

III

「支援当事者の声を活かした認知症サポーター活動の 仕組みづくりワークショップ」の開催

- ワークショップ記録集
認知症サポーターがイキイキと活動できる「チームオレンジ」の実現に向けて
- ワークショップ アンケート結果

ワークショップ

認知症サポーターがイキイキと活動できる 「チームオレンジ」の実現に向けて 記録集

認知症サポーターの活動促進に関する本調査研究事業は、認知症サポーターの育成ならびに活動の仕組み作りを具体化することを目的としています。そのためには、地域活動における好事例・先行事例の調査をふまえ、養成講座を受講した認知症サポーターを実践的な活動に繋げていくために、どのようなことが望まれるのかを明らかにする必要があります。

そこで、本事業の一環として、2019年11月23日（土・祝）、認知症に関する幅広いステークホルダーが一堂に会し、「認知症サポーターがイキイキと活動できる“チームオレンジ”の実現に向けて」をテーマに、ブレインストーミングを行うワークショップを開催しました。

ワークショップでは、臨床現場における認知症診療の課題をはじめ、名古屋市および駒ヶ根市における先行的な認知症支援の取り組みの報告を踏まえて、様々な立場の参加者が、「よりよいチームオレンジの実現」のためのアイデアを自由に出し合いました。どのグループでも澁刺とした意見が飛び交う闊達なブレインストーミングとなり、よりよいチームオレンジへの具体的な課題や方向性を見出すことができました。

コンテンツ

- P 1 ワークショップの概要
- P 2 講演「臨床現場における認知症診療の課題」
- P 11 名古屋市の認知症支援の取り組み
 - ①認知症支援 名古屋市の取り組み
 - ②地域包括支援センターの役割と名古屋市中区の取り組み
 - ③認知症相談支援センターの取り組み
- P 23 活動先行事例：駒ヶ根市「おれんじネット」の取り組み
- P 30 ブレインストーミング
認知症サポーターがイキイキと活動できる「チームオレンジ」の実現に向けて
- P 38 講評・アンケート結果

ワークショップの概要

1.開催日時・会場

開催日時：2019年11月23日（土・祝） 10：00～16：00

会 場：ナディアパーク 国際デザインセンター6階 セミナールーム3（名古屋市中区栄3-18-1）

2.プログラム

1.ブレインストーミングのためのプレゼンテーション

(1)本事業の概要とワークショップについて NPO 法人ミーネット 理事長 花井 美紀

(2)「チームオレンジ」について 本事業検討委員会 委員長 大野 裕美(豊橋創造大学保健医療学科)

(3)参加者紹介～西山田ふらっとサロンの紹介

(4)講演「臨床現場における認知症診療の課題」

安城更生病院 脳神経内科/在宅医療連携推進センター センター長 杉浦 真

(5)名古屋市の認知症支援の取り組み

①認知症支援 名古屋市の取り組み 名古屋市高齢福祉部地域ケア推進課 主幹 中村誠一郎

②地域包括支援センターの役割と中区の取り組み 中区いきいき支援センター センター長 水上賢治

③認知症相談支援センターの取り組み 名古屋市認知症相談支援センター 所長 久富木 誠

(6)活動先行事例 駒ヶ根市「おれんじネット」の取り組み

駒ヶ根市役所 民生部 地域保健課 地域ケア係長(保健師) 松澤 澄恵

認知症の人と家族の会 駒ヶ根支部 代表 梶田 ひと美

2.ブレインストーミング みんなで考えよう!! 認知症サポーターがイキイキと活動できる「チームオレンジ」の実現に向けて

(1)各グループ討議～全体発表

(2)講評

3.参加者 31名

認知症サポーター養成講座受講者、市民活動実践者、NPO、自治体関係部局

認知症専門医、認知症支援専門職、大学教員・研究者など

●検討委員

豊橋創造大学 保健医療学部 看護学科 准教授 大野裕美（委員長）

NPO 法人健康情報処理センターあいち 事務局長 池山真治

西山田ふらっとサロン 代表 尾浦芙久子

NPO 法人ミーネット 理事長 花井美紀

●講師

安城更生病院 脳神経内科/在宅医療連携推進センター センター長 杉浦 真

●行政および委託事業者における認知症支援担当者

名古屋市健康福祉局高齢福祉部地域ケア推進課 主幹 中村誠一郎

名古屋市中区いきいき支援センター センター長 水上賢治

名古屋市認知症相談支援センター 所長 久富木誠

駒ヶ根市役所 民生部 地域保健課 地域ケア係長 松澤澄恵

おれんじネットフレンズ 代表/NPO法人地域支え合いネット 理事 梶田ひと美

●認知症サポーター養成講座受講者・市民活動実践者

京都乳がんピアサポートサロン～fellows～ 代表 吉田羊子

吹田ホスピス市民塾 副会長 半崎智恵美

西山田ふらっとサロン（大阪府吹田市） 7名

NPO法人ミーネット 11名

●事務局（NPO 法人ミーネット） 1名

【講演】

臨床現場における認知症診療の課題

安城更生病院 脳神経内科
在宅医療連携推進センター センター長
杉浦 真

安城更生病院における認知症サポート

愛知県厚生連 安城更生病院

病床数:749床
診療科:33科
職員数:1849名(医師226名)

併設施設:緩和医療センター(17床)
老人保健施設「あおみ」
更生看護専門学校

各種指定:地域医療支援病院
救命救急センター、地域がん診療連携拠点病院
総合産産期母子医療センター
地域中核災害医療センター、臨床研修指定病院



安城更生病院は愛知県安城市、名古屋駅から快速電車で20分程度の所にあります。病床数749床、救急車が年間8,000~9,000台来る地域中核病院です。



私はもともと神経内科医なのですが、10年ほど前から在宅医療や地域連携にも取り組むようになり、現在は、在宅医療関連の仕事が中心になっています。また栄養サポートチームには立ち上げの時から関わっています。認知症関連では、院内で認知症サポートチームが稼働しています。もう一つは臨床倫理コンサルテーションチームです。認知症や救急の場面では、本人が意思決定できない等の倫理的な問題が毎日のように起こっています。その時に主治医が一人で決めるのではなく、多職種と相談して考えていくためのチームを2~3年前に立ち上げました。

認知症対策の推進



平成28年度診療報酬改定で
重点的な対応が求められる分野として

認知症患者への
適切な医療の評価

病棟でのケアや多職種チームの介入

認知症サポートチームは平成28年に診療報酬で認められました。認知症患者への適切な医療の評価として診療報酬(点数)をつけるというものです。病棟での治療・ケアを含めて、多職種チームで認知症の人に介入します。認知症患者が入院すると現場の看護師は身体的にも精神的にも非常に大きなストレスを抱えます。医療者に対して認知症ケアチームが介入することで看護師の負担を減らすというもう一つの目的もあります。

当院の認知症サポートチーム

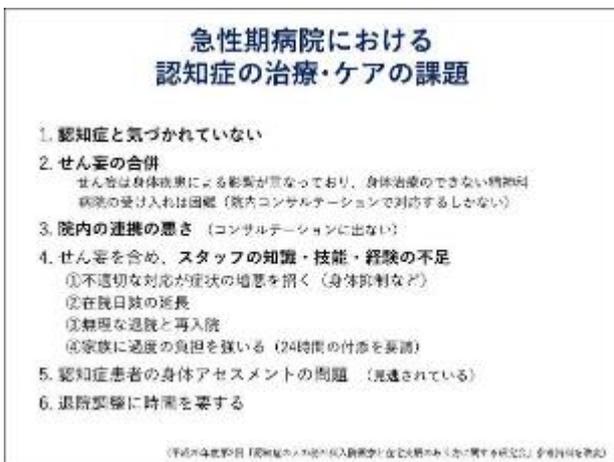


当院の認知症サポートチームです。多専門職が参加しています。中でも専従である認知症看護認定看護師が重要な役割を担っています。医師と認定看護師と精神保健福祉士(PSW)の配置が診療報酬における加算算定条件です。当院ではさらに栄養士、薬剤師、理学療法士、作業療法士などの専門職を加えてチームを結成しています。



チームへの依頼内容の例として夜間の大声、ケア拒否、暴力、食事の拒否、せん妄などがあげられます。どれも現場の看護師は対応に困ります。せん妄になって夜眠れないとか、ふらふらと立ち上がって転倒、骨折してしまうと問題になるので対策をとっています。

急性期病院における認知症の治療・ケアの課題



急性期病院における認知症の治療・ケアの課題として認知症と気づかれていない人が結構います。認知症ではないと家族が言っている、入院してせん妄を起こして、初めて認知症だったと気付く人もいます。また入院してからの様子で認知症の診断に至る場合もあります。

もう一つ重要なのはせん妄の合併です。何からの身体的な合併症が起こると、せん妄という意識障害を生じます。身体合併症が原因なので、精神科の医師に相談しても対応は難しく、なかなか連携が難しいのが現状です。

スタッフの認知症・せん妄に対する知識・経験の不足もあります。せん妄が起こると患者さんは動くので、転倒の予防のためにどうしても抑制されます。抑制がさらにせん妄を悪くするという悪循環になっていくので、しっかりとチームとして対応して、知識を伝えていく必要があります。

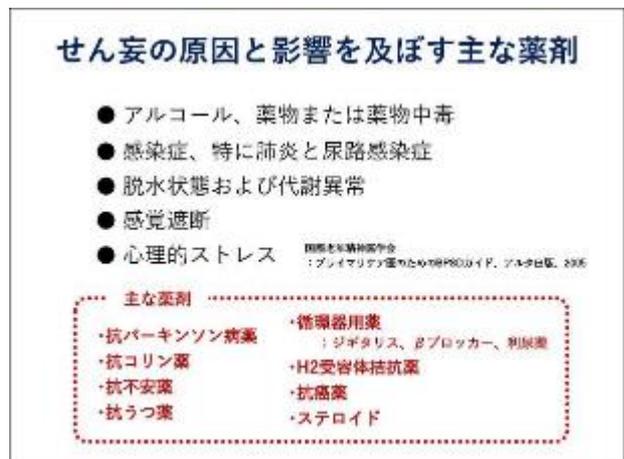
認知症患者の身体アセスメントの問題は倫理的な問題も関わってきます。認知症だということで治療が過度に差し控えられるという問題があります。また退院調整に時間を要します。

せん妄への対応



せん妄というのは身体合併症、薬剤が引き金となり生じる意識の障害です。幻覚、妄想、興奮を伴って、日内変動があります。夜間せん妄といって、夕方から夜にかけて不穏になることが多いです。

せん妄を発症する原因（準備因子）として70歳以上、脳器質疾患、認知症という何らかの脳の脆弱性、ストレスに対する耐性が弱いことが前提としてあります。そこに直接原因である薬物、身体合併症、敗血症、呼吸障害などの意識レベルが落ちる状況が加わると、せん妄が起こります。他に誘発因子として過少・過剰な感覚刺激。例えば集中治療室に入ると一日中電気がついているため、それが過剰な感覚刺激になるかもしれません。睡眠障害、身体拘束も原因になります。



せん妄は薬物でも起こることも多く、一番頻度の多い薬剤はベンゾジアゼピン系の睡眠薬です。以前は入院して不眠であれば、一般的なベンゾジアゼピン系の睡眠薬を投与してい

ました。しかしその結果多くの患者がせん妄になり、転んで骨折することがありました。現在、当院ではベンゾジアゼピン系睡眠薬はなるべく使わないようにしています。国もそのように指導していますので、おそらく高齢者に睡眠薬を使うことは今後減っていくと思われます。胃薬である H2 受容体拮抗薬もせん妄の原因になります。認知症のひとつには内服薬に気を付けないといけません。

ときにはできるだけ車いすを使い、食堂で他者との交流を促します。薬物療法ではベンゾジアゼピン系ではない睡眠薬を使います。これらの対応によって興奮がなくなり、病棟看護師も困難感が少なくなりました。

これが一般的な認知症チームの介入の仕方です。認知症の患者本人の治療・ケアとしても適切で、看護師の負担感も減らしてストレスが減っていけば、ケアもよくなっていきます。

事例①：せん妄の事例

- 80歳代女性
- 大腿骨頸部骨折にて入院。アルツハイマー型認知症
- 入院後から不眠、昼夜逆転
- 入院後3日目、ベッドから転落。幻覚あり。
- 不眠時の指示、マイスリー、アモバン
- 日中傾眠にて食事摂取量低下
- 家族は急におかしくなり驚いている。

せん妄の事例を提示します。80 歳代の女性が大腿骨頸部骨折で入院しました。もともとアルツハイマー型認知症だった方で、入院をきっかけに不眠が起きました。不眠はせん妄の一つの症状です。不眠のため、この患者さんにベンゾジアゼピン系の睡眠薬が処方されました。結果としてせん妄が悪化して、ご飯が食べられなくなり、家族は急に悪くなったから、認知症が進んだのではないかと驚くわけです。

入院関連機能障害

入院による身体・精神機能の悪化

- 認知症の人はフレイル（サルコペニア）が多い
- 疾患によるサルコペニアの悪化
- 安静（＝低活動）による廃用
- とりあえず禁食（＝低栄養）による低栄養

**サルコペニア高齢者が禁食
→ 2 か月後に 3 3 % が嚥下障害**

入院すると身体・精神機能が悪化するといわれています。フレイル、サルコペニアという言葉がありますが、虚弱、筋肉量の低下のことです。認知症の人は虚弱のことが多く、肺炎などの身体合併症で入院すると、まず安静が指示されます。このように取りあえず安静、取りあえず禁食は廃用、低栄養に陥り途端に筋肉量が低下して身体機能、嚥下機能障害が起こってきます。病院は今後このようなことに中止して対応を改めていく必要があります

事例①：せん妄への対応（解説）

- まずは不快症状の緩和：鎮痛剤定期投与
- 安心を得るための対応：家族へ面会時間の延長依頼
身体拘束はせずに難床センサー
- 不動化の対応：食事時は車椅子。食堂を利用し他患者との交流を促す
- 薬物療法：ロゼレム 8 mg / 夕食後

結果：日中寝ているが食事時は覚醒し10割摂取
夜間中途覚醒しゴソゴソしているが興奮なし
病棟看護師より、対応困難感なくなった

このような例にチームで介入をします。せん妄が悪化した原因のひとつとして痛みがあり、その痛みをうまく伝えられないので、余計に混乱してしまうことがあります。しっかりと不快な症状を緩和することが大事です。また、環境が違くと不穏になりやすいので、家族に面会時間を延長してもらいます。なるべく拘束はしません。身体機能の低下もあるので、食事の

入院関連機能障害
Hospitalization-Associated Disability: HAD

虚弱高齢者（フレイル）が急性疾患で入院することで生じる著しい体力・機能の低下、長期間の回復過程を経て従来のレベルまで戻らないことが多い。

- 70歳以上の入院患者の30～40%に発症
- 廃用症候群、サルコペニア
 - 不必要な安静、禁食
- リロケーションダメージ
 - せん妄、薬剤

病気を治すために入院して病気自体は治ったけれども、入院前より歩けなくなる、日常生活ができなくなるということがよく起こっています。入院関連機能障害という言葉があります。

フレイルいわゆる虚弱は、認知症と関係なく加齢でも起こってくるのですが、このような人が入院すると、体力・身体機能・精神機能が低下して、なかなか元に戻らないという状況が起こります。70歳以上の入院患者の30～40%に発症します。サルコペニアがある人に不必要な安静・禁食をすると起こります。特に認知症の人はリロケーションダメージ（生活の場が変わること）自体が原因となりせん妄が引き起こされます。

認知症ケアにおける倫理的問題

認知症ケアにおける倫理的問題

- 判断能力(意思決定能力)の低下
- 代理判断が適切か
- 「医学的な最善」と「患者にとっての最善」の対立
- 家族介護に伴う諸問題
- 治療・ケアの差し控え、中止
- 終末期の定義、判断の曖昧さ
- 症状緩和法が確立されていない

認知症ケアにおける倫理的問題は非常にたくさんあります。まずは、判断能力（意思決定能力）の低下です。これによって治療に対する意思決定が難しくなり、場合によっては標準的な医療さえ差し控えられてしまうこともあります。認知症だから、あるいは意思決定が難しいというだけで、がんに対する標準的な治療が差し控えられる場面が時々見受けられます。

判断能力が低下し自身で意思決定できない場合は、代理判断が必要になります。しかし適切な代理判断が行われているとは言えません。代理判断者（例えば家族）の意思が中心になってしまう場合もありますし、そもそも代理判断者がいない場合もあります。

認知症の人の治療に関して、医学的な判断だけでは医療の方向性が決められなくなってきます。これは認知症の人に限らず、高齢者全般です。医学的に善いと思ったことをやってもさらに身体機能が落ち、歩けなくなったり、食べられなくなることがあります。患者にとっての最善の医療のためには患者自身の価値観を重要視すべきです。しかし、医学的な最善と患者にとっての最善が対立する場合に、どう解決していくかという問題が生じます。

他にも家族介護に伴う問題、治療・ケアの差し控え・中止の問題、終末期の問題があります。医療者が治療を差し控える、中止するのは、終末期であることが前提ですが、そもそ

も終末期の判断、定義すらあいまいなので、ここが非常に難しいところ です。

症状緩和については、がんの場合の症状緩和はほぼ確立していますが、非がんの人の症状緩和はまだまだ確立していません。

臨床倫理の4原則

| | |
|--|--|
| <div style="background-color: #4CAF50; color: white; padding: 5px; text-align: center; margin-bottom: 5px;">自律尊重 <small>(Autonomy)</small></div> <p style="text-align: center;">自律的な患者の意思決定を尊重せよ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 自己決定権の尊重 ● 患者自ら決定できるように支援 ● 十分な情報提供 ● プライバシーの尊重 | <div style="background-color: #9C27B0; color: white; padding: 5px; text-align: center; margin-bottom: 5px;">善行 <small>(Beneficence)</small></div> <p style="text-align: center;">患者に利益をもたらせよ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 他人の権利を保護し擁護せよ ● 他人に危害が及ぶのを防げ ● 他人に害を及ぼすと考えられる条件を取り除け |
| <div style="background-color: #F44336; color: white; padding: 5px; text-align: center; margin-bottom: 5px;">無危害 <small>(Non-maleficence)</small></div> <p style="text-align: center;">患者に危害を引き起こすのを避けよ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 殺すな ● 苦痛を与えるな ● 能力を奪うな | <div style="background-color: #2196F3; color: white; padding: 5px; text-align: center; margin-bottom: 5px;">正義 <small>(Justice)</small></div> <p style="text-align: center;">利益とリスク・費用を公平に配分せよ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 医療資源の適正な配分 ● 特定の人に特別な判断をしない ● 緊急時のトリアージ |

「臨床倫理の4原則」という言葉があります。医療における普遍的な価値観です。「自律的な患者の意思決定を尊重せよ」「患者に利益をもたらせ」「患者に危害を引き起こすのを避けよ」「利益とリスク・費用を公平に配分せよ」ということです。当たり前のことですが、こういったことを常に重要視しなければなりません。

倫理的価値の対立

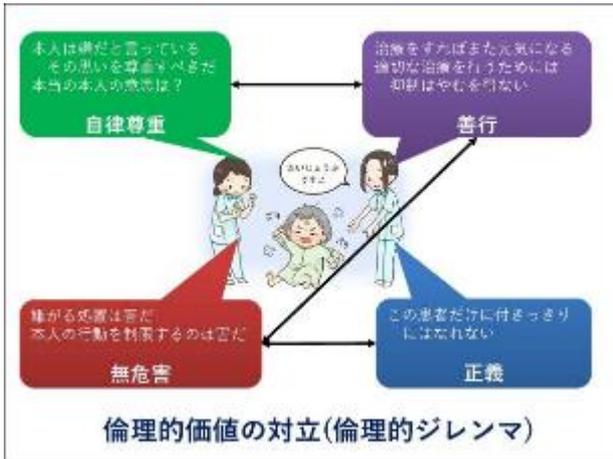
83歳 女性

【生活】独居 妻介護1 物盗られ妄想あり

【経過】
腹痛を主訴に受診、急性肺炎の診断にて入院
入院後 夜間せん妄+BPSD
点滴、CVカテを何度も自己抜去
行動制限：両手ミトン、体幹抑制
さらにせん妄悪化
「やめてー」「何するの、あんたたち」 叩く、蹴ったりします。そこで薬物的に鎮静したところ、身体機能はさらに衰弱し、病気の治療は長期化しました。

認知症患者で倫理的な問題の対立が起こった例です。認知症患者が肺炎で入院して、せん妄になりました。治療のための点滴を何度も自己抜去するので、病棟はやむなく行動制限をしました。両手にミトンをして、体を抑制したところ、さらにせん妄が悪化し、「やめてー」と言ったり、叩いたり、蹴ったりします。そこで薬物的に鎮静したところ、身体機能はさらに衰弱し、病気の治療は長期化しました。

いったい何のために治療をしているのだらうと感じます。治療のために手を尽くしているけれども、その結果として、患者はどんどん身体的に弱くなってしまいます。



ここで起こってくるのが、倫理的価値観の対立です。本人は嫌だと言っているのだから、それはするべきではないという「自立尊重」の立場、治療がうまくいくためにやっているのだからやむを得ないという「善行」の立場、行動を制限するのは害だからやってはいけないという「無危害」の立場、多くの患者がいるため、この患者だけに付ききりになれないという「正義・公平」の立場が対立します。

これを倫理的価値の対立（倫理的ジレンマ）といいます。つまり、どちらも正しい、どちらも間違っていないという状況に陥ります。この中でこれだけが正しいというものがあれば、それをすればいいのですが、医療の現場ではこれも正しい、これも間違っていないということが、同時に対立して起こるので現場は混乱し、医療を提供する側はどうしていいのかわからないという状況が起こるのです。

Jonsenの四分割表

| 1. 医学的適応 | 2. 患者の意向 |
|--|---|
| 善行と無危害の原則 患者の病状に関する診断・治療的介入 ・診断と予後 ・治療の目標 ・医療行為のリスクとベネフィット ・治療によって予測される回復可能性 ・治療に関連するリスク | 自律尊重の原則 患者の意思・意向は何か ・同意・判断能力の有無 ・患者の目標はなにか ・患者の意向を代替するもの ・事前指示 ・代理判断者 |
| 3. QOL | 4. 周囲の状況 |
| 善行と無危害原則、両論両論の原則 常に患者のQOLの改善を目指す ・誰がQOLを判断するのか ・どのような評価基準を用いるか ・QOLに影響する因子 | 正義・公平の原則 ・公共の利益 ・経済的・法的な状況 ・家族の意向・要因は？ ・医療者の意向？ ・その他あらゆる問題 |

Albert R. Jonsen; Clinical ethics

このようなときにどう解決していくか。まずはみんなで話し合うことが大事なのです。この時大事なことは事実を過不足なく収集して整理することです。そのためによく使われるのが「Jonsenの四分割表」です。4つに分けて事実を整理して、

足りない情報はないか、どういうことを深く考えたいかをカンファレンスで話し合います。



当院の倫理カンファレンスにはいろいろな専門職が参加します。専門職によって価値観が違います。リハビリテーション専門職、看護師、医師、ソーシャルワーカーなど、みんなで話し合います。大事なのは一人で決めないことです。

判断能力の評価と意思決定支援

判断能力の構成要素

MacCAT-T
(the MacArthur Competence Assessment Tool-Treatment)

- ① 病状理解(Understanding)：情報を理解する能力
 - 法則、治療選択を自分の言葉で説明できる
 - 記憶する能力は必須
- ② 認識(Appreciation)：情報の重要性を認識する能力
 - 与えられた情報を自分のこととして捉える
- ③ 論理的思考(Raesonring)：論理的に考える能力
 - 選んだ選択肢そのものの結果を理解できる
 - その他の選択肢との比較
 - 論理的な一貫性(矛盾がない)
- ④ 意向の表明(Expressing)：自分の意向を伝える能力

CBEL 学会医倫理センター2017 テキストより

次に意思決定能力、判断能力の問題です。認知症になったら全く判断能力がないかということ、そういうことではありません。判断能力はいくつかの能力によって規定されており、大まかにいうと4つあります。①情報を理解する能力、②与えられた情報を自分のこととして捉える能力、③論理的に考える能力、④自分の意向を伝える能力です。中には論理的思考だけが苦手だが、あとはできる人もいられるかもしれません。自分事として捉えられていないけれども、あとはできる人もいられるかもしれません。そういうことをきちんと評価して、そこに見合った支援をするのが意思決定支援です。

英国の意思決定支援法 (Mental Capacity Act 2005)

意思決定がうまくできない人をどのように支援すればよいかを示した法律

- 原則1: 「人は誰でも意思決定能力がある」からスタート
- 原則2: 可能な方法をすべて試してダメだったら、初めて意思決定が困難とみなす
- 原則3: 賢明でないことをしたからといって、すべて意思決定できないとはいえない
- 原則4: その人の最善の利益のために、代行決定や決定支援をする
- 原則5: 意思決定(支援)や代行決定を行うにせよ、権利や自由の制限はできるだけ小さい方法をとる

イギリスの意思決定支援法は、人は誰でも意思決定能力があるということを前提にしています。あらゆる方法を試して、それでも駄目なら初めてこの人には意思決定能力が困難とみなします。

現場では、認知症イコール判断能力がないとして、意思決定場面に患者本人は最初から入っていないことがよくあります。そうではなくて、本人を交えながら意思決定をする中で評価をしていくことが大事です。

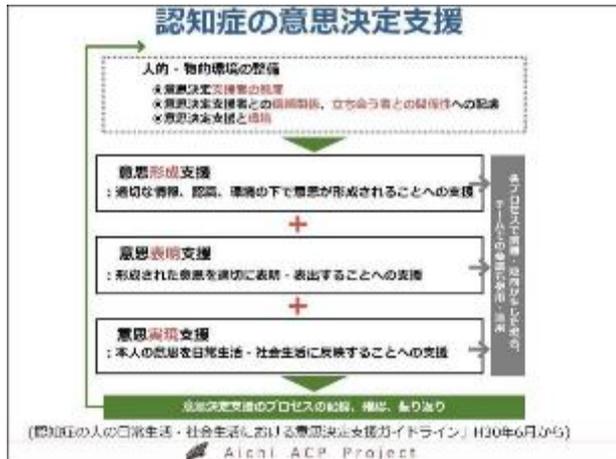
判断能力評価時の注意点

- ◆ 「絶対にない」と分かるまで「ある」と仮定
- ◆ 過少評価しない
- ◆ せん妄など一時的な判断能力低下に注意
- ◆ 全般的な判断能力の評価ではない
- ◆ 保たれている能力を引き出す
- ◆ 一度評価した判断能力は永久的ではない
- ◆ 選択結果の不合理性は問わない
- ◆ 認知機能と判断能力は必ずしも相関しない
- ◆ 可能な限り本人も意思決定プロセスに参加
➤ プロセスを通じて能力を評価

CEEL 全国介護連携セミナー2017 テキストより

判断能力が「絶対にない」と分かるまで「ある」と仮定して、可能な限り本人も意思決定プロセスに参加します。そのプロセスを通じて能力を評価していきます。私は神経内科医なので、判断能力の評価を依頼されるのですが、実はわれわれ神経内科医は、認知症かどうかの診断はできるのですが、判断能力までは評価できません。判断能力は一つのテストをして分かるものではないので、プロセスを通じてその人の判断能力を評価していく必要があります。

認知症の意思決定支援



2018年6月に「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」が出ました。インターネットでPDFファイルを取り出せますので、誰でも自由に見ることができます。

支援するためには、まず環境と人を整えます。落ち着いた環境で話をするといったことです。次に意思が形成できるような支援をする、しっかり意思が表明できるようにする、表明された意思をきちんと実現する支援をするということがガイドラインに書いてあります。

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」

厚生労働省 2018年3月27日

1. 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

- ① 医療・介護従事者で構成される医療・ケアチームで十分話し合い、患者本人の意思決定を基本とする。意思は変化し得るものであり、話し合いは繰り返し行うことが必要である。さらに、病状悪化が伝えられない可能性も踏まえ、治療の価値できる者も含め話し合いを繰り返し行う。自身の意思を決定する代理人を定めておくことも重要である。→アドバンスケアプランニング:ACP
- ② 治療・ケアの開始、変更、中止等は多職種間で共通に実施
- ③ 十分な緩和ケアを行う
- ④ 積極的安楽死は対象としない

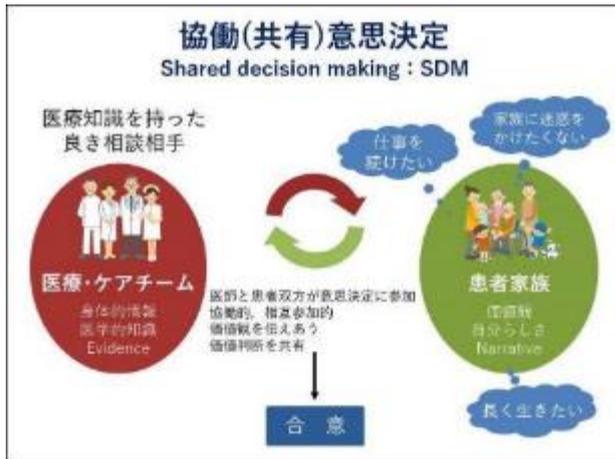
2. 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続き

- (1) 患者の意思が確認できる場合
患者と医療ケアチームが十分に話し合い、患者本人による意思決定を基本とする
- (2) 患者の意思が確認できない場合
家族等が患者の意思を推定し、患者にとっての最善の治療を選択する
- (3) 代理判断者がいない、合意形成できない場合
複数の専門家からなる話し合いの場の設置

2018年3月に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の改定版が厚生労働省から出ました。これも意思決定に関する重要なガイドラインです。ここでは一人の価値観ではなく、医療・ケアチームで話し合っ患者本人の意思を基本にしています。その意思は変わり得るものなので、繰り返し行います。これがアドバンス・ケア・プランニングにつながっていきます。

家族等の信頼できる者も含めて話し合います。ここで重要なのは「家族等」となっていることです。家族ではなくてもいいということです。皆さんが地域の関わりの中で本人の意思を代弁できる立場になれば、代理判断者になることも十分あり得ます。

医療者と共に考え合意を目指す「協働意思決定」



最近、協働意思決定、Shared decision making が いわれています。現在の医療現場での意思決定はインフォームドコンセントです。医師が情報を伝えて、その情報を患者が持ち帰って、もしくは自分の中で価値判断しながら合意をします。つまりインフォームドコンセントは医師と患者が別々に考えて、別々に決めているのです。しかしそれではうまくいきません。これからは患者の価値観を踏まえて、患者が価値判断するプロセスをも医療者と一緒にも共有し、お互いが協働して合意を目指す意思決定が重要になってきます。これからの認知症や高齢者が増える社会では協働意思決定で進めていかなないと難しくなってくると思います。

胃瘻などの医療処置が、その後の人生にどのような意味や価値をもつのかを医療者とともに考える

例えば、胃瘻をどうするかといったときに、胃瘻の医学的適用や医学的状況で決めるのではなく、胃瘻や気管切開などの処置が、その患者のその後の人生にどのような意味があるのか、どのような価値があるのかを、医療者と一緒に考えていくということです。これが協働意思決定ということです。

適切な代理判断者とは

医療における代理判断とは、本人の意思を推定し代弁することである

医療における代理判断の問題

- ◆ 実際の臨床現場で一般的に行われているが、法的根拠はない
- ◆ 医療同意権は一身専属であり、本人以外は代行できない
- ◆ 疎遠な家族、家族間で利益相反がある場合
- ◆ 家族とは？ 範囲、順位
- ◆ 家族でも決められないことがある
- ◆ 代理判断者が存在しない（身寄りがない）

医療における代理判断は、代理判断者の意思ではなく、本人の意思を代弁することです。医療同意権は一身専属といわれています。その人にしか決定できません。結婚を決めるのと同じだとある弁護士が言っていますが、この人と結婚したいというのは、誰かが代わりに決めてくれることはあり得ません。医療同意権も同じです。代理判断は、家族もしくはそれに代わる人が、本人の言葉、本人の思いを代弁して決めていくことが前提です。

代理判断者がいない場合

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」

(3) 代理判断者がいない、合意形成できない場合
複数の専門家からなる話し合いの場の設置

臨床倫理コンサルテーション

患者、家族、代理決定者、医療従事者、その他の関係者が、医療において生じる倫理的諸問題に関わる不確実性や対立に取り組みを助けるために行なわれる個人またはグループによるサービス

(American Society for Bioethics and Humanities, 2002)

倫理勉強会ファシリテーター
Iansonの4分割表

最近代理判断者がいない場合がよくあります。特に救急の現場ではよくあります。まったく身寄りのない人が意識障害で運ばれ、すぐ手術をしないとイケないがどうするか。このような場合は複数の専門家による話し合いの場を設置することになっています。当院では臨床倫理コンサルテーションをして私のところに電話がかかってきます。救急なのですぐに対応しなければならず、休みの日でも電話がかかってきます。みんなはどうすべきか、いろいろな職種、いろいろな個人の価値観を取り入れて話し合っ、方向性を決めることを推奨しています。

アドバンス・ケア・プランニングの定義

- アドバンス・ケア・プランニングは将来の医療に関する個人の価値観、人生のゴール、治療選好を理解し、共有することで全ての年齢層の成人、すべての健康ステージを支えるプロセス
- アドバンス・ケア・プランニングのゴールは、その人が重篤な慢性疾患に罹患した時に、その人の価値観、目標や治療選好に一致した医療が受けられることが確実にできるようにサポートすること
- 多くの人にとっては、そのプロセスにはもはや自分では意思決定できない事態において、代わりに意思決定してくれる信頼できる人を選び、準備することが含まれる

Sudore RL, et al. Journal of Pain and Symptom Management. 53: 821-832, 2017

アドバンス・ケア・プランニングは、その人の価値観、目標や治療選好に一致した医療が受けられることがゴールです。ですから、それができるように、本人が意思表示できる時から、周りの人が認知症の人の意思を代弁できるような情報を積み上げていくことが重要です。

意思決定に関連する各種ガイドライン、提言

- 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン
<https://www.nih.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>
- 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として
https://www.jp-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs_ahn_gi_2012.pdf
- 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン
<https://www.nih.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000212395.html>
- 身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン
<https://www.nih.go.jp/content/000516181.pdf>
- 「ACP推進に関する提言」日本老年医学会 2019
https://www.jp-geriat-soc.or.jp/press_seminar/pdf/ACP_proposal.pdf

意思決定に関するガイドラインは数多く出ています。インターネットでも公開されていますので、興味のある方は見ていただくと思います。

認知症の家族ケア

認知症の家族ケア

認知症の人を支える家族の苦痛

心理的

診断に対する「驚愕」、「否認」
BPSDに対する「怒り」、「抑うつ」

社会的

「生活のしづらさ」
・家事時間の減少
・支出の増加、収入の減少

身体的

ケア時間が長い（特に夜間・早朝）

認知症の人を支える家族にも苦痛があります。心理的なものは、診断されたときの驚愕、否認があります。よくあるのが、BPSD に対する怒り、抑うつです。家族だと、「どうして？」ということになってしまいます。また、社会的には、生活のしづらさがあります。介護に時間を取られてしまうので、家事時間が減少しますし、経済的な問題もあります。身体的には、ケア時間が長く、特に夜間・早朝になると体がつらいという問題があります。



認知症の進行具合に応じて、どのように具体的に支援していくかを整理したものが認知症ケアパスです。軽度の場合には、まず教育的支援です。疾患の正しい理解、見通し、利用できる制度などを伝えることで、家族は少し安心するかもしれませんが。中等度になると、具体的に生活のしづらさへの対応として、介護保険を使ったサービスの利用です。重度になってきた場合には、意思決定支援があります。これは家族の支援でもあり、本人の支援でもあります。

家族自身もケアの対象者

「あいまいな喪失」への支援

あいまいな喪失：身体は存在するが、心理的には不在

- 「これまでの姿」を踏まえた支援
- 「対話」を通じて患者・家族自身が気づく
- 「決めつけない」
ケアする側の価値観を押しつけない
- 「患者・家族が～できる」ことを大切に
家族の選択を支持する
- 「これでよかったのだ」よい余韻を残すケア

家族のエンパワーメントを支える
死別による悲嘆(グリーフ)ケア

家族自身もケアの対象者です。特に認知症の場合は「あいまいな喪失」への支援が必要な場合があります。「あいまいな喪失」とは身体は存在しているが、心理的には不在という状況です。これに対してこれまでの姿を踏まえた支援をするこ

と、対話を通じて患者・家族が気づくようにしてあげること、決めつけない、ケアする側の価値観を押しつけないこと、家族の選択を支持することなどによって、最後に「これでよかった」と思えるような支援をするということが重要です。

家族が認知症の人のケアをすることで、家族自身もエンパワメントされていきます。死別によるグリーフケアは、亡くなる前から家族へのケアができていれば、死別による悲嘆もより軽くて済みます。



最近、『認知症の緩和ケア』という本が出ました。今回の講演はこれを参考にしたところもあります。興味があれば、見ていただければいいと思います。

質疑応答

松澤 認知症で身寄りがほとんどない人なのですが、徘徊がひどくなってきています。施設か在宅か、どこで最期を迎えるかを、ケアマネジャーと後見人、社会福祉士、私とで話し合いをしました。本人はとても怖がりで、デイサービスにもやっど行くような状況で、家に閉じこもっていることが好きなのですが、徘徊をして警察のお世話にもなっています。本人の意思を尊重すると、おそらく在宅なのですが、本人の安全を考えると施設が適用となります。冬になったこと自体が大きなりスクなのですが、本人は在宅と言っていたので、それをどうにかかなえたいのです。ケアマネジャーは、自分が施設と言え、チームのみんなも施設と言えけれども、自分が在宅で頑張ろうと言っているから、チームのみんなも在宅と言ってくれていると言います。本人の意思をどのように支援したらいいのか、先生のご意見をお聞かせいただければと思います。

杉浦 とても難しいです。こうしたほうがいいのかという答えはないのですが、繰り返し話していくことです。本人の思いを尊重するのか、安全を尊重するのかというのは、まさに倫理的ジレンマです。どちらがいいかは決められないのです。もちろん、どちらに決めてもいいわけですが、そのときに、家だったら、より安全に過ごせるようにしてあげるとか、安全を取るなら、施設でも本人の思いをかなえられるような支援をしてあげるとか、そういうことではないかと思えます。施設に入ったら、もうそれでいいということではなく、その人にとってより心地よい生活ができるように支援すればいいのです。どちらに決めるか、答えはないと思えます、決めた後にどういう支援をしてあげるか、それが本人にとって意味があるのか、価値があるのかということを考えていくことだと思います。

松澤 Jonsen の四分割表は医療的などが強いと思ったのですが、このような形で一度書き出して、整理をしてみたいと思えます。

杉浦 そうですね。これを使ってもいいと思います。整理をすると、こういうことをしてあげればいいのかという答えが出てくる可能性があります。

【名古屋市の取り組み 1】

認知症支援 名古屋市の取り組み

～認知症サポーターの活動支援に向けた体制整備～

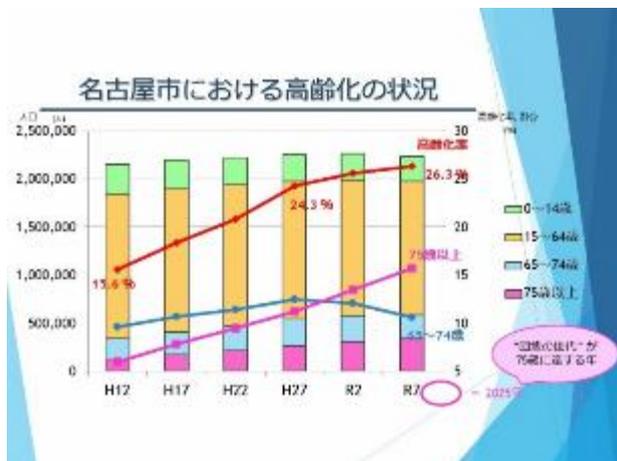
名古屋市高齢福祉部地域ケア推進課
主幹 中村誠一郎

名古屋市における高齢化の状況



最初に、名古屋市の高齢化の状況について紹介します。名古屋市は政令指定都市であり、16行政区から成ります。各区に区役所、保健センター、地域包括支援センター（いきいき支援センター）があります。いきいき支援センターは2カ所ある区もあるので、市内に29カ所あり、分室も各区にありますので、施設の数としては全体で45カ所です。

人口は231万人、うち高齢者が57万人で、高齢化率は25%です。75歳以上が高齢者人口の約半数を占めている状況です。

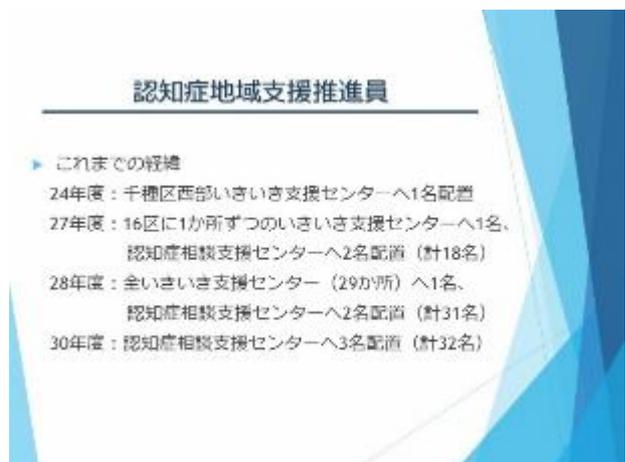


高齢化率は年々上昇しているのですが、年代別に見ると、65～74歳はピークを過ぎて、現在は減少している状況で、一方、75歳以上が今後も増えていくというのが、高齢化の具体的な状況です。

認知症の最大のリスク要因は加齢といわれており、名古屋市でも認知症高齢者の増加が見込まれます。国の調査に基づいて割り出すと、名古屋市内で約10万人の認知症高齢者がいると推計しています。

認知症地域支援推進員の役割と活動

本日のテーマは認知症サポーターの活動支援ですが、名古屋市では、認知症の人への支援は、認知症相談支援センターや地域包括支援センターに委託している事業がかなり多いので、私からは活動支援に向けた体制の整備を中心にお話します。



地域における認知症サポーターの活動支援というと、まず認知症地域支援推進員が頭に浮かぶと思いますが、名古屋

屋市でも配置を進めています。平成24年度、オレンジプランの時期に1名配置しました。27年度は各区1カ所のいきいき支援センターへ1名ずつで16名、名古屋市全体の認知症施策のネットワーク構築を担っている認知症相談支援センターに2名の計18名を配置しました。28年度は全てのいきいき支援センターに配置し、さらに30年度は認知症相談支援センターに1名追加して、現在32名を配置しています。

認知症地域支援推進員

▶ 認知症地域支援推進員の業務内容

【認知症支援センター】

- a 市域におけるネットワーク体制の構築
- b 認知症者の支援に関する調査・研究
- c いきいき支援センターに配置された認知症地域支援推進員等に対する支援
- d 認知症に関する普及啓発
- e 認知症カフェの運営等に資する研修会の開催
- f 本人ミーティングの開催 等

認知症地域支援推進員の役割は、所属する施設によって異なります。市全体を把握する認知症相談支援センターでは、市域におけるネットワークの構築、いきいき支援センターに配置されている認知症地域支援推進員に対する支援などを担っています。

認知症地域支援推進員

▶ 認知症地域支援推進員の業務内容

【いきいき支援センター】

- a 認知症の方を支援する関係者の連携を図るための事業
 - ・地域ケア会議認知症専門部会の運営
 - ・地域におけるネットワーク体制の構築
 - ・区版認知症ケアパスの作成普及 等
- b 認知症の方や家族を支援する事業
 - ・認知症の方を紹介する家族支援事業の運営
 - ・認知症カフェの運営支援
 - ・認知症サポーターの活動支援 等

一方、各区のいきいき支援センターでは、例えば、関係者の連携を図るための事業として、名古屋市では地域ケア会議を各区で開催しており、この会議の下に設置している認知症専門部会の運営に携わっています。また、各区で認知症ケアパスを作成しているので、その普及を担っています。直接、認知症の人や家族を支援する事業として、認知症カフェの運営支援、認知症サポーターの活動支援にも携わっています。

認知症カフェの推進

認知症カフェの推進

誰でも参加できる集いの場
(本人・家族・専門職・地域住民等)

▶ 目的
認知症の方が住み慣れた地域で自立した生活ができるよう、仲間づくりや生きがい支援、介護する家族の負担軽減、地域住民への啓発を目的とするもの

▶ 実施主体
団体（法人格不要）



認知症サポーターの活動場所の一つとして想定できる、認知症カフェの話をします。認知症の人や家族が住み慣れた地域で安心して生活できるように、仲間づくりや生きがい支援、家族の負担軽減、地域住民への啓発などが認知症カフェの目的です。多くのカフェには相談できる専門職を配置しており、地域の誰もが集える憩いの場になっています。認知症カフェは、本人支援、相談体制、普及ケア、ネットワークづくりなどの役割を担っています。

認知症カフェの推進

▶ これまでの経緯

- 平成27年度：
なごや認知症カフェ登録及び開設助成事業開始
- 平成28年度：
なごや認知症カフェ運営助成事業開始
- 平成30年度：
なごや認知症カフェ運営助成事業助成対象拡大



認知症カフェは、以前から各地域でボランティアやNPOなどが独自で開催していますが、名古屋市では平成27年度から、認知症カフェの登録事業ならびに開設助成事業を開始して、認知症カフェの推進に取り組んでいます。登録すると、ワッパンを配布すると同時に、ウェブ上で登録認知症カフェの一覧を掲載・閲覧できますし、認知症地域支援推進員が活動支援をします。

開設助成は、認知症カフェの開設時に最大5万円の開設費用助成をします。平成28年度からは、運営についても助成事業を開始しています。平成28年度からは月2回以上開催している認知症カフェ、平成30年度からは月1回以

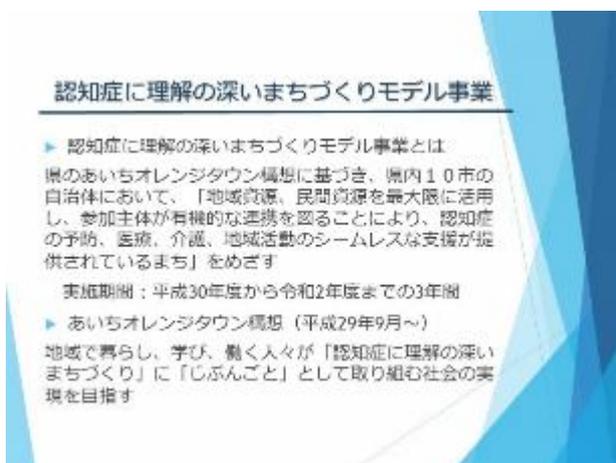
上開催している認知症カフェの運営者に対して、1 回当たり 1,000 円の助成をしています。



このような取り組みをする中で、名古屋市認知症カフェの登録数も順調に伸びており、平成30年度末で、名古屋市内に199カ所あります。政令指定都市の会議等で情報共有をするのですが、全国で2番目に多い大阪市が120カ所ぐらいで、2桁の所がほとんどですが、名古屋市は199カ所と比べて多い状況です。

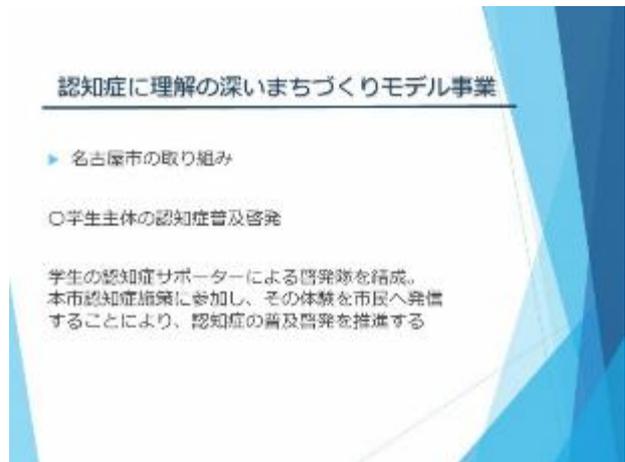
なぜ多いのかというと、開設・運営助成をしてはいますが、実際には助成を受けていない認知症カフェもあるので、理由は不明です。ただ、1つ考えられる理由としては、名古屋市の場合、各いきいき支援センターに認知症地域支援推進員がいて、日々、認知症カフェの推進をしたり、直接行って一緒に運営について話をしたりしていると聞いていますので、そういうことが大きいのではないかと感じています。

認知症に理解の深いまちづくりモデル事業

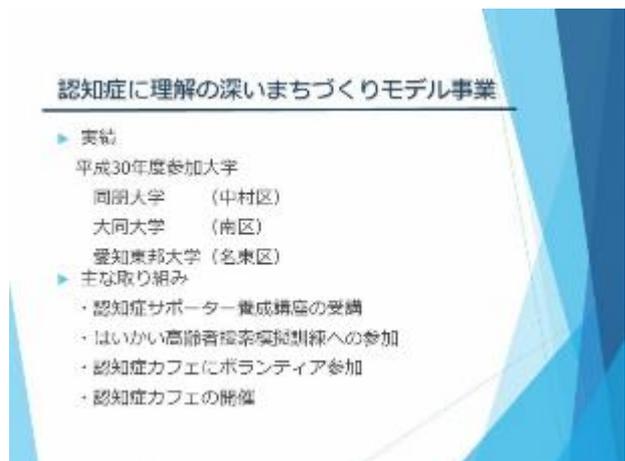


最後に、名古屋市が直接、サポーター支援に取り組んでいる事例について紹介します。「認知症に理解の深いまちづくりモデル事業」です。愛知県のあいちオレンジタウン構想の中

で、県内の自治体が独自に取り組む事業について、モデル事業として助成をする取り組みがあります。名古屋市もこの事業に応募して採択され、平成30年度から3年間の計画で取り組んでいます。



名古屋市の具体的な取り組みは、学生主体の認知症普及啓発です。小学生、中学生の場合は、出前授業といって、学校で授業のコマを借りて、サポーター養成講座を実施していますが、高校、大学では、今まで具体的な取り組みができませんでした。



平成30年度は大学にターゲットを絞り、直接大学に声掛けをしました。大学と区役所と区のいきいき支援センターも含めて、一緒になって取り組みを進めています。

具体的には、認知症サポーター養成講座を大学生に受けてもらいました。さらに各区で実施している徘徊高齢者検索模擬訓練への参加、地域の認知症カフェでのボランティアなどを行ってもらっています。大学によっては、不定期ではありますが、学内で認知症カフェを開催するという取り組みをしています。

認知症に理解の深いまちづくりモデル事業

実績

- 令和元年度参加高校
市立西陸高校（西区）
私立菊華高校（守山区）
県立千裡高校（名東区）

2年目の今年は高校にターゲットを絞り、現在、3校と一緒に取り組みを進めているところです。

認知症に理解の深いまちづくりモデル事業



昨年の取り組みが中日新聞で紹介されました。高校、大学は、3年、4年で卒業してしまうので、事業の継続性という点で課題を感じてはいますが、参加した学生が卒業後、その人の地元や活動先で継続して事業をするという広がりも期待できるのではないかと考えています。

【名古屋市の取り組み 2】

地域包括支援センターの役割と名古屋市中区の取り組み

～商店街・学区との共同プロジェクト～

名古屋市中区いきいき支援センター
センター長 水上賢治

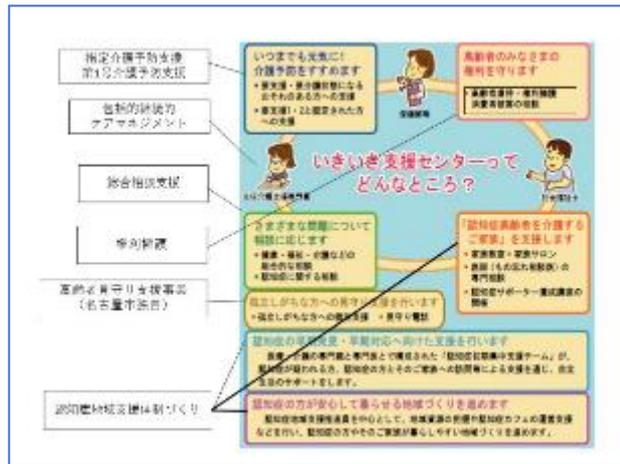
地域包括支援センターの役割

地域包括支援センターの位置付け (国)

〇地域包括支援センターの設置運営等について(抜粋)
 名計発第1018001号(平成18年10月18日 一部改正:平成20年1月19日)

1 目的
 地域包括支援センターは、**地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要支援**を行うことにより、**地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援**することを目的とし、**包括的支援事業等**を地域において一体的に実施する役割を担う中核的機関として設置されるものである。
 (介護保険法(平成9年法律第123号。)第115条の48第1項。)

最初に、地域包括支援センターの根拠法は、介護保険法であり、介護保険法第 115 条に業務の中身が記載されています。



- いきいき支援センターの機能・役割**
- 高齢者の身近な相談窓口
 - 区地域包括ケア推進会議の事務局
 - 高齢者虐待における受世構架のひとつ
 - 認知症総合相談窓口
 - 認知症初期集中支援チーム・推進員の配属先
 - 支援実施ケースの相談窓口
 - 高齢者いきいき相談室の委託元
 - 新しい総合事業にかかる基本チェックリスト実施・判定機関
 - 第1号介護予防支援事業の実施機関
 - 指定介護予防支援事業所

その一つが、認知症地域支援体制づくりであり、中区いきいき支援センター（地域包括支援センター）でも、認知症に関連する事業に取り組んでいます。

中区の高齢化の現状と地域課題



中区の高齢化の現状を説明します。名古屋市全体の高齢化率は 25%ですが、中区の高齢化率は 20%です。名古屋市には 16 行政区ありますが、その中で一番高齢化率が低い区です。中区は繁華街を抱えていることもあり、外国人が非常に多いことが特徴で、それも高齢化率を下げている一つの要因です。もう一つは、単身の若者や一人暮らしの人が非常に多いこともあります。

地域課題

| | | |
|----------|-------------------|-----------------------|
| 高齢化率 | 20.0% (市平均 24.9%) | ● 高齢化率は全市平均以下 |
| 独居高齢者割合 | 22.7% (市平均 17.5%) | ● 独居高齢者割合は全市で一番高い |
| 町内会加入率 | 39.6% (市平均 74.4%) | ● 町内会加入率が低く、情報が行き届かない |
| 高齢住居割合 | 36.9% (市平均 41.1%) | ● 住民同士のつながりの希薄化 |
| 高齢住居世帯比率 | 36.5% (市平均 41.1%) | |
| 単身世帯率 | 68.2% | |
| 世帯人数 | 1.5人 | |

◆ 個人が孤立化しやすい傾向
 ◆ 地域との繋がりが少ないことから、身体機能・A D L の衰えが把握困難である高齢者が潜在

中区における地域課題として、高齢化率は名古屋市の中で一番低いのですが、逆に、独居高齢者の割合は、名古屋市の平均 18%弱に対して、中区の場合は 20%を超えており、全市で一番高い状況です。原因としては、名古屋市内や市外に住んでいた人が、高齢になったことで車を処分した代わりに、交通の便のいい中区に引っ越してくるという例が多いこともあります。

また、若い人や外国人が多いこともあり、町内会の加入率が非常に低くなっています。回覧板を回して行事の案内をするにも、情報が行き届かないという問題があります。もう一つは、高層住宅が非常に多いことです。名古屋市の平均は 11%なのですが、中区では階層の多いマンションが 37%あります。しかもセキュリティの厳しいオートロックなので、なかなか玄関先までたどり着くことができず、民生委員も非常に苦労していると聞いています。このように、住民同士のつながりが薄いことと、個人が孤立しやすい傾向にあることが中区の特徴であり課題です。

「認知症にやさしいまち大須」プロジェクト

【認知症にやさしいまち大須】プロジェクトについて

1 内容

大須商店街・大須学区を認知症支援にかかる普及啓発および風土形成のシンボルタウンとし、平成30年度から関連事業を重点的に実施（平成29年度 中区地域包括ケア推進会議 認知症専門部会で決定）

【大須においてエリア特化型事業を企画した主な理由】

- 地域住民のつながりが強く、まちぐるみの取り組みが可能
- 市内有数の観光地として、強い情報発信力をもつ大須地区を中心に認知症に関する普及啓発事業を行うことで、効果的な情報発信ができる。
- 大須駅舎など歴史や文化が根付き、高齢者をはじめ多くの人が訪れる大須商店街で、新たに認知症を通じた福祉の試みを行うことで、「にぎわいと活気」に加え「福祉のやさしさ」もある大須商店街として、さらなるイメージアップが期待できる。

このような状況を踏まえて、今、中区で取り組んでいるのが、「認知症にやさしいまち大須」プロジェクトです。中区は非常に交通の便のいい所ですので、高齢者や地域住民に交通の利便性を生かして来てもらい、さまざまな認知症の普及啓発を行おうというものです。大須商店街と大須学区を中心に、認知症支援にかかる普及啓発および風土形成のシンボルタウンとして、平成 30 年度から認知症関連事業を重点的に実施しています。

大須を選んだ理由は、大須エリアは古い商店街ということもあり、地域住民のつながりが中区の中では最も強いエリアであるため、まちぐるみの取り組みが可能であること。また、大須商店街は名古屋市内有数の観光地として強い情報発信

力を持っています。大須地区を中心に認知症に関する普及啓発を行うことで、効果的な情報発信ができると考えています。

例えば、大須商店街では「世界コスプレサミット」という非常に面白いイベントが行われており、注目度もあります。また、大須観音をはじめ、歴史が古い地域ですので、高齢者をはじめ、多くの方が訪れる商店街です。この場所で認知症を通じた福祉の試みを行うことで、「にぎわいと活気」に加えて、「福祉のやさしさ」もある商店街としてさらなるイメージアップが期待できるということもあります。

2 企画概要

①大須商店街、大須学区との連携による、人づくりと土壌づくりの推進

- ・商店街店員、小学生等を対象とした認知症サポーター養成講座の実施
- ・大須商店街・大須学区での集中的な認知症普及啓発事業の実施

②中区広報大使 OS☆U による、年間を通じた情報発信

- ・OS☆U が各事業に参加し、その活動を PR することを通して大須の取組を効果的に発信




プロジェクトの企画概要です。1 つは、大須商店街、大須学区との連携による、人づくりと土壌づくりの推進です。大須商店街にある約 1,200 店舗に対して認知症サポーター養成講座を実施しており、これまでに約 60 店舗が受講しています。地元の小学生にも認知症サポーター養成講座を実施しています。

2 つ目は、中区広報大使 OS☆U というご当地アイドルグループに協力していただいて、年間を通して情報発信しています。具体的には、認知症関係の各事業やイベントに OS☆U のメンバーに参加してもらい、活動を PR することで、大須の取り組みを効果的に情報発信しています。



3 つ目は、大須商店街のブランドイメージ醸成です。大須商店街を「誰もが安心して、楽しんで買い物することができる街」として情報発信し、それを繰り返すことで、「福祉のまち大須商店街」のイメージをつかっていこうと考えました。認知症サポーター養成講座を受講した店舗には、「認知症サポーターがいます」というステッカーを貼ってもらいPRをしています。

2019 年度のプロジェク ト紹介



2019 年度の行事の紹介です。成年後見制度講座を大須演芸場で開催しました。大須演芸場は市内で落語ができる唯一の寄席です。認知症サポーター養成講座や認知症サポーターフォローアップ講座は、万松寺のホールで開催しました。万松寺は 1540 年に創建された、織田家に縁のあるお寺です。



「徘徊高齢者おかえり支援事業」は、認知症の人が行方不明になったという想定の下に、声掛けをする訓練です。大須商店街で行方不明になったという想定の下で、店のスタッフに声掛けの体験してもらいます。ここでも OS☆U に参加してもらいました。今年度は 15 店舗が訓練を実施しました。

「RUN伴」は、認知症普及啓発を目的に、毎年7月に北海道をスタートして全国をキャラバンし、たすきをリレーする事業です。5 年ほど前から始まったイベントですが、中区でも今年初めて取り組みました。栄のオアシス21をスタートして、大須商店街を経由して、大須観音がゴールです。多くの若年性認知症の当事者たちにも参加していただきました。中区ではこのような形で認知症の普及啓発に取り組んでいます。

最後に、12月7日に中区いきいき支援センター主催で認知症サポーター養成講座を行います。OS☆U のメンバー2～3 人が一緒に受講して、最後はオレンジリングを手渡ししてもらうことになっています。このような形の養成講座は他ではなかなかないと思いますので、まだ受けていない方が身近にいましたら、ぜひご紹介していただけたいと思います。

【名古屋市の取り組み 3】

名古屋市認知症相談支援センターの取り組み

～若年性認知症相談支援を中心として～

名古屋市認知症相談支援センター
所長 久富木 誠

認知症相談支援センターの体制と支援機能



名古屋市認知症相談支援センター（以下、当センター）が開設されたのは平成 25 年 10 月です。それ以前は千種区西部いきいき支援センター（地域包括支援センター）の機能強化型として活動していました。

主に「地域での認知症支援体制」「認知症の普及・啓発」「若年性認知症相談支援」を柱として、いきいき支援センターや認知症疾患医療センターと連携を取りながら事業を進めています。5 年経過する中で、相談件数などが約倍の数に増えている状況です。

認知症とともに安心して暮らせる“まち”を目指して

目標 1 認知症の人や家族にやさしいまちづくり

目標 2 認知症の早期診断・早期対応の支援体制づくり

- できるだけ早期から関わり、本人と家族、友人、支援者が「私のこと」について話し合い、その内容を引き継いでいく。
- 「備え型」の支援を行うとともに、住み慣れた地域で本人のちからを最大限に活かし、継続性のある暮らしを支える。
- 認知症の人を支えていくうえで、その人らしい生活を支えることと心身を支えていくことの統合させたケアを提供する。
- 医療と介護等がお互いの役割や機能を理解し、目標を共有する。
- 早期から終末期までのステージに合わせた継続的な関わりや支援を行う。

| | |
|---------------|-----------------|
| 所長（兼務） | 1名 |
| 副所長 | 1名 |
| 認知症地域支援推進員 | 29名（H30年5月1日現在） |
| 認知症カフェ運営員 | 1名 |
| 若年性認知症相談支援推進員 | 2名（H31年1月1日現在） |
| いきいき支援センター相談員 | 2名（1名ずつ2つの施設） |
| 事務 | 1名 |

当センターの運営は、社会福祉協議会（社協）が名古屋市より受託しています。我々は、2 つの大きな目標を立てて運営しています。社会福祉協議会ですので、まずは地域

の福祉を推進するために「認知症の人や家族にやさしいまちづくり」が 1 つ目の大きな目標です。2 つ目の目標は、「認知症の早期診断・早期対応の支援体制づくり」です。

認知症の人や家族にやさしいまちづくり

認知症地域支援推進員への支援（目標 1 まちづくり）

名古屋市における認知症地域支援推進員の業務
◆市内 29 か所のいきいき支援センターに各 1 名配置

- 認知症の方を支援する関係者の連携を図るための事業
 - 地域包括ケア推進会議・認知症専門部会の運営
 - 地域におけるネットワーク体制の構築
 - 認知症疾患医療センターとの連携・調整
 - 区版認知症ケアパスの作成・普及 等
- 認知症の方やその家族を支援する事業
 - 認知症高齢者を介護する家族支援事業の運営
 - 認知症カフェの運営支援
 - 認知症の方とその家族を支える地域資源の把握
 - 認知症サポーターの活動支援 等

| | |
|------|-----|
| | 30 |
| 市連例会 | 5 回 |
| 研修会 | 2 回 |



まちづくりにおける具体的な事業内容は、一つは、認知症地域支援推進員への支援です。29 か所のいきいき支援センターに各 1 名配置されている推進員たちの連絡会や研修を開催するなど、一堂に集まって会議する場をつくっています。例えば、中区に配置されている推進員が非常に熱心に取り組んでいるので、そういう取り組みを他の 28 センターに紹介したりしています。

認知症カフェの開設・運営支援（目標 1 まちづくり）

- 本人と一緒に参加できる
- 認知症の情報がある、相談ができる
- 家族同士で交流や情報交換ができる
- 自分の役割がある、仲間がいる
- 地域のつながりがある
- 自分のペースで、安心して過ごせる

家族

本人

認知症カフェ
認知症の本人及び家族、それに加え地域住民、専門職等地域の誰もが気軽に集える活動拠点。

平成31年3月末 199カ所

地域住民・認知症サポーターなど

- 認知症を理解することができる
- 地域住民100名以上の内構成員
- 認知症サポーター等の活動の機会がある

医療や介護等の専門職

- 利用者はあく仲間として関わることであり、本人や家族の顔の裏面を見ることが出来る

認知症カフェは、政令指定都市としては一番多く 199 か所あります。各いきいき支援センターに配置されている推進員の皆さんが熱心に認知症カフェを進めてくれてお

かげで、名古屋市にはたくさんの認知症カフェがあります。

認知症サポーター〈目標1 まちづくり〉

●認知症サポーター

地域や職場・学校などで、「認知症サポーター養成講座（60～90分間）」を受講し、認知症の基礎知識やサポーターとして何が出来るかなどについて学んだ、認知症の人と家族の理解者

| | | |
|------|---------|---------|
| | 29 | 30 |
| 回数 | 723回 | 710回 |
| 受講者数 | 16,028人 | 16,472人 |

●学校を対象とした認知症サポーター

| | |
|------|--------|
| | 30 |
| 回数 | 111回 |
| 受講者数 | 4,525人 |



認知症サポーター養成講座は推進員を中心に行っています。データの集約や、困ったことへの相談受付、年1回のキャラバンメイト養成講座などを当センターが主催したりしています。また、学校を対象としたサポーター講座も名古屋市内全体で行っており、非常に積極的に活動しています。

認知症の早期診断・早期対応の支援体制づくり

認知症初期集中支援チームへの支援〈目標2 支援体制づくり〉

認知症の早期発見・早期対応のための専門チーム



| 平成30年度実績 | 対象者数 | 訪問回数 | チーム員会議 |
|----------|------|--------|--------|
| 29センター合計 | 896人 | 3,692回 | 573回 |
| 1センター平均 | 31人 | 127回 | 20回 |

2つ目の目標である早期発見・早期対応の支援体制づくりの取り組みです。認知症初期集中支援チームは、自治体によって配置されている場所が違っており、疾患医療センターに配置されているチームもあると思います。名古屋市の場合はいきいき支援センターに配置されています。従って、初期集中支援チームが活動するうえでの支援を、当センターが行っているということになります。初期集中支援チームの活動は、29センター合計で対象者数は900人弱、訪問回数は約3700回となっています。

認知症初期集中支援チームの役割

▶目的

認知症の方の自宅を訪問し、本人・家族に早期に関わり、早期診断・早期対応に向けた支援を行うこと

▶対象

主に40歳以上の在宅で生活している認知症の方で、医療・介護サービスを受けていない方

| | |
|------------|-----|
| | 30 |
| 市連絡会・研修会 | 3回 |
| チーム員会議への参加 | 32回 |

※令和元年度は「活動の手引き」改訂WGを毎月開催

初期集中支援チームの役割は、早期診断・早期対応に向けた支援、そして医療・介護サービスを現在受けていない方に対するつなぎ役です。当センターの取り組みとしては、年3回の連絡会・研修会の実施、月1回のチーム員会議への当センターの職員の参加などがあります。現在はこの会議で、「活動の手引き」を改訂しようとしています。というのも、初期集中支援チームの活動はなかなか分かりにくく、特に早期診断・早期対応を目指しているものの、支援チームが発見したときにはかなり重度になっているケースも多いのです。初期段階での関わり方が問題なのかなどいろいろと課題があるので改訂に取り組んでいます。

名古屋市認知症コールセンターの運営〈目標2 支援体制づくり〉



- ・火曜日は午後8時まで開設
→16時～20時の平均相談件数は2.2件
- ・匿名で相談が可能なので、何度でも気軽に利用ができる
- ・介護経験のある相談員等が対応
→ご家族の気持ちを補助し、必要に応じて、家族が集う場等の情報を提供し、つなぐ
- ・いきいき支援センターとの連携
→訪ねに行っているいきいき支援センターとスムーズにつなぐ
- ・嘱託医や地域支援推進員との連携
→認知症疾患医療センターなどの医療機関や地域間との連携がスムーズ

| | 29年度 | 30年度 |
|-------|--------|--------|
| 実相談件数 | 605件 | 632件 |
| 延相談件数 | 1,254件 | 1,163件 |

当センターの大きな取り組みとして、コールセンターを設けています。月水木金は10～16時まで、火曜は当センターの職員が当番で夜8時まで対応しています。開設から5年が経過して実相談件数も伸びてはいますが、実態は同じ方からの重複相談が多いように思います。

名古屋市認知症コールセンターの相談内容

医療・介護サービスの拒否

- ☞ 別居の娘より「ひとり暮らしの母、もの忘れがすごく進んでいるように思う。外出しなくなったし、入浴も3ヶ月に1回程度。受診は強い拒否のため行けない。どう誘ったら良いか？」
- ☞ 同居の妻より「人を家に入れたがらないので、夜もトイレ介助を頻繁に行っている。便・尿漏れあり。リハビリをつかってほしいがとても言い出せない。」

家族の支援

- ☞ 同居の娘より「数日前からデイのスタッフに暴言・暴力など興奮状態。利用を抑えてもらえないかと言われた。自宅では比較的落ち着いているのだが・・・。」
- ☞ 同居の妻より「これまで一生懸命介護してきた。特養から連絡があり入所できることに。でも、これでいいのだろうか・・・と悩んでいる。近所の人に「まだ若いのに」と言われ傷ついた。」

コールセンターへの具体的な相談内容は、医療・介護サービスの拒否が多いです。サービスを受けたがらない、診断を受けたがらないなどで、家族が困って相談してきます。また、家族の支援として、こういう状況なのだけどうしようということで相談をいただくことが多いです。

連携している認知症疾患医療センターでも、診断を受けた人に対してコールセンターの存在を案内していただいています。

若年性認知症相談支援事業

若年性認知症相談支援事業の概要（目標2 支援体制づくり）

1 相談・個別支援

若年性認知症の確定診断を受けた者及びその家族に対し、必要なサービスの利用に関する相談に応じ、必要な支援を実施。
【平成30年度 実相談件数：94件、延べ相談件数：1,085件】

2 本人・家族交流会あゆみの会の運営

若年性認知症者及びその家族が集まり、本人同士又は家族同士が交流する場を設置・運営。
【平成30年度 開催回数：11回、延べ参加者数：391人】

3 若年性認知症に関する啓発講演会の開催

若年性認知症者に対する地域社会の理解向上及び制度などの周知を目的とした講演会を開催。
【平成30年度 開催回数：1回、参加者数：85人】

当センターが3つ目の柱として挙げているのが、若年性認知症相談支援事業です。事業内容の1つは、相談・個別支援です。平成30年度は実相談件数94件、延べ相談件数は1,085件でした。若年性認知症の人の相談支援では、例えば、その人の職場に出向いたり、自宅を訪問したりと、若年性認知症担当職員2名がいろいろなかたちで、積極的にアウトリーチして支援をしています。

2つ目が、本人・家族交流会「あゆみの会」の運営で、平成25年10月から始めました。基本的に月1回の開催で、8月のみ休みです。あゆみの会については、後ほど詳細を話

します。

若年性認知症に関する啓発講演会を年1回開催しています。

若年性認知症相談支援事業の概要

4 若年性認知症支援ハンドブックの作成

若年性認知症者が対象となる支援制度を取りまとめたハンドブックを更新。

5 相談担当職員向け研修の実施

若年性認知症者に関する相談に対応する市職員やいきいき支援センター職員等に対して、研修を実施。
【平成30年度 開催回数：1回、参加者数：46人】

6 その他若年性認知症者及びその家族が、地域で生活を継続する上で必要な支援の実施



他にも、各いきいき支援センターに配置されている職員の研修や、若年性認知症支援ハンドブックの作成など、若年性認知症の人や家族が地域で生活を継続するうえで必要な支援を実施しています。

若年性認知症本人・家族交流会「あゆみの会」

若年性認知症本人・家族交流会

（目的）

- 若年性認知症の人やその家族は同じ立場の人と出会うことが難しく、社会的に孤立しがちな状況にある。
- 当事者の居場所、情報交換の場として交流会を開催する。

（概要）

- 毎月1回、初期の若年性認知症の人と家族を対象
- 認知症の人と家族の会が運営協力
- 本人は本人同士やサポーターとおしゃべりをしたり、公園を散歩して過ごす。
- 家族は家族同士で交流、情報交換を行う

※平成30年度認知症ケア実践クアア賞受賞



本人・家族15組、パートナー10名程度参加

社会参加の場、病気と向き合う場

あゆみの会の活動は、全国的にも先進的な取り組みとして注目されており、認知症ケア学会の実践ケア賞を受賞しています。若年性認知症の人やその家族は人数が少なく、孤立しがちな状況にあるので、当事者の居場所確保と情報交換の場として機能しています。

交流会では、本人同士、家族同士が情報交換しますが、その他にも多くのサポーターにも協力していただいています。実は今日も昭和区の鶴舞公園にある図書館会議室を借りて開催しています。公園の散歩やキャッチボールをしたりする中で本音を言い合います。職員がいろいろと考え、工夫しながら活動を進めています。

印象的なエピソード① | 喫茶店のマスターAさんの場合

| | |
|-----------|---|
| 背景状況 | <ul style="list-style-type: none"> 長年夫婦で喫茶店を営んでいたAさん（60代男性）。 当時、Aさん共々には立派な店の、料理の仕方がからず器用。 妻が病気で倒れ、妻も死んでしまった。 |
| あゆみの会への参加 | <ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケアの紹介を受けて、25年10月のあゆみの会発足当初から参加。 あゆみの会で楽しみながらいっしょに活動するほかAさんとの信頼関係ができ、Aさんと思いを共有できるよう。（不安な気持ち・夜寝や仕事への思いなど）。 |
| 区切りをつける | <ul style="list-style-type: none"> 今後の生活についての話し合いを行い、Aさんが自ら閉店を決めた。 あゆみの会でおおむねおこなわれ、仲間たちの前で店主として閉店のあいさつをして、区切りをつけた。 |
| 相遇と帰郷前 | <ul style="list-style-type: none"> 閉店から数か月、以前に比べ少し元気なAさんを見て、あゆみの会の仲間から「カフェをやろう」という声があった。 現在は、昔懐かしい「モーニング」を、月に1回認知症カフェ「カフェといごどる」でマスターとして、上を遊んでいる。 「といごどるの日は自宅に帰ってから、しゃべっているの！」とAさん。 |

あゆみの会でのエピソードを紹介します。

1つ目は、喫茶店のマスターAさん、60才男性の場合です。Aさんはお店を続けることが難しくなり閉店することになりました。ただ、そうして区切りをつけたものの元気が出ず、仕事を辞めた喪失感も残りました。そこで、あゆみの会として、Aさんと一緒に認知症カフェをやってはどうかという話になり、認知症カフェ「といごどる」を始めました。といごどるというのは、Aさんがやっていた喫茶店の名前です。

現在は月1回の認知症カフェを続けています。自分が認知症だからといって受け手になるのではなく、逆に支え手側、運営側に回っているところが非常にいい取り組みなのではないかと思っています。

印象的なエピソード② | 野球がしたいBさんの場合



2人目は、野球がしたいという思いを持っているBさんの場合です。Bさんは、認知症相談支援センターの職員と一緒に、中学校の野球部員を対象に認知症サポーター養成講座を開き、野球をすることができました。



中学校の野球部員に認知症サポーター養成講座を実施

よかったのは、養成講座の後に本人の思いを直接話してもらった機会ができたことです。Bさんは野球がしたいという思い以上に、こんなにドラゴンズが好きなんだという思いを話したので、子どもたちも、自分たちと同じドラゴンズ好きのおっちゃんとして親しみを持ってくれたようです。子どもたちはオレンジリングをつけてくれました。



どうしたらいっしょに楽しくソフトボールができるか？
「野球が好き」という共通点が当事者と中学生の距離を縮めた

野球をするにあたり、子どもたち自身にどうすればいいのか、自主的に考えてもらいました。すると、Bさんの空間認知障害を踏まえて、1塁ベースの横に「1塁ベース」と書き、走る方向を分かるようにしてくれました。そして2回目には、白線を矢印にして走る方向を示すようにしました。みんなで考える機会にもなり、また、認知症患者は特別な人ではないということ子どもたちに知ってもらえる、非常にいい事例だったと考えています。

「場づくり」への取り組み

場づくりについてのまとめ

- ・「空白の期間」(診断後サービス等につながるまで)を意識した場づくり。
- ・当事者同士が出会い、安心して話ができる場づくり。
- ・正しい情報が得られ、共感が広がる場づくり。
- ・当事者の「〇〇したい」をともに支え合いながら実現していく場づくり。
- ・地域・社会とつながり、活動の広がりの拠点となる場づくり。

あゆみの会としては、集まる場づくりを大切にしています。特に「空白の期間」と言われる、診断を受けてからサービス等につながるまでの、次に1歩踏み出してみようという気持ちを持つまでの期間が、認知症の人にとって課題になっています。中でも若年性認知症の人にとっては不安が大きいと思いますので、あゆみの会が彼らの居場所として一定の役割を果たしていると思います。私たち職員は、認知症当事者の方々の「こういことをしたい」という思いを叶える場所にできるよう、頑張っており取り組んでいます。

ホームページ「なごや認知症あんしんナビ」

- ・認知症ケアパスや、利用できる制度などをご紹介しています。
- ・各区で行われる認知症関連のイベント情報もあります！
- ・<http://n-renkei.jp/>



当センターはホームページもありますので、詳しいことはそちらでご覧いただくとありがたいと思います。

あゆみの会にいつも参加していただいているパートナーの久田さんから一言お願いします。

若年性認知症支援活動・実践者の声

認知症サポーター・がんぴアサポーター
久田邦博

私は、2018年まで製薬会社に勤務していました。がんを発病後、学術部門に所属して認知症に取り組み、地域包括ケアについて調べている中で「あゆみの会」に出会い、参加するようになりました。

その中で、今まで私が認知症の情報提供をしてきたことは何だったのだろうかと感じるようになりました。安心・安全が確保された場においては、当事者は生き生きとして過ごされています。本人だけで話し合う「本人ミーティング」の場では、例えば、「本当は自分でできるのに妻がやってしまう」というように、さらに本音が出ています。

そうした声を聞いていると、認知症になっても安心・安全に暮らせるまちづくりの縮図が、あゆみの会にあるような気がします。今後も参加していきたいと思っています。

【活動先行事例】駒ヶ根市

「おれんじネット」の取り組み

～地域住民・専門職・行政が共に取り組む認知症施策～

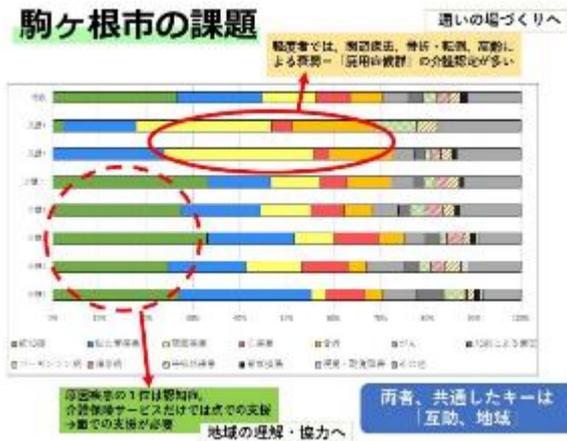
駒ヶ根市役所 民生部 地域保健課 地域ケア係長 松澤 澄恵
認知症の人と家族の会 駒ヶ根支部 代表 梶田ひと美

駒ヶ根市における高齢者支援の現状



駒ヶ根市は南信州に位置する人口3万人の小さな市です。高齢者は約3分の1の約1万人、高齢化率は30%です。

駒ヶ根市の課題



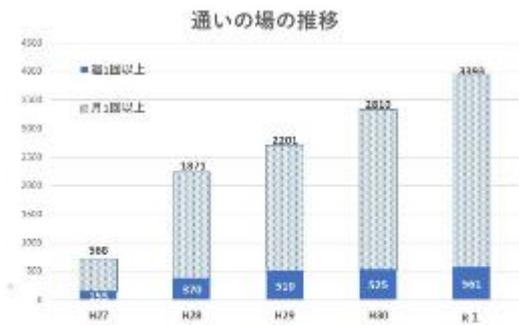
駒ヶ根市の課題を見てみましょう。介護保険の認定者の原因疾患を見ると、介護度の軽い方では、ロコモティブシンドローム、サルコペニア、足腰によるものなど、言い換えれば廃用症候群または生活不活発が多いのです。この課題を解決するために、生活不活発にならないように「通いの場づくり」を積極的に行っています。

一方、重度の方の原因疾患の1位は認知症です。認知症の支援において、介護保険サービスだけでは「点」でのサー

ビスになってしまいます。私たちが目指したいのは、「面」での支援であり、暮らしの場である地域の理解が必要だと思っています。



「通いの場」については、生活支援体制整備事業で取り組み始めました。生活支援コーディネーターたちが格好いいプロモーションビデオを作り、地域の方に見ていただきました。長野県では、生活支援コーディネーターは社会福祉協議会に委託をしている市町村が多いのですが、駒ヶ根市では地域の方に委嘱しています。そして、さまざまな通いの場から自然発生的に、お互いに気にかけて合う生活支援へとつながりを見せてきています。



＜通いの場の拡大による成果＞

- ・見守り・生活支援にも発展してきた！
- ・互いに気にかけてあう関係が出来てきた！
- ・受け入れ側が必要な学習をすることもある。

通いの場の利用者の推移を見ると、2015年には少なかったのですが、2019年度には上半期で月1回以上通

方が 3,393 人います。複数の場所に参加している方もいるので実質は 1~2 割減にはなるでしょうが、通いの場に参加する高齢者が増えてきたのは確かです。

通いの場の拡大による成果としては、見守り、生活支援にも発展してきて、互いに気にかけてあう関係が出てきたこと、受け入れ側が認知症も含めて必要な学習をするようになってきたこと、などが挙げられます。

認知症サポーターの組織化とネットワークづくり (おれんじネット事業)

☆ 認知症サポーターの組織化とネットワークづくり ☆



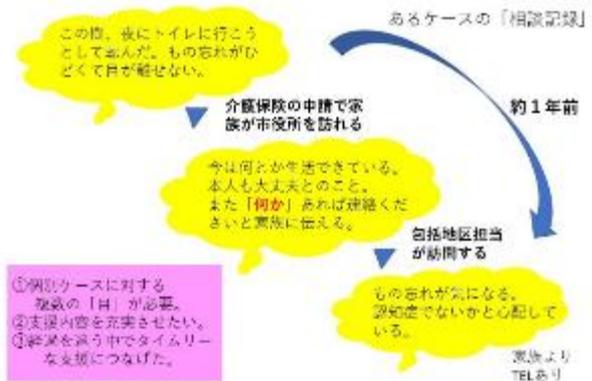
駒ヶ根市における「認知症サポーターの組織化とネットワークづくり」の現在の姿です。地域包括支援センターがあり、協働する NPO 法人地域支え合いネットがあります。これは、自分たちの地域を行政だけに任せられないという生活支援コーディネーターの有志が、地域住民と一緒に立ち上げた NPO 法人です。そして、認知症サポーターおよび登録認知症サポーター（おれんじネットパートナー）、おれんじネットフレンズ（認知症の人と家族の会）たちが、認知症本人と家族を直接支援してくれます。

また、それらを取り巻く地域の関係機関もあります。地域においては生活支援コーディネーターたちの役割が大きく、併せて、身近な相談窓口の民生委員もいます。企業の皆さんにも行政と協定を結んでいただき、職域でのサポーター養成講座が開かれるようになっています。

駒ヶ根市は 16 行政区あります。現在は、行政区ごとに認知症サポーターのネットワークをつくり、さまざまな人や団体と連携して身近な地域で柔軟に活動できる仕組みづくりを行っています。

認知症施策の課題

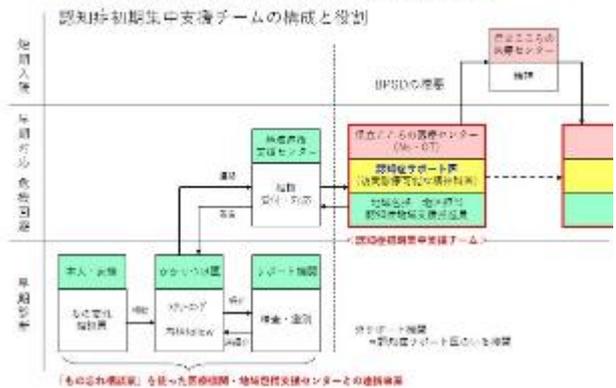
過去の課題① 認定調査の物差しで当てはまるか否かだった



認知症における課題です。これは過去の私たちの反省です。ある日、家族から地域包括支援センターに相談電話がありました。「物忘れが気になる、認知症ではないかと心配している」ということなので、地区担当者が訪問しました。今は何とか生活できているし、本人は大丈夫と言い、家族もまあこのぐらいだったら大丈夫と言ったので、「ではまた何かあったら連絡してください」と帰りました。

しばらくしてから、その家族が介護保険の申請で市役所を訪れました。だいぶ症状が進んでしまったそうです。振り返ってみると、初回の相談から 1 年が経っていました。これは、私たち保健師が認定調査の物差しで当てはまるか否かで考えて、当てはまらなければ提供できるサービスがないので、何かあるまで放置してしまったというケースです。

過去の課題② 認知症初期であるほど支援の引き出しがない



認知症初期集中支援の流れを図式化したものです。下から、早期診断、早期対応・危機回避、短期入院とあります。駒ヶ根市は医師会と協力して、「物忘れ相談票」を作り、医療機関と地域包括支援センターとの連携の流れを示しました。しかし、初期支援を始めてから、重度の患者にはできることがあっても、認知症初期の方に対しては支援の引き出しが何も

ないということが分かりました。とても困りました。

過去の課題③

人数は県下1多いが、サポーターの顔が見えない

認知症サポーター数 5,500 人 (現在)

(長野県内18市の中では、総人口に占めるサポーター・メイト数の割合1位)

- 課題
- ・活動(講座開催)していないメイトが多い
 - ・サポーター数は毎年増加しているが、地域での活動に結びついていない
 - ・サポーターの活動が把握できていない



もう一つ、駒ヶ根市は長野県内 19 市の中でも認知症サポーターの数が一番多いです。その事実喜んでいましたが、サポーターが多いことの先に何があるのかは全く見えていませんでした。まず、活動していないメイトが多かった。サポーターは年々増加しているけれど活動に結びついていませんでした。そして、サポーターの活動が把握できていませんでした。

で、取り組んだこと・・・

- ◆ 認知症地域支援推進員を専属にした
- ◆ おれんじネットスタッフを雇用した
- ◆ 家族会を作った
- ◆ サポーター養成講座受講者の名簿管理をした
 - 地区毎のステップアップ講座開催のお知らせ
 - 登録ボランティアの募集 → 従事へ

<起きた現象>

- > ネットワークが強みになった
- > フォーマルで足りない支援を作ろうと動いた
- > のびのびとした発想、アイデアによる多様な支援
- > 支え合いの輪が広がった

そこで、次のことに取り組みました。それまで認知症地域支援推進員は、保健師と同様に地区を担当していましたが、これは片手間のできる仕事ではないということで専属にしました。そして、認知症事業を進めていくおれんじネットスタッフを雇用しました。家族会を作り、認知症サポーター養成講座受講者の名簿を作成・管理しました。そして、地区ごとのステップアップ講座を開講し、後述する登録ボランティアの募集をしました。

これらによって起きた現象として、ネットワークが強みになってきました。フォーマルでは足りない支援があるのならば作ろうと動きだしました。また、行政だけではなかなか生まれなかったアイデアが、地域の皆さんの知恵や認知症患者とその家族の意見を取り入れる中で生まれ、多様な支援、支え合いの輪が広がってきました。



おれんじネットスタッフには、元保健師で蕎麦屋のおばちゃんもいれば、デパートで服を売っていた人、スナックのおばちゃん、消防署の元所長、認知症地域支援推進員で施設長をしていた人、看護師で介護者だった人がいます。そんな皆さんがおれんじネットスタッフとして週に数回もしくは月に数回、市の臨時職員として活動します。皆さんの特徴は、人柄に魅力があること、そしてネットワークをたくさん持っていることです。

多様なカフェを支える多様な人々

多様なカフェは多様な人によって支えられている



駒ヶ根市では、多様なカフェを実施しています。現在では、大きいところに出づらい方のために自宅カフェも始めています。多様なカフェは多様な人によって支えられていますが、例えばこのカフェでは、認知症本人のグループがカードゲームをしており、ここにサポーターが加わっています。また、家族同士のグループでは、サポーターも加わって話を傾聴しています。

認知症サポート医や認知症介護の専門家との
学びの時間もあります



※サポーターも、カフェ参加は家族の思いや認知症について学ぶ場になっている。

認知症介護研究・研修仙台センターの矢吹知之研修部長にお目にかかる機会があり、駒ヶ根市に来ていただくようになりました。認知症サポート医や認知症介護専門家との学びの場もあります。家族への化朗徳や、本人に寄り添う支援をサポーターがします。カフェの参加はサポーターの学びの場にもなっています。

ボランティアがスナックで
認知症カフェを開催

かもめカフェ
好きな歌を歌ったり
おしゃべりしたり



ボランティアがスナックで認知症カフェ「かもめカフェ」をやってくれています。好きな歌を歌ったり、お喋りをしたりしています。この中にはサポーターもいるし、認知症本人、家族の方も参加しています。

サポーター（個人）の活動事例

カフェから生まれた「ほっと」な話

認知症ご本人（男性80代） ↔ サポーター（60代女性）

- ・カフェの前日に電話で知らせる
- ・当日迎えに行きカフェに参加、送っていく
- ・カフェで話し相手
- ・カラオケの選曲のサポート
- ・同々、帰り、買い物のためスーパーによること
- ・カレンダーに次回のカフェ開催日を記入



- 活動を通して、認知症本人や家族との信頼関係が生まれてきた。
- 制度・団体とつなぐ検討ができる。
- 本人が安心して社会参加を継続できる。
- 本人の生活やサポーターの活動が広がる。

カフェから生まれた「ほっと」な話をします。認知症本人の80代男性と、サポーターの60代女性です。サポーターは、カフェの前日に、「あしたはカフェだよ」と連絡をします。当日は迎えに行き、カフェに参加し、帰りも送っていきます。カフェでの話し相手、カラオケの選曲のサポート、また、ときどき帰りにスーパーで買い物することもあるようです。送り届けた後は、カレンダーに次回のカフェの開催日を記入します。この活動を通じて、認知症本人や家族とサポーターのあいだに信頼関係が生まれてきました。また、サポーターから情報が入ってくるので、必要な制度や団体とつなぐ検討ができます。そして、毎回同じサポーターが担当するので、本人が安心して社会参加を継続できる配慮ができました。本人の生活やサポーターの活動が広がってきています。

とまり木カフェ

- ※じっくりと語り合える場
- ※情報を得る場



認知症高齢者の運転についての勉強会



駒ヶ根警察署交通課の
協力を得て開催

とまり木カフェは、じっくりと語り合える場、情報を得ることができる場です。この日は高齢者の運転に関して、警察署の方が来て勉強会をしました。



みんなが「ほっと」なる語りいの場、という認知症カフェです。認知症への理解を地域に広め、介護家族の思いを共有できる集いの場になっています。私たちにとって認知症カフェは、地域とつながる重要な場です。この日は、認知症本人と家族の会の梶田代表と認知症専門医の対談を聞いていただき、それを話題に話を進める内容でした。

暮らしの場での理解を広げる

**保健師が支援をする中で
必要性を感じてくること・・・**

- ◆ 認知症の本人の居場所
- ◆ 寄り添える家族支援
- ◆ 暮らしの場での理解

私たち保健師が訪問をしているうちに、本人のことを知れば知るほど、認知症カフェ以外に何かできないかという思いが出てきました。「認知症本人の身近な地域での居場所づくり」、「常から寄り添える家族支援」、「暮らしの場での理解」といったことが課題だと思いました。

サポーター（グループ）の活動事例

地域のピンポン同好会がサポーター活動

- ・ 70代男性 認知症初期集中支援事業対象者
- ・ 奥さんと2人暮らし
- ・ 地域の方の理解があった
- ・ 民生委員と訪問、地域の卓球同好会に誘う
- ・ 後日「体験」
- ・ メンバーに認知症サポーター養成講座
- ・ 本人 卓球を楽しむ
- ・ 奥さん 地域の方と交流・相談、息抜き



そのような中で、地域のピンポン同好会がサポーター活動をした事例があります。認知症初期支援で関わっていた70代前半の男性で、奥さんと2人暮らしです。まだまだパワーがあるので、奥さんはとても疲れていました。ただ、このケースは、比較的地域の理解がある点で恵まれていました。地域のコミュニティが結構ある中で、地区担当と民生委員で訪問をし、たまたま民生委員も入っている地域のピンポン同好会に誘いました。この男性は体を動かすことが好きだったので、すぐ参加につながりました。そして、ピンポン同好会のメンバーの皆さんに、認知症サポーター養成講座を受講していただきました。本人は卓球を楽しむことができ、奥さんは地域の方と交流ができるというよいケースでした。地域の小さな同好会なので少人数で、もともと顔見知りの仲間だったので、認知症を理解したうえで参加を受け入れてくれるだけでなく、日常生活のうえでも支えてくれました。



60代女性の方の社会参加として、特別養護老人ホーム（特養）の喫茶ボランティアに入った事例です。この方はいろいろできる方で体もしっかりしていたので、メルヘンという特養の喫茶ボランティアグループに参加しました。喫茶ボランティアに参加するサポーターが、いつも一緒にいて、メルヘンの人たちがあれしてこれしてと言うのをかみ砕いて伝えるなど、新しい環境で安心してお茶出しができるよう支える活動をしました。

認知症サポーターの活用

認知症サポーターの活用



- ①おれんじネットの活動に協力
 - ・認知症カフェの担い手として
 - ・認知症カフェへの本人参加の支援者として
(電話連絡、誘い出し、送迎、話し相手等)
- ②既存のボランティア・同好会グループをサポーターに
(施設での喫茶ボランティア・卓球同好会等)
 - ・認知症初期集中支援チームがつなぐ地域資源として
 - ・認知症本人の社会参加のサポート

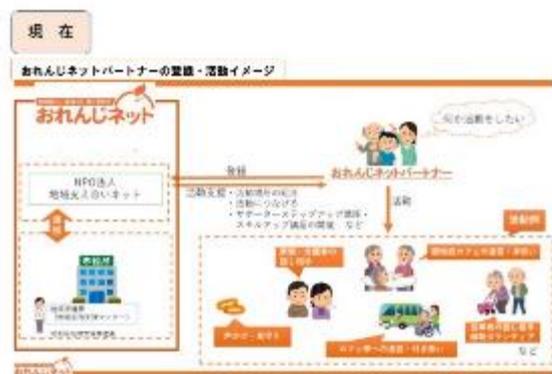
駒ヶ根市では、認知症を知り地域で支え合うおれんじネット事業の活動にサポーターたちが協力してくれています。例えば、認知症カフェの担い手です。認知症カフェでの本人の支援者として、電話連絡や誘い出し、送迎、話し相手など、カフェの最中も安心してその場で過ごせるように動いています。

また、既存のボランティアや同好会のグループをサポーターにして、初期支援のつなぎ先になってもらったり、認知症本人の社会参加のサポートをしてもらっています。



このように認知症サポーターの取り組みを進めてきましたが、もっとサポーター活動とその仕組みを充実させたいという思いがありました。ちょうどそのころ、ステップアップ講座を国が提案したので取り入れました。ステップアップ講座を開催して、共感してくれる人はおれんじネットパートナー、すなわち登録認知症サポーターとして登録しました。これは国の言う「認とも」と同じです。前年にさまざまな関係者や認知症の当事者と家族を含めた準備会を経て、ステップアップ講座を開催しています。

最初は市全体で募集をしましたが、行政区ごとでより顔の見える範囲、暮らしの場でサポーターを養成した方がいいと考え、2018年からは行政区ごとに生活支援コーディネーターと連携しながらこのステップアップ講座を開催しています。現在、おれんじネットパートナーは160名います。



おれんじネットパートナーの登録・活動イメージを図式化したものです。ステップアップ講座を受講して、同意を得た方は、おれんじネットパートナーとして登録をします。2019年度からNPO法人に委託しています。おれんじネットパートナーの活動は地域支援推進員がコーディネートをします。あのひとこの人は相性がよさそうだ、何となく趣味が合いそうだ、負担が大きいから2人ペアにした方がよさそうだ、というように、おれんじ

ネットパートナー160人の顔はほとんど分かっていますので、強みを生かしたコーディネートをしてれています。そして活動場所の紹介をし、活動につなげています。さらに、活動報告を受けてフォローもしています。話し相手や日常の声かけ、見守り、カフェ送迎、付き添い、カフェ運営の手伝いなどいろいろな活動をしていただいています。

行政区単位のチームオレンジの実現



現在、おれんじネットパートナーは個々で付き添いや傾聴ボランティア、カフェ運営、話し相手、見守りをしています。今後は個々ではなく、おれんじネットパートナー同士で情報交換をしていくことを目指しています。その情報交換も、地区ごとのチームで行うことで、より身近な地域づくりができます。

日常から顔が繋がっている人が、もしも認知症になっても、もしくは認知症にならなくても安心して老いていくうえで、行政区ごとのチーム化を図っていきたくと思っています。16行政区中、3分の1では、すでに2018年度にきっかけとなる講座を行っているので、これを他の地域にも広げながら、チーム化をしていきたいと考えています。

認知症の人と家族の会 駒ヶ根支部

代表 梶田 ひと美

11月16日の土曜日、駒ヶ根市の東伊弉という小さな地域で、ステップアップ講座が行われ、私も参加しました。以前、この地域は閉鎖的で、あまり認知症の人が家にいることを外に知らせたくないという意識がありました。しかし、久しぶりにその地域に入ったら、33名の人々が参加してくださって、最後にあ

なたも登録してくださいとアンケートを取ったところ、半数の16名が登録してくれました。とても驚きました。

今まで行ってきたいろいろな取り組みが人の心を動かしているのかなと思います。60代の男性の参加者が、「今日は本当に目から鱗だった、本当にありがとう」と何度もお礼を言って帰られました。こういうところでチームオレンジのようなことができるのではないかと、実感することができました。

現在、私はNPOの活動として、認知症支援と同時に、まちかど大学という介護予防事業に携わっています。地域に出てこない男性をいかに外に出てきてもらうかという講座をあちこちで開催しています。その中で、昨日は、9月に植えた大根と白菜を収穫しました。そこに、種まきしたときにも来てくれた認知症の方がいました。私は全然分かりませんでした。今度はその白菜と大根を使って漬物にしよう、鍋をしようという構想があるのですが、認知症の人も障害者も関係なく混ざって、みんなで地域をつくり上げていきたいなと思っています。夢を描きながら、悪戦苦闘しつつ、たくさんの課題に挑んでいます。

会場からのコメント

名古屋市高齢福祉部地域ケア推進課

主幹 中村誠一郎

私は市役所にいるので、実際に地域の活動を具体的に見る機会はありません。現場の活動として、今お話しいただいたようなことを地域推進員が取り組んでいるのだらうと思います。その活動を名古屋市全体で広げていくにはどうやっていけばいいか、お話を聞きながら考えました。

西山田ふらっとサロン 代表 尾浦美久子

私たちは、みんなが寄り添える、みんなが居場所と思えるものを模索してやってきました。でも、今のお話を聞くと、とてもコアなところから広げていって、スタッフやチームオレンジのメンバーになった人たちがまた機能して広がっていていることがすごいと思いました。目から鱗と言うか、とても素敵なことだなと思いました。

ブレインストーミング

みんなで考えよう!!

認知症サポーターがいきいきと活動できる 「チームオレンジ」の実現に向けて

コーディネーター：本事業検討委員会 委員長 大野 裕美

チームオレンジの「基盤づくり」「運営」「ステップアップ研修テーマについて、KJ 法を用いて各グループで話し合いました。

午後からのブレインストーミングでは、午前中に情報提供された「臨床現場における認知症診療の課題」、自治体の認知症支援施策やその実践、駒ヶ根市の活動先行事例などを踏まえて、4つのグループに分かれて、「よりよいチームオレンジの実現」についてのアイデアを、KJ法を用いて話し合いました。各グループにファシリテータ(メイン進行役)、サブファシリテータ各々1～2名を配置し、ファシリテータの進行で討議を進行。メンバーはKJ法により、各自が付箋に自分の意見をどんどん書いていき、それらをグループ化しながらグループの意見をまとめました。

グループ討議終了後には、アイデアをまとめた模造紙を掲示して各グループが発表し、情報を共有しました。

討議テーマ

- (1)「チームオレンジ」や今後の認知症サポーター活動などについて、あなたはどんな感想を持ちましたか?
- (2)「チームオレンジ」基盤づくり ～それぞれの立場から
- (3)「チームオレンジ」の運営 ～それぞれの立場から
- (4)認知症サポーターの養成に必要なこと
- (5)「チームオレンジ」の具体化、具現化についての課題や実現に向けてのアイデア"



約30名が4つのグループに分かれ、認知症サポーターがいきいきと活動できる「チームオレンジ」を実現させるために何が必要か、それぞれの立場や視点からアイデアを出し合いました。

【ブレーストーミング】

全体発表

★ファシリテータ ☆サブファシリテータ ■発表者

グループ1：チーム「お金が大事」

【メンバー】

| | |
|------------|--------|
| NPO法人ミーネット | 久田邦博★ |
| NPO法人ミーネット | 加藤美津子☆ |
| 西山田ふらっとサロン | 瀬波みゆき |
| 西山田ふらっとサロン | 高とも子■ |
| 西山田ふらっとサロン | 原田幸子 |
| 吹田ホスピス市民塾 | 半崎智恵美 |
| NPO法人ミーネット | 平野良子 |

討論テーマ：「運営」「基盤づくり」

【運営】

「サポーター」として、自分の生活バランスの話、男女の違いの話、介護の経験がある人が必要という話、人材の育成も

しなければいけないという話が出ました。サポーターが辛くなったらどうするのか、という話もありました。

「シニアサポーター」として、個人に負担がかからず中立を保てるスタッフが必要であること、シニアサポーターを中断するのはどうなのかという話もありました。

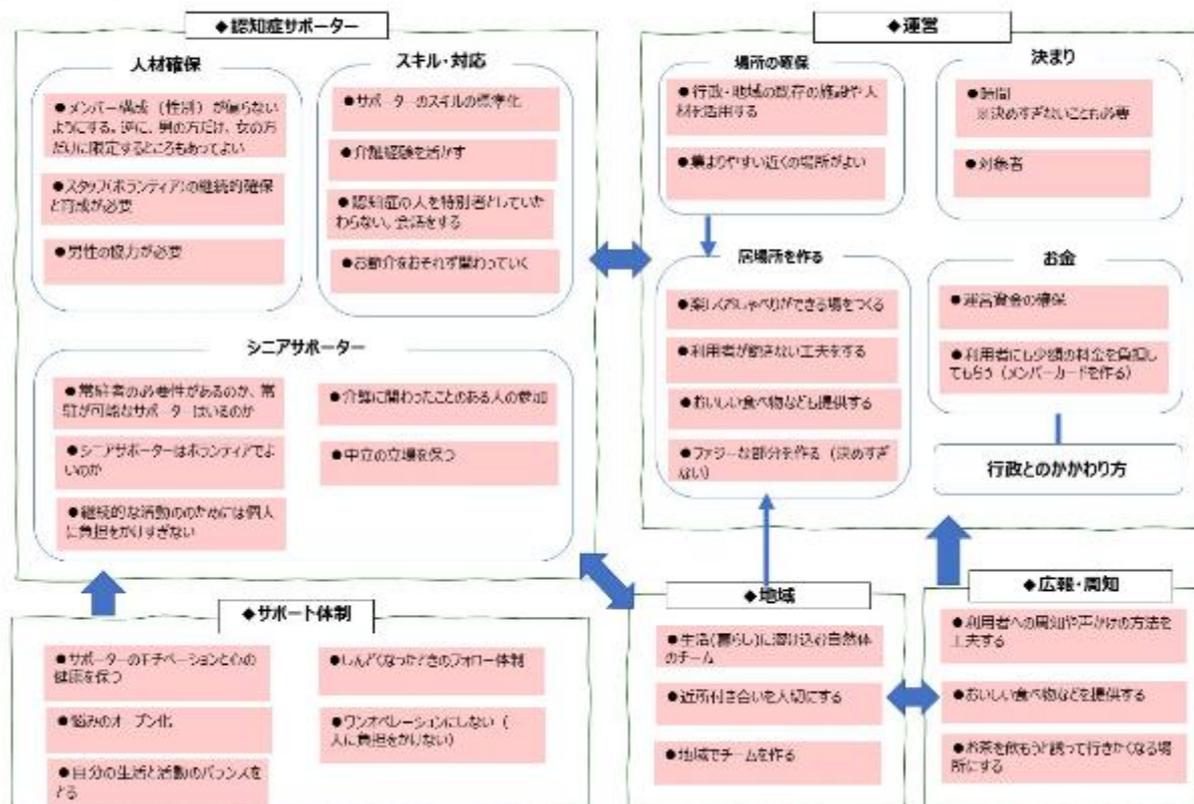
利用者への周知、広報や声かけをどうするのかについても出ました。

「居場所」として、利用者が飽きない工夫をして、楽しくお喋りができる場所、美味しいものがある場所がいいのではないかという意見、今あるものを活用するのがいいのではないかという意見、場所は近いところがいいという意見がありました。

そして、それらを実行するための資金はどうするのか、行政と関わる必要があるのではないかという観点から、「お金が大事」というチーム名になりました。

【1G】チーム お金が大事 認知症サポーターがイキイキと活動できる「チームオレンジ」の実現に向けて

【テーマ1】 チームオレンジの運用



【基盤づくり】

企業や、最も関わりのあるコンビニ、スーパー、銀行など地域の理解が必要です。そして、子どもたちも関わるといいので、「地元密着メンバー」というグループができました。そこ連携して近所の病院や専門機関と関わる必要があります。介護企業や飲料メーカー、おむつメーカーなどのつながりも必要です。

「運営」はどうかというと、企業の誘致、NPO、行政があります。

「サポート体制」として、心の健康や悩みのオープン化ということから、基本的にチームオレンジとは何かということ、研修で基盤を統一し、ステップアップの研修も回数を増やすべきで、基本理念も継続しなければいけないという話でした。

「場所」についてです。廃校を利用するなど、広いスペース、狭いスペースが必要なのか、それとも行政の一角なのか、空き家なのか、このあたりは地域の特性が出ると思います。何にしてもお金が大事ということになりました。

ファシリテータ 久田邦博

このチームでは、まずチームオレンジに関してある程度ディスカッションをして、共通の言語を持ったうえで話し合いました。

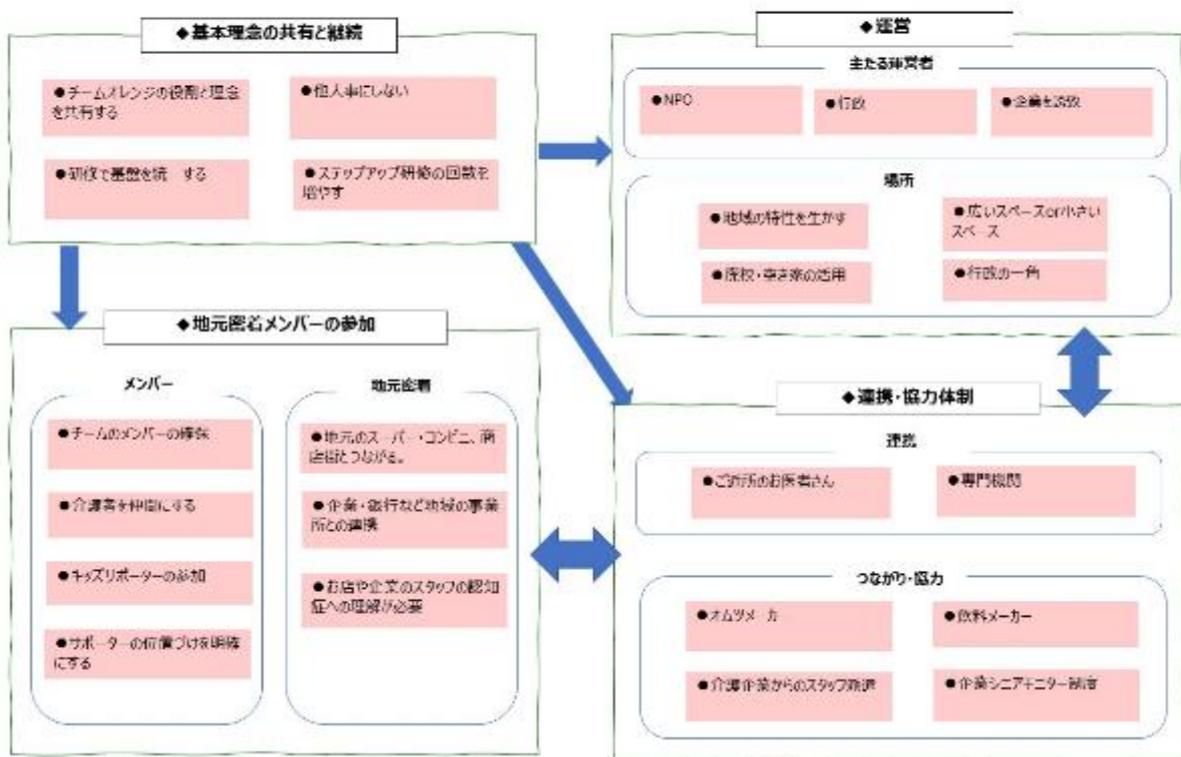
大事なのはまず運営だということで、このテーマで話し合いました。結局、一番負担がかかるのはシニアサポーターだと思います。週3日は現実的なのか、有償化するかどうかも検討すべきです。運営にもお金が必要なので、ここでは行政という言葉が出ました。

次に基盤について話し合うことにしました。その中で、お金を生み出すシステムとして、生活関連企業、おむつメーカーや飲料メーカーが関わってくると、かなり運営は楽になるという案がありました。あるいは企業にシニアモニター制度のようなかたちでいろいろなものを出資してもらってもいいです。介護企業から人を派遣してもらうことによって、ある意味 PR 効果が出てくるので、事業としてつながるのではないかと案も挙がりました。

大切にしたいのは、サポーターやシニアサポーターの負担を軽減するためのフォローアップを考えて運営していくことです。誰かが抱え込んでしまえば継続的な運営はできません。そのことをメンバーは非常に激しく意見していました。まとめるのは大変でしたが、いい話し合いになりました。

【1G】チーム お金が大事 認知症リポーターがイキイキと活動できる「チームオレンジ」の実現に向けて

【テーマ2】 チームオレンジの基盤



グループ2：チーム「おでん」

【メンバー】

| | |
|-------------------------|--------|
| NPO法人ミーネット | 當田哲正★ |
| NPO法人ミーネット | 林ますみ☆■ |
| NPO法人ミーネット | 水野三佐子☆ |
| NPO法人ミーネット | 浅井正子 |
| NPO法人健康情報処理センターあいち 池山真治 | |
| 西山田ふらっとサロン | 有元富江 |
| 西山田ふらっとサロン | 田中みよ子 |

討論テーマ：「運営」

3つの項目の中で私たちが絞り込んだのは運営についてです。段階別に番号をつけて話を進めました。

「1.初期対応～対象者」

民生委員の役割や、話していると少し認知があると思われるときの見守りや、誰が初期認知症を見極めるのかなどのお話が挙がりました。

「対象者」は、中には外国人や文化・宗教が違う人もいるという指摘がありました。そして、グループには実際にふらっとサロンを運営している人がいるのですが、活動の中に認知症の人も巻き込んでいけるのではないかと話でした。

「対応」は、認知症の人とサポーターとの相性があります。駒ヶ根市の話のようにそのマッチングが絶対に必要です。また、活動メンバーの一員として当事者にも参加してもらうことをこれからも大切にしていきたいという話、さらには家族の方への伝え方が難しいという話、サポート受給者への対応方法の話、結果を親族へ通知する必要性はないのかという話もありました。

「2.個人情報」

個人サポートの安全性、対象者の情報、年齢、疾病の有無、自己の取り組み意欲など、サポーターが同一人物とは限らないので、個人情報の共有方法を大事にしたいです。

「3.居場所」

西山田ふらっとサロンの活動も踏まえて具体的な話が出てきました。認知症に限らず高齢者の健康体操をしてはどうかとか、男性の引きこもり防止として定年後の男性の集いとして健康マージャンをしたらどうかというものです。健康マージャンとは、煙草もお酒も賭けもしないというマージャンです。こういうもので地域に引っ張り出したらどうかという話でした。また、足を運んでくれない町内の人には、駒ヶ根市のように自宅カフェ

を実行してもいいかなということです。そういうことをすることによって、いかに閉じこもりの方に足を運んでもらうかが話題に上りました。

「4.サポーターのスキルアップ」

基本は支援者が楽しくないと支援は続きません。西山田ふらっとサロンは、月に何回かではなく毎日やっているようで、本当に楽しいそうです。しかも固定した人ではない点がいいなどと思って聞いていました。

サポーターもスキルアップについては、ロールプレイによって体験してもらうこと、レッテル貼りではなくその方の状態を受け入れること、サポーターの獲得点数を公表してマスター、シニアマスター、マイスターとランク付けすること、スキルアップのためにグループホームを見学すること、認知症の人との交流はどうすればいいのか、ステップアップ研修を1～2年コースで受講すること、などの案が出ました。

「5.シニアサポーターの役割」

シニアサポーターの役割がよく分からないという意見が出ました。シニアサポーターとして常駐できる人がいるのか、駐在するサポーターが集まるか、スタッフの有償化をするのか、シニアサポーターを誰がいつ資格を取らせるのか、という疑問が出ました。

「6.チームオレンジの機能」

チームオレンジとして、コーディネートの機能を誰が担当するのか、マッチング者をチームオレンジごとに決めて公表する、メンバーも同様にする、認知症患者1人に担当者1人というやり方がうまくいくのか疑問などという話もありました。

用語集の作成は必要ないのか、例えば、シニアサポーターや、チームオレンジとはということ、よりどころ、意思実現など、オレンジチームごとに用語集を作成した方がいいのではないかと案が出ました。

「7.チームオレンジの評価」

チームオレンジの評価については、PDCAサイクルで統一された手法で評価する必要があること、チームオレンジの存在を口コミで広げること、全国キャラバンメイトに提出された情報を全国に発信することなどがありました。このようなことが最終的にできたらいいなと思います。

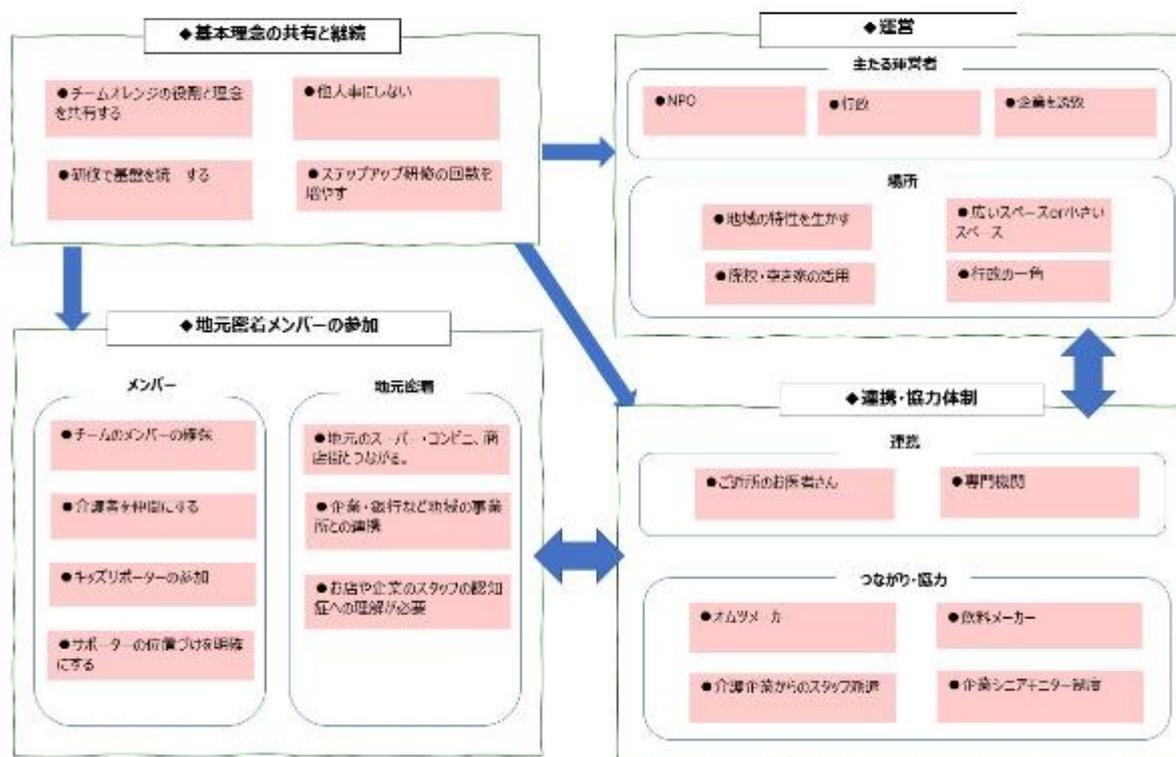
最後に、チーム名の「おでん」の中身について、家族はちくわ、卵はシニアとかいろいろあります。さまざまな立場、さまざまなファクターが1つになっているという意味で「おでん」です。

ファシリテータ 富田哲正

私の感想として、一つは、認知症と分かるまでのところが大変だなと思います。結果的には対処が遅れるケースが結構あるとも聞いているので、そこが一番のポイントです。二つ目は、認知症本人が自分で役割を得て活動できることがとても大切だということです。この2点を今回よく理解できたと思います。

【1G】チーム お金が大変 認知症リポーターがいきいきと活動できる「チームオレンジ」の実現に向けて

【テーマ2】チームオレンジの基盤



グループ3：チーム「やる気」

【メンバー】

| | |
|----------------|--------|
| NPO法人ミーネット | 伊藤和直★ |
| NPO法人ミーネット | 浅野一枝☆ |
| NPO法人ミーネット | 鈴木澄子☆■ |
| 西山田ふらっとサロン | 花田和子 |
| 西山田ふらっとサロン | 原 美智枝 |
| NPO法人ミーネット | 油屋美智代 |
| 京都乳がんピアサポートサロン | 吉田羊子 |

討論テーマ：「基盤づくり」

基盤づくりについて主に話し合いました。運営についても重なるところがあります。これからお話することは、大きく分けて、

スタートの人集めと場所づくりについて、そして具体的な場所、頻度について、広がっていくときの連携について、さらにその中心的なルールについて、その他についてです。

スタート

やりたいという志のある3人ぐらいから始めるのがいいのではないかと。その3人が実際に認知症の人や家族に声をかけていくところからスタートするといいいのではないのでしょうか。そして、さらに広がりを持たせるために、イベントや地域の運動会、バザーなどで友達や知り合いに声をかけていきます。また、世代を超えていくために小中高の学生や、大学の福祉関係の専門の子たちに声をかけ、仲間になってもらう人を集めるといいいのではないかと案が出ました。あと、規模が大きくなると人と人をマッチングするコーディネーターが必要になるのではないかと話です。

場所づくり

3人からスタートするという事なので、身近で小さいコミュニティから始めるのがいいと思います。具体的な場所としてはシャッター商店街の利用、マンションの集会所、小中学校の教室、自宅があります。また、出かけられない人のために出前でカフェをやることも考えられますし、本人が嫌であればその人の友達のところでカフェをしてもいいです。身近なところでやるのがいいのではないかという意見が出ました。

頻度

負担にならないのは週1回程度だという意見もありますし、毎日どこかでやっていたら安心だという意味で毎日やるべきだという意見もありました。

連携

最初にスタートしたところから大きくなっていくときには連携が大事になります。こういったところと連携すべきかという、地域企業や商店、民生委員、グループホーム、介護施設、障害者団体などであれば、認知症の方の居場所が広がるかと思えます。

ルール

基盤づくりや運営の中では、一番もとなるルールが大事になるのではないのでしょうか。ピアサポーターをやっている、心得というものがあからこそ間違いが起こらないので、そういうものをつくっていく必要があるという話も挙がりました。個人的に送迎したりするのは大丈夫なのだろうかという不安もありました。個人情報扱うにあたっての守秘義務が大事になる点も指摘されました。さらに、認知症の方の話を聞くときには傾聴スキルが大事だという話も出ました。

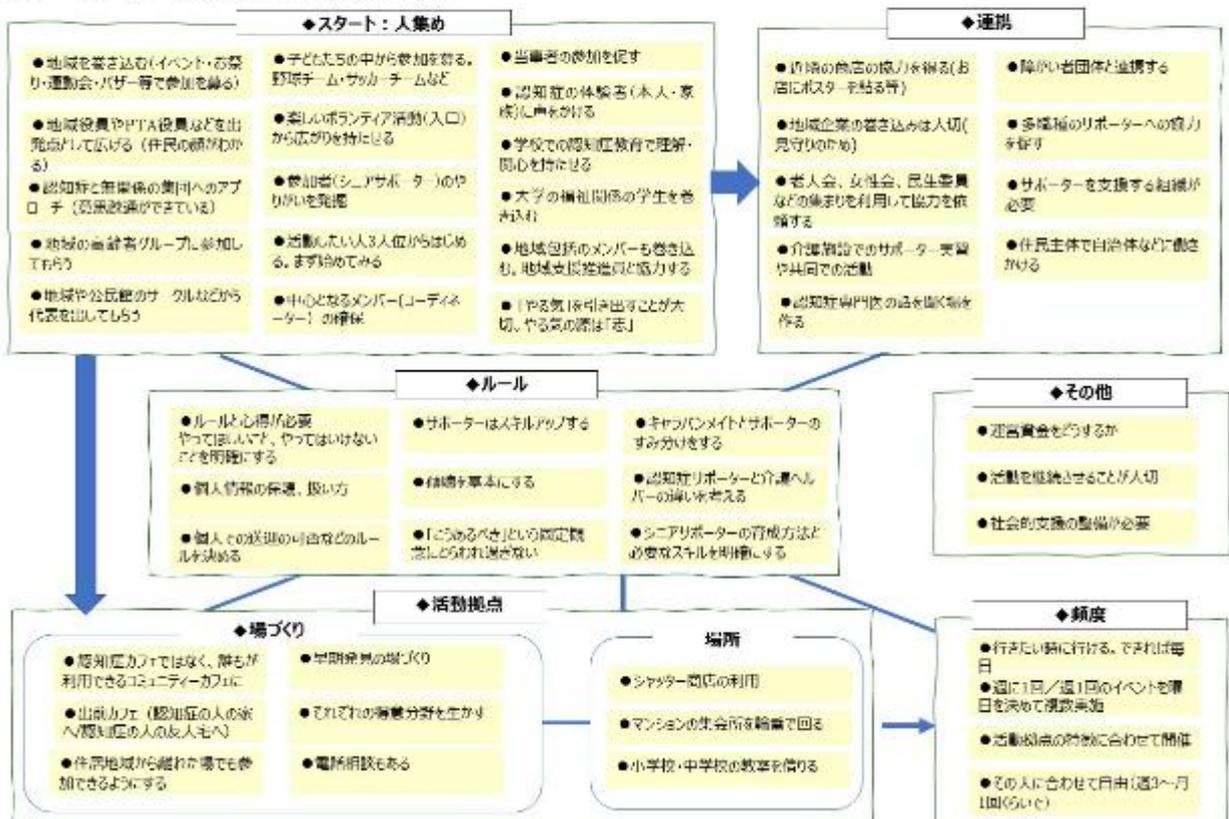
その他

先ほどの「お金が大事」と同じで、やはり続けていくには活動資金が必要です。さらには、志だけでなく、来てくれた方が癒されることで自分たちも癒されることが、次へのエネルギーになるのだという話でもとまりました。

[3G]チームやる気

認知症サポーターがいきいきと活動できる「チームオレンジ」の実現に向けて

【テーマ】 チームオレンジの基盤づくり



グループ4：チーム「よい土」

【メンバー】

豊橋創造大学保健医療学部看護学科 大野裕美★
 NPO法人ミーネット 釘貫由美子☆
 西山田ふらっとサロン 尾浦美久子
 おれんじネットフレンズ 梶田ひと美
 安城更生病院 脳神経内科 杉浦 真
 名古屋市高齢福祉部地域ケア推進課 中村誠一郎 ■
 駒ヶ根市民生部地域保健課 保健師 松澤澄恵

討論テーマ：「研修」「運用の仕組み」

チーム名：「よい土」

チーム名は「よい土」です。何故「よい土」かというと、植物が大きく育つにはよい土が必要だからです。

よい土というのは、単純に土があるわけではなく、肥料や微生物などいろいろなものが入っていないといけません。認知症

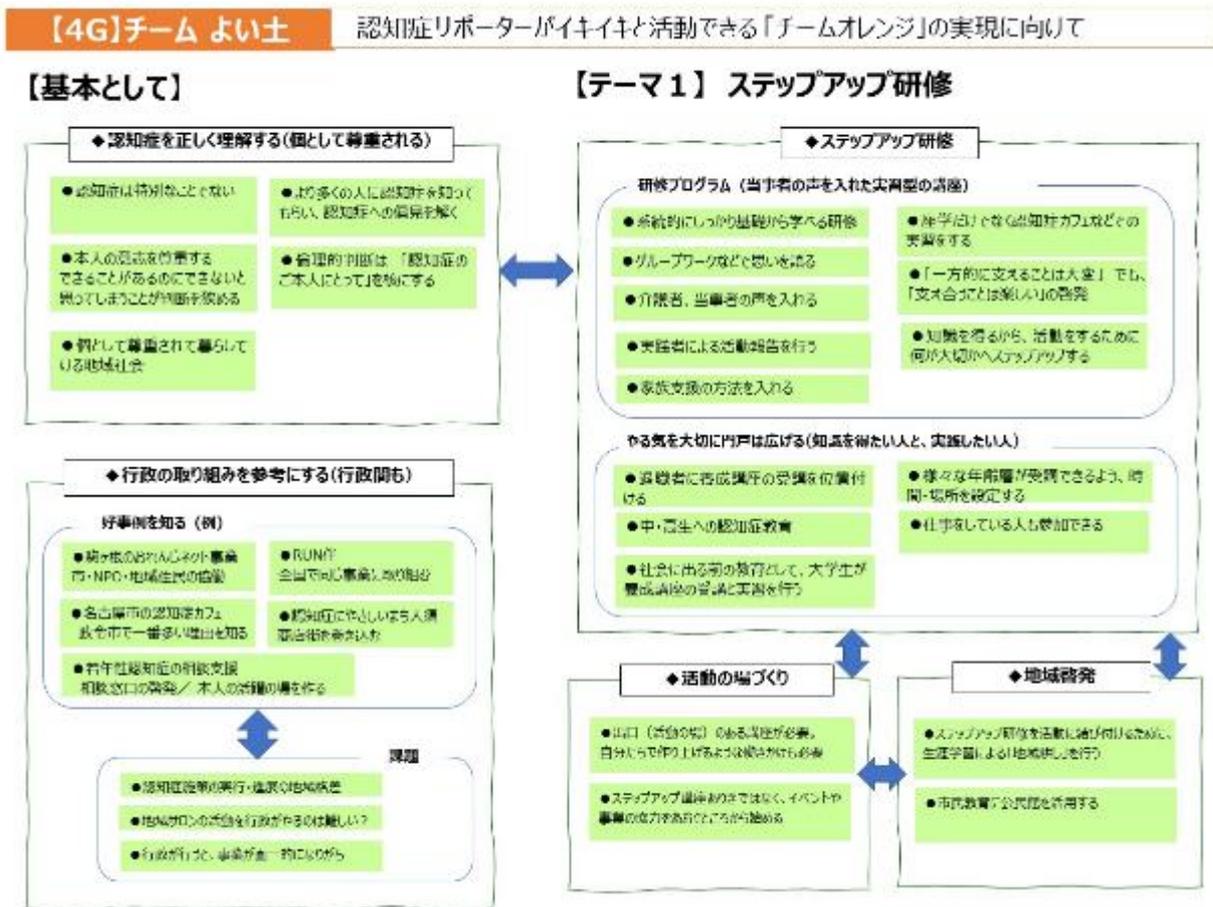
施策を推進するためにも、いろいろな人が関わらなければよい施策にはならないでしょう。行政だけでなく、地域の住民、ボランティアなど、いろいろな人が入る必要があります。

「チームよい土」の中にも、地元で活動される方以外に行政の保健師や認知症専門医師、研究者などいろいろな方がいます。また、吹田市や駒ヶ根市からも参加されています。まさしくチーム4は、一番いい土壌があるだろうということで、「よい土」としました。

【認知症を正しく理解する】

テーマの中で、「研修」と「運用の仕組み」を中心に話しましたが、その他にも「認知症を正しく理解する」という話題がありました。認知症は特別なことではありません。医師の世界でも認知症というといふ敬遠してしまうところもあるようですが、正しい理解を持っていただかなければいけません。倫理的な難しさは多々あります。認知症本人にとって倫理をどうするかということは、議論になる部分だと思います。

行政のいろいろな取り組みを午前中に紹介していただきました。非常に参考になりました。手前みそですが、名古屋市では認知症カフェの数が日本一です。杉浦先生がびっくりされたというのは嬉しいお言葉でした。



【ステップアップ研修】

やる気を大切にするためにも間口は広げて、いろいろな知識を得たい人も入れるようにしておきたいでしょう。ただ、研修をするにはやはり質の担保は欠かせないという意見もありました。また、さまざまな年齢層の方が受講できる場所や時間を考える必要があります。

今、認知症本人の意思の尊重は非常に大事にされていますし、それはそのとおりです。しかし、家族の支援も大切です。

講座を考えるうえでは、支援者だけでなく当事者の声を入れた講座内容を構築していかなければいけないという意見もありました。

【運用の仕組み】

実際に事業等をコーディネートする機能が核になるという意見がありました。運用する中で認知症当事者や家族をどう

マッチングさせていくか、難しいですがそこも肝になるという意見があります。

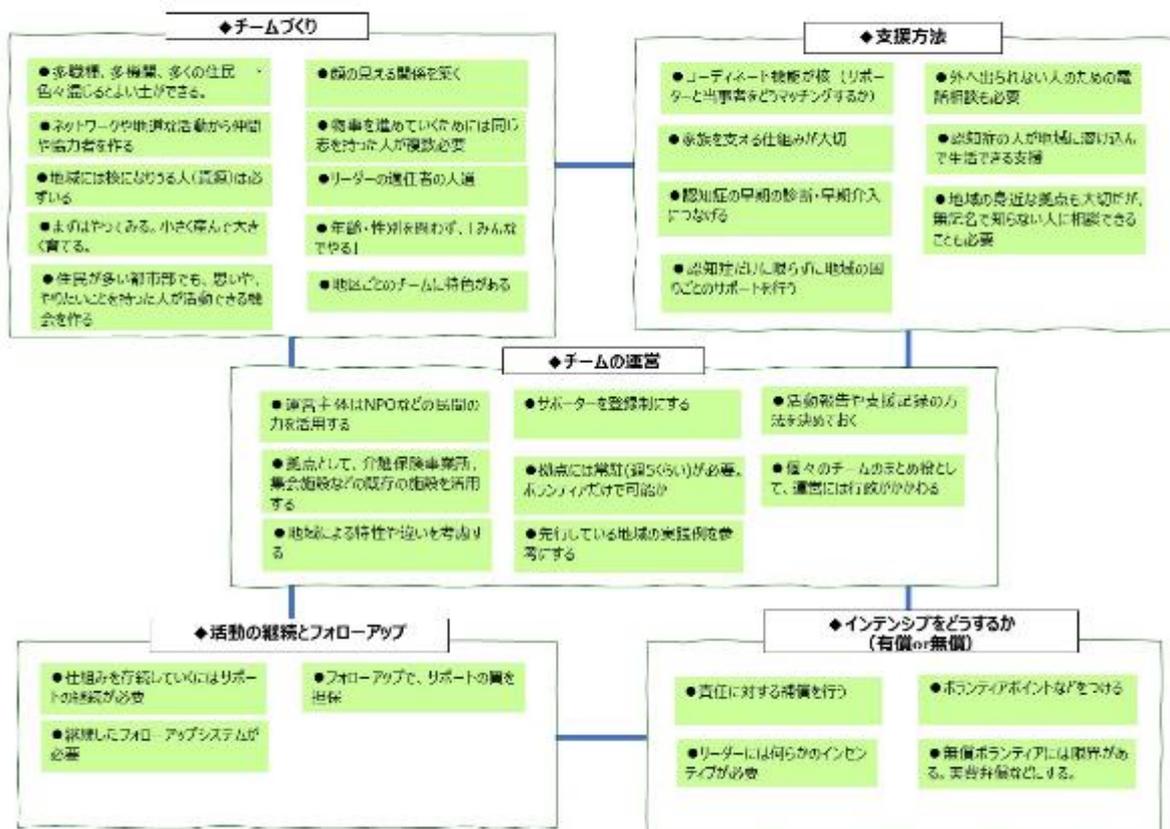
また、実際に講座等をやった後でも、活動の継続を見据えた運用を考えていかなければいけないこと、運用の中でインセンティブをどうするのか、まったく無償なのか、交通費等は出すべきかという意見もありました。

安城更生病院 脳神経内科 杉浦 真

個人で持っている知識や情報には限りがあると思いましたが、グループワークでいろいろな立場や職種の人が考えを持ち寄ることで、大きな広がりがあると実感できました。このように、認知症サポートにはいろいろな人が参加してチームで動かすことが重要なのだと感じました。

【4G】チーム よい士

【テーマ2】チームオレンジの運用



本日は、午前にはさまざまな現在の取り組み事情をお聞きし、午後にはブレーストーミングとしてグループワークをしました。私自身、チームオレンジの構想が輪郭だけで、コアの部分が見えないと疑問に思っていたので、今回のワークショップにはとても意味がありました。

いろいろなグループから意見が出ていました。国の方針がよく分からないとか、チームオレンジとはそもそも何なのかという話もありましたが、私はそれでいいと思います。だからこそ日常の困りごとを、自分たちの地域で解決していくことができます。

地方都市である駒ヶ根市、政令指定都市の名古屋市、それぞれに諸事情があり、地域にあった取り組みがあります。ですから、の中でそれぞれの可能性のヒントを得られたのではないかなと思います。

チームオレンジの運用の仕組みに自由度が高いということは、それぞれの地域によって、自分たちの発想や、どう暮らしていきたいかという願いを反映させられる可能性があるということなのです。

【アンケート結果】

● 全てのプログラムについて、回答者全員が「参考になった」と回答

回答数 26名（回答率 84%）

質問 1-4 : 本日のワークショップの内容はいかがでしたか？

結果：下記 1~4 のいずれも 参考になった 100%

1. 講演「臨床現場における認知症診療の課題」
2. 名古屋市認知症支援の取り組み
3. 活動先行事例 駒ヶ根市の地域に根ざした認知症支援の取り組み
4. ブレーストーミング



コメント例

1. 判断能力をどう考えるか、倫理的ジレンマなど、人としての尊厳を守るとはどういうことか、再度考えたい。
2. 市の本気度がうかがえた。大須を中心とした活動に感動した。他の地域も個性を活かした活動が重要だと感じた。
3. 地域に密着した顔の見える活動は、これからの社会のお手本となる取り組みだと思う。

質問 5 : あなた自身のこれからの活動や仕事に活かそうなことはありましたか。



コメント例

- ・今後もおそれぞれ近所さんにお節介していこうと思った。
- ・同方向からの見方のみでなく、他方向からの見方も考えることの必要性を感じた。
- ・困っている人をサポートする、話を聞くことは共通なので、今後、地域で活かそうなことを教えてもらった。

質問 6 : 「チームオレンジ」のメンバーとして活動したいと思いませんか。



コメント例

- 【思う】
 - ・養成講座だけで終わらず活動を進めていきたい。
 - ・自分事として、認知症になっても安心して地域で暮らし続けたい。
- 【どちらとも言えない】
 - ・チームオレンジとしての活動には興味はあるが、何から始めたら良いか、まだ分からない。

(奥付)

ワークショップ

認知症サポーターがイキイキと活動できる

「チームオレンジ」の実現に向けて 記録集

令和元年度 老人保健等事業 国庫補助協議

認知症サポーター等による認知症当事者本人及び家族にかかる支援方策に関する調査研究事業

認知症サポーターがイキイキと活動できる「チームオレンジ」の実現に向けて 記録集

編集・発行：NPO 法人ミーネット

名古屋市中区大須四丁目 11-39 川本ビル 2 階

TEL：052-252-7277

FAX：052-252-7278

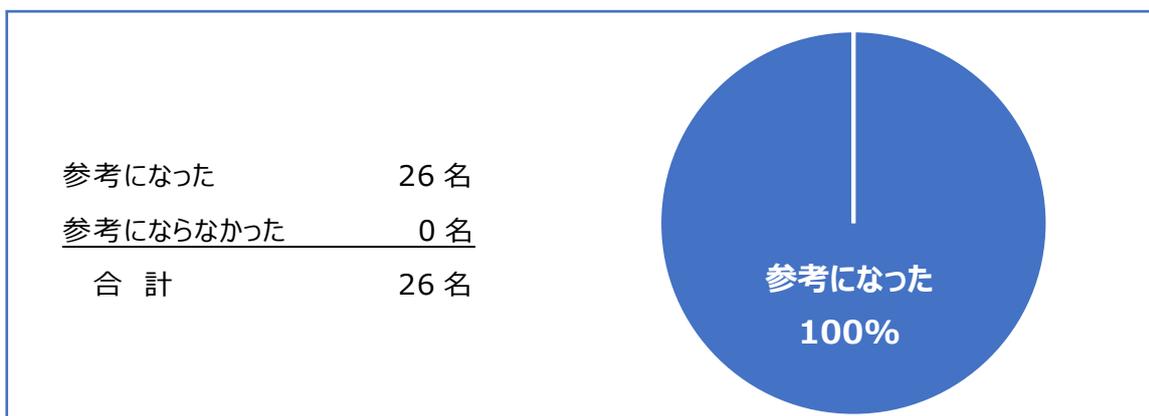
ホームページ：<http://me-net.org/>

発行日：令和元（2019）年 12 月

ワークショップ
認知症サポーターがイキイキと活動できる「チームオレンジ」の実現に向けて
アンケート結果

- 参加者 31名
- 回答者 26名(回答率 83.9%)

1. 講演「臨床現場における認知症診療の課題」について



【講義全体について】

- とてもわかりやすく、また私にとってタイムリーな講演で、あっという間に感じた時間でした。協働意思決定、ジョンソンの四分割票など、さっそく仲間に伝達し深めたいと思います。
- 「一身専属」がとても勉強になった。認知症状だから退院、大変だから退院、その問題の解決されないまま地域に戻されてしまう現状がある。杉浦先生の熱い思いがすごいだろうな、チームを機能させているのでは、と思った。
- 医療現場での葛藤や具体的な取組みについて知ることができた。特に適切な代理判断者という点が参考になった。
- 認知症の人の病気治療がいかに大変か理解しました。
- 多岐にわたる医学的な諸問題が示された。参考になった。
- 知らないことがたくさんあった。
- 薬等、専門的な話が聞けて良かった。
- 身体抑制や睡眠薬など、やむを得ず必要な対応が、せん妄を悪化させ、悪循環となる事など、とても参考になった。

【病院の体制について】

- たくさんの情報がある中で、とてもシンプルに頭に入ってきました。このような病院の取組みをもっと社会に出して、認知病の不安が減ってほしい。

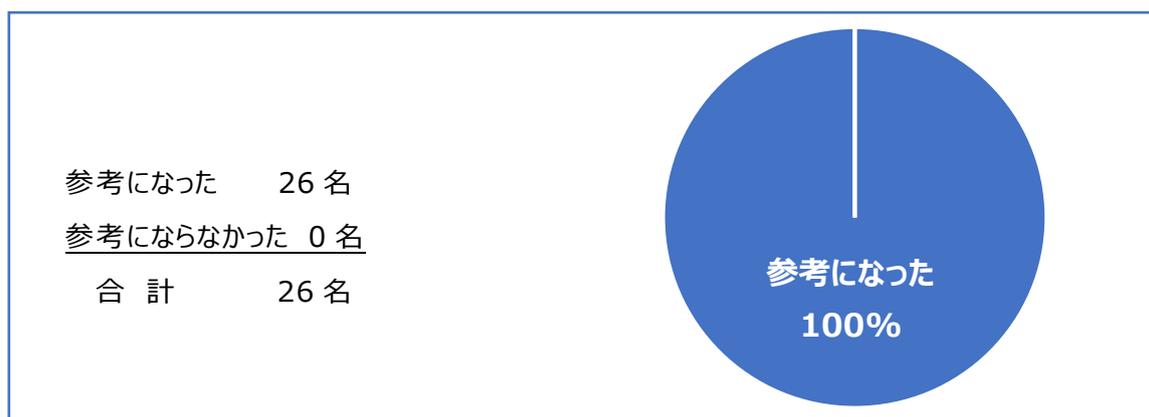
- 院内での認知症支援に関するチーム医療、倫理カンファレンスなど、素晴らしいと思った。
- 病院内でサポートチームが出来ている事は本人にとって安心出来ます。
- 病院の中でもチームで対応されていることに感謝します。
- 現場の具体的状況が理解できた。
- チームでサポートにあたっておられるところが、とても素晴らしい。認知症の意思決定のあり方についてのお話がよかった。
- 認知症を病院から見た。そしてその具体的対応についてよく理解できた。
- 病院での具体的な取り組みがとてもよくわかりました。
- こんな診療体制の病院が増えるといい。
- 認知症サポートチームはどの病院でもあるのか知りたい。
- 全国平均がどのような状態かが気になりました。

【判断能力や意思決定について】

- 判断能力評価で「絶対はない」と分かるまでは「ある」と仮定することが印象に残りました。
- 判断能力をどう考えるか、倫理的ジレンマなど、人としての尊厳を守るとはどういうことか、再度考えたい。
- 判断能力について、アドバンス・ケア・プランニングについて理解できました。
- 倫理的問題は、どの場面でも難しい課題です。
- 意思決定が参考になった

2. 名古屋市の取り組み

(名古屋市／名古屋市認知症相談支援センター／中区いきいき支援センター)



【名古屋市の取り組み全体について】

- 認知症に理解の深いまちづくりモデル事業、地域包括支援センターや社会福祉協議会との取り組みなど、多機能で幅広い事業を展開しており、そのパワーを感じた。
- 行政、医療、市民の協力が進んでいると感じた。
- 行政の考えを理解できた。
- 市の本気度がうかがえた。
- 日頃からいきいき支援センターなど家族の介護でお世話になっているが、若年性認知症支援体制もある事を知り、とても参考になった。

- 名古屋市の取組みの進み具合を知ることができた。名古屋市、認知症相談支援センター、いきいき支援センターの、それぞれの立場が、今、私の中では混乱している。
- 小・中学生にもサポート研修をしている取組みが良いと思います。
- 名古屋に認知症カフェが多いこと、若年性認知症における中高生に対する取組みが印象に残った。
- 認知症カフェの多さもびっくりしました。若年性認知症の「あゆみの会」の成果は参考になりました。コスプレサミットやステッカーを作ったりのプロジェクトはおもしろいと思いました。
- 特に若年性認知症への取組みが進んでいることがわかった。若い人にむけての取組みがより進んでいくことを期待したい。

【認知症施策の周知(不足)について】

- 名古屋市がこのように活発に認知症に関わる事業をしていることを初めて知りました。
- 多くのカフェや活動がされているのに周知されていないことがもったいない
- 名古屋市の取組みがすごく進んでいることに驚いた。
- 取組み等は数字が高かったので、活動内容も話してほしかった。
- 名古屋市は、頑張っていることがわかりました。
- 全国的にみても名古屋の実績が多い事を知った。

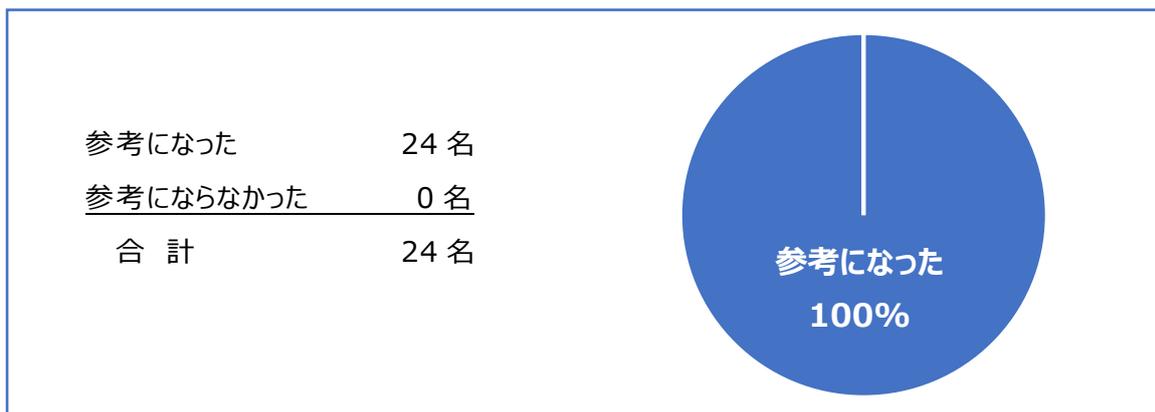
【地域の特性について】

- 大須を中心とした活動に感動した。他の地域も個性を活かした活動が重要と感じた。
- 地域の特性が大事だと再確認しました。
- 大都市での取組みは、大変なことも多いと思いますが、認知症カフェの多さにも現れていますが、学生や地域をまきこみ活動をされていることに驚きました。
- 大都市での支援のあり方が興味深かった。若者に対する取組みも。
- 地域（商店街、学区）で認知症について学ぶ事により、地域での見守りがし易い。
- 地域によって、担当者によって、取組みが様々だと分かった。

【今後の課題について】

- この先の行政が、市民レベルに降りていけるかが問題だと思いました。
- 行政主導から、地域主体へ移るといいですね。

3. 駒ヶ根市の取組み



【駒ヶ根市の取り組み全体について】

- 人口は3万2千人規模だそうであるが、もともとある「結い」の精神と、新しく参入された方も取り込んで、上手くまとまって活動しておられる。
- ものすごく参考になりましたし、実際に行われている事業に感心するばかりでした。これからの目標にさせていただきます。
- この取り組みを、ぜひ名古屋でも進めたいが、地域の状況などが異なり、難しいのかもしれない。方法を考えたい。
- 小さな単位で場所作りをして動きやすい活動をする。認知症地域支援推進員を専属に、また、オレンジネットスタッフを専用した。専属、専門をつくることは必要だと思う。
- 手本になる取り組みである。
- 他の自治体の取り組みは、規模感など異なっても参考になります。
- 地域により取り組みが大きく異なる事を知った。
- 具体例として勉強になった
- 失敗談もあり参考になった。
- 現場の活動が進んでいることに感心した。
- 認知症、老人達にとって住みやすさを感じました。
- 発表者の一生懸命が伝わってきました。ありがとうございました。
- モチベーションの高さを感じた。
- とてもしっかりされていると思う。
- すばらしい取り組みですね。

【行政と地域の協働について】

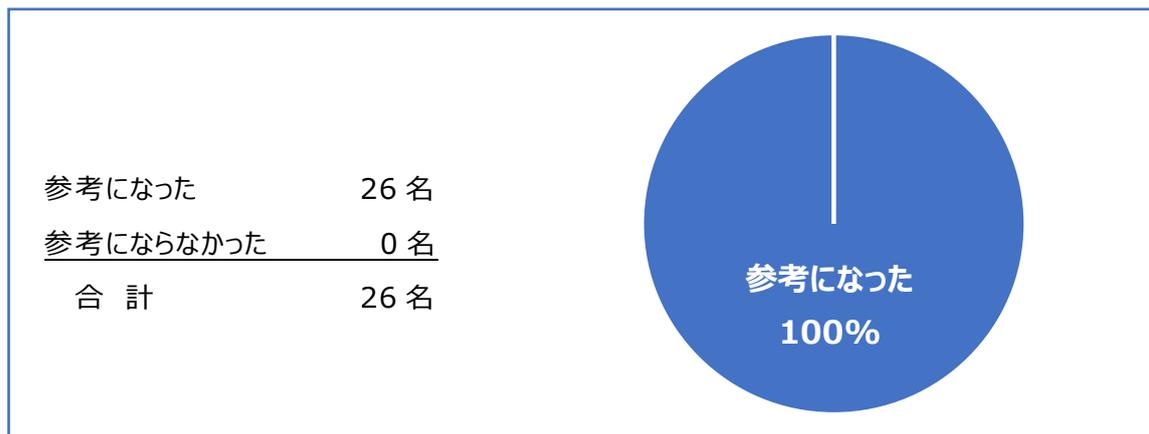
- 行政とNPO法人のとても良い関係が見られたのがよかった。細やかな取り組みが良いと思いました。
- 行政がリーダーシップをとっている所がすばらしい（行政がブレーキになる事がある）。地域の声をしっかり聞いて欲しいです。
- 取り組みのネットワークづくりはすばらしいと思いました。カラオケやピンポン同好会も「あっ、そうか」と発想でき、良い試みだと感じました。
- 行政と地域のつながりと考え方がとても良いですね。
- 行政と市民との連携が、これほどまでにできているのはすばらしい。立ち上げ時の詳しい（事例）ことが知りたい。

【おれんじネットパートナーの実践活動について】

- 多様なカフェや、サポーターの係わり方は工夫しておられ、スキルアップも出来ると思います。
- 対象者とサポーターのマッチング制度が印象に残った。
- 地域に密着した顔の見える活動は、これからの社会のお手本となる取り組みだと思う。

4. ブレインストーミング

認知症サポーターがイキイキと活動できる「チームオレンジ」の実現に向けて



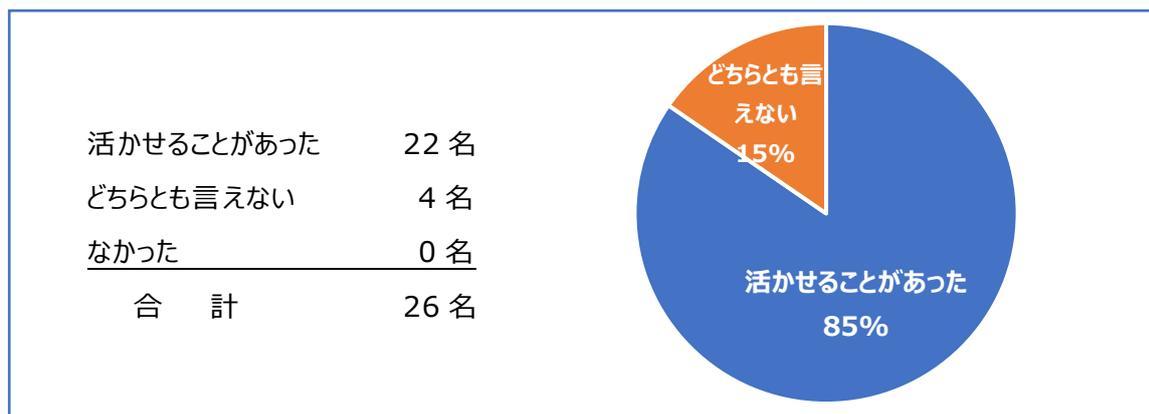
【チームオレンジについて】

- 「チームオレンジ」の実活動へ結びつける流れを作ることが大切。
- 実現に向けては、確認しておかなければならない事案がある。まとめてほしい。
- 実現にはステップアップが必要。
- ぜひチームオレンジに参加したい。
- チームオレンジとしての活動は少し難しいかなとも思う。
- 参加者の目的意識、生きがいへのつながりが大切。
- 無理なく自分が楽しめるような活動をめざす。
- ピアサポーター養成にも通じることが多く、勉強になりました。
- 自分に出来ることを振り返りました。
- 今後しなければならぬことが、少し筋道が見えました。
- 職種、立場、地域によって様々。チームの重要性。

【ワークについて】

- 様々な職種の方からお話がきけましたことが、大変参考になりました。チームで取り組む大切さを改めて感じました。
- いろいろな立場の方がおられて、具体化していくためのアイデア、疑問点などが出て勉強になった。
- まずは楽しかった。初対面でしたが盛り上がった。全国には仲間がいる。他の活動もあり大変だけど、まずはやってみることを大事にしたい。
- 異なる立場の人とのディスカッションは刺激になりました。
- 人集めには何からはじめたら良いか、志はどうだ、から話し合い、グループのメンバーの気持ちが同じだと共感でき良かった。
- KJ法は勉強になりました。時間も短縮できて良い方法だと思いました。他の人々のいろいろな視点が勉強になりました。
- グループ内で、たくさんのアイデアが集まり、とても参考になった。
- 様々な意見、思いが聞けた。
- 楽しかった

4-1)あなた自身のこれからの活動や仕事に活かせるようなことはありましたか。



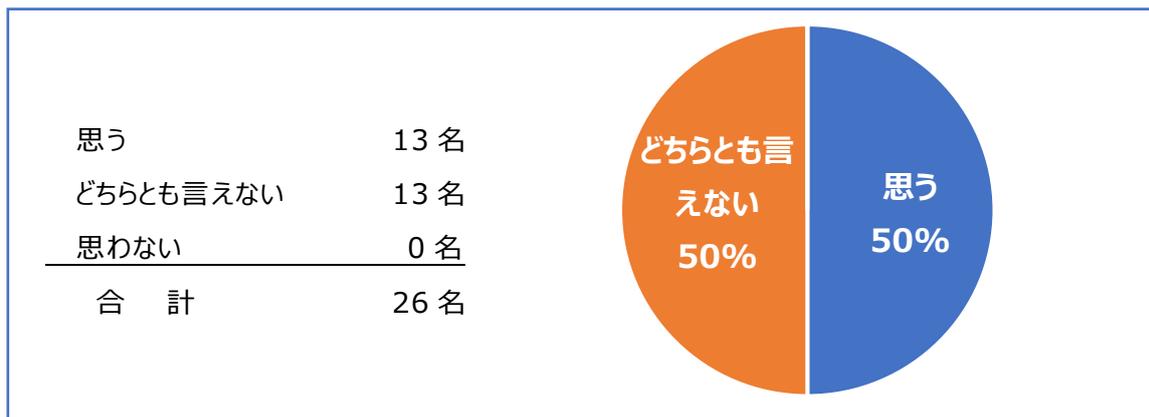
【活かせることがあった】

- 困っている人をサポートする、話を聞くというのは共通している事なので、今後、特に地域で活かせるようなことを教えてもらった。
- 全体を通じて、地元にてもう少し動けるような気がする（研修のあり方）。
- 同方向からの見方のみでなく、他方向からの見方も考えることの必要性を感じた。
- 認知症の方の意思決定の支援。チームアプローチの重要性。
- 特定検診＋生活機能評価で受診者への意識付けを行うことに利用できるのではないかと。
- グループホームでの仕事に参考になることがたくさんありました。
- 今から認知症カフェ開設を考えているので、大いに参考になった。具体的にもっと話を聞きたい。
- シニアサポートだけでなく、キッズ、地域（若い人）に広げていく
- ピアサポーター養成にも通じることが多く、基盤作りが第一に必要だと思いました。
- 様々な活動が、様々な方法で、様々な人によってされています。元気をもらいました。
- 一人で判断しない。チームが大切。
- すぐに活用できること（カフェ、集まり）もありました。
- 今後もおそれずご近所さんにお節介していこうと思いました。
- 現在、市で取り組んでいる方向性の確認ができた。
- 方向性が見出せた
- 活かしていったほうが、介護者には良いと思った。
- 本日の色々なアイデアは、親の介護に活かせると思う。
- 経験が余らないので、出来ることがあれば活かしていきたい。
- 自身のために（高齢者が居る）も役立つと思う。
- 認知症について再度理解を深める事ができました。
- KJ法がよかったです。

【どちらとも言えない】

- サポーターの養成が必要。
- ピアサポーターの活動に似ているが、賛同者を集めるのが大変かも知れない。
- それぞれのポジションで頑張っておられる方々の発言はとても参考になりました。
- これから考えてみたい。

4-2) 「チームオレンジ」のメンバーとして活動したいと思いますか。



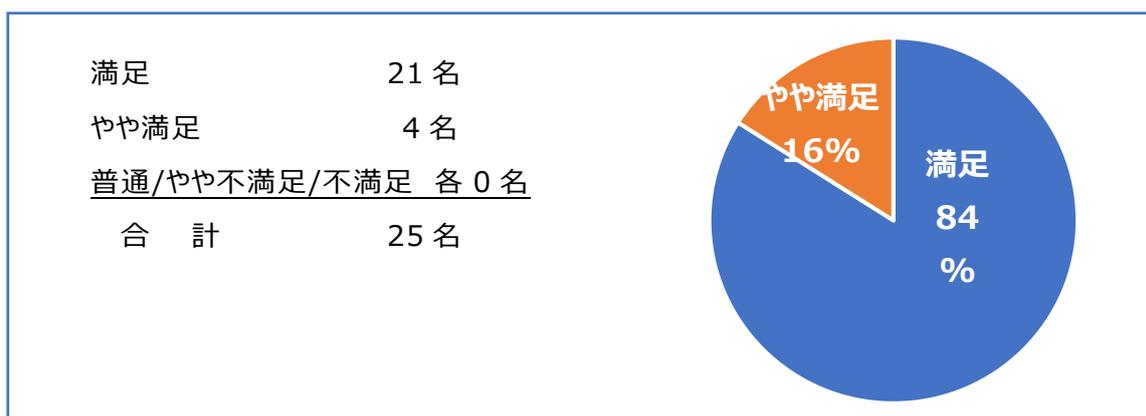
【思う】

- 認知症は誰にとっても身近であり、支援を必要としている人は多いと思う。ちゃんとした支援の仕組み作りができるように支援したい。
- 自分の地域を考えると高齢者が増え、地域行事もやつの状況で、それぞれ孤立している感じがある。何とかしたいと思っている。
- 人生経験の集大成として活動する事が社会へのお礼である。
- 養成講座だけで終わらず活動を進めていきたい。
- 微力ですが、できることをできるだけ
- 自分事として、認知症になっても安心して地域で暮らし続けたいから。
- 人のためというより、自分になった時（認知症）を考えると、時間の許す限り出来ることは活動していきたい。
- 活動は心のおもむくままに、義務でなく、行いたい。
- できることを、できる時にとします。

【どちらとも言えない】

- 地域の活動に活かせればと思う。まずは自分の地域の実態を見てみたい。
- がんピアサポート活動と2ヶ所の居場所を基本に動いているので生活の中には入れていきたいと思う。社協での「年輪ネット」での提案はできると思う。
- チームオレンジとしての活動には興味はありますが、何から始めたら良いかはまだ分かりません。
- 将来、自分の時間が持てるようにならないと、なかなか考える余裕がありません。
- 時間と心の余裕があれば。
- ピアサポーターで手一杯
- 現在取り組んでいるがんピアサポート活動だけで精一杯。
- 身内の介護がこれからも続くと思うので、どちらとも言えない。
- 時間的に余裕がありません。
- 年齢、体力を考えると…。

■最後に、ワークショップの全体的な満足度はいかがでしたか。



【満足】

- 関わりないと思っていた方達とつながりが出来て楽しかった。
- 皆さん、活発に意見交換ができて楽しかったです。
- 楽しく学習できました。ありがとうございました。
- メンバーの方々のお話を聞かせて頂き、自分自身では思いつかない内容等があり勉強になった。
- 研修とともにワークショップはおもしろく学ぶことが出来ました。これまでの高齢、認知病が不安でない社会になればいいと思っています。
- 手弁当での実施、ご苦勞様です。オレンジチーム全国大会の開催があればよい。
- 最初は緊張しましたが、楽しい時間が過ごせました。
- 地域での活動に貢献できる機会を探してみたい。
- チームオレンジを核として運営などについてブレインストーミングをすることも良いかも知れない。
- 他市の活動ぶりを知ることができ、有意義でした。
- 認知症サポート活動と介護保険制度の違いはどこにあるのか。
- 言葉で語るのはできても、実際「チームオレンジ」の立ち上げは大変。協力体制が大切。
- NPOの各団体の方と話し合っても充実した時間を過ごせました。参考資料も分かりやすく、認知症の学習もできました。このような機会をあたえて頂きありがとうございました。
- 立場の違いで気になる場所、ポイントは違ってくる。意見が聞けてよかった。
- 事情や規模、立場の違う人達が様々な意見を持ち寄って話し合ったことがとても参考になった。
- 個人の知識や情報量には限界がある。多様な職種や立場の人と連携することの重要性、有用性を感じた。
- 様々な職種、活動をされている人と話ができて、とても参考になりました。ありがとうございました。
- 企画から本日まで、スタッフの皆様、ご準備等大変なことだったと思います。お疲れ様でした。ありがとうございました。

【やや満足】

- 認知症についての活動することの難しさ、奥の深さを思い知りました。でも、これから大事なことであることも。
- 後継者作りは課題！（自分も、もうすぐ恩恵を受ける立場になるから）
- チームオレンジとしては難しくても、サポーターの意識を常に持ちながら地域と関わっていきたい。

