

平成 25 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

認知症ケアパスを適切に機能させるための調査研究事業

検討委員会報告書

2014年3月

一般社団法人財形福祉協会

目 次

第1章 事業概要	1
第1節 背景とねらい	1
第2節 事業の経過（平成24年度～平成25年度）	1
第3節 認知症ケアパスを適切に機能させるための調査研究	3
第4節 「認知症ケアパス担当者セミナー」の実施概要	4
第5節 成果のとりまとめおよび公表について	5
第6節 検討委員会および小委員会の開催	6
第7節 委員会構成	8
第2章 認知症ケアパスを念頭に置いたマクロの計画策定とミクロのケアマネジメント支援	11
第1節 はじめに	11
第2節 認知症ケアパスと地域包括ケア	11
第3節 マクロ的な制度機能政策	16
第4節 今後の取り組みに向けて	29
第3章 認知症ケアパスをミクロの視点から捉える	31
— 認知症ケアパスを適切に機能させるために必要なこと	
第1節 小委員会の取り組み	31
第2節 認知症の人の生活が継続できる「道(Pathway)」(視点1)	33
第3節 認知症の人のケアマネジメントの考え方(視点2)	55
第4節 認知症ケアにおける情報連携の考え方(視点3)	64
第5節 認知症の人(本人)の声(視点4)	103
第4章 認知症ケアパス作成に向けた自治体の動き	113
第1節 認知症ケアパスの作成のポイントを考える	113
事例報告 奈井江町	113
事例報告 町田市	123
事例報告 加賀市	131
第2節 訪問調査	139
訪問調査 世田谷区	140
訪問調査 泉南市	156
訪問調査 たつの市	167

第5章 おわりに	179
第1節 オレンジプランにおける「認知症ケアパス」の位置づけ	179
第2節 マクロの計画策定とマイクロの実行機能	181
第3節 今後に向けて	183
参考資料 「認知症の人に対するケアマネジメントにおける手順と専門職の心得」	185

第1章 事業概要

第1節 背景とねらい

認知症施策の平成25年度から平成29年度までの計画をまとめた「認知症施策推進5ヵ年計画（オレンジプラン）」では、7つの柱の1番目として「標準的な認知症ケアパスの作成・普及」が示された。これは、早期診断や早期対応の遅れ、行動・心理症状への不適切な対応などにより、不必要な施設入所や精神科病院への入院が増えていること、また、「認知症の人は在宅で生活することは難しく、施設や精神科病院に入所・入院する」という考え方がいまだに多いなどの課題認識のもと、認知症の人の早期から終末まで、どのような状態であっても対応できるサービス基盤を構築し、適切なコーディネートがなされる体制づくりを目指すものである。

各市区町村には、平成27年度からの第6期介護保険事業計画策定を見据え、認知症ケアパスがより明確かつ効果的に遂行されるような地域包括ケアシステムの構築とともに、地域主権的、独自性のある政策形成が求められている。また、その実現に向けて、地域における認知症の人の状態把握や認知症に関連する医療・介護・地域の社会資源等の詳細な実態把握などにより、それぞれの地域の課題を抽出・整理し、その課題に対して、高齢者等の尊厳とQOLの向上を念頭においた認知症施策を早急に検討していくことが必要である。

第2節 事業の経過（平成24年度～平成25年度）

本検討委員会は、厚生労働省老人保健健康増進等事業により平成24年度から平成25年度までの2年間にわたり実施してきた研究事業である。各自治体での作成が求められる「認知症ケアパス」について、今後、必要となる様々な手順や段取りをまとめた「認知症ケアパス作成のための手引き」は、平成24年度事業に作成した素案をもとに今年度事業の中で完成させ、平成25年9月、研究事業実施主体である一般社団法人財形福祉協会のホームページに公表した。

また、平成25年度における中心的な取り組みとしては、認知症ケアパスにプロットされる社会資源に、今後、どのような機能や役割が求められるのかということや、認知症ケアパスを適切に機能させるためのケアマネジメントの考え方に着眼し、認知症ケアパス作成の一助となる情報提供を目的に議論を進めてきたところである。

研究事業の流れ

平成 24 年度 「認知症ケアパス作成のための調査研究事業」

(取り組み内容)

- ・ 各自治体における認知症ケアパスの作成支援に関する論点整理
- ・ 「認知症ケアパス」の作成における手順をまとめた「認知症ケアパス作成のための手引き」素案を作成

(研究事業の成果物)

- 平成 24 年度究事業報告書(平成 25 年 3 月)
 - I 「ケアの流れを変える」認知症施策の取組み
 - II 検討委員会の設置と開催状況
 - III 検討委員会における議論
 - IV 「認知症の人に必要なサービスを把握するための気づきシート」の作成
 - V 次年度の検討事項 等

平成 25 年度 「認知症ケアパスを適切に機能させるための調査研究事業」

(取り組み内容)

- ・ 平成 24 年度に作成した「認知症ケアパス作成のための手引き」のブラッシュアップと成果物の公表
- ・ 「認知症ケアパス」を適切に機能させるための社会資源づくり、ならびに認知症の人のケアマネジメントに関する、①課題の整理、②調査および情報収集、③今後求められる方向性に関する議論のまとめ(情報検討委員会に設置した小委員会を中心に実施)
- ・ 平成 25 年度の研究事業における成果内容に関する報告の場として、「認知症ケアパス作成担当者セミナー」を開催(開催日:平成 26 年 2 月 14 日)

(研究事業の成果)

- 「認知症ケアパス作成のための手引き」と付随するワークシート等(平成 25 年 9 月)
 - 1. 『認知症ケアパス作成のための手引き』
 - 2. 『気づきシート (PDF 版)』
 - 3. 『気づきシート (Excel 版)』
 - 4. 『気づきシート・記入例』
 - 5. 『社会資源シート (PDF 版)』
 - 6. 『社会資源シート (Excel 版)』
 - 7. 『社会資源シート・記入例』

○平成 25 年度研究事業報告書（平成 26 年 3 月）

※上記の成果物は、一般社団法人財形福祉協会ホームページからダウンロードすることができます。

第 3 節 認知症ケアパスを適切に機能させるための調査研究

3.1 「認知症ケアパスの作成」における 2 つの視点

前述の通り、各自治体における「認知症ケアパスの作成」においては、介護保険事業計画というマクロの視点と、個別の人のケアマネジメントというミクロの視点を併せ持ち、認知症政策の推進と認知症のケアマネジメントの質の向上の両方に取り組んでいくことが求められている。

24 年度から 25 年度前半にかけてとりまとめた「認知症ケアパス作成のための手引き」は、このマクロの視点により、認知症ケアパスを介護保険事業計画に取り入れていくための手順を示した支援ツールである。また、ミクロの視点は、今年度の中心的なテーマに据え、検討委員会に設置した小委員会において、個別の人のケアマネジメントのあり方や、認知症ケアパスが適切に機能するために、今後、どのような取組みが求められるかという点に焦点をあてながら情報収集および議論の整理を行った。

3.2 小委員会の取り組み

「認知症ケアパスを適切に機能させる」とは、個別の認知症の人が、自らの力（資源）や地域に作られる認知症ケアパスを活用し、望む暮らしや地域社会での継続的な暮らしを獲得していくことであると捉えられる。小委員会では、次の 4 つの視点に基づいて情報収集ならびに意見集約等を行った。

視点 1 認知症の人の生活が継続できる「道 (Pathway)」

認知症の人は、認知症ケアパスに紐づけられた様々な社会資源を使って、認知症の早期から終末期までの長い道りを歩むことになる。一人の認知症の人にとってのケアパスが、より個別の人のニーズにそったものとなるために、「地域に作られる社会資源にはどのような機能が求められるのか」というのがここでの課題意識になっている。小委員会では、認知症施策に先駆的に取り組む自治体へのアンケート調査ならびにヒアリング調査などから情報を収集し、社会資源づくりにおける着眼点を整理した。

視点 2 認知症の人へのケアマネジメント

2 つ目の視点は、個別の人の認知症ケアパスが適切なものとなるためのケアマネジメントのあり方に関する考え方の整理である。ケアマネジメントという言葉は、介護保険給付と直結した狭義のケアマネジメントの意味で使われることが多い。しかし、認知症

ケアパスを適切に機能させるということを考える上では、認知症ケアパスの入口にある早期の段階（未認定の時期）において、インフォーマルサービスの利用や、本人が持っている多様な資源活用を含めた、広義のケアマネジメントに取り組んでいく必要がある。

小委員会では、この講義のケアマネジメントにおける課題を整理し、今後の取り組み課題を整理した。

視点3 認知症ケアにおける情報連携の考え方

3つ目の視点は、認知症ケアパスを適切に機能させるための情報連携のあり方についてである。例えば、行動・心理症状の背景をひも解く上では、本人の身体状態などに関する医学的な情報とともに、個別の人が何を望み、どんな暮らしを望んでいるのかというような「本人の生活や個別性に関わる情報」も極めて重要な要素となる。認知症ケアにおける医療と介護の連携不足が指摘される中、認知症ケアにおける情報連携の意義や課題を踏まえて、多職種協働につなげていくための情報の中身（連携項目）を明らかにした。

視点4 認知症の人（本人）の声

4つ目の視点は、認知症ケアパスに紐づけられる社会資源づくりや、認知症の人へのケアマネジメントに、認知症の人（本人）の声を活かしていくことの大切さについてである。認知症ケアパスを歩むのは、他でもない認知症の人自身である。認知症ケアパスを作成するうえでも、本人が何を望み、どのような暮らしを求め、今、生活の中でどのような不自由さを感じているのかということに着眼していく姿勢は重要である。小委員会では、その第一歩として、インタビューによる認知症の人の声を聞く場を設け、実際に「認知症の人の声を聴く」とはどのようなことなのかを体験する試みを行った。また、その体験を通して、認知症の人に向き合う際に求められる配慮や注意すべきことなどをまとめた。

第4節 「認知症ケアパス担当者セミナー」の実施概要

各自治体における認知症ケアパスの作成に向けて、行政の役割や取り組み課題を明らかにするための「認知症ケアパス作成担当者セミナー」を以下の通り開催した。

4.1 開催日時

平成26年2月14日（金）13時～17時

4.2 対象者

都道府県・指定都市認知症施策所管課の担当者
及び 市区町村認知症施策所管課の担当者

なお、当セミナーの記録については、全編録画したDVDを作成し、全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会（平成26年2月25日）において配布した。

4.3 会場

コンベンションホール・A P 浜松町（東京都港区芝公園 2-4-1 芝パークビルB館）

4.4 プログラム

13:00	開会挨拶	勝又 浜子 氏 厚生労働省老健局 高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室室長
13:05	第1部 基調講演	地域包括ケアシステムの実践 ―認知症ケアパスを念頭に置いたマクロの計画策定とミクロのケアマネジメント支援 東内 京一 氏 和光市保健福祉部 部長 「認知症ケアパスを適切に機能させるための調査研究事業」検討委員会委員長
13:45	第2部 小委員会報告	認知症ケアパスを適切に機能させるために 宮島 渡 小委員会委員長 社会福祉法人恵仁福祉協会常務理事 岩尾 貢 小委員会副委員長 社会福祉法人鶴寿会専務理事 数井 裕光 小委員会委員 大阪大学大学院医学系研究科講師 黒岩 尚文 小委員会委員 株式会社浪漫代表取締役 水谷 佳子 小委員会委員 特定非営利活動法人認知症当事者の会 山梨 恵子 株式会社ニッセイ基礎研究所
15:05	- 休憩 -	
15:25	第3部 シンポジウム	認知症ケアパス作成のポイントを考える ～各自治体の取り組みより ○自治体事例報告○ 奈井江町(北海道)小澤 敏博 氏 健康ふれあい課課長 町田市 (東京都)古川 歌子 氏 いきいき健康部高齢者福祉課担当係長 加賀市 (石川県)北口 未知子 氏 高齢者こころまちセンター係長 (コーディネーター) 東内 京一 氏 和光市保健福祉部 部長 (シンポジスト) 新田 國夫 氏(在宅医)医療法人社団つくし会 新田クリニック院長 佐藤 アキ 氏(自治体)山鹿市市民福祉部介護保険課課長 宮島 渡 氏 (事業者)高齢者総合福祉施設アザレアンさなだ施設長
17:00	閉会	

第5節 成果のとりまとめおよび公表について

本研究事業における成果物は、一般社団法人財形福祉協会ホームページよりダウンロードが出来ます。 <http://www.zaikei.or.jp/>

- ① 「認知症ケアパス作成のための手引き」と付随するワークシート一式
- ② 認知症ケアパスを適切に機能させるための調査研究事業検討委員会報告書（本書）
- ③ 「認知症ケアパス担当者セミナー」配布資料

第6節 検討委員会および小委員会の開催

【検討委員会の開催】

第1回検討委員会

平成25年7月16日(火) 14:00～15:40

於：株式会社ニッセイ基礎研究所会議室

- ・「認知症ケアパス作成のための手引き」の修正案に関する検討
- ・小委員会の進め方について
- ・「認知症ケアパス作成担当者セミナー」の開催について

第2回検討委員会

平成25年11月27日(水) 18:00～20:00

於：株式会社ニッセイ基礎研究所会議室

- ・「認知症ケアパス作成のための手引き」改定版作成に関する報告
- ・小委員会の進捗状況の確認と意見交換
- ・「認知症ケアパス作成担当者セミナー」の運営について

第3回検討委員会

平成26年3月27日(木) 17:30～18:30

於：株式会社ニッセイ基礎研究所

- ・「認知症ケアパス作成担当者セミナー」の開催報告
- ・平成25年度研究事業報告書案の確認

【小委員会の開催】

第1回小委員会

平成 25 年 8 月 23 日(金) 13:00～16:00

於：株式会社ニッセイ基礎研究所 会議室

- ・ 事業概要ならびに小委員会の運営等について
- ・ 作業部会 1 サービスアーケードづくりに関する意見交換
- ・ 作業部会 2 パスの伴走者（パートナー）づくりに関する意見交換
- ・ 作業部会 3 認知症の人の思いをつなぐバトンづくり（認知症連携ツール）に関する意見交換
- ・ 作業部会 4 本人の声を活かした認知症の備え（読本）づくりに関する意見交換

第2回小委員会

平成 25 年 9 月 10 日(火) 13:00～16:00

於：株式会社ニッセイ基礎研究所 会議室

- ・ 作業部会 1 自治体アンケートの実施ならびに調査票の検討
- ・ 作業部会 2 認知症の人のケアマネジメントのあり方に関する検討
- ・ 作業部会 3 認知症連携ツールのあり方に関する検討
- ・ 作業部会 4 本人の声を活かした認知症の備え（読本）づくりに関する検討

第3回小委員会

平成 25 年 10 月 7 日(月) 13:00～16:00

於：株式会社ニッセイ基礎研究所 会議室

- ・ 作業部会 1 自治体アンケートの進捗確認と自治体訪問調査に関する進捗確認
- ・ 作業部会 2 認知症の人のケアマネジメントのあり方に関する報告書骨子の確認
- ・ 作業部会 3 認知症連携ツールに関する報告書骨子の確認
- ・ 作業部会 4 本人の声を活かした認知症の備え（読本）づくりに関する進捗確認

第4回小委員会

平成 25 年 11 月 18 日(月) 13:00～16:00

於：株式会社ニッセイ基礎研究所 会議室

- ・ 作業部会 1 自治体アンケート結果の確認と自治体訪問調査の進捗確認
- ・ 作業部会 2 認知症の人のケアマネジメントのあり方に関する報告書素案の検討
- ・ 作業部会 3 認知症連携ツールに関する項目の整理と普及・推進における課題検討
- ・ 作業部会 4 本人の声を活かした認知症の備え（読本）づくりに向けた進捗確認

第7節 委員会構成

[検討委員会]

委員長	東内 京一	和光市保健福祉部 部長
	岩尾 貢	社会福祉法人鶴寿会専務理事 介護老人福祉施設サンライフたきの里施設長
	数井 裕光	大阪大学大学院医学系研究科講師
	佐藤 アキ	山鹿市市民福祉部介護保険課 課長
	進藤 由美	社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター研究主幹
	館石 宗隆	札幌市保健福祉局 医務監
	新田 國夫	医療法人社団つくし会 新田クリニック院長
	宮島 渡	社会福祉法人恵仁福祉協会 常務理事 高齢者総合福祉施設アザレンさなだ施設長

(委員長以下五十音順・敬称略)

[小委員会]

委員長	宮島 渡	社会福祉法人恵仁福祉協会常務理事 高齢者総合福祉施設アザレンさなだ総合施設長
副委員長	岩尾 貢	社会福祉法人鶴寿会専務理事 サンライフたきの里施設長
	数井 裕光	大阪大学大学院医学系研究科講師
	進藤 由美	社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター研究主幹
	蔭西 操	南加賀認知症疾患医療センター 精神保健福祉士

黒岩 尚文	全国小規模多機能型居宅介護事業者連絡会理事 株式会社浪漫代表取締役
神保 康子	特定非営利活動法人白十字在宅ボランティアの会 暮らしの保健室 事務局
前田 隆之	特定非営利活動法人町田市つながりの会 理事長
水谷 佳子	特定非営利活動法人認知症当事者の会 医療法人社団こだま会こだまクリニック看護師

(委員長以下五十音順・敬称略)

[オブザーバー]

勝又 浜子	老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室 室長
岡本 慎	老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室 係長
吉田 知可	老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室
西澤 栄晃	老健局介護保険計画課 課長補佐
内山 徹	老健局介護保険計画課 老人福祉計画官
齋木 哲夫	老健局介護保険計画課 計画係長
朝川 知昭	老健局 振興課 課長
岡島 さおり	老健局 振興課 課長補佐
鈴木 貴士	老健局 振興課 人材研修係長

[事業実施者]

横溝 幹弘	一般社団法人財形福祉協会 理事長
-------	------------------

[調査・事業運営委託先]

山梨 恵子	株式会社ニッセイ基礎研究所 生活研究部准主任研究員
-------	---------------------------

第2章 認知症ケアパスを念頭に置いたマクロの計画策定とミクロのケアマネジメント支援

検討委員会委員長 東内 京一

第1節 はじめに

認知症ケアパスとは、日常生活圏域において、認知症を有する高齢者等がどのような状態にあっても対応できるサービス基盤を構築し、的確なコーディネートがなされる体制をシステム化する地域環境を具現化するツールである。言い換えれば、「地域包括ケア計画」と「認知症に特化したケアマネジメント」により、地域の中で、どのような認知症の状態でも支援していくことが可能となる体制をつくるということである。このため、介護保険事業計画という「マクロの視点」と、個別の認知症の人のケアマネジメントという「ミクロの視点」を併せ持ち、認知症政策の推進と認知症のケアマネジメントの質の向上の両方に取り組んでいくことが重要になるのである。市町村には、「わがまち」の認知症を有する高齢者に対し、まずは基本方針を明確にし、地域包括ケアを念頭に置くランドデザインとその機能を追求していくことが求められている。

第2節 認知症ケアパスと地域包括ケア

2.1 地域包括ケアとは

我が国における高齢化が様々に課題視されている。その内容とは、今後、後期高齢者は右肩上がりの増加となり、一方で40歳以上74歳未満の人口は一定期が来ると減少していくというものである。我々は、高齢化の進展が2025年に向かっていく中で起きてくるということをしっかりと理解しておくことが必要である。

地域包括ケア研究会（老人保健健康増進等事業）の報告書において、これからは介護保険・医療保険サービスのみならず、見守りなどさまざまな生活支援や権利擁護、住まいの保障、さらには経済的弱者への支援が切れ目なく、縦割りの制度を超えて提供されることが必要になってくるといわれている。

いわゆる団塊の世代の方が、2025年には75歳、2030年には80歳を超える。その中で、高齢者ケアニーズ・課題の増大が起こる。また、単身世帯が多くなり、認知症を有する高齢の方の増大が想定されている。

このような現状においては、各制度や提供システムが、連携というようなものではなく、さらに強固に“連結”をしていかなければならない。例えば、規模の大きな市の中には、認定審査課、介護保険の給付の担当課、地域包括支援センターの担当課等が、縦割りになっているところもある。認知症関連の施策を進める際には、認知症担当者が、

これらの保険給付の担当や事業計画の担当と、効果的な“連結”をしていくことが必要である。

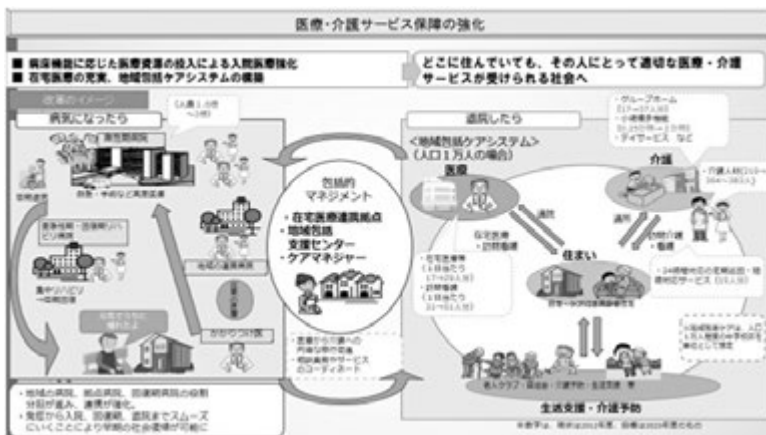
介護と医療のサービス提供システムが分断されている場面や、在宅と施設、病院が分断されているという現状もある。機能的な連携が見られないことも多い現状において、地域で包括的かつ継続的にサービスをつないでいく仕組みが、地域包括ケアシステムである。

その中でも、認知症に特化した包括ケアシステムについて述べていく。

2.2 認知症に特化した地域包括ケアとは

図1は、急性期やリハビリなどに特化をしていくために、地域に医療・介護の連携のさらなる充実が必要だということが示されている。認知症においては、小規模多機能型居宅介護やグループホーム、24時間定期巡回、さらには認知症のサポート医や、認知症専門医、そして在宅医療支援診療所等が地域の中に整備されていくことが、大前提となる。

図1 医療介護サービス保障の強化



加えて、認知症に特化して言うと、運動機能や栄養ばかりではなく、生活支援や介護予防、認知症の人の閉じこもりを含んだ予防施策が、早期発見、早期対応につながる鍵となる。これらを基本的には、市町村の日常生活圏域単位で行っていく必要がある。

介護サービスの充実、医療との連携強化、予防の推進、見守り、高齢期の住まいについても、「認知症」という文字をつけて、包括ケアのあり方を考えて見ると、どのようなシステムを目指すべきかが見えてくるのではないだろうか。

図2 地域包括ケアシステムにおける「5つの構成要素」



図2は平成24年度の地域包括ケア研究会の中で示されたもので、慶應大学の田中滋先生が作成したものである。葉にフォーマルサービスがあり、その根元には生活支援・福祉サービスがあり、その下に、住まいと住まい方、さらに、本人・家族の選択と心構えというものがある。

認知症は特に、本人とその方を取り巻く家族のケアの選択は重要であろう。今までは選択肢が少なく、どちらかというと病院・施設志向という部分もあった。これからは、地域にさまざまな選択肢を増やし、本人や家族の選択の幅を広げていくことが、地域包括ケアの中では重要だと考える。

この鉢植えの図は、個人の鉢植えと考えるのが妥当であろう。例えばAさんは、介護、リハビリテーションの部分のみを使うというように、自分が使うべき生活支援・福祉サービスがあり、住まいについてはサ高住か、グループホームか在宅なのかと選ぶ。これはAさん個人の鉢植えである。

違うBさんの鉢植えと考えると、例えば予防と保健、生活支援を使い、そして住まいは本人が在宅を選択しているという形である。Aさん、Bさん、Cさんで、組み合わせの種類が違うということである。

認知症ケアパスについては、認知症でどんな状態でも、それぞれの我が町に合った地域の認知症対策の方針があり、その認知症に対応できるサービスやケアがあって初めて推進が可能になるのである。

2.3 マクロ視点での地域の状態把握

では、認知症ケアパスを作成するうえで、まず何をしなければならないのだろうか。

具体的には、ケアにおける我が町の課題を明確にして、認知症に対応できるようなフォーマルからインフォーマルのサービス資源をつくっていくということになる。自助、互助、共助、公助の中でも特に自助、さらには地域系の互助の強化が、認知症ケアパスにおいては非常に必要な部分である。

ご存知のように、「今後の認知症施策の方向性について」という概要が国から示されている。

ある人が、さまざまな状態になっていく中で、インフォーマルな資源や、介護保険サービス、医療などによって対応していくという流れになっている。

これを各地域で考えるときに、まずしっかりとした介護保険事業計画があり、そこからサービスやケアマネジメント、政策の実行が始まっていくことが重要である。順序が逆では、我が町の課題もわからないままに、課題に合うかどうかわからないサービスが構築されてしまうことになる。

ゆえに、第6期に向けてまず、ニーズ調査やさまざまな実態調査の分析等を行い、認知症の我が町の課題を把握していくということになる。

2.4 地域の社会資源の把握

認知症施策推進5ヵ年計画として、オレンジプランが発信された。平成25年から29年までの5ヵ年戦略となっているが、重要なのは、27～29年の介護保険の6期に、それが大成していくことである。すなわち、平成26年度に介護保険事業計画の策定委員会を設置しない市町村はないと思われるが、策定委員会の中で、ケアパスの部分も重要視した議論や検討が必要となってくる。

標準的なケアパスの作成・普及、早期診断・早期対応、さらには地域での生活を支える医療サービスの構築というのは、地方行政施策の中でも地区医師会などと連携するという単純な言葉だけではない。生活の場において支える医療というものを一緒につくり上げていくのが、自治体の“公民協働”の1つのあり方ではないかと考える。

図3 認知症ケアパスを機能させていくために



資料：「認知症ケアパス作成の手引き」p10より抜粋

自治体介護保険者が具体的に取り組むべきことは、地域ごとの標準的な認知症ケアパスの策定はもちろん、認知症の人の生活機能障害の進行にあわせて、いつ、どこで、どのような医療・介護を受けることができるのか、具体的な機関名やケア内容をあらかじめ認知症の人とその家族に提示をすることである。どのようなサービスがあるのかを提示できるということは、そこに地域資源マップなり、パンフレット等も整備されているということである。

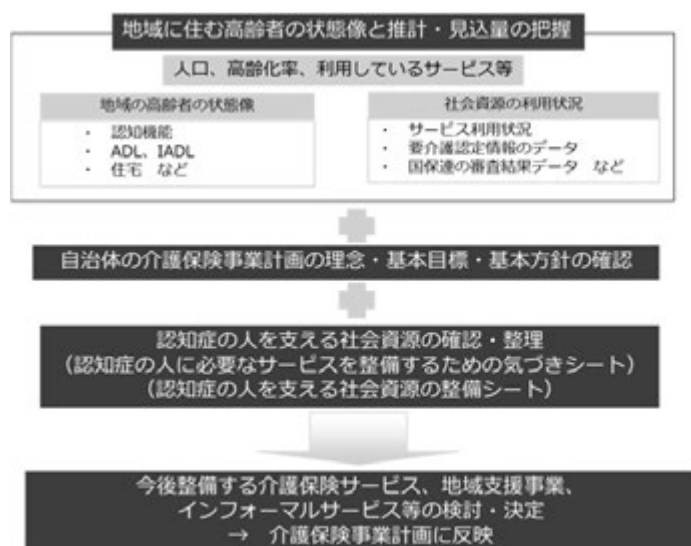
介護保険法もあり、地域支援事業もあり、高齢者福祉サービスもあり、地域の資源もある。そういったものを組み合わせ、暫定的なケアプランのようなものをいくつか作成し、選んでもらうことも一つの方法である。

2.5 介護保険事業計画と認知症ケアパス

次に、第6期介護保険事業計画の中に、認知症ケアパスの概念を落とし込んでいくことについて述べる。

地域の認知症高齢者の状態像を踏まえ、社会資源整備の流れをつくる際に、事業計画の基本目標と方針の確認を行うことが必須である。さまざまな状態像に応じて、社会資源、すなわち地域のサービス、地域力のようなものを整備することが必要である。優れたサービスがあっても、介護保険計画とのひも付けができていないと、なかなか具体的なケアマネジメントにつながっていかない。

図5 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手引き」p35より抜粋

例えば、当自治体には認知症の方が 100 人いるということがわかったとき、実際にはあり得ないだろうが、オール施設対応でいくという方針も中にはあるだろう。しかし、現在、国の舵は地域包括ケアへと大きく切られており、認知症の人の尊厳を守るには、地域や在宅で支えるという視点を欠かすことはできない。ということは、認知症の方が 100 人いるとわかったら、100 人全員を在宅で見えていくというのも、基本方針の 1 つである。

事業計画の策定においては、あるべき方針を、市町村の介護保険担当者が首長へ進言し、政策方向によって強く打ち出さない限り、認知症施策の効果的な推進は不可能である。つまり、国から言われたのでとりあえず書いておこうというのでは、認知症の施策は立ち上がってこないということである。

6 期に向けて、認知症に関しては、絶対的な方針を計画の中に位置づけ、2 段目、3 段目に、気づきシートや資源整備シート等を使い、その町に合う適正な、“我が町の介護保険事業計画”をつくっていくことがきわめて重要である。

第 3 節 マクロ的な制度機能政策

～和光市の取り組みを中心に～

3.1 和光市の保健福祉と認知症施策

認知症施策についての和光市の例を以下に紹介する。

図 6 にある保健福祉部というのは、次の 4 つの課を所管している。4 つの課とは、生活保護や障害等を担当する「社会福祉課」、子供関係行政すべてを担当する「こども福祉課」、介護保険や高齢者福祉を担当する「長寿あんしん課」、そして保健センターの職員の所管をしたり、メタボ健診を行うなどで国民健康保険事業を運営する「健康支援課」である。

図 6 和光市の保健福祉



そこに、「社会保障プロジェクトチーム」というものを立ち上げ、課を横断する形で、認知症ケアパスや、介護保険事業計画に認知症ケアパスを連動させるような作業を行っている。

例えばニーズ調査の結果において、認知症を有するひとり暮らしの方や、経済的弱者で、借家住まいというキーワードは大変重要な意味を持つ。しかしながらこれらは、単純に基本チェックリストを行っただけでは把握できるものではない。ニーズ調査の中でそのような質問項目があって初めて実態がわかってくるのである。

生活保護受給者も高齢化しており、介護保険の認知症の方で生活保護の受給者の方も多い状況の中で、介護保険の枠内で施策をつくっていても、全く機能しないものになる。生活保護受給者の中には、どれぐらいの認知症の方が今後出てくるのだということを考えていかなければならない。そして、成年後見制度の必要性を考え、ケースワーカーとの話し合いを持ったり、サービス担当者会議に必ず生活保護の関係者を入れなければいけないなどの具体的な方法をもって話し合っ初めて、認知症ケアパスのような流れができてくる。政策形成も行いながら、個々の総合的な相談調整のようなことを社会保障プロジェクトチームで行い、それをケアパスの一貫に定めていくという形である。

図 7 和光市の地域包括ケアシステムの構築

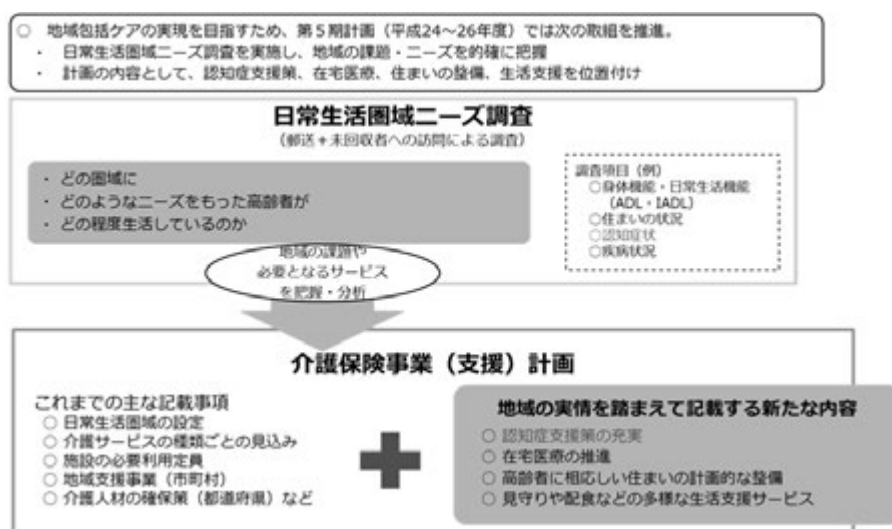


平成 27 年から、生活困窮者自立支援法が施行となる。これは、生活保護受給者の自立を支援する側面と、生活保護に陥れないという予防施策も含まれている。生活保護受給者が高齢化していく中で、認知症の方や経済的弱者の方への支援も、かなり連動してくると考えられる。これは介護予防レベルや、生活機能には支障がないが認知症であるというレベルにおいて、予防的な概念としてかなり近いものがある。細かな部分ではあるが、ケアパスの中において重要な部分である。

3.2 地域ごとのニーズ調査

地域のニーズ調査をする際、和光市では個人記名式で行っている。調査項目には認知症スケールも入っており、市内の地域ごとの認知症の方の実態と状態像を把握する仕組みである。この和光市方式のニーズ調査では、要介護2の方々までをカバーしている。要介護3、4、5の方々については、要介護認定の給付情報を参考に、給付状況や保険料の情報等を連結し、なおかつ認定審査会情報の分析を行っていれば、認知症の方がどうい状態像であるかということは分析可能である。これらを活用し、我が町の認知症を有する高齢者の実態を把握していくことが重要である。

図8 医療や住まいとの連携も視野に入れた介護保険事業(支援)計画の策定



つまり、まずは認知症だけではなく、すべてのニーズ調査を行い、認知症の我が町のレベルや、経済性、認知症の方のADLなどをきちんと把握をする。そのうえで我が町の認知症対策の充実をどのように考えていくかという方針を立てる。そのために、Aさん、Bさんの個別記名式のニーズ調査をやることが有効的である。

これは見える化ともいえる。まずは我が町の我が地域にどのような課題があるかを見えるようにすることである。それができれば高齢者担当職員も、首長も、市民も、市会議員も、事業者も、課題を市内全体で共有することができるだろう。

3.3 方針決定とハード面の整備

状態把握の次に、介護保険事業計画においてインフォーマルとフォーマルを含めてどういう方向で進めていくのかを考える。すべて施設志向なのか、それとも在宅志向で考えるのか、2対3ぐらいの割合で考えるのかという、市町村の基本方針の一番大切なところである。

このようにして計画の大枠をつくり、次に行うのはハード面を考えることである。例えばデイ、小規模多機能、グループホームの誘致や整備はどういう手法で行うかということを考えなければ、認知症施策を含む介護保険事業計画の具現化は不可能である。

3.4 人材育成

もう1つ重要なのは、認知症の方々に携わる人材育成である。これは、介護保険制度内のヘルパーや介護福祉士、ケアマネジャー等のもとより、認知症サポーターや民生委員といった人たちに、我が町の事業計画の方針にのっとり、認知症に関する専門知識を学んでいただくということだ。

このような人材育成がなければ、認知症ケアパスを作成し計画をし、ハードもつくったが動きづらいということが起きてくるだろう。一定の研修などを市町村自体が主催していくということも重要である。

そして、介護保険サービスと、認知症であったら法定後見や任意後見、生活保護等の連動と、かかりつけ医、認知症サポート医等の介護保険以外のサービス、そして住宅系資源を事業計画やケアパスの中に盛り込み、そこで初めて地域の高齢の方等にサービス提供がなされていくことになる。

3.5 地域ケア会議

認知症の方のすべての状態に対応するにあたっては、前述のマクロ的体制がないと難しい。そのため質と量をニーズ調査によって調べ、一定の事業計画に必要な量、供給量で書き込む必要がある。その中で、気づきシートや社会資源整備シートを有効活用していく。

そして次のステップとして重要なのは、地域ケア会議を行うことである。和光市ではコミュニティケア会議と呼んでいるが、そこでAさん、Bさんのミクロのマネジメントがなされることになる。このようなサービスの“連結”を行う場がないと、認知症の高齢者に対応していくのは難しい。

3.6 和光市の取り組みの流れ

和光市の例を少し細かく見てみよう。和光市には図のように3つの日常生活圏域があり、北エリア、中央エリア、南エリアと分かれている。また、この地図中央に配置してある棒グラフでは、軽度認知症リスク、いわゆるMCIレベルを有する方の数を示している。これを見ると、中央エリアだけが高齢者人口の3.8%というような実態が分かる。これは単一的に軽度の方を出しているが、借家住まい、経済的弱者の数などがすべてバックデータに盛り込まれている。

図 9 認知症リスク等の状況(ニーズ調査)



例えば、要介護1の認知症高齢者がその地域に30人いるとする。しかし、その日常生活圏域には、グループホームも小規模多機能もなく、認知症サポーターもゼロであったとする。そこにグループホームを建てようというときに、低所得者の方の4割が要介護1の認知症高齢者なのに、家賃15万円というグループホームを誘致しても、入る人はいない。

そうであれば行政は、家賃助成を考えるのか、公有地を提供して家賃を抑えたグループホームをつくっていくのかということも考えるのも、ケアパスの整備においては重要になってくる。

ニーズ調査は、表面的な結果では本質は見えてこない。回数を重ねることでその実態が見えてくるものである。

社会資源整備シートでは、例えば和光市でいうと、一般デイの利用が100ずつ伸びていったら、今回は50しか伸ばさないで、50は認知症専門デイを2カ所、3カ所つくって、何年後にはそちらに振り分けて行くということを行っている。

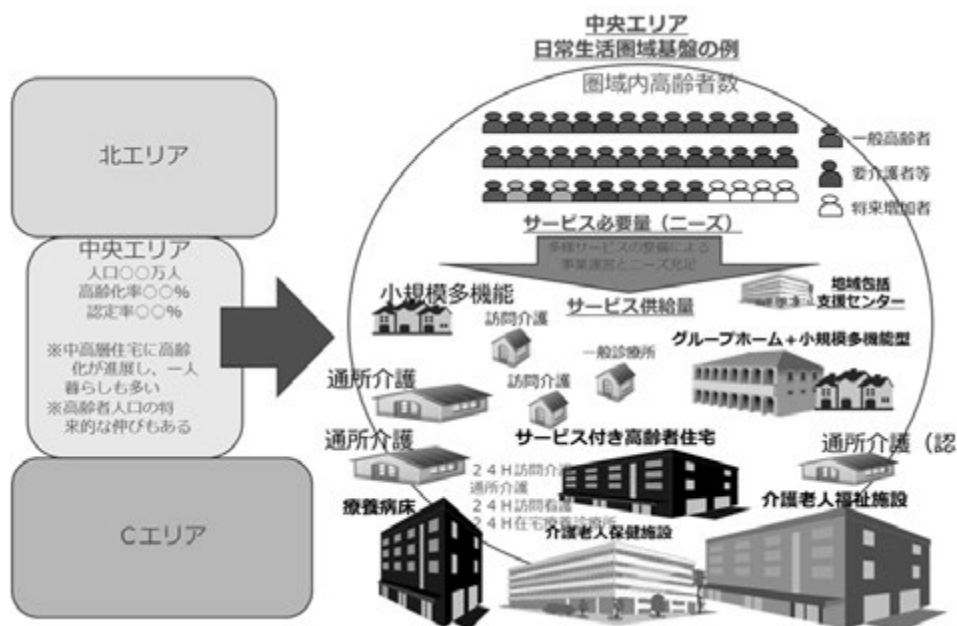
(※整備シートの詳細は、「認知症ケアパス作成の手引き」を参照のこと)

大切なのは、とじこもりの方に通所施設へ来ていただくのではなく、アウトリーチをする訪問系サービスがないと、なかなか早期発見に至ることはできない。アウトリーチの訪問事業を展開すべきである。

和光市のニーズ調査では、未回収の世帯に民生委員が全戸訪問に行っている。この民生委員には、チェックシートの研修を受けていただいている。そのチェックシート未回収の世帯を訪問し、リスクのある方の報告を願うという方法を取っている。このようなことをしなければ、本当の早期発見はできない。ニーズ調査というのは、調査分析だけではなくて、コミュニケーションツールとしても有効なのである。

そして、このような流れで我が町の実態がわかったらどうするか。和光市の場合について、3圏域のうち、中央エリアを見てみる。

図 10 日常生活圏域サービス基盤のイメージ((和光市中央エリア)



中央エリアに一般高齢者の方が何人いるのか。また要介護者の中には、認知症を有する高齢者がどれぐらいいるのか。また、脳梗塞等で要介護状態になっている方がどれぐらいいるのかという実態がわかったら、それに対応するサービスを、その日常生活圏域の中に設定をしていく。

和光市の場合、地域密着型のサービスが多くなっている。必ず小規模多機能居宅介護とグループホームを連結してつくるというような基盤整備をしている。これについても、気づきシート、社会資源整備シートのようなものが当時あったわけではないが、同じような手法を使って数を導き出し、基盤整備を行ってきた。

一般デイ・サービスを小規模多機能居宅介護に変革した年もある。ある法人と協議を行い、小規模多機能居宅介護に転換していただいた。新設を考えるだけでなく、柔軟性を持ったこのような動きが、保険者機能やケアパスを含んだ事業計画の中に求められているのである。

3.7 和光市の介護保険事業計画基本方針

和光市では、介護保険事業計画を「長寿あんしんプラン」と呼んでいる。

図 11 標準的な認知症ケアパス

<p>第5期 長寿あんしんプラン</p> <p>○基本目標 地域包括ケアシステムの構築による介護保障と自立支援の確立を目指して</p> <p>○基本方針</p> <p>①介護予防及び要介護度の重症化予防の一層の推進</p> <p>②在宅介護と在宅医療の連携強化及び施設や病院における入退院時の効果的連携</p> <p>③地域密着型サービスの効果的な整備</p> <p>④自立支援を基本とした地域包括支援センターによる包括ケアマネジメントの推進</p> <p>⑤認知症を有する高齢者の全ての状態に対応できる体制構築</p>

事業計画において基本方針は、必ずどこの市町村も最初を書いてある。しかしながら、標語のような具体性のないものが多い。介護保険事業計画は、3年で目標達成と言われている中で、そのような抽象的な方針では物事が進まないと考え、和光市では、在宅重視でいくという具体的な文言や、医療の連携の強化等、具体的な方針を書き込んでいる。

そして、実際の動きに向けては、認知症を有するすべての状態に対応できる体制構築を構築していくということが計画の基本方針に書いてある。これを基本方針に書かなければ、包括支援センターも市民も、事業者も、この市がどこを向いているのかが分からなくなってしまうからだ。

本来なら、課題の見える化をしておき、それを見た事業者が、うちは認知症に自信がある事業者だから、ぜひグループホームに参入したいということにつながるだろう。事業者側から見れば、マーケットリサーチ情報の性格を持つような情報発信が不可欠なのである。

3.8 インフォーマルサービスの活用と互助

地域支援事業についても、いわゆる地域や NPO、互助など、サービスだけではなく、市には高齢者福祉サービスや障害者サービスもある。

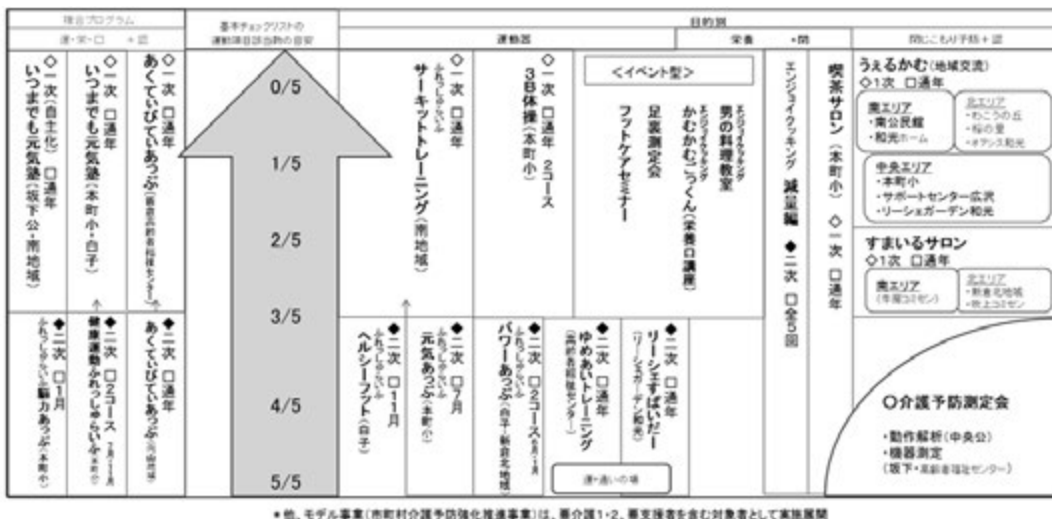
図 12 和光市の市町村特別給付と一般高齢者施策

<p>○特別給付（法定給付同様に指定基準による事業者指定）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 食の自立栄養改善サービス（栄養マネジメント付き配食等） ● 地域送迎サービス（有償運送特区活用 ベッドからベッド） ● 紙おむつ等サービス（パッド、フラット型、周辺商品） <p>○地域支援事業 介護予防・総合生活支援事業導入</p> <p>○一般高齢者施策（介護保険制度を効果的に支援する）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 住宅改修支援事業（法定住宅改修に50万円の上乗せ横だし） ● 家賃助成事業（GH、計画に位置つけたサ高住等） ● その他（利用料助成、住み替え家賃差額助成等）

表は和光市の一例であるが、市町村特別給付のようなもので保険料を上乗せし、一定の認知症を含む要介護認定者の方には、食事や送迎を保険給付で行うこともできる。

新しい地域支援事業や、総合事業、新しい法案に向けた審議の中でも、さまざまな新しいアイデアが出ている。

図 13 介護予防・日常生活支援総合事業参加イメージ(通所)平成 25 年度)



現在の一次予防、二次予防事業も、有効的に活用することが大切である。

認知症ケアパスを作成するにあたって、すべてがグループホーム等のサービスだけではなく、地域支援事業のメニューやご近所力を活用したサービスを使っていかなければいけない。たとえば、軽度認知症の早期発見のための動きとして、和光市では、複合型プログラム等の二次予防事業で、認知症と運動、栄養、口腔ケアも一体的に行う事業を

展開している。

さまざまな事業があるが、例えば認知症ケアパスの特徴として和光市が実践しているのが、小規模多機能に併設でグループホームを設置することである。福祉空間整備等交付金などを使うと、小規模多機能に地域交流スペースをつけることが可能なのである。小規模多機能で25名の認知症の方にケアをしていくとして、そこにパブリックスペースがあれば、地域の元気高齢者や二次予防対象者向けの事業を行うことも可能なのである。

このように、地域の資源を活用し、なおかつ地域密着がご近所の方の互助を機能させることも事業計画の中で描き、認知症ケアもその中に位置づけることが重要なのである。

運動は運動、栄養は栄養というのではなく、認知症に対しては複合的なプログラムが、今後展開されていくべきである。

3.9 和光市における互助の事例

次は、認知症ケアパスをつかっていき、早期発見をして軽度の方に対応するときに、総合事業やヘルスケアの事業等をどう使っていくかという事例である。

図 14 複合プログラム(運動・栄養・口腔・認知)

(健康運動ふれっしゅらいふ 週1回5か月間)

◆ 基本チェックリスト 運動だけではなく、口腔2/3、栄養1/2など他にも健康上リスクのある方が対象です

◆ 理学療法士・歯科衛生士・管理栄養士・運動指導士など様々な職種の先生方が順番に指導します。

◆ ご本人だけのセルフ運動メニューも作成

トレーニングカレンダー 口腔編

月/日	口腔ケア		実施状況	実施した項目
	食べる前の準備体操	嚥下の力をよくする		
			<input type="checkbox"/>	パパパパパパ カカカカカカ ララララララ バカカラバカカラ

実施したら○をして次回提出するセルフケアチェック表です

出典：(株)運動指導士アカデミー 健康運動ふれっしゅらいふ 教室用資料

図 15 複合プログラム(脳力アップ週 1 回・認知)

- ◆ 週2回 3か月間 運動と認知症予防
- ◆ 体と脳の運動を組み合わせます。
例：海＝両腕を肩と水平にして広げる
ひまわり＝両手を股の下で広げる等
- ◆ セルフトレーニング表も渡しますが、
○をつけるのではなく、塗り絵方式
で色を塗っていく方法を取っています
- ◆ 長谷川式簡易知能評価スケール
(HDS-R) 他を教室開始時と終了時
に実施するため、ご本人への認知予
防・治療の動機づけにもなります。



図 16 複合プログラム(あくていびていあつぷ週 1 回・認知)

複合プログラム (あくていびていあつぷ 週1回・認知)



スタッフの雰囲気作りも素敵ですね！陶芸家のように基平を着たり、カジノではディーラーの洋服です

基本チェックリスト 認知2/3以上の方対象
週1回 6か月間
カジノ・そば打ち・陶芸等、体と脳を使います
他にも運動・口腔・栄養の話もあります



会場では、ゲームを楽しむ参加者の声飛び交って、とても明るい雰囲気です。

図 17 閉じこもり予防事業 (一次予防)

小学校の空き教室で実施
野菜の重さ「100g」ってどれ
くらい？をみんなで考え中！



エプロンつけてるのは
介護予防サポーターさん

- ◆ (喫茶サロン) 月3回 半日の通年事業 閉じこもり+社会参加+栄養相談が中心
- ◆ この事業は送迎が無いので公共交通機関や徒歩等で通います
- ◆ 委託を受け持っているのが、管理栄養士の事業所なので、参加者は毎回体重・血圧測定を実施。体重の変化から食生活のアドバイスをしています
- ◆ 独居生活だと、人との交流が少なくなるのでおしゃべりを楽しみに来てる方も

複合プログラム計算ドリル等が嫌いな方も考慮して、地域の工夫で計画することが大切である。

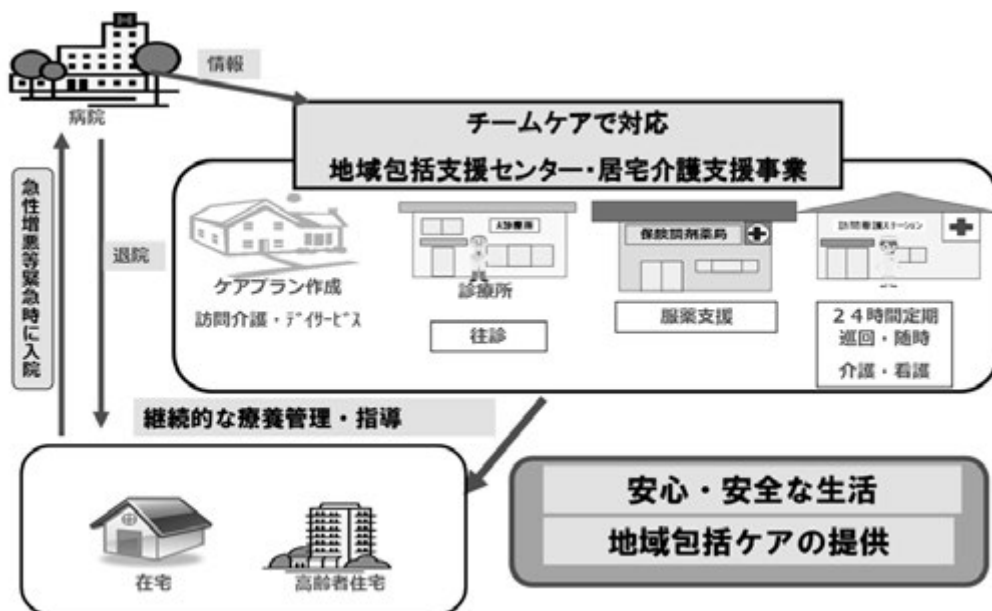
和光市では、認知症サポーターを総花的にふやすのではなく、少数精鋭で、スキルの高いサポーターを養成するという方針をとっている。その方々に、地域支援事業や、デイ・サービスの要支援1、2の予防通所のようなところで、年間最高限度1万円のボランティアポイントの中でご活躍をいただいている。

サポーターの方たちは、いわゆる団地の集会所でみずから市の予算等は関係なしに地域の高齢者の方に対してサロンを開催するということにも発展している。つまりこれは、システム化された互助である。互助も事業計画の一貫につながっていくということが、市民も、事業者も、行政も、同じ方向を向いていくためのポイントである。

3.10 認知症への備え

もう一つ大変重要なのが、備えや準備である。認知症の方は、いつ急性増悪がおきてしまうかわからない。そのときに慌てないための備え、準備をしておかなければいけない。急性増悪時には、在宅でそのまま見るという方法もあれば、サ高住、グループホーム入居、入院するということが起きる。

図 18 多職種協働のイメージ(インテグレイテッドケア)水平統合と垂直統合



そのときに和光市では、在宅系のケアプランを病院の治療計画に反映するシステムを、前例ではないがとっている。在宅での状態の情報を知ったうえで、精神科医も診療をしてくれる。生活状況の情報は、ケアマネジャーが提供し、入院時から退院を視野に入れた治療計画につながっている。

そして、退院時連携の段階において、在宅なのかグループホームなのかを考える時にも、認知症分野ではこのことが機能している。

ハード的な備えとしては、市内全体として見ると、小規模多機能、グループホームなどの数が多くなっている。これはむやみにつくっているのではなく、ニーズ調査、給付分析をして設置している。市の方針として、在宅というのが和光市の方針であるので、市内には特別養護老人ホームは60床である。

このような中で、認知症の方たちを地域の中でケアし、一時的に重度化したときも集中的なケアや治療が終わった段階で、また地域に戻っていただくという方針が、圏域ごとに立てられている。

気づきシートや社会資源シートの中で把握したことを、事業計画に落とし込んでいるのである。

3.11 介護保険に関する啓発

地域の互助を育てていくにあたって大切なことは、住民に対する介護保険に関する啓発と、介護保険以外のものをマッチングさせることである。

図 19 介護保険法の目的

「要支援・要介護者」は保険給付を受ける対象者

介護保険法や仕組み、利用方法について理解する必要がある。各市町村で実施している地域支援事業も財源の一部は、40歳以上の国民から共同連帯で負担している社会保障費すなわち「介護保険料」から実施している

第一条（目的）	有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう必要な医療・サービスに係る給付を行う為、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設けている
第二条 第二項	状態の軽減又は悪化防止、医療との連携に十分配慮して行われなければならない
第二条 第四項	その居室において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう配慮
第四条（国民の努力義務）	加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚、要介護状態となった場合においても、進んでリハビリ・福祉サービスを利用しその有する能力の維持向上に努める

介護保険法については、1条の尊厳は知っていても、2条2項の保険給付についての記述などは市の職員でもあまり理解していない人が多い。しかしながら、特に大切なのは、4条に、いわゆる65歳以上の方の努力義務として、加齢に伴う心身の変化は自覚して、自分で健康管理をおこなってほしいと謳われていることである。つまりセルフケアマネジメントである。

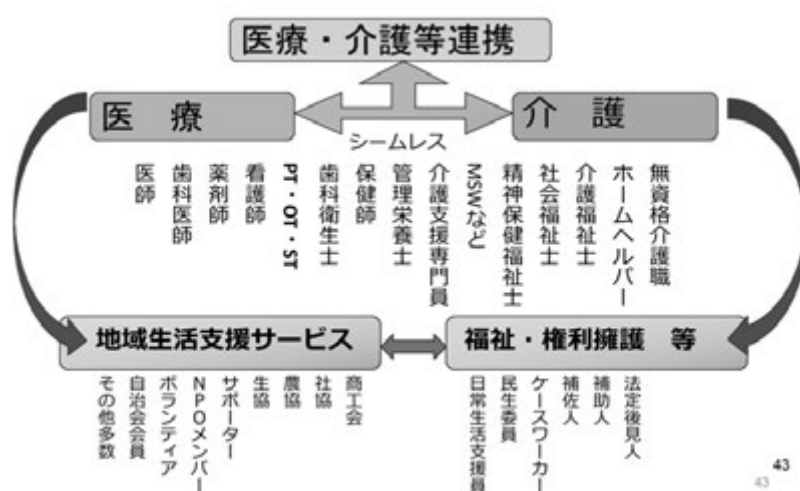
「要介護状態になった場合においても、進んで進んでリハビリテーション、福祉サー

ビスを利用し、有する能力の維持・向上に努める」という努力義務が法律には書かれて
 いるのである。これを早期発見や予防のときに、市民や事業者の方が理解していないと、
 予防的介入はできない。このような介護保険法の本旨を出前講座等で発信していくのも、
 新たな社会資源をつくっていくときには有効だと考えられる。

3.12 支援の連結

マクロの事業計画でも介護保険のサービスも整えるが、介護保険以外のものも連結し
 た認知症ケアパスを含む事業計画をつくっていくということが大切である。

図 20 人的連携の視点



個別の人に対して具体的にケアするとき、図には医療、介護、地域生活支援、福祉・
 権利擁護とあるが、初期支援チームもある。そして、誰がキーパーソンになっているか
 も重要である。伴走型で、どんな状態になってもその人の状態を確認し、状態が変化し
 たら早期介入をしたりということが、地域では求められている。

地域ケア会議は、さまざまな課題を解決していく場であるが、大切なのは、ケースの
 調整だけではなく、我が町の基本方針に沿ったケアマネジメントで認知症の方が支援さ
 れているという状況をつくり上げていくのもこの大切な役割の一つであるということ
 である。

第4節 今後の取り組みに向けて

今回の法改正でも、認知症の方への対応に有効的なサービスのあり方、方針のあり方のような内容も出てくるであろう。平成26年度は第6期の策定年であり、27～29年度までの第6期事業計画の、地域包括ケア計画の策定年である。今年の施政方針は、おそらくもう書き切ってしまうはずである。であれば来年の市長、首長が発信する施政方針には、強い強い我が町の認知症対策というものを、文章の2行でもいいから盛り込むことが重要となる。

介護保険事業計画に認知症施策を入れるのは当たり前である。その発信を、来年度は行う時期である。

そして、保険者、自治体の底力を、認知症を有する人や市民全体のためにいかに発揮していくかという覚悟で第6期に臨んでいかなければ、2025年～2030年の状態には到底対応できない。今こそ市町村の力を発揮し、第6期の取り組みに認知症ケアパスを活かしていただきたい。

第3章 認知症ケアパスをミクロの視点から捉える

－認知症ケアパスを適切に機能させるために必要なこと－

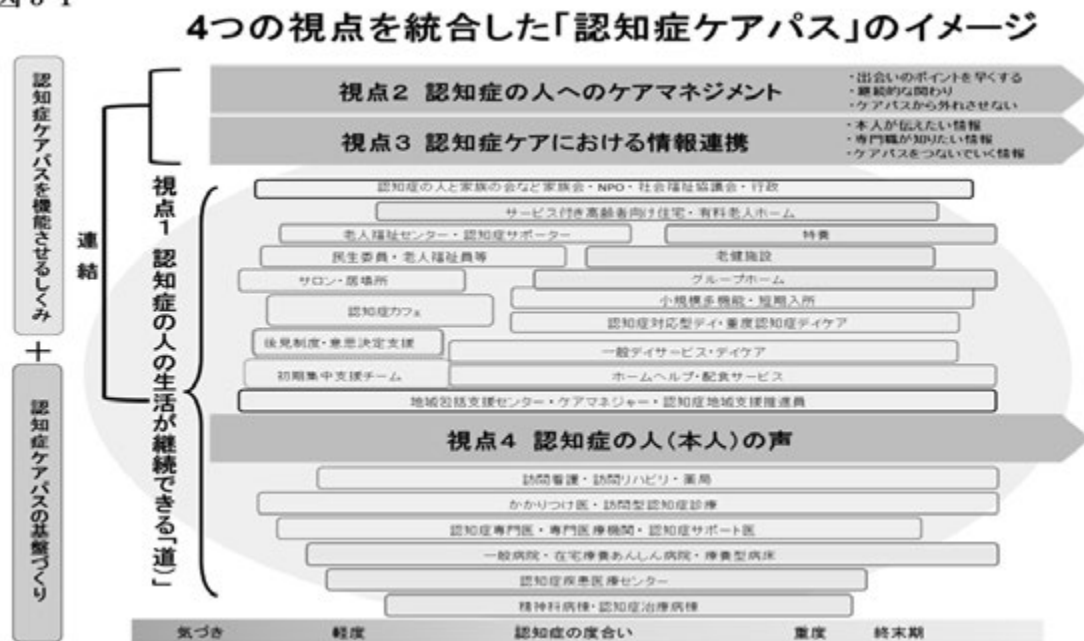
第1節 小委員会の取り組み

第2章では、介護保険事業計画策定という「マクロの視点」を中心に、認知症ケアパス作成に関する今後の取り組み課題を明らかにしてきた。これに続く第3章では、個別の認知症の人のケアマネジメントに着眼した「ミクロの視点」から認知症ケアパスを考えていく。

今年度研究事業のタイトルにもある、「認知症ケアパスを『適切に機能させる』』とは、個別の認知症の人が、自らの力（資源）や地域に作られる認知症ケアパスを活用し、望む暮らしや地域社会での継続的な暮らしを獲得していくことを意図している。その実現に向けては、認知症の人のニーズに対応する社会資源づくりや当事者性に基づいたケアマネジメントが行われることが前提事項になると考えられる。

図3-1は、「認知症ケアパス」のイメージと小委員会における4つの視点を一体的に表した整理図である。図の左から右への横軸は時間の経過を表しており、認知症の「気づき」から、終末期でのケアの流れを示している。また、下方には医療系サービス、上方には介護・生活支援などの福祉サービスを配置している。小委員会においては、図中それぞれの視点について、次頁のように捉えている。

図3-1



(参考資料)武知 一 京都大学医学部附属病院老年内科『「かなえられた私の思い」が実現する社会へ～KN 式認知症ケアパスが描く多職種地域連携』のスライドを一部改編

視点1 認知症の人の生活が継続できる「道 (Pathway)」

認知症の人は、認知症ケアパスに紐づけられた様々な社会資源を使って、認知症の早期から終末期までの長い道のりを歩むことになる。一人の認知症の人にとってのケアパスが、より本人の想いにそったものとなるために、「地域に作られる社会資源にはどのような機能が求められるのか」というのが、ここでの課題意識になる。小委員会では、認知症施策に先駆的に取り組む自治体へのアンケート調査ならびにヒアリング調査などから情報を収集し、社会資源づくりにおける着眼点を整理した。

視点2 認知症の人へのケアマネジメント

2つ目の視点は、個別の人の認知症ケアパスが適切なものとなるためのケアマネジメントのあり方に関する考え方の整理である。ケアマネジメントという言葉は、介護保険給付と直結した狭義のケアマネジメントの意味で使われることが多い。しかし、認知症ケアパスを適切に機能させるということを考える上では、認知症ケアパスの入口にある早期の段階（未認定の時期）において、インフォーマルサービスの利用や、本人が持っている多様な資源活用を含めた、広義のケアマネジメントに取り組んでいく必要がある。

小委員会では、この講義のケアマネジメントにおける課題を整理し、今後の取り組み課題を整理した。

視点3 認知症ケアにおける情報連携の考え方

3つ目の視点は、認知症ケアパスを適切に機能させるための情報連携のあり方についてである。例えば、行動・心理症状の背景をひも解く上では、本人の身体状態などに関する医学的な情報とともに、個別の人が何を望み、どんな暮らしを望んでいるのかというような「本人の生活や個別性に関わる情報」も極めて重要な要素となる。認知症ケアにおける医療と介護の連携不足が指摘される中、認知症ケアにおける情報連携の意義や課題を踏まえて、多職種協働につなげていくための情報の中身（連携項目）を明らかにした。

視点4 認知症の人（本人）の声

4つ目の視点は、認知症ケアパスに紐づけられる社会資源づくりや、認知症の人へのケアマネジメントに、認知症の人（本人）の声を活かしていくことの大切さについてである。認知症ケアパスを歩むのは、他でもない認知症の人自身である。認知症ケアパスを作成するうえでも、本人が何を望み、どのような暮らしを求め、今、生活の中でどのような不自由さを感じているのかということに着眼する姿勢を持ち、当事者性に基いた社会資源づくり、しくみづくりに取り組んでいくべきとの課題意識に基づいて、情報整理を行った。また、その第一歩となる組みとして、インタビューによる認知症の人の声を聞く場を設け、実際に「認知症の人の声を聴く」とはどのようなことなのかを実践的に学ぶための試行的取り組みを行った。

第2節 認知症の人の生活が継続できる「道（Pathway）」（視点1）

2.1 「サービスアーケード」とは

小委員会では、認知症ケアパスに紐づけられる社会資源の集合体を「サービスアーケード」と表現しつつ、認知症施策の先駆地域における取り組み内容について情報収集を行った。「サービスアーケード」という言葉は、生活を継続していくために必要な資源（店）が集まったサービスアーケード中を、認知症の人が行ったり来たりしながら暮らしていくというイメージを持って採用した言葉である。今後、各地域で作られる「認知症ケアパス」が、認知症の進行に応じて施設や病院に運んでいくようなものではなく、‘地域につなぎとめること’を最大の目的としていくことが重要と考えられる。

2.2 自治体アンケート調査の実施

「視点1」における取り組みでは、認知症の人とその家族の生活を支える社会資源には、どのような機能が求められるのかということ进行を明らかにするために、認知症施策に先進的に取り組む市町村へのアンケート調査を実施した。また、これらの情報は、アンケート調査後に実施した、認知症施策に先駆的に取り組む自治体ヒアリングの調査対象地域の選定に際して、基礎情報として用いた。

2.2.1 実施概要

（対象）

平成24年度認知症対策等総合支援事業における「市町村認知症施策総合推進事業」を実施された市区町村（185自治体）、及び平成25年度「認知症ケアパス等作成・普及事業」を実施する市区町村（13自治体）を対象にアンケート調査を実施。

- ① 平成24年度「市町村認知症施策総合推進事業」実施 185自治体
- ② 平成25年度「認知症ケアパス等作成・普及事業」実施 13自治体
（①のうち、②に重複する自治体は9箇所）

調査対象：合計189自治体（185+13-9(重複分)=189箇所）

（方法）

以下の流れでアンケート調査を実施

配付 郵送により、調査票のデータを収録したCDを配布

回答 CDRから読み取った調査票（ワードファイル）に、回答者のPCで入力

回答が完了したファイルを、返信先アドレスに添付送信

返信先アドレスは、CDRに収納して通知

回収 インターネットによるメール添付での回収

（実施時期）平成25年 9月25日～10月20日

（回収率）46%（87箇所 / 189箇所中）

2.2.2 調査内容

1.基本情報

- ・介護保険事業全般の状況
- ・介護保険サービス及びインフォーマルサービスの整備状況

2.認知症施策における当市の方針や考え方(ビジョン)

3.認知症の人の暮らしを支えるための具体的な取り組み

- ・認知症ケアパスの作成状況
- ・認知症情報連携ツールの作成状況
- ・認知症ケアの専門人材の育成
- ・多職種連携・共同の状況
- ・地域住民への啓発活動
- ・地域ネットワークの構築状況
- ・若年性認知症の人への支援状況

4.認知症ケアパスの作成に関する考え方 等

2.2.3 調査結果

(1) 介護保険サービスの充足感

- 「認知症の人を支えるサービス」という観点から、介護保険サービスの種類ごとに充足感を確認した。
- なお、回答する際の留意点は、以下の通りとした。

地域密着型サービス = 第5期計画達成後の充足感を回答

居宅介護サービス、及び施設サービス = 市町村内だけでなく、近隣市町村に所在するサービスによって充足している場合があることを前提に回答

[介護保険サービスの充足感(I-4)]

(地域密着サービスの充足感)

		1	2	3	4	5	6	7
		定期巡回・ 随時対応訪問介護・看護	夜間対応型 訪問介護	認知症対応 型通所介護	小規模多機 能型居宅介 護	認知症対応 型共同生活 介護	地域密着型 特定施設入 居者生活介 護	地域密着型 介護老人福 祉施設入所 者生活介護
全体		87 (100.0)	87 (100.0)	87 (100.0)	87 (100.0)	87 (100.0)	87 (100.0)	87 (100.0)
1	充足	13 (14.9)	16 (18.4)	38 (43.7)	37 (42.5)	44 (50.6)	22 (25.3)	32 (36.8)
		24 (27.6)	17 (19.5)	18 (20.7)	24 (27.6)	17 (19.5)	9 (10.3)	18 (20.7)
3	わからない	48 (55.2)	49 (56.3)	29 (33.3)	25 (28.7)	25 (28.7)	50 (57.5)	35 (40.2)
4	無回答	2 (2.3)	5 (4.6)	2 (1.1)	1 (0.0)	1 (1.1)	6 (5.7)	2 (2.3)

(居宅介護サービスの充足感)

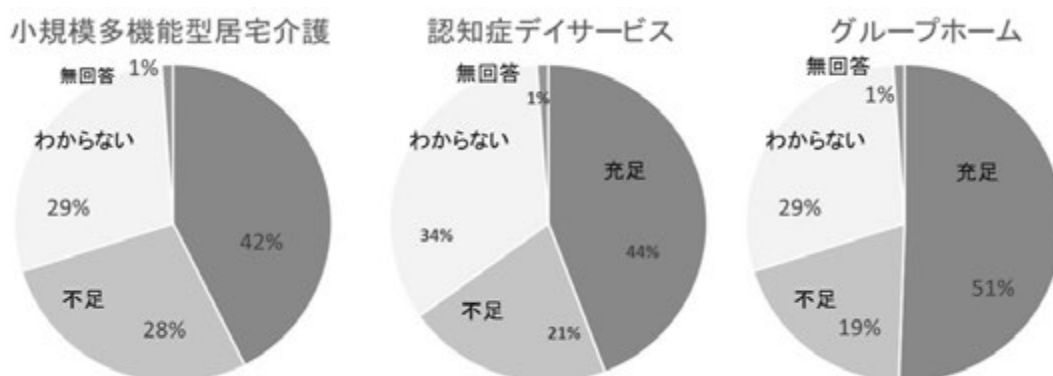
		8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
		訪問介護	訪問入浴介 護	訪問看護	訪問リハビ リテーション	居宅療養管 理指導	通所介護	通所リハビ リテーション	短期入所生 活介護	短期入所療 養介護	居宅介護支 援
全体		87 (100.0)	87 (100.0)	87 (100.0)	87 (100.0)	87 (100.0)	87 (100.0)	87 (100.0)	87 (100.0)	87 (100.0)	87 (100.0)
1	充足	50 (57.5)	50 (57.5)	42 (48.3)	35 (40.2)	40 (46.0)	58 (66.7)	44 (50.6)	40 (46.0)	43 (49.4)	53 (60.9)
		10 (11.5)	11 (12.6)	23 (26.4)	21 (24.1)	7 (8.0)	8 (9.2)	19 (21.8)	20 (23.0)	14 (16.1)	14 (16.1)
3	わからない	26 (29.9)	25 (28.7)	21 (24.1)	29 (33.3)	36 (41.4)	20 (23.0)	23 (26.4)	26 (29.9)	29 (33.3)	20 (23.0)
4	無回答	1 (1.1)	1 (1.1)	1 (1.1)	2 (2.3)	4 (4.6)	1 (1.1)	1 (1.1)	1 (1.1)	1 (1.1)	0 (0.0)

(介護施設サービス等の充足感)

		18	19	20	21
		特定施設入 居者生活介 護	介護老人福 祉施設	介護老人保 健施設	介護療養型 医療施設
全体		87 (100.0)	87 (100.0)	87 (100.0)	87 (100.0)
1	充足	39 (44.8)	29 (33.3)	47 (54.0)	43 (49.4)
		11 (12.6)	39 (44.8)	15 (17.2)	8 (9.2)
3	わからない	35 (40.2)	19 (21.8)	24 (27.6)	34 (39.1)
4	無回答	2 (2.3)	0 (0.0)	1 (1.1)	2 (2.3)

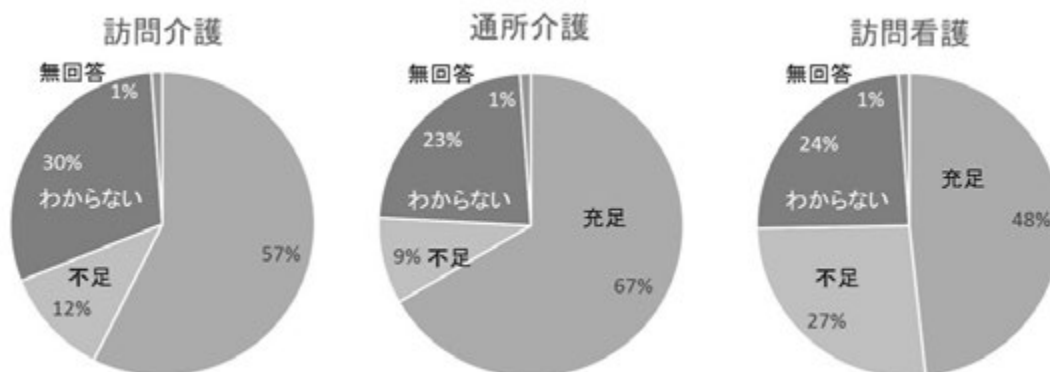
(充足感の比較:地域密着型サービス)

- 上の表から、特に、地域密着型サービスの「小規模多機能型居宅介護」「認知症デイサービス」「グループホーム」について、グラフにしたのが下図である。
- これをみると、各サービスともに4割から5割の自治体が「充足している」と回答しており、「小規模多機能型居宅介護」が42%、「認知症デイサービス」が44%、グループホームが51%となっている。
- また、比較でみると、小規模多機能の不足感が、28%と、若干高くなっている。



(充足感の比較:居宅介護サービス)

- 居宅介護サービスの中から、訪問介護、通所介護、訪問看護の3つを比較してみると、訪問介護が57%、通所介護が67%、訪問看護が48%と、地域密着型サービスよりも、さらに充足感が高くなっている。
- また、「不足感がある」と回答している自治体の割合は、訪問看護が27%と高くなっている。



(充足感の比較:施設介護サービス)

- 施設サービスの充足感については、老人保健施設と療養型では、5割以上の自治体が「充足している」と回答しているが、介護老人福祉施設については、3割程度にとどまっている。また、介護老人福祉施設が不足しているとの回答は45%となっており、他のサービスと比較しても高い割合となっている。



(2) 介護施設の不足を補うための方針・方向性

- 介護施設の整備状況について「不足」と回答した自治体に対して、不足感を補うための今後の方針・方策等を自由回答方式で確認した。
- 回答内容を見ると、地域密着型サービスの整備や地域包括ケアシステムの構築などにより対応するとの回答が最も多かった。また、その他では、介護施設やサービス付き高齢者向け住宅の整備により対応するとの回答と、在宅支援、施設整備、人材育成等の多角的なアプローチで対応するとの回答に分かれている。
- 介護施設整備により対応するとの回答の中にも、認知症リハビリテーションプログラムの提供など、在宅支援機能を強化した介護老人保健施設の整備を挙げている自治体もある。

[自由回答一覧(I-5)]

1. 地域密着型サービスの整備、及び地域包括ケアシステムの構築などに関するコメント	
1	小規模多機能型やグループホームの整備は今後も必要と考えられる。地域密着型サービスと地域包括支援センター、医療機関をつなぎ、在宅でも安心できるケアシステムが構築できればと考えている。
2	特定施設入所者生活介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業所等の居住型サービスの整備を進めていく方針である。
3	定期巡回・随時対応型訪問介護看護の推進。
4	特養ホーム整備に際しては、介護専用型ケアハウスを併設するよう整備事業者に働きかけている。また、認知症高齢者グループホームを平成31年度まで計画的に整備する。
5	要介護状態となっても、できる限り自宅で生活を続けることを希望する高齢者のニーズに応えていくためには、在宅・居宅系サービスの基盤を重点的に整備することが重要であり、今後、特別養

	<p>護老人ホームについては、在宅、病院等で入居待ちとなっている中重度の要介護高齢者等、真に入居が必要な方が早期に入居できるよう対応するとともに、平成24年度の改正により、「小規模多機能型居宅介護」に医療的ケアを加え、特別養護老人ホームと同程度の利用者の介護が可能な「複合型サービス」等の在宅サービスの整備促進を、特別養護老人ホームの整備と一体的に進めていきます。</p>
6	小規模多機能サービスなどの周知
7	<p>施設サービスだけにたよっては、持続可能な介護保険制度を維持できないため、中重度の介護状態になっても、住み慣れた自宅や地域で生活を継続できるよう、保健・介護・予防・住まいなどが切れめなく提供される地域包括ケアシステムの構築を進めるため、その中核的役割を担う、小規模多機能型居宅介護事業所の整備。また、定期巡回、随時対応訪問介護等の整備を考えている。</p>
8	<p>在宅サービスの充実には今後も努める一方、施設・居住系サービスについても、今後の高齢化も踏まえ、一定の整備拡充が必要と考えています。</p>
9	<p>第5期介護保険事業計画では、多くの方が在宅での生活を望まれているアンケート結果を踏まえ、住み慣れた地域での生活が継続できるよう定期巡回随時対応型訪問介護看護や複合型サービスの新サービスも計画に掲げ、また、日常生活圏域での整備状況を検証した中で、地域密着型サービスの整備を進めることを方針としました。</p>
10	小規模特養の整備
11	<p>小規模多機能型居宅介護事業所及び地域密着型特別養護老人ホームをH26年度末までに整備予定。</p>
12	<p>第5期計画中に、認知症対応型共同生活介護を1施設・小規模多機能型居宅介護を3施設・特定入所者生活介護を定員23人分整備予定です。</p>
13	<p>近隣市町村には、特別養護老人ホームや老人保健施設があるが、本村にはないのが現状である。在宅介護を基本にしているため施設を建設するつもりはないが、村内に独居の認知症の高齢者が共同で暮らせる共同住宅があれば、住み慣れた地域で暮らせる。</p>
14	<p>特定施設入所者生活介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業所等の居住型サービスの整備を進めていく方針である。</p>
2. 在宅支援、施設整備、人材育成等、多角的なアプローチに関するコメント	
15	<p>・既存の使用しなくなった公的施設の改修や創設による高齢者の住まい(特定、サ高住等)の整備。／・看護師等医療系人材の発掘。／・訪問看護事業所及び複合型サービス事業所の整備、検討。／・住民への周知、啓発による介護予防、見守り活動等の規模の拡大化。</p>
16	<p>介護老人福祉施設に入居を希望される方や、その介護者のニーズ(利用者負担、医療的ニーズ等)に他のサービスで、必ずしも対応できるとは限らない。入居待機者もいる中で、グループホーム、有料老人ホーム、サービス付高齢者住宅等とのバランスの取れた整備を進めていく必要がある。</p>
17	<p>介護老人福祉施設については、慢性的に不足している状態。少しでも待機者を減らす目的から地域密着型の介護老人福祉施設を新設したところであるが、介護保険料への反映も避けられないことから、これ以上の増設は難しいところである。今後は、「医療」「介護」「予防」「住まい」「生活支援」の各分野が包括的に提供されるよう、地域包括支援センターを中心に地域全体で高齢者を支えるシステムを構築していきたい。</p>

3. 施設、及びサービス付き高齢者住宅の整備を中心としたコメント	
18	施設サービスの不足なので、第5期中に施設を整備している。平成26年4月までに全て開所予定。居宅サービスは元々充足している。
19	サービス付き高齢者住宅登録の要望があるため、それらを含め総合的に過不足を判断し、整備していく。
20	特養、地域密着型の認知症高齢者を対象とした施設を増やす予定がある。
21	平成26年度に介護老人保健施設を1か所整備予定
22	介護老人保健施設については、認知症リハビリテーションプログラムの提供など、認知症の人に適したサービスが提供でき、家族の介護負担軽減につながるような施設の整備が必要であることから、平成31年度に在宅支援機能を強化した施設の設置を予定している。
23	5期計画の中で、介護老人福祉施設を8床、新設する予定となっている。
24	現在特養(1床)を建設中です。
25	不足する施設サービスについては、第5期計画の期限内に(最終年度に向けて)充足するように整備予定。
26	待機者解消に向け、施設整備を進めるとともに、次期介護保険事業計画策定に向け、待機者の受け皿となる代替サービスについても検討を行う。
4. そのほかの意見	
27	常に情報を集めながら、地域包括支援センター運営協議会や介護保険事業所等運営協議会、介護保険サービス事業所連絡協議会等で必要時検討している。
28	不足する施設サービスに代わる、居宅介護サービスや地域密着型サービス、住宅整備などについて、現在考えておられる方針、方策などがあれば教えてください。
29	小規模自治体であり、必要性は感じているが新たに参入してくれる事業所や現状の事業所が増員する余裕も人材もないため方策は考えにくい。
30	今後、ニーズ調査等の動向により検討していく必要がある。

(3) インフォーマルサービスについて

(回答の状況)

- 認知症の人やその家族を支える、介護保険サービス以外のインフォーマルサービスを確認したところ、87自治体中59の自治体から、233事例の情報が寄せられた。
- 記載されているインフォーマルサービスは、各自治体が記載する際の判断基準によってばらつきがあるため、回答数の多少でインフォーマルサービスの充実度を計ることは困難と考えられるが、1箇所から数箇所の事例を挙げる自治体から、10か所を超える事例を挙げる自治体まで、認知症の人の生活を支えるインフォーマルサービスの整備状況は地域ごとに大きく異なる状況がうかがわれる。
- なお、集計に際しては、地域包括支援センターの活動、認知症地域支援推進員の配置、認知症サポーター養成講座など、いずれの自治体にも該当すると思われる20事例を除外して集計した(集計対象213事例)。

(インフォーマルサービスの内容)

- それぞれの組織・団体が提供する支援やサービス内容を整理すると、「家族支援(相談・啓発・交流・リフレッシュ等を含む)」に該当する実施内容が最も多く、76件となっている。また、認知症の人を支えるサービス内容としては、「見守り・安否確認」に該当する内容が27件、「生活支援(配食、通院支援、家事支援等)」に該当する内容が41件、「傾聴・話し相手」に該当する内容が7件などとなっている。
- また、認知症の人の行方不明時に機能するSOSネットや、認知症の人を見守る地域関係機関のネットワークづくりに関わる取組み(「SOS ネット・見守りネット等」)が14件、「認知症の人を支えるまちづくり」に該当する内容が16件、「認知症予防」に該当する内容が12件などとなっている。

[インフォーマルサービス・実施内容の整理]

実施内容	事例数
家族支援(相談・啓発・交流・リフレッシュ等)	76
生活支援(配食、通院支援、家事等)	41
見守り・安否確認	27
町づくり・支援ネットワーク	16
SOS ネット・見守りネット等	14
介護予防	12
若年性支援	10
福祉用具・機器貸与	9
権利擁護	8
傾聴・話し相手	7

注) 1事例に対して、複数でカウントしているケースがある。

(インフォーマルサービスの運営主体)

- インフォーマルサービスの担い手となる運営主体を整理したところ、市町村や包括支援センター、警察、シルバー人材センターなどの「行政・公共機関」に該当する事例が86件と最も多かった。
- その他では、民間企業、介護事業者、NPO法人、任意団体・グループなどの「法人・各種団体・グループ等」に該当する事例が60件、市町村社協、地区社協を含めた「社会福祉協議会」が39件、認知症介護を担う家族を中心として組織されている「家族の会等」が16件、地域住民の活動を主体とする「地域住民・自治会・老人会等」が12件となっている。

[運営主体]

運営主体	件数
行政・公共機関	86
法人・各種団体・グループ等	60
社会福祉協議会	39
家族会等	16
地域住民・自治会・老人会等	12

[インフォーマルサービス:事例・実施内容]

家族支援(相談・啓発・交流・リフレッシュ等)	名称・実施主体等
認知症の人やその家族に対する相談場所、および交流の場の提供	家族の会が主体の事業
介護からひと時離れ、日帰り旅行などの介護者交流会に参加し、心身のリフレッシュを図る	家族介護者の交流事業として実施
認知症を持つ方を介護している家族などの交流を通じて、認知症に対する知識と理解を深め、認知症高齢者とその家族への援助を行う	地域住民と行政の協働により実施
介護者を対象に認知症の正しい知識・技術の習得と介護者同士の交流会を行う。	認知症の人を介護する家族に向けた講座
認知症に関する電話相談に対応	認知症コールセンター
認知症高齢者を介護している方からの相談を受けたり、境遇を同じくしている方同士の交流を図ることにより介護負担の軽減につなげている。	認知症の人と家族の会
関わり方等介護へのアドバイス、介護者支援	介護者教室・介護者の集い
介護している介護者が日々の生活の中で感じている身体的・精神的負担を当事者同士で話し、情報の共有や介護者同士の交流を図る。	介護者家族会
認知症介護家族交流会。概ね月1回の開催。介護家族がお互いの悩みを相談したり、情報交換やリフレッシュの講座等を行う。介護家族のリフレッシュや仲間作りの場となる。	笑顔のつどい
認知症について理解し、支援についての知識を身に付けたサポーターを養成する。	認知症あんしんサポーター
いつでも誰でも気軽に立ち寄れる居場所、相談所	認知症カフェ
地域包括支援センター75ヶ所において、在宅で認知症高齢者及び要介護高齢者等を介護している家族の負担の軽減を図るため交流及び自助グループ育成支援を実施	介護リフレッシュ教室
つどいの場 男性介護者同士集まる場	男性介護者のつどい
認知症の人やその家族にとっても、身近な相談の場、地域の中で安心して交流ができる場	高齢者ふれあいサロン

生活支援(配食、通院支援、家事等)	名称・実施主体等
公共交通機関を単独で利用することが困難な高齢者や障がい者などに対し、営利とは認められない範囲の料金で自家用車を使用する	福祉有償運送サービス
自宅で生活される高齢者や、介護の必要な人向けに、栄養のバランスの取れた食事を定期的に届ける	配食サービス
除雪を本人に代わって行う	雪かきサービス
独居の方を対象に、訪問員が弁当を届け、安否確認する。	配食サービス
利用者の要望にあわせ、除雪、住宅改修や商品の配達などを商工会が行う。	ふれあいネットワーク
日々の暮らしの中でちょっとした困りごとのある「サービスを利用する人」と、ちょっとしたことならお手伝いできる「なじよもさん」が、地域の中でお互いに支え合おうという「有償の地域住民相互の支え合い活動」です。	なじよもネット
生活支援 お弁当配達。なじみの関係作り	生活介護支援サポーター
要介護認定を受けた高齢者等で身体状況などにより調理買い物が困難な者に配食を実施。	配食サービス
お弁当のみでなく、食材、日用品等いろいろな物の配達を行ってくれる民間事業所あり。	コンビニや民間配食業者による食事の配達。(お弁当、食材、日用品の調達)
バスが通らない地域を回る。一律 300 円	乗合タクシー

見守り・安否確認	名称・実施主体等
独居の方を対象に、訪問員が弁当を届け、安否確認する。	配食サービス
地域の高齢者や支援の必要な方々が、安心して生活できるようやさしい町内会となれるよう、声かけや見守りなどの助け合い活動を行う。	小地域ネットワーク
ボランティア 2 人 1 組で、認知症の方の自宅を訪問し、話し相手や見守り支援を行う。	認知症高齢者支え合い事業
新聞販売店や牛乳販売店等の事業者が配達や集金で訪問した際、異変を感じた場合に行政や地域包括支援センターへ連絡をとり、高齢者等を見守る体制をとる。	高齢者等地域見守り事業
誰もが安心して暮らし続けることができるように、市内の民間事業所等の協力を得て、地域の中で見守りが必要と思われる世帯の早期発見・早期対応を目指す。	安心生活応援団
在宅の認知症高齢者に対して認知症高齢者介護に関する研修を受けた訪問介護支援員を継続的に派遣し、比較的長時間の見守り活動等を実施。	認知症高齢者訪問支援員派遣事業
見守り対象である人の状況に応じて、見守りグループの方々が訪問、声掛け等を行う。	小地区見守り活動
新聞社、電力会社、ヤクルト、管工事組合等で気になる方の情報が市役所へ来るような体制。	地域見守りネットワーク

町づくり・支援ネットワーク	名称・実施主体等
町内での要支援者の早期発見、支援活動	ご近所福祉ネットワーク
事業所の活動の中で、異変に気づいた場合の連絡	地域見守り活動
誰もが安心して暮らし続けることができるように、市内の民間事業所等の協力を得て、地域の中で見守りが必要と思われる世帯の早期発見・早期対応を目指すとともに、関係機関が協力、連携して地域福祉の向上につなげることを目的とした事業。	安心生活応援団
地域の住民が住みなれた地域で尊厳をもって暮らし続ける事ができるように認知症に関わる会員が主体となって地域の認知症サポートづくりの拠点となり活動している。班活動では、高齢者宅の訪問、寸劇、読み聞かせ、研究、研修、PR など様々な活動を行っている。	〇〇認知症を地域で支える会

SOS ネット・見守りネット等	名称・実施主体等
徘徊のある方の見守り・通報ネットワーク	認知症高齢者見守りネットワーク
不明者の検索ネットワーク	シルバーレスキューネットワーク
町内での要支援者の早期発見、支援活動	ご近所福祉ネットワーク
認知症の方の徘徊による事故を防止するため、事業の協力者に対し、行方不明者のメールを配信	はいかい高齢者おかえり支援事業
徘徊のおそれのある認知症高齢者を地域の支援を得て早期に発見できるようにネットワーク化を図る	徘徊高齢者等 SOS ネットワーク事業
地域のネットワークを形成し、徘徊高齢者の早期発見・保護に努める。	徘徊高齢者等SOSネットワーク

介護予防	名称・実施主体等
虚弱な高齢者を対象に、介護予防教室を実施。認知症の早期発見につながっている。	高齢者の生きがいと健康づくり事業
脳を刺激する体操や筋力づくり(週1回)	けんこつ体操教室
個別に脳刺激体操・お口の体操ができる場(週1回)	元気パワーアップ倶楽部
水の特性を活かした体操教室	温水健康体操教室
高齢者等の介護者に対して、介護方法や介護予防、健康づくりについての知識・技術を習得する講習会。	家族介護教室
健康、介護相談	街中ほっとサロン
認知症予防教室をはじめとする介護予防教室の実施や介護予防の普及啓発を行う。	介護予防事業
介護認定までに至らない人の閉じこもり予防、介護予防活動の場	ミニデイサービス事業
脳トレーニングを用いた予防活動の場	脳の健康教室、修了者の会
介護予防に関する教室・講演会等の開催	地域介護予防推進事業
介護予防に関する知識・技術の普及啓発と地域における自主グループ化の支援	介護予防活動等普及啓発事業

若年性支援	名称・実施主体等
自身の力を発揮し作物を育て収穫の喜びを感じられる場認知症に限らず誰が参加してもいい。認知症の人と過ごすことで体験として認知症を理解できる場になっている(週1回)	アクション農園
認知症の家族介護者が情報交換や懇談を行う自主的な集まりを開催するほか、認知症の本人・家族支援のためのさまざまな情報発信や行政への提言等を行っている。	認知症家族会
若年性認知症者とその家族を支援するため、相談・個別支援、本人・家族サロン、啓発講演会、支援ハンドブック、相談担当職員向け研修を実施	若年性認知症相談支援事業

福祉用具・機器貸与	名称・実施主体等
40歳以上で認知症の方を介護する方を対象に、GPSにより居場所を発見できる発信機を導入する際の費用を一部助成する。	いどころ発信システム助成
徘徊高齢者にGPS移動端末器を所持させ、行方不明となったときに、徘徊高齢者の家族等の問い合わせに応じて、GPS衛星からの電波を受信し、その位置の情報提供を受けることができるサービス。	(徘徊時)位置検索システム
日常生活に支障のある認知症高齢者等で市民税非課税世帯に属する者に電磁調理器・自動消火器を給付。	日常生活用具の給付
高齢者世帯で急病の対処が難しい世帯に対して、消防局等への緊急連絡が可能な通報装置を貸与。	緊急通報システムの貸与
要介護度4・5の市民税非課税世帯に属する在宅の認知症等高齢者を介護する家族等に対し、介護用品を給付。	家族介護用品の給付

権利擁護・虐待防止	名称・実施主体等
高齢者虐待への対応に関するネットワーク	高齢者虐待防止・対応地域ネットワーク
成年後見制度に関する相談(一般相談・専門相談)に対応するほか、市民後見人を養成	成年後見あんしんセンター
権利擁護や財産管理などの相談に対応するほか、金銭管理や財産保全を実施	障害者・高齢者権利擁護センター
高齢者の虐待に関する専門相談機関	高齢者虐待相談センター

傾聴・話し相手	名称・実施主体等
認知症の方の見守りや話し相手のためにボランティアが訪問し、家族の負担軽減を図ります。	認知症高齢者家族やすらぎ支援
話し相手、通院付添い、買物代行等幅広い依頼に対応する	認知症支援ボランティアぽっけ
認知症当事者の話しに耳を傾け、ストレスの解消を支援する	ハートピアいとう(傾聴ボランティアの会)
独居の方など訪問して話しを聞く人	傾聴ボランティア 33会

(4) 標準的な認知症ケアパスのイメージについて

(概念図について)

- 認知症の早期からターミナル期まで、認知症の人やその家族を切れ目なく支えるための「標準的な認知症ケアの流れ(認知症ケアパス)」を、現時点において、概念図として描くことができるか否かを確認した。
- 87自治体のうち、「描くことができる(描いている)」との回答は1自治体で、「未完成ながら概ね描ける(描いている)」との回答は48件で最も多かった。また「描けない」との回答は28件、「その他」は10件となっている。
- 自治体の人口規模別に見ると、規模が大きくなるほど、「未完成ながら概ね描ける(描いている)」との回答割合が高い。
- また、「その他」と回答した10件の具体的な内容を見ると、「今後作成予定」、「関係機関と調整中」、「日常生活圏域ごとに作成できるか検討中」、「必要があるかどうか検討中」などとなっている。

Q3 標準的な認知症ケアパスの概念図

	合計	1	2	3	4	
		描くことができる (描いている)	未完成ながら、概 ね描ける(描いて いる)	描けない	その他	
全体	87 (100.0)	1 (1.1)	48 (55.2)	28 (32.2)	10 (11.5)	
1 10万人未満	49 (100.0)	0 (0.0)	22 (44.9)	20 (40.8)	7 (14.3)	
	2 10万人以上～ 100万人未満	29 (100.0)	1 (3.4)	19 (65.5)	8 (27.6)	1 (3.4)
	4 100万人以上	9 (100.0)	0 (0.0)	7 (77.8)	0 (0.0)	2 (22.2)

(「描けない」と回答した自治体の理由)

- 「描けない」と回答した28自治体について、その理由を確認したところ、「地域の認知症ケアパスの流れを把握できていないから」との回答が17件、「認知症ケアの流れをつなぐ資源が不足しているから」との回答が11件、「その他」が3件となっている。
- また、「その他」とした理由を見ると、「取組みに至っていない」、「課内での検討が未実施のため」、「資源も含めて、実態把握ができていないため」などとなっている。

Q3, SQ1 「描けない」と回答の理由(複数回答)

	合計	1	2	3	
		認知症ケアパスの 流れを把握できて いないから	資源が不足してい るから	その他	
全体	28 (100.0)	17 (60.7)	11 (39.3)	3 (10.7)	
1 10万人未満	20 (100.0)	12 (60.0)	9 (45.0)	2 (10.0)	
	2 10万人以上～ 100万人未満	8 (100.0)	5 (62.5)	2 (25.0)	1 (12.5)
	4 100万人以上	0 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

(5) 情報共有ツールについて

(作成の有無)

- 認知症の人にかかわりのある、医療職、介護職、その他の専門職等が、認知症の人の情報を共有するための、標準的な情報共有ツールの有無を確認した。
- 87 自治体のうち、「作成している(決めている)」との回答は 19 件、「作成していない(決めていない)」との回答は 68 件で、標準的な情報共有ツールは持っていないとする自治体が、8 割近くを占めている。

Q4 情報共有ツールの作成

	合計	1	2
		作成している(決めている)	作成していない(決めていない)
全体	87 (100.0)	19 (21.8)	68 (78.2)
1 10万人未満	49 (100.0)	9 (18.4)	40 (81.6)
2 10万人以上～100万人未満	29 (100.0)	8 (27.6)	21 (72.4)
4 100万人以上	9 (100.0)	2 (22.2)	7 (77.8)

(作成に関わった人)

- 「作成している(決めている)」と回答した 19 自治体について、情報共有ツールを作成する課程でかかわりのあった人を確認したところ、「地域包括支援センター」は 19 件で全ての自治体に該当している。次いで多いのは、「自治体職員」が 17 件、「認知症疾患医療センター」が 13 件、「ケアマネジャー」が 12 件、「認知症専門医」と「かかりつけ医」が 11 件、「認知症サポート医」が 10 件などとなっている。
- 全般的に、作成過程では行政や医療関係者が中心になっている様子が見られ、「居宅介護サービス関係者(9 件)」、「施設介護サービス関係者(5 件)」等のかかわりは少ない傾向がみられる。
- いっぽう、少数ではあるが、「家族(7 件)」、「民生委員(2 件)」との回答もあり、「認知症の人」自身が情報共有ツールの作成に関わっているケースも 2 件ある。

Q4. SQ1 「作成している」自治体で、作成に関わった方(複数回答)

	合計	1	2	3	4	5	6	7
		認知症疾患医療センター	認知症専門医	認知症サポート医	かかりつけ医	自治体職員	地域包括支援センター	ケアマネジャー
全体	19 (100.0)	13 (68.4)	11 (57.9)	10 (52.6)	11 (57.9)	17 (90.0)	19 (100.0)	12 (63.2)
1 10万人未満	9 (100.0)	5 (55.6)	4 (44.4)	3 (33.3)	5 (55.6)	8 (88.9)	9 (100.0)	6 (66.7)
2 10万人以上～100万人未満	8 (100.0)	6 (75.0)	5 (62.5)	5 (62.5)	5 (62.5)	7 (87.5)	8 (100.0)	6 (75.0)
4 100万人以上	2 (100.0)	2 (100.0)	2 (100.0)	2 (100.0)	1 (50.0)	2 (100.0)	2 (100.0)	0 (0.0)

	合計	8	9	10	11	12	13	14
		居宅介護サービス関係者	施設介護サービス関係者	民生委員	地域住民	家族	認知症の人	その他
全体	19 (100.0)	9 (47.4)	5 (26.3)	2 (10.5)	0 (0.0)	7 (36.8)	2 (10.5)	5 (26.3)
1 10万人未満	9 (100.0)	4 (44.4)	1 (11.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (33.3)	2 (22.2)	2 (22.2)
2 10万人以上～100万人未満	8 (100.0)	5 (62.5)	4 (50.0)	2 (25.0)	0 (0.0)	3 (37.5)	0 (0.0)	2 (25.0)
4 100万人以上	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	1 (50.0)

(活用状況)

- 「作成している(決めている)」と回答した 19 自治体について、情報共有ツールの活用状況を確認したところ、「積極的に使っている」との回答は 4 件、「使っている」が 11 件、「使っていない」が 3 件、「わからない」が 1 件となっている。

Q4. SQ2 「作成している」と回答した自治体の活用状況

	合計	1	2	3	4
		積極的に使っている	使っている	使っていない	わからない
全体	19 (100.0)	4 (21.1)	11 (57.9)	3 (15.8)	1 (5.3)
1 10万人未満	9 (100.0)	2 (22.2)	5 (55.6)	2 (22.2)	0 (0.0)
	2 10万人以上～100万人未満	8 (100.0)	2 (25.0)	5 (62.5)	1 (12.5)
4 100万人以上	2 (100.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	1 (50.0)

(未作成自治体における今後の意向)

- 「作成していない(決めていない)」と回答した 68 自治体について、今後の取り組み意向を確認したところ、「今後積極的に検討したい」が 16 件、「検討する必要があると感じている」が 37 件、「いまのところ検討する予定はない」が 11 件、「わからない」が 4 件となっている。

Q4. SQ3 「作成していない」と回答した自治体の今後の作成意向

	合計	1	2	3	4
		今後積極的に検討したい	検討する必要があると感じている	いまのところ検討する予定はない	わからない
全体	68 (100.0)	16 (23.5)	37 (54.4)	11 (16.2)	4 (5.9)
1 10万人未満	40 (100.0)	10 (25.0)	22 (55.0)	5 (12.5)	3 (7.5)
	2 10万人以上～100万人未満	21 (100.0)	6 (28.6)	11 (52.4)	4 (19.0)
4 100万人以上	7 (100.0)	0 (0.0)	4 (57.1)	2 (28.6)	1 (14.3)

(6) 認知症ケアパスのコーディネーターについて

(専門人材の育成状況)

- 認知症の人の個別状態に応じた適切なケアを受けられるようにするため、認知症地域支援推進員以外の、「独自の認知症ケア専門人材」の養成の有無を確認した。
- 87 自治体のうち、「養成している」との回答は 6 件で、「養成していない」が 79 件、「その他」が 2 件となっている。

Q5 自治体独自の認知症ケアの専門人材の養成

		合計	1 独自の専門人材 を養成している	2 養成していない	3 その他
全体		87 (100.0)	6 (6.9)	79 (90.8)	2 (2.3)
1	10万人未満	49 (100.0)	3 (6.1)	45 (91.8)	1 (2.0)
	10万人以上～ 100万人未満	29 (100.0)	3 (10.3)	25 (86.2)	1 (3.4)
4	100万人以上	9 (100.0)	0 (0.0)	9 (100.0)	0 (0.0)

(報酬の有無)

- 「養成している」と回答した 6 自治体について、専門人材への報酬の有無を確認したところ、「ある」との回答は 2 件、「ない」との回答は 4 件となっている。

Q5. SQ1 「養成している」と回答した自治体における報酬のしくみ

		合計	1 ある	2 ない
全体		6 (100.0)	2 (33.3)	4 (66.7)
1	10万人未満	3 (100.0)	1 (33.3)	2 (66.7)
	10万人以上～ 100万人未満	3 (100.0)	1 (33.3)	2 (66.7)
4	100万人以上	0 —	0 —	0 —

(「養成していない」と回答自治体の今後の取組み意向)

- いっぽう、「養成していない」と回答した79自治体について、今後の取組み意向を確認したところ、「今後積極的に検討したい」との回答が4件、「検討する必要性を感じている」が24件、「いまのところ検討する予定はない」が39件、「わからない」が11件となっている。

Q5. SQ1 「養成していない」と回答した自治体における今後の取組み意向

	合計	1	2	3	4	5
		今後積極的に検討したい	検討する必要性を感じている	いまのところ検討する予定はない	わからない	無回答
全体	79 (100.0)	4 (5.1)	24 (30.4)	39 (49.4)	11 (13.9)	1 (0.0)
1 10万人未満	45 (100.0)	3 (6.7)	13 (28.9)	20 (44.4)	8 (17.8)	1 (0.0)
	2 10万人以上～100万人未満	25 (100.0)	1 (4.0)	9 (36.0)	14 (56.0)	1 (4.0)
4 100万人以上		9 (100.0)	0 (0.0)	2 (22.2)	5 (55.6)	2 (22.2)

(7) 認知症の人の状態別・社会資源の整理

- 認知症ケアパスを作成する上での準備作業となる「認知症の人の状態別・社会資源の整理」について、取組み状況を確認したところ、87自治体中、「大いにしている」との回答は1件、「まあしている」が25件、「していない」が60件、「わからない」が1件となっている。
- 調査対象自治体の7割程度では、認知症の人の状態別に社会資源を整理する作業は行っていない状況がうかがえる。

Q6 認知症の人の状態別・社会資源の整理

	合計	1	2	3	4
		大いにしている	まあしている	していない	わからない
全体	87 (100.0)	1 (1.1)	25 (28.7)	60 (69.0)	1 (1.1)
1 10万人未満	49 (100.0)	0 (0.0)	15 (30.6)	34 (69.4)	0 (0.0)
	2 10万人以上～100万人未満	29 (100.0)	0 (0.0)	7 (24.1)	21 (72.4)
4 100万人以上		9 (100.0)	1 (11.1)	3 (33.3)	5 (55.6)

(8) 増悪期における多職種連携について

(実施の状況)

- 行動・心理症状などの認知症の増悪期における、多職種連携・協働の場づくりやケアカンファレンス、地域ケア会議の開催状況について確認した。
- 87自治体中、「積極的に行っている」との回答は5件で、「行っている」が49件、「行っていない」が30件、「わからない」が3件となっている。

Q7 認知症の増悪期における多職種連携・協働やケアカンファレンス、地域ケア会議等の実施

	合計	1	2	3	4
		積極的に行っている	行っている	行っていない	わからない
全体	87 (100.0)	5 (5.7)	49 (56.3)	30 (34.5)	3 (3.4)
1 10万人未満	49 (100.0)	2 (4.1)	26 (53.1)	19 (38.8)	2 (4.1)
2 10万人以上～100万人未満	29 (100.0)	2 (6.9)	17 (58.6)	9 (31.0)	1 (3.4)
4 100万人以上	9 (100.0)	1 (11.1)	6 (66.7)	2 (22.2)	0 (0.0)

2.3 自治体ヒアリング調査の実施

アンケート調査結果にもとづき、より具体的な情報収集を目的とした訪問によるヒアリング調査を実施した。上記の訪問調査による各自治体の取組みについては、「第4章 認知症ケアパス作成に向けた自治体の動き」に、ヒアリング内容を掲載した。

(1) 実施概要

(対象)

アンケート調査から得られた情報をもとに、認知症施策や社会資源整備等について先駆的に取り組んでいると思われる市町村を選定し、ヒアリング調査を実施。(世田谷区、泉南市、加賀市、たつの市、奈井江町)

(方法) 訪問による聞き取り調査

(実施時期) 平成25年 10月末～12月末

(調査内容)

アンケート調査の回答内容に関する詳細確認、及び認知症の人の生活を支えている具体的な社会資源メニューや取り組み内容、行政との連携状況、取り組み効果等に関する聞き取りを行う。

【訪問先(予定含む)一覧】

自治体	訪問先	実施日
世田谷区 (東京都)	世田谷区域福祉部 介護予防・地域支援課	H25年10月29日
泉南市 (大阪府)	泉南市健康福祉部 長寿社会推進課	H25年11月11日
加賀市 (石川県)	加賀市 地域包括支援センター (高齢者こころまちセンター)	H25年11月20日
たつの市 (兵庫県)	たつの市健康福祉部 高年福祉課 地域包括支援センター	H25年12月3日
奈井江町 (北海道)	奈井江町 健康ふれあい課 介護支援係 奈井江町地域包括支援センター	H26年2月5日

2.4 調査結果から見えてきたこと

「認知症ケアパス作成のための手引き」にもある通り、今後、各自治体に求められる第一段階の工程は、地域の高齢者の状態や社会資源に関する実態の把握である。「認知症の人を支えるサービス」という観点からみた介護保険サービスの充足感に関するアンケート調査結果をみると、ほとんどの介護サービスについては、「充足している」と回答している自治体が多い中、「小規模多機能型居宅介護（以下、小規模多機能）」と「訪問看護」では、3割弱の自治体が、「介護老人福祉施設（以下、特養）」では、45%の自治体が「不足している」と回答している。

また、特養の充足感別に、小規模多機能の充足感を確認したのが下表である。これを見ると、「充足している」と回答している自治体の半数は、小規模多機能についても充足している」と回答しており、17%程度が「不足している」と回答している。いっぽう、特養が「不足している」と回答している自治体では、47%が「充足している」と回答しているものの、「不足している」も37%と高い。また、グループホームは、特養の充足、不足に関わらず、いずれも「充足している」との回答率が高い。

この結果は、単に充足感を示したにすぎず、今後の基盤整備の方向性を確認できるものではない。しかし、特養、小規模多機能、グループホームともに充足している自治体、特養は充足しているが、小規模やグループホームは不足していると考えている自治体、また、特養は不足しているが、小規模やグループホームは充足していると考えている自治体、全てに不足感がる自治体など、地域によってサービスの整備の状況、および考え方は様々であることが分かる。いずれにしても、今後、地域の中にどのような状態の認知症の人がどれだけいるのかという実態把握、ならびに、それらの当事者が何を望み、

どのような生活を求めているのかという根拠に基づいて、明確な方針に基づく介護サービスの整備を進めていく必要があるだろう。

[介護老人福祉施設の充足感別、小規模多機能およびグループホームの充足感]

介護老人福祉施設		小規模多機能型居宅介護			認知症対応型通所介護		
「充足している」	29	充足している	15	51.7%	充足している	17	58.6%
		不足している	5	17.2%	不足している	3	10.3%
		わからない	9	31.0%	わからない	8	27.6%
		無回答	0	0.0%	無回答	1	3.4%
「不足している」	39	充足している	18	46.2%	充足している	19	48.7%
		不足している	15	38.5%	不足している	11	28.2%
		わからない	6	15.4%	わからない	8	20.5%
		無回答	0	0.0%	無回答	1	2.6%
「わからない」	19	充足している	5	26.3%	充足している	2	10.5%
		不足している	4	21.1%	不足している	4	21.1%
		わからない	10	52.6%	わからない	13	68.4%
		無回答	0	0.0%	無回答	0	0.0%

いっぽう、アンケート調査の中では、地域の中にある様々なインフォーマルサービスについても様々な事例を収集することができた。ボランティア団体や家族会、自治会や地域住民の組織など、運営主体は様々であり、本人・家族への相談援助、認知症の啓発活動、リフレッシュできる場や機会の提供、生活支援、見守りや安否確認など、それぞれの地域における積極的な取り組みがみてとれる。

アンケートに寄せられた事例および訪問調査の聞き取りなどから確認できたことは、「見守り支援」という1つをとっても、その実践内容や支援に携わる人は多様であるということである。また、住民やボランティア組織が自主的に始めた取り組みや、民間事業者による社会貢献事業などの情報が地域包括支援センター等に集められることにより、それらの社会資源が機能別に整理され、個別の認知症の人やその家族の貴重な社会資源として活用されていくという流れも確認することができた。

[見守り支援の例]

- 近隣住民による見守り支援
地域住民への啓発活動により、声かけや見守りなどの助け合い活動を行う。
- 生活支援サービスなどに見守り機能を付加

昼食や夕食を届けながら、日常的な見守り支援を続けていく

○ 民間事業者との協力関係による見守り

市内の民間事業所等の協力を得て、地域の中で見守りが必要と思われる世帯の掘り起しや見守り活動を実施。業務中に気づいた異変をいち早く通報。(ガス会社、銀行、コンビニなど)

また、訪問調査を通じて先駆的に取り組む自治体での共通点は、次の4つが挙げられる。

① 教育・啓発活動

- ・認知症への理解をベースに住民意識の転換を図る

② 地域の社会資源づくり

- ・既存の資源をフル活用する

③ 認知症の早期における情報連携

- ・医療機関、介護事業者などに集まってくる地域高齢者の情報をすくいあげて、早期診断・早期支援につなげる

④ 支援をつなぐネットワークづくり

- ・それぞれの資源が果たしている役割や機能を相互に理解する
- ・資源同士がネットワーク化し、顔の見える関係をつくる
- ・チームケアにつなげる

認知症の人が地域の中で継続的に生活していくためには、単に、生活支援や相談援助、あるいは、認知症の人の居場所をつくることだけでなく、認知症の人を受けとめる地域住民自身に、「認知症という病気への理解」があることが不可欠になる。認知症施策に先駆的に取り組む自治体では、あらゆる施策の基盤となる取り組みとして、認知症の人への偏見や誤解を回避し、病気への理解を促すための場や機会づくりを積極的に進めている。

また、認知症の人や家族の生活を支えていく社会資源とは、人、場、資金、制度、しくみなど多岐にわたり、それらの資源をつないでいくことにより、認知症の人の地域生活の可能性を拓げていくことができると考えられていた(社会資源の考え方は61ページ)。新しい資源を作り出すことだけでなく、個別の人の周りにある既存の資源を掘り起し、馴染みの関係をつなぎとめていくという働きかけも重要なポイントになるだろう。

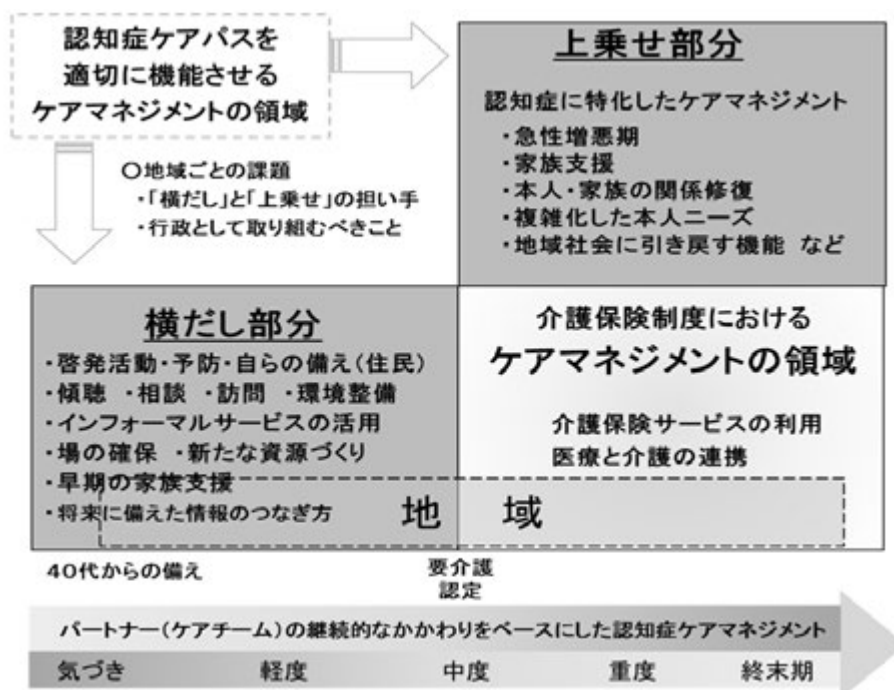
さらに、オレンジプランを含めて、今、最も着目されているのは、認知症のより早い時期に支援につながり、個別の人が安心して暮らせる環境を確保することである。認知症の早期につながる場所は、かかりつけ医、地域包括支援センター、あるいは介護事業所の相談窓口など、多様なケースが考えられるが、それらの情報を、それぞれの場所で埋もれさせてしまうことなく、その時、その時に必要な支援につないでいくための情報管理のしくみを考えていくことも必須の取り組みになるだろう。

そして、社会資源づくりに関わるもう1つのポイントは、それぞれの資源同士が網の目のようにつながるネットワークづくりである。個別の人のニーズに対応する支援に確実につなげていくためには、つなぐ先のサービスの質を知り、そこにいる専門職との顔の見える関係が作られていることが望まれる。地域の中の様々な社会資源が、それぞれに担っている役割・機能を相互に理解し、同じ認知症ケアに携わる専門職同士の顔の見える関係を築いていくことは、認知症ケアパスを‘適切に機能させる’ための重要なポイントになると考えられる。

第3節 認知症の人のケアマネジメントの考え方（視点2）

前述のとおり、「ケアマネジメント」という言葉は、介護保険給付と直結した給付管理的側面から、限定的手法として使われていることも少なくない。しかし、小委員会における「認知症の人のケアマネジメント」の議論では、認知症ケアパスの入口となる「早期の気づき」や「早期支援」などの要介護認定以前のかかわりが極めて重要であること、また、急性増悪などにより一時的に施設や病院に居所を移した後の、自宅や地域への復帰を視野に入れたケアマネジメントが重要との観点により、図のような「横出し部分」と「上乘せ部分」を含めた、総体的支援を中心としたケアマネジメントのあり方について、その考え方を整理することとした。本稿における「認知症の人のケアマネジメント」とは、居宅介護支援専門員につながる以前の時期（横だし部分）と、急性増悪期等を経て地域に引き戻していく機能（上乘せ部分）をも含めた、総体的ケアマネジメントであることに留意いただきたい。

図 3-2 小委員会における「認知症の人のケアマネジメント」の範囲



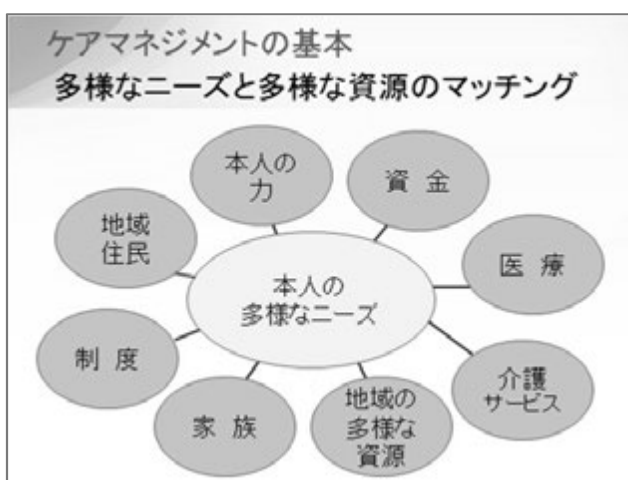
3.1 認知症の人のケアマネジメントとは

認知症の人は、認知機能の低下に伴う様々な生活上の課題を抱えて生活している。認知症の人へのケアマネジメントとは、認知症の人が個別に抱えている複数のニーズに対応することであり、フォーマルな資源をはじめとして、本人が持っている資源や地域の中にある資源を使いながら、地域社会での暮らしや本人が望む暮らし（自己実現）の実現に向かって継続的に支えていくことである。

また、複数のニーズと本人の望む暮らしを支援するためのケアマネジメントは、情報収集や収集した情報のマッチング（コーディネート）といった情報活動が本質であるといっても良い。時には、認知症の人自身も気づいていない潜在的なニーズを専門職の視点で捉えたり、本人に必要な社会資源の掘り起こしや資源のネットワーク化を図ることにより、認知症の人のケアパスを適切に機能させていく役割をも担っている。

また、認知症という障害のある人のニーズを把握することや、どのような資源を活用すれば有効性が高いのかという判断などは、一人のケアマネジャーが単独で担えるものではない。そこには、多職種連携・協働やチームケアの概念と一人ひとりの認知症の人にチームでかかわり続けるという考え方が必要になる。

図 3-3



3.2 制度・しくみによるケアマネジメントの課題

認知症の早期から支援につながり、チームでかかわりを持ち、早期から終末期まで必要な情報をつないでいく支援が求められる中、現状の制度やしくみの中では以下のような課題が指摘されている。

- 認知症の人の置かれている環境等が考慮されず、画一的に決定される要介護認定によって、提供可能な介護量が数量化される

- 介護量の数量化により、一人ひとりの暮らしに応じた必要な支援や適切な支援が抑制される
- インフォーマルサービスを用いたケアプランの作成は居宅介護支援事業所の収入に反映されないことにより、ケアマネジメントの視点が本人のニーズの充足よりも、介護保険サービスに結びつけるための手続きとして行われる
- その結果として、介護サービス利用の単純化、画一化を招いている
- ケアマネジメントを担う専門職と本人との関係は、認知症の状態ごと、利用するサービスごとに途切れてしまい、継続的なかわりが保ちにくい

例えば、早期から終末期までのケアの流れの中で、認知症の人と、ケアマネジメントに関わる専門職とのかかわりを見てみると、現在の介護保険制度では、利用するサービスが変わるポイントでケアマネジメントの要となる専門職が交代してしまうため、交代時における十分な引継ぎや情報連携をどのように行っていくかは、認知症の人へのケアマネジメントにおける大きな課題である。

要介護認定の非認定期間や要支援認定後

⇒ 主に地域包括支援センターの保健師や主任介護支援専門員が担当

要介護認定後

居宅介護サービスの利用の場合

⇒ 居宅介護支援事業所の介護支援専門員が担当。

介護施設や小規模多機能型居宅介護の利用の場合

⇒ 居宅介護支援事業所の介護支援専門員が担当

グループホームの利用の場合

⇒ グループホームの計画作成担当者が担当

さらに、医療機関に入院した場合には、介護報酬が算定されないという制度上の理由により、介護支援専門員とのかかわりは希薄になるか、あるいは途切れてしまうことも多いという現状を認識する必要がある。関係の継続性（伴走型継続性）が希薄となり本研究であるケアパスの重要性が指摘される所以である。

3.3 継続性・連続性の欠如による「手遅れ型支援」の現状

こうした制度やしくみの課題は、認知症の人のケアマネジメントにおける継続性や連続性の欠如につながり、それぞれの場面での気づきや、本人を支えていく上での大切な情報が引き継がれていかないという新たな課題を生じさせてしまう。その結果として、認知症ケアの現場では、認知症の表面的な症状や課題への対応に追われる問題解決型のケアマネジメントや支援が多くなっているといわざるを得ない状況も起きている。また、問題解決型の思考のままにケアマネジメントが行われているケースでは、本人不在のままに、地域から施設・病院への流れを加速させている状況を否定できない。

このような現状における課題は、認知症の人のケアマネジメントにおける、知識、技術や、コーディネート機能の未熟さ等の問題だけでなく、認知症の人を取り巻く環境（家族、仲間、地域等）の間に根強く残っている、認知症への偏見や無理解などにも影響されていると考えられる。さらにせつかく形成されたラポールが切断されるなど、本人を主体とした援助関係の継続性の希薄さが連携パスの必要性を求められる一因となっている。それゆえ、関係の継続性（伴走型継続性）を重視したケアマネジメントや援助のあり方が問われている。

3.4 良質なケアマネジメントを目指すための基盤づくり

繰り返しになるが、認知症の人のケアマネジメントとは、フォーラムな資源だけでなく、本人が持っている資源や地域の中にある資源を使いながら、複数のニーズを持つ認知症の人の地域社会での暮らしや、本人が望む暮らし（自己実現）に向かって継続的に支えていくことである。

認知症の人の生活やかかわりにおける継続性・連続性が軽視され、表面的な症状・状態に捉われてしまうだけのケアマネジメントの反省から、本人の自己実現に向かわせていくためには、まず、認知症の人にかかわりを持つ人、あるいは、これからかかわるかもしれない人を含めて、地域住民全体に認知症についての理解を広げていくことが不可欠である。地域における認知症への理解を進めることにより、地域の中に認知症の人の居場所を含めて拠点づくりが可能となり、見守りの体制がつくられ、問題解決志向ではない、認知症の人の望む地域での生活実現に向けたケアマネジメントが可能となるのである。ここでいう関わりとは、本人の言い分や望み、決断を聞くための時間を使う概念であり、関わりの実践こそが認知症の人支援の鍵概念でありケアマネジメントの基盤となる。

以上を踏まえて、認知症の人のケアマネジメントを良質なものへと変えていくための取り組み課題を、次の3点に整理した。いうまでもなく、ケアマネジメントを良質なものに変えていく取り組みこそが、個別の人の認知症ケアパスを適切なものにしていくことにもつながっていく。

[良質なケアマネジメントを目指すために必要なこと]

- ① 認知症の理解に基づく「予防」と「備え」
- ② 資源の活用とネットワークづくり
- ③ 資源につなぐ「人づくり」「チームケア」「場づくり」の提供

① 認知症の理解に基づく「予防」と「備え」

「認知症」への理解を持つ上で重要なことは、認知症を知識として理解する前に、まず、認知症の人が体験している世界を共感的に理解することである。介護している人が直面する認知症の人の行動（認知症の人の介護における課題や困りごと）を、認知症の人が体験している世界からみると、私たちが事実として認識する現実と認知症の人たちが事実として感じている世界に違いが生じる。この理解が、認知症の人たちの起きている事象を別の角度から捉えられるようになる。経験としての理解が認知症の人たちの内なる世界を理解することになる。

例)

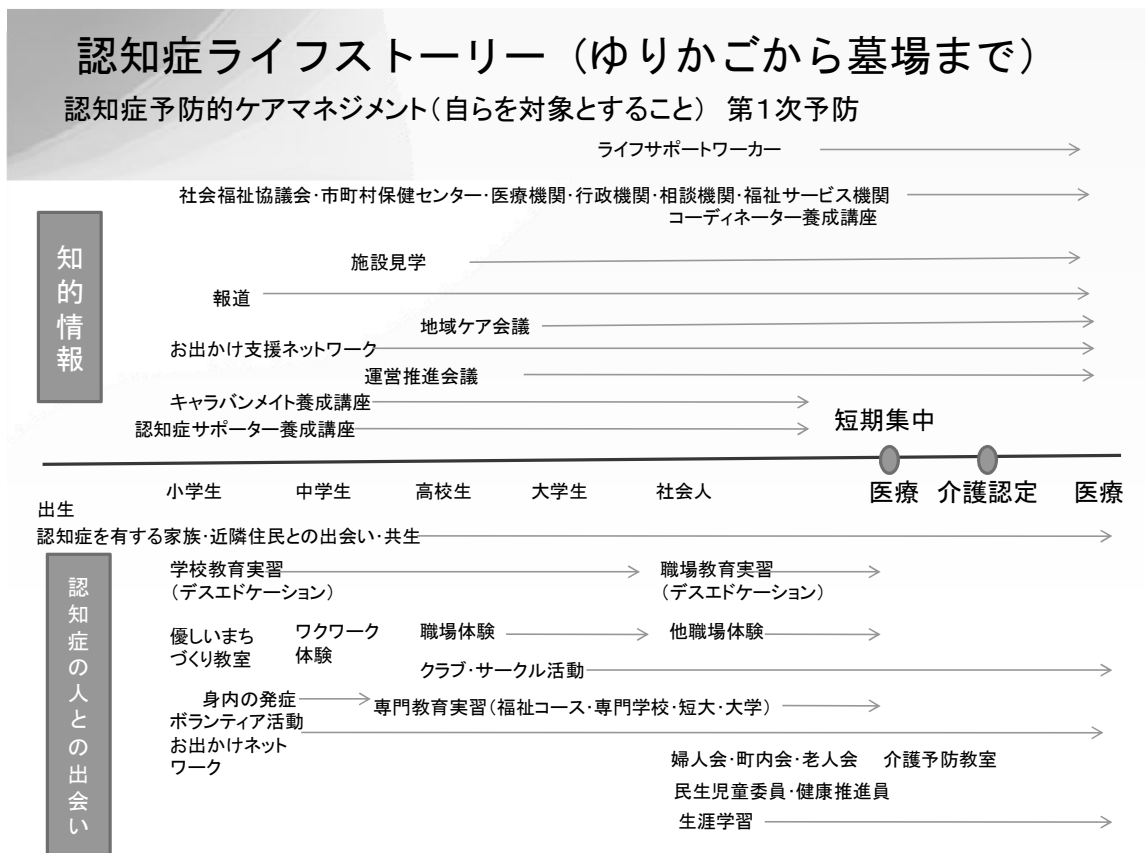
「自分は『食べていない』と思っているのに、周囲の人からは『食べた』と言われる。」
「自分は45歳なのに、相手は、85歳だと自分のことを否定する」

認知機能の低下に伴う認知症の人特有の生活のしづらさは、記憶の障害や失見当、判断力の欠如といった脳の病気によるしづらさだけでなく、自分の「思い」と、周囲から言われる「訂正」や「否定」によるギャップ、そして、そのことによる不安や混乱や不快なども含まれる。また、電話やテレビ、トイレなどの生活必需品が便利になればなるほど、認知症の人にとっての使い勝手は悪くなり、生活のしづらさが複合的・重層的に生じてくる。

介護の現場では、こうした認知症の人の主張を「認知症による障害によって表出されている」と理解するだけでなく、表出されていることの「意味」を捉えることが、本人の不安や混乱、課題や困りごとの解決につながると考えている。また、認知症による障害を、その人の個性として捉えることで、その場で起きていることの捉え方は全く違うものに見えてくる。

こうした理解を持つためのポイントは、個別の人ができるだけ早くに「認知症との出会い」を持つことである。「認知症との出会い」とは、認知症の「知識との出会い」や、認知症の人との「ふれあいによる出会い」があり、認知症の「問題」と言われていることの「本質」を理解するための経験的な学びとなる。家族や親戚、地域の高齢者を通して、「認知症」との出会いの場面は多種多様に考えられる。児童や生徒への教育やサポーター養成講座、地域住民を巻き込んだSOSネットワークづくり等、行政として働きかけていく場面も様々にあると考えられる。

図 3-4



認知症の予防には、2つの視点からの取り組みが考えられる。1つは、「認知症に『ならない』ための予防」であり、これは、各種予防教室や啓発活動などをはじめ、個人レベルの意識の向上を促していくことが重要になる。もう1つは、「認知症に『なる』という前提での備え」に取り組んでいくことである。

例えば、認知症の症状が進行して、火の不始末が危ないからとガスコンロをIHに変えたとしても、認知症の人にとっては、便利で安全になったはずの機器を使うことは難しい。認知症になってからの対策は、本人にとっての未知なる生活形態にはめ込むことと等しいからである。認知症による生活のしづらさに「備える」とは、進行してからの対応ではなく、認知症になる前からの備えこそが意味を持つ場合も多く、40代からIHのコンロを使っている人は、認知症になってもその後の不安や混乱を避けることができるのである。

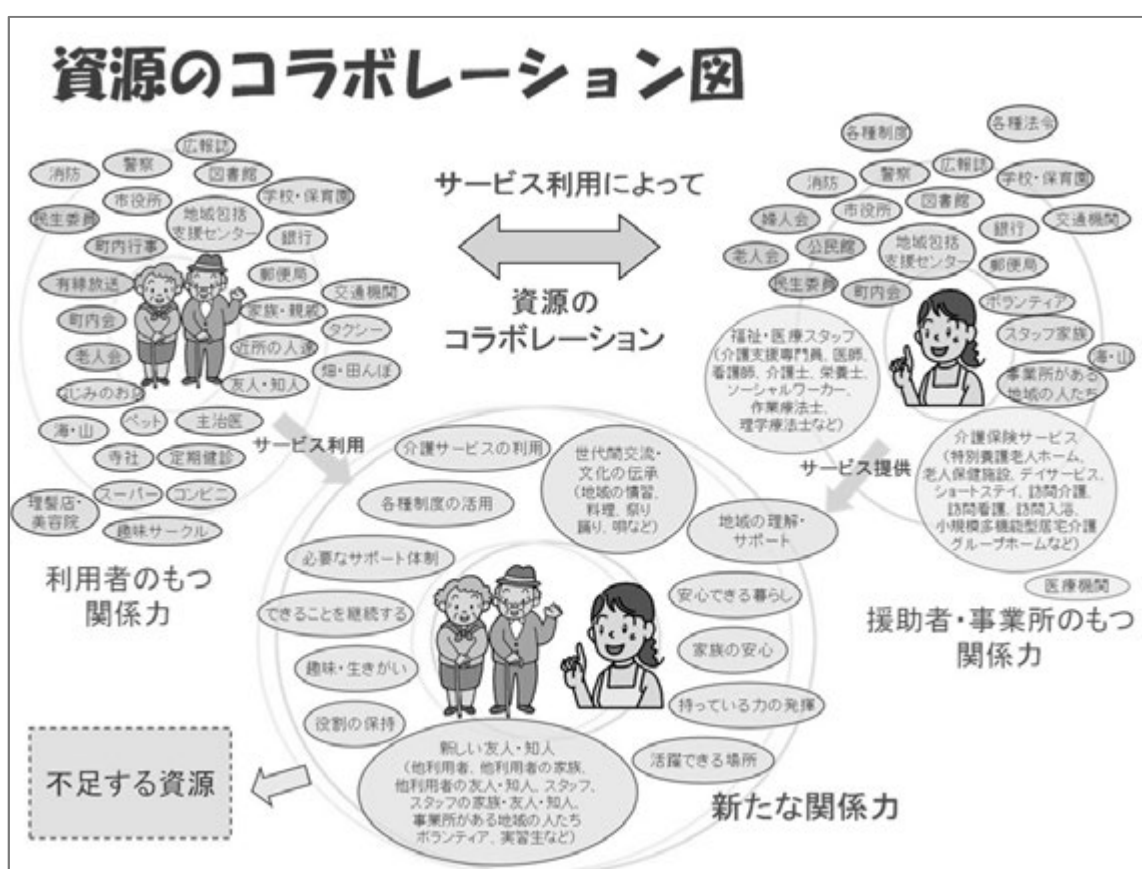
認知症の予防や備えとは、認知症の人を支える援助者や介護職に求められることばかりではなく、認知症になる以前の一人ひとりの問題として、「将来に備えていく」という意識を高めていくことが重要になる。経度認知障害（MCI）の高齢者も400万人い

ると報告されているように、国民の誰もが認知症のことを自分の問題と捉えて、認知症に備えていく意識を持つことが望まれる。

② 資源の活用とネットワークづくり

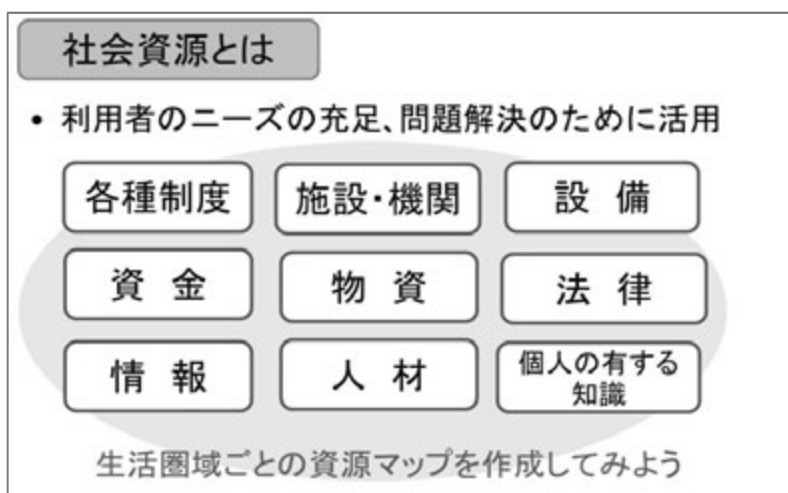
認知症の人のケアマネジメントにおける資源の活用とは、介護保険サービスやインフォーマルサービスなどの社会資源だけでなく、認知症の人自身が持っている様々な資源が含まれる。

図 3-5



本人が持っている様々な関係力も含めて、地域にある資源活用し、それをネットワーク化することにより、認知症の人が抱えている課題の解決や、地域での継続的な生活の可能性が広がっていく。また、生活圏を中心とした資源マップを作るなどの方法も有効であり、当事者が持っている資源との関係力と、サービス機関やスタッフが持っている資源との関係力で、生活支援におけるコラボレーションを起こしていくことも期待できる。

図 3-6 さまざまある認知症の人の生活を支える社会資源



③ 資源につなぐ「人づくり」「チームケア」「場づくり」の提供

認知症の人へのケアマネジメントにおける中心的な役割は、これらの社会資源をコーディネートすることにある。認知症の人自身のエンパワメントを重視しながら、「人と人を繋ぐ」、「人と場を繋ぐ」、「人と地域を繋ぐ」、「生きがいに繋ぐ」、「役割に繋ぐ」といった支援が求められることから、この役割を担う、「人づくり」や「チームケア」が認知症の人のケアマネジメントにおける重要な要素になると考えられる。

例)

和光市	コミュニティケア会議における多職種連携による支援
霧島市	ライフサポートワーカー
山鹿市	サポーターリーダー
大牟田市	認知症コーディネータ
加賀市	センター方式推進員

3.5 認知症の人と共に考え共に歩むケアマネジメントの考え方

以上のように、認知症の人が「いつでも」、「どんな状態でも」、「どこで暮らしていても」、個別化の原則や自己決定の原則などを保障していくためには、その人の置かれている状況や思いに沿った地域資源の活用や支援の提供が必要となる。そして、地域に暮らす認知症の人のニーズに基づく認知症ケアパスを描き、そのケアパスをベースに、本人が望む暮らしを実現させるための「関係性を重視したケアマネジメント」に取り組んでいくことが重要となる。

「関係性を重視したケアマネジメント」とは、認知症の人が最期まで自分らしく自分

の人生を歩むことを支援するための一手法である。認知症の人のケアマネジメントに関わる者は、その人生を共に歩み、時には支え、認知症の人が持つ様々な資源の中から、場面に応じた適切な資源やその時々パートナーを見つけ出す役割がある。

以上、3章3節では、認知症の人へのケアマネジメントのあり方に関する総論的観点より、今後の取り組み課題を整理した。しかし、3章3節4項に記述した「認知症の人との関係性を重視したケアマネジメント」を提供する上では、認知症の人のケアマネジメントに携わる者が心得ておくべき知識や技術などについても周知することが必要である。

なお、小委員会では、認知症の人のケアマネジメントにおいて不可欠と考えられる基本的な援助の視点や手法をとりまとめ、巻末の参考資料に記載した。これは、認知症の人に対するケアマネジメントにおいて専門職に必須の心得を整理したものであり、是非とも参考にしていただきたい。

第4節 認知症ケアにおける情報連携の考え方（視点3）

4.1 ねらい

第3節「認知症の人のケアマネジメントの考え方」で確認したように、認知症の人のケアマネジメントとは、情報収集、および収集された情報のマッチング（コーディネーター）などが中心的な活動となる。認知症の人自身が発信する情報、認知症の人を取り巻く人々の気づき、医療や介護現場の専門職が捉えたニーズなど、多角的な情報を集積し、より良いケアマネジメントに活かしていくことが重要である。

しかし、認知症ケアにおける多職種連携の課題は、今もなお、なおざりにされている状況が続いており、医療の現場で把握された情報が、生活支援における配慮や健康管理に活かされていなかったり、介護サービスの現場で捉えられた体調の変化や認知機能に関わる様々な気づきが、医療関係者につなげられていなかったりと、それぞれの領域の中で、いわば偏った情報による対応や支援が続けられている現状もある。その場その場の統一感のないケアが提供され続けてしまえば、それが引き金となって、悪循環を生じさせてしまうことにもなりかねない。

早期発見、早期支援が重要視される今、認知症の人のニーズを多角的に捉え、「できること」、「やりたいこと」に着眼したケアサービスにつなげていくことは、今後、必須の取り組みになると考えられる。また、行動・心理症状の背景をひも解いていく上でも、多角的な視点で情報を集めることは、極めて重要な取り組みになる。

そのためには、まず、情報をつなぐための「情報連携ツール」の存在が不可欠である。視点3では、これまで開発されてきた既存の情報連携ツールを参考にし、多職種協働を実行していくための、情報の中身（連携項目）を整理することとした。今後、各地域における、「情報連携ツール」の作成に役立ててもらうことがねらいである。

4.2 情報連携ツールの事例について

認知症の人とのかかわりを持つ人は様々に存在する。また、そこには、認知症の人を支援していく上で必要となる多くの情報が埋もれている。医師、看護師、薬剤師、作業療法士や理学療法士など、医学的な側面から捉える情報と、ケアマネジャー、介護職、あるいは、家族、民生委員、地域住民など、生活支援の側面から捉える情報の連結を図るため、各地域の特性に応じた情報連携ツールの作成が望まれる。

小委員会では、今後、各地域で作成する情報連携ツールの参考情報にさせていただくことを目的に、これまで開発されてきた既存の情報連携ツールについて、情報項目の洗い出し作業を行った。参考とさせていただいた情報連携ツールは、以下の通りである。

[事例として用いた情報連携ツール]

	ツール名	所 管
専門医	「みまもり・つながりノート」	大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室 数井裕光医師
	「KN式認知症ケアパス情報共有シート」	京都大学医学部附属病院老年内科医師 武知 一医師
	「あんしん手帳」	南魚沼市立ゆきぐに大和病院 認知症疾患医療センター
行政	「千葉県オレンジ連携シート」	千葉県（健康福祉部高齢者福祉課）
団体	認知症地域連携パス「オレンジ手帳」	公益社団法人 日本精神科病院協会
	「認知症の人の『退院支援・地域連携パス』」	社団法人日本精神保健福祉士協会
行政	「私のアルバム ～やがてのために」	霧島市地域包括支援センター 霧島市「私のアルバム」作成委員会

以下に、各ツールの特徴と活用におけるポイントなどをまとめた。

4.2.1 「みまもり・つながりノート」

「みまもり・つながりノート」は、大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室 神経心理研究室で考案された認知症ケアのための情報共有ツールである。家族、医療職、ケアマネジャー、介護職など、それぞれが認知症の人に関わる中で気づいた情報を「つながりノート」に書き込み、ケアに活かしていくことがねらいである。



[趣旨・概要]

認知症の方を支えるすべての人の間で、必要な情報を共有するためのノートです。このノートを使えば、かかりつけ医や専門医は、医療の立場から患者さんの状態を皆に伝えたり、お薬の効果や副作用、気をつけて観察してほしいポイントなどを、一斉に皆に伝えることができます。また逆に患者さんが、診察室以外でどのように過ごしているかがわかり、治療の効果がどのように生活に反映されているか知ることができます。

ケアマネジャーや介護スタッフは、患者さんが安心して過ごしてもらえるために、どのようなサービスや自宅の環境調整が必要かということを発信したり、自分が発見した、その患者さんにとって有効な、具体的な声掛けの内容やそのタイミングを発信し合って共有したり、他の事業所と連携することができます。さらに、患者さんの状態返歌や治療上の問題点を直接（ご家族に伝言してもらおうことなく）伝えることができます。また医療と介護の垣根を越えて、認知症の方を支えるすべての人が、その患者さんの生活の中での気づきを発信したり、認知症の方の困った発言や行動に対して、それぞれの立場からいろいろな提案を出し合ったりしやすくする効果もあります。

認知症の患者さんを支える人達の間での情報共有と連携というあたりまえのことですが、意外にもまだまだ現場では実践されていないのではないのでしょうか？でもそれは、「みまもり・つながりノート」のような、これを実現化するためのツールがなかったからかもしれません。

(出典) 大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室

「みまもりつながりノート」ホームページ

<http://handaichiikirenkei.com/html/agree.html>

[特徴・使い方]

この連携ツールは、「つながりノート」と「みまもりノート」の二つのノートに分かれているのが特徴である。「つながりノート」は、家族、医療関係者、介護関係者など、認知症の人に関わりのある人が、みんなで情報を共有するためのノートとなっている。それぞれの立場の人が、支援内容や本人の変化等の記録を書き込む[シート2]は、それぞれが必ず確認すること、記入する際は伝えたい相手を指名して書くことなど、ノートを利用する関係者の間で、一定のルールに則って活用することが望ましい。いっぽう、「みまもりノート」は、介護サービス事業者とご家族との間をつなぐ、連絡帳のような役割を果たすノートである。

「みまもりノート・つながりノート」の使い方や記入方法の説明では、特に記入することがなくても、「見ました」「よろしく」といったコメントを記入することを推奨している。単に、情報をつなぐというねらいだけでなく、家族や専門職同士の関係つなぐコミュニケーションツールとしての役割も果たしていると思われる。

4.2.2 「KN式認知症ケアパス情報共有シート」

「KN式認知症ケアパス情報共有シート」は、2012年2月の「京都式認知症ケアのつどい」をきっかけに作成された、KN (Kyoto Ninchisho) 式のケアパス情報共有シートである。京都大学医学部附属病院老年内科医 武知 一氏により考案された。

[趣旨・概要]

基本的な考え方

これまで情報共有シートは診断時、BPSD 対応時など何か変化があった時の一時的なものが中心に作成されてきました。しかし、認知症という経過の長い疾患では、むしろ安定した時期の基礎情報を共有することが大切です。ライフサポートモデルの考え方においても、病気を持って生きる人に関する全般的な基本状況の理解が根底にあるはずで、基礎情報を共有することで、緊急事態を予防し、緊急事態の時にもスムーズな連携を行うことが期待され、認知症の人を地域から排除することを防ぐことが期待されます。

KN 式シートは3枚のシートから成り、それぞれを主として、医療者、地域包括・ケアマネ、介護職が作成し、その3者および本人・家族が協力して1つのシートを仕上げるイメージとしています。具体的な作成方法は、IT 化も含め今後協議が必要ですが、作成するプロセスそのものを多職種連携の過程として捉えることに意義があると考えています。

(出典) 武知 一 京都大学医学部附属病院老年内科「かなえられた私の思い」が実現する社会へ～KN式認知症ケアパスが描く多職種地域連携」

[特徴・使い方]

KN 式は、認知症の早期のうちに作成することにより、BPSD 悪化や身体合併症治療が必要になったときにも、改めて情報収集することなく、その人の本来の姿に即した診療やケアの計画につなげていくことが可能である。

- 1) 気づきの時や診断時は物忘れ連絡シートなどを用いる。
- 2) 診断後 KN 式シートをいずれかの段階で早めに作成。
 - ・例えば、カフェ利用開始時、初期集中支援チームのかかわりなど
- 3) 介護サービス利用開始時など
 - ・介護保険主治医意見書作成には、そのまま KN 式シートが利用可能
 - ・ケアマネが担当者会議を行う時やサービス担当者がサービスを組み立てる際にも参照できる。
- 4) BPSD 悪化や身体合併症治療時およびそのような時の連携時

- ・診療情報提供書などに添付することで、改めて詳しく記載することなく（省力化、重複の回避）、十分な情報を伝えることができる。
 - ・KN式シートが添付されることで、ライフサポートモデルやKN式ケアパスの理念に基づいた情報共有が可能となる。
- 5) 随時、KN式シートは更新する。1～3年ごと程度が目安。

これまで・・・

診療情報提供書

患者情報や依頼概要

主な依頼内容

最近の詳細な経過

介護サービス利用状況

家族の状況など

薬剤情報

これだけ書いても、伝えたいことが十分伝わったか・・・

これからは、

診療情報提供書

患者情報や依頼概要

主な依頼内容

KN式シート添付します。よろしくお願ひします！

(出典) 武知 一 京都大学医学部附属病院老年内科「かなえられた私の思い」が実現する社会へ～KN式認知症ケアパスが描く多職種地域連携

<http://kyotobunsho2012.jimdo.com/kn式認知症ケアパス-情報共有シート/>

4.2.3 「あんしん手帳」

「あんしん手帳」は、南魚沼市、湯沢町、魚沼市、小千谷市、十日町市、津南町の医療機関、市町村保健福祉行政機関、介護保険の介護サービス事業者などの協力関係のもと、平成24年度に作成された連携ツールである。あんしん手帳は、かかりつけの医療機関、専門の医療機関、保健所、市役所・町役場、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等、様々な機関が窓口になっており、認知症の人やその家族に提供される際には、「あんしん手帳」と「あんしん手帳 手引書」のセットで発行される。



[趣旨・概要]

ゆきぐに大和病院認知症疾患医療センターでは、認知症の方が地域で安心して暮らしていただくための環境づくりとして、医療と福祉が連携する地域医療・福祉連携パスを作成しました。

認知症の地域医療・福祉連携パスとは

認知症の方ご本人の状態に応じた適切な医療・福祉サービス提供の流れについて、初期から末期までの全経過を時系列の縦面と、関係機関相互のルールを作り協働していくという横面が分かるように可視化したパスポート、手順書のようなものです。

目的

南魚沼市、湯沢町、魚沼市、小千谷市、十日町市、津南町の医療機関、市町村保健福祉行政機関、介護保険の介護サービス事業者など「医療」と「福祉」が連携し、「認知症の本人と家族」を支援することが目的です。「医療」は、かかりつけ医と認知症疾患医療センター、「福祉」は、ケアマネージャー（介護支援専門員）と地域包括支援センターが支援の中心となります。

支援方法

今後は認知症地域連携パス「あんしん手帳」を発行して、ご本人やご家族にこの手帳を携帯してもらい、かかりつけ医や専門医療機関、介護保険サービス機関等の利用時に提示することで、各施設間の情報共有や医療機関の診療連携、福祉と医療の連携に役立てます。

(出典) 南魚沼市立ゆきぐに大和病院 認知症疾患医療センターホームページ

<http://www.yukigunihp.jp/about/section/chiikiiryuu/ninchisyuu.html>

[特徴・使い方]

「あんしん手帳」は、認知症の人や家族が、関係機関に出向く際に携帯するタイプの連携ツールである。「あんしん手帳」とセットで渡される「手引書」には、手帳の記入要領の他にも、認知症のステージ別に整理された各々の立場の人の役割や、認知症医療に関わる基本的な知識・受診のながれ、介護保険制度の利用のながれ、医療機関や行政機関の連絡先など、認知症の人とその家族が必要とする様々な情報が掲載されている。また、認知症に関する医学的な知識については、あえて、専門性の高い高度な内容も盛り込んでいる。このように、認知症の知識に関する情報ツール（手引書）と、多職種協働のための連携ツール（あんしん手帳）を分けた理由は、「あんしん手帳」の厚みを減らして、利用者に携帯してもらいやすくするという配慮からである。

手帳を作成する過程においては、認知症ケアにおける多職種連携の必要性や現状における課題を、行政、医療、介護といった各領域の関係者が共に理解し、個別の人のケース検討会などにも積極的に参加してもらえるような関係づくりも一体的に行われた。

「あんしん手帳」には、治療中の病気、以前に治療した病気、利用している介護サービスや医療機関、心身状態や認知症の症状に関する記録、受診状況 等を書き込むほか、「私の好きなことを伝えるページ」、「わたしの思いを伝えるページ」などが設けられている。本人の思いや意思に関する情報は、その後のケアの重要な手がかりになる。また、ターミナル期における、医療の選択場面などでも大きな意味を持つことがある。

認知症の人の意思が曖昧にされたまま、家族が思い悩む場面も多い中で、今後は、「自分自身の思いを書き残す」ということが、ますます重要になると考えられる。「あんしん手帳」における自身の思いや意思を書き込むページは、単に、記録として残すことだけでなく、本人や家族がそのことに立ち止まり、考えてみたり、話し合ったりするきっかけにってもらうことも、ねらいの1つとなっている。

4.2.4 「千葉県 オレンジ連携シート」

認知症の専門医療の場から発信された上記3つの連携ツールに対し、「千葉県オレンジ連携シート」は、医療・介護など多職種の関係団体を含む専門家等により構成される「千葉県認知症対策推進協議会」及びその下部組織の「認知症連携パス検討・作成作業部会」の意見や、シートを用いたモデル事業での検証結果を反映させながら、行政（千葉県）主導で作成された情報共有ツールである。平成26年4月から、千葉県全域での本格運用が予定されている。

【取組注意】 ※このシートは「認知症」関係のもので、認知症は単にホームページ上で公開できません。

発信者（ ）から受信者（ ）様へ

千葉県オレンジ連携シート（表）

※このシートは、多職種が協働して御本人の生活を支援するために必要な情報共有を行うことを目的としています。御協力をお願いいたします。

御本人のお名前(フリガナ) 生年月日 住居(市町村・字名まで)

性別 男 女 年 月 日 歳

1 発信者(介護) 記入欄

記入日：()年()月()日 発信者の氏名

添付資料：()枚 電話番号

返信 要 不要

①何について
 初期対応 行動・心健症状 身体症状 運動機能障害 在宅生活支援
 認知支援 介護施設 その他()

②どうしてほしい
 診断依頼 治療依頼 介護への助言 入院先変更相談等の紹介依頼
 入所施設等の紹介依頼 情報提供の依頼 情報共有 その他()

認知症の症状

伝達・相談・依頼事項

任意記入項目(横線→) 無し 基本情報 生活の状況 介護保険サービスの利用状況 医療の状況

送付内容の発信者以外への提供 無し 有り(一部又は全部) ※送付内容の取扱いについては、事前に記載

提供先: 医療機関 ケアマネ 介護事業者・施設 行政・地域団体 その他()

2 受信者(医療) 記入欄

記入日：()年()月()日 受信者の氏名

添付資料：()枚 電話番号

伝達・回答事項

このシートは、千葉県が、千葉県全域での認知症の診断・治療による医療に役立てていただくために、作成したものです。
 利用方法については千葉県ホームページを参照ください。(千葉県認知症対策ホームページで検索可能です。)

(裏面)

裏面については記載は任意であり、全ての欄への記載は必要ありません。

※本シートの目的に鑑み、伝達・相談・依頼に当たって必要な項目だけを記入してください。
 ※既知の資料がある場合には、当該資料を添付することにより、記載を省略することができます。

○基本情報

同居家族： 無し 配偶者 子 子の配偶者 兄弟姉妹 その他()

主治医者の資格： 同属 別属 ネットワークの資格： 同属 別属

本人の病歴： 有 無 不明 告知の有無： 有 無 不明

告知の内容・本人の受け止め方：
 本人の要望や意向：
 家族の意向に対する理解度：受け止め方：
 家族の要望や意向：

○生活の状況

【IADL】一人で行えることができず、必要に応じて、誰かの手を借りる必要がある。.....
 買い物： ア イ ウ エ オ (特記事項：)
 公共交通機関を使った移動： ア イ ウ エ オ (特記事項：)
 車の運転： ア イ ウ エ オ (特記事項：)
 読書、書き物、音楽の演奏、.....
 日常生活管理： ア イ ウ エ オ (特記事項：)
 家事： ア イ ウ エ オ (特記事項：)
 服薬(薬の管理)： ア イ ウ エ オ (特記事項：)

【ADL】一人で行えることができず、②見守りや声かけを要する ③一部介助を要する ④全介助を要する
 入浴： ① ② ③ ④ 着替え： ① ② ③ ④ 排泄： ① ② ③ ④
 身だしなみ(髪型)： ① ② ③ ④ 食事： ① ② ③ ④ 浴槽の中での移動： ① ② ③ ④
 その他(地域とのつながりや趣味、生活圏など)

利用している(していた)生活支援サービス(例：配食、見守り、障害者支援)【内容、頻度、利用期間等】

○介護保険サービスの利用状況等

介護認定： 無 要介護1(軽度) 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

認定期間：開始()年()月()日～ 終了()年()月()日

認知症高齢者の日常生活自立度(軽度)基準： 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

日常生活自立度(重度)基準(判定基準)： 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

現在、利用している介護サービス(名称、週当たり延べ時間、回数等) ※ケアプランなど資料添付でも可

訪問介護 () 訪問看護 ()
 訪問介護 () 通所介護(デイサービス) ()
 通所介護(デイケア) () コーピング ()
 その他 () 利用なし

過去、利用していた介護サービス(名称、利用期間、頻度、利用をやめた理由等)

○医療の状況

現病歴
 受診機関
 治療経過
 等

現在の処方 ※処方箋など資料添付でも可

既往歴

【趣旨・概要】

1 シート作成の趣旨

認知症の人と家族が安心して暮らせる地域づくりのためには、初期の段階から終末期に至るまで、疾患の進行とともに大きく変化する症状やニーズに応じて、多職種の専門職が、適宜、適切に情報共有を行い、役割分担をしながら、適切な支援が行われることが必要となります。しかし、医療と介護・福祉間の連携に当たっては、情報共有のための書式やルートが必ずしも十分に確立されていません。そこで、認知症支援に携わる様々な専門職が、支援に必要な情報を共有しながら、必要に応じて助言依頼・意見交換なども行うことができ、県内全域で利用可能なツールとして、「千葉県

オレンジ連携シート」を作成しました。

2 効果

本シートの活用により、多職種協働による認知症支援が一層促進され、認知症の状態に応じた適切な支援に繋がることが期待されます。

- ・ シートを通じて伝えたいこと、依頼したいことが、一目で分かり、円滑な連携・協働に結び付きます。
- ・ 情報伝達（共有）の目的を明示しながら必要な情報を伝達することにより、円滑な支援に結び付きます。
- ・ 躊躇しがちであると言われていた介護から医療への助言依頼や、かかりつけ医から専門医への紹介がしやすくなるなど、関係づくりのきっかけとなります。
- ・ 千葉県全域で使用できる共通様式であることから、市町村や二次保健医療圏域など日常的な連携の範囲を越えた広域的な連携にも有効です。
- ・ 認知症の人と家族を支援する専門職が、日常の生活変化や生活場面で見られた情報・課題をタイムリーに共有することができます。

[特徴・使い方]

「千葉県オレンジ連携シート」は、多職種協働による認知症支援を推進していくために、千葉県全域で使用できる共通様式として開発された連携ツールである。当該運用ガイドラインに記載されている、ツールの特徴等は次の通りとなっている。

<様式の特長>

本シートは、記入者の負担軽減に配慮し記載事項を必要最小限としながら、状況に応じた必要な情報を伝達（共有）できるよう設計しています。

- ・ A4版1枚とし、大半の記載項目について、選択肢からチェックすれば足りる書式としました。
- ・ 情報提供（一方通行）だけでなく、他の専門職から意見・回答を求めるなど「双方向」での情報共有が可能な書式としました。
- ・ 「表面」は、情報共有の際に欠かせない、本人の基本情報、シート送付の目的、認知症の症状、具体的な伝達・相談・依頼事項を簡潔に記載することとし、回答が必要か否か一目でわかるようになっており、回答事項も簡潔に記載できる書式としました。
- ・ 「裏面」はすべて必ずしも記載を必要としない部分としており、シートの利用場面に応じて、家族、IADL、ADL、医療、介護サービスの利用状況などの必要な情報だけを記載できるようにしており、必要に応じて、既存資料(例：千葉県地域生活連携シート、診療情報提供書、ケアプランなど)の添付をすれば足りることとしました。

<利用する場面>

- (1) 発信者から受信者へ情報伝達等を行う（1回・片道）
- (2) 発信者から受信者へ依頼や相談等を行い、それに対して受信者が回答する（2回・一往復）
※より良い支援のため、発信者から返信を求められた場合は、できる限り応じるよう御協力をお願いします。
- (3) 専門職がケースカンファレンス等において記載された情報を共有する

<最も効果的と考えられる場面>

- ・ 地域包括支援センター職員が、認知症の疑いのある高齢者の診断を、かかりつけ医等に依頼する
- ・ ケアマネジャーや地域包括支援センター職員が、行動・心理症状への対応方法について、専門医に相談する
- ・ 医療機関の相談員が、入院患者の退院調整を、認知症コーディネータ（千葉県が独自に設置している認知症支援の調整・推進を行う専門職）に依頼する

(出典) 千葉県庁ホームページ

<http://www.pref.chiba.lg.jp/koufuku/shien/ninchishou/orangesheet/orangesheet.html>

このように、「千葉県オレンジ連携シート」は、前述の3つのツールとは異なり、専門職から専門職への情報伝達が必要な場面ごとに利用するツールとして作成されている。シートには、発信者が誰で、受け取った人に何をしてほしいのかが分かりやすいような工夫がなされている。

また、「情報伝達」だけでなく、双方向の「情報交換」が可能な書式となっており、専門職相互の連携の促進を通じて、認知症支援の推進を目指しているという特徴もある。

4.2.5 知症地域連携パス「オレンジ手帳」

いっぽう、主に、精神病院の入院患者が介護施設や在宅への復帰を目指していくための情報連携ツールも提案されている。

「オレンジ手帳」は、公益社団法人日本精神科病院協会 高齢者医療・介護保険委員会により考案された、精神科病院、介護保険施設、事業所等の連携をスムーズに行うためのツールである。



[趣旨・概要]

この手帳は、認知症患者の検査や症状の経過、服薬状況、受診予定等の情報を、本人・家族、かかりつけ医、専門医療機関、介護保険サービス機関等で情報を共有・連携し円滑な治療や介護を行うためのものである。

本人および家族に、この手帳を常に携帯してもらい、かかりつけ医や専門医療機関、介護保険サービス機関等を利用することで、各施設間の情報共有や医療機関の診療連携及び介護と医療の連携を可能にする。治療およびケアを提供する機関において、有意義な情報として活用され、本人が可能な限り早い段階で、確実なサポートを得ることができ「住み慣れた地域での生活」が安心して維持できることを目標としている。

*使用開始にあたって

<開始までの流れ>

1. 手帳発行元はオレンジ手帳の説明を本人・家族に行う。
2. 説明後、使用の承諾が得られたら、同時に書面での使用同意を得ることが必要である。
3. 同意書が記載されたのち、オレンジ手帳の使用開始となる。
4. 同意書の原本は発行元で保管をする。コピーは本人・家族が保管する。

<本人・家族の同意>

手帳には本人・家族等の情報が記載されているため、個人情報の取り扱いに十分な配慮が必要である。発行元以外の医療機関や、介護保険サービス機関等と情報共有するため、「関連機関の職員が手帳を見ること」「手帳に必要なデータを記入すること」「情報共有以外の目的には使用しないこと」また、手帳は本人・家族の自己管理となるため、「紛失・破損」といったトラブルに対して、発行元は責任を負わないことに対して同意を必要とする。これらの同意に対して、口頭だけではなく必ず文書にて同意を得ることが必要である。

使用同意が本人・家族より得られなければ使用はできない。

(出典)公益社団法人日本精神科病院協会、オレンジ手帳ガイドライン「認知症地域連携パス「オレンジ手帳」使用について」

<http://www.nisseikyo.or.jp/admin/ippan/02info/02jimukyoku/orange/GuideLine.pdf>

[特徴・使い方等]

本人・家族のほか、医療機関、介護保険サービス機関、介護支援専門員など、他事業・多職種で活用するため記載者が誰なのかを一目でわかるようにしている。あわせて、各項目の見出しも同じ色で表示している。

<基本>

同意書、かかりつけ医療機関、専門医療機関、介護・福祉機関等利用している機関名、担当者を記載することで連携に役立てる。

<わたしのプロフィール1.2>

本人の生年月日、生活状況、年金受給状況、家族構成、主介護者、連絡先、身体機能や習慣、職業歴、最終学歴、性格、既往歴を知ること、本人の基本的情報を把握することができる。本人・家族の希望を記載する欄を設けることで本人や家族の思いを知ることができる。

<問診表（初診時）>

症状に関する質問、本人・家族が困っていること、現在服用中の薬を記載する。手帳開始時に記載することで、初期の状態を把握する。時間が経過しても把握でき、変化をみることができる。

<認知症進行度チェック基準>

認知症の症状や本人の状態をチェックする。定期的に状態のチェックをすることで認知症の症状や本人の状態変化をみることができる。評価は認知症進行度チェック表解説を参考にする。

<認知症進行度チェック表解説>

認知症進行度チェック表（項目5）記載時の参考にする。

<現在治療中の合併症と治療薬>

かかりつけ医との連携を図ることを目的としている。現在治療中の疾患名の有無、処方、医療機関を知ることができる。いくつもの医療機関に受診している場合、処方内容を知ることによって重複処方を避けられるなどの利点がある。

<検査の経過と治療薬>

専門医療機関とかかりつけ医の連携に役立てる。定期的に記載することで経過の変化をみることができる。

<要介護状態区分等>

介護認定に関する情報および、サービス利用状況の把握ができる。

<メモ欄>

各項目以外にも必要な情報がある時、追加したい情報がある時等自由に記載できる。

(出典)公益社団法人日本精神科病院協会, オレンジ手帳ガイドライン「認知症地域連携パス「オレンジ手帳」使用について」

<http://www.nisseikyo.or.jp/admin/ippan/02info/02jimukyoku/orange/GuideLine.pdf>

4.2.6 「認知症の人の『退院支援・地域連携パス』」

社団法人日本精神保健福祉士協会が考案した「認知症の人の『退院支援・地域連携パス』」も、精神科病院の入院患者の退院支援を念頭に開発された連携パスである。主に、精神科病院と介護保険サービス事業所との連携が目的のツールであり、①アセスメントシート ②退院支援・地域連携パス（支援者用） ③退院支援・地域連携パス（本人・家族用）の3部で構成されている。患者の退院支援に主眼が置かれていることから、シートは専門職間の連携用として活用する様式である。

[趣旨・概要]

1. 「退院支援・地域連携パス」作成の目的

現在、精神科病床において認知症のために入院している患者数は約5万人とされています。

認知症により入院している方を、新たな社会的入院としないためには、精神科病院（以下、病院）と介護保険サービス事業所（以下、事業所）が連携して退院に向けた支援を行い、併せて本人の思いを尊重した生活を地域で維持していくための支援体制を整えることが必要となります。

本協会では、平成23年度障害者総合福祉推進事業「精神症状等を有する認知症患者に係る退院支援パス等の地域連携の推進に関する調査事業」において、病院と事業所が連携するためのツールとして「退院支援・地域連携パス」（以下、パス）を開発しました。

「地域連携クリティカルパス」とは、「入院初期の段階からあらかじめ、急性期の診療計画と併せて退院後の連携機関における診療計画を作成しておくことにより、円滑な退院を促し、入院期間を短縮する効果がある」とされています。

本事業で開発したパスは、入院中に病院や事業所が担う役割・機能を明らかにすることを通じて、本人の思いを尊重した生活にできるだけ近づける支援体制が構築することを目的としています。その結果、入院期間が短縮されたり、退院の可能性が広がったりする効果が期待されます。

2. パスの対象者

- ・ 認知症及び認知症の疑いで、精神病院に入院している、あるいは入院予定の方を対象とします。
- ・ 在宅に戻る方だけでなく、入所施設を目指す方も対象とします。

[特徴・使い方]

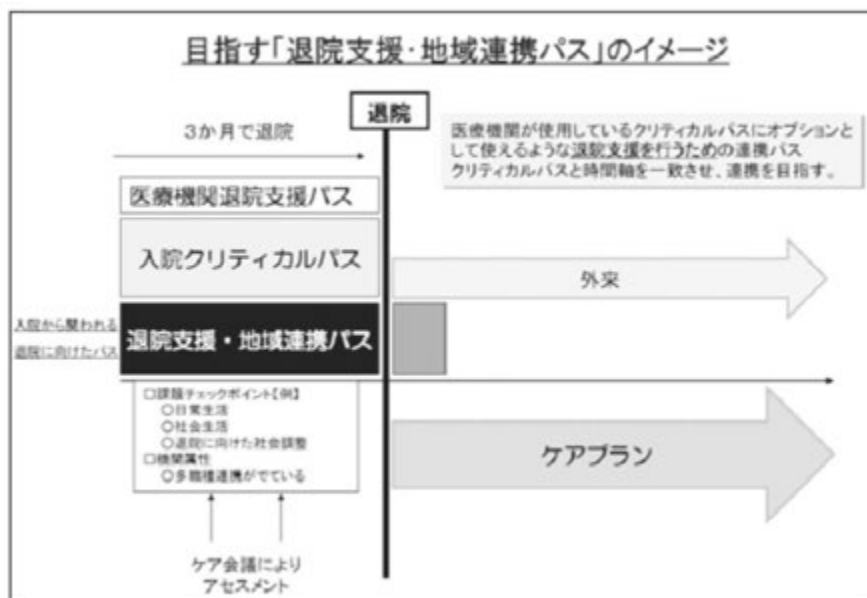
このパスは、①アセスメントシート ②退院支援・地域連携パス（支援者用） ③退院支援・地域連携パス（本人・家族用）の3部から構成されています。このパスは、病院内で使用されているクリティカルパスのオプションとして、退院支援及び地域連携を目的として活用できるように、クリティカルパスと時間軸を一致させています。

また、地域連携には、精神科と身体科の病院間連携や病院と診療所の病診連携も含まれますが、このパスは精神病院と事業所との連携を念頭において作成しています。

入院中は病院、在宅時には地域、と本人の支援者が変わるということではなく、病院も事業所も、本人の生活を支える「地域包括ケアチーム」の一員であり、同じ目標のもとに、お互いの専門性を尊重しあいながらチームで関わることが大切であると考えます。病院では、入院前の本人の生活状況を知り、院内での取り組みに活かし、事業所では、入院中の取り組みを活かした生活支援を行うとこで、本人の生活の質を向上することができると思われます。

「本人の生活」を中心に捉え、それぞれの支援者が繋がり地域で関わること（＝連携）が、よりよい支援への第一歩であると考えます。本事業で開発したパスを活用することで、本人を中心とした「地域包括ケアチーム」での退院支援が可能となり、その結果、退院後の本人の生活がより豊かなものになることが期待されます。

目指す「退院支援・地域連携パス」のイメージ



(出典) 社団法人日本精神保健福祉士協会「精神状態等を有する認知症患者に係る退院支援パス等の地域連携の推進に関する調査事業」認知症の人の「退院支援・地域連携パス」ガイドブック、(平成24年3月), pp1-2

<http://www.japsw.or.jp/ugoki/hokokusyo/20120331-pass.html>

4.2.7 「私のアルバム ～やがてのために」

最後に、上記6つの連携ツールとは視点を異にし、認知症の人（本人）自ら、自身の情報を発信するというスタンスで作られたツールを紹介する。

「私のアルバム ～やがてのために」は、霧島市、及び霧島市地域包括支援センター、霧島市「私のアルバム」作成委員会が2年間をかけ考案した情報連携ツールである。このツールの特徴は、認知症になって自分の思いや意思を伝えられなくなる前に、自分自身の記録を自分で作るという点である。アルバムの作り方は自由で、文章の他にも、写真や絵などが用いられている。また、高齢で書けなくなってしまった人も、昔話をする中で引き出された記憶を、支援者の手により書き留めるなどの手法が取り入れられている。なお、「私のアルバム」の取り組みについては、89ページに詳細報告があるので、参照いただきたい。



[趣旨・概要]

「私のアルバムーやがてのためにー」は、「基本情報」と「私のアルバム」の2つで構成されています。

<基本情報>

現在の自分自身の「基本情報」を整理しておくものです。現住所や連絡先、保険情報や介護保険情報、現在も治療を続けている病気やかかりつけ医、そして家族状況等、現在の自分の状況が一目でわかります。また、誰かの支援を必要とし、緊急に対応してもらわなければならない時に役立ちます。

<私のアルバム>

生まれてから成人になるまでの成長や、現在に至るまでの節目ごとの出来事や思い出などを時系列に書き綴っていきます。従って「自分史」とも言えます。

誕生、入学、就職、結婚、出産、地域社会での自分の役割等、これまでの自分の人生があり現在があることをアルバムをめくっていくように再認識することができます。

[特徴・使い方]

○対象と活用方法)

- ・ 「私のアルバムーやがてのために」(以下、「私のアルバム」という。)は、高齢期を迎えた霧島市民の方々を主な対象としています。年齢でいうと主な対象者は、65歳以上の世代の方々となります。

- ・ また、その年代以外の方々は、自分の親のこれまでのことを振り返り、歴史を知ることができます。同時に自分自身の老後の設計について考える材料として十分に活用できます。
- ・ 「私のアルバム」は、地域住民への支援を行う地域包括支援センターや社会福祉協議会、介護サービス事業者が、介護予防や介護サービス、福祉サービスの利用、社会参加活動に関する情報提供事業の一環として私のアルバムを提供するほか、住民同士で行われるグループ活動、サロン活動や生活支援における相談援助として活用されることを想定しています。
- ・ 「私のアルバム」を活用する方々は、65歳からの前期高齢者を主たる対象者とし、これらの方々の老後、特に「75歳以上からの後期高齢期」の人生において、介護サービスや家族の介護などの利用必要度が高まる時期を想定しています。可能な限りこれまでの暮らしを継続し、自分らしく安心して住み慣れた地域での生活が送れるよう備えておくことがらを書き綴っておく機会になります。
- ・ さらには、地域の高齢者夫婦世帯やひとり暮らし高齢者、認知症の方々に、介護サービスや地域住民からの支援を必要とする方々が、それまでの人生や思いを大切にしたい支援が受けられるために役立つものになります。

○記入について

- ・ 「私のアルバム」は、自分の人生を振り返り、印象に残っている事や今、書きたいことを記入します。特に、介護サービスや家族の介護が必要となった時、誰と、どこで、どのように暮らしてきたのか、暮らしの中で何を大切にしてきたのか、自分のこれまでの人生や思いを最期まで大事にして関わってもらいものです。
- ・ 従って、個人の自由な記述やアルバムづくりを尊重するもので、間違った書き方は全くありません。文章では書きにくい方はイラストで表したり、当時の写真を綴っても良いです。また、身近な家族や馴染みの人達と思い出を語り合いながら書くのも良いと思います。

(出典) 霧島市、霧島市地域包括支援センター、霧島市「私のアルバム」作成委員会、「私のアルバム-やがてのために-」, (2010ver)

4.3 項目整理

小委員会では、上記7つの情報連携ツールをもとに、連携項目の書き出し作業を行った。ただし、それぞれのツールは、活用方法、利用対象者等が異なり、本人が常に携帯して活用するもの、専門機関の間でのみ活用するもの、必要に応じて取り出して活用するものなど様々なタイプがある。用途に応じて、情報量を調整したり、連携の効率性を求めたりするなど、開発過程における工夫や着眼点はそれぞれに異なるため、ここでの作業は、あくまでも、複数の情報連携ツールを用いて、多職種連携に必要な連携項目の洗い出しを行うことを目的にしていることに留意する必要がある。

項目整理にあたっては、次の8つのカテゴリに分けて作業を行った。

注) なお、日本精神保健福祉士会が作成した「認知症の人の『退院支援・地域連携パス』」については、3つのシートのうち、「①アセスメントシート」に用いられている項目を用いることとした。

[項目のカテゴリ]

1. 基本情報
2. 家族や家庭環境に関わる情報
3. 身体の状態に関わる情報
4. 認知症に関わる情報
5. 医療機関の情報
6. 生活支援や介護サービスに関わる情報
7. 生活歴・人生歴に関わる情報
8. 本人の個別性に関わる情報
① 生活の様子や趣味・嗜好等の事実に基づく情報
② 将来の望み・希望等の本人の意思決定支援に関わる情報

4.3.1 基本情報

「基本情報」は、氏名、性別、生年月日、連絡先、既婚の有無、緊急連絡先等の項目となっている。

	みまもり・つながりノート	KN式	あんしん手帳	千葉県オレンジ連携シート
氏名	○	○	○	○
性別	○	○		○
生年月日	○	○		○
住所・電話	○	○	○	○
婚歴				
緊急連絡先	○			

	オレンジ手帳	認知症の人の「退院支援・地域連携パス」(アセスメントシート)	私のアルバム
氏名	○	○	○
性別	○	○	○
生年月日	○	○	○
住所・電話	○	○	○
婚歴	○		○
緊急連絡先	○	○	

4.3.2 家族や家庭環境に関わる情報

「家族や家庭環境に関わる情報」では、「キーパーソン」、「同居家族」、「家族関係図」、「同居以外の家族」、「経済状況」などの項目が使われており、認知症の人の生活環境に関わる、「家屋や住居周辺情報」なども、複数のツールに取り入れられている。

	みまもり・つながりノート	KN式	あんしん手帳	千葉県オレンジ連携シート
キーパーソン		○		○
同居家族	○	○		○
家族関係図	○	○		
同居以外の家族	○	○		
家族情報	○	○		
経済的状況	○	○		
家屋・住居周辺情報	○	○		
その他	親しい親族	家族に関する特記事項、家族に対して必要な支援	家族などの相談したいこと	

	オレンジ手帳	認知症の人の 「退院支援・地域連携パス」 (アセスメントシート)	私のアルバム
キーパーソン	○	○	
同居家族	○	○	○
家族関係図	○	○	○
同居以外の家族	○	○	○
家族情報	○	○	
経済的状況	○	○	○
家屋・住居周辺情報	○	○	○
その他	年金受給状況 知人・隣人等の連絡先	生活費、年金受給、 その他の収入、加入保険 家族からの援助 等	各種保険・手帳情報 情報提供機関

4.3.3 身体の状態に関わる情報

「身体の状態に関わる情報」では、「過去の病気」、「治療中の病気」「服薬内容」「身体所見」などの医療情報に加え、「要介護認定」、「日常生活自立度（認知症・寝たきり度）」、「ADL」「IADL」などの項目が挙げられる。

	みまもり・つながり ノート	KN式	あんしん手帳	千葉県 オレンジ連携シート
過去の病気	○	○	○	○
治療中の病気	○	○	○	○
服薬内容	○	○	○	○
服薬管理	○	○	○	○
身体所見		○	○	
検査所見		○		
要介護認定	○	○	○	○
日常生活自立度(認知症・寝たきり度)	特記事項で記載記載可	特記事項で記載記載可	○	○
ADL	○	○	○	○
IADL	○	○	○	○
身長・体重・血圧等	○	○	○	特記事項で記載記載可
その他		頭部画像検査(CT-MRI等)、 認知機能検査(HDS-R、MMSE)		

	オレンジ手帳	認知症の人の 「退院支援・地域連携パス」 (アセスメントシート)	私のアルバム
過去の病気	○	○	○
治療中の病気	○	○	
服薬内容	○	○	
服薬管理	○	○	
身体所見	○		
検査所見	○		
要介護認定	○	○	
日常生活自立度(認知症・寝たきり度)	○		
ADL	○	○	
IADL	○	○	
身長・体重・血圧等	○	特記事項で記載記載可	○
その他	アレルギー、感染症、喫煙	認定の有効期間 障害程度区分 障害者手帳の有無 自立支援医療	

4.3.4 認知症に関わる情報

「認知症に関わる情報」では、「認知症の原因疾患」、「認知機能」、「行動心理症状」などの項目が挙げられる。これらは、チェックシート方式のものもあれば、文章での記述式のものなど様々である。また、「千葉県オレンジ連携シート」では、本人の病識、告知の有無、告知の内容・本人の受け止め方、本人の要望や意向等の記述欄が設けられている。

	みまもりつながり ノート	KN式	あんしん手帳	千葉県 オレンジ連携シート
認知症の原因疾患		○		
認知機能	○ 最近の出来事、判断力、意志 伝達力、食事介助	○ FASTステージ	○ 本人・家族記入欄等	認知症の症状や生活上の支 障、経過(出現時期)などの詳 細を文章で記述
行動心理症状	○	○	○	また、本人の病識、告知の有 無、告知の内容・本人の受け止 め方、本人の要望や意向 等 の記述欄がある
その他	服薬状況、転倒、嚥下、介護疲 れ			

	オレンジ手帳	認知症の人の 「退院支援・地域連携パス」 (アセスメントシート)	私のアルバム
認知症の原因疾患	○	○	○
認知機能	○ 記憶、行動	ケア会議の中で確認	○
行動心理症状	○	ケア会議の中で確認	
その他	・初診時の問診表 ・認知症進行度チェック表 ・介護者の印象 等		病状記述

4.3.5 医療機関に関わる情報

「医療機関に関わる情報」は、「かかりつけ医」、「認知症専門医」、「その他の医療機関」、「訪問看護」、「受診記録」などの項目が挙げられる。

	みまもりつながり ノート	KN式	あんしん手帳	千葉県 オレンジ連携シート
かかりつけ医	○	○		○
認知症専門医	○	○	○	○
その他の医療機関	○	○		○
訪問看護	○	○		○
受診記録	○		○	
薬局		○		

	オレンジ手帳	認知症の人の 「退院支援・地域連携パス」 (アセスメントシート)	私のアルバム
かかりつけ医	○	○	○
認知症専門医	○	○	
その他の医療機関	○	○	
訪問看護	○		
受診記録			
薬局			

4.3.6 生活支援や介護サービスに関わる情報

「生活支援や介護サービスに関わる情報」では、「担当のケアマネジャー」、「使っている介護サービス事業者」、「介護サービスの利用状況」、「福祉機器の利用状況」などの項目が挙げられる。

	みまもり・つながりノート	KN式	あんしん手帳	千葉県オレンジ連携シート
ケアマネジャー	○	○	○	○
介護事業者	○	○	○	○
介護サービス利用	○	○	○	○
福祉機器の利用	○	特記事項で記載	その他で記述	その他で記載
その他		成年後見制度 特記事項・変更		過去に利用していた 介護サービスの情報 等
	オレンジ手帳	認知症の人の「退院支援・地域連携パス」(アセスメントシート)	私のアルバム	
ケアマネジャー	○	入院前の一日の過ごし方と暮らしを支えるサービス及び主な担当者等		
介護事業者	○			
介護サービス利用	○			
福祉機器の利用	その他で記載			
その他	成年後見制度 地域包括支援センター			

4.3.7 生活歴・人生歴に関わる情報

「生活歴・人生歴に関わる情報」では、「出身地」、「人生史・生活歴」、「交友関係の記録」、「学歴」、「仕事の経験に関わること」、「幼少期の記録」、「学生時代の記録」などの項目が挙げられる。

	みまもり・つながりノート	KN式	あんしん手帳	千葉県オレンジ連携シート
出身地	○			
人生史・生活歴		○		
交友関係	○			
仕事関係	○	○	○	
幼少期	○	○		
学生時代	○	○		
	オレンジ手帳	認知症の人の「退院支援・地域連携パス」(アセスメントシート)	私のアルバム	
出身地		私の生活歴 (出身、学業、就労、転機、特別な出来事等の自由記載欄)	○	
人生史・生活歴			○	
交友関係			○	
仕事関係	○		○	
幼少期			○	
学生時代			○	

4.3.8 本人の個別性に関わる情報

「本人の個別性に関わる情報」は、大きく、「趣味・好み・習慣」、「性格」、「日中の過ごし方や生活のリズム」、「暮らしの出来事」、「家庭や社会での役割」、「地域住民やインフォーマルサービスとのつながり」などの内容に分けることができ、それぞれのツールの特徴に応じて多様な項目が挙げられる。

	みまもり・つながり ノート	KN式	あんしん手帳	千葉県 オレンジ連携シート
趣味・好み・習慣	○	○	○	
性格	○	○		
日中の過ごし方・生活リズム		○	○	
暮らしの出来事				
家庭・社会での役割		○	○	
地域住民・インフォーマルサービスとのつながり		○		

	オレンジ手帳	認知症の人の 「退院支援・地域連携パス」 (アセスメントシート)	私のアルバム
趣味・好み・習慣	○	○	○
性格	○	○	
日中の過ごし方・生活リズム		○	
暮らしの出来事		特記事項で記載記載	○
家庭・社会での役割		○	
地域住民・インフォーマルサービスとのつながり		特記事項で記載記載	○

また、「趣味・好み・習慣」等に関する項目の内容を詳細に見ると、大きく、次の 3 つのカテゴリに分けることが出来る。

- ① 好みや嗜好に関する情報
- ② 生活習慣やこだわりに関する情報
- ③ 本人の意思決定支援に関わる、思い・望み・要望などの情報

下表は、それぞれの主な項目を抽出したものである。

<p>① 好みや嗜好に関する情報</p> <p>好きな食べ物・飲み物、嫌いな食べ物・飲み物、好きなテレビやラジオ番組、好きな音楽・歌・歌手、好きな匂い、好きな場所、おしゃれのこだわり、色の好み、履物、大好きな人、頼りにしている人、好きな場所 好きな匂い、新聞や雑誌の好み 等</p>
<p>② 生活習慣やこだわりに関する情報</p> <p>排泄の習慣、トイレの仕様、お風呂の習慣(お湯の温度・入浴の時間帯・入浴時間等)、身だしなみ(歯磨き・髭剃り・お化粧品・髪をとかすなど) 信仰について、自分の健康法、以前からやり続けていること、得意なこと、苦手なこと 等</p> <p>頑張っていること、自慢できること、よく出かける場所 安心できること、大切にしているもの、身近に置いているもの 持っているもの、</p>
<p>③ 本人の意思決定支援に関わる、思い・望み・要望などの情報</p> <p>どのような場所で暮らしたいか、どのような生活をしたいか どのような介護を受けたいか、どのような医療を受けたいか 病気になったときに希望すること、意思を伝えられない状態になったときの希望(相談して欲しい人など)、食べられなくなったときの希望 私がやりたいことの希望、支援して欲しいこと、周囲に伝えておきたいこと・知らせたいこと、困っていること、心配なこと、周囲の人にして欲しくないこと、等</p>

4.3.9 情報連携項目一覧

以上の整理を踏まえて、カテゴリごとの主な項目を一覧表にしたものが下表である。この表は、認知症ケアにおいて必要となる情報が一定程度、網羅されていると考えられる。各項目の意味や認知症の人のケアマネジメントと関連づけながら、今後、地域の標準型連携ツールを作成する際の参考としていただければ幸いである。

1. 基本情報 氏名 性別 生年月日 住所・電話 婚歴 緊急連絡先	7. 生活歴・人生歴に関わる情報 出身地 人生史・生活歴 交友関係 仕事関係 幼少期 学生時代
2. 家族や家庭環境に関わる情報 キーパーソン 同居家族 家族関係図 同居以外の家族 家族情報 経済的状況(生活日、年金受給、家族からの援助等) 家屋・住居周辺情報	8. 本人の個別性に関わる情報 ① 生活の様子や趣味・嗜好等の事実に基づく情報 趣味・好み・習慣・こだわり 好きな食べ物や飲み物/嫌いな食べ物や飲み物 好きなテレビ番組 好きな歌や歌手 好きな匂い 好きな場所 好きなこと 楽しんでいること 得意なこと 欠かさない日課やこだわり おしゃれや好みについて 性格 人間関係 好きな人・仲良し 頼りにしている人 会いたい人 日中の過ごし方・生活リズム 暮らしの出来事 家庭・社会での役割 地域住民・インフォーマルサービスとのつながり
3. 身体の状態に関わる情報 過去の病気 治療中の病気 服薬内容 服薬管理 身体所見 検査所見 要介護認定 日常生活自立度(認知症・寝たきり度) ADL IADL 身長・体重・血圧等 身体所見 頭部画像検査、認知機能検査 等	② 本人の意思決定支援に関わる情報 将来の暮らしたい場所や生活への希望 将来の医療や生活支援に関する希望 将来、意思が伝えられなくなったときに相談してほしい人 将来、食べられない状況になったときの希望
4. 認知症に関わる情報 認知症の原因疾患 認知機能の程度 行動心理症状	
5. 医療機関の情報 かかりつけ医 認知症専門医 その他の医療機関 訪問看護 受診記録 薬局	
6. 生活支援や介護サービスに関わる情報 地域包括支援センター 民生委員 ケアマネジャー 介護サービス利用状況 利用している介護事業者 福祉機器の利用 成年後見制度の利用	

4.4 項目整理から気づく情報項目の2つの側面

4.4.1 「専門職が知りたい情報」と「本人が伝えたい情報」

以上のような項目の整理を通して気づいたことは、情報には2つの側面があるということである。1つは、医療や介護等を提供する専門職の立場から必要としている情報(①専門職が知りたい情報)、もう1つは、認知症の人自身が、自分の望む支援に近づけるために、周囲に知って欲しい情報(②本人が伝えたい情報)である。

本来、本人本位のケアを目指してきた認知症ケアは、「本人が伝えたい情報」を専門職が捉え、そこにある本人の希望や要望をケアの強みに変えたり、目標に据えたりしながら、多職種連携や協働が行われるべきと考えられる。すなわち、専門職の知りたい情報は、本人が伝えたい情報と一致するということである。しかし、実際に把握されている情報は、医療の情報に偏っていたり、家族から情報に偏っていたりと、本人の暮らしぶりや習慣、個性といったことに目が向けられていない場合も少なくない。

今後、各地域における情報連携ツールの標準モデルを作成する際には、情報における二つの側面があることを意識し、第三者から得ることのできる客観的な情報だけでなく、本人の主訴を聞き取るということにも着眼していくことが望まれる。

4.4.2 全国マイケアプラン・ネットワークの取り組み

この本人の主訴を最大限に活かしたケアマネジメントの普及・推進に向けては、全国マイケアプラン・ネットワークにおいてユニークな取り組みが続けられている。小委員会の調査にもご協力いただいたことから、ここに紹介させていただきたい。

全国マイケアプラン・ネットワークは、代表の島村氏が、自らの介護経験の中で、「ケアプランの作成には、当事者が積極的に関わらねば」との信念に基づいて立ち上げられた。原点は、「その人の人生を最期の時まで大切にしてもらいたい」との島村氏の熱い思いにある。要介護の状態になったその人の姿に捉われず、その人自身が元々どのような人だったのかということに焦点を当て、支援につなげていくのがねらいである。まさに、人生の継続性を大切にするための取り組みとも言える。

「マイケアプランは、自分らしい暮らしや生き方を自分で考え、責任を持って暮らしを組み立てていくことです。ケアプランをたてる過程で、利用者が真剣に考えて主体的に根拠のあるプランをたてること、自らきちんと考えてサービスを選び、事業者を選ぶこと、それが、私たちが大切にしていることです。」

要介護認定を受けたとたん、それまで培ってきた当たり前の生活や人間関係をあきらめてしまう人は少なくない。しかし、もしも自分の思いや意向を書き残し、周囲に伝えていくことができれば、人生の継続性を大切にしたケアプランを作成したり、自分らしく生きるためのライフプランを描いたりすることも出来るのではないかと。また、家族や介護者が認知症の人を支えていく上でも、本人の意思や思いを理解していることは、大前提にしていくべきことと言えるだろう。全国マイケアプランが推進している「マイ

ケアプランの玉手箱」は、そんな思いを後押しするためのツールである。なお、「マイケアプランの玉手箱」ならびに「～マイケアプランのための～あたまの整理箱」については、全国マイケアプラン・ネットワークのホームページを確認いただきたい。

以上のように、情報には「専門職が知りたい情報」と「本人が伝えたい情報」という二面性があり、両者ともに重要な情報であることを押さえたうえで、以下に、これまであまり着眼されてこなかった「本人が伝えたい情報」に関する、霧島市の取り組みを紹介する。なお、本稿は、平成26年2月14日に実施した「認知症ケアパス作成担当者セミナー」の記録をもとに記述した。

4.5 「私」が伝えたい情報をつなぐこと

「私」が伝えたい情報をつなぐこと

(報告者：黒岩尚文 小委員会委員・株式会社浪漫代表取締役)

鹿児島県霧島市「私のあるアルバム ～やがてのために」の取り組みより

○連携ツールを様式を作ることが目的ではない

今後、各地域の取り組みとして、情報連携ツールの標準型を作成することは、それほど難しいことではないだろう。間違っはならないことは連携ツールの様式を作ることが目的になってはいけないということである。重要なことは、ツールを作成する過程に本人、家族介護者、地域住民の方を含め他職種連携で多くの人がかかわり、話し合いをしながら作っていく作成のプロセスであることを押さえておきたい。

例えば、連携ツールは、活用されることによってはじめて意味を持ち、一人の人生を変えてしまうほどの影響を及ぼすこともある。連携ツールの作成に携わる者は、どのような目的を持ってそのツールを使うのかという共通認識を持ち、取り組みの意義を繰り返し確認したり、時間をかけて議論をつくしたりすることが必要と考える。

図 3-7



図 3-8



○「私」が伝えたい情報の大切さについて

霧島市が作成した「私のアルバム」は、「私」が伝えたい情報に着眼して作られた情報共有ツールである。

周囲が最も意識しておかなければならないことは、本人主体の暮らしである。認知症の人（本人）が、意思や想いを伝えられない状態になったとしても、その人を支え続けていくためには、「どんなふうに暮らしたいのか」、「どういうふうに過ごしたいのか」、あるいは、「誰と一緒にいたいのか」ということを支援者は知っておく必要がある。そうした、本人の「想い」を最優先に考え、どう守っていくかを一緒に考えていくことが支援者の務めであり、これから各地で作られる情報連携ツールの大きな意味につながっていくのではないかと考えている。

介護保険制度施行後、十年以上が過ぎた今、我々支援者は、介護サービス本来の目的をもう一度思い返してみる必要があるのではないだろうか。今は、介護サービスをただ提供することが目的となり、その人にはまだ「できること」があっても、逆にサービスが奪ってしまっている面もある。つまり主体が提供者側、支援者側になっているのである。本来は、認知症という障害を背負って生きようとしている人の、「こんなふうに過ごしたい」という思いを実現するためのサービスであったということに、今、ここで立ちどまって考えてみる必要がある。こうした思いの中、霧島市で取り組んできた実践をご報告させていただきたい。

○取り組みの動機

霧島市が作成した、「わたしのアルバム ～やがてのために」は、平成 21 年 7 月から 2 年間、行政、地域包括支援センター、医療関係者、介護関係者、家族の会、社会福祉協議会等、認知症ケアにかかわりのある様々な団体・組織の関係者による話し合いを重ねながら作成したものである。取り組みの発端は、ある行政の担当者から発せられた、

「脳卒中の連携ツールなどはあるけれど、認知症の連携ツールはないのではないか。」との問いかけからはじまった。

以前から、情報連携のあり方については、事業者の間でも課題視する声が多かった。認知症が重度化していく中、高齢者は、デイ・サービス、訪問介護、ショートステイなどの介護サービスの利用が次々に増えていく。つながるサービス事業者は、それぞれのところでアセスメントを行い、家族に説明を行い、限られた情報の中で、その場その場の対処的なケアを提供していかなければいけない現状があった。「これでよいのだろうか」という疑問を持つ事業者も少なからずいて、その問いかけをきっかけに、事業者側は「認知症ケアの現場にも、情報連携ツールを作らなければ、継続的な支援にはつながらない」との思いを高め、取り組みの一步を踏み出したのである。

○作成プロセス

居宅介護支援事業所や、地域包括支援センター、認知症の家族の人の会の方などの参加により始まった会議の当初においては、「なぜ、わざわざこのような取り組みをするのか」という意見や、「新たに作らなくても、病院から退院するときのサマリーで足りるのではないか」、「ケアプランがあるわけだから、それでいいではないか」などの意見が様々に挙げられ。最初の1年間は、新たなものを作ることの業務負担増への不安が先立ち、専門職からの否定的な意見が目立っていた。

しかし、県の保健師や霧島市の行政担当者等の方々も毎月参加してくださる中で、「やっぱりここは大事にしよう」という思いに至ったことは、「本人の人生は本人が主人公である」ということを大事にしようとうという点であった。主人公である本人の人生を、どのように繋いでいくのかということが何よりも重要であり、サービス事業者だけで考えてしまうような、「その場しのぎのケア」を提供するのではなく、「そもそも本人はどう暮らしたいのか」をみんなが繋いでいけるツールを必要としたのである。

○私のアルバム

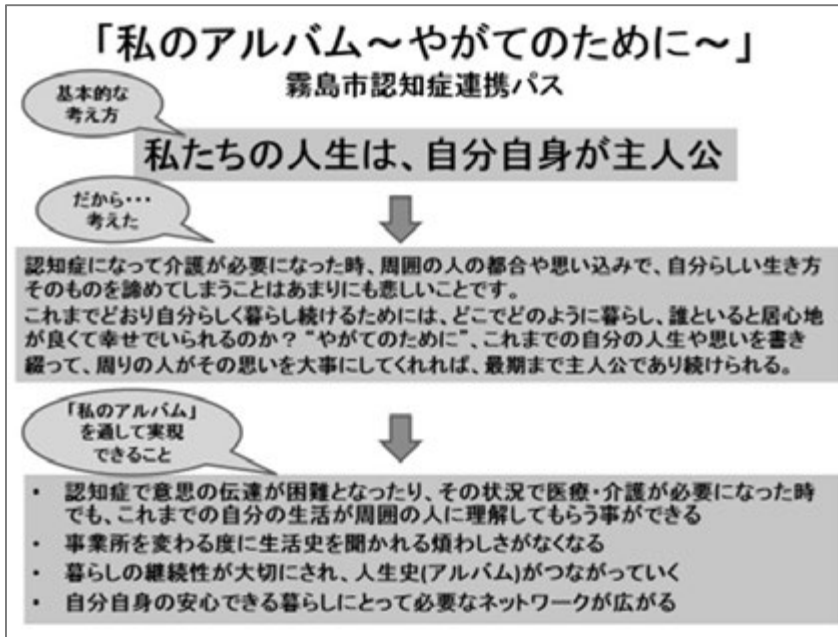
「私のアルバム」の基本的な考え方は、私たちの人生は、そもそも自分自身が主人公であるということである。自分が認知症になって介護が必要になったとき、周囲の人の都合や思い込みで、自分らしい生き方を諦めてしまうのは、あまりにも悲しいことである。認知症になっても、自分らしく暮らし続けるためには、「どこで」、「どのように暮らし」、「誰といると居心地がよくて幸せでいられるのか」といおうような私の伝えたい情報が、極めて重要であると考えられた。

‘やがて’のために、これまでの自分の人生や思いを書き綴り、周りの人がその思いを大事にしてくれるなら、自分は、最期まで人生の主人公であり続けられるのではないかということを経験的な考え方に据えている。

繰り返しになるが、ツールの形式をつくることはそれほど難しいことではない。しか

し、霧島市の取り組みから言えることは、基本的な考え方、共通の目標などをビジョンとして掲げられるようにするためには、あえて多くの時間を費やし、丁寧な議論を重ねていくことが大切だということである。

図 3-9



○ 「私のアルバム」で実現できること

「私のアルバム」を通して実現できると考えていることは、次の通りである。

- ・ 認知症で意思の伝達が困難になったり、医療や介護が必要になったりした時にも、これまでの自分の人生あるいは生活を周囲の人に理解してもらうことができること。
- ・ サービス事業所を変える時にも、生活史を聞かれる煩わしさがなくなること。
- ・ 本人の「暮らしの継続性」が大切にされ、人生史やアルバムの中の情報が生活に活かされていくこと。
- ・ 自分の安心した暮らしに必要なネットワークが広がるということ。

○ 仕様と情報の内容

「私のアルバム」は、なるべく難しい表現を用いずに作成されている。

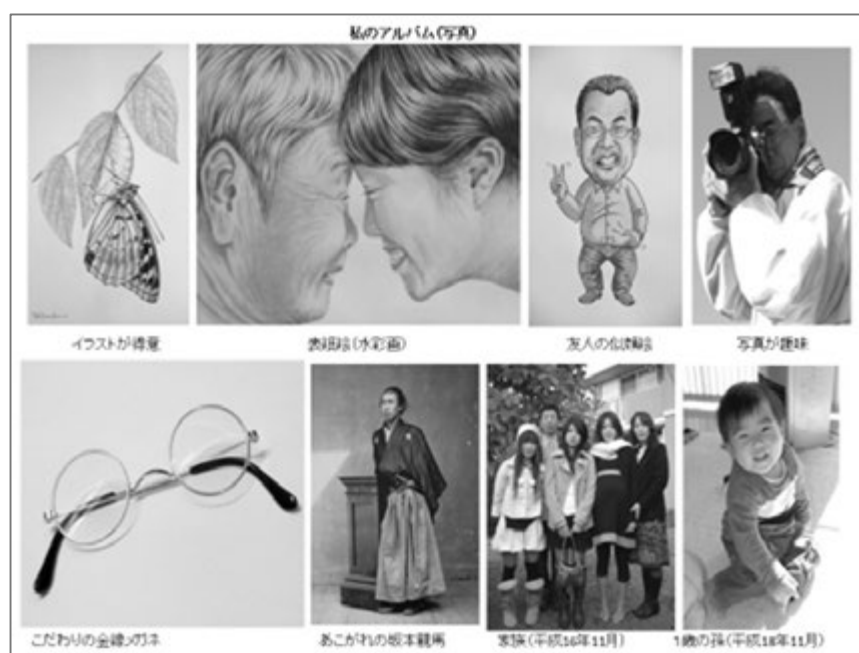
例えば、その時代に「誰と」「どこで」暮らしていたのか。あるいは、「暮らしの出来事」としてどのようなことがあったのかなど。また、誰と一緒にいることが幸せと感じ、どのようなことが楽しいのか、興味や関心を抱いていることなどをアルバムに書き綴っていく方法をとっている。

そのため、作られるアルバムには、一人ひとりの思い出が詰まった、思い思いの作品

として仕上げられる。文字ではなかなか伝わらないこと（自分が日頃から身につけていたり、馴染みにしていたりする物等）を写真に撮って貼り付けるなどの方法も用いられている。

ツールの普及は、現在、公民館（いわゆるサロン）等の場を借りて取り組んでいるところである。そこでは、老人クラブの高齢者が集まってきて、昔話に花を咲かせながら遠い記憶をよみがえらせている。文字にして書くことは出来ない人も、お年寄り同士が集まり、一緒に話をする中で、会話の中で様々な情報が引き出されていく。支援者はレコーダー等に記録し、それを書き起こすなどしながら、個別の人のアルバムづくりを手伝っている。自分では書けなくなった人も、それぞれの思いを抱いて生活をしていることが伝わってくるような場面である。このような、家族や周囲の人が本人の情報を引き出したり、記憶したりしながら、本人が望む暮らしをつないでいく情報連携のあり方があることを知っていただきたい。また、今後、各地域で作られる認知症ケアのための情報連携ツールにおいて、本人が発信する「私が伝えたい情報」に目を向けていただきながら、認知症になっても、最期まで自分らしく、自分の人生を歩んでいけるためのツールとなることを願うものである。

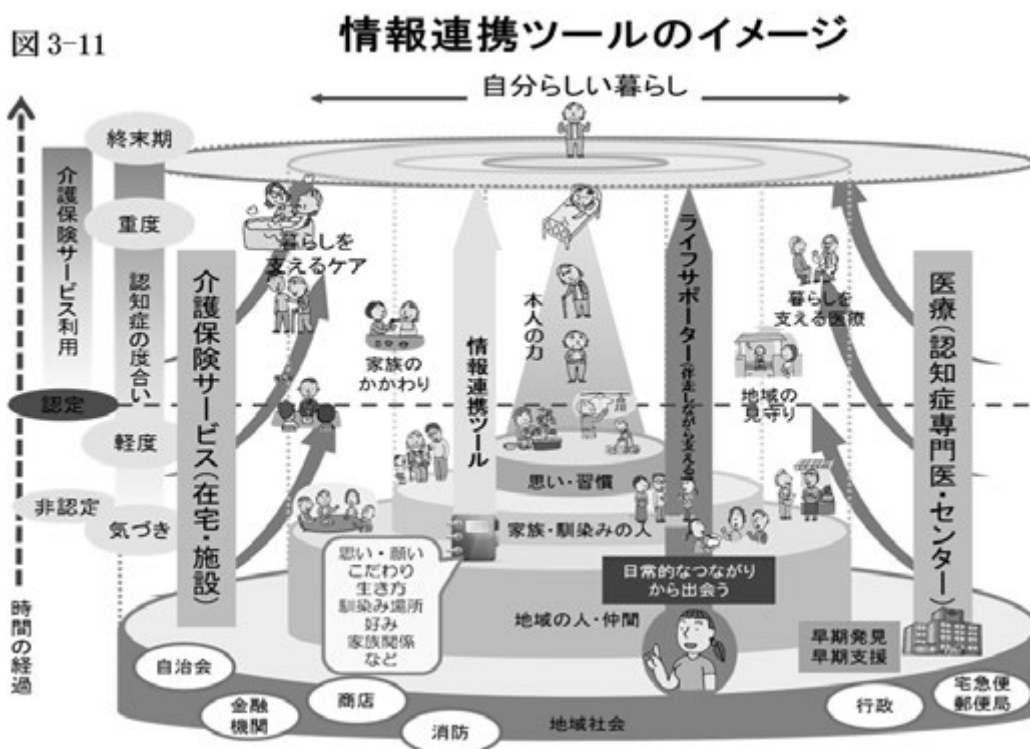
図 3-10



認知症は、その背景に原因疾患があることから、医学的な側面で捉えられることが多くある。特に、行動・心理症状などが表れている時などは、目の前の症状に捉われ、支援者が知り得た部分的な情報を拠り所として対応していることも少なくない。

更に、複雑すぎる情報連携ツールは使い勝手が悪くなる可能性があり、単に医学的な

身体状況や心理・行動障害等の状態だけが伝達されるようなものでは、本人の思いにそった支援にはつながらない。一方的にケアをするためのケアパスにだけはなあって欲しくない。あくまでも本人が主体となって生きる、暮らし続けることを周囲が理解し支え続けてく為に必要な情報連携ツールにしなければ意味が無い。特に、これまでの認知症ケアパスの中では、本人が伝えたい情報という側面が足りなかったもので、霧島市をはじめとする本人視点の情報連携ツールについて、今後の参考にしていただければ幸いである。



4.6 情報連携ツールの普及と定着に向けた課題

情報連携ツールのもう一つの課題は、作られたツールをいかに普及し、定着させていくかという点である。情報連携ツールは完成したものの「活用されない」、「定着しない」という問題は、多くの地域で言われている課題となっている。以下では、地域の中で、情報連携ツールを普及・定着させていくための取り組み課題を実践例に基づいて紹介する。なお、本稿は、平成26年2月14日に実施した「認知症ケアパス作成担当者セミナー」の記録に基づいて記述した。

情報共有ツール定着のコツ

(報告者：数井裕光 小委員会委員・大阪大学大学院医学系研究科講師)

○「つながりノート」が作られた背景

認知症の専門医として診療をしているが、認知症の患者さんの数の多さを考えると、今や専門医とかかりつけ医、ケアの専門職で連携をしなければ立ち行かないと感じている。しかしながら、医師が診療をして診断をし、治療方針を決めたあとに、かかりつけ医、ケアの皆さんと連携しながらやっというときに、なかなか今までの仕組みだけではうまくいかない部分があった。そこで、このような連携のツールをつくり、情報共有を円滑にしようということが始まった。

○ 運用事例概要

平成23年2月から7月にかけて、大阪大学医学部附属病院を中心として、患者さんとそのご家族59名の方と、かかりつけ医74名、ケアマネジャー48名、介護サービス事業所84施設で、連携ファイルというプロトタイプファイルを用い、6カ月間連携を試みた。

引き続き、平成25年2月1日から現在にかけて、当初行った連携ファイルの事業を拡大し、兵庫県川西市と猪名川町で、市町の事業として運用している。

川西市では、506名の方のノートを作成し、今も運用されている状況である。ノートの使用法を話し合い、学び合う場として「連絡会」を毎月開催している。ノートを運用する仕組み自体も一緒につくるのが大切である。

また、認知症の患者さんの症状について、なかなか理解しにくいという点があるため、やはり認知症の患者さんの対応や治療は、原因疾患別に考えていくというのが効率的である。それを実現するためのガイドブックをあわせて使っている。

図 3-12

私たちの経験

- 平成23年2月～7月
 - 大阪大学病院を中心とし、患者とその家族59名、かかりつけ医75名、CM48名、介護サービス事業所84施設でファイルを活用。
- 平成25年2月1日～現在進行中
 - 兵庫県川西市、猪名川町で、市町の事業としてノートを活用。
 - 川西市では506名にノートを作成。
- ノート運用を支援する仕組み
 - 連絡会：ノートの使用法を話し合い、学びあう場。毎月開催。
 - 疾患別重症度別認知症ガイドブック

○ 運用のメリット

ノートの運用の効果は次のとおりである。

図 3-13

ノート運用の効果

- 家族、介護職員、CMとかかりつけ医の連携が円滑になった。
- かかりつけ医の患者の状態把握が改善。
 - かかりつけ医が、色々な時間、場所、人から得た患者さんの状態や生活状況を知ることができるようになった。
- 他の事業所の活動がわかり介護連携ができるようになった。
- 家族の介護者の認知症、介護、BPSD対応法に関する知識が増え、自ら対応するようになった。
- 家族の介護負担感が減った。
 - 患者の妄想、興奮、不安が軽減する可能性が示唆された。
 - 皆が支えてくれているという安心感が持てた。
- 「ノートに記入する」、「ノートを読む」ことを通じて、「認知症の患者さんと家族から学んで、現場に活かす」ことが同時にでき、その成果を共有できた。

「家族、介護職員、ケアマネジャーさんと、かかりつけ医の連携が円滑になった」という声があるが、これがもともとの目的である。

かかりつけ医は、「さらに患者さんの状態がよく把握できるようになった」とおっしゃっている。というのは、たまたまその診察室に来た、目の前の本人様、あるいはご家族からの情報しか通常は得られない。しかし、このノートがあると、さまざまな時間、場所でのさまざまな人から得た患者の状況、生活の状態が把握でき、面で見ることができるようになる。

また、このようなノートは、多くの介護施設も横断的に使うが、「他の事業所の活動がわかり、介護連携ができるようになった」というのも、複数の事業所からメリットとして挙げていただいた。

さらに、ご家族や介護者の、認知症あるいは介護、BPSD 対応に関する知識が増え、その結果として、自分で対応してみようという気持ちになるということも起きている。それが影響していると思われるが、ご家族の介護負担感が減ったというデータも出ている。そこから、「患者さんの妄想、興奮、不安等が軽減する可能性があった」という声も見られる。

また、「ノートを持つことで、孤独になりがちなお家族が、周りのさまざまな職種の専門職が支えてくれているという、具体的な支えの証としての意味もある」と述べられていた。

「ノートに記入し、またノートを読むことを通じて、認知症の患者さんとご家族から学んで、現場に生かすことが同時にでき、その成果を共有できた」という声もある。なかなか、成果が実感できないと事は進まないが、それができるといふ点も注目されている。

○ 運用における課題

次に、情報共有ツールの現状と問題点について次に述べたい。

図 3-14

情報共有ツールの現状と問題

- 情報共有ツールが有用だろうと思う。
- ノートに加えるべき内容や作り方もわかる、作った。
- しかし…
 - どのように運用するのかわからない。
 - 実際つくって、使用を奨励しているが、うまく利用されていない。
- 私たちの経験から: 情報共有ツールを回す仕組みも同時に構築することが必要。

<http://handaichaikirenkei.com/index.html>

おそらく、この情報共有ツールという概念を聞いて、それに反対する人は少ないだろうと思う。私たちのホームページでも、どなたでもダウンロードできるようにしている。これだけでもだいぶ広がっている。

しかし、どのように運用するのかわからない、あるいは実際につくって使用を奨励し

ているのだけれども、うまく利用されていないということが起こる。情報共有ツール運用の仕組みを、ツールと一緒に開発していかなければ、広域で使うとなると難しいのではないかというのが今の考え方である。

○ 運用のコツ

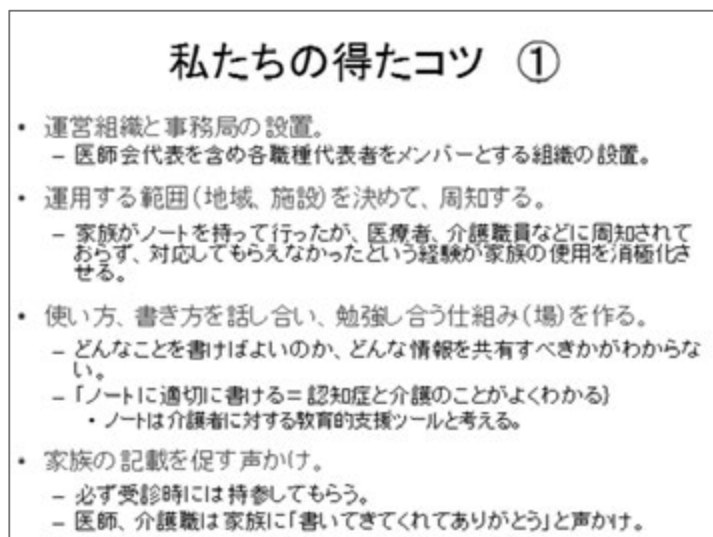
1) 運営組織と事務局の設置

運営組織や事務局に加え、格式張ったものでなくてもいいが、話し合う場というのが必要である。多職種の連携を実現しようというものなので、そこには医師会代表の医師、あるいはケアの方、事業所の方の中核の方々には参加していただくということが大事である。

2) 運用範囲の設定と周知

運用する範囲、地域、施設を決めて周知をすることも重要である。情報共有ツールを一般に使うとなると、どういう範囲を設定するのかということは問題になる。家族がノートを持っていったが、医療者、介護職員などに周知がされておらず対応してもらえなかったという経験が起きてしまうと、使用が非常に消極化されるのである。この範囲のところに持っていけば通じるよということを確実にしておく必要がある。

図 3-15





川西市の例でいうと、事業の主体は川西市と川西市医師会である。そして、事務局は中央包括支援センターに置いた。ノートの運用範囲については、当然川西市ということになる。周知方法については、もともとこの川西市には認知症地域資源ネットワーク構築事業推進会議という、多職種の代表の方が集まる会議が存在しており、それをそのまま利用させていただいた。

図 3-16

運用範囲について(川西市事業から)

- 事業主体：川西市と川西市医師会
- 事務局：中央包括支援センターに設置
- ノート運用、範囲などの周知方法
 - 認知症地域資源ネットワーク構築事業推進会議
 - ・ 医師会・歯科医師会・薬剤師会、家族の会、社会福祉協議会、CM協会、・・・
 - 市民広報：ポスター、ステッカー、ビデオ
- ノート配布者の範囲
 - 川西市在住で、在宅介護を送っている。
 - 要支援2以上の中から希望者。
 - 認知症患者に絞らない。
 - ・ 「ノート所有者＝認知症患者」とならないように。
 - ・ 疾患によらない1人1冊のノートに発展するかも。



市民広報については、おおよそ1年をかけて広報した。ステッカーやポスター、啓発ビデオ等をつくり、1年前ぐらいから、実際は昨年2月1日から、このノートの事業を始めるということを、市のさまざまな場所で啓発をし、皆さんの意識を高めた。

ノート配布者の範囲については、川西市在住で在宅介護をされている要支援2以上の中からご希望の方で、認知症患者さんには絞らないという要望があり、そのように設定した。

これは、ノートを持っているイコール認知症患者さんとならないよう、レッテル張りにならないようにという配慮からであり、また、うまくいけば疾患によらない1人1冊のノートに発展する可能性も秘めているためである。

3) 使い方、書き方を学び合う仕組み

つながりノートは、情報共有だけではなく、家族支援というところに重きを置いている。当然、家族支援は、イコール、患者支援と捉えている。ご家族の方が書くわけであるが、それほど専門的な知識を持っていらっしゃるわけではないため、どんなことを書けばよいのか、どんな情報を共有すればいいのかわからない場合がある。書き方、使い方を学んでいただく場づくりは当然必要になる。

極論ではあるが、ノートに適切に書けるという状態は、イコール、認知症と介護のことがよくわかったという、最終目標地点でもあり得る。いきなり最終目標地点には至ることができないかもしれないが、その過程であるという考えは、常に大切なことである。

ノートは単に情報共有ツールではなく、ご家族支援、患者さん支援、それを教育的に支援するというツールでもある。

4) 記載と使用を促す声かけ

受診時に持って行かない、忘れたという事例は多い。ご家族に記載を促し「持っていきましょう」という声かけ運動も展開する必要がある。

ご家族の方が書いて、医師や専門家に見てもらおうというのは、結構敷居が高いと皆さんおっしゃる。医師、介護職の方は、ご家族が書いてきてくれたら、「書いてきてくれたんですね、ありがとうございます」という、その「ありがとう」の言葉も忘れないようにしたい。

5) 医師会との協力

うまく進むポイントとして、やはりこの事業に医師会の中核的な医師が関わるというのは、非常に必要なことだと感じている。特にこの医師会区と行政区が一致していると、円滑に進みやすい。人口の多いところは、行政区の中に医師会が複数あるところもあると思うが、その場合はその医師会の方がうまく連携してもらえるとということが重要になる。

図 3-17

私たちの得たコツ ②

- 医師会が中核的にかかわることは必須。
 - 医師会区と行政区が一致していると円滑に進みやすい。
- 連絡会について、
 - 参加者の範囲(患者さん、家族を加えるか)、ノートの記載事項など重要事項のほとんどはここで合議で決める。
 - 最初に30分程度のミニレクチャーで開始する。
 - 木曜日の午後、土曜日の午後2時間くらいがよさそう。
 - 内容(これまでの活動より):
 - 記載法研修。素晴らしい記載は皆に披露。
 - ファイルが役だった事例を紹介しあう。
 - ファイル上でBPSDの対応法の検討を期待。
 - 会議の内容を毎回、ニュースレターで送付。
 - 患者家族、医師、CM、介護職などの中核メンバーの育成。

連絡会

患者家族
医師 介護職
CM 作業療法士
行政職員

6) 連絡会のメンバー構成と内容

さらに、ノートについて議論する場をつくるのが大事であるが、参加者に医療者だけではなく、患者さん、ご家族を加える。我々の「連絡会」は患者さんも加わっていただき話をしている。この事業の中核メンバーという意味ではないが、実際に連絡会を動かしていくもう少し具体的な実行メンバーというのも、複数の職種の中から必要だと思う。

ノートの記載事項などの重要事項のほとんどは、ここで決めている。最初に 30 分程

度のミニレクチャーをするということで集客を図る。木曜日の午後、土曜日の午後の2時間ぐらいと決めたのは、リサーチを行った結果、多くの方が集まりやすいのがこの時間帯だったためである。

内容については、これまでの活動の経験から、記載法の研修がとても大事だということが分かったので、優れた記載はみなさんに披露している。また、ファイルが役立った事例も紹介し合う。うまくいくと、そのファイル上で精神行動障害の対応法の検討というのできたらいいと思っている。

例えば、こういうときにこんな症状がよく出るということが観察で出てきた場合、こういう対応はどうだろうと、ノートを基盤に議論ができる。そして、しばらくはこの対応をやってみようと、まずノート上で周知する。そして、実際にやってみたらどうだったという情報が蓄積されていくことになる。その困った状況になる前に、起こりやすい状況をなんとかしようという話になることも期待しながら行っている。

会議の内容は、毎回ニュースレターで送付している。

7) 日常的なツールにする

このツールをよりよく使うためにはどうしたらいいかと考えると、やはりノートを日常的に使う道具として認識してもらおうということが大事だと思う。会議や事例検討会で、そのノートをみんなで見合いながらやっていくことである。

図 3-18

私たちの得たコツ ③

- ノートを日常的なケア会議や事例検討会で積極的に使用。
- 日常的なありふれたツールにする。
- 患者家族への啓発は最も重要。
- 患者家族の要望は断れない。
 - 「こんないい物ができたらいい。是非とも発行していただきたい」と思っていた。
- 広域運用においては、使用頻度は個人、状況によって異なることを認識し容認。
- BPSDが強い患者には自然によく使われる。
- 適時のノート使用に対する実態調査が望まれる。

8) 市民啓発

患者さんのご家族に、こういうノートがあるということを啓発することも大切であるが、もともとは患者さんのご家族ではないということをおかなくてはならない。どういうことかという、患者さんがおられて、初めて患者さんのご家族になるわけで、結局は一般市民に、皆さんの市町村にはこんな制度があって、もしこうなったときにはこれが使えるよという啓発が大事なのである。患者さんのご家族というのは、患者さんがおられて発生するのであって、もともとは市民である。だから、必要なのは市民啓発ということになる。

このような事業を行っていくうえで、医師会の先生方の温度差もある。しかしながら、患者さんあるいはご家族から、「こういうのがあるらしいですね。使いたいです」と言われると、先生もやはり「そうか」ということになりやすいので、市民からスタートということが大事だと思われる。

9) 個々の状況を踏まえた運用

もう1つ、広域での運用においては、使用の頻度が個人や状況によって異なるということも認識して、容認するほうが妥当である。全員に使ってもらおうと必死になると、なかなか難しい。実際、私たちの後の調査でも、ノートの使い方を指導する方が、ノートの有用性、適切な使い方を把握していて、精神行動障害が強い患者さんは、自然によく使われる。あまり必要がない状況にはそう使われない。無理して使ってもらおうとまではせずに使うべきときに活用することが大切である。

10) 実態調査

川西市の経験で感じたことであるが、一度広域に使い始めると、どれぐらい使っていて、どれぐらいの方がいいと思ってくれていて、どれぐらいの方が実はだめだと思っているかというのは、なかなか声が届きにくい現状がある。使い始めてから、例えば1年後か2年後に実態調査を行って把握しようという気持ちでスタートすることが望ましい。

第5節 認知症の人（本人）の声（視点4）

5.1 取組みの意義

小委員会における4つ目の視点は、認知症の人（本人）の声に基づく、社会資源づくりや認知症の人へのケアマネジメントのあり方を問いかけるものである。「本人の声」、すなわち、当事者性にもとづく認知症ケアパスのあり方は、視点1から視点3に一貫している考え方であり、小委員会の議論の中では、今後の認知症ケアパスの作成において最も重視すべきテーマとして取り上げた。

認知症の人（本人）の声に耳を傾け、当事者性に基づく政策立案につなげていくといった試みは、既に、国際的な潮流になっているとも言えるだろう。平成25年1月に開催された「認知症国家戦略に関する国際政策シンポジウム」に関する報告では、「認知症の人（当事者）の声と役割」について、次のように述べられている。

認知症の人（当事者）の声と役割

認知症国家戦略を打ち出すことに成功している国々のもう一つの共通した特徴は、認知症の人ご本人、すなわち当事者の方々が、自らの体験を語り、政治や行政に働きかけ、政策の立案・実施・評価のプロセスにしっかりと関わるようになってきていることです。各国アルツハイマー協会をはじめとする認知症の当事者団体・権利擁護団体は、強大な力を持つようになり、当事者の視点を政策に反映させる、という仕組みがもはやあたりまえになっています。これまで、認知症の人は話せない、判断ができない、という偏見があり、ご本人のニーズがなかなか政策に反映されずにきました。当事者のニーズが発信されることで、各国では認知症の人の意思や自己決定の尊重、という課題に真剣に取り組むようになっていきます。

（出典）西田淳志（公益財団法人東京都医学総合研究所）「認知症国家戦略に関する国際政策シンポジウム」<http://www.igakuken.or.jp/publish/news/009/cont1.html>

5.2 英国認知症国家戦略における本人の視点

英国ではすでに、2009年時点で、認知症国家戦略の中に本人の視点が反映されている。

■ 2009年 イングランド認知症国家戦略
Living Well With Dementia: a national dementia strategy
副題:「認知症とともによき人生を送る」

- 2014年までの5年間を認知症ケア改善に取り組む集中改革期間と定め、包括的な政策方針（17の目標）を打ち出した（その後1項目追加）
- 2014年までに認知症の人がどれだけそれらを実感できるかで達成度を計る

本人視点の成果項目も設定

Quality outcomes for people with dementia: building on the work of the National Dementia Strategy

Living Well With Dementia: a national dementia strategy
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/168221/dh_094052.pdf

さらに、本人視点の評価指標もつくられている。

■ 認知症の人にとっての質的アウトカム

: 認知症国家戦略の作業に基づいて
Quality outcomes for people with dementia:
building on the work of the National Dementia Strategy

2014年までに認知症の人がどれだけ次のような事を実感できるかで達成度を計る

1. 私は、早期に認知症の診断を受けた。
2. 私は、認知症について理解し、それにより将来についての決断の機会を得た。
3. 私の認知症、ならびに私の人生にとって最良の治療と支援を受けられている。
4. 私の周囲の人々、特にケアをしてくれている家族が十分なサポートを受けられている。
5. 私は、尊厳と敬意を持って接せられている。
6. 私は、私自身を助ける術と周囲の誰がどのような支援をしてくれるかを知っている。
7. 私は人生を楽しんでいる。
8. 私は、コミュニティの一員であると感じる。
9. 私には、周囲の人々に尊重してもらいたい自分の余生のあり方があり、それが叶えられると感じられている。

平成24年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業「認知症国家戦略の国際動向とそれに基づくサービスモデルの国際比較研究報告書」
平成25年3月公益財団法人東京都医事総合研究所 より

(出典)

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213811/dh_119828.pdf

和訳は以下による

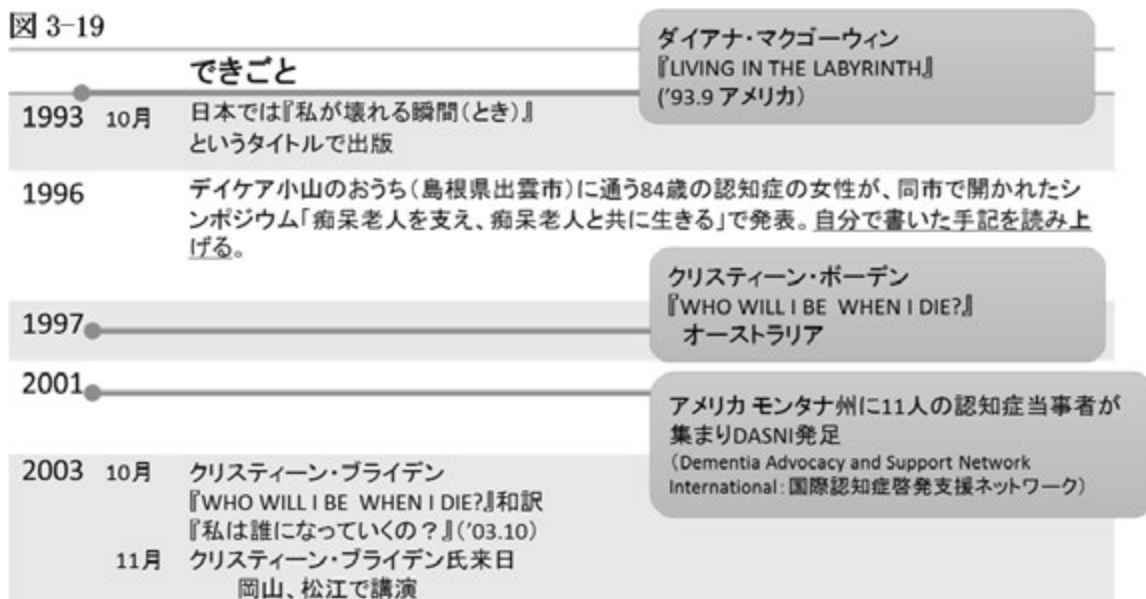
平成 24 年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業「認知症国家戦略の国際動向とそれに基づくサービスモデルの国際比較研究報告書」

http://www.igakuken.or.jp/research/gakujutsu_syukai/g_syukai130129/pdf/h24_NationalDementiaStrategy.pdf

5.3 わが国における「当事者発信」の歴史

ここで、あらためて、わが国における認知症の人の「当事者発信」の歴史を振り返ってみよう。

図 3-19



できごと	
2004 1月	北海道雨竜郡北竜町 町長 一関開治氏 認知症と診断されたことを明らかにし、辞任 その後、著書『記憶が消えていく』(2005)等で自身の経験を語る。
10月	松本照道氏 広島で講演活動を開始
2004 10月	「国際アルツハイマー病協会国際会議 京都2004」開催 クリスティーン・ブライデン氏「私たち抜きには何も始まらない！」講演 越智俊二氏 認知症であることを実名で明かし発言
2005 4月	太田正博氏 主治医の菅崎弘之氏、作業療法士の上村真紀氏とともに講演活動をスタート。 「認知症と明るく生きる」2010年まで70回以上
2005 11月	水木 理氏(ハンドルネーム) ブログ「認知症一期一会」を開設
2005	厚生省「認知症を知り地域をつくる10か年構想」に基づく 全国キャンペーンスタート 認知症の本人ネットワーク支援もおこなう
2006	「本人会議」開催 京都に7人の当事者が集まり 「本人会議アピール」発表
2007 2月	●若年期認知症サミット(広島)開催 「若年期認知症サミットアピール」発表
9月	●元大分市役所職員 足立昭一氏 講演活動開始 ●中村成信氏 茅ヶ崎の勉強会で若年認知症の体験を語る ●クリスティーン・ブライデン氏再来日 札幌で講演 講演会場で東京大学医学部の元教授岩井晋氏がカミングアウト。 翌年より執筆・講演活動
2009 5月	足立昭一氏、佐藤雅彦氏、中村成信氏ほか数人 厚生労働省で開かれた「若年性認知症対策 意見交換会」に参加
2010 12月	「認知症の本人の意見による生きがいづくりに関する調査研究会」(厚生労働省老人保健増進等事業)の中で、佐藤雅彦氏、佐野光孝氏が呼びかけ人となり、認知症の本人が医療、ケア、社会に求めるものについて意見交換会、記者会見が行われる
2013 12月	

(出典)『扉を開く人 クリスティーン・ブライデン 認知症の本人が語るということ』
認知症当事者の会 編著 2章 水谷佳子氏執筆部分参照

当事者自らの認知症の体験を語りはじめたことにより、認知症の人が日々の暮らしの中で体験する「生活のしづらさ」、「社会における偏見」や「病気への誤解」が少しずつ明らかにされ、わずかながらも、制度やしくみの根本が見直されてきている面もある。

地域の中に認知症の人が安心して過ごせる居場所がつけられ、自宅や地域での継続的な生活を実現させていくためにも、認知症の人が体験している世界がどのようなものなのかを地域住民に伝える機会を設けていくことも必要になるだろう。認知症に対するスティグマを克服し、認知症を抱えながらも、地域の中で生き生きと暮らせるというポジティブなイメージを定着させていくことが、今後の重要な取組みになると考えられる。

5.4 「認知症の人の声を聴く」こと

このような課題意識のもと、小委員会では、インタビューによる認知症の人の声を聞く場を設け、実際に「認知症の人の声を聴く」とはどのようなことなのかを体験する試みを行った。また、その体験を通して、認知症の人に向き合う際に求められる配慮や注意すべきことなどをまとめることとした。以下に、その試行的取り組み内容を記録として示す。なお、本稿は、平成26年2月14日に実施した「認知症ケアパス作成担当者セミナー」の記録に基づいて記述した。

5.4.1 インタビューのねらい

インタビューの実施に際しては、認知症の人が「希望とともに、これからの暮らしをつくっていくための手助けになる」ことを目的とする、認知症の人に向けた読本（小冊子）の作成を取組みのゴールと想定し、試みを開始した。この読本は、趣旨に賛同した認知症の人にインタビューを行い、「多くの認知症の人へのメッセージ」を集め、編集することとした。ここでは、その過程で得た気づきのうち、特に重要なものを報告する。

5.4.2 実施概要

○インタビューの方法

- ・かわしま神経内科クリニックの川嶋医師からのご紹介による個別訪問
- ・インターネット「3つの会@Web」ⁱを通じた呼びかにより、コメント等を収集

(参考) 3つの会@Web (http://www.3tsu.jp/?page_id=2708)

3つの会は、認知症と生きる人による認知症と生きる人のための会として生まれました。認知症と生きるわたしたちは、生きづらさも、暮らしも人それぞれです。診断されたばかりの人。認知症とつきあいながら暮らしをつくってきた人。認知症とともに今を生きる人たちはたくさんいるはず。みんなが声や経験をつたえあって、一人ひとりの暮らしをつくっていこう。そして、ゆるやかにつながりながら、社会へ声を発信しよう。そう考えたわたしたちは、「つたえる」「つくる」「つながる」という3つのキーワードの頭文字をとって「3つの会」—つまり「つ」が3つ—をつくりました。

○インタビュー実施にあたっての配慮

インタビューを依頼する際、本人やご家族の方には、事業の趣旨及び依頼内容を十分に説明した上でプライバシー保護に関する確認を行い、小委員会委員長宛の同意書を提出いただいた。

(参考) 研究事業の趣旨とご協力をお願いについて (抜粋)

[趣旨とご依頼内容]

この研究事業は、「認知症と生きる人が、希望とともに、これからの暮らしをつくっていくための手助けになるような読本」の作成を目的としています。今まさに診断された人や、多くの、認知症と生きる人に向けて、あなたが伝えたいこと ― 経験、困難、工夫、思想、メッセージなど ― をお聞かせください。集められた声は、認知症と生きる人のための読本づくりの参考として活用され、住み慣れた地域で暮らし続けることのできる社会を実現するための将来の施策に反映されます。

[事業概要]

一般社団法人 財形福祉協会の平成 25 年度老人保健健康増進等事業「認知症ケアパスを適切に機能させるための研究事業」の一環で実施します。

[お約束事項]

- ・いったん同意された後でも、理由のいかんに関わらずいつでもやめることができます。やめたいと思われた時は、ためらわずにお申し出ください。その際、理由を説明する必要は全くありません。
- ・研究に参加しない場合、途中でやめた場合でも、不利益を受けることは一切ありません。
- ・研究に関して、経済的な負担はありません。
- ・個人情報の管理について十分に配慮いたします。また、お伝えいただいた内容から個人情報特定できないように、必要に応じて加工を行い、データを管理します。

5.4.3 読本づくりの背景

認知症と生きる多くの人に読んでいただくことを想定し、認知症の人に向けた読本(小冊子)を作成している。趣旨に賛同した認知症の人にインタビューを行い、「多くの認知症の人へのメッセージ」を集め、抜粋したものである。

ご協力いただいたのは8名の方々と、ふだん NPO 法人認知症当事者の会でともに活動している認知症の本人や、この取り組みに賛同してくださった神奈川県藤沢市のかわしま神経内科クリニックの川嶋乃里子院長にご紹介いただいた人たちである。

クリニックのカウンセリングルームやご自宅、お気に入りの喫茶店など、それぞれの人が希望された場所にてお話を伺った。質問の項目は決めずに自由にお話しいただいたところ、認知症の生きづらさや、工夫、日々の思い、社会への提言を含め、声は多岐にわたっている。その全記録の中から、認知症と生きる人に向けたメッセージを集めた。これをさらに認知症に特有な読みづらさなどに配慮して構成し、読本として世に出せるようにと考えている。

5.4.4 認知症の人の声 ～インタビューから～

インタビューの中で、この報告の場でぜひ伝えてほしいという意見を、以下にご紹介する。

図 3-20

インタビューの中で S. Nさん 1/4

いま、表舞台に出てこれる当事者の人は限られてる。
同じ人ばかり講演したりTVに出たり。
今はそれしかない・・・かもしれないけど地域の中で、そういう人がそれぞれ出てきて地元の人どうしが話すことが出来ればいいと思う。

図 3-21

インタビューの中で S. Nさん 2/4

1回だけじゃダメだよ。
はじめは自分もしゃべりにくいし、回数を重ねることで少しずつさっばらんに話せるようになる。
それに、1回話ただけじゃ繋がりが切れちゃう。
「あー、いい話だった」で終わっちゃう。
1週間もすれば、聞いた話忘れちゃうものでしょ。動きがないと！変わっていかないと！

図 3-22

インタビューの中で S. Nさん 3/4

認知症に限らずだけど・・・
こと認知症に関しては固定観念でみないほうがいい。

勉強してきてる人の方が固定観念が強いように感じる。
そう、医療とかケア職の人。

図 3-23

インタビューの中で S. Nさん 4/4

周りで「あーしたら、こーしたら」って言うけどそれって、合ってることも合ってないこともある。こういうのも何だけど、余計な迷惑なこともある。

一人より二人、二人より三人。
自分たちはこうしたい、ということを出していく。
当事者でないと分からないことはたくさんあるから。

図 3-24

インタビューの中で M. Sさん 1/2

「認知症だからこうすればいい」という考えではなく
「その人には、どんなことが必要か」という考えに基づいて
その人に尋ね、その人と一緒にベストな方法を探していただきたい。

図 3-25

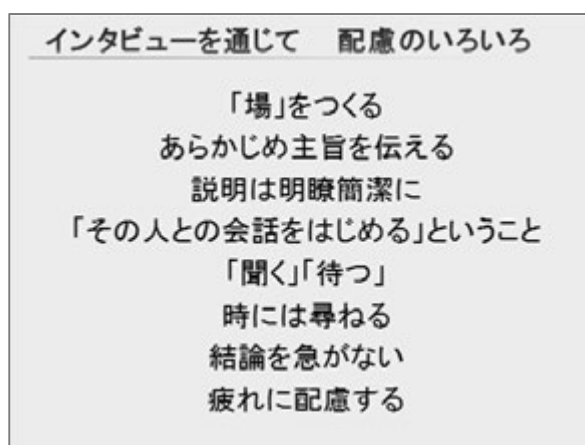
インタビューの中で M. Sさん 2/2

人生を楽しめれば、人として、充実した生活を実現できる。
そのための支援・制度でなくてはならないと思う。
認知症であるなしに関わらず、生きる喜びがあります。
人生の最終章をハッピーエンドで迎えるためにどうしたらいいかを皆で考えていきましょう。

5.4.5 インタビューの際の配慮

本人の声を聞くことは、最初の一步である。ともに話し合い、考え、救い出しましょうという次の一步が提案されている。しかし、声を聞こう、ともに話し合おうとはいうものの、認知症の生きづらさにどう配慮したらいいのと躊躇することもあるかもしれない。そこで、インタビューを通じて気づいたことの一部をご紹介します（図7）。

図 3-26



しかしながら、このような配慮の前に、もっと重要なことがある。認知症の本人の言葉を聞くためには、その人が認知症のことを話せる環境が必要である。

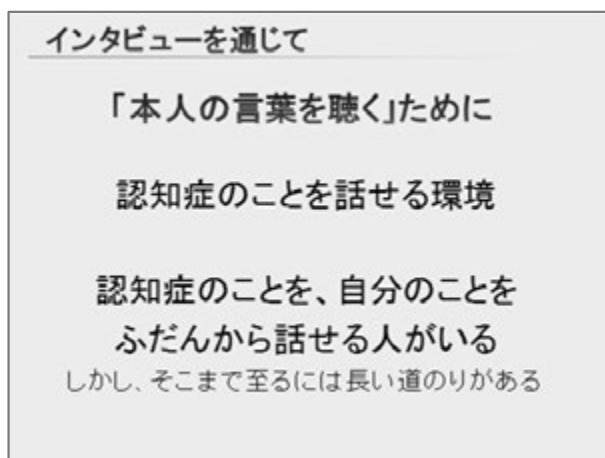
インタビューの中である人はこう言っている。「受け入れるのに時間がかかって、2年たった今でも、まだ受け入れがたい。夫以外には言っていないですね、娘にも、友人にも。公知することで変な目で見られたり、哀れまれたりするの嫌」。

また、次のようなことを言った人もいる。「『認知症です』と言われると、まさか自分が思ったり、隠そうとしてしまったり、話せる友達とか、身近な人に話せるという環境にないと、引いてしまうと思う」。

つまり、認知症のこと、自分のことを、ふだんから話せる人がいるという環境があることが大前提なのである。もし、皆さんが認知症と診断されたら、ご自身のやるせなさ、生きづらさ、不安といったことを、誰と話すだろうか。それらを抱えながら認知症と生きようと思えるまで、どれだけ時間がかかるだろうか。哀れみ、同情、いぶかしみ、否定、そんな周囲の目を感じながら、公の前でご自身の弱みと希望を話せるだろうか。

そのような中で、今回のように声を寄せてくれる人たちがいる。「認知症と生きる人のための読本」は、今、認知症と生きる人からのメッセージ集である。今、認知症の人だけではなく、これから認知症になるすべての人が、「読本」の言葉だけではなく、これらの言葉が紡がれた背景まるごとをメッセージとして受け取ることで、次の一步を踏み出せるのではないかと思う。

図 3-27



5.4.6 認知症の人から認知症の人へのメッセージ

読本からメッセージの一部をご紹介します。

図 3-28

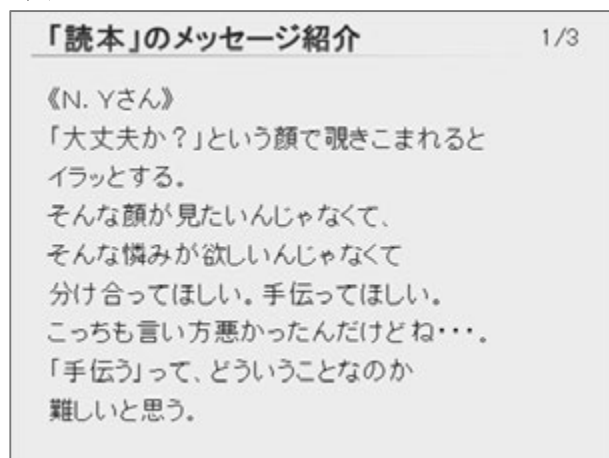


図 3-29

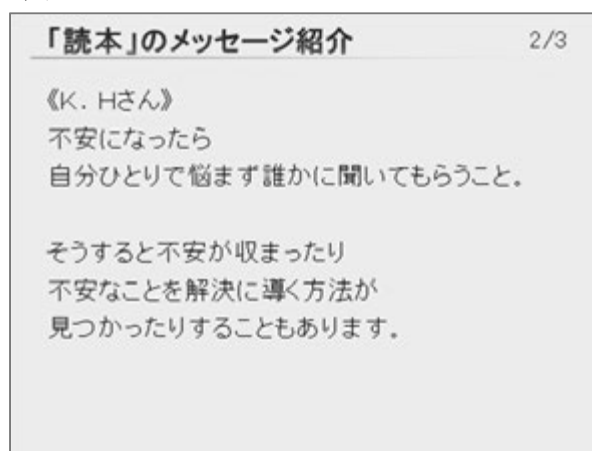
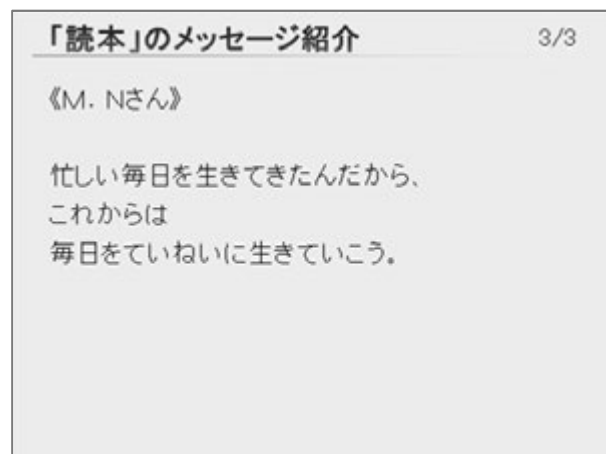


図 3-30



5.4.7 声を発信できない障壁

インタビューの中で「認知症を隠そうとしてしまう」「夫以外には、娘にさえ話せていない」「周囲の人から憐れまれたり、否定されたりするのが怖い」という声があった。認知症のスティグマティックなイメージは、本人自身にも世間にも大きく影響しており、声を発信できない人が大多数だと推測できる。

今回協力を得た8人のうち、3人はNPO法人認知症当事者の会でともに活動したり、認知症の人たちが発信するwebサイト「3つの会@web」でのやりとりを通じて筆者と繋がりがある。残り5人は神奈川県藤沢市のかわしま神経内科クリニック川嶋乃里子院長の協力のもと、紹介された人たちである。8人には、「普段から認知症のことを周囲の誰か、もしくは同じクリニックに通う人同士で話し合える」という共通点があった。

認知症の人の声を聴くには、声を発信できる土壌づくりが不可欠である。認知症があることを隠さずにいられる。気兼ねなく話せる人の存在。「認知症の人の声を聴く」ためには、このような環境づくりが急務である。

【参考】認知症の本人発信の書籍

『私は誰になっていくの?—アルツハイマー病者からみた世界』

クリスティーン・ブライデン 著
クリエイツかもがわ (2003/10)

『私は私になっていく』

クリスティーン・ブライデン 著
クリエイツかもがわ; 改訂新版 (2012/10/20)

『記憶が消えていく—アルツハイマー病患者が自ら語る』

一関開治 著
二見書房 (2005/9/15)

『ブログ「認知症一期一会」—認知症本人からの発信』

水木 理 著
社団法人 認知症の人と家族の会 編
クリエイツかもがわ (2007/10/15)

『私、バリバリの認知症です』

太田正博 上村真紀 菅崎弘之 藤川幸之助 著
クリエイツかもがわ (2006/04)

『マイウェイ 認知症と明るく生きる「私の方法」』

太田正博 太田さんサポーターズ 著
小学館 (2007/3/16)

『ぼくが前を向いて歩く理由—事件、ピック病を超えて、いまを生きる』

中村成信 著
中央法規出版 (2011/10)

第4章 認知症ケアパス作成に向けた自治体の動き

第1節 認知症ケアパスの作成のポイントを考える

「認知症ケアパス作成担当者セミナー」平成26年2月14日報告会記録より

奈井江町（北海道）事例報告

小澤 敏博 氏 健康ふれあい課課長

認知症ケアパス作成検討事業について

1. 奈井江町の概要

認知症ケアパスについては、平成24年度から検討を開始し、25年度以降本格的に押し進めている。その説明の前に、簡単に奈井江町の紹介をしたい。

奈井江町は、旭川市と札幌市のちょうど中間に位置する。道央と呼ばれる地域である。積雪寒冷地であり、年間約6メートルから7メートルの積雪量がある。除雪費用は年間1億2,400万円と、非常に費用がかかっている。

地 勢	降雪量
<ul style="list-style-type: none">○ 位置 札幌市から68km 旭川市から68.8km○ 面積 88.05km²（うち55%が森林） <p>本町は、JR函館本線、国道12号線、高速自動車道が南北に縦貫し、札幌市と旭川市のほぼ中間に位置しています。</p> 	<ul style="list-style-type: none">○ 年間累計降雪量 6~7m○ 最大積雪深 1~1.2m○ 除排雪関係予算 124,362千円（H25年度）○ 市街地には流雪溝、融雪溝等を整備  

人口およそ5,900人、そのうち高齢者人口が2,200人、高齢化率が36.9%であり、世帯数はおおよそ2,950なので1世帯あたり大体2人程度と考えられる。要介護認定者数は393人、要介護認定者率は18%である。人口はどんどん減っているが、75歳以上の人が増えているのが実態である。

人口及び介護認定者の状況等	
○ 総人口	5,981人（H26年1月末）
○ 高齢者人口	2,207人
○ 高齢化率	36.9%
○ 世帯数	2,941世帯
○ 介護認定者数	393人（H25年3月末）
○ 要介護認定者率	18.0%
○ 第5期介護保険料	4,590円（月額基準額）



地域性、特色としては、高齢化率が非常に高いということと、日常生活自立度2以上の割合が高いことが挙げられる。これは後期高齢者が増えている現状と関係していると考えられる。積雪寒冷地であり、積雪期間が長いことがとじこもりや転倒などの原因にもなっている。持ち家率が高く、昔からお住まいになっている方が多い。

行政面積は、北海道だから広いというイメージを持たれるかもしれないが、奈井江町の場合は88平方キロメートルで、北海道の中でもいわゆる小ぢんまりした町である。

地域性・特色	
○ 高齢化率が高い（3人に1人は高齢者）	
○ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の割合が高い	
奈井江町 56.8% 北海道 53.0% 全国 51.8%	
	※平成24年10月1日以降申請データより
○ 積雪寒冷地である	
（積雪期間が長く閉じこもりや転倒等の原因にもなる）	
○ 持ち家が多い（高齢者夫婦世帯、単身世帯の増加）	
○ 行政面積が比較的狭い 88.05平方km	
	※北海道内 165位/179市町村

2. 介護保険サービスの状況

奈井江町では、非常に施設サービスに力を入れ、整備をしてきたという経過があり、介護保険施設では、特養、老健、介護療養型医療施設が既に整備されている。その中で待機者が非常に多いが、在宅での待機者はあまりいらっしゃらない。どこに待機されているのかというと、ほかの町の施設へ入所されている方、介護療養型医療施設に入院をして待っている方が多いということになる。

介護保険施設サービス	介護保険の主な在宅サービス
○ 介護保険施設（H25.12末現在）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問介護（民間） ・ 訪問看護（町立病院、町内診療所） ・ 通所介護（定員20人、特養併設） ・ 通所リハ（定員15人、老健併設） ・ 短期入所生活介護（定員10人、特養併設） ・ 短期入所療養介護（老健52床中で運営） ・ グループホーム（定員18人、民間業者）
<ul style="list-style-type: none"> ・ 特別養護老人ホーム（町営） 定員50人 【入所者50人・待機者87人（うち在宅11人）】 ・ 老人保健施設（町営） 定員52人 【入所者50人・待機者30人（うち在宅7人）】 ※定員52人に短期入所を含む ・ 介護療養型医療施設 病床数30床 	 

一方、主な在宅サービスを見てみると、訪問介護、グループホーム以外は全部町営となっている。

相談機関については、居宅介護支援事業者は民間ベースであるが、地域包括支援センターについては町の保健センター内に設置をしており、いわゆる予防という視点の中での連携を図っている。

そして、地域ケア会議も進めているが、今年度から、介護サービス事業者だけでなく、社会福祉協議会や、民生委員さん、行政の担当者、障害者の支援事業所の方も入れて、進めている。

認知症サポーターについても、延べ 300 人以上受けられた方がいるが、受けるだけではなく、この方々のマンパワーをどのように生かしていくかということが、今後の課題だと考えている。

介護保険出前講座は、これも、老人クラブや町内会へ出向き、介護保険制度のことはもとより、認知症予防を含めて、我々職員がご説明する活動である。

成年後見制度については、人材育成・養成が、これからというところであり、課題に挙げられている状況である。

主な相談機関及び活動内容

- 居宅介護支援事業所（民間業者）
 - ・ケアプランの作成
 - ・介護相談 など
- 地域包括支援センター（保健センター内に設置）
 - ・介護や福祉に関する全般的な相談
 - ・予防プランの作成
 - ・地域ケア会議の開催（月1回）
 - ・認知症サポーターの養成研修（延312人）
 - ・介護保険出前講座
 - ・成年後見制度等の普及啓発 など



認知症サポーター養成講座終了後の記念撮影
秋川江崎養老学校3年生の皆さん

高齢者向け住宅については、定員 20 名の高齢者生活福祉センターを、町で運営している。また、老人福祉寮というものは聞きなれない施設の名称であると思われるが、これは北海道独自の事業で行っているもので、いわゆる寮母を 1 人置き、食事の提供や身の回りのお世話をする施設である。

コミュニティ関係では、社会福祉協議会の招致ネットワーク活動が平成 14 年からはじまっている。今、町内会 36 地域でそれぞれ活動を行っており、見守り活動や声かけ、安否確認等々を行っている地区もあれば、なかなかまだそこまで至っていないところもあり、まちまちである。


他に給食サービス事業、シルバー人材、ボランティアセンターの活動を行っている。

また、救急医療情報キット配布事業では、医療情報をそのお宅の冷蔵庫にあらかじめ入れておいて、もし万が一、その方が救急車が必要な状況となり、救急隊が来たときに

もそこにあることが分かるようにあらかじめ備えておこうという取り組みをしている。

地域コミュニティ

- 社会福祉協議会の活動
 - ・小地域ネットワーク活動（H11～）
 - ・給食サービス事業（利用21名）
 - ・シルバー人材センター（登録27名）
 - ・ボランティアセンター
（登録44団体、4学校、個人3名）
 - ・救急医療情報キッド配布事業（H23～）
- その他の活動
 - ・家族介護を語ろう会
 - ・SOSネットワーク



民間業者のサービスについても、宅配やゴミ出し、除雪、引越の手伝い等を電話依頼で引き受ける、地元商工会のふれあいネットワークや、福祉タクシー、買い物をした商品の配達サービス、給食サービス等を行っているところである。

3. 現状の課題

現状の課題としては、要介護認定者が着実に増加していることや、住民主体の活動意識が低いことなどが挙げられる。

施設入所希望が多いことも課題である。やはり積雪寒冷地であることが影響していると見られるが、在宅意識がまだあまりないというのが正直なところである。さらに、認知症による不穏行動への対応困難ということも挙げられているが、これは家族の介護疲れ、介護力の不足ということが影響していると考えられる。

在宅での服薬管理問題について、訪問看護師に聞くと認知症をお持ちの糖尿病患者のインスリン管理の問題が大きい。介護保険適用の場合は、なかなか毎日訪問できるという状況ではなく、そのジレンマがあるということである。

また、冬期間の除雪問題で、在宅でサービスがうまく進まないということがある。例えば玄関先にたまった雪を訪問ヘルパーがまず除雪をしてから入るということで、非常に重労働になっている状況がある。

課題点は

<ul style="list-style-type: none"> ○ 要介護認定者が着実に増加している ○ 住民主体の活動意識が低い（行政主導意識が残る） ○ 施設入所希望が多い(在宅意識があまりない) ○ 認知症による不穏行動への対応困難 ⇒ 家族の介護疲れ、介護力不足 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅での服薬管理問題 （特に糖尿病患者のインスリン等の管理） ○ 介護や見守りが必要な人の住宅、施設が不足 ○ 冬期間の除雪問題で在宅サービスが円滑に進まない ○ 各関係機関の情報ネットワークが不足
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4. 認知症ケアパス事業の取り組み

今まで進めている中で、まず、ケアパスの作成検討委員会を設置した。メンバーは介護サービス事業者、住民、例えば認知症の家族の会、家族の代表、社協、民生委員も含めた幅広い立場の方々が集まっている。

アンケート調査の実施と結果分析、気づきシート・社会資源シートの作成、ガイドブックの作成を進めており、最終的にガイドブックをつくる予定である。それをもとに、26年度に入ってから、協議のPR、いわゆる地域に出向いての説明会や、ホームページに掲載をし、広く周知を行っていく。

5. アンケートの内容と結果

今回、大きく3つのアンケート調査を行った。

1つには、認知症高齢者を抱える家族の方々に対して。2番目には、実際に認定を受けているが、サービスを受けていない方に対して。3番目は、65歳以上の方で、何もサービスを受けていない方、100名を抽出し行った。

アンケート調査対象	
①認知症高齢者の介護等に関する実態調査 介護状況やニーズに関する状況調査 (対象：認知症自立度Ⅲ以上の高齢者を介護している人・認知症家族会会員)	回答率：87.5%
②要介護認定を受けており、介護サービス未利用者のサービス 需要や状況把握 (対象：在宅で要介護認定者で介護サービス未利用者の方)	回答率：62.5%
③高齢者の認知症に関する意識調査 (対象：要介護認定を受けていない、65歳以上の無作為抽出の高齢者)	回答率：75.9%

結果、やはり地域の協力や理解の重要性ということであった。介護者は家から出られないため精神的負担が大きいという、介護家族の方々のご意見があり、また、地域の協力が不可欠ということであった。

2番目には、認知症についての知識向上のための学ぶ機会への要望があった。住民全体でみていくために、認知症について学びたいというご意見があり、その上で、積極的に研修や講演会をやってほしいという声もあった。

また、医療機関との連携ということでは、やはりかかりつけ医との関わりというのは非常に重要で、奈井江町立病院には医師が4名常勤であるが、それ以外に開業医の先生方が4人いる。その中で、かかりつけ医との関係性をやはり重視したいという意見が多く見られた。

医療、介護、地域が連携した早期発見、早期の仕組みづくりも、住民の意識が非常に強く、ぜひとも、今後、認知症をみんなで支える町にしていかなければならないと考えている。

6. 今後の課題

アンケート結果と検討委員会の意見等を含めて、今後の課題をまとめた。

地域の協力、積雪寒冷地ならではの在宅生活維持のための支援の必要性、環境変化に弱い認知症の人への配慮、安心して暮らしていける環境の整備、住民主体での活動推進、医療連携等が挙げられている。

地域の協力については、やはり地域の皆さん方の理解を求めていると考えている。家族によっては、隠したいという意識があるが、地域の人に少しでも理解をしてもらい、地域同士や住民同士で支え合う土壌をつくっていかねばならない。

その中で、町内会単位での小さな沙龙的な活動も、これから大事であろう。気の合う仲間、話しやすい環境の中で、時間があれば集まって過ごすことが大事だと考えている。

<p>地域の協力</p> <p>○ 家族の中に認知症の人がいても、近所の人に隠さず話して、地域の人に理解してもらいたいという意見もあるが、一方では、隠したい家族もいる現状。</p> <p>⇒地域によって温度差がある状況。 町内会活動を促進して、みんなで見守りができるような地域づくりをしていきたい。 町内会単位の小ささで、沙龙的な活動をしていくと、より話しやすい環境を作れるのでは？</p>	<p>積雪寒冷地ならではの・・・</p> <p>ストーブの管理ができない ガスコンロの不始末 除雪ができない</p> <p>↓</p> <p>在宅生活が継続できなくなる！</p> <ul style="list-style-type: none">・ 定時巡回サービスのものが必要ではないか？・ 小規模多機能型施設の導入など
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

積雪寒冷地ならではの課題もある。ストーブ管理ができなく、非常に火事の心配があることが、在宅生活が継続できなくなる1つの要因になっている。定時巡回サービスや小規模多機能型の施設が必要になるだろう。

認知症の人は環境変化に弱いという特性を持っている。認知症が重度化してから施設入所や在宅サービス、通所サービスを受ける場合においても、やはり環境の変化になれないと、行動・心理症状が出てくる場合がある。予防の段階からサービスを利用しただけ、それで、その環境、雰囲気慣れてもらい、もし万が一その方が重度、中度、低度になっても施設のサービスを抵抗なく受けられるような体制があることが望ましいと考える。

認知症の人は環境に弱い・・・

認知症が重度化してから、施設入所した時、環境の変化に慣れずに不穏状態になる。



介護予防の段階から、必要なサービスにつなげることでより人や環境になれてもらい環境変化によるダメージを軽減。



早い段階からサービスの必要な人を発見できる仕組みが必要。

安心して暮らしていける環境の整備

単身世帯、高齢者夫婦世帯が増加していく。
子供達や親族は、都市部や遠方にいる為、この地域で生活していくのに、頼れる人がいない。



見守り体制の
ケア付き高齢者住宅等を普及し、住宅環境の整備を進めていきたい。

安心して暮らしていける環境の整備については、単身世帯、高齢者夫婦世帯がふえていく状況が続いている。見守り体制の充実を図り、ケア付き高齢者住宅等が普及させ、住宅環境の整備を進めていかなければならないと考えている。

住民主体での活動推進は、高齢者支え合い条例（仮称）を制定していく方向である。これは、町内会活動をしていく上で、個人情報の保護の観点がどうしても引っ掛かっている。やはり4情報、氏名、住所、年齢、性別、この4つは、まずその地域へおろせるようにする。それを条例で定め、プラスα、本人にそれ以上の情報の同意をもらい、それぞれの活動の求めに応じて、情報を提供するというのを条例化できないかと、今、進めている。

社会福祉協議会との連携は、社協さんと民生委員が中心となって、支え合いマップづくりを、各町内会単位で進めている。例えばAさんの関連する人がBさんで、その人が見守りをしているというような情報を地図に落とす作業等を今進めている。

また、交流プラザみなクルと書いてあるが、これは昨年10月にスタートとした交流プラザである。そこを拠点にした活動をやっていかなければならない。

住民主体での活動推進

- ①高齢者支えあい条例（仮称）の制定
- ②社会福祉協議会との連携
- ③民生委員が中心となった、町内会毎の支えあいマップづくり
- ④交流プラザみなクルの有効活用

医療連携

- ①認知症疾患支援センター（砂川市立病院）との支援体制作り
- ②在宅医療と介護との連携、ケアマネジメント強化
- ③服薬管理のための薬剤師等の訪問体制
- ④口腔ケアの充実のための歯科医師等の訪問診療体制

医療連携については、認知症疾患センターである、隣町の砂川市立病院が拠点となった関わりを進めている。特に、今、地元の開業医、町立病院の医師とセンターの医師との連携で、もの忘れ外来を開始している。また、会員の医師から相談があれば、この専門医につなぐといった連携も今進めている。

服薬管理のことでは、先ほどのインスリンだけでなく、認知症の方は薬を飲むということが非常に大変な部分がある。そこで、薬剤師、調剤薬局等を含めた訪問体制をつくっていかねばならないということがある。

そして地元の歯科の先生とも話しているが、口腔ケアの問題が非常に重要であり、その訪問体制、診療体制をつくっていく方向である。

7. 気づきシート・社会資源シート作成のポイント

奈井江町の将来推計については、人口、高齢者数介護認定率は、22年、24年の実績から伸び率を算定させていただいた。認知機能の障害程度は、日常圏域ニーズ調査データを利用させていただき、実績をもとに、まず気づきシートをつくってきた。

奈井江町の将来推計
○ 人口、高齢者数、介護認定率は、平成22年～平成24年実績の伸び率から算出。
○ 認知機能の傷害程度（CPS）は平成23年4月実施の日常圏域ニーズ調査データを利用。
○ 認知症高齢者の日常生活自立度及びサービスの利用実績は平成25年3月実績データを利用。

見えてきたことは人口減となるが、高齢者人口は微増、それと高齢者の要介護者の認定者は増加傾向になるだろうということである。ただ、インフォーマルサービスの利用者は、実態がつかめておらず、関係機関との連携で少しでも情報をキャッチしていきたい。

また、認知症高齢者の日常生活自立度が2以上でありながら、未利用者が多いということも分かっている。この未利用者の分析、状況をキャッチしなければならない。

奈井江町では、認知症に関する研修者が少ない。サポーターはたくさんいるが、それ以外の、認知症地域支援推進員等の推進体制しっかりとしていかねばならない。

奈井江町の社会資源シートの特色を紹介すると、スライドのとおりである。

認知症の 支援の内容	認知症の疑い	認知症を有するが日常生活 は自立	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
	物忘れはあるが、金銭管理や買い物、書類作成を含め、日常生活は自立している	買い物や事務、金銭管理等にミスがみられるが、日常生活はほぼ自立している	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者の対応などが1人では難しい	着替えや食事、トイレ等がうまくできない	ほぼ一人で暮らすのが困難である
介護予防・悪化予防	保健センター 通所介護（やすらぎの家） 通所リハ（健寿苑）	保健センター 通所介護（やすらぎの家） 通所リハ（健寿苑）	通所介護（やすらぎの家） 通所リハ（健寿苑）	通所介護（やすらぎの家） 通所リハ（健寿苑）	通所介護（やすらぎの家） 通所リハ（健寿苑）
他者とのつながり支援	泉井江町交流プラザ「みなクル」 通所介護（やすらぎの家） 通所リハ（健寿苑）	泉井江町交流プラザ「みなクル」 通所介護（やすらぎの家） 通所リハ（健寿苑）	泉井江町交流プラザ「みなクル」 通所介護（やすらぎの家） 通所リハ（健寿苑）	泉井江町交流プラザ「みなクル」 通所介護（やすらぎの家） 通所リハ（健寿苑）	通所介護（やすらぎの家） 通所リハ（健寿苑）
仕事・役割支援	ボランティアセンター シルバー人材センター	ボランティアセンター シルバー人材センター			
安否確認・見守り	小地域ネットワーク 民生委員 認知症サポーター 緊急通報システム 配食サービス（社協、民間）	小地域ネットワーク 民生委員 認知症サポーター 緊急通報システム 配食サービス（社協、民間） SOSネットワーク	小地域ネットワーク 民生委員 認知症サポーター 緊急通報システム 配食サービス（社協、民間） SOSネットワーク	小地域ネットワーク 民生委員 認知症サポーター 緊急通報システム 配食サービス（社協、民間） SOSネットワーク	小地域ネットワーク 民生委員 認知症サポーター 緊急通報システム 配食サービス（社協、民間） SOSネットワーク
生活支援	シルバー人材センター 配食サービス（社協、民間） ふれあいネットワーク（障工会） 福祉タクシー 障害サービス	シルバー人材センター 配食サービス（社協、民間） ふれあいネットワーク（障工会） 福祉タクシー 障害サービス	シルバー人材センター 配食サービス（社協、民間） ふれあいネットワーク（障工会） 福祉タクシー 障害サービス	シルバー人材センター 配食サービス（社協、民間） ふれあいネットワーク（障工会） 福祉タクシー 障害サービス	シルバー人材センター 配食サービス（社協、民間） ふれあいネットワーク（障工会） 福祉タクシー 障害サービス
身体介護			通所介護（やすらぎの家） 通所リハ（健寿苑） 訪問介護（O'ya'ya）	通所介護（やすらぎの家） 通所リハ（健寿苑） 訪問介護（O'ya'ya）	通所介護（やすらぎの家） 通所リハ（健寿苑） 訪問介護（O'ya'ya）
医療	かかりつけ医 認知症疾患医療センター（伊州市立病院）	かかりつけ医 認知症疾患医療センター（伊州市立病院）	かかりつけ医 認知症疾患医療センター（伊州市立病院） 訪問看護	かかりつけ医 認知症疾患医療センター（伊州市立病院） 訪問看護	かかりつけ医 認知症疾患医療センター（伊州市立病院） 訪問看護
家族支援	泉井江町地域包括支援センター 家族介護を語る会 ショートステイ （やすらぎの家、健寿苑）	泉井江町地域包括支援センター 家族介護を語る会 ショートステイ （やすらぎの家、健寿苑）	泉井江町地域包括支援センター 家族介護を語る会 ショートステイ （やすらぎの家、健寿苑）	泉井江町地域包括支援センター 家族介護を語る会 ショートステイ （やすらぎの家、健寿苑）	泉井江町地域包括支援センター 家族介護を語る会 ショートステイ （やすらぎの家、健寿苑）
緊急時支援 （精神症状がみられる等）	ショートステイ （やすらぎの家、健寿苑）	ショートステイ （やすらぎの家、健寿苑）	伊州市立病院 ショートステイ （やすらぎの家、健寿苑）	伊州市立病院 ショートステイ （やすらぎの家、健寿苑）	伊州市立病院 介護療養型医療施設（南立病院）
住まい サービス付き高齢者住宅等	高齢者生活福祉センター「ひだまり」 老人福祉寮「かおる荘」 高齢者向け住宅「えいなの里」	高齢者生活福祉センター「ひだまり」 老人福祉寮「かおる荘」 高齢者向け住宅「えいなの里」	高齢者生活福祉センター「ひだまり」 老人福祉寮「かおる荘」 高齢者向け住宅「えいなの里」		
グループホーム、介護老人福祉 施設等居住系サービス			グループホーム「かわせみ」	グループホーム「かわせみ」 特養「やすらぎの家」 老健「健寿苑」	グループホーム「かわせみ」 特養「やすらぎの家」 老健「健寿苑」

これはあくまで標準的なもので、これからまた内容は若干変わってくる可能性はあり、道半ばではある。現状のサービスの中で整理をし、新しく取り入れてみたものも入っている。新たに組み入れたのは、地域交流プラザみなクル、小地域ネットワーク、かかりつけ医、認知症疾患医療センターとの連携、そして、ショートステイである。

小地域ネットワークでは、子供たちの見守り活動、見守り隊というものを結成し、65歳以上の方がほとんどであるが、登下校時にボランティアで見守っている。



【地域交流プラザみなクル】
平成25年10月OPEN
地域公共交通の発着地点でもあり、交流サロンは誰でも使用可能。

○ 交流プラザみなクルで趣味や余暇を過ごせるサロンの提供、介護者同士の交流の場としても活用が期待されている。






○ 町内会単位の小地域ネットワーク等の見守り、安否確認体制の推進

【小地域ネットワーク】

- 平成14年より活動開始。高齢者や障害を持つ方を地域ぐるみで見守り、支えあうための組織。
- お隣同士のふれあいを大切に、安否確認や声かけ訪問、家事の援助などの活動を行っています。



かかりつけ医、認知症疾患医療センターの関係強化というところでは、今後、「支え合い連携手帳」を活用し、この情報をもとに、関係機関と連携をとって、情報を共有していこうということで進めている。

8. まとめ

これまで述べてきたことをまとめると、認知症の人とともに、介護者の精神的負担を軽減していかなければならないということ。そして地域住民の認知症に対する理解の普及と実質的な活動の推進、ケア付き住宅の普及など、住宅環境整備、医療機関からのバックアップ体制、地域活動推進、いわゆる家族等の相談窓口体制を強化しなければいけない、専任職員を配置しなければならないと考えている。また、認知症予防対策もしっかりやっていきたいと考えである。

① 認知症の人とともに介護者の精神的負担の軽減

- ・ 地域内の支え合いや介護者同士の交流の場づくり
- ・ 通所サービス、短期入所サービス体制の強化とサービス内容の充実

② 地域住民の認知症に対する理解の普及と自主的活動の推進

- ・ 認知症サポーター養成講座の推進と自主的活動への繋ぎ

③ ケア付住宅の普及など住宅環境整備

④ 医療機関からのバックアップ体制

- ・ かかりつけ医のフォロー体制に合わせ専門的立場の認知症疾患医療センターからのバックアップ体制の強化

⑤ 地域活動推進及び家族等相談窓口体制の強化とPR

- ・ 専任職員の配置の検討

⑥ 認知症予防対策の推進

町田市（東京都）事例報告

古川 歌子 氏 いきいき健康部高齢者福祉課担当係長

1. 町田市の概要

町田市は、認知症ケアパスの作成に当たり、地域の社会資源の把握をする上で、認知症地域支援推進員と協働で現在少しずつ進めている。

簡単に町田市についてご紹介したい。町田市は東京都の南端に位置しており、神奈川県に囲まれている。小田急線や田園都市線、横浜線などの交通機関があり、横浜や都心まで、どちらも30分程度で行くことができる場所である。そのため、通勤圏内として住宅街を中心として発展しており、昭和40年代に建てられた大型団地なども点在している。

小田急線と横浜線が交わる町田駅周辺には、大型店舗のあるにぎやかな商業地がある一方で、郊外には公園やウォーキングコースなどが整備されているという状況である。

人口は約42万人、そのうち65歳以上の高齢者は約10万人、高齢化率は23.8%となっている。地域包括支援センターの数は12カ所、すべて法人委託である。認知症地域支援推進員は24名おり、地域包括支援センター1カ所につき2名ずつ、今、兼務で配置している。生活圏域は4圏域である。

町田市の概要

人口	426,222人
65歳以上人口	101,481人
高齢化率	23.8%
地域包括支援センター数	12ヶ所（法人委託）
認知症地域支援推進員	24名（地域包括兼務）
生活圏域	4圏域

2014年1月1日現在

2. 町田市の認知症施策の概要

表は、町田市の認知症施策についての一覧である。認知症予防から家族支援までがあり、独自の取り組みとしては、看護師による認知症の総合相談窓口を高齢者福祉課内に設置している点と、ものわすれ相談という地域の窓口を開いている点である。

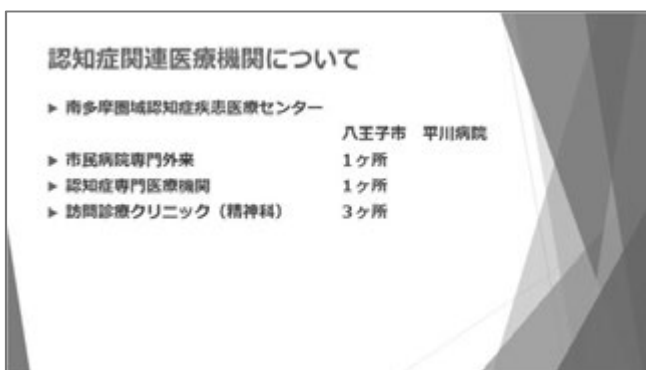
町田市の認知症施策について

対象	事業名	事業内容
認知症予防について取り組みたい方	認知症予防講座	「ウォーキング」などの有酸素運動と「旅行」などの脳を使う取り組みを組み合わせ、認知症になりにくい脳を身につけるプログラムを開催。グループの仲間と活動を継続します。
認知症について学びたい方	認知症サポーター養成講座	認知症を正しく理解し、認知症の人や家族を地域で温かく見守る「認知症サポーター」になるための講座です。
	認知症サポーターステップアップ講座	認知症サポーター養成講座を受講した方を対象に、さらに活動を深めたい方のための講座です。関わり方の実際についてグループを通して学びます。
認知症について相談したい方	認知症総合相談窓口	認知症の総合相談窓口を市に設置することにより、市民やサービス関係者にとってわかりやすい相談体制を整えます。インテークによるサービス紹介から専門相談、専門機関調整など幅広く対応いたします。
	もの忘れ相談	高齢者支援センターにおいて月1回専門医と臨床心理士による相談窓口を設置しています。認知症の早期発見や家族介護による精神的な負担軽減をめざします。
家族介護者への支援	家族介護者教室	高齢者支援センターで、月1回実施しています。介護方法などの技術的なことや押し方について理解を深める講座です。
	家族交流会	高齢者支援センターで、介護に関する情報交換や悩み事について話し合う会を開催しています。

市内にある認知症関連の医療機関としては、南多摩圏域の認知症疾患医療センターが1カ所ある。町田市の隣、八王子市にある平川病院となっている。町田市から車で行くと約2時間かかり、すぐに伺えるような状況ではない状況である。

町田市民病院には認知症外来があり、入院が可能な認知症の医療機関が1カ所、精神科の訪問診療クリニックが3カ所ある。

認知症疾患の医療センターが遠方にあるということで、町田市内でできるだけ完結型を目指していこうと、現在は初期集中支援チームの立ち上げに向けて、町田市内の医療機関とあわせて検討を行っている。

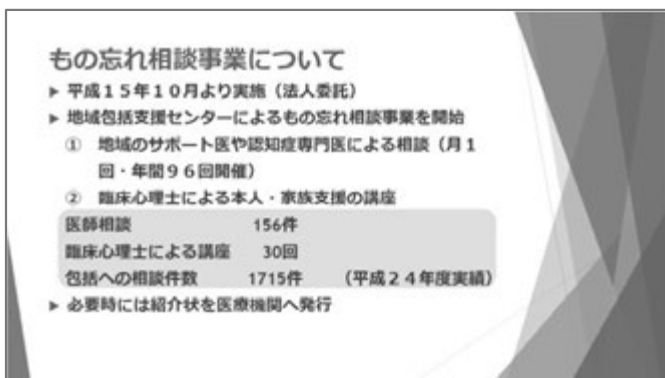


3. もの忘れ相談事業について

町田市独自の取り組みとなっておりますもの忘れ相談というのをご紹介したい。認知症を身近に相談できる地域の窓口として、平成15年から法人委託で始まったものである。当初は1カ所だった窓口も、現在は8カ所まで拡大し、来年度からは、12カ所がすべて地域包括支援センターで実施する予定となっている。

事業内容は、地域のサポート医や認知症の診療をおこなっている医師による、月1回の専門相談、家族支援としての臨床心理士による講座を開催しながら、グループによる家族支援などを行っている。

また、専門の医療機関との連携として、医師がこの相談の際に紹介状を発行するという仕組みになっている。



このものわすれ相談を長くおこなってきて、いくつかの課題も明らかになっている。まず1点目、12カ所の地域包括支援センターで認知症のアセスメントが違うということであるが、軽度の方から重度の方、来る方に、それぞれ皆さん独自のルートで対応している状況がある。

2点目に、支援センターごとに顕在化されていないサービス、その相談員だけが知っているようなサービスが実は多くあるということである。

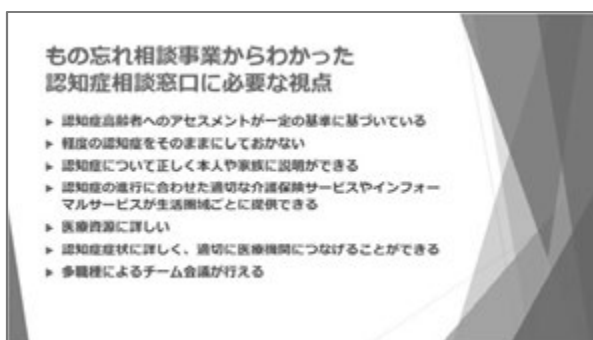
3点目は、相談時に、既に認知症症状が重度化していること。軽度のもの忘れは、実はあまり取り上げられていないというような状況であったことが挙げられた。

4点目は、相談そのものは1回切りの単発相談ということになることが多く、その後の支援方針、モニタリングなどがなかなか行えていない、その場限りというような状況にあるということである。

このような現状から、認知症の相談窓口として必要な視点を考えてみた。まず、認知症の高齢者のアセスメントが一定の基準のもとで行われるということ、すなわち、どこかの支援センターに行っても同じ対応ができるということである。

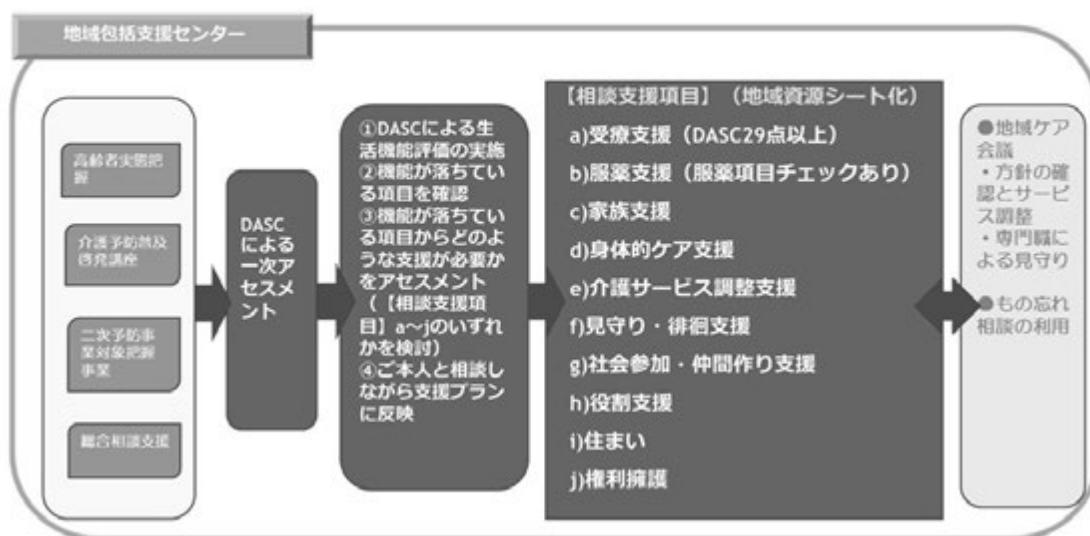
また、軽度の認知症について「年のせいですね」というようなことで、そのままにしておかずに、専門的視点を持って、早期にかかるということ。

以下、箇条書きを読み上げると、ご本人やご家族より相談があった場合は、正しく説明ができること、認知症の進行にあわせた適切なサービスが生活圏域ごとに提供できること、医療支援に詳しいこと、認知症の症状に詳しく、適切に医療機関へつなげることができること、医師などを交えた多職種による会議に強いことが挙げられている。



図は、これらのことから、地域包括支援センターにおける認知症の相談体制をまとめたものである。これは、今後、町田市が目指す相談体制のあり方で、一応案としてお示ししている。

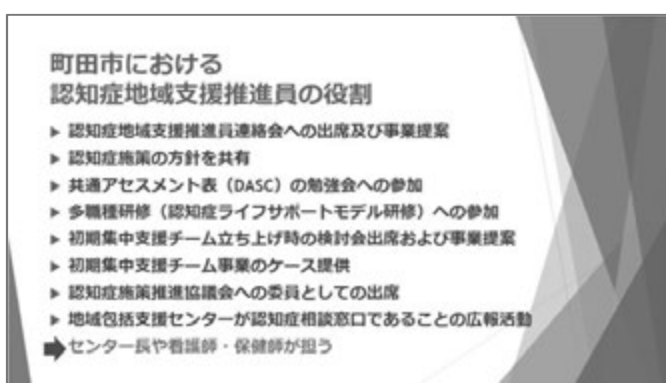
今後の認知症相談体制について（案）



工夫した点は、認知症の一時アセスメントの基準として、DASC という基準をすべての支援センターで実施をしている点である。また、相談者に必要と思われる支援を、AからJの項目に整理した。そして、地域ケア会議等で方針の確認やサービス調整を行いながら、専門職の見守りを継続していくという流れになっている。

AからJの支援項目は、圏域ごとに社会資源シート化したものを基準に、サービスを今後ご提案していきたいと考えている。

これらの相談体制を今後円滑に実施していく上で、支援センターに配置している推進員の役割をまとめた。



既に実施しているものもいくつかある。認知症地域支援推進員連絡会というのを開催し、出席をしてもらうということ。それから、認知症施策の方針を市と共有すること。共通アセスメント票、DASC の研修や勉強会に参加すること。認知症ライフサポート研修のような多職種研修に参加すること。認知症初期集中支援チーム立ち上げ時の検討会

に出席すること。これらは今すべて実施していることである。

今後の役割として考えているのは、認知症初期集中支援チーム事業のケース提供をすること。認知症施策推進協議会に委員として出席していただくこと。そして、地域包括支援センターが認知症相談窓口であることを定着していくために、長期的に広報活動を行うことである。今後も、市とともに認知症施策を推進していくメンバーとして、率先して意見をいただけるような体制や環境をつくるため、センター長や、看護師、保健師などの方に入っている。

4. 認知症地域支援推進員連絡会について

町田市では、2013年1月より認知症地域支援推進員を支援センターに配置している。その後、推進員からの要望によって、同年7月に第1回の連絡会を開催し、その後、2カ月ごとに会を開催している。現在は24名おり、各支援センターに2名ずつ配置をしている。

市では、開催当初から、今までの課題を踏まえまして、社会資源の整理を視野に推進員の方々と会を開催してきた。

認知症地域支援推進員連絡会について		
▶ 2013年1月より配置	1回目 (2013年7月)	①ブレインプラン・認知ケアパス・町田市の認知症施策についての説明 ②推進員との意見交換
▶ 2014年2月現在24名 (各包括2名配置)	2回目 (2013年9月)	①認知症高齢者のための相談体制についての提案 ②地域資源シートによる認知症関連資源の洗い出しの提案
▶ 推進員からの要望により連絡会を開催	3回目 (2013年11月)	①各地域包括支援センターによる認知症に関連する地域資源の整理・提出
▶ 連絡会開催頻度 2ヶ月に1回	4回目 (2014年1月)	①圏域ごとによる地域資源の整理(ワーク1) ②グループによる発表

第1回目は、主に市が考えている認知症施策についての説明と意見交換。2回目は、相談体制の提案と社会資源シートによる認知症関連資源の洗い出しの提案。3回目は、各地域包括支援センターごとに、認知症に関連する地域資源の整理をしてもらい、シートを提出していただいた。4回目は、これからご紹介するワークであるが、3回目に提出してもらったそれぞれの社会資源を圏域ごとに整理するという機会とした。

5. 社会資源ワークについて

なぜこういったグループワークをするというふうになったか、至ったかというご説明をしたい。

連絡会の中で支援センターごとに認知症関連資源の洗い出しをしたというところではあったが、実はこれだけでは、ただ既存のサービスを並びかえるということに終始し

てしまうということがわかってきた。

また、単純にシートの空欄を埋めるだけでは、潜在的に埋もれている資源やインフォーマルサービスが見えてこないということもわかってきた。加えて、ほかのエリアの状況がわからない、サービス資源についてほかのエリアと共有できない、さらにシート作成の過程で、自分たちのやり方や考え方が本当にそれでいいのかよくわからないといったことなど、結局、今までと何も変わらず、シート作成の作業がただ負担になるだけだということがかわかってきた。

そこで、資源整理をするために、工夫をした。まず、ご本人支援に着目した支援項目を、幾つか作成をした。これは既存サービスにとらわれにくくするための提案である。

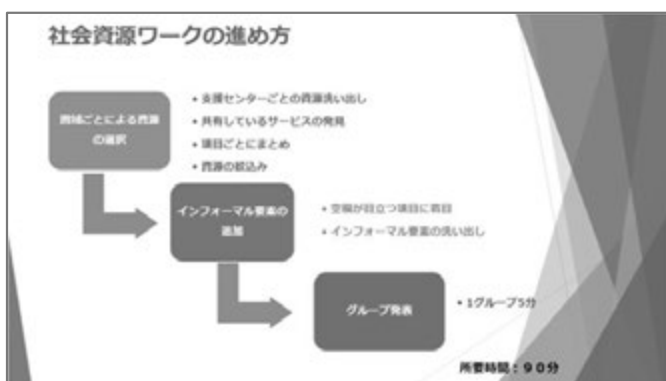
さらに、12 エリアある社会資源を、生活圏域を4つにまとめることを目標とし、話し合いをしながら整理をすることによって、お互いのエリアの資源を理解し、共有できるようにした。



また、社会資源ワークをする上で、まず目的を明確にした。12 包括あるので、その社会資源を圏域4つにまとめるメリットを最初に盛り込んだ。それによって、ワークそのものの意義を理解でき、限られた時間でも検討ができると考えたからである。

相談時に、どこの支援センターへ行っても同じ視点で市民対応ができるということや、支援センターの担当エリアを超えて圏域サービスとすることで、ご本人の生活の場を広げられる点などを盛り込ませていただいた。

この図は、当日のワークの進め方について、連絡会開催前に認知症地域支援推進員の方々に事前に配布した資料である。



進め方をあらかじめご一読いただきしてから、当日、ご参加いただくようお願いをしている。ワークをする際に使ったシートはこのようになっている。

認知症の進行度	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	誰かの助けが必要だが日常生活は自立	日常生活に手助け・介護が必要		常に介護が必要		精神症状が現れるときの緊急時支援 (119等)
	軽度の認知症 軽度から中程度の認知症 中程度から重度の認知症 重度の認知症	軽度の認知症 軽度から中程度の認知症 中程度から重度の認知症 重度の認知症	軽度の認知症 軽度から中程度の認知症 中程度から重度の認知症 重度の認知症	軽度の認知症 軽度から中程度の認知症 中程度から重度の認知症 重度の認知症	軽度の認知症 軽度から中程度の認知症 中程度から重度の認知症 重度の認知症	軽度の認知症 軽度から中程度の認知症 中程度から重度の認知症 重度の認知症	軽度の認知症 軽度から中程度の認知症 中程度から重度の認知症 重度の認知症	軽度の認知症 軽度から中程度の認知症 中程度から重度の認知症 重度の認知症	軽度の認知症 軽度から中程度の認知症 中程度から重度の認知症 重度の認知症
期待される支援	<ul style="list-style-type: none"> ●生活による気づき ●高齢者支援センター等での相談窓口等につなぐ ●適切な認知 	<ul style="list-style-type: none"> ●生活上の困難に対する ●できることを活かす ●一人で外出した際の安全確保 	<ul style="list-style-type: none"> ●安全の確保 ●本人の「できること」を活かした支援 ●必要な医療的支援の提供 ●居場所への対応 	<ul style="list-style-type: none"> ●安全の確保 ●適切なアセスメントに基づくケア ●本人の「できること」を活かした支援 ●必要な医療的支援の提供 ●居場所への対応 	<ul style="list-style-type: none"> ●介護者の手助け ●適切なアセスメントに基づくケア ●本人の「できること」を活かした支援 ●必要な医療的支援の提供 ●居場所への対応 	<ul style="list-style-type: none"> ●安全の確保 ●適切なアセスメントに基づくケア ●本人の「できること」を活かした支援 ●必要な医療的支援の提供 ●居場所への対応 	<ul style="list-style-type: none"> ●安全の確保 ●適切なアセスメントに基づくケア ●本人の「できること」を活かした支援 ●必要な医療的支援の提供 ●居場所への対応 	<ul style="list-style-type: none"> ●安全の確保 ●適切なアセスメントに基づくケア ●本人の「できること」を活かした支援 ●必要な医療的支援の提供 ●居場所への対応 	
社会資源の活用									
認知症の疑い									
認知症を有するが日常生活は自立									
誰かの助けが必要だが日常生活は自立									
日常生活に手助け・介護が必要									
常に介護が必要									
精神症状が現れるときの緊急時支援 (119等)									

左端が紫色、下がブルーになっているが、こちらの欄には、先ほどの支援項目の内容が入っている。そして、左から右に認知症の症状の進行度が示されている。左にいくほど軽度に、右にいくほど重度である。ワークのためにこのシートを拡大しまして模造紙に張りつけ、そのほかに、資源の絞り込みを行うために、ホワイトボードと付箋を準備した。

社会資源のワークの実際の様子はこのとおりである。資源の絞り込みを、ホワイトボードと付箋を使って、みんなで話し合いながら進め、すべての付箋が各支援項目におさまっている。

社会資源ワークの様子



社会資源ワークの様子



これを見て行くと、項目によっては空欄が目立つところがある。それがどこかというのがすぐにわかるようになっている。このホワイトボードの中で工夫した点は、右端に

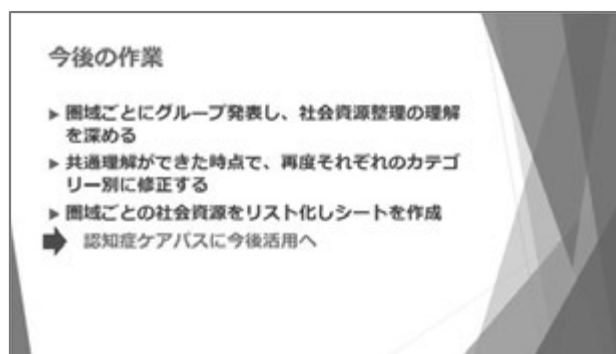
削除欄というのを設けた点である。話し合いながらこれは必要ではない、重複しているというものをすべて右側に振り分けながら、かつ、新しいサービスがあった場合は、書き加えて張っていくというやり方をした。

意外と埋まらなかったのが受療支援であり、病院につなげるまでのサービスであった。逆にたくさん入っている欄は、社会参加や仲間づくり支援という項目であった。

ホワイトボードで整理した付箋を新たに、今度は模造紙にやり直し、その後、ワークとして認知症の進行にあわせて利用できるサービスを整理し、それぞれの生活圏域ごとに、その特徴と目標を考えてもらった。そして、圏域ごとに考えた目標を述べてもらい、資源を整理する上で気がついた点などを共有した。

今後の作業としては、このワークをもう一度実施をしたいと考えている。その際に、具体的にどのサービスをどのように振り分けたか、どういったインフォーマルサービスがあり今後どう活用したいかなどを圏域ごとでグループ発表してもらい、意見交換をしながら理解を深め、最終的には共通理解をし、再度グループに戻って修正を図るという作業をしたい。

最終的には、圏域ごとの社会資源を確定し、リスト化し、相談用の共通シートを作成する予定である。また、こちらで確定した社会資源は、認知症ケアパスのシートに今後活用していく予定となっている。

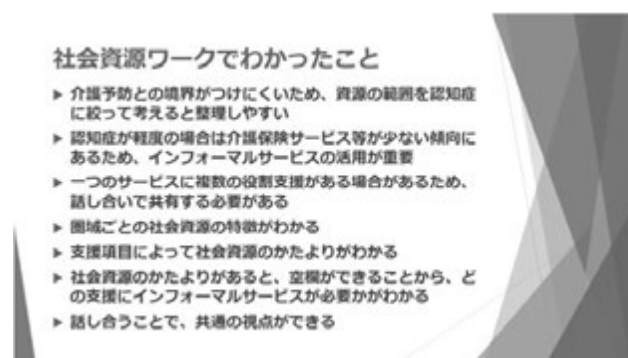


6. 社会資源ワークでわかったこと

社会資源ワークにより、介護予防との境界というのが、あいまいになっているところが難しいというのがわかってきた。資源の範囲をどこまでに絞るかというのが、皆さんの話し合いの争点となっている。

また、軽度の場合は、介護保険サービスの資源が少ないという傾向もあり、やはりインフォーマルサービス、グループ活動というのを利用するのが非常に重要である。

1つのサービスに複数の役割がある場合は、やはりそこを話し合いで共有していくのがいいと思われる。また、圏域ごとに社会資源の特徴がわかり、話し合いによって共通の視点をみんなで持つことができるというのが、非常によい点であった。

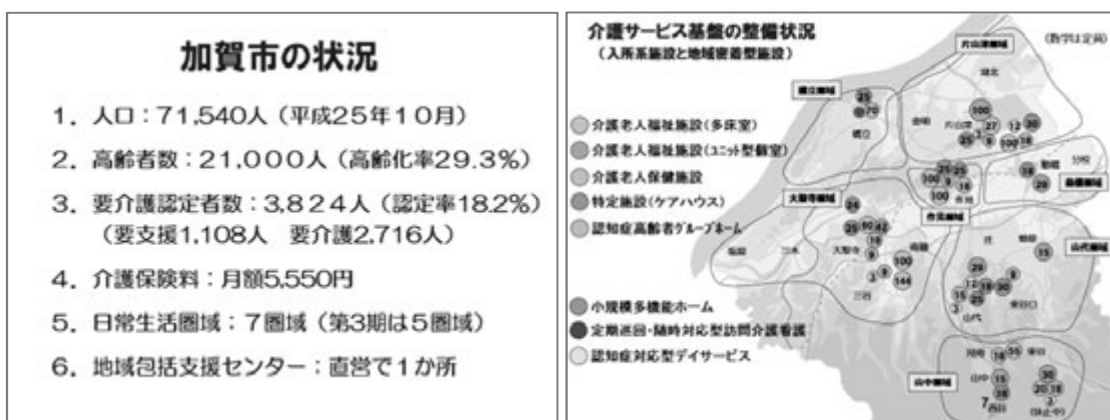


加賀市（石川県）事例報告

北口 未知子 氏 高齢者こころまちセンター係長

1. 加賀市の状況

加賀市は、人口7万人強、高齢者数2万1,000人で、高齢化率は30%弱という状況である。要介護認定率は18.2%、圏域数は7圏域で、直営による地域包括支援センターが1カ所となっている。



加賀市における介護サービスの基盤整備状況を地図に落としてみると、入所系の介護施設が多いという特徴があるが、現在は、サテライトの特養をはじめ、グループホーム、小規模多機能、認知症の方の24時間の巡回といった地域密着型サービスの整備を積極的に取り組んでいる状況である。

右図は、加賀市の入所・入居施設の整備数の状況をグラフにまとめた。

加賀市においては、要介護3以上のほぼ93.4%の方が入所可能なほどに施設が整備されている。第2期の平成17年度まで、まず、施設待機者を減らすところから取り組み、事業者の要望に応じて、大型施設を郊外に整備をしてきたという動きがあった。

地域密着型サービス事業所の整備状況

地域密着型サービス事業所	加賀市
地域密着型介護老人福祉施設	4事業所 88人
認知症対応共同生活介護	12事業所 177人
小規模多機能型居宅介護	10事業所 230人
認知症対応型通所介護	8事業所 42人
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	1事業所

H25.10現在

当時は、自宅から離れた郊外に、定員100人規模の大型施設を中心に整備し、県の指定により加賀市民以外の人でも利用できる施設が展開されていった。施設整備率が高まると、市民の間にも、「認知症になったら」、「動けなくなったら」、施設に入所するのが当然であるといった考え方が一般的になっていた。それは、家族だけでなく、介護を担

う専門職においても同様の考え方だったように思われる。

また、サービスを提供するうえでも、認知症に関する正しい理解や対応が本当にできていたとは言えない状況であり、認知症高齢者のアセスメントが身体機能だけになっていたり、集団的なケアや、介護職の都合で提供されるケアが中心になっていたり、認知症ケアのあり方に様々な疑問が生じていた。

このような状況の中、自分自身も平成 15 年に保健セクションから福祉セクションへと異動することになり、事務担当の職員などと話をしながら、認知症ケアのあり方を様々に考えることができた。認知症になった人が、なぜ、自分の生活スタイルを変える必要があるのか、家族と離れて引っ越さなければならないのか、多床室に入らなければならないのか。こうした疑問を出発点とし、加賀市として目指すべき方向性は、「認知症になっても、本人も、家族も、今までどおりの暮らしを続けること」なのではないという大切な部分に行き着いたのである。行政や事業者が取り組むべきことは、認知症になっても可能な限り、従来の暮らしを継続できる環境を整えていくことである。加賀市では、少しずつ、次のステップへと進んでいく取り組みが始まった。

認知症地域支援体制の構築に向けて

認知症になったから、

- ・生活スタイルを変えなければならない？
- ・家族と離れて、引越ししなければならない？
- ・他人と同じ部屋で暮らさなければならない？
- ・家族は介護にかかりきりにならない？

目指すべきは

- 認知症になっても、本人も家族も今までどおりの暮らしを続けられること。
- 行政や事業者が行わなければならないことは、できる限り、今までの暮らしを継続できるよう環境を整えること。あきらめなければならないことを、少しでも少なくすること。
- 本人を家族や地域と引き離すことが前提の施策は、今後、行うべきではない。

2. 介護保険サービス基盤の整備方針

加賀市では、第 3 期介護保険事業計画から、今後は、郊外の大規模施設は整備をしないという方針を立て、大きな方向転換を図ってきた。生活圏域の中に地域密着型サービスを整備し、住みなれた地域の中でサービスを利用できるようにしたり、少人数単位の介護を行える小規模事務所を中心に整備したりと、加賀市が指定した介護サービスを加賀市民が利用できる、地域密着型のサービスを推進してきたのである。

サービスの質の向上や認知症施策については、早い段階から介護保険事業計画の重点目標としていた。実際には、なかなか有効な施策につながらない状況が続いていたものの、平成 16 年に「認知症の人のためのケアマネジメント・センター方式」のモデル事業を実施することとなり、とにかく一歩でも前進しようという気持ちで取組んできた。今後は、この事業に参加したケア担当者が、日常ケアの担い手になっていくことを期待しているところでもある。



認知症対策に取り組むにあたっては、加賀市としてのビジョンや方針を明確にした上で、今後、認知症施策をどのように進めていくのかという具体策を打ち出し、その方針をすべての事業や企画に連動しながら取り組んできた。また、認知症の人を支える基盤づくりにおいては、まず、ビジョンを浸透させることが重要との考えに基づき、加賀市では人材育成を重点課題として力を入れてきたところである。

介護施設などの現場をみるにつけ、介護職は、目の前の利用者の対応に追われて、個別の人に目を向ける時間もないような状況が多いと感じる。このような現場の職員を含め、加賀市としての支援の方向性を共有しながら、「認知症の人を理解する」ということに地道に取り組む、歩んできたところである。これは、すぐには成果が出ないことかもしれないが、継続していくことが重要だと考えている。

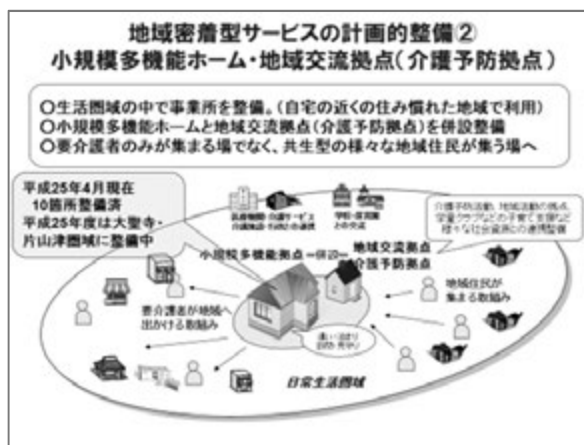
また、ハード面の整備計画としては、山間部にある100床単位の大型施設（特養）をサテライトという形で切り分け、町なかに分散させるという方法をとってきた。

3. 小規模多機能ホーム・地域交流拠点の推進

平成18年度以降、加賀市で新規に開設したのは小規模多機能ホームのみである。小規模多機能は、単に要介護認定者へのサービス提供を行うだけでなく、地域住民も含めての支援対象と考えている。地域の中に造られた小規模多機能を拠点としながら、地域住民の交流拠点になることを目指し、要介護認定者も、そこを拠点としながら地域とのつながりを持ったり、外に出かけられたりする取り組みを進めてきた。

このような支援のあり方は、加賀市としての方針を明確に持ち、その方針にそって事業運営を行う事業者を公募することにより実現することができている。

公募の際に事業者を求めることは、次のような点が挙げられる。



- ・利用者の生活の継続性を重視した視点で取り組むこと
- ・事業所が地域の資源として開放され、職員が持っているノウハウを地域に還元すること等

現在、小規模多機能は、平成 26 年 4 月に開設予定の 2 カ所を含めて、全部で 12 カ所となった。圏域ごとに 1 カ所から 2 カ所が整理されている。



開設が決定した事業者には、開設準備の段階で地域住民への説明会開いたり、事業所の図面を公開するなどのことを依頼し、地域住民が使いやすい事業所づくりに取り組んでもらっているところである。

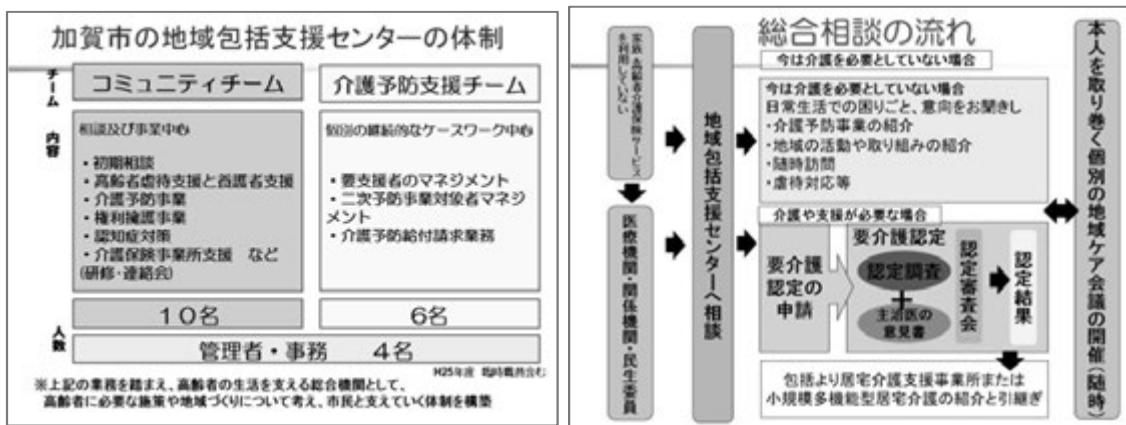
その事業所がどのような役割や機能を持っているのかということ、近隣住民が理解していなければ、事業所そのものを地域住民に受け入れてもらうことは難しい。開設準備を十分に行う理由は、事業所と地域との距離を縮めていくことがねらいである。また、その事業所が地域の中にあることのメリットを住民自身に理解してもらうことで、事業所と住民とが一緒に取り組むことが見つかったり、高齢者の暮らしを、事業所と地域とが共に支えていくという意識につながっていくと考えている。

加賀市の小規模多機能には、地域の交流施設（縁側のような空間）を必ず造ってもらうことにしており、介護予防拠点としての役割を担ってもらっている。現在では、週 1 回、地域の方が麻雀をしに来たり、そこに小規模多機能の利用者が参加したりと、利用者と住民の交流の場にもなっている。また、月 1 回、「お抹茶カフェ」を開いたり、月命日のときに「法話」の会を開いたり、地域住民に事業所を開放している拠点もある。

4. 総合相談の流れとニーズの把握

次に、加賀市の地域包括支援センターが、どのような動きをしているについて説明させていただきます。

加賀市の地域包括支援センターは直営の1カ所のみとなっている。現在、管理者も含めて20名体制で動いている。センターには二つのチームがあり、初期相談等の支援事業を行うコミュニティチームと、介護予防チームとに分かれている。

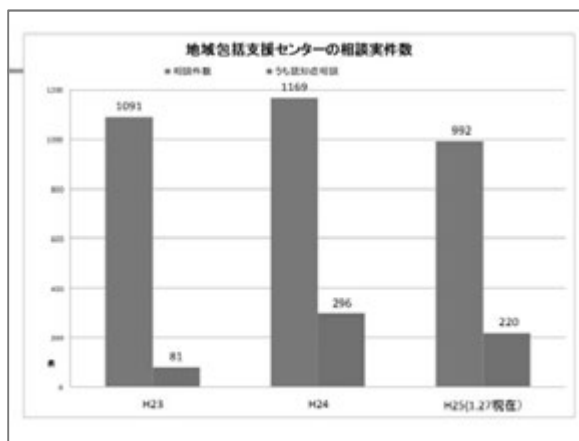


加賀市では、最初の段階で上がってくる相談は、すべて地域包括支援センターにつないでもらうことにしている。包括の職員は、すべての相談に対して、自宅に出向き、本人や家族との面談を行うことに重きを置いている。それゆえ、居宅介護支援事業所から新規の介護申請が上るといことはほとんどなく、最初の段階で、必ず地域包括支援センターが関わるということを徹底している。

相談者の中には、介護申請が必要な人もいれば、介護予防事業や地域のインフォーマルサービスへつなげる必要があると思われる人もいる。要介護認定を受けた人は、地域包括の職員と、利用者が選定したケア・マネージャーとの間で引き継ぎが行われる。個々のケースによって、居宅介護支援事業所と地域包括の職員とが入って、地域ケア会議を実施する場合もある。

実際、包括につなげられる相談件数は、年間約1,200件で、そのうち認知症に関わる相談は2.5割ぐらいの状況である。

このような、個別の相談や支援に重点を置いて取り組んでみて思うことは、認知症の人を支えるためには、支援者側が、一人ひとりの高齢者の暮らしぶりや、地域の特性を知っていることの大切さである。個別のニーズを踏まえて、地域の中にあるどの資源につなげていくかを考えることが、「個別の人の認知症ケアパスをつくる」ということだと思われる。



個別のケースを通して、地域の特性を知り、既に作られているネットワークについて、自分たちが学ぶという姿勢を持つことが重要である。また、そのネットワークの脆弱さに気づいたときには、ネットワークの再構築に努めたり、ネットワークが機能していない場合には、そのつながりを新たにつくるなどの取り組みも求められる。現在は、こうした取り組みを、各種連絡会や会議の場で、各関係機関と情報共有しながら行っているところである。



図の左側。包括ケア会議は、介護予防から認知症という形の切り口で実施している部会である。また、右側は、サービス種別ごとに開催する現場レベルの連絡会である。それぞれ連絡会の中で挙げられた意見から課題を抽出し、地域ケア会議にかけ、さらに、そこで整理されたことが、高齢者分科会に吸い上げられていくしくみとなっている。

このような取り組みの中で我々が心がけていることは、個別の人が培ってきた、地域の中の人や場所とのつながりを大切にすることである。高齢者の暮らしの継続性を大事にするためには、やはり、介護保険サービスの中だけで支えていくことは難しい。個人が持っている資源と事業者の持っている資源を重ね合わせ、新たな力に変えていく。そういったケア・マネジメントのあり方や、かかわり方をしっかりと考え、実現しているというのが、加賀市の啓発普及活動や研修会における取り組みである。

5. 関係機関との協働

連絡会では、「自分たちの資源をどこまで知っているか」という観点で、圏域ごとに持ち寄った情報を地図に落とししていくワークを行った。現在は、このような資源マップを事業者単位で作成している。



○社会資源マップの作成

- ・認知症の人が、日常的にかかわりのある人や場所(社会資源)を地図に落とし込み、
- ・各事業所として複数の事業所からの情報も共有し作成。
- ・現在は、日々のケアを通してかかわりができたところに矢印を入れている事業所もある。

運営推進会議

事業者が、利用者、家族、地域関係者、市町村職員等に対し、提供しているサービスの内容を明らかにすることにより、地域との連携が確保され、かつ、地域に開かれたサービスとすることで、サービスの質の確保・向上を図ることを目的として開催されるもの。

運営推進会議 ⇒ ◎地域の社会資源を把握・発掘する場
◎地域のニーズを把握・発掘する場

『事業者』『行政』『地域』が連携
※出席者がそれぞれの立場でできることを検討する
※必ず、介護保険部局の職員と包括職員が参加

キャラバンメイトの活動は、介護事業者中心に取り組まれている。全部で160名程度のメイトがおり、圏域単位での連絡会や年3回程度の全体での集まりを実施しながら、地域の特性に応じた活動を展開している。

小学生へのアプローチとしては、社協による「やさしいまちづくり教室」というメニューがある。

地域密着型サービスで実施する運営推進会議には、行政職員と地域包括の職員の二名がペアになって毎回参加している。会議では、単に事業活動の紹介だけでなく、その地域の課題を住民と一緒に考えたり、議論したりしているところである。

また、キャラバンメイトを配置している地域密着型サービスの事業所などに、「介護なんでも110番」という看板を掲げてもらい、地域住民に向けた支援に取り組んでもらっているところである。看板を掲げている事業所については、加賀市の方でも地域住民への周知をさせていたいただいているところである。報酬はないが、身近な相談窓口として、住民の声を地域包括につないでいただくような役割を担ってもらっている。

事業所による地域住民等への取組み

○地域密着型サービス事業者キャラバンメイトを配置
地域包括支援センターとの協働で、事業所がある周辺地域に自主的な認知症サポーター養成講座を開催

○地域の中の介護サービス事業所に相談窓口を設置
身近な場所で相談に気軽に応じ、必要な時には各機関を紹介。
「介護なんでも110番」の看板を配付

医療との協働について

- ①南加賀認知症疾患医療センターとの連携
 - ・ケースを通じた連携(互いの機能を活かして)
 - ・認知症ケア関係研修の委託(医療と介護の連携)
- ②在宅医療連携協議会の開催
 - ・在宅医療の推進と医療と介護の連携

*医師会、歯科医師会、薬剤師会、介護サービス事業所、病院(地域医療連携室)、加賀市(医療政策推進、地域包括支援センター)等

- ③もの忘れ健診の実施
 - ・早めの備えのために(平成25年度試行開始)
 - 認知症専門医、かかりつけ医による検討会の実施
- ④ソーシャルワーカー連絡会の開催
 - ・連携における課題や認知症の支援についての課題など共有し、取り組み方法の検討

医療と介護の協働に関する取り組みとしては、今年度から、在宅医療の推進をねらいとする協議会を立ち上げたところである。加賀市医師会を中心とするこの協議会では、もの忘れ健診を実施するなど、予防の取り組みにも力を入れている。これまで、地域包括支援センターに相談に来る段階で、かなり重症化してきている人も多いという実態を踏まえ、認知症早期のうちに出会い、本人自身がその後に備えていくことを早め早めに促していくことが大切だと思っている。

6. 人材育成について

人材育成には特に力を入れている。また、事業者に向けては、さまざまな切り口で、研修会を開催している。地域住民に対する養成講座としては、社協に委託し、生活支援サポーター養成研修や認知症ボランティアの養成を一体的に取り組んでいるところである。ただし、いまのところ、加賀市における住民へのアプローチは十分なものとはいえず、試行錯誤で模索している部分もある。

○住民参加の各種養成講座の実施
介護保険などの公的サービスでは対応できない、地域の高齢者の個別の生活ニーズに応える仕組みを構築するひとつとして実施。
介護サービス事業所への実習もあり。

生活支援サポーター養成研修
認知症ボランティア養成講座
講座を一体的に実施
実施主体：加賀市社会福祉協議会

研修終了後、ボランティア登録
地域包括支援センターへ連携

認知症高齢者の生活支援（個人・地域・家族）に関するサービス

生活支援サポーター養成研修
認知症ボランティア養成講座

これからの展開・・・

- ・ 認知症ケアパスとは？
- ・ 認知症の状態像に基づく、資源が充足すれば認知症の人はその人らしく地域で暮らし続けられるのか？
- ・ 行政職員は認知症の人と出会ったことがあるのか？認知症の人の暮らしを知っているのか？
- ・ 個の支援をととして、資源をその人の暮らしにつながるようにつないだり、資源のかたちを柔軟にできるよう。
- ・ 若年認知症の人の支援のため・・・
- ・ 市民向け啓発普及・地域ごとの生活支援サポーター養成講座の開催・・・
- ・ 認知症市民と共に生活支援の取り組み・・・

7. 今後の展開について

「認知症ケアパス」の作成は、社会資源を表に落とし、そのすき間に何が必要かを考えることが中心になってしまう面がある。しかし、たとえ認知症の状態に応じた資源だけを充足させても、個別の人の暮らしが「その人らしい」ものとして継続されていくとは限らない。そこにある資源を、個別の人のニーズに合わせて形を変えていったり、つなぎ方を変えたりすることも必要になるのではないかと。そして、その資源をつなぐところでは、なによりも「人」が重要になってくる。加賀市では、教育や啓発活動を通じて、事業所はもちろん、市民に対しても、一緒に認知症の人の生活支援に取り組めるような町づくりを目指していきたい。そのために、まずは、行政職員が認知症の人に出会い、個別の人の声や実態を知るところから始めなければ、認知症施策はできないのではないかと考えている。

第2節 訪問調査

【自治体ヒアリング調査】

(対象)

アンケート調査から得られた情報をもとに、認知症施策や社会資源整備等について先駆的に取り組んでいると思われる市町村を選定し、ヒアリング調査を実施。

合計 6 自治体程度（世田谷区、泉南市、横浜市、加賀市、たつの市、奈井江町 …）

(方法) 訪問による聞き取り調査

(実施時期) 平成25年 10 月末～12 月末

(調査内容)

アンケート調査の回答内容に関する詳細確認、及び認知症の人の生活を支えている具体的な社会資源メニューや取り組み内容、行政との連携状況、取り組み効果等に関する聞き取りを行う

【訪問先(予定含む)一覧】

自治体	訪問先	調査
世田谷区 (東京都)	世田谷区域福祉部 介護予防・地域支援課	H25 年 10 月 29 日
泉南市 (大阪府)	泉南市健康福祉部 長寿社会推進課	H25 年 11 月 11 日
加賀市 (石川県)	加賀市 地域包括支援センター(高齢者こころまちセンター)	H25 年 11 月 20 日
たつの市 (兵庫県)	たつの市健康福祉部 高年福祉課・地域包括支援センター	H25 年 12 月 3 日
奈井江町 (北海道)	奈井江町 健康ふれあい課・地域包括支援センター	H26 年 2 月 5 日

世田谷区（訪問調査記録）

【世田谷区の基本情報】

① 人口	866,677 人
② 保険者域面積	58.08 Km ²
② 65 歳以上高齢者数	167,995 人
③ 75 歳以上高齢者数	84,787 人
④ 日常生活圏域数	27 圏域
⑤ 地域包括支援センターの数	27 ケ所
⑥ うち委託の数	27 ケ所
⑦ 認知症疾患医療センターの数	1 ケ所
⑧ 認知症地域支援推進員の配置人数	2 人
⑨ 認知症サポーター養成講座 修了者数	12,682 人
⑩ 認知症サポート医の人数	11 人
⑪ 認知症かかりつけ医対応力向上研修 修了者数	108 人
⑫ 第5期介護保険料基準月額	5,100 円

[要介護認定者数](平成 25 年 4 月末現在)

要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
5,113	4,183	5,975	6,035	4,459	4,275	4,218

[地域密着型サービスの整備計画](第5期計画終了時見込み)

① 定期巡回・随時対応訪問介護・看護	5 ケ所
② 夜間対応型訪問介護	1 ケ所
③ 認知症対応型通所介護	37 ケ所
④ 小規模多機能型居宅介護	9 ケ所
⑤ 認知症対応型共同生活介護	35 ケ所
⑥ 地域密着型特定施設入居者生活介護	4 ケ所
⑦ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	2 ケ所

[居宅介護サービス及び施設介護サービスの整備状況(H25年 8 月時点)]

(居宅介護サービス)	
⑧ 訪問介護	211 ケ所
⑨ 訪問入浴介護	8 ケ所
⑩ 訪問看護	47 ケ所
⑪	1 ケ所

⑫ 居宅療養管理指導	1631 ヶ所
⑬ 通所介護	207 ヶ所
⑭ 通所リハビリテーション	12 ヶ所
⑮ 短期入所生活介護	20 ヶ所
⑯ 短期入所療養介護	9 ヶ所
⑰ 居宅介護支援	252 ヶ所
⑱ 特定施設入居者生活介護	57 ヶ所
(施設サービス)	
⑲ 介護老人福祉施設	18 ヶ所
⑳ 介護老人保健施設	7 ヶ所
㉑ 介護療養型医療施設	2 ヶ所

1 認知症施策に関する自治体の理念・方針

ポイント

- 世田谷区の要介護認定者(約3万人)の半数以上に認知症状(認知自立度Ⅱ以上)が認められているおり、認知症への対応は、高齢者の福祉や介護、健康づくりや介護予防を推進する上で、極めて重要な課題
- 第5期計画では、特に、「家族介護者支援の充実」と「認知症高齢者への支援」に焦点が当てられ、それぞれの取り組み内容が明確化している

1.1 高齢者保険福祉計画・介護保険事業計画

世田谷区の第5期高齢者保険福祉計画・介護保険事業計画に掲げられている基本理念、及び計画の目標は次のように示されている。

1 基本理念

- 第4期世田谷区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画で掲げた基本理念を引継ぎ、「高齢者が住み慣れた地域で、いつまでも安心して暮らし続けられる地域社会の実現」を計画の基本理念とする。

2 計画の目標

- 基本理念に基づき、高齢者が安心して暮らし続けられる地域社会を実現するため、第4期計画で取り組んできた高齢者の在宅生活の継続を支援する事業の成果や地域の現状、一般の介護保険制度の改正を踏まえ、5つの計画目標を定める。

【計画目標】

- 目標1 健康づくり・介護予防の推進
- 目標2 地域生活を支えるサービスの展開及び基盤等の整備
- 目標3 高齢者見守り、地域支えあいの推進
- 目標4 サービスの質の向上、福祉・介護人材の確保及び育成
- 目標5 介護保険制度の円滑な運営

特に、老老介護の増加や、介護疲れによる深刻な高齢者虐待の問題などから対応が迫られる「家族介護者への支援」と、要介護等認定者の半数以上に認知症状（認知自立度Ⅱ以上）が認められる状況での認知症高齢者支援策は、世田谷区の重点課題として認識されている。

[第5期世田谷区高齢者保険福祉計画・介護保険事業計画より抜粋]

第4章 施策の取り組み

6. 計画の留意事項について

- 高齢化や核家族化の進展を背景として、高齢者が高齢者を介護する「老老介護」が増加するとともに、介護疲れによる高齢者虐待等の深刻な問題も起きており、家族介護者の支援が重要な課題となっている。
- また、現在、区における要介護認定では、要介護等認定者（約3万人）の半数以上に認知症状（認知自立度Ⅱ以上）が認められている。国の地域包括ケア研究会の報告書では、2025年には、認知症がある者は65歳以上の9.3%との推計を示しており、高齢化の進展及び高齢者人口の増加に伴い、認知症高齢者は、今後、さらに増加していくことが見込まれている。
- 認知症への対応は、高齢者の福祉や介護、健康づくりや介護予防を推進する上で、極めて重要な課題となっているとともに、認知症高齢者を抱える家族においては、精神的な負担の大きさなど、過酷な介護の実態が知られており、家族介護者への支援という側面からも重要な課題である。
- 一方、この二つの課題は、相談・支援体制の強化、在宅支援の新たな展開、地域支えあいの推進など、多様な取り組みが必要とされており、施策体系のひとつとして示すことが困難である。
- こうしたことから、第5期世田谷区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画においては、施策体系の中から「家族介護者支援の充実」と「認知症高齢者への支援」に係るものについて、留意すべき事項として整理し、それぞれの取り組み内容を明確にし、推進を図るものとする。

1.2 認知症高齢者への支援

また、認知症の人への具体的な支援策は、次のように整理されている。

大分類1 健康づくり・介護予防の推進
中分類 介護予防の総合的な推進
<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症予防を推進するため、認知症に関する知識の普及に努めるとともに、認知症予防プログラムや自主グループ活動支援の充実を図る。 ・ 抑うつや閉じこもり傾向にある高齢者を早期に発見し、社会交流につなげることで、認知機能の低下等の予防に取り組む。
大分類2 地域生活を支えるサービスの展開及び基盤等の整備
中分類 相談・支援体制の強化
<ul style="list-style-type: none"> ・ 「もの忘れ相談窓口」の充実など、あんしんすこやかセンターにおける認知症に関する相談・支援体制の充実を図る。 ・ 身近な地域で医療の必要性等を医師に相談できる出張相談等について検討する。 ・ 相談員や介護職員等を対象に認知症に関する研修を行い、相談の質の向上を図るとともに、早期受診の動機づけができる体制を構築する。
中分類 在宅支援の新たな展開
<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症高齢者の日常生活を支援する在宅サービス（配食サービス、ごみの訪問収集等）を実施する。
中分類 福祉と医療の連携推進
<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師会が実施している「もの忘れ診断地域連携クリティカルパス」の活用や、都の認知症疾患医療センターとの連携の仕組みを構築するなど、医療との連携協力の取り組みの充実を図る。 ・ 認知症の在宅支援に関する先駆的な取り組みや医療と福祉の連携を推進するため、認知症在宅支援施策のあり方及び「(仮称) 認知症在宅支援センター」の設置について検討する。
中分類 多様なサービス基盤の整備
<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症ケアに有効な小規模多機能型居宅介護、認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）等の地域密着型サービス基盤の整備誘導を図る。
大分類3 高齢者見守り、地域支えあいの推進
中分類 高齢者見守り施策の推進
<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症高齢者に対する地域での見守りを推進するため、高齢者安心コール事業や民生委員ふれあい訪問を実施するとともに、あんしん見守り事業（モデル事業）を検証し、拡充を図る。
中分類 地域支えあいの推進
<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症サポーター養成に取り組むとともに、認知症高齢者とその家族を支援する地域人材を育成するため「認知症サポーターステップアップ講座」を実施する。 ・ 認知症対策の観点からも、ふれあい・いきいきサロンや支えあいミニデイの活動の支援を行う。
中分類 成年後見・虐待防止の推進
<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症高齢者の支援策として、関係機関の連携を強化し、経済的虐待を含めた虐待防止、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の活用、消費者被害防止の取り組みを推進する。

大分類4 サービスの質の向上、福祉・介護人材の確保及び育成
中分類 福祉・介護人材の確保及び育成
<ul style="list-style-type: none"> 適切な認知症ケアの提供によって、認知症の行動・心理症状が緩和されるとともに、家族等の介護負担の軽減にもつながるため、認知症ケアの普及と介護職員の対応力向上を図る研修等を積極的に推進する。

(資料)第5期世田谷区高齢者保険福祉計画・介護保険事業計画

2 認知症の人を支えるサービスについて

ポイント

- 「高齢期における住み慣れた地域での継続的な暮らし」は、区民の意思を尊重しての方向性である
- 日常生活圏域ごとに、小規模多機能型居宅介護、及び認知症グループホームを整備し、認知症の人を身近な地域の中で支えていく支援体制を整える
- 認知症の在宅支援サービスの充足感は、サービスの提供量だけで量ることはできず、事業所や専門職のケアの質の底上げによって、はじめて得ることができると考えられている
- 介護者の会・家族会や傾聴ボランティア、配食サービス、商店街の協力など、区内のインフォーマルサービスや社会資源が、認知症の人の在宅生活の支えに大きく貢献している

2.1 介護サービスの整備状況

世田谷区には、介護老人福祉施設が 18 箇所、介護老人保健施設が 7 箇所、介護療養型医療施設が 2 箇所と、一定量の介護施設サービスが整理されているものの、介護保険制度施行当初より、在宅介護を中心とした支援体制を推進してきた自治体である。この方向性は、行政主導というよりは、区民の意思を尊重した結果として決められてきたものである。

高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画に掲げる、「高齢者が住み慣れた地域で、いつまでも安心して暮らし続けられる地域社会の実現」を目指した世田谷区の第5期計画では、より一層の在宅介護の充実を目指している。以下では、世田谷区における介護サービスの整備状況、及び課題意識をまとめた。

① 地域密着型サービス

世田谷区には日常生活圏域が 27 あり、今後、全ての圏域に、小規模多機能型居宅介護や認知症グループホームを 1～2事業所程度整備していくことを目指している。

地域密着型サービスの提供量については、夜間対応型訪問介護では比較的に対応力の余裕があるとしながらも、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症グループホームの不足感がある。また、定期巡回・随時対応訪問介護・看護は、現在2つの事業所が稼働しているが、新規参入の予定はない。地域密着型特定施設入居者生活介護(以下、地域密着型特定施設)については、用地確保や事業者の意向等から、日常生活圏域ごとの

整備がなじまない状況があると認識されており、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(以下、地域密着型特養)は、地価が高く、スケールメリットが少ないという地域性の問題から、現状においては未整備である。

② 居宅介護サービス

認知症の人の在宅生活を支えるという観点から、居宅介護サービスの充足感を確認したところ、「認知症の在宅ケアにおいては、認知症について正しく理解し、適切な認知症ケアが提供できる人材の確保や、医療と介護のチームケアが必須となることから、単に、事業所数の多い少ないで、サービスの充足度を測ることはできない」との認識が示された。

世田谷区では、行政が介護サービスの質の確保・向上に積極的に携わりながら、住民ニーズに対応できる実践力を備えることで、真のサービスの充足につなげようと考えている。

③ 施設介護サービス

介護老人福祉施設(以下、特養)は、慢性的に入所待機者があり、待機期間も年単位であるという理由により、不足感があるとしている。また、介護老人保健施設(以下、老健)も、認知症ケアを専門とするフロアーが無いことから、今後は、認知症のリハビリテーション機能を備えた老健に転換していくことが課題であるとしている。世田谷区に限らず、現在の介護施設を制度的な側面から見た場合、施設サービスのしつらえが必ずしも認知症の人のニーズに応えるものとは言い難い。世田谷区においても、認知症の人の自立支援につながる専門ケアに力を入れていくべきとの課題意識を持っている。

2.2 認知症の人を支えるインフォーマルサービス

区内には社会福祉協議会の「ふれあい・いきいきサロン」及び「支えあいミニデイ」等の活動団体が約 680 団体あり、区民の活発な自主活動が行われている。行政として、これらのインフォーマルサービスの全容を把握することは難しいが、在宅介護を支える地域資源としての価値は大きく、認知症ケアパスに紐づけていく上で、今後、可能性を探っていきいたい部分でもある。現在、区の事業と連動しながら、認知症ケアの流れがつけられているインフォーマルサービスは以下の通りである。

名称	運営主体	実施内容
認知症家族会	区民・社会福祉法人等	認知症の家族介護者が情報交換や懇談を行う自主的な集まりを開催するほか、認知症の本人・家族支援のためのさまざまな情報発信や行政への提言等を行っている。
認知症勉強会・講習会	認定 NPO 法人	区民・家族介護者向けの勉強会や、介護事業所向けの研修会を開催している。
傾聴ボランティア	世田谷区社会福祉協議会	傾聴講座を終了した区民がボランティア活動を行う自主グループとなり、介護施設や個人宅を訪問して傾聴活動を行っている。

① 介護者の会・家族会等

認知症施策の中心を担う、地域福祉部介護予防・地域支援課では、区内で活動する「介護者の会」や「家族会」うち、行政が把握している組織・団体の協力を得て、「世田谷区介護者の会・家族会一覧」を掲載したパンフレットを作成した(平成 23 年度)。

認知症の人の在宅支援を考える上で、当事者への傾聴活動や、家族や地域住民へ啓発活動は特に重要な取り組みとなる。パンフレットは、在宅で介護をしている家族が不安や悩みを聞いてもらえる場所につながったり、認知症に関連する情報交換ができる場へのアクセスが容易になったりすることをねらって作成された。

認知症ケアパスには、認知症の人の状態やステージごとに、フォーマル、インフォーマルサービスが短冊のようにぶらさがっていることで、ケアパスの充実度が高められる。介護者の会や家族会の一つひとつは、その短冊として、ケアパスの重要な社会資源に位置づけられている。



② 傾聴ボランティア

傾聴ボランティアは、地域包括支援センターとの連携による訪問による傾聴活動や、施設訪問での傾聴活動を実施している。

③ サロン(認知症の人の居場所)づくり

インフォーマルサービスの活動の中には、沙龙的な地域の居場所づくりに取り組んでいる組織・団体も多い。子育て支援、元気高齢者や認知症の人の居場所づくりと、それぞれに運営の形態や利用する人の対象は様々である。

認知症の人が通えるサロン等の中には、家族会が運営しているものもあり、地域包括支援センターの職員が区の情報を届けながら、緩やかな連携が図られている。多数存在するサロンの全てを行政として把握することは困難な面もあるが、「最近姿を見かけなくなった」利用者の情報や、「見守りが必要ではないか」と気にかかる利用者の情報を、地域包括支援センターにつなげてもらえるような関係になれば、認知症の早期支援の可能性が広がっていく。

現在、地域包括支援センターの職員は、「認知症サポーター養成講座」の開催などを呼びかけながら、サロン活動と地域包括支援センターとのつながりを強化しようと、足を運びながらの丁

寧な活動をしはじめている。高齢期になれば誰もが認知症という病気への不安を抱く。「認知症の話をしに行きますよ」というようなチラシを持って呼びかけていくと、講座開催のニーズはかなりあるようだ。こうした活動は、地域の高齢者に、地域包括支援センターを知ってもらえる絶好の機会にもなる。

④ 配食サービス

インフォーマルサービスに携わる関係者は、それぞれの活動を通じて、地域の高齢者の変化や困りごとに気づきを持ちやすい立場にある。配食サービスを使っている高齢者が、お弁当の受け渡しがうまくできなくなったり、日時を間違えることが多くなったりしてくると、「気になる情報」として地域包括支援センターに連絡を入れてくれることも多い。

⑤ 商店街の協力・支援

認知症の早期支援につなげていく上では、地域の中の商店も重要な社会資源となる。ウルトラマン商店街で知られる祖師谷大蔵駅界隈の商店街では、積極的にサポーター養成講座を受講する店も多く、馴染みの買い物客の中で気にかかる高齢者がいたりすると、地域包括支援センターにつなげてくれることもある。

商店街の会長をはじめ、各商店の関係者は、地域貢献の意識で地域包括支援センターの活動に協力的である。NPO法人と地域包括支援センター、商店街が互いに協力して、地域の認知症サポーターや、認知症の人が安心して買い物ができる店舗、認知症をサポートできる医療機関等の所在地を掲載した「あんしん生活マップ」も作成された。

3 認知症在宅支援の考え方

ポイント

- 認知症ケアの底上げは、認知症の人のことを真に理解し、地域の核となって機能する事業所や専門人材を育てるところからはじまる
- 認知症初期集中支援チームは、最大6ヵ月間、サービスにつながらずに困難を抱える認知症の人を適宜訪問し、医療と介護双方からのアセスメントを行い地域資源へとつなぐ
- 世田谷区の認知症ケアの底上げは、地域包括支援センターが中核を担いながら推進されている
- 地域包括支援センターでは、身近な相談・見守り機能の充実が図られている

3.1 認知症の人に対応するサービス

第5期計画では、日常生活圏域ごとに1箇所から2箇所の小規模多機能型居宅介護と認知症グループホームを整備し、身近な地域で認知症の人を支えていくための体制づくりが進められ

ようとしている。方針の根底には、支援を必要とする高齢者の暮らしを、その人の生活圏域から動かしたくないという思いがある。以下では、世田谷区が目指している認知症ケアの方向性について意見をまとめた。

①認知症ケアの底上げについて

世田谷区では、福祉人材育成・研修センターやNPO法人等により、介護人材を対象とする認知症の教育研修が活発に行われているが、理解のレベルはそれぞれ異なるのが現状である。認知症の基本知識にとどまる人は、「症状の原因は疾患にある」というところまで理解できても、認知症の人の家族が抱えている困りごとに、どのように介入したらよいかということまでは行き着いていないとのことである。

認知症の人や、その家族の暮らしは、介護サービスの提供量だけを考えていても支えていくことはできないというのが、認知症施策を所管する介護予防・地域支援課の思いである。認知症支援体制づくりでは、本人・家族に関わる専門職の力量を高めていくことが最も重要であり、その実現のためには、「認知症ケアとは何か」というところに戻って、しっかりと考えられる人材を育てていくことや、認知症の人のことを本当に理解し、地域の中の核となって機能する事業所なり専門人材の存在が不可欠だと考えられている。

②介護老人保健施設の認知症在宅支援機能の強化について

認知症の人に適したサービスが提供でき、家族の介護負担軽減につながるような施設の整備も課題認識の1つとして挙げられた。老健における認知症短期集中リハビリテーション等が注目される中、平成31年度頃には在宅支援機能を強化した施設の設置を想定している。

施設の建物自体は旧態型の施設も少なくなく、ハードそのものを変えることは難しい。しかし、そこで提供するソフト(ケアサービス)の部分を進化させていけば、在宅支援機能の強化につながるのではないかと考えである。認知症の人の行動・心理症状は、本人のコンディションや生活のリズムを整えていくことで、落ち着きを取り戻すことが多い。認知症短期集中リハビリテーションに着目するのは、たとえ、認知機能の低下は止められないとしても、行動・心理症状を予防・改善することで、多くの家族が在宅介護を続けていけると考えているからである。

③認知症初期集中支援チーム

平成25年度より認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業を受託。桜新町アーバンクリニックと、成城リハケアクリニックの2カ所に委託し、地域包括支援センター職員との複合チームで活動している。チーム員は、以下の3名以上となっている。

- 保健師や看護師、作業療法士、精神保健福祉師、介護福祉士など、医療保健福祉に関する国家資格を持ち、なおかつ認知症ケアの実務経験が3年以上あり、「認知症初期集中支援チーム員研修」を受講し、試験に合格した専門職2名以上。
- 日本老年精神学会か日本認知症学会の定める専門医、もしくは認知症疾患の鑑別診断等

の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験のある医師のいずれかに該当し、かつ、認知症の確定診断を行うことのできる認知症サポート医である医師(嘱託可)1名。

区内27カ所ある地域包括支援センターに配置されている、認知症専門相談員に寄せられた認知症相談のうち、認知症初期集中支援チームによる支援が必要だと判断されたケースが、訪問対象となる。地域包括支援センターから初期集中支援チームを要請してくるケースは、要介護認定はとったものの、介護拒否などでサービスにつながらない人がいるため、「初期」とはチームと出会ってからの初期、または適時という意味合いも含む。

この連絡を受けた各クリニックの訪問看護師等は、認知症専門相談員と一緒に、本人宅を訪問し、本人・家族から情報収集をしたうえでアセスメントを行い、チーム員会議で支援目標と支援方針を作成。ケースごとの必要度に応じて訪問をしながら支援を行う。

訪問対象者1人につき訪問開始時、中間、訪問終了時の3回、チーム員会議を開催し、情報共有とアセスメントが行われる。区からは地域福祉部 介護予防・地域支援課と、総合支所保健福祉課の保健師等が出席。ここでもし、非常に支援が困難な事例などがあれば、区直轄の総合支所が支援のバックアップに入ることも行う。こうすることで、地域包括支援センターのメイン業務である窓口業務が滞らないようにという意図がある。支援は最大で6ヵ月。その後は地域のフォーマル、インフォーマル含めた資源に引き継ぐことを目的とする。

アウトリーチサービスを行う看護職やスーパービジョンの役割を果たしてくれる専門医を圏域ごとに配置することは困難であり、認知症初期集中支援チームは圏域ごとの体制ではなく、中央に位置づける方法を現在検討中である。

(参考) 世田谷区の認知症施策 ―これまでの経過―

- 平成21年度 ・認知症対策の充実に向け、介護予防・認知症対策担当の係を設置
 - ・全高齢者実態把握調査を実施
 - ・27か所のあんしんすこやかセンターに「もの忘れ相談窓口」を開設し、認知症専門相談員(世田谷区独自)を1名ずつ配置
- 平成22年度 ・認知症高齢者見守り訪問看護事業を開始
- 平成23年度 ・認知症サポーターステップアップ講座等、認知症サポーターの人材活用の取組みを開始
 - ・レビー小体型認知症家族のための勉強会および家族懇談会を実施
 - ・「介護者の会・家族会一覧」を作成し、あんしんすこやかセンターで配布を開始
- 平成24年度 ・第5期「高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」策定

- ・医師によるもの忘れチェック相談会、医師による訪問相談モデル事業開始
- ・「(仮称)世田谷区認知症在宅支援センター構想等検討委員会」設置

4 地域包括ケアセンターの機能と役割

ポイント

- 地域包括ケアの成功の鍵は、あんしんすこやかセンター(地域包括支援センター)の機能発揮にかかっていると認識のもと、職員への徹底した教育研修等が行われた
- 平成21年10月より、全てのあんしんすこやかセンターに「もの忘れ相談窓口」を開設
- 平成22年11月より、全てのあんしんすこやかセンターで、孤立傾向にある高齢者や認知症の人の見守り機能を強化することを目的とする、あんしん見守り事業を開始

4.1 地域包括ケアセンターの質の確保・向上策

区内にある27か所の地域包括ケアセンターは、全て医療法人、あるいは社会福祉法人への委託事業として運営されており、「あんしんすこやかセンター」という名称で区民に親しまれている。今後の地域包括ケアを成功させる鍵は、いかに、このセンターが地域の相談窓口として機能していくにかかっていると認識のもと、「あんしんすこやかセンター」の質の確保・向上に向けた取り組みが続けられてきた。

平成18年度から平成20年度までは、介護予防担当課に所属する9名の保健師が、担当エリアを決めて、「あんしんすこやかセンター」の巡回指導にあたっていた。連絡会や研修会を開催しながら、「地域包括における地域づくりとは何か」ということをともに考え、行政とセンターの職員と一緒に地域包括ケアをつくるというスタンスで取り組んできたとのことである。

平成21年度からは、保健師が区内5か所の総合支所保健福祉課に分散配置となり、引き続き、あんしんすこやかセンターの巡回や相談を行い、業務を支援している。

〔「あんしんすこやかセンター」の機能強化に向けた取り組みについて〕

世田谷区では、区の保健師や事務職員が現場を巡回し、あんしんすこやかセンターの後方支援に取り組んできた。

センターの立ち上げ時期にあたる平成18年から20年までの三年間は、保健師と包括職員とが継続的に研修会や連絡会を開催し、センター機能のあり方を一緒に考えてきた。また、平成21年度は、もの忘れ相談窓口の事業化を前に、「どうやったらうまくいくか」、「どんな力をつけたいか」等について意見を出し合うワーキングを開催したり、専門医の参加のもと、エリア単位で地域の課題を出し合ったり、認知症の人やその家族が必要とするサービスについて話し合う地域連携会議を開催した。

あんしんすこやかセンターがきちんと機能していくためには、上から押し付けるのではなく、包括が困っていることを出してもらえようような関係をつくることが重要である。包括職員から挙げてもらうテーマを研修にとりあげたり、こんなサービスがなくて困っているという意見を施策に活かした

りすることで、両者の関係性がつくられる。包括の職員には、区の施策も事業も、サービスも、「一緒に作ろう」と言い続けながらやってきた。

(世田谷区 介護予防・認知症対策担当係長 高橋裕子氏)

4.2 身近な相談・見守り機能の充実

認知症の人や家族への支援体制の充実を図るためには、身近な場所に相談機能や見守り機能を持つことが重要との考えに基づき、世田谷区では、全てのあんしんすこやかセンター(地域包括支援センター)に「もの忘れ相談窓口」を設けるとともに、「あんしん見守り事業」に取り組んでいる。

①もの忘れ相談窓口

平成21年10月より、全てのあんしんすこやかセンターに「もの忘れ相談窓口」が開設されている。「地域における認知症に関する相談ごとは、地域包括支援センターで引き受けます。」ということを地域に宣言し、少しでも早い時期に、早期支援・早期対応につなげていくことがねらいである。

センターに配置される法定の3名の職員のうち、1名に「認知症専門相談員」の役割を担ってもらい、相談・対応力向上のための研修も続けてきた。もちろん、もの忘れ相談に応じる職員は認知症専門相談員だけとは限らないため、研修で学んだことは他の職員にも周知される。社会資源情報を共有ファイルに整理することや、相談対応力の向上、地域の関係機関との連絡調整、地域ケア会議の開催、ネットワークの会議などを含めて、認知症ケアに関するコーディネート機能が、認知症専門相談員の役割となっている。

②あんしん見守り事業

平成22年11月より、孤立傾向にある高齢者や認知症の人の見守り機能を強化することを目的に、あんしん見守り事業が開始されている。あんしんすこやかセンターが、見守りを希望する高齢者の自宅に訪問し、相談の上で見守りのための支援サービスをコーディネートする。また、支援サービスは「見守りメニュー」としてリーフレット化し高齢者にわかりやすく示すよう工夫している。いくつかある見守りメニューの1つとして、圏域ごとに登録されている「見守りボランティア」があり、希望によって安否確認の声かけをするボランティアを派遣するしくみがある。

センターに配置される法定の3名の職員のうち、1名が「見守りコーディネーター」を兼務し、見守りコーディネーターは事業全般の推進役を担う。訪問した結果、なんらかの支援サービスを利用した方がよいと思われる方には、ニーズに応じて用意されている区独自の「見守りメニュー」を紹介し、利用することができる。

「見守りボランティア」は、地域住民によるボランティア活動の位置づけになる。町会の役員だ

った人や、子育てが終わった専業主婦など、ボランティア活動に携わっている人は様々だが、基本的には、センターからの声掛けにより「見守りボランティア」になるための研修を受けた後、圏域ごとに登録するしくみになっている。現在、70名程度の登録者がいる。

[見守りボランティアについて]

見守りボランティアは、見守りコーディネーターから訪問依頼があった人に対して、安否確認の活動を行う。状況に応じて、玄関先で声を掛けあう場合もある。訪問時の様子は見守りコーディネーターに連携され、必要に応じてコーディネーターが直接訪問するなどのフォローが行われる。

また、高齢者個々の状況によって、近隣住民への声掛けや協力のもとに、地域のネットワークで見守っていくことや、圏域ごとに整備された見守り支援メニューの活用につなげていくなどの取組も活発である。

ボランティアには、あんしんすこやかセンターからスタンプ手帳が渡され、訪問1回につき1枚、スタンプシールがあんしんすこやかセンターから渡される。スタンプシールの数に応じて、介護支援ボランティアポイントが加算されるしくみである。ボランティアポイントは、年度末に行政に請求することで、些少の報酬が支払われる。現在、登録者は70人程度とのことだが、実際に活動できている人は若干少ない。

4.3 地域包括支援センターのバックアップ機能

あんしんすこやかセンターにつながってくる個別ケースの中には、対応に窮するような難しいケースもある。重たいケースを抱えすぎて機能不全を起こしてしまつては、地域に開いた窓口業務に支障が起きる危険もあるため、最終的には行政がそれらのケースを引き受けるところまで対応している。こうしたバックアップ機能があつてこそ、地域包括支援センターの機能を維持することができるという考え方に基づいた取り組みでもある。

5 地域における介護サービスの質の確保・向上策

ポイント

- 区内の介護事業者のサービスの質の確保・向上、ならびに、ケアサービスの方向性などに関する認識共有の場として、地区包括ケア会議(地域ケア会議)を活用している
- 地区包括ケア会議(地域ケア会議)では、同じエリアのケア関係者やあんしんすこやかセンターの職員が顔なじみの関係になり、互いに考えていること、取り組んでいることを情報交換できる

認知症施策のビジョンや方針を実現するためには、地域の中に良質な介護サービスを提供する事業所の存在が不可欠である。世田谷区が、サービスの質確保・向上策として取り組んでいる

ことは、地区包括ケア会議(地域ケア会議)の開催である。

この会議では、開催ごとにテーマを決めて、多職種による連携分担確認会議のような内容として実施されている。実際のケース検討会だけでなく、予め議論の素材となりそうな内容を設定しておき、「このようなケースに対して何ができるか」を話し合う。また、たとえば、医療連携をテーマに認識共有を図りたいことがあれば、地域のかかりつけ医や居宅介護支援専門員、介護事象者等にも参加を呼びかけ、専門職間の認識のズレを軌道修正する場としても活用する。

区内全域を対象に開催する場合には、認知症ケアに携わる300ヶ所程度の事業者呼びかけられることもある。概ね3分の1程度の事業者が参加している。

こうした取り組みを継続的に実施することにより、区が目指している認知症施策の方向性と、介護サービスが提供する実践とが一体的になっていくという効果も期待できる。短い時間ながらも、連携会議では、異なる事業者同士が同じテーブルに着いてグループワークを行い、ファシリテーター役の包括職員が見守る中で、率直な意見交換や、課題の認識共有を図りながら、自分たちに出来ることが何なのかを考えてもらう。グループワークで取り上げるテーマ以上に、同じエリアの介護事業所関係者や地域包括支援センターの職員が顔なじみの関係となり、お互いに考えていること、取り組んでいることを情報交換できるという効果がある。参加者からは、「自分が抱えている個別ケースを、どこに相談したらよいか、連携したらよいか分かってきた」との感想も寄せられている。

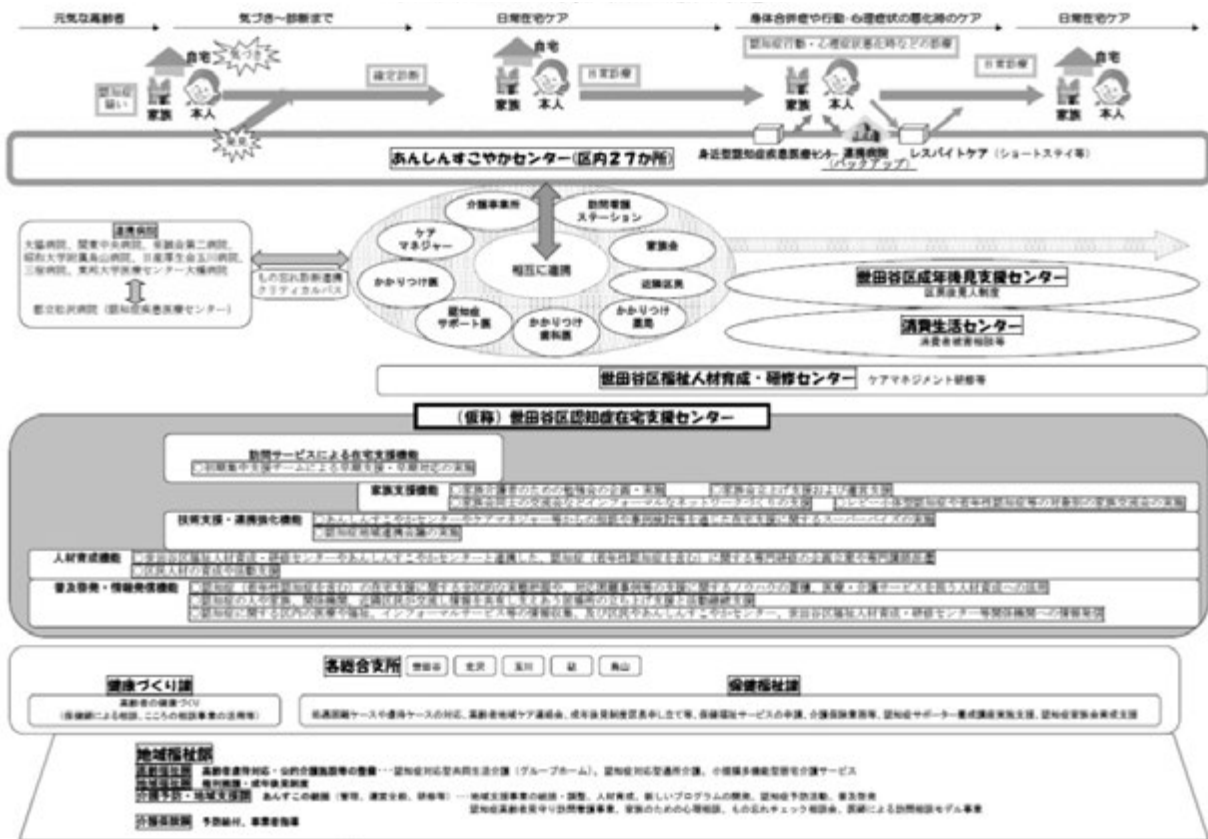
6 世田谷区の認知症ケアパス

6.1 認知症ケアパスの青写真

未完成ながらも、世田谷区の認知症ケアパスをイメージして作成したのが、次項の図である。世田谷区の認知症ケアパスでは、認知症の人の状態を、「予防」、「気づき～診断まで」「日常在宅ケア」「身体合併症や行動・心理症状の出現時のケア」「日常在宅ケア」の5つのステージにそって整理している。

どのステージにおいても、支援の中心には、ケアマネジャー、訪問看護ステーション、介護事業所、かかりつけ薬局、かかりつけ歯科医、認知症サポート医、かかりつけ医、家族会、などの連携体制がイメージされており、医療、介護に関わらず、相互の関係はフラットである。これらの多職種チームと、あんしんすこやかセンターが連携することにより、認知症の人のステージに応じた早め早めの支援を可能にしていくイメージが描かれている。また、近隣住民や民生委員など、地域の中で認知症の人を支えてくれているインフォーマルな支援者たちも、継続的に本人を支えていく重要な社会資源に位置づけられている。

図 世田谷区における今後の認知症施策の関連図



6.2 認知症ケアパスづくりにおける課題

上図の作成は、世田谷区のケアパスづくりにおける入り口の作業とされている。今後、区民に認知症ケアパスを示していくためには、それぞれのステージごとに、認知症の人を支える具体的なサービスや社会資源を短冊のようにぶら下げていくことが必要となってくる。

しかし、公表を前提とする認知症ケアパスに、個別事業者の名を紐づけていく作業は容易なことではない。事業者の名を挙げるといことは、行政として、そこで提供するサービスの質に責任を持つということでもあり、力量不足と思われる事業所を安易にケアパスに紐づけることはできない。また、力量を見極めながら、対応が可能と思われるステージごとに振り分けられたとしても、結果的に事業者の利害に絡んでくる可能性もあるため、行政側の評価に対するコンセンサスを得る方法を考えていく必要がある。

6.3 世田谷区認知症在宅生活サポートセンター構想

もの忘れ相談窓口をはじめ、認知症の人を支える専門人材の教育研修や、地域住民への啓発活動、ボランティア人材の養成、認知症初期集中支援チームのモデル事業など、世田谷区では多岐にわたる認知症支援策に取り込んできた。区は、さらにその先の認知症在宅支援施策について構想を練っている。それは、今後の認知症施策の方向性を発信し、先駆的な取り組みのトライアル機能を果たす場としての、世田谷区認知症在宅生活サポートセンターの設置である。

これまで、世田谷区のあんしんすこやかセンターは、認知症在宅支援のコーディネート機能を

担う重要な役割を果たしてきた。その機能や役割は今後も変わるものではないが、「今後、東京を含む大都市圏で加速的に高齢化が進むことや、区において、ひとり暮らしや高齢者のみ世帯が加速するにつれ、老老介護の増加や認知介護が問題となることが予想されるなか、あんしんすこやかセンターだけで認知症の人の相談支援を展開することには困難が伴います。」との考えのもと、世田谷区認知症在宅生活サポートセンターは、「認知症の早期対応体制の確立や、医療と福祉の連携推進、医療・介護の専門職の実務的な支援能力の向上、家族支援の充実等、区における認知症ケアモデルの構築を進めていくための、専門的かつ中核的な全区の拠点としての役割を担う」機関として、区の認知症サポート体制の中核に位置づけられるものとなる。

(引用)世田谷区地域福祉部「世田谷区認知症在宅生活サポートセンター構想－認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために－」(平成25年11月),p16

泉南市（訪問調査記録）

【基本情報】

⑬ 人口	64,544 人
② 保険者域面積	48.83 Km ²
⑭ 65 歳以上高齢者数	15,308 人
⑮ 75 歳以上高齢者数	6,579 人
⑯ 日常生活圏域数	4 圏域
⑰ 地域包括支援センターの数	2 ケ所
⑱ うち委託の数	2 ケ所
⑲ 認知症疾患医療センターの数	0 ケ所
⑳ 認知症地域支援推進員の配置人数	1 人
21 知症サポーター養成講座 修了者数	7,675 人
22 認知症サポート医の人数	2 人
23 認知症かかりつけ医対応力向上研修 修了者数	14 人
24 第5期介護保険料基準月額	4,998 円

[要介護認定者数](平成 25 年 4 月末現在)

要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
275	596	323	775	402	326	276

[地域密着型サービスの整備計画](第5期計画終了時見込み)

⑥ 定期巡回・随時対応訪問介護・看護	0 ケ所
⑦ 夜間対応型訪問介護	0 ケ所
⑧ 認知症対応型通所介護	2 ケ所
⑨ 小規模多機能型居宅介護	5 ケ所
⑩ 認知症対応型共同生活介護	6 ケ所
⑪ 地域密着型特定施設入居者生活介護	0 ケ所
21 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0 ケ所

[居宅介護サービス及び施設介護サービスの整備状況(H25年 8 月時点)]

(居宅介護サービス)	
22 訪問介護	26 ケ所
23 訪問入浴介護	0 ケ所
24 訪問看護	4 ケ所
25 訪問リハビリテーション	5 ケ所
26 居宅療養管理指導	5 ケ所

27	通所介護	13	ヶ所
28	通所リハビリテーション	3	ヶ所
29	短期入所生活介護	5	ヶ所
30	短期入所療養介護	1	ヶ所
31	居宅介護支援	29	ヶ所
32	特定施設入居者生活介護	2	ヶ所
(施設サービス)			
33	介護老人福祉施設	3	ヶ所
34	介護老人保健施設	2	ヶ所
⑳	介護療養型医療施設	1	ヶ所

1. 第5期高齢者保健福祉計画

(老人保健福祉計画・介護保健事業計画)における認知症施策の位置づけ

ポイント

- 泉南市では、地域包括ケアシステムの構築をめざし、老人保健福祉計画・介護保健事業計画に市としての理念や方針を反映させてきた。
- 地域包括ケアシステム構築のためにはまず認知症ケア体制を整えることが第一という考え方のもと、地域包括ケアシステムの実現を主眼に置き、第5期高齢者保健福祉計画(老人保健福祉計画・介護保健事業計画)が構成されている。

【泉南市第5期計画 基本理念】

①積極的な健康づくりといきがいをもって暮らせるまちづくり

長い高齢期を健康に、活動的に暮らせるように、若年期から壮年期までの一体的な健康づくりを重視し、生活習慣病等の疾病予防や心身の機能低下の予防を進めるとともに、本人の自由な選択によって、就業や創作活動、レクリエーション活動、ボランティア活動等幅広く社会参加できるよう努めます。

②人権尊重を基本とした自立支援とこころふれあうまちづくり

人権尊重の理念を基調に、地域が資産として持っている自助・互助・共助・公助の役割分担を明確にし、それぞれにかかる多様なサービスが有機的に連携することで、支援や介護が必要になった場合にも、住み慣れた地域で安心して暮らせるように、適切な保健・医療・福祉・介護サービスを提供し、子どもから高齢者まで世代を超えた地域の人々が支えあう小地域ネットワーク活動の促進と、地域で支える地域包括ケアシステムの実現をめざします。

また、高齢者やその家族がサービスを適切に利用できるように、情報提供や相談、権利擁護等

利用者本位の体制づくりをめざします。

.....
【基本目標】

第4期計画までの進捗状況や、市の概況、市民へのアンケート等をもとに、以下6つの基本目標を設定。そのうちの2番目に、認知症に関する項目が入っている。

適切な認知症施策と市民の協働により(自助、互助、共助、公助の実現)、地域包括ケアを確立し、それが地域福祉力の向上へとつながると考えている。

第5期高齢者保健福祉計画
(老人保健福祉計画・介護保健事業計画)
基本目標

1. 地域ケア体制の確立
2. 高齢者の人権尊重に基づくケア対策の推進【WAO(輪を)！SENNANの実現】
3. 健康寿命の延伸に向けた施策の推進
4. いきがいと安心のある暮らしづくりの推進
5. 介護サービスの質の向上
6. 利用者支援方策の推進

上記の 2. 高齢者の人権尊重に基づくケア対策の推進【WAO(輪を)！SENNANの実現】における施策の方向は、以下のとおりである。一番に認知症対策の推進が挙げられている。

- (1)認知症対策の推進【WAO(輪を)！SENNANの実現】
- (2)高齢者の虐待防止
- (3)施設等における身体拘束ゼロに向けた取り組み
- (4)高齢者の孤独死防止
- (5)居住環境に配慮した施設整備
- (6)高齢者の権利擁護の推進

以下に、上記の方向性(1)の詳細について、泉南市の第5期高齢者保健福祉計画から抜粋、簡略化して以下に示す。

高齢者の人権尊重に基づくケア対策の推進【WAO(輪を)!SENNANの実現】

(1) 認知症対策の推進【WAO(輪を)!SENNANの実現】

■ 施策の方向 ■

泉南市では、平成22年度から認知症ケア推進事業【WAO(輪を)!SENNAN】を立ち上げ、「W(忘れてもだいじょうぶ)A(あんしんと)O(おもいやりの町)せんなん」の実現をめざして、認知症に対する理解を促進するため、様々な取り組みを行っている。

認知症に対する予防や悪化の防止により、高齢期における生活の質の維持・向上を図るため、認知症に対する正しい理解啓発を行うとともに、認知症の早期発見や早期対応、認知症高齢者に適したサービスの質の向上等支援体制の確立に努めている。

また、認知症高齢者が住み慣れた家庭や地域で、可能な限り自立した生活を送ることができるよう、地域密着型サービスによる支援を図るとともに、介護者への支援を図っていく方向である。

※「WAO(輪を)!SENNAN」について

認知症になっても安心して暮らし続けられるまちづくりのための取り組みの一環として、泉南市においても、平成22年度より「WAO(輪を)!SENNAN」のキャッチフレーズのもと認知症対策プロジェクトを進めている。市内の誰もが認知症について正しい知識をもち、認知症の方や介護をしている家族を支える手だてを知り、認知症を発症しても安心して暮らしを継続できるように、地域ぐるみで支援を行える体制をつくることを目的としている。



■ 施策・事業 ■

5本の柱で行っている

① 認知症に関する理解啓発

認知症に対する誤解や偏見をなくし、早期発見による治療を促進するとともに、認知症予防の生活習慣が身につくように、「WAO(輪を)!SENNAN」の実現をめざし、認知症に関するシンポジウム、地域で暮らす認知症の人やその家族を応援する認知症サポーターの養成講座、養成講座の講師役であるキャラバンメイトの養成研修、広報や出前講座等あ

らゆる機会を通じて、正しい知識の普及啓発に努めている。

(今後)

取り組みの充実を図り、多様な世代の認知症サポーターの拡大に努めるとともに、認知症新聞の発行や地域の中での活動支援を通じて、認知症に関する理解啓発の促進に努める。

②認知症相談の充実

地域包括支援センターをはじめ保健センター等において、認知症に関する相談窓口の充実を図るとともに、かかりつけ医との連携体制の確立に努めている。

また、相談職員の資質の向上を図るため、研修を実施している。

(今後)

認知症地域支援推進員による地域包括支援センターへの支援の充実を通じて、医療と介護の連携したケアチームの配置の検討及び認知症サポート医、認知症疾患医療センターとの連携の強化に努めるとともに、市内各スーパー等での相談会の実施や市役所での相談窓口の実施等、相談機会の拡充に努める。

また、認知症コーディネータ養成研修の実施や、認知症ケア研究会の発足等の取り組みを通じて、相談職員の資質の向上に努める。

③認知症予防対策の推進

認知症の予防を図るため、介護予防事業として普及啓発の教室を市内の集会場等で実施するとともに、二次予防対象者に対してはプログラム化された通所教室事業を実施している。

また、泉南市独自の介護予防体操「泉南 WA0(輪を)体操」を開発し、その普及・啓発に努めている。

(今後)

泉南 WA0(輪を)体操のさらなる普及啓発に努めるなど、一次予防の拡大に努める。

④認知症高齢者や介護家族に対する支援の充実

認知症高齢者が身近な地域でサービスの提供を受け、精神的に安定した生活が送れるよう、介護保険の地域密着型サービスに分類される小規模多機能型居宅介護を5箇所、認知症対応型通所介護を2箇所、認知症対応型共同生活介護を6箇所整備し、サービスの提供を行っている。

また、日ごろ認知症高齢者のケアにあたっている家族の身体的負担や精神的負担の軽減

を図るとともに、家族同士の交流を深めることを目的として、認知症家族の集いを年に1回開催している。

(今後)

地域密着型サービス等、認知症高齢者の生活を支援する介護保険サービスの充実を図るとともに、認知症家族の集いの実施回数を増やすことを検討するなど、介護家族に対する支援の充実に努める。

⑤認知症サポーターの養成

認知症について正しい知識をもち、認知症の人や家族を応援し、誰もが暮らしやすい地域をつくっていくため、認知症サポーター養成講座を開催しています。あわせて、養成講座の講師役である認知症キャラバンメイトの養成研修も開催している。

(今後)

認知症サポーター養成講座・認知症キャラバンメイト養成研修の開催を継続していくとともに、小・中・高校生への普及、職域等への普及を働きかけていく。

【主な施策の実績と見込】

事業名	単位	実績値			目標値		
		H21年度	H22年度	H23年度 (見込み)	H24年度	H25年度	H26年度
認知症キャラバンメイト養成研修	人		74	30	-	-	-
認知症サポーター養成講座	人		1,993	2,000	1,000	1,000	1,000

以上、資料「泉南市第5期高齢者保健福祉計画」

2. 認知症ケア推進事業について

泉南市では、平成22年度から「認知症ケア推進事業」に取り組んでいる。

ポイント

- 地域包括支援センターや、事業者、地域が主体性を持てるような働きかけを展開している（行政が出過ぎずに地域力を高める）
- 顔の見える関係をつくる

1)背景

2025年まであと15年という時期に、地域支援体制の構築には時間がかかるという危機感があった。特に地域支援体制の構築の下地となる信頼関係を築くことには時間がかかるため、早急に取り組む必要があった。

2)取り組みまでの経緯(平成21年～22年)

きっかけは、平成21年7月、市内のグループホームの管理者の「認知症の人に優しい街になれば、認知症の人も暮らしやすくなるし我々も仕事がしやすくなる」という発言。

行政の役割としては、主導ではなく、民間事業者や専門職が働きやすくなる体制をつくることに専念。実際の活動は専門職がリーダーとなることを目指す。

平成22年度モデル事業に応募。採択され事業がスタートした。

地域包括ケア推進事業と、認知症ケア推進事業

3)平成22年度～24年度の主な取り組み内容

- 認知症ネットワーク会議
- 地域の見守り力の向上
 - ・認知症キャラバンメイト養成＋フォローアップ研修
 - ・認知症サポーターの養成＋フォローアップ研修
 - ・徘徊SOSネットワークの構築(徘徊模擬訓練の実施)
- 認知症新聞の発行(年2回)
- 認知症家族の集い(講演会や相談会)
- 認知症出張相談会
- 認知症フォーラムの開催(1回)
- 医療と介護の連携構築(医師会・介護支援専門員)
- ボランティアリーダー事業
- 認知症予防活動・地域活動プログラム事業
- 地域におけるサポート体制の整備事業(視察研修)
- 認知症コーディネータの養成

※事業の一環で、「WAO(輪を)！SENNAN」のキャッチコピーとマスコットキャラクターを作成。WAO体操の普及もおこなった。



4)具体的な取り組み内容

(1)認知症ネットワーク会議

構成メンバーが中心となり、認知症ケア推進事業の方向性を協議

構成メンバー(9名)

- ・認知症専門医代表 1名
- ・医師会(泉南市)代表 1名
- ・認知症専門医療機関代表 2名
- ・地域密着型サービス事業所代表 2名
- ・泉南市内特別養護老人ホーム代表 1名
- ・泉南市介護者(家族)の会代表 1名
- ・地域福祉専門職代表 1名

(事務局 市・地域包括支援センター)

(2)認知症キャラバンメイトの育成とキャラバンメイトの組織化

- ・キャラバン・メイトフォローアップ研修を年1回開催
- ・市内のキャラバンメイトを4班体制とする
- ・各班に3名の事務局(班長)を配置し、定期的に事務局会議を開催

(3)認知症サポーター養成研修とサポーター・フォローアップ研修

○平成25年3月31日現在125回(累計)のサポーター養成講座

- ・寸劇や家族の話も交え、対象別のパンフレットを使用した講座

○市民サポーター、職域サポーターに加え、キッズ・サポーター(小学生)、ジュニア・サポーター(中学生)、ヤング・サポーター(高校生)、リトルキッズ・サポーター(就学前の子供)養成講座も開催。

○サポーター・フォローアップ研修は年1回開催

- ・平成25年3月31日現在6642名がサポーターに。人口の1割。

※11月時点で8000人超

(4)徘徊 SOS ネットワークの構築(徘徊模擬訓練の実施)

○地域の支援で早期に発見できる協力体制を構築

(福祉事務所、タクシー、バス、鉄道、新聞、宅配、スーパー、コンビニ、ガソリンスタンド、銀行等)

(5)認知症コーディネータ養成研修

「認知症になっても安心して暮らせる町づくり」の推進者の養成研修

平成23年～24年度には15回開催。

初年度10名

今年度10名が誕生している

(6)その他の人材育成

○福まちサポートリーダー養成研修

創作活動が好きな人など、ちょっとしたことで地域づくりのリーダーになってもらう等し、自立しているうちから関わって行く取り組み。互助、自助になる。

(7)交流会による多職種連携の連携基盤づくり

○ケアマネとMSWの交流会

○医師とケアマネの交流会(圏域:3市3町)

○今年度は歯科医師や薬剤師、訪問看護師も参加。

5)平成25年度に新たに進行している取り組み内容

(1)地域資源マップの拡大版を作成

医師会が広域で3市3町の6行政にまたがるため、これにあわせ、介護事業所も記載したマップを作成中。

(2)医療・介護連携マニュアルの作成

6行政で共通のフォーマットを作成中。

認知症の人が入院する場合、退院する場合、両方に使える様式。

3. 地域包括ケア推進事業における取り組み

泉南市では、認知症ケア推進事業と併行して、地域包括ケア推進事業にも取り組んでいる。

1)平成22年度から取り組んでいる課題

- (1)“いつでも”“誰でも”“自由に”“好きな時間に”集い合える場所はあるのか
- (2)買い物難民はいるのか
- (3)高齢者が生きがいを持てるような事業はあるのか
- (4)高齢者が能力を発揮できる場はあるのか

2)課題に対する具体的取り組み

(1)“いつでも”“誰でも”“自由に”“好きな時間に”集い合える場所

- ①地域包括支援センターからのサロンを作りたいという声をきっかけに、集える場所を開設。この流れで、NPO 法人でもカフェやサロンを開設する運びとなる。泉南市認知症ケア研究会も、NPO となりサロンを開設。

○サロン 3カ所

○カフェ 4カ所

②地域密着型サービス事業所の活用

- グループホーム 6 カ所
- 小規模多機能事業所 5 カ所
- 認知症デイサービス 2 カ所

第 5 期高齢者保健福祉計画には以下のことを盛り込んでいる。

- ・新規の地域密着型サービスは、地域交流スペースを整備要件とする
 - ・既存の地域密着型サービスの、地域交流スペースの整備を推進する
- (認知症コーディネータ(※1)10名のうち、8名が地域密着型サービスの管理者等である)

※1 認知症コーディネータ

泉南市においては、地域包括ケア体制構築のキーパーソンと位置づけられている。

養成研修で専門職としてのスキルを大幅にアップし、自分たちで考え行動することを前提に活動。

全員が「泉南市認知症ケア研究会」のメンバーでもある。

認知症コーディネータは、次のような役割を果たす。

- ・認知症出張相談所の相談員
- ・2 級ヘルパー養成の講師
- ・キャラバン・メイトフォローアップ研修の講師

また、次のような活動も現在進行中である。

- ・事業所を地域へ開放する動き
- ・地域への仕掛けを模索

(2)買い物難民の解消

大きなスーパーがあるが身近に買える地域の商店が少なくなっているため、以下のことに力を入れている。

- ・配食サービスの拡充
- ・買い物支援サービスの整備(同行・宅配)

(3)高齢者が生きがいを持てるような事業

・地域の農地を借用し、農産物の生産・加工を行っている

「泉南市認知症ケア研究会」で、泉南市の特産品である里芋を植え、収穫、加工(コロッケに)して販売する構想も。

(4)能力を発揮できる場所

- ・福まちサポートリーダーの養成
地域での見守りや支え合いを行う人材
- ・ケアマネジャーの“自立志向型ケアプラン”作成時のインフォーマルサービス活用
- ・小学校事業(子ども元気広場)での多世代交流(昔遊び等)

たつの市（訪問調査記録）

【たつの市の基本情報】

25 人口	80,028 人
② 保険者域面積	210.93 Km ²
26 65歳以上高齢者数	20,564 人
27 75歳以上高齢者数	9,630 人
28 日常生活圏域数	5 圏域
29 地域包括支援センターの数 （地域包括支援センター ブランチ）	1 ケ所 (5か所)
30 うち委託の数	0 ケ所
31 認知症疾患医療センターの数	1 ケ所
32 認知症地域支援推進員の配置人数	2 人
33 認知症サポーター養成講座 修了者数	2,323 人
34 認知症サポート医の人数	1 人
35 認知症かかりつけ医対応力向上研修 修了者数	28 人
36 第5期介護保険料基準月額	4,400 円

[要介護認定者数](平成 25 年 4 月末現在)

要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
405	490	749	794	545	468	378

[地域密着型サービスの整備計画](第5期計画終了時見込み)

⑫ 定期巡回・随時対応訪問介護・看護	1 ケ所
⑬ 夜間対応型訪問介護	0 ケ所
⑭ 認知症対応型通所介護	1 ケ所
⑮ 小規模多機能型居宅介護	7 ケ所
⑯ 認知症対応型共同生活介護	6 ケ所
⑰ 地域密着型特定施設入居者生活介護	0 ケ所
35 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0 ケ所

[居宅介護サービス及び施設介護サービスの整備状況(H25年 8 月時点)]

(居宅介護サービス)	
36 訪問介護	14 ケ所
37 訪問入浴介護	1 ケ所

38	訪問看護	12ヶ所
39	訪問リハビリテーション	5ヶ所
40	居宅療養管理指導	16ヶ所
41	通所介護	25ヶ所
42	通所リハビリテーション	8ヶ所
43	短期入所生活介護	6ヶ所
44	短期入所療養介護	6ヶ所
45	居宅介護支援	26ヶ所
46	特定施設入居者生活介護	3ヶ所
(施設サービス)		
47	介護老人福祉施設	6ヶ所
48	介護老人保健施設	4ヶ所
⑳	介護療養型医療施設	2ヶ所

1 認知症施策に関する自治体の理念・方針

ポイント

- 第4期計画から継承されている4つの基本理念のうち1番目、「安心していきいきと暮らせるまちづくり」の中の基本目標1「自立生活支援」の具体的方向性のひとつに、認知症施策の強化が位置づけられている。
- 具体的には上記の部分に集約されているが、自助、互助、共助をサポートする公助が有機的に結びつく地域支援体制の構築の一部として、認知症施策が組み込まれている。

1.1 高齢者保険福祉計画・介護保険事業計画

たつの市の第5期高齢者保険福祉計画及び介護保険事業計画に掲げられている基本理念は、以下のとおり示されている。

[第5期たつの市高齢者保険福祉計画及び介護保険事業計画より抜粋]

地域包括ケアシステムの構築に向け、健康づくり、介護予防事業、生きがいづくり等、自ら率先して取り組もうとする(自助)、自助をサポートする住民同士の支え合い(互助・共助)、介護サービス等の基盤整備、自助、互助・共助をサポートする各種施策等(公助)が有機的に結びつく地域支援体制の構築を目指し、第4期計画で定めた4つの基本理念を継承した事業展開を行います。

また、日常生活圏域単位での「介護」「医療」「予防」「生活支援サービス」「住まい」が切れ目なく提供される地域包括ケアシステムの構築を目指します。

○ 4つの基本理念

1. 安心していきいきと暮らせるまちづくり

高齢者が住み慣れた地域の中で、安心して暮らし続けられるよう、高齢者やその家族が身近な場所でさまざまな支援を受けることができる環境を整備するとともに、増加しつつある認知症に対する対応策、理解の促進、高齢者の権利擁護を進めるための体制や仕組みづくりに重点的に取り組みます。

また、高齢者が豊かな生活を送るには、生きがいをもって生活できることが重要となることから、高齢者がそれぞれの趣味や楽しみを充実させるとともに、その知識や経験を様々な分野で活用し、地域社会の中で積極的な役割を果せるような環境を整備します。

更に、こうした高齢者の社会参加においては、移動手段の確保が重要課題となっており、便利で安全な環境を整えることが求められています。

こうしたことから、本市では「安心していきいきと暮らせるまちづくり」を基本理念の1つとして掲げ、市民の皆さんとともに、事業の展開を図ります。

2. 保健、医療と連携した健康づくり、介護予防

生涯を通じて、健康でいきいきした生活を送ることは、すべての市民の共通の願いです。特に、高齢者ができる限り自立した生活を送ることができるようにするために、心身の健康の維持・増進を図ることが強く求められています。

そこで、疾病の予防と早期発見・早期対応、また、若年層まで含めた生活習慣病の予防等の健康の維持・増進のために、健康診査や健康教室等の保健事業の更なる充実を図るとともに、高齢者が要介護状態に陥らない、あるいは、要支援・要介護状態の高齢者の状態が悪化しないようにすることを重視する「介護予防」の拡充に取り組みます。

こうしたことから、本市では「保健、医療と連携した健康づくり、介護予防」を基本理念の1つとして掲げ、市民の皆さんとともに、事業の展開を図ります。

3. 充実した介護サービスを適切に提供する体制づくり

介護保険事業を円滑に推進していくためには、高齢者が自らの選択によって自分に最もふさわしい介護サービスを利用できることが重要であり、サービスの質的量的充実と人材の育成、確保等のサービス提供体制の一層の充実が求められています。

そこで、介護保険制度の見直しを踏まえ、介護予防や地域と密着した各種サービスについて事業内容の充実を図ります。

また、適正な介護保険サービスの提供や適正な利用を更に促進していくため、市適正化計画に基づき、市民への制度の周知、事業所に対する研修会や実地指導の実施

などの各種事業を推進していく必要があります。

こうしたことから、本市では在宅を基本とした「充実した介護サービスを適切に提供する体制づくり」を基本理念の1つとして掲げ、事業の展開を図ります。

4. 高齢者等を地域で支えるネットワークづくり

高齢者をはじめ多くの人々が地域社会で心豊かに安心して暮らしていくためには、家族はもとより隣近所など地域社会の「見守り」「支え合い」を欠かすことはできません。

地域住民の一人ひとりが助け合い、支え合う意識を持つとともに、社会福祉協議会やボランティア、行政の各部門をはじめとする人や組織・団体等が連携し、地域社会が一体となって、高齢者を支える「地域包括ケア」の構築に取り組みます。

一方、様々な機会を通じて、市民の福祉への意識を高め、ボランティア等の福祉活動への積極的参画を促進することにより、地域の人々の支え合いの輪の拡大に取り組みます。

こうしたことから、本市では「高齢者等を地域で支えるネットワークづくり」を基本理念の1つとして掲げ、市民の皆さんとともに、事業の展開を図ります。

施策の基本目標は、以下のとおりである。

基本理念1. 安心していきいきと暮らせるまちづくり

基本目標(1) 自立生活支援

- ① 在宅生活支援の推進
- ② 家族介護者支援の充実
- ③ 権利擁護・認知症施策の強化

基本目標(2) 生きがい対策の推進

- ① 社会参加機会の拡充

基本目標(3) 社会参加しやすいまちづくり

- ① 人にやさしい環境づくりの推進
- ② 移動機会の確保

基本理念2. 保健、医療と連携した健康づくり、介護予防

基本目標(1) 健康づくりの推進と医療の充実

- ① 健康づくりの推進
- ② 医療サービスの確保

基本目標(2) 介護予防の推進

- ① 介護予防事業の充実

基本理念3. 充実した介護サービスを適切に提供する体制づくり

基本目標(1)サービス基盤の拡充と適正化

- ① 介護サービス基盤の整備
- ② 介護保険事業の適正化強化

基本理念4. 高齢者等を地域で支えるネットワークづくり

基本目標(1)地域支援体制の充実

- ① 地域包括支援センターの機能強化
- ② 福祉意識の形成と活動支援
- ③ 防災・防犯対策の充実

1.2 認知症高齢者への支援

また、認知症の人への支援策は、前出の基本理念 1 のうち基本目標(1)-③に次のように記されている。

基本理念1. 安心していきいきと暮らせるまちづくり

基本目標(1) 自立生活支援

- ① 在宅生活支援の推進
- ② 家族介護者支援の充実
- ③ 権利擁護・認知症施策の強化

【権利擁護・認知症施策の強化】

ア 権利擁護の推進

○事業内容

高齢者虐待防止や消費者被害防止など高齢者の権利擁護のために、相談体制や支援ネットワークを整えとともに、虐待防止に向けた普及・啓発活動を実施します。また、判断能力が低下している認知症高齢者等の身上監護や財産管理を目的とした成年後見制度の利用を促進します。

○方針

- ① 高齢者虐待防止ネットワークの構築
- ② 虐待防止に対する普及・啓発活動
- ③ 施設等における身体拘束の防止
- ④ 成年後見制度利用支援事業
- ⑤ 消費者被害の防止
- ⑥ 専門職員の資質の向上

イ 認知症施策の推進

○事業内容

地域包括支援センターに認知症地域支援推進員を配置し、西播磨認知症疾患医療センターなどの専門医療機関や認知症サポート医及びかかりつけ医等との連携体制を整え、認知症高齢者やその家族を支える地域づくりを推進します。

○方針

- ① 認知症に関する普及・啓発
- ② 認知症ケア体制及び医療連携にかかるネットワーク体制の整備
- ③ 認知症高齢者等とその家族等を支援するための人材育成
- ④ 認知症高齢者等を支えるための地域づくり

ウ 福祉サービス利用援助事業(社会福祉協議会)

○事業内容

判断能力が不十分なため、適切なサービスを選べない高齢者等に、福祉サービスを利用する際の援助、利用料の支払い及び日常的な金銭管理を援助します。

2 認知症施策の推進について

ポイント

- 認知症の普及・啓発、医療介護連携ネットワーク作り、認知症の人と家族を支える人材育成、それらを含めた地域作りを目指す取り組みに取り組んでいる
- 特に、人材育成において独自の取り組みを展開している
- 医療と介護の連携について、早期介入に向け、認知症疾患医療センターを中心とした取り組みが盛んである

2.1 認知症施策の推進における取り組み項目

たつの市では、「認知症施策の推進」について、第5期計画で以下のことを行っている。

認知症の早期発見及び支え合い体制の構築に向けて認知症の啓発や相談窓口を周知するとともに、認知症の確定診断ができる専門医療機関を中心とし、早期受診に至るネットワーク体制を整備。さらに、認知症支援業務に従事する専門職の対応能力向上のための研修会を開催し、人材育成にも取り組んでいる。

具体的には、以下に示す。

① 認知症に関する普及・啓発

- ・認知症相談窓口のポスター・チラシによる周知
- ・市役所出前講座、広報、ホームページなどを活用した認知症についての理解の促進

② 認知症ケア体制及び医療連携にかかるネットワーク体制の整備

- ・かかりつけ医、認知症サポート医、専門医との医療連携体制の整備
- ・もの忘れ相談の実施(専門医療相談・介護相談)、もの忘れ相談室
- ・地域包括支援センターの認知症地域支援推進員による個別相談
- ・認知症地域支援推進員を中心とした医療と介護の切れ目ないサービス提供

③ 認知症高齢者等とその家族等を支援するための人材育成

- ・認知症サポーター養成講座、認知症サポーターフォローアップ研修の実施
- ・認知症地域助け合い者養成研修(住み慣れた地域において認知症高齢者等の見守りなどを行う援助者の養成)
- ・認知症ケア多職種共同研修(専門職研修、地域ケアネットワーク研修)
- ・キャラバンメイト養成研修(認知症サポーター養成講座における講師役となるボランティア)
- ・キャラバンメイト連絡会の開催(キャラバンメイト活動の企画や内容を検討する会議)

④ 認知症高齢者等を支えるための地域づくり

- ・家族会や地域での認知症に関する取り組みの後方支援
-

2.2 認知症施策の推進における状況

① 人材育成から地域づくりへ

たつの市の認知症施策の特徴として特に際立っているのが、「認知症高齢者等とその家族等を支援するための人材育成」である。

人を育てていき、その人たちのつながりを行政も一体となって進め、「認知症高齢者等を支えるための地域づくり」へとつなげていくという視点で展開されており、ここでは主に行政は調整役、後方支援役としての位置づけとなっている。

1) 認知症地域助け合い者の育成

人材育成のうちでたつの市が独自に取り組んでいるものに、「認知症地域助け合い者」がある。これは、認知症サポーター養成講座と認知症サポーターフォローアップ研修を受講した市民の中から手上げ方式で、さらにもう一步専門性に踏み込んだ知識について3～4時間×3回の研

修と2時間程度の実習を含め、1コース4回の研修を通して段階的にスキルアップをし、全部受講し終わると修了証を渡している。

研修の中には、その人の住む地域の地域密着型小規模多機能事業所でのボランティア実習も含まれており、修了後にはその事業所で介護支援ボランティアを続ける人も多い。この取り組みは平成22年度から始まっている。

認知症地域助け合い者の役割は、現在のところ特に限定されてはおらず、自由度が高い。上記のように地域の小規模多機能事業所でボランティアをしながら顔の見える関係づくりをしていたり、一歩踏み込んで専門職とのつながりをする人もおり、ネットワークの要としての役割を果たしている。

また、認知症地域助け合い者研修を修了した人たちの自主活動として、認知症の人や家族、そして支援者が集える場づくりに発展している例、家族会や介護者の会等を立ち上げる例もみられる。これらの後方支援の役割を、補助金等で行政が果たしている状況である。

市としては、認知症地域助け合い者が今後、認知症の人や家族への支援の「実践の場」において、どのような位置づけで、どのような機能を果たすことが望ましいかについて検討を重ねている最中である。

また、第5期介護保険計画において、認知症の人に向けたサービスの地域密着度を充実させていく方向であり、市内に現在小規模多機能事業所をすでに7カ所整備している。さらに第5期終了までに4カ所を新設し、充実度を増して行く予定。認知症地域助け合い者は、そのような流れの中でさらなる活躍も期待されている。

2)組織横断的な顔の見える関係づくり

たつの市では、認知症高齢者等を支えるための地域づくりの一環として、認知症の人と家族への支援を行う医療従事者と介護従事者、地域の支援者、そして行政職員たちの顔の見える関係づくりに積極的に取り組んでいる。

「たつの認知症研究会」は、平成24年に、市(地域包括支援センター)と医師会が、認知症の人を支援する人たちの顔の見える関係づくりと知識の向上を目的に立ち上げた。この研究会では、認知症の人や家族と関わりのある専門職等(医師・歯科医師・保健師・看護師・薬剤師・介護支援専門員・介護職員など)を対象とした定期的な勉強会が開かれ、相互に顔の見える関係が生まれている。

顔の見える関係づくりは、地域包括支援センターの取り組みだけにとどまらない。たとえば、市全体での取り組み「たつのまちづくり塾」もその一つである。平成19年より「市民と職員との協働」をテーマに立ち上げられた事業で、市民からまちづくりに関するアイデアを募集。毎年3チームが選ばれ、市の予算から1チームあたり50万円の助成を受けられるというもの。高齢化や認知症についてのアクションを起こしている団体も選ばれている。

また、平成23年度に行われた国の事業「地域支え合い体制づくり」事業において、たつの市ではサロン活動を立ち上げた地域に対して補助金を出し、地域の高齢者や介護家族の交流を

促進している。現在は社会福祉協議会の「小地域福祉活動」に移行し、継続している。

市の事業を通じて知り合った市民、医療介護関係者、市職員がその後も交流を続け、認知症も含む医療介護に関するフォーラムを開催するなど、大きな動きへも広がっている。

3) 認知症ライフサポート研修

認知症の人を支援する人材育成と、そのネットワークづくりにおいては、厚生労働省が掲げるオレンジプランの7番目に位置づけられる「認知症ライフサポート研修」も活用されている。平成26年2月には、医療・介護職種と市民約40名が参加して開催された。

② 認知症ケア体制と医療連携の有機的ネットワークづくり

たつの市のもう一つの特徴として、地域の認知症専門医たちと、市民との距離が近く、専門的知識の共有が活発であることが挙げられる。認知症に関する知識と意識を高めた医療介護従事者、市民たちがさらなる知識と意識の向上ができるよう、さまざまな取り組みがなされている。

1) 認知症疾患医療センターや地域の認知症サポート医を中心とした取り組み

たつの市は、医療分野では兵庫県西部の4市3町(たつの市・相生市・赤穂市・宍粟市・佐用町・上郡町・太子町)からなる西播磨医療圏域に属する。この地域の認知症疾患医療センターが、たつの市にある兵庫県立リハビリテーション西播磨病院に、2009年に設置された。

また、物忘れ外来も設置している市内の揖保川病院は、病院長が認知症サポート医であり市内1カ所の地域包括支援センターの嘱託医でもある。これらのことから、認知症の人の支援を考えていくうえで、認知症疾患医療センター、揖保川病院、行政という3者の緊密な協力体制ができていく点が特徴である。

具体的な協力体制としては、以下のとおりである。

- ① 認知症地域助け合い者養成研修の講師を、認知症サポート医である揖保川病院の院長ほかの医師が務める。
- ② 認知症の人を支援する人たちの顔の見える関係づくりと知識の向上を目的に、市が主催する、認知症の人や家族と関わりのある専門職等(医師・歯科医師・保健師・看護師・薬剤師・介護支援専門員・介護職員など)を対象とした定期的な勉強会「たつの市認知症研究会」の講師を、認知症疾患医療センターのセンター長や医長、地元の精神科病院院長等が務める。
- ③ 市のもの忘れ相談に、認知症疾患医療センターの相談員が応じる。

など。

2) 独自の認知症初期集中支援チーム

平成 25 年度から国のモデル事業となっている「認知症初期集中支援チーム」については、平成 25 年度はモデル事業を受託していないが、認知症疾患医療センターを中心に、独自にチームを立ち上げ、モデル事業とほぼ同様の取り組みを行っている。平成 26 年度には「認知症初期集中支援チーム」のモデル事業を受託し、活動を発展させていく予定である。

2.3 西播磨版認知症ケアパス

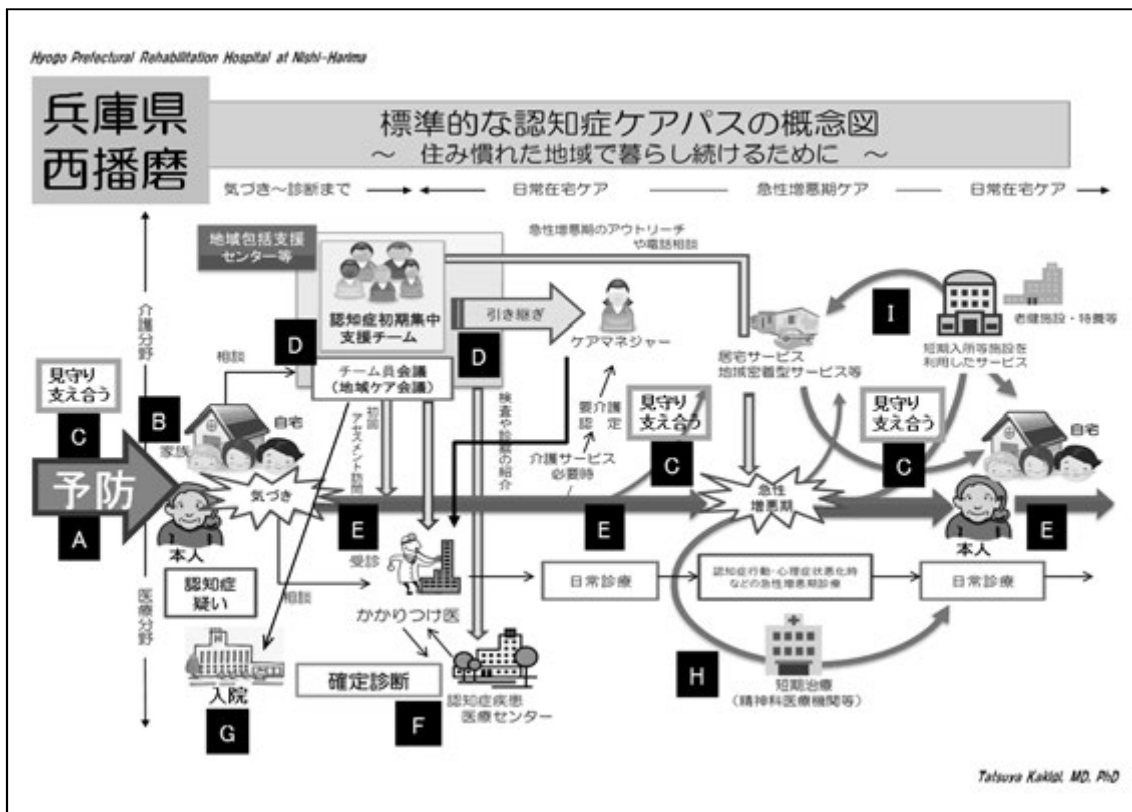
認知症疾患医療センターを中心に、たつの市を含む西播磨圏域版認知症ケアパス概念図が作成されている。この作成にともない、地域ごとの社会資源を把握、整理が行われている。認知症の医療連携が可能な医療資源については、すでに「西播磨認知症医療連携パス医療機関」にまとめられている。

たつの市と太子町については以下に公開されている。

(兵庫県リハビリテーション西播磨病院 HP)

http://www.hwc.or.jp/nishiharima/hosp/B_ninti/toku-ninti-renkeipass.htm#06

西播磨圏域版認知症ケアパス概念図については、以下のとおりになっている。



兵庫県立リハビリテーション西播磨病院 HP

http://www.hwc.or.jp/nishiharima/hosp/B_ninti/gainenzu.html より

2.4 認知症連携ツール

認知症の医療介護連携をスムーズに行うにあたり、西播磨医療圏域において共通の連携ツールを作成している。たつの市は、平成22年度より認知症施策の取り組みに合わせて医療介護連携のためのツールを作成・運用していたが、西播磨医療圏域内全体では、形式が統一されたものがなかった。

そこで、認知症疾患医療センターが中心となり、圏域内全体で統一して連携ツールを作成し、活用することとなった。平成 25 年度には、認知症ケアパスに活用するために社会資源や医療機関について、各市町で社会資源のアンケート調査を実施した。

予防から看取りまで、一貫した流れのもとで、つまり本人のケアパスにのっとった医療・介護が受けられるようなツールを、平成 26 年度中に完成、配布予定である。

補足：アンケート結果からも分かるように、たつの市には、中学校区ごとの日常生活圏域が 5 圏域存在する。その各圏域に 1 ヶ所ずつ在宅介護支援センターを設置。社会福祉法人と医療法人に委託しており、それが市内 1 ヶ所ある地域包括支援センターのブランチという形で運営されている。

第5章 おわりに

第1節 オレンジプランにおける「認知症ケアパス」の位置づけ

本検討委員会では、認知症ケアパスを「認知症の人の早期から終末まで、どのような状態であっても対応できるサービス基盤を構築し、適切なコーディネートがなされる体制づくりを目指すもの」と捉え、認知症ケアパスを介護保険事業計画に落とし込むためのプロセスや、認知症ケアパスの実行機能を担う個別の人のケアマネジメントのあり方などについて、今後の取り組み課題を整理してきた。

しかし、これらの情報をもつてもなお、「認知症ケアパス」の具体的なイメージは掴みにくく、認知症ケアパスの作成に向けた市区町村の取り組みが、情報連携ツールや地域資源マップなどの成果物の作成に向けられてしまうことも少なくない。改めて、認知症ケアパスの作成とは何かということの理解を深めるために、ここでは、オレンジプランの7つの項目に立ち戻り、この言葉の意義を考えてみたい。

以下に、オレンジプランの7つの項目のねらいを確認するため、ベースとなった「今後の認知症施策の方向性について」（厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム（平成24年6月18日））から、それぞれの「基本的な対応方針」を記述する。

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

- 認知症の人ができる限り住み慣れた自宅で暮らし続け、また、認知症の人やその家族が安心できるよう、標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）の作成と普及を推進する。

2. 早期診断・早期対応

- 認知症の人の日常の医療をかかりつけ医が担うよう、その認知症対応力の向上を図る。
- 認知症の人や家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を地域包括支援センター等に配置し、アセスメント、体調管理、環境改善、家族支援などの初期支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う事業をモデル的に実施する。
- かかりつけ医と連携し、そのバックアップを担う「身近型認知症疾患医療センター」を整備し、早期の的確な診断、介護との連携を確保する。
- 適切なケアマネジメント、「地域ケア会議」の開催により、地域で認知症の人に対する包括的な医療・介護サービスの提供を行い、地域での生活を可能とする。

3. 地域での生活を支える医療サービスの構築

- 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定を行う。
- 一般病院で、身体疾患の合併等により手術や処置等が必要となる認知症の人の入院の受入等を促進する。

- 「身近型認知症疾患医療センター」の職員が、一般病院の職員に対して、行動・心理症状等に対処困難な事例へのアドバイスや一般病院に訪問して専門的な医療を提供するなどの業務の充実を図る。
- 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化について、有識者等による調査、研究を行う。
- 精神科病院に入院した認知症の人の50%が退院できるまでの期間を平成32年度までに2か月に短縮するために、精神科病院に入院している認知症の人の円滑な退院・在宅復帰の支援を行う。

4. 地域での生活を支える介護サービスの構築

- 介護保険事業計画等で、地域の実情に応じて、医療と介護の円滑な連携や認知症施策の推進について位置付ける。
- 認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくために、「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）」等の介護サービスの拡充を図る。
- 行動・心理症状等が原因で在宅サービスが困難となった場合には、介護保険施設等の地域の介護サービスがその担い手となることを推進していく。

5. 地域での日常生活・家族の支援の強化

- 認知機能低下予防プログラムを盛り込んだ介護予防マニュアルを全市町村に配布する。
- 全国の市町村で、本庁や地域包括支援センター等に介護と医療の連携強化や、認知症施策の推進役を担う「認知症地域支援推進員」の設置を推進する。
- 地域で認知症の人とその家族を支援し、見守る体制を強化するため、「認知症サポーター」の養成等を引き続き進めるとともに、地域での互助組織等の活動を支援する。
- また、権利擁護の確保や、市民後見人の育成と市町村による活動支援を推進する。

6. 若年性認知症施策の強化

- 若年性認知症の特性に配慮し、支援のためのハンドブックを作成し、配布するとともに、本人や関係者等が交流できる居場所づくりの設置等を促進する。

7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

- 認知症の人への医療・介護を含む一体的な生活支援としての「認知症ライフサポートモデル」（認知症ケアモデル）の策定を行う。
- 「認知症ライフサポートモデル」の研究成果を基に、標準的な医療・介護従事者の協働研修のためのカリキュラムの開発と研修体系の整備を行い、医療従事者・介護従事者の研修の機会の確保に一層努める。

以上をみると、2番目から6番目までの取組は、いずれも「認知症ケアパス」の中に取り込まれるべき支援機能や社会資源の拡充に関わる内容となっており、7番目の「医療・介護サービスを担う人材の育成」についても、「認知症ケアパス」を適切に機能させるために不可欠となる人材育成の課題が取り上げられている。

これらのことから分かることは、オレンジプランの7つの項目は、必ずしも並列の関係ではなく、1番目に挙げられる「標準的な認知症ケアパスの作成・普及」は、他の6つの取り組み課題を包含する総合的な認知症施策と同義であるという点である。

さらに、本稿第2章第2節で説明されている通り、「認知症ケアパス」は、今後目指される地域包括ケアシステムの構築において、認知症に特化した施策を象徴的に打ち出すためのものである。言い換えれば、「住み慣れた地域での継続的な暮らし」を認知症高齢者に対しても保障しようとするものあり、今後、市区町村には、覚悟を持って第6期介護保険事業計画の策定に取り組むことが求められる。

第2節 マクロの計画策定とミクロの実行機能

このような理解のもと、本検討委員会は、認知症ケアパス作成の第一歩を介護保険事業計画に落とし込むための作業（マクロの計画作成）と考え、「認知症ケアパス作成のための手引き」を完成させた。また、この認知症ケアパスを適切に機能させるための個別の人のケアマネジメントのあり方（ミクロの実行機能）について、小委員会における意見集約を行った。

2.1 マクロの計画策定

第2章「マクロの計画作成」では、認知症に特化した地域包括ケアの考え方をおさえたうえで、認知症ケアパスの作成に向けてのプロセスを説明している。まず、「わが町」の認知症高齢者支援に関する基本方針を明確にし、日常生活圏域ニーズ調査や給付分析による地域高齢者の実態を把握すること、足りない社会資源を整えるための計画を策定すること、地域独自の認知症ケアの流れ（ケアパス）をつくることなどを求めるものであり、逆に言えば、地域の課題を把握できていなければ、事業計画を策定することは不可能であり、地域のニーズがわからなければ、整えるべき資源の内容・量ともにわからないということを意図している。詳細は、別添「認知症ケアパス作成の手引き」を参照されたい。

2.2 事業計画の実行機能を果たす認知症の人のケアマネジメント

また、第3章では、個別の認知症の人のケアマネジメントに着眼した「ミクロの視点」から認知症ケアパスを考えてきた。本研究事業では、個別の人の認知症ケアパス

を適切なものとするための要素として、①認知症の人の生活が継続できる「道（Pathway）」、②認知症の人へのケアマネジメント、③認知症ケアにおける情報連携の考え方、④認知症の人（本人）の声 の4つを挙げ、その考え方や取り組み課題などをまとめたところである。

ここで確認しておきたいことは、前述のマクロの視点で取り組む事業計画策定と、ミクロの視点から取り組む個別の人のケアマネジメントとは、密接なつながりがあるという点である。

例えば、個別の人のケアマネジメントの意義を保険者の立場から考えてみると、それは、介護保険事業計画における認知症施策を個別の人の支援に適用するための、「実行機能」であると説明することができる。保険者は、マクロの計画策定の過程で明らかにした「わが町」の基本方針にそって、個別の認知症の人が自身のケアパスを適切に歩むことができているかどうかについても、関与していく責任がある。また、保険者として、地域の医療・介護サービスの質の向上を図ることはもとより、認知症地域支援推進員、認知症介護指導者、認知症介護実践リーダー等の専門人材を巻き込みながら、認知症ケアを担う人材育成に取り組んだり、個別の人にとっての認知症ケアパスが地域の方針にそったものとなるよう「地域ケア会議」を開催したりするなど、ミクロの実行機能をマクロの事業計画に一体化させていくための取り組みが重要である。

繰り返しになるが、介護保険事業計画は、個別の人の「住み慣れた地域での継続的な暮らし」を実現するためにつくられるものであり、本報告書で取り上げている、マクロの計画策定とミクロの実行機能は一体的に捉えていくべきものである。また、オレンジプランに「認知症ケアパスの作成」が掲げられたことにより、保険者は、これまで理念としてしか書いてこなかった認知症施策を、今後は、より具体性のある実行計画として書き換えていくことが求められている。

2.3 事業評価

さらに、わが町の認知症ケアパスを作成するにあたっては、その先にある成果指標を明確にすることで、必要となる実行機能の具体的なイメージを持ちやすくなる。また、認知症ケアパスの意義やねらいを地域住民レベルまで浸透させていくために、「わが町の認知症ケアパスが完成した姿」を指標に掲げ、公表するといった方法も考えられる。

例)

- 認知症の人が早期発見・診断や、治療・ケアに結びつけることができているか
- 認知症の早期から社会的なつながりが持てる居場所がつくられているか
- 地域住民が持つ認知症の人への偏見を減らしていく工夫があるか
- 地域の中で認知症の人の支援に携わる人材を育成することができるか
- 認知症の人の生活支援では、介護と医療の双方向で情報連携ができているか

- 認知症の人の家族を支えるサービスや相談援助は機能しているか
- 地域の中に、若年性認知症の人が安心して過ごせる場所がつくられているか 等

第3節 今後に向けて

オレンジプランでは、たとえ認知症になっても本人の意思が尊重され、住みなれた地域のより良い環境の中で暮らせる社会の実現が目指されている。また、認知症ケアパスには、それを実現するための具体的なプランが様々に取り込まれていく必要がある。

その作成プロセスで重要になることは、それぞれの地域が思い描く「わが町」の姿に近づくために、より多くの人を巻き込みながら方策を考えていくことであろう。地域の中には、医療関係者、介護関係者、地域包括支援センター、民生委員、地域住民、社会福祉協議会、民間企業や商業施設など、認知症の人の生活を支える様々な人材、資源が存在する。これらの動きを認知症ケアパスに紐付けながら、わが町の認知症ケアパスづくりに参加してもらうこと、また、自治体としての熱意を示していくことが、実効性を伴う認知症ケアパスづくりの鍵になると考える。

参考資料

認知症の人に対するケアマネジメント
における手順と専門職の心得

認知症の人に対するケアマネジメントにおける手順と専門職の心得

1 認知症の人との出会いの場面(インテーク)

1.1 インテークとは

インテークは受理面接あるいは初回面接とも呼ばれている。対人援助の最初の過程をインテークといい、認知症の人本人との出会いの場面でもある。インテーク面接は、1回で終了することもあるが、数回にわたることもある。本人の訴えや問題点を把握し、支援の方針や方法を検討するための面接と言える。インテークはアセスメントのために重要な役割を担い、インテーク面接におけるかかわりを丁寧に行うことで認知症の人との信頼関係の構築を後押しする。

なお、インテーク場面では家族が相談に訪れることが多い。その場合、家族とよく話し合い、認知症の人本人の意向を丁寧に確認しておく必要がある。家族による相談の場合は初回のみでインテークを終わらせず、原則、認知症の人本人と直接出会い、本人の思いや生活上の困りごとを聴くことが必要となる。これは、地域住民や関係機関の専門職からの相談においても同様である。

「1)インテークの目的

- (1) 認知症の人本人の問題の状況、主訴を正確に把握する。
- (2) 本人の相談理由、相談経路を明らかにする。
- (3) 問題の発生から現在に至るまでの経緯について把握する。
- (4) 本人の表出される要求(デマンド)や問題にかかわるケアマネジャーの所属する事業所の機能や役割について説明し、適切なサービス提供が可能か検討する。
- (5) 本人が援助を受けたい意思があるか否かを確認する。(援助関係における契約行為として意思の確認を行う。)
- (6) 今後の目安を提示する。
- (7) 基本的信頼関係を構築する。」⁽¹⁾

インテーク場面では、ケアマネジャーは特に信頼関係をどのように構築するかが重要である。相談者(認知症の人、家族等)は自身が抱える問題や課題に関する事、相談に行った機関で相談に乗ってもらえるかなど、多様な不安を抱えていることが多い。ケアマネジャーは、本人が安心して自らの思いが話せ、その内容について秘密が保持されることを伝えることによって、相談者の抱えている悩みや問題への気づきを促すことが重要である。

インテークでは、相談者が抱えるニーズを明確にしていくが、ニーズの中には相談者自身に真のニーズが意識されていないことや情報が不足しているためニーズに結びつかない、相談者自身が言語化することが難しい場合など、顕在化されていないニーズについても支

援者は十分検討する必要がある。認知症の人の支援においては、周囲の困りごとをどのように解決するかといった課題に着目しやすいが、現象、家族や周囲の人等本人以外の訴えに引きずられ、本人のニーズを見落とす状況に陥らないように注意する必要がある。表出された要求(デマンド)に対して提供できるサービスを例示しながら、ニーズを引き出すための配慮や顕在化されていない真のニーズや全体的な状況において利用可能な社会資源の利用を前提とした説明は、インテーク場面においては欠かせない配慮であり、そのためケアマネジャーには面接技術の習得や社会資源の利用に関する正確な知識と、認知症の人本人の生活エリア内のインフォーマルサービス等の地域資源に関する情報を得ておくことが求められる。

また、認知症の人本人に直接出会い、認知症の人自身が自分の置かれている環境をどのように捉えているかを含めて、その人の思いや意向を確認することが重要となる。本人の生活上の課題を明らかにし、課題に対する理解を深めるためには、初回のみ面接に留まらず、ケアマネジメントの過程や日々のかかわりを大切にしなければならない。その際、認知症に対する正しい理解を持ち、疾病にとらわれず、認知症の人を生活上の課題や困難を抱えている人として理解するとともに、生活者としての暮らしや生き方を尊重し、独自のライフスタイルの獲得を目指すことを支援する姿勢を貫くことは言うまでもない。

1.2 「関係性を重視したケアマネジメント」におけるインテークとは

「関係性を重視したケアマネジメント」におけるインテークには以下の手順がある。

(手順)

- (1) 自己紹介と秘密が守られることなどのオリエンテーションを行う
- (2) 認知症の人が抱えている問題の状況、主訴を正確に把握する
- (3) 家族や周囲の人が抱えている問題の状況、主訴を正確に把握する
- (4) 相談に至った経緯や理由を把握する
- (5) 支援を受ける意思があるか否かを確認する
- (6) 今後の支援の目安を提示する
- (7) 緊急性について判断する
- (8) 信頼関係を築く

(1) 自己紹介と秘密が守られることなどのオリエンテーションを行う

(ポイント)

- ケアマネジャーの役割の説明
- ケアマネジャーが所属する機関の機能の説明
- 守秘義務の説明

(専門職の心得)

- ケアマネジャーの役割について、認知症の人の主訴やニーズに対して具体的にどのように支援していくのか等、わかるように説明する。
- ケアマネジャーの所属機関の機能や役割について、わかるように説明する。
- 認知症の人が安心して話せると実感できるように、相談の内容、本人や家族に関する情報については、本人の同意が得られない限り他者や他機関に伝えることがないことを説明する。
- 本人と家族等と一緒に相談に来た場合、相談の内容や本人と家族との関係性によっては、別々に話を聴く場を設けるなどの配慮をする。

(2) 認知症の人が抱えている問題の状況、主訴を正確に把握する

(ポイント)

- 問題の捉え方や状況把握の方法
- 主訴の捉え方や方法
- 危機介入の必要性の判断

(専門職の心得)

- 相談から支援に至るまでに、本人が困っていること、不安なこと、求めていること等を本人自身から聴く機会をつくり、それを受けとめる。
- 誰が困っていることなのかを明確にする。
- 表面化した本人の思いや困りごとのみにとらわれるのではなく、潜在化しているニーズがあることを意識して話を傾聴する。
- サービス利用の有無にかかわらず、生活上の工夫や配慮、本人を取り巻く環境の調整等によって改善される状況か否かを本人と一緒に考える。
- 本人が安心して、納得した上でサービスを利用できるように、そのサービスに徐々に馴染んでいけるような手順を考えることとあわせて、サービス事業所や家族と相談を行う機会を持ち、関係づくりの支援を行う。
- 虐待を受けている等により、生命が危機的状況にさらされていると判断される場合は緊急対応を行い、本人の生命の安全を守る。
- 虐待を行なっている家族等も支援の対象者として、支援計画を想定する。
- ケアマネジャーが知りたい情報を優先した聞き取りや情報収集を目的とせず、本人が話したいことに焦点をあてることを重視する。
- 本人の言葉をありのまま記録する。記録をとる際は、了解を得る。

(3) 家族が抱えている問題の状況、主訴を正確に把握する

(ポイント)

- 家族も支援の対象となることの理解
- 問題の捉え方や状況把握の方法
- 主訴の捉え方や方法
- 危機介入の必要性の判断

(専門職の心得)

- 相談から支援に至るまでに、家族や周囲の人が困っていること、不安なこと、求めていること等をよく聴く機会をつくり、それを受けとめる。
- 相談を受けた時点で、まず、家族が必要としている支援を見極め、柔軟な対応を心がける。
- 誰が困っていることなのかを明確にする。
- 表面化した家族の思いや困りごとのみにとらわれるのではなく、潜在化しているニーズがあることを意識して話を傾聴する。
- 家族支援を行うことが本人の生活支援につながることを理解する。
- 家族の心身状態等から本人の生命が脅かされる危険性があるかどうか等を判断し、緊急対応の必要があれば介入する。
- 家族の経済的事情により、本人の財産が脅かされる状況があるか等を判断し、必要があれば介入する。

(4) 相談に至った経緯や理由を把握する

(ポイント)

- 生活上の支障に最初に気付いた人は誰か
- 相談の経緯(紹介経路など)
- 周囲の人の置かれている状況

(専門職の心得)

- 本人や家族、生活上の支障に最初に気づいた人との関係性と本人の状況に影響を与えている要因を把握する。
- どのように紹介を受けてきたのかを確認する。主訴がケアマネジャーの所属機関の機能では対応できない場合は適切な相談機関に丁寧につなげる。
- 相談に至った状況とともにそこに伴う本人や家族の感情、思いを受けとめる。
- 経緯については時系列に沿って状況を把握する。
- 周囲の人の置かれている状況を理解するとともに、本人の望む暮らしに周囲の人の

様子や環境が与える影響について正確に理解する。

(5) 支援を受ける意思があるか否かを確認する

(ポイント)

- 生活課題(ニーズ)の明確化
- 支援の方向性やサービスや制度等利用できる資源の提示
- ケアマネジャーの所属機関の機能や運営方針等の説明
- 支援を受ける意思があるか否かの確認

(専門職の心得)

- 本人や家族と共に、生活課題(ニーズ)を明確する。その際、「本人の困りごと」と「家族や介護者の困りごと」「周囲の困りごと」の違いを明確にする。
 - 本人が今の暮らしについてどのように感じているかを確認する。
 - 生活課題の解決を図るためにどのような支援や資源の利用が考えられるか等、今後の支援の見通しや方向性を提示する。
 - ケアマネジャーの役割と所属機関の運営方針(重要事項)等を説明する。
 - 支援を受けるかどうかについて本人の自己決定を保障する。自己決定したことについては、いつでも変更することができること、自己決定できるための支援が継続することも保障する。
- ※ 自己決定の保障は、ケアマネジャーと認知症の人の相互主体的なかかわりのあり方と関係性の構築が大きく影響する。主体的生活者として認知症の人本人が何を望むのか(ニーズ)を捉え、本人の望む生活の実現を目指すというかかわりのプロセスそのものが「自己決定」の保障につながる。自己決定の限界を認知症の人の性格や能力の側面だけで規定するのではなく、ケアマネジャーと認知症の人との関係性が「自己決定」に大きく影響することを自覚しておく必要がある。ケアマネジャーと認知症の人との質の良い関係(かかわりの質)によって、「利用者の能力は動き、段々と広がり、深まり、豊かなものになる」⁽²⁾。かかわりにおいて自己決定できるための情報提供の仕方などの工夫も含め、配慮を要するものであることを認識しておく。
- 出会いの時期(初期や急性期など)によっては、本人の意思の確認方法を工夫することに留意する。

(6) 今後の支援の目安を提示する

(ポイント)

- 現在利用し得る資源と将来的に利用するかもしれない資源等が適切に選択できるための情報提供

- 本人や家族ができることやできそうなことの把握
- 支援者が何をどのように支援するのかの説明
- 次回の面接の約束とそれまでに誰が何をするのかの確認

(専門職の心得)

- 専門用語は使わず、本人や家族にわかる言葉や方法を用いて説明する。
- 本人や家族が困っていることの解決や望んでいることの実現に向けて、主体的に取り組むことができるよう、本人や家族がもつ力や可能性に着目する。
- 利用する資源や利用方法、支援内容については本人が決めることができることを保障する。
- 本人が決めることができるように支援を行うことや決めるために必要な時間も保障する。

(7) 信頼関係を築く

(ポイント)

- 守秘義務の説明
- 本人や家族の感情や思い、価値観等をありのまま受け止める
- 傾聴
- 本人や家族の心理的サポート
- 今後の支援の見通しを提示

(専門職の心得)

- ケアマネジャーと本人や家族との間で語られたことやわかったことに関する秘密は守られることを改めて説明する。
- 温かく支持的な態度で接し、個人のプライバシーや意思を大切に示す姿勢を示す。
- 本人や家族の怒りや悲しみなど表出される感情を受け止める。
- 本人や家族の感情を明確にし、話される内容を時折要約することで話を聴いてもらっているという安心感をもってもらおう。
- 生活課題の解決を急がず、じっくり話を聴く姿勢をもつ。

1.3 インテークに必要な技術・知識・視点

インテークで必要となる技術・知識・視点として、以下のポイントが重要である。

- (1) 対人援助活動に必要な不可欠な基本的視点
- (2) 面接技術
- (3) 危機介入
- (4) 地域資源に関する知識

(1) 対人援助活動に必要な不可欠な基本的視点

【人間の平等と尊厳】

「人は、一人ひとりかけがえのない貴重な生命を持った存在であり、障害の有無や老若男女、国籍、出身等にかかわらず尊重されなければならない。」

ケアマネジャーは認知症の人との出会いの際に、認知症の有無にかかわらず、一人ひとり違う文化や生活歴、生活スタイル、社会との関係、価値観等をもったかけがえのない唯一無二の人として尊重されるべき存在であり、認知症を患ったことでその人自身は何ら変わらないということを意識しなければならない。また、その人との出会いを大切に思い、支援する姿勢が求められる。

【人間に対する肯定的理解】

支援者は認知症の人に対して、「様々な問題を抱える認知症の人は、現状があまりにも困難な状況にあるため、自分自身の本来持っている力を出しきれていない状況にあるだけで、すべての人がワーカビリティ(自己問題解決能力)を持っているという強い信念」を持たなければならない。

例えば、“徘徊”と問題視される行動についても、「ご飯の準備があるから家に帰らなければいけない」「居心地が悪くてその場を去りたい」などといった本人なりの理由があり、周囲の人に「帰りたい」と訴えても帰らせてもらえないことから、自分でなんとか解決しようとして外出するといった行動であると理解する。ケアマネジャーはそういった言動を問題行動と捉えるか、その人なりの課題(理由)があり、認知症の人が自分自身で問題解決するために行動したと捉えるかで支援の方向性は大きく異なる。ケアマネジャーは認知症の人の言動から、その人の思いや望む暮らしのあり様、その人のもつ力等を見出すための肯定的なまなざしをもつことが必要である。

【援助者として認知症の人や家族と接する時に忘れてはならない視点】

「認知症の人自身の能力(インペアメント・ディスアビリティ)や属性のみで認知症の人をアセスメントするのではなく、常に社会関係の中で見ていくこと」(岡本重夫)が必要である。

人の生活は地域社会との関係とのなかで営まれている。一人の人の生活には家族との関

係、近隣との関係、職場での同僚や上司等との関係、行きつけの喫茶店やなじみ客との関係、大切にしているものとの関係など、様々な関係があり、それぞれの関係における言動や態度はその関係性によって異なる。認知症の人一人ひとりを理解するためには、その様々な関係性があることを意識し、生活の一部分からの理解ではなく、生活全体を捉え、支援することの必要性を理解しなければならない。

(2) 面接技術

面接技術には以下の3つの目的がある。

○ 援助関係の形成

面接においては、専門職業的援助関係が求められる。面接による援助は、相談者の抱えている課題や問題への気づきを促し、明確化し、それを受け止め、さらに解決に向けた相談者の取り組みを支える一連のプロセスである。ここでは、ケアマネジャーが持つ専門職としての価値観や治療観によって「気づき」を促すことのないように注意する。

○ 情報収集

面接における情報収集は意図的に行われる。ケアマネジャーは相談者から情報を聞き出すのではなく、相談者との相互作用の過程の中で必要な情報を見極めながら、相談者本人が自分の問題についての気づきを深めることが重要である、相談者自身やその生活環境および社会関係に関する情報(客観的事実)と相談者本人が現状や自分の抱える問題、課題をどのように受け止めているかという情報(主観的事実)に分類することが必要である。

○ 問題解決

相談者が抱える問題、課題そのものは多様で複雑である場合が多い。面接はケアマネジャーと相談者の援助関係を基軸として相談者自身が自分の問題についての洞察を深め、新たな気づきを得ながら、問題への対処能力や解決能力を高める過程である。相談者本人による問題解決のアプローチは直接的または間接的援助によって行われ、その援助方法は多岐にわたる。

面接では、ケアマネジャーの意図的な態度や意図的な質問等により、認知症の人や家族の思い、感情を的確に受け止め、表出された要求(デマンド)や認知症の人や家族が置かれている状況から潜在化しているニーズを引出すことが重要となる。また、認知症の人との面接においては居宅介護支援事業所や介護保険サービス事業所内の相談室等で行うよりも、本人の自宅などの馴染みの場所で行うことで、より安心して話せる雰囲気がつくりやすくなるという利点はあるが、ケアマネジャーが自宅に来ることで本人がその準備なども含めて気を遣うこともあるなどの点に考慮する必要がある。

面接におけるケアマネジャーの態度には、バイスティックの7つの原則がある。

- ① クライアントを個人として捉える(個別化)
- ② クライアントの感情の表現を大切にする(意図的な感情表出)
- ③ 援助者は自分の感情を自覚して吟味する(統御された情緒的関与)
- ④ 受け止める(受容)
- ⑤ クライアントを一方向的に非難しない(非審判的態度)
- ⑥ クライアントの自己決定を促して尊重する(自己決定の尊重)
- ⑦ 秘密を保持して信頼感を醸成する(秘密保持)

また、面接の目的として大切なことは認知症の人や家族との信頼関係を構築することであるが、そのためにケアマネジャーは、傾聴、受容、共感、感情の明確化、支持、自己決定の尊重を基本姿勢とする。

【傾聴】

傾聴とは耳を傾けて相談者(認知症の人や家族)の話をじっくり聴くことである。まずは、話を聴くことに集中し相談者の流れに沿うこと。聞きたいことがあっても、ここで話を変えてしまっていないかどうかよく吟味してからにする。しかし、中には冗長になり、話がまとまらない人もいるので、そのようなときは話しの内容を要約したり、まとめたりすることも必要となる。面接では言語的態度(言葉や語調)だけではなく、非言語的態度(表情や態度、しぐさ等)にも気をつけて相談者の感情や状況を理解することが大切である。

傾聴には、相談者の話の内容から相談者の思いや置かれている状況をケアマネジャーが言葉で明確にする「明確化」、ケアマネジャーが受け止めた相談者の感情を共感的態度とともに適切な言葉で返す「感情の反射」、ケアマネジャーが相談者の話から理解したことを短い文章にまとめ伝える「要約」という技術がある。面接においてそれらの技術を活用することによって相談者の感情を互いに理解し、生活課題を共有し、信頼関係をより深めることを可能とする。

【受容】

認知症の人、家族の気持ちや感情を受け止めること。たとえ良くない行動であっても非難せずに、まずは受け止め、なぜそのような行動をとってしまったかを一緒に考えたり、その行動の背景に心を寄せることが大切となる。ケアマネジャーが気持ちを受け止めてくれなければ、相談者は自分の問題を相談したり、援助を求めようとはしないであろう。

【共感】

認知症の人、家族の感情をケアマネジャーが心から理解することである。「大変でしたね」

「つらかったですね」といっても、本当のつらさを理解していないと相談者には伝わらない。相談者の気持ちになって物事が考えられることが求められる。ただ、感情に同一化してしまい、一緒に悲しみ、感情的になることは避けなくてはならない。共感とともに、冷静で客観的な態度や判断が必要となる。

【感情の明確化】

認知症の人、家族は緊張や混乱のため、感情を言語化できず、まとめられないことがある。そして、自己の考えを主張するというよりは引っ込めてしまうことも多い。ケアマネジャーは認知症の人、家族の感情や考えを正しく理解し、要約するなどして、どのような感情を抱いているかを明確にし、相談者に確かめることが大切である。ケアマネジャーが相談者の考えを間違えて理解して進めると、望んでいない援助を展開してしまうことになる。

【支持】

認知症の人、家族の考えや感情を認め、精神的に支えることが大切である。何かあると相談できるケアマネジャーがいるという保障と決して否定されないという安心が重要となる。ケアマネジャーの支持によって、相談者が問題を回避せず自ら取り組み、次のステップに進むことができる。

【自己決定の尊重】

認知症の人、家族が自ら選択し決定する自由と権利、そしてニーズを具体的に認識することである。ケアマネジャーは認知症の人、家族が利用できる適切な資源を地域社会や認知症の人や家族自身の中に発見し、活用するよう援助する。その際は認知症の人、家族の潜在的な自己決定能力を引き出し、活性化するよう援助することが必要である。

また、面接においてはコミュニケーションの技術も重要となる。コミュニケーションでは、ケアマネジャーは自身のコミュニケーションのとり方や傾向を自覚し、認知症の人や家族のコミュニケーションのとり方を理解し、その状況に合わせて必要なコミュニケーションのとり方を使い分けることが必要である。つまり、ケアマネジャーには多様なコミュニケーションスタイルを身につけ、コミュニケーション能力を高めることが求められる。

面接では聴く姿勢が重要であり、認知症の人や家族とケアマネジャーの座る位置や距離などのポジショニングも考慮し、相談者が話しやすい雰囲気づくりに努める。また、ケアマネジャーはアイコンタクトや相づち、うなずきなどの態度や閉ざされた質問、開かれた質問を意図的に活用することで、相談者の話を受け止め、相談者の話しを促し、より積極的にかかわることを心がける。

(3)危機介入

認知症の人が危機的状況にある場合、その状態ができるだけ早期に解消・改善されることを目的に、適切な時期に迅速かつ直接的な援助を行われなければならない。その際の援助は積極的かつ集中的に行う。

(4)地域資源に関する知識

インテークでは、今後の目安を提示することが必要である。利用できそうな社会資源や将来利用するかもしれない社会資源の情報を伝えることで、認知症の人や家族は安心感をもつことができる。また、提供できるサービスを例示してニーズを引き出す場合もある。そのため、ケアマネジャーは社会資源の利用に関する正確な知識と認知症の人の暮らす地域内の資源に関する情報を得ておく必要がある。

ケアマネジメントにおいて重要なことは認知症の人のニーズを充足するために必要な地域資源を有機的に連結することで認知症の人の望む暮らしの実現に向けたより効果的な支援を行うことである。ケアマネジャーは介護保険制度に関する知識だけでなく、医療保険や雇用保険などのフォーマルサービスに関する知識と認知症の人が暮らす地域にあるボランティアや宅配サービスなど地域のもつ資源であるインフォーマルサービスの知識をもつ必要がある。さらに近隣や知人などの認知症の人本人がもつ資源についてもかかわりを継続する中で知ることも重要である。それぞれの資源が認知症の人の望む暮らしの実現に向けてどのように連結しているのかを示す支援マップを作成することで視覚的に本人の暮らしを理解することができ、新たに資源を連結することでさらにニーズの充実にに向けた支援の工夫を発見することができる。

2 アセスメント

2.1 アセスメントとは

アセスメントは生活の目標と支援の方針を明らかにするために、認知症の人の希望や思い、家族や地域との関係等、認知症の人を取り巻く社会との関係も含めた全体状況など支援に必要な情報を得て、認知症の人の現状を包括的・総合的に理解し、評価することをいう。

アセスメントにおいては、解決すべき問題(生活課題)とその背景や要因及び現状、本人や家族等の身体的・心理的・社会的状況を把握するとともに、問題(生活課題)の解決に対する認知症の人や家族の意欲、持っている力や可能性、動機づけに注目し、認知症の人のニーズを中心とした評価を本人とともに行うことが重要である。

2.2 「関係性を重視したケアマネジメント」におけるアセスメントとは

アセスメントでは、あくまでも認知症の人自身がどのように暮らしたいと望んでいるのが中心となる。そのことを明らかにしていくためには、周囲の人やケアマネジャーの主観を混在させず、認知症の人自身が語る言葉を正確に記述することを基本とする。認知症の人から表

出された言葉やシグナルを手掛かりに、認知症の人の置かれている立場や環境を共感的に捉え、求めているニーズがどこにあるのか、今までの暮らしや心身の状況、環境が与えている影響等から紐解いていくことが必要となる。ここで重要なことは、居宅介護支援事業所や介護保険サービス事業所等内での面接だけでは、認知症の人の生活状況に関する情報は極めて限られたものになり、正確なアセスメントとは言い難いということである。自宅やなじみの場所、人やものにふれあうことなど、ともに過ごす時間を通して把握できる情報も多く、一面的な情報のみによって判断していくことは方針を誤ることとなる。

「関係性を重視したケアマネジメント」におけるアセスメントで重要なことは、個人のライフストーリーを理解することである。どのように暮らしているかということだけでなく、認知症の人自身がどのような生活感をもっているかを知ることが支援の鍵となる。

また、1日の過ごし方、1年の過ごし方(暦)、一生の過ごし方を捉えることも大切である。1日の過ごし方は時間軸で捉えることによって、何に重点をおいて(こだわりをもって)生活しているのか、どのような役割をもって生活しているのかを客観的に理解することが可能となる。今の暮らし方と以前の暮らし方を比較することによって、生きがいとしてきたことが実現されているか、大切にしてきたことの見落としがないかの確認もできる。1年の過ごし方については、暦を意識することによって、地域の文化や習慣などを理解し、地域との交流のあり方を理解することにつながる。一生の過ごし方を理解することは、個性や生き方、習慣や価値観などの理解につながる。併せて、その人が生きてきた時代背景を知ることが、環境に対する必要な配慮を検討する材料にもなり得る。

認知症ケアにおいては、環境を改善し、支援者がかかわり方を変えることが重要となる。人とかかわりが認知症の人に与える影響を理解するためにも、個人のライフストーリーをひもとく視点が必要となる。

アセスメントは認知症の人との出会いの場面から終結まで継続的に行われる。支援の実施や担当者会議の場等、本人や家族にかかわるあらゆる場面においてアセスメントは行われることに留意する。

「関係性を重視したケアマネジメント」におけるアセスメントには以下の手順がある。

(手順)

- (1) 認知症の人の暮らしを全体的に把握し、現状に対する本人の思いの確認
- (2) 認知症の人や環境のもつ強みの把握
- (3) 認知症の人の望む暮らしの理解
- (4) 認知症の人のもつニーズの明確化
- (5) 緊急性についての全体状況の把握
- (6) 緊急性に関する支援の計画と実施
- (7) 医療やサービス機関との認知症ケアパスを用いた確認

(1) 認知症の人の暮らしを全体的に把握し、現状に対する本人の思いの確認

(ポイント)

- 本人との協働を大切にする。(じっくり時間をかけてかかわる)
- 本人のこれまでの暮らし、生活の中でのこだわり、価値観、生活スタイル(習慣)等の理解
- 地域社会との関係から本人の暮らしを理解する。
- 今の暮らしとこれまでの暮らし、今後望む暮らしの差異を本人とともに明らかにする。

(専門職の心得)

- ケアマネジャーの一方的な分析ではなく、面接や様々な場面でのかかわりを通して、本人とともにアセスメントを行う(深める)。
- 本人から表出される言葉や行動のみにとらわれず、その状態を引き起こしている背景や要因は何かを探り、背景や要因との関連から、本人の思いを推測する。
- 周囲が困っている事象に対して、本人はどう思っているかを確認する。(本人の立場でその事象を捉える視点を持つ。)
- 「誰が困っていることなのか」を正しく理解し、現状の暮らしにおける本人の困っていることや思いを整理し、推測する。
- 本人の生活上のこだわりや価値等を理解する。
- 暮らし全体を理解するために、本人がもつ資源を知る。また、本人自身が培ってきた地域との関係性から本人の状況や思いを理解する。

(2) 認知症の人や環境のもつ強みの把握

(ポイント)

- 「できないこと」や問題点だけを見つけるのではなく、本人が「できていること」や「していること」にも着目する。
- 本人や本人を取り巻く環境がもつ力や可能性を引き出す

(専門職の心得)

- 周囲が困る言動(弱み)の中にも本人の力(強み)があるという視点をもつ。
- 本人の持つ資源(馴染みの人、もの、場所等)にも目を向ける。
- 本人の力の発揮や可能性を引き出すための環境や配慮について、柔軟な発想で考える。

(3) 認知症の人の望む暮らしの理解

(ポイント)

- 本人にとって当たり前の暮らしの継続
- 本人のニーズと家族や地域のニーズのすり合わせ

(専門職の心得)

- 馴染みの関係(人やもの、場所、風景等)を知る。
- 本人の表出される言葉や行動に対して、認知症の症状や周囲のかかわり、今までの暮らしと現在の暮らしとのズレ等がどのように影響しているかを考える。
- 本人のニーズと家族や地域のニーズにズレがある場合は互いの思いや事情を理解し合い、互いに折り合いをつけていくためのすり合わせを丁寧に行う。ここでいうすり合わせは、どちらかのニーズを優先するという意味合いではないことに留意する。

(4) 認知症の人のもつニーズの明確化

(ポイント)

- 本人の真のニーズを理解する。
- 本人の困りごとや望みと周囲の困りごとや望みの違い

(専門職の心得)

- 家族や周囲の困りごとや望みだけに着目するのではなく、本人の困りごとや望みは何かを本人と出会い、かかわりを通して理解する。
- 本人の表出されている要求(デマンド)にとらわれず、本人の言葉や行動の背景やその要因を探り、本人の真のニーズは何かをアセスメント(かかわり)を通して明確にする。

(5) 緊急性についての全体状況の把握

(ポイント)

- 認知症の人の生命や利益が損なわれていないかどうかを判断する。
- 認知症の人本人が現状をどのように理解しており、どう解決したいと望んでいるかを理解する。
- 家族や周囲の人の思いや要望も確認する。
- 要因や背景の理解

(専門職の心得)

- リスクだけに着目するのではなく、本人や環境のもつ強みにも目を向ける。
- 認知症の人の思いをじっくり聴き、理解する。緊急性がある場合には、時間をかけ

すぎて状況の悪化を招かないように留意する。

- 家族や周囲の人の思いを批判したり、先入観をもたずに聴き、その思いを受け止める。
- 認知症の人が置かれている状況や家族や周囲の人の状況等から、危機的状況の要因や背景を探る。

(6) 緊急性に関する支援の計画と実施

(ポイント)

- 認知症の人に対する権利擁護
- チームでの支援
- 家族や周囲の人への支援

(専門職の心得)

- 認知症の人の権利(あたり前の暮らしの保障)を意識し、単に生命や健康を守るという支援に留まらない。
- 認知症の人と家族や周囲の人との間に利害関係や虐待の状況がある場合は、認知症の人の支援者と家族や周囲の人の支援者を分け、役割分担をして支援する。
- 認知症の人の置かれている状況や必要に応じて関係機関(行政、地域包括支援センター、医療機関、警察等)と協力体制を構築する。

(7) 医療や介護保険サービス事業所だけではなく、本人の暮らしにかかわる関係機関との認知症ケアパスを用いた確認

(ポイント)

- 医療機関や本人の暮らしにかかわる関係機関との情報共有
- 認知症の人の暮らしの理解と支援に必要な地域資源の確認

(専門職の心得)

- 疾病や障害、心身状態の情報だけではなく、認知症の人本人の思いや暮らしの中でのこだわり等についても丁寧に情報共有を行う。
- 本人の暮らしの全体像を共有し、暮らしの継続のために必要な地域資源について認知症ケアパスを用いて確認する。

2.3 「関係性を重視したケアマネジメント」のアセスメントにおける技術・知識・視点

- (1) 対人援助活動に必要不可欠な基本的視点(共通項目)
- (2) 面接技術
- (3) 地域資源に関する知識
- (4) ストレングスの視点
- (5) 暮らし全体を捉える視点
- (6) 疾病・障害に関する知識
- (7) リスクマネジメント

(1)は、共通項目のため、説明を省略している

(2) 面接技術

ここではインタビューに加えてアセスメントで重要となる面接技術について説明する。アセスメントをする際には得られた情報を主観的事実と客観的事実に分けて理解することが必要となる。認知症の人自身や家族自身についてやそれぞれの生活環境および社会関係に関する情報である客観的事実だけではなく、認知症の人や家族等が現状やその事実をどのように理解しているのか、どう感じているのかの主観的事実の確認が重要である。また、それは誰が語ったことなのかを区別し、認知症の人本人の言葉をありのまま記録することで、本人の思いの理解を促進し、アセスメントの方向性を認知症の人本人の自己実現に導いていくことになる。

(3) 地域資源に関する知識

アセスメントでは、特に認知症の人自身がもつ資源について把握する。今までの暮らしの中で培われた人、もの、場所との関係性と今の暮らしにおける社会環境との関係性を知る。その際には各々の資源が本人にとってどのような資源なのかということを丁寧に把握することが大切である。実際に本人と馴染みの場所に出かけ、そこでの時間を共有し、本人の表情や行動などから関係性を理解するなど、地域資源との関係性を理解するためにも過ごす時間を持つことが大切である。

また、認知症の人が暮らす地域の文化や風習、地域の特性等について、認知症の人や家族、その地域を知る人たちから直接教えてもらうことで、認知症の人の地域での暮らしを理解する糸口になる。地域性を知ることは、地域の中で認知症の人を支援してくれる人の発見やその後の支援の方向性を検討する上でも大事な要素である。

(4) ストレngths(強み)の視点

アセスメントをする際に気をつけなければならないこととして、認知症の人のできないことや周囲が困ると感じている言動等に目を向け、できないことを補い、問題を解決するための課題抽出とならないようにすることが挙げられる。認知症の人の望む暮らしを実現するためには、できないことや問題だけを理解するのではなく、認知症の人本人のstrengthsに気づき、その強みを生かす支援を考えることが重要となる。strengthsには本人がもつもの(強さ・健康・得意なこと・潜在的能力・習慣や技術・関心)、本人を取り巻く環境がもつもの(本人を支えるプラスの環境)があり、その環境の強みを生かして本人の力が発揮できるように支援することは、認知症の人の役割や生きがいを支える。ケアマネジャーはstrengthsの視点を持ちながら認知症の人を理解することが必要である。また、例えば、認知症の人が“紙パンツを干す”という行動をとっても、“紙パンツは干しても再利用できない”ことが認識できないとらえて弱みと考えてしまうが、実はそこには“干すことができる”や“もったいないという気持ちがある”等の本人のもつ強みがある。ケアマネジャーがその強みに気づくことで、本人のもっている力を生かした望む暮らしの実現へとつなげることができる。このように、一見弱みに見えるものの中にもstrengthsがあることを忘れてはならない。

(5) 暮らし全体を捉える視点

人の暮らしは24時間365日継続している。できない部分や困っている部分だけを切り取って捉え、その解決に向けた支援を行うことは認知症の人にとっての馴染みの人、もの、場所等の関係を途切れさせたり、本人の役割や生きがいを奪ってしまう支援になりかねない。

また、サービスを利用している時間内だけの本人の支援を検討することはあっても、それ以外の時間にも焦点をあてた支援計画を作成することは少ない。ケアマネジャーには、認知症の人の暮らし全体を見据え、地域社会との関係の中からその人の暮らしを多面的に理解しようとする視点が求められる。

(6) 疾病・障害に関する知識

アセスメントを行う際には、疾病や障害に関する知識もケアマネジャーには必要となる。認知症の症状を悪化させる要因には体調の変化や薬の影響があり、そのことを認識しておくことも大切である。ただし、疾病や障害ばかりに目を向け、病状や状況の悪化を予防することを主眼においてアセスメントを行うと認知症の人の役割や生きがいを奪い、より良く暮らすための支援の方向性を見失うことに留意しなければならない。

また、ケアマネジャー自身が知識をもつことも必要であるが、チームメンバーによって自分に不足する知識や情報を補うことができる体制を構築することも大切である。

3 支援計画の作成

3.1 支援計画の作成とは

支援計画はアセスメントをもとに、生活上の課題を解決するための目標と支援内容を利用者とともに話し合いのプロセスを通じて作成する。支援計画の立案は、支援の目標を明確にして、チームで共通の目標に向かうための方向性を定め、それぞれの役割にそった支援をチームとして計画的に行うことを目的とする。

認知症の人は同時に複数のニーズを抱えていることが多く、複数のニーズを把握し、目標達成のための小目標と優先順位を決める必要がある。支援計画の作成にあたっては、認知症の人の参加と自己決定が重視されなければならない。また、支援計画はサービス担当者会議等において、チームで検討することが大切であり、チームの中には専門職だけでなく認知症の人本人、家族、地域の関係者が含まれる。

3.2 「関係性を重視したケアマネジメント」における支援計画の作成とは

支援計画は認知症の人が自分らしく暮らし続けるためのものでなければならない。そのため支援計画の作成は、認知症の人本人が主体的に生活課題を解決していくこと、それを支える人として支援者位置づけることを意識しなければならない。また、支援の方向性や過程を示す支援計画の作成には、認知症の人本人の主体的な参加が不可欠となる。本人とのかかわりの中でアセスメントしたことをもとに、本人の望む生活スタイルや役割、生きがい、生活課題を認知症の人とともに明確にし、生活支援の視点から本人の望む生活をどのように実現するかをともに考え、計画を立てることが大切である。

また、家族や地域の関係者、介護サービスの担当者、行政担当者等に認知症の人が希望する生活を伝えられるように本人と方法を検討し、周囲が考える問題解決のためではなく、本人が自分らしく暮らすことを継続するという共通課題をもち、支援計画が立てられるように協働することが重要である。

認知症の人の望む暮らしの実現を目指す際には、認知症の人がもつ資源とケアマネジャーがもつ資源、地域にある資源等の地域資源を活用し、本人と馴染みの場所や人、ものをつなぐための支援を考える必要がある。つなぐ支援を行うとき、どの資源を活用することが有効であるか、あるいは資源をどのように連結させればいいのかを考え、工夫する必要がある。そのため、ケアマネジャーには柔軟性と創造性が求められる。また、認知症の人のニーズを満たすために必要な資源が地域にない場合は、地域資源の開発を開発することもケアマネジャーに求められるが、ケアマネジャーだけでは開発することができない場合は、その資源の開発を資するよう保険者に伝えることも重要な役割となる。

サービス担当者会議の開催においては、認知症の人の参加を大原則とし、アセスメントで明らかになった本人の望む暮らしやニーズを丁寧に他の参加者に伝え、共有するための事前の準備等の工夫も必要となる。本人が自ら語るができるよう安心して話すことができる雰囲気づくりを始め、話すことができるよう励ましたり、促したり、時にはその思いを代弁する

等の支援が必要である。また、認知症の人との出会いの場面からアセスメントが始まっていると同時にその支援も開始されることも多い。

「関係性を重視したケアマネジメント」における支援計画の作成には以下の手順がある。

(手順)

- | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none">(1)アセスメントした状況を踏まえ、生活の目標を認知症の人とともに設定する(2)ニーズの整理と優先順位の確認、ニーズに対する目標を認知症の人と共に設定する(3)ニーズとデマンドの明確化(4)支援内容の検討と利用する資源の調整(5)本人参加のサービス担当者会議を開催し、チームの一員としての自覚を持ち、認知症の人と協働することを確認する(6)支援計画の決定および個別援助計画とのすり合わせ |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

(1)アセスメントした状況を踏まえ、生活の目標を認知症の人とともに設定する

(ポイント)

- 本人の主体性の尊重
- 馴染みの関係(人やもの、場所、風景等)との継続的なつながりの意識化

(専門職の心得)

- アセスメントから導かれたことを根拠に、本人の望む暮らしを中心とした生活目標を本人とともに考える
- 生活の一部を捉えた目標や問題(周囲の困りごと)解決のための目標ではなく、生活全体を捉えた目標設定となっているかを点検する。
- 介護保険サービスを利用するための生活目標の設定ではなく、本人が住み慣れた地域で暮らし続けるための生活目標を設定する。

(2)ニーズの整理と優先順位の確認、ニーズに対する目標を認知症の人とともに設定する

(ポイント)

- 本人の「できること」や「したいこと」「こだわっていること」に着目する
- 望む暮らしの実現に向けて、何から取り組むのかを本人とともに検討する
- 生活支援につながる目標の設定
- 具体的で達成可能な目標の検討

(専門職の心得)

- 周囲の困りごとや問題と思われることばかりにとらわれない。周囲の困りごととなっていることについては、そのことを本人がどのように思っているかを確認する。
- 身体的機能の低下予防やリスクの軽減のみを目標とせず、本人の生活の質の向上につながる目標を設定する。
- これまでの暮らしで培われた本人の経験や力が発揮できる目標を検討する。
- 本人の生きがいや役割の獲得を目指す内容になっているかを意識する。
- 捉えたニーズが本人のニーズであるかの点検やアセスメントが丁寧に実施されないことで本人のニーズが理解できないまま、ケアマネジャーの価値観や周囲の人のニーズが優先された計画になっていないかを確認する。

(3) ニーズと要求(デマンド)の明確化

(ポイント)

- 要求(デマンド)の理解
- 顕在化したニーズと潜在化しているニーズの理解

(専門職の心得)

- 表出された要求(デマンド)の背景にある認知症の人の思いやニーズを理解する。
- アセスメントを通して明らかになったニーズと本人が自覚していない潜在化しているニーズを明確にする。
- 要求(デマンド)にとらわれず、明確になったニーズを本人と丁寧に共有する

(4) 支援内容の検討と利用する資源の調整

(ポイント)

- エンパワメントの視点
- 本人のもつ地域資源の活用と支援者のもつ資源の活用
- 本人による支援内容と利用するサービス内容や利用する事業所の決定

(専門職の心得)

- 周囲のかかわりや環境を整えることで本人の力の発揮を支援する。
- フォーマルサービスを活用するだけでなく、インフォーマルサービスや本人のもつ地域資源を活用し、本人の馴染みの暮らしが継続できる支援内容を検討する。
- 本人や家族にわかりやすい言葉や方法(体験利用など)で情報提供を行い、自己決定を保障する。
- 本人が自分自身で取り組むことも支援内容に取り入れる。(明記する)
- 本人のニーズを中心としたサービスの利用(選択)となっているかを再確認する。

(5)本人参加のサービス担当者会議を開催し、チームの一員としての自覚を持ち、認知症の人と協働することを確認する

(ポイント)

- 認知症の人の参加
- 顔の見える関係づくり
- 本人の望む暮らしの実現のための情報共有
- チームの形成とチーム力の発揮

(専門職の心得)

- 本人が話しやすい雰囲気を意識する。
- 本人を不在にした状況で本人の生活を周囲が決めないために会議の場は本人の声(意向)を聞く場としての位置づけであることを確認する。
- 介護保険サービス事業所だけでなく、本人の暮らしにかかわる人たちの参加を促す。
- 24時間365日の暮らしを支援するために必要な情報共有と支援内容の検討を行う。
- それぞれの支援がつながりをもつことで、暮らし全体の支援となっているかを検討する。
- 本人や家族を含めたチームで取り組むことを確認し合い、それぞれの役割を明確にする。

(6)支援計画の決定および個別援助計画とのすり合わせ

(ポイント)

- 支援計画と個別援助計画との連動
- 見直しの時期の確認と必要に応じた見直しの保障
- 自己決定の保障

(専門職の心得)

- 支援計画と個別援助計画の支援の方向性が共有されているか、また、複数の介護保険サービスを利用している場合に個別援助計画間のリンクもできているか、サービスを利用することでニーズが充足するかのすり合わせを丁寧に行う。
- 個別援助計画が本人の暮らしの質の向上や馴染みの暮らしの継続の支援に結びつく内容になっているかを検討する。
- サービス事業所の都合や価値観が強調されることなく、本人の生活支援にあたって柔軟に対応できるための工夫を見出すことを意識する。
- 支援の実施後、いつ見直しを行うのか、状況の変化があった場合等はいつでも見

直しができることを保障する。

- 本人や家族がわかる言葉や方法で説明し、同意を得る。
- 本人・家族だけでなく、チーム全体としての同意を得る。

3.3 「関係性を重視したケアマネジメント」における支援計画の作成に必要な技術・知識・視点

- (1)対人援助活動に必要不可欠な基本的視点(共通項目)
- (2)自己決定の尊重
- (3)ストレングスの視点(共通項目)
- (4)地域資源に関する知識(共通項目)
- (5)暮らし全体を捉える視点(共通項目)
- (6)協働
- (7)チームの形成およびチームを機能させる技術
- (8)コーディネートに関する技術
- (9)エンパメントの視点
- (10)アウトリーチ

(1)は、共通項目のため、説明を省略している

(2)自己決定の尊重

ケアマネジャーは認知症の人の自己決定を促し、尊重しなければならない。認知症の人がもつニーズを、かかわりを通して理解しあい、本人がそのニーズを満たすための適切な資源を知ることができるように情報を提供したり、認知症の人自身の暮らしの中にある潜在的な資源を活性化させることで、認知症の人本人が理解し選択できるようかかわり続けることがケアマネジャーに求められる。

自己決定を保障するためには、重度の認知症の人であってもかかわりの中で自己決定することができることを信じ、時間をかけて関係性を深め、本人の表情やしぐさなどからその人の思いを理解しようとするケアマネジャーの姿勢が大切となる。一部には重度の認知症の人には自己決定の行使は不可能だという主張もあるが、認知症の人は決して了解不可能な人ではないし、その行動にも意味があり、支援者との関係によって自己決定の原則は生きている。「どのような人も自分の生活をどう送るかを選ぶ生活者としての権利をもっている。その人がどうい生活を送ろうとしているのかのシグナルやサインを読み取れば自己決定の保障は可能である。」そういうかかわりを支援者は関係として提供していくことが必要であり、自己決定の権利を保障していくことがケアマネジメントの役割であり、支援者自身のかかわる質が問われている。

(6)協働

協働とは相互が主体的に尊重し合い、互いに理解し合い、共通の目標に向かって連携・協力することである。ケアマネジメントでは全ての過程において、認知症の人と協働しながら進められていくことが原則である。認知症の人が自ら主体的に生活課題の解決に取り組み、生活目標の達成を図るためには、ケアマネジャーの時間をかけた質のよいかかわり、本人の思いへの共感、共に理解し合う姿勢が重要となる。また、認知症の人にわかるように情報を提供したり、本人のもつ力が発揮できるように本人を取り巻く環境に働きかけることも大切である。

ケアマネジメントの過程においては、認知症の人だけでなく、チームで目標を共有し、チーム全体で協働することも忘れてはならない。

(7)チームの形成およびチームを機能させる技術

認知症の人の望む暮らしを実現するために必要な人や資源を知り、チームを形成する必要がある。ここでいうチームとは専門職のみで構成されるものではなく、認知症の人本人、家族、地域の関係者も含めたチームを指す。チームは共通の目標を持ち、互いの立場を尊重し合い、信頼関係の下で対等な立場でなければならない。ケアマネジャーはチームの構成員の持つ知識や技術等の強みを活用することで、チームを機能させることが大切となる。また、ケアマネジャーはチームを機能させるために構成員それぞれの立場や思いや置かれている状況を把握するためにかかわることが必要である。

チームは認知症の人の置かれている状況やニーズの変化に伴って柔軟に変化していくが、認知症の人本人の望む暮らしの実現というチームの共通の目標は支援の終結まで一貫する。

(8)コーディネートに関する技術

支援の過程において、よりよい支援が提供されるように調整することをコーディネートという。ネットワークにかかわる社会資源の情報や意見交換をすることでお互いを把握することができる。

認知症の人の支援計画を作成する際は、家族や本人と関係のある地域住民、地域の関係者、サービス事業所等の様々な立場の人がチームとして参加することになる。それぞれの立場によって思いやニーズが異なり、すり合わせを行うことが難しい場合が多い。そのような時には家族や周囲の人の意向が強く働く場合も多く、認知症の人の自分らしい暮らしを奪うこともある。ケアマネジャーはそれぞれの要求(デマンド)に応える支援を検討するのではなく、要求(デマンド)からそれぞれの課題やニーズを発見し、受け止める姿勢を持つことが大切である。その上で、ケアマネジャーにはチーム間で本人の望む暮らしを具体的に共有できるように、アセスメントから導かれた本人のニーズや望む暮らし、可能性等を丁寧に伝えることが求められる。共有された認知症の人本人の生活目標の達成に向けた家族や周囲のもつ課題の解決を図りながら家族や周囲の人を含めたチームを形成することを検討し、支援内容を明確にして

いくことでチームの機能をより促進させることができる。

(9)エンパメントの視点

エンパメントとは利用者を含めたチームを構成する人や機関、地域の内在する力を互いの働きかけによって引き出すことである。これには、利用者に直接かかわることで利用者のもつ力を引き出すことができる直接的援助だけでなく、利用者を取り巻く環境に働きかけることで利用者の力の発揮につながる間接的援助がある。ケアマネジャーには利用者のもつ力を見出し、その力を発揮できる環境をつくること(環境的資源)、利用者となじみの人との関係性を活用すること(人的資源)の支援が求められる。利用者の力を引き出し、意欲を高めるためにはケアマネジャーは利用者が自らの暮らしの実現に向けて主体的に考え、取り組むために役立つ情報を利用者にわかるように伝えること、利用者が選択できるような形での選択肢を提供することが必要である。また、選択した結果だけでなく、選択するまでのプロセスを重視する。

(10)アウトリーチ

認知症の人が生活したり、地域交流などしている場に出向き、そこで活動をともにしたり、ともに過ごすことを通して、高齢者がたとえ認知症という病気や障害による限界があっても希望を持ちながら地域で生活を営み、自分の人生を歩むことができるように地域において支援することである。

4 支援の実施

4.1 支援の実施とは

支援は支援計画に基づいて行われる。ここでも認知症の人自らが生活課題の解決に主体的に取り組むことができるように支援することが求められる。支援には、認知症の人との面接場面やなじみの場所や買い物と一緒にいくなどの生活場面にかかわる援助と認知症の人を取り巻く地域や文化、習慣などの環境に働きかける援助がある。両者は密接に関連しあっていることを理解しながら実際の支援を行う必要がある。

ここでは、認知症の人とのかかわりを通して、認知症の人の置かれている状況を理解し、真のニーズに基づいて解決すべき生活上の課題と望む暮らしの獲得に向けた支援を展開することが重要である。その際、認知症の人自らが自分自身の課題の解決に向けて主体的に取り組むことに留意しなければならない。

4.2 「関係性を重視したケアマネジメント」における支援の実施とは

ここで重要なことは、サービス利用の調整ができたことでケアマネジャーとしての役割が一段落ついたと考えないことである。サービス提供が開始された途端にケアマネジャーのかかわりが希薄になり、利用している介護保険サービス事業所や家族からの発信がない限り、月に1回の訪問で状況を確認したつもりになり、翌月のサービス利用の調整を行うための役割ではなく、実

際に認知症の人に会い、かかわりを通してサービスを利用して感じたことや困っていること、変化したことなどを確認する必要がある。ケアマネジャーとしての継続したかかわりから、新たなニーズ等が引き出されることを認識しておかなければならない。

また、サービスを利用する際に制度の枠組みへのとらわれやサービス事業所側の都合やルールが優先されることがないよう、認知症の人の権利擁護への高い意識をもってかかわる必要がある。

「関係性を重視したケアマネジメント」における支援の実施には以下の手順がある。

(手順)

- | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none">(1) サービスを利用している時の実際の様子を確認する。(同行・同席など)(2) 支援計画に基づいた支援内容であるかを確認する。(3) 認知症の人のニーズと支援の実際がずれていないかを確認する。(4) チームの状況を把握する。(5) サービス利用や支援によって家族が支えられていると感じられる状況になっているかを確認する。 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

(1) サービスを利用している時の実際の様子を確認する。(同行・同席など)

(ポイント)

- 各支援者との関係づくりのサポート
- 本人にとっての安心や安全の保障
- サービス利用による生活の変化

(専門職の心得)

- 本人と支援者との関係づくりがスムーズに行えるよう、サービス利用開始時には同行・同席するなどして、本人の生活支援に必要な情報提供を丁寧に行う。
- 新たな関係や環境が与える影響を把握し、本人が不安になっていたり、不快に感じている状況があればタイムリーに情報を共有し、チームで支援のあり方を点検する。
- 本人のペースや生活スタイル(習慣)に合った支援になっているか、サービスを利用することで本人のもつ力を奪っていないかを確認する。
- 本人の「できそうなこと」や「したいこと」を考慮したかかわりとなっているかを確認する。
- サービス利用が自宅での生活に良い影響を与えているかを確認するために、自宅での様子も把握する。
- 介護保険サービス事業所が本人の気持ちに寄り添って柔軟な対応ができているかを確認する。(例えば、デイサービスを利用する場合、認知症の人にはその場や人、

雰囲気慣れるまでに時間がかかる場合が多いが、短い時間からの利用や帰りた
いときに一緒に帰るなどの柔軟な対応を行うことで関係づくりが促進されることを事
業所に伝えるなど)

(2) 支援計画に基づいた支援内容であるかを確認する

(ポイント)

- 本人への確認
- 本人への確認のし方の工夫

(専門職の心得)

- 家族や支援者にのみ状況を確認するのではなく、直接本人に会って話を聞く(確認する)機会をもつ。
- 本人への確認は話を聞くだけでなく、サービス利用時に一緒に過ごすなどの工夫をし、表情や態度、言動等から確認する。

(3) 認知症の人のニーズと実際の支援とずれていないかを確認する。

(ポイント)

- 認知症の人のもつニーズの充足に向けたサービス内容になっているかを把握する

(専門職の心得)

- サービス内容やサービス提供事業所と本人の思いやニーズとのズレの要因を把握する。
- ズレの要因によっては、支援内容の調整やサービス提供事業所の変更を行う必要があり、支援内容そのものを修正する。

(4) チームの状況を把握する

(ポイント)

- タイムリーな情報共有(各支援者からの情報収集も含む)
- 支援の実際の確認

(専門職の心得)

- (1)を踏まえ、タイムリーに情報共有を行い、本人自身や暮らしの変化への対応をスムーズに行う。
- 近隣等の支援者の状況も細目に確認することで継続性のある支援体制を構築する。
- 本人の「できること」「したいこと」が保障されているか、そのための工夫や配慮が共

有できているかを確認する。

- 支援を通して本人の思いや希望等の理解ができているか把握し、共有する。

(5) サービス利用や支援によって家族が支えられていると感じられる状況となっているかを確認する。

(ポイント)

- 家族の暮らしが守られているか(家族自身の自己実現の支援)
- その時々 of 家族の思い(本人に対する思いや生活、家族自身の生活、各支援者に対する思いなど)の確認と思いの受容

(専門職の心得)

- 介護が必要となったことで、家族自身の暮らしが脅かされていないか、負担になっていないかを理解する。
- 「家族」としてのくくりでみるのではなく、家族内のそれぞれの立場での思いを理解する。
- 家族の望みの実現を意識する。
- 本人の言動や状況によって変化する家族の思いを否定せずに受けとめる。
- 本人の家族に対する思い、家族の本人に対する思いを確認し、必要に応じて代弁することを通して家族関係に配慮する。
- 本人の良い点を思い出したり、認めたりできるような働きかけを行う。

4.3 「関係性を重視したケアマネジメント」における支援の実際に必要な技術・知識・視点

- | |
|-------------------------------|
| (1) 対人援助活動に必要な不可欠な基本的視点(共通項目) |
| (2) 自己決定の尊重(共通項目) |
| (3) チームを機能させる技術(共通項目) |
| (4) 家族支援 |
| (5) アセスメントに必要な技術・知識・視点(共通項目) |
| (6) 地域を巻き込む |

(1)～(3)および(5)は、共通項目のため、説明を省略している

(3) 家族支援

認知症の人の望む暮らしを実現するためには、家族を支援することも欠かせない視点となる。認知症の人を介護することで、家族自身の暮らしが脅かされたり、負担感から認知症の人を支援することを諦めてしまう場合も多い。家族を一人の生活者として捉え、家族自身

のもつニーズを理解し、そのニーズの充足を目指すことは、家族の「認知症の人を理解したい・支えたい」という気持ちを高めることにつながる。

ケアマネジャーにはそれぞれの家族の思いや置かれている状況を受け止め、認知症の人の言動や状況によって家族の思いが変化していくことを意識しながら、そのニーズを理解することが求められる。

(6) 地域を巻き込む

人の暮らしを考える上で地域との関係が全くない暮らしは存在しない。認知症の人の望む暮らしの実現を図るためには本人が今までの暮らしの中で築いてきた地域との関係を途切れさせたままでの実現は困難である。ケアマネジャーは認知症の人が暮らす地域の状況やそれぞれの人や場所等と本人との関係を知り、地域で暮らし続けるためにその地域を巻き込みながら支援していくことが求められる。地域を巻き込むためには地域住民が認知症の正しい理解をもてるような取り組みを行い、本人の思いや望みを共有し、その上で地域ができること、サービス事業所ができること等をすり合わせながら、認知症の人本人の暮らしの支援をともに考えていくことを丁寧に行っていくことが必要である。また、地域のもつニーズを理解し、そのニーズの充足のためにケアマネジャーや事業所ができることを地域と協働して行っていくことも認知症の人の支援に地域を巻き込む上で大切なことである。

5 モニタリング

5.1 モニタリングとは

モニタリングとは、実際の支援によって支援計画がどのように遂行されているか、認知症の人の望む暮らしの実現に向けたものになっているかどうかを認知症の人と電話や訪問等による面接などで確認したり、サービス提供事業所と定期的あるいはタイムリーに情報交換を行い、必要な場合には計画を修正し、支援のネットワークを維持することである。したがって、モニタリングはケアマネジメントが終結するまでの間、ケアマネジャーと認知症の人が協働して行い続けるものである。

モニタリングは以下の5点を主な目的とする。

(1) 支援計画にそって適切な支援が行われているかどうかを判断する

支援計画で決定したサービスや支援内容が目的達成に向けて適切に提供されているか、認知症の人、家族や地域の関係者、専門職がそれぞれの役割・活動・責任を果たしているか、サービスの利用や支援内容にズレが生じていないか等をきめ細かく確認する。

(2) 認知症の人や家族、支援者の不安や不満を解消に向けたかかわりや調整を行う

認知症の人や家族と支援者との間で行き違いがあったり、それぞれが不安や不満を抱えている場合にケアマネジャーはそれらの問題を聞き取り、それぞれの気持ちを受け止め、解決にむ

けて本人や家族、支援者に働きかける。

(3) 支援計画の生活課題における短期目標が達成されているかどうかを判断し、短期目標の達成が長期目標の達成につながっているかを再確認する

設定された短期目標が期間内に達成されているかの確認を行う。達成されていない場合、短期目標・期間の設定が適切であったかを検討するとともに、ケアマネジャーは目標が達成できない原因を明らかにし、その原因を取り除き、期間内に短期目標が達成されるよう責任を持つ必要がある。

(4) サービスの利用と支援によって望む暮らしの実現が可能となっているかを判断する

計画どおりサービスを提供し、支援を行っても、必ず結果が良好であるとは限らない。認知症の人のニーズを的確に把握していなかったり、認知症の人自身が真のニーズを表明していなかった場合や自覚していなかった潜在的なニーズが顕在化した場合には、計画を実施しても認知症の人は満足できず、意図した成果は上がらない。このような場合はモニタリングの過程で認知症の人のニーズを再確認するための働きかけを行う必要がある。

(5) 認知症の人本人に新たなニーズが生じていないかを確認する

認知症の人の生活・環境・状況が変化するとニーズそのものも変化する。また、計画に基づき適切なサービスや支援が提供されることにより、新たなニーズが発生することもある。ニーズは常に変化するものであることをケアマネジャーは理解し、認知症の人とのかかわりの中でニーズの変化を捉えなければならない。認知症の人自身にもその変化を常に保障し続けるための丁寧なかかわりが必要となる。新たなニーズが発生した場合は計画(支援)内容を微調整したり、微調整で対応できない場合には計画の期間内であっても再アセスメントを行うことで支援計画を練り直すことが必要となる。

5.2 関係性を重視したケアマネジメントにおけるモニタリングとは

認知症の人の満足度や納得、十分な情報提供、自己決定の保障、目標の達成、生活の変化などを本人とともに評価する。認知症の人は自分の思いを言葉で発信することが難しい場合もあるため、本人とのかかわりの中で表情やしぐさ、行動等から推察し理解することも必要となる。単に“落ち着いている”“夜眠れるようになり、一人で外に出ていなくなった”等、家族や周囲の人の評価や周囲が困る言動の改善等によってモニタリングするのではなく、支援を実施することによって生きがいや役割が獲得できたか、なじみの場所や人、ものとのつながりの継続や回復等、本人の視点に立ち具体的な評価をしなければならない。

関係性を重視したケアマネジメントにおけるモニタリングには以下の手順がある。

(手順)

- | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">(1) サービス等の資源の活用を通して、生活がどのように変化したのかを認知症の人、支援者とともにチームで確認する(2) 新たなニーズについて確認する(3) 自立支援、自己決定の保障、生活の継続性が守られているかを確認する |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

(1) サービスや資源の活用を通して、生活がどのように変化したのかを認知症の人、支援者とともにチームで確認する

(ポイント)

- 支援状況の確認
- 生活の変化の把握
- 本人の力の発揮と新たな可能性の発見

(専門職の心得)

- サービス利用に関する本人や家族の思いを把握する。
- 本人の満足度や納得が得られているかを確認する。
- 苦情等の有無を確認する。
- サービス利用や資源の活用に関する情報提供が十分になされたか(本人にとってわかりやすい情報提供であったか)を確認する。
- サービス利用や資源の活用の際して、自己決定が守られるような支援が行われたかを確認する。
- 本人の権利が守られているか、サービス提供事業所等の支援者の都合や価値観が優先された支援になってはいないかを確認する。
- 生活がどのように変化したかを本人の様子や言葉、家族からの情報から確認する。
- 本人のペースに合わない支援や力の発揮を阻害するような支援になってはいないかの確認となぜそのような状況になったかの理由に着目し、必要な修正や調整を行う。
- 目標の設定や達成度、支援内容が適切であったかを確認する。できたことはチーム全体で評価し、できなかったことに対してはどうすればいいかを建設的に話し合う。
- 支援者との関係によって、あるいは置かれた状況によって本人の言い分が異なる場合があるが、どちらが正しいかという評価ではなく、その時々々の状況を確認し、本人の意思がどこにあるのかを見極める。

(2)新たなニーズについて確認する

(ポイント)

- 支援計画の変更の保障
- 新たな可能性の発見

(専門職の心得)

- 支援計画については、希望や状況に応じていつでも変更できることを保障する。
- 新たなニーズが見出された場合は、再度アセスメントを行いニーズの確認を行う。その際は本人の力を引き出す新たな可能性や工夫、資源にも着目する。

5.3 自立支援、自己決定の保障、生活の継続性を確認する

(ポイント)

- 認知症の人の力の発揮
- 認知症の人とのかかわりを通して情報提供の工夫や選択の保障を行う。
- 生きがいや役割の獲得、なじみとの関係性の継続や回復

(専門職の心得)

- 認知症の人本人の力が発揮できる環境が整っていたか、新たな可能性は見出されたか等を実際の暮らしの中でのかかわりを通して確認、理解する。
- サービスや資源に関する情報提供は本人にわかるように適切に行われていたか、本人が選択できるように支援することができたかを確認する。
- 家族や周囲の人の安心等によって本人の状態を評価するのではなく、生きがいや役割の獲得ができていないか、生活の継続性が図られているか等を本人の立場にたって評価する。この時に支援者が留意すべきことは、単に支援者側が用意できる支援の中で選択された役割(与えられた役割)であるか、認知症の人本人が自分らしく暮らすことにつながるための支援としての役割(本人の望む役割)が獲得できているかを本人の暮らしの継続に軸をおいて評価することである。

5.4 関係性を重視したケアマネジメントにおけるモニタリングに必要な技術・知識・視点

- (1) 対人援助活動に必要な不可欠な基本的視点(共通項目)
- (2) 自己決定の尊重(共通項目)
- (3) 協働(共通項目)
- (4) 権利擁護の視点
- (5) アセスメントに必要な技術・知識・視点(共通項目)
- (6) チームを機能させる技術(共通項目)
- (7) 記録の点検、分析的理解、共感的理解

(1)～(3)および(5)～(6)は、共通項目のため、説明を省略している

(4) 権利擁護の視点

認知症の人の権利を守るためには、ケアマネジャーが権利とは何かを具体的に理解しておく必要がある。権利とは「その人らしく暮らすこと」「その人にとってのあたり前の暮らしを継続すること」であり、認知症の人の支援における権利擁護とは『「その人にとってのあたり前の暮らしを継続する」ことを保障すること』である。そのためには、本人のあたり前の暮らしを本人とのかかわりや地域社会との関係性などから理解することが重要である。

また、認知症の人の権利が侵害されている状況があれば、その状況の改善を図るために認知症の人の思いを代弁したり、周囲に働きかけることが必要である。

(7) 記録の点検、分析的理解、共感的理解

モニタリングは支援者側の主観や価値観によるものではなく、認知症の人のニーズを充足するために支援であったかどうか、支援によって認知症の人の望む暮らしに近づくことができたのかを確認する必要がある。そのために日々の記録は事実や本人の言葉をありのままに書くことが必要である。事実や言葉をありのままに記載することで本人の言動の背景にある思いや望みへの気づきを促進し、本人の思いなどに共感することにつながる。本人の思いを共感的に理解することは潜在化しているニーズや本人のもつ力を引出し、本人の望む暮らしをより具体的にしていくことを可能とする。

5.5 支援の評価

5.5.1 支援の評価とは

支援の評価とは支援計画、支援内容、サービス内容等が認知症の本人のニーズを充足していくための内容であったか否かを測定する過程である。モニタリングが計画の遂行状況を確認するのに対し、評価は結果を判断する。結果の評価によって、支援を終結するのか、新たに再アセスメントし支援計画を見直すかを決定する。その際にはチームメンバーの意見を聞き、チームで話し合い確認する。

5.5.2 「関係性を重視したケアマネジメント」における支援の評価とは

ここでは、認知症の人本人を含めたチームで本人の暮らしの変化、本人の満足度をもとに目標の達成状況を確認する。あくまでも本人の暮らしがより良くなったかを評価するものであり、家族や周囲の人の満足度やサービス利用時のみの状況の評価するものではない。また、支援の実施やモニタリングを通じて明らかになった本人の新たなニーズや力の発揮、可能性などについても確認する必要がある。

「関係性を重視したケアマネジメント」における支援の評価には以下の手順がある。

(手順)

- (1) 認知症の人、支援者と共にチームで目標の達成状況を確認する。
- (2) 再アセスメントの実施(全体状況の確認)
- (3) 新たなニーズに対する目標と支援内容の検討
- (4) 終結に至るかどうかをチームで確認する

(1) 認知症の人、支援者と共に目標の達成状況とニーズの充足度および継続の必要性の確認

(ポイント)

- 本人の満足度
- 生活の変化の共有
- 本人の力の発揮、新たな可能性に関する情報の共有
- 本人の心身機能等の変化の把握

(専門職の心得)

- それぞれの支援内容が本人の望む生活の実現に向けた支援になっていたかどうかを確認する。周囲の困りごとが解決されたかどうかを確認するものではない。
- アセスメントで推測・判断されたニーズが適切であったかをチームで検証する。
- 本人自身が求める役割をもつことができたか、生きがいを感じる事ができたかなどの評価を行う。
- かかわりを通して理解できたことや発見したことを共有し、本人の持つ力や新たな力(可能性)が発揮できる環境や工夫について検討する。
- 本人の身体状況と支援内容が合っているかどうかを確認し、ズレがある場合には再アセスメントを実施し、支援計画の見直しを行う。
- 本人が生き生きと過ごすことができているかが大切であり、支援者の目から見て落ち着いた状況が必ずしも本人にとっての良い状況ではないかもしれないことに留意する。

(2)再アセスメントの実施

※ポイント等は 5.2 アセスメントと同様

(3)新たなニーズに対する目標と支援内容の検討

(ポイント)

- チームの変化

(専門職の心得)

- チームの拡大等の変更がある場合、ケアマネジャーは新たなチームに対して丁寧な情報共有を行う。
- 以下、5.3 支援計画の作成と同様

(4)終結に至るかどうかをチームで確認する

(ポイント)

- 切れ目のない支援
- 長期的なかかわりの保障

(専門職の心得)

- 入院や入所等によって本人の居場所が変わってもケアマネジャーは本人に寄り添う存在であることを理解する。
- 入院や入所等が終結の理由が終結にはならず、チームの変化と捉え、本人の望む暮らしやこれまでの支援のあり方に関する情報共有を丁寧に行う。
- 終結に至ると本人と確認できた場合であっても、いつでも相談できること等を説明する。
- 終結後も必要に応じて、いつでもかかわりの糸をたぐり寄せられることを説明する。
(伴走の保障)

5.5.3「関係性を重視したケアマネジメント」における支援の評価に必要な技術・知識・視点

(モニタリングと同様)

6 終結

6.1 終結とは

支援によって認知症の人の生活目標が達成され、ニーズが充足したことにより、サービスを利用しなくても獲得された望む暮らしを継続することができる」と評価された時に支援の終結がある。支援を終了する際の評価では以下のことについて確認をする必要がある。

- ・支援計画は認知症の人の望む暮らしの実現に向けた内容であったか
- ・目標は達成できたか、認知症の人本人が目標を達成できていると実感できているか
- ・認知症の人の生活の質の向上につながったか
- ・認知症の人本人自身の満足度が得られたか
- ・認知症の人本人の参加はどうかであったか、本人の力を発揮することができ、役割や生きがいの獲得につながったか
- ・認知症の人本人の暮らしを支えるためのネットワークが構築できたか
- ・ストレングスの視点を意識し、認知症の人本人の生活の質の向上につながる新たな可能性を発見できたか
- ・その地域を巻き込み、なじみの人など本人の暮らしにかかわる地域住民の理解を得ることができたか

6.2「関係性を重視したケアマネジメント」における終結とは

「関係性を重視したケアマネジメント」における終結は、認知症の人本人の望む暮らしの実現が達成され、ケアマネジメントやサービス利用が終了しても獲得された暮らしが継続できると認知症の人本人と支援者が互いに確認できた時である。終結をする際には認知症の進行や家族状況の変化等、様々な理由により生活が変化した場合は必要に応じていつでもケアマネジャーやサービス事業所等の支援の糸はたぐりよせることができることを認知症の人本人や家族、かかわる地域住民に保障することが大切である。

「関係性を重視したケアマネジメント」には以下の手順がある。

(手順)

- (1)利用者当初立てた計画の目標が達成され、利用者のニーズが充足されたか
- (2)終結後の利用者の生活について話し合い、必要があれば、支援を再開する
- (3)終結後のフォロー体制を整える
- (4)利用者ができるだけ安心して終結を迎えられるように配慮する

(1)利用者当初立てた計画の目標が達成され、利用者のニーズが充足されたか

(ポイント)

- 本人の満足度
- 本人の望む暮らしの実現

(専門職の心得)

- それぞれの支援内容が本人の望む生活の実現に向けた支援になっていたかどうかを確認する。周囲の困りごとが解決されたかどうかを確認するものではない。

- アセスメントで推測・判断されたニーズが適切であったかをチームで検証する。
- 本人自身が求める役割をもつことができたか、生きがいを感じる事ができたかなどの評価を行う。

(2) 終結後の利用者の生活について話し合い、必要があれば支援を再開する

(ポイント)

- ネットワークの確認
- 本人の暮らしの継続に必要な支援について確認

(専門職の心得)

- 本人の望む暮らしの実現のために家族やかかわる地域住民がどのような支援を行っているか、本人と関係性、家族や地域住民間の関係性を確認する。
- 本人のできていることや役割、それぞれの支援者の支援内容を確認し、終結後の本人の暮らしが継続していくための必要な支援について検討する。
- 本人の望む暮らしを支えるネットワークがフォーマルサービスが中心となったものではなく、家族や近隣等の地域住民、本人のなじみの人や場所等のインフォーマルな資源が中心となったネットワークになっているかを確認する。

(3) 終結後のフォロー体制を整える

(ポイント)

- インフォーマルな資源における新たなパートナーの確認
- 関係性の継続と支援の再開の保障

(専門職の心得)

- ケアマネジャーやサービス事業所の支援が終了しても、認知症の人の獲得された生活が継続できるように本人の思いや望みを理解し、かかわるパートナーが家族や地域住民などインフォーマルな資源の中から見出す。
- ケアマネジャーやサービス事業所の支援が終了しても、構築された関係は続くため、必要に応じていつでも支援を再開できることを認知症の人本人や家族、かかわる地域住民に保障する。

(4) 利用者ができるだけ安心して終結を迎えられるように配慮する

(ポイント)

- 本人に実感できる支援・ネットワーク
- 関係性の継続の保障

(専門職の心得)

- 認知症の人本人が自分の暮らしにどのような人がどのようにかかわっているのかが理解できるように配慮する。本人が安心できる人や場所、ものとのつながりを実感できるように言葉だけではなく、生活場面におけるかかわりを意識する。
- ケアマネジャーやサービス事業所の支援が終了しても、構築された関係は続くため、必要に応じていつでも支援を再開できることを認知症の人本人や家族、かかわる地域住民に保障する。

6.3「関係性を重視したケアマネジメント」における必要な技術・知識・視点

- (1) 対人援助活動に必要な不可欠な基本的視点(共通項目)
- (2) 自己決定の尊重(共通項目)
- (3) 自立の自覚への促し
- (4) 障害受容
- (5) 生きがいや役割による生活設計の確認

(1)～(2)は、共通項目のため、説明を省略している

(3)自立の自覚への促し

ケアマネジメントやサービス利用によって本人のもつ力が発揮でき、本人の望む役割や生きがいを獲得していく過程において、ケアマネジャーは本人や家族ができていたり変化を自覚できるように支持していくことが必要である。ケアマネジャーの支持的な態度は本人や家族の自信につながる。その積み重ねによって本人等の自覚を促すことになる。

(4)障害受容

障害受容とは、障害をもつ本人だけが、自身の抱える障害やそこから生じる生活のしづらさを受け入れることではない。地域社会が障害を受け入れ、障害があっても望む暮らしを実現するための社会を築くことが必要である。地域社会が障害を受け入れることで地域住民の意識の変化や環境などのハード面の整備、ネットワークの構築などが促進される。

また、認知症の人本人や家族、周囲の人たちが障害を受容していく過程は、一般的に言われるような「とまどい・否定」→「混乱・怒り・拒絶」→「割り切り」→「受容」⁽³⁾というように一連のプロセスを辿るものではないことに留意しなければならない。一旦プロセスが進んでも認知症の進行や環境の変化とその変化が本人や家族に与える影響などによって戻ることもあり、その時々の人本人や家族、周囲の人の思いを受け止め、寄り添う姿勢がケアマネジャーには求められる。

(5)生きがいや役割による生活設計の確認

人は誰もが自分の将来を見据え、希望を抱えて暮らしている。自分なりのライフヒストリーを描

いているのである。認知症の人の望む暮らしの実現を支援する上で、認知症の人がどんなニーズをもち、どのように将来の自分の暮らしを考えていたのかを理解することは必要不可欠なことである。たとえ、認知症の人が自分自身の力でその将来の生活設計を実現することが困難な状況に置かれても、ケアマネジャー等の支援者が理解していることで認知症の人本人が描いていた生活設計を実現に向けた支援が可能となる。その際は、認知症の人本人が力を発揮し、生きがいや役割をもち、希望を持ちながら暮らすことができているのか、本人のニーズを把握しながら支援できているかを、本人の今の暮らし、本人が望む将来の暮らしに軸を置いて考えることが大切である。

(6) 地域包括システムを推進していく中での予防(備え)について

全国の65歳以上の高齢者について、認知症有病率推定値15%、認知症有病者数約439万人と推計(平成22年)され、また、全国のMCI(正常でもない、認知症でもない(正常と認知症の間)状態の者)の有病率推定値13%、MCI有病者数約380万人と推計(平成22年)。介護保険制度を利用している認知症高齢者は約280万人(平成22年)と公表された。(厚生労働省)

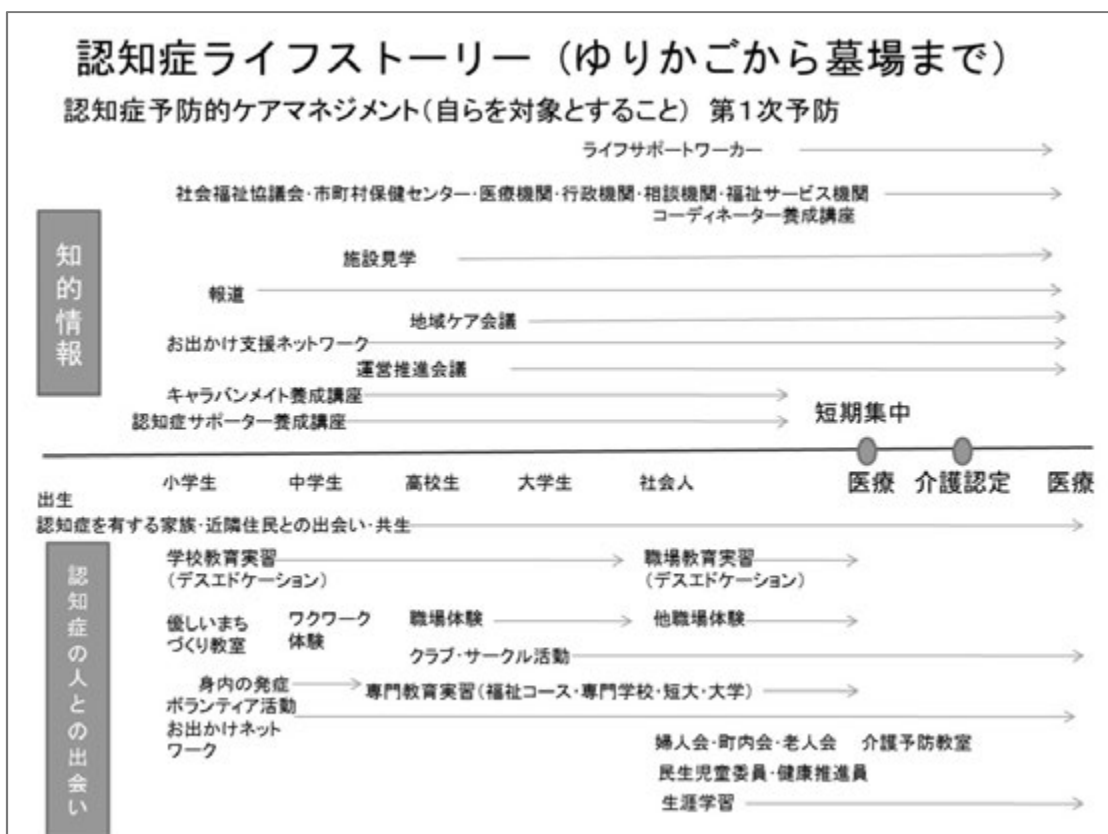
こうしたことから今後の介護保険を持続可能なものにしていくためどのような施策が検討されなければならないかが大きな関心事となる。特に認知症問題を解決志向や問題対処型施策では追いつかなくなる可能性もあり、認知症にならないためやなっても生活が獲得できる備えをどのようにしなければならぬかの予防(備え)施策が不可欠となる。こうした根幹的問題にもケアマネジャーはどのような役割と実践が可能かを示すべきであろう。

特にケアマネジメントを検討するにあたり、施設から地域へという地域生活促進化への視点は、従来の重度化に伴う施設利用から、地域の資源の活用や家族の成長による高齢者の生活の持続性重視した支援への転換を課題とすべきである。そのため、抱え込みから成長を促し、再び地域社会に返す取り組みなどの施設の役割を明確化し、ケアマネジメントも施設内において自立への支援が継続的に行われていることを確認する義務を負うべきである。さらに、現状の介護保険サービスは抱え込み型が多く、サービス同士の連結が見られず、サービスの分散化・断片化からの脱却を図るべきである。サービスの分業化から連結した流動化への取り組みはケアマネジメントの双肩にかかっている。

認知症の問題は、高齢者の問題として捉えるのではなく、ライフヒストリーつまり人が生まれて認知症に対する知識との出会いや経験的な出会いが始まることから問題にすべきである。祖父母の認知症との出会いや親の高齢化による認知症の問題など、認知症問題にかかわる時期を早めるための機会を持つことが、自らの認知症問題に参加する意識を高めることに結びつく。

例えば、定期検診や人間ドックが重要であるように認知症に対する備えとして、自己診断や認知症の理解を深めるための取り組み、さらには自らのライフヒストリーを考えたときに予測できることや希望すること、周りに求めることや知っておきたいことが整理したり、生活の場や生活環境をどのように整えるかを考えるが重要となる。特に火の始末などが危うい状態になってからガスコン

口からIHクッキングヒーターに取り替えてもうまく使えず、そのことが生活のしづらさを生む結果になる。このような場合、認知症になってからの取り替えではなく、使いこなせる状況がある40代のうちに切り替えておくことが望ましい。生活の場や生活環境においては、電話やテレビ、トイレ、台所、風呂、照明などにおいても同様のことが言える。また、生活場面として、ゴミ出しや外出、食事の用意、金銭管理や財産管理、各種手続き、生きがいや“場”などをどのように整えておくかといった備えも重要である。



地域には有形無形な資源が存在する。その全てが認知症高齢者の生活支援に欠かせないといっても過言ではない。地域にある資源は時として認知症の人の発見機能や支援に有効に関与することが多い。必ずしも善意的、好意的でない場合もあるが、地域の関心はいずれ有効な資源に変質する。それゆえ、認知症の備えには、地域の多様な機能は不可欠な資源と言える。

地域における認知症の初期発見機能としては、本人、家族、かかりつけ医、地域住民、民生委員、スーパーのレジ係、商店街、町内会長、健康推進員、認知症地域支援推進員、市役所窓口、福祉事務所、家族の会、親族、交通機関、郵便局、警察、救急隊、介護事業所、運営推進会議、保健センター、認知症カフェなどがある。

このような取り組みを国民的取り組みとして推進していくことによって、

- ① 認知症への理解の裾広がり
- ② 予備軍としての自らの認識の高まり
- ③ 介護への参加意欲の向上
- ④ 介護職としての働き手の確保
- ⑤ 介護回避へのモチベーション(国民運動) などの効果が期待できる。

〔本稿における用語の説明〕

【トポス】

柏木は、トポスについて、「利用者、関係者、町の人びととかかわりを持つ場。利用者を含む地域住民との協働によって新しい場をつくることが必要であり、この場とは従来いわれてきた“臨床”の場ではなく、『人が生活する場であり、人が集まってくる場』⁽⁴⁾とし、この「場」を「トポス」と定義している。

【パートナーと相談支援者】

認知症の人の生活を支えるためのパートナーとは、ケアマネジャーや家族、他の専門職に限らず、地域の中にも存在するなど幅広く存在する。買い物の支援は専門職でなくても、近隣住民の支援でも認知症の人との関係性が確立しているのであれば十分であるし有効である。

相談支援者の主な役割は、認知症の人のニーズを充足するために社会資源と連絡調整を図ることにある。本人とのかかわりにおいては、信頼関係の構築が大切となるが、関係性を築くための過程においては、最初から信頼者となるとは限らない。そのため、相談支援者には、本人にとって信頼のおける支援者を発見することも、相談支援者の技術として求められることになる。

認知症の人の生活を支える際、チームを構成し、それぞれが本人のニーズに基づいた支援を行うこととなるが、本人のその時々々のニーズに対して誰が支援を行うかによってその効果に違いが生じる。

認知症の人は、解決する課題に応じてパートナーを選任し、信頼の上より効果的に活用する。そのため、相談支援は、より有効なパートナーの発見と連結させるための手法を身に付けるべきであり、この連結が支援の伴走者となる。相談支援者は、認知症の人のニーズに対して、効果的な支援が行えるパートナーの存在を本人の暮らしの中から見出し、認知症の人の生活全体を捉えた上で、本人が必要とするパートナーを適切に連結させる役割をもつ。そのチームを有効に機能させるのがケアマネジメントである。

【共生】

関係性を重視したケアマネジメントでは、認知症の人も地域で暮らす生活者であり、一方的に支援されるだけの存在ではないことを意識しなければならない。認知症の人を「社会の依存者」「社会の重荷」として捉えるのではなく、経済的生産性と社会的生産性をもった人たちであると考えべきである。それは、ただ単にモノを作り出すということだけではなく、社会的関係性を構築し、

社会を豊かにする人たちであるとの意味が含まれる。伝統や文化の伝道者でもあり、援助を必要とする認知症の人であっても一方的関係性の上に成り立っているわけではない。認知症の人に向き合う際には、共生社会を構成している一員として、相手を理解するべきである。

(引用文献)

- (1) 岩尾貴「改訂 新版・精神保健福祉士養成セミナー／第4巻精神保健福祉の理論と相談援助の展開」へるす出版 2012年 p124
- (2) 棚田真美「痴呆老人への取り組みと視点」精神医学ソーシャル・ワーク No.33 1994 p111-p115
- (3) 杉山孝博「認知症を学び地域で支えよう」全国キャラバン・メイト連絡協議会 2013 p22-23
- (4) 柏木昭、佐々木敏明「ソーシャルワーク協働の思想“クリネー”から“トポス”へ」へるす出版 2010年 p87-88

(参考文献)

- ・日本精神保健福祉士協会編集:「精神障害者のケアマネジメント」へるす出版 2001
- ・社団法人日本精神保健福祉士協会、日本精神保健福祉学会監修:「精神保健福祉用語辞典」中央法規 2004
- ・大塚達雄、井垣章二、沢田健次郎、山辺朗子編著:「ソーシャル・ケースワーク論ー社会福祉実践の基礎ー」ミネルヴァ書房 1994
- ・L・C・ジョンソン、S・J・ヤンカ:「ジェネラリスト・ソーシャルワーク」山辺朗子、岩間伸之訳 ミネルヴァ書房 2004
- ・柏木昭編著:「新精神医学ソーシャルワーク」岩崎学術出版 2002
- ・介護支援専門員実務研修テキスト作成委員会編集:「四訂 介護支援専門員実務研修テキスト」財団法人 長寿社会開発センター 2009
- ・F・P・バイスティック著:「ケースワークの原則」田代不二男、村越芳男訳 誠信書房 1965
- ・F・P・バイスティック著:「ケースワークの原則『新版』援助関係を形成する技法」尾崎新、福田俊子、原田和幸訳 誠信書房 1996
- ・内出幸美・照井孫久編:「暮らしを創る 認知症ケアの新しい視点」クリエイティブ・ライフ研究会 2013
- ・「三訂 認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式の使い方・活かし方」認知症介護研究・研修東京センター 中央法規 2011
- ・新版・精神保健福祉士養成セミナー編集委員会編集「改訂 新版・精神保健福祉士養成セミナー／第4巻精神保健福祉の理論と相談援助の展開」へるす出版 2012 p127-132
- ・荒田寛「ソーシャルワーク理論 関係性(かかわり)とは何か？」2011.6.18 研修会レジュメ

- ・社団法人日本精神保健福祉士協会 機関誌編集委員会編集「精神保健福祉士 第 43 号 No2」へるす出版
- ・新崎国広 認知症介護研究・研修大府センター 認知症介護実践研修・指導者研修レジュメ
- ・平成 21 年度「認知症グループホームのあり方の研究事業」報告書 認知症グループホームの将来ビジョン 2010 認知症の人の暮らしを支えるグループホームの役割と機能 2010.3 一般社団法人日本認知症グループホーム協会
- ・「センター方式・ライフサポートワーク・ひもときシートみんなまとめて学ぼう！」スーパー認知症研修 in 加賀 2011 全国小規模多機能型居宅介護事業者協議会レジュメ
- ・佐々木勝則「気づかずにしていませんか？高齢者の権利侵害」加賀市虐待防止研修レジュメ 2007.11

〔執筆者〕

岩尾 貢 社会福祉法人鶴寿会専務理事 サンライフたきの里施設長
 中野 裕紀 社会福祉法人鶴寿会専務理事 サンライフたきの里副施設長
 蔭西 操 南加賀認知症疾患医療センター 精神保健福祉士

認知症ケアパスを適切に機能させるための調査研究事業検討委員会報告書

2014年3月発行

- 編集 一般社団法人財形福祉協会
- 平成25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)

禁無断転載

