

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

認知症ケアパス作成担当者セミナー

日時 平成 26 年 2 月 14 日（金） 午後 1 時より

場所 コンベンションホール・AP 浜松町

（東京都港区芝公園 2-4-1 芝パークビル B 館）

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 氏 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 氏 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 氏 小委員会委員 大阪大学大学院医学系研究科講師 他
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	

目次

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概要

1 研究事業の背景	1
2 経過	1
3 委員会構成	2

第1部 基調講演 地域包括ケアシステムの実践5

～ 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 和光市保健福祉部 部長

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31

視点1 認知症の人の生活が継続できる「道(Pathway)」

山梨恵子 認知症ケアのサービスアーケードづくり.....33

視点2 認知症の人へのケアマネジメントの考え方

岩尾貢 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39

視点3 認知症ケアにおける情報連携の考え方

黒岩尚文 「私」が伝えたい情報をつなぐこと51

数井裕光 情報連携ツールの普及と定着に向けた課題58

視点4 認知症の人(本人)の声

水谷佳子 読本づくりのインタビューを通して64

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

奈井江町(北海道) 認知症ケアパス作成検討事業について72

町田市(東京都) 町田市の取り組みについて97

加賀市(石川県) 加賀市の認知症施策の取り組み110

資料編

参考資料1 情報連携ツールの項目整理	130
参考資料2 認知症の当事者発信に関するこれまでの動き	131
参考資料3 認知症と生きる人たちへのインタビュー記録	139

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

1 研究事業の背景

認知症施策の平成 25 年度から 29 年度までの計画をまとめた「認知症施策推進 5 ヶ年計画（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」が挙げられています。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・入院が望ましい」という考え方がいまだに多いことなどの課題認識にもとづき、認知症の人の早期から終末までをどのような状態であっても対応できるサービス基盤の構築と、適切なコーディネートがなされる体制づくりを目指そうとするものです。

各自自治体には、平成 27 年度からの第 6 期市町村介護保険事業計画の策定を見据え、認知症ケアパスを明確に示し、効果的に活用される地域包括ケアシステムの構築を目指すとともに、市区町村ごとの独自性のある政策形成が求められています。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望まれます。

2 経過

本調査研究事業は、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います。認知症ケアパスの作成において必要となる手順や手法等をまとめた「認知症ケアパス作成のための手引き」は、昨年 9 月に一般団法人財形福祉協会のホームページに公表したところです。

一方、地域ごとに作成する認知症ケアパスを適切に機能させていくためには、個別の認知症の人が真に必要なとしている社会資源を地域の中に整えていくことが必要となります。また、その社会資源をコーディネートしていくためのケアマネジメント力の向上や地域資源をつないでいくためのしくみづくりにも一体的に取り組んでいくことが求められます。

本検討委員会に設置した小委員会では、認知症ケアパスを歩むのは認知症の人、本人であるという前提で、認知症ケアパスに位置づけられる社会資源に、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、個別の人が望むケアパスを歩んでいくための「認知症の人へのケアマネジメント」のあり方について、調査および情報収集等を行い意見の集約を行いました。

研究事業の成果物

平成 24 年度 「認知症ケアパス作成のための調査研究事業」報告書

<http://www.zaikei.or.jp/topic4.pdf> （一般社団法人財形福祉協会ホームページ）

平成 25 年度 「認知症ケアパス作成のための手引き」

『認知症ケアパス作成のための手引き』

『気づきシート（PDF 版）』

『気づきシート (Excel 版)』

『気づきシート・記入例』

『社会資源シート (PDF 版)』

『社会資源シート (Excel 版)』

『社会資源シート・記入例』

<http://www.zaikei.or.jp/hbdcip.pdf>

※上記は、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できます。

3 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アンさなだ施設長

(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ア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開 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 認知症対策係長（併）虐待防止対策係長
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 認知症対策係（併）虐待防止対策係
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	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
-------	---------------------

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究事業」検討委員会委員長

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

・・・和光市の取り組みを中心に・・・

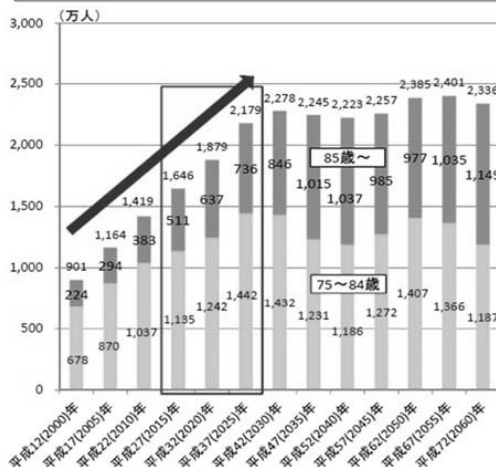
1

和光市保健福祉部長 東内京一

2

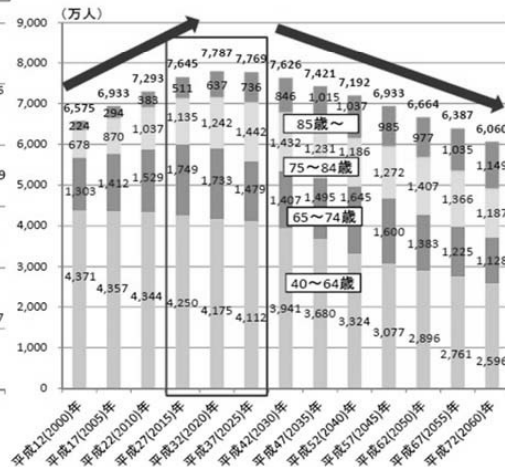
⑤ 要介護率が高くなる75歳以上の人口の推移

○75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加してきたが、2025年までの10年間で、急速に増加。
○2030年頃から75歳以上人口は急速には伸びなくなるが、一方、85歳以上人口はその後の10年程度は増加が続く。



⑥ 介護保険料を負担する40歳以上人口の推移

○保険料負担者である40歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、増加してきたが、2025年以降は減少する。



(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計)出生中位(死亡中位)推計
実績は、総務省統計局「国勢調査」(国籍・年齢不詳人口を按分補正した人口)

(出所) 平成25年12月20日 厚生労働省社会保障審議会 介護保険部会 (第54回) 資料4より

地域包括ケアが求められる理由

介護保険サービス、医療保険サービスのみならず、見守りなどの様々な生活支援や成年後見等の権利擁護、住居の保障、低所得者への支援など様々な支援が切れ目なく提供されることが必要。

2025年の高齢社会を踏まえると
 ①高齢者ケアのニーズの増大
 ②単独世帯の増大
 ③認知症を有する者の増大が想定される。

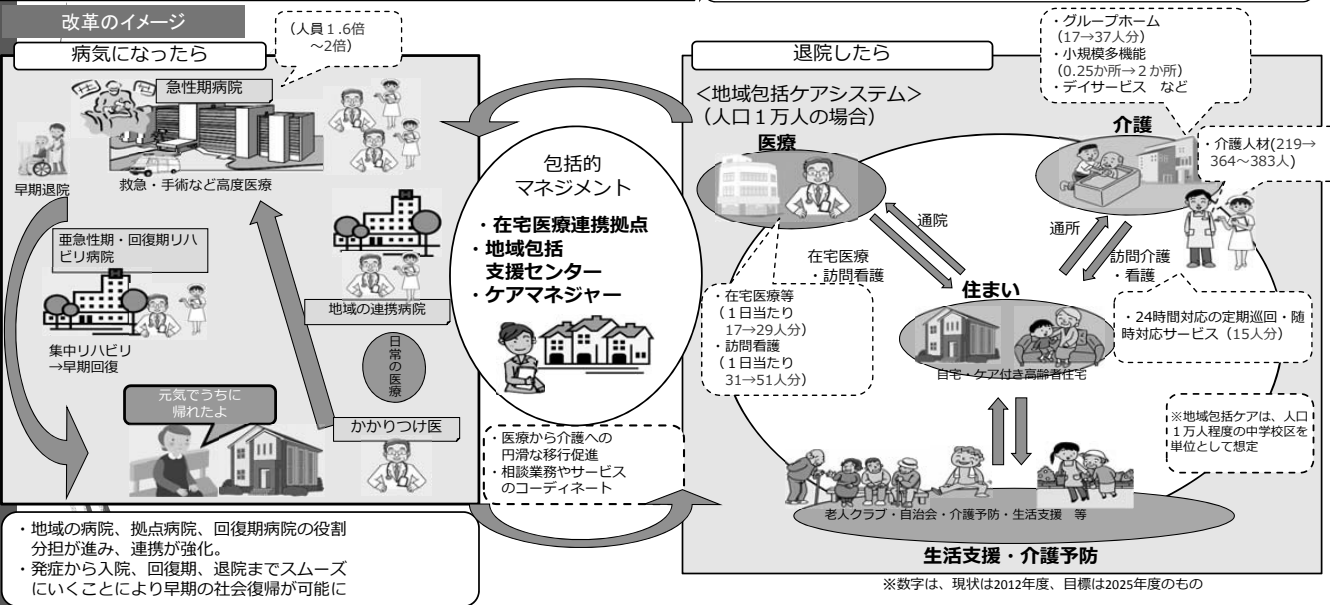
現状では各々の提供システムは分断され、有機的連携が見られない。そこで、地域において包括的、継続的につないでいく仕組み「地域包括ケアシステム」が必要

平成21年地域包括ケア研究会報告書より

医療・介護サービス保障の強化

■ 病床機能に応じた医療資源の投入による入院医療強化
 ■ 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ



介護の将来像（地域包括ケアシステム）

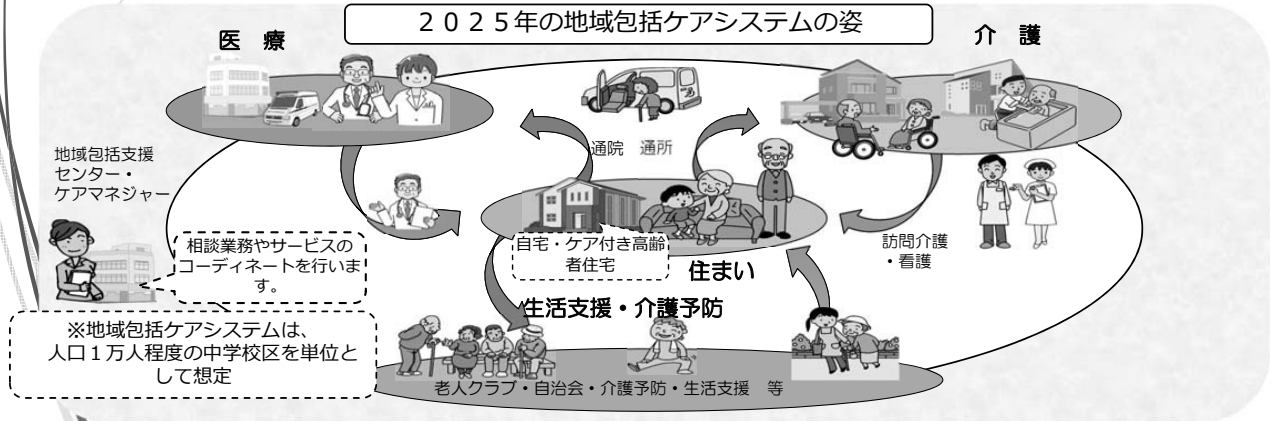
5

○住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになる。

【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的（利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供）、継続的（入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目のないサービス提供）に行われることが必須。

- ①医療との連携強化
- ②介護サービスの充実強化
- ③予防の推進
- ④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など
- ⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備（国交省と連携）



地域包括ケアシステムにおける「5つの構成要素」 24年度地域包括ケア研究会

高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制の構築を目指す「地域包括ケアシステム」



【すまいとすまい方】

●生活の基盤として必要な住まいが整備され、本人の希望にかなわなかった住まい方が確保されていることが地域包括ケアシステムの前提。高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境が必要。

【生活支援・福祉サービス】

●心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などでも尊厳ある生活が継続できるような生活支援を行う。
●生活支援には、食事の準備など、サービス化できる支援から、近隣住民の声かけや見守りなどのインフォーマルな支援まで幅広く、担い手も多様。生活困窮者などには、福祉サービスとしての提供も。

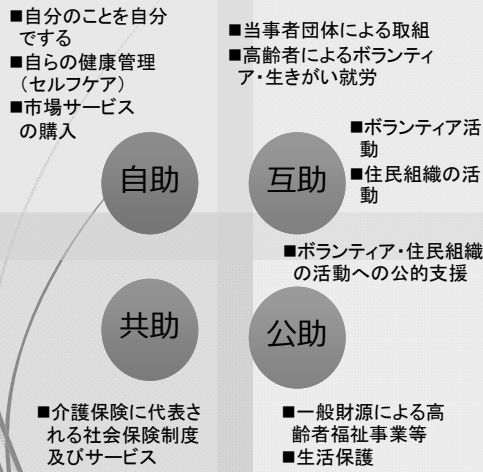
【介護・医療・予防】

●個々人の抱える課題にあわせて「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が専門職によって提供される（有機的に連携し、一体的に提供）。ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に提供。

【選択と心構え】

●単身・高齢者のみ世帯が主流になる中で、在宅生活の選択が常に「家族に見守られながら自宅で亡くなる」ことにはならないことについて、本人家族の理解と心構えが重要。

「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム



【費用負担による区分】

- 「公助」は税による公の負担、「共助」は介護保険などリスクを共有する仲間（被保険者）の負担であり、「自助」には「自分のことを自分でする」ことに加え、市場サービスの購入も含まれる。
- これに対し、「互助」は相互に支え合っているという意味で「共助」と共通点があるが、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なもの。

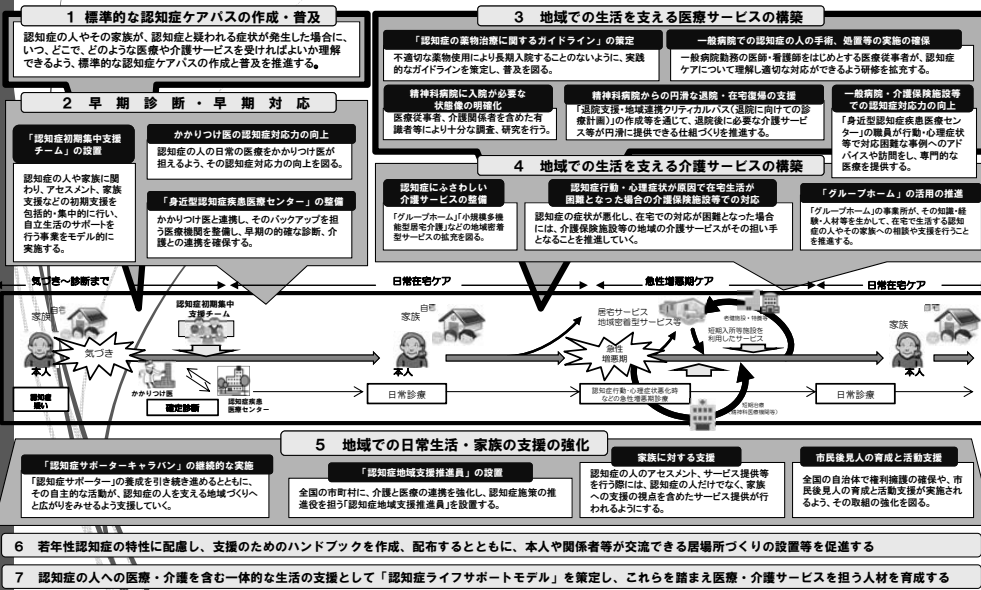
【時代や地域による違い】

- 2025年には、高齢者のひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加。「自助」「互助」の概念や求められる範囲、役割が新しい形に。
- 都市部では、強い「互助」を期待することが難しい一方、民間サービス市場が大きく「自助」によるサービス購入が可能。都市部以外の地域は、民間市場が限定的だが「互助」の役割が大。
- 少子高齢化や財政状況から、「共助」「公助」の大幅な拡充を期待することは難しく、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなることを意識した取組が必要。

『今後の認知症施策の方向性について』の概要

今後目指すべき基本目標—ケアの流れを変える—

- 「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指す。
- この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする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）を構築することを、基本目標とする。



「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」（抜粋版） （平成25年度から29年度までの計画）

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

- 「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・普及
 - ・平成25～26年度 各市町村において、「認知症ケアパス」の作成を推進
 - ・平成27年度以降 介護保険事業計画（市町村）に反映

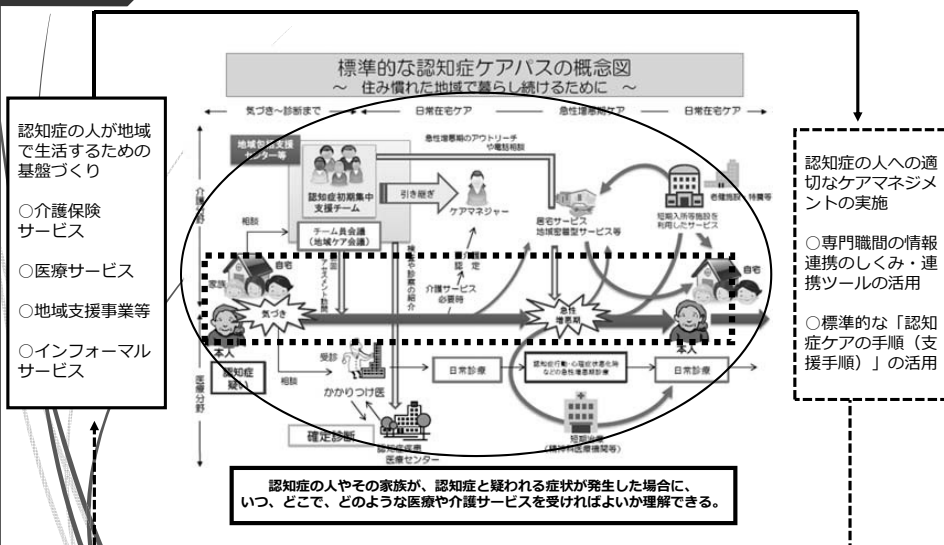
2. 早期診断・早期対応

- かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数（累計）
平成24年度末見込 35,000人 → 平成29年度末 50,000人
- 認知症サポート医養成研修の受講者数（累計）
平成24年度末見込 2,500人 → 平成29年度末 4,000人
- 「認知症初期集中支援チーム」の設置
 - ・平成25年度 全国10か所程度でモデル事業を実施
 - ・平成26年度 全国20か所程度でモデル事業を実施
 - ・平成27年度以降 モデル事業の実施状況等を検証し、全国普及のための制度化を検討
- 早期診断等を担う医療機関の数
 - ・平成24～29年度 認知症の早期診断等を行う医療機関を、約500か所整備する。
- 地域包括支援センターにおける包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の一環として多職種協働で実施される「地域ケア会議」の普及・定着
 - ・平成27年度以降 すべての市町村で実施

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
 - ・平成25年度以降 医師向けの研修等で活用
- 精神科病院に入院が必要な状態の明確化
 - ・平成24年度～ 調査・研究を実施
- 「退院支援・地域連携クリティカルパス（退院に向けての診療計画）」の作成
 - ・平成25～26年度 クリティカルパスについて、医療従事者向けの研修会等を通じて普及。あわせて、退院見込者に必要となる介護サービスの整備を介護保険事業計画に反映する方法を検討
 - ・平成27年度以降 介護保険事業計画に反映

認知症ケアパスを機能させるために



資料：「認知症ケアパス作成の手引き」p10より抜粋

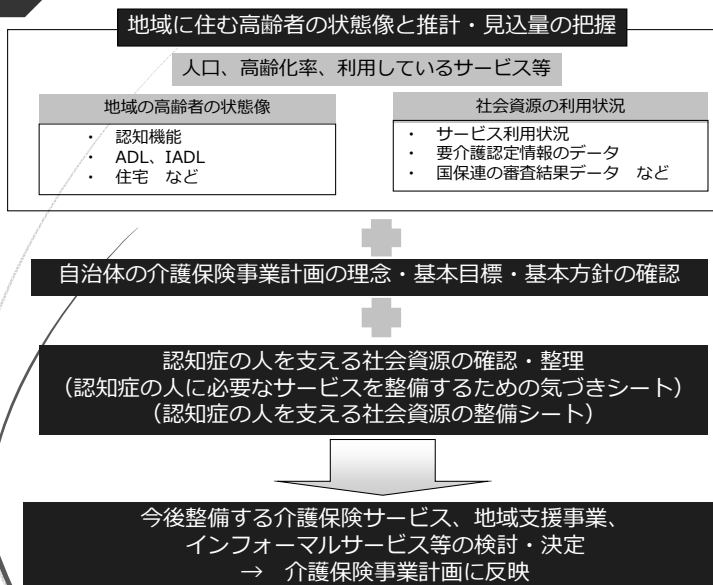
自治体/介護保険者が取り組むこと

<地域ごとの標準的な認知症ケアパスの策定>

認知症の人の生活機能障害の進行にあわせ、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受けることができるのか、具体的な機関名やケア内容等を、あらかじめ、認知症の人とその家族に提示する

資料：「認知症ケアパス作成の手引き」 p12より抜粋

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

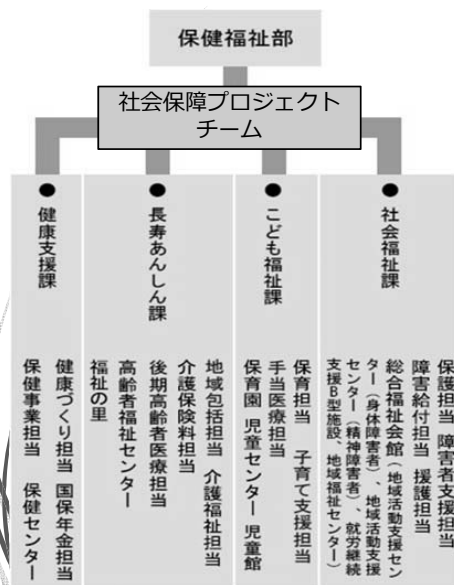


資料：「認知症ケアパス作成の手引き」 p35より抜粋

和光市の地域包括ケアシステム

～日常生活圏域のニーズ調査から介護予防の取り組み～

和光市の保健福祉

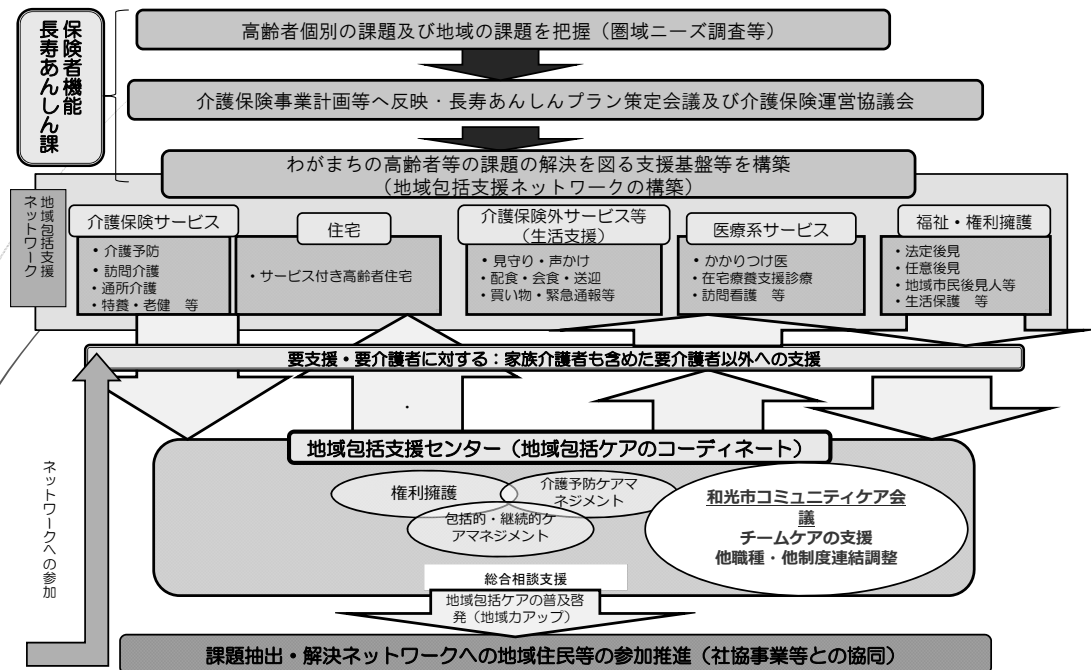


- 保健福祉部は、社会福祉課、長寿あんしん課、子ども福祉課及び健康支援課の4課を所管し各業務を行います。また、平成25年10月より子ども、障害、介護と世帯全体を支援する事を目的とした「社会保障プロジェクトチーム」を設置し総合相談事業を開始しました。
- ニーズ調査等の徹底からの確な課題抽出（種類・量）及び取り組むべき優先度を明確化し、その課題解決に資する施策検討を行い、的確なサービス供給体制の構築及び供給量等を計画的かつ速やかに進める考えです。
- また、課題解決に対するスタンスは、共助・公助となる社会保障制度におけるセーフティネットの的確な機能及び本市独自の施策等をマクロ的な政策対応とミクロ的な個人個人の個別ケース対応の視点を持つことを考え、さらに、互助の視点として地域で暮らす市民の方や関係団体等と連携・協働による取組を推進し、共生社会の実現を目指します。

和光市保健福祉部の取り組み

健康づくり基本条例に基づく関係施策の推進	「ヘルスアップ」として健康増進や病気の予防に関すること及びヘルスサポートとして病気の進行と重症化を防ぐことの二つの取組の推進
子ども子育て支援事業計画策定	平成27年度からの子ども子育てに関連する新たな制度の導入に当たり、保育ニーズ等の詳細な調査及び分析のほか、(仮称)和光市子ども子育て支援会議を設置し、計画策定を行う。加えて、 <u>現在の待機児童に対する具体的かつ効果的な対応の強化</u>
障害者計画策定	先に策定した、障害福祉計画との連動・整合を踏まえ、障害者に対するハード面とソフト面の充実を図る。特に、 <u>相談支援事業の体制整備及びケアマネジメント手法の確立</u>
高齢者施策	地域包括ケアを念頭に置いた第5期長寿あんしんプランに基づき、介護予防事業の更なる効果を追求する。一方、 <u>要介護状態となっても在宅生活の継続ができるよう、24時間定期巡回型介護・看護サービスやサービス付き高齢者向け住宅等の基盤整備の推進</u>
生活困窮者等に対する取組	国が進める生活保護制度との連携する制度構築のモデル事業となる地域生活支援戦略において、本市がモデル事業自治体となっていることから、保護の適正はもとより、 <u>伴走型の就労支援や家計再建等の取組の重点化</u>

和光市の地域包括ケアシステムの構築



マクロ的な制度機能政策（計画）

和光市の取り組みを中心に

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

- 地域包括ケアの実現を目指すため、第5期計画（平成24～26年度）では次の取組を推進。
 - ・ 日常生活圏域ニーズ調査を実施し、地域の課題・ニーズを的確に把握
 - ・ 計画の内容として、認知症支援策、在宅医療、住まいの整備、生活支援を位置付け

日常生活圏域ニーズ調査

（郵送＋未回収者への訪問による調査）

- ・ どの圏域に
- ・ どのようなニーズをもった高齢者が
- ・ どの程度生活しているのか

調査項目（例）

- 身体機能・日常生活機能（ADL・IADL）
- 住まいの状況
- 認知症状
- 疾病状況

地域の課題や
必要となるサービス
を把握・分析

介護保険事業（支援）計画

これまでの主な記載事項

- 日常生活圏域の設定
- 介護サービスの種類ごとの見込み
- 施設の必要利用定員
- 地域支援事業（市町村）
- 介護人材の確保策（都道府県）など

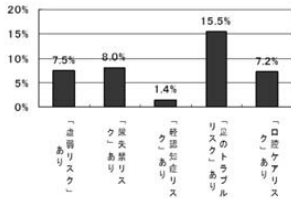


地域の実情を踏まえて記載する新たな内容

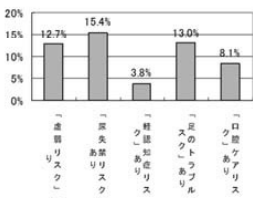
- 認知症支援策の充実
- 在宅医療の推進
- 高齢者に相応しい住まいの計画的な整備
- 見守りや配食などの多様な生活支援サービス

認知症リスク等の状況（ニーズ調査）

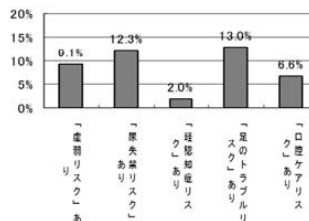
グランドデザイン北エリア



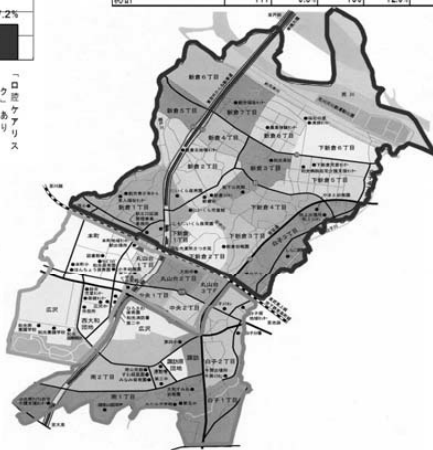
グランドデザイン中央エリア



グランドデザイン南エリア

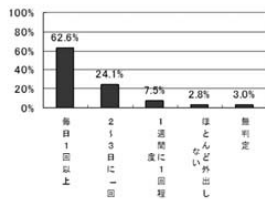


日常生活圏	「虚構リスクあり」		「尿失禁リスクあり」		「軽認知症リスクあり」		足のトラブルリスクあり		口腔ケアリスクあり		回答者数
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	
グランドデザイン北エリア	27	7.5%	29	8.0%	5	1.4%	56	15.5%	26	7.2%	361
グランドデザイン中央エリア	47	12.7%	57	15.4%	14	3.8%	48	13.0%	30	8.1%	369
グランドデザイン南エリア	37	9.1%	50	12.3%	8	2.0%	53	13.0%	27	6.8%	407
合計	111	9.8%	136	12.0%	27	2.4%	157	13.8%	83	7.3%	1137

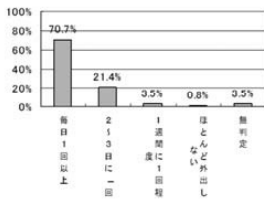


閉じこもりの地域状況（和光市）

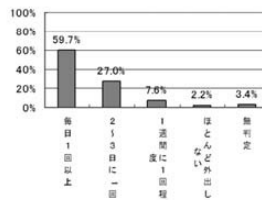
グランドデザイン北エリア



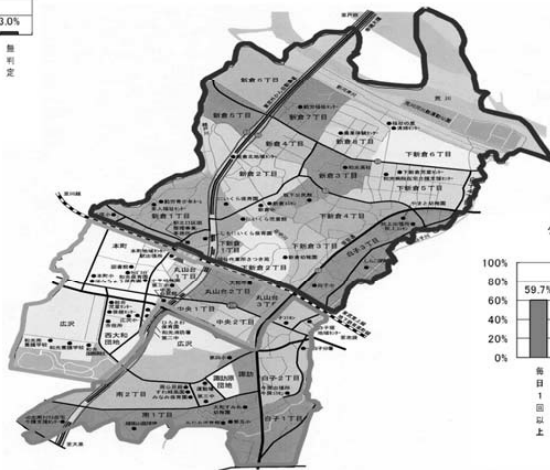
グランドデザイン中央エリア



グランドデザイン南エリア



日常生活圏	毎日1回以上		2〜3日に1回		1週間に1回程度		ほとんど外出しない		無判定		合計	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
グランドデザイン北エリア	226	62.6%	87	24.1%	27	7.5%	10	2.8%	11	3.0%	361	100.0%
グランドデザイン中央エリア	261	70.7%	79	21.4%	13	3.5%	3	0.8%	13	3.5%	369	100.0%
グランドデザイン南エリア	243	59.7%	110	27.0%	31	7.8%	9	2.2%	14	3.4%	407	100.0%
合計	730	64.2%	276	24.3%	71	6.2%	22	1.9%	38	3.3%	1137	100.0%



和光市の市町村特別給付と一般高齢者施策

○特別給付（法定給付同様に指定基準による事業者指定）

- 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）

○地域支援事業 介護予防・総合生活支援事業導入

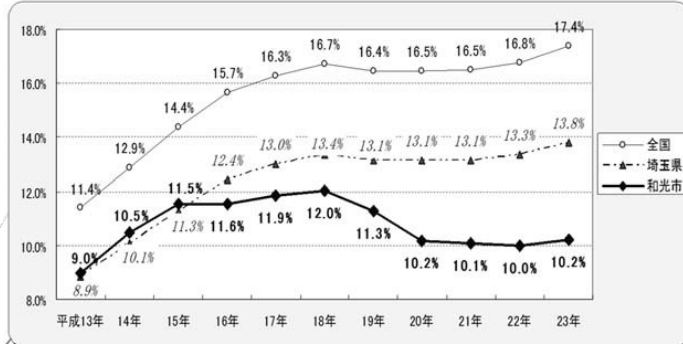
○一般高齢者施策（介護保険制度を効果的に支援する）

- 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、計画に位置づけたサ高住等）
- その他（利用料助成、住み替え家賃差額助成等）

介護予防と自立支援型マネジメントの効果（和光市）

24

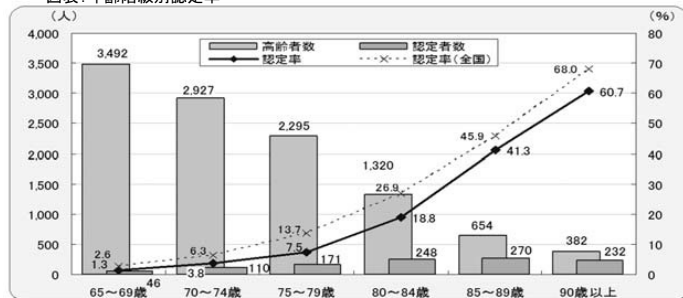
図表 要介護(要支援)認定率の推移



本市では、H15より全国に先駆けて実施している介護予防の効果により要介護認定率は低く安定している。年率で国平均より▲7ポイント以上、県平均より▲3ポイント以上の低い認定率となっている。

特別給付等の投入効果、地域支援事業の効果等、和光における自立支援型マネジメントの効果が顕著に現れたと考察する

図表: 年齢階級別認定率



また、5歳刻みの各年齢別階層においても認定率は全国を下回っており、75歳以上においては▲5～▲8ポイント以上の低い認定率となっている

和光市における地域支援事業等

運動器の機能向上	ふれっしゅらいふパワーアップ（週2回半日） ふれっしゅらいふ（元気アップ・ヘルシーフット：週1回半日） すばいだー／ゆうゆう（週1回半日）
複合型プログラム（認知症 予防・運動・栄養・口腔）	健康運動ふれっしゅらいふ（週1回半日） あくていびていあつぷ（週1回半日） ふれっしゅらいふ脳力アップ（週1回半日）
閉じこもり予防	うえるかむ事業（市内7箇所送迎付、週1～月2,3回）
その他事業 （単発、1日のみ、年2～4回）	エンジョイクッキング（増量編・減量編） 介護予防測定会、フットケアセミナー
一次予防事業（通年・自主 サークル・栄養指導・認知症予防 含む）	3B体操（火・木、どちらか週1回半日） いつまでも元気塾（市内2箇所 週1回半日） 喫茶サロン・すまいるサロン（月2～3回送迎無） サーキットトレーニング（週1回半日）
訪問系サービス	食の自立・栄養改善サービス（配食弁当・訪問栄養指導） 介護予防ヘルプサービス

<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>

複合プログラム 運・栄・口 + 認	基本チェックリストの 運動項目該当数の目安	目的別		
		運動器	栄養	閉じこもり予防+認
◇一次 □通年 いつまでも元気塾 （坂下公・南地域）		◇一次 □通年 サーキットトレーニング （南地域）	◇一次 □通年 2コース 3日体操 （本町小）	<イベント型> エンジョイクッキング 減量編 ◆二次 □全5回
◇一次 □通年 いつまでも元気塾 （本町小・白子）		◇二次 □7月 元気あつぷ （本町小）	◇二次 □通年 ゆめあいトレーニング （高齢者福祉センター）	喫茶サロン （本町小） ◇一次 □通年
◇二次 □1月 ふれっしゅらいふ脳力あつぷ （本町小）		◇二次 □1～1月 ヘルシーフット （白子）	◇二次 □通年 足裏測定会 フットケアセミナー	うえるかむ （地域交流） ◇1次 □通年 南エリア ・南公民館 ・和光ホーム 北エリア ・わこうの丘 ・桜の里 ・オアシス和光
◇二次 □2コース 健康運動ふれっしゅらいふ （本町小）		◇二次 □1月 ヘルシーフット （白子）	◇二次 □通年 男の料理教室 かむかむつくくん （栄養口講座）	すまいるサロン ◇1次 □通年 南エリア （牛房コミセン） 北エリア ・新倉北地域 ・吹上コミセン
◇二次 □通年 あくていびていあつぷ （向山地域）		◇二次 □1月 ヘルシーフット （白子）	◇二次 □通年 リジーすばいだー （リジーエガールデン和光）	〇介護予防測定会 ・動作解析（中央公） ・機器測定 （坂下・高齢者福祉センター）

* 他、モデル事業（市町村介護予防強化推進事業）は、要介護1・2、要支援者を含む対象者として実施展開

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）



歯科衛生士と
口腔体操をして
います！

- ◆ 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

		口腔ケア			氏名 (株)運動指導士アカデミー	
		食べる前の準備体操	唾液の出をよくする	歯磨き	飲み込みをよくし食べこぼし予防の筋トレ	噛む力をつける筋トレ
曜日						
月/日	曜日	朝	昼	夜	朝	夜
					パタカラパタカラ	
					タタタタタタ	あーんー
					カカカカカカ	いーうー
					ララララララ	
					バタカラバタカラ	

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

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。



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！陶芸家のように甚平を着たり、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が飛び交って、とても明るい雰囲気です。

閉じこもり予防事業 (一次予防)

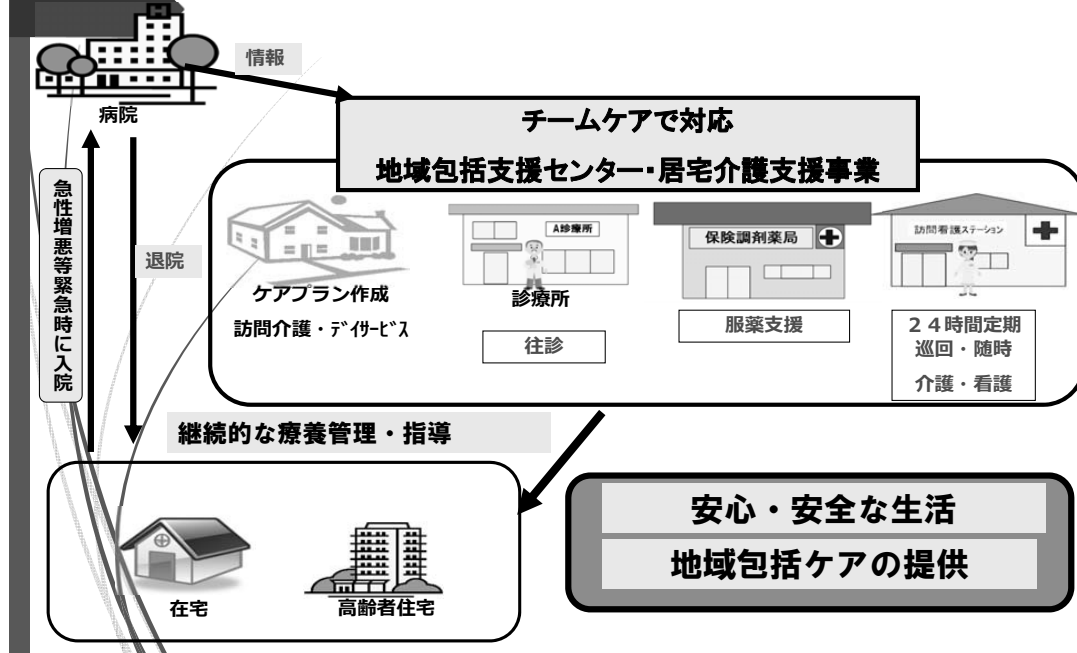
小学校の空き教室で実施
野菜の重さ「100g」ってどれくらい？をみんなで考え中！



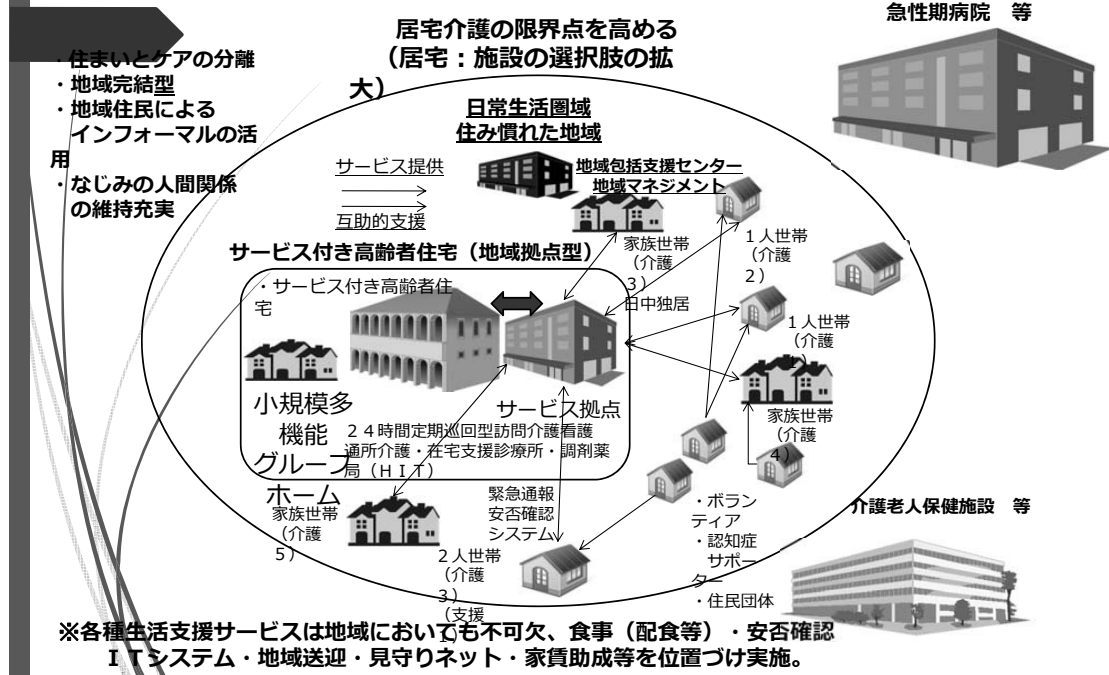
エプロンつけてるのは
介護予防サポーターさん

- ◆ (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を行います
- ◆ 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

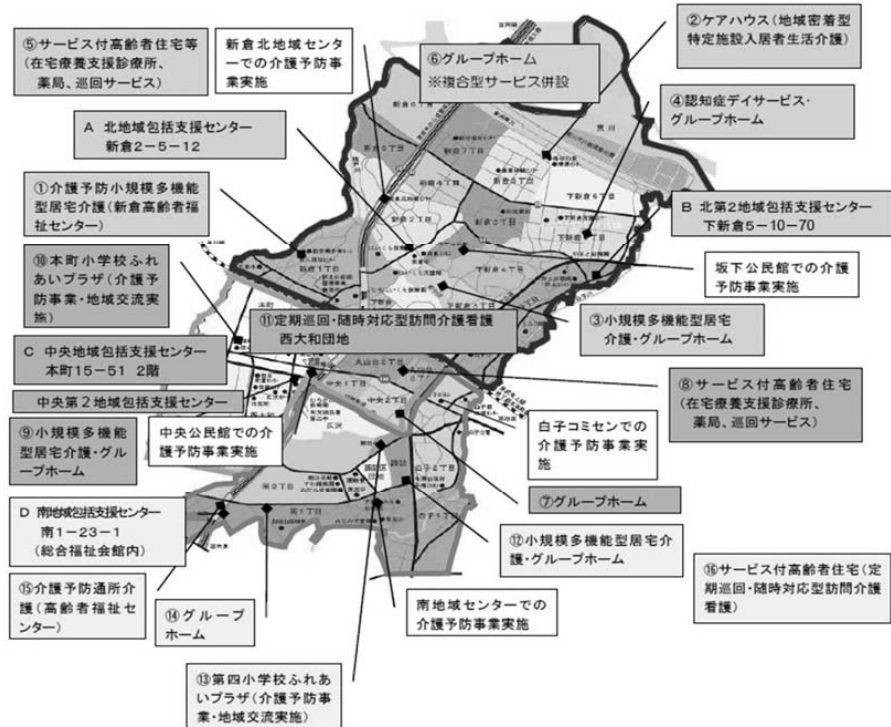
多職種協働のイメージ(インテグレイテッドケア)水平統合と垂直統合



和光市長寿あんしんランドデザイン 日常生活圏域におけるサービス基盤整備



日常生活圏域・地域 包括ケアデザイン： サービス基盤整備



ミクロのケアマネジメント支援

自立支援型ケアマネジメントとチームケア

～自立支援の観点から適切な課題分析、地域ケア会議を活用して～

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、 <u>医療との連携</u> に十分配慮して行われなければならない
第二条 第四項	<u>その居宅において</u> 、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、 <u>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</u> に努める

個人因子・環境因子（和光市方式）

◆IADL（生活行為）に対して

・個人因子

- ・身体機能・認知機能について
- ・廃用系、疾病等及び性格について
- ・状態回復出来るものか、出来ないものか。

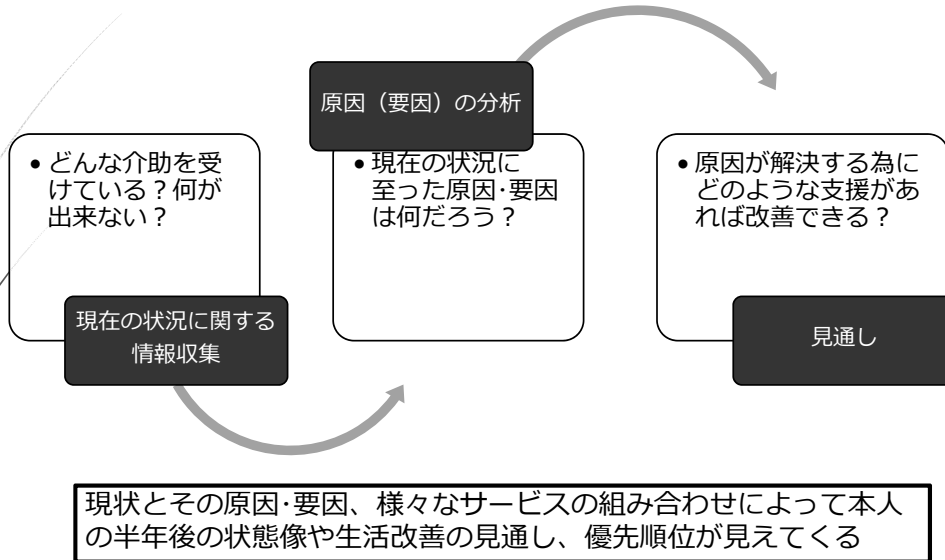
・環境因子

- ・家族や近隣の知人の背景は？
- ・在宅や地域の日常生活動導線は？
- ・かかりつけ医や民生委員等の関係は？
- ・生涯生活歴は？

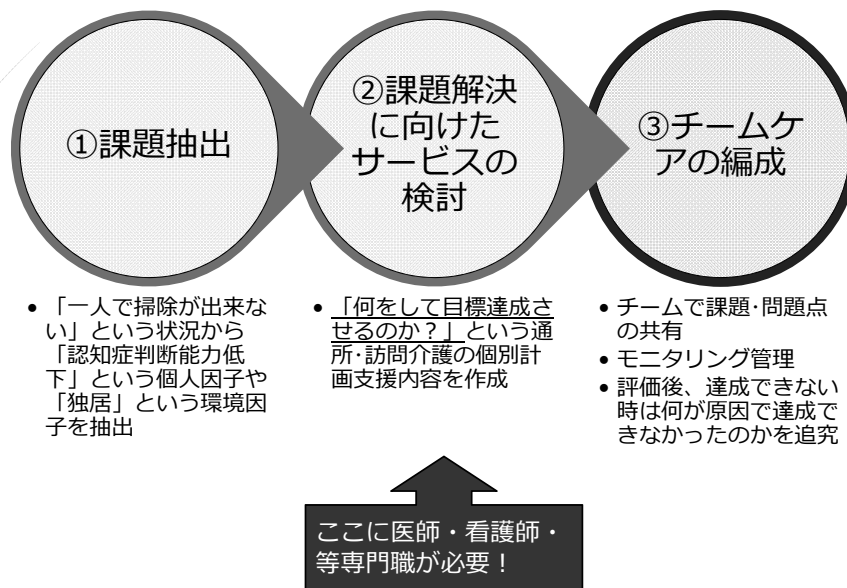
的確なアセス

- ※ 接遇・洞察能力を身に付ける
- ※ 他制度を知る・チームの力を生かす
- ※ 経済的因子にも注意を！

課題分析の着眼点

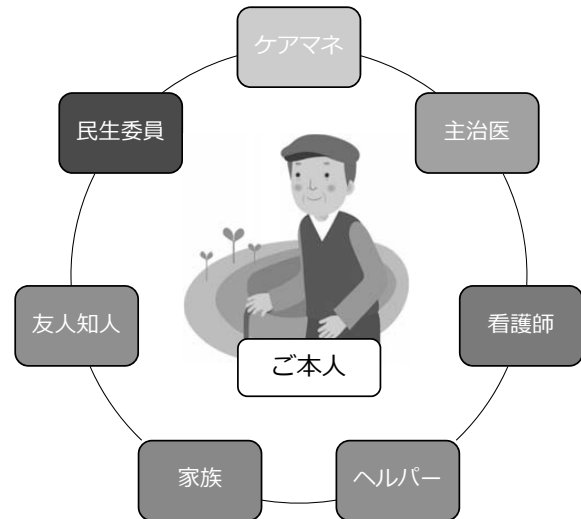


的確なマネジメントから評価まで



チームケアの大切さ

- ◆ 私達専門職でも、一人一人の力は限られています。そこで大切なのが**チームケア**です。
- ◆ ことわざでも「三人寄れば文殊の知恵」と言いますが、すべてを一人で担うのではなく、各個人が自分の役割を明確にし、その関わった経過・結果など情報交換・共有しながらケアを進めていく事が大切です。
- ◆ ご本人を含め、それぞれが役割を持ち、共通の目標に向かって進んで行く事、それこそがチームケアなのです。



「生活行為評価票」による現状評価と予後予測の整理票

自立度 困難度と改善可能性	自立		一部介助		全介助	
	楽にできる	少し難しい	改善可能性高い	改善可能性低い	改善可能性高い	改善可能性低い
判定	○1	○2	△1	△2	×1	×2

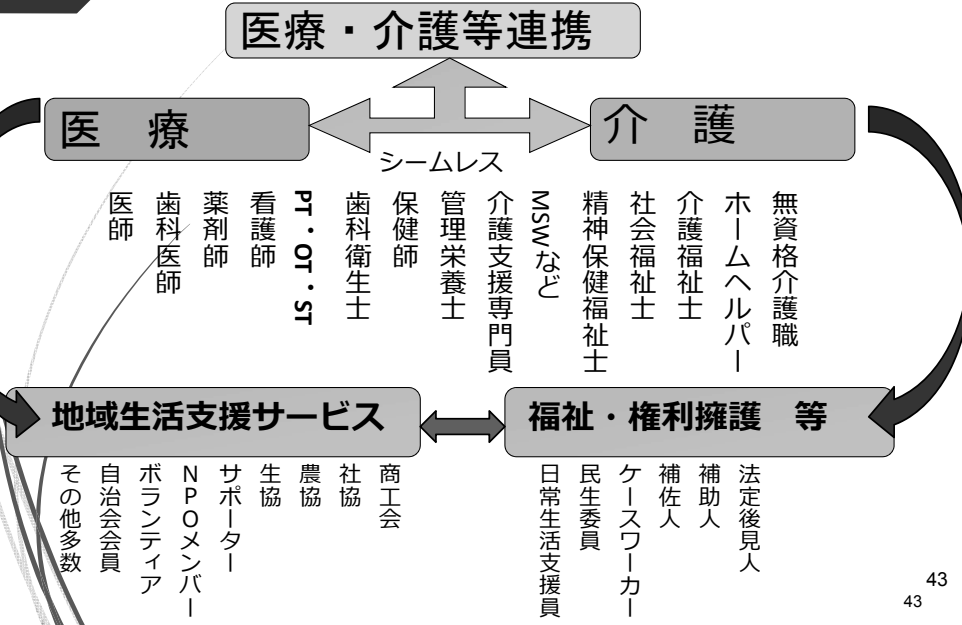
A D L	生活機能	事前	事後予測	備考
	室内歩行	○1		
	屋外歩行	○2		限られた場所のみ。
	外出頻度	△1	→ ○2	デイサービス以外の外出は少ない。
	排泄	○1		
	食事	○1		
	入浴	△1	→ ○2	デイサービス入浴のみになっている。能力はある。
	着脱衣	○1		

I
A
D
L

掃除	△1 → O2	
洗濯	O2	大物以外は自立。
買物	△1 → O1	簡単なものは自分で。 他はヘルパーや家族。
調理	△2 → O2	レンジアップ程度は出来る。
整理	O1	
ごみ出し	O1	
通院	△1 → O2	家族付き添い。
服薬	O1	
金銭管理	△1	銀行に行くのは家族に頼む。
電話	O2	
社会参加	△1 → O2	言語障害軽度、相手が聴き取りにくい。 限られた相手のみ。

保険者機能（地域包括支援センター含む）
地域ケア会議の本質と必要性

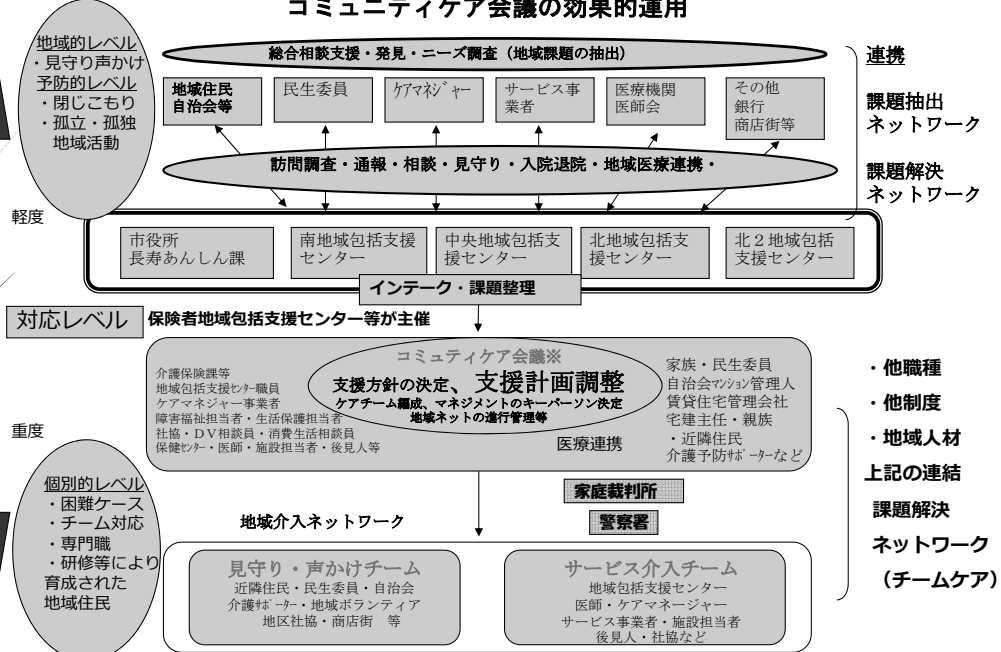
人的連携の視点



43

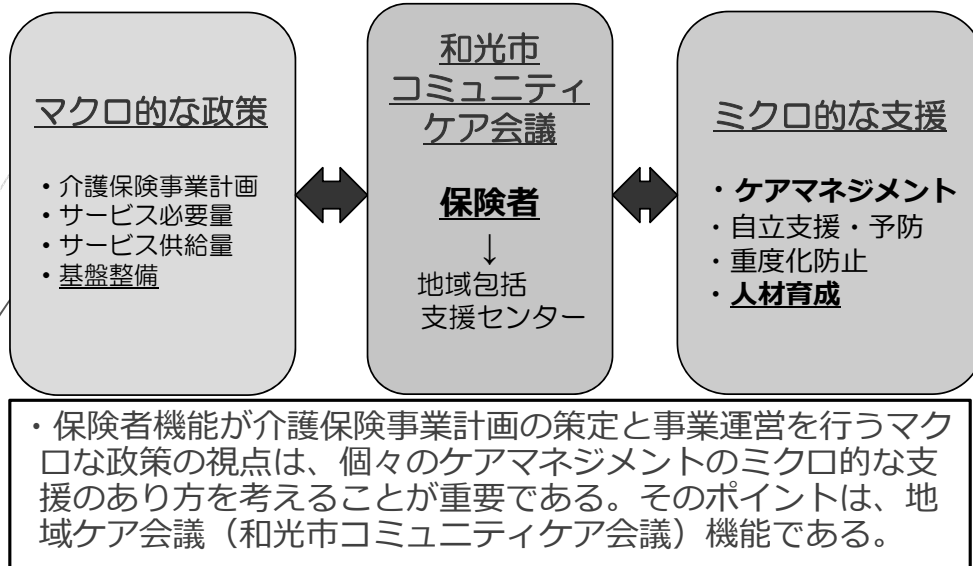
44

地域包括ケアマネジメントを支援する コミュニティケア会議の効果的運用



介護保険事業計画とケアマネジメントの関係 (コミュニティケア会議が政策機能の核)

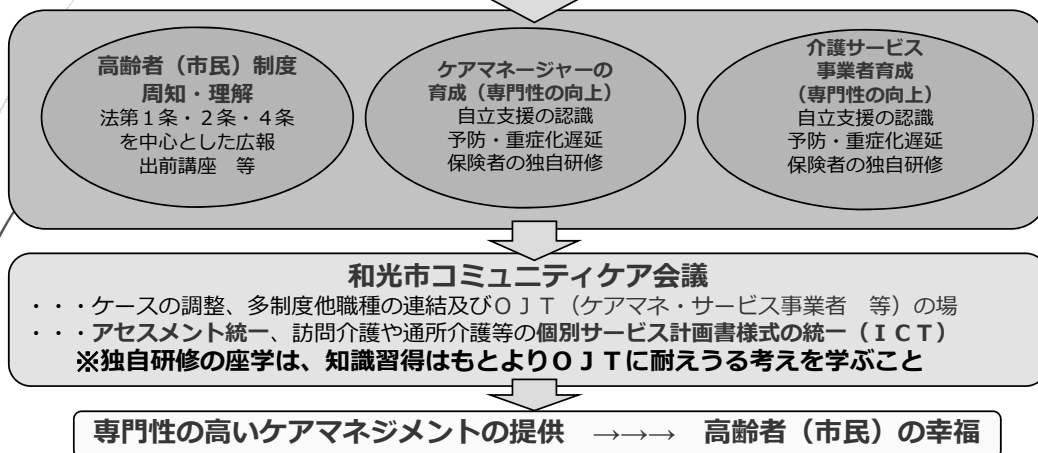
45



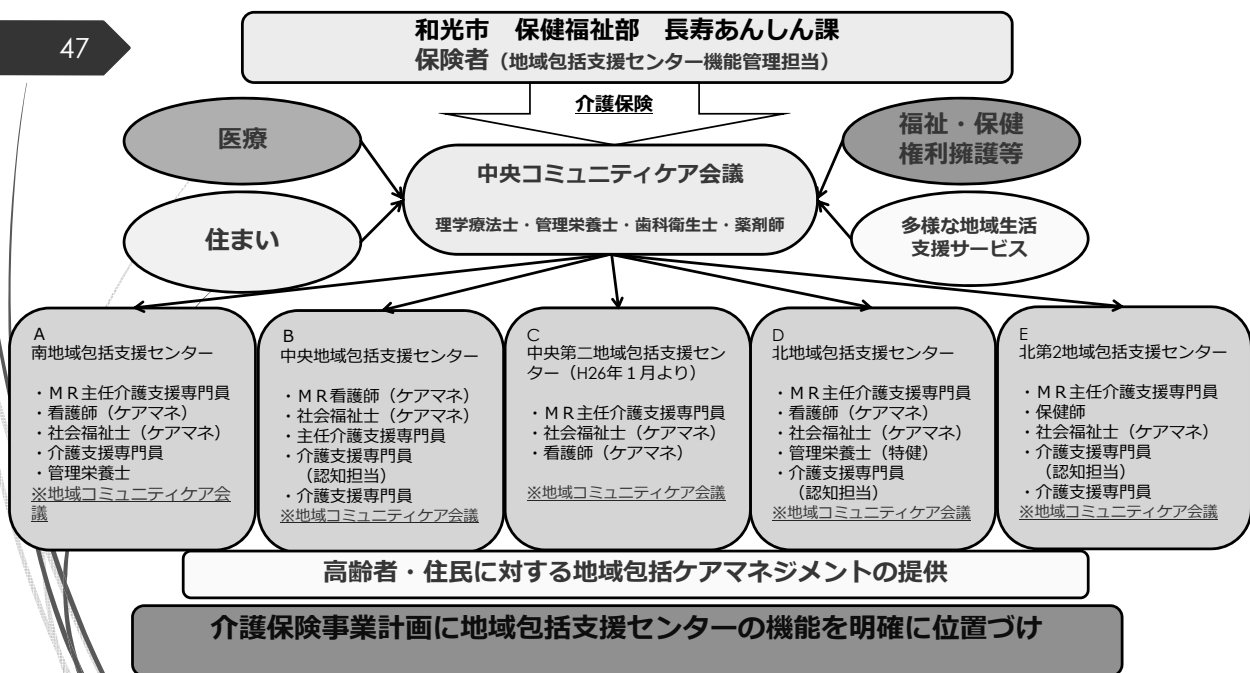
和光市のケアマネジメントの機能強化概要

46

高齢者（市民）尊厳とQOLの向上のために



和光市地域包括支援センターの事業運営体制



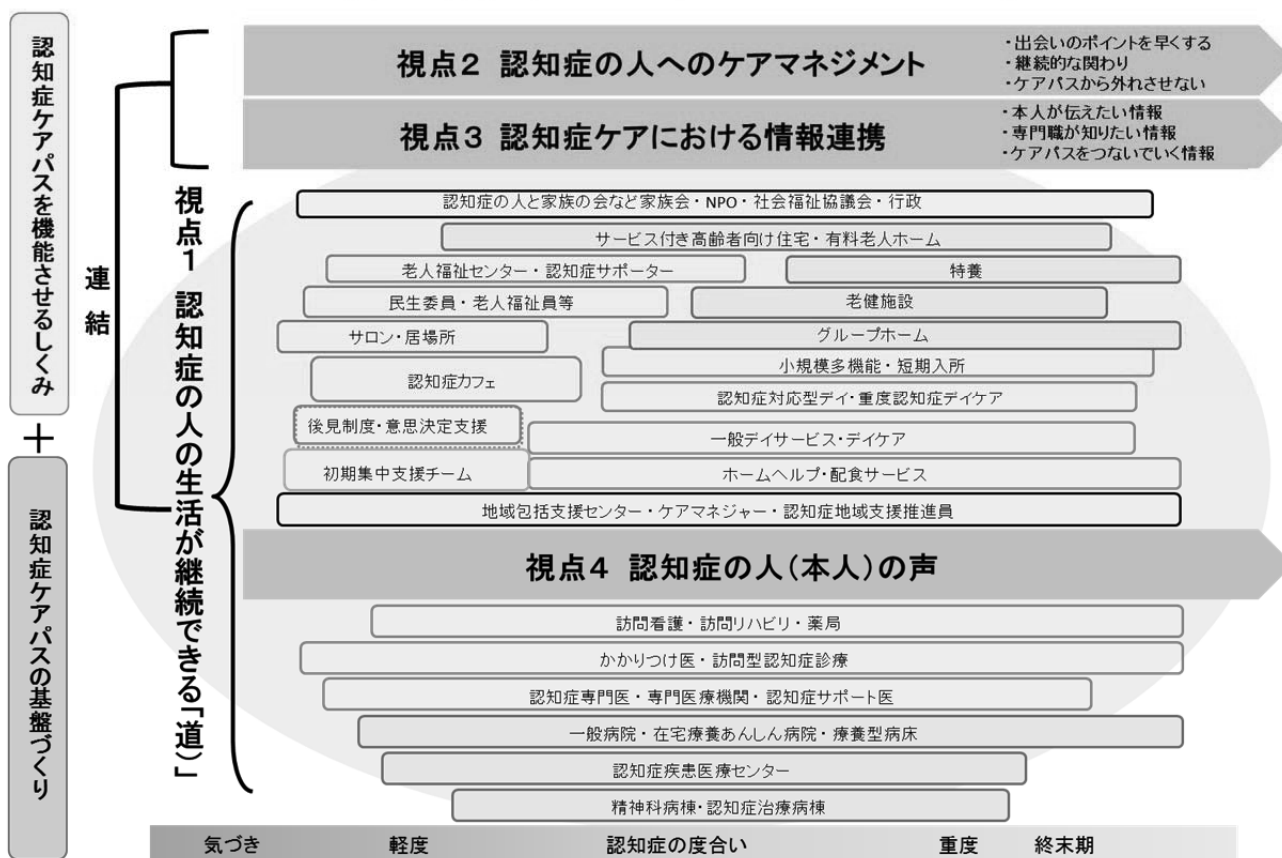
最後に

- ・ 26年度は、27年度から29年度までの第6期介護保険事業計画（地域包括ケア計画）の策定年
- ・ 市の施政方針に位置づけるような、「強い“わがまちの認知症対策”の発信」が必要不可欠！
- ・ 保険者（自治体）の“そこ力”を市民のために発揮する！


第2部 小委員会報告

本研究事業に設置した小委員会では、「認知症ケアパスが適切に機能するための取組課題」を明らかにするために、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の考え方、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）の声を聴くこと の4つの視点により、調査および情報収集、意見集約等を行いました。

4つの視点を統合した「認知症ケアパス」のイメージ



(参考資料) 武地一 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』 スライドを一部改変



視点1
認知症の人の生活が継続できる
「道(Pathway)」

認知症ケアの サービスアーケードづくり

視点2 認知症の人の生活が継続できる
「道」(Pathway)

ニッセイ基礎研究所 山梨 恵子

ねらい

「サービスアーケード」とは

たとえ認知症になったとしても、本人や家族が安心して暮らせる町づくりを意味する言葉として用いています。認知症の人が、生きがいや役割意識を持って、地域住民の一員として尊重されながら暮らし続けていくためには、医療や介護等のフォーマルサービスだけでなく、様々なインフォーマルサービスがサービスアーケードのように立ち並び、支援の隙間を少しずつ埋めていくことが大切だと考えました。

「認知症ケアパス」とは

- ① 地域における標準的な「認知症ケアパス」
＝認知症の状態に応じて支えていく社会資源の整備
(市町村介護保険事業計画に求められること)

- ② 個別の認知症の人が歩む「認知症ケアパス」
＝認知症の進行や生活上の課題に応じて、様々な資源を使いながら
歩んでいく道のり
(ケアマネジメントに求められること)

調査の実施

(目的) 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、及びヒアリング調査を実施し、認知症の人とその家族の生活を支える社会資源の具体的な内容を明らかにする。また、今後、市町村ごとに作成する「認知症ケアパス」を考えていく上で、地域の中にどのような社会資源を整えていくべきかということや、それぞれの資源にどのような役割・機能を担ってもらうべきかについて、参考となる具体的な情報提供を行う。

アンケート調査

(対象)

- 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)
- 合計189自治体 (185 + 13 - 9(重複分) = 189箇所)

(実施方法)

配付 郵送により、調査票のデータを収録したCDを配布 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% (89箇所 / 189箇所中)

ヒアリング調査

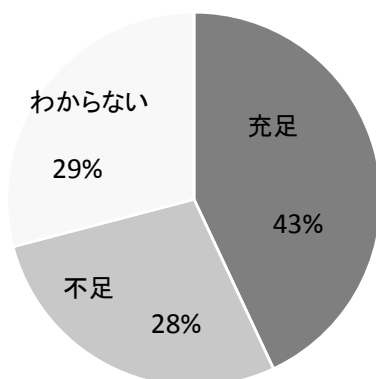
(対象)

自治体アンケート調査の回答結果をもとに、地域特性、規模、取組内容を考慮の上選定
(世田谷区(東京都)、泉南市(大阪府)、横浜市(神奈川県)、加賀市(石川県)、たつの市(兵庫県)、奈井江町(北海道))

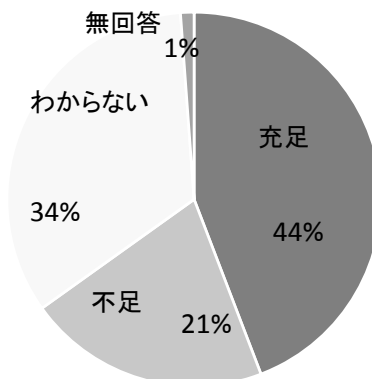
アンケート調査の結果より

「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

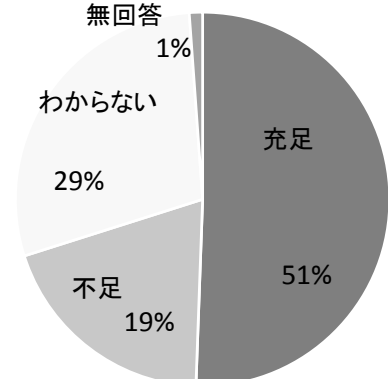
小規模多機能型居宅介護



認知症デイサービス



グループホーム



調査の実施

(目的) 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、及びヒアリング調査を実施し、認知症の人とその家族の生活を支える社会資源の具体的な内容を明らかにする。また、今後、市町村ごとに作成する「認知症ケアパス」を考えていく上で、地域の中にどのような社会資源を整えていくべきかということや、それぞれの資源にどのような役割・機能を担ってもらうべきかについて、参考となる具体的な情報提供を行う。

アンケート調査

(対象)

- 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)
- 合計189自治体 (185 +13 -9(重複分)=189箇所)

(実施方法)

配付 郵送により、調査票のデータを収録したCDを配布 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% (89箇所 /189箇所中)

ヒアリング調査

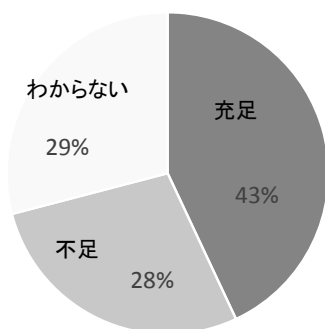
(対象)

自治体アンケート調査の回答結果をもとに、地域特性、規模、取組内容を考慮の上選定
(世田谷区(東京都)、泉南市(大阪府)、横浜市(神奈川県)、加賀市(石川県)、たつの市(兵庫県)、奈井江町(北海道))

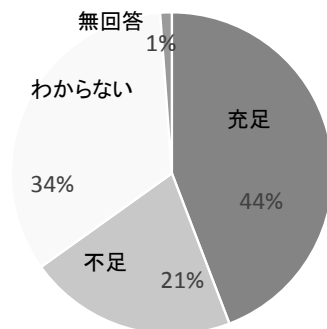
アンケート調査の結果より

「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

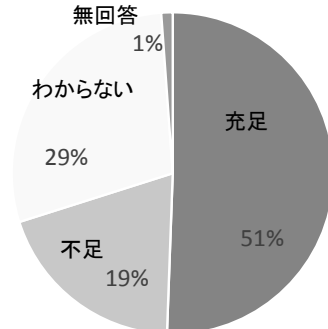
小規模多機能型居宅介護

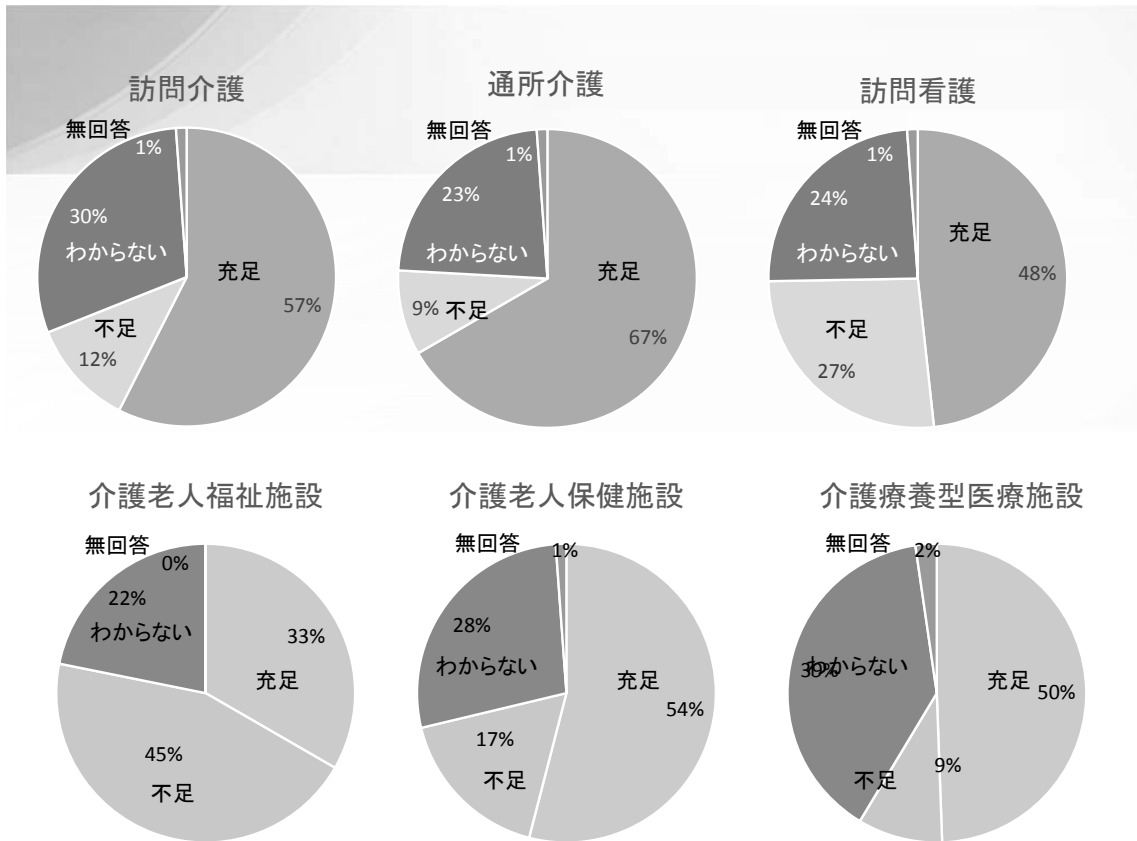


小規模多機能型居宅介護



グループホーム





介護老人福祉施設が「不足」と回答した自治体の 今後の方針

介護老人福祉施設が「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を確認したところ、回答内容は、以下の3つに分類することができた。

- 小規模多機能型居宅介護やグループホームなど、地域密着型サービスを中心に整備する
- さらに介護施設を増設し、サービス付き高齢者住宅の整備も進めていく
- 在宅支援、施設・住宅の整備、人材育成、住民啓発など、バランスのとれた支援システムを構築する

認知症の人の生活を支えるインフォーマルサービス

- ・ 認知症の人やその家族の暮らしを支えているインフォーマルサービスの具体的な事例を収集したところ、87箇所中59の自治体により233の事例を収集することができた。
- ・ インフォーマルサービスの捉え方や記載にあたっての判断基準はまちまちであったが、記載事例を実施内容や機能から整理すると、以下のような分類となる。

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

実施主体	
1	行政・公共機関
2	法人・各種団体・グループ等
3	社会福祉協議会
4	家族会等
5	地域住民・自治会・老人会等

日常的な安否確認・見守り支援の事例から

■ 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)

家族支援(相談・啓発・交流・リフレッシュ等)

- 認知症について学べる機会の提供
- 医療・介護に関わる専門職への相談窓口や相談機会の提供
- 家族同士の交流の場(情報交換・共有、経験者からのアドバイス、精神的ケア)
- 男性介護者同士が集える場づくり
- 若年性認知症の人の家族が集える場づくり
- 家族の精神的な安らぎや、リフレッシュできる機会の提供

認知症の人を支えるまちづくり

- 認知症の人を拒否しない地域づくり(地域住民への啓発活動)
- 認知症サポーター等を活用した見守りや生活支援のボランティア人材の育成
- 介護サービス事業所を通じた地域の高齢者情報の収集
 - ・介護なんでも110番(加賀市)、認知症ライフサポートワーカー(霧島市)
- GPS機器の貸与や購入経費の助成を含む、経済的な支援
- 地域資源のネットワーク化
 - ・地域住民、民間事業者や商業施設等を巻き込んだ協力関係
 - ・医療・介護の情報連携・協働(多職種協働)
 - ・介護事業者間の相互理解とネットワーク化

サービスアーケードづくりのポイント

認知症ケアパスを適切に機能させるために

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



視点2
認知症の人への
ケアマネジメントの考え方

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

視点2 認知症の人へのケアマネジメントの考え方

小委員会副委員長 岩尾 貢

認知症の人への ケアマネジメントに求められること

- ・ 多様なニーズを見極て支援
- ・ 地域社会での継続的な生活を支援
- ・ 認知症の人と地域が持っている資源を使った支援
- ・ 本人が望む暮らし(自己実現)に向けられた
継続的な支援

ケアマネジメントとは、「クライアントの健康な社会生活の回復・継続・向上を目的として、その人のニーズを明確にし、そのニーズを満たす多様なフォーマル・インフォーマルサービスおよび複数の社会資源を結びつけ、継続的に調整を行い、資源提供がニーズを満たすためにより良くなるようにモニタリングを続け、より有効なサービス提供に努力をし続けるソーシャルサポートネットワークにおける包括的サービスの一方法である。」(門屋)

認知症ケアパスを適切に機能させる ケアマネジメント

- ケアマネジメントの本質は情報活動
- 認知症ケアパスの本質も情報活動

ニーズ情報の蓄積

サービス情報の蓄積

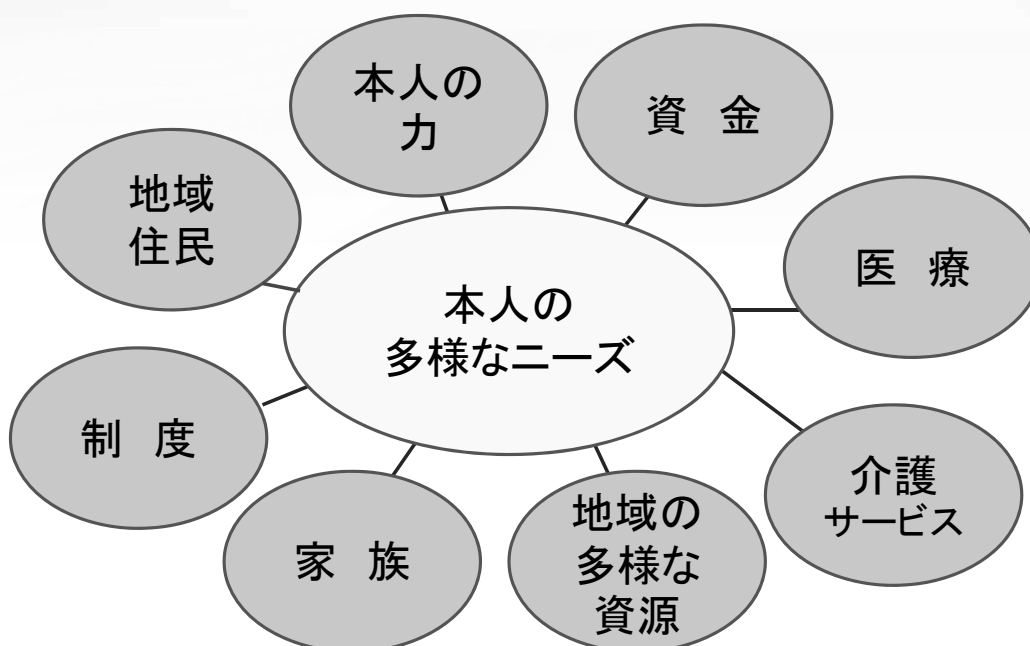
マッチング

コーディネート

ネットワーク化

ケアマネジメントの基本

多様なニーズと多様な資源のマッチング



認知症の人へのケアマネジメントの課題

- 手遅れ型の支援
 - 課題や問題解決にとらわれたケアマネジメント
 - 本人不在のケアマネジメント
 - 地域から施設・病院への流れを加速
- コーディネート機能不足
 - 知識、技術の不足、
 - 医療・介護等の機関・事業者間の連結不足
- 生活・関わりの継続性の軽視
 - まる投げ型
 - デマンドに向けられた支援
 - 課題の複雑化、状態の悪化

今後の取り組み課題

- ① 認知症の予防・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」と「チームケア」
「場」の提供

① 認知症の予防・備え 1

「認知症」を理解する上で大切なこと

- 1) 認知症による障害は個性としてとらえる
- 2) 生活のしづらさを理解する
 - ① 認知症という病気によるしづらさ
 - ② 周りとのずれによるしづらさ
 - ③ 新しいことが理解できないことによるしづらさ

◆ 認知症の予防・備え 2

— 「手遅れ型」をつくりやすい介護保険

予防の考え方

- 認知症に「ならない」ための予防
- 認知症に「なる」という前提での備え

ポイント

- 「認知症」に早くから出会うこと
- 市町村事業との相乗りを工夫すること
- 早期に、医療と生活支援につながるしくみを考えること

◆ 認知症の予防・備え 3

一 「認知症」との出会いを早める

- 知識としての出会い
- 認知症の人との「ふれあい」としての出会い

① 認知症問題の「本質」を理解するための経験的な学びが大切

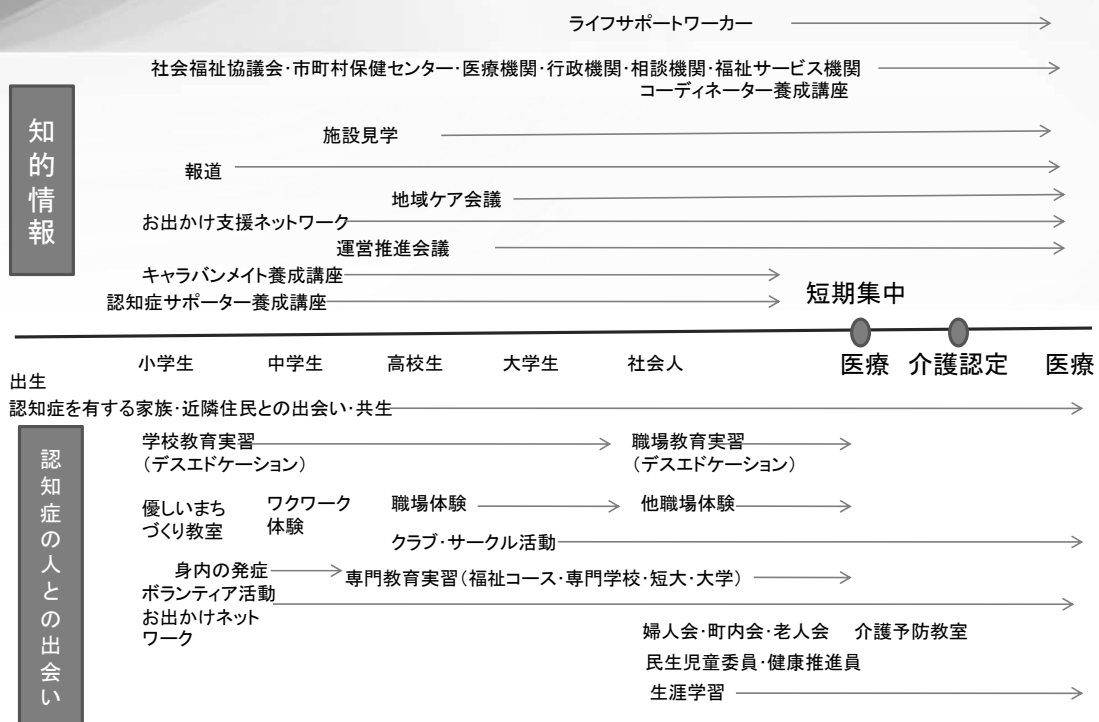
- ・ 家族や親戚、地域の高齢者を通して
- ・ 認知症の人との出会いを通して
- ・ 認知症のことを考える場・機会を通して

② より早く、若年期からの教育が大切

(児童・生徒への教育、地域住民を巻き込んだSOSネットワークづくり)

認知症ライフストーリー（ゆりかごから墓場まで）

認知症予防的ケアマネジメント（自らを対象とすること） 第1次予防



◆ 認知症の予防・備え 4

一 市町村事業との相乗り

- 保健事業
- 障害者事業
- 子ども支援
- 予防のための地域活動
- 社会福祉協議会事業 等

◆ 認知症の予防・備え 5

一 早期に、医療と生活支援につながるしくみ 地域にある、様々な認知症早期発見機能

- 家族
- 当事者
- 民生委員
- 社会福祉協議会
- かかりつけ医
- 介護事業所
- 運営推進会議
- 町内会長
- 地域住民
- 銀行
- スーパーレジ
- 商店街
- 認知症カフェ
- 交通機関
- 保健センター
- 健康推進員
- 福祉事務所
- 調停委員
- 認知症地域支援推進員
- 市民課窓口
- 家族の会
- 親族
- 警察
- 郵便局

2 資源の活用とネットワークづくり 1

社会資源とは

- 利用者のニーズの充足、問題解決のために活用

各種制度

施設・機関

設備

資金

物資

法律

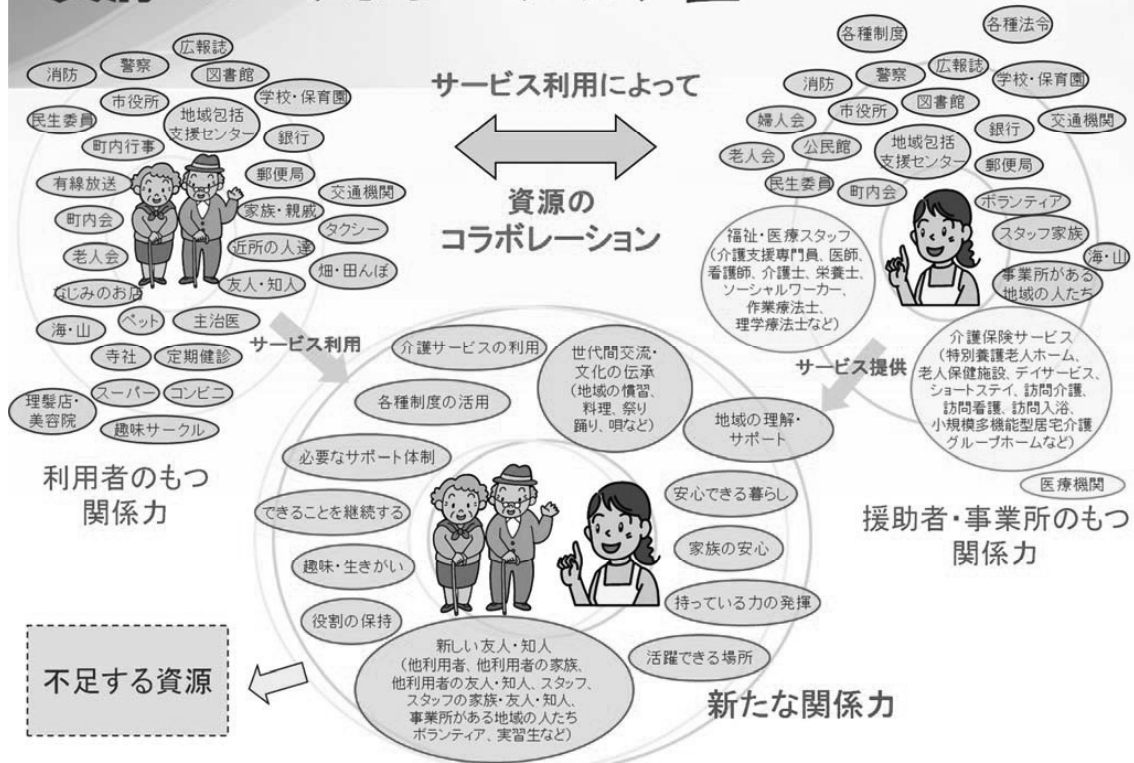
情報

人材

個人の有する
知識

生活圏域ごとの資源マップを作成してみよう

資源のコラボレーション図



◆ 資源の活用とネットワークづくり 2

地域資源	地域資源の内容
1. 人	問題解決に取り組む当事者、医師、保健師、社会福祉士、ケアワーカー、ケアマネージャー等の専門職、住民、ボランティアといった保健医療福祉等に関わる広い人材
2. もの	保健・医療・福祉・教育・公民館等の施設、サービス・活動・物品はもちろん、住民関係、地域関係、ボランティア協議会、医療保健福祉等の専門職ネットワーク等のネットワーク
3. 金	補助金・委託金・寄付金・収益・研究補助金
4. とき	就業時間、ボランティアが活動する時間、課題を共有し合意して取り組むチャンス
5. 知らせ	上記の資源情報、サービス利用者情報、相談窓口における情報等のニーズ情報、計画策定に必要な統計等の管理情報

引用 市川一宏:「地域の福祉力を高めるために<表1>地域資源」月間福祉2006年1月 全社協

③ 資源につなぐ

「人づくり」と「チームケア」 1

一 ケアマネジメントにおける「つなぐ支援」

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
- トポス（場）、縁側
- 『地域のやる気を引き出し、地域を元気にしていく』
- 日常的に『様々な案件や目的に応じて人と人を繋ぐ。または交渉を行い、双方のマッチングを図ること。』
- 予防も含めて生活支援を中核に

◆ 資源につなぐ 「人づくり」と「チームケア」 2

「認知症ケアパス作成のための手引き」における工夫

- 認知症の人の生活を支える支援の内容や、具体的な取組み名等を紹介
- 「チェックリスト」を通じて、地域の中にどんな社会資源があるのかを把握
- 生活機能障害を持った認知症の人を、どのような社会資源で支えていくのか、それぞれの自治体の実情に応じて、考えてもらうためのツールとして作成。

◆ 資源につなぐ 「人づくり」と「チームケア」 3

— 共通している人づくり

- 霧島市のライフサポートワーカー
- 山鹿市のサポーターリーダー
- 大牟田市の認知症コーディネーター
- 加賀市のセンター方式推進員等

◆ 資源につなぐ「人づくり」と「チームケア」 3 認知症ケアの共通基盤づくりと多職種協働

認知症ライフサポートモデル

認知症

- ・脳の器質的変化に伴う機能の低下
および症状
- ・診断、治療
- ・家族・本人への心理的教育的アプローチ

の

支援の目標を共有する
情報を共有し、役割分担の相互理解を図る

人

- ・焦点は人、生活、人生
- ・自己決定、自己実現、自己資源の活用
- ・権利擁護
- ・環境からのアプローチと生活支援
- ・地域とのつながりある暮らし

期待される効果

- ・ 認知症への理解の裾広がりがり
- ・ 自らの予備軍への認識
- ・ 介護への参加意欲の向上
- ・ 介護職への誘導
- ・ 介護回避へのモチベーション
- ・ 介護保険の有効活用と効率化

認知症ケアマネジメントの視点 (まとめとして)

今後の認知症の人へのケアマネジメントにおいては、

認知症の人を「社会の重荷」や「社会の依存者」として捉えるのではなく、
地域と共生していく存在として捉えて
いく必要がある

視点3

認知症ケアにおける情報連携の考え方

情報連携・共有ツールの項目整理

(専門職が知りたい情報)

※ 情報連携・共有ツールの詳細比較表は、参考資料1を参照(130ページ)

基本情報	氏名、性別、生年月日、連絡先、既婚・未婚、緊急連絡先 など
身体情報	既往歴、治療中の病気、服薬内容・管理状況、身体所見、検査所見、要介護認定、ADL、IADL、身長・体重・血圧 など
認知症の情報	認知症の原因疾患、認知機能の状態、行動心理症状 など
医療情報	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 など
家庭環境	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、など
介護情報	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、成年後見制度 など
生活歴	出身地、人生史・生活歴、交友関係、仕事関係、幼少期、学生時代、社会人以降 など

(本人が伝えたい情報)

「私」について	趣味・好み、性格、呼ばれ方、日中の過ごし方、生活のリズム 暮らしの出来事、家庭・社会での役割、地域とのかかわり インフォーマルサービスの利用 好きな食べ物・飲み物、嫌いな食べ物・飲み物、好きなテレビ番組 好きな歌、歌手、好きな匂い、好きな場所、日課や習慣、得意なこと等
私の思い	現在の望み、支援して欲しいこと 将来、どのような介護を受けたいか 将来、どのようなところに住みたいか 将来、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 意思を伝えられなくなったときのこと 終末期支援に関わること 周囲の人にして欲しくない事 その他 知らせたい事(つぶやき) など

「私」が伝えたい情報をつなぐこと

視点2 認知症ケアにおける情報連携の考え方 ①

小委員会委員 黒岩 尚文

『私』が伝えたい情報が重要

1. 本来の介護保険制度の目的

2. 現在の課題

- ①周囲の判断によって本人の暮しが決められている
- ②介護保険サービスを提供することが目的化している

鹿児島県霧島市での取り組み
「私のアルバム～やがてのために～」
霧島市認知症連携パス



「私のアルバム」作成委員会(市・県・包括・家族会・小規模・認知デイ・GH・居宅・疾患Cなど)

「私のアルバム～やがてのために～」

霧島市認知症連携パス

基本的な
考え方

私たちの人生は、自分自身が主人公

だから・・・
考えた

認知症になって介護が必要になった時、周囲の人の都合や思い込みで、自分らしい生き方そのものを諦めてしまうことはあまりにも悲しいことです。

これまでどおり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良くて幸せでいられるのか？“やがてのために”、これまでの自分の人生や思いを書き綴って、周りの人がその思いを大事にしてくれれば、最期まで主人公であり続けられる。

「私のアルバム」
を通して実現
できること

- ・ 認知症で意思の伝達が困難となったり、その状況で医療・介護が必要になった時でも、これまでの自分の生活が周囲の人に理解してもらう事ができる
- ・ 事業所を変わる度に生活史を聞かれる煩わしさがなくなる
- ・ 暮らしの継続性が大切にされ、人生史(アルバム)がつながっていく
- ・ 自分自身の安心できる暮らしにとって必要なネットワークが広がる

私のアルバム

年月	年齢	暮らしの場所	一緒に暮らしている人	暮らしている場所	私が好きなこと	今の私が、	私が今、	私が、	私が今、	その他 知らせたい事 (つぶやき)	記入日	記入者
H17年	60歳	始良町	妻と三女の三人暮らし	◆私は単人町のグループホームで管理者とケアマネジャーの仕事をしている ◆妻は看護師として地元の病院で働いている ◆長女が結婚して初孫が生まれた ◆次女は看護師になって鹿児島市内の病院で働いている ◆三女は鹿児島市内の短大に通っている	①家族が一番 ②頼りになる人 ③好きな場所 ④好きな食べ物の子レド、タレント ⑤新聞雑誌	①家族から「父(うち)友人から「ひろくん」と呼ばれている。 ②小学生の頃からチョウの採集と飼育に熱中した ③写真を撮ったり絵を描くのが趣味	①安心して描くこと ②大切にしているもの ③身近に置いているもの ④持っているもの	①黙っていること ②音手なこと ③心配なこと ④支障して寂しいこと ⑤今、黙っていること	周囲の人にして欲しくない事	◆健康のためにそろそろタバコをやめようかな ◆妻から見捨てられて熟年離婚したらどうしよう!?	H17.6	私
H22年7月	65歳	霧島市	妻と二人暮らし	◆定年退職	①家族が大好き ※いつの間にか孫が7人に増えた ②妻が一番頼り ④大好きな煮しめを自分で作れるようになった	⑤家族や孫たちと野山に昆虫採集や写真撮影に出かける ④退職後は家事(掃除・洗濯・調理など)を手伝っている	②家族や孫と写った写真をアルバムに整理して大事にしている	①③退職後は趣味に没頭したいが、退職金は老後のために蓄えておかないと心配 ③いつ、妻や自分が病気になるか心配 ⑤趣味を続けられる範囲で仕事を探したい	◆妻のため、自分のために家事をこなさないとかなない ◆妻より先にあの世に逝った方がいいかも ◆お葬式は身内だけでいいかな	H22.7	私	

私のアルバム(写真)



イラストが得意



表紙絵(水彩画)



友人の似顔絵



写真が趣味



こだわりの金縁メガネ



あこがれの坂本龍馬



家族(平成16年11月)



1歳の孫(平成18年11月)

真まっただみんなて品しながら

伊豆市と会場で盛り上がる。只生ホーム「よかあんべ」の黒野さん。「私のアルバム」を考えた人ですし自己紹介。(中央上)

イラストは使った後は、実際に私のアルバムに記入していきます。

同じ机の方々同士話し合いながら、また、スタッフと会話をしながら記入されていきます。

同じ世代だから話せる事や、家族を思う事、そして思い出からこそ書けるから夫、子供たちへの思いなど、「私のアルバム」には様々な思いを綴っていきます。

-3-

【自分の字を覚えてみませんか?】
伊豆市高齢センターの社会福祉士・黒野さん

最初に「地域包括支援センター」の業務の説明と、「私のアルバム」についての説明。その後、伊豆市社会福祉協議会傘下支所の野辺さんが、イラストを使った「回想」を行いました。

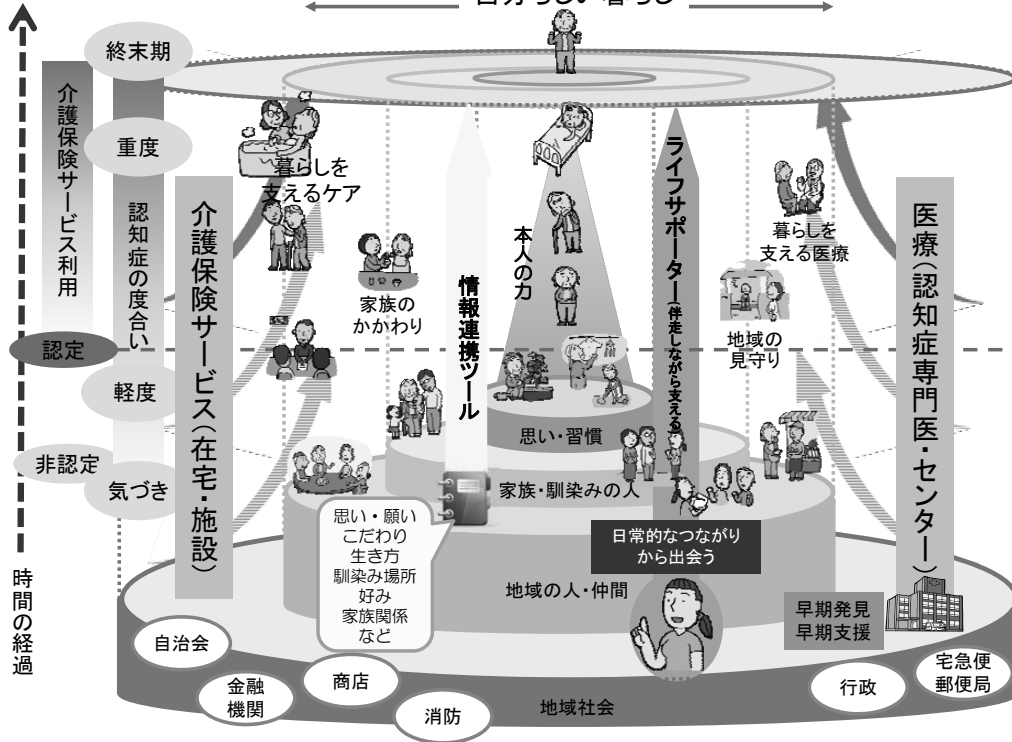
イラストは遊び・小学校・中学校・行事・買い物・結婚・出産・旅行・趣味・ペット・ふるさとなど11枚。

イラストを使って「回想」のお手伝いをする社会福祉協議会傘下支所の野辺さん。

-2-

情報連携ツールのイメージ

自分らしい暮らし



情報連携ツールの普及と定着 に向けた課題

— 情報共有ツール定着のコツ —

視点2 認知症ケアにおける情報連携の考え方 ②

小委員会委員 数井 裕光

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



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。

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は思う。
- 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。

みまもり
つながりノート

認知症の方を支える人々のための情報共有ノート

大阪大学大学院
人間科学研究科
認知症研究センター

神経心療研究室
Division of Neuropsychiatry and Neuropsychology
Handaichi University Graduate School of Medicine

「みまもり・つながりノート」のページによるこそ
わたしたちの研究室では、医療と介護が連携して認知症の方とご家族を支える
効果的なネットワーキングシステム作りについて研究しています。

わたしたちの研究室は「神経心療」といって、そのほかの部分がどのような役割（機能）を
果たしているのか、について研究しています。また、その知見をいかにして、主に認知症患者さんの
診療に役立ててきました。その中で、認知症の方の生活を支援していくためには、医療と介護が
もっとお互いに連携すること、ご本人やご家族がひとりで悩まなくて済むように様々な立場の人に
「情報共有」という大切さを強く感じています。

◎認知症の家族への活用 ◎認知症の介護者の活用 ◎認知症の専門家への活用

今回、わたしたちは「みまもり・つながりノート」
というツールをつくりました。

みまもり・つながりノートってなに？

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
患者さんの状態を詳しく伝えたり、必要の検査や薬物、食生活について相談し
てほしいポイントなどを、一歩に踏み出すことができます。また、ご家族
も、認知症の患者さんとの生活に悩んでいたり、お悩みを、医療の専門家

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

私たちの得たコツ ①

- 運営組織と事務局の設置。
 - 医師会代表を含め各職種代表者をメンバーとする組織の設置。
- 運用する範囲(地域、施設)を決めて、周知する。
 - 家族がノートを持って行ったが、医療者、介護職員などに周知されておらず、対応してもらえなかったという経験が家族の使用を消極化させる。
- 使い方、書き方を話し合い、勉強し合う仕組み(場)を作る。
 - どんなことを書けばよいのか、どんな情報を共有すべきかがわからない。
 - 「ノートに適切に書ける＝認知症と介護のことがよくわかる」
 - ノートは介護者に対する教育的支援ツールと考える。
- 家族の記載を促す声かけ。
 - 必ず受診時には持参してもらう。
 - 医師、介護職は家族に「書いてきてくれてありがとう」と声かけ。

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。



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)、ノートの記事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

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。

視点4

認知症の人(本人)の声

認知症と生きる人から
多くの、認知症と生きる人たちへのメッセージ

「認知症と生きる人のための読本」

読本づくりのインタビューを通して

小委員会委員 水谷 佳子

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。

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
少しずつぎっく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！

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。

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」っていうけど
それって、合ってることも合っていないこともある。
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
声に出していく。
当事者でないと分からないことは
たくさんあるから。

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」
という考え方ではなく
「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。

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。

インタビューを通じて 配慮のいろいろ

「場」をつくる
あらかじめ主旨を伝える
説明は明瞭簡潔に
「その人との会話を始める」ということ
「聞く」「待つ」
時には尋ねる
結論を急がない
疲れに配慮する

インタビューを通じて

「本人の言葉を聴く」ために

認知症のことを話せる環境

認知症のことを、自分のことを
ふだんから話せる人がいる
しかし、そこまで至るには長い道のりがある

「読本」のメッセージ紹介

1/3

《N. Yさん》

「大丈夫か？」という顔で覗きこまれると
イラッとする。

そんな顔が見たいんじゃないくて、
そんな憐みが欲しいんじゃないくて
分け合ってほしい。手伝ってほしい。
こっちも言い方悪かったんだけどね……。
「手伝う」って、どういうことなのか
難しいと思う。

「読本」のメッセージ紹介

2/3

《K. Hさん》

不安になったら

自分ひとりで悩まず誰かに聞いてもらうこと。

そうすると不安が収まったり

不安なことを解決に導く方法が

見つかったりすることもあります。

「読本」のメッセージ紹介

3/3

《M. Nさん》

忙しい毎日を生きてきたんだから、

これからは

毎日をていねいに生きていこう。

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

○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

認知症ケアパス作成 検討事業について

平成26年2月14日（金）
北海道 奈井江町

目次

1. 奈井江町における高齢者の実態
2. 奈井江町の地域性・特色
3. 介護サービス等の状況
4. 現状の課題
5. 認知症ケアパス事業の取り組み
6. アンケート調査内容と結果・分析
7. 今後の課題
8. 気づきシート・社会資源シート
作成のためのポイント
9. 認知症の人を支えるための方策

1. 奈井江町における高齢者の実態

ちょっとその前に・・・



北海キングメロン



ゆめぴりか

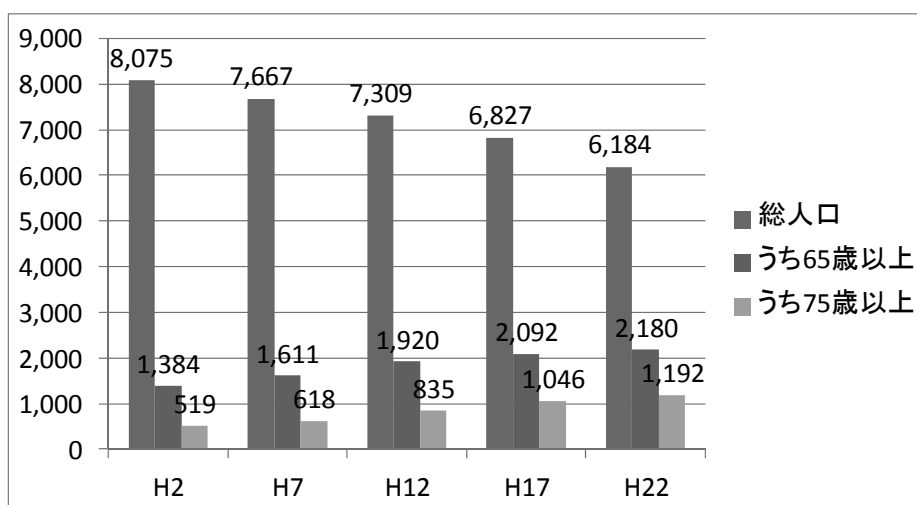


コンチェルトホール

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）

人口推計（国勢調査）



2. 奈井江町の地域性・特色

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

3. 介護サービス等の状況

介護保険施設サービス

○ 介護保険施設（H25.12末現在）

- ・ 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

介護保険の主な在宅サービス

- ・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）



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



奈井江商業高等学校3年生の皆さん

高齢者向けの住宅

○ 高齢者生活福祉センター

- ・定員 20名（単身12室 夫婦 4室）
- ・費用 1～6万円程度 ※原則、自炊

○ 老人福祉寮

- ・定員 7名
- ・費用 3万円程度（食事付）



○ 高齢者向け賃貸住宅（民間業者）

- ・定員 12名
- ・費用 7万円程度 ※希望者に食事提供（1日1千円）

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



民間業者におけるサービス

○ ふれあいネットワーク（商工会）

- ・ 電話で依頼を受けての宅配、除雪、ごみ出し、引越しの手伝い等

○ 移送支援サービス

- ・ 福祉タクシー

○ 配達サービス

- ・ 商店で購入した物を自宅まで配達

○ 給食サービス

- ・ 地元温泉ほか



4. 現状の課題

課題点は

- 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

- 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

5. 認知症ケアパス事業の取り組み

① 認知症ケアパス作成検討委員会の設置

○ 構成メンバー

- ・ 地元医歯会長（医師）
- ・ 地元医歯副会長（歯科医師）
- ・ 病院看護師
- ・ 訪問看護事業所看護師
- ・ 保健センター保健師
- ・ 病院地域医療連携室保健師
- ・ 特別養護老人ホーム看護師
- ・ 老人保健施設看護師
- ・ 老人保健施設支援相談員
- ・ グループホーム介護支援専門員
- ・ 訪問介護事業所ヘルパー
- ・ 居宅介護支援事業所介護支援専門員
- ・ 役場福祉担当
- ・ 民生委員協議会
- ・ 社会福祉協議会
- ・ 認知症の人と家族の会 計 16名

② アンケート調査の実施と結果・分析

③ 気づきシート・社会資源シートの作成

④ ガイドブックの作成

- ①基礎知識の普及・・・ 認知症とは？
認知症の種類
認知症の主な症状

- ②相談窓口等の紹介・・・ 最初の段階で想定される相談窓口
成年後見制度などの紹介
支援事業所等の紹介

- ③認知症予防・・・ 予防のための生活習慣や運動などの
紹介

⑤町民へのPR

(地域での説明会 ホームページ掲載)

6. アンケート調査内容と 結果・分析

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Ⅱ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%

アンケート結果

【全体考察】

<地域の協力や理解の重要性>

- ・老々介護がほとんど。精神的負担が大きい。
- ・住民同士の支えあいや見守りをしていく組織作りが必要。
- ・家族や介護保険だけでは不十分であり、地域の協力や理解がないと、認知症になっても住み慣れた地域での生活が困難。

<認知症について知識向上の為の学ぶ機会>

- ・地域コミュニティ内で認知症について学びたい！
- ・研修や講演会を積極的に行い、認知症について普及啓発が必要。

アンケート結果

【全体考察】

＜医療機関との連携＞

- かかりつけ医を含めた医療機関へ、認知症について相談したいと思っている人が多い。奈井江町では、かかりつけ医と患者との関係性が強く構築されている。

＜医療・介護・地域が連携した早期発見・早期診断の仕組み作り＞

- 認知症は、家族ばかりでなく近所の人や地域全体を巻き込んで、みんなで認識した上で対応していかなければならない。
- 奈井江町を「認知症をみんなで支える町」にしていきたい！

7. 今後の課題 (検討委員会の中での意見等を含め)

地域の協力

○ 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。

⇒ 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、サロンのよう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？

地域の協力 (広報ないえ H26年2月号)

「認知症サポーター」を養成して、地域で認知症の方を見守りたいという声も出ています。認知症の方を見守るには、地域の人とつながることが大切です。認知症サポーターは、認知症の方の生活を支えるために、地域の人とつながることが大切です。認知症サポーターは、認知症の方の生活を支えるために、地域の人とつながることが大切です。

あったか仲良し老人クラブ



「あったか仲良し老人クラブ」は、認知症の方を見守るために、地域の人とつながることが大切です。認知症サポーターは、認知症の方の生活を支えるために、地域の人とつながることが大切です。

町内会活動の現状は、認知症の方を見守るために、地域の人とつながることが大切です。認知症サポーターは、認知症の方の生活を支えるために、地域の人とつながることが大切です。

◆ 東町東江会の現状 ◆

対全地区	期町1区
集客数	46名
地区人口	89人
うち老人クラブ加入者数	43人
うち高齢者のひとり暮らし	17人

「あったか仲良し老人クラブ」は、認知症の方を見守るために、地域の人とつながることが大切です。認知症サポーターは、認知症の方の生活を支えるために、地域の人とつながることが大切です。

認知症の方を見守るために、地域の人とつながることが大切です。認知症サポーターは、認知症の方の生活を支えるために、地域の人とつながることが大切です。

「あったか仲良し老人クラブ」は、認知症の方を見守るために、地域の人とつながることが大切です。認知症サポーターは、認知症の方の生活を支えるために、地域の人とつながることが大切です。

積雪寒冷地ならでの・・・

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



在宅生活が継続できなくなる！

- ・ 定時巡回サービスのなものが必要ではないか？
- ・ 小規模多機能型施設の導入など

とある雪の日の朝の風景・・・



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。

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

8. 気づきシート・社会資源シート 作成のためのポイント

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。

気づきシートで見えてきたこと

- 人口減となるが、高齢者人口は微増
- 要介護認定者は増加傾向

○人口

	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29
人口	6,285	6,181	6,057	5,945	5,835	5,727	5,621	5,517
高齢者人口	2,165	2,180	2,182	2,184	2,186	2,189	2,191	2,193
高齢化率	34.4%	35.3%	36.0%	36.7%	37.5%	38.2%	39.0%	39.7%

○認定者数

	H22		H23		H24		H25	H26	H27	H28	H29
	人数	認定率	人数	認定率	人数	認定率					
認定者	356	16.4%	381	17.5%	393	18.0%	399	415	432	449	467
うち施設系入所者	118	-	119	-	129	-	134	140	145	151	157
うち在宅者	238	-	262	-	265	-	265	275	286	298	310

※平成22年から24年は実績数。平成25年から平成29年は推計値。

○ インフォーマルサービス利用者の実態がつかめない

サービス項目	認知機能の障害程度 (CFS)		0		1		2		3		4		5		6	
	現在の利用者数	H29 単純推計	現数	H29 単純推計	現数	H29 単純推計	現数	H29 単純推計	現数	H29 単純推計	現数	H29 単純推計	現数	H29 単純推計	現数	H29 単純推計
介護保険サービス以外																
配食サービス	5	6	2	3	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
高齢者生活福祉センター	3	3	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
老人福祉寮	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
緊急通報装置	18	19	13	14	4	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
高齢者向け住宅	2	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ふれあいネットワーク																
除雪サービス																
SOSネットワーク																

サービス項目	認知症高齢者の日常生活自立度		自立		Ⅰ		Ⅱa		Ⅱb		Ⅲa		Ⅲb		Ⅳ		M	
	現数	H29 単純推計	現数	H29 単純推計	現数	H29 単純推計	現数	H29 単純推計	現数	H29 単純推計	現数	H29 単純推計	現数	H29 単純推計	現数	H29 単純推計	現数	H29 単純推計
介護保険サービス以外																		
配食サービス	13	14	4	4	3	3	6	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
高齢者生活福祉センター	12	13	4	4	6	7	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
老人福祉寮	4	4	1	1	1	1	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
緊急通報装置	33	34	19	20	3	3	7	7	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0
高齢者向け住宅	4	4	3	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ふれあいネットワーク																		
除雪サービス																		
SOSネットワーク																		

○ 認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以上でありながらサービス未利用者が多い

サービス項目	認知症高齢者の日常生活自立度		自立		Ⅰ		Ⅱa		Ⅱb		Ⅲa		Ⅲb		Ⅳ		M	
	現数 トータル	H29 推計	現数	H29 単純推計	現数	H29 単純推計	現数	H29 単純推計	現数	H29 単純推計	現数	H29 単純推計	現数	H29 単純推計	現数	H29 単純推計	現数	H29 単純推計
		390	467	93	111	57	68	47	56	83	99	63	75	6	7	34	41	7
未利用	100	120	33	40	16	19	14	17	17	20	9	11	0	0	9	11	2	2

○ 認知症に対する研修修了者が少ない

認知症に特化した研修	研修名	修了者数（現数）	国の目標値（参考）
	かかりつけ医認知症対応力向上研修	0人	高齢者人口600人に対して1人
	認知症サポート医養成研修	0人	一般診療所25か所に対して1人
	認知症サポーター	312人	全国で600万人
	認知症地域支援推進員	0人	5つの中学校区あたり1人
	認知症介護指導者	0人	5つの中学校区あたり1人
	認知症介護実践リーダー研修	3人	
	一般病院認知症対応力向上研修	0人	病院1か所あたり、医師2人看護師8人が受講

社会資源シート作成の特色

認知症の 支援の内容	認知症の疑い 物忘れはあるが、金銭管理や買い物、書類作成等を含め、日常生活は自立している	認知症を有するが日常生活は自立 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	誰かの見守りがあれば日常生活は自立 施設管理ができない、電話の応対や訪問者の対応などが1人では難しい	日常生活に手助け・介護が必要 着替えや食事、トイレ等がうまくできない	常に介護が必要 ほぼ寝たきりで意思の疎通が困難である
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	奈井江町交流プラザ「みなクル」 通所介護（やすらぎの家） 通所リハ（健寿苑）	奈井江町交流プラザ「みなクル」 通所介護（やすらぎの家） 通所リハ（健寿苑）	奈井江町交流プラザ「みなクル」 通所介護（やすらぎの家） 通所リハ（健寿苑）	奈井江町交流プラザ「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	小地唄ネットワーク 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）	小地唄ネットワーク 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	小地唄ネットワーク 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	小地唄ネットワーク 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	小地唄ネットワーク 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（趣工会） 福祉タクシー 除雪サービス	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（趣工会） 福祉タクシー 除雪サービス	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（趣工会） 福祉タクシー 除雪サービス	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（趣工会） 福祉タクシー 除雪サービス	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（趣工会） 福祉タクシー 除雪サービス
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（＼＼＼＼）	通所介護（やすらぎの家） 通所リハ（健寿苑） 訪問介護（＼＼＼＼）	通所介護（やすらぎの家） 通所リハ（健寿苑） 訪問介護（＼＼＼＼）
医療	かかりつけ医 認知症疾患医療センター（砂川市立病院）	かかりつけ医 認知症疾患医療センター（砂川市立病院）	かかりつけ医 認知症疾患医療センター（砂川市立病院） 訪問看護	かかりつけ医 認知症疾患医療センター（砂川市立病院） 訪問看護	かかりつけ医 認知症疾患医療センター（砂川市立病院） 訪問看護
家族支援	奈井江町地域包括支援センター 家族介護を語るつづ会 ショートステイ （やすらぎの家、健寿苑）	奈井江町地域包括支援センター 家族介護を語るつづ会 ショートステイ （やすらぎの家、健寿苑）	奈井江町地域包括支援センター 家族介護を語るつづ会 ショートステイ （やすらぎの家、健寿苑）	奈井江町地域包括支援センター 家族介護を語るつづ会 ショートステイ （やすらぎの家、健寿苑）	奈井江町地域包括支援センター 家族介護を語るつづ会 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）	砂川市立病院 ショートステイ （やすらぎの家、健寿苑）	砂川市立病院	砂川市立病院 介護療養型医療施設（町立病院）
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」

※奈井江町社会資源シートより抜粋



みなクル外観

【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す
サロンのような場の提供、介護者同士の交流
の場としても活用が期待されている。



交流サロン



ひまわりクラブ交流会



○ 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】

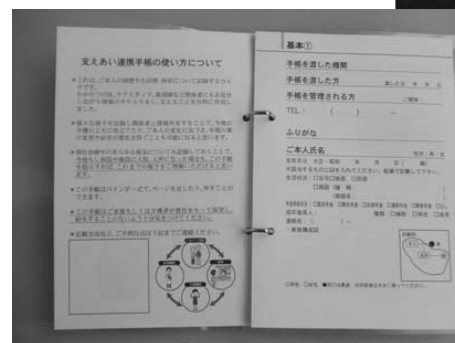
- 平成14年より活動開始。
高齢者や障害を持つ方を地域ぐるみで見守り、支えあうための組織。
- お隣同士のふれあいを大切に、安否確認や声かけ訪問、家事の援助などの活動を行っています。



○ かかりつけ医、認知症疾患医療センターとの関係強化

【支え合い連携手帳】

- 「本人・家族」、「医療関係者」、「介護関係者」、「薬局」などが手帳を介して情報共有し、本人を支えるのが目的。
- 様々な様子を記録し関係者が情報共有することで、今後の介護の工夫に役立てたり、本人の変化に気づき、内服薬の変更や症状悪化を防ぐこと可能。



砂川市立病院（認知症疾患医療センター）が作成した地域連携手帳

9. 認知症の人を支えるための方法 (ま と め)

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



平成26年2月14日（金）
市区町村認知症ケアパス作成担当者セミナー
— 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 —

町田市取り組みについて

東京都町田市いきいき健康部
高齢者福祉課高齢者支援係
古川歌子

概要

- ▶ 町田市について
- ▶ 町田市の認知症施策
- ▶ 町田市の認知症関連医療機関
- ▶ もの忘れ相談事業
- ▶ 今後の認知症相談体制
- ▶ 町田市認知症地域支援推進員の役割
- ▶ 社会資源ワークの目的と実際
- ▶ 社会資源ワークを通してわかったこと

町田市について

- ・東京都の南端に位置し、半島のように神奈川県に突き出しています。
- ・小田急線、田園都市線、横浜線などの交通機関があり、都心や横浜まで電車で約30分程度の便のよさです。
- ・町田駅周辺は大型店舗がありにぎやかな商業地です。一方、郊外は多摩丘陵の自然が残り、ウォーキングコースなども整備されています。
- ・通勤圏内のため住宅地が多く、昭和40年代に建てられた大型団地などが点在しています。



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

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	認知症発症遅延事業	「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習慣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接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。

認知症関連医療機関について

▶ 南多摩圏域認知症疾患医療センター

八王子市 平川病院

▶ 市民病院専門外来

1ヶ所

▶ 認知症専門医療機関

1ヶ所

▶ 訪問診療クリニック（精神科）

3ヶ所

もの忘れ相談事業について

- ▶ 平成15年10月より実施（法人委託）
- ▶ 地域包括支援センターによるもの忘れ相談事業を開始
 - ① 地域のサポート医や認知症専門医による相談（月1回・年間96回開催）
 - ② 臨床心理士による本人・家族支援の講座

医師相談	156件	
臨床心理士による講座	30回	
包括への相談件数	1715件	（平成24年度実績）

- ▶ 必要時には紹介状を医療機関へ発行

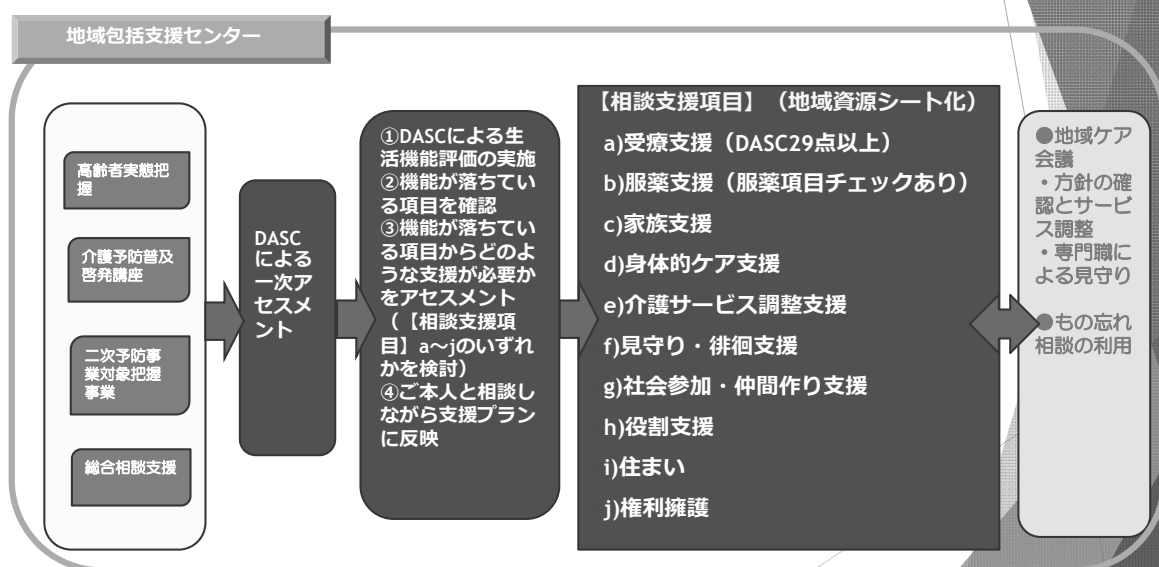
もの忘れ相談事業における課題

- ▶ 地域包括支援センターにより認知症アセスメントが違う
- ▶ 認知症関連の資源が顕在化されていない（「その人だけが知っている」資源やサービスの組み合わせがたくさんある状態）
- ▶ 相談時に認知症状が重度化していることが多い
- ▶ 単発の相談に終わることが多く、支援方針やモニタリングが不足している

もの忘れ相談事業からわかった 認知症相談窓口に必要な視点

- ▶ 認知症高齢者へのアセスメントが一定の基準に基づいている
- ▶ 軽度の認知症をそのままにしておかない
- ▶ 認知症について正しく本人や家族に説明ができる
- ▶ 認知症の進行に合わせた適切な介護保険サービスやインフォーマルサービスが生活圏域ごとに提供できる
- ▶ 医療資源に詳しい
- ▶ 認知症症状に詳しく、適切に医療機関につなげることができる
- ▶ 多職種によるチーム会議が行える

今後の認知症相談体制について（案）



町田市における 認知症地域支援推進員の役割

- ▶ 認知症地域支援推進員連絡会への出席及び事業提案
 - ▶ 認知症施策の方針を共有
 - ▶ 共通アセスメント表（DASC）の勉強会への参加
 - ▶ 多職種研修（認知症ライフサポートモデル研修）への参加
 - ▶ 初期集中支援チーム立ち上げ時の検討会出席および事業提案
 - ▶ 初期集中支援チーム事業のケース提供
 - ▶ 認知症施策推進協議会への委員としての出席
 - ▶ 地域包括支援センターが認知症相談窓口であることの広報活動
- ➡ センター長や看護師・保健師が担う

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
- ▶ 2014年2月現在24名
(各包括2名配置)
- ▶ 推進員からの要望により連絡会を開催
- ▶ 連絡会開催頻度 2ヶ月に1回

1回目 (2013年7月)	①オレンジプラン・認知症ケアパス・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
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
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
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

なぜ「社会資源ワーク」にいたったか

社会資源ワークをしなかった場合・・・



- ▶ 市内全ての地域包括支援センターが個々に資源を洗い出す作業の場合、既存のサービスの並び替えになりやすい
 - ▶ シートの空欄を埋めるだけでは、インフォーマルサービスや地域の特徴が顕在化できない
 - ▶ 他のエリアの状況がわからない
 - ▶ インフォーマルサービスや地域独自のものが他のエリアと共有できない
 - ▶ 自分たちのやり方や考え方でいいのか、よくわからない
- ➡ 結局今までと変わらない

資源整理における工夫点

- ▶ 「支援」に着目した「支援項目」を作成

支援項目

「受療支援」「服薬支援」「家族支援」「身体的ケア支援」
「介護サービス調整支援」「見守り・徘徊支援」「社会参加・仲間作り支援」「住まい」「役割支援」「権利擁護」

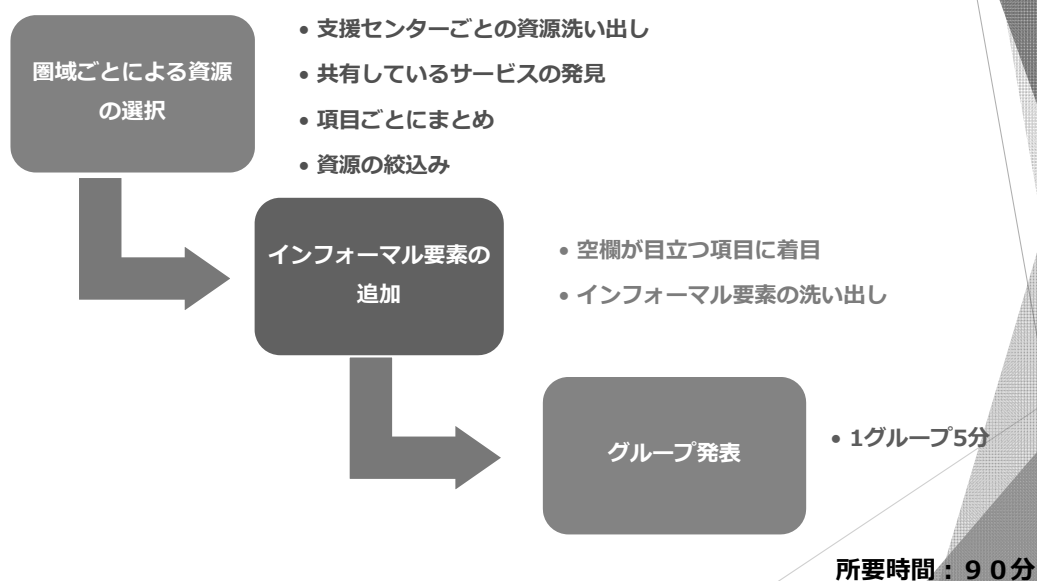


- ▶ 既存サービスにとらわれにくい
- ▶ 整理する段階で話し合いを組み合わせることで、考え方や内容を共有できる

社会資源ワークの目的

- ▶ 軽度認知症から重度認知症の症状や病状の進行に合ったサービスを整理する
- ▶ 相談時に同じ視点で、サービスの組み合わせや社会生活の維持について説明できる
- ▶ 認知症状を早期に発見し、適切に医療へつなぐことができる
- ▶ 早期に本人や家族の不安を軽減するための支援ができる
- ▶ 地域独自のつながりなどのインフォーマルサービスを顕在化することができる
- ▶ 圏域で共有することにより、本人の生活の活動の幅を広げることができる
- ▶ 隣接の社会資源を共有することができる
- ▶ 介護サービスの枠を超えた本人・家族支援を行うことができる
- ▶ 圏域ごとに社会資源を整理する

社会資源ワークの進め方



相談支援項目	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	精神症状が見られるときの緊急時支援 (BPSD)
	見られる症状・行動の例	もの忘れはあるが、金銭管理や買い物、書類作成等を含め、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見られるが、日常生活はほぼ自立している	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者の対応などが一人では難しい	着替えや食事、トイレ等がうまくできない		ほぼ環たきりで意志の疎通が困難である	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を要する
	認知症日常生活自立度	—	I	IIa IIb	IIIa IIIb	IV	M	
期待される支援	<ul style="list-style-type: none"> ◆周囲による気づき ◆高齢者支援センターや市の相談窓口等につなぐ ◆適切な診断 	<ul style="list-style-type: none"> ◆生活上の困難に対する支援 ◆できることを活かす支援 ◆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 ◆必要な医療処置の提供 ◆急変時への対応 	<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 ◆必要な医療処置の提供 ◆急変時への対応 	<ul style="list-style-type: none"> ◆合併症の予防 ◆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 ◆必要な医療処置の提供 ◆急変時への対応 	<ul style="list-style-type: none"> ◆安全の確保 ◆必要な医療処置の提供 		
加・仲間 支援								
役割 支援								
身体的 支援								
見守り・ 愛護 支援								
服薬支 援								
介護サ ービス 調整 支援								
住まい 支援								
家族支 援								
権利 擁護								

社会資源ワークの様子



社会資源ワークの様子



社会資源ワークの様子



社会資源ワークの様子



社会資源ワークの様子



社会資源ワークの様子



今後の作業

- ▶ 圏域ごとにグループ発表し、社会資源整理の理解を深める
- ▶ 共通理解ができた時点で、再度それぞれのカテゴリー別に修正する
- ▶ 圏域ごとの社会資源をリスト化しシートを作成
- ➡ 認知症ケアパスに今後活用へ

社会資源ワークでわかったこと

- ▶ 介護予防との境界がつけにくいいため、資源の範囲を認知症に絞って考えると整理しやすい
- ▶ 認知症が軽度の場合は介護保険サービス等が少ない傾向にあるため、インフォーマルサービスの活用が重要
- ▶ 一つのサービスに複数の役割支援がある場合があるため、話し合いで共有する必要がある
- ▶ 圏域ごとの社会資源の特徴がわかる
- ▶ 支援項目によって社会資源のかたよりがわかる
- ▶ 社会資源のかたよりがあると、空欄ができることから、どの支援にインフォーマルサービスが必要かがわかる
- ▶ 話し合うことで、共通の視点ができる

ご静聴ありがとうございました。

加賀市認知症施策の取り組み



加賀市地域包括支援センター
北口 未知子

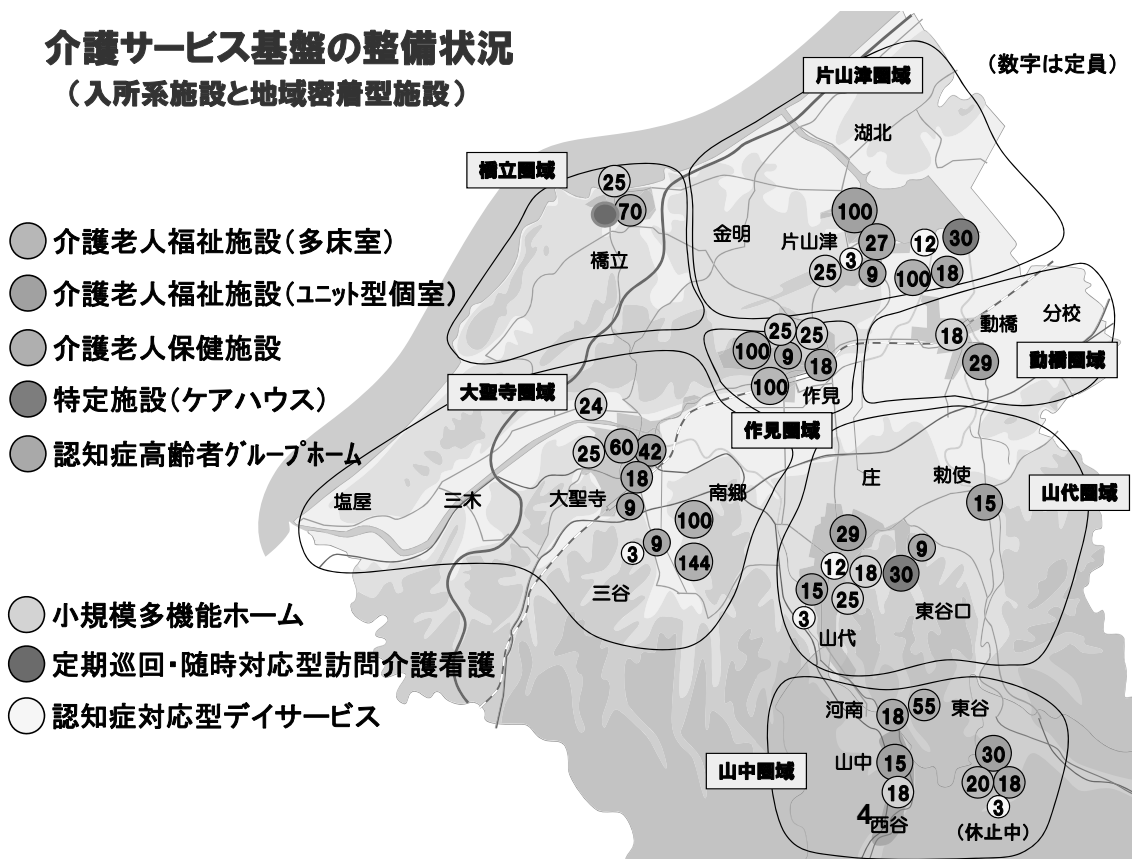
本日の内容

- 加賀市の現状
- 介護保険サービス基盤の整備方針
- 総合相談からのニーズ把握
- 関係機関との協働
- 人材育成の取り組み
- これからの展開について

加賀市の状況

1. 人口：71,540人（平成25年10月）
2. 高齢者数：21,000人（高齢化率29.3%）
3. 要介護認定者数：3,824人（認定率18.2%）
（要支援1,108人 要介護2,716人）
4. 介護保険料：月額5,550円
5. 日常生活圏域：7圏域（第3期は5圏域）
6. 地域包括支援センター：直営で1か所

介護サービス基盤の整備状況 （入所系施設と地域密着型施設）

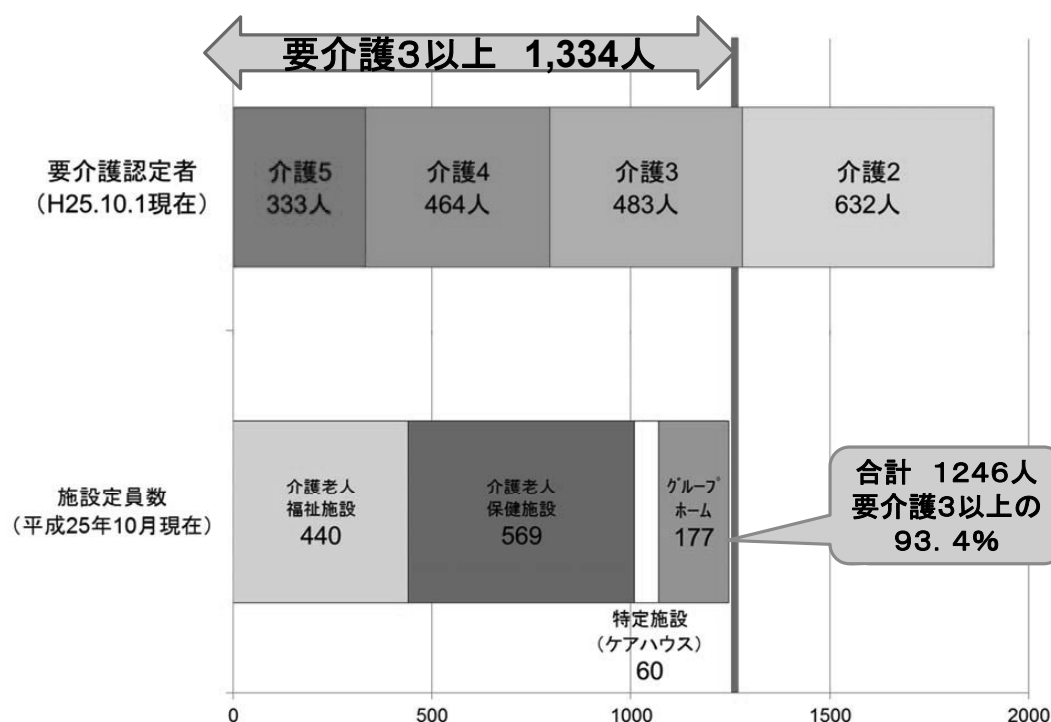


地域密着型サービス事業所の整備状況

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

加賀市の入所・入居施設整備数



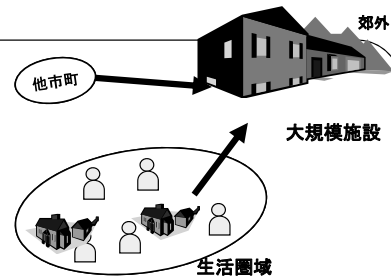
第3期介護保険事業計画での転換

第2期まで

整備状況

施設待機者数や事業者要望で大規模施設整備

- 自宅から離れた郊外の立地。
- 定員100人規模などの大規模施設。
- 県が指定し、加賀市民以外も利用。



ケアの実態

- 施設の整備率が高く、「認知症になったら施設に入所する」という考え方が、ケア担当者や家族に強い。
- サービス提供にあたっては、
 - ・認知症高齢者の正しい理解と対応ができていない？
 - ・身体機能のみのアセスメントによる集団的ケアが行われている？
 - ・利用者ではなく、ケア提供者の都合に合わせたケアになっている？

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。

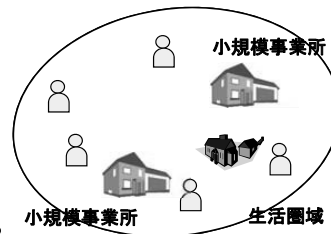
第3期介護保険事業計画での転換

第3期から

整備状況

郊外の大規模施設は今後整備しない。

- 生活圏域の中で事業所を整備。
(自宅の近くの住み慣れた地域で利用)
- 少人数単位の介護を行う小規模の事業所
- 加賀市が指定し、加賀市民以外は利用できない。



ケアの実態

第2期介護保険事業計画の重点目標として、「サービスの質の向上」、「認知症対策の推進」を掲げていながら、有効な施策を行っていない。

センター方式のモデル事業への参加（平成16年度）

- ⇒参加したケア担当者が、新しい認知症ケアの担い手となることを期待。
- ・事業の成果を今後の認知症施策につなげていく

認知症対策を取り組むうえで

ビジョンの明確化と方針を示す

- 行政がビジョンとそれに伴う方針を正式に打ち出すこと
- 全ての事業や企画が同じ方向に向うように連動して考える。

基盤づくり⇒ビジョンの浸透から

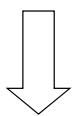
- システムづくりの前に、まず人づくり。人材育成が大切に！
 - ・ケースだけの目の前のケアに追われていると気づけない。
 - ・方向性を共有できるメンバーを増やす。
- 地域の理解は時間がかかることを前提に。
 - ・取り組みについては、継続していくことを重視。

地域密着型サービスの計画的整備① (サテライト型特別養護老人ホーム)

- 100 多床室特養
- 100 個室ユニットケア特養

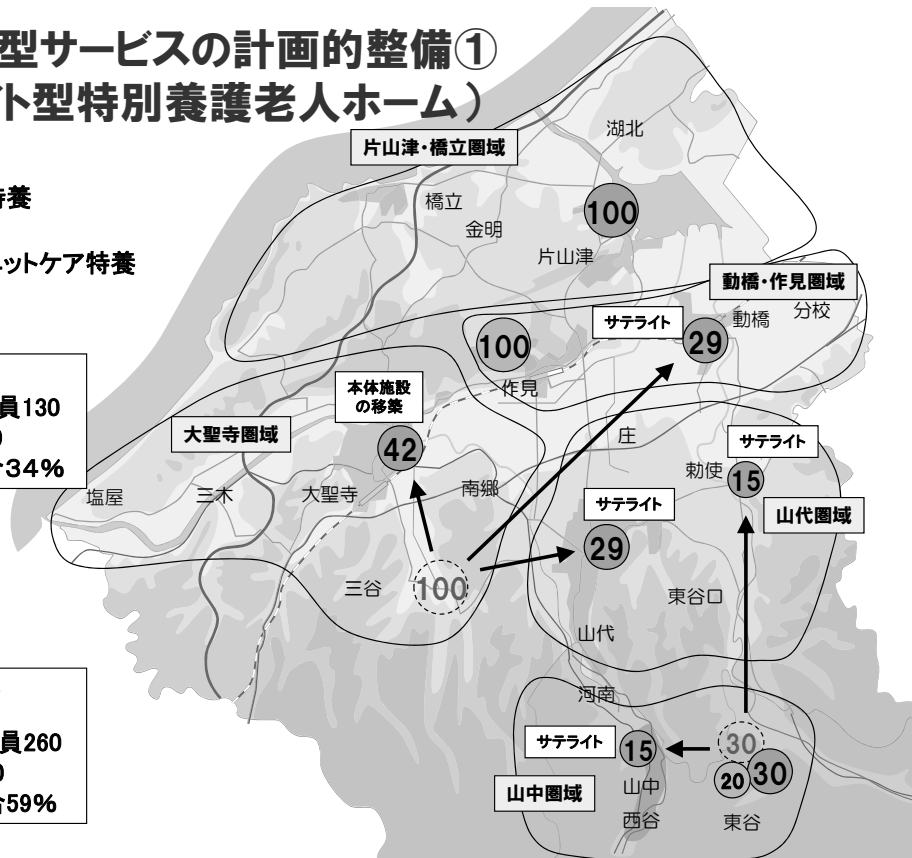
平成18年4月

特養総定員380
 個室ユニット定員130
 多床室定員250
 個室ユニット割合34%



平成25年度

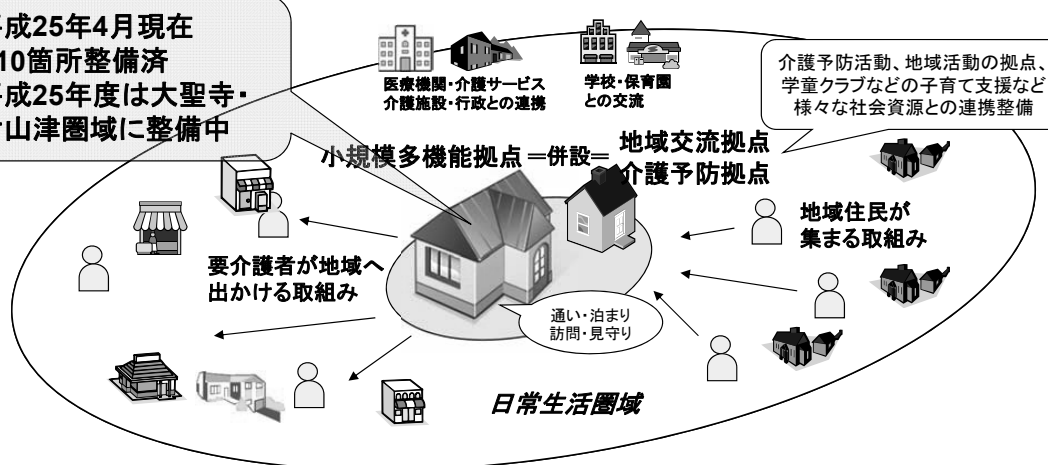
特養総定員440
 個室ユニット定員260
 多床室定員180
 個室ユニット割合59%



地域密着型サービスの計画的整備② 小規模多機能ホーム・地域交流拠点(介護予防拠点)

- 生活圏域の中で事業所を整備。(自宅の近くの住み慣れた地域で利用)
- 小規模多機能ホームと地域交流拠点(介護予防拠点)を併設整備
- 要介護者のみが集まる場でなく、共生型の様々な地域住民が集う場へ

平成25年4月現在
 10箇所整備済
 平成25年度は大聖寺・
 片山津圏域に整備中



加賀市介護サービス基盤の整備及び運営指針

これまでの生活の継続

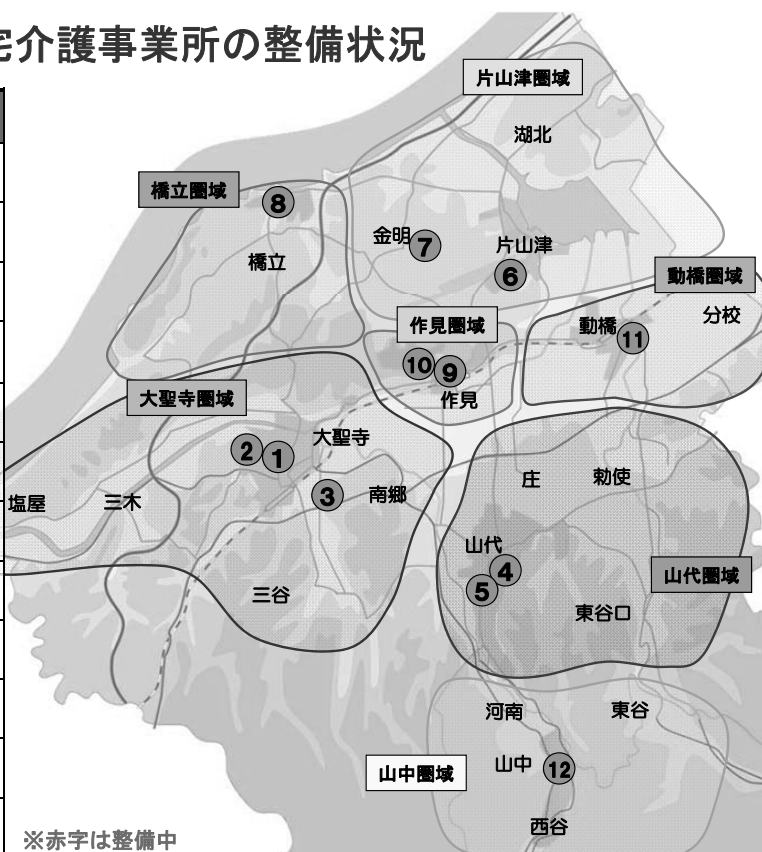
高齢者が要介護状態になっても、「なじみの人や場所、ものや家族との関係が途切れずに暮らす」ための支援を行うものでなければならない。

事業所も地域の資源として

- ・要介護高齢者のみが集まる場所でなく、地域住民、子どもなど、様々な人達が集い、ふれあう場所へ。
- ・地域の課題に対して事業所として地域とともに取り組む。

小規模多機能型居宅介護事業所の整備状況

圏域	事業所名
大聖寺	① 小規模多機能ホームきょうまち
	② 大聖寺 なでこの家
	③ 小規模多機能ホーム なんごうえがお
山代	④ ニーズ対応型小規模多機能ホーム ききょうが丘
	⑤ 山代すみれの家
片山津	⑥ 小規模多機能ホームいらっせ湖城
	⑦ 小規模多機能ホーム きんめい
橋立	⑧ 小規模多機能ホーム はしたて
作見	⑨ 小規模多機能ハウス さくみ
	⑩ 小規模多機能ホームいらっせ松が丘
動橋	⑪ 動橋ひまわりの家
山中	⑫ 富士見通りお茶の間さろん



行政が地域づくりを進めるためのパートナー選び

事業者が地域住民の一員となること

地域密着型サービス整備で実施したこと

- 地域住民への事前説明会
- 地域住民が出入りしやすい設計
- 学童クラブや地域交流スペースなどの併設
- 既存の社会資源や地域のしきたりを大事に
- 備品購入などは、できる限り地元商店で
- 町内会への加入と行事への参加
- 清掃業務など地元住民を雇用
- 開設前から運営推進会議を開催

地域に認知症対応サービスを整備すること

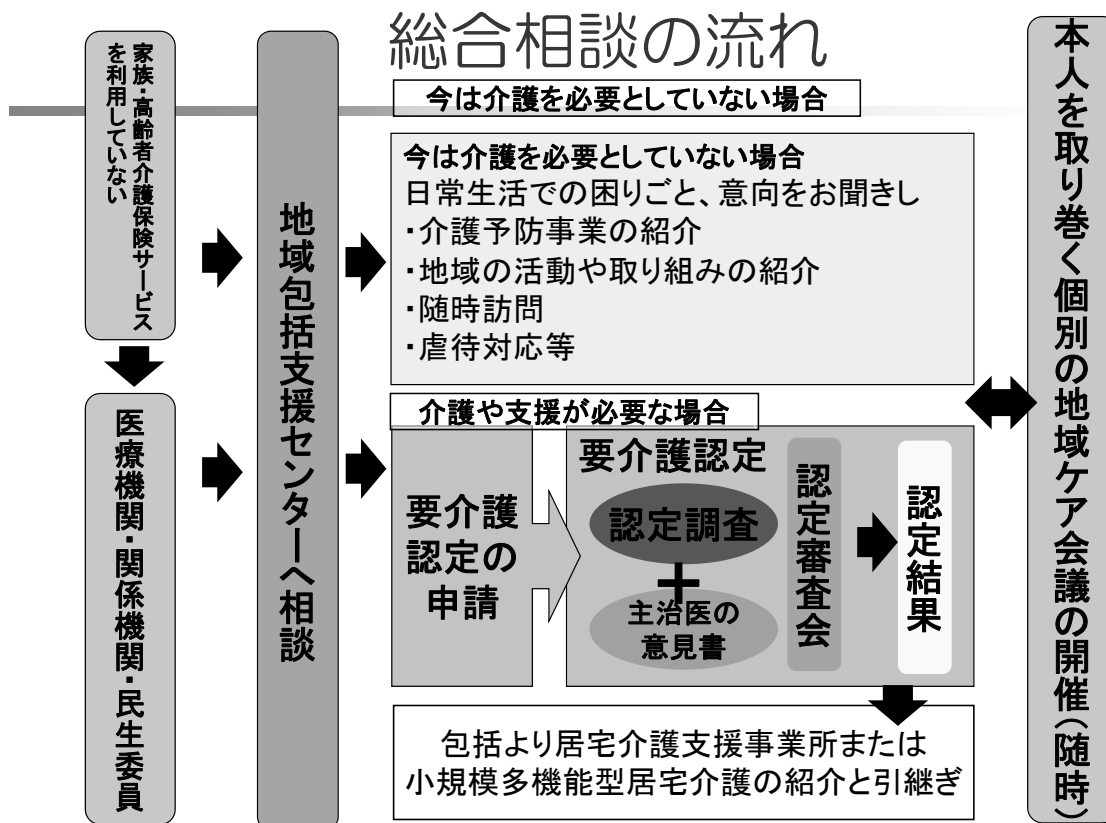
- 最初から地域住民の理解は得られない。
- 認知症の人が地域に出て行かない限り、住民は認知症の人と出会えない。また理解できない。
- 事業所が整備されることで、地域住民にはどんなメリットがあるか？
- 地域住民の協力や参画を求める前に「事業所と認知症の人が地域の人に対してできること」を示さないと、地域の方は支えてくれない。
- 事業所に併設した住民との交流施設(縁がわ)整備は非常に有効

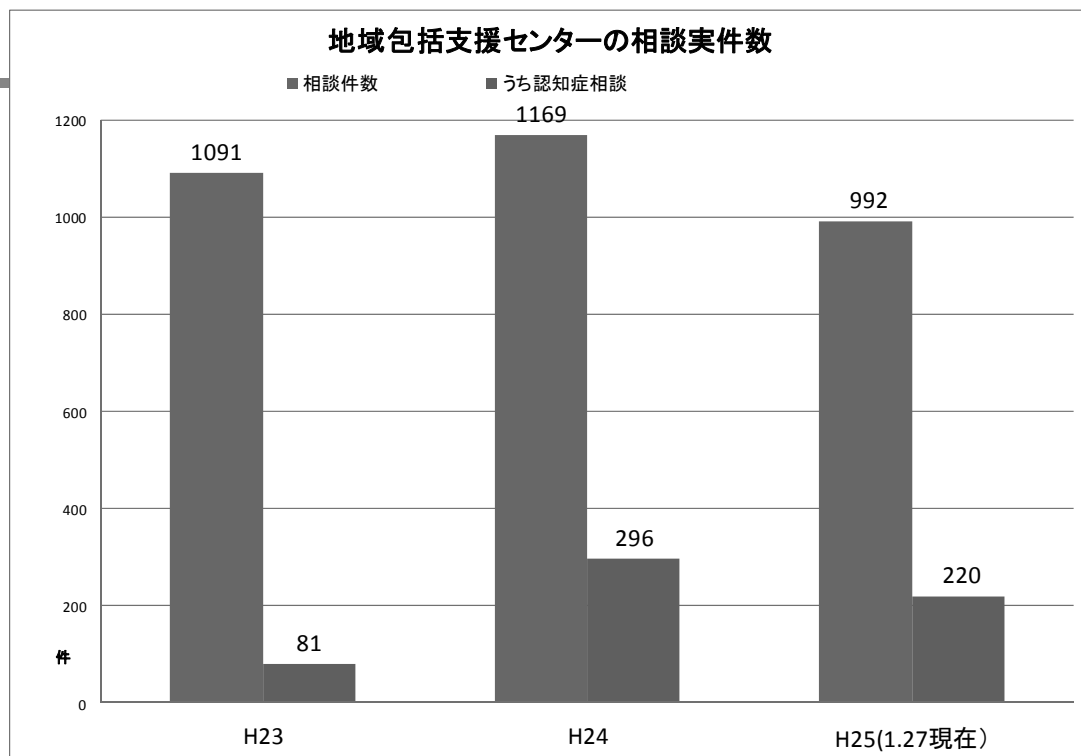
加賀市の地域包括支援センターの体制

チーム	コミュニティチーム	介護予防支援チーム
内容	相談及び事業中心 ・初期相談 ・高齢者虐待支援と養護者支援 ・介護予防事業 ・権利擁護事業 ・認知症対策 ・介護保険事業所支援 など (研修・連絡会)	個別の継続的なケースワーク中心 ・要支援者のマネジメント ・二次予防事業対象者マネジメント ・介護予防給付請求業務
人数	10名	6名
	管理者・事務 4名	

H25年度 臨時職員含む

※上記の業務を踏まえ、高齢者の生活を支える総合機関として、高齢者に必要な施策や地域づくりについて考え、市民と支えていく体制を構築





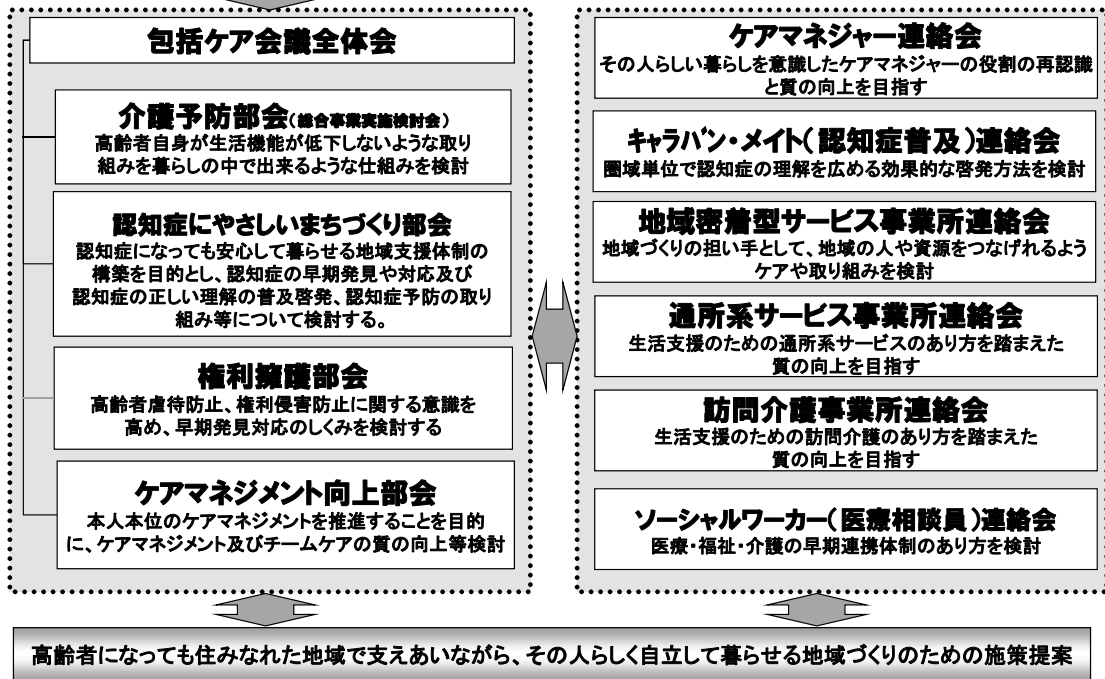
総合相談からのニーズ把握

- 個別のケース支援をとおして・・・
- 暮らしを知る(今までの生活習慣や家族との関係性、地域社会との関係性など)
- 地域の特性を知る

- 今、その地域で何が必要かを考える
- 地域にあるネットワークの現状を把握する
- 施策としてどのような仕組みが必要か
- 各種連絡会や会議で現状の共有から・・・

平成25年度地域包括ケアに向けた各種会議・連絡会

地域の中の機関及び団体：民生委員、警察、小学校、企業、おたっしやサークル、保健推進員、..



暮らしの継続を考えると、ケアだけでは、その人の生活は継続できない！

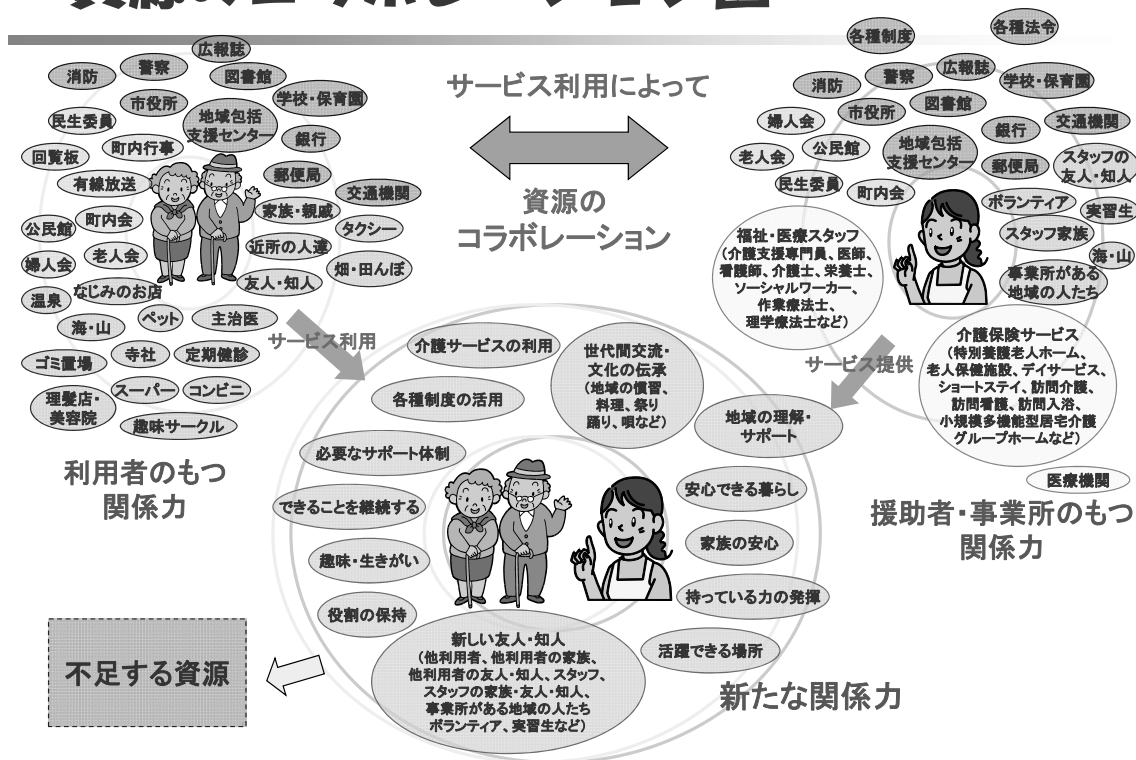
○本人は、本人の様々な社会資源を活用し、生活している。

○その社会資源は地域の中にある。

○その人の社会資源(人や物、関係性)をとぎらせないために地域との関係は欠かせない。

本人ののぞむ暮らしの継続へ

資源のコラボレーション図



関係機関との協働

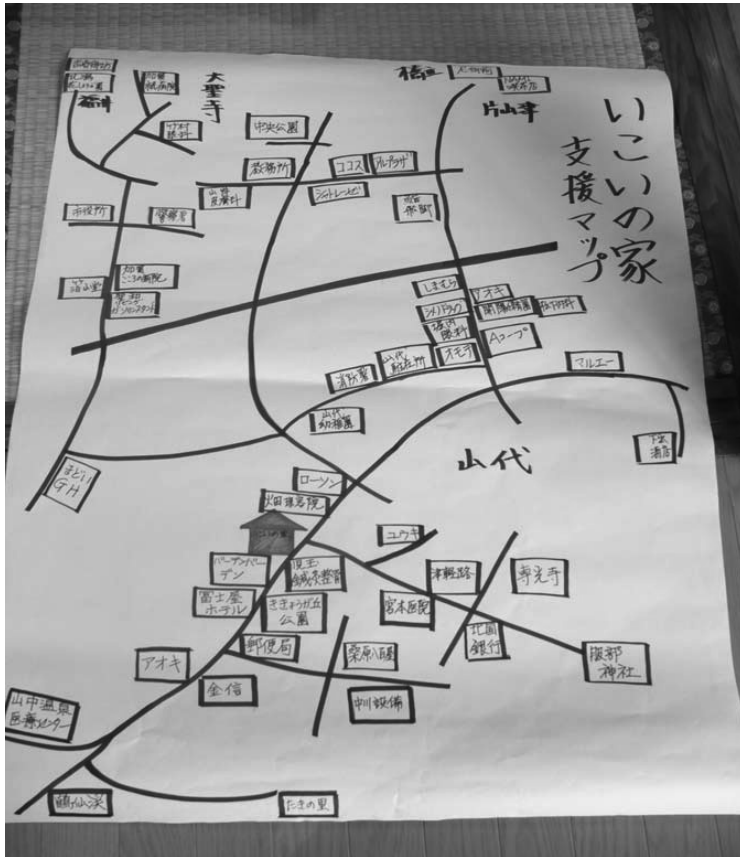
認知症になっても安心して暮らせるまちづくりに向けて

地域密着型サービス事業所連絡会において...

- ・認知症になっても安心して暮らせるまちづくりとは？
- ・各種連絡会から、事業所が自分たちの地域を意識した支援が出来ているか？
- ・自分たちの事業所の周辺や利用者の自宅の地域資源を知っているか？



地域の中にある認知症の人を支えている人や場所の地図を作成



○社会資源マップの作成

- ・認知症の人が、日常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。

キャラバン・メイトの活動



地域ごとに事業所が集まって
メイト活動について話し合い

各圏域30名程度で161名(H25.12月現在)で活動中。

- ・各圏域の活動がわかるように年間3回のキャラバン・メイト連絡会・勉強会の開催
- ・広報誌の発刊(年2回)
- ・圏域の特性に応じた活動を展開
例)・劇団の立ち上げ
・小・中学校の総合学習として
・地域のイベントでの認知症の啓発
うちわやポケットティッシュ配布



金明小学校

加賀市社会福祉協議会主催の「やさしいまちづくり教室」に高齢者のテーマを。

障害から高齢者の理解を深める出前講座
・聴覚(手話)、視覚(盲導犬・点字)、肢体不自由(車椅子)、H22より高齢者のテーマも追加となる。



片山津小学校

【内容】

- ・高齢者の特徴(講義)
- ・疑似体験
- ・車椅子体験
- ・認知症の理解

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

事業所による地域住民等への取り組み

○地域密着型サービス事業者にキャラバン・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



地域の身近な相談窓口(平成25年現在)

介護なんでも110番窓口

(指定介護サービス事業所)

- 特別養護老人ホーム
- 介護老人保健施設
- ケアハウス
- 小規模多機能ホーム
- 認知症高齢者グループホーム
- その他居宅サービス

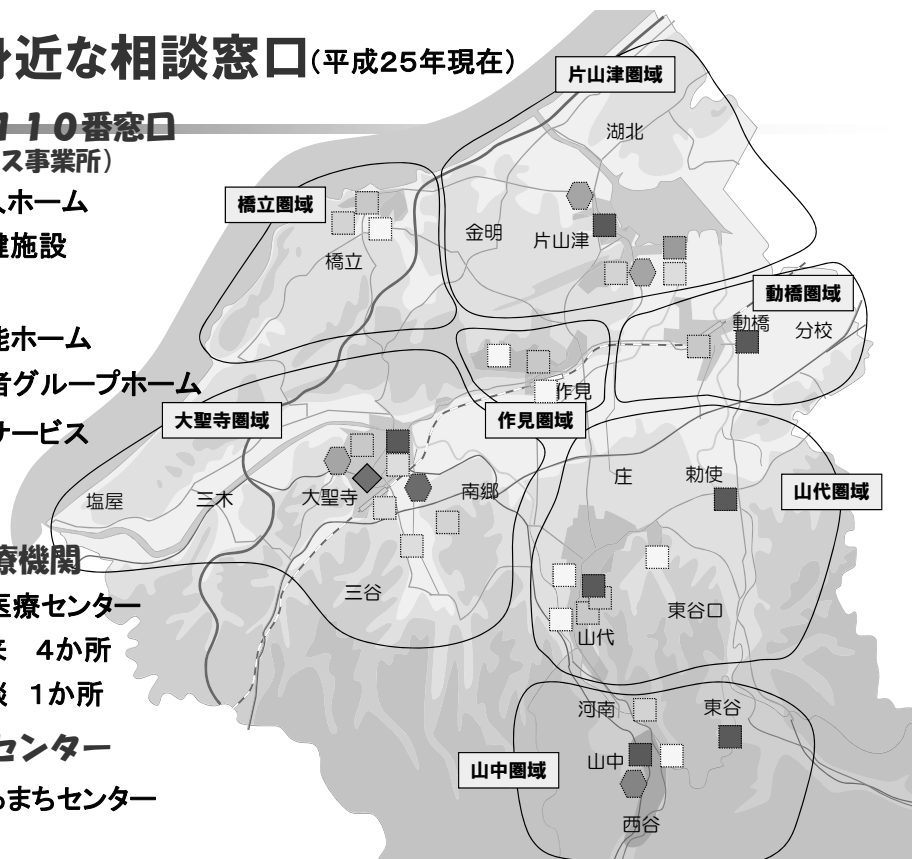
29か所

認知症対応医療機関

- 認知症疾患医療センター
- もの忘れ外来 4か所
- もの忘れ相談 1か所

地域包括支援センター

- ◆ 高齢者こころまちセンター



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(医療政策担当、地域包括支援センター)参画
- 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

人材育成について

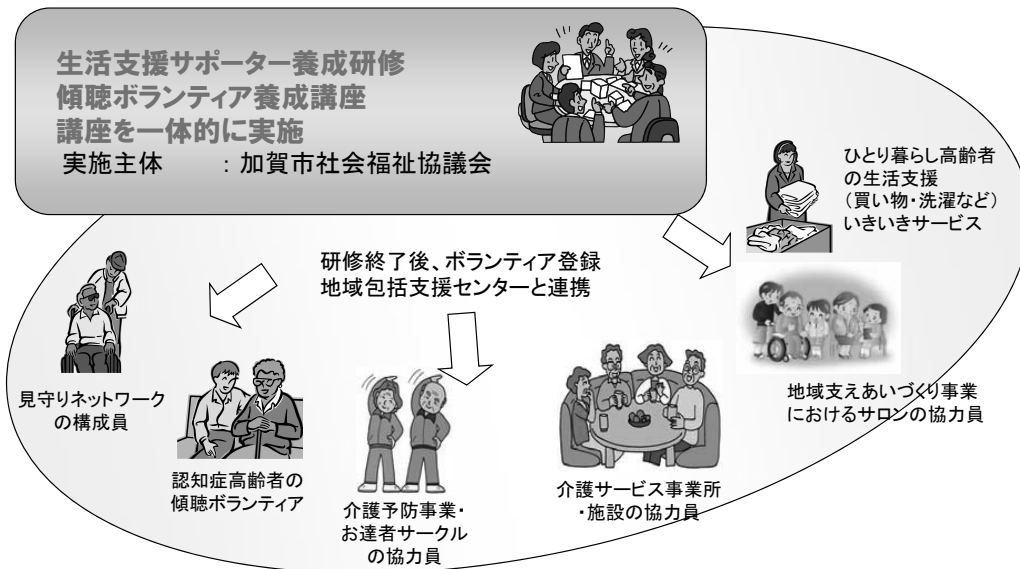
○事業所にむけた研修

- ①認知症の人のためのケアマネジメント(センター方式)推進研修の継続
- ②各種研修会の開催
 - ・認知症実践研修・実践者研修開催
 - ※ 認知症介護実践者研修は、地域密着型事業所の管理者などに必須の研修。石川県は年3回開催。密着事業所の職員を優先受講するが、定員超で密着事業所従事者でも受講不可能なことも多い。
 - ・入所系施設従事者対象の研修会開催
 - ・面接技術研修の開催(基礎編・実践編)
 - ・虐待防止研修会(障害サービス事業者と合同)
 - ・介護保険事業所対象の研修会(かかわり・リスクマネジメントについて)

○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。



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？
- 個の支援をとおして、資源をその人の暮らしにつなげ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・・・

住みなれた地域で 自分らしく暮らしたい

誰もがそう願うように、高齢になっても認知症になっても思いは同じです。それを実現するためには、介護保険などの公的サービスの他に、地域の人たちのちょっとした見守りや支えが大切です。地域全体で高齢者を支える「地域包括ケア体制」を一緒に作っていきましょう。



高齢者お達者プラン概要版

參考資料

参考資料1

情報共有ツールの項目整理

		KN式認知症ケアパス情報共有シート	つながりノート	あんしん手帳	私のアルバム -やがてのために	マイケアプランの玉手箱
		京都式認知症ケアを考えるつどい実行委員会 京と大学医学部付属病院老年内科 武知一医師	大阪大学大学院医学系研究科 数井裕光医師	南魚沼市立ゆきぐに大和病院認知症疾患医療センター	霧島市「私のアルバム」作成委員会	全国マイケアプラン・ネットワーク
基本情報	氏名	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	性別	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	生年月日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	住所・電話	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	婚歴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	緊急連絡先	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	その他			同意書	各種保険・手帳情報 情報提供機関	
身体情報	過去の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	治療中の病気	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	服薬内容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	身体所見	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	検査所見	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	要介護認定 ADL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	食事、歩行、着替え、トイレ、入浴、洗濯等			食事、トイレ、便・尿、眠り、風呂等		
IADL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	調理、買い物、銀行、公共機関、テレビ、新聞等	該当項目にチェック方式				
身長・体重・血圧等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	身体所見、方麻痺、パーキンソンズム、失語、視空間認識障害、難聴、視力障害					
その他	頭部画像検査(CT-MRI等)、認知機能検査(HDS-R、MMSE)				アレルギー	医療や薬に対する姿勢、希望する治療方針
認知症の情報	認知症の原因疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	認知機能	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		FASTステージ	最近の出来事・判断力・意志・伝達力・食事介助		病状記述	
	行動心理症状	幻視・幻聴、妄想、昼夜逆転、不眠、興奮、暴言、暴力、介護への抵抗、火の不始末、不潔行為、異食行動、性的問題行動、抑うつ、不安、その他	幻視・幻聴、妄想、昼夜逆転、不眠、興奮、暴言、暴力、介護への抵抗、火の不始末、不潔行為、異食行動、性的問題行動、抑うつ、不安、その他	幻視・幻聴、妄想、昼夜逆転、不眠、興奮、暴言、暴力、介護への抵抗、火の不始末、不潔行為、異食行動、性的問題行動、抑うつ、不安、その他		
その他		服薬状況、転倒、嚥下、介護疲れ、家計の状況				
医療機関情報	かかりつけ医	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	認知症専門医	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	その他の医療機関	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	訪問看護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	受診記録	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	薬局	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
家庭環境	キーパーソン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	同居家族	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	家族関係図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	同居以外の家族	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	家族情報	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	経済的状況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	家屋・住居周辺情報	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	家族に関する特記事項、家族に対して必要な支援	親しい親族	家族などの相談したいこと			
介護保険サービス	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護事業者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	介護サービス利用 福祉機器の利用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他	成年後見制度 特記事項・変更					
生活歴	出身地	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	人生史・生活歴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	交友関係	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	仕事関係	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	幼少期	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	学生時代	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
自分について	趣味・好み	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	性格	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	呼ばれ方	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	日中の過ごし方・生活リズム	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	暮らしの出来事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	家庭・社会での役割	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	地域住民・インフォーマルサービス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				自慢できること、以前からやり続けていること、頑張っていること、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、困っていること、苦手なこと、心配なこと、お話ししたり接したりする上でのコツ(こんなことを聞くと喜ばれるなど)	別紙	
意志確認	望み	現在の望み 将来、どのような介護を受けたいか 将来、どのようなところに住みたいか 将来、どのような医療を受けたいか		もし、わたしが病気になること(希望すること) もし、わたしが意思を伝えられない状況でいたら〇〇に相談してください もし、わたしが食べられない状況になったときの希望	支援して欲しいこと 周囲の人にして欲しくない事 その他 知らせたい事(つぶやき)	別紙
	好きなこと		好きな食べ物・飲み物 嫌いな食べ物・飲み物 好きなテレビ番組 好きな歌、歌手 好きな匂い 好きな場所 お話ししたり接したりするうえでのコツ	好きなこと 楽しみなこと 興味なこと 得意なこと 欠かさないでいること 日課など	大好きな人 頼りになる人 好きな場所 好きな食べ物 テレビ、タレント 新聞雑誌 好きな食べ物・飲み物 好きなテレビ番組 好きな音楽、歌、歌手 好きな匂い 好きな場所	別紙

認知症の当事者発信に関する これまでの動き

参考資料 2

■ 歴史①

できごと	
1993 10月	日本では『私が壊れる瞬間(とき)』というタイトルで出版
1996	デイケア小山のおうち(島根県出雲市)に通う84歳の認知症の女性が、同市で開かれたシンポジウム「痴呆老人を支え、痴呆老人と共に生きる」で発表。自分で書いた手記を読み上げる。
1997	クリスティーン・ボーデン 『WHO WILL I BE WHEN I DIE?』 オーストラリア
2001	アメリカ モンタナ州に11人の認知症当事者が集まりDASNI発足 (Dementia Advocacy and Support Network International: 国際認知症啓発支援ネットワーク)
2003 10月	クリスティーン・ブライデン 『WHO WILL I BE WHEN I DIE?』和訳 『私は誰になっていくの?』('03.10)
11月	クリスティーン・ブライデン氏来日 岡山、松江で講演

『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

認知症の当事者発信

■ 歴史②

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	厚労省「認知症を知り地域をつくる10ヵ年構想」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

『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

認知症の当事者発信

■ 歴史③

できごと

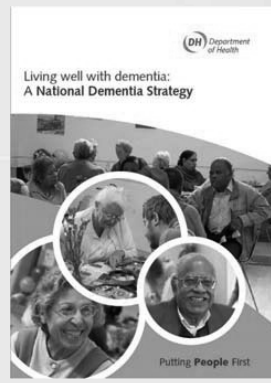
2006	「本人会議」開催 京都に7人の当事者が集まり 「本人会議アピール」発表
2007 2月	●若年期認知症サミット(広島)開催 「若年期認知症サミットアピール」発表 ●元大分市役所職員 足立昭一氏 講演活動開始 ●中村成信氏 茅ヶ崎の勉強会で若年認知症の体験を語る ●クリスティーン・ブライデン氏再来日 札幌で講演 講演会場で東京大学医学部の元教授岩井晋氏がカミングアウト。
2009 5月	足立昭一氏、佐藤雅彦氏、中村成信氏ほか数人 厚生労働省で開かれた「若年性認知症対策 意見交換会」に参加
2010 12月	「認知症の本人の意見による生きがいづくりに関する調査研究会」(厚生労働省老人保健増進等事業)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	G8認知症サミットに認知症の本人が出席、発言(イギリス)

2月 イングランド 認知症国家戦略
(Living well with dementia:
A National Dementia Strategy)

『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

国際的な動き①-1

■ 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」



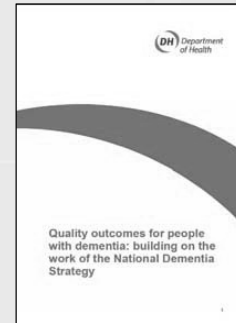
- 2014年までの5年間で認知症ケア改善に取り組む集中改革期間と定め、包括的な政策方針(17の目標)を打ち出した(その後1項目追加)
- 2014年までに認知症の人がどれだけそれらを実感できるかで達成度を計る

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

国際的な動き①-2

- 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学総合研究所 より

国際的な動き①-3

認知症国家戦略に関する国際政策シンポジウム

2013.1.19 主催：公益財団法人東京都医学総合研究所

イギリス、フランス、オーストラリア、デンマーク、オランダ、日本が参加
事務局：心の健康プロジェクト 事務局長：主席研究員 西田淳志

報告 都医科研NEWS より 「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。

国際的な動き ②-1

■ G8認知症サミット 2013年12月11日 ロンドン

□ G8認知症サミット宣言

G8 DEMENTIA SUMMIT DECLARATION

12項目中9番目

9. Call upon the UN Independent Expert on the enjoyment of all human rights by older persons to integrate the perspective of older people affected by dementia into their work;

9. 高齢者による人権の享受に関する国連の独立専門家（UN Independent Expert）に対し、認知症を患う高齢者の視点を、その取組に組み入れるよう要請する。

2013年12月11日、G8の保健大臣と科学大臣（Health and Science Minister）は、ここに合意する。
（英国、カナダ、フランス、ドイツ、イタリア、日本、ロシア、アメリカ）

国際的な動き ②-2

■ G8認知症サミット 2013年12月11日 ロンドン

□ G8認知症サミット共同声明

G8 DEMENTIA SUMMIT COMMUNIQUE

29項目中24番目

24. Appropriate autonomy and self-determination, including substitute or supported decision making, for people with dementia must be protected and strengthened. Therefore national and local policies should be in place to ensure appropriate autonomy and self-determination are recognised and protected.

24.代理又は支援意思決定を含む、認知症の人々の適切な自主性と自己決定権を保護し、強化する必要がある。そのためには、適切な自主性と自己決定権が確実に認められ、保護されるために、国及び地域の政策を整備すべきである。

国際的な動き ②-3

■ G8認知症サミット 2013年12月11日 ロンドン

□ G8認知症サミット共同声明

G8 DEMENTIA SUMMIT COMMUNIQUE

29項目中27番目

27. Addressing stigma and ensuring that people with dementia are treated with dignity and respect are critical. We therefore commend the creation of the UN Independent Expert on the enjoyment of all human rights by older persons and we ask that the perspective of older people affected by dementia is integrated into their work.

27.スティグマに取り組み、認知症の人々が威厳と尊敬をもって扱われることを確実にすることは極めて重要である。そのため、高齢者による人権の享受に関する国連の独立専門家（UN Independent Expert）の設置を称賛し、認知症を患う高齢者の視点を、その取組に組み入れるよう要請する。

2013年12月11日、G8の保健大臣と科学大臣（Health and Science Minister）は、ここに合意する。（英国、カナダ、フランス、ドイツ、イタリア、日本、ロシア、アメリカ）

日本国内での動き ①

■ 第一回 京都式認知症ケアを考える集い 2012.2月

① 京都の認知症ケアの現状を正確に描き出し

② 「認知症を生きる彼・彼女からみた地域包括ケア」を考える

🔄の調査・分析あたって、「デルファイ法」を採用（提案者：武地一氏）

9つの調査項目の9番目

9. 認知症を生きる彼・彼女の思い

彼・彼女の希望は何か、見たされていないニーズは何か
（※これが、5年後の成果指標の基盤となった）

🔄2012京都文書 採択

「認知症を生きる彼・彼女からみた地域包括ケア」を言語化

日本国内での動き②-1

■ 京都認知症総合対策推進計画 京都式オレンジプラン

＝「認知症を生きる人からみたオレンジプラン」
認知症5カ年計画 平成25年度～29年度



- 第二回 京都式認知症ケアを考える集い（2013.2月）開催を経て骨格ができあがる
- オレンジプラン実施に先立ち
京都地域包括ケア推進機構 12のアウトカムを作成（現在は10に集約）
 - 英国認知症国家戦略にならって、認知症を持つ「私」が認知症ケアの成果（アウトカム）を語る形式
 - 京都式オレンジプラン巻頭 アイメッセージとしてオレンジロードに位置付けた

日本国内での動き②-2

■ 京都式オレンジプラン 認知症5カ年計画 平成25年度～29年度 巻頭 認知症の人とその家族が望む 10のアイメッセージ

（2018年3月に認知症の本人が評価する指標）



日本国内での動き②-3

■ 京都式オレンジプラン 認知症5カ年計画 平成25年度～29年度

巻頭 認知症の人とその家族が望む 10のアイメッセージ

(2018年3月に認知症の本人が評価するアウトカム)

1. 私は、周囲のすべての人が、認知症について正しく理解してくれているので、人権や個性に十分な配慮がなされ、できることは見守られ、できないことは支えられて、活動的にすごしている。
2. 私は、症状が軽いうちに診断を受け、この病気を理解し、適切な支援を受けて、将来について考え決めることができ、心安らかにすごしている。
3. 私は、体調を崩した時にはすぐに治療を受けることができ、具合の悪い時を除いて住み慣れた場所で終始切れ目のない医療と介護を受けて、すこやかにすごしている。
4. 私は、地域の一員として社会参加し、能力の範囲で社会に貢献し、生きがいをもってすごしている。
5. 私は、趣味やレクリエーションなどしたいことをかなえられ、人生を楽しんでいます。

日本国内での動き②-4

■ 京都式オレンジプラン 認知症5カ年計画 平成25年度～29年度

巻頭 認知症の人とその家族が望む 10のアイメッセージ

(2018年3月に認知症の本人が評価するアウトカム)

6. 私は、私を支えてくれている家族の生活と人生にも十分な配慮がされているので、気兼ねせずすごしている。
7. 私は、自らの思いを言葉でうまく言い表せない場合があることを理解され、人生の終末に至るまで意思や好みを尊重されてすごしている。
8. 私は、京都のどの地域に住んでいても、適切な情報が得られ、身近になんでも相談できる人がいて、安心できる居場所をもってすごしている。
9. 私は、若年性の認知症であっても、私に合ったサービスがあるので、意欲をもって参加し、すごしている。
10. 私は、私や家族の願いである認知症を治す様々な研究がされているので、期待をもってすごしている。

認知症と生きる人から
多くの、認知症と生きる人たちへのメッセージ
「認知症と生きる人のための読本」

資料 3-1 インタビューの記録より

資料 3-2 インタビュー実施の背景 (依頼者への説明に使用)

資料 3-3 協力依頼書

資料 3-4 同意書書式

(協力者) 川嶋乃里子医師 かわしま神経内科クリニック(神奈川県藤沢市)

(インタビュー) 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

参考資料 3-1 インタビュー記録

<p>S.N.さん</p> <p>認知症ということを公言する、宣言する。 デメリットもあるけど、メリットの方が何倍も大きいと私は思う。 最初の階段を一步のぼる勇氣。 一步ふみ出せれば、次へ歩いて行ける。 周りの人も、いろいろな生きづらさへの理解があるとか 社会の理解が出てくれば、言いやすくなっていくでしょう。</p> <p>病気を告白して、それで地域の中に溶け込んで… 100人が100人理解しなくても、100人のうち、5人でも10人でも 手助けしてくれる人が出てくれば、ものすごく楽になる。 味方、協力してくれる人は必ずいる。</p> <p>地域の力、人の力が必要なんだよね。 制度があってもなくても「一緒に楽しめる人とつながる」ことが 自分の生活を楽しむことに、つながる。 「ただ、行ってくれる」「つきそい」っていうのは お互いに苦痛じゃない？ そうされてる自分も楽しめないし 気を遣うのは、お互いにマイナスだから。</p> <p>2</p>	<p style="text-align: right;">S.N.さん</p> <p>私は昔からチャレンジする方だったけど そうじゃない人だって、何か必ずあるんじゃないかな。 外に出る。青空があって・・・ お日さまにあたるのは身体にも心にもいいよ。 もちろん家の中だっていい。自分の好きなことなら。</p> <p>「試してみようかな」っていうパーツが入っている引き出しを たくさん引き出してみるのも、一手じゃないかな。 そこから暮らしを楽しむこと、 自分が「生きてる」って思える時間が増えることも あるんじゃないかな。 ただね、気乗りしないことは、頑張ってる必要ないと思う。 ストレスばかり、たまっちゃうからね。 よくある話で「絵を描くといい」とか「歌を歌うといい」とかあるけど そもそも自分が楽しめなきゃ意味がないじゃない。 それは人それぞれなんだから、押し付けられるのは嫌だし 何をしたいか、したくないかをはっきり伝えられたらと思う。</p> <p>集中力とか気力がなくなるのを感じるけど、 好きなことなら楽しいし、続けられるんだよね。</p> <p style="text-align: right;">3</p>
<p>「何かをやりたい」「買いたい」っていうことがあっても 「あと何年出来るか分からないな」と思うと躊躇していた。 でも、実際にやったり買ったりしてみて、本当に出来ないなら その時に処分の方法を考えればいいのかなんて思う。 今、少しでもその気があるのなら、まずやってみて その時間を大切にしてみたら？ 「出来ないかも、しれないから」と、やめとくんじゃなくて 今やりたいことを、やって・・・挑戦してみたって、いいじゃない？ あと何年出来るか分からないから、なんて考えるのはやめよう。</p> <p>まだ仕事してる人なんかは 職場でちゃんと話すことで、理解が得られることもある。 すぐに「やめる」という選択をするのではなく 可能性を探すことも必要。</p> <p>4</p>	<p style="text-align: right;">S.N.さん</p> <p>人の命、何がおこるか分からない。 この病気のことに縛られないで、 もし進行して出来なくなったらその時はその時。 今ある可能性を潰さないで。</p> <p>前向きな気持ちが生じると、病気との付き合い方も違う。 先のことを悪いふうを考えるよりは いい方向に考えてチャレンジすべき。 夢中になれるもの、生きがいというのは 病気になった、ならぬに関わらず大切でしょ。 認知症になっても・・・認知症になれば余計に必要でしょう。</p> <p>認知症のせいで、出来なくなる部分は確かにあって そこは悔しい。 出来ることまで周囲の人から手を出されると 「余計なことするな」ってなっちゃう。 そういう見極めは難しいけど、 人間関係の中で、しょっちゅう会ってないと 分からないことってたくさんある。</p> <p style="text-align: right;">5</p>

SN.さん

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、ということを声に出していく。
当事者でないと分からないことはたくさんあるから。

今、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。

支える、世話するっていうんじゃなくて
何かあった時には、助けてくれる存在。
自分も、誰かを助けることができる。
地域の中で、普通に暮らすってこと。
困ったときだけ、お互いに助け合う。

6

何ていうか・・・
「承知した上での」普通のつきあいていうか。
(認知症がある人を)避けて通る人もいる。
私も、嫌な思いをしたこともありますよ。
そういうことは気になるけど、その他大勢は理解してくれる。

公表というのはひとつの手段。
自分の場合は「前を向こう」という、ふんざりになった。
認知症は恥ずかしいことじゃない。
自分の中で恥じてさえいなければ、前を向ける。
自分はこうして生きていくしかない。

7

M.S.さん

「認知症になってもあきらめず、人生を楽しもう」と言いたい。
自分の好きなこと、楽しめることを諦める必要はない。

自分が楽しむために「ただ助けてもらう」というのではなくて
一緒に楽しめる人が必要なんだよね。
一緒に楽しめるってところが、本当の意味で
人生を楽しむことに繋がるんじゃないかな。
自分が認知症だということとか
苦手になったことを隠さずにいられて
必要な時に必要な手助けがあれば
豊かな人生を送ることができる、っていうことなんだよね。

昔からの友人でもいいし、新しい友人をつくることも出来る。
認知症とか障害に理解のある人は、必ず身近にいるはず。
でも、自分から動かなければ、そういう人に出会えない。
引きこもってたら、出会いはないんだよね。

8

M.S.さん

人と繋がる。
嫌な思いすることもあるけど、助かることもたくさんある。
一刻も早く支援者を見つけて！ということかな。
何でも話せる、ちょっとしたことも話せる人。
仲間と繋がること。
情報はこまめに集める。
その中から、自分に役立つと思えることを選別することも大切。

定期的に、自分の様子を友人たちに伝えること。
日々変わっていくから、現況を伝えておくこと。
約束するときには
体調によりキャンセルすることもあることを伝えること。

自分にとって楽しいことを再確認すること。
たとえば私だったら
美しいものを見ること。季節の花を愛すること。
植物園とかに行くには、一緒に行く人が必要になる。
人生を楽しむためには、手助けは必要。
「自分一人で頑張らない」で、人の力を借りる。
そうやって、楽しむことができるのなら…。

9

「トラブルが起こること」「忘れること」を前提に行動することが必要になる。
思うようにいかなくても仕方ない。

何かの時に連絡できる友人を、何人か持つておくこと。
何かあっても動揺しないように。
暗い方、凹む方に考えないこと。
私自身、もともとは
「できなくなった」ことに目を向けてばかりいたけど、
今は「こんなに楽しめる」ことに目を向けている。

自分の得意分野の技術を磨く、駆使することを考えてみる。
たとえば記録することについて。
字が書けなくなったら終り、ではなく
キーボードに慣れていればパソコンを使う。
ボイスレコーダーや
スマホなどの録音機能を使うなどの可能性がある。
ひとつのことに、こだわらず
いろいろな補助技術を習得しておくことは、
認知症と診断される前からも可能だし
診断後だって十分に可能。

10

M.S.さん

まずはやってみよう。
はじめから「できない」と決めつけしないで。
でも、ストレスになると感じたら
無理しないで、やめる勇気を持ちましょう。

自分の場合、記録することで不安が少なくなる。
午前、午後それぞれ何をしたかを簡単に記録する。
「自分が、何をやったのかな」ということが分からないことは、
とても不安になる。

将来を悲観しないで。
なるようにしかならないことだから。
生きたくても、生きられないことがある。
生きられない人がいる。
「生きている」ことを感じて。
認知症だけでなく、
ほかの障がいがある人や闘病している人、
生きづらさを抱えた人の経験を知ることも励みになる。
「自分が、いま、在る」ことに感謝する、ということに気づくこと。
人に言われても、なかなかそうは思えないことだから、
自分でそれに気づかなければ。

11

自分のことを、どんどん悲観して内側ばかり向いていくと
幸せに気づけなくなってしまう。

自分自身がこの病気を真正面に取り上げること。
そして、そこから目を背けるのではなく、
病気、障がいとともに希望もある、ということ
自分自身で感じてほしい。

何か調子が悪いと感じたとき
認知症のせいじゃなくて、ほかの病気が潜んでいることもあるから
健康診断を受けましょう。
何でも認知症のせいにはしないで。
私も階段が苦手だと感じていて、
それは認知症のせいだと思い込んでいたけど、
たまたま眼科受診したら
片方の目だけ、視力が落ちていたことが分かった。

その日その日を、くいのないように、人生を送ってほしい。

12

M.S.さん

朝がこない、夜はありません。
どんな困難な時にも必ず、希望はあります。
「夜明け(希望)が、かならずくる」ことを信じましょう。



撮影 M.S.さん

13

M.N.さん

これ以上辛くならないように、生活スタイルを変えよう。
孤立しないように。前向きになれるように。

大なり小なり能力は衰えてくるものだから
どんなに自分に変化が起きても
自分に向き合わなくてはと思う。
マイナスからプラスには出来なくて、
プラスの部分を広げることができるから。

火のチェックや、鍵持った？と、ひとこと言ってくれば…
そういう、分かってくれている人がいれば、
日常のことで自信を無くしている人も
肩身狭い思いをしないのでは。

14

MN.さん

好きなことを楽しむこと。
スポーツジムで身体動かしたり、ヨガストレッチやったり
運動と、好きなことをやって、
自分の身体も気持ちも、錆びつかせないようにしてる。
苦手なことまでは、やらないけどね。

「プラス」思考ってことよ。
あ、もう1個買っちゃった…そういうことだって、あるでしょう。
そうしたら、また使えばいいことだから。
出かける時でも、カギを持ったか、suicaあるか、
ほかにもハンカチとかティッシュとか
玄関で確認のために、ものすごく時間がかかる。
だから、そういうことを何度繰り返しても
マイナスに思わないようにしていかないと
気が滅入っちゃうじゃない。

私ですら最初のうち、(診断について) 意外だと思ったのよ。
でも、「マイナスの部分はカバーしていけばいいんだから」と
夫が言ってくれたから
自分が、自分で、自分の対応を
考えてみるができるようになった。

15

動作が遅くなる。機転が利かなくなる。
身体・足の運びが悪くなる。記憶力が衰える。
要領悪くなる・・・。
そういうことは、どうしたってある。
自分で受け入れるしかない。
「今日はこんなことがあったけど・・・」
でも、窓を綺麗にしたからいいか！」と考えるのよ。
発想を変えるしかない。

工夫して乗り越える、というより
日常生活を馴染ませていく感じ。
大きな事故につながらないように、ということだけ注意してね。

「ひとつひとつを確実に片づけていく」というやり方を
自分で実践するの。
衰えたものは仕方ないから
カバーする知恵を見つけていくしかない。

忙しい毎日を生きてきたんだから、
これからは毎日をていねいに生きていこう。

16

MN.さん

大切なものだけを 身のまわりに置く。
「勿体ないから着る」のではなく
「着たいから着る」にしようと思って。
自分がいつも 新しい気持ちでいられる。
いいものを少し。それを楽しんでいる。

自分が生きているうちに、
今着たいものを着る、今楽しめるものを楽しむ。
気に入ったものを「日常で」使い、楽しみたい。
この先どうなるか分からないんだから
よそ行きとか言わないで、値段がはるものだからとかじゃなくて
「ふだん」と「よそ行き」を分けなくて
自分にとってよいもの、好きなものを着て、よい時間を過ごす。
贅沢ではなく、こだわりを持って過ごす。
毎日、何を着るか悩むことくらいには
気を遣ってもいいんじゃないかしら？
いつ、どこで倒れても、恥ずかしくないように。

17

あなた自身が、ゆったり ていねいに生きていく。
そうして、人がみんな、ていねいに生きていければ、
「早くしなさい」なんて声をかけずにすむでしょう。
ていねいに生きていると、人のことも見えてくるもの。
人のことが見えれば
困った時には助けられるし、声もかけられる。
社会のありようも変わるでしょう。

人の顔を見る、ということ。
ふと目が合ったときに、ニコッとするようなこと、あるじゃない。
人の顔を見る、人に対する関心を持つ、人の表情をみる…
そういう自然なコミュニケーションがある世の中に
なっていけば いいんじゃない？
もっと、人に関心を持って生きていっても、いいんじゃないかしら。
病気とか年齢に関係なくね。

お付き合いも大切だけど
ひとりの時間、自分と向き合う時間も大切。
自分のしたいことをしたい、
そういう時間を大切にしてほしい。
「ひとりである」ことが、全て寂しいことではないから。

18

MN.さん

しょっちゅう会わなくても
何かあった時に助け合える人との繋がりを
大切にしている。

人によって、ひとりで過ごしたいときもあるでしょう。
集団の中で我慢して過ごすのは辛いじゃない？
選択肢をたくさん持って…
ひとりで過ごす、外へ出る、みんなで過ごす。
そのひと自身の、あなた自身の時間を大切にしてほしい。

19

H.N.さん

睡眠時間が変、時間の感覚がないようなときがある。
24時間以上寝ていたと思ったら
たったの30分だったとか。
でも自分としては1日くらい。時間（の経過）が読めない。
時間が変に感じる時には、
牛乳とかお茶、ジュースなんかを飲んで気分転換する。

話せる先生（医師）を見つけれれば違うよね。
結構大事だよ。

普段の生活が一番大切だね。
何にも特別なことをしなくてもいい。
ぼーっとしてるように見えても、
自分にとっては何気ない暮らしが大切なものになってる。

20

H.N.さん

頭が痛いような、じんじんする感じがある。
疲れてくると、重心が変わってくる。
まっすぐに保てなくなって、ゆれるような、
ぐわんぐわんと身体の芯が回るような感じ。
頭のとっぺんを、指でグリグリされる感じがする。

自分で、痛みを分散させるように腰とか肩を回したりね、
身体を動かしてみるとか、重心をずらすとかすると
変わるような気がするよね。そうすると、少し楽になる。

身体、肩、固まってきちゃった。
姿勢よくって言われるけど、
重力に負けてだんだんこう…（背中が丸く）…なるのは
仕方ないね。
疲れてくるとなおさら。
寝てるのが一番いいね。
大の字になって、30分とか1時間とかね。

21

HN.さん

自分を、犠牲者と思わないこと。
自分に合わないことは無理してやらないことにしている。
それよりも、面白いことを考える。
面白いことないかなーといつも探してる。

面白いと思えることを、こうして話せるといいよね。
周りの人にはバカバカしいと思われるようなことでも、
それでもいい。
自分にとって面白い、楽しいと思えることがあれば。

22

23

K.H.さん

この病気を隠さず、友人家族に伝え
病気と共に私を理解しようとしてくれる人たちに
囲まれていることが
良い状態を作りだしているのだと思います。

治ることのない病気を告知され、
自分自身も周囲の人々も
絶望と混乱に何度も悩まされると思います。
それでも 一人の人として生きていく意味はあるのだと、
前を向いて生きていきたいです。

「生活を送る」ということ自体に
非常に神経を使い疲れやすいこと
周囲の人の気持ちや言動に敏感になっている
自分自身の精神状態に振り回されている感じを
強く持っています。

24

KH.さん

今の私は
少しのきっかけで乱れる精神状態
すぐに疲れてしまう身体に辛さを感じています。
それを乗り切るための一番の薬は
そばに誰かがいてくれること、
私は一人ではないのだと感じられることです。

そして一日の流れをゆっくと休みながら
自分のペースで送ることができるのも重要です。
自分にできること、やりたい事には
積極的にとりくむことは大切です。

少しでも混乱のない生活を送るための工夫としては、
決まった予定はすぐカレンダーに書き込む。
家の中の整理整頓をして
必要なものは決まった場所に置いておく。
ひとつのことをしながら別の何かをしないで集中すること。
インターフォンや電話がなくても
出ない選択をすることもあります。

25

KH.さん

疲れたと思ったら休みます。
体のどこか具合が悪い時も
手く行動できず思考も鈍るので、
周りの人とコミュニケーションが取れるうちに
日ごろ不調なところは伝えておくこと。
歯科治療など出来る治療は早めに取り掛かることも必要です。

不安になったら
自分ひとりで悩まず誰かに聞いてもらうこと、
そうすると不安が収まったり
不安なことを解決に導く方法が見つかったりすることもあります。

人と話したり外出したりすることも楽しいですが
家に帰ると疲れが出て寝込むこともあります。

日常生活を送ることの不便さと闘いながら生きている私たちを
理解し支えてくださる人たちが増えていくことを願っています。

26

27

S.A.さん

覚えるっていうことを頑張るのが脳にいいとか言うけど
もう私は降りのよ。
だから、覚えるのを頑張るんじゃなくて、ただ、書いとくの。
機械で録音するっていう人もいるけど
機械苦手な人もいるじゃない。
だから、好きなことでいいと思う。
自分にとって、好きと思えることで、
手助けになるような、安心できるものがあれば。

お気に入りのものって、いつも持っていたいじゃない。
そういう、自分が楽しめるってことがいいよね。



わたしのお気に入りの手帳。お守りのようなものです。

28

S.A.さん

思い出せないことは
必須事項じゃないって思うようにするの。
自分にとって、それは
「覚えていなくてもいいものなんだ」って思うようにね。

どこか抜けてる、というのは分かってるけど
肝心のことは分からない・・・もやもやしちゃう。
だから、聞けばスッキリするでしょう？
教えてよーって言えば楽なの。
頑張りすぎる必要はないの・・・
自分が頑張らないでもいい、
手助けしてくれる人が周りにいればね。
だから、そういう人をたくさんつくるといいかも。

誰か一緒にいてくれるだけで違うわよね。
通常から、コミュニケーション持つてることも大事。
「あの人、最近出てこないね・・・」なんて
気にしてくれる存在みたいなね。

29

たくさん生きてきて
今は、今の時間を大切にするときなのよ。
防げるものじゃないし、治るものでもないし
だったら、どう生きるか、でしょ。
神さまに選ばれちゃったかな・・・。
だけど神さまは、見捨てないと、思う。

人間でね、自分に出来ること・・・
仕事とか、自分が満たされるものがあるから
生きてる時間が「いい時間」だって思えるじゃない？
だから、何か生きがいを・・・
読書でもスポーツでもいいの、好きなこと何でも。
私は料理をつくり続けたって思うけど、どうかしら？

生きてるっていうことを、自分で実感しなきゃ！
「今日、オレは生きてた」
「美味しく ご飯を食べられた」
「人の手助けができた」
「あの人と、笑顔で、話げできた」
そういうこと感じながら、1日1日を終わられたらいいわ。

死ぬための整理じゃなくて、
もっと、快適に生きるための整理をすればいいんじゃないかな。

やっぱり身体の健康第一よ！
計算は、計算が強い人がやればいいんだし。
健康でありさえすれば、いろんなものに挑戦することができる。

自分の状況を言えるかも、という人になら
カミングアウト・・・しちゃっても、いいんじゃない？
そうしたら、その人たちの前では、頑張らないでもいいでしょ。
守ってもらえるもの・・・安心感よね。
だけど、カミングアウトしなかったって
普通に、お互いに配慮しあって楽しむことができればいいね。

突然、何かが起こると本当にパニックになるのよ。
パニックになると、余裕がなくなっちゃうのよ。
慣れたところとか、慣れたことなら・・・
日常の、自然に出来ることならいいんだけど、
考えて、その場で対処しなきゃいけないのは
パニックになっちゃうわね。

友だちがいると・・・
「何かあったときに、助けてもらえる」と
分かっているだけで安心。
今は携帯があるから便利よね。
何かあった時に使えるから。

使えるもの使ってね、無駄なお金は使うことないけど、
自分の楽しみのためのことをしましょうよ！

自分で、自分にとって一番いい方法を
いろんな方法の中から探してさ、
自分用のルールもいろいろつくってさ、
そうすれば、苦手だと思ふことを補えると思う。
出来ないことを、出来るようにするのって
ものすごく大変でしょ。
だから、出来る範囲でやって
あとは自分以外のもので補えばいいのよ。

私には、
「自分の1日を感じられる」っていうことが
大切なことなのよ。
それを補うために、レシートとかメモとか
変な話、ゴミ箱の中を見て
何を料理したんだっか推理したりね。

確認するって難しいわよね。
前なら何でも気軽に聞けたけど
今は自分に自信がないからかえって聞けない
尋ねられなくなってる。
きっと、人に聞くっていうのは、
自分の想定していることの確認作業もあるのね。
その、想定していることに自信がなくなると、確認も怖くなる。
思い込みの世界にいるみたいだね。

そうねえ、現状を受け入れて、どう生きていくか。
認知症と仲良くやっていくしかない。
なったものは仕方ない。
自分がしたいこと、出来ること、楽しめるような「何か」。
それに、何気ない、ふだんの暮らしを大切にしたい。

N.Y.さん

公知していないから、
友人と話していて冷や汗をかくことがあって。
うまく誤魔化すことを覚えて、話を他にふったり・・・
でも、とても疲れる。

公知について本当に考えるけど、でも、
「大丈夫？大丈夫？」って言われると、こっちもつらくなる。
公知すると、今の暮らしを続けられなくなるような気がする。
テニスとか山歩きとか・・・。

話をしていると、友人たちの親の話、認知症のこととかも出てくる。
大変だとかそんな雰囲気になる。
それなのに、自分が公知したら
向こうも気を遣うしこっちも気を遣う。
だんだん疎遠になっちゃうのかなーなんて思うとね・・・
言えない。

34

N.Y.さん

診断されて、ショック受けて、すごく困ると思うんです。
誰だって。

受け入れるのが大変。
この状況が長いほどつらいんじゃないかな。
認知症なんて見つからなければよかった、と
思うこともある。
見つかった人の、精神的なケアはどうするんだ？って思う。

これから先、どう生きていけばいいのか。
今は、
自分で「これがいい」と思ったことを自分でやっていこう！
って決める。
ふだんは認知症のこと、考えないようにしている。

35

N.Y.さん

疲れている時は一番イライラする。
「大丈夫か？」という顔で覗きこまれるとイラッとする。
そんな顔が見たいんじゃないでなくて、
そんな構みが欲しいんじゃないでなくて
分け合ってほしい。手伝ってほしい。
こっちも言い方悪かったんだけどね・・・。
「手伝う」って、どういうことなのか、難しいと思う。

「頼ればいいよ」って言われるけど、
実際こういう状況になってみて
考え方や思いのギャップはかなり大きいってことに
初めて気づいた。
それで、皆が苦しんでいる。

楽しむことを第一に。
楽しめるための生活をつくろう。
私は緊張感が好き。
ダラダラやるのもアリだとは思うけど、
今は「なにくそ！頑張らねば！」と思う。

36

37

M.N.さん

バトミントンをやっている時は、そうね
シャトルを ただ迫っているから無になれて
私には大切な時間。
何もかも考えずに発散してこれる時間。

車の運転は自信なくなってやめた。
ぶつかって・・・っていうか、こう・・・
こすっちゃった経験があって、「やだなあ」ってね。

ご飯をつくりづらいつ感じる。
同じメニュー続いちゃったりしてね。
「昨日も食べたよ」って言われると、嫌な気持ちになる。
「献立表を書け」って言われるんだけど・・・やってないけどね。
そういう細々した、今までやってなかったことを
「やれ」と言われても難しいのよ。

38

M.N.さん

そんなに頑張らなくてもいいのよ。
出来る範囲で。
頑張って、頑張ってやって
自分に必要以上の負担がかかっちゃうと
ずっと続けられなくなっちゃう。

いつまで続くか分からないから・・・
いつまで続くのかしらと思ったりするけど
なるようにしか、ならないから。
身を任せるしかないのかな、と思う。
いまを大切に。暮らしを大切に。

39

参考資料 3-2 インタビュー実施の背景

(インタビューを依頼する認知症の方ならびにご家族への説明資料として作成)

認知症と生きる人のための読本づくり

—研究事業の背景—

2012年6月に厚労省が発表した「今後の認知症施策の方向性について」報告書によると、「今後認知症になっても、医療や介護サービスをはじめとする様々な社会資源を使いながら、住み慣れた地域で暮らし続けることのできる社会を目指す」とあります。そのためには、認知症と生きる人ご自身が必要とする社会資源を身近な地域に整えたり、医療や介護サービスの質をより良いものに高めたり、あるいは、認知症に対する社会の理解を深めたりと、多面的な取組みを早急に進めてゆく必要があります。

近年、認知症と生きる人たちが意見発信する機会が増えるにしたがって、「介護者向けの本ばかり」「出来なくなることばかり書かれていて、これからどうしたらいいのか分からない」「本人の声が聞きたい」という声をよく耳にするようになりました。たしかに、これまで数多く作成されてきた認知症に関するリーフレット等は、介護者の側に立ったものが大多数でした。いま、「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」の作成は急務です。当研究事業では、その第一歩として「認知症と生きる人による、認知症と生きる人のための読本」を作成します。

つきましては、別紙「認知症と生きる人のための読本づくり—研究事業の趣旨とご協力のお願い—」をご覧の上、この研究事業にご協力いただけますと幸いです。

平成 25 年 9 月

同意書

認知症ケアパスを適切に機能させるための研究事業
小委員会委員長 宮島 渡 殿

私は、このたび「認知症ケアパスを適切に機能させるための研究事業」における「認知症と生きる人のための読本づくり」に協力するにあたり、目的と方法など、担当者より十分な説明を受けました。また、本研究事業への協力を同意しない場合でも何ら不利益を受けないこと、同意後も随時撤回できること、プライバシーが保護されることも確認しました。その上で、本研究事業に協力することに同意します。

同意年月日： 平成 年 月 日

氏名（自署） : _____

家族氏名（自署） : _____

.....

上記の方に同意説明文書に基づき平成 年 月 日に説明し、
研究事業への協力の同意を得ました。

担当者（自署）: _____

厚生労働省平成 25 年度老人保健健康増進等事業
認知症ケアパス作成担当者セミナー

配布資料

2014 年 2 月 14 日

- 編集 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
- 発行 一般社団法人 財政福祉協会

東京都中央区日本橋小舟町 8-14 日本橋三越前アムフラット壱番館 301
TEL 03 (5651)8120 FAX 03 (5651)8121

禁無断転載