平成 27 年度　第１回 認知症地域支援体制推進全国合同セミナー
～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～

認知症介護研究・研修東京センター

プログラム

【１日目】８月３日（月）

※1 日目の座席：都道府県混合・市区町村/地域混合

時　間	内　　容
13:00～13:10	セミナーのねらい
13:10～13:50	１．認知症施策の方向性と今後の展開 厚生労働省　老健局高齢者支援課　認知症・虐待防止推進室
13:50～15:50 (途中休憩あり)	２．認知症地域支援体制づくりを着実に進めるための行政担当者の役割と工夫　～その１～ １）今の時期に求められる市区町村の行政担当者の役割とは 認知症介護研究・研修東京センター ２）行政担当者による報告 （１）まちでみんなで認知症をつつむ 多職種協働・地域協働を持続発展的に進めるための行政担当者の役割と工夫 福岡県大牟田市保健福祉部　池田 武俊 さん 〇質疑応答 （２）限られた資源の中で認知症地域支援体制づくりを効率的に進めるための行政担当者の役割と工夫 神奈川県南足柄市福祉健康部高齢介護課　小澤 悟 さん 神奈川県南足柄市福祉健康部高齢介護課　鳥居 貴子 さん 〇質疑応答
15:50～16:00	休　憩 ・ 各地域の参考資料等の閲覧 ・ ネットワーキング
16:00～17:30	３．取組みの確認と情報交換：わが町の取組みの今とこれから １）　自地域の取組みの現状と課題の確認 ワークシートで整理してみよう ２）　他地域の参加者と話し合おう：グループワーク （１）情報交換：各地の取組みの特徴と課題 （２）　討　議 ：今、行政担当者として注力すべきポイントと役割の実際について 本日のまとめと明日のオリエンテーション

■17:30～19:00　報告者および参加者間での質疑応答・情報交換会
自由参加：この機会に、他地域の関係者と直にやりとりし、より具体的な情報の交換を。

【2 日目】8月4日（火）

※2 日目の座席は、自地域/近隣地域ごとに（終日）

時　間	内　　容
9:30～ 9:40	○本日の進め方
9:40～10:45	4．自地域の取組みの課題の整理～他地域情報を活かして グループワーク セミナー1 日目の情報や知見をもちより、話し合おう 1）自地域の取組みに活かしたい他地域の取組み情報の共有 2）自地域の取組みの課題、注力すべき点の確認と共有
10:45～11:00	休　憩
11:00～12:00	5．認知症地域支援体制づくりを着実に進めるための行政担当者の役割と工夫　～その２～ （3）認知症施策を着実に展開するための行政担当者と多様な資源との連携・協働のプロセス 栃木県宇都宮市保健福祉部高齢福祉課企画グループ 佐々木　一憲　さん ○質疑応答
12:00～13:00	昼 休 憩 ・ ネットワーキング　　＜各地域の参考資料の閲覧＞
13:00～13:45	6．27年度前半の時期に自治体担当者がやるべきこと・できることは何か 全国各地の取組み事例をもとにした情報提供
13:45～14:00	休　憩
14:00～15:45	7．自地域の課題、特徴に根ざした取組みの補強策を具体化しよう グループワーク ○自地域の課題、特徴の徹底検討 ○2 日間の情報・知見をもとに自地域の取組みの補強策の検討 8．全体での情報・意見交換 ・今後の取組みの焦点、アイディアを参考にしあおう ・質疑応答、意見交換
15:45～16:00	○まとめ ○今後について

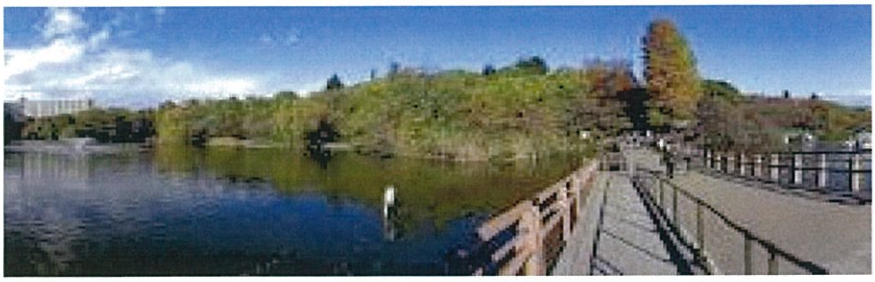
平成27年度

第1回　認知症地域支援体制推進 全国合同セミナー（1日目）

～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～

2015年8月3日
認知症介護研究・研修東京センター
（進行：研究部　永田　久美子）

ようこそ！　全国合同セミナーへ



吉祥寺・井之頭公園

©2007認知症介護研究・研修東京センター(070730)

認知症になっても
住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるように。
北海道から沖縄まで、すべての市区町村で。

平成27年度第1回合同セミナー参加者概要

平成27年7月30日時点

区分	参加自治体数	参加人数
都道府県	20	21人
市区町村 （地域包括支援センター、事業者等含む）	116 ＊38都道府県から	162人
合計	－	183人

＊「参加者一覧（都道府県）」参照
＊「1日目グループ一覧」 参照

認知症地域支援体制推進
全国合同セミナーの目的

全国の自治体が、新オレンジプランに基づく各自治体としての認知症施策を円滑に企画・運営し、地元で暮らす認知症の人が意思を尊重され、初期から最期まで安心してよりよく暮らしていくことを支える地域支援体制づくりを着実・持続発展的に進めていくことを促進する。

合同セミナーで

これからの国施策の方向性、最新情報を知る。

全国各地の取組み事例を参考にしながら行政の役割・ポイントを(再)確認する。

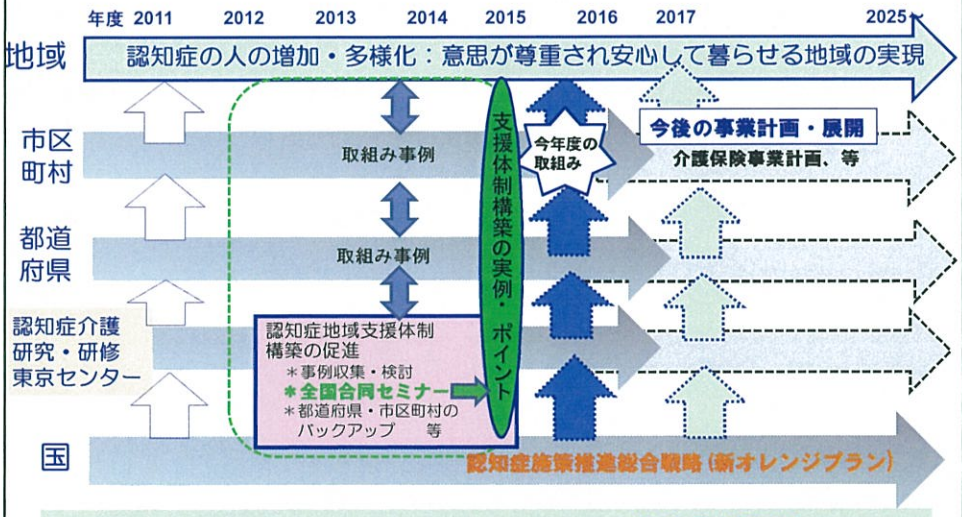
全国各地の担当者等との情報・異見交換を通じて、自地域の今後のあり方・補強策等を具体的に検討する

自地域で

＊情報共有
＊対話・討議
方向性確認
具体策補強
＊効果的取組みの推進強化・加速

ネットワーキング

全国合同セミナーの位置づけ



地元で暮らす一人ひとりの本人・家族に行き届く支援にむけて
⇒都道府県・市区町村・地域包括支援センター等が
一体となって重層的な取組みの推進を

資料

1. 認知症施策の方向性と今後の展開について

厚生労働省老健局　高齢者支援課
認知症・虐待防止対策推進室

ポイント・メモ

2. 認知症地域支援体制づくりを着実に進めるための行政担当者の役割と工夫　～その1～

「体制ってなんだろう・・・？」

10

体制とは

○各部分が統一的に組織されて一つの全体を形づくっている状態

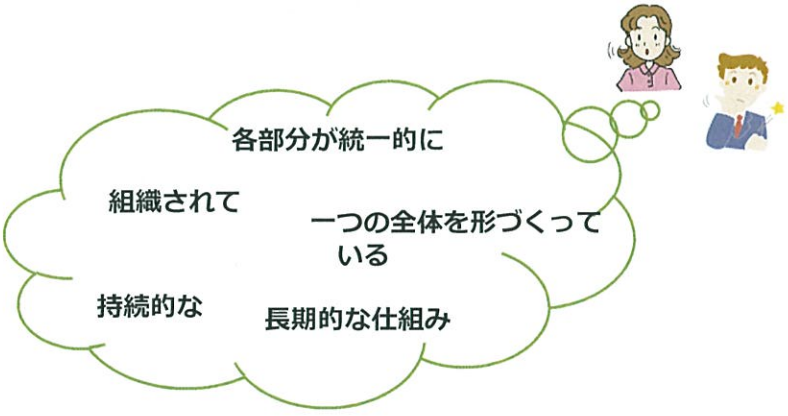
（大辞泉）

○統一的、持続的な組織・制度、長期的な仕組み、システム

（ＮＨＫことばのハンドブック 第２版）

11

認知症の人と家族を地域で支える支援体制をイメージしてみよう
～自分の市町村を思い浮かべながら～



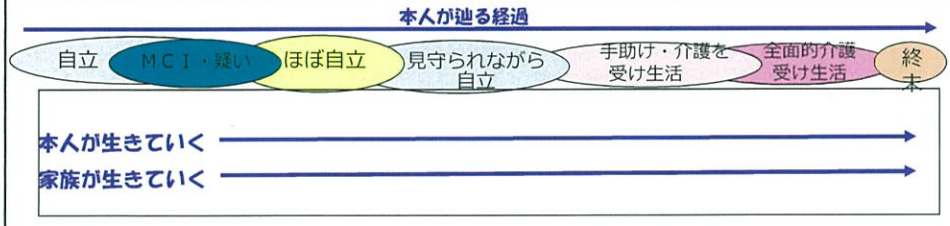
12

年々、事業・サービスを増やしてきているが・・・

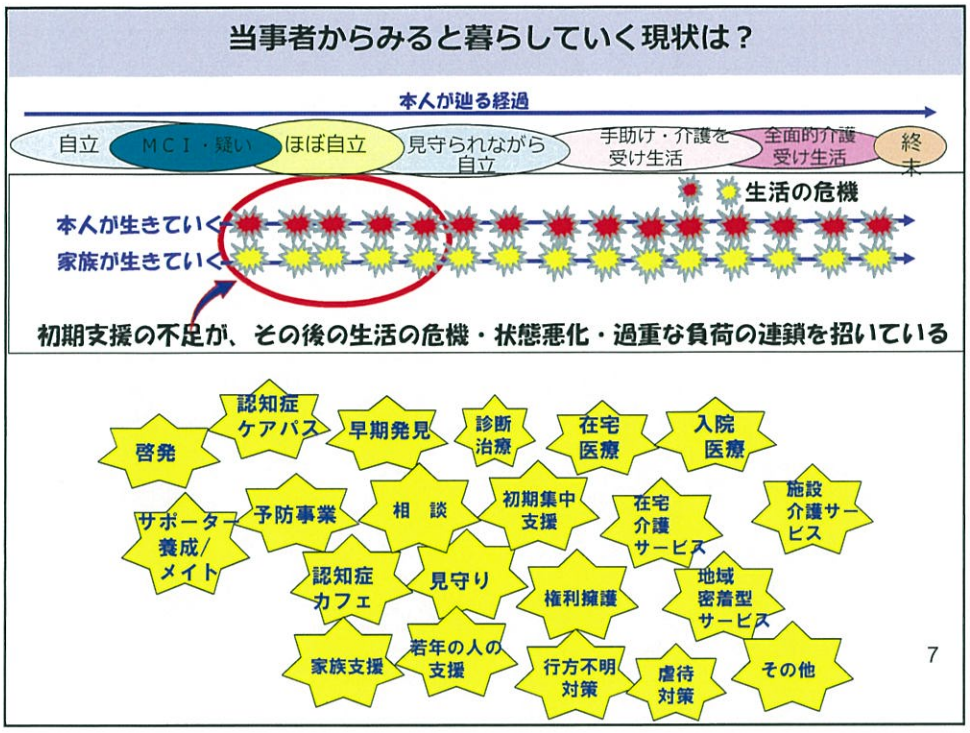
7

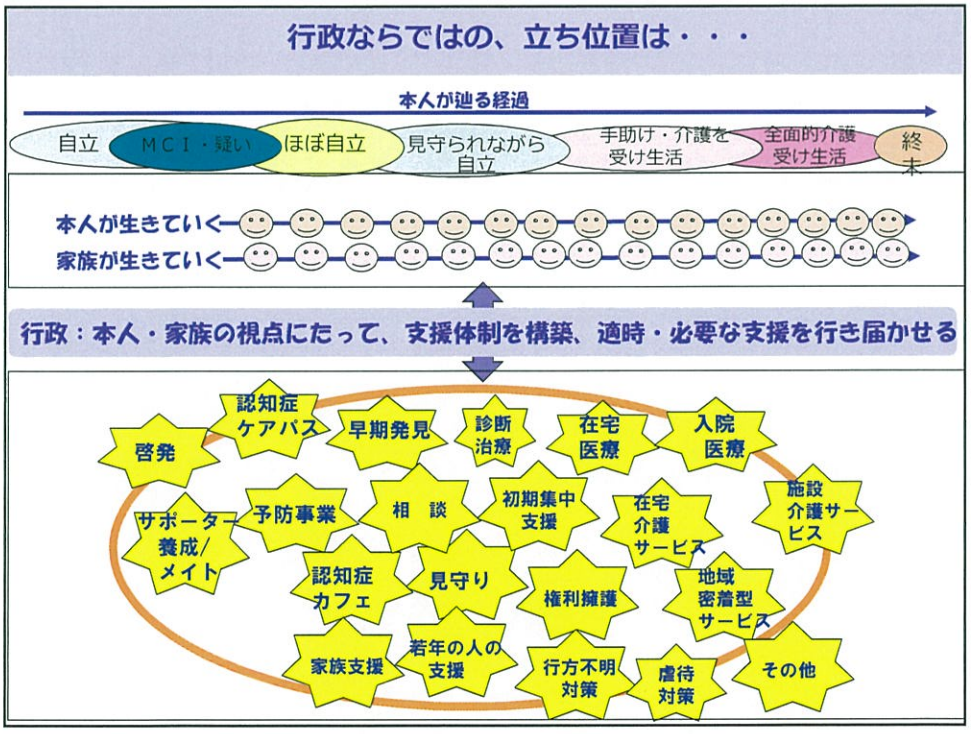
キーワード

当事者の視点、生活の継続、総合化(統合化)、地域固有の資源、一歩先んじた戦略



7

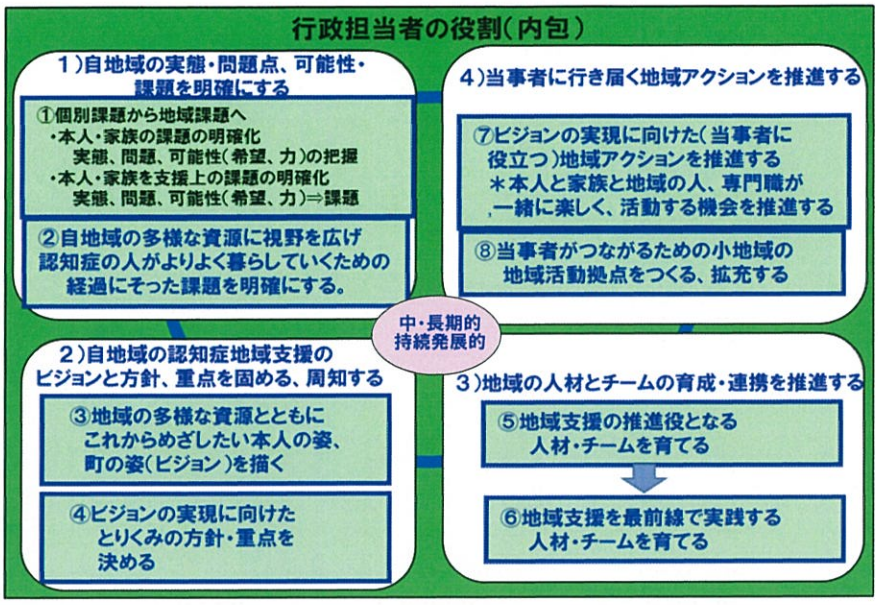

当事者からみると暮らしていく現状は？
本人が辿る経過
自立
MCI・疑い
ほぼ自立
見守られながら自立
手助け・介護を受け生活
全面的介護受け生活
終末
生活の危機
本人が生きていく
家族が生きていく
初期支援の不足が、その後の生活の危機・状態悪化・過重な負荷の連鎖を招いている
啓発
認知症ケアパス
早期発見
診断治療
在宅医療
入院医療
サポーター養成/メイト
予防事業
相談
初期集中支援
在宅介護サービス
施設介護サービス
認知症カフェ
見守り
権利擁護
地域密着型サービス
家族支援
若年の人の支援
行方不明対策
虐待対策
その他
7


行政ならではの、立ち位置は・・・
本人が辿る経過
自立
MCI・疑い
ほぼ自立
見守られながら自立
手助け・介護を受け生活
全面的介護受け生活
終末
本人が生きていく
家族が生きていく
行政：本人・家族の視点にたって、支援体制を構築、適時・必要な支援を行き届かせる
啓発
認知症ケアパス
早期発見
診断治療
在宅医療
入院医療
サポーター養成/メイト
予防事業
相談
初期集中支援
在宅介護サービス
施設介護サービス
認知症カフェ
見守り
権利擁護
地域密着型サービス
家族支援
若年の人の支援
行方不明対策
虐待対策
その他

認知症地域支援体制構築にむけた

行政担当者の中心的な役割

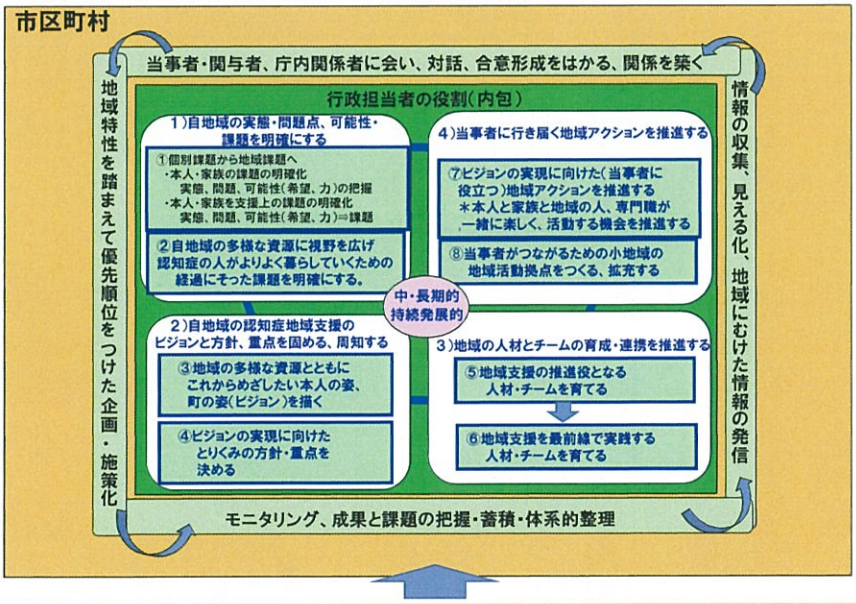
～取組み事例より～



認知症地域支援体制構築にむけた

行政担当者の中心的な役割を機能させるための基本的な役割

～取組み事例より～



都道府県：市区町村の実状に応じたバックアップ、環境整備、全国の参考情報の提示

2)行政担当者による報告

○認知症施策のこれまでの展開経緯

○平成27年度現在

新オレンジプランを視野に入れつつ、市としてどういう企画を立て、何に注力しているか

○事業を実際に展開する上での役割と工夫

＊市の担当者の役割として、何を大事にしているか

＊市の立場だからこそやるべきこと、できることとして

○どんな結果（成果）が生まれてきているか

○現在の課題と今後の構想

＊ワークシートをご活用ください。

資料

（1）まちでみんなで認知をつつむ

多職種協働・地域協働を持続発展的に進めるための行政担当者の役割と工夫

福岡県大牟田市保健福祉部　調整官　池田 武俊 さん

（2）市民とともに築く、南足柄市の認知症支援への取組み

限られた資源の中で認知症地域支援体制作りを効率的に進めるための行政担当者の役割と工夫

神奈川県南足柄市高齢介護課　課長　小澤　悟　さん
保健師　鳥居 貴子さん

～質疑応答～

3. 自地域の取組みの確認と情報交換
～わが町の取組みの今とこれから～

ワークシート1日目用

1）自地域の取組みの現状と課題の確認

ワークシートで整理してみよう

＊まずは、各自が考えてみよう。

1.大牟田市、南足柄市の報告を聞いて
行政の役割（果たしていること）や取組みのポイントに関して、
自地域でも活かしたい点、できそうなことは・・

2. 自地域の進捗状況を確認してみよう
1）施策・事業や活動で特に注力してきていること
⇒取組みを通じての変化・成果、手ごたえ
2）自地域で取組んでいる施策・事業や活動を進めていく上で、
特に課題になっていること⇒強化が必要なことは・・・

この機会に視界を広げながら、自地域を振り返ってみよう

グループメモ

○まずは、簡単に自己紹介
　　地域、所属、名前、わが町PR(一言でも)

(1)情報交換
　○各地の取組みの特徴と課題
　　＊ワークシート1に書いたことを順番に伝えあい、ヒントを得よう

(2)自地域のこれからの展開にむけて:一歩先に進むために
　　①活かしたい自地域の特徴、資源、活動は
　　②自分の立場で、できること・やってみたいことは・・・

地元に戻ってから進む手がかりを具体的につかもう
＊話し合ったことが消えてしまわないように・・・
　　地元に持ち帰れるように、メモしっかり残そう

☆今の時期（8月）は、とても重要！
・今年度の取組みが、本格的に始動
・来年度以降の計画作り・準備

こなすことを焦らずに・・・
・方向性・考え方の確認
・関係者との話しあい、合意形成を丁寧に

今日は、そのきっかけ。
ワークで得た情報・アイディアを
地元に持ち帰って、関係者に伝えよう。
（少人数でも）話しあう機会をつくろう。

机上の作業ではなく・・・

- 自地域の中に身を置き、自分自身が地域とつながり
- 自地域で暮らし、働く人たちの声と力を活かしながら
- いっしょにつくっていく

★息長く取組みを続けていけるための基盤・環境をつくろう

～　情　報　交　換　会　～

○報告地域の関係者と直接会って、話しあおう！

- 具体的なことを質問しよう。
- 自地域に役立てたい内容・資料等の詳しい説明をきこう。
- 担当者同士ならではの、悩み、アイディアを話しあおう。

○参加者同士、話しあおう。つながろう！

- 今日の感想、気づいた点、深めたい点
- お互いの地域の紹介、具体的な情報交換
- 今後もやりとりできるために
  名刺交換、資料等の交換、

☆顔をあわせた機会だからこそのやりとりを！

(C)2007認知症介護研究・研修東京センター(070730)

平成27年度

第1回　認知症地域支援体制推進 全国合同セミナー（2日目）

～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～

2015年　8月4日
知症介護研究・研修東京センター
（進行：永田　久美子）

ようこそ！合同セミナー2日目へ。

昨日の出会い、情報、気づき・・・印象に残っていることは？

今日は、同じ地域/比較的近い地域の人たちと一緒に、
自地域のこれからの取組みに
ついての話し合いを重ねていきます。

いつもの自分の地域、自分の仕事、自分の暮らしを少し離れて、
これからのあり方、できることの発想を広げ、
ひとつでも具体的にし、地元に持ち帰りましょう。

自分が(少し)動くと、その後、
動き始める人(動き出したくて待っている人)が
地域には(おおぜい)います。

伸びのびと

©2007認知症介護研究・研修東京センター(070730)

4. 自地域の取組みの課題の整理
～他地域を情報を活かして～

グループワーク　**ワークシート2日目**

セミナー1日目の情報や気づきを持ちより、話し合おう

○まずは、自己紹介　(必要に応じて、簡単に一巡)。
氏名、地域、立場、
自己ＰＲ(趣味、好きなこと、得意なこと　等、自由に！)

○昨日のワークをもとに、一人ずつ伝え合おう
1）自分の地域の課題は？　漠然としたままにしない
＊一歩、掘り下げてみよう：課題の源、背景、引き金等を具体的に

2）昨日の情報で
今後の展開に活かしたい具体的なアイデアや工夫は

資料

5. 認知症地域支援体制作りを着実に進めるための行政担当者の役割と工夫～ その2～

（3）認知症施策を着実に展開するための行政担当者と多様な資源との連携・協働のプロセス

栃木県宇都宮市保健福祉部
高齢福祉課企画グループ
佐々木　一憲さん

＊ワークシートにメモをどうぞ。

ちょっと、一息・・・。

6. 平成27年度前半の時期に自治体担当者がやるべきこと、できることは何か

～全国各地の取組みをもとに～

今、自分はどこにいるのか

年度
～2000・・・・・・・・・・2015　2025　2035　2045　2055
8月

社会

市区町村/
地域

認知症
関連

2003
「2015年の
高齢者介護」

2015
「認知症施策
総合推進戦略」
(新オレンジプラン)

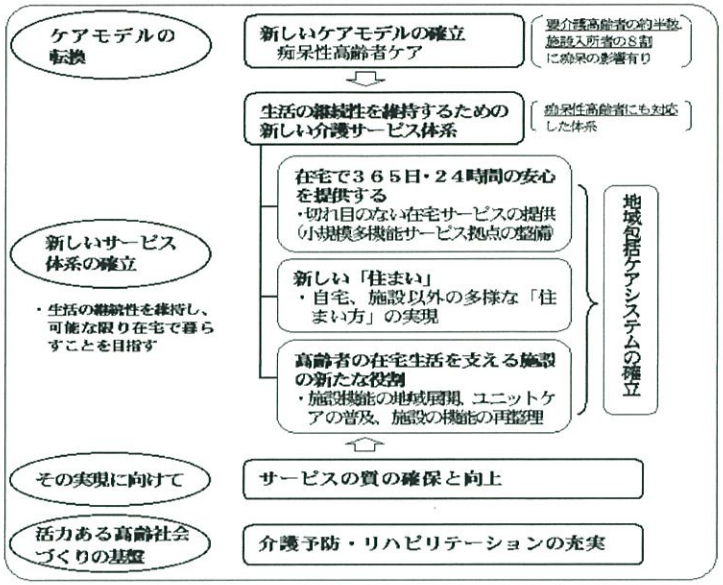
自分の仕事

自分の暮らし

参考

2015年の高齢者介護
～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～

高齢者介護研究会
（厚労省老健局長・検討会）



参考

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）
～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～のポイント

基本的考え方

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

背景
①高齢化に伴い認知症の人は増加
2012年 462万人（高齢者の約7人に1人） ⇒ 2025年 約700万人（約5人に1人）
②認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要

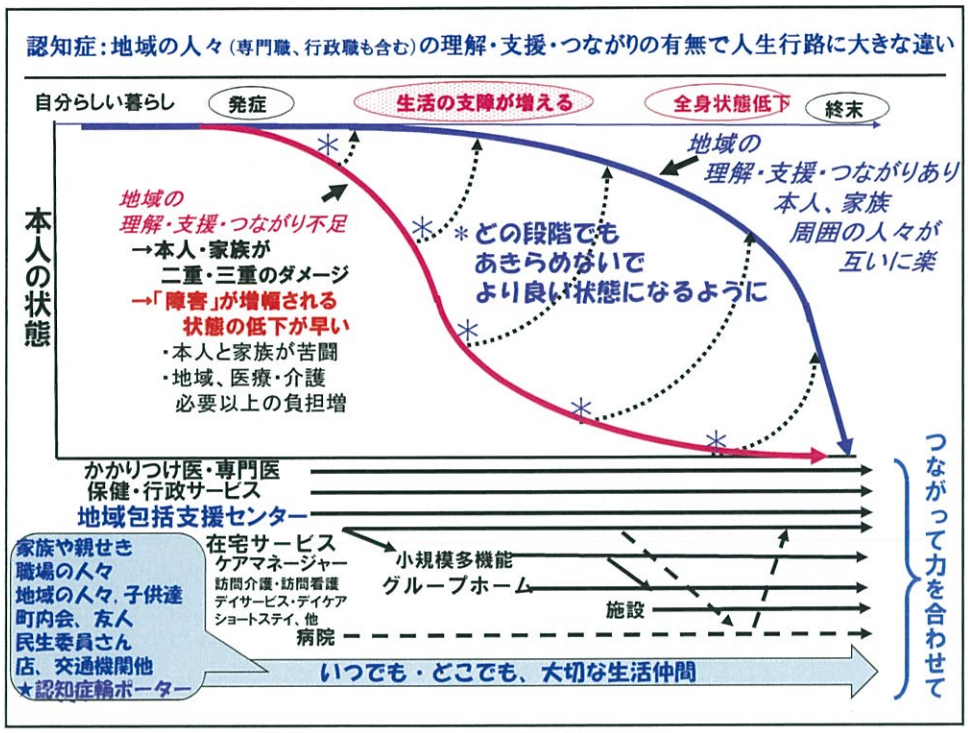
対象期間
2025年まで（数値目標は2017年度末）

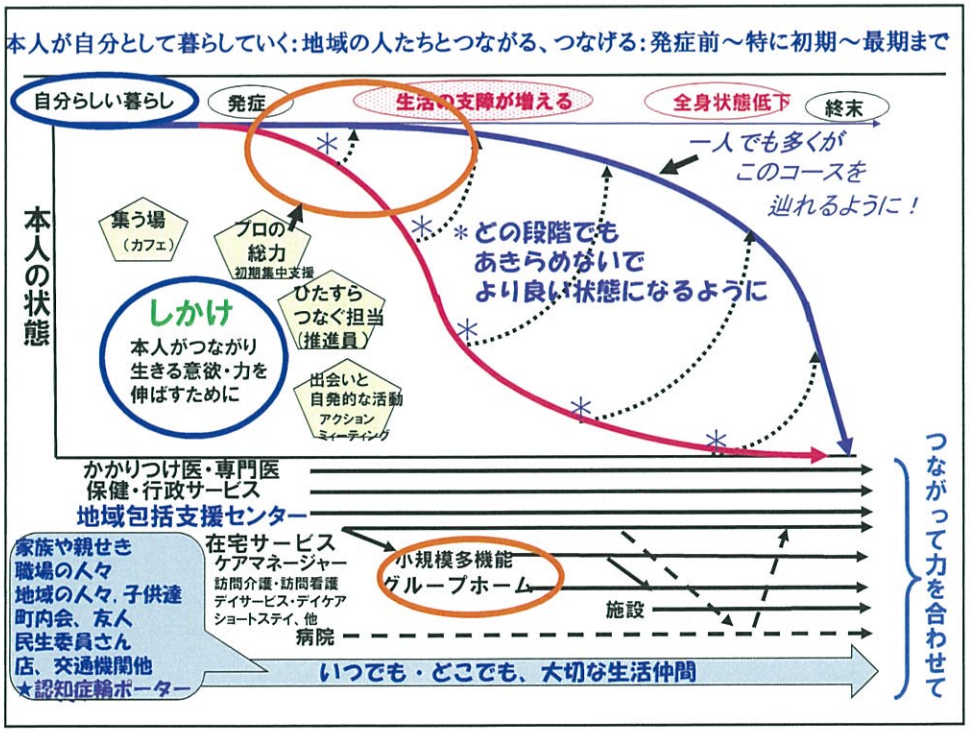
特長
①厚生労働省が関係府省庁と共同して策定
②認知症の人やその家族など様々な関係者から意見聴取

七つの柱

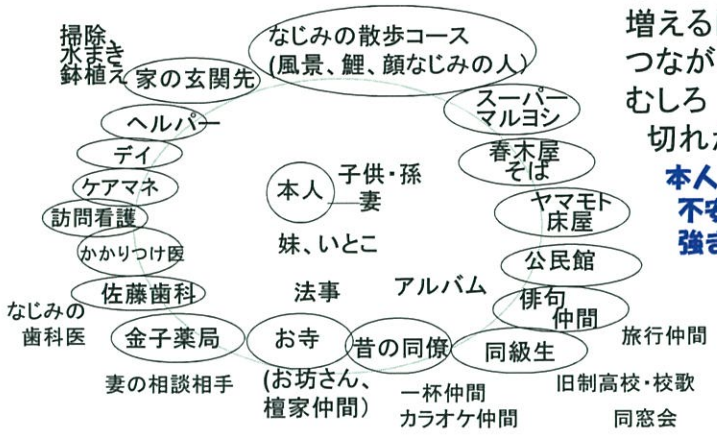
1. 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
2. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
3. 若年性認知症施策の強化
4. 認知症の人の介護者への支援
5. 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
6. 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発の推進
7. 認知症の人やその家族の視点の重視

10


認知症：地域の人々（専門職、行政職も含む）の理解・支援・つながりの有無で人生行路に大きな違い
自分らしい暮らし
発症
生活の支障が増える
全身状態低下
終末
本人の状態
地域の
理解・支援・つながりあり
本人、家族
周囲の人々が
互いに楽
地域の
理解・支援・つながり不足
→本人・家族が
二重・三重のダメージ
→「障害」が増幅される
状態の低下が早い
・本人と家族が苦闘
・地域、医療・介護
必要以上の負担増
＊どの段階でも
あきらめないで
より良い状態になるように
かかりつけ医・専門医
保健・行政サービス
地域包括支援センター
在宅サービス
ケアマネージャー
訪問介護・訪問看護
デイサービス・デイケア
ショートステイ、他
小規模多機能
グループホーム
施設
病院
家族や親せき
職場の人々
地域の人々，子供達
町内会、友人
民生委員さん
店、交通機関他
★認知症輪ポーター
いつでも・どこでも、大切な生活仲間
つながって力を合わせて


本人が自分として暮らしていく：地域の人たちとつながる、つなげる：発症前～特に初期～最期まで
自分らしい暮らし
発症
生活の支障が増える
全身状態低下
終末
本人の状態
一人でも多くが
このコースを
辿れるように！
集う場
（カフェ）
プロの
総力
初期集中支援
ひたすら
つなぐ担当
（推進員）
出会いと
自発的な活動
アクション
ミーティング
しかけ
本人がつながり
生きる意欲・力を
伸ばすために
＊どの段階でも
あきらめないで
より良い状態になるように
かかりつけ医・専門医
保健・行政サービス
地域包括支援センター
在宅サービス
ケアマネージャー
訪問介護・訪問看護
デイサービス・デイケア
ショートステイ、他
小規模多機能
グループホーム
施設
病院
家族や親せき
職場の人々
地域の人々，子供達
町内会、友人
民生委員さん
店、交通機関他
★認知症輪ポーター
いつでも・どこでも、大切な生活仲間
つながって力を合わせて

本人がこれまで築いてきたつながりを、確認してみたら・・・
本人、家族、関係者からの、「ちょっとした情報」を寄せ集めながら

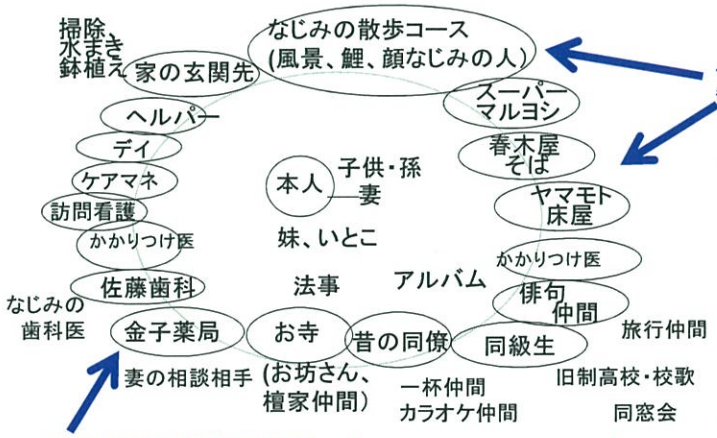


サービス利用が
増えるにつれて
つながりが
むしろ
切れかかっていた

本人・家族ともに不安・ストレスが強まり、孤立しかけていた。

何気ない地域の資源
ひとつ、ひとつが本人にとっては 安心・よろこび・活力・自分らしさの源

情報を集めただけで終わらせないで、小さなアクションを



ヘルパーとの散歩コースに

デイケアの送迎コース会話やリハビリに活かす

・薬の確認(居宅管理指導)
・妻の支援

認知症サポーター養成講座をお勧めしたら、受講してくれた。
会いに来たり、
外出・受診のサポート役に

A-4 わたしの支援マップ

認知症の本人たちが、声を上げ始めた。
「希望と尊厳をもって暮らし続ける社会をつくるために
認知症の自分たちが社会を変える活動を始めていこう」
「声を出せない本人の代弁もしていこう」

日本認知症ワーキンググループ設立（2014年10月）

共同代表　藤田和子さん（元看護師）

「認知症になったら
何も分からない」
「何も出来ない」と
いう偏見は、
認知症と診断された
人自身を蝕み、生きる
気力を奪います！

本人が声をあげるには、
認知症による生きづらさや
不安、偏見などさまざまな
障壁があります。
周囲の理解と協力が欠かせ
ません。
我がこととして、真剣な取
組みをどうか一緒に。

2014年11月認知症国際サミット日本後継イベントスピーチより）

共同代表　佐藤雅彦さん

「認知症になったわたしが
伝えたいこと」　中央法規

＊認知症と共に暮らすための
工夫がいろいろあります。
＊自分の人生・時間を楽しく
前向きに暮らせるような
話題やアドバイスを。
＊自信と生きがいを持って過ご
すには看護職の理解と助けが
必要です。

いくつになっても、認知症になっても
「好きなこと」をいっしょに、楽しく、心豊かな日々を。

ちょっと一緒に、
好物の一品を

ちょっと一緒に
気晴らしがてら買い物に

ちょっと一緒に
きれいになりに

ちょっと一緒に、
音楽を

ちょっと一緒に、
絵を見に

ちょっと一緒に、
生け花を

いくつになっても、認知症になっても　☆男性編！
「好きなこと」をいっしょに、楽しく、心豊かな日々を。

地域の将棋サークルへ

いっしょに卓球勝負！

たまには、釣りに

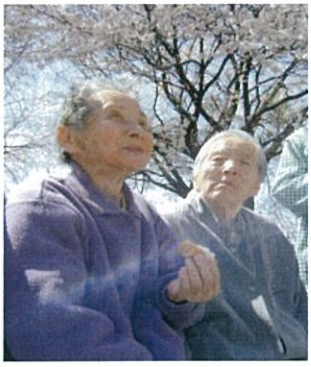
図書館にいくと
とても落ち着く・・・。

野球が好きだ～。
全国認知症ソフトボール大会

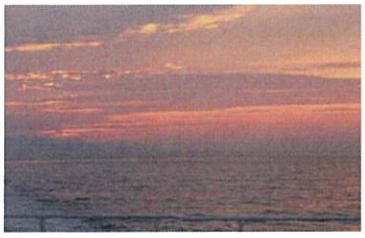
仲間と飲むのが、一番！

体が弱った人・施設で暮らす人とも。ちょっと一緒に。

ちょっと一緒に、好きなものを買いに。



ちょっと一緒に、外にでて
晴れ晴れと。



ちょっと一緒に、あの風景を見にドライブを。

認知症になっても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活躍している人たち

ちょっと見守り支えれば、まだまだできる、働ける

若者の服の繕いもの

忙しいお隣の草取り

ご近所の掃き掃除
町内会から表彰状
→家族もとても喜ぶ！

玉ねぎの薄皮むきの作業
納品・収益を分配

保育園の助っ人

子供を守ろう
防犯パトロール中

なぜ、地域なのか。
認知症の人にとっての地域のかけがいなさの理解を広げる
～いっしょの体験を通じて、実感できる機会をつくる～

地　域

本人が健やかに、自分らしい生(命、生活、人生)を生ききるためのかけがいのない舞台

- 自然の中に身を置くと気持ちいい、癒される（五感の快刺激）
- なじみの風景にふれるとほっと安心できる。存在不安をやわらげられる
- 閉塞感や心身の緊張を解きほぐせる、ストレスを発散できる
- 記憶や言葉、動作の力を引き出せる、発揮できる
- 単調になりがちな暮らしをリフレッシュができる
- 本人にとって大切な人や場とのつながりを、保てる、人や場の見当識を保てる
- （昼夜や四季を実感することで）時の見当識を保てる 睡眠リズム、食欲等の健やかさを保てる
- 日々を有意義に楽しくくらせるための出会いや出来事がある
- 生活や、命や安全を保つために必要な新たな資源と出合える・つながれる

わが町を舞台に！　町のすべての人が、支えあう仲間！

★医療・介護職、行政職も仲間の一人

民

▶自治会　▶民生・児童委員（協）　▶（地区）社協
見守り協力者、集落支援員、婦人会、老人クラブ　地域の長老
▶消防団、防犯・防災メンバー　祭の関係者
▶寄り合いどころ、サロン　★市町村外に住む出身者
▶町の趣味・文化・運動サークル、
ウオーキング好き、ラジオ体操の会　▶犬の散歩仲間、動物
▶未就園児母子、子ども会、学童クラブ　▶子育てサークル
▶青年部、若者/グループ　、団塊の世代
▶ボランティア（地元の会）施設慰問グループ
▶介護者の会、家族の集い　NPO
▶同級生つながり、同僚つながり　など

産

▶飲食店、個人商店 、スーパー、コンビニ、コープ　商工会、
観光協会、地元企業
直売所、道の駅、　▶ホームセンター、大工、　お寺
▶薬局　▶理美容店　▶針灸院、整骨院、マッサージ
▶宅配業者、新聞店配達、ヤクルト、牛乳、ゴミ回収
▶タクシー、バス、駅・鉄道、トラック、
ガソリンスタンド
▶銀行、信用金庫、郵便局
▶カラオケ、パチンコ
▶農家、農協、漁協、猟友会　▶工場、倉庫
など

本人・家族

学

➢近くの大学
▶高校　学校
▶中学校
▶小学校
▶保育園,幼稚園
送迎バズ
子供たち
先生たち
PTA

官

▶医療機関、薬剤師、栄養士、
介護事業所、障害者施設

▶全部門の職員、
地域包括支援センター
保健センター
老人福祉センター
公民館
▶消防本部　▶警察
▶首長、議員、など

（富士宮市をもとに＋）

＊思いがけない人が、思いがけない力を発揮！
＊枠をつくらず一声かけて、支えあう仲間・つながりを、じわじわと広げていこう。
★つながりが、新たな解決力を生む。お互い、楽に、楽しい日々に、少しずつ。

認知症当事者から学ぶまち富士宮。

22

ひとりのストーリーを大切に！
認知症の人の暮らす姿が、そのまちで暮らす住民に希望を与える

石川恵子さん

昭和38年生まれ　現在51歳（48歳で認知症を発症）
マンションに一人暮らし（近くに兄夫婦、母親が住む）
好きなことは・・・ランニング、ソフトボール、バトミントンなど

・地元企業就職、誰よりも仕事を一生懸命やってきた。（社長賞３回受賞）

・女性で唯一管理職昇進。しかし男性職員からパワハラを受けることに。

・仕事に行けない。（家に引きこもり、お酒を飲み明かす毎日）
⇒毎日がさみしい、どうしていいのかわからない。

・病院受診すると診断結果はうつ病。回復がみられず休職。

・精神科に転院するとアルツハイマー型認知症であることが発覚。

恵子さん

⇒頭が真っ白に“お父さんと同じだ”。父も５０歳前半で認知症に
⇒私もお父さんと同じようになってくのだろうか？
（耐えられない不安感）これからどうしたらいいんだろう・・。

23

包括支援センターのケアマネジャーが当事者の思いと能力を活かす！！

聞き取りからわかったこと

・会社でいじめにあった。
・認知症を発症。
・ひとり暮らしで毎日がさみしい。
・家に閉じこもった生活をしている。
・父親の介護経験がある。
・人と接することが好き。
・笑顔が素敵。など

→ 恵子さんを何とかしたい！！
まずは閉じこもり生活から
脱出させなければ

ケアマネージャー

・父親の介護経験もある。
・お年寄り接することもきらいではない。
・自宅の近くに介護事業所がある。（歩いていける距離）
・ボランティアならできるのではないか。

→ 小規模多機能施設
「楽寿源道寺」に
ボランティアのお願い
をしてみよう！

お母さん

・なんとか外に連れ出したい。ボランティアでも行ける場所があれば
ありがたい。なんとか受け入れてほしい。

24

介護事業所の理解でボランティアから雇用へ

施設見学に行った恵子さん。施設管理者とケアマネが打合わせをしている間に利用者の方と楽しそうに会話を始めていた。

ボランティアをさせてもらえることに。

事業主

・なにより笑顔がとてもいい。
・休まず毎日ボランティアに来てくれる。
・恵子さんの利用者への接し方が従業員教育になる。

採用

勤務の状況

・時給７５０円（障害者枠で雇用）
・週に５日。１日４時間。
・仕事内容：洗濯、掃除、利用者の話相手
・忘れないようにメモ帳をいつも携帯

恵子さん

・最初は意地悪な人もいたよ。でも今はみんないい人。仕事が楽しい。
・みんな私と同じ認知症。つらい気持ちは誰よりもわかるから、せめて笑顔で接したい。
・給料は前の職場の方がずっといいよ。だけど、今の私も幸せ。

25

忘れてしまうからトラブルも……。

出勤途中、通ってはいけない民地を通り、住民とトラブルになる。
そこを通ると、とても悲しい気持ちになる。
だけど、その理由がわからない

住民理解のチャンス

地域の方にも認知症の理解を

“認知症サポーター養成講座実施”

主催者：介護事業所

・認知症当事者が自分の思いを
・行政はこれまでの経緯を
・事業所は当事者の働く様子を

↓

3者の語りを通して認知症の理解が深まる。

↓

地域住民に変化が・・・。

26

RUN－TOMRROW2014

認知症になっても
安心して暮らせる地域って
誰がつくるのだろう？

RUN伴 TOMO-RROW 2014

RUN伴（ランとも）とは、認知症の人や家族、支援者、一般の人が
少しずつリレーをしながら、一つのタスキをつなぎ、ゴールを目指すイベントです。

Hokkaido to Hiroshima 2500km

8:30 EPO 国道469号→国道397号
9:30 かりんの家、ゆずの家　重林寺分かれ道を右へ→舞々木橋→田中医院→愛山道
10:00 ファミリーマート富士宮愛山道店　鉄筋地ちゃん→バロー
10:30 マックスバリュ富士宮原店　大月橋沿い
11:00 サークルK伴（元十字屋スポーツ）　西町通り→西富士宮駅【折り返し】→西町通り
11:30 サークルK伴（元十字屋スポーツ）　お宮横丁→神田通り→貞太郎前→クボ茶屋からフラワー通りへ
11:50 寿田屋　富士宮駅→富士宮自動車学校（市役所前）→百萬介護センター富士宮
12:20 源道寺駅　百萬介護センター富士宮→富士宮自動車学校（市役所前）→富士宮市役所【折り返し】
12:50 富士見高等学校
13:10 入山瀬西交差点（国道139号）ここから新東名側道へ

皆さまのご声援をお待ちしています！

詳しくはホームページまで
http://tomo.tomo.jimdo.com
主催　NPO法人認知症フレンドリーサポート
RUN伴実行委員会

Dシリーズ（ソフトボール大会）

平成27年3月7・8日（日）開催予定

28

参考

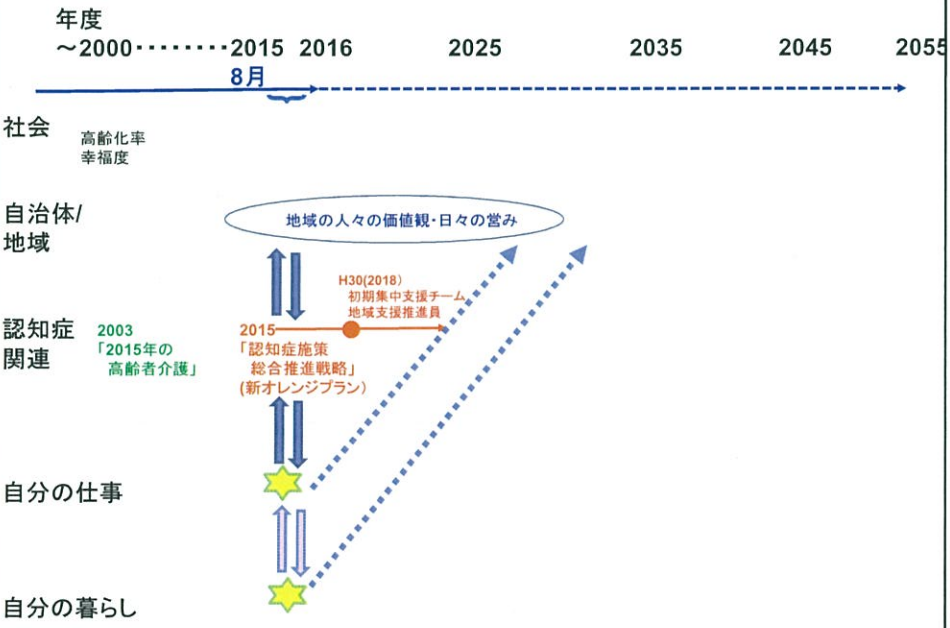
静岡市

市内の医療・介護職員を募り、地域包括支援センター単位でチームを作り アクションミィーティングを開催

各自がばらばらなままな努力を積み上げるのでなく、
各地域の中で多職種がつながりあって、
本人・家族に役立つ支援をしたい。
もっと楽しく、自分たちも地域で自然体でできることを。

自発的なアイディアから活動が生まれています：認知症施策にある事業の地域版
多職種による相談会、出前講座、出会いの場作り（カフェ）、いざという時のお助け隊等、

今、自分はどこにいるのか



本人の声に学ぶ：偏見や先入観を越えて

●私の頭と体の回線がつながるのを待ってください。脅かさないで。

●「できないことだけ」を、支えてください。
日々、小さいことでも、自分がやり遂げられるように助けて下さい。
自分でできることをやって、前向きに暮らせるように励ましてほしい。

●認知症といっても病気が違う、毎日が違う、願いが違う。
一人一人がちがうということをわかってほしい。

●残された一日一日を、楽しく、希望をもって精一杯暮らしたい。

●閉じ込めないで・・・。会いたい人に会い、行きたいところに行けるように
支えてもらえたら、どんなに元気になれるか。

●目の前にいるわたしが、これまでどんな人生を送ってきたのか、
これからの時間をどのように生き、どう旅立っていきたいと願っているか、
そのことを聴いてほしい。わたしだったらどうしたいか、考えて。

●なんで私にきかないでできるんでしょうかね。
みなさには感謝してます。・・・でも自己満足では。

●わたし抜きに決めないでほしい。

別添資料

7. 自地域の課題、特徴に根差した取組みの補強策を具体化しよう

（2）グループワーク

ワークシート2日目

自地域の課題に焦点をあて、
自地域の特徴に根ざして取組みの補強策を具体化しよう。

①自地域の課題、特徴を踏まえて
　自地域で強化したいと思うことは・・・（具体化を）

②そのために自分が取組んでみたいこと、できることは

③そのためにつなげたい（つながりたい）人・組織・事業は

アイディアを大切に、一つでも実現していこう！
＊年度末までに、やってみること
＊来年度以降にチャレンジすること

（3）全体での情報・意見交換

・2日間を通じて検討した今後の取組みの焦点、
アイディアを参考にしあおう。

地域や職場、自分の家に戻ってから・・・

○今回2日間の体験を誰かに話してみよう。
・参考になったこと、情報⇒資料のコピー大歓迎
・感じたこと、思い浮かんだこと、考えたこと

○せっかく考え始めたことを、大事に育てていこう。
ワークシートにそって、話しあってみよう。
⇒短時間、少人数からでも。

○できることからアクションを。息長く。
＊誰かと、いっしょに。

☆やってみたいことを
・日常的に、いろんな人につぶやこう。
・仕事の中に、ちょっとずつ、盛り込んでいこう。

☆自分の町を、もう一度、よく見てみよう。
何気なく通り過ぎていた中で、
活かしたい、つながってみたい場所や人、
場面がないか。

つながりが、新たな解決力を生む。
わが町のつながりの可能性、
一人ひとりの可能性を大切に。

認知症の人とともにお互いが暮らしやすい町づくりを
これからも、いっしょに。

これからも、つながろう！　　チラシ参照

認知症地域支援体制づくりメーリングリスト

CONNECTION

“コネクション“は、認知症地域支援に関わるみなさんの
情報交換・共有の場です。

コネクションとは

認知症地域支援体制構築等推進事業、認知症総合推進事業等を実施したモデル地域の担当者、合同セミナーの参加者を中心に発足し、自主運営しているメーリングリストです。全国自治体の認知症関係部署、地域包括支援センターの方など、６００人超の方が参加してざっくばらんな楽しい情報交換をおこなっています。

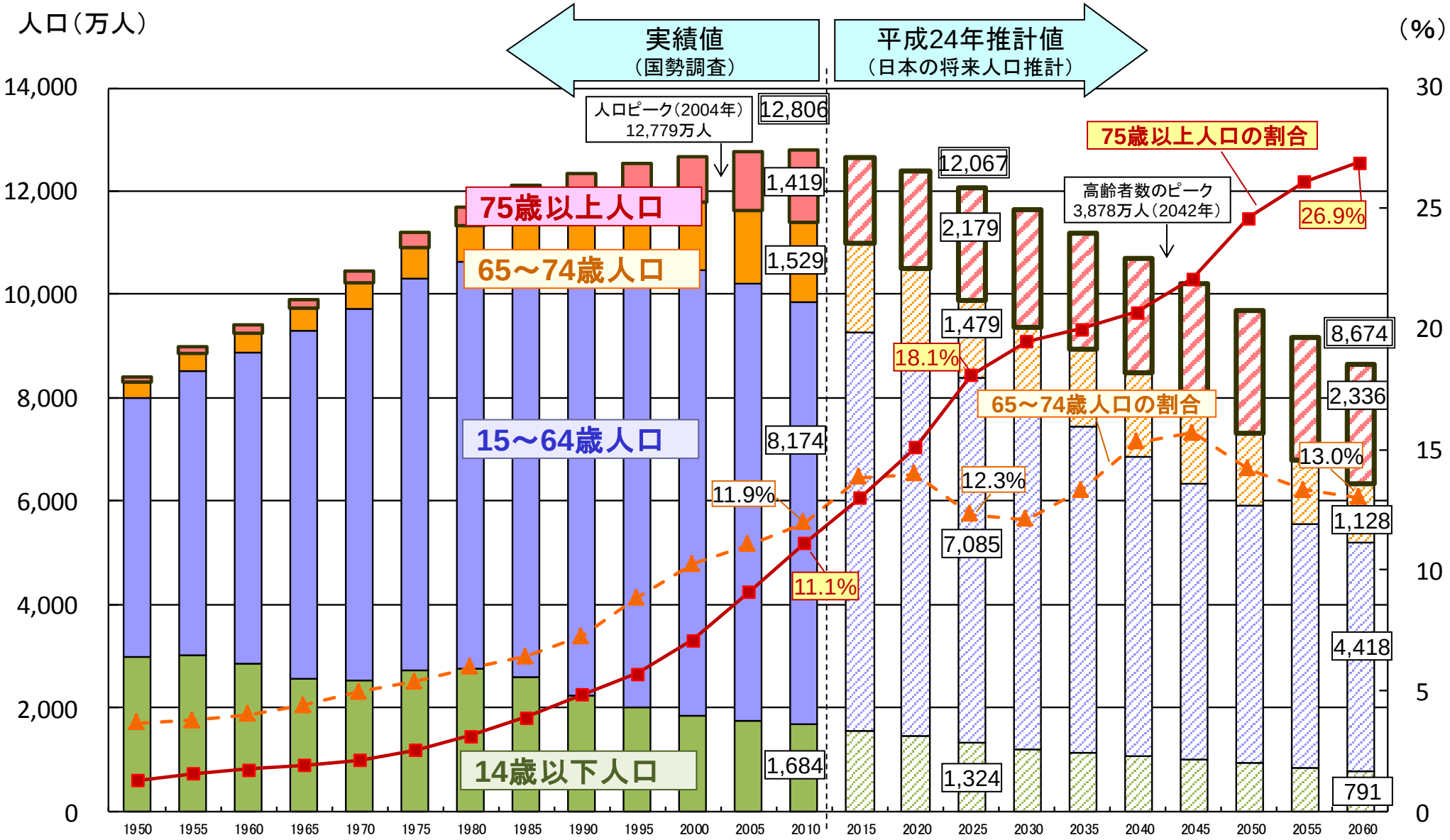
「見守りネットワークづくり、どうしたらいい？」「うちではこんなことやってますよ」「わたしのところはこうですよ」など、コネクションに投稿すると、全国各地から、ホットな情報が寄せられます。また「今度、模擬訓練やります。近隣の方、見に来ませんか？」といったお知らせ、各地で発行している定期情報誌の提供もあります。
メンバー同士の気軽な相談窓口、楽しい情報交換の場、
元気がでるつながり、それが「コネクション」です。

認知症施策の方向性と今後の展開について

平成27年8月3日

厚生労働省　老健局
認知症・虐待防止対策推進室

【参考】75歳以上の高齢者数の急速な増加



（資料）総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）出生中位（死亡中位）推計
2010年の値は総務省統計局「平成22年国勢調査による基準人口」（国籍・年齢「不詳人口」を按分補正した人口）による。

【参考】介護保険制度の現状と今後

（１）これまでの14年間の対象者、利用者の増加

○介護保険制度は、制度創設以来１４年を経過し、６５歳以上被保険者数が約１．５倍に増加するなかで、サービス利用者数は約３倍に増加。高齢者の介護に無くてはならないものとして定着・発展している。

①６５歳以上被保険者の増加

	2000年4月末		2014年4月末	
第1号被保険者数	2，165万人	⇒	3，210万人	1．48倍

②要介護（要支援）認定者の増加

	2000年4月末		2014年4月末	
認定者数	218万人	⇒	586万人	2．69倍

③サービス利用者の増加

	2000年4月末		2014年4月末	
在宅サービス利用者数	97万人	⇒	366万人	3．77倍
施設サービス利用者数	52万人	⇒	89万人	1．71倍
地域密着型サービス利用者数	－		37万人	
計	149万人	⇒	492万人	3．30倍

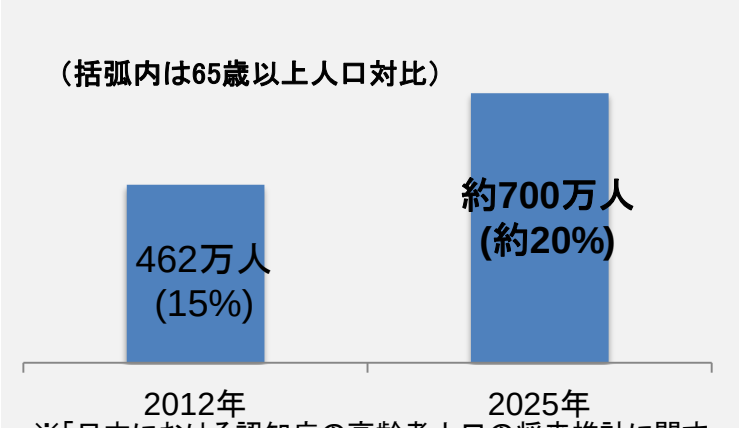
（出典：介護保険事業状況報告）

【参考】今後の介護保険をとりまく状況

① 65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人となり、2042年にはピークを迎える予測（3,878万人）。
また、75歳以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

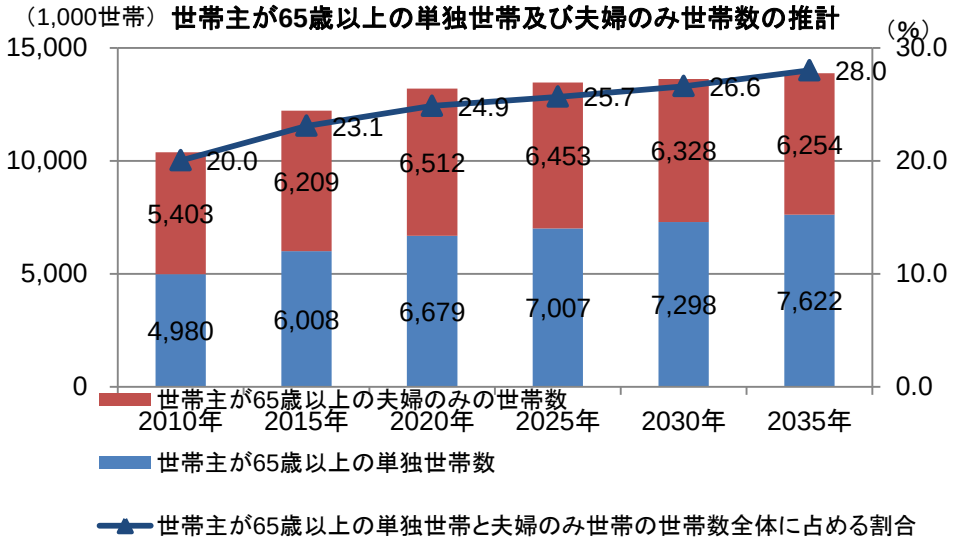
	2012年８月	2015年	2025年	2055年
65歳以上高齢者人口（割合）	3,058万人（24.0%）	3,395万人（26.8%）	3,657万人（30.3%）	3,626万人（39.4%）
75歳以上高齢者人口（割合）	1,511万人（11.8%）	1,646万人（13.0%）	2,179万人（18.1%）	2,401万人（26.1%）

② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



※「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業　九州大学　二宮教授）による速報値

③ 世帯主が65歳以上の単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく



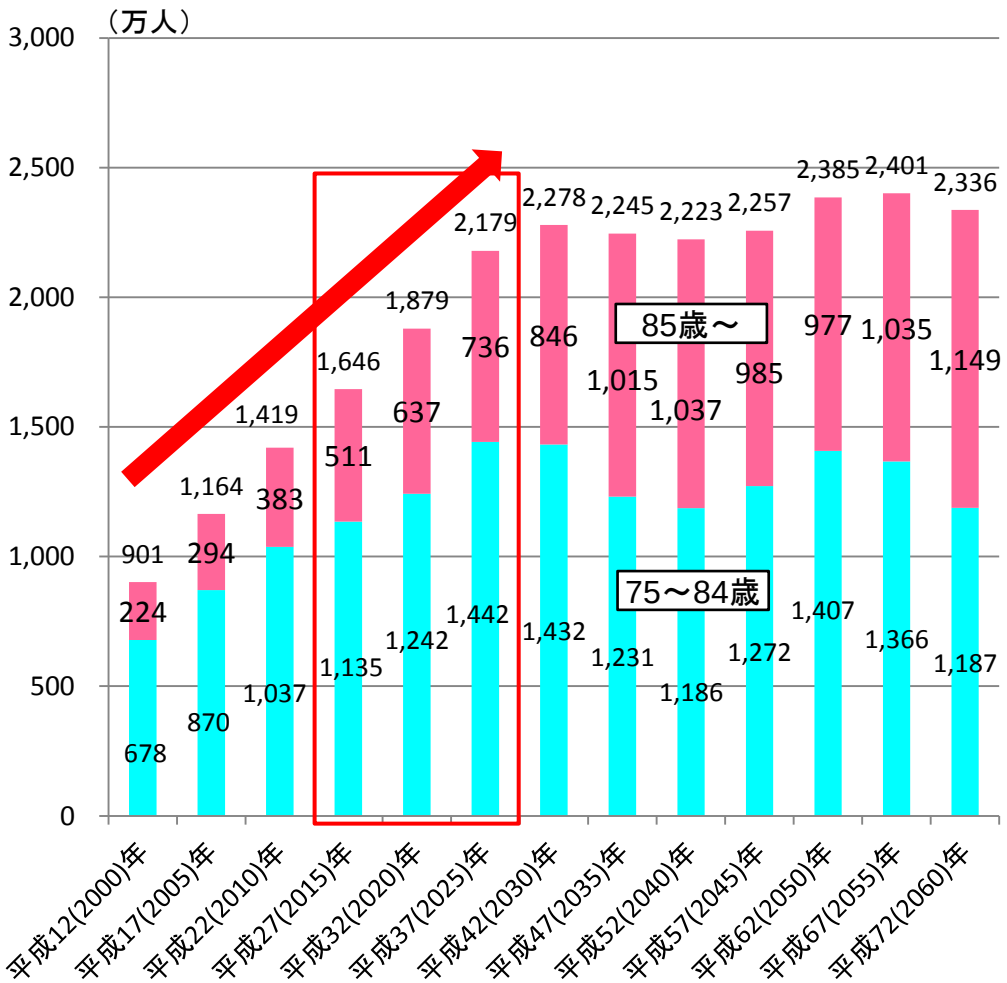
④ 75歳以上人口は、都市部では急速に増加し、もともと高齢者人口の多い地方でも緩やかに増加する。各地域の高齢化の状況は異なるため、各地域の特性に応じた対応が必要。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	～	鹿児島県	島根県	山形県	全国
2010年<>は割合	58.9万人<8.2%>	56.3万人<9.1%>	79.4万人<8.8%>	84.3万人<9.5%>	66.0万人<8.9%>	123.4万人<9.4%>		25.4万人<14.9%>	11.9万人<16.6%>	18.1万人<15.5%>	1419.4万人<11.1%>
2025年<>は割合（ ）は倍率	117.7万人<16.8%>（2.00倍）	108.2万人<18.1%>（1.92倍）	148.5万人<16.5%>（1.87倍）	152.8万人<18.2%>（1.81倍）	116.6万人<15.9%>（1.77倍）	197.7万人<15.0%>（1.60倍）		29.5万人<19.4%>（1.16倍）	13.7万人<22.1%>（1.15倍）	20.7万人<20.6%>（1.15倍）	2178.6万人<18.1%>（1.53倍）

⑤要介護率が高くなる75歳以上の人口の推移

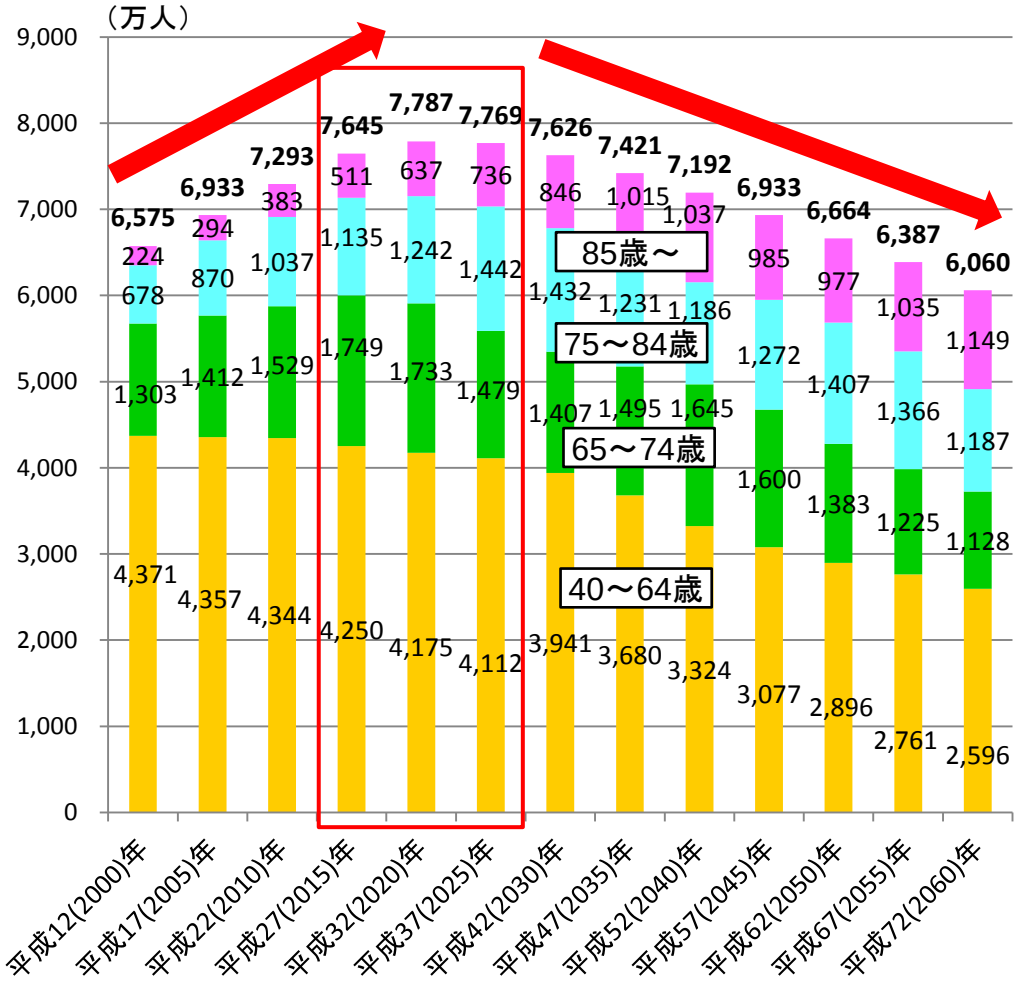
○75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2025年までの10年間も、急速に増加。

○2030年頃から75歳以上人口は急速には伸びなくなるが、一方、85歳以上人口はその後の10年程度は増加が続く。



⑥介護保険料を負担する40歳以上人口の推移

○保険料負担者である40歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、増加してきたが、2025年以降は減少する。



（資料）将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成24年1月推計）出生中位（死亡中位）推計
実績は、総務省統計局「国勢調査」（国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口）

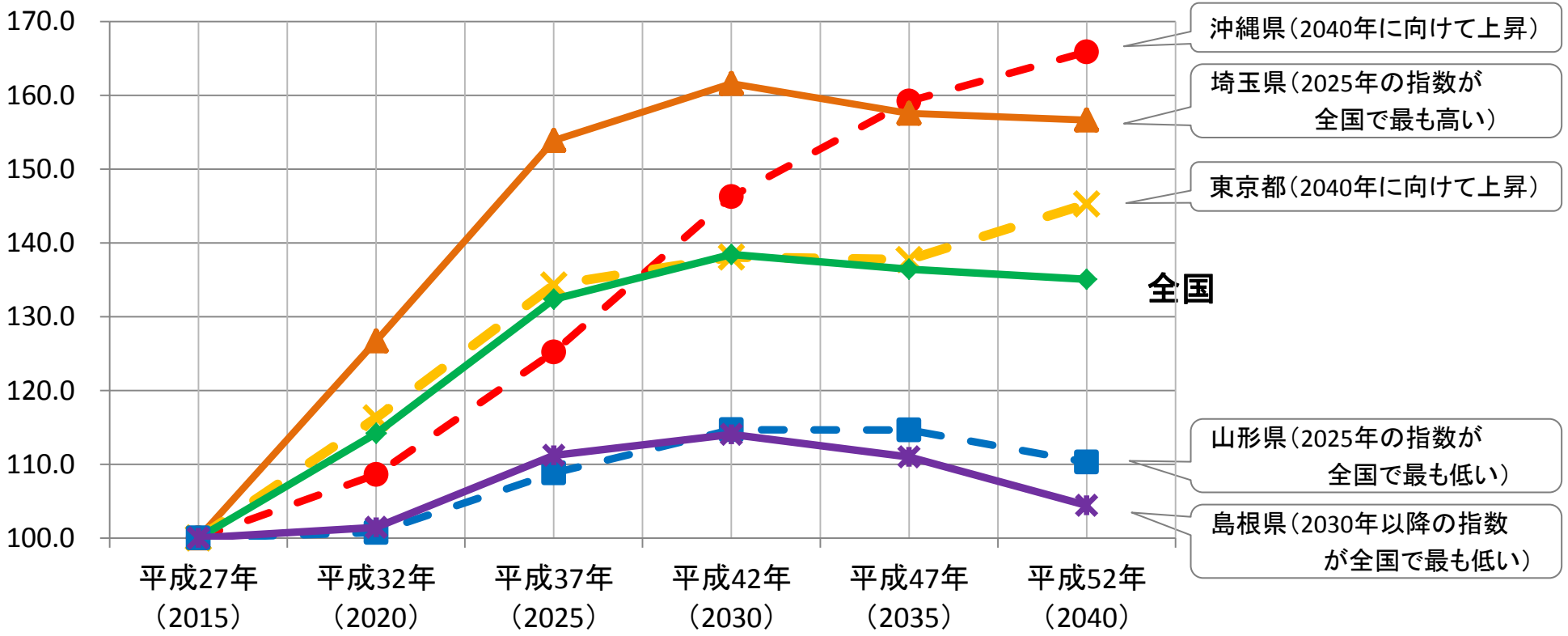
⑦次期介護保険事業計画の始まる２０１５年から２０２５年までの各地域の高齢化

〇75歳以上人口は、多くの都道府県で2025 年頃までは急速に上昇するが、その後の上昇は緩やかで、2030 年頃をピークに減少する。

※2030年、2035年、2040年でみた場合、2030年にピークを迎えるのが34道府県、2035年にピークを迎えるのが9県
※沖縄県、東京都、神奈川県、滋賀県では、2040年に向けてさらに上昇

〇2015年から10年間の伸びの全国計は、1.32倍であるが、埼玉県、千葉県では、1.5倍を超える一方、山形県、秋田県では、1.1倍を下回るなど、地域間で大きな差がある。

75歳以上人口の将来推計（平成27年の人口を100としたときの指数）



国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」より作成

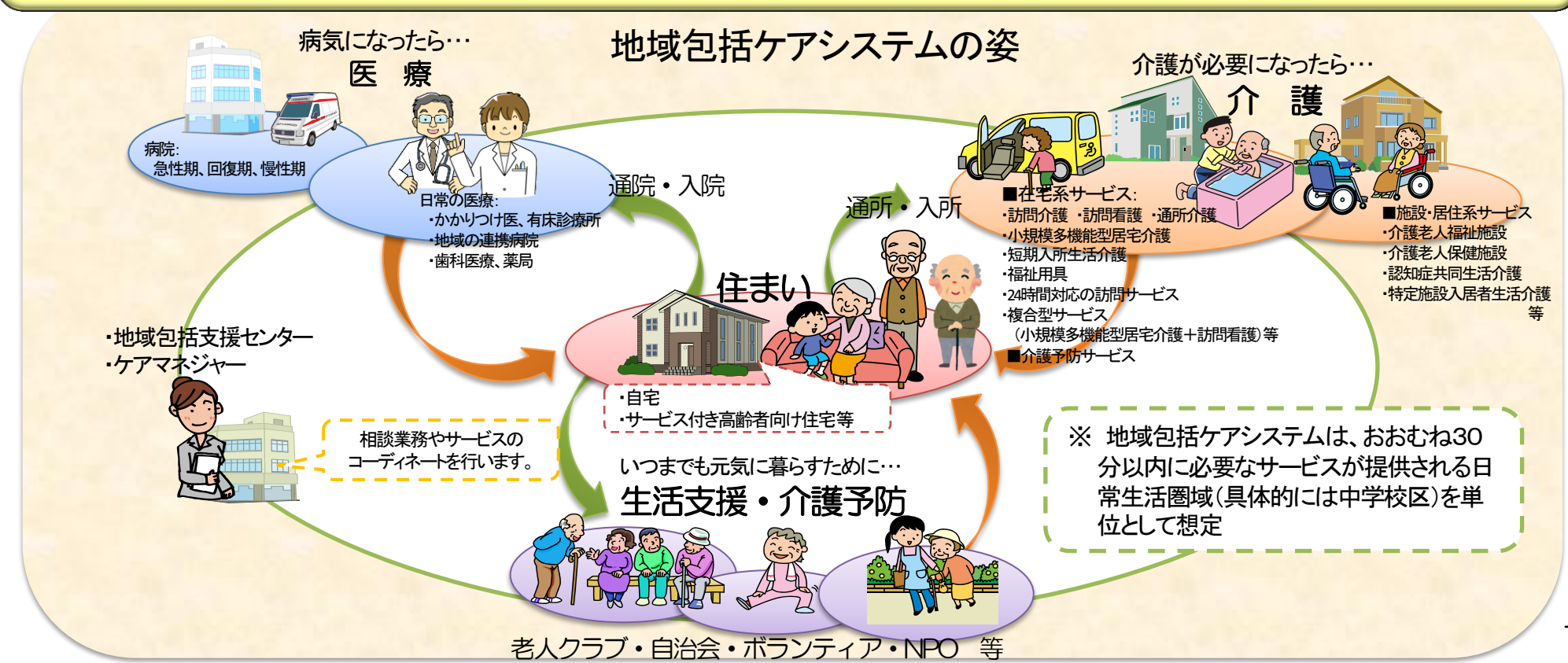
地域包括ケアシステムの構築について

○　団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築を実現**。

○　今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。

○　人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**。

○　地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要。



市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス（概念図）

地域の課題の把握と社会資源の発掘

日常生活圏域ニーズ調査等

介護保険事業計画の策定のため日常生活圏域ニーズ調査を実施し、地域の実態を把握

地域ケア会議の実施

地域包括支援センター等で個別事例の検討を通じ地域のニーズや社会資源を把握

※　地域包括支援センターでは総合相談も実施。

医療・介護情報の「見える化」
（随時）

他市町村との比較検討

量的・質的分析

□高齢者のニーズ

□住民・地域の課題

□社会資源の課題
- 介護
- 医療
- 住まい
- 予防
- 生活支援

□支援者の課題
- 専門職の数、資質
- 連携、ﾈｯﾄﾜｰｸ

社会資源

○地域資源の発掘

○地域リーダー発掘

○住民互助の発掘

事業化・施策化協議

地域の関係者による対応策の検討

介護保険事業計画の策定等

■都道府県との連携
（医療・居住等）

■関連計画との調整
- 医療計画
- 居住安定確保計画
- 市町村の関連計画　等

■住民参画
- 住民会議
- セミナー
- パブリックコメント等

■関連施策との調整
- 障害、児童、難病施策等の調整

地域ケア会議　等

■地域課題の共有
- 保健、医療、福祉、地域の関係者等の協働による個別支援の充実
- 地域の共通課題や好取組の共有

■年間事業計画への反映

具体策の検討

対応策の決定・実行

■介護サービス
- 地域ニーズに応じた在宅サービスや施設のバランスのとれた基盤整備
- 将来の高齢化や利用者数見通しに基づく必要量

■医療・介護連携
- 地域包括支援センターの体制整備
- 医療関係団体等との連携

■住まい
- サービス付き高齢者向け住宅等の整備
- 住宅施策と連携した居住確保

■生活支援／介護予防
- 自助（民間活力）、互助（ボランティア）等による実施
- 社会参加の促進による介護予防
- 地域の実情に応じた事業実施

■人材育成[都道府県が主体]
- 専門職の資質向上
- 介護職の処遇改善

PDCAサイクル

地域包括ケアシステムの構築

団塊の世代が75歳以上となり医療・介護等の需要の急増が予想される2025（平成37）年を目途に、医療や介護が必要な状態になっても、できるだけ住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」の構築に向けて取組を進める。

Ⅰ　介護サービスの充実と人材確保

（1）地域医療介護総合確保基金（介護分）　724億円

○　平成26年6月に成立した医療介護総合確保推進法に基づき、各都道府県に設置した地域医療介護総合確保基金（介護分）を活用し、介護施設等の整備を進めるほか、介護人材の確保に向けて必要な事業を支援する。

①介護施設等の整備に関する事業

地域密着型特別養護老人ホーム等の地域密着型サービスの施設の整備に必要な経費や、介護施設（広域型を含む）の開設準備等に必要な経費、特養多床室のプライバシー保護のための改修など介護サービスの改善を図るための改修等に必要な経費の助成を行う。（634億円）

②介護従事者の確保に関する事業

多様な人材の参入促進、資質の向上、労働環境・処遇の改善の観点から、介護従事者の確保対策を推進する。（90億円）

※基金の負担割合
国2/3　都道府県1/3

（2）平成27年度介護報酬改定における介護職員の処遇改善等　1，051億円

○　介護報酬改定において、介護職員の処遇改善等を行う。

・1人あたり月額1万2千円相当の処遇改善
（784億円＜改定率換算で＋1．65％＞）
・中重度の要介護者や認知症高齢者等の介護サービスの充実
（266億円＜改定率換算で＋0．56％＞）

（参考：改定率）
改定率▲2．27％
（処遇改善：＋1．65％、介護サービスの充実：＋0．56％、その他：▲4．48％）

Ⅱ　市町村による在宅医療・介護連携、認知症施策の推進など地域支援事業の充実　236億円

○　平成30年度までに全市町村が地域支援事業として以下の事業に取り組めるよう、必要な財源を確保し、市町村の取組を支援する。

在宅医療・介護連携（26億円）
地域の医療・介護関係者による会議の開催、在宅医療・介護関係者の研修等を行い、在宅医療と介護サービスを一体的に提供する体制の構築を推進

認知症施策（56億円）
初期集中支援チームの関与による認知症の早期診断・早期対応や、地域支援推進員による相談対応等を行い、認知症の人本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる地域の構築を推進

地域ケア会議（47億円）
地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進

生活支援の充実・強化（107億円）
生活支援コーディネーターの配置や協議体の設置等により、担い手やサービスの開発等を行い、高齢者の社会参加及び生活支援の充実を推進

※１　平成30年度からの完全実施に向けて段階的に予算を拡充。平成26年度予算では認知症施策及び生活支援の充実・強化に43億円を確保。
※２　上記の地域支援事業の負担割合は、国39％、都道府県19．5％、市町村19．5％、１号保険料22％（公費割合は78％）。
※３　併せて、介護予防・日常生活支援総合事業を推進する。

認知症サミット日本後継イベントについて

- 英国において、平成25年12月「Ｇ８認知症サミット」が開催、日本から土屋厚生労働副大臣が出席。
- 英国は、世界に認知症への資金投資などの呼びかけを行うため、世界認知症特使と世界認知症会議を設立、メンバーの一人に日本医療政策機構代表理事黒川清氏が任命。
- 平成26年度、サミットの後継イベントとして①英国、②加仏共同、③日本、④米国の順でそれぞれ国際会議が開催。
- 平成27年３月には、WHO主催の総括的な大臣級会合が開催された。

日程	開催	テーマ
6月18～19日	英国	「社会的影響への投資」
9月11～12日	加仏	「学術界と産業界のパートナーシップ」
11月5～7日	日本	「新しいケア と予防の モデル」
平成27年2月9～10日	米国	「アルツハイマー病研究」
平成27年3月16～17日	WHO	認知症に対する世界的アクションに関する第1回WHO大臣級会合

我が国の認知症施策を加速するための新たな戦略の策定について

認知症サミット日本後継イベント〔平成26年11月6日〕

～安倍総理大臣の挨拶より～

そこで、私は本日ここで、**我が国の認知症施策を加速するための新たな戦略を策定するよう、厚生労働大臣に指示をいたします**。我が国では、2012年に認知症施策推進5か年計画を策定し、医療・介護等の基盤整備を進めてきましたが、**新たな戦略は、厚生労働省だけでなく、政府一丸となって生活全体を支えるよう取り組むものとします**。

～塩崎厚生労働大臣の挨拶より～

［新たな戦略の策定に当たっての基本的な考え方］

① 早期診断・早期対応とともに、医療・介護サービスが有機的に連携し、認知症の容態に応じて切れ目なく提供できる循環型のシステムを構築すること

② 認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて、省庁横断的な総合的な戦略とすること

③ 認知症の方御本人やその御家族の視点に立った施策を推進すること

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）〔平成27年１月27日〕

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）
～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～のポイント

基本的考え方

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

背景

①高齢化に伴い認知症の人は増加
　2012年 462万人（高齢者の約7人に1人） ⇒ 2025年 約700万人（約5人に1人）
②認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要

対象期間

2025年まで （数値目標は2017年度末）

特長

①厚生労働省が関係府省庁と共同して策定
②認知症の人やその家族など様々な関係者から意見聴取

七つの柱

1. 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
2. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
3. 若年性認知症施策の強化
4. 認知症の人の介護者への支援
5. 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
6. 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発の推進
7. 認知症の人やその家族の視点の重視

【参考】　認知症の人の将来推計について

○ 長期の縦断的な認知症の有病率調査を行っている久山町研究のデータから、新たに推計した認知症の有病率（2025年）。

✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降一定と仮定した場合：19%。

✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降も糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合：20.6%。

※ 久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病（糖尿病）の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。
本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。

○ 本推計の結果を、平成25年筑波大学発表の研究報告による2012年における認知症の有病者数462万人にあてはめた場合、2025年の認知症の有病者数は約700万人となる。

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業　九州大学　二宮教授）による速報値

年	平成24年（2012）	平成27年（2015）	平成32年（2020）	平成37年（2025）	平成42年（2030）	平成52年（2040）	平成62年（2050）	平成72年（2060）
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/（率）	462万人 15.0%	517万人 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計 人数/（率）		525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3%

Ⅰ　認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

①　認知症の人の視点に立って認知症への社会の理解を深めるキャンペーンの実施

新 ・　認知症への社会の理解を深めるための全国的なキャンペーンを展開
⇒　認知症の人が自らの言葉で語る姿等を積極的に発信

②　認知症サポーターの養成と活動の支援

・　認知症サポーターを量的に養成するだけでなく、活動の任意性を維持しながら、認知症サポーターが様々な場面で活躍してもらうことに重点を置く

新 ・　認知症サポーター養成講座を修了した者が復習も兼ねて学習する機会を設け、より上級な講座など、地域や職域の実情に応じた取組を推進

【認知症サポーターの人数】（目標引上げ）
現行プラン：2017（平成29）年度末 600万人　⇒　新プラン：800万人

③　学校教育等における認知症の人を含む高齢者への理解の推進

・　学校で認知症の人を含む高齢者への理解を深めるような教育を推進
・　小・中学校で認知症サポーター養成講座を開催
・　大学等で学生がボランティアとして認知症高齢者等と関わる取組を推進

認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

1　認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

（2）認知症サポーターの養成と活動の支援

● 地域や職域で認知症サポーターの養成を進めるとともに、活動の任意性は維持しつつ、養成された認知症サポーターが認知症高齢者等にやさしい地域づくりを加速するために様々な場面で活躍してもらえるようにする。【厚生労働省】

（認知症サポーター）
○ 認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の人や家族に対してできる範囲での手助けをする人

○キャラバンメイト養成研修
実施主体：都道府県、市町村、全国的な職域団体等
目　　的：地域、職域における「認知症サポーター養成講座」の講師役である「キャラバンメイト」を養成
内　　容：認知症の基礎知識等のほか、サポーター養成講座の展開方法、対象別の企画手法、カリキュラム等をグループワークで学ぶ。

○認知症サポーター養成講座
実施主体：都道府県、市町村、職域団体等
対 象 者：
〈住民〉自治会、老人ｸﾗﾌﾞ、民生委員、家族会、防災・防犯組織等
〈職域〉企業、銀行等金融機関、消防、警察、スーパーマーケット
コンビニエンスストア、宅配業、公共交通機関等
〈学校〉小中高等学校、教職員、ＰＴＡ等

【実績と目標値】
サポーター人数：2015（平成27）年6月末実績　634万人⇒　2017（平成29）年度末　800万人
※　さらに、平成27年度にサポーター養成講座を修了した者が復習も兼ねて学習する手法の見本を検討するとともに、平成28年度以降、地域や職域の実情に応じた取組を推進

Ⅱ　認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

【基本的考え方】

・　容態の変化に応じて医療・介護等が有機的に連携し、適時・適切に切れ目なく提供

発症予防 → 発症初期 → 急性増悪時 → 中期 → 人生の最終段階

・　早期診断・早期対応を軸とし、妄想・うつ・徘徊等の行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等が見られても、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組み

①　本人主体の医療・介護等の徹底

②　発症予防の推進

③　早期診断・早期対応のための体制整備

・　かかりつけ医の認知症対応力向上、認知症サポート医の養成等
新　・　歯科医師・薬剤師の認知症対応力向上
・　認知症疾患医療センター等の整備
・　認知症初期集中支援チームの設置

【かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数（累計）】（目標引上げ）
　現行プラン：2017（平成29）年度末 50，000人　⇒　新プラン：60，000人
【認知症サポート医養成研修の受講者数（累計）】（目標引上げ）
　現行プラン：2017（平成29）年度末　4，000人　⇒　新プラン：5，000人
【認知症初期集中支援チームの設置市町村数】（目標引上げ）
　新プラン：2018（平成30）年度からすべての市町村で実施

認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

2　認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービス等の提供

（3）早期診断・早期対応のための体制整備＜かかりつけ医・認知症サポート医等＞

● 身近なかかりつけ医が認知症に対する対応力を高め、必要に応じて適切な医療機関に繋ぐことが重要。かかりつけ医の認知症対応力を向上させるための研修や、かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役等の役割を担う認知症サポート医の養成を進める。さらに、関係学会における認知症に関する専門医、認定医等について、数値目標を定めて具体的に養成を拡充するよう、関係各学会等と協力して取り組む。【厚生労働省】

かかりつけ医

- 早期段階での**発見・気づき**
- 専門医療機関への**受診誘導**
- 一般患者として日常的な身体疾患対応
- 家族の介護負担、不安への理解

相談 →

← 助言

認知症サポート医

- かかりつけ医研修の**企画立案・講師**
- かかりつけ医の認知症診断等に関する**相談役・アドバイザー**
- 地域医師会や地域包括支援センターとの**連携づくりへの協力**
- **認知症医療に係る正しい知識の普及**を推進

【事業名】 かかりつけ医等の対応力向上研修、認知症サポート医の養成研修事業

【実績と目標値】

かかりつけ医：2013（平成25）年度末実績	38，053人	⇒	2017（平成29）年度末　60，000人
認知症サポート医：2013（平成25）年度末実績	3，220人	⇒	2017（平成29）年度末　5，000人

認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

2　認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービス等の提供

（3）早期診断・早期対応のための体制整備＜認知症疾患医療センター等の整備＞

● 認知症の疑いがある人については、速やかに鑑別診断が行われることが必要。認知症疾患医療センターについては、都道府県ごとに地域の中で担うべき機能を明らかにした上で、認知症疾患医療センター以外の鑑別診断を行うことができる医療機関と併せて、計画的に整備を図っていく。【厚生労働省】

		基幹型	地域型	診療所型
設置医療機関		病院（総合病院）	病院（単科精神科病院等）	診療所
設置数（平成26年12月15日現在）		13か所	269か所	7か所
基本的活動圏域		都道府県圏域	二次医療圏域	
専門的医療機能	鑑別診断等	認知症の鑑別診断及び専門医療相談		
	人員配置	・専門医（1名以上） ・専任の臨床心理技術者（1名） ・専任のPSW又は保健師等（2名以上）	・専門医（1名以上） ・専任の臨床心理技術者（1名） ・専任のPSW又は保健師等（2名以上）	・専門医（1名以上） ・臨床心理技術者（1名：兼務可） ・専任のPSW又は保健師等（1名以上：兼務可）
	検査体制 （※他の医療機関との連携確保対応で可）	・CT ・MRI ・SPECT（※）	・CT ・MRI（※） ・SPECT（※）	・CT（※） ・MRI（※） ・SPECT（※）
	BPSD・身体合併症対応	空床を確保	急性期入院治療を行える医療機関との連携体制を確保	
	医療相談室の設置	必須		―

【事業名】 認知症疾患医療センター運営事業

【実績と目標値】 2014（平成26）年度　289か所　⇒　2017（平成29）年度末　約500か所

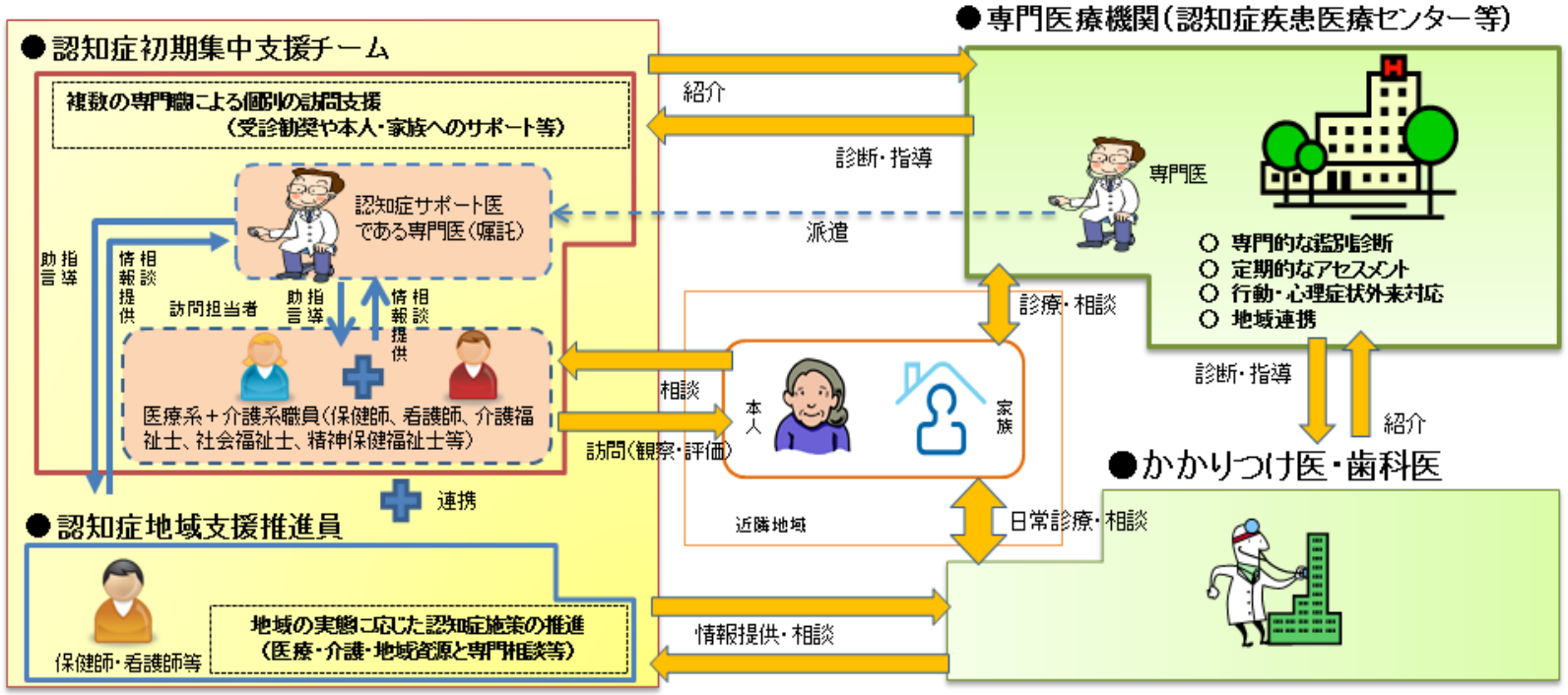
※　基幹型、地域型及び診療所型の3類型の機能やその連携の在り方を見直し、地域の実情に応じて柔軟に対応できるようにする。

認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

2　認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービス等の提供

（3）早期診断・早期対応のための体制整備＜認知症初期集中支援チームの設置＞

●　早期に認知症の鑑別診断が行われ、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期の対応体制が構築されるよう、認知症初期集中支援チームの設置を推進。
　このほか、早期診断の際に地域の当事者組織の連絡先を紹介するなど、地域の実情に応じ、認知症の人やその家族の視点に立った取組を推進。【厚生労働省】



【事業名】 認知症初期集中支援推進事業
【実績と目標値】　2014（平成26）年度見込み　41市町村　⇒　2018（平成30）年度～　すべての市町村で実施

④ 行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等への適切な対応

- 医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築
- 行動・心理症状（BPSD）への適切な対応
- 身体合併症等に対応する一般病院の医療従事者の認知症対応力向上
- 新 看護職員の認知症対応力向上　・認知症リハビリテーションの推進

⑤ 認知症の人の生活を支える介護の提供

- 介護サービス基盤の整備
- 認知症介護の実践者⇒実践リーダー⇒指導者の研修の充実
- 新 新任の介護職員等向けの認知症介護基礎研修（仮称）の実施

⑥ 人生の最終段階を支える医療・介護等の連携

⑦ 医療・介護等の有機的な連携の推進

- 認知症ケアパス（認知症の容態に応じた適切なサービス提供の流れ）の積極的活用
- 医療・介護関係者等の間の情報共有の推進
- 新 ⇒ 医療・介護連携のマネジメントのための情報連携ツールの例を提示
  地域ケア会議で認知症に関わる地域資源の共有・発掘や連携を推進
- 認知症地域支援推進員の配置、認知症ライフサポート研修の積極的活用
- 地域包括支援センターと認知症疾患医療センターとの連携の推進

【認知症地域支援推進員の人数】（目標引上げ）
新プラン：2018（平成30）年度からすべての市町村で実施

認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

2　認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービス等の提供

（4）行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等への適切な対応＜BPSDへの対応＞

● 認知症の人に行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等が見られた場合にも、医療機関・介護施設等で適切な治療やリハビリテーションが実施されるとともに、当該医療機関・介護施設等での対応を固定化されないように、退院・退所後もそのときの容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築。その際、認知症の専門医療の機能分化を図りながら、医療・介護の役割分担と連携を進める。【厚生労働省】

①行動・心理症状（BPSD）

- ○ 行動・心理症状（BPSD）は**身体的要因や環境要因が関与**することもある。
- ○ 早期診断とその後の本人主体の医療・介護等を通じて行動・心理症状（BPSD）を予防。行動・心理症状（BPSD）が見られた場合も的確なアセスメントを行った上で**非薬物的介入を対応の第一選択とするのが原則**。
- ○専門的医療サービスを必要に応じて集中的に提供する場と長期的・継続的な生活支援サービスを提供する場の**適切な役割分担**が望まれる。
- ○ **入院が必要な状態**を一律に明確化することは困難であるが、①妄想（被害妄想など）や幻覚（幻視、幻聴など）が目立つ、②些細なことで怒りだし、暴力などの興奮行動に繋がる、③落ち込みや不安・苛立ちが目立つこと等により、**本人等の生活が阻害され、専門医による医療が必要とされる場合が考えられる**。

②身体合併症

- ○ 認知症の人の身体合併症等への対応を行う急性期病院等では、認知症の人の個別性に合わせたゆとりある対応が後回しにされ、**身体合併症への対応は行われても、認知症の症状が急速に悪化してしまうような事例も見られる**。
- ○ 入院、外来、訪問等を通じて認知症の人と関わる**看護職員**は、**医療における認知症への対応力を高める鍵**。

→

- ○ **「かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン」**等の普及
- ○ 地域における退院支援・地域連携**クリティカルパスの作成**を進め、精神科病院等からの**円滑な退院**や**在宅復帰**を**支援**

- ○ **一般病院勤務の医療従事者**に対する**認知症対応力向上研修**を推進
- ○ 介護老人保健施設等の**先進的な取組**を収集し、全国に紹介することで、**認知症リハビリテーションを推進**

【目標】（新設）

（27年度）
　看護職員の認知症対応力向上を図るための研修の在り方について検討

（28年度以降）
　関係団体の協力を得て研修実施

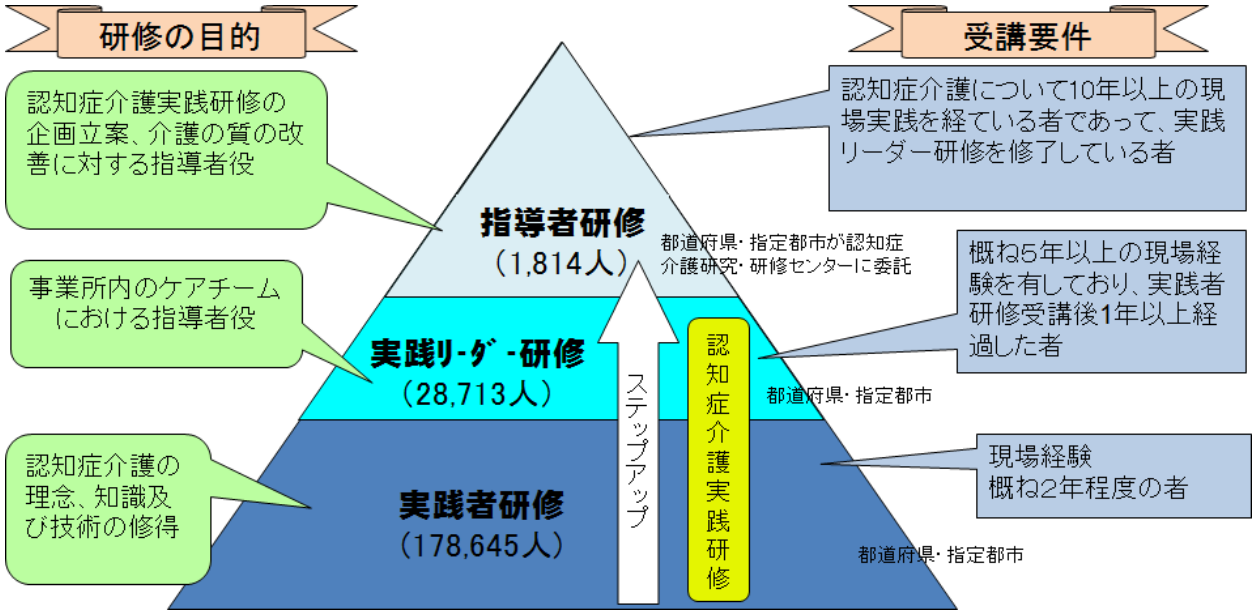
【事業名】 一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修事業
【実績と目標値】
　2013（平成25）年度末実績　3，843人　⇒　2017（平成29）年度末　87，000人

認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

2　認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービス等の提供

（5）認知症の人の生活を支える介護の提供＜良質な介護を担う人材の確保＞

● 本人主体の介護を行うことで、できる限り認知症の進行を緩徐化させ、行動・心理症状（BPSD）を予防できるような、良質な介護を担うことができる人材を質・量ともに確保していく。【厚生労働省】



新任の介護職員等が認知症介護に最低限必要な知識・技能をeラーニングの活用により修得できる研修として、**新たに認知症介護基礎研修（仮称）を導入**

【目標】（新設）
（27年度）　モデル事業
（28年度以降）研修 実施

【事業名】 認知症介護指導者養成研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修
【実績と目標値】 指導者養成研修：2013（平成25）年度末実績　1，814人⇒　2017（平成29）年度末　2，200人
実践リーダー研修：2013（平成25）年度末実績　2．9万人　⇒　2017（平成29）年度末　4万人
実践者研修：2013（平成25）年度末実績　17．9万人⇒　2017（平成29）年度末　24万人

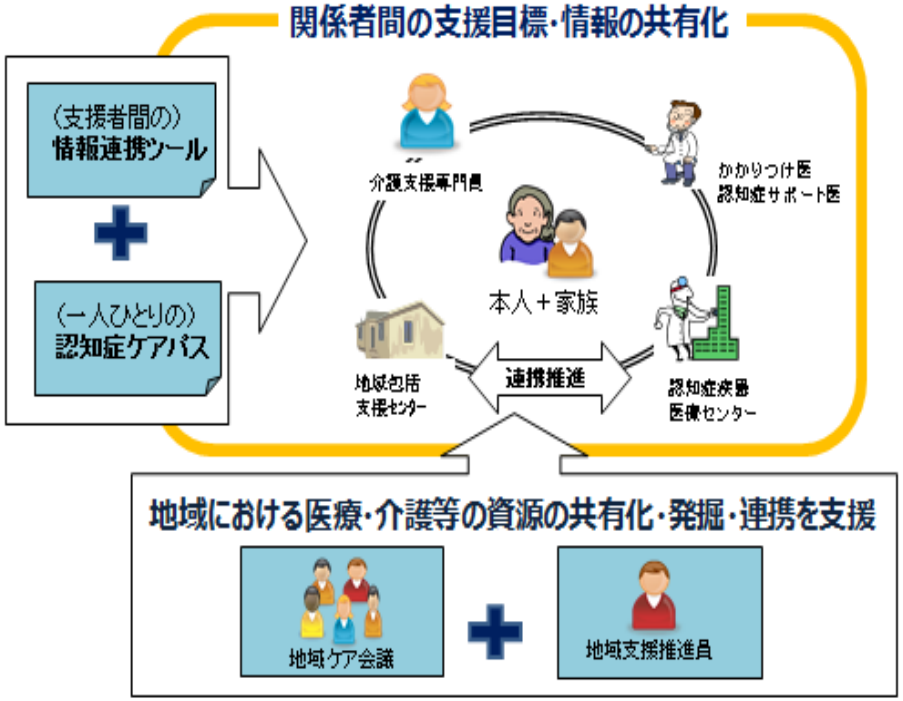
認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

2　認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービス等の提供

（7）医療・介護等の有機的な連携の推進

● 認知症の人に対するサービスを効率的・効果的に提供するため、地域包括支援センターと認知症疾患医療センターの連携を進めるなど、それぞれのサービスを有機的に連携させる地域の司令塔機能を構築するとともに、関係者間の支援目標・情報の共有化や、認知症に関わる地域資源の共有・発掘や連携を推進するための以下の取組みを実施。【厚生労働省】

・発症予防～人生の最終段階まで、認知症の人、家族、医療・介護関係者間で共有され、サービスを切れ目なく提供できるよう、一人ひとりの「認知症ケアパス」の活用を推進。
・認知症に関わる医療・介護連携のマネジメントを行う上で必要な「情報連携ツール」の例を提示。
・「地域ケア会議」において、認知症に関わる地域資源の共有・発掘や連携を推進。
・医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携の支援等を行う「認知症地域支援推進員」の配置。
・地域包括支援センターと認知症疾患医療センターの連携強化や地域包括支援センターの機能を併せ持つ認知症疾患医療センターなど先進的な事例の全国への紹介。



【事業名】 認知症地域支援・ケア向上推進事業　ほか
【実績と目標値】 2014（平成26）年度見込み　217市町村　⇒　2018（平成30）年度～　すべての市町村で配置

認知症地域支援推進員

市町村

協働

認知症
地域支援推進員

【推進員の要件】
①認知症の医療や介護の専門的知識及び経験を有する医師、保健師、看護師、作業療法士、歯科衛生士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士
②①以外で認知症の医療や介護の専門的知識及び経験を有すると市町村が認めた者

【配置先】
○地域包括支援センター
○市町村本庁
○認知症疾患医療センター
など

医療・介護等の支援ネットワーク構築

●認知症の人が認知症の容態に応じて必要な医療や介護等のサービスを受けられるよう関係機関との連携体制の構築
●市町村等との協力による、認知症ケアパス（状態に応じた適切な医療や介護サービス等の提供の流れ）の作成・普及　　等

認知症対応力向上のための支援

※関係機関等と連携し以下の事業の企画・調整を行う
●認知症疾患医療センターの専門医等による、病院・施設等における処遇困難事例の検討及び個別支援
●介護保険施設等の相談員による、在宅で生活する認知症の人や家族に対する効果的な介護方法などの専門的な相談支援
●「認知症カフェ」等の開設
●認知症ライフサポート研修など認知症多職種協働研修の実施　　等

相談支援・支援体制構築

●認知症の人や家族等への相談支援
●「認知症初期集中支援チーム」との連携等による、必要なサービスが認知症の人や家族に提供されるための調整

【事業名】認知症地域支援・ケア向上事業　（地域支援事業）
【実績と目標値】2014（平成26）年度実績　225市町村　⇒　2018（平成30）年度～すべての市町村で実施

Ⅲ　若年性認知症施策の強化

- 若年性認知症の人やその家族に支援のハンドブックを配布
- 都道府県の相談窓口に支援関係者のネットワークの調整役を配置
- 若年性認知症の人の居場所づくり、就労・社会参加等を支援

Ⅳ　認知症の人の介護者への支援

①　認知症の人の介護者の負担軽減

- 認知症初期集中支援チーム等による早期診断・早期対応
- 認知症カフェ等の設置

【認知症カフェ等の設置】（目標新設）
新プラン：２０１８（平成３０）年度からすべての市町村に配置される認知症地域支援推進員等の企画により、地域の実情に応じ実施

②　介護者たる家族等への支援

- 家族向けの認知症介護教室等の普及促進

③　介護者の負担軽減や仕事と介護の両立

- 介護ロボット、歩行支援機器等の開発支援
- 仕事と介護が両立できる職場環境の整備
（「介護離職を予防するための職場環境モデル」の普及のための研修等）

認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

3　若年性認知症施策の強化

●若年性認知症の人が発症初期の段階から適切な支援を受けられるよう、医療機関や市町村窓口等を通じて、若年性認知症と診断された人やその家族に、若年性認知症支援のハンドブックを配布。

●都道府県ごとに若年性認知症の人やその家族からの相談の窓口を設置し、関係者のネットワークの調整役を担う者を配置するほか、以下の取組を実施。

- ・若年性認知症の人との意見交換会の開催等を通じた若年性認知症の人のニーズ把握
- ・若年性認知症の人やその家族が交流できる居場所づくり
- ・事業主に対する若年性認知症の人の就労について理解を図るための周知
- ・若年性認知症の人がハローワークによる支援等が利用可能であることの周知　等　【厚生労働省】

※「若年性認知症ハンドブック」
（認知症介護研究・研修大府センター）

※ネットワーク調整役の配置（例）
「東京都若年性認知症総合支援センター」パンフレットより抜粋

【事業名】 若年性認知症施策総合推進事業
【実績と目標値】2013（平成25）年度末実績　21都道府県　⇒　2017（平成29）年度末　47都道府県

認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

4　認知症の人の介護者への支援

＜認知症の人の介護者の負担軽減＞＜介護者たる家族等への支援＞

● 認知症の人の介護者の負担を軽減するため、認知症初期集中支援チーム等による早期診断・早期対応を行うほか、認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う認知症カフェ等の設置を推進。

● また、家族向けの認知症介護教室等の取組について、好事例を収集して全国に紹介し、その普及を進める。【厚生労働省】

認知症カフェの様子

夜のカフェの様子

○　1～2回／月程度の頻度で開催（2時間程度／回）
○　通所介護施設や公民館の空き時間を活用
○　活動内容は、特別なプログラムは用意されていなく、利用者が主体的に活動。
○効果
・認知症の人　→　自ら活動し、楽しめる場所
・家族　→　わかり合える人と出会う場所
・専門職　→　人としてふれあえる場所（認知症の人の体調の把握が可能）
・地域住民　→　つながりの再構築の場所（住民同士としての交流の場や、認知症に対する理解を深める場）

【事業名】 認知症地域支援・ケア向上推進事業
【目標値】2013（平成25）年度　国の財政支援を開始⇒　2018（平成30）年度～　すべての市町村に配置される認知症地域支援推進員等の企画により地域の実情に応じ実施

新　Ⅴ　認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進

①　生活の支援（ソフト面）

・家事支援、配食、買物弱者への宅配の提供等の支援
・高齢者サロン等の設置の推進
・高齢者が利用しやすい商品の開発の支援
・新しい介護食品（スマイルケア食）を高齢者が手軽に活用できる環境整備

②　生活しやすい環境（ハード面）の整備

・多様な高齢者向け住まいの確保
・高齢者の生活支援を行う施設の住宅団地等への併設の促進
・バリアフリー化の推進
・高齢者が自ら運転しなくても移動手段を確保できるよう公共交通を充実

③　就労・社会参加支援

・就労、地域活動、ボランティア活動等の社会参加の促進
・若年性認知症の人が通常の事業所での雇用が困難な場合の就労継続支援（障害福祉サービス）

④　安全確保

・独居高齢者の安全確認や行方不明者の早期発見・保護を含めた地域での見守り体制の整備
・高齢歩行者や運転能力の評価に応じた高齢運転者の交通安全の確保
・詐欺などの消費者被害の防止
・成年後見制度（特に市民後見人）や法テラスの活用促進
・高齢者の虐待防止

新 Ⅵ　認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進

- 高品質・高効率なコホートを全国に展開するための研究等を推進
- 認知症の人が容易に研究に参加登録できるような仕組みを構築
- ロボット技術やICT技術を活用した機器等の開発支援・普及促進
- ビッグデータを活用して地域全体で認知症予防に取り組むスキームを開発

Ⅶ　認知症の人やその家族の視点の重視

新 ①　認知症の人の視点に立って認知症への社会の理解を深めるキャンペーンの実施

（再掲）

新 ②　初期段階の認知症の人のニーズ把握や生きがい支援

- 認知症の人が必要と感じていることについて実態調査を実施

※　認知症の初期の段階では、診断を受けても必ずしもまだ介護が必要な状態にはなく、むしろ本人が求める今後の生活に係る様々なサポートが十分に受けられないとの声もある。

- 認知症の人の生きがいづくりを支援する取組を推進

新 ③　認知症施策の企画・立案や評価への認知症の人やその家族の参画

- 認知症の人やその家族の視点を認知症施策の企画・立案や評価に反映させるための好事例の収集や方法論の研究

終わりに

○　認知症高齢者等にやさしい地域の実現には、国を挙げた取組みが必要。
⇒　関係省庁の連携はもとより、行政だけでなく民間セクターや地域住民自らなど、様々な主体がそれぞれの役割を果たしていくことが求められる。

○　認知症への対応に当たっては、常に一歩先んじて何らかの手を打つという意識を、社会全体で共有していかなければならない。

○　認知症高齢者等にやさしい地域は、決して認知症の人だけにやさしい地域ではない。
⇒　コミュニティーの繋がりこそがその基盤。認知症高齢者等にやさしい地域づくりを通じ地域を再生するという視点も重要。

○　認知症への対応は今や世界共通の課題。
⇒　認知症ケアや予防に向けた取組についての好事例の国際発信や国際連携を進めることで、認知症高齢者等にやさしい地域づくりを世界的に推進。

○　本戦略の進捗状況は、認知症の人やその家族の意見を聞きながら随時点検。
○　医療・介護サービス等の提供に関し、個々の資源の整備に係る数値目標だけでなく、これらの施策のアウトカム指標の在り方についても検討し、できる限りの定量的評価を目指す。
⇒　これらの点検・評価を踏まえ、本戦略の不断の見直しを実施。

参　考　資　料

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）で推進する主なポイント

総合戦略に関連するH27年度予算　約161億円
＊消費者被害の防止など、他の事業と一体的に予算計上されているため、総額に含まれていないものがある。
＊他に、介護保険サービスの確保で2.6兆円等がある。

Ⅰ　医療・介護等の連携による認知症の方への支援

(1)できる限り早い段階からの支援	・医療・介護専門職による認知症初期集中支援チームを、2018(H30)年度までにすべての市町村に配置。（消費税増収分を活用）　＊現在は41市町村でモデル的に実施 ・認知症の方の声に応え、2015(H27)年度から初期段階認知症のニーズ調査を実施。
(2)医療・介護従事者の対応力向上	・かかりつけ医向けの認知症対応力向上研修を、2017(H29)年度末までに6万人に実施。　等 ＊現在の受講者目標5万人から引上げ
(3)地域における医療・介護等の連携	・連携のコーディネーター（認知症地域支援推進員）を、2018(H30)年度までにすべての市町村に配置。（消費税増収分を活用）　＊現在は217市町村でモデル的に実施

Ⅱ　認知症の予防・治療のための研究開発

(4)効果的な予防法の確立	・2020(H32)年頃までに、全国1万人規模の追跡調査を実施。認知症のリスクを高める因子（糖尿病等）やリスクを軽減させる因子（運動等）を明らかにし、効果的な予防法の確立を目指す。 ＊現在は1町で年間2－3千人規模
(5)認知症の治療法	・各省連携の「脳とこころの健康大国実現プロジェクト」に基づき、2020(H32)年頃までに、日本発の認知症根本治療薬の治験開始を目指す。

Ⅲ　認知症高齢者等にやさしい地域づくり

(6)認知症サポーターの養成	・正しい知識と理解を持って認知症の方・家族を支援する認知症サポーターを、2017(H29)年度末までに800万人養成。　＊現在の養成目標600万人から引上げ
(7)認知症の方の安全対策	・徘徊等に対応できる見守りネットワークの構築、詐欺など消費者被害の防止等を、省庁横断的に推進。

【参考】総合戦略に関連する平成27年度予算　約161億円

（平成２６年度予算　約９５億円）

＊消費者被害の防止など、他の事業と一体的に予算計上されているため、総額に含まれていないものがある。
＊他に、介護保険サービスの確保で2.6兆円等がある。

＜ 上 記 予 算 の 主 な 事 業 ＞

＊括弧書きの数字は平成26年度予算額

○ 医療・介護専門職による認知症初期集中支援チームの配置　13億円（4．1億円）

＊消費税増収分を活用

○医療・介護連携のコーディネーター（認知症地域支援推進員）の配置等　15億円（12億円）

＊消費税増収分を活用

○早期診断を行う認知症疾患医療センターの整備　6．4億円（5．5億円）

○生活支援コーディネーターの配置等
（高齢者の見守り等を行うボランティア等の養成や連携支援を行う）　54億円（5億円）

＊消費税増収分を活用

○認知症の予防・治療のための研究開発の推進　65億円（62億円）

認知症高齢者等にやさしい地域づくりのための施策の推進

○ 現在、65歳以上高齢者の約4人に1人が認知症の人又は予備群と言われ、更に増加することが見込まれる中で、**認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるよう環境整備を行っていくことが必要**。

○ 「認知症施策推進5か年計画」(オレンジプラン)を改め、新たな総合戦略を関係省庁と共同で策定し、早期診断・早期対応を軸とした、認知症の容態に応じた切れ目のない適時・適切な医療・介護等の提供が図られる仕組みを構築するなど、**認知症高齢者等にやさしい地域づくり**を推進する。

[①②③の合計額]

平成26年度予算額　約36億円 → 平成27年度予算　約48億円

主な認知症施策関連予算

①認知症に係る地域支援事業

約17億円⇒約28億円

・認知症初期集中支援チームの設置
（100か所⇒316か所）
・認知症地域支援推進員の設置等
（470か所⇒580か所）

※公費ベース約56億円

②認知症施策等総合支援事業

約12億円⇒約13億円

・認知症疾患医療センターの整備
（300か所⇒366か所）
・若年性認知症施策の推進　等

③認知症政策研究・研究開発

約7億円⇒約7億円

・認知症の病態解明、予防法・革新的な診断技術・有効な治療法等の開発・確立

④地域医療介護総合確保基金事業（介護分）（新規）

・介護、権利擁護等に関する人材の確保
・介護サービス基盤の整備

約483億円の内数

※公費ベース約724億円

⑤医療・介護保険制度等

・医療・介護保険制度による医療・介護給付費等

医療：約11．2兆円の内数
介護：　約2．7兆円の内数

※ 厚生労働省では、上記の医療・介護分野以外でも、介護者の仕事と介護の両立支援、ハローワークによる就労参加支援などにより、認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりを推進。

※ さらに、関係省庁においても、生活の支援（ソフト面）、生活しやすい環境（ハード面）の整備、就労・社会参加支援、安全確保等の観点から、認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりのための施策が行われている。

平成26年の介護保険制度改正の主な内容について

①地域包括ケアシステムの構築

高齢者が**住み慣れた地域で生活を継続**できるようにするため、**介護、医療、生活支援、介護予防を充実**。

サービスの充実

○地域包括ｹｱｼｽﾃﾑの構築に向けた地域支援事業の充実

①在宅医療・介護連携の推進

②認知症施策の推進

③地域ケア会議の推進

④生活支援サービスの充実・強化

＊介護サービスの充実は、前回改正による24時間対応の定期巡回サービスを含めた介護サービスの普及を推進

＊介護職員の処遇改善は、27年度介護報酬改定で検討

重点化・効率化

①全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化

＊段階的に移行（～29年度）

＊介護保険制度内でサービスの提供であり、財源構成も変わらない。

＊見直しにより、既存の介護事業所による既存サービスに加え、NPO、民間企業、住民ボランティア、協同組合等による多様なサービスの提供が可能。これにより、効果的・効率的な事業も実施可能。

②特別養護老人ホームの新規入所者を、原則、要介護３以上に限定（既入所者は除く）

＊要介護1・2でも一定の場合には入所可能

②費用負担の公平化

低所得者の保険料軽減を拡充。また、**保険料上昇をできる限り抑える**ため、**所得や資産のある人の利用者負担を見直す**。

低所得者の保険料軽減を拡充

○低所得者の保険料の軽減割合を拡大

・給付費の5割の公費に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大

＊保険料見通し：現在5,000円程度→2025年度8,200円程度

＊軽減例：年金収入80万円以下　5割軽減　→　7割軽減に拡大

＊軽減対象：市町村民税非課税世帯（65歳以上の約3割）

重点化・効率化

①一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ

・　2割負担とする所得水準を、65歳以上高齢者の所得上位20%とした場合、合計所得金額160万円（年金収入で、単身280万円以上、夫婦359万円以上）。ただし、月額上限があるため、見直し対象の全員の負担が2倍になるわけではない。

・　医療保険の現役並み所得相当の人は、月額上限を37,200円から 44,400円に引上げ

②低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

・預貯金等が単身1000万円超、夫婦2000万円超の場合は対象外

・世帯分離した場合でも、配偶者が課税されている場合は対象外

・給付額の決定に当たり、非課税年金（遺族年金、障害年金）を収入として勘案　　＊不動産を勘案することは、引き続きの検討課題

○　このほか、「2025年を見据えた介護保険事業計画の策定」、「サービス付高齢者向け住宅への住所地特例の適用」、「居宅介護支援事業所の指定権限の市町村への移譲・小規模通所介護の地域密着型サービスへの移行」等を実施

平成27年度の社会保障の充実・安定化について

○ 消費税率引上げによる増収分は、全て社会保障の充実・安定化に向ける。

○ 社会保障の安定財源確保と財政健全化の同時達成を目指す観点から、平成27年度の増収額8兆円程度については、
①まず基礎年金国庫負担割合２分の１に3兆円程度を向け、
②残額を満年度時の
・「社会保障の充実」及び「消費税率引上げに伴う社会保障４経費の増」と
・「後代への負担のつけ回しの軽減」
の比率（概ね１：２）で按分した額をそれぞれに向ける。

〈27年度消費税増収分の内訳〉

《増収額計：8兆円程度》

○基礎年金国庫負担割合２分の１ — 3兆円程度
（平成24年度・25年度の基礎年金国庫負担割合２分の１の差額に係る費用を含む）

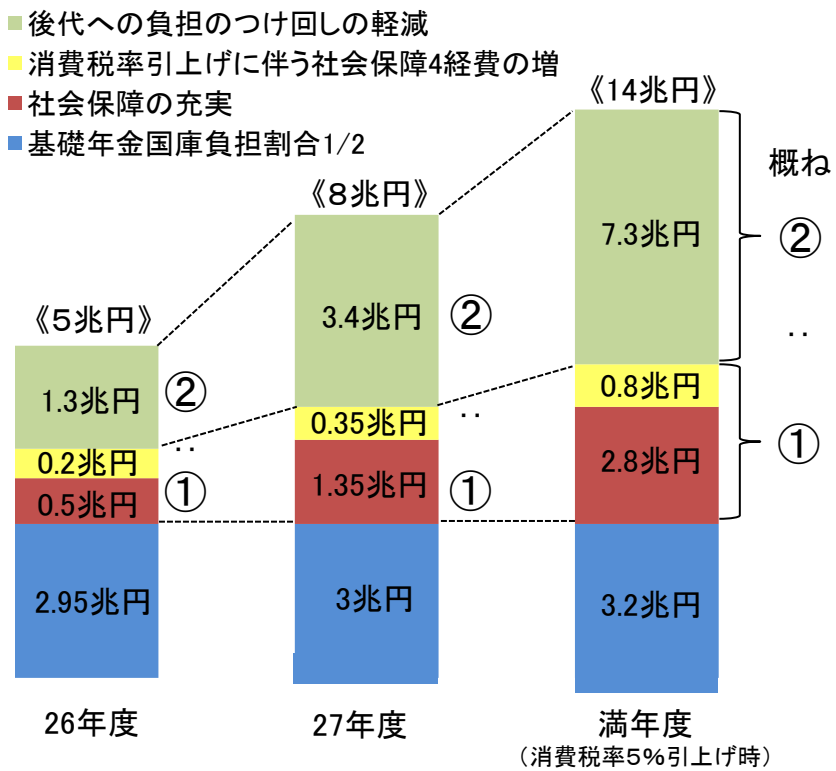
○社会保障の充実 — 1.35兆円程度
・子ども・子育て支援の充実
・医療・介護の充実
・年金制度の改善

○消費税率引上げに伴う社会保障４経費の増 — 0.35兆円程度
・診療報酬、介護報酬、年金、子育て支援等についての物価上昇に伴う増

○後代への負担のつけ回しの軽減 — 3.4兆円程度
・高齢化等に伴う自然増を含む安定財源が確保できていない既存の社会保障費

（注）金額は公費（国及び地方の合計額）である。

（参考）算定方法のイメージ



平成27年度における「社会保障の充実」の考え方

○ 消費税率10%への引上げが平成29年４月に延期されたことに伴い、平成27年度の「社会保障の充実」に充てられる消費税増収分は、１．３５兆円(※)となるため、施策の優先順位を付けることで対応する。

※ 消費税増収分のほか、社会保障改革プログラム法等に基づく重点化・効率化による財政効果を活用し、平成27年度の「社会保障の充実」の規模は合計１．３６兆円

優先的に取り組む施策

① 子ども・子育て支援の充実

政府を挙げて取り組んでいる「すべての女性が輝く社会の実現」にとって重要な施策であり、平成27年４月から予定どおり新制度を実施する。

→ 市町村計画の実現に必要な「量的拡充」に加え、０．７兆円ベースの「質の改善」をすべて実施するため、約5,100億円を措置

② 医療・介護サービス提供体制改革の着実な実施

団塊の世代が75歳以上となり、医療・介護等の需要の急増が予想される2025年に向け、医療・介護サービス提供体制の改革を本格的に進める。

→ 地域医療介護総合確保基金について、医療分として前年度同額の約900億円に加え、新たに介護分として約720億円を措置

介護職員について月額1万2千円相当の処遇改善に必要な約780億円を措置

認知症施策等の推進のために約240億円を措置

③ 国保への財政支援の拡充

将来にわたり国民皆保険を堅持するため、喫緊の課題である国保制度の改革に必要不可欠な国保への財政支援を拡充し、財政基盤の強化を図る。

→ 低所得者対策の強化のための財政支援として約1,700億円を措置するとともに、財政安定化基金の創設のために約200億円を措置

限られた財源の中で上記の対応を行うための方策

○ 年金関係の充実（低所得者への福祉的給付、受給資格期間の短縮）について、法律の規定どおり、消費税率10%への引上げ時（平成29年４月）に実施。

○ 介護保険の１号保険料の低所得者軽減強化について、２段階に分けて実施することとし、第一弾として平成27年４月からは特に所得の低い方々を対象に一部実施し（所要額約220億円）、消費税率10%への引上げ時（平成29年４月）に完全実施。

平成27年度介護報酬改定の全体像

改定の方向性：「地域包括ケアシステム」の構築に向けて
① 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化
② 介護人材確保対策の推進
③ サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築

中重度の要介護者等に対する在宅生活を支援するためのサービスの充実

+0．56%

処遇改善加算の拡充
（月＋1．2万円相当）
+1．65%

各サービスの介護報酬の設定においてメリハリをつけて配分

収支状況などを
反映した適正化等
▲4．48%

改定率　▲2．27%

介護サービスの確保に向けた取組の充実
（平成27年度予算案）

都道府県の基金
（介護分）
724億円

＋

認知症施策等の充実
（地域支援事業の充実）
236億円

計　960億円

※ 金額は公費ベース。

平成27年1月9日　社会保障審議会介護給付費分科会の審議報告　より

○ 「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組を進めることにより、高齢者ができる限り住み慣れた地域で尊厳を持って自分らしい生活を送ることができるようにする。

1．中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化

(1)中重度の要介護者等を支援するための重点的な対応

- 24時間365日の在宅生活を支援する定期巡回・随時対応サービスを始めとした「短時間・一日複数回訪問」や「通い・訪問・泊まり」といったサービスの組み合わせを一体的に提供する包括報酬サービスの機能強化と、普及に向けた基準緩和
- リハビリテーション専門職の配置等を踏まえた介護老人保健施設での在宅復帰支援機能評価の更なる充実

(2)活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションの推進

- リハビリテーションの理念を踏まえた「心身機能」、「活動」、「参加」の要素にバランスよく働きかける効果的なサービス提供を推進するための理念の明確化と「活動」、「参加」に焦点を当てた新たな報酬体系の導入

(3)看取り期における対応の充実

- 本人及び家族の意向に基づくその人らしさを尊重したケアの実現を推進するため、本人・家族とサービス提供者の十分な意思疎通を促進する取組を評価

(4)口腔・栄養管理に係る取組の充実

- 施設等入所者が認知機能や摂食・嚥下機能の低下等により食事の経口摂取が困難となっても、自分の口から食べる楽しみを得られるよう、多職種協働による支援を充実

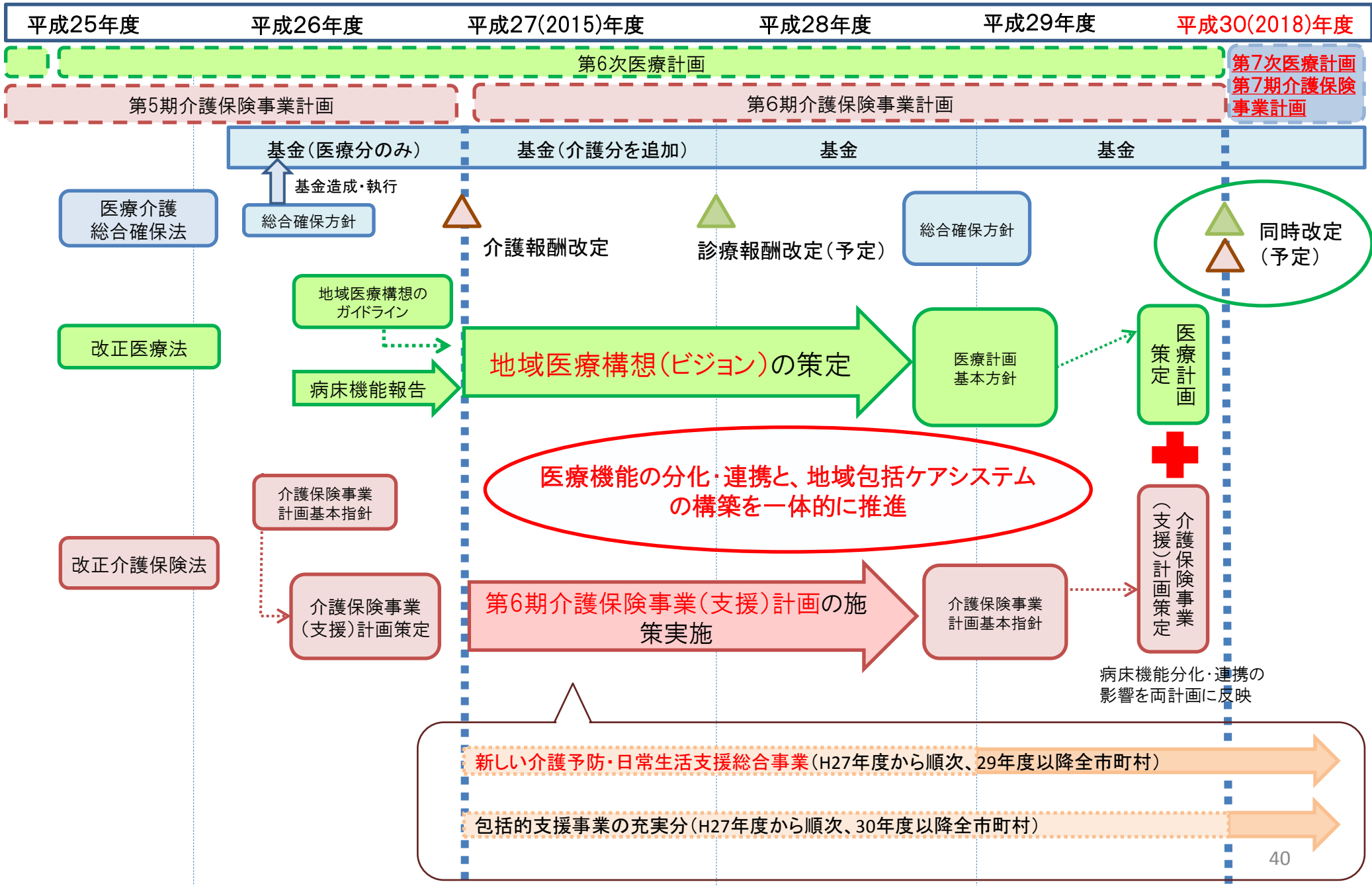
2．介護人材確保対策の推進

- 介護職員処遇改善加算の更なる充実
- サービス提供体制強化加算（介護福祉士の評価）の拡大

3．サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築

- 「骨太の方針」を踏まえたサービスに係る評価の適正化について、各サービスの運営実態や1.及び2.も勘案しつつ実施
- 集合住宅へのサービス提供の適正化（事業所と同一建物に居住する減算の適用範囲を拡大）
- 看護職員の効率的な活用の観点から、人員配置の見直しを実施（通所介護、小規模多機能型居宅介護）

医療と介護の一体改革に係る今後のスケジュール



地域ケア会議の推進

地域包括支援センター等において、多職種協働による個別事例の検討等を行い、地域のネットワーク構築、ケアマネジメント支援、地域課題の把握等を推進する。
※従来の包括的支援事業（地域包括支援センターの運営費）とは別枠で計上

（参考）平成27年度より、地域ケア会議を介護保険法に規定。（法第115条の48）
- ○市町村が地域ケア会議を行うよう努めなければならない旨を規定
- ○地域ケア会議を、適切な支援を図るために必要な検討を行うとともに、地域において自立した日常生活を営むために必要な支援体制に関する検討を行うものとして規定
- ○地域ケア会議に参加する関係者の協力や守秘義務に係る規定 など

個別の ケアマネジメント

サービス担当者会議（全てのケースについて、多職種協働により適切なケアプランを検討）

事例提供 →
← 支援

地域包括支援センターレベルでの会議（地域ケア個別会議）

○地域包括支援センターが開催
○個別ケース（困難事例等）の支援内容を通じた
①地域支援ネットワークの構築
②高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援
③地域課題の把握　　などを行う。
※幅広い視点から、直接サービス提供に当たらない専門職種も参加
※行政職員は、会議の内容を把握しておき、地域課題の集約などに活かす。

≪主な構成員≫

医療・介護の専門職種等
医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、PT、OT、ST、管理栄養士、ケアマネジャー、介護サービス事業者　など

地域の支援者
自治会、民生委員、ボランティア、NPOなど

その他必要に応じて参加

地域課題の把握

地域づくり・資源開発

政策形成
介護保険事業計画等への位置づけなど

市町村レベルの会議（地域ケア推進会議）

在宅医療・介護連携を支援する相談窓口
郡市区医師会等
連携を支援する専門職等

生活支援体制整備
生活支援コーディネーター
協議体

認知症施策
認知症初期集中支援チーム
認知症地域支援推進員

・地域包括支援センターの箇所数：4,557ヶ所（センター・ブランチ・サブセンター合計7,228ヶ所）（平成26年4月末現在）
・地域ケア会議は全国の保険者で約8割（1,207保険者）で実施（平成24年度末時点）

介護政策評価支援システムについて

〇概要

都道府県及び市町村が介護保険事業の分析を行うことを支援するために厚生労働省が運用しているシステムです。簡単な操作で事業の分析を行うことができるため、原則、全保険者に使用していただきたいものです。

〇本システムできること

介護保険事業状況報告及び国保連データを基にした全国・都道府県・市町村の「保険給付と保険料」や「認定率のバランス」の比較表などが入手できます。（エクセルのグラフです。）

〇利用料

・本システムの利用に料金は掛かりません。

・LGWANから接続できます。

（LGWANを利用していない場合は、別途、ダイヤルアップ回線を用意して接続できます。）

〇利用時に入力、登録するデータ（市町村のみ）

・年度ごとの「介護保険料基準月額」と「調整交付金率」を入力

・国保連データ（給付実績、給付管理票情報）を本システムのアップ ロードツールを使い登録

※上記データを登録しない場合でも国が一括登録している介護保険事業状況報告（月報）に基づく比較表の入手はできます。更に、国保連データ等をアップロードすることで、より詳細な全国値との比較・分析が可能となりますので、積極的な登録をお願いします。

〇入手できる指標（別紙）

① 保険給付と保険料のバランス分析　② 認定バランスの分析

③ 要介護度別のサービス利用のバランス分析

④ サービスのトータルバランス分析 【上記、介護保険事業状況報告（月報）・市町村の入力項目より作成】

⑤ 要介護度別の居宅サービス利用者の給付単位数分布の分析 【上記、国保連データ（給付管理票）より作成】

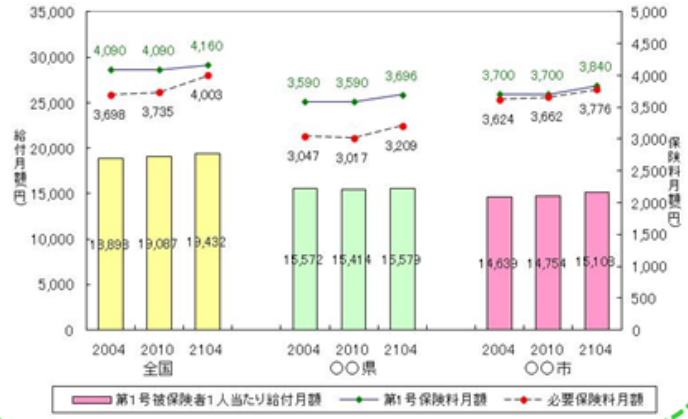
⑥ ケアプランを考える　⑦ 個別サービスを考える 【上記、国保連データ（給付実績）より作成】

別紙

分析指標の具体例

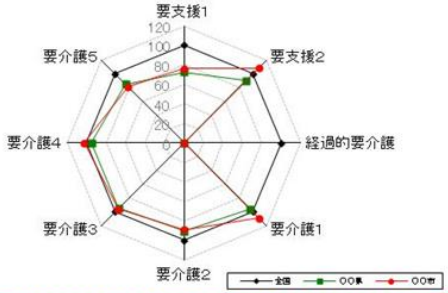
① 保険給付と保険料のバランス分析

第１号被保険者１人当たり保険給付月額・第１号保険料月額・必要保険料月額



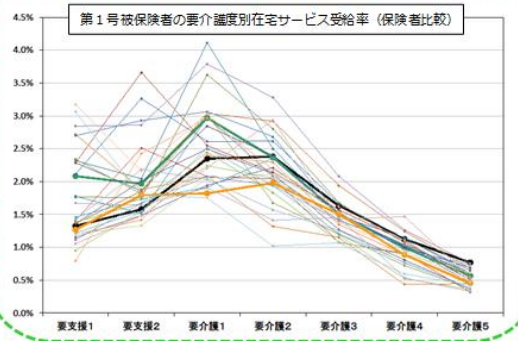
② 認定率のバランス分析

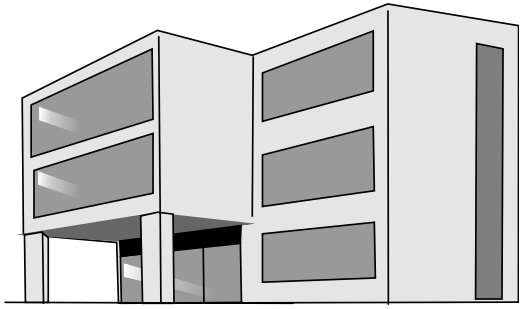
第１号被保険者の要介護度別認定率指数（全国平均＝100）



③ 要介護度別のサービス利用のバランス分析

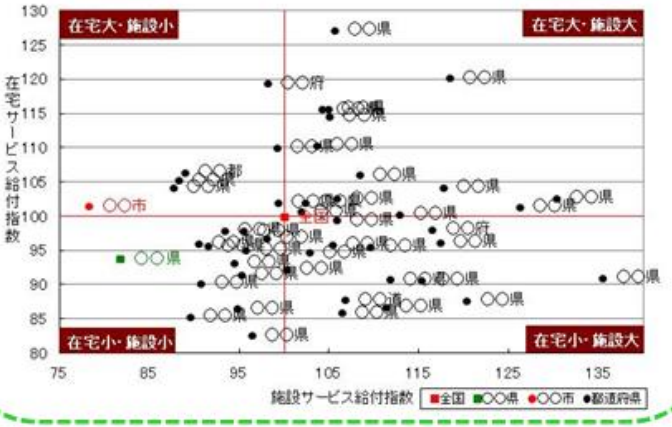
第１号被保険者の要介護度別在宅サービス受給率（保険者比較）





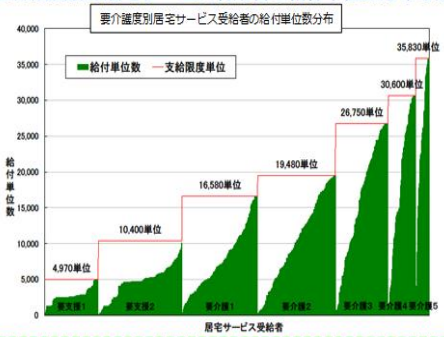
④ サービスのトータルバランス分析

第１号被保険者１人当たり在宅サービス・施設サービス給付指数



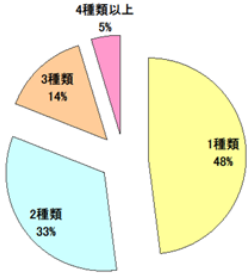
⑤ 要介護度別の居宅サービス利用者の給付単位数分布の分析

要介護度別居宅サービス受給者の給付単位数分布



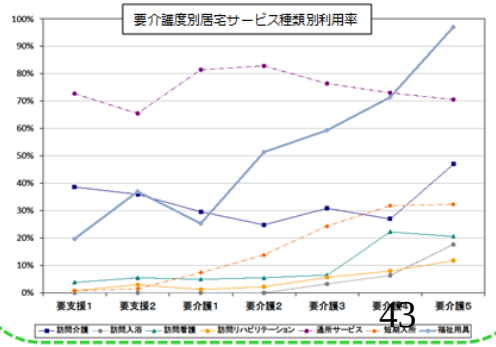
⑥ ケアプランを考える

すべてのケアプラン（要支援1～要介護5）に含まれるサービス種類数別割合



⑦ 個別サービスを考える

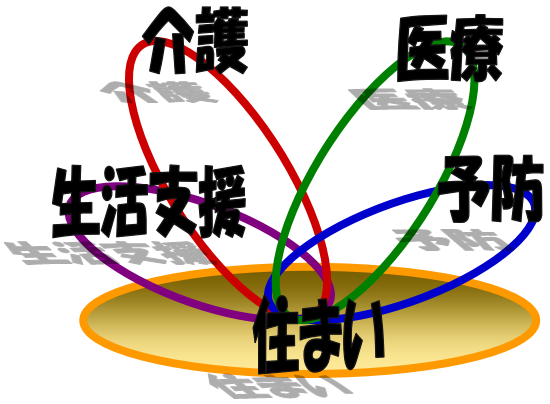
要介護度別居宅サービス種類別利用率



平成27年8月3日　第1回
認知症地域支援体制推進全国合同セミナー
認知症介護研究・研修東京センター

まちでみんなで認知症をつつむ

多職種協働・地域協働を持続発展的に進めるための行政担当者の役割と工夫



大牟田市保健福祉部　調整監
池田　武俊

池田武俊プロフィール

所　　属：大牟田市　保健福祉部　調整監

〇入庁後は主に経済畑を歩むも、介護保険制度のスタートと同時に福祉の部署に異動。
認知症支援体制の構築に携わったことから、2005年4月、厚生労働省（老健局計画課認知症対策推進室）に室長補佐として派遣。2006年からの小規模多機能型居宅介護の制度化に関わり多くの知己を得る。

〇2013年4月の異動で13年ぶりに経済畑に戻されるが、2015年4月に現職に復帰。

〇全国小規模多機能型居宅介護を応援する自治体職員の会　代表

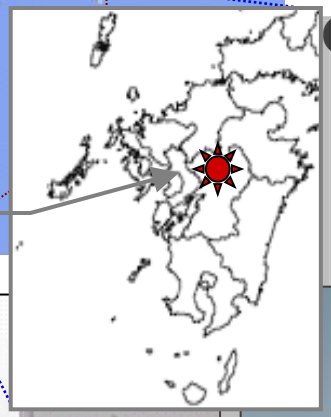
〇認知症であってもなくても一緒にスポーツ！運動部「九州ファイア」 代表

〇認知症の方の在宅医療（共同執筆）
「まちで、みんなで認知症をつつむ～大牟田市地域認知症ケアコミュニティ推進事業」
（2010年3月　南山堂）

勤 務 先：〒836-8666　福岡県大牟田市有明町2丁目3番地
大牟田市保健福祉部　保健福祉総務課
TEL　0944-41-2660　　FAX　0944-41-2675
e-mail　t-ikeda@city.omuta.lg.jp

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～



かつては炭鉱のまち
（平成9年3月三池炭鉱閉山）
今、大牟田は
人にやさしいまちへ

●大牟田市の人口

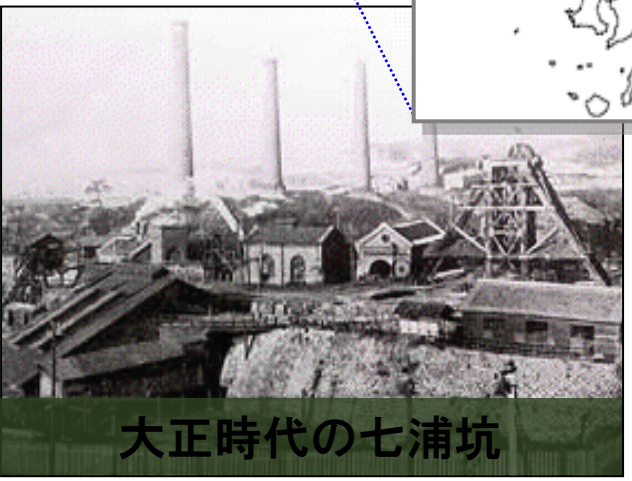
約205，000人 ⇒ **約121，600人**
（1960年） （2014年）

●高齢者数 約39，800人

高齢化率33．4％（2015年4月）

※10万人以上の都市において
全国第3位（平成22年国勢調査）

第1位	北海道小樽市
第2位	秋田県横手市
第3位	福岡県大牟田市
第4位	広島県尾道市
第5位	岩手県一関市



大正時代の七浦坑

明治日本の産業革命遺産

**認知症の人の理解を深め、
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
暮らし続けることができる
「まちづくり」をしています。**

近代化産業遺産

◇平成２６年３月２０日、三池炭鉱関連施設を含む「明治日本の産業革命遺産九州・山口と関連地域」をユネスコ世界文化遺産として政府推薦決定

◇幕末から明治期にかけて日本の近代化の原動力となった、鉄鋼、造船、石炭関連の２８の資産で構成（本市は宮原坑跡、三池港、三池炭鉱専用鉄道敷跡）。平成２７年度の登録を目指している。

三池炭鉱　宮原坑跡（世界遺産・国指定重要文化財・国指定史跡）

近代化産業遺産

日本有数の採炭地として発展した本市には、採炭坑・鉄道輸送・社宅など当時を偲ばせる施設等が多数存在しており、近代化遺産、産業遺産の宝庫となっている。

宮原坑跡

三池港

旧長崎税関三池税関支署

旧三池炭鉱専用鉄道敷

旧三池炭鉱専用鉄道電気機関車

旧三井港倶楽部

①大牟田市の認知症施策のこれまでの展開経緯

大牟田市地域認知症ケアコミュニティ推進事業

（since2001～）

認知症の人とともに暮らす町づくりの原点は・・・

平成13年11月～大牟田市認知症ケア研究会の発足

平成13年11月、大牟田市介護サービス事業者協議会の専門部会として認知症ケア研究会が発足。
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もだめ！

【基本理念】

認知症の人が、ひとりの個人として尊重され、その人らしく地域で暮らせるよう、

1. ノーマリゼーションの視点
2. 人権の尊重、個人の尊厳
3. 人生の継続性、QOLの向上

をキーワードに、地域で支える仕組みづくり、サービスの向上を図っていく

・構成メンバー：市内の介護事業所に勤務する職員（専門職）9名の運営委員からスタート（平成26年10月1日現在：運営委員32名、会員224名）
・事務局　　：大牟田市　保健福祉部　長寿社会推進課

地域認知症ケアコミュニティ推進事業へ

H14年度～　地域認知症ケアコミュニティ推進事業

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ことができる「まちづくり」

認知症ケア研究会（事業所）と行政のパートナーシップのスタート

◆当事者や家族、介護現場の実態から見えた問題提起
　それらを吸い上げ、地域全体の実践課題にデザインアップ

◆地域認知症ケアコミュニティ推進事業として推進

大牟田市介護サービス事業者協議会へ事業委託→認知症ケア研究会が主管

多職種協働、多分野協働、多世代・地域協働の場や機会、スタイルの創造

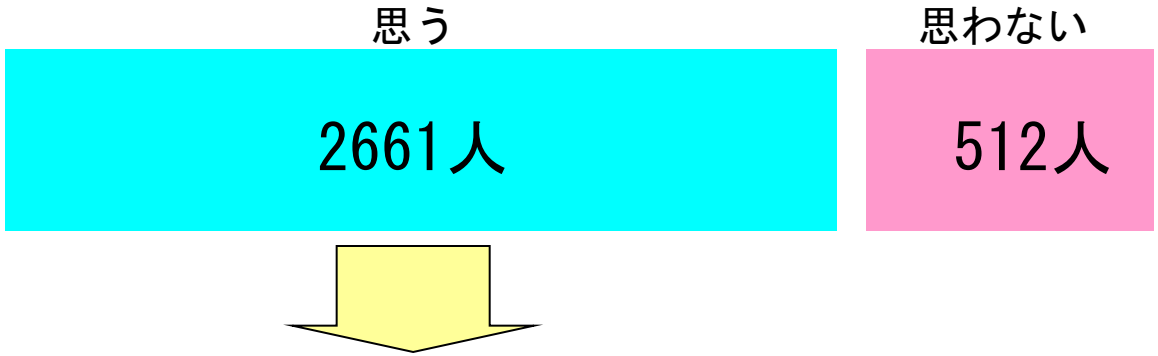
介護保険事業計画や地域福祉計画に成果と実践課題を反映させながら、
認知症をきっかけに、子どもも障害を抱える人も、高齢者も、全ての人が支えあえる
「まちづくり」へ。地域福祉の再構築。新しいコミュニティの創造。

大牟田市・地域認知症ケアコミュニティ推進事業　取組みの経過

視点	主な取組	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
当事者・住民の視点・力の重視・協働	認知症介護実態調査	全世帯						全世帯			ニーズ			ニーズ	
	はやめ南人情ネットワーク日曜茶話会			平成16年度から年6回開催。地域みんなで巻き寿司づくり。学生や子どもたちが企画するそうめん流しなど。											
	子供たちと学ぶ認知症「絵本教室」			小学校1校											
	ほっと安心（徘徊）ネットワーク模擬訓練			●駛馬南1校区			○市内全域を訓練地域に				●全ての校区で訓練実施				
	認知症介護家族の「つどい・語らう会」														
	本人支援「ぼやき・つぶやき・元気になる会」														
核となる人材・チームの育成・地域への配置	認知症コーディネーター養成研修	実践塾	1期生	2期生	3期生	4期生	5期生	6期生	7期生	8期生	9期生	10期生（95名修了）	11期生	12期生（研修中）	
	もの忘れ相談医登録制度			もの忘れ相談医ワークショップ			もの忘れ相談医＋認知症サポート医					相談医50名（＋認知症疾患医療センター）			
	もの忘れ予防相談検診					もの忘れ相談医＋地域包括支援センター＋認知症コーディネーター修了生・研修生									
	地域認知症サポートチーム								認知症サポート医＋認知症コーディネーター（＋包括）						
地域とともにある拠点づくり 活きたネットワークづくり	介護予防拠点 地域交流施設				0ヶ所									43ヶ所	
	地域の小規模多機能サービス拠点づくり					GH13ヶ所 / 小規模0ヶ所								GH18ヶ所 / 小規模24ヶ所	
	地域密着型サービス施設の「住まい」化						運営推進会議への全職員派遣					GHと徳養の6人ユニット化			
	高齢者等SOSネットワーク						●模擬訓練（全域）			●メール登録		●周辺市とのネットワーク			
	地域認知症サポート体制														

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くみが必要ですか？



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

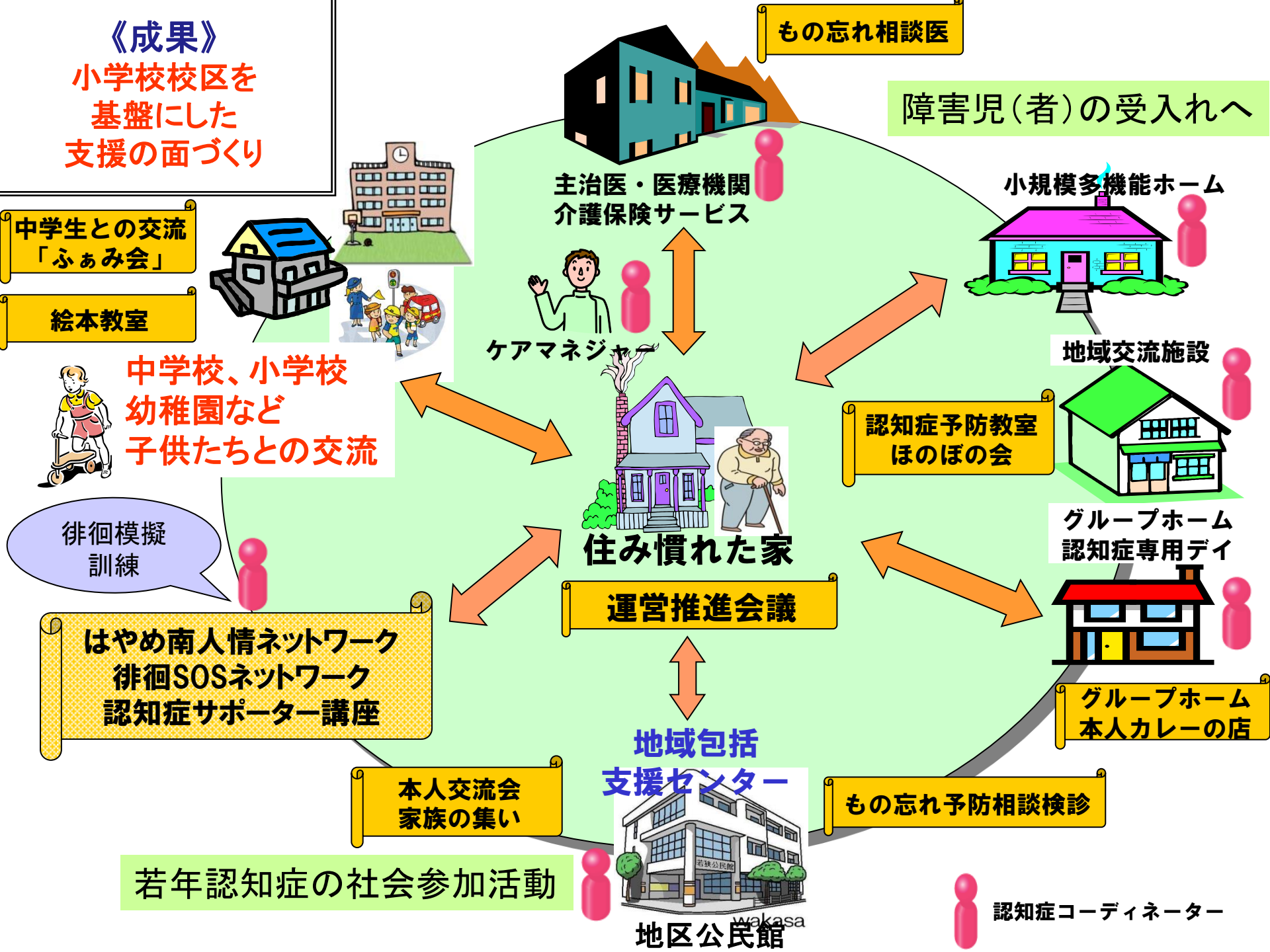
☆認知症を隠さず、恥じず、見守り、支える地域全体の意識向上

☆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

《成果》
小学校校区を
基盤にした
支援の面づくり



②平成27年度からの大牟田市の施策と
施策に魂を入れるための工夫

認知症コーディネーター
という人づくり

ケア現場や地域で、認知症の人の尊厳を支え、本人や家族を中心に地域づくりを推進していく人材

「認知症コーディネーター」養成研修

平成15年度～

履修期間2年間／計408時間（座学と実践学習、課題実習等）

到達目標

1. パーソンセンタードケアの理解と理念の醸成
2. 権利擁護の徹底理解と日々のアドボケート
3. 課題分析と適切な医療とケア・生活支援
4. 協働のまちづくりの推進

この12年間、常に実践課題にそって柔軟に修正、改善

履修が修了条件ではなく、共通理念と協働できる人材かが条件

認知症コーディネーター養成研修修了生

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

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）

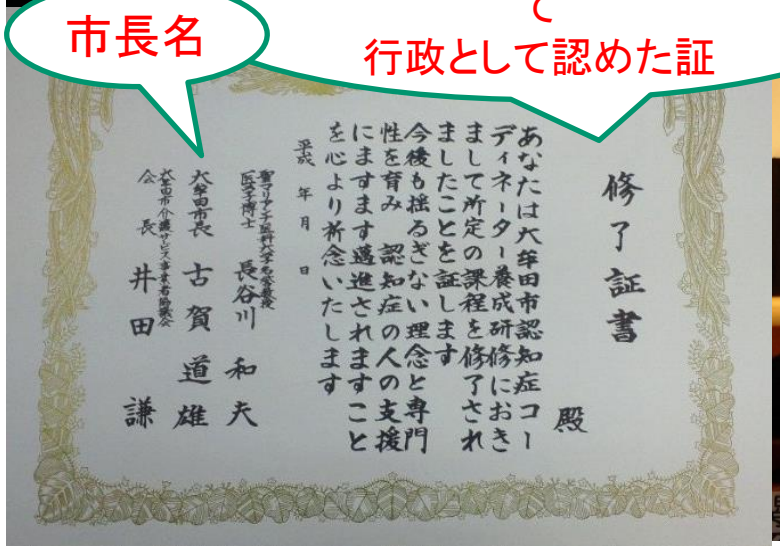
平成18年度から

◎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！

概要

- 地域をフィールドとして認知症ケアのアドバイスやケアの質の向上のための取り組みとケアマネジメントができる人材の育成
- 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
- 受講費用：年間10万円(事業者負担)

認知症コーディネーター養成研修修了式



修了証書

殿

あなたは大牟田市認知症コーディネーター養成研修におきまして所定の課程を修了されましたことを証します
今後も揺るぎない理念と専門性を育み　認知症の人の支援にますます邁進されますことを心より祈念いたします

平成　年　月　日

聖マリアンナ医科大学名誉教授
医学博士　長谷川　和夫

大牟田市長　古賀　道雄

大牟田市介護サービス事業者協議会
会長　井田　謙

市長名

町にとって重要な存在として
行政として認めた証

あくまでも「修了生」

- 認知症コーディネーター養成研修を修了した者
- 修了しただけでは 「認知症コーディネーター」という名称を使用してはならない
- 本当の意味でのコーディネーターへの道はこれから

地域認知症ケアコミュニティ推進事業≪ビジョン≫

認知症知っていて当たり前のまち（啓発・絵本教室）
間違って声かけても笑い合えるまち（徘徊SOSネットワーク）

地域認知症サポートチームの役割

認知症コーディネーターの役割

・支援困難事例への介入・助言（在宅/施設）
・かかりつけ医、認知症医療センターとの連携
・認知症何でも相談窓口
・定例カンファレンスへの参加
・もの忘れ予防・相談検診、予防教室への従事
・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
・認知症コーディネーター養成研修の企画・運営
・市民後見人の活動支援
・啓発活動、資源マップ等

地域を基盤に実践

コーディネーターへのSTEP
①フォローアップ研修
②定例カンファレンス
③運営委員

事業所内で実践

①早期診断から終末期まで尊厳を保ち、地域とつながり続けるための協働の関係づくりを推進していく
②医療と介護の両面から多角的に課題を分析し、助言・指導ができる

④ライフサポートワークとまちづくりの牽引

③課題分析と適切な医療とケアの支援

②アドボカシーの徹底理解と日々のアドボケートの実践

①パーソンセンタードケアの理解、理念を明確にもつ

認知症コーディネーター養成研修のねらい

大牟田市の地域認知症サポート体制

○　6つの地域包括支援センターの支援機関として基幹的なサポートチームを設置し、認知症コーディネーターが認知症専門医と連携して困難事例や特別なサポートが必要なケースを中心に、BPSD等への適切な助言や本人・家族への支援をコーディネートしていく仕組みを構想。

○サブチームは、ケースに応じて、基幹的なサポートチームから認知症専門医と認知症コーディネーターが選定され支援に対応する。

地域認知症サポートチーム

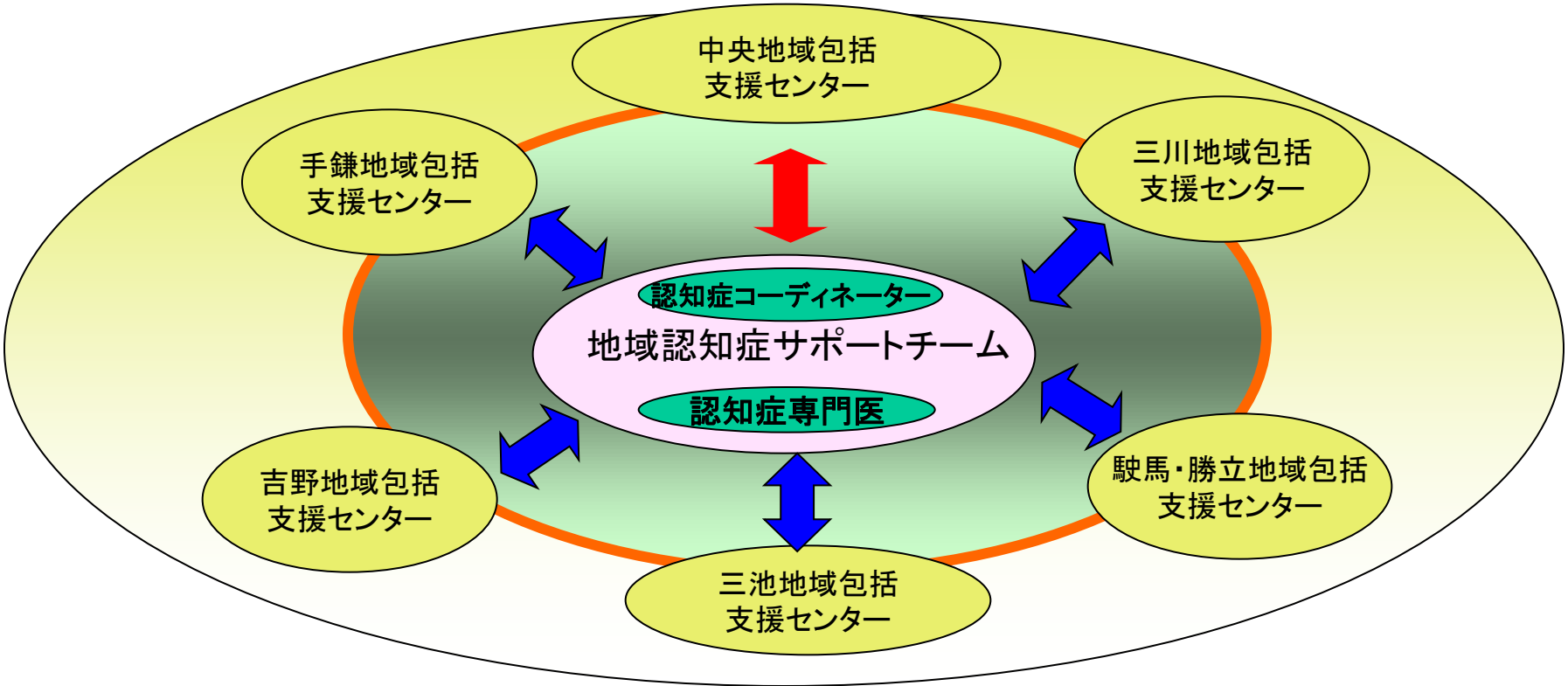
専門医・サポート医・医療センター　7名体制

認知症コーディネーター　6名体制

認知症コーディネーター

現在104名研修修了（平成15年から実施）

受講期間　毎月2日×2年間



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、サポート医（神経内科・精神科・老年内科：7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/認知症地域支援推進員（地域包括支援センター：2名）

役割

・いわゆる困難事例へのスーパーバイズ
　FTD、若年性、高度BPSD、受診拒否、自動車運転など
・かかりつけ医との医療連携
・認知症何でも相談窓口（週1回：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1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

定例カンファレンス

- 日時：毎月第4月曜日　18：30～20：00（平成22年7月～）
- 場所：大牟田市役所　北別館第1会議室
- 参加者：チームメンバー（認知症コーディネーター、専門医）
  かかりつけ医、もの忘れ相談医
  医療機関（地域医療連携室職員）
  事例提供者（ケアマネジャー、介護サービス事業者）
  地域包括支援センター・行政職員　等
- 内容：１回2事例程度、ミニレクチャー等
  認知症連携担当者/認知症地域支援推進員に連絡が入った事例に対して、必要に応じてチームメンバーが直接的・間接的にスーパーバイズを行う

■認知症コーディネーター

地域包括支援センター職員（３人）
介護療養型医療施設管理職（１人）
特別養護老人ホーム管理職（１人）
認知症ライフサポート研究会代表（１人）

■委託料　三者協定（大牟田市～事業所～個人）

認知症コーディネーターとしての業務量　50時間程度／月
法人に対して支払い　49，800円／月

認知症ライフサポート研究会の活動から、大牟田市としての認知症支援事業との位置づけにより、認知症コーディネーターの所属法人と協議

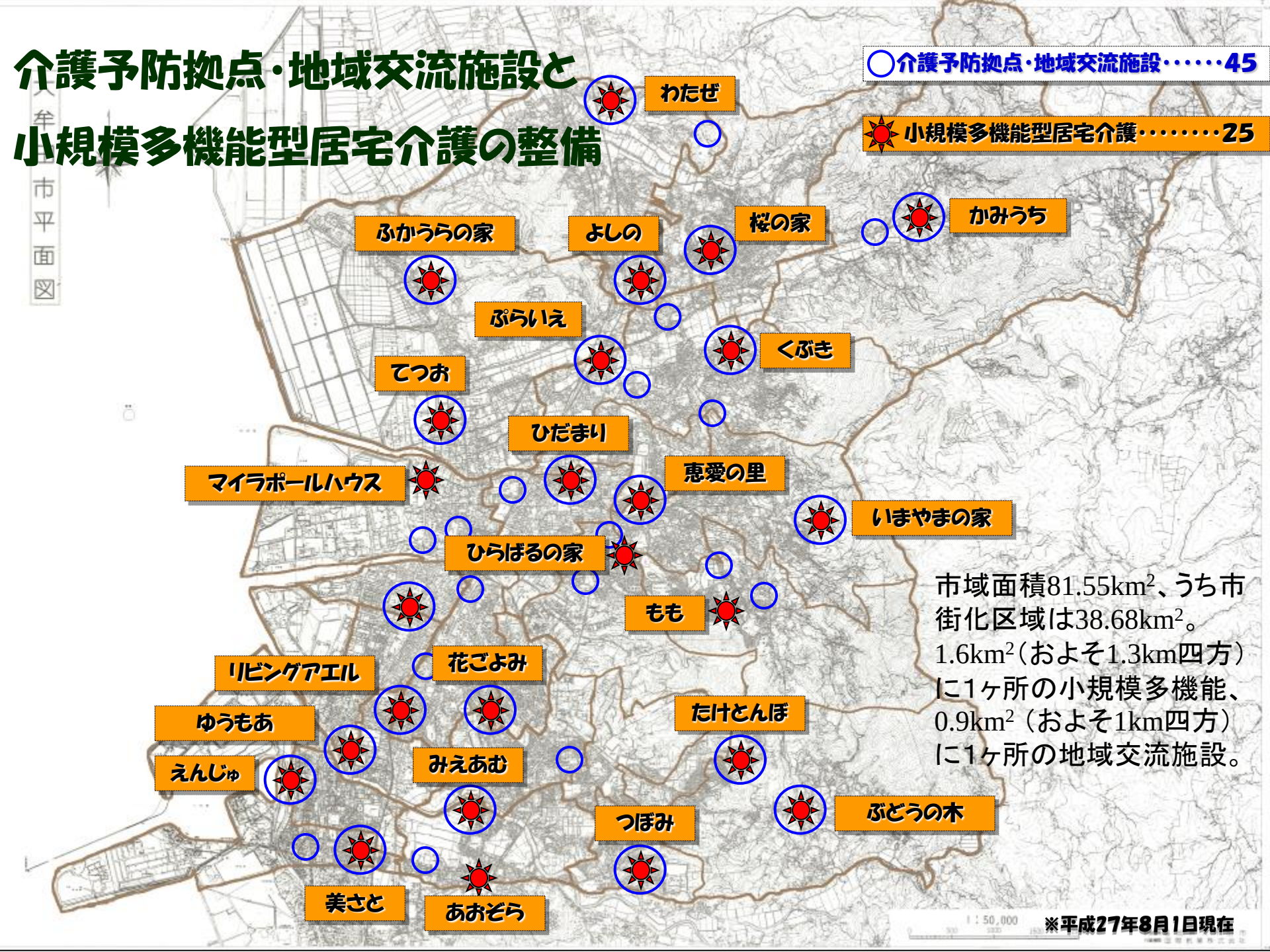
結果、報酬ではなく「委託料」として所属法人に支払
このことにより認知症コーディネーターが気兼ねなく外に出ることができるようになった。

③行政の役割とは何か

地域包括ケアシステム

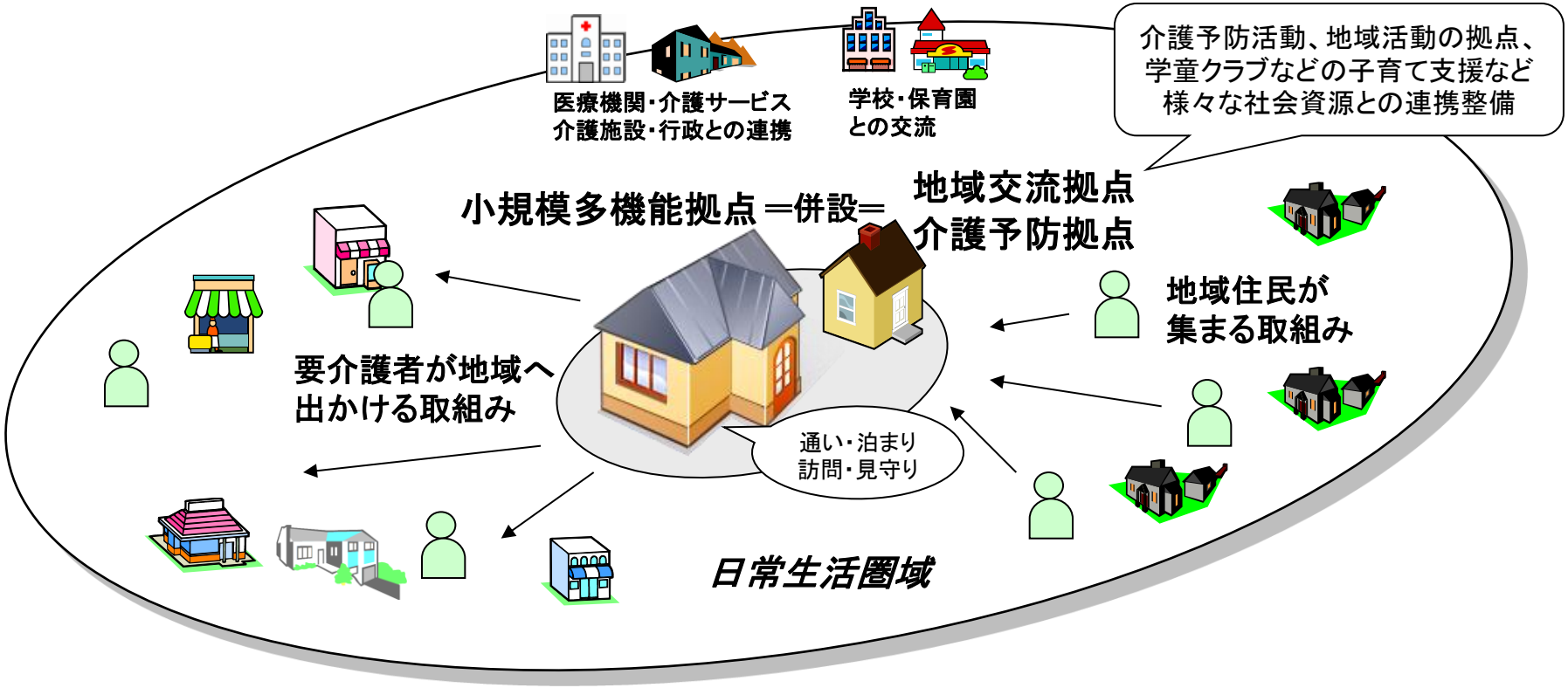
その中核としての地域密着型サービス

介護予防拠点・地域交流施設と小規模多機能型居宅介護の整備



小規模多機能ホーム・地域交流拠点（介護予防拠点）

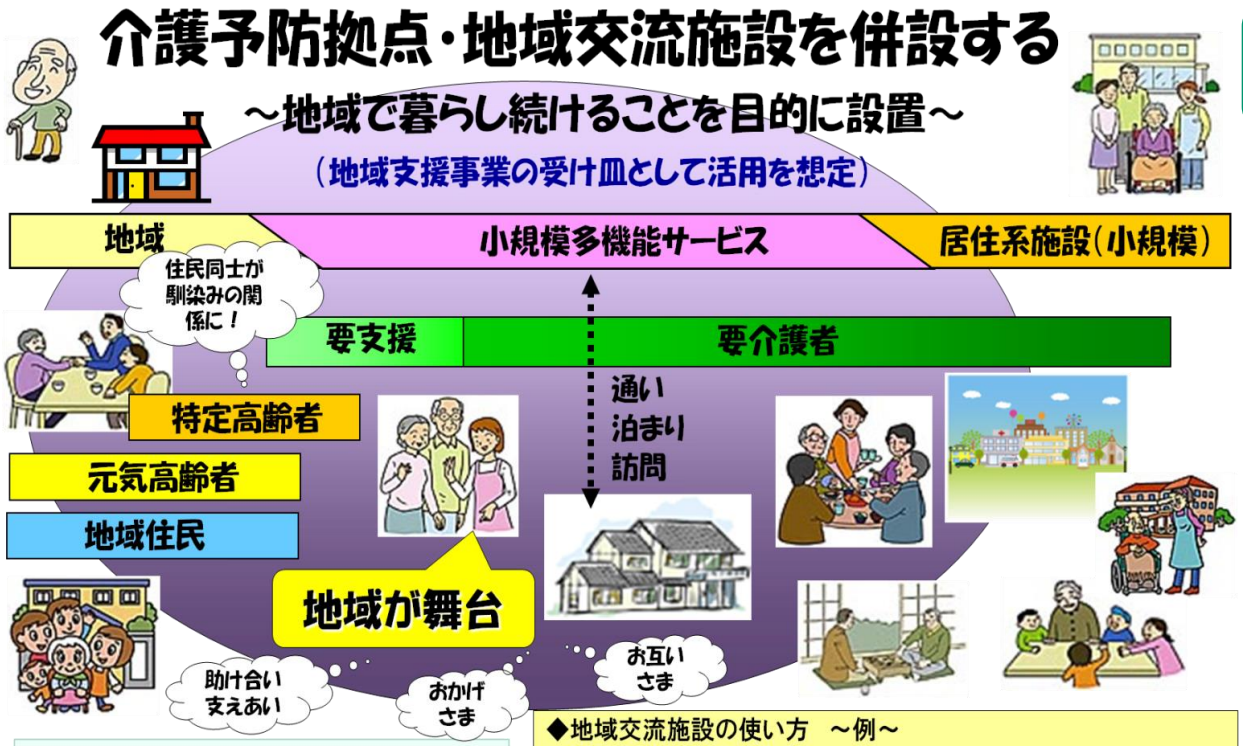
〇生活圏域の中で事業所を整備。（自宅の近くの住み慣れた地域で利用）
〇小規模多機能ホームと地域交流拠点（介護予防拠点）を併設整備
〇要介護者のみが集まる場でなく、共生型の様々な地域住民が集う場へ



小規模多機能型居宅介護事業所と併設した地域の交流拠点の設置（大牟田市）

○　通いを中心に、訪問や泊まりのサービスを提供する小規模多機能型居宅介護に、介護予防拠点や地域交流施設の併設を義務付け、健康づくり、閉じこもり防止、世代間交流などの介護予防事業を行うとともに、地域の集まり場、茶のみ場を提供し、ボランティアも含めた地域住民同士の交流拠点となっている。

○　平成24年3月末現在、小規模多機能型居宅介護事業を行っている24事業所に設置。



場の提供だけでは不十分！そこに人と人とを結ぶコーディネーターが必要である。

小規模やGHに併設する地域交流施設には、認知症コーディネーターを配置し、地域まちづくりを推進する。

◆地域交流施設の使い方　～例～

開設時間：毎週月曜日～金曜日（午前10時～午後4時）

管理体制：職員1名を配置（※将来は地域住民による自主運営）

利用状況：主に介護予防（健康づくり）や趣味活動に利用

囲碁クラブ、脳の健康予防教室、そよかぜ学童、陶芸教室など

ご近所の方によるお茶会

ペン習字教室

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

◆「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

http://www.city.omuta.lg.jp/shisei/jouhouka/homepage/2009-0619-1056-75.html

市町村による地域密着型サービスの指定とは

行政が地域づくりを進めるためのパートナー選び

- 地域密着型サービスは、少子高齢化が進むこれから、各地域ごとに必ず必要になる社会資源。
- 「高齢者が地域で暮らし続けるために、どんな事業者なら一緒に取り組みを進められるのか。」という視点が必要。
- 地域密着型サービスは、地域で大きな競合ができないサービス。→市町村に指定権限がある意味と責任
- 市町村全域を見据えたビジョンが必要。

その中でも

地域密着型サービス事業者は

- 市町村に指定指導権限があり、高齢者が地域で暮らす支援を行う地域密着型サービスの職員を仲間にしない手はない。
- 地域との連携等は義務（指定基準第85条）

  その事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流を図らなければならない。
- 地域包括ケア体制を構築するために、絶対に必要な資源

専門性を持たない行政職員にとって

- 介護などの専門的な視点でのアドバイス
- アイディアの提供
- イベントへの協力
- 事業の受託先

行政としての、公平性、中立性の視点は必要ですが

一緒に地域づくりを行うパートナーに
⇒「新しい公共」

運営推進会議とは？

目的

○　サービス内容などを明らかにする

○　利用者の「抱え込み」を防止

○　サービスの質の確保

設置が必要な事業所

1. 小規模多機能型居宅介護
2. 認知症対応型共同生活介護
3. 地域密着型介護老人福祉施設
4. 地域密着型特定施設

構成メンバー

利用者、家族、地域住民の代表者、地域包括支援センター職員、行政職員など

内容

おおむね2か月に1回集まり、事業者による活動状況の報告を行い、必要な要望・助言等を行う

運営推進会議は
事業所の応援団であり自治体の応援団

- 事業所は地域の住民
- 事業所機能の地域への還元
- 市町村や地域包括支援センター等関係機関との連携
- 制度ビジネスとして100％の情報公開→住民の信頼
- サービスの改善、向上に対する住民の評価
- 災害時の助け合い　　など

Aさんの生活状況

認知症がある高齢者

頼れる友人・知人

・経済的虐待
(家賃も数年間未納)
・医療機関への未納あり

近くに住んでいた長女

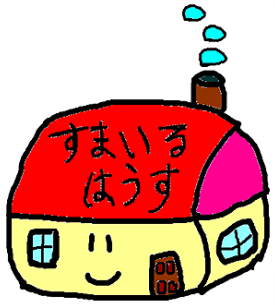
・世話の放棄・放任
・心理的虐待

80代　要介護1
生活保護受給

「左大腿骨転子部骨折」で入院。
認知症があり、自宅で、徘徊していた。

Bさんの生活状況

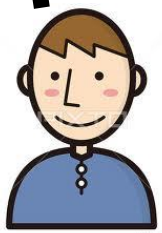
知的障害の高齢者



障害者施設

数年前に入所

老朽化した家

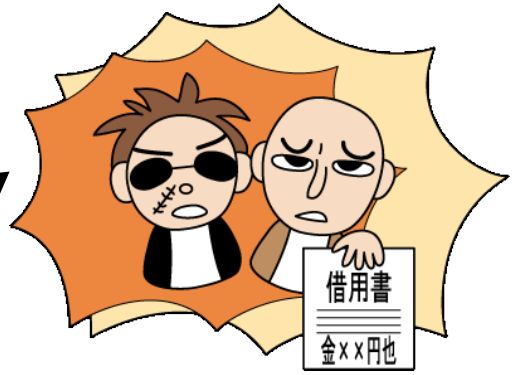


息子(40歳)　男性

知的障害　有

80歳代　女性

知的障害
障害年金1級
要介護1
食事が摂れておらず低栄養で入院。



年金担保の借金

買い物や預貯金の引き出しなどの支援

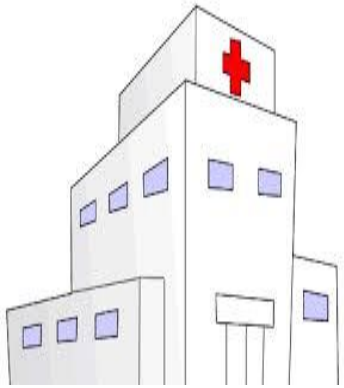
謝礼として金銭を渡す

知人　女性

入院中の二人の思い・・・

永年住んでいた
住み慣れた地域に帰りたい。

入院中の、住み慣れた地域に帰りたいという二人の思いを尊重し、「ルームシェア」を提案して実現に向けた支援



病　　院

医療・急変時対応

介護サービスの提供

介護事業所

日常生活支援

地域住民
(NPO法人　しらかわの会)

金銭管理
サービス契約

成年後見人

- **二人とも、かなり老朽化した家で階段もあり自宅に戻れない。「一人はさびしい」**
- **そこで、空いていた民間賃貸住宅へ入居**
- **1部屋にちゃぶ台を置き、見守り兼地域住民のサロン**

出典：大牟田市中央地区地域包括支援センター　猿渡氏

地域で暮らし続ける
＝
みんなで地域をつくること

- その人のこれまでの人間関係が断ち切られないこと。
  例えば、友達と毎日「お茶のみ」ができる
- 自分のしたいことがずっと続けられること。
  霧島市では、例えば「毎日、高齢者が墓参り」ができること。

行政、事業者、地域、家族、本人、思いは一つ
「その人が望む暮らし」を実現すること

高齢者にかかわっている私たち（官も民も）は、
地域づくりの切り口が、「高齢者の暮らしを支える」ということ。

みんなで仕組みを考え、行政が形にして、事業所や地域が回す。

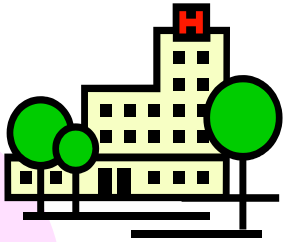
地域包括ケアシステム（大牟田版）について

介護

- 介護サービスの充実強化
  地域密着型サービス(小規模多機能)の整備
- 認知症ライフサポートの推進（認知症コーディネーター養成研修など）

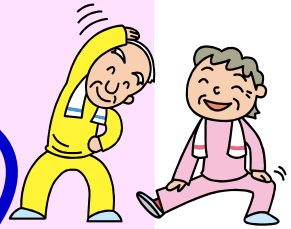
- 地域認知症サポートチーム（検診、カンファレンスなど）

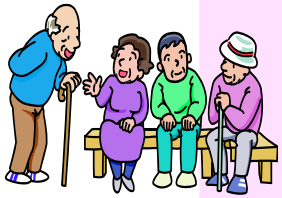
連携



医療

- 在宅医療の推進
- 医療・介護関係者の連携の促進





生活支援

- コミュニティベースの生活支援体制の整備
  （捜索模擬訓練、サロン活動、校区まちづくり協議会）
- 多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など
  （成年後見センターの設置）

地域包括支援センター

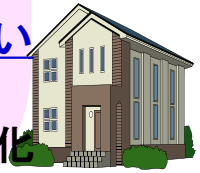
予防

- できる限り要介護状態にならないための予防の取り組みや自立支援型の介護予防の推進（地域ケア会議、新しい総合事業など）

日常生活圏域
（小学校区を設定）

住まい

- 高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まい整備⇒空き家の有効活用（居住支援協議会の設置）
- サービス付高齢者住宅の整備、持ち家のバリアフリー化推進



後期高齢者の急速な人口増に加え、単身・夫婦のみの高齢者世帯が増加。福祉施設の整備だけでは解決できない。地域包括ケアシステムの構築は、超高齢社会において最重要課題。

地域包括ケアの実現のために

■ 地域包括ケアシステム構築は自治体運営の最重要課題

- 社会構造が大きく変化し、担い手が減少する中で、増加する高齢者をどのように支えるか
- 住民、関係者がバラバラに動くのではなく、同じ方向を向いて協働する必要がある（効率的な運営）

■ 認知症の人を支えるまちづくりを軸にした地域包括ケアの推進

- 認知症をきっかけにした地域協働、官民協働の取り組みは大牟田市の強み
- 認知症の人が住みやすい（安心して徘徊できる）地域は、誰もが住みやすい地域

■ 地域の多様な主体（地域住民、NPO、大学、企業など）との連携の推進

- まちづくり協議会を主体としたコミュニティベースの生活支援の促進
- 医師会と連携した地域包括ケアシステムのビジョンづくり

■ 活きている「空き家」の活用

- 約１，０００戸の空き家は、貴重な社会資源
- 住宅確保要配慮者が安心して「住まい」を確保できる地域は、誰もが安心して暮らせる地域

■ 行政経営（組織横断的な取り組み）としての地域包括ケア

- 市民の生活に関わる以上、市役所内のすべての部署が地域包括ケアに関係がある

④現在の課題と今後の構想

これからのまちづくり

「市民が主役」

FUKUOKA DIYリノベ INTERNATIONAL WEEK 2014

大牟田ビンテージのまち株式会社

【大牟田みんなのDIYリノベ第二弾～グリーンハイツ編～のご案内】

『大牟田みんなのDIYリノベ』は、福岡県大牟田市の空き家や空部屋、空きビルの一室をプロの指導のもと、プランニングから解体、完成までというDIYリノベーションのプロセスを実際に一から体験することができる参加型のイベントです。

第2回目の今回は、【塗装ワークショップ完成編】です♫

皆様のご来場をお待ちしております(^_^)

keep clean, keep green.

green bird

こんにちは、冨山です(^_^)
大牟田ビンテージのまち株式会社では、よりまちを好きになってもらう為や、まちや人とのつながりを強める為に、おしゃれにカッコ良く、そしてゆる～く、まちのゴミ拾い活動をしています！
その名も【グリーンバード】

中小企業家同友会ソーシャルビジネス委員会5月オープン例会

DIYリノベーションによる
地方都市型まちづくりの実践

近年、急増している空き家・空きビルの問題解決の一つとして注目される「DIY型賃貸」!
昨年の11月、500階建会から発出され、老朽物件を自らカスタマイズするDIYリノベにより、「賃貸経営とまちづくりを」
もに活性化させようという事業で開催された「FUKUOKA DIYリノベ WEEK2014」から約半年。
今回、この取り組みの主催であるNPO法人福岡ビルストック研究会会長であり、500委員会の仲間でもあるメンバーで、
その後半年の間、地元で実践しているものだけに、経過体験報告をして頂きます。ソーシャルビジネスを学び、DIYリノベ
を実践していくやで、自社を取り巻く経営環境にどのような変化が現れ出したか。
そこから、空き・貸店都市・衰滅都市問題を解決するための手がかりを見つけたい思います。

■日 時: 5月12日(火) 16:00～18:30
■会 場: 天神パークビル (福岡市中央区大名2-8-18)
■報告者:①「"福井川村"DIYタウン構想」(有)吉浦ビル 吉浦雅紀氏
②「久留米まちぐるみDIY構想」HandA management 半田 啓祐氏・半田 満氏
③「DIYリノベシティOMUTA構想」大牟田ビンテージのまち(株)冨山 博史氏
■参加費: 1,000円 ※懇親会 (近隣にて3,500円程度)
■対象 : 中小企業家同友会会員及び、一般

ソーシャルビジネス委員会 2014年度活動
～10年後の社会問題を自社の事業で解決していこう!～

■内容: 今後起こりうる様々な社会問題の解決を「継続できるビジネス(ソーシャルビジネス)モデル」として、異なる活動団体とディスカッションすることで、革新的アイデアを生み出しその地域に必要とされる継続していける中小、小規模事業・団体を目指していくことを目的に毎月活動してきます。

1月13日	導入	「子育て」と、関連するまちづくり、福祉・高齢者
2月10日		
3月10日		「福祉・高齢者」と、関連する子育て、まちづくり
4月14日		①500事例報告 ②ビジネスモデル・プロセス分析 ③グループディスカッション ④参加者の500アイディア発表
5月12日		「まちづくり」(高齢市町村型)と、関連する子育て、福祉・高齢者
6月9日		
6月30日		「まちづくり」(都市型)と、関連する子育て、福祉・高齢者
8月11日	発表・実践	ソーシャルビジネス宣言大会

申込書 (送信先FAX:同友会事務局092-686-1230) ※5／8(金) ／切
( )出席します ( )欠席します
会社・団体名 (※所属支部 支部) 氏名
ゲスト会社・団体名 ゲスト氏名
★懇親会の出欠をお答えください。ここでの学びも多く、理解を深めたい方にお勧めです。
懇親会に参加します( ) ・ 懇親会欠席します( )
お問い合わせ:同友会事務局TEL092-686-1234(担当・町田)

～ココロの情景～
共感が生まれる街づくり
参加無料 定員90名

なぜ、この場所に人は魅せられるのか。共感が生まれる街、ココロの情景を求めて、人が集まり、やがて活気が生まれる。そんな取り組みを学んで、「おおむた」の街の魅力を活かした、空き店舗の解消について一緒に考えましょう。

パネリスト
山野 潤一
サンワエ旅店 代表

パネリスト
冨山 博史
大牟田ビンテージのまち㈱
代表取締役

パネリスト
吉原 勝己
吉原住宅㈱ 代表取締役

コーディネーター
冨士川 一裕
㈱人間都市研究所 代表取締役

日 時：平成２７年３月３０日（月）18:00～19:30（17:30受付）
場 所：市民活動等多目的交流施設 えるる（大牟田市新栄町6-1）
対 象：商店街関係者、まちづくりに興味がある方
申込み：裏面申込用紙にご記入のうえＦＡＸ、または同項目をメール本文に記載してお申込みください。

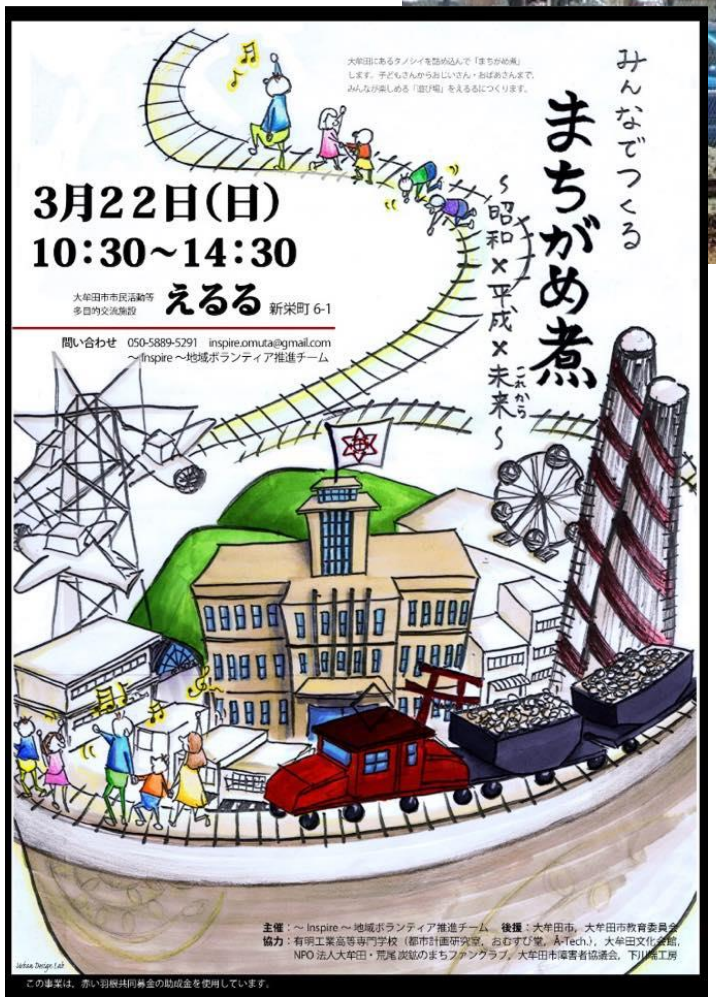
主催：大牟田市商業活性化協議会

今度の水曜日(12日)に久留米で発表する機会を頂きました(^-^)/
消滅の可能性があると言われた大牟田市。
その大牟田に住み、その大牟田で働き、その大牟田で子供を産み、その時に感じた想い。
中小企業家同友会で経営指針書やソーシャルビジネスを学び、実践の中で感じた想い。…
まだまだ駆け出しの経営者ですが、一生懸命発表させて頂きます*¥(^o^)/*
ご参加頂ける方は、FAXかネットでの申し込みになります！
当日、お待ちしております♫♫

街角 探訪
主役 炭鉱マンから若者へ

地域活動参加で家賃減額
大牟田のリノベーション会社
空き室活用 地元愛醸成
"一石二鳥"狙う
人口減を考える

～Inspire～地域ボランティア推進チーム



本日より活動します、地域ボランティア推進チーム～Inspire～です！

ボランティアをお探しの方はどうぞお気軽に募集をおかけください♪

また、実際に今ボランティア活動をされていて、人手がまだまだ足りていないという方、どうぞ仲間探しに使って下さい(^^)

より多くの方に存在を認識していただき、より多くの方と地域貢献していければと思います。

どうぞよろしくお願いいたします。

ボランティアで街づくり
推進チーム立ち上がる

20、30歳代を中心に

地域貢献で献血会
一般も参加できます

昨日２人の賛同者を見つけて立ち上げた「Inspire」が一日で60人近くの方にいいねと言って頂けるなんて…予想を大幅に上回る反応にとても嬉しく思っています。
皆さん本当にありがとうございます。
さて、今日までに役員をやると言って下さる方が4名、活動に参加すると言ってくれている方が3名、私を入れて8名のメンバーが集まりました。
…10人20人とメンバーが増える日も、そう遠くないと信じております。
何が出来るかわからないけど、皆と一緒にやってみたい、そんな方は是非ご連絡くださいね(^_^)
無理のない範囲で一緒に色んなお手伝いをしていきましょう♪

まちなかに眠る"資源"を探す参加者たち

郷土の良さ再発見しよう

地域資源探し　まち歩く

大牟田

三月に実施するイベント「みんなでつくる　まちがめ煮～昭和(文)平成(文)未来～」に向けて、主催するInspire～地域ボランティア推進チーム（幸森彩香代表）はこのほど、大牟田市の中心地区などを巡る、まち歩きを実施。約二十人が参加して活用できる地域資源を探すとともに、郷土の良さの再発見に努めた。

同チームは昨年六月、大牟田の将来について考えるセミナー「まちの課題からまちの未来へ～出来ることから理想のまちをデザインする時間～」を開催。

この時のワークショップで、参加者からは「リニューアル」や「リボーン」という考えが出され、「今あるもの、受け継いできたものをこれからの時代に合わせることが大事ではないか」という結論に至った。

これを踏まえ、今年三月にまちの未来をより具体的に考え、多くの人と一緒に語る「みんなでつくる　まちがめ煮～昭和(文)平成(文)未来～」を開催することを決定。イベントには有明工業高等専門学校の都市計画研究室も協力する。

イベントでは、幅広い世代の人たちがふれあい、語り合うためのツールとして二つの地図を使うことにした。一つは、思い出や過去の記憶を盛り込む昭和三十年代の地図。もう一つは二〇二〇年を想定した未来地図づくり。未来地図には子どもたちの将来などを盛り込んだこれからのまちの姿を描く予定だという。

今回のまち歩きは三月のイベントを前に、過去を受け継ぎ、未来へと向かうために現在をしっかりと認識してまちの良さ、眠っている地域資源を見つけようと実施。同チームのメンバー、有明高専の生徒や学生、一般の市民が参加した。

新栄町の「えるる」をスタートし、まちの活性化を図る活動に取り組む新・大牟田活性化協議会の井尻慶輔さんのガイドで銀座通り商店街、大牟田神社、新銀座、大牟田川沿いなどを歩き、大牟田の歴史などに理解を深めた。

有明高専建築学科四年の田代公貴さん（19）は「大牟田にずっと住んでいましたが、まち歩きをしてみてあらためて郷土の歴史に触れることができ、たくさんの気付きに出合えました。三月のイベントに向けて生かしたい」と目を輝かせた。

（小柳　聡）

第１回田崎カフェ、本当に沢山のお客様にご来場頂きました！
なんと約60名！
驚きました(*^^*)
また必ずくるから、次回も楽しみにしてる、本当に楽しかったよ！とおっしゃって頂き、感無量です。
…次回もまた楽しい企画を考えますので、本日お越し頂けなかった皆さまも、是非ご来場くださいませ(^^)
NPO法人しらかわの会の皆さま、出演者の皆さま、地域の皆さま、ご来場下さった皆さま、ありがとうございました！

大牟田「人とまちづくり」協議会

大牟田市内の多様な団体や個人が集まり、住みよい大牟田を目指して活動していく協議会。

スーパーまちづくりワークショップ2014.01.24

2014年最初の取組み、スーパーまちづくりワークショップがえるるで行われました！
テーマは「マイプロジェクトを発表しよう」
よかもん商店街、おおむた道の駅花ぷらす館、T-Paから今の取組みや今後の展望、そして今の課題を発表して貰いました。
それに対し参加者から「いいね」「協力できる事」「もっとこうしたらいいのに」をコメント。
お互いに新たな気付きやヒントを得る場所となったのではないでしょうか。
ここから新しいコラボレーションが生まれたり、協力の輪が広がっていくことを願いながら、皆様のトークを見守っておりました。
最初は表情の固い方も多く見受けられましたが、進めていくうちに笑顔が増えて安心しました(^_^)
同じまちで同じ想いを持ちそれぞれのフィールドで頑張っている人たちが、手を取り合って新たな手法でまちを支えていければいいですよね。
今回のWSを通して更なる協力者が加わって、当協議会のパワーアップにもつながったと思っております。
WSは定期的に開催していく予定です。
興味がおありの方はお気軽にお問合せ下さいませ。

【説明】
各主体それぞれの課題を共有し、それらを解決する為にお互いの資源とニーズを持ち寄り協議する場の創出が目的です。
「福祉×商業」「商業×ボランティア」「福祉×教育×商業」・・・等、様々なコラボレーションを生み、協働のまちづくりを行います。
また、こうした活動を通して地域住民に「まちの未来を皆で創ろう」という意識を広め、住民主体のまちづくりが行える環境を整備していきます。

【理念】
誰もが住みたい、住み続けられる地域の実現と発展を目指し、「協働のまちづくり」と「まちづくり＝人づくり」を理念に活動します。

【基本方針】
地域社会の発展に貢献する多様な市民や団体と連携し相互の協力を楽しみながら、会員の自立心を尊重した協議体として「誇れる我がまちづくり」を目指します。

④現在の課題と今後の構想

これからのまちづくり

「市民であるである認知症の本人が主役」

認知症の本人が、市民として、まちを一緒につくる！

RUN 伴 TOMO-RROW 2015

KITAMI / Hokkaido to OMUTA / Fukuoka 3000km!

RUN 伴（ランとも）とは、認知症の人や家族、支援者、一般の人が少しずつリレーをしながら一つのタスキをつなぎゴールを目指すイベントです。

私たちが目指す「**認知症になっても安心して暮らしていける町**」をつくることは、地域に暮らす人達がお互いを知り、それぞれが考え、そして同じビジョンを描きながら繋がり合うことから始まるのだと考えています。
あなたの暮らす地域の人たちと出会い、お互いをもっと知りあうことで、認知症について考える機会としてみませんか。

■ **エントリー期日**
5 月 11 日〜7 月 10 日（RUN 伴エントリーページをご参照下さい）

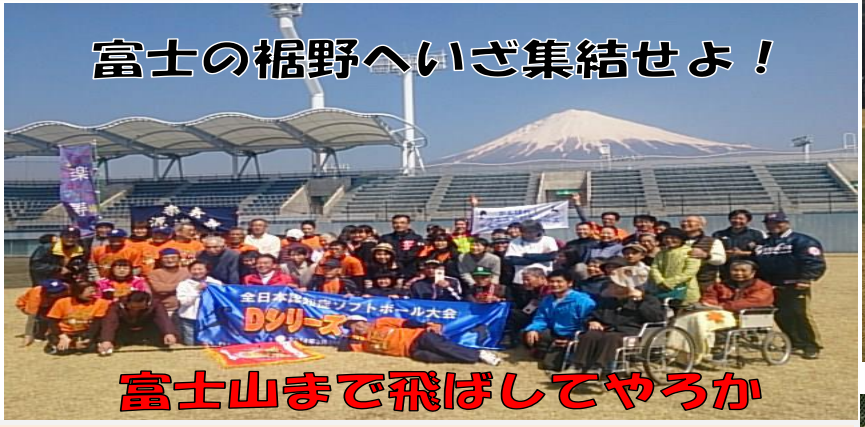
7 月 ● **北海道**（北見〜帯広〜富良野〜旭川〜札幌〜白老〜函館）
8 月 ● **東北**（青森〜盛岡〜一関〜仙台〜福島）
9 月 ● **関東**（水戸〜東京〜御殿場）
9 月 ● **北陸**（新潟〜富山〜金沢〜福井〜彦根）
9 月 ● **中部**（御殿場〜富士宮〜富士〜焼津〜岡崎〜名古屋〜彦根）
10 月 ● **関西**（彦根〜京都〜奈良・三重〜奈良・和歌山〜大阪・奈良〜大阪〜兵庫〜岡山）
10 月 ● **中国**（岡山〜尾道〜広島〜防府）
10 月 ● **九州**（下関〜福岡〜大牟田）

■ 詳しい日程とイベントの詳細は以下のホームページまで
http://runtomo.jimdo.com/

● **主催** NPO 法人認知症フレンドシップクラブ / RUN 伴 2015 実行委員会

2015年3月8日（日）

Dシリーズ全国選手権大会
九州野武士軍団、
富士宮
に集結！！



～～～～趣　　旨～～～～

運動部「九州ファイア」は、認知症の人とともにソフトボールや山登り、ウォーキングなど、様々な運動を楽しむクラブ活動です。ケアや支援の一環ではなく、あくまでも個人の楽しみであり、自己責任のもとに参加し活動します。九州各地の仲間たちと一緒に交流し、トモダチの輪を広げていきましょう！

お問い合わせは下記のアドレスにメールでお願いします。

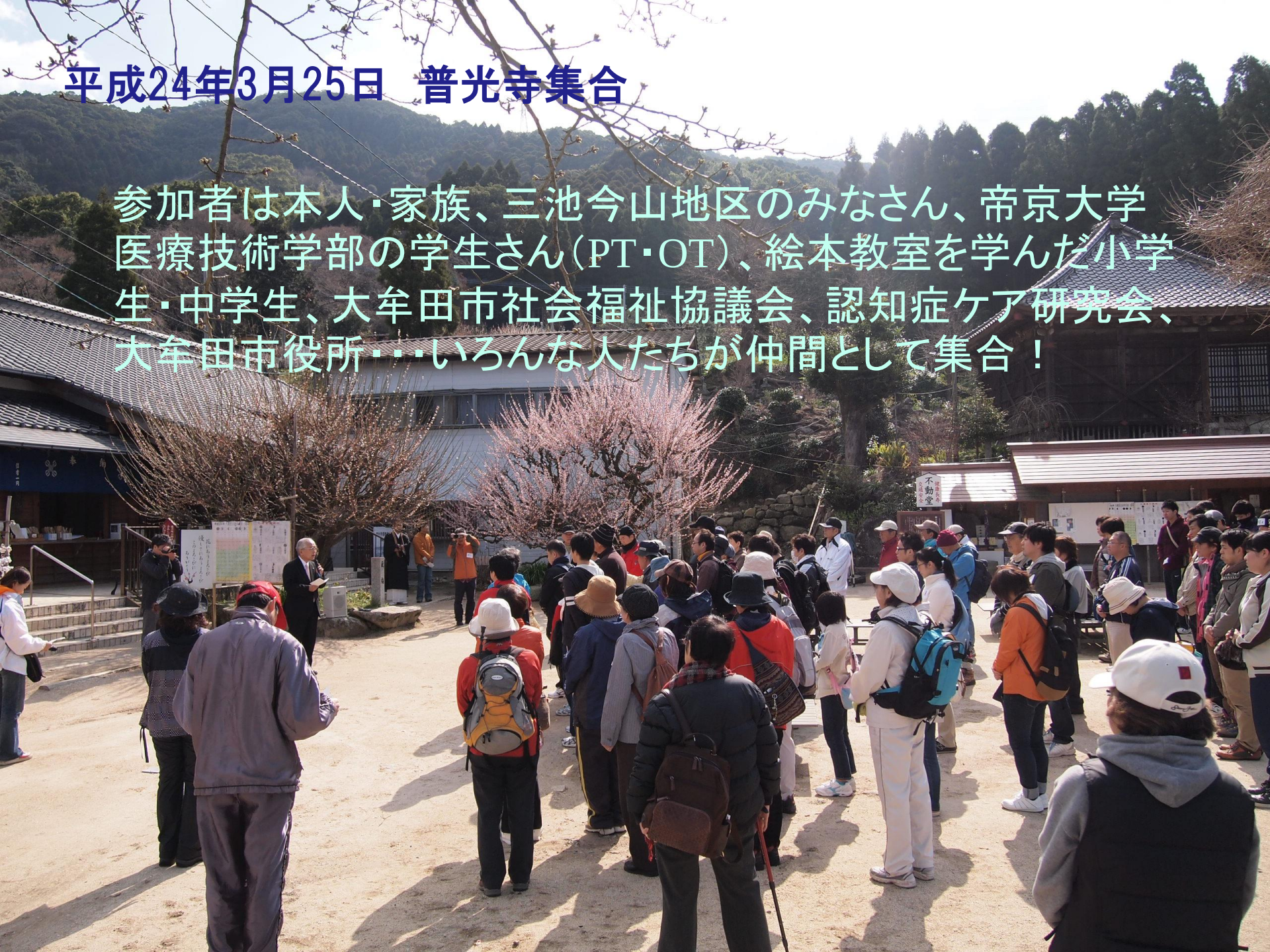
九州ファイア事務局
池田武俊　e-mail　t-ikeda@city.omuta.lg.jp
吉澤恵美　e-mail　e-yoshizawa@city.omuta.lg.jp

福岡県支部：党一浩　e-mail　yui@meotoiwa.com
鹿児島県支部：黒岩尚文　e-mail　yokaanbe@coda.ocn.ne.jp

認知症の本人同士のつどい

「ぼやき、つぶやき、元気になる会」

「ぼやき、つぶやき、元気になる会」
のメンバーが地域の中でともに


平成24年3月25日　普光寺集合
参加者は本人・家族、三池今山地区のみなさん、帝京大学医療技術学部の学生さん（PT・OT）、絵本教室を学んだ小学生・中学生、大牟田市社会福祉協議会、認知症ケア研究会、大牟田市役所・・・いろんな人たちが仲間として集合！

この病気になってから希望なんてありませんでした。商売をしていたので人と話をするのが好きだったのに、誰とも話したくない、外に出たくなくなりました。今日だって直前までは山登りやめようと思っていました。

だけど開会式で同じ仲間と一緒にいて、登ってみようと思いました。いろんな人たちと登っていて、私の認知症は私の中の一部で、私は私なんだと思いました。今日、私は希望を持つことができました。そしてこれからも。

⑤参加者の皆さんへのメッセージ

こんなまちに暮らせたら・・・

大牟田市ほっと・安心ネットワーク
模擬訓練

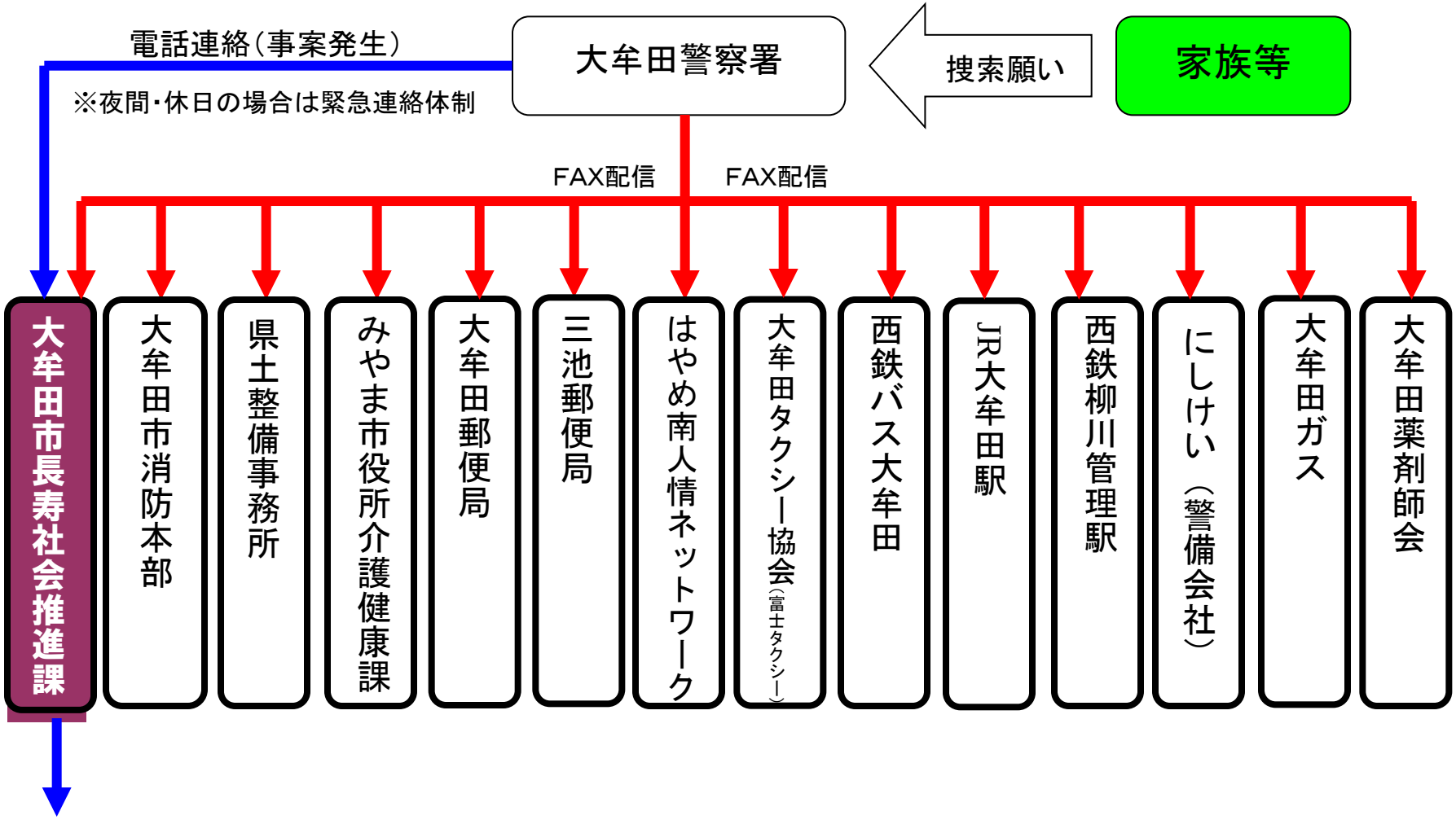
はやめ南人情ネットワークから
全校区へ

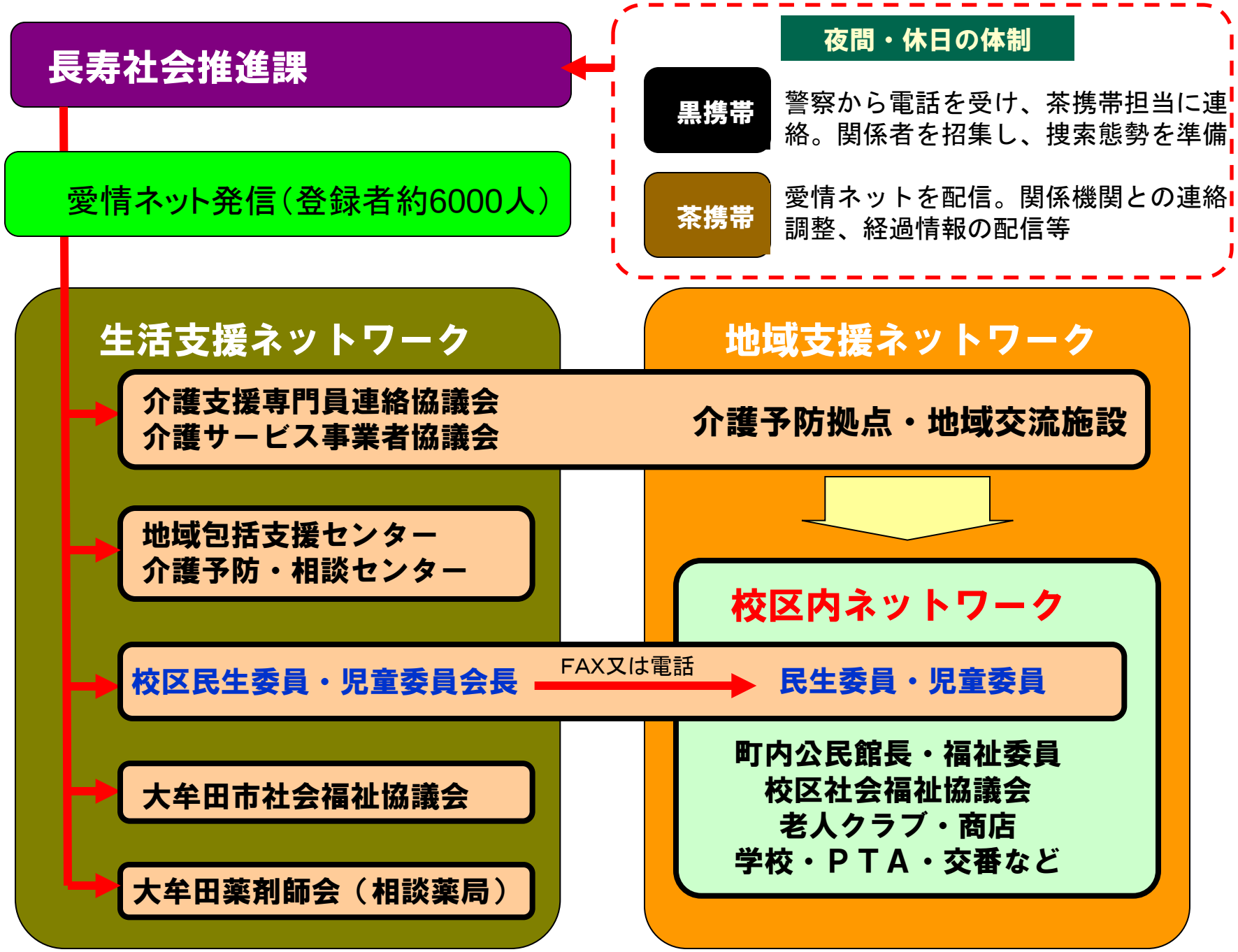
徘徊がノーではなく

安心して
徘徊できる町へ

大牟田から
全国へ

大牟田市高齢者等ＳＯＳネットワーク




長寿社会推進課
夜間・休日の体制
黒携帯
警察から電話を受け、茶携帯担当に連絡。関係者を招集し、捜索態勢を準備
茶携帯
愛情ネットを配信。関係機関との連絡調整、経過情報の配信等
愛情ネット発信（登録者約6000人）
生活支援ネットワーク
介護支援専門員連絡協議会
介護サービス事業者協議会
地域包括支援センター
介護予防・相談センター
校区民生委員・児童委員会長
大牟田市社会福祉協議会
大牟田薬剤師会（相談薬局）
地域支援ネットワーク
介護予防拠点・地域交流施設
校区内ネットワーク
FAX又は電話
民生委員・児童委員
町内公民館長・福祉委員
校区社会福祉協議会
老人クラブ・商店
学校・ＰＴＡ・交番など

≪大牟田地区認知者等SOSネットワークシステム≫

ほっと・安心（徘徊）ネットワーク　情報提供シート

訓練用

（　年　月　日　：　発信）

〔所在不明者情報〕

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（性別：＿＿＿）

年齢＿＿＿＿歳　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在不明発覚時の時間＿＿＿月＿＿日＿＿＿：＿＿＿頃

服　　装　：上＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（＿＿＿色）

下＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（＿＿＿色）

履　物＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（＿＿＿色）

持ち物＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

身体的特徴：身長＿＿＿＿ｃｍ、　体重＿＿＿＿ｋｇ

体格＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

髪型＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

その他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

認知症の有無：有（軽度・中度・重度）・不明

徘徊歴の有無：有（保護された場所＿＿＿＿＿方面）・無

不明前の様子

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

その他（本人の良く通っていた場所や実家など）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

情報提供協力の有無（有・無）／消防署へのメール発信依頼（要・不要）

〔大牟田警察署〕

住　所：大牟田市不知火町３丁目８番地

電　話：０９４４－４３－０１１０

≪大牟田地区高齢者等SOSネットワークシステム≫

ほっと・安心(徘徊)ネットワーク　情報提供シート

（ 24年　7月 26日 10時 00分 発信）

〔所在不明者情報〕

氏名：　大牟田　一郎　　年齢：　96 歳　　性別：　男

住所：　大牟田市有明町

所在不明発覚時の時間（届出）：　7月 26日 09時 30分 分頃

服装：	上	緑色のジャンパー（フード付き） ハイネックシャツ（色不明）
	下	Gパン
	履物	運動靴（紺色の線入り）
	持ち物	セカンドバッグ
	その他	

身体的特徴：	身　長	155 cm	体　重	50 kg	
	体　格	やせ型			
	髪　型	頭頂部がはげている			
	その他	眼鏡（上部が黒縁）			

認知症の有無：　有（　軽度　）

徘徊歴の有無：　有（　保護された場所　名前が言える。連絡先が言える。　三里町方面で保護　2年前位前　）

不明前の様子

特に問題はなかった

その他（本人がよく通っていた場所や実家等）

〇〇クリニック（白川１２－３４）

情報提供同意の有無：　（　有　）

消防署へのメール発信依頼：　（　不要　）

≪大牟田警察署≫

住所：大牟田市不知火町3丁目8番地　　電話：0944-43-0110

愛情ねっと
（携帯へのメール送信）

大牟田市SOSネットワーク　行方不明発生時　情報伝達イメージ

家族もしくは事業所からの捜索願届出

大牟田警察署

大牟田市

愛情ねっとでのメール配信

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
- 大牟田市消防署
- 南筑後県土整備事務所
- 大牟田郵便局
- 三池郵便局
- 大牟田タクシー協会
- 西鉄バス大牟田
- JR大牟田駅
- 西鉄柳川管理駅
- にしけい
- その他

各団体構成員への周知

- 柳川警察署
  - みやま市
  - 柳川市
- 筑後警察署
  - 筑後市
  - 大川市
  - 大木町
- うきは警察署
  - うきは市
- 久留米警察署
  - 久留米市
- 小郡警察署
  - 小郡市
  - 大刀洗町
- 八女警察署
  - 八女市
  - 広川町

福岡県南広域SOSネットワーク研究会、熊本県北部市町の自治体ネットワーク【メール配信】

- 山鹿市
- 長洲町
- 玉名市
- 南関町
- 益城町

生活支援ネットワーク

- 地域包括支援センター
- 介護予防・相談センター
- 介護支援専門員連絡協議会
- 介護サービス事業者協議会
- 大牟田市社会福祉協議会
- 大牟田市障害者協議会
- 大牟田医師会・歯科医師会
- 大牟田薬剤師会（相談薬局）
- 大牟田全市商店連合会
- 中心地区商店街連絡協議会
- 大型商業施設　など

地域（校区用）ネットワーク

介護予防拠点
地域交流施設

→

【校区内ネットワーク】
町内公民館長・福祉委員・民生委員・児童委員・老人クラブ・いきいきクラブ・商店・学校・PTA・交番　など地域のネットワーク

ほっと・安心ネットワーク～イメージ

消防本部・消防団

地区・町内公民館

子ども会

ボランティア団体

小学校・中学校・PTA

民生委員・児童委員

福祉委員

スーパーマーケット
商店街・コンビニ

認知症市民サポーター

あんしん介護相談員

介護サービス事業所

病院・診療所

介護支援専門員

大牟田市介護サービス事業者協議会
認知症ケア研究会

【世話人会】
校区町内公民館連絡協議会
校区民生員児童委員協議会
校区老人クラブ連合会
校区社会福祉協議会
認知症コーディネーター

【事務局】
介護予防拠点・地域交流施設

大牟田警察署
生活安全課・派出所

大牟田市
社会福祉協議会

地域包括支援センター
介護予防相談センター

【大牟田市】
長寿社会推進課
市民協働推進室
安心安全課
地域福祉推進室

まちかど相談薬局

タクシー会社

ガソリンスタンド

JR・西鉄各駅

西鉄バス

警備会社

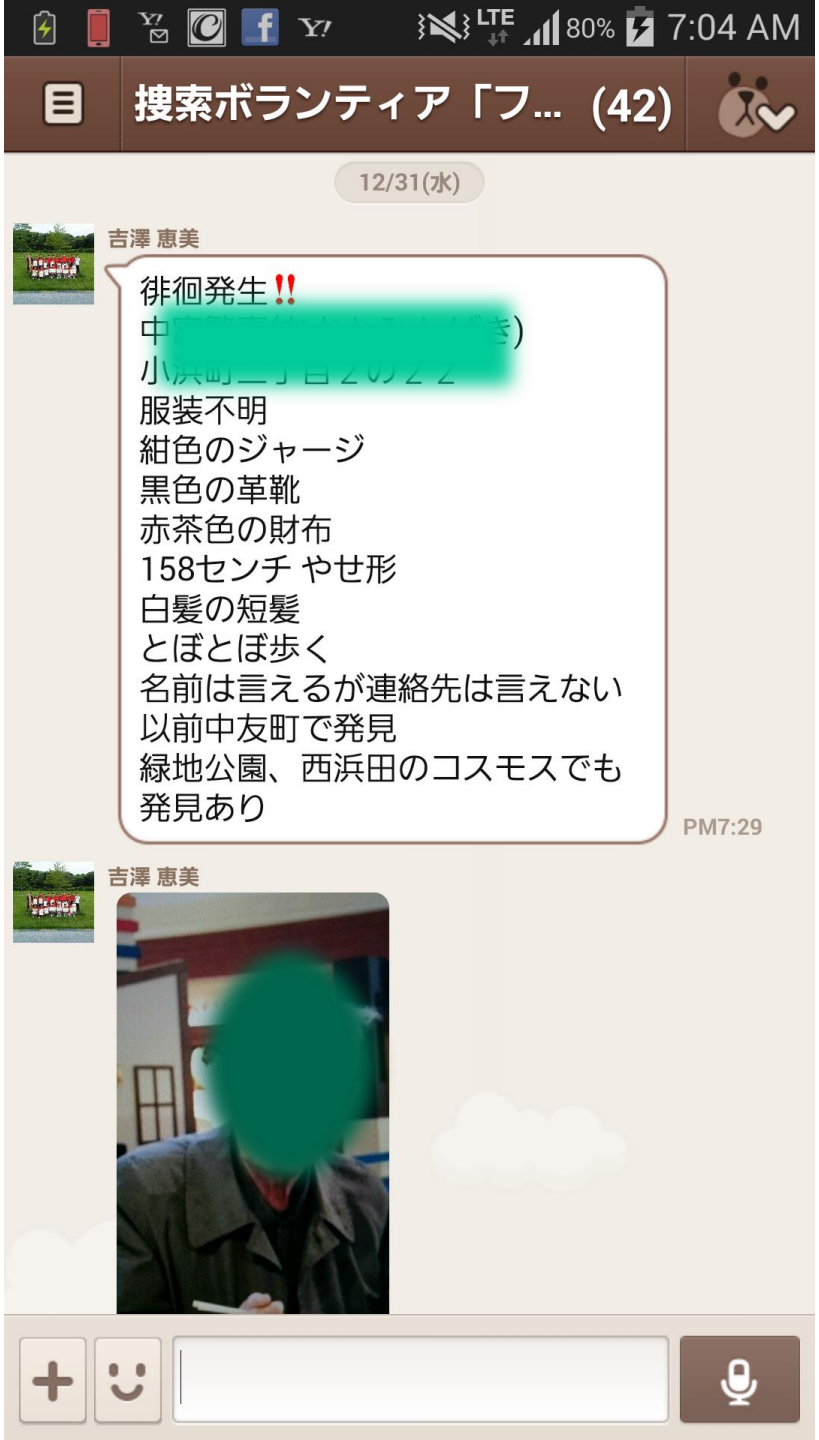
郵便局・金融機関

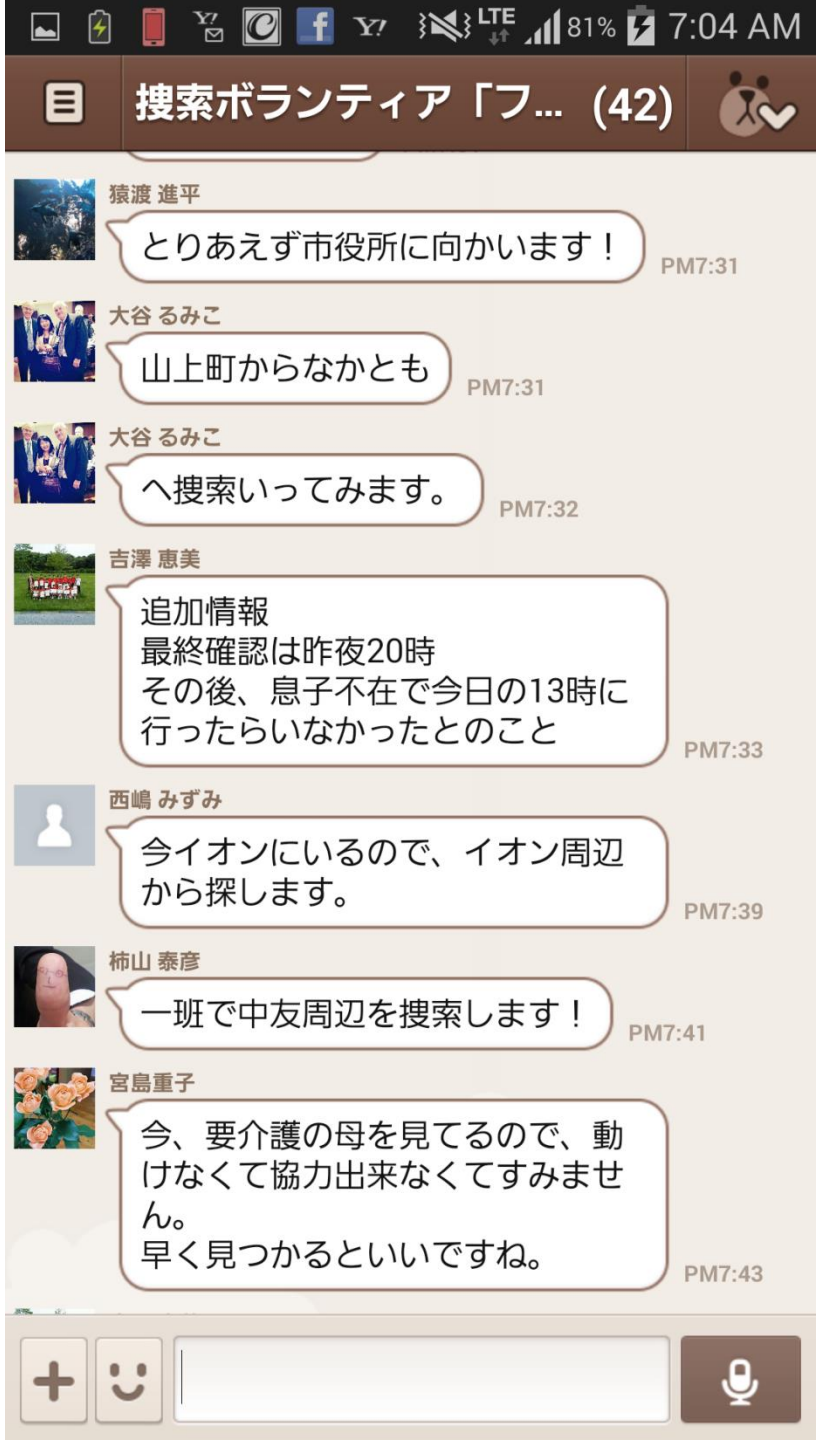
まちかど相談薬局

保健福祉環境事務所

県土整備事務所

水道メーター検針
ごみ・し尿収集


80% 7:04 AM
捜索ボランティア「フ… (42)
12/31(水)
吉澤 恵美
徘徊発生‼
中[redacted])
小[redacted]
服装不明
紺色のジャージ
黒色の革靴
赤茶色の財布
158センチ やせ形
白髪の短髪
とぼとぼ歩く
名前は言えるが連絡先は言えない
以前中友町で発見
緑地公園、西浜田のコスモスでも
発見あり
PM7:29
吉澤 恵美


81% 7:04 AM
捜索ボランティア「フ… (42)
猿渡 進平
とりあえず市役所に向かいます！
PM7:31
大谷 るみこ
山上町からなかとも
PM7:31
大谷 るみこ
へ捜索いってみます。
PM7:32
吉澤 恵美
追加情報
最終確認は昨夜20時
その後、息子不在で今日の13時に
行ったらいなかったとのこと
PM7:33
西嶋 みずみ
今イオンにいるので、イオン周辺
から探します。
PM7:39
柿山 泰彦
一班で中友周辺を捜索します！
PM7:41
宮島重子
今、要介護の母を見てるので、動
けなくて協力出来なくてすみませ
ん。
早く見つかるといいですね。
PM7:43

7:04 AM

捜索ボランティア「フ… (42)

吉澤 恵美
五月橋付近に行かれたことがあるそうです。
誰か行けませんか？
PM7:43

大谷 るみこ
大谷がすぐ近くです。
PM7:44

吉澤 恵美
お願いします
PM7:44

江口恵美子
木村さんと江口で市役所に行きますが、それでよろしいでしょうか？
PM7:45

坂田理恵
出れます。私も五月橋付近でいいですか？
PM7:46

吉澤 恵美
小浜町から半径一キロ圏内を探してください。
路地や店舗駐車場もお願いします
PM7:47

江口恵美子
了解しました。
PM7:48

柿山 泰彦

7:05 AM

捜索ボランティア「フ… (42)

竹下 一樹
猿渡さん、竹下もいきます！
PM7:48

吉澤 恵美
柿っ、小浜から北磯、手鎌方面を見てください
PM7:49

柿山 泰彦
了解しました！
PM7:50

吉澤 恵美
誰か、小浜から南側に行けませんか？
PM7:51

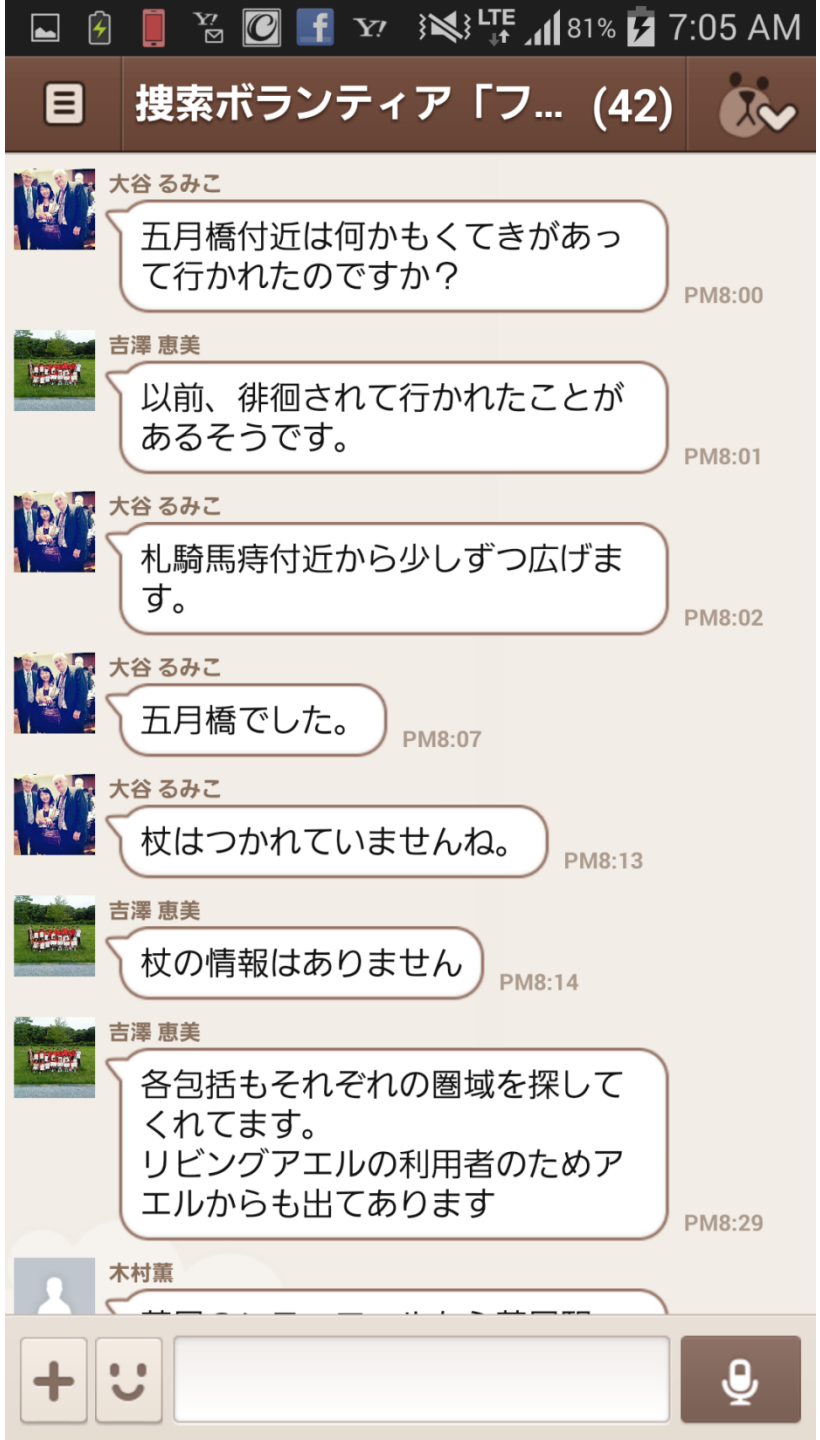
坂田理恵
いけます
PM7:51

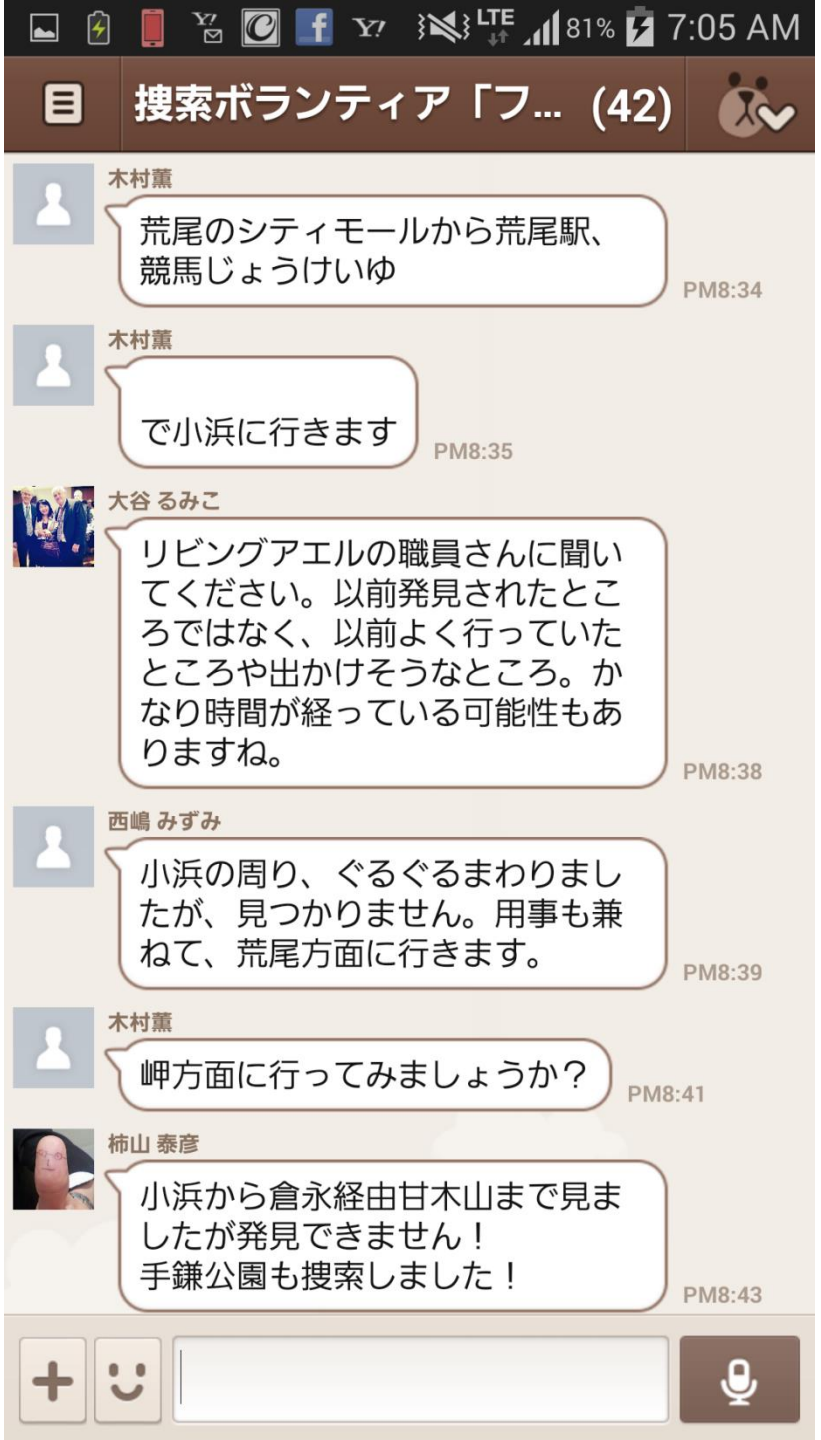
吉澤 恵美
荒尾競馬場くらいまでお願いします
PM7:53

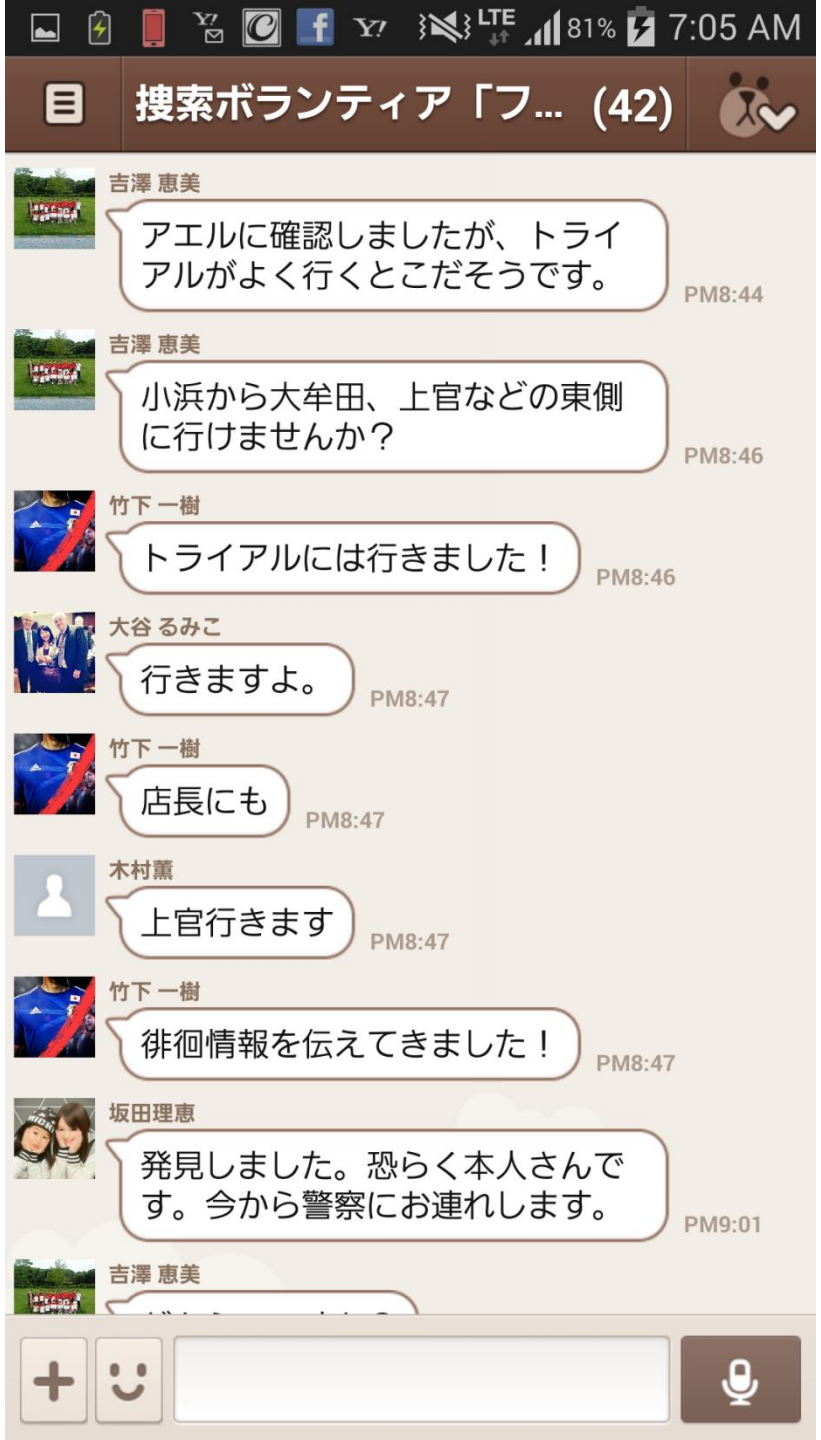
坂田理恵
了解です。
PM7:54

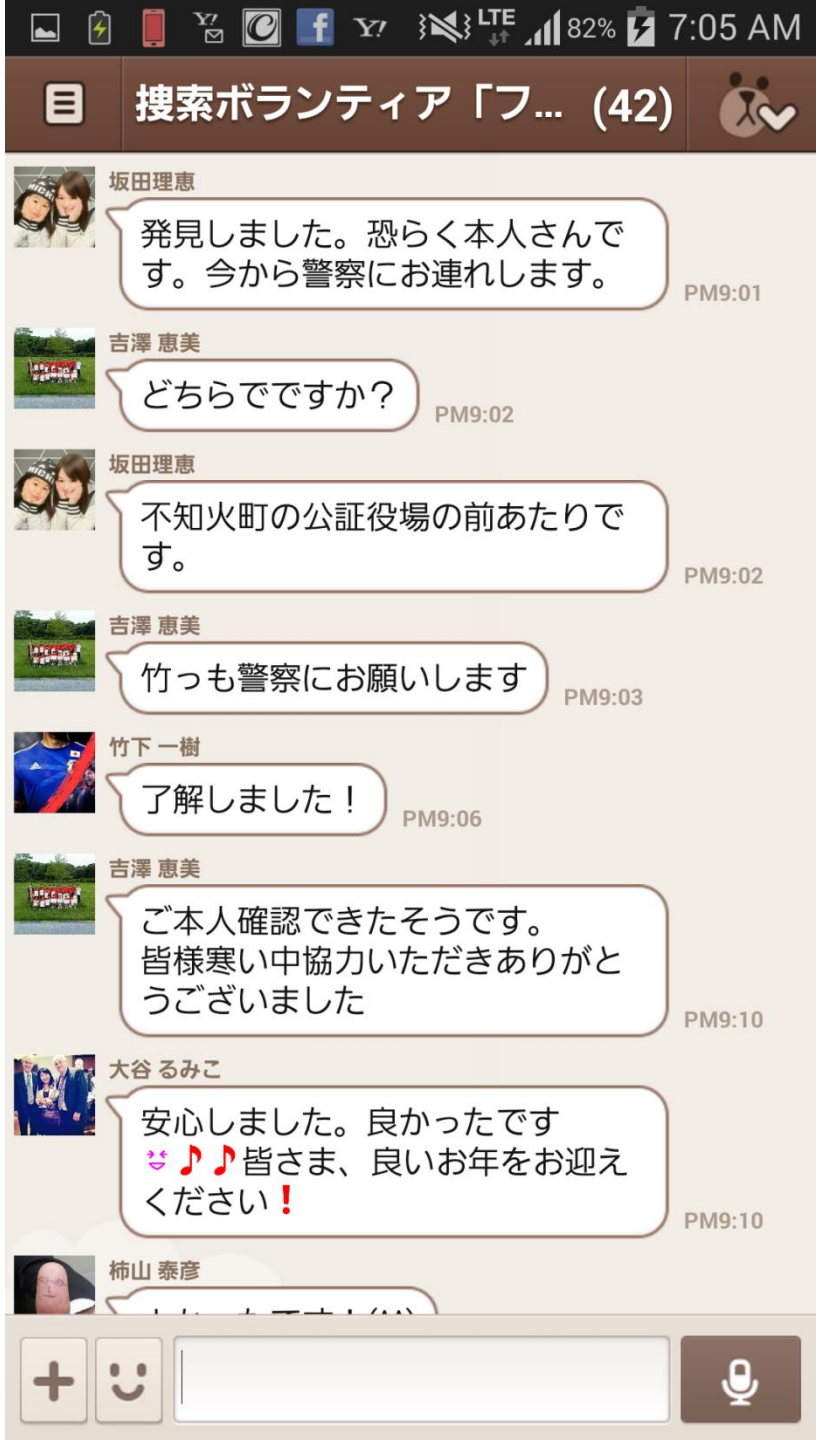
江口恵美子
草木から荒尾競馬場に行きます
PM7:56

大谷 るみこ


7:05 AM
81%
LTE
捜索ボランティア「フ… (42)
大谷 るみこ
五月橋付近は何かもくてきがあって行かれたのですか？
PM8:00
吉澤 恵美
以前、徘徊されて行かれたことがあるそうです。
PM8:01
大谷 るみこ
札騎馬痔付近から少しずつ広げます。
PM8:02
大谷 るみこ
五月橋でした。
PM8:07
大谷 るみこ
杖はつかれていませんね。
PM8:13
吉澤 恵美
杖の情報はありません
PM8:14
吉澤 恵美
各包括もそれぞれの圏域を探してくれてます。
リビングアエルの利用者のためアエルからも出てあります
PM8:29
木村薫


7:05 AM
81%
LTE
捜索ボランティア「フ… (42)
木村薫
荒尾のシティモールから荒尾駅、競馬じょうけいゆ
PM8:34
木村薫
で小浜に行きます
PM8:35
大谷 るみこ
リビングアエルの職員さんに聞いてください。以前発見されたところではなく、以前よく行っていたところや出かけそうなところ。かなり時間が経っている可能性もありますね。
PM8:38
西嶋 みずみ
小浜の周り、ぐるぐるまわりましたが、見つかりません。用事も兼ねて、荒尾方面に行きます。
PM8:39
木村薫
岬方面に行ってみましょうか？
PM8:41
柿山 泰彦
小浜から倉永経由甘木山まで見ましたが発見できません！
手鎌公園も捜索しました！
PM8:43


81% 7:05 AM
捜索ボランティア「フ… (42)
吉澤 恵美
アエルに確認しましたが、トライアルがよく行くとこだそうです。
PM8:44
吉澤 恵美
小浜から大牟田、上官などの東側に行けませんか？
PM8:46
竹下 一樹
トライアルには行きました！
PM8:46
大谷 るみこ
行きますよ。
PM8:47
竹下 一樹
店長にも
PM8:47
木村薫
上官行きます
PM8:47
竹下 一樹
徘徊情報を伝えてきました！
PM8:47
坂田理恵
発見しました。恐らく本人さんです。今から警察にお連れします。
PM9:01
吉澤 恵美


82% 7:05 AM
捜索ボランティア「フ… (42)
坂田理恵
発見しました。恐らく本人さんです。今から警察にお連れします。
PM9:01
吉澤 恵美
どちらでですか？
PM9:02
坂田理恵
不知火町の公証役場の前あたりです。
PM9:02
吉澤 恵美
竹っも警察にお願いします
PM9:03
竹下 一樹
了解しました！
PM9:06
吉澤 恵美
ご本人確認できたそうです。
皆様寒い中協力いただきありがとうございました
PM9:10
大谷 るみこ
安心しました。良かったです
😆♪♪皆さま、良いお年をお迎えください❗
PM9:10
柿山 泰彦

何のため？

１．認知症の人と家族を見守り支える意識を高め、地域における認知症の理解を促進していく

２．隣近所、地域ぐるみ、多職種協働により、声かけ、見守り、保護していく実効性の高いしくみを充実していく

３．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

痴呆という病を受容すべきなのは痴呆を抱えた本人だけではない。彼らとかかわる人たちが、さらに彼らの住む地域が、そして社会全体が、彼らを受容できるようになれば、あるいは痴呆という事態を、生き、老い、病を得、そして死に至る自然な過程の一つとしてみることができるようになれば、周辺症状は必ず治まり、彼らは痴呆という難病を抱えても生き生きと暮らせるようになるはずである。

「痴呆を生きるということ」
（小澤勲　2003年　岩波新書）

特集 みらい都市・大牟田から2025年モデルを発信する ～住宅と福祉の連携による地域包括ケアの推進を目指して～（後編）

＜平成26年度高齢者住宅担当者研修会（高齢者住まいシンポジウム）より＞

3．実践事例発表　「大牟田市の実践事例から読み解く地域包括ケア構築のシナリオ」

【発表者】（※発表順）
大牟田市産業経済部　調整監（元長寿社会推進課長）　池田　武俊
大牟田市都市整備部　建築住宅課長　牧嶋　誠吾
大牟田市中央地区地域包括支援センター　管理者　猿渡　進平
大牟田ライフサポートセンター　理事長　中尾　哲郎
【コメント】高齢者総合ケアセンターこぶし園　総合施設長　小山　剛
【進　行】明治大学理工学部建築学科　教授　園田眞理子

Ⅰ．地域包括ケア構築のシナリオ～大牟田市の実践事例から読み解く～

明治大学理工学部建築学科　教授　園田眞理子

日常生活圏での地域包括ケアシステム

本日は市内からも沢山の方が参加されていますが、約半数の方は全国から、北は北海道から南は沖縄まで、ここ大牟田に集って頂いております。

昨日は見学会があり、これからお話しいただく大牟田市の方々から、まさに「おもてなし」を受けて大変感動いたしました。午前中の講義からテーマになっております「地域包括ケアシステム」を下敷きに、なぜ大牟田が未来なのかを、現場の方々からお話しいただこうという企画でございます。

私の方からは、「なぜ大牟田で様々な地域包括ケアをやることになったのか」というこれまでの経緯を、簡単に振り返ってみたいと思います。

本日のテーマになっている「地域包括ケアシステム」は、いよいよ来年（2015年）の４月から第６期介護保険事業計画などで本格化しようとしています。実は、「地域包括ケアシステム」が、介護保険のみならず、社会保障全体の改革のキーワードになったのは、今から２年半ぐらい前の2012年４月です。ちょうど社会保障と税の一体改革なども含めて、どの国も経験したことのない日本の超高齢化を乗り切るにはこれしかないということで打ち出されました。

そのとき、日常生活圏域でのネットワークの構築ということが大きなテーマでした。この日常生活圏域というのがどのくらいの範囲なのか。厚労省としては、それぞれの地域で考えて下さいということになっています。

私のバックグラウンドは建築や住宅ですので、実際の地域や場所に置きかえて考えてみると、大牟田は小学校区としていますが、通常の目安としては中学校区ぐらいです。中学校区だと人口２万人ぐらい、小学校区だと5,000人から１万人ぐらいだと思います。仮に、高齢化率が25％で中学校区が２万人ですと、そこに４分の１である5,000人の高齢者がいらっしゃるわけです。その中で、本当に介護が必要な方は約10％で500人ぐらい。この数は、中学校に通っている中学生と同じぐらいです。中学校区の中の500人の中学生と同じように、仮に高齢化率25％であれば500人、30％であれば600人の何らかの支援を必要としている高齢者がいるということになります。自宅に住んでいる方もいるし、安心を求めて高齢者住宅に住みかえている方、あるいは、24時間介護が必要で、地域に密着した特別養護老人ホームで過ごしている方もいるかもしれない。居住地は同じ地域の中でも、場所は少しずつ違うかもしれない。そういうときに、どこに住んでいても24時間365日、安心できる切れ目のないサービス、支援を届けましょうというのが、日常生活圏域での「地域包括ケアシステム」の考え方ではなかったかと思います。

地域包括ケアシステムの概念図

資料（**資料１**）の左上に「脱・施設」と書かれています。私は実は、日本人は施設好きではないかという疑いを持っていますが、本来誰もが自分らしい生活ができるのは住まいであると思います。そういう意味で「脱・施設」ということです。

もう１つは、右上の「互助」ということです。

2012年の厚労省の報告書には、「適切な住まいの確保ができることを前提として我が国はこれから地域包括ケアシステムを推進します」と書かれていました。

私はそのとき、ドキッとしました。なぜかというと、「適切な住まいが確保されることを前提として」という所与の条件になっていたからです。「えっ、その住まいって、誰がどこでちゃんとやってくれるのだろう」と思い、非常に慌てたというか、どうするのだろうと思いました。

前提としてということですから、この部分ができないと、実は「地域包括ケアシステム」はうまく機能しないということです。これが3年前から言われていたわけです。

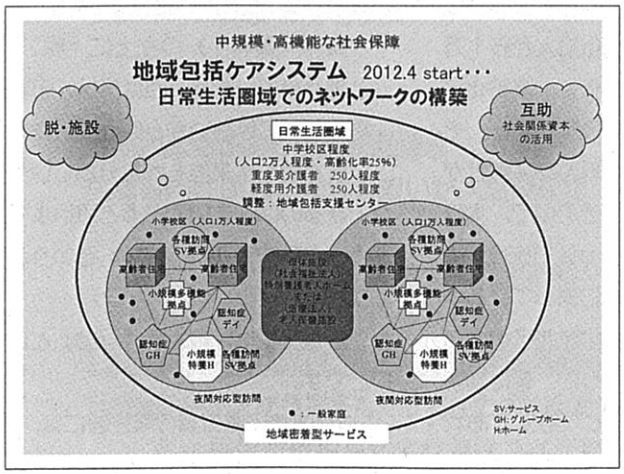
そんな中、この図「地域包括ケアシステム」の概念図が出てきたのです（**資料2**）。皆さん、この図柄を覚えておいてください。後で本日のメンバーをご紹介するときに大変重要になります。

昨年の3月に地域包括ケア研究会で、本日基調講演でお話しされた髙橋理事長もかかわられて出来た図です。どういうことかというと、今まで私たちは、医療とか介護、福祉という葉っぱの部分をやってきたけれども、よく考えると、植木鉢が要るということに気づいた。「植木鉢って、何？」というと、ここに書いてある「住まいと住まい方」です。

では、住まいと住まい方＝植木鉢があればオーケーかと思うと、実は葉っぱが芽を出して育つには、養分に当たる土の部分がないとだめです。介護保険では色々なサービスがありますし、医療も福祉の分野でも色々あります。考えてみたら、「ちょっと、大丈夫？元気？御飯食べた？」とか、実際に「御飯を一緒に食べよう」とか、実に何気ないことなのですが、「生活支援・福祉サービス」と書かれた、えも言われぬ土の養分の部分が要る。それが揃って初めて、「医療・看護」、「介護・リハビリテーション」、「保健・予防」という三つ葉の葉っぱが出てきて伸びていくということです。

もう1つ、お皿も忘れないでください。底が抜けてはいけないので、植木鉢にはきちんとお皿が敷かれています。「本人・家族の選択と心構え」ということで、ここは譲れない部分とか、あるいは私たち共通のベース部分がないといけないという意味も含め、本人の選択、家族の心構えという構図です。なるほど、こういうことをやればいいのかということです。

そういうお話しをしたら、ある著名な経済学の先生が、「園田さんが言っていることは、高齢者の居住から始まって、介護、看とりまで――この看とりまでというのがすごく重要だと思いますが――半径3キロから5キロの日常生活圏域でリスクマネジメントをしろということを言っているんですね」と言われました。経済学だとそういうふうに解釈するのかと思いました。なぜ中学校区なのかというのはよく聞かれるのですが、考えてみたら75歳を過ぎたおじいちゃんとかおばあちゃんは、中学生と生活行動が似ていると思います。車の運転はできない。だけど、自転車ぐらい乗れる人はいるかもしれない。大牟田は小学校区ですが、顔見知りの範囲とか、頭のいいやつもいるけど、ちょっと不良の人もいる。そういう生活の中で、最後まで安心してあの世に旅立つところまでできる、そういうことを実現する必要があるのだろうと思います。



資料1

（出典）平成25年3月 地域包括ケア研究会報告「地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点」

資料2

＜平成26年度高齢者住宅担当者研修会（高齢者住まいシンポジウム）より＞

地域独自の「変数」と「課題」⇒独自の新しい可能性と未来

本日の参加者は日本全国から来られていますが、地元の方もいらっしゃいます。多様な地域で、こういった課題をどうしていくのかと考えたとき、地域には様々な変数があるのです。本日皆様方の資料の中に、空き家と生活支援でつくる「地域善隣事業」という本の紹介が入っていると思いますが、これは本日会場にもお見えの白川泰之先生の著書です。この図（資料３）は、その白川先生がつくられたものです。実は、地域には様々な変数があると。また、地域には多様な人がいて、その人たちがある意味、縦横無尽に自分たちの問題を捉えて解いていく。その中で、ご当地主義というか、全国押しなべて同じではなく、地域独自の新しい可能性と未来があるのではないかと思います。

だからこそ、大牟田なのです。大牟田は、ここに書かれたようなことを既に何年も前から実践されている。だからこそ、私たちは今日ここに一堂に集っているのだと思います。

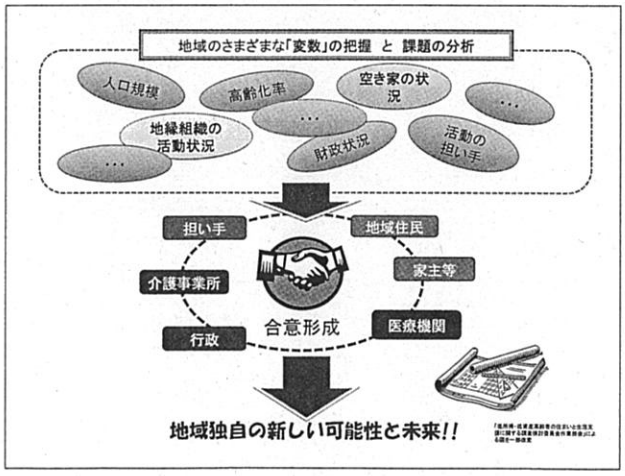
本日は、大牟田に習おうという気持で、これから始まるわけです。地域をどう豊かにし、花々を咲かせることができるのか。先ほどの植木鉢の絵で言うと、まず、土が肥えていないとだめです。地域を耕し、人を育てる。そういうときに、できれば魅力的な植木鉢で土を耕したいので、「鍛えられた家や建物を探す」。これがまた１つのキーワードです。新築の家もいいですが、実は時間を経た家ほど鍛えられている。そこに住んだ人の手塩にかけた愛情が込められている。そういう鍛えられた場所を居場所にする。あるいは新築をつくるにしても、鍛えがいのある家にして居場所をつくる。

本日は住宅関係の方も多いと思いますが、住宅の箱だけで考えてはだめなのです。あるいは場所だけではだめで、その場所を開いていく、地域に対して繋がっていくということが、鍵ではないかと私は想定しています。

これから大牟田を代表する方々にリレートークをしていただきますので、ご紹介したいと思います。

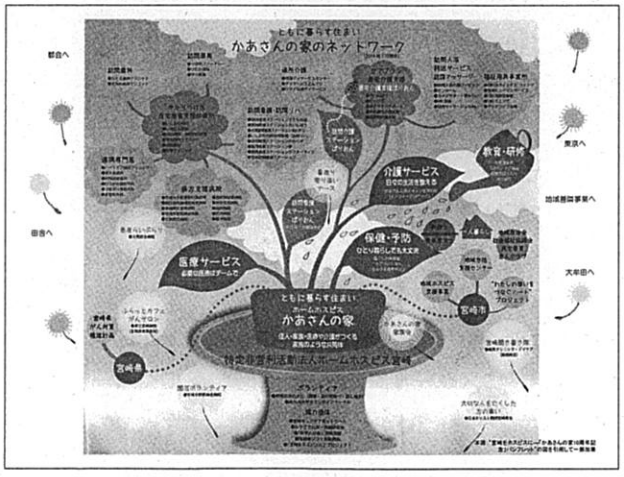
では、先ほどの植木鉢の絵を思い出してください。トップバッターの池田さんは、植木鉢の絵全体のスケッチを描く立場ではないかと思っています。次の猿渡さんは、もともとは病院でソーシャルワーカーをされていたそうで、それは葉っぱの部分だと思います。しかし、実は葉っぱを咲かせるには土の部分がなければだめで、現在の猿渡さんは、地域を耕して土を豊かにするというあたりを担っている。それから、植木鉢の部分は牧嶋さんです。牧嶋さんは植木鉢だけではだめだということで、土や葉っぱの部分にもかかわられているようです。最後の中尾さんは、先ほどのお皿の部分です。ここは本人と家族の権利ということを含めて、譲れないところです。植木鉢の構図で紹介すると、このようになるかと思います。

この資料は、同じ九州の宮崎にある「かあさんの家」の方々からいただいた絵です（資料４）。先ほどの植木鉢は、三つ葉が出た状態でした。もしそれが順調に、



「低所得・低資産高齢者の住まいと生活支援に関する調査検討委員会作業部会」による図を一部改変

資料３



本図：“宮崎をホスピスに―「かあさんの家10周年記念」パンフレット”の図を引用して一部加筆

資料４

しかも豊かに育てば、きれいな花が咲いて、色々な種が全国各地に飛んでいき、そしてそこに根づき、次の芽が生えてきやしないだろうか。そのように繋げられるかどうかというのが、今日のリレートークメンバーへの私からのリクエストでもあります。

ではまず、トップバッターは池田さんです。よろしくお願いします。

Ⅱ．認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮せるまちづくり

大牟田市産業経済部　調整監（元長寿社会推進課長）　**池田　武俊**

認知症ケア研究会の発足

皆さん、こんにちは。私は昨年４月に異動し、現在、大牟田市産業経済部におります。それまでは、介護保険制度が始まった2000年（平成12年）の４月に異動して以来13年間、認知症の人を地域で支える取り組みに携わってまいりました。お話をする内容としては、まず始まりのとき、種をまき水をやるときにどういうプロセスでやってきたのか、そこが大切なのでその話をさせていただきます。

何といっても、大牟田の高齢者の福祉というのは、介護保険制度がスタートしたことによって大きく変わったのではないかと思います。

介護保険制度のスタート直前の平成12年３月、私の上司が介護サービス事業者協議会の設立を支援していました。この後のパネルディスカッションで登壇される西村先生が、当時大牟田医師会の副会長をされていて、介護サービス事業者協議会の会長にもなっていただいた。その事務局を、大牟田市介護保険課が担うということで、私がその事務局の仕事をしたのが最初のスタートでした。

最初の１年は制度に関する説明会などをしておりました。協議会の２年目にあたって、現場の皆さんは何を一番の課題と感じているかを尋ねました。身体拘束の禁止規定が、介護サービスの運営基準の中に盛り込まれております。これはとても画期的なことですが、誰もがどうやって認知症の人に対応したらよいかがわからなかった。抑制してはいけないとわかっていても、どうしたら抑制をせずに済むかはわからないという現実がありました。私自身も、介護保険課の相談担当という、今で言うならば地域包括支援センターのような業務をしていたのですが、窓口にお見えになるケアマネジャーさんから、「介護保険制度のサービスを使ってもらおうと思っても、認知症の人だとなかなか理解されない。」という声や、家族の方からの相談で、「徘徊して外に出ていって困っている。どなたかいいお医者さんを紹介してほしい。」という声がとても多かったのです。私自身、適切に相談に対応することもできず、本当に悩んでいました。

そんな中、平成13年６月に大谷るみ子さんと出会いました。それ以来、ともにずっと認知症の人の支援に関わっています。

その当時、大谷さんが平成13年４月にグループホームを開設するため、デンマークの認知症コーディネーターを招かれ、３カ月ほどの研修をされていた。大谷さんは、せっかくデンマークの高齢者の尊厳を支えるケアを学ぶのに、自分たちの法人だけで独占するのはもったいない、ぜひ市内の現場の皆さんたちに声をかけて話を聞いてもらおうと呼びかけをされた。それが１つのきっかけでした。

大谷さんは、「たまたまめぐり合った介護者や施設が、いいケアをすればその人は幸せになるが、そうでない場合はその人は幸せになれないのか。いつでも、どこでも、誰といても、認知症の人が幸せになるためには、自分たちの施設だけがよくなってもだめであり、やはり町ぐるみで認知症の人を支えていく仕組みをつくっていくべきだ」とおっしゃいました。こうして、平成13年の11月に「認知症ケア研究会」が発足したというのが、今日に至った始まりです。

地域認知症ケアコミュニティ推進事業の取り組み

平成14年度から、国からの補助金をいただきながら「地域認知症ケアコミュニティ推進事業」を進めてきたわけです。現場で働いておられる職員さんたちと、現場の実践の中から上がってくる課題を、我々行政の人間が仕組みに変えていく、こういう取り組みを続けてきた。これはある意味、協働のスタイルだと思っています（**資料５**）。

まず、平成14年度に最初に取り組んだのが、認知症介護実態調査です（**資料**

＜平成26年度高齢者住宅担当者研修会（高齢者住まいシンポジウム）より＞

6）。市内全世帯、あるいは病院や介護関係の事業所の職員さんたちにアンケートを行いました。その中で様々なご意見をいただきました。質問の中に、「地域で認知症の人を支える意識や仕組みが必要ですか」というものがあり、多くの方々が必要だと回答されました。驚いたのは、本当にたくさんの方々からのご意見があったことでした。全部まとめていくと500件ぐらいの自由意見が出てきており、それらを１つ１つパソコンに入力し、グループ分けをしました。それが資料６の下にあるような、まさにある意味、今日の認知症の人を支えるための包括ケア的な提言が、介護の現場や地域の皆さん方から出されていました。それを形にしていこうとしたわけです。

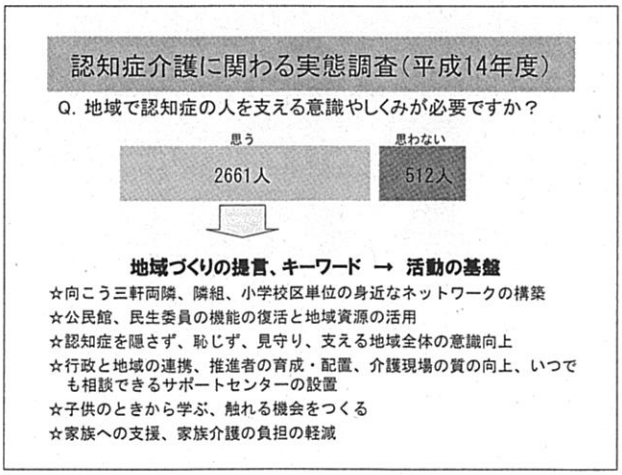
次に、髙橋理事長にもおいでいただきました平成15年の「介護保険推進全国サミット」が大牟田で開催されました。この開催に当たって、認知症の人を支えるための取り組みとして、地域の方にも理解を進めていくべきであり、私たちはまだそういう取り組みをしていなかったということで、平成15年度に「はやめ南人情ネットワーク日曜茶話会」を開催しました（資料７）。認知症の人が地域で暮らす上では、様々な方々とのかかわりがある。さらに言うと、認知症であろうがなかろうが、私たちが地域で暮らす中では様々な方々とのつき合いがあるわけです。

そういう地域の方々に認知症への理解を進めていこうとしたとき、「地域の中で困っているのは認知症の人だけではないよ」という声が多くの参加者の方々から出てきました。子どももそう、子どもを抱えるお母さんもそう、障害者もそう、そして自分たち老人クラブもそうだと。一番若い年齢で75歳、この先、誰が自分たちの面倒を見てくれるのだろうかといった不安を持っていると。そんな中で、みんなで支え合う地域づくりの必要性を話し合ったわけです。

その次は、子どもたちと学ぶ絵本教室の取り組みです。アンケートのご意見でも、子どものころからお年寄りと触れ合う機会をつくるべき、認知症について学ぶべきという意見がありました。これが平成16年に入り、まず24人の高校生から幼稚園のお子さんに参加してもらい、一緒に遊びながら認知症のお年寄りの話をさせていただいた。あるときには認知症の方ご本人も参加され、認知症ケア研究会のメンバーがつくった３つの物語を読んで、子どもたちにはそれをイメージした絵を描いてもらい、挿絵にして絵本をつくりました。今では中央法規出版から出版されております。それ以降、市内の小学校、中学校に巡回して、総合学習の時間などにグループワークで学んでもらっているわけです。子どもたちには、認知症という病気と認知症の人の気持ちについて、認知症ケア研究会のメンバーが話をして、自分たちにできることは何かと考えてもらっています。認知症になったのは悲しいことかもしれないけれども、不幸ではない。自分たちが認知症になった人の記憶のお手伝いをしてあげるのだとか、そんなふうに子どもたちの感性は、大人になってもしっかりと認知症の人を支えてくれる意識に変わってくれるだろうと思っています。

そして、「ほっと安心徘徊ネットワーク」です。これも、「はやめ南人情ネッ

資料５



資料６

トワーク」の中で取り上げられた取り組みです。実は、はやめ南という小学校区の中で、ある認知症の方が行方不明になり、お亡くなりになった事件がありました。その時、地域の皆さんの中で、その方に何かできなかったのかという思いが残りました。また、他にも全国でこういった行方不明の事例がかなりあるということも知りました。そういった経緯の中で、平成16年の10月にはやめ南小学校区で第１回の徘徊模擬訓練が開催されることになりました。以降３回にわたって同校区で実施され、平成19年度には市内全域を対象に模擬訓練を実施するまでになりました。全校区での実施の際、地域の皆様にお話をしたとき、役所からは何をまたやらせるのだと随分言われましたが、今ではおかげさまで毎年欠かせない行事になっています。今年９月21日の模擬訓練には、3,000人の市民の方々に参加いただき、さらには市外からの見学者180名もご参加いただきました。他にも、本人の支援、介護家族の支援といった集まりも行っているところです。

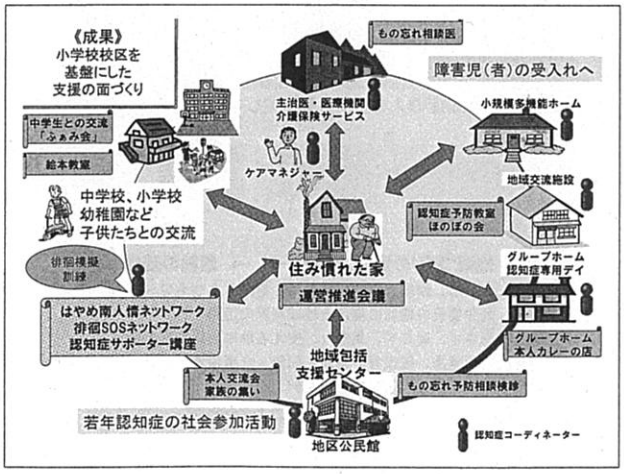
私たちが最初に目指していたのは、核となる人材育成でした。まず始めに、介護の現場、次に医療機関、そして地域の中にも、認知症コーディネーターという認知症の専門職を養成し配置するという取り組みを平成15年からスタートさせ、今も続いております。現在10期生が卒業し、95名の認知症コーディネーター養成研修の修了生が市内の様々な現場にいるということです。こういった専門職の方々や、医師との連携を進めていく中で、認知症の早期発見と、その発見によってその後の対応をきちんと行っていけるような体制づくりにも取り組んできたわけです。

さらには、認知症を発症しないように予防教室の実施。これも後ほど紹介しますが、地域交流施設を会場にして展開していくスタイルができはじめたところです。地域認知症サポートチームということで、認知症コーディネーター、医師、この専門職の方々で認知症の早期対応や、困難事例に対しての適切なアドバイス、時には介入したりという専門チームも、地域包括支援センターとタイアップする形でつくることができました。

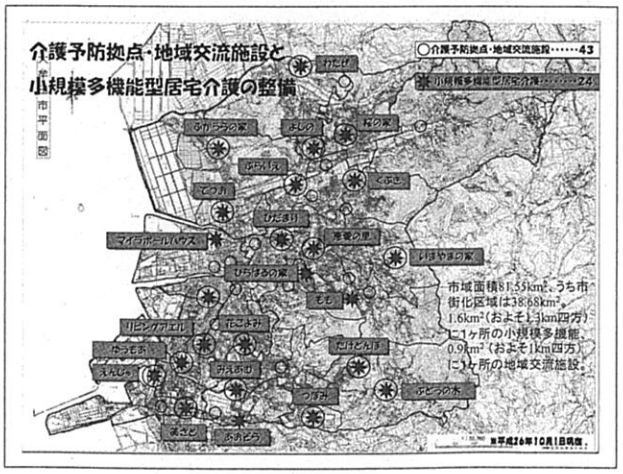
小規模多機能型居宅介護と地域交流施設の整備

そしてこれからが、皆さんが昨日見学された「小規模多機能型居宅介護」サービスの拠点づくりの話になります。まず、住宅関係の皆様方には、「小規模多機能型居宅介護」というサービスは非常にわかりにくいと思います。一般的に、「通い」を中心に、「泊り」、「訪問」の３サービスを組み合わせて提供する在宅介護サービスと言われています。

これは、字面だけではなかなかわからないところが多くあります。デイサービス、ホームヘルプとショートステイがパッケージされたサービスだと捉えられがちですが、実はそうではないのです。この「小規模多機能型居宅介護」は、1980年代から始まった宅老所の取り組みがベースにあります。必ずしも介護の職員が、デイサービスやホームヘルプといったサービスの提供時間にだけかかわるというものではなく、24時間365日切れ目なく、介護の職員だけでなく地域の方々も含めて、その方にかかわっていく。そのことによって、本人がいつまで



資料７



資料８

＜平成26年度高齢者住宅担当者研修会（高齢者住まいシンポジウム）より＞

も住みなれた地域の自宅で暮らし続けたいという思いを応援する。そういった、在宅生活を継続していくための支援を行うサービスです。

１人１人の利用ニーズや願いに沿っていくこと。そこは「小規模多機能型居宅介護」の施設という１つの拠点・場所であるだけではなく、その方が暮らしていく様々なかかわりの場面とのつながりをもたせていき、もっとみんなで支えるという意味があるわけです。

私は平成17年の法改正、及び18年の制度化の際に、まさに第３期介護保険事業計画の作成に携わっておりました。そしてこれこそが、これからの大牟田の地域づくりの核になるだろうと思いました。改めて「小規模多機能型居宅介護」を考えてみると、どんなにすばらしい宅老所やグループホームでも、本人の願いに本当に沿っているのかどうかはわかりません。しかし、住みなれた自宅にこだわるわけではなく、どこに暮らしていようとも、今まで暮らしてきた自分の生活のスタイル、あるいは隣近所とのおつき合いが継続していくことが大事なのではないかと思います。この「小規模多機能型居宅介護」を、事業者さんの運営と地域の皆さんたちの支えといったものを紡いでいくことによって、よりよい町ができるのではないかと思いました。

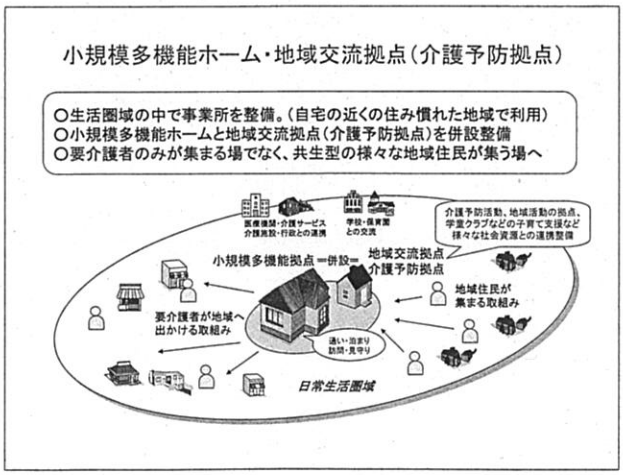
一方、そうした中で、「小規模多機能型居宅介護」だけでは十分ではないなとも思いました。１つは、全国的に見ても介護サービス事業者は、根本的には営利でやられているわけです。そうすると、どうしても囲い込みといった批判も上がります。もう１つは、地域の皆さんが気軽に集まれるような場所づくり（介護予防拠点・地域交流施設の併設）をすることによって、もともとあった「小規模多機能型居宅介護」が持つ地域で支えるという機能が生かされるのではないかということです。

大牟田では、「小規模多機能型居宅介護」、あるいは「グループホーム」といった地域密着型サービスを中心とした、地域での高齢施設の整備を中心に推進してきました。それを実際に進めてくれたのが牧嶋課長です。小さな面積の町ですが、今では24カ所の「小規模多機能型居宅介護」施設があり、介護予防拠点・地域交流施設が43カ所あります（**資料８**）。単独でも地域交流施設を運営していただいていますが、これらは全て介護保険の事業者にやっていただいています。

この小規模多機能型居宅介護と介護予防拠点・地域交流施設が、地域の中の集まり場所、居場所になって、そこで出会った様々な方々が、認知症になった方とともに地域で暮らしていく、そんな場所づくりにつながればと思ったわけです（**資料９・10**）。

元気に地域で暮らしていても、やがて認知症を発症し、介護サービスのお世話になる。そして、最後は施設入所という流れ、あるいは病院に入院するという流れ、それが避けられないとしても、できるだけこれまでの暮らしに近い場所、同じ場所でともに過ごし、その人が持つ地域とのつながりを断ち切らない仕組みにしていきたいと考えたわけです。

今、介護予防拠点・地域交流施設では、いろんな行事が行われ、地域の皆さんが参加されています。身近なところに気軽に集まれる場所ができているということ



資料９

資料10

です。

市民の皆さん方、全てには周知が行き渡っていないかもしれません。でも、地域の公民館、地区公民館よりもはるかに多い、こういった集まりの場所を、今後もぜひ生かしていっていただきたいと思っています。

支援の3層構造：個別支援・地域支援・地域包括支援センター（認知症サポートチーム）

先ほど模擬訓練をご紹介しましたが、実際のSOSネットワークの仕組みについて説明します。家族や介護事業所の方から大牟田警察署に捜索願が出されると、警察署のほうからSOSネットワーク、地域のみんなで探すシステムがあると紹介していただき、その情報がファックスで流れます。真っ先に、長寿社会推進課に電話連絡をしてもらいます。長寿社会推進課から介護サービス事業者や民生委員・児童委員の皆さんに連絡する。そして、愛情ネットという地域SNSシステムで、携帯電話に行方不明情報がメールで届くという形をとっています。夜間でも休日でも連絡がとれるように、長寿社会推進課の職員は、携帯電話を交代で携帯しています。

大牟田は80平方キロメートルくらいで、車で南北30分もあれば通過してしまう町ですから、行方不明で家を出て1時間もたてば、市外に出られる方が多くいらっしゃいます。そういう方々を含め、お互いの近隣の町同士で助け合おうということで、筑後地域、熊本県北地域の自治体と連携をとりながら、共同で探し合おうという仕組みもできました。

最後に、地域認知症サポート体制です。今までご紹介してきたお話は、専門職や介護事業者、介護職員の人たちが、直接本人を支援するに当たってのレベルアップ、質を高めていこうという取り組みであり、個別的な支援の面ということでした。

一方、地域で支援する面をつくっていこうと、絵本教室や徘徊SOSネットワーク、認知症サポーター養成といったものにも取り組んできたわけです。

この個別的な支援の面と地域で支援する面を結びつけていく、その中間に位置するのが地域包括支援センターであり、地域認知症サポートチームということです。これが3層をなす構造というわけです。

これまでの成果として、本人ができるだけ地域で暮らし続けていく、それを多少なりとも実現できている手応えを感じております。これについては、私の次に報告をしてもらう猿渡さんに詳しく話をしていただこうと思っています。

私からの報告は最後になりますが、この後登壇します古賀大牟田市長は、平成17年1月30日に全国の首長の中で初めて、認知症の人を地域で支えるという宣言をされました。認知症を支える取り組みというのは、認知症を超えて地域福祉の進むべき道なのではないか、それを私たちは17年までの取り組みの中で実感しておりました。

そこで、「大牟田市には、認知症の人とその家族を地域全体で支え、市民が認知症を超えて、安心して豊かに暮らし続けることができるよう、まちづくりを推進してまいります」という宣言をしていただきました。その日から、来年の1月でちょうど10年になります。振り返ってみるとあっという間のような気もしますし、そうは言いながらも、今日に至るまでの始まりからの15年間、実に長かったなという感慨も持っています。それではこの後は、大牟田における認知症支援のまちづくりの実際の歩みにつきまして、猿渡さんにバトンを渡しまして、お話を聞いていただきたいと思います。どうもありがとうございました。

Ⅲ．高齢者になっても地域で、自宅で暮らすために！～地域包括ケアシステム～

大牟田市中央地区地域包括支援センター　管理者　**猿渡　進平**

ほっと安心（徘徊）ネットワークス　徘徊模擬訓練の取り組み

皆さん、こんにちは。猿渡と申します。先ほど池田調整監の話にもありましたが、様々な地域の活動の場を生み出す地域交流施設と、徘徊模擬訓練を生かした小地域の事例について報告したいと思います。

まず、前提としてお話ししたいのは、私は現在、地域包括支援センターにいますが、平成24年10月までは白川小学校区にある白川病院で相談員をしていました。療養型の病院で高齢者の方が多く入院されており、認知症の方も非常に多いわけです。そういった方の多くは、家に

＜平成26年度高齢者住宅担当者研修会（高齢者住まいシンポジウム）より＞

帰りたいとおっしゃっていました。ただ、自宅に帰れない、不本意ながらも施設に入らざるを得ないということが多くありました。子どもとの思い出がいっぱい詰まった家に帰りたい、夫に線香を上げないと申しわけない、そういった本人の思いがありながらも、なかなかかなわなかった。

自宅で生活できないから施設に行くわけですが、本人の力、本人がどれくらいできるのか、というのがまずあります。身体的にも認知症の部分でも、自宅では自立した生活ができない。ひとり暮らしで家族が遠方に住んでいたり、あるいは、一緒に住んでいても息子や娘は働いていて、家族の力が期待できない。行政力としては介護保険サービスや医療保険サービスがあるけれども、それだけでは自宅では難しい。そんな状況でも、地域力、地域の方々の支え、見守りといったものがあれば、住みなれた環境の自宅で生活できるのではないかと考えていました。

そのときに、ちょうど市のほうからこういった事業があるので、一緒にやらないかと言われたのが、この徘徊模擬訓練です（**資料11**）。それには、３つ目的がありました。１つ目は、「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」。これはつまり、啓発です。２つ目は、「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」。これは、ネットワークです。３つ目は、１と２を加味した上で、「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」というものです。

こういった事業をともにやらないかという話だった。

徘徊模擬訓練は行政と事業所だけで行うのではなく、地域にある様々な団体、民生委員さんや、町内会（自治会）、社協、私たちの地域交流施設（医療や介護事業所）、包括支援センター、認知症ライフサポート研究会、これは先ほど調整監は認知症ケア研究会という表現をされたかと思います。それと行政です。こういったメンバーで実行委員会をつくり、徘徊模擬訓練に挑んでいく。

平成19年に白川校区で初めて徘徊模擬訓練を行い、参加者は９名でした。7,500人の人口がある校区ですが、たった９名。そして、１人の徘徊役に２時間地域を歩いてもらった結果、地域の方の声かけはたった１件という状況でした。認知症の人が地域で生活をしていく、認知症の方を支えていくというのは、なかなか難しいかなと感じました。

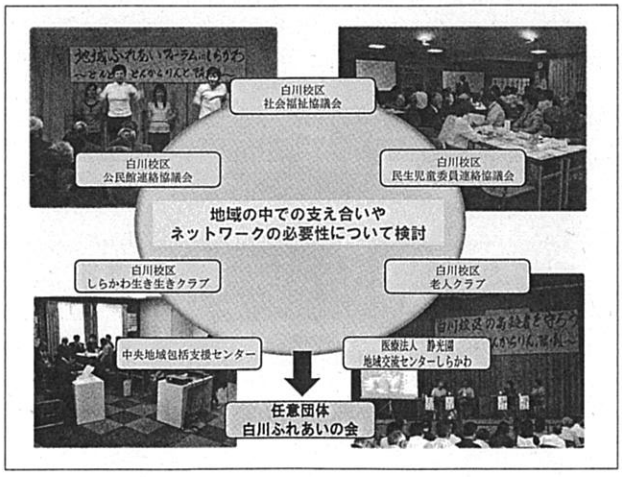
それから、先ほどの実行委員会の方々と地域での支え合い、ネットワークの必要性について様々な勉強会やフォーラム、シンポジウムを実施していきました。その中で、地域の方々からは、各団体で別途にこういったことを考えていくのは難しいので、校区にいる様々な団体で一緒に考えていこうじゃないかという意見がでた。そこで、種々の団体が合意形成を結び、任意団体「白川ふれあいの会」が立ち上がりました（**資料12**）。

こうしたことを１年間行った後、第２回目の徘徊模擬訓練を平成20年11月に実施しました。すると、何と10倍の方々が来て下さった。１人の徘徊役だけではなく、６名の徘徊役に歩いてもらった結

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**

資料11



資料12

果、地域からの声かけは35件ありました。

しかし、自発的な地域住民からの声かけは35件中11件しかなかった。６人の人が２時間歩いて、11件しか声かけがない。何と希薄なのだろうかと思いました。認知症徘徊役の方も、それなりにボチボチ下を向いて足をひきずりながら歩いたり、懸命な演技をされるわけですが、声かけがない。やはり隣近所に常に関心を持って、気軽に声かけできるような関係づくりをすることが大切なのではないかと実感しました。

NPO法人の設立　地域の集まり場（サロン）をつくる

そこで意見交換をしたところ、互いの生活状況を把握するために、地域での触れ合いの場所をつくろうということになりました。知り合いになれるような場所をつくり、隣近所のつき合いをベースに情報を広げていこう。あそこには誰が住んでいるかとか、本人の地域でのつながり合いを保つような関係づくりをしよう。認知症を地域で公言できるような働きかけをしようじゃないかという意見が出たのです。

そして、地域の人たちが集まれるサロンをつくろうとなったのですが、それにはお金がかかります。また、誰が契約するのかという問題も出てきました。

そこで、先程の実行委員会の方々を中心にNPO法人をつくろうということになりました。空き家を契約したり、ボランティアを提供するときに、社会的な信用を獲得することが必要です。そしてやはり、お金の問題もあります。また、継続性、自主性を持たせるためには組織化が必要ということで、平成21年11月に「NPO法人しらかわの会」が立ち上がりました（**資料13**）。

その経過の中で、個別訪問による買い物や付き添いを行う日常支援、サロンはもちろん、他にも認知症だけでなく、環境のこと、安心・安全のこと、子どものことなど、様々な課題が地域の中にはあります。これを包括的に支えるような事業をやっていこうと、資料にあるような様々な事業が立ち上がりました。

目的は、高齢者、障害者の世帯を対象に個別訪問を実施して、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ということです。

徘徊模擬訓練も年１回、今も継続的にやっています。初年度１人だった徘徊者が翌年度は６名、翌々年度からは20名となり、現在は50名の方が徘徊役として地域を歩き、参加者の方も200名を超えるようになってきました。声かけも、今年は500件弱あったそうです（**資料14**）。

徘徊模擬訓練も認知症の啓発をすることが目的ですので、ただ地域を歩いているだけではなかなか人と会えない。そこで現在は、グループで実施するやり方をしています。まずサポーターAさんが家に突撃訪問し、「こんにちは。今から徘徊役の方が来られますので、対応してみてください」とアポをとります。そして、徘徊者役が「ここはどこですか」と訪ね、啓発していく。その後、サポーターB、Cさんが、対応して頂いた方に認知症というのはこういう病気ですと説明し、フォローしていくという形をとっています。

「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	・防犯灯及び危険個所点検 ・地域広報誌発行	2回／年 随　時
・こども部会	・通学路点検 ・学校諸行事の支援 ・こどもの居場所つくり ・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

資料13

徘徊模擬訓練inしらかわ　実施結果

	H19年度	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度
徘徊役	1名	6名	20名	26名	26名	26名	26名	50名
参加者	9名	87名	240名	165名	167名	162	185名	232名
声かけ	1件	35件	361件	247件	268件	317件	299件	492件

資料14

＜平成26年度高齢者住宅担当者研修会（高齢者住まいシンポジウム）より＞

個別訪問した家は、現在資料の印が付いている所です（資料15）。殆どの家の啓発が終わっていると思います。

こういった地域実験、取り組みを通して、地域の中で認知症の方を支えよう、見守ろうという意識は非常に高まってきたと思います。私の本来の目的は、病院にいる認知症の患者さんが、自宅で生活したいという思いをかなえたいということでした。

小地域での包括的支援で地域空き家での生活が実現

ここから、実践の話をします。Aさんという方が入院されていました。その方は80代の女性で要介護1、生活保護受給中でした。自宅では認知症があって、徘徊をされていました。きっかけは、左大腿骨転子部骨折での入院でした。自宅にいたときは頼れる知人も友人もなく、近所に住んでいた長女は、本人の通帳を搾取して全て自分で使っていました。医療機関への未納もありました。

また、Bさんはもともと息子さんと2人で生活されていたのですが、息子さんには知的障害があり、数年前に施設に入られていた。この人は障害年金で、要介護1でした。食事を自宅で全くとれておらず、入院になった。他に家族が全くいなくて、知人が近くに住んでいました。この知人が、これも同じように本人の年金通帳をとって、買い物や貯金の出し入れを支援するという名目で、多額のお金をとっていました。また、年金担保の借金もありました。

この2人、しばらく入院して、ある程度状況がよくなったので退院の話が出ました。退院しても、2人とも老朽化したぼろぼろの家で、階段もあり、自宅に戻るのは難しいのではと思っていました。「自宅に帰りたいですか」と聞いたら、2人とも「でも1人は寂しい」と言ったのです。そこで、地域の空き家を探し回ると、空いていた民間住宅がありました。この2人は地域に戻りたい、ただ、ひとり暮らしは難しい。本人たちも寂しいと言っているので、ルームシェアをして退院できないかと本人たちに話したら、すぐそこで2人とも喜んでくれた。この人と一緒に生活できるのはうれしいとなり、本人たちの合意がとれました。

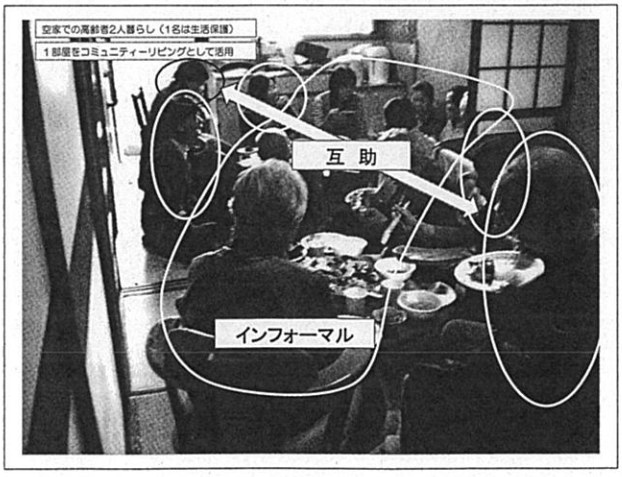
そこで、2人で生活するということで、介護サービス事業所、医療機関、そして後見人を立ててもらった。「NPO法人しらかわの会」の皆さんに日常生活支援をお願いし、こういった空き家を活用する形で退院することができた。

資料の奥の方が知的障害者、こちらが認知症の方です（資料16）。丸をつけたのが介護サービス事業所の皆さん。小規模多機能の事業所職員さんです。大家さんであったり、NPOの会員さんや地域住民など、皆でこうやってお昼御飯を食べている。

このおばあちゃんは認知症があって、夕方になると娘さんを探しに出かけようとされるわけです。そしたらこちらのおばあちゃんが「あんたがおらんと寂しいやね」と言って、このおばあちゃんをとめる。「私も息子に会いたい」と、夕方になると2人で泣いているという光景も何回か目にしました。

ここにちゃぶ台を置いて、サロンとして利用してもらえるような仕掛け、地域の方々にここへ来ていただくような形を

資料15



資料16

つくりました。

なぜこのような退院支援、住まいを確保することができたのか。

高齢者の方が賃貸住宅に住むというとき、大家さんは支払いが滞るのではないかと心配されます。しかし、後見制度を立てて、これまでの借金などを全て返済したということを説明しました。

２つ目は、孤独死を懸念されていました。そこで、地域の住民や医療機関、介護サービス事業所の職員で何回も会議を行い、一定の見守りサービス、介護保険サービスがきちんと入るということを説明し、大家さんの安心を得た。保証人はいないのかとも言われましたが、この大家さんはもともと理解のある方で、これだけしていただければいいやということで貸してくださった。

この校区では、こういった一定の日常生活支援を住民の方々自身にしていただくことにより、白川病院を退院した方が自宅に帰れる事例が非常に増えてきました。しかし、家が老朽化していてどうにもならない人や、家で生活したいが夕方から朝まですごく寂しい、何か起こったときは心配という方も多くいます。大牟田には非常に多くの空き家があると聞いています。このような空き家を利活用できれば、自宅か施設かという二極化したような状態ではなく、地域の空き家で生活することもできるのではないかと思っております。

ここで、空き家の活用方法ということで住まいのことを一生懸命考えている牧嶋課長に、３番バッターとしてお渡しします。よろしくお願いします。

Ⅳ. 地域包括ケアシステム構築における住まいからのアプローチ～大牟田市居住支援協議会の設立とその取り組み～

大牟田市都市整備部　建築住宅課長　**牧嶋　誠吾**

空き家増加の背景、問題点と課題

牧嶋でございます。先ほど植木鉢の中に土があったと言われました。その土を猿渡君がやってくれました。そうすると、土が入る部分の器はどうしたらいいのだろうということになります。

全国調査の住宅土地統計調査によると、大牟田の空き家率は15.6％、全国、県の空き家率を幾分か上回っている状況です（**資料17**）。9,360戸という数字が大牟田の空き家数になっていますが、これは抽出調査であり、実際の空き家数を正確に把握する必要があると思いました。

空き家と言っても再利用できるまだまだ元気な空き家から、倒壊寸前の空き家もあります。最近、全国的にクローズアップされているのが老朽危険家屋。この件に関しては、住環境の問題あるいは景観の悪化、防災、防犯上の問題ということで、行政だけの問題ではなく、地域が抱える大きな問題になってきているのではと思っています。

これらの空き家の基本的な対応としては、建物所有者、管理者がすべきなのでしょうが、空き家になった原因は所有者の高齢化、あるいは認知症、相続の問題等々があると思います。

住宅施策として取り組むに当たり、空き家の問題はどういったことが原因になのかという疑問から、多職種の皆さんと夜な夜なワークショップをしたり、不動産屋さんに聞いてみたりしました。すると、次のような問題が出てきました。

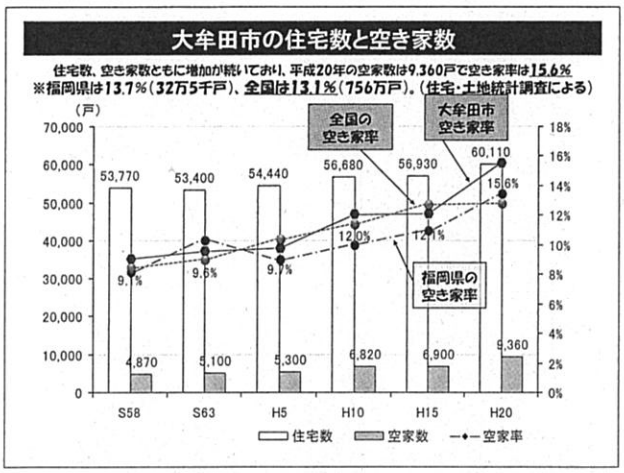
相続や税制、未登記といった問題。また、建築基準法というハードルなどの問題。あるいは仏壇があるからどうにもできないとか、連帯保証人が見つからず、次を借りることができないという人たち。そして、孤独死の問題。ひとり暮らしの方がどんどん増えてくる中、大家さんからみると孤独死がやっぱり怖い。

こういった様々な課題が浮き彫りになり、それをみんなで話し合ってきました。

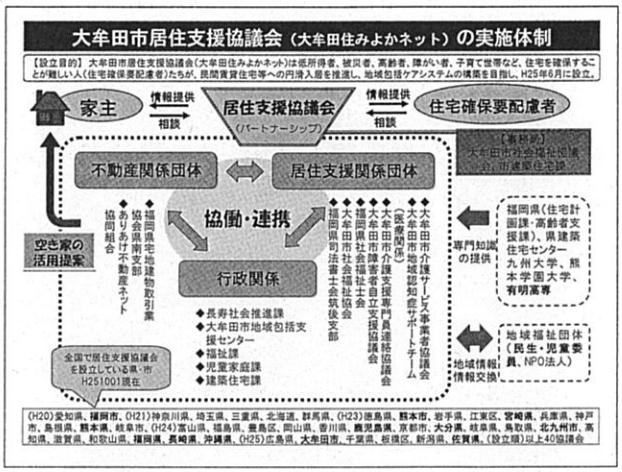
不動産関係からすると、入居率の改善をしたいがリスクは低減したい。一方で、所有者からすると、孤独死や近隣トラブルに巻き込まれるのは嫌だという意見。福祉、医療の部分でも、国の政策は施設から在宅へというキーワードで動いているが、退院対象の受け入れ先がなかなか確保できないというケアマネさんの声。最後は、行政でも色々な定住化対策があり、空き家に関する問題も様々発生する。

このようにそれぞれのところでフィックスしていた様々な問題を、関係者が共通認識を持った上で、何とか解決の糸口を見出せないかと模索していたときに、国の安心居住推進課で居住支援協議会という仕組みがあることを知りました。そこで、大牟田でもきちんと体制を整えて、推進してきたところです。

＜平成26年度高齢者住宅担当者研修会（高齢者住まいシンポジウム）より＞

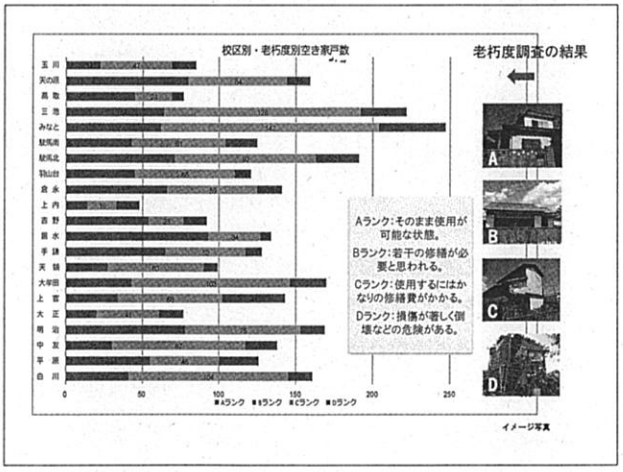


資料17



資料18

資料19



資料20

大牟田市居住支援協議会（大牟田住みよかネット）の設立と実施体制

大牟田市での居住支援協議会の関係性を見ていくと、それぞれの居住支援関係団体や不動産、行政関係が連携していくということです（資料18）。この居住支援関係団体で特徴的なのは、福岡県司法書士会筑後支部が入っていることです。先ほども申し上げましたが、仏壇や相続の問題があり、こうした空き家の問題を総合的に解決するには、法律の専門家たちもそこに入っていく必要があるだろうと思っています。

もう１つの特徴は、事務局を大牟田市社会福祉協議会が担っているところです。空き家を単なるハードという問題だけで促えるのではなく、そこに暮らす人の支援をどう考えていくかということで、社協に事務局をしていただいています。これは、次のセクションで西村先生から詳しくご紹介いただけると思います。

昨年度（平成25年度）、大牟田市居住支援協議会で具体的に行ったのは、空き家の実態調査や、市民向けの啓発セミナー、また、空き家活用のモデル事業提案と、空き家住情報のシステムの構築といったところです。

具体的に言うと、市内の空き家の実態調査で（資料19）、市内の民生委員さんにご協力をいただき、地図を持って、ここは空き家と思われるところに丸をしていただきました。

２次調査では、地元の有明高専建築学

科の鎌田先生に協力をいただき、外観詳細調査を行いランク分けをしました（**資料20**）。老朽度調査は、A、B、C、Dの４段階に区分しています。結果は、市内に空き家が2,853戸あり、割と使える空き家がAとBランクの約1,000戸ありました。今回の調査では、空き家といってもマンションはカウントしておらず、戸建てを中心にリストアップしています。

空き家活用では、住まいというのが1つの選択肢でもありますが、住宅以外のサロンで使うなど、色々な使い方が考えられると思っています。

市民啓発活動としては、セミナーを開催したり、有明高専の学生さんとワークショップを行い、その中で様々な空き家の活用方法について意見を出してもらったり、また、一緒に現場の改修工事をしてもらうなど、コラボレーションをしながら地域住民の方も含めて活動しています。ただ、サロンをしたいと言うだけではだめで、サロンを運営する地域住民の力がものすごく大事になってきます。地域住民の高崎さんや、先ほど猿渡さんが紹介してくれた「NPO法人しらかわの会」の皆さんに全面的に協力していただきながら、11月以降ぐらいにサロンをスタートしていきたいと考えているところです。

住情報システムは、ウェブ上で空き家等を検索できる仕組みをつくるとともに、チラシで市民の皆さんやケアマネさん、施設の相談員さんたちに対して、空き家の情報募集をお願いしています。

地域で暮らし続けるために人に向き合う支援

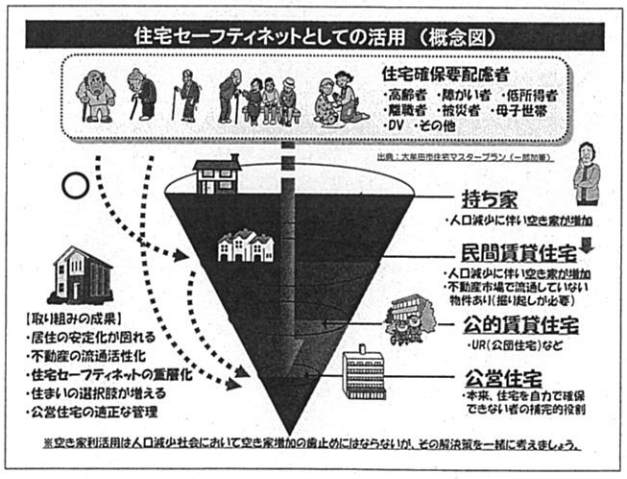
ハード整備や空き家バンクといったものがありましたが、受け皿を整備しただけではこれからは機能しないと思っています。高齢者や障害者の生活ニーズ、暮らしのニーズを的確に把握し、施策に反映することが大切だろうと思います。

団塊の世代が75歳になる2025年は、恐らく今以上に介護や医療ニーズが増えてきます。そして、在宅生活、在宅介護の増加も予想されるのではないでしょうか。住宅部局が住宅だけではなく、もう一歩踏み込んで、福祉部局の人たちと連携していくことが重要になってきます。

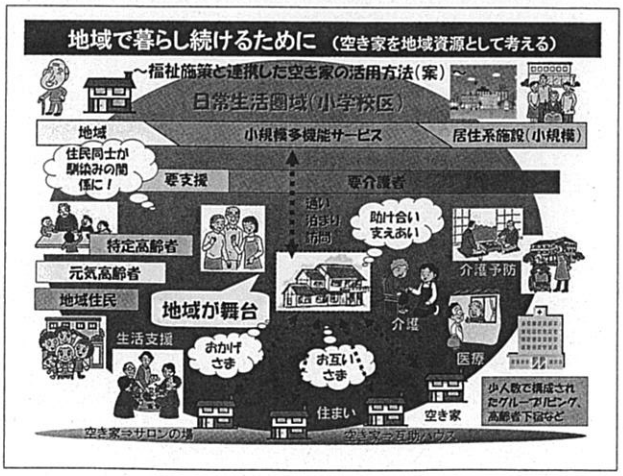
人口減少のスピードと空き家のスピードは全く違っていて、空き家の利活用、サロンに活用しただけでは、根本的な空き家増加の歯どめ策にはならないと思います。使える空き家が今以上に老朽化しないための予防策のひとつとして取り組めたらいいと思います。大きなことはできませんが、１戸１戸きちんと予防策に取り組みながら、地域資源として活用できたらと考えているところです。

最後に、ひとり暮らしの高齢者や障害者が増加する中、住宅セーフティネットという視点では、安心して住宅を確保できる支援の仕組みが必要だと思っています（**資料21**）。また、今日は住宅部局の皆様も全国からお見えだと思いますが、住宅という箱を見るだけではなく、どちらかというと人をきちんと見てから、自分たちの住宅施策はどうあるべきかを考えていただけると、その町がもっともっと楽しくなってくるのではないかと思っています（**資料22**）。

では、次の中尾先生にお渡しし、安心して住宅を確保できる支援の仕組みのお話をしていただきたいと思います。



資料21



資料22

＜平成26年度高齢者住宅担当者研修会（高齢者住まいシンポジウム）より＞

Ⅴ．誰もが、住み慣れた地域の中で安心できる暮らせる“住まい”のために

大牟田ライフサポートセンター　理事長　**中尾　哲郎**

高齢期における住まい方

「大牟田ライフサポートセンター」理事長の中尾でございます。ちょうど１週間前に県の認証がおり、この度NPO法人となりました。

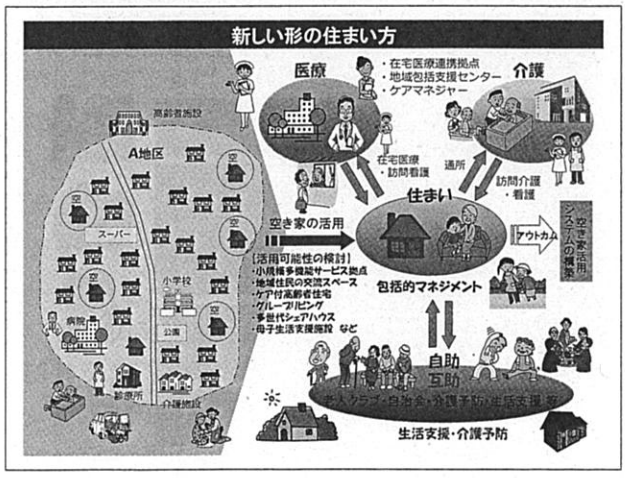
多少重複する部分があると思いますが、高齢期における住まい方を考えてみたとき、再三出ているように大きく分けて、自分の家で住む、高齢者施設で住む、という２つの選択肢があると思います。どちらの場合も、自分でこれを選んで住むということが大事だと思います。自分の家から高齢者施設に移るということもあるし、高齢者施設からさらに状態がよくなって自分の家に帰るということもある。自分の家がある場合も、家族構成が以前は４人、５人で住んでいたものが、今は１人、２人の家族が多くなったわけです。そうすると、独居になると広い家は要らないし、家賃の安い家に住みたいということもある。そういう声にきちんと対応できるような状態でなければならないと思っています。

地域の中での住まい方を考えたとき、沢山ある空き家の利用も、今後は十分考えていくべきではないかと思います（資料23）。

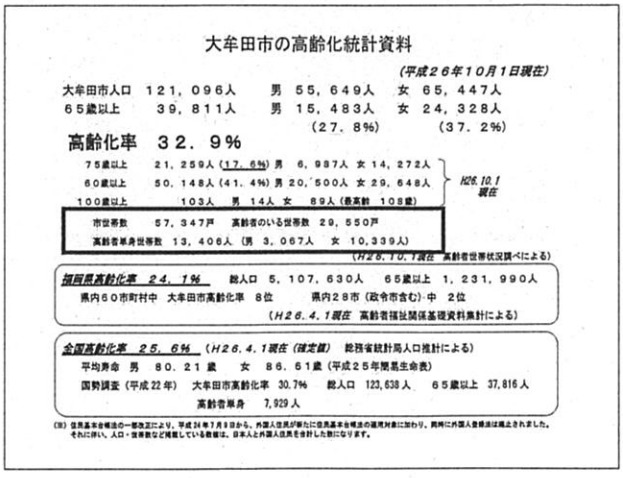
ここで、大牟田市の高齢化統計資料を見ていただきたいと思います（資料24）。大牟田市の人口は、現在約12万1,000人です。私が大牟田に事務所を移したのが約20年前ですから、２万5,000人も減ったという状況です。65歳以上の高齢者は約４万人で、高齢化率は32.9％です。福岡県内高齢化率や全国高齢化率が出ていますが、大牟田市は突出して高いということです。特徴的なのは、市の世帯数が約５万7,000戸ありますが、高齢者のいる世帯数はその約半数、さらに高齢者の単身世帯数は１万3,406人と、全世帯数の４分の１に当たるということです。

森田先生のご講演で夕張市のお話がありましたが、大牟田市も夕張市以上に単身の世帯が増えている状況です。

そこで、先ほどの高齢の問題と絡んできます。ひとり暮らしの高齢の方が、生活する上で悩むことがあります。例えば、健康の問題。病院や医療・介護の問題。病気になったらどうしよう、認知症になったらどうしよう。さらに高齢期の収入をどうしよう。年金だけで足りるのか。誰か手当てはしてくれないのだろうか。さらにひとり暮らしですから、消費者被害に遭うかもしれない。どうやって安全に生活していこうか。地域となかなか交流ができないということもある。そこに住んでいる住まいも、広い家、狭い家、それぞれあるかもしれないし、自分の住みたい快適な生活をどうするかという問題があると思います。



資料23



大牟田市の高齢化統計資料

（平成２６年１０月１日現在）

大牟田市人口　１２１，０９６人　男　５５，６４９人　女　６５，４４７人
６５歳以上　３９，８１１人　男　１５，４８３人　女　２４，３２８人
（２７．８％）　（３７．２％）

高齢化率　３２．９％

７５歳以上　２１，２５９人（１７．６％）男　６，９８７人　女　１４，２７２人
６０歳以上　５０，１４８人（４１．４％）男　２０，５００人　女　２９，６４８人
１００歳以上　１０３人　男　１４人　女　８９人（最高齢　１０８歳）
（H26.10.1現在）

市世帯数　５７，３４７戸　高齢者のいる世帯数　２９，５５０戸
高齢者単身世帯数　１３，４０６人（男　３，０６７人　女　１０，３３９人）
（H26.10.1現在　高齢者世帯状況調べによる）

福岡県高齢化率　２４．１％　総人口　５，１０７，６３０人　６５歳以上　１，２３１，９９０人
県内６０市町村中　大牟田市高齢化率　８位　県内２８市（政令市含む）中　２位
（H26.4.1現在　高齢者福祉関係基礎資料集計による）

全国高齢化率　２５．６％（H26.4.1現在（推定値）　総務省統計局人口推計による）
平均寿命　男　８０．２１歳　女　８６．６１歳（平成２５年簡易生命表）
国勢調査（平成22年）　大牟田市高齢化率　３０．７％　総人口　１２３，６３８人　６５歳以上　３７，８１６人
高齢者単身　７，９２９人

（注）住民基本台帳法の一部改正により、平成24年7月9日から、外国人住民が新たに住民基本台帳法の適用対象に加わり、同時に外国人登録法は廃止されました。それに伴い、人口・世帯数などに掲載している数値は、日本人と外国人住民を合計した数になります。

資料24

住みたくても住めない現状

ただ、住みたくても住めない人たちが多くいるという現状があります。高齢独居の方が家賃の安いところに住みかえる際、あるいは施設から自宅に戻る際に、もっと安い家、狭い家でも構わないが快適な家がないだろうかと探す。そのときに、実際にいろんな障害があります。新しい家を借りようとしたら、そこには保証人が要るといった問題が出てくる。貸す側からすれば、１人の世帯に貸すということは何かあったときに誰が対応してくれるのだろう、孤独死したときには誰が対応するのだろう、家賃の未納があったときにはどうやって回収するのだろうといった心配があり、家主側としても貸す条件が整わない。

ちなみに、これは大牟田市の状況でもありますが、現在、市営住宅の場合も、基本的には保証人がいなければ貸せないという状況にあります。年間10件ほど、保証人がいないために、入居を断念しなければならないという状況を聞いたことがあります。

さらにまた、独居で住んでいる場合には、体が弱ったときや病気になったときに病院に入ることもあるわけですが、身元引受人がいない、あるいは身元保証人がいないと、病院は入院をなかなか引き受けてくれないということもあります。高齢者の悩みは深いのです。

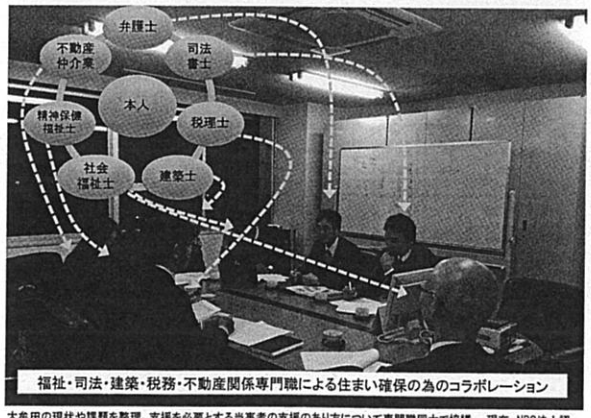
高齢者を支えるものとして、平成12年から成年後見制度というものがつくられました。ご承知のように、この成年後見制度は高齢や障害のある方で判断力が落ちた方を支援し、権利保護に努めるという機能を有していますが、後見人の基本的職務は、身上監護、財産管理であり、本人に対して保証したり、身元引き受けをするというのは義務化されておりませんし、また権利でもない。かえって、この成年後見制度を複雑なものしてしまうということになります。ですから、これも有効に使うことはできない。

NPO法人大牟田ライフサポートセンターの立ち上げ

そこで私たちは、住宅を必要としている人に対して、あるいは生活にいろんな悩みを抱えている人に対して、どのように支援をしていくかを考えました。専門家たちが集まり協議した結果、支援していくためのNPO法人を立ち上げることにしました（**資料25**）。

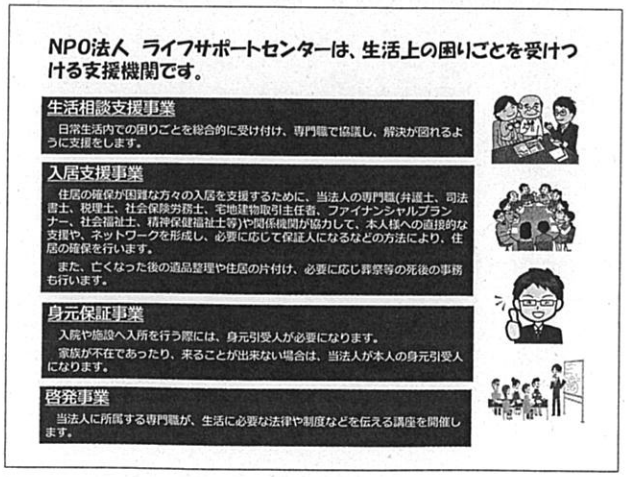
サポートセンター事業の主なものは４つあります（**資料26**）。１つ目は、生活相談支援事業。日常生活内での困り事を総合的に受け付け、専門職で協議して対応し支援する。２つ目は、入居支援事業。先ほどお話ししたように、住宅の確保を必要としている人にきちんと保証し支援していく。もし亡くなった場合でも、今後はその遺品の整理や後片づけも考えていくべきということで、対応していく。３つ目は、病院や施設に入る場合の身元保証事業。独居の方や保証が必要な方について支援をしていく。４つ目は、講座開催などの啓発事業です。

サポートセンターの会員は、大きく分けて３つあります。１つ目は、これを支える正会員です。２つ目は、サポートセンターの趣旨に賛同し支える賛助会員というものです。実際のご利用者は、協力会員になっていただいて、私たちがこれ



大牟田の現状や課題を整理。支援を必要とする当事者の支援のあり方について専門職同士で協議。 現在、NPO法人認可手続き中。要援護者（本人）に必要があれば、賃貸契約の身元引受、連帯保証人、緊急連絡先になる。

資料25



NPO法人 ライフサポートセンターは、生活上の困りごとを受けつける支援機関です。

生活相談支援事業

日常生活内での困りごとを総合的に受け付け、専門職で協議し、解決が図れるように支援をします。

入居支援事業

住居の確保が困難な方々の入居を支援するために、当法人の専門職(弁護士、司法書士、税理士、社会保険労務士、宅地建物取引主任者、ファイナンシャルプランナー、社会福祉士、精神保健福祉士等)や関係機関が協力して、本人様への直接的な支援や、ネットワークを形成し、必要に応じて保証人になるなどの方法により、住居の確保を行います。

また、亡くなった後の遺品整理や住居の片付け、必要に応じ葬祭等の死後の事務も行います。

身元保証事業

入院や施設へ入所を行う際には、身元引受人が必要になります。

家族が不在であったり、来ることが出来ない場合は、当法人が本人の身元引受人になります。

啓発事業

当法人に所属する専門職が、生活に必要な法律や制度などを伝える講座を開催します。

資料26

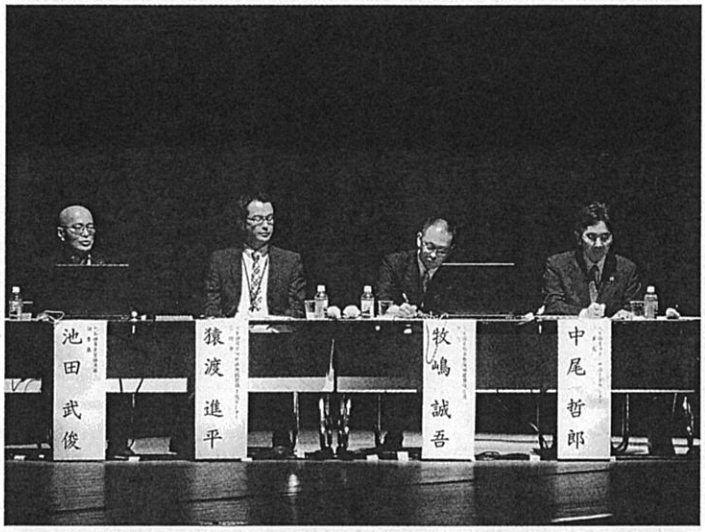
＜平成26年度高齢者住宅担当者研修会（高齢者住まいシンポジウム）より＞

を支援していくということになります。

これからの課題ですが、私たちはNPO法人を立ち上げました。しかし、今後、世の中には孤立する人がどんどん増えていくだろうと思います。保証人がいない、あるいは身元引受人がいないというだけで、地域に住み続けることができなくなるというのは、余りにも寂しいことではないかと思います。ですので、地域の活性化、お互いの相互支援も考えていきたいと思っています。

私たちは、入居支援のシステムをつくるのですが、この取り組みによって全ての生活支援が完結するとは考えていません。皆さんと情報を共有し、支援体制を構築していき、良いものにしていきたいと思っています。

最後に、私たちが考える保証は、借家契約とか身元引き受けだけではありません。本人の暮らしやすさ、安心して暮らせる環境整備だと考えています。そして、私たちが高齢になっても、自分たちの地域で、住みやすいまちづくりを皆さんと取り組んでいき、安心して生活していきたい。そういう場に、「大牟田ライフサポートセンター」が寄与できれば幸いだと考えています。以上です。



大牟田市実践事例発表者４名（左から池田氏、猿渡氏、牧嶋氏、中尾氏）

Ⅵ. 事例発表　まとめ

○園田　発表者の皆様、ありがとうございました。何と見事なリレートークだったでしょう。私の隣は、今日のリレートークのサポーターの小山さんで、本拠地は長岡です。今日の大牟田のリレートークをお聞きになって、また、最近あるいはこれまでのご自身のお仕事などと重ね合わせて、いかがでしょうか。サポーターとして自由にコメントしていただけたらと思います。

○小山　皆さん、こんにちは。小山です。

お聞きしていて思うのは、うらやましいなということがまず第一声です。何だかんだ言っても、ポイントは、まちづくりをしようとしており、そのマネジャーが行政だというのは強味です。通常は、取りまとめる力がないところで右往左往するわけです。こちらでは行政主導で、それがお役人仕事じゃなくて、同じ目線で一緒に動く。うまくマネジメントしているという感じを受けます。

大牟田市の地域目線でのまちづくり　可視化したマネジメント

認知症対策から入ったのはうまいなと思います。可視化しているからです。専門職が密室の会議室で物事を決めるのではなく、住民の皆さんと一緒に行動する。見える化というのは、すごく大切なことだなと改めて思いました。

私も30年ぐらい前から色々とやっておりますが、町で行う親子車椅子ラリーというものがありまして、小中学校の子どもたちと親御さんのペアじゃないと参加できないようにしている。参加すると100円ショップの賞品を上げる。子どもはそれにつられて、親を無理やり連れ込んでくるという仕組みです。すると、ある時老人クラブからクレームが入ったのです。これがまたいいクレームで、子どもたちが何十人も町の中を車椅子を引いて歩いている、何事だと。改めて内容を聞くと、車椅子に乗るのは自分たちのほうが先だから、自分たちにさせろと。将来、車椅子に乗るかどうかわからない子どもたちよりは、自分たちは年寄りだからすぐに乗るぞと。つまり、自分たちに

させてくれ、教えろというものでした。

その後、結局老人クラブ用というのもやりました。

こんなふうに、外で市民の皆さんの前で何かをするというのは、見える化で、皆さんが理解しやすいのです。

大牟田も見える化で、すごく広がりがいいのだなと思って聞いていました。

大牟田市のさらなる未来　サービスの畳み方の時代へ

あと、人口が20万人から12万人に減少したことは、逆にいいことだったのではないかと思いました。スープやシチューは煮込むと量は減りますが、おいしくなる。人口減少がすごいスピードで起き、高齢化が突出している。多分、濃く熟成したんのではないかと。そういった意味で、産業も変わって人口が縮まったときに、逆にいい結果を生んだのではないかという感じを受けています。もう1つ、サービスとして「小規模多機能型居宅介護」が、国の2025年度の予定数をしっかりと完成させているということは、全国よりもすべてにおいて早く進んでいるということです。また一方で、それを聞きながら思ったのは、20年、30年先を歩いている大牟田は、縮むスピードも20年、30年先をいくということです。畳み方の時代が来るのも早いのではないかという感じがします。

実践事例を聞く、園田氏、小山氏

今、大牟田で2025年用に向けた整備がされていますが、全国が2025年になってやっと整備されたとき、今度は大牟田が人口5万人ぐらいになっていて、サービスがあちこちに余り始める。それをどう転換するかという時代がいずれやってくると思います。

私のいる長岡市でも、5年ぐらい前からサービスの畳み方という話し合いをしています。その時になってから畳むというのは、とてもじゃないが無理です。時間をかけて畳み方の準備を今からやらないと、人口は減っているし、もう少しすると団塊の人も減り始める。団塊の人が減り始めるのは、人口構造を見てもらうと、脅威のスピードだというのはわかりますよね。団塊の方はほんの2～3年の薄い層で突出しているだけですから、その後は人口抑制や色々なことがあって激減していきます。団塊ジュニア世代までの間に、ウエストがキュッと締まるぐらい人口が減るのです。

それに向かって、全国より20年、30年先に早くチャレンジするエリアだと思います。現在はサービスの広がり方の部分で勉強させてもらっていますが、いずれ皆さんはその畳み方の勉強にやってくるのではないかという気がします。

そういった場合に、先程の空き家がキーポイントになる。鉄筋の建物はつくってしまうとなかなか壊せない。40年、50年もつような仕組みで物事をつくるのは、今は危険行為にしか見えないし、実際畳めないのではないかと思います。

私は団塊の次世代ですが、団塊の方に次のような無茶を言って、いつも非難されるのです。

これからは団塊の方が少し増えるので、物をつくらなければならないのは事実ですが、2～3年で畳むことになる。早く畳める方法でと考えると、空き家どころではなくビニールハウスが一番いい…という話です。すぐに、しかも安くつくれて、またすぐに畳める。本来、こういう仕組みを考えないといけないと思います。今は広がり続ける社会ではなく、縮小に向かっている社会なのですから。

そういった畳み方といったときに、空き家がどんどんできているのなら、その活用は絶対必要だと思います。

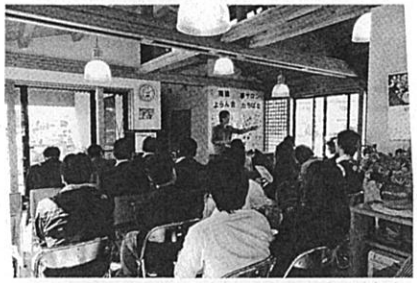
また、空き家を使うのと同義語で、人間は生活を全部支えないと生きられないのです。きれい事を言っても、御飯が3日に1回では生きられないし、夜中に放置されていては生きられない。家があるだけでもダメです。一方、施設は休むことがないわけです。空き家が使えるかどうかというのは、実はフルタイム、フルサービスがきちんとあるかどうかということです。それで言うと、大牟田は「小規模多機能型居宅介護」がしっかり整備されている。きちんと空き家が使えるような設計になっている。それが凄いなと感心して聞いておりました。あとは、どうやって畳むのかという問題です。それはまた今後、教えてもらえればと思っております。

＜平成26年度高齢者住宅担当者研修会（高齢者住まいシンポジウム）より＞

～ 大牟田市の取り組み事例「平成26年度高齢者住宅担当者研修会」視察先施設の一部より“南橘市営住宅” ～

公営住宅に隣接するケアタウンたちばな全景

地域見守り活動 ベランダに青いタオルを掲げる



地域交流施設にて「南たちばなよらん会」の説明を聞く視察参加者

大牟田発。種が地域に根付き豊かに花開くために

○園田　とても鋭いコメントがありました。今、小山さんからマネジメントという言葉が出てきましたが、行政、市民が同じ目線で、様々な問題を含め解決方法を見える化で共有化していく。そして、最後は剛速球が来ました。これからの、次の次。畳み方をどうするかという投げかけがあったかと思います。

もう１つ、本日研修で来られた方は、住宅に関心がある方が多いと思います。住宅という箱は前に出てはいけなくて、むしろ支える側にあり、その支える側の中に、先程から植木鉢の土に例えているような、24時間365日生きることを支えるものがないとだめなのです。大牟田が物すごく戦略的なのは、結果としてそうなったのか、仕掛けたのかはわかりませんが、「小規模多機能型居宅介護」だけでなく、地域交流センターもあわせているということが一番凄いという重要なご指摘があったと思います。

また、重要なのは、先ほど前座をやらせていただいたときに、大牟田発の花開いたきれいな花々から種が飛んでいき、全国のそれぞれ土が違う様々なところで、ご当地の花が咲くと言いました。そのために、まずは何をすればいいのかということを一言ずついただき、締めくくりたいと思います。

○池田　今、認知症の人と一緒にソフトボールの練習をし、「九州ファイア」と名づけて頑張っております。病気になっても何もできないのではなく、一緒にできるということを体験しているところです。

○猿渡　先程園田先生が示された資料で、白川先生がつくられたものがありました（前述資料18）。まさにこの絵だと思います。こういった合意形成を生む場所も、かた苦しい会議室ではないと思います。大牟田ではよく飲み会、懇親会をやり、そういったところで出る突飛なアイデアが、地域の中ですばらしいものになっていくと思います。肩書きを捨てて、みんなでワイワイとやっていければ、色々なものができると思います。

○牧嶋　最後に一言。これからは、色々なことに同じベクトルに向いて汗をかくことが大事だと思います。住宅政策に携わる人たちは、同じ建築屋だけではなく、自治体の職員同士や福祉部局の人たちとも、もっと一緒に連携して、汗をかいたらどうかなということを提案いたします。

○中尾　私たちは皆さんに今後、この立ち上げたNPO法人を知っていただき、一緒に地域を支える１つの資源として活用していただきたいと思っています。

○園田　皆様方、いかがだったでしょうか。大牟田の４名の方々のリレートークでした。高齢者住宅財団の髙橋理事長は、最近よく「合力（ごうりき）」と言われますが、本日のリレートークは、１＋１＋１＋１＝４ではなく、まさに合力で無限大でありました。しかも、この舞台に立っている方だけではなく、大牟田市の色々な方々がこの会全体を下支えてくださっている。大牟田の合力力（ごうりきりょく）を感じ取れるセッションだったのではないかと思います。

では、次のパネルディスカッションにバトンを渡したいと思います。皆さん、どうもありがとうございました。

平成２７年８月３日　第１回
認知症地域支援体制推進全国合同セミナー
認知症介護研究・研修東京センター

限られた資源の中で認知症地域支援体制づくりを効率的に進めるための行政担当者の役割と工夫

市民とともに築く、南足柄市の認知症支援への取組み

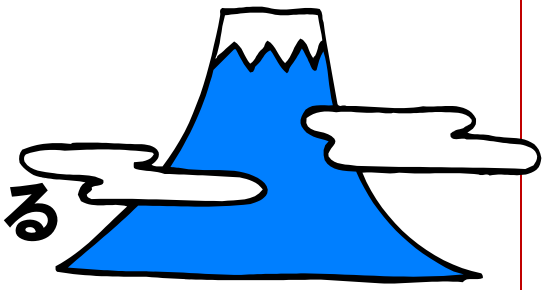
神奈川県南足柄市役所
高齢介護課　保健師　鳥居貴子

南足柄市

人口：４３，８４９人
高齢化率：２８．72％
（平成２７年６月末）

南足柄市

市が訪問看護ステーション
　　通所介護事業所
　　包括支援センター　　を持っている



地域包括支援センターは市の直営１箇所
　　委託1箇所（H27年4月～）

保健師配置　３名（1人育児休暇）

＊力を入れている事！！

○介護予防サポーター養成事業

○認知症地域支援事業

事業展開の中で見えてきたこと（平成１８年）

【老人保健事業～地域支援事業】

広報で参加者を募っての介護予防教室

→　半数くらいが前年度の教室参加者

１年を経過しての高齢者の変化

→　教室が終わると一人では体操が続けられない

　　体力測定データの低下

介護予防教室従事者の専門職

→　業務が増えて十分な介護予防活動ができない

　介護予防のボランティア養成をしたい！！

介護予防サポート隊の取組み

【事業の目的】

一般高齢者の運動機能を維持・向上し、転倒骨折や寝たきりを予防する。

【具体策】

高齢者が徒歩圏内で継続して通えるよう、地域の公民館を使って、ボランティアが介護予防教室を行う。

【背景】

・高齢化率　２８％
・高齢者世帯、独居世帯の増加
・介護保険給付費・医療費の増加

【介護予防サポーターの養成】

市が住民に募り、19年度より介護予防サポーター養成講座を開始。運動・栄養・口腔・認知症等介護予防に関する全9回の講座を受けたものがサポーターとなる。21年度に組織化し「介護予防サポート隊」へ。現在80名在籍。

介護予防サポート隊の活動

【介護予防のための体操教室】

＜一般向け＞
市の公民館講堂で開催。
65歳以上なら誰でも参加できる。
・下肢筋トレ
・ストレッチ
を中心にした体操

＜地区別＞毎年2箇所
地区の公民館で開催。
地区の住民対象。
・下肢筋トレ
・ストレッチ
・脳トレ等、地区毎にプログラム。

この教室の
継続支援

その他
【市の事業協力】

＜市の教室＞
・転倒骨折予防教室
・口腔機能向上教室
・認知症予防教室
・ウオーキング教室等の支援
＜老人クラブ＞
・体操指導　・体力測定

地区で行う介護予防教室

毎年２カ所の自治会を対象に
「からだ応援教室」（介護予防教室）を実施

打ち合わせメンバー、自治会長
地域福祉会長
老人会長
公民館長
市の職員
介護予防サポート隊　　等

打ち合わせ・地域の公民館での教室・
参加住民の声・教室終了後の地域とのつながり

自主活動の実績

（平成２６年度）

開催回数:398回

参加者延べ数:6，442人

サポート隊延べ数:1，307人

地域の教室の参加者

自治会（回覧）・地域福祉会・老人会の協力（声かけ）があり参加者２０～３０名

＊もちろん介護予防に関心の高い元気な方
＊公民館なら近いので歩いて参加できる
　膝の痛い方や下肢の弱った方
＊介護保険は利用したくない脳梗塞片麻痺の方
＊電動車椅子利用者
＊閉じこもりがちな独居の方
＊退職して居場所の不足を感じている男性

→　公民館だから気軽に参加できるという声！

地域住民からの声

・近所でも知らなかった人と友達になれた
・体力測定などを通して自分の身体を知った
・自分で自分の健康を守りたい
　弱点を維持・向上したい
　人と比べなくていいと思うと気が楽
・一人で体操できないが地域の皆となら出来る
　家にずっといる人にも声をかけ合いたい
・私が地域のまとめ役をやりましょう
　　（定年退職後の男性）
　→「家で暇そうだったのに最近イキイキしているわよ」（ｂｙその男性の妻）
・参加者から支援者へ（市民の役割）

地域の支援体制づくりに向けて

地域の介護予防教室では・・（近所のつながり）

→　雨が降れば近所の人が車で送迎

→　認知症の人には忘れないよう声かけ

＊利用の少なかった公民館の活用の一歩

集まるから困りごとが話せる

地域で支援を必要とする人には・・（できることから）

ゴミ出しに行けない

車がなくて出かけられない

地域によっては助け合いのメニュー作成

まだまだこれからですが・・・

積み上げたものを一歩として

支えあう地域づくり

もうひとつ・・・！

認知症地域支援事業

認知症地域支援
アクションミーティング
（平成２３年度スタート）

支援者の仲間づくり

認知症サポーター養成講座受講者・老人クラブの健康教育受講者・地域の民生委員・介護保険事業所・地域の医師
薬局の薬剤師　等

↓

皆さんとの意見交換
「それぞれの立場で考える、自分たちが出来ること」

↓

アクションミィーティング
という方法が効果的
という情報をキャッチ！

介護保険関係者の課題だけでなく、もっといろいろな立場の人と意見交換したら、もっと身近な課題が見えてくる？

声をかけるところから

（伝えたこと）

「認知症支援のこれからを考えるために
ちょっと集まって欲しい」

「ぜひ皆さんの意見を聞きたい」

（参加者）

医師・薬剤師・薬局の事務・企業・グループホーム職員・ケアマネ・市内病院の職員

地域ボランティア・民生委員・社会福祉協議会

市の職員（企画課・子ども課・福祉課）

包括職員・農協女性部・障害施設職員

→　口コミ参加ＯＫで参加者が増えています

基本の内容

認知症支援について

「今ある課題」
「こうなってほしい姿・イメージ」
「やってみたいこと」

この３つをワークシートを使ってグループワーク中心に
アクションプラン作成している
現在アクションの６つの柱が出来、取組みを
どの様に進めるかグループで動いている

出来ることから

アクションの一歩

〇誰からでも、どこからでも
初めてみよう

〇大きなアクションが目的ではないのです
身近な出来ることに踏み出したいのです

〇自分が関心のあるグループへ

南足柄アクションミーティング

わがまちアクション

笑顔でお互いさま

- 認知症の方やその家族で話を聴いて欲しい人がいたら教えて下さい。
- 認知症は特別なことではありません。

チーム名：笑顔でこんにちは

ワクワク楽しい南足柄マップ

認知症ってはずかしくないですよ。みなさんの力でフォローしていきましょう。
いろんな行事がありますので、皆で参加しましょう！！

チーム名：チーム　マップ

小さな輪から大きな輪へ！！

- 身近な施設を　いっぱい使おう！！
- 身近な施設を　相談窓口に（無料です）
- 身近な施設を　地域の交流の場にしていきましょう。

チーム名：コツコツ隊！！

家から一歩

家から一歩外に出ることで、新しい「人とのつながり」を楽しみましょう！！
- 違う視点から地域を見つめ直すよい機会になりましょう。
- 気軽に外に出れる地域にしましょう！

南足柄市のパワーを感じています。すごく住みたい街になってます。

チーム名：ひまわり

なんでも相談　よいしょくん

みなさんの悩み、不安なことについて、みんなで考えていきましょう。
安心して　生活できる・暮らしていく　ために！！

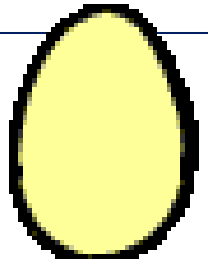
チーム名：かけはし　みなみ

みんなで耕す 金ちゃん農園

認知症になっても気軽に出かけて行ける場所
- 季節を感じられる、太陽を感じて汗を流せる
- 同じものを見て一緒に感動できる仲間がいる
- みなさんも一緒に汗を流しませんか

チーム名：金ちゃん農園

身近な出来ることから（メンバーへの投げかけ）



出来そうなことを考える場です

考えたけど、今とりかかるのは無理かな・・
と思ったら、あっちのグループに乗って、そこから
検討すればいいのかな？もありです。
検討したことが大きすぎて大変なら小さくしてください。
無理ならやめて、また振り出しに戻ってもいいのです。
何年もかけて作り上げていきましょう。
まずは「やってみよう」の提案を事務局からも！

みなさんへの提案！

アクションチーム、みんなで一緒に（合同で）
“みかん狩り”をしませんか！

実現イメージ

（平成26年10月アクションミーティング）
12月には、地元の美味しい「みかん」が旬を迎えます。
各アクションチームのメンバーの方と、そのご家族、お知り合い・・・
それぞれの“アクションを元気”にする「スペシャルアクション」として
みんなで、ちょっと一緒に「みかん狩り」ができたら・・・と考えました。
メンバーの中には認知症のかたと接した経験のない人も・・・
みんなで同じ空気を吸いましょう！

スペシャルプランに向けて、打ち合わせ！
三竹の小澤君の協力で実現！（26年8月の発言）
→　小澤課長が「うちの“みかん”鳥のえさになってる、よかったらどうぞ」
「完全無農薬だよ・・」
「うちの、みかん畑いいけど、小澤課長って言うのやめてね」

12月8日　晴天！
参加者、なんと50名！
小澤君ありがとう！！
小澤君は休暇で
妻とお出迎え
小澤くんが草刈り
小澤君が
焼きみかん準備

参加したみなさん

○アクションミーティングメンバー		20人
○認知症家族のつどい	ご本人	4人
	ご家族	8人
○グループホーム四季の丘	ご本人	4人
	スタッフ	3人
○グループホームすいふよう	ご本人	7人
	スタッフ	4人

計50名、内、ご本人15名

先ずは、みんなでラジオ体操～

車椅子で参加！

（いい枝ですな～）

『上を向いて歩こう」の合唱♪

「バスがよかった・・・」無事、到着

家に着いて・・・妻
「みかんこんなにたくさんどうしたの？お礼を言いに行かなくちゃ」

「こんなに重くて持ち帰れるかな・・・」

ちょっとやってみようの実現

もし自分が将来「認知症」になったら
私たちが高齢者になったら
こんなことが地域で出来たら・・
そんな一歩を楽しみながら始めてみましょう

横のつながりの楽しさ

この事業を始めて一番の収穫は！
皆さんと顔を合わせて話せる機会が持てた事
仲良くなれました
気軽に相談できる横のつながりが出来ました
まずやってみることの楽しさを感じました

地域事業のつながり①

平成22年度　ある地区の老人会長
市:「認知症サポーター養成講座」をしませんか
老人会長:　“認知症”なんてテーマは嫌だな、暗くなっちゃうよ
なんとか平成23年度講座実施
平成24年度公民館で「介護予防教室」実施（10日間コース）
（参加者の中に一人暮らしで認知症の方）
近所の友人
「毎回、声をかけて一緒に来るのよ（タイミング上手くなったのよ）」
「大変なときもあるけど友達だから旅行も行くのよ」
老人会長
「本人に老人会の役員がまわっても、自分たちがフォローしながら役員をやってもらっているよ」
「認知症の講座はいいね、みんなスグ忘れるから毎年でもやってよ」
“みんなでこの地域で暮らせるよう助け合わないとね”
“鳥居さんがそうやって教えてくれたんじゃない”

報告会（平成27年6月）

アクション“グループ発表”

アクションミーティング開始５年目

２つのアクション紹介

「なんでも相談　よいしょくん」

「みんなで耕す　金ちゃん農園」

「なんでも相談よいしょくん」の取り組みについて

認知症アクションミーティング

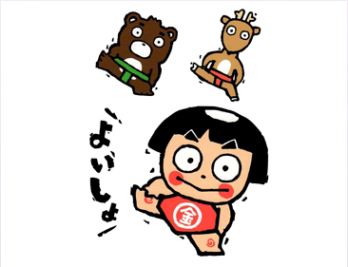
グループ“かけはしみなみ”

“かけはしみなみ”のメンバー

●北小田原病院	地域連携室（広報担当）
●小田原薬剤師会	薬剤師
●草の家	ケアマネージャー
●富士ﾌｲﾙﾑ健康保険組合	健康管理士
●市地域包括支援センター	社会福祉士、看護師
●南足柄市社会福祉協議会	ケアマネージャー
	地域福祉・ボランティア担当

“かけはしみなみ”のメンバー

「なんでも相談よいしょくん」ネーミングの由来



★「よいしょくん」 南足柄市の公式マスコットキャラクター

南足柄市民にとって親しみやすく、耳に残るようなネーミング

★「なんでも相談」

気軽に、幅広い、相談にのることができる、よろず相談。

認知症の事以外にも、身近な生活上の困りごとなど・・・

企画その1　定期的な「なんでも相談よいしょくん」

・各団体の協力を得て、年間計画に基づいた**出張相談会**

身近な地域を想定し市営の公民館や地域のサロン活動を活用して、
専門職（医療、保健、福祉）を派遣する。

・相談だけでなく、**知識や情報を得るための“講座“**とセットでの実施

・認知症の方、小児同伴の方に託老・保育等の対応ボランティアを確保

企画その1
「定期的な　なんでも相談よいしょくん」の具体化

定期講演会及び相談会

①内　容　　医療・保健・福祉の※専門職による講演会と相談会

②日　時　　平成27年　6月・10月・2月の3回（予定）

③場　所　　保健医療福祉センター　健康学習室

④講　師　　6月 北小田原病院　10月 小田原薬剤師会　2月 南足柄市社会福祉協議会

⑤相談員　　精神科医師、看護師、薬剤師、精神保健福祉士、社会福祉士、ケアマネ等

⑥周知等　　市役所・社協広報、チラシ等を公共の窓口・薬局に設置、病院窓口設置

健保組合での情報提供により周知　　申し込み先：包括支援センター

実施までのながれ

①ｱｸｼｮﾝﾐｰﾃｨﾝｸﾞ ＋臨時の企画検討会を開催

- 相談員の調整
- 相談会の進め方など
- “周知用のチラシ、アンケート用紙”
  かけはしみなみのメンバーが作成
- 役割分担、周知方法、申し込み方法

②市役所広報への掲載

③メンバーの関係する機関への周知

④事前打ち合わせ会の開催

- 当日の役割分担、タイムスケジュール、会場設定など

参加無料　申込制

第１回「認知症講演会」及び「相談会」

■日時　６月 17 日(水)

午後２：00～午後４：00 まで

■会場　南足柄市保健医療福祉センター

住所：南足柄市広町 48-1

TEL :0465-74-3196

『認知症の基礎知識』 午後 2:00～2:45

講師：北小田原病院　精神科医長　中村　慎一 医師

『医療・介護の専門職による相談会』 午後３:00～4:00

相談員：精神科医師、薬剤師、看護師、精神保健福祉士、ケアマネジャーなど

※相談員のご希望を申し込み下さい

―交通のご案内―　伊豆箱根鉄道大雄山線

「大雄山駅」または箱根登山バス「関本」から 徒歩７分、駐車場 有り

《申し込み先》

５月 21 日（木）から６月８日（月）直接または電話で

会場の都合上、参加されたい方はあらかじめ下記へ電話申し込みをお願いします

南足柄市地域包括支援センター

☎0465-74-3196

「第１回　認知症講演会」の様子

当日の参加者

・講演会　　79名（募集定員30名）

　内訳　一般　　62名

　　関係機関　17名

・相談会　　8名

相談会　相談員

医　師

精神保健福祉士

薬剤師

認知症認定看護師
（＋病院看護師長）

ケアマネジャー

今回の企画を振り返って　“協働”が作り出す力

・身近なところで情報を得る、相談できる機会をつくることが、地域住民の方々の悩みや不安を解消することにつながることを実感。

・多くの専門職に協力をいただいたことにより、幅広い悩みや相談に対応することができた。これは、協働することが生み出した一つの成果であった。

・相談者の悩みや不安は多岐にわたり、また複雑化してきている。
このような多問題の事例が増えてきている中で、医療・保健・福祉に携わる人たちがそれぞれの得意分野で連携・協働し、問題にアプローチしていくことがますます重要になってきている。
今回の企画のような連携を積み重ねていくことが、常日頃の業務の中でのスムースな連携につながり、地域住民の不安や悩みへの対応、予防的なアプローチにもつながっていくと強く感じた。

今後の目標

地域の薬局等を活用した「なんでも相談よいしょくん」

目　的：地域の中の身近な薬局の薬剤師や関係機関が、高齢者等の身近な困りごとの相談を受け付け、適切な社会資源につなげていく

方　法：相談をスムースに支援につなげられる**“おつなぎマニュアル”**を作成する

おつなぎマニュアルのイメージ

- お悩み別に、フローチャート形式で関係機関に導くなど、解決方法を表す
- 関係機関等の連絡先を一覧表にして表す
- マップなども取り入れる
- 一般住民も気軽に活用できるような**“おつなぎマニュアル”**

・相談を受付けられる薬局に、ステッカーや看板をつくる

「みんなで耕そう　金ちゃん農園」

（目的）

「認知症になっても気軽に出かけられる場所」

「季節を感じられる場所」

「太陽を感じて汗を流せる場所」

“同じものを見て一緒に感動できる仲間がいること”

メンバーの活動

空きの場所を借りて農園作成を計画（２６年８月）

　来年の夏に収穫が出来れば・・・

草むしりを実施（２６年１０月）土が固く、雑草が多い

草むしり（２６年１２月～２７年２月）土作りが出来ない

　メンバーがケアマネ中心で年度末～新年度活動できず

２６年６月報告会・・・本当なら収穫なのに何も出来ていない

→　自分たちの地域で出来ることの方向性を考え

　直さないと！（気づき）

地域事業のつながり②

農協女性部
　高齢介護課長へ「きんたろう体操」のDVD
　を貸して欲しい。（農協のイベントで使いたい）

そうだ！
“金ちゃん農園チーム”のメンバーの助言者に
なってもらえませんか？
「ちょっと参加してもらえますか？」

平成２７年２月アクションミーティングから参加

YouTube 検索 | ランキング | アップロード

ご使用のブラウザでは YouTube をご利用できません。ブラウザの更新が必要です。詳しくは、こちらを

きんたろう体操～コンディショニング版～

きんたろう体操～コンディショニング版～ チャンネル登録

グッド！ 問題を報告 323 回再生

突然連れて行かれた事務の人
畑はどうなってるの？
苗が余ったから使
う？
畑予定地
5月18日
（月）

去年の夏に耕した畑

ミニトマト
ピーマン
（赤・黄）
こんなに！
かぼちゃ
フォックスフェイス
どこに植える？
いい土がないな・・・
レインボー菜

土とプランター集め

鳥居「ちょっと1時間打ち合わせに行ってきます」
包括メンバー「植えなくちゃね」
1時間後「わ～すごい」

４日後の「認知症家族のつどい」
二十日大根
５月22日（金）

水やりもコツが
あるんだよ

いいですね！
ビールに合いそう！
ししとう料理はね・・

いよいよ収穫！（初回６月１６日）

あら、何かしら？
二十日大根だね

出来てるのか
な？

トマト赤くなってるな・・・
南足柄

ししとうも、いっぱい出来てる！
花もかわいい！

今日のおかず何に
しよう・・・

こんなに、たくさん
収穫楽しい！

支援者も“気づき”が大切

誰もが支援者！
試行錯誤しながら、少しづつ前に！
行政の音頭だけじゃ支援が狭い！

行政が大きな委託事業をお願いすると･･･
　　委託料が少ない･･･
金ちゃん農園メンバー
　　自分たちのアクション企画の取組み
　　行政：５千円くらい使えるかも　→　そんなに！！！
“行政も支援者も市民も自分たちのためと思える大切さ”

金ちゃん農園チーム　その後・・・

今年度の報告会で、うまく農園が出来なかったこと
今後どのように取組みをしていったら・・
この思いと、
他のグループすごい！
私たちは何がやれるのか・・
　鳥居）　また次回８月のミーティングで検討しよう
６月末　グループで集合
→　次のミーティングまでの宿題を出し合って
“私たちに出来ること”をもう一度見直し
・収穫祭　→　農協などに各自時間が空いたときに情報収集

メンバーは声をかけ合って

民生委員

はじめは役員２名　→　地域に必要なミーティングだよね、

もっと希望者募ってみるよ　→　地域福祉会へ

薬剤師

何かオレンジプランにむけて私たちが出来ることありませんか？

病院職員（市内病院２箇所）

市の窓口に来られたときに、すかさずチラシ紹介

病院職員　→“障害者施設が行うカフェ”の職員　誘ってみました

わが町アクションにおける市の役割

市民、地域で働くケア関係者が意見を出し合い、身近に出来ることのステップの支援

- 集まる機会の提供（情報共有の場作り）
- 地域の情報の発信

→ 自分たちに何ができる？（意識変容）

- グループで企画するアクションの支援（見守り）
- アクションの実施（グループ応援！）

→ 自分たちが考えた企画実現

- 次のアクションへの流れ（ちょっと軌道修正）

→ 仲間作り支援

- 市も地域にでて仲間作りの視野を広げる

“一人ひとりが将来に向けて考えていく横のつながり”

制度が変わりますが・・

新しく実施する（しなければいけない）事業に
振り回されない
制度が変わる時期だからこそ見直すことの必要性
根をしっかり作る地域づくりを目指して
地域をもっともっと知り仲間作りで発展

理解者である課長に感謝して日々活動！

認知症地域支援体制づくり

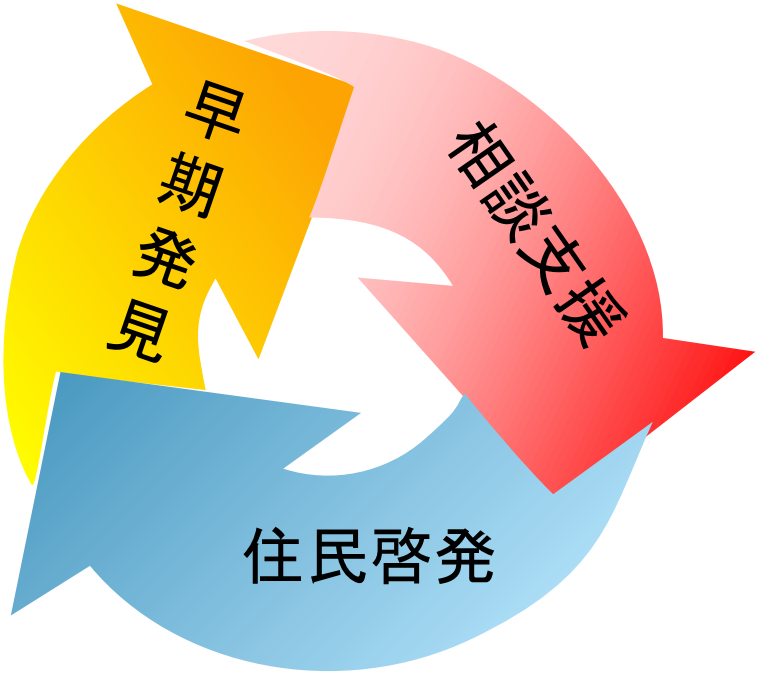
アクションミーティングから見えたもの

南足柄市高齢介護課
H27. 8. 3

南足柄市の認知症支援

☆　初期段階で支援

- 地域住民への啓発
- 相談・支援（早期受診）体制の強化



アクションミーティング成果の事業化

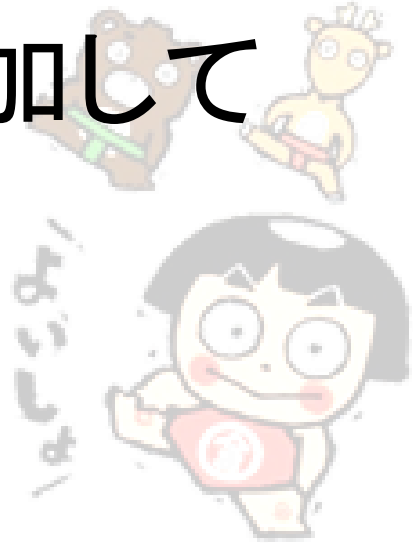
「なんでも相談よいしょくん」

① 認知症講演を聞いた後に相談会を開催

② 地域の薬局等を活用した
「なんでも相談よいしょくん」

地域の中の身近な薬局の薬剤師や関係機関が、高齢者等の身近な困りごとの相談を受け付け、適切な社会資源につなげていく

アクションミーティングに参加して



◆参加理由

- ●福祉に関しては素人
- ●介護職員等の生の声を聞きたい（現場を知る）
- ●課長という立場を離れ、できることは何

平成２７年８月４日　平成２７年度第１回
認知症地域支援体制推進全国合同セミナー
認知症介護研究・研修東京センター

認知症施策を着実に展開するための「行政担当者」と「多様な資源」との連携・協働のプロセス

宇都宮市　保健福祉部　高齢福祉課

ご存知ですか？「宇都宮市（うつのみや）」

- 総人口
  ５１９，９０４人
- 高齢者数(率)
  １１７，２３８人(22.6%)
- 後期高齢者数(率)
  ５２，１１３人(10.0%)
- 要介護等認定者数(率)
  １８，３５７人(15.3%)
- 日常生活圏域
  ２５圏域

※平成２７年３月末現在

「宇都宮市」ってこんなところ❶

ミヤリー
宇都宮市のマスコットキャラクター
ゆる～く楽しく，時にはちょっと毒舌＆
ダジャレで宇都宮をＰＲ！

「愉快」がキーワード

今，宇都宮市は「愉快」をキーワードに，
楽しく愉快なまちへと進化し続けています！

住めば愉快だ宇都宮
UTSUNOMIYA

「餃子の街」「カクテルの街」「ジャズの街」

宇都宮といえば「餃子」が有名。
さらにカクテルやジャズを楽しめるし，
農業王国ともいわれるし，
一度来るだけじゃ堪能できないほどの魅力に満ちています！

「街コン」の発祥地！

新たな出会いの場として人気を集めている
地域単位の合同コンパ，通称「街コン」
その元祖が，2004年から宇都宮市で行われている「宮コン」
宇都宮市は「出会いの街」でもあるのです！

「宇都宮市」ってこんなところ❷

「宇都宮市」ってこんなところ❸

「宇都宮市」ってこんなところ❹

「宇都宮市」ってこんなところ❺

宇都宮の「愉快ランキング」

ミヤリーが
あらゆる
ランキングを
チェック！

1位 住みよさ度
安心度や利便度、快適度など5つの観点から、
人口50万以上の都市の中で住みやすさ1位に！
（東洋経済別冊「都市データパック2010年版」より）

1位 民力度
全事業所数や製造品出荷額などのデータから算出した経済指標が、人口50万以上の都市の中で1位！
（東洋経済別冊「都市データパック2010年版」より）

1位 サステナブル度
宇都宮は、経済発展と環境保全を両立させたサステナブル（持続可能）な都市である。
（「日経グローカルNo.91」（2008年）より）

2位 子育てにやさしい町
市民が安心して子どもを産み、
育てていけるまちとして注目を集めている。
（AERA with Baby 2009冬号）

1位 餃子の年間支出額（2013年）
2010年まで15年連続で日本一！　その後2年間王座を明け渡したものの、2013年に日本一を奪還！
（総務省　2013年家計調査品目別データより）

1位 イチゴ消費量
農業が盛んな宇都宮は、イチゴの生産地でもある。
とれたてのイチゴを宮っ子は愛してやまない。
（総務省　2011年家計調査品目別データより）

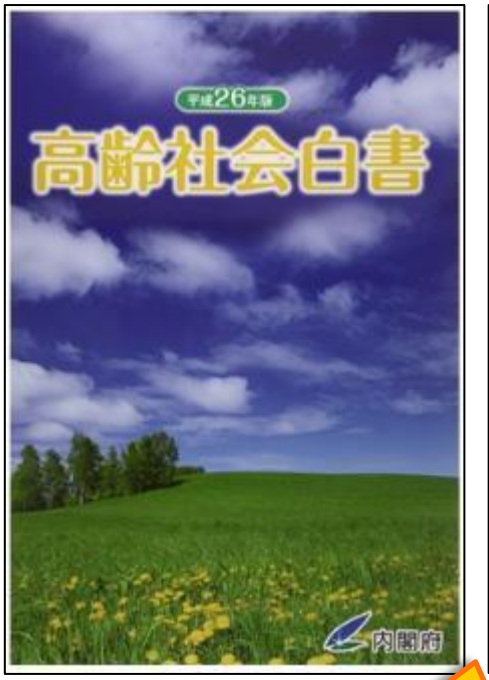
1位 ヨーグルト消費量
宮っ子は健康志向!?　毎日の食事にヨーグルトは欠かせない。ヨーグルト売り場は種類も豊富！
（総務省　2010年家計調査品目別データより）

1位 せんべい購入金額
せんべいも長年にわたり宮っ子に愛されている。
これこそ「宮っ子は歯が丈夫」と言われる証拠!?
（総務省　2011年家計調査品目別データより）

「とちおとめ」などの
いちご狩りも人気

宮っ子は週に何度も
餃子を食べるとか

「宇都宮市」ってこんなところ【認知症編】



NHK
認知症フォーラム
「地域で暮らす」

内閣府
平成26年度
「高齢社会白書」

「認知症の本人」や「その家族」を支えるための取組を着実に進めてきました。

宇都宮市の「認知症に関する取組」について

STEP1

リーディングプロジェクト
認知症高齢者対策の推進

宇都宮市にっこり安心プラン計画期間：Ｈ２１～２３年度
第５次宇都宮市高齢者保健福祉計画・第４期宇都宮市介護保険事業計画

STEP2

認知症高齢者等対策の推進に向けた
「理念」の明確化

「まちぐるみで認知症ケア」平成２３年３月策定
宇都宮市の認知症高齢者等対策

STEP3

重点施策
認知症高齢者等対策の充実

宇都宮市にっこり安心プラン計画期間：Ｈ２４～２６年度
第６次宇都宮市高齢者保健福祉計画・第５期宇都宮市介護保険事業計画

宇都宮市の「認知症に関する取組経過」❶

年　度	取組経過
平成15年　9月	宇都宮市痴呆性高齢者対策庁内検討会議の設置
平成17年１０月	宇都宮市認知症高齢者対策庁内検討会議の設置 ※「痴呆」から「認知症」への名称変更に伴うもの
平成18年　3月	第４次高齢者保健福祉計画・第３期介護保険事業計画において， 基本目標「安心して自立した生活の実現」に 「認知症高齢者対策の推進」を位置付け
平成19年１１月	認知症サポーター養成講座や認知症普及啓発事業費について， 平成20年度予算に計上
平成20年　5月	「認知症キャラバン・メイト市町村事務局」の設置
平成20年　6月	「認知症高齢者等対策庁内検討会議」の設置 ※　第５次高齢者保健福祉計画・第４期介護保険事業計画の策定にあたり， 認知症対策の検討を目的に構成組織を見直し
平成21年　3月	にっこり安心プラン（第5次高齢者保健福祉計画・第4期介護保険事業計画）に おいて，リーディングプロジェクトとして「認知症高齢者対策の推進」を位置付け

宇都宮市の「認知症に関する取組経過」❷

年　度	取組経過
平成２１年　６月	「地域支援体制構築等推進事業」に係るモデル地域に指定 （県内２市町：宇都宮市，（旧）大平町）
平成２１年　７月	「宇都宮市認知症高齢者等対策懇談会」の設置
平成２１年１２月	第1回　宇都宮市認知症高齢者等対策懇談会の開催 ※　議事　認知症高齢者等対策懇談会の進め方について 認知症を取り巻く現状と本市の認知症対策について
平成２２年　１月	「認知症に関するアンケート調査」の実施
平成２２年　３月	第１回　宇都宮市認知症高齢者等対策庁内検討会・検討班の開催 第２回　宇都宮市認知症高齢者等対策懇談会の開催 ※　議事　認知症に関するアンケート調査結果及び課題について
平成２２年　７月	第３回　宇都宮市認知症高齢者等対策懇談会の開催 ※　議事　認知症高齢者等対策における課題について 認知症高齢者等対策における施策事業について
平成２３年　３月	第４回　宇都宮市認知症高齢者等対策懇談会の開催 ※　議事　認知症高齢者等対策に関する報告書（案）について ・「宇都宮市の認知症高齢者等対策」の策定

宇都宮市の「認知症に関する取組経過」❸

年　度	取組経過
平成２３年　９月	「みんなで考える認知症月間」の創設(9月19日～10月16日)
平成２４年　３月	にっこり安心プラン（第6次高齢者保健福祉計画・第5期介護保険事業計画）において，「認知症高齢者等対策」を重点事業に位置付け
平成２４年　８月	・平成24年度第1回「認知症地域ケアネットワーク研修・意見交換会」開催 ・政策広報発行（認知症特集）
平成２４年　９月	「宇都宮市みんなで考える認知症月間」の実施(9月9日～10月6日)
平成２５年２・３月	平成24年度第2回認知症地域ケアネットワーク研修・意見交換会開催
平成２５年７・８月	平成25年度第1回認知症地域ケアネットワーク研修・意見交換会開催
平成２５年９・１０月	「宇都宮市みんなで考える認知症月間」の実施(9月15日～10月12日)
平成２５年１０月	・「宇都宮市まちぐるみで認知症ケア支援団体登録事業」実施要綱の制定 ・「認知症サロン（オレンジ・サロン）事業」の実施（県補助事業） （10月31日から道場宿町，田下町，宝木１丁目の市内３か所で開始）
平成２６年１・２月	平成25年度第2回認知症地域ケアネットワーク研修・意見交換会開催
平成２６年　３月	「認知症に関するアンケート調査」の実施
平成２６年　４月	「認知症地域支援推進員」の配置
平成２７年　３月	「認知症ガイドブック（ケアパス）」の作成

宇都宮市の「認知症高齢者等対策」の概要

●まちぐるみで認知症ケア
～宇都宮市の認知症高齢者等対策～

● 本市が果たすべき使命

認知症になっても住み慣れた家庭や地域で安心して暮らすことができるよう，医療・介護・福祉が連携したケア体制の充実を図るとともに，認知症に対する正しい知識の普及や理解の促進を図ることにより，未来に向かって「まちぐるみで認知症ケア」の実現を目指します。

● 将来像

- ○ 認知症について正しく理解されている
- ○ 認知症予防のための取組が着実に進んでいる
- ○ 早期発見・早期診断のための取組や医療・介護・福祉が連携したケア体制が充実している
- ○ 介護者への支援が図られている
- ○ 認知症の人やその家族が暮らしやすい地域になっている
- ○ 高齢者の権利擁護が図られている

宇都宮市の「認知症高齢者等対策」の概要

●まちぐるみで認知症ケア
～宇都宮市の認知症高齢者等対策～

認知症高齢者等対策における事業一覧および実施スケジュール

正常 → 認知症の発症・進行

予防 | 気づき | 早期発見・診断 | 専門的な認知症ケア

事業	事業スケジュール 平成21年度	平成22年度	平成23年度～	新規・拡充内容
1 認知症の正しい理解に向けた認知啓発の推進				
認知症啓発月間			● 新規	「認知症啓発月間」を設け、認知症サポーター養成講座などの啓発事業を集中的に実施する。
認知症サポーター養成講座			● 拡充	職域や学校での講座開催の充実を図り、子どもから高齢者までより多くの市民が受講できる認知症サポーター養成講座の展開を図る。
2 認知症予防の推進				
介護予防教室（はつらつ教室）	○ 継続			
通所型介護予防事業（げんき応援教室）			● 拡充	従来のプログラムに加え、新たに「認知症予防」プログラムを実施する。
訪問型介護予防事業	○ 継続			
介護予防講演会	○ 継続			
健康教育・健康相談	○ 継続			
特定健康診査（健康診査）	○ 継続			
老人福祉センター	○ 継続			
宇都宮市老人クラブ連合会・単位老人クラブ	○ 継続			
3 早期発見・早期診断のための仕組みの構築や医療・介護・福祉が連携したケア体制の充実				
認知症早期発見チェックリスト等の配布			● 新規	高齢者や家族等が早期段階で認知症に気づくことができるよう、「認知症早期発見チェックリスト等」を配布する。
基本チェックリストの活用	○ 継続			
脳ドック受診補助			● 拡充	後期高齢者医療制度被保険者に、「脳ドック受診に対する補助」を実施する。
医師会をはじめとする関係機関・団体と連携した支援体制の構築			● 新規	市民に身近な場所で認知症に関する相談や受診ができるよう、医師会をはじめとする関係機関・団体と連携した支援体制の構築を図る。
包括的地域支援事業（総合相談・支援事業）			● 拡充	地域包括支援センターを中心に、医療・介護・福祉が緊密に連携した切れ目のない支援体制の充実を図る。
介護従事者合同研修会の開催・支援			● 拡充	従来の研修会に加え、新たに、医療・介護従事者や地域包括支援センターなどの関係機関による多職種合同研修や講演会を開催する。
介護サービス提供基盤の整備推進	○ 継続			
4 介護者への支援				
介護保険に関する通知などを活用した情報提供の充実			● 拡充	介護保険に関する通知等を活用し、情報提供の充実を図る。
家族介護教室			● 拡充	介護知識や技術の習得に加え、新たに、認知症の人やその家族などが一緒に参加できるプログラムの提供を行う。
認知症の人を介護する家族のつどい・交流会の開催			● 拡充	認知症の人を介護する家族に身近な場所でのつどいや交流会を開催し、情報交換の場を広げる。
ひとり暮らし高齢者等安心ネットワーク事業	○ 継続			
高齢者等ホームサポート事業	○ 継続			
はいかい高齢者等家族支援事業補助金	○ 継続			
5 認知症の人やその家族が暮らしやすい地域づくりの推進				
認知症の人やその家族を支える地域ネットワークの充実			● 拡充	地域の関係者が連携を深めるため、新たに、地域資源マップの作成などを共同で行い、地域ネットワークの充実を図る。
地域包括支援センターの周知	○ 継続			
6 高齢者の権利擁護の促進				
成年後見制度利用支援事業	○ 継続			
成年後見制度など権利擁護に関する講演等の充実	○ 継続			
高齢者サービスのしおりなどを活用した周知	○ 継続			
包括的地域支援事業（権利擁護事業）	○ 継続			

（参考）宇都宮市にっこり安心プラン

第７次宇都宮市高齢者保健福祉計画・第６期宇都宮市介護保険事業計画
【計画期間】　平成２７年度から平成２９年度

【基本理念】

健康で生きがいを持ち、
安心して自立した生活を送ることができる
笑顔あふれる長寿社会の実現

【基本目標】

１	２	３	４
みんながつながり，支えあう地域社会の実現	健康で生きがいのある豊かな生活の実現	いつまでも自分らしさを持ち，自立した生活の実現	介護サービスの利用を通じた笑顔あふれる社会の実現

（参考）宇都宮市にっこり安心プラン

● 認知症高齢者等対策の充実

施　策	事業名
認知症の正しい理解に向けた周知啓発の推進	○　宇都宮市みんなで考える認知症月間事業の充実 ◎　認知症サポーター等の養成・支援の推進
医療・介護・福祉が連携したケア体制の充実	○　認知症初期集中支援チームの設置に向けた取組 ○　認知症支援医療・介護従事者合同研修会の開催・支援 ○　認知症ガイドブックの作成・配布 ○　地域包括支援センターを中心とした医療・介護従事者の連携強化 ○　認知症早期発見チェックリスト等の配布 ○　脳ドック受診補助
認知症高齢者やその家族が暮らしやすい地域づくりの推進	○　認知症サロン（オレンジサロン）の推進 ○　家族介護教室の開催 ○　はいかい高齢者等家族支援事業の実施

宇都宮市の「認知症高齢者等対策」の取組状況❶

● 宇都宮市みんなで考える認知症月間

認知症に対する正しい知識の周知・啓発

世界アルツハイマーデー記念講演会

毎週１回の街頭啓発活動

認知症ケアに携わる医療・介護従事者の連携支援

宇都宮市の「認知症高齢者等対策」の取組状況❶

● 宇都宮市みんなで考える認知症月間

宇都宮市が来月

認知症啓発へ独自月間

県内初、講演や養成講座も

【宇都宮】市は、認知症の啓発を集中的に展開する「宇都宮市みんなで考える認知症月間」を来月、独自に創設する。予防講演会や認知症サポーター養成講座などを実施し、認知症を自分や地域の問題として考える市民意識の醸成を促す。佐藤栄一市長が、25日の定例記者会見で明らかにした。（福田晴康）

啓発強化の対象期間は、世界アルツハイマーデー（9月21日）を含む週から1カ月で、本年度は、9月19日から10月16日まで。市などによると「月間」として設けるのは、県内自治体では初めて。

市によると、市内の認知症高齢者数は、2005年の約6500人から、15年には1万人に増えると予測され、今年3月にまとめた「まちぐるみで認知症ケア」などに基づき、啓発拡充の準備を進めてきた。

本年度の主な取り組みは、初日の19日に世界アルツハイマーデー記念講演（市文化会館）、28日には認知症の人を見守り支える認知症サポーター養成のための講座を市役所で開催するほか、サポーター養成講座の講師役「認知症キャラバン・メイト」のステップアップ研修なども予定している。所定の研修を受けて登録している市内の同キャラバン・メイトは約200人。横浜市から講師を招いて情報交換や交流を図る。

このほか10月には、医療や介護従事者、ケアマネジャーらを対象とした研修会なども予定。市高齢福祉課は「身近な問題として積極的に取り組んでいきたい」としている。

宇都宮市の「認知症高齢者等対策」の取組状況❷

● 宇都宮市みんなで考える認知症月間

認知症周知啓発パネル展＆相談会【平成２４年度～】

宇都宮市の「認知症高齢者等対策」の取組状況❸

○　認知症サポーター養成講座修了者数の推移

年　度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	累計
修了者数	3,268人	2,445人	2,026人	3,403人	20,600人

＊　平成２２年度以前の修了者数を含む

○　宇都宮市まちぐるみで認知症ケア支援団体登録事業（ステッカーの交付）

宇都宮市では，認知症になっても，その本人や家族が，住み慣れた家庭や地域で安心して暮らすことができるまちづくりに寄与することを目的に，認知症サポーターの養成に積極的に取り組む企業・団体に対し，認知症サポーターの存在を示すステッカーを交付する事業を行っています。

（参考）登録状況　８４団体　※平成27年3月末現在

宇都宮市の「認知症高齢者等対策」の取組状況❹

宇都宮市の「認知症高齢者等対策」の取組状況❺

●医療･介護･福祉が連携したケア体制の充実

認知症地域ケアネットワーク研修・意見交換会
【平成２４年度～】

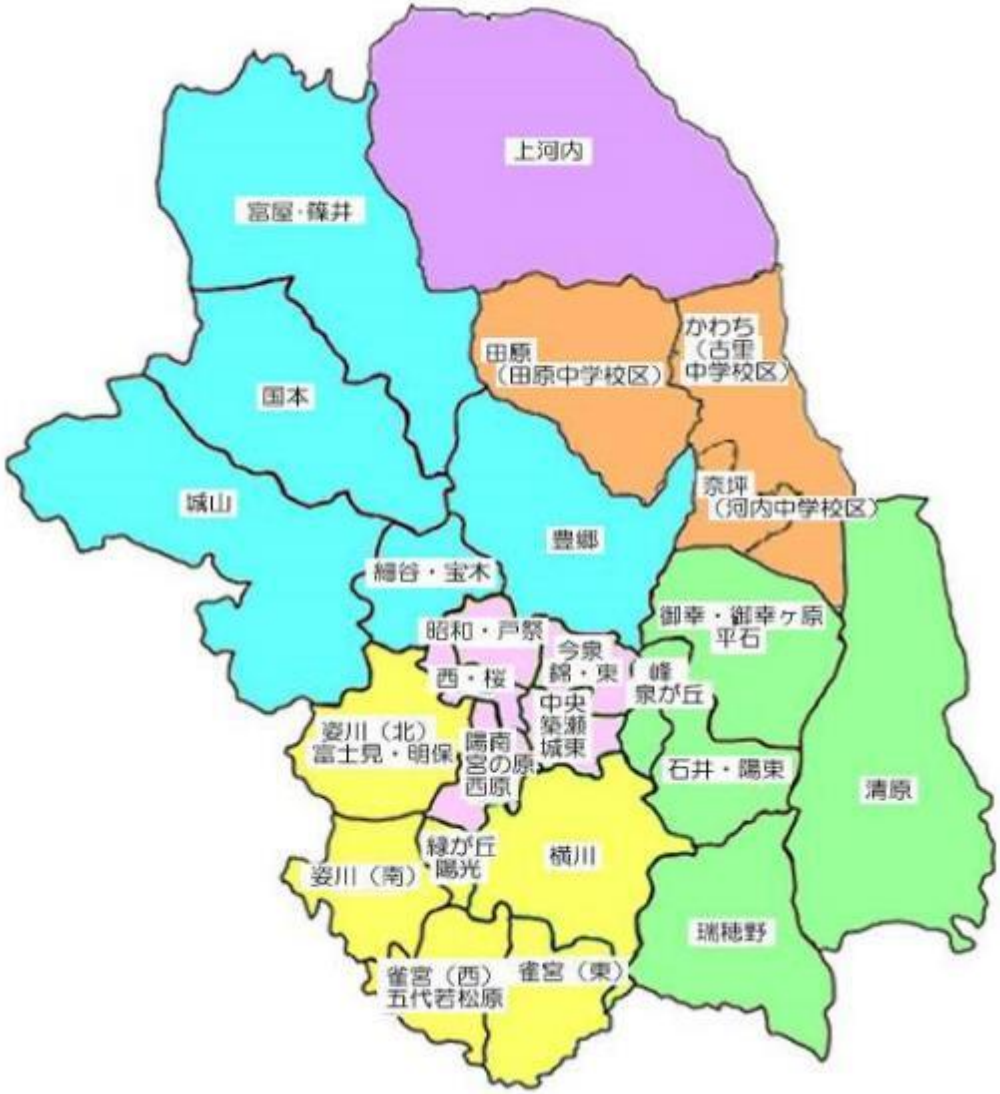
【目的】
　既存の地域包括支援センターブロック会議を活用し，宇都宮市医師会の協力のもと，認知症ケアに関する研修及び意見交換会に取り組むことにより，地域包括支援センターを中心に，より一層，医療・介護・福祉が緊密に連携した切れ目のないケア体制の充実を図る。

顔の見える
関係づくり

点から面へ

宇都宮市の「認知症高齢者等対策」の取組状況❻

● 宇都宮市の日常生活圏域（２５圏域）



宇都宮市の「認知症高齢者等対策」の取組状況❼

● 認知症地域ケアネットワーク研修・意見交換会

南ブロック

中央ブロック

北ブロック

西ブロック

東ブロック

宇都宮市の「認知症高齢者等対策」の取組状況❽

● 認知症サロン（オレンジサロン）事業【平成25年～】

オレンジ・サロン
「あん」

オレンジ・サロン
「石蔵」

オレンジ・サロン
「えん」

宇都宮市の「認知症高齢者等対策」の取組状況❾

● オレンジサロンの概要

名　称	オレンジサロン「石蔵」	オレンジサロン「あん」	オレンジサロン「えん」
設置場所	道場宿町	田下町	宝木町１丁目
開設時間等	毎月第２木曜日 午前11時～午後3時 毎月第３日曜日 午後1時～午後4時	毎月第１・４金曜日 午前10時～正午	月曜日～金曜日 （土･日･祝日･年末年始を除く） 午前10時～正午
設置形態	既存施設に併設	単独設置	空家を借用
活動内容	・　認知症の本人とその家族，地域住民，専門職間の交流の場として，認知症の本人がマスターとなった「カフェ」を運営 ・　家族の会会員による認知症に関する相談に対応	・　認知症の本人とその家族，地域住民，専門職間の交流の場を提供し，端切れなどを活用した介護服等を作成・寄付 ・　家族の会会員による認知症に関する相談に対応	・　認知症の本人とその家族，地域住民，専門職間の交流の場の提供するとともに，市民向け研修（認知症サポーター養成講座）を開催 ・　家族の会会員による認知症に関する相談に対応
利用実績（26年度）	１，０４９人	２６１人	４６８人

宇都宮市の「認知症高齢者等対策」の取組状況⑩
《オレンジサロンの概要（取組の経緯）》

全ての始まりは
「認知症のご本人」の声から

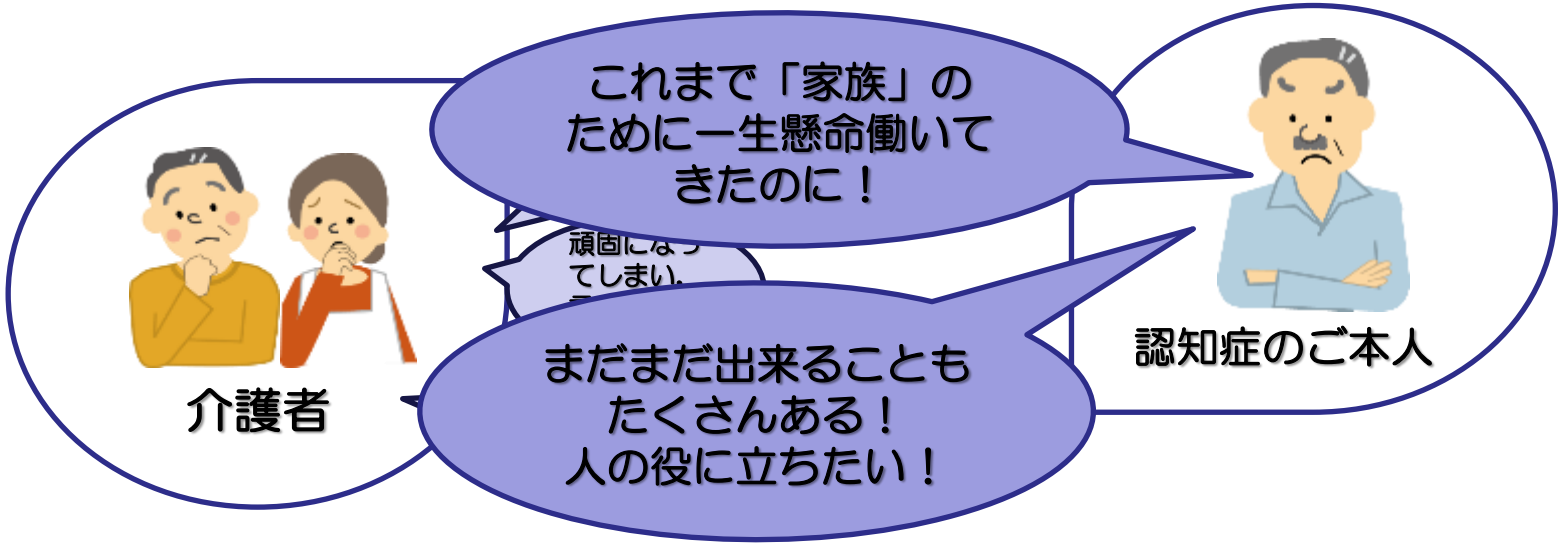
○　介護者の集いに，家族と一緒に認知症のご本人が参加

「本人の想い」にどう答えるか？

宇都宮市の「認知症高齢者等対策」の取組状況⑩
《オレンジサロンの概要（取組の経緯）》

全ての始まりは
「認知症のご本人」の声から

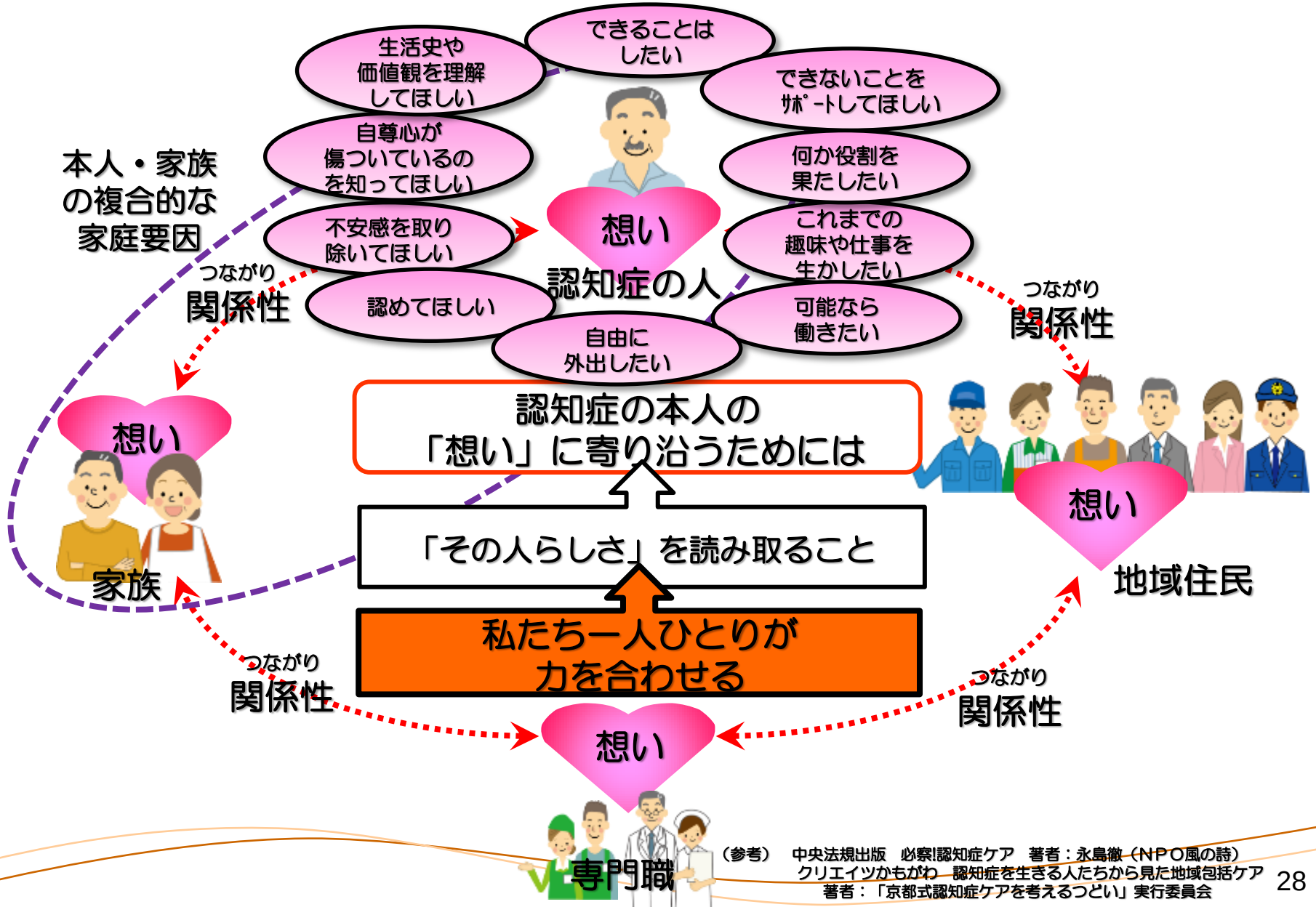
○　介護者の集いに，家族と一緒に認知症のご本人が参加



「本人の想い」にどう答えるか？

宇都宮市の「認知症高齢者等対策」の取組状況⑪

《オレンジサロンの概要（本人の「想い」に寄り沿った支援）》



（参考）　中央法規出版　必察!認知症ケア　著者：永島徹（NPO風の詩）
クリエイツかもがわ　認知症を生きる人たちから見た地域包括ケア
著者：「京都式認知症ケアを考えるつどい」実行委員会

宇都宮市の「認知症高齢者等対策」の取組状況⑫

《オレンジサロンの概要》

好きな過ごし方で
過ごす場所として

あん

石蔵

えん

地域を巻き込んで
ゆっくりと広がって

「行政担当者」と「多様な資源」 がつながる糸口

自分の町で暮らす
認知症の人，一人ひとりを
しっかりと支援するためには，
どのようなことに
取り組めばいいのだろうか？

認知症の人やその家族は
日々，どのようなことを思い
生活してるのだろうか？

そもそも，認知症って？？

「行政担当者」と「多様な資源」 がつながる糸口

宇都宮市における「これまでの取組経過」のうち，様々な「人」や「機関・団体」＝『多様な資源』とつながる『糸口』となった事柄は，次のとおり。

- ☑「認知症キャラバン・メイト市町村事務局」の設置
- ☑「宇都宮市認知症高齢者等対策懇談会」の設置
- ☑「認知症に関するアンケート調査」の実施

「行政担当者」と「多様な資源」 がつながる糸口

宇都宮市における「これまでの取組経過」のうち，様々な「人」や「機関・団体」＝『多様な資源』とつながる『糸口』となった事柄は，次のとおり。

- ☑「認知症キャラバン・メイト市町村事務局」の設置
- ☑「[illegible]等[illegible]
- ☑「認知症に関するアンケート調査」の実施

知ること

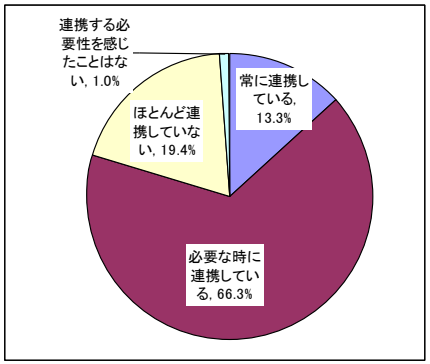
聞くこと

これまでの取組の評価❶（アンケート調査結果から）

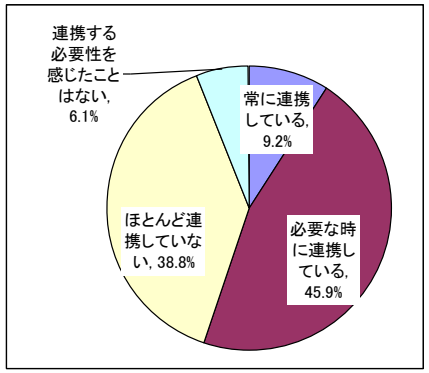
認知症に関するアンケート調査報告書（抜粋）　　Q：関係機関等との連携の状況

【医療機関（H22．3）】

ケアマネジャーとの連携

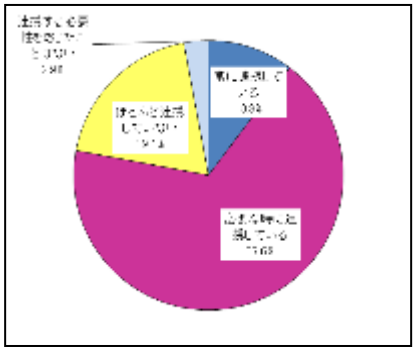


地域包括支援センターとの連携

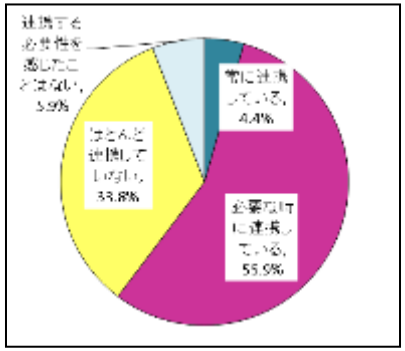


【医療機関（H26．3）】

ケアマネジャーとの連携

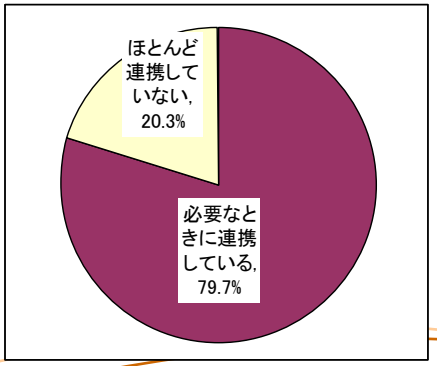


地域包括支援センターとの連携

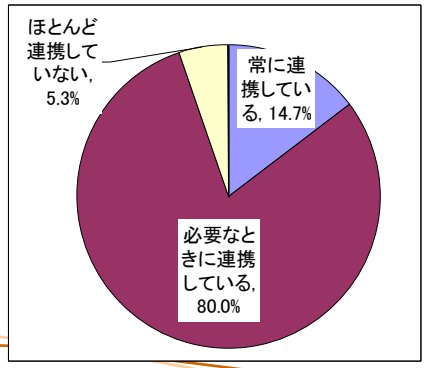


【介護支援事業者（H22．3）】

かかりつけ医との連携

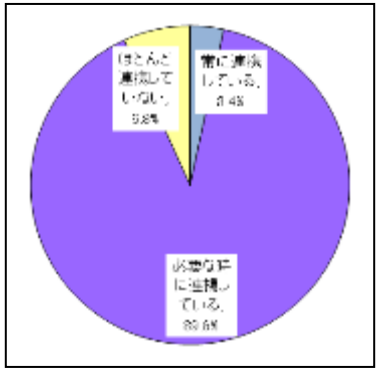


地域包括支援センターとの連携

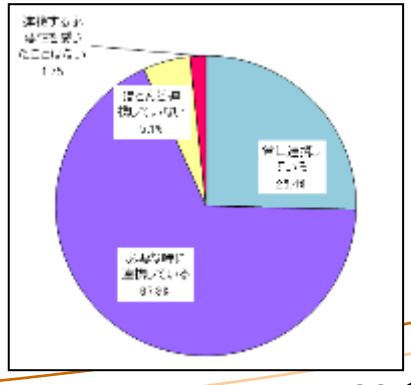


【介護支援事業者（H26．3）】

かかりつけ医との連携



地域包括支援センターとの連携

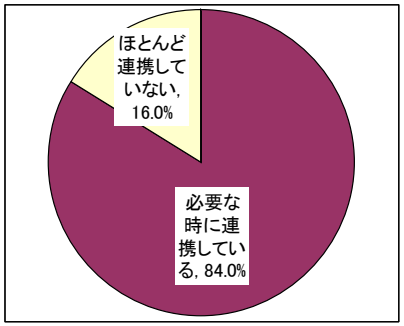


これまでの取組の評価❷（アンケート調査結果から）

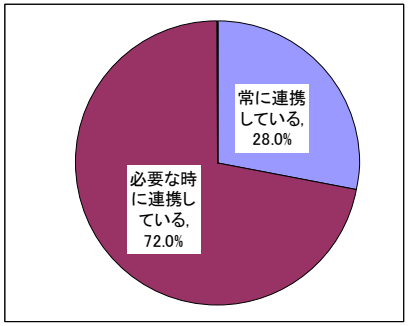
認知症に関するアンケート調査報告書（抜粋）　　Q：関係機関等との連携の状況

【地域包括支援センター（H22．3）】

かかりつけ医との連携

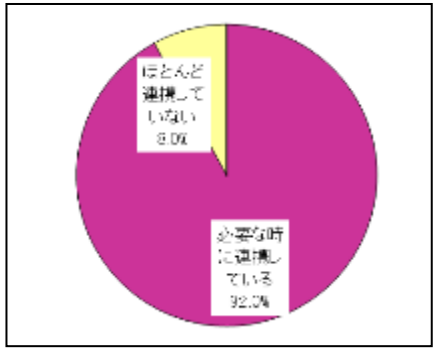


ケアマネジャーとの連携

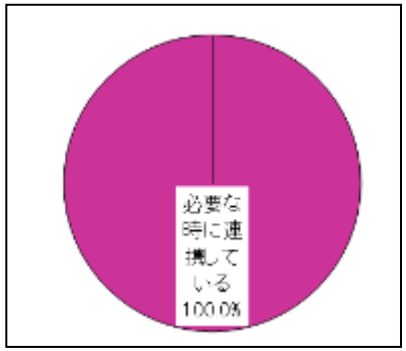


【地域包括支援センター（H26．3）】

かかりつけ医との連携



ケアマネジャーとの連携

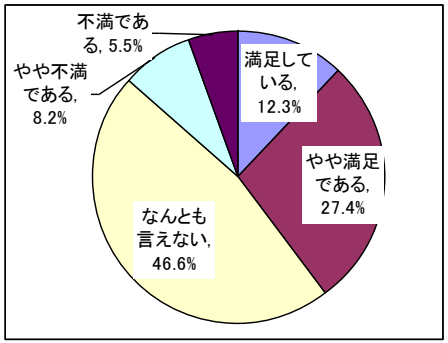


これまでの取組の評価❸（アンケート調査結果から）

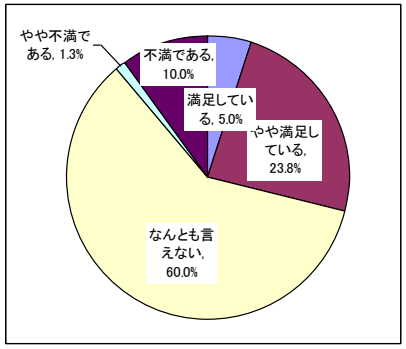
認知症に関するアンケート調査報告書（抜粋）　　Q：関係機関等との連携の満足度

【医療機関（H22．3）】

ケアマネジャーとの連携

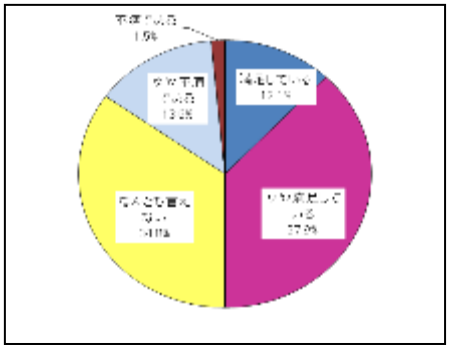


地域包括支援センターとの連携

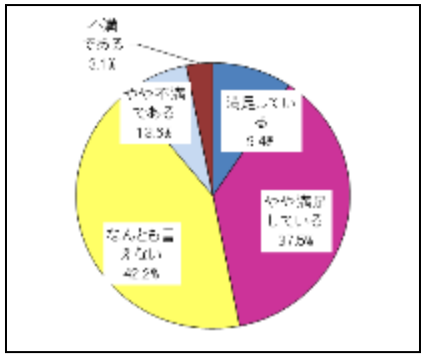


【医療機関（H26．3）】

ケアマネジャーとの連携

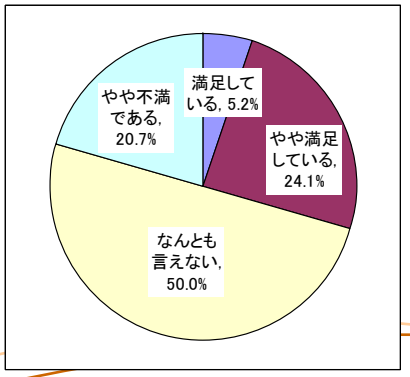


地域包括支援センターとの連携

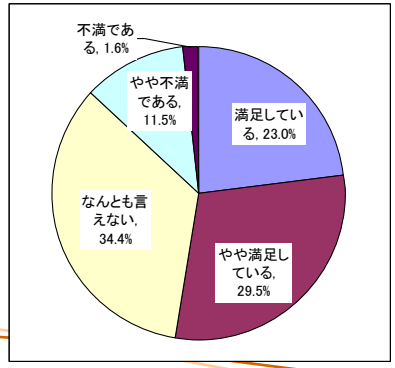


【介護支援事業者（H22．3）】

かかりつけ医との連携

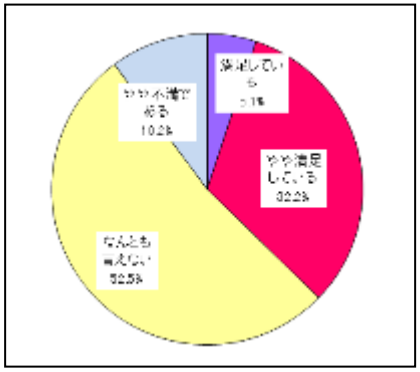


地域包括支援センターとの連携

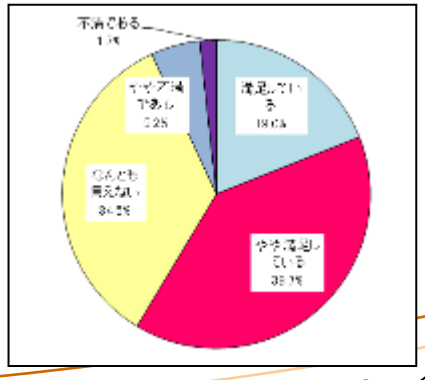


【介護支援事業者（H26．3）】

かかりつけ医との連携



地域包括支援センターとの連携

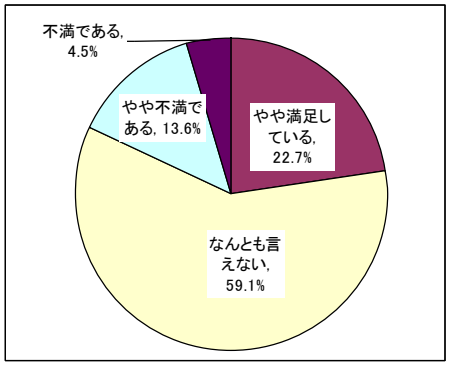


これまでの取組の評価❹（アンケート調査結果から）

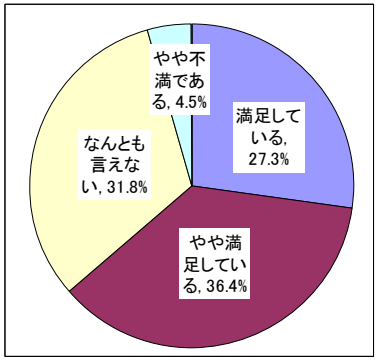
認知症に関するアンケート調査報告書（抜粋）　　Q：関係機関等との連携の満足度

【地域包括支援センター（H22．3）】

かかりつけ医との連携

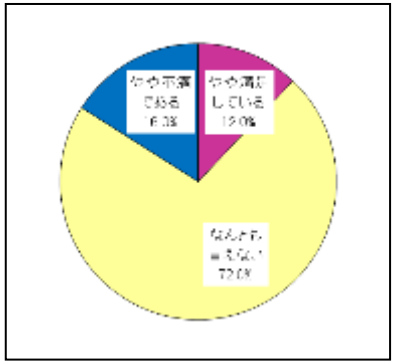


ケアマネジャーとの連携

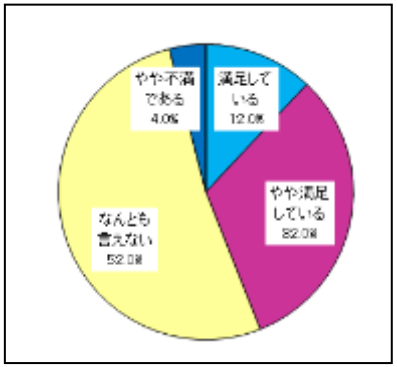


【地域包括支援センター（H26．3）】

かかりつけ医との連携



ケアマネジャーとの連携

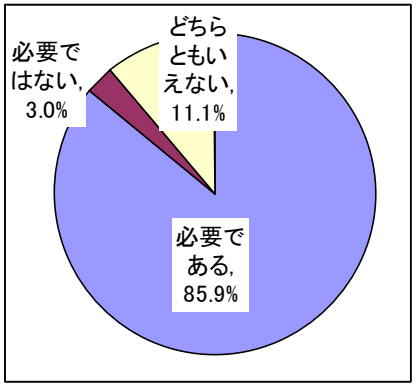


これまでの取組の評価❺（アンケート調査結果から）

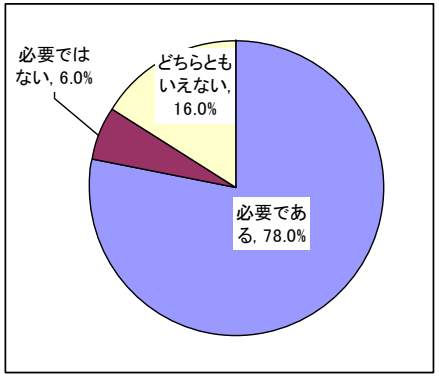
認知症に関するアンケート調査報告書（抜粋）　　Q：関係機関等との連携の必要性

【医療機関（H22．3）】

ケアマネジャーとの連携

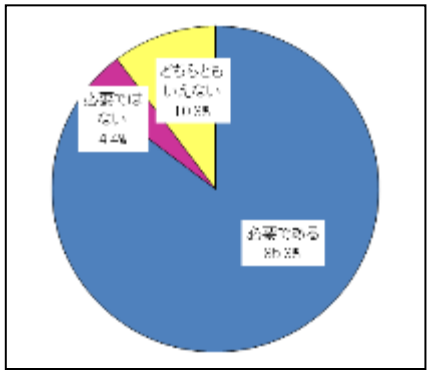


地域包括支援センターとの連携

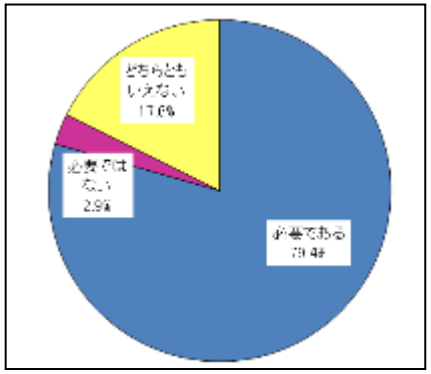


【医療機関（H26．3）】

ケアマネジャーとの連携

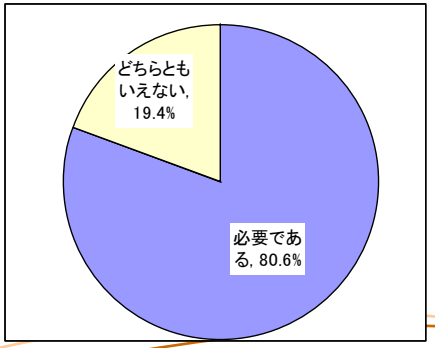


地域包括支援センターとの連携

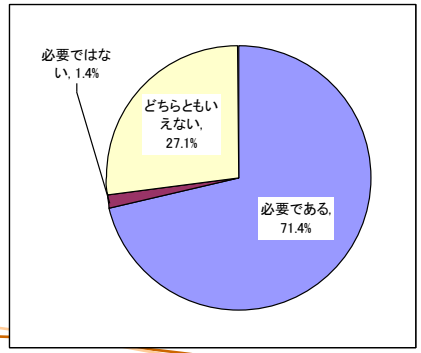


【介護支援事業者（H22．3）】

かかりつけ医との連携

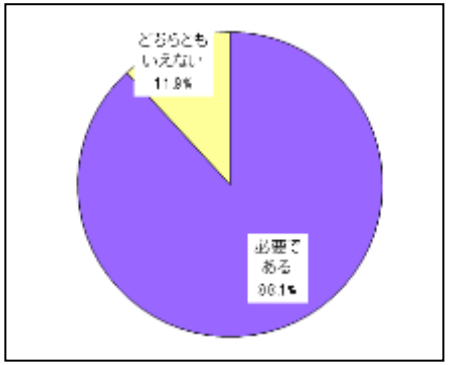


地域包括支援センターとの連携

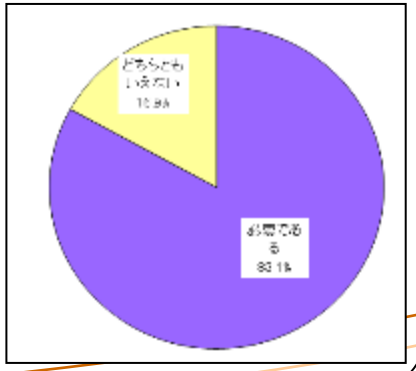


【介護支援事業者（H26．3）】

かかりつけ医との連携



地域包括支援センターとの連携

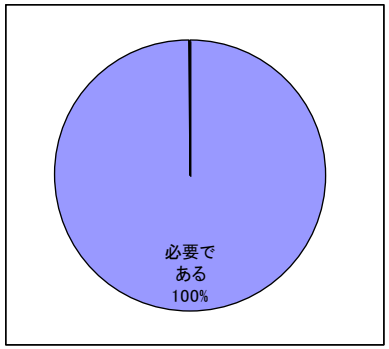


これまでの取組の評価❻（アンケート調査結果から）

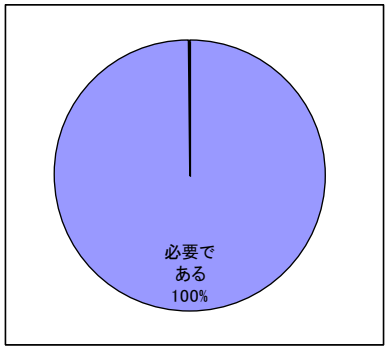
認知症に関するアンケート調査報告書（抜粋）　　Q：関係機関等との連携の必要性

【地域包括支援センター（H22．3）】

かかりつけ医との連携

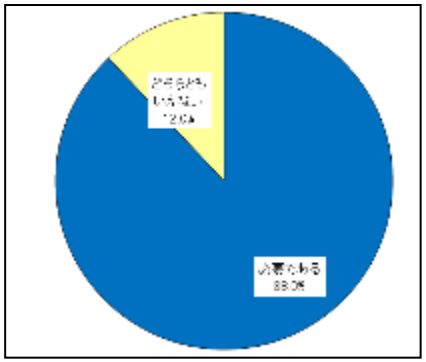


ケアマネジャーとの連携

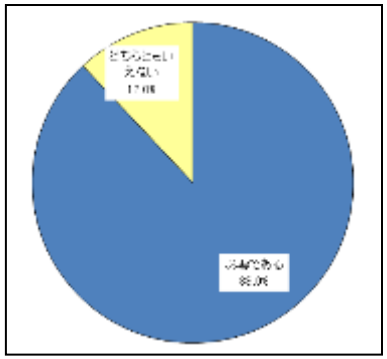


【地域包括支援センター（H26．3）】

かかりつけ医との連携



ケアマネジャーとの連携



これまでの取組の評価❼（アンケート調査結果から）

認知症に関するアンケート調査報告書（抜粋）　　Q：重点を置くべき認知症施策

【医療機関（H22．3）】

① 「医療・介護・地域」が連携した
早期発見・早期診断のしくみづくり」（21.9%）

② 「認知症グループホームや
特別養護老人ホームなどの施設整備」（18.9%）

③ 「認知症の介護・コミュニケーション方法等，
家族向け研修会の開催」（12.2%）

【医療機関（H22．6）】

① 「医療・介護・福祉が連携した早期発見から
看取りまでのケア体制の充実」（22.6%）

② 「認知症グループホームや
特別養護老人ホームなどの施設整備」（15.0%）

③ 「認知症の介護・コミュニケーション方法等，
家族向け研修会の開催」（10.3%）

【介護支援事業者（H22．3）】

① 「医療・介護・地域」が連携した
早期発見・早期診断のしくみづくり」（14.3%）

② 「認知症の介護・コミュニケーション方法等，
家族向け研修会の開催」（12.8%）

③ 「かかりつけ医に対する研修」（10.9%）

【介護支援事業者（H26．3）】

① 「医療・介護・福祉が連携した早期発見から
看取りまでのケア体制の充実」（16.1%）

② 「かかりつけ医に対する研修」（14.5%）

❸ 「認知症を見守る
ボランティアなどの仕組みづくり」（11.4%）

❸ 「はいかい行動などに対する
福祉サービス制度の充実」（11.4%）

これまでの取組の評価❽（アンケート調査結果から）

認知症に関するアンケート調査報告書（抜粋）

【地域包括支援センター（H22．3）】

① 「医療・介護・地域」が連携した
早期発見・早期診断のしくみづくり」（22.2%）

② 「認知症の介護・コミュニケーション方法等，
家族向け研修会の開催」（11.1%）

② 「認知症を見守るボランティアなどのしくみづくり」
（11.1%）

Q：重点を置くべき認知症施策

【地域包括支援センター（H26．3）】

① 「医療・介護・福祉が連携した早期発見から
看取りまでのケア体制の充実」（17.4%）

② 「認知症を見守るボランティアなどのしくみづくり」
（16.3%）

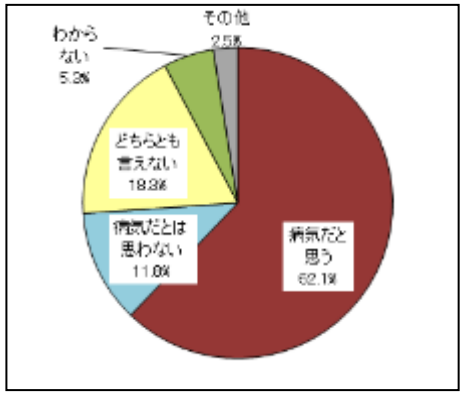
③ 「かかりつけ医に対する研修」（14.0%）

これまでの取組の評価❾（アンケート調査結果から）

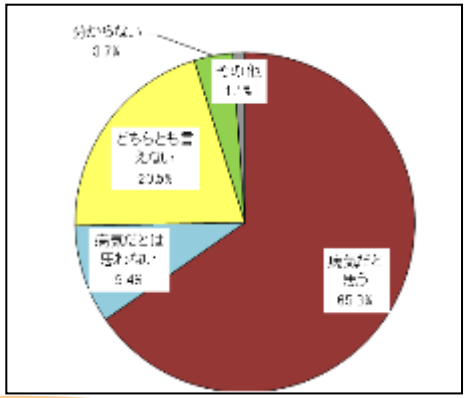
認知症に関するアンケート調査報告書（抜粋）【平成26年3月】

問　認知症は病気だと思いますか？

高齢者（65歳以上）

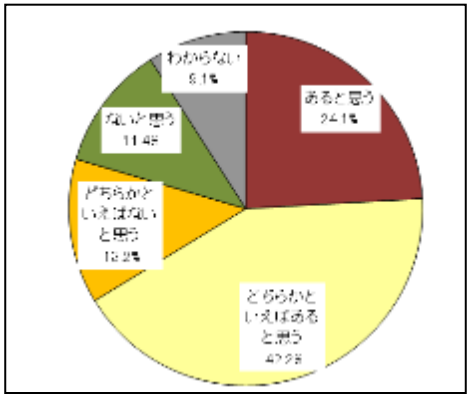


若年者（20から64歳）

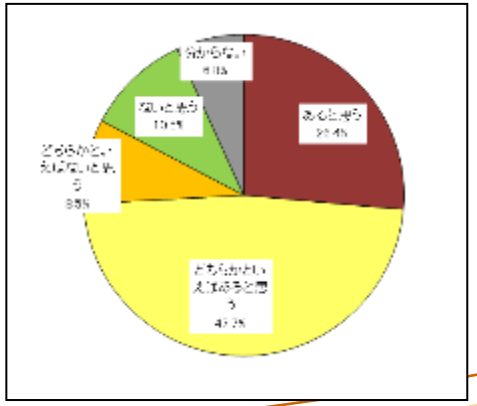


問　認知症の人が偏見を持って見られる傾向にあると思いますか？

高齢者（65歳以上）



若年者（20から64歳）

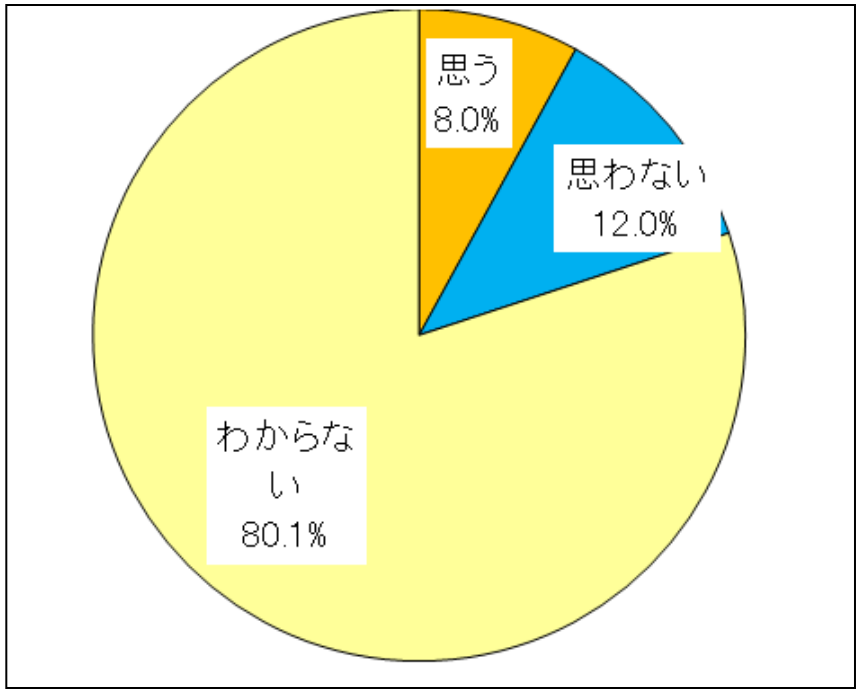


これまでの取組の評価⑩（アンケート調査結果から）

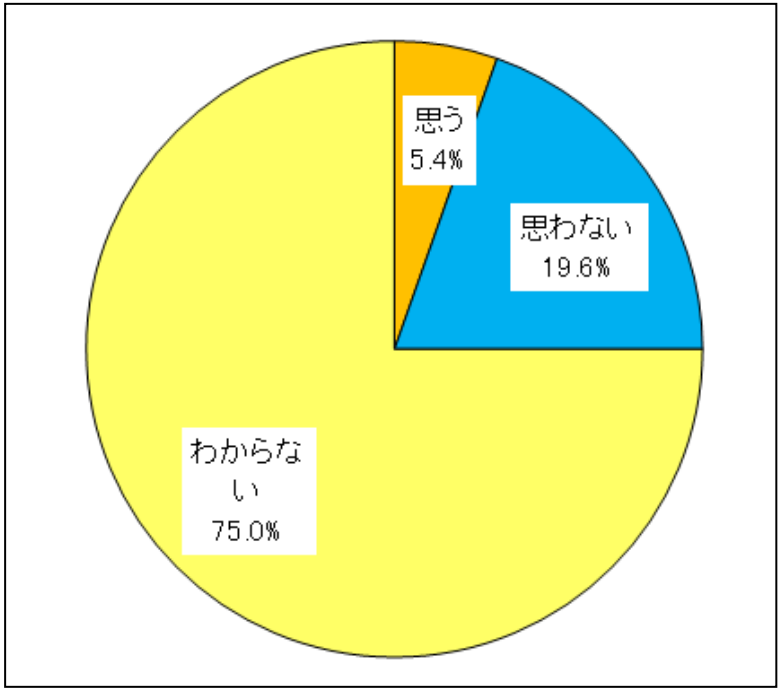
認知症に関するアンケート調査報告書（抜粋）【平成26年3月】

問　宇都宮市が「認知症の本人やその家族」にとって住みやすい町だと思いますか？

高齢者（65歳以上）



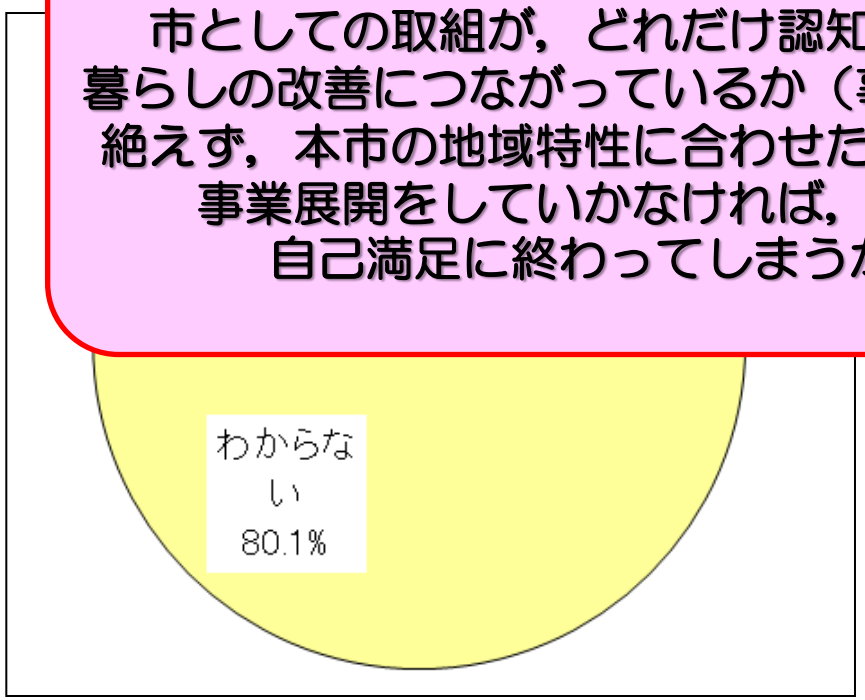
若年者（20から64歳）

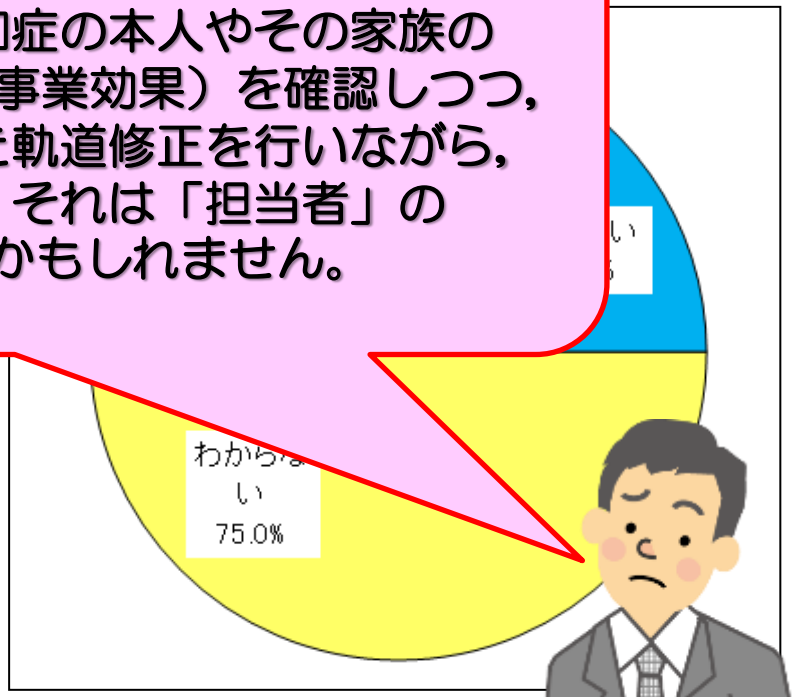


これまでの取組の評価⑩（アンケート調査結果から）

認知症に関するアンケート調査報告書（抜粋）【平成26年3月】

問　宇都宮市が「認知症の本人やその家族」にとって住みやすい町だと思いますか？





市としての取組が，どれだけ認知症の本人やその家族の暮らしの改善につながっているか（事業効果）を確認しつつ，絶えず，本市の地域特性に合わせた軌道修正を行いながら，事業展開をしていかなければ，それは「担当者」の自己満足に終わってしまうかもしれません。

「行政担当者」と「多様な資源」 がつながる糸口

知ること

聞くこと

行政がきちんと地域の「課題」を捉え，
その「課題」を解決するために，
地域にいる人たちと共に，
認知症の本人やその家族が
暮らしやすい地域を目指していく。

「現在の課題」と「今後の取組」❶

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～の概要

資料1

- 高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群。高齢化の進展に伴い、認知症の人はさらに増加　2012（平成24）年 462万人（約7人に1人）⇒（新）2025（平成37）年 約700万人（約5人に1人）
- 認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要。

新オレンジプランの基本的考え方

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

- 厚生労働省が関係府省庁（内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省）と共同して策定
- 新プランの対象期間は団塊の世代が75歳以上となる2025（平成37）年だが、数値目標は介護保険に合わせて2017（平成29）年度末等
- 策定に当たり認知症の人やその家族など様々な関係者から幅広く意見を聴取

七つの柱

①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
③若年性認知症施策の強化
④認知症の人の介護者への支援
⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
⑦認知症の人やその家族の視点の重視

「現在の課題」と「今後の取組」❷

標準的な認知症ケアパスの作成・普及

早期診断・早期対応
⇒認知症初期集中支援チームの設置

地域での生活を支える医療サービスの構築
⇒病院・施設等での認知症対応力の向上

地域での生活を支える介護サービスの構築
⇒グループホーム等の活用の推進

地域での日常生活・家族の支援の強化

「現在の課題」と「今後の取組」❸

認知症ケアパスが適切に機能した認知症ケアの提供

[～26年度]

○ 認知症地域ケアネットワーク研修・意見交換会　（5ブロック×年２回開催）

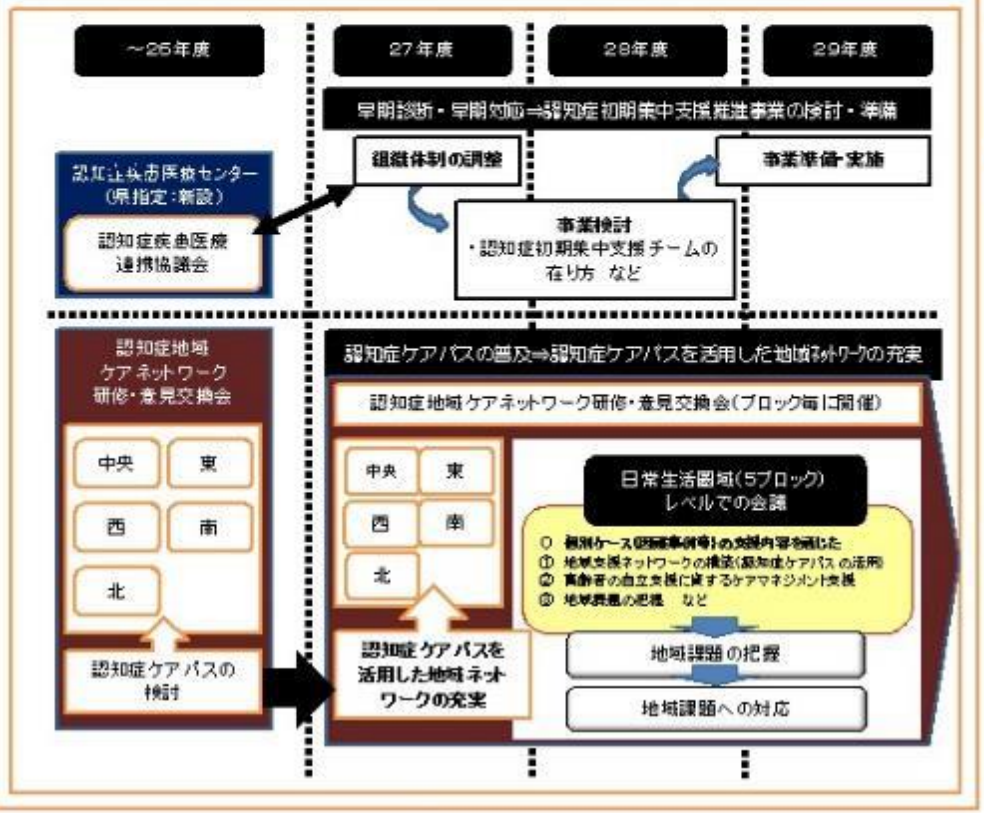
目　的：日常生活圏域を単位に，地域特性を活かしたネットワークのより一層の充実を目指す。

参加者：地域包括支援センター職員，ケアマネジャー，介護サービス事業者，薬剤師，医師

[平成２７年度～]

○ 早期診断・早期対応　⇒　認知症初期集中支援推進事業の検討・準備［新規］

○ 認知症ケアパスの普及　⇒　認知症ケアパスを活用した地域ネットワークの充実［拡充］



認知症の本人と家族への支援の充実・認知症の正しい理解に向けた周知啓発の推進
地域での日常生活・家族の支援の強化（オレンジプラン）

○ 認知症サロン（オレンジサロン）の充実

○ 宇都宮市みんなで考える認知症月間の充実

○ 認知症地域支援推進員の設置

地域での生活を支える医療・介護サービスの構築

○ 病院・介護保険施設などでの認知症対応力向上

《市の取組》

・ 医療・介護従事者合同研修の開催［継続］

これまでの取組で培ってきた様々な地域資源との関係性を活かしながら，課題解決に向け取り組んでいきます。

連携・協働のプロセス ～認知症施策を進めるために～

☛「行政担当者」として「大切な視点」

　認知症の本人を支える「認知症施策」を進めるためには，認知症の人を支えてきた自治会や各種団体，事業者そして住民など，地域で生活するすべての人々と自治体が，今まで以上に連携を深めながら「認知症地域資源連携・地域支援体制づくり」に取り組むことが重要となりますが，その中心には，いつも「認知症の本人の意思」や「認知症の本人の暮らし」がなければなりません。

連携・協働のプロセス ～認知症施策を進めるために～

☛「行政担当者」として「大切な視点」（イメージ図）

発症

自治体ならではの
「役割」を発揮することで，
認知症の人の暮らしに沿った
施策をつくり推進していく。

終末期

☛「認知症の本人」が地域の良い環境でよりよく暮らし続けることができるよう，行政担当者は「認知症の本人が暮らす流れ」に添った「施策づくり」を行うことが重要となります。

『まちぐるみで認知症ケア』の実現に向け

認知症の本人やその家族の『想い』を大切にしながら

認知症高齢者等対策に取り組んでいきます！

平成27年度 第1回認知症地域支援体制推進全国合同セミナー（平成27年8月3-4日開催）

＜ワークシート1：1日目用＞

※本ワークシートは、1日目終了時に、一旦回収させていただきます。（2日目に反映させていただきます。
2日目開始時に返却します。ご協力をお願いします。）

グループ番号	都道府県・圏域 市区町村名	氏　名

1．取組み事例を聴いて、行政の役割（果たしていること）や取組みのポイントに関して、自地域でも活かしたい点、できそうなことについて、具体的に記しておこう。

〇福岡県大牟田市

〇神奈川県南足柄市

2．自地域の進捗状況を確認してみよう。　＊できるだけ具体的に

1）施策・事業や活動で特に注力してきていること ⇒取組みを通じての変化・成果、手ごたえ	2）施策・事業や活動を展開していく上で、特に課題になっていること⇒強化が必要なこと

3．これからの展開にむけて：一歩先に進むため、自分の立場でできること、やってみたいこと
＊グループでの話しあいを通じて、気づいた点、考えたことを記しておこう。

1）活かしていきたい自地域の特徴、資源、活動等	2）自分の立場で、できること・やってみたいこと

1日目の情報や気づきを、2日目に活かそう！

お疲れさまでした。

＜ワークシート2 ：2日目用＞　自地域の特徴を活かしながら、次の一歩へ

4. 1日目の情報や気づきを、自地域の今後の展開に活かそう！

自地域の課題は　＊一歩掘り下げてみよう	今後の展開に活かしたい具体的なアイデアや工夫は

5. 栃木県宇都宮市の取組みを聞いて　自地域でも活かしたい点、できそうなことについて、具体的に記しておこう。

6.「わが町のこれから」にむけて、自地域の取組み、自分の取組みを補強しよう　＊具体的に

①自地域の課題、特徴を踏まえて、自地域で強化したいと思うこと（具体的に）	
②そのために自分が取組んでみたい、やってみたいこと	③そのために、つなげたい人・組織・事業など

☆地元に持ち帰って、伝えよう、話しあおう、次の一歩を踏み出そう！

＜グループワークメモ＞　わが町の取組みの進捗状況とこれから：情報や気づきを大事に記しておこう、自地域に活かそう

地域名　メンバー名等	地域名　：　メンバー名等	地域名　：　メンバー名等	地域名　：　メンバー名等	地域名　：　メンバー名等
2．進捗状況の確認　1）施策・事業や活動で特に注力してきていること ⇒ 取組みを通じての変化・成果、手ごたえ				
2．進捗状況　2）施策・事業や活動を展開していく上で、特に課題になっていること ⇒ 強化が必要なこと				
3．これからの展開にむけて　1）活かしていきたい自地域の特徴、資源等				
4．自地域のこれからの展開にむけて　2）自分の立場で、できること・やってみたいこと				