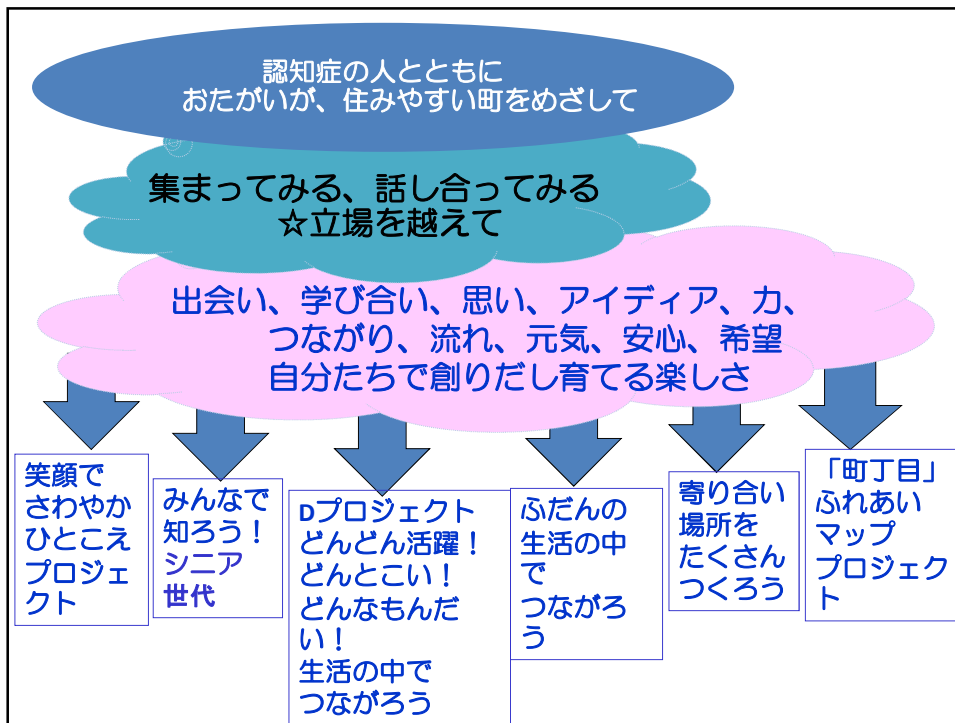
- 認知症高齢者の徘徊模擬訓練から始まり、GH分科会の横の繋がりもできてきた。
- 認知症の事を地域はどうとらえているのか、という思いも膨らみ、今なら勢いで何でも出来そうな気がして、新たな取り組みとしてワークショップをやることに。



計4回、地域のさまざまな立場の人が集まって「わが町アクション」のプランづくりをおこないました。

わが町で「やってみたいこと」を  
「アクションミーティング」で  
自分たちが話しあってみる。





私の体験した「アクションミーティング」



- 箱ものがないとか、資金がない・・・とかではなく、遠くまで行かなくても直ぐ近くに気にかけてくれる地域がある。
- チョッと寄れる、チョットお茶を飲める「お家」歩いて200m以内、を沢山作りたい。




(寄り合い所 いずみサロン 5月～開始 毎月第3金)

## 7. やって見たわかったこと

### 行政の立場で・・・

- 肩書きを外して話すのって何だか楽しい！
- こんなに地域に自分が何かしたいと思っている人がいるのか！
- 何だか「やれそう」という自信が湧いてきた。
- そんなに市がお膳立てしなくてもいいのではないかな？

### 事業所(GH)の立場で・・・

- 自分たちで自発的にやりたい事が沢山、プラスのイメージでワクワクする！

**立場で考えるのではなく、  
町に暮らす一員としてやってみると  
できること、やりたいことがたくさんある、  
なにより、やっていくことが楽しい**

## 8. アクションミーティングから生まれたこと

- グループホームいずみの中庭を地域の「寄合所」として開放し、地域の交流スペースにした。(オープニングパーティ、さんま大会、お茶会等)
- 独居の高齢者が自分のお弁当を持ち寄って、グループホームの入居者も参加して一緒にお昼を食べるサロンを開いた(いずみサロン)
- 地域住民とグループホームの共済で、災害・防災訓練を行った。
- アクションミーティングから人間関係が派生して、多世代交流の機会を得(人から人へ) 児童青年課と高齢者支援課主催の「児童とグループホームの合同うどんづくり」
- GH分科会は、今現在も進化しつづけている。認知症のプロとしての意識が高まり合同で夜に認知症勉強会を開催したり、「きらりと光る一言集」の編集と発行



○グループホームいずみの中庭を地域の「寄合所」として開放し、地域の交流スペースにした。（オープニングパーティ、さんま大会、お茶会等）



○独居の高齢者が自分のお弁当を持ち寄って、グループホームの入居者も参加して一緒にお昼を食べるサロンを開いた(いずみサロン)



○アクションミーティングから人間関係が派生して、多世代交流の機会を得る  
(人から人へ)

児童青年課と高齢者支援課主催の「児童とグループホームの合同うどんづくり」



○合同防災訓練 アクションミーティング後の地域からの声で。



訓練後には、地域にみなさんとサンマパーティー



○GH分科会は、今現在も進化しつづけている。認知症のプロとしての意識が高まり  
合同で夜に認知症勉強会を開催したり、「きらりと光る一言集」の編集と発行



グループホーム入居者と職員との何気ない会話にふっと気づかされたり、  
心温まる一言を集めました。

## 9. ふいかえってみると・・

- つながりが根を張るようにひろがっていた  
個と個のつながるひろがる力の強さ(根のはる強さの安心感)
- グループホーム同士の横のつながりが芽生えていた  
以前のグループホーム分科会の状況から見ると・・・
- 包括とグループホームが自然と一緒に活動するようになっていた。  
同じようなことをバラバラで行っていた・・・
- 行政がグループホームの事業所から教わったこと  
地域密着型サービスを頭でわかっていたが・・・
- 「住民が主体である」という意味を理解することができた

## ＜参考資料＞

### 平成24年度 認知症地域資源連携検討事業 認知症地域支援体制推進普及セミナー(3地域)

### 参加者アンケート集約

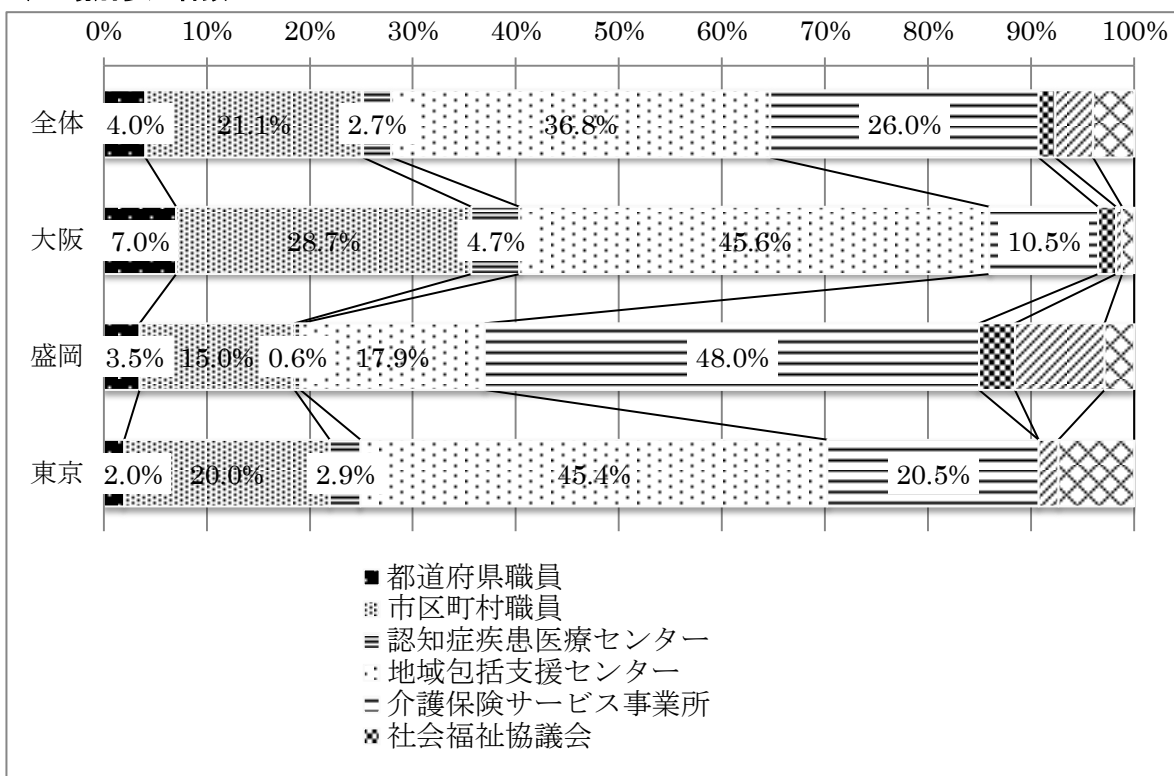
#### 認知症地域支援体制推進普及セミナー開催日程及び開催地

1. 平成 25 年 3 月 1 日(金):大阪会場  
開催場所:たかつガーデン(大阪府教育会館)  
大阪府大阪市天王寺区東高津町 7 番 11 号
2. 平成 25 年 3 月 8 日(金):岩手(盛岡)会場  
開催場所:盛岡市民文化ホール  
岩手県盛岡市盛岡駅西通 2 丁目 9 番 1 号
3. 平成 25 年 3 月 15 日(金):東京会場  
開催場所:認知症介護研究・研修東京センター  
東京都杉並区高井戸西 1 丁目 12 番 1 号

認知症介護研究・研修東京センター  
認知症地域資源連携検討事業担当

# 1. 参加者概要

## 1) 立場別参加者数



### ○全体

都道府県職員	22	4.0%
市区町村職員	116	21.1%
認知症疾患医療センター	15	2.7%
地域包括支援センター	202	36.8%
介護保険サービス事業所	143	26.0%
社会福祉協議会	9	1.6%
医療機関(疾患医療センター以外)	20	3.6%
その他	22	4.0%
計	549	100.0%

### ○大阪会場

都道府県職員	12	7.0%
市区町村職員	49	28.7%
認知症疾患医療センター	8	4.7%
地域包括支援センター	78	45.6%
介護保険サービス事業所	18	10.5%
社会福祉協議会	3	1.8%
医療機関	1	0.6%
その他	2	1.2%
計	171	100.0%

○盛岡会場

都道府県職員	6	3.5%
市区町村職員	26	15.0%
認知症疾患医療センター	1	0.6%
地域包括支援センター	31	17.9%
介護保険サービス事業所	83	48.0%
社会福祉協議会	6	3.5%
医療機関	15	8.7%
その他	5	2.9%
計	173	100.0%

○東京会場

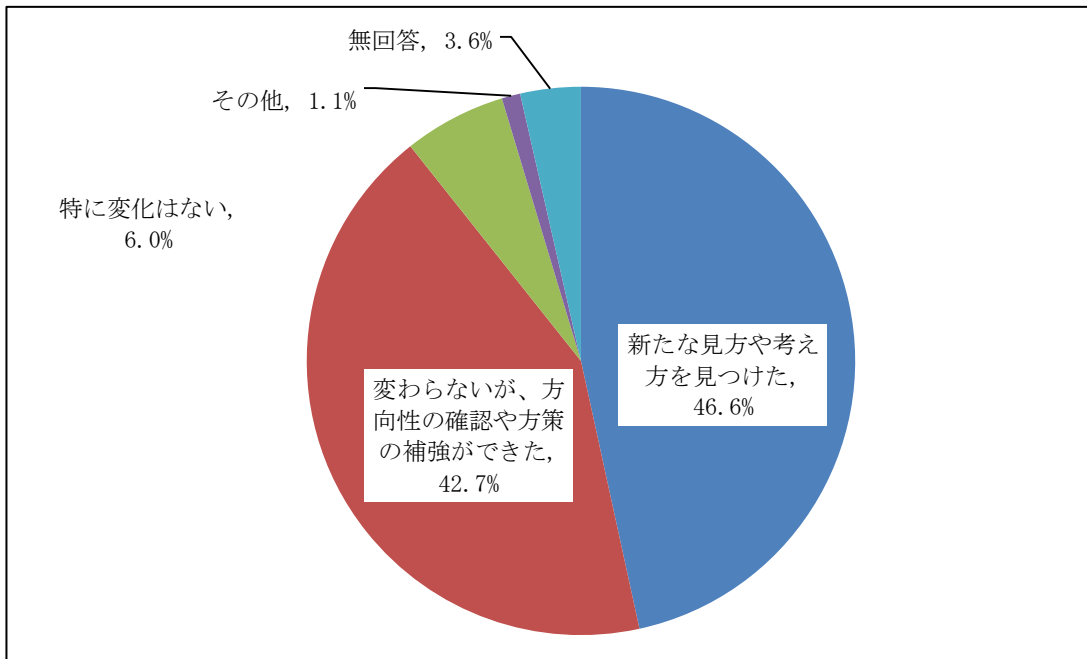
都道府県職員	4	2.0%
市区町村職員	41	20.0%
認知症疾患医療センター	6	2.9%
地域包括支援センター	93	45.4%
介護保険サービス事業所	42	20.5%
社会福祉協議会	0	0.0%
医療機関	4	2.0%
その他	15	7.3%
計	205	100.0%

2) 都道府県別参加者

No	都道府県	参加人数計	No	都道府県	参加人数計
1	北海道	0	25	滋賀県	4
2	青森県	11	26	京都府	3
3	岩手県	142	27	大阪府	88
4	宮城県	17	28	兵庫県	22
5	秋田県	3	29	奈良県	18
6	山形県	9	30	和歌山県	4
7	福島県	5	31	鳥取県	3
8	茨城県	8	32	島根県	2
9	栃木県	3	33	岡山県	2
10	群馬県	4	34	広島県	1
11	埼玉県	22	35	山口県	0
12	千葉県	13	36	徳島県	3
13	東京都	90	37	香川県	0
14	神奈川県	8	38	愛媛県	3
15	新潟県	1	39	高知県	1
16	富山県	3	40	福岡県	3
17	石川県	1	41	佐賀県	0
18	福井県	3	42	長崎県	3
19	山梨県	12	43	熊本県	8
20	長野県	1	44	大分県	0
21	岐阜県	2	45	宮崎県	0
22	静岡県	7	46	鹿児島県	4
23	愛知県	8	47	沖縄県	3
24	三重県	1	参加者計		549

## 2. 参加者アンケート集計（回答数:365／回収率:66.5%）

1) 今回の普及セミナーに参加して、地域支援やその体制づくりの取り組みについて、自身の見方や考え方に変化がありましたか。



区分	人数	%
新たな見方や考え方を見つけた	170	46.6%
変わらないが、方向性の確認や方策の補強ができた	156	42.7%
特に変化はない	22	6.0%
その他	4	1.1%
無回答	13	3.6%
計	365	100.0%

<主な記述回答>

### ●都道府県職員

大阪	これまでも増して、知識や情報収集の重要性を感じました。
大阪	地域の連絡会をどのように作っていくか。
大阪	住み慣れた地域で暮らすための取り組みを引き続き進めていきたい。
大阪	関係機関との連携の方法
盛岡	何か大きな施策をしようとするのではなく、基本的で小規模の取り組みを着実に行うことが重要なのだと感じた。
東京	行政主導だけでなく、バックアップという形での支援でここまで出来るのかと思った。

●市区町村職員

大阪	寝屋川市の取り組み(つながる)
大阪	人材の育成とその活用の重要性を再認識した。自市とどこが違うのか改めて考えてみたい。
大阪	行政主体ですすめるのではなく、地域の資源が有効に機能して、協働ですすめられるよう仕掛けていければと思った。
大阪	地域の特色・特性を活かした取り組み
大阪	目先の事ばかり、日々こなすことに終わってしまうが、大きなビジョンをもって体制づくりを考える事が大切だと感じた。
大阪	市と府の共同が新たな体制づくりに必要であると感じた。
大阪	コツコツと出来ることをする。
大阪	施設を地域の中に置くことで理解も得られ、また本人も安心して暮らせるのだと思いました。
大阪	認知症サポーターを一般から専門職へ移行すること。
大阪	医療との連携がやはり重要であり、アプローチしていく必要がある。
大阪	医師との連携の必要性。踏み込んでみたらいい先生がいるというのは昨年の研修でも話があったので、再確認は出来ました。でも難しいと感じてるのですが…。
大阪	人材育成やネットワークづくりは分かるが、1町1直営包括3職能のスタッフではなかなか大変。“介護予防”も大事だし、行政としての方向性(町として)何年後をみた計画が大事だと実感しました。
大阪	寝屋川市での取り組みでM1グランプリをされているという話があり、キャラバンメイト(サポーターも)の方々の活動支援が本市ではまだまだ足りないと感じていたので、今後色々考えて実行していきたいと思います。
大阪	地域づくり
大阪	どんな地域にしたいのか、ビジョンをもって、それぞれの事業を結びつけていくこと。
大阪	現在認知症施策に取り組み始めたばかりで、まだまだ手探りの状況ですが、他自治体の取り組みや事例を聞くことによって、自分たちの取り組みも間違っていないと思えた。
大阪	違う方向でも取り組みが必要かも?
大阪	徘徊模擬訓練やメイト活動をする上で良いヒントをもらった。型にはまったものでないやり方もある。
大阪	2市の方の介護保険料がなんとか5000円きっても苦情対応に追われます。
大阪	連携連携と言いつつも、出来てる区・出来てない区など様々な状況で(業務がとても忙しいそうで…)どう底上げをしたら良いか考えていたところでした。まずは、市全体のハード面の整備、他区での先駆的事业の紹介など行っていこうと考える切りかえが出来ました。
大阪	認知症の方を住み慣れた町で暮らしていくためには、専門職・行政だけではなく、地域の方々の見守り体制の強化が必要であること。
大阪	加賀市のお達者プラン概要版のような分かりやすいメッセージの伝え方を考えたいと思う。
大阪	業務に日々追われていて、地域でその人がその人らしく暮らせる方法や地域住民を巻き込んだ地域づくりなど、基本的なことに改めて気付かされた。
大阪	認知症の人に関わらず、地域の中で暮らし続けていくための支援の体制づくりが必要で、時間がかかり、すぐには成果がみえるものではなく、継続していくことの難しさがある。
大阪	・市民や事業所、Drとの密な話し合いをもっと実施していかないといけないと感じた。 ・介護保険計画をもう少し把握したうえでの事業計画。
大阪	支え手になる関係者が共有した認識を持つ事が大切であり、連絡協議会を設置したい。
大阪	様々な取り組みはしているが、単発であり、継続性がないことが分かった。 今後は長期ビジョンを考えて計画的に取り組むことが大切。
大阪	施策担当者が事業や取り組みを実施するためには、担当者が地域のコーディネーター役となり、



	地域住民や介護サービス事業所、地域包括支援センターが主体的に取り組んでいけるような仕掛けづくりを考えていきたいと思います。 (精神科病院と介護サービス事業所(ケアマネ)や地域包括との関係作り)
大阪	加賀市の取り組みから、地域密着型施設の役割、そして、地域包括ケアへつながる為、取り組みのヒントがありました。
大阪	飲みにゆケーションの有効性を見直しました(笑)
盛岡	包括がサポートする。
盛岡	すぐの施策作りは難しいが、困難であると決めつけず、自分達がどのような地域に住みたいのか、地域にしたいのか、その思いを共有し、夢を実現させる取り組みが大切であると感じた。
盛岡	行政は何もしない、遅いとよく言われます。 一緒にやるには行政から声をかけ、お願いして、地域支援に対しては同じ立場で取り組むことが大切だと思いました。そのための関係づくりも。
盛岡	人口動態や特徴、課題は違っても、目指す町の像はいつまでも安心して暮らせるまちという点では同じで、どこの地域も悩みながらやっているのが分かった。「本気で取り組む」
盛岡	地域で支える仕組みづくりについて、今まで個人で行うものだったものを多く巻き込む形で行うものに変えるべきではとっていたが、先例を見て、方向性として間違いではないと思えた。
盛岡	小さな取組だが、すぐ出来ることとして、地域の福祉を担う民生委員への普及をしようと思った。
盛岡	制度や行政ありきではなく、地域からスタートする。
盛岡	つながりノートは参考になる。
盛岡	様々な組織(町内会など)を活用した取り組み
盛岡	どんな形でも、みんなで集まって話していける場をつくっていくことは大切と改めて再認識出来たが、徘徊模擬訓練等楽しみながら、その学びを自分たちに取り入れていくという点は新たな自分自身の見方になった。
盛岡	徘徊のおそれのある認知症の方の事前登録のやり方
東京	関係機関と今でも連携をとることがありますが、今ある既存のツールからどう仕掛けをしていくかを考えることが出来ました。例: サポーターへのすすめ方、法人とのやりとりなど
東京	1人では出来ない。仲間を見つける。その方法のヒントをもらえた。
東京	前年度セミナーに参加したので、変化があるという訳ではないのですが、地域の人材づくりや行政がサポート役にまわることがポイントだと改めて思いました。
東京	霧島市の報告のように、行政が黒子になって事業者さんの独創性を活かすというやり方。
東京	徘徊模擬訓練
東京	行政だけで考えていてもいいものはいくらもない。
東京	市が何か考え、先導していくことではないこと。 地域の考え、力を信じたい。ニーズ把握は事業者にも地域にも行いたい。
東京	・新しい事を行うのも大切な事だが、現況の施策に見直し等も大切な事 ・推進員だけではなくて、様々な人達の協力をあおぐこと
東京	サロン等の活用
東京	行政の関わり方(霧島市)について、行政は脇に徹し、地区の独自性に任せるという視点はなかったため、勉強になりました。
東京	事業所だけでなく、地域の方へ働きかけることの必要性を感じました。
東京	最初のシステム作り。社会資源となる関係者との連携
東京	理想は大切だけど、その地域に合った方法がそれぞれにあり、少しずつでも“進む”ことが大切だと感じました。
東京	今年度、介護者のための冊子を作成したいと思っていたが、なかなか進まずにいた。 田尻地域の社会資源マップを拝見し、少し方向性が見えたように思う。

東京	事業所や住民を巻き込んだ取り組みという考えは持っていたが、もっと事業者が主体となつてつな がれるような仕組みを作っていくべきと感じた。 (地元ではまだまだ行政主導という意識が強いので、働きかけを行っていくことが必要だと思った)
東京	地域ケア会議は住民と一緒にしているが、事業所中心という方法もあるというのが分かった。
東京	当地域の認知症地域支援体制づくりに行き詰まりを感じていたが、発表地域の方からの報告でい っぱいヒントを得ることが出来ました。

●地域包括支援センター職員

大阪	住民中心でキャラバンメイトを展開していましたが閉塞感があり、今回町内にあるグループホーム の方と参加させて頂きました。今回グループホームの方と包括が核となって街づくりを進めていく ことは必要であると再認識させて頂きました。
大阪	地域支援の体制作りには行政からの関わりは不可欠ですが、地域を巻き込む方法を工夫すること が大切ということが分かりました。
大阪	市の施策として、どうしても「市全体で」という考え方に陥りがちであった。 しかし、今後地域ごとの取り組みを支えていく必要があり、支えるためにも地域に出向いて、どうい う取り組みをしていきたいのかを吸い出していく必要があると感じた。
大阪	人材を育てる大切さが分かった。
大阪	目の前のことだけに取り組むことも大事だが、長い目、長期的視野で物事を見ることが大事である ということに気付きました。
大阪	ハードからも地域づくりのひとつの方策が出来るということ。
大阪	多職種・多機関で取り組むことの大切さ
大阪	地域の集まりに出て行きます。
大阪	自分の関わる市や地域の活動以外に、地域の特色や課題に合わせた方法で様々な活動に取り 組んでおられ、参考になりました。
大阪	地域住民が主役となって、認知症の人も周囲の手助けによって家で暮らし続けられるように働き かけていくことが本当に大切と思う。地域の人が自分の地域のことに興味をもって手助けし合うよ うな意識を持ち続けてもらえるように行政や包括の立場からもつながりをもてるようPRが必要だと 思った。
大阪	発表された人と思いは同じなので
大阪	地域の特性を活かしたネットワークやコミュニティ作りのアイデアを出していくこと。 高負担高福祉の自治体の考え方。
大阪	地域の民生委員さんやボランティアさん等とのつながりを強化していきたいと思います。
大阪	普段なかなか直接聞くことが出来ない遠くの地域の事例を聞くことが出来、どうすれば良いかのヒ ントが学べました。
大阪	奄美市の報告の中で、「徘徊 SOS…」と「地域みまもり NW」のイメージ図でそれぞれの取り組みに ついてイメージしやすかったです。またセンター方式を積極的に取り入れておられて素晴らしいな と思いました！(直接接助の現場のみならず、相談援助でも活かしたいと思ってるので) エンディングノートでなくて「私の手帳」ということでしょうか？ それともセンター方式を自分で書くよ うな感じなのかな…。とっても良いですね。詳しく知りたいです。
大阪	自分のやり方に間違いはないということが確認出来た。
大阪	まずは自分も楽しみながら地域交流出来る機会をつくること。 仕事の域を越えるという自分の考えを見直す、回路を変える必要がある。 まだまだ自らでなく、やらされている感が大きいので、それを越えるのは難しい事だと思う。
大阪	地域の人や家族は、認知症になり周辺症状が進行すると施設へ早く入所させてほしいと言う方が 多いが、重度の認知症の方が地域でも暮らせるという成功例を1人でも提示することで、考え方が

	変わるのではないかと思った。
大阪	相手としっかり向き合い、信頼関係を持つことで、その人がより良い生活が出来るよう援助を続けていきたいと思いました。
大阪	寝屋川市の発表をお伺いし、仕組みづくりのプロセスを学び、とても分かりやすかった。まだスタートラインにも立てていないわが町がまず何から始めればいいのかについてはっきり学ぶことが出来ました。ありがとうございました。
大阪	市町として市をこうしていきたいという長期的で明確なビジョンを持っていることが重要であること。
大阪	認知症の「人」の生活を継続的に支援していく事を目指していきたいと思った。(加賀市の発表より)
大阪	市・町・村がそれぞれ各地域をケアしていただくだけではなく、都道府県によって、市同士・町同士の交流の場をつくり、他市町村から学びやすい環境を作ることも大切だと感じた。
大阪	地域の商店・機関へアプローチの方法を考え、実行していこうと思う。
大阪	認知症キャラバンメイトの養成にて、認知症の理解を地域住民に広めていくことが必要。職員(支援者)の知識の向上の為、研修会開催必要。
大阪	医師会を知る必要があると感じた。
大阪	もっと自分の市・地域の特性をみつめて、今行っている事業や地域づくりをしていきたい(いかなければ)と思いました。
大阪	地域密着型の事業所への積極的な働きかけ、圏域の中で拠点となる場所、人を育てることが必要だと確認出来た。
大阪	地域の色々な方に集まってもらう仕掛けに行政の後押しが大切。
盛岡	・認知症の講座 地域はもちろんだが、銀行等金融機関に対しても必要と考える。 ・自分たち(行政・包括)が動くより、地域の人たちの力で動けるような支援が出来ればいいな…具体的には考え中ですが。とにかく、地域の民生委員の方々、地域のリーダーの方と普段からつながりをつけておくことは大事と再認識しました。
盛岡	地域の方への働きかけの仕方について、地域の中に入り、地域の方々と向かい合うというより、寄り添いながら方向を見出すことの大切さ。
盛岡	具体的な事例を「きっかけ」として広めていくこと
盛岡	地域とのつながりを図式に表わして、検討していくこと。 地域の力を活かすこと。
盛岡	認知症についての知識を普及しようと、出来るだけ小規模な団体に入って講座を開いたりしているところだが、ありきたりの「認知症とはどんな病気か」「どんな対応をするべきか」「予防はどんなことが出来るか」を中心に行っていた。 本当に大切な普及すべき考え方はいつでも自分に起こりえる病気であり、すでに身近な病気であることを知らせることではないか気が付いた。 そうして、住民も認知症の人もその家族も「認知症をタブーにしない」意識づくりが出来れば、みんな認知症を支える地域づくりが出来るのではないかと思った。
盛岡	包括支援センター一つでやっていくのではなく、地域の住民を動かしていかなければいけない。
盛岡	自分が現在取り組んでいる方向性は間違っていないと確信したい。
盛岡	行政が地域づくりを行うのではなく、その地域自ら動くように働きかけ、サポートしていくこと。 地域の人々の心を動かさなければ地域は動かない。 地域にはすごい力があることを気付かされた。
盛岡	地域住民への広報や回覧でのサポーター養成講座や出前講座(介護保険申請の流れ、包括支援センターとは等)を呼びかけるが反応がほとんどない。 地域づくりは住民の積極性が大切だと感じた。まずは地域の特性を再確認したい。
東京	事業所との連携の仕方
東京	来年度については認知症がキーワードとして取り組んでいく方針を立てたところです。サポ養成に

	ついでのやり方やターゲットについて検討中ですが、小中学での講座は非常にハードルが高く、やはり行政のバックアップが必須ですが、なかなか行政のビジョンもなく、モチベーションが低いので苦慮しています。が、今回の取り組みを伝えていきたい。
東京	初めて聞いた取り組みが多く、参加して良かった。 まず「考えよう」と思いました。
東京	何かしらやろうという気持ちを外に発信していくことが必要だと思った。
東京	包括以外にサテライトのような相談所を設置するのは、いい部分・悪い部分の両方の面が出てきそうな感じがします。
東京	徘徊模擬訓練を反復して行っていること。 イベントとしてとらえ、そこから事業を広げていること。
東京	横のつながりの重要性の再認識
東京	現在、私達の包括ではどうしても行政との関わりがうまくいっていません。 次回は行政の担当者の方と一緒に出席出来ればと思います。が、どうでしょうか。
東京	包括のみで出来ることは限られているが、何か一歩進んでいかなければいけないと思った。
東京	小学校からの取り組みの必要性を確認出来た。 地域での小さなグループから関わっていくことの必要性、重要性。
東京	認知症高齢者地域支援推進チーム育成プログラム
東京	認知症予防を通して地域づくりをしていきたい。
東京	地域の方が望んでいる事、自分が考えている事は同じなのかな。
東京	目的をもって地域の課題をきちんと見据えての地域づくりをしていく。
東京	地域でつながる大切さ、認知症の理解の普及
東京	出来ることから始めてみる。
東京	地域と共同で何か(小・中認サポ)に取り組みたい。 行政の取り組みにより、活動も変わってくる。
東京	地域を巻き込んだ普及活動の大切さが全ての事例から再確認出来ました。
東京	行政の担当者が異動になったと朗報を受けて本セミナーに臨めたため、大変参考になりました。
東京	方向性はぼんやり見えていたが、具体的な取り組みの仕方が分かってきました。 現状で出来ることをやってみようと思った。
東京	行政との関係作り、地域での関わり
東京	改めて住民や当事者の声を支援の出発点にすること
東京	地域の関係団体の方達とのつながりから、顔の見える関係づくりを目指していかなければいけないことが分かり、今後の目標としていきたいと思えます。
東京	行政があまり積極的なところではないので、今後どのように取組んだらいいか問題だが、具体例を多数学ぶことが出来たので、その例にならってすすめていきたいと思う。
東京	町会に積極的に訪問。顔の見える関係作りから始めていく。
東京	自分の地域では、まだまだ不足している部分が多いと分かった。 都会では難しいと思われる事も、小さい地域から始めてみたいと思った。
東京	担当する地区で参考にしながら実施出来るのでは！
東京	諦めていた事が色々な方法をお聞きし、他の方法を考える事が出来そうです。
東京	地域とのつながりがうすい事に気付いた。 つながりをどう構築していくかから始めようと思う。
東京	地域の力を取り戻そうと集め、地域の中の思いの強い方が多くいたこと、ここからどうつなげるか。
東京	行政へ現場の声を発信していくことの重要性について思いを強くした。
東京	ネットワークの大事さを再認識
東京	今あるものを上手に活用していく。包括の受託の法人が現在やっていることとの協働

東京	徘徊模擬などのイベントを通して、ネットワークを構築していきたいと思う。
東京	他県の方々の取り組みを知り、今後自分達も出来そうだった。
東京	施設とのつながり
東京	どうやって良いか分からなかったが、地域住民を含めて、認知症の人のケアを考えていける自信がたった。
東京	自分の地域でも出来る事があるのではないかと思った。
東京	密着型サービスとの協働を深めていくこと。お互いが関心をもっていることを大切に。医療との連携が今年度のカギになりそう(今までの積み重ねをさらにしていくために)。
東京	認サポの学校へのアプローチの方法、模擬訓練について、地域の巻き込み方
東京	規模を小さくして実施することで、地区の課題がはっきりする。
東京	行政がブレーキをかけること多く、民生委員や福進協を協力体制にもっていくのですが、専門職同士の連携がもっと必要と感じました。
東京	ネットワーク構築(認知症・虐待対応)に参考にさせて頂きたいと思います。 小学校・中学校、カリキュラム・PTA への働きかけ

### ●介護サービス関係者

大阪	行政との上手な関わり方、行政に報告をすることも大切ですね。
大阪	自分の知っている範囲で声をかけて事を進めようとしていたが、広く声をかけて連携することも大事だと感じた。
大阪	行政の頑張りや引っ張っていってくれれば支援が拡大出来る。
大阪	普段は介護の現場ですが、行政の仕組みが少し理解出来たように思います。
大阪	元気度アップボランティアポイント事業は目新しく楽しそうであった。 認知症の人材育成、地域見守りネットワークは今後取り組めると思うが、特に重要だと思っています。
大阪	人材育成への方向性が見えてきた
大阪	認知症という病気の理解活動の場として、職場の近くを考えがちであったが、住民として住んでいる自分の地域の活動(自治体)
大阪	地域にしかける、地域と繋がる事の大切さには気付いているが、職場が動かない。 今回の例をもって、進めていく事の必要性を伝えていく。
大阪	住み慣れた地域で暮らしたいという希望が多い為、出来るだけ答えてあげたいと思う。小さな波紋でもつながると大きくなる。
大阪	施設で働く職員の質の向上を計れる様、研修は行っていきたいです。
大阪	今回聞いた事は規模が大きすぎ、すぐに活用出来る題材ではなかったが、その中でも小さな単位の連携についてのヒントがあったため、地域に戻り、再度検討したい。
大阪	地域の中での働きの大切さを感じ、地域活動への参加していきたいです。
盛岡	グループホームの職員ですが、サービス事業者として地域に出来ることは何か、なんとなくですが介護のプロとして地域に認知症ということを発信出来るのかな…と感じました。
盛岡	若年層を巻き込むことで全体が盛り上がるのが分かった。
盛岡	地域全体での支え合いの大切さを感じた。
盛岡	自ら進んで支援事業に参加していく。
盛岡	地域支援の仕組みについて等々
盛岡	地域とつながる方法
盛岡	地域支援の体制が成り立ち、理解していただければ、認知症の方々もお年寄りの方々も外に出て活動して社会に貢献することも出来るのだと確信した。 介護施設の方々も外に出て体験してもらいたいと強く感じた。

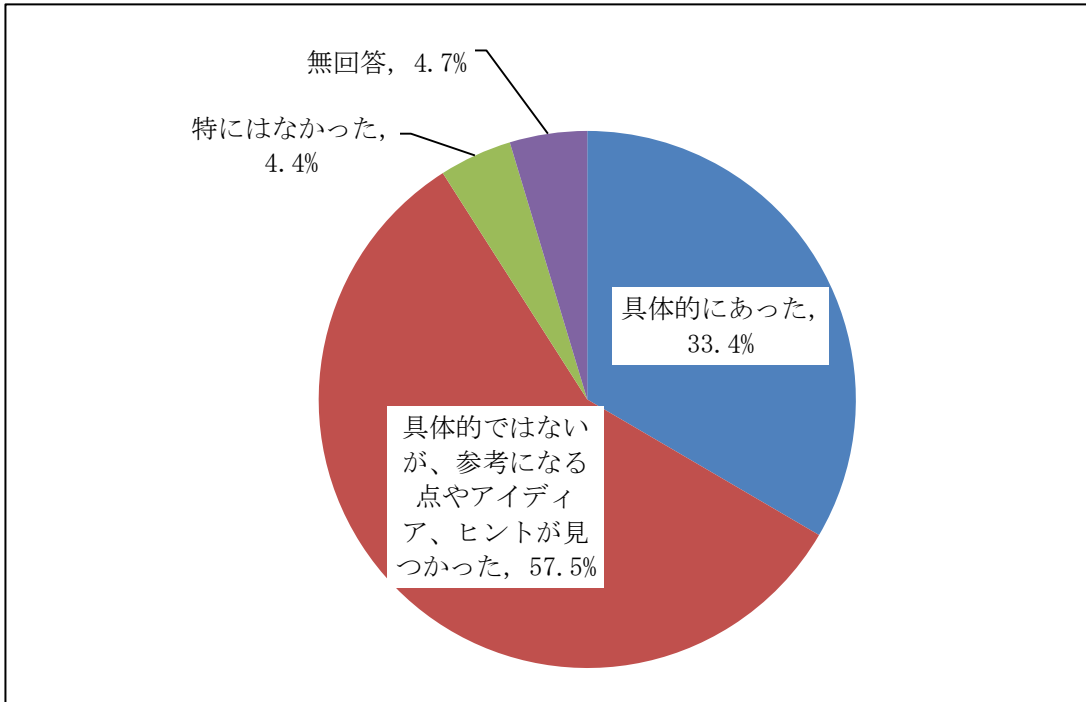
盛岡	・市全体としては進まない ・認知症地域資源ネットワーク構築事業 ・サロンの利用
盛岡	特別な事を始めるのではなく、日々の業務の延長上から地道に取り組んでいくことが大切なのだと感じました。
盛岡	認知症の方を地域で見守る大切さが分かったが、強制的にではなく、地域の方々が積極的に行動してもらわなければならない。
盛岡	地域を育てる具体的なイメージが少し見えた気がしました。
盛岡	行政と地域住民、医療、介護事業所との本音の場を持つことが大事である。
盛岡	地域住民と一緒に進まないといけないので、一緒に行う、ケア会議、お茶のみ会を開催してはどうか。
盛岡	自分の地域の認知症サポート医という体制が構築されてるのか把握していなかったのが、今日の研修をきっかけに自分の地域の社会資源を確認したいと思います。
盛岡	デイサービス等のプランのみでなく、地域でサロンのような場所でゆったり過ごせる場の設備とか～今後あれば良いと～
盛岡	地域としての取組の見直し、ネットワーク作りにも地区民に説明や話し合いが大事
東京	トップダウンではなく、地域から市へのムーブメントの方向性
東京	地域づくりワークショップ(すべての肩書ははずして)フラットなつながり
東京	行政と現場サイドでの連携の仕方がとても参考になりました。
東京	一人でやるのではなく、みんなでやる。
東京	毎日の業務に追われ、市の取り組みに目を向けていなかった。 帰って、地域の取り組みについて調べてみたい。
東京	今まで以上につながりを意識して、本当の意味で地域のための根付いていく活動が何か考えていきたいと思いました。
東京	自分の地域の横のつながりを大切にしたい。
東京	思いが強くなりました。社のたてわり、理解してもらえるかだけでなく、ホームが地域の中のひとつの普通の建物としてなるように、ホームが考えられるよう、何かコーディネートしてみたい。
東京	地域とのつながり方が具体的にイメージ出来た。地域を一企業として置き換えても、非常に参考になる部分が多かった。

●医療サービス関係者

大阪	患者さんのインフォメーション→共有方法
大阪	認知症センターとして地域との関わりを考えていく。
盛岡	認知症のコーディネーターなどの育成に取り組んでいる(小学生や高校生なども)。
盛岡	行政や地域での実際の取り組みを知ることが出来、家族や地域が安心して認知症の人を支えられるよう、医療機関としてもっと積極的に関わっていきべきだと感じました。
盛岡	方向性といった面ではすごく勉強になりました。 ただ、地域の取り組みとして活動をしていく勇気が持てません。すごく労力のいる活動だと思うので…。また、地域ケア会議などに関しても、月に1・2回程度の話し合いで、地域の方々の多くを把握するのは困難では?などといった疑問も多く残った。
盛岡	まだMSWとして新人で自分のことしか見えていないので、もっと広い目で見、認知症の方を支援出来るよう力をつけたい。
盛岡	病院としても、地域を巻き込んだ活動が可能である。
盛岡	認知症に対する理解を深めて支えていくために、(子供たちを含めた)学校単位での枠組みをつくり、サポートしていくことの重要性。

盛岡	もっと関係者・近隣の方等、集まる機会を作り、情報交換・ネットワーク作りをしなくてはいけないと感じました。
東京	病院→事業所・地域包括への研修や講演会は行っているが、病院→地域住民への分かりやすい認知症知識など、目を向けながら範囲を広げていきたいと考えるようになりました。警察、学校など。
東京	行政との連携

2)地域の報告を聴いて、自地域の今後の地域支援体制づくりに活かせることができましたか。



区分	人数	%
具体的にあつた	122	33.4%
具体的ではないが、参考になる点やアイデア、ヒントが見つかった	210	57.5%
特にはなかった	16	4.4%
無回答	17	4.7%
計	365	100.0%

<主な記述回答>

●都道府県職員

大阪	他事例
大阪	あるもの(既存の建物など)と人をどんどん資源として活かしていきたい。
大阪	県の保健師として、市町との連携強化をはかることが、認知症施策の推進に重要であること。
大阪	市町村とのつながりの強化、情報交換の大切さ。
大阪	地域の介護事業所との連携をもっと進めていく必要がある。
盛岡	認知症の方やその家族を支援するだけでなく、若い方を巻き込んだ取り組みは福祉教育といった面からもとても素晴らしいと感じた。
盛岡	自分の圏域でも同様のセミナーを仲間に聞いてもらいたい。そして、方向性を共有していきたい。
東京	まずは情報の共有が大事だと思う。
東京	徘徊搜索をイベントとしてやるのではなく、しっかりと目的を組み立てて実施されていた点

●市区町村職員

大阪	つなげ方、つながり
大阪	ターゲットを絞る。その上でネットワークづくりの人材育成。次へつなげていけるような仕組みづく



	り。
大阪	自分達でやりたい事・やれる事を少しずつ具体的に話し合っていきたい。
大阪	大型からサテライトへ
大阪	センター方式・ひもときシートを活用した人材育成
大阪	地域特性を大切に体制づくりについて考えたいと思った。
大阪	グループホームや小規模多機能などとの連携がまだまだだと思いました。
大阪	高齢者お達者プランは具体的なつながりのイメージがもてるもので、是非検討していきたいと思った。
大阪	住みなれた地域で自分らしく暮らしていくための取組み(加賀市の小規模多機能等)
大阪	飲み会！というか、研修会、事例検討会など医師や介護事業所等一緒にやっているが、マジメな片倒な会だと看板を降ろさないの、なかなか関係が前進しない。
大阪	地域で活かせる資源の見直しをしていきたい。
大阪	認知症サポーター養成の方向性
大阪	地域密着型事業所を中心とした事業所との連携、役割分担をしながら地域づくりをすすめる。
大阪	認知症をみんなに理解してもらうためにはサポーター養成講座の開催が必要で、当自治体はキャラバンメイトはまだ数名しかおらず、なかなかサポーター講座も開催出来ていないので、支援体制づくりにはもっと地域みんなで協力しなければならないということが分かった。
大阪	事業として、やってみたいこと・参考になることがあった。
大阪	メイト活動では資源を把握したり、イベントでの模擬店を出すなどの方法があること。
大阪	都市部との差がありすぎるかな。工夫されている所は分かりますが。いろいろな壁を打破していかないといけないなど改めて感じました。
大阪	地域の中で色々な人とつながっていく事の大切さ
大阪	隣接市をつないだネットワークの構築をもっと積極的に検討していこうと思いました。
大阪	小学生への認知症サポーター養成
大阪	集まり→気付く(ふりかえりシート)が参考になりました。
大阪	我が町はキャラバンメイト養成数も少なく(行政と地域包括のごく一部)、サポーターも人口3万人に対し、700人です。やっと今、取り組みの必要性を感じています。
大阪	地域の人、事業所、Drと話す。
大阪	地域での支援の必要性。近隣住民を巻き込んでの高齢者の支援の方向性・すすめ方が参考になった。
大阪	大変参考になりました。普及セミナー大阪会場をずっと続けていただきたいです。
大阪	・介護サービス事業所等の現場の人材を発掘し、「認知症があっても地域で暮らしていける」地域づくりのメンバーとして、一緒に取り組んでいきたい。 ・事例(個別ケース)への関わりから、医療や地域との連携もすすめていくという担当者の意識も重要であると思った。
大阪	基本はサポーター作り！そして、様々な展開へと広げていく。
大阪	支援体制づくりの基本的な姿勢は「どうにかしなければ」「どうしたらかわる」という気持ちを持ち、それに向かって行動していれば、気付くと体制が出来ているのではないかと思います。
盛岡	認知症の方の理解のため、徘徊模擬体験
盛岡	小地域単位での施策作り、地域の特性を活かす。
盛岡	以前からやってみたいと思っていた徘徊の模擬訓練について必要性を感じた。 対応の仕方・声のかけ方など体験することで実践につながると思った。
盛岡	データの提示、地域の実状を住民自身が発声されるような会議の取り組みの仕方
盛岡	小規模多機能の施設をもっと活用したいし、活用出来ること。
盛岡	認知症コーディネーター養成の必要性を感じた。

盛岡	行政だけではなく、地域をうまく取り込んでいくこと。
盛岡	身近なことから少しずつ進めていくこと。
盛岡	大人たちだけでなく、子供たちへの普及活動がとても参考になりました。
盛岡	小中学校への認知症サポーター養成講座開催のアプローチ。教育委員会のハードルが高いので…
東京	協働をまとめあげようと思います。何気にやっている今の仕事をまとめることにより、プレゼンテーションを持ちかえて出来ると思います。
東京	行政、住民だけでなく、事業所、包括もしっかり巻き込んで地域づくりをしていくこと。
東京	パスが出来ているか、センター主導でつくられている。 介護関係の意見が少ない。「私のアルバム」のヒントでパスに追加したいと考えた。
東京	キラリと光る一言集、徘徊訓練、認知症に関わる関係者が一緒に取り組めるものということを行うことで、団結出来る気がする。
東京	自分の自治体では難しいなと思いました…
東京	認知症地域支援推進員
東京	他関係機関や地域の組織の活用、グループホームとの共有、横のつながりを実践したい
東京	行政の下支え
東京	小中学校の認知症サポーター養成講座がうまくいかないのは、アプローチの方法が間違っていたからだと気付きました(今までダイレクトに学校にアプローチしていたので…)。
東京	認知症キャラバンメイトの活用
東京	教育との連携
東京	まずは包括に同じ意識を持ってもらえるよう、担当者会議でも工夫していきたい。 トップダウンではなく、一緒にやっていきたい。
東京	事業所との更なる連携(介護相談所など) 地域へのアプローチ(徘徊訓練、小中学校へのPRなど)
東京	行政の立ち位置、GHと地域の関わり
東京	私のアルバム。様々な活用、効果があるので、何らかの方法で活かせるのではないかと感じた。
東京	地域密着事業所は別の担当課が主管であるが、連携を試みたい。
東京	学校への認サポ講習会を開催したく、今までも校長会等へ話をしていたが、なかなか進まずにいた。足をつかって地道にやっていきたい。 参考になりました。
東京	人材育成のプログラム、事業所の連絡会、イベントを通じたつながり
東京	認知症サポーター養成講座を小・中学校で広めたいと考えていたが、具体的なアプローチ方法のヒントをもらった。 徘徊模擬訓練を通して、市と市民がつながり、その後の会議等で円滑に事がすすみやすいことが分かった。
東京	介護サービスの連絡会のようなものが当地域にはないので、同じ目標に向かって地域づくりが出来るよう話し合いを持ちたいと思います。

●地域包括支援センター職員

大阪	認知症の方が利用する場所への啓発が重要であるとヒントを頂きました。
大阪	新しいシステムづくりを地域に合わせて作っていくことが大切なことが分かりました。
大阪	権利擁護センター(医師、法律家との連携) 医師会病院でもセンター方式活用されていることには驚きました。
大阪	小規模多機能施設への働きかけ、利用方法
大阪	地域に出向く場を持つ。

大阪	迷ったら、認知症の人やその家族の声を聞くこと！
大阪	地域の中の色々な組織と個別な関わりがあるのをつなぐこと。 情報をもっと発信すること。介護保険計画を活用すること。
大阪	・関連機関との連携の大切さが改めて理解出来た。参考にしたいと思います。 ・やっぱり医師会との連携が大切ですね。質問でもありましたが、難しいとは思いますが。 ・小さなことから取り組んでいければと思います(セミナーを参考にしながら)。
大阪	事業所とのつながりを、加賀市の「介護なんでも 110 番」のように包括の支援者になってもらえるように発展させていければ…。
大阪	中学校辺りに働きかけます。
大阪	地域の方々との顔の見える関係作りから、最新の情報共有ツールまで色々な情報を得ることが出来ました。
大阪	認知症サポーター養成は数多く養成するだけではなく、認知症の人が地域で生活する時にサポートを期待出来る方々へ受けてもらえるように講座を PR していかないといけないと思った。
大阪	全てです。
大阪	地域の動きを再度確認し、地域力を活かした支援体制づくりが出来ればと思います。
大阪	気付くということ。行政や事業所、地域の方を巻き込んでいくこと。 1人で抱え込んでいたので、協力を得られるようにしていきたいと思いました。
大阪	地域の特徴、行事等を熟知して、連携支援体制の中に組み入れていく点。
大阪	介護の相談窓口を広げたいと思っている(施設に依頼したい)ので、具体策が見えた。その他はまだどうすれば良いのか職場や地域で話し合う必要があると思った。
大阪	地域との連携、顔の見える関係
大阪	加賀市のキャラバンメイトの取り組みを参考に圏域の認知症のネットワークづくりをしていきたいと思っています。
大阪	勇気をもって行動を起こすこと。
大阪	ボランティアポイント制は興味があった。
大阪	介護・医療・福祉が会議や研修をもっと増やし、連携をとっていきたい。
大阪	加賀市の圏域ごとの小規模多機能の創設について教えていただき、広い視野での認知症・介護予防・町づくりの方法を学ぶことが出来ました。 とても興味深いお話で、ぜひ一度加賀におじゃまし、詳しいお話をお伺いしたいと思います。
大阪	「介護なんでも 110 番」の体制。
大阪	地域包括として、地域になじみ、地域に住んでいる「人」を支援していく事を加賀市の発表より、サポーターの養成しかしていなかったが、そういう人達にもっと何か出来る事を考えてもらったりする事も必要と思った。 地域の中でいつまでも住み続けるために、地域の人が相互に自然に助け合える仕組みを作りたいと思った。
大阪	何か特別なことをするのではなく、今自分達がやっていることをしっかりやっていくことが大切だと感じた。1つ1つクリアしていけば、そこで相乗効果が生まれると思えるようになった。
大阪	ボランティアポイント制は参考になった。
大阪	認知症の方が力を発揮するのは、実際に暮らしてきた町。 そこで、問題を抱えながらも暮らしていくことが出来る強さに注目した支援の方向性。
大阪	飲み会という訳にはいかないかもしれないが、顔を合わせる機会をまず作ることが大切だと思った。
大阪	多職種が同じ目的をもって集まり、それぞれの役割、自分たちの出来ること・しなければならないことを認識することが大切。
大阪	サポーター養成講座をさらに活用していく。

	集客に住民に受けそうな講座とのコラボも有効となる点。
盛岡	あいまいに思っていること等は調査などして具体的に分かることが必要。分かっているようで分かっていないことがいっぱいあるので、再度把握することが大事だと思います。
盛岡	地域の中に住む方々の声を聞くことからの大切さ。
盛岡	本音の合意形成づくり
盛岡	社協さんとサロンの場を活用した知識普及等を実施すること。 (現在少しずつ始めていたところだが、もっと連携を密にしていくことで、行政と社協、そこから老人クラブなどと地域への広がりにつながっていくと自信が持てた気がする)
盛岡	今の社会資源をうまく動かしていきたい。
盛岡	行政や福祉サービスサイドから働きかけるのではなく、地域の声をひろいながら必要な支援を提供していくこと。
盛岡	・つながりノートのようなツールを使用しての連携 ・地域ケア会議の持ち方→認知症を切り口にしていく ・あつまる場(つどいの場)をつくること
盛岡	キャラバンメイト・サポーターが養成されて終わりとならないよう、もっと活躍出来るようサポートしていきたい。
東京	ネットワークづくりを組織化する方法
東京	今回学んだことを周囲に伝えることから始めようと思いました。
東京	徘徊訓練やGHや地域のサービス事業者との協力など、まだまだ出来ることはあると感じた。
東京	色々発想を形にされていて、とても勉強になりました。
東京	事業所への働きかけをして協働出来ることがたくさんあるのではと考えた。
東京	地域資源マップの作成、地域包括の補助組織としてのワークショップ相談所など
東京	小学校や中学校での認知症サポーター養成講座、集まれる・語れる場作りが必要
東京	地域密着型サービス事業との連携からの地域づくり
東京	・市との関わり ・地域でのセンター方式の活用
東京	人とのつながりを密に。
東京	ネットワークの作り方
東京	認知症サポーター養成講座の回数増加。事業所合同での連絡会の機会を増やす。
東京	「私のアルバム」
東京	認知症、徘徊についての取り組み、家族会など、企画の中の分科会にしてみる。
東京	小・中学校へのアプローチの仕方
東京	寄合所を増やすことやネットワークづくりのための種まき
東京	包括の職員が変わっても基本的に行う業務は同じなので、そこをしっかりと行っていけるようにしたいと思いました。
東京	地域密着型サービス事業所の活用。協力を得て核となってもらうこと。
東京	行政に提案、訴えていく。 地域づくりセミナーや小学・中学校に入っていきたい。 配食サービスを利用して何か出来そう。
東京	地域で見守るための方向性で参考になる例があった。
東京	霧島市(自地域と類似している)
東京	③西東京、独居の配食者集める ②鹿児島、地域支援事業のお金のかけ方、私のアルバム取り組み、ライフサポートワーカーの取組
東京	まず、自地域で何が起きているかの調査をする事だと思った。

東京	事業所のタッグを組むことは全く考えていなかったの、地域を見直したい。
東京	協議会の仕組み
東京	やってみようと思う気持ち
東京	行政を動かすために事業所や包括も動いていかないとダメなことがよく分かりました。
東京	地域の施設(地域密着型の施設)との連携
東京	徘徊訓練をしたい。
東京	良い所取りで活用していきたいと思う。
東京	模擬訓練実施についての具体的ヒントが見つかり、関係者とのつながり作りややり方が見えたようでした。
東京	地域密着型のパワーを活かすこと。
東京	保健師がいなくても行政は動かせると実感した。
東京	徘徊模擬訓練を地域のまつりと合同で実施するアイデア参考にさせて頂きたいと思います。

●介護サービス関係者

大阪	大阪市に「こんなことしました〜」「えらいこっちゃ〜」を伝えていきます。
大阪	多くのところに声をかけてみる。
大阪	民生委員等地域力を活かした支援、連携を密にする為には交流が必要
大阪	地域との関わり
大阪	ネットワークを構築したい。高齢者お達者プランは分かりやすく、皆に見て頂けたら理解が深まるのでは? 絵で分かりやすい。
大阪	今まで行って来たことをし続けていただくことの大切さ。釣り、カラオケ(生活の場)
大阪	顔の見える関係をつくるのが支援体制構築に必要と思われる。
大阪	3ヶ所の地域のお話を聞いて、3ヶ所とも顔の見える関係の大事さを訴えておられ、電話でなく顔を会わせてつながれる様、考えていきたいです。
大阪	認知症の方への理解して頂けるように働きかけが必要と思いました。
盛岡	自地域では課題が多いかなと思いました。社協や包括との意見交換をしていこうかと思います。
盛岡	今日の発表はいずれも行政が関わっていました。 包括でもない立場ではあるが、行政へのアピールが必要と考えているのですが…。 認知症専門の通所介護をやっており、なじみの住みなれた場所で住み続けることが出来るような支援をしたいと独自で家族会を立ち上げ活動していますが、地域ぐるみをするためには少なからずも行政と一緒に組んでやらなければ出来ないのだろうか…。
盛岡	人材育成
盛岡	今後地域で進めていきたいと思っているので、大変有意義でした。
盛岡	活動の規模を出来るだけ小さくし、1人1人が意欲を持って盛り上がるようにアプローチしていく 地域包括支援センターなど、行政のサポート。
盛岡	地域の特徴を把握した上での支援体制を考えていく必要を感じた。
盛岡	その人に関わる多くの人達と話し合う場を作る。努力をしていく。
盛岡	学校への働きかけ
盛岡	地域で助け合う為に若い力が必要であること。その為にも、小学校・高校等で交流することや公民館でのサロンの開催など重要だと感じた。
盛岡	福祉関係者だけではなく、金融機関や商店街、タクシー業者などの民間の方々への声掛けと協力により、皆で住みやすい地域をつくっていくこと。
盛岡	徘徊の模擬訓練を行って、協力的に参加してくれた地域もあれば、声かけが1件のみという結果もあって参考になった。 サロンやキャラバンメイトなど、新しい初めて聞く言葉もあって勉強になった。

盛岡	学校との関わりのイメージの進め方を地元植え、育ててみたいと思いました。
盛岡	地域で認知症の方・家族が暮らしていくことの意義、素晴らしいと実感出来た。
盛岡	地域ケア会議や運営推進委員会が行われているが、地域に目を向けた会議になるようであればいいと感じた。
東京	「わたしノート(アルバム)」の有意義な活用法
東京	保育園・中学校とのふれあいを具体化していく。 地域近所の方との助け合い等との具体化。
東京	現場では、必ず仕事が増えるとか、やらされている感を強く感じる為、気持ちが一つとなりにくい が、それぞれの専門職の特色からくる気付きを活かせるよう、行政がサポートを必ずしてくれると いう取り組みが出来た事が地域にも受け入れられる大きな要素になった。
東京	徘徊模擬訓練など、地域の人への関わり
東京	他の施設との協力が必要
東京	具体的には見つからないが、地域で夢を語り合うことが出来るということをしてみたいと思いま した。
東京	まちかど相談所など
東京	まだ具体的には出ない。今整理出来てませんが、考えてみます。
東京	徘徊模擬訓練、よりあい所

●医療サービス関係者

大阪	連携は人と人とのコミュニケーション！ノミネーション is コミュニケーション！
大阪	協同して作りあげていくために、諦めずにアプローチをすることの必要性
大阪	加賀市の報告の中で顔を見ること、生活の中に支援する人その人が心を開くことが出来る人が いるということを感じました。 ハード面、広い目で整備することも大切ですが、本当にその人を取りまく環境(人)を大切にするよ うに身近な所に目を向けていくことの大切さに気付きました(そこから地域に広げていくこと)。
盛岡	地域への啓蒙活動をしていく必要がある。
盛岡	まず、自身の住む地域にどれだけの活動があるのか情報収集が必要だと思いました。それを調 べた後、今回の報告で得たアイデア等を取り入れていきたい。
盛岡	学校、地域住民との交流の有効性
盛岡	機会があれば、自分の子供の学校でもこういった活動やサポーター養成が出来たら良いと思う。
盛岡	ノートを活用することによって、訪問者があったどうかの確認等、確認することが出来、安心材料 になる。
東京	病院に対する敷居の高さをよく地域から聞かれますため、出来るだけ気軽に相談して頂けるよ うに取り組んでいきたいです。 ☆顔の見える病院

---

< 本資料に関するお問い合わせ >

社会福祉法人 浴風会  
認知症介護研究・研修東京センター  
認知症地域資源連携検討事業担当  
電話：03 - 3334 - 1150  
Eメール：cmr@dcnet.gr.jp