

認知症の当事者と家族を一体的に支援する 支援プログラムのあり方に関する調査研究事業

報告書

2021年3月



社会福祉法人東北福祉会
認知症介護研究・研修仙台センター

は じ め に

認知症のご本人とご家族のケアは、これまで別々で行われてきました。家族会のご家族のピアサポートとして、認知症のご本人ミーティングもまたピアサポートとして、どちらも共感と受容の場、そして時に学びの場として大切な役割を果たしてきました。また、認知症カフェも、地域住民が加わることによって認知症のご本人やご家族も含めた寛容な地域づくりを進めるうえで大切な役割を果たしてきました。

今回、認知症のご本人とそのご家族を一体的に支援する場として「ミーティングセンター」を提案するのは、前述したサポートの場に加え、新たな社会資源が整えられることに大切な意味があるからです。

本事業で検証した、ミーティングセンターは、認知症のご本人とご家族の診断直後からの家族の関係性やかかわり方をサポートする場所を目指しています。

わたしたちは、昨年度、諸外国も含め様々な情報を収集するなかで、ヨーロッパでは、「出会い」と「話し合い」をキーワードにした認知症のご本人と介護者を一体的に支援する体制づくりを進めていることを知りました。これらの知見をもとに、検討委員会を立ち上げ日本の文化や実情、そして地域性に合う日本版の一体的支援プログラムを構築いたしました。

今年度は、昨年度の成果をもとに、5つの地域（仙台市、平塚市、駒ヶ根市、宇治市、大牟田市）の実践者の皆様にご協力いただきモデル事業を実施しその効果を検証することといたしました。新型コロナウイルス感染症、豪雨災害等の大きな障壁がありながら、モデル事業を展開していただきました委員の皆様そして、趣旨に賛同されてご参画いただきました認知症のご本人、ご家族の皆様、地域の方々にはこの場を借りて深く御礼申し上げます。

モデル事業の皆様の力強い後押しと推進力によって、日本版一体的支援プログラムについては、BPSDの軽減、介護肯定感の向上、QOLの向上など多くの効果を確認することができました。また、実践に基づく知見を集約した手引書の暫定版を作成することもできましたので、本報告書として整理いたしました。一方で、モデル事業運営者の皆様と本事業にご賛同いただいた委員の皆様の力強い推進力、そして認知症のご本人とご家族の生き生きした姿や言葉のすべてを書面では伝え尽くすことができないことは残念でなりません。

しかし、近い将来、多くの方に、この日本版一体的支援プログラム（ミーティングセンター）を体験、ご利用いただけるための礎になるものと信じております。

認知症介護研究・研修仙台センター

センター長 **加 藤 伸 司**

目 次

1. 研究事業の整理(要旨).....	1
2. 研究事業概要.....	5
2.1 研究事業の背景	
2.2 研究事業の目的	
2.3 研究事業の概要	
3. 認知症の人と家族の一体的支援プログラムのモデル事業.....	17
3.1 モデル事業の基本的検討及び確認事項（前年度研究結果より）	
3.2 日本版一体的支援プログラムの内容に関する確認事項	
3.3 モデル事業対象地域の概要	
3.4 各モデル事業の実施状況	
4. 認知症の人と家族の一体的支援プログラムのモデル事業の分析.....	39
4.1 モデル事業のプロセス評価	
4.2 モデル事業の目的達成のためのプログラム評価項目	
4.3 モデル事業の目的達成のためのプログラム評価の結果	
5. 認知症の人と家族の一体的支援プログラムのモデル事業の効果.....	49
5.1 一体的支援プログラムとデイサービス比較（家族）	
5.2 一体的支援プログラムとデイサービス比較（認知症の本人）	
5.3 定性的な評価	
6. 運営者チェックリストと参加者評価リストの作成と活用.....	93
6.1 運営者チェックリストの作成	
6.2 参加者評価リストの作成	
6.3 運営者チェックリスと参加者評価リストの結果と整理	
7. ミーティングセンターの設立と運営の手引(暫定版).....	101
参考資料	165

1. 研究事業の整理（要旨）

1. 研究事業の整理(要旨)

1.1 背景

これまで、認知症施策において本人ミーティングの推進、本人ガイド、診断後の本人ピアサポーター、本人によるキャラバンメイト大使など本人支援について等新たな取り組みが多く計画されている。家族の支援では、介護離職防止、居宅サービスの活用促進、介護サービス事業所等における家族教室や家族同士のピア活動の好事例収集、推進員による地域づくりなどの取り組みがなされてきた。

しかし、認知症という診断後、認知症の本人とその家族は、特に初期段階において①地域社会や友人、専門職などとの出会いの機会の減少②その人にあったサービスが少ないこと等の「分断」が生じ、支援の届かない「空白の期間」があることがひとつの課題でもある。また、認知症の本人と家族の関係性への支援も不足していた。もっとも身近である家族への支援との両立と同時に新たな関係構築を図ることは、在宅生活を支えていくうえで欠かすことができない。

1.2 目的

オランダを中心に広がっている、認知症の人と家族の一体的支援プログラム(ミーティングセンター)を参考に、わが国の実情や地域性に合わせた一体的支援モデルを作成し、その意義と効果を明らかにする。

そのために、5 地域で開始から運営までのモデル事業を展開し、その成果から設立と運営の手引書を作成する。また、モデル事業によって効果を明らかにすることを目的とする。

1.3 事業の変遷と経過

1年目	2年目(今年度)	3年目
一体的支援プログラムの国内外の事例収集と在り方の検討	一体的支援プログラムのモデル事業実施と検証 手引書案の作成	(未定) 普及に向けた準備

モデル事業実施地域：仙台市(家族の会発展型)、平塚市(地域の居場所発展型)、宇治市(認知症カフェ運営型)、駒ヶ根市(住民参加による広域型)、大牟田市(介護保険事業所活用型)

1.4 認知症の人と家族の一体的支援モデル(ミーティングセンター)とは

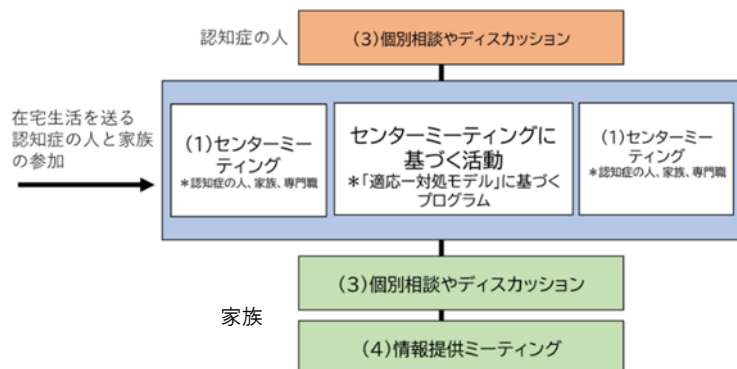
ミーティングセンターは、安心して紹介できる質の高い診断後支援の場である。ミーティングセンターの「ミーティング」とは、「出会い(Meeting)」と「話し合い(Meeting)」を意味している。特に「出会い」を大切に、身近な地域で、同じ境遇の認知症の人も含めた家族を一つの単位として出会う場をつくり、共に気づき合う場を「話し合い」から作り上げていくことを大切にしている。これによって、診断後の在宅生活を続けるための家族関係への支援の場となってゆくことを目指している。身近な場所で質の高い出会いを提供する場をミーティングセンターとした。

ミーティングセンターで行われるプログラムは、参加者の認知症の本人と家族が話し合い決めていく(センターミーティング)。そのため、プログラムは毎回変わり予定調和がなく、プログラムを自分で決めていることから主体的・能動的な参加に繋がり、「支援される側-支援する側」という二項関係ではない関係性が育まれることを目指している。

1.5 日本版ミーティングセンターの実施モデル

今年度のモデル事業実施により下記のミーティングセンターの運営モデルが導き出された。時間は概ね、10:00～14:00 までであり、センターミーティングで話し合い、活動をその日に実践することをプログラムの柱としている。

プログラムは、本人支援、家族支援、一体的支援が3本柱である。



1.6 ミーティングセンターの効果

ミーティングセンター参加により得られた効果として、6 か月間の介入期間を設け、認知症の本人、家族に質問紙調査を実施し前後の比較を行った。また、デイサービス利用者と家族を非介入群として設定し効果の比較を行った。ただし、新型コロナウイルス感染症やサンプリングの代表性の課題は多く残されている。

【家族への効果】

- ①介護肯定感の向上(デイサービスに比べ被介護者への親近感が高い傾向:介護肯定感尺度【参考値】)
- ②ソーシャルサポートについて手段的サポートの獲得(前後比較での介入効果:DSSI-J)
- ③BPSD の出現数、重症度、負担度が低い(デイサービスと比較して:NPI-Q は低い傾向【参考値】)
- ④BPSD 重症度と出現の低下(前後比較での介入効果がみられた:NPI-Q))
- ⑤介護保険利用料の抑制(介入前後で抑制および安価になっている)

【認知症の本人への効果】

- ①QOL の向上(前後比較で下位尺度自尊感情の醸成に効果がみられた:DQoL)
- ②BPSD の出現数の低下(前後比較によって興奮、うつ、不安傾向などの出現数が低下:NPI-Q)
- ③BPSD 重症度が低い(デイサービスと比較して【参考値】)
- ④認知症の日常生活自立度の回復(前後比較で平均得点が向上した)

1.7 手引書について



今年度のモデル事業の成果をもとに、手引書を作成した。手引書については、今年度は暫定版として配布は行わず、今後手引書の有用性の検証を図り、広く活用可能な内容として改訂を行う予定である。

仕様:A4 サイズ P56 カラー

内容:企画運営者向けであり、立ち上げから運営までの具体的な手引である。モデル事業5地域の事例、Q&A、運営の際に必要なシート、チェックリストを掲載。

1.8 今後の課題

今年度は新型コロナウイルス感染拡大の影響を受けて、地域とのつながり構築には至らなかった。今後、さらに広くモデル事業を展開しより効果的な方法について検証したうえで、手引書の精度を高め普及することが求められる。

2. 研究事業概要

2. 研究事業概要

2.1 研究事業の背景

(問題意識)

介護保険制度の創設によって、その対象となる要介護者へのサービスの拡充は図られてきた。一方、在宅介護の主たる担い手となる家族介護者は、介護保険制度の一義的な対象者ではないため、家族の支援は、地域支援事業の認知症総合支援事業での「認知症カフェ」や介護者教室開催、あるいは任意事業での、地域での見守り体制を構築する「認知症高齢者見守り事業」、認知症の理解啓発を促す「認知症サポーター養成事業」などの周辺的な事業での支援が中心となってきた。このような事業推進にもかかわらず、在宅の家族介護者の状況は依然として苦しい状況が続いている。

家族等による高齢者虐待の増加傾向は続いており、平成30年度の養護者による高齢者虐待の相談・通報件数は、32,231件に上り過去最多である。詳細を見ると、世帯では、同居家族からの虐待が多く、続柄では、夫や息子からの虐待が多い。また被虐待高齢者 17,686 人のうち、「要介護認定済み」が申請中を含めると約 7 割で専門職との何らかのつながりを有していたと考えられる。さらに、要介護認定者の介護保険サービス利用状況では、81.6%が何らかの介護保険サービスを受けており、その中でもデイサービスの利用率が最も高い。これら被虐待者は認知症の疑いも含めると、7 割以上が認知症を有していることが明らかになっている。これらの結果より次の点が示唆される。家族は専門職に繋がっているにもかかわらず、虐待に至ってしまっている。既存のデイサービス等の通所サービスでは人員やサービス内容から家族介護者支援の機能を十分果たすことが難しい。そして、養護者による高齢者虐待は続柄によって大きく傾向が異なることも明らかになっている。これらより、認知症の家族支援においては、専門的で日常的な支援、続柄も含めた関係性への支援等、従来よりさらに専門的で親密なアプローチが求められていることが推察される。

(一体的な支援が求められる理由)

在宅における介護は家族関係や周囲との関係性に大きな影響をもたらす。例えば、公益社団法人認知症のひとと家族の会が1980年の結成当初から行っている電話相談の分析では、2017年の相談件数11,886件中、最も多かったのは「認知症の症状」4,787件（40.3%）で、次いで「人間関係」2,785件（23.5%）であったことが報告されている。家族が家族たる条件や機能については、さまざまな見解があり一定の定義づけは難しい。しかし、介護のように身体接触を含む親密な関係性が求められるケア関係では、家族としての情緒的なつながりは家族介護を継続するうえで重要な意味を持つ。そのために家族の会の調査のように介護に伴う「人間関係」を良好に保つことに悩みを持つ介護者が多いのではないだろうか。家族機能の距離感について、Olsonは、「凝集性」と「適応性」という次元の評価の必要性を説明している。情緒的なつながりを示す「凝集性」は、最適な距離、すなわち近すぎず、遠すぎない中庸さが家族関係で重要である。しかしながら、認知症の人の場合、愛着を求め介護者について回るあるいは常に探す行動をすることや、過去の自宅やすでに亡くなった人を捜し求める行動も現れる。こうした行動に対し家族介護者は、ど

のような距離感で接し、どのようなかかわり方をすればよいのかがわからず、疲弊していく例は少なくない。特に、介護者が一人で介護を担っている場合や家族と介護者のみの世帯で虐待のリスクが高くなることから、距離感と密室性をうまくコントロールすることの重要さはわかる。

こうした課題は、家族介護者のみに帰属するものではない。家族の一員である認知症の本人も自分自身の認知症の症状に向き合い、そしてどのような工夫をして乗り越えていくのかという課題でもあり、両者の関係性を整えていくことが必要である。しかしながら、従来行われてきた介護保険サービスにおける認知症の本人への支援や、地域支援事業を中心に行われてきた家族を対象とした支援はそれぞれ異なる環境で展開されてきた。不足していたのは、サービスや事業の時間以外の支援であり、最も長い時間を過ごす自宅での認知症の本人と家族の関係性やかかわり方、または介護によって失われた地域との関係性やつながりについて支援する場である。このような支援が行われることは、それぞれ別に行われてきた支援や、日中や特定の時間だけというように断片化してきた支援を包括的につなぎ合わせる支援となる可能性がある。一体的なケアの意味はこの点にあると考えている。

（認知症の本人への診断後支援の必要性）

認知症の診断は、医学的な基準に基づいて行われているものの、認知症当事者たる本人はその違和感を診断の前から日常生活の中で感じている。こうした事実は、これまで多くの認知症の本人の手記や声に耳を傾けることで明らかになっている。しかし、違和感を覚えているにもかかわらず病院の受診を躊躇することがあり、その要因として、診断後の支援が不足していることであったり、周囲や家族から認知症について否定的な見方をされてしまうかもしれないという不安な心理状態があることが推察される。

（家族への早期支援の重要性）

認知症の人と共に暮らす家族についても、違和感を覚える期間がある。認知症介護研究・研修仙台センター（以下当センター）が実施した調査では、家族が認知症の疑いを覚え、診断に至るまでの期間が約1年と1カ月存在することが明らかになっている。また、診断後から介護保険サービス利用あるいは専門職とつながるまでには約1年半の期間を要していることが明らかになっている。この間に、家族関係に何らかの影響がもたらされることが考えられる。

（家族の関係性へのサポート）

これら、認知症の本人の診断後支援については、認知症疾患医療センターの地域連携室のアプローチ、認知症施策における本人ミーティングの推進、本人ガイド、診断後の本人ピアサポーター、本人によるキャラバンメイト大使など本人支援について等新たな取り組みが行われてきた。家族介護者については、介護離職防止、居宅サービスの活用促進、介護サービス事業所等における家族教室や家族同士のピア活動の好事例収集、推進員による地域づくりなどの取り組みなどが推進されている。

しかし、上記の支援は欠かすことができない重要な支援ではあるが、それぞれが異なる場面での支援が中心であり、在宅で最も長期間にわたるかかわりで重要となる、家族関係への専門的なアプローチは十分とは言えない。認知症の診断後における認知症の本人とその家族は、特に初期段階において①地域社会や友人、専門職などとの出会いの機会の減少②その人にあったサービスが少ない等の「分断」をもたらし、同時に家族関係へのアプローチを欠かすことはできない。

認知症の人と家族への一体的な支援プログラムは、認知症の本人と家族のどちらにも偏らない関係性への専門性の高い支援プログラムであり、1993 年からオランダにて実証研究により効果測定がなされ、現在ではヨーロッパ各国で広がりを見せているプログラムである。

2.2 研究事業の目的

こうした背景を踏まえ、当センターでは、令和元年度老人保健健康増進等事業において、オランダ、イギリスの事例を参考にしながら、日本国内における認知症の本人や家族に対する様々な支援事例を収集し、効果的な支援を実現する手法等のあり方を検討し課題整理を進めてきた。その結果、令和2年度においては以下の目的にて本研究事業を実施した。

- ①令和元年度の研究成果を活用しながら、モデル的に「日本版一体的（統合）ケアプログラム」として認知症の本人と家族両者への支援を組み合わせ実施し、その効果を検証する。モデル地域は都市部や地方など、地域の実状や環境の異なる5カ所程度を選出し、モデル事業を実施する。
- ②モデルプログラム実施において介護者の介護負担度や認知症の症状等への影響などについて介入検証する。

そのうえで、日本版一体的支援プログラム実施のための手引きを作成することを目的とする。

各地域それぞれの文脈で発展をみせている本人ミーティングや本人主体の活動、家族の会、本人や介護者に対するさまざまな支援やサービス、認知症カフェ等を地域の関係者が改めて見直し、有機的かつ柔軟に連携をはかることにより、「本人支援」「家族支援」「両者一体の支援」の3つの柱の一体的な実現を目指し、今年度は全国5地域でモデル事業を展開し、その効果を明らかにしたうえで日本版ミーティングセンターのコンセプトを定め運営の手引書原案を作成することが目的である。

2.3 研究事業の概要

本研究事業は下記のように実施した（表 2-1）。

なお、今年度は、令和 2 年 1 月下旬から感染拡大が始まった新型コロナウイルス感染症の影響により、感染拡大防止の観点からオンライン会議ツールを用いて、すべてオンライン会議にて実施した。

表 2-1 研究事業のスケジュール

	事業検討委員会	モデル事業推進委員会	その他作業
2020 年 6 月		●第 1 回委員会 ・事業概要説明 ・モデル事業推進の検討	・文献の収集と翻訳作業（ダイケアからミーティングセンターへ）
7 月	○第 1 回委員会 ・事業概要の説明 ・モデル事業進捗報告 ・日本版ミーティングセンターに関する意見交換	●第 2 回委員会 ・モデル事業の情報共有 ・効果測定の方法について	・国内外の研究成果のレビュー
8 月		・モデル事業スタート	・事前調査（効果測定）
9 月		●第 3 回委員会 ・進捗に関する情報交換	
10 月		●第 4 回委員会 ・進捗に関する情報交換	
11 月	○第 2 回委員会 ・モデル事業中間報告 ・事業に関する意見交換 ・手引書に関する意見交換	●第 5 回委員会 ・進捗に関する情報交換	
12 月		●第 6 回委員会 ・進捗に関する情報交換	
2021 年 1 月		・モデル事業最終回	・事後調査（効果測定） ・成果物の執筆 ・報告書の執筆
2 月			
3 月	○第 3 回委員会 ・モデル事業報告 ・事業に関する意見交換 ・手引書に関する意見交換 ・今後に関する意見交換		報告書完成 報告書の配布

2.3.1 事業検討委員会の設置

1) 設置目的

認知症の本人と家族への一体的なケアモデルの基本構造ならびに検証方法、一体的（統合）ケア実施の手引き作成の検討・議論を行いモデル構築に向けたイニシアチブをとり推進した。

【当初計画との変更点】

委員会のうち1回は対面にて会議実施を計画していたが、新型コロナウイルスのさらなる拡大とその他感染症予防対策の観点からオンライン開催に変更した。

2) 内容

- (1) 研究事業全体の方向性の検討
- (2) モデル事業報告と検討
- (3) 介入・検証方法の検討
- (4) 一体的支援プログラム手引書の内容検討
- (5) その他必要な事項の検討

3) 委員構成

認知症介護研究・研修仙台センターの研究スタッフ（4名）、医師（1名）、学識経験者（4名）、モデル地域事業担当者（4名）、認知症対応介護事業所（1名）、自治体認知症施策担当者（3名）にて構成した（表2-2）。

表2-2 事業検討委員会委員構成

	氏 名	所 属	
1	繁田 雅弘	東京慈恵会医科大学 精神医学講座	副委員長
2	長田 久雄	桜美林大学大学院 老年学研究科	
3	堀田 聡子	慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科	
4	進藤 由美	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 企画戦略局	
5	広瀬 美千代	大阪市立大学大学院 生活科学研究科	
6	若生 栄子	公益社団法人認知症の人と家族の会 宮城県支部	
7	千葉 由美子	仙台市健康福祉局保険高齢部 地域包括ケア推進課	
8	森本 浩史	株式会社エムズ	
9	猿渡 進平	医療法人静光園白川病院 医療連携室	
10	池田 武俊	大牟田市 保健福祉部	
11	川北 雄一郎	一般財団法人宇治市福祉サービス公社	
12	波戸瀬 亮	宇治市健康長寿部	
13	松原 智文	特定非営利活動法人 地域支え合いネット	
14	加藤 伸司	認知症介護研究・研修仙台センター	委員長
15	阿部 哲也	認知症介護研究・研修仙台センター	
16	矢吹 知之	認知症介護研究・研修仙台センター	
17	吉川 悠貴	認知症介護研究・研修仙台センター	

オブザーバー 厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課

4) 開催地・回数・時期及び各回での検討内容

(1) 第1回委員会

日時：7月3日（金）18：00～20：00

場所：オンライン会議ツールを用い実施

内容：・研究事業概要説明
・一体的支援のモデル事業について
・効果測定について

(2) 第2回委員会

日時：11月9日（月）15：00～17：00

場所：オンライン会議ツールを用い実施

内容：・研究事業進捗状況報告
・モデル事業の情報共有
・効果測定と手引書作成について

(3) 第3回委員会

日時：令和3年3月4日（木）15：00～17：00

場所：オンライン会議ツールを用い実施

内容：・研究事業進捗状況報告
・成果物冊子の確認と意見収集
・モデル事業の情報共有
・今後の計画について

2.3.2 モデル事業推進委員会の設置

1) 設置目的

認知症の本人、家族への一体的（統合）ケアプログラムをモデル実施するプロジェクトリーダーをメンバーとして行う。調整およびモデル事業の構造や具体的内容について情報交換と検討を行った。

【当初計画からの変更点】

委員会のうち1回は対面にて会議実施を計画していたが、新型コロナウイルスのさらなる拡大とその他感染症予防対策の観点からオンライン開催に変更した。また、当初3回開催予定であったが、新型コロナウイルス等の影響も加味し、モデル事業の推進を図るため6回開催（すべてオンライン）とした。

2) 内容

- (1) 一体的（統合）ケアプログラムのモデル事業の構造の検討
- (2) 介入評価、効果測定の方法検討
- (3) 中間報告と情報交換
- (4) 手引書の執筆分担について

3) 委員構成

認知症介護研究・研修仙台センターの研究スタッフ（1名）学識経験者（3名）、モデル地域事業担当者（8名）で構成した（表2-3）。

表 2-3 モデル事業推進委員会委員構成

	氏 名	所 属	備 考
1	繁田 雅弘	東京慈恵会医科大学 精神医学講座	
2	平田 知弘	一般社団法人栄樹庵(SHIGETA ハウス)	
3	堀田 聡子	慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科	委員長
4	進藤 由美	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 企画戦略局	副委員長
5	広瀬 美千代	大阪市立大学大学院 生活科学研究科	
6	若生 栄子	公益社団法人認知症の人と家族の会 宮城県支部	
7	阿部栄理子	公益社団法人認知症の人と家族の会 宮城県支部	
8	猿渡 進平	医療法人静光園白川病院 医療連携室	
9	梅崎 優貴	社会福祉法人あらぐさ会 小規模多機能ホームたかとの家・ いまやまの家	
10	川北 雄一郎	一般財団法人宇治市福祉サービス公社	
11	松原 智文	特定非営利活動法人 地域支え合いネット	
12	矢吹 知之	認知症介護研究・研修仙台センター	

4) 開催地・回数・時期及び各回での検討内容

(1) 第 1 回委員会

日時：6月30日（火）18：00～20：00

場所：オンライン会議ツールを用い実施

内容：・研究事業概要説明
・モデル事業の運営方針について
・その他

(2) 第 2 回委員会

日時：7月28日（火）18：00～20：00

場所：オンライン会議ツールを用い実施

内容：・モデル事業の情報共有
・効果測定について
・その他

(3) 第 3 回委員会

日時：9月10日（木）17：00～19：00

場所：オンライン会議ツールを用い実施

内容：・モデル事業の情報共有
・効果測定の状況について
・その他

(4) 第4回委員会

日時：10月12日（月）17：00～19：00

場所：オンライン会議ツールを用い実施

内容：・モデル事業の情報共有

・手引書の作成について

・その他

(5) 第5回委員会

日時：11月16日（月）18：00～20：00

場所：オンライン会議ツールを用い実施

内容：・モデル事業の情報共有

・手引書について

(6) 第6回委員会

日時：12月23日（水）18：00～19：00

場所：オンライン会議ツールを用い実施

内容：・モデル事業の情報共有

・今後の方針について

・その他

2.3.3 認知症の人と家族の一体的支援のモデル事業実施と効果測定に関する情報収集

1) 情報収集の目的と概要

デイサービス等から一体的支援への転換を図るなど、その地域に合わせた実施が望まれる。そのための資料の翻訳を行う。また、効果測定に必要な尺度の収集と翻訳を行った。

【当初計画との変更点】

デイケアからミーティングセンターへの転換の手引であるオランダ語の文献の全文翻訳1冊を行った。研究論文については、アムステルダム自由大学から直接取り寄せた論文を使用したために有料の論文掲載サイトは利用していない。効果測定に必要な有料版の尺度を購入した。

2) 方法

(1) アムステルダム自由大学より直接取り寄せた論文翻訳

(2) デイケアからミーティングセンターへの転換の手引であるオランダ語の文献の全文翻訳1冊

(3) 効果測定に用いる有料版の尺度の取り寄せ

3) 期間

令和2年7月～令和2年11月

2.3.4 モデル事業の実施

1)目的

全国5カ所にて、家族と認知症の人の一体的（統合）ケアプログラムモデル事業を実施し、地域特性を生かした開催、運営方法について知見の蓄積を行い、一般化し普及するための方法を検討した。

2)方法

モデル事業実施については各団体に依頼し、モデル事業の結果概要の執筆も併せて依頼する。

3)モデル事業実施地域と事業所・法人等

宮城県仙台市（家族の会）令和2年8月から令和3年1月までで6回実施

神奈川県平塚市（一般社団法人）令和2年8月から令和3年1月まで6回実施

長野県駒ケ根市（NPO法人）令和2年8月から令和3年1月まで6回実施

京都府宇治市（一般財団法人）令和2年8月から令和3年1月まで6回実施

福岡県大牟田市（医療法人）令和2年9月から令和2年11月まで3回実施

4)期間

令和2年8月～令和3年1月まで

5)モデル事業開催頻度等

年間6回×月1回

6)時間

10：00～15：00を基準として実施

7)内容

全体ミーティング（センターミーティング）、家族と本人のミーティング（活動計画、ケアや生活の情報交換等）、昼食、アクティビティや活動、個別コンサルテーションを基本とした構成にした。なおこの構造は、オランダのアムステルダム自由大学で開発されたアムステルダムモデルを基に、モデル事業実施地域の地域性に適応させて実施することとした。

8)その他

効果測定は1回目、6回目に実施。

【当初計画からの変更点】

効果測定を5回目実施であったが6回目に実施する。大牟田市については水害の影響により9月から実施している。また、新型コロナウイルスの影響により場所や消耗品等の変更があった。

2.3.5 介入評価ならびに効果測定の実施

1)目的

一体的（統合）ケアモデルの有用性とエビデンスを明らかにするために既存の評価尺度を用いて介入前後の比較、一般デイサービスとの比較検討を実施した。

2)方法

介入前調査：モデル事業実施5カ所の参加者家族と認知症の人に対し、聞き取り、観察、質問紙それぞれを用いて必要な尺度を用いて評価を行っている。

3)期間

令和2年8月～令和3年1月を期間として設定し、介入前後の比較を行った。

【当初計画との変更点】

事前評価は、モデル事業実施担当者だけに依頼し、事後評価はモデル事業推進委員会委員と当センター研究スタッフ及び補助者、モデル事業実施担当者にて実施する予定に変更した。

2.3.6 報告書・成果物のとりまとめ

モデル事業の内容の詳細、効果測定の結果を取りまとめた報告書を作成する。成果物は、モデル事業の内容と諸外国の先行事例を一般化できるよう整理し実施のための手引書（初版）を作成した。

なお、手引書についてはモデル事業の結果を踏まえた暫定版であり普及版ではない。今後本研究事業で作成した成果物に基づき、手引書を用いたモデル事業を展開し手引書の有用性や適応を検証することが必要である。

報告書と成果物は関係団体等へ送付する。また電子版を作成し、認知症介護研究・研修センターのウェブサイト「認知症介護情報ネットワーク（通称：DC-net）」上に掲載し、認知症介護指導者への郵送による周知、加えてDC-net上で関係者へ周知を図った。

3. 認知症の人と家族の一体的支援プログラムのモデル事業

3. 認知症の人と家族の一体的支援プログラムのモデル事業

3.1 モデル事業の基本的検討及び確認事項(前年度研究結果より)

3.1.1 確認事項の概要

本事業は、令和元年度老人保健健康増進等事業にて、次の観点から議論を行い、わが国における一体的支援プログラムの方向性について検討を行った。議論の題材としては、認知症の本人支援、家族支援施策等の現状、諸外国の一体的支援プログラムの状況などであった。

3.1.2 検討および確認結果

昨年度の議論について下記のように再度確認し今年度のモデル事業の方向性を整理した。

1) 準備

- ・行政と医療機関や介護保険事業所等の協働にて企画する
- ・その地域でモデルとなる活動を基本とする
- ・パイオニアであり、他の家族の良いモデルとなる家族（複数でもよい）を見つける

2) 実施形態

- ・既存のデイサービスで意欲のある事業所に付带的にミーティングセンターを設置する方法
- ・既存の活動（認知症の人への支援、家族への支援）を統合し、社会的な活動の方向性について参加者で検討することで創発的な活動を創出

3) 運営や財政

- ・ミーティングセンターの準備からボランティアに加わってもらう
- ・総合事業の集いの場の一つとして位置付けるとよい
- ・地域支援事業の一つのあり方としてミーティングセンターを位置付けてはどうか
- ・地域密着型サービスの社会貢献事業としての実施

4) 内容

- ・「家族の話し合い（ピアサポート）」「本人へのプログラム」「両者の話し合いや協働のプログラム」を柱とする

5) 頻度

- ・モデル事業としては月一回程度

6) 対象と周知方法

- ・地域包括支援センター、かかりつけ医（専門医）、認知症疾患医療センターからの紹介、認知症デいの利用者等

3.2 日本版一体的支援プログラムの内容に関する確認事項

3.2.1 モデル事業の内容概要

ここまでの議論を踏まえたうえで、令和2年度に実施するモデル事業の展開について、前提として各地域それぞれの文脈で発展をみせている本人ミーティングや本人主体の活動、家族の会、本人や介護者に対するさまざまな支援やサービス、認知症カフェ等を地域の関係者が改めて見直し、有機的かつ柔軟に連携をはかることにより「本人支援」「家族支援」「一体的支援」3つの柱の一体的な実現を目指せるようにすることとした。

モデル事業の内容については下記の点を踏まえて実施することとした。

- ①モデル事業の実施を前提として、その地域の既存の認知症の人の集まり、家族の集まりなど認知症に係る関係機関との連携や活用をし、認知症の本人、家族の声を聴きその地域性にあった運営方法を検討する
- ②その際に、「本人へのプログラム（活動方針やアクティビティの検討）」「家族の話し合いと助言」「両者の話し合いや協働のプログラム（関係性の学び）」を3つの柱とすること
- ③月一回程度の実施からスタート
- ④まず、モデルとなる認知症の本人と家族と密にコンタクトを取りパイオニアグループに入ってもら（パイオニアグループには、行政や事業所、関係者が含まれる）
- ⑤人材育成研修のあり方を同時に検討する
- ⑥費用対効果を含め効果測定を同時に行うため、その尺度や方法を検討する。
- ⑦期間は、令和2年8月～令和3年1月までとする。
- ⑧新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から、感染防止対策を十分に行い、仮に感染拡大がみられた場合には休止あるいは中止することを想定すること
- ⑨ミーティングセンターという名称で実施する

3.2.2 モデル事業の内容概要

1) アムステルダムモデルに準拠したモデル事業実施

一体的支援プログラムが開発された際の基本であるアムステルダムモデルにおけるプログラムに準拠し、日本版一体的支援プログラムの検討を図る。アムステルダムモデルでは、時間で細かく区切るような詳細なプログラムはない。大きな時間枠の中で「適応－対処モデル（Adaptation－Coping Model）」に基づき、7つの目的をもって内容が検討されている。表3-1はオランダやイギリスでの実施例である。「適応－対処モデル」は下記のとおり（表3-1、3-2）。図3-1は、アムステルダムモデルにおけるミーティングセンターサポートプログラムの構造図である。センターミーティングを中心に、認知症の本人、家族それぞれの支援プログラムが用意されている。ソーシャルクラブとはアクティビティ等のプログラムであり、個別、集団を含めて創作活動、音楽活動、外出等様々なプログラムが準備され、参加者が選択して参加する。これらのプログラムについては運営者も含めてすべての人がかかわるセンターミーティングでその活動内容が決められていく。

表 3-1 適応-対処モデルに基づくミーティングセンターの目的と方法の考え方

目的（適応が必要な領域）	方法（対処するためのサポート方法）
A 実践的適応 1. 認知症によって生活に生じる課題 2. 専門家との関係構築	A エンパワメント 軽運動、認知的な刺激、セルフコントロール、自己決定
B 感情的適応 3. 感情や心理面のバランスの維持 4. ポジティブな自己イメージの維持 5. 将来への備え	B 心の健康状態の改善 リラックスや楽しみの時間、自信の構築、理解者との交流、会話の機会
C 社会的適応 6. 家族、友人との関係継続 7. さまざまなサービス利用やアクセス	C 社会参加や関係の再構築 他者との交流、同じ経験をしている他者との出会いやサポート、地域イベントへの参加

表 3-2 ミーティングセンター・サポートプログラムのスケジュール(アムステルダムモデル)

時間	内容	対象
午前 10:00	コーヒータイムとミーティング（予定や健康の確認をする） 午前のプログラム（デイクラブ） ・軽運動、創作活動、散歩、レクや歌等自由 ・個別相談、介護者のためのディスカッション、情報提供の講話※も介護者向けに並行して行われる。 ・昼食の買い出しや調理	全員 全員 家族のプログラム参加は自由 個別相談は専門職や同じ家族が対応
12:30	昼食	全員
午後 13:30	午後のプログラム ・午前と同じように行われる ・個別相談やディスカッションも行う	全員 家族のプログラム参加は自由
15:00 16:00	カフェタイムと一日の振り返り	全員

※情報提供の講話は、一般にも公開される。テーマは介護者が何を知りたいかで決める。

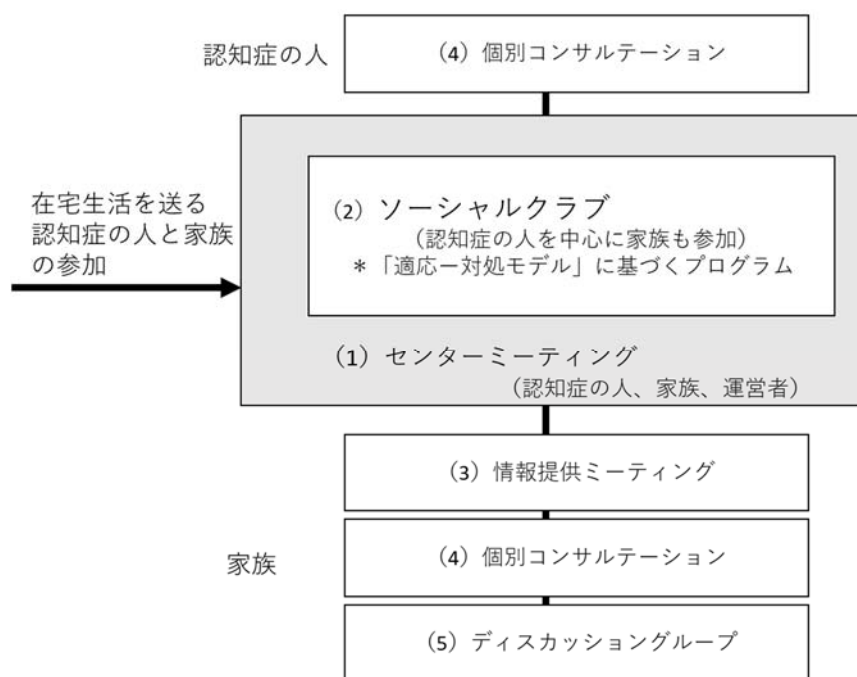


図 3-1 アムステルダムモデルのミーティングセンターの構造

2) 「適応—対処モデル (Adaptation—Coping Model)」の理論的背景

Lazarus and Folkman (1984)によって開発されたストレス評価コーピングモデルは、ストレスとのコーピングに関する一般的なモデルで、状況の個人の評価が強調されている。これは、同じ状況でも、ある人にとってはストレスフルであっても、別の人にとってはストレスフルではないということを意味しており、個人の履歴や精神的、物理的、社会的な資源などの個人差に依存する。

一方、適応・コーピングモデルでは、認知症の進行による障害への対応、他者からの援助を受け入れて適切な介護関係を築くこと、感情のバランスを保つこと、ポジティブな自己イメージを保つこと、不確実な将来への対応、社会的関係の維持など、認知症の人にとって特に困難な一連の適応領域（適応課題）を統合した。もちろん、どの適応領域・課題がストレスを誘発するか（または誘発しないか）、また、ある対処戦略によってどのように対応するかは、その人次第である（これは、個人的要因、疾患要因、物質的・社会的状況に依存する）。

これらの適応領域は、一般的に慢性疾患や身体疾患を持つ人にとって困難であると先行研究 (Moos & Tsu, 1977) では述べられているが、Dröes 氏の研究 (1991) やその後の認知症患者とのインタビュー研究 (Linda Clare, Els Steeman, John Keady, Marike de Boer) では、これらの適応領域も認知症との生活に適応する際に重要な役割を果たしていることが確認されている。そこで、ミーティングセンターで展開されるサポートプログラムには、認知症の人の適応プロセスを説明するのに役立つように、これらの適応タスクを適応コーピングモデルに組み込み、また、ある状況では適応プロセスに問題があり、行動や気分の症状が出たり、危機に陥ったりするのを明らかにし、それを構造化し実践に用いている。

要約すると、適応・コーピングモデルは、Lazarus and Folkman (1984)のストレス評価コーピングモデルと Moos & Tsu (1977)の身体疾患のクライシスモデルを認知症のために統合・応用・運用したものであり、認知症の人が認知症とともに生きることの結果に適応する際のプロセスをよりよく理解することを目的としたものである。これによって、支援、ケア、治療の基礎となる理論的な枠組みを持つことが可能となる。このように、適応・コーピングモデルは、異なる適応領域におけるパーソンセンタードな支援の提供と、認知症の人に関する知識の欠如、特定の疾患に関連する要因、物質的・社会的要因などそれぞれ複合的に対応できるモデルである。

3.2.3 日本版ミーティングセンターのモデル事業のプログラムの構造

1) 一体的支援プログラムで展開される6つのメニュー

アムステルダムモデルに基づき、6つのメニューが含まれる内容で一体的支援プログラムをモデル的に実施し、その適用について検討することとした（表3-3）。

表 3-3 ミーティングセンターのメニュー

ミーティングセンターの6つのメニュー
①プログラムの方向性を決める全体ミーティング（講話のテーマ、活動メニュー）
②アクティビティ活動（出会いと繋がり、エンパワーメント）
③昼食（出会いと繋がり、エンパワーメント）
④個別相談（感情や心理的サポート）
⑤ピアサポート（家族との出会い、同じ経験をしている他者との出会い）
⑥情報提供（地域社会との出会い、課題解決のための情報収集）

2) モデル事業実施の共通方針

日本版一体的支援プログラム（ミーティングセンター・サポートプログラム：以下、ミーティングセンター）においては、共通の3つの方針を持ち、地域性を重視して日本のプログラムを再構築することを目指した。ミーティングセンターでは、認知症の人とその介護者両方に同時に幅広いサポートプログラムが提供される。

3つの要素は、令和元年度事業報告書で整理されたものを再定義したものであり、認知症の人と家族介護者両方のサポートによって、これまでにない相乗効果を生むことを期待している。3つの要素には、「本人支援」「家族支援」「一体的支援」が含まれており、これらの効果は、当事者たる認知症の人と家族だけではなく、ミーティングセンターが設置される地域全体にも及ぶものである。また、これらの3つの要素は、7つのターゲットを達成するためのものであり、これらによって「適応—対処モデル（Adaptation—Coping Model）」効果的な一体的支援プログラムになるものと考えられている。

(3つの要素)

①認知症の人の意見を聞き主体的なアクティビティなどの活動を設ける(本人支援)

目標：同じ境遇の認知症の人との出会い、自己決定機会の保証と主体的な活動参加によるエンパワーメント

内容の具体例

- ・認知症の人に意見を聞く機会を設ける（トークセッション）
- ・認知症の人のこれまで行ってきた運動や活動、仕事を知り反映する
- ・軽運動の選択肢を提示する（ウォーキング、農作業、ボッチャ、ゲーム、ガーデニング、アート活動、読書、ヨガ、音楽活動や音楽鑑賞など）

②家族の相談などによる心理的支援と情報提供などの教育的支援機能を持つ（家族支援）

目標：同じような境遇にある家族同士の出会い、介護者のこころの健康、同じ経験の者同士の繋がりづくりと学びあいによる関係性の調整などピアサポート機能の発揮

内容の具体例

- ・ピアサポートの時間を設ける（体験の共有、悩みの共有と助言）
- ・情報提供の時間（ミニ講話の企画やカフェへの参加等でも可）
- ・認知症カフェへの訪問

③認知症の本人と家族が共に活動する時間を設け、それには他の家族や地域との交流も含む（一体的支援）

目標：社会、介護関係者、専門職との出会い。それぞれの関係やつながりの再構築を行い社会的、家族関係の適応を図る。

内容の具体例

- ・アクティビティへの参加
- ・数か月に一回は外出などを行う
- ・昼食を一緒に食べる（ランチミーティングの開催）
- ・認知症カフェへの訪問

（7つのターゲット）

①実践的適応1：認知症によって生じる課題を解決する

- ・自らでプログラムを選択する。軽運動の実施、認知的な刺激を得る活動（ゲームやレク）

②実践的適応2：専門家とのポジティブな関係構築

- ・専門職からの情報提供、個別や集団の相談支援

③感情的適応1：感情や心理面のバランスの維持

- ・リラックスの時間（音楽を聴く、お茶やコーヒータイム、食後の団欒）

④感情的適応2：ポジティブな自己イメージの維持

- ・自分が参加できる、参加したい活動を表明しそれに参加し自信を獲得する

⑤感情的適応3：将来への備えや計画

- ・できることや、これからやりたいことを話し認められる機会

⑥社会的適応1：家族や友人との関係の継続

- ・参加者相互のサポート、情報交換

⑦社会的適応2：地域の中のさまざまなサービスやサポートへのアクセス

- ・認知症カフェへの参加、地域活動へ参加、介護保険サービスの利用

3) 日本版ミーティングセンターの構造

図3-2は、日本版ミーティングセンターで展開される、認知症の人と家族の一体的支援プログラムの全体像である。日本版ミーティングセンターは図のようなサポートプログラムの構造によって試験的に行われている。構造化は、本研究事業で開催されたモデル事業担当者との全6回にわたる委員会の議論と、2020年8月～12月に5地域合計24回の実践の結果から共通性を基に導き出したものである。

オランダのアムステルダムモデルのミーティングセンターと比較すると、センターミーティングと呼ばれる、全体の方向性を話し合う機会を別途設けるのではなく、プログラムの中に「事前・事後のセンターミーティング」が開催される。この理由は、オランダの場合、デイケアサービスに変わるサービスとしてほぼ毎日開催されていることに対し、今回のモデル事業は月1回の活動としているためである。その都度のミーティングにて、事前には当日の活動の話し合い、事後は次回について話し合いを行う。こうした一連の流れの中で、その日の希望をその日に体験することが繰り返されることで受容感、自尊心が高まることを目指している。また、「個別相談やディスカッション」は両者を対象に適宜行われ、家族のみを対象とした「情報提供ミーティング」は、家族同士ディスカッションと情報提供が同時に行われ介護負担感の軽減を図る。日本版ミーティングセンターは、頻度が少ないためにスリム化して行われてはいるが、その地域の文脈にあわせエコロジカルな展開に改編されて試行的に行われている。

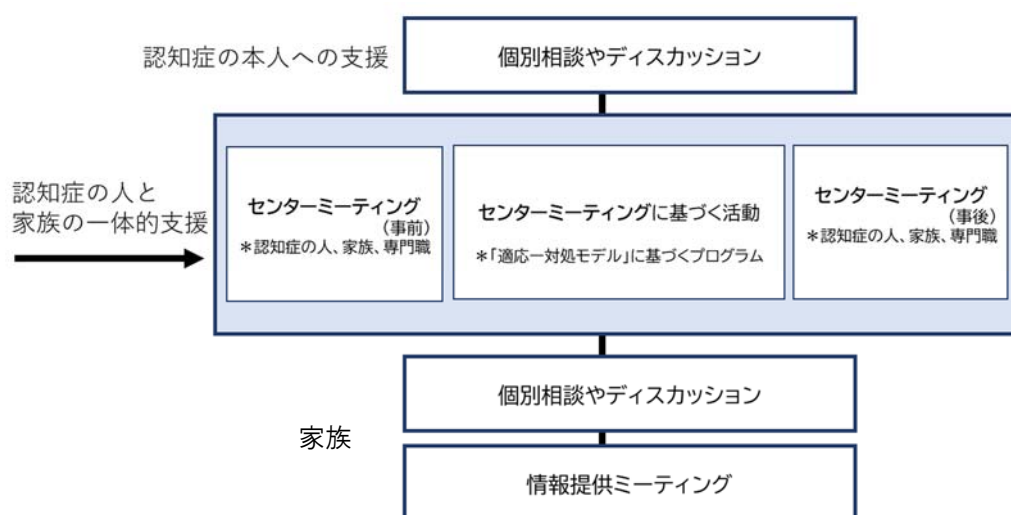


図3-2 ミーティングセンターの構造図

4) 類似する活動との違い

ミーティングセンターを日本に適用する場合には、以下の類似する既存のサービスや社会資源との相違を整理することで理解の助けになると思われる。

① デイサービス・デイケアとの違い

デイサービスでは、主たる対象者は要介護者である。通常、実施されるプログラムが準備されておりそれを選択的に実施する。家族に対してはレスパイト機能としての精神的負担軽減になるものの、直接相談援助を行うことや情報提供を行う機会は限られている。一方、ミーティングセンターにおいては、プログラムは話し合いで決め、実現することでエンパワーメントを促し認知的刺激を得ることを目指す。家族に対しては、一緒にプログラムに参加することも可能である。良好な関係を築く家族との出会いの場

面から、関係性や将来への準備の方法を学び、他者との交流による社会参加機会へつながることが期待できる。

②認知症カフェとの違い

認知症カフェは、介護保険サービスではないインフォーマルな社会資源の一つである。対象者は、認知症の人や家族、専門職だけではなく地域住民も水平な関係で参加していることが特徴である。これにより身近なところで情緒的サポートや情報のサポートが得られ、同時に地域社会の変容を目指すソーシャルサポートの一つと考えられる。ミーティングセンターでは、地域住民は対象者とならない。地域住民はボランティアとしてかかわる場面も見られ、イベント的ではなく毎回のプログラムの中で地域の社会資源や制度を活用しながら再び地域社会や住民との交流の機会を持つ機会を作るところに特徴がある。認知症カフェは、ボランティアが中心に新たなつながりや身近な学びの場を提供するのにに対し、ミーティングセンターでは、より構造的に専門的な社会心理的なサポートが行われる。とはいえ、情報提供などの方法などでは類似する点も多いために、オランダでは「情報提供ミーティング」をアルツハイマーカフェとして行うところもある。その点では、地域の社会資源と密接に結びついて有機的な連携を図っているといえよう。

③認知症家族交流会や本人ミーティング等（ピアサポート）との違い

認知症家族交流会は、同じ悩みを抱える者同士が仲間として、互いの悩みやそれぞれの有する経験の情報交換を行い、これにより自己と向き合い自己に気づき、前に進むきっかけや乗り越える力を得ることを目的に行われる。傾聴が中心であるために、落ち着いた静かな空間が望ましい。ミーティングセンターの対象者は認知症の本人、家族のどちらかではなく、家族単位をピアとして捉えているところが特徴である。最も長い時間を過ごす家族同士が交流の中で、自然にその関係性や距離感を知り、そして気づきをもたらせる場や活動を作っていく。サポートプログラムの一つには、家族だけのディスカッションの機会が設けられており、ピアサポートも得られ、個別の相談も適宜受けられる。このような包括的な支援が提供されるという特徴がある。

④デイサービスやデイケアとの違いを示す先行研究

アムステルダムモデルのミーティングセンターをつくるうえで、重要な研究があった。それはデイケアの参加者と比較し、ミーティングセンターは、介護者に対して、介護負担の軽減、安定した在宅ケアの継続、社会的ネットワークの拡大の効果が確認されていることである。また、認知症の人にとって、本人も周囲も望まない行動（例えば BPSD）の減少、精神的な安定、施設入所までの期間延伸などの肯定的な効果が確認されている。日本においては、こうしたアムステルダムモデルの効果に加え、デイサービスやデイケアでは得られなかった、認知症の初期に生じる「空白の期間」の解消や、そのサービス提供の事業所内だけの効果ではなく、多くの人や団体が参画することでの地域全体の認知症の理解の向上にもつながることを目指している。

3.3 モデル事業対象地域の概要

令和2年度の研究事業においては、従来より認知症の人とその家族の支援に係る社会資源が整っており、積極的に認知症支援体制や地域づくりが行われている下記5つの地域にモデル事業の実施を依頼した。モデル事業実施地域の概要は下記の通りであった。

3.3.1 宮城県仙台市(公益社団法人認知症の人と家族の会宮城県支部等)

概要：人口108万人、地域包括支援センター52カ所、認知症カフェ100カ所（2020年1月時点）、おれんじドアの発祥地でもあり、多くの認知症の本人が活躍する。

本人支援：本人・若年認知症の集い「翼」

家族支援：「翼」での家族相談会（2006年）、定例の家族相談会、看取り終えた方のつどい

相談事業：家族の会電話相談

一体的支援：おれんじドア（2015年）、宮城の認知症を共に考える会

3.3.2 神奈川県平塚市(一般社団法人栄樹会 SHIGETA ハウス)

概要：人口27万5千人（高齢化率24.4%）、地域包括支援センター18カ所、認知症カフェ16カ所（2019年時点）。民家を改修したSHIGETAハウスでは、認知症の本人カフェ、コミュニティカフェ、平塚カフェ（認知症カフェ）、オンラインカフェなど多数開催し、地域の集いの場、学びの場として活動を広げている。

3.3.3 京都府宇治市(一般財団法人宇治市福祉サービス公社等)

概要：人口18万6千人（高齢化率28.7%）、地域包括支援センター6カ所、認知症カフェ7カ所（2019年4月時点）。先駆的な認知症カフェ、本人と家族の協働プロジェクトなど多数。

本人支援：宇治市認知症アクションアライアンス“れもねいど”、認知症当事者の社会参加と就労の場づくりプロジェクト

家族支援：家族支援プログラム（開始2014年）、鈴の音会（OB会）（開始2014年）

相談事業：オレンジドア ノックノックれもん

一体的支援：宇治市認知症アクションアライアンスれもねいど グループミーティング（開始 2017年）宇治市認知症アクションアライアンスれもねいど推進協議会

3.3.4 長野県駒ヶ根市(特定非営利活動法人地域支え合いネット)

概要：人口3万1千人（高齢化率31%）、地域包括支援センター1カ所、認知症カフェ10カ所。特定非営利活動法人地域支え合いネットは、地域住民の有志により設立され、制度のはざまにある支援事業を各種展開。福祉有償運送、介護予防事業、認知症カフェ運営等地域づくりにかかわる事業を行政、住民団体と連携し展開する。

3.3.5 福岡県大牟田市(認知症ライフサポート研究会等)

概要：人口 11 万 4 千人（高齢化率 36.3%）、地域包括支援センター6 カ所、認知症カフェ 12 カ所（2019 年 4 月時点）。認知症ライフサポート研究会の活動から始まり各種活動を幅広く横断的に実施される。

本人支援：ぼやき・つぶやき・元気になる会（2011 年）、認知症本人ミーティング（2018 年）、九州ファイヤ（2014 年、現在は休止）

家族支援：認知症介護家族のための家族会（開始 2002 年）、認知症介護家族のための学習支援（開始 2004 年）

相談事業：ピアカウンセリングプロジェクト（開始 2019 年）、認知症なんでも相談会（開始 2014 年）

一体的支援：ぼやき・つぶやき・元気になる会（2011 年）

3.4 各モデル事業の実施状況

3.4.1 宮城県仙台市(公益社団法人認知症の人と家族の会宮城県支部等)

1)モデル事業の概要

仙台市は、認知症の人と家族の会宮城県支部が実施し、従来から展開される若年性認知症の人の会「翼」(以下、翼)のメニューとしてミーティングセンターを加えて実施した。「翼」の活動は、そもそもが認知症の人と本人が共に参加する活動であり、合唱を中心とした活動であった。この活動に、ミーティングセンターの要素を加え、活動の内容に意味づけをする形式で実施された。

実施された回数と参加者数は表3-4のとおりであった。

表3-4 回数と時間

回数	月日	時間	参加者数	
			認知症の本人	家族
1	2020年8月6日(木)	10:00～15:00	13	18
2	2020年9月17日(木)	10:00～15:00	11	15
3	2020年10月1日(木)	10:00～15:00	10	15
4	2020年11月19日(木)	10:00～15:00	12	17
5	2020年12月3日(木)	10:00～12:15	10	15
6	2021年1月21日(木)	10:00～15:00	12	17

2)主たる運営者の概要

6～8名(内訳:認知症の人と家族の会世話人、音楽指導者、介護福祉士、認知症ケア専門士)

3)協力者、連携先

仙台市、地域包括支援センター、作業療法士会、介護保険施設、認知症疾患医療センター

4)会場

仙台市南光台市民センター(大会議室、和室)

5)プログラムの展開例

表3-5 仙台市のスケジュール

時間	スケジュール	参加者の活動や役割
AM 9:30	運営者打ち合わせ	手消毒 マスク着用確認 検温 (ボランティア) 会場セッティング (本人、家族、運営者、ボランティア)
10:30	「センターミーティング」(一体的支援) ・全体でのあいさつと予定確認後それぞれ分かれてミーティングを行う。 (本人のミーティング:本人支援) ・詩や民話を鑑賞など思い思いの活動を行う (家族ミーティング:家族支援) ・介護者の相談に対応する	ファシリテーターが担当し本日の予定を共有 ファシリテーターが本人の会話を促す

12:00	昼食準備と昼食(一体的支援) ・感染予防のため飲み物、昼食は各自持参 密を避けての昼食	マスク着用で談笑交流
PM 12:50	センターミーティングに基づく「活動」(一体的支援) ・合唱と簡単な運動を行う	指揮(認知症の本人の役割) 合唱指導とピアノ伴奏(音楽指導者)
14:00	「センターミーティング」(一体的支援) ・持参のお茶、用意提供のお菓子で、リラックスしながらの話し合いと情報交換 ・次回についての話し合い	お菓子の用意(運営者) 用意したお菓子は各自取りに行く (参加者)
15:00	終了	

6) センターミーティングに基づく活動内容

- ・ミニゲーム
- ・寸劇や詩、音楽等の鑑賞
- ・アート制作(フラワーアレンジメント、ダルマ作り等)
- ・ディスカッション(認知症スクリーニングについて、夏祭り企画)
- ・合唱

3.4.2 神奈川県平塚市(一般社団法人栄樹会 SHIGETA ハウス)

1)モデル事業の概要

平塚市では、民家を改修した SHIGETA ハウスにて開催された。運営は一般社団法人栄樹会である。SHIGETA ハウスでは、認知症の人や家族、専門職が集い、さまざまな活動がなされており、その活動の一つである「平塚カフェ（認知症カフェ）」の一部をミーティングセンターとして援用して展開された。この活動に、ミーティングセンターの3つの要素を加え、従来の活動の内容に意味づけがなされた。

実施された回数と参加者数は表 3-6 のとおりであった。

表 3-6 回数と時間

回数	月日	時間	参加者数	
			認知症の本人	家族
1	2020 年 8 月 11 日 (火)	11 : 00～15 : 30	2	4
2	2020 年 9 月 8 日 (火)	11 : 00～15 : 30	3	5
3	2020 年 10 月 13 日 (火)	11 : 00～15 : 30	4	7
4	2020 年 11 月 10 日 (火)	11 : 00～15 : 30	3	5
5	2020 年 12 月 22 日 (火)	11 : 00～15 : 30	2	3
6	2021 年 1 月 26 日 (火)	11 : 00～15 : 30	3	4

2)主たる運営者の概要

3～10 名（内訳：医師、看護師、保健師、精神保健福祉士、介護保険事業所運営者など）

3)協力者、連携先

介護保険施設・事業所、医療機関、認知症疾患医療センター等

4)会場

SHIGETA ハウス（民家を改修）

5)プログラムの展開例

表 3-7 平塚市のスケジュール

時間	スケジュール	参加者の活動や役割
AM 11 : 00	運営者打ち合わせ	会場セッティング (スタッフ、ボランティア)
11 : 00	「センターミーティング」(一体的支援) ・それぞれ集合し挨拶も兼ねて自由に会話を 楽しむ。その中からやってみたいことなど を聞きとる。	運営スタッフが会話のきっかけを作 り全員で話をする。
12 : 00	昼食準備と昼食(一体的支援)	全員で準備をして参加する

PM 1 3 : 0 0	「センターミーティング」(一体的支援) ・ コーヒーを飲みながら近況報告や活動内容について話をする。	ミーティングに参加する人、個別相談を行う人など個別に対応する
1 4 : 0 0	「家族ミーティング」(家族支援) ・ 個別に家族介護者の相談に対応する 「センターミーティングに基づく「活動」(一体的支援) ・ 楽器演奏、園芸、アクティビティや創作活動など	医師や専門職が別の部屋で相談に乗る。認知症の本人は、他の参加者とともに活動を行う
1 5 : 0 0	「センターミーティング」(一体的支援) ・ 振り返りと次回の希望などについて話し合う	
1 5 : 3 0	終了	

6)センターミーティングに基づく活動内容

- ・ ウクレレ演奏や鑑賞
- ・ 木彫り彫刻
- ・ 掃除や園芸
- ・ オセロ、空手
- ・ 料理
- ・ 絵画の展示

3.4.3 京都府宇治市(一般財団法人宇治市福祉サービス公社等)

1)モデル事業の概要

宇治市では平成 25 年度から初期認知症総合相談支援事業が始まり、認知症カフェ（れもんカフェ）や認知症初期集中支援チーム、市民啓発、家族支援等に一体的に取り組まれてきた。

れもんカフェを中心に本人・家族がつながり、カフェを通して本人・家族の声や活動が地域に広がり、その声が当時の市長を動かし、平成 27 年 3 月 21 日に全国初の市長宣言「認知症の人にやさしいまち・うじ」が発せられている。また、「宇治市認知症アクションアライアンス“れもねいど”」を立ち上げ、医療・福祉だけでなく、認知症の人の生活に関わる様々な業態の参加の元、認知症の人にやさしいまち実現に向けた基盤が整備された。その後、れもねいど加盟企業、団体の支援を得て本人・家族のグループミーティングや就労支援事業「しごとれもん」といった本人・家族を中心とした活動へと発展してきた。更に平成 30 年には宇治市内に京都府の創発モデルとして診療所と常設型認知症カフェを有する京都認知症総合センターが誕生し、宇治市の取り組みとも連携が図られている。宇治市ではこうした初期からの支援を通して、本人・家族双方の視点に立った活動を大切にしており、これらの取り組みに参加される本人・家族からなる当事者チーム「れもんの仲間」の存在がある。また、共に認知症施策を進める過程で本人・家族の言葉を通して、家族が認知症の診断を受け、そこから認知症を受け入れ、認知症と共に歩み、乗り越えていく過程を旅に例えた「旅のしおり」が作られている。認知症という旅が第 1 段階の「個として認知症に向き合う不安や恐怖の時期」、第 2 段階の「仲間や支援者と出会い、認知症と共に生きることへの不安や恐怖が軽減される時期」、そして第 3 段階の「認知症とともに生きる知恵や技術を得て認知症をオープンにし、地域の中で生きていく時期」からなること等が記載されたものである。とりわけ第 1 段階から第 2 段階における、いわゆる空白の期間（具体的なサポートが受けられず、本人・家族が孤独な期間）をできるだけ短くするために、診断直後からのサポートが受けられる体制づくりがなされているところである。具体的には宇治市の事業として、れもんカフェや、初期集中支援チーム、本人・家族の就労の場。京都府立洛南病院の若年性認知症デイケアとしてテニスや卓球のプログラムがフォーマルなサポートとして展開されている一方、本人と家族がれもねいど（宇治市版の認とも）の協力を得て卓球教室や農園、外出の機会等のインフォーマルの場が整備された。更に、京都認知症総合センターでは当事者によるピアサポートの場「ノックノックれもん」が開催。以上のように、宇治市は、認知症カフェの取り組みや、本人の活躍の場づくり、本人発信や地域への啓発に積極的に取り組んできた背景があり社会資源が豊富である。宇治市においては、認知症カフェ運営を行うことをミーティングセンターの活動に据え、従来の社会資源の連携を図りつつミーティングセンターモデル事業が展開された。

実施された回数と参加者数は表 3-8 のとおりであった。

表 3-8 回数と時間

回数	月日	時間	参加者数	
			認知症の本人	家族
1	2020 年 8 月 8 日(土)	10:00～15:30	4	4
2	2020 年 9 月 12 日(土)	10:00～15:30	3	5
3	2020 年 10 月 10 日(土)	10:00～15:30	7	7
4	2020 年 11 月 14 日(土)	10:00～15:30	5	6
5	2020 年 12 月 12 日(土)	10:00～15:30	6	7
6	2021 年 1 月 9 日(土)	10:00～15:30	6	7

2)主たる運営者の概要

5～6名（内訳：認知症のご本人・ご家族、社会福祉士、宇治市認知症コーディネーター、認知症専門医、地域包括支援センター職員）

3)協力者、連携先

地域包括支援センター、認知症当事者交流会、市役所、介護保険施設・事業所、医療機関、認知症疾患医療センター等

4)会場

京都認知症総合センターの認知症カフェ、福祉会館（新型コロナウイルス感染症の影響で変更）

5)プログラムの展開例

表 3-9 宇治市のスケジュール

時間	スケジュール	参加者の活動や役割
AM 10:00	運営者打ち合わせ 「センターミーティング」(一体的支援) ・やってみたいこと、やりたいこと今日のこ と将来的なことも含め話し合う。	会場セッティング（スタッフ） 運営スタッフが会話のきっかけを作り全員で話をする。時にサイコロなどを用いてエピソードトークを行う。
11:30 12:00	昼食準備と昼食(一体的支援) ランチタイム	近隣のスーパーと一緒に買い出しに行くこともある。
PM 13:00	センターミーティングに基づく「活動」(一体的支援) 個別相談(認知症の本人支援) 個別相談(家族支援) ・れもんカフェ（認知症カフェ）の準備を行う。	・新型コロナウイルスの影響で、タブレットを用いたオンラインカフェを開催した。手順の説明など実施。 ・カフェの中で適宜、本人支援、家族支援が行われる
15:30	終了 ・れもんカフェ(認知症カフェ)の終了	・全員で片付けを行う

6)センターミーティングに基づく活動内容

- ・買い物
- ・認知症カフェの準備
- ・テニス
- ・ボールゲーム
- ・カードゲーム
- ・ビンゴ
- ・音楽鑑賞
- ・タブレット端末の操作と活用

3.4.4 長野県駒ヶ根市(特定非営利活動法人地域支え合いネット)

1)モデル事業の概要

駒ヶ根市の特定非営利活動法人地域支え合いネットは、地域住民の有志により設立され、制度のはざまにある支援事業を各種展開しており、その事業は福祉有償運送、介護予防事業、認知症カフェ運営等等多岐にわたる。駒ヶ根市のミーティングセンターは、これまで実施してきた地域に根差した各種事業展開の中で出会った、一人の若年性認知症の男性の居場所づくりからスタートしている。その希望に応えるために週1回開催しており、その内の1回をミーティングセンター「Tomoni」としてスタートした。本人も家族もスタッフも皆が「メンバー」とあるという考え方にに基づき、水平で対等な関係であることで本人、家族もよりリラックスでき、「お世話をされる」ではなく主体的にやりたいことができる環境づくりを行っている。

ミーティングセンターモデル事業として実施された回数と参加者数は表3-10のとおりであった。

表 3-10 回数と時間、参加者数

回数	月日	時間	参加者数	
			認知症の本人	家族
1	2020年8月4日(火)	10:00～13:30	3	3
2	2020年9月1日(火)	10:00～13:30	3	3
3	2020年10月6日(火)	10:00～13:30	2	2
4	2020年11月10日(火)	10:00～13:30	3	3
5	2020年12月1日(火)	10:00～13:30	4	3
6	2021年1月12日(火)	10:00～13:30	3	3

2)主たる運営者の概要

約6名(内訳:介護福祉士、栄養士、看護師、保健師、認知症サポーター、おれんじネットフレンズ(ボランティア団体)、地域の音楽ボランティアの方、地域住民など)

3)協力者、連携先

認知症疾患医療センター、地域包括支援センター、認知症当事者交流会、行政関係者等

4)会場

一軒家の一部を利用

5)プログラムの展開例

表 3-11 宇治市のスケジュール

時間	スケジュール	参加者の活動や役割
AM 10:00	運営者準備 参加者集合	会場セッティング (スタッフ、ボランティア) 簡単な検温や健康チェック
10:10	「センターミーティング」(一体的支援) ・簡単な挨拶ののち、話題提供や近況報告を行い、これから行いたいこと、演奏してみたい楽曲などを話し合う。	運営スタッフが会話のきっかけを作り全員で話をする。

10:15	「センターミーティングに基づく「活動」(一体的支援) ・楽器演奏や外出、陶芸など会話をしながら楽しむ	地域の音楽演奏ボランティアも参加する。
PM 12:00	昼食準備と昼食(一体的支援) 「家族の個別相談」(家族支援) ・昼食後家族の個別相談なども行う。	ミーティングに参加する人、個別相談を行う人など個別に対応する
12:40	全員で片付け	
13:00	「センターミーティング」(一体的支援)	本日の振り返り、次回から行いたいことなどについて話し合いをする。
13:30	終了	

6)センターミーティングに基づく活動内容

- ・音楽を楽しむ時間
- ・バスハイク
- ・陶芸
- ・買い物
- (希望が出ている活動)

畑作業 (ハロウィン用カボチャ栽培)、ボッチャ、そば打ち、本人も一緒に昼食づくり・ウクレレ演奏や鑑賞

3.4.5 福岡県大牟田市(認知症ライフサポート研究会等)

1)モデル事業の概要

大牟田市は、従来から認知症の人の声に耳を傾け、認知症になっても安心して暮らせるまちづくりを推進してきた。その活動の中心となってきたのが認知症ライフサポート研究会の活動であり、大牟田市内の認知症に関わる施設・事業所と行政、地域住民が協力して人材育成とその後の活動を支えてきた。具体的には、本人支援では、ぼやき・つぶやき・元気になる会(2011年)、認知症本人ミーティング(2018年)等があり、家族支援では、認知症介護家族のための家族会(2002年)、認知症介護家族のための学習支援(2004年)等がある。こうした積み上げられた活動の延長線上に今回のミーティングセンターの活動がある。ミーティングセンターには、認知症ライフサポート研究会の代表の地域密着型小規模多機能ホームの地域交流スペースが会場となった。

今回のモデル事業においては、当初計画では6回開催する予定であったが、8月の初回は、豪雨災害の影響で中止となり、5、6回目は、会場が介護保険事業所であったために、新型コロナウイルス感染症拡大の影響を受けて3回の実施にとどまった。

ミーティングセンターモデル事業として実施された回数と参加者数は表3-12のとおりであった。

表 3-12 回数と時間、参加者数

回数	月日	時間	参加者数	
			認知症の本人	家族
1	豪雨災害のため中止			
2	2020年9月25日(金)	10:00～13:30	7	3
3	2020年10月30日(金)	10:00～13:30	7	3
4	2020年11月27日(金)	10:00～13:30	6	1
5	感染症予防対策のため中止			
6	感染症予防対策のため中止			

2)主たる運営者の概要

約7名(内訳:認知症地域支援推進員、地域包括支援センター職員、行政職員など)

3)協力者、連携先

認知症疾患医療センター、地域包括支援センター、認知症当事者交流会、行政関係者等

4)会場

地域密着型居小規模多機能ホーム 地域交流スペース

5)プログラムの展開例

表 3-13 大牟田市のスケジュール

時間	スケジュール	参加者の活動や役割
AM		会場セッティング (スタッフ、ボランティア)
9:30	運営者準備	簡単な検温や健康チェック
10:00	参加者集合	

10:00	「センターミーティング」(一体的支援) ・簡単な挨拶と参加者の自己紹介	・ホワイトボードやメモを用いてそれぞれのこれからやりたいことを聞き取り話し合う。
10:30	「センターミーティングに基づく活動」(一体的支援)	・全員で活動を楽しむ
PM 12:00	昼食準備と昼食(一体的支援) 「家族の個別相談」(家族支援) 「本人の個別相談」 ・昼食時、本人、家族の個別相談なども行う。	ミーティングに参加する人、個別相談を行う人など個別に対応する
12:45	「センターミーティング」(一体的支援) ・次回やりたいこと、これからやりたいことを話し合う	
13:00	「センターミーティング」(一体的支援)	本日の振り返り、次回から行いたいことなどについて話し合いをする。
13:30	終了	

6) センターミーティングに基づく活動内容

- ・歌を歌う
- ・散策
- ・新幹線を見る
- ・ボーリング
- ・ドライブ
- ・俳句を詠む
- ・買い物
- ・外食

4. 認知症の人と家族の一体的支援プログラムの モデル事業の分析

4. 認知症の人と家族の一体的支援プログラムのモデル事業の分析

4.1 モデル事業のプロセス評価

モデル事業のプロセス評価として、参加人数とプログラム定量的評価を行う。表 4-1 は、本事業におけるモデル事業5地域（宇治市、駒ヶ根市、平塚市、仙台市、大牟田市）の参加者数の平均と総参加者数を示したものである。今回のモデル事業では各地域6か月間実施され延563人が参画した。一体的な支援プログラムであり、認知症の本人、家族がほぼ同数の参加と、その人たちを取り巻く多くのステークホルダーの参画が得られていることがわかる。

表4-1 モデル事業の参加者数(5地域)

		認知症の人(数)	家族(数)	専門職(数)	その他(数)	参加総数(延)	平均総参加者数
宇治市	平均人数	5.17	6	5.17	0.67	104	17.33
	実施回数	6	6	6	6		
駒ヶ根市	平均人数	3	2.83	2.67	6.17	88	14.67
	実施回数	6	6	6	6		
平塚市	平均人数	2.83	4.67	8.33	3.67	117	19.5
	実施回数	6	6	6	6		
仙台市	平均人数	11.33	16.17	5	2.67	211	35.17
	実施回数	6	6	6	6		
大牟田市	平均人数	6.67	2.33	5.33	0	43	14.33
	実施回数	3	3	3	3		
合計	平均人数	5.7	6.85	5.3	2.93	563	20.85
	総実施回数	27	27	27	27		

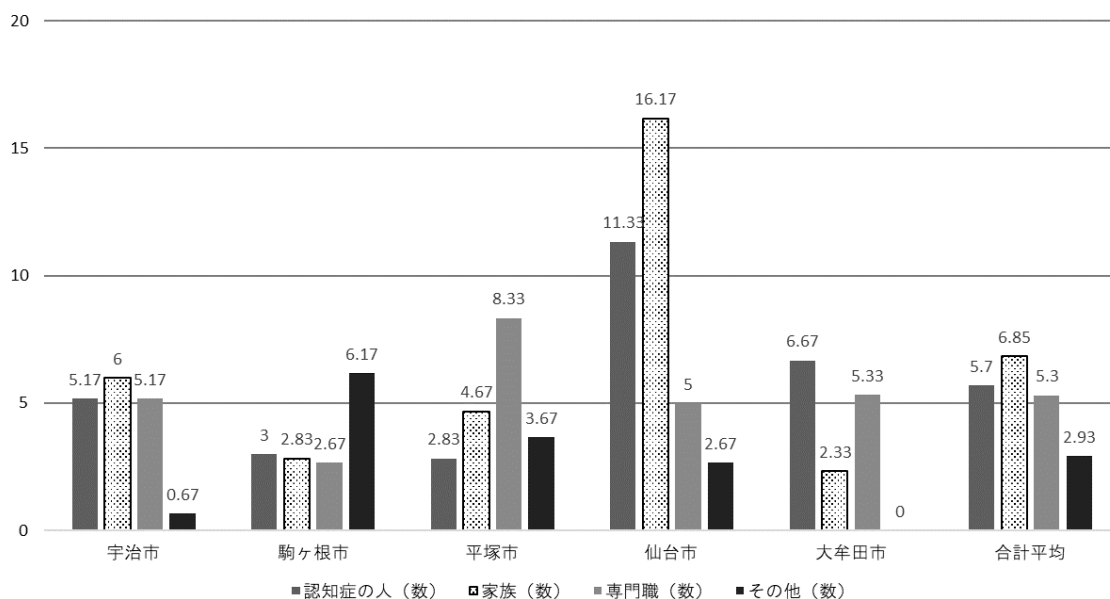


図 4-1 モデル事業の参加者数(5 地域)

表 4-2 は、モデル事業の参加者数の平均を示したものである。モデル事業の初年度であることから各地域の参加者は少数であるが、新たな事業を進めるうえで、認知症の本人と家族 5 組程度の運営からスタートすることが妥当であることが明らかになった。

表4-2 モデル事業の参加者平均(5地域の合計)

	最小値	最大値	総参加者数	平均値	標準偏差
認知症の人参加者数	2	13	154	5.7	3.462
家族介護者参加者	1	18	185	6.85	5.34
専門職参加者数	2	12	143	5.3	2.672
その他参加者数	0	10	79	2.93	2.731
総参加者数	11	38	563	20.85	8.934

4.2 モデル事業の目的達成のためのプログラム評価項目

本事業において認知症の人と家族の一体的支援プログラムのモデル事業を実施するにあたり、適応－対処モデル（Adaptation-Coping model）をもとに事業設計を行い日本に適応させることを試みた。

適応－対処モデルは、オランダで実証研究をする中で導き出されたモデルであり、3つのサポートの要素を「本人支援」「家族支援」「一体的支援」と設定して実施し、実践的、感情的、社会的それぞれ適応に向けた7つの実践メニューによって達成しようとするものである。すべての要素がバランスよく配置されることが必要であり、これらによって不確実な将来を見据え、再び活性化し再社会化し、そして再創造的活動につながることを目指している。

これらの点を踏まえ、モデル事業実施者には、次の要素を踏まえてプログラムのメニューに当てはめていただくよう依頼した（表4-3）。

表 4-3 モデル事業の3つのサポートの要素

A①認知症の人の意見を聞き主体的なアクティビティなどの活動を設ける【本人支援】
目標：同じ境遇の認知症の人との出会い、自己決定機会の保証と主体的な活動参加によるエンパワメント
内容の具体例
・ 認知症の人に活動への希望や意見を聞く機会を設ける（トークセッション） ・ 認知症の人のこれまで行ってきた運動や活動、仕事を知り反映する ・ 軽運動の選択肢を提示し話し合う（ウォーキング、農作業、ボッチャ、ゲーム、ガーデニング、アート活動、読書、ヨガ、音楽活動や音楽鑑賞など）
A②家族の相談などによる心理的支援と情報提供などの教育的支援機能を持つ【家族支援】
目標：同じような境遇にある家族同士の出会い、介護者のこころの健康、同じ経験の者同士の繋がりづくりと学びあいによる関係性の調整などピアサポート機能の発揮
内容の具体例
・ ピアサポートの時間を設ける（体験の共有、悩みの共有と助言） ・ 情報提供の時間（ミニ講話の企画やカフェへの参加等でも可） ・ 認知症カフェへの訪問
A③認知症の本人と家族が共に活動する時間を設け、それには他の家族や地域との交流も含む【本人・家族の一体的支援：地域も含め】
目標：社会、介護関係者、専門職との出会い。それぞれの関係やつながりの再構築を行い社会的、家族関係の適応を図る。
内容の具体例
・ アクティビティへの参加 ・ 数か月に一回は外出などを行う ・ 昼食を一緒に食べる（ランチミーティングの開催） ・ 認知症カフェへの訪問

表 4-4 は、認知症の人と家族の一体的支援プログラムの目的を達成するために、求められる 7 つの実践メニューである。「実践的適応」は、認知症の本人が、認知症によって日常生活の中で直面する困難な状況や場面について、適応するための方法を自ら考え選択する体験や経験の中で学びエンパワーメントすることであり、家族にとっては、プログラムと一緒に参加するなかで認知症の介護について自然な雰囲気の中で、専門職と相談できる関係づくりにつながり実践に活用できる知識や技術を身に付ける機会となっている。「感情的適応」は、認知症の本人は、リラックスする時間の中、様々な理解者との交流によって当事者同士がこれからについて前向きに話し合う機会を作ることである。家族にとっては、緊張を緩和し、認知症の人が普段の生活では見せない生き生きとした主体的に活動する姿や表情を見ることで、客観的に自己を見つめ将来のことを考えたり、相談したり、気づいたりする機会を提供する。「社会的適応」では、個人ではできなかった地域とのつながり、新たな家族同士の出会いなど、これまで認知症によってあきらめてしまったり分断してしまったりしていた社会資源や人的資源との出会いをもたらすプログラムである。

表 4-4 サポート達成のための 7 つの実践メニュー

B①実践的適応1: 認知症によって生じる課題を解決する

- ・ 自らでプログラムを選択する。軽運動の実施、認知的な刺激を得る活動（ゲームやレク）

B②実践的適応2: 専門家とのポジティブな関係構築

- ・ 専門職からの情報提供、個別や集団の相談支援

B③感情的適応1: 感情や心理面のバランスの維持

- ・ リラックスの時間（音楽を聴く、お茶やコーヒータイム、食後の団欒）

B④感情的適応2: ポジティブな自己イメージの維持

- ・ 自分が参加できる、参加したい活動を表明しそれに参加し自信を獲得する

B⑤感情的適応3: 将来への備えや計画

- ・ できることや、これからやりたいことを話し認められる機会

B⑥社会的適応1: 家族や友人との関係の継続

- ・ 参加者相互のサポート、情報交換

B⑦社会的適応2: 地域の中のさまざまなサービスやサポートへのアクセス

- ・ 認知症カフェへの参加、地域活動へ参加、介護保険サービスの利用

4.3 モデル事業の目的達成のためのプログラム評価の結果

4.3.1 全体のプログラム評価

適応 - 対処モデル (Adaptation-Coping model) をもとに事業設計を行い日本に適応させることを試みた。

適応－対処モデルは、オランダで実証研究をする中で導き出されたモデルであり、モデル事業では、3つのサポートの要素を「本人支援」「家族支援」「一体的支援」と設定して実施し、実践的、感情的、社会的それぞれ適応に向けた7つの実践メニューを提示し実践していただき運営者に記入を依頼した。

表4-5は、上記に基づき実践された、モデル事業で実施したサポート要素とメニューをカウントしたものである。それぞれの数字は、全モデル事業の平均値を算出したものである。平均値は、1回のプログラムで、どの要素が行われたかをカウントした平均である。例えば、「3つのサポート」の「本人支援」では、1回のプログラムで「2.78回」この要素が含まれていたことを示している。

なお、4つのモデル事業実施地域である仙台市、駒ヶ根市、平塚市、宇治市は令和2年8月～令和3年1月まで月1回、合計6回開催したが、大牟田市は、豪雨災害と新型コロナウイルス感染症の影響を受けて3回の実施にとどまった。

表4-5 一体的支援プログラムの3つの要素と7つの実践

		モデル事業総回数	最小値	最大値	総実施数	平均値	標準偏差
3つのサポート	認知症の人の主体的なアクティビティ 【本人支援】	27	0	10	75	2.78	2.242
	家族の心理的支援と情報提供 【家族支援】	27	0	4	33	1.22	1.086
	認知症の本人と家族が共に活動 【一体的支援】	27	1	12	90	3.33	2.675
7つの実践メニュー	実践的適応1 認知症によって生じる課題解決	24	0	9	58	2.42	1.976
	実践的適応2 専門家とのポジティブな関係構築	24	0	4	33	1.38	1.469
	感情的適応1 感情心理面のバランス維持	24	0	4	48	2	1.142
	感情的適応2 ポジティブな自己イメージ維持	24	1	6	59	2.46	1.382
	感情的適応3 将来の備え計画	24	0	7	41	1.71	1.517
	社会的適応1 家族友人との関係継続	24	1	7	64	2.67	1.404
	社会的適応2 地域のサービスやサポートへのアクセス	24	0	2	18	0.75	0.737

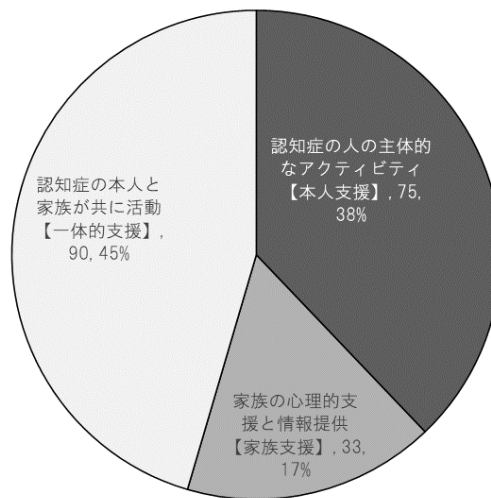


図 4-2 1 回のプログラム中の 3 つのサポート要素の実施回数(総数)

図 4-2 は、1 回のプログラムの中で、「本人支援」「家族支援」「一体的支援」のうち、どのサポート機能を有していたかを、運営者が記録したものをカウントし算出したものである。結果、「一体的支援」が全体の 45%を占めていることが明らかになった。一体的支援の中核的なプログラムである両者の話し合いの時間である「センターミーティング」が必ず含まれていること、またそれに基づく活動も両者一緒に参加することによる結果が反映していると推察される。

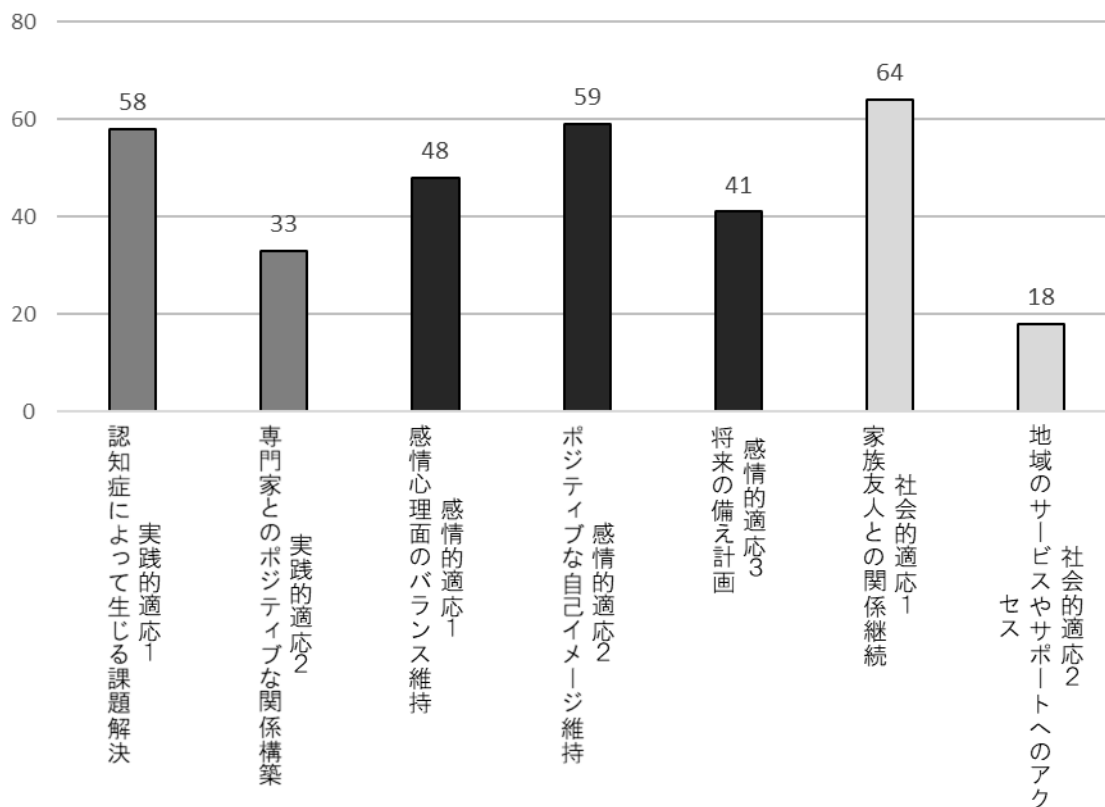


図 4-3 1 回のプログラム中の7つの実践メニューの実施回数(総数)

図 4 - 3 は、3 つのサポート要素に基づき、実践的、感情的、社会的それぞれの適応に向けた 7 つの実践メニューを提示し実践されたプログラムについて運営者が記入したものをカウントしたものである。

結果、社会的適応 1 家族友人との関係継続が最も多く、次いで感情的適応 2 ポジティブな自己イメージ維持、実践的適応 1 認知症によって生じる課題解決の順となった。話し合いを行うことでの、自分ができること「自己効力感」の向上に結び付くプログラムが多く展開されていたことが要因であると思われる。一方、社会的適応 2 地域のサービスやサポートへのアクセスが最も実施率が少ない。この背景には、モデル事業が今年度からスタートしていることもあり、参加者の関係構築が中心であると同時に、新型コロナウイルス感染症の影響によって地域社会とのつながりを作ることが難しいことが影響しているものと思われる。

4.3.2 モデル事業実施地域ごとのプログラム評価

表4-6、図4-3は、1回のプログラムの中で、「本人支援」「家族支援」「一体的支援」のうち、どのサポート機能を有していたかを、モデル事業実施地域別に運営者が記録したものをカウントし1回のプログラム中の平均値を算出したものである。結果、平塚市は「一体的支援」の割合が他の地域より多い傾向が明らかになった。一方、駒ヶ根市は、「一体的支援」の割合が他地域より少なく、「本人支援」の割合が多かった。この背景として、それぞれの地域の多様な特徴が表れていること、サポート要素の選定への特徴があることなどが考えられる。

表4-6 モデル事業地域ごとの3つのサポート要素実施状況

	モデル事業 実施回数	認知症の人の主体的 なアクティビティ 【本人支援】	家族の心理的支援と 情報提供 【家族支援】	認知症の本人と家族 が共に活動 【一体的支援】
宇治市	6	1.33 ±0.516	1 ±0.632	2.33 ±0.816
駒ヶ根市	6	1.83 ±0.408	0.33 ±0.516	1 ±0
平塚市	6	1.5 ±0.837	1.17 ±1.472	2.83 ±1.329
仙台市	6	4 ±0.894	2 ±1.095	4.67 ±2.16
大牟田市	3	7.67 ±2.517	2 ±0	8.33 ±3.512
全体平均	5.4	2.78 ±2.242	1.22 ±1.086	3.33 ±2.675

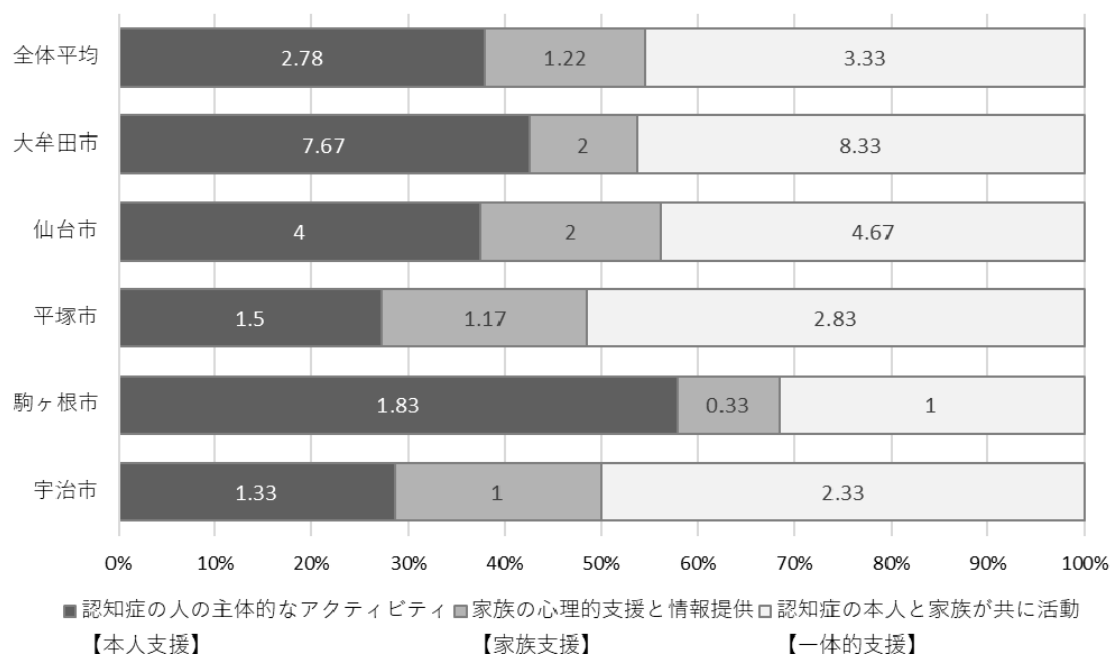


図4-3 モデル事業実施地域ごとの3つのサポート要素実施状況

表4-7、図4-4は、3つのサポート要素に基づき、実践的、感情的、社会的それぞれの適応に向けた7つの実践メニューの1回の平均実施回数を算出したものである。

結果、実践的適応1認知症によって生じる課題解決を実施している地域が最も多く、その中でも大牟田市が実施する割合が高い。次いで、社会的適応1家族友人との関係継続が最も多く、これも大牟田市の割合が高い傾向がある。この要因として、実施者の主観的な判断による記入となってしまったことが影響していると考えられる。一方、社会的適応2地域のサービスやサポートへのアクセスが最も実施されていない傾向が明らかになった。これらの背景には、モデル事業が今年度からスタートしていることもあり、参加者の関係構築が中心であると同時に、新型コロナウイルス感染症の影響によって地域社会とのつながりを作ることが難しいことが影響しているものと思われる。

表4-7モデル事業実施地域ごとの7つの実践メニュー実施状況(1回平均)

	実践的適応1 認知症によって 生じる課題解決	実践的適応2 専門家とのポジ ティブな関係構築	感情的適応1 感情心理面の バランス維持	感情的適応2 ポジティブな自己 イメージ維持	感情的適応3 将来の備え計画	社会的適応1 家族友人との関 係継続	社会的適応2 地域のサービス やサポートへの アクセス
宇治市	1 ±0.632	1.17 ±1.472	1.67 ±0.816	1.67 ±1.033	1.17 ±0.753	1.83 ±0.408	0.83 ±0.408
駒ヶ根市	1.83 ±0.408	0 ±0	1.83 ±0.983	1.83 ±0.408	1.67 ±0.516	1.83 ±0.753	0 ±0
平塚市	3 ±0	4 ±0	4 ±0	2 ±0	2 ±0	2 ±0	2 ±1.17
仙台市	2 ±0.894	1.33 ±1.033	1.5 ±1.225	3.5 ±1.225	0.67 ±0.516	3.83 ±1.722	0 ±0.408
大牟田市	6.67 ±2.517	2 ±0	2 ±0	3.67 ±2.517	4.67 ±2.517	4.33 ±0.577	0 ±0
全体平均	2.42 ±1.976	1.38 ±1.469	2 ±1.142	2.46 ±1.382	1.71 ±1.517	2.67 ±1.404	0.75 ±0.737

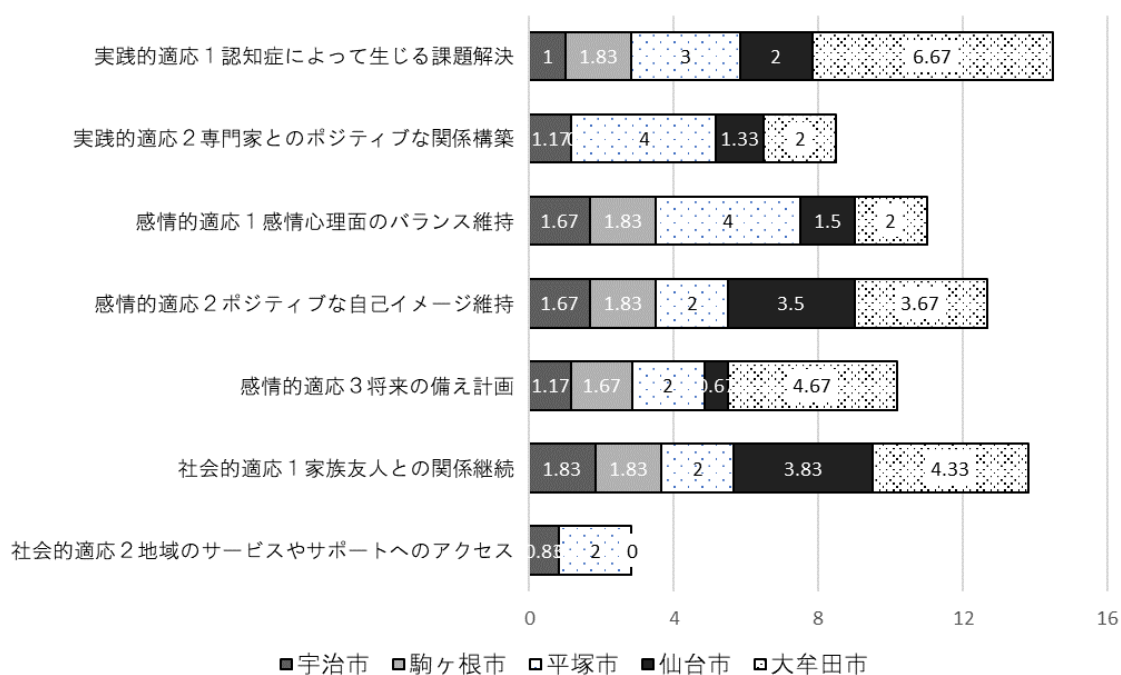


図4-4 モデル事業実施地域ごとの7つの実践メニュー実施状況(平均)

5. 認知症の人と家族の一体的支援プログラムの モデル事業の効果

5. 認知症の人と家族の一体的支援プログラムのモデル事業の効果

5.1 一体的支援プログラムとデイサービス比較(家族)

5.1.1 属性の比較

①比較対象者の人数

表 5-1 は、効果分析の対象となった家族介護者の地域別の人数である。なお、モデル事業実施地域の家族は 22 名 (42.5%) であり、非介入群は 31 名 (58.5%) であった。非介入群であるデイサービスは、通常のデイサービスと認知症デイサービスを利用する要介護者の家族であった。

表5-1 分析対象者の人数(地域)

	度数	割合(%)
モデル事業:仙台市	6	11.3
モデル事業:平塚市	3	5.7
モデル事業:駒ヶ根市	3	5.7
モデル事業:宇治市	7	13.2
モデル事業:大牟田市	3	5.7
非介入群:デイサービス	31	58.5
合計	53	100.0

②比較対象者の基本属性(非介入群との比較)

表 5-2 は、分析対象者の基本属性の平均値を比較したものである。平均年齢では、介入群 70.14 歳、非介入群 64.35 歳で非介入群のほうが若い傾向である。被介護者の年齢では、介入群 70 歳、非介入群 82.48 歳で非介入群のほうが年齢が高い。これは、介護者の属性による差である。介護期間では、介入群が 54.3 か月に対し非介入群は 39.37 か月で介入群が短い。一か月の介護費用（介護保険サービスの利用料）の比較では、介入群が 23,005 円に対し非介入群は 57,338 円で非介入群のほうが費用が高い。

表5-2 介護者の属性(非介入群との比較)

		介護者年齢	被介護者年齢	介護期間	一か月の介護費用
モデル事業MC	平均値	70.14	70.00	54.30	23005.26
	度数	22	22	20	19
	標準偏差	6.57	10.19	34.09	26231.67
デイサービス	平均値	64.35	82.48	39.37	57269.23
	度数	31	31	27	26
	標準偏差	10.40	10.53	30.57	57338.68

(モデル事業 MC=モデル事業で実施したミーティングセンターの略：以下同)

③性別の比較

表 5-3、図 5-1 は、分析の対象となった家族介護者の性別の比較である。介入群であるモデル事業実施地域が男性 5 名（22.7%）、非介入群であるデイサービス利用家族介護者は男性 8 名（25.8%）であり男女比はほぼ同率であった。

表5-3 介護者の性別（非介入群との比較）

	男性	女性	合計
モデル事業MC	5	17	22
	22.7%	77.3%	100.0%
デイサービス	8	23	31
	25.8%	74.2%	100.0%

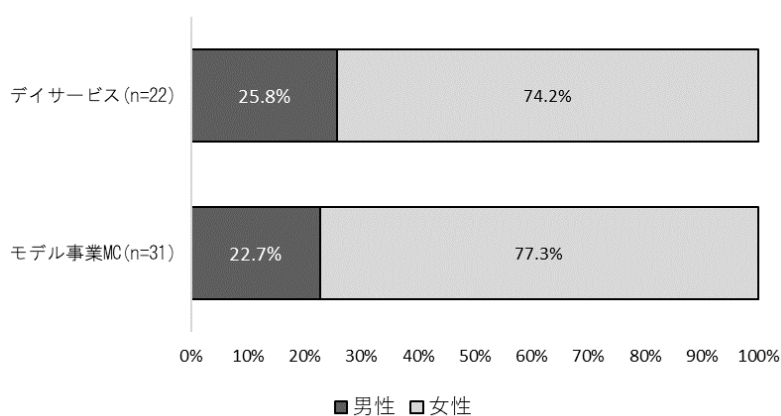


図 5-1 介護者の性別（非介入群との比較）

④続柄の比較

表 5-4、図 5-2 は、家族から見た介護を必要とする人の続柄の比較である。夫を介護する家族介護者の割合で差異が生じており、介入群であるモデル事業実施地域は「夫」15 名（68.2%）で最も多く、非介入群では「実母」が 14 名（46.7%）で最も多い傾向であった。これらより、介入群は夫婦間の介護が多く、非介入群は親子による介護が多い傾向が示された。

表5-4 介護を必要とする人の続柄（非介入群との比較）

	妻	夫	実父	実母	義父	義母	きょうだい	息子	合計
モデル事業MC	5	15	0	0	0	0	1	1	22
	22.7%	68.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.5%	4.5%	100.0%
デイサービス	3	8	2	14	1	1	1	0	30
	10.0%	26.7%	6.7%	46.7%	3.3%	3.3%	3.3%	0.0%	100.0%

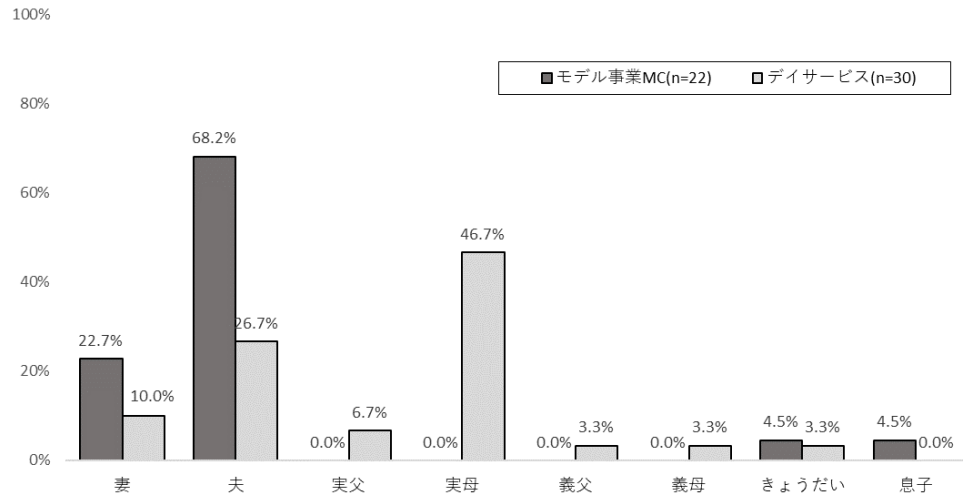


図 5-2 被介護者との続柄(非介入群との比較)

⑤世帯状況の比較

表 5-5、図 5-3 は、対象者の世帯構成の比較である。介入群、非介入群ともに夫婦のみの世帯が最も多い傾向であった。

表5-5 介護者の世帯状況(非介入群との比較)

	単身世帯	夫婦のみ世帯	夫婦と未婚の子世帯	ひとり親と未婚の子世帯	三世代同居	その他世帯	合計
モデル事業MC	1 4.5%	15 68.2%	3 13.6%	1 4.5%	1 4.5%	1 4.5%	22 100.0%
デイサービス	1 3.2%	15 48.4%	7 22.6%	2 6.5%	2 6.5%	4 12.9%	31 100.0%

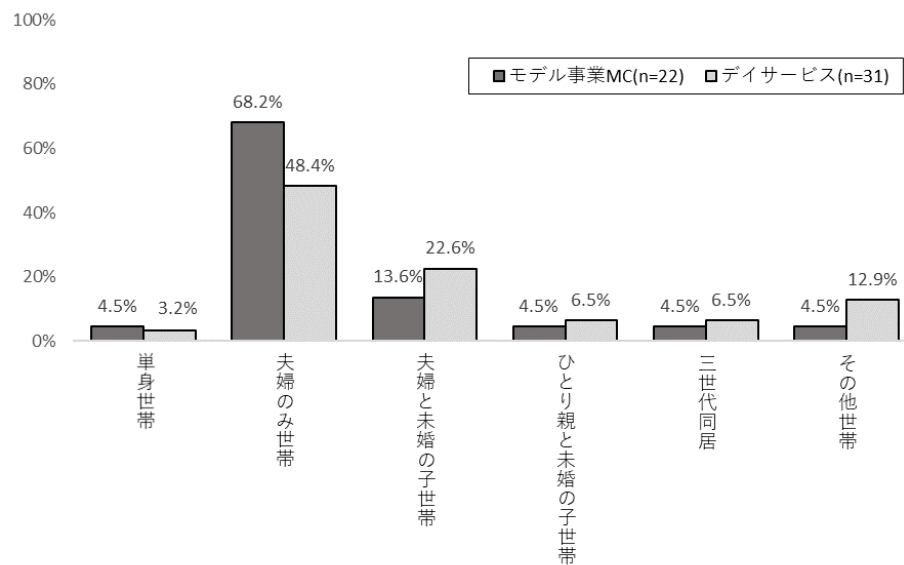


図 5-3 世帯状況(非介入群との比較)

⑥就労状況の比較

表 5-6、図 5-4 は、対象者の就労状況の比較である。介入群、非介入群ともに「主婦・夫」が最も多い傾向であった。また非介入群のほうが、「正規雇用」4 名（12.9%）、「非正規雇用」5 名（16.1%）であり就労している割合が高いことが明らかになった。

表5-6 介護者の就労状況（非介入群との比較）

	正規雇用	非正規雇用	自営業	休職中	失業中	主婦・夫	その他	合計
モデル事業MC	1	2	0	0	0	17	2	22
	4.5%	9.1%	0.0%	0.0%	0.0%	77.3%	9.1%	100.0%
デイサービス	4	5	4	1	1	13	3	31
	12.9%	16.1%	12.9%	3.2%	3.2%	41.9%	9.7%	100.0%

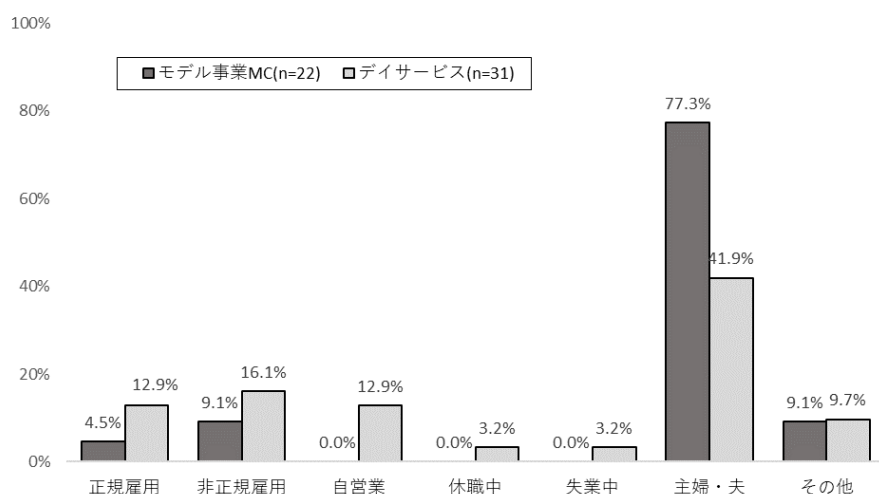


図 5-4 就労状況（非介入群との比較）

⑦要介護度の比較

表 5-7、図 5-5 は、対象者が介護する人の要介護度の状況の比較である。両者ともに「要介護 1」が最も多く、介入群が 7 名（35%）、非介入群が 12 名（38.7%）であった。次いで、「要支援 1」であり、介入群が 4 名（20%）、非介入群が 6 名（19.4%）と続く。介入群、非介入群の要介護度はほぼ同割合であった。

表5-7 被介護者の要介護度（非介入群との比較）

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	なし	合計
モデル事業MC	4	0	7	2	1	2	1	3	20
	20.0%	0.0%	35.0%	10.0%	5.0%	10.0%	5.0%	15.0%	100.0%
デイサービス	6	1	12	3	3	5	1	0	31
	19.4%	3.2%	38.7%	9.7%	9.7%	16.1%	3.2%	0.0%	100.0%

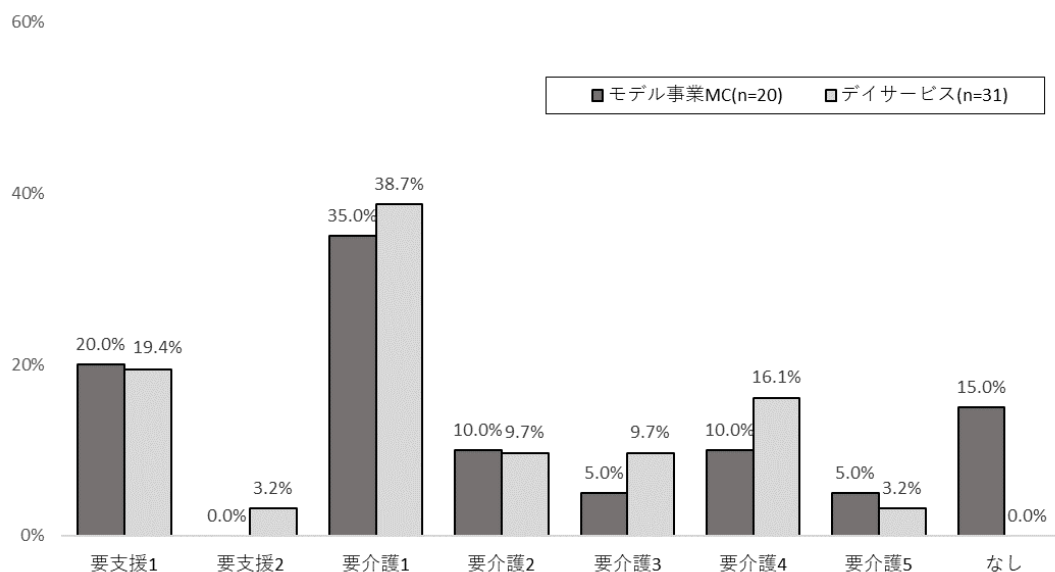


図 5-5 要介護度(非介入群との比較)

⑧就労状況の比較

表 5-8、図 5-6 は、対象者が介護する人の認知症の診断名の比較である。両者ともに「アルツハイマー型」が最も多く、介入群が 17 名 (77.3%)、非介入群が 17 名 (56.7%) であった。次いで介入群では「血管性」が 2 名 (9.1%) であり、非介入群では「不明」が 6 名 (20%) と続いた。

表5-8 被介護者の認知症の診断名(非介入群との比較)

	アルツハイマー型	血管性	レビー小体型	前頭側頭型	混合型	不明	合計
モデル事業MC	17 77.3%	2 9.1%	0 0.0%	1 4.5%	0 0.0%	2 9.1%	22 100.0%
デイサービス	17 56.7%	3 10.0%	2 6.7%	1 3.3%	1 3.3%	6 20.0%	30 100.0%

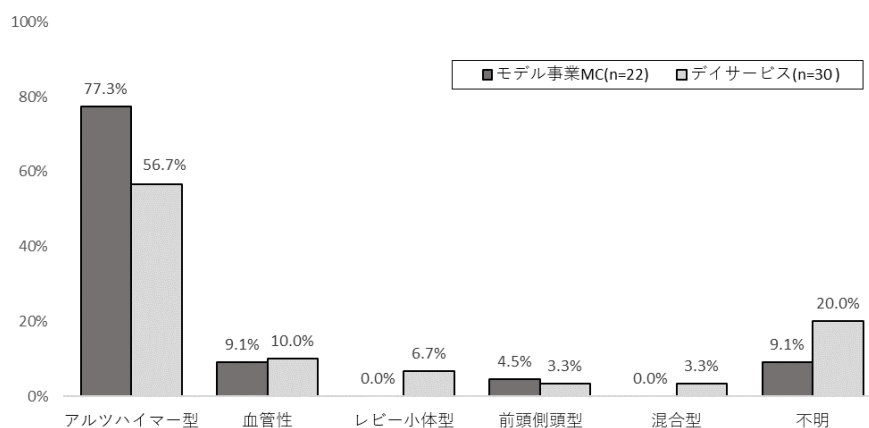


図 5-6 被介護者の認知症の診断名

⑨家族会への参加状況

表 5-9 は、対象者が地域で開催されている家族会の参加状況を比較したものである。介入群と非介入群を比較すると、介入群の参加は 12 名（60%）で、非介入群の参加は 1 名（3.2%）である。このことから、介入群の方が家族会参加割合が高いことが明らかになった。

表5-9 家族会への参加（非介入群との比較）

	参加している	参加していない	合計
モデル事業MC	12	8	20
	60.0%	40.0%	100.0%
デイサービス	1	30	31
	3.2%	96.8%	100.0%

⑩地域活動への参加状況とソーシャルサポート数

表 5-10 は、地域活動の参加有無、表 5-11 は、地域交流や人的交流などのソーシャルサポート数について示したものである。地域活動への参加有無では、介入群の方が 13 名（61.9%）であり地域活動に参加している割合が高い。ソーシャルサポートに関する項目を比較したところ、地域活動に関する参加状況では「参加する地域活動の数」「地域活動の一か月の参加回数」では、介入群が高い結果であった。また、人との交流の頻度では、「1 時間以内に住んでいる身近な人の数」は、介入群が多いものの、「ここ一か月で同居者以外の方との交流回数」「ここ一か月の友人や親族との電話回数」では非介入群の方が多いことが明らかになった。

表5-10 地域活動への参加（非介入群との比較）

	参加している	参加していない	合計
モデル事業MC	13	8	21
	61.9%	38.1%	100.0%
デイサービス	11	18	29
	37.9%	62.1%	100.0%

表5-11 介護者の地域交流、人的交流の概要（非介入群との比較）

		参加する地域活動の数	地域活動の一か月の参加回数	1時間以内に住んでいる身近な人の数	ここ一か月で同居者以外の方との交流回数（週平均）	ここ一か月の友人や親族との電話回数（週平均）
モデル事業MC	平均値	2.14	5.46	2.41	10.62	4.36
	度数	14	13	22	21	22
	標準偏差	1.10	2.88	2.17	8.95	4.27
デイサービス	平均値	2.00	3.70	2.00	12.02	5.27
	度数	11	10	29	28	26
	標準偏差	1.10	3.53	2.56	20.34	6.32

⑪ライフイベント

表5-12は、対象者の過去1年のライフイベントについて比較したものである。介入群では「家族の死」5名（25%）で最も多く、次いで「新たな介護保険サービスの利用」10%であった。一方、非介入群では、「新たな介護保険サービスの利用」8名（25.8%）で最も多く、次いで「家族の死」6名（19.4%）であった。

表5-12 過去一年のライフイベント(非介入群との比較)※複数回答

	配偶者の死	家族の死	別居生活	世帯員の増員	引越し	離婚	家族の健康問題	けがや事故	新たな介護保険サービスの利用	その他
モデル事業MC	0	5	0	0	0	0	1	1	2	2
	0.0%	25.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%	5.0%	10.0%	10.0%
デイサービス	0	6	0	2	2	0	5	4	8	6
	0.0%	19.4%	0.0%	6.5%	6.5%	0.0%	16.1%	12.9%	25.8%	19.4%

⑫介入群と非介入群の属性の整理

介入群と非介入群の属性の比較を行った結果、男女比、世帯構成、就労状況、被介護者の要介護度、認知症の診断名では同じ比率であった。一方、介護者の年齢、介護期間、家族会の参加状況は介入群が高い傾向があり、一か月の介護費用では非介入群の方が高い傾向であることが明らかになった。

5.1.2 介護肯定感尺度得点の介入群・非介入群の比較

表5-13、図5-7は、本事業参加介護者による今の介護に対する肯定的な評価を測定する尺度である自己肯定感尺度の得点について比較したものである。この尺度で測定できる介護の肯定感とは、肯定的な評価のことであり尺度開発を行った広瀬らは、次のように定義している。「介護を通じて得られる介護そのものへの肯定的な見方や介護役割に対する肯定的な評価、介護を通じて生じる要介護高齢者に対する肯定的な感情、介護を通して得られる学びや自己成長感、などで構成される評価」であり、これらを3つの下位尺度によって構成した。回答選択肢は、「とてもそう思う（4点）」～「まったくそう思わない（1点）」の4件法であり、点数が高くなるほど肯定的評価が高くなるように設定されている。なお、内容妥当性と信頼性（内的一貫性）はすでに確認されている尺度である（広瀬美千代，岡田進一，白澤政和，家族介護者の介護に対する認知的評価と要介護高齢者のADLとの関係；介護に対する肯定・否定両側面からの検討，生活科学研究誌，2004；3：227-36）。介入群と非介入群では介入によって高齢者との親近感および肯定感に影響及ぼす可能性が示唆された。

表5-13 介護肯定感得点平均点の比較

	下位尺度 自己成長感		下位尺度 介護役割充足感		下位尺度 高齢者への親近感		介護肯定感総得点	
	平均得点	標準偏差	平均得点	標準偏差	平均得点	標準偏差	平均得点	標準偏差
モデル事業MC(n=20)	9.25	1.682	17.36	4.100	11.70	2.536	38.45	7.030
デイサービス(n=31)	10.19	2.750	17.55	2.173	7.58	1.608	35.32	4.867

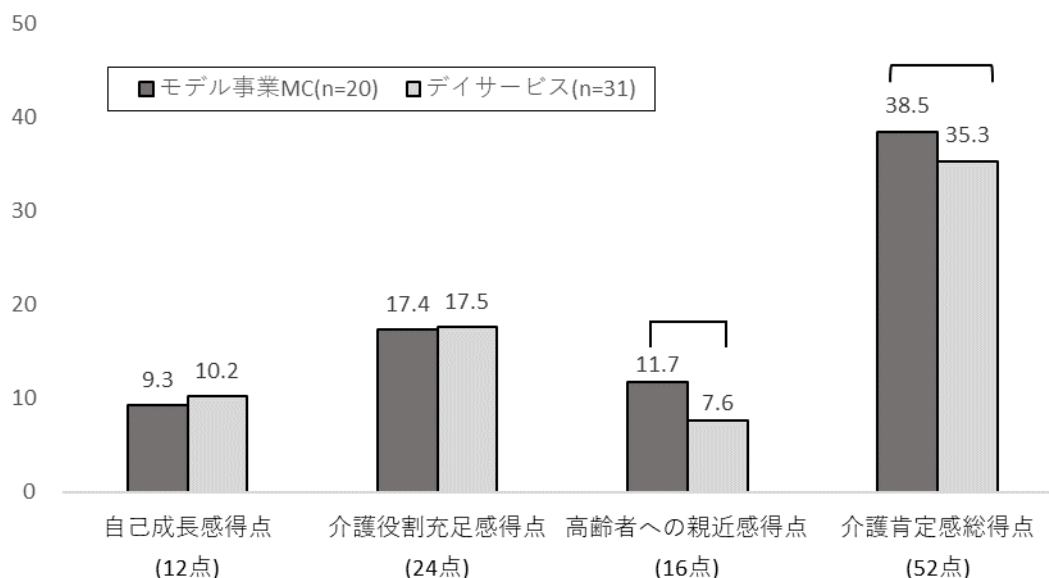


図 5-7 介護肯定感得点平均点の比較

5.1.3 ソーシャルサポート得点の介入群・非介入群の比較

表5-14、図5-8は、本事業参加介護者の現在のソーシャルサポートの状況について、評価尺度 DSSI-J (Duke Social Support Index - Japanese Version: 以下 DSSI-J) を用いて比較したものである。DSSI-Jは、ソーシャルサポートを主観的に評価できる質問紙調査であり、「手段的サポート」「情緒的サポート」「認識・評価的サポート」の3つの下位尺度（サブスケール）からなり、5件法にて回答することでソーシャルサポートの受領について評価が可能である。なお、得点が高いほどソーシャルサポートの受領の広さ、深さが評価できる。

表5-14 DSSI-J得点平均点の比較

	下位尺度 手段的サポート		下位尺度 情緒的サポート		下位尺度 認識・評価サポート		DSSI-Jの総得点	
	平均得点	標準偏差	平均得点	標準偏差	平均得点	標準偏差	平均得点	標準偏差
モデル事業MC(n=20)	12.10	4.644	18.25	4.529	10.25	2.314	40.60	9.816
デイサービス(n=31)	11.16	4.314	17.71	3.761	9.97	3.016	38.84	9.395

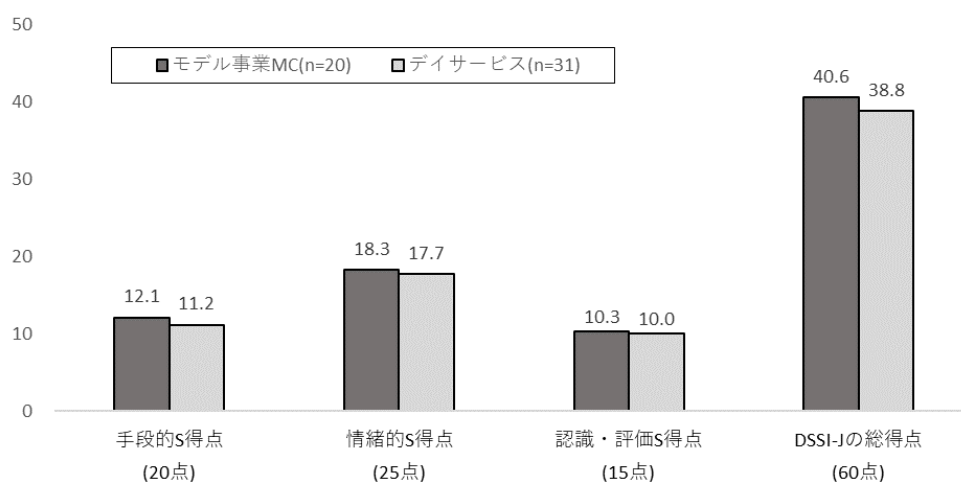


図5-8 ソーシャルサポート得点の比較

5.1.4 BPSD 得点(NPI-Q)の介入群・非介入群の比較

表 5-15、図 5-9 は、本事業参加介護者が介護する被介護者の BPSD の出現状況と、その重症度、負担度を測定するため NPI-Q (Neuropsychiatric Inventory Brief Questionnaire Form) を用いて比較したものである。NPI は、1994 年に Commings らによって開発された評価指標で、妄想、幻覚、興奮、抑うつ、不安、多幸、無為、脱抑制、易刺激性、異常行動の 10 項目の頻度と重症度を評価できる。日本語版は、1997 年に博野らによって作成されておりそれぞれ高い信頼性と妥当性が確認されている。各質問に対して、質問紙法にて評価を実施し情報提供者（介護者）に当てはまるものに○をつけてもらうように教示した。

介入後の値と、非介入群の値について非介入群の方が、重症度、負担度ともに高かった。介入群の方が BPSD の重症度と負担度が低い傾向であった。

表5-15 NPI-QによるBPSDの重症度、負担度の比較

	NPI-Q重症度得点		NPI-Q負担得点	
	平均得点	標準偏差	平均得点	標準偏差
モデル事業MC(n=21)	1.73	2.931	4.24	7.334
デイサービス(n=31)	7.55	6.271	11.42	12.143

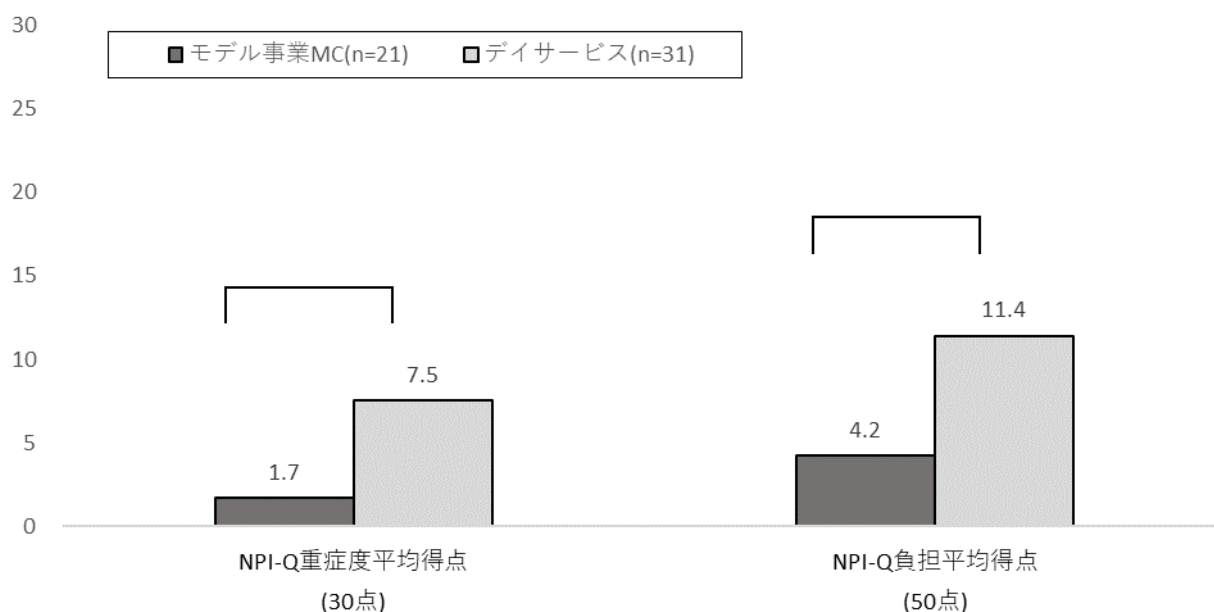


図 5-9 NPI-Q による BPSD の重症度、負担度の比較

次に、表 5-16、図 5-10 は NPI-Q による BPSD の出現数について比較したものである。10 項目の BPSD について比較したところ、すべての項目について、介入群の方が出現数が低いことが明らかになった。

表5-16 BPSD出現数の比較（非適応を除く：複数回答）

		妄想	幻覚	興奮	うつ	不安	多幸	無関心	脱抑制	易刺激性	異常行動
モデル事業MC	出現度数	3	1	6	3	4	2	8	2	4	4
	割合(%)	23.1%	7.7%	46.2%	23.1%	30.8%	15.4%	61.5%	15.4%	30.8%	30.8%
デイサービス	出現度数	15	10	20	14	17	14	21	16	19	14
	割合(%)	50.0%	33.3%	66.7%	46.7%	54.8%	45.2%	67.7%	51.6%	63.3%	46.7%

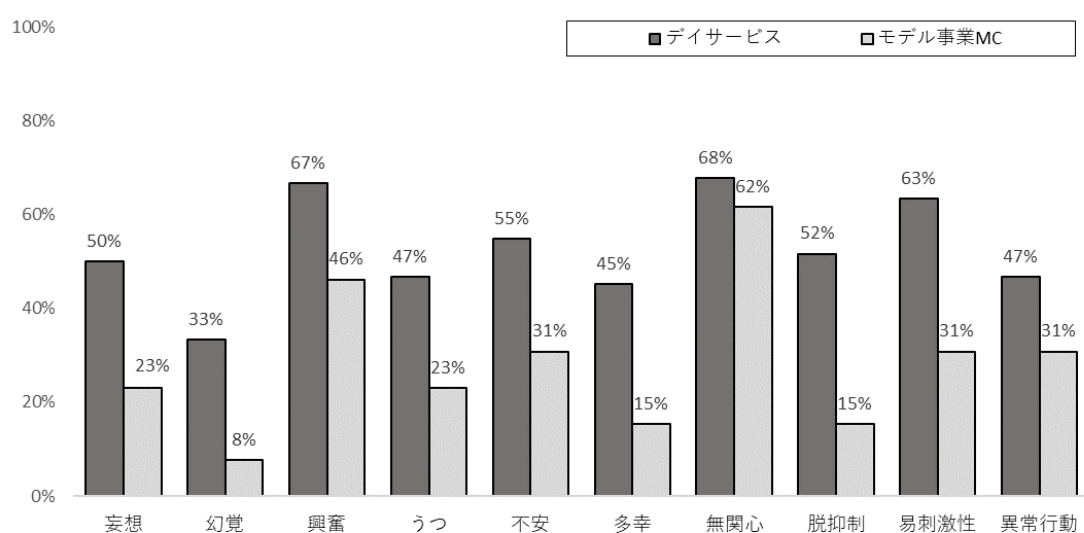


図 5-10 NPI-Q による BPSD の出現数の比較(複数回答)

5.1.5 介入事前・事後の比較(介護肯定感)

表 5-17、図 5-11 は、介入群の介入期間（ミーティングセンター）初回（2020 年 8 月）時と、介入期間事後（2021 年 1 月）で質問紙調査にて、介護者の介護に対する肯定的評価を測定する尺度である自己肯定感尺度の得点について比較したものである。

介入前・後の平均得点について、対応のあるサンプルの t 検定を行った結果、下位尺度および総得点の結果いずれも有意な差は認められなかった。

表5-17 介護肯定感得点平均点の比較

	下位尺度 自己成長感(n=22)		下位尺度 介護役割充足感(n=20)		下位尺度 高齢者への親近感(n=20)		介護肯定感総得点(n=20)	
	平均得点	標準偏差	平均得点	標準偏差	平均得点	標準偏差	平均得点	標準偏差
介入前	8.90	1.997	17.86	3.733	11.15	3.066	37.90	7.933
介入後	9.25	1.682	17.36	4.100	11.70	2.536	38.45	7.030

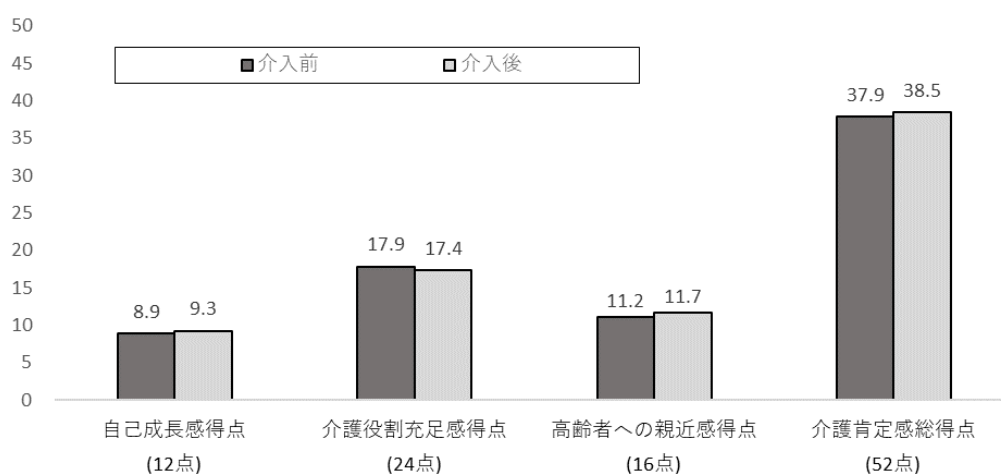


図 5-11 介護肯定感の事前・事後比較

5.1.6 介入事前・事後の比較(ソーシャルサポート)

表 5-18、図 5-12 は、介入群の介入期間（ミーティングセンター）初回（2020 年 8 月）時と、介入期間事後（2021 年 1 月）でソーシャルサポートの状況について、評価尺度 DSSI-J を用いて尺度得点を比較した結果である。

介入前・後の平均得点について、対応のあるサンプルの t 検定を行った結果、下位尺度「手段的サポート」（ $p < 0.01$ $t = -4.27$ $df = 19$ ）は介入による効果が認められた。他の項目は有意な差は認められなかった。これにより、ミーティングセンター参加により、日常生活の助けを受ける量と質が増加していることが示唆された。

表5-18 DSSI-J得点平均点の比較

	下位尺度** 手段的サポート(n=20)		下位尺度 情緒的サポート(n=20)		下位尺度 認識・評価サポート(n=20)		DSSI-Jの総得点(n=20)	
	平均得点	標準偏差	平均得点	標準偏差	平均得点	標準偏差	平均得点	標準偏差
介入前	9.60	4.465	18.90	4.621	9.30	2.849	37.80	10.763
介入後	12.10	4.644	18.25	4.529	10.25	2.314	40.60	9.816

** $p < 0.01$

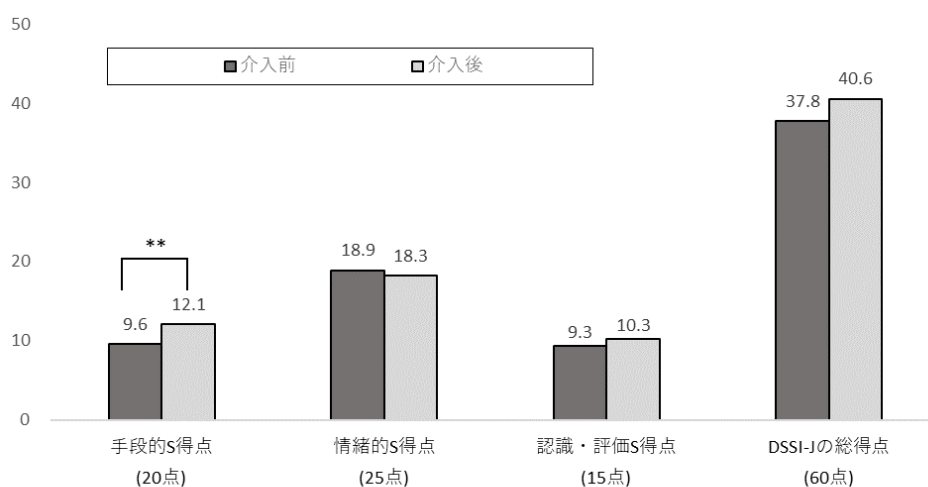


図 5-12 ソーシャルサポート得点の事前・事後比較

5.1.7 介入事前・事後の比較(BPSD)

表5-19、図5-13は、介入群の介入期間（ミーティングセンター）初回（2020年8月）時と、介入期間事後（2021年1月）でNPI-Qを用いてBPSDの状況について比較した。

介入前・後の回答のあった参加者家族の平均得点について、対応のあるサンプルの t 検定を行った結果、NPI-Qの重症度（ $p < 0.01$ $t = -2.87$ $df = 21$ ）について介入による効果が認められた。また、NPI-Qの負担度（n.s. $t = 1.68$ $df = 19$ ）については、有意な差は認められなかったものの介入後に負担度は軽減した。これによりミーティングセンター参加によってBPSDの重症度が軽減することが明らかになった。

表5-19 NPI-Q得点平均点の比較

	NPI-Q重症度得点**		NPI-Q負担得点	
	平均得点	標準偏差	平均得点	標準偏差
事前(n=22)	3.86	3.642	6.85	6.532
事後(n=20)	1.73	2.931	4.45	7.458

** $p < 0.01$

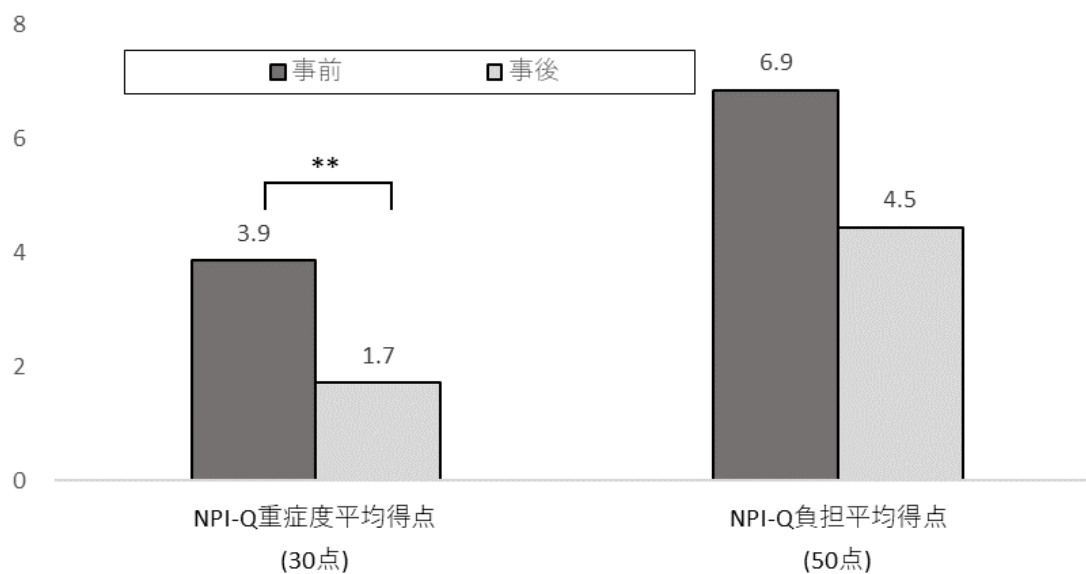


図5-13 NPI-Q得点平均点の比較

次に、表 5-20、図 5-14 は NPI-Q を用いて BPSD の出現数について比較したものである。10 項目の BPSD について比較したところ、「妄想」「不安」「多幸」以外の項目について、介入後の方が出現数が低くなることが明らかになった。

表5-20 BPSDの出現数(介入前後比較)

		妄想	幻覚	興奮	うつ	不安	多幸	無関心	脱抑制	易刺激性	異常行動
事前(n=22)	出現度数	2	4	8	8	7	2	10	2	7	6
	割合(%)	9.1	18.2	36.4	36.4	31.8	9.1	45.5	9.1	31.8	27.3
事後(n=22)	出現度数	3	1	6	3	4	2	8	2	4	4
	割合(%)	13.6	4.5	27.3	13.6	18.2	9.1	36.4	9.1	18.2	18.2

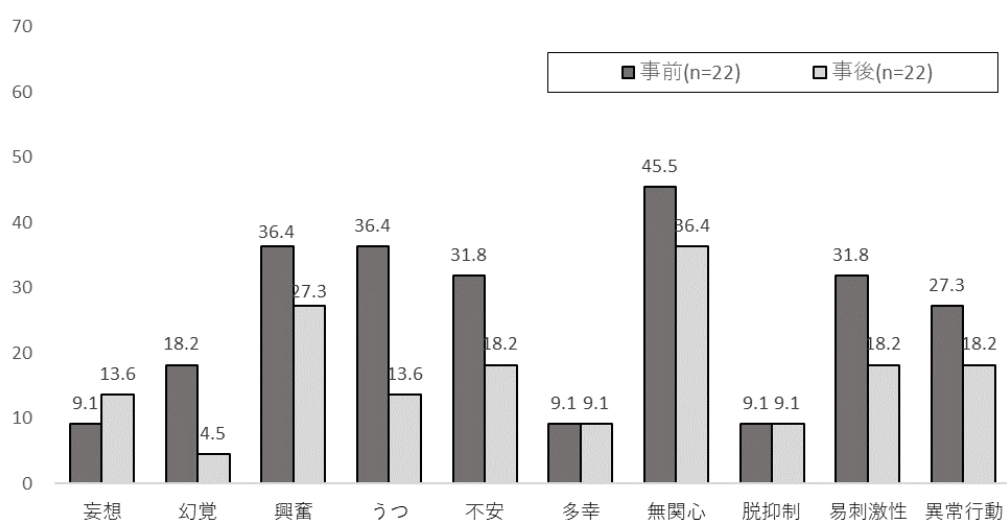


図 5-14 BPSD 出現数平均値の事前・事後比較

5.2 一体的支援プログラムとデイサービス比較(認知症の本人)

5.2.1 属性の比較

①比較対象者の人数

表 5-21 は、効果分析の対象となった認知症である本人のモデル事業実施地域別の人数である。なお、介入群となるモデル事業実施地域の認知症の本人の数は 19 人であり、非介入群となる認知症の人の数 21 人であった。非介入群であるデイサービスは、通常のデイサービスと認知症デイサービスの利用者の中で認知症と診断されている方の抽出を依頼し、各スタッフがヒアリング形式で聞き取りを行い、聞き取った内容をスタッフが記入した。

表5-21 分析対象者の人数(地域)

	度数	割合(%)
仙台市	6	15.0
平塚市	3	7.5
駒ヶ根市	3	7.5
宇治市	4	10.0
大牟田市	3	7.5
非介入群:デイサービス	21	52.5
合計	53	100.0

②比較対象者の基本属性(非介入群との比較)

表 5-22 は、分析対象者の基本属性の平均値を比較したものである。平均年齢では、介入群 71.89 歳、非介入群 83.95 歳で介入群のほうが若い傾向であった。診断から現在までの時期(診断時期:月換算)では、介入群 56.18 か月、非介入群 49.91 か月で介入群のほうが長い。

表5-22 対象者の概要(非介入群との比較)

		年齢	診断時期
モデル事業MC	平均値	71.89	56.18
	度数	18	17
	標準偏差	10.954	60.022
デイサービス	平均値	83.95	49.91
	度数	21	11
	標準偏差	4.489	38.344

③性別の比較

表 5-23、図 5-1 は、認知症の本人の性別を示したものである。介入群であるモデル事業実施地域が「男性」16 名(47.6%)、非介入群であるデイサービス利用者は「男性」10 名(47.6%)であり介入群の方が男性が多い。

表5-23 対象者の性別(非介入群との比較)

	男性	女性	合計
モデル事業MC	16	3	19
	84.2%	15.8%	100.0%
デイサービス	10	11	21
	47.6%	52.4%	100.0%

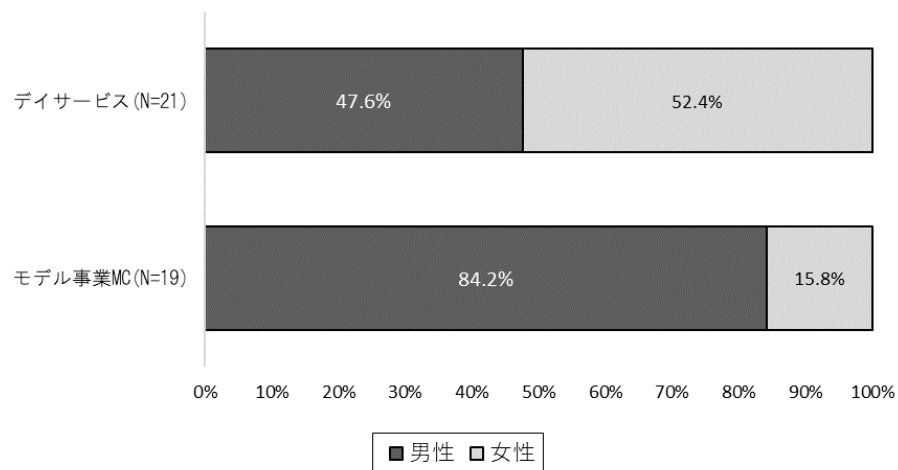


図 5-15 認知症の本人の性別(非介入群との比較)

④同居者の有無(非介入群との比較)

表 5-24、図 5-16 は、認知症の本人の同居者の状況を示したものである。介入群であるモデル事業実施地域はすべてが「同居者あり」18 名（100%）、非介入群であるデイサービス利用者は「同居者あり」13 名（61.9%）であった。介入群であるモデル事業は、認知症の本人と家族の一体的なケアであることがこの数値に影響を及ぼしている。

表5-24 同居者の有無(非介入群との比較)

	同居者あり	同居者なし	合計
モデル事業MC	18	0	18
	100.0%	0.0%	100.0%
デイサービス	13	8	21
	61.9%	38.1%	100.0%

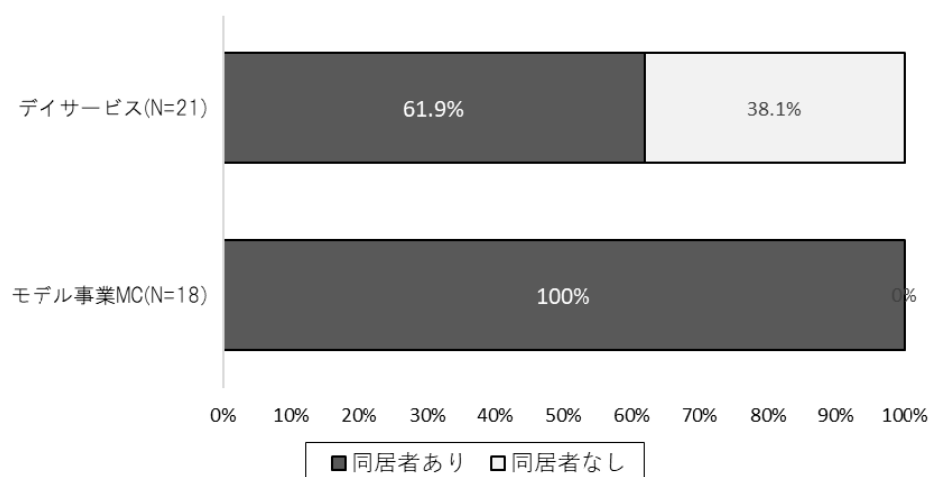


図 5-16 同居者の有無(非介入群との比較)

⑤主たる介護者の続柄(非介入群との比較)

表5-25、図5-17は、認知症の本人の介護者の続柄を示したものである。介入群であるモデル事業実施地域では「妻」14名(73.7%)が最も多く、非介入群であるデイサービス利用者は「息子」7名(33.3%)「妻」7名(33.3%)が多かった。

表5-25 主たる介護者の属性(非介入群との比較)

	妻	夫	実母	娘	息子	その他	合計
モデル事業MC	14	2	1	1	1	0	19
	73.7%	10.5%	5.3%	5.3%	5.3%	0.0%	100.0%
デイサービス	7	0	0	4	7	3	21
	33.3%	0.0%	0.0%	19.0%	33.3%	14.3%	100.0%

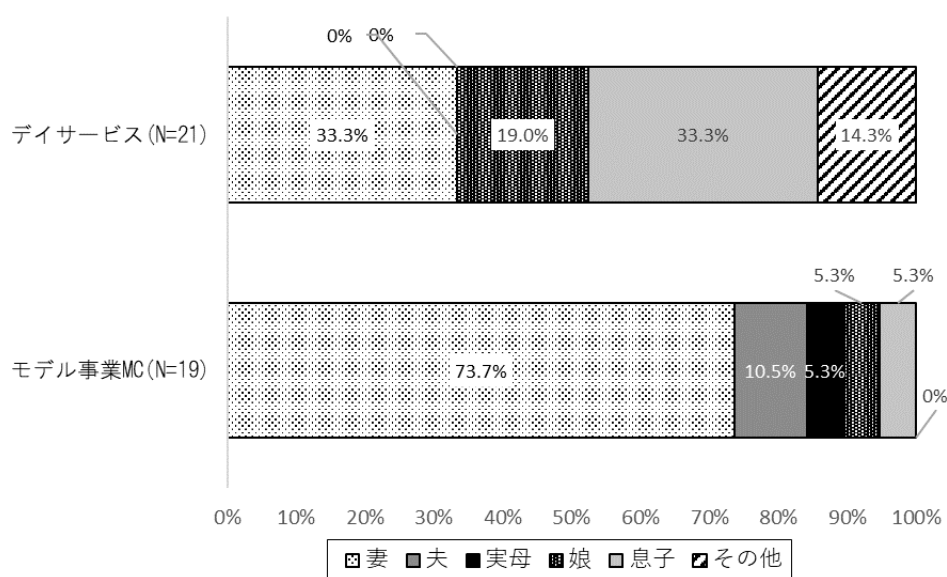


図5-17 介護者の続柄(非介入群との比較)

⑥副介護者の有無(非介入群との比較)

表5-26、図5-18は、自宅での介護を助ける人(副介護者)の有無を示したものである。介入群であるモデル事業実施地域では「副介護者あり」6名(33.3%)であったのに対し、非介入群であるデイサービス利用者は「副介護者あり」11名(64.7%)で非介入群の方が多いことが示された。

表5-26 副介護者の有無(非介入群との比較)

	副介護者あり	副介護者なし	合計
モデル事業MC	6	12	18
	33.3%	66.7%	100.0%
デイサービス	11	6	17
	64.7%	35.3%	100.0%

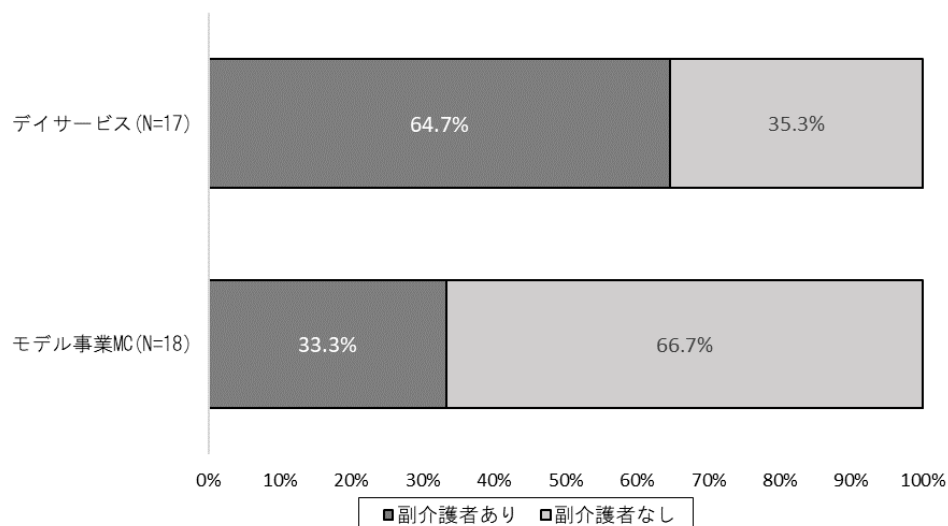


図 5-18 副介護者の有無(非介入群との比較)

⑥世帯構成の状況(非介入群との比較)

表 5-27、図 5-19 は、世帯構成の割合である。介入群であるモデル事業実施地域では「夫婦のみ世帯」13 名 (68.4%) が最も多かったのに対し、非介入群であるデイサービス利用者は「単身世帯」6 名 (33.3%) で最も多い結果であった。

表5-27 世帯構成(非介入群との比較)

	単身世帯	夫婦のみ世帯	夫婦と未婚の子世帯	ひとり親と未婚の子世帯	三世代同居	その他世帯	合計
モデル事業MC	1 5.3%	13 68.4%	1 5.3%	2 10.5%	1 5.3%	1 5.3%	19 100.0%
デイサービス	6 33.3%	3 16.7%	1 5.6%	2 11.1%	3 16.7%	3 16.7%	18 100.0%

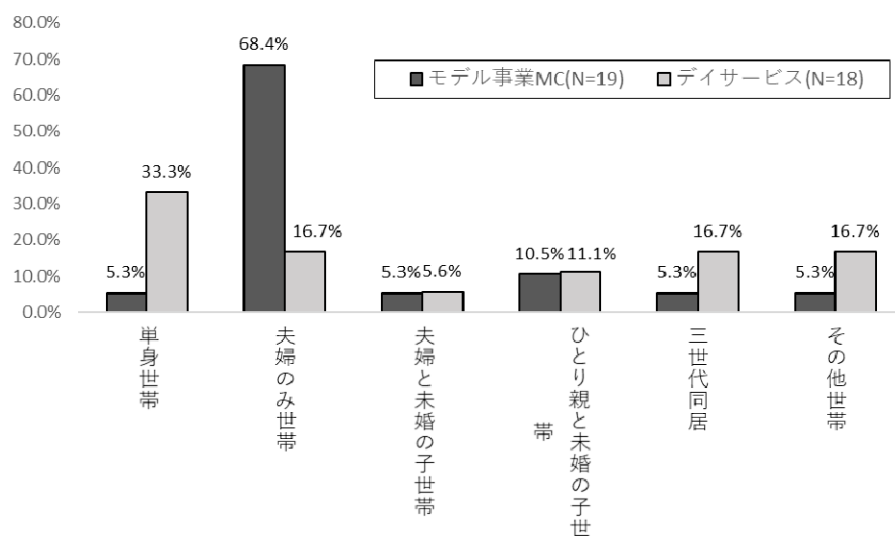


図 5-19 世帯の状況(非介入群との比較)

⑦要介護度の状況(非介入群との比較)

表 5-28、図 5-20 は、認知症の人の要介護度の状況を示したものである。介入群であるモデル事業実施地域では「要介護 1」8 名 (42.1%) が最も多く、同様に非介入群であるデイサービス利用者も「要介護 1」8 名 (44.4%) で最も多い結果であった。しかし、2 番目には、介入群であるモデル事業実施地域では「なし」5 名 (26.3%) で、非介入群であるデイサービス利用者は「要介護 2」5 名 (27.8%) であり、非介入群の方が要介護度が高い傾向が示された。

表5-28 要介護度(非介入群との比較)

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	なし	合計
モデル事業MC	3 15.8%	0 0.0%	8 42.1%	1 5.3%	1 5.3%	1 5.3%	5 26.3%	19 100.0%
デイサービス	1 5.6%	1 5.6%	8 44.4%	5 27.8%	2 11.1%	1 5.6%	0 0.0%	18 100.0%

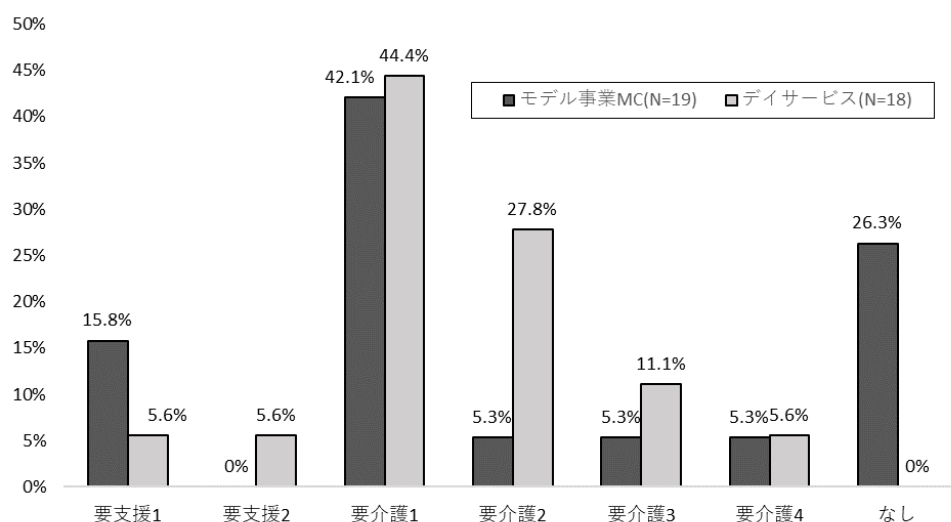


図 5-20 要介護度の状況(非介入群との比較)

⑧認知症の診断名(非介入群との比較)

表 5-29、図 5-21 は、認知症の診断名を示したものである。介入群であるモデル事業実施地域 13 名 (72.2%)、非介入群であるデイサービス利用者 10 名 (50%) で、いずれも「アルツハイマー型」認知症が最も多い結果であった。非介入群は、「不明」5 名 (25%) が含まれていた。なお、「その他の疾患」では、デイサービス利用者の方が多い傾向であった (表 5-30)。

表5-29 認知症の診断名(非介入群との比較)

	アルツハイマー型	血管性	レビー小体型	前頭側頭型	混合型	不明	その他	合計
モデル事業MC	13 72.2%	1 5.6%	1 5.6%	1 5.6%	1 5.6%	0 0.0%	1 5.6%	18 100.0%
デイサービス	10 50.0%	1 5.0%	2 10.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 25.0%	2 10.0%	20 100.0%

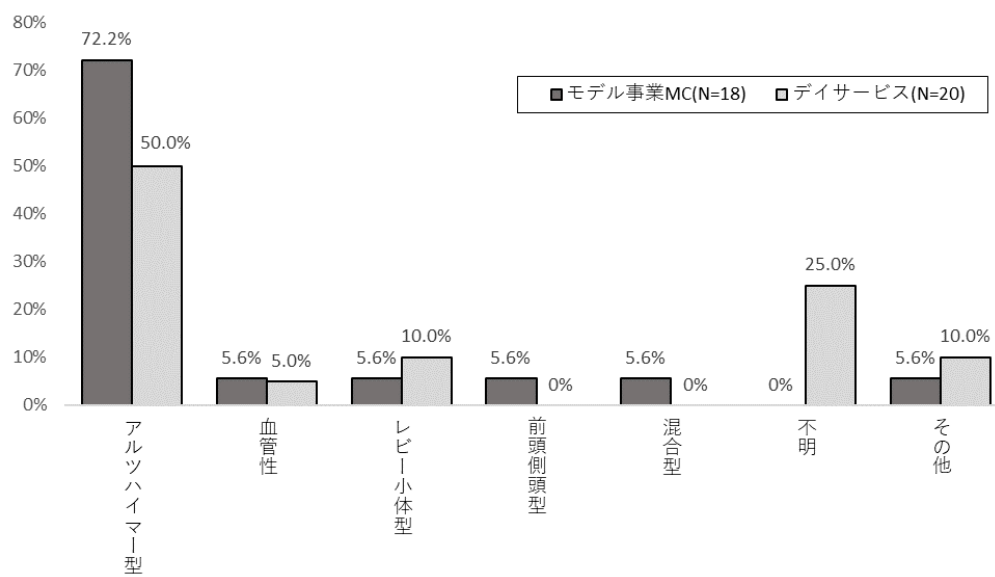


図 5-21 認知症の診断名(非介入群との比較)

表5-30 認知症以外の疾患の有無(非介入群との比較)

	その他疾患 あり	その他疾患 なし	合計
モデル事業MC	12	6	18
	66.7%	33.3%	100.0%
デイサービス	16	4	20
	80.0%	20.0%	100.0%

⑨日常生活自立の状況

表5-31、図5-22は、日常生活の「食事」「入浴」「排泄」「歩行」の4項目に関する自立状況を示したものである。介入群であるモデル事業実施地域では、4項目いずれも「自立」が最も多く、非介入群であるデイサービス利用者では、「食事」「排泄」「歩行」の自立の割合が最も高かったが、「入浴」は一部介助の割合の方が高い結果であった。介入群と非介入群を比較すると、「入浴」「歩行」について、非介入群であるデイサービス利用者の一部介助の割合が高いことが明らかになった。

表5-31 日常生活の自立状況(非介入群との比較)

	食事			排泄			入浴			歩行		
	全介助	一部介助	自立	全介助	一部介助	自立	全介助	一部介助	自立	全介助	一部介助	自立
モデル事業MC	0	4	14	0	4	15	2	4	13	0	1	18
	0.0%	22.2%	77.8%	0.0%	21.1%	78.9%	10.5%	21.1%	68.4%	0.0%	5.3%	94.7%
デイサービス	1	4	16	4	2	15	3	16	2	1	9	11
	4.8%	19.0%	76.2%	19.0%	9.5%	71.4%	14.3%	76.2%	9.5%	4.8%	42.9%	52.4%

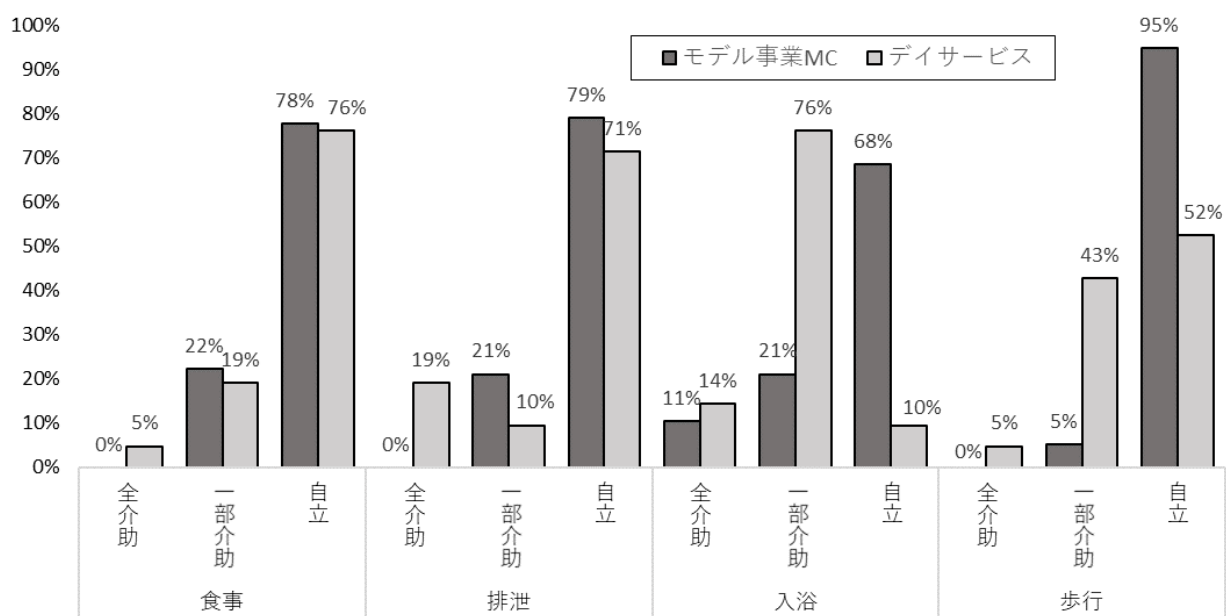


図5-22 日常生活の自立の状況(非介入群との比較)

⑩障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)の状況

表5-32、図5-23は、障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)の状況を示したものである。介入群であるモデル事業実施地域では、「J2(何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する(隣近所程度))」12名(63.2%)がもっとも多く、非介入群であるデイサービス利用者でも10名(47.6%)で同じ状況であった。

表5-32 日常生活自立度(非介入群との比較)

	J1自立	J2自立	A1 準寝たきり	A2 準寝たきり	B1寝たきり	合計
モデル事業MC	1 5.3%	12 63.2%	5 26.3%	1 5.3%	0 0.0%	19 100.0%
デイサービス	2 9.5%	10 47.6%	5 23.8%	2 9.5%	2 9.5%	21 100.0%

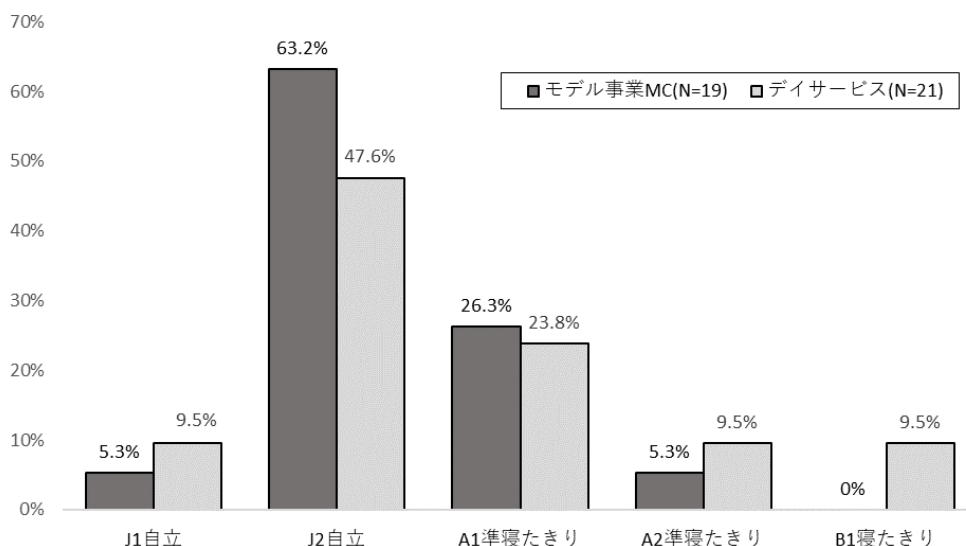


図5-23 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)の状況(非介入群との比較)

⑪認知症高齢者の日常生活自立度の状況

表5-33、図5-24は、認知症高齢者の日常生活自立度の状況を示したものである。介入群であるモデル事業実施地域では、「Ⅰ ほぼ自立（何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立）」7名（36.8%）、「Ⅱa（日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる（家庭外でも見られる））」7名（36.8%）が最も多く、非介入群であるデイサービス利用者では、「Ⅱa（日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる（家庭外でも見られる））」7名（33.3%）でほぼ同じ傾向であった。

表5-33 認知症自立度(非介入群との比較)

	Ⅰ ほぼ自立	Ⅱa 家庭外 困難さ	Ⅱb 家庭内 困難さ	Ⅲa 介護必 要	Ⅲb 夜間も 介護必要	Ⅳ 常に介 護必要	合計
モデル事業MC	7 36.8%	7 36.8%	2 10.5%	2 10.5%	1 5.3%	0 0.0%	19 100.0%
デイサービス	2 9.5%	7 33.3%	5 23.8%	6 28.6%	0 0.0%	1 4.8%	21 100.0%

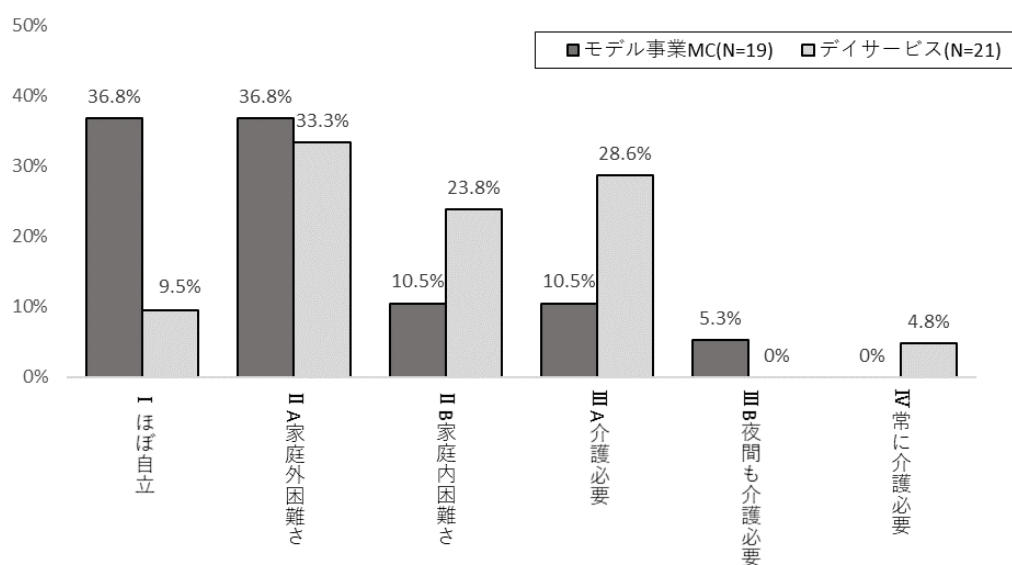


図5-24 認知症高齢者の日常生活自立度の状況(非介入群との比較)

⑫介護保険サービスの利用状況

表 5-34、図 5-25 は、介護保険サービス利用状況を示したものである。介入群であるモデル事業実施地域では、「介護保険サービス利用あり」11 名（57.9%）に対し、非介入群であるデイサービス利用者では、全員が介護保険サービスを利用していた。

表5-34 介護保険サービスの利用状況（非介入群との比較）

	介護保険サービス利用あり	介護保険サービス利用なし	合計
モデル事業MC	11 57.9%	8 42.1%	19 100.0%
デイサービス	21 100.0%	0 0.0%	21 100.0%

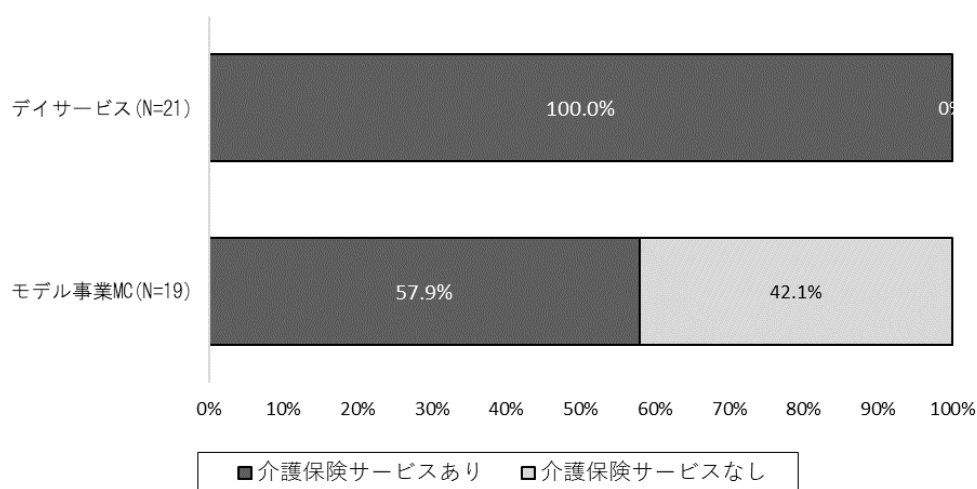


図 5-25 介護保険サービスの利用状況（非介入群との比較）

⑬介護保険外のサービスの利用状況

表 5-35、図 5-26 は、介護保険外のサービスの利用状況を示したものである。介入群であるモデル事業実施地域では、「介護保険外のサービス利用あり」15 名（78.9%）に対し、非介入群であるデイサービス利用者では、「介護保険外のサービス利用あり」8 名（40%）で、非介入群の方が介護保険外のサービスを利用している割合が少ない。

表5-35 介護保険外のサービスの利用状況（非介入群との比較）

	介護保険外のサービス利用あり	介護保険外のサービス利用なし	合計
モデル事業MC	15 78.9%	4 21.1%	19 100.0%
デイサービス	8 40.0%	12 60.0%	20 100.0%

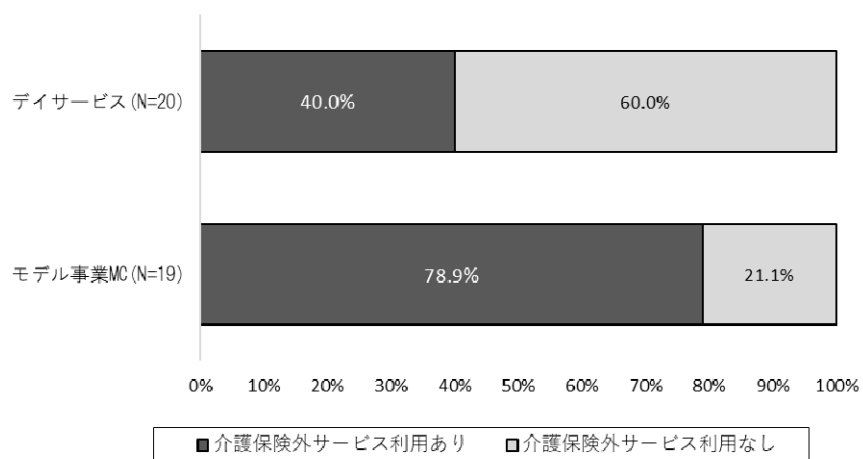


図 5-26 介護保険外のサービスの利用状況(非介入群との比較)

5.2.2 認知症の人の生活の質(Dementia Quality of Life Instrument:DQoL)の介入群・非介入群の比較

表5-36、図5-27は、認知症の人の生活の質について、Dementia Quality of Life Instrument（以下DQoL尺度）を用いて、介入群と非介入群を比較したものである。DQoL尺度は、Brod らが認知症患者である患者本人のQoL評価を定量的に評価する主観的QoL指標として質的研究手法を踏まえ、定量化した尺度として開発したもので、日本版は、鈴木らが翻訳し、29項目5つの下位尺度「自尊感情」「肯定的情動（ユーモア）」「否定的情動（逆転項目）」「所属感」「美的感覚」から構成されており、全30項目について視覚スケールを用いて、認知症の本人が回答することで、主観的なQoLを測定することが可能である

（鈴木みずえ，内田敦子，金森雅夫ら：日本語版 Dementia Quality of Life Instrument の作成と信頼性・妥当性の検討。日本老年医学会雑誌 42巻4号 2005）。なお、本研究事業においては、先行研究である、ミーティングセンターのイタリア、ポーランド、イギリスでのミーティングセンターサポートプログラムの実施の評価で用いられた下位尺度「自尊感情」「所属感」のみを用いて比較検討を行った

（Brooker D, Evans SI, Evans SI, : Evaluation of the implementation of the Meeting Centres Support Program in Italy, Poland, and the UK; exploration of the effects on people with dementia. Int J Geriatr Psychiatry. 2018 Jul;33(7):883-892. doi: 10.1002/gps.4865. Epub 2018 Mar 7.）。

「DQoL 総得点」の平均点について、介入群であるモデル事業実施地域の方が非介入群であるデイサービス利用者よりも得点が高く、主観的 QoL の「自尊感情」「所属感」を感じていることが明らかになった。

表5-36 DQOL得点(非介入群との比較)

	下位尺度 自尊感情合計		下位尺度 所属感合計		DQOL総得点	
	平均得点	標準偏差	平均得点	標準偏差	平均得点	標準偏差
モデル事業MC(n=19)	13.95	2.368	9.63	1.978	23.63	3.483
デイサービス(n=21)	13.43	2.293	8.95	2.991	21.43	4.273

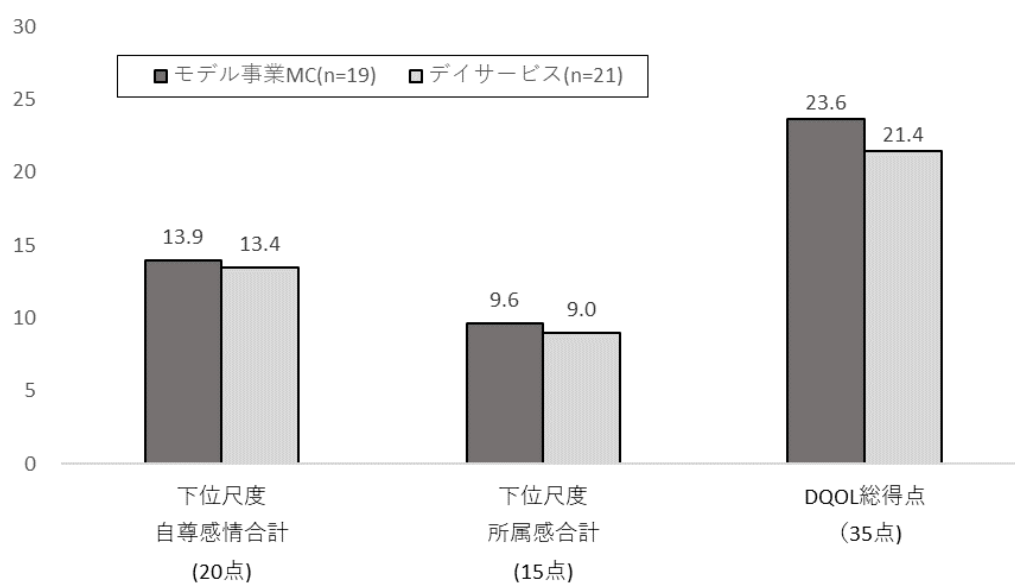


図 5-27 DQOL 得点(非介入群との比較)

5.2.3 認知症の人の生活の質(Dementia Quality of Life Instrument:DQoL)の介入前後の比較

表 5-37、図 5-28 は、認知症の人の生活の質について、DQoL 尺度を用い介入群の介入期間（ミーティングセンター）初回（2020 年 8 月）時と、介入期間事後（2021 年 1 月）で比較した。

介入前・後の尺度の平均得点について、対応のあるサンプルの t 検定を行った結果、「自尊感情」（ $p < 0.01$ $t = -2.01$ $df=18$ ）と「総得点」（ $p < 0.001$ $t = -2.90$ $df=18$ ）について介入による効果が認められた。また、「所属感」（n. s. $t = -1.58$ $df=18$ ）については、有意な差は認められなかったものの介入後に負担度は軽減した。これによりミーティングセンター参加によって主観的 QOL や自尊感情に肯定的な変化をもたらしていることが明らかになった。

表5-37 DQOL得点(介入前後比較)

	自尊感情合計*		所属感合計		DQOL総得点**	
	平均得点	標準偏差	平均得点	標準偏差	平均得点	標準偏差
介入前	9.05	3.640	12.16	2.953	21.21	6.051
介入後	10.21	2.368	13.95	1.782	24.89	3.635

対応のあるサンプルのt検定(95%水準) ** $p < 0.01$ * $p < 0.05$

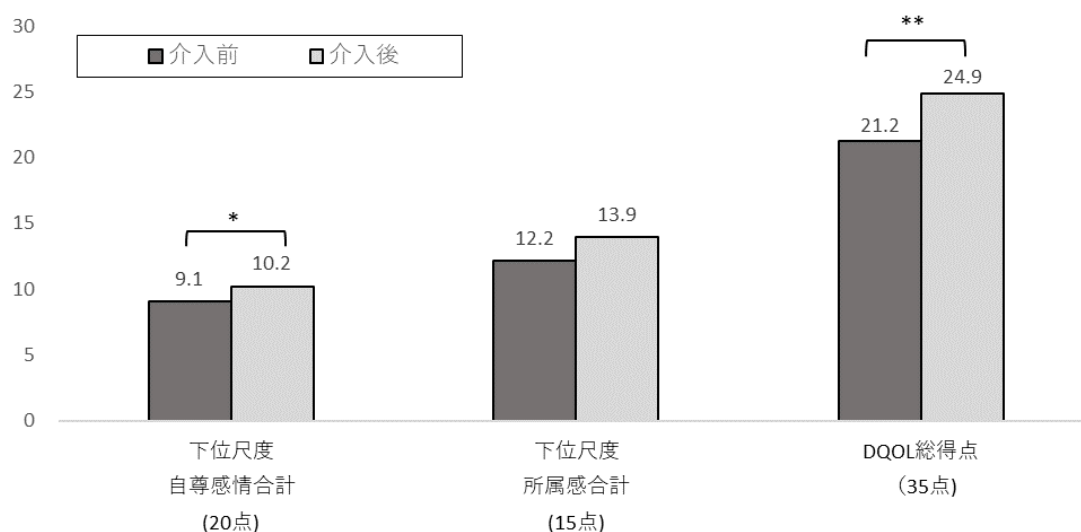


図 5-28 DQOL 得点(介入前・後の比較)

5.2.4 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)と認知症の日常生活自立度の介入前・後の比較

表 5-38、図 5-29 は、障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）と認知症の日常生活自立度について、介入群の介入期間（ミーティングセンター）初回（2020 年 8 月）時と、介入期間事後（2021 年 1 月）で比較したものである。

なお、障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）、認知症の日常生活自立度ともに、すべて数字に置き換えており、両者ともに数字が大きいほど自立度が高いことを示す。

介入前・後の平均得点について、対応のあるサンプルの t 検定を行った結果、認知症の日常生活自立度について、改善が認められた ($p < 0.05$ $t = -0.95$ $df = 18$)。障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）には変化は見られなかった。これによりミーティングセンター参加によって認知症の日常生活自立度への効果があることが明らかになった。

表5-38 ADLと認知症自立度(介入前後比較)

	日常生活自立度		認知症自立度*	
	平均得点	標準偏差	平均得点	標準偏差
介入前	2.32	0.671	2.11	1.197
介入後	2.32	0.671	2.47	2.342

対応のあるサンプルの t 検定 (95%水準) * $p < 0.05$

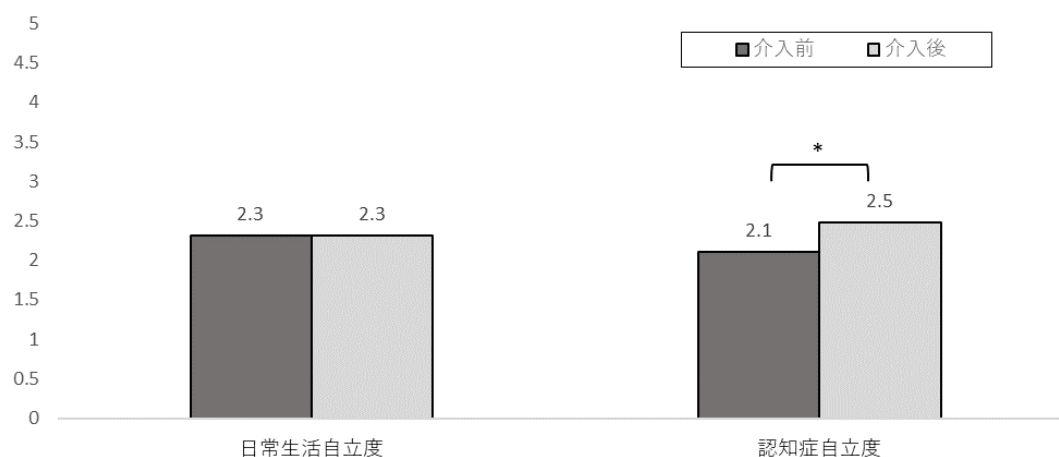


図 5-29 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)と認知症の日常生活自立度(介入前後の比較)

5.2.5 1か月の介護保険サービスに支払っている費用の介入前後の比較

表5-39は、1か月の介護保険サービスに支払っている費用について、介入群の介入期間（ミーティングセンター）初回（2020年8月）時と、介入期間事後（2021年1月）で比較したものである。

結果、介入前では、19,071円だったのに対して、介入後では16,857円であり、介入により介護保険サービス利用料が軽減している傾向が示された。

表5-39 介護にかかる費用(1か月)

	平均得点	標準偏差
介入前	19071.43	26160.641
介入後	16857.07	19642.470

5.3 定性的な評価

5.3.1 方法

対象者は、モデル事業に参加した下記家族であった。期間は、介入の最終回のモデル事業実施日であり、1時間にて、「これまでの家族会や認知症カフェとの違い」「認知症のご本人とのかかわり方で変わったこと、何か新たな発見」「その他、この活動に参加して良かったと感じること」について、フォーカスグループインタビューを実施した。なお、大牟田市については、新型コロナウイルスの影響から、インタビューではなく質問紙による聞き取りに変更して実施した。

インタビュー内容については、文字起こしを行いテキストデータについて、研究者が「適応—対処モデル」の目的（適応が必要な領域）と方法（対処するためのサポート方法）のモデルに基づいてコーディングを行った。

表 5-40 ヒアリング調査の対象者

仙台市

年齢	性別	被介護者との続柄	被介護者の年齢	被介護者の性別	世帯構成	職業	被介護者の要介護度	診断から回答日までの期間(月)
63	女	妻	64	男	夫婦のみ世帯	働いていない	不明	66
69	女	妻	71	男	夫婦のみ世帯	働いていない	要介護1	(詳細不明)
72	女	妻	76	男	夫婦のみ世帯	働いていない	要介護1	64
69	女	妻	72	男	夫婦のみ世帯	雇用者	要介護2	(無回答)
80	女	妻	85	男	夫婦のみ世帯	働いていない	(無回答)	100
67	女	妻	73	男	夫婦のみ世帯	働いていない	要介護1	59

平塚市

年齢	性別	被介護者との続柄	被介護者の年齢	被介護者の性別	世帯構成	職業	被介護者の要介護度	診断から回答日までの期間(月)
72	女	母	39	男	ひとり親と未婚の子のみ世帯	働いていない	不明	9
64	女	妻	69	男	夫婦と未婚の子のみ世帯	働いていない	不明	1
79	女	妻	82	男	夫婦のみ世帯	働いていない	要介護4	(無回答)

駒ケ根市

年齢	性別	被介護者との続柄	被介護者の年齢	被介護者の性別	世帯構成	職業	被介護者の要介護度	診断から回答日までの期間(月)
65	女	妻	67	男	夫婦のみ世帯	働いていない	要支援1	78
71	男	夫	68	女	夫婦のみ世帯	その他(公的年金受給)	要支援1	41
72	男	夫	68	女	夫婦のみ世帯	働いていない	要介護3	51

宇治市

年齢	性別	被介護者との続柄	被介護者の年齢	被介護者の性別	世帯構成	職業	被介護者の要介護度	診断から回答日までの期間(月)
68	男	夫	67	女	夫婦と未婚の子のみ世帯	働いていない	要介護4	91
74	女	妻	77	男	夫婦のみ世帯	働いていない	要介護1	102
56	男	夫	57	女	夫婦のみ世帯	雇用者	要介護2	54
61	女	妻	61	男	夫婦・未婚の子・夫の母	雇用者	介護認定は受けていない	17
72	女	妻	77	男	夫婦のみ世帯	働いていない	要支援1	26
75	男	夫	71	女	夫婦と未婚の子のみ世帯	働いていない	要介護5	141
70	女	妻	72	男	夫婦のみ世帯	働いていない	要介護1	25

大牟田市

年齢	性別	被介護者との続柄	被介護者の年齢	被介護者の性別	世帯構成	職業	被介護者の要介護度	診断から回答日までの期間(月)
65	女	妻	65	男	三世代同居	働いていない	要介護1	(詳細不明)
85	女	妻	89	男	夫婦のみ世帯	働いていない	要介護1	39
74	女	きょうだい	70	女	単身世帯	その他	要支援1	8

5.3.2 結果

①実践的適応にかかわる項目

【能動的参加と自己効力感】(実践的適応—セルフコントロール)

ここで本人がいろいろ自分のことを話したりとか、そういう機会を先生からいただいて、皆さんにその様子をお伝えしてきたという役目はあったのですが、やっぱり当初からずっとお客さん。本人も私もやっぱりお客さん状態というのがどことなくあって、自主的にもっとスタッフができるんじゃないかとか、そういう思いの中で、もっとこちらから能動的になれる気がした。

【話し合いによる主体的な一体感】(実践的適応—エンパワーメント)

これまでは、どちらかというに参加者、家族あるいは本人、参加者がすべてそのことに行動するというのではなくて、むしろ座学的な部分ですよね、座学的な。ところが、今やっていることは参加者全員が行動するという、そういう点での一体感というかがあります。ほかのものは、参加者全員が同じようなこと、行動というか作業というかそういうことはしない。一部の人がしますけどね。例えば「前でちょっと話をしてください」とか、前で歌ってくださいとか、あるいは経験を話してくださいとか。それは参加者のうちの一部の方であって、全体が同じようなことをするわけではない。ミーティングセンターは、参加者全員がほぼ同じ行動というかアクションをやっているという、それが違いかなと思います。

【自己効力感の獲得】(実践的適応—セルフコントロール)

してもらおうとか見てもらおうとかじゃなくて、自分で何かしなきゃっていうあれがあるんじゃないかなと思うんですよ。デイサービスじゃギター弾かないでしょう。デイサービスみたいなところって割としてもらってるというか、自分からやることないじゃないですか。それは駄目なんです。ここに来ると弾かなきゃと思っている気持ちと、まだやらなきゃみたいな感じがあるんですけど、いろいろ試行錯誤して、ここに来ると気持ちがちょっと違うと思うんです。だから、こういう場所をつくっていただいてうちはとてもうれしく思ってます。

【本人の様子や変化への気づき】(実践的適応—専門家との関係)

デイサービスではお風呂に入れてくれたりしてもらうことはとてもありがたく感じています。ただ、逆に言うと、デイに行って何しているかは私は知らないわけでしょう、参加してませんから。10月までは生きがい教室というのに通ってたんですけど、結局、生きがい教室だと、排せつの問題とかで周りの人がフォローし切れなくなったということで、そういうやつからはちょっと離れてくれ、その代わりデイサービス、介護保険のほうを使ってこういうところに入ってくれという形になってきて、寒さのせいもあるかも分からないですけど、そこからばたばたと状態が進んできた。

【可能性の発見】(実践的適応—エンパワーメント)

本人の気持ちを傷つけてしまったら本当に大変なことになってしまうので、最初発症したころは大変でした。本当に子供に返ってしまっ、子供を見るより大変でした。全てのことを全部やらなきゃいけないという感じで、何もやりませんでした。

それが、ここ（ミーティングセンター）へ来るようになって、自分がやれること、やることをやらなきゃ

いけない。だから、できることはやってということを書いて、お風呂に入っても持たせるんですよ。お風呂に入ることも忘れてしまって、急に、あ、お風呂に入らなきゃいけないのかみたいな感じで。ここで冗談言うんですよ。

【かわり方の変化】(実践的適応—エンパワーメント)

ここ（ミーティングセンター）にきて、本当に関わり方が変わったと思います。私も明るくなったと言われます。受け止め方も変わってきたということで、主人と一緒に外へ出るように心がけるようにして、天気がいい日は15分でもドライブに行こう、外に行こうというふうに心がけるようにして。用事は何もないんですけど、それでも違うかなっていうふうに。

前は誘っても出ないときがあったのです。「行こうよ」と言っても駄目です。

【他の家族からの距離感の学びや気づき】(実践的適応—セルフコントロール)

私はここに来たらなるべく家内（認知症の本人）とは離れるようにしています、常に。心の中でもなるべく離れている。Aさんぐらいですよ、ご主人がギターを弾くのを。私の場合は、薄情だけでも見ないようにしてます。明るくなったけど、たまにこっち見てるんだね。

見てるね。Bさんの場合は見てる。

結構奥さんのことを気にされて、水分取るとか結構気にされているし、いろんなものも用意されているし。

食事のときも、気にしないで食べろというのに、気にしてずっと見てやってるじゃない。Bさん奥さんのことをいつも気にしてやってるでしょう。分かるんだもん、視線で。

【生活への直接的な援助の獲得】(実践的適応—セルフコントロール)

これは助かってますね。すごい助かる。セミプロの人がボランティアで来て作ってくれてますから。持ち寄ったりして、人の場合は手作りのプロ並みのパンを用意してくれたりとか、そういう部分では。今うちでは、料理は、私が半分出来合いのものを買ってきて食べているような感じじゃないですか。手作りのものを食べられるというのは本当に助かってます。

【運動の機会と将来への期待】(実践的適応—軽運動)

本当に助かってます。居場所ができたのはとってもいいですよ。

家の中なので体を動かすことがあんまりないんですよ。それは考えようという話はちょっとされているんですよ。我々も提案すれば、それを何とか。ひょっとしたら実現するかも分からない。という感じなので、本当に助かってますよ。ほかに言いようがないぐらい助かってます。

【予定調和ではないことの期待】(実践的適応—エンパワーメント)

家族の介護相談会のような集まりは一時的といいますか、こちらのほうはずっと継続していく感じで、雰囲気は全然違いますよね。相談という感じですよ。こちらのほうはいろいろ多岐にわたるといいますか、活動もいっぱいです。あちらは単に相談みたいな感じで、こちらのほうはいろんな面で、相談会は四角い日常だとすれば、ミーティングセンターのほうは丸い感じですね。たくさんいろんなことがあ

るから。

広がりがありますので。

合唱があったり、ちょっと運動とか、いろんなレクリエーションを考えてくださったり、そういうこと全て。そして、相談会では認知症だけではなく、様々な相談で認知症に特化していない。

【スタッフの支えが得られる】(実践的適応—専門家との関係構築)

スタッフの皆さんから声をかけていただくのも、最初はとてもびっくりしてというか、新鮮で。参加している方とのお話とか。

【在宅生活の変化】(実践的適応—認知的な刺激)

ここに来た日は結構しゃべりますね。うちに帰ってからも、口数はふだんよりは多いです。共通の話題も出てくるもので、問いかけると答えてくる。こういうところに来ないと、本当にうちの場合はしゃべらないと思いますね。食べるとか、痛いとか、熱いとか、そういうことしか言わなくなってます。頭の回転もいいですね。

こういうところに来ていなかったらどうなってるんだろうなって想像すると、2人でぼーっとしているんだろうね、きっと。本当に想像すると怖い。

【能動的な参加のきっかけ】(実践的適応—セルフコントロール)

自分から「行く。行こうか」というのではなくて、「私は行くけど、行く？」と言ったら「うん」という感じなんです。来てみましたら、初めからプログラムが決まっているとかいうのではなくて、来た人に対応して「これ、やる？」とかいう感じでいろいろなことをやらせてくださったので。

プログラムってちょっと違和感がありました。いわゆるデイサービスみたいな形の、運動したりとかやらされるのかなみたいなことがちょっとあったのですが、そういうことではなくてもものすごく自由に。

【出会いと楽しみの場】(実践的適応—セルフコントロール)

ここに来るのはすごく楽しいみたいで。

うちはあまり人付き合いがいいほうではないのですが、でもまあまあ外面がいいほうなのかな。だからここに来て、スタッフの方などに声をかけてもらうのは楽しいんじゃないかと思うのですが。

習慣化しているんですね、けっこう。「明日はMCだよ」とか確認したりとかがあるんです。

ここがなかったら、もうずっと二人で引きこもりだと思いますよ。

【新たな可能性への気づき】(実践的適応—認知的な刺激)

やっぱり家族とは違う対応をしているなど。まず第一に、うちだと、これは病気のせいかもしれないのですが、話がはっきりしないんですよね。滑舌が悪いというか。

希望が持てるかな。

この間、ここですごくすてきな絵を描いていらっしゃいましたよね。絵をお描きになるので、私も本当にびっくりして。鳥をずっと描いていらしてね。

ここで、散歩した時に鳥を見て、今日見た鳥を描きましょうと言ってスケッチしていたのです。何か課題

があるといいのかもしれませんが。

こちらに来ていても何かそのできるところをやらせていただけたら、それがすごく。あまり嫌いなことをやらされると拒否的にもなるかもしれないし。

たぶんデイサービスだったら続いていなかったかもしれない。

それだったら行かないと言っちゃうかもしれないですね。

【専門家との交流による学び】(実践的適応—専門家との関係構築)

いろいろ専門の方がいらっしゃるの で心強い ですね。介護であるとか看護であるとか。ドクターもいらっしゃるし、ですのでとても心強いな と思っているんです。あと、さっき自由にさせてくださると言ったのですが、いろいろな引き出しを持っていらっしゃる方がいて、ウクレレとかもそうですが。あと木彫りもね。あとは畑に行ったりとか。

【役割による自己効力感の獲得】(実践的適応—エンパワメント)

この間もイベントというか、レビー小体の方の幻視を絵にした展示会とかをやったのですが、そんなに お役には立たない と思うのですが、何かそういうことがあると一つ、「これやって」とか言われるお仕 事ができてよかったんですけ どもね。年中そんなことをやってはいられないのですが。

何か目的があったり目標があったりするというのがいいのかな。

一役を担ったみたい なところがあれば。

【新たな可能性の発見】(実践的適応—軽運動や認知的な刺激)

今までは、歌を歌ったことなかったんですけ ども、ここに来るようになって

今まで歌なんて聞いたことなかった。ここに来て、みんなに気持ちよくさせてもらって歌うのを覚えた みたいです。

私自身もあんまり歌ったことなかった ですね。一緒に来るようになって、合唱って楽しいんだな というのが分かりました。私のことなんですけ ども。

ここ来ると、いろんなゲームをしてくれますよね。そういうのは喜んでます。子供の頃はやったかもし れないけど、大人になってからそういうゲームってしない ですね。いろいろ考えて遊んでくれるん です。そうすると楽しんで生き生きしてます。

【本人の新たな価値への気づき】(実践的適応—セルフコントロール)

デイサービスとはまたちょっと違うような気がする ですね。私らもいるし。デイサービスというの は利用者さんだけだから。みんな交じっていろいろするから楽しいんだと思う ですね。むきになって やってるときがあるから。私がいるから安心して思いっ切りしてるところもあるんだらうね、きっと。楽 しいと思うんです。私自身も楽しいですし。

【在宅生活の変化】(実践的適応—認知的な刺激)

自宅で、以前より話すようになりましたね。2人しかいないんですけ ども、テレビを見てて分からないと きは聞いてくる ですね、これはどういうことなんだって。忘れるので、また同じことを聞いて、こっち

も面倒くさいなって思うんですけど。

【変化への期待】(実践的適応—認知的な刺激)

ミーティングセンターが始まってよかったなと思うのは、毎回プログラムが変わるので楽しみがある。僕が立ち上げた会だけでも5つあるのですが、それは卓球であったりカラオケであったりだから毎回同じ。ミーティングセンターはその都度、プログラムが違うから。ゲームをしたりね。だから、家族としても毎回楽しく過ごさせてもらっていますね。

【認知症症状の客観化による発見】(実践的適応—エンパワメント)

みんなと同じように、いろいろ相談に乗ってくれる。ここに来てから、認知症がすごく進んだというものがないような気がするんですね。進んではいるんですけど、急激に進んでもいないような気がするんですね。

【スタッフとの一体感とともに歩む感覚】(実践的適応—セルフコントロール)

スタッフの人と利用者ですね、私たち、その区別がないんです。みんな一緒にことをやるんですよ。まだ体とかはうちも動くので、特にちょっと手伝ってあげればいろいろなことをまだできるんですよ。だから、そういう意味で何かお仕事があったほうが本人はいいみたいで。だから、自分のことをクライアントとは思っていないかもしれないですよ。

だいたいみんな同じことをしちゃうんですよ。ウクレレをやったり、木彫りをやったり、そういうのは自分でもやろうと思ってやっていたみたいで。何かお仕事を言いつけてくださると、「嫌」とは言わないので。そのほうがうれしいみたいです。

②感情的適応にかかわる項目

【能動的活動による活動と期待】(感情的適応—理解者との交流、会話の機会促進)

ほかのところはどうしても当事者の人を中心という傾向が多いのですが、ここはそれこそ家族と本当に一体という感じがすごくするので、その点に関しては家族のほうも楽しめるし、両方から主人も私も「参加してよかったな」と思う機会が多かったというのは実感がありました。

【将来の期待】(感情的適応—自信の構築)

ミーティングセンターがスタートする時に、なんかそれが実現できそうな説明を受けまして、役割が増えるんじゃないかなという期待と、本人がこれからの次のステージに向けての準備というか、そんな中で様子を皆さんに見てもらいながら、いろいろな当事者の方々と、オレンジドアで出会った方々と一緒に何かもっと楽しいことができるんじゃないか。「楽しい」と言うと、ちょっと語弊があるのですが、そういう期待と、ぜひ実現させたいという思いがあります。

【家族との交流】(感情的適応—理解者との交流、社会的適応—同じ経験をする他者との交流)

私は皆さん、家族の方たちに会えるということがすごく私自身の元気の源というか。それまでにちょっと何かあって気持ちが沈んでいても、参加して、あまり話さなくても皆さんの顔を見るだけでも元気になるので、またちょっと。

どうしても家だったら、主人とけんかしちゃったりするのですが、だけどころいろいろな悩みをここに来たらみんな同じ経験者の方なので、安心してお話もできますし、お顔をみただけでも仲間意識みたいなものがあるので、本当に一番安心できる場所になっているなと思っています。

【安心感】(感情的適応—リラックスや楽しみ)

本人が安心していられる場所みたいな感じで受け止めているようなんです。今まではうちから出ることが嫌だったんですけど、ここへ来るようになって楽しみができたというか、一つの居場所になって、気持ちがちょっと明るくなったっていう感じを受けてます。今まで外へ出たくなかった人が、そこなら行ってみようかなみたいに、分からなくなってしまうんですけど、今日はこうだよって言うと、ああ、楽しみだっていうふうに受け止めてくれてるからいいかなと思って、本当に感謝してます。

【安心感と出会い】(感情的適応—リラックス、実践的適応—認知的な刺激)

私も一緒に来られて、ちょっと離れていたいところがあるんですけど、一緒に来れば本人が安心していられて、気持ちが穏やかになっていられるというか、本当に明るくなったんですね。前は暗かったんですけど。それですごく助かって、いろんな人に声をかけてもらって、男の方が大分増えたので男性同士の会話ができる、何となく言ってもらえるっていうことがうれしいようですね。

【理解者との出会い】(感情的適応—理解者との交流と出会い)

「最近奥さん具合どう」とか、時候の挨拶じゃないんだけど、一応その程度はしゃべるけど、それはもうしょうがないでしょう。そうそう、社交辞令でしかなくて。町の中の挨拶とミーティングセンターでは違う。同じ条件だということがわかるから。それはいいところですよ。

【将来への備えと準備】(感情的適応—将来への備え)

ミーティングセンターに参加して、いずれ自分の夫もそういうふうになる過程を踏んでいくんだろうなということ、いろんな話を聞けるので、こういうふうになった場合はこうだよとか、勉強になります。

【公的な感情の芽生え】(感情的適応—リラックスと交流)

ミーティングセンターに一番最初に来たとき、皆さんがすごい笑ってる。何でこんなに笑ってるんだろうと。私はしばらく笑っていませんでしたので、苦しみに耐えてましたので、最初来て、この雰囲気は何なんだろう、この空間は、いやすごいなというふうに感じましたね。それで徐々にいろんな相談をしまして、気持ちもほぐれてきましたし、ここに来ればこれからずっと安心だなというふうに思いました。夫の認知症は進み、不安だらけですが、何か気持ちが軽くなりますね、ここに来ると。スタッフの方がアドバイスをくださるので、来るときと帰るときの気持ちが全く違います、帰るときには気持ちがすごい軽くなったような感じで、また頑張れるっていう感じになります。

【他の家族からの学び】(感情的適応—理解者との交流)

また大変なことをここに来て皆さんに聞いていただいて、いろいろアドバイスもいただいて、ああ、そうなんだと思って軽くなります。

【情緒的つながりの獲得】(感情的適応—理解者との交流)

A 一番最初ここに来たときは、何か話すると涙のほうが出るんですね。私この間も話をしたんですけど、私は家族で主人は当事者なんですけど、何だか反対になったりして、それそこ皆さんと同じようにアドバイスもらって、私も仲間の1人として見てもらって、何言ってもいいと思って、それこそこうなったらどうするの、どうしたらいいんですかとすぐ聞くようにとか、主人よりも私のほうの癒やしの場なんです。

B 分からない人に言っても分からないんですね。私は近所の人にはみんなに言って、目をかけてもらってるんですね。隣の人とか。そうすると、うちでも姉がそうなんだよ、うちの誰々さんがそうなんだよって話してくれる。ここがもとでそう言ってもいいんだなというのが少しずつ分かってきた。一緒に散歩してるんですけど、「仲よくていいですね」「はい」と素直に言って、ここは私の場だと思ってます。ここに来れば常に、こう言ったらああ思われるとか、そういうのは全然ありません。かえって反対に、こうなんだよと自分から何でも言えます。

【将来展望と備え】(感情的適応—自信の構築)

ここに来てなかったら本当に泣いてばっかしいた。私6年前に悲しくて悲しくて、私自身こもるほうなんです。みんなに相談するってことあんまりしない人で、こもるから、ここに来たときは涙ばっかし流してたような気がするのね。だから想像すると怖いです。自分も、はけ口になってすごく助かっている。

この先どうなるんだろうって、それが一番でした。やっぱりみんなとお話ができただことなんだと思います。それが一番ですね。集まっている人たちと色々な話をして、色々な話を聞いたり、全然何も分かってなかったから。うちは発症が早かったんですね。認知症という言葉自体出すのも恥ずかしいくら

い、この先どうなるんだろうって、そういうのが一番つらかったですね。誰に相談しても、若いからまだ分かんないですよ。

【将来展望と備え】(感情的適応—自信の構築)

認知症の人だって楽しく人生を最期まで送れるんだってというのはここに来て学びました。私のイメージからしても、認知症なんていったら、鉄格子の中に入れられて鍵かけられてっていうイメージがありましたけども、スタッフの方もおっしゃっていたんですけど、最期まで自宅で過ごせるんだよというのがすごく残ってるんですけど、楽しく人生をといるのをここに来て学びました。

【介護者という役割を担わない感覚】(感情的適応—自信の構築)

家族がどこにいるか分かれば安心していうので大丈夫ですよ。

家族会でもないし、純粋なカフェでもないし。だから何か捉えどころがないところが来やすいのかなと逆に思いますね。来てみて、どの方が本人なのか一瞬分からないような感じだったんですよ。

聞かないし、私も全然分からなくて。そのまま一緒に会話したりとかしていることのほうがいいんじゃないかなと思っていますけど。ここは、自己紹介がないし。

それはすごく自分の立場をはっきりさせないというのでもいいんじゃないかなと思って。だって物差しがないじゃないですか。

自己紹介を始めちゃうと、やっぱり。「本人です」「家族です」とかね。区別は必要ないと思うのです。

【介護者という役割を担わない感覚】(感情的適応—自信の構築)

本人の前ではちょっと言いにくいこととか、そういうのも時々ありますよね。なので、そういう場をつくってくださったりとか、それはすごくフレキシブルにやってくださります。自己紹介とかが始まっちゃうんですよ。そうすると、知らず知らずのうちに立場が分かれちゃうというか。ちょっと話しにくいなということもあって。

それで区別が、そういうことも必要なくなって、それでわっとみんなで同じようなことをやって、それから居心地がよりよくなったという感じですね。

【介護者という役割を担わない感覚】(感情的適応—自信の構築)

本人たちもやっぱり、いわゆる患者扱いされるというのもどうなんですかね。うちなんか、息子を見ると、本人の前ではあまり「あなたは病気」というのは言いたくないんですよ、私自身も。だから、そういう扱いをしないほうがうれしいかなとか思ったりしています。

【認知症の自然な受容】(感情的適応—ポジティブな自己イメージ)

私自身、認知症という言葉にすごく抵抗があって、耳に入るのも嫌でしたし、テレビとかでよく流れるじゃないですか。それもすごく嫌だったのですね。本当に受け入れることができなくて、長いこと。まだ短いですが。

【共にいることでの気づき】(感情的適応—理解者との交流)

一緒に参加すること

なかなか家ではしゃべれないので。私が一人で話しかけないと答えない。以前もここで女子だけで話を
していて、ご主人が何回かいるかどうか確認に来るんですよね。「探しているんだがねえ」と。そういう
表情とかが。でも、すごく幸せなんでしょう。それはすごいなと思って。

【感情の交流による自己の発見】(感情的適応—感情のバランス)

デイサービスとか泊まりになると仕事でやってもらってるじゃないですか。親密にやってもらえるけど、
仕事でやってもらうのとはまた違って、ミーティングセンターでは心を通じてという感覚がします。

【経験と感情の共感】(感情的適応—感情のバランス)

ミーティングセンターでは、たまに失礼なことも結構言っちゃうけど、冗談交じりで。それで通じるから
うれしいんだね。同じ傷を持っているというか、荷物が同じ重さだから。

同じなんだよね。自治会の中でも、隣組の人に言ってもやっぱり理解してもらえてない、本当のところは
ね。

【居場所への気づき】(感情的適応—理解者との交流)

居場所づくりってよく聞くじゃないですか。そういう居場所って初めて分かってきて、自分が認められ
る場所っていうのかな、うちはコーラス好きだったものですから、声帯は筋肉だから歌ってないとだん
だん声が出なくなっちゃうんだけど、「声がきれいだね」とか、「歌うまいね」と言われると、本人がうち
でもない笑顔に。やっぱり、人間って、怒られるより、よいしょやると。いろいろ大きな声で歌って、私
は感じないんだけど、「今日、Cさんすごい笑顔がよかったね」とかね。

本人にとっては、ミーティングセンターは、みんなで認めてくれる居場所づくりというのを初めてこの
世界で経験して、自分の居場所っていうのはすごいんだなと。

③社会的適応にかかわる項目

【つながりの再構築】(社会的適応—他者との交流、実践的適応—セルフコントロール)

R 病院のプログラムでずっとテニスは続けているのですが、テニスコートのコーチや皆さんと今後のつながりというか、何かできるんじゃないかなという。そんなことでまた地域の中に広がっていくんじゃないか。あんなすばらしいテニスコートは初めてだったので。

整備されたコートなので、私はちょっと趣味でやっているのですが、やっぱりどうせやるならちゃんとしたということで、そういう経験のあるコーチの方に来てもらってというほうが楽しみだし、上達もできるし。上達するということがたぶんすごく本人のモチベーションになりますし。今後つながるだろうと。つながりができますし。

【新たなつながりへの期待】(社会的適応—他者との交流)

教会のコンサートは、教会でのコンサートは私たちが通っている教会なのですが、本当はコロナがなかったら、そこに幼稚園が附属されていて、そのお母さんたちも参加する予定だったのですが、直前にやっぱりウイルス対策で誘わないほうがいいねということになったのですが、今後これから、教会の礼拝堂が音楽堂になっているのですね。それでそこでボランティアで演奏していいという専門家の方もいらっしゃいますので、何かそういうことで地域の中に広がりが今後期待できることで。

広がりがあったんだとか聞いたので、さっきのアンケートはそれを分からずに書きちゃっているの。でも、それはすごく理想的だなと思います。認知症のことを知っていただく機会にもなりますし、わざわざはできないので、一緒に楽しむ機会を活かせるというのだったらすごくいいことだと思います。

【新たな出会いの獲得】(社会的適応—他者との出会い)

実はこっちへ移住してきた人間なので何もつながりないんですよ。女房を通じてほかの方々とつながりができた。

あとは自治会のつながりはありますけど、これはどちらかというと嫌々ながら、半分強制的にやらされているところがあるじゃないですか。その中でもちょっと親しくなった方たちと、月に1回酒飲みにいったりというようなつながりはありますけど、それ以外のところでのつながりってないので、家内を通じてほかの方々といろいろお知り合いになれたというふうな状況なので、もし家内が行くのは嫌だと言ひ出したら、私は行くところなくなるのかなとかね。

【話し合いができる仲間の獲得】(社会的適応—同じ体験をする家族との出会い)

話し合える友達ができたということが最高の成果かな。本人じゃなくて、自分の立場として。本人も喜んです。居場所づくりになってる。出てくるの大変ですけどね。着替えて、化粧して、朝起きたときから寝るまでほとんどやらなきゃいけない。

今はできませんけど、ここに来てみんなと昼飯を食べること。

【安心できる居場所の獲得】(社会的適応—他者との交流、地域への参加)

ここのスタッフの方だなにも好きなことが言えるんですよ。

介護をすることの客観的に見れることでの気づき

私は、主人が行きたいという居場所ができたことが、外へ出るタイミングというか、終わってうちに帰るじゃないですか。そうすると「今度いつだったっけ」って。

すごく楽しみにしている。

その気持ちがすごくうれしくて、主人が何かをやりたいと言うと、私もうれしいんですよ。ああ、よかったなと思って。皆さん気楽に話をできるので。主人を見ているという気持ちは最初なかったんですけど、これが介護をしていることかということを知られました。

【安心できる居場所の獲得】(社会的適応—他者との交流、地域への参加)

どんなに言っても外へ出ない。私が誘われて、先生の会とかそういうところに行くようになって、こういう会があるんだということを知らされて、「一緒に行こうよ」と言っても主人は絶対行かなかったんです。こういうのをつくるからと言われて、そこに行けるようになればいいなって思ったら、やってくれるようになったので、それだけ救われています、本当に。楽しみにしていることができたからよかったなと思って、それが私も励みになって、よかったなと思ってます。皆さんのおかげで。

「今度いつだ」って。それだけでもうれしいなと思って。ほかのことは忘れるんですけど、この日は覚えていて、人との関わりって大事なのかなと思って。デイサービスとちょっと違って、普通にいられる。主人として普通にいられる場所だと思ってます。

【認知症の人の心理的理解の機会】(社会的適応—同じ経験をする他者との交流)

全てのことに對して勉強になるというか、私も分からない夫の気持ちを、スタッフの人から「今こうなんじゃない」と逆に教えてもらったり、私が気がつかないことをスタッフの人に教えてもらったりするから、ああ、そういうあれなんだなというのがずっと自分の中に落とし込まれるような感じで。スタッフの人も誰かと関わって分かっているんだろうから、その気持ちがずっと入ってくるんですよね。だから勉強になって、本当に私は勉強しにきているような感じで。

【認知症の人の心理的理解の機会】(社会的適応—同じ経験をする他者との交流)

認知症の進み具合って皆さんそれぞれですよ。うちもどんどん進んできて、皆さんそれぞれ自分の旦那さんとか奥さんの進度に對処して頑張っているのを聞くと、本当にすごいなと思います。私も頑張っていけるんじゃないかなと。うちの夫よりもっと進んでいっちゃう方もいっちゃうので、そういう方の話を聞くと本当に励まされます。私もできるんじゃないかと思ったりします。

【共に参加することでの安心】(社会的適応—他者との交流)

私と息子と2人で暮らしているものですから本当に閉じこもりというか引きこもりというか、どこにも行かないのはよくないなとも思いましたし、何うようになりまして、私もそれなりにいろいろ出会う方があったり、こちらにお会いしたりとかそういうこともあったりして、行くんだという形になって、本人も一緒に行動してくれるようになりまして、よかったなと思っていますね。

【認知症への新たな価値】(社会的交流—同じ経験をしている他者との出会い)

同じ立場の方、あるいは同じ病気の方とここで出会って、あの方も「え、そうなの」という感じで、皆さ

んなんか普通なんですよね。私と大して変わらないのです。名前が思い出せないとかね。そういうことなので、それはありがたいかなと思っているのですが。

【生きがいとよりどころとしての MC】(社会的適応—他者との交流、地域への参加)

私は生きがいになっちゃって。

私は、よりどころですね。すごく居心地がいいので。ここに来るのを1週間の目標にしているのです。

ちょっと家で困ったことがあっても、「今度の火曜日に行って、聞いてもらおう」みたいながありますよ。

たぶんすごく支えになっていますよ。どうしても進んでいくじゃないですか。ちょっと1段階ずつ。そういう時に、ちょっと受け止めるのに私も悩むんですね。そういう時にちょっと聞いてもらえると、それがちょっと励みになるというか支えになったり。

物理的にきちんと改善できるものもあれば、本当に精神的な部分でも力になっていますね。

【理解者との出会い】(社会的適応—他者との交流、理解者との交流)

そうですね、やっぱりね。周りとのこともあると思いますし。皆さんが本当に状況を分かってくださっているのであれば動けるといえるか、そういうところじゃないでしょうか、うちなんかは。

私たちがここに通えることが生活の中に組み込まれているので、コロナ禍でもちょっとずつ細くやっていただけているのはすごく助かっているのです。本当に大変な状況の中でも笑えたりすることってあるんだなって。本当におもしろくて。そういうことをここに来て感じる事ができるので。なかなか家で二人だけで過ごしていると、ちょっと難しいですよね、そういう。笑うことができるって。それでも家で夫と二人で過ごしていて安らぎを感じることもあるので、そういうのもここがあるからかなって、ちょっとしみじみ思うことがあって、ありがたいなと思っています。

6. 運営者チェックリストと参加者評価リストの作成と活用

6. 運営者チェックリストと参加者評価リストの作成と活用

6.1 運営者チェックリストの作成

本事業で実施している認知症の本人と家族の一体的支援プログラムについて、「適応—対処モデル」の目的（適応が必要な領域）と方法（対処するためのサポート方法）のモデルに基づいて2名の研究者で質問項目を立ち上げて作成をした。

質問項目作成にあたっては、令和2年度老人保健健康増進等事業にて日本語版に翻訳した、アムステルダム自由大学のR.-M. DROES氏による「適応—対処モデル」とイギリスでのDawn Brookerらが「適応—対処モデル」を援用した変化に向けた調整モデル（Adjusting to Change Model）Droitwich Spa ミーティングセンター（UK）の運営要綱に示されたモデル（図6-2）を参考に検討を重ねて、日本版モデルを作成した（図6-1）。

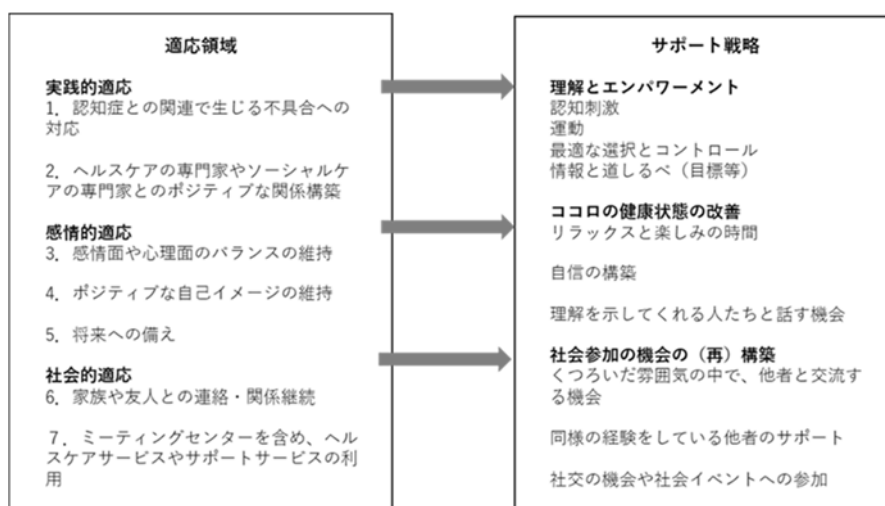


図 6-1 「適応—対処モデル」の日本版モデル

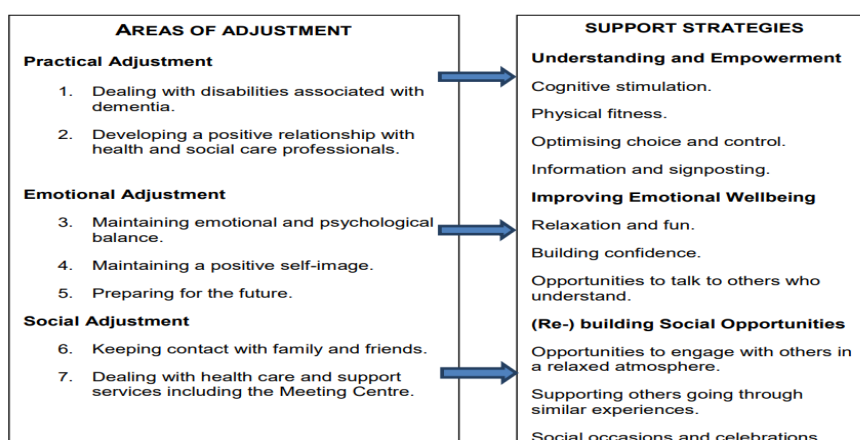


図 6-2 「適応—対処モデル」のオランダ、イギリスモデル

表 6-1 運営チェックリストの初期モデル

実践的 適応 (7)	認知症によって生じる課題への対応→エンパワメントされる
	①軽い運動をプログラムに取り入れている。
	②毎回、プログラムの内容に工夫を凝らし、飽きないようにしている。
	③プログラムの実施内容について、本人にも意見を聞いている。
感情的 適応 (14)	④本人の日常生活において、自身できめてもらうことを促している。
	専門家とのポジティブな関係構築→情緒的な支えが得られる
	①専門家(スタッフ)が個別の状況に応じて相談にのってくれる機会がある。
	②家族はスタッフに悩み事など何でも話せる。
社会的 適応 (9)	③スタッフは親しみやすく、(本人や家族を)受け入れてくれていると感じる。
	感情や心理面のバランスの維持→リラックスする
	①プログラムには普段の生活にはないリラックスする時間帯がある。
	②プログラムにはやってみたいと思う楽しみがある
	③プログラムに参加すると緊張がほぐれる。
	④プログラムを通じて本人は音楽を楽しめるようになった。
	ポジティブな自己イメージの維持→自信が構築
	①このプログラムに参加して、生活に充実感を感じるようになった
	②このプログラムに参加して、在宅介護の苦勞を乗り越えることができるようになるようになった。
	③このプログラムに参加して、本人の態度から不満やストレスを感じてもその感情を受け止めることができるようになったと思う。
	④このプログラムに参加して、在宅介護でつらいことがあっても前向きに捉えていけると思うようになった。
	⑤このプログラムに参加して、自分自身をよく理解できるようになった。
	⑥このプログラムに参加して、理解し合える友人ができた。
	⑦このプログラムに参加して、地域や周りの人との会話が増えた。
	将来への備えや計画→理解者との出会いによる希望の創出
	①このプログラムに参加して、今後起こりうる問題に対応できると感じた。
	②このプログラムに参加して、今後どうすれば良いかわかるようになった。
	③このプログラムに参加して、これからの人生の学びとなると感じた。
	家族や友人との関係の継続→地域や友人関係の(再)構築
	①町内会や近隣でよく、知人と話す機会が以前と同様にある。
	②町内会や近隣で、共に活動をすることができている。
	③このプログラムに参加して、在宅で介護している知人と出会うことが増えた。
	④在宅で介護している人に励ましてもらったり、励ましたりすることが増えた。
	⑤友人と交流することが継続してできている。
	地域の中のさまざまなサービスやサポートへのアクセス→新たなサポートの獲得
	①地域で行われている行事に参加することができた。
	②介護に関する様々な学習会やイベントを知る機会がある。
	③介護に関する様々なサービスを教えてくれる人がいる。
	④認知症関連以外の活動にも参加できるようになった

運営者チェックリストの作成に当たっては、認知症の人と家族が、介護生活の中で、あるいは地域社会の中で直面する課題を乗り越え、適応してゆくための3つの適応方針を達成するために、どのような知識や能力、適応力が求められるのかの検討を深めた。そのうえで、全30項目のサポート戦略(方法)を文字化して立ち上げた。それが表6-1である。この30項目について、重複する内容や実際のプログラム上支援困難な項目や教示文脈や内容について理解困難な表現などを削除修正を行い、最終的に23項目に絞った(表6-2)。

23項目をチェックすることで、日本版認知症の人と家族の一体的支援プログラムの運営者が自己評価を行い、今後の運営に役立てるようになることを目指している。このチェックリストを用いて1年に1度チェックすることでプログラムの妥当性や有用性を検証することが可能となる。

表 6-2 運営者チェックリスト修正版

修正版(運営者自己評価)	
実践的 適応 (6)	認知症によって生じる課題への対応→エンパワメントされる
	①軽い運動をプログラムに組み込んだ。
	②毎回のプログラムの内容について、その人の症状に応じた工夫を凝らし、飽きの来ないよう配慮した
	③プログラムの内容を決める際に、さまざまな配慮をしつつ十分に本人の意見を聞いたうえで実施をした。
	専門家とのポジティブな関係構築→情緒的な支えが得られる
	①家族と本人の状況に応じ個別の相談に乗る時間を作った。
感情的 適応 (11)	②家族や本人が悩み事などを気兼ねなく話ができるような声掛けを行い場所等の配慮を行った
	③家族や本人に、その人にあった変化をもたらすケアや認知症に関する情報提供を行った。
	感情や心理面のバランスの維持→リラックスする
	①プログラムには普段の生活にはないリラックスする時間帯を作った。
	②プログラムを決める際、認知症の本人や家族と話し合いをしたうえでやってみたいと思うことを計画している。
	③プログラムに参加することで、心や体の緊張がほぐれるような内容になっていた。
	ポジティブな自己イメージの維持→自信が構築
	①このプログラムによって、理解し合える人との新たな出会いをつくることができた。
	③このプログラムは、介護に伴うストレスを受け止めることができるヒントが含まれた内容であった。(例：他の介護者からの学び、話し合いによって)
	④このプログラムに参加することで、在宅介護で困難なことがあっても前向きに捉えていけると思える内容だった。
	⑤このプログラムは、参加者が自分と向き合うことができる内容であった。
社会的 適応 (6)	⑥このプログラムは、認知症の人や家族の理解者が増えるような内容であった。
	将来への備えや計画→理解者との出会いによる希望の創出
	①このプログラムは、これから起こる可能性がある問題の解決に役立つ内容であった。
	②このプログラムは、これからの生活をイメージできるような内容であった。
	③このプログラムは、これからの生活全体への影響を及ぼすような内容であった。
	家族や友人との関係の継続→地域や友人関係の(再)構築
	①このプログラムは、地域の方と話す機会を作っていた。
	②このプログラムは、地域の方とともに活動したり、交流したりする機会を作っていた
	⑤このプログラムは、地域の方との交流が継続につながる内容であった。
	地域の中のさまざまなサービスやサポートへのアクセス→新たなサポートの獲得
社会的 適応 (6)	②このプログラムで、地域で開催される研修会や人と交流する場の情報提供ができた
	③このプログラムでは、地域の様々な情報を持つ人とつながる機会を作った。
	①地域で行われている行事などに参加する機会を作った

回答 4. 十分にできた 3. まあできた 2. あまりできなかった 1. まったくできなかった 【23項目】

6.2 参加者評価リストの作成

表 6-3 は、日本版認知症のひとと家族の一体的支援プログラムの参加者である家族が、参加したプログラム内容について評価を行うチェックリストである。運営者向けのチェックリストを、参加者側の視点で解釈し、教示文章の修正を行い家族がチェックしやすいように改変した。

23 項目に従い評価することによって、運営者側が家族のニーズを把握し、家族の求めている活動や支援について把握することに役立てるために作成した。この評価リストの活用によってより効果的なプログラムとなることが期待できる。

表 6-3 参加者評価リスト修正版

修正版(参加者効果測定、主に家族)	
実践的 適応 (6)	認知症によって生じる課題への対応→エンパワメントされる
	①軽い運動をプログラムに取り入れてられていた。
	②毎回、プログラムの内容に工夫を凝らし、飽きないようにしていた。
	③プログラムの実施内容について、本人にも意見を聞いていた。
	専門家とのポジティブな関係構築→情緒的な支えが得られる
	①専門家(スタッフ)が個別の状況に応じて相談にのってくれる機会があった。
感情的 適応 (11)	②家族はスタッフに悩み事など何でも話せる。
	③スタッフから、求めているケアや認知症に関する情報を得ることができた。
	感情や心理面のバランスの維持→リラックスする
	①プログラムには普段の生活にはないリラックスする時間帯があった。
	②プログラムには話し合いからやってみたいと思う楽しみがあった。
	③プログラムに参加することで心や体の緊張がほぐれた
	ポジティブな自己イメージの維持→自信が構築
	①このプログラムに参加して、理解し合える友人ができた。
	③このプログラムに参加して、本人の態度から不満やストレスを感じてもその感情を受け止めることができるようになった。
	④このプログラムは家族介護者が、困難なことがあっても(自信を持ってもらえるような)前向きに捉えていけるような内容であった。(例:他の介護者からの学び、話し合いによって)
	⑤このプログラムに参加することで、自分自身をよく理解できるようになった。
社会的 適応 (6)	⑥このプログラムに参加して、自分を理解してくれていると感じる人が増えた。
	将来への備えや計画→理解者との出会いによる希望の創出
	①このプログラムに参加して、今後(困難なことがあっても)在宅介護でつらいことがあっても前向きに捉えていけると思うようになった。
	②このプログラムに参加して、今後の生活のイメージができるようになった。
	③このプログラムに参加したことで、これからの生活に潤いや豊かさを感じることもあった。
	家族や友人との関係の継続→地域や友人関係の(再)構築
	①このプログラムに参加することによって、町内会や近隣の知人と話す機会ができた。あるいは増えた。
	②このプログラムに参加することによって、町内会活動への参加や近隣の方との交流ができた。あるいは増えた。
	⑤このプログラムに参加することによって、友人と交流することが継続できている。
	地域の中のさまざまなサービスやサポートへのアクセス→新たなサポートの獲得
	②このプログラムに参加することによって、地域で開催される研修会や人と交流する場を知ることができた。
	③このプログラムに参加することによって、地域の様々な情報を教えてくれる人ができた。
	①このプログラムに参加することによって、地域で行われている行事に参加することができた。あるいは増えた。

回答:4. とてもそう思う 3. まあそう思う 2. あまりそう思わない 1. まったくそう思わない 【23項目】

6.3 運営者チェックリストと参加者評価リストの結果と整理

表 6-4 は、運営者チェックリストと、参加者評価リストの結果である。運営者は、5 地域 15 名の運営者が回答し、参加者は 4 地域 18 名が回答した。期間は、2020 年 1 月で、それぞれ自記式無記名であり、その場で回収を行った。

各数値は平均点であり、4 件法で回答を求め数字が 4 に近いほど当初想定していた「適応一対処モデル」に基づき実施できていたことを示している。

結果、全体的には運営者よりも参加者の方が評価が高い傾向である。項目別では、「感情的適応」項目の「感情や心理面のバランス維持」が高く、「実践的適応」項目の「認知症によって生じる課題への対応」への項目が運営者、参加者共に評価が高い傾向であった。

一方で、「社会的適応」項目のすべての項目について評価が低い傾向がみられた。その理由として、この項目は、地域社会への適応や新たな人的、環境的サポートの獲得に関する項目が多く含まれているためであり、新型コロナウイルス感染症拡大の影響によって、食事を楽しむことや外出する機会が大きく減少してしまったことが考えられる。

また、運営者チェックリストで評価が低く参加者の方が評価が高い項目として「感情的適応」項目の「ポジティブな自己イメージの維持」のいくつかの項目があった。これについてはプログラムが手探りの中で検証を行い、プログラムを構築する作業の中で運営されていたため、十分に参加者と向き合う時間が作れなかった、もしくはもっと向き合う時間、会話する時間を作りたかったという運営者側の心理が反映しているように推察される。

これらを踏まえても、今年度についてはモデル事業で展開されてきた一体的支援プログラムの中で十分に実施可能であった項目については、良好な結果でありプログラムとしての有用性は確認することができたと考えている。

表 6-4 運営者チェックリストと参加者評価リストの結果の比較

		運営者	参加者
(実践的適応) (再活性化)	認知症によって生じる課題への対応→エンパワーメントされる		
	1. 軽い運動をプログラムに組み込んだ。	➡ 2.87	➡ 2.72
	2. 毎回のプログラムの内容について、その人の症状に応じた工夫を凝らし、飽きの来ないよう配慮した。	↑ 3.27	↑ 3.61
	3. プログラムの内容を決める際に、さまざまな配慮をしつつ十分に本人の意見を聞いたうえで実施をした。	↑ 3.4	↑ 3.22
	専門家とのポジティブな関係構築→情緒的な支えが得られる		
	4. 家族と本人の状況に応じ個別の相談に乗る時間を作った。	➡ 2.67	↑ 3.17
	5. 家族や本人が悩み事などを気兼ねなく話ができるような声掛けを行い場所等の配慮を行った。	➡ 3	↑ 3.56
感情的適応 (情動促進)	6. 家族や本人に、その人にあったケアや認知症に関する情報提供を行った。	➡ 2.73	➡ 2.94
	感情や心理面のバランスの維持→リラックスする		
	7. プログラムには普段の生活にはないリラックスする時間帯を作った。	↑ 3.27	↑ 3.5
	8. プログラムを決める際、認知症の本人や家族と話し合いをしたうえでやってみたいと思うことを計画した。	↑ 3.6	↑ 3.39
	9. プログラムは、心や体の緊張がほぐれるような内容を取り入れた。	↑ 3.27	↑ 3.56
	ポジティブな自己イメージの維持→自信が構築		
	10. このプログラムによって、理解し合える人との新たな出会いをつくるよう配慮した。	↑ 3.2	↑ 3.28
	11. このプログラムは、介護に伴うストレスを受け止めることができるように配慮した。	➡ 2.93	➡ 2.94
	12. このプログラムは、在宅介護を前向きに捉えていけるように作成した。	➡ 2.8	➡ 3
	13. このプログラムでは、参加者が自分と向き合う機会を作った。	↓ 2.47	➡ 2.83
	14. このプログラムは、認知症の人や家族の理解者が増えるような内容を取り入れた。	➡ 2.73	➡ 3.06
	将来への備えや計画→理解者との出会いによる希望の創出		
社会的適応 (再社会化)	15. このプログラムには、これから起こる可能性がある問題解決に役立つ内容が含まれていた。	↓ 2.4	➡ 2.89
	16. このプログラムは、これからの生活をイメージできるような内容が含まれていた。	↓ 2.4	➡ 2.83
	17. このプログラムは、これからの生活の学びにつながる内容が含まれていた。	➡ 2.6	➡ 2.89
	家族や友人との関係の継続→地域や友人関係の(再)構築		
	18. このプログラムでは、地域の方と話す機会を作った。	↓ 2.47	↓ 2.11
	19. このプログラムでは、地域の方とともに活動したり、交流したりする機会を作った。	↓ 2.4	↓ 2
	20. このプログラムでは、地域の方との交流が継続できるよう配慮した。につながる内容であった。	↓ 2.33	➡ 2.72
	地域の中のさまざまサービスやサポートへのアクセス→新たなサポートの獲得		
	21. このプログラムで、地域で開催されるイベントや行事の情報提供ができた。	↓ 2.33	↓ 2.39
	22. このプログラムでは、地域の様々な情報を持つ人とつながる機会を作った。	↓ 2.33	➡ 2.72
	23. このプログラムでは、地域で行われている行事などに参加する機会を作った。	↓ 2.13	↓ 2.44

7. ミーティングセンターの設立と運営の手引 (暫定版)

認知症の本人と家族の
一体的支援プログラム

ミーティングセンターの 設立と運営の手引

暫定版

～安心して紹介できる診断後支援の場づくりに向けて～

Meeting Center Guidebook



1	ミーティングセンターとは何か	P5
①	なぜ、ミーティングセンターなのか？	P5
	●認知症の本人への診断後支援の大切さ／●家族への早期支援も大切です	
	●家族の関係性へのサポートが不足しています	
②	ミーティングセンターとは何か	P6
	●ミーティングセンターとは／●ミーティングセンターの理念	
③	ミーティングセンターの背景	P8
④	ミーティングセンターの全体像	P9
	●目的／●対象者／●開催場所／●サポートプログラムの内容／●一日の標準的な流れ／	
	●様々なタイプのミーティングセンター	
⑤	デイサービス、認知症カフェ、家族会との違い	P12
	●家族会との違い／●本人ミーティングや本人同士のピアサポートとの違い／●認知症カフェとの違い	
	●デイサービスや認知症デイとの違い	
⑥	ミーティングセンターの効果は？（適応-対処モデル）	P15
2	最初の取り組み	P17
	●計画から開催そしてPDCAまでの流れ	
①	仲間を集める（コアメンバーを集める）	P17
②	初回の関係者説明会の準備をする	P18
③	説明会を開催する	P18
④	開始する日程と会場選定と運営に必要な物品	P19
⑤	役割を決める	P19
⑥	直前の準備と打ち合わせ	P20
	●開催	P20
⑦	振り返りと次回以降の計画	P20
3	プログラムを作るうえで大切にしたい5つのコンセプト	P21
①	基本理念「出会い」と「話し合い」を創る	P21
②	ハードではなく、ソフトを大切にする	P21
③	個別の思いや希望をその日に実現（論理的ではなく直観的行動的に）	P22
④	地域の実情に合った活動（本質を大切にしつつ、定型的から変則的に）	P22
⑤	ネットワーク型の組織づくり（階層的ではなく水平なつながり）	P22

4 ミーティングセンターの開始と継続(Q & A) P23

① 人員や設備について P23

- Q 1.どこで開催するのが望ましいのでしょうか? P23
- Q 2.会場となる場所はどのような部屋が良いのでしょうか? P23
- Q 3.会場となる場所にはどのような備品が必要でしょうか? P24
- Q 4.運営者にはどのような人が必要でしょうか?そして資格などは必要ですか? P24

② 運営方法について P25

- Q 5.どのような組織で運営するのが望ましいのでしょうか? P25
- Q 6.運営スタッフはどのような立場で入り、どのような役割があるのでしょうか? P25
- Q 7.運営メンバーとなる人には、ミーティングセンターを理解してもらうために
どのように説明したらよいのでしょうか? P25

③ 参加者への配慮など P26

- Q 8.ミーティングセンターの対象者は? P26
- Q 9.認知症の本人と家族が一緒になければならないのでしょうか? P26
- Q 10.初めて参加する方へミーティングセンターをどのように説明したらよいのでしょうか? P26
- Q 11.最初は、どのようなルートから参加者が集まってくるのでしょうか? P26
- Q 12.認知症を受け入れていない方への声掛けの方法はどのようにしたらよいですか? P27
- Q 13.参加者の認知症の程度が異なりますがどのような配慮、工夫が必要でしょうか? P27
- Q 14.参加が中断してしまった方にはどのようにアプローチしたらよいですか? P27

④ 具体的なプログラムについて P28

- Q 15.1日の流れはどのようになるのでしょうか? P28
- Q 16.話し合い(センターミーティング)の進め方はどうしたらよいのでしょうか?
話をしない方もいるのではないのでしょうか? P29
- Q 17.活動プログラムのメニューにはどのようなものがあるのでしょうか? P29
- Q 18.認知症の本人と家族は一緒に活動をしなければならないのでしょうか? P30
- Q 19.話し合い(ミーティング)の種類にはどのようなものがありますか? P30

⑤ その他について P31

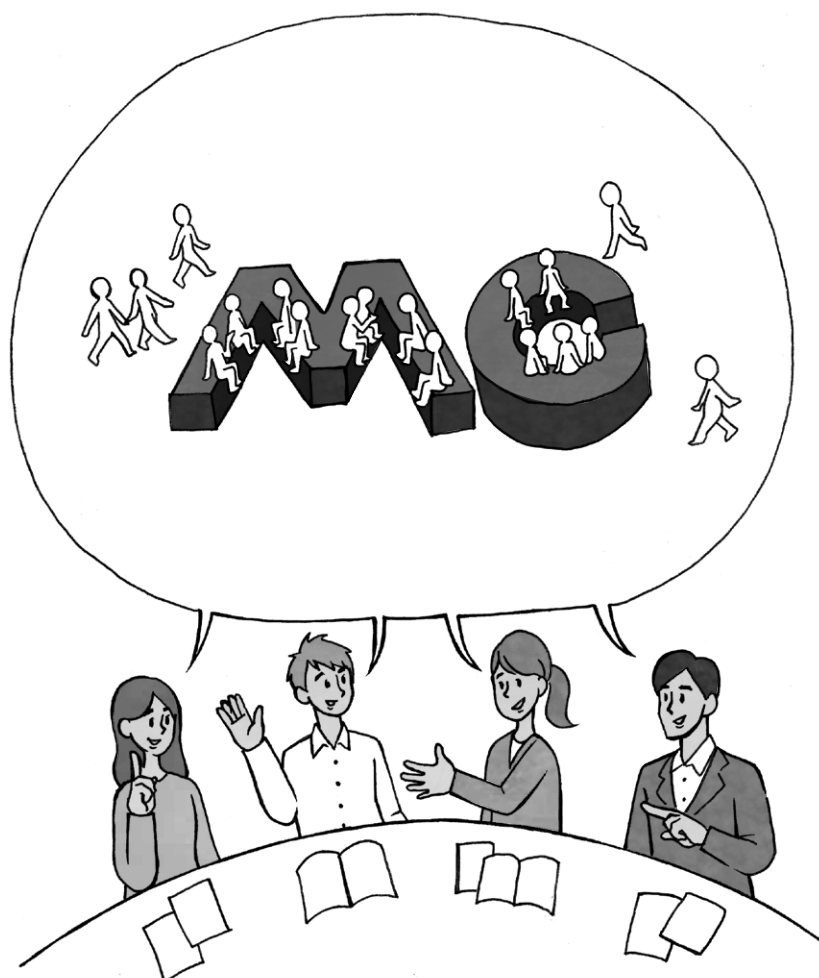
- Q 20.運営資金はどの程度かかりますか? P31
- Q 21.保険はどう考えたらよいのでしょうか? P31
- Q 22.ご家族からの相談はどのようなものが多いのでしょうか? P31

5 モデル事業の事例 P32

- 事例1 広域地域における市民参加のミーティングセンター(駒ヶ根市) P33
- 事例2 認知症カフェと一体で実施を目指したミーティングセンター(宇治市) P37
- 事例3 地域密着型サービス事業所で開催するミーティングセンター(大牟田市) P41
- 事例4 空き家を活用したミーティングセンター(平塚市) P45
- 事例5 認知症の人と家族の会の活動から広がるミーティングセンター(仙台市) P49

6 運営者向けの資料 P53

- ①認知症の本人と家族のフェイスシートとアセスメント P53
- ②運営のチェックリスト P57
- ③プログラム評価の方法 P58



はじめに

本書は、認知症のご本人とご家族の一体的支援プログラムである、ミーティングセンターの設立と運営方法について解説したものです。

認知症のご本人とご家族のケアは、これまで別々で行われてきました。家族会はお家のピアサポートとして、認知症のご本人ミーティングもまたピアサポートとして、どちらも共感と受容の場、そして時に学びの場として大切な役割を果たしてきました。また、認知症カフェも、地域住民が加わることによって認知症のご本人やご家族も含めた寛容な地域づくりを進めるうえで大切な役割を果たしてきました。

今回、認知症のご本人とご家族を一体的に支援する場として「ミーティングセンター」を提案するのは、前述したサポートの場に加え、新たな社会資源が整えられることに大切な意味があるからです。

ミーティングセンターは、認知症のご本人とご家族の診断直後からの家族の関係性やかかわり方を専門的にサポートする場所を目指しています。

以前、「認知症介護は関係性の障害である」と言われるご家族がいました。これはどういうことなのでしょう。当然ですが、認知症の支援の中心には、本人支援があります。そしてもう一つの支援の中心に家族支援があります。認知症のご本人は、認知症を発症することで、その瞬間から認知症を生きるという「渦中」に投げ出されます。ご家族もまた、認知症のご本人と生きていくという「渦中」に投げ出されます(注)。ご本人も、ご家族も昨日までとは異なる景色の中で生きる孤独と不安を感じているのです。しかし、両者に見える景色は決して同じではなく、それぞれ別々の不安に包まれているのです。お互い異なる景色が見えているということをお互いが知り、理解し合う場が必要なのです。

ミーティングセンターは、こうした場を作ろうとするものです。

認知症のご本人とご家族に見える景色を重ね合わせ、お互いの不安を理解し合う場が診断直後にあることは、在宅生活の継続への大きな力になると信じております。

ぜひみなさんもミーティングセンターと一緒に作っていきましょう。

1

ミーティングセンター とは何か

1 なぜ、ミーティングセンターなのか？

認知症の本人への診断後支援の大切さ

認知症は、診断直後から本人と家族の両者への支援が行われることが重要です。認知症の診断は、医学的な基準に基づいて行われますが、本人はその違和感を診断のだいぶ前から日常生活の中で覚えています。これは多くの認知症の本人の手記や声からも明らかになっていることです。違和感を覚えているにもかかわらず病院の受診を躊躇するのはなぜでしょうか。そして「年のせいだから」、「ストレスがあるから、疲れているから」と一時的なことと思いたい気持ちはなぜでしょうか。

その要因には、診断されてもその先の支援が不足していること、周囲や家族から「できない人」「介護が必要な人」と見られてしまうかもしれないという不安感があるように思うのです。不安や孤独感のその先を照らすための診断直後から始まる支援が求められています。

家族への早期支援も大切です

認知症の人と共に暮らす家族もまた同じように違和感を覚える期間があります。診断よりだいぶ前から、大切な家族のできていたことができなくなっていく姿、趣味に関心を持たなくなった姿、外出を嫌い自宅にこもる姿を目にします。また、生活の中でちょっとしたミスも気にかかりつい声を荒げてしまったりすることもあります。これらが続くと認知症の本人もイライラが募り家族間のいさかが増えてしまい、結果的にお互いのストレスは増大してゆきます。家族は昼夜問わず暮らしを共にしています。徐々に進行していく様子や、目が離せない、あるいは介護者である家族の後ろをついて回ることなどで気が休まることなくなくなってゆきます。

家族の関係性へのサポートが不足しています

両者の葛藤は両者の関係性に影響をもたらします。家族関係が悪化しお互いにとって自宅にいることが苦痛になって来たり、将来の不安感が大きく膨らんだりすることで、認知症の人のかかわり方に影響を及ぼすこともあります。結果的に症状の悪化を促進させ、家族のストレスも大きくなってゆくことさえも考えられます。つまり、認知症という病は、社会関係や人間関係、家族関係が影響をもたらすということなのです。

大切なことは、診断直後から認知症の人を取り巻く人々や環境との関係へのアプローチがなされることです。つまり本人と家族の関係へのアプローチ、その地域の人間関係を繋ぐ専門的で一体的な支援です。ミーティングセンターが必要な理由はここにあります。

2 ミーティングセンターとは何か

ミーティングセンターとは

ミーティングセンターは、安心して紹介できる質の高い診断後支援の場です。ミーティングセンターの「ミーティング」とは、「出会い(Meeting)」と「話し合い(Meeting)」を意味しています。特に「出会い」を大切にしています。そして、身近な地域で、同じ境遇の認知症の人も含めた家族を一つの単位として出会う場をつくり、共に気づき合う場を「話し合い」から作り上げていく場です。これによって、診断後の在宅生活を続けるための家族関係への支援の場となってゆくことを目指しています。このように、身近な場所で質の高い出会いを提供する場をミーティングセンターと言っています。

ミーティングセンターで行われるプログラムは、参加者の認知症の本人と家族が話し合い決めてゆきます(これをセンターミーティングと呼んでいます)。そのため、プログラムは毎回変わり予定調和がありません。プログラムを自分で決めていることから主体的・能動的な参加に繋がり、「支援される側-支援する側」という二項関係ではない関係性が育まれていきます。

ミーティングセンターの理念

「なぜ、出会いなのか」

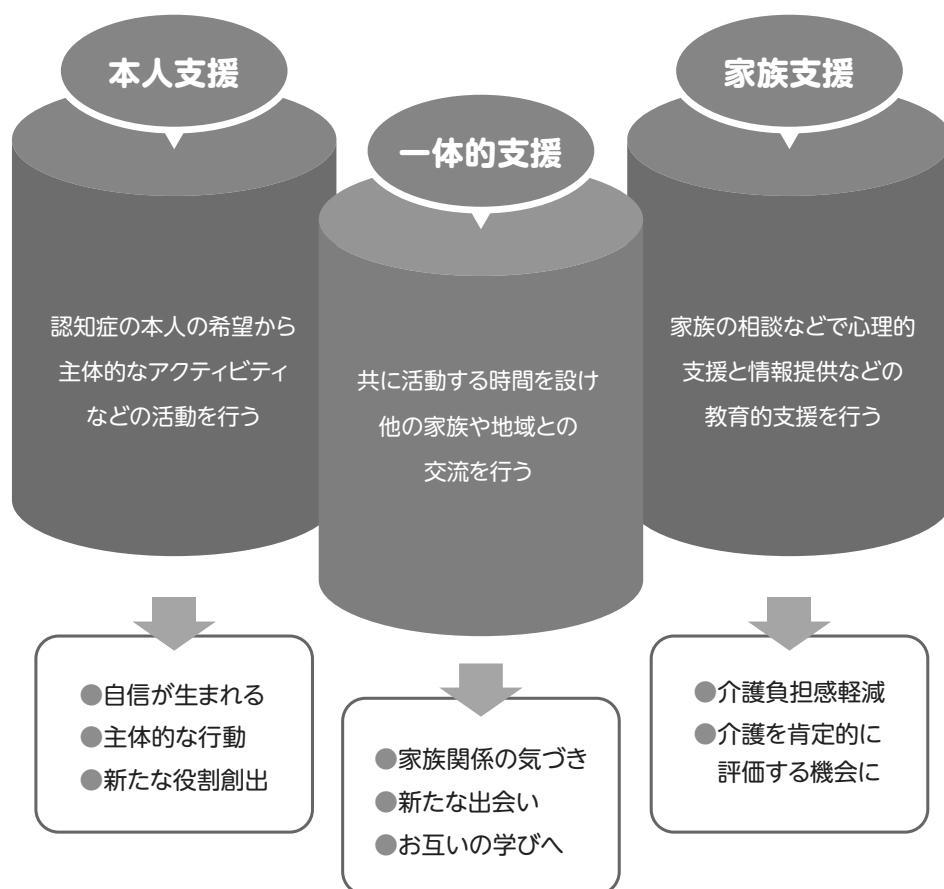
ミーティングセンターのコアとなる部分で最も大切な要素です。認知症によって分断されてしまった人や地域との「出会い」をこの場所で再び紡ぎ、専門職との親密な「出会い」が構築できることを目指しています。そのため地域の方々の協力が大切です。認知症と共に歩むためには、一人ではとても心細く不安なものです。ここでの出会いは、共に歩む仲間と環境を作るきっかけになるはずです。

「なぜ、話し合いなのか」

「話し合い」は、認知症という進行する慢性的な疾患に対し、同じような経験をする人々と話し合うことで、その適応方法と対処方法を理解し、感情のバランスを保ち将来を見据える機会となります。また、話し合いで、その日のプログラムを決め実行する経験は、ポジティブなイメージをお互い共有し、新たな家族の関係づくりをする上で役立ちます。「話し合い」は、思いを言葉にすることで自身を見つめ直し、気持ちを整理することにも繋がります。これにより認知症との闘いに疲弊し心が折れそうになった認知症の本人と家族のレジリエンス(回復力)に役立ちます。

ミーティングセンターの3つ柱

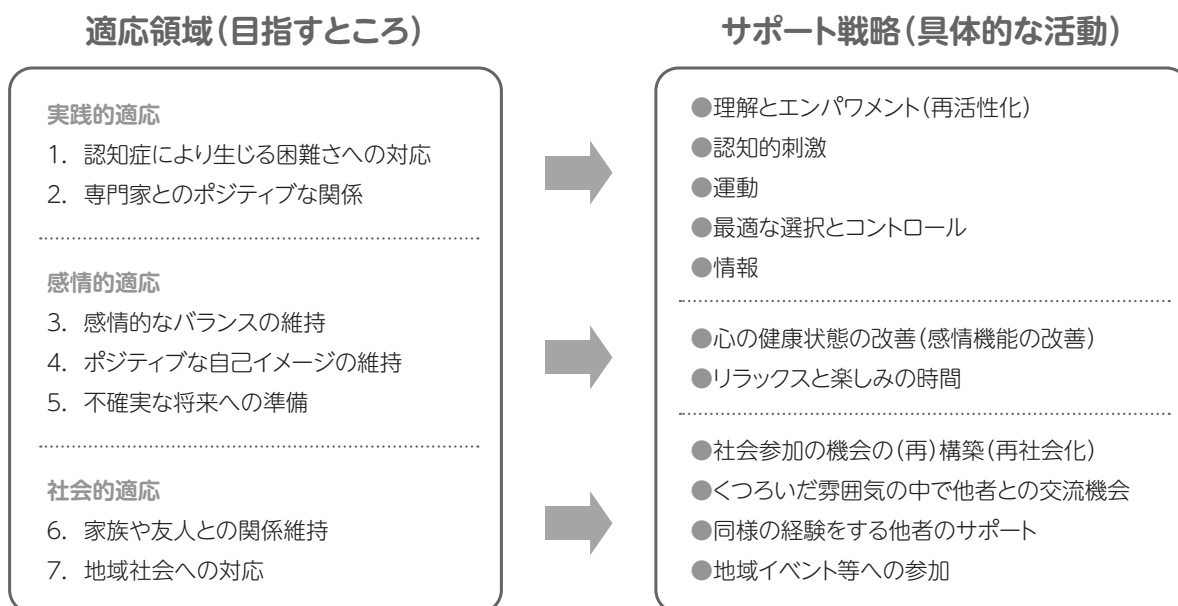
ミーティングセンターは、図のような3つの柱を大切にします。この3つの柱はどれも欠かすことができません。新たな人との出会いと毎回の話し合いによって、参加した人が多くの気づきと学びそして、日々変わりゆく状況への適応方法を身に付けてゆくきっかけになります。



図：ミーティングセンター 3つの柱

ミーティングセンターのねらい

ミーティングセンターは、「出会い」と「話し合い」によって図のようなことを狙いにしています。両者への3つの大きな適応と7つの効果を目指しており、それを達成するために右のような具体的な活動を行います。



(Dawn Brooker : Implementation Plan for the Droitwich Spa Meeting Centre (UK). University of Worcester,2017p21を翻訳)

3

ミーティングセンターの背景

ミーティングセンターは、1993年からオランダのアムステルダム自由大学医療センターのローズマリー・ドロース氏により考案された認知症の人と家族へのサポートプログラムです。オランダにおいて実証研究が重ねられ、その後ヨーロッパのいくつかの国に広がりを見せ始めました。さらに国際比較研究が重ねられエビデンスが蓄積されています。その効果は介護者の介護負担が軽減され、認知症の人のBPSDの減少やQOL向上に良い影響をもたらしていることが明らかになっています。

日本においては、オランダのアムステルダムモデルを基にして、日本の文化と現行介護保険制度、家族支援策を踏まえ、2019年から老人保健事業において方向性について議論し全国5カ所(仙台市、平塚市、宇治市、駒ヶ根市、大牟田市)でモデル事業を行いながら検討を重ねてきました。その結果、本書のような全体像と枠組みが妥当であると結論づけました。

4 ミーティングセンターの全体像

目的

安心して紹介できる質の高い診断後支援を目指しています。支援の目的は、認知症の本人と家族の「関係づくり」への支援によって在宅生活の安定と継続が図られることです。適時適切でかつ専門的な個別支援の提供がなされる。これらによって、認知症の人の生活の中で対処が必要な場面での適応力が身についていくことを期待しています。具体的には、認知症によって分断された人や環境との「出会い」により前向きに地域生活を継続できること、「話し合い」によって適応方法と対処方法の理解、介護負担感の軽減、対処行動や知識の獲得、新たな家族関係への気づき等が得られます。また、話し合うことで、その日のプログラムを決め実行する経験は、ポジティブなイメージをお互い共有し、あらたな家族の関係づくりをする上で役立ちます。

対象者

認知症の人とその家族を一つの単位として一体的に支援しその関係調整を図ることを目指しています。そのため認知症の人と家族が一緒に参加することが望ましいですが、独り暮らしの方や都合が合わない場合なども考えられることから、どちらかの参加でも可となります。

認知症の人	在宅生活をされている方。認知症の初期から中等度の方で食事や排せつが自立あるいは簡単な補助があれば可能な方。
ご 家 族	認知症の人を介護する家族(同居以外の方も含む)
運 営 者	認知症疾患医療センターの職員、地域包括支援センターの職員、その他関係団体の職員、認知症サポーター等 地域住民の方々 (医師、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士などで認知症に関する専門的知識を有する者が参加していることが望ましい)

開催場所

開催する地域の活用できる資源に合わせて場所を選定。アクセスしやすく身近な場所であればどこでも開催可能。例えば、最寄りの認知症カフェをはじめ、市民センターや公民館など公共の施設の部屋やデイサービスセンター、地域密着型小規模多機能居宅介護事業所、施設の地域交流スペース等。料理、軽運動、話し合いなどができるスペースが確保できることが望ましいでしょう。

サポートプログラムの内容

- 決まったプログラムはありません。参加者の話し合いにより活動内容を決めることを大切にします。これをセンターミーティングと言います。それは、自己決定による受容感、達成感が得られることを目指すためです。話し合いで導き出された活動を毎回実現することがプログラムのビジョンとなります。
- 一体的ケアの方向性として3つの要素「本人支援」「家族支援」「両者の一体的支援」の要素を含むことが必須要件となります。
- 支援の内容として「出会い」「話し合い」を基盤にしています。
- 食事をつくること、買い出しに行くこと、一緒に食べることもプログラムの柱の一つです。これらによって毎回異なるプログラムが展開されていきます。

図は、ミーティングセンターで展開される、認知症の人と家族の一体的支援プログラムの全体像です。大きな柱となる部分は、両者への一体的な支援ですが、それぞれ個別の支援が適時受けられるということは大きな特徴です。



図 認知症の人と家族の一体的支援プログラムの全体像

一日の標準的な流れ

10:00 - 11:00	センターミーティング①	今日の活動の話し合いやリラクソスの時間
11:00 - 12:00	活動①	センターミーティングで決めた活動の実施や個別相談
12:00 - 13:00	昼食	準備をして一緒に食事をする
13:00 - 14:00	活動②	センターミーティングで決めた活動実施や個別相談
14:00 -	センターミーティング②	今日の振り返りや次回活動の希望についての話し合い

※昼食をとらずに、午前中で終わる場合もあります。

※センターミーティングでは認知症の本人、家族、運営スタッフも一緒に話し合います。

※活動は、一緒に行くだけではなく、個別活動や相談なども含まれます。

◎**時間** 時間は、10:00～15:00までが標準的な時間です。 ◎**頻度** 月に1回程度が標準的です。

様々なタイプのミーティングセンター

ミーティングセンターは、認知症の本人と家族を一体的に支援することによって得られる、家族単位での関係性へのアプローチを大切にしています。その地域の社会資源を最大限活用しその地域に暮らす人で運営されることで目的が達成されているものであり、様々な方法が考えられます。つまり、場所等はどこであっても本質的な目的を達成されることが大切です。モデル事業では下記のような方法で展開されていました。

◎**さまざまな方法** 詳細は巻末事例参照

場 所	認知症疾患 医療センター	小規模多機能ホーム 地域交流スペース	市民センター等の 公共施設	住宅
内 容	話し合いと活動	話し合いと活動	話し合いと活動	話し合いと活動
主たる 活動内容	認知症カフェの 運営など	外出や 室内アクティビティ	歌を歌う	楽器を演奏する

◎**目的**

「出会い」と「話し合い」によって

- 認知症の本人と家族の「関係づくり」への支援によって在宅生活の安定と継続が図られること
- 適時適切でかつ専門的な両者への個別支援の提供
- 認知症の人の生活の中で対処が必要な場面での適応力

5 デイサービス、認知症カフェ、家族会との違い

ミーティングセンターは、これまでにない、新たな取り組みです。そのために、従来のいくつかの活動と対照して整理してみたいと思います。どれがもっとも大切なのか?ということではなく、どの活動やサービスもあることが大切です。そのため、これらの特徴について理解を深めましょう。

その1 ピアサポート機能を有する活動とデイサービス(それぞれのサポート)

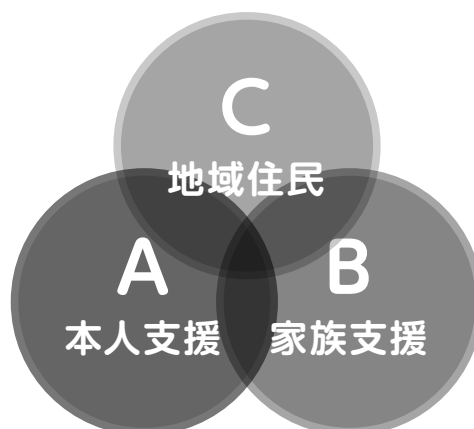


図：個別の支援、認知症の本人と家族はそれぞれ異なる風景を見ている：ピアサポート

大切な視点

- 「認知症の人」、「認知症の人の家族」とは、どちらも診断のときから新たに誕生します。
- 認知症の本人は、診断のときから認知症を生きるという「渦中」に投げ出されます。
- 家族もまた、診断のときから認知症の本人と生きていくという「渦中」に投げ出されます。
- 両者に見える風景は、同じようであるために、それぞれの支援はとて大切になります。
- ピアサポートは、それぞれの見えている景色の共有の場です。それによって、前に一歩歩みだす勇気や力が得られます。なかには唯一の居場所として感じる方もいます。
- 課題は、両者の接点が薄いこと、自宅に帰ってからの関係性にはアプローチできないことです。

その2 認知症カフェ

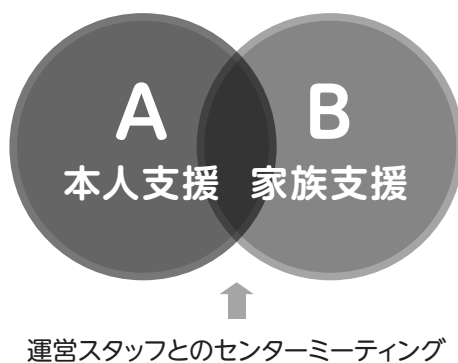


図：認知症カフェ、共に生きる地域を作る：ソーシャルサポート

大切な視点

- ピアサポートで得られた勇気や力を得て地域社会へと歩みだしたとき、周囲から奇異な目で見られまた委縮してしまうことがあります。
- それは、認知症について周囲の人が深く理解できていないからであり、未成熟な社会です。
- 本人や家族が変わろうとしたとき、周囲も変わる必要があります。
- 認知症カフェは地域住民も変わってゆく場です。
- 課題は、それぞれの接点が薄く、認知症の人と家族の関係性には深くかかわれないことです。

その3 ミーティングセンター



図：ミーティングセンターの考え方

大切な視点

- 認知症の人、家族の**家族単位**のサポートプログラムです。
- 本人支援、家族支援に偏ることなく、**同じ価値である**として支援を行います。
- 認知症を生きる人、認知症の本人と共に生きる人、両者が共に生きることを支える場です。
- 自宅での家族としての関係性、かかわり方への変化につながる支援ができます。
- もっとも小さな社会である家族関係の交流が可能になります。

家族会との違い

家族会は、家族によるピアサポート機能を大切にしています。そのため対象者は、家族介護者です。運営者や進行役も家族が担います。同じ経験をした家族同士の自伝的語りを通して、経験的学びや今の悩みや不安の整理が行われ、一歩踏み出すための勇氣にも繋がっていきます。家族会は、家族の拠り所となる場所でもあります。

地域支援事業の任意事業の中で家族支援事業等が行われ、その事業の一環で事業展開がなされている場合があります。公益社団法人認知症の人と家族の会で開催する「つどい」も家族同士のピアサポート事業であり、この場合は主に会員の会費や寄付などで運営されています。

●ミーティングセンターと家族会：家族会では、良質なピアサポートによって介護に関する情報が得られ、介護負担感軽減等の効果が期待できます。ミーティングセンターは、家族だけではなく、認知症の本人も同じ場を共有することで家族関係の気づきがあります。そして専門職が入ることによって専門的な支援を享受することができます。プログラムは話し合いに基づく活動の計画と実施によって、認知症の人の新たな側面を目にすることで家族が介護肯定感を得ることや在宅生活の新たな可能性を見つけることも可能です。

本人ミーティングや本人同士のピアサポートとの違い

本人ミーティングでは、認知症の本人同士のピアサポート機能を大切にしており本人が変わるきっかけとなります。対象者は認知症のご本人です。運営は認知症関連の専門職や行政職員、有志の方々です。家族も一緒に来場しますが、基本的に同席はせず別スペースにて家族同士で話をすることが多いです。内容は、日常生活に関する工夫や制度やサービスについての情報交換、これから行いたいことなどの計画などについて平易な会話方式で行われます。話し合いの進行は、認知症の本人が行うところや支援者が担うところなど多様です。

認知症施策推進大綱では「認知症の人本人からの発信支援」の枠組みの中で診断直後からの支援を推進するための事業として位置付けられています。財源は、地域支援事業における認知症施策等総合支援事業であり、認知症地域支援推進員が企画運営にかかわります。

●ミーティングセンターとピアサポート:本人ミーティングは、認知症の本人同士のピアサポートによって、認知症の人同士が生活上の工夫や地域生活を暮らしやすくするための工夫について、話し合ったり情報交換をすることで地域や自分自身が変わっていくきっかけとなる場所です。ミーティングセンターは、認知症の本人だけではなく家族も同じ場を共有することで、本人の声を聴き新たな可能性の気づきの場になります。また他の家族からも認知症の本人との良好な関係性づくりについて学び合うことができます。さらに専門職が入ることによって専門的な支援を享受することができます。

認知症カフェとの違い

認知症カフェは、地域の中でオープンに開催されだれでも参加できます。それによって、ソーシャルサポート機能を有し、地域を変えていく役割を持っています。対象者は認知症の本人その家族、地域住民や友人、そして専門職と多様です。リラックスした環境の同じ場で、情報を共有し交換されることを期待しています。これにより、専門職との出会いと学びの時間となり、地域全体の認知症への対応力、寛容さが育まれていきます。認知症の人にとっては楽しみ場となったり、その場での役割を持つようなところでもあります。

認知症施策推進大綱では「認知症の人の介護者の負担軽減の推進」という枠組みの中で、家族支援に位置づけられ、認知症地域支援推進員等が企画運営に携わることとされています。予算は、市町村によって異なりますが、参加費などで賄われている場合が多い傾向にあります。

●ミーティングセンターと認知症カフェ:認知症カフェの場合、緩やかな関係づくりと、地域づくりが主たる目的ですが、ミーティングセンターは質の高い診断後支援を目指します。そのため参加者が認知症の本人と家族のみになり、地域の方は入りません。診断後の両者の関係構築や専門的な相談支援、出会いの支援を行う点が異なります。また、毎回何を行うか話し合い、その日に実現します。さらに、専門職に相談しやすく適時適切な支援を受けることができます。これらにより、認知症の本人の受容感、達成感、自己肯定感への効果が期待でき、家族にとっては介護負担感軽減、介護肯定感向上、家族関係の学びが得られます。

デイサービスや認知症デイとの違い

デイサービスでは、要介護状態になった認知症の本人が生活機能の維持または向上を目指して、アクティビティ等を通して機能訓練を行ったり、入浴や食事を通して心身機能や栄養や口腔機能等の維持向上が図られます。また、社会的孤立解消を図るという目的を持った介護保険事業です。介護保険事業であるため、その目的を遂行するために、生活相談員や介護職員などの人員基準や設備基準なども定められており、サービス内容によって介護報酬が支払われます。こうしたことからプログラムもある一定の内容が決められており、集団で行われることが多いという特徴もあります。

●ミーティングセンターとデイサービス: デイサービスは、フォーマルサービスであり認知症の本人の心身等の維持向上などのある程度定型化したプログラムが組まれ重度の方でも対応可能です。また、家族には一時的な休息の時間、精神的負担軽減としてのレスパイト機能も持っています。ミーティングセンターは、介護保険サービスではないので、身体的な介護を必要とする人は少なく初期から中等度の認知症の人とその家族が対象になります。そして、家族も一緒に場を共有し、そこで行われるプログラムを話し合いで決めていきます。そのために予定調和なプログラムではなく毎回異なるプログラムが展開され、それぞれの関心のある創造的なプログラムとなっています。それによって、参加への意欲が高まり自己効力感や自己肯定感の向上につながります。

6 ミーティングセンターの効果は？(適応 - 対処モデル)

ミーティングセンターの考え方の理論的背景は、認知症の人の家族のストレスへの適応と対処の枠組みを理論化した「適応-対処モデル(Adaptation-Coping model)」という、ローズマリー・ドローズ博士(アムステルダム自由大学医療センター)の論文とそれに基づく実践が始まりです。

このモデルは、ストレスモデルで有名なLazarus and Folkman (1984)のストレス評価コーピングモデルとMoos & Tsu (1977)の身体疾患のクライシスモデルを認知症の人とその家族介護者のために統合・応用・運用したものです。

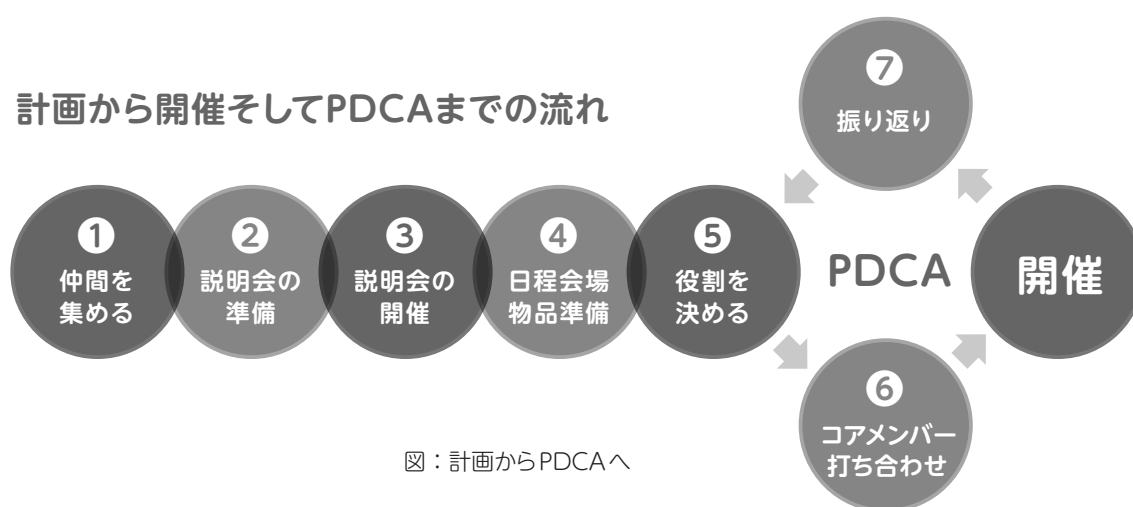
「適応-対処モデル」の特徴は、認知症の人も家族も両方を対象にしているところです。どちらも、認知症による変化への適応の仕方に直面していて、ミーティングセンターではその直面する課題を一体的に解決(対処)する方法を学ぶことができるのです。このモデルは、認知症の人が認知症とともに生きるために、適応する際のプロセスをよりよく理解することを目的としています。

ちなみに、イギリスでは「変化に向けた調整モデル(Adjusting to Change Model)」と呼んでいます。

2

最初の取り組み

計画から開催そしてPDCAまでの流れ



図：計画からPDCAへ

①仲間を集める(コアメンバーを集める)

身近な地域の中で質の高い診断直後からの支援の場を作ることを目指しています。コアメンバーとなりうる方を集めます。ミーティングセンターの礎を作る役割があるので、長期にわたりかかわれる方で、地域の方や関係者をよく知っている人が望ましいといえます。おおむね5人程度が良いのではないのでしょうか。そのため「認知症のご本人とその家族」を必須として、下記のような方が参画するとより効果的に実施できるでしょう。

- | | |
|---------------------------|---|
| ① 中心となる認知症のご本人とその家族 | ⑧ 開催地域の介護保険事業所のスタッフ |
| ② 地域包括支援センターのスタッフ | ⑨ 認知症支援にかかわるNPO等の団体スタッフ |
| ③ 認知症地域支援推進員 | ⑩ 地域の民生児童委員やボランティアの方 |
| ④ 若年性認知症支援コーディネーター | ⑪ その他専門職(認知症認定看護師、認知症介護指導者、認知症ケア専門士など認知症にかかわる専門的知識を学び地域活動に関心のある方) |
| ⑤ 認知症疾患医療センターの地域連携室等のスタッフ | |
| ⑥ 行政の認知症施策担当者 | |
| ⑦ 地域密着型サービス事業所のスタッフ | |

②初回の関係者説明会の準備をする

運営のコアメンバーを中心に、関係者の話し合い日程を決めます。コアメンバーとなる方はこの時点でミーティングセンターの意義や目的について理解している方が望ましいでしょう。話し合いには、運営にとって大切な人、協力してくれる人であろう関係者に声を掛けます。

説明会までに打ち合わせしておきたい事項

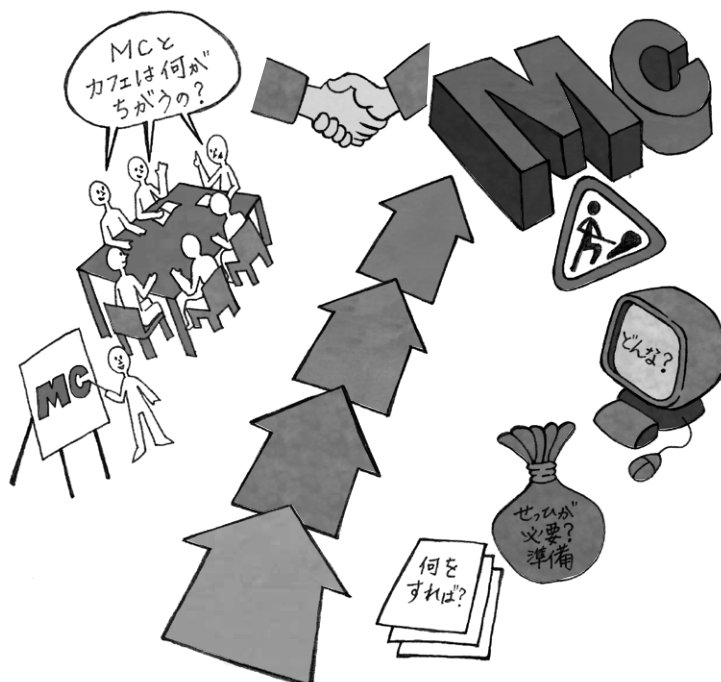
- ミーティングセンターの各自の理解
- ミーティングセンターを説明する資料
- 会場の候補地
- 開催日候補日
- 内容のイメージ
- コアメンバーそれぞれの役割(資料作成、周知・声掛け、説明会日程や会場確保)
- 必要な物品と予算(会費はどうするか)
- 開催までのおおむねのスケジュール
- 説明会の日程と内容
- 次回打ち合わせの日程

③説明会を開催する

運営に関係する団体の方を集めてミーティングセンターの説明会を開催します。主たる運営団体と協力団体が一堂に会してミーティングセンターの共通理解を深める場にします。この時、コアメンバーはいつから、どこで開催したいという希望を決めておく必要があります。

説明事項

- ミーティングセンターの目的
- 協力していただきたい内容
- 会場の選定(決まっていない場合)
- 対象者(認知症の人、家族)への呼びかけ
- 周知・広報の方法と協力



④ 開始する日程と会場選定と運営に必要な物品

◎日程

日程は月一回で平日、土日等運営スタッフと参加者の都合の良い日を選定します。時間は10:00頃から15:00頃が基本です。

◎必要な物品

会場を決める際に、事前に下記のものがある場所だと、新たに購入が必要ありませんので、確認しておきましょう。

◎場所

地域の中でアクセスのしやすい場所を検討しましょう。コミュニティセンター、地域の空き家、地域密着型サービス事業所の地域交流ホールその他どこでも。話し合いをして活動を行うので、ある程度広い場所（ミーティングルーム）と個別相談ができるスペース、そして食事ができるスペースもあることが望ましいです。

物品リスト

- 大きなテーブル
- ポットとコップ
- 調理器具(必要な場合)
- 人数分のイス
- ホワイトボード

ミーティングセンターでは、その日に何を行うか、どんな活動をするのかを参加者の話し合いで決めます。そのため、参加者全員が座るために必要な椅子、テーブルは必ず必要です。また、飲み物を飲みながらリラックスしたミーティングを行うことも大切ですからポットやコップなども準備しておきましょう。ミーティングの際ホワイトボードなどがあると分かりやすく話し合いができます。料理を行うことがある場合には、調理器具も必要になります。

⑤ 役割を決める

開催する場所や必要な物品が決まったらコアメンバーの中で役割を決めておきましょう。事前準備の役割と当日の役割がありますが、それぞれ同じ人が何役も担うこともあります。くれぐれも無理のない役割分担をすることが継続するうえでは大切です。主な役割は次の通りです。

事前準備の役割

- チラシ、説明書づくり担当
- 必要備品準備担当
- 書類づくり担当
- 参加者への声掛け担当

ミーティングセンター当日役割

- 全体統括担当
- 会場設営担当
- 会費集めと管理担当
- 初回アセスメント、事後アセスメントを行う役割
- ミーティング進行役担当
- 活動(アクティビティ等)担当者
- 飲み物や昼食の準備等担当
- 各担当補助者

⑥直前の準備と打ち合わせ

1週間から2週間前には打ち合わせをしておくとう安心です。開催していく上では、毎回不安感も多いことと思いますので、短時間でも良いのでコアメンバーで打ち合わせをし当日の確認や参加者の情報を共有する時間を持ちましょう。また、次のミーティングセンター開催までに準備しておくもの、参加者の話し合いの中で希望があった場合の対応などの準備もしておくとう良いでしょう。

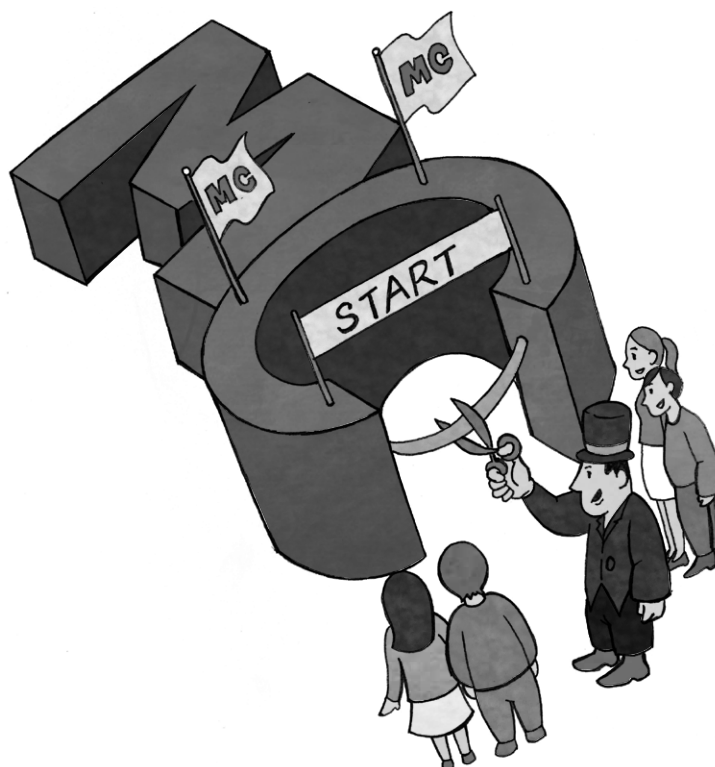
開催

⑦振り返りと次回以降の計画

ミーティングセンターが終了したら、その日あるいは数日後に振り返りを行い、次回への準備について話し合いを行います。振り返りのポイントは次の通りです。

振り返りのポイント

- 参加者の内訳 ●進行の振り返り ●参加者の話し合いで出された内容の実現に向けた準備
- 参加者からの相談内容 ●物品の過不足 ●周知の方法



3 プログラムを作るうえで 大切にしたい 5つのコンセプト

① 基本理念「出会い」と「話し合い」を創る

出会い

ミーティングセンターのコアとなる部分で最も大切な要素です。様々な地域の方や団体の参加や協力で認知症によって分断されてしまった人や地域との「出会い」をこの場所で再び紡ぎ、専門職との親密な「出会い」が構築できることを目指しています。

話し合い

「話し合い」は、認知症という変化のある慢性的な疾患に対し、認知症の本人と家族がほかの同じような経験をする人々と話し合うことで、その適応方法と対処方法の理解につながり、感情のバランスを保ち将来を見据える機会となります。また、話し合うことで、その日のプログラムを決め実行する経験は、ポジティブなイメージをお互い共有し、新たな家族の関係づくりをする上で役立ちます。話し合いの時間を「センターミーティング」と呼んでいます。

② ハードではなく、ソフトを大切にする

ミーティングセンターは最初は小さな活動であり、小さな話し合いから始まります。最初から大人数で行われる必要はありません。出会いと話し合いの中で、必要な人や場所、活動や団体とつながっていくことが重要です。つまり、ハード（建物や物品）中心ではなくソフト（人）中心なのです。モノありきではなく、コトありきで考えることが大切です。ソフトの中には、認知症の人、ご家族も含まれており、両者がプログラムを作っていく中心人物です。

③個別の思いや希望をその日に実現（論理的ではなく直観的行動的に）

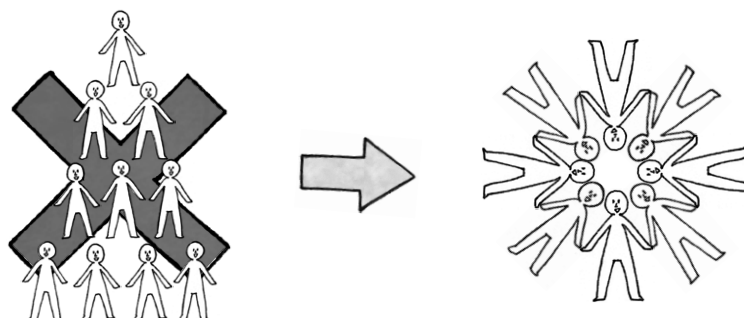
運営者が何をするのか考えるのではなく、参加者がここで、これから何がしたいのかを考えることが大切です。つまり、プログラムに合わせるのではなく、思いに合わせるのです。それを実現するためのとりまとめを行うのが運営者の役割です。そして、「いつかやりたいね」、ではなく「今日、今からできること」、「次回できること」というように、記憶が確かなうちに実現するようにしましょう。論理的に計画を練るのではなく、直観的、行動的な活動によって新たなアイデアや工夫を生むことができます。

④地域の実情に合った活動（本質を大切にしつつ、定型的から変則的に）

地域の実情とは、目指すべき目的や本質は変わりませんが、その方法は多様です。その多様さは、地域によって異なります。例えば、開催場所、協力者、運営者は地域の社会資源やこれまでの地域の認知症施策の方向性によって異なるものです。定型的ではなく変則的です。その地域の今ある社会資源や人的資源、そこに所属する人々の声をよく聞いて最も良い運営方法を考えましょう。

⑤ネットワーク型の組織づくり（階層的ではなく水平なつながり）

ミーティングセンターを運営する組織は、最初から形があるわけではありません。未来志向で考えると、将来はどんなことが起こるかわかりません。例えば、新型コロナウイルスのように突如地域社会を変容させるような事態も起きます。そんな時に、助けてくれる新たな協力者を仲間に加えたり、会場や方法を変えたりしながらできる柔軟さは継続するうえで大切です。また、ミーティングセンターのプログラムは、参加者で考えて決まっていきます。話し合いで決まったことを実現するためには、その都度協力者を仲間に入れていくという方法も大切です。ピラミッドや階層型の組織ではなく、ネットワーク型の組織を作っていきます。



●「支援すること」「支えること」	➡	●「出会い」「話し合い」
●ハードありき	➡	●ソフトありき
●論理的（プログラムありき）	➡	●直観的（参加者の思いありき）
●定型的	➡	●変則的
●階層的組織	➡	●水平なつながり

表：5つのコンセプト

4

ミーティングセンターの 開始と継続（Q & A）

①人員や設備について

Q
1

どこで開催するのが望ましいのでしょうか？

A

開催場所はどこでも実施可能です。その地域で定期的に借用できる場所を選定します。モデル事業では、市民センター、福祉会館、空き家、民家の一室、地域密着型サービス事業所の地域交流スペース、認知症疾患医療センターなどで開催されています。いずれにせよ、地域の中でアクセスがしやすく駐車場などがあればなおよいでしょう。

Q
2

会場となる場所はどのような部屋が良いのでしょうか？

A

ミーティングセンターでは、話し合い、活動、（場合によっては食事や調理）個別相談が行われます。そのための部屋が必要です。なお部屋やスペースのサイズは参加者とスタッフの人数によります。パーティションなどでも対応できます。

必要な部屋の例

- 全体的話し合いをする部屋
- 活動を行う部屋（話し合いの部屋と同じでもよい）
- 食事などをする部屋（話し合いの部屋と同じでもよい）
- 個別相談ができるようなスペース

Q
3

会場となる場所にはどのような備品が必要でしょうか？

A

その日に何を行うか、どんな活動をするのかを参加者の話し合いで決めます。そのため、参加者全員が座るために必要な椅子、テーブルは必ず必要です。また、飲み物を飲みながらリラックスしたミーティングを行うことも大切ですからポットやコップなども準備しておきましょう。ミーティングの際ホワイトボードなどがあると分かりやすく話し合いができます。料理を行うことがある場合には、調理器具も必要になります。

物品リストの例

- 大きなテーブル
- ポットとコップ
- 調理器具(必要な場合)
- 人数分のイス
- ホワイトボード

Q
4

運営者にはどのような人が必要でしょうか？そして資格などは必要ですか？

A

運営者のメンバーの資格等の必須要件はありません。とはいえ、ミーティングセンターでは、専門的な相談に乗ることができる場ですから、認知症の人やそのご家族の支援に携わっている、あるいはその意欲がある方が望ましいといえます。そのうえで、ミーティングセンターの主旨を理解し、その地域のことを知っている方がより望ましいでしょう。スタッフは、最初から多くの方を集める必要はありません。コアメンバーは、少なくとも3～4人いると心強いものになります。長期的な視野で考えていただき、後々必要な方に声掛けしてゆくネットワーク型の組織を目指しましょう。



②運営方法について

Q5 どのような組織で運営するのが望ましいでしょうか？

A ミーティングセンターは質の高い診断後支援のための新たな社会資源です。診断後ということを考えると、一法人や一事業所の運営よりも地域包括支援センター、認知症疾患医療センター、居宅介護支援事業所など様々な事業所、多法人で共同運営を行うと広がりが見られネットワークを作りやすいでしょう。この利点は公共性、公開性を保ち参加者が参加しやすくなるという効果も期待できます。

Q6 運営スタッフはどのような立場で入り、どのような役割があるのでしょうか？

A 運営スタッフの立場は、話し合いの発言を支え、つなぐというファシリテーションを行い、活動場面では、共に楽しむ仲間、活動を支える仲間という立場があります。また、ミーティングセンターの運営の役割としては下記のような役割が考えられます。

運営スタッフの役割

- 全体統括担当
- 会場設営担当
- 会費集めと管理担当
- 初回アセスメント、事後アセスメントを行う役割
- ミーティング進行役担当
- 活動(アクティビティ等)担当者
- 飲み物や昼食の準備等担当
- 各担当補助者

Q7 運営メンバーとなる人には、ミーティングセンターを理解してもらうためにどのように説明したらよいのでしょうか？

A 必ず理解していただきたいのは、ミーティングセンターの理念です。ミーティングの意味である「出会い」と「話し合い」が認知症の人と家族の関係性、そして地域との関係性にどのような意味があり、そしてどのような効果があるのかを理解してもらいましょう。(p.19参照)

③参加者への配慮など

Q 8 ミーティングセンターの対象者は？

A ミーティングセンターは診断直後の方を主なターゲットとしていますが、診断から経過していても対象者と考えています。

Q 9 認知症の本人と家族が一緒になければならないのでしょうか？

A 一緒であることは望ましいですが、必ずしも一緒である必要はありません。平日開催であると家族も参加できない方もいるかもしれません。その際には曜日を変えることや連絡を密にすること、家族への支援も一緒に考えていきましょう。

Q 10 初めて参加する方へミーティングセンターをどのように説明したらよいのでしょうか？

A 家族には、「同じ境遇の方々とお話ししてみませんか」というお誘いが良いと思います。認知症の本人には、「自分の好きなように過ごせる場所ですので是非いらしてみてください」というお誘いが良いのではないのでしょうか。何かをやらされる、スケジュールに合わせなくてはならない場所ではないことを強調することが大切です。

Q 11 最初は、どのようなルートから参加者が集まってくるのでしょうか？

A 診断後の支援の場ですので、機関や事業所では、認知症疾患医療センター、地域包括支援センター、地域密着型サービス事業所が有力です。また、参加者対象者とかかわりのある人から考えると、若年性認知症支援コーディネーター、認知症地域支援推進員、認知症疾患医療センター地域連携室スタッフや行政の認知症施策担当者、認知症の人と家族の会のスタッフからの紹介が考えられます。2020年度に実施したモデル事業では、医師からの紹介、家族会からの紹介、地域包括支援センターや既存の社会資源の運営に携わっている方からの紹介が多い傾向にありました。

Q 12 認知症を受け入れていない方への声掛けの方法はどのようにしたらよいですか？

A 認知症ということをご本人に無理に理解していただくことはありません。ご本人は、認知症であることを認めたくないのかもしれませんが。とはいえ、生活の中あるいは家族関係で違和感を覚えていたり、何とかしたいという想いを抱いているものです。そのご本人が感じている「自分で何かしたいという想い」を大切に「あなたの想いを話してみませんか」という誘い方は良いのではないのでしょうか。

Q 13 参加者の認知症の程度が異なりますがどのような配慮、工夫が必要でしょうか？

A 座る場所の工夫の必要があります。会話を楽しみたい方、一人の時間を過ごしたい方など、参加者それぞれの望むことをする時間を設定するとよいでしょう。そのために、最初の「話し合い(センターミーティング)」があります。全体で何をしたいか、そして個人で何をしたいかについてそれぞれの意見を求めることが大切です。その結果、運動やゲームなどを行う場合は、活動のサポートや安全を確保するため家族やスタッフが一緒に座れる場所を確保しなければなりません。

また、家族同士との会話や、他の家族の関係から、かかわり方を見直すことにより、支え合う関係ができることを目指しているので、家族同士の出会いを大切にすることが重要です。そのために、本人を含めた家族同士が近くに座るように配慮しましょう。

Q 14 参加が中断してしまった方にはどのようにアプローチしたらよいですか？

A 中断には必ず何かの要因があるのでその点を明らかにしましょう。ミーティングセンターで行なわれるプログラムの内容であれば、プログラムの内容の再検討が必要です。ただし、無理に参加を促すのではなく、その人の意向を共感的によく聞きとるよう努めましょう。仮に参加できない場合でも、電話や訪問などで細く薄いつながりでもそれを継続するようにしましょう。すると必要になった時にまたふたたびつながる可能性があります。

④具体的なプログラムについて

Q
15

1日の流れはどのようなのでしょうか？

A

おおむね下記のような流れになります。10:00～15:00が標準的な流れです。

話し合いによって、その日何を行うかを決め、活動を行います。活動は、運動だけではなく読書や音楽鑑賞など身体的な活動を伴わないものも含まれています。いつでも、ご家族やご本人の相談ができる雰囲気をつくり適宜相談できるようにしましょう。

10:00 - 11:00	センターミーティング①	今日の活動の話し合いやリラックスの時間
11:00 - 12:00	活動①	センターミーティングで決めた活動の実施や個別相談
12:00 - 13:00	昼食	準備をして一緒に食事をする
13:00 - 14:00	活動②	センターミーティングで決めた活動実施や個別相談
14:00 -	センターミーティング②	今日の振り返りや次回活動の希望についての話し合い

それぞれの時間で目指すところは次の通りです。

①認知症の人の意見を聞き主体的なアクティビティなどの活動を設ける(実践的適応)

目標

同じ境遇の認知症の人との出会い、自己決定機会の保証と主体的な活動参加によりエンパワメントを期待。

②家族の相談などによる心理的支援と情報提供などの教育的支援機能を持つ (感情的適応：情動の安定や将来への計画)

目標

同じような境遇にある家族同士の出会い、介護者のこころの健康、同じ経験の者同士の繋がりと学びあいによる関係性の調整などピアサポート機能の発揮。

③認知症の本人と家族が共に活動する時間を設け、それには他の家族や地域との交流も含む(社会的適応：再社会化)

目標

社会、介護関係者、専門職との出会い。それぞれの関係やつながりの再構築を行い社会的、家族関係の適応を図る。

Q 16 話し合い（センターミーティング）の進め方はどうしたらよいのでしょうか？話をしない方もいるのではないのでしょうか？

A 話し合いは、唐突に「話し合いましょう!」といっても話ができる方は少ないと思います。また、さまざまな話があちこちでなされると、整理することが難しくなります。そこで、ホワイトボードなどを用いると話し合いを整理することに役立ちます。また、意見が出にくい場合には、付箋紙などを用いて、参加者それぞれの意見を個別に書いていただくと意見を集めやすくなります。その際には、スムーズに進むようにスタッフがサポートすることが大切です。流れとしては、次のように考えてください。

話し合いの流れの例

- 自己紹介(趣味等も含めて)
- 今日やってみたいこと、これからやってみたいことを自由に出し合う
- 今日できることを参加者で決める

Q 17 活動プログラムのメニューにはどのようなものがあるのでしょうか？

A 活動プログラムは、「話し合い（センターミーティング）」の中で決めていくことが基本になりますが、例示がないと話し合いが進まないこともあります。また、地域で開催されているイベントや認知症カフェへの参加なども、新たな出会いを育むきっかけになるものです。すぐにその場で実施できないプログラムもあると思いますが、その場合には今後の計画として加えておき、実施できる準備を運営スタッフの中で検討しましょう。以下に、2020年度のモデル事業で実施されていた活動内容を例示します。

活動プログラムの例

- 合唱 ●音楽鑑賞 ●体操 ●散歩 ●ボーリング ●ボッチャ ●モノづくり ●お菓子作り
- 昼食づくり ●買い物(お弁当、洋服など) ●読書 ●外出 ●認知症カフェの運営

Q 18 認知症の本人と家族と一緒に活動をしなければならないのでしょうか？

A 必ずしも一緒に参加しなければならないというわけではありません。認知症のご本人が活動に参加しているときに、個別で相談を受けるなどの時間にいただくことができます。また、ご家族が別の用事で途中外出していただくこともできるような緩やかな時間設定やプログラムにすることで、より良い雰囲気になるものと思われます。

Q 19 話し合い（ミーティング）の種類にはどのようなものがありますか？

A 話し合い（ミーティング）は、活動内容を決めるミーティングではありません。下記に示すような多様な話し合いの場を持つことも考えておきましょう。

活動を決めるミーティング：センターミーティング

家族と本人が共に参加するミーティングであり、ミーティングセンターのその日の活動内容や方針を決めていくミーティングでもあります。

認知症の本人だけのミーティング

認知症の本人だけが参加するミーティングを開催しても良いでしょう。日ごろの生活の工夫や今の気持ち悩みなどを共有するピアサポート機能も有します。

家族だけのミーティング

ご家族だけが参加するミーティングです。現在の状況を共有、情報共有、悩みの解消などのピアサポートの機能を有します。

⑤ その他について

Q
20

運営資金はどの程度かかりますか？

A

運営費は、会場費、備品や各種物品、飲食の実費等を考える必要があります。家族支援に係る事業として地域包括支援センターの事業費から捻出する、本人ミーティングを兼ねて実施する、認知症カフェと一緒に実施するなどいくつかの工夫が必要です。また、参加者から参加費を徴収する方法も併用して実施している場合もあります。

Q
21

保険はどう考えたらよいでしょうか？

A

運営事業費の中に含めて考えても良いかもしれません。

Q
22

ご家族からの相談はどのようなものが多いでしょうか？

A

関係が深まると家庭内の相談内容などにも及ぶこともあります。介護やかかわり方の相談、サービスのこと、将来のことなどさまざまな内容があります。そのことから、社会福祉士やケアマネジャーなどもコアメンバーに含まれるとよいでしょう。

5

モデル事業の事例

事例1

広域地域における市民参加のミーティングセンター（駒ヶ根市）

事例2

認知症カフェと一体で実施を目指したミーティングセンター（宇治市）

事例3

地域密着型サービス事業所で開催するミーティングセンター（大牟田市）

事例4

空き家を活用したミーティングセンター（平塚市）

事例5

認知症の人と家族の会の活動から広がるミーティングセンター（仙台市）

事例1

駒ヶ根市

広域地域における 市民参加の ミーティングセンター



中心となって運営している団体	特定非営利活動法人地域支え合いネット
ミーティングセンターの会場	一軒家の一部を利活用
活動タイプ	話し合いと楽器演奏活動を中心にしている
地域概要	人口3万人 高齢化率31%
参加者数	認知症の本人3人 家族3人
主たる運営者の人数	約6人

運営協力者

介護福祉士、栄養士、看護師、保健師、認知症サポーター、おれんじネットフレンズ(ボランティア団体)、地域の音楽ボランティアの方、地域住民

協力団体

認知症疾患医療センター、地域包括支援センター、認知症当事者交流会、行政関係者

① 私たちが考えるミーティングセンター

ミーティングセンターを実施する意義

●認知症の本人の居場所、役割の創出

本人がやりたいことを実現することで、地域の中の「居場所」「役割」を創り出すことができました。また、本人や家族同士の出会いにより、気持ちが共感できる仲間をつくることに繋がりました。

●地域の新たな専門的な相談の場

認知症の本人、家族と一緒に訪れることができること。そして家族単位を共に生きるピアとして考えられることで、他では話しにくい悩みも専門職に気軽に相談できる場を提供することができました。

●既存の制度(介護保険、障がい福祉等)の隙間を埋める可能性を見出した

若年性認知症の方、他地域の方など制度上どこに相談に行けばよいのか難しい事例についても、さまざまな専門職が共同で参加していることでその隙間を埋める可能性が見出すことができました。

●認知症の本人、家族、専門職が並列の関係で場を創り上げていく

プログラムを認知症の本人と家族と一緒に考えることで、支援する、されるという立場を越えた場所づくりにつながりました。

ミーティングセンターの特徴 (デイスサービス、家族会、認知症カフェなどこれまでの活動との違い)

●認知症の本人と家族が同じ場で同じ活動を行うこと

本人と家族が一緒だから、本人、家族それぞれの話からだけでは見えない関係性が見えてきます。そこから課題が浮き彫りになることもあれば、強みが見えてくることもあります。課題と強みが見えてくることで、専門職としてのアプローチの方法も見えてきます。

●本人・家族が他の本人・家族と出会い、接することで、家族の関係性を客観的に見直す機会が得られる

家族会や認知症カフェでも家族同士で話す機会はありませんでしたが、ミーティングセンターでは他の家族が本人と一緒に居場所を見る機会がより多く感じます。

●介護をしている家族が他の本人と接することで、認知症に対して多角的な見方ができるようになる

認知症の人と一緒に暮らしている家族にとっては、普段は自分が介護している本人の姿しかみることができません。家族が他の認知症の本人とも出会い、関わることで、認知症に対する見方が多角的になっていると思います。

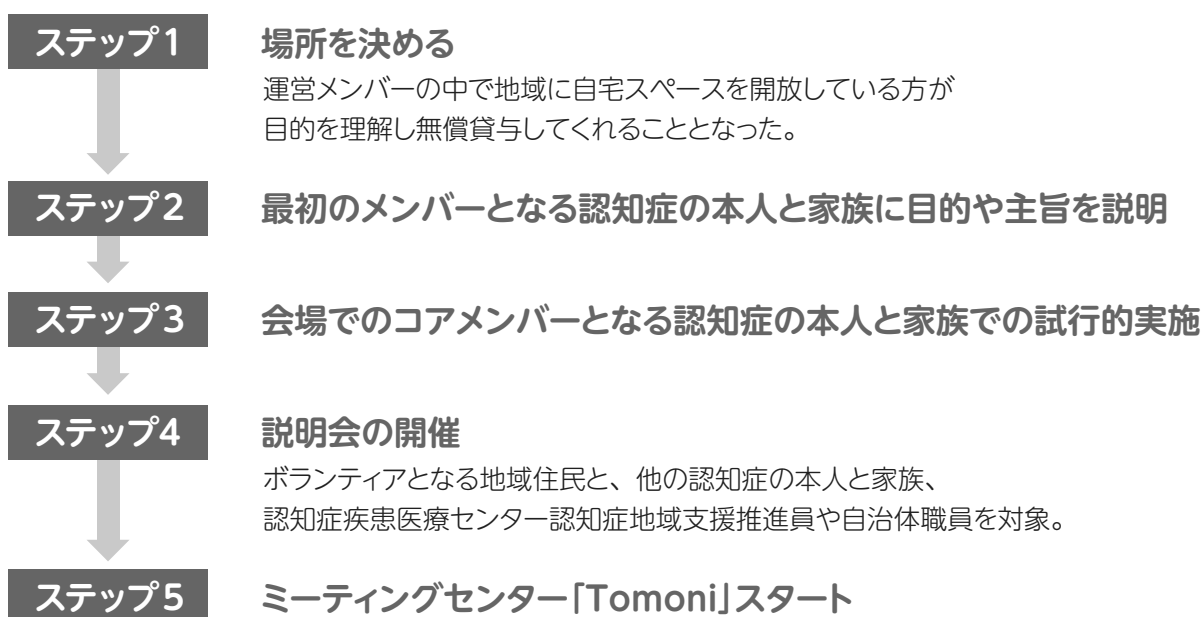
●活動内容を本人と家族という具体的なケースに合わせてメンバー全員で創り上げていく

一組の若年性認知症の本人(男性)とその妻のケースからスタートしました。年齢からも心身の状態からも介護保険サービスにはまだ馴染まず、自宅の他に居場所もないという方です。「何とかしなければならない」との思いから、本人、妻も一緒になって手作りで居場所づくりを始めたのがきっかけでした。

●活動内容が活動的で自由であり広がりがある

ミーティングセンターは「役割との出会いの場」でもあります。メンバーである本人の役割を創るという視点で、軽運動や音楽、外出等はもちろん、「仕事」「作業」の要素も含んだ内容も設定していける自由があります。

②最初の取組み



③ミーティングセンターの開始と運営、継続へ

●開始までの準備

- ◎運営人員 スタッフ約6人
- ◎会場の設備 机、いす、冷暖房、昼食調理用の設備(台所)
- ◎当日準備している物品 受付名簿、非接触型体温計、手指消毒用エタノール、机等消毒用次亜塩素酸ナトリウム、楽器各種、昼食用食器、昼食用食材

●運営

- ◎運営役割 司会進行、会場設営、会計、昼食準備、記録、個別対応スタッフ



駒ヶ根のミーティングセンターのスケジュール

10:00	集合…受付時：体温チェック、手指消毒、集金
10:10	センターミーティング①…プログラムを決める
10:15	センターミーティングで決定したことを実施(同時に昼食準備開始)
11:50	全員で昼食準備
12:00	ランチタイム
12:40	片付け(本人もできる限り一緒に)、雑談タイム
13:00	センターミーティング②…本日の感想、次回の予定確認、今後の希望等の話し合い
13:15	終了

センターミーティングの進め方

- ①本人中心にやりたいことを聞く
- ②実際には本人から「そう言われてもわからないなあ」「特にないね」と言われることが多い場合は、こちらからいくつかの提案をして決める
(本人が「やりたいこと」を安心して、遠慮なく表明できる環境づくり、関係づくりは、時間をかけて進めていく必要があります)
- ③センターミーティング②では実施後は感想を共有する

これまでに行われたプログラム

音楽を楽しむ時間、バスハイク、陶芸、買い物(希望が出ている活動)

畑作業(ハロウィン用カボチャ栽培)*、ポッチャ*、そば打ち*、本人も一緒に昼食づくり*

※これから計画しているもの

運営者の声

私たちは、一人の若年性認知症の男性の居場所づくりからスタートしました。開催頻度も週1回は必要と決めたものの人手も資金も足りない状況でしたが、地域住民の方々に協力いただくことで、毎週開催を実現できました。私たちが大切にしていることは、本人も家族もスタッフも皆が「メンバー」とあるという考え方です。並列の関係であることで本人、家族もよりリラックスでき、「お世話をされる」ではなく主体的にやりたいことができる環境をつくっていけると思います。

事例2

宇治市

認知症カフェと一体で 実施を目指した ミーティングセンター



中心となって運営している団体	一般財団法人宇治市福祉サービス公社
ミーティングセンターの会場	認知症総合センターのカフェ、福祉会館
活動タイプ	話し合いに基づく希望実現、認知症カフェ運営
地域概要	人口18万人 高齢化率29%
参加者数	認知症の本人4人 家族7人
主たる運営者の人数	5～6人

運営協力者

認知症のご本人、家族、社会福祉法人、認知症疾患医療センター職員、宇治市認知症コーディネーター、認知症専門医、行政職員等

協力団体

認知症疾患医療センター、地域包括支援センター、認知症当事者交流会、行政関係者

① 私たちが考えるミーティングセンター

ミーティングセンターの意義

●診断直後の方々の定期的な出会いの場となる

本人、家族がともに活動する場を定期的に設け、診断間もない方との出会いの機会を設けることができました。

●既存の社会資源がつながり空白の期間を満たすことができた

既存の社会資源をつなぐことができ、「早期からの出会い」「切れ目のないサポート」の場を作ることができました。

●本人・家族それぞれの当事者をつなぐ家族支援の場ができた

宇治市が目指す当事者間のピアサポートを基盤にした家族支援が実現できました。

●認知症の初期支援の新たな道を開く

多くの本人・家族に初期支援の道を拓くものになると確信しています。

ミーティングセンターの特徴 (デイサービス、家族会、認知症カフェなどこれまでの活動との違い)

●本人・家族それぞれの希望が実現する場所

「本人・家族のやりたいことを実現する」をテーマに据えて、その日のプログラムを決めています。本人・家族を一体的に支援するということは、各々の認知症の発症や病気への理解、受容、さらにこれまでの経験の異なる当事者にとって参加意義のあるプログラムを提示できると考えています。

●サービス提供者、利用者という線引きがない

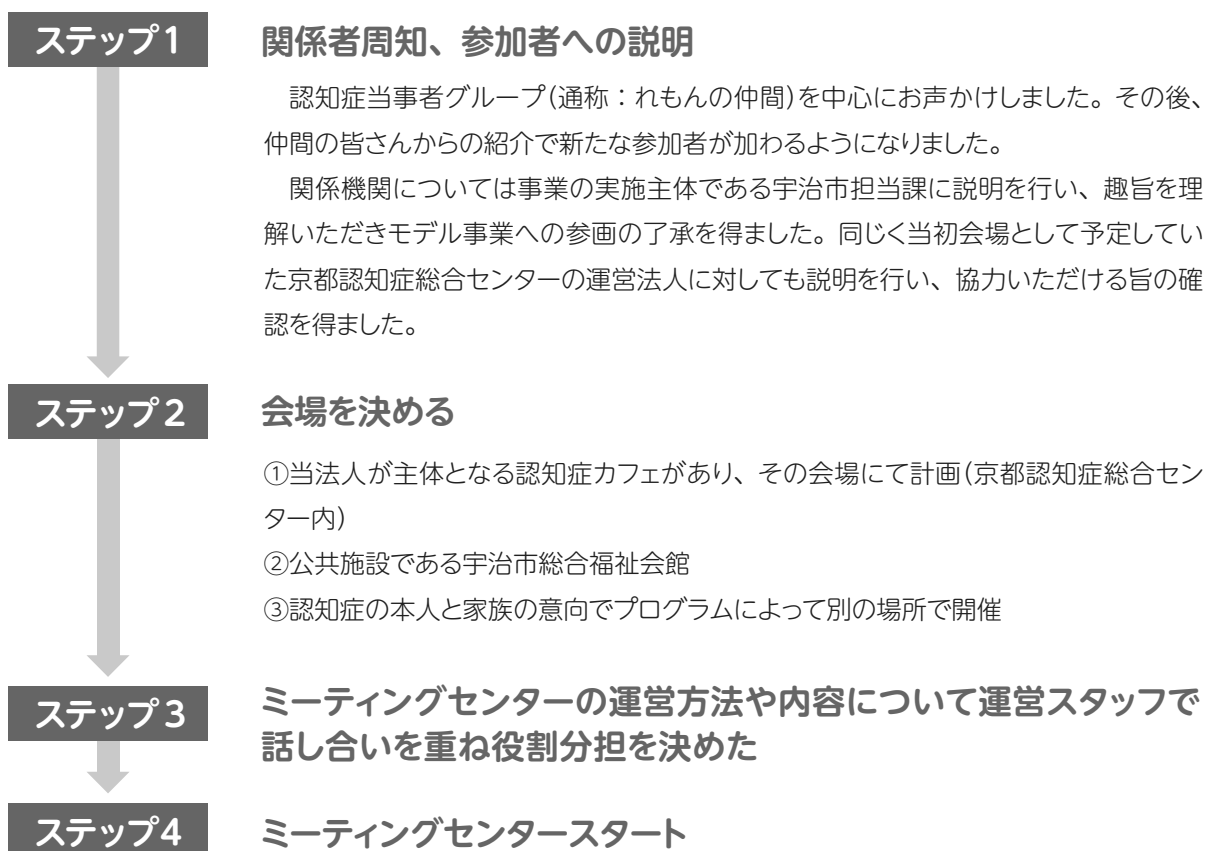
デイサービス等の介護サービスとの大きな違いは、介護サービスを受ける主体としての本人と、その負担を軽減するためにサービスを利用する家族という線引きがないことが特徴であると思います。

●お客さんとしてではなく、能動的参加であり主役としての意識が醸成される

認知症カフェとの違いは、カフェを利用される場合はどうしてもお客様の扱いになるため、カフェのプログラムを受動的に受けがちであり、ミーティングセンターは本人・家族自らが能動的にプログラムに参加されている点に違いがあると考えます。



②最初の取り組み



③ミーティングセンターの開始と運営、継続へ

●運営の人員、必要な設備、役割分担

- ◎運営人員 …………… スタッフ5～6人
- ◎会場の設備 …………… 机、いす、冷暖房、昼食調理用の設備(台所)
- ◎当日準備している物品 …… 受付名簿、非接触型体温計、手指消毒用エタノール、机等消毒用次亜塩素酸ナトリウム、その他は必要に応じて借用及び購入した

●運営

- ◎運営役割 …………… 司会進行、会場設営、昼食準備、記録、個別対応スタッフ

宇治市のミーティングセンターのスケジュール

10:00	集合…受付時：体温チェック、手指消毒、集金
10:10	センターミーティング①…近況ややりたいことなどを話し合う
10:30	センターミーティングで決定したことを実施(同時に昼食準備開始)
12:00	ランチタイム
13:00	れもんカフェ(認知症カフェ)準備作業…認知症の本人、家族が準備を行う
14:00	れもんカフェ開始
15:30	れもんカフェ終了 片付け後解散終了

センターミーティングの進め方

- ①進行役によりそれぞれ語り合う
- ②時にサイコロを用いて話題提供を行う
- ③専門職が仲介しつつ和やかな雰囲気を作る

これまでに行われたプログラム

買い物、認知症カフェの準備、テニス、ボールゲーム、カードゲーム、ビンゴ、音楽鑑賞、タブレット端末の操作と活用

運営者の声

宇治市ではこれまでの認知症施策や本人・家族の活動を通じた基盤に、今回のモデル事業に取り組みました。事業を通して改めて初期支援の重要性を再確認することができました。認知症とともに生きる知恵や技術を当事者間で共有し、認知症になっても不安なく、地域社会で暮らしを継続するためには、やはり早期からのこうした出会いが大切であり、この道筋を実践できるのがミーティングセンターであると感じています。

しかし、これは宇治市だからできたということではなく、ミーティングセンター自体がそうした本人・家族が共に登場し、活動できる場であり、そこから先に触れた「旅のしおり」のように、当事者の声の蓄積と継承の始まりの場にもなり得ます。

事例3

大牟田市

地域密着型サービス 事業所で開催する ミーティングセンター



中心となって運営している団体	認知症ライフサポート研究会
ミーティングセンターの会場	地域密着型小規模多機能型
活動タイプ	やりたいことを話し合いその日に実行する
地域概要	人口11万人 高齢化率36%
参加者数	認知症の本人7人 家族3人
主たる運営者の人数	約7人

運営協力者

認知症地域支援推進員、地域包括支援センター職員、行政職員

協力団体

認知症疾患医療センター、地域包括支援センター、認知症当事者交流会、行政関係者

① 私たちが考えるミーティングセンター

ミーティングセンターの意義

●診断後の「空白の期間」への専門的アプローチ

認知症と診断された後の地域社会、家族、友人、支援をサポートする場所であり認知症の初期に生じる「空白の期間」の対応に大きく寄与できると感じています。

●社会資源の連携

このプログラムに多くの人や団体が参画することで地域全体の認知症の理解の向上につながります。

●認知症の本人の主体的活動の場

プログラムには「本人の主体的な選択に基づくプログラム」が含まれ、認知症と共に生きる人々同士が主体的に活動を通して、悩みを吐露しつつ前向きになります。

●家族の介護負担軽減

家族にとっても大きな不安の中、かかりつけ、介護サービスなどの限られた資源からの情報だけではなく、気軽に相談できる同じ境遇の人々や場所があることは、介護負担の軽減につながると考えています。

ミーティングセンターの特徴（デイサービス、家族会、認知症カフェなどこれまでの活動との違い）

●本人の主体的な選択と活動による関係構築

ミーティングセンターでは本人の主体的な選択に基づくプログラムがあり、その楽しみを得ながら本人同士の関係性が構築され、自身の不安を吐露できる空間が醸成されと考えています。

●ともに参加することでの新たな気づきや発見が得られる

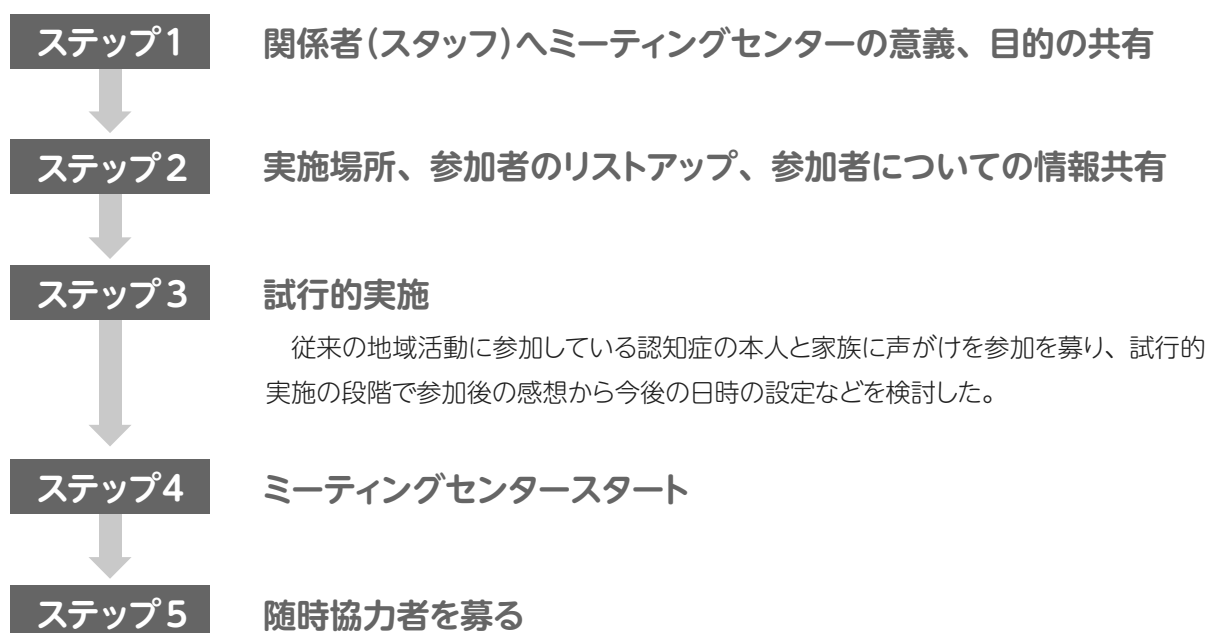
家族にとっては、他家族や専門職との出会いから共感できる知り合いを得ると共に今後の不安を解消することができます。本人と家族が同じ空間で活動することを通して、家族が本人の新しい、あるいは「出来ること」を発見し、家族の精神的な介護負担軽減に寄与できるものと考えています。

●家族を一つの単位とした一体的支援による家族関係への学びの場となる

本人のみが集まるものであり、その空間はご本人とデイサービスのスタッフのみです。また、認知症カフェは認知症の方やそのご家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う場、とされています。また、家族の会は家族のみが集まる場であり、主に家族の精神的負担の解消、教育的なプログラムが用意されています。



②最初の取組み



③ミーティングセンターの開始と運営、継続へ

●運営の人員、必要な設備、役割分担

- ◎運営人員 スタッフ5名、協力者2名(行政、認知症地域支援推進員)
- ◎会場の設備 机、いす、空調設備、トイレ、キッチン
- ◎当日準備している物品 体温計、受付名簿、名札、ペン、付箋、ホワイトボード、椅子、机、ポット、お茶、コーヒー、ジュース、お菓子、紙皿、紙コップ

●運営

- ◎運営役割 司会進行、記録、個別対応スタッフ(個別対応スタッフは参加者に名札を渡す、体温測定、参加者が話についていけるようにフォローを行う。また、当日のプログラムによって役割も変化する。)

大牟田市のミーティングセンターのスケジュール

10:00	集合…受付時：体温チェック、手指消毒、集金
10:10	センターミーティング①…希望するプログラムの話し合い
10:25	プログラムの決定
10:30	センターミーティングで決定したことを実施
12:00	ランチタイム
13:00	センターミーティング②…振り返り、次回の開催日、次回の希望などを話し合う
14:00	終了

センターミーティングの進め方

- ①今日の趣旨を説明後にそれぞれに付箋とペンを配り、やりたいことを書いてもらう。
- ②書き出せない参加者に関して、それぞれスタッフがサポートに入り書き出してもらう。
- ③やりたいことを一人ずつ発表し、司会者がホワイトボードに書き出す。
- ④それぞれ挙げたやりたいことに手を挙げてもらいグループ分けしてやりたいことを実施する。
- ⑤センターミーティング②にて実施後の感想を共有する。

これまでに行われたプログラム

歌を歌う、散策、新幹線を見る、ボーリング、ドライブ、俳句を詠む、買い物、外食

運営者の声

ミーティングセンターの主旨や目的を周知することが大切です。運営には、当事者、家族との繋がりは認知症疾患医療センター等の他の機関と繋がりを持つことが重要だと感じています。運営にあたり留意しなければならないと感じたのは、運営者側が主体者とならないようにすることです。その意識が抜けると本人、家族の主体性に結びつかず、一体的なケアに行きつけないと感じています。

事例4

平塚市

空き家を活用した ミーティングセンター



中心となって運営している団体	一般社団法人 栄樹庵 SHIGETAハウス運営メンバー
ミーティングセンターの会場	SHIGETAハウス 空き家であった一軒家を改修
活動タイプ	自由な活動、自由な時間を共有
地域概要	人口25万人 高齢化率27%
参加者数	認知症の本人3人 家族3人
主たる運営者の人数	3～10人(毎回多少異なります)

運営協力者

若年性認知症コーディネーター、医師、保健師、看護師、精神保健福祉士、音楽医療福祉協会会員等

協力団体

医療機関、認知症疾患医療センター、社会福祉法人、訪問介護、訪問看護事業所等

① 私たちが考えるミーティングセンター

ミーティングセンターを実施する意義

●認知症をもつ本人と家族が安心して一緒に過ごすことができます

「家族と一緒に通うところがない」という人たちにとっての新しい居場所(サードプレイス)となっています。

●認知症をもつ人と家族が、客観的にお互いのことを知ることができます

家族は、家では見られない本人の姿や思いを知ることができます。家の中ではできないと思っていたことが「できるんですね」と思ったり、「あ、こんなことがしたかったんだ」と知ることができたり、ということがあります。また、本人は家族が楽しんでいる姿を見てほっとしている場面も見られました。

●新たな出会いが生まれ、信頼関係が生まれ、自分の思いを伝えやすくなります

上下関係のない、仲間という感覚で、一緒に楽しむことから、信頼関係が生まれています。また、お互いの思いを聞くことができ、その気持ちを大切に、みんなで考えたり、伴走していったりすることができます。自然と自分の生き方を考える場にもなっていくことも考えられます。

●自己効力感を高めることができます

スケジュール管理されることがありません。できるだけ自由に、自分が好きなことがしたいという気持ちに応えることができますので、認知症のご本人に自信が生まれます。

ミーティングセンターの特徴（デイサービス、家族会、認知症カフェなどこれまでの活動との違い）

●家族と一緒に気兼ねなく通える

認知症カフェでも一緒に参加することはできますが、ここでは地域の方が参加しないので、より深い関係性を築き気兼ねなく通えることができます。

●自分が好きなこと・したいことを、一緒に考える

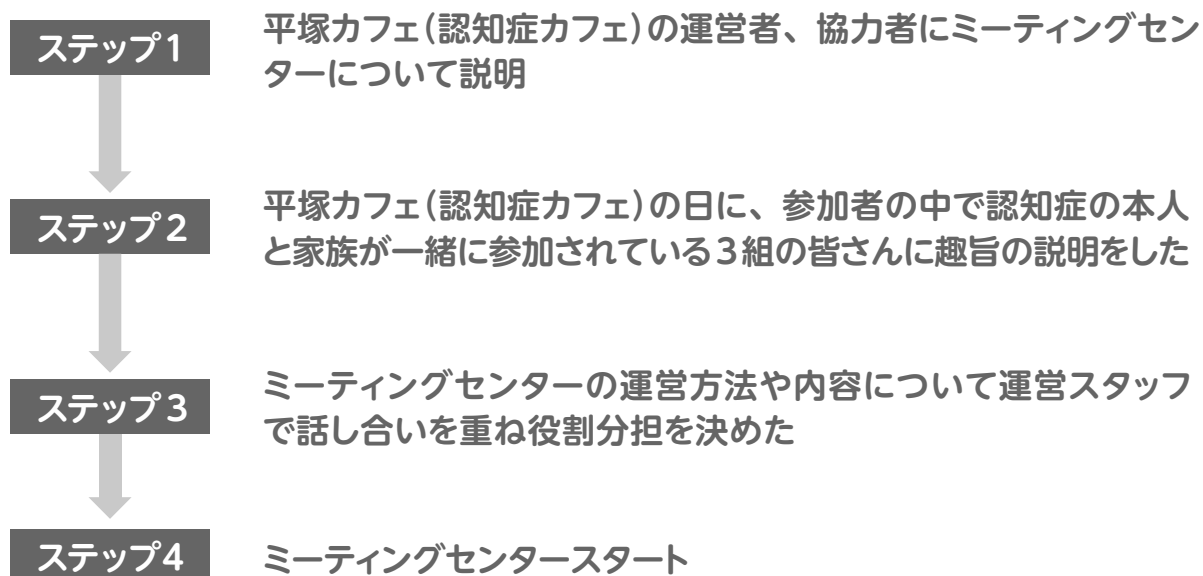
毎回、その場で何がしたいのかを話し合いをするので、型にはまらず、自分がしたくないことはしなくてもいいです。

●出会いが大切なキーワードになっている

人との出会い（認知症をもつ人とそのご家族、医療や福祉の専門職、地域の人たちなど）、コトとの出会い（好きなコトと再び出会う。新しいコトと出会う）、役割との出会いなどによってともに活動をし役割が創出されています。



②最初の取組み



③ミーティングセンターの開始と運営、継続へ

●開始までの準備

- ◎運営人員 …………… スタッフ3～10人
- ◎会場の設備 …………… 3部屋、机、いす、冷暖房、昼食調理用の設備(台所)
- ◎当日準備している物品 …… 受付名簿、非接触型体温計、手指消毒用エタノール、机等消毒用次亜塩素酸ナトリウム、楽器各種、昼食用食器、昼食用食材、ミニ卓球台、オセロ、ウクレレ、電子ピアノ、レコードプレーヤー、CDプレーヤー等

●運営

- ◎運営役割 …………… 進行役、会場設営、衛生管理、相談、個別対応スタッフ
※分担はその日の様子で変わる

平塚市のミーティングセンターのスケジュール

12:00	準備
13:00	センターミーティング…雑談の中で希望するプログラムが決まっていく
13:05	センターミーティングで決定したことを実施(同時に昼食準備開始)
13:05	プログラムの実施
15:00	終了

センターミーティングの進め方

- ①雑談の中で希望を聞く
- ②スタッフが今行っていることや好きなことなどを話すなどして会話を引き出す
- ③家族から希望が出る場合もありその際には、その活動を希望者が行う

これまでに行われたプログラム

ウクレレ、木彫り、掃除、オセロ、空手、庭仕事、野菜の収穫、料理、絵画の展示

運営者の声

大切なことは楽しむことだと思います。スタッフもともに。苦痛になることは避け、みんなができるだけ楽しく過ごせるようにしたい。それならどうしたらいいのか、を考えながら進めてきています。大変なことは、一人ひとりこの場でしたいことが異なることです。ずっと自分のお話を聞いて欲しいという方もいれば、馴染みの人たちと何気ない会話をしたい人もいたり、初めてきた方とはスタッフはとにかくお話を聞きたかったり…。スタッフの人数によって動きに悩むことがあり、反省会でいつも話し合いながら運営しています。

事例5

仙台市

認知症の人と家族の会の活動から広がるミーティングセンター



中心となって運営している団体	公益社団法人認知症の人と家族の会 宮城県支部
ミーティングセンターの会場	市民センター（公共施設）
活動タイプ	話し合いと合唱が中心
地域概要	人口108万人 高齢化率27%
参加者数	認知症の本人6人 家族6人
主たる運営者の人数	約6人

運営協力者

認知症の人と家族の会世話人、音楽指導者、介護福祉士、認知症ケア専門士、元介護者など

協力団体

認知症疾患医療センター、地域包括支援センター、認知症当事者交流会、行政関係者

① 私たちが考えるミーティングセンター

ミーティングセンターを実施する意義

●新たな仲間（家族）との出会い

認知症の本人と家族が地域の中で出会う機会は少なく、その場がお互いの学び合いにつながるのだと感じています。

●専門職との出会い

関係の深まりからいつでも相談できる雰囲気を持ったミーティングセンターは、運営スタッフとの思いのズレもなく、専門的な情報提供が得られお互いに学び合う空間になります。

●尊重し合う場

活動を共に考え、共に参加することによって介護をする家族、そして認知症の本人も一つになり、同じ感情や経験が共有されることによって尊重し合うことができます。これは、家族の介護負担感の軽減にもつながり、本人の主體的な参加経験にもつながります。

ミーティングセンターの特徴 (デイサービス、家族会、認知症カフェなどこれまでの活動との違い)

●任意の参加であり自主的で主体的な活動ができる場所

受動的な介護保険サービスとは違い、家族のために仕方なく参加するものでもないという雰囲気があるために、参加した認知症の本人と家族は前向きに活動を楽しむことができる。

●共に参加することで、本人と家族同士の心理的距離が近づく

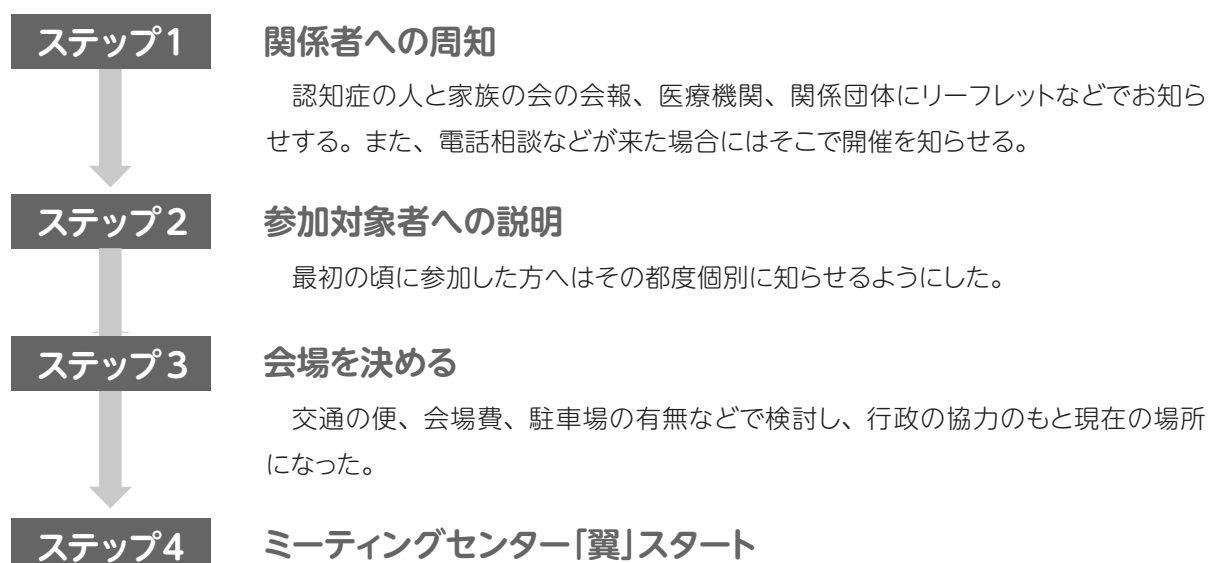
認知症の本人と家族が共に参加する機会は、家族は本人の気持ちを理解することに繋がっており、本人もまた安心して楽しむことに繋がっている。共に参加することは、専門職も認知症の本人を見ながら助言することができるために、家族にとって大きな気づきの機会になっています。

●家族関係への助言が可能になる

認知症カフェでは、誰もが気軽に参加できるため、話しにくくなる場合もあるが、ミーティングセンターでは、家族関係にも及ぶ深い話や相談になることがあります。



②最初の取組み



③ミーティングセンターの開始と運営、継続へ

●開始までの準備

- ◎運営人員 スタッフ6人
- ◎会場の設備 机、いす、マイク、ポット、ホワイトボード、ピアノ、冷暖房、昼食調理用の設備(台所)
- ◎当日準備している物品 受付名簿、非接触型体温計、手指消毒用エタノール、机等消毒用次亜塩素酸ナトリウム、アクティビティや話し合いに活用できそうなもの(例：花、ゲーム、新聞紙、本、写真)記録用カメラ、ICレコーダー

●運営

- ◎運営役割 運営責任者、司会進行、会場設営、会計、音楽担当、男女個別対応スタッフ

仙台市のミーティングセンターのスケジュール

10:30	開始…受付時：体温チェック、手指消毒、集金
10:30	情報提供や話題提供(朝の会)
11:00	センターミーティング①とアクティビティ…話し合い、希望や意見を聞き、その場で活動を行う
12:00	ランチタイム(お弁当)
13:00	合唱…参加者の希望を聞きながら曲目をきめる
14:00	センターミーティング②…お茶やコーヒーを飲みながら会話を楽しむ、テーマがあるときはそのテーマで話し合いを行う(司会進行を行う)
15:00	終了(認知症の本人の一言)

センターミーティングの進め方

- ①進行役を置き、それぞれからこれからやりたいことなどを聞いていく
- ②お茶を飲みながら和やかな雰囲気で行う
- ③進行役はきっかけとなるテーマや会話を促すこともある
- ④一人の方が話し過ぎないように進行役が会話を回していく

これまでに行われたプログラム

様々なゲーム、詩の鑑賞、フラワーアレンジメント、だるまづくり、ビデオ撮影、動画鑑賞、話芸の鑑賞など

運営者の声

ミーティングセンターを実施してみて感じたことは、最初はそこに集う認知症当事者の症状が多様で、アクティビティや本人ミーティングを実施するのに苦労する部分もありました。しかし当事者同士がお互いに助け合っている姿を見て、症状の違いを乗り越えるピアサポートの力を覚えることが出来ました。また、家族は参加当初は認知症になった本人に対して否定的な見方しか出来ず、苦しんでいましたが、他家族との出会いにより徐々に本人のありのままの姿を受け入れることが出来ていくと感じました。自分の家族以外の本人と接することで客観的に認知症当事者(本人)について考えるきっかけにもなっていると感じています。

運営者向けの資料

①認知症の本人と家族のフェイスシートとアセスメント

このシートを初回参加時に運営スタッフが記入します。ただし詳細がわからない場合もありますので、わかる範囲で結構です。認知症のご本人やご家族と一緒に運営スタッフが聞き取り記入してください。

書式 1

①フェイスシート

①フェイスシート				記入者氏名	
記入日(西暦)	年	月	日	MC参加回数	回目
②年齢		③性別		④同居者の有・無	
本人	歳	男 ・ 女		1. 同居者あり 2. 同居者なし	
家族	歳	男 ・ 女			
⑤主たる介護者の続柄(1つに○)					
1. 妻 2. 夫 3. 実父 4. 実母 5. 義父 6. 義母 7. 祖父 8. 祖母 9. きょうだい 10. 娘 11. 息子 12. その他()					
⑥同一世帯内で介護を助けてくれる人			1. あり 2. なし		
⑦世帯構成について(1つに○)					
1. 単身世帯 2. 夫婦のみの世帯 3. 夫婦と未婚の子のみの世帯 4. ひとり親と未婚の子のみの世帯 5. 三世代同居 6. その他の世帯(具体的に)					
⑧要介護度について(1つに○)					
1. 要支援1 2. 要支援2 3. 要介護1 4. 要介護2 5. 要介護3 6. 要介護4 7. 要介護5 8. なし 9. 不明 いつ頃の認定ですか(年 月ごろ)					
⑨認知症の診断名(1つに○)					
1. アルツハイマー型認知症 2. 脳血管性認知症 3. レビー小体型認知症 4. 前頭側頭型認知症 5. 混合型の認知症 6. わからない 7. その他					

書式1

⑨ 認知症の診断時期	(西暦) 年 月 日		
⑩ 認知機能評価の得点(どちらかで結構です)	HDS-R 得点	点 (年 月 日)	
	MMSE 得点	点 (年 月 日)	
⑪ 認知症以外の疾患の有無	1. あり 2. なし		
(主たる疾患名)詳細はありません。			
⑫ ADL の状況			
食 事	1. 全面的に手助けが必要	2. 一部手助けが必要	3. 完全に一人で行える
トイレ	1. 全面的に手助けが必要	2. 一部手助けが必要	3. 完全に一人で行える
お風呂	1. 全面的に手助けが必要	2. 一部手助けが必要	3. 完全に一人で行える
歩 行	1. 全面的に手助けが必要	2. 一部手助けが必要	3. 完全に一人で行える
⑬ 日常生活自立度(別紙参照)			
⑭ 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準(別紙参照)			
⑮ 介護保険サービスの利用	1. あり→下記にお答えください 2. なし		
⑯ 利用する介護保険サービスの種類(複数可)			
1 ホームヘルプサービス(訪問介護) 2 訪問入浴介護(移動入浴車等による自宅での入浴サービス) 3 訪問看護(看護師等が訪問し、療養の世話をする) 4 訪問リハビリテーション(理学・作業療法士などの訪問によるリハビリテーション) 5 居宅療養管理指導(医師などが家庭を訪問し療養管理や指導を実施) 6 デイサービス(通所介護)(医療保険含) 7 医療機関・老人保健施設でのデイケア(通所リハビリテーション) 8 ショートステイサービス(短期入所生活介護) 9 小規模多機能居宅介護(看護含)(小規模多機能ホーム) 10 その他()			
⑰ 介護保険サービス以外のサービス(サポート)の利用の有無	1. あり→下から選択 2. なし		
1. 認知症の人の当事者同士の集まり 2. 配食サービス 3. 移動サービス 4. 地域の高齢者サロン 5. 見守りサービス 6. その他(具体的に)			

② ミーティングセンターでの活動検討用アセスメントシート（認知症のご本人用）

書式 2

⑱ ここ 1 カ月の外出頻度	平均週に	回程度
外出先や目的（簡単に）		
⑲ 現役の頃のお仕事（例：教員、大工、野菜栽培、コメ農家等、いくつかある場合は主なもので結構です）		
⑳ 以前からの趣味等		
㉑ どんな生活をしていきたいか（希望）		
例：畑仕事をいつまでもしたい、運動（具体的に）をつづけながら健康に暮らしたい等		
㉒ ここ（MC）で、やってみたい活動、やりたいこと等本人の望み		

②ミーティングセンターでの活動検討用アセスメントシート（ご家族用）

書式 3

⑮あなたのここ1カ月の外出頻度	平均週に	回程度
外出先や目的(簡単に)		
⑰あなたのお仕事(例：教員、大工、野菜栽培、コメ農家等、いくつかある場合は主なもので結構です)		
⑳あなたの以前からの趣味等		
㉑どんな生活をしていきたいか(希望)		
例：ずっと一緒に暮らしていきたい。趣味を楽しみながら暮らしていきたい。		
㉒ここ(MC)で、やってみたい活動、やりたいこと等家族の望み		
㉓どのような経緯でMCに参加したのか?(複数可)		
1. 医師からの紹介 2. 友人から 3. MCスタッフから(専門職) 4. MCスタッフ(ボランティア) 5. MC以外の専門職(具体的に) 6. その他(具体的に)		
経緯の詳細		
㉔現在の悩み		
㉕1カ月の介護保険サービスに支払っている費用(概算)	約	円

②運営のチェックリスト

下記チェックリストは、運営の指針を示すものです。一年間を振り返り運営者がチェックしプログラムの評価ができます。

書式 4				
この活動（ミーティングセンター）全体を振り返ってみましょう。 最も当てはまると思われる番号を○で囲んでください。	まったくできなかった	あまりできなかった	まあできた	十分にできた
1. 軽い運動をプログラムに組み込んだ。	1	2	3	4
2. 毎回のプログラムの内容について、その人の症状に応じた工夫を凝らし、飽きの来ないように配慮した。	1	2	3	4
3. プログラムの内容を決める際に、さまざまな配慮をしつつ十分に本人の意見を聞いたうえで実施をした。	1	2	3	4
4. 家族と本人の状況に応じ個別の相談に乗る時間を作った。	1	2	3	4
5. 家族や本人が悩み事などを気兼ねなく話ができるような声掛けを行い場所等の配慮を行った。	1	2	3	4
6. 家族や本人に、その人にあったケアや認知症に関する情報提供を行った。	1	2	3	4
7. プログラムには普段の生活にはないリラックスする時間帯を作った。	1	2	3	4
8. プログラムを決める際、認知症の本人や家族と話し合いをしたうえでやってみたいと思うことを計画した。	1	2	3	4
9. プログラムは、心や体の緊張がほぐれるような内容を取り入れた。	1	2	3	4
10. このプログラムによって、理解し合える人との新たな出会いをつくるよう配慮した。	1	2	3	4
11. このプログラムは、介護に伴うストレスを受け止めることができるように配慮した。 （例：他の介護者からの学び、話し合いによって）	1	2	3	4
12. このプログラムは、在宅介護を前向きに捉えていけるように作成した。	1	2	3	4
13. このプログラムでは、参加者が自分と向き合う機会を作った。	1	2	3	4
14. このプログラムは、認知症の人や家族の理解者が増えるような内容を取り入れた。	1	2	3	4
15. このプログラムには、これから起こる可能性がある問題解決に役立つ内容が含まれていた。	1	2	3	4
16. このプログラムは、これからの生活をイメージできるような内容が含まれていた。	1	2	3	4
17. このプログラムは、これからの生活の学びにつながる内容が含まれていた。	1	2	3	4
18. このプログラムでは、地域の方と話す機会を作った。	1	2	3	4
19. このプログラムでは、地域の方とともに活動したり、交流したりする機会を作った。	1	2	3	4
20. このプログラムでは、地域の方との交流が継続できるよう配慮した。	1	2	3	4
21. このプログラムで、地域で開催されるイベントや行事の情報提供ができた。	1	2	3	4
22. このプログラムでは、地域の様々な情報を持つ人とつながる機会を作った。	1	2	3	4
23. このプログラムでは、地域で行われている行事などに参加する機会を作った。	1	2	3	4

③プログラム評価の方法

前ページの「運営者のチェックリスト」を用い点数を算出してみましょう。点数の低い項目は、プログラム内容を見直してゆく必要があります。

1～3＝認知症によって生じる課題への対応（エンパワメントするプログラムだったのか）

点数が低い場合の改善点

認知症の本人と家族の声をよく聞き、その人の望む活動や体を動かす機会を増やしましょう。

4～6＝専門家とのポジティブな関係構築（情緒的な支えが得られるプログラムだったのか）

点数が低い場合の改善点

個別相談の機会を作りましょう。運営スタッフからの声掛けを増やしましょう。

7～9＝感情や心理面のバランスの維持（リラックスできるプログラムだったのか）

点数が低い場合の改善点

センターミーティングの方法を工夫し意見が表出しやすいようにしましょう。イラストや、ホワイトボードなどで会話を見えるようにするなど有効です。

10～14＝ポジティブな自己イメージの維持（自信が構築されるプログラムだったのか）

点数が低い場合の改善点

参加者同士が会話できる機会を増やしましょう。例えば、時に本人と家族が別の部屋で話し合う機会などを作ることも良いでしょう。

15～17＝将来への備えや計画（理解者との出会いによる希望の創出ができるプログラムだったのか）

点数が低い場合の改善点

将来の話や経験者の話などに皆で耳を傾ける機会を作ることも良いでしょう。また、専門職からの講話なども入れても良いでしょう。

18～20＝家族や友人との関係の継続（地域や友人関係の（再）構築ができるプログラムだったのか）

点数が低い場合の改善点

地域の方のボランティアなどで協力を仰いでも良いでしょう。

21～23＝地域の中のさまざまなサービスやサポートへのアクセス（新たなサポートが獲得できるプログラムだったのか）

点数が低い場合の改善点

地域の認知症カフェに出かけるということもお勧めします。また、その日行いたいことだけではなく、長期的に行いたいことを聞き、行事やイベントに皆で参加するというプログラムも計画しましょう。

この手引書を作成するにあたり下記の委員会にて内容を検討いたしました。

認知症の当事者と家族を一体的に支援する支援プログラムのあり方に関する調査研究事業
事業検討委員会およびモデル事業推進委員会

氏 名	所 属
繁田 雅弘	東京慈恵会医科大学 精神医学講座
長田 久雄	桜美林大学大学院 老年学研究科
堀田 聡子	慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科
進藤 由美	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 企画戦略局
広瀬美千代	大阪市立大学大学院 生活科学研究科
若生 栄子	公益社団法人認知症の人と家族の会 宮城県支部
千葉由美子	仙台市健康福祉局保険高齢部 地域包括ケア推進課
森本 浩史	株式会社エムズ
猿渡 進平	医療法人静光園白川病院 医療連携室
池田 武俊	大牟田市保健福祉部
川北雄一郎	一般財団法人宇治市福祉サービス公社
波戸瀬 亮	宇治市健康長寿部 健康生きがい課
松原 智文	特定非営利活動法人 地域支え合いネット
平田 知弘	一般社団法人栄樹庵
阿部栄理子	公益社団法人認知症の人と家族の会 宮城県支部
梅崎 優貴	社会福祉法人あらぐさ会 小規模多機能ホームたかとの家・いまやまの家
加藤 伸司	認知症介護研究・研修仙台センター
阿部 哲也	認知症介護研究・研修仙台センター
矢吹 知之	認知症介護研究・研修仙台センター
吉川 悠貴	認知症介護研究・研修仙台センター

(順不同・敬称略)

◎モデル事業実施地域

長野県駒ヶ根市、京都府宇治市、福岡県大牟田市、神奈川県平塚市、宮城県仙台市

This book could not have been made without her help!

Thanks for the great cooperation Prof. Rose-Marie Dröes (VUmc-VU)

【発行元】

社会福祉法人東北福祉会 認知症介護研究・研修仙台センター

〒989-3201 宮城県仙台市青葉区国見ヶ丘6丁目149-1

TEL 022-303-7550 FAX 022-303-7570 <https://www.dcnet.gr.jp/>

令和2年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)

認知症の当事者と家族を一体的に支援する支援プログラムのあり方に関する調査研究事業

【印刷】 株式会社ホフトコーポレーション

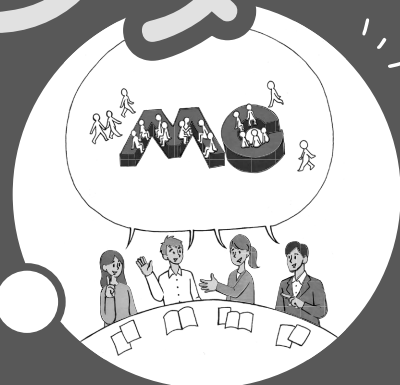
〒989-3124 宮城県仙台市青葉区上愛子堀切1-13 TEL 022-391-5661

What's a

認知症の人と家族の一体的支援プログラム

ミーティングセンター

ミーティングセンターのミーティングとは「出会い(Meeting)」と「話し合い(Meeting)」を意味しています。特に「出会い」を大切にしており、新たな人や役割、社会資源とのつながりが生まれる場所です。



ミーティングセンターの流れ

月一回程度で、認知症のご本人とご家族を一つの単位として「出会い」、「話し合い」の中で活動を考えていきます。大切なことは話し合いで毎回変わり、予定調和ではないことです。

● 2020年に実施したプログラムのスケジュール

10:00~11:00	11:00~12:00	12:00~13:00	13:00~14:00	14:00
センター ミーティング	センター ミーティングに 基づく活動	昼食準備 昼食	センター ミーティングに 基づく活動	センター ミーティング

本人支援

認知症の本人の希望から主体的なアクティビティなどの活動をおこなう



- 自信が生まれる
- 主体的な行動
- 新たな役割創出

一体的支援

共に活動する時間を設け、他の家族や地域との交流をおこなう



- 家族関係の気づき
- 新たな出会い
- お互いの学びへ

家族支援

家族の相談などで心理的支援と情報提供などの教育的支援をおこなう



- 介護負担感軽減
- 介護を肯定的に評価する機会に

ミーティングセンターは、

3つの柱

を大切にします。

この3つの柱はどれも欠かすことができません。新たな人との出会いと毎回の話し合いによって、参加した人が多くの気づきと学びそして、日々変わりゆく状況への適応方法を身に付けてゆくきっかけになります。

詳しくは
こちら



小さくはじめて、少しずつ浸み込むように広がる活動を

場 所	工 夫
認知症カフェのメンバーが中心に運営	行政や認知症地域支援推進員と協力しカフェ参加者から始める。
地域の専門職等が連携して運営	地域密着型サービスなどを会場にサービス利用者から始める。
家族の会等の活動を発展的に運営	家族会に集うメンバーから始める。



参考資料

ご家族向け

在宅介護や生活などに関するアンケート

このアンケートは、厚生労働省令和2年度老人保健健康増進等事業により認知症介護研究・研修仙台センターが実施する調査です。認知症の人を介護するご家族に配布させていただいております。ご多忙とは存じますが何卒ご協力お願いいたします。

●このアンケートの目的

在宅で介護をする方の精神的負担を軽減するための、新しい家族支援のサービスを開発することを目的に実施いたします。



皆様の声は次のことに役立てます

- ① 認知症の人を介護するご家族の新たな公的サービスを開発することに役立てます。
- ② ご家族の在宅介護に役立つ新たな地域の社会資源づくりに役立てます。

●ご記入にあたって

記入いただく方は、介護されるご家族です（相談しながらご記入いただいても結構です）。
答えにくい質問はわかる範囲で結構です。

【個人情報の取り扱いについて】

この調査結果は、統計的に処理を行い調査の目的以外の使用はいたしません。報告書では、すべて個人が特定できない形式にいたします。ご記入いただいた内容については、認知症介護研究・研修仙台センターの「倫理審査委員会」の承認を受け定められた事項に基づいて、適切に取り扱います。

締切 この調査票を受け取ってから **2週間** 以内にご返信ください

※同封の封筒にて直接返信ください。

●調査内容に関する問い合わせ先



認知症介護研究・研修仙台センター

事業責任者 センター長 加藤伸司

調査担当者 矢吹知之 調査事務担当者 工藤靖子, 堀籠修子

〒989-3201 宮城県仙台市青葉区国見ヶ丘6丁目149-1 電話 022-303-7556



最初に、あなたのお住まいの地域を○で囲んでください。

地域を○で囲んで ください	1 仙台 (近郊含)	2 平塚 (近郊含)	3 駒ヶ根 (近郊含)	4 宇治 (近郊含)	5 大牟田 (近郊含)
------------------	---------------	---------------	----------------	---------------	----------------

I. あなた自身について伺います。

1 あなたの今の年齢	2 あなたの性別	3 現在、あなたが在宅で介護してきた期間
歳	男 ・ 女	約 年 ヶ月
4 あなたからみて介護が必要な方は下記のどれに該当しますか（1つに○）		
1. 妻 2. 夫 3. 実父 4. 実母 5. 義父 6. 義母 7. 祖父 8. 祖母 9. きょうだい 10. 娘 11. 息子 12. その他（ ）		
5 あなたの世帯構成について（1つに○）		
1. 単身世帯 2. 夫婦のみの世帯 3. 夫婦と未婚の子のみの世帯 4. ひとり親と未婚の子のみの世帯 5. 三世帯同居 6. その他の世帯（具体的に ）		
6 あなたの現在の職業について（1つに○）		
1. 雇用者（正規雇用） 2. 雇用者（非正規雇用：パート、アルバイト等） 3. 自営業 4. 休職中 5. 失業中 6. 働いていない（主婦・夫等） 7. その他（ ）		

II. 介護（お世話）を必要としている方について伺います。

7 その方の今の年齢	8 その方の性別
歳	男 ・ 女
10 要介護度を教えてください（1つに○）	
1. 要支援1 2. 要支援2 3. 要介護1 4. 要介護2 5. 要介護3 6. 要介護4 7. 要介護5 8. 不明	
11 認知症の診断名 （1つに○）	1. アルツハイマー型認知症 2. 脳血管性認知症 3. レビー小体型認知症 4. 前頭側頭型認知症 5. 混合型の認知症 6. わからない
12 認知症の診断時期	（西暦） 年 月 ごろ
13 一カ月にかかる介護費用	約 円

Ⅲ. あなたの、普段のつながりや、地域の中での集まりについて伺います。
下記の問いについてお答えください。

S1 家族介護者の会（ご家族だけの集まり）に参加していますか（ひとつに○）	1. 参加している 2. 参加していない
S2 現在、介護者等の集まり以外で、参加している地域の集まり（町内会等含）や活動、サークルなどがありますか	1. ある 2. ない
それは、何か所程度ですか（実数）	約 _____ カ所
1 カ月に何回程度参加しますか？（実数）	約 _____ 回
S3 ご自宅から 1 時間以内に住む頼れる身近な人の数（実数）	約 _____ 人
S4 先月、同居している人以外の人と会った数（実数）	1 週間平均約 _____ 人
S5 先月、友人や親族と電話で会話した人の数（実数）	1 週間平均約 _____ 人
S6 過去 1 年間のライフイベントについてご回答ください（複数回答）	1. 配偶者の死 2. 他家族の死 3. 別居生活 4. 世帯員の増員 5. 引越し 6. 離婚 7. 家族の健康上の大きな変化 8. 自身の大きな事故や病気・けが 9. 新たな介護保険サービスの利用 10. その他

Ⅳ. この1か月間で、あなたが感じていることについてお聞きします。次のようなことについてどの程度感じていらっしゃいますか。当てはまるもの一つに○をつけて下さい。(〇〇さんとはあなたが介護（お世話）されている方です)

問1 〇〇さんのお世話を義務感というより自分の意志でしている

1. とてもそう思う 2. まあそう思う 3. あまりそう思わない 4. まったくそう思わない

問2 介護をすることは価値のあることだと思う

1. とてもそう思う 2. まあそう思う 3. あまりそう思わない 4. まったくそう思わない

問3 自分は〇〇さんのために必要なことを行っている

1. とてもそう思う 2. まあそう思う 3. あまりそう思わない 4. まったくそう思わない

問4 自分が介護をされていてよかったと思う

1. とてもそう思う 2. まあそう思う 3. あまりそう思わない 4. まったくそう思わない

問5 お世話の苦労はあっても前向きに考えていこうと思う

1. とてもそう思う 2. まあそう思う 3. あまりそう思わない 4. まったくそう思わない

問6 〇〇さんの苦労を引き受けることは自分の評価を高める

1. とてもそう思う 2. まあそう思う 3. あまりそう思わない 4. まったくそう思わない

問7 〇〇さんはあなたがお世話していることに感謝していると思う

1. とてもそう思う 2. まあそう思う 3. あまりそう思わない 4. まったくそう思わない

問8 お世話することで〇〇さんと気持ちが通じ合うように感じる

1. とてもそう思う 2. まあそう思う 3. あまりそう思わない 4. まったくそう思わない

問9 〇〇さんが家族によって介護されていることをうれしく思う

1. とてもそう思う 2. まあそう思う 3. あまりそう思わない 4. まったくそう思わない

問10 〇〇さんと一緒にいると楽しいと感じる

1. とてもそう思う 2. まあそう思う 3. あまりそう思わない 4. まったくそう思わない

問11 介護をすることは自分の老後のためになると思う

1. とてもそう思う 2. まあそう思う 3. あまりそう思わない 4. まったくそう思わない

問12 介護のおかげで人間として成長したと思う

1. とてもそう思う 2. まあそう思う 3. あまりそう思わない 4. まったくそう思わない

問13 〇〇さんのお世話をすることで学ぶことがたくさんある

1. とてもそう思う 2. まあそう思う 3. あまりそう思わない 4. まったくそう思わない

V. この1か月間で、介護に限らず家族や友人、周囲の人について、あなたが感じていることについてお聞きします。次のようなことについてどの程度感じていらっしゃいますか。当てはまるもの一つに○をつけて下さい。

問1 家族や友人はあなたのことを理解していますか

1. 非常に 2. わりに 3. 多少 4. あまり 5. まったく

問2 家族や友人に何が起こっているか知っていますか

1. 非常に 2. わりに 3. 多少 4. あまり 5. まったく

問3 家族や友人の中であなたに明確な役割があると思いますか

1. 非常に 2. わりに 3. 多少 4. あまり 5. まったく

問4 トラブルがあるとき家族や友人を頼ることができますか

1. 非常に 2. わりに 3. 多少 4. あまり 5. まったく

問5 あなたの一番深刻な問題について家族や友人と話ができますか

1. 非常に 2. わりに 3. 多少 4. あまり 5. まったく

問6 だれかに買い物を頼むことができますか

1. 非常に 2. わりに 3. 多少 4. あまり 5. まったく

問7 家事を手伝ってもらえますか

1. 非常に 2. わりに 3. 多少 4. あまり 5. まったく

問8 家族以外であなたの問題を聞いてもらえますか

1. 非常に 2. わりに 3. 多少 4. あまり 5. まったく

問9 仲間にさそってもらえますか

1. 非常に 2. わりに 3. 多少 4. あまり 5. まったく

問10 家族以外で生活上の問題の対処についてアドバイスをしてもらえますか

1. 非常に 2. わりに 3. 多少 4. あまり 5. まったく

問11 家族や友人に車を出すなど、交通手段を準備してもらえますか

1. 非常に 2. わりに 3. 多少 4. あまり 5. まったく

問12 家族や友人に介護を手伝ってもらえますか

1. 非常に 2. わりに 3. 多少 4. あまり 5. まったく

VI. あなたのご家族が認知症と診断されてから、家族の関係性で変わったと感じることを何でもよいので自由にご記入ください。

令和 2 年度老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金）

**認知症の当事者と家族を一体的に支援する
支援プログラムのあり方に関する調査研究事業**

報 告 書

2021 年 3 月発刊
2021年7月一部修正

発行所 社会福祉法人東北福祉会

認知症介護研究・研修仙台センター

住 所 〒989-3201 仙台市青葉区国見ヶ丘 6 丁目 149-1

TEL022-303-7550 FAX022-303-7570 <http://www.dcnnet.gr.jp/>

発行者 認知症介護研究・研修仙台センター センター長 加藤伸司