

平成26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

認知症高齢者等にやさしい 地域づくりの推進に関する 調査研究事業 報告書



平成27年3月

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

【 目 次 】

事業結果概要

第1章 調査研究の概要

1. 調査の背景と目的	1
2. 調査の内容	3
3. 実施体制	7

第2章 先進的な取組地域ヒアリング

1. 先進地域ヒアリングの概要	9
2. 北海道・京極町地域包括支援センター	10
3. 千葉県・鋸南町地域包括支援センター	15
4. 香川県・綾川町地域包括支援センター	21

第3章 地域における認知症高齢者ケアの取組に関するアンケート調査

1. アンケート調査実施概要	29
2. 調査結果概要	30

第4章 モデル事業実施結果

1. モデル事業実施概要	43
2. 秋田県・横手市西部地域包括支援センター（市立大森病院）	44
3. 富山県・南砺市民病院	50
4. 福井県・おおい町名田庄診療所	56
5. 広島県・北広島町雄鹿原診療所	64
6. 鳥取県・日南病院	70
7. 大分県・杵築市地域包括支援センター	77
8. モデル事業参加者から得られた感想	83

第5章 考察

1. 認知症高齢者等を地域で支えるためのネットワークの必要性	91
2. 認知症高齢者等にやさしい地域づくりとは	95

資料編

アンケート調査票

モデル事業実施要領

認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて

認知症高齢者等にやさしい地域づくりの推進に関する調査研究事業 事業結果概要

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会
認知症高齢者等にやさしい地域づくりのあり方に関する検討委員会

1. 事業目的

(1) 背景

認知症高齢者対策では地域の多様な主体・機関・団体の連携が不可欠

地域において認知症高齢者を早期発見し見守りも含めたケアを行っていくためには、地域の各種の資源が連携し、多くのチャンネルでその意識を高めていくことが必要である。平成 24 年度に発表された推計によれば、平成 29 年度の認知症高齢者 373 万人のうち約半数の 186 万人が在宅介護の対象者とされており、認知症高齢者に「やさしい」地域づくりの推進は各地域における喫緊の課題である。

認知症に対する理解を進めるための取組の必要性

認知症高齢者ならびにその家族を地域で支えるためには、支え手の確保・育成はもちろんのこと、本人・家族も含めた住民の認知症に対する理解をより一層進めることも必要である。以前本会が行った調査でも、認知症高齢者の早期発見・早期対応の阻害要因として、「本人・家族が認知症であることを認めたがらないため対応が遅れる」という点が指摘された。しかしその一方で、丁寧な説明により理解が進み、早期の対応に結びつけられた事例もあった。

「新オレンジプラン」を踏まえた取組の必要性

厚生労働省では平成 24 年に平成 29 年度までの目標値を示した「認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）」を、本年 1 月にはそのオレンジプランをさらに推進するために「新オレンジプラン」を発表し、今後の認知症対策について、関係省庁連携のもとで進める方向性ならびに「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」の推進の必要性も明示された。

「気づき」からの一貫した地域支援体制構築の必要性

「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」とは、「気づき」をスタートとした地域での一貫した視点での支援体制の構築と考えられる。したがって、どの地域でも当てはまる課題については、先進的な取組事例も含め、その対応策について広く周知・共有し、地域の特性に応じた取組を進めていくことが、地域における認知症対策の推進にもつながるのではないかと。

(2) 目的

本事業では、「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」に向けて、認知症に関する理解の促進から見守りやサービスの提供までに必要な要素を、モデル事業を通して収集・整理することにより、多くの自治体・地域において取組可能となるような参考事例を提示することを目的とした。

2. 事業概要

(1) 先進的取組地域に対する現地訪問調査（ヒアリング調査）

【調査目的】 認知症高齢者等への支援に先進的に取り組んできており、かつ成果を上げていると考えられる地域を選定し、取組状況と体制の構築過程における阻害要因とその克服方法、実行性の高い取組方法、新たな取組手法等について情報を収集することを目的として実施した。

【調査方法】 現地訪問ヒアリング調査

【調査期間】 平成 26 年 9 月

【調査対象】 北海道・京極町国保診療所／京極町地域包括支援センター 平成 26 年 9 月 5 日
千葉県・鋸南町地域包括支援センター／鋸南町国保病院 平成 26 年 9 月 16 日
香川県・綾川町国保陶病院／綾川町地域包括支援センター 平成 26 年 9 月 18 日
(訪問順)

(2) 認知症高齢者等にやさしい地域づくりに関する実態調査（アンケート調査）

【調査目的】 「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」の必要要素を、「家族への支援策の有無とその内容」等、細分化し、それぞれの要素への対応策や、認知症高齢者とその家族への支援に関する取組、特に地域における見守り体制やそのための人材の確保・育成に関する取組状況を把握することを目的として実施した。

【調査方法】 郵送発送・郵送回収

【調査期間】 平成 26 年 12 月～平成 27 年 1 月

【調査対象】 全国の市区町村（1,741 市区町村） 回収数 683 市区町村（回収率 39.2%）

【調査内容】 ■地域の基本的属性（人口・高齢者数、地域包括支援センターの設置状況等）
■認知症高齢者等に対する支援策の状況（早期発見・啓発・家族支援）
■認知症高齢者等を地域で支えるためのネットワークの構築状況
■「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」のイメージ 等

(3) 認知症高齢者等にやさしい地域づくりに関するモデル事業の実施

【調査目的】 「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」に必要な要素として、地域にどのような機能が必要か、その機能を担う地域資源は確保できているのか、不足している場合はどのようにカバーしているのか、在宅生活を続けられる要因は何か、等について検討するために必要な情報を収集することを目的として実施した。

【実施内容】 Step1：地域における関係機関の連携の仕組づくり

■施設が所在する地域において、関係機関が連携を図るための組織を組成。なお既存の組織で対応できる場合は、その組織を活用。

Step2：地域分析の実施

■Step1 で組織したメンバーにより、地域における地域資源の状況・現在の連携体制の状況と連携のために必要な条件、ネットワーク構築上の課題等について検討。

Step3：モデル事業の実施

- 各地域、認知症高齢者及びその家族に対して、相談や見守り等の介入を行い、その介入内容やサービスの利用状況等を記録。

Step4：モデル事業実施の効果の把握

- 実際に関わった方々の「意識の変化」「行動の変化」を把握するためのアンケート調査の実施。

Step5：モデル事業実施の総括

- 各地域における認知症ケアの流れを検討。それらを踏まえ、「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」に必要な事項を抽出するとともに、その結果について、本事業の検討会メンバーと意見交換。

【実施期間】 平成 26 年 10 月～平成 27 年 1 月

【実施地域】 秋田県・横手市西部地域包括支援センター（市立大森病院）

富山県・南砺市民病院

福井県・おおい町名田庄診療所

広島県・北広島町雄鹿原診療所

鳥取県・日南病院

大分県・杵築市地域包括支援センター

3. 調査研究の過程

(1) 委員会・作業部会の実施

事前検討会	平成 26 年 7 月 18 日
第 1 回委員会・第 1 回作業部会合同会議	平成 26 年 8 月 1 日
第 2 回作業部会	平成 26 年 8 月 29 日
第 3 回作業部会	平成 26 年 12 月 18 日
第 4 回作業部会	平成 27 年 2 月 12 日
第 2 回委員会・第 5 回作業部会合同会議	平成 27 年 3 月 4 日

(2) 認知症高齢者等にやさしい地域づくりに関する実態調査（アンケート調査）

調査期間：平成 26 年 12 月～平成 27 年 1 月

(3) 認知症高齢者等にやさしい地域づくりに関するモデル事業ならびにヒアリングの実施

実施期間：平成 26 年 10 月～平成 27 年 1 月

秋田県・横手市西部地域包括支援センター（市立大森病院）	平成 27 年 1 月 26 日
富山県・南砺市民病院	平成 27 年 1 月 19 日
福井県・おおい町名田庄診療所	平成 27 年 1 月 27 日
広島県・北広島町雄鹿原診療所	平成 27 年 1 月 20 日
鳥取県・日南病院	平成 27 年 1 月 13 日
大分県・杵築市地域包括支援センター	平成 27 年 2 月 4 日

4. 事業結果

(1) 結果

1) 先進地域ヒアリング調査の結果

①北海道・京極町国保診療所／京極町地域包括支援センター

平成 22 年度から認知症高齢者等に対する取組を本格的に開始したものの、取組を進める過程で様々な課題が発生した地域である。そこで、決して順調とは言いがたいものの、高い取組意欲を維持しながら取組を進めている地域としてヒアリングを実施した。

取組開始初期は国保病院（当時）が中心となり町内の関係機関へ呼びかけ、保健・医療・福祉会議を月 1 回開催したが、実際に地域で認知症高齢者等を見守ることになる地域住民や民生委員の意識の高まりには至らなかった。

そこで平成 24 年度以降は、活動の主体を地域包括支援センター（町が社会福祉協議会に委託）に移し、一つの町内会を対象として「見守りネットワーク」をモデル的に実施することで、見守りの必要性を町内会や民生委員と共有することを目指した。見守り対象者について希望者は少なかったが、活動を通して、医療・福祉（介護）に結びついていない高齢者が潜在的に存在することや、地域にどのような人が住んでいるのかを把握していないことが課題として浮かび上がった。同時に、地域住民や民生委員の問題意識も高まった。

今後は、地域包括支援センターが主体となり続けながらも、活動の主体から各地区における活動をマネジメントしていく立場への切り替えの時期となっている。

②千葉県・鋸南町地域包括支援センター／鋸南町国保病院

認知症高齢者に関して予防に力を入れており、小地域での取組を別の地域に横展開している地域である。その際、地域包括支援センターは主として初年度の立ち上げ期のみに関与し、その後は地域の自主活動として移行している。このような小地域での活動は他の地域の参考となると考えヒアリングを実施した。

他の自治体で活動の中心となっていることが多い、民生委員や健康推進員、福祉相談員とは異なる介護予防地区リーダーを各地区 1～5 名ずつ養成している点が特徴である。地域包括支援センターはこれら地区の活動と介護保険サービス（デイサービス等）との間をコーディネートする有効な“ハブ”になっており、介護保険非申請の虚弱高齢者と要支援者・要介護者が切れ目なく、インフォーマルおよびフォーマル・サービスを受けることができるようにしている。また、認知症高齢者の早期発見については、地区の介護予防地区リーダーから地域包括支援センターに情報が入ることが多く、地域包括支援センターの保健師らが訪問するきっかけとなっている。

さらに各地区での活動は「福祉まつり」で発表され、地区意識の高揚感、一体感も育てている。これらの取組を継続するために世代交代をどのように行っていくのかは、今後の課題と言えよう。

③香川県・綾川町国保陶病院／綾川町地域包括支援センター

平成 18 年度の地域包括支援センター設置当初から綾川町介護予防サポーター養成講座を開催し、『地域力を高める』『住民の力をつけていく』というコンセプトで地域での担い手の育成に取り組んでいる地域である。このように担い手の育成に力を入れていた取組は、他の地域の参考になると考え、ヒアリングを実施した。

介護予防サポーター養成講座は年 8 回の講座を受講することとなっている。取組当初より内容は変えていない。この中に認知症サポーター養成の内容も組み入れている。毎年 30 人～40 人が受講し、現在までに 302 人が養成され、現在 150 人程度が介護予防サポーターの会の活動に参加している。運営委員会を毎月 1 回開催して情報共有を図っている。

また、認知症高齢者の早期発見に関しては、「あれ認知症かなと思ったらネットワークがあなたを支えます」という綾川町認知症ケアパスの概念図を作成し、日常の暮らしでの本人・家族はもとより地域の「気づき」に力点を置いている。この概念図をクリアファイルに印刷してさまざまな活動で配布し、多くの人の目に触れる機会を大事し、その気づきが地域包括支援センターに流れる取組となっている。

さらに平成 25 年度からは、地域での見守りを目的とした「まちかどほっと歓事業」を開始し、老人会、サロン活動、団地自治会など地区ごとの既存の住民組織を活用した取組をモデル的に行っている。住民間連携の乏しい地区で、同様の取組をどのように行っていくかが今後の課題と言えよう。

2) アンケート調査結果

①地域包括支援センターの設置状況：7 割以上が委託だが町村では直営が多い。

全体では設置数が 3.5 箇所であり、委託がそのうち 2.7 箇所である。自治体規模別にみると、町村では直営の方が委託より多い傾向があるが、市（人口 20 万人以上）では、ほぼすべてが委託型である。

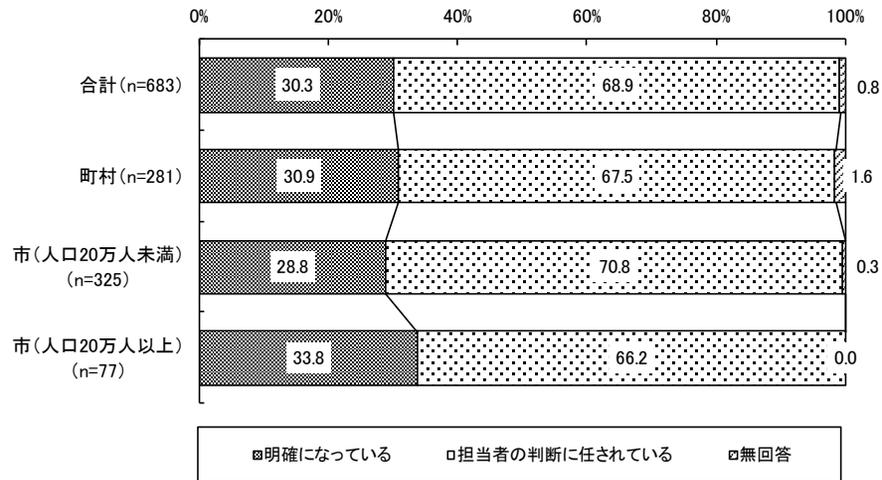
②早期発見のための取組：9 割の市町村が何らかの取組を推進。町村ではきめ細かい対応。

早期発見のための取組の実施率は 89.9%となっている。自治体規模別にみると、市（人口 20 万人以上）では、実施率が 100.0%であり、市（人口 20 万人未満）と町村よりも実施率が高い（11.4 ポイント差）。

早期発見のための具体的な取組内容をみると、最も多く実施されているのは「地域包括支援センターへの相談」であり、次いで「民生委員による対応」、「保健師の訪問による対応」となっている。自治体規模別にみても、この 3 つは高い実施率となっている。

相談受付後の対応の流れについては、明確になっているのが全体の 30.3%である。この割合については、自治体規模別にみても差はみられない。

相談を受け付けた後の対応の流れが明確になっているか



③予防に関する取組について：9割以上の市町村が何らかの取組を推進。

予防に関する取組の実施割合は、91.2%となっている。また自治体規模間で比較すると、規模が大きいほど、実施割合は高い。

④一般住民への啓発に関する取組：ほぼ100%の市町村が何らかの取組を推進

一般住民への啓発に関する取組の実施率は、98.0%と高く、町村においても95.0%の実施率となっている。

取組の具体的な内容については、「認知症サポーターの養成」、「健康教室等での講話」、「リーフレットの作成・配布」、「介護関係イベント等での講話」の順に高くなっている。この傾向は、自治体規模別に見ても概ね同じであるが、どの取組についても自治体規模が大きくなるほど、実施割合が高くなっている。

⑤家族支援に関する取組の状況：実施率は8割に留まっている。

家族支援に関する取組の実施割合は、全体で81.3%となっていて、自治体規模が大きくなるほど実施割合が高くなっている。

家族支援に関する取組の具体的な内容は、無回答を未実施と解釈した場合「介護者の集い」、「家族会の支援」、「レスパイト事業の実施」の順に実施割合が高くなっている。この傾向は、自治体規模別にみても変わらない。また、全体的に自治体規模が大きいほど、実施割合が高くなる傾向がみられる。

⑥地域における独居の認知症高齢者への対応：地域包括支援センターの関与が大きい。

地域において独居の認知症高齢者で日常生活に困っている方への対応について、対応に関わっている割合が高い機関としては、「地域包括支援センターや在宅介護支援センター」、「民生委員」、「居宅介護支援事業所」、「市町村の保健福祉部門」、「介護保険サービス事業所」などが挙げられている。これらの機関で関与割合が高いという傾向は、自治体規模別に見ても同様である。

各機関について、独居認知症高齢者への対応に関わっている割合

	合計	自治体規模		
		町村	市（人口20万人未満）	市（人口20万人以上）
全体	683	281	325	77
市町村の保健福祉部門	72.3	68.0	73.5	83.1
保健所・保健センター	24.2	17.8	26.5	37.7
医療機関（国保直診）	22.7	26.3	19.4	23.4
医療機関（国保直診以外）	37.8	33.1	40.0	45.5
地域包括支援センターや在宅介護支援センター	98.7	97.2	99.7	100.0
居宅介護支援事業所	81.3	75.8	84.9	85.7
介護保険サービス事業所	71.3	66.9	72.9	80.5
民生委員	91.8	87.9	94.2	96.1
社会福祉協議会	65.4	66.2	66.2	59.7
自治会・町内会	47.7	38.8	52.0	62.3
家族会	12.6	4.6	15.7	28.6
住民ボランティア	25.6	24.6	23.7	37.7
警察・消防	41.0	34.9	43.4	53.2
商店	18.2	16.7	16.3	31.2
その他	7.3	6.0	8.0	9.1
無回答	0.3	0.7	0.0	0.0

⑦認知症高齢者のケアに関する地域ネットワークの構築：取組割合は3割に留まる。

地域における認知症高齢者のケアに関して、地域内の資源のネットワーク構築に取り組んでいるか聞いたところ、取組割合は30.2%となっている。取組割合は、自治体規模が大きいほど、高くなっている。

地域において、認知症高齢者を支える仕組みなどを構築する際の阻害要因としては、「一般住民の認知症に対する理解が不十分」「地域における一般住民の担い手が不足している」「地域における専門職が不足している」という順番で該当する割合が高くなっている。

2) モデル事業実施地域における取組状況

①秋田県・横手市西部地域包括支援センター（市立大森病院）：積極的な意識啓発活動を推進
 認知症高齢者は家族だけでなく地域として支えていかなければならないという問題意識のもと、地道な啓発活動を継続しており、そのことが住民や関係者に少しずつ浸透している地域である。

地域での支援の輪を拡大するためには、様々な取組を推進している。まず若い世代への啓発としては、小学生を対象とした認知症サポーター養成講座の開催しており、今後、全学校ならびに中学校へも拡大していく予定である。また小さな町内会へも出向き、地域での早期発見・重症化予防へもつながることを目指し、物忘れ相談プログラムや健康相談・健康教育を実施している。

さらに地域で認知症を正しく理解し偏見をなくすことを目指し、毎年、徘徊見守り訓練を商店街で実施し、実際に認知症高齢者になりきって演技をしている人に対する声のかけ方から、連絡先までの一連の流れをシミュレーションしている。

②富山県・南砺市民病院：病院を中心とした多職種連携を推進

病院のもの忘れ外来を中心に、多職種による連携を明確にしながら情報共有し、関係者に繋ぐ体制が構築できており、切れ目のない支援を可能としている地域である。

認知症高齢者への継続的な支援を行っていくためには、本人やその家族に専門職を受け入れてもらうことが不可欠であることから、南砺市民病院にあるもの忘れ外来を起点として、各方面への情報提供ならびに初期集中支援チームによる早期介入を図っている。

特に情報共有については、地域包括支援センターと社会福祉協議会、在宅介護支援センター、公立病院とがセキュリティを確保した専用ラインでつながっており、家族の状況や基本チェックリスト、相談内容等を共有している。新たに関わる専門職は、これまでの経緯や最新の相談内容を確認することが可能である。

③福井県・おおい町名田庄診療所：地域での「気づき」が診療所に

地域内の専門職間のコミュニケーションが確立していることから、多職種間での地域課題を共通認識した上での取組が可能となっている地域である。

ハード面では、保健医療福祉総合施設内に国保診療所、行政の名田庄支所的機能、社会福祉協議会の名田庄支所が一体的に整備されており、常に情報交換、相談、緊急時対応等が可能となっている。またソフト面では、ケースカンファレンスにこれらの関係職員が参加し、個々の患者・利用者に関わる在宅医療・ケアについての情報共有が図られている。同時に「通りすがりの立ち話」も、貴重な情報交換、情報共有の場である。

さらに、地域住民のボランティア的組織も地域内に重層的に張り巡らされており、本人家族が困っているのではないかと隣近所が心配した場合も、その相談を社協や診療所へ持ちかけることができている。

④広島県・北広島町雄鹿原診療所：診療所を中心に小地域でのコンパクトなシステムを構築

町全体の大きな施策、連携を利用しながらもそれを補完する地域独自の、コンパクトで小回りの効くシステムを構築しており、診療所を中心とした小地域での活動だからこそ、専門職のみならず、地域住民や郵便局・商工会・農協との連携も進めやすく、また効果も確認しやすい地域である。

現在は、保健・医療・福祉の総合施設である芸北ホリスティックセンターが、健康や生活の相談窓口、情報収集の入り口となっている。また地域を熟知した保健師の存在も大きい。

また、医療・介護等の地域資源も乏しいため、限られた資源をより有効に活用するという意識、お互いを支え合うという意識は強くなっている。

そして、認知症高齢者等を支えるためには、早めの「気づき」が必要であるため、郵便局・町商工会・農協へ協力依頼も始めている。

⑤鳥取県・日南病院：地域を把握することを取組の中心に

取組の基本は「地域に出て地域を知ること」という問題意識のもと、「気づき」や「発見」の情報を地域包括支援センターに集め、総力戦の対応で「地域づくり」を推進している地域である。

認知症高齢者等に関する取組は、地域医療に関する3つの取組段階に沿って進めている（地域を把握する段階→地域で実践する段階→地域づくりをする段階）。すべては地域に出て地域や対象者その家族のニーズを知ることから出発する。そしてみんなで情報を共有し対応するため、切れ目のない見守りが可能となる。

情報共有において重要な仕組みは週1回開催されている在宅支援会議である。ここで、地域住民についての、健診・介護予防事業・病院（外来・入院での気付き）・住民からの相談などの情報が共有されみんなで対応している。

そして、その中心となっているのが地域包括支援センターで、情報センターを兼ねた司令塔として機能している。

⑥大分県・杵築市地域包括支援センター：専門職だけでなく地域の資源をフル活動した取組

高齢者に関わる多様な主体や地域住民からの情報提供に基づく対応だけでなく、地域ケア会議でも多職種によって自立支援への取組を推進している地域である。

既にある高齢者見守り事業においては、市内の関係団体に加え、鉄道や交通機関、郵便局、電力・ガス会社、新聞販売店他とも連携し、体制を構築している。さらにコンビニも含めた商店へも協力を求める予定である。

早期発見については、健診や介護予防教室などの場や近隣からの情報提供等も勧めていく必要があるが、毎年実施している高齢者の実態把握（65歳以上の独居、75歳以上の高齢者世帯、90歳以上の介護保険未利用者約2,500名が対象）も、重要な発見ルートとなっている。

これらの情報は、週1回開催されている地域ケア会議の場でも共有され、多職種によって、その方の自立支援に資するケアプランの検討等を行っている。

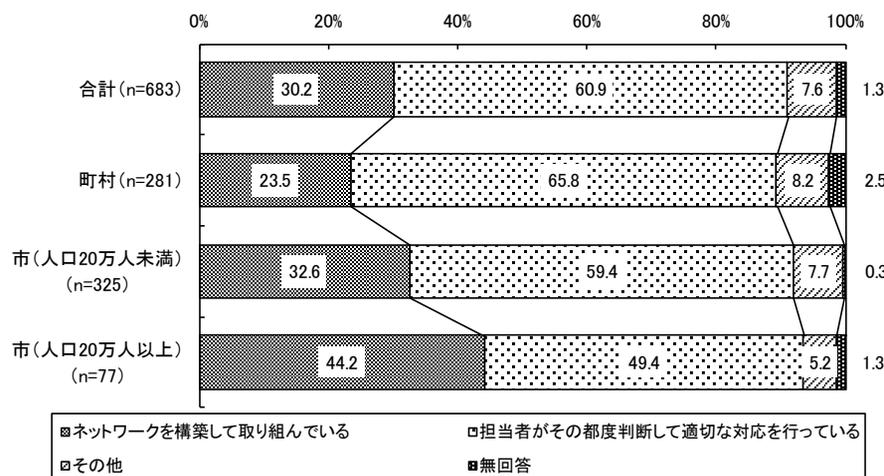
（2）考察

1）ネットワーク構築の必要性

本調査で実施したモデル事業でも明らかになったように、認知症高齢者とその家族介護者が、安心して住み慣れた地域で暮らしていくためには、地域全体でその認知症高齢者とその家族を見守り、支えていくためのネットワークをつくっていくことが必要である。

しかし、全国的にはネットワークを構築した取組よりも、担当者の判断による対応の方が多い。この傾向は自治体規模が小さいほど顕著ではあるが、この点については先進的取組地域におけるヒアリングでの「既に顔の見える関係が構築されているので、構えたネットワークを構築していなくても連携関係は構築されている」といった意見からも伺われるように、地域資源が少ない地域においては「担当者の判断≒ネットワークの活用」という状況がすでに構築されているからだと思われる。

認知症高齢者のケアに関して、地域資源のネットワークを構築し取り組んでいるか



この認知症高齢者にやさしい地域づくりのためのネットワークを構築するために、どのような取組が必要かを、先進的取組地域での取組内容ならびにモデル事業実施結果等を踏まえ整理した。

- ①地域で活用可能なあらゆる資源（関係機関・団体、関係者等）の間での問題意識の共有
医療機関や地域包括支援センター、民生委員、そして行政の高齢者福祉所管課をはじめとする地域の関係機関の間での問題意識・課題意識の共有化が図られていた。
- また、認知症高齢者の日常生活を支えていくためのネットワークなので、警察や消防、さらには自治会や商店街など、認知症高齢者が関わるだろう場面を想定し、なるべく広い範囲をカバーできるように、専門職だけでなく、多くの「担い手」の参画を求めている。

【大分県杵築市での取組例】

- ・既にある高齢者見守り事業においては、市内の関係団体に加え、鉄道や交通機関、郵便局、電力・ガス会社、新聞販売店他とも連携し、体制を構築している。
- ・今後は、コンビニも含めた商店へも協力を求める予定である。

【鳥取県日南町での取組例】

- ・取組の基本は「地域に出て地域を知ること」という問題意識のもと、「気づき」や「発見」の情報を地域包括支援センターに集めるようにしている。
- ・情報共有において重要な仕組みは週1回開催されている在宅支援会議である。ここで、地域住民についての、健診・介護予防事業・病院（外来・入院での気付き）・住民からの相談などの情報が共有され、対応に結び付けている。

- ②取組内容の検討に当たってはまず「できること」から始める

ネットワークづくりに当たっての阻害要因として、人材不足やキーパーソン不在、ということが挙げられることが多いが、「何をやりたいか」ということから考えることはもちろんのこと、「既存の地域資源でどこまで取り組めるか」「この地域にない機能をどのように補完するのか」という視点で取組内容を考えていくことも必要である。

取組の開始最初は特定の機関の地道な取組だったものが、次第にその輪が広がった例や、行政が“お膳立て”した取組が、次第に地域住民による自主活動に発展していった例もみ

られることから、それぞれの「担い手」が役割分担し、連携・協働することにより、取組の範囲は広がり、取組内容の充実が図られるはずである。

【千葉県鋸南町での取組例】

- ・小地域での取組を別の地域に展開している。介護予防地区リーダーを各地区1～5名ずつ養成し、運営は各地区に任されている。
- ・行政（地域包括支援センター）の関与は、活動の立ち上げ期が中心で、活動開始後は各地区のリーダー主導での活動となっている。これにより、少ない専門職でも町内全体での取組の推進を可能としている。

③なるべく小さな地域での「支える仕組み」づくりを充実させる

認知症高齢者等にやさしい地域づくりを進めていくに当たっては、地域の捉え方にも留意する必要がある。市町村全体での取組の方向性を共有することはもちろんであるが、実際の取組においては、多くの場合、市町村単位での取組ではあまりに広範囲になってしまい、きめ細かな取組が困難になることも考えられる。

アンケート調査結果において、早期発見のための具体的な取組として、自治体規模が小さいほど「保健師の訪問による対応」「民生委員による対応」等の「でかけていく対応」の割合が高くなっていることも、小さな地域での取組の必要性が伺われる結果となっている。

早期発見のための取組の具体的な内容

	合計	自治体規模		
		町村	市（人口20万人未満）	市（人口20万人以上）
全体	614	249	288	77
医療機関における「物忘れ外来」	37.9	20.5	43.4	74.0
保健師の訪問による対応	52.0	58.2	47.6	48.1
認知症予防教室における相談	41.7	34.1	47.6	44.2
基本健診時における問診時での相談	13.5	22.1	7.6	7.8
要介護認定調査時での相談	47.1	60.2	40.6	28.6
民生委員による対応	63.7	67.5	63.9	50.6
地域包括支援センターへの相談	96.7	95.6	97.6	97.4
保健センター等による対応	22.5	22.5	20.5	29.9
健康教室等における相談	37.9	39.0	38.2	33.8
その他	21.0	18.5	21.5	27.3
無回答	0.2	0.4	0.0	0.0

そこで、町内会単位の取組、小学校単位での取組、中学校単位での取組といったように、重層的な取組を進め、それらを地域包括支援センターや行政、場合によっては医療機関がサポート、調整していくことが必要であろう。

【広島県北広島町芸北地区での取組例】

- ・町全体の大きな施策、連携を利用しながらもそれを補完する地域独自の、コンパクトで小回りの効くシステムを構築している。
- ・保健・医療・福祉の総合施設である芸北ホリスティックセンターが、健康や生活の相談窓口、情報収集の入り口となっている。また地域を熟知した保健師の存在も大きい。

④事業の効果・成果を評価し多くの人に発信する

現在、全国各地で、様々な形で認知症高齢者への取組が進められているが、具体的な成果がなければ、新たな担い手の確保も含め、取組の継続性は確保されない可能性がある。

認知症高齢者等にやさしい地域づくりを進めていくためにも、実際に行われた事業の効果を判定し、その効果を多くの人に提示できるように取りまとめていくこと、PDCA サイクルによる取組の一層の推進や、住民のニーズに対応した取組内容の見直しが必要であろう。

【千葉県鋸南町での取組例】

- ・各地区での活動は「福祉まつり」で発表され、他の地区での取組状況を共有しているとともに、地区意識の高揚感、一体感も育てている。

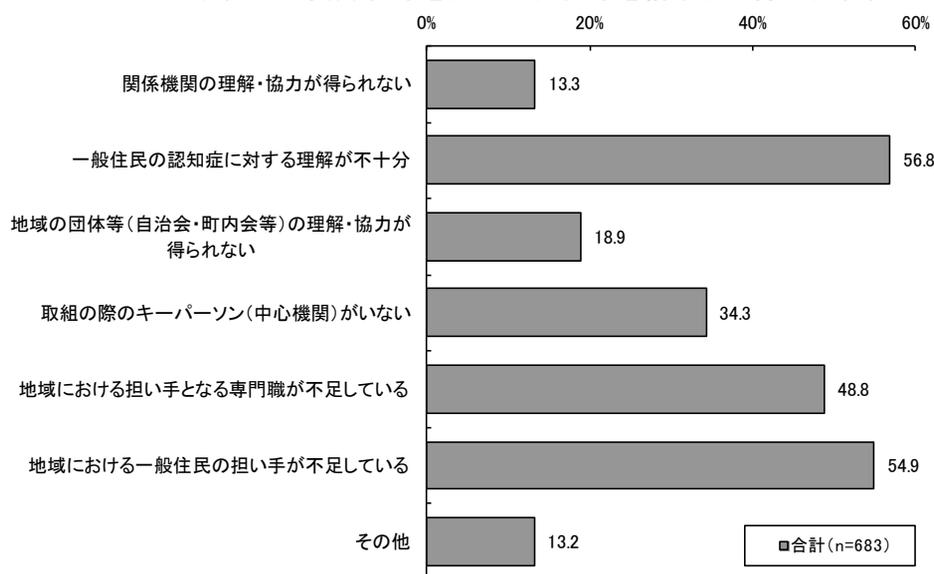
2) 認知症高齢者等にやさしい地域づくりとは

全国の市町村に対して実施したアンケートの中で、『認知症高齢者等にやさしい地域づくり』と聞いて、思い浮かぶ要素を尋ねたところ、もっとも頻度の高かったキーワードは「理解」で、次いで「見守り（見守、見まもり等）」「家族・介護者（家族・介護者への支援、家族・介護者が安心して暮らせる、家族だけで抱え込まない等）」であった。

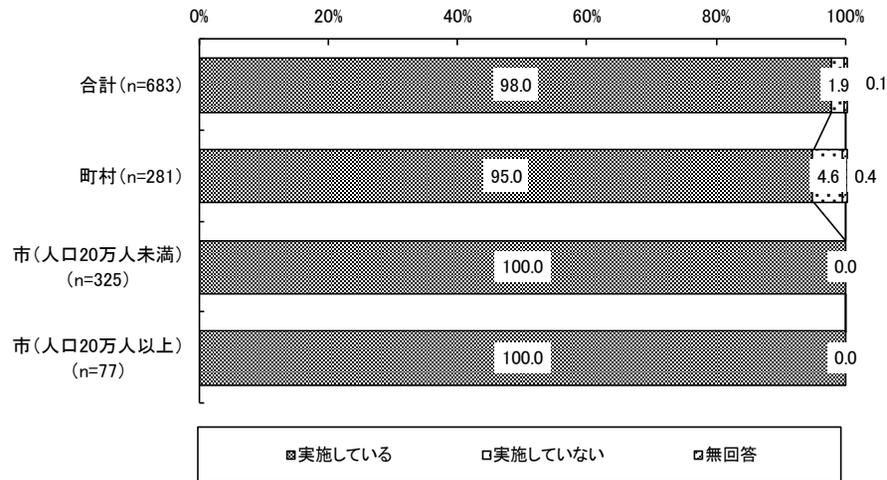
①「理解」を進めること：一般住民への意識啓発活動はほとんどの市町村で実施。積極的に取り組んでいる地域では、きめ細かな取り組みを推進。

認知症高齢者等を支える仕組の構築における阻害要因として最大のものは「一般住民の認知症に対する理解が不十分」であった。一般住民に対する意識啓発はほぼ 100%の市町村で取り組んでいるにも関わらず、この点が阻害要因として挙げられること、またモデル事業における具体的事例の中でも、「在宅生活の継続をあきらめる要因のひとつは近隣住民の理解がないこと」という例が報告されていることから、各市町村においてその取組に関するより一層の工夫等が必要であると言えよう。

地域において、認知症高齢者等を支える仕組等を構築する際の阻害要因



一般住民への啓発に関する取組の実施状況



この点についてモデル事業の実施地域においては、意識啓発に関しては「地道な活動の継続の必要性」として多世代や町内会訪問等によるきめ細かな取組や、「認知症高齢者の日常生活を想定した啓発対象の拡大」として銀行等への啓発活動への取組がなされており、これらの取組は、今後、啓発活動をより一層進めていくための重要な示唆となる。

【秋田県横手市での取組例】

- ・若い世代への啓発として、小学生を対象とした認知症サポーター養成講座の開催しており、今後、全学校ならびに中学校へも拡大していく予定である。
- ・また小さな町内会へも出向き、地域での早期発見・重症化予防へもつながることを目指し、物忘れ相談プログラムや健康相談・健康教育を実施している。
- ・さらに地域で認知症を正しく理解し偏見をなくすことを目指し、毎年、徘徊見守り訓練を商店街で実施し、実際に認知症高齢者になりきって演技をしている人に対する声のかけ方から、連絡先までの一連の流れをシミュレーションしている。

【広島県北広島町芸北地区での取組例】

- ・認知症高齢者等を支えるためには、早めの「気づき」が必要であるため、郵便局・町商工会・農協へ協力依頼を始めている。

【大分県杵築市での取組例】(再掲)

- ・既にある高齢者見守り事業においては、市内の関係団体に加え、鉄道や交通機関、郵便局、電力・ガス会社、新聞販売店他とも連携し、体制を構築している。
- ・今後は、コンビニも含めた商店へも協力を求める予定である。

②「見守り」を推進すること：見守りの推進に当たっては、一般住民も含めた地域全体での理解の深化と見守るためのネットワークの存在が不可欠

地域において認知症高齢者の見守りを行っていくためには、前述の「理解」の深化と見守るためのネットワークの存在が不可欠である。しかしアンケート調査等では多くの市町村では、一般住民の理解が進まないことやネットワークが構築されていないことが課題として挙げられていた。

「見守り」は、認知症高齢者が在宅生活を送るために、問題発生時の早期発見等の観点からも重要である。例えば今回のモデル事業においても、独居の認知症高齢者が近隣の親

友による服薬の状況確認や受診の付き添い、買い物支援、近隣住民の見守りなどがあったことから、在宅生活の継続が可能となった例や、近隣住民からの情報提供により適切なケアにつながり認知症高齢者本人の意欲を引き出すことができた例が報告されていた。このような取組が地域で自然に行われるようにするためにも、「理解」と「ネットワーク」による「見守り」の推進が必要であろう。

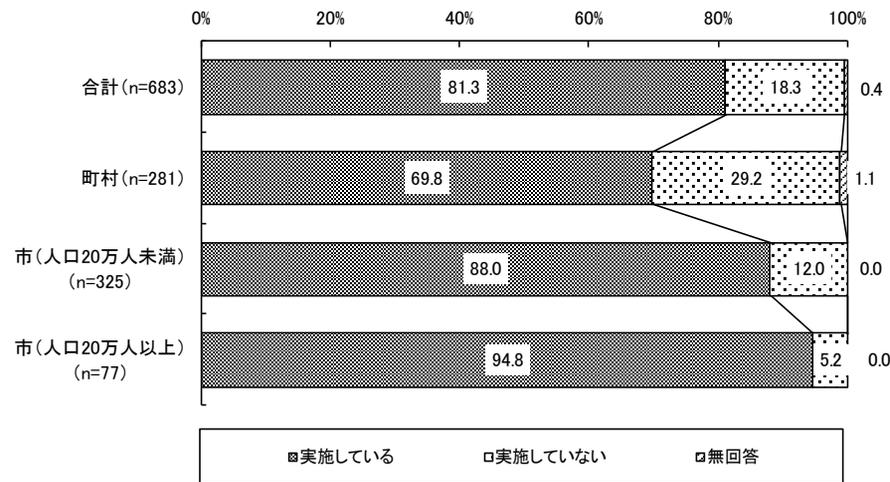
<p>独居の認知症高齢者が親友・地域住民に見守られて在宅生活を継続している事例 (60歳代 女性 独居 要介護認定は未申請 認知症自立度Ⅱa)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■母親が亡くなり独居となってから閉じこもり傾向となる。体調不良の日々が続き物忘れ等の症状も気になり始め、小学校からの親友が受診させた事例。病院から地域包括支援センターへの情報提供があり状況の把握を実施した例。 ■現在は親友による全面的な支援や近隣住民の支援があり在宅での生活が可能であるが、今後、認知症状が進行するにしたいがい、どこまで在宅生活が可能であるかについては、本人ならびにキーパーソンでもある親友も不安に感じている。 ■今回のモデル事業を通して、本人は主治医との信頼関係や親友との関係性が以前に増して良くなった。また親友も、それまで一人で抱え込んでいたが、モデル事業を実施したことで相談できる相手（保健師）ができ、ため込んでいた思いなどを打ち明けることができるようになった。

<p>近隣住民からの情報提供が適切なケアにつながり本人の意欲を引き出すことができた事例 (90歳代前半 女性 子どもと同居 要介護1 認知症自立度Ⅰb)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■近隣の住民から、「外に出なくなり心配」との情報が社会福祉協議会に入り、社会福祉協議会職員の訪問3回目で、介護申請につなげた事例。 ■息子との2人暮らしであるが、息子が日勤・夜勤の二交代勤務で不規則な生活のため、介護できていない。行動範囲が狭くなり閉じこもりになって入浴も不自由になったため、介護申請となった。訪問調査時に物忘れがあり、無気力で目がうつろであったため、認知症の疑いを調査員が持った。 ■今回のモデル事業を通して、サービス利用が順調となってことで、息子も安心している。今度も、閉じこもり防止と入浴目的のために通所介護の利用継続を希望している。適切な早期の時期に介入できたことが、予防につながった。

③「家族・介護者への支援」を推進すること：ネットワークによる見守りや専門職の助言が家族・介護者の負担を軽減させる

認知症高齢者の家族・介護者等への支援については、8割以上の市町村で取り組まれている。また認知症高齢者にやさしい地域づくりとして、「家族・介護者の負担を軽減させ、認知症高齢者本人だけでなく、家族・介護者も安心して暮らせること」の必要性も指摘されていた。

家族支援に関する取組の実施状況



この家族・介護者への支援としては、上記のアンケートにあるような市町村全体の取組はもちろん重要であるが、モデル事業の結果をみると、関与した専門職等からの助言で心身の負担が軽減した例もみられた。

前述のように、家族・介護者の負担は、認知症高齢者への対応だけでなく、近隣住民からの不安感も影響している。認知症に対する理解の推進とネットワークによる見守りの充実が、家族・介護者への支援にもつながるものと考えられる。

<p>専門職だけでなく幼馴染等の訪問・励まし介護者である息子の負担を軽減した事例 (80歳代後半 女性 子どもと同居 要介護5 認知症自立度Ⅱa)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■主たる介護者である息子が不安を抱えていることから、生活の場である自宅を中心としたサービス提供・利用につなげた事例。 ■急速に認知機能低下と身体機能低下が進行した母親を初めて在宅介護をすることになった息子が、初めての介護に対する不安やかくしゃくとしていた母親の現状の受け入れ、身体的、精神的負担からストレス環境下にあった。 ■モデル事業では、介護保険関連サービスの調整や医療的サポートに加えて、専門職からの共感的な言葉掛け、地元に住む幼少期の幼なじみの訪問、励まし、ねぎらいの言葉があり、それらが本人の動機付けとなり、またレスパイトにもなった。本人からは「気楽にやることに決めた」「母親への感謝を持ちながら介護が出来るようになった」という言葉が聞かれた。

モデル事業に参加した際に助言を受けてうれしかったこと (家族の感想)

<p>医師から本人が今までしてきた行燈づくりを褒めていただいて、またこれからも意欲がわくように病院で飾ってもいい?など誘っていただいた。本人も少しはやるきがわいてきたようです。</p>
<p>自分の体のことを心配して無理をしないように声をかけられた時</p>
<p>本人への支えをしっかりしてこられましたね。と褒めていただいたこと。</p>
<p>生活状況も確認していただきました。なかなか本人と話す機会もない状態でしたし、これから認知症が進んだらどうしたらよいか悩んでいました。声をかけていただき有難うございます。</p>
<p>服薬管理の方法として日めくりカレンダーを導入して、そこに薬をホチキス止めして、家族は電話でカレンダーを見て、その薬を飲んでねと声をかけるなどの工夫を教えていただいたこと。</p>
<p>離れていて不安ですが、時々訪問してみんなで見守っていきますから、と言われたこと。</p>
<p>今まで頑張って生活されてきたのでしょうかね。ご家族も不安でしたでしょう。今まで通りの暮らしを継続できるよう支援しますといわれたこと。これまで放置していたと責められなかった。</p>
<p>実際の生活の場面をみて「これはできてますね」などできること確認していただいたこと。これは家族の支援が必要ですねなど、家族としてもかかわるところが明確になりました。</p>

第1章

調査研究の概要

1. 調査の背景と目的

(1) 調査の背景

認知症高齢者対策では地域の多様な主体・機関・団体の連携が不可欠

地域において認知症の人を早期に発見し、早期の対応に結び付け、見守りも含めたケアを行っていくためには、地域の各種の資源が連携し、多くのチャンネルでその意識を高めていくことが必要である。

平成 24 年度に出された認知症高齢者数の推計によれば、認知症高齢者数は平成 24 年度の 305 万人から 5 年間で 373 万人（平成 29 年度）まで増加すると予想され、そのうちの約半数 186 万人が在宅介護の対象者とされており、認知症高齢者に「やさしい」地域づくりの推進は各地域における喫緊の課題である。

地域における認知症の人の見守り、その家族支援、認知症サポーターの育成等を通じて、専門職のみならず、一般住民をも含めた取組の推進が図られているが、そのような先進的な取組事例が十分に周知されているとは言いがたい。

認知症に対する理解を進めるための取組の必要性

認知症高齢者ならびにその家族を地域で支えるためには、支え手となる人材の確保・育成はもちろんのこと、本人・家族も含めた住民の認知症に対する理解をより一層深めることも必要である。

本会が、認知症の人の早期発見・早期対応を目指して実施したモデル事業においても、さまざまな阻害要因の中で、全ての地域で指摘されたのは、「本人・家族が認知症であることを認めたがらないため対応が遅れてしまう」という点であった。しかしその一方で、特に家族に対して丁寧な説明を行うことにより、理解が進み、早期の対応に結びつけることができたという事例も報告されていた。

つまり認知症高齢者対策は、国をあげた大きな課題となっているにも関わらず、その理解が一般的には不十分であることも、わが国における認知症対策を進める上でのボトルネックとなっているのではないか。

「新オレンジプラン」を踏まえた取組の必要性

厚生労働省では平成 24 年 6 月に「今後の認知症対策の方向性について」をとりまとめ、さらに 8 月には認知症高齢者数の将来推計を、9 月には平成 29 年度までの目標値を示した「認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）」を発表した。そして本年 1 月にはそのオレンジプランをさらに推進するために「新オレンジプラン」を発表し、今後の認知症対

策について、関係省庁連携のもとで進める方向性を明確にした。またこの「新オレンジプラン」では、「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」の推進の必要性も明示された。

国診協では、旧「オレンジプラン」で示された視点のうち、特に「①標準的なケアパスの作成・普及」「②早期診断・早期対応」に着目し、平成24年度に「中山間地域における認知症の者と家族の支援に関する調査研究事業」（老人保健健康増進等事業）を実施し、地域での「気づき」から「見守り」、「サービス提供」までのモデル事業を行った。

その過程でいくつかの地域では実際に「認知症ケアパス」の作成を試みたが、「初期の段階を細分化して“発見から気づき”“相談と診断”といったきめ細かな対応をすることが必要」「認知症のステージごとに対応する職種等は異なるが皆が一貫した視点で対応するためにも、全ての関係者を一つのチームとして捉えることが必要」「認知症疾患医療センターにつなぐ前の段階で対応できる医療機関を、各地域で確保すべき」といった課題が出された。

「気づき」からの一貫した地域支援体制構築の必要性

「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」とは、単に見守り等の仕組が整備されていることに留まらず、「気づき」をスタートとした地域での一貫した視点での支援体制の構築と考えられる。また、認知症高齢者とその家族をいかに支えていくか、という視点は欠かせない。

したがって、上記の調査において挙げられたような、どこの地域でも当てはまる課題については、先進的な取組事例も含めその対応策について広く周知・共有し、地域の特性に応じた取組を進めていくことが、地域における認知症対策の推進にもつながるのではないかと。

（２）調査の目的

そこで本事業では、「認知症高齢者にやさしい地域づくり」に向けて、認知症に関する理解の促進から見守りからサービスの提供までに必要な要素をモデル事業を通して収集・整理することにより、多くの自治体・地域において取組可能となるような参考事例を提示することを目的として実施した。

2. 調査の内容

(1) 先進的な取組地域の現地訪問調査（ヒアリング）の実施

①調査の目的

認知症高齢者等への支援に先進的に取り組んできており、かつ成果を上げていると考えられる地域を選定し、取組状況と体制の構築過程における阻害要因とその克服方法、実行性の高い取組方法、新たな取組手法等について情報を収集することを目的として実施した。

②調査時期

平成 26 年 9 月

③調査の内容

- 認知症の人及びその家族を地域で支援できている等、「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」の成功事例を収集。
- 事業実施に関する継続性を検証するとともに、そこに生じている課題・問題点及び成果を把握し、実行性の高い取組方法、新たな取組手法等について情報を収集。
- 特に、地域で活動するキーパーソン（人材）の確保・育成方法、システム・ネットワーク化された取り組み事例における効果 等について情報を収集。

④ヒアリング対象地域

- 北海道・京極町国保診療所／京極町地域包括支援センター（社協）
日時：9月05日（金）15：30～17：30
- 千葉県・鋸南町地域包括支援センター／鋸南町国保病院
日時：9月16日（火）15：30～17：20
- 香川県・綾川町国保陶病院／綾川町地域包括支援センター
日時：9月18日（木）15：00～17：00

(2) 認知症高齢者等にやさしい地域づくりに関する実態調査

①調査の目的

「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」の必要要素を、「家族への支援策の有無とその内容」等、細分化し、それぞれの要素への対応策や、認知症高齢者とその家族への支援に関する取組、特に地域における見守り体制やそのための人材の確保・育成に関する取組状況を把握することを目的として実施した。

②調査の対象

全国の市区町村（1,741 か所）

③調査時期

平成 26 年 12 月～平成 27 年 1 月

④調査の内容

- 地域の基本的属性（人口・高齢者数、地域包括支援センターの設置状況等）
- 認知症高齢者等に対する支援策の状況（早期発見・啓発・家族支援）
- 認知症高齢者等を地域で支えるためのネットワークの構築状況
- 「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」のイメージ 等

(3) 認知症高齢者等にやさしい地域づくりに関するモデル事業の実施

①モデル事業の実施（全国6地域）

「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」に必要な要素として、地域にどのような機能が必要か、その機能を担う地域資源は確保できているのか、不足している場合はどのようにカバーしているのか、在宅生活を続けられる要因は何か、等について検討するために必要な情報を収集することを目的として実施した。

②主な内容

Step1：地域における関係機関の連携の仕組みづくり

- ・施設が所在する地域において、関係機関が連携を図るための組織を組成。もちろん、別の組織が活用可能な場合は、そちらを活用。
- ・なお、厚生労働省から示されている「標準的な認知症ケアパスの概念図」にある全体の流れを踏まえ、「地域ケア会議の概念図」に示されているような機関・職種に参集してもらう。その際、特に、できるだけ「認知症初期集中支援チームの概念図」にあるような対応が可能となるような機関・職種に参集してもらう。

Step2：地域分析の実施

- ・Step1で組織したメンバーにより、地域における地域資源の状況・現在の連携体制の状況と連携のために必要な条件、ネットワーク構築上の課題等について検討。
- ・また、「認知症初期集中支援チームの概念図」に示されている機関・職種全ての参集は困難と思われるので、どの機能を誰が代替するのか等（当該機能の必要性、代替可能性も含む）についても検討。

Step3：モデル事業の実施

- ・各地域、認知症高齢者及びその家族（10世帯を目標）に対して、見守り等の介入を行い、その介入内容やサービスの利用状況等を記録。

Step4：モデル事業実施の効果の把握

- ・実際に関わった方々の「意識の変化」「行動の変化」を把握させていただくためのアンケート調査を実施。

Step5：モデル事業実施の総括

- ・モデル事業実施後に、各地域における認知症ケアの流れを検討し、当該地域における「認知症ケアパス」を作成。
- ・さらに地域における人材育成方策と活躍の場の提供方針を検討。
- ・それらを踏まえ、「認知症高齢者等にやさしい地域」の必要要素等を抽出するとともに、

その結果について、本事業の検討会メンバーと意見交換。

③ヒアリングの実施

モデル事業実施地域を対象に現地訪問調査（ヒアリング）を実施し、モデル事業に関与した専門職や住民団体等に、「対象となった認知症の人とその家族の意識の変化」、「地域及び住民等の意識の変化」「見守り体制を強化するにあたっての方策」「認知症高齢者等にやさしい地域づくりに関する要望」等について把握し、認知症の人とその家族を地域で支援できた成功事例や、普及啓発における効果的な事例を収集することを目的として実施した。

3. 実施体制

「認知症高齢者等にやさしい地域づくりのあり方に関する検討委員会」ならびに「同 作業部会」の委員構成は以下の通りであった。

認知症高齢者等にやさしい地域づくりのあり方に関する検討委員会・同作業部会委員一覧

◎印：委員長

*印：委員会・作業部会委員兼任

◇委員会

◎辻 一郎	東北大学大学院医学系研究科教授
竹内 啓祐	広島大学医学部地域医療システム学講座教授
赤木 重典	国診協副会長／京都府・京丹後市立久美浜病院長
中村 伸一	福井県：国保名田庄診療所長
佐藤美由紀	宮城県：涌谷町町民医療福祉センター看護部長
鈴木 義子	宮城県：涌谷町町民医療福祉センター訪問看護ステーション師長兼管理者
阿部 吉弘	山形県：小国町立病院長
荒幡 昌久	富山県：南砺市民病院内科医長・総合診療科医長
山脇みつ子	滋賀県：公立甲賀病院訪問看護ステーション所長
芳尾 邦子	滋賀県：公立甲賀病院看護部長
沖田 光昭	広島県：公立みつぎ総合病院副院長兼保健福祉総合施設長
東條 環樹	広島県：北広島町雄鹿原診療所長
山内 香織	広島県：公立みつぎ総合病院地域看護科長
徳田 道昭	香川県：さぬき市民病院長
森安 浩子	香川県：三豊総合病院副院長・看護部長

◇作業部会

*辻 一郎	東北大学大学院医学系研究科教授
平野 浩彦	東京都健康長寿医療センター研究所社会科学系専門副部長
大原 昌樹	香川県：綾川町国保陶病院長
高橋 智子	秋田県・横手市西部地域包括支援センター保健師主査
櫻井 好枝	千葉県・鋸南町地域包括支援センター保健師
竹内 嘉伸	富山県：南砺市民病院地域連携科主任
田辺 大起	鳥取県：日南町国保日南病院主任理学療法士
三上 隆浩	島根県：飯南町立飯南病院副院長
大浦 秀子	広島県：公立みつぎ総合病院参与
中津 守人	香川県：三豊総合病院地域医療部長
秋吉 知子	大分県：杵築市地域包括支援センター係長

◇事務局

伊藤 彰	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会事務局長
鈴木 智弘	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会課長補佐
大本 由佳	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会主事
植村 靖則	みずほ情報総研株式会社社会政策コンサルティング部シニアコンサルタント
西山 克彦	みずほ情報総研株式会社社会政策コンサルティング部コンサルタント

第2章

先進的な取組地域ヒアリング

1. 先進地域ヒアリングの概要

(1) ヒアリングの目的

実態調査の実施に先立ち、調査内容を具体化することを目的として、認知症高齢者等にやさしい地域づくりに先進的・積極的に取り組んでいる自治体を選定してヒアリングを実施した。

(2) ヒアリングの対象地域とその特徴

①ヒアリング訪問日

訪問日	訪問先
平成 26 年 9 月 5 日	北海道・京極町地域包括支援センター
平成 26 年 9 月 16 日	千葉県・鋸南町地域包括支援センター
平成 26 年 9 月 18 日	香川県・綾川町地域包括支援センター

②ヒアリング対象地域の特徴

訪問日	訪問先
北海道・京極町地域包括支援センター	<ul style="list-style-type: none">平成 24 年度に国診協モデル事業を実施。モデル事業後、いくつかの新たな課題が発生したものの、その課題を克服しつつ活動が再び活発化。2 年前のモデル事業において得られた成果と、その後に発生した課題とその解決策は、他の地域においても参考になると考えられることから、「決して順調ではないがモチベーションを維持しながら取組を継続している地域」である。
千葉県・鋸南町地域包括支援センター	<ul style="list-style-type: none">平成 24 年度に国診協モデル事業を実施し、認知症ケアパスを作成。介護予防等については、小地域での取組を別の地域に横展開。地域包括支援センターは、初年度の立ち上げ期のみ関与し、その後は地域の自主活動として移行。また、基本チェックリストのみならず、必要性を感じる高齢者に対しては MMSE を実施する等、予防段階からの取組ならびにデータに基づいた取組を実施。
香川県・綾川町地域包括支援センター	<ul style="list-style-type: none">平成 24 年度に国診協モデル事業を実施し、認知症ケアパスを作成。介護予防サポーター等、既存の住民協働の組織を活用した活動を実施。また地域包括支援センターにおいては、社会福祉士と保健師が協働して取組を展開。

2. 北海道・京極町地域包括支援センター

(1) 認知症高齢者等を地域で支援するための活動・取組の発展過程

①活動・取組を開始した際のきっかけや問題意識

【平成 22 年度から平成 23 年度】

京極町において、本格的に認知症高齢者等を地域で支えるためのきっかけとなったのは、平成 22 年度から 23 年度にかけて国保病院が主体となって取り組んだ、認知症ケア・ネットワーク構築事業であった。

そこでは、認知症に対する家族の誤解があること（本人を叱咤激励してしまうなど本人の症状を悪化させる、家族間の考えの差でサービス導入が困難、認知症を恥ずかしいことと思う、認知症の人を外に出さない）や認知症の人に対する住民の差別意識があることが確認された。また国保病院職員の意識も十分でなく、せん妄や徘徊があると入院を断ったり、外来窓口でも対応できなかつたり、認知症に気づいても相談先がない、といった状況であった。

このように病院が入院・外来とも認知症の人に適切に対応できてないことに問題意識を持ち、地域包括医療・ケアを目指そうとした病院事務長が中心となって取り組んだ活動であった。

【平成 24 年度以降】

平成 24 年度からは社会福祉協議会が主体となり、1 町内会を対象に見守りネットワークをモデル的に展開し始めた。75 歳以上の方を対象に地域包括支援センター職員・民生委員でペアとなり個別訪問し生活状況を明らかにし、見守りの必要性等を町内会・民生委員と共有を図った。ただし見守りに関しては、希望者が少ない事もあり、多くの登録には結び付かなかった。

しかしその活動の中で、医療・介護に結び付いていない高齢者が潜在化していることや、地域住民の認知症に対する理解が低いこと、民生委員が個人情報提供を受けていないこともあり、地域にどのような人が住んでいるかを把握していないことなどの課題が明らかとなった。

そこで民生委員と協働する仕組みや、地域住民への啓発等、早期発見・相談に向けての基盤作りをしていくことの必要性を感じ、さらに取組を進めることとした。

②活動・取組を開始するに当たっての準備作業等

平成 22 年度から平成 23 年度にかけての取組では、町内関係諸機関へ呼びかけ、保健・医療・福祉会議を月 1 回開催したが、どの部署も力量不足で十分な準備ができたかは疑問が残った。例えば、参加対象者に民生委員が含まれていなかったし、住民の主体的活動も少なく、その質も課題が残った。

そこで平成 24 年度以降の取組では、町内の民生委員・町内会役員（町内会長・福祉委員）を対象として、認知症サポーター養成講座を開催した。

また、地域ケア会議に民生委員を参集し、民生児童委員協議会には地域包括支援センター職員が参加するようにした。そうした中で個別ケースの情報のやり取りや事例検討など行い、地域包括支援センターと民生委員との関係性づくりや、地域での早期発見から相談につながる重要性について伝えている。

さらに地域包括支援センターが事務局となり京極町キャラバン・メイト協議会を発足し、地域での効果的な認知症サポーター養成講座の展開方法を検討中である。

同時に、認知症高齢者が所在不明になった際に初動捜索を行う「あんしんネットワーク」を立ち上げ、システム検討の中にも民生委員に参加してもらっている。

③活動・取組が軌道にのるまでの経緯

1 年目は講演会 1 回、会議（事例検討、グループ討議など）3 回実施。認知症に対する参加者の認識は変化したが、主体的活動になる状況ではなかった。

2 年目は認知症の人の見守り活動、相談を行う組織が発足予定であったが、まったくアクションを起こせず、年度後半になって、講演会 1 回会議 2 回を実施した。

3 年目は地域包括支援センターがモデル地区事業を開始した。行政には民生委員への地域ケア会議参加の協力依頼や、あんしんネットワークの事務局としての機能を担ってもらっており、地域包括支援センターは、地域ケア会議やキャラバン・メイト協議会の事務局を担っている。

3 年目以降の成功要因としては、数名の民生委員が、民生委員としての活動に対して向上心を持っており、見守りネットワークから継続して個別訪問・地域包括支援センターへの相談を継続してくれていることが挙げられる。京極町の民生委員は生活保護世帯への訪問等が主たる役割となっており、高齢者等の見守りについては「これ以上仕事を増やしたくない」という意識もまだ残っているが、このように新たな役割を担ってくれる民生委員も出てくるようになってきた。

一方阻害要因としては、町としての個人情報取り扱い方法が明確でないため、民

生委員等が日常の見守りの中で地域の気になる人を見つけた際に、どう行政・地域包括支援センターにつなげると良いかを明確に示すことができていないことである。

(2) 認知高齢者等を地域で支援するための活動・取組の具体的内容

①地域における見守りの取組状況

昨年、町内グループホームで行方不明が 2 件発生したことがきっかけで、地域ケア会議において、他の施設から町内各施設で構成される搜索協力体制を構築したいという提案があった。

そこで事例検討を行い、地域課題として地域ケア会議（月 1 回開催）の上部組織である管理者会議、代表者会議に提言した結果、役場担当部署と地域包括支援センターで事務局を組織し、施設入所者が行方不明になった想定で今年 5 月に模擬訓練が実施された。

今年中に在宅の方が行方不明になった想定でも再度模擬訓練を行い、あんしんネットワークの要綱や各書式の整備を行い来年度施行予定である。

②家族支援への取組状況

家族会は、居宅介護支援事業所が事務局となり「家族介護交流会」を不定期で開催中である（認知症に特化していない）。

認知症の理解が十分でなく、家族や地域の方の対応も不十分な場合がほとんどである（例えば、叱り付ける、説得など）。また地域の方は、福祉サービスへの依存、施設入所を望む傾向が強いため、認知症の理解を高めるとともに、適切な対応を知るための啓発普及活動・地域の理解を深めるための認知症サポーター養成講座を活発化させている。

また、家族が困った時に相談できる地域包括支援センターの認知度を高めるための PR 活動も行っている。

③ひとり暮らしの認知症高齢者への対応

【要介護認定を受けている場合：

ケアマネジャーや介護保険サービスを利用している場合】

介護サービスやその他の高齢者サービスでの見守りに終始している傾向がある（ヘルパー・デイサービス・配食・電話相談など）。

【要介護認定を受けていない場合：

ケアマネジャーや介護保険サービスを利用していない場合】

閉じこもらないように老人温泉やサロン活動（町の商工会館で実施されるものと、小地域での活動の2種類）、予防教室（主としてMCI対象）などを紹介し、その中で状況の確認を行っている。この老人温泉は、情報収集の有力な場となっている。

また、未認定者、認定を受けていても介護保険サービスを利用していない方は、地域包括支援センターで定期訪問を実施している。現在40～50人程度の対象者がおり、3ヶ月に1回訪問している。さらに月1回のひまわりクリニックと、行政との情報共有を目的とした会議の中で状況確認を実施している。

これらに加え、担当地区民生委員、社協地域活動専門員からの情報提供や対応の依頼もある。

(3) 認知症高齢者等にやさしい地域づくりの展開について

①地域展開の状況

見守りネットワークのモデル地区は、町内で最も高齢者世帯が多い町内会であるのだが、住民がその認識を持ちはじめ（役員意識の高まり等）、町主催の防災訓練では要援護者役を選出し、訓練への参加も積極的に行うようになった。またあんしんネットワークの模擬訓練参加にも前向きな意見が聞かれるようになった。今年度開催予定の第2回の模擬訓練の際にも協力を依頼していきたい。

また、昨年度認知症サポーター養成講座を町内会長、福祉委員、民生委員対象に実施した。講座ではひまわりクリニック医師の講話やグループワークを実施したが、認知症に関する認識の低さを実感した。

②活動・取組の今後の展開

潜在している認知症の方を早期に発見し、早期に治療や適切な対応、環境につなげていくためには、その家族や地域の方が相談できる窓口を知る必要がある。

そこで地域包括支援センターとしては、①地域の方との接点を多く持てる活動を意識的に展開することと、②地域へ出向いて行う普及啓発活動の活発化（認知症サポーター養成講座）に取り組んでいきたい。

また、行政からの方針、行政主導で取り組まなければならないことの整理、連携（地域ケア会議の機能の限界・予算・個人情報の取り扱いのルール作りなど）も必要である。

さらに、医療機関との連携がどの機関でも同じようにできるための関係強化を図ることや、地域包括支援センターの業務整理を行い、重点課題を整理して地域的な展開のできる活動を行っていきたいと考えている。

そして、認知症予防教室（地域包括支援センターがひまわりクリニックや行政と協働）を今年度は試行的に開催し、来年度以降は社会福祉協議会に移行する予定なので、その体制作りにも取り組んでいく必要がある。

最後に、独居、高齢者世帯の訪問活動を開始したいと考えている（民生委員との同行、状況把握）。

3. 千葉県・鋸南町地域包括支援センター

(1) 認知症高齢者等を地域で支援するための活動・取組の発展過程

①活動・取組を開始した際のきっかけや問題意識

平成6年4月に「福祉サービスセンター」に在宅福祉の担当の保健師が配置され、認知症、寝たきり等の相談対応をするようになったが、その当時の相談対応の中心は、比較的重度の方であった。

平成11年に4月に保健福祉総合センター「すこやか」の開設にて在宅介護支援センターで相談対応を行うようになったが、高齢化率の上昇と介護保険制度による影響が認知症の中度、軽度の方の相談が増えた。ケアは必要であるけれども、この段階であれば予防が可能であり、重症化を先送りすることで介護保険の認定者、給付額を抑制できると考えた。

平成18年度から在宅介護支援センターは、町民の相談窓口として全数把握できる唯一の地域包括支援センター（直営）となり、介護予防を担う立場となった。

②活動・取組を開始するに当たっての準備作業等

平成17年に安房健康福祉センターと共同で老人クラブの有志を対象に「認知症予防教室」モデル事業として実施し、効果が期待できるか、継続実施できるかの検討を行った。

※保健師が老人クラブの会合で事業の主旨を説明し参加協力を依頼し、教室を開催し、教室実施後には毎回担当者間での打ち合わせ会議を実施した。社会福祉協議会、国保鋸南病院院長、町内の神経内科医にも事業の趣旨を相談し助言、指導、協力を頂いた。

※教室開始時から町内展開にむけて自主化を意識した教室内容とし「やる気」を引き出すために「笑って楽しく」「褒め自信を持たせる」ことを意識し実践した。

③活動・取組が軌道にのるまでの経緯

自主化に移行後も常に行政は活動を見守り、サポートしていく。また、その活動（イベント等）を称えPRしていく。町外の視察も受け入れ対応してもらうことにより、活動の必要性を再認識でき、目的、自信を持った地区活動となっている。

(2) 認知高齢者等を地域で支援するための活動・取組の具体的内容

①相談支援の取組状況

町内の相談支援の窓口は下記の通り。

- 1) 地域包括支援センター（直営 1 か所）：総合相談窓口
- 2) 医療機関（国保鋸南病院等）：相談を受け、地域包括支援センターへ情報提供、対応を相談
- 3) サービス事業所：相談を受け、地域包括支援センターへ情報提供、対応を相談
- 4) 民政委員：相談を受け、地域包括支援センターへ情報提供、対応を相談
- 5) 近隣、知人：相談を受け、地域包括支援センターへ情報提供、対応を相談

②早期発見・早期対応への取組状況：もの忘れ外来を中心に

町内に物忘れ外来が無いが、ケースの相談があった場合、まず主治医の有無の確認を行う。主治医がいる場合には本人、家族の同意を得て、主治医に状況を報告し専門医療機関の受診も含めて対応を相談し、主治医より専門医への紹介状を頂いた場合は専門医への連絡調整や受診手段も含めて支援する。

また「気づき」の機会については、平成 24 年度に実施した国診協のモデル事業で作成した資料に記載しているように、様々なルートから情報を得ている。

③地域における見守りの取組状況

まず、介護予防教室に参加してもらうことで状況の確認が可能となっている。特に地域のコミセン等で行われている介護予防教室については、各地区のリーダーが参加者の欠席理由や現状を把握しており、認知症が疑われる人を教室に誘っていることから、きめ細かい状況把握が可能となっている。

介護予防教室：週 1 回（送迎付き）3 教室、月 2 回（送迎付き）1 教室

週 1 回（送迎なし）1 教室

月 1～2 回（地区コミセン、青年館等）町内 19 か所

また、民政委員や近隣住民、知人から「外に出てこない」「道でフラフラしている」「いつもと様子が違う」等の情報が地域包括支援センターに入ってくる。

さらに医療機関からも、「定期受診ができていない」「内服薬がたまっている」「いつ

もと様子が違う」等の情報・連絡が地域包括支援センターに入ってくる。

なお、介護保険サービスを利用している場合は、ケアマネジャーに報告して様子を確認し、対応を支援している。

④家族支援への取組状況

平成 11 年から認知症講演会、介護者の集いを開催し、認知症とその介護についての普及啓発を毎年実施している。年に 1 回～2 回は日帰りバス旅行も計画し、参加できない方への情報提供として、町報発行の奇数月に「介護新聞」のページをもらい情報発信をしている。介護保険の認定調査員から認定調査時に介護者に不安、負担が生じているようであれば情報が入る体制（デスクが一緒）になっている。

地域包括支援センターは町内 1 か所の総合相談窓口であるがゆえに初回相談を職員 3 名の内、誰かが関わり介護体制について把握できているため、介護負担のリスクが高いケースについては職員がケアマネジャーとともに関わるようにしている。

⑤ひとり暮らしの認知症高齢者への対応

【要介護認定を受けている場合：

ケアマネジャーや介護保険サービスを利用している場合】

- 1) デイサービス、ヘルパー派遣等の利用
- 2) ケアマネ訪問
- 3) 子、親戚、知人、民政委員の見守り
- 4) 外出支援サービス（社協）
- 5) 医療機関（受診状況等）
- 6) 地域包括支援センター

【要介護認定を受けていない場合：

ケアマネジャーや介護保険サービスを利用していない場合】

- 1) 介護予防教室の利用（週 1 回～）
- 2) 配食サービスの利用（月～金の昼食）
- 3) 子、親戚、知人、民政委員の見守り
- 4) 外出支援サービス（社協）

- 5) 医療機関（受診状況等）
- 6) 地域包括支援センター

(3) 認知症高齢者等にやさしい地域づくりの展開について

①地域展開の状況・進捗状況の確認

地区のコミセン等を活動拠点とした「ご近所のお仲間との自主活動」として展開しているため、連帯感が向上し、見守り、助け合い活動（買い物支援、閉じこもり、認知症が疑われる方への参加推奨等）に発展しつつある。

一方活動ができていない地区は現在、ほぼ 2 地区ほどとなっており、うち 1 地区はセンターの教室にてフォローしており、もう 1 地区はリーダー候補者と活動を計画中である。

②活動・取組の進捗状況の確認

週 1 回地域包括支援センターで行っている教室を、サポーター養成研修に位置づけており、各地区のリーダーが参加する情報交換・研修の場となっている。

また毎月の各地区の活動は、活動のPR、新規参加者の募集のために、開催日を公表しているため、保健師が毎月リーダーと連絡をとり、状況確認、相談等ができています。

さらに年に 1 回、「健康福祉まつり」というイベントの舞台上、各教室の活動発表を行っている。この発表が地区の連帯感を更に向上させ、競争心、向上心をかきたてるものとなっている。参加者は「来年は更に良い舞台を」という思いで、1 年かけて企画、練習を行っており、前頭葉が活性化されている。

なお、介護予防健診等を利用して年に 1 回程度客観的評価（MMS テスト、10m 歩行速度、握力等）を行っている。

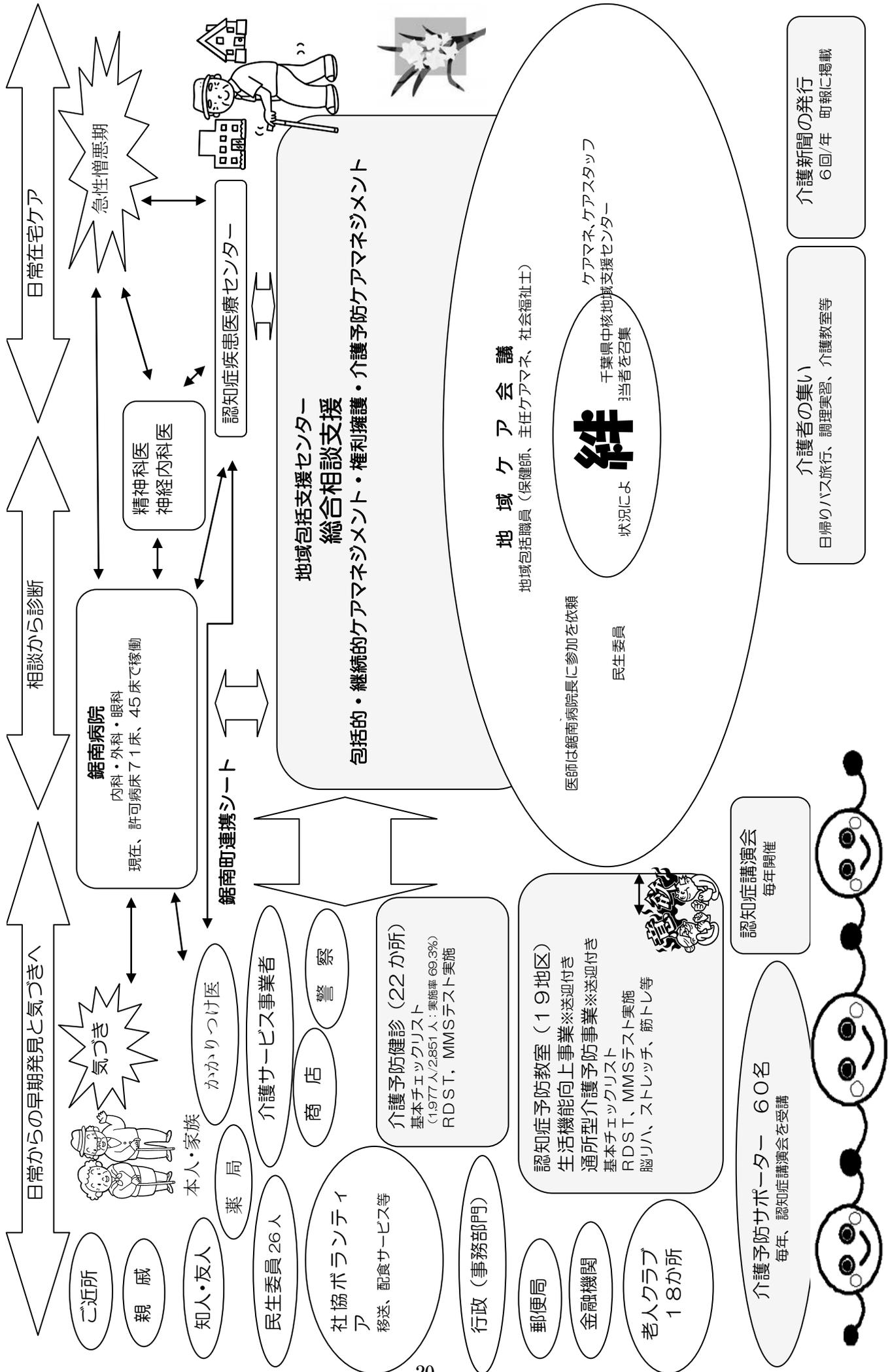
③活動・取組の今後の展開

活動の継続に必要な条件はまず、①「楽しい」活動であること、そして次に、②「活動の効果」を実感できることである。この 2 点が、参加者、リーダーのモチベーションを維持できる条件と考える。また最近、参加者、リーダーから「一生懸命やってくれているから、がんばらなくちゃ」と言う言葉が良く聞かれるようになった。自主化

に移行する時も「忙しいから私達で頑張ってみますよ」と言ってくれるようになった。
予防教室が住民、行政との協同活動となっていることも継続の条件にもなっている。

後継者育成については活動の必要性、効果を機会あるごとにPRし、新たな参加者
(できれば若い方)を増やしていくことに各地区のリーダーと共に努めている。

笑って元気!!絆が育つ地域・健康づくり!!いきいきあんしん! 鋸南町



4. 香川県・綾川町地域包括支援センター

(1) 認知症高齢者等を地域で支援するための活動・取組の発展過程

①活動・取組を開始した際のきっかけや問題意識

平成 18 年 3 月に市町村合併により綾川町となり、同年 4 月に綾川町の地域包括支援センターが設置された。その役割の重要な部分が住民力の育成とネットワークづくりであると捉え、介護予防サポーターの育成が町で始まった。

その前に長年、在宅介護支援センターの職員として地域介護や認知症のケアのあり方など取り組んできた経験から、本人家族だけではいくら努力しても在宅の介護は負担が大きく共倒れになったり、周辺症状に対して後手後手になったりするなど地域で暮らしていくには地域づくりだと問題意識を持っていた。

住民が育っていると、支え手側だけでなく、いざ、支えられる立場になっても早期にサービスの導入が図りやすく、いわゆる支えられ上手になることができる。自助、共助、互助の観点からもその育成は重要であると考えられる。

サポーターは非常に意識が高くなり、どうすれば自分たちが支え手となれるかを考え、実行に移してきた。そのきっかけとなったのが平成 20 年度の国の認知症地域支援体制構築モデル事業への取組であり、そこからいくつかの資源が生み出されている(居場所づくりや資源マップ作成等)。そこへの参加者は婦人会や自治会からの方が多く、元々ネットワークをもっている方々であったことも、活動の活発化の背景にあったのかもしれない。

②活動・取組を開始するに当たっての準備作業等

一年間をかけてじっくりとサポーターを養成することにより、新たな人間関係も構築されネットワークの芽生えとなった。また、知識を学ぶことによりやる気を引き出すきっかけとなっている。参加者の多くが現役を退職した 60 代の住民であり、第 2 の人生の生きがい作りのきっかけにもなっていると考えられる。

活動内容については、行政主導ではなくサポーターが自らの気づきや希望を大切に、自分たちがやりたいことを具現化していることも重要だと考えられている。

③活動・取組が軌道にのるまでの経緯

地道な活動を繰り返し、職員がつかず離れず集団の揺らぎに対して寄り添い、行き詰まれば話し合い、原点に帰れるように配慮してきた。同時に、集団の核となる人を育ててきた。

既存の団体との融合や協働など時間が必要な部分があることは否めない。「ともに」という観点からぶれないように配慮している。また、養成したサポーターの組織化を意識してはかり、社協のボランティア協議会の1団体として、町の中で認識してもらえようにしてきた。

これまでサポーター養成講座を受講・終了した方は302人であるが、そのうち140人程度が現在活動している（平成26年度は37人養成）。

ただし、サポーターといえども年齢を重ねると要介護認定を受けるなど、体調の関係でリタイアすることもある。

（2）認知高齢者等を地域で支援するための活動・取組の具体的内容

①相談支援の取組状況

相談支援については、地域包括支援センターやかかりつけ医が主として担っている。ただし、患者本人が認知症を疑いつつも、かかりつけ医にかかったまま専門的な検査も受けていないかったり、かかりつけ医の側も専門医に紹介しなかったりする事例は少なくない。

また、本当は大きな病院の専門医に診てもらいたいと望んでいてもかかりつけの医師への遠慮から心を悩ましている家族や本人の相談も、よく地域包括支援センターに持ち込まれる。

町で実施している心の健康相談に予約を取って話を聴いてもらうという人もいる。中には自分で最初から認知症疾患センターの予約を取って受診している人もいる他、好事例としては認知症疾患センターと診療所の主治医との共診の形も出てきている。

早期発見のきっかけとしては、本人、家族、その周りの地域の人、友人、民生委員、サポーター、ケアマネジャー、役場職員(心ある)、主治医、認知症疾患センター、と様々である。

②地域における見守りの取組状況

サポーターを中心とした人づくりは順調に推移し、現在も継続している。

さらにそれらの活動を広い対象者が行えるように平成23年度から介護支援ボランティア制度を開始した。サポーターだけでなく65歳以上の高齢者(要介護認定者は除く)も対象となった。活動がポイントとなり、支えることが介護予防となる仕組みをより固めた。

平成25年度からはさらにきめ細かい見守り体制を作るために高齢者声かけ・見守り「まちかどほっと歓事業」を立ち上げ、見守られる人を見守る人(協力員)民生委員等がチームで活動する事業を試行錯誤している。本事業により、認知症の人を早期に発見し、適切なサービスに繋げ、地域のネットワークの中で周辺症状を最小限にしなから家で暮らせることをめざしている。平成26年度はさらに、協力機関も組織化する予定である。

③家族支援への取組状況

認知症に特化したものは町レベルではないが、1ヶ月に一度、地域包括支援センターが開催する「安心広場」がある。

④ひとり暮らしの認知症高齢者への対応

【要介護認定を受けている場合：

ケアマネジャーや介護保険サービスを利用している場合】

まず、地域包括支援センターが本人を把握し、認定を受けさせ、ケアマネにもつないだ。元々、周りの友人知人にも恵まれており、本人もサポーターとして活動していた人だったので異変には比較的早期に気づいた。しかし、周辺症状には大勢が悩まされ、近隣の姉妹や県外の子どもたちも被害的、攻撃的な電話攻撃に心身ともに疲れ果てるという時期もあった。現在も全面的に解決しているわけではないが、関わっている皆が逃げずに向き合い、ホームヘルパー、訪問看護、訪問診療と地域の人、家族で支えられている。一年かかって徐々に落ち着いてきている。

【要介護認定を受けていない場合：

ケアマネジャーや介護保険サービスを利用していない場合】

上記と同様に相談を受けてから人間関係をつくり、徐々にケアマネジャーにつないでいく。地域包括支援センター職員は本人との人間関係を構築しているため、一時的にはケアマネジャーの役割も果たしながら、一日に10回以上同じ内容で電話がかかってくる中、本人に繰り返し対応している。一人で間に合わないときは周りの職員にも協力を求め、皆がずれのない対応をするようにする。ケアマネジャーの存在がわかり移行するまでに2～3ヶ月かかった。

(3) 認知症高齢者等にやさしい地域づくりの展開について

①地域展開の状況

認知症高齢者にやさしい地域づくりは、住民の相当な知識と相当な覚悟がなくてはなかなかできないのではないかと。

専門職は週1回訪問できれば十分かもしれないが、近所の方々は毎日接することになることから、認知症の「Aさん」を支えるためには、住民が「育つ」ことが不可欠である。

②活動・取組の今後の展開

揺らぎのない、または寄り添えるコーディネーターの存在が重要である。

また関係者が揺らぎのない対応をしていくためには、連携シートのような仕組みを構築していくことが不可欠である。

期待されています
元気をもらいあって **地域力**
住民力 の発揮を
申込みはお電話で
必切：6月13日（金）

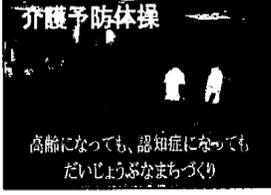


綾川町
介護予防サポーター養成講座
まなびあい講座

この講座は、綾川町に住所を有する人を対象に介護予防サポーターを養成することを目的とし、いきいきとえがおで綾川町に定住していくために、高齢になっての生き方・過ごし方を学び、ご自身や家族の介護予防、さらには地域での支えあいにつ



大原先生より
介護保険制度講義



介護予防体操
高齢になっても、認知症になっても
だいじょうぶなまちづくり

お申し込み
はお電話で

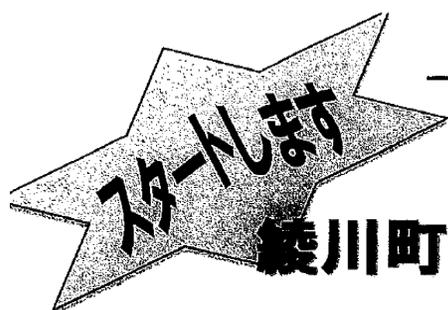
場所：綾川町総合保健施設 えがお 2階
綾川町地域包括支援センター（えがお内）
電話 087-876-1002

とき	テーマと講師	内容
7月4日(金) 13:30~15:30	開講式 みんなで支える介護保険制度 陶病院 院長 大原昌樹 先生	介護保険のしくみや介護が必要になる原因や予防を学びます。
8月7日(木) 9:30~11:30	介護予防実習 その1 高齢者の食事と栄養・健口生活 町管理栄養士・歯科衛生士 青木まゆみ先生	おいしく食べるため工夫を管理栄養士から、かむ・飲む・食べる機能の秘密を歯科衛生士からお聞きします。
9月5日(金) 13:30~15:30	高齢者のこころとからだ～医師からのメッセージ～ 精神科医師 早原敏之 先生	認知症サポート医師の先生から、認知症を医学的にわかりやすく解説します。
10月8日(水) 13:30~15:30	介護予防実習 その2 簡単介護予防体操 健康運動指導士 広瀬 豊先生	今の筋力を保つために、簡単にできる体操を実際に体験してみます
11月 10:30~15:30	 施設見学	県内の高齢者を地域で支える施設におじゃまして、活動の様子をお聞きします。
12月10日(水) 13:30~15:30	認知症になってもだいじょうぶ！ ～認知症家族の会からのメッセージ～ 認知症家族の会 夕映えの会 藤田浩子先生	15年間の活動から、認知症の人・介護する家族、両者に送る温かなメッセージです。
1月8日(木) 13:30~15:30	高齢になってもだいじょうぶ！ シルバー生活を充実生活に！ 四国学院大学 島影俊英先生	高齢者とよりよい生活を送るために、言葉のコミュニケーションだけでなく感情の交流が大切です。明日から役に立ちます。
閉講式 2月	閉講式 まちづくりのために～介護サポート活動のご案内 綾川町地域包括支援センター	3人にひとりが高齢者です。…これからの介護サポーター活動や自分ひとりでもできる活動を話しあってみよう。



お願い：全コース続けて参加されることをお願いしています。
受講後は綾川町介護予防サポーターに登録されます。





一人ぼっちをゼロに！

広げよう ささえあいの輪・話・和

綾川町高齢者声かけ・見守り

まちかどほっと^{かん}歓事業

綾川町では高齢化率が30%を超え、団塊の世代が高齢者の仲間入りをし、一人暮らし高齢者や高齢者夫婦のみの世帯、認知症高齢者等が年々増加しています。また、核家族化や少子化など家族形態の変化する中、地域での互助（支えあい）が大切になっています。

そこで綾川町では平成25年度から声かけ・見守りが必要な高齢者のため、「綾川町まちかどほっと歓事業」に取り組むことになりました。地域のボランティアさんを中心に声かけや見守り、居場所づくりを行うことで孤立や閉じこもりをなくし、住み慣れた地元で安心して暮らし続けられることを目的とした事業です。



「まちかどほっと歓」にはいろいろな意味が込められています

ほっと…安心感

放っとかんで～!!

HOT ほっと

身近なまちかどで



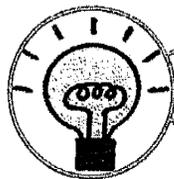
あたたかい

歓

地域で支えあうことが元気や喜びに

つながります

【まちかどほっと歓シンボルマーク】



地域の特性に応じた方法を考えながら**モデル地区**
で取り組みが始まっています



こんなことをしています！

- ・地域の地図と照らし合わせながら、知っている情報を集め、見守りが必要な方
を見つけていきます。
- ・サロン・クラブ活動などみんなが集まれる場所を増やしていきます。
- ・地区の民生委員、婦人会、自治会長と連携し、協力して活動しています。
- ・ラジオ体操に呼びかけ、普段からの近隣のつながりがもてるようにします。
- ・老人クラブの名簿から、閉じこもりがちなの人がいないか考えていきます。
- ・幅広い世代の方が参加しやすい居場所づくりをすすめていきます。

地元の人による地元の人のためのささえあいの輪にするために



【問い合わせ先】

地域包括支援センター

綾川町役場健康福祉課

綾川町社会福祉協議会

第3章

地域における認知症高齢者ケア の取組に関するアンケート調査

1. アンケート調査実施概要

(1) 調査の目的

「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」の必要要素を、「家族への支援策の有無とその内容」等、細分化し、それぞれの要素への対応策や、認知症高齢者とその家族への支援に関する取組、特に地域における見守り体制やそのための人材の確保・育成に関する取組状況を把握することを目的として実施した。

(2) 調査の対象

全国の市区町村 (1,741 か所) 回収数 683 件 (回収率 39.2%)

(3) 調査時期

平成 26 年 12 月～平成 27 年 1 月

(4) 調査の内容

- 地域の基本的属性 (人口・高齢者数、地域包括支援センターの設置状況等)
- 認知症高齢者等に対する支援策の状況 (早期発見・啓発・家族支援)
- 認知症高齢者等を地域で支えるためのネットワークの構築状況
- 「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」のイメージ 等

2. 調査結果概要

以下のアンケート調査結果の図表のうち、「全体」欄の数字は集計対象件数で、単位は「件」であり、それ以外は指定のない限り「%」である。なお SA については、構成比の縦の合計が 100% となるように表示している。

(1) 自治体の基本属性

全体的にみると、高齢化率は 29.2% となっている。総務省統計局の人口推計（平成 26 年 8 月 1 日時点）の高齢化率が 25.8% であるため、全国平均よりやや高めの結果となっている。また、自治体規模別にみると、規模が小さくなるほど、高齢化率がやや高くなっている（図表 1）。

図表 1 人口・高齢者人口（平成 26 年 10 月 1 日時点）

		合計	自治体規模		
			町村	市（人口20万人未満）	市（人口20万人以上）
	全体	683	281	325	77
平均値	総人口（人）	101,804	14,868	73,873	536,958
	高齢者人口（人）	25,607	4,288	19,742	127,259
	高齢化率（%） ※回答結果より計算	29.2	31.9	28.1	24.2

地域包括支援センターの設置状況については、全体では設置数が 3.5 箇所であり、委託がそのうち 2.7 箇所を占めている。自治体規模別にみると、市（人口 20 万人以上）においては、町村や市（人口 20 万人未満）と比べて圧倒的に総数が多い。また内訳をみると、町村では直営の方が委託より多い傾向があるが、市（人口 20 万人以上）では、ほぼすべてが委託型である。（図表 2）。

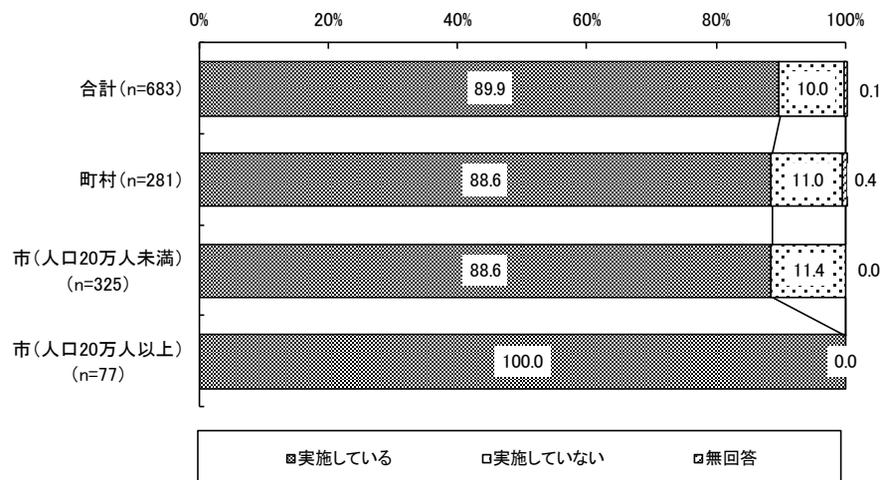
図表 2 地域包括支援センターの設置状況（平成 26 年 10 月 1 日時点）

		合計	自治体規模		
			町村	市（人口20万人未満）	市（人口20万人以上）
	全体	683	281	325	77
平均値	総数（箇所）	3.5	1.1	2.4	16.5
	うち直営（箇所）	0.7	0.8	0.6	0.4
	うち委託（箇所）	2.7	0.3	1.8	15.7

(2) 早期発見のための取組について

早期発見のための取組の実施率は 89.9%となっている。自治体規模別にみると、市（人口 20 万人以上）では、実施率が 100.0%であり、市（人口 20 万人未満）と町村よりも実施率が高い（11.4 ポイント差）（図表 3）。

図表 3 早期発見のための取組の実施状況



早期発見のための具体的な取組内容をみると、最も多く実施されているのは「地域包括支援センターへの相談」であり、次いで「民生委員による対応」、「保健師の訪問による対応」となっている。自治体規模別にみても、この3つは高い実施率となっている。

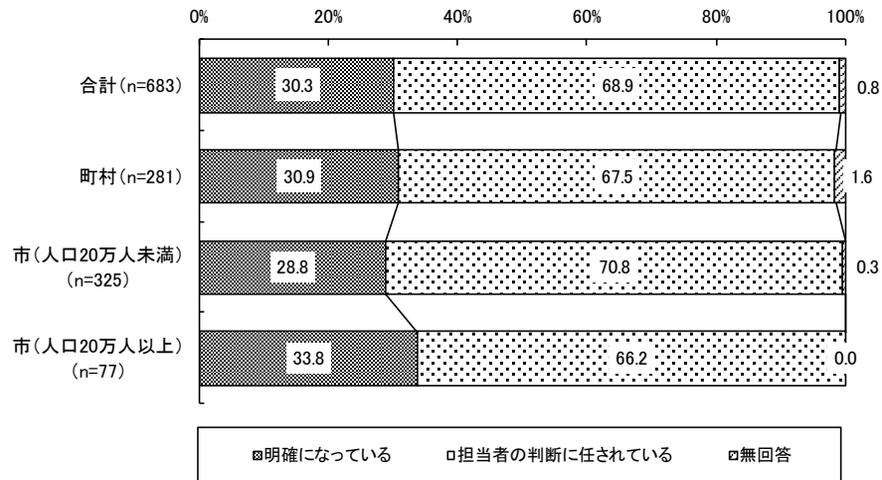
自治体規模別のグループ間で比較すると、市（人口 20 万人以上）では「医療機関における『物忘れ外来』」の実施率が町村、市（人口 20 万人未満）と比べて圧倒的に高い。一方、「要介護認定調査時での相談」については、町村、市（人口 20 万人未満）、市（人口 20 万人以上）の順番に実施率が高くなっている。また、「基本健診時における問診時での相談」については、町村での実施率が市部と比べて高くなっている（図表 4）。

図表 4 早期発見のための取組の具体的な内容

	合計	自治体規模		
		町村	市（人口20万人未満）	市（人口20万人以上）
全体	614	249	288	77
医療機関における「物忘れ外来」	37.9	20.5	43.4	74.0
保健師の訪問による対応	52.0	58.2	47.6	48.1
認知症予防教室における相談	41.7	34.1	47.6	44.2
基本健診時における問診時での相談	13.5	22.1	7.6	7.8
要介護認定調査時での相談	47.1	60.2	40.6	28.6
民生委員による対応	63.7	67.5	63.9	50.6
地域包括支援センターへの相談	96.7	95.6	97.6	97.4
保健センター等による対応	22.5	22.5	20.5	29.9
健康教室等における相談	37.9	39.0	38.2	33.8
その他	21.0	18.5	21.5	27.3
無回答	0.2	0.4	0.0	0.0

相談受付後の対応の流れについては、明確になっているのが全体の 30.3%である。この割合については、自治体規模別にみても差はみられない（図表 5）。

図表 5 相談を受け付けた後の対応の流れが明確になっているか



早期発見のための取組について、フォローに関っている機関をみると、「地域包括支援センターや在宅介護支援センター」が 90.7%と最も高く、次に民生委員（71.3%）、市町村の保健福祉部門（70.4%）と続いている。この傾向は自治体規模別にみても変わらない

自治体規模が大きいほど関与割合が高くなる機関としては、「保健所・保健センター」、「医療機関（国保直診以外）」、「家族会」が挙げられる。一方、自治体規模が小さいほど、関与割合が高くなる機関としては、「民生委員」、「社会福祉協議会」が挙げられる（図表 6）。

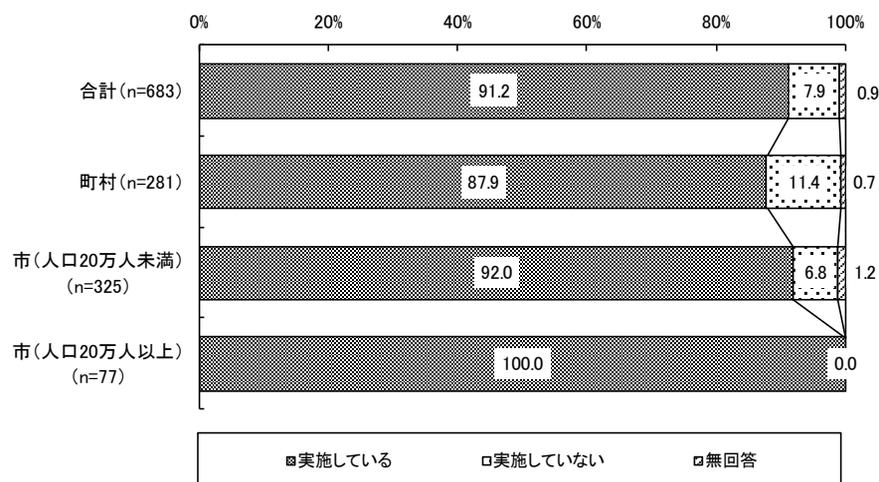
図表 6 各機関について、フォローに関わっている割合

	合計	自治体規模		
		町村	市（人口20万人未満）	市（人口20万人以上）
全体	614	249	288	77
市町村の保健福祉部門	70.4	71.5	70.8	64.9
保健所・保健センター	31.1	25.3	32.6	44.2
医療機関（国保直診）	25.1	30.9	20.5	23.4
医療機関（国保直診以外）	44.6	37.8	47.9	54.5
地域包括支援センターや在宅介護支援センター	90.7	92.4	89.6	89.6
居宅介護支援事業所	65.3	70.7	61.8	61.0
介護保険サービス事業所	56.8	59.8	55.2	53.2
民生委員	71.3	73.9	72.2	59.7
社会福祉協議会	53.7	58.2	53.1	41.6
自治会・町内会	29.5	26.9	30.9	32.5
家族会	20.4	10.4	24.0	39.0
住民ボランティア	18.9	19.7	18.4	18.2
警察・消防	36.3	35.7	37.8	32.5
商店	16.0	15.7	14.9	20.8
その他	7.2	7.2	6.3	10.4
無回答	7.0	4.8	8.3	9.1

(3) 予防に関する取組について

予防に関する取組の実施割合は、91.2%となっている。また自治体規模間で比較すると、規模が大きいほど、実施割合はやや高めに出ている（図表 10）。

図表 7 予防に関する取組の実施状況



予防に関する取組の具体的な内容については、無回答を未実施と解釈した場合「認知症予防教室」、「健康教室」、「小地域における各種取組」の順に実施率が高くなっている。実施率について、自治体規模間でみると、「認知症予防教室」については自治体規模が大きいほど実施割合が高い傾向がみられる。

実施主体については、「認知症予防教室」と「健康教室」においては市町村と地域包括支援センターが該当し、この傾向は自治体規模別に見ても同様である。一方、「小地域における各種取組」については、「住民組織」や「その他」が実施主体である割合が、他の取組よりも高くなっている。（図表 8）。

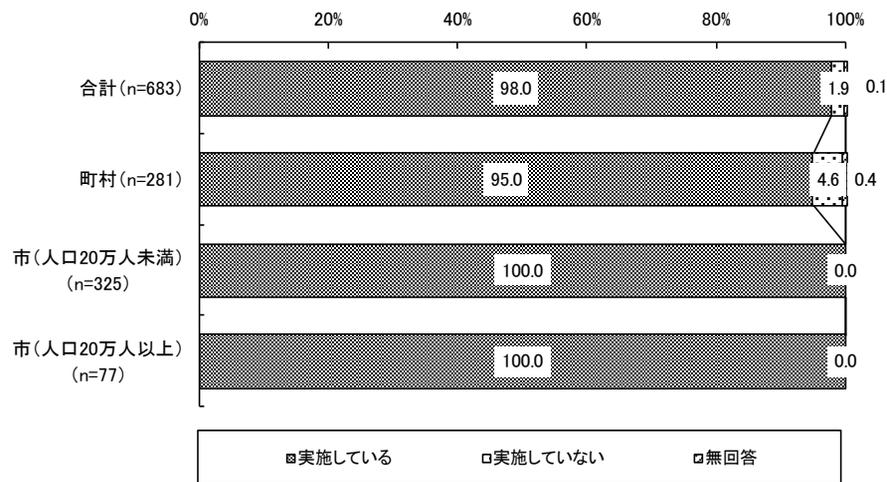
図表 8 予防に関する取組の具体的な内容と実施主体

	合計	自治体規模			
		町村	市（人口20万人未満）	市（人口20万人以上）	
全体	623	247	299	77	
認知症予防教室	市町村	41.6	28.7	48.2	57.1
	地域包括支援センター	42.5	42.5	42.5	42.9
	国保直診	0.5	0.4	0.7	0.0
	住民組織	3.5	1.6	5.7	1.3
	その他	4.5	3.6	5.4	3.9
	無回答	28.9	37.7	24.1	19.5
健康教室	市町村	45.9	40.1	49.8	49.4
	地域包括支援センター	36.8	34.4	38.8	36.4
	国保直診	0.6	0.8	0.7	0.0
	住民組織	5.0	3.6	6.4	3.9
	その他	1.6	0.8	2.3	1.3
	無回答	35.3	36.4	33.8	37.7
小地域における各種取組	市町村	7.9	7.3	9.0	5.2
	地域包括支援センター	14.8	16.2	12.7	18.2
	国保直診	0.0	0.0	0.0	0.0
	住民組織	15.2	17.0	14.7	11.7
	その他	5.5	6.9	4.7	3.9
	無回答	68.7	66.4	70.2	70.1

(4) 一般住民への啓発に関する取組みについて

一般住民への啓発に関する取組の実施率は、98.0%と高く、町村においても 95.0%の実施率となっている。(図表 9)

図表 9 一般住民への啓発に関する取組の実施状況



取組の具体的な内容については、無回答を未実施と解釈した場合、実施割合は、「認知症サポーターの養成」、「健康教室等での講話」、「リーフレットの作成・配布」、「介護関係イベント等での講話」の順に高くなっている。この傾向は、自治体規模別に見ても概ね同じであるが、どの取組についても自治体規模が大きくなるほど、実施割合が高くなっている。特に、市（人口 20 万人以上）においては、「リーフレットの作成・配布」を実施している割合が他よりも高くなっている。

実施主体については、全体的に「市町村」と「地域包括支援センター」が中心となっている。自治体規模間で比較すると、町村では「市町村」よりも「地域包括支援センター」が実施主体となる割合が高いのに対し、市（人口20万人以上）では「市町村」のほうが「地域包括支援センター」よりも中心となって取り組まれている。（図表10）。

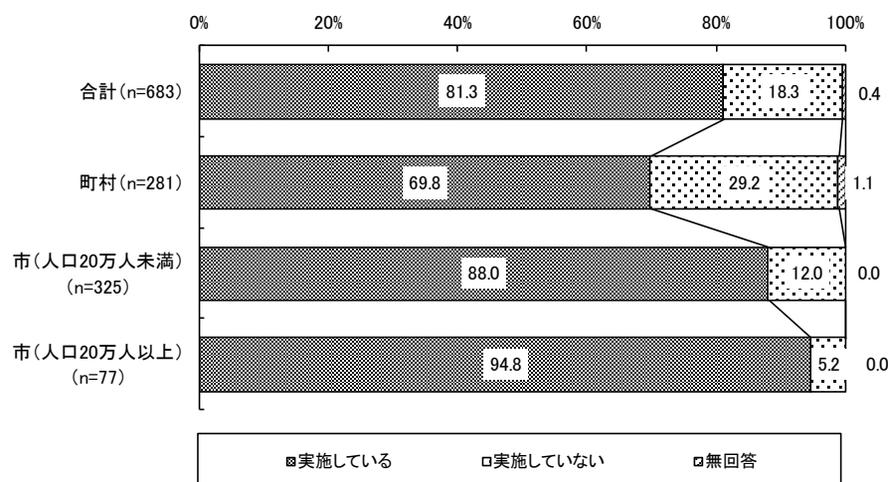
図表 10 一般住民への啓発に関する取組の具体的な内容と実施主体

		合計	自治体規模		
			町村	市（人口20万人未満）	市（人口20万人以上）
全体		669	267	325	77
リーフレットの作成・配布	市町村	37.5	19.1	42.2	81.8
	地域包括支援センター	39.2	33.7	43.4	40.3
	国保直診	0.4	0.4	0.6	0.0
	住民組織	1.5	0.0	2.8	1.3
	その他	1.8	0.4	3.1	1.3
	無回答	41.7	54.7	37.5	14.3
健康教室等での講話	市町村	44.8	34.5	48.9	63.6
	地域包括支援センター	52.0	46.8	55.1	57.1
	国保直診	0.6	0.4	0.9	0.0
	住民組織	1.6	1.1	2.2	1.3
	その他	1.0	0.4	1.5	1.3
	無回答	28.0	34.1	24.6	20.8
介護関係イベント等での講話	市町村	22.0	10.9	26.2	42.9
	地域包括支援センター	33.0	29.6	33.5	42.9
	国保直診	0.6	0.7	0.6	0.0
	住民組織	1.5	0.4	1.8	3.9
	その他	3.7	3.4	4.0	3.9
	無回答	56.8	64.8	54.2	40.3
認知症サポーターの養成	市町村	49.3	28.1	59.1	81.8
	地域包括支援センター	72.5	73.4	73.2	66.2
	国保直診	0.3	0.0	0.6	0.0
	住民組織	4.5	4.1	4.0	7.8
	その他	9.4	9.4	8.3	14.3
	無回答	5.5	12.0	1.5	0.0

(5) 家族支援に関する取組の状況について

家族支援に関する取組の実施割合は、全体で 81.3%となっていて、自治体規模が大きくなるほど実施割合が高くなっている（図表 11）。

図表 11 家族支援に関する取組の実施状況



家族支援に関する取組の具体的な内容は、無回答を未実施と解釈した場合「介護者の集い」、「家族会の支援」、「レスパイト事業の実施」の順に実施割合が高くなっている。この傾向は、自治体規模別に見ても変わらない。また、全体的に自治体規模が大きいほど、実施割合が高くなる傾向がみられる。

実施主体については、どの取組においても「市町村」と「地域包括支援センター」が中心となっている。自治体規模間で比較すると、町村では「地域包括支援センター」が実施主体となる割合が高いのに対し、市（人口 20 万人以上）では「市町村」のほうが「地域包括支援センター」よりも実施主体となる割合が高くなっている。（図表 12）。

図表 12 家族支援に関する取組の具体的な内容と実施主体

	合計	自治体規模			
		町村	市 (人口20万人未満)	市 (人口20万人以上)	
全体	555	196	286	73	
家族会の支援	市町村	25.0	9.7	28.0	54.8
	地域包括支援センター	29.0	25.5	31.5	28.8
	国保直診	0.0	0.0	0.0	0.0
	住民組織	2.0	0.5	2.4	4.1
	その他	11.7	7.7	13.3	16.4
	無回答	49.9	64.3	45.1	30.1
介護者の集い	市町村	28.6	17.9	32.9	41.1
	地域包括支援センター	48.1	49.0	45.5	56.2
	国保直診	0.2	0.5	0.0	0.0
	住民組織	7.9	3.1	9.4	15.1
	その他	18.7	16.3	19.2	23.3
	無回答	22.3	26.0	20.6	19.2
レスパイト事業の実施	市町村	9.2	3.6	8.7	26.0
	地域包括支援センター	2.3	2.6	2.1	2.7
	国保直診	0.0	0.0	0.0	0.0
	住民組織	0.5	0.0	1.0	0.0
	その他	3.2	2.0	3.1	6.8
	無回答	86.7	92.9	87.4	67.1

(6) 地域における独居の認知症高齢者への対応について

地域において独居の認知症高齢者で日常生活に困っている方への対応について、対応に関わっている割合が高い機関としては、「地域包括支援センターや在宅介護支援センター」、「民生委員」、「居宅介護支援事業所」、「市町村の保健福祉部門」、「介護保険サービス事業所」などが挙げられている。これらの機関で関与割合が高いという傾向は、自治体規模別に見ても同様である。

自治体規模間で比較すると、ほぼすべての機関について、自治体規模が大きいほど関与割合が高い傾向がみられる。特に「保健所・保健センター」、「自治会・町内会」、「家族会」などでその傾向が顕著である。(図表 13)。

図表 13 各機関について、独居認知症高齢者への対応に関わっている割合

	合計	自治体規模	
		町村	市（人口20万人以上）
全体	683	281	325
市町村の保健福祉部門	72.3	68.0	73.5
保健所・保健センター	24.2	17.8	26.5
医療機関（国保直診）	22.7	26.3	19.4
医療機関（国保直診以外）	37.8	33.1	40.0
地域包括支援センターや在宅介護支援センター	98.7	97.2	99.7
居宅介護支援事業所	81.3	75.8	84.9
介護保険サービス事業所	71.3	66.9	72.9
民生委員	91.8	87.9	94.2
社会福祉協議会	65.4	66.2	66.2
自治会・町内会	47.7	38.8	52.0
家族会	12.6	4.6	15.7
住民ボランティア	25.6	24.6	23.7
警察・消防	41.0	34.9	43.4
商店	18.2	16.7	16.3
その他	7.3	6.0	8.0
無回答	0.3	0.7	0.0

独居の認知症高齢者が日常生活で困った場合の対応について、特に中心となる機関としては、「地域包括支援センターや在宅介護支援センター」が圧倒的に多く挙げられている。(図表 14)。

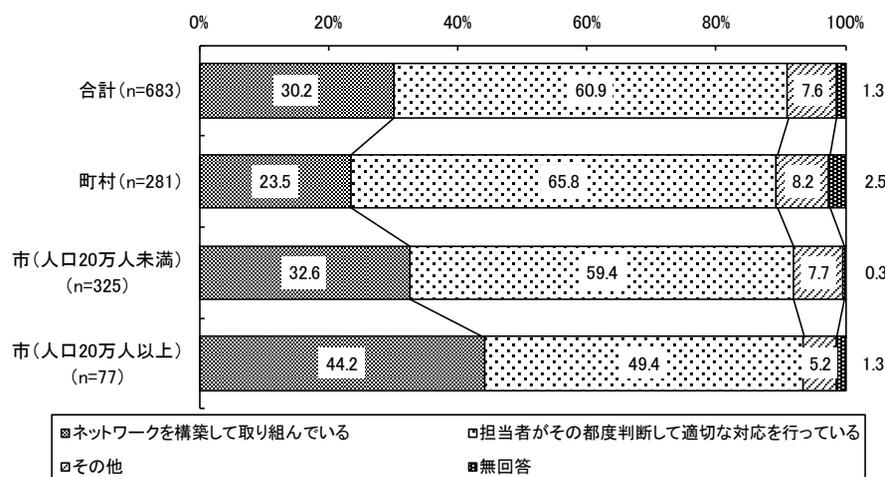
図表 14 独居認知症高齢者への対応について、特に中心となる機関

	合計	自治体規模		
		町村	市（人口20万人未満）	市（人口20万人以上）
全体	681	279	325	77
市町村の保健福祉部門	9.1	10.0	7.7	11.7
保健所・保健センター	0.4	0.7	0.0	1.3
医療機関（国保直診）	0.0	0.0	0.0	0.0
医療機関（国保直診以外）	0.3	0.0	0.6	0.0
地域包括支援センターや在宅介護支援センター	78.9	76.0	80.3	83.1
居宅介護支援事業所	5.4	6.1	5.8	1.3
介護保険サービス事業所	0.3	0.4	0.3	0.0
民生委員	1.0	1.4	0.9	0.0
社会福祉協議会	0.4	1.1	0.0	0.0
自治会・町内会	0.1	0.4	0.0	0.0
家族会	0.0	0.0	0.0	0.0
住民ボランティア	0.0	0.0	0.0	0.0
警察・消防	0.0	0.0	0.0	0.0
商店	0.0	0.0	0.0	0.0
その他	0.1	0.0	0.3	0.0
無回答	3.8	3.9	4.0	2.6

(7) 認知症高齢者のケアに関する地域ネットワークの構築について

地域における認知症高齢者のケアに関して、地域内の資源のネットワーク構築に取り組んでいるか聞いたところ、取組割合は 30.2%となっている。取組割合は、自治体規模が大きいほど、高くなっている（逆に言えば、自治体規模が小さいほど、担当者はその都度の判断で対応している）。（図表 15）。

図表 15 認知症高齢者のケアに関して、地域資源のネットワークを構築し取り組んでいるか



ネットワーク構築に関っている機関について、関与割合が高い順に「地域包括支援センターや在宅介護支援センター」、「民生委員」、「社会福祉協議会」、「居宅介護支援事業所」、「市町村の保健福祉部門」、「介護保険サービス事業所」となっている。

自治体規模間で比較すると、全体的に自治体規模が大きいほど、取組へ関与する割合がどの機関においても高くなっている。特に、「医療機関（国保直診以外）」、「家族会」、「住民ボランティア」についてその傾向がみられる（図表 16）。

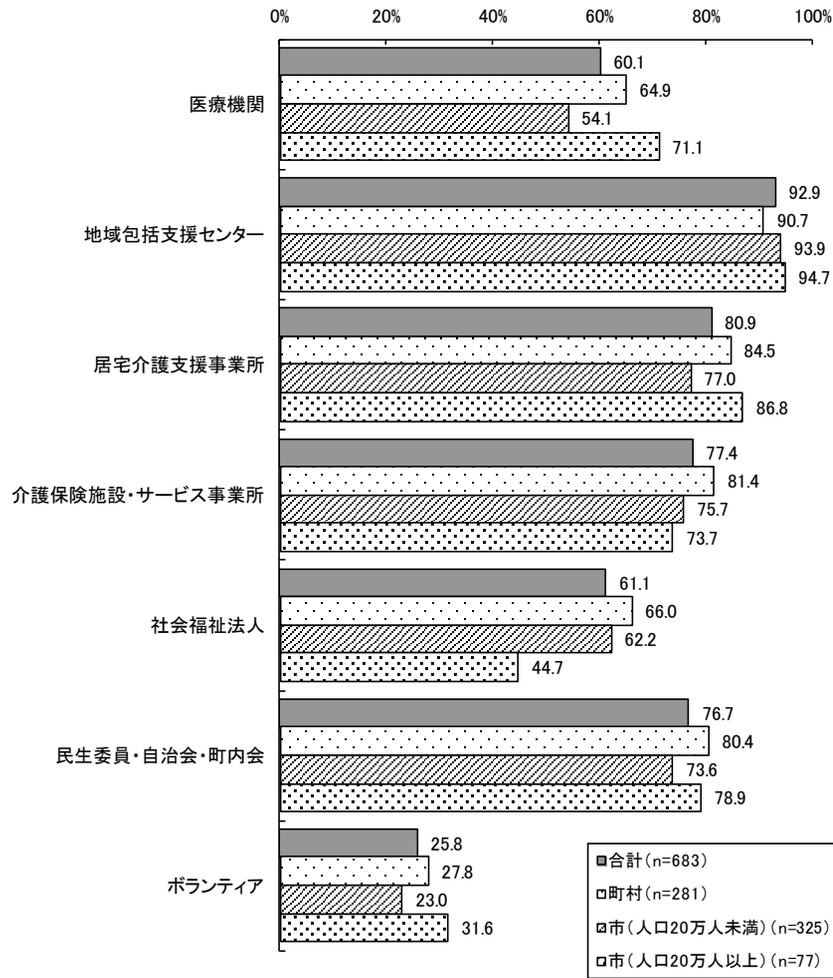
図表 16 ネットワークを構築している場合、各機関が取組に関わっている割合

	合計	自治体規模		
		町村	市（人口20万人未満）	市（人口20万人以上）
全体	283	97	148	38
市町村の保健福祉部門	77.4	73.2	77.7	86.8
保健所・保健センター	44.5	35.1	45.9	63.2
医療機関（国保直診）	31.8	37.1	26.4	39.5
医療機関（国保直診以外）	53.4	44.3	52.7	78.9
地域包括支援センターや在宅介護支援センター	97.2	95.9	97.3	100.0
居宅介護支援事業所	81.3	79.4	79.7	92.1
介護保険サービス事業所	76.3	73.2	77.7	78.9
民生委員	86.6	89.7	83.8	89.5
社会福祉協議会	82.0	84.5	82.4	73.7
自治会・町内会	57.6	50.5	59.5	68.4
家族会	26.1	17.5	25.0	52.6
住民ボランティア	34.6	24.7	37.2	50.0
警察・消防	67.8	64.9	68.2	73.7
商店	35.7	35.1	36.5	34.2
その他	18.0	14.4	18.9	23.7
無回答	0.7	1.0	0.7	0.0

地域内で各種資源のネットワークを構築している場合、各機関と市町村の情報共有の程度についてみると、「十分に共有している」「ある程度共有している」と答えた機関の割合をみると、「地域包括支援センター（92.9%）」、「居宅介護支援事業所（80.9%）」、「介護保険施設・サービス事業所（77.4%）」、「民生委員・自治会・町内会（76.7%）」の順番で高くなっている。自治体規模別にみてもこの傾向は概ね変わらないが、市（人口20万人以上）の社会福祉法人においては、情報共有の程度が低くなっている。

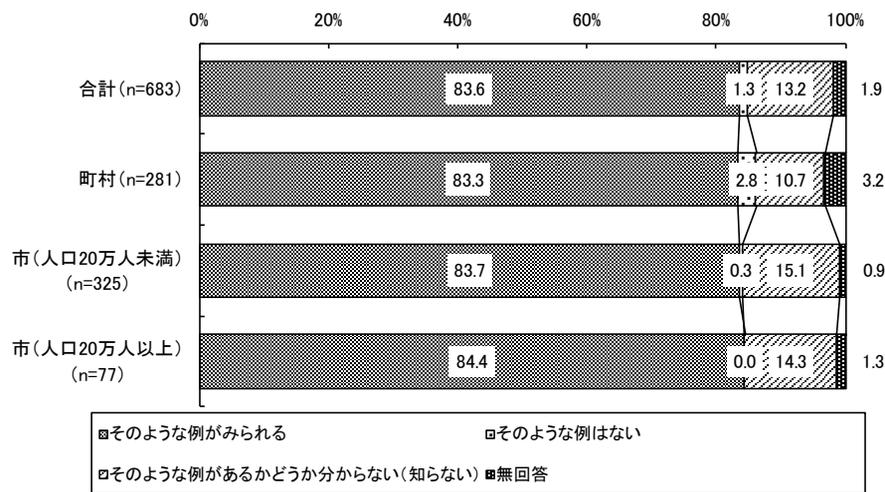
さらに自治体規模間で比較すると、「十分に共有している」と回答している割合が、どの機関についても、町村が市部よりも高くなっている。（図表 17）。

図表 17 ネットワークを構築している場合、各機関について、市町村との情報共有の程度
 (「十分に共有している」と「ある程度共有している」の合計)



地域において、隣人や知人等が認知症高齢者を支えている事例がみられる市町村は、全体の 83.6% となっており、自治体規模別にみても差はみられない (図表 18)。

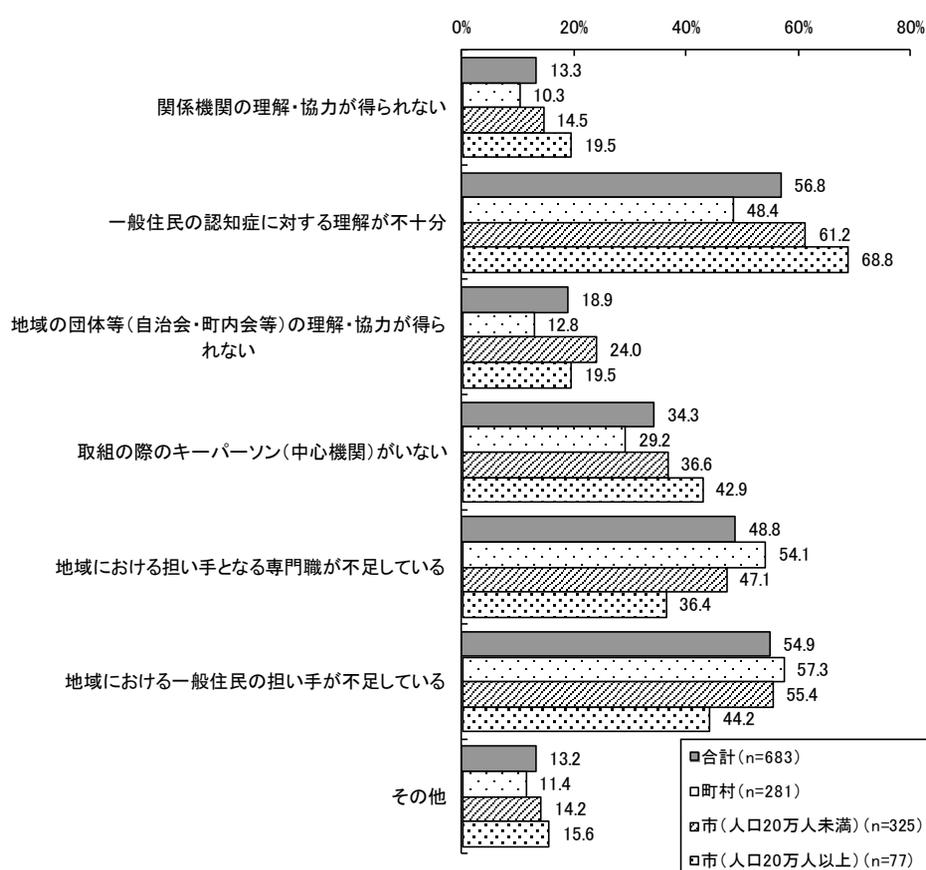
図表 18 隣人や知人等が認知症高齢者を支えている例の有無



地域において、認知症高齢者を支える仕組みなどを構築する際の疎外要因としては、「一般住民の認知症に対する理解が不十分」「地域における一般住民の担い手が不足している」「地域における専門職が不足している」が高い割合で挙がっている。

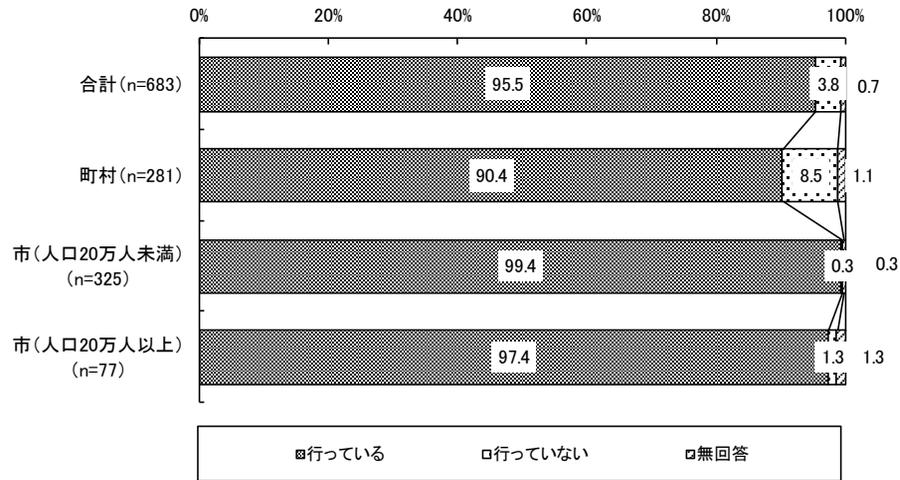
自治体規模別にみると、町村では「地域における一般住民の担い手が不足している」と「地域における担い手となる専門職が不足している」の割合が高く、市(人口 20 万人未満)では「一般住民の認知症に対する理解が不十分」「地域における一般住民の担い手が不足している」が挙がっている。(図表 28)。一方、市(人口 20 万人以上)では、「一般住民の認知症に対する理解が不十分」を挙げている割合が高いものの、担い手不足に関する項目については、町村や市(人口 20 万人未満)よりも低くなっている(図表 19)。

図表 19 地域において、認知症高齢者等を支える仕組等を構築する際の阻害要因



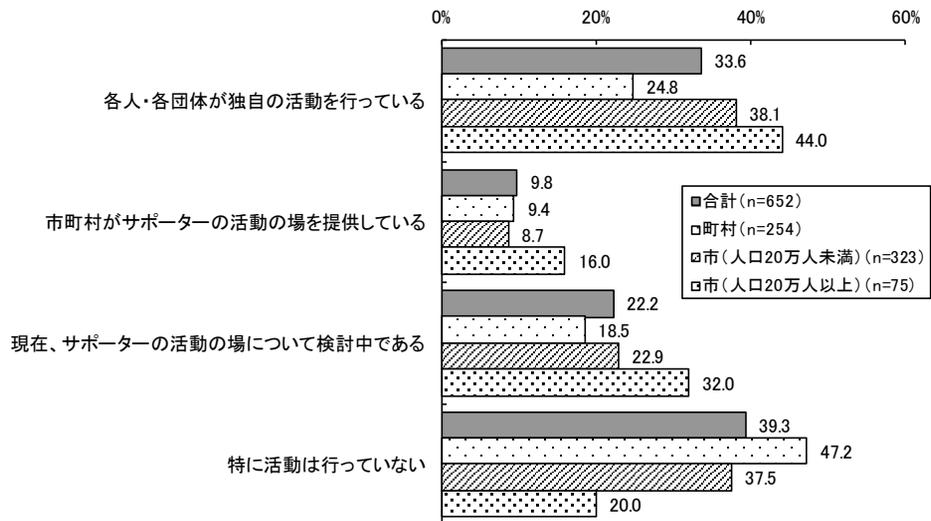
認知症サポーターの養成は、95.5%の自治体で実施されている。(図表 20)。

図表 20 認知症サポーターの養成の実施の有無



養成されたサポーターの活動については、「特に活動は行っていない」と答えた割合が39.3%を占めていて、「各人・各団体が独自の活動を行っている」割合は33.6%である。自治体規模別に比較すると、自治体規模が大きいほど、「特に活動は行っていない」人の割合が小さくなっている。(図表 21)。

図表 21 養成されたサポーターはどのような活動をしているか



第4章

モデル事業実施結果

1. モデル事業実施概要

(1) モデル事業実施施設・地域

都道府県	施設・地域	訪問日
秋田県	横手市西部地域包括支援センター（市立大森病院）	1月26日
富山県	南砺市民病院	1月19日
福井県	おおい町名田庄診療所	1月27日
広島県	北広島町雄鹿原診療所	1月20日
鳥取県	日南病院	1月13日
大分県	杵築市地域包括支援センター	2月4日

(2) モデル事業実施内容

Step1：地域における関係機関の連携の仕組づくり

- 施設が所在する地域において、関係機関が連携を図るための組織を組成。

Step2：地域分析の実施

- Step1 で組織したメンバーにより、地域における地域資源の状況・現在の連携体制の状況と連携のために必要な条件、ネットワーク構築上の課題等について検討。また、「認知症初期集中支援チームの概念図」に示されている機関・職種全ての参集は困難と思われるので、どの機能を誰が代替するのか等についても検討。

Step3：モデル事業の実施

- 各地域、認知症高齢者及びその家族 10 世帯に対して、見守り等の介入を行い、その介入内容やサービスの利用状況等を記録。

Step4：モデル事業実施の効果の把握

- 実際に関わった方々の「意識の変化」「行動の変化」を把握するためのアンケート調査の実施。

Step5：モデル事業実施の総括

- 下記「標準的な認知症ケアパスの概念図」を参考としながら、各地域における認知症ケアの流れを検討。それらを踏まえ、「認知症高齢者等にやさしい地域」の必要要素等を抽出するとともに、その結果について、本事業の検討会メンバーと意見交換。

2. 秋田県・横手市西部地域包括支援センター（市立大森病院）

（１）基礎情報

高齢化の状況	65歳以上人口（横手市 31,900人 西部地区 7,455人） 高齢化率（横手市 33.14% 西部地区 34.7%）
認知症高齢者数等	要支援・要介護高齢者数（横手市 6,514人 西部地区 1,574人） 上記のうち認知症自立度Ⅱ以上の方（横手市 3,830人 西部 913人）
世帯の状況	独居高齢者世帯数（横手市 4,068 西部地区 636）世帯

（２）実施体制

組織名	大森地区小ネットワーク会議
既存組織の活用の有無	■ 既存の組織を活用 →既存組織の目的・機能（小ネットワーク＋地域ケア会議）
メンバーの 所属機関・職種	民生児童委員 3名
	日赤・婦人会代表
	自治会長
	老人クラブ代表
	社協福祉協力員 2名
	社会福祉協議会センター長
	居宅ケアマネ管理者・事業所ケアマネ
	消防分団長
	駐在所警察官
	市民福祉課長・福祉担当 2名・保健師 2名
	市立大森病院長・看護師長・MSW
	地域包括支援センター所長・保健師 主任ケアマネ他

(3) 地域分析

①活用可能な資源

<p> <input checked="" type="checkbox"/> 市町村の保健福祉部門 <input type="checkbox"/> 保健所・保健センター <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関（国保直診） → <input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 歯科診療所 <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関（国保直診以外） → <input type="checkbox"/> 病院 <input checked="" type="checkbox"/> 診療所 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科診療所 <input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センターや在宅介護支援センター <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス事業所 → ア. 施設サービス イ. 居宅サービス <input checked="" type="checkbox"/> 民生委員 <input checked="" type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input checked="" type="checkbox"/> 自治会・町内会 <input type="checkbox"/> 家族会 <input type="checkbox"/> 住民ボランティア <input type="checkbox"/> その他（ ） </p>
--

②地域内で連携して認知症ケアに取り組む際の方向性

気づき	地域・町内会の情報は民生委員、福祉協力員、社協、ケアマネ、介護保険事業所等、関係機関から得られる。
現在の連携体制の状況	医療・介護・福祉・保健分野とも連携はとれている。 地域ケア会議等で、日常的な情報交換や連絡調整を図っている。 関係機関とは、多職種での勉強会等でコミュニケーションの場づくりを行っている。
取り組む際の中心的機関・人材（職種）	地域包括支援センター（保健師・ケアマネ） 医療機関の協力（これは希望）
具体的な連携方策案	初期集中支援チームを立ち上げ、拠点づくりを行い、一体的に関わる。また、体制整備を行うと共に、相談窓口を明確にする。 病院等の医療連携室との連携。
対象者の把握方法案	各地域での健康教育・相談・健診等での啓発機会を利用。 かかりつけ医やケアマネ・町内会等関係機関からの情報。 今後は、タッチパネル式物忘れ相談プログラムを活用した物忘れ検診等を計画。
連携に当たっての課題・必要条件等	多職種専門職が、共通目的のもと互いの専門性を十分に理解し、独自性を活かし協働できるツールをつくる。 地域の駐在所や商店・コンビニ等の協力。

(4) 具体的事例

60歳代後半 女性 独居 要介護認定は未申請 認知症自立度Ⅱ a

- 母親が亡くなり独居となってから閉じこもり傾向となる。体調不良の日々が続き物忘れ等の症状も気になり始め、小学校からの親友が受診させた事例。病院から地域包括支援センターへの情報提供があり状況の把握を実施した例。
- 現在は親友による全面的な支援や近隣住民の支援があり在宅での生活が可能であるが、今後、認知症状が進行するにしたがい、どこまで在宅生活が可能であるかについては、本人ならびにキーパーソンでもある親友も不安に感じている。
- 今回のモデル事業を通して、本人は主治医との信頼関係や親友との関係性が以前に増して良くなった。また親友も、それまで一人で抱え込んでいたが、モデル事業を実施したことで相談できる相手（保健師）ができ、ため込んでいた思いなどを打ち明けられることができるようになった。

80歳代後半 女性 子どもと同居 要介護度2 認知症自立度Ⅱ b

- 2～3か月前より妄想・幻覚症状が顕著となり性格もきつくなってきた。近隣の友達とも話がかみ合わなくなり、お茶のみ友達も来なくなる。デイサービスも行きたくないと話し現在は休止している。
- モデル事業を通して、本人は、病気が進行しているのか、以前よりわがままになった。できることもやろうとしない。一方家族は介護に対する負担が大きくなった。同居している家族の難儀さを娘達もわかってくれ、ショートステイの利用期間を増やす等のアドバイスをしてくれるようになった。しかし本人は施設利用後、自分でできることもやろうとせず嫁の負担は増している。
- 今後は、主治医へは受診時本人だけではなく介護している家族の気持ちも聞いていただけるように調整していく。（家族の心情も理解していただきながら本人へも指導していただきたい。）

84歳女性 独居 要介護度2 認知症自立度Ⅱ

- 認知症状が出はじめ、通帳の置き忘れや金銭管理も困難となっていた。新潟に転勤した長男は月一回しか帰省することができず、見守りも難しい。他者との交流も少なく最近では徘徊等の症状もあった。
- モデル事業では、本人の身体状況を見守りながら、在宅生活を支援した。（最終的には施設入所となるが、その時期がくるまで）ケアマネジャーと長男との連絡は以前よりも頻回となり、お互いに情報の共有ができるようになった。ケアマネジャー・行政が介入したことで近隣とのつながりも強化された。ケアマネジャーは行政が介入したことで、医療機関（主治医）への情報提供がしやすくなった。
- 今後は、認知症状(周辺症状等)が進行した場合、近隣住民への対応についても検討していく必要がある。

(5) ヒアリング結果について

1) 地域における関係機関の連携の仕組づくりについて

①地域における認知症高齢者のケアに関する課題・問題点

若い世代への働きかけが必要である。例えば地域の伝統行事の参加者はいつも同じ顔ぶれであったりするので、若い世代にも参加してもらい地域とのつながりを持って欲しい。

また学校教育の段階からの啓発も必要であることから、平成 26 年度から、小学生への認知症予防教育も行っている。具体的には認知症サポーター養成講座を実施しており、経年計画で全学校への実施ならびに中学校までの拡大を行いたい。

さらに、地域で認知症を正しく理解し偏見をなくすための取組が必要である。徘徊見守り訓練等を繰り返し実施し住民同士が信頼関係を構築できるように支援し、認知症を地域の問題として社会化していく体制づくりが必要である。

そのためにも、個々の進行状況にあわせていつ、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、具体的なイメージを持つことができるようにケアパスを早期に作成することが必要である。

②認知症高齢者のケアに関する地域資源の連携状況

<早期発見>

地道な啓発活動を継続しており、小さな町内会へも出向き、物忘れ相談プログラムや健康相談・健康教育を実施している。それが地域での早期発見・重症化予防へもつながることを目指している。

直接的な介入としては、基本チェックリスト結果をもとに個別訪問を行うことがある。

また認知症サポーターの育成についても、地域での役割を再検討し、行動・実践できる内容としていくことで早期発見につなげていきたい。

<連携体制の状況>

認知症に限らず事例発生・発見時は、病院（主治医・MSW）と地域包括支援センターとの間で、速やかに連携が図られている。他の関係機関とも、連携は取れている。

また、地域差はあるが、身近にいる民生委員や社会福祉協議会の福祉協力員等とも

連携が図られている。

地域ケア会議は月 1 回開催されている。事例検討の場となっており、大森地区においては大森病院長・MSW・総看護師長が参加している。他の地域においては、医師の参加はないが、MSW・民生委員等を交え実施している。いずれにおいても、地域包括支援センターが中心機関となり情報共有している。横手市全体でみると、3つの地域により地域資源が異なることが課題となっている。

<連携体制構築に当たっての阻害要因>

閉塞的な地域・家族があり、そのことが連携体制構築の阻害要因となっているケースもある。結果的に重症化と偏見にもつながっている可能性がある。したがって、引き続き認知症についての正しい知識を身につけてもらうための地道な啓発活動を繰り返していくことが必要である。

また、主治医やかかりつけ医など医療機関との情報共有がまだ不十分であるので、退院時や外来時の連絡票などを活用していきたい。

基本的には民生委員や福祉協力員との関係は良いが、交代時などは一時的に関係が希薄になるので、注意が必要かもしれない。

2) モデル事業実施後の地域での今後の展開等について

相談する者にとって、これまで医師や行政への敷居が高かったようであるが、今回のモデル事業で院長が丁寧に話を聞いてくれたことで、例えば事例1のキーパーソンである親友は救われたようである。このように主治医との信頼関係が有効な支援へつながるのではないかな。

認知症について正しく理解し、偏見を持たないことが地域での見守りの第一歩である。これも事例1についてであるが、対象となった方には仲の良い友人が数名いたが、認知症と知ると離れていったようである。

ケアマネジャーも、医師との間で情報をどの程度共有すべきか不安であったようであるが、医師との情報を共有することで本人が希望するサービスへ可能な限りつなぐことができることを感じたようである。

専門職についても、対象者を早期に発見するためにも、これまで以上に、認知症に関する専門的な知識が必要となる。

関係する機関（フォーマル・インフォーマルも含め）の間で、認知症に関する問題意識を共有しながら連携を図り、ベクトルの方向性を同じくしていくことが必要であ

るが、その前提として、地域住民を取り巻きながら地域とのつながりを大切にしていかなければならない。

誰しも、自分もいずれかは当事者（認知症）になるという思いはあるはずなので、最期まで安心して暮らせる地域づくりを目指し、地道な啓発活動を継続していくが最も重要ではないか。

（6）モデル事業から得られた示唆

認知症高齢者の発見について、一般住民に対する地道な啓発活動を中心として、様々な工夫、努力をしている地域である。年 1 回の徘徊見守り訓練を商店街で開催し、実際に認知症の人になりきって演技をして声のかけ方から、連絡先のまでのシミュレーションを行うことで、啓発や実践活動をしている。そのような活動の結果、商店や消防、警察から実際に連絡あるという実績にもつながっている。また訓練を行った後の住民の感想として「どのように声をかけてよいのかわからなかったが、訓練を受けてよかった。」など、認知症の人に何かできるかもしれないという自信につながっているようである。

ただし市内 3 地域のうち、大森地区はとても充実しているが、他の 2 地区は医療機関が不足していることもあり地域の連携が十分ではないことは課題となっている。病院が中心となれない場合の地域の中心機関をどこが担うのか、という点について、今後検討し、仕組みを構築していく必要がある。

決して専門職が十分とは言えないが、少ない人材で円滑な連携のもとで多くのことを企画・運営している。認知症は 1 家族で支えることはできず、みんなで支える、人と人とのつながりで支える、といった視点、さらには小さな地域ごとに支える仕組みをつくるといった視点が必要であり、この地域ではこのような視点のもと、認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向かって進んでいるようである。

3. 富山県・南砺市民病院

(1) 基礎情報

高齢化の状況	65歳以上人口（18,462）人 高齢化率（34.29）%
認知症高齢者数等	要支援・要介護高齢者数（3,360）人 上記のうち認知症自立度Ⅱ以上の方（2,319）人
世帯の状況	独居高齢者世帯数（1,965）世帯 平成12年 1,002世帯
その他	平成26年 夫婦のみ高齢者世帯 1,979世帯 子らとの同居世帯 7,666世帯 平成12年 夫婦のみ高齢者世帯 1,161世帯 子らとの同居世帯 7,966世帯

(2) 実施体制

組織名	南砺市
既存組織の活用の有無	<ul style="list-style-type: none"> ■ 既存の組織を活用 →既存組織の目的・機能（南砺市地域包括支援センター 南砺市認知症集中支援チーム） ■ 本事業のために新たに組成 砺波市地域包括支援センターと協働体制を構築。
メンバーの 所属機関・職種	南砺市地域包括課 課長
	南砺市地域包括支援センター 所長
	南砺市地域包括支援センター 副主幹
	南砺市民病院リハビリテーション科 部長
	南砺市民病院 医長
	同 地域リハビリテーション科 主任
	同 精神科・心療内科 臨床心理士
	南砺市社会福祉協議会
	南砺市民病院 PSW
砺波市地域包括支援センター	

(3) 地域分析

①活用可能な資源

<input checked="" type="checkbox"/> 市町村の保健福祉部門 <input type="checkbox"/> 保健所・保健センター <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関（国保直診） → <input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 歯科診療所 <input type="checkbox"/> 医療機関（国保直診以外） → <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 歯科診療所 <input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センターや在宅介護支援センター <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス事業所 → <input checked="" type="checkbox"/> 施設サービス <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス <input checked="" type="checkbox"/> 民生委員 <input checked="" type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input checked="" type="checkbox"/> 自治会・町内会 <input checked="" type="checkbox"/> 家族会 <input checked="" type="checkbox"/> 住民ボランティア <input type="checkbox"/> その他（ ）
--

②地域内で連携して認知症ケアに取り組む際の方向性

気づき	「脳健康教室」の開催 基本チェックリストで把握した対象者へ教室の参加を案内するがなかなか参加を得ることができない。もの忘れ外来や、かかりつけ医の診療での動機づけが有効である。高齢者サロンや、身近に受診を勧めていただける仲間も有効。
現在の連携体制の状況	認証疾患医療センターとの連携は図られていない。本事業における訪問スタッフの配置状況はすべて兼任業務であり、訪問はスタッフの業務の間を調整して実施している。もの忘れ外来を展開している医療機関からスタッフを派遣依頼しているが、時間の調整が難しい。また、スタッフ派遣の費用弁償もない。
取り組む際の中心的機関・人材（職種）	地域包括支援センター・保健師が妥当か。または、地域見守り体制が整備されれば、地域からの依頼にも訪問、マネジメント調整が必要となるため、保健師のみならず、生活支援コーディネーターやケアマネジャーからの依頼に対応できる機関が必要。
具体的な連携方策案	かかりつけ医、もの忘れ外来、認知症疾患医療センターの連携は保健所などの公的なマネジメントのもと連携のルールづくりがあればよい。福祉・介護サービス機関の連携は、介護技術の向上が条件となるが、利用を断らない介護サービスの構築が必要。介護サービス従事者は手がかかると精神科医療の範疇として匙をなげがちである。そのため認知症ケア従事者にケア技術の向上の機会が必要。
対象者の把握方法案	住民主体の歩いて行ける距離に気軽に参加できるサロン等があればその利用の際にチェックが可能となるよう、専門職（看護師、作業療法士等）派遣体制があればよい。
連携に当たっての課題・必要条件等	上記、前述。

(4) 具体的事例：本人・家族の感想

80歳代後半 女性 独居 要介護1・2 認知症自立度Ⅱb
<ul style="list-style-type: none">■物忘れ、幻覚、強い不安を感じ長女と共に相談のため来所。翌日、地域包括支援センターより訪問、被害妄想、物忘れが見られ、本人及び長女に南砺市民病院の物忘れ外来の受診を勧奨し、介護保険のサービスを紹介した。■モデル事業では、病院職員の方にも本人の自宅へ訪問していただき、一緒に生活状況を確認した上で配薬の方法、必要なサービス等を考えることができた。また、薬の紛失時も病院へ連絡したところ、すぐに予約を取ってもらい受診につなげることができたので、本人も家族も安心されていた。■今後について、本人は1人暮らしであり、キーパーソンである長女も県外に住んでいるため、緊急時の対応方法を決めておく（まずは誰に連絡するのか等）必要がある。
70歳代後半 女性 夫婦のみ 要支援1 認知症自立度Ⅱa
<ul style="list-style-type: none">■腎盂炎を発症し、そのころから物忘れが目立ち、片づけをしなくなり気力の低下がみられた。■モデル事業を通じて、定期受診や服薬ができていないことが今回の訪問でわかり受診へつなぐことができてよかった。また、家族は何かしなくては・・・という思いがあるもの術がわからず悩んでいたところ訪問により方向性がみえたことで安心できた様子である。
80歳代前半 男性 夫婦のみ 自立（特定高齢者） 認知症自立度Ⅰa
<ul style="list-style-type: none">■南砺市民病院の物忘れ外来を受診し、MCIレベルで今後の経過が心配されていた。■モデル事業を通じて見出された課題として、老老介護により今後、もし介護の必要性が増えれば妻に介護負担がのしかかることが挙げられる。また、交通の便も悪いことから車の運転を継続されたが、歩行能力も悪く認知的にも落ちてきているため、事故を起こしかねない。■南砺市は高齢者世帯や高齢者独居も増えており、日常生活において買い物なども車で外出しないといけないことから高齢者が住みにくい土地柄である。今後は買い物支援や交通の便を整えることが必要である。

(5) ヒアリング結果について

1) 地域における関係機関の連携の仕組づくりについて

①地域における認知症高齢者のケアに関する課題・問題点

個別ケア体制に関する課題としては、個人によって違う症状に対応できていないことが挙げられる。

地域ケア体制に関する課題としては、認知症ケアを実施する前提として収容して管理される場所（デイサービスなど）が必要となり、本人がその場所に馴染むことが求められている（馴染むことができなければ、自宅となるが、自宅の場合は本人にサービス提供側が馴染むことが求められるが、個別化に対応できないサービス提供者では本人に排除されてしまう）。

一人暮らし高齢者に、認知症ケアが必要となった場合には家族の協力を得て本人への動機づけが欠かせないが、家族の協力を得られない場合もある。家族の協力を得ら

れなければ不安になる支援者が多い。

②認知症高齢者のケアに関する地域資源の連携状況

<早期発見>

認知症への理解啓発を一次予防事業で行い。行政区内に設置されている高齢者サロン、老人会研修会などで行っている。その他、認知症サポーター養成講座を、小中学校、婦人会などの団体に実施している。

早期発見を「家族」「地区」「健診（行政制度）」「医療機関」で出来ることとして考えると、「家族がいない一人暮らし」「過疎化した地区」「隣人に関心を持たない地区」「関心を持とうとしない個人」には早期発見できる仕組みがないのが現状である。稀に民生委員、隣人、帰省する家族によって発見されるケースがある程度である。これらに該当する方々は早期対応も難しい。早期対応できる場合、本人の信頼を得ている方が傍にいる場合が多い。

また、二次予防事業にて「脳の健康教室」を開催。開始前と実施後に MMSscale にて評価している。参加の様子などから症状に進行が疑われる場合には、個別相談を実施し、必要に応じて集中支援チームを展開している。

<連携体制の状況>

現在、下記のような機関と連携を取っている。

社会福祉協議会（ケアネット活動；富山県社協独自事業）

県厚生センター（保健所）

医療機関：砺波医療圏

認知症疾患医療センター 北陸病院（精神科）

市立砺波総合病院 精神科

北陸中央病院 もの忘れ外来

公立南砺中央病院 もの忘れ外来 市集中支援チームへ協力

南砺市民病院 もの忘れ外来 市集中支援チームへ協力

民生児童委員、高齢福祉推進員、行政区長

地域包括支援センター（サブセンターとして在宅介護支援センター）

行政センター 8か所（介護保険申請窓口）

二次予防事業従事者

歯科衛生士、言語聴覚士、看護師、管理栄養士、柔道整復師、医師等、ほか
学習サポーター、運動指導士、臨床美術士（日本臨床美術協会認定資格クリ
ニカル・アーティスト）

老人会、サロンの代表
ともいきカフェ（市制度）の運営

また情報共有については、地域包括支援センターと社会福祉協議会、在宅介護支援センター、公立病院とが専用ラインでつながっており、セキュリティを確保したシステムを構築している（家族の状況や基本チェックリスト、相談内容等）。なおどの情報を誰が見ることができるかは、地域包括支援センターが判断し、設定している。その他、電話、ケアマネジャーが開催する担当者会議などでコミュニケーションを図っている。

<連携体制構築に当たっての阻害要因>

現状の阻害要因とその克服方策は下記の通りである。

課題	克服方策
認知症への理解不足	普及啓発；認知症サポーター養成講座など
家族間、地域住民間での助け合い意識の希薄	命のバトン（社会福祉協議会）、災害時避難行動要支援者登録（福祉課）、市営住宅
徘徊高齢者発生時の際の捜索に困難	認知症見守り支援事業 徘徊 SOS 登録
入院、外来通院などの情報が不足	医療機関との情報共有

2) モデル事業実施後の地域での今後の展開等について

認知症高齢者の見守りにおいては、地域とのつながりが大切であることから、地域包括支援センターに連絡がきた時点で、民生委員とは連携を図っていかねばならない。

必ずしも家族とだけ連携が取れていれば言い訳ではない。親戚や友人も視野に入れることも必要である。例えば月1回の外出時の同行者が友人である場合などは、友人がキーパーソンとなり、そこからの情報収集も重要である。このように視野を広げた情報収集が必要である。

継続的な支援の一つの方法としては、精神科の訪問看護との連携も、今後検討していかねばならない。

(6) モデル事業から得られた示唆

病院の物忘れ外来からの発信で必要な職種との連携を図っている。病院に初期集中支援チームが結成されているため、気になるケースに関しては早期介入ができています。病院から発信された情報をもとに、それぞれの職種・機関が自らの役割を考え、実践していることで、社会福祉協議会や地域包括支援センターとも密な連携が図られている。さらに物忘れ外来を受診し同意を得た患者からは、各市町村へ報告書等の情報提供を行っている。

特に情報の共有に関しては、地域包括支援センターを中心に、関係機関との情報を共有できる専用ラインを活用しており、相談に特化した記録を入力し最新の状況が把握できている。それぞれの担当者が継続して記録していることで、切れ目のない支援を提供できている。

早期発見のルートとしては、二次予防事業のような教室の他、サロンや高齢者の互助組織、民生委員など、住民主体となって活動する組織も有効に機能している。このように直接サービスを提供する部分と、自発的活動をサポートする部分が効果的なバランスで存在することは、地域で認知症高齢者等を支えるためには必要なことではないか。

4. 福井県・おおい町名田庄診療所

(1) 基礎情報

高齢化の状況	65歳以上人口（ 2,468 ）人 ※名田庄地域 901 人	高齢化率（ 20.6 ）% 35.5 %
認知症高齢者数等	要支援・要介護高齢者数（ 526 ）人 上記のうち認知症自立度Ⅱ以上の方（ 339 ）人	
世帯の状況	独居高齢者世帯数（ 247 ）世帯 ※名田庄地域 114 世帯	

(2) 実施体制

組織名	おおい町国保名田庄診療所 認知症初期集中支援チーム
既存組織の活用の有無	■ 本事業のために新たに組成
メンバーの 所属機関・職種	国保名田庄診療所・医師
	国保名田庄診療所・看護師
	おおい町なごみ保健課保健福祉室・保健師
	おおい町訪問指導員
	おおい町地域包括支援センター・所長補佐
	おおい町地域包括支援センター・主任保健師
	おおい町社会福祉協議会 名田庄事業所管理者
	おおい町社会福祉協議会・ケアマネジャー
	おおい町社会福祉協議会・ホームヘルパー
	名田庄介護家族の会
	国保名田庄診療所・事務長
国保名田庄診療所・事務	

(3) 地域分析

①活用可能な資源

<input checked="" type="checkbox"/> 市町村の保健福祉部門	
<input checked="" type="checkbox"/> 保健所・保健センター	
<input checked="" type="checkbox"/> 医療機関（国保直診）	→ <input type="checkbox"/> 病院 <input checked="" type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 歯科診療所
<input type="checkbox"/> 医療機関（国保直診以外）	→ <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 歯科診療所
<input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センターや在宅介護支援センター	
<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所	
<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス事業所	→ <input type="checkbox"/> 施設サービス <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス
<input checked="" type="checkbox"/> 民生委員	
<input checked="" type="checkbox"/> 社会福祉協議会	
<input type="checkbox"/> 自治会・町内会	
<input checked="" type="checkbox"/> 家族会	
<input type="checkbox"/> 住民ボランティア	
<input type="checkbox"/> その他（	）

②地域内で連携して認知症ケアに取り組む際の方向性

気づき	高齢者福祉介護相談員、保健師、ケアマネジャー、ヘルパー 医師、看護師
現在の連携体制の状況	ケースカンファレンスでの情報交換 保健師よりの報告、受診勧奨
取り組む際の中心的 機関・人材（職種）	医師、保健師、ケアマネジャー
具体的な連携方策案	ケースカンファレンスでの情報交換
対象者の把握方法案	基本チェックリストからの割り出し 地域住民（商店、銀行等含む）からの情報提供 ケアカンファレンスでの情報交換
連携に当たっての 課題・必要条件等	情報の共有、個人情報の守秘

(4) 具体的事例

80歳代前半 女性 夫婦のみ 要介護1・2 認知症自立度Ⅱb
<ul style="list-style-type: none">■元教員でしっかり者だが、高度難聴で重症心不全の夫との2人暮らしである。■訪問介護を利用していたが、サービスに関する理解が難しく物忘れにより訪問自体を忘れてしまうことがあり、本人からサービスの利用を断られた。必要なサービスを利用できていないケースであり、モデル事業の対象とした。■モデル事業では、小規模多機能施設が主催する地域ふれあいサロン、地域包括支援センターの高齢者福祉サービスなどの介護保険外サービスの導入をすすめた。■ホームヘルパーからの情報提供に基づいた医師からの夫への説得、遠方に住む息子さんへの電話などで、夫の態度が和らいだ。
80歳代前半 男性 自立(特定高齢者) その他 認知症自立度Ⅱb
<ul style="list-style-type: none">■基本チェックリストで認知症の項目に該当した。訪問時に妻から物忘れがあるとの話を聴いていた。最近の診療所での診察場面で、物忘れ等みられた。■モデル事業では、介護サービスの導入には至らず、1月上旬腸閉塞で入院となった。入院による認知症の進行が心配ではあるが、疾患の管理が重要である。家族の介護負担に気をつける。■今後については、介護サービスの導入準備はできているので、腸閉塞が癒着性ならば退院後のフォローをしっかりすべきであり、腸閉塞が癌性腹膜炎によるものであれば、緩和ケアになっていく。
90歳代前半 女性 子供と同居 要介護1・2 認知症自立度Ⅰb
<ul style="list-style-type: none">■閉じこもりがちになっていたため介護認定を受け、現在は通所介護を利用している。認定調査時に物忘れ等認知症と思われるような様子が確認された。■モデル事業では、近隣の住民から、「外に出なくなり心配」との情報が社会福祉協議会に入り、介護サービスにつなげることができた。■今では、本人の気持ちも引きこもりから解放されて、意欲的な様子が見られる。サービス利用が順調で、息子も安心して通院介助等の関わりは継続されている。適切な早期の時期に介入できたことが、予防につながった。
80歳代前半 女性 独居 要介護1・2 認知症自立度Ⅲa
<ul style="list-style-type: none">■風邪をひいてから物忘れが出現し、認知症の治療を開始した。その後認知症は進行し、風呂を沸かしたり、電子レンジを扱ったりすることもできなくなっている。■要介護1認定を受けるが、サービス利用にはつながっていない。認知症検査においても悪化しており、また息子との同居により症状の悪化がうかがえた。娘はサービス利用に意欲的である。本人の気持ちも尊重しながら、サロンの利用から始めていくこととする。■息子の退職により独り暮らしの親と同居するようになったが、それは必ずしも良いことばかりではなかった。認知症の症状を悪化させることにもなるので、本人、家族の心身の負担を軽減できるサービスの導入が望まれる
80歳代後半 女性 独居 自立(特定高齢者) 認知症自立度Ⅰa
<ul style="list-style-type: none">■物とられ妄想(「定期預金をとられたと」金融機関窓口でのトラブル)があり、薬もきちんと内服できていなかった。■モデル事業では、見守り体制を確保した。具体的には、高齢者福祉・介護相談員の月1回の訪問、家庭相談員兼福祉推進員の訪問を方針としている。■事業をきっかけに、医師が息子とかかわりを持つことができた。寒い時期のサービス導入は難しいので、地域での見守りが大切であると感じている。

80歳代前半 女性 独居 自立（特定高齢者） 認知症自立度 I a

- この女性は独居であり、日時を忘れ何度も近所の人に聞きに来る傾向が見られた。なお、本人に介護サービスの利用希望はなかった。
- 主治医から、遠方の息子さんに状況を連絡したところ、息子さんも認知症のことを心配していたが、どうしていいのかわらなかつた様子であった。
- モデル事業では、見守り体制を確保した。具体的には、高齢者福祉・介護相談員の月1回の訪問、家庭相談員兼福祉推進員の訪問を方針としている。
- この事業をきっかけに、独り暮らし高齢者の見守り体制を考えるきっかけとなった。また、医師が息子とかかわりを持つことができた。今後の対応については、寒い時期のサービス導入は難しいので、地域での見守りが大切であると考えられる。

（5）ヒアリング結果について

1）地域における関係機関の連携の仕組づくりについて

①地域における認知症高齢者のケアに関する課題・問題点

認知症疾患医療センターが敦賀市にあり、名田庄から遠いことが一つの課題である。

また、合併前のように、名田庄地区全体のガバナンスが効かなくなっていることも、取組を進める上では課題となっている。

個別のケースでは、例えば一人暮らし高齢者で会話能力が高い人が認知症になった場合、非常に分かりにくく、結果的に判断が遅れることもあり得る。

さらに、集落によっては、適切な介護サービスを受けたがらない人たちが多くいる地区が残っており、介入が難しい。

②認知症高齢者のケアに関する地域資源の連携状況

<早期発見>

早期発見については、多くのルートで取り組んでいる。

- ・診療所外来で、受診日の不安定さや内服薬のコンプライアンス不良などから疑ったり、家族から相談を受ける。
- ・保健師が健康相談などで把握したり、家族からの相談で把握したりする。
- ・地域包括支援センターが、健診の基本チェックリストで把握する。
- ・民生委員からの報告で行政職員が把握する。

敦賀温泉病院認知症疾患医療センターと連携することが多い。診療所を受診している患者の家族が何の報告もなく連れて行ってしまっても、同院からの連絡で、こちらから診療情報提供書を作成して送っている。当然、返書も返ってくる。ただし、診療

所に報告なく同院に患者を連れて行く家族もいるが、それは同居しておらず遠方にいる子どもであることが多い印象がある。

<連携体制の状況>

平成 11 年に開設した保健医療福祉総合施設あつとほ～むいきいき館内に、国保診療所、なごみ保健課保健福祉室（おおい町役場なごみ保健課[保健福祉担当課]の名田庄支所的機能）、社会福祉協議会名田庄支所（デイサービス・ホームヘルプ・訪問入浴・居宅介護支援事業所）が一体的に整備されているので、常に情報交換、相談、緊急時対応などが可能となっている。

平成 4 年からつづくケースカンファレンスに、診療所（医師・看護師）、なごみ保健課保健福祉室（保健師）、社会福祉協議会名田庄支所（ケアマネジャー・デイサービス職員・ホームヘルパー・小規模多機能施設管理者）の関係職員が参加している。個々の患者・利用者に関わる在宅医療・ケアの話題が中心で、そこで情報共有が図られている。同時に「通りすがりの立ち話」も、貴重な情報交換、情報共有の場である。さらに、名田庄診療所の中にケアマネや保健師がアポもなく入ってきて、相談や状況報告をしている。またこの定期のケースカンファレンス以外にも、臨時カンファレンスも必要に応じて行われる（今回のモデル事業は、このケースカンファレンスの拡大版として実施）。

平成 26 年より、1～2 ヶ月に一度の割合で、診療所医師・看護師と町役場保健師全員との勉強会を開催している。テーマは健診、がん検診、認知症について、保健と医療の両方に関わる話題が中心である。認知症については、HDS-R、MMSE を同時にできるような票も、共同で作成した。

<連携体制構築に当たっての阻害要因>

連携体制構築の阻害要因としては、課題でも挙げたように、町の行政の中心が名田庄地区にないため、従来からの名田庄特有の連携だけではできない全町的な取り組みを構築しにくいことがある。

その状況を克服するために、診療所職員と保健師との連携は図られてきている。

2) モデル事業実施後の地域での今後の展開等について

今回のモデル事業において、認知症の症状があっても、他の要因で医療機関にかかっていると、治療や介護サービスのなかなか結びつかないことがあることが分かった。また、対象者を選定する過程で「無理して探せば“どこともつながっていない”軽度の認知症高齢者がいる」ことも改めて認識できた。

また、介入する場合、誰がメインで介入するかを相談して決めることが大切だと感じた。

まずは行政の枠内でできることとできないことを把握することが重要であり、インフォーマル・サービスが重要で、地域ふれあいサロンなどを充実すべきである。

そして、一人暮らし高齢者の子どもとは、医療機関からも定期的に連絡する必要性を感じた。

(6) モデル事業から得られた示唆

名田庄地区の住民の理解がともなって地域生活支援に結びついている。本人家族が困っているのではないかと隣近所が心配しその相談を社協や診療所へ持ちかけることが自然にできている。また、農協や商店にお願いできる関係性が構築されている。在宅生活を継続することが「普通のこと」として認識されている。

このような住民の活動を支える専門職スタッフ間のコミュニケーション関係は確立しており、地域住民の状況も把握できている。定例の在宅支援会議が開催されており、そこが情報共有の場、支援の価値形成を育てる場となっている。

名田庄診療所から認知症疾患医療センターがある敦賀までは遠いということが課題でもあるが、対応に困っているケースが多いわけではない。住民も含めた現場での対応力は高いことが影響していると思われるが、地域に密着した相談対応力があるため結果として、認知症初期集中支援チームの機能が地域で有していると考えられる。

ただし、住民の動きは決して組織化された動きばかりではなく、それぞれが自らの役割を認識し、自然にできている点が、この地域の特徴でもあり、今後検討していくべき課題かもしれない。

認知機能チェック HDS-R MMSE	名前	
	実施年月日	
	検査者	
MMSE	22～26点/30点	HDS-R 20点/30点

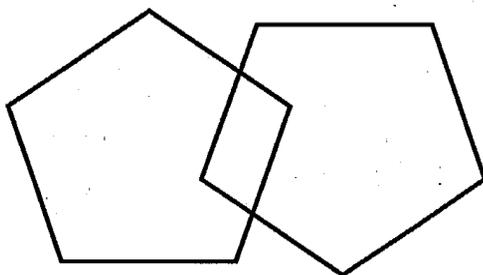
質問内容および反応		MMSE	HDS-R	メモ	
見 当 識	お歳はいくつですか？（誤差2歳まで正答）	歳	0 1		
	今年は何年ですか？	年	0 1		
	今日は何月ですか？	月	0 1		
	今日は何日ですか？（誤差2日まで正答）	日	0 1		
	今日は何曜日ですか？	曜日	0 1		
	今は何時ですか？（誤差1時間まで正答）	時			
	今の季節は何ですか？		0 1		
	ここは何県ですか？	県	0 1		
	ここはどこの市町村ですか？	市町村	0 1		
	私たちがいまいるところ（建物）はどこですか？		0 1	0 1	
	ここは何階ですか？	階	0 1		
ここは何地方ですか？	地方	0 1			
即時 記憶	これから3つの言葉を言いますので、覚えて言ってみてください。 【桜・猫・電車】OR【梅・犬・自動車】 （覚えられるまで6回まで繰り返す） また、後で聞きますので、よく覚えておいてください。	0 1 0 1 0 1	0 1 0 1 0 1		
	注意 と 計算	算数の問題です。100から順番に7を引いてください。 （MMSEは5回まで HDS-Rは2回まで） 【93】【86】—【79】【72】【65】	0 1 2 3 4 5	0 1 2	
		これからの数字を逆に言ってください。【6—8—2】 3つが正答なら次に【3—5—2—9】		0 1 0 1	
再生	先ほど覚えてもらった3つの言葉を言ってください。 ※答えられない場合はヒント可。 「次は（植物・動物・乗物）がありましたね。」とヒントを出す。	自発回答 ヒント可 1 1 1	自発回答 2 2 2 ヒントあり 1 1 1		
視覚 理解	（時計を見せながら）これは何ですか？	0 1			
	（鉛筆を見せながら）これは何ですか？ （残りの3品を見せて、5品すべて隠し）何がありましたか？	0 1	0 1 2 3 4 5		
復唱	私の真似をしていってください。 【みんなで力を合わせて綱を引きます】	0 1			
言語 理解	私がこれからお願いすることをしてください。 ・この紙を右手に持ってください。 ・それを半分に折ってください。 ・それを私に渡してください。	0 1 0 1 0 1			
	この文を読んで、その指示にしてください。（裏面）	0 1			
書字	何か文章を書いてください。 （名詞のみは誤答・四文字熟語は正答・例文不要）（裏面）	0 1			
語流 暢性	知っている野菜の名前を10個ほど言ってください。 【 】【 】【 】【 】【 】=0点 【 】=1点 【 】=2点 【 】=3点 【 】=4点 【 】=5点 ※重複減点 10秒待ち		0 1 2 3 4 5		
図形 模倣	次の図形を下に書き写してください。（裏面）※角10個・交差有が正答	0 1			

この文を読んでその通りにしてください。

右手をあげてください

この部分に何か文章を書いてください。どんな文章でもかまいません

この図形を正確に書き写してください。



==エピソード==

5. 広島県・北広島町雄鹿原診療所

(1) 基礎情報

高齢化の状況	65歳以上人口（ 1,083 ）人 高齢化率（ 44.3 ）%
認知症高齢者数等	要支援・要介護高齢者数（ 284 ）人 上記のうち認知症自立度Ⅱ以上の方（ 189 ）人
世帯の状況	独居高齢者世帯数（ 167 ）世帯

(2) 実施体制

組織名	芸北の認知症を考える会
既存組織の活用の有無	■ 既存の組織を活用 →既存組織の目的・機能（地域ケア会議）
メンバーの 所属機関・職種	地域包括支援センター・保健師
	町役場芸北支所住民福祉係
	雄鹿原診療所・医師
	芸北歯科診療所・歯科医師 衛生師
	げいほく薬局・薬剤師
	社会福祉協議会授産施設・管理者
	社会福祉協議会・居宅ケアマネ
	小規模多機能・ケアマネジャー
	民生児童委員
	特別養護老人ホーム・施設長

(3) 地域分析

①活用可能な資源

<ul style="list-style-type: none"> ■ 市町村の保健福祉部門 ■ 保健所・保健センター ■ 医療機関（国保直診） → □ 病院 ■ 診療所 □ 歯科診療所 ■ 医療機関（国保直診以外） → ■ 病院 □ 診療所 ■ 歯科診療所 ■ 地域包括支援センターや在宅介護支援センター ■ 居宅介護支援事業所 ■ 介護保険サービス事業所 → ■ 施設サービス ■ 居宅サービス ■ 民生委員 ■ 社会福祉協議会 ■ 自治会・町内会 ■ 家族会 ■ 住民ボランティア ■ その他（薬局）
--

②地域内で連携して認知症ケアに取り組む際の方向性

気づき	家族、近隣住民、民生印、郵便局やJA、商店、役場史書などからホリスティックセンター窓口や社協芸北支所へ情報連絡、相談
現在の連携体制の状況	介護保健サービスを利用しているものは、ケアマネが中心となり、担当者会議で連携している。サービスを利用されていない場合や、担当者会議で地域の課題として考えられるものは、地域ケア会議で検討している。
取り組む際の中心的機関・人材（職種）	ケースによって異なるが、今後は認知症地域支援推進員が中心となる。
具体的な連携方策案	現在、認知症ケアパス体制による連携を、地域ケア会議で検討しながら行う。
対象者の把握方法案	基本チェックリストによる把握と訪問。 民生委員、住民、地域の金融機関や商店などとの連携システムを作る。
連携に当たっての課題・必要条件等	当地域は行政の中心から遠く離れた地域であり、社会資源も乏しい。しかし、認知症ケアについては小地域での連携、支え合いが必要になることが多い。 町全体としての施策と常に連動しながら、当地域に必要なシステムを構築する。

(4) 具体的事例

80歳代後半 女性 子どもと同居 要介護5 認知症自立度Ⅱa

- 急速に認知機能低下と身体機能低下が進行した母親を初めて在宅介護をすることになった息子。それまで同居ではなく都市部に住まわられていて、当初は初めての介護に対する不安、かくしゃくとしていた母親の現状の受け入れ、身体的、精神的負担からストレス環境下であった。
- 介護保険関連サービスの調整、医療的サポートに加えて、専門職からの共感的な言葉掛け、地元に住む幼少期の幼なじみの訪問、励まし、ねぎらいなどが本人の動悸付けとともにレスパイトとなった。「気楽にやることに決めた」「母親への感謝を持ちながら介護が出来るようになった」などと語られた。
- 今後の対応について、冬季の自宅生活は困難と判断し、春までは高齢者施設入所。来春からは在宅介護を再開する予定である。

80歳代後半 独居 要介護1・2 認知症自立度Ⅱa

- 主たる介護者は近隣に住む娘である。娘の嫁ぎ先にも認知症家族がいるが、実家の母親の介護もされている。近隣住民も暖かく見守りをされており、認知症があっても特にトラブル無く独居が継続できている。
- 本人も認知機能低下を自覚されてはいるが、自分でも努力、前向きな取り組みを成されている。月1回の川柳の会、週2回のデイサービスの利用も積極的に参加されている。
- 配食サービスも利用されながら、今後も独居を継続する予定である。娘も理解がよく、目立ちすぎないちょうど良いサポートをされている。

70歳代後半 女性 独居 要介護1・2 認知症自立度Ⅱb

- 認知症が急速に悪化し、重症化してから介入した事例である。独居を継続されているが、別居している家族も不安を抱えた状況で過ごされていた。
- 家族の戸惑いは、ケアマネジャーとの会話や、双方向性のコミュニケーションにより多少は軽減された様子。不安が軽減した、これからの見通しが立った、接し方もわかったなどの思いを語られた。
- 近隣の住民は友好的であるが、認知症そのものやその周辺の事柄に関する受け入れは悪く、これらが解消されれば本人のみならず、離れて暮らす家族の安心にもつながる。

80歳代後半 男性 要介護3・4 認知症自立度Ⅲa

- 中程度認知症の男性独居だが整形外科疾患もあり、運動機能低下により小さなトラブル（転倒受傷、雪道で帰宅できなくなった、屋内で熱中症、電動車での事故）を繰り返していた。本人、家族は自宅での生活継続を希望されていたが、民生児童委員をはじめとする近隣住民の不安感が強く、離れて暮らす家族もそれが徐々に精神的負担となっていた。
- 2年越しで民生児童委員、一般住民に対しての対応をしていたが、理解は得難く少なくとも今年の冬期間は自宅を離れて高齢者施設で過ごすこととなった。春からは再び自宅復帰の予定である。
*地域住民との話し合いの中で介護者からは、近隣地域の一般住民に対し「認知症があっても地域で生活できる社会を作ろう」という発言が得られた。

(5) ヒアリング結果について

1) 地域における関係機関の連携の仕組づくりについて

①地域における認知症高齢者のケアに関する課題・問題点

町の認知症総合支援施策は稼働し始めているが、当芸北地域は町役場本庁から離れた地域であり、急速に高齢化、人口減少が進んでおり、冬季には深い雪に閉ざされてしまう。したがって町全体の事業を基本としながら、地域独自の取組を行う必要がある。

また、医療、介護等の社会資源も乏しく、多職種ならびに関係する事業所等が協力して取り組む必要がある。

さらに、認知症を特別視すること無く、認知症があっても家族として、地域住民として生活し続けるためには地域社会を構成する住民の理解と協力が必須であるが、これらも現状では十分でない。

②認知症高齢者のケアに関する地域資源の連携状況

<早期発見>

町全体では地域包括ケア推進センター主導で、①認知症初期集中支援チーム、②認知症地域支援推進員を柱とした認知症総合支援施策が打ち出され、既に稼働し始めている。今後、専門職をはじめ、認知症に関わる職種が行政と協力していく必要がある。

一方、芸北地域では以前より、保健、医療、福祉の総合施設である芸北ホリスティックセンターが健康、生活の相談窓口となっており、そこが情報収集の入り口ともなっている。また地域を熟知した保健師の存在も大きい。今後は地域住民や事業所（公的、私的）への認知症の啓発活動を通じてより早期からの実態把握に努めたい。

<連携体制の状況>

広域で包括的な行政と協働の「地域ケア会議」に加え、医療、介護専門職が主体の「サービス担当者会議」があるが、情報提供に終始してしまい、自由な発言がしにくい雰囲気である、多忙な職種（医師等）の参加がなされないことがある等が課題である。

しかし、各関係機関やその職員の間では顔の見える関係が構築されており、むしろインフォーマルな形態で情報共有、連携が取れている。

これは非常な利点であるが、一方でオープンな情報共有にならないこと、それにより他職種や関係機関へのアプローチにつながらない危険性はあるため、今後、情報共有、連携体制のシステムについて、その必要性も含めて検討していく必要がある。

なお、前述の地域ケア会議は概ね月に1回定期的に開催される。ここには、医療、介護職等の多職種に加え、行政、住民代表も参加しており、地域で住民が生活するための様々なテーマが話題となっている。

認知症に関する情報は芸北ホリスティックセンター内の保健師、医師等が確認し、必要と思われる範囲で相談し、保健師による自宅訪問や、診療所外来での診察につなげている。家族の希望があれば「物忘れ外来」などの専門医療機関に紹介する。既に介護保険サービスを利用されている在宅生活者では主にケアマネジャーがカンファレンスの開催やサービス調整を各関係機関と行う。

<連携体制構築に当たっての阻害要因>

連携体制構築に当たっての阻害要因とその克服方策は下記の通りである。

課題	克服方策
行政の中心からはなれた地域である	町全体の大きな施策、連携を利用しながらもそれを補完する地域独自の、コンパクトで小回りの効くシステムを構築
対象地域の物理的な広さ、冬季の積雪	民生児童委員等との連携、住民参加型で地域を支えるという機運の醸成
医療資源、福祉（介護）資源が潤沢でない	限られた医療、社会資源をより有効に用いるという意識、限られた人的資源故に、より密接な連携をとり、お互いを支えあう意識とシステムの構築

また、それぞれの地域で、認知症に対する住民の知識、認識が大きく異なっている。認知症のある独居高齢者が今後増えていくことが予測されるが、地域住民の教育、啓発無くしてはその目的を達成できない。それらは現時点で不十分であり、今後の取り組みが必須である。

2) モデル事業実施後の地域での今後の展開等について

認知症のスクリーニング、早期発見に関しては高齢者世帯、独居世帯の増加により、公的、準公的な網目からすり抜けてしまうことがある。中程度以上進んでしまうとむしろ拾い上げるのが難しくなり、重症化してからようやく関係者が介入を始める事例も稀ではあるが存在する。また、近隣の一般住民が気付いたときに情報を伝える窓口は住民への周知の方法を含めて今後検討が必要である。

情報共有に関しては、既存の会議はあるし、長年の取組により関係機関の間の顔の

見える関係はできているが、より有用で発展的な会にするために工夫と参加者の意識改革が必要である。

例えば、民生児童委員のみではなく一般住民の参加を促すこと、専門職以外が発言を躊躇する雰囲気の改善、テーマ、議題の取り上げ方、会議で出た検討事項をいかに地域、住民に広げるかなどを検討している。

認知症を早期に発見する機会として、商店や金融機関、公的機関への不適切な訪問があることから、認知症を早期発見するために、商店や金融機関の窓口スタッフなどの理解、協力を得ることを目的とした介入も始めた。郵便局は12月中旬に地域内の局長、局員の会合内で30分の時間を得て認知症についての勉強会と協力要請を行った。今後も一般商店、農協などを対象とした勉強会を予定している。

認知症があっても地域で過ごせる町づくりのためには一般住民の理解と協力が必須であり、認知症とともに生活できる地域を作る取り組みは今後必須な要件である。おさこで、特に啓発が必要な地域を選定して勉強会を開催し、今後、多地域でも企画、開催していきたい。

(6) モデル事業から得られた示唆

北広島町の地域包括支援センターおよび認知症初期集中支援チームは中心地である千代田町に置かれており、芸北町から車で45分程度を要する場所にあるため、認知症の疑いのある高齢者等を発見しても、迅速に対応することは困難な事が多い。芸北ホリスティックセンターを中心に、限られた資源を有効に活用し、皆が同じ目標を共有しながら有効に機能している。

多職種での情報共有については、現在関係するスタッフが会った際に必要な情報交換を個別にやり取りしているが、それらを広く共有化する仕組が今後の課題でもある。

本人・家族が住み慣れた地域での在宅生活の継続を望んでいても、地域からの不安の声でそれを断念するケースも多く、認知症高齢者を地域で支えるためには、その地域での理解での理解を得ていかなければならない。

そこで、民生委員のみでなく、地域課題を解決するために、行政区長に「巻き込まれてもらう」取組も進めていく予定となっている。一般住民への啓発はもちろんのこと、郵便局への勉強会等で、認知症の早期発見や認知症にやさしいまちとなるような取組を開始し、勉強会の成果も出てきており、今後予定している商店や金融機関も巻き込んだ啓発活動についてもその成果が期待される。

6. 鳥取県・日南病院

(1) 基礎情報

高齢化の状況	65歳以上人口（ 2,462）人 高齢化率（ 46）%
認知症高齢者数等	要支援・要介護高齢者数（ 664 ）人 上記のうち認知症自立度Ⅱ以上の方（ 434 ）人
世帯の状況	独居高齢者世帯数（ 593）世帯（2014年8月末住民課より）

(2) 実施体制

組織名	日南町包括支援センター 日南病院 認知症対応チーム
既存組織の活用の有無	■ 既存の組織を活用 →既存組織の目的・機能（認知症作業部会+有資格者）
メンバーの 所属機関・職種	日南病院 医師
	日南病院 医師
	日南病院 看護師（一般病棟）
	日南病院 看護師（一般病棟）
	日南病院 看護師（療養病棟）
	日南病院 看護師（療養病棟）
	日南病院 看護師（外来）
	日南病院 理学療法士
	日南病院 理学療法士
	包括 社会福祉士・保健師
	包括 社会福祉士
	包括 保健師
	日南福祉会（ケアプランセンター）
日南福祉会（グループホームあさひの郷）	

(3) 地域分析

①活用可能な資源

<input checked="" type="checkbox"/> 市町村の保健福祉部門 <input checked="" type="checkbox"/> 保健所・保健センター <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関（国保直診） → <input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 歯科診療所 <input type="checkbox"/> 医療機関（国保直診以外） → <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 歯科診療所 <input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センターや在宅介護支援センター <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス事業所 → <input checked="" type="checkbox"/> 施設サービス <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス <input checked="" type="checkbox"/> 民生委員 <input checked="" type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input checked="" type="checkbox"/> 自治会・町内会 <input type="checkbox"/> 家族会 <input checked="" type="checkbox"/> 住民ボランティア <input type="checkbox"/> その他（ ）
--

②地域内で連携して認知症ケアに取り組む際の方向性

気づき	既存のルートで情報は上がってくる。在宅支援会議で検討し派遣の有無を判断の予定
現在の連携体制の状況	在宅支援会議や地域ケア会議で連携体制は確立している。 また早期発見は概ね良好。次の支援についても忘れ外来などのメニューが少ないのが課題。新たな社会資源の創出が課題で今回モデル事業を通じて取り組んだ。
取り組む際の中心的機関・人材（職種）	包括支援センター：認知症ケア担当社会福祉士 日南病院：理学療法士
具体的な連携方策案	・在宅支援会議・地域ケア会議（住民（民生委員）も参加） ・認知症作業部会（包括、日南病院、日南福祉会）を中心に有資格者を入れた認知症対応チームを編成。
対象者の把握方法案	モデル事業で新たに地元スタッフや民生委員さんからの情報を包括に効率的に集めるため連絡票を活用した。
連携に当たっての課題・必要条件等	活動のためのマンパワーが課題となっている。業務改善を含めた体制作りが必要となる。15年4月より認知症地域支援推進員の配置を計画している

(4) 具体的事例

80歳代後半 女性 夫婦のみ 要介護1・2 認知症自立度Ⅱb

- 最近妻が歩けなくなってきたとケアマネに相談し、対応チームの理学療法士が同行訪問して介入が開始した。
- 介護者の夫は、家事全般をこなし介護もされていたがご本人が何か発言しようとするのを制止する態度を取られていた。そのため表情は暗く、発言はかなり少なかった。家族への介護指導も含め訪問リハを開始することとなったが介護者が心不全を発症され入院となってしまった。ご本人も一人暮らしは困難で当院へ入院となる。
- しかし、在宅での状況を入院部門に伝えご本人の意思を表出できる環境づくりに取り組んでいただいた。結果環境の急激な変化にもかかわらず周辺症状の増悪も無く、意思の表出もされながら笑顔で過ごされるようになった。
- 介入から約1ヵ月が経過し、ご本人の望みは外で歩きたいことわかってきた。外出の経路も夫と検討し環境整備進めていた。その後、ご本人だけで在宅生活が困難となり療養病棟（当院）に冬期間入所することになった。そのため訪問リハも終了しご家族からアンケートを聴取することが出来なかった。

90歳代後半 女性 子どもと同居 要介護3・4 認知症自立度Ⅱa

- 子どもとその妻との3人暮らしであるが、2人の言うことを聞かない関係性であった。
- 家族だけでは、話が進まず困っていたところで、入院のきっかけがありモデル事業で介入することができた。
- 本人と家族の間に入り、ケアマネも含め橋渡しの役となった。しかし、本来は入院する前に、誰かが介入できていれば一番良かったと思われる。

80歳代後半 男性 夫婦のみ 要介護度不明 認知症自立度Ⅲb

- 入院を機会に、病棟看護師が変化に気づく。
- 幻覚・幻聴がみられるようになり夜には、興奮状態となられるようになった。介護者（妻）も受容的に関わっておられるが、暴力や大声も強くなり日南福祉会のショートステイを利用することとなった。
- 課題として、妻が夫の認知症について理解が十分でないため、1人で抱え込んでしまうことが挙げられる。今回のモデル事業では、ケアマネなど相談の場ができたことは良かったが、今後はショート利用などの負担軽減になるサービスへつなげて生きたい。

60歳代後半 女性 独居 要介護認定は未申請 認知症自立度Ⅱa

- 母親が亡くなり独居となってから閉じこもり傾向となる。体調不良の日々が続く物忘れ等の症状も気になり始め、小学校からの親友が受診させた事例。病院から地域包括支援センターへの情報提供があり状況の把握を実施した例。
- 現在は親友による全面的な支援や近隣住民の支援があり在宅での生活が可能であるが、今後、認知症状が進行するにしたがい、どこまで在宅生活が可能であるかについては、本人ならびにキーパーソンでもある親友も不安に感じている。
- 今回のモデル事業を通して、本人は主治医や親友との関係性が以前に増して良くなった。また親友も、それまで一人で抱え込んでいたが、モデル事業を実施したことで相談できる相手（保健師）ができ、ため込んでいた思いなどを打ち明けられることができるようになった。

(5) ヒアリング結果について

1) 地域における関係機関の連携の仕組づくりについて

①地域における認知症高齢者のケアに関する課題・問題点

モデル事業を開始するに当たって関係者間で検討した問題意識等は下記の通りである。

- ・発見してもその後の対応に乏しく手詰まり感がある。
- ・専門医や作業療法士が不在である。
- ・家族からは今後どうなっていくのだろうという不安が寄せられている。
- ・病院でも今の病状の説明はあるが、将来どうなって今何を備えればよいのか明確に説明がない（見通しが立たない）。
- ・診断内容等が家族や周りの理解につなげにくく生活に生きていかない。
- ・日南病院において認知症ケアに関する対応力が少ない。
- ・イベントを頑張るか、啓発を頑張るかしか取組の方向性が見出せない。
- ・県から徘徊者の搜索訓練等の声もかかるが、地域によって抱える問題が違いあまり有効ではない。

この他、物忘れ外来の設置（受診を誘うため、ゆっくり話が出来る体制づくり）やケアマネジャーがついていない人へのマネジメント（情報管理含め）、離れて暮らす家族への説明方法等が課題である。

なお、日南病院では地域医療について下記の3段階で30年間に渡る取組を進めてきたが、この考え方は認知症ケアについても当てはまるはずである。

第1段階（地域を把握する段階）：何処で誰がどんな風に暮らしているかを把握するする。

第2段階（地域で実践する段階）：安心して地域に居続けられるように保健・医療・介護・福祉に関係者が行動を起こす。

第3段階（地域づくりをする段階）：住民の理解と協力を得て徐々に地域が変わっていく。

②認知症高齢者のケアに関する地域資源の連携状況

<早期発見>

健診・介護予防事業・病院（外来・入院での気付き）・住民からの相談などの情報が、週1回開催される在宅支援会議で共有できている。

健診時には、タッチパネル方式の簡易な判定ソフトを試してもらい、そこで疑わし

い方がいた場合は、地域包括支援センターの職員が少し話をするようにしている。また介護予防教室の場も、早期発見の機会として機能している。

この在宅支援会議では、各職種・各関係者が検討・情報共有したい事例を自由に議題とすることができるので、情報共有の場としては非常に有効に機能している。45分間の間で20～30ケースについての検討もしくは情報共有を行っている。

<連携体制の状況>

上記のように週1回在宅支援会議が開催されているが、モデル事業の期に、隔週で認知症分科会を在宅支援会議後に開催した。さらに月に一回認知症作業部会と地域ケア会議の企画会議を開催した。

これらは上記いずれも、日南町地域包括支援センターが中心となり、日南病院、日南福祉会が出席している。地域ケア会議には社会福祉協議会や民生委員も参加する。

例えば、「最近〇〇さんは受診してないが・・・」というケースでは、デイサービスには参加していることが報告されたり、そういった情報もない場合は、日南病院の医師が往診等の際に寄ってくれるようなこともある。

<連携体制構築に当たっての阻害要因>

既存の仕組みで連携体制の構築に困難はなかった。ただ新しい活動が生じた際にはマンパワーの問題が顕在化し実施したいけど動けない場面がみられた。そこで、チームメンバーを多めに設定しみんなで協力する体制作りに努めた。

連携については各関係機関が協力的で特に困難は感じなかったが、一方モデル事業を通じてケアマネがついていない人のマネジメントが難しかった。

来年度より認知症地域支援推進員の設置を計画し対応していただけるように体制を整えていきたい。

2) モデル事業実施後の地域での今後の展開等について

認知症ケアについて十分ではないとの認識で、関係者間では一致している。今回のモデル事業を通じて一歩でも前進したいとの思いがあった。また、改めて、もの忘れ外来の重要性についても認識した。病院の外来でゆっくり話を聞く体制づくりという意味で必要性が高い。

在宅支援会議で名前が挙がってくるが、ケアマネジャーがいない人は経過が追えて

いない人がいた。そのような方については、今回のモデル事業で情報管理のソフトを開発し、経過が追えるようにした。

また、離れて暮らす家族への説明についても、より効果的な取組が必要である。

・今後も、「どこにどのような人が住んでいるのか？」という地域のタイムリーな情報を地域包括支援センターに集め共有することを、関係機関と連携しながら、より一層進めていきたい。まずは地域包括支援センターに情報を集約し、そこから、必要な活動に取り組める人・団体から、取り組める範囲で取り組んでいく、という方針でこれからも進めていく。

病院としては物忘れ外来や退院支援などの認知症対応力の強化に取り組んでいく必要がある。同時に訪問診療、訪問看護、訪問リハなどの出かけていく医療で地域をバックアップしていかなければならない。在宅支援会議で情報があればすぐ駆けつけていける現在の信頼関係をこれからも大切にしていきたい。

(6) モデル事業から得られた示唆

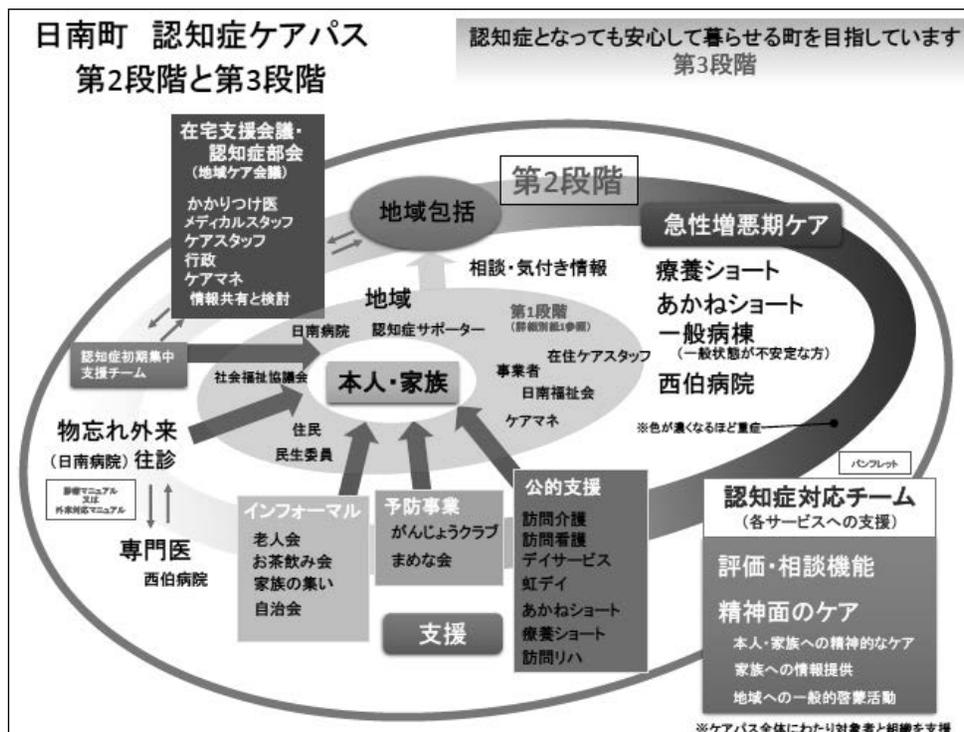
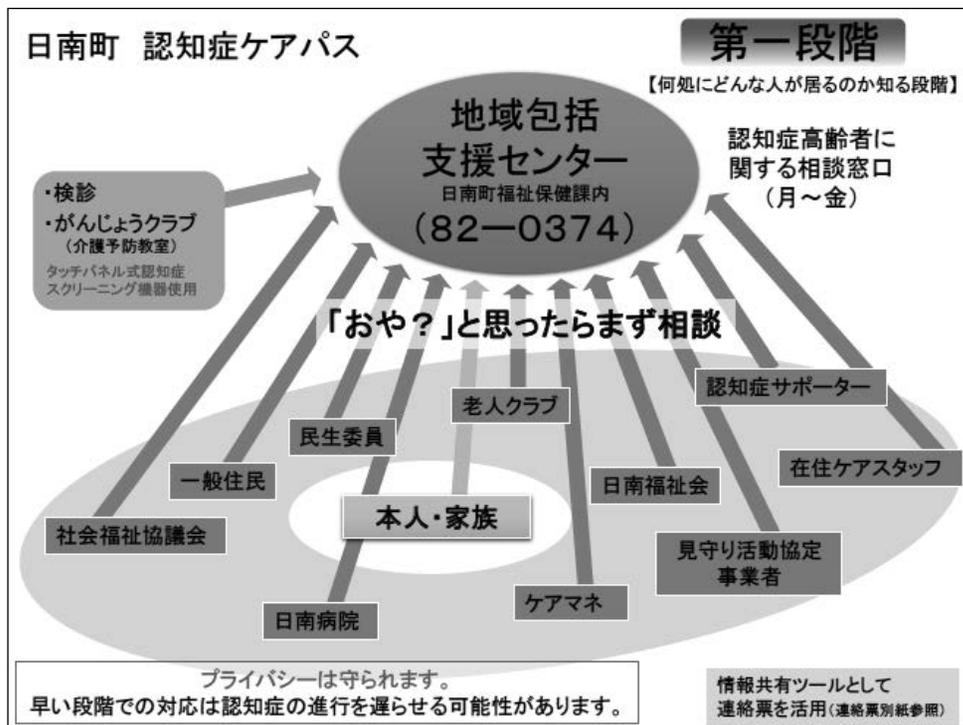
町の地域資源が限られていることも影響し、関係者が皆、町としての取組の方向性を共有し、連携が図られている。

在宅支援会議が週1回行われ、主治医、メディカルスタッフ、包括支援センター、ケアマネジャー、サービス事業所の方が参加され、気になるケースや入院、退院の状況、家屋調査など様々なケースについて報告し互いに情報共有し方向性を確認されていた。週1回45分間の会議で30ケースを報告している。短時間に効率よく運営され、情報も地域包括支援センターを中心に集まる仕組み作りが定着し、病院がサポートされている。『町は大きなホスピタル』と掲げているように住民の方を各地域資源が支えていた。

また、認知症高齢者等を地域で支えるためには、情報の共有が不可欠である。特に要介護認定を受けていない場合は、ケアマネジャーのような調整役が不在のため、なおさら重要となる。日南町では今回のモデル事業を踏まえ、情報の共有化として情報管理システムのソフトを完成させ、現在試験運用している。日南病院、地域包括支援センター、介護サービス事業所で閲覧や入力が可能であるが、どう運用していくかは今後の検討課題となっている。このシステムが円滑に運用されることにより、地域内での誰が、どの時点で更新していくかが決まり運用できれば、さらに連携が深まると考えられる。

認知症ケアパスは3階分で考えており、第一段階は気づき・情報収集として強調している。気づくこと、発見していく第一段階をとっても重要視し、その情報は全て地域包括支援

センターへ集まる仕組みとなっている。第二段階は状態に合わせて本人、家族への関わりを表し、第三段階は全体を通して『認知症となっても安心して暮らせる町を目指す』という広い視野でとらえているなど、非常に特徴的なものとなっている。



7. 大分県・杵築市地域包括支援センター

(1) 基礎情報

高齢化の状況	65歳以上人口（10,421）人 高齢化率（33.6）%
認知症高齢者数等	要支援・要介護高齢者数（2,007）人 上記のうち認知症自立度Ⅱ以上の方（1,270）人
世帯の状況	独居高齢者世帯数（1,473）世帯

(2) 実施体制

組織名	杵築市ひとり暮らし高齢者安心ネットワーク運営協議会
既存組織の活用の有無	<ul style="list-style-type: none"> ■ 既存の組織を活用 → 既存組織の目的・機能（高齢者を地域社会全体で見守る体制の確保、住み慣れた地域で安心して生活できるよう支援する）
メンバーの 所属機関・職種	杵築市副市長 速見郡杵築市医師会長 杵築市区長連合会長 杵築市民生委員児童委員協議会長 杵築市老人クラブ会長 杵築市社会福祉協議会事務局長 杵築市商工会事務局長 杵築日出警察署生活安全課長 杵築速見消防組合消防長 日本郵便株式会社杵築郵便局長 JA おおいた杵築事業部統括事業部長 NPO 法人にっこにこ理事長 学識経験者 市各課課長（総務・危機管理・福祉推進・市民・子育て健康推進・生涯学習・高齢者支援）

(4) 具体的な事例

70 歳代後半 女性 独居 要介護 1・2 認知症自立度 II b

- 毅然としていた本人が、「物忘れがひどくなった」と発言があり不安になり専門医受診し混合性認知症と診断を受けたが、何をどうしてよいかわからず包括支援センターへ相談。家族の聞き取りと本人の状態把握のために訪問を開始した。
- 独居であったため家族が交代で泊まり込んでいたが長期間の介護は困難で途方に暮れていた。不安なことをきき、介護サービスの導入や介護保険申請等を行うと家族だけで頑張らなくて良いんだ とやや安心された様子である。
- 家族の状況が落ち着いた頃、本人の ADL が急に低下し動けなくなる。認知症専門医受診したがはっきりせず、脳神経内科受診し脳腫瘍が発見され現在入院治療中である。

80 歳代前半 女性 独居 要介護 1・2 認知症自立度 II a

- 以前から母の行動におかしさを覚えながら、身近に相談できる人もおらず、いきがいデイサービスの職員からの「相談してみて」がきっかけで結びついたケースである。
- 相談の時点では娘さんは本人が認知症であることを受入れができておらず、サービスだけ追加できないかという相談であったが、時間をかけ訪問や対応を行っていくことで専門医の受診につながっていった。
- 娘さん一人にかかる介護負担が大きく他の兄弟が協力的ではなかったので介護者を支えていくことの大変さを痛感した。今回専門医につなぎ、話をきいてもらったことで本人への対応方法、今後の経過がわかり気持ちが楽になった と意見をいただいた。
- 本人に物忘れ等の自覚がなく、金銭管理を娘さんが担ったことで親子関係がギクシャクしている。サービス担当者が互いの話を聞きながら連携をとり支援していくようにしている。

80 歳代後半 女性 夫婦のみ 要介護度不明 認知症自立度 II b

- 本人たちからの相談ではなく 高齢者世帯の実態把握から気になるケースとしてあがり 訪問を重ねサービス利用に結びついた事例である。
- 家事全般を夫が行っているが夫の健康面が心配とのことで訪問を開始した。妻が認知症であることがわかった当初、夫は自分がすべて行っているので誰の世話にもならないと言っていたが、何度か訪問を重ねるうちに自分の大変さや妻の状態も話すようになる。妻も少しずつ話すようになり隠れることはなくなった。
- 本人の意見はないが、夫からは「自分でもどうしてよいかわからなかったが、訪問して相談にのってくれて助かった。妻のことや自分のことを考えるきっかけになった。」と話された
- 夫の健康面の改善や介護負担の軽減なども伝えると「妻を定期的に入浴させたいが、自宅は薪で大変。デイサービスに実は通わせてきれいにしてやりたい」と希望するようになった。併せて介護保険申請と生活状況を主治医にも連絡し連携を取っていくこととなった。

70 歳代前半 男性 夫婦のみ 要介護 1・2 認知症自立度 III b

- 包括支援センター窓口で妻が相談。サービス利用には消極的であるが介護負担が大きい様子のため介入を試みた。
- モデル事業では、サービス利用は困難であるが、訪問を重ねていき、介護者の気持ち、本人の状態を把握し、医療機関や専門職、サービス事業所などと連携をとりながら支援を行いたいと考えている。
- 妻の気持ちをゆっくり聞ける家族会なども必要になってくると考える。また包括支援センターだけでなく 認知症に対する専門職にも同行していただき対応や介入の助言、サポートを得たいと考えている。
- 介入はまだ難しいが介護の話をきき、認知症への対応等を話していくことで「怒ったり責めたりすると逆効果だったんだ。少し受け流すようにしてみます」との声が聞かれた。介護の話を聞くことで抱え込んでいた気持ちが軽減できればと思っている。まだまだ介入途中である。

(5) ヒアリングの結果

1) 地域における関係機関の連携の仕組づくりについて

①地域における認知症高齢者のケアに関する課題・問題点

まず対応できる専門職員が不足している。

また、認知症初期集中支援チームや認知症ケアパスが確立していないため、システム化が必要である。なお、認知症初期集中支援チームについては、杵築市立山香病院に設置を委託することを検討している。

そして認知症については、早期発見が非常に重要であるが、健診や介護予防教室などの場や近隣からの情報提供等、気づきの場を多くすることで対応していくことが必要と考えている。

なお、市内に物忘れ外来がないため、他市の医療機関を紹介せざるを得ない状況である。

②認知症高齢者のケアに関する地域資源の連携状況

<早期発見>

市民、家族、医療機関などからの気づきの相談は定着できているが、MC Iレベルの軽度の認知症高齢者の早期発見の取組が行えていない。健診を活用して早期発見できる取組を検討中である。

毎年、65歳以上の独居、75歳以上の高齢者世帯、90歳以上の介護保険サービス未利用者を対象に（概ね約2,500名程度）、実態調査を行っている。そこで気になった事項については、地域包括支援センターに情報を集約し、訪問するようにしている。この取組は早期発見に非常に有用であると考えている。

また、毎週1回開催している地域ケア会議の場でも、認知機能について気になる点については報告・情報共有するようにしている。

<連携体制の状況>

杵築市では既に、高齢者等SOSネットワーク事業を展開しており、この事業を展開する会議を開催し、市内の各団体と意見交換を実施した。さらに見守り体制として新たに、市内33事業所（JR、タクシー会社、バス会社、郵便局、九州電力、ガス会社、新聞販売店他）にも日々の高齢者の見守りが実施できる体制とした。

さらに徘徊高齢者があった際には連絡、協力体制も行えるようになっている。来年度は徘徊模擬訓練を実施する予定である。

日々の個別相談に関しては地域包括支援センターが中心となり、医療機関やサービス事業所、民生委員、家族等と連携している。

<連携体制構築に当たっての阻害要因>

高齢者等SOSネットワーク事業については参加団体の組織が大きく、個別の案件の検討ではなく市の体制作り等になるため大きな枠組みとなってしまふ。

そこで、市としての体制作りと、個別対応の2本立てで検討していく必要がある。個別対応に関しては、今後、認知症初期集中支援チームが活動するようになれば連携がしやすくなると考える。

2) モデル事業実施後の地域での今後の展開等について

認知症ケアの中でも、特にアセスメントに関しては多職種による連携が必要であるが、この点についても、認知症初期集中支援チームが設置され、稼動していくことでスムーズな連携等が図られていくのではないかと期待している。

また、軽度から重度の方の対応や治療等については、身近に相談できる専門医が必要である。

相談に来られる方は、すでに何らかの症状や認知症の診断を受けた方なので、早期発見の機会として、健診なども視野にいたした体制作りに取り組んでいく必要がある。

そして見守り体制として、近隣の方はすぐに頭に浮かぶが、それ以外にも、今回事例の中にコンビニの訪問があり、コンビニから介護者の調子が悪そうだと一報入れてくれたこともあり、SOSネットの協力機関として活躍が期待できると感じた。

既に地域包括支援センターに情報が集まる体制となっているため、今後は、認知症初期集中支援チーム、主治医と連携し、状態にあわせて同行訪問や必要な活動やサービスにつないでいける仕組み作りを整えていきたい。

今後、杵築市立山香病院に認知症初期集中支援チームを配置することから、健診を通して認知症早期発見の強化にも取り組んでいきたい。相談できる専門の医師が常駐することが望ましいと考えられる。

市民啓発として認知症サポーター養成講座も実施していくが、介護予防サポーターの育成も実施しているので傾聴や見守りの一翼となればと期待している。今年度から開始したボランティアポイント制度も、共助としての活躍を期待している。

(6) モデル事業から得られた示唆

65 歳以上の独居、75 歳以上の高齢者世帯、90 歳以上の介護保険未利用者約 2,500 名を対象に実態調査が行われていることは、早期発見に非常に有用である。またこの実態調査のフォローも行われており、実態調査において会いたがらないということがおかしいと感じた点、その後、何度も訪問することにより訪問先の妻が認知症であると診断されたとい事例もあった。

また、地域での早期発見の仕組としては、認知症サロン（社協、民生委員、健康推進員等も支援する住民主体型）、認知症カフェ（特別養護老人ホームが実施）、介護予防認知症予防教室が既にあり、こちらも有効に機能している。他の地域と同様、地区ごとの取組の温度差はあるようであるが、新たな認知症サロンの立ち上げにベテラン保健師が地区に出向き支援している。ただし、住民活動へと移行する引き際が難しいことが課題となっている。今後、住民の中に「やらされている」感ではなく「自分のためでもある」という意識が醸成されることが必要ではないか。

また、すでに機能している SOS ネットワークの担い手となっている新聞販売店で 1 人暮らしの高齢者で配達を断られたケースに対し、安否確認のため、サービスで配達を継続していたケースもあったという。このような個々の意識が認知症高齢者等にやさしい地域づくりにつながるのではないかと思われる。今後コンビニ等での認知症サポーター研修も検討しているとのことで、市の意気込みの強さも感じられた。

さらに、これらを支える行政側の仕組としては、毎週 1 回、市高齢者支援課主催で「地域ケア会議」が開催されている。この会議では、詳細な事例検討、事例提出者への専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士等）からの助言などを行っており、気づきの場としてだけでなく、介護支援専門員や地域のケアマネジメント能力向上、自立支援、地域のネットワークづくり、既存の地域資源とニーズを結びつける、新たな資源の開発などにつながる仕組となっている。

8. モデル事業参加者から得られた感想

(1) ご家族等意識調査

■これまで誰かから助言されて嬉しかったこと、役に立ったことはありますか？

誰にどのようなことを言われたときに嬉しかったですか？	
職種・立場	言われた内容
医師	「このように認知症になってもかけがいのない母親です、私たちも支援したいと思っています。」といわれたこと。
医師	「医者さんまで訪問いただきましてありがとうございます。本人がいままでしてきた行燈づくりを褒めていただいて、またこれからも意欲がわくように病院で飾ってもいい？」など誘っていただきました。本人も少しはやる気がわいてきたようです。
保健師	自分の体のことを心配して無理をしないように声をかけられた時
保健師	介護していることの苦労をわかってくれる言葉
保健師	相手の気持ちを良く理解しながら接していること。
作業療法士	「いままで大変でしたでしょうね。」と労をねぎらわれたこと。
作業療法士	本人への支えをしっかりとこられましたね。と褒めていただいたこと。
作業療法士	もの忘れが急に進んで心配だったが、先生方の評価でもまだまだ大丈夫そうだと分かったこと。
PSW	生活状況も確認して本人を誘っていただきました。なかなか本人と話す機会もない状態でしたし、これから認知症がすすんでしまったらどうしたらよいか。悩んでいました。声をかけていただいてありがとうございます。
ケアマネ	一人で悩まず一緒に考えていこう等と言われた時
一般職	話をした際に包括支援センターへ相談するように勧め、対応してくれた
一般職	市で受けられるサービスを聞いた時に受けられますよと言われた言葉が嬉しかった
相談員	ひとり暮らし高齢者対象サービスの紹介

誰から言われたことが役に立ちましたか？	
職種・立場	言われた内容
保健師	息子と相談するように勧められたこと。相談して介護保険を申請しようと思った
保健師	認知症の対応や受け流し方を助言してくれた
作業療法士	服薬管理の方法として日めくりカレンダーを導入して、その日めくり薬をホチキス止めをする。家族は電話でカレンダーを見てといい。その薬をのんでねと声をかけるなどの工夫を教えていただいたこと。
作業療法士	「行燈づくりがすごいね、今度の受診にもってきていただけますか。主治医の先生にも見せてあげたいですね。」と、今までのしてきたことや続けることを励ましていただきました。
精神保健福祉士	薬はなにを飲んでいるかわからなかったが、糖尿病を管理しなくてはならないとは知らなかった。薬の名前だけでわかるんですね。早速かかりつけ医へ受診します。
精神保健福祉士	本人の自慢話や、いままで自分ががんばってきたことをすべて聞き入れていただきました。家族だとなかなか時間を採ろうと思いません。このような姿勢で臨むのが本人の意欲向上にいいのだと役立ちました。
ソーシャルワーカー	市の健康教室や、介護保険を使っていくことも初めてしました。利用について検討します。

臨床心理士	「精神的な気落ちにとらわれず、今までのしてきたことや役割をこれからもこなしてください。」といわれたこと
介護支援専門員	家族が困っている時にすぐに対応してくれたり、助言してくれた
一般職	ディサービスを母が利用するようになり娘さんの気持ちに余裕が出てきましたよ

■新たに関わりをもった方々から助言されて嬉しかったこと、役にたったことはありますか？

誰にどのようなことを言われたときに嬉しかったですか？	
職種・立場	言われた内容
医師	良く面倒を診て受診に連れてきてくれる等、ねぎらいの言葉をかけてもらった時。
保健師	離れていて不安だと思いますが、時々訪問したりみんなで見守っていきますから。
保健師	介護保険のサービス紹介
保健師	市の健診結果も参考にを見せていただいてしっかりとしている妻が確認できた。
保健師	市の健康教室も紹介いただきました。また、本人が中断していたスポーツクラブへ通うことを再開することがいいと言っていただきました。私の助言はなかなか届かずにいましたのでこれから本人を後押ししたいと思います。
保健師 精神保健福祉士	「いままで頑張って生活されてきたのでしょうか。ご家族も不安でしたでしょう。今まで通りの暮らしを継続できるよう支援します。」といわれたこと。これまで放置していたと責められなかったこと。
市（看護師）	市の健康教室に、「ずっと通っていいですよ。」と改めていわれたことです。気軽に通えるところがないので、本人もここへいくのを楽しみにしています。
作業療法士	転びやすい原因がなんであるかわからなかったので原因がわかってありがたいです。今後家で過ごすことに必要な手すりの取り付けなどのアドバイスもいただきました。ありがとうございます
精神保健福祉士	本人は私のいうことを聞き入れず、皆さんが訪問するまで家に閉じこもりの生活でした。何を言っても言い訳ばかり手をこまねいていましたが、皆さんから本人へ「あなたのために」を何回も言っていただき、本人がよくなるうと一歩踏み出すことができたことがうれしいです。
小規模多機能ホーム	行事参加のお誘い

誰から言われたことが役に立ちましたか？	
職種・立場	言われた内容
医師	自分で、よくなる取組ができなかったら病院でやることもできるよと方法について教えていただきました。今は本人にできることを勧めてみようと思います。
医師	何かあれば病院でちゃんとフォローします。とっていただいたこと。
保健師	介護保険のサービス紹介
作業療法士	実際の生活の場面をみて、「これはできてますね。」などとできることを確認していただいたこと。これは家族の支援が必要ですねなど、家族としてもかかわるところが明確になりました。
作業療法士	「ご近所さんで本人の仲の良い方と一緒にいくこともできますよ。」と言われ、本人の親しい後ろの家の方と一緒にいきたいなど、意欲がみられました。
作業療法士	家でできる活動について教えていただきました。ありがとうございます。
ソーシャルワーカー	介護保険を利用して送り迎えつきで運動療法ができると助言いただいたことです。

(2) 専門職意識調査

認知症ケア・ネットワークの構築に当たり、連携体制の構築において苦勞した点はどのようなことですか？
中心となるコーディネーターを誰にしていくのか、専門的なアセスメントができるのか
互いの専門性を十分理解できていなかった事 地域社会資源の把握が不十分であった事で協働体制に時間を要した
関係機関の多職種が課題を抽出しあい共有化し、共有理解のもとに顔のみえる関係でネットワークを構築していく。
地域住民の認知症への理解が不足している。 認知症の人は心配だがあまり関わりたくないという思いを持っている
認知症集中支援チームで訪問し評価をした後のフォローアップができていないことが多い。
介護保険サービスだけでは、ケースの安全を守れない。家族が遠方に住んでいる場合、親戚や友人、地域などのインフォーマルサービスが重要になってくる。ケース会議を開催するにあたり、本人、家族の他に親戚、区長なども呼び多くの方での会議となったが、家族、フォーマル、インフォーマルそれぞれの役割を明確にできよかった。
地域住民の認知症への理解が不足している。
問題行動に等によって家族や地域の方々との関係が悪くなってからでは、協力が得にくく苦勞する
対象者の家族の協力が少ない
精神保健福祉士の参加も考えたが、地域に密着しているメンバーだけで行った。
・行政の枠内（介護×福祉×包括×医療）のみでの限定される範疇では、認知症の方々の日常生活をケアするには不十分。民間組織との一体的な体制構築が不可欠であること。
元々診療所・社協・役場との保健・医療・福祉でカンファレンスを実施する等の地盤があったため、今回のモデル事業を実施すると決めてからは構築しやすかったように思う。個人情報の取扱についてはまだ検討すべき点があるかもしれないと考えている。
実際に長く続けようと思うと、夜間の遅い時間帯だと負担がかかるかもしれない。効率よくできる体制づくりが必要。
人材確保：誰（団体等も含め）とどう連携するかがとても大切 一方当地域では人々を含む社会資源に限りがある そんななかで、どうしていくかを考えていかなければならないと改めて思った 段階に応じた対応等検討が必要

認知症ケア・ネットワークの構築に当たり、対象者の発見において苦労した点はどのようなことですか？
同意書がなければ発見は行いやすい。
本人の話だけではわかりづらい。家族や関わっている方からの聞き取りも必要と感じた。
相談窓口が明確でなかった為、地域での情報が関係全機関まで伝わり難い傾向になった。
<ul style="list-style-type: none"> ・家族や周囲の理解（認知症に対する偏見をなくす。） ・相談体制の充実と早期介入できるための体制づくり。
家族はかなり進行するまで気がつかない、隠そうとする。
地区住民や家族から相談がないと分からない。特定高齢者で教室に参加した人についてはその教室実施期間中は経過が分かるが教室実施期限が終了したら放置となる。
家族が遠方に住んでいる場合、ケースの近くに住んでいる親戚が緊急連絡先になっていれば、ケースも家族も安心である。ただし、親戚との関係があまりよくない場合は難しい。
家族はかなり進行するまで気がつかない、隠そうとする。
物忘れがあっても年相応のものだと本人・家族は思い、相談に結びつかないことが多い
対象者が多すぎて、どの方を選ぶか迷った。
・症状の現れ方にはそれぞれ独特な個性が存在することが当然のことであり、発見する側にも当然独特な感性が存在すること。
「なんとなく気になる…」と思っても、1人暮らし高齢者の場合、今回のメンバーだけでは十分に情報が把握できないことがあった。民生委員や家庭相談員などの職種、またそれ以上に身近な存在からの情報が貰えると良かったかもしれない。
<p>医療機関からも包括からもお互いに「1回診察や相談で会っただけでは、認知症かどうかなんてわからない人が多いよね。」という意見があった。そうしたら、「認知症疑いの心配なエピソード」は地元出身のスタッフからたくさんでてきたので、発見しやすかった。そういう情報が集まるように工夫が必要。関係者間の情報交換が大切。</p> <p>身寄りがなく、本人からの了解も得にくい場合、対象者にできなかった。</p> <p>今後の取組みでも本人（もしくは家族）の同意をいかに得るか、得られない場合はどう支援していくのか、問題になってくると思う。日頃は、すぐに介入できないようなら、少し待ってみて支援を受けるよう勧めるタイミングをはかったり、機会をみて少しずつPRしたりしている。関わる人や目が増えるとよいが、どう情報共有するかよく考える必要がある。</p>
高齢世帯、独居が多く早期発見気づくことが難しい

認知症ケア・ネットワークの構築に当たり、その他に苦労した点はどのようなことですか？

認知症に対する正しい知識の啓発

キーパーソンが県外におり、家族による急な対応は難しい。また、離れて暮らしているため、家族も本人の生活状況、どんな支援が必要かがわからなかったこと。

地域にある認知症医療疾患センターの協力が少ない。

近所の人に隠そうとしたり、子供にも迷惑をかけたくないと連絡を拒むこともある

本当は関わるべきだが、介入しにくいケースは除いてしまった。

個々のケースにどれだけ十分な対応が出来るかは、その人の人生のどの時期からを知り、どの時点から関わっているかを再認識することが必要であること。

対象者は、子ども世代が遠方に住んでいるひとり暮らしの方が多かった。子ども世代が、親の実態を見えていない、もしくは見たくない、薄々感じていても支援しきれない現状があるように思った。

遠方の家族にも、親の地元の支援体制について普及啓発がいるように感じた。

今回のモデル事業に参加して、ネットワーク構築の必要性に対する意識の変化等（事業に参加して重要性を認識した等）はお感じになりましたか？

インフォーマルサービスが活躍されていることが実感できた。

公的サービスに頼りがちで中心となってしまうことが多いが、広い視点で役割を確認していくことが地域で支えることになると感じた。

次世代の方々に認知症に対する理解があれば孤立感になることも少ないと感じた。

家族、主治医、事業所と連絡を取り合うことの重要性を再認識した。

先進事例を知り重要性を認識した。

詳細な情報をこまめに、関係者間で共有していくためのツールが必要。小単位での取り組みを徐々に広げていく。

病院からも本人の自宅を訪問してもらい生活状況を一緒に確認した上で必要なサービス等支援方法を考えることができた。医療機関と連携を取り、支援方法を考えていくことの重要性を改めて感じた。

他職種が関わることで問題の解決口が多様であり臨機応変に対応でき重要性を感じた

物忘れ外来で受診した内容について、市包括支援センターが情報共有を図る。

私自身は認知症の方へチーム体制で関わったことはなかったが、日頃から当センターと医療機関とで認知症に関わりが必要な方がおられたら「認知症集中支援チーム」として活動しているのを見ていたのであらためて感じたことはなかった。

病院からの情報を早くもらうことで、二次予防事業や地域のサロンに繋げることができる。

いつもなら、介護保険の申請をすぐに勧める様な状態でも、その前にできることがないか一緒に考え、本人・家族に提案することは意義のあることだと思った

認知症や認知症と疑われる人は施設に通所か入所していると思っていたが、そうでないのではやくネットワークを作るべき。

認知症を意識して接し、情報を共有することの大切さを改めて認識した。

近い将来、“高齢者の5人に1人は認知症（明日は我が身）”という時代が目前に迫っている中でも、焦らず、落ち込まず、家族はもとより地域全体でその人、人、…を見守っていくという基本姿勢（良きご近所付き合いの再構築）を堅持すること。

行政だけでは掴めなかった情報や介入方法にも連携することによって把握・介入することができた。1組織だけでできることは限られているので、改めてネットワークを構築し、地域全体で体制を整えていくことの重要性を感じる事ができた。

地元を良く知っているスタッフと相談すると、情報がたくさん出てきて、背景がわかると支援の方法を考えやすかった。個人にあった方法を考えることができた。

当地域は独居・高齢世帯が多く認知症状を早期に気づくことのむずかしさを実感した
対応できる社会資源に限りがあることを痛感した

今回のモデル事業に参加して、今後の取組意向（取り組みたいが困難である等）をどのようにお感じになりましたか？

身近に相談でき、チームとして訪問できる体制を整えていきたい。（認知症に対するアセスメントスキルの高い職種と）

認知症に対する啓発が必要。

認知症高齢者が増加する中で、地域でいかに見守り体制づくりを行うかが重要と思った。

医療機関を主としながら関係機関と連携を行う。認知症の方を支える、インフォーマルな取り組み（地域での見守り体制も含め）を構築していく。

今後も医療機関との連携を十分に行いたいと思う。

H27年度よりミニデイサービスを地区ごとに作って介護予防を行う。

H27年度より31自治会ごとの地域専門相談員より常時困っているケースの相談を受ける体制を作る。

定期的に病院と合同のケア会議を実施し、ケース検討をし、地域に必要な支援について検討もできたら良いのではないかと思います。

今後も保健師だけでなく、臨床心理士、精神保健福祉士、作業療法士、医師などとチームで認知症の方に関わることが重要だと思われた。

介護保険以外で集う場所を身近な公民館単位で作っていく必要がある

バタバタした外来診療の中で、認知症について深く関わる余裕がない。ケア会議での情報の共有がますます大事。

本人、家族共に消極的ケースにおいては、概ね周囲との日常的な関係性も良好とはいえないパターンの方が多く見受けられ、今後の課題として、行政の最優先での関わり方を模索すべき必要性が高い。

短期間の実施であったため、今回介入したケースへの支援も継続していきたい。また、個々のケースへの介入方法の検討はもちろんのこと、介入から見えてきた地域の課題に対しての検討も勧めていくために、話し合いの場を継続していきたい。

新規認知症疑いの方について、円滑な支援を検討するためにぜひ継続したいと思った。

今回はモデル事業という名目で各機関から集まったが、今後はどういう位置づけで依頼するのか考えられるとよい。

- ① 個々のケースを連携して対応することがとても重要
- ② 住民も含めた地域全体での見守り、支援体制の構築が必要
 - ・発見後のフォローの資源がなこと
 - ・認知症に特化するだけでなく、包括的に地域づくりの一環としての体制づくりが必要

今回のモデル事業に参加して、その他にお感じになられたことがありますか？

今後、今回のように認知症で一人暮らしという方は増加してくると思われる。病院、ケアマネ、サービス事業所、民生委員、自治会、社協等で連携し、地域での生活を支えていく必要があると実感した。

認知症患者対応のスキルアップ

今回は発見して、検査して、必要に応じてサービスを勧めるところまでできたかできていないか。

今回発見した方の生活支援はこれからである。長く自立して生活できるよう、その方に症状の進行に合わせた支援を行う必要がある、その人にどういう見守りが入っているのか、タイミングをはかれるのは誰なのか、といった点で役割の明確化がある。また今回は、春になったら包括が訪問し、小規模のサロンから勧めるのが良いなどといった意見が出ていた。また、家族に情報を返して、家族に考えてもらう機会にする事も大切だと思う。あやふやにしない事が大切である。

(99 頁裏)

第 5 章

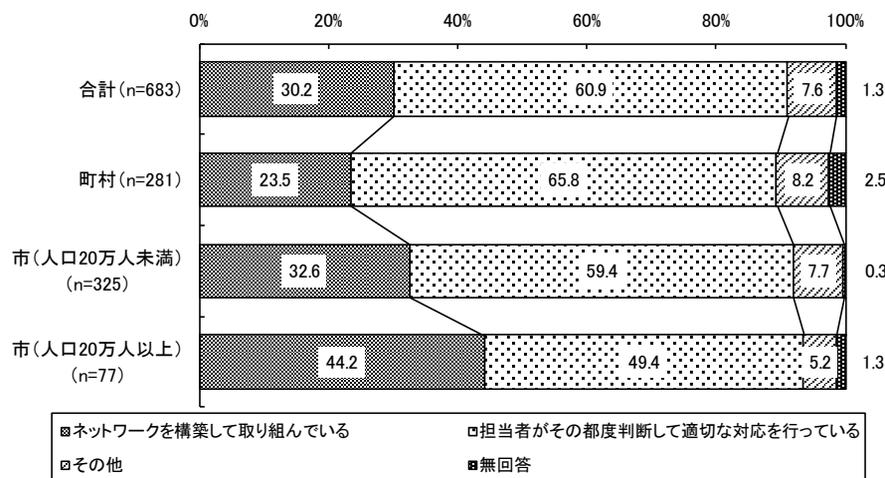
考察

1. 認知症高齢者等を地域で支えるためのネットワークの必要性

本調査で実施したモデル事業でも明らかになったように、認知症高齢者とその家族介護者が、安心して住み慣れた地域で暮らしていくためには、地域全体でその認知症高齢者とその家族を見守り、支えていくためのネットワークをつくっていくことが必要である。

しかし、全国的にはネットワークを構築した取組よりも、担当者の判断による対応の方が多い。この傾向は自治体規模が小さいほど顕著ではあるが、この点については先進的取組地域におけるヒアリングでの「既に顔の見える関係が構築されているので、構えたネットワークを構築していなくても連携関係は構築されている」といった意見からも伺われるように、地域資源が少ない地域においては「担当者の判断≒ネットワークの活用」という状況がすでに構築されているからだと思われる。

認知症高齢者のケアに関して、地域資源のネットワークを構築し取り組んでいるか



この認知症高齢者にやさしい地域づくりのためのネットワークを構築するために、どのような取組が必要かを、先進的取組地域での取組内容ならびにモデル事業実施結果等を踏まえ整理した。

(1) 地域資源（関係機関・団体、関係者等）の間での問題意識の共有

医療機関や地域包括支援センター、民生委員、そして行政の高齢者福祉所管課をはじめとする地域の関係機関の間での問題意識・課題意識の共有化が図られていた。

また、認知症高齢者の日常生活を支えていくためのネットワークなので、警察や消防、さらには自治会や商店街など、認知症高齢者が関わるだろう場面を想定し、なるべく広い範囲をカバーできるよう、専門職だけでなく、多くの「担い手」の参画を求めている。

【大分県杵築市での取組例】

- ・既にある高齢者見守り事業においては、市内の関係団体に加え、鉄道や交通機関、郵便局、電力・ガス会社、新聞販売店他とも連携し、体制を構築している。
- ・今後は、コンビニも含めた商店へも協力を求める予定である。

【鳥取県日南町での取組例】

- ・取組の基本は「地域に出て地域を知ること」という問題意識のもと、「気づき」や「発見」の情報を地域包括支援センターに集めるようにしている。
- ・情報共有において重要な仕組みは週1回開催されている在宅支援会議である。ここで、地域住民についての、健診・介護予防事業・病院（外来・入院での気付き）・住民からの相談などの情報が共有され、対応に結び付けている。

(2) 取組内容の検討に当たってはまず「できること」から始める

ネットワークづくりに当たっての阻害要因として、人材不足やキーパーソン不在、ということが挙げられることが多いが、「何をやりたいか」ということから考えることはもちろんのこと、「既存の地域資源でどこまで取り組めるか」「この地域にない機能をどのように補完するのか」という視点で取組内容を考えていくことも必要である。

取組の開始当初は特定の機関の地道な取組だったものが、次第にその輪が広がった例や、行政が“お膳立て”した取組が、次第に地域住民による自主活動に発展していった例もみられることから、それぞれの「担い手」が役割分担し、連携・協働することにより、取組の範囲は広がり、取組内容の充実が図られるはずである。

【千葉県鋸南町での取組例】

- ・小地域での取組を別の地域に展開している。介護予防地区リーダーを各地区1～5名ずつ養成し、運営は各地区に任されている。
- ・行政（地域包括支援センター）の関与は、活動の立ち上げ期が中心で、活動開始後は各地区のリーダー主導での活動となっている。これにより、少ない専門職でも町内全体での取組の推進を可能としている。

(3) なるべく小さな地域での「支える仕組み」づくりを充実させる

認知症高齢者等にやさしい地域づくりを進めていくに当たっては、地域の捉え方にも留意する必要がある。市町村全体での取組の方向性を共有することはもちろんであるが、実際の取組においては、多くの場合、市町村単位での取組ではあまりに広範囲になってしまい、きめ細かな取組が困難になることも考えられる。

アンケート調査結果において、早期発見のための具体的な取組として、自治体規模が小さいほど「保健師の訪問による対応」「民生委員による対応」等の「でかけていく対応」の割合が高くなっていることも、小さな地域での取組の必要性が伺われる結果となっている。

早期発見のための取組の具体的な内容

	合計	自治体規模		
		町村	市（人口20万人未満）	市（人口20万人以上）
全体	614	249	288	77
医療機関における「物忘れ外来」	37.9	20.5	43.4	74.0
保健師の訪問による対応	52.0	58.2	47.6	48.1
認知症予防教室における相談	41.7	34.1	47.6	44.2
基本健診時における問診時での相談	13.5	22.1	7.6	7.8
要介護認定調査時での相談	47.1	60.2	40.6	28.6
民生委員による対応	63.7	67.5	63.9	50.6
地域包括支援センターへの相談	96.7	95.6	97.6	97.4
保健センター等による対応	22.5	22.5	20.5	29.9
健康教室等における相談	37.9	39.0	38.2	33.8
その他	21.0	18.5	21.5	27.3
無回答	0.2	0.4	0.0	0.0

そこで、町内会単位の取組、小学校単位での取組、中学校単位での取組といったように、重層的な取組を進め、それらを地域包括支援センターや行政、場合によっては医療機関がサポート、調整していくことが必要であろう。

【広島県北広島町芸北地区での取組例】

- ・町全体の大きな施策、連携を利用しながらもそれを補完する地域独自の、コンパクトで小回りの効くシステムを構築している。
- ・保健・医療・福祉の総合施設である芸北ホリスティックセンターが、健康や生活の相談窓口、情報収集の入り口となっている。また地域を熟知した保健師の存在も大きい。

(4) 事業の効果・成果を評価し多くの人に発信する

現在、全国各地で、様々な形で認知症高齢者への取組が進められているが、具体的な成果がなければ、新たな担い手の確保も含め、取組の継続性は確保されない可能性がある。

認知症高齢者等にやさしい地域づくりを進めていくためにも、実際に行われた事業の効果を判定し、その効果を多くの人に提示できるように取りまとめていくこと、PDCA サイクルによる取組の一層の推進や、住民のニーズに対応した取組内容の見直しが必要であろう。

【千葉県鋸南町での取組例】

- ・各地区での活動は「福祉まつり」で発表され、他の地区での取組状況を共有しているとともに、地区意識の高揚感、一体感も育てている。

2. 認知症高齢者等にやさしい地域づくりとは

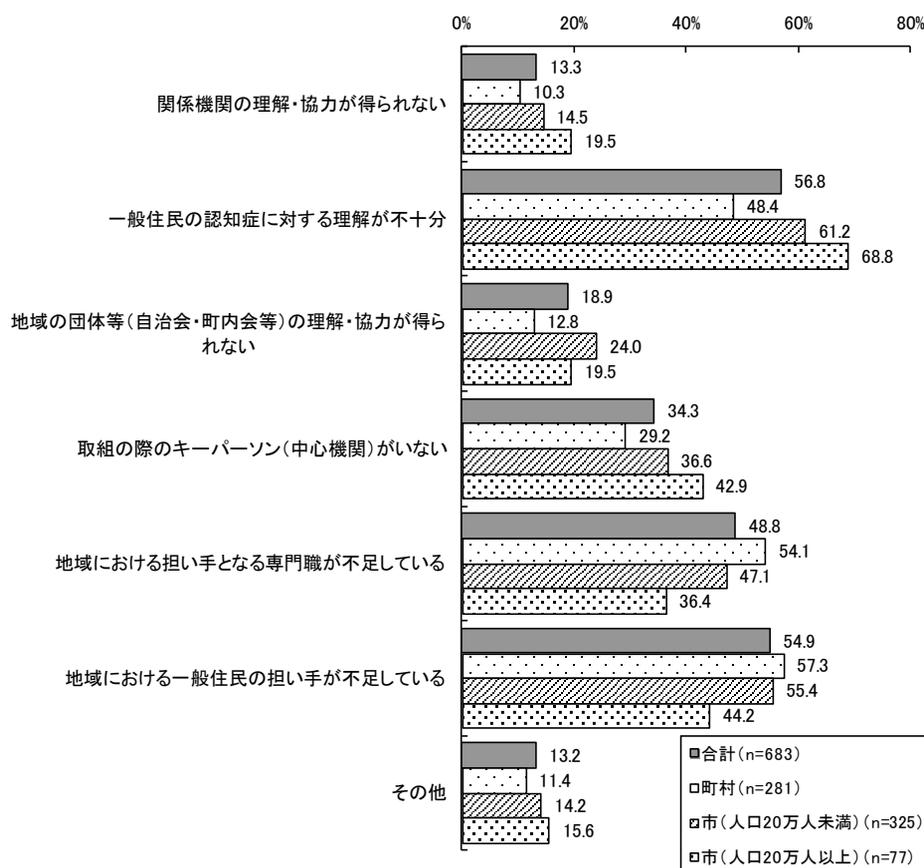
全国の市町村に対して実施したアンケートの中で、『認知症高齢者等にやさしい地域づくり』と聞いて、思い浮かぶ要素」を尋ねたところ、もっとも頻度の高かったキーワードは「理解」で、次いで「見守り（見守、見まもり等）」「家族・介護者（家族・介護者への支援、家族・介護者が安心して暮らせる、家族だけで抱え込まない等）」であった。

(1) 「理解」を進めること：

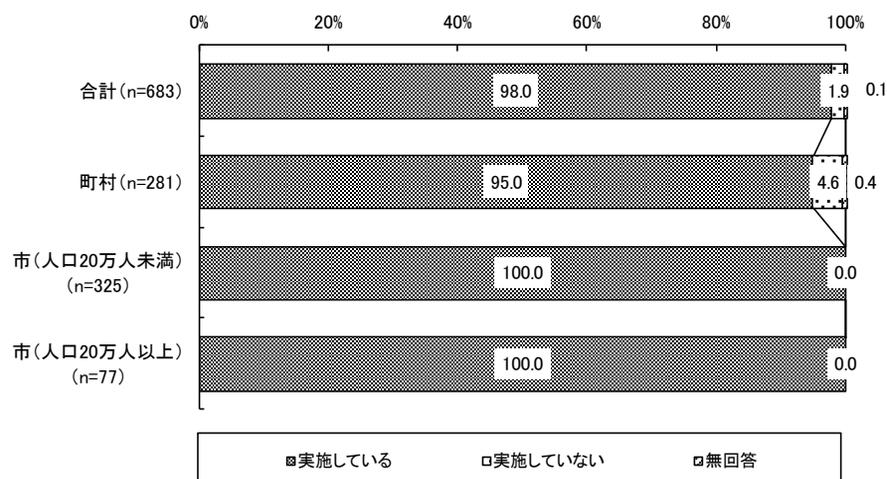
一般住民への意識啓発活動はほとんどの市町村で実施。積極的に取り組んでいる地域では、きめ細かな取り組みを推進

認知症高齢者等を支える仕組の構築における阻害要因として最大のものは「一般住民の認知症に対する理解が不十分」であった。一般住民に対する意識啓発はほぼ100%の市町村で取り組んでいるにも関わらず、この点が阻害要因として挙げられること、またモデル事業における具体的事例の中でも、「在宅生活の継続をあきらめる要因のひとつは近隣住民の理解がないこと」という例が報告されていることから、各市町村においてその取組に関するより一層の工夫等が必要であると言えよう。

地域において、認知症高齢者等を支える仕組等を構築する際の阻害要因



一般住民への啓発に関する取組の実施状況



この点についてモデル事業の実施地域においては、意識啓発に関しては「地道な活動の継続の必要性」として多世代や町内会訪問等によるきめ細かな取組や、「認知症高齢者の日常生活を想定した啓発対象の拡大」として銀行等への啓発活動への取組がなされており、これらの取組は、今後、啓発活動をより一層進めていくための重要な示唆となる。

【秋田県横手市での取組例】

- ・若い世代への啓発として、小学生を対象とした認知症サポーター養成講座の開催しており、今後、全学校ならびに中学校へも拡大していく予定である。
- ・また小さな町内会へも出向き、地域での早期発見・重症化予防へもつながることを目指し、物忘れ相談プログラムや健康相談・健康教育を実施している。
- ・さらに地域で認知症を正しく理解し偏見をなくすことを目指し、毎年、徘徊見守り訓練を商店街で実施し、実際に認知症高齢者になりきって演技をしている人に対する声のかけ方から、連絡先までの一連の流れをシュミレーションしている。

【広島県北広島町芸北地区での取組例】

- ・認知症高齢者等を支えるためには、早めの「気づき」が必要であるため、郵便局・町商工会・農協へ協力依頼を始めている。

【大分県杵築市での取組例】（再掲）

- ・既にある高齢者見守り事業においては、市内の関係団体に加え、鉄道や交通機関、郵便局、電力・ガス会社、新聞販売店他とも連携し、体制を構築している。
- ・今後は、コンビニも含めた商店へも協力を求める予定である。

(2) 「見守り」を推進すること：

見守りの推進に当たっては、一般住民も含めた地域全体での理解の深化と見守るためのネットワークの存在が不可欠

地域において認知症高齢者の見守りを行っていくためには、前述の「理解」の深化と見守るためのネットワークの存在が不可欠である。しかしアンケート調査等では多くの市町村では、一般住民の理解が進まないことやネットワークが構築されていないことが課題として挙げられていた。

「見守り」は、認知症高齢者が在宅生活を送るために、問題発生時の早期発見等の観点からも重要である。例えば今回のモデル事業においても、独居の認知症高齢者が、近隣の親友による服薬の状況確認や受診の付き添い、買い物支援、近隣住民の見守りなどのおかげで、在宅生活の継続が可能となった例があった。また、近隣住民からの情報提供により適切なケアにつながり認知症高齢者本人の意欲を引き出すことができた例も報告されていた。このような取組が地域で自然に行われるようにするためにも、「理解」と「ネットワーク」による「見守り」の推進が必要であろう。

独居の認知症高齢者が親友・地域住民に見守られて在宅生活を継続している事例

(60歳代後半 女性 独居 要介護認定は未申請 認知症自立度Ⅱa)

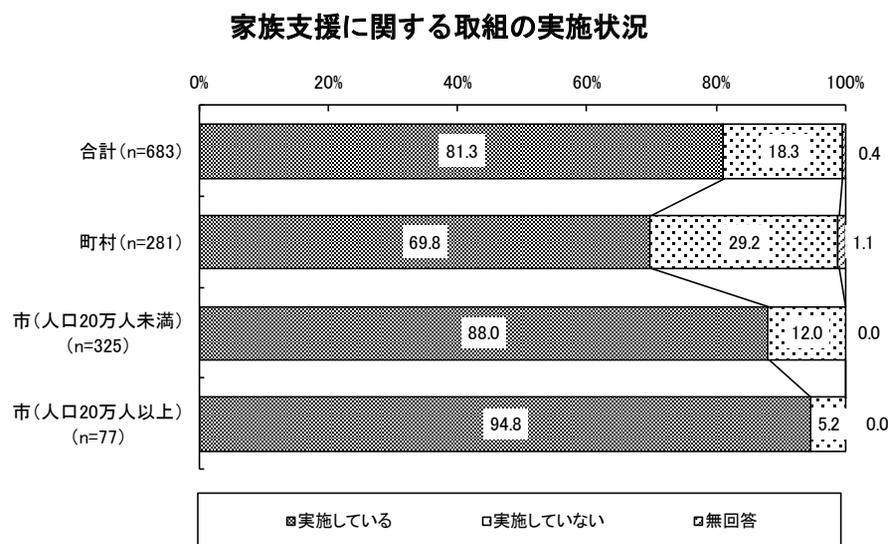
- 母親が亡くなり独居となってから閉じこもり傾向となる。体調不良の日々が続く物忘れ等の症状も気になり始め、小学校からの親友が受診させた事例。病院から地域包括支援センターへの情報提供があり状況の把握を実施した例。
- 現在は親友による全面的な支援や近隣住民の支援があり在宅での生活が可能であるが、今後、認知症状が進行するにしたい、どこまで在宅生活が可能であるかについては、本人ならびにキーパーソンでもある親友も不安に感じている。
- 今回のモデル事業を通して、本人は主治医との信頼関係や親友との関係性が以前に増して良くなった。また親友も、それまで一人で抱え込んでいたが、モデル事業を実施したことで相談できる相手（保健師）ができ、ため込んでいた思いなどを打ち明けることができるようになった。

近隣住民からの情報提供が適切なケアにつながり本人の意欲を引き出すことができた事例
 (90歳代前半 女性 子どもと同居 要介護1 認知症自立度I b)

- 近隣の住民から、「外に出なくなり心配」との情報が社会福祉協議会に入り、社会福祉協議会職員の訪問3回目で、介護申請につなげた事例。
- 息子との2人暮らしであるが、息子が日勤・夜勤の二交代勤務で不規則な生活のため、介護できていない。行動範囲が狭くなり閉じこもりになって入浴も不自由になったため、介護申請となった。訪問調査時に物忘れがあり、無気力で目がうつろであったため、認知症の疑いを調査員が持った。
- 今回のモデル事業を通して、サービス利用が順調となってことで、息子も安心している。今度も、閉じこもり防止と入浴目的のために通所介護の利用継続を希望している。適切な早期の時期に介入できたことが、予防につながった。

(3) 「家族・介護者への支援」を推進すること

認知症高齢者の家族・介護者等への支援については、8割以上の市町村で取り組まれている。また認知症高齢者にやさしい地域づくりとして、「家族・介護者の負担を軽減させ、認知症高齢者本人だけでなく、家族・介護者も安心して暮らせること」の必要性も指摘されていた。



この家族・介護者への支援としては、上記のアンケートにあるような市町村全体の取組はもちろん重要であるが、モデル事業の結果をみると、関与した専門職等からの助言で心身の負担が軽減した例もみられた。

前述のように、家族・介護者の負担は、認知症高齢者への対応だけでなく、近隣住民からの不安感も影響している。認知症に対する理解の推進とネットワークによる見守りの充実が、家族・介護者への支援にもつながるものと考えられる。

<p>専門職だけでなく幼馴染等の訪問・励ましが介護者である息子の負担を軽減した事例 (80歳代後半 女性 子どもと同居 要介護5 認知症自立度Ⅱa)</p>
<p>■主たる介護者である息子が不安を抱えていることから、生活の場である自宅を中心としたサービス提供・利用につなげた事例。</p>
<p>■急速に認知機能低下と身体機能低下が進行した母親を初めて在宅介護をすることになった息子が、初めての介護に対する不安やかくしゃくとしていた母親の現状の受け入れ、身体的、精神的負担からストレス環境下にあった。</p>
<p>■モデル事業では、介護保険関連サービスの調整や医療的サポートに加えて、専門職からの共感的な言葉掛け、地元に住む幼少期の幼なじみの訪問、励まし、ねぎらいの言葉があり、それらが本人の動機付けとなり、またレスパイトにもなった。本人からは「気楽にやることに決めた」「母親への感謝を持ちながら介護が出来るようになった」という言葉が聞かれた。</p>

モデル事業に参加した際に助言を受けてうれしかったこと（家族の感想）

<p>医師から本人が今までしてきた行燈づくりを褒めていただいて、またこれからも意欲がわくように「病院で飾ってもいい？」など誘っていただいた。本人も少しはやるきがわいてきたようです。</p>
<p>自分の体のことを心配して無理をしないように声をかけられた時</p>
<p>「本人への支えをしっかりしてこられましたね。」と褒めていただいたこと。</p>
<p>生活状況も確認していただきました。なかなか本人と話す機会もない状態でしたし、これから認知症が進んだらどうしたらよいか悩んでいました。声をかけていただき有難うございます。</p>
<p>服薬管理の方法として日めくりカレンダーを導入して、そこに薬をホチキス止めして、家族は電話でカレンダーを見て、その薬を飲んでねと声をかけるなどの工夫を教えていただいたこと。</p>
<p>「離れていて不安でしょうが、時々訪問してみんなで見守っていきますから。」と言われたこと。</p>
<p>「今まで頑張って生活されてきたのでしょね。ご家族も不安でしたでしょう。今まで通りの暮らしを継続できるよう支援します。」といわれたこと。これまで放置していたと責められなかった。</p>
<p>実際の生活の場面をみて「これはできますね」などできること確認していただいたこと。これは家族の支援が必要ですねなど、家族としてもかかわるところが明確になりました。</p>

資料編

平成 26 年度 老人保健健康増進等事業 地域における認知症高齢者ケアの取組に関する調査

【アンケート調査へのご協力のお願い】

- 地域において認知症の人を早期に発見し、早期の対応に結び付け、見守りも含めたケアを行っていくためには、地域の各種の資源が連携し、多くのチャンネルでその意識を高めていくことが必要です。今後、認知症高齢者の急増が予測される中、認知症高齢者に「やさしい」地域づくりの推進は各地域における喫緊の課題であり、貴市町村においても、オレンジプランの達成に向けた取組等、さまざまな取組を検討・実行なさっていることと存じます。
- この「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」とは、単に見守り等の仕組が整備されていることに留まらず、「気づき」をスタートとした地域での一貫した視点での支援体制の構築と考えられます。また、認知症高齢者とその家族をいかに支えていくか、という視点は欠かせません。
- しかし、このような課題は全ての市町村が抱えているにも関わらず、先進的な取組事例も含め、その対応策が広く周知され、地域の特性に応じた取組を進めていくために必要な情報が十分に共有されているとは言い難いと思われれます。
- そこで本会では、この度、厚生労働省老人保健健康増進等事業の一環として、全国の市町村を対象として、地域包括ケアシステム構築のための重要な取組課題である認知症高齢者対策について、多くの地域において参考となりえる情報を収集・整理し、各市町村の取組をより一層進めるための基礎資料とするためのアンケート調査を実施することとなりました。
- ご多忙中大変恐縮ではございますが、是非とも本アンケート調査にご協力いただければ幸いです。記入済みの調査票は、同封の返信用封筒に入れて、平成 26 年 12 月 26 日までにご投函下さい。切手は不要です。
- 得られた結果につきましては、平成 27 年 5 月頃に全国国民健康保険診療施設協議会のホームページ <http://www.kokushinkyō.or.jp/> にて公開いたします。

【実施主体】

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会 担当：鈴木・大本（おおもと）
〒105-0012 東京都港区芝大門 2-6-6 芝大門エクセレントビル 4 階
Tel : 03-6809-2466 Fax : 03-6809-2499

【問合せ先】

みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部 （担当：植村、西山）
〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3 竹橋スクエアビル 8 階
Tel : 03-5281-5277 Fax : 03-5281-5443

都道府県名・市町村名		() 都道府県 () 区市町村
ご記入者属性	お名前	
	ご所属	
	ご連絡先	TEL : ----- e-mail :

【貴自治体の基本属性】(平成 26 年 10 月 1 日時点)

総人口・高齢者人口	総人口 () 人 高齢者人口 () 人
地域包括支援センター数	() 箇所 うち直営 () 箇所 委託 () 箇所

認知症の人及びその家族を地域で支援するための活動・取組の内容

問1 次に挙げる認知症高齢者のケアに関する取組のうち、地域における実施の有無と具体的な内容についてお伺いします。

(1) 早期発見のための取組 (○は1つ)

1 実施している	2 実施していない
----------	-----------

↓

実施している場合はその具体的な内容 (当てはまるもの全てに○)

1 医療機関における「物忘れ外来」	2 保健師の訪問による対応
3 認知症予防教室における相談	4 基本健診時における問診時での相談
5 要介護認定調査時での相談	6 民生委員による対応
7 地域包括支援センターへの相談	8 保健センター等による対応
9 健康教室等における相談	10 その他 ()

↓

実施している場合、相談を受け付けた後の対応 (情報) の流れは明確になっていますか (○は1つ)

1 明確になっている	2 担当者の判断に任されている
------------	-----------------

↓

(3) 一般住民への啓発に関する取組 (○は1つ)

1 実施している	2 実施していない
----------	-----------



実施している場合はその具体的な内容と実施主体 (該当する箇所を○)

取組内容	実施主体	市町村	ター	地域包括支援セン	国保直診	(住民組織)	(その他)
1 リーフレットの作成・配布							
2 健康教室等での講話							
3 介護関係イベント等での講話							
4 認知症サポーターの養成							
5 その他 ()							

(5) 家族支援に関する取組 (○は1つ)

1 実施している	2 実施していない
----------	-----------



実施している場合はその具体的な内容と実施主体 (該当する箇所を○)

取組内容	実施主体	市町村	ンター	地域包括支援セ	国保直診	(住民組織)	(その他)
1 家族会の支援							
2 介護者の集いの実施							
3 レスパイト事業の実施 (具体的に:)							
4 その他 ()							

問2 地域において独居の認知症高齢者で日常生活に困っている方がいらっしゃった場合の対応についてお伺いします。

(1) どのような機関（人材）がどのような関わり方をしているか（当てはまるもの全てに○）。またそのうち、中心となる機関の番号をご記入下さい。

1	市町村の保健福祉部門				
2	保健所・保健センター				
3	医療機関（国保直診）	→	ア. 病院	イ. 診療所	ウ. 歯科診療所
4	医療機関（国保直診以外）	→	ア. 病院	イ. 診療所	ウ. 歯科診療所
5	地域包括支援センターや在宅介護支援センター				
6	居宅介護支援事業所				
7	介護保険サービス事業所	→	ア. 施設サービス	イ. 居宅サービス	
8	民生委員				
9	社会福祉協議会				
10	自治会・町内会				
11	家族会				
12	住民ボランティア				
13	警察・消防				
14	商店				
15	その他（				）

特に中心となる機関	
-----------	--

(2) 独居の認知症高齢者の孤立化防止や日常の見守りについて、貴自治体でどのような活動があるのか簡単にご紹介下さい。

--

認知症高齢者のケアに関する地域ネットワークの構築について

問3 地域における認知症高齢者のケアに関して、地域内の各種資源のネットワークを構築して取り組んでいますか。

- | |
|---------------------------|
| 1 ネットワークを構築して取り組んでいる |
| 2 担当者がその都度判断して適切な対応を行っている |
| 3 その他 () |

↓

ネットワークを構築している場合、取組に関わっている機関(当てはまるもの全てに○)

- | |
|--|
| 1 市町村の保健福祉部門 |
| 2 保健所・保健センター |
| 3 医療機関（国保直診） → ア. 病院 イ. 診療所 ウ. 歯科診療所 |
| 4 医療機関（国保直診以外） → ア. 病院 イ. 診療所 ウ. 歯科診療所 |
| 5 地域包括支援センターや在宅介護支援センター |
| 6 居宅介護支援事業所 |
| 7 介護保険サービス事業所 → ア. 施設サービス イ. 居宅サービス |
| 8 民生委員 |
| 9 社会福祉協議会 |
| 10 自治会・町内会 |
| 11 家族会 |
| 12 住民ボランティア |
| 13 警察・消防 |
| 14 商店 |
| 15 その他 () |

↓

ネットワークを構築している場合、貴市町村との間に情報はどの程度共有されていますか。

	十分に共有している	ある程度共有	あまり共有していない	全く共有していない
医療機関	01	02	03	04
地域包括支援センター	01	02	03	04
居宅介護支援事業所	01	02	03	04
介護保険施設・サービス事業所	01	02	03	04
社会福祉法人	01	02	03	04
民生委員・自治会・町内会	01	02	03	04
ボランティア	01	02	03	04
警察・消防	01	02	03	04
商店	01	02	03	04
その他 ()	01	02	03	04

問4 構築後にみられた効果がございましたら、ご紹介下さい。必ずしも認知症高齢者が減少した等の定量的な効果でなくても、「参加者の意識が変化した」「地域住民の認知症に対する関心が深まった」「地域住民の認知症に対する偏見が薄れてきた」「実際にうまくまわりで生活を支えている事例がみられる」などの定性的な変化で結構です。

問5 地域において、隣人や知人等が認知症高齢者を支えている例等がありますか。

- 1 そのような例がみられる
 - 2 そのような例はない
 - 3 そのような例があるかどうか分からない (知らない)

問6 地域において認知症高齢者を支える仕組等の構築に当たっての阻害要因は何ですか。(当てはまるもの全てに○)

- 1 関係機関の理解・協力が得られない
 - 2 一般住民の認知症に対する理解が不十分
 - 3 地域の団体等（自治会・町内会等）の理解・協力が得られない
 - 4 取組の際のキーパーソン（中心機関）がいない
 - 5 地域における担い手となる専門職が不足している
 - 6 地域における一般住民の担い手が不足している
 - 7 その他 ()

問7 貴市町村では、活動・取組の進捗状況を、何らかの形で確認していますでしょうか。している場合は、その手法等（地域包括支援センター等による情報収集、何らかの指標による把握等）についてご紹介下さい。

問8 地域において認知症サポーター等の養成は行っていますか。(○は1つ)

1 行っている(平成 年度から) →これまでの養成人数()人 2 行っていない
--

↓

養成を行っている場合、養成されたサポーターはどのような活動をしていますか。

1 各人・各団体が独自の活動を行っている 2 市町村がサポーターの活動の場を提供している →具体的に() 3 現在、サポーターの活動の場について検討中である 4 特に活動は行っていない

↓

活動の場を提供している場合、もしくは活動の場について検討中の場合、それは具体的にはどのような活動でしょうか。

--

問9 貴市町村におけるオレンジプランの進捗状況についてお答え下さい。

項目	取組状況	
認知症ケアパスの作成	1 作成済み	2 未作成
認知症初期集中支援チームの設置	1 設置済み	2 未設置
地域ケア会議の開催	1 設置済み	2 未設置
退院支援・地域連携クリティカルパスの作成	1 作成済み	2 未作成
認知症地域支援推進員の配置	1 配置済み	2 未配置

認知症高齢者等にやさしい地域づくりの展開について

問10 「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」と聞いて、どのような要素を思い浮かべますか。キーワードでも結構ですので、自由にご記入下さい

問11 貴地域における認知症高齢者等にやさしい地域づくりについて、今後の展望や想定される課題等がございましたらご自由にご記入下さい。

■■■お聞きしたいことは以上です。お忙しいところご協力ありがとうございました■■■

認知症高齢者等にやさしい地域づくりの推進に関する
調査研究事業
モデル事業実施要領

平成26年9月
公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

1. 事業の背景と目的 ～事業実施に当たってのお願い～

(1) 取組の背景

- 認知症高齢者の増加が予測される中、地域において認知症高齢者を早期に発見し、早期の対応に結び付け、見守りも含めたケアを行っていくためには、地域の各種の資源が連携し、多くのチャンネルでその意識を高めていくことが必要です。
- 実際、認知症高齢者が平成 24 年度の 305 万人から 5 年間で 373 万人まで増加すると予想され、そのうちの約半数 186 万人が在宅介護の対象者とされており、「認知症高齢者にやさしい地域づくり」は各地域における喫緊の課題となっています。
- 厚生労働省においても、平成 24 年 6 月に「今後の認知症対策の方向性について」をとりまとめ、さらに 9 月には平成 29 年度までの目標値を示した「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」を発表し、各地域では様々な取組・検討が始まっています。
- しかし「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」とは、単に見守り等の仕組が整備されていることに留まらず、「気づき」をスタートとした地域での一貫した視点での、家族も含めた支援体制の構築と考えられます。この点について、先進的な取組事例も含め、その対応策について広く周知・共有し、地域の特性に応じた取組を進めていくことが、多くの地域における認知症対策の推進にもつながると考えられます。

(2) 取組の目的

- 地域における活用可能な資源の有無にかかわらず、取組意欲の高い自治体・地域においても解決すべき課題があり、取組が進まない背景の一つとしては、その解決の方策やアイデア等について多くの自治体で共有化されていないことも考えられます。
- そこで本モデル事業では、地域において在宅の認知症高齢者のケアを効果的に進めていくために、認知症に関する理解の促進から見守り、サービスの提供まで、ケアの段階・関わりの段階ごとに、必要とされる機能・役割と、それを担う人材の確保・育成方法といった点について、具体的な取組事例とともに、多くの自治体・地域において取組可能となるようなモデルを提示することを目的とします。

(3) 取組の視点

- 家族支援も含めた「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」に必要な要素とし

て、地域にどのような機能が必要か、その機能を担う地域資源は確保できているのか、不足している場合はどのようにカバーしているのか、在宅生活を続けられる要因は何か、等について検討し、平成 27 年度からの稼働が目標とされている「認知症ケアパス」を意識し、それぞれの地域におけるケアパスの作成も目指していただきたいと思います。

■このような調査趣旨をご理解いただき、お忙しい中大変恐縮ではございますが、本モデル事業へのご協力をお願い申し上げます。

(4) モデル事業実施上の留意点

■本モデル事業については、公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会（以下「国診協」という）倫理審査委員会においても審査を受けています。

■選定した対象者に事前に本事業でかわる旨の説明及び同意の確認を行って下さい（「説明書」・「同意書」参照）。

※同意書には、対象者の申し出により途中辞退できる旨を明記し、対象者の意思を尊重できるよう配慮しております。

※同意書には、参加者ご本人様、またはご家族様の方に自署を頂いて下さい。

※同意が得られない場合は、本事業対象者としての実施は控えて下さい。

※同意書は、お手数ですが、「ご本人控え」用と「事務局」用として2部作成し、「事務局」用は、本事業担当者（情報管理担当者）が保管し、「ご本人控え」は、説明書に添付し、ご本人様（またはご家族様）に保管いただくようにして下さい。

■なお、調査実施施設での情報管理については、以下の通り実施して下さい。

①事業実施に係る情報（個人情報）を収集することにおいて、データ取扱い責任者「個人情報管理者」を明確にし、国診協へ登録する。

②個人情報が記載された帳票は、ID で管理することとし、ID 一覧と個人帳票は別々に管理する等、対象者が特定できない環境整備を行う。

③収集したデータは、他に情報が漏れないよう、「データの場合は、パスワードを付す」、「紙媒体で情報を収集した場合は、施錠できるボックス等で管理する」等、情報漏えい防止体制を整備していただく。

④施設で収集した個人情報を、国診協へ提出する際は、対象者が特定できないよう、ID 管理された状態での提出とする。

⑤国診協への帳票の提出後は、施設では一切帳票（コピー等）は保有しない。データ入力されたものも同様に削除することとする。

※情報の受け渡しに際しては、「収受簿」を作成し、収受の記録を行うこととする。

2. お取組いただく内容

Step1：地域における関係機関の連携の仕組づくり

様式1：実施体制

- 施設が所在する地域において、関係機関が連携を図るための組織を組成していただきます。もちろん、別の組織が活用可能な場合は、そちらを活用していただきます。
- なお、(別添1)「標準的な認知症ケアパスの概念図」にある全体の流れを踏まえ、(別添2)「地域ケア会議の概念図」に示されているような機関・職種に参集いただくことをイメージしています。その際特に、できるだけ(別添3)「認知症初期集中支援チームの概念図」にあるような対応が可能となるような機関・職種に参集いただけるよう、ご調整下さい。

具体例①：既存の組織を活用する場合

従来から機能している「地域ケア会議」(行政、医療機関、介護サービス事業所等から構成)を核として、地域における認知症高齢者のケアという目的に照らし、社会福祉協議会や老人クラブ、民生児童委員、自治会、ボランティア組織、家族介護者の会からも参集してもらう。

具体例②：新たに組織を組成する場合

地域内にはサービス担当者会議以外に、多くの関係機関が集まる場がなかったことから、国保直診が地域内の関係機関に声をかけ、地域における認知症高齢者のケアのための組織を新たに組成した。その際、行政(保健事業所管課、高齢者福祉・介護保険所管課)、地域包括支援センター、介護サービス事業所(居宅サービス、施設サービス)といった専門職のみならず、地域において様々な活動を行っている、社会福祉協議会や老人クラブ、民生児童委員、自治会、ボランティア組織、家族介護者の会からも参集してもらった。

Step2：地域分析の実施

様式2：会議記録

様式3：地域分析

- Step1 で組織したメンバーにより、地域資源の状況、現在の連携体制の状況と連携のために必要な条件、ネットワーク構築上の課題、対象者の把握方法等について検討していただきます。
- 併せて、(別添2)「認知症初期集中支援チームの概念図」に示されている機関・職種全ての参集は困難と思われるので、どの機能を誰が代替するのか等(当該機能の必要性、代替可能性も含む)についてもご検討いただければ幸いです。

具体例①：地域分析の内容例

【既存事業の洗い出しと課題の整理】

認知症に関する啓発活動や早期発見のための取組、予防のための取組、見守りのための取組等、地域において行政をはじめとして様々な関係機関が取り組んでいる事業等を洗い出し、これまでの実施経過(どのようなニーズに対応してどのような取組を開始したのか等)や課題等を整理した。

【連携状況の確認】

地域においては様々な取組がなされているものの、中には連携の必要性を感じていながらもこれまで連携体制が構築されていなかったり、そもそも相互に取組の内容が把握されていないケースもあった(例えば医療機関は社会福祉協議会が行っている事業の内容を把握していないケースもあった)。そこで、地域における取組の連携体制の方向性について検討を行った。

【対象者の把握方法】

認知症と診断されている方についてはおおむね把握しているが、軽度認知障害(MCI)の方については、地域包括支援センターでも把握できていないケースもある。したがって、認知症の疑いのある方について、町内会や老人クラブ等の協力を得ながら幅広く情報を収集することとした

Step3：モデル事業の実施

様式2：会議記録

様式4：説明・同意書

様式5：具体的事例

様式6：ID管理表

■各地域、認知症高齢者及びその家族 10 世帯に対して、主として下記の介入を行い、その介入内容を記録していただきます。

- ①認知症の疑いのある高齢者についての気づき
- ②地域包括支援センター等への相談
- ③地域ケア会議におけるケア方針・ケア体制等の検討
- ④認知症初期集中支援チームとしての介入
- ⑤住民同士の「互助」による見守り等

■なお、モデル事業にご協力下さる認知症高齢者及びそのご家族に対しては、事業内容の説明をした上で、同意の確認を行って下さい。同意書には、対象者の申し出により途中辞退できる旨を明記し、対象者の意思を尊重できるよう配慮しておりますので、同意が得られない場合は、本事業対象者としての実施は控えてください。

具体例①：対象者の選定方法

【すでに“気になっている方”がいらっしゃる場合】

地域の中に、すでに“気になっている方”がいらっしゃるなので、その方について、自治会の方等、その方の日常生活をよくご存知の方に状況を確認し、支援の必要性、必要な場合はその方法等を検討した。

【評価スケールの活用による選定】

介護予防教室等で、認知機能を評価するためのスケールを用い、その結果をもとに支援の必要性、必要な場合はその方法等を検討した。

【もの忘れ外来受診者からの選定】

もの忘れ外来受診者のうち、認知症ではないがその危険性がある方等について、支援の必要性、必要な場合はその方法等を検討した。

具体例②：家族介護者の会の立ち上げ

地域での課題を検討していく中で、家族介護者への支援の重要性が挙げられたことから、これまで行政が定期的で開催してきた家族介護者向けの講習会参加者等に声をかけ、当面は保健師が調整役となることとして、家族介護者の会を立ち上げた。

具体例③：近隣住民による見守り等の実施

民生委員の声掛けにより、近隣の住民が日替わりで様子を見に行く等の見守りの体制を構築した。

Step4：モデル事業実施の効果の把握

様式7 関係者意識調査

様式8：ご家族等意識調査

- 実際に関わった方々の「意識の変化」「行動の変化」を把握させていただくための簡単なアンケート調査を実施し、その変化をもってモデル事業実施の効果とさせていただきます。
- 「関係者意識調査」「ご家族等意識調査」は、国診協で集計いたしますので、とりまとめた用紙をそのまま「国診協事務局」までご送付ください。

Step5：モデル事業実施の総括

- モデル事業実施後に、（別添1）「標準的な認知症ケアパスの概念図」を参考としながら、各地域における認知症ケアの流れをご検討いただき、本事業の検討会メンバーと意見交換を行っていただきます。

3. 調査票等の提出について

様式名	提出の 要否	提出期限
様式1：実施体制	○	平成26年10月31日（金）頃（メーリングリスト掲載）※提出時は、「 <u>個人名削除</u> 」
様式2：会議記録	○	会議開催後随時（メーリングリスト掲載）
様式3：地域分析	○	平成27年1月23日（金）必着 （国診協へ送付）
様式4：説明・同意書	×	各施設で保管ください
様式5：具体的事例	○	平成27年1月23日（金）必着 （国診協へ送付）
様式6：ID管理表	×	各施設で保管ください
様式7：関係者意識調査	○	平成27年1月23日（金）必着 （まとめて国診協へ送付）
様式8：ご家族等意識調査	○	平成27年1月23日（金）必着 （まとめて国診協へ送付）

4. お使いいただく様式

様式1：実施体制

様式2：会議記録

様式3：地域分析

様式4：説明・同意書

様式5：具体的事例

様式6：ID 管理表

様式7：関係者意識調査

様式8：ご家族等意識調査

実施体制表

施設・地域名				
実施体制 の状況	組織名			
	既存組織の活 用の有無	1 既存の組織を活用 →既存組織の目的・機能 () 2 本事業のために新たに組成		
メンバー	氏名		本事業における所属機関等の 役割・機能	
	所属機関・職種			
	氏名		本事業における所属機関等の 役割・機能	
	所属機関・職種			
	氏名		本事業における所属機関等の 役割・機能	
	所属機関・職種			
	氏名		本事業における所属機関等の 役割・機能	
	所属機関・職種			
	氏名		本事業における所属機関等の 役割・機能	
	所属機関・職種			
	氏名		本事業における所属機関等の 役割・機能	
	所属機関・職種			
	氏名		本事業における所属機関等の 役割・機能	
	所属機関・職種			
	氏名		本事業における所属機関等の 役割・機能	
	所属機関・職種			
	会議予定	第1回	日時：平成 年 月 日 時間：	～
		第2回	日時：平成 年 月 日 時間：	～
第3回		日時：平成 年 月 日 時間：	～	
第4回		日時：平成 年 月 日 時間：	～	

会議記録

施設・地域名	
開催日時	開催年月日：平成 年 月 日 時間： ～
開催場所	
出席者	
議題	
議事要旨	

地域分析表

施設・地域名		
基礎情報	高齢化の状況	65歳以上人口（ ）人 高齢化率（ ）%
	認知症高齢者数等	要支援・要介護高齢者数（ ）人 上記のうち認知症自立度Ⅱ以上の方（ ）人
	世帯の状況	独居高齢者世帯数（ ）世帯
	その他	※地域における特徴的な指標等
活用可能な資源	機関等	1 市町村の保健福祉部門 2 保健所・保健センター 3 医療機関（国保直診） → ア. 病院 イ. 診療所 ウ. 歯科診療所 4 医療機関（国保直診以外） → ア. 病院 イ. 診療所 ウ. 歯科診療所 5 地域包括支援センターや在宅介護支援センター 6 居宅介護支援事業所 7 介護保険サービス事業所 → ア. 施設サービス イ. 居宅サービス 8 民生委員 9 社会福祉協議会 10 自治会・町内会 11 家族会 12 住民ボランティア 13 その他（ ）
	既存サービス等の有無と内容	1 認知症予防の取組 (具体的に：) 2 早期発見の取組 (具体的に：) 3 相談支援の取組 (具体的に：) 4 啓発活動 (具体的に：) 5 家族会等の取組 (具体的に：) 6 その他 (具体的に：)

	既存事業における課題（不十分な機能・現時点で存在しない機能とその代替可能性等）	予防	
		早期発見	
		相談支援	
		啓発活動	
		家族会支援	
		その他	
認知症初期集中支援チームを意識した場合の地域での対応者ならびに対応の可否等	気づき		
	初回アセスメント訪問		
	チーム員会議		
	認知症疾患医療センターとの調整		
	チーム員による本人家族への説明とケア方針の作成		
	在宅初期集中支援の実施		
	家族支援		
	急性増悪期のアウトリーチや相談		
	ケアマネジャー等への助言		
	地域ケア会議への出席		

地域内で連携して認知症ケアに取り組む際の方向性	現在の連携体制の状況	
	取り組む際の中心的機関・人材（職種）	
	具体的な連携方策案	
	対象者の把握方法案	
	連携に当たっての課題・必要条件等	
連携先・連携可能先・相談先等	予防に関して	(氏名・名称) (連絡先)
		(氏名・名称) (連絡先)
	相談支援に関して	(氏名・名称) (連絡先)
		(氏名・名称) (連絡先)
	専門的な相談に関して	(氏名・名称) (連絡先)
		(氏名・名称) (連絡先)
	日常の見守りに関して	(氏名・名称) (連絡先)
		(氏名・名称) (連絡先)
	住民への啓発に関して	(氏名・名称) (連絡先)
		(氏名・名称) (連絡先)

オレンジ プランの 進捗状況	認知症ケアパスの作成	
	認知症初期集中支援チームの設置	
	地域ケア会議の開催	
	退院支援・地域連携クリティカルパスの作成	
	認知症地域支援推進員の配置	
	認知症サポーターの養成	
対象者の把握方法と課題		
参集者の感想		
その他 (事業実施上の課題等)		

説 明 書

認知症高齢者等にやさしい地域づくりの推進に関する調査研究事業への参加について

1.事業内容

地域において在宅の認知症高齢者のケアを効果的に進めていくために必要な取組についての知見を得るため、また併せて地域における支援体制のあり方を検討するため、当事業を実施することといたしました。

本事業においては、3か月ほどの期間を区切って、国保直診及び関係機関の専門職等と協力しながら支援活動を実施します。

また、支援活動の実施にあたっては、ご本人様の身体の状態や、その家族の気持ち等について質問をさせていただきます。

2.参加者にご協力いただく内容

認知症高齢者やそのご家族への支援に関しては、通常のご支援として関わらせて頂きますので、特段本事業内で貴殿にあらためてなにかを実施頂くことはありませんが、当方で本事業内での関わりについて活動事例として記録させていただきます。

また、本事業における支援終了しましたら、ご本人様及びご家族様に簡易アンケートにご協力頂きます。

3.参加条件など

認知症高齢者ご本人またはご家族が本事業へのご協力を了承した場合のみ、ご参加いただきます。本事業に参加することに同意しなくても、何ら不利益を受けません。

ご協力いただける場合には、同意書にご署名を頂戴します。

4.参加の途中解除について

事業に参加することに同意した後でも、いつでも自由に参加を取りやめることができます（途中解除といいます）。当初とお気持ちに変化があれば、お申し出下さい。途中解除した場合にも、何ら不利益を受けることはありません。

5. プライバシーの保護と情報の取り扱いについて

事業結果の公表に当たっては、個人が特定できるような公表をすることはありません。また、事例紹介として公表する場合には、年齢、既往歴、本事業に係る実施内容に限定して記述され、氏名及び居住地域等個人の特定につながる情報が公表されることはありません。

集めた個人情報本事業の目的以外に使用することはありません。

資料は鍵のかかる棚に保管されて厳重に管理されるため、部外者が個人情報に触れることはありません。

平成 年 月 日

事業実施主体： _____

(公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会)

説明者（担当者） 職・氏名： _____

連絡先 TEL： _____

住 所： _____

同意書 (本人控え)

事業実施主体：_____ 殿
(公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会)

記

私は下記の事業へ参加するにあたり、担当者から別紙の説明書に記載されている「事業内容」及び「協力内容」について説明を受け、これを十分理解しましたので事業に参加することに同意いたします。

(事業名) 認知症高齢者等にやさしい地域づくりの
推進に関する調査研究事業

(説明事項)

1. 事業の内容について
2. 事業において、参加者が協力する内容について
3. 事業に参加することに同意しなくても何ら不利益を受けないことについて
4. 事業に参加することに同意した後も、自由に取りやめることが可能であることについて
5. プライバシーの保護、情報の取り扱いの件について

平成 年 月 日

参加者氏名 _____

ご家族氏名 _____

同意書 (事務局用)

事業実施主体： _____ 殿
(公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会)

記

私は下記の事業へ参加するにあたり、担当者から別紙の説明書に記載されている「事業内容」及び「協力内容」について説明を受け、これを十分理解しましたので事業に参加することに同意いたします。

(事業名) 認知症高齢者等にやさしい地域づくりの
推進に関する調査研究事業

(説明事項)

1. 事業の内容について
2. 事業において、参加者が協力する内容について
3. 事業に参加することに同意しなくても何ら不利益を受けないことについて
4. 事業に参加することに同意した後も、自由に取りやめることが可能であることについて
5. プライバシーの保護、情報の取り扱いの件について

平成 年 月 日

参加者氏名 _____

ご家族氏名 _____

(様式5：具体的事例)

<p>貴施設で決定した ケア方針</p>	<p>※貴施設で決定したケア方針を具体的にご記入下さい。</p>			
<p>貴施設を含めた地域資源との連携の有無とそれぞれの役割</p> <p>※ケア方針に沿ったケアの実施に当たって連携した資源の欄に「○」をつけ、それぞれが果たした役割を記入。</p>	<p>地域資源</p>	<p>連携の有無</p>	<p>本事例での役割</p>	
	<p>市町村の保健福祉部門</p>			
	<p>地域包括支援センター</p>			
	<p>医療機関 (国保直診)</p>	<p>病院</p>		
		<p>診療所</p>		
		<p>歯科診</p>		
	<p>医療機関 (国保直診以外)</p>	<p>病院</p>		
		<p>診療所</p>		
		<p>歯科診</p>		
	<p>居宅介護支援事業所</p>			
	<p>介護保険サービス事業所</p>			
	<p>介護保険施設</p>			
	<p>社会福祉協議会</p>			
	<p>民生委員</p>			
	<p>自治会・町内会</p>			
<p>家族会</p>				
<p>住民ボランティア</p>				
<p>その他 ()</p>				

<p>関与が望まれる職種</p>	<p>※本事例において関与が望まれる職種等がございましたら、ご記入下さい。あわせて、その職種が担うべき役割を、現在ほどあなたが担っているのか（誰も担っていないのか）もご記入下さい。</p>
<p>本事例に関する評価・課題等</p>	<p>※本事例について、本人やご家族から聞かれた意見、関与した結果の総括等についてご記入下さい。</p>

調査対象者 I D 管理表

対象者 I D	対象者名 (イニシャル可)	年齢	性別
0 1		歳	男 ・ 女
0 2		歳	男 ・ 女
0 3		歳	男 ・ 女
0 4		歳	男 ・ 女
0 5		歳	男 ・ 女
0 6		歳	男 ・ 女
0 7		歳	男 ・ 女
0 8		歳	男 ・ 女
0 9		歳	男 ・ 女
1 0		歳	男 ・ 女
1 1		歳	男 ・ 女
1 2		歳	男 ・ 女
1 3		歳	男 ・ 女
1 4		歳	男 ・ 女
1 5		歳	男 ・ 女

関係者意識調査

施設・地域名		
ご回答者の属性	所属機関等	
	職種	
これまで地域における認知症高齢者のケアが必要と感じたことはありますか？		1 感じたことがある →具体的に() 2 感じたことはない
(感じたことのある人) 誰かにアドバイス等を求めたことはありますか？		1 ある →誰に() →どのような() 2 ない
認知症ケア・ネットワークの構築に当たって苦労した点はどのようなことですか？		<u>連携体制の構築において</u> <u>対象者の発見において</u> <u>その他の点において</u>
今回のモデル事業に参加してどのようにお感じになりましたか？		<u>ネットワーク構築の必要性に対する意識の変化等</u> <u>(事業に参加して重要性を認識した等)</u> <u>今後の取組意向 (取り組みたいが困難である等)</u> <u>その他</u>
国から示されている認知症ケアの流れについて、貴地域においてはどの部分をどのように修正する必要(修正可能)があると思いますか？		

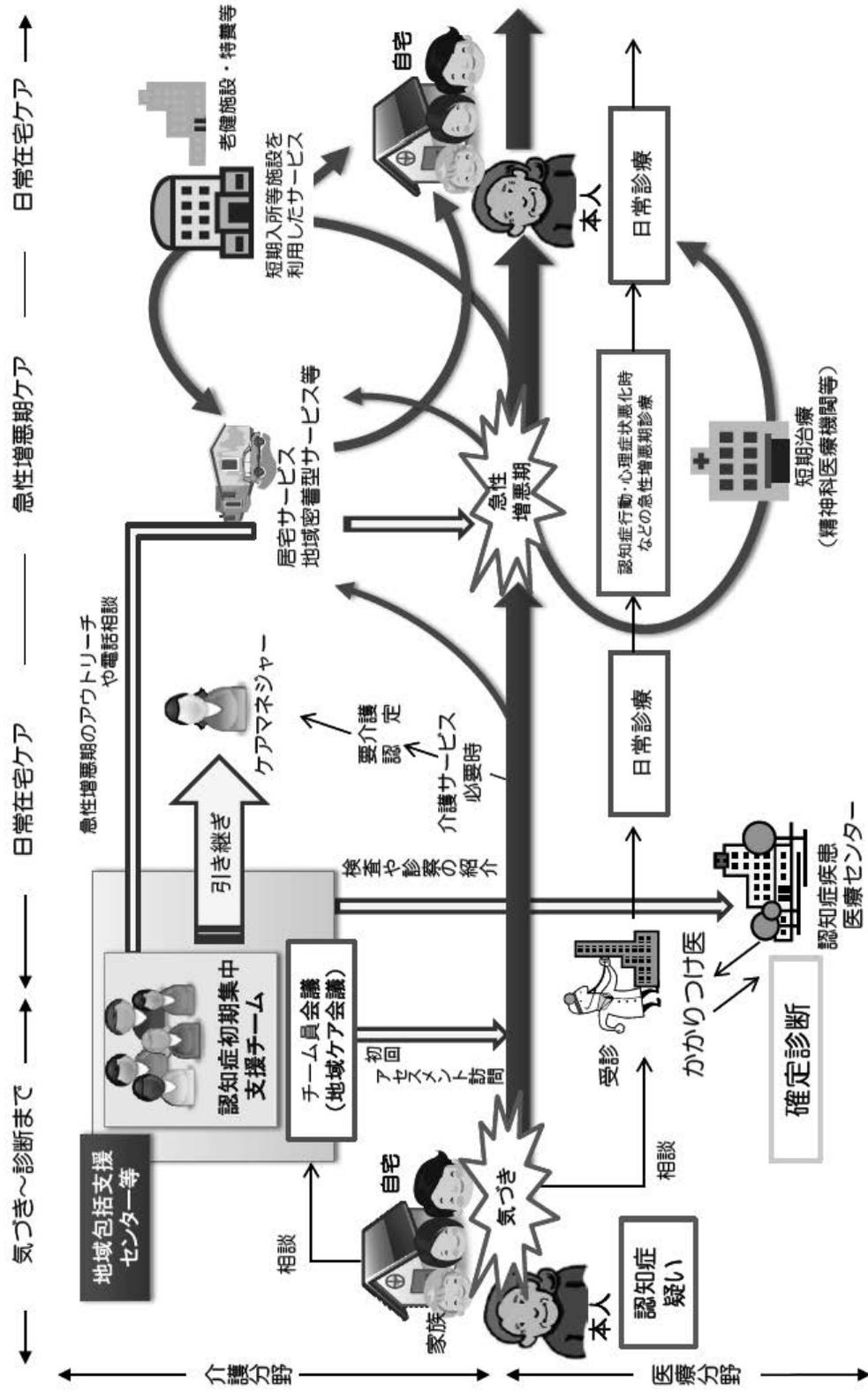
ご家族等意識調査

施設・地域名 (施設側記入)		
ご回答者 の 属性	ご本人との 関係	1 配偶者 2 子ども 3 親戚 4 その他 ()
	年齢・性別	() 歳 1 男 2 女
これまで誰かから助言されて嬉しかったこと、役に立ったことはありますか？		※医療や介護の専門職の方に限りません。 1 ある 2 ない
(ある場合) 誰にどのようなことを言われたときに嬉しかったですか？		誰に言われたことですか？ →職種・立場 () どのようなことを言われたときに嬉しかったですか？ ()
(ある場合) 誰から言われたことが役に立ちましたか？		誰に言われたことですか？ →職種・立場 () どのようなことを言われたときに嬉しかったですか？ ()
新たに関わりをもった方々から助言されて嬉しかったこと、役にたったことはありますか？		※医療や介護の専門職の方に限りません。 1 ある 2 ない
(ある場合) 誰にどのようなことを言われたときに嬉しかったですか？		誰に言われたことですか？ →職種・立場 () どのようなことを言われたときに嬉しかったですか？ ()
(ある場合) 誰から言われたことが役に立ちましたか？		誰に言われたことですか？ →職種・立場 () どのようなことを言われたときに嬉しかったですか？ ()

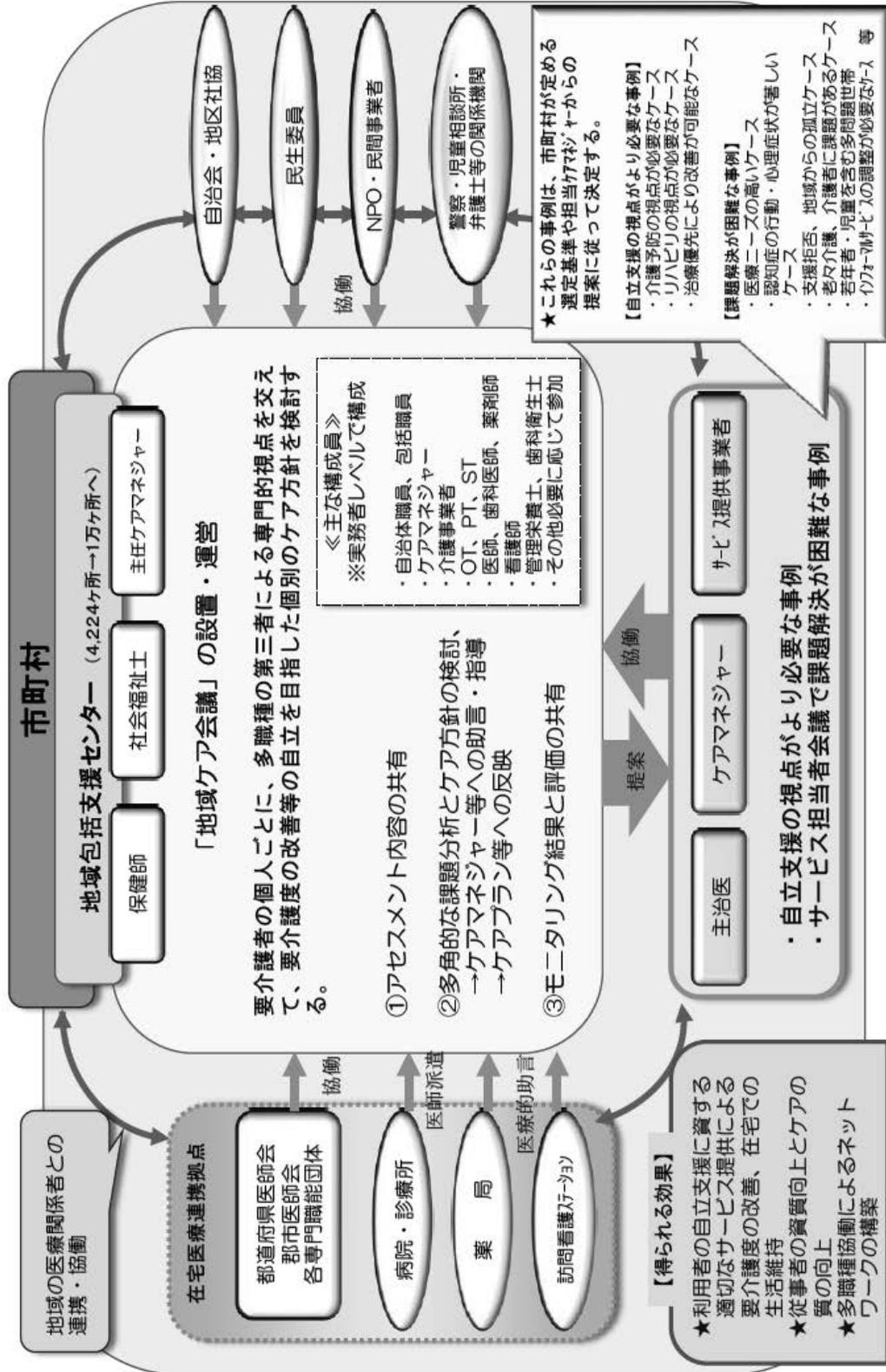
(別添1)

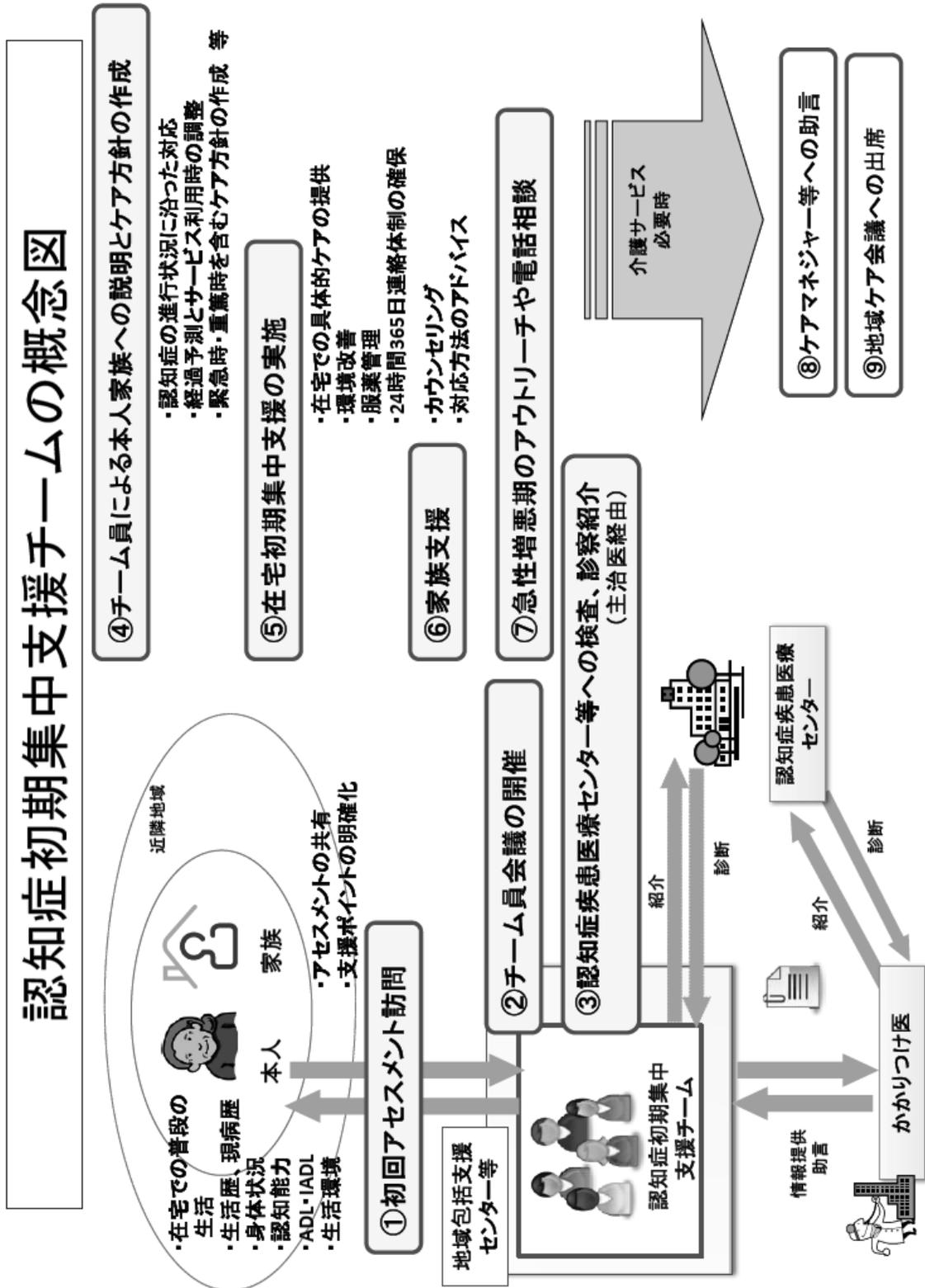
標準的な認知症ケアパスの概念図

～ 住み慣れた地域で暮らし続けるために ～



地域ケア会議の概念図





認知症高齢者等に やさしい地域づくりに向けて



公益社団法人
全国国民健康保険診療施設協議会
Japan National health insurance Clinics and hospitals Association

<http://www.kokushinkyo.or.jp/>



認知症高齢者等にやさしい 地域づくりとは・・・

認知症になると・・・本人・家族、そして地域への影響

- 認知症とは、「一度は正常に発達した知能（脳）に何らかの原因で記憶・判断力などの障害が生じ、日常生活がうまく行えなくなるような病的状態」を言います。
- 具体的な症状としては、脳障害そのものである「中核症状（記憶障害、見当識障害、実行機能障害、失語等）」と、環境の変化等が影響することもある「周辺症状（幻覚、妄想、抑うつ状態、徘徊、暴言、介護の拒否等）」とがあります。
- このような認知症の症状は、家族介護者に対して様々な負担を、そして近隣に住む住民の方々へは不安もたらします。

認知症になっても地域で暮らすことが重要・・・しかし課題も

- 認知症であるかいなかを問わず、現在、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるような社会が目指されています。
- 散歩や買い物といった行動から趣味活動等についても、住み慣れた地域で、これまでの生活の延長として行うことは、高齢者にとってとても安心できることです。
- 特に認知症の高齢者においては、住み慣れた地域での生活が、心理的な安定・行動面での安定につながります。
- 認知症になると介護保険サービスを利用することが多くなるとは思われますが、そのサービスを利用していない時間帯に、どのように認知症の高齢者を地域で見守っていくか、ということが大きな課題となっています。

認知症高齢者を地域で支えていくために・・・地域内での連携と見守り

- 認知症高齢者とその家族介護者が、安心して住み慣れた地域で暮らしていくためには、地域全体でその認知症高齢者とその家族を見守り、支えていくこと、そのためのネットワークをつくっていくことが必要です。
- そのためにはまず、地域において広く認知症に対する理解を深めていくことが大切です。「認知症は決して特別ではない。」という意識のもと、子どもから大人まで認知症に対する理解を深めることがネットワークづくりの第一歩であり、地域における基盤でもあります。実際、全国の自治体に対して行ったアンケート調査では、「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」のイメージとして、「理解」「見守り」「家族・介護者への支援」といったキーワードが多く挙げられました。
- そして次に、地域における様々な資源を発掘し、ネットワークづくりに参加してもらうことが必要です。それは決して、保健・医療・福祉・介護の専門職に限りません。地域全体での取組にしていくためにも、「身近な人が身近なところで」認知症高齢者を支える地域づくりを目指していくことが必要です。

地域で認知症高齢者等を支える 仕組みを作ると・・・

- 全国の自治体に対して行ったアンケート調査では、「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」のイメージとして、「理解」「見守り」「家族・介護者への支援」といったキーワードが多く挙げられました。
- 実際、既に地域における認知症高齢者等へのケアに関して、地域内の各種資源のネットワークを構築した後に見られた効果としては、下記のようなご回答がありました。

認知症高齢者に関する「理解」の推進

- 認知症のことを自分の事として捉える方が増えてきた。
- 地域住民だけでなく、介護職・医療職・事業所・商店等、幅広く認知症に関する普及啓発を継続して実施してきたことにより、市民の方が主体的に認知症サポーター講座等を受講されるようになって来ている。
- 認知症に対する理解が深まり、周りで支えてくれる事例がみられる。認知症高齢者に関わるそれぞれの人からの情報が入りやすくなった。

認知症高齢者に関する「見守り」の推進

- 地域での見守りの大切さについて、住民の意識が変化してきている。
- 認知症高齢者に対する地域の苦情を受けたことがあったが、市、地域包括支援センター、警察、医療機関が連絡し対応したことが地域の方の安心につながり、苦情がおさまった。
- 現在ネットワークを構築している段階であるが、見守り協定を行っている民間事業所からも連絡が入るようになり、地域の意識も変わってきていると感じる。また、医療機関からも随時連絡が入り、連携が取れるようになってきている。

認知症高齢者の「家族・介護者」への支援の推進

- 認知症の方の家族の方にとって、もし徘徊があった時に早期に発見するネットワークがあるために、不安や負担の軽減になっていると思われる。また、事前に届出をすることで、顔の見える関係ができ、相談出来る事が周知されている。
- 認知症の問題行動で予測が付かないことに対し、家族は不安があり、24時間対応する場所として施設＝安心を得る傾向にある。不安を取り除き、理解を深めていくことで「地域で」支えると意識が強まって来ているので、形式をつくっていくことは必要と思う。

地域で認知症高齢者等を支える 仕組みを作るには・・・



地域資源（関係機関・団体、関係者等）の間で 問題意識を共有しましょう

～地域の中には同じ問題意識をもっている団体・機関等があるはず～

- 認知症高齢者を支えるための地域ネットワークづくりが進んでいる地域においては、国保直診などの医療機関や地域包括支援センター、民生委員、そして行政の高齢者福祉所管課をはじめとする、地域の関係機関の間での問題意識・課題意識の共有化が図られています。
- また、認知症高齢者の日常生活を支えていくためのネットワークなので、警察や消防、さらには自治会や商店街など、認知症高齢者が関わるであろう場面を想定し、なるべく広い範囲をカバーできるよう、専門職だけでなく、多くの方々にご参加いただくことが理想的です。



取組内容の検討に当たっては まず「できること」から始めましょう

～既存の資源を活用してできることがあるはず～

- ネットワークづくりに当たっての阻害要因として、人材不足やキーパーソン不在、ということが挙げられることが多いです。しかし、「何をやりたいか」ということから考えることはもちろん大切ですが、「既存の地域資源でどこまで取り組めるか」「この地域にない機能をどのように補完するのか」という視点で取組内容を考えていくことも大切です。
- 最初は特定の機関の地道な取組だったものが、次第にその輪が広がった例や、行政が“お膳立て”した取組が、次第に地域住民による自主活動に発展していった例もみられます。このように、それぞれが役割分担し、連携・協働することにより、取組の範囲は広がり、取組内容の充実が図られるのではないのでしょうか。



なるべく小さな地域での「支える仕組み」づくりを充実させましょう

～「地域づくり」の視点でのきめ細かい取組が必要です～

- 地域づくりを進めていくに当たっては、地域の捉え方にも留意する必要があります。市町村全体での取組の方向性を共有することは大切ですが、実際の取組においては、多くの場合、市町村単位での取組ではあまりに広範囲になってしまい、きめ細かな取組が困難になることも考えられます。
- そこで、町内会単位の取組、小学校単位での取組、中学校単位での取組といったように、重層的な取組を進め、それらを地域包括支援センターや行政、場合によっては医療機関がサポート、調整していくことが必要ではないでしょうか。



事業の効果・成果を評価し多くの人に伝えましょう

～取組の成果を伝えることで、より多くの人の協力が得られるはずです～

- 現在、全国各地で、様々な形で認知症高齢者への取組が進められています。しかし、具体的な成果がなければ、新たな担い手の確保も含め、取組の継続性は確保されません。
- 認知症高齢者等にやさしい地域づくりを進めていくためにも、実際に行われた事業の効果を判定し、その効果を多くの人に提示できるように取りまとめていくことが重要でしょう。取組の継続性の確保のためには、このような PDCA サイクルによる取組の一層の推進や、住民のニーズに対応した取組内容の見直しが必要ではないでしょうか。

地域で認知症高齢者等を支える 仕組の構築例・・・

➔ 住民への意識啓発を積極的に推進するには・・・

地域包括支援センターを中心に 地道な意識啓発活動を推進し地域での支援の輪を拡大

～秋田県横手市での取組～

- 地域で支援の輪を拡大するためには、地道な啓発活動が必要であるため、様々な取組を推進している。
- 若い世代への啓発活動として、小学生を対象とした認知症サポーター養成講座を開催しており、今後、全学校ならびに中学校へも拡大していく予定である。
- また小さな町内会へも出向き、地域での早期発見・重症化予防へもつながることを目指し、物忘れ相談プログラムの活用や健康相談・健康教育を実施している。
- さらに地域で認知症を正しく理解し、偏見をなくすことを目指し、毎年、徘徊見守り訓練を実施している。訓練では地域住民から徘徊役を決め、声のかけ方から対応の仕方、連絡先までのシミュレーションを行っている。

➔ 多職種による情報連携を効果的に推進するには・・・

医療機関と地域包括支援センターとの連携により地域での 情報共有を積極的に推進し、切れ目のない支援を実施

～富山県南砺市での取組～

- 認知症高齢者への継続的な支援を行っていくためには、本人やその家族に専門職を受け入れてもらうことが不可欠である。
- 南砺市民病院にあるもの忘れ外来を起点として、各方面への情報提供ならびに初期集中支援チームによる早期介入を図っている。
- 特に情報共有については、地域包括支援センターと社会福祉協議会、在宅介護支援センター、公立病院とがセキュリティを確保した専用ラインでつながっており、家族の状況や基本チェックリスト、相談内容等を共有している。新たに関わる専門職は、これまでの経緯や最新の相談内容を確認することが可能である。



➔ 地域での小さな気づきを常に共有するためには・・・

「通りすがりの立ち話」も貴重な情報共有の場として 地域住民も含めた地域での連携を推進

～福井県おおい町（名田庄地域）での取組～

- ハード面では、保健医療福祉総合施設内に国保診療所、行政の名田庄支所的機能、社会福祉協議会の名田庄支所が一体的に整備されており、常に情報交換、相談、緊急時対応等が可能となっている。またソフト面では、ケースカンファレンスにこれらの関係職員が参加し、個々の患者・利用者に関わる在宅医療・ケアについての情報共有が図られている。
- 同時に「通りすがりの立ち話」も、貴重な情報交換、情報共有の場である。
- さらに、地域住民のボランティア的組織も地域内に重層的に張り巡らされており、本人家族が困っているのではないかと隣近所が心配した場合も、その相談を社協や診療所へ持ちかけることができている。

➔ 小地域においてコンパクトな取組を推進するには・・・

町全体での取組を基本としながら 小地域での重層的な取組を推進

～広島県北広島町（芸北地域）での取組～

- 町役場本庁から離れた地域、冬季には深い雪に閉ざされてしまう地域であることから、町全体の事業を基本としながら、地域独自の取組が必要である。
- 現在は、保健・医療・福祉の総合施設である芸北ホリスティックセンターが、健康や生活の相談窓口、情報収集の入り口となっている。また地域を熟知した保健師の存在も大きい。
- また、医療・介護等の地域資源も乏しいため、限られた資源をより有効に活用するという意識、お互いを支え合うという意識は強くなっている。
- そして、認知症高齢者等を支えるためには、早めの「気づき」が必要であるため、郵便局・町商工会・農協へ協力依頼も始めている。

地域で認知症高齢者等を支える 仕組の構築例・・・

➔ 情報を共有して切れ目ない見守りを行うためには・・・

切れ目のない見守り体制を実現するために 全ての情報を地域包括支援センターに集約

～鳥取県日南町での取組～

- 認知症高齢者等に関する取組は、地域医療に関する3つの取組段階に沿って進めている（地域を把握する段階→地域で実践する段階→地域づくりをする段階）。
- すべては地域に出て地域や対象者その家族のニーズを知ることから出発する。そしてみんなで情報を共有し対応するため、切れ目のない見守りが可能となる。
- 情報共有において重要な仕組みは週1回開催されている在宅支援会議である。ここで、地域住民についての、健診・介護予防事業・病院（外来・入院での気付き）・住民からの相談などの情報が共有されみんなで対応している。
- そして、その中心となっているのが地域包括支援センターで、情報センターを兼ねた司令塔として機能している。

➔ 専門職だけでなく地域資源をフル活用するためには・・・

地域ケア会議の積極的な活用により 関係者間で情報と対応方針を検討

～大分県杵築市での取組～

- 既にある高齢者見守り事業においては、市内の関係団体に加え、鉄道や交通機関、郵便局、電力・ガス会社、新聞販売店他とも連携し、体制を構築している。さらにコンビニも含めた商店へも協力を求める予定である。
- 早期発見については、健診や介護予防教室などの場や近隣からの情報提供等も勧めていく必要があるが、毎年実施している高齢者の実態把握（65歳以上の独居、75歳以上の高齢者世帯、90歳以上の介護保険未利用者約2,500名が対象）も、重要な発見ルートとなっている。
- これらの情報は、週1回開催されている地域ケア会議の場でも共有され、多職種によって、その方の自立支援に資するケアプランの検討等を行っている。



■ここで紹介した6つの事例は、認知症高齢者等を支える仕組づくりに向けたモデル事業を実施した地域の状況です。このモデル事業に関わった関係者（保健・医療・介護・福祉の専門職や地域住民）や、認知症高齢者等のご家族からは下記のようなご感想をいただきました。

関係者からのご感想

■認知症ケア・ネットワークの構築に当たり、苦労した点

- そもそも地域の社会資源の把握が不十分であり、また把握できていても、社会資源に限りがあり、その中での対応の検討が求められる。
- 本人の認知症の症状がかなり進行するまで家族は認知症であることに気がつかない、また気づいても隠そうとする傾向がある。さらに、独居等については早期発見が難しい。
- 1回の相談や診察だけでは認知症かどうか分からないことが多い。例えば会話能力の高い方については、認知症かどうかを判断することは難しい。「認知症疑いの心配なエピソード」のような情報が集まる工夫が必要である。
- 本人が独居で、子ども世代が遠方に住んでいる場合、家族による急な対応が難しい。

■今回のモデル事業に参加して感じたこと

- 公的サービスに頼りがちだが、インフォーマルサービスが活躍していた。やはり、1つの組織だけでできることは限られており、ネットワークや見守り体制を地域全体で整えることの重要性を感じた。
- 地元をよく知っている人達から情報が多く出てくると、本人の背景が分かり、支援の方法を考えやすい。
- 医療機関においては認知症患者対応のスキルアップが必要である。
- 気づきや発見に関して、地域の方々との普段からのコミュニケーションや、出張サロン開催等による積極的な関わりの必要性を、もう一度見直す必要がある。

ご家族等からのご感想

■これまで誰かから助言されて嬉しかったこと、役に立ったこと

- 苦労や負担への配慮の言葉をもらったこと、一人で悩まず一緒に考えていこうと言われたこと。
- 市で受けられるサービスの紹介などをしてもらったこと。
- 本人への対応や受け流し方、また声かけの方法などを教えてもらったこと。

■新たに関わりをもった方々から助言されて嬉しかったこと、役に立ったこと

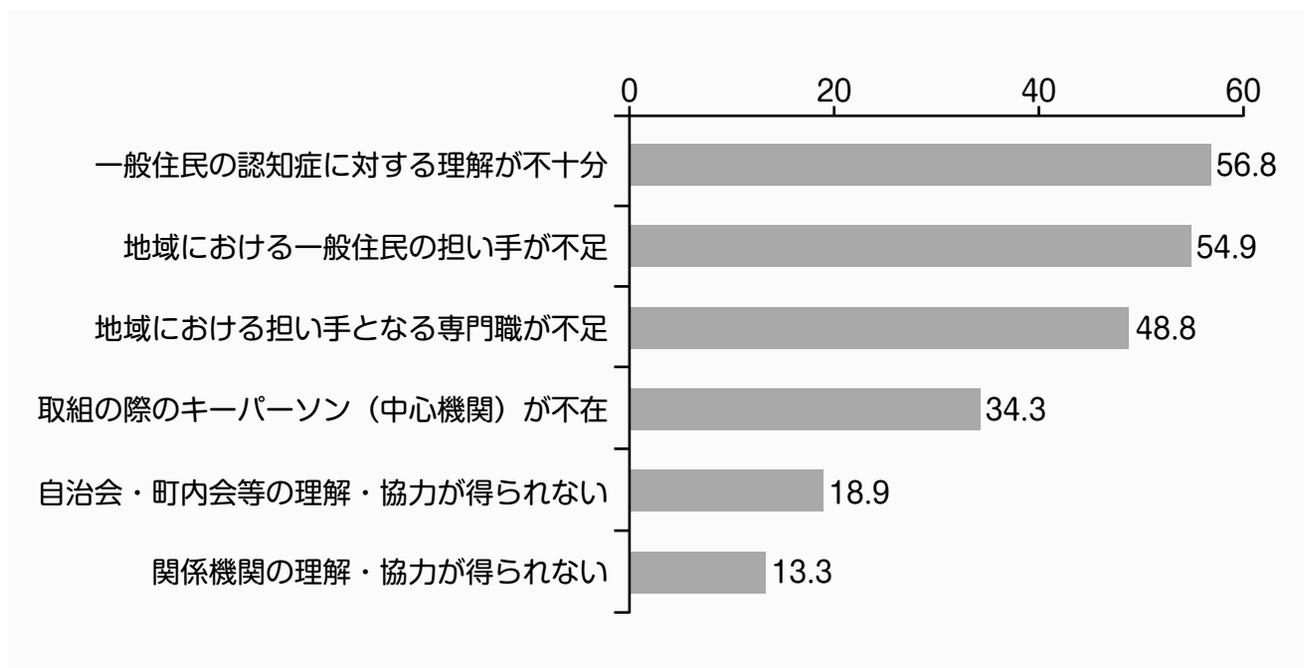
- 不安を分かってもらえたことや、家族への配慮が感じられたこと。
- 本人に積極的に声をかけてくれて、本人が自ら一歩踏み出すことができたこと。
- 介護保険のサービスを紹介してもらえたこと。
- 本人が自分でできる在宅での活動を確認し、教えてもらったこと

「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」とは？

「理解」を進めること

⇒秋田県横手市、広島県北広島町（芸北地区）、大分県杵築市での取組例 参照

■アンケート調査の結果をみると、認知症高齢者等を支える仕組の構築における阻害要因として最大のものは「一般住民の認知症に対する理解が不十分」でした。



■一般住民に対する意識啓発はほぼ100%の市町村で取り組んでいるにもかかわらず、この点が最大の阻害要因として挙げられることは、各市町村において取組方法に工夫が必要とされているのではないのでしょうか。

■この点についてモデル事業の実施地域においては、意識啓発に関しては「地道な活動の継続の必要性」として多世代や町内会訪問等によるきめ細かな取組や、「認知症高齢者の日常生活を想定した啓発対象の拡大」として銀行等への啓発活動への取組がなされており、これらの取組は、今後、啓発活動をより一層進めていくための参考になると考えられます。



「見守り」を推進すること

⇒福井県おおい町（名田庄地域）、鳥取県日南町での取組例 ご参照

- 地域において認知症高齢者の見守りを行っていくためには、前述の「理解」の深化と見守るためのネットワークの存在が不可欠です。しかしアンケート調査等では多くの市町村では、ネットワークが構築されていないことが明らかになりました。
- しかし、ネットワークが構築されていれば、中心となる機関等に情報も入りやすくなり、その結果、早期の適切な対応に結びつけることが可能となります。
- 下記のような事例は、日頃からネットワークが構築されているため、近隣の住民からの情報が関係機関に持ち込まれ、早期の対応につながった例です。このようにネットワークが構築されていれば、何か問題・課題が発生した際にも、スピーディーに適切な対応に結びつけることが可能となるはずで。
- 見守りの推進に当たっては、前述のネットワーク構築の4つのポイントや、モデル事業実施地域での取組例が参考になると思われます。

近隣住民からの情報提供が適切なケアにつながり本人の意欲を引き出すことができた事例

(90歳女性 子どもと同居 要介護1 認知症自立度I b)

- 近隣の住民から、「外に出なくなり心配」との情報が社会福祉協議会に入り、社会福祉協議会職員の訪問3回目で、介護申請につなげた事例。
- 今回のモデル事業を通して、サービス利用が順調となったことで、介護者である息子も安心している。今度も、閉じこもり防止と入浴目的のために通所介護の利用継続を希望している。適切な早期の時期に介入できたことが、予防につながった。

「家族・介護者への支援」を推進すること

- モデル事業の結果をみると、家族・介護者への支援として、関与した専門職等からの助言で心身の負担が軽減した例もありました。
- 家族・介護者の負担は、認知症高齢者への対応だけでなく、近隣住民からの不安感も影響しています。認知症に対する理解の推進とネットワークによる見守りの充実が、家族・介護者への支援にもつながるはずです。
- 実際に支援を受けた家族・介護者からはモデル事業に参加したことで、特に精神的な負担が軽減されたという声も寄せられています。具体的な対応方法から総括的なコメント等、その時々で伝える内容は異なると考えられますが、専門職に限らず認知症高齢者に関わる全ての人は、このような声かけの効果についても十分に認識しておく必要があるでしょう。

- 医師から本人が今までしてきた行燈づくりを褒めていただいて、またこれから意欲がわくように病院で飾ってもいい? など誘っていただいた。本人も少しはやるきがわいてきたようです。
- 自分の体のことを心配して無理をしないように声をかけられた時
- 服薬管理の方法として日めくりカレンダーを導入して、そこに薬をホチキス止めて、家族は電話でカレンダーを見て、その薬を飲んでねと声をかけるなどの工夫を教えていただいたこと。
- 離れていて不安ですが、時々訪問してみんなで見守っていきますから、と言われたこと。
- 今まで頑張って生活されてきたのですね。ご家族も不安でしたでしょう。今まで通りの暮らしを継続できるよう支援しますといわれたこと。これまで放置していたと責められなかった。

「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」に向けた取組事例

～島根県日南町における取組事例～

認知症ケアパスは「気づき」と「対応」を別々に作成

準備作業

保健・医療・介護・福祉・住民等の関係者による問題意識の共有

- 現状と問題点の整理
 - 専門職不足、発見後の対応、家族の不安への対応等
- 体制づくり →既存の組織を活用した取組体制の構築
- 住民へのアプローチ →既存事業の活用

具体的取組

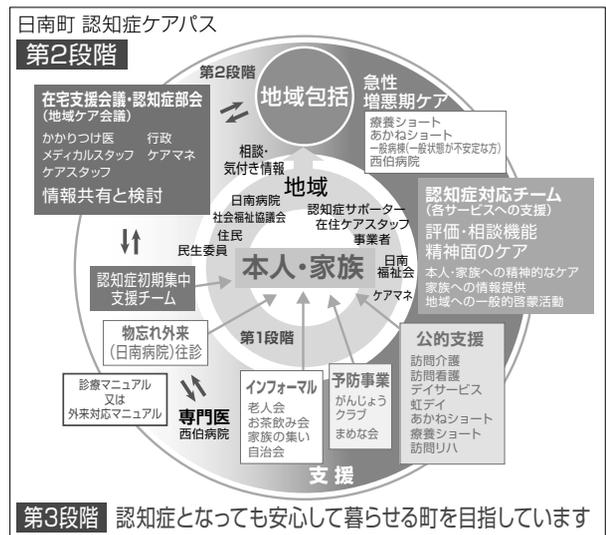
「できること」から「できる範囲」での取組の開始

- 日南病院における物忘れ外来設置の検討
- 日南病院内の体制強化 →院内に対応チームを設置
- ひとり暮らし高齢者について目を切らさない仕組みづくり
 - 在宅支援会議を活用した情報共有と医師による立ち寄りの実施
- 連絡票の活用
 - 専門職間のみならず住民から地域包括支援センターの流れも追加
- 住民向けパンフレットの作成→Key Word 認識、受容、関わり、相談
- 情報管理システムの開発ならびに運用の検討
 - 特にケアマネジャーがっていない認知症高齢者の実態把握
- 認知症ケアパスの検討
 - 日南町における「3つの段階」に沿ったケアパスの検討

取組の成果

新たな取組の開始と今後の課題の抽出

- 住民向けパンフレットの作成 →関係機関で配布予定
- 情報管理システムの開発ならびに運用
 - 試作版を作成。運用ルールについて今後検討
- 認知症ケアパスの作成
 - 日南町における「3つの段階」に沿ったケアパスを作成
- 今後の課題の抽出
 - 家族支援に関するスキルの向上、軽度者のマネジメント 等



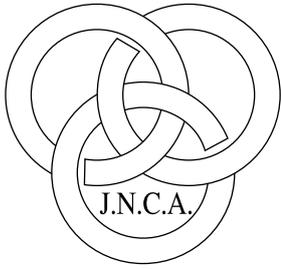
この事業は、平成26年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業により行ったものです。

認知症高齢者等にやさしい地域づくりの推進に関する 調査研究事業 報告書

平成27年3月

発行 **公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会**
〒105-0012 東京都芝大門2-6-6 4F
TEL: 03-6809-2466 FAX: 03-6809-2499
ホームページURL: <http://www.kokushinkyo.or.jp>

印刷 **東京リスマチック株式会社**



公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 芝大門エクセレントビル4F
TEL: 03-6809-2466 FAX: 03-6809-2499 URL: <http://www.kokushinkyō.or.jp/>