

Ⅱ 認知症の人とその家族の支援体制の構築 及び認知症ケアの向上を図るための取組みの促進

認知症の人とその家族の 支援体制構築のために ～連携支援と認知症ケアパス～

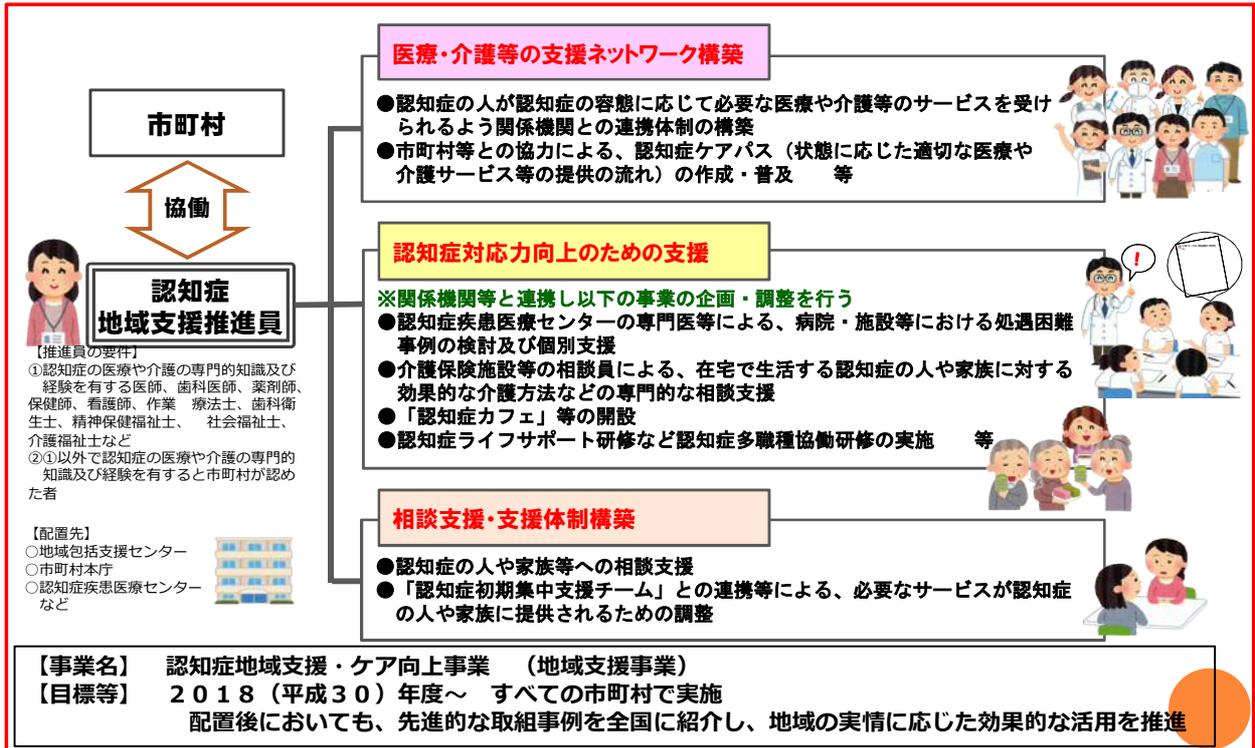
この単元のねらい

- 認知症の人とその家族の支援体制を築く上での、認知症ケアパスの必要性を理解する。
- 認知症ケアパスのポイントと普及促進について理解する
- 認知症の人の容態に応じた適切な連携とネットワーク作りのポイントを理解する

【主な内容】

- ① 認知症ケアパスの考え方とその活用
- ② 認知症の人の容態に応じた適切な連携とネットワーク作り

認知症地域支援推進員



① 認知症ケアパスの考え方とその活用

資料：東京都町田市



資料：東京都町田市

10 タイプ別サービス早わかり表

サービス名	サービス内容	サービス提供機関	サービス提供時間	サービス提供場所
1. 認知症ケアパス	認知症の人が必要な医療や介護等のサービスを受けられるよう関係機関との連携体制の構築	市町村	24時間	市町村本庁
2. 認知症疾患医療センター	認知症の診断や治療を行う専門機関	市町村	24時間	病院・施設
3. 介護保険施設	認知症の人が必要な介護サービスを受けられるよう関係機関との連携体制の構築	市町村	24時間	介護施設
4. 認知症カフェ	認知症の人が必要な相談支援を受けられるよう関係機関との連携体制の構築	市町村	24時間	カフェ
5. 認知症多職種協働研修	認知症の医療や介護の専門的知識及び経験を有する関係機関との連携体制の構築	市町村	24時間	研修会場
6. 認知症初期集中支援チーム	認知症の初期段階で必要な相談支援を受けられるよう関係機関との連携体制の構築	市町村	24時間	支援センター
7. 認知症ケアパス	認知症の人が必要な医療や介護等のサービスを受けられるよう関係機関との連携体制の構築	市町村	24時間	市町村本庁

8. 認知症の経過と対応

本人の様子（軽中度の認知症）	認知症の軽い	認知症がすすむ	認知症がすすむ	認知症がすすむ	認知症がすすむ
日常生活が支障をきたしている	認知症の軽度から中度にかけて、日常生活が支障をきたしている	認知症の中度から重度にかけて、日常生活が支障をきたしている	認知症の重度から最重度にかけて、日常生活が支障をきたしている	認知症の最重度から最重度にかけて、日常生活が支障をきたしている	認知症の最重度から最重度にかけて、日常生活が支障をきたしている
やっていきたい、決めておきたいこと	認知症の軽度から中度にかけて、やっていきたい、決めておきたいこと	認知症の中度から重度にかけて、やっていきたい、決めておきたいこと	認知症の重度から最重度にかけて、やっていきたい、決めておきたいこと	認知症の最重度から最重度にかけて、やっていきたい、決めておきたいこと	認知症の最重度から最重度にかけて、やっていきたい、決めておきたいこと
認知症の人を支援する仕組み	認知症の軽度から中度にかけて、認知症の人を支援する仕組み	認知症の中度から重度にかけて、認知症の人を支援する仕組み	認知症の重度から最重度にかけて、認知症の人を支援する仕組み	認知症の最重度から最重度にかけて、認知症の人を支援する仕組み	認知症の最重度から最重度にかけて、認知症の人を支援する仕組み

認知症ケアパスの活用

参考：オレンジ連携シート

資料：北海道奈井江町

資料：長崎県諫早市

「認知症ケアパス」とは？

- 認知症ケアパスの類義語
 - 認知症クリティカルパス
 - 認知症情報連携ツール など
- “Care Pathway” : ケアの道、流れ

厚生労働省「今後の認知症施策の方向性について」

(平成24年6月 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム)

認知症の人やその家族が、
認知症と疑われる症状が発生した場合に、
いつ、どこで、どのような医療や介護サービスを
受ければよいか理解できるように、
標準的な認知症ケアパスの作成と普及を推進する

なぜ「認知症ケアパス」が必要か？

- 認知症は、
病気の進行によって容態が変化する
- ↓
- 容態によって、必要な医療・介護等が異なる
- ↓
- 誰がどのように支援をするか

地域の認知症ケアパスを考える上で…

<大事なキーワード>

○認知症の人の「容態」

○認知症の人が必要な支援

両者を意識しながら、
地域にある社会資源の整備状況を見直すことが必要！

認知症の人の「容態」

<認知症の症状と日常生活との関係>

- 認知症の疑い
- 認知症を有するが日常生活はほぼ自立
- 誰かの見守りがあれば日常生活は自立
- 日常生活に手助け・介護が必要
- 常に介護が必要



認知症の人が必要としている支援

初期支援

私の変化に気づいてくれる
私の不安や悩みを理解してくれる
私や家族を孤立させないでくれる

家事支援

私ができることを続けられる
私ができない家事を手伝ってくれる

外出・買い物支援

私が外出したいときに出かけられる
行きたいところに安全に出かけられる
自分で選んで買い物できる

介護予防・健康づくり

心身機能の低下を防止できる
おこりやすい疾病を予防できる
私が望む活動に参加できる

介護

私の暮らし方に応じた最適なケアを提供してくれる
私の不安や混乱を解消してくれる
私の希望やニーズを的確に把握してくれる

困りごと支援

私が困っていることに気づいてくれる
自宅で困ったときに支援が受けられる
外出先で困ったときに支援が受けられる

つながり支援

私の家族や友人と良い関係を保つことができる
安心して共にすごせる仲間がいる
地域のひととのつながりが保てる

安否確認・見守り

定期的に私の様子を見に来てくれる
必要時に迅速に支援につないでくれる

仕事・役割支援

私の能力を活かした仕事や役割がある
私が意欲を保ち続けることができる
生きがいや喜びを感じることができる

継続相談支援

自己選択・自己決定が保障されている
私の価値観や自尊心を守ってくれる
私や周囲が安心感を得ることができる

医療支援

初期から終末期まで切れ目なく見てくれる
私の病気を正しく理解し、診断してくれる
私にわかりやすく説明してくれる

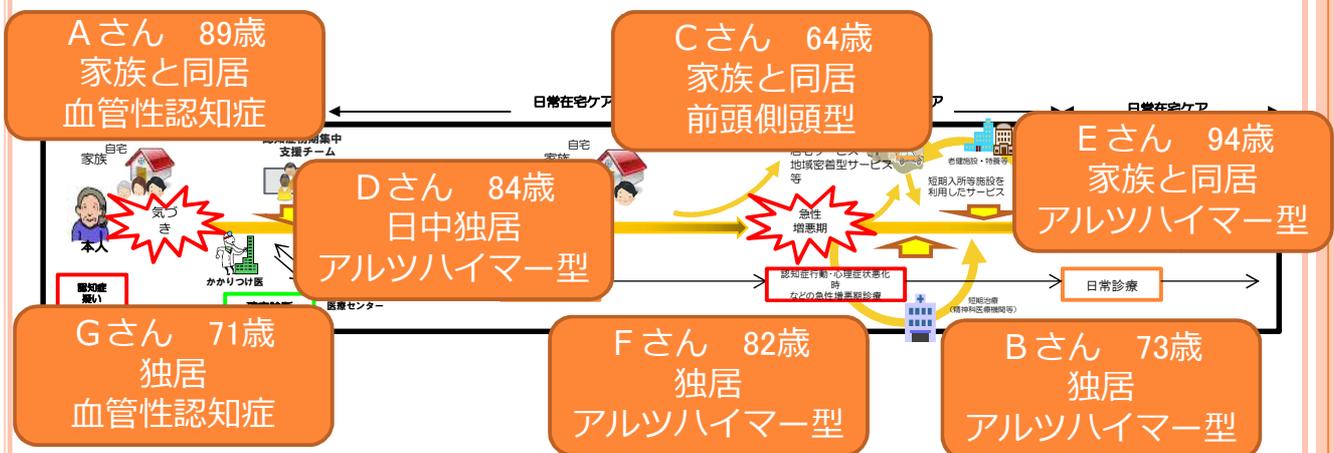
家族支援

家族の介護負担を軽減してくれる
家族の精神的な負担を軽減してくれる
家族の経済的負担を軽減してくれる

資料：「認知症ケアパス作成のための手引き」（財形福祉協会）p.21より抜粋・一部変更

認知症ケアパスの考え方

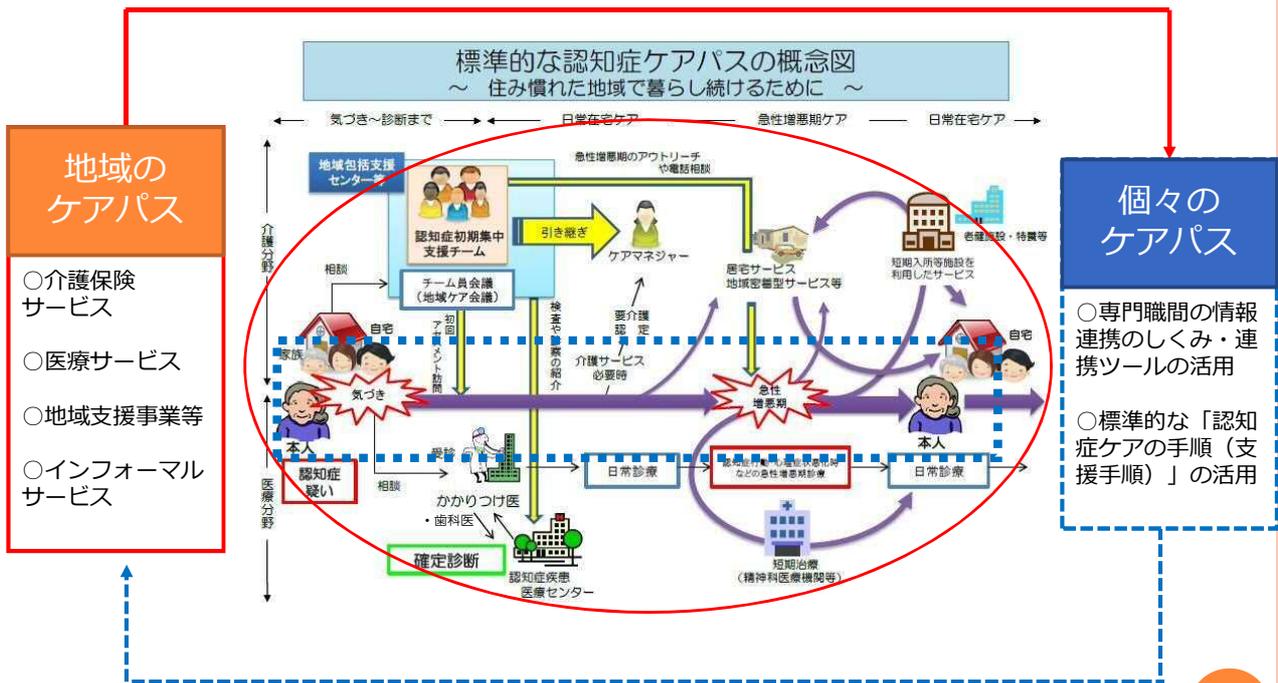
○ 「個々のケアパス」と「地域全体のケアパス」



○ 一人ひとりの認知症の人の生活の積み上げ

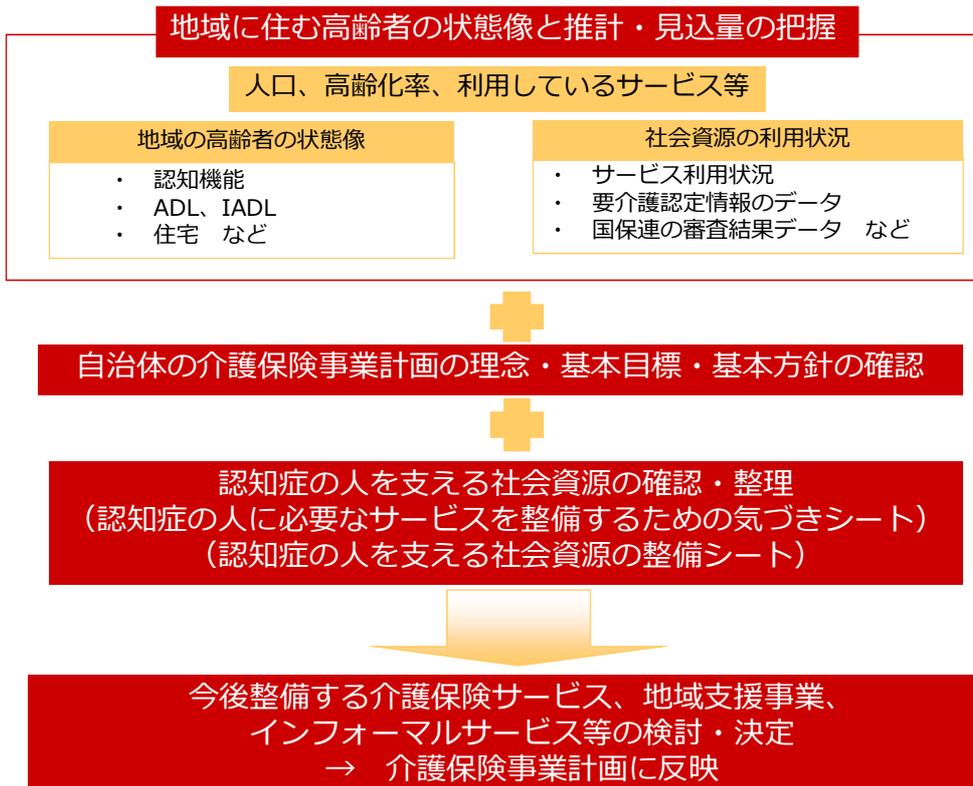
= 地域の認知症の人の生活

認知症ケアパスを機能させるために (厚生労働省「今後の認知症施策の方向性について」)



資料：「認知症ケアパス作成のための手引き」（財形福祉協会）p.10より一部抜粋

(参考)地域の認知症高齢者の状態を踏まえた 社会資源整備の流れ



資料：「認知症ケアパス作成のための手引き」（財形福祉協会）p.35より抜粋

- これまで、各々の自治体/地域において、地域包括ケアの視点に基づき、様々な取り組みや社会資源整備を行ってきたと思います。それらの成果を整理し、現在の整備数や利用者数を確認した上で、将来推計値を基に認知症の人を支えていく社会資源整備のために用いるのが「気づきシート」と「社会資源シート」です。

気づきシート (左) と社会資源シート (下)

認知症の人を支える社会資源の整理シート(地域の社会資源を認知症の生活機能障害ごとに整理する) A市 O×M地区

<介護保険事業計画をふまえた社会資源整備の考え方>
ミスは免れるが日常生活はほぼ自立している人と、見守りがあれば日常生活は自立している人に対し、介護保険サービスに頼らずに自立した生活を送れるように支援する。

認知症の生活機能障害	認知症の疑い	認知症を有するが日常生活は自立	毎日の見守りがあれば日常生活は自立	日常生活に手助け・介助が必要	常に介護が必要
支援の内容	認知症の疑いがあるが、家族管理や買い物、郵便物取扱い、日常生活はほぼ自立している	買い物や郵便、家族管理などに支障があるが、日常生活はほぼ自立している	家族管理ができない、電気の配線や防犯カメラの設置が1人でできない	車椅子や杖、トイレ等がうまくできない	介護床などで意思疎通が困難である
介護予防・悪化予防	一次予防、二次予防 いきいき高齢者サロン	一次予防、二次予防 いきいき高齢者サロン	通所介護	通所介護	訪問介護
他者とのつながり支援	いきいき高齢者サロン 高齢者クラブ	いきいき高齢者サロン 高齢者クラブ	いきいき高齢者サロン 通所介護	通所介護 訪問介護	通所介護 訪問介護
仕事・役割支援	高齢者クラブ いきいき高齢者サロン	高齢者クラブ いきいき高齢者サロン	通所介護 訪問介護	通所介護 訪問介護	通所介護 訪問介護
安否確認・見守り	SOSネットワーク 緊急通報装置 配薬見守りサービス 認知症サポーター	SOSネットワーク 緊急通報装置 配薬見守りサービス 認知症サポーター	SOSネットワーク 緊急通報装置 配薬見守りサービス 認知症サポーター	緊急通報装置 訪問介護	緊急通報装置 訪問介護
生活支援	配薬見守りサービス 高齢者クラブ	配薬見守りサービス 高齢者クラブ	配薬見守りサービス 通所介護、訪問介護	通所介護 訪問介護	通所介護 訪問介護
身体介護			通所介護 訪問介護	通所介護 訪問介護	通所介護 訪問介護
医療	かかりつけ 〇〇市民病院	かかりつけ 〇〇市民病院	かかりつけ 〇〇市民病院	かかりつけ 〇〇市民病院	かかりつけ 〇〇市民病院
家族支援	地域包括支援センター 高齢者クラブ	地域包括支援センター 高齢者クラブ	地域包括支援センター 認知症サポーターによるサロン	地域包括支援センター 認知症サポーターによるサロン	地域包括支援センター 認知症サポーターによるサロン
家族支援(精神症状がみられる等)	〇〇市民病院	〇〇市民病院	〇〇市民病院	〇〇市民病院	〇〇市民病院
サービス付高齢者住宅等	△△高齢者住宅	△△高齢者住宅	△△高齢者住宅	△△高齢者住宅	△△高齢者住宅
グループホーム、介護老人福祉施設等居住系サービス			認知症対応型共同生活介護	認知症対応型共同生活介護 介護老人福祉施設	認知症対応型共同生活介護 介護老人福祉施設

これらのシートは一般社団法人財形福祉協会HP (<http://zaikai.or.jp/>) からダウンロードすることができます。

ご参考までに・・・

- 多くの市区町村が、認知症ケアパスをウェブサイト等で公開しています。
- 他の市区町村が作成したケアパス等の資料を引用する場合は、担当の方にご一報入れ、出典を明記しましょう。
- ケアパスを参考にするだけでなく、情報交換し合える新たなつながりづくりのきっかけに・・・。

② 認知症の人の容態に応じた適切な連携とネットワーク作り

資料：石川県加賀市



資料：千葉県市川市

大洲さわやか見守り交流会

「大洲さわやか見守り交流会」では、定期的な声掛け・訪問を行なうなかで、住民相互のつながりによって、その人が一人で悩んでいること、困っていることに、誰かがいち早く気づくことを目的としています。
その課題解決に向け、認知症の早期発見・早期介入を含めて、地域の皆で見守りの輪をつなげていく、支え合い活動です。



(4) 地域での日常生活・家族支援の強化



資料：長崎県諫早市

連携・ネットワークの種類

○ 地域全体の認知症の人を支える連携・ネットワーク

<例>

- ・見守りネットワーク
- ・安心まちづくり連絡会

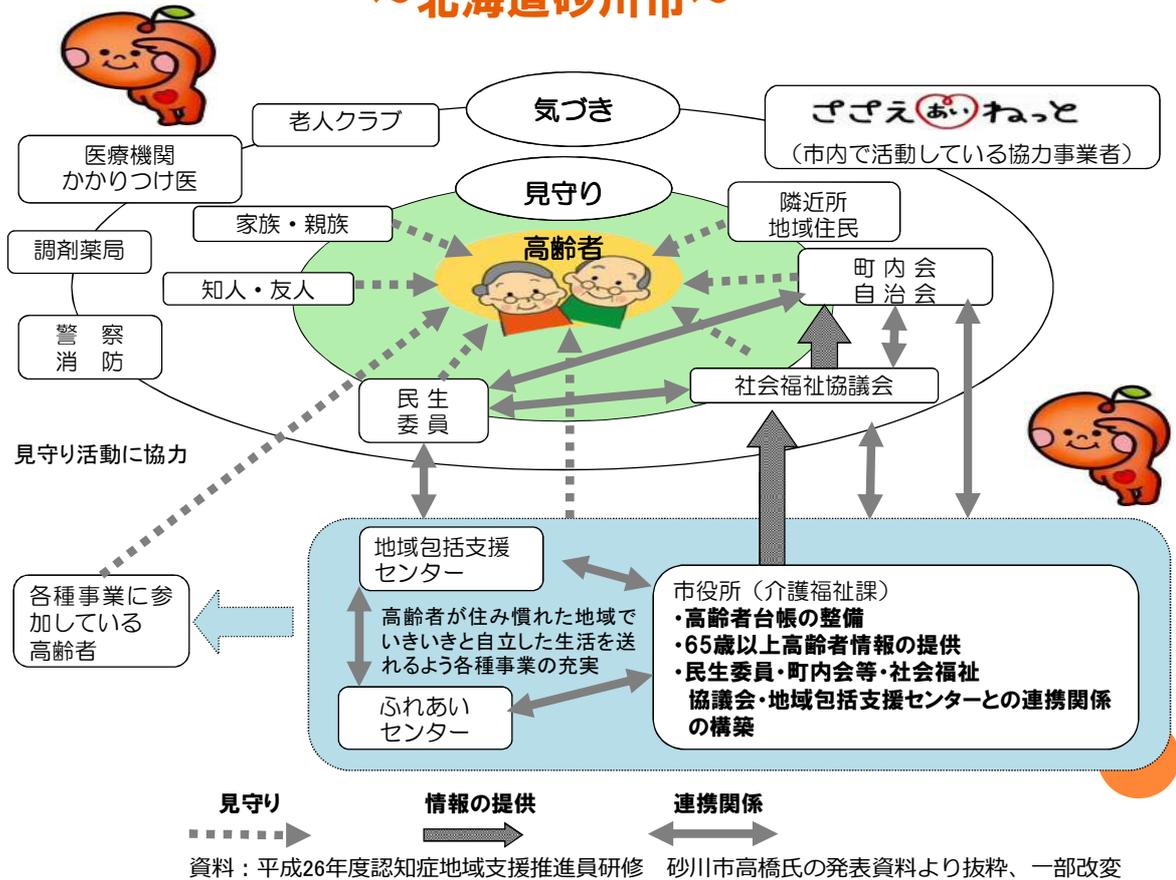
○ 個々の認知症の人を支える連携・ネットワーク

<例>

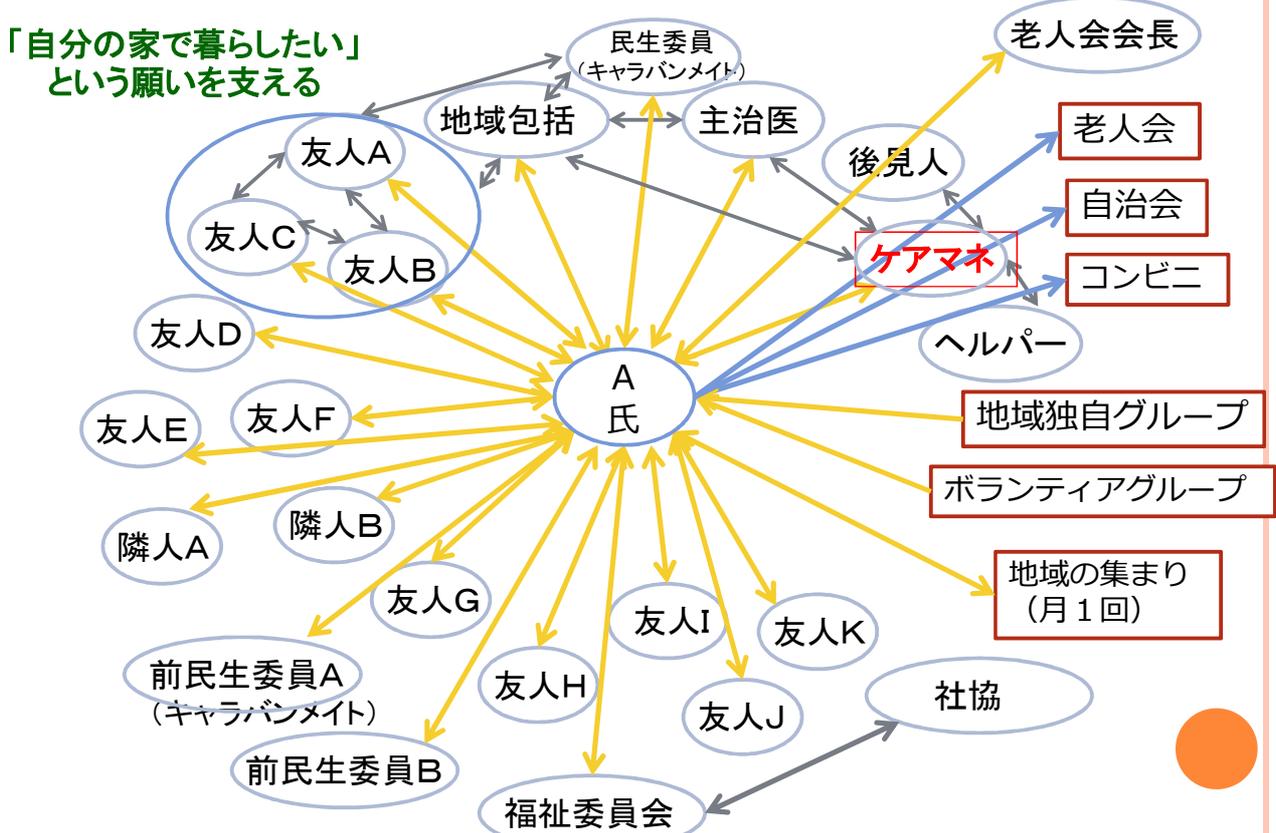
- ・日中独居のAさんを見守る
- ・認知症の疑いのあるBさんを受診や支援につなげる

○ 事業を実施するに当たっての連携・ネットワーク

地域全体の認知症の人を支える連携・ネットワーク例 ～北海道砂川市～



個々の認知症の人を支える連携・ネットワーク ～兵庫県川西市～



事業実施に当たっての連携・ネットワーク



(例) 介護110番 (石川県加賀市)

- 介護保険事業所と連携



(例) 啓発アンケート (京都府向日市)

- 地域行事の開催者と連携



(例) 認知症の人の受診のための連携シート (大阪府大阪市)

- 医療機関との連携



認知症の人の受診のための連携シート	
1. 認知症の人の受診のための連携シート	2. 認知症の人の受診のための連携シート
3. 認知症の人の受診のための連携シート	4. 認知症の人の受診のための連携シート
5. 認知症の人の受診のための連携シート	6. 認知症の人の受診のための連携シート
7. 認知症の人の受診のための連携シート	8. 認知症の人の受診のための連携シート
9. 認知症の人の受診のための連携シート	10. 認知症の人の受診のための連携シート
11. 認知症の人の受診のための連携シート	12. 認知症の人の受診のための連携シート
13. 認知症の人の受診のための連携シート	14. 認知症の人の受診のための連携シート
15. 認知症の人の受診のための連携シート	16. 認知症の人の受診のための連携シート
17. 認知症の人の受診のための連携シート	18. 認知症の人の受診のための連携シート
19. 認知症の人の受診のための連携シート	20. 認知症の人の受診のための連携シート
21. 認知症の人の受診のための連携シート	22. 認知症の人の受診のための連携シート
23. 認知症の人の受診のための連携シート	24. 認知症の人の受診のための連携シート
25. 認知症の人の受診のための連携シート	26. 認知症の人の受診のための連携シート
27. 認知症の人の受診のための連携シート	28. 認知症の人の受診のための連携シート
29. 認知症の人の受診のための連携シート	30. 認知症の人の受診のための連携シート
31. 認知症の人の受診のための連携シート	32. 認知症の人の受診のための連携シート
33. 認知症の人の受診のための連携シート	34. 認知症の人の受診のための連携シート
35. 認知症の人の受診のための連携シート	36. 認知症の人の受診のための連携シート
37. 認知症の人の受診のための連携シート	38. 認知症の人の受診のための連携シート
39. 認知症の人の受診のための連携シート	40. 認知症の人の受診のための連携シート
41. 認知症の人の受診のための連携シート	42. 認知症の人の受診のための連携シート
43. 認知症の人の受診のための連携シート	44. 認知症の人の受診のための連携シート
45. 認知症の人の受診のための連携シート	46. 認知症の人の受診のための連携シート
47. 認知症の人の受診のための連携シート	48. 認知症の人の受診のための連携シート
49. 認知症の人の受診のための連携シート	50. 認知症の人の受診のための連携シート
51. 認知症の人の受診のための連携シート	52. 認知症の人の受診のための連携シート
53. 認知症の人の受診のための連携シート	54. 認知症の人の受診のための連携シート
55. 認知症の人の受診のための連携シート	56. 認知症の人の受診のための連携シート
57. 認知症の人の受診のための連携シート	58. 認知症の人の受診のための連携シート
59. 認知症の人の受診のための連携シート	60. 認知症の人の受診のための連携シート
61. 認知症の人の受診のための連携シート	62. 認知症の人の受診のための連携シート
63. 認知症の人の受診のための連携シート	64. 認知症の人の受診のための連携シート
65. 認知症の人の受診のための連携シート	66. 認知症の人の受診のための連携シート
67. 認知症の人の受診のための連携シート	68. 認知症の人の受診のための連携シート
69. 認知症の人の受診のための連携シート	70. 認知症の人の受診のための連携シート
71. 認知症の人の受診のための連携シート	72. 認知症の人の受診のための連携シート
73. 認知症の人の受診のための連携シート	74. 認知症の人の受診のための連携シート
75. 認知症の人の受診のための連携シート	76. 認知症の人の受診のための連携シート
77. 認知症の人の受診のための連携シート	78. 認知症の人の受診のための連携シート
79. 認知症の人の受診のための連携シート	80. 認知症の人の受診のための連携シート
81. 認知症の人の受診のための連携シート	82. 認知症の人の受診のための連携シート
83. 認知症の人の受診のための連携シート	84. 認知症の人の受診のための連携シート
85. 認知症の人の受診のための連携シート	86. 認知症の人の受診のための連携シート
87. 認知症の人の受診のための連携シート	88. 認知症の人の受診のための連携シート
89. 認知症の人の受診のための連携シート	90. 認知症の人の受診のための連携シート
91. 認知症の人の受診のための連携シート	92. 認知症の人の受診のための連携シート
93. 認知症の人の受診のための連携シート	94. 認知症の人の受診のための連携シート
95. 認知症の人の受診のための連携シート	96. 認知症の人の受診のための連携シート
97. 認知症の人の受診のための連携シート	98. 認知症の人の受診のための連携シート
99. 認知症の人の受診のための連携シート	100. 認知症の人の受診のための連携シート

ネットワークづくり、連携支援のポイント

- 事業の目的・目指す姿に合わせ、仲間を作りましょう！
→ 認知症の人の生活に関わる人たちは多種多様

- 自分の一日の生活の中で、関わっている人を考えてみよう
〈例〉

家族、近所のAさん、駅員さん、職場の同僚・上司、
近所のスーパーの店員さん、マッサージの先生、
花屋のお姉さん、近所のBさんご夫妻

- 連携・ネットワーキングの目的とめざす姿を関係者間で共有しましょう！

→ それぞれの得意を活かしましょう😊

地域の仲間たち

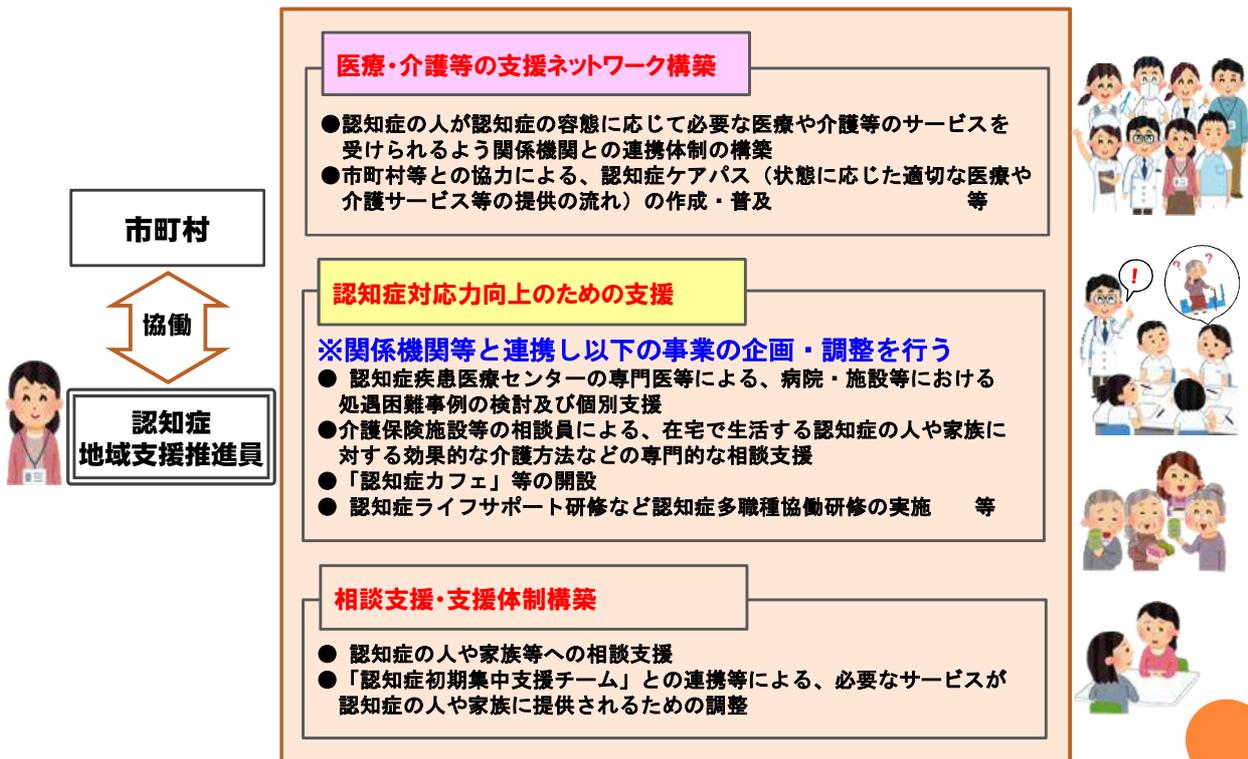
友人
地域住民
民生委員
自治会長
公民館長
地区社協
福祉協力員
老人クラブ
ボランティア
大家
管理人
子ども・学生
PTA

銀行
コンビニ
スーパー
ショッピングセンター
商店街
レストラン
ファストフード
弁当屋
電車
バス
タクシー
郵便局
ガソリンスタンド
宅配業者
農園
ホテル
温泉

かかりつけ医
多種の専門医
薬局
栄養士、PT、OT、ST等
認知症専門の看護師、介護職
相談員、ケースワーカー、PSW
介護事業所、事業者連絡会
運営推進会議
社会福祉協議会
市役所窓口、行政の多様な部署
保健センター、福祉事務所
消費生活センター
家族の会
電話相談
警察 消防署、消防団
弁護士・司法書士、市民後見人
学校 図書館

資料：平成26年度認知症地域支援推進員研修 山鹿市佐藤氏の発表資料より抜粋、一部改変

認知症地域支援推進員の役割・業務は、地域にある様々な社会資源との「連携・ネットワーク」を基本としています！



資料：厚生労働省「認知症地域支援推進員」のスライドより一部抜粋、再掲

認知症の人とその家族を地域で支える 支援体制の構築と認知症ケアの向上の推進



認知症介護研究・研修東京センター

この単元のねらい

- 認知症の人と家族を地域で支える支援体制づくりのポイントを理解する。
- 地域の認知症対応力向上に向けた啓発や研修の企画や運営のポイントを理解する。

【主な内容】

- 支援体制づくりのポイント
- 啓発や研修を通じた地域の認知症対応力向上の推進のポイント

1. 認知症の人と家族を地域で支える 支援体制づくりのポイント



「体制ってなんだろう・・・？」

体制とは

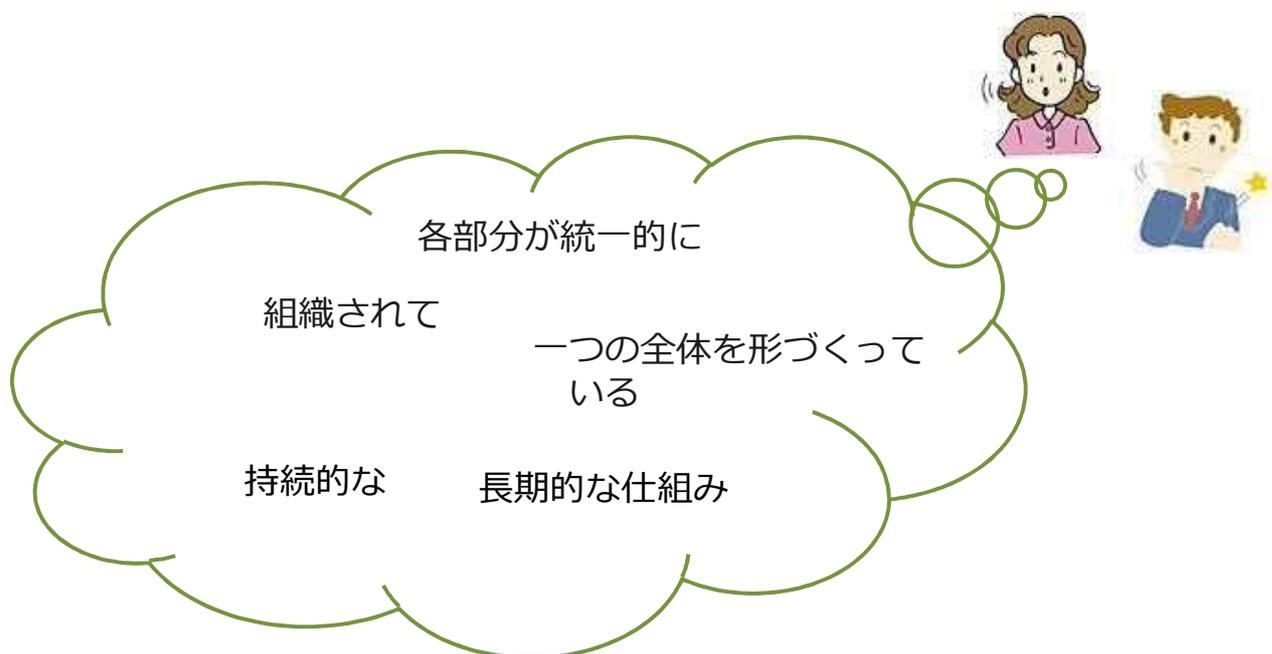
○各部分が統一的に組織されて一つの全体を形づくっている状態

(大辞泉)

○統一的、持続的な組織・制度、長期的な仕組み、システム

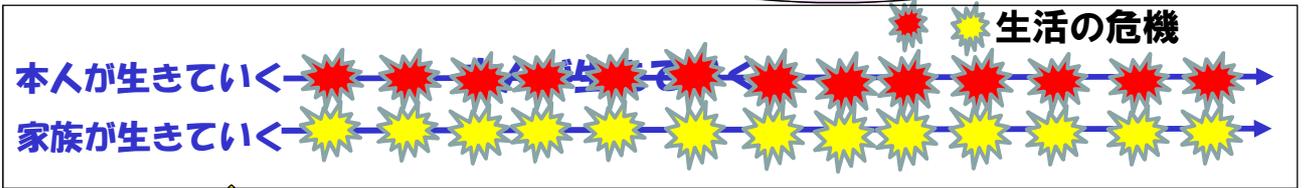
(NHKことばのハンドブック 第2版)

認知症の人と家族を地域で支える支援体制をイメージしてみよう
～自分の市町村を思い浮かべながら～



年々、事業・サービスが増えてきているが・・・ 本人、家族が暮らしやすい地域になってきているだろうか

本人が辿る経過

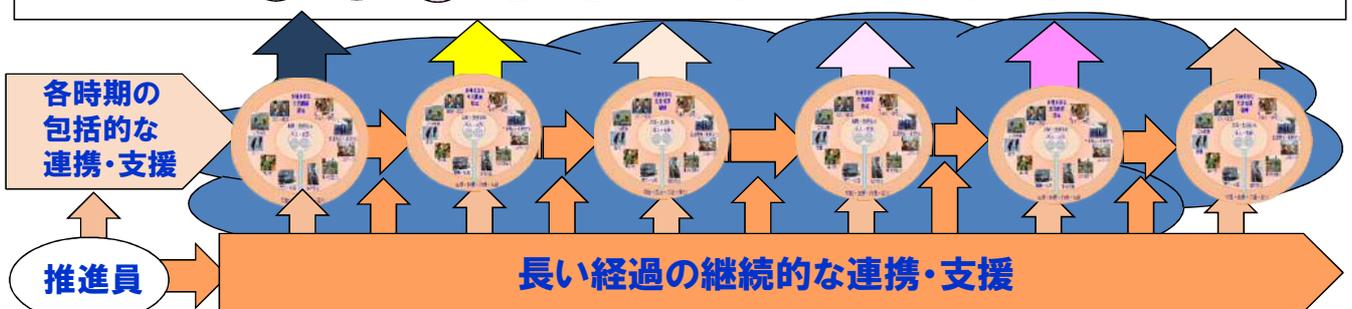
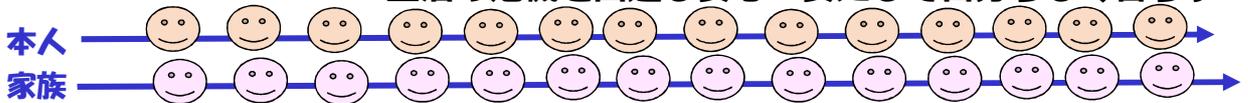


本人・家族が、地域の中で日々をよりよく暮らしていけるために
推進員：地域の資源や事業をつなぎ、统一的に支える持続的なしくみを育てていこう

本人が辿る経過



生活の危機を回避し安心・安定して自分らしく暮らす



市町村の事業

標準的な認知症ケアパス作成

初期集中支援チーム

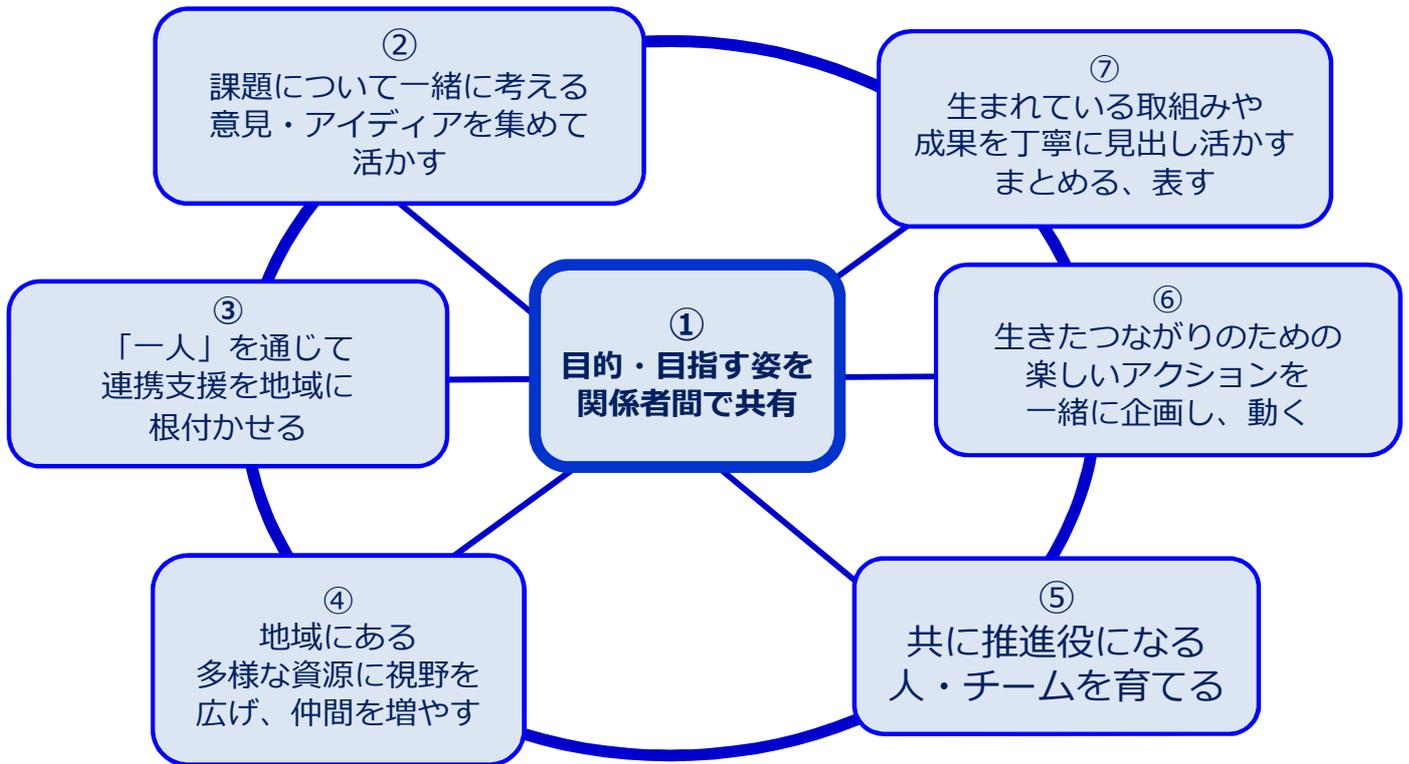
認知症カフェ

サポーター養成講座

地域生活を支える医療・介護サービスを担う人材の育成 → ほか

これまでの推進員の取組みに学ぶ

支援体制づくりのポイント（主な点）



①目的・目指す姿を関係者間で共有



認知症の人を支える様々な人が
立場、職種、価値観の違いを越えて
つながり、「当事者に役立つ連携」を
していくには、意識合わせが不可欠。

* あなたのまちの目的・目指す姿は・・・

* 飾り物にせず、あらゆる機会に、具体的に語り続けよう

* 問題が大きい時ほど、目的・目指す姿に立ち戻ろう
ひるまずに・・・

やること:仲間とともにめざす地域をイメージしよう

地域に住む一員として、専門職として、どんなまちにしたいか、
私たちが望む地域の姿を描く。

(例) 認知症になっても、地域から排除されないで、あたりまえの暮らしが続けられるまち。

安心して外出でき、安全に家に帰れるまち。

認知症になった時の備えができて、認知症になることを恐れなくてすむまち。

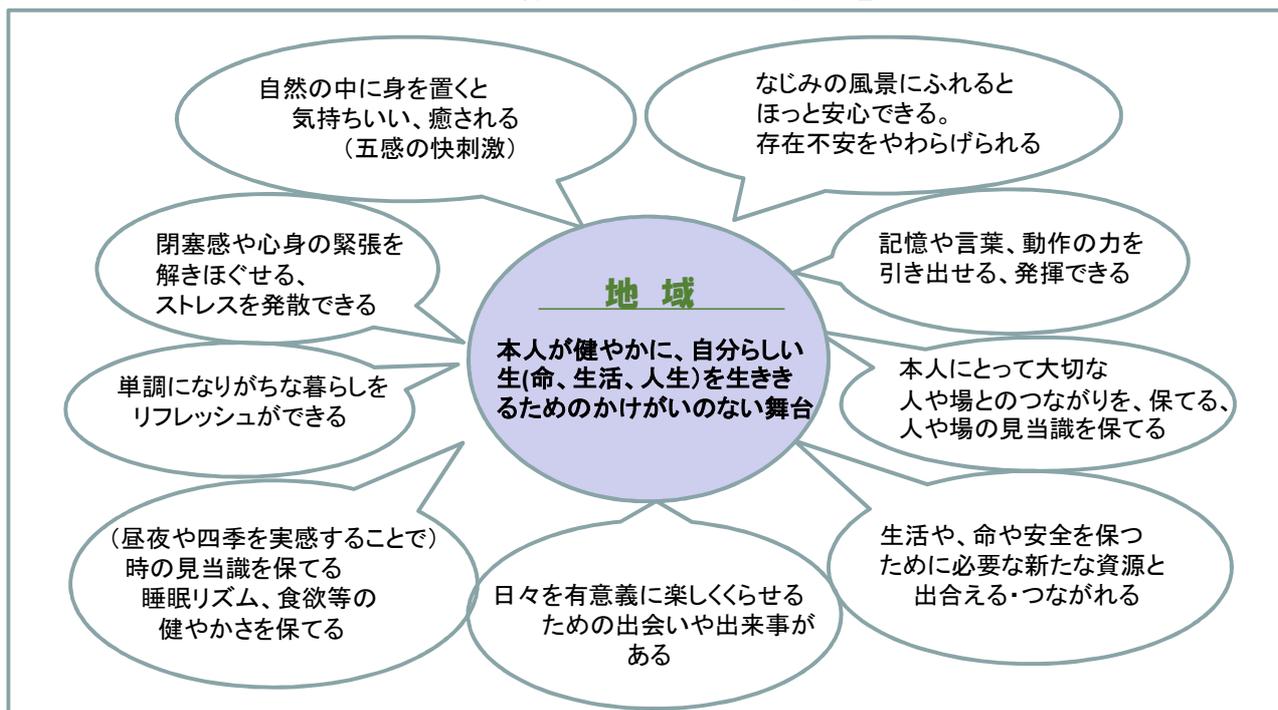
医療や介護サービスがちゃんとつながって切れ目なく支えてくれるまち。

・そのすべてを実現できなくても、介護や医療や生活支援に携わる人たちが、めざす姿にむかって一緒に考え、少しずつでも前を向いて取り組んでいく。



これが、小さな「地域包括ケア体制」のはじまり

本人の視点にたって、「地域のかげがえのなさ」を確認・共有しよう！
⇒住民、医師や医療・介護専門職に「地域」の価値を伝える



②課題について一緒に考える

意見・アイデアを集めて活かす

- ・専門職の集まり、会議、検討会の機会に
- ・地域住民の集まり、講座等の機会に
- ・専門職と住民が集まる機会をつくって

*できるだけ

(小) 地域で、その地域の課題について具体的に話し合うことが肝心

⇒他人ごとではなく、この地域の自分ごととして、真剣さが高まる
一体感、つながりが生まれる
主体性、持続的な活動が生まれる



*伝えておしまい、話し合っておしまいにせずに
意見・アイデアを丁寧に集めよう。

これからのこのまちで、

- ・各自ができそうなこと、一緒にやってみたいことは何か。
- ・すでにやってみはじめていることは・・・

連携や支援の
具体的な種が
たくさんみつかる

地域住民・関係者の
関心・意欲の高さを
確認・共有していく
ための重要な証拠に
なる

推進員といっしょに
取組みを進めていく
地域のリーダー役・
成りうる人を発見
できる

集めた意見・アイデアをわかりやすい資料にし、
連携・支援の呼び水にしよう

③ 「一人」を通じて連携支援を地域に根付かせる

*たくさんのケースに直接関われないが「一人」でいいので、じっくり関わり、関係者とも話しあい、一緒に動いてみる。

*数をこなしているだけでは気づけないでいる
当事者の体験、思いや不自由、力、希望
地域とのつながりの実際、課題、可能性を
具体的につかんでいく。

⇒「本人が地域の中でよりよく暮らしていけるために」
「できること」を関係者と洗い出し、関係者が動き出す
後押しをする。必要なつなぎをつくる支援をする。

⇒やってみたことで生まれた変化を、当事者、関係者と
話しあい、(小さな)成果と課題を丁寧に把握する。

⇒生まれたありのままを、見える化する。

具体的な手がかりや可能性を実感的に知ることができる。
考え方や支援のあり方を伝える機会になる。
その後の推進員活動を進めて行く上での活きた「力」になる。

地域でおこる様々な事例を丁寧に活かす

- ・デイサービスを利用しているも、夕方以降に「徘徊」して行方不明になり、何度も警察に保護されている。「なんとかしなさい」と言われ入院か施設入所を迫られ家族が困っている事例
- ・一人暮らしで鍋焦がしがあがる。火事を起こしそうなので、施設に入れて欲しいと言われる事例
- ・ゴミ出しのルールが守れないでゴミ屋敷になっている、近所に「物を取られた」と怒鳴り込み、トラブルになり、近隣住民から苦情のある事例
- ・認知症の夫を介護していた妻が入院や要介護となり、二人とも「家で暮らせなくなる」事例
- ・知的障害や精神障害を抱えたまま高齢化して家族がいなくなり「介護保険でなんとかして」と言われてくる事例

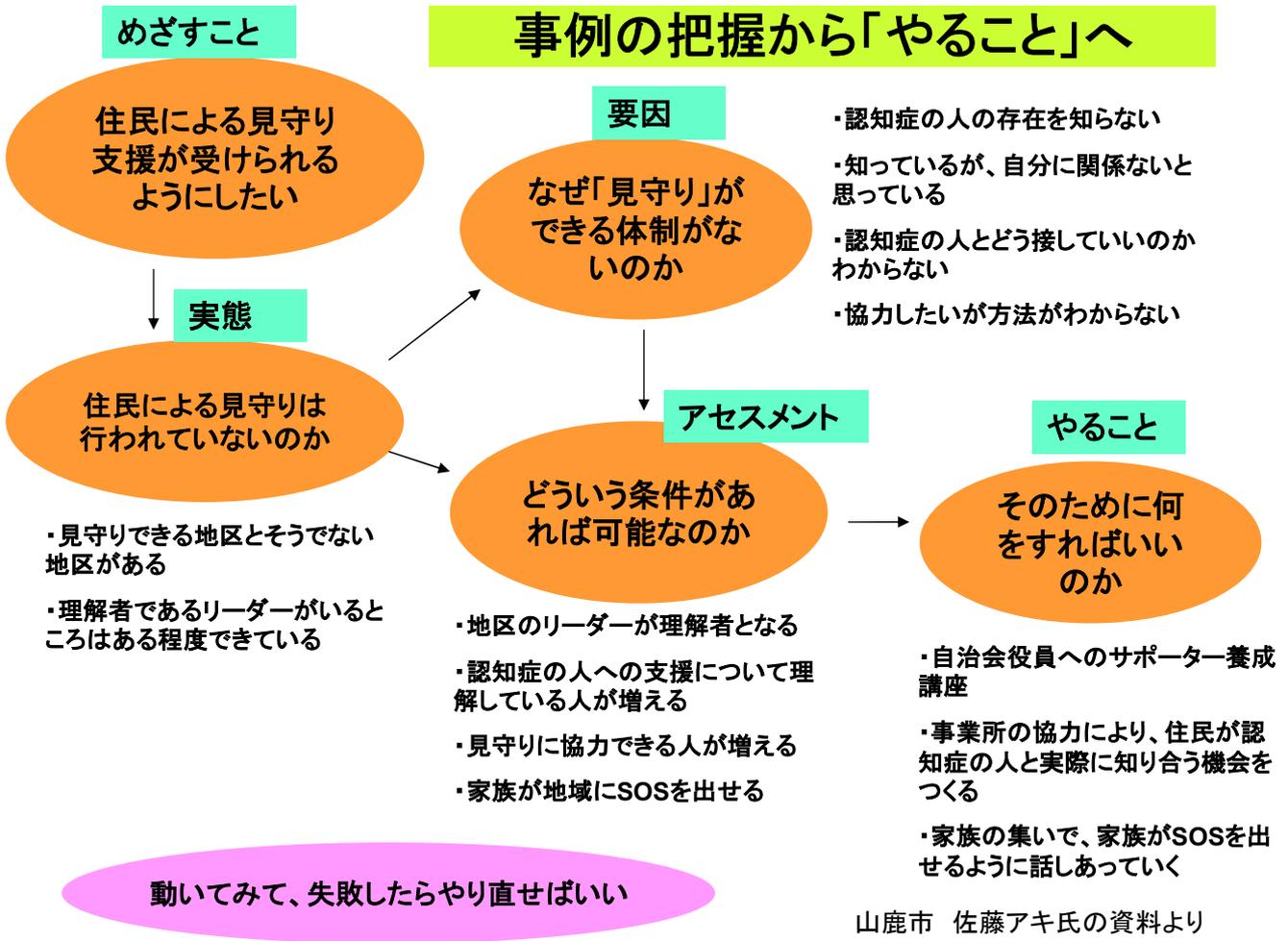
なぜこのようなことがおこるのだろうか？

どうしたら、このような人たちが追い詰められず地域で暮らしていけるだろうか？

誰と話し合えば前に進むのだろうか？

個々の事例を通して「実態」を知り、そこから必要な支援を考えることが重要。

事例の把握から「やること」へ



地域支援推進員の強み

そこに「現場がある」こと

- ・ 認知症の人と会うことができる
- ・ 認知症の人の声を聴くことができる
- ・ 認知症の人とつきあうことができる
- ・ 地域の介護・医療の専門職ともつきあうことができる
- ・ 地域住民ともつきあうことができる

個別ケースでの支援や「顔の見える関係」の積み重ねから見えるものが「実態」

声を聴かないとわからない。
つきあわないとわからない。



つきあうと見えるものがある。
そこから「やること」ができる。
生きた支援・連携、施策化へ

④地域にある多様な資源に視野を広げ、仲間を増やす

- 推進員ひとりで事業や支援体制を作ることはできません。
まず仲間をつくろう！
- 行政の担当者も当然ながら、今、地域にあるさまざまな資源から！
(ボランティア、住民団体、医療機関、サービス事業者、社会福祉協議会、企業、商店などなど)
- サービス事業者の中にも、仲間になれる人材がたくさんいる。
- 垣根をつくらず、肩書きにとらわれずに、1人でも2人でも話のできる人を見つける。
- 「認知症」の枠だけで考えず、「まちづくり」の視点で広くとらえて。

一緒に地域づくりを行うパートナーに

山鹿市 佐藤アキ氏の資料を一部改変

町のあらゆる人が、認知症の人と家族の見守り・支え手 →人から人へ活きた関係を紡いでいく 現場に出向きながら



参考・富士宮市資料

わが町の場、自然、季節、文化、産業等

- ★領域を越えたつながりが、新たな解決力を生む：専門職・行政職も地域の一員
- ★本人、家族も、地域支援・体制づくりの大事なパートナー！

支えられる一方ではなく、地域で働き、地域を支える一員として
地域を舞台に活躍する姿

ちょっと見守り支えれば、まだまだできる、働ける！



地域の人の繕いもの役



忙しいお隣の草取り



町の花壇ボランティア



保育園の助っ人役



**子供を守る:散歩中に
防犯パトロール**



**ご近所の掃き掃除
町内会から表彰状**

生き生きした本人の姿が、地域の人々の理解と支援を広げる。

参考

富士宮市

当事者とともにつくるまち



**認知症の本人たちが
キャラバンメイトに！！**



**地域の認知症の勉強会や専門職向けの講演、
各種事業の実行委員会等への本人参画を進める**



仙台市



**認知症ケアパス作成に
本人が参画：本人の視点にたっって見直し改良**



本人のための、本人による相談

⑤ 共に推進役になる人・チームを育てる

日々の中での支えあいひろがっていくためには

- * 地域の人たち(専門職も含む)が自ら考え、動く力・支えあう力を伸ばしていくことが大切。
- ⇒ そのためには、それぞれの小地域で、その推進役となる人たちが不可欠!



- * 推進役として伸びていく貴重な人材が町の中にある! きっかけ・出番を待っている。
- ⇒ 実践的に学びあい、一緒にアクションをしながらわが町をよりよくしていく推進役の仲間(人・チーム)を、年々(少しずつ)増やしていく。
- ⇒ その小地域ならではの地域支援・体制づくりが持続発展的に進む

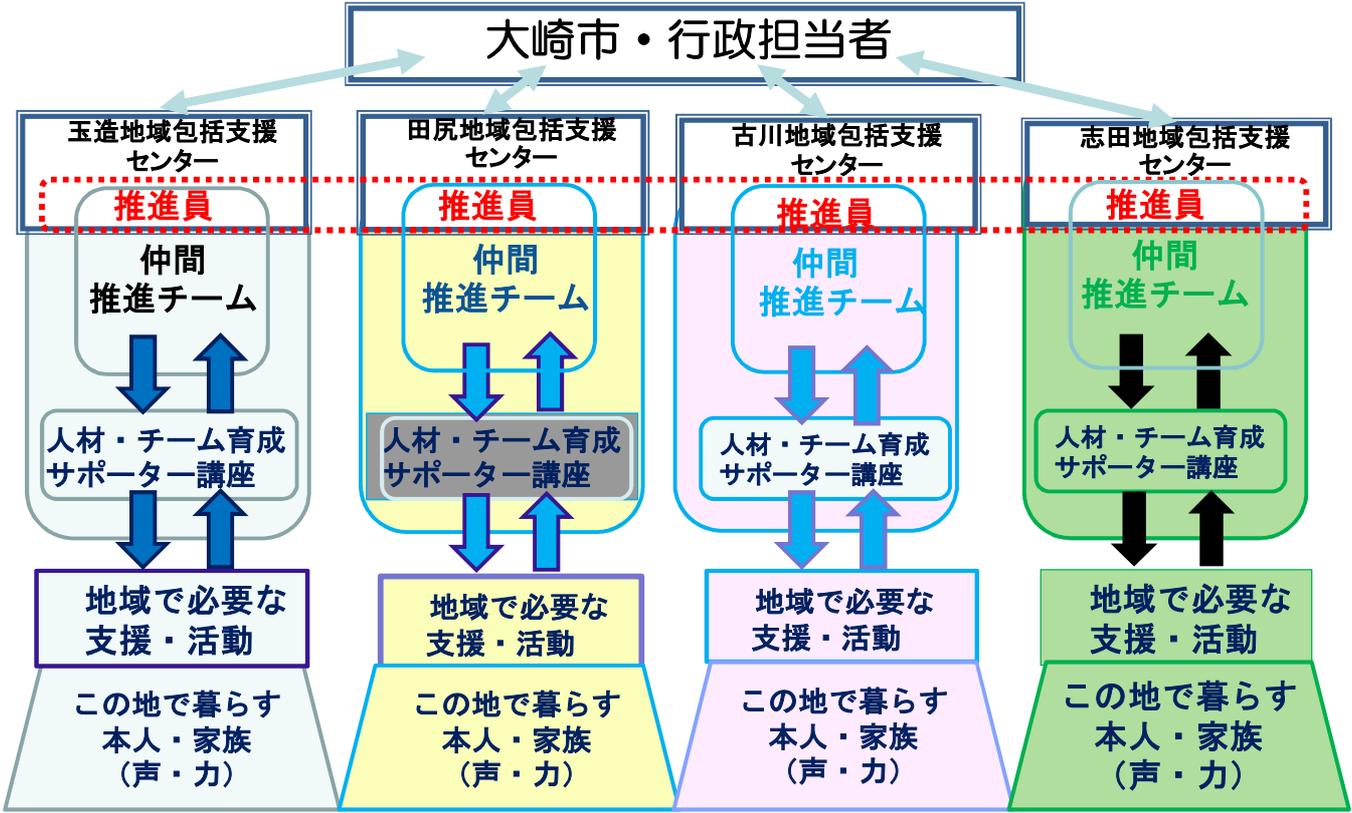


地域人材・チーム育成プログラムを自治体が事業化し、毎年継続している市

※ 担当者が代わっても推進チームが育っていると取組みが継続

認知症地域支援推進チーム人材育成を通じて～約2年間～

本人の視点を大切にする仲間・推進チームが育つ⇒チームで地域の専門職・住民を育成
⇒各地域ごとに工夫しながら地域活動を展開⇒本人・家族が早めに身近な場・人とつながる



⑥ 生きたつながりのための楽しいアクションを
一緒に企画し、動く

＊ 本人・家族、地域の人、専門職が共に話しあいながら
わが町のこれからにむけて、やってみたいこと、できそうなアクションを
話しあい、とにかく動いてみる。

☆ 医療・介護の専門職、行政職員も、地域の一員として

☆ これからのわが町がどうあってほしいか

★ 何ができるか、同じテーブルについて自由なアイデアを

⇒ 会議だけしていないで、とにかく地域に出て動き出そう。

⇒ やってみながらの(小さな)成果をキャッチして

広く広報していこう: 見えない努力を形に、呼び水に

楽しく

参考 アクションミーティング

「こんな町にしたい」、「こんなとをやってみたい」立場を超えた話しあい

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

都会地で・・・



小さな町で・・・



アクションミーティング

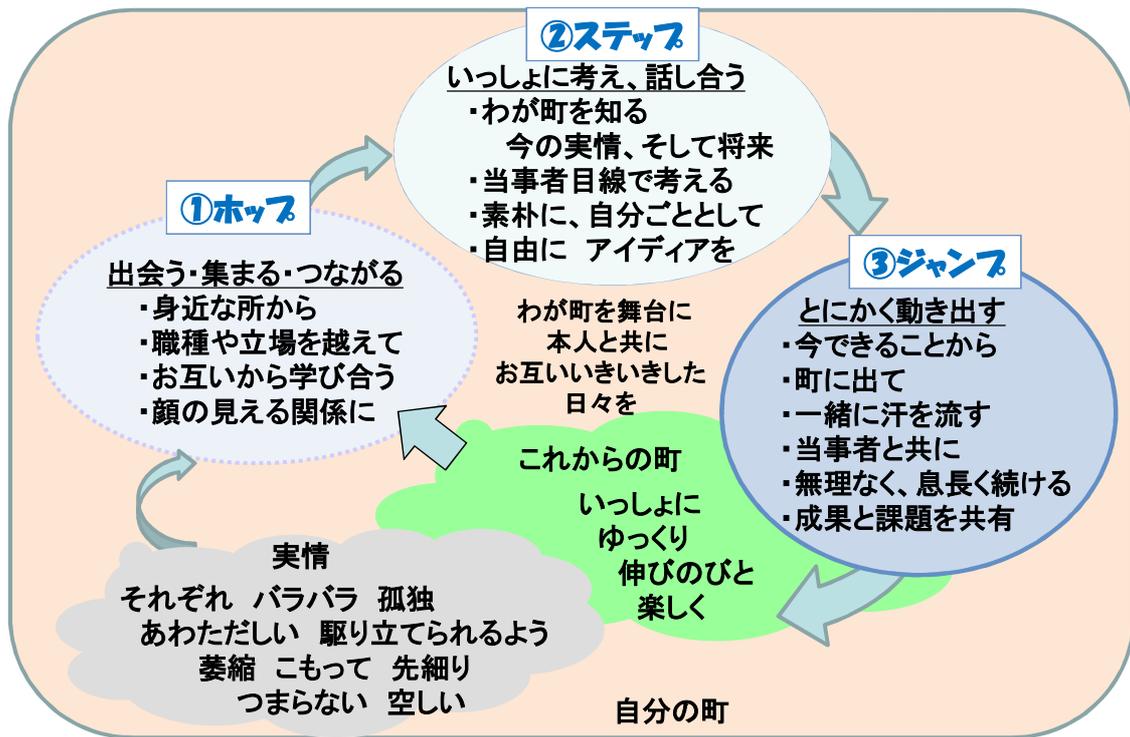


医師、薬剤師、栄養士、看護師、
介護職等がチームで出前相談や講座を開催



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

参考 アクションミーティング



参考

市内の医療・介護職員を募り、地域包括支援センター単位でチームを作り
アクションミーティングを開催

静岡市



各自がばらばらなまなな努力を積み上げるのではなく、
各地域の中で多職種がつながりあって、
本人・家族に役立つ支援をしたい。
もっと楽しく、自分たちも地域で自然体でできることを。

自発的なアイデアから自発的な活動が生まれています: 認知症施策にある事業の地域版
多職種による相談会、出前講座、出会いの場作り(カフェ)、いざという時のお助け隊等

⑦生まれている取組みや成果を丁寧に見出し活かす
まとめる、表す

* (小さな) 成果が、地域でたくさん生まれ始めている

* 課題、改善に向けた気づき、アイデアも生まれている

⇒聞き取る、声を集める (アンケート等)、見える化する

⇒話し合う機会をつくる

⇒地域の多様な人に発信、共有する

★埋もれた動き、起きている変化を、具体的に地域に伝える

★見えない努力をしている人に光をあてる

⇒新たなつながり・力がうまれる

参考

ハッピーカード

ハッピーカード2010

シルバー（認知症）サポーターとして、高齢者とごん生出会いがあった、ごん生交響
ができた、ごん生ことがあった……という出来事を記入してください。みんさまの経
験を今後の活動に生かしていきたいと考えています。このカードは毎年藤本市に綾部市
社会福祉協議会に提出してください。

お名前

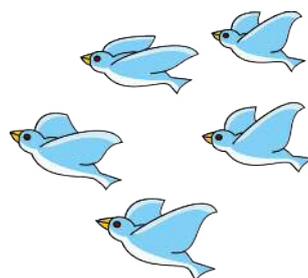
月 日	活動内容	メモ
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		

社会福祉法人 綾部市社会福祉協議会

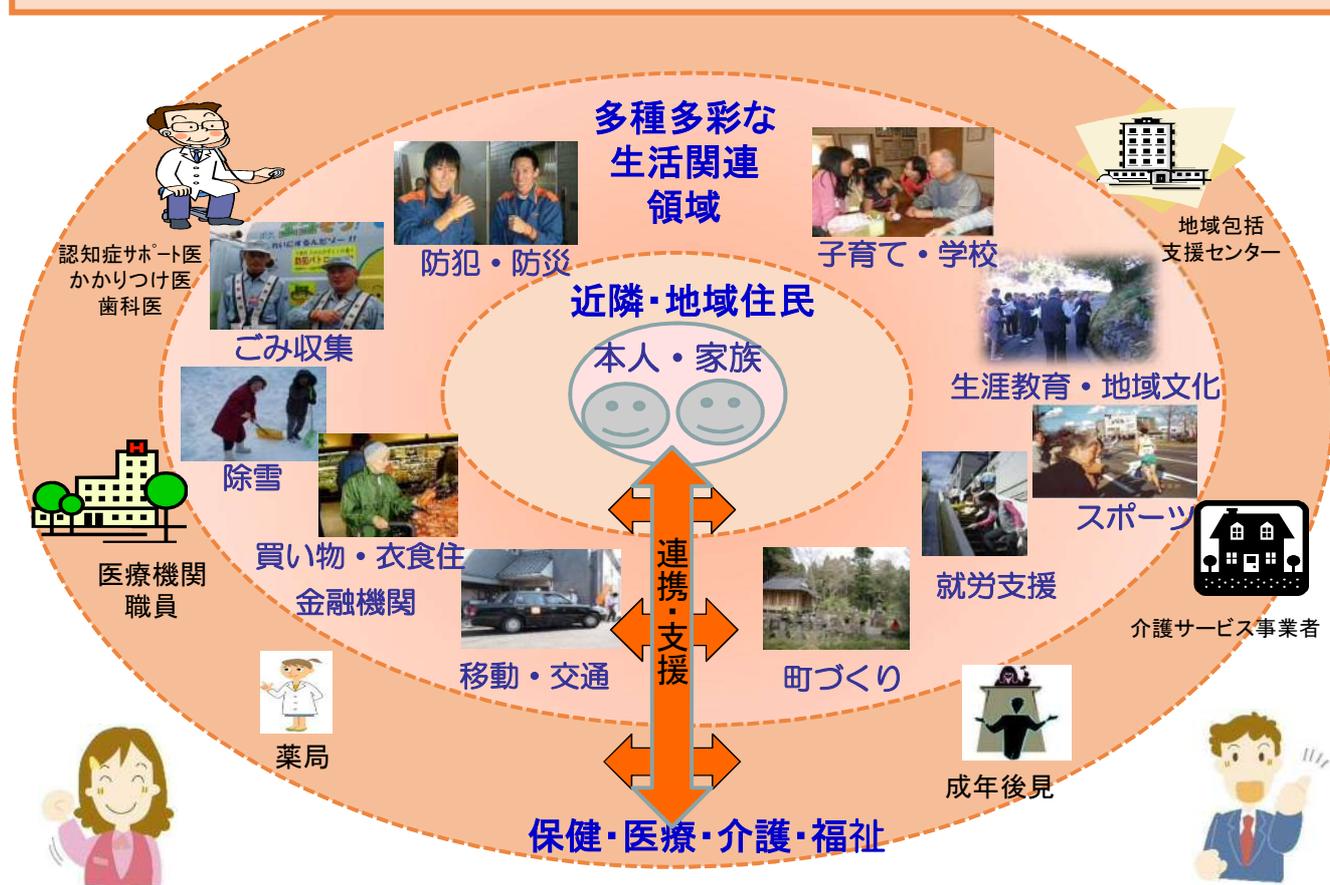
- 認知症サポーターや様々な人に
高齢者との関わり、とりくみの中で、
ちょっとよかったなあ、という
活動やエピソードを気軽にメモしてもらおう
小さなシートをつくり、配る
⇒集める、まとめる
⇒地域に伝える
 - * 「地域の中での」
具体的な成果の集約になる
 - * 自然体での理解、支援、
新たなつながりの呼び水になる

綾部市

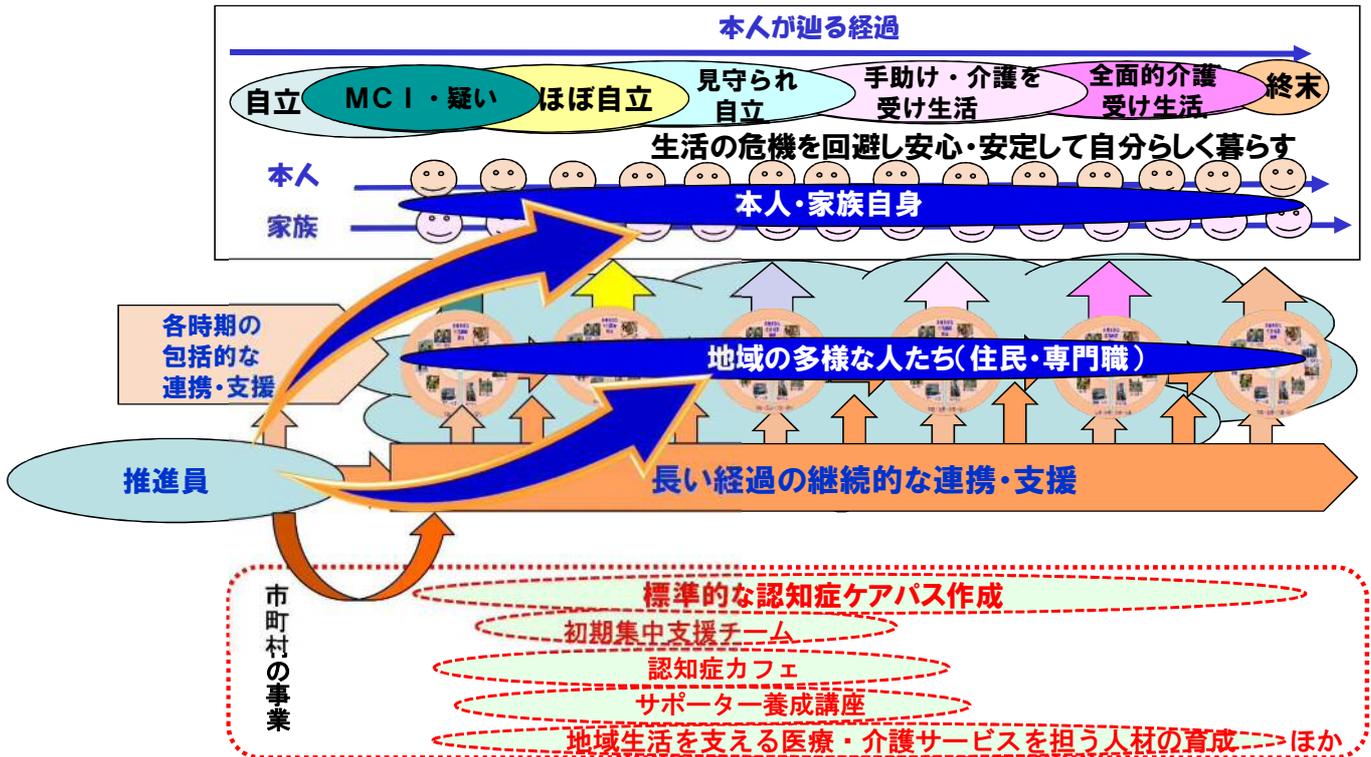
2. 啓発や研修を通じた地域の認知症対応力向上の推進のポイント



支援体制が、認知症の本人・家族とつながり、役立つ威力を発揮するためには
多種多様な人たちの理解・支える力を高めていく必要がある



推進員：地域の多様な人たちの認知症対応力の向上を推進する



認知症対応力を向上を推進していくためのポイント



①認知症対応力向上の推進の「ねらい」を明確に

②推進員の立場・役割の確認や周知を

③地域の関係者の対応力向上に関するニーズを丁寧にあぶりだす

④多様な参加者、参画者を募る

⑤一緒に動き出すための研修企画を立てる

①認知症対応力向上の推進の「ねらい」を明確に

「認知症対応力の向上の推進」のねらいは

「わが町のめざす姿」にむけて

①本人・家族がその時々をよりよく暮らしていくために
役立つ対応を実践できる人を増やす

②本人・家族が地域の中で暮らし続けるために
必要な人たちと連携した実践ができる人を増やす

- * 認知症や認知症ケアに関する一般的な知識を伝えるにとどまらないで。
- * 「何が必要か」、「何ができるか」を考えられる人、
「行動を起こせる人」を育てる

対象が専門職でも、地域住民でも、当事者でも

○自分なりに考える、話し合う時間をつくる。

* できたら一緒につくったり、まとめる作業を



○参加者の中の前向きな意見、取組みを
語ってもらう時間をつくる。



○これから「できること」を具体的に明確にし、
確認しあう。⇒明日からの行動へ

* 啓発講座や研修等は、手段・きっかけ

講座や研修だけでは、実践力はつかない。

⇒講座や研修後に各自が「できること」を見つける
継続的な学び↔実践を推進をしていく。



②推進員の立場・役割の確認や周知を

* 推進員は、「自分が、直接教える」というより「推進役」

- ・わがまちの多様な人たちが、同じ方向を向いて「認知症対応力」を高めていくことを、一步一步推進していく役割
→わが町にあった計画をたて、実施、改善していく(PDCAサイクル)。少しずつ、着実に、対応力のある人を増やしていく。
 - ・一緒にやりながら、講師役や運営役をふやしていく
* 講師等の依頼が来た時に、逆提案を
 - ・推進員自身も対応力を高めていく
→推進員もいっしょに学びながら、育っていく。
- * 地域にいる、「対応力を持った人」を探し、力を借りながら

若い職員が
自分も勉強しながら
講師役



ホームに関わる
医師も講師役を
引き受けて

利用者の
家族

本人も

研修になかなか
行けない地元の
ヘルパーさん

グループホームの職員が
ご近所の人を集めての実践的な勉強会を
自主的に継続開催。
(「やりたい」という職員の声をとらえて、応援)
→勉強会后に、相談につながる人が多い。
→職員が利用者さんと、そのお宅に遊びに行きがてら
さりげない、見守りや支援に展開



職員が実際に体験した実例をもとに
地元によくある例を、地元言葉で
わかりやすく再現・解説
→「よくわかった」
「もっと知りたい」
「今度はいつ？」
共感してくれる人、
手伝いを申し出てくれる人も

地域で動き出している人、動き始めたいと思っている地域の人を
後押ししよう、見守り必要なバックアップを

③地域の関係者の対応力向上に関するニーズを丁寧にあぶりだす

多様な人との様ざま機会を通じて、ニーズをとらえていく。

○困っていることは何か？

具体的に：どんな場面、状況で

○（もう一步）実際に知りたいことは何か？

○これからの○○に「力をつけてほしいこと」はどんなことか？
問題指摘ではなく、前むきに

例）・本人、家族からみて⇒地域の人、医師、ケアマネ、介護職等は・・・

・医師からみて ⇒家族、ケアマネ、介護職、薬局等は・・・

・ケアマネ、介護職からみて⇒家族、介護職同士、医師、地域の人等

啓発・研修等のテーマ、内容、具体例等に、活かしていく。

地域のニーズをもとに

- ・「当事者視点」をしっかりと
- ・本人の意思をもっと大事に適切な支援がつながっていくことをめざすため。



- ・「顔」を知りたい
- ・互いの「立ち位置」を知りたい
- ・限界と可能性を話しあいたい
- ・「思いや行動のズレ」を減らしたい

本人によけいなダメージを
与えないために

④多様な参加者、参画者を募る・つなげる

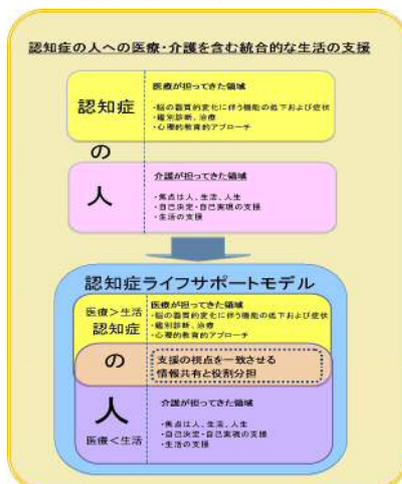
- ・**当事者：本人・家族(親せき)**
→当事者の対応力向上を重視しよう
* 今後は、特に本人
 - ・本人は、知識・情報不足に悩んでいる人が多い。
 - ・本人自身も、偏見・誤解が強く、状態悪化、利用拒否の要因
 - ・認知症でも、本人は学習能力がある。
- ・**地域住民・地域で働く多領域の人たち**：民産学官
* 地元ならではの人間 例：地元企業
* 官：多様な行政部門の人たち
- ・**専門職：保健・医療・介護・福祉・法律・その他**
医師、歯科医、薬剤師、看護師、
PT、OT、ST、歯科衛生士、栄養士、
PSW、相談員、
支援機器、
その他
- ・**議員・首長**

* 推進員が縦割りを超えるきつかけづくりを
つなげる：組み合わせる・合流をはかる

認知症ケアに携わる多職種協働研修の推進 - 「認知症ライフサポートモデル」 -

- 認知症ケアに携わる多職種の共通基盤（プラットフォーム）づくりを目指して開発された教育プログラム
- 認知症の早期から終末期に至るまでの長い道のり（認知症ケアパス）を切れ目なく支えていく多職種協働のチームづくりを目指すもの
～医療も介護も生活支援の一部であることを十分に認識し、専門職相互の役割・機能を理解しながら、統合的な支援に結びつけていくため、多職種参加型の研修を通じて、認知症の人に関わる様々な専門職が、ケアを提供する上での目的・目標を共有し、認知症ケアに関する多職種協働・チームケアの推進や専門領域ごとの機能発揮を高める。

<認知症ライフサポートモデル～概念～>



～研究事業における取組（平成23～25年度）～

厚生労働省老人保健健康増進等事業「認知症ライフサポートモデルを実現するための認知症多職種協働研修における効果的な人材育成のあり方に関する調査研究事業」
((株)ニッセイ基礎研究所)

<研修テキスト>



http://www.nliresearch.co.jp/report/misc/2014/p_repo140415-2.pdf

<最終報告書>

※研修講師役（ファシリテータ）養成を含む。

http://www.nliresearch.co.jp/report/misc/2014/p_repo140415-1.pdf



～研修風景～

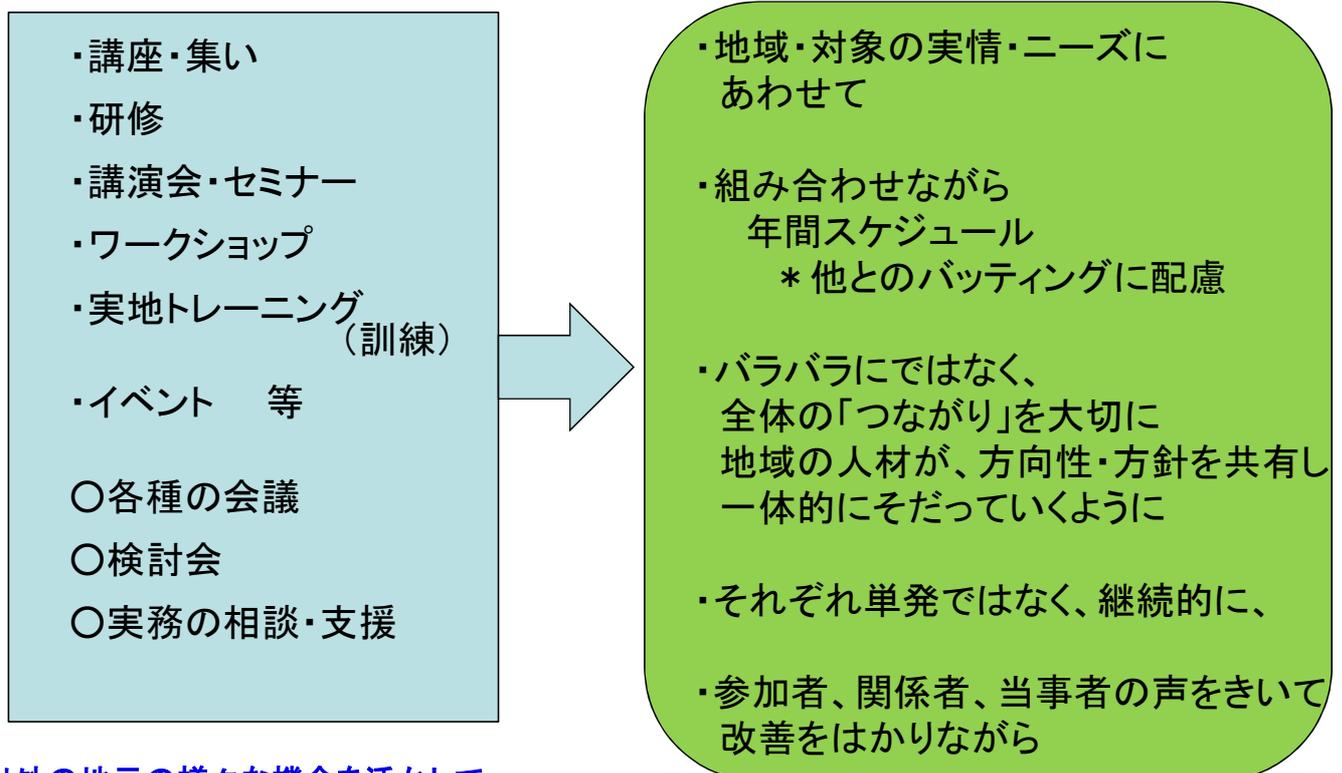
⑤一緒に動き出すための研修企画を立てる

活動していく上で、大切な人材・組織(計画・運営、講師・助言者 等)

- 行政、地域包括支援センターの各専門職・事務職の人達
- 当事者・当事者組織(本人の会、家族の会): 現在進行形の人、介護を終えた家族
- 地域住民・地域で働く人たち : 民産学官
 - * 地域の中ですでに地域支援や多様な地域活動を実践をしている人
⇒ 体験を通じて: 失敗、試行錯誤のプロセス、取組み内容、手ごたえ(成果)
認知症の人への視点、理解、支援の変化、今後への意欲・アイデア
- 専門職: 保健・医療・介護・福祉・法律・その他
 - * これまで認知症の人の(地域)支援に実際に取組んできている人たち
サポート医、専門医、かかりつけ医、(認知症認定)看護師
キャラバンメイト、当事者を地域で支えるケアの実務者(地域密着型サービス等)
認知症介護指導者、認知症介護実践リーダー研修修了者 等

* 地域に眠っている人材を発掘！ 活動しながら見つける。

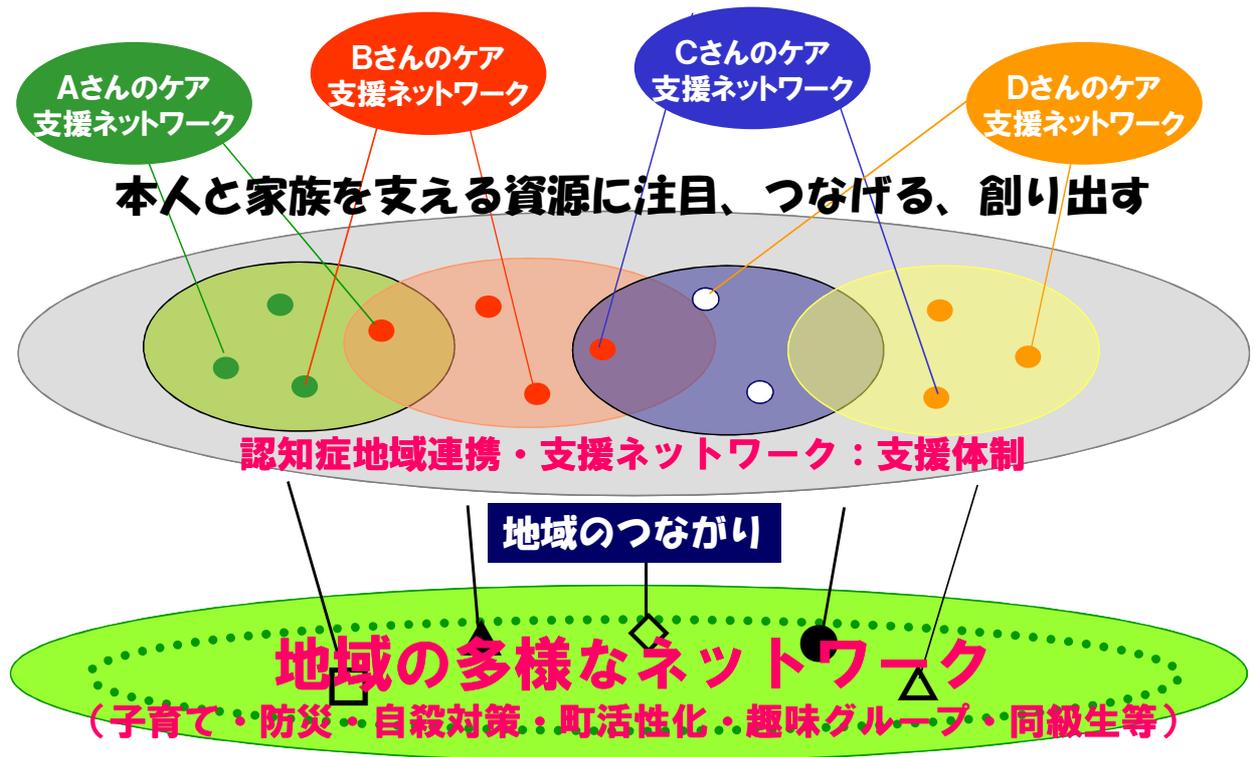
対応力向上の推進を図れる機会



* 認知症以外の地元の様々な機会を活かして

例) 地域包括ケア、在宅療養、見守り、消費者被害、交通安全、防災、人権擁護、子育て支援、町のイベント等々

一人一人の個別ケアと地域連携・ネットワークづくりは地続き



地域の力は、どの地域にも必ずあります。

どんどん「わがまち」に出て、人と出会い、つながりましょう。

地域の力を引き出し、ひたすらつなぐ・・・

地道な取組みの一步一步を。



