

平成 25 年度
認知症地域資源連携検討事業

報告書

社会福祉法人浴風会
認知症介護研究・研修東京センター
平成 26（2014）年 3 月

目 次

事業ダイジェスト	1
. 本事業の背景と目的	5
. 本事業の概要	7
. 事業結果	10
1 . 全国認知症地域支援体制推進会議	10
2 . 認知症地域支援体制推進全国合同セミナー	13
3 . 認知症地域支援体制地域普及セミナー	27
4 . 全国の自治体の認知症地域支援体制づくりの促進する取組み	30
. まとめ　：　成果と課題、今後に向けて	31
資 料	34
1 . 会議・セミナーで報告・紹介した事例一覧	35
2 . 会議・セミナーで報告・紹介した事例資料	38
3 . 全国合同セミナーで使用したワークシート	137
4 . 共通形式を利用した事例	139

認知症地域資源連携検討事業 事業ダイジェスト

事業目的

認知症地域支援の取組みの先進事例等を収集し、その効果、課題等の整理・分析を行い、地域資源の連携のあり方を自治体に提示し、効果的な認知症地域支援体制づくりの普及を進める。



事業内容

事業の全体像と内容

1)委員会(7回:6月、8月、9月、10月、12月、1月、2月)

- 連携・支援体制作りの効果・課題の検討
⇒自治体職員が取組みを着実に進めていけるためのポイントの検討
- 取組みを的確にガイドするための内容・フォームの検討



2)自治体への効果的な連携・支援体制作りの普及

①都道府県担当者

②市区町村担当者等

③地域の医療・介護・支援関係者当事者等

全国推進会議
(1回)
6月:東京

全国合同セミナー
(シリーズで3回)
7月、10月、1月:東京

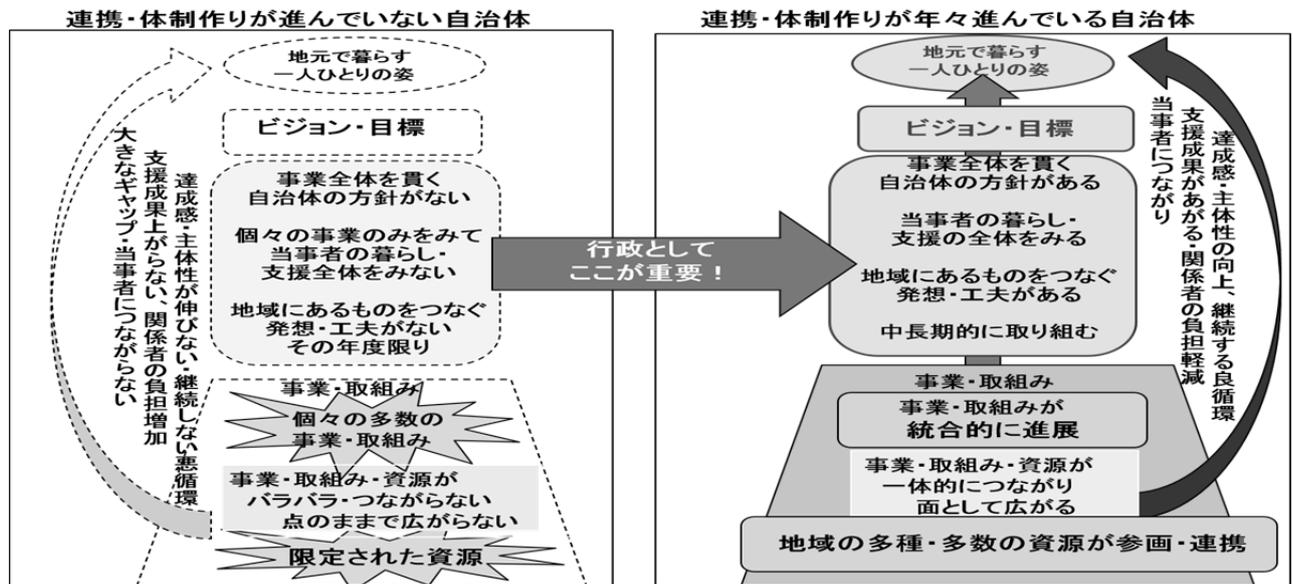
地域普及セミナー
(4地域)
2月:福岡、広島、東京、福島

2014

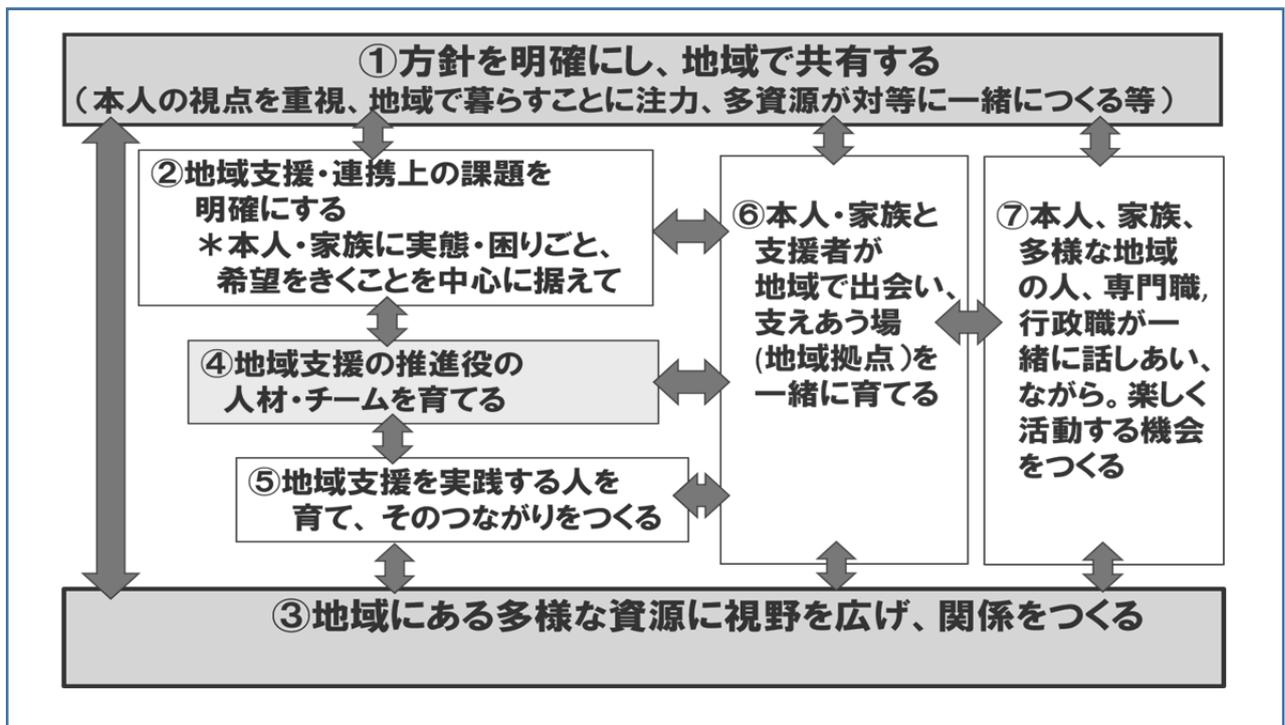
3)都道府県・市区町村・地域が連動した取組みのバックアップ・環境整備

都道府県合同セミナーの支援、各自治体が求める情報・資料等の提供
インターネット(DCネット等で情報発信) 担当者・関係者間のネットワーキング

1) 委員会の検討結果：自治体の取組み事例の効果・課題の検討より
自治体の取組みの進捗の違いが何から生じているのか（要因）
行政ならではのビジョンと現場をつなぐ中範囲の役割・機能の有無



行政担当者が、地域資源連携・支援体制を効果的に進めるためのポイントの抽出



* 認知症関連のすべての事業を行政担当者が着手・遂行する際に行政担当者が上記の7つのポイントを意識して取り組むことが重要。

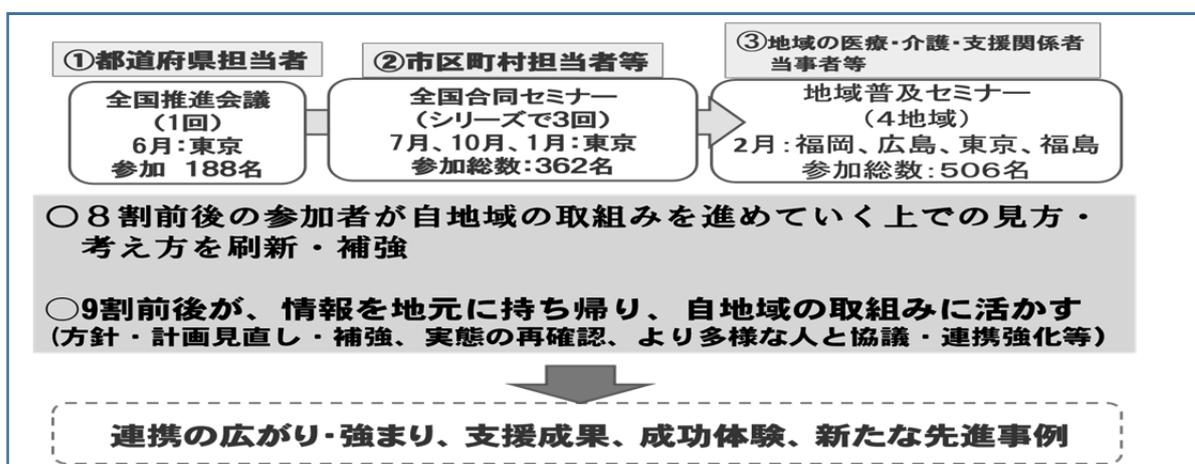
行政担当者に、効果的な取組みを的確にガイドするための事例の内容・フォームの検討



* 巻末の資料参照

- ◇新任の職員にもわかりやすく
- ◇ミッションやビジョン、取組みの全体観を一覧でつかめるような構成
- ◇取り組むことによる成果と、そのためのポイントを明確に伝える
- ◇結果のみでなく、そこに至る経過が工夫を示す
- ◇取組みの前後での地域資源連携・支援体制の変化をビジュアルに示す

2) 一連の会議・セミナーの実施による、ポイントの理解、地域でのつながりやアクションの広がり



* 会議、セミナーで使用した資料(ポイントの説明、報告事例、ワークシート等)をDC ネットで配信

○まとめ・◆提言

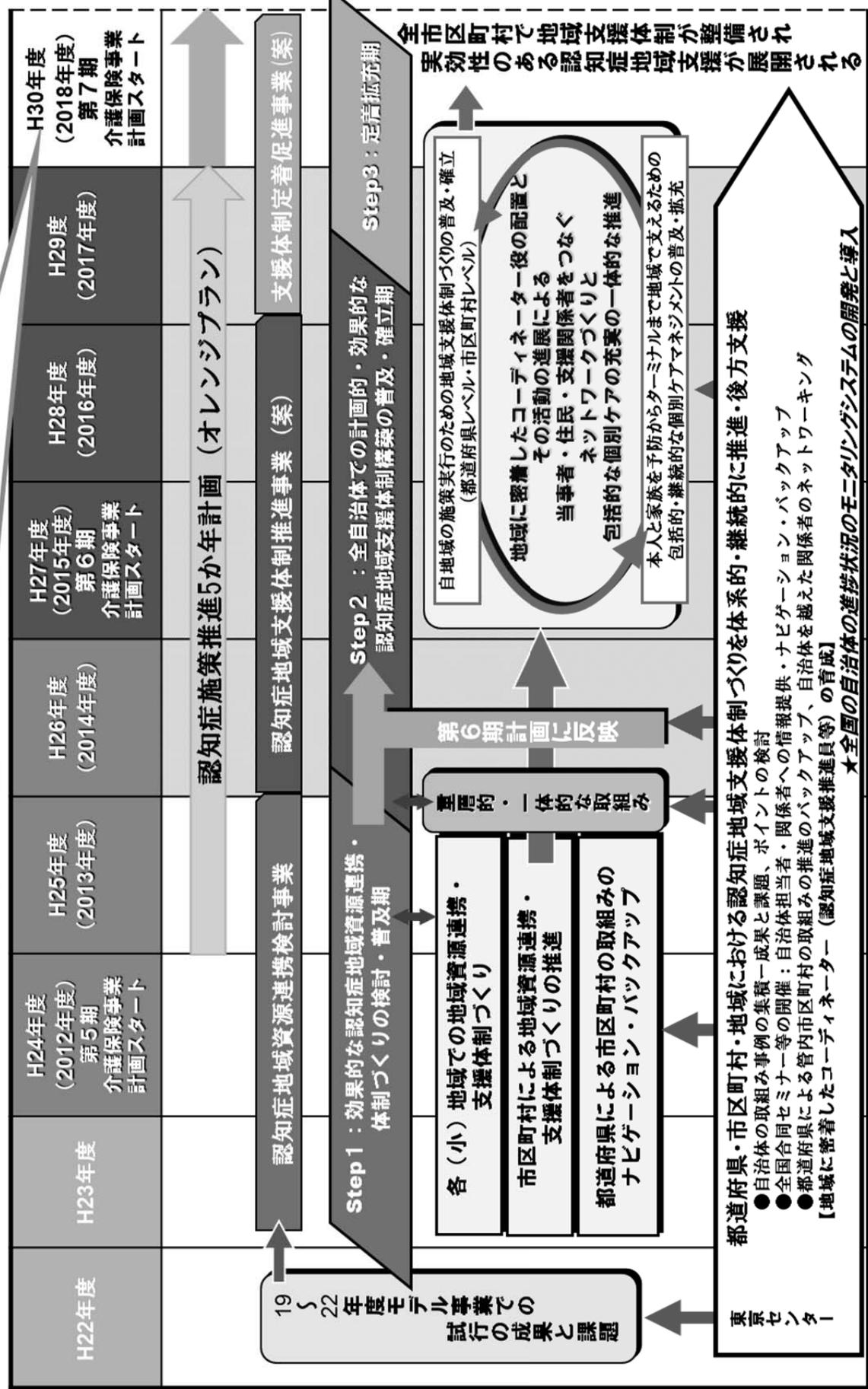
認知症地域資源連携・支援体制づくりを着実に進捗させている自治体がある一方、多様な事業をこなしているものの連携・支援体制づくりが進捗していない自治体も少なくなく、その違いの要因として、ビジョンと現場をつなぐ自治体ならではの「中範囲の役割機能」の有無があることが明らかになった。その役割・機能を行政担当者が効果的に果たしていくためのポイントと、それをわかりやすく事例を通じて伝えるための内容やフォーマットの作成を行った。

上記のポイントを踏まえた取組みを展開している事例情報等を、全国：都道府県：市区町村レベルで重層的に普及をはかり各立場を活かした取組みの推進を行ったところ、連携や支援体制づくりに関する見方や考え方の刷新・強化がはかられ、得られた情報を自地域での取組みに活かした計画的な推進や、実態に根差してより多様な人たちとの連携・協働が進む効果が確認された。

都道府県の推進のあり方が市区町村の取組みの進捗を左右している課題があり、各地域の実情を踏まえつつ都道府県へのバックアップの強化をはかり全市区町村の取組みを促進する必要がある。各自治体が今後の認知症施策を着実に展開していくためには、その基盤となる自地域の認知症地域資源連携・支援体制づくりの現状と成果・課題を明確にしなが、取組みを計画的に進捗させていくことが不可欠である。しかし、各自治体の進捗状況の把握等が不十分であり、第6期事業計画がスタート前時点の2014年度段階で、都道府県・市区町村が自地域の進捗状況をモニタリングする仕組みを作り、モニタリングしながら取組みを計画的に持続発展的に進める事例の普及をはかることが将来的に有効と考えられる。

認知症施策の確実な実施に向けた地域支援体制づくりの将来ビジョンと推進ロードマップ

認知症の人・家族が、地域支援ネットワークとつながりながら、地域の中で安心して自分らしく暮らし続けられる



・本事業の背景と目的

1.本事業の背景

社会の超高齢化が進展する中、認知症の人が従来の予想を超えて急増しており、認知症の人の広範多岐にわたるニーズに応えるために、各自治体において認知症の人を支える保健・医療・介護・福祉等多種多様なサービスの整備が急ピッチで進められている。

一方、諸サービスやそれを担う多種多様な人材が増加するにつれて、サービスや人材間の連携や協働の不足や不備という問題が浮上している。単にサービスや人材を増やしたり、個々の専門性を高めるだけでは、認知症の本人の生活の安定や改善はのぞめず、有限の資源で最適なサービスを効率的に提供するためには、本人を中心に多様な人材・資源が有機的な連携した地域での支援体制づくりが急務となっている。

厚生労働省は、平成24年6月、これからの認知症施策の指針となる「今後の認知症施策の方向性について」(報告書)を示し、認知症の発症から最期まで本人が地域のよりよい環境で暮らし続けることをめざして施策・諸サービスの構築と体系化が目指されており、それを実行に移すための「認知症施策推進5か年計画」を策定して平成25年4月から計画の実行段階に入っている。計画が円滑に実行に移され、目的とする「本人が地域の中のよりよい環境で暮らし続ける」ことを達成していくための重要な基盤として地域の資源が有機的に連携した支援体制づくりが不可欠である。

「今後の認知症施策の方向性について」(報告書)の概要

厚生労働省・認知症施策検討プロジェクトチーム (2012年6月)
→認知症施策推進5か年計画 (オレンジプラン 2013~2017)

今後目指すべき基本目標

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

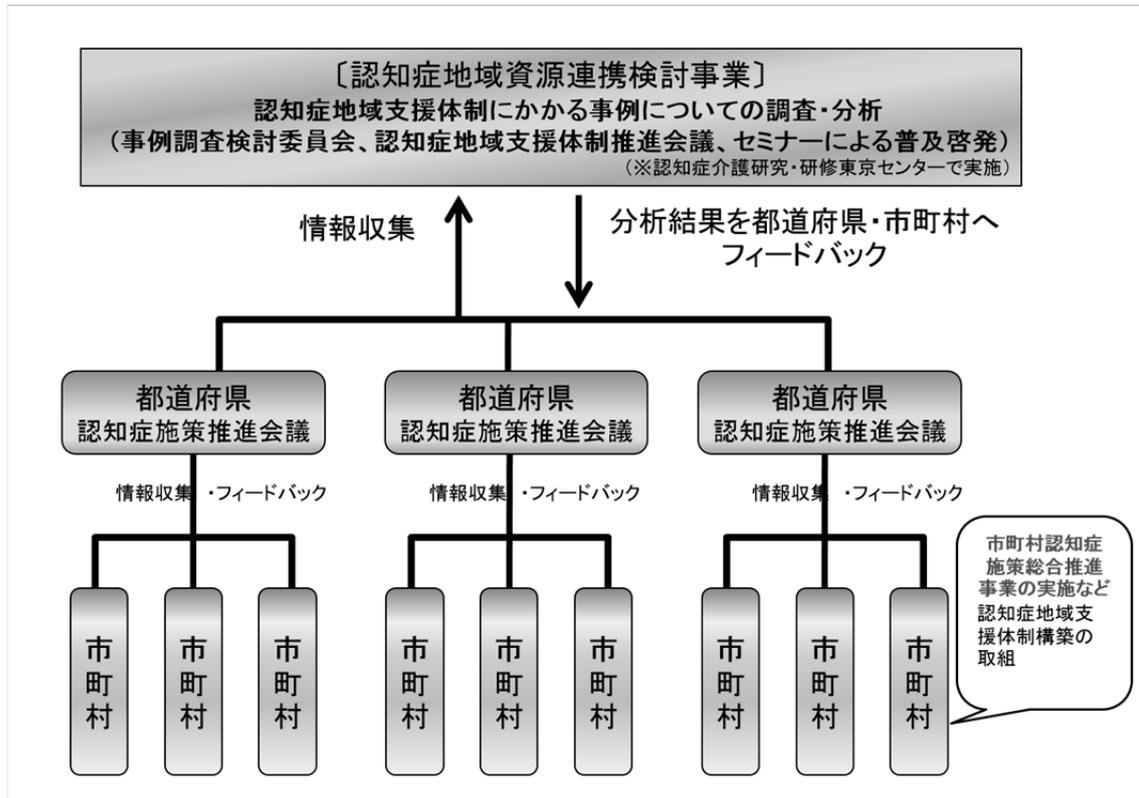
今後の取組

○ 上記の基本目標(「ケアの流れ」を変える)の実現のために、現在行われている施策について、多くの意見や批判を踏まえて、見直しやバージョンアップを図ることにした。新規施策と合わせて、地域で医療、介護サービス、見守り等の日常生活の支援サービスが包括的に提供される体制を目指し、具体的には、以下の7つの視点に立って、今後の施策を進めていくことにする。

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及	5. 地域での日常生活・家族の支援の強化
2. 早期診断・早期対応	6. 若年性認知症施策の強化
3. 地域での生活を支える医療サービスの構築	7. 医療・介護サービスを担う人材の育成
4. 地域での生活を支える介護サービスの構築	

1. 本事業の目的

認知症地域支援の取組の先進事例等を収集し、その効果、課題等の整理・分析を行う。その上で、地域資源の連携のあり方を自治体に提示し、効果的な認知症地域支援体制の構築の取組についての普及を進めるとともに、自治体の認知症地域支援体制の環境整備を図ることを目的とする。(平成23年6月6日老発0606第6号老健局長通知)



(資料：厚生労働省)

本事業の概要

1. 事例調査検討委員会の設置

自治体で認知症地域資源連携・支援体制づくりに先進的に取り組む自治体職員 5 名、自治体職員と連携しながら取組みを進めているケア関係者 2 名、学識経験者 1 名（医師）からなる委員会を開催（7 回：6 月、8 月、10 月、11 月、12 月、1 月、2 月）。

収集した事例をもとに、自治体の行政職員（事務職、技術職）の立場で実際に直面する課題、効果的な取組みのためのプロセスのポイント、成果と更なる課題についての分析・検討を行うとともに、自治体職員の取組みのガイドとなるための事例の骨子・内容の検討を行い、それらの結果を事業の一連の会議・セミナー等に適時反映させていった。

事例調査検討委員会委員

委員名	所 属
本間 昭	認知症介護研究・研修東京センター
中川 由紀代	大崎市民生部高齢介護課地域支援係
佐々木 一憲	宇都宮市保健福祉部高齢福祉課
國松 明美	湯沢町地域包括支援センター
稲垣 康次	富士宮市福祉総合相談課
庄司 彰義	岸和田市保健福祉部福祉政策課
稲田 秀樹	ケアサロンさくら（鎌倉市）
大木 智恵子	グループホームいずみ（西東京市）

2.自治体による認知症地域資源連携・支援体制づくりの効果的な展開を推進するための各種会議・セミナーの一体的な実施

市区町村の効果的な認知症地域資源連携・支援体制づくりが展開されるためには、

- (1) 市区町村の取組みをナビゲーション・バックアップするための都道府県担当者
- (2) 一連の取組みを企画・運営(マネジメント)する市区町村担当者
- (3) 市区町村の最前線で行政とともに取組みを展開する地域包括支援センターを中心とした関係者らが、三位一体で取組みを進めていく必要がある。異なるレイヤーの関係者が方針をあわせつつ、取組みを着実に進めていくための方向性や具体的方策(情報)を伝えるために、以下の一連の会議・セミナーを実施した。

(1) 全国認知症地域支援体制推進会議(以下、全国推進会議): 1回(東京)

主に、都道府県の認知症施策担当者を対象に6月に開催した(参加者 188名)。平成25年度の市区町村の取組みを、都道府県担当者が適切にナビゲーション・バックアップしていくための基本的考え方や実際についての取組み事例をもとに情報提供を行い、参加者同士の情報交換・ネットワーキングを促した。

(2) 認知症地域支援体制推進全国合同セミナー(以下、合同セミナー): 3回(東京)

主に、市区町村の認知症施策担当者を対象に、平成25年度の取組みを着実に進めていくための年度内のポイントになる時期に合わせて3回(7月、10月、1月)各回とも2日間のプログラムで開催した(参加者延数 358名)。市区町村の担当者としての必要な基本的な知識や考え方、直面する課題を解消していきための工夫、効果的な進め方の具体策等を、取組み事例をもとに情報提供するとともに、他地域の最新情報を直接聞きながら自地域でのその後のより効果的な進め方を検討・協議するためのグループワークを実施した。加えて、参加者同士が、自地域に戻ってから情報交換等をしあえるためのネットワーキングを行った。

(3) 認知症地域支援体制地域普及セミナー(以下、地域普及セミナー): 4回(福岡、広島、東京、福島)

主に、自治体の現場で実際に取組みを進めていく立場の関係者(地域包括支援センター等の職員等)を対象に、自治体担当者と連携しながら取組みを進めていくためのポイントを実践事例の報告をもとに伝え普及をはかるためのセミナー(半日)を、全国4会場で開催した(参加者合計 550名)。各会場ともに、経年的に取組みを着実に発展させている事例と取組み間もないながら効果的な展開を進めている事例を組み合わせた報告内容とし、4会場各4地域、計16地域の取組み事例に関する情報提供を行った。

* 上記のすべての会議・セミナーの会場内に、全国の取組み事例のポスター展示や関連資料の閲覧コーナーを設置し、情報の普及をはかった。

3. 全国の自治体の認知症地域支援体制づくりを促進する取組み

上記の会議やセミナーと関連づけながら、以下のような取組みを行った・

着実に取組みを展開している自治体事例を幅広く情報発信（DC ネット）

都道府県・市町村が管内で行う合同セミナーを効果的に開催するためのバックアップ

、その他、都道府県・市町村が管内関係者の取組みを推進するためのバックアップ

自治体や関連諸団体・組織、マスコミからの認知症地域支援体制づくりに関する問い合わせ・情報提供依頼への対応

・事業結果

1. 全国認知症地域支援体制推進会議

都道府県の認知症施策担当者・関係者を主な対象に、平成 25 年 6 月に開催した（会場：東京センター、参加者 188 名）

1) 開催上の工夫

(1) プログラムの構成と工夫（次ページ参照）

厚生労働省認知症・虐待防止対策室から、これからの認知症施策の方向性と認知症地域支援体制づくりに関する情報提供

認知症施策を効果的に進めていく上での認知症地域支援体制づくりの重要性と、取組みを進めていく上での方針・ポイントの説明

*平成 25 年度の事業のスタート時期としての特徴を踏まえ、今年度の市区町村の取組みを、都道府県担当者が適切にナビゲーション・バックアップしていくための基本的考え方や取組みの進め方を特に強調。

方針とプロセスをおさえて取組みを進めている事例について具体的な報告と討議

・ポイントを押さえながら取組みを展開しているを 2 地域の自治体担当者が、取組みのプロセス、工夫、成果と課題を具体的に事例報告

・質疑応答を交えて、取組みの進め方を全体討議

*事例の選定基準

・都道府県と圏域、市がそれぞれの立場や役割を考えながら、連動した取組みを進めている事例（ ）

・都道府県が管内市町村の取組みの推進のために、先進的に取り組む市町村と積極的に関係を築きながら市の経年的な発展をバックアップしている事例（ ）

(2) より多様な事例情報の提供のための事例ポスターの掲示、閲覧資料の展示

参加者が会議に参加した機会に、より多種多様な取組みに関する情報を入手できるように、報告された事例とは異なる地域特性や取組身の特徴がある 5 自治体（宇都宮市、川西市、山鹿市、霧島市、綾部市）の事例をポスターにし会場に掲示するとともに、関連資料の閲覧コーナーを設けた。

(3) 自治体間のネットワークづくりの促進

今回の会議を契機に、事例報告をした自治体担当者と会議に参加した各自治体の担当者同士が会議後もつながって情報や資料等の交換や相談等が気軽のできるようになるために、会議の開催前、休憩時間、終了時間に交流の時間をつくり、ネットワークづくりの呼びかけを行った。

平成25年度 認知症地域資源連携検討事業

全国認知症地域支援体制推進会議
プログラム

～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～

主催：認知症介護研究・研修東京センター

○平成25年6月21日（金）13時00分～16時30分

○会場：認知症介護研究・研修東京センター

時間	内容
13:00～13:15	○あいさつ 認知症介護研究・研修東京センター長 本間 昭 ○オリエンテーション：今回の会議の目的と位置付け
13:15～13:55	1. 今後の認知症施策の方向性について ー認知症施策推進5か年計画の着実な実施に向けてー 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
13:55～14:25	2. 全国各地の取組み経過からみえてきた認知症地域支援体制づくりの 進め方のポイント 認知症介護研究・研修東京センター 研究部副部長 永田 久美子
14:25～15:05	3. 県の立場を活かして、管内の市町村が主体的・継続的に 地域支援体制づくりを進めていくための推進のプロセスと工夫 報告1：宮城県の認知症対策における市町村支援 宮城県保健福祉部長寿社会政策課 宮川 暁子さん 宮城県気仙沼保健福祉事務所 高橋 祥恵さん 宮城県大崎市民生部高齢介護課 中川 由紀代さん 質疑応答
15:05～15:20	休憩／情報交換（会場に展示した各地の取組み紹介もご覧ください）
15:20～16:20	4. わが町の認知症地域支援・体制を築いていくために、市の担当者として 取り組んできたプロセス：役割とできることは何か 報告2：宇都宮市における認知症対策の取組について 宇都宮市保健福祉部高齢福祉課 佐々木 一恵さん 質疑応答 報告3：認知症地域支援・体制を築いていくために、市の担当者とし て取り組んできたプロセス、役割とできることは何か 岸和田市保健福祉部福祉政策課 庄司 彰義さん 質疑応答
16:20～16:30	まとめ

各プログラムの時間については、変更になる場合があります。

※16:30～17:00 まで、会場にて情報交換・交流ができます。

2) 全国推進会議開催による成果

参加者に、会議後1か月時点でメール(メールが不明の人はファックス)を用いて、「参加者アンケート調査」を実施した(回収率51.1%)。その結果、以下の点が確認された。

参加者のほぼ全数が、自地域の認知症体制づくりに役立つ・参考になった

役立つ・参考になったことが、「多くあった」が67.0%、「1~2点あった」が32.1%であり、ほぼ全員が役立った・参考になったと回答していた。

【役立った・参考になった点の主なもの】

認知症地域資源連携・地域支援体制づくりを進めていく上での方向性

認知症施策を進める上での認知症地域支援体制づくりの位置づけについて

地域支援体制づくりを通じて、認知症施策全体を統合していくあり方について

取組みの全体観

都道府県レベルと市区町村レベルの役割の違いや双方のかかわり方・協働のあり方について

自治体事務職の役割や視点に、取組む姿勢について

効果的・継続的に事業に取り組むためのポイントについて

成功事例のポイントについて

他の自治体での試行錯誤や苦労した点について

取組みの具体的なプロセス、進め方について

自地域の弱点を補強、乗り越えていくための具体策について

- ・医療との連携

- ・地域による取組みの較差の解消

- ・取組みに消極的な自治体/地域を活性化する方策 等、

困難な条件の中でも、できることから取り組むことの大切さ

既成の発想に縛られない各地の特性を生かしたユニークな発想や取組み

8割の参加者が自地域の取組みを進めていく上での見方・考え方を刷新・補強

推進会議に参加したことで、「新たな見方や考え方の変化があった」が31.1%、「方向性の確認や対策を補強する考え方があった」が51.9%であり、取組みを進めていく上での見方や考え方を刷新したり、補強できた人が、8割強であった。

9割強の参加者が会議で得た情報を自地域での取組みに活かす

「資料等を関係者で共有して活かす」が42.5%、「管内の担当者・関係者と話し合う機会を作り、今後の施策や取組みに反映」が37.7%、「その他の機会・方法で活かす」が16.0%であり、9割強の参加者が自地域に戻って推進会議で得た情報を自地域の取組みに活かす結果が得られた。

2. 認知症地域支援体制推進全国合同セミナー

市区町村の認知症施策担当者・関係者を主な対象に、3回（7月、10月、1月）で、各2日間の日程で開催した（会場：東京センター、参加者延べ362名）。

1) 開催上の工夫

(1) プログラムの構成と工夫（添付プログラム参照）

年度内の事業進展段階にあわせて3回シリーズで開催

自治体担当者が、年度内に事業を効果的に進めていけることを促進するために、年度内の事業の進展段階にあわせて、事業開始時期（7月）、事業の中間時期（10月）、事業の終盤・翌年度の繋ぎの時期（1月）に3回シリーズで開催した。

認知症施策を効果的に進めていく上での認知症地域支援体制づくりの重要性と、取組みを進めていく上での方針・ポイントの説明

*特に、市区町村の担当者の位置づけや役割を踏まえた基本的考え方や取組みの進め方を強調

方針とプロセスをおさえて取組みを進めている事例について具体的な報告

・ポイントを押さえながら取組みを展開しているを自治体担当者により、取組みのプロセス、工夫、成果と課題を具体的に事例報告

*事例の選定基準

・市町村担当者として事業の全体観をもちながら、計画的・効果的に資源連携・支援体制づくりを進めている事例

・事業を通じて、各種事業間や地域の多様なネットワークを効果的につないで、資源連携やネットワークを着実に進展させている事例

・支援関係者間の連携のための取組みにとどまらず、地元で暮らす認知症の本人と家族につながり、実質的に支えるネットワークを築いている事例

・成果のみではなく、課題やうまくいかなかった点も明確にしなが、課題解決策を見出している事例

・自地域の特性を活かした取組み上のユニークな工夫がみられる事例

他地域との密な討議を通じ具体的な情報・アイデアを共有、自地域の客観的な見直し

2日間の中で、他地域とじっくりとグループワークをする時間をとり、他地域の施策・事業・取組みに関する具体的な情報やアイデアを交換・共有する時間をもうけた。討議を通じて、自地域の中だけでは気付けない自地域の特徴を（再）発見することを促した。

グループ分けは、人口規模や高齢化率、地理的特徴を考慮し、できるだけ条件が類似のグループ編成とした。

自地域の事業・取組みを振り返り、取組みを補強・加速させるための方策を検討

2日間の中での相当量の情報を整理するとともに、自地域の今後の取組みの方向性や

方針を明確にしながら、取組みを具体的に補強・加速させるための方策を検討する個人ワーク・グループワークを実施。

自地域に確実に持ち帰り、地域の関係者とともに取組みを進展させることを促す事例報告から活かせる点やワークを通じて得られた情報やアイデアを整理して記す（自地域に確実に持ちかえる）ためにワークシート（巻末資料参照）を各自に配布し利活用をはかった。

（２）より多様な事例情報の提供のための事例ポスターの掲示、閲覧資料の展示

前記した推進会議と同様、参加者がより多種多様な取組みに関する情報を入手できるように、報告された事例とは異なる地域特性や取組身の特徴がある５自治（事例）をポスターにし会場に掲示するとともに、関連資料の閲覧コーナーを設けた。

（３）参加者間のネットワークづくりの促進

他地域とのワークの他にも、１日目の最後に参加者間の交流の時間をつくり、より具体的な情報・意見交換やネットワークづくりを呼びかけた。

第1回 合同セミナープログラム

認知症地域資源連携検討事業
平成25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】 7月25日 (木)

※1日目の座席：都道府県混合・市区町村/地域混合

時 間	内 容
13:30～13:40	○あいさつ 長谷川和夫 認知症介護研究・研修東京センター名誉センター長 ○今回のセミナーのねらい
13:40～14:20	1. これからの「わが町」ならではの認知症地域支援体制づくりを 一歩ずつ着実に進めるために ～取組み地域から見えてきた取組みのポイントと自治体としての役割～ 認知症介護研究・研修東京センター研究部 永田久美子
14:20～15:00	2. 取組みを進めている自治体からの報告 その1：認知症の本人・家族に支援が行き届くための わが町ならではの地域支援体制づくり ～行政担当者ならではの取組みと役割～ 富士宮市保健福祉部福祉総合相談課 稲垣 康次さん 富士宮市社会福祉協議会 小野田 正樹さん 富士根南地区社会福祉協議会 川原崎 仁さん
15:00～15:15	休 憩
15:15～17:15 (途中休憩あり)	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、自治体として注力すべきことは何か 3) 全体共有：現在の取組みと課題、今後のあり方について
17:15～17:30	4. 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
 ※情報交換とネットワーキングの場です。ぜひご参加ください。

【2日目】 7月26日（金）

※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	5. 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、話しあおう 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) 自地域の取組みの現状と課題の確認と共有
10:45～11:00	休 憩
11:00～12:00	6. 取組みを進めている自治体からの報告 その2：泉南市認知症ケア推進事業の取組み 行政の立場を活かして、認知症の本人と家族を支えるための 人づくり・支援体制づくりを継続的に進めていくために 泉南市健康福祉部長寿社会推進課 高尾 年弥さん 泉南市認知症ケア研究会 片木 京子さん ○質疑応答
12:00～13:00	昼 休 憩・ネットワーキング <各地域等の参考資料の閲覧>
13:00～13:45	7. 認知症地域支援体制づくりを進める上での課題解消にむけた 各地の取組み 情報提供：全国各地域の取組み事例より
13:45～14:00	休 憩
14:00～15:45	8. 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 9. 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

第2回合同セミナープログラム

認知症地域資源連携検討事業 平成25年度 第2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】10月17日(木)

※1日目の座席：都道府県混合・市区町村/地域混合

時間	内容
13:30 ~ 13:45	○あいさつ ○今回のセミナーのねらい
13:45 ~ 15:15	1. 認知症の人と家族を地域で支えあう体制を築いていくためのポイントと工夫の実際 ◆各地の担当者が語る自地域の取組みのポイントと工夫：その1 1) 認知症の人の経過にそった連携と支援体制作り 京都府舞鶴市保健福祉部高齢者支援課 児玉 智子さん 船原理恵子さん 2) まちで、みんなで認知症の人をつつむ ～認知症の人が地域で生き生きすることを支えるために～ 小地域（校区）で暮らす人々とともに進める 計画作りと多職種協働・地域協働 福岡県大牟田市保健福祉部長寿社会推進課 吉澤 恵美さん 福岡県大牟田市中央地域包括支援センター 猿渡 進平さん ○質疑応答
15:15 ~ 15:30	休憩
15:30 ~ 17:15 (途中休憩あり)	2. 他地域の情報を活かそう 1) 個人ワーク 前半の情報をもとに自分や地域に「活かしたい点」を整理してみよう。 2) グループワーク 他地域のメンバーと話しあおう (1) 情報交換：各地域の取組みの特徴と課題 「活かしたい点」 (2) 討 議：今後の取組みのできる工夫
17:15 ~ 17:30	3. 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、参加者同士の情報交換、ネットワーキングの時間です。
ぜひご参加ください（自由参加）。

【2日目】10月18日（金）

※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	○1日目の振り返り
9:40 ~ 10:40	4. 他地域情報を自地域の今と今後に活かそう 1) セミナー1日目の情報や知見をもちより、話しあおう （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）他地域の取組み情報をどのように自地域に活かせるか
10:40 ~ 10:50	休 憩
10:50 ~ 12:00	2) わが町にいる人・あるものがつながるためのアクションを生み出すプロセスと工夫の実際 ◆各地の担当者が語る自地域の取組みのポイントと工夫：その2 新潟県湯沢町 地域包括支援センター 國松 明美 さん 新潟県湯沢町認知症地域支援プロジェクト 「アクション農園倶楽部」 団長 丸山 静二 さん ○質疑応答
12:00 ~ 13:00	昼 休 憩・ネットワーキング <各地域等の参考資料の閲覧>
13:00 ~ 15:45 (途中休憩あり)	5. 認知症の人が暮らす流れにそった地域支援体制づくり 1) 認知症施策を着実に進めていくための基盤としての 地域支援体制づくり：全国各地の取組み情報を活かしながら 情報提供：認知症介護研究・研修東京センター 2) グループワーク （1）得られた他地域情報をとことん自地域に活かそう （2）今後の自地域の取組みの補強策を具体的に検討しよう （3）実際の取組みを進めていく上でもっと知りたいことは何か 6. 地元に戻って、よりよい取組みを進めるために ・今後の取組みのアイデア・ヒントを全体で情報交換 ・「知りたいこと」Q&T 参加者・報告者、全員でアイデアを出そう
15:45 ~ 16:00	○まとめ ○今後について

第3回合同セミナープログラム

認知症地域資源連携検討事業
平成25年度 第3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】1月23日（木）

※1日目の座席：都道府県混合・市区町村/地域混合

時 間	内 容
13:30～13:45	○あいさつ ○今回のセミナーのねらい
13:45～15:00	1. これからの認知症施策の展開にむけて 1) 各自治体としての認知症施策を展開していく基盤として 多職種・多資源のネットワークを築くために 2) 取組み地域からの報告：その1 「認知症に人が地域で暮らし続ける」 その実現にむけた地域支援体制づくりのプロセスの実際 ～まちづくりに必要なことを認知症の人が教えてくれる～ 熊本県山鹿市市民福祉部介護保険課 佐藤 アキさん ◆参加者との質疑応答 ◆取組みプロセスについて、意見交換 ◆自地域で活かしたいことの整理
15:00～15:15	休 憩 ポスター・参考資料等の閲覧
15:15～17:15	2. 地域の情報を活かしおう 1) 自地域の特徴を活かした地域支援体制づくりの展開 2) グループワーク 他地域のメンバーと話しあおう (1) 情報交換：地域の取組み情報の交換 (2) 討 議：地域支援体制づくりの効果的な進め方について
17:15～17:45	3. 今回参加地域のリレートーク

☆17:45～19:00 *報告者および参加者同士の情報交換、ネットワーキングの時間です。
 ぜひご参加ください（自由参加）。

【2日目】 1月24日（金）

※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	○1日目の振り返り
9:40～10:45	4. 他地域情報を自地域の今と今後に活かそう 1) セミナー1日目の情報や知見をもちより、話しあおう （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）他地域の取組み情報をどのように自地域に活かせるか
10:45～11:00	休 憩・ポスター等閲覧
11:00～12:00	2) 取組み地域からの報告2 「事業・取組み・人をつなぎ、認知症の人が地域で暮らすための 施策・支援体制を生み出す」 大阪府福祉部高齢介護室介護支援課 田中 克博さん ◆参加者との質疑応答 ◆取組みプロセスについて、意見交換 ◆自地域で活かしたいことの整理
12:00～13:00	昼 休 憩・ネットワーキング <ポスター・参考資料の閲覧>
13:00～15:45 （途中休憩あり）	5. 自地域の多職種・多資源を活かした認知症地域支援体制作りの展開 1) これからのわが自治体/地域の認知症施策・取組みの推進に むけて ～全国各地の取組み実例に学ぶ～ 情報提供：認知症介護研究・研修東京センター 2) グループワーク （1）得られた他地域情報をとことん自地域に活かそう （2）今後の自地域の取組みの補強策を具体的に検討しよう （3）実際の取組みを進めていく上でもっと知りたいことは何か 6. 地元に戻って、よりよい取組みを進めるために ・今後の取組みのアイデア・ヒントを全体で情報・意見交換 参加者・報告者、全員でアイデアを出そう
15:45～16:00	○まとめ ○今後について

2) 全国合同セミナーによる成果

参加者に、セミナー1週間時点でメール(メールが不明の人はファックス)を用いて、「参加者アンケート調査」を実施し、1か月後をめぐりに回答を求めた(回収率は、51.3%)結果、以下の点が確認された。

(1) 参加者の9割前後が、自地域の認知症体制づくりに活かす点を見いだせた

各回のセミナー後、87.5%~96.5%の人が、今年度内や今後の事業・取組みに活かしたい点があったと回答した。

「今年度の事業や取組みに活かせる内容」

1	・認知症高齢者に関する施策の検討の為にアンケート調査を実施する予定であったため、泉南市が区長や民生委員に対してもアンケートを行ったとのことだったので、調査の方法やその内容について、今回の事例報告者の方よりメールで資料をいただき、これを参考に、当町用の調査内容を検討する予定。
2	一つ一つの相談事例を振り返り、それを積み重ねて事業に生かしていく考え方については特に参考になりました。
3	今年度家族会の立ち上げに向けて動いています。ご家族から出た悩みや地域・近隣に求めることなどをその場で完結させずに、地域に伝え一緒に考えていくようにしたい。その際には「支援体制の考え方が認知症特化してしまうから行き詰まってしまう。」との講話を念頭に置き考えていきたい。
4	支援体制づくりを推進する際に必要な視点について学ぶことができた。(自分事として考えること、事業をこなすことだけでなく、本人・家族にきちんと必要な支援が行き届いているか、脱領域の視点で専門職だけでなく多種多様な人・資源とつながりながら小地域ごとの支援体制づくりを固めていくことなど)
5	・庁内職員を対象にした認知症サポーター養成講座 等
6	他市町村のさまざまな事例を聞いて、今年度これからの当町の認知症対策に活かしていきます。 特に地域資源の掘り起しが重要であると感じました。
7	他市町村とのグループワークによる交流が大変参考となりました。 新たに改正があった「認知症対策等援総合事業」については、各市とも具体的な事業展開は決定していなかったが、近隣市同士であり、今後も必要時に情報交換を行っていこうとの話となった。
8	1つの事例を丁寧につなげる関わりについて、区内の高齢者支援総合センターに意識を持ってもらう。 行政の異動に対する体制づくりの提案を課内にしていく。
9	サポーター養成講座対象者の拡大。開催の回数を増やすコツ

10	<p>組織図で、民生委員への仕事の集中で負担増にて、他への分散にて負担感の軽減を図ったという解説。現在地域の民生委員の方が、1期で交代を希望される現状があり、また後任の選出に苦慮している姿が見受けられている。</p> <p>地域で支えるキーマンとはなるが、一市民の方の善意にて任務にあたって下さっている。一人に集中する形ではなく、「地域で」というところに改善する余地がある。</p>
11	<ul style="list-style-type: none"> ・本人や家族の状況、ナマの声を把握して、関係者と地域課題を共有すること。 ・本人の弱い面ばかりに注目するのではなく、周囲や資源を活用して強みを発揮する事の必要性。
12	警察のはいかいSOSネットワークの同意書を置いてもらう。新聞社と見守りの契約を結ぶ常に「つながる」に意識をもつ
13	家族会との連携の資料を参考に、今後、介護体験家族の力を生かす取り組みを進めていきたい。意欲のある人材を公募し、直営で相談会を兼ねたサロン等の実施を計画。
14	地域ケア会議においてとにかく個別事例を積み上げていこうという姿勢。
15	すでに取り組まれている、先進地区の事例を市内全域に広めるという視点
16	事業事態の見直しを行うきっかけとなった
17	<ol style="list-style-type: none"> 1. 医療・介護だけでなく、地域での生活支援の視点を持つこと。 2. 認知症の本人や家族に行き届くことを念頭に置くこと。
18	<p>町との協働の図にあったように、お互いに共通となる「目指す姿」は改めてこれからは生かすことが出来る</p> <p>情報交換の中で、医療連携については、認知症からのアプローチだけでなく、他から（補助金も含めて）のアプローチも含めて対応を進めていく</p> <p>10年ひと昔ではないが、認知用対応に関する遍歴を改めて確認できたので、皆で共有した上で体制づくりに生かしたい</p>
19	ご本人と家族の一つ一つの相談を分析して積み上げた中に地域のニーズがあるということが印象深く、早速一つ一つの相談を振り返ってみたいと思います。
20	<ul style="list-style-type: none"> ・ボトムアップで施策立案ができるよう、個別事例を積み上げ、整理すること。 ・課題を見える形にし、地域、関係者でできる限り共有すること。 ・ネットワークづくりにおいては、認知症に限定せず、広範なネットワークを構築すること。
21	認知症の施策や事業を進めることに意識がいきがちになるが、個別のケースにどうつながるのかを意識して進めなければならないという点
22	<ul style="list-style-type: none"> ・取り組みを継続していくために、「チーム」として動いている意識を持てるようなつながり方をする。 ・事例報告から、地域の力を生かせる場づくりを行政としてサポートしていきたいと感じた。
23	<ol style="list-style-type: none"> 1：市報で情報発信する場合は、深刻でなく希望のあるメッセージを発信する。 2：事例検討を通して、見直しを行いニーズは何かを把握し、事業に反映させたいと思います。
24	認知症地域支援体制づくりにおける考え方、視点が参考になりました。体制づくりをと考え、取り組む上で、自地域の取り組みが認知症の本人・家族につながっていくことを念頭に取り組む必要があることを感じました。

25	来年度の取り組みのための布石・動き方が見えてきました。
26	・安易に施設入所を考えるのではなく、本人や家族の意思を確認しながら、認知症になってもできるだけ長く地域で暮らし続けるという視点で、個々の事例への関わりと関係者との連携を深めていく。
27	<p>(1) 認知症の正しい知識と普及啓発として小学校区単位で実施している講演会の形態を変えて、病気の知識のみではなく、家族の会などの力を借りて、認知症の方の生活（家族・本人も含めて）も伝えられる内容にしていく。</p> <p>この時に、認知症の方を介護している方へ『介護者の集い』についても発信して、会に参加しやすい状況も作っていく。</p> <p>認知症サポーター養成講座、認知症にやさしいお店の新規登録で、認知症のことを知ってもらうことに加えて、『自分たちに何ができるのか』具体的に考えていけるように内容を変更する。 組織だけがあって実働部隊の無い状況を変えていく。</p>
28	認知症施策総合推進事業を行うことになり認知症地域支援員としての業務については手探り状態であったが、地域で共有していきたい方針の中で、何のために取り組むのが当事者の目的を見失わず息長く取り組むことの重要性や認知症になっても「地域の中」で生活していけるように人として当たり前の願い、「地域」は認知症の人の安心、安定の生きる力の源であるという考え方などを基本にしながら関係機関と連携をとりたい。

「来年度以降の事業や取組みに活かせる点」について

1	事例にもあったように、大きな視点で事業を考えることも大事ですが、もっと足元の事例一つ一つに耳を傾け、本人はどうなのかといった視点を忘れることなく、取り組んでいくことが大事だと感じました。また、全くできていないわけではなく、周りの社会資源と結び付けて展開させていくことも、大事であると感じました。
2	補助金の活用の仕方について
3	<ul style="list-style-type: none"> ・市としての明確なビジョンが出せていないので、まずはそこから始める必要がある。担当者が熱い思いを持って継続的に取り組んでいくことが大切なのだと感じた。 ・地域ケア会議をこれから本格的に始めていく計画で、まだ勉強不足だったので、視点が学べた。 ・個別ケアと地域での支援体制づくりが地続きであるという考え方が理解できた。現在、専門職間でのネットワークはできてきた印象があるが、個別ケースをきっかけに、今後は地域でのつながりを増やすことの大切さを学んだ。 ・“地域包括支援センターの役割は人材育成”という視点。
4	社会福祉協議会の活用・連携を積極的に行い、地域とのつながりをもてる機会を増やしたいと思います。
5	「認知症になった人がどんな姿で生活したいか。」ということを真剣に考えていくこと。また、若年性認知症が地域で住み続けて、行くためにどこにどのようにつないでいかを考えていきたい。
6	市の地区社協と地域の住民を取り込んだ見守りネットワークの構築は、とても参考になった。
7	社会福祉協議会との協力と連携

8	地域づくりの先進的な取り組みはとても参考になりました。また他の自治体の方との意見交換もあり、刺激を受けました。
9	現在進めている地域別のキャラバンメイト自主活動の支援に向けて、より具体的に当事者につながる事業として共に考える素地を「迷子高齢者の防止」や「サポーター活動の支援」を ○当事者につながる事業目標 *現在は事業をバラバラにやっている ○人材育成は共に考える仲間 ○アクションミーティング ○本人による政策提言
10	道路沿いに高齢者がふらっと立ち寄りやすい場所があると、認知症の早期発見につながるので、商店街の空き店舗等を利用できないだろうかという意見が出た。
11	全国の先進的な事例に学び、これからの指針になった。
12	担当地区内でボランティア団体主催のサロンがあるため、地区内の拠点づくりを進めるとともに、サポーター養成講座を開催していきたい。
13	明確なビジョン・目標がなければならないこと
14	事業の集大成のお祭りや、模擬訓練、月一回の訪問活動等
15	認知症サポーター講座を小学生向けにたくさん開いている事を聞いて、我が市でも。 また、行政が仕掛けて、介護の事業所が認知症の地域支えあいを考えている事を聞いて、すごいと思いました。
16	業務別に事業を捉えて運営していたが、視点を「市民」に置き換えて、統合的に支援体制を検討していく必要性を改めて感じました。当市の介護予防事業を再検討するに当たり、この視点を大切にしていきたいと思います。
17	・認知症徘徊者の特徴や写真を、コンビニなどの店舗に掲示する。 ・新聞販売者等に高齢者の見守りを願います。
18	地域づくりについて、当市も頑張っているところであるため、次年度以降に活かせれば、と思った。
19	・キャラバンメイトがグループホームのボランティアに行って現状を知ること ・見守りボランティアを地域の方にしていただくこと
20	補助事業等の活用

(2) 各回とも9割前後の参加者が会議で得た情報を自地域での取組みに活かす

各回で、87.5%～93.6%の参加者が、「資料等を関係者で共有して活かす」、「管内の担当者・関係者と話し合う機会を作り、今後の施策や取組みに反映」と回答し、各自治体の事業・取組みの内容や進捗状況に応じて、下記のような多様な活かし方がみられた。

<p>・今回のセミナーの中で、特に当町に取り入れたい施策や考え方について復命という形で町長まで伝える。また、課内の職員には口頭で説明したいと考えている。</p> <p>・3については、次年度は介護保険事業計画策定の年であることから、事業や取組について検討の際に参考にさせていただくなど活用したいと考えている。</p>
<p>今回の他県での取り組み事例等を地域に伝えられるような機械を作り一緒に考えていきたいと思っています。</p>
<p>管内担当者会議の場面で情報共有を行う。</p>
<p>・かかりつけ医研修のあり方、若年性認知症施策のあり方等について、担当内で話し合っていきたいと思っています。</p>
<p>これから自地域の具体的な取り組みの計画に肉付けをする段階であり、セミナーでの情報を活用したい</p>
<p>当町が組織している認知症対策サポート会議の委員に今回の資料を配布しました。</p> <p>また、来月会議を開催しますので、その際に今回の資料についても説明を行う予定です。</p>
<p>・会議において、地域支援体制づくりの7つのポイントを元に、資料の一部を配布しながら報告した。現在は、会議に出ていない出向の職員も含めて、全スタッフを対象に全ての資料を回覧しているところである。</p>
<p>介護予防係・包括支援センター内で今回の研修資料等を回覧し意見収集を行いたいと思います。</p>
<p>今後地域包括支援センターとともに考えていく。</p>
<p>第6期介護保険事業計画の策定の際にも、セミナーで得た情報を活かしていきたい。</p>
<p>地域包括の職員に当日の資料を回覧し、共有する。</p>
<p>研修で受けた配布資料をセンター内で回覧して簡単な報告を行いました。</p>
<p>他市町村とのグループワークによる交流が大変参考となりました。</p> <p>新たに改正があった「認知症対策等援総合事業」については、各市とも具体的な事業展開は決定していなかったが、近隣市同士であり、今後も必要時に情報交換を行っていこうとの話となった。</p>
<p>認知症キャラバンメイトの会に報告し、サポーター養成講座の目的を具体的な活動に結び付くように働きかける。</p> <p>特に家族、本人などの当事者に利のある活動をどう展開するのか、研修報告をして深めてもらう。当事者の方の話を聞く会を働きかけ、昨年度実施し、地域の役割に気づき始めているところです。</p> <p>大事にしたいと考えています。</p>
<p>現段階では、区と高齢者支援総合センターを含めての現場レベルの認知症ケアについて話す場、関係機関が集まったの連携会議ともない状態だが、現場レベルの会議については提案をしているので、年度内にできる予定。その場で伝達・共有もしていく予定。</p> <p>参加した高齢者支援総合センター職員には、組織内で共有してもらい、その後の進捗を確認する予定。</p>
<p>包括支援センターとみまもり相談室で、伝達研修を行った。来年度以降の事業計画に生かして行きたい。</p>

<p>当日の資料を配布して伝達・共有した。次回は「とてもいい内容です。」と市内から複数の参加を呼びかけた。合同セミナーの2、3回目にも参加し学習し、来年度以降のサロン・カフェの立ち上げに活かしていきたい。</p>
<p>次期計画作成のために、報告を参考に自地域であらう選択しアレンジしたものを提案していく予定</p>
<p>・認知症ワーキングチームや、職場内での検討等で活用していきたい(まずは、職場内での復命書から)。</p>
<p>今回えたことをもとにおに計画を見直し、改善していく。</p>
<p>当日資料を供覧し、後日参考にしたい取り組みについて職員間で話し合った。事例報告者が提供してくれた医師会圏域からの資料は、今後当市でも医療連携を進めていくうえでの参考にしたい。</p>
<p>他市で参考になった取組みを自地域でも行うことは可能か、まずは課内で検討したいと考えている。</p>
<p>課全体・係内での資料の共有。</p>
<p>今回のセミナーの内容をふまえて今年度の事業への反映する話し合いを 持とうと思います。</p>
<p>資料をもとに、現事業を整理し、対応方法を検討したい</p>
<p>委託包括の保健師、看護師部会での伝達と取組みへの話し合い(第6期介護保険事業計画に向けて)</p>
<p>コア会議があるので、そこで今回の内容の抜粋を元に話をする キャラバンメイト連絡会があるので、そこで研修結果を周知 研修結果を県の会議があるので、その際に生かしたい</p>
<p>現在社会福祉協議会と連携を持ちながら支援体制構築に取り掛かっているため、研修で学んだことを共有しながら、検討を進めたいと思います</p>
<p>資料を回覧して他市の情報を共有しました。また、報告事例についても再確認できました。</p>
<p>市の見守り関係施策を整理し、体制図をまとめる。</p>
<p>・認知症見守りネットワーク訓練の方法の検討 ・介護、医療分野の方々が参加する地域ケア会議の開催</p>
<p>先進的な取り組みについては、当市でも参考にしていきたいため、資料をもとに再検討を行いたい</p>
<p>今年度後半の取り組みや次年度以降の計画に、セミナーで得た情報や取り組みの推進方法等を反映していきたい。</p>

3. 認知症地域支援体制地域普及セミナー

市区町村の認知症施策担当者、医療・介護・福祉等の認知症地域支援の関係者を対象に、2月に4地域（福岡、広島、東京、福島）で開催した。

1) 開催上の工夫

各地域ごとに、以下のようなテーマでの報告を4事例選定し、地元事例と共に全国の他地域の事例情報が得られる機会とした（各地域ごとの事例地域と報告テーマに関しては、巻末リストを参照）。

また、報告事例以外のより多種多様な事例情報がえられるよう、各会場で報告事例とは異なる地域性や取組の特徴のある自治体の事例についてポスターを掲示して情報提供を行った。

事例報告者と参加者が、セミナーの機会につながり、その後の情報交換等が可能になるようネットワーキングをはかった。

県と市が、それぞれの立場を活かして連携しながら認知症地域支援体制づくりを進めている地域の事例（共同報告）
地域特性を活かした多様な資源のつながりを育てながら、認知症の人と家族を支える地域支援体制づくりを展開している地域の例
市の行政担当者が地域の多様な関係者の力を活かして認知症の人と家族を支える地域のつながり・支援体制を生み出しているプロセスの実際と成果、今後の課題
町の限られた資源を効果的に活かしながら、認知症の人が地域で暮らし続けるための地域支援体制づくりを進めている地域の例

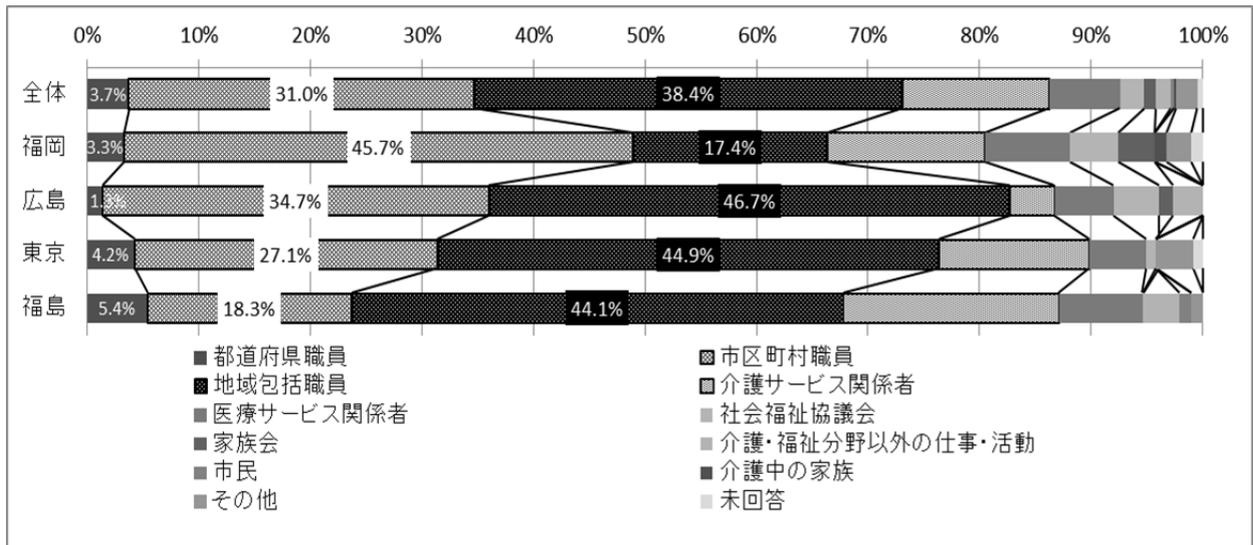
2) 地域普及セミナーの成果

参加者にアンケートを配布し、セミナー終了時、会場にて回収を行った。

各会場参加者数、及び当日アンケート回収数

開催会場（全4回）	参加者数	回収数	回収率
福岡会場（H26.2月7日）	136	92	67.6%
広島会場（H26.2月14日）	80	75	93.8%
東京会場（H26.2月21日）	139	118	84.9%
福島会場（H26.2月28日）	151	93	61.6%
計	506	378	74.7%

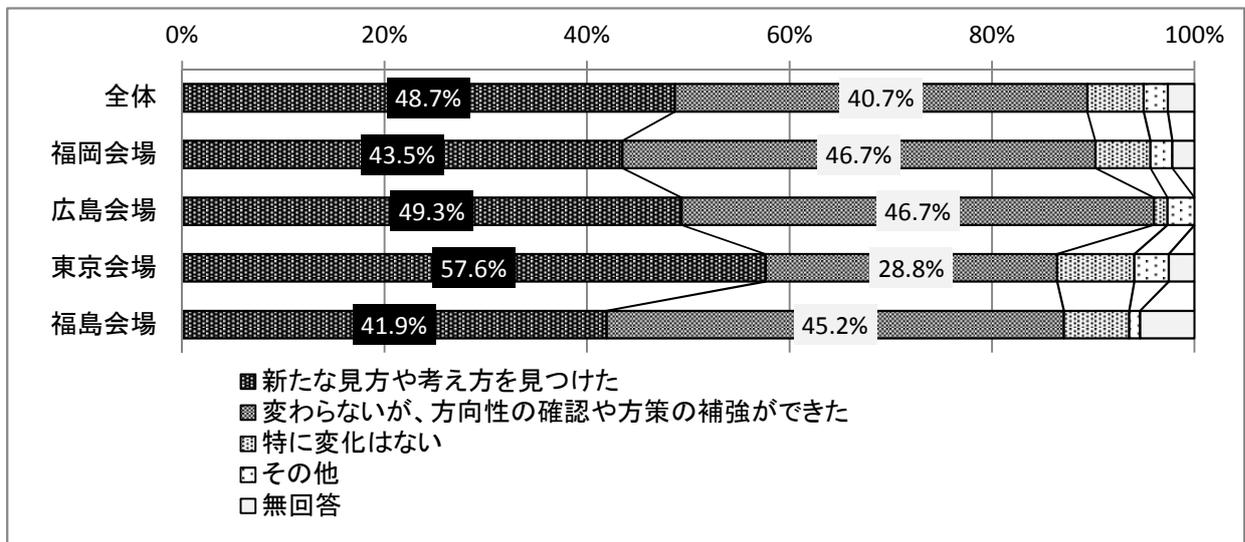
回答者の立場別内訳



参加者の9割が、地域支援・体制づくりについての新たな見方や考え方を見つけたり、確認・補強

今回の普及セミナー参加により、89.4%の人が地域支援とその体制づくりについて、新たな見方・考え方を見つけたり、方向性の確認や方策の補強ができたと回答していた。

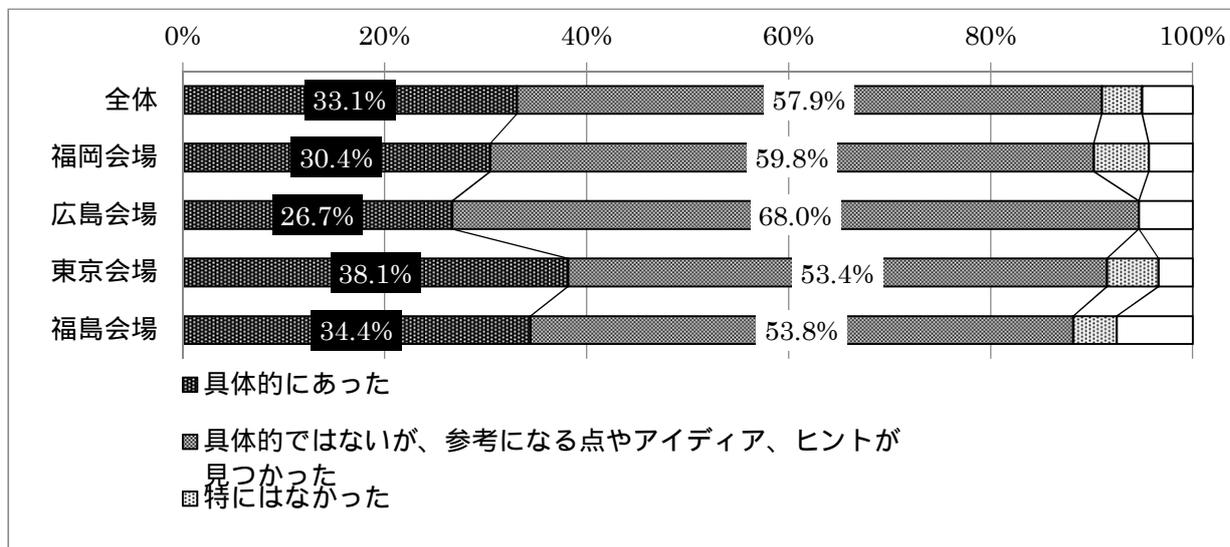
会場別



9割の人が、自地域の今後に生かしたい点を見つけた

91.0%の人が、自地域の今後の地域支援体制づくりや具体的な取組み・活動に活かせることを見つかったと回答。

会場別



4. 全国の自治体の認知症地域支援体制づくりを促進する取組み

上記の会議やセミナーと関連づけながら、以下のような取組みを行った・

着実に取組みを展開している自治体事例を幅広く情報発信（DC ネット）

一連の会議・セミナー等で配布した資料や当日使用したワークシートをDC ネット上にアップするとともに、都道府県を通じて管内の市区町村担当者等に事例の普及と活用を促進をはかった。

都道府県・市町村が管内で行う合同セミナーを効果的に開催するためのバックアップ

都道府県・市町村が、管内の認知症施策担当者や地域支援関係者を対象とした合同セミナーを開催するため企画の相談、講師や事例報告者の紹介とつなぎ、関連資料の提供、当日の運営支援、開催結果の集約等のバックアップを行った。

* 県単位で管内市町村の合同セミナーを開催した県から、以下のような成果が報告されている。

- ・これまで把握しきれないでいた管内全体の市町村の取組みの実態や課題、それぞれの工夫などを把握することにつながった。
- ・それらを市町村にも情報提供することで、お互いの参考や刺激になり、積極的に動く市町村が確実に増えた。
- ・県としての方針を市町村に明確に示し、市町村と方向性や方針をひとつにしながら、連携・協働して取り組める場面がふえた。
- ・セミナーを通じて得た情報やアイデアを地元の市町村で活かしたことで、連携が拡充したり、それによる支援成果が出始めた報告が、市町村から入るようになった。
- ・セミナー開催により、市町村の担当者との関係が密になり、お互いの連絡や相談をしやすくなり、一步踏み込んだ情報交換・共有ができるようになってきた。

その他、都道府県・市町村が管内関係者の取組みを推進するためのバックアップ

認知症地域資源連携・支援体制づくりに関する都道府県、市区町村からの問い合わせを受け付け、その地域の特性に近い地域事例に関する情報の提供や関連資料・普及資材の配布を行った。

自治体や関連諸団体・組織、マスコミからの認知症地域支援体制づくりに関する問い合わせ・情報提供依頼への対応、協働での推進に向けた働きかけ

まとめ：成果と課題、今後に向けて

1. 市町村における認知症地域資源連携・地域支援体制づくり推進に関する成果

1) セミナー等による直接的な成果：自治体としての方針・役割、具体策の強化

一連の会議・セミナー参加者の事後アンケート結果によると、「取組みを推進していく上での見方・考え方の見直しや補強になった」が各回ともに 8 割以上にのぼった。内容としては、「広範・多岐にわたる認知症施策の個別事業をバラバラに進めていたが、本人の視点にたって施策や事業を再構築をはかる」、「本人の地域での生活支援という共通目標を行政として掲げ、医療・介護はもとより地域の多様な資源に視野を広げて連携体制を構築する」等、自治体としての今後の取組みの方向性を左右する上で重要な、方針・役割の強化につながったことが確認された。

また、「自地域の今後の地域支援隊づくりや取組みに活かせる点」については、これも各回ともに 9 割以上の参加者が「具体的にあった」「参考になるアイデア、ヒントが見つかった」と回答し、個々の自治体の取組みの進捗状況に応じて地域資源連携・支援体制づくりを具体的に強化するために、セミナー等が直接的に役立っていることが示唆された。

2) 手法や資料を活用した間接的な成果：管内市町村の取組みの一体的推進・格差の是正等

本事業で行った合同セミナーの形式や配布資料・ワークシート等を活用し、都道府県による管内の関係者を対象としたセミナーや情報交換の集まりが開催され、開催した自治体担当者から「管内の市町村担当者に役割や具体策を伝えるために有効だった」「管内の市町村の取組みや進捗状況を一元的に把握するために役だった」「広範囲・多数の市町村担当者との関係づくりやその後の指導・助言のために役立った」「市町村の取組み格差の解消に役立った」等、多様な効果がフィードバックされた。

3) ネットワーキングを通じた間接的成果：他地域の力を活かしあった推進

今年度開催した会議やセミナーでのネットワーキングでつながったり、ネット等を通じて配布・普及資料を目にした自治体職員同士が、その後連絡をとりあって、事業の進め方や課題解消にむけた具体策についての情報交換、先行の成果物をひな形にするためのやりとり、地域の関係者を引き連れての視察、先進地域の多様な関係者（行政事務職、技術職、医師、ケアや地域支援の関係者、当事者本人、家族等）を自地域に招へいしての研修や会議の開催等、他地域の力を活かした多様な取組みが展開された。他地域の力を借りることで「今まで何年も動かなかった医療との連携が進んだ」「自地域の資源でも可能な初期支援の具体的進め方がみつかった」「専門職、地域の多様な資源を巻き込んだの SOS ネットワークづくりが進み、見守りネットワークとの連動が始まった」等、各地から多様な成果の報告が寄せられている。

2. 課題と今後の展開にむけて

本事業を通じて、市町村ごとの取組みの進展には、都道府県による管内市町村へのナビゲーション・バックアップのあり方の関与が大きいことが示唆された。認知症地域資源連携や地域支援体制づくりの内実は、市町村の各課・係りにまたがっていることが大半であり、市町村の認知症施策担当者のみでは広範多岐にわたる情報の収集や他部署・多機関の連携を進めていく上では限界がある。また、介護保険の保険者が広域連合であったり、自治体規模が小さく必要な医療・介護資源や推進役となる人材が一自治体では不足している場合も多い。これらの現状の中で市町村が取組みを着実に進めていくには、圏域の動きも含めた都道府県によるナビゲーションとバックアップが欠かせない。

本事業では今年度（平成25年度）都道府県や圏域の担当者へのアプローチを重視した取組みも行ってきているが、全都道府県には十分に行き届いていない。今後は都道府県の状況把握や相談をさらにきめ細かく行いながら、都道府県へのバックアップを強め、全市町村の取組みの促進につなげていくことが必要である。

そのためには、今後以下の方策を強化していくことが求められる。

本事業を通じて明らかになってきた取組みのポイントやそれをふまえた参考事例に関する情報を、十分に行き渡らせるための情報提供の拡充

情報提供のみでは自地域にあった資源連携・地域支援体制づくりの企画や遂行をしていくことが困難な自治体もみられ、都道府県単位での管内市区町村を対象とした合同セミナーの開催の促進と、開催支援の強化

都道府県や市区町村が、認知症地域施策を着実に展開していくためには、その基盤となる地域資源連携・支援体制づくりの現状と成果・課題を明確にしながら取組みを継続発展させていくことが不可欠である。しかし現在は、各自治体が進捗状況をモニタリングしていく方法やデータベースづくりが未確立であり、認知症地域支援体制のモニタリングシステムの整備が早急に必要である。

なお今後は、行政担当者と認知症地域支援推進員等（地域での連携推進するかなめ役の人材）との協働がこれまで以上に重要になると考えられるが、各自治体の特性を踏まえた協働や役割分担のあり方がまだ十分に明らかにされていない。行政担当者と認知症地域支援推進員との協働、役割分担のあり方を早急に把握・検討し、好事例もふくめて、自治体職員と認知症地域推進員の双方に一体的な情報提供やバックアップを行っていくことが急務である。

資 料

1. 会議・セミナーで報告・紹介した事例一覧
2. 会議・セミナーで報告・紹介した事例資料
3. 全国合同セミナーでを使用したワークシート
4. 共通形式を利用した事例

1. 会議・セミナーで報告・紹介した事例一覧

【全国推進会議】平成 25 年 6 月 21 日

事例報告した自治体/立場	事例報告のテーマ
宮城県 + 宮城県気仙沼保健福祉事務所（気仙沼保健所）	県の立場を活かして、管内の市町村が主体的・継続的に地域支援体制づくりを進めていくための推進のプロセスと工夫
栃木県宇都宮市	わが町の認知症地域支援・体制を築いていくために、
大阪府岸和田市	市の担当者として取り組んできたプロセス： 役割とできることは何か ~ 県との協働をふくめて ~

【全国合同セミナー】

第 1 回：平成 25 年 7 月 25 ~ 26 日

事例報告した自治体/立場	事例報告のテーマ
静岡県富士宮市 + 市社協 + 地区社協	認知症の本人・家族に支援が行き届くための わが町ならではの地域支援体制づくり ~ 行政担当者ならではの取組みと役割 ~
大阪府泉南市 + 泉南市認知症コ-ディネーター	行政の立場を活かして、認知症の本人と家族を支えるための 人づくり・支援体制づくりを継続的に進めていくために

第 2 回：平成 25 年 10 月 17 ~ 18 日

事例報告した自治体/立場	事例報告のテーマ
京都府舞鶴市	認知症の人の経過にそった連携と支援体制作り
福岡県大牟田市 + 医療機関（医療連携室）	まちで、みんなで認知症の人をつつむ ~ 認知症の人が地域で生ききくことを支えるために ~ 小地域（校区）で暮らす人々とともに進める計画作りと 多職種協働・地域協働
新潟県湯沢町 + 認知症地域支援プロジェクト	わが町にいる人・あるものがつながるためのアクションを 生み出すプロセスと工夫の実際

第 3 回：平成 26 年 1 月 23 ~ 24 日

事例報告した自治体/立場	事例報告のテーマ
熊本県山鹿市	認知症に人が地域で暮らし続ける」 その実現にむけた地域支援体制づくりのプロセスの実際 ~ まちづくりに必要なことを認知症の人が教えてくれる ~
大阪府	事業・取組み・人をつなぎ、認知症の人が地域で暮らすための 施策・支援体制を生み出す

【地域普及セミナー】

福岡会場（平成 26 年 2 月 7 日）

事例報告した自治体/立場	事例報告のテーマ
沖縄県 + 久米島町	県と市町村が連携しながら、地域に根差した認知症地域支援体制づくりを推進 ~ 離島県・沖縄による認知症支援体制について ~
鹿児島県霧島市 + 地域密着型サービス事業者	地域にある多様な資源のつながりを育てながら、認知症の人と家族が安心して暮らし続けるための地域支援体制づくりを展開
静岡県富士宮市 + 認知症の本人	「認知症の人が、地域でよりよく暮らす」：当事者とともに歩み、成長し続けられる地域づくり
宮城県大崎市 + 地域包括支援センター （委託型）	認知症地域支援体制づくりの実際：地域資源を活かした連携強化 ~ 大崎市認知症地域支援推進チーム育成の取組み ~

広島会場（平成 26 年 2 月 14 日）

事例報告した自治体/立場	事例報告のテーマ
静岡県 + 静岡市	県と市町村が方針を共有しながら、地域に根差した認知症地域支援体制づくりを推進
広島県東広島市 + 地区医師会 + 地元若年認知症家族会	地域の多様な人々が思いをひとつに、つながりを育てながら認知症の人と家族を地域で支える体制を築く ~ さまざまな関係者がつながり広がる認知症地域支援の輪 ~
長崎県諫早市	地域住民・関係者の声にもとづきながら、当事者のための活きた多職種連携のしくみを生み出す
大阪府岸和田市 + 地域包括支援センター （委託型）	認知症の人と家族を支える地域支援・体制を築いていくための行政の役割と連携の実際 ~ 行政と地域包括支援センターの協働から多職種・住民との地域づくりへ ~

東京会場（平成 26 年 2 月 21 日）

事例報告した自治体/立場	事例報告のテーマ
京都府 + 地域包括ケア推進機構 + 丹後保健所 + 伊根町	府と保健所、市町村がそれぞれの立場を活かして、認知症の人を地域で支える体制を共に築く
群馬県高崎市 + 支所	市の認知症施策のこれまで見直しをしながら、認知症の人が地域で安心して暮らすためのつながりと支えあいを推進
東京都墨田区 + 地域包括支援センター （委託型）	行政内部・地域の多様な関係者の力を活かして、認知症の人と家族を支える地域のつながり・支援体制を生み出しているプロセスの実際と成果、今後の課題
福岡県大牟田市 + 地域包括支援センター	「認知症の人が地域で安心して自分らしく暮らし続ける」： 「一人の人」を地域で支える多資源ネットワークづくり

福島会場（平成 26 年 2 月 28 日）

事例報告した自治体/立場	事例報告のテーマ
福島県会津美里町 + 会津美里町認知症対策 サポート会議	行政と地域の多職種がチームを組んで認知症の人と家族を支える体制をつくる 福島県一、認知症にやさしい町をつくる ～ 認知症対策サポート会議の今まで、そしてこれから～
山形県飯豊町 地域包括支援センター + 地域密着型サービス 事業所	行政が地域の事業者とともに人材・チーム育成を進め、想定以上の成果が生まれ続けているプロセス ～ 町の基盤となる人材・チームづくり～
岩手県盛岡広域振興局	市町村の実情をとらえながら県保健所として現場の認知症施策を後押し被災地の地域リハビリテーションの取組みから ～ 地域包括ケアの構築に向けて～
大阪府 + 泉南市 + 泉南市認知症コーディネーター	府と市町村が関係を密にしながら、認知症の人と家族に行く届く支援隊づくりを協働して進展

2. 会議・セミナーで報告・紹介した事例資料 【全国推進会議】

認知症介護研究・研修東京センター主催 全国認知症地域支援体制推進会議

宮城県の認知症対策における市町村支援

県の立場を活かして、管内の市町村が主体的・継続的に地域支援体制づくりを進めていくための推進のプロセスと工夫



平成25年6月21日（金）

宮城県保健福祉部長 長寿社会政策課 技術主査（保健師）宮川 暁子

宮城県視覚PRキャラクター
宮城県視覚PR担当 橋本 むすび丸

復興に向けた主な取組状況（保健・医療・福祉関連）1

被災者の健康を守ることを最優先で考え、地域特性や再建後の地域社会の姿を想定し、地域における保健・医療・福祉の提供体制を回復・充実させる。

項目	(復興済み施設数) / (被災施設数)	復興率
医療施設(病院・有床診療所)	107施設 / 110施設	約97%
被災施設: 110施設 復興済み施設数: 339施設	107施設 / 110施設	再期した施設数: 107施設 (H25.4未復旧)
高齢者福祉施設(入居施設)	190施設 / 198施設	約96%
被災施設: 198施設 復興済み施設数: 463施設	190施設 / 198施設	再期した施設数: 190施設 (H25.4未復旧)
障害者福祉施設	138施設 / 138施設	約99%
被災施設: 138施設 復興済み施設数: 670施設	138施設 / 138施設	再期した施設数: 138施設 (H25.4未復旧)

復興済み施設は、災害復旧補助金等の活用が中心。被災した施設は、再期施設は、代替施設での再開を含む。未再期施設を利用していた方には、他施設等においてサービス提供を行っている。

石巻市立健診センター、塩釜市立健診センター

復興に向けた主な取組状況（保健・医療・福祉関連）2

<被災者の健康支援の取り組み>

サポートセンター
仮設住宅の見守りや生活・健康相談などを行う「仮設住宅サポートセンター」を沿道13市町に開設。（平成25年3月31日現在）

支援者を対象とした研修会の様子（平成25年3月 塩釜市）

仮設住宅老人居住者の健康調査
仮設住宅を老人居住者の健康状態を把握し、必要に応じて保健師等による健康指導を実施。
・民間賃貸住宅老人居住者の健康調査を実施。（平成24年1月～3月、平成24年12月～平成25年3月）
・アムヘル仮設住宅老人居住者への健康調査を実施。（平成24年9月～12月）

生活不滅対策推進
仮設住宅生活による生活不活発化や障害の予防等のため、日常生活での注意喚起や、リハビリテーション専門職の訪問指導を実施。

仮設住宅老人居住者の健康相談の様子（平成25年2月 気仙沼市）

「家の中の保健士」
「まの保健士」で保健師・看護師等による健康相談・健康チェック等を実施。（平成24年9月から毎月実施）

<子ども・子育て支援の取り組み>

子どもの心のケア等
児童福祉所、子ども総合センターで構成する「子どもの心のケアチーム」を組織し、巡回相談や療育的ケアに努め、仮設チーム活動が延べ427日、652箇所（平成23年3月～平成25年3月）
子どもの遊び場の提供や一時的な補完事業を行うNPO等の団体の支援のための補助事業を実施。
仮設住宅サポートセンターを中心に活動する子育て支援団体の育成のためのセミナー、ワークショップやネットワークづくりのための連絡会議を開催。
スクールカウンセラー派遣や給食からの支援等により児童生徒の心のケアを実施。

<農民の心のケアの取り組み>

「農家の心のケアセンター」を平成23年12月に開設。平成24年1月に石巻市と気仙沼市に「福祉センター」を開設し、被災者を対象とした訪問支援や相談などの提供、支援者の研修など、心のケアに関する支援体制を整備。（相談支援4,482件 電話相談1,945件（平成24年4月～平成25年3月））

被災者の心のケア交流会や支（県内の心のケア推進団体の交流会）（平成24年11月 塩釜市）

<障害者支援の取り組み>

みやぎ福祉政策推進センター「障害者の生活支援センター」（仮設）に被災者の生活に関する相談や支援を実施。（相談件数222件（平成24年1月～平成25年4月））

民生委員等を対象とした「出前講座」の開催（平成24年9月 宮古市）

宮城県の高齢者人口・高齢化率



区域	総人口	65歳以上人口	高齢化率
① 北部圏域 (北部保健福祉事務所管内)	284,740 人	79,905 人	28.1 %
② 仙台圏域 (仙台保健福祉事務所管内)	442,856 人	96,823 人	21.9 %
③ 仙南圏域 (仙南保健福祉事務所管内)	181,081 人	49,726 人	27.5 %
④ 気仙沼圏域 (気仙沼保健福祉事務所管内)	82,478 人	26,346 人	31.6 %
⑤ 東部圏域 (東部保健福祉事務所管内)	283,133 人	77,962 人	27.5 %
宮城県(5圏域) + 仙台市(指定都市)	2,304,889 人	537,834 人	23.3 %
宮城県 (仙台市を除く5圏域)	1,275,289 人	330,762 人	25.9 %
仙台市(指定都市)	1,029,600 人	206,872 人	20.1 %

宮城県の認知症対策における市町村支援体制



区域	市町村数	保健福祉事務所
① 仙南圏域	9市町	仙南保健福祉事務所 (1人)
② 仙台圏域	13市町村	仙台保健福祉事務所 (1人)
③ 北部圏域	6市町	北部保健福祉事務所 (1人)
④ 東部圏域	4市町	東部保健福祉事務所 (1人)
⑤ 気仙沼圏域	2市町	気仙沼保健福祉事務所 (1人)

宮城県保健福祉部長 長寿社会政策課 技術主査（保健師）宮川 暁子

第5期みやぎ高齢者元気プランにおける認知症対策の位置づけ



第5期みやぎ高齢者元気プラン（平成24～26年度）

認知症対策の位置づけ

- 1 認知で支える介護
 - 1-1 予防・早期発見・早期対応の促進
 - 1-2 認知症対応型ケア事業
 - 1-3 認知症対応型グループホーム
- 2 認知症になっても安心な暮らしづくり
 - 2-1 認知症対応型グループホーム
 - 2-2 認知症対応型グループホーム
 - 2-3 認知症対応型グループホーム
- 3 安全の暮らしの確保
 - 3-1 介護サービスの確保
 - 3-2 新しいシニアライフの充実
 - 3-3 暮らしを支えるための情報提供
- 4 認知症介護家族への支援
 - 4-1 認知症介護家族への支援
 - 4-2 認知症介護家族への支援

市町村支援

- 1 認知症対応型グループホーム
- 2 認知症対応型グループホーム
- 3 認知症の人とその家族
- 4 認知症対応型グループホーム
- 5 認知症対応型グループホーム

宮城県認知症地域ケア総合支援体制構築推進事業実施要綱

目的：認知症高齢者等とその家族が住み慣れた地域でより安心して暮らせるよう、
県・市町村・団体・住民等が連携する総合的な認知症対策を推進することとし、市町村における認知症の早期発見・見守り、適切なケアの実施等の総合的な支援体制構築を支援し、その取り組み成果を普及する。

■長寿社会政策課 …… 宮城県認知症地域ケア推進会議の設置

- 会議の検討事項
 - ・ 市町村の取組状況の分析、評価
 - ・ 国庫補助事業活用市町村以外の市町村への情報発信
 - ・ 市町村及び関係者の活動支援
 - ・ 事業の分析、評価、情報提供に関すること 他
- 各保健福祉事務所 …… 市町村認知症対策支援
 - 市町村認知症対策支援事業
 - ・ 圏域内の認知症地域ケア関係者とのネットワークを活用し、市町村事業や認知症に係る地域包括支援センターの業務を支援することを目的として下記の事業を行う。
 - イ 圏域内認知症地域ケア推進会議
 - ロ 圏域内認知症地域ケア推進事業

宮城県認知症地域ケア推進会議 1

市町村認知症取組状況の分析・評価

調査対象：宮城県内全市町村（仙台市を含む）
(H21年度とH24年度の比較)

項目	H21年度	H24年度
力を入れて取り組んでいることがある	71%	100%
認知症の啓発普及を実施している	93%	97%
介護家族への支援を実施している	89%	94%
事例検討会・ケア会議等を実施している	83%	94%
目標等を設定している	74%	94%
他部署と連携している	57%	86%
早期発見・早期対応の事業を実施している	69%	86%
認知症高齢者数を把握している	57%	71%
若年性認知症者数を把握している	20%	54%
SOSネットワークの体制がある	20%	43%
若年性認知症者支援を実施している	3%	11%

＜取組状況＞

- 調査結果の分析により各項目で取組市町村の割合が増加
- ※量に関する分析結果であり、質に関しては別に分析の必要あり
- 各市町村に対する調査結果の情報提供（実施内容等の詳細含む）
- その他資料類は成果・実績が見える形に工夫

宮城県認知症地域ケア推進会議 2-1

認知症地域ケア推進研修会の開催

目的：認知症国庫補助事業活用市町村における取組成果の他市町村への発信、認知症地域支援体制づくりの促進

対象：県内市町村の認知症対策担当者・地域包括支援センター職員等（参加者87人、参加市町村数 22/35 市町村（仙台市含む）、市町村参加率63%）

日時：平成25年3月12日（木）10:00～16:00

場所：宮城県庁講堂

内容	午前	午後
取組紹介	国庫補助事業活用市町村における取組成果の紹介	
講師	該当市町村の担当者及びその地域包括支援センター職員がペアで担当（市町1人、包括1人）×4市町	
講義・情報提供	認知症地域支援体制づくりのポイント～全国各地の取組の実際から～	
グループワーク	テーマ：自地域の今後の取組の効果的な推進策を考えよう！～認知症支援地域包括体制づくりのポイントを踏まえて～（1グループ5～6人）×14グループ	

広域だからできること
成果を包括の職員が、包括の職員から直接聴く機会の設定
自事業所でもできるかも知れないという実感がもてる必要がある
国庫補助事業活用の実績がある市町村とない市町村の混合のグループ編成
成果の情報交換・経験の伝達・助言ができる場が必要

宮城県認知症地域ケア推進会議 2-2

認知症地域ケア推進研修会のアンケート結果

回答者 69人
回答率 79% (69/87人)

●事前アンケート

- ▶参加申込時に、次についてアンケートしたものを当日の資料として情報提供した。
 - ① 参考になったことの有無
 - たくさんあった・少しあった・なかった
 - 今後やってみよう・やってみようかと思いついた・まだか
 - （具体的にあった・具体的にないがなかった・なかった）
 - ② 「たぐさんあった」かつ「やってみようかと思いついた」と回答した人 27人 (39% (27/69)人)
- ▶研修会終了時、次についてアンケートした。
 - ① 参考になったことの有無
 - たぐさんあった・少しあった・なかった
 - 今後やってみよう・やってみようかと思いついた・まだか
 - （具体的にあった・具体的にないがなかった・なかった）
 - ② 「たぐさんあった」かつ「やってみようかと思いついた」と回答した人 27人 (39% (27/69)人)

●事後アンケート

- ▶上記27人の回答中、②やってみようかと思いついたことが「具体的にあった」の記載内容が多かったもの（10名）
 - ・ 課題を明らかにするための関係者との話し合い
 - ・ 介護保険事業所での勉強会・人材育成
 - ・ サポーター養成講座の実施と対象拡大
 - ・ 方向性を共有する場の設定
 - ・ 住民や民生委員と顔の見える付き合い
 - ・ 本人の声を聞くアンケート

成果が伝わりやすかった

市町村支援において保健福祉事務所の担当者が心がけたこと

- 随時、情報提供する**
 - ・ モデル事業実施市町村と共通する内容は、特に意識して情報提供した。
 - ・ その市町村からできた他市町村担当者が捉えないように、小さな事でもその市町村の状況に合わせて情報提供した。
- 共に考え、担当者を後押しする**
 - ・ 市町村担当者は迷いながら事業を実施しているため、客観的な立場を活かして、共に考え、助言し、後押しした。
 - ・ 市町村の担当者と共に考えるため、市町村事業に積極的に参加した。
- 関連事業を調整する**
 - ・ 市町村事業を効果的に実施するために、関係団体主催の事業を圏域内で実施できるよう連絡・調整を行った。

復興へ頑張ろう！みやぎ

皆様の温かい御支援誠にありがとうございます。
少しでも早く震災前の落ち着いた生活を取り戻し、認知症になっても自分らしく安心して暮らせるまちづくりに市町村はじめ、関係団体、住民と共に取り組んでまいります。

御清聴ありがとうございました

平成25年6月21日(金)認知症介護研究・研修東京センター主催
全国認知症地域支援体制推進会議



宮城県気仙沼地域の認知症対策における市町村支援 ～モデル事業実施前後の連携と継続～

県の立場を活かして、管内の市町村が主体的・継続的に地域支援体制づくりを進めていくための推進のプロセスと工夫

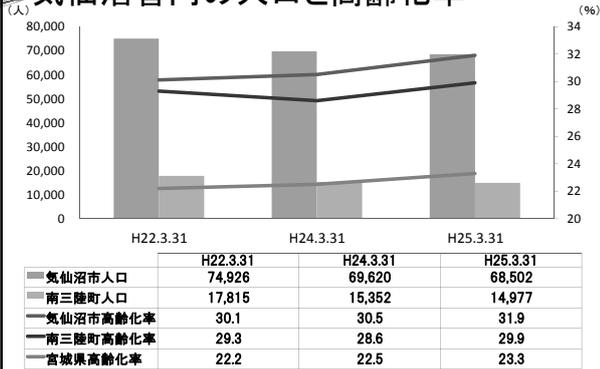
平成25年6月21日(金)
宮城県気仙沼保健福祉事務所
(宮城県気仙沼保健所)
技師(保健師)高橋 祥恵

宮城県の気仙沼管内って？

- <位置>
 - 宮城県の最北東の地域です。
 - 仙台市から、車で2～3時間！
- <市町の概要>
 - 気仙沼市、南三陸町で構成。
 - リアス式海岸の豊富な漁場に恵まれ、漁業、水産加工業が盛んな地域
 - 東日本大震災で甚大な被害を受けた地域

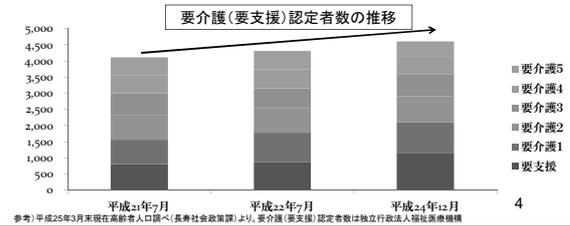


気仙沼管内の人口と高齢化率



気仙沼管内の現況

	総人口 (H25.3.31)	高齢者人口 (H25.3.31)	高齢化率 (H25.3.31)	在宅65歳以上高齢者 (H25.3.31)	割合 (H25.3.31)
気仙沼市	68,502	21,865	31.9%	3,487	15.9%
南三陸町	14,977	4,481	29.9%	499	11.1%
宮城県	2,304,889	537,634	23.3%	89,281	16.6%



気仙沼管内の認知症対策取り組みの経過

	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25
当所の取り組み	認知症ケア専門サポート事業 ・認知症専門相談 ・認知症ケア調整サポート(事例検討会) ・認知症ケア研修会		認知症地域ケア総合支援体制構築推進事業 ・認知症地域ケア推進会議 ・認知症地域ケア推進研修事業		気仙沼市モデル事業への支援 南三陸町モデル事業への支援		モデル事業終了後も町づくりのフォローアップ継続中				
三峰病院	院長が県内で初めて認知症サポート医に、認知症専門相談への協力		モデル事業への協力		平成23年6月より認知症疾患医療センターとして指定。						
その他関係者	認知症介護指導者が管内で誕生										

管内市町の認知症地域支援体制づくりの取り組み

【気仙沼市】
平成19～20年度にモデル事業を実施
キャッチフレーズ「あんべいい」

■実施した主な事業
(気仙沼市)
モデル地区活動(認知症サポーター養成講座等)、認知症講演会の実施等

(当所)
認知症支援パンフレット・気仙沼認知症便利帳(認知症地域支援マップ)の作成支援、キャラバンメイト意見交換会の開催等

『地域の声聞かせて活動(訪問活動)』

管内市町の認知症地域支援体制づくりの取り組み



【南三陸町】平成21～22年度にモデル事業を実施
 キャッチフレーズ
 「認知症 みんなでわかって支え合い みんな笑って暮らすべし」

■実施した主な事業
 (南三陸町)認知症サポーター養成講座を活用した地域づくり、認知症安心ガイドの作成等

(当所)町と認知症ケアコーディネーターと事業打合せ会の開催、キャラバンメイトの情報交換会の開催、町内の介護スタッフの認知症スキルアップ勉強会の開催等



モデル事業実施市町への想い

重要なのは
 マップの作成やSOSネットワークの構築をするために、
地域のどんな人たちと話し合って作っていくか、
地域の声をどれだけ取り入れられるか、
 作成プロセスの中で地域住民や関係機関同士が繋がっていくということであり、
 成果物にこだわらず、地域で認知症の人を支える基盤づくりを進めてほしい。

- モデル事業の一番の成果物は、人と人のネットワーク！
 『この市町のために』という同じ志を持った人達と出会い、協議し、行動を共にできたという経験が何よりの財産になる。

モデル事業実施市町支援で大切なこと



モデル事業実施への支援でも、市町が求めていることは違う。

・市町と丁寧に打合せを重ねる！
 ・課題や進捗状況の共有をこまめに行う！

【結果】
 打合せを繰り返すことで、市町と認知症対策の課題の共有ができ、同じ方向性見て事業が行えた。

モデル事業が終了した後の市町支援について

東日本大震災(平成23年3月11日)が発生し、気仙沼管内の市町は甚大な人的・物的被害を受けた。

仮設住宅状況(H25.4)

	プレハブ型		民間賃貸借上住宅		
	団地数	入居戸数	入居者数	物件件数	入居者数
気仙沼市	93	3,188	7,573	1,254	3,666
南三陸町	58	2,121	5,774	47	160
宮城県	406	20,992	50,427	19,814	51,700
全国		48,102	110,582	59,098	149,172



・小さな仮設団地が多い。
 ・優先順位をつけて活動する必要がある。

市町が抱える社会背景

個人主義的な考え方、家族の崩壊、地域社会のつながりの希薄化

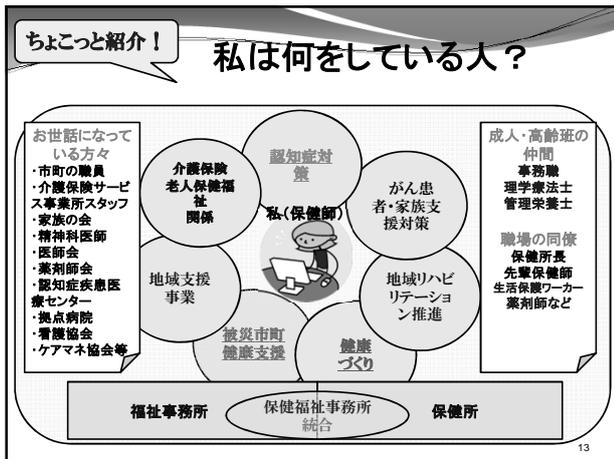
生活上的様々な問題解決を、専門職に依存する人が増加

専門職への過重な負担、慢性的な人員不足

職員へのストレス関連疾患懸念

住民サービスの質の低下・施策力の低下

市町への支援が必要である。



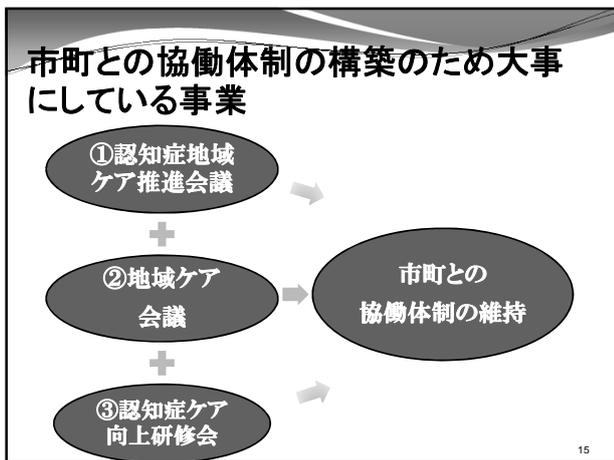
宮城県認知症地域ケア総合支援体制構築推進事業実施要綱

目的：認知症高齢者等とその家族が住み慣れた地域でより安心して暮らせるよう、県・市町村・団体・住民等が連携する総合的な認知症対策を推進することとし、市町村における認知症の早期発見・見守り、適切なケアの実施等の総合的な支援体制構築を支援し、その取り組み成果を普及する。

■各保健福祉事務所における市町村認知症対策支援

- 市町村認知症対策支援事業
圏域内の認知症地域ケア関係者とのネットワークを活用し、市町村事業や認知症に係る地域包括支援センターの業務を支援することを目的として下記の事業を行う。
- イ 圏域内認知症地域ケア推進会議
- ロ 圏域内認知症地域ケア推進事業（認知症ケア向上研修会、認知症地域連携研修会）

14



認知症地域支援体制の強化

① 認知症地域ケア推進会議

目的：圏域の認知症地域支援体制構築に係る現状分析及び課題の検討。

構成員：認知症疾患医療センター、拠点病院、市町、家族の会、ケアマネジャー協会、認知症介護指導者等

委員から出た状況と課題

- ・認知症の方の増加。相談ケースが増加している。
- ・介護者が仮設住宅の生活等によりストレス等負担感が増加。
- ・コミュニティがしっかりしている自治会では、サポート体制ができてきている。地域や仮設住宅で理解の仕方、対応の仕方に格差が出てきている。
- ・病院受診を本人が拒み受診につながらないケースがある。訪問診療や訪問相談等が必要。
- ・認知症の方の症状が一時的に悪化した際や、家族が一時的に介護できなくなった際に短期間で良いので緊急的に入院が出来るかと助かる。

16

認知症地域支援体制の強化

② 地域ケア会議

- ・市・町の地域包括支援センターには、住民やケアマネジャー等から、処遇困難事例等の相談が寄せられている。
- ・すぐに解決する問題ばかりではないが、地域でどのような課題があるのかを把握する機会となる。
- ・地域ケア会議が開催される際には、できるだけ全てに参加したい旨を市町へ伝え、参加している。

↓

・市町とともに、処遇困難事例について考えることでより、地域も市町担当者も身近になった。

17

認知症ケアの人材の育成

③ 認知症ケア向上研修会

目的：圏域内の市町村及び認知症ケアに携わる関係職員の認知症ケアの資質向上や連携強化

■震災から約1年以上経過したが、顔を合わせる場、勉強をする場がなかった。

⇒認知症ケア向上研修会の開催

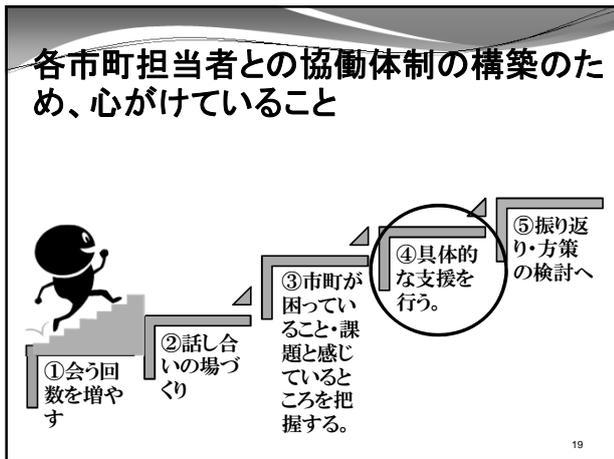
『認知症ケアの現場に活かすバースン・センター・ケア』をテーマに3回シリーズで実施。

■被災によりこれまでの地域コミュニティが崩れ、新たな地域コミュニティの中で認知症の方を排除する動きがある。地域住民の認知症への理解が不足している。市町から仮設住宅団地での認知症サポーター養成講座の開催したい。

⇒キャラバンメイト養成研修会・フォローアップ研修会の開催

⇒両事業とも、多職種でのグループワークを行い、立場・職種関係なく意見交換をし、顔のつながり構築を目指した。

18



まとめ：モデル事業が終了後も認知症の取組が続いているポイント

- 1 地域密着型の病院を目指していた三峰病院に、モデル地域事業に協力して頂いたこと。
⇒改めて気仙沼圏域の地域性、地元の資源、課題などを認識して頂き、継続して課題に取り組んで頂いている。
- 2 モデル事業(認知症地域支援マップ作成等)により、専門職種同士が顔見知りになり、多職種チームが出来たこと。
⇒行政の担当者が変わっても、継続性をもった取組みが出来る要因となっている。
- 3 関係者が啓発活動に参加することによって、地域の皆さんと話し、関係者自身が地域で暮らすということを身近に考えることが出来たこと。
- 4 東日本大震災後、地元の人々が中心になって「皆で一緒に」気仙沼圏域のために何かしたいという想いがあつたこと。
⇒地元の為に何が出来るかを考え、多くの人・機関が垣根を越え、熱心に活動している。

認知症地域支援に取り組む皆さんへ

発見！ 『認知症の本人への対応の心得』は、地域支援体制づくりにも応用できます！

「3つのない」を知っていますか？

- **急がせない**
あきらめず、仲間を増やしていきましょう！
協力者・機関と、じっくり何度も話し合う。ゆっくりと着実に。
- **驚かせない**
事業計画や予測できる動きは、事前に伝えておく。
- **自尊心を傷つけない**
協力者の得意分野やこれまでの経験を尊重する。

21



住めば愉快だ宇都宮
UTSUNOMIYA

宇都宮市における 認知症対策の取組について



宇都宮市保健福祉部高齢福祉課

宇都宮市ってどんなところ？



宇都宮市の中心部と日光連山

市政施行	明治29年4月1日
市長	佐藤 栄一
面積	416.84 平方キロメートル
人口	516,546人
高齢者人口	108,154人 (うち75歳以上: 49,524人)
認定者数	16,775人 (認定率: 15.51%)
市の花	さつき
市の木	イチヨウ
マスコット キャラクター	ミヤリー



Utsunomiya
Miyari no ite

住めば愉快だ宇都宮

今こそ元気を!

住めば
愉快だ
宇都宮
UTSUNOMIYA




宇都宮市の認知症高齢者等対策

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

宇都宮市の認知症高齢者等対策

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

【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 みんながつながり、 支えあう 地域社会の実現	2 健康で生きがい のある豊かな 生活の実現	3 いつまでも自分ら しさをもち、自立 した生活の実現	4 介護サービスの 利用を通じた 笑顔あふれる社 会の実現
-----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------	---

自分らしさを持ち自立した生活の実現に向けて

● 認知症高齢者等対策の充実 **重点施策**

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 ○ 認知症サポーターや 認知症キャラバンメイトの養成・支援の推進
認知症予防の推進	○ 介護予防講演会の実施
早期相談・早期発見・早期診断 のための仕組みの構築	○ 認知症早期発見チェックリスト等の配布 ○ 介護予防の基本チェックリストの活用 ○ 脳ドック受診補助
医療・介護・福祉が連携した ケア体制の充実	○ 認知症ケアネットワーク会議(仮称)の設置 ○ 認知症支援医療・介護従事者 合同研修会の開催・支援 ○ 介護サービス提供基盤の整備推進

自分らしさを持ち自立した生活の実現に向けて

● 認知症高齢者等対策の充実 **重点施策**

施策	事業名
認知症介護者への支援	<ul style="list-style-type: none"> ○ 認知症の人やその家族の生活状況に応じた情報提供の充実 ○ 認知症の人を介護する家族のつどいや交流会の開催
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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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

6

現在の取組①

● 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

医療・介護従事者合同研修会



7

現在の取組②

● 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【平成24年度～】





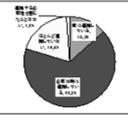
8

宇都宮市の認知症高齢者等対策

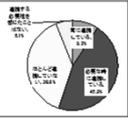
認知症に関するアンケート調査報告書(抜粋) Q:関係機関等との連携の状況

【医療機関】

ケアマネジャーとの連携

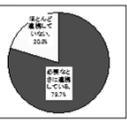


地域包括支援センターとの連携

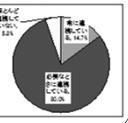


【介護支援事業者】

かかりつけ医との連携



地域包括支援センターとの連携



【地域包括支援センター】

かかりつけ医との連携



ケアマネジャーとの連携



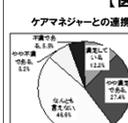
9

宇都宮市の認知症高齢者等対策

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】

ケアマネジャーとの連携

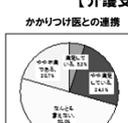


地域包括支援センターとの連携



【介護支援事業者】

かかりつけ医との連携

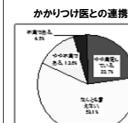


地域包括支援センターとの連携

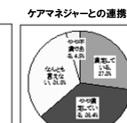


【地域包括支援センター】

かかりつけ医との連携



ケアマネジャーとの連携



10

宇都宮市の認知症高齢者等対策

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】

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】

かかりつけ医との連携



地域包括支援センターとの連携



【地域包括支援センター】

かかりつけ医との連携



ケアマネジャーとの連携



11

宇都宮市の認知症高齢者等対策

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】

- 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%)

【介護支援事業者】

- 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%)

【地域包括支援センター】

- 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%)

12

現在の取組③

●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

13

宇都宮市の日常生活圏域(25圏域)



14

(参考)認知症地域ケアネットワーク研修・意見交換会

【研修】

- 南ブロック …… 認知症に関する基礎知識、認知症の診断について
- 東ブロック …… 認知症とはどのような病気か、認知症の診断と治療
- 中央ブロック …… 認知症の日常診療、BPSDへの対応
- 西ブロック …… 在宅ケアと認知症、
認知症高齢者の地域生活 ～やってみようカンファレンス～
- 北ブロック …… 認知症・地域で皆で一緒にケアしよう、
認知症患者さんへの対応

ひと工夫

医師と地域包括支援センター職員が
自由に話し合える場の提供

15

(参考)認知症地域ケアネットワーク研修・意見交換会

●医療・介護・福祉が連携したケア体制の充実



南ブロック

北ブロック

中央ブロック

西ブロック

東ブロック

16

(参考)認知症地域ケアネットワーク研修・意見交換会

◆出席者アンケート(抜粋)

【研修会に対する感想】

- ・他の地域包括支援センターの取り組みや考えが聞けた
- ・顔の見える関係づくりが大切であるということが分かった
- ・診断の具体的な内容について理解できた
- ・認知症について、医師である立場での話を聞くことができた
- ・服薬などを含めた治療方針を学べた
- ・具体的な事例を通して意見交換ができたので、対応策のイメージがし易かった

17

(参考)認知症地域ケアネットワーク研修・意見交換会

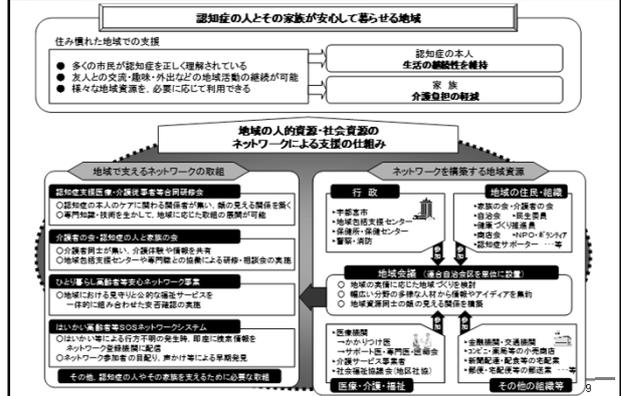
◆出席者アンケート(抜粋)

Q:在宅認知症高齢者が必要な医療を受けたり、受診を継続したりする上で、困難を感じたり課題だと思っていることは何ですか。

- ・医療機関との連携が難しいため、その仕組みの構築が課題
- ・大きな医療機関の医師は、患者の生活層や状況を把握していないし伝えづらい
- ・医師に患者の生活層や状況を伝えたい
- ・在宅診療に理解のある医師が少ない
- ・医師が多忙で相談ができない
- ・情報の共有が十分ではなく正しい情報を伝えられない
- ・講師のように理解のある医師が少ない

宇都宮市の認知症高齢者等対策

～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出来る地域ネットワーク～



宇都宮市の認知症高齢者等対策



今まで見えてこなかった課題が増えていく...

「行き届く」こと
「つながる」こと

まだまだ
足りないことばかり

住めば
愉快だ
宇都宮
Utsunomiya

第2章
ある日、突然、担当者



認知症対策と某自治体職員

平成19年10月某日・・・U市 高齢福祉所管課



「認知症」って
ちょっと気になるし、
受けてみようか
な...
でも、休日だしな...

はい！
折角の機会なの
で、是非！

12月に県主催で
「キャラバン・
メイト養成研修」が
あるので、
一緒に受講しよう！

この時点ではまだ、認知症サポーター養成講座の存在すら知らず、
また市町村事務局も当然ありませんでした。

オレンジリングはあるけれど。

- 認知症キャラバン・メイトにはなったものの、具体的な活動もないまま、気がつけば3月。
- そして、キャラバン・メイト仲間の上司は人事異動。あとに残ったものは、「認知症サポーター養成講座」開催に関する予算のみ。



係長。
認知症サポーター養成
は
誰が担当するのです
か？

キミ
でしょう！

いつから...

いま
でしょう！

認知症対策を考える。

- 認知症サポーター養成講座を担当すると同時に「認知症対策担当者」に。
- 「認知症対策担当者」として、平成20年度の「認知症対策の取り組み」をまとめる必要が！
- そこで、高齢者保健福祉計画と介護保険事業計画（H18～21）を読み返すことに・・・

24

宇都宮市 第4次高齢者保健福祉計画・第3期介護保険事業計画

【基本理念】

健康で生きがいを持ち、
自立した生活を送ることができる、
活力ある長寿社会の実現

【基本目標】

- | | | | |
|----------------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| 1
健康ではつらつとした生活の実現 | 2
生きがいのある生活の実現 | 3
安心して自立した生活の実現 | 4
快適で安全安心な生活の実現 |
|----------------------|-------------------|--------------------|--------------------|

25

宇都宮市 第4次高齢者保健福祉計画・第3期介護保険事業計画

5 認知症高齢者対策の推進

施策	事業名
認知症の予防、 早期発見・早期対応の推進	○相談体制の充実 ○早期発見・発症予防の推進
専門的なケア体制の整備	○ケアマネジメントの体制整備 ○介護保険サービスの充実
認知症高齢者などが 住みやすい地域づくり	○認知症の啓発・普及 ○地域の見守り支援 ○介護者への支援 ○権利擁護事業の推進

26

認知症対策を考えた。

○ 平成20年度当時の取組方針

○ 認知症高齢者を支える地域づくりと情報提供の推進

認知症高齢者対策を推進するためには、多くの市民が認知症について正しい知識をもち、各自なりの対応・支援を考えていくための素地づくり、地域づくりが重要であることから、市民一人ひとりの認知症の人に対する理解や対応を支援するため、認知症高齢者を支える地域づくりと情報提供について先行して取り組む。

○ 保健・医療・介護サービスの提供体制の検討

認知症の早期発見・早期診断や悪化防止のため、保健福祉部内の各課との連携が不可欠であることから、「宇都宮市認知症高齢者対策行内検討会議」等を活用し、発症予防から発症後の介護までの一貫した総合的な保健・医療・介護サービス提供体制の構築に向けた検討を行い、来年度からの実施を目指す。

27

認知症対策を考えた。

○ 認知症サポーター養成講座とその他事業

ステージ	1次	2次	3次
基本戦略	発症予防	早期発見・早期診断	悪化予防・介護者支援
主な取組	ステージ毎の取組 ○保健・医療・介護サービスの提供 全般 ○地域づくり、各種人材養成 ・偏見解消、情報提供（PR）パンフレットの作成 ・権利擁護（虐待防止、成年後見制度の普及・利用支援）		

28

認知症対策を考えた。

○ まずは、サポーター養成講座から！

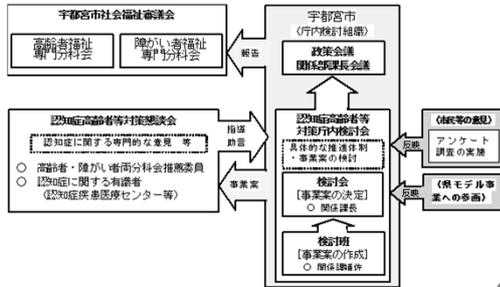
The image shows a screenshot of a website titled "1つのみや" (One Miyagi) with a navigation menu and a main content area. Below the screenshot are two photographs showing people attending a dementia support training session in a classroom setting.

29

認知症対策を進める。

○ 平成21年度の取組

「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に位置づけた認知症高齢者等対策を具体化するための検討体制を設置



30

認知症地域支援体制構築等推進事業

1 実施主体 栃木県

2 目的

県内に市町単位でモデル地域を設定し、先駆的に認知症地域支援体制を構築することにより、県内各地域にその成果の普及を図る。
(平成21・22年度 2か年継続事業)

- モデル地域承認日:平成21年6月1日
- モデル地域:宇都宮市, 栃木市(旧大平町)

31

認知症地域支援体制構築等推進事業

3 事業内容

区分	地域支援体制構築事業	地域支援体制推進事業
主な事業	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症対応コーディネーターの配置 ・地域資源マップの作成 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症ケア等のサポート ・徘徊SOSネットワークの構築 ・認知症高齢者の家族のネットワーク化を図るための交流会の開催 ・その他

32

認知症地域支援体制構築等推進事業

4 モデル事業への取組の考え方

地域ネットワークの構築及びモデル事業終了後の継続性を考慮し、地域包括支援センター(日常生活圏域)を中心に、既存の地域ネットワークである「地域会議」と連携した事業展開を図る。

地域会議

地域の実状等を十分に把握している機関と地域包括支援センターが連携を図り、高齢者等の多様なニーズに的確に対応することで、高齢者等が住みなれた地域において安心して生活できる環境づくりを目的に開催する会議。

連合自治会区を単位(39地区)に、自治会役員、民生委員・児童委員、地区社協、その他(医師、ボランティア、警察官、消防団員等)の委員により構成されています。

33

認知症地域支援体制構築等推進事業

5 モデル地区の設定

認知症地域支援体制構築等推進事業の実施にあたり、本市の地域特性(都市部, 周辺部, 農村部)や高齢化率などを考慮し、市内3地区をモデル地区に設定

モデル地区の概要

モデル地区	西, 桜地区	古里中学校区	横川地区
地域包括支援センター	さくら西	かわち	よこかわ
地域特性	都市部	農村部	周辺部
高齢化率	24.8%	18.4%	14.6%

*平成21年3月末

34

モデル地区の取組①

介護事業者同士の情報交換会

地域の介護従事者や関係機関を対象にした情報交換会を開催し、地域における連携・協働の体制づくりを支援



35

モデル地区の取組②

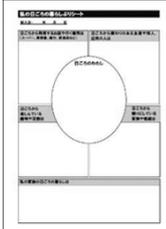
「本人の想い」を大切にしたい取組

「本人の想い」という見えにくいものをとらえるために、ビジュアル的なシートを作成

私の気持ちシート



私の日ごろの暮らしぶりシート



・「私の気持ちシート」と「私の日ごろの暮らしぶりシート」で構成

・「私の気持ちシート」は、今の自分と向き合うきっかけに。

・「私の日ごろの暮らしぶりシート」は、本人の今の暮らしのあり方、支え方を振り返る機会に。

36

モデル地区の取組③

「地域会議」を活かした事業展開



地域資源マップの作成



37

認知症対策担当者として

誰のために、何のために

味方を増やす，仲間をつくる

点から面へ

38

認知症の人とその家族を支えるために

★目指せ！認知症ケアパス



39

認知症地域支援・体制を築いていくために、市の担当者として 取り組んできたプロセス、役割とできることは何か

岸和田市福祉政策課 庄司彰義

ポイント 継続は力！（まずは継続、そこから検討、見直しながら推進へ）

大阪府岸和田市

人口 203,146 人、65 歳以上 46,062 人（高齢化率 22.7%）

認知症日常生活自立度 a 以上 5,611 人（高齢者の 12.2%）

地域包括支援センター 3 箇所委託。福祉政策課は高齢福祉担当・地域福祉担当 計 6 人

平成 18 年度以前から、個別相談、高齢者虐待相談等で専門職（介護、医療関係者）と連携。

平成 20 年度、キャラバン・メイト養成とサポーター講座開始（専門職と協働）

平成 21 年度、認知症地域資源連携モデル事業（各ワーキング部会で検討）

平成 22 年度、予算なしで継続

平成 23 年度、予算化（市町村認知症施策総合推進事業、市民後見推進事業、地域支えあい、地域支援事業）しながら 平成 25 年度

1. 認知症サポーター講座（行政、地域包括、社協、コミュニティソーシャルワーカー、介護事業所、病院、等と協働）

平成 20 年度 キャラバン・メイト養成、キャラバン・メイトを 11 の班体制。企画会議を毎月開催し、講座の企画、教材作成、小学生講座企画など

平成 21 年度 認知症サポーター講座、企画会議

平成 22 年度 認知症サポーターステップアップ研修（4 日間研修）× 1 回

平成 23 年度 " × 2 回

平成 24 年度 " × 1 回

- ・ステップアップ修了者が、傾聴ボランティア、家族会、市民後見人、若年性認知症の人と家族交流会へ参加
- ・地域づくり（例）南上町の手作りショップが、認知症連続講座をきっかけに、地域の居場所づくりへと発展。

サポーターステップアップ研修の講師や教材作成は、認知症施策総合推進事業で。

2. 出張研修（介護職対象の認知症講座）行政と介護事業所、地域包括

登録ヘルパーなどなかなか研修機会が少ない方のために出前講座を開始
出張講師の養成、

岸和田認知症ケア報告会（認知症施策総合推進事業で講師謝礼のみ）

岸和田市の認知症ケアの報告や、地域での取組み発表。

専門職が準備会をつくって開催。教材作成は認知症施策総合推進事業。

3. 介護予防(認知症予防) (行政、地域包括、コミュニティソーシャルワーカー、社協の協働)

平成 21 年度 病院との協働による脳トレ教室

平成 22 年度 ”

平成 23 年度 地域づくりと予防 予防できる地域づくりを目指そう。

DVD作成（岸和田はつつ体操、地域でできる体操）・・・地域支えあい

平成 24 年度 DVDを使った介護予防サポーター養成（年2回で50人）、地域での自主教室、現在8箇所。

平成 25 年度 介護予防サポーター養成（年2回）、地域での自主教室・・・地域支援事業
行政として、介護予防が中心でなく地域づくりとミックスして推進。介護予防サポーターと認知症サポーターの協働

4. 医療と介護の連携(行政、医師会、地域包括、介護事業所の協働)

平成 21 年度 かかりつけ医対応力向上研修（医師会と協働で）

平成 22 年度 かかりつけ医対応力向上研修（第2回）、年3回程度の連携会議

平成 23 年度 年4回の連携会議（ものわずれ連絡票、ケアマネタイム、等）
長谷川和夫先生の講演

平成 24 年度 年4回の連携会議（在宅医療推進と認知症支援の検討）
長尾和宏先生講演（地域包括ケアから平穏死10の条件を考える）

平成 25 年度 在宅医療推進モデル事業（医療と介護の連携会議がリニューアル）
超高齢社会と多死社会
医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護、介護支援専門員、訪問リハ、訪問介護、地域包括支援センター、病院関係（16病院）、民生委員、社協、市、保健所
多職種連携・・・全体研修（認知症支援、ターミナルケア）地域別研修
住民啓発・・・全体研修、地域別研修
資源マップ・・・在宅医療機関等
ポータルサイト
基礎データ・・・実態把握、目標数値（自宅の看取り、施設、等）

認知症の早期発見・相談・支援・ターミナル・看取りを一連で考える

オレンジプラン

在宅医療推進

5. 若年性認知症の本人と家族交流会(行政、地域包括、社協、介護事業所)

平成 23 年度 若年性認知症支援者養成研修(5日間) 奇数月の第3土曜日交流会
ご本人と家族と一緒に参加。ご本人にはサポーターと一緒に交流。家族は家族だけで
情報交換や交流。

平成 24 年度 奇数月の交流会、偶数月の山歩こう会(山歩きたいという方の声から)

平成 25 年度 奇数月の交流会、偶数月の山歩こう会、毎月の家族交流会(家族の声から)
予算なし。参加費で保険かける。サポーターはボランティアまたは土曜日仕事として。

6. 徘徊SOSネットワーク(FAX代と夜間休日の情報発信委託は、認知症施策総合推進事業)

平成 21 年度 警察と協議

平成 22 年度 SOSネットワーク開始(協力機関へFAX送信)夜間・休日は委託。

平成 23 年度 福祉センター敷地内で認知症の方への声かけ体験(行政、専門職、サポーター)

平成 24 年度 地域で、認知症の方への声かけ体験1箇所、情報発信9件

平成 25 年度 SOSネットワーク(FAX及びメール写真付で送信)

7. 介護者家族のつとめ(行政、地域包括、社協、介護者家族の会と協働)

平成 21 年度、2回開催(介護体験談、家族同士グループで話し合い)

平成 22 年度、2回開催()

平成 23 年度、2回開催()

平成 24 年度、2回開催()

平成 25 年度、地域ごと開催検討

介護体験談の報酬は、認知症施策総合推進事業。

8. 介護セミナー(行政、地域包括、コミュニティソーシャルワーカー、介護事業所、社協と協働)

市民対象に年1回毎年開催 市単独予算(講師謝礼のみ)

講演、寸劇

9. 孤立死防止(行政、地域包括、社協と協働)

平成 24 年度 ネットワーク情報交換会・・・電気、ガス、水道、府・市営住宅、日本郵便、
警察、消防、地域包括、社協、等 孤立死防止マニュアル(パンフレット)作成。
・・・地域支えあい事業。

平成 25 年度 孤立死防止マニュアルを住民等に説明して配布(地域包括、社協、等)
ネットワーク情報交換会(行政)

10. 市民後見(行政、社協と協働・・・弁護士会・司法書士会・社会福祉士会との協働)

平成 23 年度 市民後見人養成(18人終了)

平成 24 年度 市民後見人養成（4 人終了） 市民後見人受任（現在 6 人）

平成 25 年度 市民後見人養成、市民後見人受任

市民後見推進事業

11.高齢者虐待防止(行政、地域包括、コミュニティソーシャルワーカー)・・・毎月定例

- ・ 毎月の定例会議（市と地域包括支援センター3 箇所）で全高齢者虐待ケースの管理、新規・継続・終結、研修企画（地域ごとに研修）
 - ・ 施設に出向いての出前研修
 - ・ 地域ごとのケアマネ対象の研修（年 2 回）
- 居室確保（シェルター確保 3 箇所）のみ市単独事業（高齢者虐待防止事業）

12.権利擁護検討会議(行政、地域包括、社協)・・・毎月定例

成年後見制度の市長申立ての検討、後見人候補者、申立て者、役割分担の検討を実務者レベルで行う。申立て費用は、地域支援事業。

継続しながら推進、そして行政計画（地域福祉計画）への位置づけ

13.大阪府との連携

府内のネットワーク会議、ワーキング会議へ出席しながら、他市町村へ普及。

モデル事業の発表

市町村情報を大阪府へ提供 大阪府から府内の市町村へ情報提供

府主催の研修などに提案して一緒に考える。

市町村・・・市独自の研修、取組があれば府職員に提供

行政としての役割

行政が動き、きっかけを専門職（例えば地域包括や社協）の方と一緒に（1 人ですべてやるわけではない）につくり、そこから専門職や住民が中心になって進んでいく。

行政はまた新しいきっかけをつくっていく。行政計画に位置づけ。予算確保して事業化。

最初から事業所などに押し付けると動かない。（予算化して事業にして委託するしかない）。最初から一緒に考えて、既にあるネットワーク会議など活用して、行政が積極的に動いていく。きっかけをつくれれば、事業所などが住民等と連携して継続して動く。その後は、行政は裏方として。

事業や取組みがすべて連動しているイメージを持つ。認知症理解、介護予防、医療との連携、専門職のケア、虐待防止、孤立死防止、地域での取り組み、等

例えばその1) キャラバン・メイト養成、サポーター講座、企画会議（行政から、そして協働） 講座から地域での活動や居場所づくり（地域包括や社協、地域住民が中心）

例えばその2) 徘徊模擬訓練を認知症サポーターステップA修了者と一緒に福祉センター内で模擬の模擬（行政から、そして協働） 地域で実際に行った（社協、地域包括、住民が協働）

例えばその3) 介護予防DVD作成、介護予防サポーター養成（行政から、そして協働） 地域自主教室（介護）予防サポーター、住民が自主的に行う。専門職のフォロー（一部委託）

例えばその4) 出張研修、最初の会議や教材作成（行政から、そして協働） ワーキングを専門職だけで行い、出前講座を展開。認知症ケア報告会の企画も専門職で実施。市は場所の確保、講師依頼。

例えばその5) 孤立死防止、電気・ガス・水道、等事業者への依頼、会議の設定、マニュアル作成（行政から、そして協働） マニュアルを地域住民に説明して配布を地域包括や社協が中心に行って地域の見守り推進。

例えばその6) 医療と介護の連携、最初は医師会への働きかけ。かかりつけ研修、資源マップ、連携会議（行政、医師会から、そして協働） 継続
在宅医療推進へと展開（医師会中心）行政は裏方で推進。

例えばその7) 若年性認知症の本人と家族交流会。研修（若年性認知症支援者養成研修）開催、交流会の日・場所の設定（行政から、そして協働）、内容は地域包括や社協のメンバーと一緒に検討 交流会（ご本人、家族の意見を聞きながら継続、一緒に）

部分的には委託（例えば介護予防サポーター養成教室、徘徊SOSの夜間時の情報発信、等）しているが、事業全体の委託はしていない。

全体の会議・・・認知症支援ネットワーク会議（2ヶ月ごと、事務局は行政）で全体報告や推進の検討。**参考資料）認知症支援ネットワーク会議次第**

取り組んだことを、みんなで発表しよう！・・・認知症ケア報告会（年1回）。
主催は岸和田市だが、準備委員会は専門職

参 考

平成 25 年度 第 1 回岸和田市認知症支援ネットワーク会議次第

日 時：平成 25 年 5 月 16 日（木）

10 時～12 時（予定）

場 所：市役所消防 4 階第 3 会議室

案 件

各報告及び検討について（各ワーキングより）

1. 認知症サポーター養成講座、ステップアップ研修について
 - ・圏域（6 圏域）ごとの企画会議（キャラバン・メイト連絡会）
モデル的に、「牛滝の谷」で開催（場所は、いなば荘）
圏域ごとにステップアップ研修の検討

2. 専門職研修（出張研修）
 - ・基礎編の実績（24 年度 14 回 390 名受講）、応用編 2 回。
 - ・25 年度について
出張研修講師対象の研修（3 日間シリーズ 日程調整）

3. 医療と介護の連携会議
 - ・平成 25 年度在宅医療円滑化ネットワーク事業
在宅医療推進事業 各ワーキングで検討
 - ① 多職種連携研修会（行政、地域包括、医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護、事業者連絡会、他）
8 月 4 日（日）9 時半から 16 時半 産業会館 100 人以上予定

 - ② 圏域ごとの多職種連携研修（行政、地域包括、医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護、事業者連絡会、他）

 - ③ 市民対象のセミナー
全体フォーラム（26 年 3 月 1 日、マドカホール予定）

圏域ごとに市民と協働研修 ⇒ 地域ケア会議などと連携

- ④ 在宅医療資源マップや、住民向けパンフレット（適切な在宅医療について、等）
- ⑤ 在宅医療推進協議会（医師会、病院、行政、事業者連絡会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護など）
- ⑥ ポータルサイト ⑦ 実態把握

4. 認知症（介護）予防

介護予防サポーター養成講座（1期生、2期生終了）

（1期生）10月1日～29日の間の5日間 修了者 25人
 介護予防サポーターがサポートし、自主教室を5地域で実施（神弥町、春木南浜町、春木泉町、田治米町、大道町）

（2期生）1月17日～2月9日の5日間 終了者 25人
 地域で介護予防自主教室実施（25年度 野田町、上町、春木泉団地、春木旭、松風町）

（3期生）
 平成25年度介護予防サポーター養成5日間（8月1日、8日、17日、19日、26日）2回目は2月予定

- 介護予防教室と認知症サポーター講座・ステップアップ研修の連携について（コラボレーション） ⇒ 圏域ごとに企画検討

5. 介護者家族のつどい

- 若年性認知症の人と家族交流会（岸和田まあるい会）の予定、報告
 - 5月17日（土） 岸和田まあるい会交流会 13時～
 - 6月 1日（土） 神於山歩こう会 9時半集合
 - 4月22日（月） 午後 家族の集まり ⇒ 今後毎月開催予定
- 第8回 認知症の人を介護する家族のつどいについて
 - 3月28日（木）18時～20時 参加者 70名

講演：よねもと診療所 院長 米本重夫氏（精神科）

- 第9回（検討）
- 圏域ごと開催（検討）

6. 徘徊高齢者等見守りネットワーク

25年度より、FAXだけでなく、メール（写真添付）配信。
各協力機関へメール登録依頼
夜間、土日祝日のメール配信について

7. 介護セミナー 11月30日（土） マドカホール

第一部 寸劇（未定）

第二部 講演会 テーマ（調整中） 講師：和田行雄氏

8. その他

- 高齢者虐待防止研修
6箇所各2回実施 介護支援専門員対象他
（6月11日、6月20日、7月11日、7月18日、他は調整中）
- 平成25年度市民後見人養成について
オリエンテーション 6月29日（土）午後 福祉総合センター
8月から基礎講習（4日間）、実務講習（9日間）3月終了。
- 孤立死防止マニュアル作成（完成版）と今後の連携会議
関西電力、大阪ガス、水道、郵便、府営住宅、市営住宅、警察、消防、
社協、地域包括、CSW、行政（福祉政策）、UR住宅、佐川急便、
等・・・地域の会議等でも配布
- 第3次岸和田市地域福祉計画・地域福祉活動推進計画推進検討委員会
6月17日（月）午後2時～
- コミュニティカルテ完成 配布中

次回開催 平成25年 7月 日（ ）市役所にて

【全国合同セミナー（第1回）】

静岡県 富士宮市






認知症地域支援体制推進全国合同セミナー
行政担当者として、わが町で認知症の人と家族に
行き届くための地域支援体制づくりを進めていくために
～行政担当者の取組みと役割～

富士宮市福祉総合相談課



富士宮市



富士山の西南麓に広がる富士宮市は、富士山を御神体として平安時代に造営されたといわれる富士山本宮浅間大社の門前町として栄えてきました。
気候は、温暖で富士山の雪解け水を源とする豊富な湧き水や、緑あふれる朝霧高原など豊かな自然に恵まれています。

面積・・・388.99km²
(東西20.92km、南北32.63km)
標高・海拔 35m ～ 3,776m
人口・・・135,792人
世帯・・・51,741世帯
1人暮らし高齢者世帯・・・4,421世帯(8.5%)
高齢者のみの世帯・・・3,612世帯(7.0%)



富士宮市の現状

人口 (H25.3.31現在)	
全人口	135,492人
高齢者数	31,980人
高齢化率	23.60%
手帳所持者数 (H25.3.11現在)	
身体障害者手帳	4,732人
療育手帳	1,020人
精神障害者保健福祉手帳	453人
介護認定者数 (H25.4.1現在)	(65歳以上に占める%)
要支援1・2	1,055人(3.3%)
要介護1～5	3,787人(11.8%)
認知症高齢者 (H25.4.1現在)	(65歳以上に占める%)
日常生活自立度Ⅰ	1,007人(3.1%)
日常生活自立度Ⅱ	1,724人(5.4%)
日常生活自立度Ⅲ以上	1,801人(5.4%)
以上の計:日常生活自立度 以上の人	4,532人(14.2%)

認知症施策を推進する上での市町村担当者の悩み・・・

1. オレンジプランを進めるにも、市町村の担当者ができることって何だろう・・・？
2. 早期診断・早期対応、家族支援の強化、若年性認知症施策の強化、医療・介護サービスを担う人材育成、ライフサポート・・・、地域包括支援センターにこれだけの機能を追加できるだけの余力が残されているのだろうか？
3. 認知症サポーターはたくさん養成できたけど、認知症の人の支援につながっているか実態が見えない・・・。
4. 国や県から縦割りで様々な補助金(認知症対策等総合支援事業、高齢者生きがい活動促進事業、地域ケア会議活用推進等事業、在宅医療推進事業、地域支え合い体制づくり事業など)が紹介されるけど、一体何の補助金を選択して何をしたらいいのか？
5. 先進地の事例はたくさん聞くけど、結局自分のところは何かから手をつけていいのか、わからないんだよな～。

自分が5年半前、市の担当者になった時の悩み・・・

1. 認知症地域支援体制構築等推進事業(当時のモデル事業)の要綱には、地域資源のネットワーク化を目的に、様々な活動メニュー(コーディネータの配置、地域資源マップ作成、徘徊SOSネットワーク構築等)が羅列されていたが・・・

それぞれのメニューをこなしてどうなるのだろうか？
市として、何をめざして、何をやるべきなんだろう？
そもそも何をもち、認知症のネットワークというのか？

ここが明確にならないまま、メニューをこなしても
その場しのぎ
関係者を混乱させる

△地域包括支援センタースタッフとの意見交換・紛糾
「仕事を増やすな～」
△キャラバンメイト(市内14名)との意見交換
「シフトがあるから講座の依頼は2か月前にしてくれ！」

市として「何ができるか」をじっくり考えた

- * 本人と家族にとって本当に必要な支援を考えていく
- * 本人と家族にとって必要なネットワークをつくっていく
- * 市としての全体的な地域福祉ネットワークの中に位置づけながらつくっていく

・認知症だけ別物をつくらない(市民が混乱するだけ)
・認知症を地域福祉ネットワーク全体が進展する突破口にする

事業メニューの実施を急がずに、まずは

- ☆市の職員が本人・家族が地域で生活していくための課題をわかることが大事。
- ☆地域包括支援センターの職員自身が認知症の人を支援できるスキルを身につけていくことが大事。

認知症介護研究研修東京センター主催
平成20年第1回の合同セミナー

若年性認知症当事者の話を初めて聞いた

衝撃が走った...

何もわからず、
この仕事をしていることに気づいた



そんな時、佐野光孝さんに会った...

私は、認知症の本人やご家族と会って話をするまで
何も知らなかった・・・。

主な取組み①1ケースの支援を通じて
話しあい創りだす

地域包括支援センターに相談に来た
1ケース(若年認知症の佐野夫妻)と
包括職員、行政職員が話しあい、
よりよい暮らしを考えながら、
必要で役立つ支援やつながりを
一つ一つ、一緒に創りだしてきている。
* 制度だけでは支援できない。
(本人が使える制度がなかった！)

主な取組み①1ケースの支援を通じて
話しあい創りだす

地域包括支援センターに相談に来た
1ケース(若年認知症の佐野夫妻)と
包括職員、行政職員が話しあい、
よりよい暮らしを考えながら、
必要で役立つ支援やつながりを
一つ一つ、一緒に創りだしてきている。
* 制度だけでは支援できない。
(本人が使える制度がなかった！)

<本人の思い>
働きたい、
元営業マンで人と接する
のが好き、観光が好き



<妻の思い>
閉じこもらずに、
病気が進行しないように。
安心して出かけられる場を
家計が心配



主な取組み①1ケースを通じて
話しあい創りだす

H20年2月 地域包括支援センターに
相談に来た1ケース(若年認知症の佐野
夫妻)と出会う。夫妻と包括職員、行政
職員が話しあい、よりよい暮らしを考え
ながら、必要で役立つ支援やつながりを
一つ一つ、一緒に創りだしてきている。
* 制度だけでは支援できない。
(本人が使える制度がなかった！)

<本人の思い>
働きたい、
元営業マンで人と接する
のが好き、観光が好き



<妻の思い>
閉じこもらずに、
病気が進行しないように。
安心して出かけられる場を
家計が心配



参考資料1-1

<p>働き・活躍する場づくり 本人が得意なことを 手がかりに開けそうな 場所を探し、観光案内所 につなぐ。本人がボラン ティアとして活躍を始める</p>	<p>当事者が伝える場づくり H21年5月から 佐野夫妻が、地域の 住民や専門職に体験 や思い、願いを語る 様々な講演活動等を支 援し、自分事としての理 解者を広げる。</p>	<p>楽しみ・つながりづくり H22年頃から 本人がやってみたい こと(卓球やギター等) の同好者や市民サー クルにつなぐ。仲間や 支援者の幅、活動の 範囲を広げる</p>	<p>当事者のつながりづくり H24年頃から 他の若年認知 症の本人・家族 とつなぐ。当事者同士 のつながり、 相談、支えあいの 輪を広げている</p>
<p>新たな働きスタイル・場づくり 平成24年頃から夫婦で一緒に働ける ように、シルバー人材センターと細かく 調整。夫妻が地域の高齢者の 生活支援者として活躍(+収入)</p>			

一人のケース(佐野夫妻)を通じて

本人・家族

- ・地域の中で関われる人・場が増えている。
- ・安心して楽しみながら付きあえる市民・専門職が増えている
- ・当事者だからこそできる地域貢献・働く場ができる。
- ・当事者同士の支えあいが広がっている。
- ・本人・家族の心身、生活が安定。日々を楽しく過ごせている

本人・家族がよりよく暮らすための
理解・支えあいの輪の
実質的な広がり

富士宮市

地域住民

一人の人の支援を通じて
・しっかりとしたアセスメント
・制度だけに頼らない支援の創出
・地域の課題の把握
☆行政職員・地域包括支援センター
職員のスキルが磨かれ、ノウハウ
が蓄積されている(他ケースへ
応用)。

- ・生の声から自分事として認知症に
ついての学びを深めている。
- ・夫妻の前向きに生きる姿が、町の
人々、他の認知症の人・家族、
医療・介護・行政職員らに
認知症と向きあって地域で共に
暮らしていく希望と、現実の可能
性へのチャレンジを生み出している。
- ・地域の人、専門職の人たちによる
様々な自発的な動きが広がっている

主な取組み②地域課題の共有と協働

- ・住民や専門職は知識・情報をもっただけ
では動かない。
- ・その地域に住む人々が抱える課題に触
れるから、活動が始める
- ・その地域に住む人たちと一緒に話しあ
い、わが町の課題としての共有が大事
- ・課題をもとに、住民が自ら動き出そうと
する思い・力を出せるように、行政がで
きることを教えてもらう。

主な取組み②地域課題の共有と協働

- 住民や専門職は知識・情報をもっただけでは動かない。
- その地域に住む人々が抱える課題に触れるから、活動が始める
- その地域に住む人々と一緒に話しあい、わが町の課題としての共有が大事
- 課題をもとに、住民が自ら動き出そうとする思い・力を出せるように、行政ができることを教えてもらう。
- 地域の住民、職域、専門職等多様な人たちのところに出向き、市が認知症の人や地域に対して、どうしていきたいのかを本気で伝える。
- 実状を聞きながら、課題やできることを一緒に話しあう
- それぞれが動き出すのを待つ。きっかけをつくる。後押しする。

主な取組み②地域課題の共有と協働

- 住民や専門職は知識・情報をもっただけでは動かない。
- その地域に住む人々が抱える課題に触れるから、活動が始める
- その地域に住む人々と一緒に話しあい、わが町の課題としての共有が大事
- 課題をもとに、住民が自ら動き出そうとする思い・力を出せるように、行政ができることを教えてもらう。
- 地域の住民、職域、専門職等多様な人たちのところに出向き、市が認知症の人や地域に対して、どうしていきたいのかを本気で伝える。
- 実状を聞きながら、課題やできることを一緒に話しあう
- それぞれが動き出すのを待つ。きっかけをつくる。後押しする。

H20 地元の家族の会と
・1年かけてワークショップ
・家族からみた負担を収集、一緒に課題整理・共有
・解決策を協議、報告書をまとめる(参考資料1-2)
⇒H26年度も

H20～地域の人たちと
地域で起きた出来事(盗まれた、うろろして危ない等)をきっかけに、自治会長や地域の専門職と一緒に「サポーター養成講座」をその地域内で展開
⇒サポーターとなった区民がキャラバンメイトになり、自主的な取り組みを開始(後押し)(参考資料1-3)

H20～介護事業者と
連絡協議会の活動(全介護職アンケート、課題の整理、研修基本方針作成、地域人材育成等)のプロセスを協働(参考資料1-4)

H20～医師と
認知症支援医療機関ネットワーク
研究会の立ち上げ・協働し事業(参考資料1-5)

H21～学校と
・教師、生徒と企画会議を行いながら
講座や自発的なボランティア活動を推進(参考資料1-6)

H20～地域の民産学官・多様な職種の人たち・組織と
まちで働く人たちの気づき、思い、アイデア、つながり力、行動力を大切に、互いに安心して〇〇できるまじくりと一緒にとりくむ(参考資料1-7)

主な取組み③本人・家族がよりよく暮らすことを地域で支える地元人材・チームを育てる

- 認知症の理解や問題対処でおわずに、本人・家族が地域でよりよく暮らすことを支えていく地元の人材・チームを地元で育てる
- 在宅、施設といった区分けでなく、本人がどこでもよりよく暮らす支援を受けられるよう人材の層を広げる
- 研修や普及で終わらずに、日々の中での支援(実践)につなげていく
- 関係者がバラバラでなく、それぞれが出会い、一緒に活動できるようにつなぐ。

H20～キャラバンメイトの養成と自主的な活動の支援
(参考資料1-1)

H22～センター方式インストラクター養成と活動支援
介護保健事業者連絡協議会の活動を支援(参考資料1-1)

H23～サポート医と協働
地元の医師でキャラバンメイトになって活躍していた医師がサポート医に(参考資料1-1)

日常の中でのつながりづくり
合同でつながる機会づくり
ネットワークセミナー等

主な取組み③本人・家族中心につながるしくみづくり

「家族とケアマネとの連携」の流れをつくる 家族会とともに

認知症を抱える家族を支えるネットワーク

認知症を抱える家族を支えるネットワーク

認知症を抱える家族を支えるネットワーク

新聞販売店等との高齢者等見守り協定書の締結・連携の流れづくり

新聞配達員が地域見守りに協力
「地域見守りあんしん事業 協力に関する協定」締結

高齢者等見守り協定書の締結

新聞販売店	電話番号	担当	備考
東京新聞	2-2-0064	藤田 健	
毎日新聞	3-4-2238	藤田 健	
読売新聞	2-3-0486	大塚 幸子	
朝日新聞	2-8-3920	大塚 幸子	
毎日新聞	2-3-3020	大塚 幸子	
サンデー毎日	2-4-2775	藤田 健	
読売新聞	2-4-1032	藤田 健	
毎日新聞	2-7-0677	藤田 健	

本人と家族が利用しやすい医療・連携の流れづくり (認知症者支援医療機関ネットワーク研究会とともに)

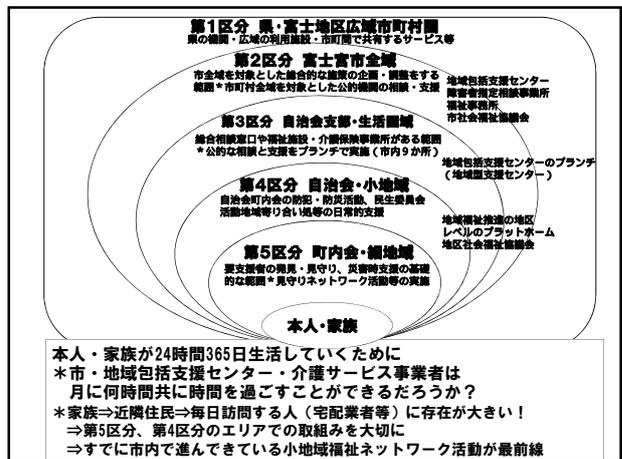
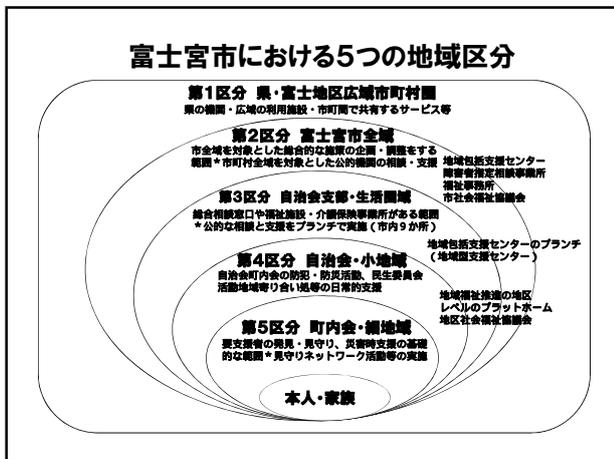
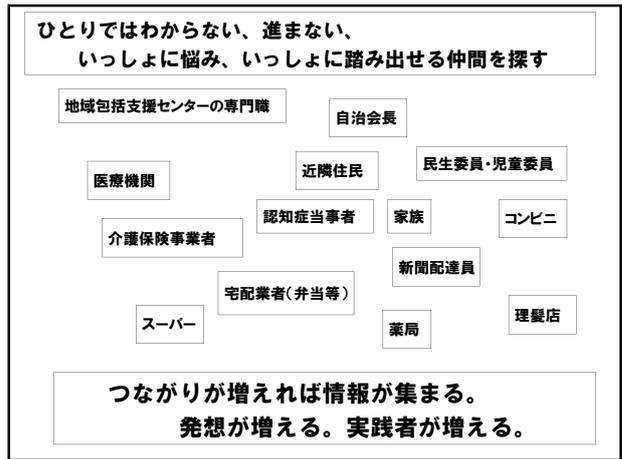
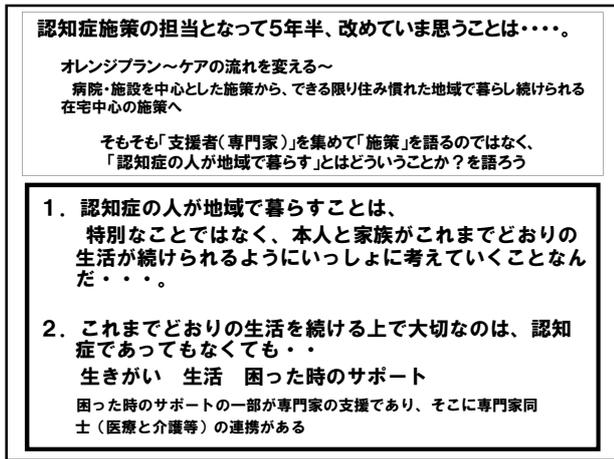
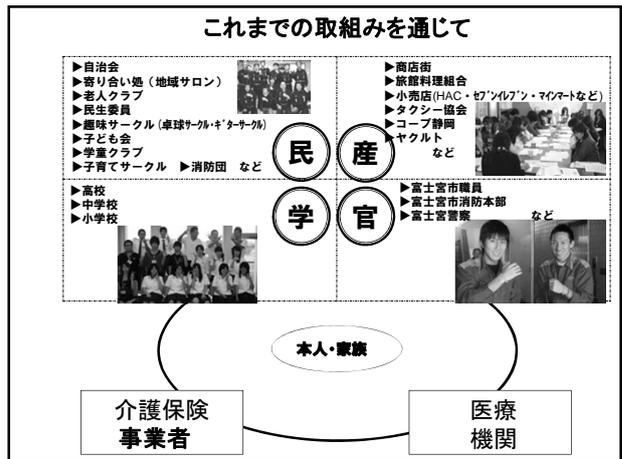
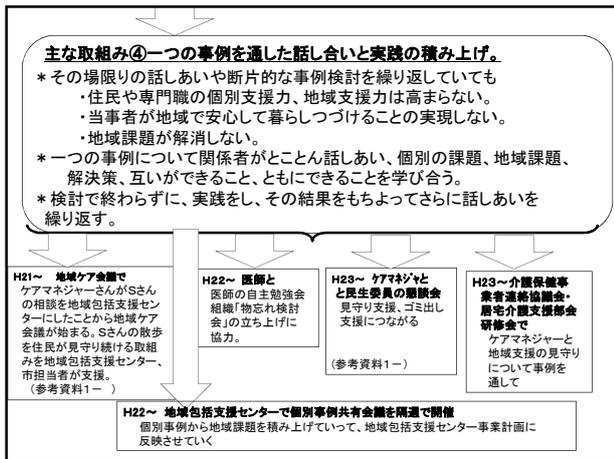
相談窓口医療機関一覧表の作成・周知

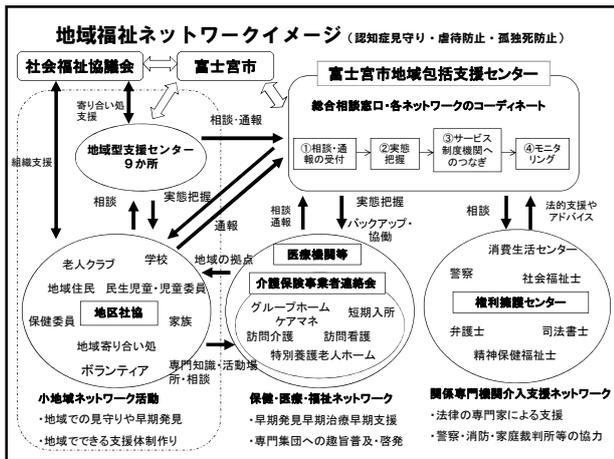
「もの忘れ相談連絡票」を活かした流れ

「もの忘れ相談連絡票」の流れについて

認知症者支援医療機関一覧表

認知症者支援医療機関一覧表







富士根南地区社会福祉協議会

○富士根南中学校学区を地区範囲とする。
 (富士根南小学校区、東小学校区、富士見小学校区)
 ・設立は平成18年7月11日
 ・行政区は16区、人口24,162人、高齢化率20.2%、9,175世帯
 自治会加入率75.7%、災害時要援護者登録397名
 H25年6月現在

・基本目標 “人にやさしい福祉のまちづくり”
 ふれあい 支えあい 学びあい
 (相互理解) (相互支援) (相互学習)
 ・推進委員(区長、福祉委員、民生・児童委員、根南女連、青少年指導員、保護司、更生保護女性会、保健委員、交通安全協会、ボランティア、シニアクラブ、子供会など)

事業

各部事業

- 広報部:「根南福祉だより」年3回発行
- 福祉講座部:福祉講演会「小地域福祉ネットワーク活動」の啓発、226名参加
- 三世代交流:昔の遊び、健康チェック、疑似体験、小学校・中学校演技と演奏、662名参加
- 意識調査:福祉の啓発、地域の関心の高揚、次年度の課題把握の調査、推進委員164名に調査、回収率65%
- ふれあい訪問:82歳以上80・81歳一人住まいの方936名
- ラジオ体操:夏休み早期ラジオ体操、1,383名参加(区長、町内会長、民生委員、子供会)
- ボランティア:福祉のまちづくりサポーター養成講座5回、22名受講
- 研修:講演会

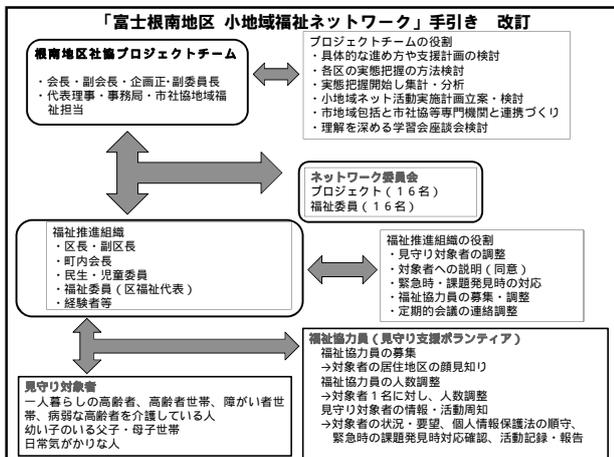
支援事業

- 富士根南小1年生 昔のあそび 遊び名人80名参加
- 子育てサロン「根ねっ子サロン」14名スタッフ対応

小地域福祉ネットワーク活動

平成22年度 県・市の小地域福祉ネットワーク事業の指定を受ける。
小地域福祉ネットワーク活動とは・・・。
 「住民同士が網の目のように連絡・連携しながら、福祉課題を抱える人を支えあっていく活動です。」
 これまでの地域社会では、困った時には、家族や親戚、隣近所が助け合い支えあってきました。現在、家族の小規模化、雇用形態や価値観の変化など、様々な理由で社会の機能が弱まってきました。
 地区社協・地域住民・福祉協力員などが、支援を必要としている本人の気持ちを大切に、小地域にあった日常の「見守り・声かけ」などの支え合いの仕組みが求められています。この仕組み作りが「小地域福祉ネットワーク活動」です。これは、非常時の防災・防犯にも対応できます。

「富士根南地区 小地域福祉ネットワーク」手引き 改訂



実践事例 (H23.2～)

- ①2月:67歳単身男性。訃報回覧で発見、普段から雨戸を閉ざし。近所との交流が少ない。新聞が一週間分溜まっていたが気づかれない。この事例から単身65歳以上を見守り対象に決め、地区社協総会で各区長に調整依頼。
 - ②4月:72歳単身男性、祖父を訪ねた孫が発見。新聞が一週間分溜まっていたが気づかれない。この男性は、区長の再調整依頼から班長が調査し、民生委員と二週間前に面談し見守り対象者に登録したばかりであった。1年前妻と死別。(まさか、こんなに近くで孤独死が起こるとは思わなかった)
- ※新聞が溜まっても気づかない件で、新聞販売店にも「見守り活動」の協力が出来ないか、地区社協から市地域包括支援センターに提案した。
- ※専門職の地域包括、福祉企画、市社協、地域型と非専門職の根南地区社協が、福祉課題等を協議する連携会議(うらの会)が始まる。

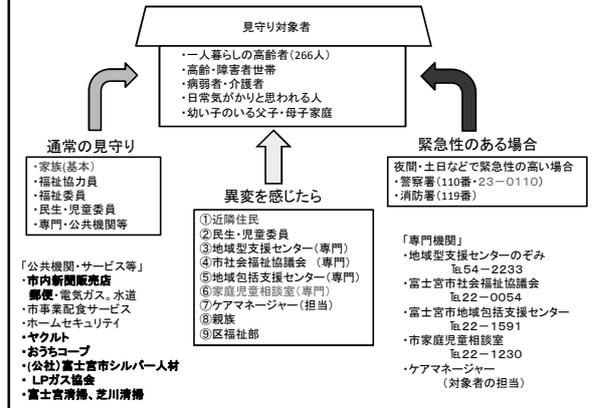
③5月: 91歳単身男性、室内に十数匹のねずみを飼育、本人は感染症を患う、訪問者も同様、ホームヘルプサービス利用中止。専門職(地域包括、ケアマネ、地域型支援)が駆除提案。鼠と蛇は友達、地域ケア会議で事例紹介、地区社協役員→(区福祉部、民生委員)で協議。顔見知り4名による訪問開始。ご近所との絆が大事、本人変化しねずみ33匹駆除。専門職が確認し、6月16日よりホームヘルプサービス再開。家族と疎遠。

④7月21日: 富士宮市と新聞販売店5社「地域見守りあんしん事業協力に関する協定」締結。

⑤8月: 認知症80歳男性行方不明発生(区長、包括、地域型、町内会長、班長、キャラバンメイト、家族)が協議。行方不明時顔写真付きのチラシ作成、包括・地域型・メイトが散歩同行(約2時間)し、男性の特徴周知。

⑥9月: 新聞販売店5社の従業員教育終了。(みんなが安心して生活できる富士宮市をめざして)45名受講。

富士根南地区 小地域福祉ネットワーク活動



平成24年度 見守り活動進捗状況 調査結果

〇9月・10月調査月間、見守り対象者および福祉協力員の調査実施。

- 組織: 16区の全区完了、組織構成者は区役員等が中心。
- 見守り対象者の調査及び福祉協力員の依頼完了。
 - (1)対象者: 今年度 753名 (昨年度632名)
 - (2)福祉協力員: 今年度 795名 (昨年度553名)
 - 高齢者の一人暮らし・高齢者世帯が60%を占める。
- 活動を取組むに当たって新たな課題
 - (1)気がかりな人(引き籠り・虐待・生活支援)の情報が入りにくい。
 - (2)自治会脱会住民への対応。(高齢・生活困窮で班を抜けたい…。)
 - (3)福祉協力員を増員して、きめ細かい訪問と福祉協力員の負担軽減を図りたいが、ニーズへの対応も限界がある。
 - (4)見守りを生活支援の対象者に見られると遠慮する人もいる。

「杉田5区 福祉の会」 小地域見守り ネットワーク活動



・毎月第4土曜日
・公民館に夕方16:00に集合
・各班に分かれて訪問開始



福祉の会会長(副区長)

区見守りネットの統括責任者を「福祉委員」と位置付けている。

訪問時に留意することなどを確認

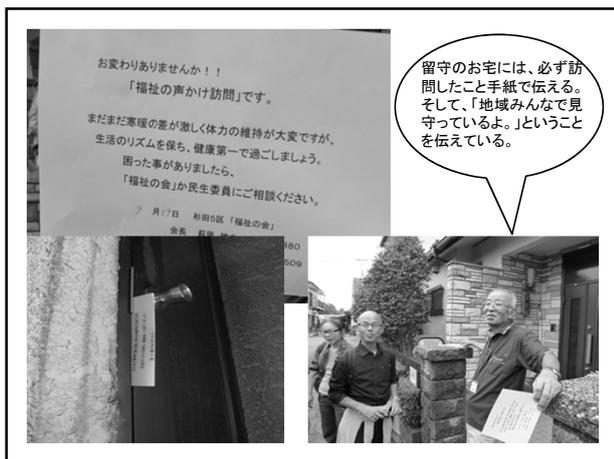
気がかりな一人暮らし高齢者宅へ数名で訪問



「先月、体調をくずしていましたが、もう、すっかり元気になりました。」
「いつも、気にかけてくれてありがとうございます。」と笑顔で応えてくれる住民。

家にいなくても、この時間は畑作業していることを知っており、本人の状況を確認。





富士根南地区社協が 目指す方向

1. 小地域福祉ネットワーク活動を全区に推進する。
(富士根南地区16区が自主的に活動展開)
2. 誰もが地区社協活動に参加できる体制づくり。
(出前座談会を全区に計画、福祉のまちづくりサポーター養成、寄り合い処・子育てサロン支援等)
3. 福祉課題は、地域ケア会議で協議し迅速に解決を図る。



1. 富士根南地区社協への支援
 (地区社協の組織化から小地域見守りネットへ)

(1) 地区社協の組織化支援

- ①各地域の状況を把握(地域アセスメント)
- ②住民リーダーへの説明と同意
- ③福祉を学ぶ学習会を開催
 (月1回ペースで半年間開催→設立することへの意思を確認する。)
 ※結果として、必要性を感じなければ、組織化しないことも1つの選択肢。
- ④設立準備委員会で協議
 (月2回以上実施。設立趣意書～会則の作成)
- ⑤平成18年7月11日に市内11番目の地区社協として「富士根南地区社協」が設立

(2) 小地域見守りネットワーク活動支援

- ①「ふれあい」から「支えあい」へ
 →気がかりな住民を見守る地域づくりを提案。
- ②プロジェクトチームの立ち上げ
 →住民の意思決定により取り組む基盤。
- ③住民リーダーとの協議(合意形成)
 →取り組む必要性は理解できるが、地域で取り組むとなると・・・? でも、やるのは今でしょ!
- ④ネットワーク委員会の立ち上げ
 →各地区の実情や地域福祉の課題を共有。
- ⑤各地区への支援(出前講座)
 →川原崎会長と各区へ出向き、住民理解や活動参加を働きかける。

2. 地域(地区社協)と専門職の連携した取り組み

(1) 連携会議(うららの会)

○各出席者(地区社協、地域包括支援センター・地域型支援センター・福祉サービス事業所の専門職、保健センター保健師、市社協CoW)で情報共有や課題協議する中で、連携できる関係性を構築していくことを目的とする。

↓

- ①地域や専門職が対応している個別ケースの解決方策の検討。
- ②地区社協で取り組む活動の企画を検討。
- ③各出席者の実践状況を確認。

※「連携・協働」と言いつつ、縦割り・役割分担別の関係性だけでは、真のネットワークは構築できない。

(2) 地域ケア会議

①目的

高齢や障がいなどの状態になっても、家族、地域住民(地区社協関係者)、専門職などの支援によって、できる限り、住み慣れた地域で暮らし続けることができるようフォーマル、インフォーマルの関係者で協議する。

②内容

検討課題となる事例に関する基礎知識を専門職から学ぶ。

(例) 認知症とは、〇〇障がいとは、
〇〇病とは、虐待とは…。

支援を必要とする住民に関する事例検討
(専門職より課題提起)

(例) 認知症(ひとり暮らし)高齢者の支援について、身体・知的・精神障がいのある方への理解と支援について、生活困窮の状態にある方への支援について等。

支援の方策をグループワーク形式で検討。

実施可能な支援方策と連携・協働して支援にあたることを確認。

(3) Aさんの支援に関する 地域ケア会議開催までの経過

◇ケアマネさんから、市社協へ相談

(ケアマネさんが把握するAさんの状況)

- ・ひとり暮らし男性(70歳)。
- ・アルコール依存症・うつ病。
- ・物忘れがひどい。
…5分前に買ったものを忘れ、2度買ってしまう。
他人の顔や名前を覚えられない。同じ話を繰り返す。
- ・些細なことで急に怒り出す。
- ・曜日や時間がわからなくなっている。
…デイサービス(週2回)やホームヘルプ(週3回)の利用を忘れ、出かけてしまう。

- ・娘さんがいるが遠隔地にいるので、急な対応はできない。
- ・突発的に熱が出ることが多い。(原因は不明)

地域のみなさんに、
「ふだんの見守り支援」や「地域寄り合い
処への参加」に誘ってもらうなど、本人を
支えてもらうお願いできないか？

◇市社協から、地域へ相談(働きかけ)

(地域が把握しているAさんの状況)

- ・見守り対象者になっている。
- ・訪問するとほとんど留守。
- ・節電しているのか、電気も点いていないことが多い。
- ・近隣との関係性が悪い。(助言や支援を拒む。)
- ・地域寄り合い処に来ると他者に文句を言ったり、活動中に野次を飛ばしたり、邪魔をしたりするので困っている。来ることは構わないが、できれば来てほしくない。
- ・いつもアルコールの臭いがしている。
- ・歩いている姿を見かけ、あいさつするが返事が返ってこない。
- ・夏祭りなどでカラオケがあると、マイクを握って離さない。

Aさんの姿が地域の人たちに見えておらず、誤解から偏見が生じている。「見える形」して、理解を
図っていかなくては…。

地域ケア会議の開催に向けての調整

そして、何度も、何度も、粘り強く、
開催できるよう住民リーダーへの説得が始まった。

◇Aさん支援に関する

地域ケア会議 展開表

時間	内容
5分	1. あいさつ
20分	2. 「富士根南地区社協と小地域見守りネットワークの取り組みについて」(講話)川原崎会長
10分	3. 「認知症の方の理解と対応について」(講話)在宅介護支援センターソーシャルワーカー
10分	4. 「認知症のAさんを支えるために」(課題)居宅介護支援事業所ケアマネ
30分	5. グループワーク (①事例に関する感想意見 ②地域でできる支援)
15分	6. 各グループから発表(話し合われた意見について)
15分	7. まとめのコメント (地元自治会長、川原崎会長、居宅介護支援事業所ケアマネ)

◇参加者の意見から

(Aさんに関する説明を聞いて感じたこと)

- ・見た目だけでは認知症と判断できない。
- ・説明を聞いて、はじめてご本人が認知症だということを知った。
- ・デイサービスの時間と重なるため、見守り訪問しても不在だということが分かった。
- ・寂しい思いをしていて、アルコール依存だということが分かった。
- ・みんなが知っているAさんに対する気持ちが何となく変わった。もう少し受け止めてあげられれば・・・。



「誤解や偏見があった。」というやさしい意見が多かった。

◇参加者の意見から

(Aさんに対して、どのような支援ができるでしょうか?)

- ・近隣なのでAさんの見守りは私が担当します。明日から、毎日世話を焼かせていただきます。
- ・もっと、声かけする。(出会ったら、「車に乗っていきませんか?」と声をかけたい。)
- ・デイサービスに行っているとか、ヘルパーが来ているということを教えてほしい。
- ・体調が悪い時には、ケアマネさんから地域に連絡してもらえれば、すぐに様子を見に行きます。
- ・遠隔地に住んでいる家族も交えて、ご本人の支援について話し合う場を作ってはどうか。
- ・個人情報提供できないというが、要支援者の状態が悪化したり、問題が発生してからでは遅い。早期の段階で地域関係者にも相談してほしい。

3. 地域と連携・協働するために

みなさんをお願いしたいこと

1. 地域と連携した支援を検討する際、地域の資源(活動や人材等)を把握している市町村社協をうまく活用してください。
2. 複合的な課題を抱えているケースの解決策を検討する際は、その課題を「見える形」にして、フォーマル・インフォーマルで連携して取り組むようにしてください。

地域福祉コーディネーターとして心がけていること

1. 地域の中に、困っている人を支えてくれる人をたくさん作ること。
2. 住民まかせや福祉専門職まかせにしないこと。
3. 人が排除されない地域づくりをしていくこと。
4. 同じ課題を持つ人たちどうしを繋いでいくこと。
5. 他人の幸せを自分の喜びとすること。

私が認知症のご本人やご家族から学んでいること・・・

- ご本人にとってまず大切なのは「いきがい」
- 社会に貢献する（就労、ボランティア）。
- これまでどおりの家族関係を続けたい。
- 友人やご近所との付き合いを続けたい。

ご家族にとって大切なこと「二人の生活」「自分の人生」

- ご本人と自分の二人だけの世界にならずに、まわりの支援を受け入れてともに歩むように気持ちを変化させていく。
- 周りによく相談して、自分たちに合ったものを取り入れていく。

私が地域の実践者たちから学んだこと・・・

認知症の人やご家族に目が行き届くのは、やはり身近にいる人たち・・・

身近にいる人たちの関わりが本人・家族の気持ちの変化を生み出す。

身近にいる人たちは、ご近所だけではない。
友人、親戚、新聞配達員、配食業者、おうちCOP、毎日通われるコンビニの店員など。

身近な支援者たちは、認知症の課題を解決しようなどとは思ってない。少しでも暮らしがよくなれば、自分にできることがあれば、困っている人がいれば「手助け」をしてくれる人たちなんだ・・・

地域包括支援センターができること（虫の目）

ひとりひとりの相談事例を大切にする。

地域ケア会議は、ひとりひとりの暮らしを支えていくための「情報共有」と「できることの確認」の場
その人その人が誰とつながって日常生活を送っているかが大事

スタッフ間で事例を共有する。
必要な資源（あったらいいなと思う資源・役割・機能）、頼りになった人（どのような人のどのような行動か）、よかった支援（どのような行動がご本人がご家族にどうよかったのか）などをスタッフ間で共有しよう。

個別支援を通して、地域の課題を共有する。
民生委員さんにこうしてほしかった、ご近所には・・・、病院には、消防団には・・・、配食業者には・・・

共有した地域課題を資料化して市町村スタッフと共有する。

市町村担当者ができること①（鳥の目）

市町村は、市町村内にあるあらゆる地域資源を見渡せる立場
全体が見えるのは市町村以外にない。だからこそ、認知症の人が地域でくらすことの生身の課題（数値とか、アンケートではなく）を市町村担当者がキャッチし政策に活かすことが大事

地域包括支援センターのスタッフといっしょに地域づくりを実践する

- オレンジプランを丸投げしたって、地域包括支援センターに余力なし 7～8割は介護予防事業、介護保険で認知症をみることの限界
- 認知症に関する施策は介護保険よりも地域福祉の課題である（市役所は市民のくらしをよくするところ・・・、保険者の論理に固執しない）

施策立案

- ボトムアップでの施策立案が大事
（地域ケア会議を何回開催したかではない・・・）
「地域包括ケア」と「地域包括ケアシステム」の違いは？
医療と介護の連携は地域包括ケアシステムの一部ではない・・・
- 地域包括支援センターの個別事例から積み上げた地域課題の整理を・・・
（例）富士宮市地域包括支援センター
平成23年度 福祉総合相談支援システムの構築
平成25年度 家族介護者の相談事例分析（実施中）

市町村担当者ができること②（鳥の目）

あらゆる地域資源のキーパーソンと話し合い、合意形成を図る

- 個別相談支援（実例）から浮かび上がった課題を共有する
- それぞれの認識の違いを確認、課題解決に向けた役割を確認する（ルール化）
- あらゆる地域資源（社会福祉協議会、校区社協、介護保険事業者、民生委員・児童委員など）の役割を今一度整理し直して資料化する
- * 専門職は資料化が苦手
- 個別具体 ⇄ 各団体の役割整理（行ったり来たりしながら地域を見ていく）

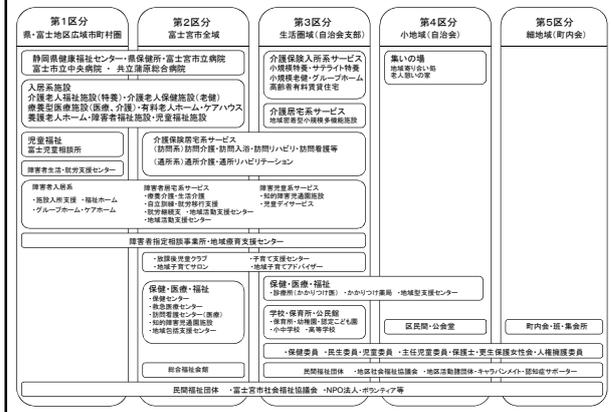
上記で整理できた役割機能を、各地域資源団体に啓発していく（地域包括ケアシステムの構築）

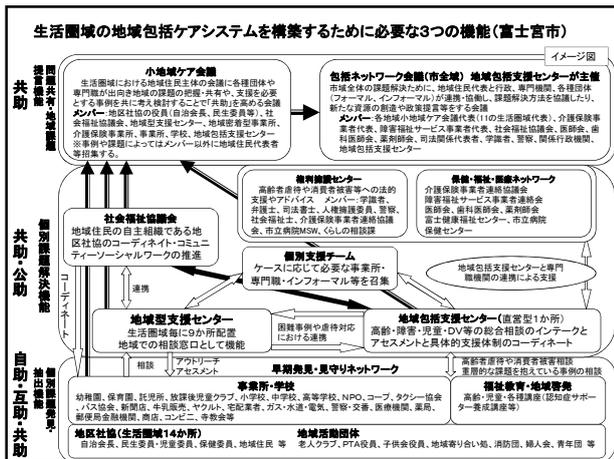
- プレゼンが大事
ひとりの成功事例を見せながら各団体が果たし得る役割機能について啓発していく
- 更に仲間を増やす（意見してくれるキーパーソンを大切に）

縦割りのあらゆる補助金は施策を組み立てたあとで・・・

あせらない
介護保険事業のアウトプットより施策が一人ひとりの市民に届くように事業と他市との比較ではなく、地域に生活している市民に目を向けて・・・
「認知症地域支援体制」「地域包括ケア」「地域ケア会議」という言葉を自地域のまちづくりにどう活かすか・・・

【「地域」区分ごとの社会福祉資源】 富士宮市における社会福祉資源 2010





黒田区と

黒田区に住むYさんの事例から・・・

黒田区民の活動(H20. 12～現在)



キャラバンメイトである外岡さんが自治会長・町内会長と連携し、町内会(全7町内)をローテーションで毎月講座を実施していった。
(現在は、3か月に1回実施している。)

地元の寄合処スタッフ・民生委員がスタッフとして関わることになったため、寸劇を取り入れている。



キャラバンメイトが増え、近隣のグループホームにボランティアに行くようになる。

「初めてだから わからないよ」「私も初めてです」
共に苦労して一つの作品に。



入浴後のドライヤー
「横になりたいよ・・・」
「手早くするね・・・」
「ありがとう」

地元のメイトさんに来て頂き、施設の様子や、認知症について知っていただけでうれしい(施設より)

黒田区のいま・・・



- 依然、キャラバンメイトは増加中
- 地域住民の相談が直接地域のキャラバンメイトに集まるようになる。
- 黒田区有志で立ち上げた卓球サークルで認知症の方が発見され、卓球仲間の継続した訪問活動が始まる。
- キャラバンメイトによる地域の見守りの輪が広がる。
- キャラバンメイトが運営する地域寄り合い処(高齢者サロン)を開設(週1回)、そこに嫉妬妄想が激しい認知症の方と妻が通い始めた。
- 佐野光孝さんもギター持参で啓発活動に加わる。

卓球サークルでつながったYさん・・・

- 豊橋に生まれる。
- 鉄鋼場を経営していた。
- 奥さんに先立たれ、富士山の麓に住みたいと、ひとりで富士宮市に移り住み、黒田区に3階建ての家を新築した。
- 写真と卓球が趣味(家中に富士山の写真、1階には卓球台がある)
- 黒田区の卓球イベントに参加したことがきっかけで近所の人が認知症ではないかと思い始めた。

卓球サークルでつながったYさん・・・

- アルツハイマー型認知症と診断、要介護2
- 黒田区民の支援が始まった。
卓球をやったり、富士山の写真を見ておしゃべり、寄り合い処参加するように声かけ、夏には屋上で夕涼み会を開催
- 介護サービスは使っていない。
- 豊橋にいる娘・息子に豊橋に帰ってくるように言われているが、「仲間を置いて帰るわけにはいかない・・・」と言っていた。

認知症の人が地域で暮らすということ、

自分が認知症になったとき地域でどういう暮らしを続けていきたいかということ

「全てのスタートはここから始まる」

自分は死ぬまで富士宮で暮らしたい・・・

泉南市認知症ケア推進事業の取組み



平成25年7月26日
 泉南市健康福祉部長寿社会推進課
 高尾 年弥
 泉南市認知症コーディネーター
 グループホーム ゆうゆう
 片木 京子
 グループホーム ホリ
 篠原 カヨ子

泉南市

○人口	64,587人 (H25.3.31現在)
○高齢化率	23.7%
○後期高齢化率	10.2%
○認定者数	2,882人
第1号被保険者	2,795人
第2号被保険者	87人



日常生活圏域

4圏域 (A B C D)

山側 (A B)
 『地域包括支援センター
 六尾の郷』

海側 (C D)
 『地域包括支援センター
 なでしこりんくう』



平成21年7月の出来事

- あるグループホームの管理者(認知症実践リーダー研修を受講)が運営推進会議で「認知症に優しい街になったらいいのにね」「そうすると私たちも仕事がしやすいし、認知症の人が暮らしやすくなるのに、ね～行政さん」。
- 行政が主導で事業をすれば、できる事業もできなくなる。だって行政には、異動があるから・・・。
- 認知症実践リーダー研修を受講している、あなたがた専門職が先頭に立たないとダメだ。
- 受け身の姿勢からは何も生まれない。

とは言うものの・・・

地域の人や、民間や専門職が動ける体制を作るのが行政の仕事

そこで・・・

地域包括支援センターに相談

- 平成22年度から「認知症」しませんか？
- お金ないで！
- お金のかからないことをやりましょう！
- とにかく平成21年度はその準備で事業の計画を作り上げましょう！

って、言ったら「**平成22年度モデル事業**」の募集が・・・ 思わず、飛びついてしまった・・・

認知症ケア推進事業 平成22年度～

- 2025年の超高齢社会到来まで、あと15年しかない
- 今、手を付けないと大変なことになる
- 地域支援体制を構築するには、10年以上はかかる
- 全ては、行政の責任となり、市民からお叱りを受ける

そして継続していく事業にするためには・・・

- ①行政が出すぎないこと
- ②地域包括支援センターや事業者、地域が主体性を持てるようにすること
- ③行政は、個人で動くのではなく「チーム」で動く
- ④いろんな所へ出かけ、人脈を広げる
- ⑤とにかく！顔の見える関係をつくること！！

目指すべきものは・・・

- ・安心して徘徊できる泉南市に！！
- ・認知症ケアをきっかけに
地域福祉力の再生！！
- ・忘れてもだいじょうぶあんしんと
おもいやりの町
- ・そして 最終目的は・・・

地域包括ケアシステム

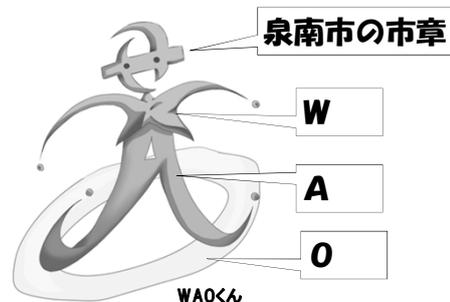
の構築です！！

キャッチコピー

WAO（輪を）！SENNAN

- W ... 忘れても だいじょうぶ
A ... あんしんと
O ... おもいやりの町 せんなん

マスコットキャラクター



平成22～24年度までの 主な取り組み

認知症ネットワーク会議
地域の見守り力の向上

- ・認知症キャラバン・メイト養成+フォローアップ研修
- ・認知症サポーターの養成+フォローアップ研修
- ・徘徊SOSネットワークの構築（徘徊模擬訓練の実施）

認知症新聞の発行（年2回）
認知症家族の集い（講演会や相談会）
認知症出張相談会

認知症フォーラムの開催（1回）
医療と介護の連携構築（医師会・介護支援専門員）
ボランティアリーダー事業

認知症予防活動・地域活動プログラム事業（田畑）
地域におけるサポート体制の整備事業（視察研修）
認知症コーディネーターの養成

★様々な研修会への参加！



泉南市認知症ケア推進事業

主眼 … 人

認知症の人
家族の人
地域の人
専門職の人
行政の人

人材育成に始まり、
人材育成に終わる

人づくり
↓
地域づくり

エンパワーメント リーダーシップの発揮

平成22年度（初年度）

- ・認知症ってなに？
- ・地域の人

平成23年度（2年目）

- ・地域の人
- ・専門職の人

平成24年度（3年目）

- ・地域の人、専門職の人
- ・認知症本人/家族の人

平成25年度（4年目）

- ・地域の人、専門職の人
- ・認知症本人/家族の人

人づくりへの仕掛けを
年度ごとに広げていく

- まずは、
- ①地域の人
（認知症サポーター）
 - ②専門職
（認知症コーディネーター）
 - ③本人/家族
 - ④地域の人
（福まちサポートリーダー）

平成22年度（初年度）

- ・認知症ってなに？
- ・地域の人

平成23年度（2年目）

- ・地域の人
- ・専門職の人

平成24年度（3年目）

- ・地域の人、専門職の人
- ・認知症の人、家族の人

平成25年度（4年目）

- ・地域の人、専門職の人
- ・認知症の人、家族の人

失敗

発足

失敗

【地域の人】

★イベント

- ① WAOまつり（計4回）

★認知症サポーター養成講座

- ① 市民
- ② 職域
- ③ 小・中・高生及び保育所

★徘徊SOSネットワーク模擬訓練

「第4回 WAO祭り」！音楽祭

～音楽でつなごう地域の「WAO(輪)」を！～

平成25年2月16日

「テーマは本人支援」



認知症本人の方々による
コーラス隊の結成！



代表部員による認知
症サポーターとして
の感想文の発表



・サポーター養成講座を
受講した泉南市内
4中学校の吹奏楽部員
による演奏！

541名

サポーター養成講座同時開催

泉南市認知症サポーター数

★平成22年4月1日(平成22年度初め)

9名(キャラバンメイト含む)

★平成25年3月31日現在

6,642名(キャラバンメイト117名含む)

泉南市人口の約10.3%



泉南市長もサポーターです！

WAO (輪を) ! SENNAN

W ... 忘れても だいじょうぶ

A ... あんしんと

O ... おもいやりの町

せんなんをめざします！



市長もサポーター



サポーター養成講座受講者

- 市職員(福祉部を中心に!!)
消防本部・・・等
- 専門職
介護保険・高齢福祉事業所職員
- 地域役員
区長・民生委員・地区福祉委員・老人クラブ
婦人会・・・等
- 職域
郵便局・農協・スーパー・医院・警察署・JR職員・・・等
- 市民

職域サポーター養成講座



【泉南市内特定郵便局長】



【JR職員】



【泉南警察署】

- ・福祉関係職員
- ・泉南警察署
- ・病院職員
- ・スーパー職員
- ・農協関係
- ・タクシー会社・・・等



22

市民サポーター養成講座



お医者さんによる 市民サポーター養成講座

スーパーの空きスペースを利用して
地域のドクターがサポーター養成講座を実施！



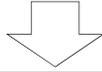
ドクターの紹介！！

- ・キャラバンメイト
- ・医師会副会長
- ・認知症かかりつけ医

常に、不二家の「ペコちゃん」を同伴

サポーター養成講座受講者②

次世代に向けての啓発が必要！



- ・キッズサポーター (小学生)
- ・ジュニアサポーター (中学生)
- ・ヤングサポーター (高校生)

サポーター養成講座！！

キッズサポーター養成講座①

鵜濱第1小学校キッズ

グループに分かれて！！



人の気持ちをすることがとても大切なんだ



泉南市初のキッズサポーター
～誕生！！～



認知症の人の気持ちをしよう



キッズサポーター養成講座②



体育館でのサポーター養成講座



樽井小キッズ

それぞれの学校のニーズにあった
サポーター養成講座を開催！

ジュニアサポーター！ 一丘中学校



講義&○×クイズ



ヤングサポーター！ りんくう翔南高校

本番前・各班でのうちあわせ



テキストを使っでの講義

寸劇



★幼稚園・保育所の

園児たちへのサポーター養成講座の実施。



リトルキッズ・サポーター養成講座

●子供たちが、地域の高齢者施設と交流をしている中で、サポーター養成講座をとおして、「高齢者に優しく接することが大事なんだよ！」ということを感じてもらう！

●就学前の子供たちへサポーター養成講座をすることによって、幼保・小・中・高と各年代でステップアップしながら理解を深めていく！

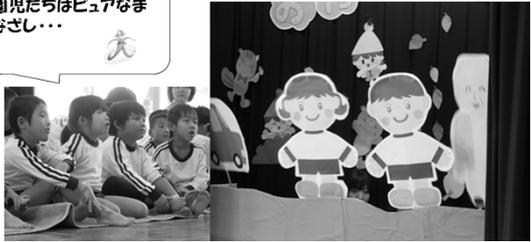
**「トルキッズ！」
サポーター養成講座に向けて！
保育所職員へのサポーター養成講座**



子供たちが高齢者と触れ合うことの大切さを学んだ。

**「トルキッズ！」
サポーター養成講座
紙人形を使っての講座を開催** ☆

園児たちはピュアなまなざし...



★徘徊SOSネットワークの構築 ☆

・市内協力事業者への依頼
(福祉事業所・タクシー・バス・鉄道・新聞・宅配・スーパー・コンビニ・ガソリンスタンド・銀行等)

「協力事業所説明会の開催！」 平成23年8月24日

↓

SOS徘徊ネットワーク模擬訓練の実施！

平成23年10月 1地区で開催
平成24年 6月 2地区で開催

**キッズサポーターが
徘徊模擬訓練に参加！** ☆



開催前の説明を聞くキッズサポーター！！

**キッズサポーターが
街中を搜索体験！** ☆



よくできました
WAO-CG

良い声かけには「よく出来ました！」の札をプレゼント。

【専門職/地域の人】

- ★認知症コーディネーター養成
 - ①WAOまつり(計4回)
- ★認知症サポーター養成講座
 - ①市民
 - ②職域
 - ③小・中・高生及び保育所
- ★徘徊SOSネットワーク模擬訓練
 - ①地域住民
 - ②小学生

★認知症コーディネーター養成研修

「認知症になっても安心して暮らせる町づくり」の
推進者の養成研修！！ 全15回(平成23年度～24年度末)

認知症コーディネーター修了生には今後の泉南市内で
開催する認知症ケアに関する研修会での講師役や地域
で認知症に関する普及啓発活動、認知症キャラバン・メイ
トに対する指導・助言・育成、所属施設における認知症ケ
アの質の向上、認知症本人のためのケアマネジメントセ
ンター方式の推進等、泉南市認知症ケア推進事業の協
力に期待している！！



泉南市福まちサポートリーダー養成事業

福まちサポートリーダー養成事業 (6回講座)

失敗

動

泉南市

認知症コーディネーター

をご紹介します

泉南市認知症コーディネーターが 誕生するまで

泉南市認知症コーディネーター
片木 京子
篠原 カヨ子

平成18年 グループホームや小規模多機能居宅介護が
地域密着型施設として市の管轄になりました。



最初は、行政側と事業所側が
疑心暗鬼で対立している状態

平成20年 行政主導で事業所間の意見交換会を開くことに

どんなことを話し合いたいのか、アンケートを取り、
それに基づいて、話し合いを進めました。

平成22年 ・行政を交えた意見交換会から、事業所が自主的に
集まって、交流会をひらくようになっていった。

[事例検討・情報交換]
議事録は、行政に提出。

・泉南市でキャラバンメイト活動がはじまる。



行政は、黒子になっ
て、サポーター養成
講座の開催先を開拓。
・学校、警察、JR、
農協、イオン、銀行

etc.

平成24年 泉南市認知症コーディネーター養成講座はじまる

- ・交流会のメンバーを中心に、10名の受講者でスタート。
- ・講師陣は、超一流。
- ・カリキュラムは、びっしり、75時間
+施設実習+フォローアップ研修さらに2日間



えっ! 来年度の講師は
私たちがやるって!?
まさか! 誰がそんなこと
ゆうたん?







「いつでんどこでん」の取り組みを聞かせていただく



「いつでんどこでん」でのお月見の準備風景



大牟田市白川地区で徘徊模擬訓練に参加させていただきました



大谷るみ子さんよりの大牟田市のこれまでの取り組みをお話いただきました。

かつては炭釜のまち (平成9年三池炭鉱跡山) 今、大牟田は人にやさしいまちへ

- 大牟田市の人口 約210,000人 ⇒ 約124,000人 (1960年)
- 高齢者数 約37,461人
- 高齢化率30.2% (2012年)

※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)

福岡県 大牟田市



大谷るみ子さん

大牟田市長寿社会推進員の皆さん

お世話になりました!

大谷るみ子さんを囲んで懇親会



地域に帰ってから、今、私たちに何ができるか、どのように進めるのがよいかを話し合いました
第1回 平成24年10月22日 第2回 平成24年11月21日



もっと広く地域の人を知っていただくため、大牟田市視察の報告会を開きました



大牟田市池田参与、大阪府行政の方もお招きしました

泉南市認知症ケア研究会とは

- 地域密着型事業所交流会から、有志(10名)が集まり、平成23年12月1日泉南市の委託を受け発足。各地域で認知症相談会を実施。
- 平成24年2月～9月
泉南市が実施する、泉南市認知症コーディネーター養成研修を受講する。



地域密着型事業所交流会



泉南市認知症ケア研究会



特定非営利活動法人
泉南市認知症ケア研究会

やったー!



認知症になっても安心して暮らせる町づくりを実現するために

- 現状・ニーズを把握するためにアンケート調査を実施。
 - 実施期間 平成24年7月1日～7月20日 無記名調査
 - 調査対象者 本市に住所を有する全区長及び介護者家族の会・民生委員・地区福祉委員の代表の方々150名
 - 回収率 91.3%
- 調査内容の分析。(アンケート報告9月1日)

認知症に対する啓発
地域コミュニティの強化
地域拠点の必要性

- * 認知症の方に限定せず、高齢者や子どもたち等の地域の住民が自由に集うことができる開かれた場所
- * 介護保険事業所に併設された地域の拠点となるような開かれた交流スペース

誰でも気軽に立ち寄れる場所を作ろう! カフェ オープン!



大丈夫?



高齢者の人にアイパッドを楽しんでもらおうと、まずはみんなで練習開始。



地域で、隣組の組長さんを対象に防災の出前講座を企画(お話は、危機管理課)



「おいでや!泉南」でサポーター養成講座の打ち合わせ
(コーディネーター・地域包括・メイトのメンバー)



地元の青年団にサポーター養成講座を開催



地元の老人会でサポーター養成講座を開催



今年度のコーディネーター養成研修がスタート！1期生が講師も務めています



休耕田を利用して、里芋の植え付けを開始！

休耕田を利用して田植えもしました

泉南市では・・・

まずは、 **認知症ケア** それが、 **地域包括ケア**

=

↓

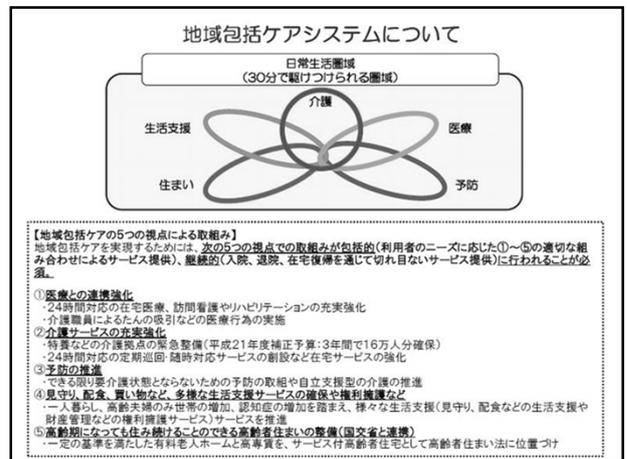
地域福祉力の向上

地域包括ケアシステムとは

ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制と定義する。

その際、地域包括ケア圏域については、「概ね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には中学校区を基本とする。

(地域包括ケア研究会報告書より)



ポイント：自助・互助・共助・公助

地域が持つ「自助・互助・共助・公助」の役割分担を踏まえた上で自助を基本としながら互助・共助・公助の順で取り組んでいくことが必要

- ・自助 ⇒ 自分でできることは自分で行うことが大前提
- ・互助 ⇒ 家族・親族等、地域の人々、友人たち等との助けあい、ボランティア活動も
- ・共助 ⇒ 社会保険制度、医療保険サービス、介護保険サービス
- ・公助 ⇒ 行政による支援、租税による仕組み、高齢者福祉サービス

(地域包括ケア研究会報告書より)

・ご近所を追加

なかでも、自助・互助がキーワード

自助や互助は、**人生と生活の質を豊かにするもの**であり、「自助・互助」の重要性を改めて認識することが必要

特に、**互助の取組みは高齢者等に様々な好影響を与えていることから、その重要性を認識し様々なきっかけによる多様な関係をもとに、互助を進めるべき**

(地域包括ケア研究会報告書より)

さまざまなきっかけによる多様な関係とは

地縁・血縁だけではなく、趣味・興味、知的活動、身体活動、レクリエーション、社会活動様々なきっかけによる多様な関係

(地域包括ケア研究会報告書より)

平成22年度～ 地域包括ケア推進事業

自助・互助の取組みを進めるための、地域の資源は泉南市にはあるのか・・・(？?)

- “いつでも”“誰でも”“自由に”“好きな時間に”集い合える場所はあるの？
- 買い物難民はいるの？
- 高齢者が生きがいを持てるような事業はあるの？
- 能力を発揮できる場所はあるの？

“いつでも” “誰でも” “自由に” “好きな時間に” 集い合える場所 ①

- サロンやカフェの開設
 - ・サロン (3か所)
 - ・カフェ (4か所)

“いつでも” “誰でも” “自由に” “好きな時間に” 集い合える場所 ②

- 地域密着型サービスは泉南市の大事な大事な地域資源
 - ・グループホーム・・・6か所
 - ・小規模多機能事業所・・・3か所
 - ・認知症デイサービス・・・2か所

第5期高齢者保健福祉計画から

- 新規の地域密着型サービスに地域交流スペースを整備要件に！
- 既存の地域密着型サービスに地域交流スペースの整備を推進！
- 認知症コーディネーター10名のうち8名が地域密着型サービスの管理者等！

地域包括ケア体制構築のカギとなる“認知症コーディネーター”

- 専門職としてのスキルが大幅にUP
- 認知症出張相談所の相談員を担当
- 2級ヘルパー養成の講師
- キャラバン・メイトフォローアップ研修の講師
- 自分たちで考えて、自分たちで実行
- 事業所を地域へ開放する動きが…
- 地域への仕掛け（地元地域へのアンケート実施、地元青年団へのサポーター養成講座）
- 認知症コーディネーターは、全員、泉南市認知症ケア研究会のメンバー

買い物難民の解消

- 配食サービスの拡充
- 買い物支援サービス（同行・宅配）

高齢者が生きがいを持てるような事業

- 地域の農地を借用し、農産物の生産・加工

能力を発揮できる場所

- 福まちサポートリーダーの養成
- ケアマネジャーの自立指向型ケアプラン作成時のインフォーマルサービスへの活用
- 小学校事業（子ども元気広場）での多世代交流（昔遊び等）

泉南市が大事にしていること

- ① 地域へ出向き、地域の人々の声を聴き、地域を肌で感じる
- ② 知恵は現場にある
- ③ 地域の人やNPO法人、事業所等への仕掛け、調整
- ④ 行政、楽しくしている（頑張ってる）姿を見せよう
- ⑤ 笑顔のところに人は集まる

医療と介護の連携について

医政局

老健局

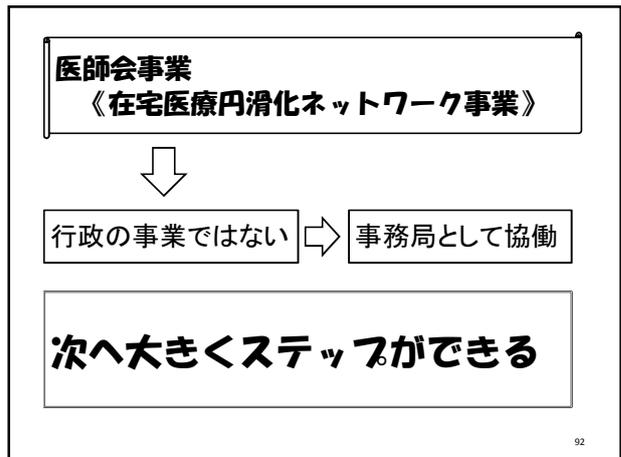
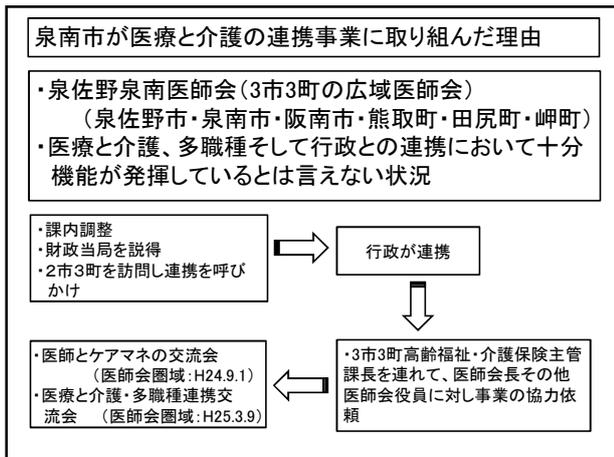
医療

生活

在宅医療

地域包括ケアシステム

目指すところの体制は同じ



平成25年度
泉南市が幹事市として
泉南市の予算(10/10補助金)
で医療と介護・多職種連携事業
を推進

93

・認知症ケア推進事業
・地域包括ケア推進事業

全て、
補助金事業(10/10)！！

平成22年度 17,847千円

- ★ 認知症ケア推進事業 3,886千円
 - ① 認知症地域支援体制モデル事業
- ★ 高齢者福祉まちづくり調査事業 2,299千円
 - ① アンケート調査
- ★ 介護予防普及啓発活動事業 3,792千円
 - ① WAO体操普及活動
- ★ 地域包括ケア推進事業 7,870千円
 - ① 地域コーディネーター活動
 - ② 地域包括支援センターホームページ開設
 - ③ 地域包括支援センター出張所の開設
 - ④ サロンの開設



平成23年度 39,417千円

- ★ 認知症ケア推進事業 7,844千円
 - ① 認知症地域支援体制構築事業
 - ② 認知症コーディネーター養成事業
- ★ 認知症地域支援体制構築普及促進事業 2,966千円
 - ① WAO(輪を)祭り(シンポジウム助成)
- ★ 介護予防普及啓発活動事業 4,977千円
 - ① WAO体操普及活動
- ★ 地域包括ケア推進事業 23,630千円
 - ① WAO(輪を)システム導入
 - ② WAO(輪を)救急医療情報キット
 - ③ 地域コーディネーター活動
 - ④ 地域包括支援センターホームページ開設
 - ⑤ 地域包括支援センター出張所の開設
 - ⑥ サロンの開設
 - ⑦ カフェの開設(2箇所)
 - ⑧ 配食サービスの開設



平成24年度 47,141千円

★ 認知症ケア推進事業 16,097千円

- ① 認知症地域支援体制構築普及事業
- ② 認知症コーディネーター養成事業
- ③ SOSネットワーク模擬訓練
- ④ 認知症カフェの立ち上げ支援
- ⑤ NPO法人の立ち上げ支援
- ⑥ 介護予防活動事業の立ち上げ支援 (iPadの導入)
- ⑦ 地域におけるサポート体制の整備事業 (認知症ケア研究会による)
- ⑧ 認知症予防活動・地域活動プログラム事業 (認知症ケア研究会による活動)
- ⑨ 医療・介護連携事業



★ 地域包括ケア推進事業 31,044千円

- ① 高齢者・障害者虐待防止ガイドラインの作成
- ② 市民後見推進事業
- ③ 介護予防活動事業 (iPad活動事業)
- ④ 買い物サービスの立ち上げ支援
- ⑤ 小学校放課後における高齢者と児童のふれあいサロンの立ち上げ支援
- ⑥ 府営住宅空き室サロンの立ち上げ支援

ご清聴ありがとうございました。



WAO (輪を) ! SENNAN

W … 忘れても だいじょうぶ

A … あんしんと

O … おもいやりの町 せんなん

泉南市 健康福祉部 長寿社会推進課

【全国合同セミナー（第2回）】

認知症の人の経過に沿った 連携と支援体制づくり ～認知症の人と家族を支える地域づくり～



ゆうさいくん
田辺純理士編川
樹高公イメー
キャラクター

舞鶴市 高齢者支援課
児玉 智子
松原 理恵子

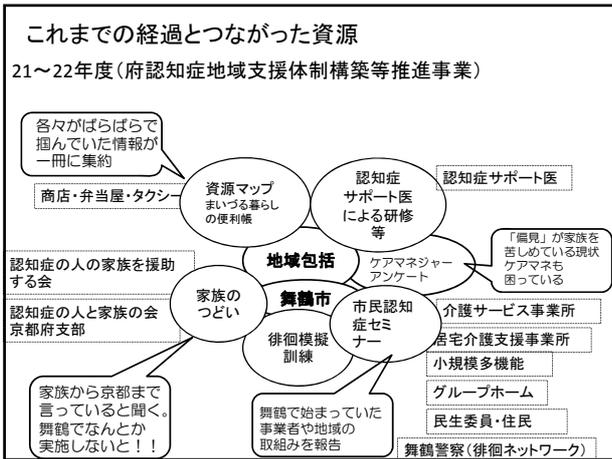
舞鶴市の概要

人口 88,869人
高齢者数 24,187人 (27.2%)
要介護認定者数 4,685人(18.9%)
認知症高齢者数 2,567人
(日常生活自立度Ⅱ以上)
介護保険料基準額 63,520円
(5,293円/月)
地域包括支援センター 7か所



軍港から発展した東舞鶴
城下町の西舞鶴
由良側沿いの加佐

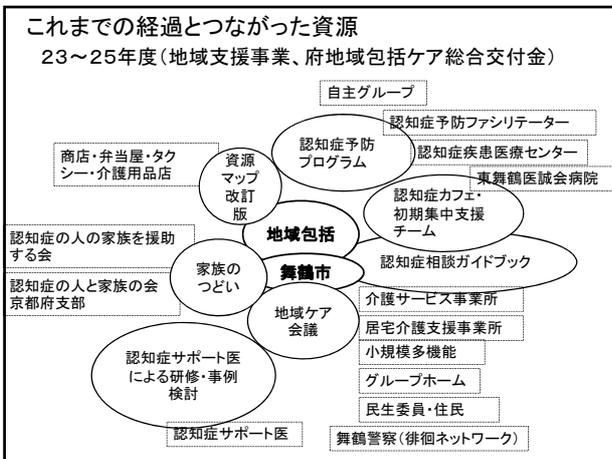


平成23年度 モデル事業終了→地域支援事業で実施 事業は、たくさんごさしたけど・・・

23年度 認知症地域支援計画「認知症の人と家族を支える地域づくり」	計画		実施		中間		結果	
	進捗	状況	進捗	状況	進捗	状況	進捗	状況
住居	認知症の人の住居の確保							
本人	認知症の人の認知症の診断							
家族	認知症の人の家族の支援							
地域・保健	認知症の人の地域・保健の支援							
医療	認知症の人の医療の支援							
スケジュール	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月

空白



認知症相談ガイドブックについて

<目的>
舞鶴市の認知症の本人・家族に向けて統一した説明が出来るようにする事。

<どうして作成する事になったか?>
 *窓口で介護申請に来た方に対して、市役所職員が十分な説明が出来ない。
 *家族が認知症についてどうしていいかわからず困っている現状があった。(ケアマネジャーアンケートより)
 *これからは理解できれば、家族も戸惑わなくてすむ。



まいづる認知症相談ガイドブック



認知症疾患医療連携実担当者会議メンバー

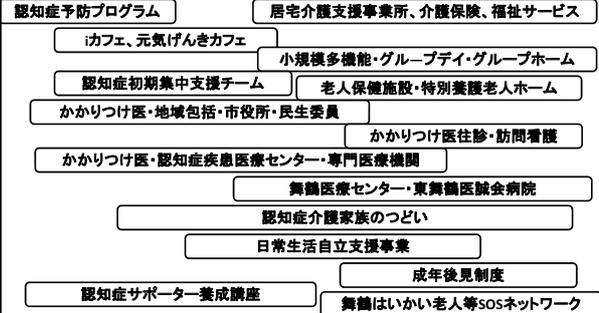
舞鶴医師会
舞鶴医療センター(認知症疾患医療センター)
東舞鶴医誠会病院
京都府老人福祉施設協議会
舞鶴市社会福祉協議会
まいづるケアマネジャー連絡会
京都府中丹東保健所
地域包括支援センター
舞鶴市

経過に沿って、それぞれの役割を共通理解

年3回の実務担当者会議・年1回の連携協議会にて、検討

ガイドブックの中に・・・認知症の経過に沿った支援体制(認知症ケアパス)

舞鶴市にある資源がつながりあって一人ひとりを支えるために



ガイドブックを作成して気がついたこと

◎評価指標として使える

- ・認知症のどの過程においても、舞鶴市で支援体制が整っているか？
- ・どこの連携ができていないのか？
- ・ケアパスにはあっても、機能していない部分は？

◎初期の段階では、なかなかこれからの詳しいことまでは言えないと使ってみて実感した。

そのステージごとに必要な情報を家族・本人と共有できるようにしたい

認知症予防のための生活習慣を楽しく身につける

地域型認知症予防プログラム

認知症予防ファシリテーターが活躍！



有酸素運動や知的活動を小グループで行い、認知症予防のための生活習慣を身につけます。プログラム終了後は自主グループとして活動します。

本人や家族が気軽にあつまり、しゃべったり、活動する安心した場

初期認知症対応型カフェ

目的

できるだけ早期の段階から、若年性認知症や軽度の認知症の方が気軽に通え、本人や家族に対して、初期の段階で適切なケアや支援の場を提供する。

水曜日 午前 げんき元気カフェ
(南デイサービスセンター)
木曜日 午後 iカフェ虹色
(東舞鶴医誠会病院内)

1回500円 週1回
挽きたてコーヒーが自由に
飲めます！



iカフェ虹色(東舞鶴医誠会病院)

日曜大工はお手のもの……



囲碁の相手がいてくれて楽しい……



家族は家族だけで日頃の思いを話します



げんき元気カフェ(南デイサービスセンター)



カフェの取り組みから思うこと

◆初期の人との出会いは、介護や福祉の場だけではなかった。

- ・介護予防事業に来ていた人。
- ・仕事ではなく、個人的に相談された。
- ・地域のサロンにきていた人

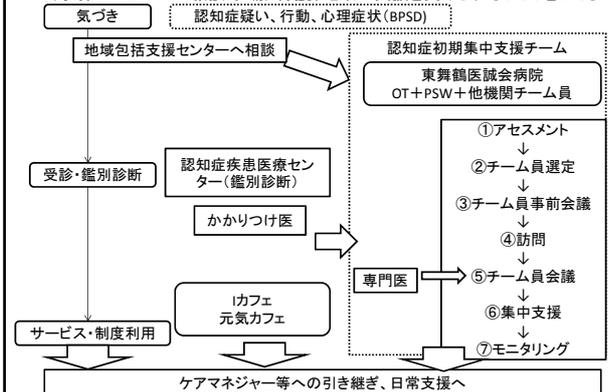
◆一緒に楽しんでこそ、認知症の疾病観を変えられる。

- ・スタッフに囲碁を教えたり、本人の方がうまくできるときもあり。
- ・できないところだけ、ちょっと手伝ってこういうことか

◆やっぱり、家族支援が大切

- ・家族が家族と分かち合うことは、どんな専門職もかなわない。
- ・家族同士が集える場・機会は絶対必要！
- ・そこは、市の施策づくりに有効な情報源。

初期集中支援チームの設置と連動したしくみづくり 当事者がスムーズに相談・医療・介護、地域の支援を受けられるしくみをつくる



チーム員

東舞鶴医誠会病院⇒コーディネーター役
(専門医・精神保健福祉士)
認知症疾患医療センター(精神保健福祉士)
初期認知症対応カフェ(作業療法士・介護福祉士)
地域包括支援センター
舞鶴市:保健師

- ・緊急の場合は、どこが対応するの？
- ・病院から病院に紹介って、違和感がある。
→あくまでもチームとして動けば問題ないでしょ。
- ・受診できなくても、チーム会議で、支援方針を検討して対応しよう
- ・訪問を受けれてもらえるだろうか？
- ・啓発も大事。映画上映会の企画の話で盛り上がる！！

チーム可動までの流れ

①事前ワーキング会議

- 1回目 意義や体制について、共通理解
- 2回目 アセスメント票や記録、媒体等の検討
- 3回目 認知症高齢者の心理面について、勉強会

②11月23日 市民認知症啓発事業「映画上映会」

チラシの新聞折り込み
医師による簡単認知症チェック
本人からのメッセージ



③「認知症疾患医療連携実務担当者会議」で事業検討・評価

初期集中支援チーム始動が直前に..

・まずは、チーム員が目標を共通理解できるように。

・後は、事例の積み重ね。
職員の対応力を上げる学習の場でもある。

・年度末には、評価も。

認知症ケアパスに関する聞き取り 当事者・関係者の意見・実情をもとに 地元にあったよりよいケアパスを創るために

- ① ケアパスの感想・
認知症の方・家族について思う事
- ② 舞鶴市の地元ですでにある施策・資源について
- ③ 舞鶴市の地元には足りないと思う事

聴き取りをした相手(対象)
介護家族、「認知症の人を介護する家族を援助する会」の人、
認知症疾患医療センター、地域包括支援センター、
小規模多機能居宅介護、等

家族

<話し合いの内容>

- * 初期の段階では、おかしいと思いつつも、相談する窓口も分からず、家族で頑張ろうとする。もっと早く相談できるサービスがほしかった。
 - * 認知症と診断されてから時間の経っていない家族は、疾患の事や経過も分かり参考になった。
 - * 現実にはケアパス通りに行かない事もある。
- <地元ですでにあるもの>
- * 介護経験者のボランティアグループがあると、的確なアドバイスがもらえる為、心強かった
 - * 交流会は、分かってくれる人がいる為、気持ち助かった。
- <地元には足りないもの>
- * 介護の手続きや、相談窓口について具体的に提示出来ていない。
 - * 出会う人(専門職・地域)で本人・家族の負担が異なる。本人・家族の視点で話せる人が足りない。分かってくれる地域の人が少ない。

認知症の人の家族を援助する会

<話し合いの内容>

- * 認知症を受け入れた家族であれば、一連の経過が分かる事は良い結果を生む。しかし、認知症を受け入れられず、戸惑っている家族の場合は、先の経過が受け入れられないだろう。
- <地元ですでにあるもの>
- * 都会とは異なり、昔の風景と大きい変化がないこと
- <地元には足りないもの>
- * 地域の認知症への理解が不十分。サービスを利用する事に抵抗を感じる家族も少なくない。
 - * 認知症の本人に対して、施設入所という地域の声が多く聞かれるようになった。



家族は読む時間はない。相談を受ける側が、本人・家族が一番困っていることを理解し、それに合わせてガイドブックを活用する事が必要

認知症疾患医療センター

<話し合いの内容>

- * 確定診断に来る人が多い為、確定診断後にガイドブックを提示し、相談窓口を案内する程度。
 - ただ、認知症だと受け入れられない家族は、ガイドブックは必要ないという人が多い。
 - * 歳を重ねると誰しもある可能性がある病気。だからこそ、当たり前の事として受け入れられるようになってほしい。
- <地元ですでにあるもの>
- * 認知症を専門的に見られる開業医や総合病院が多い。
- <地元には足りないもの>
- * 舞鶴市の事業が市民に周知されていない。

地域包括支援センター

<話し合いの内容>

- * 市民の方は、舞鶴市の施設の特徴や入所までの手続きの流れ等が知りたいのではないかな？
 - * ケアパスは字が小さく見えにくい。渡すだけでは理解されない為、十分な説明が出来なければいけない。
- <地元ですでにあるもの>
- * 成年後見や任意後見の相談窓口がある事
- <地元には足りないもの>
- * 相談窓口・事業の周知が出来ていない
 - * 市民の方には、利用の仕方が分かりにくい

小規模多機能型居宅介護

<話し合いの内容>

- * 地域の方への発信が少ない為、地域の繋がりが薄い。もっと地域に発信していきたい。
 - * 認知症の勉強はしているが、業務に流され、本人に沿ったケアを提供出来ていない。
 - * 初期の段階で、認知症について語れる機会を作りたい。
- <地元ですでにあるもの>
- * 初期からターミナル期までの事業所やサービスはある。
- <地元には足りないもの>
- * 本人が語れる機会
 - * 事業所で困ったケースを相談できる場がない
 - * サービスの連携(同じ施設の横の繋がりが)

【特に重要な課題】

①地域

地域の理解が充分ではない
相談窓口の周知について

②関わる方

本人・家族の視点で話せる人が少ない
サービスの連携

**聴き取りから浮かび上がった具体的な課題を
大事に、話しあいと改善の取組みを継続！**

目指すもの

- * 住み慣れた家で、病気を抱えても生活し、亡くなっていく事はごく当たり前で自然な事。
- * 施設やサービスが充実すればするほど、家という視点が薄れていく・・・
- * いつまでもその人らしくの「その人らしい」を考えていけるような投げかけを、市は行っていく必要があるのでは・・・

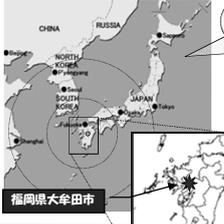


まちで、みんなで認知症をつつむ
大牟田市認知症ケアコミュニティ推進事業

～多職種協働・地域協働を生み出そう！～

平成25年10月17日
大牟田市

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～



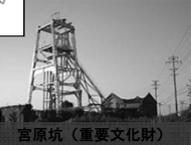
かつては炭鉱のまち
(平成9年三池炭鉱閉山)
今、大牟田は
人にやさしいまちへ



- 大牟田市の人口 約210,000人 (1960年) 約123,000人 (2013年)
- 高齢者数 38,803人
- 高齢化率 31.6% (2013年10月)
- 31.1% (2013年4月)
- 30.6% (2012年10月)



大正時代の七浦坑



宮原坑 (重要文化財)

- 全世帯数 57,473戸
- 高齢者がいる世帯 28,488戸 (49.6%)
- 高齢者単身世帯数 12,702戸 (22.1%) (2013年4月)

平成12年4月 介護保険制度スタート

しかし、介護保険制度開始にあたっては、「制度あってサービスなし」「サービスの質は大丈夫か」といった疑問もあった。

↓

「介護保険制度をより良いものにしていくためには、事業者と一緒に全体サービスの質を高めなければならない」

多職種協働による制度の運用とサービスの質の向上が必要

■大牟田市介護サービス事業者協議会
介護サービス事業者の資質の向上、事業者間のネットワーク化による円滑なサービス提供、利用者の立場に立った質の高い介護サービスの研究・実施を目的として、平成12年3月に設立された組織です。認知症ライフサポート研究会やホームヘルパー研究会、小規模多機能連絡会といった部会により、様々なサービスの質の向上に取り組んでいます。
(平成24年3月末会員数: 事業者会員80法人260事業所)

■大牟田市介護支援専門員連絡協議会
介護支援専門員の資質の向上とネットワーク化により、自立支援を基本とした介護支援業務の円滑な実施に資することを目的として、平成11年12月に設立された組織です。対人援助専門職としての専門的知識及び技術の向上を図るための研修事業などに取り組んでいます。
(平成24年3月末会員数: 事業所会員45事業所、個人会員294人)

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～大牟田市認知症ライフサポート研究会の発足

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ライフサポート研究会が発足。
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、幸福に暮ら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ダメ！

【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. ノーマライゼーションの視点
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、現在の運営委員31名、会員約240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
→認知症ライフサポート研究会が主管

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。

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

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

重点	主な取組	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
当事者・住民の視点・協働	認知症介護実態調査	全世帯									
	日曜茶話会(駿馬南)										
	子供たちと学ぶ認知症「絵本教室」				1校					全校区	
	ほっと安心(徘徊)ネットワーク										周辺市との広域ネットワーク
	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										1期生 9人
	物忘れ予防相談検診										9期生 計85人
	地域認知症サポートチーム										医師+コーディネーター+包括
	地域の小規模多機能サービス拠点づくり										GH 18ヶ所 小規模 2ヶ所 GH 18ヶ所 小規模 2ヶ所
地域とともにある拠点づくりと活きたネットワークづくり	介護予防拠点併設										4ヶ所
	地域認知症サポート体制										当事者中心の3層の体制

9月21日は世界アルツハイマーデー

「認知症のご本人や家族の願いに寄り添って」

本人交流会in大牟田
 「ぼやき・つぶやき・元気になる会」が5月からスタートしました！
 「仲間役にたち、励まし合いたい！」

認知症介護家族のための「つどい、語らう会」毎月第3木曜日 13:30~16:00
 介護の悩み不安を語り合い
 認知症を学び互いに助け合って

第1回目のゲスト 若年認知症の足立昭一さん(61歳) 妻の由美子さん(大分市在住)

社会参加活動の一環で 中学校の花壇作りをしています

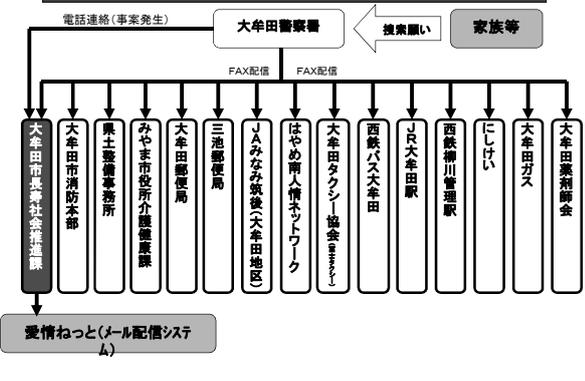
大牟田市ほっと・安心(徘徊)ネットワーク 徘徊模擬訓練

はやめ南人情ネットワークから 全校区へ

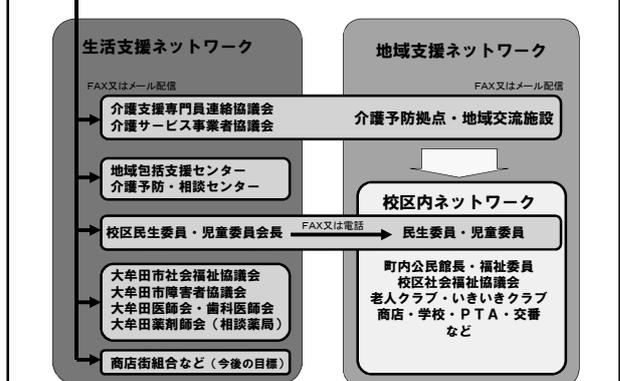
徘徊がノーではなく 安心して徘徊できる町へ

大牟田から全国へ

大牟田地区高齢者等SOSネットワーク



大牟田市長寿社会推進課



筑後地域高齢者等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 発出)

【所在地不明者情報】
 氏名: 大牟田 一郎 年齢: 96歳 性別: 男
 住所: 大牟田市の詳細

所在地不明者情報(履歴): 7月 26日 06時 30分 発出

上: 徘徊のワンパー (フリー対応) パスネットワーク (全対応)
 下: G/Tン

属性: 徘徊 徘徊機 (徘徊の導入の)
 持ち物: セカンドバッグ
 その他:

身長: 155 cm 体重: 50 kg
 体質: やや痩
 特徴: 髪型 短髪がはまっている
 その他: 顔面 (上部が隠れる)

徘徊機の種類: 有 (軽度) 6年前に購入し、最近先が壊れる。
 徘徊機の特徴: 有 (顔面が隠れている) 徘徊機で徘徊し、4年前に壊れる。

徘徊機が壊れた
 その他: (本人が気づいていない徘徊機が壊れた)

OOクリニック 白川12-34

徘徊機の種類の特徴: (有)
 徘徊機へのメール発信設定: (不発)

大牟田警察署
 住所: 大牟田市の詳細 電話: 0944-434110

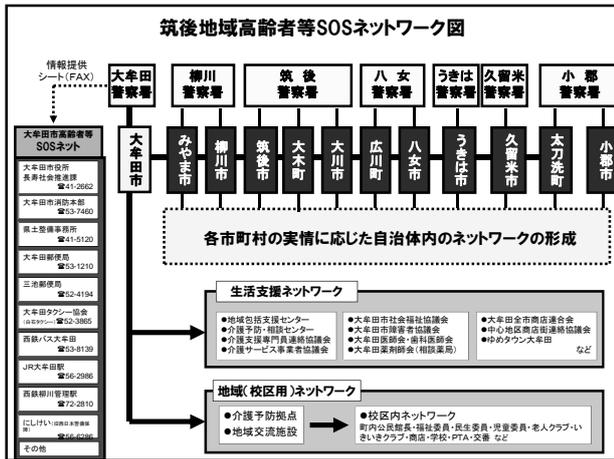
要情おっと (徘徊へのメール送信)



徘徊SOSネットワーク模擬訓練 実施結果

	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度
模擬訓練参加者	311	612	881	898	1,865	1,717
当日のスタッフ	142	213	445	343	142	151
訓練参加者合計	453	825	1,326	1,241	2,007	1,868
徘徊役の人数	15	34	82	80	1	47
徘徊役に声をかけた人数	97	333	1,126	556	3	886
模擬訓練参加校区	7	9	18	21 (全校区)	22	22
他都市からの視察	21	18	136	131	115	147

(人)



徘徊模擬訓練のこれまでの経過

平成16年 駿馬南校区で初めて開催する

平成19年 市内全域へ広がる ⇒ 地域の取り組みは7校区へ
 ○福岡県市長会南ブロックにおいて、福岡県南の市町村で広域連携に向けた取り組みを進めることを提案

平成20年 模擬訓練に向けて認知症の啓発を強化
 ○認知症サポーター講座を職域・小地域で開催
 ○筑後田園都市推進評議会(福岡県)が主体となって広域ネットワークの整備に取り組むことを確認

平成21年 地域の取り組みが18校区に広がる

平成22年までは、全ての校区が取り組みを実施

平成23年 徘徊模擬訓練を初めて平日に開催

平成24年 福岡県南12市町による「ちくご高齢者等SOSネットワーク」の運用開始(5月)及び熊本県北部(荒尾・南関・長洲)との連携の開始(3月) 広域連携がスタート

訓練に向けた取り組み

①校区実行委員会の設立

声かけ訓練や情報伝達網の再整備、認知症サポーター養成講座など必要となる取り組みについては、各校区それぞれにおいて検討を進め、訓練当日に先立つ準備として各校区で事前に実施する。

実行委員会メンバー (校区によってメンバーは異なる)

- 民生委員・児童委員協議会
- 校区町内公民館連絡協議会
- 校区社会福祉協議会
- 地域交流施設・地域包括支援センター
- 認知症ライフサポート研究会運営委員
- 大牟田市市長寿社会推進課

校区実行委員会反省会の開催

◎訓練実施にあたり、各校区実行委員会はこれまでの取り組み成果や抱える課題を把握し、取り組む訓練内容に応じて訓練目標を設定する。

◎訓練終了後は、把握した訓練成果について校区実行委員会内で共有し、課題の抽出や今後の取り組みの参考とする。

【参加者の声】

- メール機能は最大限生かしつつ、電話連絡の効果を最大限に発揮できるような仕組みづくりをする必要がある。
- 捜索時にチーム、時間、捜索範囲を決めて行動開始したため、むやみやたらという感じではなく、動きやすかった。
- 回覧板・広報誌で周知は行われているが、訓練を繰り返すことで住民の認知度が上がると思う。(第1発見者は、一般の方だった。)
- 徘徊模擬訓練や認知症に対する興味・関心不足故に「訓練のための訓練」になっているのではないだろうか?
- このような訓練を行うことで、参加者が日常生活をしながら近隣への助け合いの気持ちが高まるのではないだろうかと感じた
- 訓練が目的ではなく、徘徊があったときにどうするかという視点でのシステム作りが大切。

平成16年から、市内の小学校の
総合学習の時間に「絵本教室」を
始めました。

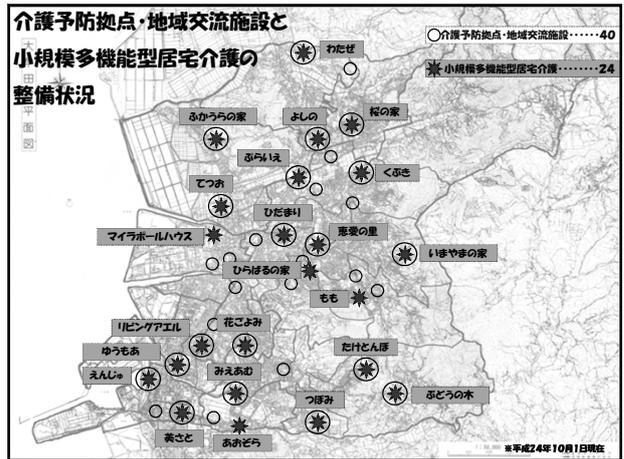
小中学校とのまちづくりコラボレーション
の始まりでした！



認知症って？
認知症の人の気持ちって？
一番困っている人は誰？
僕たちにできることはある？

絵本教室の実施状況

	小学校 (全22校)	中学校 (全11校)	計
16年度	2	2	4
17年度	3	3	6
18年度	4	3	7
19年度	6	7	13
20年度	8	5	13
21年度	10	7	17
22年度	13	6	19
23年度	9	6	15
24年度	11	10	21



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

地域交流施設によるまちづくり事例集
平成20年3月
大牟田市

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

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25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。

介護予防拠点・地域交流施設を併設する
～地域で暮らし続けることを目的に設置～
(地域支援事業の受け皿として活用を想定)

施設時間: 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
懇話会、読書の健康予防教室、そまかせ学童、陶芸教室など

近所の方によるお茶会

〽️音字教室



地域みんなでケーキ作り

よかほ〜い!体操教室

ペン習字教室

お食事会



体操教室(筋力アップトレーニング)

大福もちづくり

徘徊模擬訓練(事前打ち合わせ)

草細工教室



認知症で一人暮らしの方の支援体制の検討会議
(これこそが「運営推進会議」!)



自治会長さん 自称:地域オアシスマン
を語るおぼちゃん

「ひらばるの家」運営推進会議
地域まちづくりのツールとして活用

家族会代表

利用者代表

家族会代表

絵画を教える隣の
おちゃん

管理者

校区福祉委員さん

民生・児童委員さん

近所の病院職員

地域包括支援
センター

市役所

オアザバー



はやめ南人情ネットワーク
~地域痴呆ケアコミュニティ日曜茶話会~
(当時) 平成15年10月5日

老人クラブ

民生委員

住介・施設

公民館

小学校

痴呆ケア研究会

グループホーム

居宅介護支援事業所

タクシー

利用者

大牟田市



地域ふれあいフォーラムinみなと

地域ふれあいフォーラムinぎんすい

【テーマ】認知症キャンペーン

- 地域の人が、認知症のことを理解して気軽に声かけあえる関係をつくるのが大切ではないか！今後は、小さな公民館単位でフォーラムを開催できるよう努力したいと思います。

【テーマ】認知症の人を支える地域の力

- 日頃、困っていることや地域でどんな人が生活しているか等、様々な意見が共有できてよかった。また、お互いの顔の見える関係をつれてよかった。認知症の人のことにかかわらず、身近な人がどのように困っているか、「知る」ことが重要であると思う。

地域ふれあいフォーラムinしらかわ

地域ふれあいフォーラムinくらなか

【テーマ】とんとんとんからりと隣組

- 今後、年をとり自分の思うような生活が送れなくなる日が必ずくる。そうだった時、お隣さんは気に留めてくれるだろうか？フォーラムのテーマが「とんとんとんからりと隣組」のようなつきあいができるように地域で取り組んでいきたい。

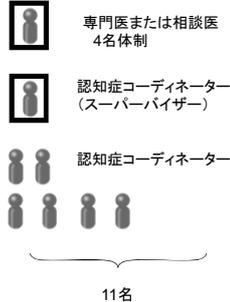
【テーマ】地域の力を見直そう！

- 地域の人たちが集まり、いろいろな意見を話し合う機会を設けてくれたのは、とても有意義だった。
- グループワークでの意見を参考に、今後も地道に地域のネットワーク活動のためにみんなで努力していきたいです。

地域認知症サポートチーム

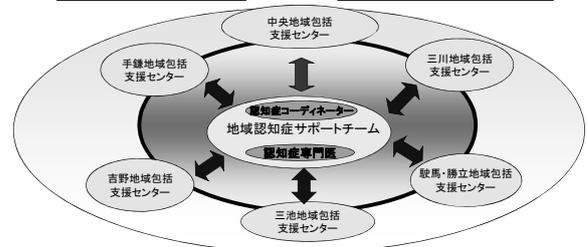
【目的・役割】

1. 早期診断と早期からの本人・家族支援による初期支援の向上
2. 困難事例の病態像のアセスメントや医療・ケアの調整及び介護者への助言によるBPSDの防止と家族介護負担の軽減
3. 若年認知症の本人及び家族への継続的な支援調整
4. 地域包括支援の充実
5. 医療連携の促進

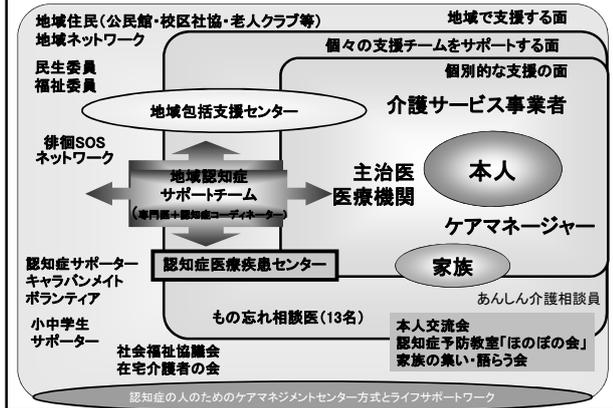


大牟田市の地域認知症サポート体制

- 4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。
- サポートチームは、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。



大牟田独自の地域認知症サポート体制(3つの面づくり)



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

役割

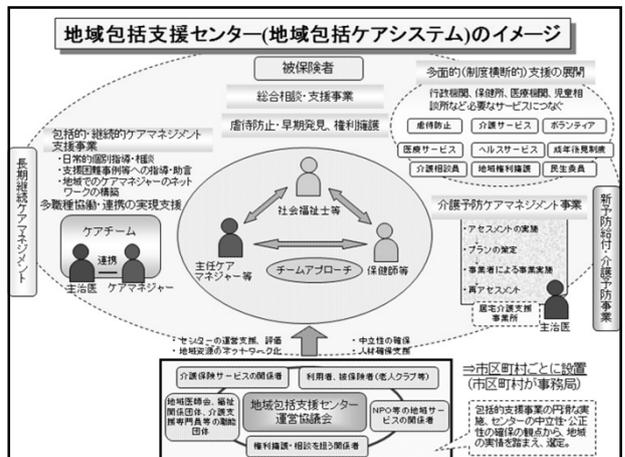
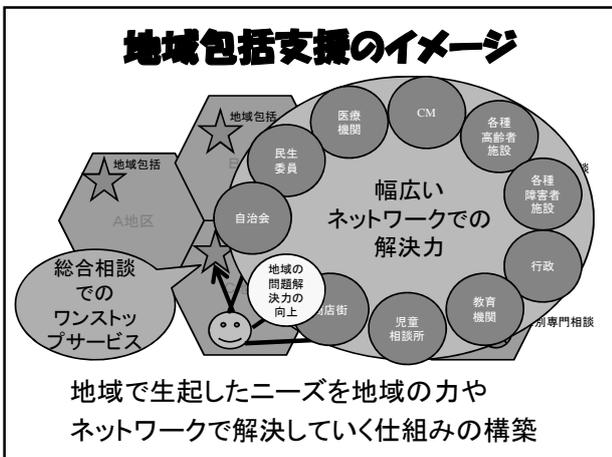
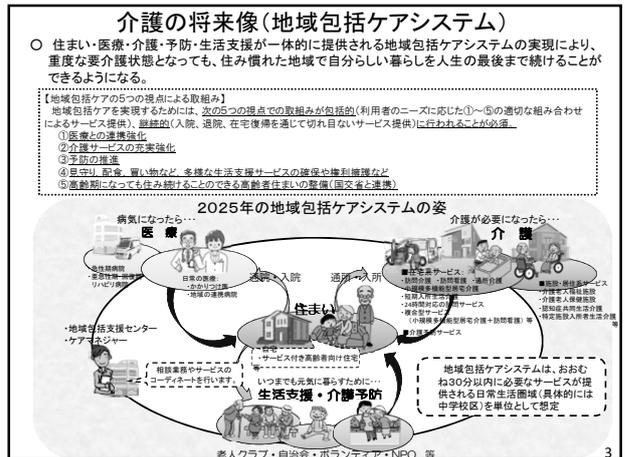
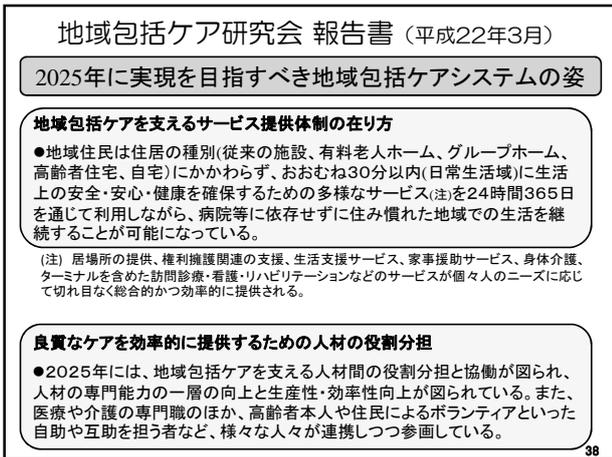
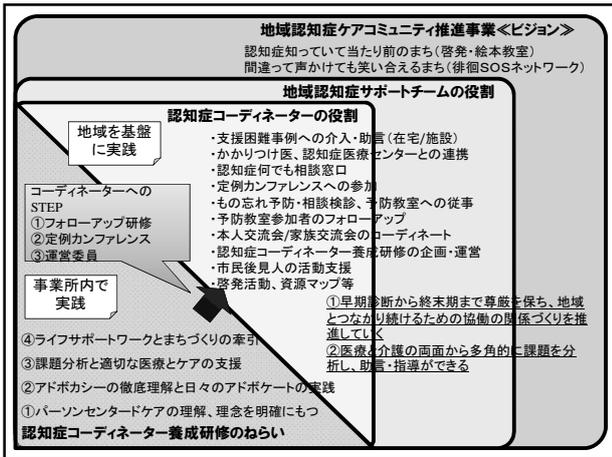
- ・いわゆる困難事例へのスーパーバイズ
FTD, 若年性, 高度BPSD, 受診拒否, 自動車運転
- ・かかりつけ医との医療連携
- ・認知症何でも相談窓口(週一回、於:大牟田市保健所)
- ・介護サービス事業者へのアドバイス、指導、連携
- ・事例検討会(月一回)
- ・もの忘れ相談検診、予防教室の結果解析
- ・予防教室参加者のフォローアップ
- ・本人交流会, 家族交流会のコーディネート
- ・啓発活動、予防教室の活動立案、資源マップ

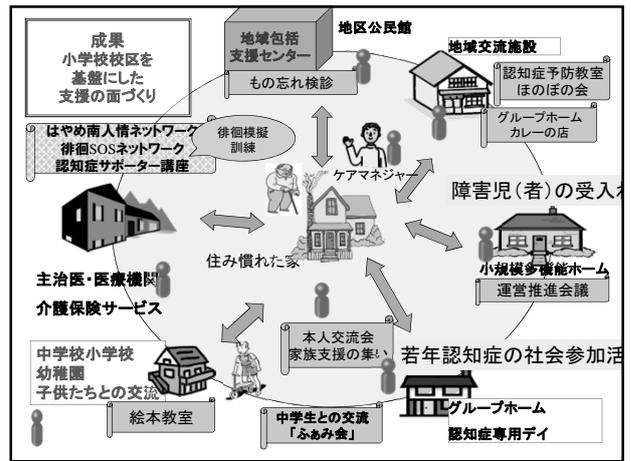
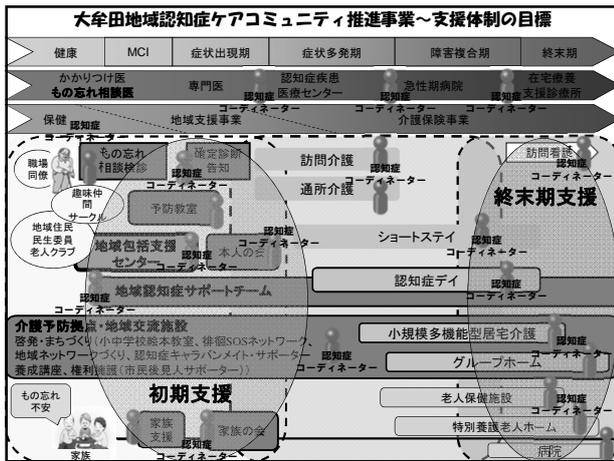
定例カンファレンス

- 日時: 毎月第4月曜日 18:30~20:00 (平成22年7月~開始, 計20回開催)
- 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

活動の具体例

- 若年性認知症の本人へのチームメンバーの継続的な関わりとサポート
- 認知症の人を抱える家族支援(医療・ケア)
- 介護施設での対応困難例に対する事例検討と薬物的・非薬物的双方の対応に関するアドバイス
- 診断困難事例の医学的知識のレクチャー
- 受診拒否がある人への対応(コーディネーター・医師による自宅訪問)
- 高度BPSDに対する当事者(介護者・ケアマネ)とチームメンバーによる対応協議
- 徘徊(周回?)を繰り返す診断未確定の認知症患者への対応協議





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9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

わがまちの認知症コーディネーター

修了生の現在!

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

平成18年度から

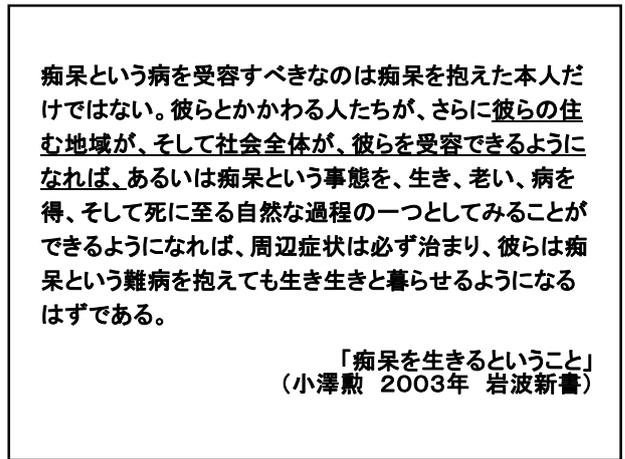
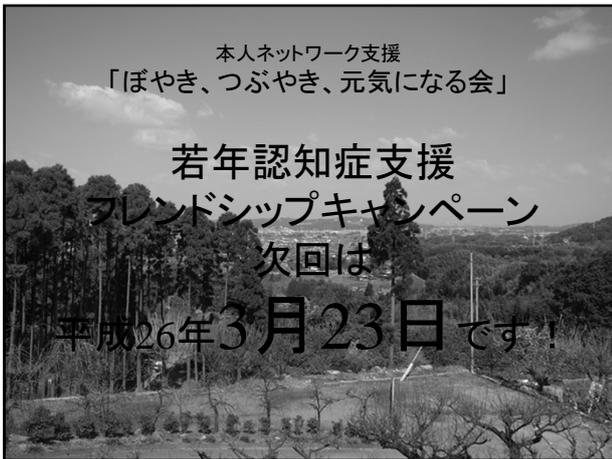
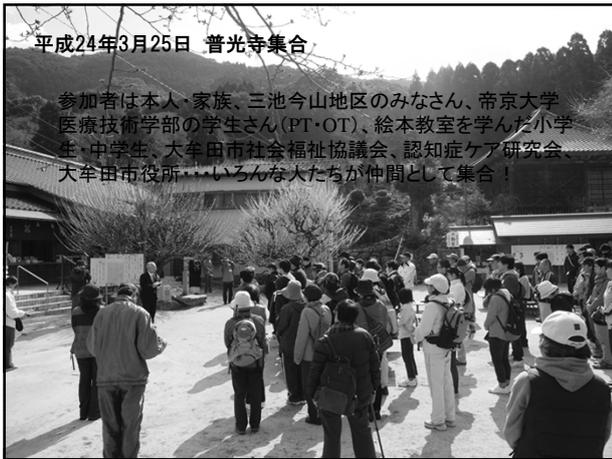
- ◎小規模多機能型居宅介護の管理者には受講義務!
- ◎急性期病院に認知症ケアの理念と視点を!
- ◎地域包括支援センターには完全配置を!

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)

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
- 本当の意味でのコーディネーターへの道はこれから
- 「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





誰もが支えあう地域を目指して

認知症はあくまで“きっかけ”

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

多職種協働、世代間交流、地域協働のまちづくりの推進

Heart is always living.

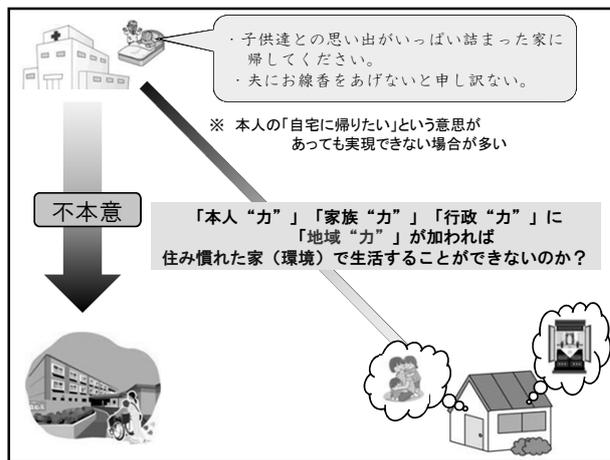
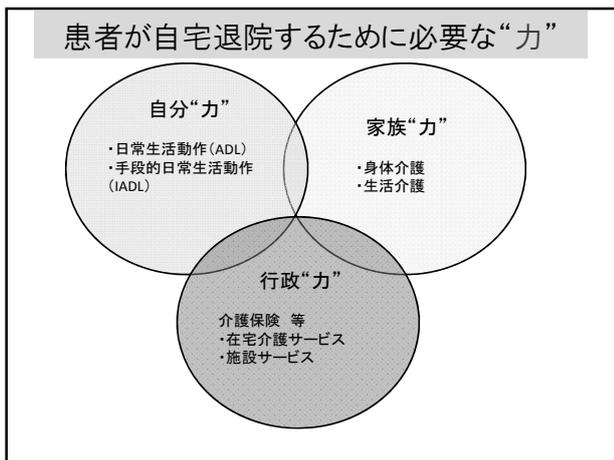
～心は いっただって 生きている～

Thank you for your attention!



医療法人 静光園 白川病院 概要

- ◆ **診療科**
内科・リハビリテーション科・放射線科
- ◆ **病床数及び内訳**
218病床
一般(障害者)60床、医療療養98床、介護療養60床
- ◆ **患者平均年齢**
88.7歳



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**

訓練に向けた取り組み

① **校区実行委員会の設立**
声かけ訓練や情報伝達網の再整備、認知症サポーター養成講座など必要となる取り組みについては、各校区それぞれにおいて検討を進め、訓練当日に先立つ準備として各校区で事前に実施する。

実行委員会メンバー (校区によってメンバーは異なる)

- 民生委員・児童委員協議会
- 校区町内公民館連絡協議会
- 校区社会福祉協議会
- 地域の医療、介護事業所(地域交流施設)
- 地域包括支援センター
- 認知症ライフサポート研究会運営委員
- 大牟田市長寿社会推進課

校区事務局として徘徊模擬訓練に参加

平成19年 第1回 徘徊模擬訓練inしらかわ

- 民生委員が中心 7500人中 9名の参加
 - ※ 校区社協や公民館に呼びかけを行ったが参加者なし
 - 1名の徘徊役に2時間歩いてもらう。
 - 地域からの声かけ 1件

地域の関心度は非常に低く協力的ではない。
偏見や差別的な意見もあり他人事。




第2回 徘徊模擬訓練inしらかわ

開催日：平成20年11月9日
参加者：87名
徘徊役：6名 に対し声掛け 35件



朝日新聞
平成20年11月11日 火

防げ徘徊 声かける勇気を

大牟田 23全校区で模擬訓練

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



徘徊模擬訓練を通して見えてきた課題

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

第4回地域ふれあいフォーラムinしらかわ

～ 認知症の人が安心して暮らせる地域とは？ ～
開催日：平成21年3月29日

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



意見交換を通して

本人の地域での生活を把握するために、
地域での「ふれあいの場所」をつくる。

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



○地域住民間の「交流の場」や
「悩み相談所」「ネットワークの拠点」として

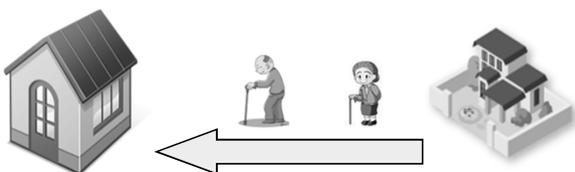


サロン(たまり場)が必要

サロンの開設のポイント

・サロン(たまり場)

自宅



自宅から歩いていける距離に設置する。

しかし！ サロン等の開設には
お金がかかる！
契約は誰がするのか!?

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



などを確保しなくてはならない。

NPO法人の立ち上げ

3点の問題から法人格取得

① 社会的信用獲得

- ・空家の契約とボランティアの提供

② 自主財源確保による連帯感と目的

- ・目標に到達するという契機と資金の透明化

③ 継続性、自主性を持たせる為の組織化

- ・責任感の獲得と入りやすさ



NPO法人 しらかわの会 設立総会 開催

- ・開催日:平成21年11月15日
- ・出席者:54名



審議内容:

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

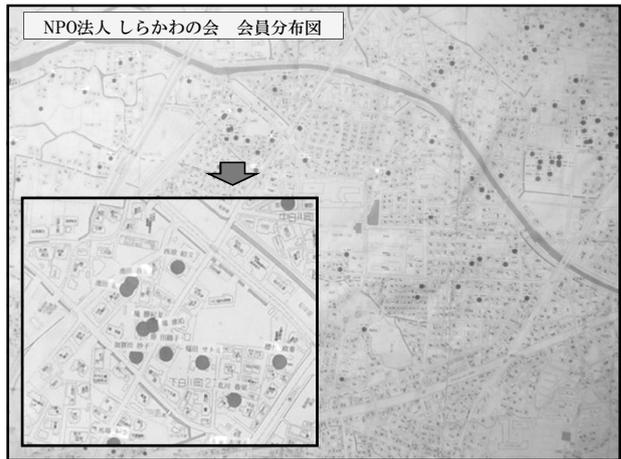


「NPO法人 しらかわの会」の活動計画

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し、環境整備や安全確保を重点に地域の活性化に寄与する。

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

①日常生活支援事業



日常生活支援部会

NPO法人 しらかわの会
暮らしのサポートは誰がやるの？

- ◇ 玄関先や庭などの除雪作業
- ◇ 蛍光灯の交換などの高い所の作業
- ◇ 家具など重い物の移動
- ◇ 送迎時の車の掃除
- ◇ 簡単な家庭内や器具の組み立て...など

白川地区にお住まいの高齢者世帯、障がい者世帯も対象としております。

利用料は無料
(軽費がかかる場合は事前連絡をお願いします)

しらかわの会
事務局へのお電話 53-4191 (受付時間: 午前9時～午後5時)

※ 事前に打ち合わせをお願い致します。
※ お手応えで車移動をお願いします！！
(内訳費は別途ご説明いたします)

※ 本NPO法人しらかわの会は、100%ボランティアで活動する非営利の組織です。ボランティアの募集も随時行っております。お気軽にご参加ください。
※ 本NPO法人は、NPO法人として登録されています。

NPO法人 しらかわの会
〒837-0928 福岡県東上野川町1-2-6
TEL 0944-53-4191 FAX 0944-56-1991
E-mail shirakawa@shirakawa.or.jp

サロン部会

わくわくサロンしらかわ

みんなの素晴らしい笑顔。一人よりみんながいいよね。



学童保育の子ども達と・・・



わくわくサロンしらかわ

昔みたいにみんなで支えあっていけたら安心ね。



交流センターしらかわ サロン



サロン事業部

提供していただいた休耕地

Before



徘徊模擬訓練inしらかわ2011



小学生も積極的に声かけ訓練



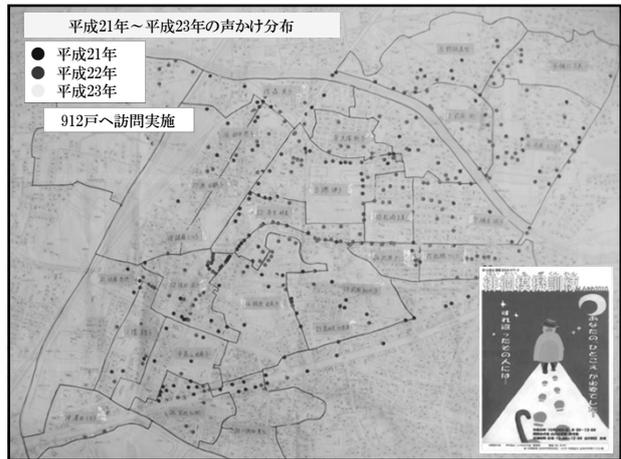
実施結果との比較

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

徘徊者役・サポーターの役割



・それぞれに、記録や徘徊役のフォローなどの役割を持つ。



徘徊模擬訓練inしらかわ2012



2013年 徘徊模擬訓練inしらかわ スタッフ 集合写真



徘徊模擬訓練しらかわ
H24徘徊模擬訓練.pptx

私たちの夢！！

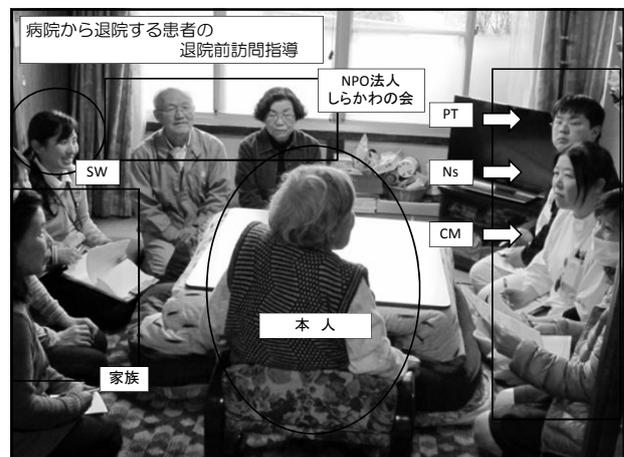
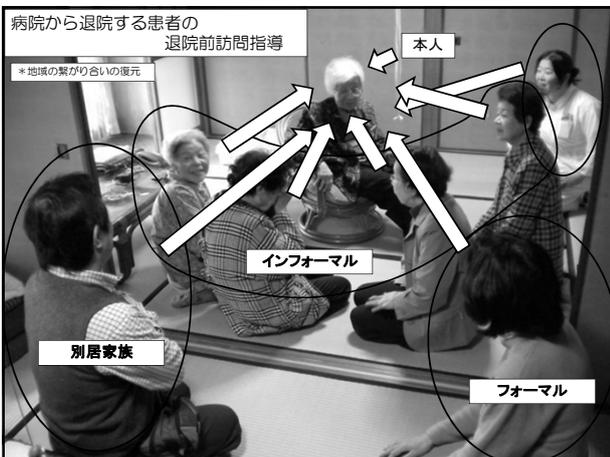
- 校区内15か所へサロン設置
(常時誰かがいるお茶のみ場)
⇒障害者の雇用・子供預かり・避難場所
寺子屋機能・足湯・食事の配達 など
- 各サロンへの行商・巡回バス(買い物巡行)
- 休耕田地での野菜栽培(PBの開発)
- 水力発電機・ソーラーパネルの設置
(電気代無料化)
- 温泉センターの設立(居酒屋併設)

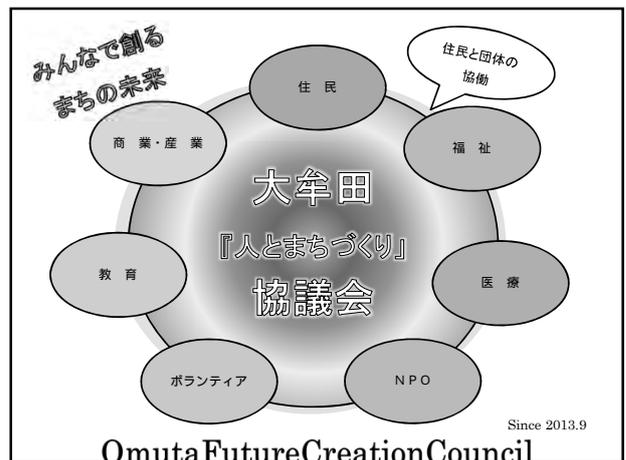
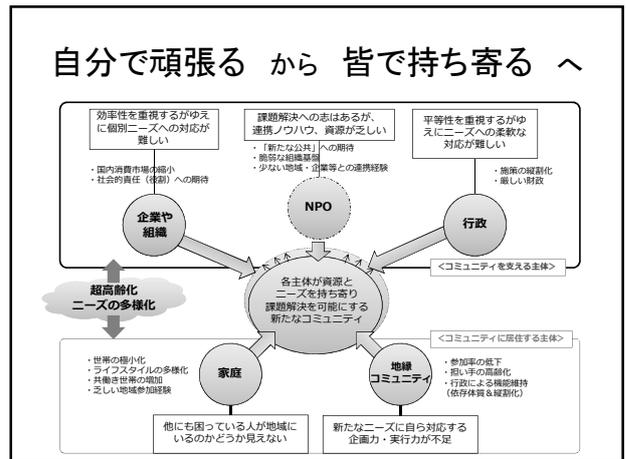
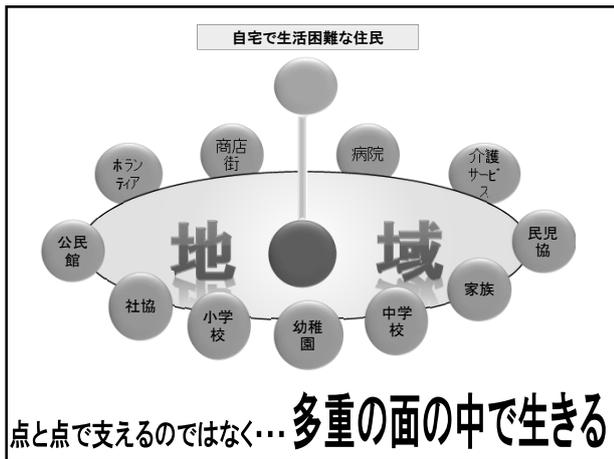


医療機関、介護施設として

“利用者”と“地域”との連携
インフォーマルを中心とした支援

医療機関からの退院前の清掃





個人個人の“つぶやき”
 (住みにくいな……。不便だなー)
 ↓
 大人数の“声”
 (私もそう思うのよ!!)
 ↓
 連結し“形”にする
 (みんなでだったらやれそうね。やってみましょう!)



平成25年度
第2回認知症地域支援総合推進全国合同セミナー
25年10月18日

わが町にいる人、あるものがつながり
アクションがはじまるプロセスと工夫の実際

かたり湯
アクション農園

新潟県湯沢町健康福祉課(湯沢町地域包括支援センター) 國松明美
アクション農園倶楽部 団長 丸山静二

【お話しするポイント】

- ♥事業の企画から実施評価まで住民・関係機関と話し合うプロセスがアクションを生む。
- ♥認知症の人・家族・ミーティング参加者等関わりのある一人ひとりを大事にする。
- ♥行政は、アクション企画後もアクションに関わりながら活きたつながりをつくっていく。つながりを大事にする。

★思いのある人は身近にいっぱい。期待した以上のアクションが生まれ続けている。

★人と人とがつながっていきながら認知症の本人につながり始めた。

★認知症の人を体験として理解するようになった。

★認知症の人・家族・地域・サービス事業所・行政等地域が元気になってきた。

湯沢町の紹介

湯沢町(ゆざわまち)は、古くから温泉場として知られ、川端康成の小説『雪国』の舞台、近年ではフジロック・フェスティバルの会場でもある苗場スキー場があります。湯沢町は緑豊かな自然に抱かれた町です。

面積: 357.00km² (町のほぼ94%が山林が占めています。) 群馬県境の苗場まで町中心部から車で30分。(湯沢地区、神立地区、土樽地区、三国地区、三俣地区)
気候: 初雪11月中旬、雪解け4月中旬。
積雪量 3m前後 約半年は雪との生活です。
人口: 8,301人 高齢化率31.21%(平成25年3月末) マンション人口は総人口の約1割、マンション居住高齢者が増えている)
世帯数: 3,463 高齢者世帯: 673世帯(単身355 高齢者夫婦288その他30) * 24年10月新潟県福祉保健部高齢者の現況より
介護保険認定率14.16%(県平均18.95%) 30/30市町村
認知症自立度 以上高齢者人口の11.3% * 25年3月末

湯沢町の認知症支援につながる取り組みの経過

23年度から24年度まで認知症施策総合推進事業

様々な取り組みをしてきたけど認知症の方やご家族に届いていない...このままではいけない! どうしたらいいんだろう?

アクションを生み出す取り組み開始

アクションミーティング

「わが町アクションミーティング」地域ワークショップの展開

1回目 わが町のアクションプランを作ろう!

- ① 「認知症になってもお互いが安心して元気に暮らせる町を一歩につくろう」との可能性とポイント
- ② 町の認知症の状況について
- ③ 「今ある課題」「こうなってほしい町の姿」「やってみようこと」について話し合い

2回目 やってみたいことの具体的なアクションプランを作ろう!

- ① 第1回目ミーティングでの「やってみようこと」を具体的に話し合い
- ② 「やってみようこと」の具体的なアクションの計画を立てよう

3回目 アクションに必要な仲間やつながりを作ってプランを固めよう!

- ① アクションプランの実行に必要な人の参加やつながりを作る
- ② アクションプランの実行のための工夫策をつくる

4回目 地元アクションへの協力や参加を呼びかけよう! 町づくりフォーラム

- ① 認知症の人と家族とともに暮らせる地域を目指してアクションのねらいと可能性を呼びかける
- ② 一緒にやる! が町アクション

湯沢町の経緯やこれまでのミーティングの経過、アクションプランの実地についてアクションへの協力、参加を呼びかけ

アクションミーティング「アクション農園チーム」

アクションミーティング「より所チーム」

楽しいね! (^ ^)!

次、何時集まる? (^ ^)!

勤務表開けとくわ!

アクションミーティング「情報かわら版チーム」

アクションミーティング「縦断チーム」

人のつながりが広がって こんな変化が起きてきた

認知症の家族が

コスモスマラソンの応援をしながら収穫祭

マラソンの応援に本人も家族も一緒に参加

- ★認知症の方への声のかけ方が優しくなってきた。
- ★焦らせたりせかしたりしなくなった。
- ★「父ちゃん（認知症の方）と出かけてきたて」と楽しい時間を過ごしたことを伝えてくれるようになった。伝えてくれる内容が変化してきた。（以前は困りごとが多かった）
- ★できないと思っていたことができて本人が嬉しそうで自分も安心した。
- ★介護者のつどいに参加したい。相談してみたい。（気持ちが前向きに変化した）
- ★家族の笑顔が増えてきた。
- ★自分も一緒にアクションに参加したい。気分転換になる。帰りは自分が一緒に連れて行くよ。自分のできることをしたい。

アクション農園冬バージョンに家族も一緒に参加




人のつながりが広がって こんな変化が起きてきた

地域の人が

ご近所の方々

- ★認知症の方や家族を見て「元気になったね、変わって来たね」と笑顔で話すようになった。
- ★「Aさん〇〇してほしいんだけど」声かけて一緒に作業をしている。
- ★「さすがだね～きれいに草とったね～」と必ず声かけをしてくれる。
- ★「今日はすごく活動的だよ、鍛持ってる！写真撮っておこうよ」
- ★農園に来た人が自分の関わりのある人にアクションを知らせ次は誘って参加。誘われた方が継続してきてくれ、別の人も誘って初めての出会いがたくさん。
- ★地域の人の声かけで参加する人が増えてきた。
- ★認知症の方と一緒に過ごしていることについてTVの取材を受けた時、「自然に意識しないで接するのが良いんだよ」「教えてもらうことがたくさんあって自分自身楽しくてやめられないよ」
- ★視察の人を畑に連れてくる
- ★「苗植えといたよ」「水くれしといたよ」「トモロコシもらったよ」と火曜日以外も関わっていてくれ、報告してくれる。



人のつながりが広がって こんな変化が起きてきた

地域の人が

- ★「あーあの案山子の」「Aコープのこの」話題がつながりやすい
- ★畑を通りながら手を振っていく人が増えてきた。
- ★認知症の取り組みをもっとしたほうが良い…議員さんが議会で発言したことが後押しになってSOS探索訓練につながった。

マンションの方とグループホーム入居者と自宅で妻と2人暮らしの認知症の方が一緒に作業中

休憩です。「お彼岸だからみんなでおはぎ食べようよ。」地域の方から差し入れです。




人のつながりが広がって こんな変化が起きてきた

サービススタッフが

- ★ヘルパーさん：「Bさん（認知症、一人暮らし）は畑に行くようになってから訪問するたび元気になっていくの、自分で支度してくれたり、病院の先生に嬉しそうに畑に行っているって自分から伝えてびっくりした。（覚えてるんだ、うれしいんだ）」Bさんが元気になっていくのが私もうれしい。
- ★ヘルパーさん：他の人も誘ってきたいけど良いですか。
- ★グループホームの職員がアクションの時間を一緒に過ごし、入居者の楽しそうな様子を喜んでくれる。ついでに畑で包括と担当者会議の日程調整をします。

ヘルパーさんと畑へ

傾聴ボランティアさんと認知症の方が親密な話？

いろいろな人が農園を活用して人を元気にさせたいと思うようになってきた




人のつながりが広がって こんな変化が起きてきた

その他…いろいろなところで

- ★デイサービスに来るパートの職員さんやお掃除のおばさん、地域で出会った人から「畑に行くの、頑張ってるね」と声がかかるようになった。
- ★財政担当職員が報道されたテレビを見て「補助金なくなったらやめると言ってたのにやってる。（予算なくてもやってるんだ～）肯定的な反応だったと前課長より報告があった
- ★休みの日に「畑の草刈りしておいたよ」と役場職員
- ★冬も集まりたいね。農園冬バージョンを布草履の得意な人・茶道の先生の活躍の場にしようよ。（ケアマネ・保健師）
- ★議会で課長が取り組みを報告 徘徊探索訓練をしたほうが良いよ
- ★町広報の表紙になる。町長がコラムに書く。

認知症の取り組みへの理解者が増えてきた。誰が来てもいい居心地の良い場、活躍の場として活用されるようになってきた。



何故アクションミーティングで探索訓練を検討しようと思ったのか

認知症の理解者を一人でも多くしたい。啓発の取り組みを地域単位（町内やエリア）で行い、地域でアクションがおきてほしい。

課長が議会で徘徊探索訓練をやってはどうかと言われ「する！」って言ってきた。町内会長・民生委員・議員・サービス事業所・行政等でミーティングしてみよう。

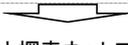
25年度新規事業

【目的】 地域住民の理解と探索ネットワークの構築

【方法】 徘徊SOS探索わが町アクションミーティング「徘徊する認知症の方を守る」には…アクションプランの立案と実施

長期目標：
地域の認知症理解を広め、見守り、徘徊に対する早期発見と対応ができる

短期目標：
住民と関係機関、行政が協働で徘徊SOS探索訓練を企画し実施・評価することで地域の認知症理解者が一人でも多くなる徘徊者の早期発見・対応の課題を明らかにする



徘徊SOS探索わが町アクションミーティング

【内容】

- 1回目：現状の理解と探索訓練のイメージづくり、探索訓練でしたいことの検討
- 2回目：探索訓練の具体的なアクションプラン、シナリオ等の作成
- 3回目：アクションに必要な仲間を誘って認知症地域支援「サポーター養成講座」
- 4回目：(10月2日)探索訓練本番
訓練の実施と反省会

(助言者：認知症介護研究研修センター長永田久美子氏)



19

徘徊SOS探索わが町アクションミーティング

開始前にしたこと

【担当レベルでしていたこと】
他地区の取り組みを情報収集
様々な地域の探索訓練から町の現状にあわせどんな訓練がいいのか情報をまとめる
他市町村の仲間から探索訓練のイメージづくりに役立つようなDVDを紹介してもら
課長や包括職員に近隣の訓練を見学に行ってもら

【団長と健康福祉課班長、包括で打ち合わせ】

他地区の情報提供、開催時期、探索訓練の目的目標、内容、対象地区、ミーティングに声かけたい人の検討

23年度のアクションミーティング参加者へも通知

案内通知

ミーティングに参加してほしい人に、町の現状やミーティング目的、ミーティングに参加できなくても負担に感じず見守ってほしいことが伝わるような案内を通知。商工会等へは顔みしりの人から案内を配布してもら。手渡せる人には手渡しで。

ミーティング当日

皆が発言

小グループにする。記録発表は職員がする(参加者は自由に発言できるように)
毎回ミーティング内容を議事録にし次回案内と合わせて参加者も欠席者へも送付する。欠席することで次回参加しづらくなるようにする。欠席連絡をもらった時は欠席しても次回には参加したいと思えるように言葉がけをする。



20

徘徊SOS探索わが町アクションミーティング1回目(8/23)

参加者：民生委員 町内会長(大字湯沢西地区) 雪国観光舎(湯沢温泉旅館組合・越後湯沢民宿組合) 南魚沼警察署 湯沢町社協 小規模多機能型居宅介護 認知症対応型共同生活介護 特別養護老人ホーム併設通所介護 ボランティア連絡協議会 町議会 健康福祉課 総務課



「地域の理解があってSOSネットも有効な手段になる。探索訓練は地域の理解を広める大事な機会。今回の探索訓練は認知症の理解を広める事前の周知活動が大事」

「回覧板と商工会のFAXで訓練とサポーター養成講座を周知しよう！回覧板は2週間あれば回るよ。サポーター養成講座も一緒に回そうよ。」

「町内の定例会で説明してほしい」

「毎回ミーティングの議事録を送ってほしい」

認知症についてよくわからない。どのように声をかけたらいい？接し方がわからない。

↓
3回目にサポーター養成講座をしよう！

特別な訓練では実際の場面で実動できない。普段の生活の中で起こる内容を無理のない方法で実施してみよう

21

徘徊SOS探索わが町アクションミーティング2回目(9/3)



徘徊ルートは決めないで徘徊役に任せよう。自転車やバイクでの探索は危険だからやめよう。

家族が見守り・探索が必要になることも考え普段から近所に情報を伝えて、協力を得ておくほうが良いと思えるといいね。認知症サポーター養成講座の案内を介護者の集い参加者に配布したり声かけをしていこう。

周知活動の検討

- 町広報は訓練の直近のお知らせ版にしよう
- SOSネットの事前告知は2日前に警察のネットと今回試行する商工会や観光協会へ送ろう。商工会等へはサポーター養成講座の案内も一緒にFAXしてもらおう
- 町内回覧版には訓練とサポーター養成講座の案内だけでなく、相談窓口も載せてほしい

広報車・FM・有線・いろんな手段あるけど、周囲が大騒ぎしすぎて認知症の本人が怖がって隠れていた事例を経験したことがあるよもう少し検討が必要だね

22

徘徊SOS探索わが町アクションミーティング3回目 認知症サポーター養成講座(9/27)

SOS訓練前に認知症について知ろう

参加者：介護者 民生委員 町内会長 雪国観光舎(湯沢温泉旅館組合・越後湯沢民宿組合) 南魚沼警察署 湯沢町社協 小規模多機能型居宅介護 認知症対応型共同生活介護 特別養護老人ホーム併設通所介護 ボランティア連絡協議会 町議会 健康福祉課 総務課 町内回覧版を見た人 病院研修医



終了後、当日の流れ確認と配役打ち合わせ

- 説明しても聞き入れてくれない時はどうしたらいいの？
- 認知症ってランク付けあるの？薬の管理と排泄ができなくなるのはどっちが重症なの？
- 休日や夜間の相談はどこにするの？
- 認知症かどうかかわからないけどなんか変だなって時は主治医に相談したほうが良いんだね
- 認知症って告知するの？

23

徘徊SOS探索わが町アクションミーティング4回目(10/2) 訓練当日

訓練参加者：ミーティング参加者に加えて商工会加入者 記録係として同級生 新聞配達をしている町内の人 介護者 回覧板の回った地区の人 役場職員(社内メールを受ける) 他市町村 報道機関(新潟テレビ21 新潟日報) 認知症介護研究研修センター



事前打ち合わせ

発見

見学者

報道機関

ヒアリング FAXや回覧板の反応を把握

「お父さんがいないの！」
長男長女登場

介護者「自分も役割をしたい」と探索へ(3回目から参加)

町内会長・班長・家族が探索方法を協議中

24

徘徊SOS探索わが町アクションミーティング4回目 訓練当日 反省会

町内会長さん 民生委員さん

報道機関も含め参加者全員発言

アクションミーティングに参加するにつれ、町内会でどう取り組めばよいのか真剣に考えるようになった。町内に戻り、盛り上げていくためにどうしたらいいか模索したい。

地域で起こることだから町内会長が交代しても引継ぎ積み上げて行くことが大事。

徘徊者の妻役：みんなが捜しているのに見つからなくて、時間が経つにつれ死んでしまっているかもと不安な気持ちを感じていた。一刻も早く見つけてほしいと思った。普段から夫のことを良く知っておかないと...

徘徊役：認知症の方の気持ちを考えながら歩きました。湯沢は水路が多くて怖かった。誰にも声をかけられなかった。

商工会のFAXを見て訓練を知っていた薬局：自身の年齢的にも仕事の他にも他人事ではない。認知症の取り組みは病院や行政だけでは無理があると思うので町民が参加できるこのような取り組みがいい。

旅館：町内の回覧板で知った。認知症の方が宿泊しているときは職員同士で気配りしている

お土産店：FAX見ていない。若手がいないからFAXのことはわからない。認知症が増えている。大事だよ。

ピアリング

町内会長役：仕事上SOSネットワークのことを知っていたため助言できたが、知らないかと相談されても困ってしまう。町民に周知したほうが良い。探索には相当人数が必要になる。

健康福祉課職員：今回は訓練のために地図などがあつたが本来はない中でどう対応していくかが課題。SOSのFAX到着に時間がかかった。次回は設定を現状に近い形（公民館ではなく）で行う必要がある。

徘徊役の撮影者：交通事故が心配だった。FAXから発見までの時間が短くFAX受信後の対応をもう少し把握したかった。

探索役：【徒歩班】探索に出る前に本人が良く行く場所をしっかりと確認すればよかった。複数で出たことは相談しながら行けたのでよかった。発見時にどう声をかけるか、対応がわかるものが欲しい。（デイサービス）どこに行くか想像しながら歩いた。サービス事業所の職員とペアでいるのを教えてもらって心強かった。（介護者）訓練ではあつたが不安と早く見つけてほしいという思いがあった。地域の細かな路地までわかる町内会長とのペアは良かった。（ヘルパー）

【車班】車で探索は二次災害につながる心配があり注意が必要だと感じた。路地が多く一本道に入ると見つけにくい。服装の特徴が発見ポイントだった。

ケアマネージャー役：課が間に入り調整したことでスムーズだった。情報シートの重要性を再認識した。今回の訓練でケアマネージャーは生活や趣味などの情報を聞いておくことが大事だと思った。夜や夕方、冬ならスピードを上げて探索しなければならぬ。

警察：探索するエリアを指示し連絡を密にしていたこの方法が常にとれると早期に発見できる。夜間どうするかタクシー会社と協力すると今後検討が必要。勤務の中でできる方法で実施したのは良かった。今回は探索を集中して行ったがSOSネットは業務の中で実施する。実際にこれだけ集中して探索に人がつけるだろうか？

SOSネットの依頼は電話で受けるが、情報をFAXする上で家族の承諾書が必要となるため警察に来てもらう。現実的には電話で了解を得て、後で承諾書を出してもらおう。発見時は発見者が直接警察に連絡をしたほうが発見現場までのやり取りができるためわかりやすい。

今後はパターンを変え、定期的、時期も変えて実施したほうが良い。警察が発見することが多いのは地域からの通報が多いからであり、あらゆる人が関われば早く見つかる。

見学者：幅広い人の役割が明確になる訓練だった。認知症の人を隠さないオープンにすることが大事。SOSネットの周知も重要。町内会長さんの協力が得られるといい。（保健所）徘徊は地域で発生することだから町内会長に情報を発信し、実際の手順を町内会長から町内に浸透させていく必要がある。徘徊者を撮影しながら雪を想像していた。この取り組みが県内に広がるよう報道していきたい。（新潟テレビ21）夜中に新聞配達をしているが湯沢は夜中でも女性や高齢者が歩いている。従業員に声をかけるよう言っているが認知症の人がどうかわからないと言われた。今後も協力していきたい。

健康福祉課職員：紙面で訓練の流れは把握していたつもりだったが、実際に行わないとわからないこともあった。今後いろいろなパターンを想定して繰り返し訓練を行い体で覚えることが大事と感じた。訓練をすることで認知症を自分のことと置き換えて体験できたのではないかとと思う。家族もケアマネも普段から情報を把握し、おトクが必要があるし、どう動けばいいのかわ伝えておくことが大事。警察への連絡は支援者は言うが家族は勇気がいること。家族にどう伝えればいいのか考えさせられた。ミーティングを重ねることでそれぞれがつながるきっかけになった。町内会長さんが交代してもつながるようにしていきたい。湯沢は平地が狭く山の中に入ると探索は難しい。今後も継続して検討していきたい。今回は回覧やマスコミの報道を通じ地域の人に知ってもらう機会となった継続してやらないとPRにならない。来年度以降も協力をお願いしたい。

探索訓練の今後について.....

継続

長期目標：地域の認知症理解を広め、見守り、徘徊に対する早期発見と対応ができる

短期目標：住民と関係機関、行政が協働で徘徊SOS探索訓練を企画し実施することで地域の認知症理解者が一人でも多くなる
徘徊者の早期発見・対応の課題を明らかにする

- 来年度も探索訓練を実施する。
- アクションミーティングを実施し関係機関と町独自ネットワークを検討。
- 町独自ネットワークを加えた探索手順（マニュアル）を作成。
- 作成した探索手順の検証と認知症の啓発を合わせた訓練を実施予定。
- 今回の訓練結果をまとめ、広報等で周知し、訓練を希望する町内や地域を募る。訓練実施地区を変え、町全体で1回は訓練できるようにしていく。
- 今回のミーティングに関わった方に、訓練の様子や話し合いの内容をまとめたかわら版を配布し継続参加をお願いする。
- ケアマネやサービス事業所と徘徊の恐れがあつて対応されていない人がいないか見直しをする。
- 今、徘徊している人の探索ポイントをケアプランに入れられるようにケアマネ等と検討する。

アクションのプロセスの中でのかわりのあつた人の言葉から...

自分の言葉で理解すると他の人にも伝えられる

- 生活の場は地域。地域のいろんな人とのつながりの中で生活している。地域で取り組まないといけないことだよ
- いつ自分が、自分の家族が同じ悩み思いを抱えることになるかわからない。他人事ではないよね
- 認知症を自分のこととして考え行動できる人が一人でも増えていくと暮らしやすくなるかな。もっと広く伝えて行こうよ。お互いが声を掛け合う地域づくりが大事。
- 認知症を病気として理解することで支援者は気持ちの整理ができることもある。でも病気だからしょうがない...何もできなくなってしまった、させられないという理解は正しくないよね。できないと思っていたことを楽しんでしている姿を見て安心。
- 認知症があつても秘められた力は無限、発揮する機会を奪われている、できることがある。少し手伝って、声をかけるだけでいいんだよ。

地域にある様々な資源（人・場所・自然・フォーマル・インフォーマルな支援）に目を向けると

地域の中に考えている人がいる！
一緒に活動してくれる人が見つかる

生活の中で出会う
様々な人がつながる
いろんな生活の場面でつながっている人との出会い
介護・福祉関係者・行政のつながりだけでは生活の視点で
みると狭い……一人の人として暮らしている中でのつながり
は広い

**1人ひとりが認知症を自分のこととして考えられるきっかけを
つくり、それぞれができることを見つけ、そのつながりを太くし
たり広げたりして……**

行政ができる
ことかな……



この町で、暮らしてきた。
これからも、いっしょに。

31

湯沢町健康福祉課(湯沢町地域包括支援センター)025-784-3000
アクション農園ブログ <http://yuzawa.cc/now/> アクション農園で検索



32

【全国合同セミナー（第3回）】

平成26年1月23日
第3回 認知症地域支援体制づくりの全国合同セミナー
認知症介護研究・研修センター

「認知症に人が地域で暮らし続ける」
その実現にむけた地域支援体制づくりのプロセスの実際

**まちづくりに必要なことを
認知症の人が教えてくれる**



熊本県山鹿市市民福祉部
介護保険課 佐藤アキ

オレンジプランのめざすもの

**認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り
住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けることが
できる社会の実現**

いま、本人の意思が尊重されているのか、いないのか
良い環境で暮らすことができているのか、いないのか

意思が尊重されているってどんなこと？
良い環境ってどんなこと？

その実態を知ること
その原因を考えること
どうしたら実現できるか考えること…う～ん、難しい！？

答えは現場から見つけよう

- 「プラン」は実態を知った上でしかできない
- 「実態」は現場の実践からしか見えない

**個別ケースでの支援や「顔の見える関係」の
積み重ねから見えるものが「実態」**

事業を担当する市町村職員の強み

- そこに「現場がある」こと
- 認知症の人と会うことができる
- 認知症の人の声を聴くことができる
- 認知症の人とつきあうことができる
- 地域の介護・医療の専門職ともつきあうことができる
- 地域住民ともつきあうことができる

声を聴かないとわからない。つきあわないとわからない。 ⇒ つきあうと見えるものがある。そこから「やること」ができる。それが施策化

5年前の事例 Mさん 75歳男性

一人暮らし アルツハイマー病(要介護1)

低栄養状態での入院から退院後、要介護認定を受け、通所や配食サービス等を利用開始。

通所利用の無い日に、家の周囲の雑草や枯葉を燃やし、近隣の住宅3軒に燃え移り全半焼。

近隣や親戚からは、施設入所か県外の娘が引き取るようにすべきとの声が出る。

地域ケア会議にて

参加者: 本人・娘・親戚・自治会長・民生委員・近隣住民・介護事業所(ケアマネ)・社協・包括・行政

- 本人「火事になってすみません」
- 親戚「娘さんが引き取らないといけない」
- 娘「引き取ることは考えている。しかし以前一度引き取ったが、本人が山鹿に戻りたいと言って帰ってきた。」

ご本人はどうしたいのか
「ずっとここで暮らしたい」…

地域ケア会議にて

- ・自治会長「本人にも人権がある。解決すべきことはいろいろあるが、できる方向で考えよう。」
- ・住民「これまで地域と一緒に暮らしてきた人。近所の草取りや枯葉掃除も進んでやってくれていた。」
- ・民生委員「近所なので毎朝見守りすることはできる」
- ・事業所「火の取り扱いはされないように気をつけます。外で集めた枯葉等は事業所に持って行って一緒に燃やします。」
「何かあったら駆けつけます」
- ・行政「緊急通報や火災報知機、消火器の整備・・あと、一緒に考えます。」

事例から学んだこと

- ・ 本人を目の前にして、本人の思いを聞くことで、周囲に変化が生まれる。「問題を起こした認知症の人」から「認知症で問題起こしたけどこれまで地域で暮らしてきたMさん」へ
- ・ それまでのケア会議は「本人不在」だった。
- ・ 言葉でうまく表せない人も、「思い」を汲み取って代弁できなければいけない。(そういうスタンスで関わる人が必要)
- ・ 専門職のかかわり方も大事(本人の思いを中心に据え、叶える方法を考え支援する。周囲の不安も理解し、必要とされる時に必要なかかわりをする)。「何かあったらすぐ対応」
- ・ 行政(包括)職員も、思い込みを持たず、逃げず、かかわる姿勢を！

どこでかかわるの？

- ・ 地域ケア会議への参加
- ・ グループホームや小規模多機能の運営推進会議
- ・ 介護保険事業所や福祉施設への訪問
- ・ 各種イベントへの参加
- ・ 介護保険事業所からの相談があったとき
- ・ 民生委員や福祉相談員等からの相談があったとき
- ・ 本人・家族からの相談があったとき
- ・ 警察や医療機関からの相談があったとき
- ・ 権利擁護関係者からの相談があったとき
- ・ 行政内部からの相談があったとき

「担当者」として、現場はいくらでもあります。たとえば地域包括だけで抱え込んで終わっているケースはありませんか？

認知症の人を支えるまちづくりのための市町村(地域包括)の役割

- ・ まず、目の前にいる認知症の人と「かかわる」ことから。
- ・ 出会うひとりひとりの認知症の人を大事にして、「個」を通してネットワークを広げること
- ・ ひとつずつの事例を積み重ねることで、点を面にしていく
- ・ さまざまな住民や地域資源に対して発信・情報交換・そして協働を(知り合い・つながり・共に動く)

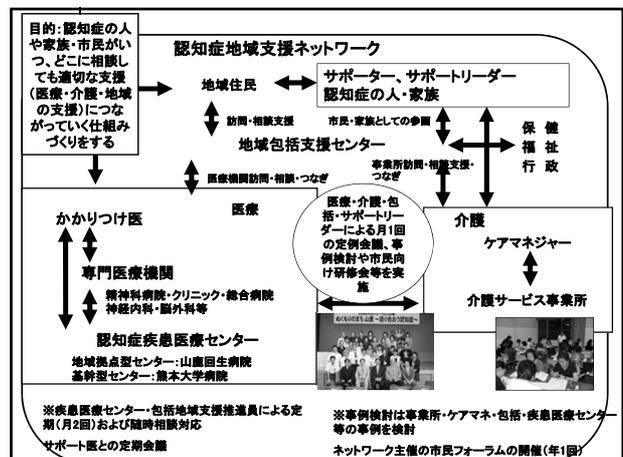
組織づくりや形にこだわらず、できるところから。まず市民(認知症の人)の方を向いて動きましょう。そこから見えてくるものが必ずあります。

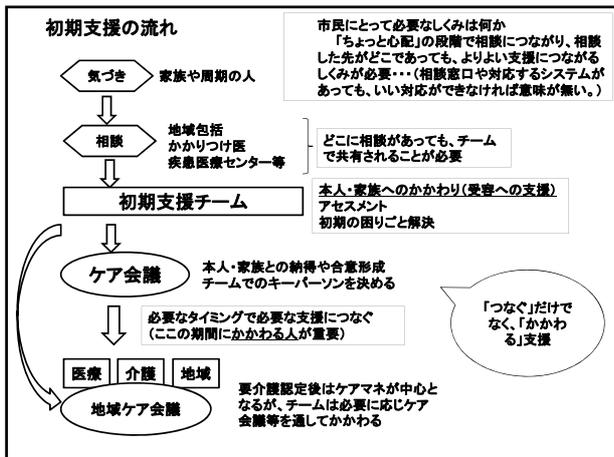
個別事例を通じたネットワークづくりが基本

個別事例の積み重ねにより、地域課題の発掘、地域資源とのつながりや課題の共有ができる。新しく会議や組織をつくらなくても、個を通してつながった関係を大事にし、増やすことで充分。

- ・ 相談から医療につなぐケースを通して
⇒ 医療連携ネットワーク(専門医、かかりつけ医)
- ・ 行方不明になる人への対応を通して
⇒ 徘徊SOSネットワーク(警察、消防、自治会、事業所)
- ・ 金銭管理のできない人や虐待事例を通して
⇒ 権利擁護ネットワーク(社協、法律関係者、相談関係者)

目の前の「必要な人」に対して「必要な支援」を行なっていくと、自然と「やるべきこと」が見えてくる。それを、多くの人に役に立つ仕組みにする(施策化する)のが行政担当者の仕事。





絵に描いたような「初期支援」は難しい

- 初期認知症やその疑いの人は、「発見して欲しくない」人(家族も)が多い。「早期発見で必ず治る」と言われたい限りは…
- 探せば探すだけ隠れたくなる、その不安や恐怖も理解することが必要。
- 極端な場合は地域の関係を壊すおそれすらある。その地域にとっての「より受け入れやすいかたち」を模索する。

住民の「敷居」を下げ、「特別な人」扱いをしない地域づくりが先決。「認知症になってもその人らしく暮らしている人」がそこかしこに見える状況になること

地域資源のネットワーク構築

徘徊SOSネットワークと徘徊模擬訓練

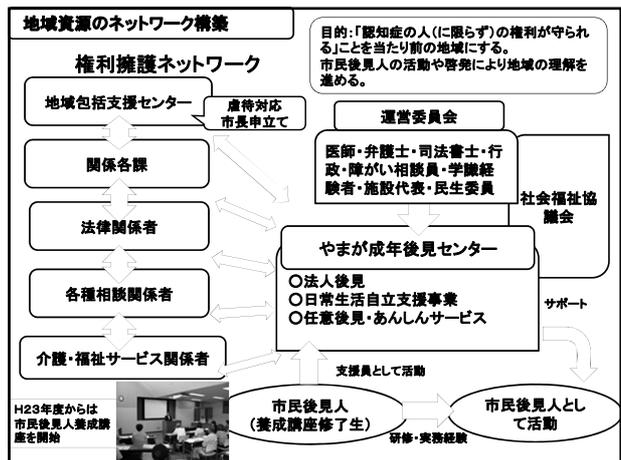
目的:「徘徊」を特別なことと思わないまちづくり訓練を続けることで、地域の受容度や対応力が高まる。

徘徊模擬訓練は校区単位で、地域のサポートリーダーや事業所が中心となり計画、実施

25年度は9地区で実施

模擬訓練を続けることによって…

- 地域の中で必要性が理解され、地区行事として「模擬訓練」も位置づけ、主体的に実施されるようになった。
- 行方不明になることを未然に防ぐこともできるようになった(近隣の方の声かけ)
- 行方不明になった時に、発見までの時間が短縮できている。(地域の「探す力」が上がった)



ネットワークに必ず必要なのが「地域の人」

人の生活は日々の暮らしの場面の連続で成り立っている。認知症の人の暮らしもちろん同じ。

- 暮らしは地域が舞台であること。
- 24時間365日、その場その場で必要な支えがあること。
- 本人が求める「支え」は一人ひとり違うこと。
- 求める支えの多くは「サービス」ではなく「つきあい方」であること。
- 家族のほか、友人として、ご近所として、店主として、通行人として、普通につきあってくれる人、困ったときに親身になってくれる人がいればよい。

認知症の人は、「自分にサービスが必要だ」とは思っていないし、言わない!

Tさん 80歳女性

生活保護受給 借家に一人暮らし
生活保護費を市役所に毎日受け取りに来る
次の日にはなくなっていることもあるが、すぐに出てくる
「お金を盗られた」と警察を呼び、近所とトラブルになっている

地域包括より訪問
パンばかり食べている。またはまったく食べていないときもある
多量に食糧を買い込む
ゴミを近所に捨てることもある
自宅に風呂はなく、近所の温泉へ行っていたが、最近行っている様子がない
胃潰瘍があるが通院していない
息子はいるが疎遠
民生委員は気にかけて訪問している

地域の声

- もうあの家に住むのは限界ではないですか
- 車を避けようとしなくて、夜に道端や前のお宅の玄関先に座って危ない
- 火事をおこさないか、孤立死しないか心配
- お金を貸して返してもらってない
- ご飯をもらいにきたことも。帰ってくれないので、結局おにぎりあげました。
- お金を払った、払わないで出入り禁止の店もある
- 施設に入ったほうが本人の幸せのためですよ。
「ここまで生きてきたんだから最後は三食付のお世話の行き届いたところに」と市役所に相談

地域の声

- 「時々、余ったものを差し入れするんです。喜んでくれるからうれしいです」
- 「前は泥棒扱いされたんですけど、一人でやっぱり心配だから。お菓子とか持って行って話を聞いてます。耳が遠いので、大変(笑)」
- 民生委員「気がけて訪問してます。前に警察沙汰になったからね。」
- 大家「人に迷惑をかけないんだったら、住み続けてもらってかまわないけど」

Tさんの思い (どこでどう暮らしたいのか)

「いずれは姉を実家から呼んで2人で暮らそうと思ってる。私がここを離れるわけにはいかんよ」

人にすすめられて養護老人ホームを見学後
「ここには何十年も住んでいる。なんで(施設に)行かないの?」

本人のストレングス

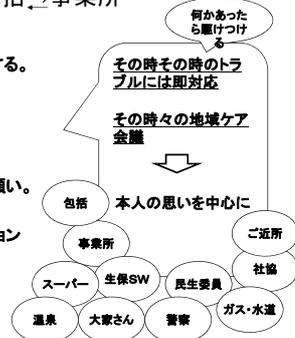
- 気が向いたら(おなかが減ったら)近くの店に買い物に行く。お金を払うことができる。
- 大方の整理はできる
- 温泉やなじみの場所は知っているし、行きたいと思えば行ける。
- 記憶が2日くらい保たれていることもある(内容による)
- 長く住んでいるので周囲に知り合いがいる。

本人が不安なこと・できていないこと

- 決まった日に通院や薬を飲むこと
- お風呂に行くこと・洗濯すること
- 細かな掃除、ゴミ出しはできてたり、できてなかったり。
- お金を計画的に使うこと
- 足が上がりにくくなっており、坂も多いので時々転ぶ

- 本人の思いや地域との関わりを見ながら、どのような支援が必要か、見直ししながら支援を継続する。「サービス」は急がない。包括→事業所

- 夕食のおすそ分けを、そのままお願いする。できない場合は連絡してもら
- 買い物に行く
一緒に歩いていく。店長に名刺を渡す。
- お風呂に行く
一緒に歩いて。見守りは番台さんをお願い。
- 定期的に病院へ
一緒に歩いて。医師とのコミュニケーション
- お金の管理
社協の権利擁護事業利用→成年後見
- 様子を見て介護認定申請



• その後・・・
差し入れが毎日増えた。
ひとりで買い物に行っても助けてくれる
一人で温泉に行っても見守ってくれる
何かあったら連絡がくる

↓

本人の望む暮らし
「サービス」はほとんど不要。

支援のポイント

地域包括も、
事業所やケアマネ
も、同じスタンスに
なれること

- ・介護サービスによって今までできていた本人の力や地域との関係を壊してしまうことがないようにすること。
- ・壊れかけた地域との関係を再構築するつなぎ役になることが本人の望む暮らしの支援に。
- ・今後、症状の変化により必要なケアの内容は変わっていくが、地域の人との関係性は長期に渡り継続していくことができる。
- ・このことが、本人の暮らしの豊かさにつながっていく。

ここでできた関係性(ネットワーク)が地域の力となり、次の人を支えることができる地域を築く。
これが実働性のある「サポーター養成」。

個別支援に取り組む中で何度もぶつかる

どこの地域にもさまざまな「壁」がある。

地域の壁

- ・徘徊しても、妄想があっても付き合ってくれる地域とそうでない地域の「許容力」の差
- ・本人および家族と周囲とのそれまでの関係性によるミゾ
- ・さまざまな価値感、考え方がある中での「合意形成」

専門職の壁

- ・「本人の生活にケアを寄り添わせる」ことが難しい
- ・専門職同士でもネットワークづくりが苦手な人が多い
- ・自分の領域の中だけでの対応に終始する
- ・「地域」を知らない、向き合えない、または向き合うことの大変さから逃げる

「暮らしにくさ」は、認知症の重さや介護度とは比例しない。

「壁」とどう向き合うか

突破していく力は、やはり「当事者視点の共有」がベース

本人の想いに関係者が「気づき」「合意する」場をつくる

元々の「地域力の差」で「限界」を決めるのではなく、どの地域にも力はあると信じる。

顔が見えて「わかる」「共感する」ことで人は動く

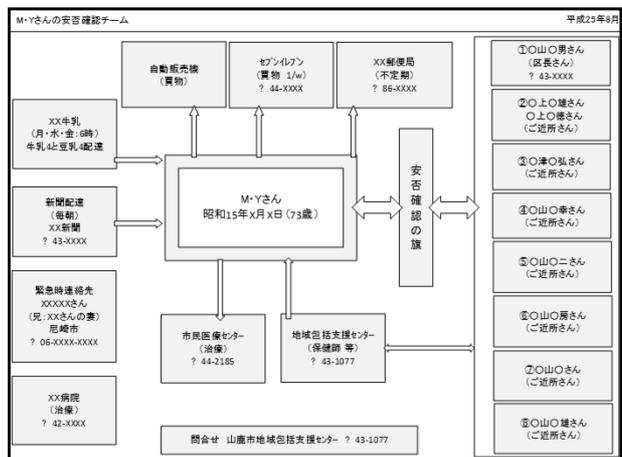
「責任」は、少数で背負うのは負担で不安

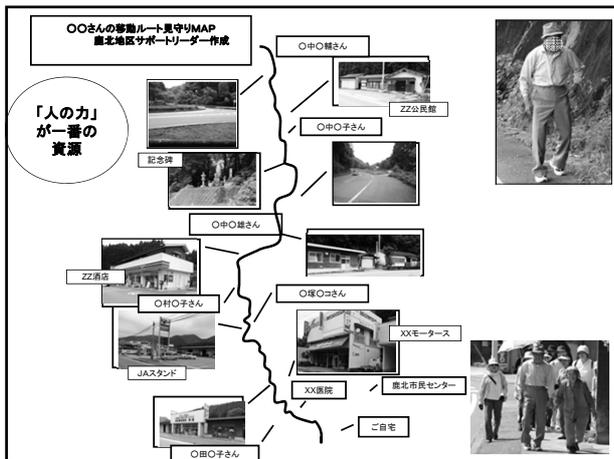
専門職のかかわり方が大事

「お互いさま」と思える関係になる

●ひとりひとりの事例を大事にし、本人に学び、「網」を通したネットワークを広げる。
●ケア会議や地域との「格闘」の中から専門職のスキルアップや「地域の力」をつけていく。
●本人を中心に、かかわる多くの「人」の意識が変わり、動きが変わることで、点から面になっていく。

M・Yさんの地域ケア会議(準備)資料		平成25年8月23日	
課題	目標	何ぞどのように	担当者
急に体調が悪くなるので心配	安否確認の徹底を図る	毎日、夜を起す時にし、夕方入れる	本人 ○山田さん、○津田さん
夜間徘徊して近所まで逃げている	徘徊防止の徹底を図る	本人にわかるように旗を掲げる	平成25年8月～10月(毎月)
急がしいので食事が取れない	食事を食べてほしいので食事の準備を徹底する	本人と近隣住民との種別、関係づくり	平成25年8月～10月(1ヶ月)
主治医、認知症7年経過の診断から急がしいので本人は不安で、○〇に頼んでいる。○○が世話から5000円、○○に頼んでいる。○○では必要な事柄にはお任せして仕事を依頼する。頼むのはいいが、対応が厳格すぎる。依頼が難しい時期もある。急がしいので本人は不安、頼む側の信頼を失う。その信頼を回復、一人になる。散歩がなくなりまで自動車で乗っていた。近所の行事まで参加していた。	徘徊防止の徹底を図る	徘徊防止の徹底を図る	平成25年8月～10月(1ヶ月)
スケジュール	○山田さん 妻はYYさん XX市XX区丁1234-XXXX 06-XXXX-XXXX	○山田さん 妻はYYさん 平成25年X月XX日 ○山田さん 妻はYYさん 平成25年X月XX日	大阪、大阪
ネットワーク	市立医療センター (治療) ? 44-2185	地域包括支援センター (保健師等) ? 43-1077	問合せ 山田市地域包括支援センター ? 43-1077





認知症の人を地域で支え、協働するための 認知症地域サポートリーダー養成

「人」を育てるために、学び、参加し、体験する機会を提供。つながり、共に動く仲間づくり

サポートリーダーは1年間の講座を受講し、それぞれの地域での活動を展開(1~5期生約400人)

年齢や職種もさまざまな市民・事業所・スタッフを、8つの生活圏ごとに分け、グループワークや出前講座企画、マップづくり等を実施。互いに知り、つながることが狙い。

それぞれできることをできる範囲で
つながりと継続が大事!
個人でできないことはチームで

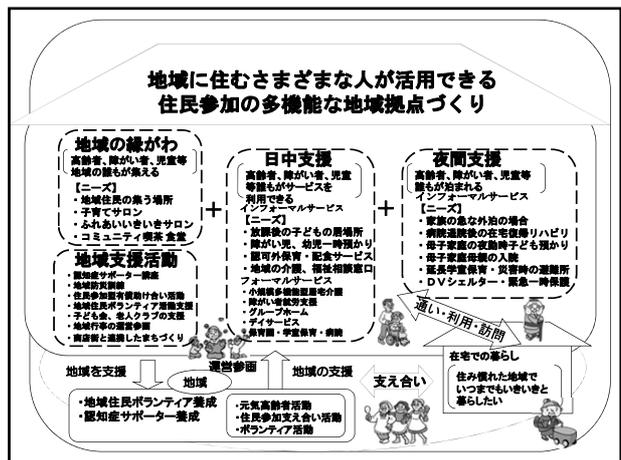
地域交流会
(各2ヶ月に1回)→地域課題の検討、活動計画・報告(包括スタッフが参加)

もう一つ大切なのは、実際に認知症の人を知る、接することのできる「場」の存在

- 多くの住民が「普通に地域にいる人」として出会う機会が必要。
- 実際に接する、つきあう、そのことで「変わる」きっかけになる。
- 介護保険の事業所や施設が地域との「つきあい」を行うこと、住民が気軽に入れること、交流できること。(事業所の活動を支援する)
- 地域の中で、認知症の人が普通に過ごせる場所がたくさんあること。
- 認知症の人のための場所でないほうがいい。

サロン、カフェ、〇〇さんち、デイサービス、施設、小規模多機能、公民館、〇〇の店、学校、食堂、予防拠点、グループホーム

場をつくること、つくるようすすめること、つくる人を支援すること、これは行政(保険者)の役割が大



住民参加の拠点活動

介護予防拠点「くたみの実家」
・地元NPO法人「来民流うちわ会」が運営
・地域内のサポートリーダー受講生のグループで法人立ち上げ
・高齢者一人暮らしや二人暮らし、認知症の人も多い地域
・サロン活動や食卓会、趣味活動、介護相談
・子育てサロンや世代間交流
・近隣への配食や安否確認
・農産物や加工品の製造、販売
・小規模のデイサービスも開設

こういう活動をやりたい人、やれる人は、どこにまちなにも必ずいる。



オレンジプランもケアパスも「認知症の人」が主語。
本人の声がわからないとつくれなし、生かせない。

• 認知症ケアパスの要素

①認知症の人の望む生活が継続できる「道」(地域資源)づくり

地域資源は「サービス」でなく「機能」。

②認知症の人と共に考え共に歩むパートナーづくり

自己決定を支え、必要な資源をつなぐ役割

③認知症の人の思いをつなぐ情報共有のしくみ

本人が伝えたい情報、必要な情報が伝わるパト

④認知症の人のニーズを聴き取るしくみ

本人の声を生かし、必要な備えを考える

• これから認知症になる私たちにとって、今の認知症の人の存在が、めざす「暮らしやすいまちの姿」を示してくれています。

• 教えてくれる認知症の人に、またそのまちづくり実現に向けた役割を与えられたことに、感謝したいと思います。

20年後、30年後
に「よかった」と思える
仕事をしよう

事業・取組み・人をつなぎ 認知症の人が地域で暮らすための 施策・支援体制を生み出す

大阪府福祉部高齢介護室介護支援課
田中 克博

「認知症地域支援体制構築事業」における 大阪府の役割って？

【地方自治法第2条第5項】

都道府県は、市町村を包括する広域の地方公共団体として、第二項の事務で、**広域にわたるもの、市町村に関する連絡調整に関するもの及びその規模又は性質において一般の市町村が処理することが適当でないと思われるものを処理するものとする。**

【介護保険法第5条第2項】

(国及び地方公共団体の責務)

第五条

2 都道府県は、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるように、**必要な助費及び適切な援助をしなければならない。**

【老人福祉法第6条の2】

(連絡調整等の実施者)

第六条の二 都道府県は、この法律の施行に関し、次に掲げる業務を行わなければならない。

一 この法律に基づく福祉の措置の実施に関し、市町村相互間の連絡調整、市町村に対する情報の提供その他**必要な援助を行うこと**及びこれらに付随する業務を行うこと。

二 老人の福祉に関し、各市町村の区域を超えた広域的な見地から、**実情の把握に努めること。**

2 都道府県知事は、この法律に基づく福祉の措置の適切な実施を確保するため必要があると認めるときは、市町村に対し、**必要な助費を行うこと**ができる。

助言や援助？

現場を持たない、知らない都道府県が、何出来る？
しかも財政難
お金もノウハウも無い！！



わからなかったら、教えてもらいまひよ！
一緒に考えまひよ！
市町村の皆さんとワーキング！

そして、同じ視点に立ちまひよ！
キャラバンメイト+全国セミナー参加

市町村・地域包括支援センターからのニーズに応えた 事業展開を！

21年度

認知症地域資源ネットワーク構築セミナー(第1回、第2回)

・モデル地域、先進地域の事例報告とグループワーク
「持って帰ろう！マネしよう！そして、繋がろう！！！」

22年度

認知症・高齢者虐待防止市町村担当課長連絡会議

市町村幹部職員への意識づけ 泉南市をはじめ多くの市町村取り組み本格化

認知症地域資源ネットワーク構築セミナー

「認知症地域支援体制構築等普及推進会議」で課題として取り上げられた

テーマで(ブロック別・テーマ別に開催)

・泉州地域(1/24)・北摂地域(2/4)(徘徊見守りネットワークの構築)

・相模スキルアップ研修(2/16)

・認知症サポーターとめざすまちづくり(3/3)

・医療との連携(3/9)

・大阪府キャラバン・メイトフォローアップ研修(3/19)

・モデル事業報告会(3/23)

認知症介護指導者との連携

大阪府認知症キャラバン・メイト連絡会発足
⇒M-グランプリへ！

【認知症介護指導者】

認知症介護リーダー研修・認知症介護実践者研修の講師役
認知症介護のプロ中のプロ！

地域に出たい！でも「壺名行為」？

一方で、認知症地域支援体制構築事業を展開せねば！
⇒地域資源の探索と連携が必要！

何か一緒に出来ないか？



大阪府キャラバンメイト連絡会の発足

平成23年3月16日設立

会長 川本修次 岸和田市
副会長 小幡和行 大阪市生野区
副会長 迫田薫 高槻市
副会長 村上宏三 高槻市
会計 信貴弥生 岸和田市
監査役 吉川洋子 枚方市



【目的】

大阪府内において、たとえ「認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らせる町づくり」の推進を図る。
 認知症キャラバン・メイト同士の情報交換やスキルアップ、町づくりの為のネットワーク構築を目指す。

Mーグランプリ

大阪府キャラバン・メイトフォローアップ研修
 大阪府福祉部高齢介護支援課
 平成23年3月15日(土)

キャラバン・メイトフォローアップ研修

講演 「認知症について、もう一度確認しておこう」

新河武山病院 認知症疾患医療センター-医師 森本 一成氏

Mーグランプリ(リポーター養成講座デモンストレーション)

11:00~11:45	デモンストレーション1	高槻市 村上 宏三氏
11:45~12:15	デモンストレーション2	和泉市 劇団オレンジバス 星 休 彦 親父パーティ
12:15~12:30		
12:30~12:45	デモンストレーション3	富田林市DVD
14:00~14:15	デモンストレーション4	藤井寺市 劇団！NICE
14:15~14:30	デモンストレーション5	泉南市 劇団WAOせんなん
14:30~14:45	デモンストレーション6	堺市 チーム堺
14:45~15:00	デモンストレーション7	大阪市西成区 キャラバンメイトオレンジング普及委員会
15:00~15:15	デモンストレーション8	岸和田市 川本修次氏
15:15~15:30	講評 「リポーター養成講座で伝えていきたいこと」	活動法人 認知症の人とみんなのサポートセンター 代表 沖田 裕子氏
15:30~17:00		メイト連絡会たちあげにむけて



24年度は全国大会！
第3回Mーへ！

平成25年3月2日(土)

「認知症サポーターキャラバン報告会」in 大阪の模様



初の大阪での開催にあたり、近畿地方を中心に北海道から沖縄まで、約700人の方にご来場いただきました。



大阪府キャラバンメイト連絡会の活動

- 大阪府認知症キャラバン・メイトフォローアップ研修
- 河内長野市認知症キャラバン・メイトフォローアップ研修
- 高槻市認知症キャラバン・メイトフォローアップ研修
- 岸和田市認知症サポーター養成講座
- 滋賀県大津市認知症キャラバン・メイトフォローアップ研修
- 泉南市まちあるき声かけ体験
- 堺市認知症キャラバン・メイトフォローアップ研修
- 豊能町専門職のための認知症サポーター養成講座
- 室町市役所職員向け認知症サポーター養成講座
- 和歌山県御坊市認知症キャラバン・メイトフォローアップ研修
- 吹田市認知症キャラバン・メイト全体研修
- 大阪府認知症キャラバン・メイト養成講座
- 和泉市認知症キャラバン・メイトフォローアップ研修
- 泉南市認知症キャラバン・メイトフォローアップ研修
- 東大阪市認知症キャラバン・メイトフォローアップ研修 等々



大阪府内で一定の成果



でも、自分の住んでいる地域で活動してる？

住んでいる地域で活動開始

地縁血縁の無い地域での活動
⇒大阪での取り組みを地元で！

精華町の概要

精華町は、京都府の南西端に位置し、併せて日本そして近畿圏のなかで、ほぼ地理的中心に位置しています。
西部と南部はなだらかな丘陵、東部には平坦な農地が広がり、東端には木津川が流れています。年間の平均気温は約15度で、温暖な気候に恵まれています

町の面積:25.66平方キロメートル



精華町人口 37,177人
高齢者数 7,223人(19.4%)
後期高齢者数 2,953人(7.9%)
平成25年12月1日現在



高齢者数
旧村部 4,436人(28.3%)
新興住宅地 2,787人(12.9%)
後期高齢者数
旧村部 2,017人(12.8%)
新興住宅地 936人(4.3%)

さあ、どこからやろうかな？

私の住んでいるニュータウンでは
高齢化率が低い一方、子育てに関心高い



よっしゃ！学校へ行ったら！！



出会い①
地元の小学校で
創立20周年学校説明会
平成24年5月19日

精華町立東光小学校

校区紹介

東光小学校の校区は、関西文化学術研究都市(学研都市)の中核地である精華町南西端にあり、東は本津川市、西は生駒市に接しています。

本校は、豊かな自然が残る東端地域と、学研都市として開発されてきた光台を校区にもち、山田荘小学校東端分校の発展独立校として、平成5年に開校しました。

東端地域の歴史は古く、農林業を中心に茶突(ちっせん)などの伝統産業も地場産業として発展してきました。

一方、光台地は学研都市として、文化学術研究交流施設(けいはんなプラザ)や 国立国会図書館関西館などの公共施設とともに、国際電気通信基礎技術研究所(ATR)、国際高等研究所などをはじめ、企業等の研究所が建設され、研究が進められています。



国立国会図書館



けいはんなプラザ



東端の茶突

スーパー校長先生！

「関西文化学術研究都市内の小学校」という特徴を活かして
⇒卒業生からノーベル賞受賞者を！



祝 創立 20 周年記念 精華町立東光小学校

校長先生自らが企業・研究所・大学に売り込み！

理科出前授業



関西文化学研都市の立地条件を活かして、研究施設などによる理科出前授業を実施しています。



電子黒板を使った授業

教科によっては最新の電子黒板を使ってわかりやすく授業をします。



校長先生が取組みを理解してくださいました！

- ・あきらめない。何度も足を運ぶ。
- ・関心を引く資料づくり
- カラー写真使用、文書簡潔に

出会い②

お母ちゃんメイト

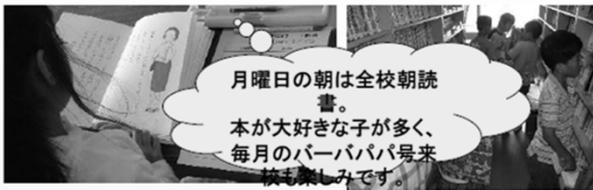
こんな身近に人材がいた！

読書活動

読み聞かせボランティアの読み聞かせ。



月曜日の朝は全校朝読書。
本が大好きな子が多く、毎月のバーバパパ号来校も楽しみです。



サポーター養成講座を受講

平成24年7月19日



私たちにも何かできない？



ほな、一緒にやりまひよ！

キャラバン・メイト養成講座を受講
平成24年10月31日



お母ちゃんメイト誕生！！

さあ！キッズサポーター養成講座をやろう！

でも、ノウハウ無い。知識も無い。何も無い。
+ 大人向けより難しい！



先進事例(泉南市)を見に行こう！

25年2月5日



帰りのサービスエリアで
早速企画書修正

<講座内容、時間配分>

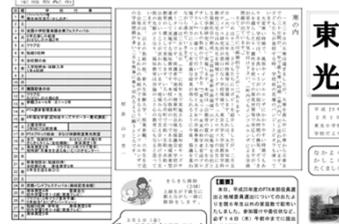
<講座内容、時間配分>		<ねらい>
(15分)	挨拶 認知症とは？認知症についての話	認知症への理解
(15分)	紙芝居「ほくわすれてないよ」	認知症の方への正しい対応の仕方
(5分)	骨骨体操	・高齢者との交流のきっかけ作り ・集中力の継続を考え
(10分)	休憩	
(35分)	グループワーク	・各自に自分なら何が出来るとかを考えてもらう

(テーマ1)
ごはんまだ？と何度も聞いてくるおじいちゃんに対して
どう対応したらよいのか考えてもらう。
各組毎に発表

(テーマ2)
近所のおばあさんが冬なのに半袖を着てスリッパを履いて歩いているのを見かけた時の対応を考えてもらう

- あいさつをしないで通りすぎる
- 声をかけて一緒に帰る
- 信頼できる大人に知らせる。

この3つの中から自分ならどうするか考えて手をあげてもらおう。
どれも間違っていないことを話し合おう。あいさつせずに通りすぎたとしても、
信頼できる大人に伝えてほしい旨伝えた



全校生徒に配布される「東光」に校長先生がキッズサポーター養成講座について

「保護者や地域・精華町社会福祉協議会・学校が連携して実施する福祉教育です。本校の取り組みの1つである地域密着型教育の一環として実施します。いろいろな市町で自助、互助、共助、公助ということが言われています。地域 皆で支えあい助け合う互助の先駆けとなり、福祉教育はもちろんのこと心の教育にもなると思っています。」(平成25年2月1日発行号)

と紹介していただきました。

東光小学校キッズ・サポーター 養成講座



平成25年2月15日 金曜日



(認知症とは)



(骨骨体操)



(グループワーク)



(僕忘れてないよ(紙芝居))



(オレンジリングをつけて記念撮影)



(各班による発表)

山田荘小キッズ・サポーター 養成講座



平成25年10月18日

東光小学校キッズ・サポーター 養成講座



平成25年10月29日



お母ちゃんメイトの活動

子どもから保護者へ
最も活発なメイトへ進化し続けています！

図書ボランティア向け(平成25年5月28日)

認知症サポーター養成キャラバン

認知症サポーター養成講座

サブテーマ

心美人になりましょう



そろそろ親の介護が気になる皆様へ

うちがまだ子どもだなんて関係が1つ、うちの親がまだか...
と思っている方こそ読んでください。後継した時の認知ポイント等をあな伝えます。
高齢者の4人に1人が認知症という時代を迎えています。
親のことも「自分のこと」「ご近所さん」「皆」大切！
最後まで笑顔で自分らしく暮らしていく術をつくる為に
キャラバンメイトサポーター養成講座を行います。
(子育てに悩みの場合もどうぞ、認知症の方への認知の仕方を知ってのたのしみにもつながります。)

<認知症サポーター養成講座>

日時 11月21日(木) 10時~12時 (コトバ250号室9F)
場所 みんなの元気塾 京都市右京区嵯峨町御所南4-5-1
問い合わせ先 キャラバンメイト連絡会
事務局 京都市右京区嵯峨町御所南 4-5-1 TEL. 0774-94-4125 FAX 0774-93-2350
申し込み締切 11月11日(月)までに担任の先生までお願い致します。

申し込み先
申込者氏名 _____ お子様のクラス 年 組 _____
連絡先 _____

「認知症の介護は『子育て』と共通しています。」

【子育てのコツ】

- ・子供を大人の方で変えようという思いは捨てて、肩の力を抜こう
- ・「どうして○○しないのか」という子供への不平不満を捨てよう
- ・今、現にある子供のよさ、子供なりの頑張りを認めよう。
- ・子供への指示、命令、干渉をやめる
- ・子供から話をしてきたときは、忙しくてもしっかり聞こう。
- ・子供に悪いことをしたら謝る。
- ・威嚇、暴言、体罰で子供を動かすのはダメ。
- ・子供に「ありがとう」を言おう。

- ・自主性—自分の人生の方向を自分で決めたい
- ・成長—大切なことについて上達したい
- ・目的—私達自身よりも大きな何かの為にやりたいと切望する。

「子供」を「認知症の人」と置き換えてください。



受講後アンケートにも
「これまで何回か受講しましたが、今回は子育てに例えていただけで、心にストンと落ちました！」との感想がありました。

「忘れても 幸せ」と言える優しさのシャワーであふれる町を
子供達が大人になった時にも残していきたいですね

あなたなら 何をはじめますか



**出会い③
議会報告会で
平成24年10月20日**

議会報告会(テーマ別意見交換・提言)

- テーマ① 学校給食と食育について
- テーマ② 地域福祉活動について
- テーマ③ 交通網全体について

テーマ② 地域福祉活動について

「認知症サポーター養成講座を広めましょう！」と訴えました！

が・・・、反応は今ひとつ・・・。

でも！！！！



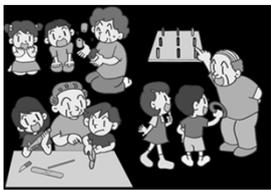


東畑みんなの元気塾

地域間交流の場

世代間交流の場

地元の高齢者の方が自然に集まれる場





認知症の方もお手伝い




行政から「認知症カフェをやりませんか？」




信念を持ってやっていたら、
結果は後からついてくるのよ！



新たなつながりから

精華町キャラバン・メイト連絡会創立総会

平成25年10月26日

精華町キャラバン・メイトフォローアップ研修

平成25年1月31日

【認知症の人と家族の会】の方と知り合いました！

地獄血縁が無く、「どうやって進めていこうか？」と悪戦苦闘している時
当事者の立場で的確にアドバイスいただける方に出会えました

そして

地域の方々に繋いでいただきました！

「認知症を学ぶ会」
在宅療養あんしんネットワーク(きづがわねっと)への参加
⇒隣接市町村の行政や地域包括支援センター、専門職と繋がりました。




東光小学校キッズ・サポーター養成講座

平成25年2月15日

【認知症介護指導者】(認知症介護のプロ中のプロ!)が
グループワークのファシリテーターとして参加してくれました！

「子供向けの養成講座をやりたいかった」

ほな、一緒にやりまひょ！




町役場、地域包括支援センター(町社協)



「せっかく養成したキャラバン・メイトを何とか活かしたい！」



ほな、一緒にやりまひよ！

精華町キャラバン・メイト連絡会創設へ！

精華町キャラバン・メイト連絡会準備会議

【メンバー】

- ・町福祉課
- ・地域包括支援センター(町社協)
- ・認知症介護指導者
- ・特別養護老人ホーム、在宅介護支援センター職員
- ・お母ちゃんメイト
- ・認知症の人と家族の会相楽地区代表の方

毎月1回連絡会立ち上げに向けた話し合いを進めていきました。

隣接市職員の方「コネクションを見て来ました！」

ほな、一緒にやりまひよ！



「精華町キャラバン・メイト連絡会 設立総会・記念講演会」

認知症になっても
安心して暮らせる精華町をめざして

【日 時】 平成25年10月26日(土) 11時00分～14時00分(受付13:30)

【場 所】 精華町役場2階交流ホール(精華町南郷八雲北沢70)

【プログラム】

開会あいさつ

◎記念講演

- ①「連絡会に期待するもの」
認知症の人と家族の会 京都府支部長 栗野敦子 様
- ②「認知症サポーターに関する研修会の収容」
精華町中部地域包括支援センター センター長 山下真樹 様

◎パネルディスカッション
「今後の認知症施策のあるべき姿
～安心して暮らし続けられるまちづくりの観点から～」

<パネラー>

- ・栗野敦子 様 (認知症の人と家族の会 京都府支部長)
- ・山下真樹 様 (精華町中部地域包括支援センター センター長)
- ・精華町福祉課長
- ・精華町キャラバン・メイト (お母ちゃんメイト) 東光小学校での取り組み

<コーディネーター>

- ・栗野敦子 様 (認知症の人と家族の会 京都府支部長)

◎開会あいさつ・決意表明

【会場案内】

【連絡先】
精華町認知症キャラバン・メイト連絡会 事務局
高瀬市総合福祉施設2階(旧) 担当：青藤・松尾
TEL: 0774-94-4122 FAX: 0774-94-2305
E-mail: kankobonno@19457dvd.com.jp

【主 催】 精華町キャラバン・メイト連絡会
【協 力】 精華町社会福祉協議会・精華町地域包括支援センター・高瀬市総合福祉施設2階の関係者・精華町




精華町キャラバン・メイト連絡会
精華町キャラバン・メイト連絡会の
設立総会と記念講演会が10月
26日、精華町交流ホールで開催さ
れました。ご来賓が
認知症に対する正しい知識を伝
える目的で始まった「キャラバン・
メイト」の発祥地。同連絡会は約
50人以上の参加者が集まって開
催されました。
地域や学校での、幅広い年齢層
に認知症サポーターを養成する活
動や、認知症に関する調査研究・
情報発信などを目的としていま
す。

町役場職員向け講座(300人を3年計画で)
・第一回 平成26年1月15日

町内小中学校で

連絡会広報誌発行

住民向けセミナー開催
等々





コネクション繋がりで
滋賀県長浜市、大津市、甲賀市の皆さんと飲み会
滋賀県認知症介護指導者の方とも知り合えました！




「おもしろいやん！近畿」(仮称)を企画中！
乞うご期待！！



「同じ目的を持つ者同士(同志)、
絶対に分かり合える！」
という信念を持ち続けて！



行政・地域包括支援Cの腕の見せ所！
ともに頑張りましょう！



3. 全国合同セミナーで使用したワークシート

平成25年度 第3回認知症地域支援体制推進全国合同セミナー（平成26年1月23-24日開催）

本ワークシートは1日目終了時に、一旦、集めさせていただきます。
(2日目の開始時にお返しします)

グループ番号	地域名	氏名

<ワークシート1>

認知症の人と家族を地域で支えあう体制を築いていくためのポイントと工夫

1. 前半の情報をもとに、自分や自地域に「活かしたい点」を整理してみよう(個人ワーク)

①自分自身の 考え方や 役割として 活かしたい点は	
②自分の 自治体/地域の 取り組みに 活かしたい点は * 特に進め方や 工夫について	

2-① 自地域の取組みの特徴(大事にしている方針・進め方・工夫)と課題

自地域で大事にしている方針や進め方、工夫は	現在、課題となっていることは

2-② 自地域の認知症地域支援体制づくりを効果的に進めていくために:報告やグループワークの情報をもとに整理してみよう

効果的な取り組みになるために、補強したい点、新たに必要な点など	
事業や取り組みに活かしたい自地域の特徴は(特に資源・つながり)	今後、自分の立場でやってみたいこと、できそうなこと

＜グループワークメモ＞ グループメンバーの情報、話しあったことをメモしておき、自地域で活かそう！

メンバー名 自治体名 わが町自慢	メンバー氏名 自治体名 わが町自慢	メンバー氏名 自治体名 わが町自慢	メンバー氏名 自治体名 わが町自慢	メンバー氏名 自治体名 わが町自慢
1ー①自分自身の考え方や役割として、活かしたい点について				
1ー②自分の自治体や地域の取組みに活かしたい点について				
2ー① 自地域の取り組みの特徴(大事にしている方針や進め方、工夫等)と課題				
2ー②地域支援体制づくりの効果的な進め方について				
メモ				



まずは「知る」ことから始めよう！ 基礎調査を基にした施策の再構築

ここがポイント！

認知症高齢者・介護者の意識・生活状況や、若年層の認知症に対する意識、医療機関等における認知症対応の状況などを把握するための基礎調査を実施し、この結果を踏まえた本市独自計画を策定し、事業を展開している。

この取り組みでの変化、成果、波及効果

基礎調査を実施するにあたり、調査協力機関（認知症の人と家族の会、医師会、歯科医師会、居宅介護支援事業者連絡協議会）との関係性を構築し、その後の事業を進めるにあたっても継続して協力を得ている。

◆取り組みのきっかけ、当初の地域課題

介護保険事業計画（平成21～23年度）において「認知症対策」を新たにリーディングプロジェクトに位置づけたことから、より一層、施策・事業の充実を図る必要があった。

◆取り組み概要

- 国庫補助事業（認知症地域支援体制構築等推進事業）を活用した基礎調査の実施
 - ▶ 高齢者（65歳以上）、若年者（20～64歳）、認知症の人と家族の会会員、医師、歯科医師、居宅介護支援専門員、地域包括支援センター（7種類）
- 基礎調査を基にした施策・事業の構築

◆取り組みの目的・目標

認知症の本人やその家族が必要とする具体的な支援の充実

◆認知症施策の全体像とこの取り組みの位置づけ

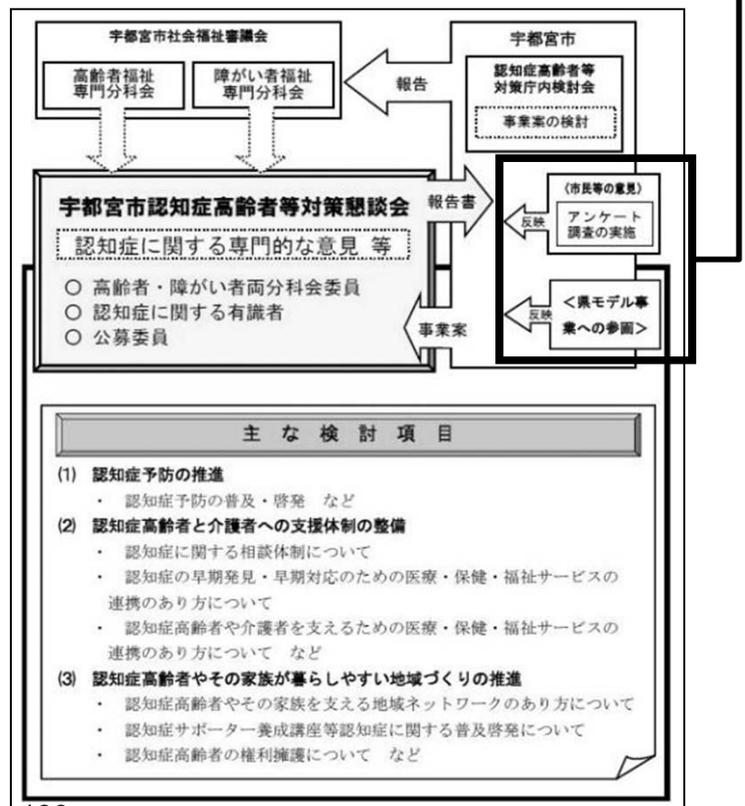
認知症施策を具体的に展開するためには、
認知症の本人とその家族等の意見が重要

◆取り組みの中心になった人達・組織とその役割

- ・ 公益社団法人認知症の人と家族の会 栃木県支部
- ・ 地域包括支援センター職員

◆取り組みに関する施策・事業名、活用補助金等

認知症地域支援体制構築等推進事業



■人口：516,546人 ■高齢者数：108,154人 ■高齢化率：20.94%
(平成25年9月31日現在)

宇都宮市 (栃木県)

宇都宮市は、平成19年3月に北関東初の50万都市となった「中核市」で、首都東京まで約100kmという位置にある。

関連情報(資料):市の認知症対策【概要版】、課題分析図、実態調査概要

取組み経過		(役割・ポイント・工夫)
平成15年 9月	庁内検討会議の設置	役割 認知症の本人やその家族を支える関係機関・団体を繋ぐコーディネーター ポイント 認知症の本人やその家族の声を施策・事業に反映 ⇒ 外部附属機関の新設 ⇒ 基礎調査の実施 工夫 医療・介護・福祉の緊密な連携に向け、基礎調査で把握した課題をテーマとした意見交換会を実施 ⇒ 具体的な連携の姿を関係者同士が共有化できるよう支援
平成18年 3月	介護保険事業計画に「認知症対策」を位置づけ	
平成20年 5月	認知症キャラバン・メイト市事務局の設置	
〃 6月	認知症高齢者等対策庁内検討会議の設置 ⇒ 従来の組織の見直し	
平成21年 3月	介護保険事業計画のなかで認知症高齢者対策をリーディングプロジェクトに位置づけ	
〃 6月	国モデル事業参画(地域支援体制構築等推進事業)	
〃 7月	認知症高齢者等対策懇談会の設置(外部組織)	
平成22年 1月	認知症に関するアンケート調査の実施	
〃 3月～	庁内外組織による検討	
平成23年 3月	「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)」策定	
〃 9月	「宇都宮市みんなで考える認知症月間」等の実施 ⇒ 街頭啓発活動, 医療・介護従事者合同研修 など	
平成24年 3月	介護保険事業計画において「認知症高齢者等対策」を重点事業に位置づけ	
平成24年 8月～	認知症地域ケアネットワーク研修・意見交換会の実施	
平成25年10月～	認知症サロン事業の実施	

◆今後への課題と期待

<課題>

高齢化の進展に伴い、認知症高齢者の増加が見込まれるなか、認知症の本人が希望する支援のあり方も多様化することが想定されることから、これまでの事業の進捗状況を検証・評価しながら、必要な支援が提供できるよう、積極的な取組を実践していく必要がある。

<期待>

認知症地域ケアネットワーク研修・意見交換会などの場を活用しながら、医療・介護従事者が本市の実情に合った連携の在り方を検討・実践することが期待できる。

◆この取組を通じて広がった地域資源の「つながり図」





認知症の本人や家族の声をもとに認知症施策を展開

ケアマネジャーによる本人・家族の「こころの声アンケート」を通じた普及啓発と連携体制づくり

ここがポイント!

- 認知症施策の根拠となる実態把握調査を居宅介護支援事業所と連携して実施し、その過程を通じ、市の実態に即した認知症の理解の普及啓発と関係機関との連携体制づくりを行った。

この取り組みでの変化、成果、波及効果

事業所を超えて、認知症の人の支援についても、連携が多くみられるようになってきた
 新規事業所が地域とつながるように、アドバイスや、一緒に事業を企画実施する等、ともに活動する場面が出来てきた
 定期的な勉強会、情報交換会などから、チーム以外にも事業所間のつながりが出てきた、
 包括中心に、地域包括ケア会議の場面を通じ、地域ごとの支援について検討実践するようになった
 普及啓発等の活動広がる。(H25年認知症キャラバン・メイト養成研修参加者が前年の約2倍)
 医師会との勉強会の場で調査結果を報告。その勉強会に認知症地域支援推進員も参加するようになり、一緒に考える場が出来た。(医師会からも連携をスムーズにできるためのことに協力できると話頂く
 現在認知症かかりつけ医等の一覧を医師会で検討中)

◆ 取り組みのきっかけ、当初の地域課題

- 合併前の認知症施策の取り組みが異なり行政内部でも施策の方向性を統一できず、結果的に地域への関わり方がそれぞれだったため、考え方を統一して活動できるようにする必要あり
- 日常生活圏域毎の環境の差。全域で同時に進んでいく手法の検討が必要。
- 普及啓発の内容の見直し、身近な場所で相談ができるように連携の場が必要。
- 直接的な支援者(介護支援専門員等)にも認知症支援を同じ方針でできるように連携を強化したい

◆ 取り組み概要

- 認知症の人と家族の実態把握調査「こころの声アンケート」の実施
- アンケート結果の分析作業、報告を通じた普及啓発の拡大
- アンケート結果を根拠に「大崎市認知症地域支援推進チーム育成事業」を実施
- その他、アンケート調査結果を元とした認知症施策の見直し・事業構築

◆ 取り組みの目的・目標

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

◆ 取り組みの中心になった人達・組織とその役割

- ・ 地域包括支援センター(認知症地域支援推進員)
- ・ 地域密着型サービス事業所、介護老人福祉施設
- ・ 居宅介護支援事業所
- ・ 行政

◆ 取り組みに関する施策・事業名、活用補助金等

- ・ 市町村認知症施策総合推進事業実施
- ・ 大崎市認知症施策総合推進事業実施
- ・ 大崎市認知症地域支援推進チーム育成プログラム実施要領
- ・ 市町村総合推進事業補助金

◆ 認知症施策の全体像とこの取り組みの位置づけ

課題	大崎市全体の取り組み
医療と介護の連携の強化	○大崎市認知症対策推進協議会設置に向けた準備 等 ○地域包括ケア会議の活用 ○認知症専門相談(年12回)
安心して暮らせる地域の環境整備(横のつながり強化)	○認知症キャラバン・メイト連絡会(6月24日、1月中旬) ○認知症サポーター養成講座(随時) ○高齢者の集いやいきいきクラブの充実 ※いきいきクラブにて「わたしの手帳」の使用 ・警察・銀行・商店街などとの連携 ・民生委員定例会等への参加
認知症についての正しい理解の啓発	・市民医学講座「テーマ認知症」→医師会主催 ※連携して開催 ○認知症講演会(1月予定)「家族支援」 ○認知症虎の巻や映像教材の活用
家族の介護負担の軽減	○認知症高齢者の家族交流会(年12回実施)
地域を支える拠点づくり	○認知症地域支援推進チームフォローアップ研修(年2回) ※認知症地域支援推進員(包括)中心に包括エリア毎に活動を計画実施
介護サービス事業所等の資質向上	・デイサービス、ヘルパー、施設職員等を対象にした研修会の開催 ○介護支援専門員研修会(12月17日開催「成年後見制度」について)
相談窓口のPR	・地域包括支援センターPRパンフレットの配布



行政の専門職が、行政内部、行政と介護事業者 それぞれの「何とかしなくちゃ！」という思いをつなげ、 実態調査を基盤に、地域のつながりと動きの連鎖を生み出す

ここがポイント！

- 変わってほしい地域・人を巻き込んで実態調査をする。
- ネットワークをつくっていききたい地域や人を対象に実態調査をする。

大事なのはプロセス

- 行政職員(事務職・専門職)、介護事業所職員が調査の企画から実施評価まで一緒に取り組む
- 地域の声に触れる機会が少ない(計画や予算を担当している)事務職、実態を理解している(つमりの)専門職、利用者の声を活かしてケアをしている(つमりの)介護事業所が同じ活動を通じて住民の生の声を直接聞くようにした(仕組んだ)面接調査

この取組みでの変化、成果、波及効果

- ・ サービス事業所職員と行政職員(事務職・専門職)が協働で面接による実態調査を企画から実施するプロセスを通じ、地域支援者、行政職員同士、介護サービス事業所がつながり地域の居場所が生まれたり、調査後様々な地域活動に協働で取り組むようになった。
- ・ 実態調査がひとつのきっかけになり、認知症の事業に今までなかったつながりが生まれ、現在では認知症に関する取り組みの応援者・協力者が増えている。

◆ 取組みのきっかけ、当初の地域課題

- ・ 行政、事業者、地域住民の様々な活動の目指すべき方向が一致せず個々の取り組みで終わっている。行政の一人の専門職として認知症の人・家族にとって安心して暮らせる町づくりにつながっているのか疑問を感じていた。
- ・ 行政内、行政と事業者の職員が地域に出向き、住民と顔を合わせ、生の声に触れることで目指すべき方向が一致した活動をした。第5期介護保険事業計画は住民の生の声を根拠に策定し実施していきたいと考えた。

◆ 取組み概要

介護保険・地域包括支援センターを担当する部所の班長、介護保険事業計画・介護保険事業担当、地域包括支援センター、介護事業所(社協ケアマネ・事務職、地域密着型所長)が4チームに別れ、大字ごと12人(地域の支援者として期待できる人・地域の人が多く利用している商店や金融機関等)に面接調査を実施。面接調査で把握された項目(質的)を介護保険ニーズ調査で量的に把握。

チーム員は町の現状の共有と実態調査の必要性を検討後、調査対象、内容、評価分析、量的調査項目の検討等、全プロセスに参加した。

◆ 取組みの目的・目標

- ・ 住民と支援者が町の認知症の現状と課題をどのように捉えているか把握し、今後の認知症支援や施策を検討する一助とする。
- ・ 調査により以下の副次的効果を期待する
- ・ 実態把握に地域に出ることで、地域の支援者として期待される人々を発見しつながりをつくる。
- ・ 支援者の協働意識を高め活動につなげる

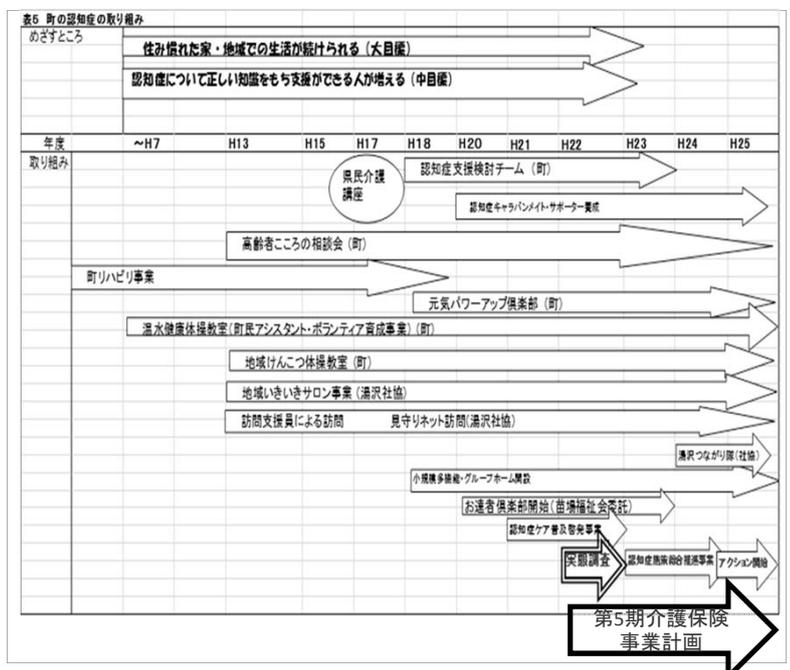
◆ 取組みの中心になった人達・組織とその役割

介護保険と認知症支援を担当する行政部署や介護保険事業所(11人)【行政】事務職:介護保険・包括担当班班長、専門職:地域包括保健師、介護支援専門員【サービス事業所】社協:事務職、居宅介護支援専門員、地域密着型:小規模多機能・GH所長

◆ 取組みに関する施策・事業名、活用補助金等

- ・ 認知症の方の支援に関する実態調査「認知症に関わる地域関係者・支援者を対象とした質的調査」
- ・ 第5期介護保険事業計画ニーズ調査

◆ 認知症施策の全体像とこの取組みの位置づけ





認知症ケアから地域福祉力の再生へ・・・ そして地域包括ケア体制の構築にむけて (自助・互助・共助・公助の中で、特に互助を中心にした取組)

ここがポイント!

泉南市認知症ケア推進事業を立ち上げるにあたり、キャッチコピー「WAO(輪を)! SENAN」「W」忘れてもだいじょうぶ「A」あんしんと「O」おもしろの町 せんなん と、マスコットキャラクター「WAOくん」を考案する。啓発の手段として「泉南WAO(輪を)! 体操」を作成・DVD化し、サポーター養成講座の取組や徘徊模擬訓練等の啓発用DVDも作成、地域イベントや研修会等で活用。また、行政・包括は基より、専門職そして地域住民等が、実際に先進地へ視察することにより自地域の現状と課題そして目標をダイレクトに感じ、考えながら、支援に繋げる。“百聞は一見にしかず作戦”の実行。並行して、地域密着型事業所管理者等を中心にした認知症コーディネーター等の人材育成にも取り組む。

この取組みでの変化、成果、波及効果

地域イベントにおいて「WAO(輪を)! 体操」を積極的にすることにより、市内全域に広がると共に、キッズサポーターが地域の高齢者施設を訪問し、高齢者と共に「WAO(輪を)! 体操」をする等の地域交流が盛んにおこなわれるようになり、キャッチコピーをとおして啓発の大きな一歩となった。また、認知症コーディネーターが様々な研修会等で活躍し始め、地域住民と交流する中で、並行して医療・介護連携事業において多職種との交流が活発に行われ、医師が立ち上げた「認知症と向き合う会」主催による“地域のWAO(輪を)! プロジェクト(多職種と地域住民の交流会)”が各地で開催されるようになり、行政・包括・専門職・認知症コーディネーター・地域住民等による協働の取組(まちづくり)が、互助力を中心に各地域毎で行われるようになった。

◆取組みのきっかけ、当初の地域課題

認知症高齢者が徘徊し行方不明となり、亡くなられた状態で発見されたという事件が発端で、地域住民や専門職から、認知症地域支援体制が必要という声が多くなってきた。徘徊SOS捜索体制の構築や認知症理解者を広げると共に、医療・介護の連携構築に向けて取り組む必要があった。

◆取組みの目的・目標

認知症の人が安心して徘徊できる町づくり【WAO(輪を)! SENNAN】の実現!のために、地域住民を中心とするネットワークの構築「自助・互助・共助・公助」の有機的な連携の中で、互助力の向上をめざす。

◆取組みの中心になった人達・組織とその役割

包括、認知症ネットワーク会議構成員、認知症サポート医、認知症かかりつけ医、介護者家族の会、見守りネットワーク役員、認知症ケア研究会(認知症コーディネーター)、認知症と向き合う会、多職種連携会議(医師・歯科医師・薬剤師、MSW、OT、PT、ケアマネ等)

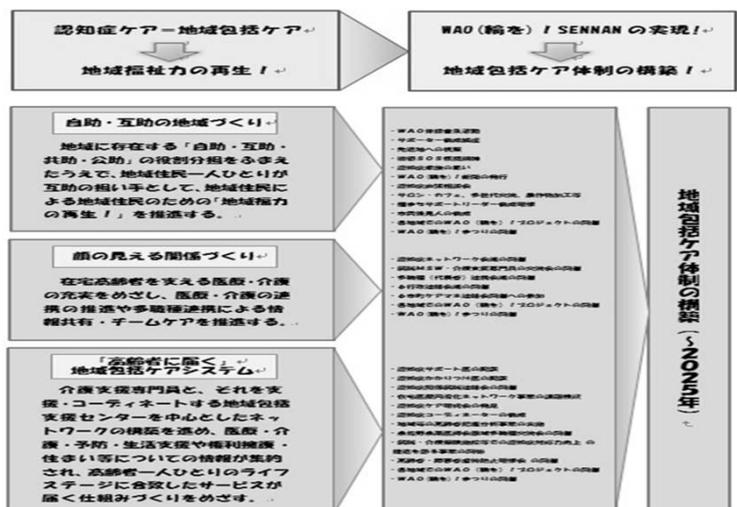
◆取組みに関する施策・事業名、活用補助金等

認知症ケア推進事業 / 地域包括ケア推進事業
 ・認知症地域支援体制構築普及促進事業補助金
 ・シンポジウム助成事業補助金
 ・介護保険事業費補助金
 ・地域支え合い体制づくり事業補助金
 ・大阪府地域福祉・子育て支援交付金(介護保険特別枠)

◆取組み概要

- ・圏域ごとにキャラバンメイトを班に分けて活動、住民・学校・職域等サポーター講座を幾度も実施し、徘徊模擬訓練等のネットワーク作りに繋げる。
- ・サロン等の立ち上げ支援をし、多世代をも交流できる居場所づくり。
- ・人材育成として福まちサポートリーダー(地域住民)・認知症コーディネーター(専門職)等の研修の実施。
- ・認知症家族の集いや出張相談会の実施、認知症新聞の発行。
- ・医療・介護多職種連携として広域医師会(6行政)圏域での多職種連携会議開催の事務局となり、職種間連携から職種内連携へと繋げる足掛かりとし、泉南市多職種連携として、各地域で“地域のWAO(輪を)! プロジェクト(多職種と地域住民の交流会)”を実施。

◆認知症施策の全体像とこの取組みの位置づけ



■人口：64,587人 ■高齢者数：15,308人 ■高齢化率：23.7%

泉南市は、大阪府南部に位置し、大阪都心部から40～50km圏内にあり、関西国際空港へは20分以内で到達。尚、関西国際空港の南部1/3を市域に含んでいる。

泉南市 (大阪府)

関連情報(資料)：認知症コーディネーター養成概要、キッズサポーター養成(DVD)

取組み経過

平成21年4月	「泉南市徘徊高齢者等SOSネットワーク事業実施要綱」作成
平成21年12月	医療ソーシャルワーカー(MSW)と介護支援専門員との交流会の開始
平成22年3月	「泉南 WAO(輪を)！体操DVD」作成
平成22年4月	第1回認知症フォーラム「WAO(輪を)！まつり」開催(以降、毎年開催)
平成22年5月	認知症ネットワーク会議開始
平成22年12月	キッズサポーターDVD作成
平成23年1月	認知症家族の集い開始
平成23年2月	かかりつけ医認知症対応力向上研修の開始
平成23年10月	第1回認知症徘徊SOS模擬訓練の実施
平成23年12月	認知症新聞「WAO(輪を)！新聞」の発行開始
平成23年12月	認知症出張相談会の開始
平成24年2月	認知症コーディネーター養成研修の開始
平成24年3月	認知症ケア啓発用DVD作成
平成24年4月	サロン・カフェ立ち上げ事業の実施
平成24年4月	買い物サービス立ち上げ・配色サービス拡充事業の実施
平成24年4月	多世代交流事業の実施
平成24年4月	地域におけるサポート体制の整備事業の開始
平成24年4月	認知症予防・地域活動プログラム事業の開始
平成24年4月	Ipadによる介護予防活動事業の開始
平成24年9月	泉佐野泉南医師会圏域(広域6行政)の「多職種連携代表者会議」の開始
平成25年3月	徘徊SOS啓発用DVD作成
平成25年4月	泉南市高齢者・障害者虐待防止ガイドライン作成
平成25年7月	泉南市多職種連携会議の開始
平成25年9月	地域毎の高齢者把握分析事業の実施
平成25年9月	各地域での「WAO(輪を)！プロジェクト」開始
平成25年10月	福まちサポートリーダー養成研修事業の実施

(役割・ポイント・工夫)



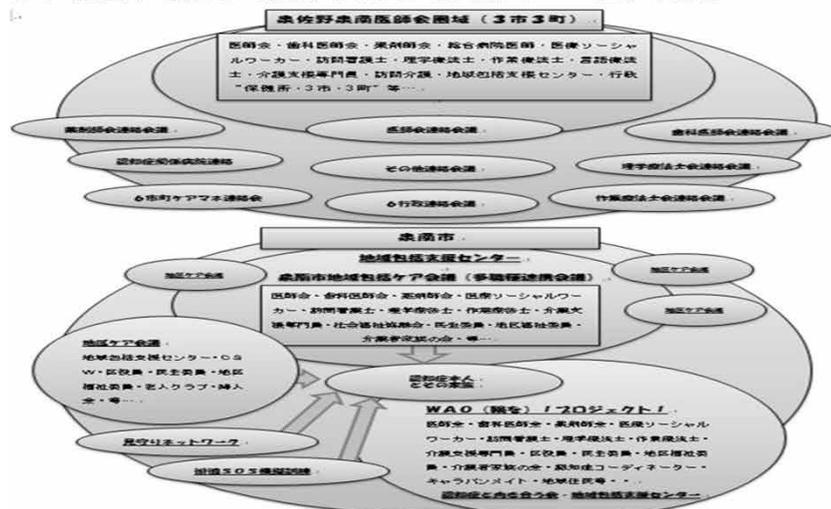
WAOくん
WAO(輪を)！SENNAN
W … 忘れてもだいじょうぶ
A … あんしんど
O … おもいやりの町 せんなん

- ・誰もがサポーターであり認知症の正しい理解を深め、それぞれの立場でリーダーとなっていく。そしてキャラバンメイトや福まちサポートリーダー、認知症コーディネーターとなりうる人材育成をする。
- ・地域ネットワークの中に、それぞれの課題を見つけ、地域住民が中心となって解決すべく、専門職と共に協働していきながら、互助力の向上に努める

◆今後への課題と期待

- 認知症ケアにおける地域支援体制は、啓発し続けることが大事であると考え。今は、そのための仕掛けの段階であり様々な事業の中で多角的に啓発活動を行ってきたが、まだまだ地域格差があるのが実情であり、今後の課題である。
- 泉佐野泉南医師会圏域(広域6行政)での多職種代表者会議において、職種間連携を構築し各職種内連携に繋がるように啓発していきたい。並行して泉南市内での多職種連携に向けて、各地域のWAO(輪を)！プロジェクトを中心にして、圏域レベル・地域レベルでの多職種連携へと繋げていき、地域毎の支援体制を構築していきたい。

◆この取組みを通じて広がった地域資源の「つながり図」





認知症地域支援体制づくりで 都道府県と市町村との連携・つながりが生み出すもの

ここがポイント!

- * 大阪府では、市町村から先進的な取組みやユニークな取組みについて情報提供してもらうだけでなく、可能な範囲で現地に赴き参加し、その場を共有するように心がけた。
- * 先行して取り組む自治体職員とワーキングチームを立ち上げ、企画・セミナー等を協働実施。
- * 取組みを推進するために必要な情報はどのようなことなのかを整理し、先進事例の取組みがどのように可能であったのか、各市町村にビジョンやプロセスを伝え、各市町村がポイントを押さえた取組みを独自に展開できるよう、大阪府版市町村合同セミナーをシリーズで実施した。

この取組みでの変化、成果、波及効果

セミナーで取組みを一步進めている自治体の担当者が身近な地域の取組みを発信することで、他自治体の担当者が自地域で今後取り組み可能な活動をイメージしやすくなる効果があった。セミナーを継続する中で、前回の報告を参考にして「自地域で取り入れた結果の報告」がきかれるようになった。府と市町村の担当者が一緒に考えることで、実質的な情報交換が可能になり、府内の取り組み全体を推進に役立ってきた。

◆取組みのきっかけ、当初の地域課題

平成19年度から始まった認知症地域資源連携推進モデル事業の報告のためセミナーを開催した。同じ立場の担当者の「生の報告」メッセージが、参加者の自地域での取組を振り返り、自分たちでできることに視点をむけることに有効であることがわかった。

◆取組みの目的・目標

それぞれの地域特性に合った認知症地域支援体制づくりのためのネットワークの構築

◆取組みの中心になった人達・組織とその役割

- ・市町村担当職員
- ・地域包括支援センター職員

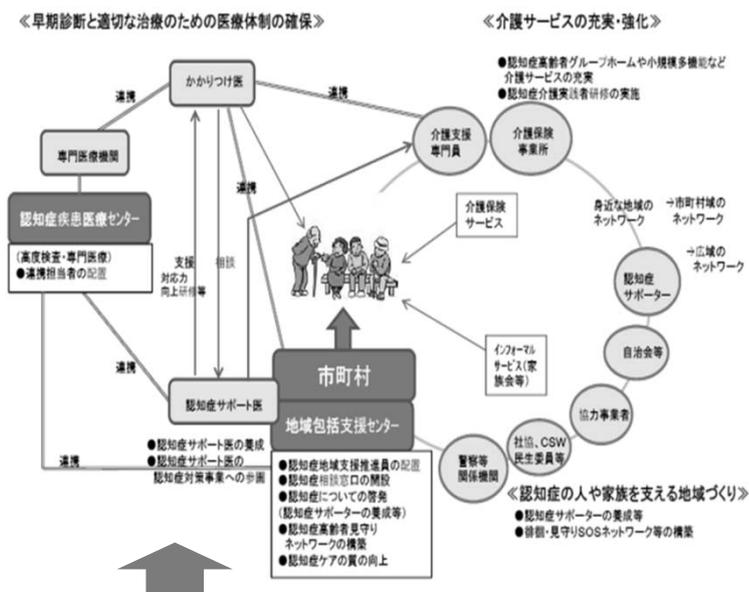
◆取組みに関する施策・事業名、活用補助金等

認知症地域支援体制構築等推進事業

◆取組み概要

- 市町村合同セミナーの継続的開催
(年間3回シリーズ、毎年継続的に開催)
- 各市町村独自の連携体制の構築を、先行地域の自治体職員とともに府としてバックアップ

◆認知症施策の全体像とこの取組みの位置づけ



【大阪府】

認知症地域支援体制構築事業等普及推進会議における情報収集・普及推進、連携強化のための方策検討等、かかりつけ医研修等の開催、介護サービスの充実にに向けた制度改善要望や認知症介護実践者等の養成、認知症サポーター養成や広域ネットワークへの支援 等

■人口：8,873,698人 ■高齢者数：2,089,869人 ■高齢化率：23.6%
(平成25年9月31日現在)

府内には33市9町1村の計43の自治体がある。(このうち、政令指定都市2市、中核市3市、特例市6市)日本で2番目に面積が狭いが日本第3位の人口規模を持つ。

大阪府

関連情報(資料):大阪府認知症地域資源情報共有シート集

取組み経過

平成19年度・平成20年度

○府内3か所で認知症地域資源連携推進モデル事業を実施

平成21年度

○1市が認知症地域資源連携推進モデル事業を実施

平成22年度

○3市が認知症地域資源連携推進モデル事業を実施
○22年度及び過去のモデル地域等を含めた認知症地域支援体制構築等普及推進会議を開催。
市町村での取組みを推進するために、課題や解決に向けての取組みについて情報交換。検討された課題について、セミナーを開催。

平成23年度

○認知症地域支援体制構築等普及推進会議を開催。

平成24年度

○認知症地域支援体制構築等普及推進会議を開催。
SOSネットワークの広域化などの課題解決に向け検討

(役割・ポイント・工夫)

モデル事業を行った市の取組み報告を担当者が、具体的に、取組みの工夫や有効性を「それぞれの言葉」で伝える場がはじまった。

H22年度より、モデル事業を実施した市を中心として推進会議を開催し、情報交換や府内の市町村の取組みが推進できるようなセミナーになるよう検討を行った。会議の中で「地域づくり」の視点をもったとりくみの必要性が確認された。

また、「地域づくり」のためには、市町村、地域包括支援センターだけでなく、多くの社会資源、地域住民の参画が必要ということで、まず、地域づくりのキーパーソンとなりうるキャラバン・メイトも参加するセミナーを開催した。

担当者が顔を合わせて検討し、その成果を確認するとともに、次にみえてきた課題の把握や解消に向けた取組みを検討する場となった。

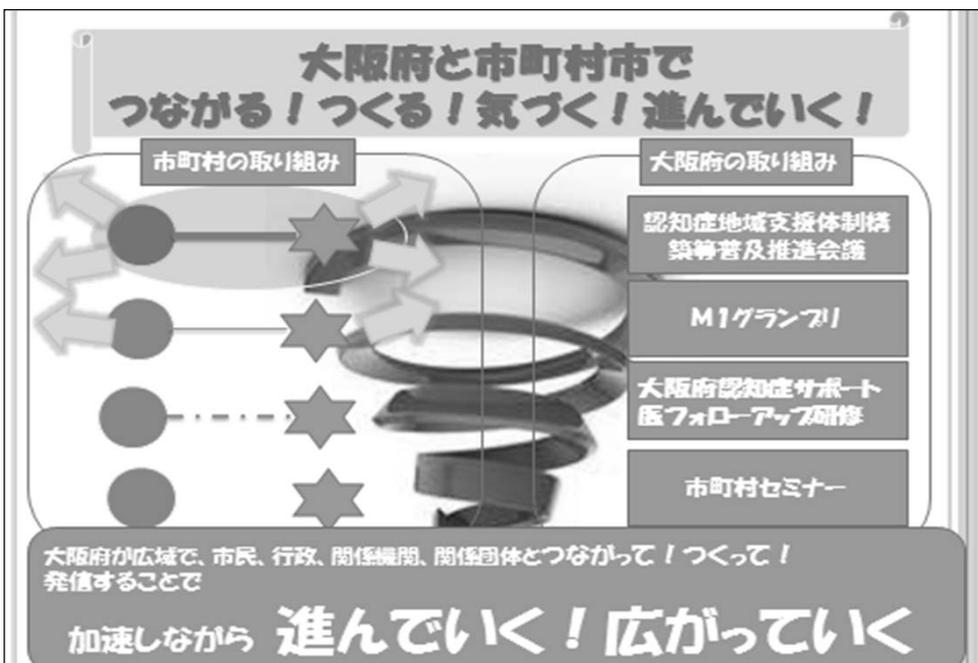
◆今後への課題と期待

セミナー参加者の中から、あたりまえに思っていたことが実は有効であったことの認識や、それを活かした次の取組みの展望がみえたという声が聞かれた。地域の強みをいかしたユニークな事業を推進していくためにセミナーという形での市町村間の情報交換は効果的である。また、自地域の取組みを整理して報告することで振り返りができる効果もある。

都道府県が広域の情報把握できる立場であることを活かして、市町村が必要とする情報を的確に伝えていくことで、府内全体の取組みを推進することができている。

市町村間の取組みの情報をどのように集約するかを考えるうえで、都道府県・市町村の担当者の“顔の見える関係”“思いの伝えあえる関係”の構築は有効である。

◆この取組みを通じて広がった地域資源の「つながり図」



M-グランプリ



市町村セミナー

ひとつの事例を関係者で共有し、それぞれの役割(自分たちにできること)を確認する

(個別から地域課題へ、地域の実情にあったケアパスづくりの最初の一步)

富士宮市(静岡県)

○人口：135,506人 ○高齢者数：32,638人 ○高齢化率：24.1%

(平成25年10月1日現在)

市内の面積は388.99km²(東西20.92km、南北32.63km)、海拔35m～3,776mという標高差日本一。2006(平成18)年から地域包括支援センターを、直営で1か所、市役所1階に設置し、高齢者だけでなく障害者・児童・家庭内暴力など、福祉に関する初期総合相談窓口として位置付けた。

<ポイント>

- (1) 地域包括支援センター(行政)が、地域住民の見守りが必要な方に、Fケアマネと協力(後方支援)して、家族との合意形成を図りながら地域ケア会議に発展させていった。
- (2) 地域包括支援センターのスタッフが、この事例を通して、市社会福祉協議会、民生委員・児童委員協議会、介護保険事業者連絡協議会、居宅介護支援部会など、関係機関・多職種と役割を確認するための会議や研修会に発展させていった。

<取組みのきっかけ、当初の地域課題>

- (1) 地域包括支援センターに相談にきたひとりのケアマネージャー(以下、Fケアマネ)が、担当保健師(以下、K保健師)に「認知症サポーターがたくさんいても、個別支援に活かされていないじゃない。」と言ったことがきっかけとなった。
- (2) 当時(平成22年)Fケアマネが言ったことは、「82歳で要介護2となった日中独居の女性(以下、Aさん)が、毎日1.5km先にある神社まで1日4回お掃除に行っている。このAさんを一体誰が見守ってくれるのか?認知症サポーターは何もしてくれないのか?サポーターは一体どこにいるのか?」ということであった。
- (3) 地域包括支援センター(直営1か所)としても、認知症サポーターの位置付けや地域支援のイメージが今ひとつ明確になっていなかった。この事例を通して、これまでの取組みを振り返り、整理するよい機会となった。

<取組みの内容>

- (1) 相談を受けたK保健師の対応

保健師は、Aさんの状況把握を行った後、認知症サポーター養成講座の実施状況、認知症サポーターの活動状況、Aさんのエリアのサポーターの状況、市の方針などについて確認した。お掃除に行かれることは困ることではない。市が目指す地域は、認知症であっても安心して、散歩や買い物ができる地域である。そこで、Aさんが散歩を続けるためにどのようなリスクがあるのかを、ケア

マネージャーに整理してもらった。

(2) FケアマネがあげたAさんのリスクと方針決定

FケアマネがあげたAさんのリスクは概ね次のとおりである。「交通量の激しい道路を渡る」「夏でも帽子を被らず、水分も取らず歩く」「途中にあるお宅の庭に入って掃除をすることがある」「一度だけ道をそれてしまうことがあった」など。K保健師は支援方針を以下の3段階に分けて考えた。

日常見守り時	本人が安全に歩けること。 家族が安心して送りだせること。
見当たらない時 (早期発見の方法)	家族が「あれ？いない」と思った時に、早期発見・早期対応できること。 介護者・事業所等がいち早く状況を確認でき、必要なところ（警察・民生委員・区長から消防団）に支援を求めることができる。
行方不明時	あらゆる市民が気にかけてくれて、情報を寄せてくれる。

(3) 地域ケア会議の実施（平成22年10月）

K保健師は支援の方向性をFケアマネと確認した後、息子に説明した。息子も、これまでご近所に話さずにいたが、Aさんがサポートを受けて在宅生活を継続できるのであればと納得したため、地域ケア会議を実施した。会議のメンバーは、息子、ケアマネージャー、民生委員・児童委員、ホームヘルパー、社会福祉協議会スタッフ、地域包括支援センタースタッフである。

(4) 地域ケア会議と資料の作成（見える化）

「1 日常見守り」では、Aさんの散歩コースの沿道に住み、見守ってくれそうなお宅（見守り支援宅）を地図上にプロットしていった。ケアマネージャーがチラシを作成し、息子、ケアマネージャー、民生委員などが見守り支援宅を訪問した。この時、Aさんが散歩中に渡る道路を1日6回巡回しているバスの運転手にも見守りをお願いした。

「2 見当たらない時」では、下記の連絡網を作成し、見当たらなくなった直後に見守り支援宅から息子とケアマネージャーに即時に情報が集めるように連絡網を作成した。

Aさんは地域の方に見守られながら、亡くなるまでの約2年間散歩を続けられた。一度徘徊につながった時があったが、見守り支援宅からの情報により、見付け出すことができた

「安心して散歩がしたい」
皆様の暖かい目と手をお貸しください

【お願い】
金ノ宮神社へ散歩や掃除に行くのが日課になっている認知症の方がいます。散歩の途中で、体調が悪くなった時、怪我をした時、家が見つからなくなってしまった時、ご自分で助けを求めたり、判断する事が出来ません。この方が、一日でも長く安心して散歩へ出かけられるように、地域の皆様の暖かい目と見守りに、ご協力ください。

氏名 さん
住所

＜特徴＞
・色覚で白痴
・エプロンか靴を履いている事が多い
・車の免許は持っているが白痴・神社内では掃除をしたり、黄色を履いている
・声を掛けると、本人の意向に合わない事が多く、表情が険しくなり怒る事がある
・寝たがれ家事や、本人が毎日繰り返している事があり、会話は成り立たない時がある

＜緊急連絡先＞
※休日が悪そうなお時、道に迷っていらぬ時、自宅と反対方向に歩いている時などご連絡下さい

1) 携帯 ()
2) グリーンティ-居宅介護支援事業所
担当ケアマネージャー 深澤久美子
0544-25-3747
080-5290-5259
3) 富士宮市地域包括支援センター
0544-22-1591
4) 暮コ-プ(ヘルパ-ステ-ション)
0544-25-6050
5) 地域型支援センター 社会福祉協議会
0544-22-0094

日さんが見当たらなくなった場合は・・・

1 状況の把握
連絡網を使って、見守り支援者や親族等に連絡する。(家族)
(民生児童委員から→近隣(同支部)の民生委員・名簿の中の見守り支援者等へ連絡)
(ケアマネから→ヘルパー・地域型支援センター・包括等に連絡)

2 見守り支援者が、知り合いなど、協力してくれる人に事情を話して、一緒に探してもらおう。

3 1時間して見付からない場合には、
■ 区長 (さん宅 番:) に連絡する。 →消防団の出動
■ 警察(別添)に連絡する。(富士宮警察署生活安全課:23-0110)

連絡網(見守り支援者)

〇〇区〇〇民生児童委員	〇〇-〇〇〇〇
△△区△△民生児童委員	〇〇-〇〇〇〇
〇〇ケアマネージャー	〇〇-〇〇〇〇

〇〇神社氏子総代〇〇氏	〇〇-〇〇〇〇
〇〇自動車整備工場	〇〇-〇〇〇〇
〇〇商店	〇〇-〇〇〇〇
〇〇焼肉店	〇〇-〇〇〇〇
地域型支援センター	〇〇-〇〇〇〇
富士宮市包括支援センター	22-1591

(5) 継続支援

Aさんが散歩を続けられた2年間、K保健師とFケアマネは4か月に1度、見守り支援宅を訪問し、情報収集を行った。

(6) 啓発活動

K保健師は、Fケアマネとこの取組みを振り返り（地域資源の役割を確認し）ながら、市内全体に広がるようにケアマネージャー向けのパンフレットと手引書を作成してホームページ上に公開したり、Mケアマネにパワーポイント資料を作成してもらい、介護保険事業者研修会での事例発表につなげていったりした。また社会福祉協議会とも連携し、地区社会福祉協議会（対象は民生委員・児童委員、自治会長など）での事例発表にも展開していった。

<取り組み経過>

- (1) 平成22年7月 Fケアマネが地域包括支援センター窓口に来る。
- (2) 平成22年9月 Fケアマネ・K保健師から社会福祉協議会及び民生委員・児童委員に支援を求める。まだ動きは生まれない。
- (3) 平成22年10月 第1回地域ケア会議開催。
- (4) 平成23年1月 Aさんが行方不明になったが、連絡網が機能し発見される。
- (5) 平成23年9月 ケアマネージャー研修会開催「認知症（徘徊）高齢者に対する包括ケア」ほかケア関係者の集まり、福祉のまちづくりサポーター養成講座（富士根南地区社会福祉協議会主催）等で事例紹介を行う。

<この取り組みでの変化、成果、波及効果>

- (1) 最初の頃は、地域住民から「危険だから施設に入れた方がよい」との意見も聞かれたが、地域住民が見守ることによって地域生活が継続できるとの意見に変わっていった。
- (2) 実例を使った啓発活動が各地、各団体に広まっていき、個別から地域課題への流れが生まれ始めた。あわせて、社会福祉協議会や地域包括支援センターなど、それぞれの役割が明確になっていき、各団体の機能強化が進んでいった。
- (3) ケアマネージャーと民生委員等、介護保険事業者と地域住民との連携が増えていった。現在では、主任ケアマネージャーと民生委員による意見交換会が各地で展開されたり、一部の地域で、自治会主催の地域ケア会議が開催され、そこで生活している認知症高齢者等を担当ケアマネージャーが実名で紹介し、地域生活を支えるための座談会が開催されるようになった。

<取り組みの中心となった人たち・組織とその役割>

家族、ケアマネージャー、民生委員、地区社会福祉協議会、市社会福祉協議会、地域包括支援センター

<取り組みに関する施策・事業名、活用補助金等>

地域包括ケア推進事業

認知症地域見守りネットワーク構築推進業務（平成19年度から開始）

本取組みについての予算はなし。

<認知症施策の全体像とこの取組みの位置づけ>

富士宮市の地域福祉ネットワークをベースに
認知症見守りネットワーク機能を付加させるための
5つのステップ図を作成

地域資源調査研究 地域福祉ネットワークに認知症見守り機能を付加する取組み

認知症の趣旨普及・啓蒙ネットワーク

第1ステップ：自助力を高める (市民向け認知症講座)

第2ステップ：互助・共助力を高める (サポーター養成講座)

本人・家族からの相談を受入れ、受容、治療へとつなげるためのネットワーク

第3ステップ：本人・家族への相談窓口の紹介

(早期発見・早期治療体制の構築)

リスクの高い(虐待・消費者被害・徘徊等)高齢者の発見から専門機関へつなぐネットワーク

第4ステップ：相談窓口の紹介、相談体制の確保

第5ステップ：介護者支援ネットワーク

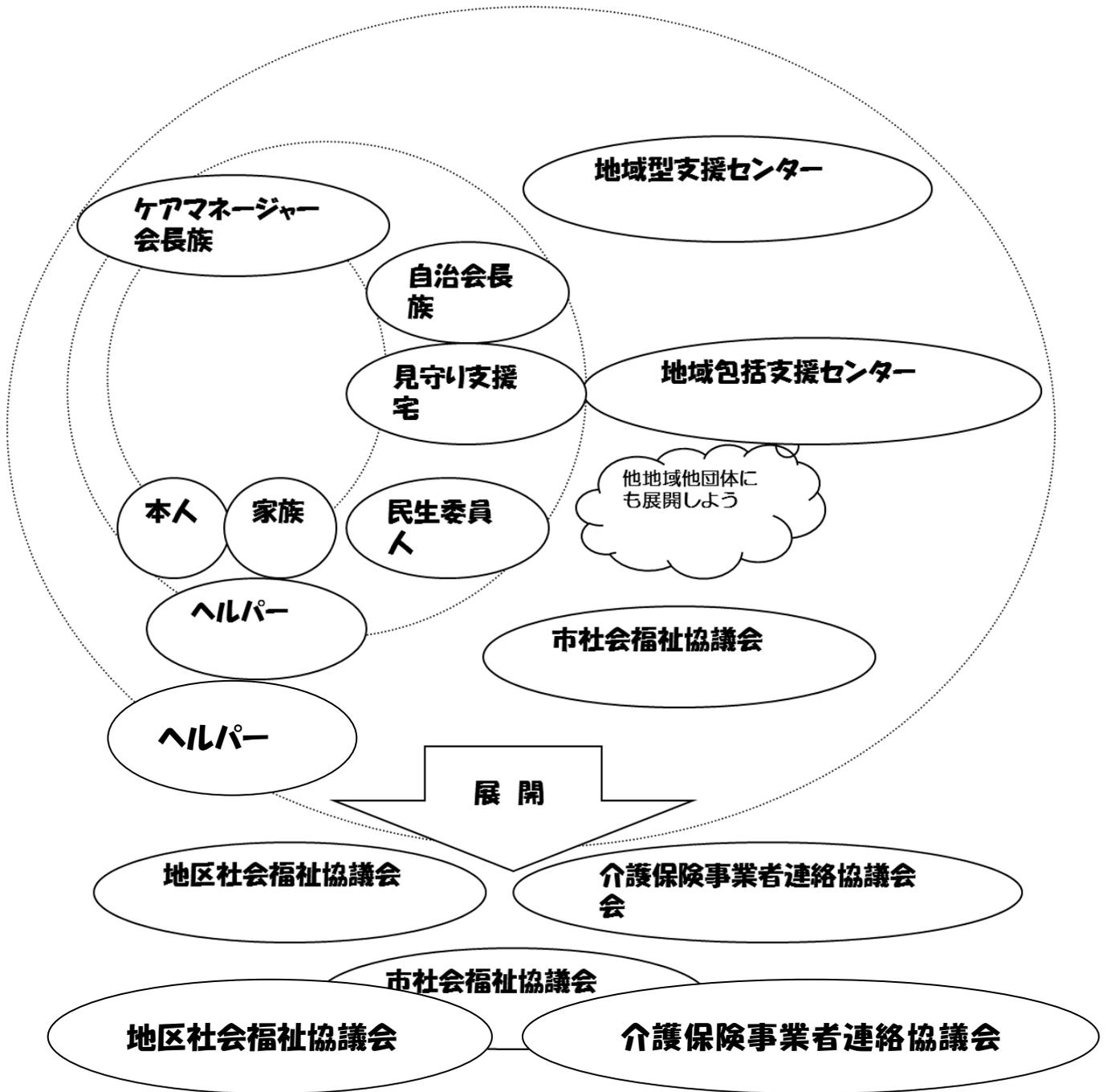
(家族介護者の支援・家族介護教室の開催)

<今後への課題と期待>

このような支援の事例は、ひとりひとりの状況や地域の実情に応じて形が変わるものと思われる。一度仕組みを作ったとしても、長い経過の中で、その都度状況に応じた支援の形が作られるよう、関係者間で見直されていくことが必要である。

また、一度だけ徘徊につながった時があったが、その際、関係者の知識・考え方が一致せず、消防団への出動依頼が見送られたが、その後の包括ネットワーク会議において、警察、消防本部、自治会長、消防団の考え方や関係性等について確認していった。

<この取組みを通じて広がった地域資源の「つながり図」>



手をつなぎたい相手とプロセス(認知症の人の生活課題把握)を共有する医療機関連携

富士宮市認知症支援医療機関ネットワーク研究会の取組みから・・

富士宮市(静岡県)

○人口：135,506人 ○高齢者数：32,638人 ○高齢化率：24.1%
(平成25年10月1日現在)

市内の面積は388.99km²(東西20.92km、南北32.63km)、海拔35m～3,776mという標高差日本一。2006(平成18)年から地域包括支援センターを、直営で1か所、市役所1階に設置し、高齢者だけでなく障害者・児童・家庭内暴力など、福祉に関する初期総合相談窓口として位置付けた。

<ポイント>

- (1) 住民の相談内容の分析や家族会・介護保険事業者とのワークショップから課題を洗い出し、医師に伝えるとともに、認知症支援医療機関ネットワーク研究会においても、ひとつひとつ課題を共有していった。
- (2) 認知症支援医療機関ネットワーク研究会を、精神科医や神経内科医だけでなく、認知症かかりつけ医やその他のかかりつけ医にも入っていただいた。

<取組みのきっかけ、当初の地域課題>

- (1) 認知症地域支援体制等構築推進事業(平成19年度)の開始に伴い、認知症の人と家族の状況を知るため、以下の取組みを行った。
 - ア 地域包括支援センターにおける認知症相談事例の分析
地域包括支援センターの保健師が、平成19年度の相談履歴(約300件)を1件1件あたり、課題と思われることを抽出していった。
 - イ 認知症家族の会とのワークショップ(生活する上での困り事について)
家族会会員(約40人)に付箋紙を渡し、日常生活で困ったことがあったら、付箋紙に書き込んでもらった。それを、行政、地域包括支援センター、市社会福祉協議会のスタッフで1か月に一度ワークショップ形式で聞き取っていった。役員とKJ法でまとめ、資料化した。
 - ウ 認知症についてのアンケート 介護保険事業者47人、一般市民92人
 - エ 介護保険事業者連絡協議会が全介護職に対してアンケート(ケアの向上を果たす上での介護現場における問題・課題)をとり、その結果をもとに、行政・地域包括支援センターと介護保険事業者の代表45人(9人×5グループ)が計15回(3回×5グループ)のワークショップを実施し問題・課題を整理した。
このようなことを積み重ね、次の課題が見つかった。
 - ア 住民がどこの医療機関にかかったらよいのか、ケア関係者がどこの医療機関を紹介していいのかわからない。

イ かかりつけ医のいない人が受診につながらない。

受診やサービス利用が困難な人が、医師と連携することにより、受診につながるケースが多々ある。

ウ 市民がかかりつけ医に物忘れの相談をしても、「単なる加齢によるもの」と流されてしまうことがある（かかりつけ医から専門医に上手につないでほしい）。

エ 認知症と診断された時に、その後のアドバイスがほしい。

オ 入院を要する身体疾患の治療の受入れ先がない。

カ 医師、家族、ケア関係者の間で情報共有が必要。

これを医師に伝えることにより、平成21年3月に認知症支援医療機関ネットワーク研究会がスタートした。（年1回実施）

(2) 富士宮市認知症支援医療機関ネットワーク研究会

研究会スタート時、

○ ある認知症かかりつけ医（内科医）からは、「日頃から主治医として接している患者ならまだしも、紹介による初対面の患者・家族と40・50分時間をかけても、どれ程まで実情が把握できるかわからない。」

○ 神経内科医からは、「初診でこられても3時間半待ち、その間待てない方もいる。かかりつけ医との連携なしでは、今後見切れなくなることも予想される。」

との意見が寄せられた。

<取組みの内容>

平成21年度から年1回実施している認知症支援医療機関ネットワーク研究会（医師5名参加）において、課題を共有することにより生まれていった取組み経過

(1) 物忘れ相談窓口医療機関一覧表

市民のニーズに応え、医師会と地域包括支援センターの連名で作成したもの。チラシや市のホームページで公開している。

(2) 「もの忘れ相談連絡票」

認知症支援医療機関ネットワーク研究会で作上げたもの。認知症の疑いがある方が初期受診をする際、相談支援機関（地域包括支援センター・居宅介護支援事業所等）のスタッフが相談者から聞き取って記入するもの。相談者はこの連絡票をもって相談窓口医療機関に受診する。

もの忘れ相談連絡票

相談者氏名		本人との続柄	
フリガナ 本人氏名	性別	男 女	生年月日 M・T・S (歳) 年 月 日
住 所	電 話 () () () () () ()		

■今回受診を希望した(動機)理由 (1) () 認知症が心配(本人・家族) (2) () 脳の精密検査を希望 (3) () 物忘れの治療を希望 (4) () 人に頼りながら (5) () 介護保険のサービス利用希望 (6) () その他	■家族構成 (1) 独居 (2) 人家族 夫・妻・父親・母親・息子・娘・孫・婿・孫
■主介護者 (1) 氏 名 : (2) 本人との続柄:	

■日中の状況 (1) () 常時、家に1人 (2) () 1週間に数日、1人になる (3) () ほとんど1人になることはない (4) () その他	■現在、治療中の病気 (1) 無 (2) 有 ()
■現在、服薬中の薬 (1) 無 (2) 有 ()	

■既往症 (※以下の項目のうち、該当するものすべてに○をつけてください。)			
(1) () 交通事故	(8) () 肝臓病	(15) () 骨関節痛の病気	(22) () 風邪を繰り返す
(2) () 頭のけが	(9) () 腎臓病	(16) () 神経症	(23) () 家に居られなくなったことがある
(3) () 脳卒中	(10) () 胃腸病	(17) () 自律神経失調症	(24) () 日中よく眠れない
(4) () 高血圧	(11) () 性病	(18) () うつ病	(25) () 夜中または日中に家中を歩か回る、または片付け物を繰り返す
(5) () 高脂血症	(12) () 甲状腺の病気	(19) () アルコール依存症	(26) () 窓の外に出てしまう(徘徊)
(6) () 糖尿病	(13) () 聴覚障害	(20) () その他	(27) () 状況にあった着衣ができない
(7) () 心臓病	(14) () その他の内臓(ふたつの)の病気		(28) () 食事を拒否する、または食べ過ぎる

■介護保険制度の利用 (1) 無 (2) 有 要支援: 1・2 要介護: 1・2・3・4・5 居宅介護支援事業所: ケアマネージャー:	■履歴・趣味 (1) 職歴 (2) 趣味
---	-----------------------------------

富士宮市地域包括支援センター TEL.0544-22-1581/FAX.0544-28-4345

平成 年 月 日 記入 担当者氏名: 裏面あり

■異常に気づいた時期・状況(きっかけになるような出来事)

■どのような症状がありますか? あてはまるものすべてに○をつけてください。

- 1 () 同じ話を繰り返したり、聞いたりする。
- 2 () よく知っている人の顔(名前)が思い出せない。
- 3 () しまい忘れがある。
- 4 () 今しようとしたことをおぼれたり、会話の途中で言いたいことを忘れる。
- 5 () 理由もなく泣いたり怒ったり、落ち込むようになった。
- 6 () 身だしなみに無関心になり、以前よりおしよれをしなくなった。
- 7 () 以前はあった興味や興味が失われた。
- 8 () 料理がでなくなった → いつから? 年 月頃から
- 9 () 新聞を読まなくなった → いつから? 年 月頃から
- 10 () 計算の間違いが多くなった。漢字を忘れる。
- 11 () 電氣製品が使いこなせなくなった。
- 12 () 些細なことで怒りっぽくなった。涙もろくなった。
- 13 () ぼんやりして反応が遅くなった。慣れがなくなってきた。
- 14 () 日中や場所の感覚が不確かになった。約束や受診日を忘れる。
- 15 () 蛇口やガスの元栓の締め忘れが目立った。
- 16 () 毎日やっていた日課をしなくなった。
- 17 () 外出をおくづがる。
- 18 () 薬の管理ができなくなった。
- 19 () 金銭の管理ができなくなった。
- 20 () 訪問販売などで高額商品を次々に買ってしまふ。
- 21 () 「家族の誰かが物(財布・通帳・衣類等)を盗んだ」と言い張る。
- 22 () 風呂に入ることを嫌がる。
- 23 () 家に居られなくなったことがある。
- 24 () 日中よく眠れない。
- 25 () 夜中または日中に家中を歩か回る、または片付け物を繰り返す。
- 26 () 窓の外に出てしまう。(徘徊)
- 27 () 状況にあった着衣ができない。
- 28 () 食事を拒否する、または食べ過ぎる。
- 29 () 尿失禁をする、便秘をする、後始末ができない。
- 30 () 物を盗め込む。(コインシム・パーカーやトイレ・パーカーなど)
- 31 () 事実と違うことを言う。作り話をする。
- 32 () 見えるはずのないものが見えたり聞こえたりする。
- 33 () 暴力を振る。(殴る・噛み付く・引っかく・蹴る・唾をはきかける)

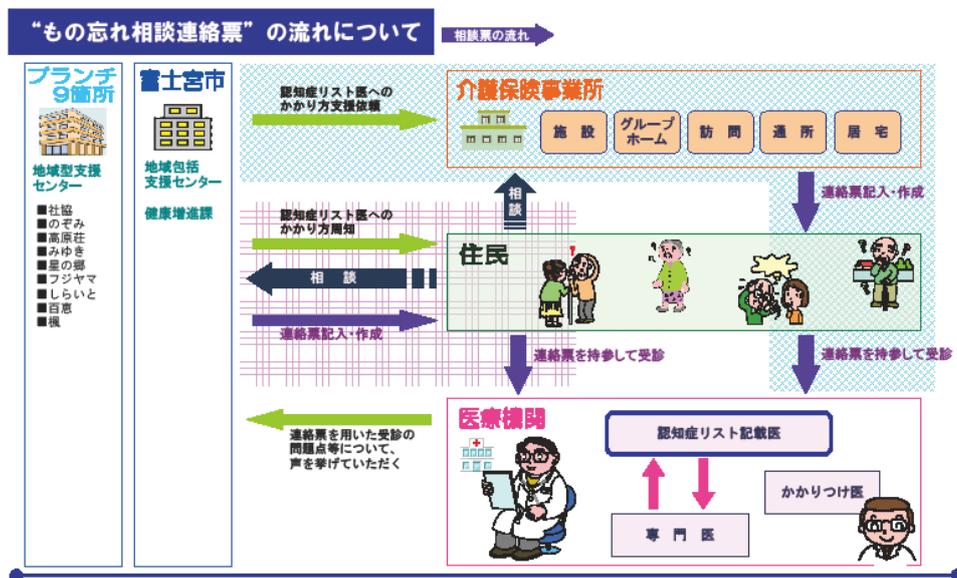
■下記の症状のうち、あてはまるものに○をつけてください。

- 1 () 食欲がない。
- 2 () 体重が減少している。
- 3 () 2週間以上眠れない日が続いている。

■今、一番困っていることはなんですか?

■特記事項

裏面あり



(3) 認知症かかりつけ医研修

認知症支援医療機関ネットワーク研究会で合意した「富士宮市における認知症専門医(精神科・神経内科の5人の医師)」が、認知症かかりつけ医にアンケートをとり、研修を企画運営した。

(4) エーザイ株式会社が製作した「私の手帳」を富士宮市版に改良し、認知症支援医療機関ネットワーク研究会やキャラバンメイト・家族会・介護保険事業者等に周知したところ、一部の医療機関で本人の状況を把握するために活用され始めた。

(5) 多職種事例検討会（見える事例検討会 講師：八森淳氏）

認知症支援医療機関ネットワーク研究会において、全ての医師から「認知症に関わる人たちが集まり、いろんな意見を入れて勉強していくことが大事」「普段関わっている方々や現場の情報を入れて治療にあたることが大事」等の意見が聞かれたため、多職種事例検討会を開催した。

ア 体験研修 47人参加（医師6人参加）

イ 見える事例検討会（平成26年2月13日実施予定 参加予定者150人）

<取り組み経過>

- (1) 平成21年3月 認知症支援医療機関ネットワーク研究会立ち上げ
- (2) 平成21年11月 物忘れ相談窓口医療機関一覧表作成
- (3) 平成22年10月 「物忘れ相談連絡票」作成
- (4) 平成23年2月 認知症かかりつけ医研修会の実施
- (5) 平成23年7月 「私の手帳」の普及
- (6) 平成25年10月 多職種事例検討会開始

<この取り組みでの変化、成果、波及効果>

- (1) 医師のキャラバンメイトが誕生した（現在も活発に活動されている）。(平成20年度)
- (2) 介護保険事業者と医師との交流が盛んに行われるようになった。(平成21年度)
- (3) 「物忘れ相談窓口医療機関一覧表」が市民に公表された。(平成21年度)
- (4) 「物忘れ相談連絡票」が作成され、相談機関と認知症かかりつけ医との連携が生まれた。(平成22年度)
- (5) 有志で富士圏域の医師が集まり「物忘れ検討会」が立ち上がった。定例的に勉強会が開催されている。(平成23年度)
- (6) 医師対象の勉強会が定期的で開催されるようになった。(平成23年度)
- (7) 一部の医療機関で「私の手帳」が活用され始めた。(平成24年度)
- (8) 認知症サポート医が誕生した。(平成24年度)
- (9) 医師、ケア関係者に加え、自治会長や民生委員、キャラバンメイト、家族会も含めた多職種事例検討会が始まった。(平成25年度)

<取り組みの中心となった人たち・組織とその役割>

認知症支援医療機関ネットワーク研究会（平成19年度から年1回実施）

物忘れ検討会（富士圏域の医師の有志団体 平成23年度から開始）

認知症支援医療機関ネットワーク研究会が定義した認知症専門医

精神科・神経内科の医師5名

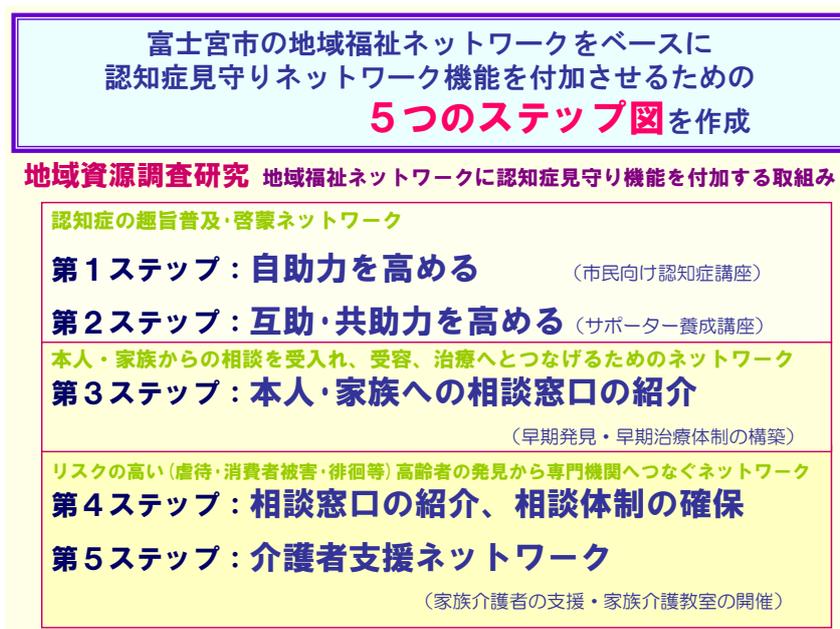
認知症かかりつけ医等の研修会の企画立案

認知症サポート医
医師のキャラバンメイト（地域住民への啓発活動）

<取組みに関する施策・事業名、活用補助金等>

認知症地域見守りネットワーク構築推進業務（平成19年度から開始）
地域支えあい体制づくり事業（平成25年度）

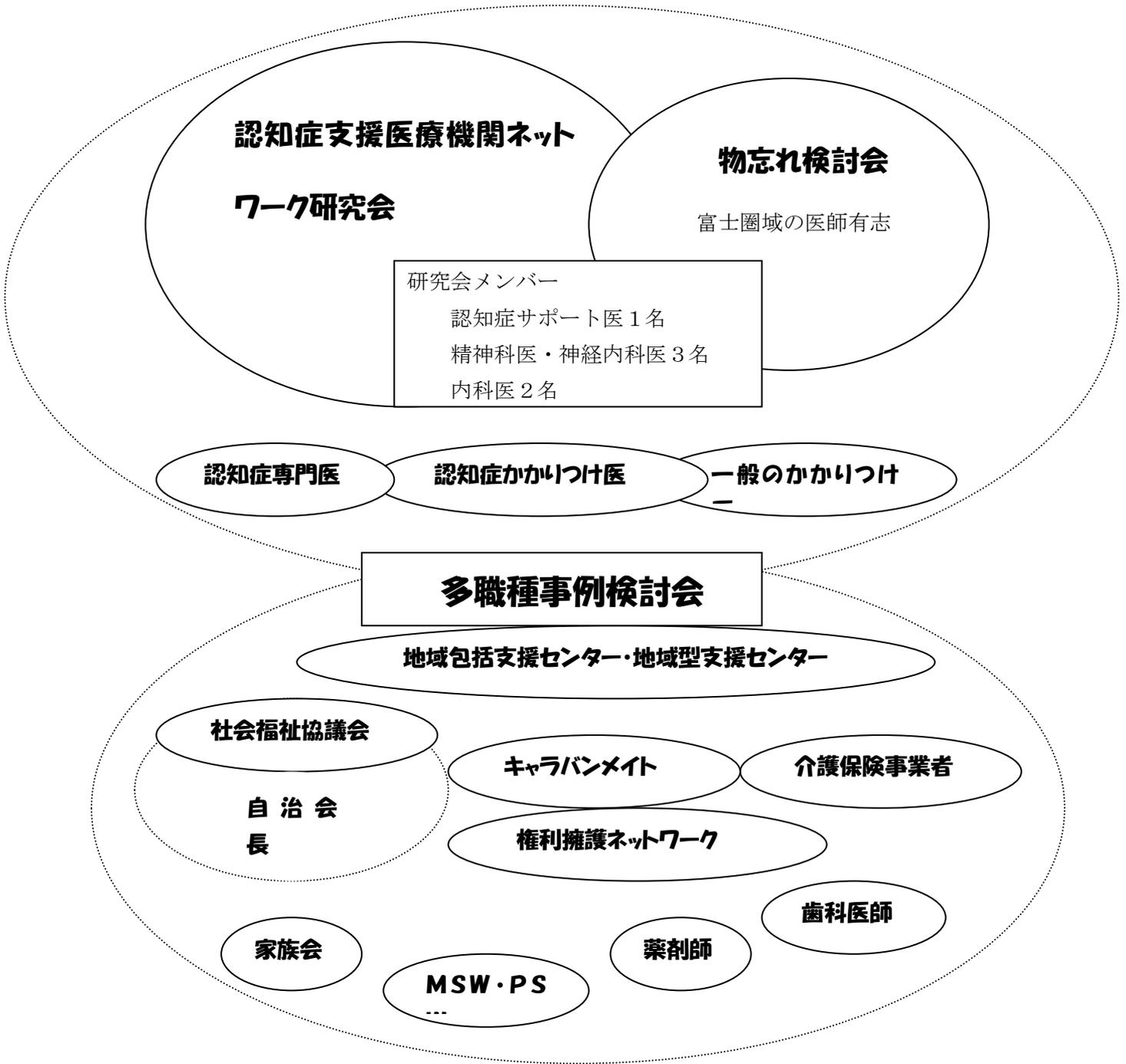
<認知症施策の全体像とこの取組みの位置づけ>



<今後への課題と期待>

多事例検討会を定期に開催していくことにより、多くの医師に興味を持っていただくことを優先する。動きが活発になったところで仕組みづくりに着手したい。

<この取組みを通じて広がった地域資源の「つながり図」>



報告書名

平成 25 年度 認知症地域資源連携検討事業報告書

発行元

社会福祉法人 浴風会
認知症介護研究・研修東京センター
〒168-0071
東京都杉並区高井戸西 1-12-1
TEL:03-3334-2173 FAX:03-3334-2156

発行年月

平成 26 (2014) 年 3 月