

# 中山間地域における 認知症ケア・ネットワーク 構築事業 報告書

平成23年3月

社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

**独立行政法人福祉医療機構 社会福祉振興助成事業**

# 【 目 次 】

## 事業サマリー

第1章 調査研究の概要 .....	1
1. 調査研究の背景と目的 .....	3
2. 調査研究の全体像と流れ .....	4
3. 実施体制 .....	7
第2章 先進的な取組地域における認知症ケア・ネットワークの状況 .....	9
1. 広島県安芸太田町 .....	11
2. 北海道本別町 .....	13
第3章 国保直診所在地域における認知症高齢者ケアの取組の実態に関する調査 .....	17
1. 調査の概要 .....	19
2. 国保直診における認知ケアへの取組の状況 .....	19
3. 各種事業の取組状況 .....	22
4. 地域で支える仕組の構築に向けての阻害要因等 .....	24
5. 具体的な取組事例 .....	27
第4章 地域における認知症ケア・ネットワークの構築への取組～モデル事業～ .....	31
1. モデル事業の内容 .....	33
2. 北海道・奥尻町地域包括支援センター .....	34
3. 北海道・京極町国保京極病院 .....	40
4. 秋田県・市立大森病院 .....	45
5. 静岡県・浜松市国保佐久間病院 .....	54
6. 香川県・綾川町国保陶病院 .....	63
第5章 モデル事業実施地域に対するヒアリングの実施 .....	75
1. ヒアリングの概要 .....	77
2. 北海道・奥尻町地域包括支援センター .....	78
3. 北海道・京極町国保病院 .....	81
4. 秋田県・市立大森病院 .....	84
5. 静岡県・浜松市国保佐久間病院 .....	88
6. 香川県・綾川町国保陶病院 .....	92
第6章 地域における認知症ケア体制の構築セミナーの開催 .....	97
1. セミナー開催概要 .....	99
2. 講演等の内容 .....	100
第7章 認知症ケア・ネットワーク構築の方向性と課題 .....	111
1. モデル事業開始前に把握された 認知症ケア・ネットワーク構築に当たっての課題 .....	113
2. モデル事業を通じた認知症ケア・ネットワーク構築の方向性 .....	113
3. モデル事業を通して浮かび上がってきた 認知症ケア・ネットワーク構築に当たっての新たな課題 .....	115
資料編 .....	119

## 事業サマリー

### 事業目的

#### (1) 調査の背景

認知症高齢者の増加が予測される中、さまざまな地域において認知症ケアに関する取組が進められている。国としても、認知症サポーターの育成等を通じて、専門職のみならず、一般住民による取組の推進を図っているところである。

また、認知症高齢者のケアを行っている家族に対する支援等も行われているが、前述の認知症サポーターも含め、それぞれのサービスや機関・団体の取組が連携して効果を高めている地域はまだ少ないものと思われる。更に、中山間地域では認知症サポート医の養成や、認知症サポーターの育成が都市部ほど進んでいない可能性があることに加え、社会資源も十分でないため、そうした地域において認知症高齢者をどのように支援していくかは極めて重要な課題である。

#### (2) 調査の目的

地域社会資源の評価を行い、各資源間の連携を通して認知症ケアのネットワークの構築に取り組むことにより、地域が一体となって認知症対策を推進することのモデルを提示し、多くの地域で取り組めるよう普及啓発を行う。その際、特に地域資源への働きかけに注力し、地域全体での関心度合いを向上させることを目指す。

### 事業概要

#### (1) 先進的な取組地域に対するヒアリングの実施

**【調査目的】** 認知症高齢者ケア・ネットワークの構築に関して先進的な取組をしている地域における現状と、現状に至るまでの経緯を把握し、モデル事業実施内容の参考とする。

**【調査方法】** 現地訪問ヒアリング調査

**【調査期間】** 平成 22 年 7 月

**【調査内容】** ◎地域における認知症ケアへの取組の概要

◎認知症ケアに関する地域の連携状況

◎認知症ケアに関する地域の連携に当たっての阻害要因

**【調査対象】** ○広島県・安芸太田町

○北海道・本別町

(2) 国保直診所在地域における認知症高齢者ケアの取組の実態に関する調査

【調査目的】 国保直診所在地域において、認知症高齢者とその家族を支えるためにどのような体制で、どのようなサービスが提供されているのか、という取組の現状を把握する。

【調査方法・調査対象】

郵送調査。国保直診全施設に調査票を送付し、国保直診の取組状況と所在地域内での取組状況を把握。調査対象は国保直診全施設。

【調査期間】 平成 22 年 11 月

【調査内容】 ◎国保直診における認知症ケアへの取組の状況

○「もの忘れ外来」の設置状況

○受診後のフォローの状況（フォローの有無、フォローの主体）

◎各種事業への取組状況

◎認知症高齢者を地域で支える仕組の構築に向けての阻害要因

【回収数】 159 施設

(3) モデル事業の実施

地域における認知症ケア・ネットワークの構築に向け、①地域における関係機関の連携の仕組づくり、②地域分析の実施、③モデル事業実施に当たっての討議、④モデル事業の実施、⑤モデル事業実施の効果の把握を実施し、それぞれ記録を残した。

(4) モデル事業実施地域に対するヒアリングの実施

【調査目的】 認知症高齢者ケア・ネットワークの構築に実際にお取組いただいた地域における、体制構築の過程や阻害要因等を把握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 22 年 12 月～平成 23 年 2 月

【調査内容】 ◎地域における認知症高齢者のサポートへの取組の概要

○地域における認知症高齢者のケアに関する課題・問題点

○認知症高齢者に対するケアに関する取組内容

○認知症高齢者のケアに関する地域資源の連携状況

◎地域における連携構築に当たっての方向性

○地域として目指すべき（目指していきたい）方向性・今後の連携の方向性

○各機関・職種が果たすべき役割・各職種に期待される役割

◎連携先機関・団体からみた国保直診

【調査対象】 ○香川県・綾川町国保陶病院

○北海道・京極町国保病院

○秋田県・市立大森病院

○北海道・奥尻町地域包括支援センター

○静岡県・浜松市国保佐久間病院

(5) 地域における認知症ケア体制の構築セミナーの開催

【テーマ】 地域で考える認知症ケア・地域で支える認知症患者

～こんなときどうする？身内が認知症になった場合の対応！～

【開催日】 平成 23 年 3 月 10 日（木） 13：00-17：00

【会場】 アジュール竹芝（東京都港区海岸 1-11-12）

【参加者】 107 名（うち、埼玉県・千葉県・東京都・神奈川県からの参加者 54 名）

【内容】 ○基礎講話

「認知症ケアを地域で考える」

（地域資源を活用した地域のつながりと役割。有効な手段を考えるヒント）

前沢政次 北海道大学名誉教授／日本プライマリ・ケア連合会理事長

○先進地域の取組みから学ぶ

「認知症ケアを地域で実践するために何をしたか」

①地域包括支援センターを中心とした取組み～ 北海道・本別町

②市町村行政を中心とした取組み～ 広島県・安芸太田町

③医療機関（国保病院）を中心とした取組み～ 富山県・南砺市

○全体ミーティング

「モデル事業として実施してみました～新たな取り組んだ成果と課題～」

①医療機関が中心に取り組んでいます・・・ 北海道・京極町

②地域包括支援センターが中心に取り組んでいます

・・・ 秋田県・横手市

③医療機関と行政が、住民組織と連携して取り組んでいます

・・・ 香川県・綾川町

(6) 実施体制：地域における認知症ケアのあり方検討委員会・同作業部会

◇委員会

- |        |                                 |
|--------|---------------------------------|
| ○前沢 政次 | 北海道大学名誉教授／社団法人日本プライマリ・ケア連合学会理事長 |
| 和田 敏明  | ルーテル学院大学教授                      |
| *押淵 徹  | 副会長／長崎県・国保平戸市民病院長               |
| 佐々木勝忠  | 岩手県・奥州市国保衣川歯科診療所長               |
| 小野 剛   | 秋田県・市立大森病院長                     |
| 三枝 智宏  | 静岡県・浜松市国保佐久間病院長                 |
| 南 眞司   | 富山県・南砺市民病院長                     |
| 村上 重紀  | 広島県・公立みつぎ総合病院リハビリ部次長（OT）        |
| *大原 昌樹 | 香川県・綾川町国保陶病院長                   |

◇作業部会

- |        |                                   |
|--------|-----------------------------------|
| *前沢 政次 | 北海道大学名誉教授／社団法人日本プライマリ・ケア連合学会理事長   |
| 松浦 尊磨  | 甲南女子大学看護リハビリテーション学部教授             |
| 平野 浩彦  | 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所社会科学系専門部長 |
| *押淵 徹  | 副会長／長崎県・国保平戸市民病院長                 |
| 飯山 明美  | 北海道・本別町地域包括支援センター所長補佐（保健師）        |
| 櫻井 好枝  | 千葉県・鋸南町地域包括支援センター保健師              |
| 栗栖美知子  | 広島県・安芸太田町健康づくり課課長補佐（保健師）          |
| *大原 昌樹 | 香川県・綾川町国保陶病院長                     |

◇事務局

- |       |                               |
|-------|-------------------------------|
| 米田 英次 | 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 | 社団法人全国国民健康保険診療施設協議会業務部事業課課長補佐 |
| 石井 秀和 | 社団法人全国国民健康保険診療施設協議会業務部事業課主事補  |
| 大本 由佳 | 社団法人全国国民健康保険診療施設協議会総務部総務課主事補  |
| 植村 靖則 | みずほ情報総研株式会社社会経済コンサルティング部      |
| 野中 美希 | みずほ情報総研株式会社社会経済コンサルティング部      |

## 調査研究の過程

- (1) 委員会・作業部会の開催
  - 第1回委員会・第1回作業部会合同会議 平成22年7月22日
  - 第2回委員会・第2回作業部会合同会議 平成22年12月22日
  - 第3回作業部会 平成23年1月20日
  - 第3回委員会・第4回作業部会合同会議 平成23年3月10日
- (2) ヒアリングの実施
  - 先進的な取組地域対象 平成22年7月
  - 今年度モデル事業実施地域対象 平成22年12月～平成23年2月
- (3) 国保直診所在地域における認知症高齢者ケアの取組の実態に関する調査  
平成22年11月
- (4) モデル事業の実施  
全国5地域で実施 平成22年11～平成23年1月
- (5) 地域における認知症ケア体制の構築セミナーの開催  
東京で開催（参加者107名） 平成23年3月10日

## 事業結果

### (1) 先進的な取組地域ヒアリング

取組当初は、住民のみならず専門職に対しても、認知症に関する啓発活動を行ったことが、その後の取組における連携体制の構築につながっていった。

そのような連携体制が構築されたことにより、認知症に関する相談も、いくつものルートで地域包括支援センターにくるようになっている。

また住民との連携が進むことで、立ち上げ当初は行政が関与する活動でも、次第に地域の自主活動化していくようになっている。

### (2) 国保直診所在地域における認知症高齢者ケアの取組の実態に関する調査

早期発見のきっかけの上位は、「地域包括支援センターへの相談」「民生委員からの相談」「要介護認定調査時による発見」「保健師の訪問による発見」である。

地域で認知症高齢者を支える仕組みを構築している地域は全体では約3割であった。一方、地域で認知症高齢者を支える仕組みを構築していない地域における、仕組み構築の際の阻害要因の上位は「地域における担い手となる専門職が不足している」「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」の順であった。

地域で認知症高齢者を支える仕組みを構築している地域において、仕組み構築に関わっている機関は多岐にわたる。

### (3) 今年度モデル事業実施地域ヒアリング

モデル事業を通して、これまで関係の薄かった関係機関等にも声をかけ、地域住民も巻き込み、地域における課題の共有化を図り、相互に、もしくは個人個人が果たしうる役割等を検討することにより、相互に顔の見える関係が構築され、それぞれが把握可能な（把握している）情報を共有していく方向性がみえてきた。

ただ、特に住民に対する啓発はどの地域においても不十分である。支援する側に対しても、また支援される側に対しても、啓発が必要である。啓発を進めることにより理解が進み、そのことが協力へ結びつくことも考えられる。

### (4) モデル事業の実施

モデル事業の実施により、専門職と地域住民とが連携することとなり、ケアの選択肢の幅が広がった。

ただ、生活の視点に重きをおく場合と、本人の病気に視点を置く場合等、認知症を捉える視点が異なることから、関係者の共通認識が課題である。理解の度合いが異なることから、早期発見が難しいこともあるし、判断が難しいケースもある。

何か起きてからの連携ではなく、常に連携が取れている状態が必要であることが再認識されたが、その際、遠方の家族との連携の必要性と難しさについても再認識した。

また、取組に当たっては、小さな地域での取組を徐々に広げていくことが必要である。

### (5) 考察

今回のモデル事業を通して、認知症ケア・ネットワークの構築には、多種多様な関係機関・関係団体・関係者が「集まり」「顔を合わせる」ことによる「顔の言える関係」の構築、そして取組の中心となるキーパーソン（個人・機関・団体等）の存在、そして地域の実情に合わせた取組の必要性が明らかとなった。特に地域の実情に合わせた取組に関しては、それまでの地域における保健・医療・介護・福祉の連携状況によりアプローチは様々であろうが、モデル事業実施地域の中には、地域、それも小地域での取組をベースとして、徐々にその取組を他の小地域に広げ、最終的には自治体全体で同様の取組がなされることを目指しているケースもあった。また行政等は関与していなくても、地域住民による小規模ネットワークが構築されている例もあった。そのような自主的取組はまさに地域のニーズによって始まったものであるため、ただちに近隣の地域で同様の取組が可能であるとは限らない。しかし、そのような取組の内容を情報としてまとめ、発信していくことによりそれぞれの地域における取組の誘発ならびに活性化につながり、「点」としての個別の取組が、周辺地域に広がることにより「線」となり、さらに自治体全体に広がることにより「面」となっていくのではないだろうか。

このように多くの成果が得られたモデル事業ではあったが、その一方で、取組を進める中で、新たな課題も浮かび上がってきた。

一つ目は取組の際のエリアの問題である。例えば見守り等は町内会単位程度が望ましいかもしれないが、相談体制や実際のケア体制については、専門職等に限りがあることもあり、より広域な取組にならざるを得ない。また医療機関との連携に当たっては、さらに広いエリアになろう。このように取組の内容によって、想定されるエリアが異なることを前提とした上で、ネットワー



クの構築に当たる必要がある。

二つ目はネットワークに関わる機関・団体・人材等の広がりである。今回のモデル事業実施地域の中でも、ある地域では商店にも声をかけたように、「高齢者の生活を支援する。高齢者を見守る。」という視点で考えると、地域には様々な資源が存在する。今回のモデル事業は、地域資源の掘り起こしも一つの目標としたが、火の始末に不安があるので消防と連携したり、詐欺にある危険性等もあるので警察と連携したりと、通常の高齢者ケアの枠では収まらない機関・団体等との連携が進められた。このように、地域にどのような資源があるのか、ということについては、他の地域での取組事例等も参考にしながら、発掘し、連携していく必要がある。

三つ目はキーパーソンの必要性である。これは前述した通りであるが、キーパーソンが自然に生まれてくる地域はともかく、そうでない地域においては、ある程度、意識的にキーパーソンをつくっていく必要がある。地域住民への意識啓発が進むことにより地域住民の関心度合いが高まったとしても、それがすぐにキーパーソンの発生にはつながらない。したがって、少なくとも取組当初においては、全体の調整役としてのキーパーソンと、各地域におけるキーパーソンを「任命」するなども必要となるかもしれない。ただ、地域におけるキーパーソンはおそらく地域の中で引き継がれていく可能性もあるが、特に全体の調整役としてのキーパーソンについてはその果たすべき役割は大きいだけでなく、ネットワークによってのみ生活が支えられる高齢者の増加も見込まれるので、人材不足の中であっても、可能であればネットワークづくりに専念できるような人材が配置されることが望ましい。

# 第1章

## 調査研究の概要

---

---

# 1. 調査研究の背景と目的

---

## (1) 調査の背景

認知症高齢者の増加が予測される中、さまざまな地域において認知症ケアに関する取組が進められている。国としても、認知症サポーターの育成等を通じて、専門職のみならず、一般住民による取組の推進を図っているところである。

また、認知症高齢者のケアを行っている家族に対する支援等も行われているが、前述の認知症サポーターも含め、それぞれのサービスや機関・団体の取組が連携して効果を高めている地域はまだ少ないものと思われる。更に、中山間地域では認知症サポート医の養成や、認知症サポーターの育成が都市部ほど進んでいない可能性があることに加え、社会資源も十分でないため、そうした地域において認知症高齢者をどのように支援していくかは極めて重要な課題である。

## (2) 調査の目的

地域社会資源の評価を行い、各資源間の連携を通して認知症ケアのネットワークの構築に取り組むことにより、地域が一体となって認知症対策を推進することのモデルを提示し、多くの地域で取り組めるよう普及啓発を行う。その際、特に地域資源への働きかけに注力し、地域全体での関心度合いを向上させることを目指す。

---

## 2. 調査研究の全体像と流れ

---

### (1) 先進的な取組地域に対するヒアリングの実施

【調査目的】 認知症高齢者ケア・ネットワークの構築に関して先進的な取組をしている地域における現状と、現状に至るまでの経緯を把握し、モデル事業実施内容の参考とする。

【調査方法】 現地訪問ヒアリング調査

【調査期間】 平成 22 年 7 月

【調査内容】 ◎地域における認知症ケアへの取組の概要  
◎認知症ケアに関する地域の連携状況  
◎認知症ケアに関する地域の連携に当たっての阻害要因

【調査対象】 ○広島県・安芸太田町  
○北海道・本別町

### (2) 国保直診所在地域における

#### 認知症高齢者ケアの取組の実態に関する調査

【調査目的】 国保直診所在地域において、認知症高齢者とその家族を支えるためにどのような体制で、どのようなサービスが提供されているのか、という取組の現状を把握する。

【調査方法・調査対象】

郵送調査。国保直診全施設に調査票を送付し、国保直診の取組状況と所在地域内での取組状況を把握。調査対象は国保直診全施設。

【調査期間】 平成 22 年 11 月

【調査内容】 ◎国保直診における認知症ケアへの取組の状況  
○「もの忘れ外来」の設置状況  
○受診後のフォローの状況（フォローの有無、フォローの主体）  
◎各種事業への取組状況  
◎認知症高齢者を地域で支える仕組の構築に向けての阻害要因

【回収数】 159 施設

### (3) モデル事業実施地域に対するヒアリングの実施

#### 【調査目的】

認知症高齢者ケア・ネットワークの構築に実際にお取組いただいた地域における、体制構築の過程や阻害要因等を把握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 22 年 12 月～平成 23 年 2 月

#### 【調査内容】

##### ◎地域における認知症高齢者のサポートへの取組の概要

○地域における認知症高齢者のケアに関する課題・問題点

○認知症高齢者に対するケアに関する取組内容

取組の背景・経緯、早期発見の取組状況、相談支援の取組状況（家族や関連団体への支援も含む）、予防活動への取組状況、啓発活動への取組状況

○認知症高齢者のケアに関する地域資源の連携状況

連携体制の状況（関係機関・関係団体・関係職種等）、定期的な集まり等の有無とそこでの話題・中心機関、連携体制構築時の阻害要因と克服方法、連携機関間での情報の共有方法、新たに発生した課題等

##### ◎地域における連携構築に当たっての方向性

○地域として目指すべき（目指していきたい）方向性・今後の連携の方向性

○各機関・職種が果たすべき役割・各職種に期待される役割

##### ◎連携先機関・団体からみた国保直診

#### 【調査対象】

○香川県・綾川町国保陶病院

○北海道・京極町国保病院

○秋田県・市立大森病院

○北海道・奥尻町地域包括支援センター

○静岡県・浜松市国保佐久間病院

(訪問順)

#### (4) 地域における認知症ケア体制の構築セミナーの開催

【テーマ】 地域で考える認知症ケア・地域で支える認知症患者

～こんなときどうする？身内が認知症になった場合の対応！～

【開催日】 平成23年3月10日（木） 13:00-17:00

【会場】 アジュール竹芝（東京都港区海岸 1-11-12）

【参加者】 107名（うち、埼玉県・千葉県・東京都・神奈川県からの参加者 54名）

##### 【内容】

###### ○基礎講話

「認知症ケアを地域で考える」

（地域資源を活用した地域のつながりと役割。有効な手段を考えるヒント）

前沢政次 北海道大学名誉教授／日本プライマリ・ケア連合会理事長

###### ○先進地域の取組みから学ぶ

「認知症ケアを地域で実践するために何をしたか」

①地域包括支援センターを中心とした取組み～ 北海道・本別町

②市町村行政を中心とした取組み～ 広島県・安芸太田町

③医療機関（国保病院）を中心とした取組み～ 富山県・南砺市

###### ○全体ミーティング

「モデル事業として実施してみました～新たな取り組んだ成果と課題～」

①医療機関が中心に取り組んでいます・・・ 北海道・京極町

②地域包括支援センターが中心に取り組んでいます・・・ 秋田県・横手市

③医療機関と行政が、住民組織と連携して取り組んでいます・・・ 香川県・綾川町

### 3. 実施体制

「地域における認知症ケアのあり方検討委員会」ならびに「同 作業部会」の委員構成は以下の通りであった。

#### 地域における認知症ケアのあり方検討委員会・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

○前沢 政次	北海道大学名誉教授／社団法人日本プライマリ・ケア連合学会理事長
和田 敏明	ルーテル学院大学教授
*押淵 徹	副会長／長崎県・国保平戸市民病院長
佐々木勝忠	岩手県・奥州市国保衣川歯科診療所長
小野 剛	秋田県・市立大森病院長
三枝 智宏	静岡県・浜松市国保佐久間病院長
南 眞司	富山県・南砺市民病院長
村上 重紀	広島県・公立みつぎ総合病院リハビリ部次長（OT）
*大原 昌樹	香川県・綾川町国保陶病院長

#### ◇作業部会

*前沢 政次	北海道大学名誉教授／社団法人日本プライマリ・ケア連合学会理事長
松浦 尊磨	甲南女子大学看護リハビリテーション学部教授
平野 浩彦	地方独立行政法人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
*押淵 徹	副会長／長崎県・国保平戸市民病院長
飯山 明美	北海道・本別町地域包括支援センター所長補佐（保健師）
櫻井 好枝	千葉県・鋸南町地域包括支援センター保健師
栗栖美知子	広島県・安芸太田町健康づくり課課長補佐（保健師）
*大原 昌樹	香川県・綾川町国保陶病院長

#### ◇事務局

米田 英次	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	社団法人全国国民健康保険診療施設協議会業務部事業課課長補佐
石井 秀和	社団法人全国国民健康保険診療施設協議会業務部事業課主事補
大本 由佳	社団法人全国国民健康保険診療施設協議会総務部総務課主事補
植村 靖則	みずほ情報総研株式会社社会経済コンサルティング部
野中 美希	みずほ情報総研株式会社社会経済コンサルティング部

## 第2章

# 先進的な取組地域における 認知症ケア・ネットワークの状況

---



---

## 1. 広島県安芸太田町

---

### (1) 地域における認知症ケアへの取組の概要

#### ①背景・経緯

平成 16 年 10 月の町村合併時に実施した住民対象のアンケートでは、70%の住民が「健康と福祉が充実した町」を望んでいた。

現在、高齢化率は 43.2%に達しており、高齢化とともに、認知症高齢者は増加し町内のどこでも認知症高齢者のみられる状況となっている。

また住民の認知症に対する関心は高く、介護保険制度導入前から、認知症疾患センターをもつ国保病院の精神科医師がスーパーバイザーとして住民活動の後押しをしていた。

#### ②早期発見・相談事業への取組

早期発見については、安芸太田病院の物忘れ外来や精神科外来の受診、地域包括支援センター職員による訪問、介護保険申請の初回訪問時、民生委員からの相談、町内 50 箇所で開催されているサロン活動での相談等、さまざまなルートで行っている。

また相談事業についても、安芸太田病院の物忘れ外来による継続支援やケアマネジャー、保健師による訪問、民生委員の訪問等に加え、社会福祉協議会による家族会の開催や高齢社会を考える会による出前定例会等において対応している。

#### ③予防活動・啓発活動への取組

従来から実施している各種健康づくり事業（健診を含む）における取組に加え、平成 21 年度から、認知症サポーターならびにキャラバン・メイトの養成にも取り組んでいる。

### (2) 地域における認知症ケアにおける地域資源の連携状況

#### ①現在の連携先等

高齢社会を考える会が出前定例会を開催する際に、認知症疾患センターで認知症患者の看護に長く従事されたベテラン看護師長を講師として招き、経験を通じた看護や介護に関する話をしてもらっており、住民の理解も得られている。

町のシニアクラブに対して、認知症予防事業を委託し、町内各地で講座を開催してもらっている。その際、保健師が認知症を含めた健康講話を行っている。また、町内約 50 箇所で開催されているサロン活動において、運動を実施する際には血圧測定を兼ねて保健師が参加している。

また家庭訪問時等で、認知症の相談を受けた際には、町立国保病院の精神科医師に相談

し、必要に応じて受診勧奨を行っている。相互に顔が見える関係であるので、安心して相談できる体制となっている。

昨年度から養成を始めたキャラバン・メイトが活動しやすいよう、場所を提供し、時間が合えば保健師が集会にも参加し、助言を行っている。

## ②連携体制構築に当たっての阻害要因

認知症に偏見をもたず、よき理解者となる方を多く養成しているが、認知症の人を介護している家族や本人に対して、どの程度の支援となっているのかは定かではない。

実際は、近所の方々の支援に支えられているのが現状であるが、認知症が他人事ではなく自分の事として考えられ認知症についての理解者がより多くなっていくことが、住みやすい地域になると考え、保健師は活動している。

なお、民間医療機関に、認知症サポート医が2名いるが、活動のための連携はとれていない。

さらに、認知症の方にとって必要な事は医療にあわせて介護や生活環境が整い周囲の理解が進む事が大切と考える。

## ③新たな課題

啓発活動の効果もあり、一人暮らしでもなんとか住める町になっているが、集落の形成に無理が生じてきている地域も発生している。近所が遠くなり、支えるにも無理がある。

地方とは言え、近所付き合いが疎遠になり、近所の人と顔を会わすことも少なくなっている。日中も鍵がかけられており、カーテンも閉まっている。

また、家族会も相談にのってくれる等、貴重な地域資源ではあるが、メンバーが固定化してしまい、新しい人が入りにくい、という課題もある。その点、キャラバン・メイトは新しい仕組でもあり、誰でも参加しやすいという点で期待している。

---

## 2. 北海道本別町

---

### (1) 地域における認知症ケアへの取組の概要

#### ①背景・経緯

平成 10 年度に実施した高齢者実態調査において、認知症と思われる高齢者が多かったこと（在宅要介護高齢者の約 4 割、施設入所者の約 7 割）、健康相談時の保健師への相談では来所者のほとんどが認知症（それも中・重度）であったことから、早期発見・早期支援の必要性を強く感じた。

平成 11 年度から地域ケア研究会を設置し、「ものわすれ散歩のできるまち ほんべつをめざして」をスローガンに、認証高齢者を地域で支える仕組みづくりに取り組んでいる。

#### ②早期発見・相談事業への取組

相談来所者の多くが認知症が進行した状態であったことから、早期発見に向けての啓発活動を重要な課題と位置付けた。下記の活動等を通して、家族や地域住民が認知症に気づける、地域包括支援センター等に情報提供できる体制が構築されつつある。

- ・平成 12 年 在宅介護支援センター（現地域包括支援センター）に  
「ものわすれ何でも相談室」を開設→相談窓口の明確化
- ・平成 12 年 認知症に関するリーフレットを作成し全戸配布
- ・平成 12 年 認知症予防教室の実施→予防活動・早期発見の場として機能
- ・平成 15 年 国保病院に「ものわすれ外来」を開設
- ・平成 17 年・18 年 ものわすれ地域ネットワーク事業をモデル実施  
→認知症予防教室とタイアップして、地域での声かけ・見守り体制、  
行政や社協への連絡体制作りを実施

相談事業に関しては、地域包括支援センターの「ものわすれ何でも相談室」による随時対応の他、健康管理センターにおいて認知症の診断や介護（予防）サービス利用に向けての支援、地域包括支援センターによるサービス利用を通じてのマネジメント支援を行っている。

さらに家族会としての「在宅介護者を支える会」（会員数 80 名）における介護者交流事業や、町が社協に一部委託している介護者のレスパイト支援事業（やすらぎ支援事業）がある。なお、やすらぎ支援事業の担い手（やすらぎ支援員）は、町が実施する養成講座を受けた有償ボランティアである（A 会員：家族介護者、B 会員：家族介護経験者、C 会員：介護経験なし）。

これらに加え、「はいかい高齢者等 SOS ネットワーク」（検索システム、登録システム、地域見守りシステム）を組織し、地域の認知症見守り活動を行っている（事前登録制。了承が得られた方の情報を地域に提供。）。

### ③予防活動・啓発活動への取組

予防活動については、自治会を単位とした認知症予防教室（平成 12 年度以降）が中心となっている。

- ・特徴 地域の高齢者がなじみの関係の中で、徒歩でいける範囲での予防活動。
- ・仕組 保健師と自治会の協力員が 1 年間、協働体制で予防教室を実施。地域がノウハウを習得した 2 年目以降、地区の自主活動として運営。現在 12 箇所目の協働実施中。
- ・内容 自主活動後は地区の実情に応じた活動（サロン活動との一体化、老人クラブ活動との一体化等）。

啓発活動については、認知症についての理解を深めることを目的に、リーフレットの作成・配布や健康教育等により実施してきた。平成 17 年度からは、認知症サポーター養成講座を実施し、中学生も含め、800 人のサポーターを養成してきた。このことにより、住民の認知症に対する理解がより進んだようである。

## （２）地域における認知症ケアにおける地域資源の連携状況

### ①現在の連携先等

地域住民を含む、多くの機関・団体等と連携した活動を行っている。

- ・地域住民（在宅福祉ネットワーク、在宅介護者を支える会、民生児童委員）  
→情報収集、情報提供、支援依頼
- ・介護サービス事業者 →ケアマネジメント、サービス提供
- ・通所型介護予防事業担当者 →ケアマネジメント、サービス提供
- ・社会福祉協議会 →事業の協働企画、委託
- ・行政関係部局 →課題共有、企画立案、事業の分担・実施
- ・町国保病院 →ものわすれ外来およびカンファレンス、医療に関する助言等

平成 11 年～17 年までは、地域ケア研究会において、事業の内容や進捗状況、方向性等を検討していたが、推進体制等が整ったことから、平成 18 年度以降は地域包括ケア推進会議の中で検討（町保健福祉課、総合ケアセンター、地域包括支援センター、健康管理センター、養護・特別養護老人ホーム、国保病院、社会福祉協議会、民生児童委員協議会、在宅福祉ネットワーク連絡協議会、在宅介護者を支える会、ボランティアセンター会議、老

人クラブ連合会、介護サービス事業者等)。

また、国保病院で実施しているものわすれ外来については、受診後の適切なフォローを行うため、関係者(担当医師、看護師、ソーシャルワーカー、保健師、ケアマネジャー)によるカンファレンスを実施している(平成19年度以降)。

## ②連携体制構築に当たっての阻害要因

取組を始めた当初は、まず認知症に対する理解不足が大きな課題であり、地域で支えるというイメージができなかった。これは地域住民のみならず、専門職にも言えたが、各種啓発活動や協働事業の実施により徐々に解決していった。

また行政内においては、誰がどのような役割を担うことがよいのか、トータル的なコーディネート機能をどこが担うべきか等、体制作りには時間がかかったが、打合せ等を頻繁に設けることにより解決していった。

## ③新たな課題

連携については概ね順調であり、特定の機関や人にだけ負担がかからないようになっており(民生委員にのみ大きな負担がかかるようなことはない)、例えば一人暮らしの方については、地域の目が入るようになっている。しかし、地域で支えるという点においては、新たな担い手の確保が課題となっており(現在の担い手の高齢化による)、有償ボランティアである「やすらぎ支援員」の養成講座にも、あまり参加者はいないのが現実である。そこで、早い段階での理解づくりのためにも、学校における福祉教育や認知症サポーター養成を働きかけている。

また、地域との協働により、認知症の予防から軽度の方への支援は充実したが、中・重度以上の方をどのようにして支えていくかは課題である。中・重度の方は施設志向が強いこともあり、小規模多機能型サービスを計画的に開設し、住宅施策とも連動させながら地域の中で暮らし続けることができるような方向性を目指している。

さらに、認知症予防教室等に出てこない方へのアプローチも課題の一つであり、各自治会においては、例えば毎朝実施しているラジオ体操時に見かけなかったら訪問してみる等、様々な工夫の中で取り組んでいる。

## 第3章

# 国保直診所在地域における 認知症高齢者ケアの取組の 実態に関する調査

---

## 1. 調査の概要

国保直診所在地域において、認知症高齢者とその家族を支えるためにどのような体制で、どのようなサービスが提供されているのか、という取組の現状を把握することを目的として実施した。

【調査対象】 国保直診全施設

【配布方法】 国保直診全施設に調査票を送付し、国保直診の取組状況と所在地域内での取組状況を把握。

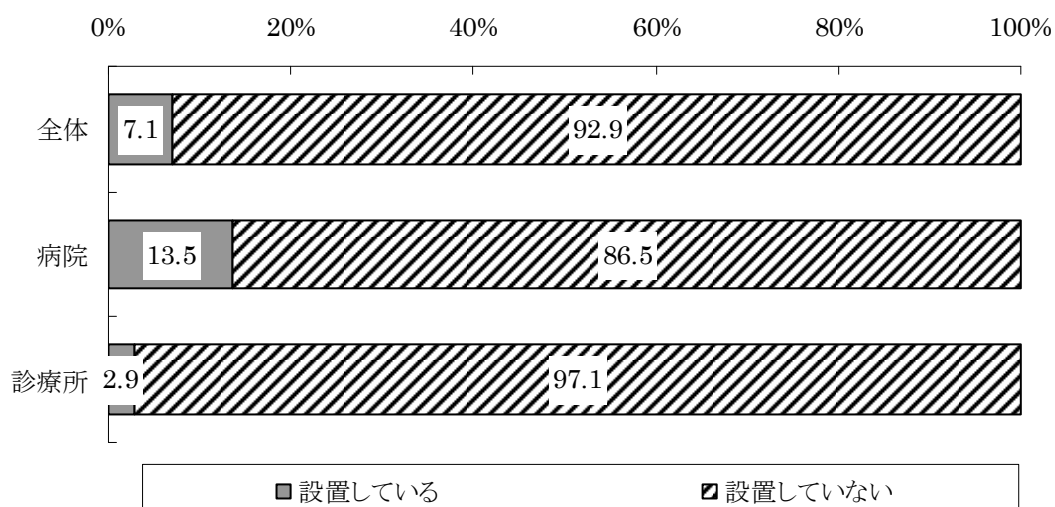
【調査時期】 平成 22 年 11 月

【回収数】 159 施設

## 2. 国保直診における認知ケアへの取組の状況

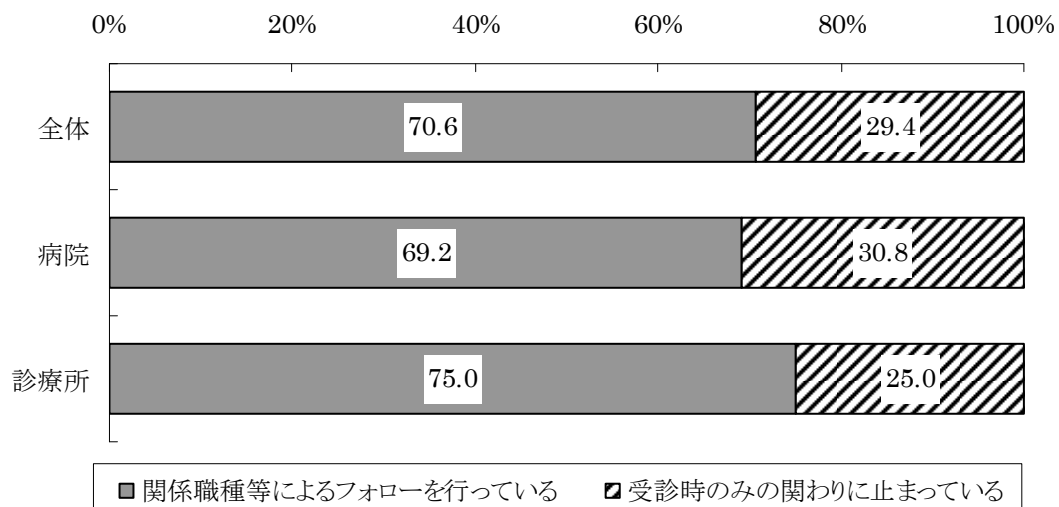
### (1) 「もの忘れ外来」の設置状況

もの忘れ外来については、病院の 13.5%で設置している。



## (2) 受診後のフォロー

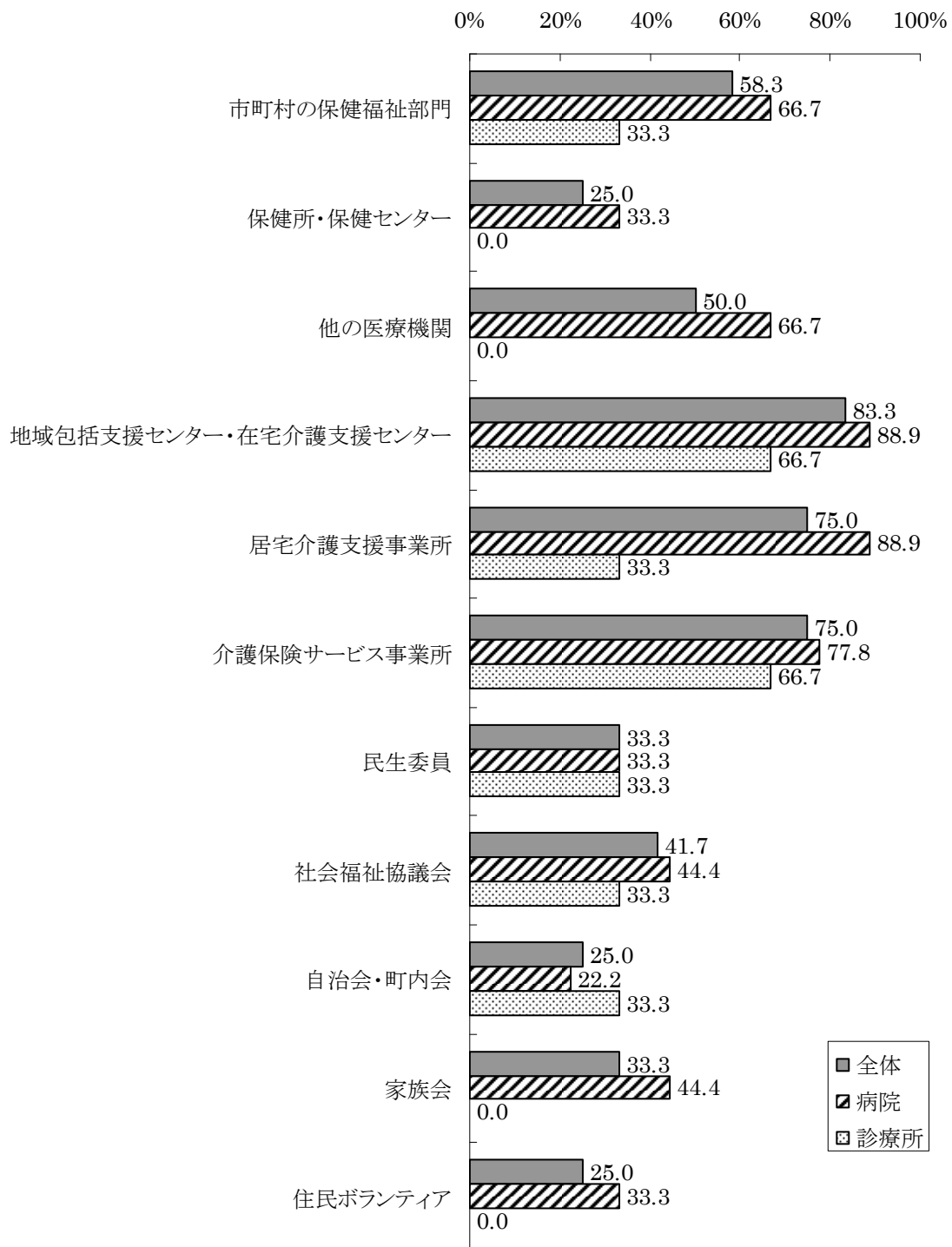
受診後のフォローまで行われているのは病院の場合 7 割弱となっている。



受診後のフォローは主として「地域包括支援センター・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」、そして「市町村の保健福祉部門」や「他の医療機関」となっている。

ただし、それ以外の関係機関等の参加率も高く、「民生委員」や「社会福祉協議会」、そして「家族会」も全体では 3 割を超えている。





### 3. 各種事業の取組状況

#### (1) 取組状況

認知症高齢者のサポートに関しては、各地域で各種の取組を実施している。

ただし、「早期発見」「相談支援」「予防」「一般市民への啓発」と比べ、「家族支援」は、取組が進んでいない。

問3(1)早期発見のための取組実施状況

	合計	1	2	無回答	
		実施している	実施していない		
全体	233 100.0	164 70.4	69 29.6	7	
F 属 性	病院	95 100.0	74 77.9	21 22.1	1
	診療所	134 100.0	87 64.9	47 35.1	6
	その他	4 100.0	3 75.0	1 25.0	0

問3(2)相談支援の取組実施状況

	合計	1	2	無回答	
		実施している	実施していない		
全体	229 100.0	183 79.9	46 20.1	11	
F 属 性	病院	95 100.0	82 86.3	13 13.7	1
	診療所	130 100.0	98 75.4	32 24.6	10
	その他	4 100.0	3 75.0	1 25.0	0

問3(3)予防に関する取組実施状況

	合計	1	2	無回答	
		実施している	実施していない		
全体	231 100.0	159 68.8	72 31.2	9	
F 属 性	病院	95 100.0	70 73.7	25 26.3	1
	診療所	132 100.0	86 65.2	46 34.8	8
	その他	4 100.0	3 75.0	1 25.0	0

問3(4)一般市民への啓発に関する取組実施状況

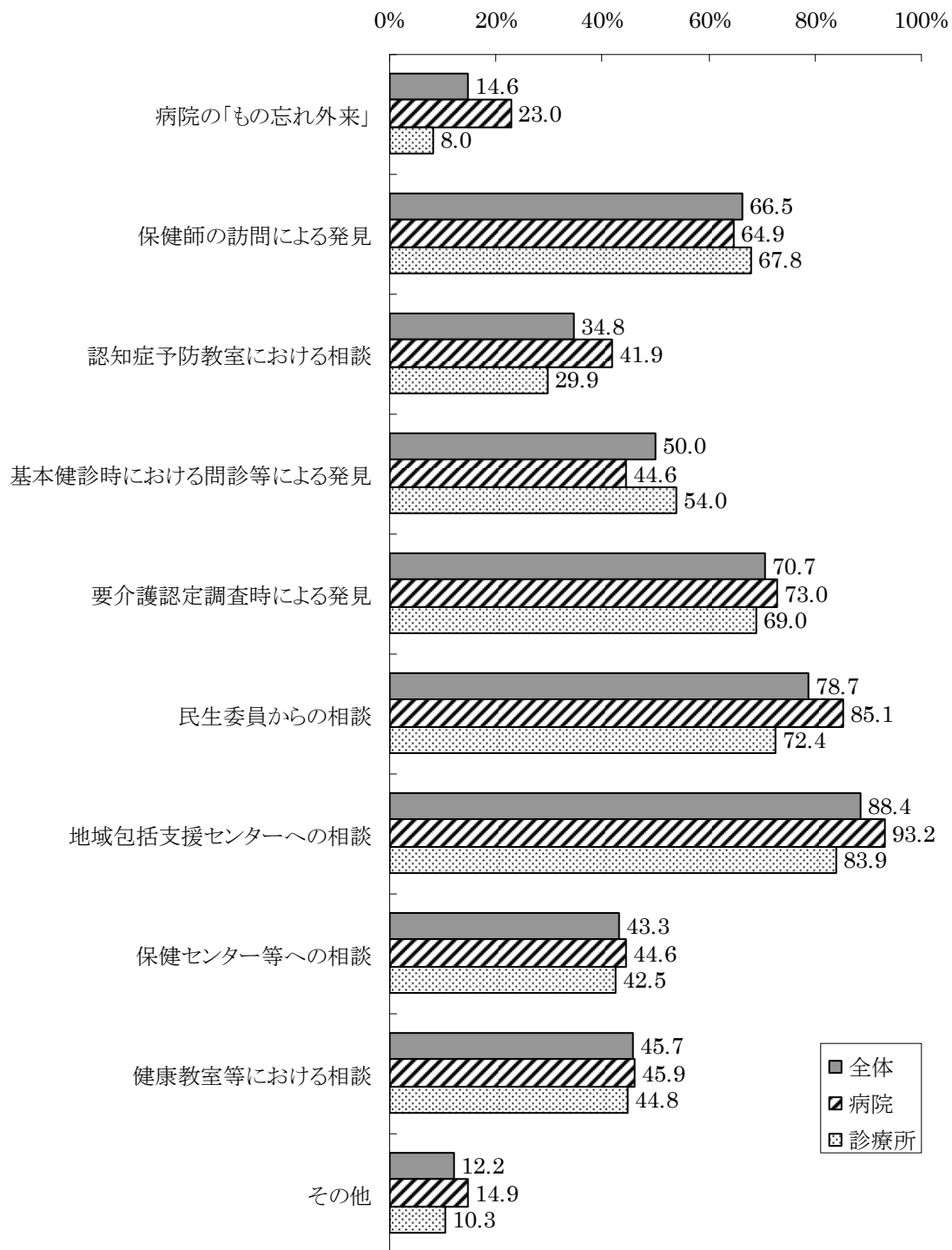
	合計	1	2	無回答	
		実施している	実施していない		
全体	230 100.0	170 73.9	60 26.1	10	
F 属 性	病院	93 100.0	78 83.9	15 16.1	3
	診療所	133 100.0	89 66.9	44 33.1	7
	その他	4 100.0	3 75.0	1 25.0	0

問3(5)家族支援に関する取組実施状況

	合計	1	2	無回答	
		実施している	実施していない		
全体	220 100.0	122 55.5	98 44.5	20	
F 属 性	病院	89 100.0	58 65.2	31 34.8	7
	診療所	127 100.0	61 48.0	66 52.0	13
	その他	4 100.0	3 75.0	1 25.0	0

## (2) 早期発見の取組状況

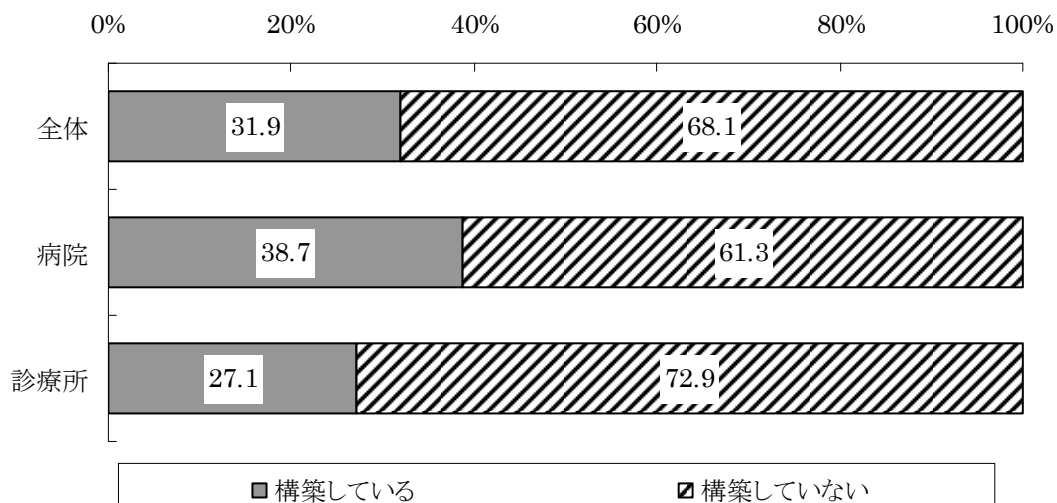
早期発見のきっかけの上位は、「地域包括支援センターへの相談」「民生委員からの相談」「要介護認定調査時による発見」「保健師の訪問による発見」が多くなっている。



## 4. 地域で支える仕組の構築に向けての阻害要因等

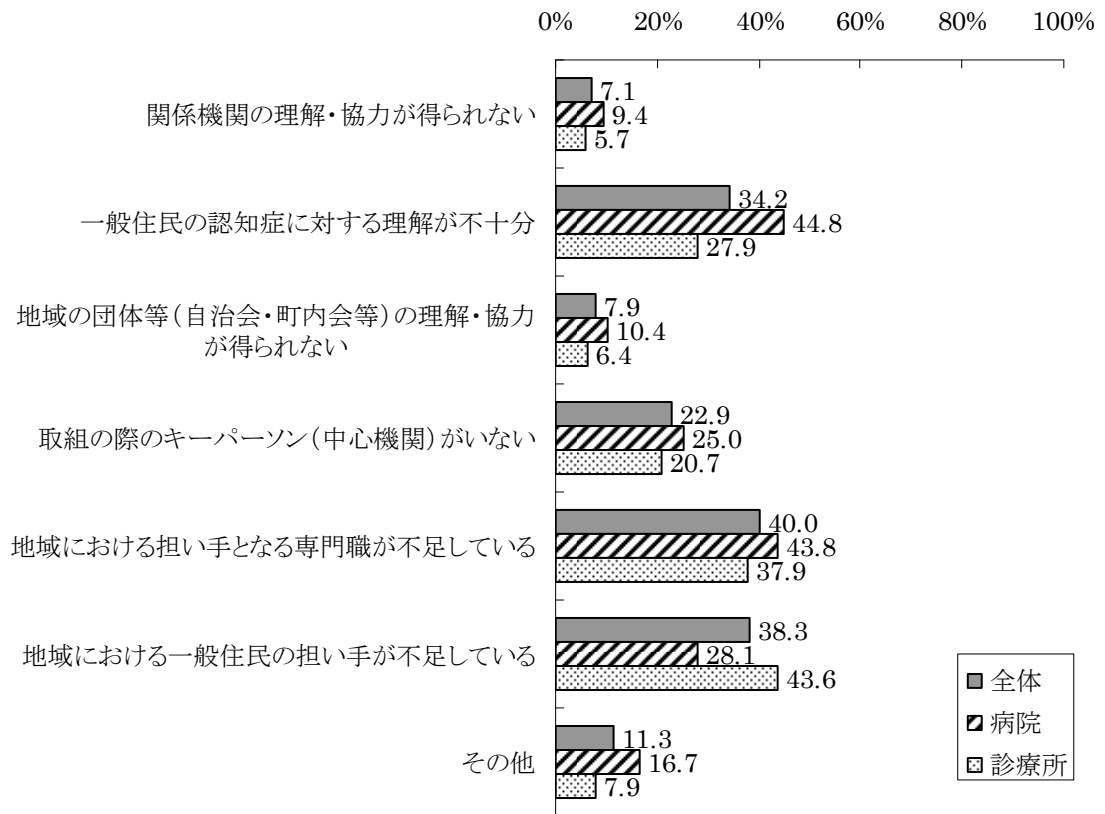
### (1) 仕組の構築状況

地域で認知症高齢者を支える仕組を構築している地域は全体では約3割であった。



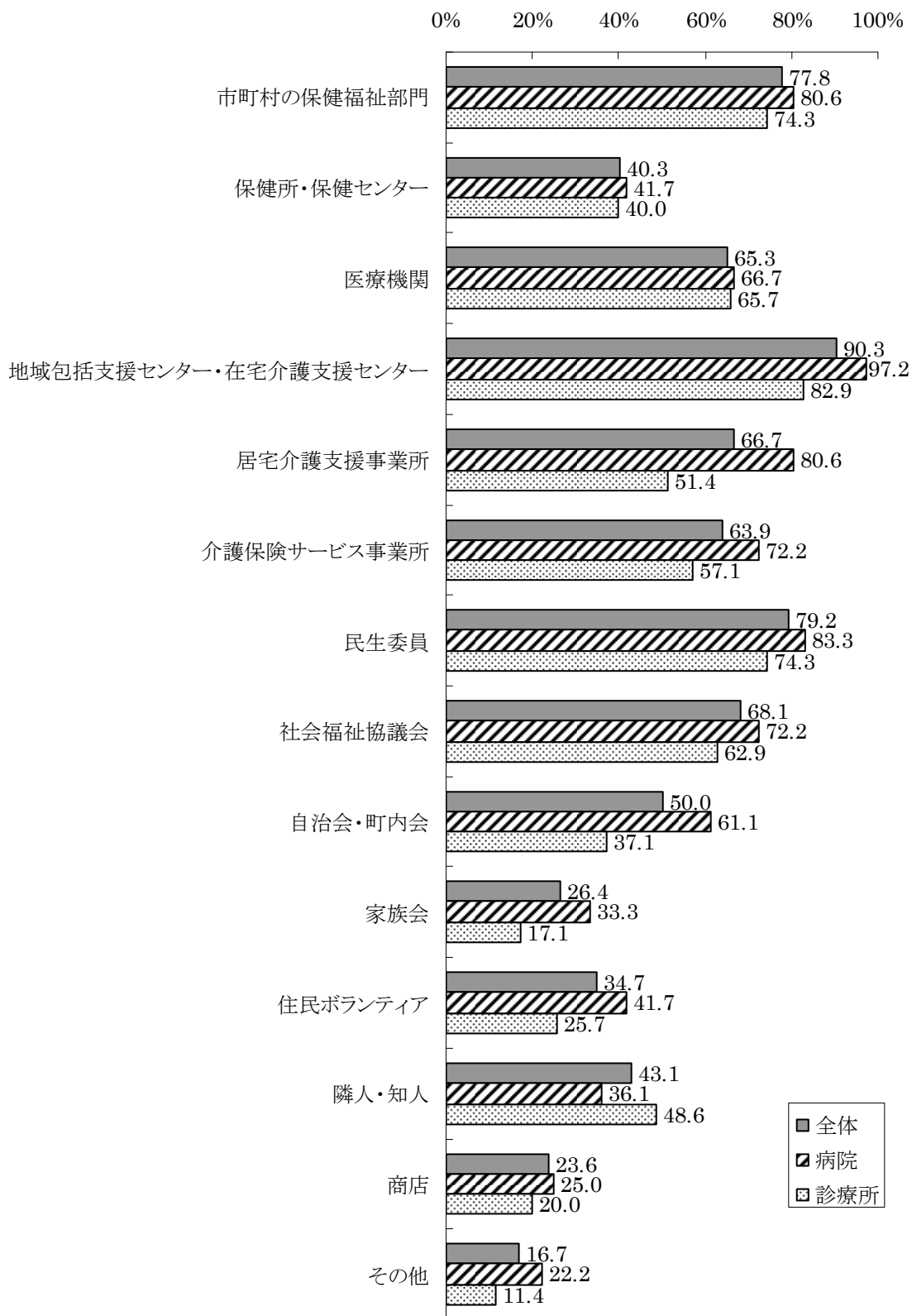
### (2) 仕組の構築の阻害要因

地域で認知症高齢者を支える仕組を構築していない地域における、仕組構築の際の阻害要因の上位は「地域における担い手となる専門職が不足している」「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」の順であった。



### (3) 仕組構築に関わっている機関

地域で認知症高齢者を支える仕組を構築している地域において、仕組構築に関わっている機関は多岐にわたる。



## 5. 具体的な取組事例

- ・保健師…現状把握し、必要な関係機関・家族等へ連絡し、今後の方針について話し合う。
- ・民生児童委員、地域福祉委員…日頃の見守り、相談役
- ・社会福祉協議会…配食サービス、福祉委員を通じて見守り
- ・介護保険利用中の場合 ケアマネジャーが中心となり生活支援サービスを調整

認知症の介護、又、独居での認知症高齢者がおられた場合、近所の方や民生委員さんから、その地域の保健センターの保健師、又、地域包括支援センターへ連絡が入ります。地域包括支援センターでは、どのような状況であるのか、事実状況確認のための訪問（アセスメント）し、地域の方、家族の方、主治医の先生、かかわっておられる方からも情報を集め、その人に一番何が必要か考え、課題分析し、具体的に問題解決のために動いていきます。特に当町の場合、精神科病院があるため、連携をとり、早期に医療ルートにのせていくよう働きかけます。その後は医療系介護系等のサービスにつなぎ、地域の人とも協力し合い、見守っていただけるよう働きかけていっています。

山間部で二十年近く独居生活していた男性高齢者。地域・民生委員の日常的な見守り、援助あり。亡くなった「妻がいる」とデイや役場で訴えるなど幻覚等症状が悪化。受診を勧めるが、本人・家族が必要性を感じていない。介護サービスの利用も拒否。その後、警察へも幻覚・被害妄想を訴え、警察が見守りを開始。ケアマネから家族へ働きかけるが、暴言・状態の悪化から、関わりを完全に拒否。包括が各者の関わり等情報を集約。医療機関へ働きかけ、内科診察室で精神科医が診察し、投薬にこぎつけるが薬への不安感からか服薬せず。保健所も同伴訪問を開始。本人の身体能力が低下し、食事も摂らず衰弱したことから入所となった。各機関や地域の多大な協力が得られ、ギリギリまで在宅で生活できたが、家族の協力があれば、もう少し本人も安心して生活できたのでは…と思う。

地域包括支援センターの地域の窓口として福祉あんしんサポートセンターを設置し、職員が個別の相談に応じて適切なサービスにつなげたり、民生委員や自治会をはじめとした地域で、支えあい活動をしている人や、組織・かかりつけ医・ケアマネジャー・もの忘れ外来とのネットワーク強化に努め、認知症の疑いのある人の早期発見を予防・悪化防止につないでいる。

病院に定期受診している中で認知症の症状が発症。ご近所の方々の関わり・見守りの中で、地域包括支援センターが中心になり、町外のご家族と連絡をとっていた。ご本人・ご家族・主治医・包括との連携で、地元のグループホームも交え、利用が決定した。  
※子供達が、ご本人と関わることは少なく、ほぼ、地域の支援に頼っているのが現状であった。

90才 女性 ひどい物忘れ（通帳、錠等） 片付け、ゴミ処理、調理ができなくなったことにより介入を開始した。

- ・包括支援センター：要支援から要介護に移行した際の申し送り 緊急通報システム導入
- ・配食サービス：1日2食（昼・夕）のおかずの配食
- ・訪問介護：1日2回（朝・夕）の生活援助 服薬の声かけ、見守り
- ・訪問看護：身体状況の観察、緊急時の対応
- ・訪問診療：月1回の往診、投薬
- ・通所サービス：通所リハビリ 1回/週、デイサービス（認知症対応）2回/週
- ・福祉用具貸与：介護用ベッド
- ・民生委員：敬老会等への参加の呼びかけ、当日のお世話

<p><u>地域包括支援センター</u>：日常生活の状況確認に自宅訪問し受診の必要性があれば病院へ連絡。  介護の必要性あれば介護申請の手続き。  <u>民生委員等、日頃関わっている人たちからの情報収集。</u></p> <p><u>居宅介護支援事務所</u>：<u>地域包括支援センターと連携とりながら、本人のニーズや必要に応じたケアプランを立案</u></p> <p><u>介護保険サービス事業所</u>：介護保険サービスの提供（ヘルパーやデイサービス等）</p> <p><u>病院</u>：<u>ケアマネジャーと連携とりながら、必要に応じ受診の調整。入院時の対応。</u></p> <p><u>民生委員</u>：日頃の安否確認など見守り。必要に応じ、地域包括支援センター等へ連絡。</p> <p><u>近所の方</u>：見守り</p>
<p>包括支援センターのヘルパーが、朝・夕の1日2回投薬を兼ねて訪問し、状況を把握している。</p> <p><u>変化の都度、家族に連絡し、家族・民生委員・ヘルパー等を集め会議を開いている。</u></p>
<p><u>みまもりのわ協力隊が地域の困りごとを地域包括へ連絡。</u></p> <p><u>みまもりのわ協力店では、認知症の買い物をサポート。</u></p>
<p>認知症高齢者の方の独居生活（男性）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>ケアマネジャー</u>：本人の介護保険ケアプラン作成</li> <li>・<u>デイサービス</u>：入浴支援、様子観察</li> <li>・<u>ヘルパー</u>：家事支援、様子観察</li> <li>・<u>ショートステイ先</u>：在宅で対応不可能時の受け入れ</li> <li>・<u>主治医</u>：病状把握</li> <li>・<u>地域包括</u>：<u>ケース全体の把握</u></li> <li>・<u>民生委員</u>：様子観察、見守り、食事（おかずのさし入れ）</li> <li>・<u>ご近所</u>：本人の相談相手、見守り</li> <li>・<u>駐在所</u>：見守り、徘徊時対応</li> <li>・<u>銀行</u>：金銭管理時の相談、協力</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・町外にキーパーソンとなる娘さんがいるIさん</li> </ul> <p><u>地域包括（ケアマネ）、ヘルパー、デイサービス職員</u>が関わっている。ヘルパーは娘さんの希望もあり、固定（同じ人）したヘルパーが派遣され、なじみの関係を築いている。デイサービスも古民家を改造した家庭的で少人数の事業所を選び適応しやすいようにしている。以前は利用日をよくまちがえていたが、担当者たちの声かけ等により改善した。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>家族と絶縁しているMさん</u></li> </ul> <p>本人から役場への相談がきっかけで、金銭の搾取を中心とする近隣者による虐待の実態を把握。警察も当初は関わった。<u>地域包括が中心となり、自立支援事業、介護保険認定からサービスの利用まで支援体制を整え、一方では、親族探し、成年後見制度の検討など行った。</u>ヘルパーとショートステイの併用で安定した生活ができるまで半年の期間を要した。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>機関は地域包括支援センターが中心となっている。</u></li> </ul>



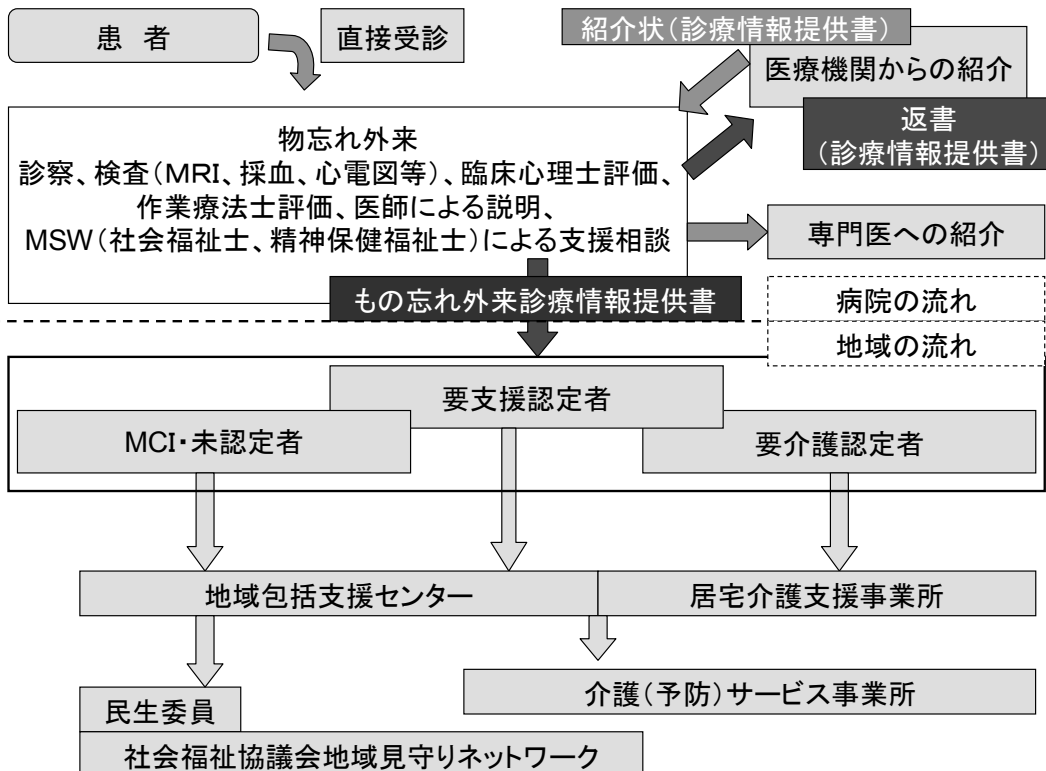
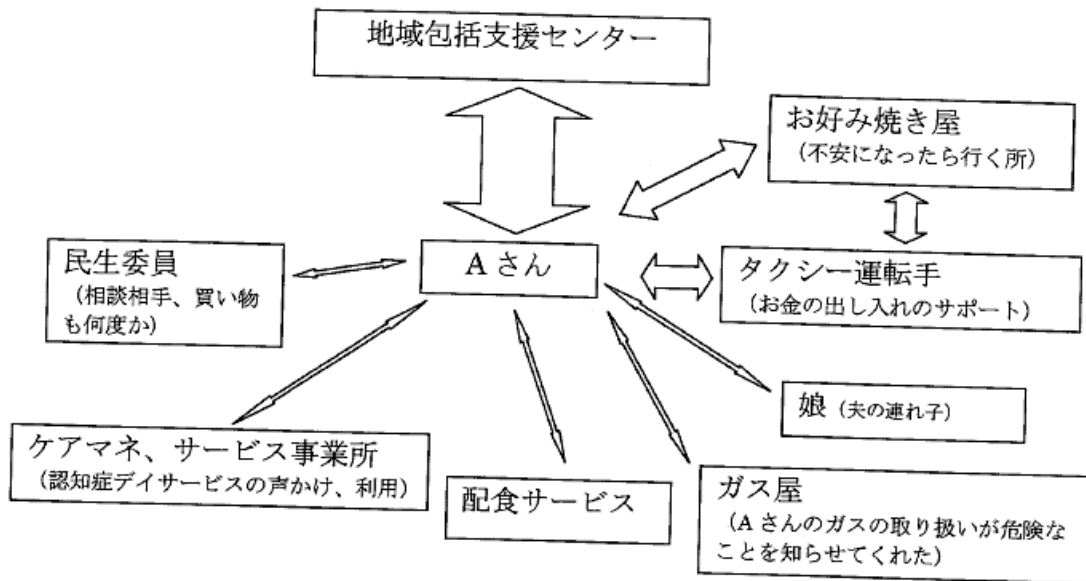
事例) 身寄りもなく独居のA氏、女性、73歳

地域住民より「生活ぶりが気になる」と地域包括支援センターに情報提供あり。

包括が地区の担当の民生委員にも連絡して関わりが始まる。

最初は被害妄想が強く、他人を寄せ付けず生活や認知の把握が困難であったが、金銭管理ができず問題が発生したのをきっかけに制度(かけはし)の活用を行った。そして精神科受診、介護保険の申請、制度の利用と少しずつ支援が入れるようになり、その後生活保護の受給手続きを行い、現在はグループホームへ入居。成年後見の申し出を行っている。

【地域包括センターを中心に、民生委員、社会福祉協議会、国保直診、役所(介護保険課ほか)介護支援専門員等、親類、隣人(タクシー運転手、お好み焼き屋さん、ガス屋さんなど)】



## 第4章

地域における

認知症ケア・ネットワークの

構築への取組～モデル事業～

---

---

# 1. モデル事業の内容

---

## (1) 事業の目的

地域資源が連携した認知症高齢者に対するケア・ネットワーク構築への意向がある地域において、実際に地域資源のネットワーク化に取り組んでもらうことにより、地域が一体となって認知症対策を推進することのモデルを提示し、多くの地域で取り組めるための普及啓発を行うことを目的として実施した。特に、地域資源への働きかけに注力し、地域全体での関心度合いを向上させることを目指した。

## (2) 事業の内容

各地域においては、下記の5つのステップに沿って事業を進めた。

### Step1：地域における関係機関の連携の仕組づくり

地域において、関係機関が連携を図るための組織を組成。その際、既に地域内にある組織等における取組が可能な場合には、既存の組織を活用。ただし、認知症高齢者のケアという面からみて不足している人材・機関等がある場合には、メンバーを適宜補充。

### 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
- ・認知症ケア・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。

### Step3：モデル事業実施に当たっての討議

Step2の地域分析が終了した段階で、地域分析の結果や課題の確認、今後の取組方針について議論。

### Step4：モデル事業の実施

認知症高齢者の家族会の立ち上げや、関係機関等によるネットワークの構築を進め、その過程を記録。また、実際に地域の関係機関がネットワークを構築した上で認知症高齢者のケアを実施した場合には、その具体的な内容等を記録。

### Step5：モデル事業実施の効果の把握

実際に関わった関係者の「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。

## 2. 北海道・奥尻町地域包括支援センター

### (1) モデル事業実施体制

実施体制の 状況	組織名	奥尻島地域ネットワーク事業（仮）打合わせ会議
	既存組織の 活用の有無	<input type="checkbox"/> 既存の組織を活用 <input checked="" type="checkbox"/> 本事業のために新たに組成
メンバー (所属・職種等)		町役場職員 町役場所属保健師 駐在所警察官 消防署所属消防士・救急救命士 地域包括支援センター所属保健師・主任介護支援専門員、 地域コーディネーター
活用可能な地域資源		<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： <input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input 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： <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 type="checkbox"/> 住民ボランティア <input type="checkbox"/> その他

### (2) 取組に当たっての課題・取組の方向性等

<p>◆地域の力を育て、認知症に特化しない、高齢者の生活を支えるためのネットワークの構築が必要。</p> <p>◆その際、見守りが必要であるという意識は、“見守る側”だけでなく“見守られる側”にも必要である。</p>
--

#### ①課題・方向性

- ・既存の認知症対策事業においては、予防事業、早期発見事業、啓発事業ともに参加者の偏りがあつたり、地域差が生じている。
- ・また、相談対象者がいても、相談をしに行く人（家族等）がいないことから、相談に結びついていない。
- ・現状では、介護保険サービス利用者についての連絡・連携は、地域包括支援センターを

中心に、比較的スムーズに行われている。

- ・ 今後は、地域の中の既存のコミュニティ等を活用した多機能ネットワークの整備が必要であるが、同時に地域から情報が上がってくるようなシステム作りが不可欠である。そのためにも、人材の確保や地域の理解、さらには個人情報の取り扱いについて検討していく必要がある。

## ②参集者の感想

- ・ 見守りが大切であるという認識は、対象者となる高齢者自身にも必要である。
- ・ 認知症という問題だけに特化しないシステムを作らないと、島では多くのネットワークシステムの乱立は非現実的である。
- ・ 担い手が残る島であるかは不安であるが、モデル事業のような機会がないと、情報の共有に関する課題が見えなかったかもしれない。
- ・ 行政にやらされている、というシステムだと続かないので、地域を育てていく必要がある。

## (3) 取組の経緯

### ①ネットワーク構築に向けての会議等

第1回	
議題	<ul style="list-style-type: none"><li>■ 各部局等での高齢者支援対策について（情報交換と課題共有）</li><li>■ 今後の方向性について</li></ul>
議事要旨	<ul style="list-style-type: none"><li>■ 地域包括支援センター実施の実態把握調査について説明</li><li>■ 警察・消防の高齢者支援対策について<ul style="list-style-type: none"><li>・ 警察では、オレオレ詐欺など事例に応じて訪問や講演等を実施している。特に年間計画はないが、気になるケースをその都度訪問。</li><li>・ 消防では、火災報知機や消化器の啓発などで訪問等を実施。</li></ul></li><li>■ 高齢者情報の把握・共有について<ul style="list-style-type: none"><li>・ 警察が有している情報は個人情報の制限があり提供が難しいが、地域側からの提案であればケース会議等への出席は可能（現在も地域包括支援センターからの提案でケース会議に出席することもある）。</li><li>・ 防火等の相談を受ける中で認知症が疑われるケースもあるが、事例の問題が解決すると関わりが終了してしまう。また独居等の高齢者世帯の情報も不足している。</li></ul></li><li>■ 今後の方向性について<ul style="list-style-type: none"><li>・ 業務上の制約はあるが、情報の共有は必要。</li><li>・ 町内に複数のネットワークをつくるのではなく、総合的なネットワークを構築できないか。</li><li>・ 他市町村の取組の内容も共有したい。</li></ul></li></ul>

第 2 回	
議題	<p>■各町の高齢者支援ネットワーク整備の状況について</p>
議事要旨	<p>■奥尻町からの報告</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・平成 21 年度に各種健診事業や各種相談事業、保健事業等で会わなかった高齢者の全戸訪問調査を実施（391 世帯、516 人が対象）。この情報を、生活実態を反映した高齢者のデータベースとして、高齢者を取り巻くネットワークづくりの基礎資料として活用する。</li> <li>・課題は主に三点。①島に子どもなど親族がいない高齢者が増加し、居住する地区の住民同士で支え合っている状況である。②一戸建ての持ち家に高齢者のみで生活している世帯が多く、生活の場の維持に不安を抱える一方、町の入所施設は待機者が過多の状況である。③介護予防事業や各種健診・相談事業を利用する高齢者が偏っている（個人・地区の偏り）。</li> <li>・これらの課題の解決に向けて、地域の課題を具体化し、奥尻町の高齢者のニーズにあったネットワークの構築やサービスの充実・整備に取り組む。そのために、必要なマンパワーの確保や高齢者自身の介護予防への動機付けに取り組むとともに、檜山管内の他町の取組についても情報共有し、連携を強化する機会を設けていく。</li> </ul> <p>■檜山管内での共通の課題等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・これまでは個別対応、緊急時のみの連携で解決できてきたが、今後は関係機関を日常的に結ぶ体制づくり、ネットワーク化が必要。それは、地域の実情に合わせた「系統立った」「使える」「一本化された」ものであることが必要。</li> <li>・ただ、その重要性は感じているが通常業務が優先されがちである。</li> <li>・また、ネットワークの構成機関やメンバーが限られてしまったり、他の組織等を重複してしまうことから、マンパワー育成も課題である。</li> </ul>

※第 1 回は「(1) モデル事業実施体制」に示した町の関係機関等が参加。第 2 回は、檜山地区で行われた「第 1 回地域包括支援センター檜山広域連合会議」で、檜山地区の地域包括支援センター職員が参加。

## ②本事業における具体的事例

対象者属性	70歳代 女性 独居 認知症自立度Ⅲ（介護認定未申請）	
認知症ケアの対象となった経緯	地域包括支援センターへの情報提供 ・近隣からは「被害妄想や徘徊を含む症状がある」 ・町役場の福祉係からは「やり取りの中で認知症が疑われる」	
連携を取った機関	<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： <input checked="" 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 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 checked="" type="checkbox"/> その他（警察、消防）	
キーパーソン	地域包括支援センター保健師	
対象者の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括支援センターはこれまで数回訪問していたが、その際は、近隣の友人と交流し、元気に過ごしていた。</li> <li>・近隣から、また町役場の福祉係から同時期に地域包括支援センターに相談があり、保健師が訪問し、状況把握、家族への連絡、サービス調整、受診調整等を実施。</li> </ul> ⇒火の始末等、心配が多いため、警察、消防、民生委員、町役場等の協力で24時間体制の見守りを実施。	
地域資源の関わり	医療機関	町内の国保病院は、初期診療、医療面からのアドバイス。町外の病院は受診に当たってのアドバイスと長期的な展望等のアドバイス（MSWから）。
	町役場	民生委員、道庁との調整
	道庁	生活保護に関する調整
	介護保険サービス事業所	介護保険サービス利用の準備（デイサービスやショートステイ等）。本人がサービス利用を拒否していたため、その対応も。
	住民ボランティア	食の支援
	警察・消防	パトロールならびに緊急時対応
	地域包括支援センター	全体調整
関与が望まれる職種	医療面での相談専門職が必要。本事例では、地域包括支援センターの保健師がその役割を担った。	

#### (4) 取組の結果：関係者の意識

- ◆独居世帯の増加等により、ネットワークだけでケアが進むケースも増加しているの  
で、ネットワークは不可欠。
- ◆ただし、職種・職域によってネットワークに対するニーズが異なるので、共通認識  
をもつことが必要。
- ◆対象者の発見については、地域の力が不可欠であるが、認知症の判断等については  
どうしても専門的知識がないと難しい。

##### ①認知症ケア・ネットワーク構築に当たって苦労した点

###### 【連携体制の構築】

- ・近隣に子や親戚が不在という特性を背景に、ネットワークによる支えのみでケアが進む  
ケースが増加していることから、多機能で一本化された支援ネットワークの必要性を再  
認識させられた。
- ・他機関との意思の疎通。地域を巻き込んだネットワークづくりが望ましいが、その難し  
さを感じた。職域ごとにネットワークに対するニーズに格差があるだけでなく、住民や  
地域の意識もまだ低い。
- ・個人情報の取扱について、情報提供の範囲と内容を決めておく必要がある。
- ・認知症だけでなく、災害弱者としての高齢者、健康を保ちにくい高齢者と考えても、ネ  
ットワークは必要。
- ・専門医の不在と地域の担い手が不足している。
- ・地域の担い手やパワーをもつ人材の育成が必要。

###### 【対象者の発見】

- ・行政の力だけでは見落としもあると思うため、地域・コミュニティの力が必要。
- ・対象者と判断し、相談するかどうかについては、専門的知識がないと難しい（人権との  
兼ね合いもある）。
- ・事前情報がないと、緊急要請時に対応できない。
- ・予防、早期発見の取組が後手になっている。
- ・島の特性として、ケース（認知症であること）を隠す傾向もあるのではないかと。



## ②モデル事業に参加して感じたこと

### 【ネットワーク構築の必要性について】

- ・ネットワークの構築自体を目標にするより先に、全体の意識の高揚が必要。
- ・相談すること、他機関と連携することで、ケースと家族に良いケアにつなげることができると分かった。
- ・これまでつながりの少なかった警察や消防との連携のきっかけがつかめた。

### 【今後の取組に当たって】

- ・住民、地域の力の底上げが必要。ニーズの内容に差はあるが、どの関係機関においてもネットワークの構築には前向きであり、だからこそ、住民意識の向上が大切である。
- ・連携する機関の中で、認知症についての学習の機会が必要。
- ・事前に情報を得ていないと、対応が後手になってしまう。ケア・ネットワークも大切であるが、まず情報把握が必要。
- ・予防・早期発見の取組が必要。
- ・近隣の町にも同様のニーズがあるので、それらの取組も参考にしながら、先駆的な取組をしていきたい。

### 3. 北海道・京極町国保京極病院

#### (1) モデル事業実施体制

実施体制の 状況	組織名	認知症ケア・ネットワーク事業
	既存組織の 活用の有無	<input type="checkbox"/> 既存の組織を活用 <input checked="" type="checkbox"/> 本事業のために新たに組成
メンバー (所属・職種等)		国保京極病院看護師 国保京極病院事務 民間病院所属医師 京極町健康推進課所属保健師 京極町健康推進課所属職員 居宅介護支援事業所職員 地域包括支援センター所属保健師 地域包括支援センター所属職員 通所介護事業所職員 訪問介護事業所職員 社会福祉協議会所属職員 健康推進員 福祉委員 消防
活用可能な地域資源		<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： <input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input 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： <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 checked="" type="checkbox"/> その他（インフォーマル組織）

## (2) 取組に当たっての課題・取組の方向性等

- ◆地域包括支援センターが中心となって、専門職だけでなく地域も参加したケア会議が必要であるが、その場合のルールを決めておくことも大切である。
- ◆関係機関、地域の方々の関心も高いので、自分の望む支援と相手が望む支援が一致させられるよう、症例の検討を重ねながらルールを作っていくことが望ましい。

### ①取組の方向性

- ・現在は、地域包括支援センターが中心になり、社会福祉協議会が事業を行っている介護保険サービス事業所との連携だけである。
- ・地域包括支援センターが中心となり、医療機関、町役場、町内会（地域）、介護保険サービス事業所が関わってケア会議を設置したい。
- ・各セクション、地域の方が気が付いたことは、必要な情報であるかは別として、地域包括支援センターに集中させていく。
- ・地域の方がケア会議に参加した場合の心得など、具体的なルールを作ることも必要である。
- ・具体的に地域の認知症の方やその家族を支援する場合、支援する側と支援される側の距離感をどうとればいいのか課題である。自分の望む支援と相手が望む支援とは必ずしも一致しないので、何度も症例の検討を重ねながらルールを作ることが望ましい。

### ②参集者の感想

- ・寒い、夜間の会議にもかかわらず、出席率が高く、参加者の関心の高さを感じる。認知症に対して、「自分もなるかもしれない」という気持ちと、「自分も何かの役に立てるのではないか」という気持ちが、参加者一人ひとりから感じることができる。
- ・近隣の倶知安厚生病院の医師にも関わってもらっているので、認知症に関する医学的な勉強もでき、具体的な症例も検討するので、より自分のこととして考えられるかもしれない。
- ・勉強会の中で、「他の人を大切にしてきた方は、認知症になっても大切にされている」という話を聞いて、改めて自分自身の生き方を振り返る場面もあり、自分の生き方から町づくりへと幅の広がりを感じる。
- ・モデル事業終了後も、焦らず、せっかくの機会を生かして取り組んでいきたい。

### (3) 取組の経緯

講演会	
議題	<p>■講演会「みんなで取り組もう認知症ケア」            講師：栗栖美知子氏            広島県安芸太田町保健師            アドバイザー：前沢政次氏            北海道大学名誉教授 倶知安厚生病院総合診療科医師</p>
議事要旨	<p>■講演会「みんなで取り組もう認知症ケア」</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・安芸太田町地域包括ケアシステムの概要              住民が主役、統括センターがマネジメント、医療・福祉施設がサポート</li> <li>・日本一の健康づくりの町宣言への取組みについて              病院を核にした保健・医療・福祉の包括的なサービス提供を一層推進する中で、これまで町が全国に取り組んできた運動による健康づくりを進め、町民はもとより健康づくりと言えば安芸太田町という全国ブランドを確立します（長期総合計画より）</li> <li>・安芸太田町保健事業について</li> <li>・安芸太田ウォーキング大会について</li> <li>・フリートーク             <ul style="list-style-type: none"> <li>・個と個をつなぐ「気」が大切。家族は「その気」で繋がっている身近な集団</li> <li>・寄り添うことが大切</li> <li>・味方かどうか・・・空気で感じる暖かさ</li> <li>・役者に負けない演技も大切</li> </ul> </li> </ul>

第1回	
議題	<p>■認知症ケア・ネットワークの進め方について</p> <p>■勉強会「認知症ってどういうもの？」            講師：土田正一郎氏            倶知安厚生病院精神神経科主任医長            前沢政次氏            北海道大学名誉教授 倶知安厚生病院総合診療科医師</p>
議事要旨	<p>■認知症ケア・ネットワークの進め方</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業目的は『「認知症はみんながなるんだ！」という理解のもと、認知症になっても暮らし続けられる、支え合える地域を作る。そのために、自分たちが認知症を理解し、自分たちに何ができるかを考え実践していく。』</li> <li>・勉強会を中心に会議を開催              「認知症ってどういうもの？」              「認知症になったら何が困る？」（本人・家族・地域など）              「地域で暮らすために何が必要か？」「自分たちにできることは何か？」</li> </ul> <p>■勉強会「認知症ってどういうもの？」            「認知症とは」「認知症の定義」「認知症と加齢に伴う認知機能低下との違い」「認知症に伴うもの忘れと加齢によるもの忘れの違い」「せん妄との鑑別」「うつとの鑑別」「認知症を有する高齢者の将来推計数」「いわゆる</p>

	若年性認知症とは」「認知症に対応する薬は？」「認知症の予防は？」介護者のメンタルヘルス」
--	--

第 2 回	
議題	<p>■勉強会「認知症になったら何が困る？」(本人・家族・地域など)  講師：土田正一郎氏  倶知安厚生病院精神神経科主任医長  豊島邦義氏  倶知安厚生病院精神神経科医師  前沢政次氏  北海道大学名誉教授 倶知安厚生病院総合診療科医師  吉永智彰氏  研修医</p>
議事要旨	<p>■グループディスカッション：下記のような事例についてグループごとに何が問題か？、解決策は？、等について話し合った。</p> <p>【事例① 80歳・男性】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・昼間は週に4～5回デイサービスに通っている。</li> <li>・デイサービスでの様子を聞くと穏やかで落ち着いており、他の利用者とのトラブルは何もないとスタッフから言われている。</li> <li>・しかし、夜になると大変元気になり、一晩中活動して眠ろうとしないことが一日おきくらいにある。</li> <li>・介護者は夜もおちおち眠れなくて困っている。</li> </ul> <p>【事例② 78歳・女性】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・昼間は嫁と二人である。</li> <li>・同じことを何度も尋ねたり、火を使っては火事になりそうになったり、嫁に対して急に怒り出したりする。</li> <li>・そこで、デイサービスを利用して昼間の家族の負担を減らそうという案が介護支援専門員から提案された。</li> <li>・デイサービスを始めようと本人に話したが、「そんな所には行く必要が無い」「私をどこかにやっってしまうつもりか」と怒ってしまい、話にならない。</li> </ul> <p>【事例③ 82歳・男性】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・夜は大体早く床に就く。</li> <li>・夕食を18時頃食べ終わると、ほとんどすぐ寝てしまう。</li> <li>・ところが家族が寝ようとする23時から24時頃になると起き出して、「おはよう」などと言ったり、寝かそうとしても「眠くない、朝がきたらみんな起きなきゃいかんだろう」と逆に怒ったりする。</li> <li>・家族が付き合っただけで起きていると、そのまま朝になってしまうこともある。</li> <li>・家族は眠いし疲れるし、体調を崩しそうになっている。</li> <li>・どうしたらずっと眠ってくれるのだろうか。</li> </ul>

第 3 回	
議題	<p>■勉強会「地域で暮らすために何が必要か？」 「自分たちにできることは何か？」 講師：土田正一郎氏           倶知安厚生病院精神神経科主任医長           豊島邦義氏           倶知安厚生病院精神神経科医師           前沢政次氏           北海道大学名誉教授 倶知安厚生病院総合診療科医師</p>
議事要旨	<p>■グループディスカッション：下記のような事例についてグループごとにA氏が地域で生活するには何が必要か等について話し合った。 【事例 A氏 75歳・男性】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・A氏は65歳まで働いていたが、引退後は自宅で家庭菜園をする程度であった。妻と二人暮らしで、二人の子どもは長男（38）は大阪で会社員、長女（36）は少し離れた場所で公務員をしていた。それぞれに家庭をもち、年2回くらいの頻度で帰省していた。</li> <li>・A氏はもともと非社交的な性格で、地域の町内会の役員などは引き受けないタイプであった。</li> <li>・昨年6月、妻が心筋梗塞で突然亡くなった。大阪にいる長男と一緒に暮らそうと誘ったが、「大阪には行きたくない」と拒否した。「まだまだ元気で一人でもやっていける」と一人暮らしを宣言した。</li> <li>・住み慣れたところがいいのだろうと家族も納得し、A氏の一人暮らしが始まった。最初の頃は心配で時々様子を見に行っていたが、家の中も片付いていた。</li> <li>・久しぶりにA氏の家に行ってみると、元気そうに迎えてくれたが、部屋は万年床で台所も片付いていなかった。「山田さん、お久しぶり」と挨拶をしてくれたが、私は山田ではなく鈴木である…</li> </ul>

#### （4）取組の結果：関係者の意識

◆勉強会を重ねることによって、参加者が認知症を身近なこととして捉え、自分なら何ができるかを考えるようになった。

##### モデル事業参加によって変わった認知症への考え方

- ・身近な問題として考えるようになった。
- ・自分で何ができるのかを考えるようになった。協力できることがやってみようと思った。
- ・新聞で認知症に関することに目を通すようになった。
- ・認知症の大変さと、自分にできることは何なのかを考えさせられた。
- ・認知症について無知であったが、勉強したことで少し知ることができ、自分が前向きになったようで、何か協力できるのではないかと思った。
- ・支援者の価値観を押し付けない、本人や家族の価値観を大切にすることを改めて学んだ。

## 4. 秋田県・市立大森病院

### (1) モデル事業実施体制

実施体制の 状況	組織名	健康の丘おおもり包括ケア会議
	既存組織の 活用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 既存の組織を活用 (医療・保健・福祉サービスおよび地域資源の総合調整なら びに医療・保健・福祉サービスを総合的に提供する地域包 括ケア体制の推進を図るための組織) <input type="checkbox"/> 本事業のために新たに組成
メンバー (所属・職種等)		市立大森病院医師 行政所属保健師 介護老人保健施設所属介護士 介護老人福祉施設所属看護師 居宅介護支援事業所管理者 地域包括支援センター所属保健師 地域包括支援センター所属職員 社会福祉協議会所属職員 民生児童委員
活用可能な地域資源		<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： <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他 (インフォーマル組織)

## (2) 取組に当たっての課題・取組の方向性等

- ◆ 認知症を正しく理解し、偏見をもたずに対応できるよう、広く啓発していくことが必要である。
- ◆ 相談から支援につなげる体制作りとともに、認知症キャラバン・メイトや認知症サポーターのフォローアップ体制の構築も必要である。

### ①取組の方向性

- ・ 民生児童委員や地域の様々なインフォーマルな機関が、認知症の方を支えていくという意識をもつ。
- ・ 若い世代の協力。
- ・ 認知症キャラバンメイトや認知症サポーターのフォローアップ体制。
- ・ 他の地区の取組を知る機会をつくる。
- ・ 医師に相談しアドバイスを得られる体制づくり。
- ・ 専門医につなげて、アドバイスと支援を受ける体制づくり。

### ②参集者の感想

- ・ 効果的・有機的に機能するネットワーク体制が必要である。
- ・ 早期発見から連絡・相談できるような体制づくりを定着させる。
- ・ 相談から早急に支援につなげられる体制づくりの確認。
- ・ 認知症を正しく理解し偏見をもたずに対応できるように啓発を図る。
- ・ 認知症を家族の問題だけとして、隠したり家族だけで抱え込まないようにする。

## (3) 取組の経緯

第 1 回	
議題	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ モデル事業の実施体制について</li> <li>■ モデル事業の内容確認・地域分析等について</li> </ul>
議事要旨	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ モデル事業の実施体制について               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 10名の中心的メンバーを決めた。</li> </ul> </li> <li>■ モデル事業の内容確認・地域分析等について               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事業の内容を確認</li> <li>・ 事業に活用可能な地域資源を確認</li> <li>・ 参集者の感想や事業実施上の課題から、認知症に関する地域の意識作りと医療・保健・福祉および若い世代を含めたネットワーク体制の構築を確認。</li> </ul> </li> <li>■ 今後の予定について               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 次回、具体的な取組方針について話し合い。</li> </ul> </li> </ul>



第 2 回	
議題	<ul style="list-style-type: none"> <li>■モデル事業の具体的な事業実施内容の検討について</li> <li>■モデル事業に参加依頼する地域資源について</li> <li>■モデル事業の進め方について</li> </ul>
議事要旨	<ul style="list-style-type: none"> <li>■モデル事業の具体的な事業実施内容の検討について <ul style="list-style-type: none"> <li>・中心メンバーに加え、地域の団体等、幅広くモデル事業への協力を依頼することとした。</li> <li>・事業への協力者を中心に、認知症の基礎知識を得る講話を受講していただき、その後、グループワークにより認知症ケアのネットワーク構築に向けた地域の役割などについて情報交換・意見交換により深めていく。</li> </ul> </li> <li>■モデル事業に参加依頼する地域資源について <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域活動が積極的に行われている小地域（地区）へ参加協力を依頼することとする。</li> <li>・その地域の民生児童委員、福祉協力員、町内会、親子会、老人クラブ、婦人会、消防団、食生活改善推進員、結核予防婦人会等へ依頼することとする。</li> </ul> </li> <li>■モデル事業の進め方について <ul style="list-style-type: none"> <li>・協力を依頼する3地区の先進的取組を話題の中心にして話し合いを進め、それらをまとめて、全市的なケアネットワークに活用できるような提案を目指す。</li> </ul> </li> </ul>

第 3 回	
議題	<ul style="list-style-type: none"> <li>■モデル事業の具体的な事業実施内容の進め方について</li> </ul>
議事要旨	<ul style="list-style-type: none"> <li>■モデル事業の具体的な事業実施内容の進め方について <ul style="list-style-type: none"> <li>・中心メンバーの打合せ、中心メンバーと地域団体との合同打合せ、認知症の基礎知識に係る講話を行った上で、先進事例の発表会、グループワーク等を行う。</li> <li>・地域の実態やそれぞれの問題・課題を出すだけで事業を終らせるのではなく、地域の役割や地域でできること、さらに今後、横手市の認知症対策への提言につなげられるようにする。</li> </ul> </li> <li>■その他 <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域メンバーに公民館長に加わってもらう。</li> </ul> </li> </ul>

第 4 回（中心メンバー打合せ）	
議題	<ul style="list-style-type: none"> <li>■認知症ケア・ネットワーク構築研修会の進め方について</li> </ul>
議事要旨	<ul style="list-style-type: none"> <li>■認知症ケア・ネットワーク構築研修会の進め方について <ul style="list-style-type: none"> <li>・研修会において話題となるような項目を検討。</li> <li>・中心メンバーの役割を確認。</li> </ul> </li> </ul>

第4回（中心メンバーと地域団体との合同打合せ）	
議題	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 認知症を理解する講話の受講</li> <li>■ 認知症ケア・ネットワーク構築研修会の進め方について</li> </ul>
議事要旨	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 認知症を理解する講話の受講 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 参加者全員が、認知症の基礎知識について市立大森病院小野院長の講話を受講。</li> </ul> </li> <li>■ 認知症ケア・ネットワーク構築研修会の進め方について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 話し合いの骨子を確認。</li> <li>・ グループワークの進行役を決定。</li> <li>・ 中心メンバーの役割を確認。</li> </ul> </li> </ul>

第5回	
議題	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 中山間地域における認知症ケア・ネットワーク構築研修会</li> </ul>
議事要旨	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 実践紹介（大森町昼川地区の「小ネットワーク会議」の紹介）</li> <li>■ 全体会 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ グループワークの内容を発表。</li> </ul> </li> </ul>

## 中山間地域における認知症ケア・ネットワーク構築研修記録

日 時：平成23年1月26日(水曜日)13:30~16:00  
場 所：大森町高齢者等保健福祉センター

### 要録紹介

紹介者：大森町星川地区 民生委員

きっかけ

星川地区は、車身高齢者世帯が多く、社会福祉協議会の働きもあつたため。

目的

住民参加の見守り活動を展開し、誰もが長年住み慣れた地域で安心して暮らしていただけるようなネットワーク構築を目指す

参集範囲

地区会長・地区副会長・福祉協力員・老人クラブ・消防団・社会福祉協議会・民生委員

発案内覧

平成21年7月にネットワークを広げるために、車身高齢者8世帯、70歳以上の高齢者世帯の現状を把握して、本人のブライバシーに配慮しながら、皆で見守り活動を続け、地区の行事等への参加を呼びかけて、孤立しないように注意していくこととした。

10月頃、車身者の方が、「銀行から引き出してきたお金が、トイレに行っている間に無くなった」「毎晩男女の人が夜中にやってきて話しかける」「怖くて眠れない」ということで、近所の知人宅に泊まったことがあつた。また、印鑑が無くなり、鞆の着物も持っていていけれど、被害妄想のような話をするようになり、市役所担当者や保健師に訪問を依頼し本人の様子伺いを依頼した。

このケースがきっかけとなり、地域のネットワークづくりに向けて小ネットワーク会議という体的な活動がスタートした。

2回目からは、保健師にも参加を依頼しアドバイスをもらうことにした。

保健師からは、認知症の症状が出てきているみたいだ。本人には病識が無い、一人暮らしの人を医療機関につなげるのは大変だが、連携体制を検討しながら何とか受診できるように方向性を検討した。

小ネットワーク会議では、地域でどう見守っていくかを話し合い、次のことを実施した。  
① 火の元が心配なので、地区の消防団の方に巡回指導をしてもらったらという意見が出され、特に冬季に火災警報器の点検を兼ねながら見回っていただき、安全確認をしてもらうことにした。また、消防署から火災予防のチラシをいただき配布した。

② 地域でできるだけ話し相手に心掛ける。

③ 回覧板等を持っていく際には安全確認をする。

④ 隣近所へ呼びかけ、電灯がつくか確認を依頼した。

⑤ 新聞配達、牛乳配達に変化や何か気付いたことがあつたら知らせたいことを依頼し

た。  
⑥ 冬季の除雪は、隣近所や老人クラブが手伝った。

しばらくすると、「女の人がやってきて、私のお金を持っていった」「マイクで放送する」「警察に通報しようと思った」などと話すようになった。

3回目のネットワーク会議の際は、地域の真摯な把握を依頼していただくため、駐在所の警察官にも参加していただいた。また、本人に対して、何かあつたら願掛けつから安心してよいようにと声掛けを継続した。

本人には病識がなく、何ともないと思っているため、保健師や地域包括支援センターの協力をお願いし、内科的な部分から受診をすすめてもらった。その後介護認定を受け、通院やヘルパーを利用してかなり落ち着いて生活するようになった。

星川地区ネットワーク会議で話し合い、昨年12月には、消防団、福祉協力員、民生委員で車身高齢者世帯を訪問して声掛け運動を実施している。

昔は、向こう三軒両隣がしつかり助け合っていたが、近頃は、核家族化していることや、若い世代は、日中学校や勤めに出ていることなど、隣とも顔を合わせない日が多くなっているという現状である。

大森地区は幸い近くに消防もあり、小野院長の理解があることから、いざと言う時に相談できる場所があるが、まず、地域で認知症を理解し、地域としてどのように見守り体制を作って支えていくかが課題になる。

長年住み慣れた地域で、誰もが安心して暮らされる地域づくりを目指して、地域と関係機関が連携を図りながら、そして、地域の人たちみんなが、その人らしい人生を送ることができるように、星川地区ネットワーク活動を強化していきたいと思う。

### グループワーク

星川地区の実践報告を基にグループワークを実施した。

### 八日町地区グループワークの内容

自分が住む地域に関して、認知症に関しての情報が少なく把握できていない現状である。自分の近所にどんな人が住んでいるか、把握する為には、まず隣近所の構築、集落の結びつきが必要である。

しかし、情報を得る為には、「個人情報」がネックになっている。

行政の手助けも必要である。

認知症になってからでは遅いので、引きこもりになる前に町内会等の行事を行い、外に出るきっかけを作りたいと思う。先になつて皆を引っ張ってくれるリーダーが必要である。また、今後は1人暮らしの緊急時の連絡網の作成や安心安全マップ等作成していきたい。

八日町では新しい団地とのかわりが少なく、町内会の新加入をすすめていく。特別な事をするのではなく、普通な事を普通に行っていく。身近な取り組みやよいことを行っていけば良いと思う。例えば、認知症サポーター養成講座など勉強会を開く。

行政側から

認知症に対しての知識があればまた、対応の仕方も違う。

認知症に対して知識を得る為には、要望があれば、出向いて認知症等行い情報提供していきたい。

### 前田地区グループワークの内容

前田地区は各沢で地区が分かれているが、それぞれの地区に認知症の問題の存在を知った。  
《前田地区の事例から》

同居家族がいる場合は、入り込めない。

家族は知られなくないと思っている。

介護について相談したいと思っている。

認知症に関しての理解が足りない。

社会資源（相談窓口・サービスの種類等）を知らない。

冬の間の徘徊はないと思うが、春にはまた徘徊し始めると思う。

買い物に來ても勘定がわからない。

妄想があり、隣近所を襲うので、誰も寄り付かず孤立している。

物を盗られた。と、あちこち電話して訴える。

民生委員の負担が大きい。

閉じこもりを防止……………②

①

### 《何ができるか》

・同居家族がいる場合は、その状況を踏まえた上での見守りをする。

・民生委員は負担を抱え込まず、地域包括支援センターを含む行政や、社協、近隣の協力を得る。

①各会館で勉強会を開催する。（相談窓口、サービスの種類、認知症サポーター養成講座）

②早いうちに何かに加入して、活動を始めることが鍵！

☆老人クラブへの参加を呼びかける。60代の人たちは中々加入したがらない。60代の人たちが入りやすいように「若手委員会」を作る。

☆前田の公民館行事（卓球・スマイルボウリング・書道・健康の駅の体験）への参加を呼びかける。

☆前田には八咫木節など伝統的なものもあるので、存続に力を借りる。

⇒生きがいを感ずる場作り！

### 神成地区グループワークの内容

約60世帯の大きな地域であるが、同居家族がほとんどである。地区の中で認知症に関わる事例はないが2件不安なケースが出された。

### ケース①

・おばあさんから民生委員へ家族から虐待を受けているという相談があった。

↓

・民生委員が初回し状況を確認した。

↓

・おばあさんは、同じ事を何度も繰り返す。また、現実にはありえないこと（ネズミが出てきた）を話す。

↓

・家族がいるので、家族を含めた話し合いが必要であったが、新興宗教との関係があり、入り方が難しかった。また、家族がどの程度理解しているのか分からない。

↓

・内科の英恵で定期通院しているようなので、保健師からかかりつけ医へ相談し、情報提供

してほしい。そこから病状等聞き受診に結びつける。

### ケース②

以前からあまり仕事をしない80歳のおじいさんで、夜中になると近所や家のまわりや畑を電灯を点けて歩く。家族は認知症ではないと言っている。

### 認知症の人や家族を支え、支援する地域資源は何か

老人クラブ

婦人会

民生児童委員

消防団班長

福祉協力員や行政協力員の支援も期待されるが、持ち回りで毎年交代となることが課題

地域でできること

・今日集まったメンバーで、気になる人を見守っていく。（情報交換しながら）

・地域の役割を交代するときには引継ぎをきちんとして見守る体制を継続できるようにする。

・情報交換しながら、みんなで見守るという体制が大切。

・必要に応じて行政へ相談すること、また、相談するタイミングを逸さないようにする。

・認知症サポーター養成講座や勉強会などを開き、認知症を理解する。

・認知症を見守る時は、地域の中でも情報の共有が必要であるが、噂話や興味本位な話題にしないようにしなければならない。

何か認知症のことで困った事例が出てきたら、プライベートや個人情報の取り扱いは注意しながら、このメンバーで集まって話し合ってもらおう！！

#### (4) 取組の結果：関係者の意識

- ◆地域資源に関する情報を把握することがネットワーク構築に当たっては不可欠である。そして認知症を理解することが早期発見にもつながるが、その際の連絡先等を広く周知しておく必要がある。
- ◆モデル事業を通じて、地域でのつながりをもつことの重要性が再認識された。
- ◆取組に当たっては、小さな地域での取組を徐々に広げていくことが必要である。

##### ①認知症ケア・ネットワーク構築に当たって苦労した点

###### 【連携体制の構築】

- ・その地域の資源の活用で、どのような資源があるのか関係者自身が理解していない。地域資源について情報が無い。
- ・認知症について正しく理解されていない。
- ・民生委員が広範囲の集落を担当しているため把握に時間がかかる。
- ・小地域の連携が欠かせない。
- ・認知症を地域で見守っていくという意識がまだ薄い。認知症を正しく理解して、偏見をもたずお互いが支えあっていくという機運を高めることが大切である。
- ・若い世代の連携が難しいし、婦人会等の活動はあまり無くなっている。
- ・認知症を地域で見守っている模範的な地域の取り組み事例を参考にしてモデル事業を展開したことが、話し合いのイメージにつながった。

###### 【対象者の発見】

- ・認知症の高齢者がいても分からないことがある。家族も家の恥ということで隠す。
- ・個人情報保護に振り回されている（情報が無い）。本当に近所のことしか知ることができなくて、地域全体のこととなるとほとんど分からない。プライバシーに踏み込む面もあるため、受け入れる側（家族）の承諾も必要（オープンな地域づくり）。
- ・認知症が疑われる高齢者を見つけても声掛けすることもしない。発見しても見極めが難しいと思う。世間話程度では発見は難しい。認知症についての理解を深めることが必要。
- ・認知症を理解できないことが、認知症を隠す、相談できない、家族だけで抱え込むという状況を生んでいる。
- ・通報先が分からないので通報しない。相談の窓口等を一般の人に分かるようにする。
- ・きめ細かな対策が必要。各集落毎に支援したりするサポーターが必要と思う。
- ・集落間の各種団体等の会合がある時は、認知症のテーマについて話し合ってもらえば、早期発見につながるかもしれない。
- ・近所との結びつきも弱くなっているため、行政側の協力が無いと対象者の発見は難しい。
- ・近所、地域との関係が希薄になってきており、どのような人が住んでいるのか分からなくなっている。

## ②モデル事業に参加して感じたこと

### 【ネットワーク構築の必要性について】

- ・ネットワークの必要性を再認識した。大きな集団よりも、まず小さなところから始めていくことが第一歩と考える。
- ・世代交代により地域の状況が変化してきているため、隣で何が起きているか分からない状態であることが分かった。
- ・古くからのつながりの深い地域だけに、同居家族がいる場合は、余計入り込めないという現実を知った。
- ・今回のグループワークを通し、家族も誰かに相談したいと思っているかもしれない。相談しやすい体制作りや踏み込みすぎない見守りが必要という意識が変わったことは成果だったと思う。
- ・高齢化が進み、一人暮らしも増え、家庭だけでは解決できない。行政、医療、地域が一体となり、見守り支援していく必要性を痛感した。
- ・「やがては自分が家族が」と思うと重要であると感じた。
- ・対象者の安否確認だけだったが、公共のサービスなど、フォローの必要性を再認識した。
- ・行政にだけ頼るのでなく、まず地域で支え合って、自分たちで出来ないこと、分からないことは行政にお願いしていかなければと思いました。
- ・引きこもりを無くすためにも、町内会、クラブ等のリーダーが必要。
- ・認知症の人を支えていくのは大変なことで、保健師、民生委員・・・、行政の手助けが必要であることが大変良く分かった。
- ・今までは対象となる人がいなかったので深く考えなかったが、今後は目配り、気配りしながら早期発見に努め、ケアに結びつけたい。
- ・今までは、認知症になると見ているしかないと思っていたが、薬もあり、早期発見をすると進行を遅らせることができることを知った。
- ・ネットワーク構築により、すでに認知症になっている人のケアだけでなく、早期発見にもつながっていくのではないかと思った。
- ・認知症を専門の立場から講話いただき理解できた。地域住民の方にも広く周知していただければ、気づかいのあるネットワーク構築につながると思う。
- ・認知症ケアについては、誰でも感じているところだが、情報の乏しさや情報を誰に伝え支援に結び付けていくか等、方向性が見えず、社会資源があっても上手く活用できない現状だった。今後、様々な場面での資源活用を整備、明確化し、地域で住民の方々と連携を図りながら、認知症高齢者を支える取組みが必要不可欠と強く感じた。
- ・認知症に対する理解や人とのかかわりが大事だと意識できるようになった。今後地域での活動が必要であり、行っていきたいと考えるようになった。

### 【今後の取組に当たって】

- ・一つの地域から取組んでいこうと思う。小地区から事業を展開していきたい。
- ・認知症を正しく理解してもらい講座を積極的に推進していきたい。
- ・認知症や相談窓口、サービスの種類などの勉強会の開催。
- ・集落が比較的に大きいので、民生委員を中心に人材は要と思う。
- ・情報伝達のネットワークをどう作り上げていく、みんなで話し合い、取り組んでいくことが大事である。
- ・昔のように地域全体が家族のように助けたり助けられたりできるような町内会づくりが大切だと思う。ただ、個人のプライバシーということで、どこまでその人に関われるかなど、困難な面もあると思う。
- ・孤立化しない環境づくりが必要と思われる。(困ったことを話しやすい、一緒に取組んでくれる環境づくり)
- ・一人では難しいと思うので、みんなで情報を持ち寄り、困難でも進めていきたいと思う。
- ・認知症の人に対する個人情報を守ることは大事だが、その人のことを知っておかなければいけないこともあると思う。
- ・物盗られ妄想がある場合、近所の方たちは、近づき難いところがある。専門的立場から指導いただければ取組みやすいと思う。
- ・介護予防や認知症対策は、広い範囲を対象として取組んでいくよりも、今回のような小さな取り組みを積み重ねていくことが効果的なようだ。また、地域包括支援センターには、諦めないことと粘り強さが求められる。
- ・老人が一人で閉じこもらず、「生きがい」を感じるような地域の活動を行い、それに参加できるように、公民館や老人クラブ等で取り組んでいくことが、認知症防止の一つになると思う。
- ・いろいろな地域行事、趣味、スポーツを通して、誘い合い参加させること。生きがいを感じる場の提供、宣伝が必要。
- ・地区の参加者と連携を図り、また、専門家を交えながら自分たちのできる支援とケアができたらと思う。
- ・効果的な認知症ケア・ネットワークを進めるために、相談のフローや関係機関の役割などを明確にしていく必要がある。
- ・今回参加して下さった住民の皆さんの熱意と知識の豊かさに痛感し刺激を受けるとともに、専門職としてのあり方と役割を果たしていけるよう努力したいと思う。

## 5. 静岡県・浜松市国保佐久間病院

### (1) モデル事業実施体制

実施体制の 状況	組織名	佐久間地域連絡会
	既存組織の 活用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 既存の組織を活用 (佐久間地域の高齢者に関する情報・問題を共有、連携して 支援・解決を目標とする組織) <input type="checkbox"/> 本事業のために新たに組成
メンバー (所属・職種等)		国保佐久間病院医師 国保佐久間病院所属保健師 行政所属保健師 地域包括支援センター所属ケアマネジャー 社会福祉協議会所属職員 佐久間自治センター所属職員 民生委員 警察官 居宅介護支援事業所所属ケアマネジャー 通所介護事業所責任者
活用可能な地域資源		<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： <input checked="" 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： <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 type="checkbox"/> 住民ボランティア <input type="checkbox"/> その他



## (2) 取組に当たっての課題・取組の方向性等

- ◆早期発見・早期対応のためにもネットワークづくりは必要である。
- ◆認知症に関するケア・ネットワークの構築を通じて、高齢者に対する対応の幅が広がる。

### ①課題・方向性

- ・予防に関しては、既存の教室を、できれば地域住民の自主的な活動に近づけたいが、高齢化のため住民リーダーを中心とした組織化が困難。
- ・また、事例が発生した早期の時点では、家族や地域の少しの支えで解決可能で問題が表面化しないため、実際は“早期発見”できないことが多い。
- ・保健・医療・福祉の連携、あるいは地域代表との連携は整っており、認知症のケースには随時対応できているが、予防や早期発見に関しては、さらに体制の見直しをする必要がある。
- ・連携を進めていくためには、関わる専門スタッフや地域が、認知症を取り巻く問題や支援方法、支援の可能性について改めて認識する必要がある。

### ②参集者の感想

- ・認知症の方を家族だけで看るというのではなく地域で支えられれば、とは思いますが、具体的にどのような支え方があるのか。
- ・どのようにしたら認知症の早期発見、早期対応ができるか。
- ・誰かが関わっていると、他の人は関わらなくなってしまうが、そうではなく、連携が大切。
- ・地域も家族も、認知症について正しく理解しておきたい。
- ・相談できる場所もよく知ってもらう必要がある。
- ・高齢者に関わる他の問題も多くあるため、認知症ケア・ネットワーク構築を考えると、高齢者への対応を広く検討できればと思う。

### (3) 取組の経緯

#### ① ネットワーク構築に向けての会議等

第 1 回	
議題	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 事業の実施計画について</li> <li>■ 認知症に関する地域の現状</li> </ul>
議事要旨	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 事業実施要領の説明               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症に関わる様々なサポーター、スタッフなどでネットワークを作ることが目的ではなく、ネットワークを作る過程でどんなことが必要かを探る事業である。</li> </ul> </li> <li>■ 認知症に関する地域の現状（出席者それぞれの感じていること）               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症を抱える家族の認知症に対する理解が低く、症状を受け入れないので本人を否定してしまう。</li> <li>・ 認知症を抱える家族の認知症への意識が低く、地域任せになっていて、何とかしてくれると思っているケースも少なくない。</li> <li>・ 別居している家族もできるだけ本人の住む家を訪れ、同時に近所とのコミュニケーションも深め、協力を得やすいようにしたほうが良い。</li> <li>・ 地域で支えようと思ってもお互いの力も弱くなり、地域もまとまりにくく、これまで地域のキーパーソンとなっていた人も高齢となった。</li> <li>・ 『ちょっと変』という時に何らかの対応が必要なのに、ほとんどできていない。どうしたら『変』なことをキャッチできるのか、どう対応することが正しいのか…。</li> <li>・ 例えば誰かが対応を始めても、周囲は傍観してしまい、やはり実際に関わる人は少ないということになる。</li> <li>・ 本人と家族の関係も多様で、遠くにいても努力して訪問してくれる家族から全く疎遠な家族まである。家族が訪問しにくい理由としては『忙しい、遠い、土日しか来られない』が多く、訪問の少ない家族ほど、認知症への認識も低く『まだ大丈夫と思っていた』と捉えている傾向にある。</li> <li>・ 支援のタイミングも様々で、早くから将来を見据える必要のあるケースが増えた。</li> <li>・ 家族が中心だとは思いますが、やはり地域で支えることを考えなければならぬ。その一方で、地域だけでは支えにくい印象がある。</li> <li>・ 近所からの苦情のようなものも絶えないが、地道に『認知症を地域に理解してもらう』働きかけをしていくしかない。</li> <li>・ 『最近表情が変』など、民生委員に一報が入ることがあり、本人に聞いても子供たちの連絡先もわからず困る。地域の情報として把握している人であれば連絡するが、そうでない人は近所などに聞いていいものかどうか、個人情報でもあるため、悩むことが多い。</li> <li>・ 安心ネットワークも稼働しているが、地域の人々が『ネットワークが関わっているから』という理由で（安心して？）手を出してくれなくなり、情報も交わらなくなる。</li> <li>・ いかにして早期に発見するか、発見したときの対応をどうするか、同居・別居に関わらず家族はどうしたらいいのか、医療機関からの指導も十分ではないかもしれない。まとまった指導をするなどして、地域の理解を深めることを考えなければならない。</li> </ul> </li> </ul>

第 2 回	
議題	<p>■ 前回のまとめと今後の方向性を探る</p>
議事要旨	<p>◎ 前回のまとめと今後へのつながり</p> <p>○ 前回会議にあがった問題点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 遠く離れている家族との関わり方をまとめておけないか</li> <li>・ 地域の中の認知症徘徊者に対してできることはないか</li> </ul> <p>○ 現状のまとめ</p> <p><b>【サービス側】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護保険認定後、サービス未利用者の把握困難</li> <li>・ 集会を利用して、地域の『気になる人』を情報収集している</li> <li>・ 健康問題が表面化してケアマネとの契約が成立するまでをどうするか</li> <li>・ 民生委員は高齢者世帯も管轄内となり、仕事量も増えて大変</li> <li>・ 対策として『連絡会』を立ち上げる <ul style="list-style-type: none"> <li>(既存の連絡会を使えるか)</li> <li>(対応内容は認知症に限らない)</li> <li>(『何かあった時』どうするかを決める)</li> <li>(『何かあった時』は民生委員を窓口ルートを作るか…システムは必要)</li> <li>(社協やNPOとの連携)</li> </ul> </li> <li>・ 高齢者ガイドの作成 <ul style="list-style-type: none"> <li>(困ってアクセスしてきたら渡せるようにする)</li> <li>(家族との連絡がうまくとれているケースの体験談)</li> </ul> </li> <li>・ 一方的ではあるが、遠方家族への定期的なお知らせ <ul style="list-style-type: none"> <li>(『そういえば…』程度でも気にしてもらえれば)</li> <li>(親の承諾を得て送るとなると、どうか)</li> <li>(『元気うちに』という考えが大事なのではないか)</li> </ul> </li> <li>・ 遠方家族に会合への参加を呼びかけてみる</li> </ul> <p><b>【家族】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症について家族に報告しても伝わりにくい</li> <li>・ 遠くの患者家族とどうやって話すか <ul style="list-style-type: none"> <li>(何とかルートをつくれないうか)</li> </ul> </li> <li>・ 以前は役場を頼れば何とかだったが、現在はすべて申請ありき <ul style="list-style-type: none"> <li>(家族が動かなければならない)</li> </ul> </li> </ul> <p><b>【地域】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症を知ってもらうために、サポーター養成講座はやはり必要</li> </ul> <p>◎ まとめ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ モデル地区（地域特性やケース・民生委員の充実を考えると中部地区が妥当か）を設定して、まずは民生委員に声をかけ、反応を見る。</li> <li>・ アウトラインを説明の上、家族との連絡の橋渡し役をお願いできるかどうか確認する。</li> <li>・ 近日中に佐久間病院にて民生委員へ説明。</li> </ul>

第 3 回	
議題	<p>■佐久間ネットワーク『あんじゃないネ』開設</p>
議事要旨	<p>◎佐久間のネットワークの考え方</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・これまで地域の認知症問題を検討した中で、高齢者・地域外の家族と地域・地域資源との関わりが課題と気付き、今後、佐久間は連携、更なるネットワーク作りに取り組むこととなった。</li> <li>・家族と高齢者、家族と地域、家族と地域資源、それぞれの距離を少しでも近いものにしたい。</li> </ul> <p>◎佐久間ネットワーク『あんじゃないネ』</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・これまでの佐久間地域連絡会と重ねる形で活動していく。</li> <li>・HP 立ち上げ（家族からのアプローチのツールとして） 施設マップ、遠距離介護体験談、介護に関する用語の説明、 中部商店街マップ</li> <li>・地域からも家族へアプローチしたい 新体制民生委員の訪問活動の際に、家族へのご挨拶と共に佐久間の情報を紹介してもらう（郵送料など資金面では要検討）。</li> <li>・家族会を作る方向で検討 対象をどう絞るかが課題。地域包括支援センターでの家族会はまとまりつつある。平成 21 年度末頃から浦川地区にて『家で看ている人』の集まりとしての活動あり（レクや話を通してお互いの相互理解を図る）。現状は、小さい地域での活動となっている。</li> </ul>

第 4 回	
議題	<p>■佐久間ネットワーク『あんじゃないネ』に関する報告</p> <p>■認知症サポーター養成講座について</p> <p>■認知症のケース検討</p>
議事要旨	<p>■前回（23.2.16）議事内容の報告</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族、地域それぞれからのアプローチについて</li> <li>・家族会の立ち上げについて</li> </ul> <p>■認知症サポーター養成講座</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・『認知症を学び、地域で支えあおう！』 平成 23 年 3 月 15 日（火）午後 13:30～15:00 於：佐久間保健センター 2 階 会議室</li> <li>・今回は、佐久間、中部、半場地区を対象に小規模で開催。</li> <li>・今後は回数を増やすか、広範囲にしていくか、検討していく。</li> </ul> <p>■ケース検討</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・86 歳認知症の進行した妻と 96 歳夫、地域からの苦情に悩むケース</li> <li>・70 代女性、養子夫婦に絶縁され、介護環境を立て直すことになったケース</li> </ul>

## ②本事業における具体的事例

対象者属性	80歳代 女性 夫婦のみ世帯 認知症自立度Ⅲ（要介護度2）	
認知症ケアの対象となった経緯	徘徊により近隣宅に入り込んだり、戸を壊したりするが、夫は治療・入所に積極的でなく、娘もなかなか訪れないため、近隣からの苦情が多い。	
連携を取った機関	<input 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： <input checked="" 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 type="checkbox"/> 家族会 <input type="checkbox"/> 住民ボランティア <input type="checkbox"/> その他	
キーパーソン	ケアマネジャー	
対象者の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・95歳の夫と二人暮らし。一人娘は外に嫁ぎ、電車で2時間以上かかる上、中学生の子どもがいるため容易に来ることができない。運転免許も持っていない。</li> <li>・平成16年よりアルツハイマー型認知症と診断されている。</li> <li>・元気な頃より散歩が好きで、いつも外に出ている人だった。</li> <li>・最近は散歩の際、近所の留守宅に入り込んでお菓子を食べたり、「ただいま」と言って入って行ったり、鍵がかかっていると網戸を破壊したりしていて、近隣住民が困っている。</li> <li>・何とか娘に来てもらったが、近隣が強く当たったため、かえって足が遠のいてしまった。夫は「年だからこのままにさせて」と言う。</li> </ul>	
地域資源の関わり	医療機関	本人の全身状態を再評価し、投薬・入所について夫に助言。
	ケアマネジャー	娘にアプローチして、もう一度、近隣との関係を構築してもらう。
	民生委員	ケアマネジャーが近隣との関係を再構築する際に協力する。
	保健師	定期的に訪問して状況の推移を観察する。
関与が望まれる職種	散歩を見守ってくれるようなボランティアがいると有難い。	

#### (4) 取組の結果：関係者の意識

- ◆生活の視点に重きをおく場合と、本人の病気に視点をおく場合等、認知症を捉える視点が異なることから、関係者の共通認識が課題である。
- ◆理解の度合いが異なることから、早期発見が難しいこともあるし、判断が難しいケースもある。
- ◆何か起きてからの連携ではなく、常に連携が取れている状態が必要であるが、その際、遠方の家族との連携についても必要である。

##### ①認知症ケア・ネットワーク構築に当たって苦労した点

###### 【連携体制の構築】

- ・地域外に住んでいる家族との関わりについて、家族へ主となる情報を伝える際の伝え方の必要性。家族の気付き、理解、行動までのプロセス。
- ・これまでは、はじめに関わった者が判断して調整等を行っていたが、よりスムーズに、本人により良いサービスを勧めるためにはネットワークが必要。
- ・認知症のレベルの捉え方が異なることから、関係者の共通認識が課題。
- ・認知症の捉え方の違い。何を持って問題とするかそれぞれの立場で違ってくる。
- ・機関によって捉える視点が違う。生活の視点に重きをおく場合と、本人の病気に視点をおく場合がある。
- ・保健・医療・福祉の連携体制は良好であったが、地域の方々の力を得ていくこと、遠方の家族の力を引き寄せることが課題。

###### 【対象者の発見】

- ・早期に発見する必要性は感じるが、関わり方、関わる人により、理解が低かったり知識不足だったりして遅らせてしまうことにより、大変な状態になってしまう。
- ・民生委員や地域住民からの通報があり、発見することが多いが、問題行動の有無の判断が異なる。
- ・自分達が早期発見するというより、地域住民の方が以前から情報をもっているため、住民とのパイプを太くしていないと、早期発見にはつながらない。
- ・家族に連絡が取れず、今後の支援体制を検討できない。キーパーソンがいない。
- ・民生委員が、比較的早期に情報が入るが、そこからどこに結びつけばよいか分からないようであった。
- ・病院に通院治療中の方については情報が入りやすいが、社会交流の少ない方について把握するには、時間がかかることがある。
- ・連携のつながりの中でキャッチした人が、どうアプローチするかにかかっているため、お互いの情報交換や役割をよく考えようとしている。
- ・地域住民がよく協力をしてきていたが、改めて認知症について話をしていくと、緊張

される場面もあった。既存のコミュニティをそのまま活かしてよい形で認知症を見守っていこうにしたい（見張りにならないように）。

- ・遠方の家族への発信については、長期的な取組が必要と感じている。

## ②モデル事業に参加して感じたこと

### 【ネットワーク構築の必要性について】

- ・常に認知症高齢者に限らず、高齢者一般または支援を必要としている人たちに対して、以前より増してちょっとした情報にも気を配り、見落とさない必要性を感じた。
- ・認知症高齢者が本人が望む生き方を支えるためには、あらゆる分野からの関わりが必要で、しかも統制された関わり方のためにはネットワークが大事。
- ・以前より、関係機関の間の連携は取れていたが、モデル事業を通じてますますネットワークが強くなり心強い。
- ・認知症は地域で支えあうことが大事であると改めて認識した。
- ・何でも心配に思っている事象について、口に出して相談することが大切だと感じた。
- ・支援者や家族と情報のやり取りをするため、まずは具体的な方法（書面、電子メール、電話など）を習慣づけることが大切と感じる。
- ・地域は超過疎化しており、問題は認知症だけに止まらないため、今回の事業を機にこの地との意識を見直せたように思う。遠方の家族との連携については少しずつ働きかけを続け、ネットワーク強化を図っていきたい。
- ・今回の事業を通じ、何か起きてからの連携だけでなく、少し変だなと感じた段階での相談できる場所の必要性を強く感じた。また、遠方に住む子ども達と平日頃から連携を取れるような関係づくりが大切である。
- ・モデル事業を通して、各種団体が少し意識することで対応ができることを実感した。互いに手を差し伸べるのが大切。

### 【今後の取組に当たって】

- ・今後も、相互の情報共有・協力が必要。
- ・公的な関係機関はまとまりやすいが、インフォーマルなサービスについては高齢化が進んでいる地域では困難。
- ・みんなで協力していきたい。
- ・家族と連絡が取れないケースや、キーパーソンがいないケースがあり、支援の方向性を考えることが難しい。
- ・ネットワークは常に目に見える連携がなくても、必要時にすぐ手を結べるのが重要だと思う。その意見で高齢者を支えるネットワークをもっと幅広く広げておく必要がある。
- ・家族が帰省した時等に定期的に面談できると良い。
- ・老々介護の現状を少しでも多くの家族に知らせたいが、個人情報などのしがらみがスト

レスである。努力すれば前に進めるはずである。

- ・民生委員が地域の中で、不安を伴う行動をしている人を発見した場合、関係機関につなげていくことがあるが、その後どのようなサービスを行っているのか、関係機関がどのような支援をしているのかを地域に戻していく体制、そして、連携ができていけばうれしいです。
- ・モデル地区として佐久間の一部を対象としましたが、他の地域にも拡大した取組も必要。
- ・この事業をきっかけとして、日頃少しずつ感じていたことを表面化して一歩踏み出せたことがうれしかった。日常業務に追われ、必要なことや見直すべきことに手を付けずにいたことを反省したい。



## 6. 香川県・綾川町国保陶病院

### (1) モデル事業実施体制

実施体制の 状況	組織名	ほっと歓クラブ
	既存組織の 活用の有無	<input type="checkbox"/> 既存の組織を活用 <input checked="" type="checkbox"/> 本事業のために新たに組成
メンバー (所属・職種等)	綾川町国保陶病院医師 老人介護支援センター所属介護支援専門員 通所リハビリテーション事業所所属介護福祉士 介護老人保健施設所属介護福祉士 民生児童委員・介護予防サポーター 老人クラブ会員 介護予防サポーター 地域包括支援センター所属主任介護支援専門員 地域包括支援センター所属社会福祉士 綾川町国保陶病院事務職員	
活用可能な地域資源	<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： <input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input checked="" 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) 取組に当たっての課題・取組の方向性等

<p>◆啓発活動については広い世代に対してアプローチしていくことが必要である。</p> <p>◆早期発見のためには、民生委員や老人会等も含めた相談連絡体制が必要であるが、継続的な支援にしていくことが大切である。</p>
---

### ①既存事業の課題

- ・予防に関しては、予防と思われることを積極的に実行している人でも認知症になるという現実がある。
- ・早期発見に関しては、基本チェックリストで抽出できない方が、意外と認知症による行動障害があったりして、発見しきれない。
- ・相談支援については、継続的な支援が行いにくい。
- ・啓発活動については、高齢者を対象としている機会が多いので、商店やその他の機関、小学生や中学生など、子どもへの啓発活動はできていない。
- ・家族会については、会に参加してくる方はよいが、参加していない方のケアまでは対応できない。その分、ケアマネジャーに負担が集中してしまう。

### ②課題・方向性

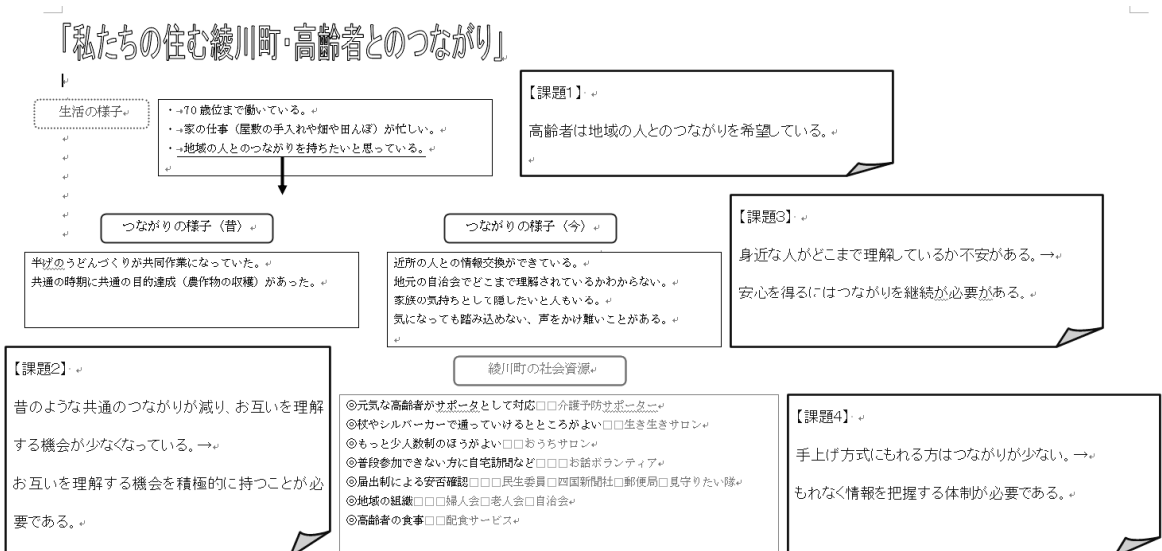
- ・心療内科医師との連携が取れているため、相談しやすい環境にあるだけでなく、ケアマネジャー連絡会で困難事例の相談ができる環境にある。
- ・対象者の把握については、医師、民生委員、老人会、ボランティアからの相談連絡体制の強化が必要である。
- ・また、権利擁護と密接な関係性があることもあり、警察や消防、金融機関、商工会と既存のネットワークとの連携が必要である。

## (3) 取組の経緯

### ①ネットワーク構築に向けての会議等

第1回	
議題	<ul style="list-style-type: none"> <li>■モデル事業説明</li> <li>■グループワーク①綾川町の高齢者の状況②事例 A,B,C,D から③認知症ケアにおいて地域でできること</li> <li>■今後の予定について</li> </ul>
議事要旨	<ul style="list-style-type: none"> <li>■グループワークから</li> <li>【高齢者の状況から私たちはどのように接していけばよいか】</li> <li>・そんなに認知症の方がいるとは驚いた。元気な高齢者がサポーターとして対応していかなければならない。</li> <li>・70歳くらいまではみんな働いている。80歳まで働いていた人もいる。み</li> </ul>

	<p>んな外部との関係を持ちたいとは思っている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・以前のように共同作業があり、半夏のうどんをしていたが今はしていない。米作の収穫次期も違うので共同作業もなくなってしまった。</li> <li>・地域では元気な老人が老人を守ろう。</li> <li>・認知症はやや他人事で気になっても踏み込めない。</li> <li>・家族も周りに助けを求めたい人と隠したい人がいる。</li> <li>・資源として、いきいきサロン、公民館、民生委員、老人会、婦人会、自治会、配食サービス、介護予防サポーター（お話ボランティア・・・）などが考えられる。</li> <li>・近所づきあい、声かけが大切。</li> </ul> <p>【事例から考えよう】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・妻が認知症を理解するために認知症を勉強する会に参加してもらいたい。</li> <li>・定年後の生活が一転してしまったことが認知症の一因になっているかも。</li> <li>・いきいきサロンに初期の認知症の人も参加し和気藹々です。</li> <li>・地域の人がまず認知症の理解をする必要がある。本人の得意分野にスポットを当てて元気になってもらう。</li> <li>・本人のなじみのある人の訪問や関わりで精神的安定を図る。地元ならではの地域の力を活用し安心できる環境づくり。</li> <li>・次女の嫁へのフォローを行い二人の関係がうまくいくように支援する。</li> <li>・共倒れの危険性のある事例に対して妻の負担軽減、一人になる時間を作る。</li> <li>・サービス利用につながらない事例に対して、まず、なじみのあることや家族から関わり始める。訪問などにより信頼関係を築く。</li> <li>・医師から説明やサービスの利用などについて勧めてもらう。</li> <li>・本人にあわすことが大切。</li> </ul> <p>■今後の予定</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・各班で集まり事例検討</li> <li>・実践</li> </ul>
--	--



第2回	
議題	<p>■ グループワーク</p> <p>①ふりかえり②事例での取り組みから③取り組みから見たもの</p>
議事要旨	<p>■ ケアマネジャーや関わりをもった方からの事例紹介（A・B・C・D）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・それぞれの事例で、家族や本人さんとコンタクトがとれていることは素晴らしいと思います。話合いの場をもってみて家族の対応の変化があったのか？ケアマネジャーからみて、家族の対応の変化がわかるのではありませんか？</li> <li>・家族への関わり、本人への関わりそれぞれありましたが、お互いの共通理解をしながらの関わりが大切になると思います。また、本人さんを理解することがまず一歩であり、片寄った人からの情報、たとえば、現在関わりのある人のみの情報だけでなく、色々な人からの情報をあわせることでより理解が深まると思います。色々な人からの情報を得るためには、介護保険はもちろんのことインフォーマルな資源活用をしながら少しずつ、無理をしないで進めていくことも大切になると思います。</li> </ul> <p>■ グループワークから</p> <p>【事例 A さんについて】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「気長につきあう」ことを共通認識として持ちました。まずは、いきいきサロンに一度来てもらうために、お宮さんの初詣や職場でやっていたという情報があった卓球を取り入れるなど、あの手この手でお誘いをしてみます。</li> </ul> <p>【事例 B さんについて】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症状が進まないようにお話活動と続けようと考えました。</li> </ul> <p>【事例 C さんについて】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・妻のストレスが気になります。外出する機会も少なくなっているので二人でいきいきサロンに来てくれるといいと考えました。</li> </ul> <p>【事例 D さんについて】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族や本人の希望を聞きながら、いっぷく広場に誘ってみることを考えました。</li> </ul> <p>■ 全体を通して</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・この1ヶ月の間でそれぞれの事例に応じた取り組みがなされています。その少しずつの取り組みが家族や本人に徐々に変化や反応として現れてきています。無理のないペースで進んでいきましょう。</li> <li>・複雑な問題を検討していますが、現場の取り組み、現場の声がすべての答えです。地域の自助、共助、互助をそれぞれに考えていることが素晴らしい。</li> </ul>

第3回	
議題	<p>■ 事例報告（4事例各担当ケアマネより）</p>
議事要旨	<p>■ 冒頭挨拶（陶病院大原院長より）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・秋田県では熱心な地域を選定して啓発活動に取り組んでいる。綾川町は地域住民が積極的に入って個別の関わりして展開しているのが特徴です。次年度も、このような個別の関わりを是非継続させて欲しい。</li> </ul>

- 今までの経過の振り返り（ケアマネジャーや訪問した住民より報告）
  - ・ この3ヶ月間ケースに何が必要か、まず何ができるかを話し合いで検討し、実際に個別の関わりを実践に移せたが、その経過を報告してもらい、現状を理解して今後の課題を検討したい。
- グループワーク意見
  - ◎ 事例Aさんから
    - ・ この事例は、①本人、②妻、③医師の3つのつながりの関係性が長く続いていました。今回のモデルの取り組みをきっかけに、3つに加え④近所の人、⑤もう一人の近所の人、⑥民生委員さんと、6つの関係性に広がりました。
    - ・ ケアマネとしては、このモデル事業を通して、Aさんと深く話をすることになりました。通常のアセスメントでは、「介護の手間」が中心としてとらえることになる。今回は深く話をすることでAさんの24時間の生活から理解することができた。また、奥さんは明るく前向きなとらえ方をする方と気づくきっかけになった。
    - ・ 結果としては、いきいきサロンの参加は実現できなかったが、自宅から歩いて5分のところに温かいところがあると知ってもらえたことは本当によかったことです。そのことによって、妻は「地域で夫の介護ができる。大丈夫。」と思うようになり、入所はしましたが、3ヶ月後には退所して通所サービスを利用しながらもう一度家でみようという気持ちになっている。入所の先、3ヶ月先の希望を持っていることはとても素晴らしいことです。
  - ◎ 事例Bさんから
    - ・ Bさんからは、介護が必要になってからなじみの関係ができていないことが見えてきた。課題として残っている。
    - ・ 認知症の介護は家族さんの負担が非常に大きいと切実に感じました。
  - ◎ 事例Cさんから
    - ・ Cさんは、実際の訪問の場面では（ケアマネジャーではなく、顔見知りの地域住民が訪問）、私たちと会話をしようとする気持ちがなかったような気がします。何か題材がないかと、小説やお仕事のことなど持ちかけましたが、やり取りにまではならなかった。コーヒーが好きなので、是非入れてくださいとお願いしたところ、入れてくれました。でも妻との会話が盛り上がると、ひとり部屋に入っていました。少し、疎外された気持ちになったかもしれません。
    - ・ 入所した後に訪問しました。妻は、入所を決めてから入所の日がくるまでの期間、ものすごく落ち込んだと聞きました。何度も同じことを繰り返しお話しされ、入所の日には施設職員が花束を持って、迎えてくれたと聞きました。私たちの役割は残された家族を支援することも必要ではないか、と思うようになりました。
    - ・ Cさんの関わりを通して、Cさん夫婦は今まで、東（自分の地域ではなく、かつて職場のあった市）の方を向いて生活をしていたと思います。綾川町に住みながら、綾川町は寝る場所で、気持ちは遠く離れた活躍していた場所にあったと思います。この関わりで足元の綾川町のことに気づくことができたと感じました。
  - ◎ 事例Dさんから
    - ・ Dさんはいつも寂しそうな表情をみせます。声をかけてくれるのを待っているように感じます。以前デイケアを利用していましたが、Dさんの希望で中止となりました。その表情から、何気なく声をかけることを検討していました。
    - ・ Dさんの訪問をして、Dさんは、訪問時にはいつも温かい膝かけや牛乳

パックの椅子を準備して待っていてくれます。気遣いをしていただける姿に感動しました。また、普段空気のような存在になって、とりたてた会話がない家族さんに訪問での楽しいおしゃべりのことを話していることがわかりました。訪問が、Dさんへの支援だけでなく、家族つながりのきっかけになっていると感じました。

◎介護について

- ・はじめてこのような事業や会議に参加して、事例から肌感じて伝わるものがありました。家族を含めた支援の大変さがわかりました。是非、地域のボランティア体制を支えあい、体制を進めていきたいと思いました。
- ・実際の介護をしている立場から、サービスや地域の支援があるとは理解しながら、一方で頼りたくないという思いがあり、多くの家族はその狭間で頑張っていると思います。認知症の本人よりも、大きな課題として、複雑に揺れ動く家族とどのように関わっていくかというものがあると思います。
- ・綾川町では介護予防サポーターはどんどん増えています。できるだけ家に訪問できる活動を増やして欲しいと思いました。

◎サービス事業所の立場から

- ・業務をしていて、その人の問題行動に目がいってしまうことはある。その人のいい所（強み）が見えてくると、解決の選択肢は増えると感じました。今後もその視点を大事に取り組みたいと思いました。
- ・サービス提供側からは、その方が家や地域でどんな風に過ごしていたか分からないことが多いです。その状況を知ることがかかわりや対応もいろいろとやっていけるのではないかと感じました。

■まとめ

- ・3月には認知症の薬が二つ新しくできます。少しは効果があるかもしれないが、薬だけでは良くならない。そこにはケアが非常に大事になってきます。それもネットワークのあるケアが大事になります。
- ・今回のモデル事例では本人の支援、家族への支援両方あることがよかったことです。ある時には仕方がないのが施設入所です。在宅でも施設でも介護保険だけでは難しく限界がみえてきます。綾川町には貴重な住民のネットワークの組織があります。住民のネットワークは、介護保険にプラスされるというのではなく、両方がしっかりとしたもので両輪となっていくことが望まれます。
- ・そういう意味では、綾川町はモデル事例で明らかになった住民組織があります。その住民組織を支援していくのが地域包括支援センターの役割ですので、頑張りたいものです。地域に支援を必要としている人を早く発見して適切な支援の手が届くように希望します。
- ・今回のモデル事例の支援は町内4事例とほんの点の存在です。事例からは、大きな学び、気づき、試み、課題がありました。点の存在をそのまま点で終りにしないで、今後につないでいきましょう。

## ②本事業における具体的事例

### <Aさん>

対象者属性	60歳代 男性 夫婦のみ世帯 認知症自立度Ⅲ（要介護度2）	
認知症ケアの対象となった経緯	退職した頃より家族があれっと思うような物忘れや行動の異常が出現。	
連携を取った機関	<input 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： <input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 歯科診療所 <input 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 type="checkbox"/> 介護保険サービス事業所： <input type="checkbox"/> 施設サービス <input type="checkbox"/> 居宅サービス <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input 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	
キーパーソン	妻	
対象者の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妻と二人暮らし。定年まで A 重工業で勤務し、現在は自宅生活。その当時昼休みは卓球をしたり、釣りを趣味としていた。退職した頃より家族があれっと思うような物忘れや行動の異常が出現。平成 19 年心療内科受診にて若年性アルツハイマー病と診断された。</li> <li>・自転車に乗り飛行場まで外出。制止すると興奮するので本人の意思に任せている。訪問者を警戒したり同じことばかり聞いたりする。</li> </ul>	
地域資源の関わり	民生委員等	民生委員、自治会長、老人会、婦人会、隣人、認知症サポーターの訪問等 ⇒心の支えになってもらうことを期待 ⇒地域（小地域）における出かけられる場所（社会資源）等の情報提供を期待
	通所介護事業所	見学により定期的な外出を日課に組み込もうとしたが、本人が利用を拒否した。
	地域包括支援センター	安心広場での関わり
	介護予防サポーター	いっぷく広場での関わり
	家族	卓球台を購入（家族）し、家族の協力体制の基に趣味があった卓球台に視点を合わせてみた。
関与が望まれる職種	お話を聞いてくださるボランティア、地域のいきいきサロンに携わる職員、民生委員、自治会長、老人会、認知症サポーター、婦人会、近隣住民、主治医、後見人制度の利用の有無により主治医や裁判所調査官	

<Bさん>

対象者属性	80歳代 女性 子どもと同居 認知症自立度Ⅱ（要介護度1）	
認知症ケアの対象となった経緯	平成18年自宅前の庭で転倒。左大腿骨警備骨折。リハビリを行い一本杖歩行可。このころから同じことを繰り返す。物忘れが多くなって来る。ひとりで横になってすごすことが多い。平成20年より週1回デイサービスの利用を行っていたが、中止。現在は週2回デイケアを利用している。	
連携を取った機関	<input 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： <input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 歯科診療所 <input 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 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 type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input 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	
キーパーソン	ケアマネジャー	
対象者の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・夜間はポータブルトイレを利用する。薬は本人が持っている。</li> <li>・買い物に行くと、ポケットに物が入っていることが時々ある。家人も買い物中気をつけているが繰り返す。後で支払いに行く。</li> <li>・孫やひ孫は大好きだが孫やひ孫ばかりかまっていると「わたしはかまってくれん」とすねる。</li> <li>・他の利用者さんのところへ何度も何度も電話をする。→通所リハビリテーション直通の番号を本人に教えることによって他の利用者への電話は少なくなった。</li> </ul>	
地域資源の関わり	医療機関	早期発見・治療
	民生委員	話し相手、安否確認
関与が望まれる職種	認知症のことをもっともっと地域の人に理解してもらうことも必要。	



< Cさん >

対象者属性		80歳代 男性 夫婦のみ世帯 認知症自立度Ⅲ（要介護度1）
認知症ケアの対象となった経緯		5年前に転倒し、後に硬膜下血腫になっていたのが見つかる。手術後認知症状が出る。平成20年に妻の入院がきっかけで認知症が進行し、物忘れがひどくなり、突然怒り出すようになる。妻が疲れきっている。
連携を取った機関		<input 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： <input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 歯科診療所 <input 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 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 type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input 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
キーパーソン		ケアマネジャー
対象者の状況		<ul style="list-style-type: none"> <li>・妻と二人暮らし。子どもがいなくて身内も高齢者で頼ることができない。</li> <li>・妻も持病を持っており約1ヶ月間入院となりその間、ショートステイの利用。</li> <li>・ショートステイの利用期間以外は自宅ベッドにて横になり過ごすことが多い。歩行にも支障が出ている。トイレも間に合わず失禁パットを利用している。プライドが高く紙パンツは拒否。</li> </ul>
地域資源の関わり	医療機関	病状の相談、訪問診療
	地域包括支援センター	介護予防サポーターの育成、虐待や困難事例についての相談
	介護保険サービス事業所	各機関との連携
	地域ボランティア	安否確認、話し相手
関与が望まれる職種		昼間は訪問介護や介護保険サービス以外の家事援助の訪問があり、介護している妻をサポートできているが、夜間、妻のサポートができない。夜間妻が困ったときに駆け込めるところがあればよいと思う（夜間のかけこみ等のような所）。

<Dさん>

対象者属性	90歳代 女性 子どもと同居 認知症自立度 I (自立)	
認知症ケアの対象となった経緯	家族と同居しているが仕事のため会話することも少なく通院以外に外出する機会もない。何らかの形で人と接する機会をつくり現状維持を図りたい。	
連携を取った機関	<input 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： <input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 歯科診療所 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターや在宅介護支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input 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 type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input 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	
キーパーソン	ケアマネジャー	
対象者の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・心不全、腎機能低下があるが体調は安定している。加齢に伴う両下肢筋力低下のため歩行時にふらついたり、転倒することもある。気分が良いときは庭に出たり、家の周りを散歩することもあるが通院以外に外出することはない。耳が遠いため質問したことと別のことを話したり、昔話を延々と話す。</li> <li>・2回訪問し、1時間から1時間半お話を伺う。家族へ確認すると、楽しみに待っていており、訪問時の話を家族にしてくれるようになったとのこと。一時期、利用していた通所介護を辞めた理由が少しずつ分かってきた。ご家族の表情も良くなった印象を受けた。今後の関わり方の具体案が幾つか出てきた3回目の訪問前に体調を崩してしまい、相談ができていないままになっている。</li> <li>・介護保険サービス利用へはスムーズにつながった。</li> </ul>	
地域資源の関わり	医療機関	往診による体調管理
	地域包括支援センター	介護予防プランの作成、お話しボランティアの紹介・調整、要介護認定結果の変更(要支援へ)に伴う医療機関やケアマネジャーへの連絡・引継ぎ
関与が望まれる職種	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護予防サポーター ⇒モデル事業での訪問から、お話しボランティアとして今後も継続した訪問の希望があった。家族からは同じ話でもゆっくりと聞いてくれる人がいるとありがたいという希望もあり</li> <li>・近隣の住民や民生委員、郵便配達など ⇒本人、家族への声かけ</li> </ul>	

#### (4) 取組の結果：関係者の意識

- ◆ネットワークの構築に当たっては、専門職と地域住民とがどのような接点をもっていくのが重要である。
- ◆モデル事業を通じて、専門職と地域住民の連携により、ケアの選択肢の幅が広がった。さらに連携先の幅を広げていくことが必要である。
- ◆地域住民の関心も高まっているので、具体的な取組事例を広く周知することが、ケアの質の向上にもつながるので、時間をかけた継続的な取組が必要である。

##### ①認知症ケア・ネットワーク構築に当たって苦労した点

###### 【連携体制の構築】

- ・専門職と地域住民とがどのような接点を持って関わるのか。
- ・双方に加えて、本人、家族の意識が高まらなければ受け入れられない。
- ・認知症ケアの啓発が世代を超えて必要である。
- ・様々な職種や立場にある人が、同じ目標や思いを共有することができるかどうかという点。ケア従事者と住民が集まって相談することの場の設定が大変だったと思う。
- ・さまざまな人たちが同じ場所に集まることの困難さ。

###### 【対象者の発見】

- ・高齢者が地域の人たちとのつながりが希薄化している。
- ・認知症を隠そうとする傾向が残っている。
- ・個人情報保護法の2次的な弊害。
- ・地域間のばらつきがある（地域住民、家族の意識による発見時期オープンにする時期の差がある）。
- ・モデル事業の事例として、特にサービス利用の無い事例、家族の理解、担当ケアマネの協力が得られるかどうか不安があった。

##### ②モデル事業に参加して感じたこと

###### 【ネットワーク構築の必要性について】

- ・いうまでもなく早期発見の重要性である。そして医学的診断だけでなく近隣の「ちょっと変」という気づきから声かけ、かかわりを持つことがむしろ何よりも周辺症状を予防し、家族の負担を軽減することにつながるのだと実感できた。
- ・一つずつの事例に関わる過程を経験し、またそれを皆で共有していくことで、連携が深まっていくことが実感できた。住民と専門職と一緒に考える機会をもつことはとても重要だと思う。
- ・多職種、地域がチームとなったため、いろいろな考え方、選択肢があることに気づいた。そのためには時間と継続した実施が必要と思う。

### 【今後の取組に当たって】

- ・予想以上に地域住民の意識の高さと危機感を持っていることに気づかされた。それにこたえられるようにともにシステム化を図っていきたい。どの時点でフォーマルとインフォーマルを結びつけるのかを求めていくことが今後の課題だと思う。そのことが家族の支援と孤立予防にもなり多くの役割を果たすと思われる。
- ・今回は認知症研修東京センターのセンター方式をツールとして使用した。その結果、モデル事業の4事例すべてにわたり、本人がいきいきと従事者に伝わりケアの糸口とヒントがぎっしりとあることに気づかされた。専門職、住民の立場を超えて本人のその人らしさを感じることができ「困った人から愛すべき手立ての必要な人」へと見方が変わった。
- ・このモデル事業をきっかけとして住民からは今後も声かけを継続したいとか、気づいた時点で早めにいきいきサロンに誘いたいなどの発言、若い専門職からデイ利用時のその人の姿だけでなく家の様子、生活史にも着目したいなどの言葉があり、今後の手ごたえを感じることができた。
- ・地域には、まだいろいろな組織や関係団体がある。(例えば警察や商工会、金融機関など)それらと連携をとっていけるように、そのためにはこういう機会をきっかけにしていきたいと考える。
- ・介護保険サービスとそれ以外をつなぐ総合的なネットワークがあればいいと思う。
- ・利用中のことだけでなく、自宅での様子も含めて考え、ケアの質の向上を図りたい認知症の人の言動をまず、そのまま受け入れ、周辺症状の原因を生活史などいろいろな方向から探求したい。
- ・こういったモデル事業で得られた結果やその過程をまとめていき、それをいろいろな機会に報告したり、広めていくことで従事者のケアの質の向上にもつながり、またネットワークの構築にもつながっていくことが考えられる。

## 第5章

# モデル事業実施地域に対する ヒアリングの実施

---

# 1. ヒアリングの概要

## (1) ヒアリングの目的

認知症高齢者ケア・ネットワークの構築に実際にお取組いただいた地域における、体制構築の過程や阻害要因等を把握する。

## (2) ヒアリングの内容

### ◎地域における認知症高齢者のサポートへの取組の概要

○地域における認知症高齢者のケアに関する課題・問題点

○認知症高齢者に対するケアに関する取組内容

取組の背景・経緯、早期発見の取組状況、相談支援の取組状況（家族や関連団体への支援も含む）、予防活動への取組状況、啓発活動への取組状況

○認知症高齢者のケアに関する地域資源の連携状況

連携体制の状況（関係機関・関係団体・関係職種等）、定期的な集まり等の有無とそこでの話題・中心機関、連携体制構築時の阻害要因と克服方法、連携機関間での情報の共有方法、新たに発生した課題等

### ◎地域における連携構築に当たっての方向性

○地域として目指すべき（目指していきたい）方向性・今後の連携の方向性

○各機関・職種が果たすべき役割・各職種に期待される役割

### ◎連携先機関・団体からみた国保直診

## (3) ヒアリング先

都道府県	施設名・協力施設	ヒアリング日時
北海道	奥尻町地域包括支援センター	平成23年02月16日
北海道	京極町国保病院	平成23年02月14日
秋田県	市立大森病院	平成23年02月15日
静岡県	浜松市国保佐久間病院	平成23年02月16日
香川県	綾川町国保陶病院	平成22年12月20日

---

## 2. 北海道・奥尻町地域包括支援センター

---

### (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

平成 21 年 10 月に緊急雇用対策の予算で保健師を一人雇用し、島内の高齢者の実態調査（全戸訪問調査）を実施した。この取組は今年度まで行っており、健診やインフルエンザ予防接種等、健康づくり事業に一度もいらっしやらなかった高齢者の自宅を訪問したことにより、様々な課題がみえてきた。これまで把握していた情報が変わっていたことに気付かされた（独居の方が家族と同居していたり、その逆だったり等）。

その際、家族がいなくても、血縁がなくても、頼りになる人は誰か、ということも一人ひとり聞いて回った。

高齢者に対する取組は地域包括支援センターが中心になって行っている。

地域包括支援センターについては、全戸訪問に限らず、何度もアピールしたため、高齢者の中にはかなり知られた存在となり、相談も多く来るようになっている。

### (2) 認知症高齢者に対するケアに関する取組内容

多少のことは気にしない気質なのか、認知症になっても、本人も周りも「間に合っただけ」状況がある。この認識を変えていかなければならない。

#### 【予防活動】

予防活動は平成 16 年度から開始している。地区を巡回しており、高齢者自身に対しては、介護予防教室等でアピールして、徐々に浸透してきている。ただし、参加者に偏りがあることが課題となっている。

#### 【早期発見】

早期発見に関しては、「いきいき健診」という事業で地区を巡回している。こちらも予防活動と同様、参加者に偏りがあることが課題となっている。昨年度実施した全戸調査のような取組は早期発見につながると考えている。

#### 【相談支援】

相談支援に関しては、地域包括支援センターへの相談窓口の設置と同時に、専門医による巡回精神相談を実施している。ただし、相談対象者がいても相談をしに行く人（家族等）がいないことから、支援に結びつきづらい。

#### 【啓発活動】

平成 16 年以降、高齢者が集まる場所・会場をとらえて、啓発活動を実施しているが、こちらについても参加者に偏りがある。また地域によっても参加状況に偏りがある。

高齢者以外の島民に対する取り組みとしては、認識レベルを上げるための第一歩として、

認知症サポーターの養成に取り組んだ。対象は、商工会の女性部 20 人で、比較的若い年齢層を対象とした。今後も年間 20 人程度を対象としていく予定であるが、同時に、高校生や中学生も対象としていきたい。

### (3) 認知症高齢者のケアに関する地域資源の連携状況

#### 【現在の連携状況】

今回は、認知症ケア・ネットワーク構築のためのモデル事業であったが、高齢者の生活全体を支えるためのネットワークとして、必ずしも認知症に特化しないネットワークの構築を目指している。

これは、島内には介護等の専門スタッフは少なく、また地域の支え合いに関わる人も限られているからである。

具体的には、専門職だけでなく、警察や消防、町内会、民生委員との連携が進められている。現時点では、国保病院との連携はあまり進んでいないが、地域に目は向いているのでこれから連携を進めていきたい。

さらに、北海道の檜山地域全体（奥尻町、江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部町、今金町、せたな町）でも、高齢者を支えるための地域ネットワークについて、情報交換等を行っており、共通の課題を抱える自治体同士の連携も進めている。

地域で自主的に、認知症の高齢者を支えているところもある（行政等は関与していない）ので、そのような取組が他の地域にも知られるようになればよい。基本的には助け合いの文化は残っている。

#### 【連携構築にあたっての方向性】

地域の人が支えあうと言うことを考えると、その最小単位は町内会単位が望ましいのではないかと考える。民生委員単位だと、複数の町内会のエリアとなってしまう、少し広いイメージがある。また行政はあまり介入しないほうが良いのではないかと考えている。

例えば地域で自主的に認知症の高齢者を支えている地域についても、特定の家の倉庫で定期的に行われる「芋煮」に集まれる範囲（エリア）での支えあいである。

ただし、全戸訪問の結果、支える世代がない地域もあり、そのような地域における取組は難しいかもしれない。

また医療との連携については、正しい判断、適切な対応をしてくれる存在として期待しているし、徐々に連携体制が取れてくるはずであるが、病院までどうやって連れてくるか（特に一人暮らしの方を）、という点が大きな課題となっている。「ここで何かあったらどうするの？」という暮らし方（一人集落等もある）をしている方が多い。



### 本事例から得られた示唆

- ◆保健・医療・福祉の専門スタッフが少なく点在している中において地域包括支援センターの職員の存在は意義が高く、大きな役割を果たしている。特に「支援センターの●●さん」と固有名詞が高齢者やその家族の中に行き渡るような活動が行われている。
- ◆また、島という環境条件もあり、顔が見える活動として、教室や相談事業等を活用されていない高齢者に対して保健師はリストをつくり全戸訪問し（65歳に達した方には介護保険の手続き書類を持って全員訪問実施）、「支援センターの保健師が見守っていますよ」と相手に通じるようなサポート体制が構築されている。
- ◆ただし、現在は地域包括支援センター中心の活動に止まっており、医療機関との連携、住民活動との連携や活動の立ち上げについては、今後の課題となっている。

---

## 3. 北海道・京極町国保病院

---

### (1) 地域に於ける認知症高齢者のケアに関する課題・問題点

情報が入ると、基本的には地域包括支援センターが調整して対応することとなっている。家族と一緒に暮らしていない方も多く、家族が「困っていない」ケースも少なくない。近所の人気が付くケースが多い。

ただし、家族も気が付くと相談にくるが、「相談したことを言わないでくれ」と、家族内に認知症の高齢者がいることを隠そうとする雰囲気もある。そのような方は、行政には相談にくるが、社協のメンバーが訪問することは難しい。

### (2) 認知症高齢者に対するケアに関する取組内容

#### 【予防活動】

予防活動としては、介護予防事業の中で、口腔ケア等とならんで、うつ・認知症予防に取り組んでいる。事業自体は、地域包括支援センター（社会福祉協議会に委託）が実施している。

#### 【早期発見】

早期発見については、特定高齢者把握事業とともに、老人クラブが行っている事業に、社会福祉協議会が顔を出している。認知症が疑われる方については、町内の民間病院もしくは隣町の厚生連病院を受診することが多い。

ただ、特定高齢者把握事業において候補者となっても、本人の希望により事業への参加に結びつかないことがある。

#### 【相談支援】

相談支援については、総合相談支援のなかで取り組んでいるが、外出しない方についてどのようにアプローチするのかが課題となっている。

#### 【啓発活動】

啓発活動については、社会福祉協議会が発行している「地域包括支援センターだより」（年4回発行）に、認知症に関する記事が取り上げられることがある程度で、積極的な取組は行われていないため、新たな周知方法を模索している段階である。

#### 【その他】

その他の取組としては、平成17年頃より、年2回程度、介護家族への支援として、家族介護交流会を開催しているが、開催日程の調整が困難であるばかりでなく、交流会に参加している時間帯の要介護者の処遇が課題となっている。

### (3) 認知症高齢者のケアに関する地域資源の連携状況

#### 【現在の連携状況】

これまでは、地域包括支援センターが中心となり、社会福祉協議会が事業を行っている介護保険事業所のみとの連携しか行われてこなかった。

しかし、今回のモデル事業では、多くの関係機関・団体、関係者が集まってくれた。これまでこのように多種多様な組織が一堂に会して、共通の課題について検討するという機会はなかったが、それぞれの組織においては集まりは頻繁に行われており（健康推進員や福祉委員等）、そういった土壌にある地域であることが、大きく影響している。

当初は健康推進員のみを対象とを考えていたが、福祉委員が地域の高齢者の実態を把握していること、そして町内会長と兼務することを進めた結果これまで以上に機能するようになってきていることから、メンバーとして声をかけ参加してもらった。

#### 【連携構築にあたっての方向性】

これまでは国保病院の関与は大きくなかったが、病院が意識することで気付きも多くなるのではないかと。外来にきた際はもちろんのこと、例えば全看護師、全職員が気づきの目をもつようになれば、例えばお金を払う等にも様子の変化等に気付くようになり、早期発見につながるのではないかと。

地域内にはコミュニティが残っており、地域の支援体制のベースとなるものはあると考えている。

モデル事業を通じて、勉強会、症例検討を行ってきたが、今後もこのような取組を続け、支援する側と支援される側（いつ誰がどちら側になるのか分からないので）にとつての嗅覚のようなものを身につけていきたい。

中心となるべきは地域包括支援センターであろうが、そのためにも、町として方針を打ち出す必要もあると感じている。

さらに国保病院も大きな役割を担うべきである。多くの人が集まる場所でもあるので、気づきの場になりえると同時に、情報発信の場にもなりえるからである。

町内全体において普及啓発が不十分であるので、子どもへのアプローチも含め、幅広い普及啓発活動に取り組んでいきたい。小さいときから「自分は将来どうなのか」を知っておくことは非常に重要なことだと思う。

そのためには、行政や社協が積極的に各方面に働きかけていく必要がある。それぞれの役割を明確にしながら、取り組んでいく必要がある。

他の地域では地域内の商店の協力も得ているようであるが、「余計なことを言うと買い物にきてもらえなくなるのではないか」といった心配もあり、難しいのではないかと感じている。ただ、普及啓発が進んで、みなが意識するようになれば、お願いしやすくもなり、協力が得られるのではないかと期待している。

#### 本事例から得られた示唆

- ◆既存の組織を活用し、ネットワークづくりの核となるメンバーを募っており、講演会、勉強会に毎回多くの方が参加し、関心の高い人ばかりでなく幅広く参加を呼びかけ、関心を高めていったことが伺われるが、啓発、相談、支援体制といった全体的な取組みの仕組みや、誰がどのような役割を担うのかなどの整理はこれからの課題となっている。
- ◆また、医療機関が関与する場合、専門職中心になりがちな認知症の問題について、「病院職員全員が意識を持つことで、早期発見が可能になる」「認知症ケア・ネットワークに国保病院が関わることにより、住民にとっての安心感、信頼感が得られる」と、事務職も含めて参加し、取組を進めている。
- ◆全体的な仕組みづくりの中では、行政と、地域包括支援センターの委託先である社会福祉協議会、そして医療機関との連携が不可欠であるが、立ち上げ段階では、どこが旗を振るのか、それぞれの機関で誰が中心となるのかを明確にしていく必要がある。

---

## 4. 秋田県・市立大森病院

---

### (1) 地域に於ける認知症高齢者のケアに関する課題・問題点

平成17年10月1日に合併し、ようやく地域の課題が見えてきたところである。

大森町全体での取組はなかったが、一昨年夏頃から大森町内の昼川地区にて住民が主体となって地域の認知症高齢者を支えている例があるため、この地区の取組から大森町全体、いずれは横手市全域に広めていければと考えている。

地域住民の認知症に関する知識が不十分である。特に、認知症高齢者のケアを考えるには、若い世代の関与が必要である。認知症に関する啓発を進め、若い世代を含めた関与を働きかける必要を感じている。

### (2) 認知症高齢者に対するケアに関する取組内容

効果的に機能するネットワークの構築も必要であるが、その前に、相談体制作りの定着、相談から支援につなげる仕組みの確立、認知症の正しい理解を広める必要性がある。

#### 【予防活動】

介護予防講座、介護予防普及講座、健康講座を開催している。

運動や人とのコミュニケーションが認知症予防に重要であるため、地域包括支援センターが各地域に出向いて様々な講座を開催し、「まずは出てきてもらおう」というところから始めている。

#### 【早期発見】

医療がゲートキーパーとしての役割を果たしている。内科で対応可能な場合には、大森病院受診時に薬を処方することもある。内科での対応が困難な場合には、精神科単体の市立大曲病院や県の精神医療センターを紹介している。

病院を受診するときには、家族から相談を受けるケースが多い。一人暮らしの場合には本人が病院に行きたがらないケースも多いため、まずは地域包括等から近隣の主治医への受診を勧めたりしているが、なかなか支援体制を整えるのは難しい。

#### 【相談支援】

地域包括支援センターで地域支援事業として行っている。なお、認知症家族を支える会はない。

#### 【啓発活動】

横手市全体の取組として、認知症キャラバン・メイト研修の開催や、認知症サポーター養成講座の開催を行っている。認知症サポーター養成講座は、昨年度中に52箇所開催して、

1,450名が修了した。開始当初からの延べ人数では2,000名を超える人が認知症サポーターになっている。現行計画期間中に3,000名を目指している。

ただし、現状は、認知症サポーターになった人で具体的に活動している人はほとんどいない。現在フォローアップとして、キャラバン・メイトや認知症サポーターを対象にした「認知症フォーラム」を企画しているところである。

次回の認知症サポーター養成講座は、店員と買い物客を対象にして、スーパーの売り場で開催する予定である。

認知症キャラバン・メイト養成講座は、今年度は養護学校の教員（10数名）を対象に実施した。今後、学校で認知症サポーター養成講座を開催できるようになれば、子どもや若い世代にサポーターが広まっていくのではと期待している。

### （3）認知症高齢者のケアに関する地域資源の連携状況

#### 【現在の連携状況】

市民が住み慣れた地域でその人らしい尊厳のある生活を継続できるよう、医療・保健・福祉サービス及び地域資源の総合調整並びに医療・保健・福祉サービスを総合的に提供する地域包括ケア体制の推進を図るため、「健康の丘おおもり包括ケア会議」を設置している。今回のモデル事業は、本会議を中心に進めた。

構成メンバーは、市立大森病院、大森地域局市民福祉課、介護老人保健施設「老健おおもり」、特別養護老人ホーム 白寿園、健康の丘居宅介護支援センター 森の家、横手市地域包括支援センターが核であるが、必要に応じて様々なメンバーに声をかけて参加してもらっている。

地域住民で支える場合、プライバシーや個人情報の問題もあり、どこまで関われるのが難しい。

前提として、まだ住民が「認知症」に関する理解が乏しいため、まずは「認知症」に関する啓発を行っていく必要がある。同時に、相談のフローや関係機関の役割を明確にしていく必要がある。

また、民生委員に過度な負担がかからないよう、民生委員を支える他の住民を増やしていく必要がある。民生委員を支えたいという住民もあり、今後は住民の間でも自然と役割ができてくることを期待している。

なお、地域包括支援センターは、認知症を疑った場合、どこの病院に行くべきかを相談されることが多い。最初から精神科や馴染みのない病院に行くのは精神的にも負担が大きいため、まずは主治医に相談するようになっているが、必ずしも認知症への関心が強い医師とは限らないため、その場合、地域包括支援センターの立場から医師に助言するのは難しく、対応に苦慮することもある。

### 【連携構築にあたっての方向性】

今回のモデル事業には、3つの地区に参加してもらった。これらは、

- ・老人クラブや公民館活動が活発であり、住民を中心としたネットワークを構築する素地があると考えられる地区
- ・自治会活動が盛んで、民生委員への期待が大きい地区
- ・老人クラブの活動が活発であるが、自殺の多い地域で、認知症患者が多いことが想定される地区

とそれぞれ特徴をもった地区であった。

地区からの参加者は、民生委員、公民館長、育成会代表（子育て支援の団体）、老人クラブ、食生活改善員、結核予防婦人会であり、参加者は女性が多い。男性参加者は公務員や教員OBが中心であった。育成会は子育て支援を行っている団体であるが、若い人が多く、認知症を理解すればサポーターになってもらえる可能性があると考え、参加を呼びかけた。

今後は、今回のモデル事業に参加した地区の地域住民を交えた会議を開催し、市民で考える会を続けていき、地域で支える仕組みの構築に力を注ぎたい。どの地区もリーダー的役割を担える人が見えてきたので、その人を中心に広めていってもらえるようにしたい。

3地区での活動が軌道に乗ったら、他の地区にも徐々に拡げて行き、いずれは大森町全体に広め、さらには大森町から横手市に広めて行きたい。

ただ、最初から大きな取組をしようとしても進まないの、できるところから無理のない範囲で少しずつ活動していきたい。行政からも積極的に地域にでていって、小さくとも活動を継続することが重要だと考えている。

認知症に限定していないが、市民集会を定期的で開催しているので、その中でも認知症ケアについて啓発を図り、意識付けしていきたい。市民を集めた会合をまだ1回しか開催していないが、思った以上に住民の人が熱心に取り組んでくれ、関心を持っていることがわかった。今後も継続していきたい。

ただ、秋田県の方は、口べたであまり話したがらない傾向がある。また、未だに古い考えがあり、認知症に引け目を感じて、外部に漏らすのをためらう人も多い。このため、早期発見がネックになっている。認知症に関する正しい知識を広めて、少しずつ改善していく必要がある。

#### 本事例から得られた示唆

- ◆どの地域でも同様であるが、認知症のサポート体制の重要性は専門職には理解されているが、それを住民と協働して行うために形にするところが難しく、立ち上げる際に苦労や工夫が必要である。
- ◆いきなり大風呂敷を広げるのではなく、熱心な組織や人がいるところ、自殺者が多い地区など特徴のあるところから始め、その取組を徐々に広げようとしている点や、住民参加の見守りを目指し、民生委員、自治会長は元より、消防団、市政協力員なども加えて組織を作っている点が特徴である。住民の活動には地域差があり、その地域に応じた柔軟な組織作りに留意している。
- ◆また住民の活動の地域差と同時に、医療面の地域差もある。認知症に対する取組に積極的な医療機関がある地域とそうでない地域とがある場合、医療との連携が大きな課題となる。



## 5. 静岡県・浜松市国保佐久間病院

### (1) 地域に於ける認知症高齢者のケアに関する課題・問題点

高齢者世帯の家族（子供等）が東京等に遠方に住んでいるケースが多く、地域外の家族と地域・地域資源との関わりが課題として挙げられる。

地域外の家族へ地域からアプローチするには限界がある。一方で、遠方に住む家族にとっては、家族が認知症ではないか？と感ずることがあったとしても、浜松市天竜区佐久間町の地域資源に関する情報がないため、相談先もわからない、また普段かかっている主治医もわからないという状況になることが多くなってしまふ。

また、普段連絡を取り合っていない家族にとっては、主治医や保健師等から家族に連絡しても、イメージがわからず、病気の症状やデイサービス・ヘルパーの必要性を理解してもらえないことも多い。そこで、時間をかけてでも、地域外の家族との連携をスムーズに行えるネットワーク形成に取り組みたい。

### (2) 認知症高齢者に対するケアに関する取組内容

平成18年度より認知症高齢者のケアを開始した。最初は、地域社協が開催するサロンに出向いて、家族介護者向けの情報提供や地域リハビリテーション教室の開催などを行ってきた。10箇所ほどサロンを回り、ゲームなどをやってもらうと、地域に暮らす人々のなかに認知症が疑われる人がかなりいることがわかり、潜在患者の多さを実感するようになった。このため、予防も含めて認知症ケアの必要性を感じ、対策を講じるようになった。

#### 【予防活動】

保健事業の一環として、脳の健康づくり教室を開催している。月2回、全20回のコースで、手芸やゲーム、料理、運動、クイズなど、頭と手を使う内容が中心である。

この教室は平成13年度より保健センターが開催している。少しずつ自主運営の地域が増えてきており、現在は自主化した組織で運営している地区が13地区ある。これらの地域は、リーダーになってくれそうな人に頼んで、ヘルスボランティアを中心に開催している。

参加者は若い人で70歳過ぎ、平均で80歳以上の地区もある。またほぼ地区の全員が参加している地区もある。

#### 【早期発見】

多くの場合は民生委員に情報が最初に入る。その後、民生委員が地域包括支援センターや保健センターに情報を提供する。地域包括支援センターや保健センターが必要に応じて介護保健の申請を行ったり、診断が必要場合には病院につないだりしている。

病院の患者で気になる患者がいた場合には、「もの忘れ外来」は設置していないが、時間

を指定して病院に来てもらい、内科医が診察・診断している。病気の程度の診断は 2 週間に 1 回程度行っている。必要に応じて、精神科への相談・紹介を行っている。

### 【相談支援】

一部の地区では認知症の家族会があり、地域包括支援センターとしても家族のための介護者教室を開催している。

介護者教室を始めたきっかけは、他の地域で同種の取組がなされているとの話を聞いたことである。最初は、介護者教室を開く地域の住民で、要介護者を抱えていそうな家族にチラシを配って参加してもらっていたが、最近は、参加者が周りの人を誘って参加してくれるようになり、声をかけなかった人の参加もみられるようになってきている。内容は各回で異なるが、たとえば 2 時間の料理会＋介護者同士の意見交換会、昼食と挟んで 30 分程度の講話（健康や予防等）＋介護者同士で困っていることを話し合う時間等で構成されている。会に参加することで、自分だけでなく周りの人たちも同じようなことで困っていることがわかり、それだけでも気が楽になって帰っていけるとのことで、参加者からの評価も高い。

介護者教室は今年度佐久間町内の 2 地区で開催したが、1 地区は非常にうまくいき、周辺の住民を誘って参加してくれる等、活発な活動が行われている。認知症を含めた介護者の家族会を各地区で広めていけるような取組を今後行っていく予定である。

### 【啓発活動】

健康教育の一環として、保健師が、老人クラブや企業、森林組合への認知症の啓発活動を行ってきたが、今年度は初めて、認知症サポーター養成講座を開催する。こうした活動を通じて、今後も地域包括支援センターが中心となって地域へのアプローチを進めていく。

社会福祉協議会を周り、啓発活動を行ってきたことで、地域の人や民生委員に認知症のことが少しずつ理解されるようになってきている。

### 【その他の取組】

独居高齢者への民生委員による訪問を年 2～3 回行っている。訪問時に、連絡先を確認しているが、その際に気になったことがあった場合には、地域包括センター等に報告してもらっている。

天竜区安心ネットワーク事業を 5 つの自治会を対象に、シルバーセンターへ委託しておこなっている。内容は、65 歳以上の一人暮らし世帯に対する自宅訪問と電話、脳の健康づくり教室の自主化などの小地域福祉活動の実施である。

### (3) 認知症高齢者のケアに関する地域資源の連携状況

#### 【現状の連携体制】

佐久間病院、保健センター、地域包括支援センター、社会福祉協議会、佐久間自治センター、在宅介護支援センター、デイサービス事業者、警察、民生委員により「佐久間地域連絡会」が従来から組織されており、今回のモデル事業も同連絡会が運営している。ケアカンファレンスがケース検討中心となったため、地域住民向けの情報提供の場を別途設けるため、平成19年より開催するようになった。天竜区全体としての会合が年1~2回、佐久間町など地域単位の会合が2ヵ月に1回開催されている。

なお、会議には参加していないが、今回、病院の支援室に所属する保健師が直接依頼して、中部地区の全商店が認知症ケアネットワークに賛同し協力してもらうことができ、これらの商店のリストも作成した。電話注文や宅配サービスの実施、事後払い対応のほか、認知症が疑われるケースに関する情報提供などに協力してもらうことになった。

#### 【連携構築に当たっての方向性】

地域連絡会を定期的で開催してきたなかで、実態把握のためのネットワークと課題解決のためのネットワークの双方が必要であるとわかってきた。しかし、まだ課題解決のためのネットワークが不十分であり、この体制作りを考える必要がある。

課題解決のためのネットワークの構築のためには、地域連絡会の対応では困難であり、広域化して広い地域で協力してネットワークを構築する必要がある。たとえば、今の体制では、別の病院にかかっている人の情報を把握することができていないが、広域化すれば、そうした問題を解決していくことができると期待される。

また情報共有に関しては、ホームページを作り運営を開始したところである。こうしたところで様々な情報を提供することで、地域外に住む家族への情報提供などにも役立てると考えている。また、このホームページには地域資源マップや佐久間町内の中部地区の商店の協力リストなども掲載し、様々な情報交換の場となるようにしたい。

浜松市との合併による弊害として、行政職員の異動による情報・関係の断絶にある。昔は行政職員の異動がほとんど無く、長期的な深い関係が築けていたが、2~3年で異動してしまうことになって、情報が断絶し、組織連携が難しくなっている。

民生委員の立場としては、地域住民から、認知症が疑われる人に関する相談を受けたときに、家族へまず相談すべきなのか、地域包括へつなぐべきなのか判断が難しい。また、民生委員の知識では、症状から認知症であるのか、一時的なものであるのかを判断することは困難であると感じることがある。民生委員から遠方に住む家族に連絡することもあるが、同じような苦情が何度もある場合など、家族に言うのが忍びないと感じるケースもあり、精神的な負担ともなっている。

認知症高齢者を自宅で面倒みる場合、何かあったときには病院が面倒を見てくれるという安心感が大切になる。病院建て替え時に療養病床を 20 床つくったが、病床数が不足する懸念がある。

ネットワークを継続させるためには、お金をつぎ込まずにできることをやっていくことが重要であると考えている。「佐久間ネットワーク あんじゃないネ」と命名したネットワークは、まだきちんとした組織の形ができていないが、今後は組織の形を整えて、より具体的な活動を行っていききたい。

#### 本事例から得られた示唆

- ◆高齢化率が 50%を超えている地区であるが、若い家族が都会暮らしで介護への意識が地元とズレているが、それをカバーするために、家族との接点を積極的にとろうとし、また、地域住民の互いに支え合おうとの思いを醸成している。地区の商店街の全てに認知症と生活支援への協力を求め、マップ作りをしていることはその現れである。
- ◆また、病院が積極的に関わることにより、地域住民が「病院があるからここにいられる、在宅でいられる」という安心感をもっている。これは、医療機関スタッフが、病気のみに関わりではなく生活者としてネットワークによる支援のもと、継続的な関わりをもっているからだと考えられる。
- ◆ただし、高齢者の現状を、年に数回しか訪れない家族、遠方に住んでいる家族にどのようにして理解してもらうのかは、大きな課題となっている。
- ◆さらに、認知症専門職が不在であり、ある程度明確な診断と治療方針や予後予測が困難な状況も予測される。
- ◆超高齢化が進み、専門職も十分でない地域であるが、保健師を中心に地域住民が連携することで早期発見が可能となっている。

## 6. 香川県・綾川町国保陶病院

### (1) 地域に於ける認知症高齢者のケアに関する課題・問題点

社会資源が十分でないために、認知症高齢者をどのように支援していくかが課題となっている。

認知症高齢者を抱える家族のなかには、まだまだ認知症であることを隠そうとする人が多い。家族や、個人病院、銀行、郵便局、警察、消防署、スーパーの店員、小・中学校の先生や生徒、など地域住民一人一人の理解を如何に深めていくかが課題である。

ケアサービスについても、介護保険で24時間連続して介護できる体制が整っていないことは大きな課題である。特に夜間の孤独、事故や行動傷害が起因して入院や施設入所となる事例が少なくない。夜だけでもケアしてくれるサービスがあれば、かなりの人が地域で暮らしていけるのではないかと思われる。

### (2) 認知症高齢者に対するケアに関する取組内容

今回のモデル事業立ち上げ前から、積極的に認知症高齢者の対策を進めていた。平成18年度に地域包括支援センターを設立、高齢者支え合いのビジョンとして“元気な高齢者も要介護の高齢者も互いに支え合う町づくり”を掲げ、取組を進めてきた。

取組の一環として、リタイアした方々をターゲットにした「まなびあい講座」を開催し、介護予防サポーターを育成し、現在までに205名が登録（うち、フォローアップ研修の受講者60名程度）している。お話ボランティアやいっぷく広場（介護一步手前の方を対象にした集い）などで活躍している（介護予防サポーターは、講座を修了後、自らの希望により「お話ボランティア」、「いっぷく広場」「地域資源マップ」の3班のいずれかの活動に参加している。）。

民生委員は自主的に「まなびあい講座」を受講し、介護予防サポーターになってきている人が多い。

このほか、日頃から、ケアマネ連絡会や地域包括支援センター、老人介護支援センター、陶病院などが密に連携取れる関係がすでにあつた。

今回のモデル事業は、綾川町にとっては、もともとあつたビジョンを“実際の活動”として実現するためのよいきっかけとなった。

#### 【予防活動】

自治体単位でいきいきサロンを開催して、高齢者に参加を促し、進行予防をはかっている（町内400程度の自治体のうち32箇所が実施）。

いきいきサロンは、地域包括支援センターができる以前から、保健師が半年毎に地域を

数カ所決めて重点的に入り、地域のボランティアに応援（いろいろな趣味を持った人に声をかけるなど）してもらい、月数回、集会所に集まる活動をし、期間が過ぎるとそれを地域の方に引き継ぐという活動をしていたのがベースとなっている。活動の評価指標として、前後でかなり広範囲なテストを実施し、よい結果もでていた。ただ、地域の方だけでは対応が難しい時もあり、社協のスタッフが1名、血圧測定や相談支援等で活動を支援しており、その活動支援のための予算を町の予算から計上している。陶病院医師も時々参加している。

このほか、介護認定までは行かない方を対象に、介護予防サポーターが「いっぷく広場」を開催し、運動教室、作品作り、お茶会などを開催している。

### 【早期発見】

自分や家族から何らかの相談がないと発見に至らない場合がある。基本チェックリストもすり抜けている方に、意外と認知症による行動障害があるケースもあり、把握しきれていないのが現状である。

### 【相談支援】

地域包括支援センター、老人介護支援センターで相談にあたっている。しかし、様々な会合に参加してくれる人はよいが、参加してくれない人のケアまでは対処できない。このため、ケアマネジャーに様々なことが集中してしまう。

把握している方については、心療内科医師との人間関係の構築により、日頃から相談しやすい環境を整えている。また、ケアマネ連絡会で困難事例の相談ができる環境がある。こうした会合で議題となった事例について、介護予防サポーター（お話ボランティア）につなげることもある。

### 【啓発活動】

平成18年度以降、高齢者支え合いのビジョンとして“元気な高齢者も要介護の高齢者も互いに支え合う町づくり”を掲げ、取り組みを進めてきた。

取組の一環として、リタイアした方々をターゲットにした「まなびあい講座」を開催し、介護予防サポーターを育成し、現在までに205名が登録（うち、フォローアップ研修の受講者60名程度）している。お話ボランティアやいっぷく広場（介護一歩手前の方を対象にした集い）などで活躍している。現時点では、行政が事業の一貫として予算措置をして開催しており、自主的な取組には至っていない。

ただし、これらの取組は高齢者を対象としており、商店やその他の機関、小学生・中学生などの子どもへの啓発活動には至っていない。

### (3) 認知症高齢者のケアに関する地域資源の連携状況

#### 【現在の連携状況】

綾川町地域包括支援センターにて、月 1 回ケアマネ連絡会を開催している。そこで、困難事例について情報提供され、検討している。この他、陶病院での地域ケア専門委員会等も開催されている。

また、介護予防サポーターによるいっぷく広場（高齢者の寄り合える場）が月 2 回、総合保健施設えがおのいきいきセンターで開催される。いっぷく広場は、閉じこもり傾向にある高齢者の外出の機会や交流の場となることを目指している。

早期発見や適切なサービスケアへの阻害要因として、認知症に関する情報不足、理解不足等があり、そのことをつまづいたり、個人情報保護法の関係や組織間の上下関係などで連携がとりにくいことがある。そこで、日頃から関係を構築できるよう各種会議、研修会等を開催している。

#### 【連携構築にあたっての方向性】

医師や民生委員や老人クラブ、ボランティアからの相談連絡体制の強化を目指している。たとえば、「隣近所に醤油等を借りに行ける関係づくり」を行うなかで、認知症ケアにおいて住民それぞれが、自分自身のポジションを自覚し、支え合うための役割を担うような地域（町）を目指したい。

元気な高齢者は自分が要介護者を支えていくのだという明確な意識付けが必要である。一方で、支援が必要となった高齢者自身も、自立に向かう姿勢を持ち続けなければならない。こうした関係が中心にあり、その周りには土台として、各専門機関が支え合う立場として存在すべきであると思われる。

そのためには、高齢者支え合いのビジョン実現に向けた教育・啓発活動が若い頃から必要である。少なくとも、リタイア後は、必ず学びの機会が必要である。

### 本事例から得られた示唆

- ◆目指したいビジョンがわかり易く明確化されており（「隣近所に醤油等を借りに行ける関係づくり」を目指す）、ビジョンの啓発周知と教育活動の徹底がされている。定年退職者には必ず学びの機会も設け「まなびあい講座」を学習して貰っており、介護予防サポーターの育成もその延長線上に位置づけられている。
- ◆また、課題が生じて課題解決のためにネットワークを活用していく事が多いが、課題の少ない初期からネットワークが活用され、生きがいや自立に向けたサポート支援が組み立てられている。地域のボランティアも状態の良い時から関わりができるため、関係も構築しやすく、声かけもしやすくなっている。
- ◆医師が側面的な支援に加え、実際に訪問を行う等、地域の現場に足を踏み入れており、ネットワーク全体に上下関係がなく、対等な関係が築かれている。
- ◆認知症に限らず高齢者の支援には継続性が求められ、継続的に見守るためにはボランティアにどのような役割を期待するのかの見極めが難しい。業務として関わる専門職と違うので、細く長く関わってもらえるような工夫が必要である。



## 第6章

# 地域における認知症ケア体制の 構築セミナーの開催

---

---

## 1. セミナー開催概要

---

【テーマ】 地域で考える認知症ケア・地域で支える認知症患者

～こんなときどうする？身内が認知症になった場合の対応！～

【開催日】 平成23年3月10日（木） 13:00-17:00

【会場】 アジュール竹芝（東京都港区海岸 1-11-12）

【参加者】 107名（うち、埼玉県・千葉県・東京都・神奈川県からの参加者 54名）

### 【内容】

#### ○基礎講話

「認知症ケアを地域で考える」

（地域資源を活用した地域のつながりと役割。有効な手段を考えるヒント）

前沢政次 北海道大学名誉教授／日本プライマリ・ケア連合会理事長

#### ○先進地域の取組みから学ぶ

「認知症ケアを地域で実践するために何をしたか」

①地域包括支援センターを中心とした取組み～ 北海道・本別町

②市町村行政を中心とした取組み～ 広島県・安芸太田町

③医療機関（国保病院）を中心とした取組み～ 富山県・南砺市

#### ○全体ミーティング

「モデル事業として実施してみました～新たな取り組んだ成果と課題～」

①医療機関が中心に取り組んでいます・・・ 北海道・京極町

②地域包括支援センターが中心に取り組んでいます・・・ 秋田県・横手市

③医療機関と行政が、住民組織と連携して取り組んでいます・・・ 香川県・綾川町

---

## 2. 講演等の内容

---

### (1) 基礎講話「皆で考え地域で支える認知症ケア」

- 初期の認知症では、買い物や支払いなど数字に関して弱くなる人が多いです。なかには夕方になると寂しくなるといったような“たそがれ症候群”のような症状が出る人もいます。中等症になると、外出時に場所の見当識が危うくなり、さらに進行すると外出しなくなっていきます。
- また、認知症患者の家族は介護など様々な悩みを抱え、認知症患者の虐待に陥りやすい傾向にあります。
- 認知症の症状は、認知機能障害に該当する中核症状と、せん妄や抑うつ・興奮・はいかい等の周辺症状に分けられます。医学的説明は中核症状についてはできますが、周辺症状は医学的な説明が困難です。このため、認知症という病気のケアを考える場合には、医師だけでなく、ケアマネや家族、地域住民などを含めて、生活の中で考えていく必要があります。
- 認知症については、一般の住民の理解に誤解がある場合もあり、たとえば家族が認知症であることを隠そうとしたり、介護保険の申請を拒んだりというケースがままあります。家族に理解してもらうためにも、地域の人に見てもらったりすることも重要になります。
- 認知症高齢者のケアにあたっては、環境の変化を避けて生活の継続性を尊重すること、高齢者のペースでゆっくりと安心感を大切にすること、心身の力を最大限に引き出して充実感のある暮らしを構築することが基本的な方針になります。
- また、家族にも認知症の理解を深めてもらい、専門医やケアマネなどと協力し、介護サービスやその他の社会資源を積極的に活用して負担を減らすことのほか、家族の会など仲間を作ることをサポートしていくことも大切です。
- 地域に対しては、「認知症は病気であり、治ることもある」ということ、早期発見・早期治療により進行を遅らせることが可能であること、家族だけの介護は困難を極めるものであり、介護サービスを積極的に利用すべきこと、患者と介護者に対してできる援助を地域全体で考えることの必要性を伝えていくことが必要です。
- これからの認知症ケアは、“医療モデル”から“人生観察モデル”に転換し、関係者がありのままを受け入れ、認知症高齢者に対して“気付かれないように寄り添う”ことが大切だということをお伝えしたいと思います。

## (2) 先進地域の取組みから学ぶ

### 「認知症ケアを地域で実践するために何をしたか」

#### ①地域包括支援センターを中心とした取組・・・北海道・本別町

##### 【地域の概要】

■北海道本別町は北海道・十勝の東北部に位置し、面積は 391.99 km<sup>2</sup>の町です。

■平成 23 年 1 月末時点で、人口は 8,384 人、世帯数 3,897 世帯（うち高齢者のいる世帯 1,942 世帯）、高齢者数 2,741 人、高齢化率 32.7%です。

##### 【取組の概要】

■本別町の認知症高齢者支援システムは、「課題の発見・整理と共有」、「認知症高齢者に関する啓蒙・啓発活動」、「地域住民による支援」「国保病院による医療面のサポート」、「本人・家族への支援」の 5 つの柱で成り立っています。

##### ◎課題の発見・整理と共有

■支援システムを検討するために、行政（保健・医療・福祉）と介護サービス事業者、民生委員や要介護者を抱える家族、介護者を支える会等の地域の関係者等で構成される「地域ケア研究会」を設置しています。

■認知症の人を介護している家族の現状を把握するためのアンケートを実施し、把握した課題の整理や解決に向けた方策、事業を「地域ケア研究会」のなかで検討しており、本別町の認知症ケアの方針を決定する重要な役割を担っています。

##### ◎認知症高齢者に関する啓発活動

■早期発見につなげるため、啓発用のリーフレットを作成し、全戸に配布しています。

■全住民を対象にした介護劇の上演や、認知症の理解を深めるための健康教育講座の開催、住民向け講演会や専門職向け学習会の開催等にも積極的に取り組んでいます。

■認知症の相談窓口を健康管理センターと地域包括支援センターの 2 箇所においています。介護予防を担当する健康管理センターに設置することで、相談者の方が気軽に相談できるように工夫しています。

##### ◎地域住民による支援

■認知症予防教室は、自治会を単位として、1 年目は 1 年を通じて 1 月 1 回、住民と保健師が協働で開催しています。2 年目以降は地域の自主事業化しており、今までに 10 箇所が自主運営化しました。

■また、認知症の人を介護している家族を支援するため、研修を受けたボランティアが認知症の人を見守る「認知症高齢者家族やすらぎ支援事業」を行っています。現在、ボランティアは 25 名ほどで利用者は 10 名位です。

## ◎国保病院による医療面のサポート

■国保病院では月 2 回の「もの忘れ外来」を設置しています。月 1 回は医師、看護師、保健師、ケアマネ等が参加し、支援の方向性を検討するカンファレンスを開催しており、認知症の早期発見・早期診断、フォローアップ体制構築に役立っています。

## ◎本人・家族への支援

■認知症予防教室や相談窓口なども行っていますが、本別市独自の支援として「はいかい高齢者等 SOS ネットワーク」を行っています。はいかい歴のある（おそれのある）方が登録し、家族の依頼により協力機関に情報提供して日頃から見守り、緊急時には協力機関や自治会等を通じて捜索するものです。協力機関は市や保健所、警察・消防、郵便局、タクシー事業者、介護事業者、民生委員、地域住民、商工会等 28 機関にのぼります。

■以上が現在の本別町の取組ですが、平成 11 年度から始めて、少しずつ内容を更新していきます。いずれかの機関が全体管理機能を担い、関係者で役割分担を明確にしつつも必要な時に協力できるネットワークづくりを常に心がけることが大切です。

## ②市町村行政を中心とした取組・・・広島県・安芸太田町

### 【地域の概要】

■広島県安芸太田町は平成 16 年 10 月、旧加計町、旧筒賀村および旧戸河内町の三町村が合併して誕生した広島市の北西部に位置する、面積 342.25 km<sup>2</sup>の町です。

■平成 23 年 2 月末時点での人口は 7,598 人、世帯数 3,422 世帯、高齢化率 43.6%です。

### 【取組の概要】

#### ◎認知症対策への過信

■安芸太田町は高齢化率が 43.6%、後期高齢者比率が約 27%と高齢化の進んだ町です。そのため、平成 21 年 2 月現在で要介護認定者のうち、認知症自立度の判定で、何らかの介護が必要となる“Ⅱa”以上の人が 453 人と、他市町村と比較して非常に多い状況にあります。

■しかし、安芸太田病院が昭和 48 年から老人性精神科病棟を設置、さらに平成 15 年には「もの忘れ外来」を設置し、認知症に関する専門的な医療やケアが提供されていたことや、第 4 期高齢者福祉計画においても認知症予防推進やネットワーク構築など様々な対策が講じられており、“認知症対策について恵まれた町”と考えていました。

■住民への啓発に関しても、住民組織である「高齢社会を考える会（旧名：老人ボケの人を支える家族の会）」の活動が 25 年に渡り続いており、認知症についての講演会や相談会等を積極的に開催されています。また、民生委員が担当地区の住民の状況を把握されている中、認知症高齢者が年々増えているなかでも「何とかなる」とタカをくくっていました。

### ◎地域全体で支えるため“住民が主役”の取組の開始

- しかし、地域で認知症の講座を開催しようとしたところ、「認知症の話を聞いても仕方がない」、「認知症の人を介護している家族の人にすればよい」などとの意見が多く、“地域全体で支える”という視点が欠けていたことに気付きました。そこで、“住民が主役、保健・医療・福祉センターがマネジメント、医療・福祉施設がサポートする”という地域包括ケアシステムを構築することにしました。
- 主役となる住民を育成するため、平成 21 年度にキャラバン・メイト養成研修を開始し、2 年間の間に 65 名のキャラバン・メイトが誕生しています。安芸太田町のキャラバン・メイトは、ボランティアの方が 22 名と多いのが特徴です。ボランティアの方は、専門知識は少ないですが、住民と同じ目線でみることができ、行政職員とは違うネットワークがあり、なにより“勉強と経験を重ねて、みんなで成長しよう！！”という意欲と仲間意識を持って取り組んでおられます。
- 現在キャラバン・メイトの活動の一環として、「連絡会」と称して、認知症の基本的な勉強や地域資源マップ作り、寸劇の教材作り、先進地域である広島県庄原市のキャラバン・メイトの活動の視察など、主体的に活動しています。
- 認知症サポーター養成講座の開催も既に 20 回を数え、299 名が認定されています。今後は、より幅広い年齢層を対象に認知症サポーター養成講座を開催し、修了後の働きかけを行う必要性を感じているところです。
- 認知症サポーターが講師を務めた「一次予防教室」の参加者にアンケートをとったところ、“どのような地域であればよいですか？”との問いに「ふれあいのある地域づくり」や「助け合える地域」など、地域づくり、人づくりが大切という意見が多くでました。この結果をみて、“認知症の専門家ではないのに大丈夫なの？”という不安を抱えていたキャラバン・メイトやサポーターが次第に自信を持って前向きに取り組めるようになり、また行政としても目指している方向性が間違っていなかったと実感できました。
- “地域全体で認知症の人を支える”取組はまだ始まったばかりですが、今後も、住民自身が認知症についての知識をもち、相手のことを思いやり、自分もおいたら行く道“おたがいさま”というまちづくりをすすめていきたいと思います。

### ③医療機関（国保病院）を中心とした取組・・・富山県・南砺市

#### 【地域の概要】

- 富山県南砺市は平成 16 年 11 月、4 町 4 村が合併して誕生した、富山市の西約 40 キロ、石川県金沢市の東約 30 キロに位置する面積 668.9 km<sup>2</sup>の市です。
- 平成 23 年 2 月末時点の人口は約 55,500 人、世帯数約 17,300 戸、高齢化率は約 31%です。

## 【取組の概要】

### ◎地域の状況と課題に向き合うことが地域医療

■国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、平成 22 年の南砺市の高齢化率は約 31%と、全国約 23%、富山県約 26%などと比較して高い水準にあります。さらに、平成 27 年には 35%を超えると予想されています。

■高齢化の進む南砺市においては、入院患者の 6 割以上が 80 歳以上となるなど、患者の高齢化に合わせ、「治し、支える医療」を多職種で行うことが非常に重要です。

### ◎南砺市民病院を中心とした認知症ケアのための取組

■認知症の発病から終末期医療に至るまでの間、徐々に生活機能が低下していき、患者やその家族は様々な困難に直面します。

■比較的初期の段階では、もの忘れ外来や精神科等の専門医とかかりつけ医が連携し、臨床心理士や作業療法士等の専門職や在宅介護支援センターやケアマネ、行政、民生委員等が支えることが必要です。終末期の段階では、専門医とかかりつけ医の連携やケアマネ等の協力はもちろんのこと、訪問診療・看護・リハビリ等が必要になります。認知症の段階に応じて必要な医療や支援は変わっていきませんが、適切な支援が地域にあれば、地域で暮らしながら認知症を乗り越えていくことができます。

■南砺市では、疾病予防、早期発見・早期治療や対応、在宅支援基盤整備、終末期対応整備の 4 つの観点から認知症診療ネットワークの構築に取り組んでいます。行政を中心とした認知症キャラバン・メイトやサポーターの養成、介護者の健康管理や「呆け老人をかかえる家族の会」など家族や地域の協力体制、在宅支援機能の充実など様々な取組が整備されています。

■そのなかで、当院では、早期発見・早期治療の一貫として平成 17 年 4 月より「もの忘れ外来」を創設し、500 人以上の診療にあたってきました。「もの忘れ外来」受診者のうち、支援が必要と診断された患者の情報は要支援認定者として、地域包括支援センターに情報提供し、支援につなげています。また、誤嚥性肺炎に対応するため、医師、看護師、作業療法士、栄養士、薬剤師、介護士等の専門職で構成されたプロジェクトチームを組成して治療にあたっています。

■ほかにも、医師や看護師、ケアマネ、社会福祉士等専門職を対象にした地域リハビリテーション研修会を毎月 1 回、現在までに 97 回開催して、認知症ケアスキルの向上に取り組むなど、医療機関としてできることに積極的に取り組んでいます。

### ◎地域包括医療・ケア構築のポイント

■他地域の取組をそのままコピーすることはできませんが、医療・介護保険等の「共助」、本人や家族の努力・協力の「自助」、福祉・行政サービスの「公助」、地域住民の意識改革や協力の「互助」の 4 つが地域包括医療・ケアのポイントであることは変わりません。

- 医療に関しては、南砺市は在宅医療・看護が進んでおり、本人や家族が望む限り、どのような疾患を抱えていても在宅で医療が受けられる体制を整えています。これからも住み慣れた地域で24時間・365日安心して、安全に暮らせるまちづくりを目指してまいります。

### (3) 全体ミーティング

#### 「モデル事業として実施してみました

#### ～新たに取り組んだ成果と課題～」

##### ①医療機関を中心とした取組・・・北海道・京極町

- 北海道・京極町は、東は札幌市、西は倶知安町に隣接した町で、基幹産業は馬鈴薯や小麦などの農業です。また、人口は平成23年1月現在3,415名、高齢化率は29.5%です。人数は少ないですが、平成22年の国勢調査で人口増加率全道7番目であり、町内会毎に葬儀の手伝いをしたり、イベント等のボランティアの参加が多いなど、古くからのコミュニティが残っている地域です。

- 地域包括支援センターが把握している認知症高齢者の数は60名で、家族の認知症に対する理解不足や介護サービス利用に対する考え方が家族内で異なり介護がうまくいかないことがあるなどの課題を認識していました。国保病院でも、認知症患者であると気がついてはいても、徘徊などがある場合入院に対応できないなど、十分な対応ができていませんでした。

- 今回のモデル事業には、『「認知症はみんながなるんだ！」という理解のもと、認知症になっても暮らし続けられる、支え続けられる地域をつくりたい』、『認知症を理解し、自分たちに何ができるのかを考え、実践していきたい』という想いで取り組み、京極町健康推進員協議会のメンバーや福祉員、医療機関・介護福祉に携わる職員などが参加して、講演会1回、会議3回を開催してきました。

- 最後に実施したアンケートでは、参加者の多くが「地域の支援体制」や「福祉サービス」が認知症でも安心して地域で暮らすために重要なことだという認識を持つようになったと回答してくれました。また、「家族に対する思いやりを持てるようになった」、「身近な問題として考えるようになった」、「助けてあげるのではなく、その人らしさを尊重し、自分も学びたい」等認知症に対する考え方が変わったという参加者が非常に多く、町民意識の高揚や地域の支援体制構築に対する町民の理解、医療従事者の認知症に対する理解の深まりなど、短い期間でも様々な成果が得られました。

- これからも、定期的な学習会の開催や認知症に対する課題の整理等続け、「気がついた人が、自分一人で抱えることなく、誰かに相談し、地域で見守りができる町」を目指し



ていきたいと思います。

## ②地域包括支援センターを中心とした取組・・・秋田県・横手市大森町

- 大森町は、平成 17 年 10 月 1 日に近隣 1 市 5 町 2 村が合併し、横手市の一員になりましたが、今回のモデル事業は、合併前の大森町の地域で取り組みました。
- 平成 22 年 3 月現在、横手市全体の人口は 101,340 人、高齢化率は 30.6 %ですが、大森町の人口は 7,164 人、高齢化率は 33.5%です。
- 大森町の特徴は、「健康の森おもり」のなかに保健・医療・福祉のすべてのサービスが集中しており、密接したサービスが提供可能なことです。
- モデル事業の企画には、地域包括支援センターをはじめ、大森病院、横手市市民福祉課の保健師や介護サービス事業者などが加わりました。企画メンバーのなかでの認知症ケアの課題としては、認知症に対する理解不足や早期発見の仕組みの構築、医療につなぐ仕組み作りなどが必要との共通認識がありました。
- そこで、民生委員や公民館長、自治会長、老人クラブ、子供育成会などの地域の代表者を集めて、認知症ケア・ネットワークを構築するための講座を開催しました。ただ、大森町の全ての地区を対象にするのは現時点では早すぎるため、町内のうち 3 地区に声をかけて開催しました。
- 会合では、住民が中心となって認知症の見守りに取り組んでいる大森町内の「昼川地区」の取組を紹介した後に、地区毎にディスカッションをしてもらいました。開催前は住民が積極的に取り組んでくれるものか不安がありましたが、積極的に議論に参加し、今後も地域の人たちで協力していきたいとの声がたくさんでました。
- 急にいろいろなことをしようとしてもうまくいかないと思いますが、まずは特別なことと意気込まずに、身近にある小さなことからはじめてみるのが大切だと実感できました。
- 今後は、行政としても相談体制の構築など取り組まなければならないこともありますが、まずは 3 地区での取組を推進して、すこしずつ大森町の他の地区に広め、横手市全体の取組に広げて行けたらと思っています。

## ③医療機関と行政が、住民組織と連携した取組・・・香川県・綾川町

- 綾川町は、高松市に隣接した、人口 25,578 人、高齢者人口 7,144 人、高齢化率 27.9%の町です。介護保険認定者 1,432 人のうち 780 人が認知症とされており、高齢者のうちの 10%強が認知症患者ということになります。
- 綾川町では、「綾川町で生き生きと暮らし続けるためにみんなで支え合い」をスローガンに、60 歳以上の方を対象に積極的に「介護予防サポーター」の養成を行っており、今までに約 250 名の方が講座を修了しています。なぜ高齢者の方になっていただくかというのは、確かに高齢者の中には介護が必要な人もたくさんいますが、介護の必要のない一

般高齢者の方が 5,014 人もいて、高齢者の中でも支えられ、支えることができるからです。これだけたくさんの方に介護予防サポーターになってもらうことができたのには、「介護予防サポーター」というのを全面に出さず、「まなびあい講座」という名称で開催して、参加に対する意識的なハードルを下げたということもあるかもしれません。

■また、綾川町では、単に養成することにとどまることなく、「介護予防サポーター」になった方々の多くは、「おでかけマップ作り」や、誰でも気軽に集まれる場として開催している「いっぷく広場」、「お話ボランティア」のどれかの活動に参加して、活躍しています。

■こうした取組を続けてきたなかで、今回のモデル事業に参加することになりました。昨年 10 月から、医師や介護専門員、民生委員、介護予防サポーター、地域包括支援センター職員などが集まって、事業を進めてきました。

■モデル事業では、初めての試みとして、4 つの班に分けて、実際に認知症高齢者の方のケアに取り組み、各班のメンバーで対象の家庭を訪問し、お話を聞いたり、イベントに誘ったりと様々なことに取り組みました。認知症高齢者のご家族などが快く思わないのではないかなど、様々な不安もありましたが、実際には、ご本人・家族を含めて、話し相手・相談相手ができることなどを喜んでくださりました。

■今回のモデル事業を通じて、高齢者の方も皆さん地域の人たちとのつながりを望んでいるということがわかりました。介護予防サポーターなどの住民の方や医療関係者など様々な関係者の協力を得つつ、行政としては“切れ目なく支援につなぐ”ための道具やしきみを提供していくことの重要性を感じました。これからの地域包括ケアとして、「輪・話・和」を大切に、“その人だけの、その人ならではの”ケアをしていけるような仕組みを構築していきたいです。

#### (4) グループワーク

##### 「認知症ケア・ネットワークの構築に向けた課題」

###### ◎地域住民の意識の向上の必要性

■「認知症の人は困った人」「地域には隠したい」「認知症になるのは年だから仕方がない」という考え、思いがまだ住民の中では根強く、家族会への登録や参加も少なく、意識付けが難しい。

■認知症サポーターを養成しても、養成だけにとどまっており、協力、実践までには繋がっていない。

■近隣との関係の悪い認知症の方が入院した場合、在宅環境が整わず退院ができないケースもある。

■自宅から歩ける距離で開催されている認知症予防教室には、認知症の方も参加しており、

リーダーや参加者がなじみの関係を生かして声かけ等をしている。また、認知症の疑いのある高齢者に保健師が訪問する際に、情報提供をしてくれた近隣住民や民生委員等が同行してくれたり、様々な面での協力者となってきている。認知症の方の周囲の方々が共に関わる中で認知症を理解し、対応している。このように、例えば認知症サポーターの養成といった形にこだわらず、地域の実情にあった実践がなされることが大切ではないか。

#### ◎都市部における課題

- 都市部においても地域のつながりが脆弱であり、マンション・団地には入り込めない状況である。関係団体の集まりなどに顔を出すなど草の根的な所から取り組んでいる。
- 市全体の高齢化率は低いが大きな団地を抱えている地区は高齢化率が高く、偏りがあるため、地区ごとに、特性に応じた活動を行っていく必要がある。
- 都市部では対象人口が多すぎて個々のケースに対応するのが精一杯となっており、地域包括支援センターの本来業務にまで手がまわらないのが現状であるいわゆる「ごみ屋敷」も担当しているが、他の機関の関わりが得られず、アプローチが難しく困っている。

#### ◎医療機関との連携に関わる課題

- 医療機関の中には、認知症高齢者にデイサービスを利用させるだけで、その後のフォローがないところがある。その後の状態が変化したとき（周辺症状、合併症）に助けを求めようと思うと、新たに一から医療機関を探すことになる。
- 在宅医療に理解ある医師がいると、そこに依頼が殺到するため早期に対応困難（これ以上不可能）と、断られてしまう。
- （各地の取組を聞き）地域包括ケアに理解ある医師、家庭医などを都会でも多く養成し、医療機関の意識を高める必要性を感じた。

## 第7章

# 認知症ケア・ネットワーク構築の 方向性と課題

---

---

## 1. アンケート調査により把握された 認知症ケア・ネットワーク構築に当たっての課題

---

アンケート調査の結果をみると、地域で認知症高齢者を支える仕組、認知症ケア・ネットワークが構築されている地域は全体の約 3 割に止まっており、構築に当たっての課題としては、

- ①地域における担い手となる専門職が不足している
- ②一般住民の認知症に対する理解が不足している
- ③地域における一般住民の担い手が不足している

が上位を占めていた。

実際に、先進的な取組地域におけるヒアリングにおいても、まずは専門職・住民に対して、認知症に関する理解の向上に取り組んできており、またモデル事業を実施した地域におけるヒアリングでも、住民に対する啓発活動に積極的に取り組んでいる状況、もしくはこれから取組を積極化していこうとする意向が伺えた。

また、モデル事業を実施した地域は認知症ケア・ネットワークの構築に取り組んだ地域であるが、その過程で発生した課題としては、上記の課題の他、

- ①関係機関による温度差やニーズの違いの調整
- ②早期発見の場合の相談支援体制
- ③個人情報保護の問題

が挙げられていた。

---

## 2. モデル事業を通じた 認知症ケア・ネットワーク構築の方向性

---

### (1) 「顔の見える関係」の構築

認知症ケア・ネットワークの構築は、地域における高齢者の見守りという機能、認知症をキーワードとした地域づくりという機能を有しているため、それがカバーする領域（カバーすべき領域）は多岐に及ぶ。したがって当然、関係機関・関係団体・関係者も多岐に及ぶ。しかし、モデル事業を実施した多くの地域では、これまでケア会議やケアカンファレンス、サービス担当者会議等、専門職による集まりはあったものの、多種多様な関係機関・関係団体・関係者が「集まり」「顔を合わせる」ことまでは取組が進んでおらず、それぞれが取組意向をもっていても、結果的に取組が進んでいなかった。もしくは、特定の機

関・団体もしくは個人の取組に止まっていた。

しかし今回、モデル事業を通して、これまで関係の薄かった関係機関等にも声をかけ、地域住民も巻き込み、地域における課題の共有化を図り、相互に、もしくは個人個人が果たしうる役割等を検討することにより、相互に顔の見える関係が構築され、それぞれが把握可能な（把握している）情報を共有していく方向性がみえてきた。特に地域資源の少ない中山間地域においては、専門職が少ないが故に、相互に役割分担を図っていくことの意義は大きい。

また、医療機関の保健師が商店を回ってネットワークづくりの協力を依頼したところ、「こういう取組が必要だと思っていた」と、潜在的な取組意向の掘り出しができた地域もあったように、地域には“気が付いている”人や機関・団体が多いはずである。しかしその気付きをどこに相談すればよいのか、相談すべきかが分からずに、そのままになっているケースも少なくないと考えられる。だからこそ、行政や医療機関、地域包括支援センター等、知識や経験のある機関・団体から積極的に、地域に対してアプローチしていくことが必要である。

## （２）地域におけるキーパーソンの必要性

モデル事業を実施した地域の多くでは、キーパーソン（個人・機関・団体等）が存在しており、そのキーパーソンを中心に取組が進められていた。認知症ケア・ネットワークを継続的なものとするためには、「地域づくり」のプロセスにのせていくことが必要であり、そのためにもキーパーソンの存在は不可欠である。さらにキーパーソンは、ネットワーク構築を“仕掛ける側”（行政、医療機関、地域包括支援センター等）にも必要であると同時に、ネットワーク構築を“仕掛けられる側”（町内会、地域住民等）相互に必要である。

ただし、特に社会資源が少ない中山間地域においては、キーパーソンが十分にその役割を果たすためには、それをサポートする体制も必要である。例えば、今回のモデル事業における具体的な支援の取組においては、地域における調整役としてはケアマネジャーがキーパーソンであっても、認知症高齢者の馴染みの関係を重視し、地域住民が訪問したケースもあった。また、地域における見守りについては民生委員が重要な役割を占めるものの、民生委員の負担も重くなるため、地域住民がそれをサポートしたい、という声が上がった地域もあった。

このような意識の醸成等も、今回のモデル事業の成果の一つであり、「顔の見える関係」が構築された結果と言えよう。

### (3) 地域の実情に合わせた取組の必要性

一概に、認知症ケア・ネットワークと言っても、それぞれの地域における地域資源の状況は様々であるので、取組を進めていくに当たっては、当然のことながら地域の実情に合わせた取組が求められる。

今回のモデル事業を実施した地域の中でも、元々、高齢者を支援する仕組づくりに取り組んできた地域においては、そこに「認知症高齢者のケア」という要素を加え、必要となる地域資源に声をかけ、ネットワークの構築を進めた地域もあれば、逆に「認知症高齢者のケア」をキーワードとして、「認知症高齢者のケア」に取り組むことをきっかけとして、地域づくり、地域の再構築に取り組もうとしている地域もある。

それまでの地域における保健・医療・介護・福祉の連携状況によりアプローチは様々であろうが、モデル事業実施地域の中には、地域、それも小地域での取組をベースとして、徐々にその取組を他の小地域に広げ、最終的には自治体全体で同様の取組がなされることを目指しているケースもあった。また行政等は関与していなくても、地域住民による小規模ネットワークが構築されている例もあった。そのような自主的取組はまさに地域のニーズによって始まったものであるため、ただちに近隣の地域で同様の取組が可能であるとは限らない。しかし、そのような取組の内容を情報としてまとめ、発信していくことによりそれぞれの地域における取組の誘発ならびに活性化につながり、「点」としての個別の取組が、周辺地域に広がることにより「線」となり、さらに自治体全体に広がることにより「面」となっていくのではないだろうか。

---

## 3. モデル事業を通して浮かび上がってきた 認知症ケア・ネットワーク構築に当たっての新たな課題

---

### (1) 取組を進める上での課題

このように多くの成果が得られたモデル事業ではあったが、その一方で、取組を進める中で、新たな課題も浮かび上がってきた。

一つ目は取組の際のエリアの問題である。例えば見守り等は町内会単位程度が望ましいかもしれないが、相談体制や実際のケア体制については、専門職等に限りがあることもあり、より広域な取組にならざるを得ない。また医療機関との連携に当たっては、さらに広いエリアになろう。このように取組の内容によって、想定されるエリアが異なることを前提とした上で、ネットワークの構築に当たる必要がある。

二つ目はネットワークに関わる機関・団体・人材等の広がりである。今回のモデル事業実施地域の中でも、ある地域では商店にも声をかけたように、「高齢者の生活を支援する。



高齢者を見守る。」という視点で考えると、地域には様々な資源が存在する。今回のモデル事業は、地域資源の掘り起こしも一つの目標としたが、火の始末に不安があるので消防と連携したり、詐欺にある危険性等もあるので警察と連携したりと、通常の高齢者ケアの枠では収まらない機関・団体等との連携が進められた。このように、地域にどのような資源があるのか、ということについては、他の地域での取組事例等も参考にしながら、発掘し、連携していく必要がある。

三つ目はキーパーソンの必要性である。これは前述した通りであるが、キーパーソンが自然に生まれてくる地域はともかく、そうでない地域においては、ある程度、意識的にキーパーソンをつくっていく必要がある。地域住民への意識啓発が進むことにより地域住民の関心度合いが高まったとしても、それがすぐにキーパーソンの発生にはつながらない。したがって、少なくとも取組当初においては、全体の調整役としてのキーパーソンと、各地域におけるキーパーソンを「任命」するなども必要となるかもしれない。ただ、地域におけるキーパーソンはおそらく地域の中で引き継がれていく可能性もあるが、特に全体の調整役としてのキーパーソンについてはその果たすべき役割は大きいだけでなく、ネットワークによってのみ生活が支えられる高齢者の増加も見込まれるので、人材不足の中であっても、可能であればネットワークづくりに専念できるような人材が配置されることが望ましい。

四つ目は医療機関の果たす役割についてである。早期の気付き、早期の相談については、地域の様々な資源の連携により取り組まれているが、医療機関との関わりについては地域によって差がみられる。専門医の有無や医療機関の特性により異なるだろうが、認知症ケア・ネットワークの構築に向けて医療機関が果たす役割としては、

- ①早期発見：「もの忘れ外来」といった専門窓口だけでなく、一般の外来診察時においても高齢者等の変化に気付くことがある。さらに職員全員が意識を高めることにより、医療職だけでなく、例えば支払い時に事務職でも高齢者の「変化」に気付くようになり、家族や地域包括支援センターへの相談に結びついていくことが考えられる。
- ②専門性の発揮：「もの忘れ外来」受診者や、家族、地域包括支援センター等から相談を受けた認知症に対する診断を行うとともに、場合によっては他の病院の紹介を行うことで、認知症ケア・ネットワークをサポートし、地域全体に安心感を与えることにつながる。
- ③人材育成：認知症の高齢者を支えるための人材（専門職、住民）の育成を行う。医療機関が行うことで、地域の住民の関心度合いも高まり、取組の活発化につながる。

が期待される。

## (2) 都市部等への展開に向けた課題

最後に、今回のモデル事業を各地で展開していくにあたっての留意点を示したい。

今回は、医療機関として医療サービスを提供するだけでなく、保健（健康づくり）、福祉（介護）サービスまでを総合的・一体的に提供する「地域包括医療・ケアシステム」の拠点として活動することを目標にしている国保直診がモデル事業の中核を担って事業を実施したことから、非常に短期間でネットワークづくりを実現できたといえる。国保直診のある地域は、既に医療を中心とした地域のネットワークが構築されており、国保直診所在地が先進的に取り組むことは、他の地域への模範を示し、ネットワークを各地に展開していくためにも意義のあることである。

一方で、都心部等と国保直診のある地域では、様々な面で置かれている環境が異なるという指摘もあるかもしれない。しかし、都市部であっても一つの自治体を細かい地域で見ると、既に高齢化が進展している地域も存在しており、またそうでない地域も将来的に高齢化社会の到来を避けることはできない。現在の国保直診のある地域は、都市部にとっての「わがまちの将来像」といえよう。その点をとっても、今回のモデル事業の実施は、国保直診のある地域だけでなく都市部においても参考となる取組であるといえ、セミナーに多数の都市部の地域包括支援センター担当者等関係者が多数出席したこともその表れと考えられる。

ただし、都市部と国保直診所在地域では、医療機関の役割の違いや地域のつながりの深さの点において特に異なる点がある。国保直診のある地域においても、以前と比較すれば地域のつながりが希薄になっているとはいえ、都市部とは状況が異なる。また、国保直診は、都市部の医療機関以上に“地域を支える”“地域住民の生活を支える”という意識が強い。したがって、今回のモデル事業の取組を都市部で参考にする場合には、保健・医療・介護・福祉、そして地域に存在する社会資源の役割を見直して、応用していく取組が必要となろう。

## (3) 来年度以降の取組に向けて

このように、今年度のモデル事業においては、認知症ケア・ネットワークを構築することにより、もしくは認知症ケア・ネットワーク構築のプロセスにおいて、多くの関係機関・関係団体・関係者が集うことにより、地域における認知症高齢者を支えるための問題意識が共有され、新たな取組が生まれるという成果を得ることができた。特に従来ネットワーク、連携が、主として保健・医療・福祉の専門職種を中心としたものであったのに対し、今回構築に取り組んだネットワークには、地域住民等の参加も得られたため、認知症高齢者の生活を支えるための支援の選択肢が広がった。

そこで次の段階は、前述の課題を克服しながらの取組を進めると同時に、引き続き地域資源の掘り起し、これまで十分に活用仕切れなかった地域資源、例えば数多く養成されてきた認知症サポーターの活用等にも取り組んでいくことが求められる。

また、同様の取組を他の地域で行っていくことも必要である。本報告書でも紹介したが、モデル事業実施地域においては、認知症ケア・ネットワーク構築のプロセスを記録してもらった。その結果、

- ①どのような地域資源があり得るのか
- ②どのようなメンバーに声をかける必要があるのか
- ③どのようなプロセスで進めればよいのか

等、新たに取り組む地域に対する多くの示唆、参考となる情報が提供された。今後、本事業のプロセスをもととし、多くの地域で認知症ケア・ネットワークの構築が進むよう、各地域に適した手法を普及推進していきたい。

# 資料編

---

モデル事業実施要領

中山間地域における認知症ケア・ネットワーク構築事業  
モデル事業実施要領

平成 22 年 9 月  
(社) 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～

認知症高齢者の増加が予測される中、さまざまな地域において認知症ケアに関する取組が進められています。国としても、知症の人と家族への応援者である認知症サポーターの養成や、認知症サポーター養成の際の講師役であるキャラバン・メイトの養成等を通じて、専門職のみならず、一般住民による取組の推進を図っているところです。

また、認知症高齢者のケアを行っている家族に対する支援等も行われていますが、前述の認知症サポーターも含め、それぞれのサービスや機関・団体の取組が連携して取組の効果を高めている地域はまだ少ないものと思われます。

さらに、中山間地域では社会資源も十分でないため、そうした地域において認知症高齢者をどのように支援していくかは極めて重要な課題だと考えられます。

そこで本事業においては、地域社会資源の評価を行い、それらが連携して認知症ケアのネットワークの構築に取り組むことにより、地域が一体となって認知症対策を推進することのモデルを提示し、多くの地域で取り組めるための普及啓発を行うことを目的としています。特にその際、特に地域資源への働きかけに注力し、地域全体での関心度合いを向上させることを目指しています。

この度のお願いは、地域資源が連携した認知症高齢者に対するケア・ネットワーク構築への意向がある施設（地域）に対して、実際に地域資源のネットワーク化にお取り組みいただくものです。

大変お忙しいところ誠に恐縮ですが、本調査の主旨をご理解いただき、事業実施にご協力下さいますよう、重ねてお願い申し上げます。

## 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

- 貴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。
- その際、既に地域内にある組織等において、本事業へのお取組が可能である場合には、新たに組織を組成していただく必要はございませんが、認知症高齢者のケアという面からみて既存組織に不足している人材・機関等がある場合には、それらの方々にもお声がけをお願いいたします。

#### 事例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った。

#### 事例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、
  - ・ 貴施設が所在する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
  - ・ 認知症ケア・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。

#### 事例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。

### Step3：モデル事業実施に当たっての討議

- Step2 の地域分析が終了した段階で、地域分析の結果や、今後の取組方針について、本事業を取組主体である検討会・作業部会委員を交えた議論をさせていただきます（その際訪問させていただいた委員が、当該地域の担当委員となる予定です）。
- 検討会・作業部会委員が訪問させていただく日程につきましてはご調整をお願いすることになりますが、できる限り、多くの地域資源の関係者がお集まりいただける日時でご調整いただければ幸いです。

### Step4：モデル事業の実施

様式2：会議記録

様式4：具体的事例

- 認知症高齢者の家族会の立ち上げや、関係機関等によるネットワークの構築を進め、その過程を記録していただきます。
- また、実際に地域の関係機関がネットワークを構築した上で認知症高齢者のケアを実施していただける場合には、その具体的な内容等を記録していただきます。
- また、事業を進めていただいている過程で、適宜、検討会・作業部会委員による助言・指導を行いますので、不明な点や不安な事項等がございましたら、いつでもご連絡いただければ幸いです。

#### 事例①：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。



**事例②：民生委員等を対象とした勉強会の実施**

地域で高齢者に接する機会が多い民生委員ならびに生きがい活動世話人等を対象として、国保直診の「もの忘れ外来」担当医や行政の保健師等から、認知症高齢者のケアのあり方等についての講話を行い、その後、地域において認知症高齢者に対して関わりが必要か、またそのためにはどのような機関からの支援が必要か等についての話し合いを実施した。

**Step5：モデル事業実施の効果の把握**

**様式5 関係者意識調査**

- 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させていただき、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。

**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	○	11月30日（火）
様式2：会議記録	○	2月7日（月）
様式3：地域分析	○	11月30日（火）
様式4：具体的事例	○	2月7日（月）
様式5：関係者意識調査	○	2月7日（月）

## 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：具体的事例

様式5：関係者意識調査

## 中山間地域における認知症ケア・ネットワーク構築事業 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： ～

### 中山間地域における認知症ケア・ネットワーク構築事業 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	

## 中山間地域における認知症ケア・ネットワーク構築事業 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： )

既存の資源 の状況と課題	既存事業の実 施状況（開始 年度、開催回 数・参加人数 等）	予防	
		早期発見	
		相談支援	
		啓発活動	
		家族会支援	
		その他	
	既存事業にお ける課題	予防	
		早期発見	
		相談支援	
		啓発活動	
		家族会支援	
		その他	
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)
	参集者の感想		
	その他 (事業実施上の課題等)		

## 中山間地域における認知症ケア・ネットワーク構築事業 具体的事例

## 本事例におけるサポート体制について

施設・地域名		
対象者 属性	年齢・性別	( ) 歳 男・女
	要介護度	1 自立                      2 自立(特定高齢者)                      3 要支援 1・2 4 要介護 1・2                      5 要介護 3・4                      6 要介護 5
	家族構成	1 独居                      2 夫婦のみ                      3 親と同居 4 子どもと同居                      5 その他 ( )
	認知症自立度	自立                      I                      II                      III                      IV                      M
認知症ケアの対象となった経緯		
連携を取っている機関		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 ( )
本事例における キーパーソン		1 保健師                      2 訪問看護師                      3 医師・歯科医師 4 ケアマネジャー                      5 その他 ( )
関係機関間での 情報共有の方法		1 口頭での必要事項の伝達 2 共通のフォーマット等のツールを用いた情報共有 3 ケア会議の場での情報共有 →開催頻度(月 回) 4 その他 ( )



本事例の具体的内容について

<p>対象者の状況</p>	<p>※対象者の状況等について、具体的にご記入下さい。</p>
<p>貴施設を含めた地域資源それぞれの役割</p>	<p>※医療機関、地域包括支援センター等、地域資源の内容とそれぞれの役割等を具体的にご記入下さい。</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>必要とする助言・指導等</p>	<p>※認知症ケアの推進に当たって必要とする助言等がありましたらご記入下さい。</p>

中山間地域における認知症ケア・ネットワーク構築事業  
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勞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>

国保直診所在地域における認知症高齢者ケアの取組に関する調査

施設名		市町村名	
記入者名			

貴施設における認知症ケアへの取組状況についてお伺いします。

問1 貴施設では、認知症高齢者等を対象とした「もの忘れ外来」を設置していますか。(〇は1つ)

- 1 設置している (設置年度: 年)                      2 設置していない

※設置している場合は下記(1)～(2)にもお答え下さい(お進みください)。

※設置していない場合は下記(3)にもお答え下さい(お進みください)。

(1) 年間外来患者数(平成21年度実績)

全体 延( )名

うち「もの忘れ外来」延( )名

(2) 受診後のフォロー体制(〇は1つ)

- 1 関係職種等によるフォローを行っている      2 受診時のみの関わりに止まっている

↓  
フォローに関わっている機関(当てはまるもの全てに〇)

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

↓  
フォローを行っている場合、最もオーソドックスな対応の流れをご紹介下さい。

→(3) 認知症高齢者等はどの診療科目で対応することが多いですか。

( ) 科
-------

問2 貴施設では、認知症高齢者のケアに関して、他の専門医療機関等との連携を図っていますか。(○は1つ)

1 連携を図っている	2 連携は図っていない
↓	↓
連携を図っている場合はその内容(当てはまるもの全てに○)	連携を図っていない場合はその理由(○は1つ)
1 患者の紹介 2 認知症の確定診断 3 その他 ( )	1 自施設で対応可能だから 2 近隣に連携できる専門医療機関等がないから

### 地域における認知症ケアへの取組状況についてお伺いします。

※以下の設問は国保直診の職員の方にお答えいただくことを想定しておりますが、地域の取組の現状について、国保直診で把握なさっていない部分につきましては、必要に応じて市町村の担当部署等にお問合せいただければ幸いです。

問3 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 病院の「物忘れ外来」 3 認知症予防教室における相談 5 要介護認定調査時による発見 7 地域包括支援センターへの相談 9 健康教室等における相談	2 保健師の訪問による発見 4 基本健診時における問診時による発見 6 民生委員からの相談 8 保健センター等への相談 10 その他 ( )
↓	
実施している場合、早期発見時の対応(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
↓	
明確になっている場合、最もオーソドックスな対応の流れをご紹介下さい。	
<div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>	

(2) 相談支援の取組 (○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 病院の「物忘れ外来」	2 保健師による対応
3 地域包括支援センターでの対応	4 保健センター等での対応
5 家族会等での対応	6 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
------------	-----------------

↓

明確になっている場合、最もオーソドックスな対応の流れをご紹介下さい。

(3) 予防に関する取組 (○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	国保直診	住民組織	その他
1 認知症予防教室				
2 健康教室				
3 小地域における各種取組 (具体的に: )				
4 その他 ( )				

(4) 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○)

	実施主体	市町村	国保直診	住民組織	その他
取組内容					
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○)

	実施主体	市町村	国保直診	住民組織	その他
取組内容					
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4 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、どのような機関 (人材) がどのような関わり方をしているのか、具体的な事例をご紹介下さい (中心的な役割を担っている機関がある場合はその機関もお示し下さい)。



- (2) 構築後にみられた効果（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）

--

- ▶ (3) 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（当てはまるもの全てに○）

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1 いくつか例がみられる</li><li>2 そのような例はない</li><li>3 そのような例があるかどうか分からない（知らない）</li></ol> |
|---|

- 問7 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○）

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1 関係機関の理解・協力が得られない</li><li>2 一般住民の認知症に対する理解が不十分</li><li>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</li><li>4 取組の際のキーパーソン（中心機関）がない</li><li>5 地域における担い手となる専門職が不足している</li><li>6 地域における一般住民の担い手が不足している</li><li>7 その他（ )</li></ol> |
|---|

**認知症高齢者のサポート体制のあり方についてお伺いします。**

- 問8 地域における認知症高齢者のサポート体制として望ましい姿についてご意見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■■■



# 認知症の人や家族を 地域で支えるために



社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

**独立行政法人福祉医療機構 社会福祉振興助成事業**

## このような場合、あなたの地域なら…

このような場合、あなたの地域ならどのような支えが可能でしょうか？

町役場の鈴木さん（43歳男性。最近高齢者福祉・介護の担当になったばかり）が関わりをもっているA氏（75歳男性）の例

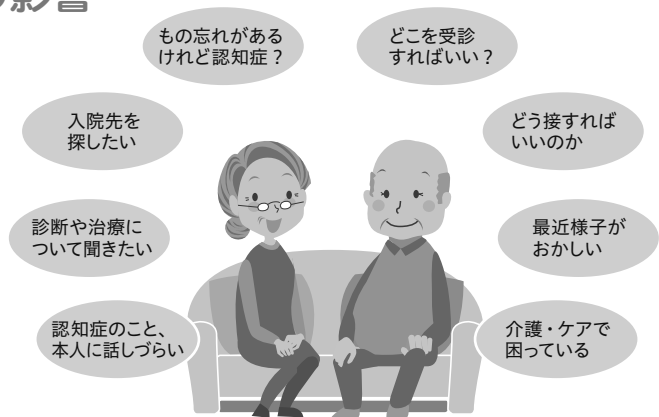
- A氏は65歳まで働いていたが、引退後は自宅で家庭菜園をする程度であった。妻と二人暮らしで、二人の子どもは長男（38）は東京で会社員、長女（36）は少し離れた場所で公務員をしていた。それぞれに家庭をもち、年2回くらいの頻度で帰省していた。
- A氏はもともと非社交的な性格で、地域の町内会の役員などは引き受けないタイプであった。
- 昨年6月、妻が心筋梗塞で突然亡くなった。東京にいる長男と一緒に暮らそうと誘ったが、「ここを離れたくない」と拒否した。「まだまだ元気で一人でもやっていける」と一人暮らしを宣言した。
- 住み慣れたところがいいのだろうと家族も納得し、A氏の一人暮らしが始まった。最初の頃は心配で時々様子を見に行ったが、家の中も片付いていた。
- 久しぶりにA氏の家に行ってみると、元気そうに迎えてくれたが、部屋は万年床で台所も片付いていなかった。「山田さん、お久しぶり」と挨拶をしてくれたが、私は山田ではなく鈴木である…

- ▶ A氏が住み慣れた地域で生活するには、何が必要でしょうか？
- ▶ 鈴木さんにできることは何でしょうか？

# 認知症の人と家族が地域で安心して暮らすために…

## 認知症になると…本人・家族への影響

- 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、様々な負担をもたらします。



## 認知症になっても地域で暮らせることが重要…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

- 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。
- そのためにも、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。「認知症は誰にでも訪れる可能性がある。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（もちろん高齢者も）、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。
- 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。

# ネットワーク構築の方向性…

地域において認知症高齢者を支えるためのネットワークをつくっていくためには、大きく3つのステップが必要です。

## Step 1

### 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・機関等があるはずです～

- 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・健康づくり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。

## Step 2

### 取組内容の検討に当たってはまず「できることから」始めましょう

～既存の資源でできること、既存の組織を活用してできることがあるはずです～

- 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・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、「既存の人材でどこまでできるか」「この地域にない機能をどうやって補完するのか」という点から取組内容を考えていくことも大切です。
- 先進的な取組地域においても、最初は一人の地道な取組、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。

### Step 3

## 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により、さらに多くの人々の協力が得られるはずです～

- 国を挙げて認知症高齢者対策に取り組んでいる中ではありますが、具体的な成果がなければ、取組の継続性は確保されません。
- そのためにも、認知症高齢者対策事業を継続・拡大していくためには、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。

### Point!

## ネットワーク構築に当たっての地域の単位について

～大きすぎない地域での取組を進めましょう～

- ネットワークの構築に当たっては、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。

# 先進的な取組地域では…

## 地域包括支援センターを中心に必要な時に協力できるネットワークを構築

### ～北海道本別町での取組～

#### 地域の概要

- 北海道本別町は北海道・十勝の東北部に位置し、面積は 391.99km<sup>2</sup> の町です。
- 平成 23 年 1 月末時点で、人口は 8,384 人、世帯数 3,897 世帯（うち高齢者のいる世帯 1,942 世帯）、高齢者数 2,741 人、高齢化率 32.7%です。



- 本別町の認知症高齢者支援システムは、「課題の発見・整理と共有」、「認知症高齢者に関する啓蒙・啓発活動」、「地域住民による支援」、「国保病院による医療面のサポート」、「本人・家族への支援」の5つの柱で成り立っています。

#### 本別町認知症高齢者支援システム



## 課題の発見・整理と共有

- 支援システムを検討するために、行政（保健・医療・福祉）と介護サービス事業者、民生委員や要介護者を抱える家族、介護者を支える会等の地域の関係者等で構成される「地域ケア研究会」を設置しています。
- 認知症の人を介護している家族の現状を把握するためのアンケートを実施し、把握した課題の整理や解決に向けた方策、事業を「地域ケア研究会」のなかで検討しており、本別町の認知症ケアの方針を決定する重要な役割を担っています。

## 認知症高齢者に関する啓発活動

- 早期発見につなげるため、啓発用のリーフレットを作成し、全戸に配布しています。
- 全住民を対象にした介護劇の上演や、認知症の理解を深めるための健康教育講座の開催、住民向け講演会や専門職向け学習会の開催等にも積極的に取り組んでいます。
- 認知症の相談窓口を健康管理センターと地域包括支援センターの2箇所に置いています。介護予防を担当する健康管理センターにも設置することで、相談者の方が気軽に相談できるように工夫しています。

## 地域住民による支援

- 認知症予防教室は、自治会を単位として、1年目は1年を通じて1月1回、住民と保健師が協働で開催しています。2年目以降は地域の自主事業化しており、今までに10箇所が自主運営化しました。
- また、認知症の人を介護している家族を支援するため、研修を受けたボランティアが認知症の人を見守る「認知症高齢者家族やすらぎ支援事業」を行っています。現在、ボランティアは25名ほどで利用者は10名位です。

## 国保病院による医療面のサポート

- 国保病院では月2回の「もの忘れ外来」を設置しています。月1回は医師、看護師、保健師、ケアマネ等が参加し、支援の方向性を検討するカンファレンスを開催しており、認知症の早期発見・早期診断、フォローアップ体制構築に役立っています。

## 本人・家族への支援

- 認知症予防教室や相談窓口なども行っていますが、本別町独自の支援として「はいかい高齢者等SOSネットワーク」を行っています。はいかい歴のある（おそれのある）方が登録し、家族の依頼により協力機関に情報提供して日頃から見守り、緊急時には協力機関や自治会等を通じて検索するものです。協力機関は町や保健所、警察・消防、郵便局、タクシー事業者、介護事業者、民生委員、地域住民、商工会等28機関にのぼります。

以上が現在の本別町の取組ですが、平成11年度から始めて、少しずつ内容を更新しています。いずれかの機関が全体管理機能を担い、関係者で役割分担を明確にしつつも必要な時に協力できるネットワークづくりを常に心がけることが大切です。

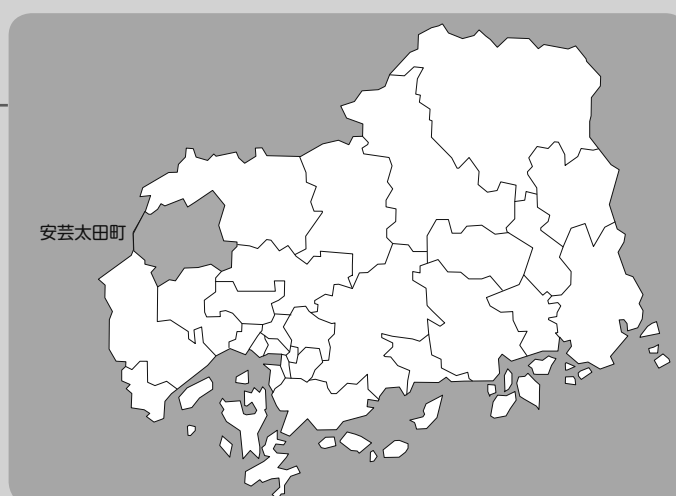
# 先進的な取組地域では…

## 行政を中心とした取組

### ～広島県安芸太田町での取組～

#### 地域の概要

- 広島県安芸太田町は平成 16 年 10 月、旧加計町、旧筒賀村および旧戸河内町の三町村が合併して誕生した広島市の北西部に位置する、面積 342.25km<sup>2</sup> の町です。
- 平成 23 年 2 月末時点での人口は 7,598 人、世帯数 3,422 世帯、高齢化率 43.6% です。



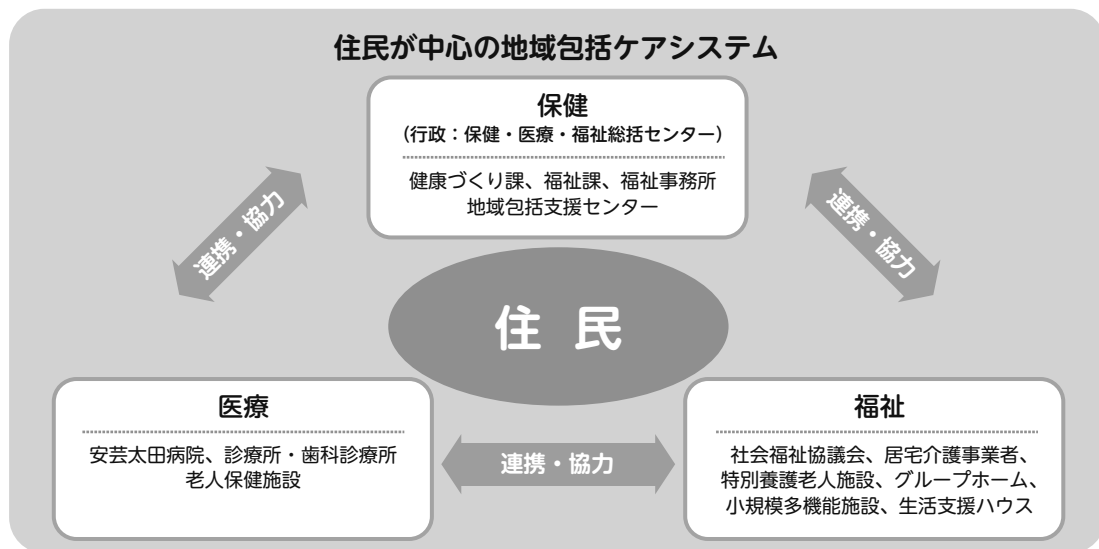
#### 認知症対策への過信

- 安芸太田町は高齢化率が 43.6%、後期高齢者比率が約 27%と高齢化の進んだ町です。そのため、平成21年 2 月現在で要介護認定者のうち、認知症自立度の判定で、何らかの介護が必要となる“II a”以上の人が 453 人と、他市町村と比較して非常に多い状況にあります。
- しかし、安芸太田病院が昭和 48 年から老人性精神科病棟を設置、さらに平成 15 年には「もの忘れ外来」を設置し、認知症に関する専門的な医療やケアが提供されていたことや、第 4 期高齢者福祉計画においても認知症予防推進やネットワーク構築など様々な対策が講じられており、“認知症対策について恵まれた町”と考えていました。
- 住民への啓発に関しても、住民組織である「高齢社会を考える会（旧名：老人ボケの人を支える家族の会）」の活動が 25 年に渡り続いており、認知症についての講演会や相談会等を積極的に開催されています。また、民生委員が担当地区の住民の状況を把握されている中、認知症高齢者が年々増えているなかでも「何とかなる」とタカをくくっていました。



## 地域全体で支えるため“住民が主役”の取組の開始

- しかし、地域で認知症の講座を開催しようとしたところ、「認知症の話聞いても仕方がない」、「認知症の人を介護している家族の人にすればよい」などとの意見が多く、“地域全体で支える”という視点が欠けていたことに気付きました。そこで、“住民が主役、保健・医療・福祉センターがマネジメント、医療・福祉施設がサポートする”という地域包括ケアシステムを構築することにしました。



- 主役となる住民を育成するため、平成 21 年度にキャラバン・メイト養成研修を開始し、2 年間の間に 65 名のキャラバン・メイトが誕生しています。安芸太田町のキャラバン・メイトは、ボランティアの方が 22 名と多いのが特徴です。ボランティアの方は、専門知識は少ないですが、住民と同じ目線でみることができ、行政職員とは違うネットワークがあり、なにより“勉強と経験を重ねて、みんなで成長しよう!!”という意欲と仲間意識を持って取り組んでおられます。
- 現在キャラバン・メイトの活動の一環として、「連絡会」と称して、認知症の基本的な勉強や地域資源マップづくり、寸劇の教材づくり、先進地域におけるキャラバン・メイトの活動の視察など、主体的に活動しています。
- 認知症サポーター養成講座の開催も既に 20 回を数え、299 名が認定されています。今後は、より幅広い年齢層を対象に認知症サポーター養成講座を開催し、修了後の働きかけを行う必要性を感じているところです。
- 認知症サポーターが講師を務めた「一次予防教室」の参加者にアンケートをとったところ、“どのような地域であればよいですか？”との問いに「ふれあいのある地域づくり」や「助け合える地域」など、地域づくり、人づくりが大切という意見が多くでました。この結果をみて、“認知症の専門家ではないのに大丈夫なの？”という不安を抱えていたキャラバン・メイトやサポーターが次第に自信を持って前向きに取り組めるようになり、また行政としても目指している方向性が間違っていなかったと実感できました。
- “地域全体で認知症の人を支える”取組はまだ始まったばかりですが、今後も、住民自身が認知症についての知識をもち、相手のことを思いやり、自分もおいたら行く道“おたがいさま”という地域づくりをすすめていきたいと思えます。

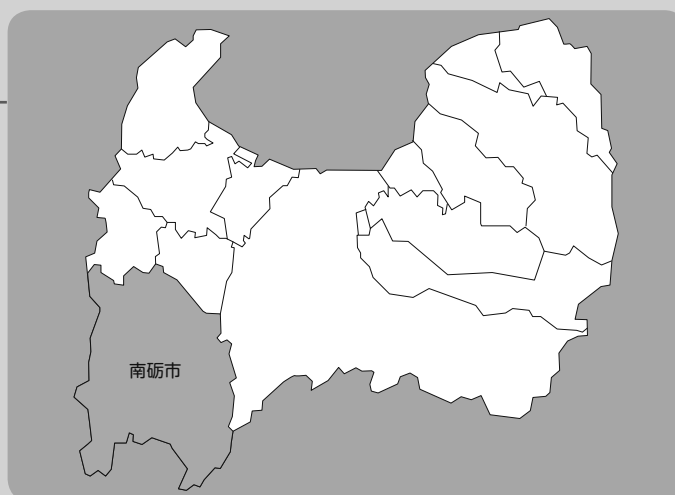
## 先進的な取組地域では…

### 医療機関・住民の協働で“認知症でも安心して暮らせる地域づくり”を目指す

#### ～富山県南砺市での取組～

##### 地域の概要

- 富山県南砺市は平成 16 年 11 月、4 町 4 村が合併して誕生した、富山市の西約 40 キロ、石川県金沢市の東約 30 キロに位置する面積 668.86km<sup>2</sup> の市です。
- 平成 23 年 2 月末時点の人口は約 55,500 人、世帯数約 17,300 戸、高齢化率は約 31%です。



##### 地域の状況と課題に向き合うことが地域医療

- 国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、平成 22 年の南砺市の高齢化率は約 31%と、全国約 23%、富山県約 26%などと比較して高い水準にあります。さらに、平成 27 年には 35%を超える予想されています。
- 高齢化の進む南砺市においては、入院患者の 6 割以上が 80 歳以上となるなど、患者の高齢化に合わせ、「治し、支える医療」を多職種で行うことが非常に重要です。

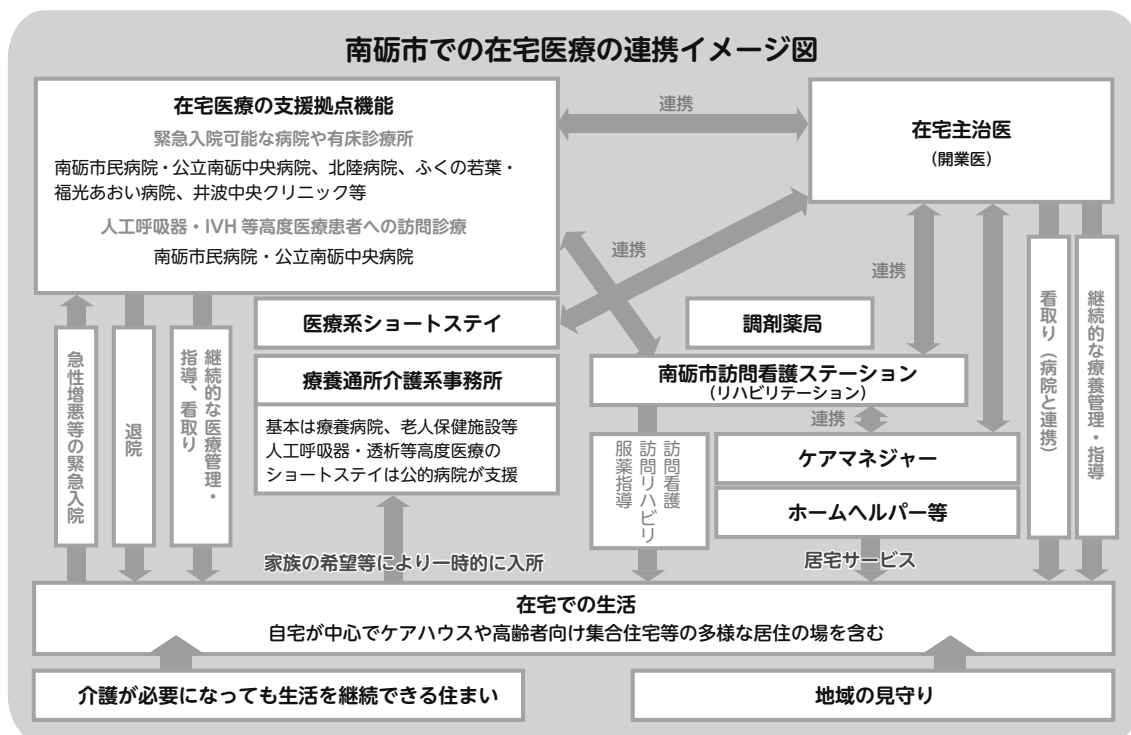
##### 南砺市民病院を中心とした認知症ケアのための取組

- 認知症の発病から終末期医療に至るまでの間、徐々に生活機能が低下していき、患者やその家族は様々な困難に直面します。
- 比較的初期の段階では、もの忘れ外来や精神科等の専門医とかかりつけ医が連携し、臨床心理士や作業療法士等の専門職や在宅介護支援センターやケアマネ、行政、民生委員等が支えることが必要です。終末期の段階では、専門医とかかりつけ医の連携やケアマネ等の協力はもちろんのこと、訪問診療・看護・リハビリ等が必要になります。認知症の段階に応じて必要な医療や支援は変わっていきますが、適切な支援が地域にあれば、地域で暮らしながら認知症を乗り越えていくことができます。

- 南砺市では、疾病予防、早期発見・早期治療や対応、在宅支援基盤整備、終末期対応整備の4つの観点から認知症診療ネットワークの構築に取り組んでいます。行政を中心とした認知症キャラバン・メイトやサポーターの養成、介護者の健康管理や「呆け老人をかかえる家族の会」など家族や地域の協力体制、在宅支援機能の充実など様々な取組が整備されています。
- そのなかで、南砺市民病院では、早期発見・早期治療の一貫として平成17年4月より「もの忘れ外来」を創設し、500人以上の診療にあたってきました。「もの忘れ外来」受診者のうち、支援が必要と診断された患者の情報は要支援認定者として、地域包括支援センターに情報提供し、支援につなげています。
- ほかに、医師や看護師、ケアマネ、社会福祉士等専門職を対象にした地域リハビリテーション研修会を毎月1回、現在までに97回開催して、認知症ケアスキルの向上に取り組むなど、医療機関としてできることに積極的に取り組んでいます。

## 地域包括医療・ケア構築のポイント

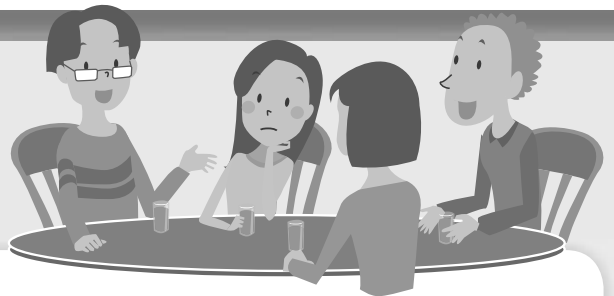
- 他地域の取組をそのままコピーすることはできませんが、医療・介護保険等の「共助」、本人や家族の努力・協力の「自助」、福祉・行政サービスの「公助」、地域住民の意識改革や協力の「互助」の4つが地域包括医療・ケアのポイントであることは変わりません。
- 医療に関しては、南砺市は在宅医療・看護が進んでおり、本人や家族が望む限り、どのような疾患を抱えていても在宅で医療が受けられる体制を整えています。これからも住み慣れた地域で24時間・365日安心して、安全に暮らせるまちづくりを目指していきます。



# ネットワーク構築の実際…

## まず認知症についてみんなで 知ろう・考えよう

### ～北海道京極町での取組～



- 北海道京極町では、『認知症はみんながなるんだ!』という理解のもと、認知症になっても暮らし続けられる、支え合える地域をつくる。そのために、自分たちが認知症を理解し、自分たちに何ができるかを考え実践していく。」ということを目的として、認知症ケア・ネットワークの構築に向けた取組を始めました。
- 先進的な取組を行ってきた自治体の保健師を招いた講演会の開催、町外の病院の医師を招いた勉強会の開催、またグループに分かれたケーススタディ等、まず認知症についてみんなで知り、考えることから取り組みました。
- 町役場や町内の国保病院、社会福祉協議会が中心となって声掛けをした結果、行政職員、病院職員、社会福祉協議会職員はもちろんのこと、健康推進員、福祉委員、消防、ヘルパーと多様なメンバーが集まりました。
- 今後もケーススタディを重ね、実際に支援すべき事例が発生した際に、スムーズに対応（個別対応、連携対応）できるよう、準備していきます。

### ～北海道奥尻町での取組～

- 北海道奥尻町では、認知症に限らず、「高齢者の生活を支えるための仕組」をつくることに取り組んでいます。
- まずはじめに、町内の高齢者の実態を把握するために、健診やインフルエンザ予防接種をはじめとした町の健康づくり事業に一度も参加しなかった高齢者について、地域包括支援センターの職員が、全戸訪問を実施しました。これにより、半年間で全高齢者と一度は顔をあわすことができました。
- 地域包括支援センターについては、PRの甲斐もあって高齢者に広く周知され、相談等も多く、「地域包括支援センターの保健師が見守ってますよ」という思いが伝わっているようです。ただ、島という環境では、関係機関が連携し、カバーしあうことが必要なはずであるものの、現在は地域包括支援センター主体の活動でしかなく、医療機関や介護保険施設、住民組織との関係構築についてはこれからの課題となっています。
- 認知症に関しては、町民に対する普及啓発についても不十分なので、今後、認知症に対する理解を深めていくことが不可欠となっています。

## 小さな地域での取組を他の地域でも

### ～秋田県横手市(旧大森町)での取組～

- 老人クラブや公民館活動が活発な地区、自治会活動が盛んで民生委員への期待が大きい地区、認知症患者が多いことが想定される地区を対象に、認知症そのものや、地域で認知症高齢者を支える体制の必要性について考えるための会議を開催しました。
- そこでは、一昨年夏頃から、地域住民・自治会が中心となって一人暮らし認知症高齢者を支える取組をしてきていた地区の取組を紹介し、グループワークを実施しました。
- 地区からは、民生委員、公民館長、育成会代表(子育て支援の団体)、老人クラブ、食生活改善推進員、結核予防婦人会からの参加が得られました。育成会は子育て支援を行っている団体ですが、若い人が多く、認知症を理解すればサポーターになってもらえる可能性があると考え、参加を呼びかけました。
- この会議を通して、どの地区においてもリーダー的な存在がみえてきたので、会議の開催を続けながら、その人を中心として取組を進めていき、取組が軌道にのったら他の地区へも徐々に広げていく予定です。できるところから無理のない範囲で少しずつ取り組んでいくことが重要だと考えています。

## 既存の組織を徐々に拡大して幅広いネットワークに

### ～静岡県浜松市(旧佐久間町)での取組～

- ケアカンファレンスの勉強会を、地域住民向けの情報提供の場としての「佐久間地域連絡会」として発展させ、国保佐久間病院、保健センター、地域包括支援センター、社会福祉協議会、佐久間自治センター、在宅介護支援センター、デイサービス事業者、警察、民生委員が、ネットワークづくりに参加するようになりました。
- 参加者が多くなり、会議の日程調整も大変になりましたが、2ヶ月に1回、開催されています。
- また、会議には参加していませんが、中部地区の全商店が認知症ケアネットワークに賛同し、協力してもらうことができ、これらの商店を一覧表にしたリストも作成しました。業種により協力の内容は異なりますが、電話注文や宅配サービスの実施、事後払い対応のほか、認知症が疑われるケースに関する情報提供などに協力してもらうことになりました。
- また、遠方に住む家族にとっては、佐久間町に住む自分の親等が認知症ではないか、と疑いをもって相談先等が分からないこともあるので、今後は、地域外に住む家族とのネットワークづくりにも取り組んでいく必要があると感じています。

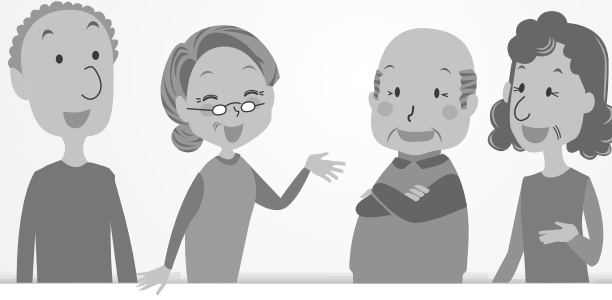
## ネットワーク構築の実際…

### 地域住民による支えあいを目指して

#### ～香川県綾川町での取組～

- 地域包括支援センターでは設立時から、高齢者支え合いのビジョンとして“元気な高齢者も要介護の高齢者も互いに支え合う町づくり”を掲げ、様々な取組を進めてきました。その結果、民生委員をはじめリタイヤした方等、多くの方が介護予防サポーターとなっています。
- 地域包括支援センターでは毎月1回、ケアマネジャー連絡会を開催し、そこで困難事例についての検討を行ったり、また地域内のネットワークづくりに取り組んでいます。マンパワー不足は否めず、それ以上の取組については対応しきれていないのが実情です。
- ただ、住民の方々の積極的な参加もあるので、今後は、医師や民生委員、老人クラブ、ボランティアからの相談連絡体制の強化を目指していきたいと考えています。例えば、「隣近所に醤油等を借りに行ける関係づくり」を行うなかで、認知症高齢者のケアにおいて住民それぞれが、自分自身のポジションを自覚し、支え合うための役割を担うような地域（町）を目指したいと思います。
- 元気な高齢者は自分が要介護者を支えていくのだという明確な意識付けが必要ですし、一方で、支援が必要となった高齢者自身も、自立に向かう姿勢を持ち続けなければなりません。こうした関係が中心にあり、その周りには土台として、各専門機関が支え合う立場として存在すべきではないでしょうか。





## ネットワークづくりに参加して…

### ～まずは声をかけて集まってみましょう～

次にあげた例は、これから地域で認知症高齢者を支えるためのネットワークづくりに取り組んでいこうとする地域における、関係機関・関係団体・関係者のご意見です。このように一度集まってみることが、問題意識の共有を生み、取組の開始につながるのではないのでしょうか。

- いうまでもなく早期発見が重要である。そして医学的診断だけでなく近隣の「ちょっとした」気づきから、声かけ、かかわりを持つことがむしろ何よりも周辺症状を予防し、家族の負担を軽減することにつながるのだと実感できた。(社会福祉士)
- 地域の中にどのような資源があるのか関係者自身が把握していなかった。ネットワークの必要性を再認識した。大きな集団よりもまず小さなところから始めていくことが第一歩になると考える。(保健師)
- 世代交代により地域の状況が変化してきているため、隣で何が起きているのかわからない状態であることがわかった。認知症を正しく理解してもらおう講座を積極的に推進していきたい。(保健師)
- 認知症の方が地域にいても、親しい間柄であるが故に、その点については踏み込めないという意識を持っている。同居家族がいる場合は、余計、入り込めない。しかし、家族も誰かに相談したいと思っているかもしれないので、相談しやすい体制づくりや、踏み込みすぎない見守りが必要であると感じた。(介護支援専門員)
- これまでは対象者の安否確認だけであったが、公的サービスの利用など、フォローの必要性を再認識した。隣近所との連携を図り、対象者を理解する必要性を感じた。(民生児童委員)
- このモデル事業をきっかけとして住民からは今後も声かけを継続したいとか、気づいた時点で早めにいきいきサロンに誘いたいなどの発言、若い専門職からデイ利用時のその人の姿だけでなく家の様子、生活史にも着目したいなどの言葉があり、今後の手ごたえを感じることができた。(社会福祉士)
- 一つずつの事例に関わる過程を経験し、またそれを皆で共有していくことで、連携が深まっていくことが実感できた。住民と専門職と一緒に考える機会をもつことはとても重要だと思う。地域には、まだいろいろな組織や関係団体がある。(例えば警察や商工会、金融機関など) それらと連携をとっていけるように、そのためにはこういう機会をきっかけにしていきたい。(保健師)

## 実際の取組の例…

<p>Aさんの状況</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 男性 67 歳</li> <li>● 要介護度1</li> <li>● 認知症自立度II</li> <li>● 妻と二人暮らし</li> </ul> <p>定年までY重工業で勤務し、現在は自宅生活。その当時昼休みは卓球をしたり、釣りを趣味としていた。退職した頃より家族が「あれっ」と思うような物忘れや行動の異常が出現。平成 19 年心療内科受診にて若年性アルツハイマー病と診断された。</p> <p>自転車に乗り飛行場まで外出。制止すると興奮するので本人の意思に任せている。訪問者を警戒したり同じことばかり聞いたりする。</p>
<p>訪問時に把握したこと</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 昼はよいが、特に夜の介護が大変。妻に手を出すこともある。</li> <li>● 妻が一人で介護。介護保険等のサービスは利用していない。</li> <li>● 自転車で出かけてしまうこともある。</li> </ul>
<p>具体的な支援内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● いきいきサロンへの誘い →本人：興味をもつ →妻：地域に居場所があること、支援者が周りにいることに気付く</li> <li>● 以前の趣味でもあった卓球をしてもらうために家族が卓球台を購入</li> </ul>
<p>Aさんに関わりをもつようになって…</p>	<p>関係性の広がり</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● それまでの関係性は、①本人、②妻、③医師の 3 つのつながりであったが、取組の結果、それらに加え、④近所の人B、⑤近所の人C、⑥民生委員と、6 つの関係性に広がった。</li> </ul> <p>介護者（妻）の意識の変化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 周囲が関わることにより、「地域に居場所があること」を知った。</li> <li>● 入院してしまったため、結果としては、いきいきサロンの参加は実現できなかったが、自宅から歩いて 5 分のところに温かいところがあると知ってもらえたことによって、妻は「地域で夫の介護ができる。大丈夫。」と思うようになった。</li> </ul> <p>ケアマネジャーの意識の変化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Aさんと深く話をするようになった。通常のアセスメントでは、「介護の手間」が中心としてとらえることになるが、深く話をすることで Aさんの 24 時間の生活から理解することができた。また、介護者（妻）が、明るく前向きなとらえ方をする方と気づききっかけになった。</li> </ul>
<p>今後の関わりの広がりに向けて…</p>	<p>民生委員、自治会長、老人会、婦人会、隣人、認知症サポーターの訪問等 →心の支え →地域（小地域）における出かけられる場所（社会資源）等の情報提供</p>



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.kokushinkyo.or.jp/>



平成22年度 独立行政法人福祉医療機構  
社会福祉振興助成事業により行なったものです。

## 中山間地域における認知症ケア・ネットワーク構築事業 報告書

平成23年3月

発行 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 4階

TEL : 03-6809-2466 FAX : 03-6809-2499

ホームページ URL : <http://www.kokushinkyo.or.jp>

E-mail : [office@kokushinkyo.or.jp](mailto:office@kokushinkyo.or.jp)

印刷 株式会社 サンワ