令和元年度老人保健事業
推進費等補助金（老人保健
健康増進等事業）報告書

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

2020 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

認知症は、診断された本人と家族双方の生活に大きな影響をもたらします。現在では、認知症疾患医療センターや認知症初期集中支援チーム、認知症ケアパス等の整備が進むことで、違和感を覚える本人や疑いを感じる家族からの早期診断のルートは周知されつつありますが、その診断直後からの生活の支援という点では十分とは言えない状況があります。

診断前の様々な関係性やつながりが、診断されることで断絶されてしまうことがあります。例えば、診断されることで地域社会の重要な役割や社会生活が失われてしまうこと、あるいは免許返納によりこれまで出掛けられていた場所にも出かけられなくなってしまうこと、就労していた人は就労の継続が難しいと周囲から判断されしまうことなど多数考えられます。こうした状況は認知症の人に多くのストレスを生じさせます。そのストレスは、最も身近な家族にも影響を及ぼし関係性が崩れていくこともあります。

本人支援と家族支援はどちらも重要であることは言うまでもありませんが、こうした関係性を支援することこそ、在宅生活を安定し継続させるためには重要です。しかしながら、これまではそれぞれの支援がそれぞれに行われていました。家族のピアサポート場面では、ストレスや衝動的な感情は一時的に抑えられてきたかもしれません。本人の支援も同様です。つまり支援の分断です。

わたしたちは、こうした状況を解決するために、諸外国も含め様々な情報を集めました。ヨーロッパでは、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がわかりました。これらは、新たな「出会い」と「再統合」がひとつのキーワードになっています。日本においては、先駆的な地域がいくつかあり、これに準ずる事例も多数あります。そこで、本研究事業では「分断から統合」あるいは「分断から一体化」に向け検討を進めることとなりました。今年度の研究事業は、検討段階ですが、数年後の最終的な成果として実践につなげることを視野に入れています。

研究事業実施と報告書作成に当たっては、委員の皆様の事例報告とそれを受けて委員会内で活発な議論をいただきました。この場を借りて厚く御礼申し上げます。報告書作成に当たってはすべての議論の内容と、版権や個人情報保護の観点より部分的にしか公表できない資料もございます。この研究事業をきっかけに認知症の人と介護するご家族の新たな支援体制構築の一歩になることを切に願っております。

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

はじめに

１．本研究の整理 ……1

1.1　本研究の背景
1.2　目的
1.3　本研究事業の到達目標
1.4　本研究事業で検討された内容（概要）
1.5　ミーティングセンター（一体的ケア）とは何か
1.6　日本版一体的ケアの方向性（委員会・作業部会で検討された結果より）
1.7　来年度以降の検討事項（モデル実施の方向性）

２．研究事業概要 ……6

2.1　研究事業の背景
2.2　研究事業目的
2.3　研究事業概要

３．認知症の本人および家族への一体的ケア事例 ……12

3.1　大牟田市の事例
3.2　宇治市の事例
3.3　仙台市の事例
3.4　オランダの事例

４．日本の先駆的事例の整理と課題整理 ……49

4.1　大牟田市の事業整理
4.2　宇治市の事業整理
4.3　仙台市の事業整理
4.4. 認知症の人と家族に対し一体的に支援を行う上での課題
4.5. 日本版一体的ケアモデルを考える上での検討事項

５．諸外国における一体的ケアの情報収集結果……70

5.1　情報収集の概要
5.2　オランダのミーティングセンターサポートプログラム「準備」翻訳部分
5.3　イギリスのミーティングセンターサポートプログラム運営要綱概要

６．日本版一体的ケアの方向性に関する検討事項と論点整理 ……87

6.1. 認知症の本人と家族の一体的ケアに関するQ&A

6.2　具体的な運営方法に関する検討事項

6.3　日本版一体的ケア実現に向けた検討事項

１．本研究の整理

1.1　本研究の背景

１）認知症施策においては本人ミーティングの推進、本人にとってのよりよい暮らしガイドの作成、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実施されている。

２）認知症の人を介護する家族に対しては、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、認知症地域支援推進員による地域づくりなどの取り組みがある。

３）施策や事業等で「認知症の人や家族」と表記されつつもその介護保険の一時的目的や各自治体での施策運用の背景から実態として、認知症の本人支援と家族支援が分断された支援になる可能性がある。

例：『認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進していく。』（認知症施策推進大綱　第1. 基本的考え方より）

1.2　目的

認知症の本人支援および本人発信と同時にもっとも身近である家族への支援との両立と在宅生活や地域生活を含めた総合的な支援体制と方法の構築が求められる。しかし、現状においてはそれぞれ個別の支援体制の構築は進められているものの、家族と本人への一体的かつ専門的なサポートは不足している。診断直後から両者の葛藤を支えることは、最も長い時間を過ごす家庭生活を支え、家族関係を含めた個別ニーズに対応できる可能性が広がる。そのために、これまでにない視点や形で行われる統合されたケアによる一体的な支援やサービス等が求められている。そこで、本研究事業では、オランダをはじめヨーロッパで広がりつつあるミーティングセンターサポートプログラムを手がかりに、認知症の本人と家族を一体的に支援する効果的な介入プログラムの開発等そのあり方について実践を視野に入れた検討を行う。

1.3　本研究事業の到達目標

認知症の本人と家族を一体的に支援する方法（一体的ケア）について、わが国で先駆的に行われている事例および諸外国の先駆的な事例の情報を共有したうえで、必要性を含めて下記の点について検討する。

・現状の先駆的事例の運営上の課題
・日本版一体的ケアを実施するための課題

・実施計画の考え方と方向性

以上について、初年度を事例収集と方向性の検討と位置づけ、来年度以降のモデル実施も踏まえて検討を行う。

1.4 本研究事業で検討された内容（概要）

1.4.1 国内の一体的ケアに類似する先駆的な事例とその課題

国内の一体的ケア類似事例として、下記の 3 市で展開されている活動の収集を行い共有したうえで、日本版一体的ケアの方向性の検討を行った。3 市選定の理由は、一体的ケアに求められる、「本人支援」「家族支援」「共同作業や共通の場」の 3 つの要素がすでに展開されており、それらを実施するにあたり関係者との情報共有の場が継続的に展開されていることからである。3 市の特徴は以下のとおりである。

大牟田市は、市と事業所等が共同でイニシアチブをとり 2002 年から本格的に家族支援をスタートし、2011 年から本人の声を聞く取り組みやその声から、本人の求める活動を作り、2018 年から本人ミーティングやピアサポート活動を始めている。

宇治市は、市の事業委託により公社が事務局となり医師や介護保険事業所と協働で、2012 年から先駆的に認知症カフェが始まり、2015 年には医療福祉の枠を超えたアクションアライアンスを構築し、認知症の人の作業や仕事などの役割づくりを行ってきた。

仙台市では、「認知症の人と家族の会」が主導し 2006 年から認知症の人と家族に対し一体的にケアを行う事業を開始した。また、2001 年に発足した医師や介護保険事業所等関係者による情報共有の会が、2015 年から本人ミーティングと認知症の人同士のピアサポート事業を行っている。

課題 1　本人と家族がそれぞれのニーズや思いを話す場を共有することをしていなかった。場を共有することに両者がためらいを感じるのではないだろうか。

課題 2　認知症の本人が集まるためには、医療機関等との密な連携がなくてはならない。現在の事業についても新たな人が集まらないという課題はある。

課題 3　今以上の事業を行うためには支え手側の人材不足。現在でもボランティアで運営がなされていて、余裕はない。

1.4.2 諸外国の事例

オランダ　在宅における認知症ケアのサポートの分断を解消することを目的とした 1993 年に、認知症の人と家族を一体的に支援する「ミーティングセンターサポートプログラム」がオランダのアムステルダム自由大学にて 2 ケ所でモデル事業として始まった。その実践の有用性が確認され国内で 144 ケ所にまで広がり、現在ではデイサービスセンターをなくしミーティングセンターに変えていく潮流が生まれている。ミーティングセンターの柱は「認知症の人のプログラム（ソーシャル

クラブ)」「家族介護者のミーティング」「両者へのコンサルティングと社会活動」である。ミーティングセンターの“ミーティング”は「出会い」と「話し合い」の意味を有している。そのビジョンは、「①統合されたタイムリーなサポートが容易にアクセス可能な場所で提供される」「②介護、福祉が連携し専門家による小さなチームで提供される」「③包括的なサポートであること」であり、これまで断片化していたケアの流れを統合することにある。多くの場合、2名程度の専従職員とボランティアで支えられており、経済的な支援は自治体の財源で保障されているフォーマルなサービスである。対象者は、初期から中等度の認知症の人とその家族で週3回を基準としている。

イギリス　イギリスでは、オランダの成功を受けて、ウースター大学(Worcester University)のドーンブルッカー（Dawn Brooker）教授らがMEETINGDEMというミーティングセンターのネットワークに加盟し実証研究をスタートした。はじめてミーティングセンターが設置されたのは、2015 年ドロイトウィッチ・スパという町である。水曜日、木曜日、金曜日の10：30amから4：00pmまで、場所は、ドロイトウィッチ・スパのコミュニティセンターで開催されている。オランダのモデルを採用し、オランダ同様にスタッフ育成のための研修も併せて準備されている。イギリス国内では2018年時点で7ケ所設置されている。

その他の国　イタリアでは 14 ケ所設置されており、既存の老人センターで実施している。ポーランドでは 3 ケ所設置されており、精神障害者の支援団体と一緒に活動し、プログラムも融合している。

1.5　ミーティングセンター（一体的ケア）とは何か

ミーティングセンターは、認知症の人と家族を同じ場でケアをする場所である。これによって、認知症の人と家族との再結合が図られ、関係性を構築できている認知症の人と介護者と出会うことで関係性を学びあうことができる。すなわちミーティングとは「出会い」と「話し合う」ことの両側面の意味を持っている。特に、「出会い」は、他の家族との出会い、地域の人との出会い、専門職との出会い、役割との出会いを作ることを大切にする。日本語にするのであれば、「新たな出会いのセンター」といってもよいほど出会いを大切にする。これによって、分断された支援や関係性を統合し、新たな出会いと話し合いを通じて、本人と家族を再度統合する役割を持っている。

1.6　日本版一体的ケアの方向性（委員会・作業部会で検討された結果より）

2 回の事業検討委員会ならびに 2 回の作業部会の議論の結果次のような方向性を導き出

した。

（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

（実施形態）

・既存のデイサービスで意欲のある事業所に付帯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

（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

（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

（頻度）

・モデル事業としては月一回程度

（対象と周知）

・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、認知症デイの利用者等

1.7 来年度以降の検討事項（モデル実施の方向性）

以下の点を、これまでの議論を踏まえたうえで、2020 年度にいくつかの地域でモデル事業として実施した場合を想定して、準備から運営の課題を集約し、普及と人材育成に向けた検討を行う予定である。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 3 つの柱の一体的な実現を目指せるようにする

・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、家族の集まりなどに声掛けをして、その地域性にあった運営方法を検討する

・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
・月一回程度の実施からスタート
・まず、モデルとなる認知症の本人と家族とコンタクトを取りパイオニアグループに入ってもらう（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）
・人材育成研修のあり方を同時に検討する
・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

２．研究事業概要

2.1　研究事業の背景

認知症は、診断された本人と家族双方の生活に大きな影響をもたらす。認知症疾患医療センターや認知症初期集中支援チーム、認知症ケアパス等の整備が進むことで、違和感を覚える本人や疑いを感じる家族からの早期診断のルートは周知されつつある。しかし、いまだに認知症を取り巻く地域社会の好ましくない認識や重症化した姿へのイメージが少なからず存在しており、それが認知症の本人やその家族の診断への忌避感を生じさせ、結果的に専門職とのつながりの機会を遅らせていることも指摘されているところである。

こうした状況について、認知症施策推進大綱においては、診断直後から本人の意思をできるだけ早くくみとり、不安軽減に向けた本人ミーティングや意思決定支援等により、対話を促進させ、その声を活かした支援方法について、いくつかの具体的な方法と指針が示されたところである。また、家族介護者等への支援については、負担軽減にむけた居宅サービスやレスパイトサービス活用促進や認知症カフェの推進と、心理的負担軽減のための、サービス事業所等における家族教室やピア活動の事例収集をすることが求められている。

このような、家族の負担軽減に向けた働きかけは、わが国のみならず諸外国においても様々な取り組みがなされている。その中でも、とりわけ近年諸外国において効果を上げている取り組みに認知症の人と家族の両者の支援を一体的に行うミーティングセンターサポートプログラムがある。こうした先駆的な取り組みを手掛かりに、わが国における近年の認知症の本人同士のピアサポート（本人ミーティング）、家族同士のピアサポート（介護者交流会や家族会等）、認知症の人の支援に特化した介護サービスや認知症カフェなど、フォーマル、インフォーマルを組み合わせ、早期から一体的に支援が展開されることは、診断直後からのシームレスなケアを実現するために重要である。

たとえば、増加の一途をたどる養護者の高齢者虐待の問題などは、家族間で生じる葛藤や地域からの孤立が起因することからも、認知症の本人支援と家族支援はそれぞれが独立して行われるのではなく、介護生活全体を一体的に支えることが望ましく、統合されたケアが展開されるための新たな介入プログラムの開発は重要性が高い。

2.2　研究事業目的

本事業においては、その手がかりとして、ヨーロッパでひろく展開されるミーティングセンターサポートプログラムの実態を明らかにしたうえで、わが国における診断直後からの認知症の人と家族の一体的ケア（以下、日本版一体的ケア）実現に向け、諸外国の事例や日

本の事例を収集し、その実現のための方法、支援手法のあり方等の課題等整理することを目的とする。

2.3 研究事業概要

2.3.1 スケジュール

本研究は下記スケジュールで実施した（表 2－1）。

表 2-1 研究事業のスケジュール

	事業検討委員会	事例収集委員会（作業部会）	その他作業
9 月			・文献の収集と翻訳作業
10 月	○第 1 回委員会 29 日 16:00～18:00 （フクラシア八重洲） ・研究事業概要 ・事例報告 ・一体的ケアに関する検討 ・その他		・国内外の研究成果のレビュー ・医中誌 web　CiNii 等 ・オランダ MCSP のマニュアル等翻訳 ・イギリス MCSP のマニュアル等翻訳
11 月			・国内外の研究成果のレビュー ・医中誌 web　CiNii 等
12 月		●第 1 回作業部会（大牟田） 27 日 13:00～16:30 ・翻訳後の MCSP の適用検討 ・国内事例の収集	
2020 年 1 月	○第 2 回委員会 16 日 18：30～20:30 ・進捗状況確認 ・翻訳済み資料概要説明 ・日本モデル案の検討 ・報告書の内容の検討 ・その他		報告書の執筆
2 月		●第 2 回作業部会（仙台） 20 日 10:00～15:30 ・翼の視察と検討	報告書完成
3 月			報告書の配布

2.3.2 研究委員会の設置

１）事業検討委員会の開催

(1)目的

認知症の本人と家族への一体的なケアやサポート体制構築のための方法を検討する。

(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実現のための方法検討

④報告書のとりまとめ

(3)委員構成

委員は、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（3 名）、認知症対応介護事業所（2 名）、自治体認知症施策担当者（3 名）で構成された。

表 2-2 事業検討委員会委員名簿　（敬称略､順不同）

	氏　名	所　属
1	長田　久雄	桜美林大学大学院　老年学研究科　教授
2	繁田　雅弘	東京慈恵会医科大学　精神医学講座　教授
3	進藤　由美	国立長寿医療研究センター　企画戦略局リサーチコーディネーター
4	堀田　聰子	慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科　教授
5	広瀬　美千代	大阪市立大学大学院文学研究科都市文化研究センター　研究員
6	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　課長
7	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　世話人代表
8	兼子　範子	株式会社ここみケア 社長室　室長
9	川北　雄一郎	一般財団法人宇治市福祉サービス公社　事務局次長
10	大下　勝宜	宇治市健康長寿部　副部長
11	猿渡　進平	医療法人静光園白川病院　医療連携室　室長
12	池田　武俊	大牟田市保健福祉部　健康福祉推進室　室長
13	松原　智文	特定非営利活動法人 地域支え合いネット　事務局長
14	加藤　伸司	認知症介護研究・研修仙台センター　センター長
15	阿部　哲也	認知症介護研究・研修仙台センター　副センター長
16	矢吹　知之	認知症介護研究・研修仙台センター　研修部長
17	吉川　悠貴	認知症介護研究・研修仙台センター　研究部長

(4)各回の概要

①第1回　事業検討委員会

日時：令和元年10月29日　16:00～18:00

場所：フクラシア八重洲

内容：

・研究事業全体の概要説明

・認知症の人と家族の一体的ケアに関する事例報告

・日本版一体的ケアの方向性に関する意見交換

・その他必要な事項

②第2回　事業検討委員会

日時：令和2年1月16日　18:30～20:30

場所：フクラシア八重洲

内容：

・研究事業全体の概要確認

・諸外国の一体的ケア展開に関する報告および作業部会からの報告

・日本版一体的ケアの方向性に関する意見交換

・今後に向けた検討

２)作業部会の開催

(1)目的

認知症の本人、家族への一体的な支援プログラムを展開する体制構築のモデルとなる地域や事業所の事例収集と分析を行う。

(2)内容

①モデル地域や事業所の活動事例収集

②事例の分析

③報告書の作成

(3)委員構成

委員は、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（2名）で構成された。

表2-3 作業部会委員名簿　（敬称略、順不同）

	氏　名	所　属
1	堀田　聰子	慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科　教授
2	進藤　由美	国立長寿医療研究センター　企画戦略局リサーチコーディネーター
3	矢吹　知之	認知症介護研究・研修仙台センター　研修部長

(4)各回の概要

①第１回　作業部会

日時：令和元年 12 月 26 日　13:00～16:30

場所：大牟田市役所

内容：

・認知症本人の活動の場づくり

・家族支援の場づくり

・一体的ケアの実施についての課題

②第２回　作業部会

日時：令和２年２月 20 日　10:00～15:30

場所：仙台市泉区南光台市民センター

内容：

・認知症の本人へのヒアリング

・一体的ケアの実施場面の課題と検討

・日本版一体的ケアの方向性の検討

2.3.3 認知症の人と家族の一体的ケアに関する諸外国文献整理

１）目的と概要

認知症の人と家族への一体的ケアは、1993 年にオランダのアムステルダム自由大学から、モデル事業として始まり、その後ヨーロッパ広域に普及した経緯がある。普及にあたってはオランダにて準備、開始、運営マニュアルが作成されている。さらにイギリスのウースター大学においても企画から開始までの報告書が作成されている。これらは、ミーティングセンター・サポートプログラム（MeetingCenterSupportProgram：MCSP）と呼ばれている。これらの資料を翻訳し、わが国における統合されたケアの在り方を検討する資料とする。

２）収集した文献

イギリス（イングランド、ウースター大学（Worcester University））作成資料

オランダ（アムステルダム自由大学）作成資料

３）方法

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（Rose-Mary Droes）に依頼し、オランダ版一体的ケアミーティングセンターサポートプログラムの資料一式を入手し翻訳を行う。また、ミーティングセンターサポートプログラムのスタッフ育成に用いられる研修資料をローズマリー・ドロース氏より入手し許可を得て日本語に翻訳をした。イギリスの資料は、ミーティングセンターサポートプログ

ラムネットワーク組織である、「Meeting DEM」の WEB サイトで公開されているイギリスウースター大学が作成した報告書をダウンロードし入手した。これらについて、それぞれ日本語翻訳を行い、事業検討委員会にて検討を行う上での資料とした。

2.3.4 モデル地域の事例収集

１）目的と概要

認知症の本人、家族への一体的な支援プログラムを展開する体制構築のモデルとなる地域から事例収集を行う。そのうえで、事業全体の内容の課題や本事業の方向性について議論し、その内容を報告書にて整理する。

２）方法

事業検討委員会への参画を依頼し、各地域で現在実際に行われている実践事例の紹介を頂く。そのうえで、詳細について事務局にて整理する。事例報告は、令和元年 10 月 29 日の第 1 回事業検討委員会にて各 20 分程度報告。その後令和元年 12 月に事例の整理を行い、課題や日本版一体的ケアの方向性について執筆を依頼し回収した。これら内容については、報告書にて整理し掲載することとした。なお、個人情報に関する内容については掲載しないこととした。

2.3.5 報告書の作成と配布

１）目的と概要

事業全体内容と議論の結果について報告書として整理する。また、報告書は来年度以降の継続的な研究に役立つように検討内容とその結果をまとめる。

２）配布と印刷

関係団体・関係者等に配布。また、当センターホームページ（DC‐NET）を用いてＷＥＢ上でダウンロード可能とした。

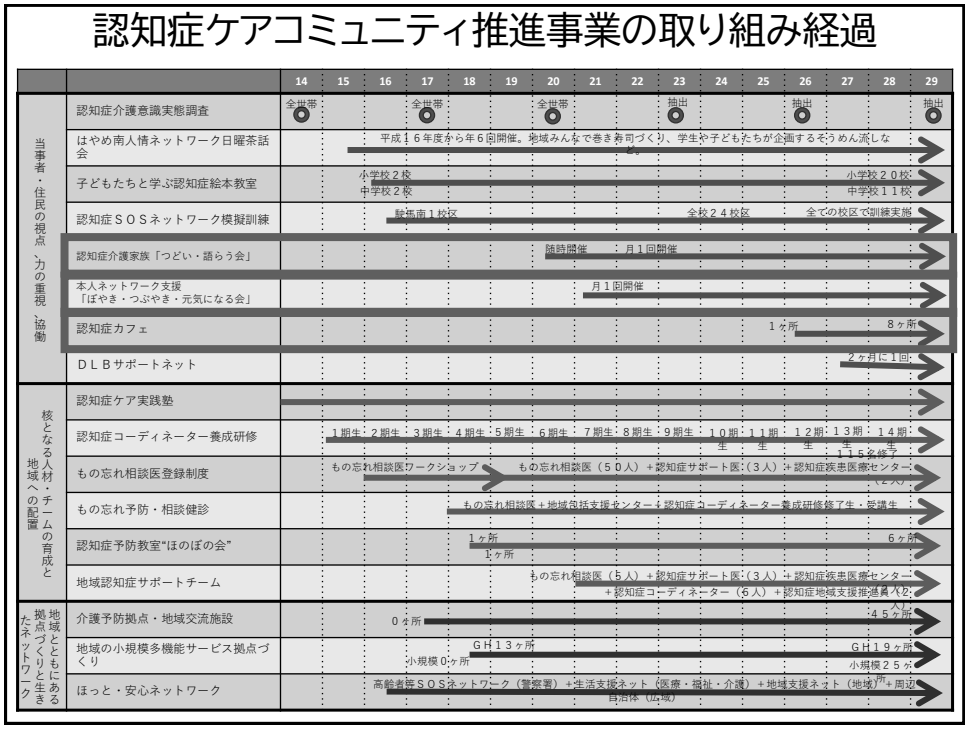
３．認知症の本人および家族への一体的ケア事例

3.1　大牟田市の事例

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

～福岡県　大牟田市の事例について～

大牟田市役所　保健福祉部　健康福祉推進室長　　池田　武俊
医療法人　静光園　白川病院　　医療連携室長　　猿渡　進平



認知症本人と家族支援について

【家族支援】

・認知症介護家族のための家族会
・　　〃　　学習支援

【認知症本人支援】

・ぼやき・つぶやき・元気になる会
・九州ファイア
・認知症本人ミーティング
・まちづくりプロジェクト

【家族・本人支援】

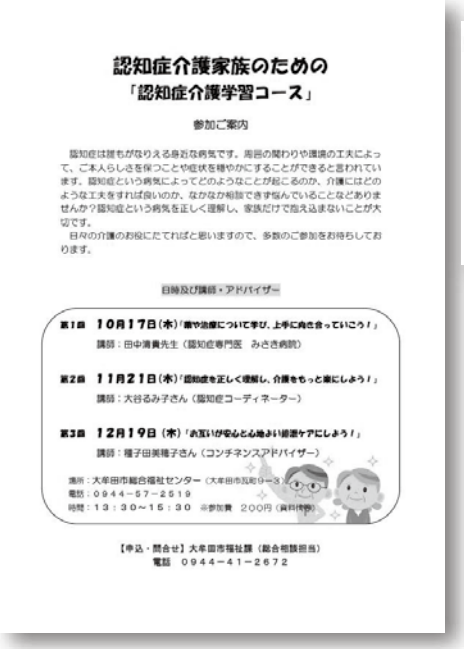
・大牟田市　認知症カフェ

認知症介護家族のための“家族会”（since2008～）

・毎月1回（定例会）
・学習会と家族同士の情報交換、交流、健康チェック、ケアビクスなど
・本人と一緒に参加可能
・男性介護者への支援、虐待ケースのフォロー

◆在宅介護者の会「元気会」　毎月第4水曜日 13時半～15時半　場所：総合福祉センター	社会福祉協議会
◆家族の集い・語らう会　毎月第3木曜日 13時半～16時　場所：総合福祉センター	介護サービス事業者協議会
◆りんりんの会　毎月第3金曜日 13時半～15時半　場所：ケアタウン橘交流センター和	吉野地区地域包括支援センター
◆ふれあいの会　毎月第2土曜日 10時～12時　場所：三川地区公民館	三川地区地域包括支援センター

認知症介護家族のための学習支援（since2008～）



認知症介護家族のための
「認知症介護学習コース」

参加ご案内

認知症は誰もがなりえる身近な病気です。周囲の関わりや環境の工夫によって、ご本人らしさを保つことや症状を穏やかにすることができると言われています。認知症という病気によってどのようなことが起こるのか、介護にはどのような工夫をすれば良いのか、なかなか相談できず悩んでいることなどありませんか？認知症という病気を正しく理解し、家族だけで抱え込まないことが大切です。
日々の介護のお役にたてればと思いますので、多数のご参加をお待ちしております。

日時及び講師・アドバイザー

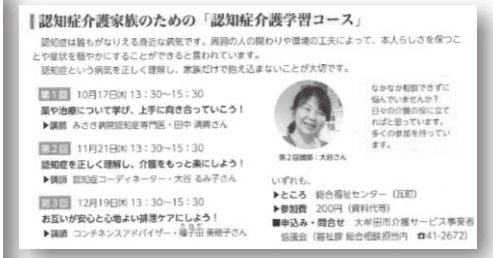
第1回　10月17日（水）「薬や治療について学び、上手に向き合っていこう！」
講師：田中清貴先生（認知症専門医　みさき病院）

第2回　11月21日（水）「認知症を正しく理解し、介護をもっと楽にしよう！」
講師：大谷るみ子さん（認知症コーディネーター）

第3回　12月19日（水）「お互いが安心と心地よい排泄ケアにしよう！」
講師：種子田美穂子さん（コンチネンスアドバイザー）

場所：大牟田市総合福祉センター（大牟田市瓦町9－3）
電話：0944－57－2519
時間：13：30～15：30　※参加費　200円（資料代等）

【申込・問合せ】大牟田市福祉課（総合相談担当）
電話　0944－41－2672



認知症介護家族のための「認知症介護学習コース」

認知症は誰もがなりえる身近な病気です。周囲の人の関わりや環境の工夫によって、本人らしさを保つことや症状を穏やかにすることができると言われています。
認知症という病気を正しく理解し、家族だけで抱え込まないことが大切です。

第1回　10月17日(水) 13：30～15：30
薬や治療について学び、上手に向き合っていこう！
▶講師　みさき病院認知症専門医・田中 清貴さん

第2回　11月21日(水) 13：30～15：30
認知症を正しく理解し、介護をもっと楽にしよう！
▶講師　認知症コーディネーター・大谷 るみ子さん

第3回　12月19日(水) 13：30～15：30
お互いが安心と心地よい排泄ケアにしよう！
▶講師　コンチネンスアドバイザー・種子田 美穂子さん

なかなか相談できずに悩んでいませんか？日々の介護の役になればと思っています。多くの参加を待っています。
第2回講師：大谷さん

いずれも、
▶ところ　総合福祉センター（瓦町）
▶参加費　200円（資料代等）
■申込み・問合せ　大牟田市介護サービス事業者協議会（福祉課 総合相談担当内　☎41-2672）

○内容と意義
・毎年3カ月間の学習コースを実施している。
・その時々で、内容は変更しているが、薬や治療、正しい理解や介護サービスを説明している。
・多くの家族が参加し、市外からの参加者もある。

○課題
・受講後は、家族の会への参加はなく継続支援は出来ていない。
・他、関連機関との連携が図れていない。
・年に1度だけの学習会でよいのか。

ぼやき・つぶやき・元気になる会（since2011～）

- 同じ認知症という病を抱えた本人同士の仲間づくりを目的に、大牟田市認知症ライフサポート研究会が地域交流施設（小規模多機能型居宅介護やグループホームに併設）において開催。
- 月１回（土曜日の午前中）集まり、「本人がやりたいこと」をテーマに話を進める中で、認知症による生きづらさを共有していった。
- 「本人がやりたいこと」として、ビアガーデン、小旅行、山登り、野球の試合などが出され、実現に向けて取り組んだ。

- 当初は、写真のように本人と家族が一緒になって交流をしていたが、次第に本人が口を開くよりもよりも先に家族が発言することが多くなった。
- このため、最初に「本人＋家族の全体会」をしたら、次に「本人だけのミーティング」と「家族同士の悩み事相談」に分かれ、最後に「全員食事会」という流れに変えていった。

認知症であってもなくても一緒にスポーツ
九州ファイア（since2014～）

「室内で話をしてばかりじゃつまらない」という本人の声
「仕事ばかりで、少しは運動しないとね～」という行政や介護事業所の職員

最初は家族がグラウンドまで送り迎えをしていた。

荒平さん

名古屋市に住んでいるときに認知症を発症し、仕事を辞めて大牟田へ。「ぼやきの会」の命名者。次第にＢＰＳＤが激しくなり精神科病院に入院。

加藤さん

長年、型枠工の仕事に従事。市内の硬式野球社会人チームのキャッチャーをされていた。職人気質のため奥さんの介護負担が増大し、精神科病院に入院。

島田さん

元市役所の管理職。残された人生は奥さんと一緒に「やりたいこと」をして過ごしたい。ぼやきの会のような集まりは行きたくない。ソフトボールは大好き。いつも付き合ってくれて「ありがとう！」。

大牟田市白川校区における模擬訓練の成果と課題

〇模擬訓練の目的である“啓発”と“連絡網（セーフティーネット）”の整備、そして、その活用ができるようになることを目的に12年間取り組んできた。その結果、多くの住民が参加し「地域の中での体制」が構築できつつある。熱心に「認知症の人を支えましょう」と言い続けてきた結果だと考えている。

〇一方では懐疑的になっていることもある。長年、この訓練に携わってきた人が認知症になり、閉じこもりがちになった。これは「認知症になっても安心して外出できる」という目的とは逆の結果だ。

〇私自身に置き換えてみると、認知症になったら「恥」をかきたくないので自宅に引きこもるだろう。
自分の中の認知症像が「それ」であるとすれば、多くの住民も「そう」である。訓練が「それ」を作ってきたのかもしれない。

〇今年からの模擬訓練は「それ」に着眼し取り組みたい。

NPO法人　しらかわの会　理事長　前原剛　資料

認知症本人ミーティングの実施にむけて

・社会医療法人　親仁会　みさき病院
・医療法人　静光園　白川病院
・認知症疾患医療センター　　３医療機関のSW
・認知症サポート医

診断直後の方々へのミーティングのお誘い

認知症本人ミーティング実施

本人ミーティングの経過について

	日　時	場　所	参加者数	
			当事者	ご家族
1	2019年3月	公共施設	6名	4名
2	2019年4月	公共施設	4名	2名
3	2019年5月	ファミレス	4名	2名
4	2019年6月	ファミレス	4名	2名
5	2019年7月	ショッピングモール	4名	2名
6	2019年8月	ファミレス	5名	3名
7	2019年9月	ファミレス	5名	3名

	ミーティングの詳細
1	丹野さんがファシリテート。やりたいことや楽しいことをとにかく話す。家族は別室。
2	２夫婦が参加しなくなる。参加する意味が分からないというのが理由。家族は同室で別テーブル。
3	当事者の意見から、ファミレスで実施。会の名前がないと忘れるので「遊ぼう会」となる。
4	認知症の診断された後の不安について、話される。図書館プロジェクトが始動する。
5	次回はショッピングモールで買い物をしたいという意見があったため、買い物と食事をする。
6	認知症診断直後の不安を当事者同士で語られる。その人たちの力になりたいということからピアカウンセリングプロジェクトが企画される。
7	大牟田動物園が舞台となった映画が制作されたという話から、動物園に行こうという話になる。

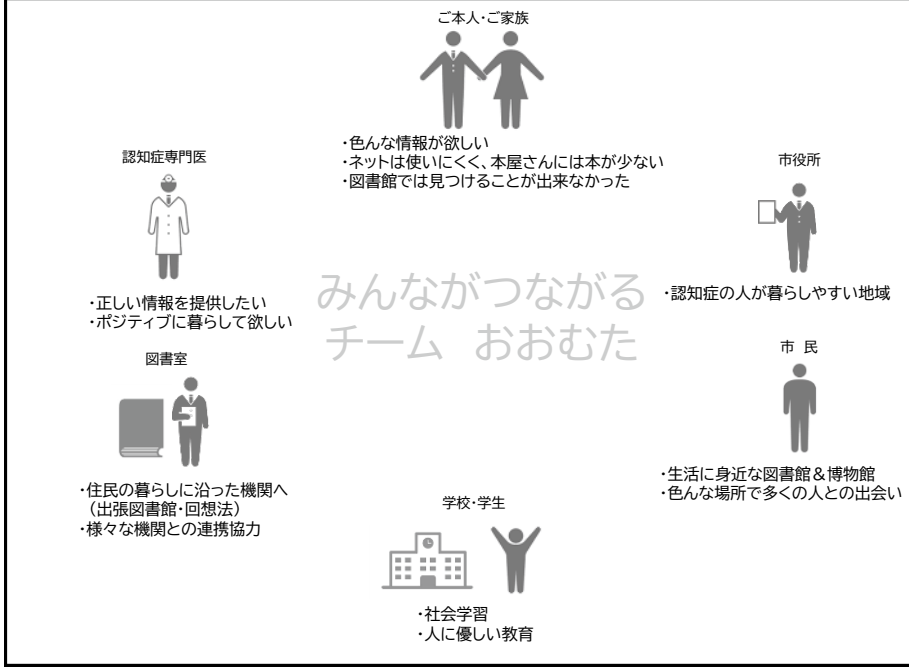
当事者と共に作る次なる風景(1)

診断直後の

ご本人・ご家族の言葉

・医療関係者の話は病気のことが多い。
・情報が欲しいがネットは使えず、本屋には本が少ない
・図書館では見つけることが出来なかった

認知症にやさしい図書館＆博物館プロジェクト



当事者とつくるやさしい街プロジェクト

認知症にやさしいまちへ

図書館へコーナー設置

関係分野や市民の意見反映

大牟田

「認知症になってもやさしいまち」に向けた大牟田市のプロジェクト会議が先日、カルタックスおおむた市で開かれた。認知症の当事者や家族らが使いやすい図書館づくりから始まった取り組み。行政や市立図書館などの施設、医療・福祉関係者らが参加。開始後の5月末には、市立図書館に認知症コーナーが設けられ、早くも現場が変わりつつあるという。3回目となった会議では、スーパーなど消費者を巻き込む意見を交わした。

認知症にやさしいまちへ意見を出し合ったメンバーら

早くも環境変わりつつある

同市は認知症になっても安心して暮らせるまちを目指し、地域住民、行政、医療・福祉分野が中心となり、まちづくりを進めている。認知症初期診断直後に「今後、自分はどのようになっていくのか？それともどのような病気なのか」との相談があったことをきっかけに会議がスタート。

若い世代などはパソコンやスマートフォンを利用できれば、すぐに調べることができるが、高齢者の多くは書物から情報を収集。図書館で本を探しても認知症に関する本は、医学や福祉・介護のコーナーなど点在していた。そのため利用しやすい環境を目指し、5月末に認知症関連の本を並べたコーナーが図書館に設置された。

今回は「できるうなら」と、取り組みたいことなど、グループごとに意見をまとめて発表した。

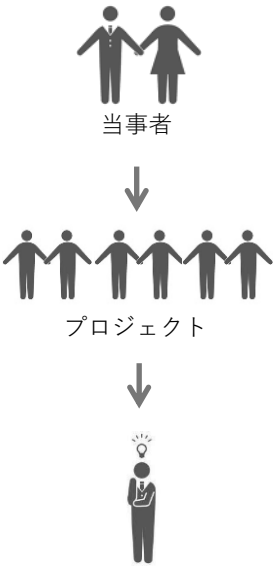
参加者は、図書館から金融機関や交通機関などに目を向けて意見。「スーパーの陳列を見やすく」「高齢者や認知症にやさしいとの視点でのエ夫を提案。「当事者の話を聞いて学ぶ」「ロゴマークを設置し標及を」「一緒にまち歩いて何が不便かを見たい」「学校の授業にも認知症のコーナーを」「認知症カルタを作っては」などと話し合った。

今後、会議を重ねるとともに意見を集約し、可能なことは実現を目指す。認知症サポート医でプロジェクトリーダーの藤井直樹さんは「認知症にやさしいまちづくりに貢献したい」と話していた。（高田 裕子）

認知症って？

設2

図書館内に設けられた認知症のコーナー



当事者と共に作る次なる風景

本人ミーティングに来ている

当事者と当事者の言葉

・暗い、暗いトンネルを通ってきた。悲しくて悔しかった。
・ここに来るようになって気分が晴れてきた。
・自分の力が、誰かの役に立つのであれば、活かしたい。

ピアカウンセリング　プロジェクト

ご本人

・認知症と共に生きる人たちの力になりたい

認知症専門医

・正しい情報を提供したい
・ポジティブに暮らして欲しい

みんながつながる
チーム　おおむた

市役所

・認知症の人が暮らしやすい地域

・専門医の診察後、当事者との面談を希望なさる場合は話し合いの場をセットする。

大牟田市　認知症カフェ（since2014～）

名称	電話番号	住所	開催日	時間	関係機関
であい喫茶築町	41-2676	築町3-19	（毎月）第1木曜日	10:00～11:30	中央地区包括支援センター
カフェ白川	41-2676	上白川1-1（上白川公民館）	（毎月）第1金曜日	10:00～11:30	中央地区包括支援センター
もの忘れ喫茶	58-7265	橘1044-1	（毎月）第2木曜日	14:00～15:30	国立病院機構大牟田病院
はっぴーこはま	41-2676	小浜町1丁目1番地8	（毎月）第3火曜日	11:00～13:00	中央地区包括支援センター
てとてのカフェ	55-1212	小川町30番地1	（毎月）第3水曜日	14:00～15:30	CLS菅原病院
みんなのカフェ リクシス	41-1121	岬1198	（毎月）第3木曜日	13:30～15:00	みんなの家 リクシス
倉永カフェ笑	41-6025	倉永1307	（毎月）第3木曜日	13:30～15:00	吉野地区包括支援センター
カフェ・ファーマシィ	32-8128	歴木1807-1152	（毎月）第3日曜日	10:00～11:30	ファーマシィ・コガ
集いカフェ	41-6025	岩本新町2丁目４番地3	（毎月）第4火曜日	10:00～12:00	吉野地区包括支援センター
カフェあじさい	59-3606	今山1184-23	（毎月）第4火曜日	10:00～11:30	小規模多機能ホーム いまやまの家
ふれあいカフェ	52-3012	黄金町1丁目178番地	（毎月）第4水曜日	13:30～15:00	医療法人信和会
カフェたくま	55-8721	田隈827-1	（毎月）第4土曜日	11:00～13:30	医療法人東翔会

大牟田市認知症カフェの特徴

大牟田市の認知症カフェの基本姿勢は、下記の2点を十分に理解していることをお約束します。

①認知症カフェ10の特徴の要件を理解いただいているもの。
②大牟田市認知症コーディネーター または、認知症コーディネーター養成研修修了生の参加・協力を得ているもの。

認知症カフェの10の特徴

（公益社団法人認知症の人と家族の会「認知症カフェのあり方と運営に関する調査研究事業報告書」引用）

(1) 認知症の人とその家族が安心して過ごせる場。
(2) 認知症の人とその家族がいつでも気楽に相談できる場。
(3) 認知症の人と家族が自分たちの想いを吐き出せる場。
(4) 本人と家族の暮らしのリズム、関係性を継ぎすに利用できる場。
(5) 認知症の人と家族の思いや希望が社会に発信される場。
(6) 一般市民が認知症の人やその家族と出会う場。
(7) 一般の地域住民が認知症のことや認知症ケアについて知る場。
(8) 専門職が本人や家族と平等で出会い、本人家族の別の側面を発見する場。
(9) 運営スタッフとして、必要とされていること、やりがいを感じる場。
(10) 地域住民にとって「自分が認知症になった時」に安心して利用できる場を知り、相互扶助の輪を形成できる場。

認知症カフェ連絡協議会の立ち上げ（since2014～）

意　義

・各地域で開催されている認知症カフェの孤立化を予防し、情報共有の場を設ける
・各カフェの質の担保・向上を図る為の支援
・年に1回のカフェ・フェスタを各カフェで協力して開催し、カフェ継続のモチベーションを維持できるように支援していく
・各カフェの開催場所を各校区に作るように支援し、認知症になっても安心してくらせるネットワークの構築を図れる支援を行う

関係図

おおむた認知症カフェ連絡協議会

連　携

各カフェ12か所

事業内容
・認知症カフェの情報共有・連携（会議）
・研修（認知症カフェの発表・施設見学等）
・認知症啓発（フェスタ）
・認知症サポーター養成講座（ステップUP講座含む）
・人材育成（認知症ボランティア　等）
・各カフェでの問題点や課題について検討

参 加 者
・認知症の人・家族
・地域の人　（高齢者から子供まで）
・民生委員・地域社協
・介護支援専門員
・町内会
・事業所・医療関係者・その他

認知症カフェ　フェスタ（since2018～）

【プログラム】
・演奏「world smile」（介護スタッフのバンド）
・講話「認知症について」（認知症疾患医療センター医師）
・体操「見上げてごらん夜の星を」（全員）

3.2 宇治市の事例

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
事例検討委員会

認知症の人にやさしいまち・うじの取り組みについて

～認知症カフェから認知症アクションアライアンス、そして当事者・家族活動へ～

一般財団法人宇治市福祉サービス公社
事務局次長　川北雄一郎

宇治市のご紹介

宇治市の人口について	(平成31年4月1日現在)
総人口	186,657人
高齢者人口	53,655人
高齢化率	28.75%

宇治市要介護認定者の認知症高齢者の日常生活自立度の内訳より(平成30年9月末時点)

Ⅰ～M　まで　　7,286名（全体9,873名）

「宇治市初期認知症総合相談支援事業」

２０１３年（平成25年度）より

◆実施内容

- 認知症になっても住み慣れた地域で生活が継続できるよう、認知症の人や家族に対し、状況に応じた適切な事業が提供されるよう、医療、介護及び生活支援を行うサービス従事者などと連携を図るトータル的なコーディネートを行う。
- 初期認知症及び若年認知症の人の居場所づくりのカフェの企画、運営を行う。
- 認知症コーディネーター２名、補助1名を配置し、宇治市における認知症者への在宅ケア体制を構築する。
- 平成28年度より別法人委託の包括に認知症コーディネーター1名補助1名を配置し、カフェや初期集中の担当圏域を分ける。

宇治市初期認知症総合相談支援事業

◆具体的内容

（1）二次予防事業対象者把握事業における認知症予防該当者の訪問
（2）認知症カフェの企画・運営
（3）認知症初期集中支援チームの運営
（3）認知症キャラバン・メイト養成研修・認知症キャラバン・メイトフォローアップ研修の実施
（4）認知症あんしんサポーター養成講座の運営
（5）認知症家族支援プログラム・OB会の支援
（6）多種職協働によるネットワークづくり

れもんカフェ（認知症カフェ）

【開催場所】
市内６圏域で年4回＋全域カフェ毎月＝年間36回
【開催日時】
不定期開催
（土曜か日曜　午後２時～３時３０分）
【対象者】
宇治市内在住・在勤の方
【参加方法】
事前申込不要
【費用】
３００円（飲み物・お菓子付き）
【スタッフ】
認知症コーディネーター
圏域担当の地域包括支援センター
専門職・ボランティア

なぜ「れもん」？
認知症のシンボルカラーはオレンジです。
カフェは認知症の前段階から有効な資源です。同じ柑橘類で、より薄い色のれもんをシンボルとし、より早い段階での関わり、相談先、居場所となることを願っています。

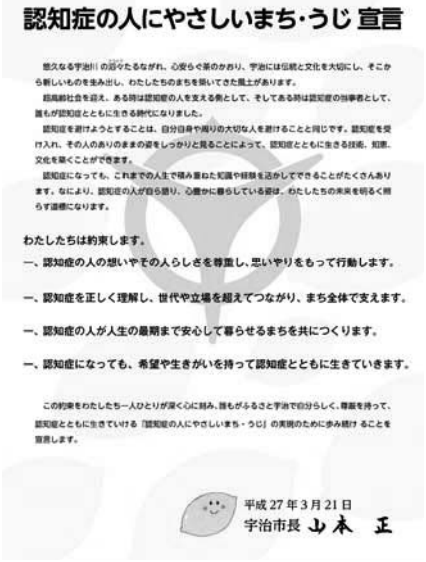
「れもんカフェの風景」

★当日の内容★
第１部　認知症についてのお話
第２部　ミニコンサート
第３部　カフェ・交流タイム

♪会場♬
教会、喫茶店、カフェレストラン、お寺、地域福祉センター、民家、介護保険事業所などで開催中

認知症の人にやさしいまち・うじ　市長宣言

２０１５年（平成27年）3月21日　第1回認知症フォーラムin宇治



認知症の人にやさしいまち・うじ 宣言

悠久なる宇治川の語りたるながれ、心安らぐ茶のかおり、宇治には伝統と文化を大切にし、そこから新しいものを生み出し、わたしたちのまちを築いてきた風土があります。

超高齢社会を迎え、ある時は認知症の人を支える側として、そしてある時は認知症の当事者として、誰もが認知症とともに生きる時代になりました。

認知症を避けようとすることは、自分自身や周りの大切な人を避けることと同じです。認知症を受け入れ、その人のありのままの姿をしっかりと見ることによって、認知症とともに生きる技術、知恵、文化を築くことができます。

認知症になっても、これまでの人生で積み重ねた知識や経験を活かしてできることがたくさんあります。なにより、認知症の人が自ら語り、心豊かに暮らしている姿は、わたしたちの未来を明るく照らす道標になります。

わたしたちは約束します。

一、認知症の人の想いやその人らしさを尊重し、思いやりをもって行動します。

一、認知症を正しく理解し、世代や立場を超えてつながり、まち全体で支えます。

一、認知症の人が人生の最期まで安心して暮らせるまちを共につくります。

一、認知症になっても、希望や生きがいを持って認知症とともに生きていきます。

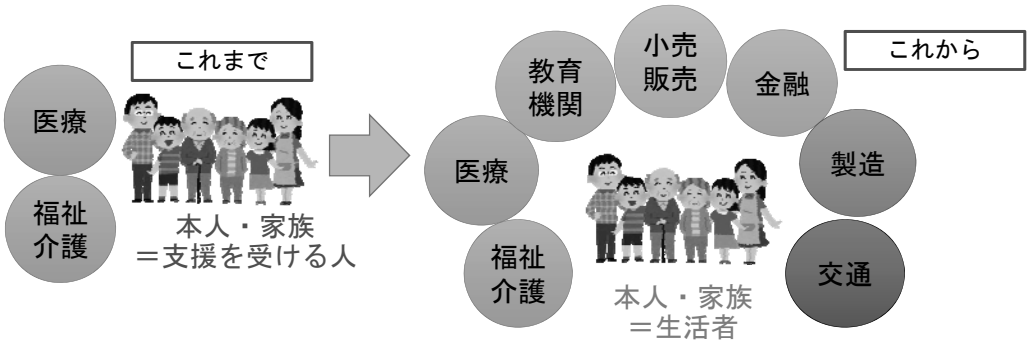
この約束をわたしたち一人ひとりが深く心に刻み、誰もがふるさと宇治で自分らしく、尊厳を持って、認知症とともに生きていける「認知症の人にやさしいまち・うじ」の実現のために歩み続けることを宣言します。

平成27年3月21日
宇治市長 山本 正

きっかけは市長をれもんカフェに招待したこと

２０１４年（平成26年）5月に宇治川沿いのカフェで開催のれもんカフェに市長を招待。　森先生の講演と当事者との交流に刺激を受けた市長は翌週には「認知症の人にやさしいまち・うじの市長宣言を出す」と記者会見で明言される。

「認知症の人にやさしいまち・うじ」の実現のために必要なこと



Dementia Action Alliance
認知症行動同盟

宇治市認知症アクションアライアンス“れもねいど”

宇治市は、認知症の人やその家族の声や意見を施策の立案や評価に反映させ、認知症の人の視点に立ったサポート体制を構築するために、全国に先がけて**『宇治市認知症アクションアライアンス“れもねいど（Lemon-Aid）”』**を設立するに至りました。

２０１６年（平成28年）3月21日に始動

Lemon-Aid
れもねいど
宇治市認知症アクションアライアンス

宇治市認知症アクションアライアンス
れもねいど（Ｌｅｍｏｎ－Ａｉｄ）始動！

認知症の人にやさしいまち・うじ

宇治市認知症アクションアライアンス

れもねいど (Lemon-aid)

設立趣意書

宇治市で暮らすみなさま、活動されているみなさまへ

宇治市は、平成27年3月21日に、全国の自治体として初めて「認知症の人にやさしいまち・うじ」を宣言しました。

『認知症の人にやさしいまち・うじ宣言』は、これまで宇治市が積極的に取り組んできた認知症施策を更に推し進めるとともに、認知症の人の視点に立ち、誰もがふるさと宇治で自分らしく尊厳を持って、認知症とともに生きていける「認知症の人にやさしいまち・うじ」を実現させるための約束を宣言したものです。（裏面「宣言文」をご参照ください。）

この宣言を実現させていくために、認知症を「自分のこと」として捉え、市民一人ひとりが認知症を正しく理解し、相手を思いやるやさしさをもって、自分のできるアクションを起こしていく、『宇治市認知症アクションアライアンス "れもねいど（Lemon・aid）"』を設立することといたしました。

認知症の人とその家族の声を大切にし、宇治市で暮らすみなさま、活動されているみなさまと共に、個人、団体を問わず力を合わせて「認知症の人にやさしいまち・うじ」を実現させましょう。

宇治市長　山本　正

"れもねいど（Lemon-aid）"に込めた想い

"れもねいど（Lemon-aid）"は、宇治市の認知症事業のイメージである「れちん（Lemon）」に"手伝う・援助する"という意味を持つ「えいど（aid）」という単語を組み合わせたネーミングです。宇治市全体で認知症の人に対して自発的にアクションを起こし、それが広がっていくようにこの願いを込めています。もちろん、さわやかな秋冬地の「レモネード」にかけたネーミングでもあります。マークはネットワークとしてつながり、広がる様を表現して、宇治市のれちんカフェキャラクター"れちんちゃん"がつなげったデザインです。

宇治市は『宇治市認知症アクションアライアンス "れもねいど（Lemon-aid）"』として活動します。

れもねいど加盟企業

・2019年(令和元年）10月末現在６０社加盟

・業態（金融、商業、交通、宅配、製造、小売、農家、介護、医療、薬局）

取組み内容	
Ⅰ正しい理解：	認知症の正しい理解と高齢者への接遇向上のため、『京都高齢者安心サポート企業養成研修』を受講いただけますか。
Ⅱ見守る：	高齢者の異変に気づいた場合、市又は地域包括支援センターへ連絡・相談いただけますか。
	認知症等による高齢者の行方不明の発生時に対象者の発見に協力いただけますか。（宇治市SOSネットワークへの任意協力）
Ⅲ行動する：	認知症の人やその家族の視点に立った自発的な活動を実施いただけますか。

ある当事者・家族の活動から
伊藤俊彦さんのご紹介

昭和18年生まれの現在76歳

・北海道出身
・金属鉱物(石)の研究・教授

・2011年12月　娘様がおられる宇治へ転居
・2012年 2月　アルツハイマー型認知症と診断
（当時68歳）

現在妻の元子さんと2人暮らし

れもんカフェの参加を通して宇治市の認知症事業に当事者の立場から関わりを持たれるようになる。
宇治市内外での講演活動や、茶摘み等の就労事業等に参加され、昨年度からは市内の認知症総合施設内に開設された「認知症の本人・家族による本人・家族のための相談窓口"オレンジドアノックノックれもん"」でのピアサポーターとしての活動を開始。
宇治市認知症アクションアライアンス推進協議会当事者委員

「認知症の当事者」仲間との出会いが、伊藤さんにとって大きな転機になったと伊藤さんは語られます。同じ認知症の仲間との出会いは、どのような機会をもたらすことができたのでしょうか。

2012年10月　洛南病院でテニス教室がスタート
12月　プレ認知症カフェ（のちの「れもんカフェ」）がスタート

★同じ病を持つ人、家族と出会い、友人ができました。

★認知症に対する　私の様々な思いを話す機会となった。

★テニス仲間と集い、楽しく交流しながら、認知症と向き合いました。

★忘れることに備える「記憶を妻に預ける」

★闘ってもいいことはない。勝てる相手ではない。
　これまでの人生で唯一認知症と闘わないことが良い事だと悟った。
「認知症とは仲良く付き合っていくほかない」（診断から2年が経過）

認知症当事者の社会参加(就労）を目指した取り組み　1

しごとれもん「お茶摘み編」

当事者・家族の「地域で活動したい！働きたい！」
との声を受けて、2015年から開催し今年で５年目
当初は１軒の茶農家からスタート
現在は３軒の茶農家で実施
摘高に応じて賃金として支払われる。

★平成27年　初めての茶摘み
　茶農家さんに迷惑をかけないように1本1本緊張してつみました。

★2年目　宇治川のお茶の木でイメージトレーニング
　摘んだ茶葉にはkgあたりの賃金が支払われる。摘む責任。

★今年は5年目
　全国の品評会に出品する「茶葉」を摘ませていただいた。

認知症当事者の社会参加(就労）を目指した取り組み　2

しごとれもん「万願寺とうがらし編」

収穫・仕分け・販売

・れもねいど加盟企業の京野菜農家からの
　提案で、2017年から開催し、今年3年目
・れもねいど加盟企業のレストラン等でこの
　万願寺とうがらしを用いたランチメニュー
　を提供頂き、啓発活動にも協力をいただく。

認知症当事者の社会参加(就労）を目指した取り組み　３

しごとれもん「こかぶ収穫編」

収穫・仕分け・販売

・万願寺とうがらしの収穫を受け入れて頂いている京野菜農家より、通年で活動できる機会として冬場のコカブ収穫を提案いただき、2018年から開催し、今年2年目
・万願寺唐辛子編と同じ枠組みで実施

認知症当事者の社会参加(就労）を目指した取り組み　４

「出張れもんカフェ」

JAまつり　　京都文教大学「ともいきフェスティバル」

・れもねいど加盟企業であるJA京都山城からの依頼で、JAのイベント内で啓発活動として当事者・家族による出張カフェを運営

・れもねいど加盟企業であり、当事者ミーティングの開催に協力をいただく、京都文教大学で開催のイベント内での講演活動と学生、当事者・家族による出張カフェを運営

リトルれもん
（お菓子づくり）

講演会
ライブ活動

広がる認知症当事者・家族の皆さんの活動

「やれること」「やりたいこと」が実現しています！！

テニス教室
卓球教室

ピアサポート

認知症当事者・家族の声を政策や事業に反映させる取り組み

宇治市認知症アクションアライアンス推進協議会

四半期毎に市内の認知症施策に関わる医療・福祉等関係団体の代表者や、当事者団体の代表者、そして宇治市の認知症事業に参加される認知症当事者・家族が参加し、れもねいど活動の進捗管理や提案等を行う協議の場を開催しています。

京都文教大学　当事者グループミーティング

文教大学の平尾教授のご指導の元、認知症当事者・家族、学生、ボランティア（れもねいだー）、企業(れもねいど加盟企業)が一緒に話し合いの場を設け、「認知症の人にやさしいまち」実現に必要なことを考えます。

れもんカフェから広がる様々な活動～認知症カフェの可能性～

活動の場、そして就労の場へ・・・
当事者の声が認知症の疾病観を変える

地域や参加者に合わせたミニ講演
当事者ご本人ご家族が講師を務める

当事者の方のしたいこと、できることを活かせる場

仲間と出会う場

当事者の方同士の交流
ピアサポート・当事者同士の相談機能

当事者ご本人が
お菓子やお茶を提供

当事者がミニコンサートで音楽を通してメッセージを伝える。

カフェのお菓子を
当事者ご本人が手作り

伊藤さんが
これからのカフェに期待することを教えてください。

ミニ講演の担当

喫茶の準備(コーヒー・お菓子づくり)

★新たな「仲間」が自分たちで作るカフェができないものか。
　各々が持っている能力を保持・発揮するカフェ(そこに憩う当事者・家族も)
★当事者が特技を発揮する、「役割を持つ・作業をする」カフェができないものか。
★いろんな人がいる　自分を表現できる場へ

ご清聴ありがとうございました。

宇治市認知症アクションアライアンス〝れもねいど〟

・オフィシャルホームページ　https://www.ujilemonaid.com/

・フェイスブックページ　いいね！

・れもねいどLINE

Lemon-Aid れもねいど
宇治市認知症アクションアライアンス

3.3　仙台市の事例

本人・若年認知症のつどい「翼」

～本人の思い・家族の思い～

公益社団法人認知症の人と家族の会
宮城県支部　　若生栄子

認知症の人と家族の会　宮城県支部活動

つどい（相談・情報交換）・電話相談　・会報発行

☆介護者のつどい
毎月第3土曜日13～15時　みやぎNPOプラザ

☆本人・若年認知症のつどい「翼」　毎月　第1、3(木)10時半～15時
スポーツカフェ　毎月　第2、第4(木)10時～12時

☆取り終えた方のつどい「こうさてん」
3ヶ月に1回(3・6・9・12月)13～15時　みやぎNPOプラザ

本人・若年認知症のつどい
「翼」

・開催　　毎月第１・第３木曜日
　　１０：３０～１５：００
・参加者　認知症本人　家族　ボランティア
　　世話人　見学参加者
・人数　　４０～５０人くらい
・活動　　本人ミーティング　家族相談　合唱
　　ゲームなど
・参加費　６００円　　（昼食代含む）

本人・若年性認知症の本人と家族の
出会いの場　相談場所としての「翼」

発足　２００６年８月　　…家族の会世話人有志が立ち上げる

始めた動機　…　家族の会つどい（高齢者介護が多い）で
　　若年性認知症の本人・家族との出会いから

若年性認知症の方の居場所がない
　　家族の相談場所がない

↓

若年認知症のつどい「翼」　発足

認知症本人の声　・　家族の声を聴く
（翼の本人ミーティング　家族相談会より）

本人の声

Aさん（女性）

最初は何が何だかわからなかった。誰もいない一人の時間は
何をしたらいいのか分からないのです。
いち日がそうして過ぎていく。
夫は料理もしてくれるけど「作ってあげているぞ」と
思っているのではないでしょうか。たまに夫と一緒に出掛けた
いと思いますがなかなか言えないです…。

本人　＜　介護者

不安　…　負担感　…　遠慮

本人の声

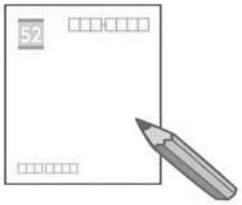
Sさん（男性）

自分は特に気にしていないのですが、周り
からもの忘れがあることをいろいろ言われます。
家族の機嫌が悪いと特に言われます。
自分も言いたいことは山ほどあるのですが
とても言えない。だからだんまりになります。
時には妻が八つ当たりして爆発しそうに
なりますが、いちいち相手にしていられません。

家族の不安・葛藤　　本人の我慢・いたわり

家族　＜　本人

家族の声



Cさん

夫は突然、宛名の後に書く御中の字が書けない！と寂しそうな顔をして言いました。　翌日病院でアルツハイマーと診断されました。私はショックで体調を崩し入院、そして震災、身も心もボロボロでした。本人は自分から役職を降り、気持ちのやり場がなく私に当たりました。心配した子供が翼に連れて行き仲間と出会ったことでそれまで一滴も流れなかった涙があふれて止まりませんでした。暗闇からパッと明るい光が見えた感じがしました。
今は、娘からお母さん変わったねと言われます。

絶望 → **仲間との出会い** → **希望**

家族の声

Nさん

妻は５８歳で退職、自宅では６０歳頃からもの忘れが目立つようになった。猫に半日に７缶もえさをやったり、味噌汁に豆腐をそのまま入れたりした。診断、要介護１の認定、しかし病気を受け入れられず誘われた家族の会にも行けなかった。妻が認知症になったことは恥ずかしく兄弟、親せきにも言えなかった。

薬を飲んでいても症状は進んでいく、思い悩みおもいきって「翼」に行ってみた。仲間と介護の悩みを話すことで自分だけではないと心が少し軽くなった。

認知症への偏見 → **仲間との出会い** → **思いの共有** → **受容**

家族の声

Ｓさん

他人の靴を履いてきたり、帰る家が分からなくなり、警察の方にお世話になったことも何度かありました。その時の本人の気持ちはさぞ不安が大きかったのではと今は思います。

でもその頃の私は疲れ果てていて、このまま見つからなくても仕方がない、運命だからと。

そして帰って来なくても……と。

そんなさなか、「翼」と出会うきっかけがあり、

家族の仲間と出会い、話を聴いてもらい、慰めてもらい、優しいことばを掛けてもらい、こらえていたものが一気に流れだしました。

助かった！　みんな優しい、ここなら何でも話せる！

家族の笑顔 ⟷ 本人の笑顔

私たちができる事は何？

・認知症になってもその人はその人であり続ける
一人の人間として尊厳をもって生きられる地域、社会を
誰もが自分事として作っていく

・家族・本人の声を聴きながらその人らしくとは何かを考える

・自分が認知症だと言える地域になっているか、目指しているか

・自分が、親が、子供が認知症になったらと考える

認知症本人と家族の声を
学びの機会にする

ともに歩きたい！

学びあいたい！

ある日の本人ミーテイングから（まったりカフェ）

～翼で「秋を創る」と題して手形で紅葉を描いた～それにちなんで話し合った
自分の人生にとって今、季節に例えるならいつ？

Ｓさん…冬かな、この病気を患っているのでもう冬だと思う、
　　全て自信がない、トキメキもない
Ｋさん…好いた女房と暮らしていて今も春、もう少し頑張って仲良く暮らしていきたい
Ｓさん…人生春ではないな、秋くらいかな、病気しないし、図々しいと言われるけど
Ｎさん…女房最高！
Ｅさん…俺は最高だけど女房はどうかな？
Ｔさん…感謝の念は常に、だけど女房が全てじゃないよ
Ｙさん…喧嘩して自分は一日でケロリと忘れるけど女房は４、５日かかる
Ｍさん…その場限りで終わらないので女房は。うるさい時は黙るが一番
Ａ子さん…夫は最高！
Ｍさん…中間くらい
Ｋさん…目の前に居たら最高と言うよ

人生談義から女房、夫談義へ話題はどんどん
変わっていく

本人の思い　講演

県外での講演

餅つき大会

仙台市個人ケアパス

似顔絵

笑顔

お互いが
パートナーとして
支え合う

私たち（家族・支援者）
ができる事

本人同士だからできる事

お互いがパートナーとして歩
んでいきたい

～ともに生きる～

3.4 オランダの事例

3.4.1 ミーティングセンターサポートプログラム（MCSP）の概要

1）認知症の人へのサポート

①ソーシャルクラブ

頻度：週 5 回（最大 3 回程度利用可能）

利用者数：場所や地域により異なるが基本的には小規模少人数 20 名以内

場所：コミュニティセンター等地域の中にあり、かつケアホームなどではないほうが望ましい。

利用料：無料

目的：7 つのタスクに基づくプログラムを実施する

a できることを実感する（自己効力感の獲得）

b アダプテーション・モーション・コーピング（身体的活動によるストレス解消）

c クライシス状況の脱出（社会、感情、ポジティブイメージ）

d 環境への対処と適応

e 症状への対処と適応

f 不安定な未来の調整や計画

g プレッシャーからの解放

これらは、基本的には「障害はコントロールできない」「問題はあっても良い」という考え方が根底にあり、周囲の変化や刺激によって BPSD の緩和を目指す。プログラムマネジャーがアセスメントしたうえで OT を中心に実践する。

内容：個別アクティビティ、外出、子どもとの交流、心理運動療法（ムービングセラピーのようなもの、これはドロースの専門らしい）に基づく活動等。「心理療法」は、ソーシャルクラブで実施されるアクティビティに内包されている。

②個別コンサルティング（相談）

頻度：1 週間に 1 回 2 時間の時間枠を決めて実施（オフィスアワーのように）

内容：認知症の人や家族からの電話を含めた相談を受ける日を決めておき、個別に相談にのる時間を設けている。ただし、要望があれば随時受け付け対応する。

実施者：プログラムマネジャー

2）家族介護者向けサポート

①専門家による情報提供ミーティング

頻度：年間 8 回から 10 回（月 2 回 2 時間となっているが実際は異なる）

参加者数：1 回につき 8 名～15 名

時間：2 時間

プログラムの内容：①情報を伝えるレクチャー②介護者同士のディスカッション

③感情のサポート

②介護者同士のディスカッショングループ

頻度：隔週１回、2 時間としているが月１回でもよい

内容：8 名が１G、2 人の専門職で行われることが多い。小規模グループが基本である。

※認知症カフェとの融合と差別化

認知症カフェはきわめて初期であったり、認知症を受け入れることができない本人や家族、そして関係者や地域の方を対象として情報提供やディスカッションを行っている。ミーティングセンターサポートプログラム（以下 MCSP）における「情報提供ミーティング」については、内容的にはアルツハイマーカフェと類似する点も多いため、近くでアルツハイマーカフェが開催されている場合には、アルツハイマーカフェに、プログラムマネジャーも参加することで融合することも可能である。すなわち必須ではない。また、MCSP を会場においてアルツハイマーカフェを開催する場合には、アルツハイマーテレフプント（情報ポイント）と称して実施するようにしている。

「介護者同士のディスカッショングループ」については、MCSP として必須要件である。MCSP の中核的な家族支援の活動であり、アルツハイマーカフェでは補えない、専門的な社会心理的なサポートを行う。ピアサポートグループを形成することを目指す。

３）家族へのコンサルティング（個別相談）

頻度：週１回 2 時間のオフィスアワー設定

認知症の本人へのコンサルティングと同時間開催でよい。

内容：個別相談（電話対応も加）

担当者：プロジェクトマネジャー

４）両者へのサポート

センターミーティング（全体）

頻度：月１回となっているが、1 カ月半から 2 ヶ月に 1 回程度でよい

時間：2 時間～3 時間

参加者：認知症の人、家族、スタッフ

内　容：利用者、家族のニーズを聞き、どのような活動を行っていくべきかを検討する会議。活動報告とディスカッションが中心。何より自分たちで運営し決めていると感じることが大切。会議当日であると意見が出しにくいので、事前に意見を集めておくとよい。それによって活発な会議になる。

終了後にレクリエーションやお茶の会を入れていることもある。

3.4.2. MCSP の運営等について

1）人員について

専門職：プログラムマネジャー、アクティビティセラピスト、介護職、そして学生やボランティアが必要。

プログラムマネジャー：受講要件は特になく、4 日間の集合研修受講義務がある。受講者の資格制限はない。

研修内容：ケアの vision、心理社会学的方法論、認知症の疾患の理解、対応方法である。コーディネーターになるためには約 9 か月間のプログラムを受ける。4 日間の集合研修後、9 か月間の間に、フォローアップ研修（5 回）実施に向けた SV がおこなわれ 9 か月で正式な養成となる。

2）運営方法について

財源：認知症の人は特別医療費保険（AWBZ→WLZ）、家族は社会支援法（Wmo）が負担し、参加者の負担はいまのところない。

委託：地方自治体から委託された介護サービスの会社

運営：医師、介護職、心理職、自治体、ケースマネジャー等多職種協働で運営がなされる。

3）運営マニュアル

オランダ版があり、Meeting DEM 参加メンバーには自由に配布している。現在、UK 版、ポーランド版のテキストがある。これを日本語にすることは構わない。その際に、クレジットを入れること。内容はその国に合った形式で作ると良い。

3.4.3 他国での広がり

地域性とその国の文化や背景を大切にすべきである。しかし、それは何でもよいと言う訳ではない。MCSP であることは、7 つのタスクに対して立ち向かうこと、そして本人、家族、両者のサポートが組み合わせることが大切である。

例えば

イタリア（14）：既存の老人センターで実施している。

ポーランド（3）：精神障害者の支援団体と一緒に活動し、プログラムも融合している。

UK（7）：閉鎖したデイケアクラブをチャリティで MCSP として活動を再開させた。

オーストラリア：スリーブリッジというところでは、デイケアを MCSP に変更して行っている。

3.4.4 日本における適応の例

A タイプ：認知症対応デイサービス家族支援強化型

B タイプ：地域包括支援センターの地域支援事業での実施
C タイプ：家族会の派生型
D タイプ：その他の方法

４．日本の先駆的事例の整理と課題整理

認知症の本人と家族への一体的なケアを実現するためには、地域にて両者への社会資源が必要である。ここで紹介する、大牟田市、宇治市、仙台市はそれぞれ成り立ちや実施主体、運営方法などは異なるが、既に部分的に統合され一体的にケアがなされている。本章では、オランダのミーティングセンターで展開される「１．認知症の人への支援プログラム」、「２．家族介護者への支援プログラム」「３．個別相談事業」「４．認知症の人と家族の話し合いの場」「５．これらのプログラムに係る関係者等の連携や話し合いの場」に分類し記載を依頼し整理を行った。加えて、現在の活動や一体的ケア実現に向けた課題と実現のためのアイデアを整理した。

4.1 大牟田市の事業整理

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 ケ所、認知症カフェ 12 ケ所（2019 年 4 月時点）

1.認知症の人への支援プログラム①	
名称	ぼやき･つぶやき･元気になる会（2011 年）
プログラムの目的	･本人同士が出会う場を作る ･本人同士の仲間を作る ･ピアサポート ･やりたいことを実現する場
内容と特徴 その流れ （時間等）	･本人がやりたいことをテーマに話を進める（30 分） ･困っていることを共有する（30 分） ･周囲に何を求めるかを議論（30 分） ･食事会
頻度	月に1度
実施場所	介護事業所に併設されている地域交流スペース
1 回の平均的な参加（利用）者数	･本人　5 名から 8 名　※現在は 2 名 ･家族　5 名から 8 名　※現在は 2 名
1 回の平均的な運営者数（属性含）	5 名（認知症地域支援推進員 3 名･事業所職員 2 名）
認知症施策での位置づけ	大牟田市　認知症ケアコミュニティ推進事業
予算や財源	大牟田市　認知症ケアコミュニティ推進事業
現在の課題	専門職が後押ししないと本人は参加しない。また専門職の同行が難しい場合は本人が不安に感じ参加しない。送迎の問題。多くの市民に認知されていない。

1.認知症の人への支援プログラム②	
名称	認知症本人ミーティング（2018 年）
プログラムの目的	・本人同士が出会う場を作る ・本人同士の仲間を作る ・ピアサポート ・やりたいことを実現する場
内容と特徴 その流れ （時間等）	・昼食をとりながら近況（楽しかったこと）を共有 ・今後やりたいことを共有 ・次回何を実施するのかを決める
頻度	月に1度
実施場所	市内のレストランを中心に行ってみたいところ
1 回の平均的な参加（利用）者数	・本人 5 名 ・家族 3 名
1 回の平均的な運営者数（属性含）	5 名（認知症サポート医 1 名・行政（地域包括）職員 2 名・事業所職員 1 名）
認知症施策での位置づけ	なし
予算や財源	個人負担（食事代など）
現在の課題	本人同士の関係性を丁寧に構築する必要があるので人数を増やすことができない。本人それぞれに「やりたいこと」が異なるので展開が難しい。

1.認知症の人への支援プログラム③	
名称	九州ファイヤ（2014 年） ※現在は休止中
プログラムの目的	運動好きの集まり
内容と特徴 その流れ （時間等）	・準備運動 ・キャッチボール ・試合
頻度	現在は開催していない
実施場所	公園
1 回の平均的な参加（利用）者数	現在は休止中
1 回の平均的な運営者数（属性含）	現在は休止中
認知症施策での位置づけ	なし
予算や財源	なし
現在の課題	運営体制の脆弱さ。野球をしたい人を見つけられていない。

2.家族介護者への支援プログラム①	
名称	認知症介護家族のための家族会（開始　2002 年）
プログラムの目的	介護家族のための認知症学習支援、正しい知識の提供、ピアサポート
内容と特徴 その流れ （時間）	・近況報告（30 分） ・軽い運動等のリラックスタイム（30 分） ・困難なこと等を通して交流（情報共有）を行う（60 分）
頻度	毎月 1 回
実施場所	大牟田市総合福祉センター
1 回の平均的な参加（利用）者数	毎回 5、6 名程度
1 回の平均的な運営者数（属性含）	1 名（認知症地域支援推進員）
認知症施策での位置づけ	認知症ケアコミュニティ
予算や財源	大牟田市の行政予算
現在の課題	市民に認知されておらず参加者が少ない。市内 1 ケ所では足りず、本人のステージに対して家族支援の場面が違うため、もっと多くの場所が必要。

2.家族介護者への支援プログラム②	
名称	認知症介護家族のための学習支援（開始　2004 年）
プログラムの目的	介護家族のための認知症学習支援、正しい知識の提供
内容と特徴 その流れ（時間）	認知症の医療知識、介護のコツ、排せつケア等（3 日間、それぞれ 2 時間）
頻度	毎年 3 回
実施場所	大牟田市総合福祉センター
1 回の平均的な参加（利用）者数	毎回 30 名から 50 名程度
1 回の平均的な運営者数（属性含）	1 名（講師として医師、看護師等）
認知症施策での位置づけ	認知症ケアコミュニティ
予算や財源	大牟田市の行政予算
現在の課題	年に 3 回では足りず、通年で開催することが必要。

3.個別相談事業①	
名称	ピアカウンセリングプロジェクト　※今後実施予定（開始 2019 年）
プログラムの目的	認知症のご本人に対し、本人がピアカウンセリングを実施する。
内容と特徴 その流れ	市内の医療機関
実施頻度や時間	認知症サポート医の紹介で都度相談を受け付ける（不定期）
実施場所	市内医療機関の施設内
毎月の平均的な相談回数数	未実施
平均的な運営者数（属性含）	認知症当事者 2 名、大牟田市役所職員 1 名、認知症サポート医
認知症施策での位置づけ	なし
予算や財源	なし
現在の課題	いまだ実施に繋がっていないが、相談役の当事者の経歴、性別によって相談者の対応を検討するなど、一定の配慮が必要。

3.個別相談事業②	
名称	認知症なんでも相談会（開始　2014 年）
プログラムの目的	認知症の人や御家族から、なんでも相談を受ける。
内容と特徴 その流れ	認知症地域支援推進員が相談を受ける
実施頻度や時間	月に 2 回（14 時－17 時まで）
実施場所	大牟田市　保健所 3 階　面談室
毎月の平均的な相談回数数	毎回 1 名－2 名程度
平均的な運営者数	認知症地域支援推進員　1 名
認知症施策での位置づけ	認知症ケアコミュニティ推進事業
予算や財源	大牟田市の行政予算
現在の課題	市民に周知されておらず相談件数が少ない。また市内の中心部で開催しているが交通手段がなく相談が出来ない人もあるため、更に多くの場所で実施することが必要。

4.認知症の人と家族の話し合いの場	
名称	ぼやき･つぶやき･元気になる会（2011 年）
プログラムの目的	･本人同士が出会う場を作る ･本人同士の仲間を作る ･ピアサポート ･やりたいことを実現する場
内容と特徴 その流れ （時間等）	･本人がやりたいことをテーマに話を進める（30 分） ･困っていることを共有する（30 分） ･周囲に何を求めるかを議論（30 分） ･食事会
頻度	月に1度
実施場所	介護事業所に併設されている地域交流スペース
1 回の平均的な参加（利用）者数	･本人　5 名から 8 名　※　現在は 2 名 ･家族　5 名から 8 名　※　現在は 2 名
1 回の平均的な運営者数（属性含）	5 名（認知症地域支援推進員　3 名･事業所職員　2 名）
認知症施策での位置づけ	大牟田市　認知症ケアコミュニティ推進事業
予算や財源	大牟田市　認知症ケアコミュニティ推進事業
現在の課題	専門職がプッシュしないと本人は参加しない。また専門職の同行が難しい場合は本人が不安に感じ参加しない。送迎の問題。多くの市民に認知されていない。

5.これらのプログラムに係る関係者等の連携や話し合いの場	
名称	当事者とつくるやさしい街プロジェクト（開始 2019 年）
プログラムの目的	当事者ミーティングで出た意見を様々なセクターで展開していくためのコンソーシアム（医師、図書館、博物館、動物園、教育関係者、医療関係者等）
内容と特徴 その流れ	当事者の生活の困りごとから様々なセクターに働きかけを行い、ワークショップなどを通して変化を生み出して行く。
頻度	月に 1 回
実施場所	市内の様々なセクター
1 回の平均的な参加者数（団体数）	10 名程度（7 団体程度） 当事者 2 名
施策での位置づけ	なし
予算や財源	なし
現在の課題	認知症と共に生きる人々のよりよい生活のためにはまち全体をアップデートする必要があると考えるが、まだ参加団体が少ないので広げていく必要がある。

4.2 宇治市の事業整理

概要：18 万 6 千人（高齢化率 28.7%）地域包括支援センター6 ケ所、認知症カフェ 7 ケ所（2019 年 4 月時点）

1. 認知症の人への支援プログラム	
名称	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（通称　しごとれもん） （認知症当事者による茶摘みは平成 27 年より実施。れもねいどは 2016 年 3 月 21 日に設立。しごとれもんの名称では 2018 年より。）
プログラムの目的	認知症当事者及び家族の社会的役割の創出、地域社会への貢献、就労の場の確保を目的とし、認知症アクションアライアンスに加盟している企業団体（れもねいど企業）の協力や提案に基づき実施。 活動には独自に養成するボランティア（れもねいだー）の協力を得て、認知症当事者の活動のサポートにあたってもらうことで、れもねいだーの活動の場としても位置付ける。 最終的にはこの活動を通して広く市民に対しての認知症の疾病観を変える啓発も目的としている。
内容と特徴 その流れ	宇治を代表する地場産業である宇治茶と認知症当事者活動のコラボレーションとして 2015 年より認知症当事者による就労を目的とした茶摘みからスタートをした活動で、その後、認知症アクションアライアンスの設立により、茶摘みだけでなく農作物の収穫・仕分け・販売といった作業を認知症当事者が担う取り組みに発展していった。 れもねいど加盟企業である野菜農家からの依頼、提案に基づき、れもねいど事務局を担う宇治市福祉サービス公社の認知症コーディネーターが認知症当事者・家族やサポーターの調整を行う他、収穫した野菜販売の注文受付や販売先の調整まで担う。
頻度	お茶摘み （5 月の茶摘み期間中複数回） 万願寺唐辛子収穫・販売（7 月の期間中複数回） コカブ収穫・販売（11 月の期間中複数回） その他、れもねいど加盟企業・団体からの要請により随時対応
実施場所	宇治市内茶園　農園　　販売場所（福祉施設、公共施設、商業施設、大学等）
1 回の平均的な参加（利用）者数	令和元年度実績 茶摘み　1 回平均 14 人（本人 3.7 人　家族 3.3 人　ボランティア 7 人　） 万願寺唐辛子　31 名（本人 11 人　家族 7 人　ボランティア 13 人）

	コカブ　1 回平均 16.3 人（本人 4.5 人　家族 3.8 人　ボランティア 8 人　）
1 回の平均的な運営者数（属性含）	茶摘み　1 回平均 9 人（認知症コーディネーター　行政　地域包括支援センター等） 万願寺唐辛子　　運営者 34 人（認知症コーディネーター　行政　地域包括支援センター等） コカブ　1 回平均 5.7 人（認知症コーディネーター　行政　地域包括支援センター等）
認知症施策での位置づけ	宇治市認知症アクションアライアンスれもねいど　の取り組みとして実施
予算や財源	宇治市からの委託事業
現在の課題	・コーディネートを行う認知症コーディネーターの業務負担が事業の拡大と共に増大している。 ・加盟企業・団体全てがアクションをしているわけではないので、自主的・主体的な活動を促す働きかけが必要であるが、他業務との兼合いで十分にできていない。 ・当事者・家族が活動に繋がるため、出会いの窓口となるかかりつけ医等医療機関に対してこの活動がまだまだ浸透していない。

2. 家族介護者への支援プログラム	
名称	家族支援プログラム（開始 2014 年） 鈴の音会（OB 会）（開始 2014 年）
プログラムの目的	認知症の人を介護する家族が、介護者自らが持つ問題解決能力を高めることにより、介護負担を軽減させ、知識不足からくるトラブルを防止し、早期に認知症の人との安定した在宅生活が営めるように支援を行うこと
内容と特徴 その流れ	公益財団法人認知症の人と家族の会愛知県支部が考案した認知症家族支援プログラム ①専門家による講義（病態について、服薬、介護サービス、施設について等） ②家族同士の交流会（仲間づくりとピアカウンセリング）
頻度	6 回（月 1 回×6 か月）
実施場所	京都認知症総合センター
1 回の平均的な参加（利用）者数	14 名
1 回の平均的な運営者数（属性含）	4 名（認知症コーディネーター　認知症の人と家族の会）
認知症施策での位置づけ	宇治市初期認知症総合相談支援事業として実施
予算や財源	宇治市からの委託事業
現在の課題	家族だけでなく令和元年度より当事者も家族と共に参加されている。講話の内容、言葉選び等講師が気付かう場面もある。後半の家族会で家族が日ごろの介護の不安や不満、気がかりなことを等本人の前で言い辛い場面がある。

3. 個別相談事業	
名称	オレンジドア　ノックノックれもん
プログラムの目的	認知症当事者と家族によるピアサポートの相談窓口 当事者同士が早い段階で出会い、当事者が新たな当事者の参加を促進していく「場」としての機能。当事者やその家族が自身の体験を伝えたり、元気な姿を見せることで心理的な支えとなる機能。それら含めて当事者やその家族が「認知症」を受け入れて新たな活動につなげる機能や役割を担う事を目的に開催。
内容と特徴 その流れ	当事者・家族（夫婦）と総合センター職員の3～4名で対応。 参加者は出入り自由が原則であり、併設クリニックの患者さんに限定せずどなたでも参加可能。参加者の自己紹介から始まり、頭出しには担当者から情報提供や話題提供行う。 （ここでは「認知症本人家族教室テキスト」や「れもんカフェでのミニ講演」の活用も有効利用）前半は参加者全体によるグループ意見交換会、参加者状況や意見交換の展開によって流れを変える。タイミングでコーヒータイムを導入。 後半は主に個別相談タイムとし、事前に申し出のあった場合は個別相談、特にない場合には当事者テーブルと家族テーブルに分かれて相談や意見交換タイム。
実施頻度や時間	毎月第 2・第 4 水曜日　午後 2 時から 4 時の 2 時間
実施場所	京都認知症総合センター常設カフェ
毎月の平均的な相談回数数	2019 年 10 月末時点で計 23 回開催、参加者数　延べ 145 名（実人数は 41 名で　うち当事者は 21 名） 1 回あたり 6.3 名の参加（最少は当事者 1 名のみの参加、最多は当事者 6 名・家族 6 名の 12 名参加）
1 回の平均的な運営者数（属性含）	当事者夫婦（当事者、家族） カフェ相談員（社会福祉士、ケアマネジャー） 看護師（クリニック看護師もしくはデイサービス看護師（認知症認定看護師））
認知症施策での位置づけ	京都認知症総合センター機能強化事業のうち初期支援プログラムとして実施
予算や財源	宇治市委託事業（財源は京都府の予算）
現在の課題	・早い段階における当事者同士の出会いの場としての機能は果たしつつあるが、出会いの際に基本的な症状や背景が把握できていない状態で相談や対応をする事に難しさを感じている。

	・理想的なことを言えば、医師の処方箋かの如く相談依頼が有るカタチ（西香川病院でのピアサポートのイメージ）があるかと思うが、敷居を低くどなたでも（仙台のオレンジドアのイメージ）という面も重視したいため、その狭間で悩むことが多いと当事者夫婦とも振り返りをしている。 ・当事者や家族の立場としての後継者、相談コーディネートする後継者、継続した事業として展開していく上で重要な課題である。

4. 認知症の人と家族の話し合いの場	
名称	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）
プログラムの目的	宇治市認知症アクションアライアンスれもねいどの中の当事者研究チームの活動として、認知症の本人と家族が政策立案と評価に参画できるようになることを目指す認知症にやさしいまち実現に必要なことを考えることを目的に実施。 認知症当事者・家族の言葉を引出し、認知症とともに生きる知恵や技術を明らかにすること。更にはれもねいど事業全体を認知症当事者の立場から評価することを目指す。
内容と特徴 その流れ	京都文教大学臨床心理学部の平尾ゼミの協力の下で実施。 開催年度毎にテーマを設定し、参加者で議論する。（令和元年度のテーマは「認知症の人にやさしいまち・うじの実現に向けて認知症当事者と企業・団体のコラボレーション」）
頻度	年 8 回
実施場所	京都文教大学
1 回の平均的な参加（利用）者数	当事者・家族（6 組 10 名）　京都文教大学平尾ゼミ生、れもねいだー、れもねいど加盟企業・団体、関係者
1 回の平均的な運営者数（属性含）	京都文教大学　教員　　京都府立洛南病院　医師 認知症コーディネーター（2 名）
施策での位置づけ	宇治市認知症アクションアライアンスれもねいどの事業として、京都文教大学の学内プロジェクトと連携して開催
予算や財源	宇治市委託事業　京都文教大学研究費
現在の課題	・参加する学生は 1 年で入れ替わりになるため、話題の連続性、継続性の担保が課題である。 ・令和元年度よりれもねいど加盟企業・団体にも呼び掛けて参加頂いているが、都合のつかない企業が多い。（大学の授業の一環として実施しているため、開催日時は固定される）

5. これらのプログラムに係る関係者等の連携や話し合いの場	
名称	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
プログラムの目的	宇治市認知症アクションアライアンスれもねいどの取り組みの他、宇治市全体の認知症施策、関連事業の報告や事業の進捗管理を行う。 また、宇治市の認知症関連事業、活動に参加される当事者・家族からの意見や提案を関係者が直接伺い、事業に当事者・家族の声を反映させる。
内容と特徴 その流れ	認知症の本人、家族、医療、福祉関係者並びにれもねいど加盟企業・団体が参加する。れもねいど事業を大きく3つのチーム（当事者研究・リクルート・広報）に分け、それぞれの取り組み状況、進捗状況の報告と、それを受けて当事者・家族や出席者からの意見や提案を伺う。
頻度	年 4 回
実施場所	宇治市役所
1 回の平均的な参加者数（団体数）	当事者チーム（10 名） 宇治久世医師会（2 名） 宇治久世薬剤師会（1 名） 認知症の人と家族の会・京都支部（2 名） 京都府認知症疾患医療センター（4 名） 宇治市社会福祉協議会 （1 名） 京都認知症総合センター（2 名） 京都文教大学（1 名） オブザーバー（京都府　れもねいど加盟企業・団体）
施策での位置づけ	認知症当事者・家族の声を医療・福祉・介護等関係者やれもねいど加盟企業・団体が直接聞くことが出来る場
予算や財源	宇治市委託事業
現在の課題	認知症アクションアライアンスは加盟する企業・団体の自発的な活動であるが、多くの加盟企業・団体での独自のアクションまでには至らない現状がある。推進協議会として認知症当事者・家族が求めるサポート等を取りまとめ、加盟企業・団体に伝えていく場としての機能にまで至っていない。

4.3 仙台市の事業整理

概要：人口 108 万人、地域包括支援センター52 ケ所、認知症カフェ 88 ケ所
（2019 年 1 月時点）

1. 認知症の人への支援プログラム	
名称	本人・若年認知症の集い「翼」 本人ミーティング、 合唱、ゲーム、スポーツ （開始 2006 年）
プログラムの目的	・認知症本人同士の出会いからお互いを元気づけるピアサポートの場にする ・本人、家族が一緒に活動することで家では見られない本人の姿、言葉を知っていただく
内容と特徴 その流れ （時間等）	1 内容～本人ミーティング、ゲームなど 2 時間・流れ 10:30 はじまりの挨拶→本人家族一緒の活動第（第1木曜日）本人、家族分かれての活動 （第3木曜日）→12:00 昼食→13:00 合唱の練習→ティータイム→終わりの挨拶 15:00 3 特徴～認知症本人は自分たちのつどいの場だとの意識を持って活動しており、会場づくりも自ら行っている。外部での講演など啓発も積極的に行っている。
頻度	月に 4 回（翼 2 回 第1・3木曜日 スポーツカフェ 2 回 第2・4木曜日 ）
実施場所	・翼…仙台市泉区南光台市民センター（会場費減免） ・スポーツカフェ…南光台コミュニティセンター（会場費減免）
1 回の平均的な参加（利用）者数	認知症本人…20～25名
1 回の平均的な運営者数（属性含）	認知症の人と家族の会「翼」世話人4～5名 （翼世話人6名） ボランティア 5～6名
認知症施策での位置づけ	認知症の人と家族の会の事業として
予算や財源	若年性認知症支援として家族の会の予算を計上している。 使途は世話人の交通費、活動での印刷費、紙代、通信費、イベント（クリスマス会など） 昼食代、障害保険料は参加者から徴収
現在の課題	・若年性認知症の方のための集まりだが、65歳以上の方の参加希望もあり、今年度から若年性の方に限らず名称に「本人」を付け加えて受け入れている。長年の会員には認知症の進行も見られ、初期の方や元気な方と一緒の活動をどうするか、工夫が必要になっている。

2. 家族介護者への支援プログラム	
名称	・「翼」での家族相談会（毎月第3木曜日）（開始 2006 年） ・定例の家族相談会（毎月第3土曜日） ・看取り終えた方のつどい（年4回）
プログラムの目的	家族相談…家族の介護の悩み相談、情報交換 家族が出会い、お互いの悩みを話し、共有することでリフレッシュする。家族が交代で相談会の司会をすることで自分たちが作っている集まりだと意識していただく（翼）
内容と特徴 その流れ （時間）	「翼」 1 内容～家族相談会は家族だけで行う。司会は毎回交代で家族が行う 2 時間　11:00～12：30 見学者（行政、包括、ソーシャルワーカーほか）は本人又は家族のどちらかを選んで参加していただく
頻度	「翼」家族相談は毎月第3木曜日　ほかに個別相談も受けている
実施場所	仙台市泉区南光台市民センター
1 回の平均的な参加（利用）者数	25～30人程度
1 回の平均的な運営者数（属性含）	家族相談会には翼世話人のうち1～2人
認知症施策での位置づけ	認知症の人と家族の会の事業として
予算や財源	認知症の人と家族の会宮城県支部の予算より
現在の課題	家族は本人への関わり方について、周りからの意見によってどうかかわっていったらいいのか悩んでいる。家族も本人もお互いに元気になることが必要だが、家族を否定するような意見に落ち込んでしまう家族がいる。

3. 個別相談事業	
名称	家族の会電話相談
プログラムの目的	認知症本人、家族、どなたでも匿名でも電話1本で相談していただける。 関係機関との連携で多様な相談にも対応している。
内容と特徴 その流れ	内容～介護の悩み、本人の不安、成年後見制度など支部世話人や経験者が秘密厳守で相談にのっている。 相談電話(fax) 022-263-5091(直通)
実施頻度や時間	毎週　月～金　午前9時～午後4時
実施場所	公益社団法人認知症の人と家族の会宮城県支部 〒980-0014　仙台市青葉区本町3丁目7－4宮城県社会福祉会館2階
毎月の平均的な相談回数数	15～20件
平均的な運営者数(属性含)	週5名 （認知症の人と家族の会世話人）
認知症施策での位置づけ	認知症コールセンター　（宮城県、仙台市からの委託事業）
予算や財源	宮城県、仙台市からの委託
現在の課題	相談内容が多岐に渡っており、相談員のスキルアップの必要性を感じる。

4. 認知症の人と家族の話し合いの場	
名称	おれんじドア （開始　2015 年）
プログラムの目的	認知症の本人による本人のための個別相談であり、入り口となる場所 同時に家族と本人が理解し合う場
内容と特徴 その流れ （時間）	認知症の本人が運営の中心であり、全体の進行を行うことが特徴 1. 全体ミーティング（趣旨説明）（15 分） 2. 個別の話し合い（1 時間） 3. 全体での振り返り（30 分） 4. 実行委員の振り返り（30 分）
頻度	月に一回（第 4 土曜日）
実施場所	東北福祉大学ステーションキャンパス　ステーションカフェ
1 回の平均的な参加者数	認知症の本人 5 人 家族 5～6 人
1 回の平均的な運営者数（属性含）	5 人
施策での位置づけ	特になし
予算や財源	来場者の協力金
現在の課題	当初は認知症本人の相談入り口としての位置づけだったが、現状に合わせて今後はどのような位置づけにしていくのか考えていきたい。

5. これらのプログラムに係る関係者等の連携や話し合いの場	
名称	宮城の認知症を共に考える会 （2001 年）
プログラムの目的	「当事者の尊厳と可能性が大切にされる『地域共生社会』の実現に寄与すること」
内容と特徴 その流れ	宮城県内の認知症の本人、家族、医療、福祉関係者、研究者等が個人で自主的に参加する。おれんじドアの運営に携わる実行委員もここに含まれる。また、年一回の認知症の理解啓発や認知症の本人の声を届けるイベントの企画運営を行う。宮城県内の認知症に関する情報や意見交換などを行う。
頻度	年 4 回
実施場所	就労支援センターほっぷ、NPO 支援センター等
1 回の平均的な参加者数（団体数）	15 人程度
施策での位置づけ	特になし
予算や財源	メンバーの協賛金
現在の課題	

4.4. 認知症の人と家族に対し一体的に支援を行う上での課題

事例提出依頼をした３事例の執筆者に依頼し、一体的に支援するうえでの課題について自由記述を得た。下線は、今後の取り組みについて委員会にて検討された事項をチェックした部分である。

・これまで、本人、家族が向き合っての話し合いはきちんとなされてこなかったと思う。それによってお互いの思いがずれてしまっていると感じることがある。誤解を生んでいる点もあるのではと思う。まずはお互いの思いを理解する場や機会が必要である。

・早期からのサポートが肝であり、初期段階の当事者、家族との出会いの機会、場が重要となる。多くの場合は専門医療機関がいち早くこうした方々の情報をつかむことになるが、そこから個々の当事者・家族に合うサポートへの紹介のところでうまくつながっていない現状がある。

・医療機関側にどのようなサポートがあるかを十分に伝えきれていないこと。医療機関サイドも受診後の地域での生活や暮らしの実態を掴みきれていないことが課題。

・認知症の診断を受けるまでの（前の）夫婦関係、家族関係が、その後のサポートやケアが上手くいくかどうかの鍵。とりわけ家族（介護者）の認知症に対する理解の度合いにより、その後の本人の暮らしが大きく左右される。本人・家族教室等の取り組みも始まっているが、もっと前の段階で将来誰しもが認知症になることを前提として、例えばパートナー同士で学ぶ場（認知症になることに備える教室）を開催し、そうなったときに適切な窓口、適切なサポートを受けられる備えが出来ればよい。

・一方で、独居高齢者の増大や、高齢者世帯の増加により、パートナー不在、あるいはパートナーがいても十分にサポートできない人については、家族以外のサポーターの存在が重要となる。こうしたパートナーの役割を果せる近隣住民やボランティアの存在が不可欠であるが、こうしたマンパワー不足の解消も必要。

・「認知症を正しく理解するための連続講座」を毎年開催し、その修了者を対象に「れもねいだー」という名称のボランティアの養成と活動づくりを行っているが、いずれは一人暮らし等の認知症高齢者のパートナー的役割を担っていただけるような活動に展開出来ればと考えている。

・国が進めようとしている認知症サポーター養成講座受講者にこうした役割を担って頂くには、学習と活動の経験が著しく不足すると感じる為、こうした活動には一定のプログラムを受けて、学ばれた方に担って頂くべきと考える。

・認知症の本人も家族も不安を抱えている。その為に、本人、ご家族の個別性・固有性を考え、それぞれの空間を用意し支援を実施したほうが良いのだろうが、家族が本人のことを心配に思い離れることが難しい。

・同じ空間で話し合いを行うと、家族は本人を心配に思い、本人の言葉を遮る場面が多くある。本人支援のための障壁の場合もあるが、多くの家族は本人のためを思い様々な場面で

苦慮しながら対応している。

・「本人支援をするために家族支援を実施する」という考え方があるが、本人のためだけに家族が支援されるのではなく、また家族も不安を抱えている対象者だという理解が必要であり、支援者が本人擁護のみだと家族が破綻してしまう。

・しかし、それには個別性があり、認知症の診断直後から本人の症状などを客観的に見ることができる家族もいれば、いつまでも理解が出来ず衝突している家族もいる。また、支援者側の立場に立てば、本人と家族の双方を同一の支援者が同時に支援するのは本人や家族、それぞれの不信と不安、恐怖を聞くことになり、支援者が介入しにくくなる傾向もあると感じている。

・つまり、そこには本人、家族それぞれのステージにおける支援プログラムと別々の支援者を用意することが望まれるのではないだろうか。

4.5. 日本版一体的ケアモデルを考える上での検討事項

事例提出依頼をした３事例の執筆者に依頼し、日本版一体的ケアモデルを考える上での検討事項について自由記述を得た。下線は、今後の取り組みを検討するうえで重要だと思われる個所を作業部会でチェックした部分である。

・日ごろの活動で参加を頂いている当事者・家族のご様子を通して実感するのは、先述した通りパートナーの関係性が極めて重要となることである。ご夫婦であれば認知症になる前からの夫婦関係、親子であれば親子関係が良好かどうかによってその後の生活は大きく左右される。このことは認知症に限ったことではなく超高齢社会を夫婦で歩むために、夫婦そろって学ぶ場が必要と感じている。

・認知症当事者・家族双方を対象とした一体的ケアについては、宇治市で取り組んでいる活動では基本的にパートナー同伴で活動頂くことが特徴となっているが、あくまでも本人を中心に据えた活動になっているので、どちらかといえば家族支援の要素としては薄かったが、結果として一緒に参加される家族同士の交流や、情報共有、更に認知症の家族（夫、妻、父、母等）が生き生きと活動される姿から、希望を感じ取っていただける場面も多々あることから、家族支援にもなっていると感じている。

<u>・ピアサポートや相談機能といった取り組みと併せて共に活動する場づくりも効果的であると考える。</u>

・認知症の本人と家族が同じ時間を共にすることは必要。しかし、刻一刻と変わる本人と家族の心境変化に対応ができる体制を構築することが求められる。また、専門職の力量（スキルや知識）も必要になり、その育成はどのようにするのかなどを懸念している。

・本人交流や家族交流も曖昧な状況の制度化されていない中で、一体的ケアモデルを展開するのであれば、各種施設（入所系・通所系等）などで家族会や本人支援を展開しつつ、一体的ケアモデルを検証するのが良いのではないか。

５．諸外国における一体的ケアの情報収集結果

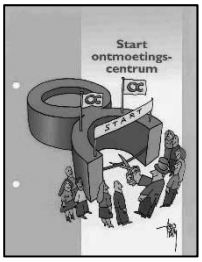
5.1　情報収集の概要

情報収集の対象国はオランダとイギリスである。オランダの情報は、ミーティングセンターサポートプログラムの開発者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（Rose-Marie Dröes）教授より入手した。ミーティングセンターを実施する際に、プログラムマネジャーと呼ばれる実施責任者を対象とした研修会が開催されている。その際に使用されるテキストは「準備」「開始」「継続」の 3 部構成であり 38 の実際に使用されている様式及び資料が添付されている。本研究事業においては、日本での適用の方向性の検討が目的であるため、ミーティングセンター・サポートプラグラムの概要と経緯が記載されている「準備」の部分を翻訳し掲載する。イギリスの文献は、オランダのモデルを踏襲しウースター大学（Worcester University）の Dawn Brooker 氏らが作成した「ドロイトウィッチ・スパ・ミーティングセンター（UK）運営要綱」の報告書のうち準備段階にかかる個所を要約し翻訳し掲載した。

5.2　オランダのミーティングセンターサポートプログラム「準備」翻訳部分

オランダで始まったミーティングセンターサポートプログラムは、当初から計画的に行われ、認知症の人と家族の統合、そして地域との統合により双方にとっての効果をエビデンスに基づき明らかにしてきた。その実証研究をもとに、オランダ全土に普及された。普及に当たりその基準となるマニュアルが作成されている。本報告書では、特にどのような準備が必要なのかを整理するために「準備編」について概要を紹介する。なお、本文中の下線は、日本への適応について重要な示唆が得られると思われる個所についてチェックしたものである。

（準備編）



（開始編）

（継続編）

●はじめに

認知症は世界中で拡大する問題です。オランダでは 19 万人がこの病に苦しんでおり、2010 年には 20 万 7 千人に届きます。2020 年には、年間 3,700 人の認知症の人の増加が見込まれ

ています（出典：2002 年オランダ保健委員会）。ここでは自身が病を患っている人、身近に介護をする人が当てはまります。

認知症の人や家族、介護者の体験や困難は外見からわかりづらく、彼らに何が起こっているのか、彼等がどのような体験をしているのかさえ理解されていないことがよくあります。認知症を患う人が身近にいない人々にとって、認知症の人は介護・養護施設で生活するイメージが根付いています。しかし現実は全く異なります。認知症の人は病で苦しむほとんど期間を自宅で暮らします。これによる多くのメリットとともに、介護者にとってのたくさんのデメリットもあります。彼らは自らこの状況を選択した訳ではなく、病や介護についても学んでいないからこそ、可能な限りのすべてのサポートの対象者となるべきです。

●必要不可欠なサポート

認知症の影響を受けている人々と彼等を愛する介護者たちのために、視覚化されない困難が多く存在することから、1993 年 4 月にアムステルダムで、認知症の人とその介護者たちのための統合支援プログラムであるミーティングセンターによる試験が開始されました。（以下、アムステルダムモデル）ここでは介護者とは、中心となる介護者、介護を最も集中的に行っている人を意味します。それはパートナー、息子や娘だけでなく、友人や知人であることもあります。この工程表では、この中心的介護人を介護者と呼んでいます。

ちなみに、国内のさまざまな地域で多様な形での支援団体が存在していますが、そのケアの提供は非常に細分化されており、認知症の人と介護者の双方はしばしば、「木を見て森を見ず」という状況に陥ります。アムステルダムモデルのユニークな点は、サポートの範囲が統合され、1 つの屋根の下にて提供されていることです。

ここで言う統合サポート提供とは、専門家のガイダンスの下に認知症の人への週に3回のデイクラブと、介護者への実践的な情報提供や個人的なアドバイス、感情的および社会的サポートと、別々に調整されたサポート形態が同時に提供されることを意味します。一つの屋根の下で、認知症の人のケアと介護者へのサポートが、同じスタッフによって提供されるのです。

サポート提供は、認知症の人とその介護者という関係者との緊密な協議によって確立されました。

2 つの市民センターではテストが実施されました。重要な出発点は、ミーティングセンターへ簡単にアクセスできる必要性があるという事実でした。認知症の人と介護者の両方が、近隣住民たちと継続的に連絡を取り合える機会が必要だったのです。

このテストは、研究によって徹底的にモニタリングされました。どのようなタイプの認知症の人および介護者がプログラムを利用し、さまざまなプログラムにどれくらいの頻度で参加したかの調査が行われました。彼らの満足度についても評価されました。さらに、市民センターが実際にこのプログラムに適した場所であるかの調査も行われました。そして介護者に対しては、彼らの負担や、彼らが介護可能だと考える範囲について、プログラムがど

う影響するかの初期評価も行われました。認知症の参加者に対しては、彼らの行動や気分に対するプログラムの効果について評価されました。

●アムステルダムのミーティングセンター

認知症に苦しんでいる隣人の世話をする人達にとって、その介護について他の人たちと共有できることはとても素晴らしいことです。それは創設者たちが提供したい機会ですが、ミーティングセンターは非常に効果的な方法であり、認知症の人を外に出すことに成功したという以上の解決策をもたらしました。

創設者は、認知症の人自身が近隣の他の居住者の中で自分自身を最大限に活かせ、介護者を集中的に協力できるサポートプログラムを望んでいました。

アムステルダムミーティングセンターは、在宅の軽度から中等度の認知症の人と彼らの中心的介護者を対象とした、ツイントラックアプローチとしてサポートが提供されました。

アムステルダムミーティングセンターは、自宅に住んでいる軽度から中等度の認知症の人と彼らの中心的介護者を対象としています。アムステルダムのミーティングセンターでは、ツイントラックアプローチで初めてサポートが提供されました。認知症の人にとっては、近所や市民センターなどのオープンな場所で、堅苦しさのない自由な雰囲気の中でさまざまなアクティビティのプログラムがあり、フレンドリーに他人と接することができる場が好ましいと考えられます。このアプローチは体験重視型であり、適応対処モデルの理論に基づいています。心理社会的なガイダンスの形態は、回想、現実認識ガイダンス（ROB、リアリティーオリエンテーションガイダンス）、温かい介護と検証、これらが原則として基礎になっています。精神運動療法（運動）はそのプログラムの一部です。精神運動療法は、認知症の障害やそれにより生じる不確実性や感情への対処を容易にします。

アムステルダムのミーティングセンターは、介護者のために、個別相談や、認知症とそれに付随する内容のレクチャー、他の介護者とのディスカッショングループ、専門家のガイダンスなどを提供しています。最適な効果を得るために、介護者のための支援プログラムは長期に渡り、認知症の人ための活動プログラムと同人物のカウンセラーによって提供されます。

地域住民や市民センター利用者らも、部分的に介護者向けのサポートプログラムが利用可能です。認知症に関する困難に直面していない人が、この障害についてより多くの知識を得る機会を提供することで、ミーティングセンターはより多くの理解を得ることができます。これによりミーティングセンター参加者の社会参加の可能性が高まります。

●この方式を続ける十分な理由

アムステルダムミーティングセンターのプロジェクトの準備最終段階に、科学的研究のもと方式の効果に対する調査が実施されました。この調査のために、アムステルダムにさらに 2 つのミーティングセンターが設立されました。その時の研究のデータも公開されています。ミーティングセンターの調査結果から効果の有効性が証明されました。サポートを利用した介護者は、以前より介護を気分良く引き受けられるようになったと判明しました。ミーティングセンターを使用した認知症の人は、行動上の問題が少なく、老人ホームに入院する可能性が低いという結果が出ました。どうやら、介護者は自宅でのケアにより長い時間対応できたようです。比較の結果、認知症の人が特別養護老人ホーム入居以前に要した期間は、研究に参加した他のデイケア機関では平均 24.8 週間の利用、アムステルダムのミーティングセンターでは平均 51.2 週間遅延したことが判明。

アムステルダムのミーティングセンターが、自宅でできるだけ長く暮らしたいという認知症の人の希望に貢献できることが証明されました。これは政府の政策にもよく適合しています。

●ミーティングセンターモデルをもとに利用を始めましょう

研究後、アムステルダム自由大学医療センターのサポートにより、アムステルダムモデルのたくさんのミーティングセンターが全国の創設者たちによって新規に設立されました。全国展開により、アムステルダムモデルはアムステルダム限定ではなくなりましたが、フォーミュラ自体の成功により、ミーティングセンターの数はまだまだ増加しています。

この工程表では、認知症の人とその介護者のためのミーティングセンターを、あなたの組織があなたの地域で、地域内の他の関連組織と協力して設立するためのツールを提供しています。本書には、アムステルダムモデルを基礎に、国内の他の地域のセンターでの知識も包括されています。

幅広いターゲットグループ（認知症の人と介護者全般）または限られたターゲットグループ（例：高齢のスリナム人の認知症の人と介護者）に焦点を当てることも可能です。上記の２グループ対応のミーティングセンター設立の際、出発地点は同じですが、協力するパートナーらの設計に違いがあります。アムステルダムモデルを基盤にしたミーティングセンターは、これまでに達成した成果に誇りを持っています。そして新しい設立者の登場を歓迎しています。

ミーティングセンターを訪れると、フレンドリーな雰囲気とオープンな姿勢に気付かされます。認知症の人に対する態度は、形式的な儀礼だけではない、尊敬の証です。それはこれからのビジョンや人間の本質、対人関係を大切にしているからです。多様性に多くの注意

が払われているという事実（すべての高齢者が歌を歌うのが好きというわけではない、認知症は高齢者だけではない、など）は肯定的な意味で顕著に現れています。参加しているペア（認知症の人と介護者）に対する真摯で暖かく当たり前の関わりは価値ある体験となっています。まだ多く存在する認知症にまつわる多くのタブーが、ここで破られていくのです。

ここで説明するミーティングセンターは、創始者や牽引者、および運営者に高いスキルが必要です。これらすべての努力への成果は現れるでしょう。これらの原則に従ったミーティングセンターにも個性があります。それに関わる関係者や他の組織にも刺激を与えます。なにより認知症の人と介護者の支援を確かなビジョンで行うことは、将来への重要なチャレンジなのです。

この工程表の構造は非常にシンプルであり、ミーティングセンターの全体像は時系列で説明されています。ただし国内のすべての地域に完全にマッチするものではありません。おそらくあなたの地域の状況では、いくつかの部分は割愛される場合もあるでしょう。もちろん、ミーティングセンターを１施設創設するときに、その地域の状況に応じてさまざまな戦略から実行すること可能です。この工程表は、計画するうえでいくつかの出発点を説明しています。他のセンターの成功と失敗のさまざまな要因も本書に含まれており、これから創設しようとする人はそこから学ぶことができるでしょう。

工程表は以下の３章に分かれています。

準備：ミーティングセンターに至るまでの段階
開始：ミーティングセンター運営開始時の重要事項
継続：長期的なミーティングセンター運営

ミーティングセンターの新規スタートと継続のために必要な重要な記録や文献など、便利な資料や例が付録として含まれます。

本書に加え、アムステルダムの最初のミーティングセンターで制作されたビデオテープもあります。これにより毎日の様子やミーティングセンターができるまでの背景を理解することができます。

この本の CD-ROM 版もあります。シナリオの内容と付録のサンプルドキュメント類が入っており、それぞれの状況に合わせて使用できます。

ミーティングセンターで使用され、本書で説明されているアプローチは、関係する全ての人々、すなわち、認知症の本人と介護者、および身近に認知症に関する困難に直面している人々や、将来直面するであろう、全ての人々に対する正しい認識ともたらします。

特にミーティングセンターの開始時期の、基盤になるビジョン設定や、それに基づいた日々の運営に参考になります。あなたらしいイニシアチブで頑張ってください！

１．最初の取り組み（ミーティングセンターを始めるために）

1.1 どこかでアイデアが花開く

新たな構想（イニシアチブ）はほとんどの場合、必要性を感じたことから発生します。

例えば、在宅介護サービス等のスタッフは、利用者宅を訪れ、彼らにはより多くのサポートが必要だと思うことがあり、老人福祉財団は認知症の人のために新しいタイプのサポート提供を探し、また看護師たちは認知症ケアの中に欠けている部分を発見し、ケアホームは在宅で暮らす認知症の人のために近隣のコミュニティー内でアクティビティーを開発したい。

ミーティングセンターを開始するというアイデアを最初に思いついたのが誰であるかは、実際にはそれほど重要ではありません。

なぜなら新たな構想を実現していくには、他の団体との協力が不可欠だからです。

そして結果的に、ミーティングセンター設立の創設者グループが形成されていき、設立の可能性を探る調査を始めます。介護、福祉のサービス等の連携には通常、強い制限があります。これら組織が連携し、介護もしくは福祉を提供しています。組織は治療、介護、もしくは予防のどれかに焦点を当てています。コツは互いの範囲の垣根の向こう側を見ることです。そうして様々な人の技能を集め、クライアントに最適な総合的サポート提供が可能になります。

1.2 長い始動時間

新たな構想を計画する際に他の組織と協力することは、準備期間を長く要する可能性がありますが、長期的には革新的な申し入れで利益を得ることができます。さらに、計画は財政的に健全であることを明らかにすることを大切にしていることで、地域で幅広い支持を得なければなりません。これは継続性にとって非常に重要です。

創始者グループの全参加者がプロジェクトの進捗状況を注意深く監督することをお勧めします。創始者グループに組みこまれる全ての組織には、独自の目標とタスクがあります。場合によっては創設者グループは、繁忙期にはこのような新しい取り組みに対して注意力を失うことがあります。これにより、他の人のモチベーションも低下する可能性があります。スムーズな進歩には、研修などを繰り返すことが大切です。初期のオリエンテーションの段階では、目標設定とその共有が重要です。その際には、次の問いを立てましょう。

問：全員が完全に新しいサービスを開発したいのですか、それとも、ただ既存のサービスを統合して

提供するつもりですか？

　アムステルダムモデルに基づいたミーティングセンターの範囲には、アドバイスと情報、仲間の認知症の人との出会い、介護、福祉、予防の要素が含まれています。ミーティングセンターは既存の介護と福祉から新しい枝葉が芽生えたようなものです。

創始者グループの構成員は、たとえば次のとおりです。
･高齢者福祉財団
･非公式ケアサポートセンター
･老人ホーム
･高齢移民（のグループ）のための福祉施設
･ホームケア ･デイトリートメント/デイケアの提供
･GGZ
･ソーシャルワーカー
･市町村
･地元のアルツハイマー病担当部門
･福祉施設
･医療系ネットワーク
･病院記憶部門外来クリニック
･健康保険会社

ヒント：
　この段階では、決定的なアクションと開発、それに要する時間配分のバランスを見出すことが重要です。プロセスを継続させ、進捗を監督するために、可能な限り創始者グループでのディスカッションを組織することが重要です。参加者の 1 名がリーダーになり管理することが便利です。早期に明確な目標を設定し、次の会議予定を絶えず作成し、会議ごとに管理可能な議題を準備します。

準備活動

2. 創始者グループの仕事

2.1 ソーシャルマップを作成する

地域において、ミーティングセンターとして利用できる施設や資源の情報を得るには、ソーシャルマップを作成することが重要です。地域の社会資源を明確に把握するには、住所、営業時間、条件の範囲など、詳細な概要が必要です。こうしたものをソーシャルマップといいます。これは開始段階からミーティングセンターでのニーズを把握するのに役立ちます。また、ミーティングセンター運用段階でも必要となります。そしてマップは定期的に（例えば半年に一度）更新する必要があります。

2.2 ニーズの評価を行う

ミーティングセンターの開設後に需要が不足していることを発見することは、これまでの時間とエネルギーの無駄になります。そのため、十分に（潜在的な）参加者がいるかどうかを早い段階で確認する必要があります。最初の質問の１つは、十分な高齢者（最も重要なターゲットグループ）が存在し、高齢者が認知症の直接的または間接的な影響を受けているかどうかを確認し、彼らが受けたいサポートの形態は何か？ということです。これは介護、福祉団体にてテストすることも可能です。

2.3 アイデアから計画へ

近隣地域に十分な（潜在的な）参加者の存在が確認できたら、さらにミーティングセンターのコンセプトを上手に展開していくことができます。計画段階では、これが新しいサービスの提供であり、既存のサービスを単に複合したものではない、という共通認識を持つことが重要です。もちろん、既存団体のサービス領域をミーティングセンターに結びつけることもできますが、アムステルダムモデルにはさらに多くの要素が含まれています。ミーティングセンターでの特別なアプローチについては、本書で詳しく説明しています。この段階では、前段階よりもさらに創始者グループが様々な責任を分担することが重要です。

計画段階からプロジェクト段階への移行時に、共同原則を確立する必要があります。それは以下のようなことが含まれます。

・誰が協力パートナー、リーダーですか？
・財政計画はどうなっていますか？
・誰がミーティングセンターの利用条件を設定しますか？
・認知症の人と介護者のペアの利用者に、どのような入場基準を設定しますか？

・どのような登録手順を設定しますか？
・他の施設の活動とどのように調整しますか？

（利用基準）

ミーティングセンターの利用基準は、評価方法とも関連しています。 アムステルダムモデルに基づいたほとんどのミーティングセンターで使用されている参加者の利用基準は、それらのミーティングセンターの性質と作業方法に基づいて組み立てられています。例えば認知症の進行段階にある人にとっては、施設が小さすぎる、スタッフが少なすぎることにより、このカテゴリーの人にとって合わない可能性があります。

（登録手順）

登録手順を形成するにあたり、目的は二つあることは認識すべきです。

登録手順は、診断と利用基準、およびこれに関して創設者たち同士での決定事項に沿ったものでなければなりません。また登録手順が、サポートプログラム対象者にとって容易にアクセスできる簡易な方法であるべきです。ミーティングセンターは、対象者に対して、簡単に見つかり、アクセスも簡単なことが重要であり、登録時に対象者と対象とならない人を区別できる必要があります。

（他の施設との調整）

地域全体の介護、福祉施設らの中でミーティングセンターの位置付けを明確にしていることが重要です。ミーティングセンターのサポートプログラムが独自の場所を持っており、背後にあるビジョンと提供するサービスを、宣伝を通じて明確にする必要があります。特に介護者が中心的であることは重要な特徴です。

他の介護団体や施設がミーティングセンターの目的、対象となる相手、およびアクティビティを認識していることも重要です。

2.4 協力関係の確立

アムステルダムモデルに基づくミーティングセンターは、さまざまな関係者間のコラボレーションにより作られます。ミーティングセンター開始後も、多様な関係者が継続して協力し合います。サポートプログラムの活動は非常に多岐にわたり（情報、ケア、福祉サービス、社会、介護者サポート、ケースマネージメント）、さまざまな分野での協力が必要です。そのため、協力プロトコルで、誰（どの組織）がどの責任を持ち、ミーティングセンターの財務的および人的責任を確立する必要があります。

おそらく、最初からミーティングセンターを試験的に始める必要があるかもしれません。それから、

存在する理由を証明します。その場合はミーティングセンターの成功とは何かの評価方法について事前に明確な合意が必要です。

2.5 事前の良い計画で健康的な財政を

ミーティングセンターの堅実なスタートと維持を確保するには、運営を財政的に精緻化する必要があります。準備と開始にかかるコストと構造的コスト（人件費、宿泊費、アクティビティの費用）、さらに付随的費用または一時費用、および構造的コストのために、投資家を探す必要があります。

●大切ないくつかの問い

Q1 どの参加組織が財務管理の責任を負うかに同意する必要があります。誰が資金を管理しますか？ アムステルダムモデルのミーティングセンターは、ヘルスケアの革新であることが証明されています。大切なのは、この新しい事業が既存の介護福祉提供の構造に含まれてもなお、継続して行われるようにすることです。

Q2 創始者グループは、ミーティングセンターの地域での役割をどのように認識させることができますか、そして既存の介護等サービスや施策に組み込むことができるでしょうか？

Q3 サポートプログラムは、参加者と一般の人々両方に福祉サービスを提供するため、自治体によるミーティングセンターの利用も検討できます。これにより地域住民も、営業時間内にミーティングセンターを利用できるようにします。

2.6 設備の整った屋根の下のスタッフ

ミーティングセンターは、専門家や多くの場合ボランティアとの協力で成り立ちます。どのような場合においても、ミーティングセンターの運営を引っ張り、他の少数のプロフェッショナルな従業員にサポートされたプログラムコーディネーターが必要です。 すべての従業員は認知症の人や介護者に愛情を持ち、ミーティングセンターモデルのアプローチに熱心であることが求められます。

プログラムコーディネーターは、関連する専門教育を受け、さらに指導力や組織力、機転が利くことが求められます。プログラムコーディネーターは、例えば、活動監督コース（MBO または HBO）を持ち、老年精神医学または介護専門職の経験がある人が適任です。ミーティングセンターへの忠実な協力姿勢が、スタッフの最も大切な要素です。

Q プログラムコーディネーターの雇用契約はどのように結ばれるでしょうか？

創始者グループの中の誰かでスタッフの雇用が可能です。組織がミーティングセンターのスタッフを雇用することで、必ずしも実質的なスタッフの監督責任まで負担する必要は

ありません。同じことがスタッフの採用と選考にも当てはまります。組織的な側面は、実質的な側面から分離することができます。

組織のより良い運営は多くの経験を持つ組織にかかっています。コンテンツの専門家は、スタッフメンバーが満たさなければならない経験、トレーニング、人格の要件を最もよく考慮することができます。

ボランティアのためには、場合によっては権利と義務が定められた契約書を作成することもできます。ボランティアの責任について明確にすることも重要です。ボランティアおよび専門家に対して集団賠償責任保険に加入していますか？ボランティアを獲得して維持するには、優れたボランティアポリシーが必要です。多くの自治体がボランティア政策を支持しています。

（スタッフの研修）

スタッフの専門知識の水準を維持する必要のため、参加している医療機関や福祉機関にて全体的な介護専門知識の訓練を受けることも可能です。また、ミーティングセンターのモデルに関する特定の専門知識を伴うこともあります。（新しい）ミーティングセンターの新規スタッフのための特別なコースが開設されました。ミーティングセンターおよびオランダのアルツハイマーに関する全国作業部会で、これに関する詳細情報を提供しています。文献リストと住所リストには、この分野の他の専門家の名前と住所が含まれています。

2.7 ミーティングセンターに最適の場所

認知症の人と介護者のためには、さまざまな場所においてミーティングセンターの設立が可能です。創設者は、ミーティングセンター専用のスペースを探す必要はありません。公民館は、アムステルダムを拠点とするミーティングセンターに非常に適した場所です。医療的な雰囲気がなく、若者から老人まであらゆる種類の近隣住民が利用しています。このような場所は素晴らしい出会いの場になり、認知症の人と建物の他の利用者との出会いが、自然発生的に可能となります。共同でのアクティビティー実施も可能になります。

グループの目的の規模に合わせて、部屋を貸し出す必要があります。コーヒーを飲んだり昼食をとったりすることが可能性でなければならず、材料の保管スペースも必要です。また、オフィスアワーのための静かな場所、ディスカッショングループや情報提供の集会のための部屋、運動やクリエイティブな活動を行える部屋も必要です。これら全ての要件を満たそうとすること自体が障害となる必要はありません。他のグループと部屋を共有すること（例えば他のグループがビリヤードを行なっている部屋でコーヒーを飲むこと）は非常に可能性があります。ミーティングセンターの参加者に自由感を与えることができます。ただし、人が多すぎると、安全でないと感じさせる可能性があります。施設には電話接続も必要です。開始するには、ミーティングセンターがさまざまな部屋を使用し、他のユーザーに対する権利と義務を正確に記述するリース契約を作成する必要があります。さらに、アクティビティの資料は購入する必要があり、家庭用およびオフィス用機器、できればコンピューターが必

要です。

2.8 人々があなたを知らない限り、あなたはそこに存在しません

全ての準備が整う時がやってきます。会場が見つかり、資金調達が行なわれ、スタッフも見つかり、協力体制が整えばスタートすることができます。

しかし、参加者は自動的にはやって来ません。広報は、ミーティングセンターのスタートを対象者と地域の方たちに知らせることです。例えば、独自のリーフレットを発行することで可能になります。

リーフレットは、一般開業医、図書館、病院のメモリークリニック、介護施設、在宅ケアなどの戦略的な場所に配置できます。ポスターは通常、多数の他のリーフレットの間に置かれたリーフレットよりも注目度が高くなります。

組み合わせ：注目を集めるためのポスター、および情報提供のパンフレットは、範囲を広げることができます。ウェブサイトは宣伝において重要な役割を果たすこともできます。

ミーティングセンターに十分な注目を集めるために、地元の新聞に自宅でプレスリリース記事を制作し送付することもできます。新聞記事の最適な注目度を得るには、ミーティングセンターをできるだけ具体的に、できれば実用例を使って説明することが重要です。他のミーティングセンターでの経験は参考として役立ちます。

地域の新聞や放送局のジャーナリストとの良好な接触を維持することも役立ちます。介護、福祉施設の情報誌などにもコンタクトすることで、ミーティングセンターを地図に載せたり、定期的に家に送付される雑誌の施設のリストに掲載されたりすることも可能です。作成したソーシャルマップ上で現在関係団体となっている組織に配布することもできます。これにより、ミーティングセンターへの注目を強化することができます。

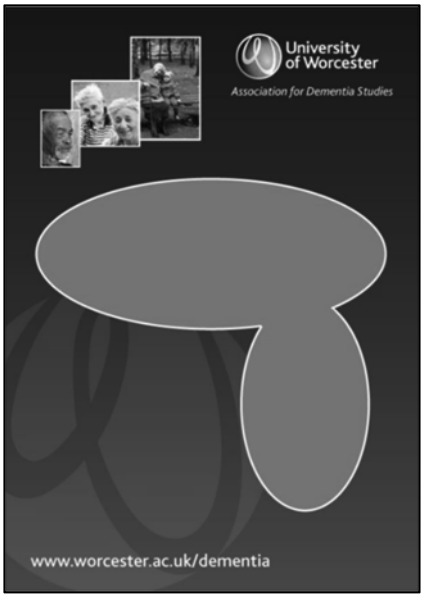
（ヒント）

準備段階では特別な注意が必要ですが、ミーティングセンターの運用段階とは非常に異なる方法で行われます。準備段階が完全に完了すると、センターは成功する可能性がかなり高くなります。従って秘訣は、準備段階で精神を維持し（おそらく他のミーティングセンターを時折見学し）、同時に着実に作業を進めることです。

5.3 イギリスのミーティングセンターサポートプログラム運営要綱概要

「ドロイトウィッチ・スパ・ミーティングセンター（UK）運営要綱(2017)」の概要を整理した。なお、監修の責任者は、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（Rose-Marie Droes）教授であり、イギリス版の著者は、ウースター大学（Worcester University）のドーン・ブルッカー（Dawn Brooker）教授らがドロイトウィッチ・スパという町での実践に基づき作成したものである。本報告書においては、全文翻訳をしたうえで、本研究事業内で検討するために必要な個所を抜粋して掲載することとした。

●はじめに



MEETINGDEM[1]は、ヨーロッパの JPND（神経変性疾患研究のための共同プロジェクト：Joint Programme - Neurodegenerative Disease Research）による資金提供（2014～2017 年）を受けて実現したプロジェクトである。JPND は、認知症の人とその介護者を対象とした革新的なプログラム、ミーティングセンターサポートプログラム（MCSP、以下、MCSP サポートプログラム）を実践し評価することを目的としたものである。このプログラムは、オランダのアムステルダム自由大学医療センターの精神科で開発され、その効果が検証された。その後ヨーロッパの 3 か国、イタリア、ポーランド、イギリス（英国）で現地の状況に合わせて実施されている。

英国の主パートナーは、認知症研究協会（ADS）[2]で、プログラムの実施者であるアルツハイマー協会と一緒に活動を進める。認知症研究協会（ADS）は、プログラムの有効性及び費用対効果を評価する。具体的には、認知症および介護者の満足度評価、及び MCSP サポートプログラム実施プロセスの評価である。

オランダでは、ミーティングセンターが 10 年以上にわたって成功を収めている。そのアプローチは、認知症の人とその家族の両者の支援に焦点を当てるもので、エビデンスに基づき、かつ当事者主体型のものである。専属スタッフとボランティアで構成された専門チーム

[1] www.meetingdem.eu

[2] https://www.worcester.ac.uk/about/academic-schools/school-of-allied-health-and-community/allied-health-research/association-for-dementia-studies/

が、週 3 日を上限とし、さまざまな治療や社会活動に関する情報を提供している。

認知症の当事者本人とその家族、ボランティア、専門家を含むイニシアチブグループは、2015 年 9 月に（英国西部に位置する）ウスターシャーのドロイトウィッチ・スパに開設された英国の「パイロット」センターの計画策定、その後の実施に参画している。実施計画に関するこのレポートは、イニシアチブグループのメンバー間のコラボレーション活動の成果である。

このレポートでは、実施計画の準備やワーキンググループの構成メンバーの決定、その中での主要な決定に至るまで、イニシアチブグループがどのようなプロセスを踏んでいったかについて説明する。

このプロセスは、イニシアチブグループのメンバーが初めて会った 2014 年 9 月に始まり、ドロイトウィッチ・スパミーティングセンターが開設された 2015 年 9 月に終了した。その間、2015 年 7 月にイニシアチブグループの活動は、アドバイザリーグループへ引き継がれた。

●ドロイトウィッチ・スパでの実際の運用

（MEETIG DEM IMPLEMENTATION PLAN for　Droitwich Spa MC 運営要綱 2017 より）

ステップ 1　パイオニアグループの組織化

全体の方向性を定める行政、研究者、実践者など

Association for Dementia Studies　（Worcester 大学,Brooker, D が設立）

ステップ 2　①ワーキンググループの組織化（全体のビジョンを定める）

アルツハイマー協会、実践にかかわる研究者、ボランティアグループ、事業所、ターゲットグループ（賛同する家族や本人）

（重要な決定事項）

・サービス対象者の決定：軽度から中程度の本人そして家族
・年齢の決定：制限はない
・初期集中支援チームなどからの紹介が必要
・サービスは診断後支援である
・その地域在住であること（できるだけ身近な場所での支援）

②プログラムグループ（専門職の運営グループ：プログラムを決める）

（重要な決定事項）

・週 3 日（水、木、金）10：00～16：00
・活動内容は、利用者が興味を持っていることやニーズを把握して徐々にプログラムを作り上げていく
・一緒に昼食を購入し食べる

・一日の終わりにスタッフとボランティアの振り返りの時間を設ける
・プログラムはインフォーマルかつフレンドリーである
・ウェルカムセッションを大切にする
・利用者が興味を持っていることや、ニーズを把握したうえで、それらをプログラムに反映させる形で、徐々にプログラムを作り上げていく必要がある。これには、スタッフ、認知症の当事者、介護者が定期的にミーティングをし、以下の点を確認するということも含む：*責任を共有すること、人々が自分のニーズや希望を表現する機会が確保されること。*
・ミーティングセンタープログラムでは、*認知症の当事者、家族介護者、およびその両方に合わせたアクティビティとセッションを提供する必要があることを理解することが重要である。個人と家族の両方を援助し、支援することが不可欠である。*
・統合し、認知症に対する理解を深め、同時にスティグマを減らす取組みを続けながら、*ミーティングセンターを地域コミュニティに開放し、地域との関わりを強化していくために、オープン・センター（一般公開の日）とパブリック・ミーティング*をプログラムに組み込むことが重要である。
・構造化されたプログラムが用意されて一方、センターのプログラムは柔軟な対応が可能なものなので、*ミーティングセンターの参加者からのフィードバックをもとに、その内容を柔軟に変更しプログラムを開発していくことを歓迎する。*

③場所に関するワーキンググループ
・複数作らず１ケ所に集約する。それによって継続しやすく混乱が起きない
・アクセスしやすい場所を選ぶ
・アクティビティやイベントを実施しやすい場所とする
・町の中心になるようにする→ドロイトウィッチ・スパコミュニティセンターに決定

④人員配置ワーキンググループ（スタッフやボランティアのリクルート）
・アクティビティコーディネーターとサポートワーカー、マネジャー1 人ずつ雇用する（アルツハイマー協会）
・4 か月前にマネジャーをリクルート
・スタッフ募集広告を出す
・有給チームとボランティアチームを作る
・関心を持つ企業をつなげる
⑤ファイナンスグループ（資金調達）

ステップ３　スケジュールの明確化（図 5―1, 5―2）

ステップ４　ワーキンググループの活動開始

ワーキンググループ	2015				2016						
	Sept	Oct	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar	Apr	May	June	イニシアチブグループの活動終了後は、アドバイサリーグループが引き継ぐ
ターゲット											
プログラム											
場所											
人員配置											
資金											
プロトコール											
PRとマーケティング											

Key

集中的な取組が必要な期間

図 5－１スケジュール

	水曜日 9月23日		木曜日 9月24日		金曜日 9月25日	
午前	ウェルカムティーとコーヒー、ビスケット		ウェルカムティーとコーヒー、ビスケット		ウェルカムティーとコーヒー、ビスケット	
	新聞記事のグループ 時事問題について議論 自分史―学校の思い出 昼食の買い出し	芸術―収穫祭 大人の塗り絵 昼食の買い出し	Civic Societyとノーバリー劇場（ロンドン南西部に位置する）のスタッフと一緒に、史跡探訪ウォーキング	新聞記事のグループ 回想：1970年のできごとを振り返る 1970年代の音楽 （iPad、Youtube、ブルートゥース、スピーカー）	認知刺激のグループ	音楽の思い出 テーマは仕事をしていた頃 仕事中に流れていた曲など、何かしら仕事とつながる音楽。フレッドや他の参加者が、思い出すことができる曲 （iPad、Youtube、スピーカー）
12:30	昼食		昼食		昼食	
午後	元気体操 午後のクリームティー（紅茶とスコーン） メンバーどうしで1日の振り返り 帰宅	フラワーアレンジメント：自宅に持ち帰れるブーケを作成 午後のクリームティー（紅茶とスコーン） メンバーどうしで1日の振り返り 帰宅	ダンス 詩の朗読 収穫祭に関連する詩 紅茶とケーキ メンバーどうしで1日の振り返り 帰宅	木工 ウォーチェスター・ワイルドライフ・トラストのヴァイン公園に設置する鳥の巣箱作り 紅茶とケーキ メンバーどうしで1日の振り返り 帰宅	元気体操 "Let the Party Begin" 私たちが覚えている歌、覚えている曲のタイトルに色を付ける（Red Red Wine、Little White Bull、Blue Moon、Yellow Submarine等） 紅茶とケーキ メンバーどうしで1日の振り返り 帰宅	スポーツの思い出 テーマはサッカーボールを並べたり、ミニ試合をしてみる、覚えているサッカー選手について話す 紅茶とケーキ メンバーどうしで1日の振り返り 帰宅

図 5－２プログラムの例

●ドロイトウィッチ・スパミーティングセンター　フライヤー

ドロイトウィッチミーティングセンター情報シート
ミーティングセンターとは？

ミーティングセンターは、ドロウィッチ並びにその周辺で暮らす、軽度ないし中程度の認知症の人々にとって、エキサイティングで革新的な新しいサービスです。ミーティングセンターは、認知症の当事者本人とその家族/介護者を支援するために作られたもので、多くの方々が利用できるように、楽しくかつ多様なプログラムを提供しております。

ミーティングセンターは、オランダにおいては既に 10 年に及ぶ歴史があります。その手法は、認知症の当事者本人と、その家族の両方を支援するという点に焦点を当てながら、エビデンスに基づいた個人中心型となっています。ドロウィッチは、認知症研究協会及び認知症協会によって、英国初のミーティングセンタースタートの場として選ばれました。試験的取組みは、イタリアやポーランドでも進められています。

ミーティングセンターで行われていることは？
クライアント（認知症の人）対象

- 新聞を読んだり絵を描いたり、他には昼食の用意や買い物といったレクリエーションや社会活動や、参加者の好みに応じたアクティビティ
- 回想やダンス、音楽、運動等のトレーニングやセラピー

家族介護者対象

- 情報提供のためのミーティング
- ディスカッショングループ
- 実践面、情緒面、社会面に関わる問題解決の支援

認知症の人と介護者双方を対象

週 1 回の個別コンサルティング
社会活動や外出

ミーティングセンターの運営時間と場所は？

水曜日、木曜日、金曜日の 10：30am から 4：00pm まで。場所が、ドロイトウィッチのコミュニティホール

毎日/終日参加する必要がありますか？

- 毎日かつ終日の参加の必要はありません。プログラムの内容に応じて、ご自身のニーズにあったものにご参加下さい。適宜プログラムの内容を調整しますので、参加にあたっては、できるだけ事前にご予約下さい。

６．日本版一体的ケアの方向性に関する検討事項と論点整理

6.1. 認知症の本人と家族の一体的ケアに関するＱ＆Ａ

2019 年 10 月 29 日と 2020 年 1 月 16 日に開催された、事業検討委員会における議論内容を以下のように整理した。本節では、認知症の本人と家族が同じ場を共有しケアがなされることへの意見について、Q&A 方式で集約した。なお、本文中の下線は、来年度以降の展開で必要な個所を作業部会で検討しチェックしたものである。

Q１ミーティングセンターを簡単に説明すると

A ミーティングセンターは、認知症の人と家族を同じ場でケアする場所である。これによって、認知症の人と家族との再結合が図られ、うまくいっている認知症の人と介護者と出会い学びあうことで関係性を学びあうことができる。すなわちミーティングとは「話し合う」ことと「出会い」の両側面の意味を持っている。特に、「出会い」は、他の家族との出会い、地域の人との出会い、専門職との出会い、役割との出会いを作ることを大切にする。日本語にするのであれば、「新たな出会いのセンター」といってもよいほど出会いを大切にする。これによって、分断された関係性を再度統合する役割を持っている。

Q2認知症の本人と家族が同席する場面の現状の課題は？

A 仙台で開催される「翼」の会では、本人の話し合いと家族の話し合い、それを一緒に実施することは現在のところできていない。本人と家族が同じテーマで一緒に話をする、議論するということが現在難しい。なぜ実施できていないかというと、「本人の意見と家族の意見が対立するかもしれない」というおそれ、懸念である。家族の中でも本人がいないから自分の思いを吐露できるという声も聴かれることがある。

Q3オランダでは家族と認知症の本人の意見の対立はないのか？

A 例えばレクリエーションのようなものには、一緒に参加してもいいという感覚である。「しなくてもいい」という選択はあって、センターミーティングのように振り返りのような形で行われるものに関しては一緒に参加するが、意見を言う方も、言わない方もいる。ゆえに、ファシリテートをする専門職が大切な役割を担う。

Q4既に本人支援と家族支援が実践されている自治体の例は？

A1宇治市の事例

開始当初は、認知症当事者の支援ということでスタートしたが、それら活動には必ずパートナーである家族が同行しているため、一緒に取り組みをするようになった。グループミーティングを行うが、基本的にはご家族とご本人とが同席する。介護者の方の声が大きいかと

言うと決してそうではなくて、実際にはご本人の声を代弁する形で、そこにご家族のバイアスが特にかかっている印象はない。反対に、ご家族自身が、ご本人がグループミーティングで発言したり活動したりする場を通し、「こんなことを考えていたのか」「まだこんなことができるのか」ということに気づき、お互いのパートナーシップや関係性がちょっと深まっていくということが、カフェにしても何にしても見受けられている経験のほうが多い印象はある。進行して語れなくなったとしても、やはりご家族はご本人の思いというのをちゃんと中心に据えながら語ったり行動したりしているのではないか。

A2大牟田市の事例

認知症の本人のピアサポートとして始まったのが大牟田市の「ぼやき・つぶやきの会」であるが、大抵ご家族と一緒に来場する。男性が多くて、パートナーとしては妻や娘が多い。流れとして、ご家族で一旦集まって、そして当初の 30 分は全員で話をする。別に深刻な話ではない。その後 1 時間ぐらいは分かれて話をし、最後の 30 分は一緒になってご飯を食べる。そういうプログラムであるが、別々になると「やっぱり（本人がいると）言えないよね」というような話もでる。そのことから、ご夫婦には仲良くなってもらえるような場づくりをしてきた。しかし（病状が）進行していくと、徐々に人数が減っていく。結局は、認知症になる前からのもともとの家族関係が（関係）あるのではと思わざるを得ない部分もある。

一番初めにめぐり合った若年認知症の男の人が、同じ年ごろの大分市役所の職員と「友達になりたい」というのがきっかけでできたもの。最初のころはすごく皆も喜んで、家族も参加してくれていたのだが、「月に 1 回の会をやったところで、残りの 29 日間は家で奥さんと過ごしている」ということで、なかなか月 1 回ではだめ。週 3 日とかあるといいのかもしれないけれども、家族が疲れていくということになる。

Q5ミーティングセンターの方向性は？

A オランダのミーティングセンターでは、「出会う」ということを大事にしていて、認知症のある人とその配偶者の家族関係、そのカップルについて直接的に支援するというよりも、同じ状態にある家族同士や、比較的近い状況にある本人同士が出会うことによって、それぞれ近い状態の人たちがどう自分に対処するのか、本人も家族もそれを学び合うことを支援する場として位置づけられている。同じような状態の本人は本人に、家族は家族に出会うことを通じて、互いにその状況に慣れていけるような知恵を学んで、それでうまくやっていける、そういう位置づけである。

Q6ミーティングセンターにはどのようにつながるのか？

A オランダやイギリスでは、「診断直後、診断を受けた後に穴があかないよう」にというところを強く意識されている。医療機関から診断を受けて、本人と主介護者をこのミーティングセンターサポートプログラムに紹介するというところがある。イギリスでは、メモリセン

ターからの紹介ということを意識しており、比較的、自分の介護している相手の認知症のご本人と同じか少し先を歩いている人が、同じ地域でどういう経験をしていったかということを聞き続けるということである。

6.2 具体的な運営方法に関する検討事項

6.2.1 どのように運営がなされるのが望ましいか　ボランティアの参加は間口を広げ、運営を助ける

・仙台市の事例では「翼の会」のほかに、スポーツカフェというものがある。それぞれに、認知症の人や家族が地域包括支援センターからの紹介で来るケースが多い。また、スポーツカフェは認知症ではない方もボランティアとして参加する。現在では 40－50 人程度参加している。ボランティアの参加が大切である。

・宇治市では、毎年市民を対象にして、認知症を正しく理解する連続講座というのを行っている。今年度の特徴的なのは、ご夫婦のどちらかが認知症の診断を受けられた方が 3 組いて、ご夫婦揃ってその連続講座に参加して、認知症の正しい理解や、地域での活動などについて共に学ばれるようなことが最近出てきている。一体的ケアを考えていくうえで、ともに学ぶ機会をつくることは参加するきっかけになると思う。一体的ケアには地域の支え、サポーターも必ず必要になってくるので、そこは一体的に考える一体的ケアの中でプログラム化できていったほうがいいのかなと思った。認知症の取り組みは学びの中で広がりを見せるものであると思う。

・オランダの場合、認知症の方向けの“ソーシャルクラブ”と称されている活動に、非常にたくさんの学生やボランティアが参加している。ミーティングセンターごとの運営の体制というのが、1 個のケア事業者がやっているというよりも、地域のボランティア団体とケアの事業者と家庭医の診療所と自治体という、連合体でやっていたりするというところが多い。専門職というよりも、地域住民が運営に携わる傾向が強い。介護者向けのプログラムは、地域住民は入らず、専門職からのレクチャーとカウンセリングのようなものが中心である。家族と本人が同じテーマについて議論するというよりは、「ボランティアも含めてイベントをやります」とか、「やりたいことをやるときにスポーツ、どこかに出かけます」というようプログラムに関する話し合いが中心となる。難しい話はしない。

6.2.2 ミーティングセンターは、独り暮らしや認知症が進行した方に対してはどう対応するか

・オランダも実際夫婦世帯だけではない。むしろ同居率は低い。そうした方に対し学生ボランティアや地域のボランティアの方々が送迎をする。したがってボランティアは欠かせない。または、ご家族がボランティアという形でここで働いているパターンもあり、ある意味労働力でもあり、地域の中でこのセンター自体を支えているといえる。さらに、自治体職員も運営には関り関係者で構成されるイニシアチブグループが運営全体を支える仕組みができている。運営に関しては、利用者も含め皆が責任を共有する。

6.2.3 ミーティングセンターの普及方法は？

・オランダでスタートしたミーティングセンターは 1993 年当初研究ベースでスタートした。

・家族と本人の一体的ケアが必要であるという問題意識を背景に実証研究として 2 ケ所でスタート。最初はミーティングセンター単体で始まって、そこから「これはいいね」という形でデイケアセンターがミーティングセンターになっていった。共同体での運営、また地域で支えていくという考え方に変わっていったという経緯があるのかと思われる。

　アルツハイマーカフェができたのは 1997 年、ミーティングセンターは 1993 年、それぞれ統合という考え方がベースにあり、家族と本人の統合だけではなく地域が統合されていくという方向性で認知症施策が進んでいる。これは、マンパワー不足と一体的なサービス提供という観点でも効率的で合理的である。

6.3 日本版一体的ケア実現に向けた検討事項

6.3.1 どのようなルートで一体的ケアに繋げるのか

・大牟田市では地域包括支援センターのほうが現実的であると思う。

・認知症初期集中支援チームも入口になりうる。実際のところは、いわゆる早期にあたる人たちが対象になってはいる。6 割ぐらいだったと思う。日本の初期集中。ただ、問題は、初期集中で本当の早期の人が、次のつなぎ先がないというところが初期集中のチーム員からの課題として、私は聞いている。認知症カフェや何かを紹介したとしても、ご本人様たちが行きたくないとか、そういう形でつながり先がなくて困っているという。

・かかりつけ医である。最初に医療で関わっておられるところが、今考えているミーティングセンターだけでなく、どううまくつないでいただけるかというところが課題である。

・診断後、迷いが生じたとき結び付くところを考えなければならない。地域包括支援センターはもちろんそうだが、やはり医療との連携は欠かせない。

6.3.2 モデル的実施の可能性と方法

1)頻度について

・ミーティングセンターでは週に 3 回を基準としているが実際現実的であるのか見当が必要。

・財源の問題が一番大きいだろう。イギリスは寄付金あるいは研究事業で賄われている。

・オランダの場合は、開始当初 4 年は研究費で、その後日本でいうところの介護保険と地域支援事業のようなものの組み合わせでフォーマルサービスに設定されてきた経緯がある。ただし、地域によって毎日開催されている地域、週 3 回の地域など様々である。

・仙台で実施している「翼」の会では、月 2 回と認知症スポーツカフェが月に 2 回、第 5 週があるときはスポーツカフェが 3 回実施。しかし運営にあたる人材は不足でありスタッフの疲弊は心配である。

・財源と人の問題、そして場所の問題がある。（モデル事業では月 1 回程度が妥当か）

2)運営者について

・開始時のいくつかのパターンを作っておく必要があるだろう。誰が中心に始めるかによる。

・早い段階でボランティアが入って、ボランティアに作ってもらったほうが、おそらくやりがいからスタートできる。最初から雇用は難しいのではないだろうか。そして、徐々に有給チームとボランティアチームの構造を考えていくことも検討できる。

・SHIGETA ハウスは現状では全員ボランティアからスタートしている。まだ認知症の人はコーヒーを出したり料理を作ったりできるが、軽度の認知症の人であれば良いが、進行するとやはりお手伝いをする人がいないと難しい。頻度を増やし継続的に運営するためには

お金を支払わなければいけない、と思っているところなので、その点では今後検討が必要。お金の話はなかなか難しい。

・持続可能な活動として考えると、地域推進員と若年認知症コーディネーターの協力は欠かすことができないだろう。活動や業務の実績の１つとして報告書に書けるため。

・一体的ケアのプログラムを作っていくときに参加した人たちのチームはつながりが強固であるため、ボランティアを募るのは早いほうがいい。プログラムを作るところからかかわる人選を考えることが重要であろう。

・運営スタッフは小規模が望ましく、人数がある程度増えると飽和することがある。意見が反映されなくなりやりがいが感じられなくなる状態が起こる。その見極めは大切である。

・宇治市の活動は、認知症コーディネーター（宇治市独自）が中心になって行っている。中心となる役割をつくる必要がある。

3)場所

・場所はホールではなく、小さな会議室など。理想は送り迎えも必要ない、徒歩圏内がよい。

・強いて言えば小学校区か。投票所ぐらいの規模か。

・日本がオランダやイギリスと異なる点は、財源の確保が難しく、運営人材の確保が難しいという点である。したがって既存の活動を利用することが妥当ではないか。

・総合事業の形で通いの場という形があると思うのだが、認知症初期の方に対しても同じように、認定をどうやって、対象者は難しいかもしれないが、総合事業のような形の中で組み立てることができたらなと思う。総合事業の通いの場だと、地域の方が中心になって運営のもともとの仕組みも作って、市町村も作っていこうとしているのだが、同じような形で認知症の形もできたらよい。

・デイサービスセンターなどでそれをやろうと思うと、デイの機能自体が介護者支援というか、介護のレスパイト機能や、介護の代行機能ということになってくるので、そもそも、家族がそこに一緒に行って本人さんと、という考え方にはなかなか立てないのではないか。特に認知症デイなどの場合、本当にレスパイト機能が中心になっているので、そこをあらためていこうと思うと、「一からそういったものを作る」というような勢いでないとできないのではないか。今やっているデイサービスセンターなどにそのプログラムをやってください、と言ったところで、意識がどうかというのは、少し疑問である。

4)運営方法

・ボランティア育成が重要。加えて専門職の介在がないことには難しくなってくるだろう。

・宇治市で言うと、ボランティア（れもねいだー）と認知症の本人、家族が、任意で集まり花見やランチ会などを事業の範囲を超えて行っている。つまりミーティングセンターのミニ版があちこちで展開されていて、そこに参加されている方にとっては、頻度的には週１回以上になる。したがって、これらを含めてここでいうミーティングセンター活動の一

環と位置づけることもできるのではないか。

・現在の宇治市の取り組みをミーティングセンターで実現できるかどうかと言われると、そういう形であれば一定形づけることは可能であろう。

・家族も本人も集中的に、最初に本人同士、家族同士皆で何かつくろうという体験を通して、創発的に新たな自発的な活動が生まれ、それらに財政的な支えがなされる仕組みが現実的である。

・オランダではデイサービスに変わりミーティングセンターに転換されている。しかし、デイサービスにはレスパイトの機能もあるので、家族は毎回一緒に行っていたらレスパイトの意味がないので、家族のほうは月に1回、または隔週という形で利用しているところもある。デイに付帯するサービスとして考える方法もある。

・持続可能な恒常的なインフォーマルサービスとしてミーティングセンターが望ましい。これまでの事例のようなある特定の人の頑張りで成り立つインフォーマルサービスではなく、フォーマルなサービスとして定着させて、安定してその機能が提供できるかは大切である。

・デイサービスを実施しない曜日、とりあえず1回そこでミーティングセンター、つまり一体的ケアを行うという方法は現実的である。

・今のデイの機能や運営する考え方をシフトチェンジすることは有力な方法だが、現時点でデイサービス事業所が、家族サポートを含めたデイサービスをイメージできない可能性がある。そこで、意欲のある、そういう理念のあるところに手上げしていただくという方法はいかがか。

・人口規模の小さな市町村では、ある意味やりやすいところもあるかもしれない。一方で、人材不足と社会資源の不足への懸念もある。

・私たちも月 1 回認知症の本人交流会をやっている。この交流会をベースにすると新しい取り組みがしやすいかもしれない。ネットワークも人数が少ない分作りやすい。

・地域によってその地域性や社会資源や人材等課題が異なるため、さまざまなパターンというのを考えていくことが、あまねく地域に普及するためには重要である。

6.3.3 行政の支援

・財政は常に厳しい状況である。モデル事業を行い、そこから具体的な効果を示すことが重要だと感じている。ということが見えてくれば、それをもとにしてこちらが折衝するという形の動きになっていけるのではないかと思う。

・地域密着型サービスは地域貢献ということを考えており、こうした事業所で実施するという方法もある。

・新たな事業を実現するのには行政が常に一体となって進めないとうまくいかないというのは肌感覚でわかっているが、一番の課題はマンパワーである。その際、事業所の理解を得られる工夫をしなければならない。人材確保が厳しい中で、なかなか事業所を空けられ

る状況になっていない。だから、こうした取り組みが、彼らが所属している事業所のメリットも示す必要がある。

・認知症カフェを起点に志を持つ仲間が集まるという方法もスタートとしてよいのではないか。

・予算折衝の中で今後事業を拡大していきたい。しかし、財政当局のほうからは、費用対効果を求められる。明確な費用対効果を示すことも重要である。

令和元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：追加分）

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

報告書

2020 年 3 月発刊

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.dcnet.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