主催：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 28 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が地域でよりよく暮らすための支援体制を共に築いていくために～

日時：2017 年 1 月 30 日（月） 10:00～16:00
場所：コクヨホール （東京都港区港南 1-8-35）

プログラム

時　間	内　　容
10:00～10:10	あいさつ セミナーのねらい
10:10～10:50	平成 28 年度のこの時期を活かして、認知症地域支援体制の拡充を図ろう ～今、やるべきこと・できることは何か～ 認知症介護研究・研修東京センター
10:50～11:50	【報告１：石川県加賀市チーム】 地域包括ケアビジョンの実現にむけた戦略と実際 ～元気な頃から老いや認知症に備えて、自分らしく生きていくために～ 加賀市地域包括支援センター　北口 未知子 さん 北村 喜一郎 さん ＊質疑応答
11:50～13:00	休　憩 ： 各地域のポスター閲覧 ・ ネットワーキング
13:00～13:30	【サプライズトーク】 認知症とともに生きていく、わたしの思いと願い
13:30～14:30	【報告２：宮城県チーム】 本人・家族の声を聴く ～施策への反映に向けた宮城県の取組～ 宮城県長寿社会政策課　前田 知恵子 さん 宮城県北部保健福祉事務所　東海林 奈菜絵 さん ＊質疑応答
14:30～14:45	休　憩 ： 各地域のポスター閲覧 ・ ネットワーキング
14:45～15:45	【報告３：和歌山県御坊市チーム】 認知症施策を横断的に展開するための行政内での連携と産官民学のつながり ～個の支援、そして地域づくりへ～ 御坊市市民福祉部介護福祉課　谷口 泰之 さん 御坊市総務部企画課　狩谷 晃司 さん 御坊市在宅介護支援センター中紀　志水 建一 さん ＊質疑応答
15:45～16:00	まとめ 今後のお知らせ

平成28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が地域でよりよく暮らすための支援体制を築いていくために～

2017年1月30日

認知症介護研究・研修東京センター

この町で暮らしてきた　これからもいっしょに

すべての市区町村で、わがまちならではの、つながりと地域づくりを、一歩一歩

平成28年度第2回合同セミナー参加者概要

平成29年1月26日時点

区分	参加自治体数	参加人数
都道府県 (保健福祉事務所含む)	11	15人
市区町村 (地域包括支援センター、事業者等含む)	＊39都道府県から 121	271人
合計	－	286人

厚生局(北海道厚生局、東北厚生局)

＊「参加者一覧(都道府県別)」参照

全国合同セミナーの目的

全国の自治体の認知症施策の担当者・関係者が集まり
認知症の人がより良く暮らし続けることを支える
地域支援体制づくりに関する実践的な情報を共有し、自地域に活かす

実際に取り組んでいる地域の
実践を通じてポイントを学ぶ

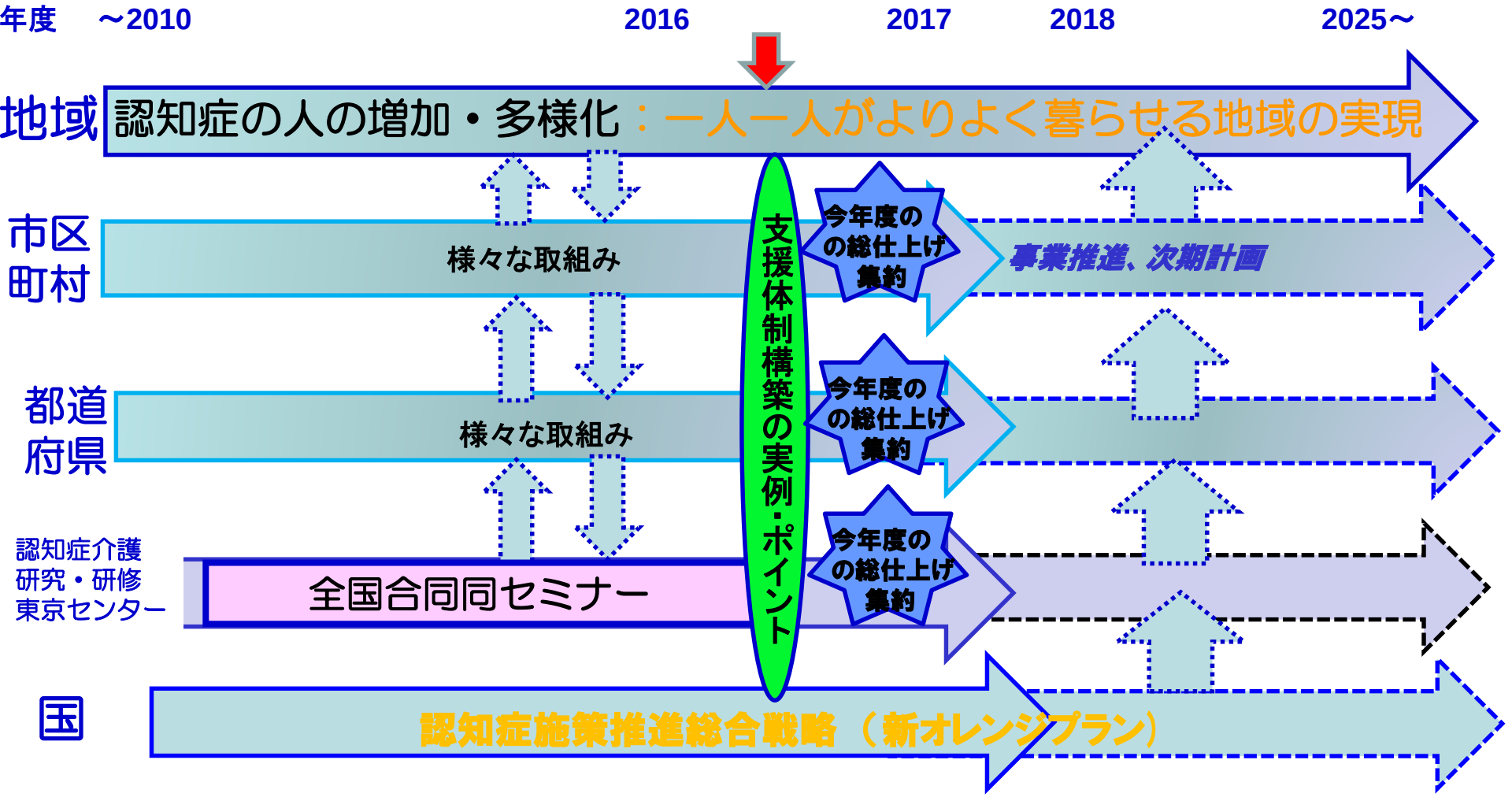
自地域の現状を見つめなおし
より効果的・持続発展的な
取組みをあり方を考える

全国の他地域の参加者同士で情報・意見交換+ネットワーキング

各自治体/地域に帰って

得られたことを地元に伝え、話し合い、自地域の取組みを補強・推進

この合同セミナーの位置づけ



今年度の総仕上げ・集約の時期⇒来年度以降の基盤補強・方向づけ

それぞれの立場を活かしあって重層的な支援体制を築いていこう

★地元で暮らす本人・家族に行き届く支援を

平成２８年度のこの時期を活かして、認知症地域支援体制の拡充を図ろう

～今、やるべきこと・できることは何か～

認知症介護研究・研修東京センター
永田　久美子

今、変革の渦中：将来を見据えて、よりよい地域を築く基盤固めの時期

未来をデザインし、創りだせる立場にある

医療・介護連携、認知症施策、地域ケア会議、生活支援、介護予防の充実のスケジュール

資料　厚生労働省

	25～26年度	27～29年度	30年度～
医療・介護連携	■25年　地域医療再生基金を活用した事業実施 ■26年　介護保険法改正（在宅医療・介護連携拠点の機能を地域支援事業へ位置づけ）	■27年4月　改正法施行 ■取組可能な市町村から順次実施。小規模市町村では事業の共同実施等を可能とする。都道府県による支援等も実施。	■全ての市町村で実施（小規模市町村では事業の共同実施等を可能とする）
認知症施策	■25年　初期集中支援チームのモデル事業の実施等 ■26年　介護保険法改正（地域支援事業へ位置づけ）	■27年4月　改正法施行 ■取組可能な市町村から順次実施。小規模市町村では事業の共同実施等を可能とする。	■全ての市町村で実施（小規模市町村では事業の共同実施等を可能とする）
地域ケア会議	■26年　地域ケア会議の推進（国による好事例周知等を積極的に推進） ■26年　介護保険法改正（法定化、守秘義務等）	■27年4月　改正法施行 ■法定化による地域ケア会議の確実な実施	■地域ケア会議の充実が図られる。
生活支援	■26年　生活支援の基盤整備 ■コーディネーターの研修実施 ■26年　介護保険法改正（地域支援事業へ位置づけ）	■27年4月　改正法施行 ■コーディネーターの配置等を順次推進、国による好事例の周知等も積極的に実施。	■コーディネーターの配置等が推進され、市町村で生活支援の充実が図られる。
介護予防	■効果的・効率的な介護予防の取組事例を全国展開する観点から市町村を支援	■地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組の充実	■効果的・効率的な介護予防の取組の充実

認知症施策は、全体を統合して進めていくための大事な要

立場を活かして、事業・資源をつなぎ、地域の総合力を高めよう

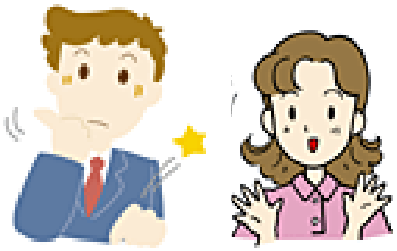
医療・介護連携、認知症施策、地域ケア会議、生活支援、介護予防の充実のスケジュール

資料　厚生労働省

	25～26年度	27～29年度	30年度～
医療・介護連携	■25年　地域医療再生基金を活用した事業実施 ■26年　介護保険法改正（在宅医療・介護連携拠点の機能を地域支援事業へ位置づけ）	■27年4月　改正法施行 ■取組可能な市町村から順次実施。小規模市町村では事業の共同実施等を可能とする。都道府県による支援等も実施。	■全ての市町村で実施（小規模市町村では事業の共同実施等を可能とする）
認知症施策	■25年　初期集中支援チームのモデル事業の実施等 ■26年　介護保険法改正（地域支援事業へ位置づけ）	■27年4月　改正法施行 ■取組可能な市町村から順次実施。小規模市町村では事業の共同実施等を可能とする。	■全ての市町村で実施（小規模市町村では事業の共同実施等を可能とする）
地域ケア会議	■26年　地域ケア会議の推進（国による好事例周知等を積極的に推進） ■26年　介護保険法改正（法定化、守秘義務等）	■27年4月　改正法施行 ■法定化による地域ケア会議の確実な実施	■地域ケア会議の充実が図られる。
生活支援	■26年　生活支援の基盤整備 ■コーディネーターの研修実施 ■26年　介護保険法改正（地域支援事業へ位置づけ）	■27年4月　改正法施行 ■コーディネーターの配置等を順次推進、国による好事例の周知等も積極的に実施。	■コーディネーターの配置等が推進され、市町村で生活支援の充実が図られる。
介護予防	■効果的・効率的な介護予防の取組事例を全国展開する観点から市町村を支援	■地域においてリハビリテーション専門職等を活かした自立支援に資する取組の充実	■効果的・効率的な介護予防の取組の充実

2017年1月

・今年度事業の仕上げに奔走
・まとめの委員会や報告会、報告書
・来年度の準備、仕込み
・待ったなしの案件、個々の対応



この時期だからこそ
やるべきこと・できることがある！
★年度末を活かすと
取組みの成果の伸ばせる！
来年度以降に弾みがつく！

今、やるべきこと・できることは何か

～（小さな）できることを見つけて、アクションを～

1. 本人視点で「目指す姿」を語り、希望の結集軸をつくる

2. 本人の声を聴き本人と共につくる

3. 抱え込まず、関係者の力を借りて一緒に考え、一緒に取組む

4. 脱領域で、多様な分野の人・事業等に視野を広げ、つながる、つなげる

5. 事業・取組みを進めてきた中での（小さな）成果を集約し、伝わるように発信する

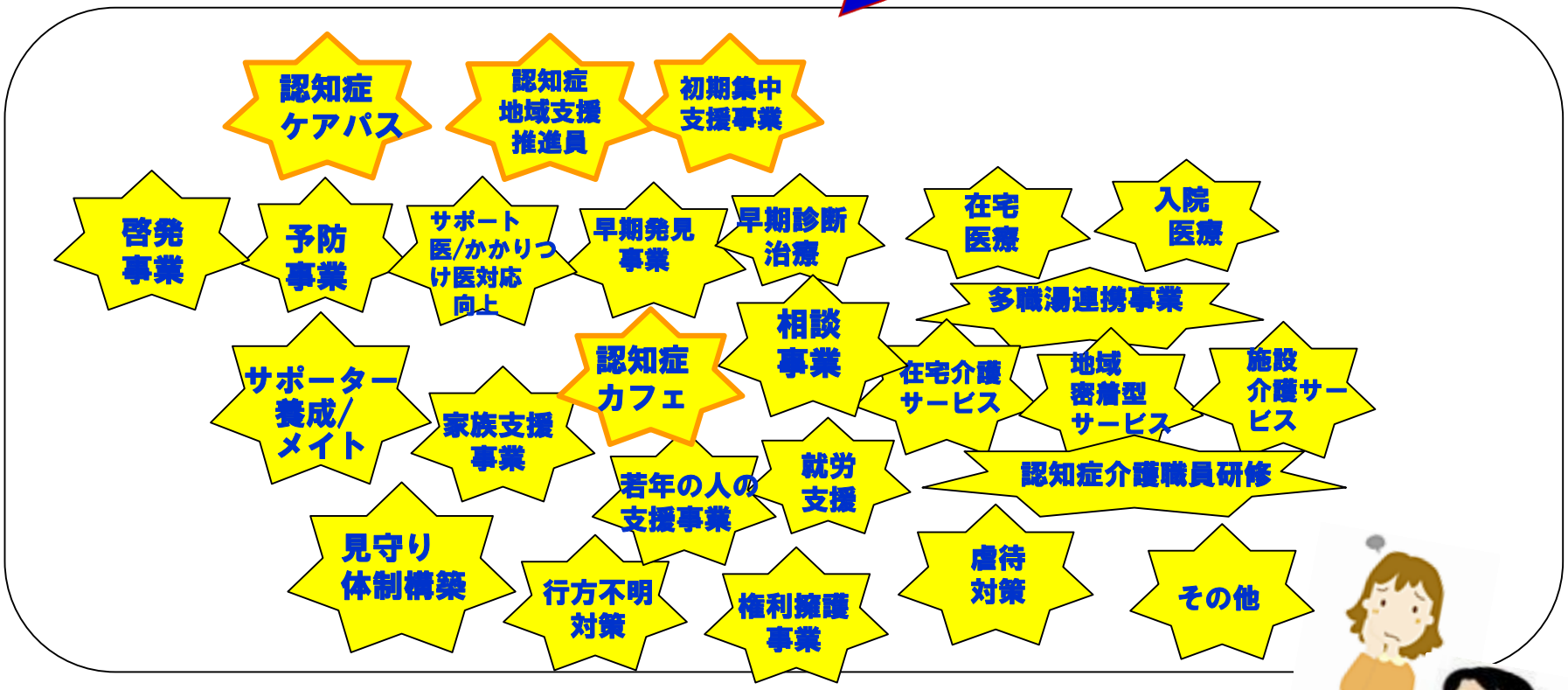
年度末の様々なシーンで

- 個々の取組み
- 出会い
- 話し合い
- つきあい
- 企画
- 調整
- 打ち合わせ
- 会議
- 委員会
- 講座
- 研修
- フォーラム
- 報告会
- 報告（書）作成

平成29年度以降の実質的な展開

1. 本人視点で「目指す姿」を語り、希望の結集軸をつくる

現状：年々、事業や地域の支援資源が増えてきているが・・・



・バラバラ、混乱、

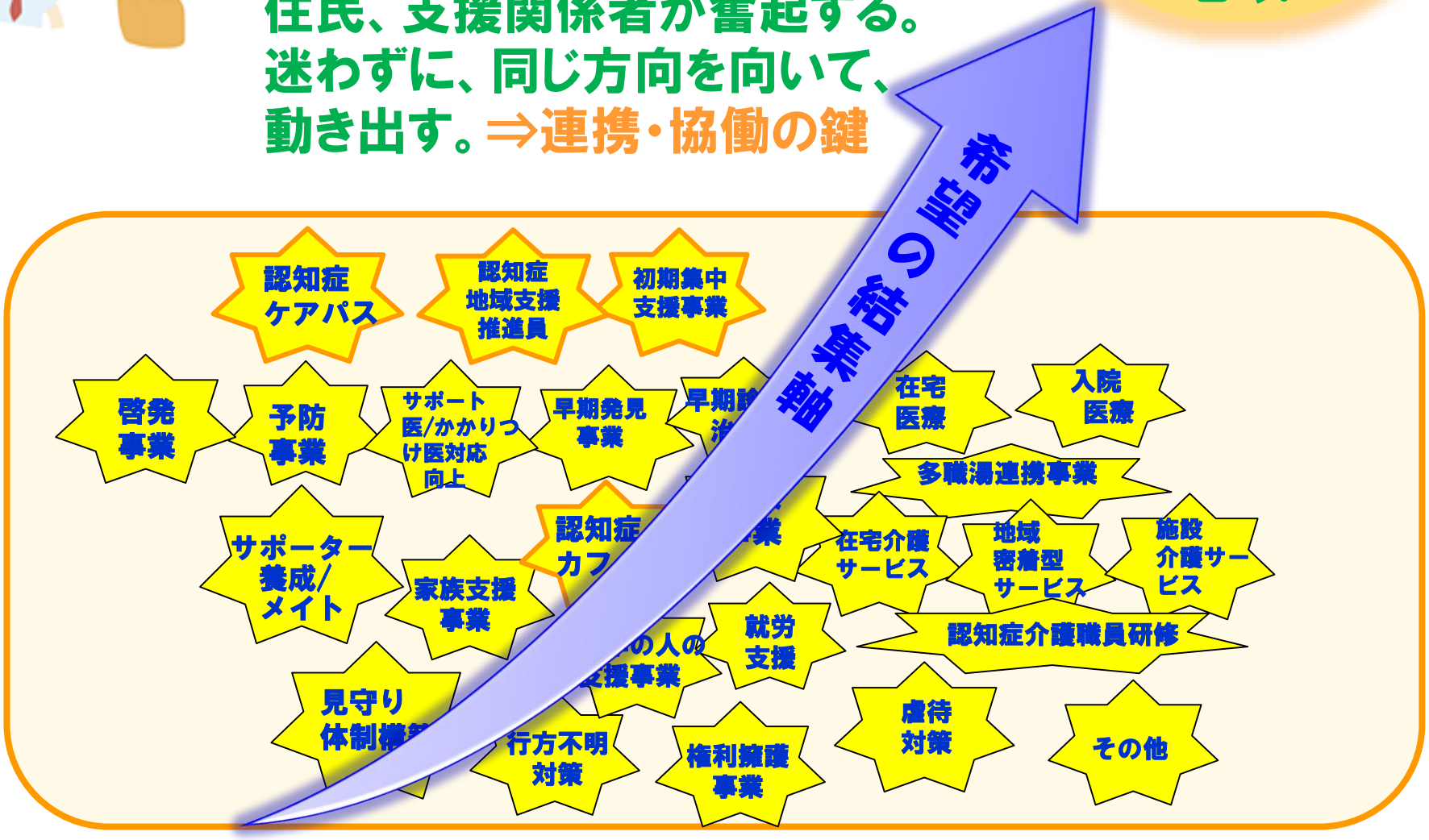
＊何をめざしていいかわからない、やらされ感、その場しのぎ

忙しく頑張っているのに、成果があがらない

⇒地域のみんなが疲弊、先行き不安、あきらめ、楽になれない

★わが自治体/地域が、目指す姿は・・・

行政担当者、関係者が、
自分ごととして、真剣に語ると
住民、支援関係者が奮起する。
迷わずに、同じ方向を向いて、
動き出す。⇒連携・協働の鍵



★わが自治体/地域が、目指す姿は・・・

何をめざしていくか：ヒントは・・・

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）
～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～　の概要　厚生労働省　平成27年1月

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

新オレンジプランの基本的考え方

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

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

七つの柱

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

何をめざしていくか：キーワードは

■　めざす地域の姿は・・・

認知症の人にやさしい地域

■　めざす認知症の人の姿は・・・

認知症とともによりよく生きていくことができる

・単に支えられる側と考えない

・自分らしく暮らし続けることができる（道筋：パスを辿れる）

■　方針：めざす姿を効率的に達成するために

・本人の意思を尊重（声を聴く）し、当事者の視点に立つ：当事者主体

・住み慣れた地域を（とことん）大切にする：住民主体

・地域の多様な分野の関係者と共働

・当事者や様々な関係者から幅広く意見を聴取する

めざす姿を実現するための方策：7つの柱

めざす姿　自分らしく

住民（本人）　発症　**認知症とともによりよく生きていく**　最期

容態の変化に応じてすべての時期で、よい環境で暮らせる地域

やさしい地域

七つの柱

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

＊①～⑥すべての方策が「めざす姿」を達成するために効率的に機能するための根本的な方策

「めざす姿」達成に向けた方策（手段）

参考

わがまちが、こんなまちになるように、いっしょにやろう！

行政担当者（事務職、技術職）が、目指す姿を、
あらゆる機会で、様々な人に語っている地域

サポーター養成講座で

サロンやカフェで

委員会や様々な検討会、話し合いの機会に

子どもたちに向けて

企業に向けて

医療・介護・支援の
関係者に向けて

研修会や報告会で

わがまち

行政関係者の方向づけ（言葉の力）は、想像以上に大きい。

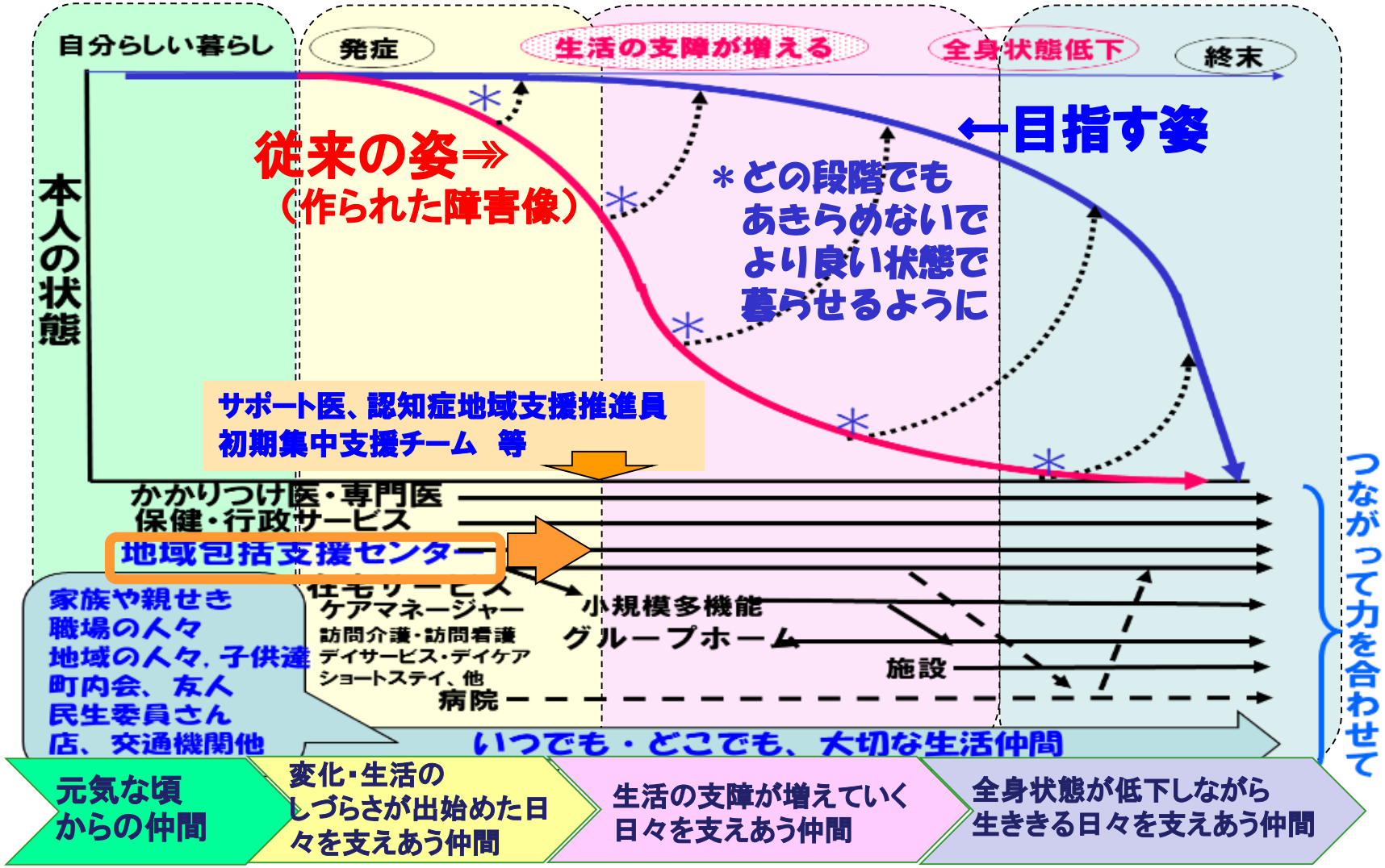
＊地域の多様な人たちのやる気と力、結集軸をうみ出す

従来：地域の理解・支援・つながりの不足で悪化している人が多い

◇本人（住民）の「目指す姿」：発症後も自分を保ち、よりよい状態・生活・経過を（希望）

◇地域の「目指す姿」：すべての職種・立場の人がいっしょに、やさしい地域に。

＊特に、初期が重要：初期がその後の経過を大きく左右⇒「初期集中支援」の大切さ



「目指す姿」の討議を地域で深めながら、取組みを進展させている例

ビジョンの再検討作業　（加賀市）

関係部課長とワーキングメンバーとの話し合い

じぶんたちの宣言書づくり

加賀市の目指す姿

目指す姿に向けて

地域の人のつながりで戸外に出て、一緒に。

市民、専門職それぞれが、
できることをみつけて、
ふだんの中でさりげない実践を継続。
全体として一つの方向へ。

地域の介護サービス事業所が、身近な相談窓口に。

「目指す姿」の討議を地域で深めながら、取組みを進展させている例

本人・家族・住民・専門職が、希望を持てる認知症ケアパスを作成（町田市）

行政職員が、
市内の地域包括支援センター(委託)
に配置した認知症地域支援推進員と
共に話し合い、認知症ケアパスの作成
作業に取り組む。

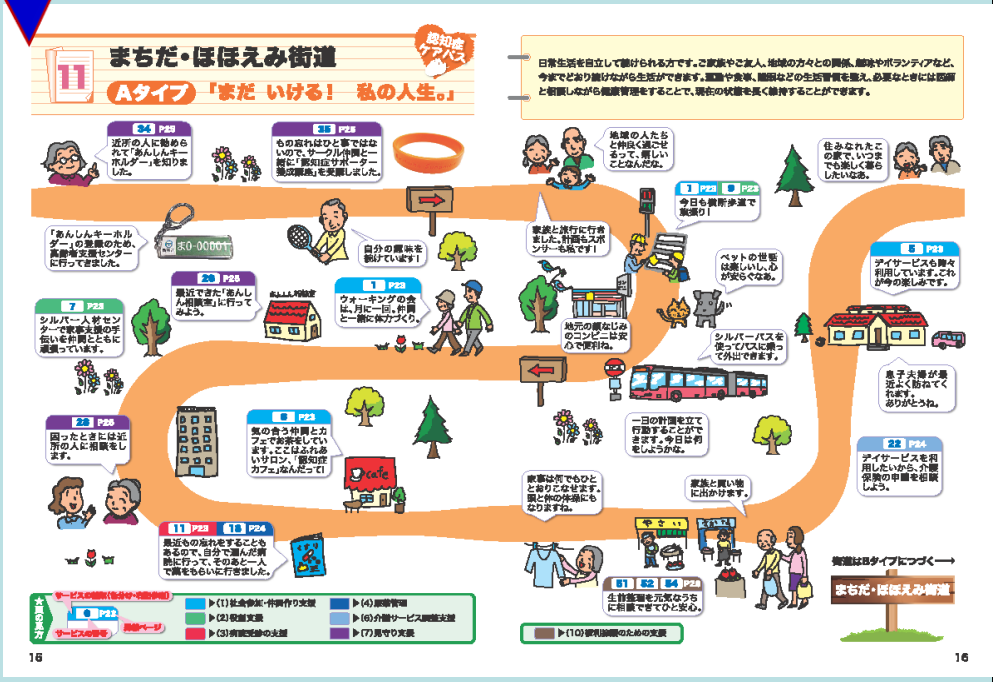
＊認知症になっても楽しく生活できることを市民に伝えることが目的です。
（長い経過を、容態別4期に分けて）

[まちだ・ほほえみ街道]

認知症の疑いの時期

「まだいえる！私の人生」

＊ケアパスに「目指す姿」をわかりやすく盛り込む。



https://www.city.machida.tokyo.jp/iryo/old/shiminnokatae/ninchishojoho/shitte.html

2. 本人の声を聴き、本人と共につくる

現状：地元で暮らす本人の声をきかないまま、
施策・事業や取組みを企画し、こなすことになりがち。

何から手を
つけていいか
分からない

やってははみたが
やっておしまい
作っておしまい

ターゲットの
人が集まらない
つながらない

苦労している割に
成果ができない、
やりがいがない。

認知症
ケアパス

認知症
地域支援
推進員

初期集中
支援事業

啓発
事業

予防
事業

サポート
医/かかりつ
け医対応
向上

早期発見
事業

早期診断
治療

在宅
医療

入院
医療

多職湯連携事業

相談
事業

認知症
カフェ

サポーター
養成/
メイト

家族支援
事業

在宅介護
サービス

地域
密着型
サービス

施設
介護サー
ビス

認知症介護職員研修

就労
支援

若年の人の
支援事業

見守り
体制構築

行方不明
対策

権利擁護
事業

虐待
対策

その他

＊急がば回れ！

「ひとり」からでも、「本人の声を聴く」機会をつくると

・何が起き、どんな理解・支援・つながりが必要か、
すべきこと・できることが浮かび上がってくる。

・本当に役立ち、無理・無駄のない事業・取組みになる。

今、これが
必要なんだ！

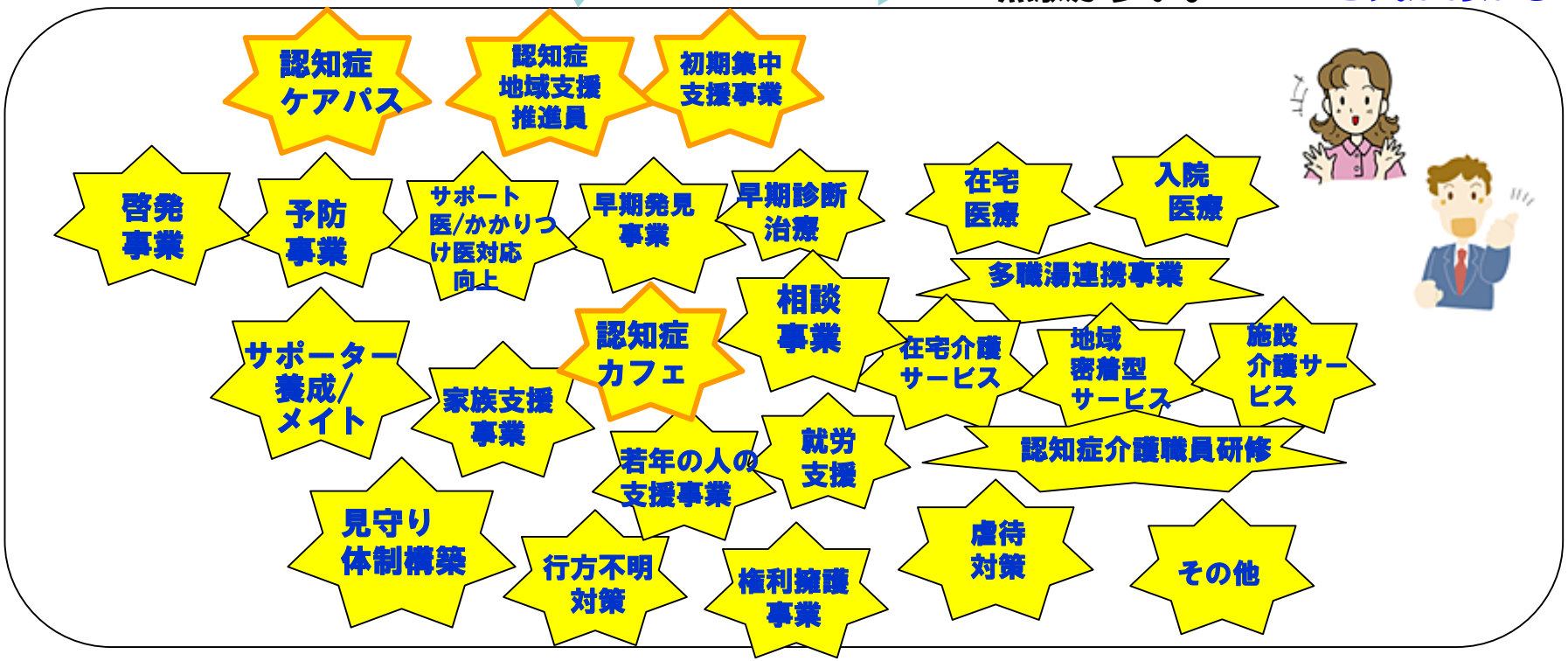
具体的に
やるべきこと・
できることが
見つかる！

限られた人手、
時間・コストで
優先すべきこと
が明確になる

▲無駄が多い。

そのうち・・・
と先延ばしできない
自分ごととして
一歩(半歩) でも

★志気があがる！



本人の声を聴き、事業や取組みを本人と共に進めている例

本人が語る機会を作り、市民や専門職が声に耳を澄ますきっかけを作る。（富士宮市）

サポーター養成講座やプロの研修で本人に体験や思いを語ってもらう。

＊もう隠したり、引きこもる時代ではない。

＊認知症になってから、地域の少しの支えがあれば、
あきらめることより、できることや楽しみがふえていく！

認知症はあっても語れる人、もともと語るのが好き・得意な人が、地元に沢山いる！

本人が、キャラバンメイトになる！
- この姿に多くの人が勇気づけられる。
- 新たな役割になり、本人・家族が前向きに歩みだす

人が集まる機会・イベント等が多い年度末こそ、
無理と決めつけずに、本人の声を聴く機会をつくろう！

生の声が無理なら、すでにある映像を活かそう（最終頁　参照）

（年度末の）検討会や会議に、本人に参加してもらい、素朴な気づきや意見を聴こう、今後に活かそう。

話し合いや作業に、本人が参画：何が必要か、目からうろこ

（富士宮市）

認知症ケアパス作成の場に、本人に参加してもらい意見を聴いてみた。

- 本人、家族が、みやすく、利用できるものに
- 手にしたい、見たい、と思えるものに
- 見て元気が出る、楽しいものに

（仙台市）

機会があれば伝えたい、声がかかるのを待っている人がいる。

本人のことばより

●だめ、しないでいい、あぶない・・・、
　そればっかりいわれる。
　情けない。いやんなる。
　自分でしたい・・・。自分で決めたい。

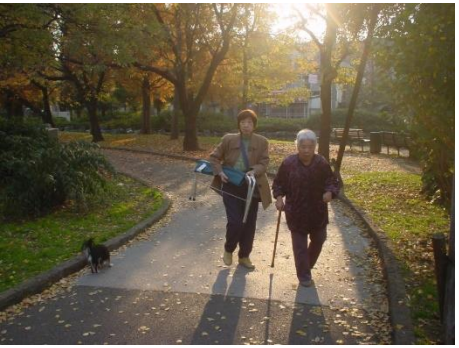
●やることなすこと、うまくいかないでつらい。
　でも、誰かがいてくれれば、まだまだできる。

●あそこ（認知症カフェ）、いってみたけどつまらない。
　息苦しい。時間が惜しい。もっと好きなことをしたい。

●世話になる一方は、つらい・・・。
　おとうちゃん（夫）やこどもたちのためになりたい。

●外にでたい！　気晴らししたい！　働きたい！

認知症の事業・取組を特殊なことにしないで、本人の素朴な声（願い）を聴いて、かなえていこう。



ちょっと一緒に
散歩へ

ちょっと一緒に
きれいになりに

ちょっと一緒に
好きな買い物へ

ちょっと一緒に
地域の子供と

ちょっといっしょに
なじみの図書館に

ちょっと一緒に
働き活躍

ちょっと一緒に
なじみの人と風呂屋に

ちょっと一緒に、
あそこに行きたい

地域の中に出かけ、安心・安全な町に・・・優先課題

重要

ふだんから、地元で
本人同士が集まり、本音で語り合える機会をつくろう

★家族や支援者には、語れない思いやニーズがある。

★認知症の体験をしている仲間に会えると・・・

・本音で語れる。

⇒重荷を(少し)おろせる。解放される。

・想像以上に、語れる。思っていることを伝えられる。

⇒真のニーズがみえてくる。

・本人同士で、励まし合い、支え合い、
落ち込みから脱出して、前向きになっていく。

参考
おれんじドア
＊本人が、本人の相談役に。
語り合い、一緒に歩んでいく。

「宮城の認知症とともに考える会」

認知症になっても、これからがある。
これからの一日一日を、のびのびと楽しく！

一人ではない。仲間がいる！

ぼやきつぶやき元気になる会（大牟田市）

＊仲間同士で話し合うと
想像以上に言葉が出る。
一人ひとりに思いがある。

＊本人が前向きになる、
落ち着いて、元気になる
➡家族も楽になる。

今ある事業や場を活かして
認知症の本人同士が集まり、語りあえる場づくりを。

例○認知症カフェ、サロン、デイサービス・デイケア、地域密着型サービスの場で
○（早期）診断後や相談にきた人の集いを（医療機関、ケア関係者とともに）
○家族の集いの際に本人も一緒に参加し、本人のグループを　等

認知症総合戦略推進事業【一部新規】

平成29年度予算(案)
2.4億円 → 2.5億円

概 要

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）に基づき、適時適切な医療介護等の提供、若年性認知症の人への支援、地域での見守り体制の確立、認知症高齢者等の権利擁護等、認知症高齢者等にやさしい地域づくりを推進するための取組を実施する必要がある。

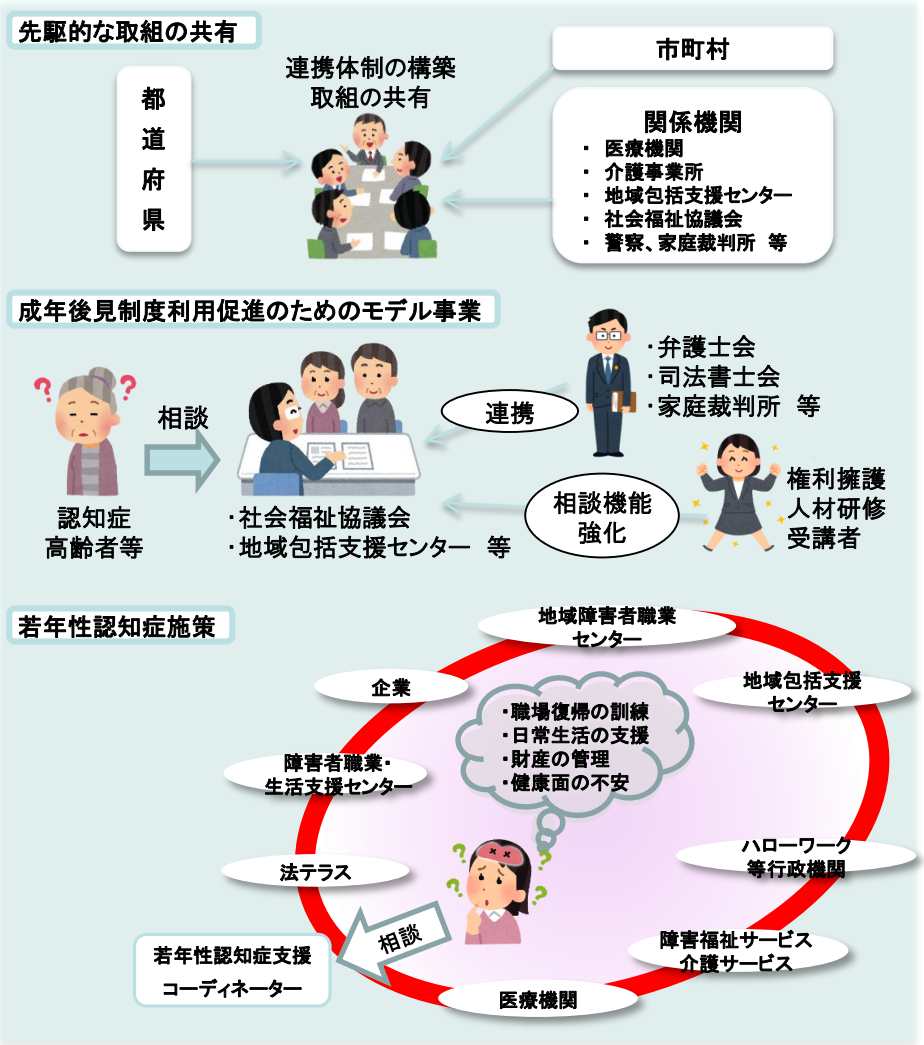
このため、広域的な見守り体制や高齢者等の相談機関における法律面での支援体制の整備、初期集中支援チームや地域支援推進員の設置についての支援や医療介護連携体制の確立等、地域の実情に応じた取組について各都道府県で共有するための事業を実施するとともに、都道府県において若年性認知症の人への支援等を実施する。

事業内容

1　先駆的な取組の共有や、広域での連携体制の構築
（主な事業内容）
- 広域の見守りネットワークの構築【新規】
- 認知症の本人が集う取組の普及　【新規】
- 初期集中支援チームや地域支援推進員の設置加速化
- 認知症医療と介護の連携の枠組み構築　等

2　成年後見制度利用促進のための相談機関やネットワークの構築などの体制整備【新規】

3　若年性認知症の人への支援や相談窓口の設置



3. 抱え込まず、関係者の力を借りて一緒に考え、一緒に取組む

○一連の作業を、自分/一部の人で、こなそうとしていないか

【事前にやること】
- 企画
- 準備
- 調整
- 手配
- 周知/広報

【事業・取組みの当日】
- 会場設営、受付
- 必要者の移送
- 進行役
- 報告役
- 記録役・まとめ役
- 結果の広報

その他

どの段階でも
- 一緒にやってもらえる人がいないか。
- 手伝ってもらえる人がいないか。
- 一声かけてみる人がいないか。

＊一緒に考え、やってみる機会・プロセスを通じで、つながりが深まる。
＊意外な工夫が生まれる。
＊自主的に動く人たちが出てくる。
＊取組みが持続的になる。

4. 脱領域で、多様な分野の人・事業等に視野を広げ、つながる、つなげる　＊本人・家族の日々の生活を支える層を拡充する

町のあらゆる人が、認知症の人と家族の生活相手・見守り・支え手

→人から人へ活きた関係を紡いでいく　現場に出向きながら

民

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

産

▶個人商店（八百屋、魚屋、肉屋等）、スーパー、コンビニ、コープ
直売所　▶飲食店　ホームセンター、大工、　お寺
▶薬局　▶理美容店　▶針灸院、整骨院、マッサージ
▶宅配業者、新聞店配達、ヤクルト、牛乳、ゴミ回収業者
▶タクシー、バス、駅・鉄道、トラック、ガソリンスタンド
▶銀行、信用金庫、郵便局
▶カラオケ、パチンコ
▶農家、農協、漁協、商工会
▶工場、倉庫
地元企業

▶多様な医療・介護・福祉事業所

本人・家族

学

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

官

▶市職員、
地域包括支援センター
保健センター
老人福祉センター
公民館
▶消防本部
▶警察　など

参考・富士宮市資料をもとに作成

わが町の場、自然、季節、文化、産業等

★領域を越えたつながりが、新たな解決力を生む：専門職・行政職も地域の一員

★本人、家族も、地域支援・体制づくりの大事なパートナー！

町にあるものを活かし、小さく始めて、身近なものに

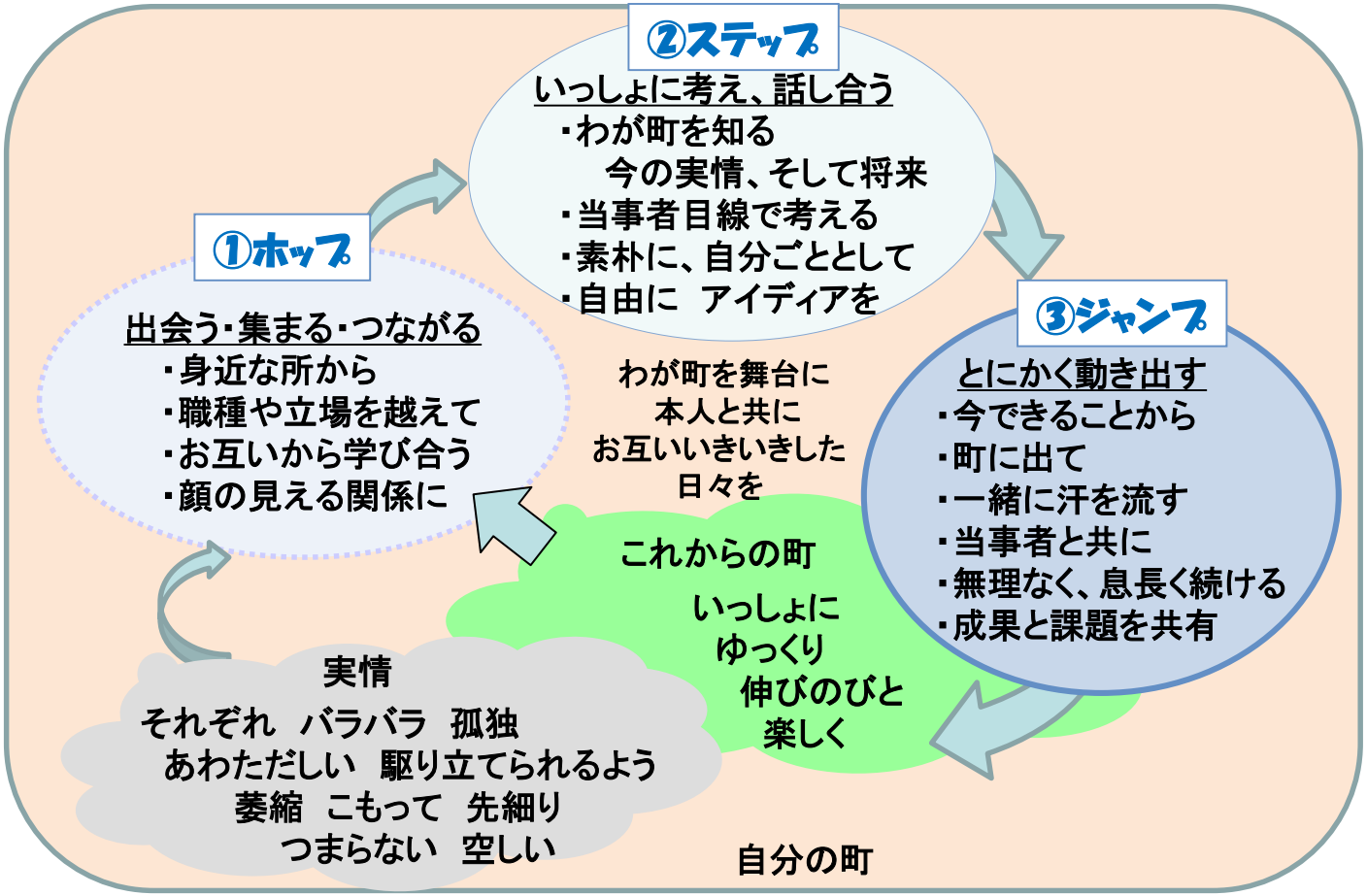
- 参考：矢巾わんわんパトロール隊

2013年4月結成　　隊員40名　わん隊員44匹

2015年　岩手県矢巾町健康福祉祭にて

多様な人たちが、地域の中で、出会い、つながり、楽しく活動する機会をつくろう：　人を集めておしまいにしない

参考　アクションミィーティング



研修会、検討会、情報伝達の機会、報告会の開催方法をリニューアルする

一方通行⇒対話⇒ネットワーキング⇒自由なアイディア⇒アクションと連携の連鎖へ

参考 アクションミィーティング

「こんな町にしたい」、「こんなとをやってみたい」立場を超えた話しあい

その町ならではのアクションと生きたつながり・連携支援の実践が広がっています。

都会地で・・・

小さな町で・・・

アクションミィーティング

医師、薬剤師、栄養士、看護師、
介護職等がチームで出前相談や講座を開催
(静岡市)

休耕地を活かして週1回の農作業
医療・介護職、行政、地域の人と
当事者がつながる、地域での生活継続に
（湯沢町）

⑤事業・取組みを進めてきた中での（小さな）成果を、丁寧に見出し、集約し、伝わるように発信する

＊（小さな）成果が、地域でたくさん生まれ始めている

＊課題、改善に向けた気づき、アイディアも生まれている

⇒聞き取る、声を集める（アンケート等）、見える化する

⇒話し合う機会をつくる

⇒地域の多様な人に発信、共有する

★埋もれた動き、起きている変化を、具体的に地域に伝える

★見えない努力をしている人に光をあてる

⇒新たなつながり・力がうまれる。

参考

広報のプロの力を大切に

和歌山県広川町
抜粋

認知症の方を見守る人たち

認知症の人と家族の会

キッズサポーター

広川町社会福祉協議会

認知症キャラバンメイト

石川 冨美代さん（９２歳）
約２年前、夫（信雄さん）の介護を終え、現在では、イベントなどで認知症に関する講演をするなど、多くの人に認知症という病気の理解を求めています。

まさか夫が認知症になるなんて

表紙写真から約７年経過した冨美代さんが、認知症と向き合った当時を振り返る

「夫は自ら望んで認知症になったわけではないんです。家族との思い出が少しずつ消え、今まで、できていたことができなくなっていくことの恐怖に耐えるのはどれだけつらいことでしょうか」と当時を思い出し、涙をこらえる冨美代さん。

少しの間沈黙が続き、震える声でこう続けます。「結婚した時はまさか夫が認知症になるとは思わなかった。認知症は誰もがかかる可能性のある病気です。薬で症状を遅らすことはできても治すことができず、少しずつ症状が進行していきます。それを側で見守る家族もつらいんです。私も最初は認知症という病気がどういう病気なのかわからずにとまどい、毎日こんなにつらいなら夫と一緒に死のうと考えたこともありました」と認知症という病気の怖さを振り返り、少し恥ずかしそうに「長年連れ添った家族だから乗り越えられました。会えるならもう一度夫に会いたい」と話してくれました。冨美代さんが話してくれたように、認知症という病気は、今まで何気なく過ごしていた日常に暗い影を落とし、家族を心身ともに追い込んでいきます。そんな時、周囲が少しでも認知症という病気を理解していれば、認知症の方やその家族はどれだけ救われるでしょうか。

いつ認知症になるかわからない不安は誰もが持っているはずです。その気持ちに目を背け、認知症を他人事として考えるのではなく、「もし自分や大切な人が認知症になったら」と考えてみてください。自然と認知症の方やその家族の気持ちに寄り添うことができるはずです。

今回の特集では、認知症と向き合う家族とその家族をサポートする人たちにスポットを当てました。

私たちが住み慣れた地域で自分らしく暮らしていくためにはどうしたらいいか、みんなで認知症について考えてみましょう。

CONTENTS ～もくじ～

特集：認知症と家族のかたち
・私たちは一人じゃない 2
・認知症について正しく知る 4
・認知症を取り巻く心の声 6
・広川町社会福祉協議会 14
・認知症の人と家族の会 16
・認知症キャラバンメイト 18
・地域包括支援センター 20
・冨美代さんの体験記 28

介護経験者

地域包括支援センター

interview　心の声

心の声
～あなたの心に届いてほしい～

認知症の症状は人によって違い、一人ひとりに違った対応が求められます。それゆえに、介護の方法もこれが正しいといった答えはありません。答えがなく不安が募ることで介護者は孤独を感じ、ダメだとわかっているのに、強く怒ってしまうこともあると思います。認知症の方も介護者も一人の人間だからさまざまな想いがあるのは当たり前です。
ここからは、認知症を取り巻く心の声を聴いてみましょう。

夫婦の想い

家族の誰かが認知症になると、どういった想いになるのでしょうか。ここでは妻が認知症と診断された夫婦の想いに触れてみましょう。

～すれ違う夫婦の想い～

認知症と診断された妻の想い

自分一人で生活がしたい。二人でテレビを見ていても、夫に用事を言われる。自分でもできるのに、私に言いに来て腹が立つ。
いつも側にいて監視されているみたいで嫌。一人で生活がしたいと考えたこともある。むしゃくしゃしたら電車へ乗って和歌山市へ行く。散歩にも出る。そうすればちょっと気持ちが楽になる。
もの忘れは治らないのか。医者には治らないと言われているが、母親を亡くし、姉も亡くし、すごくつらい想いをして、それから自分はおかしくなったのだと思う。
親も兄弟もなく、自分のつらい想いを聴いてもらう人がいない。もの忘れがでてきて、今までできていた家業の手伝いも迷惑がかかるから辞めた。ふがいなく、腹が立ち、悲しかった。

妻の身を守ろうとする夫の想い

近隣には事情を説明して助けてもらえるようにはしているが、側についていると怒ってはダメとわかっているが怒ってしまう。することがないし、考えることも少ないからだと思うが、妻は「あんたに迷惑かけるからもう死ぬよ」と言って自殺しようとしたこともあった。
でも、昔は妻がすべてをしてくれたし、仕事の手伝いもしてくれた。自分は仕事のみで、妻には家庭を守ってもらい、仕事も一緒にしてもらってきたことを感謝している。今、認知症という病気になった妻は自分で身を守ることができない、だから夫として支えるのは当たり前のことだと思っている。もの忘れがはじまり、やっていた仕事場の内職的なものも取引先に迷惑がかかるようになり辞めさせた。
後悔しても仕方ないが、本人の役割が激減したことが認知症の進行を進めてしまうことにつながったのだろうと思う。だから、今、さまざまなことを頼み、妻の役割を増やすことで、認知症の症状が進行すること を少しでも遅らせたいと考えている。

いっぴつせん 一筆箋
認知症の方の生の声

有田郡市内の介護施設の協力を得て、集めていただいた認知症の方の生の声です。

介護者の想い

家族が認知症と診断された時から介護が始まり、生活が一変します。しかし、家族だからこそ、誰よりも心配し、伝わらない想いを心に抱え寄り添います。今までの日常が日々変化していくなかで、介護者は何を想うのでしょうか。

妻にうそをつくつらさ

自分が我慢しないとお互いが不幸になる

田中　良典（たなか　りょうてん）さん

妻の介護 介護歴約2年

私の妻は1年半前認知症と診断されましたが、診断された時はあまり衝撃は受けませんでした。癌になったと診断されたらすごい衝撃を受けると思いますが、私が認知症という病気に対して無知だったからです。妻が認知症だと感じたのはドライブをしている時でした。その時は、妻が運転し、赤信号だったのですが、「車来ていないから行ってもいい？」と言った時に、これが認知症という病気なんだと思いました。

その時から車に乗らないようにするのは本当に大変でした。普通に考えると鍵を取り上げたらいいだけなのですが、本人が運転できると思っているので簡単にはいきませんでした。特殊車を作ろうとも考えましたが、私は車のバッテリーを外し、車のエンジンがかからないようにする方法をとりました。妻が車に鍵を差し込み、エンジンがかからないことに気づくと「車壊れてるから修理しないと」と言いました。「そうだな」とうなずきながらその姿を見るのはつらかったです。うそをつき、だます毎日で、妻の安全のために行ったことでも妻の大好きな車を取り上げることは不びんでした。他に方法がなかったのかと今だに後悔しています。

車を取り上げることには成功したのですが、症状は悪化して、性格も一変し、無理難題を言ってくる妻に付き合っていると苦しくなり孤独も感じました。

認知症という病気は私が思うに大人から子どもになっていく病気です。子どもは言ったら覚えますが、認知症の方は忘れます。でも感情はあるので、優しく接すれば相手も優しくなり、きつく接すれば怒ります。だから私は我慢することを選びました。どちらかが我慢して寄り添わないとお互いが不幸になってしまうからです。

長年夫婦として生活してきた仲だから大事に接していくのは人間として当たり前のことです。認知症（ちしょう）という病気は周囲（しゅうい）の惻隠（そくいん）の情こそが、最大の妙薬だと思います。

完璧にできない苦しさ

気持ちが伝わらないことのつらさがある

赤田（あかた）　悦子（えつこ）さん

母の介護
介護歴約3年

私の母が「認知症かも」と思ったのは、ものの忘れでした。ある日、母から「お金を引き出してきてほしい」と言われ、引き出してくるのですが、またすぐに「引き出してきて」と言われ、それが何回か続きました。

周囲から「お金のことを言い始めたら注意したほうがいいよ」と教えてもらっていたこともあって、こころの医療センターを受診したところ、認知症と診断されました。

認知症と診断されてから介護が始まり、最初に感じたのは「今までの生活とは違い、母に寄り添う必要がある」ということです。

いつも誰かが側についていないとせっかく部屋を掃除していても食べた時などに部屋を汚してしまいます。

買い物に行く時も、母を一人にはできないので、家族の誰かに頼んでから行かなければなりませんし、誰もいなければ待たなければなりません。

年に1回あるかないかの友達とご飯に行く時も、代わりに母の側にいてくれる人がいないと行くことができません。

そして、寝ることができないこともあります。母を寝かすのはいつも8時ぐらいなのですが、夜中に何度も起きることがあります。それが続くと、自分が寝ることができずに疲れがたまってきます。

何かをしなければいけない時にも母に合わせて生活する必要があるので、自分の時間はほとんどありません。

また、一日過ごすと汚れるので「すっきりさせてあげたい」と思って「お風呂に入ろう」と言うのですが、嫌だと叫びながら父を呼ぶ時があります。なんとかお風呂に入れた後でも、気持ちが伝わらないのが一番つらいので、普段以上に疲れてしまいます。

でも、そうやって我慢している時に、知り合いに「なんでも完璧にしようと思わなくていいと思うよ」と言ってもらい気持ちが少し楽になりました。

家族だけで抱え込むのはやめてください

周りを見れば助けてくれる人たちがいます

診察は家族が一緒に

認知症に関する相談で多いのが家族からの相談です。「最近もの忘れが目立つようになってきた」「昼夜が逆転した生活になってきている」など、相談内容はさまざまですが、本人を診察する時になると、不安から自分の症状を隠そうとする人がいます。

認知症の治療は本人が認知症を自覚できる時点で薬を飲み、進行の速度を遅くするのが重要になります。これは一例ですが、家族から「最近もの忘れがひどい」という相談があり、薬を処方すると「もの忘れが穏やかになってきた」と言う家族もいました。薬の効果には個人差はありますが、薬物治療で治すことはできなくても健康な時間を長くすることは可能です。しかし、認知症の[illegible]は薬物治療だけでは不十分なので、行政が開催している介護予防教室や認知症予防教室に積極的に参加して脳の代謝を高めていくことが必要になってきます。

さまざまなサービスを利用して

認知症の症状が進行してくると本人は認知症を患っていることに気づかなくなります。そうなると「徘徊（はいかい）」などの行動に寄り添う介護者に負担が集中してしまいます。介護保険制度が無かった時[illegible]などは、家族の中の[illegible]介護をするということが多[illegible]介護者は[illegible]分の日常生活を[illegible]で、どうしても追い込まれてしま[illegible]います。今は認知症に対する理解も深まってきており、それにあわせて支えてくれる団体も増えています。介護者は、デイサービスやショートステイなどを利用して、自分の生活の時間を作り、精神的につらい時は誰かに相談して気持ちを楽にしてください。

認知症[illegible]病気は本人と介護者、医師、地域が一つになって支えていく病気です。地域が認知症に理解を持ち、認知症の方を見守るようにすれば、介護者の負担も軽減され、今問題になっている独居老人の孤独死の予防にもつながっていきます。

有田医師会　副会長
横矢クリニック 横矢（よこや） 行弘（ゆきひろ） 院長

町内唯一のグループホームが伝えたいこと

地域全体でお互いを助け合える関係が必要

グループホームとは

グループホームとは、認知症対応型共同生活介護施設のことです。介護が必要な認知症の高齢者が、少人数でスタッフと共同生活を営むことで、認知症の症状を和らげることを目的としています。そのためにはその人らしい空間を作ることが必要になるので、部屋にはその人のなじみの家具や小物を持ち込むことができ、家族の方も頻繁（ひんぱん）に出入りすることができるようになっています。

また、家庭に制服を着た者がいないように、スタッフは私服でケアを行なっているので、誰が入居者かわからないようになっています。そして、食事などは共同で調理し、掃除、洗濯、買い物などを分担で行い、個々の役割を担ってもらえるような環境で毎日の生活を送ってもらっています。

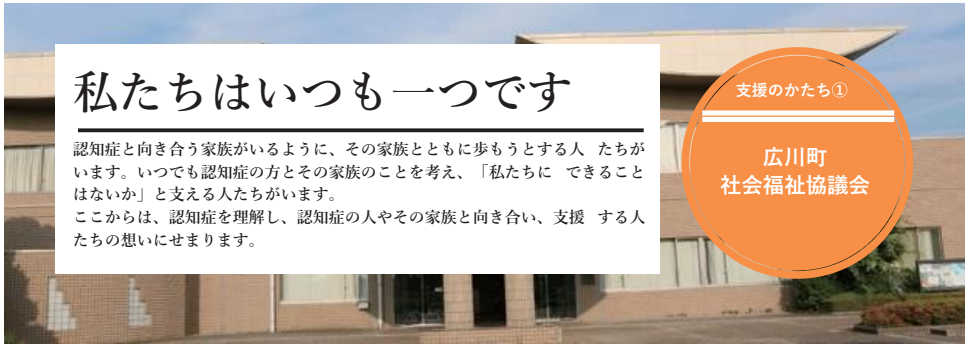
環境がそろえば

認知症の症状を和[illegible]、普通に生活するには周りの環境が重要になりますが、家族でその環境を作り、継続するのは難しく、地域の理解と支えが必要になります。

なぜなら、介護者は自分の生活を送りつつ、認知症の方に寄り添う必要があるからです。寄り添っていると、どうしても介護者に負担がかかり、その負担が介護者を追い込んでしまうのです。中には施設を利用することで介護放棄したように感じる人もいますが、そうではありません。施設を利用して認知症の症状を和らげることにより、健康な時間を長く保つことができるので、認知症の方や介護者のためになります。

しかし、在宅介護を選ぶ家族もいるので、地域ぐるみの支援も必要になり[illegible]病気を地域で乗り越えていくには地域が一つになって、悲しいときには一緒に悲しみ、嬉しいときには[illegible]、不安や寂しいときには側に寄り添える心が必要です。私たちはその心や認知症になっても環境が整えば、自分らしく生活ができるということを多くの人に伝えていきます。

グループホーム向日葵倶楽部
ケアワーカー 前田（まえだ） あゆ美さん



私たちはいつも一つです

支援のかたち①

広川町
社会福祉協議会

認知症と向き合う家族がいるように、その家族とともに歩もうとする人　たちがいます。いつでも認知症の方とその家族のことを考え、「私たちに　できることはないか」と支える人たちがいます。
ここからは、認知症を理解し、認知症の人やその家族と向き合い、支援　する人たちの想いにせまります。

いつも私たちがあなたの側にいます
在宅介護を願う家族のために

広川町社会福祉協議会ケアマネージャー
田中（たなか）　美弥子（みやこ）さん

Profile
看護師、助産師を経て、今ではケアマ　ネージャーとして高齢者の方の介護に　携わっている。

生命の誕生をお手伝いする助産師の仕事から一転し、人生の集大成にある高齢者の方の介護に携わるようになり　年が経ちました。現在、10社協で私を含めた2人の　ケアマネージャーが、月100件　近くにおよぶケアプランを作成し　ています。そのうち、約半数は「認　知症」に伴う何らかの症　状を有している方であり、ご本人のみでなく、ftポートする家族からの相談　も増加しています。

一人ひとりにあった答え

相談に来られる方の中には「、こんなことここで聞いていいのか」「誰に話したらいいのか」と悩んだ　末に遠慮がちに社協のドアを開いてくれる方がいます。こちらが扉を開いていたとしても、どうしても社協を訪れられない方もいます。小さな問題であっても、大きな問題であっても、在宅介護という　ものは、それぞれの家庭環境に　より、一つとして同じ答えはありません。生まれ育って、怒って、笑ってたどり着いた人生の集大成です。どの方の人生も一つのドラマであり、その人の生きてきた過程をともに振り返り、何が必要かを導きだすことからftポートが始まります。「若い頃の趣味は？」「好きなテレビ番組は？」と聞くと、認知症の相談に来られた家族は「えっ」という顔をされますが、その人を　知る、これが在宅介護のスタートだと思っています。私はケアマ　ネージャーなので、介護保険制度　のなかで働くことが中心ですが、　介護保険制度のなかでのデイftー　ビスやヘルパーさんの支援などで　は、どうしても補いきれない壁に　当たることがあります。

例えば認知症で　守24　時間の見や助言（はいげん）がなければ、徘徊事故に遭う危険性が高い場合や、介護者の介護負担が著しく増加してしまう　ケースです。

介護保険制度では、介護度によって利用できるftービス量に違いがあり、利用できないftービス　もあるので、住み慣れた自宅で暮　らし続けることを願っていたとし　ても、限界が生じてしまうことが　あります。

そんな時には、こんなftービス　や支援があればいいのに、こんな　マンパワーがあればいいのにと、　ケアマネージャーだけでなく社協　全体で相談します。

新たな取り組み

社協は地域福祉を担う一つの機　関です。ドアを開けられない方、　開けにくい方が、いかに一歩を踏み出してくれるのか、そして、ドアの向こうにはどれだけ多くの引　き出しを用意することができるの　かが、今後の大きな課題だと考え　ています。

現在、一人暮らしの方の安否確　認を兼ねたお弁当を届ける配食ftー　ビスや地域の方が気軽に集える　ftロン作りにも取り組み、その　活動も少しずつ広がりつつあります。介護ftー　ビスのみではなく、介護ftー　ビスでは支えきれない部分にも視野を広げ、たくさんの引き出しを用意して「待っています」と言える社協を職員全員で作りあげていきます。

広川町社会福祉協議会のみなさん

デイftービスでの子どもたちとの触れあい

寸劇を利用した認知症ftポーター養成講座

認知症予防教室などを行うニコニコftロン

配食ftービスを通じた高齢者の安否確認

デイサービス利用者の声

最後まで人として接してくれた

広川町在住男性

私の父親は認知症でしたが、デイftービスの人たちには本当によくしてもらいました。医者にはこれから認知症は進行していくと言われていましたが、デイftービスの人たちが父親に人として接してくれたので、それ以上は進行しませんでした。医者からは奇跡だと言われるほどでした。
私が最初に言った「父親の尊厳を守ってほしい」という頼みをこの最後まで守ってくれたからだと思います。本当に父親は多くの人に大切にされ、最後まで幸せだったと家族全員が感謝しています。

支援のかたち②

認知症の人と家族の会 和歌山県支部

あなたのつらい想いを届けてください

海南市・和歌山市で開催されている「やすらぎカフェ」の様子

認知症の人と家族の会和歌山県支部」のほとんどの人が、介護者か介護を終えた人なので、相談に来る人の気持ちが本当に理解できます。

だから少しでも不安に思うことがあれば、いつでも話してください。なかなか人に言えない気持ちもわかります。私たちもそうだったからです。

自分がいざ介護者になると、自分で全部しなければいけないと思い込んでしまい、誰かに相談し、助けてもらうことが頭の中から消えてしまいます。一人で抱え込んでしまうと、自分を追い込んでしまう原因になります。

そして、相談内容もさまざまなものがあります。「施設に入れて楽になったけど、介護放棄したみたいでつらい」「今から二人で死ぬ」「なかなかパンツをはきかえてくれない」など、中にはうつ病になりそうなぐらい悩んでいる人もいますが、話した後はずごくすっきりした顔をして帰っていきます。そうやって介護者も気持ちを解放していかないと、一人で抱え込むには認知症という病気はつらすぎます。私たちは介護経験者なので、相談者は何も隠す必要はありません。そして、会にはさまざまな経験を持っている先輩介護者や専門職の人もいるので、気持ちを理解するだけではなく、アドバイスをすることもできます。

また、私たちは電話相談の他にも、やすらぎカフェを海南市のファーストガーデン（毎月1回）、和歌山市のぶらくり丁ブリスビル1階（毎月2回）で開催しています。その他にも相談会なども行っていますので、自分を追い込む前に話してください。

私たちは認知症で悩む方や介護者の方に少しでも楽になってもらいたいだけです。あなたの側にはいつも私たち「認知症の人と家族の会」がいます。

認知症の人と家族の会とは

昭和55年1月20日。「呆け老人をかかえる家族の会」という組織名で誕生した団体です。現在、全国47都道府県に支部があり、1万1千人の会員で構成されています。

●支部の始まり

第1回家族の会が京都で開催された時、全国から90名の方が集まりました。参加者は日々の介護のつらさを語ることで、自分一人だと思っていたのに、同じ苦労をしている人がいることを知ることができました。

そして、家族が集まり話し合うことがどんなに大切なことかを学び、それぞれの地で、集いを開き始めたのが支部の始まりとなります。

認知症の人と家族の会
世話人 宮所（みやどころ） 順女（じゅんじょ） さん

認知症の人と家族の会

副代表 野中（のなか） たづみ さん

interview

追い込まれる前に話してほしい

つらい想いを話すことで 気持ちを楽にしてください

私たち「認知症の人と家族の会和歌山県支部」のほとんどの人が、介護者か介護を終えた人なので、相談に来る人の気持ちが本当に理解できます。

だから少しでも不安に思うことがあれば、いつでも話してください。なかなか人に言えない気持ちもわかります。私たちもそうだったからです。

自分がいざ介護者になると、自分で全部しなければいけないと思い込んでしまい、誰かに相談し、助けてもらうことが頭の中から消えてしまいます。一人で抱え込んでしまうと、自分を追い込んでしまう原因になります。

そして、相談内容もさまざまなものがあります。「施設に入れて楽になったけど、介護放棄したみたいでつらい」「今から二人で死ぬ」「なかなかパンツをはきかえてくれない」など、中にはうつ病になりそうなぐらい悩んでいる人もいますが、話した後はずごくすっきりした顔をして帰っていきます。そうやって介護者も気持ちを解放していかないと、一人で抱え込むには認知症という病気はつらすぎます。私たちは介護経験者なので、相談者は何も隠す必要はありません。そして、会にはさまざまな経験を持っている先輩介護者や専門職の人もいるので、気持ちを理解するだけではなく、アドバイスをすることもできます。

また、私たちは電話相談の他にも、やすらぎカフェを海南市のファーストガーデン（毎月1回）、和歌山市のぶらくり丁ブリスビル1階（毎月2回）で開催しています。その他にも相談会なども行っていますので、自分を追い込む前に話してください。

私たちは認知症で悩む方や介護者の方に少しでも楽になってもらいたいだけです。あなたの側にはいつも私たち「認知症の人と家族の会」がいます。

私たちがあなたの心に寄り添います

一人で悩まず相談してください

相談時間
月曜日～土曜日　午前10時～午後3時

フリーダイヤル
0120－783－007

公益社団法人 認知症の人と家族の会和歌山県支部

支援のかたち③

認知症サポーター
認知症キャラバンメイト

私たちは認知症とともに生きている

1・2. 中学生以下を対象としたキッズft.ポーター養成講座。3. 打ち合わせをするキャラバンメイトのみなさん。4・5. 認知症をわかりやすく紙芝居で紹介するキャラバンメイト。6. グループワークで認知症について考える受講者。7. 認知症ft.ポーター の証オレンジリング。

広川町では地域で認知症を考えft.ポートできるように、中学生以下を対象としたキッズft.ポーター・認知症ft.ポーター養成講座を行い、認知症になっても安心して暮らしていける広川町を目指しています。

認知症ft.ポーターとは、キャラバンメイトの講義を受け、認知症を理解し、認知症の方やその家族を見守り、ft.ポートし、認知症に対する理解を広める人たちです。現在、広川町ではキッズft.ポーター、認知症ft.ポーターを合わせて571名のft.ポーターと介護の専門家や認知症に関わる仕事をする人たちで構成されたラバンメイトがおり、15名のキャ認知症の方やその家族を見守っています。認知症という病気は地域が認知症を理解し、見守り、支えることが何よりも重要です。

interview

一人ひとりを大切にしてほしい

その時だけでも笑顔で

キャラバンメイト（ft.ンライズケア広川）
江川（えかわ）　美奈江（みなえ）さん

認知症の方が行方不明になるのは年間で1万人いると言われており、そのまま事故に巻き込まれて亡くなるケースも増えています。しかし、地域の見守りの目があれば、未然に防げることも多くあると私は思っています。そのためには認知症という病気を理解してもらうことが必要です。

それにはまず、自分が地域に溶け込まなければいけないと考え、講習を受け、キャラバンメイトになりました。

今、広川町では認知症ft.ポーターは増えています。認知症ft.ポーターと言っても特別なことをしているわけではありません。困っている人を見たら挨拶をし、「どうしました？」などの声かけをしたり、家族の人に連絡するなど、昔から私たちが行ってきたごく当たり前のことをするだけです。それだけで、行方不明になることや事故に巻き込まれることを減らすことができます。地域が一つになって子どもたちを見守るのと同じことです。認知症の方も若いときは同じように子どもたちを見守ってきたはずです。

そして、認知症になっても誰かに何かをしてあげたい、役にたちたいという気持ちは失っていません。その気持ちが認知症という病気のために上手く表現できないだけです。だから同じことを聞かれたり、言っていることが理解できなくても、ゆっくり聴いてあげることで、「大事にされている」という安心感を与えることができ、接し方次第で認知症の方の心を穏やかにすることもできます。

私たちも短い時間ですが毎日認知症の方と一緒に過ごしています。認知症の方はここでのできごとは忘れてしまいますが、私たちといる時は笑っていてほしいという気持ちで接します。

だから認知症の方のためにもその家族のためにも地域が一つになって見守ってください。

認知症サポーター・キャラバンメイトの想い

相手を否定しない

サポーター養成講座を受けて、認知症を否定するのではなく、理解することが大切だとわかりました。

サポーターとして町なかで困っているような方がいたら声をかけるなど、認知症の方の支えになっていきたいです。

喜多（きた）　茉央（まひろ）さん

一人ひとりを大切に

サポーター養成講座を受けて、認知症解できて良かったです。自分も認知症になったら誰かに助けてもらうこともあるかもしれませんね。だから「認知症の症状で困っているのかな」と思ったら声かけをして、一人ひとりを大切にしていきたいです。

伊藤（いとう）　富恵（とみえ）さん

認知症を理解すること

何年かしたら僕のお父さん、お母さんも認知症になるかもしれ、サポーター養成講座を受けて、認知症という病気がどんな病気か理解することができました。これからも勉強して認知症の方を支えられるように頑張ります。

山本（やまもと）　盛成（しげなり）さん

地域で家族を支える

私たちキャラバンメイトは、の方やその家族が幸せに暮らせるような社会になるように活ります。

そのためには多くの人に、という病気を理解してもらい、認知症の方がいる家族を見ら必要があります。

家族に認知症の方が隠そうとする人がいますが、少しでも認知症という病気を理解すれば、隠す必要がなくなり、誰もが安心して暮らせる町になります。

キャラバンメイト

1. 9月22日に行われた「認知症と共に生きるまちづくり 2016」のスタッフの方。2. 認知症に対する質問コーナー。 3. ボランティア団体の歌キッズさん（有田市）。4. 認知症を啓発するためにスーパーなどでのビラ配り。

あなたの心にオレンジリングを

オレンジリング

認知症ft ポーター養成講座を終えると ft ポーターの証であるオレンジリングを受け取ります。
私たち ft ポーターの力で広川町を認知症に優しい町にしていきましょう。

誰にでも優しい町を目指して

主任保健師　柏原理香　　社会福祉士　馬谷愛

支援のかたち④

広川町
地域包括支援センター

地域で支え合い 認知症を乗り越える

広川町地域包括支援センターでは、認知症の方やその家族、高齢者の方をft ポートするため、認知症という病気に対する理解を求める事業を行っています。その代表的な事業に、認知症の方やその家族が集まり、日頃の悩みや不安等について話し合う「認知症の方とその家族がつどう会」や行方不明となる恐れのある方やその家族が地域の見守りを受けて、安心して安全に地域で過ごせるように湯浅警察署や近隣市町村と連携した「広川町要援護者SOSネットワーク事業」などの事業があります。

認知症という病気を家族だけで乗り越えるのは、認知症の方にとっても介護者にとっても本当につらく苦しいことです。

しかし、地域の人たちが認知症を理解し、自分たちのできる範囲でft ポートすることで誰もが安心して暮らせる広川町になります。

そんな町の実現のために地域包括支援センターでは常に主任保健師・社会福祉士の2名が相談を受付ていますので、何かお困りのことがあれば、家族だけで抱えこまずに地域包括支援センターまで相談してください。

■事業紹介

- 認知症の方とその家族がつどう会
- SOSネットワーク事業
- 認知症予防教室
- 認知症ft ポーター養成講座
- キッズft ポーター養成講座
- 居場所づくりリーダー養成講座

▼いつもあなたの側にいる存在、地域包括支援センター（☎ 23 — 7724）

1. SOSネットワーク事業（行方不明となる恐れのある方を近隣市町村や湯浅警察署と連携して見守る事業です）。2. 認知症の方とその家族がつどう会（認知症の方やその家族が日頃の悩みや不安等について話し合う場です）。3. キッズft ポーター養成講座（中学生以下を対象に子どもの時から認知症を理解してもらう取り組み）。

地域が支え合う体制作りが必要

認知症という病気は一度かかると完治することはありません。そして薬を使用しても進行を遅らせることしかできず、さまざまなことを忘れていくので、認知症の方にとっても家族にとっても本当につらい病気です。

だからこそ、地域が一つになって、認知症の方とその家族を支える仕組みが重要になってきます。そのために広川町では「認知症ft ポーター養成講座」「SOSネットワーク事業」など、さまざまな事業を積極的に行っていますが、そのほとんどの事業が地域の人の協力なしでは行うことができない事業です。誰もが広川町で安心して住み続けるには行政の取り組みだけでは限界があり、地域の人の助けが必要になってきます。

今、広川町では新たな取り組みとして「居場所づくりリーダー養成講座」を始めました。この取り組みは、身近な地域でのつながりの強化を図るための事業です。地域の人たちがつながることで多くの情報交換ができ、認知症の発症に大きく関係する高齢者の方の引きこもりの防止や認知症の方の見守り、介護者の精神負担の軽減などにつながっていきます。そして、高齢者だけではなく、多くの人が集まることで、地域に一体感ができ、認知症対策だけでなく多くの相乗効果も期待できます。

広川町では認知症ft ポーター養成講座などの事業をこれからも継続して行い、認知症という病気に対しての理解を求め、誰もが安心して暮らせる広川町の実現を目指し、町民のみなさまとともに地域と地域がつながり、町全体で認知症の方やその家族を支え合うことができる体制を構築していきます。

西岡　利記 広川町長
Toshiki Nishioka

気持ちに寄り添い生きる

～周囲の理解が薬になる～

「認知症と家族のかたち」の取材を終えてわかったことは、周囲が認知症を理解し、適切な対応を心がけることができれば、認知症の方もその家族も住みなれた町でいつまでも自分らしく生きていけるということです。

認知症の方も何も変わらず自分や家族の幸せを願い、毎日を一生懸命生きています。そんな時に何気なくかけられる心ない一言が、認知症の方だけでなくその家族を苦しめることになります。

逆に地域が大きな心で認知症の方やその家族を包み込むことができれば、誰もが自分らしく生きていける広川町を築くことができます。少しの優しさでいいんです。相手を思いやる心は人なら誰でも持っているものです。その優しさという薬で地域が一つになって誰もが安心して生きていける広川町にしていきましょう。

冨美代さんの体験記

信雄さんが80歳の時に認知症と診断され、13年間の介護生活を経て信雄さんを見送った冨美代さん。信雄さんが認知症と診断されてから「いろんなことがあった」と振り返ります。最後に冨美代さんの心の変化をたどってみましょう。

始まりは突然に

「俺の嫁さんは誰」という言葉から私と信雄さんの新しい生活が始まりました。信雄さんが認知症と診断された時は認知症という病気に理解がなく、新聞などに認知症のことが掲載されていたら切り抜き必死に勉強し、いろいろ試しましたが、信雄さんの反応がないので、毎日がとまどいでした。

信雄さんが最後まで続けたのは新聞をノートに書き写すということでした。そして、認知症が進行してくると、「ごはんを食べたのに食べていない」「服を着せても脱ぐ」などの行動が続き、イライラして怒った時もありました。この時は「なんでこの人と結婚したんだろう」とまで思いました。

また、認知症は治らない病気で薬も進行を遅らすだけなので、本当に悲しくて、こんなにつらいことが続くならいっそのこと二人で死のうと考えたこともありました。本当に心身ともに疲れていたんだと思います。

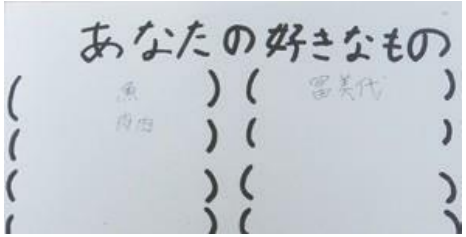
お前と一緒に生きたい

ある朝起きた時に信雄さんが「今日も生きてた」と言ったので、「あんた死にたいんか」と返した時に「死にたくないお前と一緒に生きたい」と言ってくれたんです。私はその時に認知症と向き合おうと決意しました。そうすると、認知症になる前は会話をすることがなかったのに、信雄さんがなんでも素直に話してくれていることに気づきました。歌うのが好きなので、カラオケ教室にも行きました。息子も父親の尊厳を最後まで大事にしたいとドライブに連れて行ったり、娘は土曜日になると必ず家に招いてくれました。家族で苦しみも喜びも経験したことで、家族のきずなが強くなり、本当の家族になれたような気がします。今でも信雄さんが好きだった歌を聴くと思い出して、「信雄さんにいろいろ頼めば認知症にならなかったかも、私が認知症にさせてしまった」と後悔することもあります。

私は本当に信雄さんと一緒になれて良かったです。認知症という病気は恥ずかしいことではありません。本人が望んだことでもなく、人によって症状も違います。

だから、デイサービスに預けたり、施設に入れるなど、さまざまな家族のかたちがあり、その全てがその家族に適した答えではないでしょうか。今以上に認知症に対する理解が進むことを願い、私たち家族を助けてくれた多くの人に感謝します。

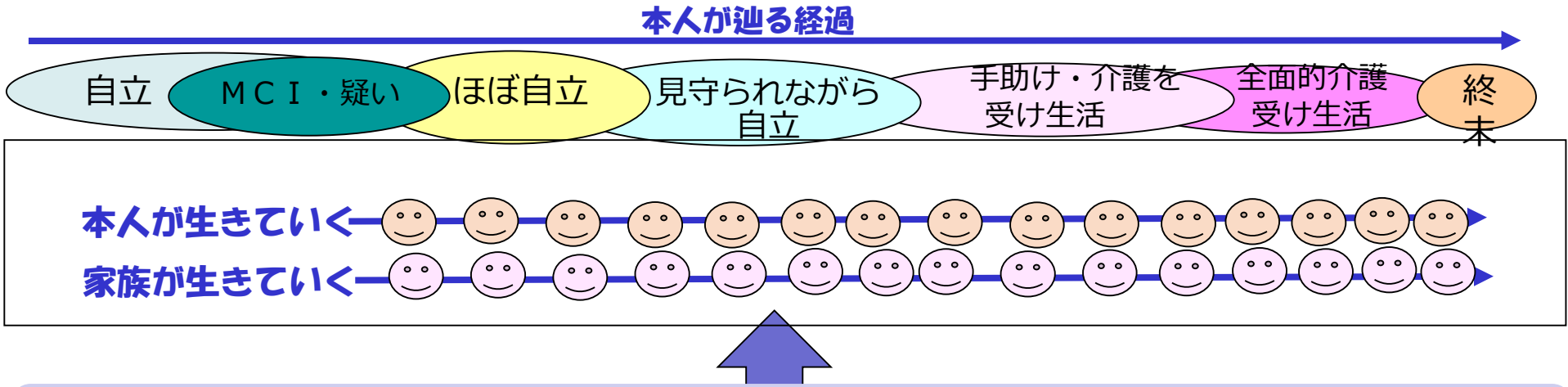
特集：認知症と家族のかたち（完）



←信雄さんが好きだったもの

認知症と診断され、在宅複合型施設「ひろの里」でのデイサービス中に「好きなものは？」と聞かれた信雄さんが書いた妻の名前「冨美代」。認知症になって、さまざまなことを忘れても大切な妻の名前は心のなかにあります。

行政ならではの、立ち位置は・・・



行政：当事者の視点にたって、必要なこと、必要なあり方を（再）確認する。
地域を活かし、必要なことを充足する支援体制（地域包括ケアシステム）を築く

◎地域の潜在力（人、組織、風土、文化等）

・自治体/地域がこれまで育て、蓄積してきた力・ネットワーク

＊それぞれの自治体ごとに、これまでの認知症施策の歩みがある

・認知症の枠以外での地域にある多様な資源・ネットワーク・事業

一人でも多くがよりよく暮らせる地域に：力を結集するフォーメーション作りを

市区町村：固有の風土・文化・社会資源を最大限に活かしながら

めざす姿

認知症の人が意思を尊重され、地域のよい環境でよりよく暮らし続ける

市区町村内の各（小）地域が、多資源協働でやさしい地域に

市区町村施策を共同で推進する多資源からなるコアチーム

都道府県

市区町村の施策・取組みのナビゲーション・推進・バックアップを
例）市区町村のコアメンバーを集めた合同セミナーの継続開催

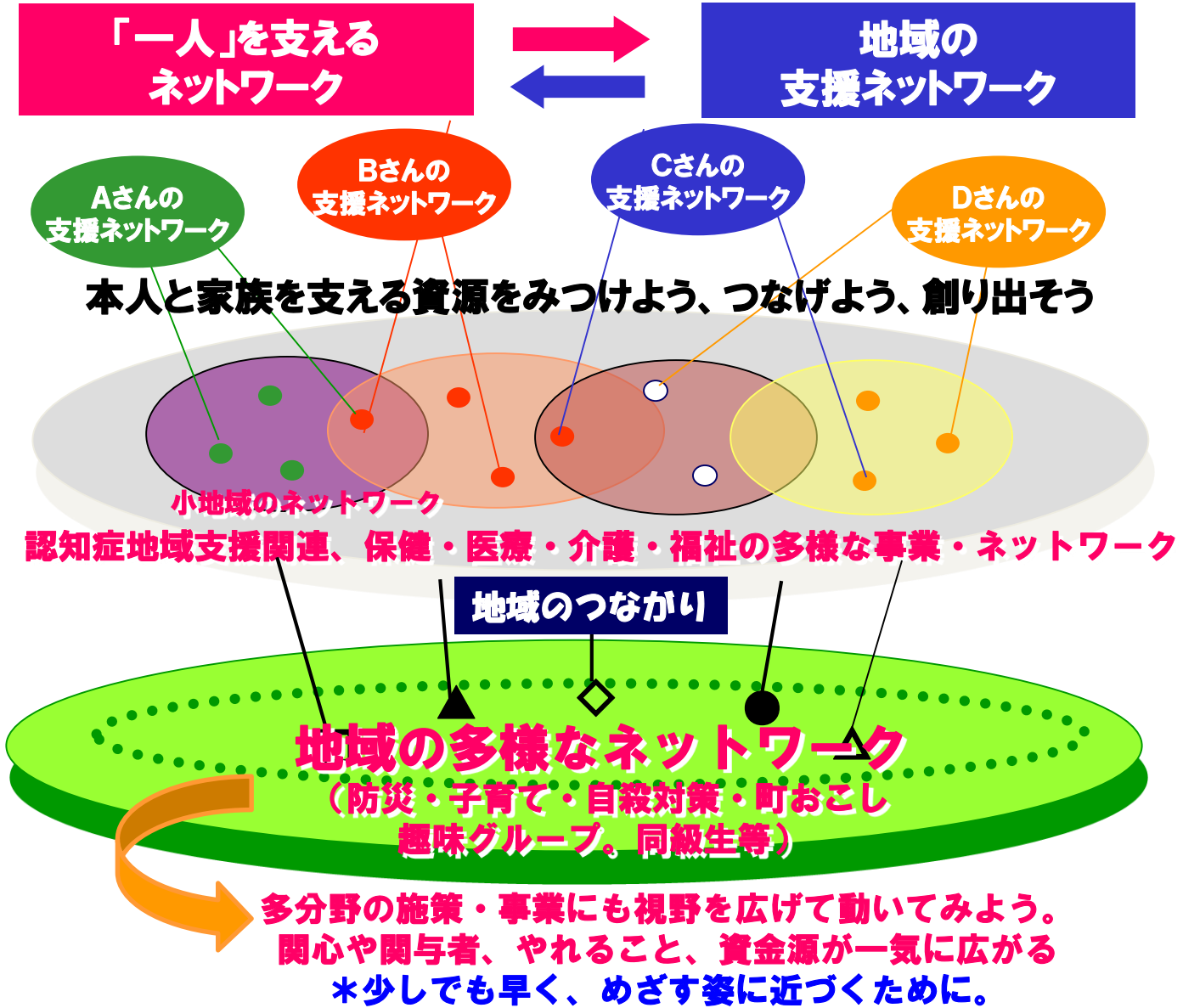
国：厚労省、関係省庁

新オレンジプラン、関係省庁が共同

地域を舞台に、ひたすらつなげる・つながる

人を、取組みを、ネットワークを、事業をつなげる

＊自分がまずつながる：アンテナをはり、出向いて、話し合って



どの地域にも

地域の力は必ずあります！

RUN伴2015
チームやはば

参考　今年度の報告会のお知らせ

（認知症介護研究・研修東京センター主催）

◆「行方不明を防ぎ、安心・安全に暮らせるまちづくり」

3月3日（月）　10:30～16:30

コクヨホール（品川）

◆「認知症地域支援推進員の効果的な活動」報告会

1．3月10日（金）　13:30～16:30

フクラシア品川クリスタルホール（品川）

2．3月13日（月）　13:30～16:30

TKP新大阪カンファレンスセンター（新大阪）

2月初旬、募集開始（都道府県を通じて）

＊関係者の方にご周知をお願いいたします。

平成29年 1月30日　平成28年度第3回
認知症地域支援体制推進全国合同セミナー
認知症介護研究・研修東京センター

地域包括ケアビジョンの実現にむけた戦略と実際

～元気な頃から老いや認知症に備えて、自分らしく生きていくために～

平成29年1月30日

石川県加賀市地域包括支援センター
北口　未知子
北村　喜一郎

本日の内容

1. 加賀市の現状
2. 加賀市の認知症対策とこれまでの取り組み
3. 加賀市地域包括ケアビジョンと戦略
4. 現在の取り組み
5. 今後の展望

加賀市の概要

加賀市は、石川県の南西に位置する市である。福井県と接している。
平成17年10月に旧来からの加賀市と山中町が新設合併して誕生した。
・面積３０６Km²、海・山が近接し３０分圏内。行政区：21地区
・金沢よりＪＲ特急で25分
・加賀温泉郷（山代温泉、片山津温泉、山中温泉 ）
・伝統工芸（九谷焼・山中漆器）
・海の幸（ズワイガニ）、加賀棒茶　鶴仙渓
・山の下寺院群　・鴨池（坂網猟）

１．人口：68,789人（平成28年10月）住民基本台帳
２．65歳以上：22,502人（32.7%）
　　75歳以上：10,944人（15.9%）
３．認定者数：3,744人（１号認定率16.4%）
　　（要支援　862人　要介護2,882人）
４．介護保険料：月額5,900円(第6期)
５．日常生活圏域：７圏域
６．地域包括支援センター：直営で１か所
　　サブセンター直営で1か所（加賀市医療センター内）
　　ブランチ11か所（地域密着型サービス事業所委託）

橋立漁港のズワイガニ

片山津温泉　総湯

山代温泉　古総湯

山中温泉　菊の湯

九谷焼

平成28年度　地域包括支援センターの設置

基幹型包括支援センター

・個別支援の介護保険申請及びケアマネ調整
・虐待防止支援
・介護予防支援（H28.3総合事業開始）
・地域ケア会議の開催（市全体・地区単位）
・ブランチ個別相談の後方支援（困難事例）
・ケアマネ支援
・地域ケア会議開催支援(個別)

地域包括支援センターブランチ　11箇所

・地域の身近な相談窓口
・介護保険認定外の高齢者支援
・地域福祉活動拠点機能(活動する人の支援)

加賀市医療センター
サブセンター(認知症地域支援推進員配置2名)

・市内医療機関の相談集約
・認知症対策

大聖寺地区　2箇所
南郷地区　1箇所

包括地区担当

- 大聖寺地区
- 三木地区
- 南郷地区
- 三谷地区
- 塩屋地区

山代地区　2箇所
山中地区　1 箇所

包括地区担当

- 東谷口地区
- 庄地区
- 勅使地区
- 山代地区
- 山中地区

橋立地区　1箇所
片山津地区　1箇所

包括地区担当

- 橋立地区
- 片山津地区
- 湖北地区
- 金明地区

作見地区　2箇所
動橋地区　1箇所

包括地区担当

- 作見地区
- 動橋地区
- 分校地区

地域に身近な相談窓口及び地域づくりの伴走者としての機能を有した拠点とするため、基本は地区社協（17地区社協）ごとに1箇所設置を検討。

加賀市医療センター「地域連携センターつむぎ」（イメージ）

地域医療推進室

- ○ 市内医療提供体制の検討（※1）
- ○ 在宅医療・介護連携推進に係る企画と立案
- ○ 救急医療体制の構築
- ○ 地域医療を守り育てる体制づくり
- ○ 山中温泉診療所に係る検討

地域包括支援サブセンター

認知症地域支援推進員配置

- ○ 市内医療機関からの相談
- ○ ブランチからの医療系ケース支援
- ○ 市内医療機関からの在宅、施設移行の支援
- ○ 認知症支援体制の構築（予防、ケアパス構築、かかりつけ医への対応向上研修など）
- ○ 要支援・介護認定

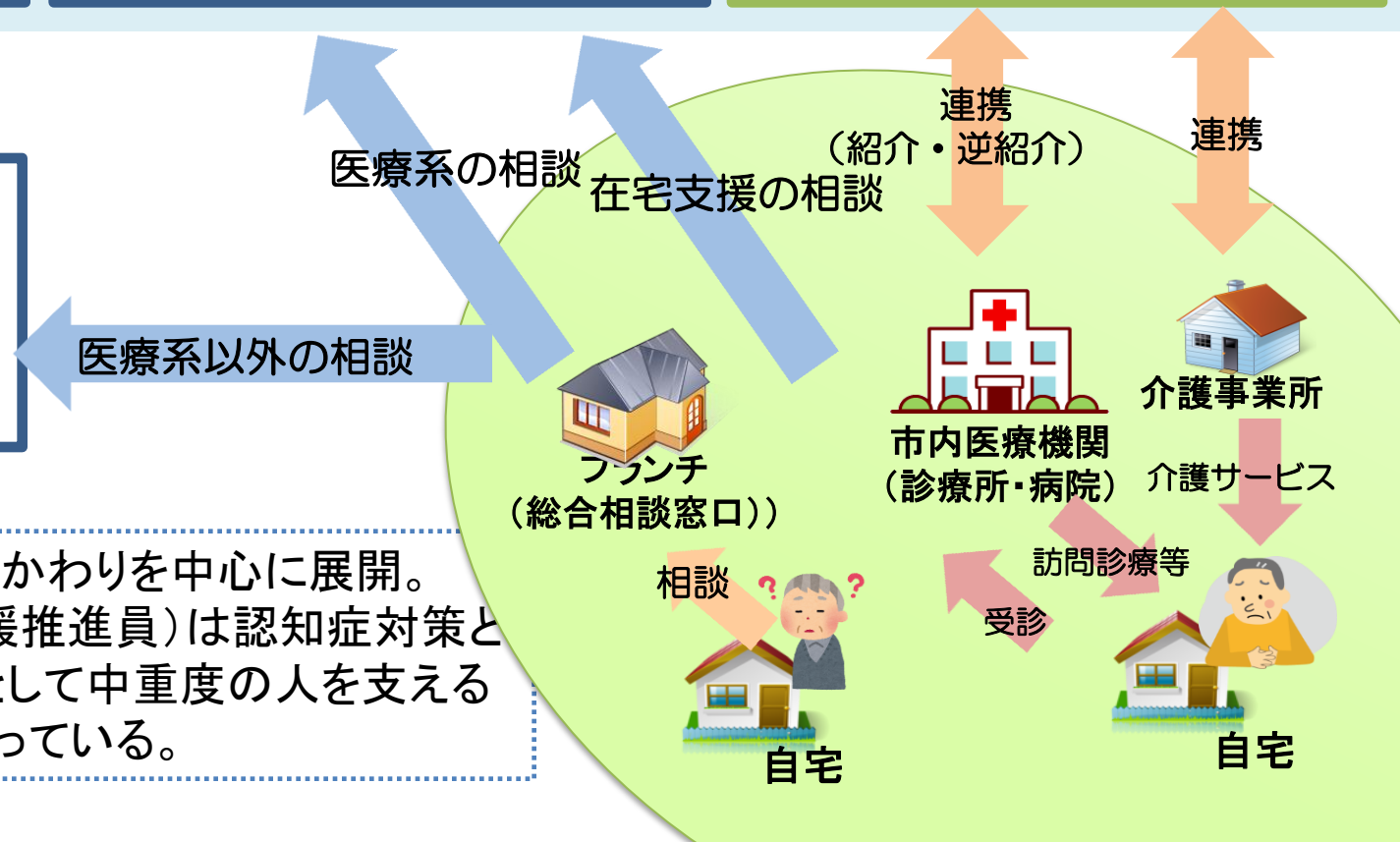
地域連携室、入退院支援室

- ○ 医療機関との紹介・逆紹介管理
- ○ 外来・入退院患者からの相談
- ○在宅・施設移行支援
- ○ 転院調整
- ○ 連携パスの作成

在宅医療コーディネーター

地域包括支援センター

- ○ 高齢者の権利・擁護
- ○ 介護予防事業
- ○ 総合事業
- ○ 健康づくり
- ○ 要支援・介護認定



・地域包括ブランチは早期のかかわりを中心に展開。
・サブセンター（認知症地域支援推進員）は認知症対策と「地域連携センター（つむぎ）」として中重度の人を支える医療介護連携事業にもかかわっている。

第６期計画の施策体系(平成27年度～平成29年度

基本理念

高齢者が住みなれた地域で支えあいながら、その人らしく自立したくらしを継続できる社会を実現する。

6期　基本目標	6期　基本施策	
本人の「したいこと」を支援する仕組みづくり	健康づくりと社会活動の推進	●健康づくりの推進 ●介護予防の推進 ●多様な活動機会の充実
	自己決定と継続の支援	●情報提供の仕組みづくり ★望むことを知る支援 ●権利擁護の推進 ●ケアマネジメントの質の向上
地域で安心して生活し続けることができる体制づくり	地域包括支援センターの機能強化	●総合相談機能の充実 ●地域ニーズの把握やネットワーク機能の充実
	認知症の理解と支援体制	●認知症の人の早期対応の仕組みの構築 ●認知症ケアの推進 ●認知症の人が安心して暮らせるまちづくりの推進
	２４時間３６５日の地域生活を支えるための基盤整備	●介護サービスの基盤整備 ★生活を支える基盤の整備
	在宅医療連携の推進	★在宅療養支援体制の強化 ●医療と介護の連携の促進
	安心安全の確保	●生活の安全を守るための整備 ●低所得者への支援
地域での支え合いの体制づくり	多様な生活支援の充実	★多様な生活に応じた支援の提供 ★地域ニーズに応じたサービスの構築 ●家族介護支援の充実
	住民主体の活動支援	★地域の共有・協働による継続した活動の支援 ★地域活動の人材育成

★：第６期で主に新規の事業となる取り組み

認知症ケアパス作成のための手引きより
「認知症の人を支える社会資源の整理シート」等からの確認ポイント

○認知症や高齢による生活への支障

・認知症の有無問わず生活機能障害（IADL）として、1位：調理、2位：ごみだし、3位：住居内の掃除の回答が多い。

・認知症の相談で薬の管理が出来なくなったが多い。

・社会資源整理表から自立～Ⅱレベルの服薬支援、受療支援が不足している。

○介護保険認定の有無により地域とのつながりが変化する

・介護保険認定の要支援か要介護、自立か認定ありかで支援サービスや支援内容が明確に変わる。
（地域のつながりや関連が切れる）　例）地域のサロンと切れる、民生委員さんとの関係が薄くなる。

・介護認定の有無により全てが介護サービスに転換され、これまでのインフォーマルサービスと切れ、介護サービス提供に切り替わっている。

○既存資源活用

・継続的に通い続けれる地域の場所、なじみの関係により支え続けれる人）により予防効果は期待

・軽度者の場合は介護サービスが少ないが何らかのインフォーマルサービスで対応が出来ている。
⇒**地域の支援や理解等により継続利用ができないか**

○家族介護の実態

・家族支援についても相談機能や啓発普及のメニューはあるが、直接家族への支援メニューがない。

・自立や認定外の人の緊急時支援（受け入れ）場所がない。

・高齢者福祉サービスの対象者がひとり暮らし、高齢世帯、収入等みる要件が多い。

・家族介護をしている家族は日中ちょっとした用で家を空けることに不安がある。

・サービスを利用しているにもかかわらず認知症のことや介護の方法が分からない。

・高齢者の虐待の実態から息子、娘等の実子の介護者で要介護１～２の認知症の要介護者の場合に多い。

加賀市認知症施策の方向性（認知症地域支援推進員の業務）

１．認知症の人の早期発見の仕組みの構築

（1）認知症の予防と備え
　認知症の人の増加を踏まえ、本人の意思決定の支援及び認知症ケアパスの推進が大事である。

・高齢者担い手養成（ががやき予防塾）
・認知症ケアパス（私の暮らし手帳）の作成と啓発
・地域おたっしゃサークル
・元気はつらつ塾

（2）早期発見・対応
　相談のタイミングが遅く、手遅れ型の対応になっている。認知症の疑いのある人に早期に出会い、適切な支援が必要。

・もの忘れ健診
・ブランチ・地域福祉コーディネート業務
・認知症初期集中支援チームの設置
・介護なんでも110番窓口

（3）他職種連携
　本人、家族の支援のために、医療関係者に病気だけでなく、生活に視点をあてた、認知症の人の暮らしの理解が必要。

・かかりつけ医等認知症対応力向上研修会

加賀市認知症施策の方向性（認知症地域支援推進員の業務）

２．認知症ケアの推進

（1）本人本位の支援
　認知症の人は地域で、いろいろな関係の中で暮らしている。場や人などのつながりや関係を含めた支援が必要である。

・中堅職員研修会
・個別地域ケア会議
・認知症ケアパスを活かしたケアマネジメントの推進　アセスメントツールの作成

３．認知症の人が安心して暮らせるまちづくりの推進

（1）普及･啓発
　認知症の病気について、まだまだ偏見や誤解があり、正しく認知症を理解する必要がある

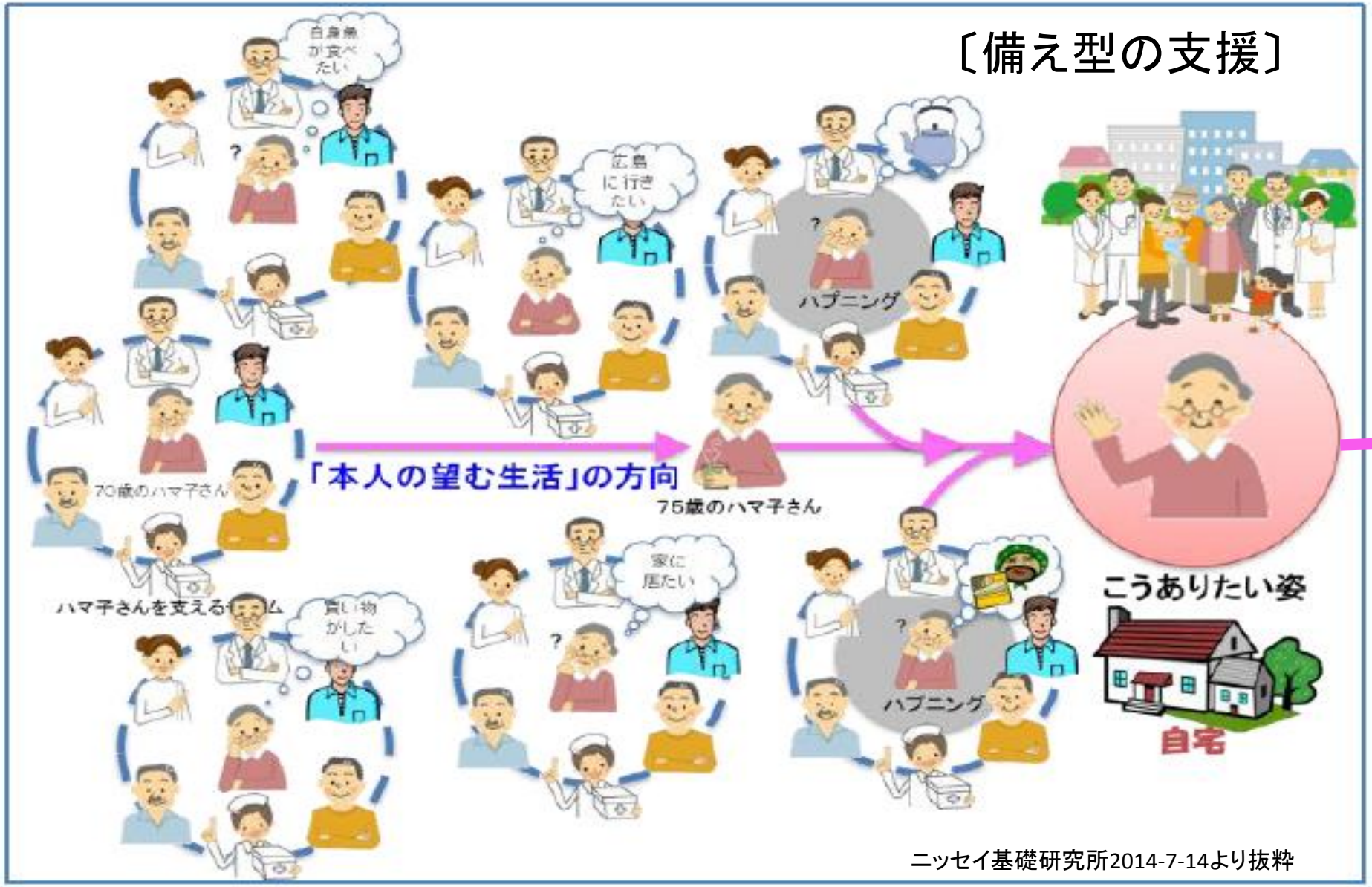
・認知症サポーター養成講座
・家族介護支援教室

（2）行方不明者の見守り体制
　行方不明になっている認知症の人の早期発見が必要である

・SOS見守りネットワークの構築（安心メール事業）

認知症地域支援推進員の役割は、認知症対策の骨子や企画を定め、基幹型包括、ブランチ、キャラバン･メイト等とともに認知症対策を推進！

～病気になっても、介護が必要になっても、たとえ認知症になっても住みなれたまちで暮らし続けるために～

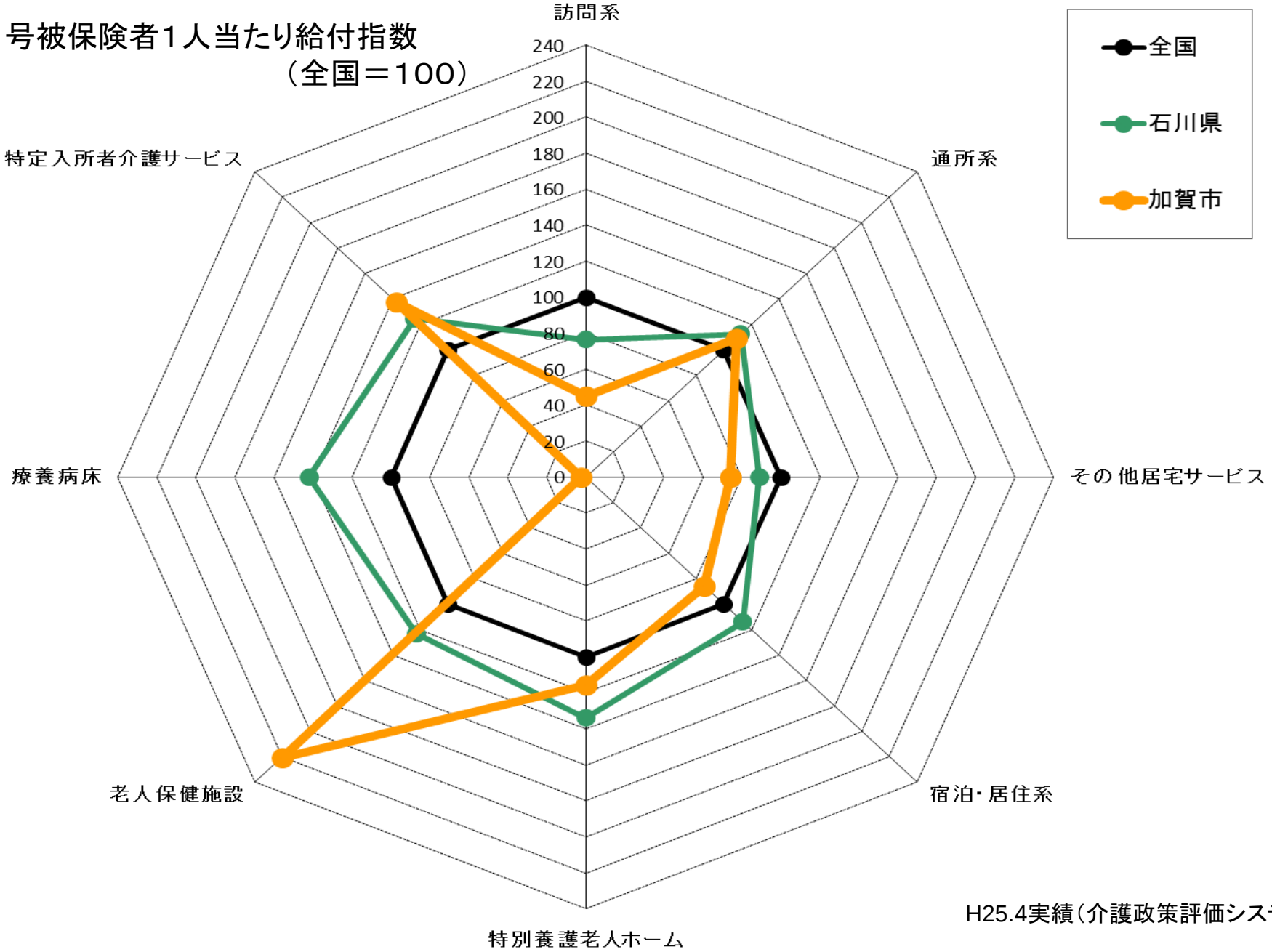


ニッセイ基礎研究所2014-7-14より抜粋

支援は「予防～認知症ケア・ターミナル」まで切れ目なくつながっていくもの。そのため、これまで・今・これからの暮らしや暮らし方をとおして『どんなふうに暮らしていきたいか』を考えておくことが大切。

介護保険サービスの提供体制（全国・県との比較）の実態

●第1号被保険者1人当たり給付指数
（全国＝100）



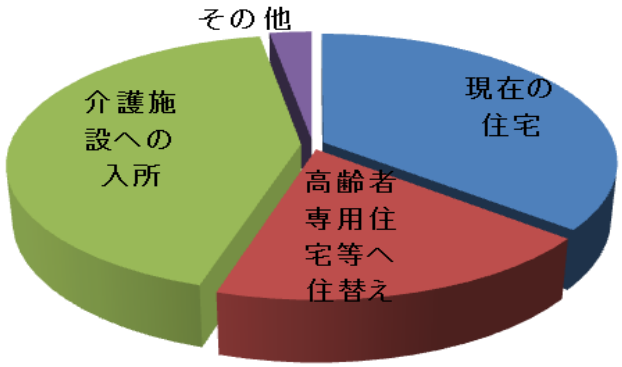
H25.4実績（介護政策評価システムより

アンケート結果

超高齢社会に関する市民意識調査より（平成26年7月実施）

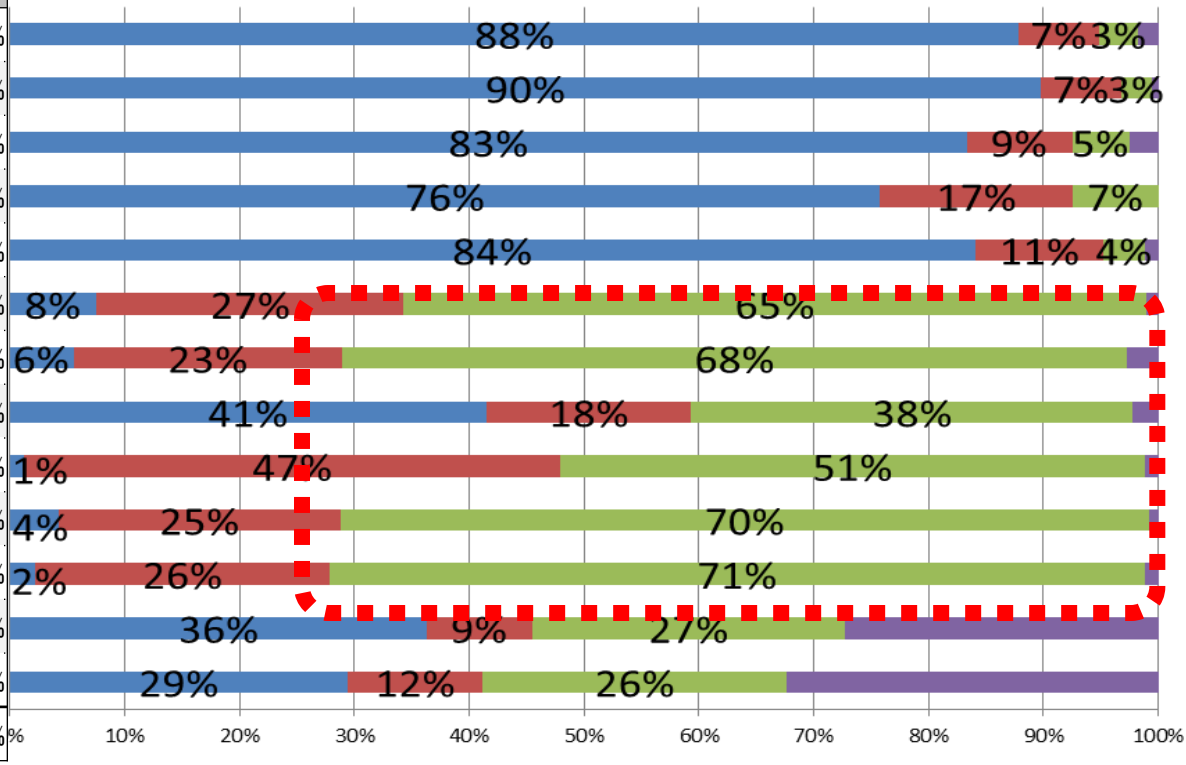
●「要介護状態や認知症になったとき、どこで介護を受けたいか」

	回答数	構成比
現在の住宅で暮らしたい	812	33.8%
高齢者専用のバリアフリー住宅等への住替え	425	17.7%
介護福祉施設に入所したい	963	40.1%
その他	61	2.5%
計	2,402	100%



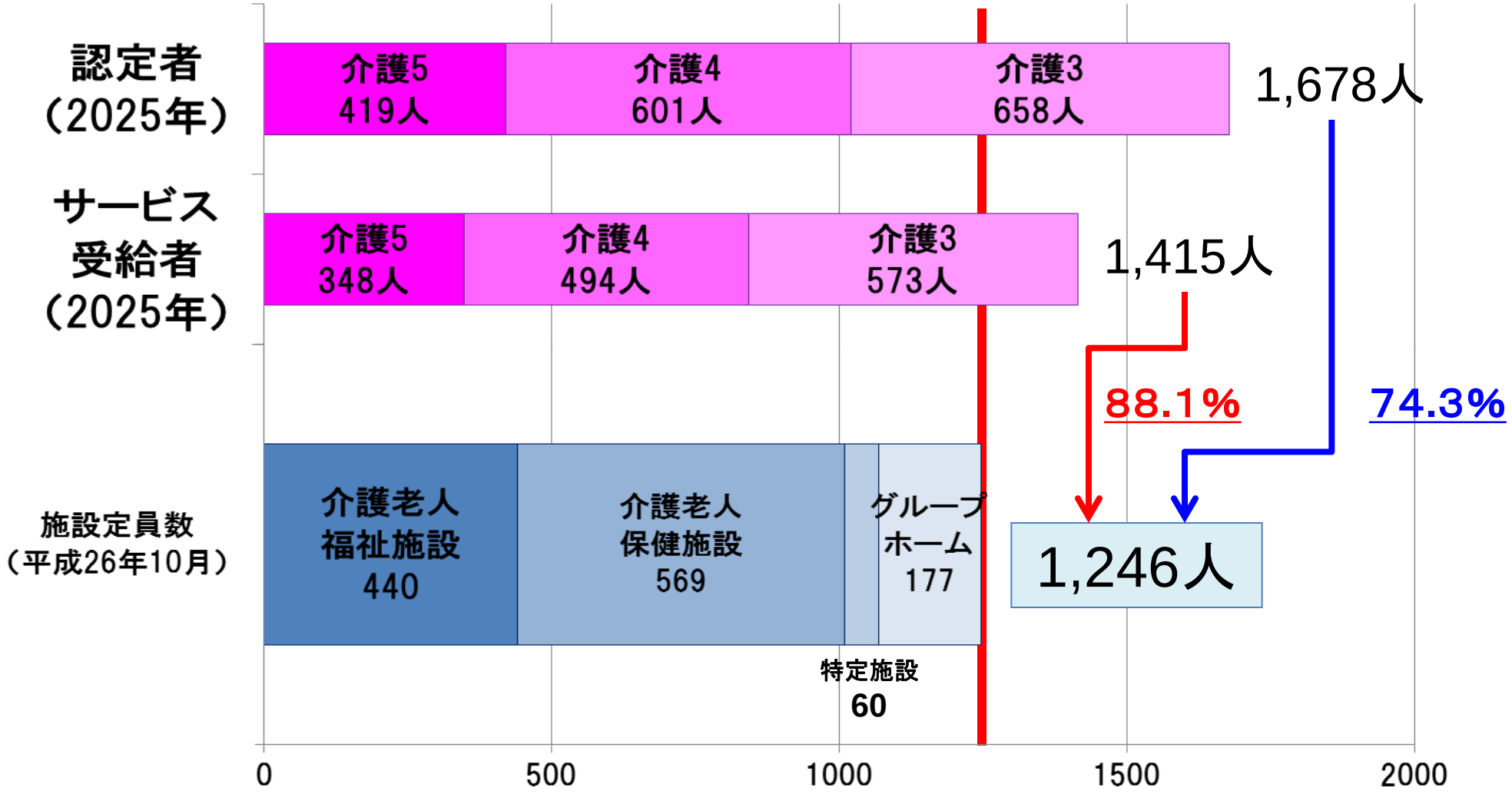
●「要介護状態や認知症になったとき、どこで介護を受けたいか」　×　「なぜそう思うか」

	回答数	構成比
住み慣れた場所で暮らしたい	770	13.8%
家族と一緒に暮らしたい	511	9.1%
友人・知人と離れたくない	126	2.3%
1日の生活リズムを変えたくない	210	3.8%
今までの暮らしぶりを変えたくない	345	6.2%
介護してくれる家族がいない	283	5.1%
家族に精神的・身体的負担をかけたくない	1,035	18.5%
経済的に不安	374	6.7%
風呂や段差など自宅の住環境が不安	247	4.4%
24時間の見守りがあって安心	613	11.0%
専門職の管理や介護を受けられ安心	758	13.6%
わからない	36	0.6%
その他	35	0.6%
計	5,586	100%



アンケート対象者：要支援・要介護認定者を除く60歳以上の5000人（回答者2402人）

第6期における整備について
介護保険サービスの提供体制（入所系サービスの定員数）



要介護3以上のサービス利用者の約9割をカバーする定員数が既に確保されており、入所系サービスの基盤は充実している

第6期以降の基盤整備方針

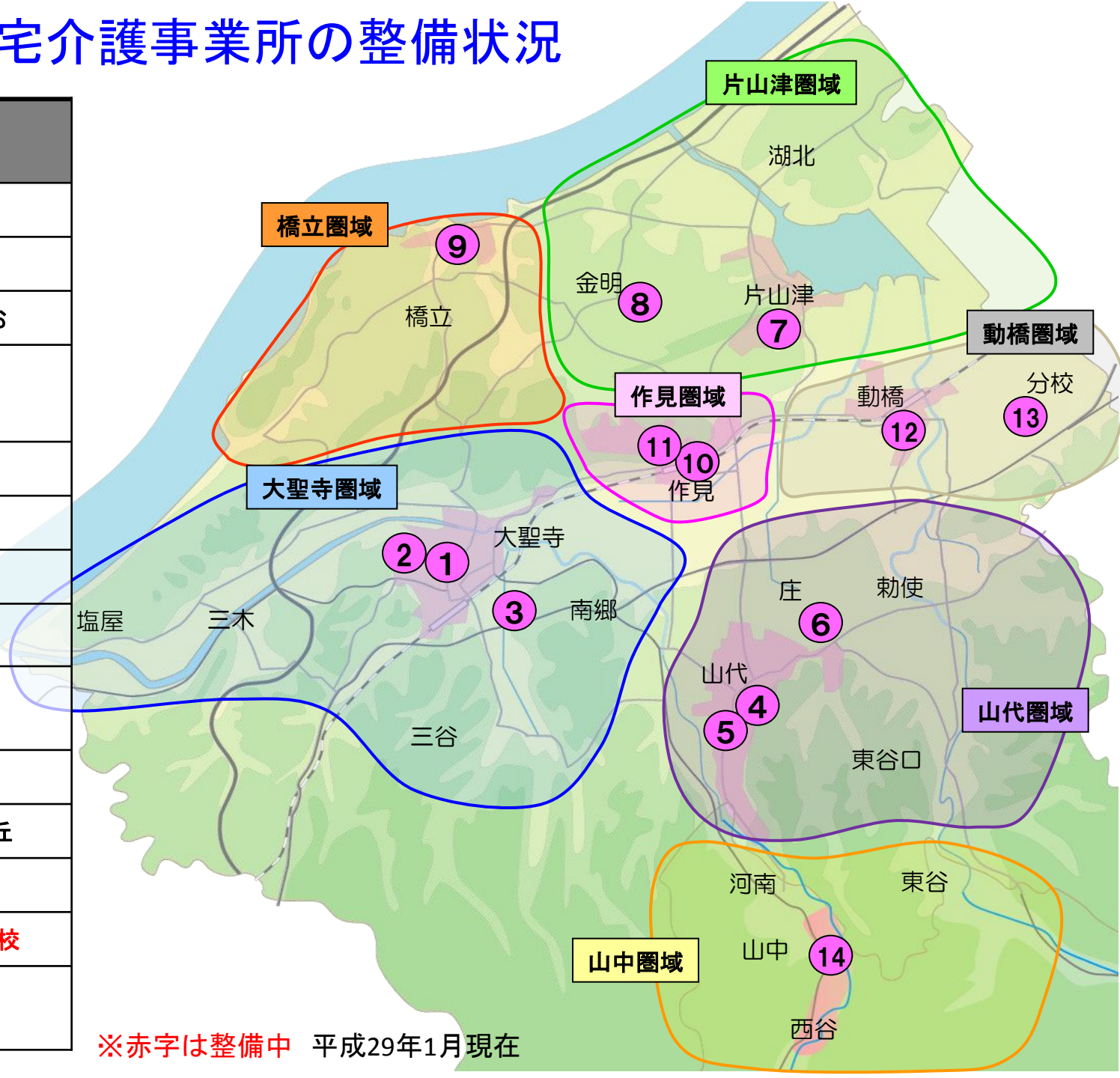
『加賀市総合計画』における7地域拠点と整合性をとり、日常生活圏域は7圏域とするが、介護保険サービス等のハード面を中心とした基盤整備については、地域づくりに主眼を置き、圏域をさらに細分化した地区単位で対応する。

地域密着型サービス事業所もさらに地域特性を活かした事業展開を図るために、圏域単位の整備を念頭に地区単位での事業展開による拠点の分散化を図る。

中重度の在宅要介護高齢者を支えるサービス基盤として小規模多機能型居宅介護の整備を進める。

小規模多機能型居宅介護事業所の整備状況

圏域	事業所名
大聖寺	① 小規模多機能ホームきょうまち
	② 大聖寺　なでしこの家
	③小規模多機能ホーム なんごうえがお
山代	④ ﾆｰｽﾞ対応型小規模多機能ホーム きききょうが丘
	⑤ 山代すみれの家
	⑥小規模多機能ホーム　いらっせ庄
片山津	⑦ 小規模多機能ホームいらっせ湖城
	⑧　小規模多機能ホーム　きんめい
橋立	⑨ 小規模多機能ホーム　はしたて
作見	⑩ 小規模多機能ハウス　さくみ
	⑪ 小規模多機能ホームいらっせ松が丘
動橋	⑫ 動橋ひまわりの家
	⑬小規模多機能ホーム　いらっせ分校
山中	⑭冨士見通りお茶の間さろん



※赤字は整備中　平成29年1月現在

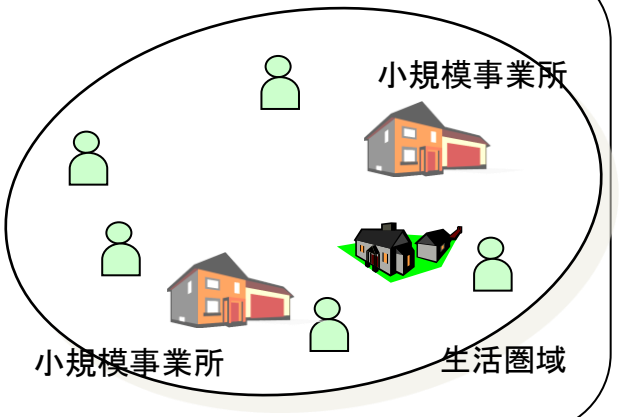
地域密着型サービス事業所整備状況（H28.10）	
地域密着型介護老人福祉施設	5事業所　108人
認知症対応共同生活介護	12事業所　177人
小規模多機能型居宅介護	12事業所　295人
認知症対応型通所介護	4事業所　30人
地域密着型通所介護	9事業所　115人
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護	1事業所

第3期介護保険事業計画での転換

第３期から

整備状況

郊外の大規模施設は今後整備しない。
〇生活圏域の中で事業所を整備。
（自宅の近くの住み慣れた地域で利用）
〇少人数単位の介護を行う小規模の事業所
〇加賀市が指定し、加賀市民以外は利用できない。



ケアの実態

第2期介護保険事業計画の重点目標として、「サービスの質の向上」、「認知症対策の推進」を掲げていながら、有効な施策を行っていない。

センター方式のモデル事業への参加（平成16年度）

⇒・参加したケア担当者が、新しい認知症ケアの担い手となることを期待。
・事業の成果を今後の認知症施策につなげていく

地域密着型サービスの計画的整備
（サテライト型特別養護老人ホーム）

100　多床室特養

100　個室ユニットケア特養

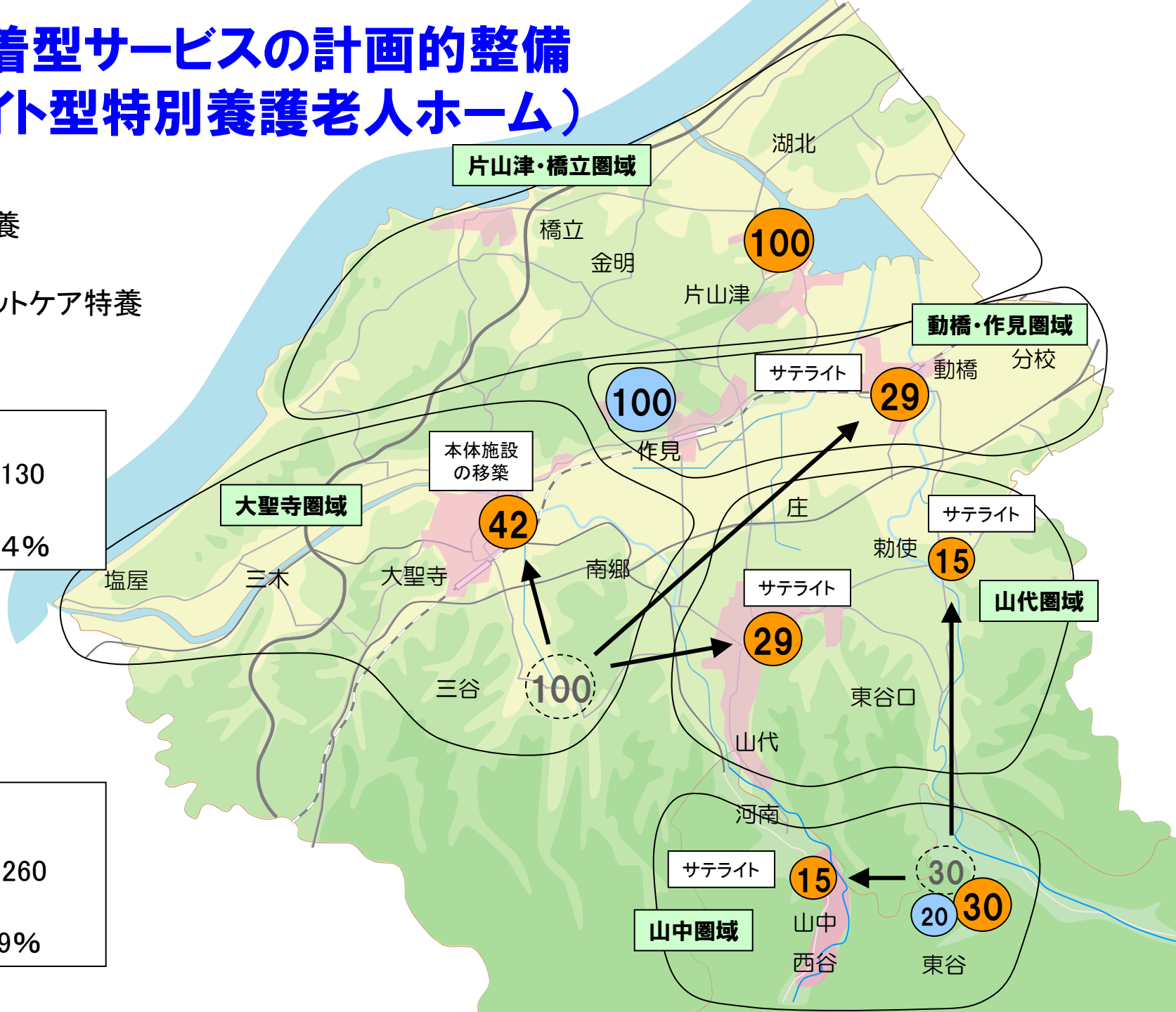
平成18年4月

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

平成26年度

特養総定員440

　個室ユニット定員260
　多床室定員180
個室ユニット割合59%



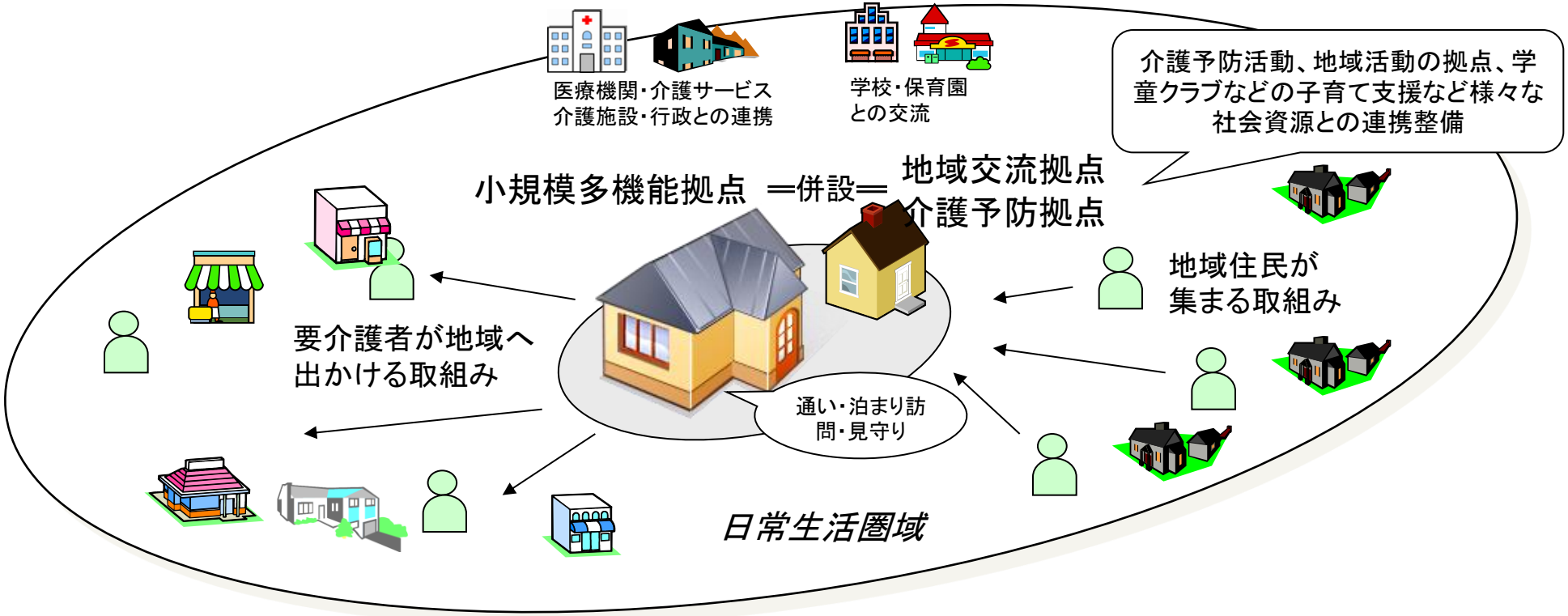
サテライト特養「つかたに」の暮らしの風景

学童クラブ・介護予防拠点の併設

地域密着型サービスの機能と計画的整備
小規模多機能ホーム・地域交流拠点（介護予防拠点）

高齢者が要介護状態になっても、「なじみの人や場所、ものや家族との関係が途切れずに暮らす」ための支援を行うものでなければならない。→高齢者を地域に呼び戻す。これまでの暮らしの継続

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



行政と連携して共に『地域づくり』を進めるパートナー

加賀市介護サービス基盤の整備及び運営指針

小規模多機能ホーム整備の主な項目

〇地域住民との交流が図りやすい街中の既存施設を改修すること（整備補助金の交付の条件）

〇高齢者にとっての生活の場として、暮らし続けることができる設計であること

〇日常的に地域との交流の場や機会を設けること

〇キャラバンメイトの配置など自主的な地域住民向け認知症サポーター講座を開催すること

〇職員側の都合や業務優先ではなく、一人ひとりのペースを保ちながら暮らせるよう支援すること

ニーズ対応型小規模多機能ホームききょうが丘

＜山代圏域＞　　平成19年5月開所

市街地にある高齢者がなじみやすい和式住宅を改修して整備

第3期からの認知症対策

計画の上位目的：認知症対策の推進

○地域密着型サービスの計画的整備

○認知症のケア・権利擁護の推進

・認知症にやさしいまちづくり部会、全体会の開催（地域ケア会議）
・認知症の人のためのアセスメント（センター方式）の普及・実践・報告会の開催（人材育成）
・認知症実践研修・実践者研修開催（H22～26）
・虐待防止研修会、面接技術研修開催
・サービス種別（通所・ヘルパー・ケアマネ等）連絡会の開催

○認知症の理解促進

介護事業所職員のキャラバンメイト養成と認知症サポーターの養成講座の開催

平成25年度地域包括ケアに向けた各種会議・連絡会

地域の中の機関及び団体：民生委員、警察、小学校、企業、おたっしゃサークル、保健推進員、・・

包括ケア会議全体会

介護予防部会（総合事業実施検討会）
高齢者自身が生活機能が低下しないような取り組みを暮らしの中で出来るような仕組みを検討

認知症にやさしいまちづくり部会
認知症になっても安心して暮らせる地域支援体制の構築を目的とし、認知症の早期発見や対応及び認知症の正しい理解の普及啓発、認知症予防の取り組み等について検討する。

権利擁護部会
高齢者虐待防止、権利侵害防止に関する意識を高め、早期発見対応のしくみを検討する

ケアマネジメント向上部会
本人本位のケアマネジメントを推進することを目的に、ケアマネジメント及びチームケアの質の向上等検討

ケアマネジャー連絡会
その人らしい暮らしを意識したケアマネジャーの役割の再認識と質の向上を目指す

キャラバン・メイト（認知症普及）連絡会
圏域単位で認知症の理解を広める効果的な啓発方法を検討

地域密着型サービス事業所連絡会
地域づくりの担い手として、地域の人や資源をつなげれるようケアや取り組みを検討

通所系サービス事業所連絡会
生活支援のための通所系サービスのあり方を踏まえた質の向上を目指す

訪問介護事業所連絡会
生活支援のための訪問介護のあり方を踏まえた質の向上を目指す

ソーシャルワーカー（医療相談員）連絡会
医療・福祉・介護の早期連携体制のあり方を検討

高齢者になっても住みなれた地域で支えあいながら、その人らしく自立して暮らせる地域づくりのための施策提案

事業所による地域住民等への取組み

1. キャラバン・メイト活動

事業所職員100名以上

- 認知症サポーター養成講座の開催
- 地域の祭りに参加（地域の人の集まるところで）
- 劇団の立ち上げ（法人越えたキャスト・さまざまな媒体）
- やさしいまちづくり教室（小学校出前講座）への参加

2. 地域密着型サービス事業所へ家族介護支援事業の委託

- 運営推進会議より地域のニーズを聞き、公民館や介護予防拠点にて講座を開催

介護なんでも110番の設置

○地域密着型サービス事業者にキャラバン･メイトを配置

地域包括支援センターとの協働で、事業所がある周辺地域に自主的な認知症サポーター養成講座を開催

○地域の中の介護サービス事業所に相談窓口を設置

身近な場所で相談に気軽に応じ、必要な時には各機関を紹介。

「介護なんでも１１０番」の看板を配付　　30箇所設置

気軽に集える地域の介護施設を紹介します

小規模多機能ホームや通所介護事業所では、「私達も地域の一員」との考えから、施設の一部を開放し、地域の人とともにさまざまな活動をしています。今回は、地域交流の拠点となっている5施設を紹介します。その他の施設でも、施設の利用者以外の人が介護施設を利用できる取り組みがあります。ぜひ、お近くの介護施設にも訪ねてみませんか。

ニーズ対応型小規模多機能ホーム ききょうが丘（山代温泉1区）

▲抹茶カフェ「いっく」にて一服

地域の人が参加しやすいように抹茶カフェ「いっく」を毎月10日に開催しています。地域の誰でも参加できます。

取組内容：お茶会（参加費100円）
（毎月10日　曜日問わず開催　13時～15時）

地域の人の声：
・皆と抹茶を飲み、お話をすることが楽しい。
・近所の人が誘ってくれるから来ることができる。

山代すみれの家（山代温泉3区）

地域の人と施設利用者と疎日のないような関わりを大切に、地域の心強い相談所となることを目指しています。

取組内容：ラジオ体操（毎日10時～）

地域の人の声：
・皆で体操をすることで身も心も元気。
・沢山の人と知り合いになれた。

▲毎朝10時に行うラジオ体操の様子

地域交流の家ふらっと（山中温泉）

高齢者や子ども、障がいのあるなしに関わらず、いつでも誰でも利用できる共生型のデイサービスで、当たり前に地域で普通に暮らせることを目指しています。

取組内容：昼食の提供（500円）、囲碁、麻雀、押し花（全て随時）

地域の人の声：
・一人暮らしだとおっくうな家事も、ふらっとに行くと元気をもらい続けられる。
・認知人の強を活かし、ともに献立を考えることに生きがいを感じる。

◀週一回ボランティアで料理の腕をふるう大塚　喜久子さん

いらっせ松が丘（松が丘1丁目）

地域の人が気軽に訪れ、和める空間を提供しています。ともに食事会や行事に協力、参加いただいています。

取組内容：麻雀、将棋、囲碁
（毎週月曜日　13時～16時）

地域の人の声：
・ここに通うようになって知り合いが増えた。
・楽しく老化を防止できる。

▲談話しながら、麻雀をする様子

いらっせハマナス（小塩町）

地域に根ざした通所介護事業所として、近所づきあいを大切にしています。クラブ活動のように気軽に誰でも利用できます。

取組内容：折り紙教室（月2回水曜日）
生け花教室（月1回）

地域の人の声：
・皆で一緒にすることが楽しい。
・教室のお手伝いをすることにやりがいや喜びを感じる。

▲折り紙博物館講師による折り紙教室の様子

・地域密着型事業所は、要介護認定者以外の人も行き来できる独自事業等を積極的に展開

・行政広報でもPR。

これまでの加賀市の取り組みを振り返り・・・

- 事業所向けの研修会をとおして、認知症ケアの推進（センター方式の視点）、地域との連携等を伝えてきた。
- 同時に認知症サポーター養成講座も事業所職員がキャラバン・メイトとなり住民に啓発してきた。
- 事業所は、ケアの中で地域とのつながりを意識したかかわりを目指し取り組んできた。
- 介護・医療・住民代表者と会議をとおして課題整理・事業展開をしてきた。

課題やこれからの取り組みとして重要なこと・・・

・啓発のみに終わっていた。

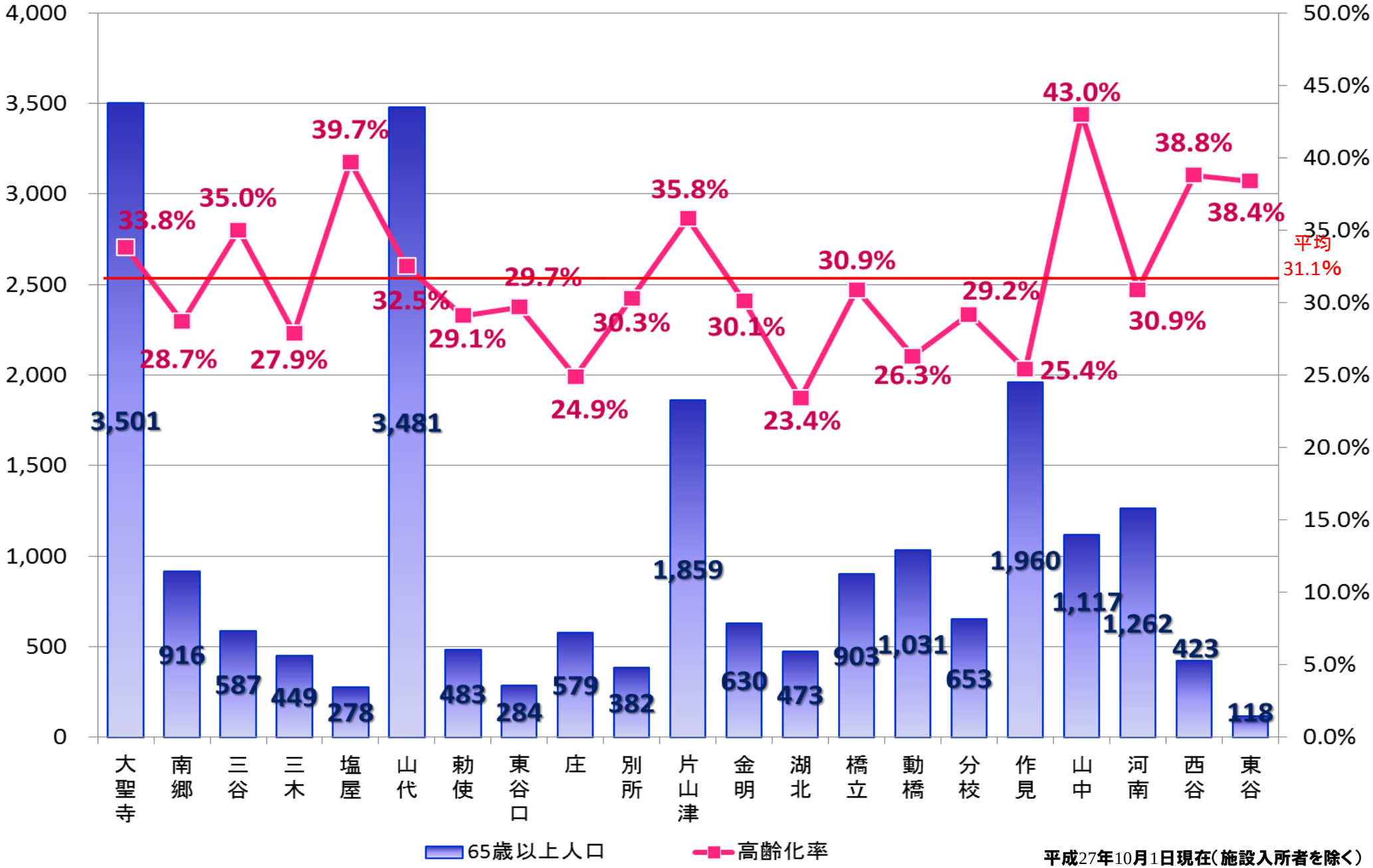
・地域住民が受身であったこと。

・地域住民自身がこれからの自分たちの暮らし、認知症になったときにことを早めに考えること。

・住民自身が、自分の住んでいる地域のことを主体的に考えて、共にかたちにしていくこと。

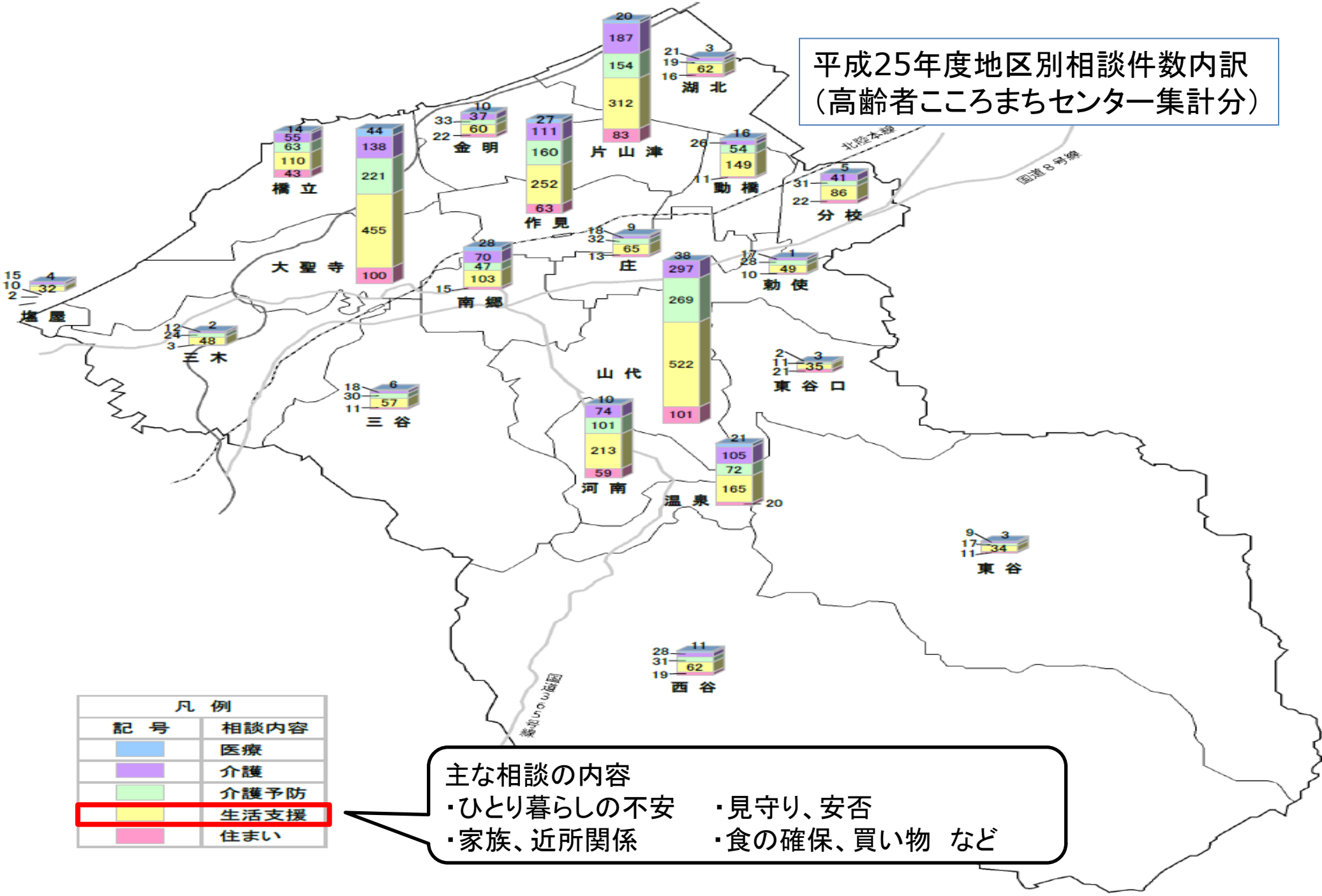
Ⅲ　加賀市版地域包括ケアシステム構築に向けた取組について

地区別(21地区)高齢者数と高齢化率



平成27年10月1日現在（施設入所者を除く）

平成25年度地区別相談件数内訳
（高齢者こころまちセンター集計分）



凡例	
記号	相談内容
	医療
	介護
	介護予防
	生活支援
	住まい

主な相談の内容
・ひとり暮らしの不安　・見守り、安否
・家族、近所関係　・食の確保、買い物　など

加賀市で「地域包括ケアシステムを構築する」とはどういうこと？

- 「単身・高齢者のみ世帯の増加」、「要支援・要介護認定者の増加」、「認知症高齢者の増加」、「人口減少による介護の担い手となる人材の不足」といった課題にどう対峙するか。

- 行政サービスだけではなく、住民、NPO、ボランティア、介護事業者をはじめとする民間企業等の多様な主体による地域ごとの特性を踏まえたカタチでの支援体制の構築が求められるとともに、構築の際には、元気な高齢者も担い手となっていただく必要がある。

- 高齢者が社会的役割を持つことで、生きがいや介護予防につながる取組により、住み慣れた地域で自分らしい暮らしが継続できる社会の実現に近づく。

- この仕組みは高齢者のみが対象ではなく、本来は、障がい者や子どもを含めた全ての住民にとってのものであり、地域で支え合う体制を構築することが求められる。

地域包括ケアシステムの構築とは、「加賀市のまちづくり」そのもの！

加賀市における高齢者人口のピークはいつ頃？

・65歳以上の高齢者数のピークは、2018年（平成30年）
なお、75歳以上高齢者人口ピークは2026年頃（平成38年）
この頃には高齢化率も36%に達する見込み。

※ 国全体では、2042年（平成54年）にピーク到来
75歳以上高齢者人口のピークは2055年頃（平成67年）。

つまり、加賀市では、
高齢化のピークが
全国より早く到来するため、
早期の構築が必要！

平成２８年度地域包括ケア推進体制ワーキング
（事務局：地域福祉課・長寿課・包括）

必要に応じ、参加要請し追加予定

庁内横断ワーキング対象課

- 総務部
  - ・企画課
  - ・地域交通対策室
- 健康福祉部
  - ・長寿課、地域医療推進、包括
  - ・地域福祉課
  - ・健康課
- 教育委員会
  - ・生涯学習課
- 市民生活部
  - ・地域づくり推進課
  - ・生活安全課
- 経済環境部
  - ・商工振興課
  - ・農林水産課
- 建設部
  - ・建築課

計画・施策

- 加賀市高齢者お達者プラン H27~H29 石川県医療計画H25~H29
- 福祉こころまちプラン H27~H31
- 加賀市健康応援プラン21 H25~H34
- 石川県高齢者居住確保計画 H24~H29

関連する主な事業

- ・総合計画
- ・公共交通体制、運輸
- ・在宅医療連携
- ・介護予防事業
- ・地域密着型ｻｰﾋﾞｽ整備
- ・認知症対策
- ・地域見守りネット
- ・民生委員関連業務
- ・成年後見センター
- ・生涯学習推進事業
- ・公民館事業
- ・ボランティアポイント
- ・買い物支援
- ・高齢者宅への農産物配送事業
- ・事業支援
- ・地区まちづくり推進協議会支援
- ・広報
- ・公民館事業支援
- ・生活環境事業
- ・市営住宅
- ・高齢者住宅
- ・バリアフリー改修
- ・空き家対策
- ・健診、保健指導　・在宅当番医　・保健推進員

医療　介護　予防　生活支援　住まい

検討委員会・庁内横断ワーキング・地区座談会

地域包括ケア検討委員会

地域包括ケアビジョン
加賀市の地域包括ケアの目指すべき姿、方向性

ワーキングメンバーでの話し合い

H26.9～H27.1　3回

地域包括ケア検討委員会

加賀市が目指す地域包括ケアシステムについて、専門的な立場から助言

H26.6～H27.3

庁内横断ワーキング　11回

市の関係部署（9課）の担当職員で構成。各要素における課題の整理、目指すべき姿の検討など。〔総勢15名〕

- 予防・医療・介護班　9回
- 生活支援・住まい班　12回

H26.6～H27.12　12回

地区座談会

地域の現状や課題、理想の姿等について意見交換（地区社協単位で開催）

地域の良いところは？

本当の「ニーズ」とは？

各種アンケート・座談会・ワーキングより

□「施設入所」の理由は「安心」が欲しいから

（独りになった時・何かあった時の不安を解決する選択肢が少ない）

「そりゃ～自宅がいいに決まっている」

「独りだし・・・」

「自分のことが自分で出来なくなったら仕方ない」

□「サービス」が欲しいのではなく「つながり」が欲しい

（困ったときに助けてくれる相手、親身になってくれる相手、気に留めてくれる存在）

「今は近所の人が気に留めてくれるけど・・・」

「いざというときはどうしようか」

「どうにもならない」

「考えないようにしている」

□自分のことはできるだけ自分で選択し、決めたい

（早めの幅広い情報、身近な相談相手、希望は持っているがあきらめている）

「出来るだけ世話にはなりたくない」

「家族に迷惑かけたくない」

〔地域包括ケアビジョン（目指すべき姿）〕と各要素の重点事項

予　防

誰もが自らの将来に関心を寄せ、健康の維持・増進に取り組み、身近な地区の中で、生きがいや居場所のある今日と同じ明日を迎えることができるまち

- 認知症予防（早期発見・対応・備え）
- 生活習慣病の発症予防・重症化予防
- 状態像に応じた地域の予防活動の充実
- 高齢者の社会参加の推進

医　療

どんな環境や場所にいようと、住み慣れた自宅や地域において、生活に沿った最適な医療により最期まで本人の望む生活が続けられるまち

- 在宅療養支援体制の強化
- 医療と介護の連携の促進

介　護

本人の人生やこだわりに寄り添い、最期まで尊重し、「できる力」を活かしながら、住み慣れた地域で歩み続けることができるまち

- 在宅の限界点を高める取り組み
- 認知症対策の強化
- 相談機能・家族介護支援の強化

生活支援

本人の望む暮らしの実現のために、向こう三軒両隣のお互いさまの関係の中で、持っている力を発揮し、さらなる助け合いが生まれるまち

- 地域の資源の把握と開発支援
- 住民参加型生活支援活動の充実
  （家事支援サービス・移動販売など）
- 地域特性を活かした住民主体活動の展開

住まい

誰もが、最期まで住みたいところに住み続けることができるまち

- 住まいの円滑な確保の支援
- 安心して住める住まいの環境整備

→ 加賀市版　地域包括ケアシステム

〔地域包括ケアビジョンの方向性〕

「本人主体」

私らしくあり続けることを大切にし、共に考え、認め合うことができるまち

「住民主体」

「自分たちのまちは自分たちで」をモットーに、自らの決定に責任をもち、住民、行政、事業者が協働し、支え合える地域づくり

「圏域単位で予防・医療・介護・生活支援・住まいの5つの要素が一体的に提供されるもの」

これまでのつながりや関係を大切にし、本人や地域の力を活かし、暮らしを継続するために、「本人主体」と「住民主体」を基本的考えとし、地域ごとのグランドデザインを描くこと

“地域で暮らす”を念頭に、地域特性を踏まえ、住民一人ひとり・事業者・行政の協働により、自分たちの暮らしや地域を守っていく・支えあっていくことが必要！

地域の力の発揮とその協働を行う具体的な対策とシステムが必要

加賀市版地域包括ケアシステム構築のための戦略

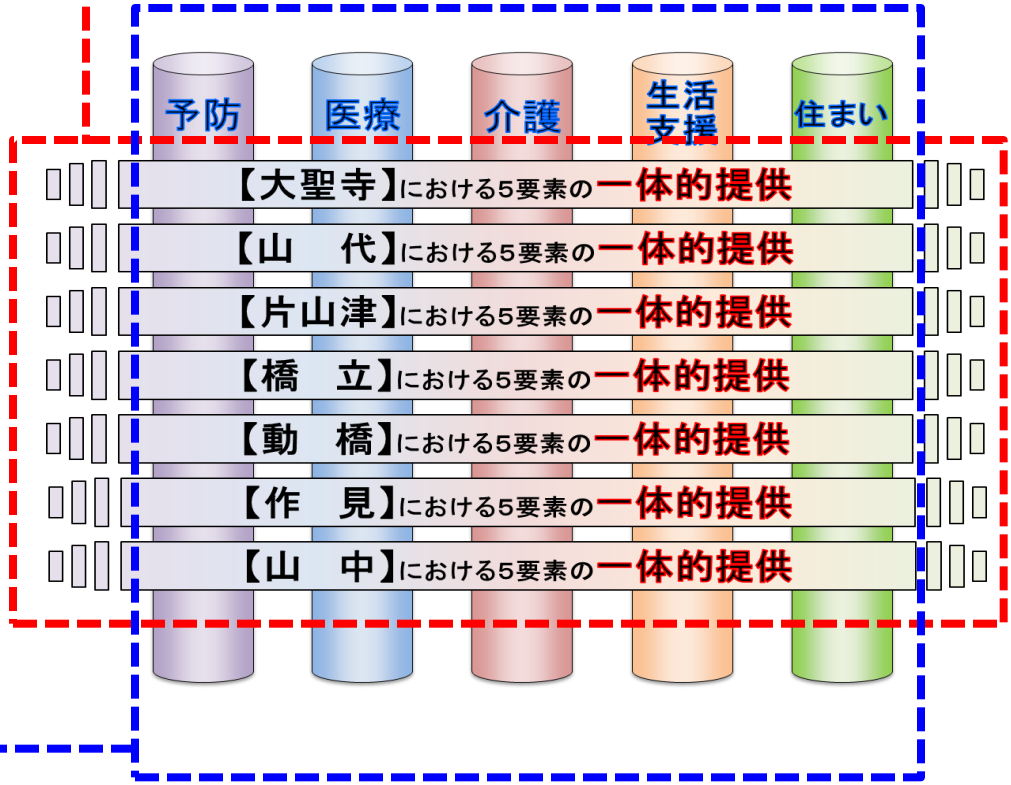
○横の戦略

・地域包括支援センターブランチの設置と地域福祉コーディネート業務の*地区単位*の取り組み

・住民と協働の介護予防と認知症対策

・地域密着型サービスの計画的整備

など



○縦の戦略

・庁内横断ワーキングの実施

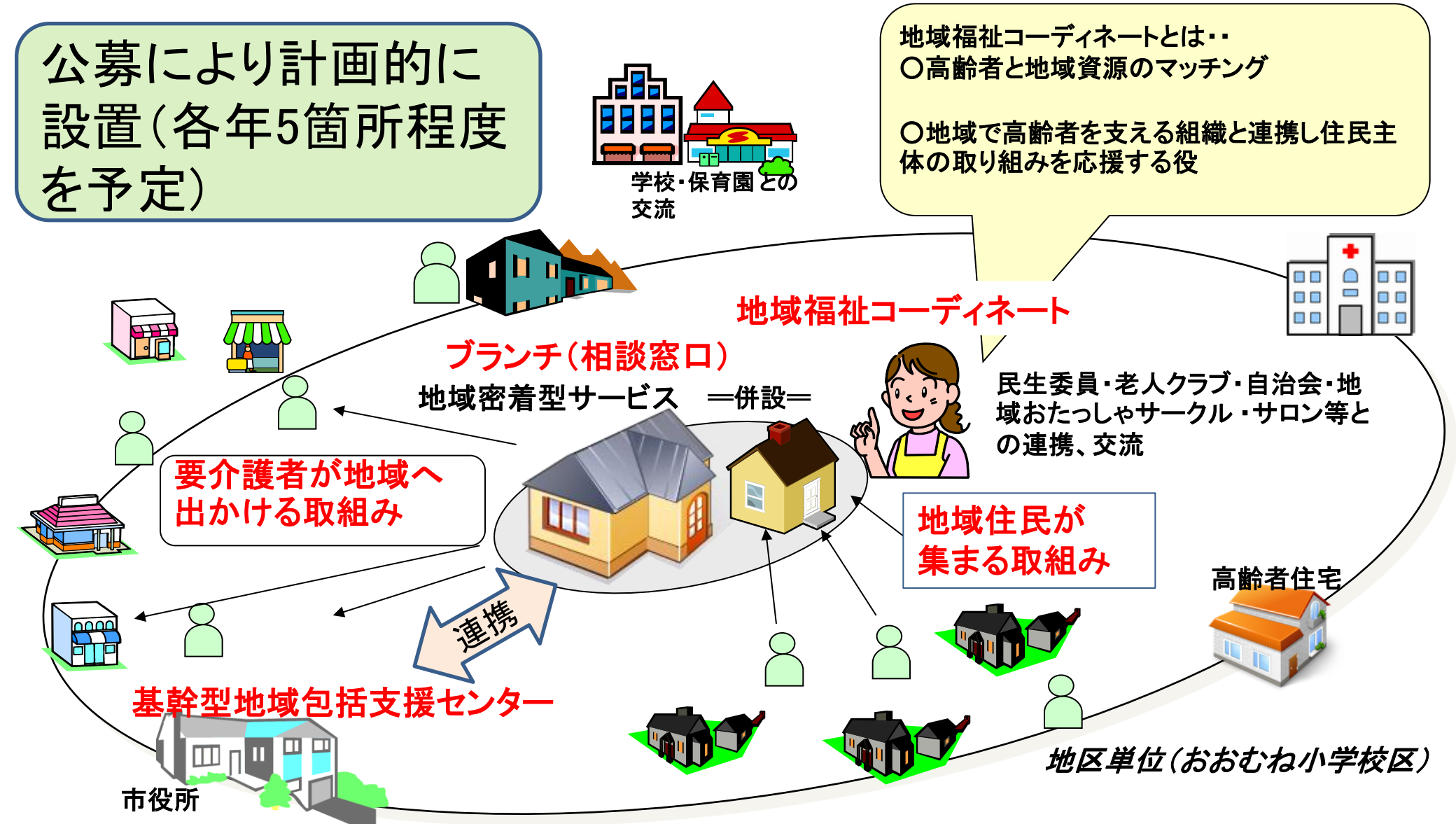
・社会資源バンク(仮称)生活支援体制構築事業(庁内ワーキングの最重点課題)

包括相談窓口・地域福祉コーディネート業務の委託事業

地域での支え合いの体制づくり

地域包括支援センターの相談窓口（包括ブランチ）を地域密着型サービス事業所等）に設置し、地域福祉コーディネート業務を推進

公募により計画的に設置（各年5箇所程度を予定）



平成28年10月現在

地域の身近な相談窓口（市内11カ所）

地区の高齢者こころまちセンター をご利用ください

相談を受付し、必要な情報提供を行ったり、市役所内の基幹型高齢者こころまちセンターにつないだりします。

橋立地区高齢者こころまちセンター
小規模多機能ホームはしたて
橋立町イ乙54番地1
☎75-7384

大聖寺地区高齢者こころまちセンター
大聖寺なでしこの家
大聖寺番場町29番地4
☎72-1882

大聖寺地区高齢者こころまちセンター
小規模多機能ホームきょうまち
大聖寺京町27番地
☎73-2117

南郷地区高齢者こころまちセンター
小規模多機能ホームなんごうえがお
上河崎町オ120番地
☎75-7815

山代地区高齢者こころまちセンター
ニーズ対応型小規模多機能ホームききょうが丘
山代温泉桔梗丘4丁目1番1
☎76-3660

高齢者こころまちセンター〈基幹型〉
（地域包括支援センター）
大聖寺南町二41番地　☎72-8186

片山津地区高齢者こころまちセンター
小規模多機能ホームいらっせ湖城
湖城町3丁目125番地
☎74-8122

動橋地区高齢者こころまちセンター
動橋ひまわりの家
動橋町イ19番地1
☎74-1611

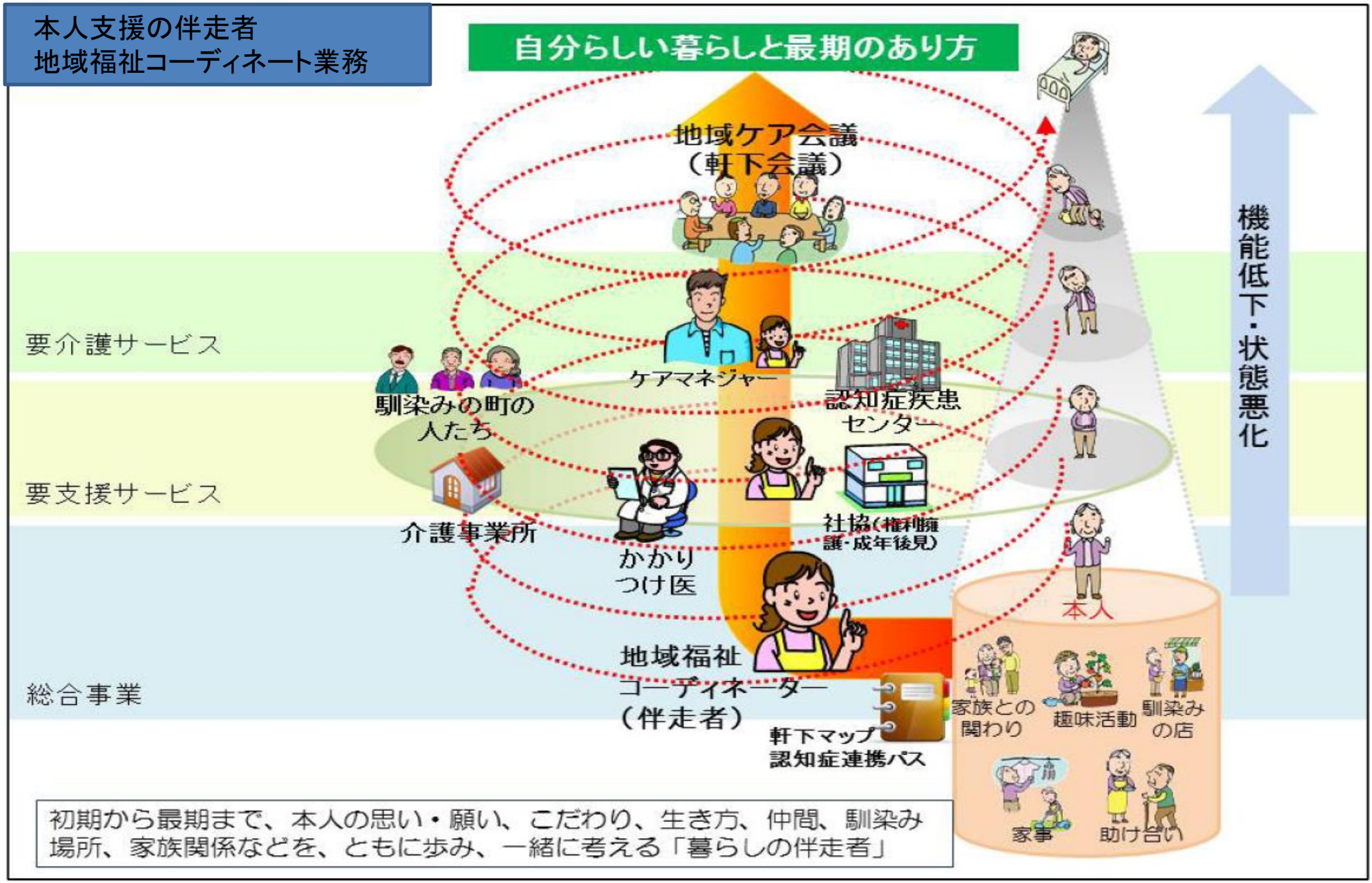
作見地区高齢者こころまちセンター
小規模多機能ホームいらっせ松が丘
松が丘1丁目17番地8
☎72-2050

作見地区高齢者こころまちセンター
小規模多機能ハウスさくみ
作見町カ132番地1
☎75-3315

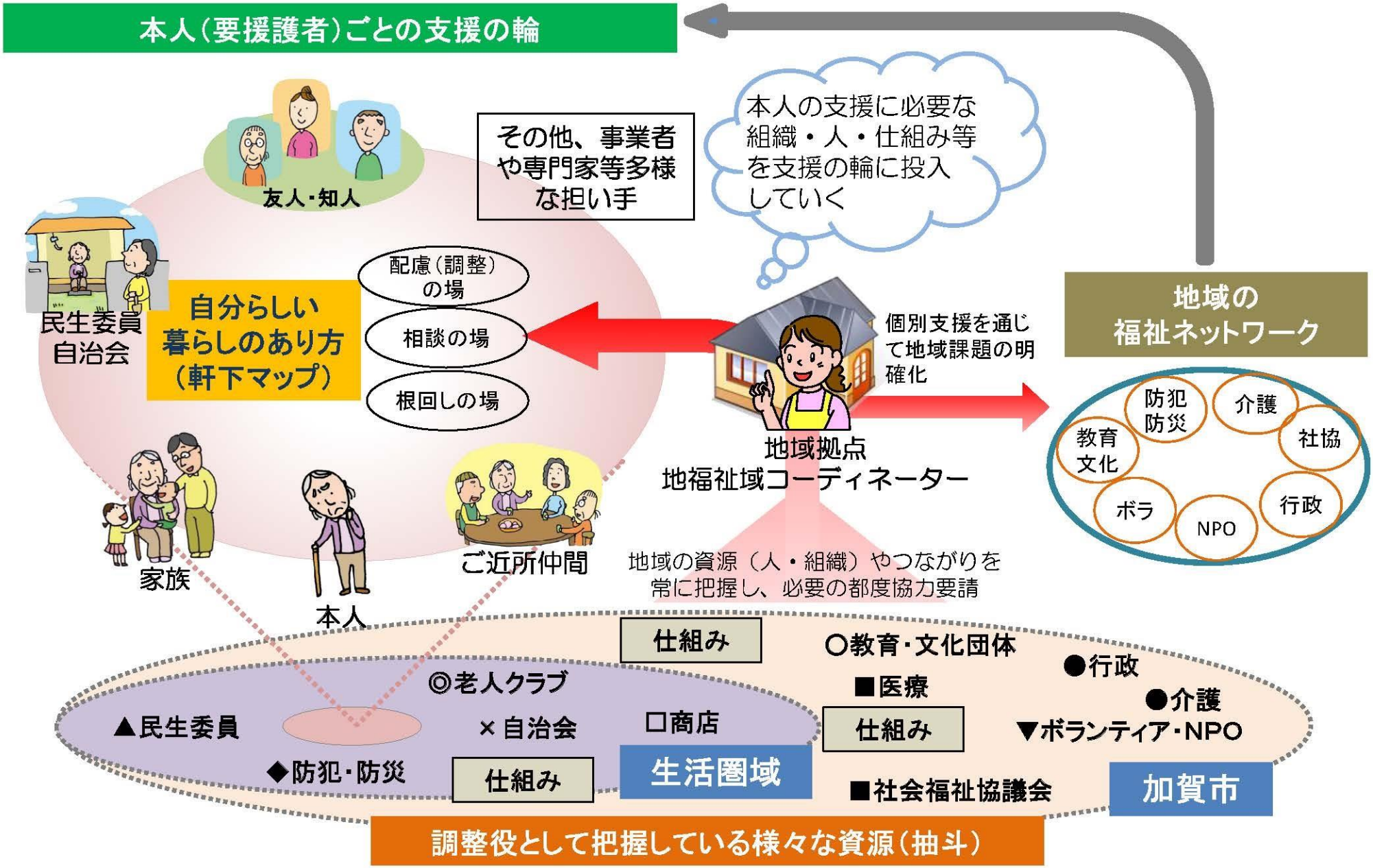
山中地区高齢者こころまちセンター
富士見通りお茶の間さろん
山中温泉白山町ノ14番1
☎78-2555

山代地区高齢者こころまちセンター
山代すみれの家
山代温泉ハ74番地5
☎77-1505

「本人が望む暮らし」の支援と地域福祉コーディネート業務の役割



「本人が望む暮らし」の支援と地域福祉コーディネーターの役割②



ブランチと地域福祉コーディネート業務の相乗効果

地域包括支援センターの窓口（ブランチ）に合わせて地域福祉コーディネート業務を委託することで必要時提供してほしい機能が充実

包括ブランチ

包括窓口機能
（地域の身近な相談窓口）

地域福祉コーディネート業務

顔の見える関係の構築
常に門戸を開き継続してかかわる体制

地区単位の相談機能の充実
（17地区22箇所）

早めの出会いにより、本人とまわりのつながりが途切れない支援が効果的に展開できる

個の支援を重視した展開

相乗効果

①早めの出会いと身近で相談しやすい拠点
　⇒地域で身近な相談体制やすぐに駆けつけられる体制
②どんな状態になっても地域で暮らし続けられる体制
　⇒介護サービス利用有無にかかわらず「柔軟性」「緊急時対応」「訪問機能の充実」が必要
③地域での住民主体の生活支援の体制構築
　⇒介護問題を地域住民が自身のこととしても捉えられるような、地域全体で支える仕組み、機会の創出（高齢者の社会参加できる人はたくさんいる）

加賀市版アセスメントツール

・私のくらし手帳（認知症ケアパス）～包括（ブランチ）の初期相談～要支援認定者まで、共通ツールとして生活能力・本人のつながりを重視したアセスメントの展開を目指す。
・本人の生活能力（出来る力）・つながりの中で出来ることや機会やサポート体制を考える

加賀市ケアマネジメント検討票（生活機能） 案

NO. 1

困難度と改善可能性	楽にできる	少し難しい	改善可能性高い	改善可能性低い
判定	○1	○2	△1	△2

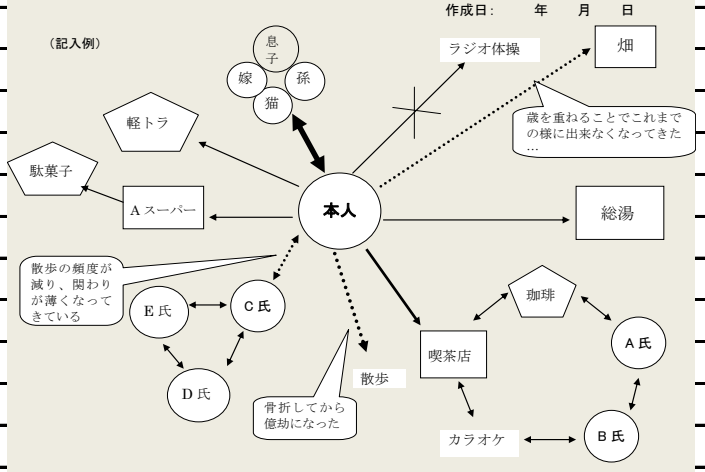
氏名		生年月日・性別	年　月　日（　）
住所		電話	

生活機能		現状（　年　月　日） 初　回	（　）月後予測	判断した根拠	本人・家族の意向	現状（　年　月　日） 3 か月後		現状（　年　月　日）	現状（　年　月　日）
ADL	室内歩行								
	屋外歩行								
	外出								
	排泄								
	食事								
	入浴								
	着脱衣								
IADL	掃除								
	洗濯								
	買物								
	調理								
	整理・物品の管理								
	ごみ出し								
	通院								
	服薬								
	金銭管理								
	電話・PC								
	社会参加								
	趣味活動								
特記事項									

認知症の人のためのアセスメントツール
「センター方式　A4マップの活用）

加賀市ケアマネジメント検討票(軒下マップ) 案　NO.2

住所：　電話番号：
氏名：　（かな）
作成日：　年　月　日



資源（名前）	本人との関わり	資源（名前）	本人との関わり
喫茶店仲間（A 氏）	話しの合う仲間	ラジオ体操	健康のためにしている
喫茶店仲間（B 氏）	一緒に歌を歌う仲間	散歩	昔からの習慣
近所にいる弟（C 氏）	気にかけてくれる人	軽トラ	移動手段、畑の仕事道具
近所の人（D 氏）	散歩のときに話す仲間	A スーパー	お菓子を買いに行く場
近所の人（E 氏）	散歩のときに話す仲間	駄菓子	本人の好物
息子、嫁、孫、猫	同居の家族	喫茶店	行きつけの場
		カラオケ	生きがい
		総湯	昔からの入浴場
		畑	昔からしている仕事

ブランチ及び地域福祉コーディネート業務の実際

①地域で身近な相談体制や「柔軟性」「緊急時対応」「訪問機能の充実」が必要

・「近くに相談できる場所が出来たんか、あんたに相談すればいいんやね」と住民の声
・出合った住民（サークル、民生委員等）から高齢者の相談が入るようになった
・身近な相談場所でかつ見守り訪問で気に留めてくれることで住民から「安心」という声
→ 身近で知っている職員にいつでも相談できる（24時間365日いつでも）安心へ

②地域住民が自身のこととして地域全体で支える仕組み、機会の創出

『地域に出向く』

・地域に出向くことで、地域のサロンやサークルの存在が分かり、サークルリーダーと顔に見える関係に、要介護になり途切れていた利用者が再びサークルにつながった。
→ 自分たちも要介護になっても、サークルを止めなくてもいいんだという安心

・「私、パッチワークが得意なんや、誰かしたい人いるかな？」住民の声から、事業所を拠点にパッチワーク教室の開催へ
→ 新たな社会資源づくりへ

・地域の方と一緒にケース検討会をし、「こんな事なら私出来るわ」「あの店はこんな事もやっとるよ」という声。
→ 話し合いをし、地域全体で一人の高齢者を支える事につながる。

既存の取り組みの見直し

○事業所向け研修会のあり方

研修体系を見直し各種研修を1本化

・認知症ケアを基本とした中堅職員向けの（地域福祉コーディネート業務研修）研修として1本化

・各種サービス別連絡会→介護サービス事業者協議会へ委託

○地域ケア会議のあり方

市全体で行っていた3地域ケア会議を中止

・地域に出向き住民中心の話し合いの場面や取り組みに転換(対話の機会を地域で作る。メンバー地域によってばらばら）

・総合事業における目標設定会議（介護予防プラン検討）の開催

○直営包括職員を地区担当制へ

～地域包括ケアシステム構築のための会議のあり方(案)～

H28～

庁内ワーキング＋（必要時専門職・地域住民参集）

地域ケア会議
（政策形成会議）

住まい・予防・介護・生活支援・医療

地域生活を支えるための専門的なつながり

医療・介護

権利擁護

地域

- その他
- 医療・介護連携ワーキング
- ケアパス作成・活用※1
- 初期集中支援チーム検討会

ワーキング

- 権利擁護庁内連携会議
- 包括ケア会議権利擁護部会

- 大聖寺
- 山代
- 庄
- 勅使
- 東谷口
- 片山津
- 作見
- 金明
- 湖北
- 動橋
- 分校
- 橋立
- 三木
- 三谷
- 南郷
- 塩屋
- 山中

地区社協
民生委員
まちづくり推進協議会
ボランティア
介護サービス事業所
区長
公民館組織
老人会
婦人会
等

※1：備えとしてこれまで・今・これからの暮らしや暮し方を記載するツール作成と啓発

平成２８年度最重点の取り組みイメージ

地域包括ケアビジョンの実現

【市役所】

各課共通の課題に対する取り組み

「健康なまちづくり推進」事業

「社会資源バンク(仮称)」検討（第1層生活支援体制構築事業）

個別事業

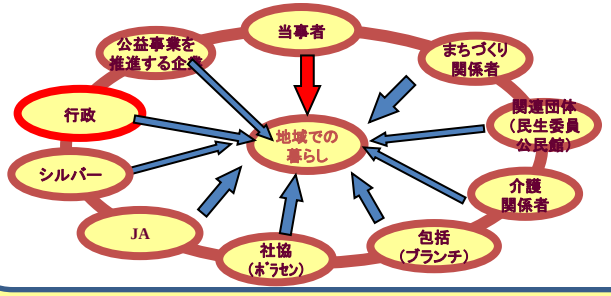
ワーキングでの取り組み

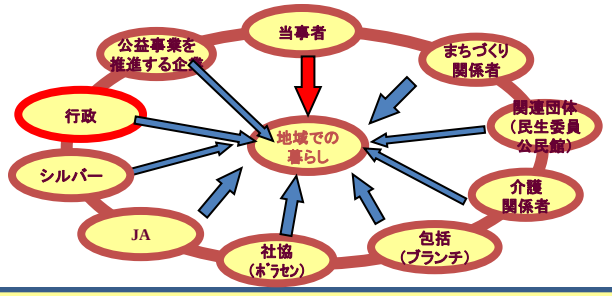
ワーキングでの取り組み
・つなぎ役
・地域づくり活動後方支援役

【地区単位】

地域のことは地域で解決できる仕組みづくり（住民主体のまちづくり）

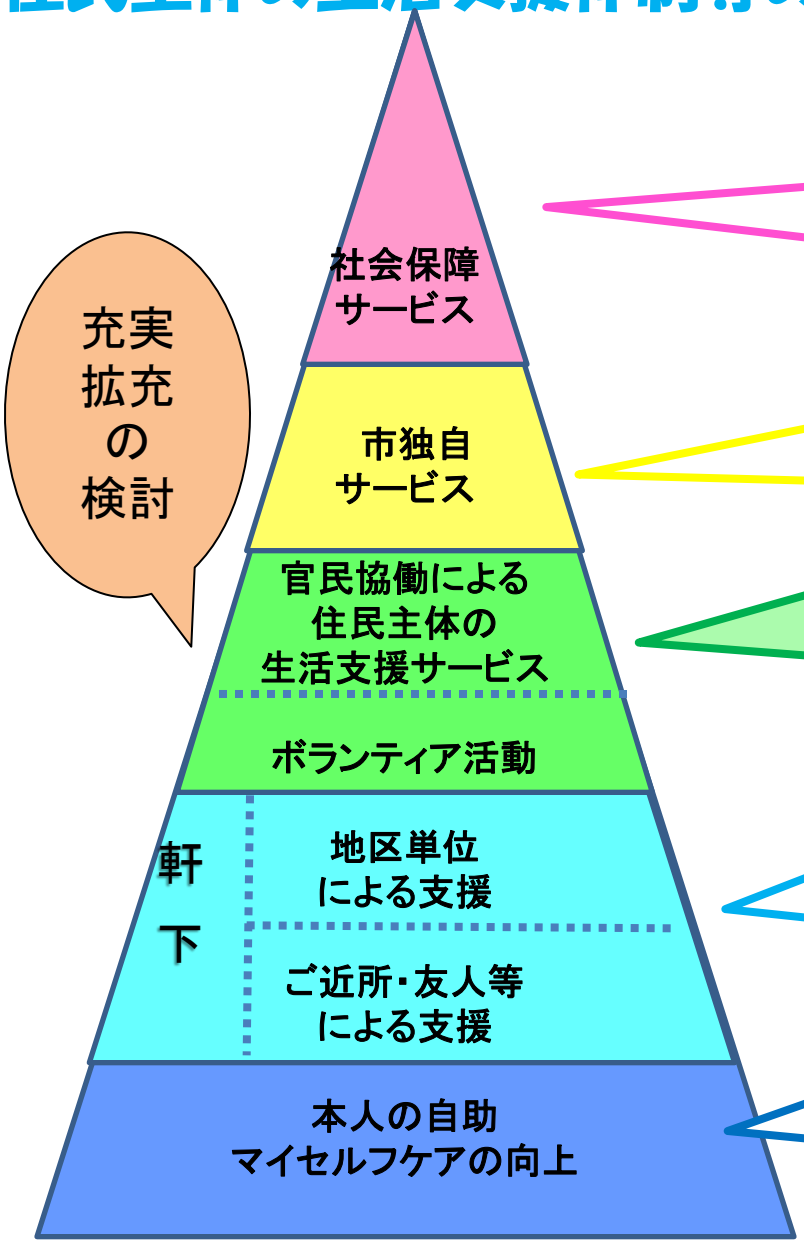
モデル地区の姿





※どのように向こう三軒両隣の仕組みを構築していくのか？

【高齢者の場合】
住民主体の生活支援体制等のあり方（イメージ）



介護保険サービスや医療保険サービス等国民皆保険のサービス。

高齢者福祉サービス
対象要件が満たせば受けることが出来る。
例）介護用品支給、配食サービス、シニアカー購入助成

・住民、事業所、行政の協働の生活支援サービス。
（有償ボランティア的要素を含む）
現在は家事支援サービスのみ（シルバー・JA委託）
・個人のボランティア活動として、傾聴ボランティアなど

向こう三軒両隣の関係のもと、
ご近所どおしや世話焼きさん等の助け合いやまちづくり活動など。　例）サークル、サロン、見守り、各種団体活動

自分の暮らしの備えのために「健康づくり」「介護予防」等自身が行うこと。趣味、スポーツ、地域活動等自身が打ち込める「活動」に取り組むこと。

第２期・第３期生募集

平成28年度 かがやき予防塾

参加費無料

各定員30人

介護予防や認知症予防などの学びや外出プログラムを通して、自身の予防活動につなげたり、仲間との出会いから家族や地域のために自分ができることを考える場です。一緒に学び合い、お互い高めあいませんか？

とき		学習内容
第2期	第3期	（第2期と第3期の学習内容は同じです）
6/29	10/12	いくつになっても介護予防～加賀市の現状を知ろう～
7/6	10/19	いつまでも動ける身体づくり～まずは足元から～
7/13	10/26	今日からはじめる認知症予防～Let's コグニサイズ!!～
7/20	11/2	加齢との付き合い方～あなたに合った人生のしめくくり～
8/3	11/9	かがやき続けるために「今」を考える
未定	未定	仲間と地域に出かけよう
8/24	11/30	考えよう、自分のこれからの関係力について
8/31	12/7	元気一番！地域でとりくむ介護予防

グループワークの風景

コグニサイズの実際風景

かがやき予防塾終了後の活動の場について

元気高齢者が地域にデビュー！

かがやき予防塾（担い手育成）受講

「 介護予防サポーター（通称：かがやきサポーター）」の発足！

第1期生：43名
第2期生：20名
第3期生：38名

予防塾終了後の「活躍の場として

自己の向上

- 傾聴ボランティア
- 家事支援サポーター
- 新たな教養講座
- ボランティア登録

仲間と共に

- 新たな取り組みの模索
- Ⅰ．認知症ケアパスの普及

地域でのより良い取り組み

- Ⅲ．地区ブランチとの協働事業
- 新規サロンの開設
- Ⅱ．地域型元気はつらつ塾の協力（協力員登録）

同じかがやき予防塾を受講した仲間として

横の連携（「かがやきサポーター同窓会」の開催）

Ⅰ．加賀市版認知症ケアパス（わたしの暮らし手帳）啓発普及事業

エンディングノートではなく、スターティングノートとして、これからの自分自身の人生をより豊かな日々として送るため、未来に向かってどう生きていくかを書き記すものとして「わたしの暮らし手帳）を作成し、広く周知を図る

検討会風景

認知症や自分の意思が伝えられなくなる前に「〇〇～したい!!」って思いを残せたらいいよね!!

どうしたら書いてもらえるかな？
地域おたっしゃサークルとかで書き方を伝えるなら協力できるよ！
寸劇を通して啓発していこう！

〇検討会のメンバーで、「私の暮らし手帳を書いてない加賀華子さん」と「書いてあった加賀華子さん」の2つの架空人物を想像し、シナリオを作成。

〇今年度は市内3サークルへ、かがやき予防塾修了生やブランチ職員と一緒に出向き、ケアパスの普及を行うこととなる。

〇検討会メンバーやかがやき予防塾修了生から塾生を募り、
ケアパス普及劇団を立ち上げ、寸劇を実施予定。

Ⅱ.「住民主体の介護予防拠点づくりの取り組み」
～元気はつらつ塾（一般介護予防事業）の展開～

高齢者の運動機能や栄養状態といった心身機能の改善だけを目指すだけでなく、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を促し、役割やいきがい、「活動」と「参加」に重きを置き、本人の自己実現のための取り組みを受託事業所（公募にて周知）と地域住民との官民協働によるコラボにて実施している。実施にあたり全21地区に働きかけを行い意欲ある地区で開始している。

市内21地区中、
10地区で開始

「三谷地区の元気はつらつの一場面」

かがやき予防塾修了生が事業所と一緒に地域の人のために協力員（お手伝いさん）として事業の運営を担っています。

第5回　健康寿命をのばそうアワード
厚生労働省老健局長賞　自治体部門　受賞

Ⅲ. 地区ブランチとの協働事業

・まちづくり事務局、山代ブランチ、山代ワーキングメンバー、包括の話し合いの中。

・総湯に行けなくなると家にお風呂ない人もいて困っている人が多い。
・旅館の空き時間って利用できないのかしら？
・一人暮らしの高齢者が多く、単にお風呂の場の提供だけではなく、寂しさもあり、総湯が「コミュニティー」の場になっているのでは。
・山代の総湯前の広場は場所としては少し狭いのでは。
・総湯に行けなくなると、そこで生まれていた関係性も途切れてしまう。

山代ブランチより

・旅館組合ではお風呂の受け皿は難しい。
・九谷広場は市所有。あまり利活用されていない

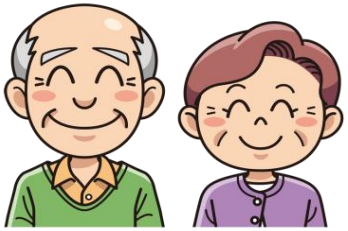
まちづくり事務局より

コミュニティーの場づくりによって、つながりが切れずに暮らせれるのでは。

・まちづくり事務局、山代ブランチ、山代ワーキングメンバー、サークルリーダー
かがやき予防塾修了生（1期生、2期生）、包括職員が2回目の話し合いを行った。

・ラジオ体操だけでは人が集まらない。何か人を集める仕組みを考えよう
・一人だと心細いが、みんなとならやれそうな気がする
・「やれることからやってみよう！」
・自分たちのできることから少しづつ頑張ってみたらどうか
・定年で少し時間の余裕ができたので、できることは手伝いたい。

かがやき予防塾修了生
（かがやきさん）より



・広報等の周知など出来る事は応援するよ。
・誰が世話できる？ずっと続けられる？

まちづくり事務局

火曜日の10時なら集まれるよ！の声に

「平成28年9月27日（火）」にとにかく集まれるメンバーで集まってみよう！

10名弱の方が参加。
ちょうどコンビニに寄られた方もブランチ事業での知り合いだったため、飛び入りで参加！
それ以降、継続して参加されている。

・現在は毎回25名程度が参加しており、徐々に参加者数が増えている。

・区長さんにも声かけし、回覧をまわしてもらったり掲示板にも掲示。

・近くの高齢者（特に19区・20区）の口コミにより、その方々の「新たな集いの場」になっている。

・その他、「男性だけで集まって健康マージャンや将棋をしたい」との声から、したい人としたい人同士がマッチされ、別の場所で「新たな集いの場」が誕生した。

予防塾修了生（かがやきさん）の声とまちの理解とブランチの協働事業により実現できた！

あるケースとして

Yブランチは、近くに住んでいた一人暮らしの認知症の女性（Aさん）を把握していました。

介護支援専門員のアセスメントにより、Aさんはデイサービスを利用されていました。が、Aさんは、自転車に乗り、同じ時間や同じルートで近くの公衆浴場（総湯）へ行くことが出来ており、デイサービスにいく頻度が減っている状況でした。

↓

ちょうど同じ時期に、この「山代ふれあいの会（ラジオ体操＋健康体操）」が立ち上がり、ラジオ体操に参加されていた近所の人がAさんを誘いました。

↓

お誘いした理由は、Aさんが持つ「軒下マップ」にラジオ体操の参加者（近所の人）がつながりとして、Yブランチが把握しており、Yブランチから介護支援専門員へ情報を共有し、更に、近所の力を活用し、Yブランチ職員が近所の人に声をかけ、Aさんが身近な場に参加出来ればいいなと促したため。

↓

結果的に、Aさんはデイサービスの登録は外れ、お友達と毎週ふれあいの会に参加され、ラジオ体操終了後は横のコンビニでコーヒーを買い知人らと話し込む場面も見られ、現在も、地域の中で、近所の力で一人暮らしを継続されています。

新たな活動拠点の場が、近所の元気高齢者の方々の介護予防の拠点にもなり、強いては、認知症高齢者の方（ Aさん）の新たなつながりの場にもなったケース。Aさんの軒下マップの再構築を図ることが出来た。

また、あるケースとして

認知症を患い、1年ほど小規模多機能ホーム（Yブランチ）を利用後、現在特別養護老人ホームに入居されている（Bさん）がいました。

Bさんのご自宅は美術品や骨董品がたくさんあり、施設入居後は娘が管理するものの娘としても自宅をなにか活用できないだろうか？と思っておられました。

↓

そこに、ちょうどかがやき予防塾修了生（かがやきサポーター）が、予防塾修了後、どこかで集まり、継続的につながりをもって行きたいねという話題が持ち上がっていました。

↓

小規模多機能ホーム職員兼Yブランチ職員による橋渡しで、Bさんの空き家を使っての「サロンを始めてみないか！」と、ことがトントンと進んでいきました。

↓

そこで、Bさんが施設に入居しても、かがやきサポーターの力で開設予定の月に1回サロンにBさんがご自身の家に戻り、Bさんの軒下マップに出ていた方々をお呼びし、Bさん中心のサロンになるような計画を実施！活動のねらいを明確化していった。

↓

Bさんの「施設に入っても、家に帰りたい」の実現に向け、かがやきサポーターとYブランチ職員との打ち合わせを今後実施予定。

地域から切り離されないよう、そこに住む住民の力を活かし、
認知症高齢者の「～したい」の実現ができた。

地域包括ケアビジョン推進のために（今後の展望）

○　本人本位（認知症ケアの要）を中心とした「地域での暮らしの継続」を大前提で考える。

○　「介護予防事業」「認知症対策」「権利擁護」「医療介護連携」等切り離して考えるのではなく、すべての要素が「本人主体」「住民主体」につながるように考え、事業を組み立てる。

○　このため、各地域で抱える課題の抽出や、活動している担い手などの資源を洗い出すとともに、課題解決に向けた関係者の連携強化や、新たな担い手を養成することで、必要とされるサービスを生み出していく一連の「仕組みづくり」が重要。

『主役は住民、専門職（医療・介護職等）はサポーター、
地域は舞台、行政は仕掛け人』

○　加賀市全体の「まちづくりの方向性」を示すのは市の役割だが、地域レベルにおける最終的なゴールは、「地域の課題に対応できる地域をつくる」こと（行政は、playerからmanagerへ）。

〔地域のイメージ図〕

加賀市の目指す姿
『ともに支えあう健康で豊かなまちづくり』
たとえ病気になっても、介護が必要になっても、認知症になっても住みなれたまちで暮らし続けるためには「予防」「医療」「介護」「生活支援」「住まい」の５つの要素が地域の特徴と合わせて提供できる仕組みが大切になります。
地域で支える「加賀市地域包括ケアシステム」を一緒につくっていきましょう。
医　療
先生が来てくれて安心です。
最期まで家におりたいわ～
今日は〇〇さんが自宅で暮らせるようみなさんで話し合いましょう
具合はどうですか!
口腔体操をするようになってから、よく食べられるようになったんですよ
〇〇医院
生活支援
地域福祉コーディネーター
ちょっとした買い物や庭の草取りを手伝ってもらえるとありがたいな
誰か頼める人いるの 難しければシルバー人材センターに頼めるよ
今日の調子はどうやいつものあるよ
移動販売
いつも本当に助かるわ
ゴミステーション
草とり（シルバー人材）
ついでだから一緒に持っていってあげるよ
ゴミ出しがね～。しんどいんだよ
冬の雪かきは本当に大変だね!
ついでにやってあげるよ
〇〇さんのばあちゃんこの前、家に帰れなくなったけど、安心メフレで登録していた人が見つけてくれたんだよ
心強いわねわたしも登録するわ
みんなの支え合いが大切よね
学童クラブ
特別養護老人ホーム
民生委員
小規模多機能ホーム
おじいちゃんいっしょにおやつ食べよう
またホームでまっているわね
介　護
社　協
最近〇〇さんみかけないな～民生委員さんに相談してみよう
市役所
24時間相談対応
〇〇病院
乗合タクシー
いつもありがとう大変助かるよ
お変わりないですかお弁当もってきましたよ
宅配サービス
車やバスのない人は大変便利よね
乗合タクシーは通院にはたいへん助かるわ
〇〇駅
こんにちわありがとう
みんな気をつけて帰るんだよ
〇〇集会場
Aばあちゃんが、最近足が痛くてサロンに来れなくなったようや
サロンに行き続けるための方法ってあるかな?
そういえば、Bさんもそんなことを言っていたわ
じゃあ、交代でお迎えも考えるか
地域ケア会議
介護サービス事務所
介護なんでも110番
〇〇小学校
住まい
わしの隣の家も空家だが、誰か住みたい人おらんかなそのほうが、わしも安心なんだけどな
空家
それじゃ、建築課に相談してみようか
じいちゃん足腰弱ってきて階段や廊下に手すりを付けたいね
介護や福祉などのさまざまな相談について、いつでも気軽に相談してくださいね!
この前婦人学級の「かもまる講座」で聞いたけど、介護の相談は、〇〇地区ブランチセンター（仮称）に相談すればいいみたいよ
認知症について
皆さん、自分の将来に関心を寄せどう暮らしたいか書き留めておくことが大切です
かがやき塾
みんなと会えるのがうれしいよ
まちの先生の色んな話が聞けて楽しいな
まちの先生
趣味サークル
介護予防教室
サロン
みんなとおしゃべりできて楽しいわ
〇〇さんも誘ってみましょうよ
予　防

平成29年 1月30日　平成28年度第3回
認知症地域支援体制推進全国合同セミナー
認知症介護研究・研修東京センター

本人・家族の声を聴く

～施策への反映に向けた宮城県の取組～

©宮城県・旭プロダクション
「アニメむすび丸　介護予防PR　バージョン」

平成29年1月30日

〇宮城県長寿社会政策課
技術主査（保健師）　前田 知恵子
〇宮城県北部保健福祉事務所
技師（保健師）　東海林 奈菜絵

本日の報告の流れ

1. 宮城県の紹介
2. 宮城県の認知症地域支援体制
3. 本人・家族の声を聴く取組み
   ～施策への反映に向けて～
4. おわりに

１．宮城県の紹介

まずはじめに

宮城県ってどんなところ？

＜概要＞
人口約２３２万人　３５市町村

＜圏域数＞
仙台市と７地域
（認知症対策は５保健福祉圏域）

＜自慢できるところ＞
米・野菜・魚介類がおいしい
（牛タン、笹かま、はらこ飯等）
※今年９月に和牛のオリンピック
（全国和牛能力共進会）開催！
プロスポーツが熱い
伊達政宗、日本三景・松島など
最近では…長沼ボート場

ぜひ足をお運びください♪

東日本大震災から
もうすぐ6年…

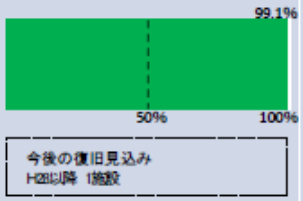
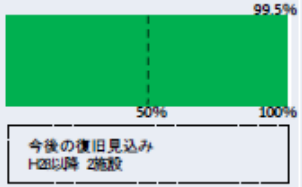
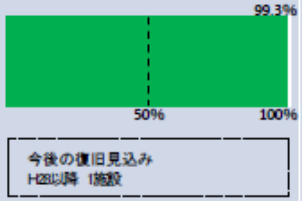
※出典

みやぎ復興情報ポータルサイト

（http://www.fukkomiyagi.jp/）

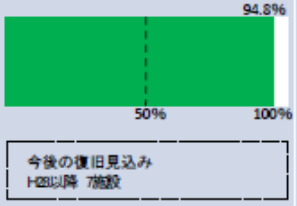
４－３－①　復興に向けた主な取組状況（保健・医療・福祉関連）

○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	（復旧済み施設数）／（被災施設数）	復旧率
医療施設（病院・有床診療所） 被災施設：108施設 （参考） 震災前施設総数：336施設		約99% 再開した施設数：107施設（H28/6末現在）
高齢者福祉施設（入所施設） 被災施設：197施設 （参考） 震災前施設総数：463施設		約99% 再開した施設数：196施設（H28/6末現在）
障害者福祉施設 被災施設：138施設 （参考） 震災前施設総数：670施設		約99% 再開した施設数：137施設（H28/6末現在）

※被災施設数は，災害復旧補助金等の活用の申し出があった施設数
※再開施設数は，代替施設での再開も含む。
※未再開施設を利用していた方に対しては，他施設等においてサービス提供を行っている。

出典：宮城県震災復興政策課HP

項目	（復旧済み施設数）／（被災施設数）	復旧率
保育所（へき地保育所含む） 被災施設：135施設 （参考） 震災前施設総数：374施設		約95% 再開した施設数：128施設（H28/6末現在）

※被災施設数は，災害復旧補助金等の活用の申し出があった施設数
※再開施設数は，代替施設での再開も含む。
※未再開施設を利用していた方に対しては，他施設等においてサービス提供を行っている。

【参考】

仮設診療所の設置，診療開始・閉鎖状況

・医科　石巻市：雄勝地区(H23/10/5開始)，寄磯地区(H23/11/1開始～H28/1/14閉鎖)，急患センター(H23/12/1開始)，南境地区(H24/5/31開始)
　　南三陸町：公立南三陸診療所建替え(H24/3/27開所～H27/12/13閉所)
・歯科　南三陸町：志津川地区(H23/10/18開始)，歌津地区(H23/10/20開始)
　　女川町(H23/11/1開始)，気仙沼市(H24/2/1開始)，山元町(H24/2/14開始～H25/3/31閉鎖)，石巻市：雄勝地区(H24/6/4開始)
・薬局　南三陸町(H23/8/1開始～H27/12/13閉鎖)，女川町(H23/11/1開始)

本施設の設置・診療開始状況

・医科　石巻市：寄磯診療所(H28/1/19開所)
　　南三陸町：南三陸病院(H27/12/14開院)
・薬局　南三陸町：気仙沼薬剤師会
　　会営志津川薬局(H27/12/14開局)

南三陸病院・
総合ケアセンター南三陸　落成式
（平成27年11月　南三陸町）

「住まい」の復興状況

H28.12.31現在
〇仮設住宅入居者 約**6,600**人
〇民賃借上入居者 約**10,000**人

■災害公営住宅

完成戸数：**10,290**戸（H28.5.31現在）

計画戸数：**15,919**戸

進捗率

■防災集団移転促進事業

住宅等建築工事可能地区：**168**地区（H28.5.31現在）

計画地区数：**195**地区

進捗率

■土地区画整理事業

工事着工：**31**地区（H28.5.31現在）

計画地区数：**34**地区

進捗率

■津波復興拠点整備事業

工事着工：**11**地区（H28.5.31現在）

計画地区数：**12**地区

進捗率

データからみる宮城県の「今」

1　高齢者人口　　593，630人（平成28年3月末現在）
　　＊高齢化率25．6％
2　在宅の一人暮らし高齢者　　105，446人
　　＊65歳以上の人口の17.8％
3　要介護認定者数　約11万人（平成28年9月暫定値）
4　認知症高齢者数　約9.4万人（新オレンジプランに基づく推計値）
　　＊若年性認知症の方　約290人（平成27年度調査より）
5　認知症サポーター　163，296人（平成28年12月末現在）
　　認知症キャラバンメイト　2，545人（今年度）
6　県かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者　295人（昨年度末）
7　県認知症サポート医養成研修修了者　41人（今年度末には64人に!）

認知症対策を重点事業として位置づけ、推進中！

高齢化の現状と課題

○ 2025年(※1)には「団塊の世代」が75歳以上となり、高齢化がより深刻化

H27.7.23現在

宮城県の状況	区分	平成27年（2015年）	平成37年（2025年）
75歳以上の人口	数（人）	約288,000	約385,000
	割合（%）	12.4	17.4
75歳以上の一人暮らし高齢者世帯	数（世帯）	約43,000	約60,000
	割合（%）	8.8	11.2

【参考】全国
75歳以上人口（割合）　2015年約1,645万8千人(13.0%) → 2025年約2,178万6千人(18.1%)
一人暮らし高齢者世帯（割合）　2015年約269万3千世帯 (11.4%) → 2025年約447万3千世帯（13.4%)

宮城で一人暮らし高齢者世帯数が約1.3倍に増加！

30%以上の高齢化率となる県内の市町村数（※１）

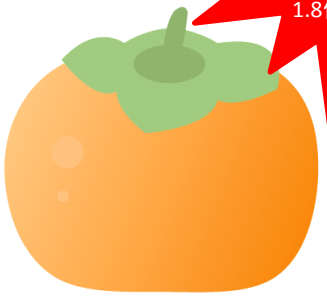
2015年１７市町村
→　2025年２８市町村へ

○認知症高齢者数(※2, 3)の増加　→　国の「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」で公表された推計方法を引用

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

年		平成24年（2012年）	平成27年（2015年）	平成32年（2020年）	平成37年（2025年）
各年齢層の認知症有病率が一定の場合の将来推計人数／（率）	全国	462万人	517万人	602万人	675万人
	宮城県	7.7万人	9.3万人	11.2万人	12.8万人
		15.0%	15.7%	17.2%	19.0%
各年齢層の認知症有病率が上昇する場合の将来推計人数／（率）	全国	462万人	525万人	631万人	730万人
	宮城県	7.7万人	9.4万人	11.7万人	13.9万人
		15.0%	16.0%	18.0%	20.6%

平成24年と比較して，宮城の認知症高齢者数が最大で約1.8倍に増加！



※1　国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」及び「日本の世帯数の将来推計（都道府県別推計）」より抜粋
※2　厚生労働省「日本における認知症高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年）及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（平成25年3月推計）より試算
※3　平成24年の宮城県の高齢者人口は、「宮城県高齢者人口調査」の平成24年3月末の高齢者人口を採用

宮城県モデルの構築に向けた県の主な取組

○ 地域包括ケア体制の構築に向けた取組

取組に必要な考え方

○ 市町村・住民・医療機関・介護サービス事業所 など，多様な主体の協働が必要

○ 市町村毎に地域の状況が異なるので，住民・関係団体と役割分担についての議論が必要

地域で顔の見える関係 づくりを行うことが必要！！

推進体制の確立

宮城県地域包括ケア推進協議会の設立
（H27.7.29）

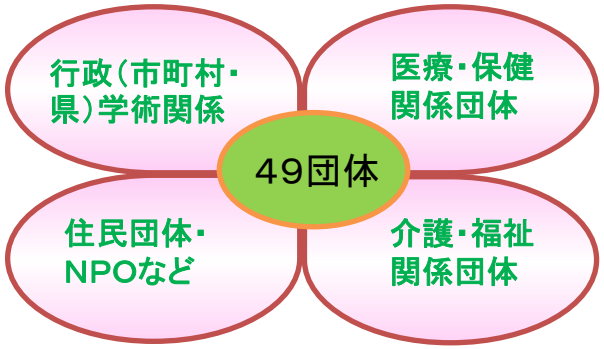
構成団体：官民49団体（H28．４現在）

役員

〇会長　　宮城県知事
〇副会長　公益社団法人宮城県医師会会長
　　社会福祉法人宮城県社会福祉協議会会長

幹事

〇幹事長　　宮城県保健福祉部長
〇副幹事長　公益社団法人宮城県医師会副会長
　　社会福祉法人宮城県社会福祉協議会副会長
〇幹事（12名）
仙台市医師会　仙台市地域包括支援センター連絡協議会　東北大学　東北福祉大学　宮城県看護協会　宮城県ケアマネジャー協会　宮城県歯科医師会　宮城県市長会　宮城県社会福祉士会　宮城県町村会　宮城県薬剤師会　宮城県老人福祉施設協議会



専門委員会

（平成２７年７月２９日現在）

- 医療介護・多職種連携専門委員会
- 高齢者健康維持専門委員会
- コミュニティ・生活支援専門委員会
- 在宅ケア基盤構築専門委員会
- 介護人材確保専門委員会

→ アクションプランの取りまとめ → 多様な主体による取組の推進

普及啓発（住民，市町村，専門職など）

◆市町村担当部課長向け意見交換会

H28．8．31開催　180名余の参加

○講演「地域包括ケアシステムの円滑な推進のための地域マネジメントのあり方」

講師：三菱ＵＦＪリサーチ＆コンサルティング（株）　岩名 礼介 氏（地域包括ケア研究会事務局）

◆推進主体である市町村の意識啓発と機運の醸成を図るため，地域課題のマネジメントのキーパーソンとなる担当部課長及び自治体の人事・組織を担当する部課長との意見交換会を開催

（講師：岩名礼介氏）

◆事業所向け実践報告会

H28．2．17開催　140名余の参加

○基調講演　「定期巡回サービスへの期待」

講師：厚生労働省 老健局振興課
課長補佐　谷内 一夫 氏

○実践報告「定期巡回・随時対応サービスの現状と課題」

座長：ＮＰＯ法人宮城県グループホーム協議会
会長　蓬田 隆子 氏

◆住民向け普及啓発イベント「みやぎケアフェスタin2016」

H28．11．27開催

○講演「人生の最終段階を地域で過ごす」

講師：医療法人社団爽秋会岡部医院　佐藤 隆裕 氏

○講演「暮らしやすい地域社会の再考」

講師：民俗研究家　東北大学大学院非常勤講師
結城 登美雄 氏

○トークショー

ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ：仙台市地域包括支援ｾﾝﾀｰ連絡協議会
会長　折腹 実己子 氏

地域包括支援センター，自治会の方々を交えて地域の課題と取り組みについて語り合います。

○認知症サポーター養成講座

◆認知症カフェ
◆介護予防機器展示
◆体力測定　など

「アニメむすび丸　介護予防PR　バージョン」

◆その他

地域課題解決への支援として，高齢者福祉圏域での研修会開催など

○ アクションプランを構成するプロジェクト事業

取組１：医療・介護基盤の確保

「在宅医療・訪問看護推進」プロジェクト

在宅医療を促進していくために，在宅医療に従事する医師や看護師を確保するとともに，偏在を是正するための取組を進めていきます。

また，24時間切れ目のないサービスが提供されるよう普及啓発などを行います。

取組内容

○県医師会・郡市医師会との連携強化，訪問看護の拠点整備，在宅療養者の受入体制構築への支援

○訪問看護に携わる看護職の資質向上，医療介護や地域の在宅介護等との連携強化　など

取組２：多職種連携体制の確立

「多職種連携」プロジェクト

在宅医療での様々な場面に応じて，医療・介護の連携の場の構築，情報共有と相互理解，マネジメント機能の強化などを行います。

取組内容

○地域包括ケアの担い手が保健所等単位で地域課題の検討を定期的に行う機会を設置

○医療・介護関係者の顔の見える関係構築のための事例検討の場の設置、グループワークの実施　など

取組３：高齢者の健康維持・増進

「介護予防・リハビリテーション推進」プロジェクト

健康づくりや生活機能等の向上のための環境を整え介護予防の取組を推進するとともに，リハビリテーション専門職等を活用した自立支援の取組などを行います。

「アニメむすび丸　介護予防PR　バージョン」

取組内容

○介護予防の普及啓発や介護予防に関する取組の評価・分析，リハビリテーション専門職等を活用した自立支援の取組などの実施　など

取組４：生活支援サービスの充実及び住まいの確保

「地域支え合い」プロジェクト

災害公営住宅などで地域コミュニティを構築していくための支援や地域活動の推進，また，高齢者の見守り・生活支援など地域の支え合い体制の構築に向けた取組などを行います。

取組内容

〇地域の支え合い活動の立ち上げ支援，応急仮設住宅内等へのサポートセンターの設置・運営，生活支援等の実施

〇生活支援サービスの提供等を担うボランティアやNPO等の発掘・育成のための協議会の設置・運営，人材養成研修の開催等への支援　など

取組５：認知症対策の推進

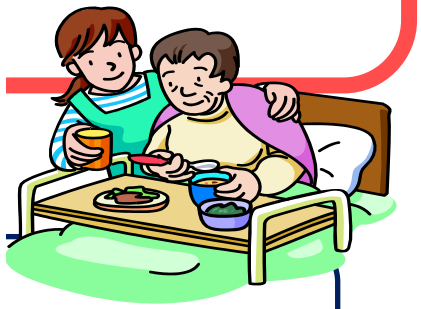
「認知症対策推進」プロジェクト

認知症の人が住み慣れた地域で暮らし続けられるように，サポート体制の構築や交流の場の創設などの取組を行います。

取組内容

〇認知症ケアパスの作成と普及，認知症カフェの設置促進と普及啓発，若年性認知症の実態調査などの実施

〇成年後見制度の普及啓発　など



取組６：介護人材の確保

「介護人材確保」プロジェクト

今後利用が見込まれる介護保険サービスなどの担い手となる人材を確保するために，環境整備や情報発信などの取組を行います。

取組内容

〇従事者全体の知識・技術の底上げと高度な資質を有する人材の育成，潜在的有資格者の掘り起こし・就業支援及び社会的認知の確立や中高生等の理解促進に向けた情報提供や啓発　など

２．宮城県の認知症地域支援体制

認知症施策における県の役割

市町村支援

市町村が円滑に認知症事業に取り組めるような支援（広域的視点・情報提供）

広域的、専門的な課題への対応

各関係団体との調整や、市町村単位ではカバーできない課題への対応

宮城県の認知症施策における市町村支援体制

市町村＝フロントランナーを支える体制

① 仙南圏域	② 仙台圏域	③ 北部圏域	④ 東部圏域	⑤ 気仙沼圏域
白石市	補 塩竈市	補 大崎市	石巻市	補 気仙沼市
補 角田市	多賀城市	補 栗原市	補 登米市	補 南三陸町
蔵王町	松島町	色麻町	東松島市	
七ヶ宿町	七ヶ浜町	補 加美町	補 女川町	
大河原町	利府町	涌谷町		
村田町	大和町	美里町		
柴田町	大郷町			
補 川崎町	富谷町			
丸森町	大衡村			
	名取市			
	岩沼市			
	亘理町			
	山元町			
9市町	13市町村	6市町	4市町	2市町

支援 支援 支援 支援 支援

保健福祉事務所

仙南	仙台	北部	東部	気仙沼
保健福祉事務所	保健福祉事務所	保健福祉事務所	保健福祉事務所	保健福祉事務所
保健師 3人	保健師 1人	保健師 1人	保健師 4人	保健師 2人
		看護師 1人		

長寿社会政策課
主：保健師 1人
副：事務職 1人

補 ：H19～24年度
国庫補助事業
活用市町村

市町村の地域支援事業への支援

認知症初期集中支援事業

保福事務所を中心として
市町村担当者の悩みに
寄り添った支援

- チーム員の医師確保
- 事業の枠組みなど、検討材料が少ない

県の支援

→要件を満たす医師の増員（サポート医養成）
各郡市医師会への説明・協力依頼
先進事例などの情報提供や方向性検討への支援

認知症地域支援･ケア向上事業

- 具体的な活動イメージが持てない

県の支援

→研修の機会の確保、推進員の情報交換
先進事例などの情報提供
認知症カフェ普及啓発・設置促進

市町村単位では解決できない課題

医療面の課題

例）
- かかりつけ医の理解不足で発見が遅れる。
- 鑑別診断ができる医療機関が少ない。

サポート医養成

かかりつけ医等研修

認知症疾患医療センター整備

介護面の課題

例）
- 入れ替わりが多い上に教育が事業所毎に違う。
- 家族によっては身近だと相談しづらいなど、相談窓口の選択肢が複数必要。

介護実践・基礎研修

電話相談窓口

家族の会相談員派遣

市町村単位では取り組みづらい課題

- 各市町村での人数は少なく、対策が取りづらい
- 就労や子育てなど高齢者とは違う課題があり、介護サービスでは解決できない。

若年性認知症対策は県単位での取り組みが必要

↓

若年性認知症実態把握調査
（H27～）

３．本人・家族の声を聴く取組み
～施策への反映に向けて～

本人・家族の声を聴く機会

- 若年性認知症実態把握調査（H27～28）
- 若年性認知症のつどい「翼」
- 認知症サポーターキャラバン担当者研修
- おれんじドア
- せせらぎの会

若年性認知症実態把握調査（H27～）

＜若年性認知症支援コーディネーター＞

※若年性認知症の人と家族支援体制づくりのキーパーソン
H29年度には全都道府県で設置

コーディネーターの設置ありきではなく、
「何を目指して」「どんな役割を持てばいいのか」

⬇

まずは**若年性認知症の本人や家族の声**
を聴いてみよう！

（調査業務は認知症介護研究・研修仙台センターに委託）

平成２７年度若年性認知症実態把握調査

一次調査

- 県内の医療機関や介護事業所、地域包括支援センターなどの関係機関への郵送調査

二次調査

- 一次調査で把握できた若年性認知症の人と家族のうち、二次調査に協力の意思がある人に調査
（関係者へ郵送→本人・家族へ手渡し→郵送回収）

調査票には若年性のつどい「翼」メンバーの意見を反映

平成２７年度若年性認知症実態把握調査

【一次調査で見えてきたこと】

- 若年性認知症の人：**291**人
（医療機関や相談機関、介護事業所等利用者）
- 平均年齢　**60.24**歳
- 医療機関や相談機関、事業所で若年性認知症の人に対応した経験　**13.6%**

医療機関

- 病気の疑いや不安
- 緊急対応

地域包括

- サービス利用
- 介護認定

居宅事業所

- 経済的問題
- 就労の継続
- 自動車運転

平成２７年度若年性認知症実態把握調査

【二次調査で見えてきたこと①】

- 回答　27人
- 平均年齢　61.96歳（最年少41歳、最高齢65歳）
- 家族と同居　7割　（うち8割は配偶者）
- 制度・サービス利用　5割
- 初期診断～確定診断　平均１年半

（遅いほど周囲への告知も遅れてトラブルに）

平成２７年度若年性認知症実態把握調査

【二次調査で見えてきたこと②】

- **<u>診断直後の心理的な支援体制が弱い</u>**
- **<u>就労先でのトラブルが多く、退職する場合も</u>**
- **<u>確定診断までの長期間を支える社会資源の不足</u>**
- **<u>情報不足による大きな不安感</u>**
- **<u>配偶者の介護が多く、経済的負担が大きい</u>**
- **<u>周囲の理解不足による孤立</u>**

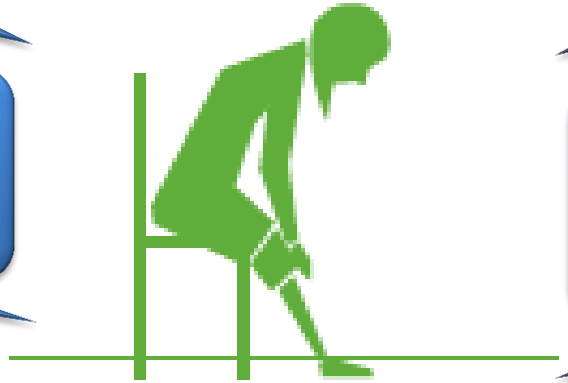
平成２７年度若年性認知症実態把握調査

「困っていること」

友達が減った、運転できなくなった、会話が上手くできない…
辛いことはいっぱいある。

在職中、同僚から嫌がらせをされてとても辛かった。

普通に生活しているので、パソコンが使えず資料が作れなくなったと言っても認めてもらえなかった。



病院の通院では男子トイレに入って（夫を）介助した。
待合室でも皆にじろじろ見られた。

近所の人から理解が得られず、柿を盗んでトラブルになったことも。

症状が進んで、「デイサービスでは対応できない」と帰され、次が見つかるまで毎日1万歩以上歩いた。

平成２７年度若年性認知症実態把握調査

「嬉しかったこと・良かったこと」

話したことが気持ちよく受け止めてもらえた時

「何も心配することはない」と言われたこと。

専門職の人達に理解してもらい、何でも話せるので助かっている。

周囲の人達は普通に接してくれる。特別扱いせずに言ってくれることが嬉しい。

祖母のケアマネに相談に乗ってもらったり話を聞いてもらうことで不安が和らいだ。

デイ利用当初の頃は「入院したら？」「薬変えたら？」と言われて辛かったが、デイを変えたら「笑顔があった」「ありがとうと言っていた」と本人も安定してきた。

つどいの会に参加して挨拶を依頼されると立派に挨拶をする。回りの方が褒めてくれるので本人も嬉しそう。

平成２７年度若年性認知症実態把握調査

「支援や制度への要望」

もっと若年性認知症の人達が集える場所が多くできること。

普通のデイでは高齢者が多いので、同じ年代の人と交流する場所が欲しい（週に数回）。

診断後すぐに介護保険に繋げようとする環境に疑問を感じる。

十把一絡げでなく、一人一人をよく理解してほしい。

支援制度やサービスは調べないと分からないことばかりだが、ネットは利用できない。

子供が小さく、施設を利用しているが、子供の学費もあるので利用料の負担が大きい。家族状況の精査をしてほしい。

本人の辛さ・寂しさ、家族の苦しさを分かってくれる介護職員が育ってほしい。

若年性専門のデイやカフェなどが欲しい。

平成２７年度若年性認知症実態把握調査

「若年性認知症の人が利用できるサービスガイド」

- 最初の相談窓口（医療機関や電話相談）
- 分野別の相談窓口
- 出会い・つどいの場
- 受け入れ可能な事業所

窓口の情報だけでなく、
随所に本人の声を
盛り込んで作成

平成28年度若年性認知症実態把握調査

平成27年度調査・若年性認知症のつどい「翼」でのひと言

「本人が書くのは難しいから…」

本人の声を直接聴く場がほしい！

＋

本人・家族の出会いの場を作るきっかけ

交流会形式のヒアリング調査
（本人・家族それぞれ）

平成２８年度若年性認知症実態把握調査

宮城県若年性認知症支援事業

※若年性認知症の疑いの方も参加できます。
※若年性認知症とは、18～64歳までに認知症を発症された方のことをいいます。

若年性認知症の本人交流会を開催します

県内で同じ悩みを持つご本人そして支援者が出会い、日ごろ気になることをお互いに話し合う会を開催いたします。
当日は、若年性認知症の当事者として活動している丹野智文さんが会場で皆さんをお待ちしています。

当日の内容

日ごろの気になること、その工夫やサービスの利用の仕方などについて、コーヒーとちょっとしたお菓子を食べながら気楽に話をしましょう。

聞き手　丹野智文さん（若年性認知症の当事者、おれんじドア代表）
若生栄子さん（パートナー、若年性認知症の会「翼」世話人）
認知症介護研究・研修仙台センター

	会場	備考
平成28年12月11日（日） 13:30－15:00 **大崎ミーティング**	**セカンドハウスほなみ まちかどカフェ** 大崎市古川穂波三丁目8番36号	古川第5小学校隣駐車場有
平成29年3月5日（日） 14:00-15:30 **石巻ミーティング**	**いしのま☆キッチン** 石巻市穀町14－1（石巻市役所1Fエスタ内）	JR石巻駅徒歩1分駐車場有
平成29年3月25日（土） 14:00-15:30 **仙台ミーティング**	**東北福祉大学 ステーションカフェ** JR仙山線　東北福祉大駅前 東北福祉大学ステーションキャンパス3F	自家用車利用の場合は事前にご連絡をください

参加費無料
申込はFAX裏面
ご家族支援者も

連絡先
認知症介護研究・研修仙台センター
Center for Dementia Care Research and Practice
TEL　022-303-7550(月～金 9:00～18:00)
FAX　022-303-7570
E-mail　young@dcnet.gr.jp
URL http://www.dcnet.gr.jp/

主催：宮城県長寿社会政策課

若年性認知症本人交流会

- H27年度調査の結果を活かし県内3ヶ所で実施。
- H27年度一次調査対象機関＋障害者支援事業所＋労働関係に配布→声がけ
- 1回目（大崎）が12月に終了。3月に石巻と仙台で開催。

＜本人交流会＞

【今後の交流会の持ち方】

- 以前からあるつどいに繋げる
- 来年度以降も交流会の場が続くようなしかけ
  →市町村や若年性認知症コーディネーターとの連携
  （交流会には、地元市町村担当者も出席）

将来的には、身近な場所（市町村単位）で同じような境遇の人が集まれる場づくり

若年性認知症のつどい「翼」

- 毎月第2･4木　午前10時30分～午後3時
- 活動内容は本人と家族に別れての話し合いや合唱、レクリエーションなど。500円でお弁当付き。
- 自宅に閉じこもるのではなく、**「翼」の活動を通して社会と関わる**ことがコンセプト。
- 有志の集まりからスタートし、H21～認知症の人と家族の会宮城県支部の活動に位置づけ。
- 現在は県等の委託事業として開催されている。

認知症サポータースキルアップ担当者研修

きっかけは認知症の人と家族の会県支部のご意見

「サポーター養成講座は知識重視で、かえって偏見を生んでしまうこともあるのでは」

- サポーターは何のために養成するのか？
- 認知症の人が何を求めているのか、サポーターに伝えられるだろうか？
- サポーターのフォローやスキルアップの機会に「認知症の人の声」を反映できるかも。

認知症サポータースキルアップ担当者研修

「認知症の人の思い」を皆に聴いて欲しい

住民（サポーター）に聴いてもらう必要性を感じて欲しい

↓

本人同士の対談

グループワークへのコメント

グループワークのテーマ設定から
ご本人に相談

認知症サポータースキルアップ担当者研修

案

1. 自分が認知症になったら誰に協力して欲しいか？
2. その人に何を学んで欲しいか？
3. 学んだことをどう活かしてほしいか？

事前打合せで…「ちょっと違うな～」（ご本人）

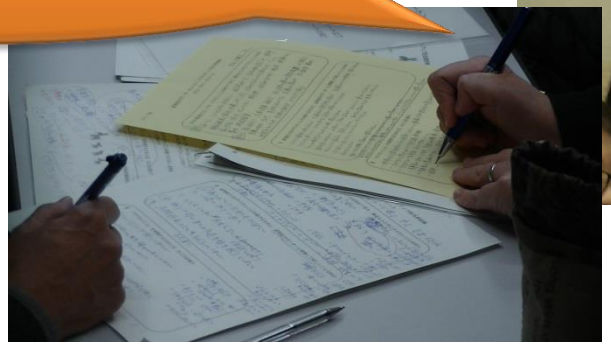
決定

1. 自分が認知症になってもやりたいことは何？
2. やりたいことを続けるためにサポーターに理解して欲しいことは？
3. 「やりたいこと」を実現するために何が必要？

認知症サポータースキルアップ担当者研修

＜本人対談＞
「自分でやれることはやりたい」
「できないところだけ手伝って」
「サポーターというよりパートナー」

＜グループワーク＞



認知症サポータースキルアップ担当者研修

＜参加者アンケートから＞

- 二人が協力し合いながらお話しされているのが印象的。
- 生の声はとても心に響く。今、支援している当事者も同じような思いを持っているのだろうかと反省しつつ…また訪問したい。
- 自分が当事者だったら、夫が認知症になったら、どうするだろうと考えさせられた。
- 色々な研修を受けてきたが、今までで一番思いを感じた。
- 今日聴いた思いを、サポーター養成講座でも伝えていきたい。
- このお話を、ぜひ一般の人達にも聴いて欲しい。

おれんじドア

- ご本人のためのもの忘れ総合相談窓口
- コンセプト
  「ドア」→ここをきっかけに他の資源に繋がる
- 代表　丹野 智文　氏
- 宮城の認知症をともに考える会世話人がバックアップ
- 毎月第4土曜日（月によって変更あり）

＜HPアドレス＞
https://miyagininntishou.jimdo.com/

せせらぎの会

- 若年性認知症のご本人とご家族のつどい
- 北部保健福祉事務所、大崎市、栗原市の共催
- 年6回（2ヶ月に1回）
- 内容は交流会やアクティビティなど

せせらぎの会

★平成22年度北部管内認知症対策事業担当者会議で若年性認知症への支援が圏域の共通課題としてあがる

～管内市町の若年性認知症支援の現状と課題～

- 若年性認知症の把握が出来ていない。
- 相談を受けても使えるサービスが少ないため、つなげることが難しい。
- 本人同士が集える場も欲しい。
- 仙台市泉区（＝家族の会の集まり※）までは遠い。
- 人数が少ないため、一市町単位で集まるのは難しい。
- 町職員に知られたくない家族あり。町外なら参加するかもしれない。
- 就労できる場が欲しい。
- 相談があった時に適切に対応出来るよう研修出来る場が欲しい。

※若年期認知症の方のための集い『翼』。公益社団法人認知症の人と家族の会宮城県支部が月2回仙台市泉区を会場に実施。（管内各市町で認知症高齢者の家族交流会は開催しているが、数の少ない若年性認知症に特化した集まりは、県内では『翼』以外ない。）

せせらぎの会

	本人と家族のつどいの開催		関係者向け勉強会・研修会の開催
H 23	1回	本人1名、家族1名 関係者5名（県委託事業の活用）	関係者向け勉強会（県委託事業の活用） ・内容：「翼」の活動紹介、関係者が抱えている課題や現状について情報交換
H 24	1回	本人3名、家族5名 関係者6名（県委託事業の活用）	ケアマネジャー協会大崎支部主催研修会 ・内容：若年性認知症の現状をテーマ。講師は「翼」。活動紹介等
H 25	4回	本人　実2名／延4名 家族　実5名／延6名 関係者　実12名／延16名 （県委託事業の活用＋ 大崎市・栗原市で予算化）	保健福祉事務所主催認知症ケア向上研修会 ・内容：精神科医による講義、ご家族の体験談
H 26	4回	本人　実3名／延6名 家族　実9名／延12名 関係者　実7名／延8名 （県委託事業の活用＋市予算）	保健福祉事務所主催認知症ケア向上研修会 ・内容：若年性認知症ご本人の話、管内事業所からの取組報告　等
H 27	6回	本人　実2名／延6名 家族　実5名／延15名 関係者　実1名／延1名 （県事業＋市予算）	保健福祉事務所主催認知症ケア向上研修会 ・内容：認知症の人と家族への初期支援と認知症アセスメントの考え方について講義・演習

せせらぎの会

＜参加者の傾向や抱える課題･悩み＞

- 「知られたくない」「隠したい」という思い
- 病気の受容に対する葛藤（ご本人・ご家族ともに）
- 周囲の不理解や偏見、傷つき体験
- 家族内の認識・理解のちがい
- 介護者の孤立、抱え込み
- 利用できる制度・サービスのわかりづらさ、行政等への不満
- 現行の介護保険（高齢者向け）サービスになじまない
- 日中過ごせる場所・楽しく通える場所がない
- 病気の進行や将来への不安　　など

★参加動機：とにかく話をしたい
他の人の話を聞いて勉強したい
何かヒントがないだろうか･･･
ケアマネから勧められて試しに･･･
地元でなければ参加してみようかな･･･　など

せせらぎの会

＜参加者の声・反応＞

ご本人

- 「楽しかった。」
- 「会場までドライブもできるし、気分転換になる。自分のために囲碁やグローブを用意してくれた心遣いが嬉しかった。」
- 「気分良く帰ることができ、良い時間を過ごすことが出来た様子。」（家族からみて）
- 「少し疲れたような感じはあったが、楽しかったよう」（関係者からみて）

ご家族

- 「私の抱えていた悩みや気持ちをわかっていただける。まずそれで心が救われる。」
- 「内にこもらずに、できるだけ多くの方々と関わっていくよう心がけていこうと思いました。」
- 「ここに来て“もや”が少し晴れたような気がする。」
- 「もう少し家族同士の話をしたい。」
- 「家族間でたくさん話ができて良かった。自分のことを話しただけで気が楽になりました。」
- 「今後もこういう会に参加して、よい理解者になりたいと思う」
- 「今後の道筋が見えてきた感じがした。他の方の話がこれからの参考になった。」

支援関係者

- 「勉強になった。」
- 「ぴりぴりとした状態で家族は一人で抱え込んでいた。話せる時がきたのかもしれない。」
- 「高齢者とは違ったアクティビティが必要と思う。楽しみのようなものがあればと思う。」

４．おわりに

取り組んで気づいたこと

お話を聴く度に「え！？そうなの！？」と自分の思い込みに気づかされます。

例えば…

認知症カフェ
- 「行きたい」と思うカフェがない。
- 色々聞かれると「尋問所か！」と感じる。

認知症サポーター
- 「サポーター」といっても支援の押し売りは迷惑。
- 「こうしてほしい」が言いやすい雰囲気づくりを。

本人・家族交流会
- 本人と家族は別々にして話をきいてほしい。
- 家族がいると言いたいことが言えない人も。

何事もまず「聴く」ところから！

これからの課題

今はまだ「思いを聴いている」段階

大切なのは

聴いた思いをどう活かすか

ついつい「これが良いはず」で進めてしまいますが…

たくさんの「こうしたい」「こうしてほしい」を一つ一つの取組にきちんと反映させる！

自分の思いを話したい人は地域に必ずいる
話せる人と話す機会を繋げる役割

認知症対策を貫く柱

全ての取組みが、認知症の人と家族の声を活かせているか、意識し続ける！

Ⅶ　認知症の人やその家族の視点の重視

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

新 ②　初期段階の認知症の人のニーズ把握や生きがい支援

- 認知症の人が必要と感じていることについて実態調査を実施

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

- 認知症の人の生きがいづくりを支援する取組を推進

新 ③　認知症施策の企画・立案や評価への認知症の人やその家族の参画

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

地域包括ケアにおける認知症対策

認知症の人

地域住民

家族

市町村

学校

多様な主体による
多様な取り組み

医療機関

介護事業所

認知症があっても住み慣れた地域で
<u>自分らしく</u>暮らせる地域づくり

警察・消防

商工関係

都道府県

国

関係機関

ご清聴ありがとうございました

「アニメむすび丸　介護予防PR　バージョン」

平成29年 1月30日　平成28年度第3回
認知症地域支援体制推進全国合同セミナー
認知症介護研究・研修東京センター

認知症施策を横断的に展開するための行政内での連携　と　産官民学のつながり　個の支援　そして地域づくりへ

御坊市市民福祉部介護福祉課　谷口　泰之
御坊市総務部企画課　狩谷　晃司
御坊市在宅介護支援センター中紀　志水　建一

御坊市について

平成28年3月31日現在の

総人口　２４，５０９　人

高齢者数　７，１５０　人

高齢化率　２９．２　％

要介護認定者数　1，588人

要介護認定率　22．2%

認知症自立度Ⅱ以上　977人

日常生活圏域　6地区

地域包括支援センター　1ヵ所（直営、市役所庁舎内）

在宅介護支援センター　5ヵ所（包括のブランチ窓口）

御坊市について

紀伊半島海岸部のほぼ中央部

総面積４３．９１ｋ㎡

日高川を境に河北、中央、河南エリアに生活圏域。

河北：地元の方と移住の方が混在。

中央：官公庁や商業施設が集中。
　　独居や夫婦世帯多い。

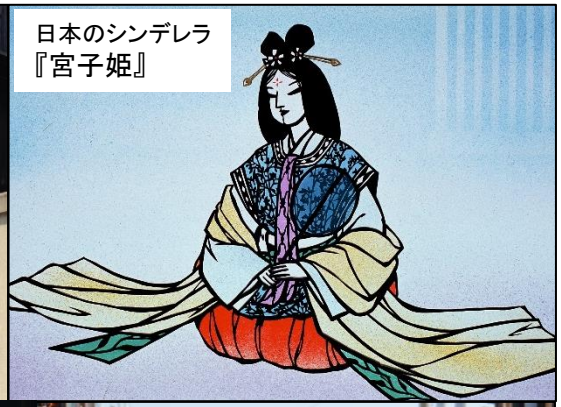
河南：農業や漁業が盛ん。２、３
　　世帯同居が多く残る。

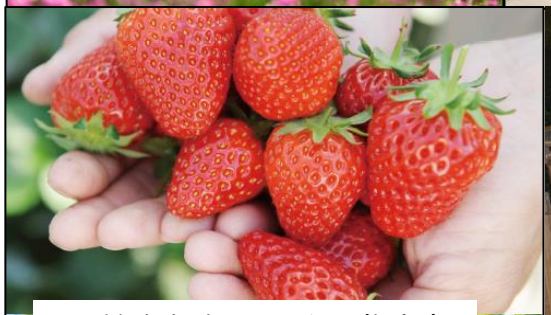
昼夜間人口比率：113%

御坊市の自慢

生産量日本一のスターチス

日高別院を中心に栄えた寺内町


日本のシンデレラ
『宮子姫』


温暖な気候を活かした果物生産

人が見たけりゃ『御坊祭』

民家を縫うように走る紀州鉄道

・**スターチス・かすみ草**生産量　・**サイコロ・麻雀牌**の生産量　**日本一**
・単線私鉄**『紀州鉄道』**営業区間２.７ｋｍ　**西日本一**
・**日本のシンデレラ『宮子姫』生誕の地**

スターチスの出荷量　日本一

スターチスの花言葉（全色共通）

「変わらぬ心」　Unchanging Heart（アンチェンジング ハート）

「途絶えぬ記憶」Everlasting Memory（エバーラスティング メモリー）

ピンク色の花言葉
「永久不変」
Eternal And Unchanging（エターナル アンド アンチェンジング）

認知症になっても、その人自身であることに変わりない

総合計画における認知症施策

第４次御坊市総合計画（平成23～32年度）

人と自然と産業が調和し
まちが輝き　笑顔あふれる　元気な御坊

基本計画
１０年間

- 『快適な暮らしと交流が生まれるまち』＜都市基盤の整備＞
- 『にぎわいと豊かさを創りだすまち』＜産業の振興＞
- 『環境にやさしく安心して暮らせるまち』＜市民安全の確保と生活環境の充実＞
- 『明るくすこやかに暮らせるまち』＜福祉・保健・医療の充実＞
- 『夢にあふれる輝く人を育むまち』＜教育・文化の振興＞

事業計画
５年間

明るくすこやかに暮らせるまち

1. 人権尊重のまちづくり
2. 地域福祉の充実
3. 子育て環境の整備
4. **高齢者福祉の充実**
5. 障害者福祉の充実
6. 健康づくりと保健医療の充実

基本方針

「住み慣れた地域でいきいきと安心して暮らせる環境づくり」を推進します

実施計画
３年間

【認知症への支援の充実】

- 正しい理解の普及
- 地域密着着型サービスの充実
- 介護をする家族の負担軽減

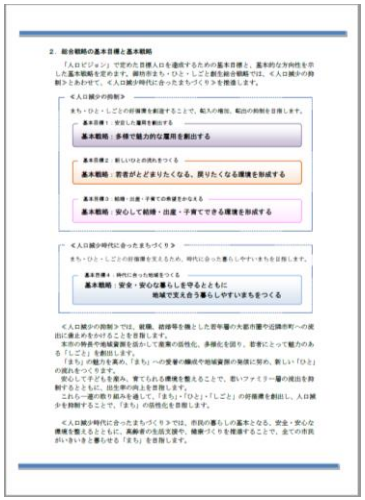
「御坊市まち・ひと・しごと創生総合戦略」

戦略一部抜粋

《人口減少時代に合ったまちづくり》

まち・ひと・しごとの好循環を支える

時代に合った暮らしやすいまちづくり



基本目標４：時代に合った地域をつくる

安全・安心な暮らしを守るとともに、地域で支え合う暮らしやすいまち

施策の基本的方向

１．防災体制の充実

２・高齢者の生活支援

３・健康づくりの推進

４・協働（連携）によるまちづくり

認知症施策を抜きに戦略は進まない！！
（地方創生は実現できない）

御坊市の認知症施策について

認知症地域支援体制構築等推進事業（H21～22）

- 「認知症コーディネーター会議」発足
- 認知症地域資源マップ整備（ウェブ）
- 高齢者安心サポート事業開始
- 高齢者安心声かけ訓練実施
- 多職種協働認知症スキルアップ研修
- 市主催認知症サポーターキャラバン・メイト養成研修
- 住民向けシンポジウム開催
- 認知症連携担当者配置
  （認知症対策連携強化事業）

市町村認知症施策総合推進事業（H23～25）

- 認知症地域支援推進員配置
- 認知症疾患医療センターとの連携体制づくり　⇒先進地視察（堺市等）
- キャラバン・メイト中心のまちづくり組織結成
- 若年性認知症の方の支援体制づくり（1人の関わりから）

認知症総合推進事業 H26～

- 御坊市認知症ケアパス作成　⇒第6期介護保険事業計画に反映させる
- 認知症初期集中支援チームを設置（H27.10月～）
- 介護家族のつどい「ごぼうホッとサロン」開設
- キャラバン・メイト連絡会設立（予定）
- 若年性認知症支援体制構築（予定）

今までの取り組みを継続しつつ、総合的な取り組みに再構築

Ｈ２８年度～　「ごぼう総活躍のまちづくりプロジェクト」

「ごぼう総活躍のまちづくりプロジェクト」（H２８～）

少子高齢化により人口減少が進む中、認知症の方や障害のある方でも、市民誰もが「総活躍分の１人」となれる社会を目指し、安心・安全に暮らせるまちづくりを５カ年計画で実施。

企画課：プロジェクトの企画調整

○健康づくり
　健康福祉課：生活習慣病予防、健康意識普及啓発、食育推進

○生きがいづくり
　商工振興課：語り部育成
　社会福祉協議会：シルバー人材センター機能強化

○地域づくり
　介護福祉課：認知症地域支援を通じた活躍の場の創生

「ごぼう総活躍のまちづくりプロジェクト」（認知症施策）

- 「総活躍プロジェクト実行委員会」の立ち上げ
- 認知症支援体制推進全庁連携チーム　結成
- 全職員対象サポーター養成講座（意識調査兼ねる）
- 産官民学の連携についてのバックアップ
- 認知症地域支援体制推進人材・チームづくり研修実施
- アクションミーティングの実施
- １人の事例から始まる地域支援のバックアップ
- 本人のニーズ調査との関連付け、未来志向の「総活躍ボイス」（認知症の本人だけではなく、市民１人ひとりの声を集める）

新オレンジプランに照らし合わせて

5番目の柱：認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進

認知症施策を福祉部のみではなく、部・課を超えて全庁で連携して取り組むため、庁内連携チームを今年度中に発足（予定）

- 認知症の方を含めた高齢者への支援を考えると、新オレンジプランに繋がる

認知症の方への支援に関する具体的事例	市の担当部署	担当省庁
権利擁護（成年後見制度、虐待防止等）に関すること	**福祉部**	法務省
消費者被害や振り込め詐欺等の対策に関すること	**商工振興課、防災対策課（生活安全防災係）**	警察庁、消費者庁、金融庁
防災に関すること	**防災対策課**	内閣府、国土交通省
高齢者の交通安全（運転）、行方不明等に関すること	**防災対策課（生活安全防災係）**	警察庁
誰もが安心して利用できる道路、高齢者の住まい等の環境（ハード）整備に関すること	**都市建設課**	国土交通省
認知症の方を含め、高齢者が安心して利用できる食料品開発や流通に関すること	**農林水産課、商工振興課**	農林水産省
認知症に関する正しい理解を学校教育で推進すること	**教育委員会**	文部科学省
マイナンバー制度、暮らしを支える地域運営組織の調査研究に関すること	**総務課、市民課**	総務省
家事支援、配食支援、外出支援、買い物弱者への支援に関すること	**企画課、商工振興課**	経済産業省

何が現場で起こっているか、お互いに情報共有することからスタート！

プロジェクトをより具体化するための実行委員会立ち上げ

- プロジェクトに関係する課の職員、認知症地域支援に関わっている専門職、今後連携したい機関等に声をかけ、実行委員会を立ち上げ。＊認知症地域支援推進員が、調整・つなぎ役。
- 一度に多くの委員を集めるのではなく、委員から「次はこんな人とつながりたい」という声をもとに「**雪だるま式**」に委員を増やしていく。

第１回実行委員会の様子

産官民学の連携

～これまでも、少しずつトライしてきた～

本人と多様な人たちが
一緒に走る：RUN伴

仲間を募って、一緒に
ソフトボール

商店街とオレンジマーケット
安心して買い物できる商店街に

地元の電鉄と一緒に
電車に乗っていいひと時を

小学校で認知症
サポーター養成講座
を毎年継続

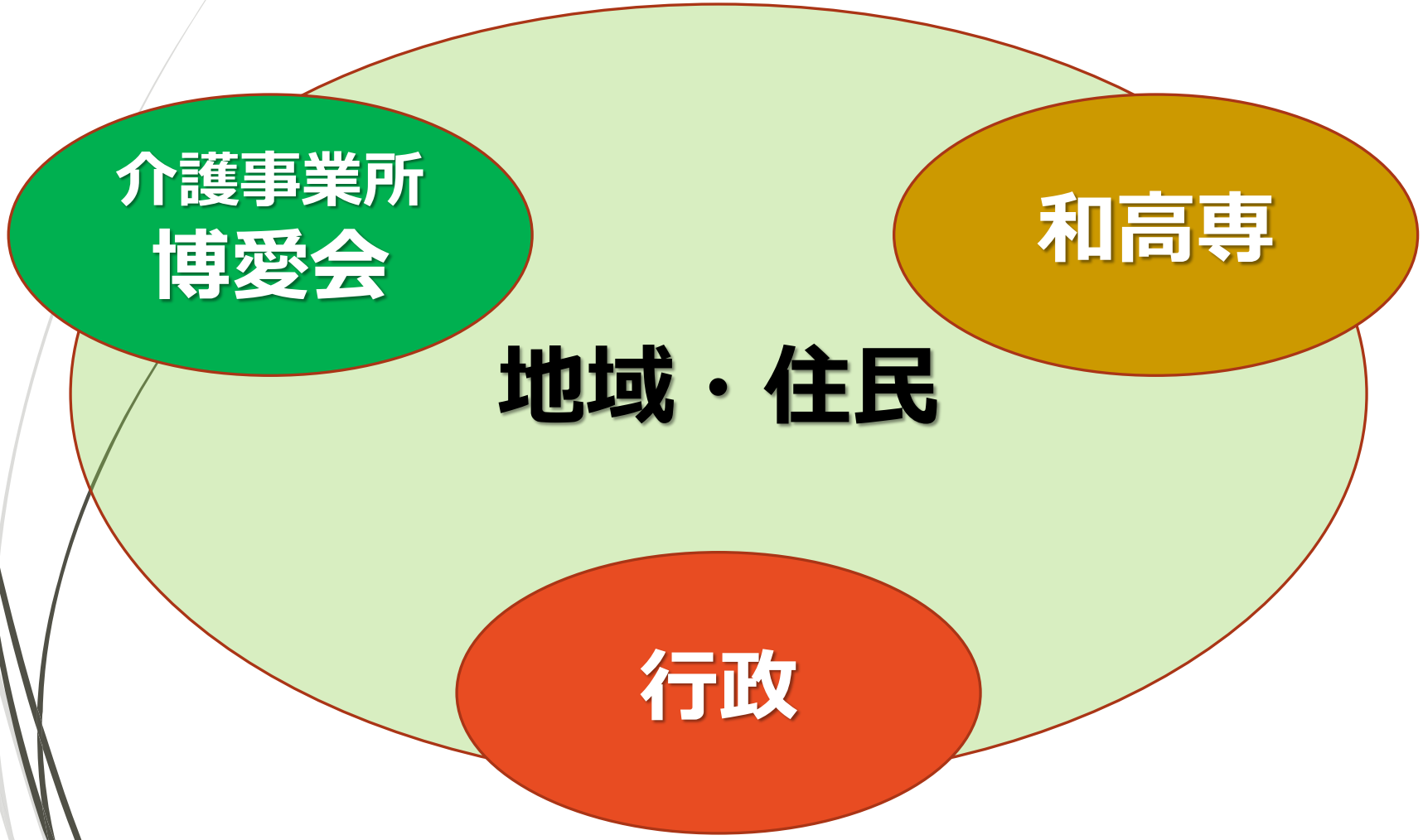
小学校が近くの
デイサービスで
認知症の人と交流
⇒子供たち自ら
企画を立てて

今年度からは市のプロジェクトとしてより統合的に！
地域に根差し、当事者の日々の活きる連携へ！

産官民学の連携
～コンパクトエリアで～

- 名田地区担当の在宅介護支援センターは、特養・老健・通所・訪問・居宅サービスを併設。（社福法人　博愛会）
- 半径約２００m以内に、市立幼稚園・小・中学校と、国立工業高等専門学校があるが、今までほぼ交流がなかった・・・
- 小・中学校にサポーター養成講座の開催依頼　⇒実現
- 中学校で「介護の仕事」について伝える機会　⇒実現
- 高専との連携模索　⇒高専側からたくさんのアプローチ！

産（介護）官（市）民（人）学（高専）の連携



産（介護）官（市）民（人）学（高専）の連携　～防災の視点から～

- 高専が、地域との連携において、防災対策に注力。
- （高専側）災害時に高齢者への支援を検討しているが、ノウハウがなかった。⇒　**近くに介護のプロがいるじゃないか！**
- （博愛側）災害時、地域に住む高齢者の中には援護が必要な方もいる　⇒　**高専にたくさんの若者（寮生）がいるじゃないか！**
- （市側）高齢者や認知症施策は介護福祉課がやってきたけど、防災関係は防災対策課だし、連携をどうしようか・・・高専と博愛が何やらつながり始めた？　⇒　**乗っかろうじゃないか！！**

防災への取り組みからつながり

- （高専側）防災食の試食会を開催。ただ、高齢者の方が、アルファ米やパン等を食べることができるのか？嚥下食についても勉強したい。⇒　高専の防災食試食会で、博愛会も施設の避難食を紹介。市職員や学校関係者、地域の方々もたくさん参加。

産（介護）官（市）民（人）学（高専）の連携　「総活躍分の１人」に

- 災害時には若い力が必要。
- 避難所に高齢者や認知症の方が避難したとき、「安心して過ごせる避難所」にするためには？
- 和歌山県気象台の出前授業とコラボ！
- 高専の学生の活躍　⇒　「総活躍分の１人」に
- 教職員含め、公開講座で「認知症サポーター養成講座」を実施

県気象台より災害の出前授業

災害時の高齢者等へ対応方法

産（介護）官（市）民（人）学（高専）の連携　今後の模索　～未来志向～

- 高専には、たくさんの技術がある。しかし、その技術をどのようにして地域に還元できるか、活かし方を学生はわからない。

  ⇒高齢者の「こんな物があったら便利だなぁ」等、呟きがあれば・・

  呟くことが、活躍！！

例えば・・・

- 服薬時間をお知らせしてくれるアラームと服薬ボックスが一緒になった小さな機械があれば飲み忘れも少なくできるかも。　⇒　高専の学生にできるかも？？新たな商品開発、特許取得！？ **（夢）**
- 災害時に自力で避難困難な人に車イスあればいいけど、数に限りがあるよね。⇒　ダンボールで作れる車イスを学生が開発中！ **（実現間近）**

産官民学の連携には、たくさんの希望が詰まっている！！

地域の方が声を上げるだけで、それも「活躍」のひとつ！！

誰もが「総活躍分の１人」となれる未来がある！！

認知症の人も、総活躍の１人になれる社会の実現を目指す！

認知症の人も、総活躍の１人となれる社会を目指すには

- １人の男性との関わりから生まれた地域づくり。
- ここには、本人の活躍、ケアマネジャーの活躍、地域の活躍等々・・・
- アクションミーティングを行い、それぞれ何ができるか、本人の声、住民の声を大事に取り組む。

１人の男性への支援から始まったアクションミーティング事例

- 平成２８年２月、Nさん（８９歳）と妻が市役所窓口へ。
- 要介護認定を受け、在宅介護支援センター職員と訪問。
- Nさんのやりたいこと、地域との関わりは？
- 在宅介護支援センターとして、ケアマネジャーとして・・・

本人と妻が市役所窓口へ来所

- 平成２８年２月、「最近、足腰が弱くなってきて、転倒を繰り返すようになり、腰椎圧迫骨折をしてしまった。」と、要介護認定申請のため来所。

- 「それとな、最近、頭がぼけてきたような気がしてな」（本人の言葉）

- 「要介護１」の認定を受ける。

  ⇒在宅介護支援センター職員と訪問。

本人と話す。妻とも。

本人のことば

- 「頭がボーっとすることもあるけどな、わしはまだまだ人様の世話にはならんでも大丈夫」
- 「昔は色々楽しいことやったよ。猪狩り、釣り、卓球、バレー、将棋、マージャン。どれも、今は仲間がいないし、やらなくなってしまった・・・。」
- 「数年前まで、“むつみ会”というのがあって、地域で色々楽しいことをしていたよ」

妻のことば

- 「とにかく、もの忘れがひどくて。デイサービスでも行ってくれたらと思ってます」

市職員としての視点

- 本人の声をもとに、地域住民と地域づくりについて考える機会を設けられないか？
- 「アクションミーティング」って合同セミナーで聞いたことあるけど、この地域でできないかな？
- どこか先進地のお話を聞いてみたい。どこ？
- 「アクション農園」をやっている、新潟県湯沢町へ視察に行こう！

ケアマネジャーとしての視点

- 本人のできること、やりたいことは？
- 自宅裏にある広大な畑が放置気味であることを本人が気になっている。でも、奥さん１人では無理・・・この畑を何とかならないか？
- 地域住民や、友人とのつながりがたくさんあると気づいた！

在宅介護支援センター職員としての視点

- この地域の住民のつながりは？

  高齢者実態把握訪問調査を行う。

  Nさんと繋がる人が続々と出てきた！

Nさんの妻（住民として）に意見を聞く。

　妻の知り合いで、高齢者の１人暮らしの方への支援や、防災のことについて考えている女性が２名いると聞く。

- 「むつみ会」が５年前まで存在していたことを聞く
- あまり使われていない集会場があると聞く。

まずやってみたこと、と現実

- 自宅裏の畑をなんとかしよう！（ケアマネの提案）
  居宅事業所内の同僚（ケアマネ）に提案するも・・
  「介護サービスは？」「マニュアル作成は？」
  「なんでそれをするのか？」

- まずは、みんなで畑を見に行こう！（推進員の提案）
  ⇒布団から出ることのない本人が、若い世代や友人のにぎやかな
  声に反応し畑に出てきた！

- それを目の当たりにした、居宅の同僚たちは、
  「やりたいことが、なんとなくわかった気がする・・・」

実際に起こった地域でのアクション

- 畑にみかんやレモンがたくさん成っているが、Nさんが部屋から出なくなり、奥さんだけでは収穫が大変・・・
- 近所の友人Oさんに声かけてみると「久しぶりにNさんに会いたいし、みかん狩りも手伝うよ！」と言ってくれた。（Oさんも要支援１）
- せっかくだから、認知症対応型デイサービスに通ってる近所の方も誘って、他の利用者も来てくれたら・・・
- 部屋から出ることが少なくなったNさんが、畑に出てきた！
- 歩行器で出てきたが、帰りは杖なしで歩いた！

アクションミーティング

- 奥さんから聞いていた、地域の女性２名とお会いし、「何かできないか」聞いてみた。
- 「この地域の女性みんなに声かけてみるよ」と言ってくれた
- 集会場に、１６名もの女性たちが集まってくれた！
- でも、最初は「何させられるの？？」という表情・・・

集まっていただいた理由や、在宅介護支援センターの役割等の話をしてみるが・・・「私たちに何をしろと・・」という表情

アクションミーティング

- でも、久しぶりに会う方々もいたりして、話は自然と地域のことや、昔話で盛り上がり・・・
- Nさん宅の畑で採れたサツマイモで焼き芋を作り、振舞うと、盛り上がりは止められない状況に！！（市職員が焼きました）
- 「今日は楽しかったね！」「顔は見たことあったけど、話せてよかった」「次もやる？」
- 「じゃあ、毎月第１金曜日にこの集会場へ集まろう！」
  会の名前も決めよう！「じゃあ、“むつみ会”、復活で！！」
  この２つが、アクションミーティングで決まったこと
- でも、誰かに負担のかかるようなことはやめようね。
  （飲み物は各自持参、来たい人だけ来る、参加強制しない等々）
  ただ、ここに来れば、楽しくて安心できる場所であればいい

Nさんの倉庫で、焼き芋（焼くのは市職員）

焼き芋投入で、盛り上がり！

記念撮影を始め・・・

男前と記念のツーショット！

“新”むつみ会　スタート！

- 以前の睦会のリーダーだったUさんの妻（有料老人ホーム入居中）に、睦会復活のことを伝える（ケアマネジャー）
- Uさん「それは亡き夫も喜んでくれます！ありがとうございます！」
- 「Uさん、睦会に参加しませんか！？」（ケアマネジャー）
- Uさん「行っていいの？ぜひ、行きたいです！」

  「みんなに会ったら泣いてしまうかも」

  「体調整えて、きれいにしていかないとね」

平成２９年１月６日、睦会の新年会に参加決定！

睦会の新年会にて数年ぶりの帰省

地域の方が、Uさんを歓迎

NさんとUさんが数年ぶりの再会を喜び、
次回会えることを約束して握手

もう、Uさんの自宅は解体してしまって、帰る家はないんだけど、「帰る地元」がここにある！

睦会における、様々な活躍

- Nさん：やりたいことを声に上げた。
- 在宅介護支援センター：地域の方の声を聞いた。
- 地域の方：むつみ会の復活にご尽力
- 認知症対応型利用者：みかん狩りの戦力に。
- Uさん：睦会に参加して、久しぶりの再会で盛り上げた。
- 行政：焼き芋を焼いた。

様々な活躍がつながり、
地域がひとつになっていく！

まとめ

- 総務部と福祉部の「縦割り」を取っ払った・・・？
  ⇒そんな難しい話ではなく、ただ話しやすい人と一緒に
  でも、連携はそこから始まる！

- 当事者の声から地域づくりって何からすればいい？
  ⇒まずは、１人の声を聴いてみる！

- 脱領域とのコラボはどうすればいい？？
  ⇒つながりたい相手との相互の利益を考える。
  （例）サポーター講座は、学びたいときが学びどき！

市全体の取組みの中で
認知症になっても自然体で

「夢を語れるまち、ごぼう」
「誰もが総活躍分の１人になれるまち、ごぼう」