

平成30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

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31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）には約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今日的には極めて困難と言わざるを得ない。しかし、多くの国民の希望である「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、認知症ケアパスに症状の進行（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、地域包括型認知症ケアパスを平成29年度に策定する自治体をモデル地域とし、同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在り方を明らかにする実証を行った。

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31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. 地域包括型認知症ケアパスの定義及び特徴、機能	3
3. 研究過程	3
4. 倫理的配慮	5
5. 結果及び考察	5
6. 残された課題	24
7. 最後に	25
8. 研究委員会委員	26
9. 添付資料	
川西市地域包括型認知症ケアネット	27

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認知症ケアパス（以下「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ってい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、可能な限り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、このことは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生活上の支障の解決のため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、良好な人間関係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。

このため、ケアパスは、認知症の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、住民の自主的活動計画の性格をもって機能することが求められる。それが「地域包括型認知症ケアパス（以下「地域包括型ケアパス」）」である。

すなわち、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、家族や地域社会の相互扶助力は逡減しているなかで、「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から、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」という視点から、地域包括型ケアパスを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、モデルとなる要点をとりまとめ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保するためには、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認知症に罹患した人、本人とその家族、認知症のケアに関わる人々が、何のために、どのような活動（役割）を行うのかが理解できること、その結果として、②認知症の容態の進行にあわせて活用できる公的サービス及び住民の自発的活動を住民に周知し、住民が主体的な担い手となること、③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できること、④地域づくりを行う関連する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4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. 研究過程

(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

(3) 具体的研究過程

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する実証研究についての趣旨・手法についての説明、協力依頼

イ. 住民座談会方式の進め方の検討

ケアネットを作成するための住民座談会（川西市ケアネット作成委員会主催）における住民視点を活かす手法についての検討

エ. 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

※ 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

オ. 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

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の説明及び修正や追加意見の収集

カ. 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

コアメンバーによる第2回住民座談会、その後の住民、関係機関等への随時のヒアリングによるケアネット原案の修正・追加を踏まえた暫定版ケアネットの作成

※ 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。

※ 暫定版ケアネットについては、29年度報告済みである。

平成30年度

平成29年度ケアネット作成委員会を改組した検証委員会による暫定版ケアパスの検証・修正(住民や関係者に対するアンケートやヒヤリングの実施等)

認知症ケアネットの作成主体はモデル自治体である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。

※ 研究委員会委員名簿; 7. に掲載

ア. 本研究の趣旨説明等

川西市が作成した暫定版ケアネットの試行による確定版ケアネット作成に至るまでの実証研究についての説明、協力依頼

イ. 暫定版ケアネットの関係者への試行による更なる事項、内容に関する修正・追加

地域包括支援センター職員、介護支援専門員に対する説明・質疑による事項、内容に関する修正・追加

ウ. 川西市ケアネットの完成

川西市ケアネットは、別添のとおりである。

4. 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。

5. 結果及び考察

新オレンジプランにおける認知症ケアパスは、認知症の人を支援するため、地域ごとに医療・介護等の適切な連携が図られるよう、認知症の容態に応じた適切なサービス提供の流れを確立するものである。また、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べきことも求めている。この考え方からすれば、定期的に行われる介護保険事業計画見直しに併せてケアパスも見直しが行われなければならない。容態の進行に応じた「適切なサービスの流れ」を、行政が行う医療・介護等の資源の列挙ととらえれば、比較的容易であろうが、非公的な住民等の自発的活動も盛り込むと考えれば、軌道に乗るまでの間はケアパスの作成主体である行政に相当の努力が必要となる。

既に定義したように、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」であり、作成に当たっては、住民の参画を必須とし、地域組織化活動を伴う点が特徴であることから、行政の努力が欠かせないのである。参与観察を行った本研究の結果及び考察として、主要な2点は、「ケアパス作成体制の構築」と「作成手法」である。

(1) ケアパス作成体制の構築

地域包括型ケアパスが地域住民の参画を必須とすることは、作成推進側が地域住民の集団に直接働きかけることを意味する。このためには、詳細な準備が必要であったことから、作成主体である行政の理解の下、機動力がある体制を整えることの重要性が明らかとなった。具体的には、強いリーダーシップ、堅固なプロジェクトチーム、速度が求められる。

ア. 強いリーダーシップ

行政の認知症施策担当者及び担当課にケアパス作成に向けた強いリーダーシップが必要となる。また、部局横断の推進体制が必要となるため、行政内部の合意・協力体制が必要となるため首長のリーダーシップが欠かせない。

具体的にも、例えば、ケアパス作成委員会やプロジェクトチームの会合に首長や部課長が臨席することは、リーダーシップの表現であり、次のイの堅固なプロジェクトチームを作る上でも有効となる。

イ. 堅固なプロジェクトチーム

住民参加型である場合、例えば、住民座談会方式を採用する場合には、可能な限り多くの住民の参加による意見の反映を目指すためには、座談会への出席回数も多くなり、開催時間も夜間や休日におよぶことになる。こうしたことによるチーム員の負担の軽減を図るためには、担当者や担当課のみの体制ではなく、部局横断で多人数のチームを組む必要がある。直接の担当ではないチーム員の人数が多くなることは、ややもすれば全体のモチベーションを低め、結果的に座談会の有効性を担保できないことにつながるため、事前に勉強会を重ねる等の工夫が求められる。このためには、相当の時間を割くことになるため、アで述べた首長の理解と指示に基づく行政内の強い理解が欠かせない。

※ プロジェクトチームの在り方については、別紙1に「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」を掲載した。

ウ. 速度

作成者側、住民側の双方に速度感が必要となる。これは主にケアパス作成に対するモチベーションを維持するためである。

(2) ケアパス作成手法

地域包括型ケアパスは、特徴に既述したとおり、住民の参画を必須とし、認知症の人を地域全体で支えていくための社会資源が連携する地域組織化活動を伴う点を特徴とする。このため、ケアパスは、主に、①認知症に罹患した人、本人とその家族、近隣住民等の認知症のケアに関わる人々によって、それぞれ、何のために、どのような活動（役割）を行うのかが理解・納得されたものであることを基点とする。この基点を形成するためには、住民座談会方式が有効であると考えられた。

以下、参与観察の結果、大きな要素であると考えられた、「住民に対する広報」と「住民座談会の手法」についての要点を記述する。

○住民に対する広報と住民座談会

① 座談会の参加者を募る広報物作成上の工夫

座談会出席を募る広報物を作成する場合には、住民が理解しやすく、参加意欲を高める内容・表現とする。このため、一般人のボランティア（例；中学校教諭OB／OG）に依頼し原案のわかりやすさについて点検を依頼するのも一つの方法である。

② 可能な限り多くの一般住民の参加を得るためには、どのような広報の仕方が有効か、参加を促す工夫をコアチーム・プロジェクトチームでアイディアを出し合い、

検討・合意する必要がある。こうした手法は、住民参加を促すのみでなく、チーム員の参加意欲を高めるためにも必要である。

- 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；カード記入、簡易KJ法）を検討する必要がある。
- ④ 座談会を楽しい雰囲気を実施するための手法
座談会を楽しい雰囲気を実施し、参加者が肯定感を得られるための手法について検討する必要がある。具体的には、
 - お茶・お菓子の用意をする。
 - テーブルには、花を置く。
 - 寸劇あるいは寸劇のDVDを最初に行い、理解しやすい導入を行う。
例；中学生の認知症サポーターに練習して演じてもらうことも一案。
※ この場合には、認知症の人を侮蔑するような印象、誤解を与える演出とならないよう注意する必要がある。
 - 意見交換のルールを定める。
 - ・行政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。
 - ・参加者の意見は互いに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し、意見が逸れないように促す。
- 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事前に行う。
- ⑦ 参加者に対して、意見の聞きっぱなしではないことを理解してもらうために、全体をおおむねとりまとめた「案」の段階で公開し、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回実施することとし、それを約束すること。
- ⑧ 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、一連の作業を理解するための参考に供する目的で、地域包括型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」を参考として提案するのも一方法である。

なお、住民に対する広報と住民座談会の手法については、別紙2に示す。

エ. ケアパスの基本構造

ケアパスの基本構造は、別紙3のとおりであり、この構造は、モデル地域のケアパス作成委員会及びコアチームに研究者から提案されたものである。また、別紙4は、住民座談会を経て研究者から示された具体的なケアパスである。

なお、住民座談会の成果として、認知症の人の生活上の支障は多岐にわたることが明らかとなった。この結果、地域包括型ケアパスは、行政内部の多くの課室が部局横断で進めなければならないことの重要性が指摘できる。住民座談会には、部局横断のプロジェクト・チームで望むことが望ましいが、それは容易ではなく、今般の実証研究でも実現できなかった。一つの方法として、「大災害の時でも認知症の人を護る体制づくり」の視点を基本構造に仕込むことが部局横断体制を整えるために有効と考察されたため、上記の基本構造には、当該事項を挿入した。この事項があることによって多部局の参加が促されると考えられたためである。大災害時にあっても、認知症の人の生命を保全するためには、家族、近隣住民同士の助力が欠かせないことは住民にとっても分かりやすく、結局は、普段からの良好な人間関係がなければなし得ないという結論に到達すれば、認知症の人を地域で支えることにつながるに違いないのである。

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、部局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先行し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 コアチームの主導者には、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が必要となる。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。

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。以下に実践とその参与観察から得られた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、座談会的主催者側は、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、コアチームの一員とする ことも考えられる。

イ. 住民座談会の区割り

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認知症地域支援推進員にとっては、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、モデル地域の経験上、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（グループワーク）

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（グループワーク）

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、参加者に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。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により議論・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。ファシリテーターは、参加者にとっては、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。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配慮が求められる。

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づ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。

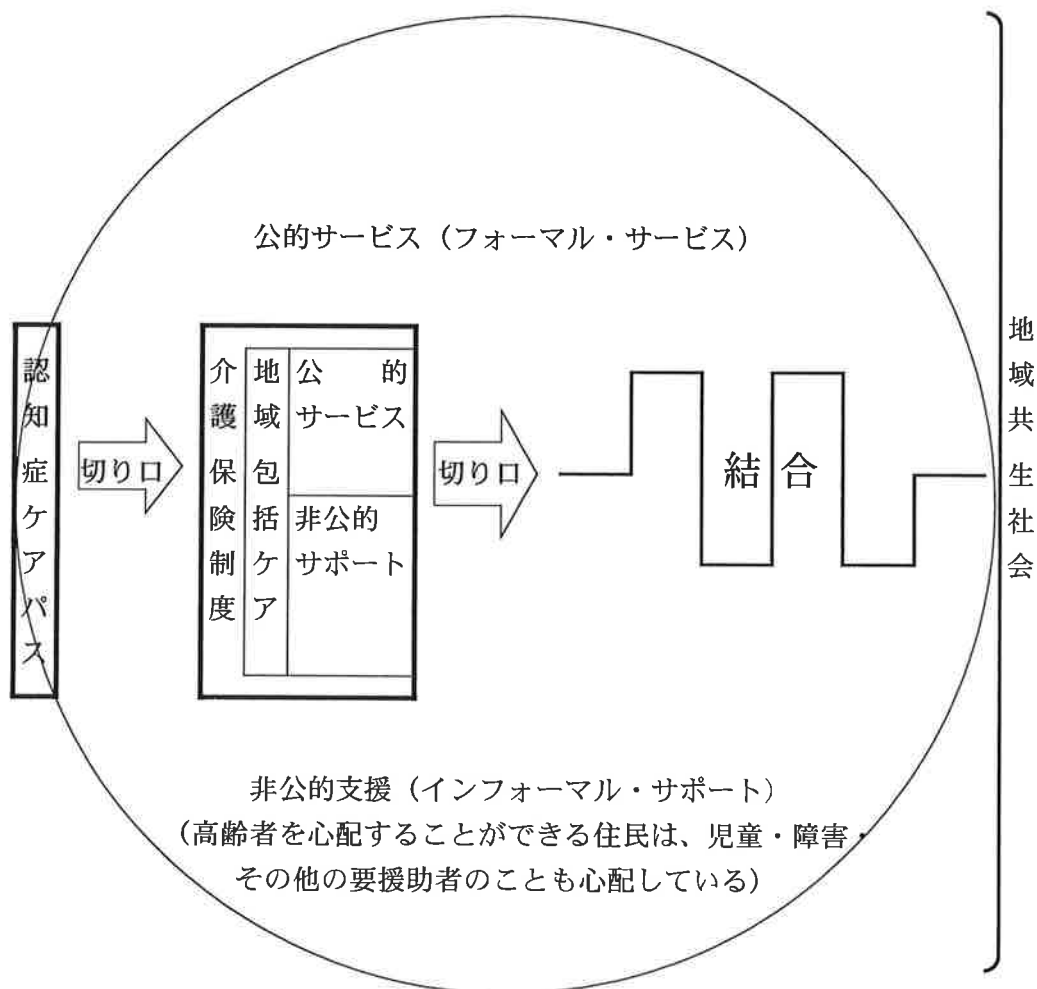
地域包括型認知症ケアパスの基本構造

(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。

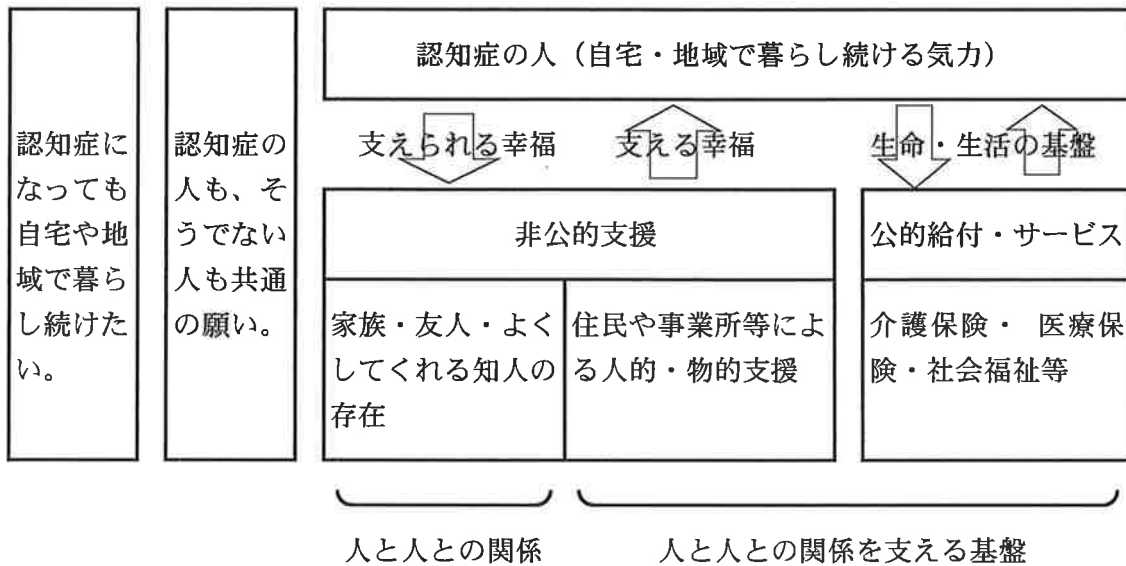
なお、この支えられる幸福と支える幸福は、人間の基本的欲求を根源としたものであり、公的サービスの存在や充実を前提としないが、こうしたサービスは、生活の基盤を整備するために重要である。公的サービスは、純粋互惠関係の熟度を高めるのに役立つ方向性を持って整備・運用される必要がある。

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



こうした純粋互惠関係は、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。

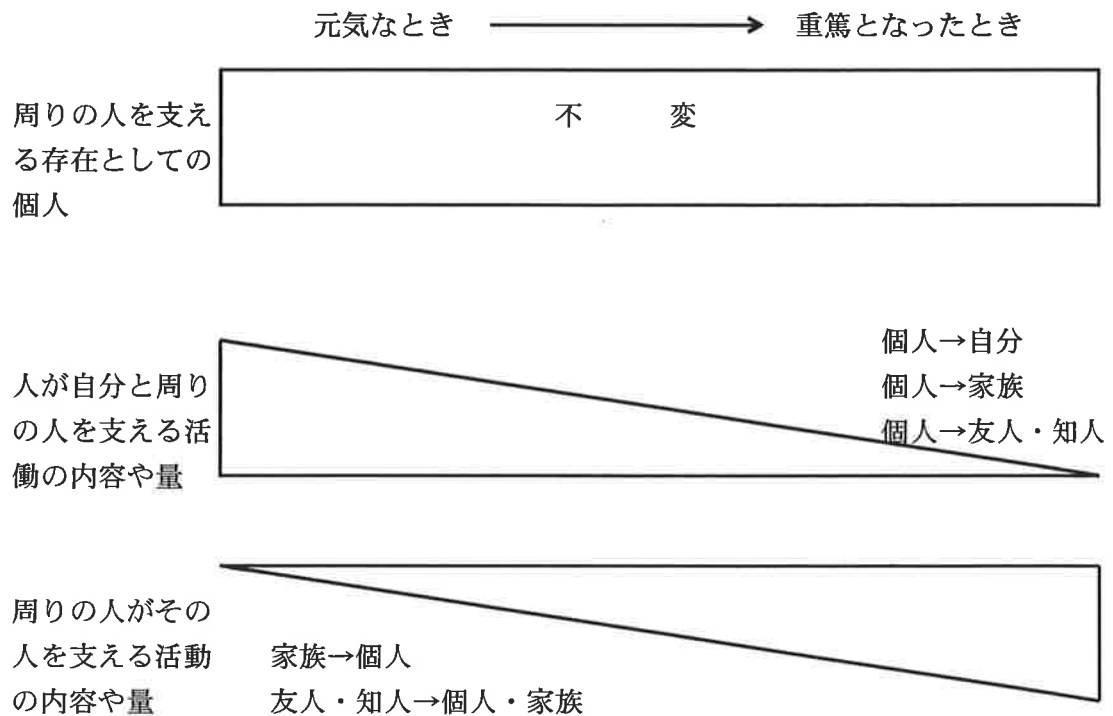
この動機は、住民にとってのメリットであり、その一つに自己有用感があると考えられる。具体的には、図2に示した「支えられる幸福感と支える幸福感」である。住民が、この幸福感を実感することができる成功体験を、どのように作っていくかについては、図3のように説明することができる。

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。

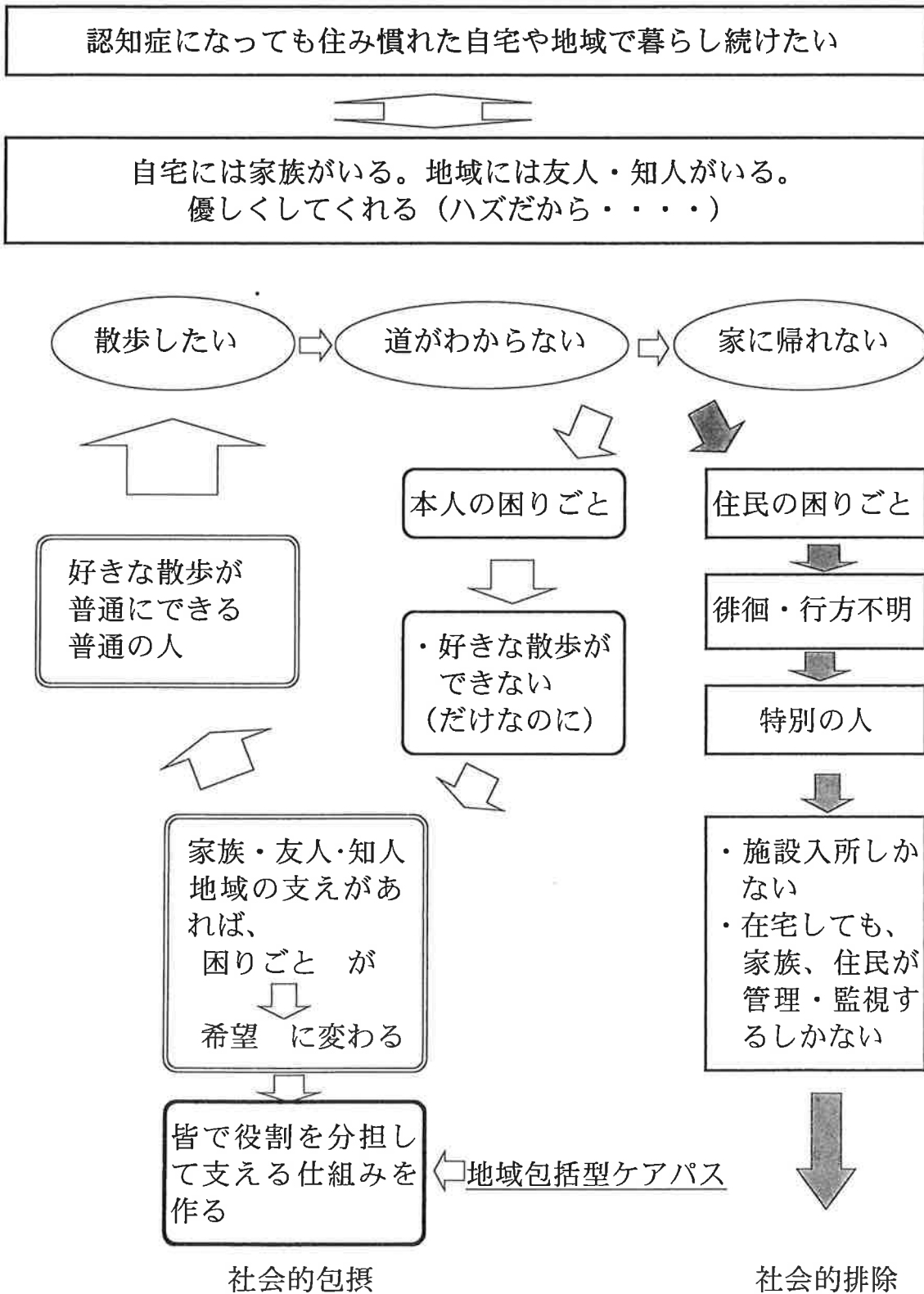
図 3



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。

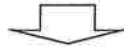
図4

※ 街なみ失認の例

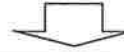


認知症の人は、人々の優しい気持ちを引き出してくれる
“地域の宝物” → 最大の敵は“無関心”

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

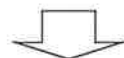


でも、
家族や隣近所に迷惑をかけたくない



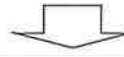
家族・隣近所・地域社会

家族・隣近所・地域社会



迷惑かも・・・

迷惑ではありません



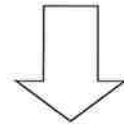
施設に入所して暮らす
しかないか

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）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。

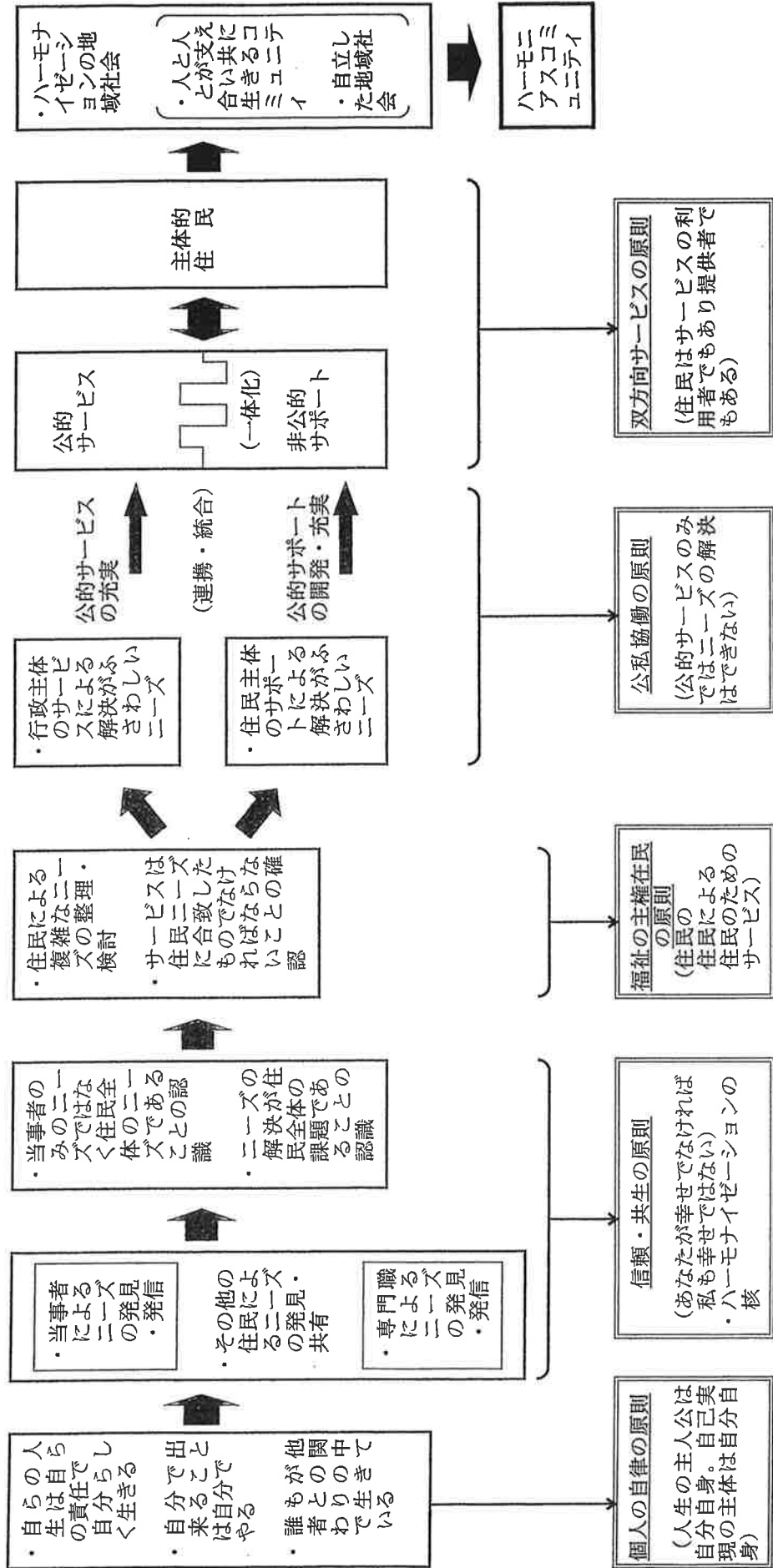
（４）地域包括型ケアパス作成の方針

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。

「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。)

6. 残された課題

今般、実証研究を行ったモデル地域は、人口約15万人の中規模地域であり、市街を形成する平坦地と山岳地を併せ持った市であった。また、全地域包括支援センターに地域支援推進員が専従・常勤で配置され、ケアパス作成を推進する機動力が存在した。地域包括型ケアパスの基本構造は普遍であるが、その作成過程や手法は、地域特性や作成体制の相違に即して様々である必要がある。今後は、基本構造に従い、地域特性や作成推進体制の実態に応じた有効な作成過程・手法の検討を継続する必要がある。

また、今後に残された最も大きな課題は、地域包括型ケアパスの効果測定である。平成30年度においては、作成に時間を要し効果測定に至らなかったことが反省される。

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であり、このため、今後は、例えば以下の事項について、ケアパス導入前後で比較データ化する必要がある。

(1) 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。

(2) 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。

(3) 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。

(4) 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。

(5) 地域包括型ケアパスの PDCA

地域包括型ケアパス作成後は、それ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)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、このために有効な点検書式を検討する必要がある。

7. 最後に

「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、家族や地域の相互扶助力が衰え、利己主義が蔓延している今日では、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（生活上の支障克服の意欲）を発見・醸成し、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られる。

地域包括型ケアパスの役割は、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 小宮山 恵 (認知症介護研究・研修東京センター)

川西市

地域包括型認知症ケアネット

「認知症になってもこの家この街で暮らし続けたい」と思うのはわがままですか



表紙タイトルの『「認知症になってもこの家この街で暮らし続けたい」と思
うのはわがままですか』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 副センター長 佐藤信人氏資料より引用させていただきました。

も く じ

もくじ	.....	P	
地域包括型認知症ケアネットってなあに？	.....	P	2・
住民座談会から生まれた3つのアイデア	.....	P	4・
住民座談会から生まれたケアネット ～私たちができること～	.....	P	(
住民座談会のようす	.....	P	
(1) 自分(私)ができること ～今の私ができること～	.....	P	
(2) 家族としてできること ～家族のために自分ができること～	.....	P	
(3) 地域住民としてできること ～自分の地域の人認知症になったら住民とし て何ができるか～	.....	P	1
(4) 商業施設等としてできること ～認知症の人やその家族のために何ができるか～	.....	P	1
(5) 行政ができること ～認知症の人とその家族のために～	.....	P	1
川西市にあるサービス一覧	.....	P13~18	
いつでも誰でも行ける場所	.....	P	
地域包括支援センター 一覧	.....	P 20・21	
御礼	.....	P	2

「地域包括型認知症ケアネット」ってなあに？

高齢化が急速に進行する中で、2025年には高齢者の5人に1人が認知症になると見込まれるなど、認知症は誰でもなる可能性のある、もはや当たり前の病気です。しかしながら、まだまだ認知症に対する正しい知識や理解は広まっておらず、本人や家族に対する支援策も十分とは言えない状況です。

認知症になっても、個人の尊厳が尊重され、安心して暮らし続けられる社会を実現したい。「認知症になってもこの家この街で暮らし続けたいと思うのはわがままですか」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」と答えることができる街になりたい。そのためには、住民の皆様のご理解とご支援が不可欠です。

「地域包括型認知症ケアネット」とは、公的なサービスと非公的なサポート（市民の自発的活動）がつながって、自分や家族が認知症になっても長年住み慣れたわが家わが街で暮らし続けられるようにするためのものです。

3ページに具体的な例を示します。散歩が好きな高齢者がいます。でも、認知症のため道が分からなくなり家へ帰れなくなることがあります。この時、②の流れのように、誰からの支援も受けられなければ、家に閉じ込められるようになり、容態は悪化し、介護している家族は疲れ果てるようになります。

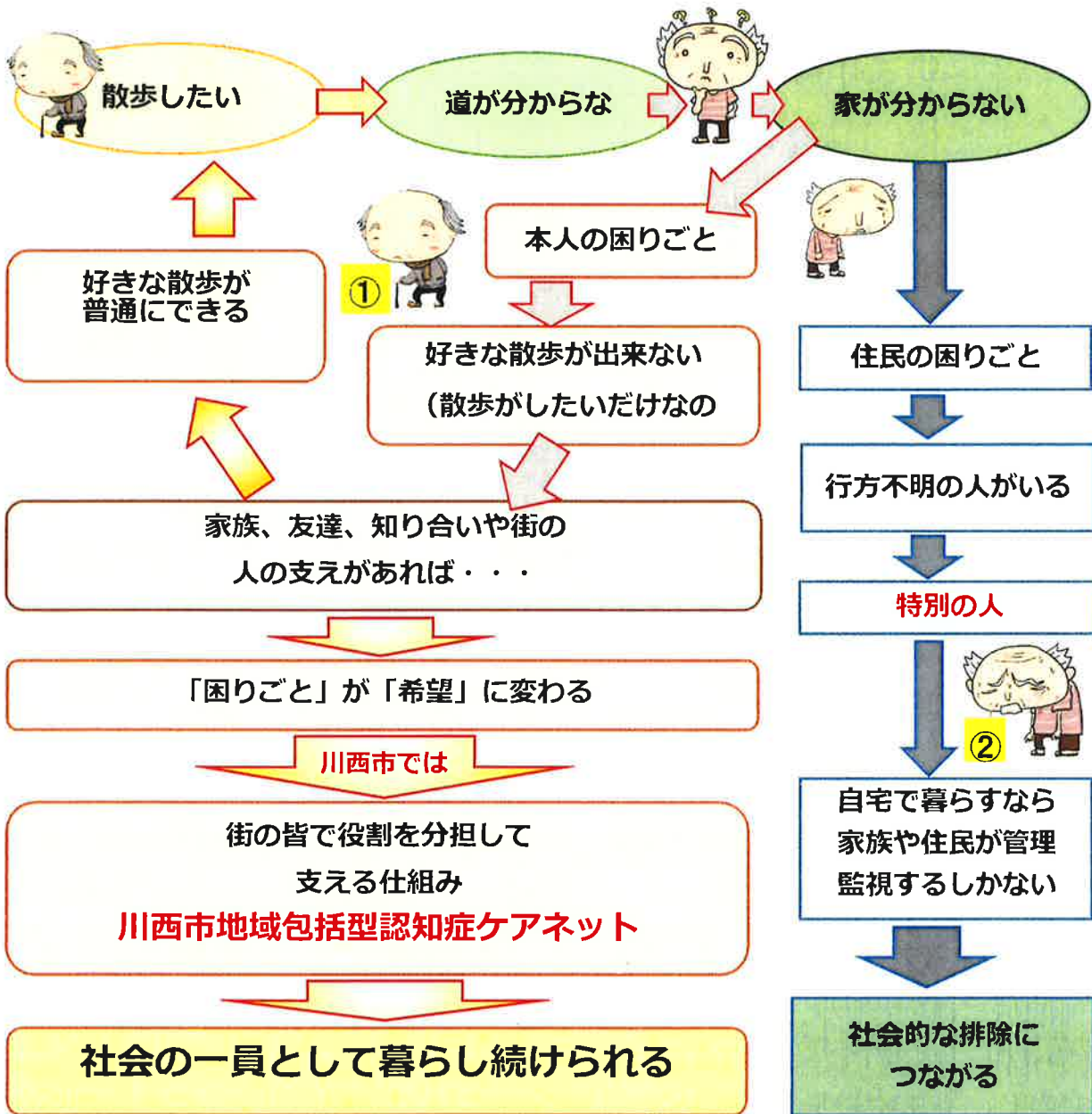
しかし、①の流れのように家族や友達や知り合い、街の人の支えがあれば、好きな散歩が普通にでき、住み慣れた自宅や街で穏やかに暮らし続けることができます。

認知症の人が川西市内にも多くおられます。家族、友人、知り合いや住民、街の人、行政が支えを作り組み合わせたものを「地域包括型認知症ケアネット」と言います。

市民の努力で、認知症の人を皆で支えるやさしい街を目指しませんか

認知症になっても、この家この街で暮らし続けたい

家には家族がいる。街には友達や知り合いがいる
きっと優しくしてくれる（はずだから・・・）



認知症の人は、人々のやさしい気持ちを引き出してくれる
“地域のたからもの” 最大の敵は“無関心”

社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター
副センター長 佐藤 信人氏資料より引用 一部川西版に改変

住民座談会から生まれた 3つのアイデア

1. 親しい友人を作る

休憩場所としての機能だけでなく、居合わせた人達の交流目も含んでいる。顔見知り～話をする～気が合えば友人になるきっかけになる ☞「ベンチ」



湯山台の坂の途中で発見！

萩原の坂の途中で発見！

住民座談会出席後、直ちにベンチを手作り！グリーンフラワーグループのお花の横に「このベ



2. いつでも誰でも行ける場所がある

誰もが安心して行ける場所がたくさんある👉「まちかどサロン」



久代で発



買い物が近く
くでできる。
人が集まる。
顔見知りが

3. 高齢者の110番作戦

こども110番のように街に住む人に向かって「私でよかったら、何か困った時には声をかけてください」という意思表示のために自宅の軒先に目印をつける。また、自治会全体の老若男女の約束事として「私は今日も元気ですよ」と元気の目印に毎日家の前に旗を出す👉
「オレンジ110番」



住民座談会から生まれたケアネット ト ～私たちができること～

延べ190名の住民の皆様から「認知症になっても住み慣れた自宅や街で暮らし続けることができるため」の多くのご意見をいただきました。そのご意見を、自分・家族・地域住民・商業施設等・行政の心得として、具体的な行動例をまとめました。

どの項目にも共通する土台の考え方
「前向きな気持ちで積極的行動・感謝と思いやり」

住民座談会のようす

南部住民座談会

開催日：平成29年12月25日

平成30年 1月10日

場 所：中央公民館

アステホール



北部住民座談会

開催日：平成29年12月25日

日



(1) 自分(私)ができること ～今の私ができること～

心得 態 (具体的な行動例)		認知症の状		元気な時		軽度		中等度		重度	
知識	認知症サポーター養成講座を受けたり、情報を得る	[Progress bar from 0 to 60%]									
	相談先(地域包括支援センター・民生委員・福祉委員など)を知っている	[Progress bar from 0 to 40%]									
楽しみ	今だからできる自分の好きなことを始める	[Progress bar from 0 to 70%]									
	不便だと思う事も生活に取り入れる(例:電卓ではなくそろばんを使うなど)	[Progress bar from 0 to 60%]									
家族	感謝の思いを伝える 笑顔で接する	[Progress bar from 0 to 60%]									
	かかりつけ医を持ち、健康管理(運動・食事等)、認知症予防に取り組む	[Progress bar from 0 to 40%]									
つながり	ご近所とあいさつをして顔なじみになる	[Progress bar from 0 to 50%]									
	ほどよい距離感でご近所を気遣う	[Progress bar from 0 to 50%]									
	ご近所が困っていたら、自分でできることは手伝える	[Progress bar from 0 to 40%]									

(2) 家族としてできること ～家族のために自分ができること～

心得 態 (具体的な行動例)		認知症の状			
		元気な時	軽度	中等度	重度
知識	認知症サポーター養成講座で学んだり、得た情報について家族に伝える				
	相談先を家族皆知る				
ゆしみ	今だからできることを始め、楽しめるように本人を後押しする				
	不便だと思う事でも本人の取り組んでいることを尊重し応援する				
家族	お互いに思いやり、時にはゆっくりと会話する				
	互いに元気に暮らせるように健康に気をつける				
つながり	ご近所とあいさつをして顔なじみになる				
	ほどよい距離感を保ちご近所を気遣う				
	困っているご近所に対して、できることは手伝う				

(3) 地域住民としてできること ～自分の地域の人が認知症になったら住民として何ができるか～

※ 地域住民とは：住民、サークルの人、ボランティア、自治会
員
福祉委員、民生委員など

心得 態 (具体的な行動例)		認知症の状			
		元気な時	軽度	中等度	重度
知識	認知症サポーターを増やし、住民としてできることを話し合っておく	■			
	困りごとにあった相談先を知り、必要に応じて伝え、つなげる	■			
ゆしみ	今だからしたいことがある時、チャレンジできるための情報を伝え本人を後押しする	■			
家族	知り合いが認知症になっても今まで通りの付き合いを続ける	■			
	皆が元気であるために健康づくりに取り組む	■			
つながり	地域の行事に誘い合い近所の人とのつながりができる	■			
	住民同士のつながりを持ちお互いに気をかけていつもと様子が違ったら話を聞いてみる	■			
	地域へ出て自分ができるところを活かし活動する	■			

(4) 商業施設等としてできること

～認知症の人やその家族のために何ができるか～

※送業
など

商業施設等とは：商店、スーパー、コンビニ、新聞配達、配
者、タクシー、交通機関、郵便局、銀行、警察署

心得 (具体的な行動例)		認知症の状態			
		元気な時	軽度	中等度	重度
知識	認知症について学び、地域の資源としてできることを話し合っておく				
	困りごとにあった相談先を知り、必要に応じて伝え、つなげる				
楽しみ	本人のチャレンジできる場所を提供し、力を発揮できるように協力する				
家族	家族皆が元気であるために健康づくりのための情報を伝えたり、機会を作る				
つながり	自治会等の様々な活動に参加する (例 祭りなど)				
	認知症サポーターを増やし、認知症の人へ適切に対応する				
	認知症カフェなど集える場の提供などまち全体にとっても有効な形で関わる				

(5) 行政ができること ～認知症の人とその家族のために～

心得 態 (具体的な行動例)		認知症の状			
		元気な時	軽度	中等度	重度
知識	認知症施策の推進をする				
	地域包括支援センターをわかりやすく広報する				
	わかりやすい介護保険情報紙を作る				
	認知症サポーターの役割や、オレンジリングの意味を広報する				
	認知症対応や介護技術等のワンポイント講座を市役所内モニター等を使って紹介する				
アイデアを支援	市民から生まれた「3つのアイデア」を支援する ①親しい友人を作る ②いつでもどこでも行ける場所がある ③高齢者110番作戦				

川西市にあるサービス一覧

内容についてのお問い合わせ
P20～21の「地域包括支援センター一覧表」
へ

川西市にあるサービス一覧

※内容についてのお問い合わせは、P20～21の「地域包括支援センター一覧表」へ

認知症の状 態 サービスの分類		元気な時	軽度	中等度	重度
		いつでもだれでも行ける場所がある	ふれあいサロン	コミュニティカフェ	居場所	P19参照
予防	友人づくり	老人クラブ			
	生きがいづくり	いきいき元気倶楽部 きんたくん健幸体操 ＜転倒予防・いきいき百歳体操編＞			
	健康づくり	健康大学			
		認知症予防事業「脳活」			
住まい	住まいの整備	住宅改造費助成			
		住宅改修			
		サービス付き高齢者住宅、有料老人ホーム、 軽費老人ホーム（ケアハウス）			

川西市にあるサービス一覧

※内容についてのお問い合わせは、P20～21の「地域包括支援センター一覧表」へ

状態 サービス の分類	認知症の状 態				
	元気な時	軽度	中等度	重度	
生活 支援	見守り 安否確認 外出支援 家事支援	地域のみまもり活動			
		民生委員による一人暮らし高齢者のみまもり			
		川西市見守り協力事業者ネットワーク事業			
			認知症みまもり登録、靴のステッカーの利用		
				認知症行方不明者SOSネットワー	
		緊急通報装置の貸与			
		救急医療情報キット配布、友愛訪問			
				<高齢者福祉サービス> ・居場所検索性端末装置 (GPS) 貸 与 ・外出支援サービス (タクシーま たは リフト付き寝台タクシー使用の 一 部助成) ・日常生活用具 (電磁調理器 火 災報 知器自動消火器の給付) ・訪問理美容サービス	
			日常生活自立支援事業 (川西市社会福祉協議会)		
	金銭管理	川西市成年後見支援センター”かけはし” (川西市社会福祉協議会)			
				NPO法人 成年後見センター・川西	

川西市にあるサービス一覧

※内容についてのお問い合わせは、P20～21の「地域包括支援センター一覧表」へ

認知症の状 態 サービスの 分類		元気な時	軽度	中等度	重度
		相談	認知症にかかわる 相談	認知症カフェ	地区福祉委員会相談窓口 心配ごと相談・介護サービス相談 認知症老人電話医療相談（川西市医師会） 老人をかかえる家族の会川西 川西市若年性認知症の会 「りんどう (RING・DO) の会」 川西市成年後見支援センター”かけはし” （川西市社会福祉協議会） NPO法人 成年後見センター・川西 民生委員・キャラバンメイト 地域包括支援センター（認知症地域支援推進 員・保健師・社会福祉士・主任ケアマネ ジャー） 居宅介護支援事業所 ※ケアマネジャーがいる事業所 地域密着型サービス提供事業所 認知症相談センター（地域包括支援セン ター） ※医療機関の受診、介護・福祉サービスの利 用、権利擁護（成年後見制度の利用、虐待の恐 れがある等の相談

川西市にあるサービス一覧

※内容についてのお問い合わせは、P20～21の「地域包括支援センター一覧表」へ

状態 サービス の分類	認知症の状 態				
	元気な時	軽度	中等度	重度	
医療	早期対応	地域包括支援センター ※認知症チェックシートの活用			
	診断・治療	認知症初期集中支援チーム			
		かかりつけ医、病院			
		認知症サポート医、認知症専門医			
		応急診療所			
		かかりつけ歯科医			
在宅医療	ふれあい歯科診療所				
	かかりつけ薬局				
緊急時対応	消防署				
連携ツール	つながりノートⅠ(基本情報・医療介護連携・人生会議～ACP～等) つながりノートⅡ(医療と介護情報・薬手帳・連絡票・日々の記録等) つながりノートⅢ(認知症について・相談機関等)				

川西市にあるサービス一覧

※内容についてのお問い合わせは、P20～21の「地域包括支援センター一覧表」へ

状態 サービス の分類	認知症の状 態			
	元気な時	軽度	中等度	重度
介護 サービス		<p>居宅介護支援事業所 ※ケアマネジャーがいる事業所</p> <p>訪問介護（ホームヘルプ）、訪問入浴介護</p> <p>通所介護（デイサービス）、 通所リハビリテーション（デイケア）</p> <p>訪問リハビリテーション、訪問看護、 居宅療養管理指導</p> <p>福祉用具貸与、特定福祉用具の購入費の支給</p> <p>短期入所サービス（ショートステイ）</p> <p>＜地域密着型サービス＞ ※川西市民のみが利用可能 小規模多機能型居宅介護 認知症対応型通所介護（デイサービス） 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） 定期巡回・随時対応型訪問介護看護</p>		
			<p>介護老人保健施設 介護老人福祉施設</p> <p>＜地域密着型サービス＞ ※川西市民のみが利用可能 地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護</p>	
施設 サービス				

いつでも誰でも行ける場



■ふれあいサロン/ふれあいひろば ■コミュニティカフェ
お住まいの地域では、子どもから高齢者まで、どなたでも気軽に集うことが出来る場所があります。住民が運営し市内に80カ所余りあり、名称や形態は地域によって様々です。一度、訪ねてみませんか。あなたのお気に入りのつどいの場が見つかるかもしれません。



誰かとちょっと話したい

いろんな仲間と出会い、語らうことは、誰にとっても楽しく、必要なことです。「そこに行けばあなたを待ってる人がいる」、ふれあいサロンなどはそんな場所です。



気軽に立ち寄れる場所が欲しい

お住まいの近くに集う場があれば、気軽に出かけることができます。そして、様々な人と交流することで、生活に彩りや潤いが生まれることでしょう。



誰かの役に立つことをしたい

ふれあいサロンなどへの協力は、高齢者の笑顔やこどもの成長と出会うことのできる身近な地域のボランティア活動です。あなたの生きがいにつながるかもしれません。

問い合わせ

川西市社会福祉協議会 地域福祉子


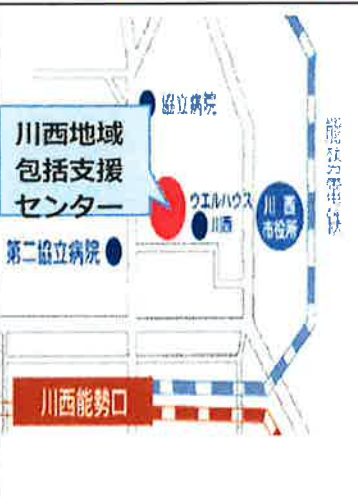

電話：072（759）5200

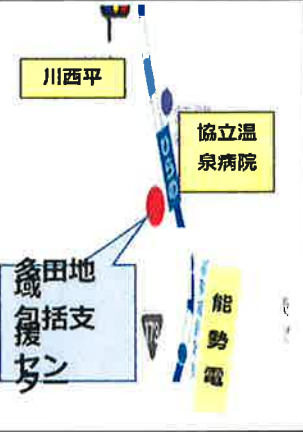



☆コミュニティワーカーがご案内します

**「地域包括型認知症ケアネット」のお問い合わせ先
あなたがお住まいの担当地域包括支援センターへ**

※ 担当地域包括支援センターは、下記の一覧表をご確認願います

地 域 包 括 支 援 セ ン タ ー 一 覧

<p>● 川西南地域包括支援センター</p>	<p>加茂3丁目 13-26</p>	<p>☎755-3315</p>	
<p>訪問担当区域</p> <p>加茂1～6丁目／久代1～6丁目／栄根2丁目（1～6番を除く） 下加茂1～2丁目／東久代1～2丁目／南花屋敷1～4丁目</p>		<p>受付時間 8:45～17:30</p>	
<p>● 川西地域包括支援センター</p>	<p>中央町15-27</p>	<p>☎755-1041</p>	
<p>訪問担当区域</p> <p>鶯の森町／小花1～2丁目／小戸1～3丁目／霞ヶ丘1～2丁目／絹延町／栄町／栄根1丁目／栄根2丁目1～6番／滝山町（8番を除く）／中央町／寺畑1～2丁目／出在家町／花屋敷1～2丁目／花屋敷山手町／萩原1丁目／日高町／火打1～2丁目／丸の内町／満願寺町／松が丘町／美園町</p>		<p>受付時間 8:30～17:00</p>	
<p>● 明峰地域包括支援センター</p>	<p>西多田 字平井田筋5</p>	<p>☎793-2703</p>	
<p>訪問担当区域</p> <p>鶯台1～2丁目／鶯が丘／錦松台／滝山町8番／西多田1丁目1番・2番／西多田字上平井田／萩原2～3丁目／萩原台東1～2丁目／萩原台西1～3丁目／南野坂1～2丁目／湯山台1～2丁目</p>		<p>受付時間 9:00～17:30</p>	

<p>● 多田地域包括支援センター</p>	<p>平野3丁目 2-13</p>	<p>☎790-1301</p>	
<p>訪問担当区域</p> <p>新田1～3丁目／新田字／多田院1～2丁目／多田院字／多田院多田所／多田院西1～2丁目／多田桜木1～2丁目／鼓が滝1～3丁目／西多田字（明峰小学校区を除く）／西多田1丁目（1番・2番を除く）／西多田2丁目／東多田1～3丁目／東多田字／平野1～3丁目／平野字／矢間1～3丁目／矢間東町</p>	<p>受付時間 8:30～17:00</p>		
<p>● 緑台地域包括支援センター</p>	<p>水明台1丁目 1-198</p>	<p>☎792-6055</p>	
<p>訪問担当区域</p> <p>向陽台1～3丁目／水明台1～4丁目／清流台／緑台1～7丁目</p>	<p>受付時間 9:00～17:30</p>		
<p>● 清和台地域包括支援センター</p>	<p>清和台東2丁目 4-32</p>	<p>☎799-6800</p>	
<p>訪問担当区域</p> <p>赤松字／石道字／芋生字／けやき坂1～5丁目／清和台東1～5丁目／清和台西1～5丁目／虫生字／柳谷字／若宮字</p>	<p>受付時間 9:00～18:00</p>		
<p>● 東谷地域包括支援センター</p>	<p>丸山台3丁目 5-6</p>	<p>☎790-4055</p>	
<p>訪問担当区域</p> <p>国崎字／黒川字／下財町／笹部1～3丁目／笹部字／大和東1～5丁目／大和西1目～5丁目／長尾町／西畦野1～2丁目／西畦野字／一庫1～3丁目／一庫字／東畦野1～6丁目／東畦野字／東畦野山手1～2丁目／丸山台1～3丁目／見野1～3丁目／緑が丘1～2丁目／美山台1～3丁目／山原1～2丁目／山原字／山下町／山下字／横路字</p>	<p>受付時間 8:45～17:30</p>		
<p>● 川西市中央地域包括支援センター 中央町12-1 川西市役所1F 介護保険課内 ☎755-7581</p>			
<p>主な業務内容 各地域包括支援センターの統括機能</p>		<p>受付時間 9:00～17:30</p>	

御 礼

最後になりましたが、住民座談会へご参加いただきました皆様やご協力いただきました関係者の皆様に心から感謝申し上げます。

「皆様、ありがとうございました。」



作 成 : 平成31年 3 月
発 行 : 川西市介護保険課
協 力 : 社会福祉法人浴風会
認知症介護研究・研修東京センター
問 合 先 : 川西市中央地域包括支援センター
TEL 072-755-7581

