

平成29年度運営費研究事業

住民視点から策定する地域包括型認知症ケアパスの在り
方に関する実証的研究事業報告書（中間報告）

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30年3月

はじめに

我が国においては、高齢化の進展に伴い認知症の人の数の増加が続き、2025（平成37年）には700万人（高齢者の5人に1人）に達すると見込まれている。介護する家族の数を勘案すれば相当数の国民が、認知症とともによりよく生活していく体制を構築しなければならない。

社会の基礎的な単位である家族やコミュニティの扶助機能が十分な場合には、様々な事情により認知症の人が病院や施設に入院・入所しても家族や友人・知人との関係を継続しつつ生活していくことを希求できたかもしれない。しかし、今日では、世帯類型の変化も著しく、高齢者のみ又は高齢者単独世帯が増加し、コミュニティの通次的な弱体化が進行している。

こうした社会の実相を踏まえ、認知症の人ができるだけ住み慣れた自宅や地域の良い環境で自分らしく暮らせるようにするために、いわゆる「ケアの流れを変える」ものとして、新オレンジプランが策定され、ケアパスが提唱されている。

人口、社会・経済等の大きな変化と国民の素朴かつ純粋な生活上の願いは一致していない。「認知症になっても、この家でこの街で暮らし続けたい、という願いは“わがまま”ですか」という問に答えなければならない。その答えは「決して“わがまま”ではなく、人として普通のことです」となるであろう。

重要なことは、公的なサービスと非公的な支援（フォーマルサービス・インフォーマルサポート）、双方の均衡ある充実と結合である。しかし、非公的な支援の実現は、それなしには人間の基本的欲求を満たさないにもかかわらず、地域住民の自発的な活動に依拠するため極めて困難と言わざるを得ない。しかし、多くの国民の希望、「認知症になっても住み慣れた自宅や地域で暮らし続ける」ことに国民自ら、また関係者・関係機関は、その総力をあげて挑戦しなければならない。

具体的には、ケアパスに認知症の進行（容態の変化）に対応した公的サービス（主として行政が補助等を行っている事業）を表示するのみでなく、認知症ケアへの住民の自発的活動による参画を明示する作業が必要となる。かつ、この住民による自発的活動は、住民主体で作成されなければならない。その作成過程においてこそ住民自身が認知症ケアの担い手としてエンパワーメントされるからである。それが、「地域包括型ケアパス」であり、「地域共生社会」を展望するものとなる。困難な課題ではあるが挑戦する価値がある。

本研究は、この趣旨を理解し、地域包括型ケアパスを29年度に策定する自治体をモデル地域とし、30年度までの2年間で認知症ケアへの住民の主体的な参画による活動のあり方を明らかにする実証を行うものであり、本報告は中間報告となる。モデル地域となった兵庫県川西市の関係者の皆様のご尽力に心から御礼を申し上げる次第である。

平成30年3月

社会福祉法人浴風会

認知症介護研究・研修東京センター

目 次

1. 研究目的	1
2. 地域包括型ケアパスの定義及び特徴、機能	3
3. 研究方法	3
4. 基本思想と研究過程	7
5. モデル実践	16
6. 結果及び考察	21
7. 残された課題	28
8. 研究委員会委員	31
9. 添付資料	
(1) 別紙1；川西市認知症ケアネット作成委員会資料	32
(2) 別紙2；住民座談会参加者募集チラシ	47
(3) 別紙3；第1回住民座談会資料　できあがりの姿、ワークシート	51
(4) 別紙4；第2回住民座談会資料	56
(5) 別紙5；参考提案の暫定版ケアパス	98
(6) 別紙6；コアチームから得たアンケート	104
(7) 別紙7；平成29年度暫定版川西市地域包括型認知症ケアネット	112

1. 研究目的

認知症の人は、病院や施設に入院・入所して暮らさざるを得ないという実態を改め、住み慣れた地域の良い環境で暮らせる方が良いという方向に転換する、いわゆる「ケアの流れを変える」ものとして、新オレンジプランにおいてケアパスが提唱（平成 24 年）され⁽¹⁾、全国の自治体において作成が進んでいる。

ケアパスの目的は、新オレンジプランにおいて2点示されており、その一つは、各自治体において介護保険事業計画を策定する際に整備すべき各種サービスの目標量を見込むことにあり、いま一つは、個々の認知症の人の（容態に応じた適切なサービスの利用による）支援目標の設定、関係者間での共有によるシームレスなサービス提供に資することとされている⁽¹⁾。

このため、多くの自治体で作成されているケアパスは、認知症の進行（容態の変化）に応じて、どのような公的サービス（主として行政が補助等を行っている事業）を受けられるかを表示し、住民や支援関係者に示す形になるものと考えられる。

しかし、国民の望みは「仮に認知症になって、自分自身や周りのことがわからなくなっても、長年住み慣れた自宅や地域で不安なく暮らし続けることができる」ことであろうと考えられ、認知症の人やその家族を支援する専門職等も同様であるが、公的サービスのみで、この望みをかなえるのは困難である。その理由は、認知症の人やその家族のニーズに、公的サービスでは補完できない、家族間、近隣住民間などの、「人と人とのつながり」が保持された安心できる居場所としての自宅や地域社会が不可欠な要素として含まれるからである。

こうしてケアパスは、容態の変化とそれに対応する公的サービスの組み合わせ表にとどまることなく、認知症ケアへの住民の自発的活動による参画（インフォーマル・サポート）を併せたものとして住民主体で作成され、その作成過程において住民自身が認知症支援の担い手としてエンパワーメントされるよう機能することが求められる。それが「地域包括型ケアパス」である。

認知症の人の絶対数が増加し、誰もが認知症になる可能性がある一方、家族や地域社会の扶助力は逡減している。しかし、ニーズは住民の元に発生しており、それを解決するための支援を利用するのも住民である。したがって、公的サービスや住民の自発的活動によるサポート（フォーマルサービス・インフォーマルサポート）のありようは、ニーズを有しそれを克服して生活していく主体である住民の参画を得て企画・実施されることが重要である。住民の貢献は、ニーズに基づき、公的サービスの種類・内容・量の整備に参画すること及びインフォーマルサポートの担い手としての活動により行われるものと考えられる。

本研究は、上記の趣旨を理解し、地域包括型のケアパスを29年度に策定する自治体をモデル地域とし、住民の主体的な参加による地域包括型ケアパスを作成する実証を行い、その要点を普及することを目的とする。

(注1) 新オレンジプラン（平成24年）におけるケアパスの説明

新オレンジプラン（抜粋）

（7）医療・介護等の有機的な連携の推進

（認知症ケアパスの確立）

地域ごとに医療・介護等が適切に連携することを確認するためには、認知症の容態に応じた適切なサービス提供の流れ（「認知症ケアパス」）を確立することが必要である。2015（平成27）年度からの第6期介護保険事業計画の策定に当たっては、地域で作成した「認知症ケアパス」を踏まえて介護サービス量の見込みを定めるよう求めている。

また、認知症ケアパスは、地域ごとの医療・介護等の資源を列挙するだけに留まらず、認知症の人一人ひとりのケアパスに沿って、支援の目標を設定しこれが認知症の人やその家族、医療・介護等関係者の間で共有され、サービスが切れ目なく提供されるよう、その活用を推進していく。

2. 地域包括型ケアパスの定義及び特徴、機能

地域包括型ケアパスとは、「住民が、認知症になっても長年住み慣れた自宅や地域で不安なく暮らし続けることができるようにするために、公的サービス及び住民の自発的活動の開発、充実、連結を企画、表示したもの」である。このため、住民の参画を必須とし、地域組織化活動を伴う点を特徴とする。

また、当該ケアパスは、主に、①認知症の容態の進行にあわせて活用し得る公的サービス及び住民の自発的活動を住民に周知すること、②認知症の相談支援を行う地域包括支援センター、認知症初期集中支援チーム、介護支援専門員や介護サービス事業所等における認知症の相談支援の場面において活用すること。③地域づくりを行う社会資源が自発的活動を興し継続して担う目標となること。の3点において機能する。

以下、地域包括型ケアパスは、名称として使用する場合を除き、「ケアパス」と記述する。

3. 研究方法

(1) モデル地域の設定

平成29年度にケアパスを作成する兵庫県川西市をモデル地域とした。川西市は、認知症の人への支援に積極的であり、市内8カ所の地域包括支援センターに専任常勤の認知症地域支援推進員を配置している自治体である。

(なお、モデル地域の所在する兵庫県においては、「ケアパス」を「ケアネット」と呼称することとされているため、本報告書においても、その呼称で記載されている部分がある。)

(2) 研究期間

平成29年度～30年度の2年間とした。

(3) 研究過程

平成29年度

ア. 本研究の趣旨説明等

川西市が設置したケアネット作成委員会委員に対して実証研究についての趣旨手法について説明し、理解・共有・協力依頼を行った。

(説明資料；別紙1)

イ. 住民座談会方式の進め方の検討

川西市ケアネット作成委員会は、ケアパスを作成するために住民座談会を主催することとし、住民座談会方式(以下「座談会または座談会方式」)で住民視点によるケアパスを作成する手法について検討した。特に次の点が議論された。

① 座談会の参加者を募る広報物作成上の工夫

広報物を作成する場合には、市民が理解しやすく、参加意欲を高める内容・表現とする。このため、一般人のボランティアに依頼し原案の点検を依頼する

のも一つの方法であること。

- ② 可能な限り多くの一般市民の参加を得るためには、どのような広報の仕方がよいか、参加を促す工夫を検討する必要があること。
- ③ 座談会参加者から、「参加して良かったという肯定的な感想」を得ることが重要である。このために参加者がもれなく発言や意思を表出する機会・手法(例；カード方式)を検討する必要があること。
- ④ 座談会を楽しい雰囲気を実施するための手法について検討する必要があること。具体的には、
 - お茶・お菓子の用意をしてはどうか。
 - 寸劇あるいは寸劇のDVDを最初に行うこととしてはどうか。
例；中学生の認知症サポーターに練習して演じてもらう。
 - 意見交換のルールを以下のように定めることとしてはどうか。
 - ・市の職員も一般市民として参加する。
 - ・参加者は、思いついたことを、できるだけ多くカードに書き出す。
 - ・参加者の意見は決して批判をしない。
 - ・参加者の誰一人も不愉快にならない。
 - ・参加者の発言が偏らず全員が意思表示する機会がある。
- ⑤ 参加者をグループに分けて意見交換することとし、各グループにファシリテーターを配置する。
- ⑥ ファシリテーターが、グループの意見を円滑に引き出し、とりまとめるための練習をしておくことが重要であること。
- ⑦ 参加者に対して、意見の聞きっぱなしではなく、全体をおおむねとりまとめた「案」の段階で、参加者に公開し再度意見を集約し必要な修正を行うこと、すなわち、座談会は2回実施することにして、それを約束すること。

ウ. 川西市ケアネット作成コアチームの設置

行政の担当課長及び中央地域包括支援センター所長、市内8カ所の地域包括支援センターに常勤・専従で配置されている認知症地域支援推進員を中心としたコアチームを設置しケアネットを作成する。

このコアチームは、座談会のファシリテートを行い、ケアネットの原案を検討する。

エ. 座談会の実施

① 座談会用ワークシートの提案

限られた時間において住民からの意見を効率的・効果的に集約する必要がある。このため、研究者からコアメンバーに対して、一連の作業を理解するための参考に供する目的で、ケアパスの完成型をイメージした、「できあがりの姿」のワークシート見本とそのケアパスを作成するために住民の意見を座談会で集約するための「住民座談会の展開構造の例」及び「ケアパス作成の基本方針」を参考として提案した。（具体的には「4」に記述）

② 座談会予行演習の実施

コアチームにより、座談会の予行演習が行われた。

③ 住民座談会参加者の募集

各地域包括支援センターのコアメンバー、福祉委員、民生委員等の地域の福祉活動をしている者により、配布・声かけが行われた。

（参加者募集案内チラシ；別紙2）

④ 座談会の実施

市内を南部及び北部の2地区に区分しそれぞれ実施した。

第1回 平成29年12月25日（月）10：00～12：00

北部 北陵公民館集会室（参加者数；40人）

同日 14：00～16：00

南部 中央公民館大集会室（参加者数；52人）

（第1回住民座談会資料；別紙3）

第2回 平成30年1月10日（水）14：00～16：00

南部 アステホール（参加者数；53人）

平成30年1月29日（月）14：00～16：00

北部 北陵公民館集会室（参加者数43人）

※ 第1回座談会の結果とりまとめたケアネット原案を説明し、修正や追加の意見を収集

（第2回住民座談会資料；別紙4）

オ. ケアネット作成委員会による暫定版ケアネット案の作成

コアメンバーにより、第2回住民座談会での修正・追加を行い暫定版ケアネットを作成した。

（暫定版ケアネット；別紙7）

カ. 暫定版ケアパスの決定・公表

暫定版ケアネットは、行政内手続きを経て決定され、2018（平成30）年2月27日住民及び関係者に対して報告会が行われた。

平成30年度（予定）

ア．ケアネット作成委員会を改組した検証委員会（仮称）による暫定版ケアパスの
検証・修正

（例；住民や関係者に対するアンケートやヒヤリングの実施）

イ．最終版ケアパスの決定・公表

（4）実証研究組織

認知症ケアネットの作成主体は川西市であることから、川西市が認知症ケアネット作成委員会を設置し、事務局は市役所とした。

認知症介護研究・研修東京センターは、当該実証研究の主体であり、川西市が設置した認知症ケアパス作成委員会委員の中から数名をもって実証研究委員会を設置した。

（5）倫理的配慮

本研究は、社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センターが設置する倫理委員会の審査・承諾を得て実施した。

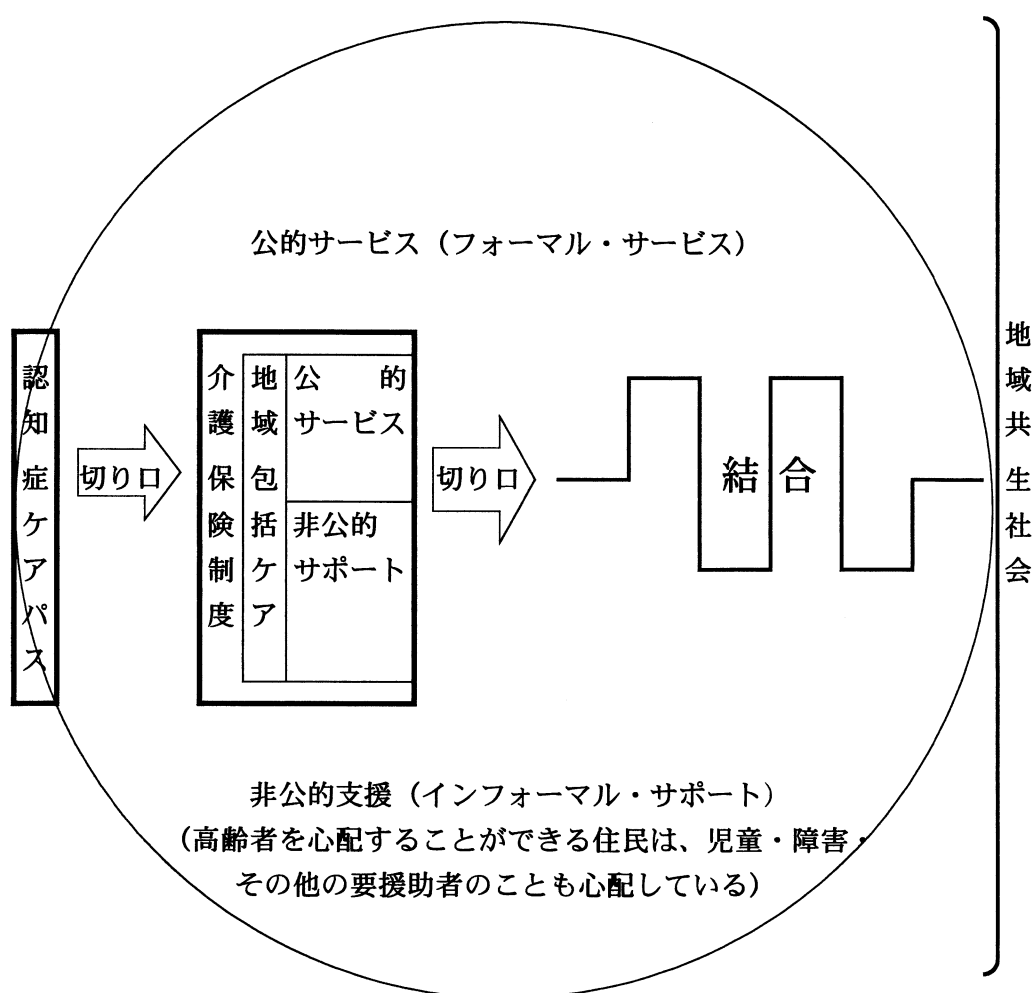
4. 基本思想と研究過程

(1) 地域包括型ケアパスの基本思想

地域包括型ケアパスは、認知症の人やその家族を地域全体で支えていくためには、公的サービス（フォーマル・サービス）と地域住民の自発的活動による非公的支援（インフォーマル・サポート）の両者の充実・結合が不可欠であり、こうした構造で認知症の人やその家族を支援する構造を構築することは、高齢・児童・障がい等の対象者別施策に共通した対人援助の仕組みづくりにつながり、「地域共生社会」を展望したものになるという基本思想からなっている。それを示したのが図1である。

図1

認知症ケアパスを切り口にした地域共生社会の展望 概念図
(全世代型・高齢、児童、障がい等の対象者横断型)



※ 公的サービスは、援助対象者別に専門分化して発展してきたが、公的サービスのみでは全人的に生活全般を支えるニーズに対応する支援は困難であり、地域住民による支援が不可欠

出典；佐藤信人研修資料より抜粋

なお、非公的支援（インフォーマル・サポート）が住民に動機づけられ、活動が促されるためには、「支えられる幸福と支える幸福」という「純粋互惠関係」が前提となる。

こうした人間関係を構築する過程は、住民の意識改革を前提とすることから、多くの住民の共通の生活課題をテーマとすることが求められる。認知症のケアは共通課題となり得るとすれば、それを切り口とすることは有効であると考えられる。

○純粋互惠関係

人は、人に認められ支えられることによって幸福感を得、人を支え人の役に立つことの有用感によっても幸福感を得ることを指し、真のコミュニティのコアとなる。自らの利益のために他を利する算段的利他主義とは異なる点に注意を要する。

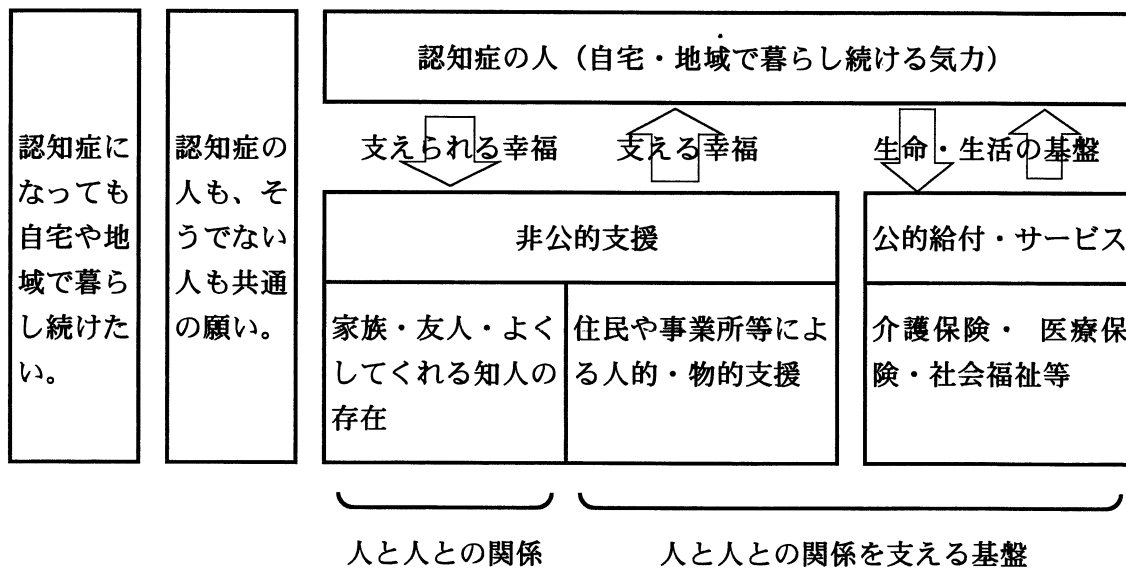
なお、この支えられる幸福と支える幸福は、人間の基本的欲求を根源としたものであり、公的サービスの存在や充実を前提としないが、こうしたサービスは、生活の基盤を整備するために重要である。公的サービスは、純粋互惠関係の熟度を高めるのに役立つ方向性を持って整備・運用される必要がある。

すなわち、「認知症になることへの恐れ」と「認知症になっても、住み慣れた自宅・地域で暮らし続けたい。」という、多くの住民の意識が「認知症の人とその家族の生活を地域全体で支える」地域のありようを作る動機付けとなる。その核心は、「認知症になっても不安なく幸福に暮らし続ける」ことであり、「認知症になっても、自分を認めてくれる優しい人達の輪の中にいたい。」という自然で切実な心理と捉えられる。この、「住み慣れた自宅・地域で暮らし続ける」ことへの希求の度合いは、人間関係の濃淡による地域特性によって異なるが、「身近に親しい人々を求める気持ち」は、地域特性を越えて普遍であろうと考えられる。

「幸福な暮らしを支える地域全体の支援のありよう」を作るには、認知症対応の公的なサービスの整備のみでは不足であること及び小地域ベースで、「その人の周りに、その人に優しい人々がいる状態」を整える仕組みづくりを公的サービスに求めることは困難であり、住民の自発的活動によるべきことの理解を必要とする。

この結果、「認知症になっても、住み慣れた自宅・地域で暮らし続けることができる」ための地域づくりは、図2に示すように、公的給付・サービスと非公的支援が結合したものとなる。人々の幸福な暮らしのために、認知症になっても家族、友人・知人、近隣住民等による純粋互惠の人間関係が途切れないように支援するのが、住民やサービス事業所等による人的・物的支援と介護保険・医療保険・社会福祉等の役割となる。

図 2



こうした純粹互惠関係は、その地域の「文化」として培われ伝承されるものであり、意識的に育まなければ成立しないものであり、この、意識的な地域への働きかけが、地域のありようを作っていくための構造となる。すなわち、住民が行動を開始し継続していく動機は何かを明らかにし、その動機を起こす具体的な企画を立て実行する過程を実践する必要がある。

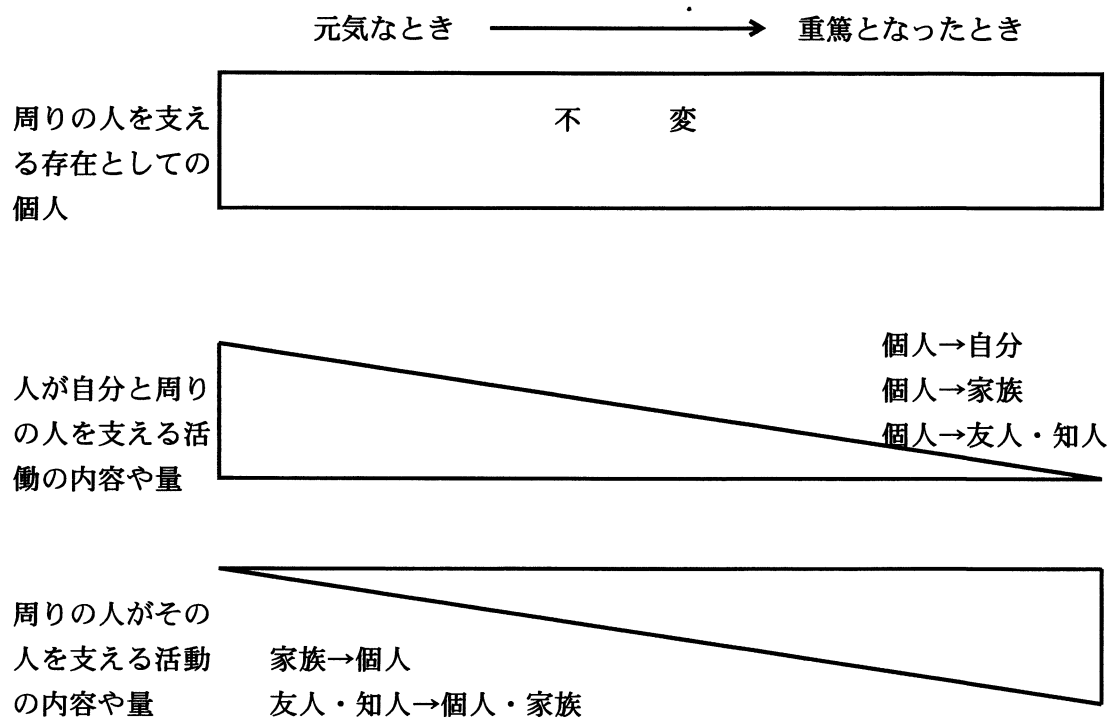
この動機は、住民にとってのメリットであり、その一つに自己有用感があると考えられる。具体的には、図2に示した「支えられる幸福感と支える幸福感」である。住民が、この幸福感を実感することができる成功体験を、どのように作っていくかについては、図3のように説明することができる。

人は生きて、そこに存在しているだけで周りの人を幸福にする。その力は、元気なときも重篤になったときも変わらない。



人が周りの人を支えて幸福にする活動の内容や量は重篤になれば減少するが、それに見合って周りの人が、その人を支えて自らも幸福になる活動の内容や量は増加する。

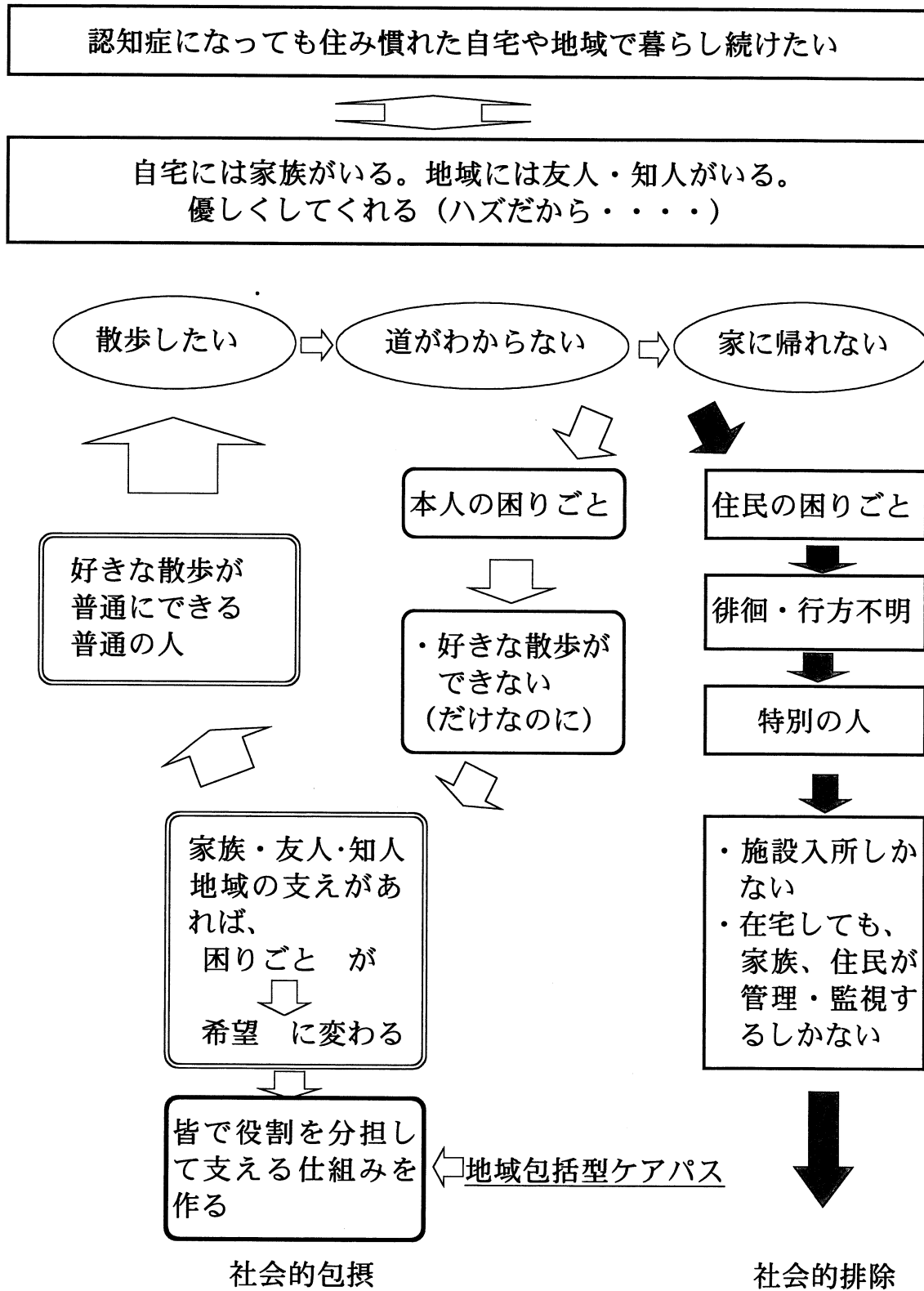
図3



こうした基本思想に基づく地域包括型ケアパスは、図4に示すように具体的には認知症の人本人を取り巻く周囲の人々の視点による「問題志向型」ではなく、本人の「希望志向型」で、本人の希望を満たすために家族、友人・知人、地域住民、その他の社会資源等がどのように役割分担をしながら貢献するか、という構造をもって作成されることが重要である。

図 4

※ 街なみ失認の例



認知症の人は、人々の優しい気持ちを引き出してくれる
“地域の宝物” → 最大の敵は“無関心”

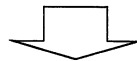
加齢に伴い、病気もなりやすいし、自分でできることも少なくなる。
認知症にもなるかもしれない。



でも、
それは自然なことなので



認知症になっても、住み慣れた自宅や地域で暮らし続けたい

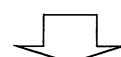


でも、
家族や隣近所に迷惑をかけたくない



家族・隣近所・地域社会

家族・隣近所・地域社会



迷惑かも・・・

迷惑ではありません



施設に入所して暮らす
しかないか

応援するから、ここで
一緒に暮らしましょう

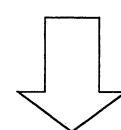


本人よりも周りが大事

本人も周りも大事



社会的排除



本人・住民の気持ちを
支える様々なサービス



社会的包摂

地域包括型ケアパスは、こうした考え方を前提に、認知症の容態の進行に対応した地域住民の自発的活動を具体的に現した構造をもって作成される必要がある。

なお、こうした考え方や実践は、地域組織化活動（コミュニティ・オーガニゼーション）に共通しているため、地域でそれを担っている機関等と協働することも重要である。

（２）地域包括型ケアパスの活用者

地域包括型ケアパスは、住民、地域組織化活動を行う専門職・機関、介護支援専門員、サービス事業所（自宅・施設）、地域の社会資源、地域ケア会議、行政等によって活用されることが期待される。

（３）地域包括型ケアパスの二重構造

地域包括型ケアパスは、あくまで行政計画として位置付けられるが、公的なサービスのみでは、認知症の人やその家族の生活を地域全体で支えていくことができないため、公的なサービスに加えて地域住民やそれ以外の社会資源の自発的活動を組織化する要素を持ったものとなる。

すなわち、地域包括型ケアパスは、住民が認知症を呈していない時点から認知症状を呈して以降、症状の進行にあわせて行われる地域住民の自発的活動としてのインフォーマル・サポートの育成・結合を計画したものである。

このため、自発的活動を一覧にしたもの「約束書」と、その自発的活動を立ち上げ、役割分担し、継続・活性化していくための「方法書（インフォーマル・サポートづくり方法書）」の二重構造を持つことになる。

後者の方法書は、地域包括型ケアパス作成側（後述するコアチーム）にとっては戦略書であり、地域住民にとっては具体性を持った活動指針となる。この方法書はコアチームと地域住民によって共有されることが重要である。

（４）従来型ケアパスと地域包括型ケアパスの相違

従来型ケアパスは、認知症の進行に合わせて受給できる介護保険給付及び公的サービス（フォーマル・サービス）の情報を住民や関係者に示すことを目的として作成されているのに対して、地域包括型ケアパスは、これに併せて認知症の人及びその家族の安定した地域生活を図るため、住民の自発的活動の認知症ケアへの参加（インフォーマル・サポート）を促し、その過程において、「ニーズを有し、それを解決して生活していく主体である地域住民自身がインフォーマル・サポートを興し、フォーマル・サービスのあり方をコントロールしていく力量を獲得（エンパワーメントされた地域住民）していくことを目的としている。この点において目的が根本的に異なるものである。

この結果、前者は、行政において作成が可能であるのに比し、後者は、地域住民の参加を不可欠とするため、ケアパスの作成方法も根本的に異なることになる。

（５）地域包括型ケアパス作成の方針

いわゆる「地域づくり」とは、地域住民をエンパワーメントすることであると考え

られ、地域包括型ケアパスは、その作成過程そのものがエンパワーメントの実践であると捉えられる（プロセス主義）。

このため、モデル地域における地域包括型ケアパスの作成に当たっては、研究者の「ハーモナイゼーションの地域作り」⁽²⁾の構造に従った。

（６）地域包括型ケアパスが地域住民視点となるための手法

ア．住民座談会方式の採用

ケアパスが地域住民による力量の獲得により認知症の人とその家族を支える役立つためには、当事者ニーズが地域全体のニーズであることを地域住民が集団として共通認識する手法が求められる。

しかし、地域は一樣ではなく、認知症が引き起こす生活上の課題、認知症の人やその家族への支援の必要性への理解・認識は、新旧住民の葛藤、自治会や町内会の排他性や包摂性、匿名性、様々な利害の絡み合い等により、大きく相違している。

こうした実態を克服して地域住民同士の共通認識を図るためには、例えば郵送法によるニーズの明確化と開示のような一方通行的な手法よりも、地域住民同士のコミュニケーションによりグループダイナミックスが機能する住民座談会方式が有効と考える。

なお、住民座談会方式は、開催時間が限られていることを前提にすれば、小規模で開催される場合は別にして、例えば10数人を超える参加者がある場合には、グループに分けた意見交換が有効と考えられる。

イ．コアチームによる進行管理

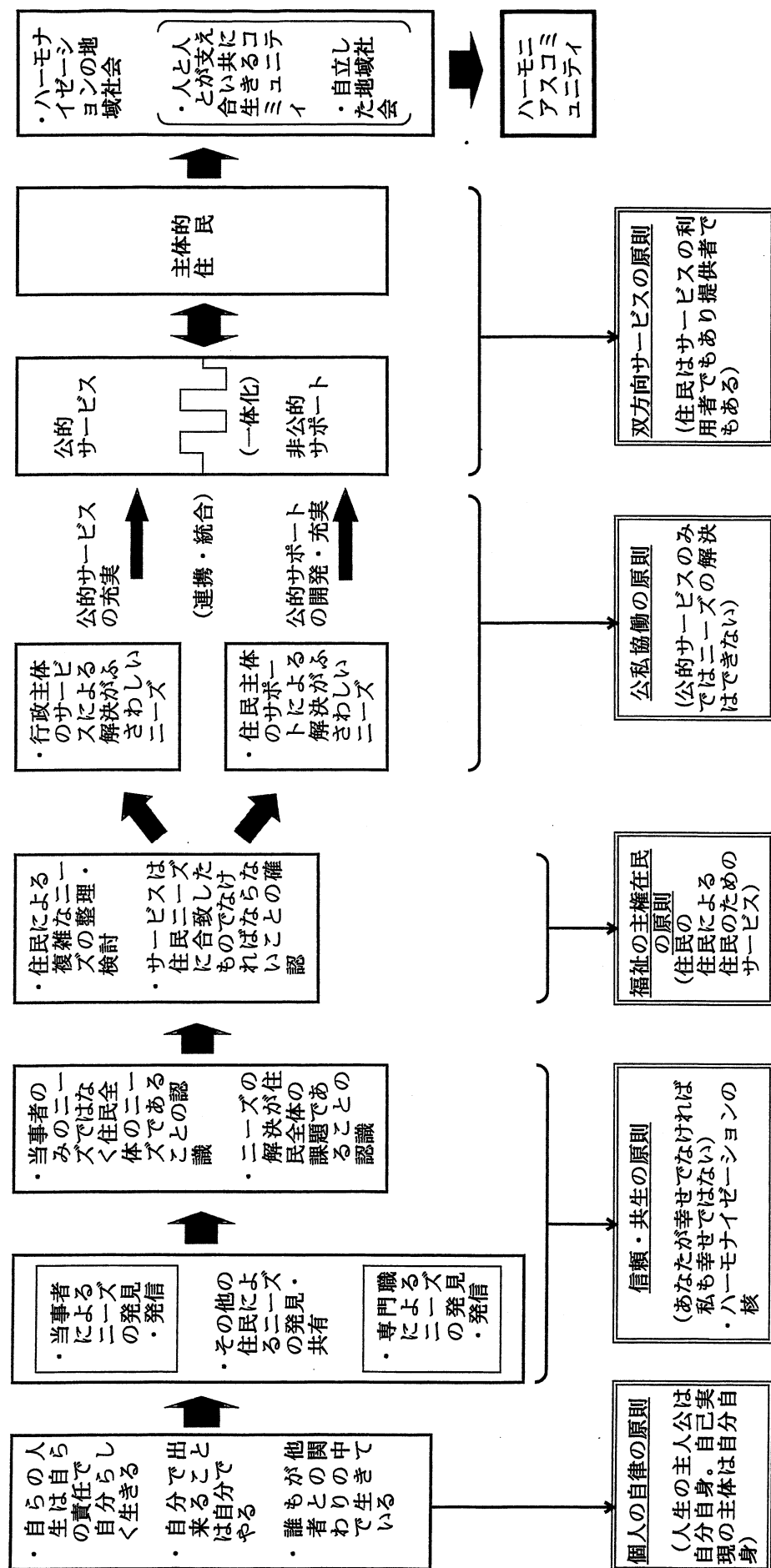
住民座談会を運営するために、特にグループワークを伴う場合には、現実的にも、そのグループごとにファシリテーターを配置することとなるため、チームで運営することが求められる。

ウ．オピニオン・リーダーの育成

座談会参加者は、課題に関心を持つ住民である。意見交換により、またはそれを契機として、課題を主体的・積極的に解決していくために周囲の住民に働きかけ、住民全体がその必要性を認識するような小地域ベースでの世論を形成していくオピニオン・リーダーとしてエンパワーメントされる方向性をもつことが建設的・発展的であると考えられる。地域包括型ケアパスの機能が、地域住民の自発的活動を不可欠とすることからしても、それが自然である。

「ハーモナイゼーション（地域づくり）の5つの原則」

（互いをよく知り、互いを認め尊重し、互いに影響し合いながら調和して共に生きる）



住民主体の大原則：（地域住民の5原則への主体的な参加が人と人との結びつきを強化する、それこそが地域福祉である。）

5. モデル実践

(1) 手順の提示

限られた時間において住民からの意見を効率的・効果的に集約する必要がある。このため、研究者からコアチーム及び座談会参加者に対して、一連の作業を理解するための参考に供するため、ケアパスの完成型をイメージした、「できあがりの姿」のワークシート見本とそのケアパスを作成するために住民の意見を座談会で集約するための「住民座談会の展開構造の例」のシートを提案した。これらは、ケアパスのうち、住民等による自発的活動（インフォーマル・サポート）に該当する部分である。

（「できあがりの姿、ワークシート」；別紙3）

また、ケアパス作成後に、これを中心的に運用しPDCAサイクルにのせていくのはコアチームであることから、研究者からの提案はあくまで参考であり、実際に、どのようなケアパスを作成し、作成するために住民座談会でどのようなシートを使用するかについてはコアチームに一任されたことは当然である。

なお、研究者からは、当該ワークシートの他に、ケアパス作成の基本方針を示した。これもあくまで参考提案の位置付けである。

以下に、「できあがりの姿」及び「ワークシート」の構造を示す。

ア. できあがりの姿（別紙3参照）

(ア) 横軸

a. 「課題」

作成過程に住民座談会方式を採用することを念頭にしたものであり、座談会参加者にグループワークの課題を示す必要がある。

課題は、「認知症の人・家族を、地域で支えるためにはどうしたよいか。（「このようだったら嬉しい」ことを書き出します。）と提示した。

これは、「認知症になっても症状が進行しても、それに応じて〇〇〇のような支援があれば、住み慣れた自宅や地域で暮らし続けることができるのではないか」という、地域づくりを担う住民視点で作成する趣旨を表したものである。

b. 「他覚的な状態」

ケアパス作成の手引きにおける、認知症の容態の進行状態に応じて施策を表示する方法に準じた。

しかし、地域包括型ケアパスにおいては、住民自らが、どのような活動を行うかが重要であることからすれば、「認知症状が出現しない時点」からの活動が重要であることから、手引きには示されていない「認知症無し」の区分を設けた。これは地域包括型ケアパスの特徴の一つである。

具体的には、次の①～⑦の区分である。

①認知症無し

②認知症が疑われるが日常生活は自立している

③認知症はあるが自分で日常生活は自立している

④見守りがあれば自分で日常生活ができる

⑤日常生活に介護が必要な場面がある

⑥常に介護などの支援が必要

⑦緊急増悪のとき大災害のとき

※ ②～⑥は、認知症ケアパス作成のための検討委員会が作成した「認知症の人の生活機能障害と見られる症状・行動の例、期待される支援」に準じた。（「認知症ケアパス作成のための手引き」64、86頁 財形福祉協会 2013年9月）

なお、②から⑥までの区分については、行政が行う事業及び住民等の自発的活動が、どの程度細分化されるかにより異なるため、モデル地域の実情に応じて柔軟に設定することとしてコアチームに一任された。

また、モデル地域が大規模災害対策に重点を置いていることから、「緊急増悪のとき、大災害のとき」の区分を追加した。認知症の人やその家族を大災害発生時にどのように守るか、助けるか、避難所での生活をどうするかについては、大きなテーマであるばかりでなく、住民にわかりやすく危機感を共有できるため、意見交換の糸口として有効であること、仮説した「結局は、人々の普段の思いやり合いが極めて重要なカギとなること」に合致するものであるため、この区分を設けることも有効であると考えた。

ワークシート見本のタイトルは「力は外からやってこない。力は私たちのうちにある」としたが、想定外の大災害が発生した際の初動救助活動は、家屋の倒壊による道路の遮断、道路自体の損傷などにより救命救急活動が困難であるため、近隣住民間の救助となるものであり、普段の人と人とのつながりが認知症の人やその家族を支えることにも大災害時の支援にも結びつくものであると考えられる。

（イ）縦軸

①個人

②家族

③地域住民（自治会・町内会・民生委員・老人クラブ・PTA・様々なサークル活動団体等）

④地域資源（デイサービス勢多一の送迎車（人）、コンビニエンス・ストア、新聞配達員、宅急便事業者、郵便局、放送局、警察署等）

⑤行政（認知症施策は、多岐にわたるため行政内部の多くの部局横断の取組が必要となる）

⑥その他（様々な専門機関やそこに属する専門職等）

※ なお、民政委員については、特別職の公務員であるから行政区分に該当するとも考えられるが、住民のボランティア活動との視点から地域住民活動に分類を試みた。

※ 地域にあって役に立つものは、全て社会資源として参加・活用と発想するものとした。

※ ケアネットは、座談会で収集した住民の意見を踏まえて、ケアネット作成委

員会がとりまとめるものとした。

イ. ワークシート（別紙3参照）

「できあがりの姿」の「認知症がないとき座談会参加者が、元気なうちに何ができるか、を考えるためにワークを行うものである。

参加者のうち既に認知症状が生じている人の家族の話し合いの視点は、「元気な人から、こういう支援をしてほしい」と表明するものであり、元気な参加者の視点は、「認知症の人とその家族のために何ができるか」、「認知症になっても大丈夫なように元気なうちからどうしておくか」という視点から、表明されることを想定した。

ワークの課題は、「自分や家族が認知症になっても、認知症の人がたくさんいても、みんなで幸せに暮らせる川西市にするにはどうすれば良いですか。」という問形式で投げかけた。

このワークシートは、実質的には、認知症の人やその家族を、住民がどのように支援するか、自発的活動の具体的な仕組み作りの方法書としての位置づけとなる。ここに書かれた活動は、住民が自分たちは、このような活動を行うという「住民の宣言書」として機能するものとなる。したがって、このワークシートは、住民に対して公表されるものとなる。この点も、地域包括ケア型ケアパスの特徴である。

（ア）横軸

前述したように、このワークシートは、できあがりの姿における「認知症無し」の区分における、「役割分担」を作っていくという構造である。認知症の人とその家族を地域でどのように支えるかの全体像を示すのが地域包括型ケアパスであり、本来は、このワークシートこそが仕組み作りの基盤をなすものである。

したがって、この役割分担を住民自身が決めるのも地域包括型ケアパスの特徴であると言える。

- ①個人ができること
- ②家族ができること
- ③地域住民ができること
- ④地域資源ができること
- ⑤専門機関ができること
- ⑥行政ができること

地域包括型ケアパスの根本は、「認知症の人とその家族の生活を地域で支えるためには、公的なサービスと住民の自発的活動の両者が不可欠である。」との方針で実施した。

住民の自発的活動は、住民の自由意思で展開されるが、その自由意思が生じるためには、住民の意識変革が必要となる。すなわち、認知症の人とその家族の生活上の課題は、その家庭だけの課題ではなく、地域住民・地域社会全体の課題であるとの認識と合意が不可欠である。

「認知症になっても住み慣れた我が家、地域で暮らし続けたいと願うことは、

我がままですか」この問いから全てをはじめた。

(イ) 縦軸

- ①自分の家族も楽しく元気でいられる。(家族を大切にすることができて家族の仲が良い)
- ②隣近所や友人を大切にしておいて人の役に立つことができる。
- ③困っている人を見つけて助けることができる。
- ④必要な治療やサービスをきちんと利用することができて不安がない。

(2) ケアパス作成の基本方針の提示

研究者から、コアチームに対して、ケアパス作成の基本方針について、次のアからコの各事項について提示・説明を行い合意を得た。

ア. 元気なときの日頃の活動で、かつ、個人・家族・地域住民の役割に限定して座談会で意見交換を行うこととし、容態の進行にあわせた内容の具体的な記載は、ケアネット作成委員会で作成する。

イ. 認知症がない元気なときにどのように活動・生活をするかが重要であり、それが認知症の進行により変化していくという考え方とする。

上手に支えてもらうには、支えた経験と実績が必要である。支えられる側も一方的に支えられる受け身の存在ではなく「自分の周りに人を集める力を持った存在である」と考える。

「認知症が疑われる段階」からのケアパスの場合には、「症状の進行にあわせて、どのような公的サービスが用意されているか」を市民に周知する機能に特化した内容となってしまう。「市民がどのように支えるか（元気なうちから認知症の人とその家族を地域で支えるために、それぞれがどうしておけばよいのか、認知症の人とそ家族にどのように役に立つことができるか、という視点）」を描くことによって、「地域包括ケア型」に発展させるものである。

ウ. 座談会に可能な限り多数の一般市民の参加を得るための手法を尽くすことによって、支援の担い手となる市民を作る。参加者の中からリーダー格の人を発見していく。

エ. 「ケアパス（兵庫県ではケアネット）」という名称は市民に分かりづらいため、座談会の意見を聞き、川西市独自の名称を考案し命名する。そのことは、市民のものとしてのケアパス（ケアネット）となることに寄与する。

オ. ケアネット作成委員会としては、作成後もPDCA（市民・介護支援専門員等の意見）で、少なくとも介護保険事業計画期間ごとにローリングを掛けて見直ししていく、ことを明示する。

カ.「推進員が地域包括支援センターごとに常勤専従で配置されているからできる」という構図を主張するのも全国で推進員が活動しやすい環境の発信材料となる。

キ. コアチーム（推進員）は戦略を練り、住民が自ら活動していくように働きかける。

ク. この地域包括型ケアパスができれば、地域に「楽しい・期待されて活躍する場」が多くできて、「忙しいからデイなど行っている暇がない」という自立した住民が育成されることを目指す。

ケ. この地域包括型ケアパスができれば、要介護状態となり、介護保険給付を利用することになっても、作成されるケアプランのサービス・サポート内容、種別が劇的に豊かなものになることを目指す。

コ. この地域包括型ケアパスは、市全体のケアパスと個人ごとのケアパスを一体化したものとして機能することを目指す。

（３）予行演習の実施

座談会の予行演習を２回行った。配役は次のとおりであった。

全体進行者；チームリーダー

ファシリテーター；認知症地域支援推進員

住民；市の非常勤職員と嘱託職員が１回、地域包括支援センター職員が１回

（４）住民座談会１（北部・南部）

既述したワークシートを用いて、第１回住民座談会を北部・南部の２カ所で行った。

（５）住民座談会２（北部・南部）

第１回の意見交換の結果をとりまとめたものとして、別紙〇が示され、この内容に追加や削除・修正がないか意見交換を実施した。

（６）暫定ケアパスの作成

前述したようにモデル地域の所在する兵庫県においては、「ケアパス」を「ケアネット」と称することとされているため、表題（名称）は、別紙７のように「平成２９年度暫定版川西市地域包括型認知症ケアネット」として作成された。

6. 結果及び考察

地域包括型ケアパスは、地域住民が認知症の人やその家族を支える主体的な担い手となることが重要である。このためには、地域住民に活動を促すための動機付けと開始された活動が適切に修正されつつ継続するための後方支援が不可欠となる。

今回は、動機付けの段階であるため、主に住民座談会の開催手法とそれを進めるコアチームの形成について、その実践を参与観察した結果、得られた知見を次に示す。

なお、活動開始後の後方支援の実証研究については、次年度の課題となる。

(1) 住民座談会の実証研究から得た知見

住民座談会は、住民の意見集約・合意形成の手法の有効な一つである。以下に住民座談会の要点を示す。

ア. 参加者の募集

①実践

座談会参加者の募集は、チラシの配布や地域ケア会議に出席した住民等への声かけ等によって実施された。この結果、第1回及び第2回の延べ参加者数（主催者側スタッフ数を除く）は、190人となった。

②参与観察による知見

地域住民が支援の主体的な担い手集団となるためには、可能な限り多くの地域住民の参加を得た意見の集約と活動に対する合意の形成が不可欠であり、このためには、一般地域住民の参加を促すことが前提となる。支援の担い手は一般地域住民であり、座談会の主催者側は、それを促す立場であるから、座談会でよく起こり易い、一般住民参加者よりも主催者側の参加人数が多いような事態及び住民側の参加者の多くが自治会、町内会、各種団体の役員、民生委員などで占められるような事態は避ける必要がある。認知症による生活上の支障（生活課題）は、一般の地域住民のもとに発生しており、したがってその課題を知悉しているのも地域住民であり、自らの課題としてその解決の担い手となるのも地域住民であるから、多数の一般地域住民の参加が求められるのである。

今回の実践において、一般地域住民延べ190人の参加を得たことは、モデル地域の経験からすると画期的な成果であり、地域包括支援センター職員が丁寧に声かけしたことや地域福祉活動の中核の役割をもった人々が協力的であったことなどが功を奏したものと考えられる。

今回の実践から、住民座談会に多くの参加者を得るための方法として、具体的には、座談会参加への動員力があると考えられる、自治会、町内会、各種団体の役員、民生委員、サービス事業所、地域で活動している趣味のグループの代表者や世話人等のリストを作成し、会員等に座談会への参加を働きかけるよう依頼する手法が有効であると考えられる。

また、特に有力なグループの代表者や世話人については、後述するコアチームの一員とすることも考えられる。

なお、座談会の参加者を募る広報物の作成に当たっては、一般人のボランティア（例；中学校教諭退職者に依頼し、ボランティア作業で、中学生が理解で

きる程度の用語の使い方、表現方法等について助言を得る）の協力を得るなどして、一般の地域住民が理解しやすく参加意欲を高める内容・表現とすることが重要と考えられる。

イ. 区割り

①実践

住民座談会の区割りは、モデル地域の市内を北部と南部の2カ所に設定して行われた。研究者からは、日常生活圏域ごとに地域包括支援センターが設置されていることを前提とすれば地域包括支援センター単位で開催されることが望ましいが、相当程度の一般住民の参加者を得て座談会自体のモチベーションを上げることが重要であるため、地域包括支援センター単位で開催する結果、参加者数が低下すると見込まれる場合には、まとまった単位で区割りを検討することも考える旨の提案を行ったが、コアチームとなった推進員にとっては、初めての経験であったこと、地域特性の区分等の理由から、2カ所となった。

②参与観察による知見

通常は、小地域ベースの日常生活圏域（小学校区）の範囲で座談会への参加範囲を定めるものと考えられる。しかし、住民座談会においては地域住民が直接意見交換を行い、自ら意見を集約することによって可能な限り「住民の総意が構築される」ことが重要であるため、一定の参加人数を確保することが求められる。

今回の実践においては、区割りの範囲を拡大することにより、相当数の参加者を得ることによって、参加者の参加感、達成感等のモチベーションを得ることができた。住民座談会開催に当たっては、当初から日常生活圏域にこだわることによって、参加者数を低下させることなく、主催者側、地域住民側双方が経験を積むことにより、やがては日常生活圏域での展開を目指す方法が現実的かと考えられた。

なお、日常生活圏域を範囲とした場合には、開催回数が増えることにより、ファシリテーターの出動回数が頻回となり、負担が重くなりすぎて現実性を欠く場合もあることが考慮される必要があることも示唆された。

ウ. 開催日時

①実践

平日の日中、午前及び午後の時間帯で設定された。これは、経験上、土日や夜間開催と参加者数に差異がないこと及び地域包括支援センター職員の勤務時間内としたことからの理由からであった。

②参与観察による知見

地域特性を勘案しながら相当数の参加人数を確保するために、休日、平日、夜間・日中等及び時間帯について検討しておく必要がある。

エ. テーブル配置

①実践

利用することができた会場の広さと参加人数を勘案し配置したが、手狭な印象と余裕のある印象の2会場となった。手狭となった会場では、グループとグループの距離が接近せざるを得なかったが、隣接グループの話しが気になり意見交換に支障を及ぼすことはなかった。

②参与観察による知見

隣接テーブルの話し声が互いにうるさいと感じると議論が進まない可能性があるため、各テーブル間の距離を適度に離す工夫が必要となる。また、可能な限り、こうしたテーブル配置ができるような広さを備えた会場を確保する必要がある。

オ. 1グループ当たり参加人数

①実践

会場の広さと参加者数から、1グループ当たりの参加者数は平均6～7人程度となった。

②参与観察による知見

1グループ（1テーブル）当たりの参加人数は、特にツールを使用せず、自由な発言による場合と、例えば、意見を記入するカードを使用するような場合により異なる。

自由な発言に委ねる方法の場合で、レディネスが高い住民のときは1グループ4人程度とすることで充実した議論が期待できる。そうでないときは、6人程度として、「話さなくてはならない」というプレッシャーを低下させ友好的雰囲気（逃げ場がある）の中で議論を進めることが期待できる。また、7人以上で1グループを編成することは、議論に参加しない傍観者を生じさせることになりやすい。この場合には、せっかく参加したのに主体的に発言する機会が少なくなるため、不全感を生み、継続した参加につながらなくしてしまう危険がある。

なお、人数の多少に関わらず、発言が特定の住民に偏ることがないようにファシリテートする必要があることは当然である。

1グループ当たりの参加者数を少なくした場合には、グループ数が多くなるため、配置するファシリテーターの数も多く要することとなる。

カ. 開始時点における作業目的と手法についての説明

(ア) 説明者

①実践

原則として、主催者側のコアチームリーダーが、会場全体に対して説明を行った。必要と判断された会場においては、参考として研究者が補足説明を行ったが、この場合には説明所要時間の分、参加者の意見交換の時間が縮小するため批判的な意見も表明された。

②参与観察による知見

座談会の開始に当たっては、主催者側の特定の一人（役割分担をした場合には、複数となるが特定の人）の説明者が会場全体に対して説明する方式と、各グループ毎に配置された担当者が説明する方式が考えられる。後者の方式をとる場合には、説明者毎の理解度や練度の相違により説明内容や表現の仕方が異なり、結果的に参加住民から十分な意思表示が得られないことも危惧されるため、特定の説明者が会場全体に説明する方式が推奨される。

（イ）明確な説明

①実践

グループごとに配置されるコアチーム全体で座談会の方針や進め方についてのミーティングが行われ合意形成が図られたが、コアチーム間に若干の認識のずれも散見された。

②参与観察による知見

参加者に対して、作業目的と進め方について明確に説明する必要がある。この説明内容については、成果を確実なものにするためには、主催者全体として組織的に合意されているものでなければならないが、特に座談会当日には、スタッフ間の具体的かつ詳細で確実な合意が求められる。

なお、座談会の開催時間が限られているため、参加者の意見交換の時間を可能な限り確保するためには要点をおさえ理解しやすく、かつ簡略とするよう努める必要がある。

（ウ）資料

①実践

参加者に動機付けを行うための画像及び紙媒体の資料が使用された。

②参与観察による知見

資料は、スクリーンに投影して行う、紙媒体に印刷したものを配布する、この両者を併用する場合がある。いずれの場合にも参加者の理解を得るために行われることを考慮すれば、見やすくわかりやすいことが肝要である。

スクリーンに投影する場合には、会場の広さによっても異なるが、例えば、文字のポイントは少なくとも24ポイント以上のサイズとし、文字やタイトルに背景を付する場合、PCのディスプレイ上では鮮明でも投影すると見にくい場合があるため、事前に試写して確認することも一案である。

また、配布資料は、参加者の状況に配慮する必要がある。例えば、参加者の高齢者が多い場合には、例えば、通常文書の文字サイズ10.5程度で行数が多ければ、見えにくいことのクレームとなりやすい。参加者本意ではないと指摘され、結果的に会場全体のモチベーションの低下につながるため注意を要する。

キ. グループワークの進め方

（ア）全体進行者とファシリテータの分担

①実践

コアメンバーのリーダーが全体進行者となり、グループごとに推進員がファシリテーターとして配置された。

②参与観察による知見

グループワークの参加者数、グループ数により異なるが、グループ数が4以上の場合であって、不特定多数の住民が参加する場合には、会場全体の進行者とグループごとに配置されるファシリテータを用意することが効果的と考えられる。1人の進行者のみでは議論の内容や水準、進行状況の把握が困難と予想されるためである。グループごとにファシリテータを配置することにより意見交換の内容や結論の水準を一定以上に担保することが期待される。

しかし、参加者の構成がその地域の中心的な存在でありグループワークに慣れている住民、互いに顔見知りの関係者が大半であるような場合には、ファシリテータをグループごとに配置する必要がないこともある。

また、グループ数が2～3の場合には、一人の進行者がファシリテートすることも考えられる。

なお、全体進行者はグループごとのファシリテータにはならず、各グループの進行状況を管理し必要に応じてファシリテータを支援する手法が有効と考えられる。

(イ) 議論の収斂度を高める方法

①実践

ファシリテータである推進員の意欲・能力がともに高く熱意ある説明が行われた。但し、職務の間をぬってできる事前勉強会の実施には限りがあるため、不全感を併せ持ちながらも熱意が議論・意見交換の収斂度が増した。

②参与観察による知見

議論の収斂度は、作業内容説明の明確さの程度、ファシリテーターと参加者の発信能力等の相乗作用によって異なるため、グループワークの課題については参加者に明確に理解されるよう努める必要がある。また、ファシリテーターは、その課題について十分理解するために事前に勉強会を開催することが求められる。参加者には、問題やその問題を解決するための力量を備えた存在であり、発進能力を如何に高めていくかが重要である。

なお、この際には、議論や結果を一定の方向に誘導しているかのように印象されることは避けなければならない。

意見交換の手法は、大まかには、自由に意見を述べ合う方式と予め意見をカード等へ書き込み、それを基に意見を述べ合う方式が考えられる。自由に意見を述べ合う方式では、散漫になり収斂することが困難となる危険があるほか、人前で発言することが苦手な参加者には苦痛となり不全感を残し、繰り返しの参加に消極的になることも予想される。発言に積極的な参加者がその場を占有してしまう可能性もある。

一方、カード方式の場合は、そのような危険を回避するのに有効と考えられる。カードに書かれた意見を一定のテーマ（横串）でグルーピングして整理していくのが参加者の学習効果やモチベーションをあげる方法とも言える。

なお、全体進行者やファシリテータのとりまとめ能力（横串の発見）によっては、収斂度が低くなる確率が高まる。これを避けるためには、グループワーク開始時に、予め横串を設定しておき明確に説明する方法をとれば、グループごとに配置されたファシリテーターの能力差が出にくく議論も進みやすいと考えられる。

（ウ）意見交換の結果の発表

座談会における各グループごと、または個人の発表の機会を設ける場合には、行政や関係機関等に対する批判や要望が表明されることが予想される。発言の自由は制約されるべきではないが、こうした批判や要望は座談会全体の士気を低下させる（興ざめ現象）可能性がある。座談会の参加者は予め選考しないため、不特定多数の参加が見込まれることから、特に発表の機会を設けなくても批判・要望の発言が行われる可能性も事前に視野に入れておく必要がある。

こうした事態は避けられないが、可能な限り未然に防ぐためには、座談会開始時に「行政職員や関係者も一住民として参加している。批判的な発言をしない。参加者の誰もが不愉快にならない。」などの約束事を明示し、参加者全員で合意しておくことが重要である。

（エ）終了後の感想の表明

終了後に参加者に作業を終えての感想の発言を求める場合がある。発言した参加者のみに限定した場合には前の⑦の事態が伴う。特に注意を要するのは参加者が比較的少ない場合である。この場合には、全員に感想を求める誘惑が働くが、この場合には、人前で話すことに不慣れであったり苦手であったりする参加者が必ず存在することを前提に、参加者が恥をかいったり不本意であったり、発言を強制されたと捉えられたりすることがないように配慮する必要がある。参加者が二度と参加しないと考えるような思いをさせないように注意が求められる。

通常、参加者は積極的主体的にニーズを表明することができる住民であり、そうしたことができずらい住民にこそ深刻なニーズが潜んでいるであろうことを感じ取る姿勢が求められる。可能な限り参加者を拡大してそうした住民にも参加して欲しいと考えれば、発言しない自由の保証や穏やかな雰囲気による安心感についての配慮も必要となる。

（２）ケアパス作成のコアチームの形成にかかる実証研究から得た知見

ア．コアチーム編成の要点

- ① 可能な限り一般地域住民の参加を得ることが重要であるが、ケアパス作成側が

多くの人数に働きかけることとなるため、ケアパス作成主体者側には一定数の人数を確保したコアチームが必要となる。

- ② ケアパスの作成主体は行政であるから、行政職員がケアパス作成を主導することは当然である。この際、コアチームを編成する手法は、首長ないしは副首長等、行政内の組織横断的なチームを編成する権限を有する者のリーダーシップにより編成する手法と、認知症担当部局・課・係等のみで編成する手法が考えられる。相当規模が大きな市区町村においても認知症担当部局の職員数は限られていること及び元来、認知症の人を地域で支えるための地域づくりに関連する部局が多岐にわたることからすれば、組織横断的なコアチームの編成が望まれる。但し、この場合には、認知症に対する基礎知識、認知症の人を地域で支える必要性への動機レベルが低下するため、当初の勉強会等を確実にを行い初動段階の意識の共有・統一を図ることが不可欠となる。

イ. コアチームの構成の要点

地域住民に活動の動機付けを行い、意見を集約し具体的な活動に向けた合意を形成するためのコアチームは、普段の住民とのコミュニケーションの確保が重要であるため、地域密着型の活動を展開している専門職等により構成される必要がある。

ウ. コアチームの力量向上のための要点

- ① コアチーム主導者には、ケアパス作成のための一連の作業を継続する強固な意思を持ったチームを作り上げる役割がある。
- ② 編成直後のコアチームは、初動段階でケアパス作成のための意識や方法の共有・統一が行われるが、ケアパス作成の過程は、地域住民の座談会への参加募集、意見の集約方法（座談会でのファシリテーション）、意見の集約、他のメンバーとの意見交換等、複雑且つ手間暇のかかる頻回の作業を蓄積していくこととなるため、モチベーションを維持する必要がある。チーム員の中にも意見の相違や温度差もあると予想される。

このため主導者は、コアチーム内の自由な議論を促し、個々のチーム員の疑問点を解消し、混乱した議論を乗り越えていく（生みの苦しみに耐える）力量が高まるよう促していく必要がある。疑問を放置しないことが重要であり、この過程に失敗すると、地域包括型ケアパスの成立は困難となる。

③ コアチーム員への配慮

コアチーム員は、職務上のあるいは個人的な様々な事情を有していることを理解し、過負担とならないような配慮が必要である。また、コアチームに地域包括支援センターの職員や介護支援専門員、介護サービス事業所の職員等の対人援助職を含む場合には、緊急対応が考えられるため、その場合には緊急対応を優先すべき旨を全員で合意しておく必要がある。

7. 残された課題

(1) ケアパス（ケアネット）の名称

既述したように、「ケアネット」の名称については、住民にわかりやすいものとするよう求められている。暫定版においては、「地域ケア型認知症ケアネット（以下「暫定版ケアネット」）」の名称となったが、住民にわかりやすいものかについては、検討の余地があるものと考えられる。

地域包括型ケアパスは、住民のものでなければならず、住民主体で作成され、住民の自発的活動により支えられる支援体制であることから、「住民にとってわかりやすい名称」について、今後、検討される必要があろう。

(2) ケアパス（ケアネット）の構造（枠組み）

ア. 認知症の容態の進行区分

暫定版ケアネットにおいては、大区分と小区分が設定されている。

大区分については、「元気なとき」、「軽度→」、「中等度→」、「重度→」の4段階で示されており、わかりやすいものと考えられる。

小区分については、「元気なとき」を含めると6区分とされているが、公的サービス、住民の自発的活動のいずれも、そこまで細分化されてはいないため、とりまとめることができる可能性があるものと考えられる。今後、検討される必要があろう。

イ. 公的サービス及び住民の自発的活動の適用範囲の表示

公的サービス及び住民の自発的活動の適用範囲については、グラデーションでビジュアルに示されている。公的サービスについては、これでわかりやすいものとも考えられるが、住民の自発的活動については、活動への積極的な活動を促す視点からは文字化した方が適している可能性があるものとも考えられる。但し、文字のみが並んでいる印象が強く、逐一読む煩わしさが理解を妨げる危惧も指摘できる。文字で表した場合については、研究者からは別紙5を参考として示している。今後、検討される必要があろう。

ウ. 課題解決のための役割分担の軸

認知症の人とその家族を地域全体で支えるための役割分担について、暫定版ケアネットは、次の5区分を設定した。

- ① 個人；元気なうちからの備え
- ② 家族；家族が認知症になった時、困らない備え
- ③ 地域住民；自分の地域の人が認知症になったら住民としてなにができるか
- ④ 地域資源；認知症の人やその家族を支えるために何ができるか
- ⑤ 行政；認知症の人とその家族を支援するために

(3) 効果測定

地域包括型ケアパスを普及するためには、効果が表示されることが重要となる。このため、今後、以下を、ケアパス導入前後で比較データ化する必要がある。

ア. 当事者団体・家族会・地域包括支援センター・介護支援専門員・社会資源・関係機関等を対象とした調査

Q ケアパスを見ましたか。知っていますか。

Q ケアパスを見て、始めた活動はありますか。どのような内容ですか。

Q サービス、サポート利用のときにケアパスを活用しましたか。

※ 住民のものとしてのケアパスとなったか、ケアパス作成の効果を数値化して、測定する。

イ. 介護支援専門員対象調査

Q 認知症の人のケアプランにインフォーマル・サポートを書き込むことができましたか。

※ 種類や内容・認識を数値化して、効果測定ができる。

ウ. 認知症地域支援推進員対象調査

Q 日頃の相談援助活動やネットワーク構築に役立ちましたか。

Q 住民参加で地域包括型ケアパスを作成し、見直してしていく過程を利用したら地域支援体制を構築していくことに役立ちましたか。

エ. 行政対象調査

Q ケアパスを認知症施策形成に反映できましたか。

→ 新オレンジプランに計画されている、「地域のニーズを踏まえて介護保険事業計画の策定に必要なサービス・サポートの内容や量の見込みを行う」こと、計画期間の3年ごとに見直しを行っていくたびに住民の意識や活動が高まり、地域支援体制が整っていくような好循環が期待される。

また、主体的な住民の形成により、地域包括ケアや地域共生社会の実現に寄与することが期待される。

(4) 地域包括型ケアパスのPDCA（暫定版ケアネットのPDCA）

平成30年度においては、地域包括型ケアパスが確実に実施できているか点検し、必要な修正ができるようにしておく必要がある。また、この際は、日常から点検し、とりまとめ、報告できる人々、（住民、地域包括支援センター、介護支援専門員、民生委員、社協など、使う人）と基地を決めておくこと、点検書式を定めておくことが求められる。また、この点検書式を検討する必要がある。

(5) 大災害の時の支援

モデル地域が大規模災害対策に重点を置いていることから、「緊急増悪のとき、大災害のとき」の区分を追加した。大災害発生時に認知症の人やその家族をどのように支援するかについても住民にとっては、大きな関心事であるばかりでなく、「結局は、日常からの人々の思い遣り合いが極めて重要なカギとなる」点ではケアパスの趣旨に

合致するものであるため、今後は、この区分の具体的な内容について検討する必要がある。

「認知症になっても、この家でこの街で暮らし続けたい、という願いは“わがまま”ですか」という問いに、「決して“わがまま”ではなく、人として普通のことです」と応えることができるようになる要素の一つとして、この研究を開始した。

重要なことは、公的なサービスと非公的な支援（フォーマルサービス・インフォーマルサポート）、双方の均衡ある充実と結合である。しかし、非公的な支援の実現は、それなしには人間の基本的欲求を満たさないにもかかわらず、地域住民の自発的な活動に依拠するため極めて困難と言わざるを得ない。しかし、「認知症になっても認知症の人やその家族の生活を地域で支える」ためには、住民の支援が不可欠であることはもちろん、ニーズを有しているのは住民自身であることからすれば、地域での支援を要する課題を解決・軽減するサービス・サポートの在り方も、ニーズを有し、それを解決するためにサービスを利用し、サポートを得る主体である住民の視点で企画・実行・改善された方が良いと考えられる。

このような、住民の主体的な参画なくして、住民の「サポートの支援の担い手」としての活動は実現できず、サービス・サポートが住民のものにはならない。住民自ら、主体的にニーズを発見し、住民共通の課題として認識・共有し、ニーズ解決のための担い手となっていくことを目指すのが地域包括ケアを深化・推進しつつ、地域共生社会の実現を志向する時代にふさわしいケアパスであると考えることができる。

ケアパスの役割は、住民等への公的サービスの周知と活用のためのパンフレットにとどまらず、その作成過程で住民と社会資源の力を引き出していくことである。この結果、容態の変化に合わせた公的サービスとインフォーマル・サポートが連結した「認知症の人を地域で支える体制」を構築し、介護保険事業計画に反映し政策形成にも結びつけていくことができるようになることが重要である。

8. 研究委員会委員

地域包括型ケアパス実証研究委員会委員 (五十音順 敬称略)		
○	井口俊也	川西市長寿介護保険課長
◎	佐藤信人	認知症介護研究・研修東京センター副センター長
	田中英之	川西市長寿介護保険課主幹兼中央地域包括支援センター所長
	中村考一	認知症介護研究・研修東京センター研修企画主幹
	西田小百合	川西市中央地域包括支援センター主査
	西本裕子	川西市社会福祉協議会主任 地域福祉チーム
	藤田喜志夫	川西市社会福祉協議会副会長加茂地区福祉委員会委員長
	本間雅志	川西市キャラバンメイト代表者会議代表
	松尾幸恵	川西市民生委員児童委員協議会連合会長
	森上淑美	川西市中央地域包括支援センター 主任介護支援専門員
	山崎佳子	杉並区地域包括ケア推進担当課長

◎委員長・研究者 ○副委員長

事務局 田坂ひとみ（認知症介護研究・研修東京センター）

参考；川西市認知症ケアネット作成委員会

川西市認知症ケアネット作成委員会委員 (五十音順 敬称略)		
◎	井口俊也	川西市長寿介護保険課長
	石原奈保子	多田地域包括支援センター認知症地域支援推進員
	大西芳枝	川西地域包括支援センター認知症地域支援推進員
	岡田睦子	明峰地域包括支援センター認知症地域支援推進員
	門田豊信	川西南地域包括支援センター認知症地域支援推進員
	後藤 徹	川西市老人クラブ連合会会長
	篠崎善之	東谷地域包括支援センター認知症地域支援推進員
	杉本 極	緑台地域包括支援センター認知症地域支援推進員
○	田中英之	川西市長寿介護保険課主幹兼中央地域包括支援センター所長
	谷掛みほ	清和台地域包括支援センター認知症地域支援推進員
	西田小百合	川西市中央地域包括支援センター主査
	西本裕子	川西市社会福祉協議会主任 地域福祉チーム
	藤田喜志夫	川西市社会福祉協議会副会長加茂地区福祉委員会委員長
	本間雅志	川西市キャラバンメイト代表者会議代表
	松尾幸恵	川西市民生委員児童委員協議会連合会長
	森上淑美	川西市中央地域包括支援センター 主任介護支援専門員