

平成 24・25 年度自主研究

地域に密着した「認知症情報センター(仮称)」の設置
について

—今あるサービスをより使いやすくするための提案—

市民研究員 石倉 裕美

目 次

1. 調査研究の概要	1
(1) 相模原市における認知症高齢者の現状	1
(2) 認知症施策の動向	1
(3) 調査研究の目的	3
(4) 調査項目と調査方法	3
2. 今あるサービスについての調査結果	4
(1) 認知症に関連がある機関へのヒアリング調査の目的・概要	4
(2) 調査結果	4
3. 家族介護経験者への調査結果	11
(1) 家族介護経験者へのヒアリング調査の目的・概要	11
(2) 調査結果	11
4. 調査結果から見えてきた課題	13
(1) 認知症関連の相談から見えてきた課題	13
(2) 認知症に関連する事業から見えてきた課題	13
(3) 他機関との連携から見えてきた課題	14
(4) 利用者への情報提供から見えてきた課題	14
(5) 家族介護者へのヒアリングから見えてきた課題	14
(6) 調査結果から見えてきた課題のまとめ	15
5. 先行事例の紹介	16
事例 1 認知症サロン（相模原市）	16
事例 2 城山町家族を支える会（相模原市）	17
事例 3 川崎市認知症ネットワーク（川崎市）	18
事例 4 杉並介護者応援団（東京都杉並区・NPO）	20
6. 提案	23
(1) 「認知症の知識の普及」について	23
(2) 「家族のサポートとエンパワメント」について	26
(3) 「サービスの充実とサービス情報の共有化」について	28
7. 研究を終えて	29

1. 調査研究の概要

(1) 相模原市における認知症高齢者の現状

相模原市の高齢化率は、市のホームページに掲載されている年齢別人口（推計人口）^{※1}によると、平成25年1月1日現在21.0%であり、全国平均の25.1%^{※2}よりも低い。しかし、さがみはら都市みらい研究所の「2010年国勢調査に基づく相模原市の将来人口推計報告書」^{※3}によると、相模原市では2035年までの25年間に急速な高齢化が進むと予測されている。そして、その25年後の2060年に相模原市の高齢化率は42.3%になり、全国平均の39.9%を上回る（図1参照）。

急速に高齢化が進むのに伴い、高齢期に多いとされる認知症高齢者の増加も見込まれる（図2参照）。相模原市の認知症高齢者数は、平成25年2月1日付けの広報によると、約14,000人であるが、10年後には約1.6倍に増えると予測されている。

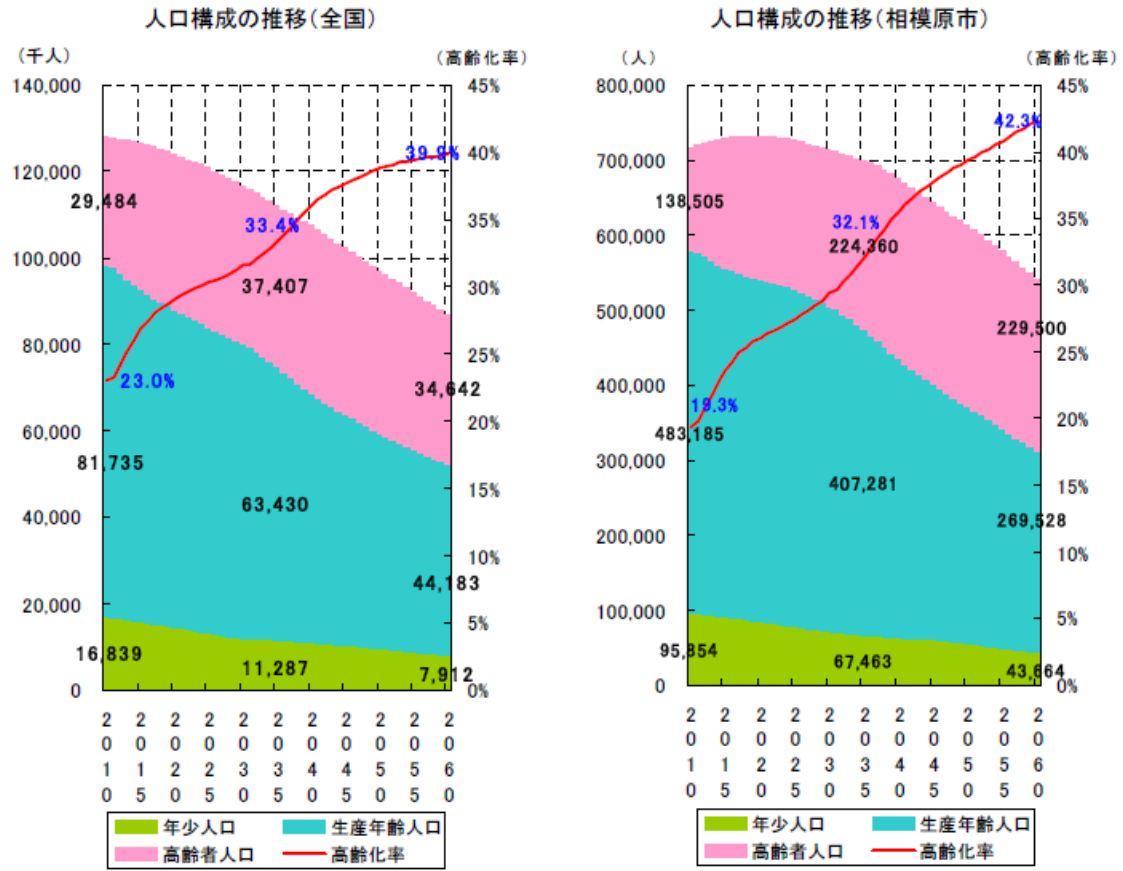
(2) 認知症施策の動向

平成24年6月に厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームにより「今後の認知症施策の方向性について」が公表された。今後は「認知症の人は精神病院や施設を利用せざるを得ない」という従来の考え方を改め、「認知症になっても地域で住み続けることができる社会の実現を目指す」ことが記されている。

また、平成24年9月に厚生労働省が公表した「認知症施策推進5か年計画（以下、オレンジプラン）」（平成25年度から29年度までの計画）は、「今後の認知症施策の方向性について」をわかりやすく具体化したものである。目標は「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会の実現」であり、その中に、「地域での日常生活・家族の支援の強化」が盛り込まれている。認知症の人を地域で支えるために、家族が果たしている役割の必要性が認識されたのではないかと思われる。

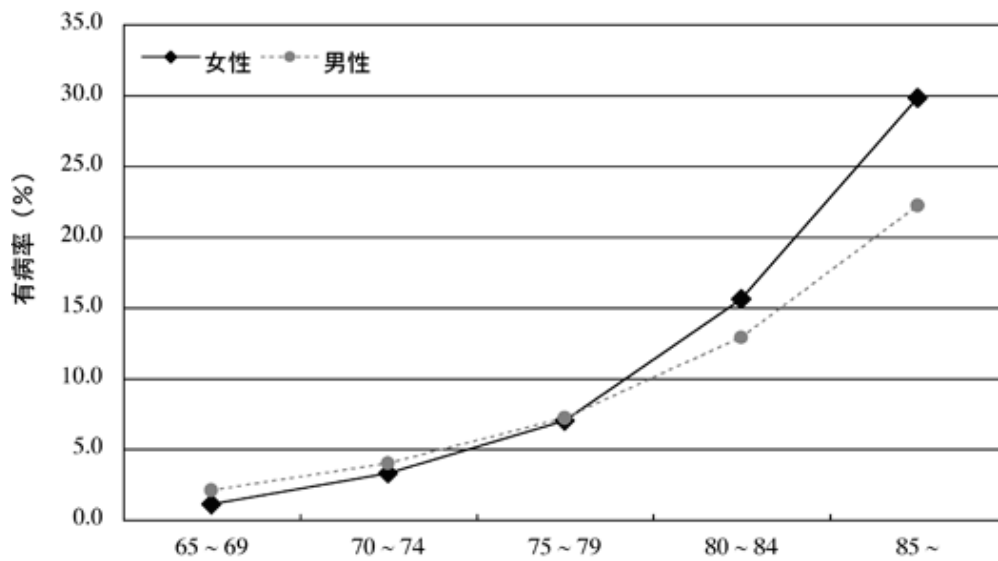
こうした中、相模原市では平成24年6月に認知症疾患医療センターが開設された。認知症の人が病院に入ることなく、住み慣れた地域で医療や介護を受けながら暮らし続けることができる環境作りのために、同センターが中心となって、かかりつけ医、地域包括支援センターが連携し、医療と介護が一体となった認知症の人のサポート体制づくりが現在進められている。

図1 人口構成の推移（全国、相模原市）



出典：さがみはら都市みらい研究所「2010年国勢調査に基づく相模原市の将来人口推計」

図2 65歳以上の認知症有病率



出典：新潟大学脳研究所附属生命科学リソース研究センターバイオリソース研究部門 HP
http://www.bri.niigata-u.ac.jp/~idenshi/research/ad_1.html

(3) 調査研究の目的

平成 24 年 9 月に厚生労働省が公表したオレンジプランは、平成 27 年度以降、市の介護保険事業計画に反映される予定であり、順次、認知症の人が地域のよい環境で日常の生活を送るための方策や、介護する家族を支える方策が提示されていくと思われる。今後はそうした方策を、地域づくりの中で認知症の人や家族のニーズに合わせて具体化し、きめ細かいサービスとして提供していくことが必要である。また、各種サービスの情報は行政や専門機関の人だけではなく、利用する本人や家族、地域で支えている人々が容易に入手できるようにする必要がある。

そこで本調査研究では、今後を見据え、今ある認知症関係のサービスが本人や家族にどのように提供され、利用されているのかを明らかにする。そして、家族介護者の視点で、認知症の人が地域の中で暮らすために、そうしたサービスをより使い勝手のよいものにするための方法を検討する。

(4) 調査項目と調査方法

調査 1：今あるサービスについての調査

相模原市の介護予防推進課（現：高齢者支援課）が平成 23 年 4 月に発行したパンフレット「認知症にやさしいまちづくり」をもとに、そこで紹介している認知症に関連がある機関（介護予防推進課（現：高齢者支援課）、地域包括支援センター、居宅支援事業所のケアマネジャー、かながわ認知症コールセンター）に、①「認知症関連の相談」、②「認知症関連の事業」、③「他機関との連携」、④「利用者への情報提供」についてヒアリング調査を行った。

調査 2：家族介護経験者への調査

認知症高齢者の介護経験がある家族の方に、①「介護の経過の中で相談した機関や利用したサービス」、②「介護経験を生かしたボランティア活動の意向」についてヒアリング調査を行った。

調査 3：先行事例についての調査

相模原市内と他の自治体で認知症に関連する事業の先進的な事例について、ヒアリング調査、ウェブサイトからの資料収集、調査先から提供していただいた資料のまとめを行った。

2. 今あるサービスについての調査結果

(1) 認知症に関連がある機関へのヒアリング調査の目的・概要

今あるサービスがどのように提供され、利用されているのかを知るために、介護予防推進課（現：高齢者支援課）が平成 23 年 4 月に発行したパンフレット「認知症にやさしいまちづくり」に紹介されている機関「介護予防推進課（現：高齢者支援課）」、「地域包括支援センター12ヶ所」、「居宅介護支援事業所 3カ所（内 1カ所は相模原市域を営業エリアとする近隣事業所）のケアマネジャー3名」、「かながわ認知症コールセンター」にヒアリング調査を行った。

このうち地域包括支援センターについては、認知症に関する重要な相談機関であり、地域づくりの拠点であることから、重点的にヒアリング調査を行った。市内には 22 か所の地域包括支援センターがあり、今回の調査では半数以上の 12 ヶ所に協力していただいた。

(2) 調査結果

①認知症関連の相談について

地域包括支援センターにおける認知症関連の相談割合は、地区によって 1 割のところから 7 割のところと差がある。相談のパターンは、「認知症です。」と言ってくる場合と、本人も家族も認知症という認識が無いまま相談に来る場合の 2 通りある。

また、相談に来る人は圧倒的に家族が多く、相談経路は「市から紹介されて」、「民生委員を通して」、「家族がインターネットをみて」、「家族が地域包括支援センターを知っていて」、等が主である。相談するときの認知症の状態は、「受診につながっていないケース」や「受診後介護保険につながらないケース」が多い。

「認知症関連の相談について」の地域包括支援センターの主な回答

I. 認知症関係の相談の割合

1. おそらく 3 割ぐらい。認知症の症状が出てしまっってはっきり認知症とわかる相談と、よく話を聴いてみると認知症がらみという相談の 2 通りある。
2. 1 割ぐらい。
3. 半分はいる。しっかりしている方の方が少ない。
4. 平成 18～19 年は 2～3 割、現在は新規で 7 割。
5. 認知症の相談とはっきり言ってくる方は 3 分の 1。
6. 新規の相談のうちの 20～30%。実際にかかわってみたら認知症の症状、家族が認知症として認識していないというケースは結構ある。

II. 相談経路や相談内容

1. 市から紹介されて、民生委員に聞いて、インターネットをみて。家族がホームページをみている。
2. 高齢者訪問（民生委員が地域のお年寄りを回っている）で上がってくる。
3. 家族の場合、どう対応して良いかわからない、病院に連れていけないという相談。
4. 家族が地域包括を知っていて相談に来る場合が多い。民生委員から「地域で心配な人がいる」と相談されることもある。
5. 本人から忘れっぽくなったという相談、退院時に病院からの相談、薬の管理ができていないという病院からの相談、家族が対応の仕方を相談。
6. 「里帰りしたら父母がおかしい」といった遠くに住んでいる子供からの相談もある。妻が認知症になった場合、夫が抱え込んでどうにもならなくなってから相談に来る。

III. 相談者の属性

1. ほとんどが家族。本人が混乱して相談に来るケースもある。
2. 8～9割が家族。本人の場合は「安心するために違うと言ってほしい」と来る。
3. 家族が圧倒的に多いが、病院のケースワーカー（退院の時に）、民生委員からもある。

IV. 認知症の状態

1. 全部の段階で相談がある。はじめの段階では受診させる。
2. 以前はどうやって受診させるかという相談が多かった。現在は家族が受診させてから「これからどうするか」という相談が多い。
3. 受診前の状態、介護保険申請後でケアマネが関わっている状態、地域包括がずっと関わっていて物忘れなどの症状が出た状態、の3パターン
4. 受診前が多い。試行錯誤しながら受診につなげる。受診しないと介護保険につながらない。受診していても介護保険のサービスを利用するのを本人が拒否する場合もある。周辺症状が出ていてどこにもつながっていない方、自分は認知症ではないと思っている方もいる。

一方、専門医による高齢者認知症相談は、年々相談希望者が減っている。電話相談は相模原市民対象の「ホッと！あんしんダイヤル」が年間相談件数 3,534 件のうち、認知症関連の相談は 230 件（平成 23 年度）、「かながわ認知症コールセンター」が神奈川県全体の年間相談件数 737 件のうち、相模原市からの相談は 27 件（平成 22 年度）である。

「認知症関連の相談について」の地域包括センター以外の機関の主な回答

I. 専門医による高齢者認知症相談（介護予防推進課（現：高齢者支援課））

- ・年々希望者が減っている。
- ・他にも相談機関ができたからではないか。

II. 電話相談

- ・ホッと！あんしんダイヤル（介護予防推進課（現：高齢者支援課））

平成 23 年度：相談件数 3,534 件のうち認知症の相談は 233 件（6.5%）

- ・かながわ認知症コールセンター

平成 22 年度：相談件数 737 件のうち相模原市からの相談は 27 件（3.7%）

②認知症関連の事業について

地域包括支援センターでは、介護予防事業、家族介護教室の中に、認知症関係の事業を取り入れている。独自に認知症関係の事業を行っているところや、家族介護教室の他に家族が話し合う機会を作っているところもあるが、一部である。

また、認知症サポーター養成講座では、いろいろな年齢層、職種を対象として行い、地域づくりに繋げている。今後は認知症サポーターになった人たちをどのようにフォローアップしていくかを課題と考えている。

なお、事業の広報では、職員が積極的に地域へ出向き（アウトリーチ）、地域の人と交流している様子が見えてきた。

「認知症関連の事業について」の地域包括支援センターの主な回答

I. 事業内容

1. 介護予防事業の中で、認知症の事業を行っている。
2. 介護予防事業の中で行っている。うつと認知症を一緒にして啓蒙。
3. 認知症サポーター養成講座でサポーターを養成、地域に「徘徊の人に声をかけられる体制」を作っていきたい。
4. 認知症サポーター養成講座を小学生対象に行っている。講座を通して啓蒙。
5. 介護者教育を3か月に1回行っている。リフレッシュして、学んで、地域へ。地域も変化している。認知症を隠さずに近隣に話すようになった。
6. 家族介護教室で家族が話し合う場を設けている。相談が増えてきた。男性が増えた。

II. 事業の対象者

1. 事業の対象者は65歳以上に特化しない。
2. 対象とするグループによって年齢層は違う。たとえば、銀行職員に認知症サポーター養成講座を行っている。
3. 一般市民の方に知ってもらう。そうすることによって認知症を早めに気づいて日常生活で工夫できる。

III. 対象者に知ってもらい参加してもらう方法

1. 地域情報誌に載せる。相談に来た方に知らせる。
2. 老人会や自治会からは直接こういった事業をしてほしいという依頼が来る。プログラムは老人会やグループ支援の時などにつかんだ要望を取り入れて決めている。
3. 地域包括支援センターで機関紙を発行。ケアマネジャーに配って、ケアマネジャーから利用者、家族に渡してもらっている。
4. いろいろな教室に参加して相談を受け、その中から対象者を拾う。
5. 公共機関で高齢者が行きそうなところ（病院、コンビニ、銀行、郵便局、薬局など）にチラシを置いてもらう。
6. 今後の展開として、広報誌を戸別訪問して配布する方法を考えている。

IV. 運営状況、今後の事業予定

1. 認知症サポーターを拡大している。子供に広げている。地域的に高齢化率が低く、子供が多い地域。ターゲットを子供にしてまちづくり。
2. 次年度は認知症サポーター養成に力を入れる。高齢者が立ち寄りそうな場所（コンビニなど）で働く人などを対象にしたい。
3. 認知症サポーター養成講座受講後のフォローアップについて、認知症の人とふれあえる場づくり、ボランティアで実践する場づくりを考えている。
4. 家族会については認知症の家族を分けても良いかなと考えている。
5. 家族の参加が増えてきている→仲間づくりを進める。
6. 地域ケア会議に出席して地域への仕掛けづくり、こんなことがあったという認知症の事例などを視覚的に残る方法、体験型で提示。

③他機関との連携について

地域包括支援センターの主たる連携先は市の介護予防推進課（現：高齢者支援課）で、対応困難ケースについて連携している。また、ケアマネジャーとは対応困難ケースで連携している他、情報交換、後方支援なども行っている。

一方、地域との連携については、民生委員、自治会、地域の医師と連携している。特に民生委員との関係が深い。また、ボランティアについては独自に養成をしているところやボランティアグループの立ち上げを手伝っているところがある。認知症関係では認知症サポーターの活用方法を考えている。

「他機関との連携について」の地域包括支援センターの主な回答

I. 市役所との連携

1. 介護予防推進課（現：高齢者支援課）。困難ケース、虐待などで。難しいケースの場合、医療機関への根回しなどをお願いする。
2. 介護予防推進課（現：高齢者支援課）。解決できないことは行政と連携。コア会議をやって方向性を出していく。行政との情報の共有。
3. 家族が希望すれば市の認知症相談につなげる。

II. ケアマネジャーとの連携

1. 地域でケアマネジャーをサポートしていく必要を感じている。サービス担当者会議ではなく、もう少し広げて地域ケア会議にしている。
2. 対応に困ったケースなど、ケアマネジャーの後方支援。連携してケアマネジャーが軌道に乗るまで一緒に動く。地域包括支援センターのケースをケアマネジャーに引き継いでもらう。
3. 利用者が要介護になってもケアマネジャーと連携、フォローしている。いつでも連携がとれる体制、困難ケースを含めて支援。
4. 認知症の勉強会を一緒にやって情報交換。民生委員、ケアマネジャー、地域包括支援センターはお互い三角の関係。

III. 地域の団体や機関との連携の方法について

1. 民生委員からの相談は一緒に対応。地域ケア会議で認知症のことを話し合う。
2. 民生委員と情報交換。徘徊のケースは近隣住民に情報提供を行っている。
3. 予防の段階で、早期発見、対応の仕方を協議。
4. 地域ケア会議に出席して地域で見守り。認知症が疑われるような様子がおかしい人については、早めに連絡してもらえるように地域の目を養う。
5. 地域の出来事、課題を共有して、一緒に地域づくり。
6. 老人会、サロンで認知症サポーター養成講座、顔が見える関係づくり。
7. 地域の認知症サポート医と連携。往診医も多い。初期対応は地域の医師の判断。

IV. ボランティアとの連携

1. 介護予防サポーターと連携し、介護予防サポーターが独自に予防教室を主宰。
2. 家族を支える会、自治会内での移送サービスなど。立ち上げの手伝いを地域包括が行い、ボランティアの自主活動を支援。
3. 傾聴ボランティアを独自に養成。
4. ふれあいハートポイント事業のボランティアを地域包括支援センターがコーディネートし、一芸さんリストを作っている。
5. ちょっとしたボランティアが必要。必要な人により近いところでボランティアを発掘できれば良い。

④利用者への情報提供について

地域包括支援センターには業者やケアマネジャーとのネットワークを通して、新しい情報が集まってくる。積極的に地域に出て地域とのパイプづくり、介護者との関係づくりからも情報を集めている。情報は専門家の目で見ても、援助の方向性を決めて、利用者にわかりやすい方法で提供している。

「利用者への情報提供について」の地域包括支援センターの主な回答

I. 情報を集める方法について

1. インターネットから、ケアマネジャーから、医療機関の研修に参加して。
2. サロンに参加して、講座を企画して、民生委員とのパイプから。
3. 業者から、ケアマネから、付き合いを通して。ネットワークを作っていくことで新しい情報がもらえる。
4. 医療機関については、それぞれに電話して地道に情報を集めている。集めた情報はデータとして積み上げている。
5. 医療についてはドクターや製薬会社などの研修に参加。医療機関は地域連携室との連携。介護者と顔の見える関係づくりをしている。

II. 利用者のニーズの把握について

1. 民生委員が70歳以上の住民の戸別訪問を通して地域包括支援センターへ情報提供。
2. 皆が同じ視点をもってもらえるように相互に情報提供。
3. 個別支援で面接を通して把握。漠然とした相談では、聴きながら整理して相談したいことを明確化している。地域が求めていることは地域ケア会議などで把握している。
4. 以前から利用者との付き合いがあるので、ニーズの把握に役立っている。
5. 相談を待っていないで外へ出ていく。小さなことでもつぶやきを聴こう。

III. 情報提供の方法で工夫している点

1. 家族もフォローしながら時間をかけて職員2人で対応。長く話し合い、本人のニーズを引き出す。専門職の目で見ても援助の方向性を決める。本人と家族の希望が不一致の場合、家族が選べるように情報提供している。
2. 利用者のレベルに合わせたところまで噛み砕いて説明。イメージがわかりやすい表現を使う。目で見てもわかるもの（写真、パンフなど）を用意。
3. どこの段階で困っているか、困りごとの選別を行う。それから情報提供。
4. 具体的に利用者に合うところを選ぶ。そこが利用者にとって良いと思う根拠を明確にする。
5. 一度に提供する情報量を相手によって工夫。一度に多くを提供しないで、何度かに分けたりしている。わかる人に一緒に聞いてもらうようにしている。

一方、ケアマネジャーは、情報を同僚、市で発行している冊子、地域包括支援センター等から得ている。介護保険の情報については、経験からどこがどんなサービスを提供しているかわかっている。利用者のニーズを把握するためには、何度も足を運んで利用者の好み、どんな人だったかを聴くなどして関係づくりをしている。サービスについての情報は、家族には伝わるようになってきたが、本人にわかってもらうのは難しい様子がかがえる。

「利用者への情報提供について」のケアマネジャーの主な回答

I. 認知症の人が利用できるサービスの情報はどこから得ているか

1. 同僚のケアマネから。
2. 市で発行している高齢者関係の冊子から、認知症に対応したものもある。
3. 地域包括支援センターから。
4. 各事業から来る営業マンから。
5. 今までの経験から、介護保険のサービスで認知症の方が使えるものを知っている。
6. 研修に参加して情報を得る。

II. 利用したいサービスは、すぐに見つかるか

1. 経験からどこがどんなサービスを提供しているか大体わかる。利用者側の希望がはっきりしていた方が見つけやすい。
2. サービスを見つけるよりもサービスと利用者とのマッチングが難しい。
3. 介護保険のサービスの組み合わせを行う。利用者に合った事業所がすぐに見つかるわけではない。

III. 認知症の人に適したサービスを見つけるために、工夫している点

1. 同僚との情報交換。
2. 介護サービスを提供している現場のリサーチ。
3. 人数の多いデイサービスは紹介しないなど、デイサービスを選ぶ。
4. スタッフの認知症の受け入れ姿勢など考慮する。
5. 要望を詳しく聴く。

IV. 認知症の人や家族のニーズの把握の方法

1. アセスメントをしっかり行う。
2. 何度も足を運んでの関係づくり。接触する機会を増やす。
3. 施設の職員に様子をきく。
4. キーパーソンを決めてもらって、キーパーソンに家族の意見をまとめてもらう。
5. 家族への聴き取りを丁寧に行う。

V. サービスに関する情報は、利用者にスムーズに伝わっているか

1. きちんとはわかっていないと思う。口頭で説明しただけではピンとこないことが多い。
2. 家族はわかるようになってきた。
3. 独居の人に伝えるのは大変。ヘルパーさんから伝えてもらう、ケアマネジャーが同行して実際に見に行ってもらするなど工夫している。

3. 家族介護経験者への調査結果

(1) 家族介護経験者へのヒアリング調査の目的・概要

認知症の家族の介護を経験した方 3 名に、①「介護の経過の中で相談した機関や利用したサービス」、②「介護経験を生かしたボランティア活動の意向」についてヒアリング調査を行い、家族介護者が介護を通して何を感じたのかを知る。

3 名の介護者はいずれも娘として実父あるいは実母を近居にて介護、主介護者は 1 名で、他の 2 名は主介護者のヘルプや利用するサービスをコーディネートする役割を担った。

(2) 調査結果

① 介護の経過の中で相談した機関や利用したサービスについて

家族介護者は要介護者の介護度に応じて、地域包括支援センターあるいはケアマネジャーと関わりをもっている。家族介護者にとって、どちらも介護保険を利用するために必要な手続きをしてもらうところであり、生活の場で生じる困りごとを相談するようなどころではない様子がうかがえる。

「介護の経過の中で相談した機関や利用したサービスについて」の家族介護者の主な回答

1. 地域包括支援センターに相談に行き、自宅から近い事業所のケアマネジャーを紹介された。
2. 入浴と閉じこもり対策にデイサービスとショートステイを使っていたが、状況が悪くなり、デイサービスとショートステイしか紹介してくれないケアマネを変えた。
3. 介護は 2 人目だったので、いろいろな知識があった。何も知らなかったら、どうしているのかわからなかった。家族の介護力を高めることも大切。
4. 相談したのは家族の会や家族の会のドクター。
5. ケアマネジャーは利用者の話をきいてケアプランを立てて、それが実行されているかチェックする人。困った時に相談して良いのかわからない。

6. 鑑別診断を受けた後、地域でどのように生活するのがわからない。鑑別診断後に地域で暮らすための生活面でのサポートが必要。
7. 5年前に要支援と認定され、介護保険を使うのに地域包括支援センターに相談した。
8. ケアマネジャーにケアプランを依頼。本人が「他人に世話をかけたくない」とサービスを使うのを嫌がり、デイサービスにもやっと繋がった。本人の意向を尊重して、サービスにいかにつなげるのか。サービスにつなげるきっかけづくりをしてほしい。

②介護経験を生かしたボランティア活動の意向

ボランティア活動の意向はあり、実際に行っている。介護者自身で活動場所を作るのは大変であり、行政や地域包括支援センターのサポートが必要であると感じている。

「介護経験を生かしたボランティア活動の意向」の家族介護者の主な回答

1. ある。現在行っている。
2. 地域で支え合うために何かをしようと友人たちと準備中。
3. 何かを立ち上げるのは大変。立ち上げは行政や地域包括支援センターが中心になって、市民に声掛けするという形で行ってほしい。
4. 認知症サポーター養成講座を受けたが、活動場所を探すのが難しい。コーディネーターがいればいいと思う。
5. 地域でサロンのボランティアをしている。送迎のサービスがあるといい。

4. 調査結果から見えてきた課題

(1) 認知症関連の相談から見えてきた課題

地域包括支援センターは認知症の相談だけではなく、高齢者の生活から地域の困りごとまで、幅広い相談を受けている。その中で認知症関係の相談割合は、少ないところで1割、多いところで7割とかなり差がある。相談者はどこの地域包括支援センターでも家族が多く、家族が認知症と認識せず相談に来るケースも多い。そのため、家族が認識しにくい初期の段階では、相談に結びついていないケースも多いと推測される。職員が地域に出て相談を受けたり、民生委員と連携して認知症の掘り起こしを行ったりしているところもあるが、これから認知症の人が増えると推計されていることを考えると、それだけでは十分とは言えない。認知症は高齢になると誰もがなる可能性があり、予防や早期に発見して対応していくことが必要とされる。広く一般の方々に認知症の知識を持ってもらうことは、予防や早期発見につながると思われる。そのためには、認知症関係の情報を得る機会を増やし、気軽に相談できるところを多く作る必要がある。

また、現在もっとも手軽な相談方法と思われる電話相談の年間相談件数は、「ホッと！あんしんダイヤル」が約230件（平成23年度）、「神奈川認知症コールセンター」が27件（平成22年度）である。市内の認知症高齢者数14,000人から考えると、相談件数は多いとは言えず、サービスが有効に利用されていないことがうかがえる。電話で認知症の相談ができるサービスがあるということを、家族や支援者の方に知ってもらう必要があると考える。

(2) 認知症に関連する事業から見えてきた課題

地域包括支援センターが関係している事業の中で、認知症に関連するものは介護予防事業の6つの柱（「運動機能向上」、「栄養改善」、「口腔機能向上」、「認知症予防」、「閉じこもり予防」、「うつ予防」）、の中で行われている。6つの予防事業は互いに関連しているためか、事業名に「認知症」とつけているものはまだ少ない。認知症の啓蒙を行うためには、事業名に認知症と明記した方が効果的ではないかと考える。

また、認知症サポーターの養成は、地域づくりの一環として幅広い年齢層、職種に養成講座が行われており、今後に期待ができる。しかし、養成講座を受けた認知症サポーターの活動場所が十分に用意されているとは言えず、せっかくの貴重な社会資源が活用されていない。今後の課題は認知症サポーターが活動できるような環境を整えていくことだと思われる。

一方、家族介護教室は、認知症の家族に限定して行っているところは少ない。認知症の場合、周囲の対応の仕方が妄想、幻覚、介護抵抗、不安・焦燥等の行動・心理症状（BPSD）に影響してくると言われている。被害妄想や暴言等、介護を経験した人以外にはわかりにくい症状も多い。行動・心理症状は認知症の人が地域で暮らす際に大きな妨げとなるため、早期発見と早期対応も求められる^{*4}とともに、家族に行動・心理症状出現のメカニズムやケアの重要性を十分に啓

発することが望ましい。認知症の家族同士の交流の場があれば、そこが介護の情報交換の場になり、介護者同士が学び合い、同じ立場で助け合うピアサポートの場にもなると考えられる。

(3) 他機関との連携から見えてきた課題

対応困難ケースや虐待のケースについては、「ケアマネジャー」→「地域包括支援センター」→「介護予防推進課（現：高齢者支援課）」というルートでの支援体制ができており、機能している。次の課題は、家族が疲れ果てながらもなんとか抱えているケースや閉じこもりなど、問題が表面化しにくいケースをどう支援していくかということだと思う。本人や家族が気軽に行ける相談場所をつくり、地域のサポーターやケアマネジャー、地域包括支援センターが連携して支援していくことが必要である。

(4) 利用者への情報提供から見えてきた課題

地域包括支援センターには、ケアマネジャー、事業者、民生委員など地域とのネットワークにより、色々なサービス情報が自然と集まってくる。また、医療機関のより細かい情報を独自に集めているところもある。集めた情報はホームページに掲載しているところもあるが、個々のセンターで管理しているのが現状だと思う。これからの課題は、集めたサービス情報を他の地域包括支援センター、ケアマネジャーや地域の人たち、家族介護者で共有できるシステムを作ることである。

また、要介護に認定されて介護保険を利用するようになると、ケアマネジャーが主に関わることになる。ケアマネジャーは主に介護保険のサービス情報を利用者に提供しているが、地域で生活するためには介護保険だけでは十分とは言えない。地域で行っているサロンや家族会などの介護保険外のサービスをケアプランに生かすようにするためには、そうしたサービス情報が容易に手に入るようになっていなければならない。

(5) 家族介護者へのヒアリングから見えてきた課題

在宅介護の場合、介護保険でカバーできる部分は生活の一部にすぎず、他の大部分を家族介護者が担っている。制度が始まって以来増え続けている介護保険費用^{※5}を考えると、これからは今以上の介護保険サービスを利用できるようになるとは考えにくい。ケアマネジャーの関わりには限界があり、家族のニーズとは隔たりがある。地域で認知症高齢者の生活を支えていくためには、家族の介護力を高めていくこと、介護保険以外のサービスを充実させていくことが必要である。

また、ボランティア活動について、家族介護者の意向は大いにあるが、「単独で活動を始めるのは大変なので、公的機関のサポートが欲しい」と考えている。

(6) 調査結果から見てきた課題のまとめ

以上の 5 項目から出てきた課題をまとめると、認知症の人が地域の良い環境で暮らしていくためには以下のことが課題となっている。

①人々に認知症の知識を持ってもらうことが必要である。〈認知症の知識の普及〉

そのためには、

- ・「認知症関係の情報を得る機会を増やす」
- ・「気軽に相談できるところを多く作る」
- ・「認知症関連の事業を作る」
- ・「認知症サポーターの養成と養成後の活動場所を地域に作る」 ことが必要である。

②家族の介護力を高めていくことが必要である。〈家族のサポートとエンパワメント〉

そのためには、

- ・「本人や家族が気軽に行って相談できる場所を地域のサポーターや関係機関が連携して作っていく」
- ・「家族に B P S D 出現のメカニズムやケアの重要性を啓発する」
- ・「家族同士の交流の場、介護の情報交換の場、介護者同士が同じ立場で助け合うピアサポートの場を作る」 ことが必要である。

③介護保険以外のサービスの充実とそうしたサービス情報の共有が必要である。

〈サービスの充実とサービス情報の共有化〉

そのためには、

- ・「介護 O B の活動場所を作る」
- ・「認知症サポーターの養成と養成後の活動場所を地域に作る」
- ・「電話相談の認知度を高める」
- ・「地域で行っているサロンや家族会などの介護保険外のサービスを、ケアプランに取り入れやすくする」
- ・「さまざまなサービス情報を地域包括支援センター、ケアマネジャーや地域の人たち、家族介護者で共有するシステムを作る」 ことが必要である。

上記 3 つの課題「認知症の知識の普及」、「家族のサポートとエンパワメント」、「サービスの充実とサービス情報の共有化」に対する具体的な解決策について、先行事例を参考にして考えていきたい。

5. 先行事例の紹介

調査結果から見えてきた課題を解決するヒントを得るために、4つの事例について調査を行った。事例1：認知症サロン（相模原市）は、地域で認知症を支える出前サロンの事例、事例2：城山町家族を支える会（相模原市）は、家族がケアパートナーになって相互に支え合うシステムを作った事例、事例3：川崎市認知症ネットワーク（川崎市）は、家族会を中心に市内の認知症関連団体をネットワークで結ぶ事例、事例4：杉並介護者応援団（東京都杉並区）は、介護者応援団がネットワーク形式で介護者を支援する事例である。このうち事例1、事例2はヒアリング調査、事例3はヒアリング調査、ウェブサイトからの情報収集、提供していただいた資料のまとめ、事例4はウェブサイトからの情報収集と提供していただいた資料のまとめを行った。

以下に4つの事例について概略を述べる。4つの事例の方々には本研究に快く協力していただき、事例3と事例4からは詳しい資料を提供していただいた。資料の公開に同意していただいたことに深謝する。

事例1 認知症サロン（相模原市）

(1) 特色

民生委員を中心にした地域のボランティアが、認知症の人の家に出向く出前認知症サロンを行い、地域の認知症の方を支えている。

(2) 設立の経緯

ケアマネジャーから地域の民生委員に「一人住まいの認知症の方が外に出てフラフラしている。地域で見守ってもらえないか、高齢者のイベントに入れてもらえないか。」と要請があった。民生委員がボランティアに声をかけてみたが、受け入れてくれるところがない。民生委員の協力員の中で協力してくれる人をお願いし、家族の許可を得て認知症の方ご本人の家を借りてサロンを作った。

(3) 認知症サロンの概要

① 場所、回数など

- ・認知症の方ご本人の家を借りて行う。
- ・毎週火曜日と金曜日の午後2時間ぐらい。
- ・各曜日対象者3名ぐらい。

② プログラム

- ・お茶を飲んで歌を歌ったり、トランプをしたりする。

- ・お手玉、折り紙など手作業を行う場合はボランティアが下準備を行う。
- ・お茶菓子代 100 円（今年度から補助金が出るようになり、スタッフは無料）。

③関わっている人

- ・民生委員の協力員（民生委員がコーディネートしているボランティア）
- ・軽度の認知症の方（本人に病識がない方に、簡単なボランティアをお願いしている）
- ・認知症の人の家を開放してもらい、地域でかかわる。

(4) 認知症サロンの利点

- ・お客さんが来ることで認知症の人に張り合いがでてフラフラすることが無くなった。
- ・地域の人がかかわってくれる。
- ・東日本大震災の時もボランティアが訪問してくれた。
- ・軽度の認知症の方の役割が作れる。

(5) 他の活動との連携

- ・認知症サロンにかかわっている民生委員の協力員は、他のボランティアグループにも所属している方が多く、他のグループとの連携ができています。
- ・他に、閉じこもり高齢者の集まり、一般のお年寄りの集まりなどを定期的に行っている。
- ・こうした地域のネットワークは市の災害時対策にも活用されている。

事例 2 城山町家族を支える会（相模原市）

(1) 特色

ピアサポートを基本とし、ヘルパー資格を持った会員がケアパートナーとなって、相互に助け合っている。

(2) 設立の経緯

介護する家族が集まって、理解し、支え合う仲間づくりから始まった。集まった仲間が家族を支える会を作った。会員のニーズに応え、会がヘルパー資格取得助成を行い、資格をとった会員が他の会員をヘルパーとして支える会員相互の有償の支え合い活動を始めた。悩み相談、心のはげ口、仲間の親睦の場としてサロンも開設した。

(3) 主な活動

①訪問介護（ケアパートナー）

介護中の、あるいは介護を卒業した会員がヘルパー資格を取得し、有償ボランティア（ケアパートナー）として希望する会員宅を訪問し、介護保険では制約があってできないサービスを提供している。ケアパートナーの輪が広がることによる地域づくりを目指している。

②サロン

月に1回開催、認知症の介護を経験した者同士だからわかる愚痴や思いを話すことができる場所として、介護ストレスの解消に役立っている。

一人で抱えず仲間づくりができる。情報交換の場にもなっている。

(4)活動を支えている人々

- ・介護をしている家族、介護経験者、ボランティア、会の趣旨に賛同する人。
- ・会員数 80 人、うち社会福祉士 3 名、ヘルパー2 級資格取得者 21 名。

(5)会の運営費

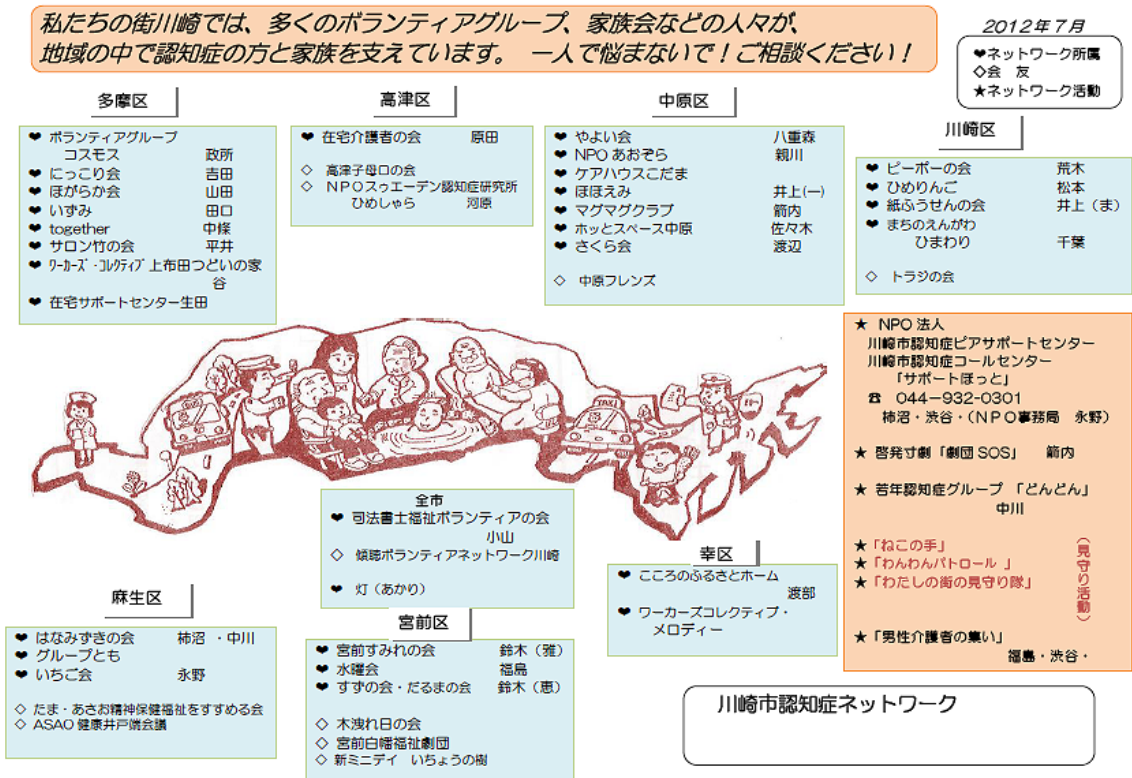
- ・会費、赤い羽根共同募金助成金、企業からの寄付

事例 3 川崎市認知症ネットワーク（川崎市）

(1)特色

家族の会と隣人として支援する市民ボランティア団体がネットワークを形成し、「一人で悩まないで」をキャッチフレーズに市民目線できめの細かい活動を展開している（図3参照）。

図3 川崎市認知症ネットワークの詳細



出典：川崎市 HP <http://www.city.kawasaki.jp/350/page/0000040764.html>

(2) 設立の経緯

30年前川崎市で認知症家族会がスタート。平成8年家族会の声掛けで、家族会と地域でミニデイサービス等を行う市民グループ16団体がつながって「川崎市痴呆症関係団体連絡会」を設立。その後連絡会に加入する団体は増え、現在会員・会友40団体で名称も「川崎市認知症ネットワーク」になる。

(3) 主な活動

① サポート活動

i) サポートほっと（川崎市認知症コールセンター）

川崎市認知症ネットワークが設立したNPO法人川崎市認知症ピアサポートセンターが川崎市から委託され、相談事業を実施している。認知症介護をしていく上で、どのように介護をしていけばいいか迷ったとき、一人で悩まない、抱え込まないために気軽に相談できる場所になっている。相談員は介護経験者で社会福祉士・介護福祉士などの資格を持つ者が中心になり、ピアカウンセリングや対応のヒント、病院や支援情報等も提供。電話相談や相談室での来所相談の他、川崎市認知症ネットワークに加入する各地区の会とも連携を図っている。精神科医による専門相談日もある。

ii) 男性介護者の集い、女子会（独身女性の介護者の集い）、若年認知症グループどんどん、などを主宰。

iii) 地域の見守り・支え合い（住み慣れた街や地域で暮らす、支え合い、見守り活動）

- ・わたしの街の見守り隊⇒認知症サポーター養成講座を受講した希望者に、地域でできる活動や情報を発信、受講後のフォローアップとして交流会・ネット活動・認知症関係情報の案内をしている。
- ・わんわんパトロール⇒犬の毎日の散歩時に、認知症や徘徊保護も気にかけて街の安全安心見守りパトロール。
- ・ねこの手（ちょっとしたお手伝いサポート）⇒介護保険に繋がっていない困りごとのちょっとしたお手伝いなど、認知症介護経験者が2人一組で訪問。

② 認知症の啓発活動

認知症に関するセミナー、講演会を実施。「劇団SOS」を結成して認知症の生活場面を寸劇で上演、認知症への理解を呼びかけている。認知症キャラバンメイト活動、語り部隊活動、認知症に関する研修会の講師、ホームページで社会に認知症情報を発信。

③ 認知症に関連する調査、川崎市介護保険運営協議会、経済局認知症街づくり協議会等各種委員会への参加により、市への提案を行っている。

(4) 行政・関係機関との連携

川崎市からNPO法人川崎市認知症ピアサポートセンターが川崎市認知症コールセンターを委託され、場所の提供を受けて、認知症の人や家族のための認知症に関する総合相談窓口になっている。行政・関係機関と川崎市キャラバンメイト連絡協議会設立（運営委員長）、川崎市と市社会福祉協議会と共同で毎年市民対象の「介護いきいきフェア」主催（実行委員長）、川崎市あんしんセンター地域福祉権利擁護事業契約連携審査会委員等を行っている。

事例 4 杉並介護者応援団（東京都杉並区・NPO）

(1) 特色

杉並介護者応援団が、地域包括支援センターを基軸に立ち上がった介護者の会の地域ネットワークをコーディネートし、行政との協働で支援している。また、区の委託を受けて介護者サポーターを養成し、介護者の会に派遣している。

(2) 設立の経緯

平成 17 年に杉並区が実施した「介護者サポーター養成講座」を受講した修了生が、翌年 3 月「杉並介護者応援団」を結成した。同時期に、区が主催した家族介護者教室から立ち上がった 3 カ所の「介護者の会」で杉並介護者応援団の介護者サポーターが活動を始めた。介護者の会のバックアップを地域包括支援センターが行い、行政は介護者の会の開催場所の確保を支援することになった。並行して、既存の家族会についても賛同を得られた会にはサポーターが参加し、家族会を地域に開く方向で広報活動などを開始した^{※6}。

平成 20 年にミニデイサロンを開始。認知症の方本人や家族、地域住民や支援者が参加し、交流を行っている。

(3) 主な事業（図 4、図 5 参照）

① 杉並区内介護者の会の継続支援活動（区からの委託事業）

- ・杉並介護者応援団から介護者サポーターが運営の応援者として参加。
- ・介護者の会では、介護者サポーターは、会の準備、進行に気を配り、参加者が十分に話せるよう、ピアサポートを進める。

② ミニデイサロン活動

介護者と要介護者が共に参加できるサロンを開催している。楽しみながら健康づくりや仲間づくりを行うサロンなどを通して、誰もがこの杉並で、いきいきと、安心して暮らし続けることができるような地域づくりのお手伝いを行っている。

- ③介護者の会連絡会の開催（区委託事業）
- ④介護者サポーターの養成（区委託事業）
- ⑤介護者サポーターの研修（区委託事業）
- ⑥「ゆうゆう高円寺東館」の管理運営事業（区委託事業）
- ⑦啓発活動、ネットワークづくり

杉並介護者応援団の活動は、応援団と地縁団体や専門機関及び行政との新たな関係づくりと協働により、誰もが安心して暮らしを継続できる地域を作ることを目指している。

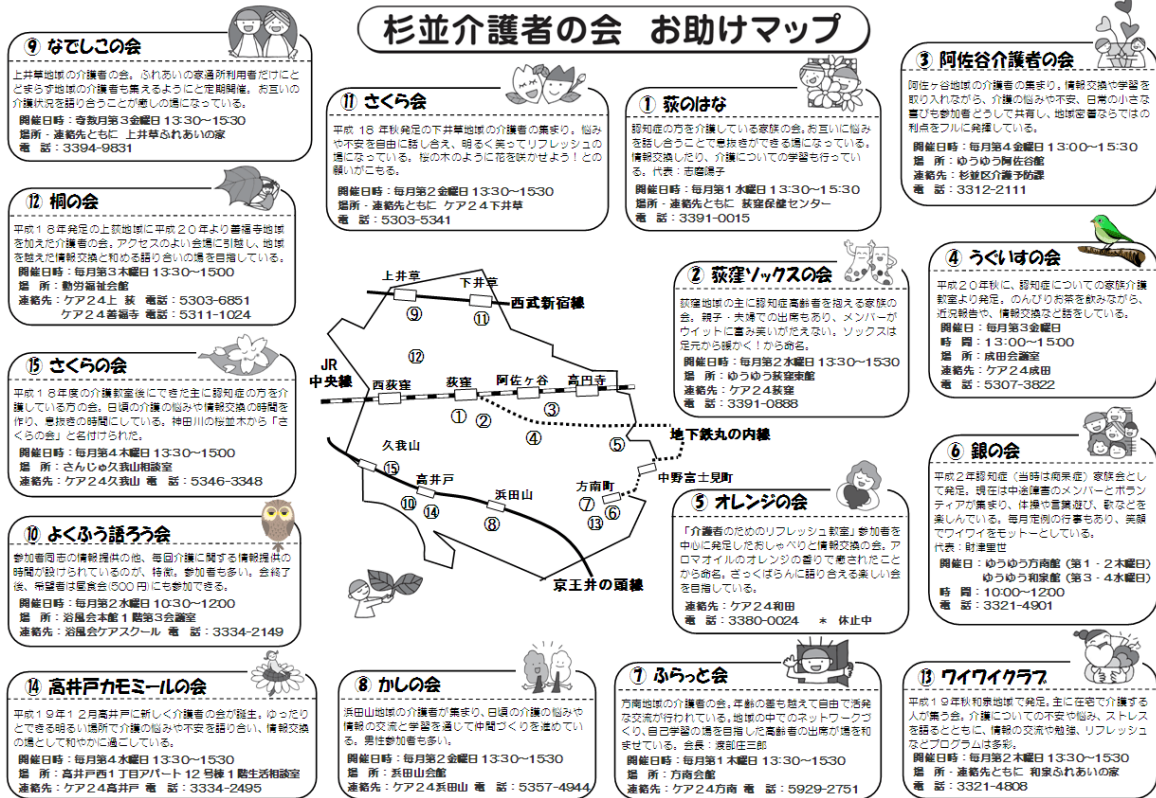
(4) ネットワークの利点

- ・介護者が自分の都合に合わせて参加する会を選択できる。
- ・会運営の基本ルールなどを維持し、活動のレベルを向上させるため、組織的に取り組むことができる。
- ・介護者サポーターが継続して介護者の会に出席し、会の動きや参加者の状況を見ていくことで、運営が安定する。
- ・介護者は、参加している会以外の情報介護者サポーターから得ることができる。
- ・区内全域に会が存在し、介護者がつながること、その声を集約することで発信する力が高まる。
- ・介護者サポーター自身も活動についての疑問や課題を分かち合い、学び合うことができる。

(5) 事業の利点

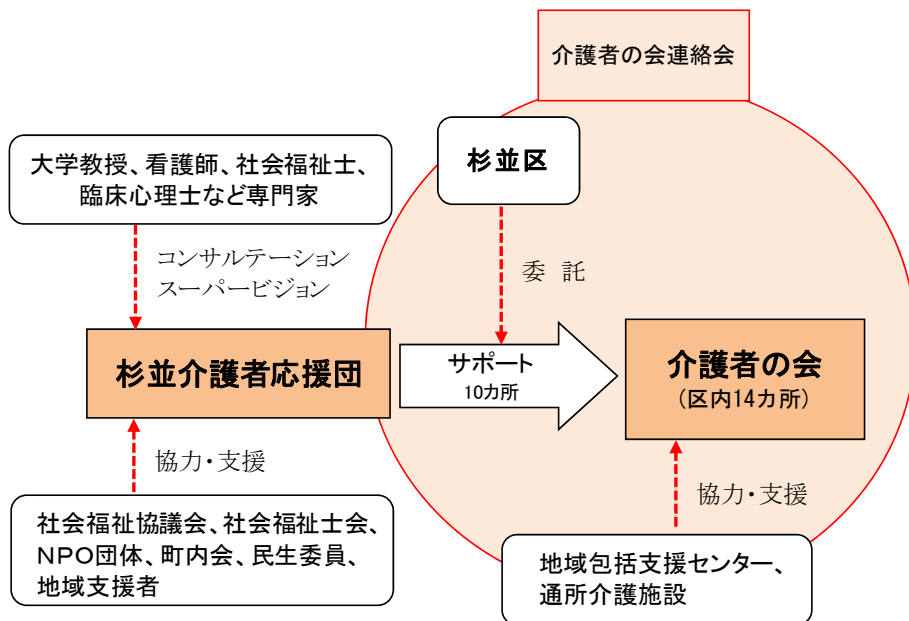
- ・地域の支援者と専門職、専門機関、行政との連携により、一人一人の介護者のトータルかつきめ細かなサポート体制が可能になる。
- ・介護を経験した介護OBたちが地域活動へ参加する機会を提供している。

図4 介護者の会のネットワーク図



出典：杉並区HP <http://www2.city.suginami.tokyo.jp/guide/guide.asp?n1=40&n2=730&n3=100>

図5 介護者支援ネットワーク関係図



出典：土屋洋子「ネットワークで介護者を支援する」地域リハビリテーション第6巻第1号 2011の図1 介護者ネットワーク関係図^{※6}を基に作成

6. 提案

今回の調査から見えてきた課題は、「広く一般の方々に認知症の知識を持ってもらうことが必要である〈認知症の知識の普及〉」、「家族の介護力を高めていくことが必要である〈家族のサポートとエンパワメント〉」、「介護保険以外のサービスの充実とそうしたサービス情報の共有が必要である〈サービスの充実とサービス情報の共有化〉」の3つである。この3つの課題に対して、4つの事例をヒントに、今後取り組むべき方策について提案したい。

(1) 「認知症の知識の普及」について

多くの方々に認知症の知識を持ってもらうには、「認知症関係の情報を得る機会を増やす」、「気軽に相談できる場所を多く作る」、「認知症関連の事業を作る」、「認知症サポーターの養成と活動場所を地域に作る」ことが必要である。人々の身近な場所に認知症関係の事業を作ることができれば、無理なく認知症の知識の普及が可能になると考える。先行事例の「認知症サロン」でも、認知症の方の家で地域の人々が関わることにより、自然な形で地域に認知症の理解が深まっている。地域の人々に認知症の方の存在を知ってもらうことにより、防災時にも役立てている。地域の少人数の集まりでは、軽度の認知症の方の役割づくりも可能となる。

しかし、認知症は誰もが発症する可能性があると言っても、まだ認知症を受容できない家族も多い。さらに、本人自身も認識が無い場合が多く、認知症を前面に出した場合には抵抗があると予想される。その一方で、現在多くの方々、特に物忘れが気になる年代の方は認知症についてある程度の危機感を持っているので、認知症の予防には関心があり、予防事業への参加の動機づけはしやすいと思われる。そこで今回は認知症関連の事業として、地域包括支援センターで行っている介護予防事業の中から、認知症予防事業を地域に作ることを提案したい。

平成25年6月に公表された厚生労働省の研究班の調査に^{※7}よると、2012年時点で認知症の人の数は全国で約462万人であり、認知症になる可能性がある軽度認知障害(MCI)の人も約400万人いると推計されている。認知機能の低下はあるが日常生活は送れる軽度認知障害の全国調査は今回が初めてであり、研究班は軽度認知障害の段階から対策をしていく必要性を指摘している。軽度認知障害の人も対象になる予防事業の重要性が増していると言える。

上記を踏まえ、ここでは地域で認知症予防事業を立ち上げる例として、「わっ！わっ！わっ！倶楽部」という認知症予防事業を紹介する。

「わっ！わっ！わっ！倶楽部」の基になっている「地域型認知症予防プログラム」は、地域の高齢者を対象とした認知症発症の予防・遅延化を目的としたプログラムである。このプログラムは、東京都老人総合研究所（現：東京都健康長寿医療センター研究所）が開発した方法にもとづき、有酸素運動と認知症に移行する前に低下するエピソード記憶、注意分割機能、思考力（主として計画力）などの知的機能を積極的に使うことを、日常生活において習慣として定着し、維持

するための活動を行うものである。

この「地域型認知症予防プログラム」を実施したことで「軽度認知障害で低下する機能に改善効果がみられた」、「地域に根差した実践的な活動として継続して行けることが明らかになった」という調査結果がある^{※8}。

この認知症予防プログラムの特徴は、以下のようなものがある^{※8}。

- ① 自立的にプログラムを長期間継続することを目指す
- ② プログラムは一般の多くの高齢者が好む活動を利用する
- ③ 軽度認知障害の高齢者と健常な高齢者を対象とする
- ④ プログラムを週に1度程度、定期的に行う
- ⑤ プログラムは小集団、6名から10名で行う
- ⑥ 参加者がプログラムの目的を認知症予防であることを認識している
- ⑦ 活動グループの組織化を図り、全体の活動を維持し、地域にプログラムを普及させる
- ⑧ ファシリテーターが初期のプログラムの運営と自立後の支援を行う 等

以下は小山地域包括センターから提供していただいた資料を基に、「わっ！わっ！わっ！倶楽部」が地域包括支援センターで立ち上がってから地域に引き継がれるまでをまとめたものである。資料の公開に同意してくれた小山地域包括支援センターに深謝する。

認知症予防事業の立上げ

地域包括支援センターで事業の立上げ

(1) 事業の名称

小山地区認知症遅延事業 わっ！わっ！わっ！倶楽部

(2) 事業の概要

① 経緯

小山地域包括支援センターでは、平成23年7月13日に東京新聞に掲載された「〈セカンドらいふ〉旅行計画で認知症を防ぐ」という記事をきっかけに、地域型認知症予防プログラムに注目するようになった。地域型認知症予防プログラムは「認知症を予防するためにはそのための習慣が重要であり、その習慣を獲得するためには、参加者の自主性と楽しさの追及が必要」と考えるプログラムである。具体的にはウォーキング、旅行、パソコン、料理など、参加者が興味を持てるものがプログラムとして採用されている。

小山地域包括支援センターでは、ウォーキングと旅行を取り入れたプログラムを「わっ！わっ！わっ！倶楽部」と名付け、平成 24 年度に週 1 回開催で 1 クール 16 回のプログラムを 2 クール行った。会場は地域の児童館である。

②特色

- ・地域包括支援センターの職員がファシリテーターになる。
- ・プログラムは参加者が興味を持てるものとして、ウォーキングと旅行を取り入れる。
- ・参加者募集の段階から、認知症予防のプログラムであることをアナウンスする。
- ・ウォーキングは毎回動機づけのみを行い、実施は参加者の習慣化を促すために自主性を尊重する。
- ・知的機能を積極的に使うことを習慣として定着するために、講義形式ではなく、ファシリテーターがテーマを提供し、参加者が自由に話し合うことを主とする。
- ・地域住民がアドバイザーとして参加し、旅行計画のアドバイスを行う。

③評価

第 1 回目の参加者への 2 回のアンケートで、「生活習慣が良い方向へ変わった」、「自分が言いたいことを言える場も良い」、「参加者同士で仲間意識が芽生えお互いへの配慮に繋がった」等の意見があった。ウォーキングはファシリテーターが達成感を利用した動機づけを行い、参加者が生活の中で自主的に行ったが、5 名中 3 名がウォーキングの習慣を意識するようになったと回答している。

認知症予防事業の引継ぎ

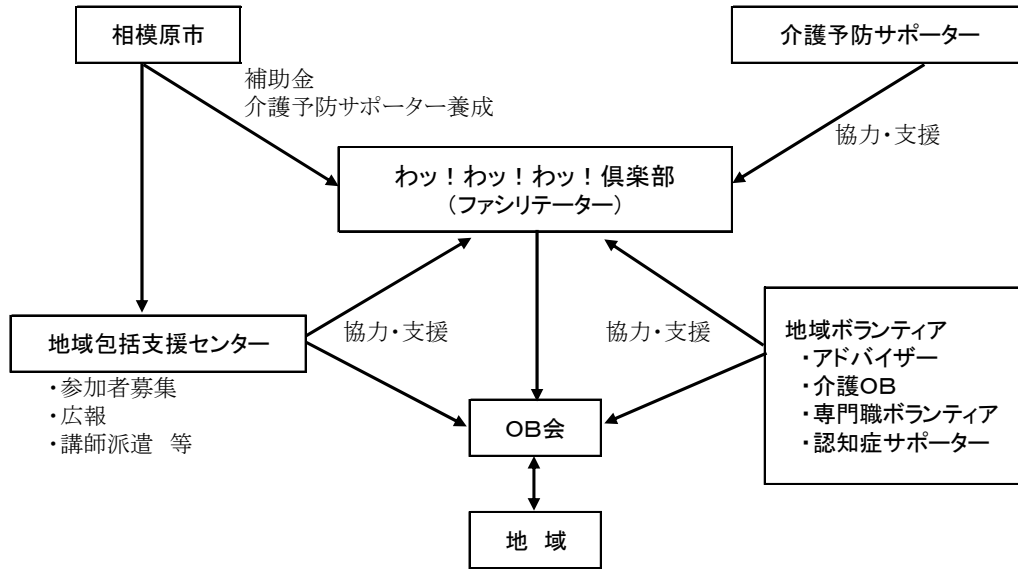
地域包括支援センターから地域へ

「わっ！わっ！わっ！倶楽部」は、地域包括支援センターの事業として、平成 24 年度に 2 回開催され、計 10 名の方が参加した。平成 25 年度からは地域に引き継がれ、事業の組織を変えた「新しい体制」で同様の事業を行っている。

「新しい体制」では、地域の専門職がファシリテーターとなり、「相模原市生き生きシニアのための地域活動補助金」を活用しながら事業を実施している。スタッフは介護予防サポーター（補助金の規定による）と、平成 24 年度の事業に参加したアドバイザー、地域ボランティアである。なお、地域包括支援センターは関係協力機関として事業を支援している。

事業は平成 25 年の 4 月から 6 月まで、地域の児童館で 4 名が参加し、週 1 回開催で 12 回行われた。今後は、「わっ！わっ！わっ！倶楽部」を修了した O B をフォローするために、「O B 会」も定期的に開催する予定である。O B 会はサロン形式であり、O B が集まって介護や認知症についての知識を得る場所になる予定である。

図7 「わっ！わっ！わっ！倶楽部」組織図



「わっ！わっ！わっ！倶楽部」は地域包括支援センターが立ちあげて実績を作った事業を地域住民が引き継ぎ、市からの補助金と地域包括支援センターの協力・支援を受けて運営していく方式になる。住民が単独で事業を立ち上げるのは難しいが、この方式であれば比較的容易に地域の住民が事業の担い手になることができるのではないだろうか。小規模な認知症予防事業を地域に数多く作ることで、「認知症の知識の普及」が可能になると同時に、「気軽に相談できる場所を地域のサポーターや関係機関が連携して作っていく」ための足掛かりとすることができる。

(2) 「家族のサポートとエンパワメント」について

家族の会には、単に家族が集まって話をするというだけではなく、先行事例から明らかのように「ピアサポート」、「情報交換の場」、「気軽に悩みを相談できる癒しの場」という機能があり、「一人で悩まない」ことで「家族の介護力を高める」ことに繋がる。さらに「城山町家族を支える会」の事例のように、ピアサポートを広めることで利用者のニーズを捉え、ケアパートナーという新しいサービスを創り出す場合もある。

相模原市には既存の家族会がいくつかあるが、今回はそれにプラスして、市内の各地域に家族の会を立ち上げることを提案したい。

多くの家族介護者は、介護の合間に家族の会に参加することになるので、近いところに集える場所があることが望ましい。相互に助け合うにも近い方が便利である。「城山町家族を支える会」の場合も地域を限定しての活動であり、それだからケアパートナーという会員同士の助け合いが可能になったと言える。

「杉並介護者応援団」の場合は、介護者の会が地域包括支援センターを基軸として立ち上がつ

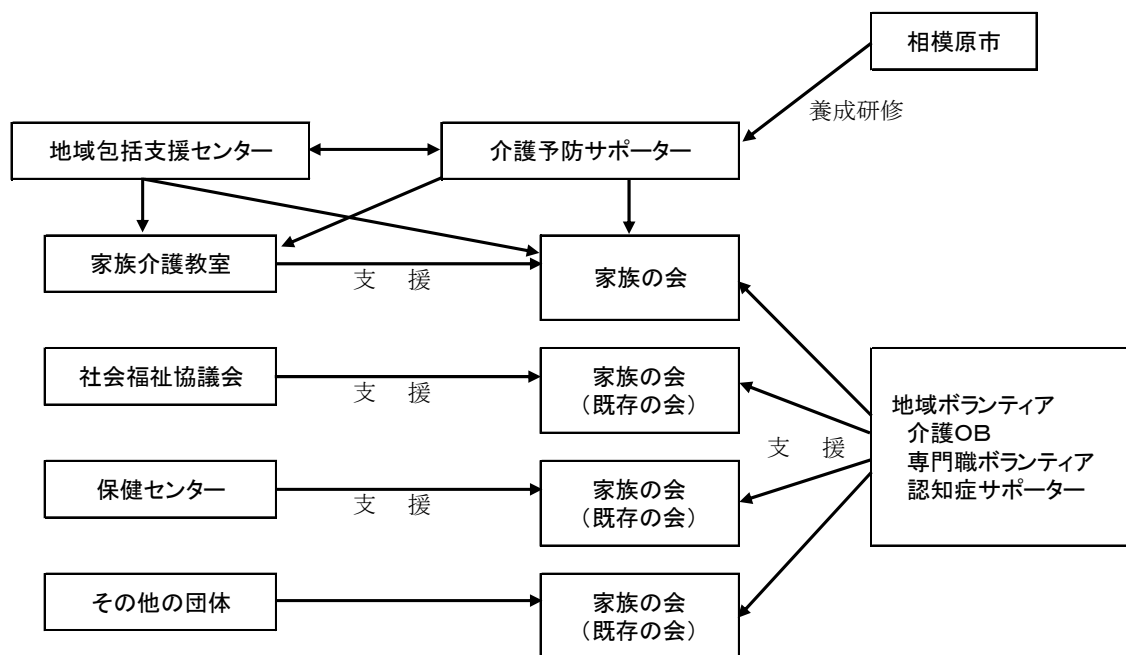
ている。その後の活動は、地域包括支援センターが介護者の会のバックアップを行い、行政は介護者の会の開催場所の確保を支援、杉並介護者応援団は介護者の会の地域ネットワークをコーディネートし、介護者サポーターの養成・派遣を行っている。相模原市でも家族介護教室で家族が話し合う場を設けている地域包括支援センターもあり、家族介護教室から家族の会を立ち上げることは可能であると思われる。

「杉並介護者応援団」では、研修を受けた「介護者サポーター」が家族の会に参加して支援を行っている。相模原市には「介護予防サポーター」というボランティア組織があり、地域包括支援センターの介護予防事業をサポートしている。介護予防サポーターの活動範囲を少し広げて、介護予防と関連づけて家族介護教室もカバーできるようになれば、家族介護教室に参加している介護者を介護予防サポーターが支援して家族の会を立ち上げ、運営することができるのではないだろうか。既に活動している家族の会から、介護を卒業した方たち(介護OB)に声をかけて、支援者として協力してもらうことも可能であるとする。

相模原市で地域包括支援センターを基軸に立ち上がった家族の会は、地域包括支援センターがバックアップを行い、行政が介護予防サポーターの養成と、家族の会の開催場所の確保を支援することになる。今あるサービスを利用して、利用者が通いやすいところに家族の会を作ることができる。

杉並介護者応援団の事例では、既存の家族会にも要請があれば介護者サポーターを派遣している。しかし、上記の相模原市の例では、家族の会が地域包括支援センターの介護予防事業と関連して立ち上がっているため、既存の家族会への介護予防サポーターの派遣は限定的になる可能性がある。

図6 家族の会の構成図（仮定）



(3)「サービスの充実とサービス情報の共有」について

(1)「認知症の知識の普及」と(2)「家族のサポートとエンパワメント」において、現在地域包括支援センターで行っている「介護予防事業」と「家族介護教室」を基に、既に制度としてある「相模原市生き生きシニアのための地域活動補助金」、「介護予防サポーター」を利用して「認知症予防事業」と「家族の会」を地域に作ることを提案した。こうした事業を各地域包括支援センターごとに作ることができれば、地域に認知症関連サービスの拠点かできることになる。

しかし、地域で立ち上げる認知症関連事業や家族の会は、地域ごとの細かいニーズに対応するために小規模のところが多くなる。活動範囲は広げられず、広報に力を注ぐことが難しい。素晴らしい活動を行っていても、その存在すら少数の関係者以外は知らないという場合もあり、せっかく作ったサービスが有効に利用されないことも考えられる。地域で行っているインフォーマルなサービスを利用しやすくするためには、川崎市や杉並区の事例のように市内全域のネットワークを作り、情報を共有することが有効ではないかと考える。

そこで今回の研究では、地域包括支援センターを基軸に立ち上がった認知症予防事業と家族の会を、既存の認知症関連事業とともに緩いネットワークでつなぐことを提案したい。

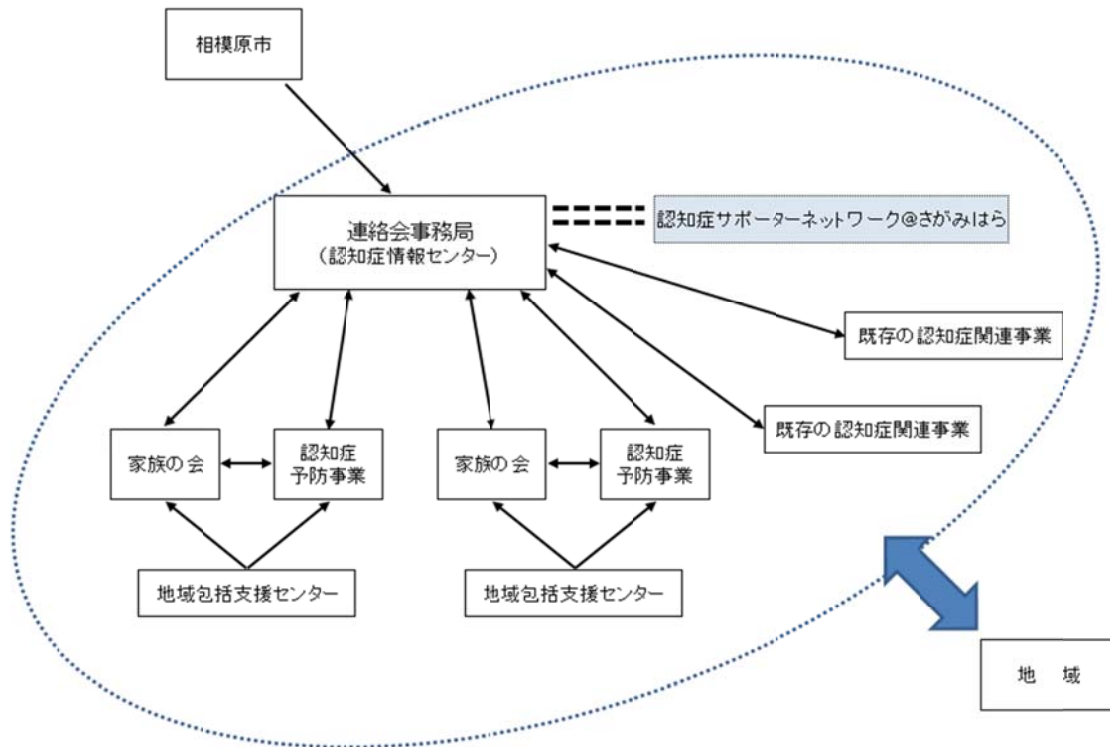
川崎市の事例では、家族の会が市内の認知症関連団体に声をかけるという方法で、家族の会と市民ボランティアが「川崎市認知症ネットワーク」を形成した。「川崎市認知症ネットワーク」が設立した「NPO法人川崎市認知症ピアサポートセンター」は川崎市から場所の提供を受け、相談事業を実施している。利用者は「NPO法人川崎市認知症ピアサポートセンター」に問い合わせれば、ネットワーク内の認知症関連事業の情報がわかるシステムになっている。

また、杉並区の事例では、「杉並介護者応援団」が介護者の会の地域ネットワークをコーディネートし、区の委託を受けて介護者サポーターを養成し、各家族会に派遣している。その他、介護者の会の連絡会やミニサロンも運営し、区内の認知症関連事業の中心となっている。

地域包括支援センターを基軸に立ち上がった認知症予防事業や家族の会をネットワーク化する目的は、今回の研究では「各団体の活動をわかり易くすること」、「各団体間で情報を共有できるようにすること」である。実際の活動は地域住民が主体となり、地域包括支援センターのサポートを受けながら行うことになる。各事業は地域包括支援センターのサポートを受けるため、利用者が自由に色々な地域にある事業を利用することは難しいかもしれないが、地域をまたいで活動する介護予防サポーターの存在やネットワークで各団体が繋がることで、お互いの情報を入手する機会が増え、ネットワーク内には自然と市内全域の情報が流れるようになるのではないかと考える。

また、ネットワーク内の情報共有を円滑にするためには、個々の事業・活動がひと目でわかるようなホームページ（ポータルサイト）の作成・管理、ネットワーク連絡会を主催するなど、後方支援的な役割を担うネットワークの中心的な存在（事務局）が必要である。その役割は平成25年4月に相模原市内の認知症関連活動をネットワーク化することを目指して立ち上がった、「認知症サポートネットワーク@さがみはら」が考えられる。（図8参照）。

図8 家族の会と認知症関連事業のネットワーク



7. 研究を終えて

平成24年9月にさがみはら都市みらい研究所の市民研究員として委嘱されてから1年が経過した。この間、厚生労働省から公表された認知症高齢者数が大きく変わった。平成24年6月に厚生労働省は全国の認知症高齢者が305万人と公表したが、1年後の平成25年6月には462万人と公表した。462万人という数字は従来とは異なった方法で推計した結果で、介護保険を利用していない人も含めた数字である。この他に、軽度認知障害の人も400万人と推計している。

相模原市では、平成25年2月1日発行の広報に「認知症高齢者は現在約1万4,000人と推計」と掲載されたが、この数も増える可能性がある。認知症を身近なこととしてとらえた対策が、ますます重要になっていくと思われる。

相模原市内の動きでは、平成25年4月に市内の認知症関連の活動をネットワーク化することを目指し、「認知症サポーターネットワーク@さがみはら」が立ち上がった。本格的な活動はこれからだが、相模原市内でのこうした動きは初めてであり、「認知症の人が地域のよい環境で暮らし続けることができる社会の実現」に大きな力となることを期待している。

《引用文献》

- ※1 「神奈川県年齢別人口統計調査」に基づき、市で調査した毎年1月1日時点及び国勢調査時点の人口（相模原市のホームページ）より
<http://www.city.sagamihara.kanagawa.jp/toukei/20998/jinko/nenrei/001924.html>

- ※2 平成24（2012）年1月に国立社会保障・人口問題研究所が公表した「日本の将来推計人口」による

- ※3 「2010年国勢調査に基づく相模原市の将来人口推計」2013年1月 さがみはら都市みらい研究所
http://www.city.sagamihara.kanagawa.jp/dbps_data/_material_/localhost/kikaku/112000/pdf/toshi_mirai/h24_jinkou.pdf

- ※4 高橋智 認知症のBPSD 日本老年医学会雑誌48巻3号（2011：5）

- ※5 厚生労働省 介護保険財政 1.財政の仕組み 介護費用と保険料の推移
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/zaisei/sikumi.html>

- ※6 土屋洋子 特集認知症へのアプローチ ネットワークで介護者を支援する 地域リハビリテーション第6巻第1号 2011年1月

- ※7 日本経済新聞 2013年（平成25年）6月2日（日）

- ※8 「世田谷区における認知症予防プログラムの評価研究に関する最終報告書」 平成20年10月 世田谷区 東京老人総合研究所
<http://www.city.setagaya.lg.jp/kurashi/105/143/568/d00009572.html>