

東京都認知症地域支援推進事業

認知症とともに暮らせる社会に向けて 地域づくりの手引き

2020年度改訂版



東京都認知症地域支援推進事業

認知症とともに暮らせる社会に向けて

地域づくりの手引き

2020年度改訂版

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター
東京都健康長寿医療センター研究所



地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター
東京都健康長寿医療センター研究所



はじめに

「認知症とともに暮らせる社会」(Dementia Friendly Communities) は、高齢化が進展する今日の世界の認知症施策がめざす共通の目標です。それは、認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず、地域に暮らすすべての人々が、地域の大切な一員であると認識され、未来に向けて、希望と尊厳をもって暮らすことができる社会にほかなりません。

東京都では、平成 28 年度～ 29 年度に、「認知症とともに暮らせる社会に向けた地域ケアモデル事業」として、板橋区の高島平地区に暮らす 70 歳以上高齢者 7,614 名を対象とする調査研究を行いました。この調査の結果、①大都市の大規模住宅地には、単独世帯をはじめ、家族による生活支援が得られにくい高齢者が数多く暮らしていること、②認知機能の低下が、生活機能の低下とともに、身体的・精神的な健康状態の悪化、社会的交流の減少、経済的困窮と深く関連していること、③認知症とともに地域に暮らす高齢者の多くは、医学的な診断や介護保険サービスの利用にはつながっておらず、数多くの複合的な社会的支援ニーズが存在するにも関わらず、必要な支援にアクセスできていないこと、おそらく、④認知機能の低下とともに、社会的孤立と経済的困窮が、情報やサービスへのアクセシビリティを低下させていることを示しました。また、⑤多職種協働による、本人の視点に立った社会的支援の統合的調整がサービスの利用を促進すること、⑥ 6 つの機能をもつ地域拠点の活動が、地域に暮らす人々の認知症についての理解を深め、認知症とともに生きる人々の人権についての意識を高め、「認知症と

ともに暮らせる社会」の創出に向けた活動を促進することを示しました。

これらの結果に基づき、高島平地区の大規模住宅地域に地域の拠点を設置し、平成 30 年度からは「認知症地域支援推進事業」の名称の下で、認知症とともに生きる本人、家族、地域に暮らす人々、地域で活動する多様な組織・団体と協働して、「認知症とともに暮らせる社会」の創出をめざした地域づくりの活動を開始しました。その結果、地域の拠点にはさらに「当事者参画を促進する機能」が必要であることや、新型コロナウイルス感染症流行下において果たすべき役割があることなどが明らかになりました。この手引きでは、これまでの活動を踏まえて、コーディネーションとネットワークングという 2 つの用語をキーワードにして地域づくりを進める方法を解説します。

この手引きは第Ⅰ部理論編、第Ⅱ部実践編、第Ⅲ部事例編で構成されており、第Ⅳ部は with コロナ時代の「居場所」「つながり」のカタチについて解説しています。また、第Ⅴ部資料編では事業展開に役立つ参考資料を掲載します。

この手引きが、東京都およびわが国のさまざまな地域で展開される「認知症とともに暮らせる社会」の創出に寄与することができれば幸いです。

東京都健康長寿医療センター研究所
副所長 栗田主一

はじめに	01
I. 理論編	03
コーディネーション	04
ネットワーキング	12
II. 実践編	15
地域の拠点をつくる	16
さまざまな相談に応需する	20
共に学び、共に活動し、共に楽しむ	24
連携・協働を推進する	28
生活支援の担い手をつくる	34
本人とともにつくる	37
III. 事例編	43
夫が急逝し混乱状態に陥った山田花子さん	44
身寄りがなく一人で暮らす鈴木太郎さん	46
不安が強い一人暮らしの田中道子さん	48
高齢の夫との在宅生活の継続を望む佐藤うめさん	50
転倒を繰り返しながらもひとり暮らしを望んだ浦部秋子さん	52
認知症に対する偏見のために受診を避けていた前野一郎さん	54
歯科医師を含む多職種との協働	56
IV.with コロナ時代の「居場所」「つながり」のカタチ	59
1 高島平ココからステーションでの取り組み	60
① コロナ禍で地域の高齢者に何が起きていたのか？	60
② コロナ禍の電話アウトリーチでわかったこと	63
③ 新型コロナウイルス感染症の流行初期から現在までの高島平ココからステーションの取り組み	66
④ with コロナ時代の地域在住高齢者の歯科口腔保健	71
2 その他の居場所の取り組み	75
① 「ともに」を感じていたいから続ける SHIGETA ハウスプロジェクトの歩み	75
② 寺院に設けるつながりの場 香念寺「お寺での介護者カフェ活動」	85
V. 資料編	91
地域づくりに役立つ社会資源リスト	92
執筆者一覧	100

I. 理論編

「認知症とともに暮らせる社会」、すなわち、「認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず、希望と尊厳をもって暮らすことができる社会」を創出するには、コーディネーションとネットワーキングという2つの考え方を基礎とする事業を展開することが重要です。平成 30 年度より東京都において事業化された「認知症とともに暮らす地域あんしん事業ー認知症地域支援推進事業」も、この2つの考え方が基礎になっています。コーディネーションとネットワーキングは車の両輪です。理論編では、この2つの考え方について解説します。



コーディネーション

コーディネーションとは、もともとは、医療や介護のみならず、生活に必要な多様な社会的支援サービスを統合的に提供できるようにするための方法として概念化された用語です。ここでは、認知症や障害などによって生活のしづらさに直面しているときに、**本人の視点に立って、生活の継続に必要な社会的支援を統合的に調整すること**をコーディネーションと呼びます。また、コーディネーションの役割を担う人をコーディネーターと呼びます。

現在ある制度の中でも、たとえば地域包括支援センターや居宅介護支援事業所の業務の中心はコーディネーションにほかなりません。また、認知症地域支援推進員、介護支援専門員はコーディネーターであり、認知症サポート医もコーディネート医としての役割が期待されています。そして、認知症初期集中支援チームは、コーディネーションを実践する多職種協働チームです。

東京都では、2013 年度より認知症支

援コーディネーターを区市町村に配置し、2015 年度よりコーディネーションに必要な知識と技能を身に着けるための研修会を実施しています。

コーディネーションには、通常、**(1) 信頼関係の形成、(2) 総合的アセスメント、(3) 情報共有、(4) 課題解決に向けた多職種協働、(5) 社会的支援の調整**という 5 つのプロセスの重層的・反復的な実践が必要とされます **01**。

01 コーディネーションの5つのプロセス



1. 信頼関係の形成

コーディネーションの第一歩は信頼関係を形成すること、すなわち、“信頼できるパートナーシップを築くこと”にあります。「本人の視点に立って、社会支援の調整を行う」には、本人の思い、希望、心配ごと、困りごと、悩みごと、これまでの人生の歴史、体験してきたことなどを理解することからはじめなければなりません。しかし、それができるのは、語り合う 2 人の間に信頼関係が形成されているからでしょう。

信頼関係は、通常は短い時間で形成されるものではなく、**日々の語り合いや、体験の共有など、“生き生きとした関わり合い”**の中で形成されるものです。

何をもって信頼関係が形成されているかを判断することは簡単ではありません。「私の思いを語ることができる」「私の話に耳を傾けてくれる」「私の困りごとの相談にのってくれる」「私の不安や心配を理解してくれる」「私の立場に立って考えてくれる」「私がわからないことを一緒に考えてくれる」「私の人生の歴史を理解してくれている」「私の希望を語ることができる」「私の希望を理解してくれている」といった本人の体験が、「信頼」という体験を意味するものなのかもしれません。決して急ぐことなく、“信頼できるパートナーシップを築く”ための十分な時間をつくりだしていくことが大切です。

2. 総合的アセスメント

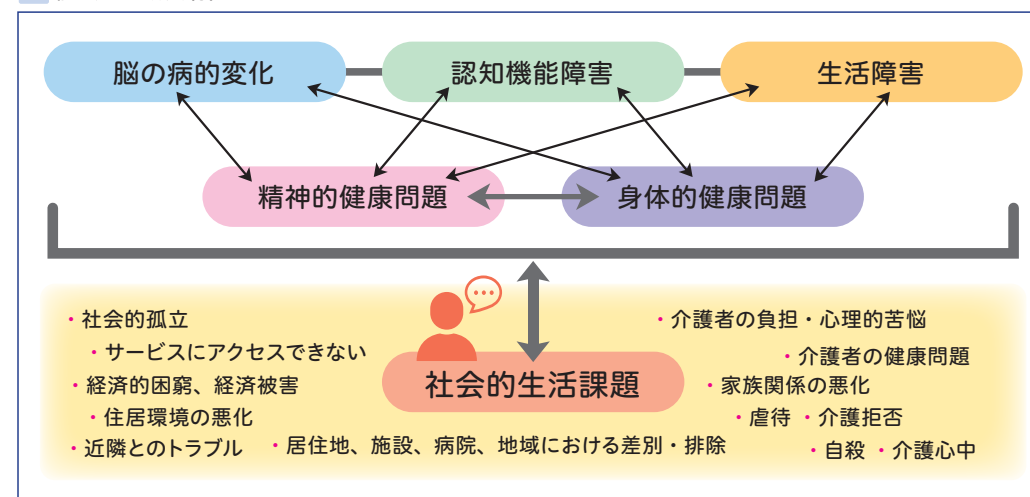
コーディネーションを行うには、本人の思いや希望を理解するとともに、**現在の生活状況全般において何が課題であるかを客観的に把握する**必要があります。そのようなプロセスを総合的アセスメントと呼びます。

認知症の総合的アセスメントを行う場合には、認知症の一般的特性に関する知識が不可欠です。認知症の一般的特性を模式図で示したものが **02** です。認知症は、何らかの脳の病的変化（認知症疾患）によって、認知機能が障害され、それによって生活に支障が現れた状態ですが、それと同時に、さまざまな身体的・精神的・社会的な生活課題に直面し、生活状況が複雑化し、それによって生活そのものの継続が困難になるリスク

が高まった状態であると理解することができます。

したがって、現時点で、どのような認知機能に障害が認められるのか、生活面ではどのようなことに支障があるのか、身体的健康状態はどうか、精神的健康状態はどうか、社会的にはどのような状況におかれているのかということ把握し、その上で複雑化のリスクを低減し、複雑化した課題を解決する方策を検討する必要があります。また、現在の状態をよく理解し、将来の見通しを立て、質の高い適切なケアやサービスを確保するためにも、これらの背景にはどのような認知症疾患があるのかを把握することも重要です。

02 認知症の一般的特性



3. 情報共有

本人の視点に立って、生活の継続に必要な支援のあり方を考えるためには、**第一に、本人や家族と情報を共有する必要があります**、**第二に多職種間で情報を共有する必要があります**。

認知症の本人や家族に情報を提供するにあたっては、よく配慮された、質の高い情報を、わかりやすく、正確に伝える必要があります。たとえば、ワーキングメモリや近時記憶などの認知機能に低下が認められる場合には、複雑な情報や長い話は負担が大きく、情報共有が困難になりがちです。そのような場合には、認知機能の低下によく配慮して、大切な情報を選択し、短い言葉で、わかりやすく伝えることが大切です。パン

フレットを利用したり、メモを書いたりするなどの工夫も必要でしょう。

また、本人や家族の不安が強い場合には、安心感を与えられるような配慮も必要です。ただ単に、認知症であることを伝えたり、診断名を伝えたり、障害の性質を伝えることよりも、本人が心配していることや、希望していることに対して、役に立つ情報を提供することからはじめることが大切な場合もあります。

保健、医療、介護、生活支援、家族支援、居住支援、経済支援、権利擁護の支援など、複合的な支援が必要とされる場合には、多職種で情報を共有し、支援のニーズと課題解決の方法を検討していく必要があります。

4. 課題解決に向けた多職種協働

課題解決に向けた多職種協働とは、多職種協働チームが、本人の視点に立って、**本人の主体性を尊重しながら、可能性のある課題解決に向けて、本人とともに歩んで行こうとするアプローチ**です。このようなアプローチによって、重層的な生活課題に直面し、不安を感じている人も、寄り辺なさを感じている人も、抑うつ状態にある人も、絶望感に圧倒されている人も、自己効力感や生きる意欲を回復し、その人なりの課題解決に向けて、希望と尊厳をもって、地域社会の中で共に生きることが可能になります。

課題解決に向けた検討を行うには、概ね以下の手順で多職種協働会議を運営します。

①会議の設営

会議設営の担当者が時間と場所を定め、メンバーを招集し、資料等を準備します。

②司会進行と記録

司会進行役と記録係を定めます。司会進行役は、メンバー全員が自由かつ公平に発言できるように配慮します。記録係は、会議の内容を記録し、次回会議で資料として活用できるように管理します。

③支援対象者と担当者の確認

司会進行役は、支援対象者が誰であるか、支援対象者の担当者が誰であるかを確認します。担当者は、一般的には、社会支援の調整役であるコーディネーターが務めます。

④情報共有

担当者（コーディネーター）は支援対象者の状

況（総合的アセスメントの結果など）を説明し、多職種のメンバー間で情報を共有し、整理します。また、会議に出席している他の関係者も、対象者について知っている情報を提供し、チーム内で情報を整理・共有します。

⑤課題の明確化

情報共有のプロセスの中で、疑問点を質問したり、確認したり、意見を述べたりしながら、課題（支援ニーズ）を明確化させます。

⑥解決目標の設定

明確化された課題から、いくつかの課題を選択し、具体的な解決目標を定めます。

⑦解決策の案出

定められた具体的な解決目標に向けて、できるだけ多くの解決策を案出します（ブレインストーミング）。

⑧支援方針の決定

案出された解決策の中から、現実的に「実行できそうな方法」「うまくいきそうな方法」を選択して支援方針を決定し、支援計画を立案します。

⑨支援計画の策定と実施

支援方針や支援計画について、担当者（コーディネーター）は本人や家族の意向を確認しながら、支援計画をさらに具体化させて、支援を実施します。

⑩モニタリング

担当者（コーディネーター）は支援の実施状況や計画について記録し、次回会議で報告し、さらなる支援の必要性等について検討します。

5. 社会的支援の調整

課題解決に向けた多職種協働会議を通して、多様な生活課題と社会的支援ニーズが明確化されます。検討されることが多い社会的支援ニーズには以下のようなものがあります。

①認知症等の医学的診断

認知症が疑われる場合には、それが「認知症の状態か否か?」「背景にある要因は何か?」という2段階の医学的な診断が必要となります。そのような診断が、

その後の質の高い支援を確保する上で重要な意味をもっています。認知症等の診断が必要とされる場合、通常はかかりつけ医と連携して診断へのアクセスを確保します。かかりつけ医がいない場合には、認知症サポート医や認知症疾患医療センターなどの医療機関への受診を勧奨します。いずれの場合も、コーディネーターは、認知症について、診断の必要性について、受診可能な医療機関について、本人や家族にわかりやすく情報を提供します。

ご本人が診断を受けたくないと希望される場合、他に優先される社会的支援ニーズがあれば、それに対する支援の調整からはじめます。また、受診に際して家族の協力が得られにくい場合には、受療に関する生活支援（④生活支援参照）の調整を検討します。

②身体的健康状態の医学的評価

認知症では、高齢である場合が多いこと、背景にある脳の病的変化（認知症疾患）が運動麻痺やパーキンソニズムなどの身体症状をもたらす場合があること、服薬管理や栄養管理などの支障が身体的健康状態を悪化させている場合があることなどから、身体的健康状態の評価が重要です。

たとえば、かかりつけ医がいない人で、身体的健康状態を評価してもらう機会そのものがまったくない場合があります。かかりつけ医がいても、受診そのものが途絶えていたり、服薬管理の障害のために持病である高血圧症や糖尿病が悪化していたり、買い物や食事の準備の障害／口腔機能の低下／経済的困窮などを背景に低栄養や貧血が認められる場合も少なくありません。

身体的健康状態を医学的に評価する必要がある場合には、通常は、かかりつけ医と情報を共有したり、認知症サポート医、認知症疾患医療センター等への受診を勧奨したりすることによって医療サービスへのアクセスを確保します。ご本人が医療機関を受診したくないと希望される場合には、往診や訪問看護を利用して、身体的健康状態を評価する方法もあります。受診に際して家族の協力が得られにくい場合には、受療に関する生活支援（④生活支援参照）についても検討します。

③継続医療の確保

医学的な評価によって認知症疾患や精神疾患や身体疾患が認められ、かつ継続医療が必要と判断されるがそれが確保されていない場合には、通常、かかりつけ医と連携して必要な継続医療を確保します。また、かかりつけ医がいない場合には、認知症サポート医や認知症疾患医療センター等と連携して、継続医療が確保されるように調整します。ご本人が医療機関を受診したくないと希望される場合には、往診や訪問看護を利用して、継続医療を確保する方法もあります。受診に際して家族の協力が得られにくい場合には、受診同行の生活支援（④生活支援参照）についても検討します。

④生活支援

たとえ障害があっても、地域社会の中で、その人がその人らしく、その人の人生を主体的に生きていくために必要とされる社会支援（尊厳ある自立生活を営むための支援）を、広い意味で「生活支援」または「日常生活支援」と呼びます。そのような生活支援には、介護保険などの公的な給付サービスではカバーされにくいものが多く含まれていることから、「介護」とは区別して、狭い意味での「生活支援」（＝介護保険外サービス）と呼ぶ場合もあります。そのような生活支援は、通常は家族がその担い手になっていますが、家族による生活支援が得られにくい状況では（例：一人暮らし、夫婦ともに認知症）、家族に代わる生活支援の担い手が求められます。ここには、以下のような支援が含まれます。

・見守り／安否確認に関する生活支援

定期的に本人の自宅を訪問したり、電話をかけたことなどによって、日常的な会話をしたり、安否を確認したり、必要に応じて困りごとの相談にのったり、必要な情報を提供してくれる支援。このような支援によって、「生き生きとした関わり合い」が生み出され、信頼関係（パートナーシップ）が醸成され、情緒的サポート（例：困っているときに相談にのる、具合が悪いときに相談にのる）を確保する基盤が形成されます。コーディネーションの最初のプロセスである「信頼関係の形成」とも密接に関連する支援であり、「人と人とのつながりをつくる支援」と呼ぶこともできます。

・社会参加に関する生活支援

地域で開催されるさまざまなイベント、サロン、認知症カフェ、食事会、趣味、娯楽、スポーツ、健康教室、文化活動、社会活動、講演会、ボランティア活動などに誘ってくれたり、一緒に参加してくれたりする支援。仕事などの就労支援も含まれます。

社会とのつながりは、その人が、その人なりに、希望と尊厳をもって暮らしていくための大切な基盤です。しかし、認知機能障害や生活障害は、社会とのつながりを希薄にし、社会的孤立を促進する重大な要因になっています。認知症とともに生きる人が、人々と出会える場につながれるようにすることはコーディネーターの重要な役割です。その中でも、認知症とともに生きる本人同士の出会いは、本人の人生にとってとても重要な意味をもつことがあります。認知症とともに生きる本人同士が主体的に出会い、思いを語り、意見を述べ、それを政策や地域づくりに反映させることをめざす活動を「本人ミーティング」(P32 参照) と呼びます。本人ミーティングへの誘いは、意味のある大切な社会参加の支援の一つです。

・受療に関する生活支援

病気に気がついてくれたり、医療機関に同行してくれたり、受診の手続きを手伝ってくれたり、医師の説明と一緒に聞いてくれたり、入院の際に手伝ってくれたり、見舞いに来てくれたりする支援。このような受療に関する支援は、本人が求める生活支援の中でも頻度が高い支援です。受診に同行してくれる家族がいない場合、要介護認定を受けている場合には訪問介護などのサービスでカバーできる場合がありますが、そうでない場合には家族に代わる同行支援の担い手を個別に検討する必要があります。

・服薬管理に関する生活支援

決まった時間に、必要な薬を、必要な量だけ服用できるようにする支援。これは毎回の服薬時に必要とされる生活支援であるために、一人暮らしの場合には、しばしば調整が非常に困難な場合があります。医師や薬剤師と相談し、薬の一包化、単剤化、1日1回処方にしたたり、服薬カレンダーや服薬トレイを導

入したり、訪問看護／通所介護／訪問介護利用時の服薬支援と別居家族の訪問時の服薬支援を組み合わせ利用したり、地域の多様な生活支援のための社会資源(サロン、認知症カフェ、居場所、民間の訪問サービス、有償・無償ボランティア、民生委員、信頼できる隣人、知人、友人など)を利用して服薬管理のための生活支援ネットワークを構築する場合があります。

・金銭管理／書類管理／サービスの利用手続きに関する生活支援

財産や年金の管理、預貯金の出し入れ、光熱費や請求書の支払い、買い物等の日常的金銭管理、サービス利用の選択と契約手続き、書類の内容確認・本人への説明、重要書類の保管などの支援。日常生活自立支援事業(地域福祉権利擁護事業)を利用することができますが、この事業は福祉サービスの利用援助が前提なので、原則として、金銭管理支援のサービスのみを単独で利用することはできません。また、買い物などの日常生活に要する細かな金銭管理については、実際には人手を要するために制度的サービスのみでは困難な場合が少なくありません。日常的な金銭管理をサポートできる信頼できる生活支援のネットワークづくりが必要になります。

・水分・栄養確保／家事行為／環境調整に関する生活支援

水分や栄養の確保、食事の準備、買い物、掃除、洗濯、整理整頓、ゴミ出し、草取り、電球の交換、エアコン等による温熱環境の調整、壊れた物の修復などを手伝ってくれる支援。要介護認定を受けている場合には、訪問介護などの居宅サービスでカバーすることができますが、未認定である場合や、サービスを十分な頻度で利用できない場合には、介護保険外の生活支援を個別に検討する必要があります。自治体の事業として実施されている地域支援事業、介護保険外の配食サービスや民間サービス、地域の中で展開されている食事会、NPO法人やボランティア団体の生活支援サービスを活用することができるかを検討します。

・その他の支援

生活支援は多様であり、上記以外にも多様な生活支援のニーズが考えられます。たとえば、自動車運転免許を返納した人に対する移動支援や、スポーツクラブに通ったり、釣りに出かけたりすることが生きがいであった人が、運転免許の返納によってそれができなくなった場合、その人の生きる希望をどのように支援するのか、といったこともあります。その答えは簡単には出せませんが、地域拠点(P16 参照)では、希望と尊厳をもって暮らすための新たな生活支援のあり方を創出する機能を発揮することが期待されます。生活支援のあり方は、認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず、希望と尊厳をもって生きることをいかにすれば実現できるのか、という観点から考えていく必要があります。

⑤家族支援

家族は、通常、認知症とともに生きる本人の生活支援の大切な担い手です。しかし、生活支援の領域は広範であり、それらを担う介護者の負担は並大抵のものではありません。介護者自身も高齢であったり、病気や障害がある場合には、その負担はさらに大きくなり、精神的に苦悩したり、健康を害したり、介護者自身が社会的に孤立し、経済的に困窮し、困難状況に陥ってしまう場合も少なくありません。コーディネーションでは、**家族介護者の状況もアセスメントし、家族介護者自身も人生の主人公として生きることができるよう**に、**家族に対する社会的支援の調整を行う必要**があります。

家族に対する社会的支援の基本は、評価的サポート(ねぎらうこと)、情緒的なサポート(困りごとや心配事の相談にのること)、情動的サポート(必要な情報を提供すること)、手段的サポート(実際にサービスの利用を調整したり、介護サービスを利用したり、経済支援に係る諸制度を利用したりすること)と整理することができます。この中で、情緒的サポートと情動的サポートは家族支援の根幹です。

情緒的・情動的サポートは、一般的には、専門職による支援(個別相談、心理教育、家族教室など)、家族同士の相互支援(家族会など)、専門職・家族・市民を含む相互支援(ケアラズカフェなど)によって提供されます。**コーディネーターは、自らが情緒的・情動的サポートの提供者であると同時に、家族がこれらの社会的支援につながるができるように調整する必要がある**です。地域拠点において、ケアラズ・カフェを立ち上げることもできるでしょう。

介護者が仕事をしている場合、しばしば介護のために仕事の継続が困難となり、離職を考えることがあります。介護離職は介護者自身の将来にわたる経済状況にも重大な影響を及ぼします。仕事をしている介護者には、「職場と家庭の両立支援」に関する情報を早めに提供することも重要です。

育児・介護休業法(育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律)では、以下のことが定められています。

・介護休業、介護休暇

要介護状態にある家族を介護するために、事業主に介護休業、介護休暇を申し出ることができる。事業主はその申し出を拒むことができない。

・所定外労働、時間外労働、深夜業の制限

要介護状態にある家族を介護するために、所定外労働、時間外労働、深夜業の制限の請求があった場合、事業主は上記の労働をさせてはならない。

・事業主が構ずるべき措置

事業主は介護休業中の待遇などを定め周知させる処置を講ずるように努めなければならない。また、職業家庭両立推進者を定めなければならない。

・国等による援助

国等は、事業主の相談、助言、給付金の支給などを行うことができる。

⑥居住支援

住まいは地域生活を継続する基盤です。しかし、認知機能障害や生活障害によって、住み慣れた「住まい」を失う状況に直面する場合は決して少なくありません。生活を継続するための「住まい」を安定的に確保するための支援を「居住支援」と呼びます。ここには、「現在の居住環境を整備する支援」と「新たに住まいを確保する支援」が含まれます。

・現在の居住環境を整備する支援

現在の居住環境（建物の構造、段差、温度、日当たり、水回り、音、調理器具、整理整頓の状況）をアセスメントし、必要な助言と利用できる社会支援サービスについて情報を提供します。整理整頓や清潔保持の困難（例：室内の混乱、ゴミ屋敷など）や近隣とのトラブルは、生活を継続できる「住まい」の喪失につながる可能性を高めます。そのような場合には、本人の思いを聴き、関係者と協働して、多職種協働チームで課題解決に向けた検討を行う必要があります。

・新たに住まいを確保するための支援

居宅系サービスを利用して在宅生活の継続が困難な状況にあるときは、本人や家族とともに、生活支援のある住まいの確保を支援します。サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、認知症対応型生活介護（グループホーム）、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、療養型医療施設、介護型医療院、軽費老人ホーム（ケアハウス）などがあります。しかし、その人がおかれている状況（例：経済状況、家族や身寄りがない、医療ニーズが高いなど）によって、利用できるサービスが限定される場合があります。特に経済状況は重要であり、状況によっては低額の料金で居住支援・生活支援を提供する NPO 法人等との連携が必要な場合もあります。

⑦介護保険サービスの利用支援

介護保険サービスの利用が生活課題の解決に有効であると考えられる場合には、本人・家族に介護保険制度の情報をわかりやすく説明した上で、地域包括支援センターと連携して、要介護認定申請等のサービス利用に向けた支援を行います。また、実際にサービスを利用する場合には、介護支援専門員や介護サービス事

業所のスタッフと情報を共有して、本人が希望と尊厳をもって暮らすためのトータルな支援のあり方を多職種協働で検討することが大切です。

⑧経済的な支援

経済的な理由から本来必要なサービスの利用が困難な状況にある場合には、経済支援のための諸制度に関する情報を提供し、サービスの利用を調整する必要があります。医療サービスや介護サービスの利用費を減額する制度としては、高額療養費制度や高額介護サービス費制度があります。また、疾病や障害の状況によっては、自立支援医療制度、難病医療費助成制度、特別障害者手当、精神障害者保健福祉手帳、身体障害者手帳、障害年金などの制度を利用できる場合があります。

さらに、経済的な理由から、日常生活の継続そのものが困難な場合には、生活保護制度の利用について検討します。高額療養費制度の申請は加入している医療保険によって異なるため、加入している医療保険の窓口にご相談します。高額介護サービス費、自立支援医療制度、難病医療費助成制度、特別障害者手当、精神障害者保健福祉手帳、身体障害者手帳、障害年金制度、生活保護は区市町村の担当窓口申請します。

⑨権利擁護に関する支援

広くは、コーディネーションのすべてを「権利擁護に関する支援」と見なすことができますが、ここでは、日常生活自立支援事業（地域福祉権利擁護事業）、成年後見制度、虐待や経済被害への対策について簡単に解説します。

・日常生活自立支援事業（地域福祉権利擁護事業）

認知症、知的障害、精神障害等のために判断能力が十分ではなく、自分ひとりで福祉サービスの利用契約が困難な場合、本人との契約に基づいて、福祉サービスの利用援助、日常的な金銭管理、書類等の預かりサービスなどの支援を行う制度です。本事業を利用するには、「本人が本事業の内容を理解し、契約を締結する能力があること」が条件となっています。実施主体は都道府県社会福祉協議会であり、区市町村社会福祉協議会がその窓口になっています。

・成年後見制度

認知症、知的障害、精神障害等により、判断能力が十分でない人に対して、本人の権利を守る援助者を選任し、財産管理や身上監護（身の回りの世話）に関する契約等の法律行為全般を支援する制度です。法定後見制度と任意後見制度があります。法定後見制度は、家庭裁判所によって選任された成年後見人等（成年後見人、保佐人、補助人）が、本人の利益を考えながら、本人に代わって契約などの法律行為をしたり（代理権）、本人が自分で法律行為を行うときに同意を与えたり（同意権）、本人が成年後見人等の同意を得ないで行った不利益な法律行為を後から取り消したり（取消権）することによって、本人を保護・支援する制度です。任意後見制度は、本人に十分な判断能力があるうちに、将来判断能力が不十分な状態になった場合に備えて、予め自ら選んだ代理人（任意後見人）に、自分の財産管理・身上監護に係る法律行為の代理権を与える契約（任意後見契約）を公証人の作成する公正証書によって締結しておく制度です。成年後見制度の申請窓口は各区市町村に設置されています。

・虐待や経済被害への対策

虐待の類型には、1) 身体的虐待（高齢者の身体に外傷が生じ、または生じるおそれのある暴力を加える

こと）、2) 介護・世話の放棄（高齢者を衰弱させるような著しい減食、長時間の放置、養護者以外の同居人による虐待行為の放置など、養護を著しく怠ること）、3) 心理的虐待（高齢者に対する著しい暴言または著しく拒絶的な対応、その他の高齢者に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと）、4) 性的虐待（高齢者にわいせつな行為をすること又は高齢者をしてわいせつな行為をさせること）、5) 経済的虐待（養護者または高齢者の親族が当該高齢者の財産を不当に処分すること、その他当該高齢者から不当に財産上の利益を得ること）があります。

虐待を受けていると思われる高齢者を発見した場合には、地域包括支援センターまたは区市町村の担当課に通報します。区市町村は、相談・指導・支援、事実確認のための調査、審判の請求などを行い、虐待の防止、高齢者の保護、虐待者の支援を行います。虐待であるかどうか判別しがたい場合であっても、区市町村は、高齢者の権利が侵害されたり、生命や健康、生活が損なわれたりするような事態が予測される場合には、高齢者虐待防止法の取り扱いに準じて、必要な援助を行います。

特殊詐欺などによる経済被害が疑われる場合には、状況に応じて、東京都消費生活総合センターや警察に通報します。





ネットワーキング

一般に、社会的支援（ソーシャル・サポート）を相互に提供していくことを可能にする社会構造をソーシャル・ネットワークと呼びます。また、そのような地域社会の構造を創り出していく活動をネットワーキングと呼びます。「地域づくり」「まちづくり」とほぼ同じ意味です。ここでは、「認知症とともに暮らせる社会」、すなわち、「認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず、希望と尊厳をもって暮らすことができる社会」をつくるという共通の目標に向けて、認知症

の本人、家族、地域に暮らす人々、地域を構成する多様な組織・団体が連携・協働して、未来に向けて地域社会を創出しようとするすべての活動を、広い意味でネットワーキングと呼ぶことにします。

そのようなネットワーキングを効果的に実践する方法として、私たちは、以下の6つの機能をもつ**生活支援の拠点**を、**人々が暮らす地域の中に創り出す**ことを提案しています。

1. 居場所としての機能

認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず、誰でも居心地よく、自由に過ごすことができる機能。

- ・「認知症とともに暮らせる社会の創出」を開設理念とし、認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず、「みんなが居心地よく、だれでも自由に」過ごせる居場所であることを、リーフレット、パンフレット、ポスター、ホームページなどを用いて、地域の人々に周知します。
- ・開設準備の段階から、地域の多様な組織・団体（地域包括支援センター、医療機関、介護保険事業所、民生委員、町内会、コミュニティ・カフェや認知症

- カフェなどを運営する多様な組織・団体）に、上記の開設趣旨について周知をはかり、協力を求めます。
- ・地域拠点は可能な限り常設とし、ローテーションを組んで運営スタッフを配置し、地域に住む人々が自由に時間を過ごせる開室日を可能な限り多く確保します。
- ・地域拠点を運営するスタッフは、「認知症」と「人権」にフォーカスをあてた研修会に参加して、認知症についての理解を深め、人権についての意識を高め、日々の活動においても、「合理的配慮」のある環境が創り出せるように、居場所づくりを実践します。

2. 相談に応需できる機能

多様な生活課題をもって暮らす人々が、気兼ねなく相談に来ることができる。必要に応じて、適切な社会資源（保健・医療・福祉・介護に係る諸機関等）につなぐことができる機能。

- ・認知症を含め、多様な生活課題をもって暮らす人々が気兼ねなく相談にくることができるように、プラ

- イバシーが守られる相談スペースを確保しておきます。
- ・専門的な観点からも相談に応需することができ、かつ必要に応じて、適切な社会資源（保健・医療・福祉・介護・法律等の関係諸機関）につなぐことができるように、パンフレットや書籍等の情報資料を用意しておきます。

- ・長年にわたって第一線で活躍され、定年退職を迎えられた保健師・看護師・精神保健福祉士・社会福祉士などの専門職がスタッフに加わると、質の高い相談機能を発揮することができます。
- ・週の中に特定の日を設けて、医師による相談が受けられるようにするなどの工夫も有用です。実際、こうした日を設けることによって、数多くの相談者が来訪するようになります。

- ・相談に応需する人には、認知症についての深い知識をもち、認知症とともに生きる人々の人権について高い意識をもち、地域の社会資源や制度等にも精通できるように、定例的な研修会に参加するなどして、学びを深めます。
- ・相談を契機に、必要な社会資源と連携することができるよう、日ごろから「顔の見える連携」を推進しておくことが重要です。

3. 差別・偏見を解消し、社会参加を促進する機能

多様な活動を通して、共に学び、共に活動し、共に楽しむ機会を創り出し、それによって差別や偏見を解消し、社会参加を促進することができる機能。

- ・「認知症についての正しい知識」の普及とともに、多様な活動を通して、共に学び、共に活動し、共に楽しむ機会を創り出し、それによって差別や偏見を解消し、社会参加を促進することが重要です。
- ・住民を対象に、「認知症についての知識」だけでなく、「認知症とともに生きるということ」、「人権を護ること」にフォーカスをあてた講座を開催することによって、認知症とともに生きる人に対する「合理的配慮」が醸成されます。
- ・認知症だけではなく、さまざまな人が興味をもつ、

- さまざまなテーマの講座やイベントを開催することによって、多様な人々が気軽に立ち寄り、認知症の本人や家族を含む来訪者同士のつながりが自然につくりだされます。
- ・ときには、来訪者の間に認知症に対する偏見や差別が見られることもあります。そのようなときにはスタッフの自然な配慮によって来訪者の気づきが促され、来訪者同士の間でも、「みんなで居心地よく、だれでも自由に」過ごせるようにするための配慮が芽生え、差別や偏見が解消されていきます。
- ・これらによって、認知症の有無に関わらず、障害の有無に関わらず、すべての人々の社会参加が促進され、希望と尊厳をもって暮らせる社会の“未来共創”が可能になります。

4. 連携を推進する機能

社会的支援（特に生活支援）を提供する多様な組織・団体が情報を共有し、「顔の見える」連携・協働を推進することができる機能。

- ・「認知症とともに暮らせる社会の創出」という理念のもとで、地域社会のさまざまな組織・団体と情報を共有したり、イベントを開催したり、地域の多様なネットワーク会議に参加したり、新たなネットワーク会議を立ち上げたりすることによって、社会支援を提供する多様な組織・団体との相互連携が推進されます。
- ・例えば、企業のスタッフが、地域拠点で開催される

- ミニ講座、イベント、研修会に参加したり、認知症の本人や家族と対話したりすることによって、「認知症にやさしい」まちづくりへの取り組みがはじまります。
- ・地域ですでに進められている居場所づくりの取り組み（例：認知症カフェ、サロン、コミュニティー・スペース）との連携によって、地域の多様な居場所づくりの活動と横のつながりができ、地域づくりが活性化されます。
- ・生活支援を提供する既存の活動との連携も進み、地域の生活支援のネットワークを重層化させることができます。

- ・生活支援のための人材育成の取り組みを協働で実施したり、新たな生活支援の活動を生み出すきっかけ

5. 人材を育成する機能

「認知症」と「人権」にフォーカスをあてた研修会を定期的に開催して、認知症についての理解を深め、人権についての意識を高め、「合理的配慮」のある地域環境を育むことができる機能。

- ・「認知症」と「人権」にフォーカスをあてた研修会を定期的に開催することによって、受講者の認知症について理解を深め、認知症とともに生きる人々の人権についての意識を高めることができます。

6. 当事者参画を促進する機能

認知症とともに生きる当事者同士が主体的に出会い、自分の思い・体験・希望を語り、意見を述べ、希望と尊厳をもって暮らせる社会をつくる活動への参画を促進する機能。

- ・「認知症とともに暮らせる社会」は、認知症とともに生きる当事者の参画なくしては創りだすことができません。
- ・第一に、認知症になってから、自信を失い、社会とのつながりを失い、孤立と孤独の中で絶望の縁に立っていた人にとって、体験を共有できる当事者同士の出会いは希望を生み出す大きな力になります。
- ・第二に、希望をもって生きる当事者は、新たな当事

者を創り出したりすることができます。

- ・研修会では、さまざまな領域の専門職、認知症である本人、認知症の人を介護する家族、地域で様々な活動をされている人々に講師をお願いすることによって、多様な観点から、「認知症」と「人権」にフォーカスをあてた話題提供や意見交換が可能になります。
- ・「認知症」について深く理解し、「人権」について高い意識をもつ人々を育成することは、「認知症とともに暮らせる社会」をつくる根幹になります。

者との出会いによって、希望の樫をつなげていくことができます。

- ・第三に、そのような「希望のリレー」の存在に人々が気づくことによって、認知症である人もそうではない人も、これまで抱いていた認知症に対する偏見を克服していくことができます。
- ・第四に、認知症とともに生きる当事者は経験専門家です。「認知症とともに暮らせる社会」をつくるには何が必要なのかを教えてくれるのは、認知症とともに生きる当事者にほかなりません。
- ・それゆえに、希望と尊厳をもって暮らせる社会の実現をめざす地域の拠点には、「当事者参画を促進する機能」が不可欠です。

おわりに

コーディネーションとネットワークは車の両輪であり、「認知症とともに暮らせる社会」を創出するための基本モデルです。

しかし、このような活動を通して改めて実感されることは、一人暮らしの人や社会的に孤立している人をサポートする生活支援や家族支援のネットワークが決定的に不足していること、希望と尊

厳を生み出すことができる当事者参画の視点が不足していることです。そのような課題の解決に向けて、地域拠点では先に述べた6つの機能を発揮しながら、「認知症とともに暮らせる社会」に必要な地域づくりに必要なイノベーションを促進します。II. 実践編とIII. 事例編で、さらに詳しく解説します。

II. 実践編

理論編で解説したネットワーキングとは、社会的支援を相互に提供していくことを可能にする地域社会の構造を創り出すことを意味しています。社会的支援には、医療、介護、生活支援、居住支援、経済支援など、多様な支援が含まれますが、その中でも、生活支援は、「認知症とともに暮らせる社会」をつくるための根幹といっても過言ではありません。実践編では、高島平に設置した地域拠点を核にして実践されてきたネットワーキング、すなわち“生活支援のある地域づくり”を紹介します。



地域の拠点をつくる —居場所としての機能

地域の拠点をつくるには、はじめに地域の拠点の開
設理念を確認し、どのような居場所を作るべきなの
かをスタッフ間で共有する必要があります。次に、拠
点の候補となる地域に暮らす人々の実態や社会資源の調
査を行うなどして、地域の実情を把握しておくことが
重要です。その上で、地域に暮らす人々、現存する地

域の多様な社会資源、組織・団体に、開設に向けての
協力をお願いするなどの事前準備を行う必要がありま
す。ここでは高島平地区での活動を踏まえて、地域の
拠点を開設するまでの事前準備と実際の活動について
紹介します。

1. 開設理念の共有

地域の拠点の開設理念、果たすべき役
割、拠点で行うプログラムの内容、利用
料、開室日、開室時間などを検討します。
開設理念や役割を明確にすると、その後
の運営がしやすくなります。高島平に開
設した地域拠点では、「認知症の有無に
かかわらず、障害の有無にかかわらず、
みんなが居心地よく、だれでも自由に」
過ごせる居場所となることを開設理念
として、「認知症があっても、障害があ
っても希望をもって暮らせるまちを目
指して、みなさんと一緒に、安心や楽し
さが集まる場所に育てて行きたい」とい
うメッセージを記したパンフレットを
作成しました⁰¹。また、地域拠点の名称
は「高島平ココからステーション」とし
ました。「ココから」の「ココ」には「ここ
ろ(心)」と「Co-Co(共に、協力して)」、
「から」には「からだ(体)」と「この場所
“から”一緒に出発する」という意味が
込められています。みんなが集える「ス
テーション」であり、みんなが「くつろ
ぐ」ことができる家であることを示すロ
ゴマークも作成しました⁰²。

01 パンフレット



02 高島平ココからステーションロゴ



03 カフェ・スペース



2. 場所

高島平ココからステーションは、常設で、アクセス
が良く、わかりやすく、身体機能の障害や認知機能の
障害があっても通いやすい場所に開設しました。近隣
には、「コミュニティスペース」と呼ばれる居場所
づくりに関する他の活動拠点や地域包括支援センター、
療養相談室もあり、高島平ココからステーションの開
設理念を伝えて、協力をお願いしています。

立地に関しては、集合住宅の1階で、通りからも見
える場所にあり、誰でも気軽に立ち寄ることができま
す。認知症のために開室日を覚えることができなくて
も、「今日がオープンしているかどうか」は、すぐにの
ぞいて確認することができます。2階以上の場合には、
エレベーターの有無や案内板を出せるかどうかなどを
確認するとよいでしょう。

3. 予算

地域拠点の予算には、主に部屋の賃料や水道光熱費、
電話やインターネット等の通信費などの固定経費と、
人件費や来訪者に提供する飲料代や茶菓子代、講座や
講演などを依頼する場合の謝金等の運営費があります。
区市町村が東京都の認知症地域支援推進事業を活用し

部屋には、6人掛けのテーブルが2つ、ソファ、認
知症関連の書籍を置いた本棚、相談室、事務スペース
などがあり、20名くらいが同時に過ごせるような広
さです。ゆったりとくつろげるカフェ・スペースを確
保することによって、来訪者同士の交流や仲間作りが
自然に促されます。プライバシーを護れる個室も用意
して、個別的な相談にも対応できるようにしています

部屋には、6人掛けのテーブルが2つ、ソファ、認
知症関連の書籍を置いた本棚、相談室、事務スペース
などがあり、20名くらいが同時に過ごせるような広
さです。ゆったりとくつろげるカフェ・スペースを確
保することによって、来訪者同士の交流や仲間作りが
自然に促されます。プライバシーを護れる個室も用意
して、個別的な相談にも対応できるようにしています

4. スタッフ

スタッフの確保は、地域拠点運営の最も大切なポイントです。高島平ココからステーションのスタッフには、専門職も非専門職も含まれています。

専門職の中には、すでに定年されているシニア世代のベテランの保健師、看護師、精神保健福祉士、理学療法士がおり、スタッフの中心的な役割を果たしてくれています。また、現役の精神科医、認知症サポート医、老年内科医、歯科医師、心理専門職、大学院生等もあり、男女問わず 20 代から 60 代の様々なメンバーが参加しています。

スタッフは、定例的に開催されるサポートワーカー研修（P34 参照）を受講しており、認知症についての深い理解をもつとともに、人権についての高い意識をもち、合理的配慮のある居場所をつくりだすことに努めています。具体的には、以下にあげるような姿勢や態度を共有し、個別的な支援が必要な場合に多職種協働会議を開いて情報を共有し、一貫した支援が行えるように心がけています。

- ・開室時間内であれば誰でも、何度でも、何時間でも過ごすことができる。
- ・時間を間違えて開室時間より前にいらした場合でも、可能な限り対応する。
- ・開室日を忘れているような場合には電話や訪問をして声かけを行うようにする。
- ・来訪者をお客様扱いせず、温かく、対等で、自由な立場で接するように心がける。
- ・初回に高島平ココからステーションのことを説明し、時間は自由、コーヒーやお茶も自分で自由にいれ、自由に過ごしていただくようにする。
- ・座席は来訪者同士で相談し、譲り合ってもらうことを伝える。
- ・歓談中にスタッフは関わりすぎず、自由な雰囲気の中で過ごすことができるようにする。
- ・認知症や障害を持つ方への差別や偏見が垣間見られるときには、スタッフが自然な態度で合理的な配慮をする。
- ・必要に応じて、認知症や障害を持つ本人の思いを尋ねたり、考えたりして、助け合いができるようにする。
- ・来訪者の希望を尊重し、高島平ココからステーションでできること（講座企画、個人の作品展示、勉強会の開催など）は実現に向けて検討する。

5. 開室日と開室時間

開室日は、理想をいえば毎日開室できれば良いのですが、現実的には高島平ココからステーションでも、スタッフの確保などの点から週に 3 日～4 日の開室で、曜日を決めています。また、高齢者を介護する家族や仕事のある方なども立ち寄れるように休日も開室できるようにしています。高島平ココからステーションのパンフレットとオープン予定表 05 を玄関口に配置し、自由に持って行けるようにしてあります 06。行政機

関や地域包括支援センターなどにも配置していただき、広く周知できるようにしています。

開室時間は午前 11 時～午後 4 時ですが、開室前後に掃除やお茶の用意などの準備と片付けの時間を 1 時間程度とっています。午前中は比較的静かで、相談での来訪が多く、午後になると地域の皆さんが集まり、談笑し、カードゲームや工作、囲碁などをして、自由に楽しく過ごしている光景がみられます。

05 オープン予定表

1月 高島平ココからステーション オープン予定表							お知らせ
日	月	火	水	木	金	土	
		1	2	3	4	5	7日、21日、28日の月曜日は ドクターマンデー
6	7	8	9	10	11	12	認知症やもの忘れの心配・不安— 「自分や家族だけでは分からない」 そんな時ありませんか？ ドクターマンデーは医師とお話できる チャンスです。
13	14	15	16	17	18	19	※ご相談が困難する場合や、医師に 予約がある場合は、ご希望にそえない こともあります。
20	21	22	23	24	25	26	21日午後2:30～は内科の日 医師も医師(他属クリニック)が在室です。 ※クリニック緊急時は緊急対応いたします。
27	28	29	30	31			ココからミニ講座 1月18日(水)午後2時～3時 「暖かい住まいで健康に暮らそう」 小川まどか (東京都健康長寿医療センター研究所)

6. カフェ・スペースの利用

高島平ココからステーションでは、誰でもが居心地良く感じ、認知症をもつ本人も安心して足を運べる居場所となるように、ゆとりのあるカフェ・スペースを設けています 07 08。

カフェ・スペースでのお茶代等は無料です。「誰もが気持ちよく過ごせるように、他の人を尊重しましょう」というメッセージを、いつでも見える場所に掲示しています。初めていらした方にはパンフレットと一緒に高島平ココからステーションのことを説明します。また、来訪者数の把握のために年代と性別、居住の丁名などの簡単な記録簿の記入をお願いしています。気軽な場所として過ごせるように、名前や連絡先の登録は行っていません。認知症やその他の事情で個別の相談や支援が必要な場合には、本人や家族の同意を得て名前や住所、連絡先を把握します。個別の相談は、予約なしで当日受け付けていますが、混雑している場合

には 1 時間程度待ついただくことがあります。

カフェ・スペースへの平均的な一日の来訪者数は、開所当初は約 11 名、2 年目は約 23 名、3 年目は約 29 名と年々増加しています。誰もが足を運びやすいテーマの講座や、囲碁、吹き矢、絵本の読み聞かせなどの住民提案型のイベント企画によって住民への周知度が上がったこと、また口コミや地域包括支援センターや地域の介護サービス事業所からの紹介、家族と一緒にいらっしゃる方が増えたことなどが来訪者増の要因となっています。ドクターマンデーの日には、相談の来訪者が増え、支援へと結びつく方も増えてきています。

認知症の人が「ゆっくり」と「くつろげる」場所、いつでも訪ねてこられる居場所であることが大切です。イベントは月に 1 ～ 2 回としておくこと、相談はできるだけ静かな場所を確保しておくことよいでしょう。

07



08





さまざまな相談に応需する —相談に応需できる機能

地域の拠点において、さまざまな相談に応需できる機能をもつことは、生活支援のネットワークをつくりだす上で極めて重要です。「地域の拠点をつくる」(P16 参照)で述べたように、高島平ココからステーションのスタッフには、第一線で活躍されてきた保健師、看護師、精神保健福祉士、理学療法士などのシニアの専門職や、現役の医師、看護師、心理専門職などが含まれています。また、地域包括支援センターや在宅医

療センター、区役所の保健福祉担当課、地域の医師会や医療機関等と密接な連携体制が確立されており、認知症初期集中支援チームのチーム員である認知症サポート医も運営に協力していただいています。そのようなことから、認知症の本人を含め、地域で暮らす多様な人々の多様な相談に応需することができます。ここでは、毎週1回月曜日の医師の相談「ドクターマンデー」について紹介します。

1. ドクターマンデー事始め

高島平ココからステーションを常設の地域の拠点として開設するにあたり、毎週月曜日には医師がいることをオープン予定表に記載しました。ただし、医師は白衣を着ておらず、自ら医師だと強くアピールはしていません。医療に関する相談があるのですが、と言われたときに「私が医師です」と出てきて、個室で相談

にのります **01**。はじめに、検査や処方ができないことを伝えます。名前や年齢(年代でもよい)は聞きますが、言いたくない人は言わなくてもよいことにしています。相談に応じるにあたり、特定の病院やクリニックの名前を出さないように注意しました。

2. 医療相談を始めて分かったこと

相談内容は多岐にわたりますが、大きく分けて3つありました。1つ目は**医学的な知識を求める相談**です。これは「〇〇と診断されて検査結果をもらったがどこを見ればよいのか」といった相談です。われわれは当初このような相談が大多数であろうと思っていましたが実際は異なりました。2つ目は**医療周辺相談**です。病院のかかり方や、医療者との関係に関する悩み事です。3つ目は、例えば「部屋を貸しているが家賃を払

ってくれない」などの、**医療とは全く関係のない相談**です。このような相談は想定外でしたが、医師には守秘義務がありますから安全だと思われるのかもしれませんが、いろいろな患者さんの話を聞いているからきっと世の中のこともよく知っているだろうと思われるのかもしれません。高い評価を頂き恐縮するとともに、信頼できる相談先がない人が医療に期待することもあるのだと感じました。

3. 医療周辺相談とは

この相談が一番神経を使うものでした。記録を振り返り、いくつかの類型に分けてみました。

1つ目は**受療の作法(リテラシー)**についてです。例えば「長年大病院に通院しているが、足も悪くなって

て、〇〇部長や、〇〇教授にも診てもらったのに、最近1年ごとに医師が変わり、すぐに地域に逆紹介と言われるのはどうしてか？」というパターンもあります。大病院は急性期医療に特化しつつあり、安定した慢性疾患であれば、逆紹介は一般的であることを伝えます。とはいえ「自分は長年通院してきたのだから、今後も通院することができるはずだ」とムツとされ、考えを変えない方もいます。

2つ目は**不安に関わるもの**です。「夜中にドキドキすると心臓が止まるのではないかと心配だ」といったものです。多くの場合は、すでにいくつかの医療機関を受診しており、長時間型心電図などでも精査されている場合が多く、医療機関を受診すると「不定愁訴」と見なされるケースも散見されます。

3つ目は**猜疑心に関わるもの**です。「検査して何ともないと言われたが、だまされているのではないか」といったものです。あるいは「腰痛(あるいは尿漏れ)がよくなる。テレビでは治ると言っていた。おかしい」という相談もあります。不安や猜疑心は、まずは本人の主観的な感覚は否定せずに傾聴すると「医者が話を聞いてくれて安心した」と満足してもらえることが多い印象です。

4つ目は**困難事例**です。例えば、身体のことでの相談

にきた方が「自分はどうしても倒れるわけにはいかない」とおっしゃり、詳しく聞くと「実は50代の息子が何十年も部屋から出ないで生活している」という場合です。多くの場合はすでに相談機関や親の会などにも相談済みであり、「私が世話をしすぎるからいけないって言われるのです、分かってはいるのですが…」とアセスメントまでもが済んでいます。このような場合は傾聴して、いつでも来てくださいと伝えます。

5つ目は**支援者の支援**です。近所の認知症の人の世話をしているうちに疲れ果ててしまった方の相談などが当てはまります。あるいは「認知症を治そうと思っている」といっていろいろと訓練をさせているがよくなるという場合もあります。愛情は否定せずに、しかし「治る」ものではないことをしっかりと伝え、支援の仕方を少し変えてもらいます。

6つ目は**認知症に関する相談**です。これは医学的な知識を求める相談に入るのではと思われるかもしれませんが、少し異なります。「アルツハイマー型認知症はアミロイドがたまることなのか」とか「レビー小体型認知症の覚醒レベルの変動とはどういうことか」といった相談はありませんでした。むしろ「受診して認知症と診断されたら、勝手に人が家に入ってきて介護されるのか」といったものがありました。

01 相談室



4. 相談に応需することのもたらす効果

他人に助けを求めることを「援助希求」と言います。例えば「不安」や「猜疑心」が背景に関わる相談では、「腰が痛くて困っていらっしゃるということですが、多くの方がそうですよ。困りごとを皆さんに打ち明けて語り合ってみてはいかがですか?」と回答することが多いです。ところが、相談者のなかには「いいえ、私は他の人に弱みを見せたくありません」とそそくさと帰ってしまい、他人に助けを求めることができない人がいます。

そこで、相談に応需することの意味について、現時点での考え方を図に表しました 01。縦軸は「援助希求」の力、横軸は事態の深刻さを示しています。

縦軸の上方に位置する「援助希求」が上手な人は、自分で困りごとの解消の道筋を見つける可能性が高いです。援助希求が上手な人に深刻でないちょっとした困りごとが生じた場合〈Ⅱ〉は、自分で解決しようとしたり（自助）、仲間に相談することで解決する（互助）でしょう。また、援助希求が上手な人に深刻な事態が生じた場合〈Ⅰ〉、介護保険を使ったり（共助）、公的機関に相談する（公助）でしょう。

一方、縦軸の下方に位置する「援助希求」が苦手な人の場合、困りごとへの対応は注意深さが必要かもしれません。援助希求が苦手な人に深刻でないちょっと

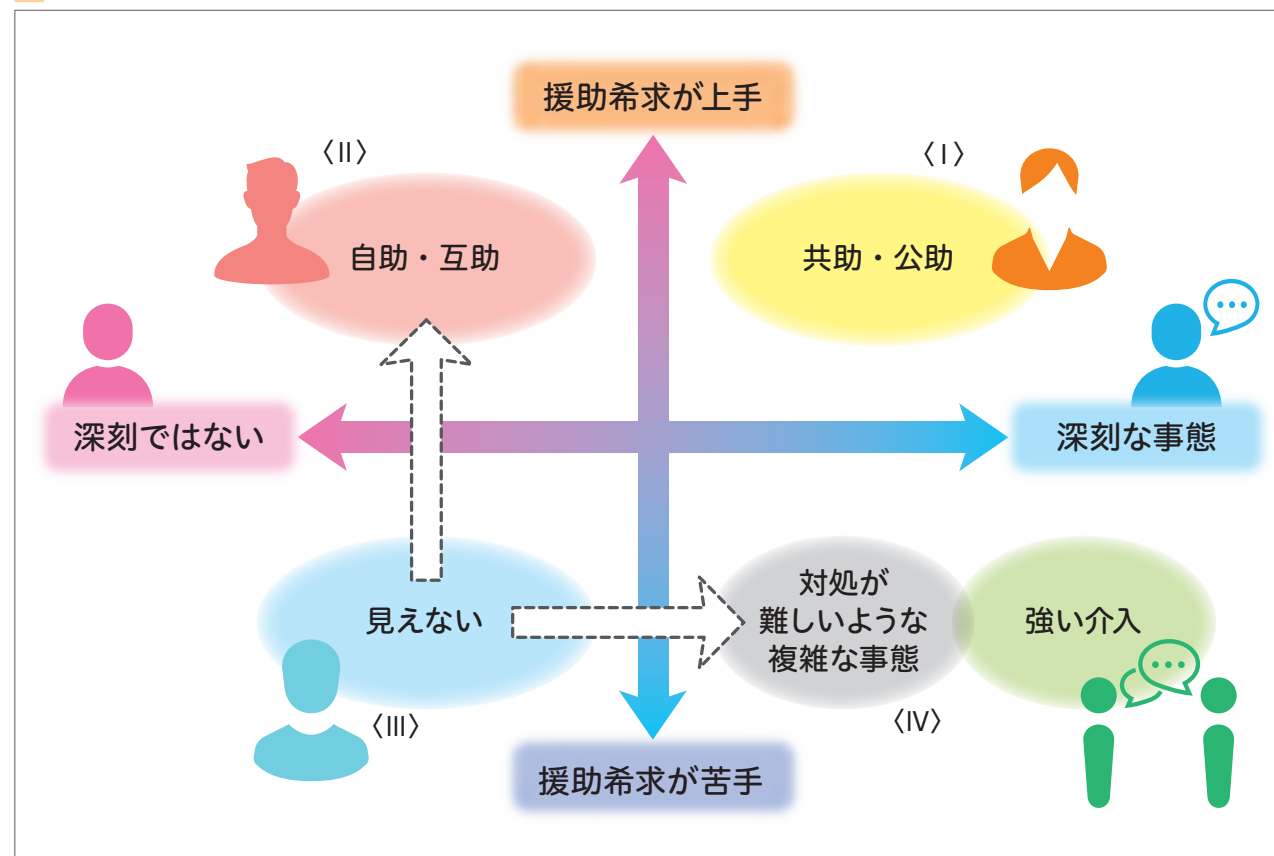
した困りごとが生じた場合〈Ⅲ〉、困りごとが外側からは見えにくく周囲の人は気付きにくいものです。しかし、例えば地域の拠点で援助希求が苦手な方も混じって日常の何気ない会話がなされることで、困りごとの端っこがふと出てくることがあるかもしれません。日常の交流が続くことで、ちょっと背中を押してくれる地域の人、身近に感じられるような知人ができ、「それくらいなら相談に乗れるよ」とか「それならあの人なら手伝ってくれるかも」という援助をし合える関係が生まれる可能性があります。一方、援助希求が苦手な人にそれなりに深刻な事態が生じた場合〈Ⅳ〉は複雑です。しばしば聞く話は、本人が援助を受けることを拒否しているが、周囲の人から見ると放っておくと大変なことになる予想ができる、という状況です。このような状況に至る過程では、おそらく見えない事態がおきています〈Ⅲ⇒Ⅳ〉。そこで、事態の深刻さが増す手前の段階で地域の拠点で相談に応需することができれば、対処が難しいような複雑な事態になることは防げるのではないかと思います。相談をきっかけとして、地域の拠点で仲間を作り、他人から助けられることを受け入れることで、援助希求の力をつけていくかもしれません。

5. 地域の困りごとは様々だが、きっかけとしての医療はありかもしれない

いうまでもなく地域の高齢者の方の困りごとは様々であり、医療がすべてを解決することなど不可能です。しかし、多くの場合高齢者の困りごとには医療問題も関わります。人に助けをもとめることが苦手でも、医療にまつわる相談として顕在化することができればよいのではないかと。そこから支援がはじまるのではないかと。と思います。ただし、そのためには地域の様々な支援が協働する構造ができていなければなりません。

はじめに「医療と関係ない相談」があると述べました。相談者も、医者に相談してもあまり解決の足しにはならないことは分かっているはず。それでも相談しにいらしゃったということは、地域で信頼できる相談先がないのだということを示しています。私たちの社会が、認知症になっても、障害があっても安心して暮らせる社会になるためには、まだまだ改良の余地はありそうです。

01 相談の応需がもたらす効果





共に学び、共に活動し、 共に楽しむ —差別や偏見を解消し、社会参加を促進する機能—

認知症とともに暮らせる社会をつくるには、認知症に対する差別や偏見のない、すべての人々が社会に参加し、相互に助け合うことができる社会環境を創り出す必要があります。認知症や障害の有無にかかわらず、人々が共に学び、共に活動し、共に楽しむことは、そ

のような社会環境を創り出す上でとても重要な意味もっています。ここでは、高島平ココからステーションでの具体的な取り組み例を紹介しながら、共に学び、共に活動し、共に楽しむ場をつくることの意義を考えたいと思います。

1. 共に学び、共に活動し、共に楽しむ住民向け講座

高島平ココからステーションでは、2017年5月にプレオープンイベント「ココから週間」として、住民向けに5日間の講座を開催しました。このイベントは、地域の方々に高島平ココからステーションの存在や役割を知ってもらい最初の機会となりました。5日間で延べ465名の方々が参加されました。講座の内容は、精神科医による「認知症とともに暮らす」、歯科医師による「いつまでも美味しく食べて健口生活」、終末期ケア研究者による「人生最期に向けてどう生きるかを考えてみよう」、僧侶・宗教学者による「幸せな年のとり方」など多岐にわたりました。講座終了後のアンケートでは、「楽しかった(55.0%)」、「ためになった(52.4%)」、「また来てみたい(31.1%)」などの感想がありました。「医師の話が聞けて非常に良かった」「認知症

の説明がわかりやすかった」「幸せをどう感じ生をまとうするかを思い知らされ、これからの支えにして行きたい」「これからもこのようなイベントを続けてほしい」などのコメントも寄せられました。

その後も高島平ココからステーションでは、月に1回、1時間程度の住民向け講座「ココからミニ講座」を開催しています。01 02。専門家による健康に関する講座のほか、合奏団によるコンサート、落語会、医師による「かかりつけ医との上手な付き合い方」03、歯科医師による「お口の中の基本のき」04など、多様なテーマを地域の専門家から学べる講座になるように工夫しました。

実際に様々な講座を開催してみてわかったことは、落語や音楽、美術などの芸能・芸術をテーマにした

01 住民向け講座（介護予防体操）の様子



02 住民向け講座（ミニコンサート）の様子



03 「かかりつけ医との上手な付き合い方」住民向け講座のチラシ

参加無料 10月ココからミニ講座 定員55名

かかりつけ医って何をしてくれるの？

皆さんにはかかりつけのお医者さんってありますか？
住み慣れた地域で暮らしていくためには、身近に頼りにできるかかりつけ医がいると安心ですが、
どんなことをお願いできるのか、役割ってご存じですか？

2018年10月17日(水)午後2時～3時

高島平ココからステーション
〒175-0082 東京都板橋区高島平 2丁目-32-2号棟 105号室
【オープン時のみ】
☎03-6909-7645
☎03-6909-7644

※高島平駅から徒歩7分
※高島平駅西口の最寄りバス
※高島平駅西口の最寄りバス
※高島平駅西口の最寄りバス

講座に興味・関心を持つ住民が非常に多いということです。一見、これらのテーマは認知症とは関係が薄いように思えるかもしれませんが、考えてみれば、芸能や芸術には、一緒に笑ったり、一緒に歌ったり、一緒に作品を鑑賞したりして、認知症や障害の有無に関係なく体験や感動を共有できるという要素があります。また、最初は認知症にはあまり興味がなかったけ

2. 主体的に学び、活動し、楽しめる場

高島平ココからステーションでは、お茶やコーヒーを飲みながら、来訪者同士でおしゃべりをしたり、ひとりで読書をしたり音楽を聴いたりして自由に過ごすことができます。また、同じ興味をもった人同士が思い思いに集まって、カードゲーム、すごろく05、かるた06、囲碁、将棋、麻雀、折り紙、吹き矢、英会話の勉強などをして過ごしています。こちらの方では、6名ほどが大きな模造紙にオリジナルのすごろくを作っていたり、向こうの方では、折り紙の得意な人が先生役をして色彩豊かな繊細なデザインの箱の作り方を2～3名の人に教えながら一緒に作ったりしています。

04 「お口の中の基本のき」住民向け講座のチラシ

参加無料 9月ココからミニ講座 定員55名

実は知らなかった!? お口の中の基本のき

大人のお口の悩みは、子供の虫歯とは別もの！
元気でおいしく楽しく食べるために
お口の健康を保つ、基本の「き」を知りましょう

歯医者さんに質問しにくい
あんなこと、こんなこと
この際だから聞いてみようかな!?

日時 2018年9月12日(水) 14:00～15:00
講師 東京都健康長寿医療センター研究所 歯科医師/研究員

高島平ココからステーション
〒175-0082 東京都板橋区高島平 2丁目-32-2号棟 105号室
【オープン時のみ】
☎03-6909-7645
☎03-6909-7644

※高島平駅から徒歩7分
※高島平駅西口の最寄りバス
※高島平駅西口の最寄りバス
※高島平駅西口の最寄りバス

れども、落語会や音楽の講座に参加したことがきっかけで、高島平ココからステーションの存在を知り、通うようになったという住民も少なくありません。講座を企画する立場の私たちは、つい認知症について学べる内容を押しつけがちですが、むしろ、芸能や芸術を活用した体験型の講座の方が、住民同士の理解や共感が生まれやすいのかもしれません。

05 すごろく作りの様子



このような趣味や遊びの場は、スタッフの提案ではなく、あくまでも来訪者自らが発案したり、自然発生的であるという点が重要です。遊び方についてもスタッフが指示をするようなことはなく、来訪者同士で配慮し合いながら、暗黙のルールで楽しんでいっしょやる

ようです。来訪者の意思を尊重して好きなことをして、過ごし方を自分で決めてもらうことによって、住民が主体的に学び楽しめる場ができていくのではないかと思います。そして、それがやがて、住民にとって居心地の良い場所になっていくのではないのでしょうか。

06 手作りかるたを楽しむ様子



3. 認知症とともに生きることを学ぶ場

高島平ココからステーションの来訪者の中には認知症の方や精神疾患を抱えた方もいらっしゃいますが、誰も排除されることなく過ごしていっしょにいます。しかし、高島平ココからステーションが開設した当初は、認知症の方がおしゃべりの輪の中に入ってきたり、間違えて人のお菓子を取ったりすると怪訝な顔をする方もいらっしゃいました。このような時には、スタッフが配慮のある行動をすることが大切です。そのようなスタッフの振る舞いによって人々の気付きが促され、合理的配慮のある空間が生み出されます。

また、高島平ココからステーションには「Dementia Friendly Library」を目指した書棚を置いています。認知症の症状や認知症の方へのかかり方をわかりやすく書いてある書籍や認知症の方ご本人が書いたエッセーや体験談に関する書籍を中心にそろえ、だれでも自由に閲覧できるようにしています⁰⁷。当初はこのような書籍に関心を示す方はほとんどいませんでしたが、最近は手に取って読む人が増えてきました。実際に認知症のご本人がある一冊を手にとって、「この本を読んで確かに私の認知症という診断はそうなんだなあと思ったし、ホッとできることも見つかった」と話されたこともあります。

このような体験を通して、徐々に認知症のことや認知症とともに生きるということを学んだ人々が増えていくことによって、地域の拠点が認知症の人やその家族にとって居心地の良い場所になっていくのだと思います。このような変化は、一朝一夕に起こるものではありません。認知症の本人との交流を通して、認知症とともに生きることを理解していくのだと思います。

07 Dementia Friendly Library



Column



ある日の高島平ココからステーション

本日晴天…高島平ココからステーションの窓越しに見える真っ青な雲ひとつない空を見上げていると、常連さんたちがひとりまたひとりやってきました。「こんにちは」と、互いに挨拶をかわすやいなや、「今日は富士山が見えましたよ。富士山が見えると元気になる。なぜかご褒美をいただきたい。この季節は空が澄んでいるからはっきり見えるんですね…この高島平は、桜の“花みち”も見事ですよ」と、思い思いにスタッフに声をかけてくれるひとときから一日が始まりました。

「最近ふらっとするときがある、お薬の飲み合わせはこれでいいのかしら？地域のお医者さんはどうやって見つけている？」と常連さん同士の情報交換のおしゃべりが聞こえてくる中、「ここは何の会ですか？」と近隣をウォーキングしている途中だという板橋さんが立ち寄られました。「今日はウォーキング日和ですね」と声がけすると、今は元気になったが、実は、数か月前に大病したとのことでした。それまでは趣味や孫の散歩を日課としていたが、体力に自信がなくなり中々出かけなくなり、「引きこもってはいかん!!」と思い立ち外に出たものの、近所に友達などいない。まずはウォーキングをはじめてみるが、疲れて公園のベンチで一休み、以前のようにスタスタ歩けない…。図書館に入ってもだれとも話さず館内を歩きまわるだけ…。帰り道、外から見てみんなが楽しそうに見えて何の集まりだろうかと立ち寄ったということでした。板橋さんは、病後で不安はあるが体はもう心配ないと言われているし、できるだけ前向きに過ごしたいと思い、「どんなことから始めたらいいだろうか？」と、ドクターに病気の経過と今の不安をお話になりました。すると、ドクターから「ココからステーションを利用しよう」「囲碁や今までの趣味をぼちぼち再開しよう」「現在の生活習慣はとても良いのでぜひ継続しましょう」と、励みになることばをもらったようです。「引きこもりや落ち込みを心配していた娘たちに伝えよう」「孫の成長を楽しみに元気でいなくちゃね～また来るよ」と、足取り気持ち軽やかに帰られました。

昼下がりには、70代の女性中野さんがやってきました。引越してきたときは、ひとり暮らしで不安だったけれど、地域で子供たちの保育見守りのボランティアを始めたところ、子供の声を聞いているだけで元気をもらえてうれしいと言います。そしてココからステーションにくと、「いつもいろいろ話を聞してくれる先輩のお仲間に、子どもたちから注がれたパワーをおすそわけできるわ。今日はおしゃべりやゲームをしていこうかな」と笑顔で話していました。

おしゃべりの輪がコーナーごとにぎわうころ、もの忘れが心配になったと訴える永田さんがやってきました。人とおしゃべりすることは苦手だということで、「ちょっとだけ相談したくてきました。今でなくてもいいんですが…」「こんなに

忘れてしまうのは、なんで？どうして？」と気になりながら病院で検査を受けたといひます。「さてこれから毎日なにを目指したらいいか？今より歩こうか？忘れないように何でもメモをとる？食事に注意？」いろいろ頭を駆け巡り考えたそうです。まずは自分にとってホンモノのかかりつけ医を探したいという、本日の真剣な相談でした。永田さんは、ここからステーションにいっしょにたびに、悩み考え、伝えることを決めた内容を書いたメモをもとに話してくれます。話し終わると、お茶を飲みほすやいなやお帰りになります。また新たな自分の意思を確かめメモをして、きっと来週もホンモノの自身の課題をもって立ち寄ってくれることでしょう。出入りも多いなか室内が混みあっているときに初めての人がいらっしゃると、「初めての方が来ましたよ」と常連さんから声がかかります。まずはスタッフがここからステーションの紹介をします。終わるころ、常連の大田さんが「ここでは飲み物はセルフサービスです」「ここではね、こんなことあんなことができますよ」と、だれもが気持ちよく過ごせるように、他の人を尊重する心得をエピソードを交えて話してくれます。なるほどと聞いていた新人さんは、あっという間にみんなの輪に入っていけます。自身が初体験した時の心地よさが、まるでリレーしているように新たな仲間へ伝わっていくのでしょう。

ココからステーション3年の歩む道々には、目の前に起こること、心に響くことなど、人と人の様々な彩りを引き寄せてきました。

そこには、暮らしを楽しみ、味わい、年月を重ねながら、出会いあり別れがあり、集う仲間はすこしずつ変化していききました。それぞれの人が、その時々楽しみや生き様をさりげなくこの場に置いていけます。ココからステーションで育まれたものは、「ココのこころよ」と話してくれた常連さんがいました。仲間の力を持ち寄って、みんなでできるものを作りたいとすぐろくやカルタづくりを提案したり、「私、買い物行ったかしら？お金がない！さっきのことを思い出せなくて不安なの!!」と混乱する杉谷さんの訴えに寄り添い、常連さんが「私の家に帰りにお寄りなさい」と声をかけていることも度々あります。そういう時を重ね、別れがある、変化がある、不安がある、悩みもあるということに互いに気遣い、励まし合いながら、“年の幸”を蓄えていくようです。ココからステーションの現場では幾度となく気づかされる日常です。

ココからステーションで交わった仲間、スタッフ、地域の専門職、応援サポート役の地域の人たちが、それぞれの居心地の中にある彩りを、さらに“自分が今できること”として試み、支援へとつなげていきます。その出発点が、「ココのこころ」であり、和やかに、健やかに、ゆきかう高島平の“花みち”へと向かっていくのでしょう。



連携・協働を推進する ——連携を推進する機能

「認知症とともに暮らせる社会」とはどのような地域社会なのでしょう。想像するに、その地域に暮らす人々が、認知症の人の人権を尊重することの大切さを認識し、合理的配慮のある社会環境を創り出そうとしている地域社会なのではないかと思います。

そのためには、人々が「認知症とともに暮らせる社会」を創るという目標を共有し、目標に向かって協働してアクションを起こす必要があります。ここでいう

連携とは、単なる専門職同士の連携だけではなく、認知症の当事者を含め、そのような目標をもって協働することができる人々、組織、団体という裾野の広い連携をイメージしています。そこでは、高齢者だけではなく、たとえば育児、教育、貧困、防犯、防災、金融、経済、法律、都市計画といったさまざまな分野との連携も含まれます。

1. 情報発信

地域の拠点を開設してまず行うことは、自分たちがどのような目的で事業を行い、どのような資源を地域に提供できるのかを積極的に発信し、地域の皆さんに知ってもらうことです。高島平ココからステーションでは、以下のような取り組みを行いました。

・公的機関および関連組織・団体への情報発信

認知症支援連絡会（区内の認知症支援に関わる諸団

体の代表で構成される連絡会）、地域包括支援センター連絡会、地区医師会認知症委員会、民生委員・児童福祉委員連絡会、連合町内会、コミュニティスペース連絡会等の会合に出席したり、地域の中核的医療機関を訪問したりしながら、事業概要を説明し、協力を求めるとともに、必要に応じて事業の進捗状況を報告しています。

01 板橋に、こんなにあった！コミュニティスペース



・地域情報に関するパンフレットに拠点の情報を掲載

①高島平べんり帳

高島平新聞社が毎年1回発行する地域資源をまとめた小冊子「高島平べんり帳」に掲載を依頼しました。この高島平べんり帳は、公的機関や医療機関だけでなく、商店やサロンまで広く網羅しており、住民にもよく活用されています。

②板橋に、こんなにあった！コミュニティスペース

いたばしコミュニティスペース連絡会に加盟し、会が発行する冊子に拠点を掲載してもらいました。この冊子は区内のコミュニティスペースの場所、活動内容や利用方法等がまとめられています 01。

③ようこそ！いたばし認知症カフェ

板橋区おとしより保健福祉センター認知症施策推進係が発行するリーフレットで、区内全域の認知症カフェの開催日時と連絡先が地図上に示されています。毎年更新され、区内の福祉・介護施設や地域包括支援センターなどで配布されています。

④認知症ケアパス

板橋区の認知症施策において作成されるケアパス（全区版、地域版）の認知症カフェの一つとして掲載されています。

⑤高島平シニアガイド

生活支援コーディネーター高島平二層協議体が発行したパンフレットで、高島平地域にある高齢者向けサービスの情報が掲載されています。構成員が足を運んで小さなサロンまで取材し網羅した力作です。高島平と近隣地区に全戸配布されました。

・Facebookを使ったWebサイトの運営

インターネットで検索して情報を得ることが普通になっている若い世代、利用者の子ども世代や支援者を視野に入れ、Facebookの「ページ」機能を使って、高島平ココからステーションのサイトを作成しました 02。ここには、住所、連絡先、事業の紹介とともに、毎月の予定表とイベントの情報を定期的に掲載しています。

・マスメディアへの取材協力

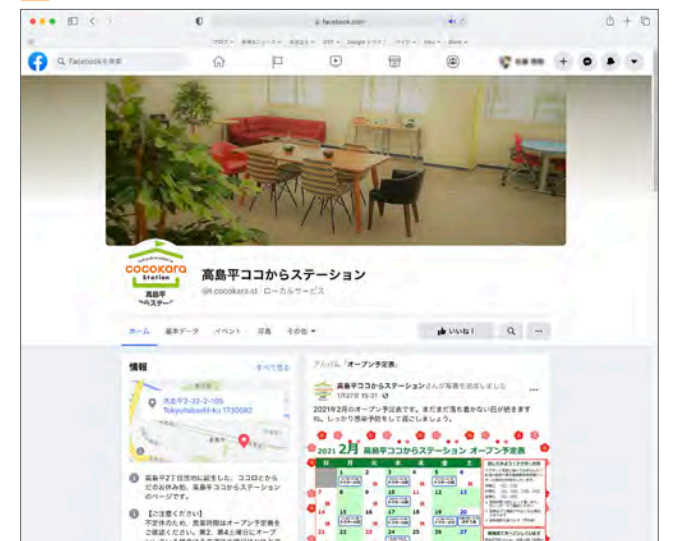
①高島平新聞は、高島平団地が完成した1972年から発行されている地域密着型の新聞で、高島平とその周辺地域22,500部を発行しており、住民の情報源となっているメディアです。高島平ココからステーションの取り組み、イベントの告知や利用者のエピソードについての記事が掲載されました。

②その他、NHKのWebサイト、文化放送、読売新聞などへの取材協力を行いました。

・新型コロナウイルス感染症流行下での情報発信

2020年2月ごろより本格的となった新型コロナウイルス感染症の流行で、4月7日に緊急事態宣言が発出され、高島平ココからステーションは一時的に休業を余儀なくされました。その間、地域の方々やココからステーション利用者へ、感染症予防の情報提供と社会的孤立の予防のために、①ココから通信を創刊し、②健康や感染症予防に関するチラシやパンフレットを作成しました。それらのコンテンツは、高島平ココからステーション入口やFacebookと新たに制作した研究所サイトを通じて公開・配布しました（P50～P54参照）。

02 高島平ココからステーションのFacebookのページ



2. 地域のネットワーク会議や勉強会への参加による関係づくりの推進

地域で活動する方々が集まるさまざまな会議や勉強会に積極的に出席し、地域の生の声を聴き、「認知症とともに暮らせる社会」の視点をもって発言するようにしています。会に継続して参加することで、地域の方々に顔や人となり、得意分野なども知ってもらえます。顔の見える関係が築かれることで声をかけやすくなり、今後の協働につながる可能性が高まります。

・高島平団地包括ケア推進懇談会

高島平地域包括支援センター（高島平おとしより相談センター）が主催する、住民参加のもとで地域包括ケアシステムの実現に向けた検討を行う懇談会です。3か月に1回の頻度で開催されています。

・板橋区認知症カフェ交流会

板橋区おとしより保健福祉センター認知症施策推進係が主催するもので、認知症カフェの運営関係者が参加し、交流会や講演会を通して、認知症カフェの本質を学ぶ場です。事例発表などを通して認知症カフェの運営で直面しやすい課題を共有し、解決策をともに考えていく場として年に数回開催されています。

・高島平助け合い・支え合いの地域づくり会議 （生活支援コーディネーター第二層協議体）

板橋区と板橋区社会福祉協議会が主催する会議体で、住民や地域の様々な組織が参画し、地域の支え合い体制を推進しています。前進の勉強会から出席し、今は協力員の立場で参加しています。「高島平シニアガイド」はこの会議から生まれた成果です 05。

・高島平たすけあい事業所ネットワーク会議

高島平地区で日常生活支援の活動を行う町会、NPO、ボランティア団体、株式会社、居宅介護支援事業所などが集まり、高島平の現状と課題、他地域の取り組みなどについて情報交換を行っています。高島平ココからステーションは、認知症に関するケースについて専門的見地からの助言や会場の提供を行っています。

・その他の会議

①要支援高齢者の尊厳の実現に向けたネットワーク会議

NPO 法人みんなのたすけあいセンターが開催するシンポジウムで高島平ココからステーションの代表者が講演を行う機会がありました。この講演が契機となり、認知症とともに生きる人の人権という観点から意見交換を行う「要支援高齢者の尊厳の実現に向けたネットワーク会議」が始まり、現在も継続しています。

②UR 高島平団地の将来を描く意見交換会

高島平団地イノベーション会議（UR 都市機構と板橋区、有識者からなる協議体）が主催する高島平団地の将来像を描くためのワークショップに参加し、「認知症とともに暮らせるまちづくり」の視点から意見を述べました。また、この会の出席が契機となり、アーバンデザインセンター高島平（UDCTak）のプロジェクト「ジョグ&パトロール」に協力しました。

05 高島平助け合い・支え合いの地域づくり会議の様子



3. 地域づくりの協働

情報発信を行い、関係づくりを進めていくうちに、地域に様々なテーマのプロジェクトが走っていることが見えてきました。その中で、地域の拠点の位置づけや役割が可視化され、自分たちの得意とする分野のノウハウや資源を提供しながら、協働して地域づくりに参加できるようになりました。また、認知症に関する最新の情報や人権ベースのアプローチなど、こちらからも学びの機会を提供し、「認知症とともに暮らせる社会」について理念の共有を図ることができました。高島平ココからステーションでは、地域で開催される認知症に関するさまざまなイベントに協力し、視察・見学を受け入れ、研修会を協働で開催するなど地域づくりの協働を促進させています。

・場の提供

アーバンデザインセンター高島平が主催する防犯プロジェクト「ジョグ&ウォークパトロール高島平」に協力し、防犯活動の際に身につけるビブスやバンドナの配布とアンケートの実施・回収を行いました。

・人員の提供

①認知症サポーター養成講座への協力

地域包括支援センターが近隣の中学校で行った認知症サポーター養成講座にスタッフとして参加しました。

②認知症啓発イベントへの参加

NPO 認知症フレンドシップクラブが主宰する「RUN 伴 in いたばし」の運営委員会の委員となり、広報活動や施設の提供、当日のイベント運営を行いました。

・専門性の提供

①講師の派遣

近隣の認知症カフェで開催される講話で、高島平ココからステーションのスタッフが認知症や介護、健康に関するテーマの講演を行いました。

②イベントへの出展

高島平健康福祉センターが主宰するイベント「おたっしや広場」で「認知症チェックコーナー」を出展し、認知症啓発パンフレットの配布や認知症相談コーナーを開きました。

・学びの機会の提供

①視察や実習、研究活動への協力

研究機関や行政関係者の視察を受け入れるとともに、看護師など医療・福祉系専門職を養成する専門学校など教育機関の実習への協力を行っています。

②認知症フレンドリー社会についての研修の機会の提供

「認知症」と「人権」にフォーカスをあてた研修会を開催し、地域でつながった方々や組織に参加を呼び掛けています。認知症支援に関する情報を提供し、地域の関係者と理念を共有するよい機会となっています。

・ミニ講座講師の依頼

ココからミニ講座の講師として、地域に拠点を置く機関、団体に講師をお願いしました。講座を通して、参加者は地域で起きていること、地域にある支援機関のことを知り、また講師は住民の声を聴く機会となっています。

- ・高島平警察署（テーマ：特殊詐欺から身を守る！）
- ・女性健康支援センター（テーマ：尿漏れ、気になっていませんか？予防できます！）
- ・NPO 法人後見支援東京文京後見センター・板橋後見センター（テーマ：おひとりさまの老後のこと、一緒に考えてみよう）

4. 認知症の当事者との協働

認知症のことをよく知っているのは認知症とともに生きる本人です。「認知症とともに暮らせる社会」に向けた地域づくりを、認知症の本人抜きで進めることはできません。地域に暮らす認知症の当事者と協働して地域づくりを進めることを可能にするための基盤を整備する必要があります。高島平ココからステーションでは、若年性認知症当事者の会と協働して、高島平地区及び近隣に住む認知症の本人が集う会を立ち上げました。

・認知症の当事者への講演依頼

若年性認知症の会ポンテは、板橋区内の若年性認知症の当事者と家族が集う会です。参加する認知症の本人は区内外を問わず、認知症や街づくりのイベントに積極的に参加しているのが特徴です。高島平ココからステーションでは、サポートワーカー研修（P34 参照）でポンテのメンバーに講演を依頼し、体験を話してもらいました。また、高島平地域で開催される本人の会のイベントに、認知症の先輩としてファシリテーターをお願いしています。

・本人ミーティングの開催

本人ミーティングとは、認知症の本人が主体的に出会い、思いを語り、意見を述べ、地域づくりや政策の立案に参加することを目的とする会です。高島平ココからステーションでは、高島平地区および近隣に住む、認知症と診断された、またはもの忘れなどが心配な方を対象に本人ミーティングとして「ココから話そう会」を開催しています。会は認知症の当事者との協働で行われていて、ファシリテーターは認知症の本人が担っています 07。また、毎回のチラシは、本人がインターネットからキーとなるイラストを選び、担当のスタッフとともに、毎回趣向を凝らしたチラシを制作しています 08。



07 話そう会の様子



08 歴代のチラシ





生活支援の担い手をつくる —人材を育成する機能

「人権」に高い意識をもつ生活支援の担い手を育成

地域社会の中で、その人がその人らしく、その人の人生を主体的に生きていくために必要とされる社会支援（尊厳ある自立生活を営むための支援）を、広い意味で「生活支援」または「日常生活支援」と呼びます。尊厳ある自立生活を営むことは、人が生まれながらにして持つ「権利」にほかなりません。しかし、認知症や障害があり、家族からの支援が得られにくく、社会の中で孤立した状況にあれば、必要な情報やサービスにアクセスできず、尊厳ある自立生活の継続が阻まれてしまいます。それは単にニーズが充足されていないということではなく、「権利」が侵害された状況または構造と見なさなければなりません。

権利が侵害されている状況・構造を変化させていこうとするアプローチを「権利ベースのアプローチ」または「人権ベースのアプローチ」と呼びます。高島平ココからステーションでは、「認知症」を深く理解し、

「人権」について高い意識をもつ生活支援の担い手を育成することを目標に、サポートワーカー研修と名付けた研修会を開催しています **01**。

1. 参加者に声をかける

サポートワーカー研修では、生活支援の提供に関わる地域の人々に幅広く声をかけています。声かけするには、地域にどのような人がいるのか、どのような活動があるのかを知るところからはじめる必要があるかもしれません。丁寧な情報収集が必要になるでしょう。

具体的には、区の担当課や地域包括支援センターの職員の他、「Ⅱ-4. 連携と協働を推進する」活動の中でつながりができた認知症カフェやコミュニティカフェの関係者、民生委員、町内会や自治会、介護保険事業関係者、医療関係者、認知症サポーター、NPO 法人やボランティア組織、企業やサービス付き高齢者向け住

01 サポートワーカー研修の様子



宅の関係者、そして認知症の当事者に声をかけています。あまり大きくなりすぎず、交流しやすい人数になるよう心がけています。2018 年度末の時点では、40～50 名程度が参加する研修会になっています。

私たちが声をかけた人が、さらに興味のあるような人に声をかけて輪が広がることもあります。また、研修に参加した人が内容を理解し、自分たちが運営する集まりで他の人に伝え、研修の内容が地域に波及することも期待しています。

2. 研修のテーマ

研修のメインテーマは「認知症」と「人権」です。毎回の研修ではそれに関連した広範な領域がテーマとして扱われています **02**。地域で活動している多様な人々に活動内容を話してもらうことは、地域の社会資源を共有し、連携と協働を推進する上でも意義があります。研修会は基本的に座学形式で、講義の後に意見交換の時間を設けていますが、グループワークの形式にするとさらに多くの人が発言できるかもしれません。

3. 場所

地域の拠点に十分なスペースがあれば研修会場として使用することができますが、高島平ココからステーションの収容人数には限界があるので、すぐ近くにある集会室を使用しています。地域の人々が良く知っている場所を研修会場にすることが、継続的な参加につながるようです。

4. 当日の運営

私たちの研修会は、地域の人々が参加しやすいように 16～18 時に開催しています。また、参加状況確認のために参加者リストを毎回作っています。

毎回の進行では、この研修が「認知症」と「人権」にフォーカスをあてていることを明確にすることを心がけています。時には地域の情報を織り交ぜながら、研修内容と実生活とをつなげて理解を深められるよう努めています。

また、私たちの研修では、毎回の研修の最後に 2 つの質問の簡単なアンケートへのご協力をお願いしています。

- ①今日の研修は参考になりましたか？
- ②今日の研修で、これまでは知らなかったことや、理解が難しかったことがあれば記入してください。（自由記述）

この回答を整理することで、取り上げた方が良いテーマや、研修を継続することで馴染みの出てきた内容などを把握することができます。

5. 将来の目標

この研修によって、「認知症」についての理解を深め、「人権」について高い意識をもった人々が地域社会の中に数多くあらわれることを期待しています。そのようにして、生活支援を相互に提供することができる社会環境を創出することが、本研修会の目標です。



02 サポートワーカー研修会のテーマと内容

第1回	認知症とともに生きるということ
事業のスタートにあたって、事業の責任者が、この研修事業の目的を説明しました。認知症についての知識だけではなく、認知症とともに生きることを学ぶこと、人権についての意識をもつことの大切さについて話題を提供しました。(2017.1)	
第2回	スコットランドの認知症施策、診断後の生活支援、リンクワーカーの活動
スコットランドの政府の認知症研修事業の責任者から、認知症施策とリンクワーカーの活動について話を聞きました。リンクワーカーは認知症の本人との対話を重視していること、認知症の本人にとって「何が重要なのか」、「何をしたいか」という気持ちを拾い集めることが支援において重要であることを学びました。(2017.2)	
第3回	NPO 法人自立支援センターふるさとの会の日常生活支援について
生活困窮者の支援を継続している保健師から、日常生活支援の実際について話を聞きました。住民同士の支え合いづくりの支援には、まず互いの信頼関係の構築が必要であること、誰にでも安心できる居場所が必要であることを学びました。(2017.3)	
第4回	社会の中で考える認知症—認知症の両親の介護20年で思うこと
認知症である両親の介護されてきた男性の介護者から、介護の体験について話を聞きました。本人の希望や自尊心を尊重し、人生の文脈をなるべく変えることなく日常生活を送り、普通に過ごすことで、暮らしに選択肢が増えることを学びました。(2017.5)	
第5回	高島平調査の結果報告
東京都健康長寿医療センターの研究員が、高島平の生活実態調査の結果を報告しました。高島平には、認知症とともに一人で暮らしている方が数多くいること、精神的・身体的な健康問題や社会の中での孤立に直面している人が多いことを共有しました。(2017.6)	
第6回	権利擁護について—NPO 法人板橋後見センターの活動
板橋後見センターの活動について話を聞きました。現在の制度では身上監護を行う後見人は稀有なこと、生活支援の中で本人のことを良く知り、当たり前の生活を送れるように支援することからはじめる必要があることなど、意見交換をしました。(2017.7)	
第7回	居場所が生み出す「人のつながり」と「支え合い」
高島平で子供食堂を開設している NPO 法人の活動について話を聞きました。生活している地域に居場所があることで地域の中で日常生活支援ができること、地域のコミュニティスペースが連携するための拠点として大切なことを学びました。(2018.8)	
第8回	高齢者の訪問看護ステーションによる見守り支援—千代田区の取り組み
訪問看護ステーションに委託して、社会的孤立リスクのある高齢者に対して見守り支援を実施している千代田区の取り組みについて話を聞きました。自治体の事業としての見守り支援のシステム化について学びました。(2017.9)	
第9回	認知症の人を最後まで支えるために
終末期ケアの研究者から、人生の最終段階における意思決定支援のあり方について話を聞きました。認知症と診断された人のケアプランの連続線上で、エンド・オブ・ライフについて話し合うことの意味について意見交換をしました。(2017.10)	
第10回	本人さんとともに—若年性認知症とともに歩む仲間と楽しく過ごす日々
若年性認知症の人の会ポンテの協力を得て、若年性認知症の本人に、自分自身の体験について話を聞きました。地域に暮らす人々や住宅供給会社の職員も交えて、認知症とともに暮らせる社会のあり方について意見交換をしました。(2017.11)	
第11回	NPO 法人みんなのたすけあいセンターいたばしの活動
板橋区内でボランティアとして生活支援を提供する NPO 法人の活動について話を聞きました。その目標は尊厳ある自立生活を支援することであり、活動の理念を共有することができました。2019 年に高島平に「たすけあいセンター」が開設されました。(2017.12)	
第12回	認知症の家族介護者のこころを支えるために
認知症疾患医療センターで、長年にわたり家族支援を実践している臨床心理士から、家族支援の考え方と具体的な活動について話を聞きました。相談にのること、情報を提供すること、体験を共有することが家族支援の根幹であることを学びました。(2018.1)	
第13回	認知症にやさしいデザイン—スコットランドの事例等
スコットランドを視察した UR 都市機構のスタッフから、「認知症にやさしい住まい」について視察報告をしてもらいました。これからは、官民が協働して、認知症とともに暮らせる住宅や街をつくりだしていくことが課題であることを学びました。(2018.2)	
第14回	高島平を認知症になっても暮らせる地域にするために
事業の責任者から、改めて事業の目的を説明するとともに、コーディネーションとネットワークングという2つの考え方について解説しました。(2018.8)	
第15回	認知症をもつ人とのかわわりとパーソンセンタードケア
認知症の専門医から、パーソンセンタードケアの考え方について話を聞きました。パーソンセンタードケアは、人権ベースのアプローチと深く関連しており、合理的配慮のある社会環境をつくることがパーソンセンタードケアにつながることを学びました。(2018.10)	
第16回	法的観点からみた認知症支援
板橋法曹会の弁護士から、認知症の人の権利侵害の実態、特に、特殊詐欺、消費者被害、虐待、後見人等による横領の具体例とその対策について話を聞きました。板橋区では、そのような権利侵害の相談に対応できる弁護士の組織があることを学びました。(2018.11)	
第17回	地域の支援拠点の活動の実際と社会支援ネットワーク
ドクターマンデーで相談に対応している精神科医から、地域の拠点で応需する相談の意味について話を聞きました。その要点は本誌のII-2に記されています。(2018.12)	
第18回	スコットランドにおける人権ベースの認知症の人への作業療法
人権ベースのアプローチを認知症施策に取り入れたスコットランドの作業療法士の活動について、作業療法学の専門家から話を聞きました。作業療法士を含む多職種協働チームによる生活支援の意義を学びました。(2019.1)	
第19回	地域で安心して暮らし続けるために—高島平の認知症サポート医から
認知症初期集中支援チームのチーム員である認知症サポート医から、初期集中支援チームと在宅医療の活動について話を聞きました。地域で安心して暮らし続けるために、多職種協働による在宅医療が重要な役割を果たしていることを学びました。(2019.2)	
第20回	住み慣れた地域で暮らし続けるための支援における療養相談室の役割
医療と介護の連携拠点として支援に取り組んでいる療養相談室の役割について話を聞きました。具体的な事例を通して、人々が暮らす地域の中に調整機能を持つ専門機関の重要性を学びました。(2019.4)	
第21回	空き家を活用した居場所づくり—文京区こまじいのうちの実践—
社会福祉協議会の地域福祉コーディネーターが支援する住民主体の空き家を活用した居場所づくりについて話を聞きました。地域の専門機関と住民が顔の見える関係を持てる居場所があることが安心して暮らせるまちづくりにつながることを学びました。(2019.8)	
第22回	街の相談室アングルの活動—地域見守りネットワーク・ぐんま'見守りから街づくりまで
医師（医療）・弁護士（権利擁護）・社会福祉士（街づくり）が統合的に活動するための拠点として設立された相談室について話を聞きました。空白の期間を生まないために元気なうちから参加できる地域を巻き込んだ活動を進めることで、「誰に相談していいかわからない」をなくすことができることを学びました。(2019.10)	

※ 2020 年度は、新型コロナウイルス感染症の拡大の影響により実施がなかった。



本人とともにつくる —当事者参画を促進する機能

はじめに

高島平ココからステーションでは、地域の皆さんに誰でも利用できる居心地の良い居場所を提供するとともに、認知症と診断された、または認知機能の低下を心配する方々が生活の困りごとや不安、疑問、そして希望を語る「ココから話そう会」を開催しています。

認知症の当事者の会の実践

現在、国の認知症施策では、「ピアサポート活動」や「本人ミーティング」が推進されています。ピアサポート活動は、診断直後等の不安から前向きな一歩を踏み出せるよう、心理面・生活面の早期からの支援として、認知症の方の悩みや身近な生活支援ニーズ等を把握し、認知症の本人による相談支援を行うというものです。本人ミーティングは、認知症の本人が主体的に集い、本人同士が主となって自分の体験や希望、必要としていることを語り合い、自分たちのこれからのより良いくらし、暮らしやすい地域のあり方を介護保険や福祉、民間のサービスの担い手と一緒に考え議論し、創っていくという活動です。

高島平ココからステーションを開設して1年ほどたったころ、区内の若年性認知症の会の世話人の方から、認知症の当事者と一緒に本人ミーティングをしないかと声をかけていただきました。世話人の方と若年性認知症当事者のAさんたちは、「ピアサポート活動事業」のモデルとなった仙台市の「おれんじドア」を見学しており、当事者が当事者の話を聴くというイメージができていました。そこで、若年性認知症の会の皆さんと研究者、専門職をメンバーに準備会を立ち上げ議論を重ねていきました。

これらの取り組みを通じて、自分らしくいられる居場所を得られれば、認知症があってもなくても差別なく対等に仲間と付き合える関係を築くことが可能であることが見えてきました。

どんな会をつくるか？

準備会でどんな会を開くのか、という議論になったとき、Aさんが次のように語りました。「現在認知症と診断されて引きこもっている人がいる。家族、企業、自分の経験を必要とする人がいればいろんな話をしたい」、また、「認知症予防が盛んだが、認知症に対する偏見は強い。本当は認知症や認知症の人は皆が思っているものとは違う。認知症の誤解を解きたい。これからは病人ではなく一人の人間として認めていくことが必要」と。この言葉で方針が定まりました。認知症の診断前後の方たちが悩み期間ができるだけ短くなるよう当事者同士が出会え、かつ、誰でも認知症の当事者に認知症のことを聞ける機会を提供することが、これから始まる我々の会の目的となったのです。

そこで、まず地域への啓発として認知症のミニ講演会を開催することにしました。次にそこに参加した認知症の本人または認知機能の低下を不安に感じている方をクローズドな会に案内して、じっくり話ができるようにする二段構えの会にすることにしました。

キックオフイベント

まず、地域への啓発として誰でも参加可能な認知症のミニ講演会を開催することにしました。次に、そこに参加した認知症の本人または認知機能の低下を不安に感じている方をクローズドな会に案内して、守られ

た場で自分の話ができる機会を作るという、二段構えの会にすることにしました。

啓発のための講演会は、若年性認知症の会の支援を得て、3人の若年性認知症の方々をお招きし、トークショー形式の講演と参加者交えてのテーブルトークを行うことになりました。参加者たちが認知症の当事者と直接話ができるようにするためです。

参加者が気楽に話を聞きに来られるようなタイトルを考え、チラシ **01** を団地の掲示板等に貼り、イベント当日を待ちました。

当日は8名の方がいらっしゃいました。6名は認知症の本人またはもの忘れ等が心配な方、2名は同伴の方でした。前半のトークショーは全員で参加、後半のテーブルトークでは本人グループと家族グループに分かれて話し合いました。事後アンケートでも満足度は高く、手ごたえを感じた我々は、次の段階に移ることにしました。

人が来ない「本人ミーティング」

その3か月後、キックオフイベントに出た方たちの中で、2回目があったら参加したいと連絡先を書いてくださった6人に、電話や手紙で「第1回高島平本人ミーティング」開催のご案内をしました **02**。前日にリマインドの電話をするなど、入念に声をかけ、4名から出席の返事もらっていました。

ところが、当日の参加者はたったの1名でした。しかもその方は「今日はウォーキングイベントだと思っ

てた」と誤解しているようでした。

講演会からクローズドな会に人をリクルートするという目論見はうまくいきませんでした。

仕切り直しの「ココから話そう会」

「第1回高島平本人ミーティング」の反省会では、本人ミーティングという名前だと何をするのかよくわからないのではないか、キックオフイベントから時間が開きすぎて忘れられてしまったのではないか、チラシを見てもどういう人が対象なのかよくわからないのではないか、など様々な意見が出ました。

3回目を開催するにあたり、まずは名前を変えました。新しい会の名前は「ココから話そう会」です。名前の由来は、まず、高島平ココからステーションで開催することと、「ここから始めましょう」の意味をかけた「ココから」です。また、活動が見て伝わるようにスタッフや参加者が談笑している写真をチラシに入れました。さらに、チラシに「認知症と診断された方」「もの忘れが心配な方」「ご家族もどうぞ」と書いて対象をはっきり示しました **03**。

チラシの配布は、団地掲示板だけでなく、板橋区内全域の地域包括支援センターと高島平ココからステーションから半径2キロ圏内の医療機関、介護保険サービス事業所に範囲を拡大しました。

会の開催は1か月に1回、できるだけ第3土曜日に開くこととし、参加する方々が予定を立てやすいよう、定期開催することになりました。

募集の範囲を地域に広げたので、参加者の背景は未知数となりましたが、先の方針だけはぶれずに「失敗してもいいからやってみよう」の精神で当日を迎えました。ふたを開けてみると、第3回の参加人数は11名でした。うち1名が家族としての参加です。第3回以降は、天候等に左右されるものの、おおむね8名前後が参加されるようになりました。

「ココから話そう会」の進め方

では、ココから話そう会をどのように進めているのかご紹介します。会場は、本人会と家族会に分けています。本人会は大きめのテーブルを10人程度で囲んで話をするようにしています。家族会は高島平ココからステーションの相談室を使っています。

スタッフは、ファシリテーター、司会、記録係と自由に動くスタッフを配置しています。ファシリテーターは若年性認知症当事者のAさんが、家族会は社会福祉士の資格を持つスタッフが進行を担当します。

ホワイトボードに会の進行を書き、司会はその近くに座ります。ファシリテーターはテーブルの輪の中に座ります。スタッフは必要に応じて輪に入ったり、遅れて来た参加者の案内をしたりと臨機応変に対応します。

【タイムスケジュール】

12:00 ごろ	鍵開け、掃除
13:00 ごろ	常連さんたちが早めにやってくる
14:00 ～ 15:00	話そう会
15:00 ～ 16:00	茶話会（出入り自由）
16:00 ～	スタッフの振り返り

ある日の会の様子

ある日のココから話そう会の様子です。掃除が終わってコーヒーを淹れ始めた午後1時過ぎ、話そう会常連Bさんがやってきます。スタッフと世間話をしたりして、のんびりと待っています。続いて、ファシリテーターを務めるAさんがやってきます。BさんはAさんにあいさつし、近況を話しています。

そうこうしているうちに、他の方たちもやってきます。入口で少しためらいながらこちらをうかがっているのは初参加の方のようです。スタッフが声をかけて

ご案内します。

午後2時となり、ココから話そう会のスタートです。司会は会の趣旨説明をし、会のルール、①人の話をよく聞く、②人の話を批判しない、③ここで知った秘密は外で話さない、を守るようお願いします。続いては自己紹介です。その際、参加動機を話してもらっています。語られる参加動機は様々です。「友達が認知症になったから」という方があれば「自分も最近少し心配な時がある」という方もいます。「実は先日診断を受けてきた」と語る方もいます。

その後、フリートークの時間です。ファシリテーターは話が出てくるのを少し待ち、出てこないときは参加動機などを参考にして話題を参加者に振ります。診断を受けたと自己紹介した方がいれば、どういう診断だったのですか？とたずねます。ファシリテーターは認知症の当事者でもあるので、逆に質問される場合もあります。認知症と気づいたきっかけは？どんな検査を受けたのか？普段どんなふうに暮らしているのか？など様々です。Aさんは参加者の質問に自分の経験をもとに一つ一つ丁寧に答えていきます。その話が呼び水となり、他の参加者たちも暮らしの中の困りごとや気持ちなどを話して、お互い話を聴き合っています。スタッフは参加者同士が十分話をできるように見守ります。

3時になったらきりの良いタイミングで司会が中締めの声をかけます。次回開催日の確認をしてから終わりとします。

その後4時まで茶話会です。話し足りない参加者はコーヒーをおかわりし、残って会の続きをしています。また、会の中で気になる発言をされた方にはこの時間でスタッフが詳しく話を聴いてフォローをします。見学者がいるときは、茶話会の時に入ってもらって、参加者の方々と交流してもらっています **04**。

地域で開催すると多様な人々がやってくる

地域で広く人を募ると、次のような方々が参加することがわかりました。まずは当事者の方々。もの忘れの心配がある、認知症の診断を受けた、という方々です。次に「自分はまだけど、友達が認知症になったので…」と勉強しにいらっしゃる一般住民の方々です。そして家族介護者の方々もいらっしゃいます。実は当初、家族会開催は想定していませんでした。しかし、

01 キックオフイベントのチラシ



02 本人ミーティング開催案内



03 話そう会第3回チラシ



04 ココから話そう会の様子



家族介護者も話したいというニーズがあることがわかり、「家族も話そう会」を同時開催しています。

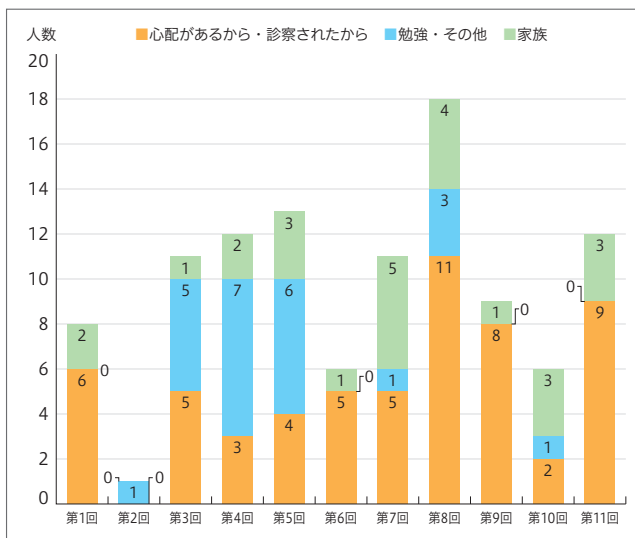
もう一つ分かったことは、高島平ココからステーションの常連の方も参加するということでした。これについては少し意外でした。なぜならば、ココから話そう会に参加することで、周りの人から「あの人は認知症なのではないか」と見られることを恐れ、常連さんほど参加しないのではないかと考えていたからです。しかし実際は、高島平ココからステーションを利用する方たちの中にも認知症についてもっと理解したい、話をしたいというニーズがあることが確認できたのです。

05 は参加動機別の参加人数のグラフです。11 回開催したうち、5 回目までは勉強したいから参加したと語った人が多かったのですが、会を重ねるうちに認知機能の低下の心配があるから、診断されたからと語る方が増えていました。

「ココから話そう会」の効果

では、ココから話そう会は参加者にどんな効果をもたらしているのでしょうか。こんな感想が聞かれました。

05 参加動機別参加人数のグラフ



Q：ココから話そう会で認知症のご本人と話してみようでしたか？

A：（ファシリテーターの）Aさんがいろんな話をしてくれて感謝しています。

自分はAさんから、「病気と対決するのではなく、素直に受け入れたほうがいいよ」ってアドバイスもらって、すごく感謝しています。

高島平ココからステーションとココから話そう会の実践・研究から

この感想を寄せてくださったのは参加者Bさんです。Bさんは認知症の診断後、不安や焦燥感から家族との関係がぎくしゃくしたり、人との交流が乏しくなっていました。しかし、若年性認知症当事者のAさんとの出会い、そのアドバイスがずとんと腹に落ちたようなのです。

自分と近い立場の当事者Aさんが経験に基づくアドバイスをくれたということが、Bさんが抱える問題の意味を変え、新しい見方ができるきっかけになったのかもしれません。Bさんの中で、問題は解決しなくても、解消するということが起こったのでしょうか。

こういう状況（記憶障害）になると、自分に自信が無くなるよね。今まで引き出しを何度も何度も開けて確認していたけど、話そう会やココからステーションに行くようになって、人に会いに行き話すことは大切だと実感しています。もの忘れがあってもいいんじゃないかという気持ちになってきた。引き出しを確認することも減りました。

これは、ココから話そう会に毎回参加しているCさんが話してくれた感想です。Cさんは自分の認知機能の低下が気になっている方です。会の参加者たちの話を聴き、自らも体験を語るということを繰り返していくうちに自分のもの忘れを受け入れられるようになったことを語ってくれました。

ココから話そう会では自分のことを語っても、批判や拒絶される心配がなく、自分をありのままに受け入れてくれる安心感があります。ありのままの自分を他の人たちから受け入れてもらうことが、ありのままの自分自身を受け入れていくことにつながっているのかもしれない。

相互作用するココから話そう会と
高島平ココからステーション

ココから話そう会が高島平ココからステーションと相互作用しながら展開しています。認知症の当事者にとってココから話そう会は、話すことで考えを整理し、他の人にわかってもらえる機会です。一方、認知症ではない人はその語りを聴いて、当事者の思いを理解し応援する人（応援者）になっています。この応援者の中には、通常営業の日の高島平ココからステーション

常連利用者たちが多くいます。

こんなことがありました。ココから話そう会があった次の月曜日、ファシリテーターのAさんが高島平ココからステーションにやってきました。談笑するAさんを見て、ココから話そう会に初参加した常連の方が、「あなた、元気になってるわよ！目の輝きが違うわ！」とAさんに声をかけていました。別の時には、おしゃべりの輪の中で、「人と話をするのは大切よ。認知症だって良くなるんだから。探し物をしなくなったって言ってたよ」と、先にあげたCさんが話したエピソードが話題に出ていました。

この「元気になる」「良くなる」は医学的には間違っているかもしれませんが、ココから話そう会に参加した人たちから見ると、生き生き話すAさんの姿や、人と話をすることでもの忘れが気にならなくなったCさんの話は、「認知症になっても良くなることがある」という実感となったのでしょうか。だからでしょうか、ココから話そう会では応援者が、初参加の方に、「人と話すと元気になるから、（通常営業の）ココからステーションにもいらっしやいよ」と積極的に声をかけている場面がよく見られます。

高島平ココからステーションの通常営業では、当事者たちは排除されることなく、自然に楽しく過ごしています。応援者たちは、認知症の当事者の人となりをよく理解して、その人として付き合っています。そんな様子が他の利用者たちにも波及効果をもたらし、認知症があってもなくても居心地の良い雰囲気を醸成しているようです06。

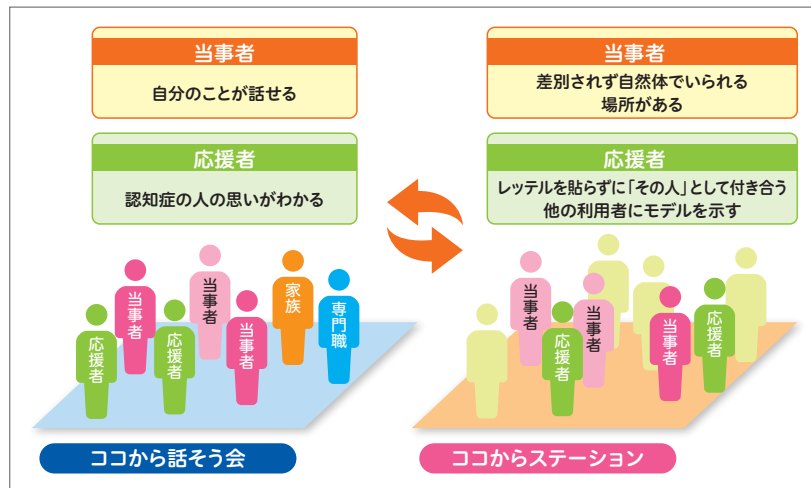
元気になる当事者として活躍し始めたBさん

最近、新しい動きが出てきています。ココから話そう会に毎回参加しているBさんの変化です。Bさんは次のような話をしてくれました。

Aさんは若いですし、（自分の病気のことを）本当は言いたくないと思うんですけど、勇気をもって話してくれて。ほんとうにどれだけの人が救われているかと思いますよね。自分も何人かの人に自分の体験談を話させていただいています。暗証番号を忘れてしまった時の話とか。大切なものは場所を決めて管理するといいよというアドバイスとか。

本人とともにつくる——当事者参画を促進する機能

06 ココからステーションと話そう会の関係



さらに元気になった B さんは、自分の体験や生活の中で得た知恵を他の人に語り始めています。B さんのエピソードは、自分らしくいられる居場所を得られれば、認知症があってもなくても差別なく対等に仲間と付き合える関係を築くことが可能であるばかりでなく、他の人を支援する力をつける可能性も感じさせてくれるのです。

新型コロナウイルス感染症流行下のココから話そう会

新型コロナウイルス感染者の増加に伴い、1 回目の緊急事態宣言が 2020 年 4 月 7 日に発出され、5 月 25 日まで外出や会合、イベントなどの自粛が要請さ

れました。高島平ココからステーションも 4 月 7 日より休業しましたが、5 月 25 日の宣言解除後は、拠点の感染症対策マニュアルを整え、6 月 19 日にプレオープン、20 日にココから話そう会を開催しました⁰⁷。

ココから話そう会の感染症対策はココからステーションに準じて実施しています。参加者にはマスクの着用や手指消毒、フィジカル・ディスタンスをとるなど、感染予防行動をお願いしています。参加者はマスクを着用しているため、声が聞き取りにくい場合があ

りますが、そういう時は「聞こえないからもう一回話して」と声をかけあうよう、事前をお願いをしています。参加者は非常によく協力してくださっています。

再開後は縮小開催ということで、高島平ココからステーションと団地掲示板へのチラシの掲示と希望者へのチラシの郵送のみとし、周辺の医療機関や介護事業所、地域包括支援センターへの周知は中止しています。しかし、おおむね毎回 10 名程度が参加し、2 回に 1 回は初参加の方がいらしていることから、コロナ禍でもこのような会のニーズは変わらずあることがわかりました。2021 年 1 月 8 日に 2 回目の非常事態宣言が出されましたが、感染予防対策をしっかりと行いつつ継続して開催しています。

07 感染予防対策を取りながら開催中



III. 事例編

地域の拠点において展開されるさまざまな生活支援を、事例を通して紹介します。掲載されている事例は実際の事例ではなく、高島平ココからステーションの経験を踏まえて創作したものです。事例を通して、地域の拠点を核とする生活支援のネットワークづくりがイメージできればと思います。



夫が急逝し混乱状態に陥った山田花子さん

事例の経緯

山田花子さんは80歳代の女性です。長年夫と二人で暮らしていました。以前からもの忘れがあり、夫もそのことに気づいていましたが、その事を話題にする本人が怒り出すので医療機関には繋がっていませんでした。そのようなことで、夫は地域の拠点のスタッフにそのことを相談していました。

その夫が、ある日突然亡くなられてしまいました。区役所と地域包括支援センターのスタッフが奔走して他県に暮らす姪を探し当て、何とか無事に葬儀を執り行うことができました。しかし、花子さんの記憶障害、

見当識障害は顕著であり、金銭管理にも支障を来していました。金銭管理は遠方に暮らす姪が行い、定期的にお金を本人に手渡していましたが、やがてその姪に対して物盗られ妄想も見られるようになりました。

地域の拠点のスタッフは、“住み慣れた住まいで、出来るだけ長く、安全に安心して暮らし続けられるようにする”という目標を立て、地域包括支援センターや遠方に住む姪と相談しながら、花子さんの生活支援を役割分担することにしました。

1 信頼関係の構築を目指して

花子さんは、夫が急に亡くなった後の混乱と悲しみの中で、地域包括支援センターの支援を受けるようになり、改めて本人と姪を交えて話し合い、病院を受診することにしました。記憶障害も強く心理的な混乱もあるため、主治医、地域包括支援センターの担当者、

地域の拠点のスタッフで話し合い、①信頼関係を築くこと、②ひとりぼっちになる時間を少なくすること、③役割分担して生活支援を確保することを確認し、地域の拠点で過ごすことを視野に入れた関わりが始まりました。

2 生活を支援しながら

地域の拠点のスタッフは、頻繁に家庭訪問を繰り返し、しっかり本人の話を聞き、思いに共感しながら信頼関係を築いていきました。訪問時には生活の様子から、安全上や健康上の問題の有無、日々の生活での不自由さの有無や食事の様子などの確認をしました。困り事があるようなら、その場で解決できる事は手伝い、

適宜遠方に暮らす姪に連絡し情報を伝えました。姪との連絡用に本人宅に連絡ノートを置きました。安全を優先して自宅でのガスレンジやお風呂の使用はやめて、電子レンジ、トースター、湯沸かしポットで調理し、お風呂はデイサービスのときに入ることにし、配食サービスも利用することにしました。

3 地域の拠点で過ごすことが生活の一部に

少しずつ信頼関係が築かれてから、地域の拠点のスタッフは、ここが自由に過ごせる居場所であることを伝え、一緒に過ごそうと誘いました。慣れるまでの間、はじめの頃は自宅まで誘いに行きましたが、何度か誘ううちに一人でいらっしゃるようになりました。やが

て開室日には必ずいらっしゃるようになり、常連さんたちやスタッフとのお喋りをしたり、コーヒーを飲んだりしながら楽しんで過ごすようになりました。

花子さんは開室時間を覚えておけないため、必ずしも開室時間に合わせていらっしゃるわけではありませ

ん。しかし、地域の拠点のスタッフは、開室時間にとられず、少々早くても遅くても、「自由に過ごせる居場所」となるように配慮しました。その結果、花子さんにとって、地域の拠点は安心できる居場所として定着し、遠方に暮らす姪もそれを知って安心されました。

その後、花子さんは、家に届いた郵便物を地域の拠点に持参して、「これ何？」と尋ねられることがあるので、スタッフと一緒に内容を確認して説明してあげる

ようになりました。また、急ぐ必要があるものは姪に電話を入れて対応をお願いするようにしました。「足が痛い」「手が痛い」「入れ歯の様子がおかしい」などの健康上の訴えがあるときには、姪と情報を共有し、応急処置も含め、早期に適切な医療機関に受診できるように支援しました。定期的な服薬が必要な場合には、地域の拠点とデイサービスが分担して、服薬管理の支援ができるようにしました。

4 家族への支援

地域の拠点のスタッフは、遠方に暮らす姪に対して、思いを傾聴し、気持ちを受け止め、苦労をねぎら

うようにしました。それによってご家族との信頼関係も少しずつ深まってきました。

5 花子さんにとっての地域の拠点

花子さんにとって地域の拠点は、自分一人で主体的に立ち寄ることができる地域の居場所になりました。また、遠方に暮らす親族、地域の拠点のスタッフ、介護支援専門員、デイサービスのスタッフが、協働して、創意工夫して、役割を分担しながら、見守りや生活支

援をつくりだす役割を果たしました。さらに、地域の拠点にいらっしゃる他の方も、花子さんのことをよく理解し、一緒に楽しみ、一緒に活動しながら交流し、支え合い、社会とのつながりを深める場所になりました。

6 入院、グループホーム入居後の地域の拠点とのつながり

その後、花子さんの記憶障害や見当識障害の程度は少しずつ進みましたが、それでも、デイサービスの回数を増やしたり、姪の訪問回数を増やしたりしながら、地域の拠点を安心できる居場所として利用し続け、独居生活を続けて来られました。

地域の拠点を利用するようになって2年ほどしてから、足の痛みが続くようになり、地域の拠点に顔を出してもすぐに帰られたり、来られなかったりすることが多くなりました。足の痛みに対しては持参された湿布薬と一緒に貼ったり、顔が見えない時は電話をかけて様子を尋ねたりすることも増えました。地域の拠点でも、スタッフと過ごす時間が増えていきました。ある日の夜、自宅のエレベーター前でうずくまっている花子さんの姿を見かけた近所の人が救急車を呼んで、近くの総合病院を受診しました。変形性膝関節症が進んでおり、手術のために入院しなければならないということでした。約3週間の入院後、本人、姪、病院のスタッフ、ケアマネジャーらで相談し、退院後はデイサ

ービスで通い入れた事業所が経営しているグループホームに入居することになりました。そこは、顔見知りの方もいるので、花子さんも安定した気持ちで過ごせるようでした。

グループホームに入居して4カ月後に、再び転倒による骨折で手術が必要になり1カ月入院されましたが、退院後にはまた同じグループホームに戻り、その後は安定した暮らしを送られています。地域の拠点のスタッフは、病院に見舞いに行ったり、施設に面会に行ったりしていますが、その時には花子さん嬉しそうにされ、「また行きたい。皆さんによろしく伝えてね」と話されたりします。地域の拠点に通われている方たちが、花子さんの若い頃の大切な思い出である「野球選手」の写真集をプレゼントしたいということでそれを購入され、地域の拠点のスタッフが、グループホームに入居されている花子さんにそれをお渡したというエピソードもあります。



身寄りがなく一人で暮らす 鈴木太郎さん

事例の経緯

鈴木太郎さんは 80 歳代の男性です。若い頃から全国各地をまわり、さまざまな仕事をされてきました。今は、限られた年金で慎ましい暮らしをされています。1 年前に癌の診断を受け治療を開始しましたが、いろいろな思いや不安があり、治療に前向きになれず中断してしまいました。それからはたった一人で、誰に相

談することもなく、助けを求めることもなく、孤独の中で暮らしていました。しかし、偶然、地域の拠点のスタッフとの出会いがあり、スタッフとゆるいつながりができ、そんな中で少しずつ本人の意思が整理され、徐々に必要な支援に繋がっていきました。

1 出会いとゆるいつながり

ある日、弱々しく外を歩く姿を窓から見た地域の拠点のスタッフが太郎さんに声をかけました。太郎さんは、「前日に手術を受けて退院したところだ」と言います。介護保険サービスが使えることなどを説明すると、太郎さんは拒否されました。地域包括支援センターに

行くことも、地域の拠点のスタッフが家を訪問することも拒否されました。そこで、月に 1 回程度、様子うかがいの電話をしたり、手紙をポストに入れたり、「何かあれば連絡をもらう」というゆるいつながりをつくりました。

2 本人の抱える状況が徐々に明らかに

出会いから半年経った頃、太郎さんとの会話から、太郎さんが余命の宣告を受けていることがわかりました。太郎さんの了解を得た上で、地域包括支援センターにそのことを伝えましたが、太郎さんはやはりサービスの利用は拒否されました。そこで、地域の拠点に

お誘いし、本人の話を聞いたり、不安な気持ちを受け止めたりするようにしました。そんな中で、病気や治療に関する一般的な情報を提供したところ、治療を再開することを決意されました。

3 本人の意思とは

しかし、2 か月足らずで治療を中断してしまい、医療機関との繋がりがまったくなくなってしまいました。そこで地域包括支援センターのスタッフとともに多職種協働会議を開き、「本人は自分のペースを乱されることを好まれないので、本人の選択を尊重しよう」「必要な情報を伝えていこう」「精神的なサポートも続けよう」という方向性を確認しました。

また、歯の状態が悪く、食生活への支障があることも判明しましたので、地域の拠点のスタッフのひとりである歯科医師に相談し、本人に会ってもらいました。「余命が限られていてもおいしい物を食べて楽しく過ごそうよ」との歯科医師の励ましが、本人に少し力を与えたようでした。歯科医師から近隣の歯科医院へ情報を提供し、義歯治療が行われることになりました。

4 地域の拠点がなじみの居場所に、そして支援に繋がった

それまで太郎さんは、自分から地域の拠点にいらっしゃることはほとんどありませんでした。ある日、地域の拠点の常連の男性との出会いをきっかけに、その男性と地域の拠点で談笑するようになりました。その中で、病気の話もされ、「人に世話になっても良い」「公的な支援を受けるよう手続きしたほうが良い」と男性から説明をされました。スタッフとは違う、地域に暮らす住民目線で勧められたことで、「地域包括支援センター」や「支援」という言葉も身近に感じられるようになった様子がうかがえました。その後は、太郎さんも、地域包括支援センターの職員の話も受け入れるようになり、やがて、地域包括支援センターと地域の拠点のスタッフが密に情報共有しながら、協力して支援を提供するようになりました。

その後、太郎さんは、買い物帰りなどに地域の拠点にたびたび立ち寄るようになり、囲碁の会に参加したり、ミニ講座で興味あるテーマに参加したりして過ごされるようになりました。体重減少や合併症が進行しているので、地域の拠点で医師に相談し、本人の意思を汲みながら、近くの診療所への通院や急変時の対応などについて支援体制の整備を進めることにしました。そして、近所の診療所で経過観察を受けながら必要時には在宅医療や訪問看護を利用する、緊急時通報システムを導入する、入院を要する時に備えて病床確保の体制を地域包括支援センターと連携して整える、という体制がつくられました。

5 地域の拠点とのつながり

地域の拠点が太郎さんの馴染みの場所になり、熱心にいらしてカフェや常連さんとおしゃべりを楽しまれていました。時には、常連さんとの話の中でご自身が深刻な病であることを話しておられることもあり、そんな中で囲碁のお相手との出会いがあり、太郎さんにとっては地域の拠点が“積極的にいきたい場所”となっていきました。

いらっしゃる度に地域の拠点のスタッフが歯科医師の指導による呼吸・嚥下・痰の排出に効果的なエクササイズを一緒に行い、太郎さんの不安が軽くなるように努めました。太郎さん自身も「家で一人では中々やらないから…」と地域の拠点で積極的に取り組まれていました。太郎さんとスタッフは、時には病気や命の話もしました。これはスタッフができるだけ太郎さんの気持ちや希望を汲み取りたいと考えてのことで、比較的体調の良い時期には太郎さんはご自分の気持ちを表出されることがありました。

「3 ヶ月」の余命宣告を受けてから 1 年半が過ぎようとしている頃から、体調は徐々に低下していき、日常生活の支援の頻度も増していきました。訪問診療が始まって 1 か月、急激な体調悪化で訪問医による「短

期間の入院」が決定し、「最後の最期まで自宅で過ごしたい」希望をもっておられた太郎さんも納得しての入院となりました。短期予定の入院は 2 か月となり、その間には「それまでは生きたいな」と話されていた 88 歳の誕生日を迎えられました。地域の拠点の常連さんたちからのお見舞いの寄せ書き色紙や誕生カードが贈られ、地域の拠点のスタッフも含め何人かの方が病院に見舞いに伺いました。その度に「帰りたい」「また囲碁がやりたいな」などの希望を話されていましたが、徐々に体力は低下していつている様子でした。そこで、在宅医、病院の主治医、地域包括支援センター、地域の拠点のスタッフなど関係者の働きかけで一時的外出の機会が設けられ、地域の拠点に来ることが出来ました。短時間でしたが皆さんと会って言葉を交わすことができ、翌日にも「疲れたが良い時間だった」と話されていましたが、その一週間後に急変しご逝去されました。

後日、太郎さんの事を気に掛け、地域の拠点でよく一緒に過ごしていた皆さんと共に悼む機会を持ちました。



不安が強い一人暮らしの 田中道子さん

事例の経緯

田中道子さんは80歳代の女性です。若いころから一人暮らしで、パート勤めをされてきました。趣味はカラオケ、居酒屋でお酒を飲むのが楽しみです。

80歳の頃、行きつけの居酒屋で支払いの間違いが続き、近所に暮らす弟に連絡が入り、区役所の相談を経て医療機関を受診し、認知症疾患の診断を受けました。日常生活では金銭管理の障害以外には目立った問

題もないので、介護保険サービスは利用しませんでした。しかし、1年後には生活にも支障が現れ、強い不安を訴え、「私これからどうして暮らしていったらよいのでしょうか?」と毎日のように地域包括支援センターを訪れるようになりました。そんなある日、道子さんは地域包括支援センターの職員に連れられて地域の拠点にいらっしやいました。

1 不安へのサポート

道子さんは、うなだれた面持ちで、「心配でゆうべは眠れませんでした」「私どうしたのでしょうか」「生きていてよいのでしょうか」と言います。それまでは自分のことは自分で決めてやってきたのに、他人(ひと)の迷惑にならないように気をつけてきたのに、最近は記憶にぼっかり穴があいて思い出せなくなり、怖くなることがある、と言います。

地域の拠点のスタッフは、本人の思いに耳を傾け、不安な気持ちを受けとめるようにしました。それから

は、道子さんは、開室時間にはいつも地域の拠点にいらっしやるようになりました。地域の拠点では、スタッフが、うまく介護サービスや生活支援サービスを利用すれば、不安と不自由は多少減らすことができることなどを伝えました。道子さんは、自分が感じる不安や心配を話された後は、「私はこれまでひとりでなんとかやってきた、少しわからないことがあっても何とかなると思う」と立ち直った表情で話されるようになりました。

2 住民同士のつながり

道子さんが心の内を話し、少し落ち着かれるようになってから、その時にいらしている他の方の輪の中にはいり、会話やゲームなどをされるようになりました。やがて道子さんは、同じように悩みや困りごとをもって暮らす地域の一員として自分自身のことも話されるようになり、そこに居合わせた他の方も、道子さんの

不安や悩みを理解し、道子さんらしさも理解して接するようになりました。こうした関係の中で、道子さんは“地域の中で孤立していない”と感じられるようになり、「ここに居れば、安心」という言葉も出てくるようになりました。

3 支援の継続

その後道子さんには、配食サービスや小規模多機能型居宅介護の利用など様々な支援の提案がなされ、一部導入されました。しかし、これまですべて自分で決めて自立して暮らしてきた道子さんにとっては、「な

ぜこのような状態になっているのか理解できない」という思いもあり混乱されることもありました。そのため、地域の拠点に来て泣きながら悩みを話されることもありました。スタッフはその都度道子さんの思いに

耳を傾け、道子さんは少し落ち着き、家に帰られます。スタッフは生活支援を続けながら、道子さんの暮らしを見守り、道子さんにとっては地域の拠点はなくてはならない居場所となり、住民同士のつながりもできま

した。道子さんは不安と安心を行き来しながらも、地域の拠点が一人暮らしを続けるための大切な場所になりました。

4 成年後見制度の利用、配食サービスの導入

道子さんの日常生活で金銭管理の支障が目立つことから、別居する兄弟や担当医らの話し合いの結果成年後見制度を利用することになり、司法書士に成年後見人をお願いすることになりました。

地域の拠点を利用して2年ほどしてから、道子さんの瘦せが目立つようになり、配食サービスが導入されるようになりました。配食サービスでは弁当が届けられるのですが、「弁当がどんどん届いて弁当に追いつけられているようだ」「弁当が届くと怖くなる」と不安を訴えられるようになりました。地域の拠点のスタッフは栄養をとることの大切さもお伝えしましたが、「こんなもの食べられない」と投げ出す場面もあり、食べることに追われている苦痛をケアマネジャーにお伝えし中止になりました。その後、区分変更で要介護3に認定され、デイサービスの回数は週3回となり、自分のペースでゆっくり食事をするできるようになり

なりました。

道子さんには、成年後見人から2週間に1回14,000円が送金されるのですが、財布にいつも10,000円を入れていた道子さんにとっては財布にお金がないのが不安で、「いつお金が来るのですか。私に死ぬということですか」と後見人にも頻繁に電話で訴えるようになりました。その後、後見人との話し合いで、毎週7,000円ずつ送金されることになり、毎週決まった曜日に届くことになったので少し安心されました。それでも、「私はどうしてお金がないのですか。生きていていいのですか」と訴えることもありました。地域の拠点のスタッフは、残金を一緒に確認したり、買うもののメモを渡したり、混乱が強いときは訪問して冷蔵庫の中身を確認したり、買い物に同行するなど生活支援を継続するようにしました。

5 小規模多機能型居宅介護のデイサービスと地域の拠点を併用しながら

その後、小規模多機能居宅介護のデイサービスを利用するようになりました。当初は「行っても孤独に感じる」「デイに行ってもお金がもらえないから断って」と不安を訴えていました。しかし、毎朝、デイサービスから電話が来て「今日の予定」を教えてくれるので、とても安心だと話すようになりました。地域の拠点では、お正月休みの不安を頻繁に訴えていましたが、地域の拠点のスタッフがケアマネジャーと連絡し、お正月の間もデイサービスは毎日あること、毎朝電話してくれることがわかり、それを本人に伝えると安心されました。地域の拠点にはケアマネジャーが時々来られ、そこで情報交換をしています。

お正月をデイサービスで過ごし、お正月明けに地域の拠点に来られ、「お正月楽しかったわ」「最近は顔馴

染みの人ができ慣れてきた」と嬉しそうに報告されました。が、別の日には、「私どうしたのかしら、家に帰っていない気がする。私大丈夫かしら」と不安を訴えることもあり、その都度、地域の拠点のスタッフが本人の話に耳を傾けました。家に届いた書類を持ってきて、「これ何かしら」とスタッフに相談することもありました。

道子さんに「楽しみは何か」と言うと、「安全な人に会うこと。自分は一人で生きてきたし、用心深いので失敗はなかった。安全地帯にいただけでいい。地域の拠点は安心して来られる場所。私の別荘。私の人生の宝。へこたれないで生きていける」「私は大丈夫ですよ」とおっしゃいました。



高齢の夫との在宅生活の 継続を望む佐藤うめさん

事例の経緯

佐藤うめさんは 80 歳代女性です。90 歳になる夫と 2 人で暮らしていますが、夫にも心臓の病気があります。娘と息子が近くに別々に暮らしています。うめさんは 10 年前に硬膜下血腫の手術を受けており、現在は高血圧のために定期的に通院しています。生活は概ね自立していて、料理が得意、買い物は宅配サービスを利用しています。旅行が好きで、話好きですが、最

近は地域の人たちとの交流も少なく、日中自宅で過ごしています。地域で行われた集団検診で認知機能検査を受け、記憶障害と見当識障害が認められたため、地域の拠点のスタッフがご自宅を訪問することになりました。ご本人は認知症についての受診は考えていないとのことでした。

1 信頼関係づくり

はじめて自宅への訪問をお知らせする電話をした際は、うめさんは慎重な様子で、怪訝そうな声でしぶしぶ 3 日後のスタッフの訪問を了承されました。訪問初日、2 階の雨戸が閉まり、家庭菜園には、なす、柿が実っていました。生活は 1 階のみに限定している様子で、スタッフの訪問を周囲に知られるのを極度に嫌がり、すぐに玄関に入るよう促されました。うめさんの受け入れ姿勢に対してスタッフは不安や焦りも抱えながら、関係作りの一歩として、まず傾聴を心がけました。ス

タッフは適宜多職種協働会議で相談し、関係づくりを優先に、という方針で訪問しました。

3 回目の訪問から受け入れは良好で、以降月 1 回から 2 カ月に 1 回の訪問をするようになりました。定期的な通院の確認、健康上の問題や不安を傾聴しました。地域の拠点を紹介すると、電車で 1 駅あり遠くで行けない、との返答でした。しかしスタッフの訪問は「普段、他の方と話す機会がないので嬉しい」と楽しみにしていました。

2 本人の在宅生活についての思い

うめさんは、息子から、自宅を売却し高齢者に住みよい施設入所を勧められることもあるのですが、夫と自宅で過ごしたい、と思っていました。この頃でもう

めさんは 1 週間分の宅配の材料で 3 食手作りしていて、「少なくなった材料で作るのが腕の見せどころ」と得意気に話されていました。

3 介護保険サービス利用に至るまでの本人の気持ちの変化

訪問当初から、生活が狭まることにより社会的交流が少なく、認知機能の低下や転倒リスクが予測されていました。スタッフは、要支援で利用可能な介護予防サービスをパンフレットで紹介しましたが、「まだ、利用するのは考えていない」「デイサービスは煩わしい」との返答でした。初回訪問から半年後、屋内で転倒した後は、「介護予防サービスは使ってもいいのかな」と

初めて関心を示し、地域包括支援センターへ連絡しました。地域包括支援センターの担当者に本人の希望（筋力低下予防、半日、近所の方がいないところ）を伝え、翌月、地域包括支援センター担当者と地域の拠点のスタッフが同伴で訪問しました。この頃には「調理時、台所の開き戸や蛇口につかまる」など下肢筋力の低下が認められていました。ケアマネジャーは、うめ

さんの質問に答えながら丁寧に説明をし、トイレと風呂に手すりを付ける住宅改修後、デイサービス利用を勧め、うめさんも夫も了解しました。「私はいままで意地っ張りで来た。食事でも無理して 3 食作らなくていいのよね」といつもより弱気の発言がありました。スタッフの同席に対し帰り際、「自分は構えるほうなので間に入ってもらってありがとう」と安心に繋がった様子が伺えました。

住宅改修から数か月後「夏からめっきり足腰が弱くなった。手すりは夫婦ともに大変助かっている」と喜

4 生活の変化からサービス活用へ

うめさんは退院後に右膝に装具を着用するようになり、食事は夫と一緒に作るようになりました。今年初めておせちを作りませんでした。お正月は、娘、息子と家で迎えることができ喜んでいました。自宅では娘の介助によるシャワー浴のみのため、入浴できるデイサービスをうめさんが強く希望していることを、地域の拠点のスタッフからケアマネジャーに連絡し、早速うめさんと夫、ケアマネジャー、スタッフでデイサ

ばれ、知人の勧めによりデイサービスに興味を示されたので、見学することになりました。しかし、その見学前に、買い物帰りに屋外で転倒し、右膝骨折で入院することになってしまいました。入院中に娘さんがケアマネジャーに相談し、自宅に介護ベッド、シャワーチェアを導入しました。退院後にうめさんは「病室の静けさでの排尿や、カーテンに囲まれたベッド上での生活は生き地獄だった」と話され、とりわけ在宅生活への思いを強くされていました。

ービスの見学に行くことになりました。うめさんは、近所の人と一緒にでないところがよいと希望されたので、ケアマネジャーは新規開設予定のデイサービスを紹介され、見学したうめさんも「みんな 1 年生ね」と気にいった様子であり、夫までもが「自分が来たいですよ」とぼつりと残念がっていました。後日、娘さんからもスタッフの支援について感謝の電話がありました。

5 サービスの活用と在宅生活の継続への支援

うめさんは、週 2 回デイサービスに通われています。馴染みの方ができたことや、デイサービスのスタッフがマニキュアをしてくれ、「最初はいい年をして恥ずかしかったが、最近は昔作った洋服をコーディネートして着ていくと他の利用者さんにもほめられる」「朝からおはらしようすけさんのようにお風呂に入れて有難い。リハビリも頑張っている」と話され、デイサービスに楽しく行き、生活に張りが出てきているようです。玄関や風呂のドアノブにつかまって立つこともあり、立位が不安定なときもありますが、家庭菜園や食事も作れるようになりました。また、駅前の信号を以前はギリギリ 1 回で渡っていましたが、最近は不安なく渡れるようになりました。掃除はローラークリーナーだけで済ませていたので、訪問介護サービス週 1 回を導入

しました。地域の拠点のスタッフが、うめさんに、お洒落で表情も明るくなり、ADL が拡大し歩行能力も向上していることを伝え、「誰も褒めてくれないので嬉しい」と話されています。夫も再申請の結果、要支援 1 となり、うめさんと同じデイサービスに週 1 回通うようになりました。

うめさんは、新しく買った炊飯器の使い方が分からなかったり、お風呂の追い炊きの仕方を忘れてたり、同じ物を買ったりすることもあります。高齢の夫がフォローし、夫婦で支えあって在宅生活を維持、継続しています。このように、うめさん夫婦が住み慣れた家で生活できるよう、地域の拠点のスタッフは定期的に訪問し、家族、ケアマネジャーと連携して継続的に支援しています。



転倒を繰り返しながらもひとり暮らしを望んだ浦部秋子さん

事例の経緯

浦部秋子さんは80歳代の女性です。青森県出身で、20歳代のころに看護師として上京、定年まで病院で勤められました。20年前に夫を病気で亡くして以来、ずっとひとり暮らしで、お子さんはいらっしゃいませんでした。要介護1ですが、介護保険サービスの利用はなく、緊急時には青森に住む姪と連絡が取れるようになっていました。ケアマネジャーの話によれば、

夫を亡くした20年前に、姪のすすめで一度青森の実家近くに戻ったそうですが、東京暮らしが長かったせいもあり、知り合いもほとんどいない青森の生活に慣れず、1年ほどでまた東京に戻ってきたとのこと。浦部さんは訪問調査に協力したことがきっかけで地域の拠点に週1～2回いらしては、ソファで読書をしたり音楽を聴いたりして穏やかに過ごしていました。

1 転倒のリスクをどう軽減するか

地域の拠点にいらっしゃるようになって2年ほど経った頃から、自宅で転んでできたという腕や足のあざを地域の拠点のスタッフに見せては、「また転んじゃったのよ～」とあっけらかんと話す様子がみられるようになりました。ケアマネジャーがかかりつけ医と相談して、認知症疾患医療センターを受診したところ、「進行性核上性麻痺」と診断されました。この病気は難病にも指定されていて、認知機能の低下もみられますが、それよりも顕著な症状は、転倒しやすくなること、体を動かしにくくなることです。少しでも転倒や転倒による傷害のリスクを軽減するために、浦部さんの自宅の壁には複数個所に手すりが設置され、室内で着用

するためのヘルメットも支給されました。また、杖よりも歩行器の方が安全だということで、歩行器も貸与されました。しかし、スタッフのご自宅を訪問して生活の様子を伺ってみると、相変わらず室内で転倒しているにも関わらず、ヘルメットは「億劫だから」という理由でほとんど着用していませんでした。また、歩行器も「こんな大きな器具を外で使うのは恥ずかしいし、杖の方が扱いやすい」という理由でほとんど使っていないようでした。この頃から、ケアマネジャーと青森の姪の間では、一人暮らしは限界でそろそろ施設入所もやむを得ないのではという話になっていたようです。

2 本人の意思をどこまで尊重できるか

一方で、地域の拠点のスタッフが本人の気持ちを聞いてみると、「施設に行くのはいや。自宅の方が自分のペースで過ごせていいわ」とおっしゃいます。相変わらず転倒しやすく、危なっかしい感じがするのですが、本人は笑って「また転んじゃった～」と深刻さに欠けます。また、徐々に認知機能の低下も目立つようになり、地域の拠点にもひとりでは来られなくなってきま

した。本人の意思を尊重することは大事ですが、かといって、転倒しないように24時間見守ることは非現実的ですし、どこで折り合いをつけたらよいのか、スタッフも迷っていました。外出して転倒することを心配した訪問看護事業所のスタッフが玄関のドアに貼った「浦部さん外に出ないでください」という文字がせつなく感じられました。

3 施設入所の転機

そんな折、ケアマネジャーから、浦部さんが外出時に転倒し、肋骨を骨折して入院したとの連絡が入りました。しかも、2週間で退院した後、いったん自宅に戻った浦部さんは、その数日後の夜中2時頃に自宅近くの警察署付近で保護されたということです。ケアマネジャーが朝警察署に行くと、パジャマ姿で裸足の状態で憔悴しきっていたそうです。これ以降、浦部さん宅には、訪問看護サービスが朝と夕方の2回入るようになりました。さらに、訪問介護サービスの合間に1日

2回、安否確認のためにケアマネジャーが浦部さんに電話をするようになりました。

その1か月後、それでも浦部さんは、朝夕の訪問看護サービスと電話による安否確認の間に自宅を出て、スーパーでお菓子を手にとり、無銭で出てしまったということでした。ケアマネジャーが訪問して今後のことを相談したところ、さすがに本人も「一人では心細い」と施設入所を希望しました。

4 本人と共に考える支援のプロセス

結果的に、骨折や警察に保護されるという出来事がきっかけとなって施設に入所せざるを得ない状況になりましたが、本事例のように、本人を含めて複数の支援者が将来のことを共に考えるというプロセスを経たかどうかが重要です。単独世帯で親族が遠方にしかい

ない方が、転倒のリスクや認知機能低下などの困難を抱えながらも、できる限り自宅で過ごしたいという本人の希望を尊重しながらの支援に関して参考となる事例です。





認知症に対する偏見のために 受診を避けていた前野一郎さん

事例の経緯

前野一郎さんは80歳代の男性です。若いころから働き者で、社会的にも成功した方です。趣味の将棋もなかなかの腕前です。一方で「働かざる者食うべからず」が口癖で、人に弱みを見せることが大嫌いな性格でした。

1年前、脳梗塞をしました。さいわい麻痺などはなかったのですが、疲れやすくなり、怒りっぽくなり、もの忘れも増えてきたようです。しかし、本人は頑張

ってリハビリすれば治るんだと、毎日ひとりで長距離の散歩をしていました。しかし、一向に良くなりません。家族もがんばれがんばれと強く励ましてくれるのですが、ひとり泣いていたこともあるということです。

家族がもの忘れ外来の受診を勧めても「自分は絶対に認知症ではない」と怒り出し、家族との関係もぎくしゃくしてきました。

1 高齢者自身がもつ偏見もある

実は一郎さんの亡きお母さんは30年ほど前に認知症と診断されました。一人暮らしだったのですが、ゴミ出しができなくなり、ボヤを出してしまい、近所から一郎さんに苦情の声が届きました。一郎さんはお母さんをだまして病院に連れていき、そのまま入院させ

たのです。当時は認知症の人を地域で支えるなんて夢物語だったのです。結局、お母さんはベッドに拘束され、すぐに亡くなってしまい、一郎さんは「認知症になったら人間らしい扱いをされなくなる」と思い込むようになりました。

2 まずは専門家と地域で会ってみる

家族が地域包括支援センターに相談すると地域の拠点を紹介され、ある日一郎さんが将棋講座にやってきました。数局打ったのですが、以前に比べてだいぶ弱くなったとおっしゃいます。その場にいた医師の資格を持つスタッフと一局打ってから、自然と相談の場面になりました。一郎さんが、「脳梗塞をしてからどうもうまいかない、脳梗塞は良くなったと言われたの

だが」とこぼしたので、医師から『じゃあ私の外来で検査しますか?』とお話ししました。一郎さんはおそろる「認知症になったら強制的に入院なのでしょう?」と尋ねられましたが、『それはずいぶん昔の話ですよ』とお話ししました。さっきまで将棋を指していた相手だし、少し安心したようです。

3 診断が安心につながることもある

結局一郎さんは外来で検査を受けました。すると大きな脳梗塞がありました。また認知機能検査を受けたところ、かなり大きく低下していることも分かりました。医師は『脳梗塞があります。このためにイライラしやすくなったり、記憶力が低下していたのでしょ

う』『できなくてあたり前ですよ』『一郎さん、辛かったですよ』と言いました。

一郎さんは怒り出すかと思ったら、「そうなんだ、辛かったんだよ」となんだかほっとした様子です。

4 診断後の地域の拠点でのつながり

その後、一郎さんは地域の拠点に来るようになりました。親しい人もできて楽しそうです。地域の拠点と一緒に過ごす人の中には「認知症」と診断されている人もいることを知り、一郎さんは、認知症になってもちょっとした工夫と周りの配慮で、人生を楽しみ続けることができると考えるようになりました。

たみに、自分は認知症かもしれないけど、病院なんて行ったら人生の破滅だと思っている人が地域の拠点に来ます。

すると一郎さんはこう言うそうです。「認知症が人生のすべてを決めるわけじゃない、ほんの一部なのだ。だから病院や医者はいまよく使ったほうがいいよ。病院を避けてももったいないし、頼りにしすぎてもいけない。ほどほどの付き合いでいいんだ。検査くらいはしといたほうがいい」と。





歯科医師を含む 多職種との協働

事例の経緯

地域の中で安心してすごせる居場所としての地域の拠点が、地域の方々に知られ、たくさんの方がいらっしゃるようになると、“どこに相談・受診したらよいかかわからない”心や体の悩み、あるいは家族、友人関係の悩み、ちょっと聞いてほしいことなどを打ち明ける方がいらっしゃいます。一緒にお茶を飲み、世間話や昔語りに花を咲かせながら、喜び、楽しみ、あるいは出来事の振り返りや悩みなどのお気持ちを聴きなが

ら、心の距離を縮め、ちょっとした勇気やきっかけをつかむ支援をすることも居場所の役割です。

地域の拠点のスタッフは、それぞれの専門性を持った、あるいは生活者・隣人としての目線で、来訪された住民のお悩みや困りごとに向き合うことがあります。ここでは、地域の拠点のスタッフのひとりである歯科医師が、“歯に詳しい隣人”として関わった事例を紹介します。

1 最近相次いで入れ歯を2つも紛失した。噛めなくて困っている

松本恵子さんは80歳代の女性で、認知症疾患の診断を受けておられる方です。一般的に、このような悩みが聞かれたら、「歯科受診されたいかがですか」とアドバイスするような事例ですが、悩ましいのは、恵子さんがもの忘れしがちな状態であったということです。

多くの歯科医院では、外来にいらした患者さんの入れ歯をお作りすることはあっても、家庭の中まで入って入れ歯の管理を教えてくれることはありません（はじめから訪問診療なら別ですが）。ご家族と一緒に住んでいる方であれば、ご家族に入れ歯の管理についてご指導するのですが、恵子さんはお一人暮らしの方です。しかも長いこと自立して生きてきた方ですから、

家の中もご自分のルールで管理されています。そんな生活の中、ちょっとしたものの忘れの症状で、入れ歯を外したあとごみと一緒に捨ててしまったのかもしれませんが、今となっては検証するすべもありません。そして歯科医院での指導だけで、新しい入れ歯を紛失しないような生活の習慣づけをするのは非常に難しいことと言えます。そこで、地域の拠点のスタッフである歯科医師は、生活支援という形で家庭訪問に伺って、実演を交えた入れ歯の管理の指導をして、それを恵子さんのかかりつけの歯科医院へ文書でお知らせすることにしました。その後無事に新しい入れ歯が出来て、上手に管理出来ているようです。

2 夫婦とも長いこと歯科受診していない、夫は促しても歯磨きしなくなりました

これは大山次郎さんの妻からの報告です。次郎さんは80歳代の男性で、脳血管障害後遺症と診断されていました。

みなさんから多く聞かれるご質問で、「元気な時は都会の歯科医院に電車通っていたけれど、もう行くのが大変なので、近くの歯科医院で良い所ないかしら」があります。長いこと自宅近くのかかりつけ歯科医院に通っているケースでは、お身体の状態が多少変わっても通院し続けられるのですが、遠方だと、そうもいきません。高齢になってから転居した方は、皆さん「良い歯科医院」探しをされていて、お友達からの口コミなどを頼りに行かれていたようです。しかし、お友達と話して解決しないのは、お友達は“口の中を見て、客観的にどういう状態か本人にお伝えして受療を後押しする”人ではない、というところにあります。口の中をお友達に見せる習慣のある人はあまりいませんし、ふつうは見せられてもなかなか判断できないも

のです。

さて大山さん夫妻は、都会の方で歯科通院していたようですが5年くらい通院しておらず、その理由は夫婦ともに大きなご病気をなさったということと、引越されたことで新規受診に思い切りが付かなかったということでした。また大山次郎さんは病気の後、意欲の低下や日常生活の不具合が生じているということでした。そこで、地域の拠点のスタッフである歯科医師は、次郎さんの口の中を見せて頂いて、急性疾患を含むいくつかの問題点を見つけました。また歯科受診を躊躇していた理由のいくつかを聞き出し、安心して歯科治療を受けられるように情報を整理して、ご本人の希望をあわせてうえで、近隣の歯科医院に紹介状を書くことにしました。結果的には、援助希求が難しい状態になった大山さん夫妻に対して、ちょっと背中を押して勇気を出すきっかけを与えただけかもしれません。

3 咬めないままで困ってる、もう俺はダメなんだ…

鈴木太郎さんは80歳代の男性です。一人暮らしで、遠方の病院に病気の治療に行っていましたが、治療負担と通院負担、主治医との信頼関係構築ができなかったことにより、通院を中断してしまっていました。本人が理解しうる限られた病気の情報によって太郎さんは生きる意欲をなくしていました。支援を受けることを拒んでいた太郎さんでしたが、咀嚼困難な状態で低栄養により下肢筋力も低下していく状態であることが分かりました。そこで地域の拠点の保健師から歯科医師との面接を提案したところ、太郎さんの希望があったため面接を行うことになりました。面接において歯科医師は、太郎さんの希望や余命についての考えを共感的に聴き、受け止めたうえで、太郎さん自身の食べることへの希望を見出し、近医歯科に義歯修理のための紹介状を書きました。太郎さんは「最期まで美味しい物を食べたいよね」と気力も回復し、その後は歯科通院して咀嚼困難も改善し自ら調理するなど自立した生活が続けられていました。

しばらくしてから、太郎さんは病気の影響で嚥下機

能が低下し、痰がらみや咳込みがでてきました。安眠にも影響があるようでした。再度歯科医師の面接を行い、歯科医師は病気の影響を把握したうえで摂食嚥下機能の評価と、無理なくできる呼吸訓練などのエクササイズを提案をしました。エクササイズが必要な理由を分かりやすくお話しし、太郎さん専用の指導カードをつくり、地域の拠点にいらした時にはスタッフと一緒に練習することとしました。最初は不思議そうにしていた太郎さんでしたが、エクササイズをすることを目的に拠点に通うようになり、仲間と囲碁を楽しむなど気力が上がり、様々な人から支援を受けていることを肯定的にとらえられるようになっていきました。歯科相談を通じて、援助希求の難しい男性に支援が繋がった好例といえます。

なんとか自立していた太郎さんも半年後入院されました。太郎さんの希望とスタッフの支援により入院中に外出し拠点に出向くことができました。太郎さんにとって拠点での人との関わりは、人生の最期の光になったように思われます。

4 こんなお弁当嫌よ！

田中道子さんは80歳代の女性で、認知症のために徐々に金銭管理や、食材を購入すること、そして調理が難しくなっていました。配食弁当が配達されることになりましたが、当の道子さんは経済的な不安と、自分の生活を自分以外の人が決めていることへの怒りから、毎日配達される弁当を受け入れられずにいました。そうして道子さんは食事が減っていき血液検査でも貧血が見られるようになり、体重は減少し皮膚症状も生じてしまいました。様々な支援者が配食弁当について説明や説得をしましたが、これまで自分の力で生きてきた道子さんにとっては、どうしても自分が選んだものではない配食弁当を心の底から受け入れることは難しかったようです。ただ、夏の暑い時期でも道子さんは地域の拠点には足繁く通っていましたので、栄養摂取の方法をスタッフと歯科医師は考えました。「おしゃべりしながらジュースを飲むように濃厚流動食を提供できないか」最近美味しい濃厚流動食も発売さ

れていますから、道子さんの口に合う、小さなサイズの濃厚流動食を提供してみることになりました。

地域の拠点では、道子さんが受け入れられる方法や言い方を工夫して、栄養の話をしたり、試飲会をしたりしながら、少しずついろいろな味を試しました。試しているうちに「あら美味しいわね」と飲んでいただけることもありました。濃厚流動食を提供しながら、新規に小規模多機能型居宅介護の相談員との交流を開始し、また混乱していた金銭管理の工夫をつづけました。数か月かけて、ついには小規模多機能型居宅介護で安心して食事がとれるようになりました。

現在では道子さんは安心して小規模多機能型居宅介護に通うことができるようになり、不安も減りました。道子さんへの支援が成立するまでの様々な混乱がある時期に、地域の拠点で低栄養へのささやかな支援が継続できたことは、大きく体調を崩さず地域生活が続けられる一助になったのではないかと思います。

5 多職種のチャンネルがあることは支援の幅を広げる

この4つの事例は、なぜ歯科医師と話すことになったのでしょうか。最初に相談を持ち掛けられたのは、地域の拠点のスタッフや地域包括支援センターの職員でした。その人々からフレキシブルな活動が可能な歯科医師に相談がつながったのは、その歯科医師が、地域の拠点のイベントで口腔ケアのミニ講座をする機会があり、多職種協働会議にも参加していた経緯があったからです。すなわち、地域ネットワークでの顔の見える関係が成り立っていたからこそ、居場所がよろず相談所でありえた、といえます。

こういったお悩み相談は、1対多数の場面から1対1の関係への転換を要します。相手が何をしてくれる人か知らないで、悩みを相談することはなかなかできることではありません。相手が何者なのか、どういったことをしてくれる人なのかを互いに知って、初めて

関係が始まるといえます。

実際、ちょっとした医療に関する悩みは、住民の中に潜在しています。医療の専門職種が、必ずしも最初から居場所に必要なわけではありませんし、常に需要があるとも限りませんが、地域のネットワークを経由し様々な専門職が立ち寄る居場所として機能することが、こういったちょっとした専門支援を可能にするでしょう。地域の居場所がよろず相談所化していくなかで、多職種のチャンネルがあることは支援の幅を広げ、利用する人の満足度を向上させる効果があります。地域コミュニティのネットワークのなかで、もし視点の異なる他の職種の人と出会ったら、体験の共有を通じて近い関係を構築し、ぜひ、お誘いしてみてください。フットワーク軽く関係を保つことが支援のKeyの一つになるかもしれません。

Ⅳ. with コロナ時代の「居場所」「つながり」のカタチ

—感染症流行下に認知症高齢者・家族の社会的孤立をどう防ぐか？

新型コロナウイルス感染症感染拡大に伴い、多くの地域の通いの場が休止し、高齢者の社会的孤立の問題が顕在化しました。特に、認知症高齢者やその家族の孤立や混乱はより深刻なものでした。今後も起こり得るウイルスや感染症の流行下において、認知症高齢者やその家族の社会的孤立を防ぐために、「居場所」「つながり」にはどのようなカタチが求められるのでしょうか。



1 高島平ココからステーションでの取り組み

① コロナ禍で地域の高齢者に何が起きていたのか？

1. 背景

高島平ココからステーションでは、地域の住民や関係機関と信頼関係を築くことを最重要課題としてきました。そして「データを集めて分析するだけ」という従来の研究にとどまることなく、我々自身も高島平団地に常にとどまり、実践（臨床）も並行して行っています。これにより、現代を生きる高齢者の生活の実態に深く迫ってきました。

2020年4月・5月の緊急事態宣言期間中は高島平ココからステーションも閉鎖を余儀なくされました。しかし、我々には3年以上その地域で活動してきたという自負があります。もはや他人ではないのだ、何

らかの支援をすることは我々の使命だ、と考えました。とはいえ当時は新型コロナウイルス感染症の情報も今ほどはなく、住民に感染させてしまうリスクも分かりませんでした。そこで感染リスクが全くないような形での支援をしました。具体的には「電話」「郵送」「掲示」「インターネット」などを用いた支援ですが、これは別稿で説明があります。

ここではいくつかの事例を報告して考察したいと思います。なお、事例は実際の事例を分解・合成した架空の事例です。

2. 事例

・事例1

Aさんは息子さんと暮らす80歳男性です。テレビで新型コロナウイルス感染症のことを聞くと恐ろしくて仕方がありません。家から全く出なくなってしまいました。見かねた息子が「人がいない時間帯に出かけて運動をしたらどうだ」と言うので出かけようとしたのですが、家のドアを出たとたん息苦しくなり、「きっとコロナにかかっているんだ」と不安になり帰ってきました。夜も眠れず、心臓はドキドキしてきます。すると、「ぎっと不整脈なのだ、急に心臓が止まったらどうしよう」と不安が増幅するのです。以前飲んでた睡眠薬をもらいに病院に行こうとするのですが病院なんて怖くて行けません。

さらにAさんは仕事に毎日行っている息子さんに腹が立ってきました。「早く仕事をやめろ」と怒鳴りつけると、息子さんは「俺たちエッセンシャルワーカーがいないと世の中回らないんだ」と言います。理屈は

分かるのですが、ひとり家を出て新しくアパートを借りようかと真剣に悩んでいました。

何度か自宅訪問したことがある高島平ココからステーションの保健師がAさんに電話をしたのはちょうどそのころでした。危機を察知した保健師は、精神科医、心理専門職に相談し、支援プランを立てました。電話による短い心理療法を定期的にするというものです。Aさんがテレビの情報に左右されて不安が増幅していることが分かったので、まずは正しい情報を提供し、その上で落ち着いて一緒に考える時間をつくりました。徐々にAさんは冷静になり「新型コロナウイルス感染症は正しく恐れなければならない」「息子さんは十分に予防行動をしており、仕事をやめろなどとは言えない、むしろ社会のために善いことをしているとほめるべきだ」「急に一人暮らしをすることの方がリスクは大きい」「朝晩の散歩はしたほうが良い」と考え方が修正されていきました。

・事例2

Bさんは夫と暮らす77歳の女性です。夫は足腰が弱いため、夫の世話もしています。高島平ココからステーションから研究のためのヒアリングに行った際には、「施設には入りたくないです。ここで二人で、いつまでも、できる限りのんびり暮らしたいですね」と言っていました。夫は介護保険の認定を受けているのですが、家はきれいに片付いており、夫も身の回りのことは大体できるので介護保険サービスは利用していませんでした。我々と旧知の地域包括支援センターのDさんが何度か訪問しているということも分かりました。

ところが、Bさんは新型コロナウイルス感染症のためにすっかり気持ちも沈んでしまいました。というのは、一人でする家事全般はそれなりに大変ではあるのですが、明るい性格のBさんは地域の趣味の活動に参加したり、仲間とランチ会をしたりして、うまいこと気晴らしをしていたのです。新型コロナウイルス感染症はこのような機会をすべて消失させてしまったのでした。

保健師が電話をしたとき、Bさんは「老人ホームに入りたい、どうやったら入れるのかしら」と追い詰められたように繰り返しました。家の様子を聞いても、言葉を濁すばかりです。家事も手につかないようです。そこで保健師は、定期的に電話することを約束し、本人の了解をとったうえで地域包括支援センターのDさんに連絡を入れました。

翌日、すぐにDさんが自宅に訪問してくださり、家事支援を開始したところすっかり元気になったとのことでした。

・事例3

Cさんは独り暮らしの85歳の男性です。電車で1時間かかるところに住む娘さんがいろいろと支援をしていました。我々の訪問調査の際に、娘さんにも連絡して調査の承諾をもらったところ、当日わざわざ来てくださり、調査に同席してくれたほどCさんを大切にしています。

保健師がCさんに電話をしても出ないため、念のために控えてあった娘さんの携帯に電話したところ、以下のような事情が分かりました。

緊急事態宣言期間中にCさんは心筋梗塞を起こして亡くなってしまいました。緊急事態宣言下ではお葬式もできず、直葬の形をとりました。娘さんの職場も在宅勤務が導入され、娘さんは同僚と合うこともできなくなり、徐々に父を失った悲しみに押しつぶされていきました。誰とも悲しみを分かち合えない辛さに気が付いた保健師は、何度か娘さんに電話をしてつながりを続けました。

さらに緊急事態宣言期間終了後に、高島平にやってきた娘さんと再開した高島平ココからステーションで会い、Cさんのことを偲びました。そこには他の住民の方もいたのですが「Cさんには世話になったな、惜しい人をなくした」と語ってくださり、娘さんはようやく父との別れを受け入れることができました。

3. 考察と提言

突然起こった新型コロナウイルス感染症の危機における我々の経験は、地域支援のありようについて多くを教えてくださいました。事例について考察し、今後のための提言をしたいと思います。

①平時からのネットワークの重要性

我々は、3年前からこの地域で住民とつながっていました。特に認知機能の低下を持っている方の自宅を何度も訪問したり、いつでも電話したりできる関係を持っていました。我々の経験でも、地域の高齢者は全く知らない相手からの電話には非常に警戒が強いようです。平時からのつながりが重要です。

②場の支援の重要性

「困ったときにだけ来てください、相談にのります」という機関は、もちろんないよりは良いのですが、本当に困ったときに人は適切な支援機関に来るでしょうか？われわれは過去3年間「支援の窓口」をしていたのではなく、「用はなくても来ていいですよ、ゆっくりできる場があります、相談もできます」という活動をしてきました。このような場では、平時のその人のことが分かるという強みもあります。窓口だけではなく、集いの場は極めて有用と考えます。

我々の地域拠点には、医師や保健師や心理専門職がいます。研究を離れて民間やボランティアだけでこのような支援の場を作ることはコストの面で難しい場合もあるでしょう。しかしこの「場の支援」の効果と重要性を認識し、広く取組を進めていく時期かもしれません。

③専門家の地域ネットワーク

事例でも、地域包括支援センターとの迅速な連携が記述されています。高島平ココからステーションでは、地域包括支援センターだけでなく、地域の開業医、民生委員、医師会のスタッフ、団地の管理会社、健康福祉センター、図書館の司書といった専門家とも顔の見える関係を築き、連携してきました。各々の専門知識で理論武装した専門家はパニックになることは少なく、また職業倫理規定も持っています。専門家同士のネットワークは、緊急時には強い力を発揮するようです。平時からの専門家ネットワーク構築支援が必要と思われる。

④死が前景化した社会になるのかもしれない

多くの人にとってこの1年ほど死を身近に感じた時期はないのではないのでしょうか？日本では7割程度の死は病院で起きます。日常から離れた世界の出来事のように思っている人もいるかもしれません。しかし、日常の生が死とつながっていることを認識した1年であったのではないかと思います。死について考える機会や場所を提供することが、今後の高島平ココからステーションの重要な役割になるかもしれません。



1 高島平ココからステーションでの取り組み

②コロナ禍の電話アウトリーチでわかったこと ―認知機能障害をもつ高齢者への影響について―

2020年4月7日、新型コロナウイルス感染症拡大の影響を受け、日本政府は緊急事態宣言を発出しました。住民には外出自粛が求められ、高島平ココからステーションも約2か月の閉鎖を余儀なくされました。この期間、私たちは、高島平ココからステーション利用者や認知機能障害をもつ高齢者の皆さんを対象に、電話によるアウトリーチ活動（以下、電話アウトリー

チ）を開始することになりました。その理由は、認知機能障害をもつ高齢者やその家族はより孤立しやすく、社会との接点を失う可能性があるからです。電話アウトリーチの結果、コロナ禍では認知機能障害をもつ高齢者に、より深刻な影響が生じる可能性が示唆されました。ここでは、主な調査結果を抜粋して報告します。

1. 調査の概要

①目的

調査の目的は、緊急事態宣言期間中の生活への影響を記述し、高島平ココからステーションを利用している健康な高齢者と認知機能障害をもつ高齢者の間の影響の違いを検討することです。

②対象

2020年4月7日時点で電話番号が把握できた高島平ココからステーション利用者46名（以下、ココステ利用群）と高島平スタディの疫学調査で認知機能障害があると評価された高齢者86名（以下、認知機能障害群）、計132名を調査の対象としました。対象者の年齢は70代から90代でした。

③期間と方法

調査は、2020年4月16日から5月14日までの間に実施しました。高島平ココからステーションのスタッフである保健師と心理専門職が対象者宅に電話をかけ、生活の様子について傾聴し、アンケート調査を行いました。

④内容

調査では、主に、①体調（最近の体調、よく眠れているか）、②生活の様子（生活リズムの変化、食欲の有無、歯みがきの回数、運動しているか、外出しているか、電話やメールでの交流があるかなど）、③感染症に関する情報（主な情報源、情報の信頼度、緊急事態宣言発令日を知っているか、感染症に対する不安の有無）、④困っていること、などについてたずねました。

⑤分析対象

調査対象者のうち回答が得られたのは、ココステ利用群が35名、認知機能障害群が77名、計112名でした（有効回答率84.8%）。これには、対象者ご本人の体調不良や意思疎通困難などの理由により代理回答した家族12名が含まれます。性別は、男性が41名（36.6%）、女性が71名（63.4%）でした。

2. 結果

①体調不良の訴えは1割以上

「最近の体調」については「良くない」が15名(13.4%)、「よく眠れているか」については「いいえ」が13名(11.6%)でした。緊急事態宣言期間に体調が良くない、あるいはよく眠れていないという人が1割以上いたことになります。

②運動をしていない人が約4割

緊急事態宣言期間中には不要不急の外出自粛が要請されましたが、実際に外出をしていると回答した人は103名(92.0%)で9割以上いました。外出の目的は、多い順に買い物(75.0%)、散歩(46.4%)、通院(29.5%)、運動(6.3%)でした。屋内、屋外に関わらず運動をしている人は69名(61.6%)で、運動をしていない人は41名(36.6%)と約4割でした。

③電話やメールで交流している人が約6割

外出自粛が要請され、対面での人との交流が制限される状況においては、電話やメールで人とのつながりを保つことは精神的健康を維持する上でも重要です。実際に、電話やメールで人と話している人は70名(62.5%)で6割以上いました。

④情報源はテレビが圧倒的に多く、インターネットの利用は少ない

感染症に関する情報はテレビから得ているという人が108名(96.4%)と圧倒的に多く、次いで新聞が55名(49.1%)、家族が24名(21.4%)でした。インターネットと回答した人は7名(6.3%)とわずかでした。一方で、情報への信頼に関して「どれも信頼できない」、「誰も信じられない」、「わからないから自分で判断するしかない」などの意見があり、様々な情報に振りまわされたくない気持ちが伺えました。

⑤コロナ禍で生じた様々な困りごと

困っていることや気がかりなことが「ある」と回答した方は33名(29.5%)でした。どんなことに困っているのかを具体的に聞き取り、得られた回答を整理して表のように分類しました。内容は、感染症そのものに関する不安のほか、人との接触や運動の機会が減ったこと、認知症が進行していないか不安、認知症の家族へのストレス、家族の精神症状の悪化、経済的な困窮など、多岐にわたりました⁰¹。

01 困っていることとその具体例

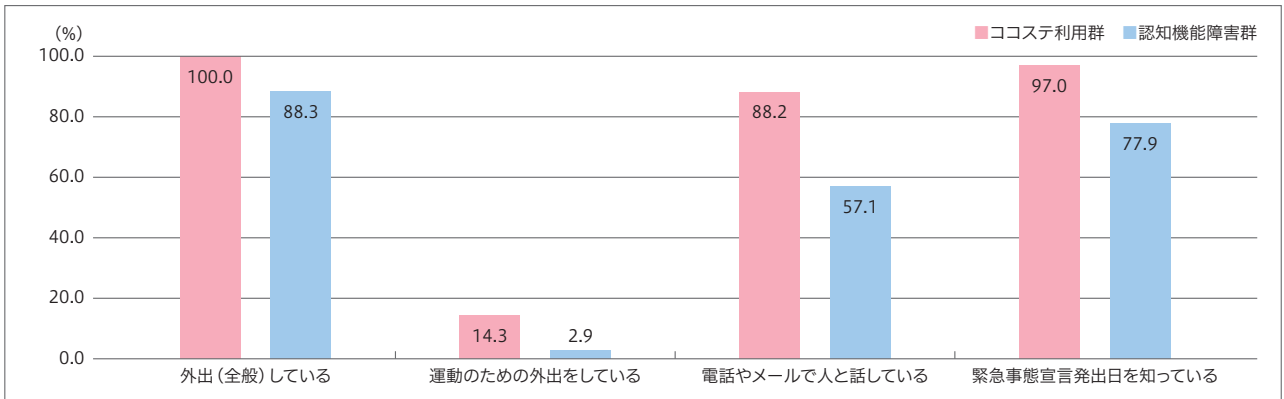
分類	具体例
①感染症に関する不安	自分や家族がかからないか不安、夜不安になる、マスクが足りない
②認知症の家族に対するストレス・介護負担	認知症の妻の暴言に病気のせいとわかっていても減入ってしまう、認知症の夫に今後夜間徘徊が出るのではないかと心配
③体調がすぐれない	体調が悪い、頭痛がする、膝が痛い
④外出できない	買い物に行けない、出かけられなくて困っている
⑤認知症が進行していないか不安	認知機能の低下を感じる、認知症が進行している
⑥人との接触や会話が減っている	話す人がいない、会話する機会がなくなりストレスを感じる
⑦家族の精神症状の悪化	姉の被害妄想がひどくなっている、家族にパニック障害が出ている
⑧経済的なこと	お金がない、日々食べるものに困っている
⑨運動不足・筋力低下	運動不足で筋力が低下している、デイケアを休んでいるので運動不足で歩けなくなるのが心配

⑥認知機能障害をもつ人の生活に大きな影響が出ている

聞き取り調査で得られた回答について、ココステ利用群と認知機能障害群との間に違いがみられるかどうかを検討しました。まず、認知機能障害群はココステ利用群に比べて80代や90代の割合が多く、より高齢な集団であることがわかりました。⁰²には、ココステ利用群と認知機能障害群の回答の違いについて、統計学的に意味のある差がみられたものをいくつか抜粋しました。たとえば、認知機能障害群はココステ利用群に比べて、外出をより控えており、特に運動のため

の外出が少ないことが示されました。また、認知機能障害群の方が、電話やメールで人と話している人が少なく、緊急事態宣言の発出日を知らない人が多いことがわかりました。ほかに、認知機能障害群の方が歯みがきの回数が少ないということも示されました。これらの認知機能障害群の特徴は、新型コロナウイルス感染症拡大前からもともとある傾向なのか、それとも新型コロナウイルス感染症拡大によって生じた影響なのかは不明ですが、いずれにしても認知機能障害群はココステ利用群に比べてより生活面への影響が現れていることが示されました。

02 ココステ利用群と認知機能障害群の回答の違い



3. コロナ禍の電話アウトリーチで得られた教訓

今回の調査で、認知機能障害をもつ人ほどコロナ禍での外出や運動、電話やメールでの対人交流の機会が減っていることがわかりました。今後、外出や対人接触の自粛が求められる期間が長期化した場合には、フレイルや認知症の発症リスクが高まる可能性も考えられます。つまり、認知機能障害をもつ人を含めた地域の高齢者が、平時から社会参加や在宅でのフレイル予防に取り組んでおくことの重要性が、改めて確認されたのです。具体的な取り組みとしては、高齢者が電話やメール、LINEなどで仲間とコミュニケーションをとったり、自宅でする趣味や体操、散歩の習慣を身

に付けたりできるように平時から支援しておくことが考えられます。

最後に、今回の電話アウトリーチを通して、電話がコロナ禍の社会的な孤立を防ぐ有効なツールであることがわかりました。対象者の方からは、「こんな大変な時に自分のことを気にかけてくれてありがとう」、「あなたと話せて元気になりました」などの声も聞かれました。今後も感染症拡大による生活への影響は続くと思われますが、本調査結果をもとに、with コロナ時代に合った地域の方とのつながりのカタチを模索していきたいと思います。

【参考文献】

Ura C, Okamura T, Sugiyama M, Kugimiya Y, Okamura M, Ogawa M, Miyamae F, Eda Hiro A, Awata S.: Call for telephone outreach to the older people with cognitive impairment during the COVID-19 pandemic. Geriatrics & Gerontology International, 20(12):1245-1248,2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/ggi.14071>



1 高島平ココからステーションでの取り組み

③新型コロナウイルス感染症の流行初期から現在までの高島平ココからステーションの取り組み

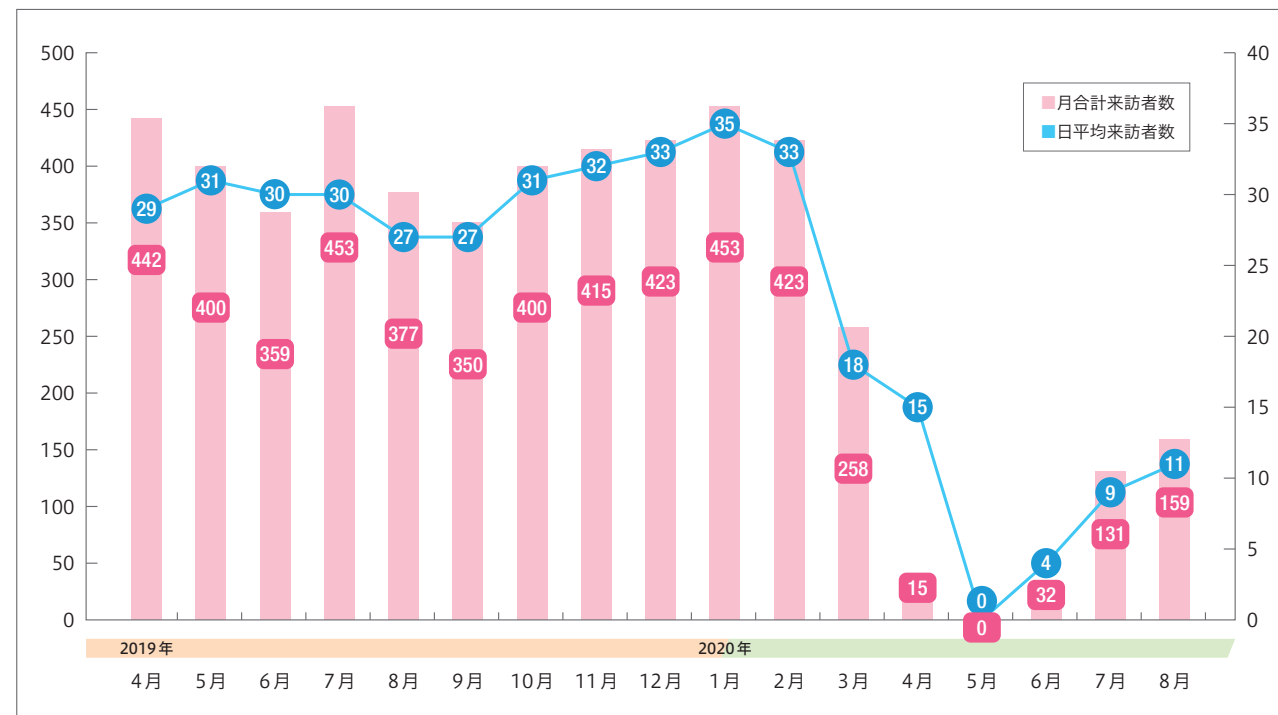
新型コロナウイルスの日本初の感染者が2020年1月に報告され、感染拡大が懸念されはじめた流行初期については、高島平ココからステーションは状況を注意しながら通常開室しました。外出自粛や「3密」を避けることが推奨されて以降は、高島平ココからステーションでは2020年2月の健康講座を最後にイベントは現在も休止しています。

その後、高島平ココからステーションでの感染症予防のためのスタンダード・プリコーション（標準予防策）を決定し、職員の体温計測、手洗い実施、2時間ごとの高島平ココからステーション内のアルコール等による清拭、常時換気とともに2時間に1回の窓を全開にした換気をルール化しています。同時に来訪者に入室時の手指消毒、健康観察、手洗い励行、利用記録票の記載等のルールをお知らせしスタッフとともに実施しています。フィジカル・ディスタンスの確保につい

ては室内に入れる人数を10人として椅子のレイアウトも2メートル距離を確保できるようにしながら運営を続けています。

高島平ココからステーションの来訪者は、2019年度は月間の来訪者数は350名から450名程度、一日の来訪者数は約30名前後でした。2020年2月までの来訪者数には変化がありませんでしたが、3密についての見解が出され感染者数が増加してきた3月は来訪者が258名、一日の平均来訪者は18名と半減しました。その後、再開後の来訪者は7月が131名、8月が159名で、一日の平均来訪者数は10名程度となり、昨年度の3割から4割程度の来訪となっています。来訪者については現在は固定メンバーが多いものの、ドクター相談については新規相談者も増えてきています⁰¹。

01 2019年4月から2020年8月までの来訪者の推移



1 回目の緊急事態宣言下から解除後の高島平ココからステーションの運営

2020年4月7日に緊急事態宣言が発出されました。その数日前の4月3日を高島平ココからステーションの最終開室日とし、来訪者への閉室の説明と張り紙等での周知を行いました。また、部屋の前に住民に役立つ情報のチラシ等を設置、当研究所ホームページ、高島平ココからステーションのフェイスブックへも情報を掲載しました。閉室後から、個別支援を継続していた方と高島平ココからステーションの来訪者には、高島平ココからステーションの保健師らが電話での健康状態の確認と、孤立予防のための支援を開始しました。5月には高島平ココからステーションの取り組み

や情報を記事にし、交流を促すための「ココから通信」を発行し、来訪者や関係各機関に郵送しました。5月20日には在宅訪問医、認知症疾患医療センター、療養相談室とオンラインを用いた会議で情報交換を行いました。5月25日の緊急事態宣言解除後は高島平ココからステーションの再開に向けて検討を重ね、フィジカル・ディスタンスの確保のために室内の座席等のレイアウトを変更し感染予防のための運営マニュアルを決定しました。6月19日にプレオープン、6月20日にココから話そう会（認知症本人ミーティング）を実施し7月1日に通常開室しました。

1 回目の緊急事態宣言下での閉室時の取り組み 郵便やICTの活用による双方向のつながりと交流

高島平ココからステーションが閉室となった期間には、来訪者や個別支援を行っている認知症の人や認知機能低下のある人に対して「場の支援」が提供できなくなってしまうため、1) 高齢者の孤立予防が大きな課題であること、2) 高齢者は感染症予防や精神的な健康を保つために必要な情報を得にくいなどの情報リテラシーなどの問題を抱える可能性が高いこと、3) 特に認知症の人、認知症の人の家族が新型コロナウイルス感染症の流行に伴う外出自粛による心身の影響を受けやすいことに対する支援を行いました。

緊急事態宣言期間中は外出自粛や人との接触頻度を減らすことが要請されるため、高島平ココからステーションと地域住民の交流の方法としてはICT（Information and Communication Technology（情報通信技術））やIoT（Internet of Things（モノのインターネット））の活用が考えられますが、高齢者のスマートフォンやパソコン、スマートデバイスの利用率は低く、認知症の人や認知機能の低下した人にすぐにICTやIoTを活用したオンラインによるビデオ通話、動画の視聴、ホームページの閲覧、などが難しいことは明らかです。

そこで、一時閉室中にチラシ「感染症対策期間中にも健康的な生活習慣を維持するために（当研究所作成）」やパンフレット「不安な自宅待機の方の周りにいる方、支援している方へ感染症流行期にこころの健康

を保つために～隔離や自宅待機されている方の周りにいるあなたへ～^{※1}などの紙媒体の配布と郵送などに着手しました^{02 03}。次に、高島平ココからステー

02 玄関前配布物・郵便配布物

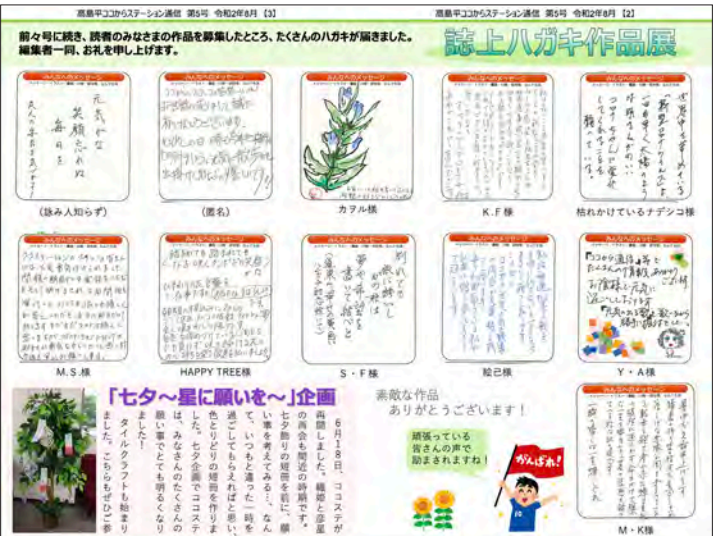


03 玄関前の配布物の設置



ションにいらしている方へ情報を伝え、相互の交流を続けるための「ココから通信」の発行を行い、通信の読者に返信はがきを同封するなど、双方向の連絡体制を維持するような取り組みを行っています⁰⁴。また、従来から開設中の高島平ココからステーションのフェイスブック^{※2}には配布しているチラシ等をアップロードし4月20日に当研究所ホームページにポータルサイト^{※3}を新規開設し情報提供を行っています。

04 ココから通信返信ハガキの作品



参加型アートの活用

高島平ココからステーション内はこれまで、自由に来室し無料でコーヒー等の飲み物の提供や自由にゲームや読書、歌唱等をできる居場所でした。しかし、それらは感染症予防の観点からは中止せざるを得ないため、英国の取り組み等^{※4※5}を参考に個人で作業ができて楽しめ、短時間でできるような参加型アートプログラムを企画し実施しています。

認知症や認知機能低下を持つ人にとって、様々な社会的活動や芸術文化活動への参加、他者とのコミュニケーション、自己決定の尊重や活動の選択などが困難

な状況になることがあります。参加型アートは、認知症の人自身が“Living Well with Dementia”＝認知症とともによりよく生きるために、自分自身に対してブレイクスルーし、自信を持って人生を過ごせるためのきっかけや経験として活用が期待されています。再開後に行った参加型アートの内容は七タの飾りと短冊を作成する「七タプロジェクト」、高島平ココからステーションの分室の壁を飾るための「タイルプロジェクト」、本人ミーティングでのクラフトワークを行いました⁰⁶。

06 参加型アートプログラムの様子



再開後の取り組み：コロナ禍での運営

5月25日に緊急事態宣言が解除されたため、当研究所のCOVID-19感染症予防に対する指針「緊急事態宣言解除後の社会科学系研究調査の再開にあたっての指針（令和2年6月15日：東京都健康長寿医療センター研究所）」に沿って十分な感染症予防対策について検討し、運営マニュアルを作成しました。このように、スタンダード・プリコーション（標準予防策）を行うことで高島平ココからステーションの再開を決定し、プレオープンを経て7月から開室を継続しています。

高島平ココからステーションの運営マニュアルとオペレーションは、スタッフの健康管理、体温等の報告と記録、利用者の受付時の消毒と検温、手洗い、マスク着用、利用記録票の記入、定員を10名以内とすること、高島平ココからステーションの利用時間を30分以内とすること、飲み物の持参、大声での会話・ゲーム・歌唱等の禁止、フィジカル・ディスタンスを2メートル以上取るなどとし、それをもとに「高島平ココからステーション利用の新様式」を作成しました⁰⁵。高島平ココからステーション内は1日3回のアルコール等による清拭、換気、フィジカル・ディスタンスが確保できるような室内のレイアウトに工夫をしています。また、スタッフ及び来訪者で感染者が報告された場合のフローについても事前に決めておくことが重要です。

05 高島平ココからステーション利用の新様式





1 高島平ココからステーションでの取り組み

④ with コロナ時代の
地域在住高齢者の歯科口腔保健

1. 経験のない感染症との戦いの中で出会った課題

2020年4月、新型コロナウイルス感染症の感染拡大とともに、新型コロナウイルスの特徴である口腔咽頭の分泌物からの飛沫、エアロゾルが感染の原因となることが知られるにつれ、世界のどの地域でも医療機関の受診に関する注意喚起があったことは記憶に新しいでしょう。世界中が急な対応を迫られた混乱の中、2020年5月頃には、日本においては「緊急治療のみを提供することを推奨」し、また「定期健診など延期できる治療は延期すべき」とメディアが報道しました。緊急事態宣言のなか、歯科診療所は閉院するところもありましたし、受診者数を制限するために訪問診療を医院側から中断するケースや、地域在住高齢者や家族から中断を申し出るケースも相次ぎました。そして、診療所や歯科診療所だけではなく、世界中の人々が集まる場そのものが中断を余儀なくされ、外出が制限されました。

2. ケースから学ぶ

Case A

Aさんは80歳代の男性で、郊外の一軒家に妻と子供家族と同居し一家7人で暮らしています。妻は在宅介護を受けている状況ですが、Aさん本人に認知症はなく自転車で買い物に行っています。もともと無口なタイプのAさんには、グループ活動などの社会参加はありませんでしたが、家では小さな孫たちと子供世代がにぎやかに暮らしており、穏やかな生活を続けてきました。新型コロナウイルス感染症感染拡大によりAさんの外出も減り、特に孫世代が毎日家にいるようになってからは、Aさん本人が行うコミュニケーションは、子供世代からの意思確認に傾くだけの毎日になっていました。

Aさんは10年間歯科受診しておらず、入れ歯が不

人は情報を収集して自分の利益になるように行動するので、自らの考える健康信念に基づき健康によいとされる行動を自らします※¹。しかしながら、歯科疾患の緊急性は多くの場合自分で判断することはできず、地域在住高齢者はパンデミック下において混乱した健康信念に基づき、通院するかどうかの判断を見誤ってしまうケースが実際に数多くありました。

地域在住高齢者の歯科口腔管理において、定期受診と社会的つながりが中断された状態が、果たして何を引き起こしたのか、私たちはこの経験をもとにして、前向きに学ぶことができるのではないのでしょうか。新型コロナウイルス感染症に関連する地域在住高齢者や住民の不安や懸念、それぞれの信念に基づく安全性への対処と、疾患予防と治療のための定期受診の習慣の維持との間のバランスを検討することで、地域在住高齢者の歯科口腔の健康の新たな課題が見出せそうです。

安定で入れ歯安定剤を自己流で使っていました。それでも食事は娘が薄切り肉を食べやすく調理してくれていたので困ることはありませんでしたし、入れ歯が外れそうだから大きく口を開けず、ガラガラうがいなど口を大きく動かすことはしない、というAさんなりの工夫で乗り切っていました。新型コロナウイルス感染症感染拡大の第一波が落ち着いた夏頃、口腔機能調査で歯科医師が自宅に来た際に、機能検査でいくつか発覚した課題があります。①舌滑が著しく低下していること、②口腔粘膜の水分量が低下していること、③咀嚼機能が低下していること、④食事中にむせやすいこと、⑤入れ歯安定剤の使用方法が誤っていること、です。自己流で入れ歯安定剤を使用していたことで、(使用しているにもかかわらず)口腔内で常に入れ歯が安

多機関・多職種連携：オンライン地域ケース会議・医療相談の実施

緊急事態宣言期間中、解除後も外出自粛等の要請が継続していたために、地域関係機関との連携体制をどのようにとっていくか、電話調査等で発見されたケースや地域課題について検討するため在宅訪問医、認知症疾患医療センター、療養相談室、地域包括支援センター、行政と地域ケース会議としてオンライン会議を実施しています。会議のオンライン化はハードルが高い印象がありますが、会場型の会議が難しい場合には有効な手段であり、移動がない、時間の調整がしやすくかえって参加しやすいというメリットがあります。

また、ドクター相談などの専門相談を充実させるために地域のボランティア医師等の協力のもと相談日を毎週月曜日のみでなく水曜日、金曜日と増やし、従来通りに予約なしで実施する体制をとっています。現在では、「話してみようドクターの日」と名称を変更し月7日、1日2時間～4時間に対応しています⁰⁷。

2 回目の緊急事態宣言下
2021年1月8日以降の高島平ココからステーションの運営

2020年7月から高島平ココからステーションを再開しマニュアルに沿った運営を行っていましたが、2021年1月7日に東京に2回目の緊急事態宣言が発出されました。高島平ココからステーションは認知症をはじめとする様々な相談支援にに応じているため、再び運営マニュアルの検討を行い、来訪者の入室時の手

07 高島平ココからステーションオープン表

2020 10月 高島平ココからステーション オープン予定表							話してみよう！ドクターの日 ドクターと気軽に話してみませんか？ 地域の医師や東京都健康長寿医療センターの医師がお待ちしております。 月曜日 12日、26日 11:00-16:00 19日 13:00-16:00 水曜日 7日、21日 14:00-15:00 金曜日 2日、16日 13:30-14:10 ※ 急患などで相談が中止になる場合もあります ※ 歯科相談も承ります（予約制）
日	月	火	水	木	金	土	
				1 休	2 13:30-14:10 ドクターの日	3 休	話してみよう！ドクターの日 ドクターと気軽に話してみませんか？ 地域の医師や東京都健康長寿医療センターの医師がお待ちしております。 月曜日 12日、26日 11:00-16:00 19日 13:00-16:00 水曜日 7日、21日 14:00-15:00 金曜日 2日、16日 13:30-14:10 ※ 急患などで相談が中止になる場合もあります ※ 歯科相談も承ります（予約制）
4 休	5	6 休	7 14:00-15:00 ドクターの日	8 休	9	10	
11 休	12 11:00-16:00 ドクターの日	13 休	14	15 休	16 13:30-14:10 ドクターの日	17 午後2:00～2:30 話そう会	新機軸でオープンしています 感染症予防のため、当面の間ご利用の人数や方法を制限して営業させていただきます。大人数での歓談やゲームはご遠慮くださいませ。なにとぞご理解ご協力ください。よろしくお願ひいたします。
18 休	19 13:00-16:00 ドクターの日	20 休	21 14:00-15:00 ドクターの日	22 休	23	24	
25 休	26 11:00-16:00 ドクターの日	27	28	29 休	30	31 休	ココから話そう会 10月17日(土)午後2時～2時30分 認知症と診断された方、もの忘れが心配な方が集まって、仲間と出会い、話し合い、元気になるための会です。ぜひご参加ください☆

プレオープン時から相談を希望する方も多く、現在までに身体機能低下、歯科相談、認知症介護の相談、精神的な健康問題など様々な相談が寄せられ、地域包括支援センターや医療機関、介護保険事業所等とも連携を取りながら支援を行っています。

【引用文献】

- ※ 1：日本赤十字社；不安な自宅待機の方の周りにいる方、支援している方へ感染症流行期にこころの健康を保つために～隔離や自宅待機されている方の周りにいるあなたへ～（http://www.jrc.or.jp/activity/saigai/news/200327_006138.html 2020.11.2）
- ※ 2：高島平ココからステーションフェイスブック：（<https://www.facebook.com/t.cocokara.st/> 2020.11.2）
- ※ 3：東京都健康長寿医療センター研究所ホームページ自立促進と精神保健研究チームポータルサイト（<https://sites.google.com/view/portal-dandmh/> 2020.11.2）
- ※ 4：The Baring Foundation ホームページ：The role of local authorities in creative ageing：The Baring Foundation（2017）（<https://baringfoundation.org.uk/resource/the-role-of-local-authorities-in-creative-ageing/> 2020.11.2）
- ※ 5：Culture Health & Wellbeing Alliance ホームページ：Connecting Culture and Health、（<https://www.culturehealthandwellbeing.org.uk/> 2020.11.2）

【参考文献】

- 杉山美香 岡村毅 小川まどか 宮前史子 枝広あや子 宇良千秋 稲垣宏樹 釘宮由紀子 岡村睦子 森倉三男 見城澄子 佐久間尚子 栗田主一、大都市の大規模集合住宅地に認知症支援のための地域拠点をつくる－Dementia Friendly Communities 創出に向けての高島平ココからステーションの取り組み－日本認知症ケア学会誌 2020；18：847-854
- 杉山美香 認知症支援のために地域の居場所ができること－COVID-19 影響下の高島平ココからステーションの取り組み－、認知症ケア事例ジャーナル 2020：13-3、220-230

定せず、会話ははじめ口腔を動かしにくい状態であったために、より動かせないようになっていたことと、大家族であるがゆえに会話機会が少なく、本人も口腔機能低下に気付いていなかった、ということが分かったのです。Aさんと娘さんは一緒に入れ歯安定剤の使用方法的なレクチャーを受け、口腔機能体操を練習しました⁰¹。

娘さんはこの検査に同席していて、「今日はよくしゃべってよかった。いつも孫たちがにぎやかにしていて本人は頷くだけだから、口腔機能の低下にはそれが関係しているかもしれない。もっと話しかけようと思う」「実は、(Aさんが)最近むせることが増えた、と思っていた」と気づいたことを話してくださいました。

Case B

Bさんは80歳代の女性で、アルツハイマー病の診断を受けて夫と暮らしています。家事はすべて夫が行っています。外出して受診することが大変なので、訪問看護師から訪問歯科診療所を紹介してもらい、月に2回歯科衛生士に来てもらっていました。ところが、新型コロナウイルス感染症感染拡大による緊急事態宣言で、訪問歯科診療所が一時閉院してしまいました。再開のめどは全く立たず、次にいつ受診できるかわからない状態になりました。

Bさんはもともと朝に1回だけ歯磨きをする生活で、夫は毎日日本人に歯磨きを促しますが、本人が行う歯磨きは上手にはできていません。Bさんにはむし歯が進みつつも20本の歯があり、今となってはセルフケアがうまくいかないので重度の歯周病を抱えていました。これまでは2週に1度の歯科衛生士の専門的な口腔ケアで、なんとか歯肉の炎症が鎮静化されていたのですが、訪問歯科診療所の閉院によって全くケアが受けられない状態になり、1か月経過した頃には歯肉が腫れて膿も出て、痛くて食事ができない状態になってしまいました。Bさんは感情の浮き沈みが大きく、痛み

01 家での義歯の取り扱いと一緒に練習



から不機嫌な時間が増え、食事でも途中でやめてしまう状態になり、夫が口の中を確認しようとすると大きな声を出して嫌がる状態になりました。このままだと体重減少も心配です。夫はストレスを感じつつも、緊急事態宣言の間だけでもなんとかしのぎようと思っていたが、見通しは立ちません。

そんな時、高島平ココからステーションの保健師から電話による様子の確認がありました。夫はBさんの様子を話し、保健師のコーディネートで高島平ココからステーションの歯科医師の電話診察を受けることになりました。高島平ココからステーションの歯科医師は以前からBさんの口腔内の状態を把握していたため、電話での状況確認から急性炎症を起こしている部位を同定し、受療の必要性を説明しました。夫から受療の希望があったため、緊急事態宣言下でも営業を続けていて訪問可能な歯科診療所を探し、訪問歯科診療ができるようにコーディネートしました。幸いなことに、数回の訪問歯科診療でBさんの歯肉の炎症は鎮静化し、Bさんはもとどおりに食事ができるようになりました。

3. 解決の糸口を探す

2つのケースを振り返ってみましょう。

Aさんは自己流の管理による入れ歯の不具合の放置と、コミュニケーション頻度の低下によって口腔機能の廃用が生じ、安全に食事する機能まで低下し始めてしまったといえます。長い間歯科受診していないので、本人も家族も気づかなかったのでしょう。新型コロナウイルス感染症感染拡大の影響による社会環境変化で、口腔機能低下がますます進んでしまったのです。

一方、Bさんは通常の社会であれば継続受診ができて炎症が鎮静化されていたわけですが、新型コロナウイルス感染症感染拡大の社会的影響による受療機会の喪失という障壁がBさんの健康障害を引き起こして

しまいました。Bさんが自分で痛みの原因がわからず、自分で困難を解決できず、夫も対応ができなかった1か月の間はとてつろかったに違いありません。

この2つのケースは、新型コロナウイルス感染症流行下の特徴的なケースです。このように誰も悪くないのにもかかわらず高齢者が機能低下するケースが、数多く発生したことが推測されます。受療がしにくい状態の方に、健康に関する専門職が電話・訪問等のアウトリーチ活動をするには、重要な健康被害の発見だけでなく、それに関連するQOL向上の効果が得られるものと考えます。

4. 地域在住高齢者と歯科口腔保健との関わり

歯周病に代表される口腔内の慢性炎症は、ウイルス性の呼吸器感染症との重複感染による重篤な健康被害が指摘されています^{※2, ※3}。なるべく自分の歯を残そう、という「8020キャンペーン」を行ってきたわが国ですが、皮肉にも高齢者では残っている歯の本数が多いほど口腔内が複雑になり、どうしても口腔内の清潔を保つことが難しくなるため、口腔内細菌による誤嚥性肺炎のリスクが高まることが知られています^{※4}。我々が行った調査でも、地域在住の認知症高齢者は、歯周病による炎症面積が顕著に大きく、歯科医療の必要性が高いにもかかわらず歯科受診をしていないことが分かりました^{※5}。また、2つのケースで代表されるように、歯周病の重症度のみならず、本人が気づかないうちに滑舌や飲み込みなどの口腔機能も低下していることが分かりました。とくに認知機能の低下がある方では、ご自分で行う口腔管理のみならず、歯科受診による専門的な口腔管理を日頃から行っていることがとても重要です。

こんな調査があります。米国ユタ州の成人を対象にして新型コロナウイルス感染症感染拡大下に行ったWeb調査では、特に高齢であるほど、収入が少ないほど人々は自分が感染しやすいと認識し、歯科の受診控えをした、というものです^{※6}。歯科医院で新型コロナウイルスに感染する可能性が高まるかもしれない、という心理的障壁に加えて、年齢と経済状況がさらに関

連しているということは、高齢者と経済的に困窮している人々にとって歯科受療の機会は容易に失われてしまうことを示しています。

また、外出することを阻むような社会的要素が予防医療へのアクセスに及ぼす影響を調べた調査では、外出に不安を抱えるような近隣環境である人ほど、ワクチン接種や他の予防医療よりも歯科受診が少なくなることが報告されています^{※7}。社会的孤立が予防を含めた特定の医療へのアクセスの障壁になっていることが指摘され、的を絞った介入の必要性が示唆されます。高齢者と経済的困窮者、社会的孤立の状態にある人は、歯科口腔領域の医療ニーズが満たされていない^{※8}という傾向は、新型コロナウイルス感染症流行下に限ったことではなく、非常に一般的な事象です。特に地域における認知症医療介護連携の中では、歯や口腔に関する困りごとは見落とされがちです。認知症の人にとって歯科医療を含む社会とのつながりを失い、痛みや不具合など口腔の諸問題が放置されることは、会話、快適な食生活などその人らしい生活を送る上でのQOLを損なう要因になります。

医療アクセスに障壁を持った人々の歯科口腔保健を推進し、QOLを維持するためには重要な課題があります。人々の心の中にある①なんとなく口腔のことは後回しでもなんとかするという思い込み、②高齢者の歯が少ないことや口腔環境が悪いのは仕方ないのだと

いう差別的な見方、を払拭しなければなりません。

誰もが口腔の健康を保てるように、歯科口腔保健の推進に関する法律が平成 23 年から施行されています。定期的に歯科検診又は歯科医療を受けることが困難な者に対する歯科口腔保健が重要事項である、と法律の中で定められており、歯科受診から遠ざかった高齢者への歯科口腔保健医療の提供は自治体にとっても重要な課題として位置づけられているといえます^{※9}。

歯科医療機関は口腔疾患を扱う分野ですから、新型コロナウイルスをはじめ様々なウイルスや感染症を防ぐ標準予防策を行っており、これまでわが国の歯科医院で歯科医療を通じたクラスターは発生していません。新型コロナウイルス感染症の流行下で口腔環境が悪化し、「美味しく楽しく安全に食べる」という、人間にとって根源的な喜びを失ってしまった高齢者がこれ以上でないように様々な角度からの支援が必要です。

【引用文献】

- ※ 1. Champion VL, Skinner CS. 2008. Health behavior and health education: theory, research, and practice. 4th ed. San Francisco (CA): Jossey-Bass; P45–65.
- ※ 2. Madapusi Balaji T, Varadarajan S, Rao USV, Raj AT, Patil S, Arakeri G, Peter A Brennan. Oral cancer and periodontal disease increase the risk of COVID 19? A mechanism mediated through furin and cathepsin overexpression. Medical Hypotheses. 2020; 144: 109936.
- ※ 3. Jose A Bengoechea, Connor GG Bamford. SARS - CoV - 2, bacterial co - infections, and AMR: the deadly trio in COVID - 19? EMBO Mol Med. 2020; 12(7): e12560, <https://doi.org/10.15252/emmm.202012560>
- ※ 4. Claar D.van der Maarel-Wierink, Jacques N.O. Vanobbergen, Ewald M. Bronkhorst, Jos M.G.A. Schols, Ceesde Baat. Risk Factors for Aspiration Pneumonia in Frail Older People: A Systematic Literature Review. JAMDA.2011; 12(5): 344-354.
- ※ 5. Ayako Edahiro, Tsuyoshi Okamura, Yoshiko Motohashi, et al. Oral health as an opportunity to support isolated people with dementia: useful information during Coronavirus Disease 2019 pandemic. Psychogeriatrics. 2020; online open, <https://doi.org/10.1111/psyg.12621>
- ※ 6. R C Moffat , C T Yentes , B T Crookston , J H West . Patient Perceptions about Professional Dental Services during the COVID-19 Pandemic. JDR Clin Trans Res. 2021 Jan;6(1): 15-23.
- ※ 7. Kenzie Latham-Mintus, Ashley Vowels, Swapnali Chavan. Neighborhood Disorder, Social Ties, and Preventive Healthcare Utilization among Urban-Dwelling Older Adults. J Aging Health. 2020 Dec;32(10): 1387-1398.
- ※ 8. Raphael C. Oral health and aging. Am Pre J Public Health. 2017;107(S1): S44–S45. file:///C:/Users/aedah/Downloads/ajph.2017.303835.pdf
- ※ 9. 厚生労働省（2012）「厚生労働省告示第四百三十八号．歯科口腔保健の推進に関する基本的事項．厚生労働省 官報 号外第 158 号（平成 24 年 7 月 23 日）」．(https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/shikakoukuuhoken/dl/02.pdf, 2021.01.06)



2 その他の居場所の取り組み

①「ともに」を感じていたいから続ける SHIGETA ハウスプロジェクトの歩み

●一般社団法人栄樹庵（SHIGETAハウスプロジェクト） 早川 景子

『SHIGETAハウスプロジェクト』とは

「SHIGETAハウスプロジェクト」は、2019年4月に設立した一般社団法人栄樹庵が行っている活動です。空き家となっていた神奈川県平塚市の一軒家を借りて「SHIGETAハウス」と名付け、ここをベースに認知症に関わるさまざまなことを行っています。

特徴1 空き家を活用

平塚駅から徒歩約23分のところにある一軒家「SHIGETAハウス」は、認知症の専門医である繁田雅弘医師（東京慈恵会医科大学精神医学講座教授）の実家です。繁田医師のお母様の主治医であった内門大丈医師（湘南いなほクリニック院長）が、「この家を、地域医療や福祉のために使わせてもらえないか」と提案したところ、お母様と繁田医師が同意し、SHIGETAハウスが誕生しました。

SHIGETAハウスは築50年の木造の二階建てです。01 02 03。お母様が裏千家の教授でいらして、奥には立派な茶室があります。04。この茶室の名前が「栄樹庵」であったことから、私たちは一般社団法人栄樹庵を設立し、SHIGETAハウスプロジェクトの活動をはじめました。

04 茶室「栄樹庵」の外観



01 SHIGETAハウス



02 もっともよく利用される14畳の大広間



03 個別相談時によく利用される洋間



SHIGETAハウスができるまで



2～3年空き家となっていたため、大掃除をする。



改修の資金を募るためにクラウドファンディングに挑戦。563万8000円の寄付が集まる。



2019年7月から改修工事が始まる。量を入れ替え、エアコンをつけ、キッチンは同時に複数人が立てる作りに、トイレはバリアフリーにする。



2019年7月21日 オープニングパーティー開催（クラウドファンディングのリターンのひとつとしてオープニングパーティー参加券があり、対象者をご招待）。抹茶も振る舞った。

特徴2 多職種（それ以上）が集まる

SHIGETAハウスプロジェクトには、多職種（それ以上）がスタッフとして集まっています⁰⁵。それぞれの「認知症」に対する思いがあり、この場でできることを探したいという気持ちで集まりました。そのため、

いろいろな立場や職業の人たちの意見・体験・人の繋がりを通して、認知症について考えることができる環境にあることを感じています。

集まったスタッフ

認知症をもつ本人と家族、認知症専門医、看護師、保健師、薬剤師、言語聴覚士、社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、若年性認知症支援コーディネーター、平塚市役所職員、地域包括支援センター職員、弁護士、税理士、映像ディレクター、編集者、ライターなどが集まった。2018年6月に出版した書籍『気持ちになる認知症の家族との暮らし方』（池田書店）の制作メンバー（繁田雅弘著、大澤誠・内門丈丈監修協力、早川景子編集）が中心となっている。

05 栄樹庵発足のスタッフ



特徴3 いろいろな人とともに活動を行う

設立から、認知症に関わる活動を様々な人と一緒に行ってきました。主な活動は以下の通りです。

通える・楽しめる・学べる場づくり

- 平塚カフェ（いわゆる認知症カフェ）⁰⁶
- 土と畑（平塚にあるオーガニック野菜を育てている「いかす平塚農園」にて、農業を楽しむ）
- ウクレレ教室（平塚で活躍している音楽家落合洋司さんに教わって楽しむ）
- 湘南コネクト134（三浦から、小田原から平塚を目指して走るイベント）⁰⁷
- バasketボール観戦（プロBasketボール選手の田渡凌さんが設立した「TAWATARI プロジェクト」とのコラボレーション。認知症をもつ人をBasketボールの試合に招待するプランや、試合会場での認知症啓発活動など）⁰⁸
- 園芸（ガーデニング。湘南造園の協力により、平塚市立江陽中学校の福祉委員のみなさんたちと一緒に、花壇にパンジーを植えるなど）⁰⁹

06 平塚カフェ



07 湘南コネクト134



08 バasketボール観戦



09 園芸（中学生とともに）



10 SHIGETAの学校



11 認知症をもつ人のためのサイト「エイト」



<https://eight.org>

- SHIGETAの学校（繁田雅弘医師とともに学ぶ）¹⁰
- いのちの授業（中学校などに医師が訪れて、生徒たちと一緒にいのちについて考える）
- 認知症をもつ人のためのサイト「エイト」（認知症をもつ人が情報を集めたいときに役立つサイト）¹¹
- 湘南ベルマーレ×平塚市役所×SHIGETAハウスプロジェクトによる世界アルツハイマー月間のイベント（認知症啓発活動）¹²

12 世界アルツハイマー月間のイベント



新型コロナウイルス感染症の影響を受けて（2020年3月から7月）

2020年3月、私たちが日頃から行っている平塚カフェ（認知症カフェ）、土と畑を楽しむなど、全ての活動がとまりました。

つながる方法を探して（2020年3月から4月）

今まで平塚カフェに来てくださっていた方々のことが気になり、まずはみなさんと電話でお話をしました。Web会議システム Zoom を使った仕事も始めてきたので、「それでは Zoom で繋がろう」、と思ったのですが、操作を伝えることが難しく、2割の人（この中には80代の方もいました）とは繋がり、8割の方とは繋がらなかったという結果でした¹³。「では LINE を使ってみよう」ということになり、Zoom よりも楽に映像と音声での会話が楽しめたのですが、もともと LINE で繋がっていなかった人とは繋がるどころからうまくいかず、これも残念な結果で終わることが多々ありました。このことを教訓に、今では直接会えたときにできるだけ LINE の交換をしておくことにしています。

電話やオンラインで繋がったとき、ある一人暮らしの方は「久しぶりに人と話した」とおっしゃっていました。「不安でなかなか外に出られない」という声がありました。しばらくしてからは、「母がデイサービスの利用をやむなくお休みしていることで、認知機能の低下が進むのではないかと心配している」という認知症をもつ方のご家族からの声や、「コロナうつになりそう」という看護師からの声がありました。

新型コロナウイルス感染症の感染拡大による影響を受けて、認知症をもつ人も家族も、いつも以上に悩みが増えている、ストレスを抱えているという印象でした。

オンラインに慣れてきたころ、認知症をもつ方のご家族が「オンラインでいろいろな人に会えるのはとても嬉しい。でも、直接会ったときのことは覚えていても、オンライン

13 オンラインでウクレレを奏でる



で話をしたことは忘れてしまうことが本人（認知症をもつ方）には多いように思うんです」とお話しされていました。また、新型コロナウイルス感染症のことを考えると、外出に誘うことをためらってしまうことがあると思いますが、その方は、「たとえば今年の桜は我慢しようと言われても、私たちは来年見ることなんて今は考えられない。今、見ることが大事だと思うんです」とおっしゃっていたことが印象的でした。

新しくはじめたオンラインでの活動（2020年4月）

認知症をもつ人や家族、そして医療や福祉の専門職のみなさんのストレスを解消したり、悩みを話したり、相談したり、楽しんだりすることが少しでもできないか、という思いが強くなり、今までの活動を違う形でも続けていこうというスタッフの声が上がりました。そこで、2020年4月から「オンライン平塚カフェ」を始めました¹⁴。Zoom を使った、誰もが無料で参加できるカフェです。毎月第1火曜日の19時から行うことにしました。

また、オンラインで学びも再開しよう、ということになり、同じく4月から「オンライン SHIGETA の学校」がスタートしました。「SHIGETA の学校」は、認知症についてみなさんと一緒に学ぶ学校で、認知症専門医である繁田雅弘医師が校長であり、講師を務めています。さらに、SHIGETA の学校の特別企画も開始しました。毎月1回、ゲストをお呼びしてご講演いただき、最後は繁田医師との対談、というスタイルの2時間です。

14 オンライン平塚カフェでの様子



実際に集まったの活動、再開（2020年7月）

待ちに待った「平塚カフェ」の再開は2020年7月でした¹⁵。

再開については、まずは平塚市役所の地域包括ケア推進課の担当者に相談しました。その時点では緊急事態宣言は解除されていましたが、とくに反対意見もなかったため、再開へ向けての準備を始めました。手や机などを消毒するためのアルコール液、非接触体温計、ハンドソープ、ペーパータオル、マスク、感染対策の協力をお願いする掲示用プリントなどを用意しました。飲み物はひとりに1本ずつペットボトルのお茶を用意し、窓は30分に1回は開け、ソーシャルディスタンスが守られるように気をつけていくことを決めました。

参加については完全予約制（20名まで）で、参加者は認知症の本人と家族とスタッフのみとしました。開催は、毎週火曜日13時から15時ですが、2回目の緊急事態宣言の期間中は13時から14時の短縮版にしました。

現在の活動について（いろいろな人とともに活動を続ける）

①平塚カフェ

いろいろな活動の中で中心となっているのが「平塚カフェ」です¹⁶。このカフェでは、みんながひとりの「人」として参加することを大切にしています。そのことから、スタッフも参加者のひとりとして参加費を支払っています。

参加人数は毎回約10人から15人。認知症をもつ本人と家族と一緒に参加、本人だけの参加、家族だけの参加が見られます。

参加者からは以下の声をいただいています。「私たち家族が、これから頑張ろうと思えるいい場所です」「SHIGETA ハウスに来られる火曜日を励みに1週間過ごしています」「自己紹介から始まったりしないことや、みんなと同じことをしなくてもよくて、やりたくないことについてはやりたくないと言えるところがいいと思う」。

しかしながら課題はたくさんあります。「情報誌で知ったけれど、敷居が高くてなかなか来られなかった」「何をやっているところなのかよくわからなかった」という地域の方からの声もあります。どのように広報をしていくべきかを、これからもっと考えなくて

15 感染対策を行いながらの平塚カフェ



撮影：コスガ聡一氏

平塚カフェ当日、参加者は玄関で熱を測り、用紙に名前と連絡先を記入したあと、手指を消毒します。窓を全て開け放しておくこともあり、寒い日は、温度管理と感染症予防の対策との両立に困難を感じることもありました。

はいけません。また、平塚カフェを訪れる理由はひとりずつ違います。だからこそ、大切にしないといけないこと（P83 参照）があると考えていますが、それが実際にできているのかと、反省しながら活動をしている日々です。

継続していくことで、参加者同士が馴染みの関係になっていくように感じている今、感染対策をしっかり行いながら、迷いながらも力を合わせて継続していくことが大事であると考えています。

16 カフェの日のSHIGETAハウス



平塚カフェの特徴

- 毎週火曜日 13時から15時開催（緊急事態宣言期間中は13時から14時の短縮版）
- 予約制（20名まで）
- 参加者は認知症本人、家族、スタッフのみ（2021年4月以降は、同じ日の午前中などにだれもが参加できる「平塚カフェ・だれでもカフェ」を設ける予定）
- 参加費500円（緊急事態宣言期間中は短縮版のため200円）
- 参加者のほとんどが以下のことをきっかけに訪れる。①電話での問い合わせ（ホームページやチラシなどを見て）②病院やクリニックからの紹介③専門職や地域包括支援センターからの紹介④ご近所の方で看板を見て
- ほとんどの日に専門職（認知症専門医や看護師、若年性認知症支援コーディネーターなど）も参加するため、参加者が何か相談したいことがあるときには個別で話をすることもある
- 講話や決まったメニューはない。その日に参加した人たちが好きなことをして過ごすことを大事にしている 17 18 19
- 飲み物はペットボトルのお茶を用意（様子次第では、コーヒーや日本茶などを紙コップと一緒に用意する予定もあり）。おやつとして、手作りの野菜スープ（平塚にあるオーガニック野菜を育てている「いかす平塚農園」の野菜を使用）を楽しむ（緊急事態宣言期間中は中止）。これらの準備も参加者みんなで行っている

● タイムスケジュール

- 11時：スタッフ集合 掃除・準備
- 13時：オープン。好きなことをして過ごす（おしゃべり、木彫り、オセロ、卓球、ウクレレ、庭の手入れ、専門職と個別にお話など。ときには認知症をもつ本人と家族に分かれて、それぞれ別の部屋で話しをすることも）
- 15時：クローズ 片付け開始
- 16時ごろ：スタッフミーティング

18 節分の豆まきを楽しむ



19 平塚カフェの参加者たちにとってちょっとしたブームの木彫り（制作途中の作品）



17 カフェではお話ししている人もいれば、ウクレレを練習している人もいる



② オンライン平塚カフェ

新型コロナウイルス感染症が拡大してから始めた「オンライン平塚カフェ」は、気軽にだれでもが好きな場所からラジオ番組を聴くような感覚で参加できるこ

とを特徴としています。毎回の参加人数は、40人から50人。参加者は認知症をもつ人、家族、医療・福祉の専門家など様々です。ある日は、イギリスからの参加者もいて、オンラインの可能性を感じました。

オンライン平塚カフェの特徴

- 毎月第一火曜日 19時から20時30分開催
- Web会議システムZoomを使用
- 予約制（Peatixを使用）
- だれでも参加可能
- 参加費無料
- スタッフ2名がナビゲーター 20

● タイムスケジュール

- 19時00分：最初の約30分は、認知症をもつ方やご家族などをゲストとしてお招きし、ナビゲーターとのトークを行う
- 19時30分：Zoomのブレイクアウトルーム機能を使い、少人数のグループに分かれて自由に話をする。ただし、少人数のグループに入りたくない方は入ることなく、その場に残り、ナビゲーターたちの話を聞いていたり、ナビゲーターたちと話をしていたりすることも可能
- 20時00分：みんなで自由に話を楽しむ
- 20時30分：終了

20 二人の司会でカフェはゆるやかに進む



③ オンラインSHIGETAの学校

SHIGETAの学校は、認知症についてみなさんと一緒に学ぶ学校で、繁田雅弘医師（東京慈恵会医科大学精神医学講座教授）が校長であり、講師を務めています。新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、平塚のSHIGETAハウスで行っていたSHIGETAの学校もオンラインでの開催になりました。

オンラインに変わったことで、全国から参加者が集

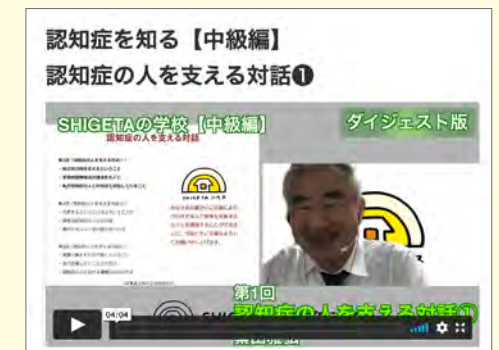
まるようになりました。四国から参加されたある方は「いつもは、飛行機や電車を利用し、ときにはホテルでの宿泊を準備したうえで、認知症に関する講演会に参加していました。オンラインで参加できるようになり、負担が軽くなって嬉しいです」とおっしゃっていました。

毎回の参加人数は20人から60人。学生たちの学びの場にもなるように、大学生までは参加費を無料としています。

オンラインSHIGETAの学校の特徴

- 毎月第二火曜日 18時30分から20時30分開催（変更の可能性あり）
- Web会議システムZoomを使用
- 予約制（Peatixを使用）
- だれでも参加可能
- 内容と参加費はその回ごとに変わるためホームページ参照
- 学生（大学生まで）は参加費無料
- 講師は繁田雅弘医師（東京慈恵会医科大学精神医学講座教授） 21
- 一般社団法人日本認知症ケア学会認知症ケア専門士単位取得可能

21 今までの講座はホームページでの視聴可能



④オンライン SHIGETA の学校 特別企画

新型コロナウイルス感染症が拡大してから新たに始めた「オンライン SHIGETA の学校 特別企画」は、毎回ゲストをお招きしてご講演いただき、最後は繁田雅弘医師と対談していただくという企画です。

今まで、齋藤正彦医師（元東京都立松沢病院院長）、竹内裕さん（元認知症当事者）、遠矢純一郎医師（桜新町アーバンクリニック院長）、松井新吾医師（松井歯科医院院長）、占部まり医師（日本メメント・モリ協会代表理事）、松本一生医師（松本診療所院長）、松本俊彦医師（国立精神・神経医療研究センター病院 薬物依存

センターセンター長）、大石智医師（北里大学病院相模原市認知症疾患医療センターセンター長）、安田秀医師（NTT 東日本伊豆病院院長）などにご登壇いただきました。これらの講演の動画は、完全版についての視聴には会員登録が必要ですが、SHIGETA ハウスプロジェクトのホームページで視聴可能です。視座を変えて認知症を見つめる、「生きる」を考える時間となっているのではと思います。

毎回の参加人数は 50 人から 150 人。学生たちの学びの場にもなるように、大学生までは参加費を無料としています。

オンライン SHIGETA の学校 特別企画の特徴

- 毎月1回 18時30分から20時30分開催
- Web会議システムZoomを使用
- 予約制（Peatixを使用）
- だれでも参加可能
- 参加費は1,500円。学生（大学生まで）は無料
- 毎回講師をお招きし、最後は繁田雅弘医師と対談。質疑応答 **22**
- 一般社団法人日本認知症ケア学会認知症ケア専門士単位取得可能

22 齋藤医師と繁田医師との対談の様子



⑤ウクレレ・カフェ

みんなでウクレレを弾いて楽しむ会です。SHIGETA ハウスでの参加とオンラインでの参加が可能なハイブリッドというスタイルでの開催時と、オンラインのみでの開催時があります。

⑥土と畑を楽しむ

平塚にあるオーガニック野菜を育てている「いかす平塚農園」で、野菜の苗を植えたり、収穫したり、農園を散歩したりして、土と畑を楽しむイベントです。白土卓志さんと内田達也さん（株式会社いかす）の協力のもと、土のこと、野菜のことを学びながら、自然の中で土と植物と一緒に時間を過ごします。

新型コロナウイルス感染症の拡大前は、平塚市にある認知症高齢者グループホームや小規模多機能型居宅介護施設の利用者や職員のみなさんにも参加いただいていた **23**。参加者の中には、家族で長年農業を営

んでいた方や、市民農園を借りて作物の収穫を楽しんでいた方などもいらして、黙々と苗を植えていたり、そのころのお話をしてくださったりしていました。

現在は、平塚カフェに参加している方と一緒にときどき農園へ行っています。

23 いかす平塚農園でジャガイモの苗を植えている様子



⑦いのちの授業

認知症に対する偏見をなくしたいという思いから、中学校でのいのちの授業の必要性を感じ、私たちがコーディネートする「いのちの授業」を行っています。

2019年6月には、東京都世田谷区立富士中学校で、在宅診療を行っている佐々木淳医師にご登壇いただきました。ファシリテーターとして遠矢純一郎医師、占部まり医師、内門丈丈医師などにも参加していただきました。医師が中学校で自分の体験を話す、ということに大きな意味を感じています。

2020年2月には平塚市立江陽中学校で、2020年12月には文京区立文林中学校で、繁田雅弘医師による「いのちの授業」が開かれました **24**。

24 文京区立文林中学校での「いのちの授業」の様子



⑧SHIGETA ハウスでの企画展

認知症についてもっといろいろと発信したい、もっといろいろな人に SHIGETA ハウスを知ってもらいたい、という思いから、SHIGETA ハウスでの企画展を行っています。

2020年12月には、レビー小体型認知症をもつ三橋昭さんの「幻視・原画展」を SHIGETA ハウスで開きました **25**。新型コロナウイルス感染症の流行下ではありましたが、6日間の開催期間中に70人ほどが訪れてくださいました。ご近所の方々が初めて SHIGETA ハウスに来てくださるきっかけにもなりました **26**。

25 「三橋昭 幻視・原画展」のフライヤー



26 「三橋昭 幻視・原画展」での様子



スタッフが大切にしていること

認知症をもつ人のほとんどが不安を抱え、自信をなくしていたり、孤独を感じていたりします。自分が自分らしくあることがとても大切で、今のままでいいと

思えるようなときと一緒に過ごしたいと私たちは考え、次の四つのことを大切にしています。

大事にしている四つのこと

① 出合いを大切に

- ・人との出合い（医師など医療の専門職と病院などではない場所で出会う。認知症をもつ本人同士の出合い、家族同士の出合い、地域の人との出合いなど）
- ・コトとの出合い（以前楽しんでいたことと再び出会う。新しい楽しいことと出会うなど）
- ・役割との出合い（ともに活動をする中で、たとえばコーヒーを淹れる、庭仕事をする、散歩のガイドをするなど役割と出会う）

② その人の思いを大切に

- ・強制しない、誘導しない。その人の思いを聞くことを大切にする

- ・お話ししたいと思っている方からの話はじっくりと聞く。反対に、話したくないと思っている方に無理に話してもらうことはしない

- ・一緒に考えたり、必要であれば誰かに繋げたりする

③ 一緒に楽しむことを大切に

- ・その人がやってみたいことを一緒に楽しむ。「楽しい」とお互いに感じる時間を過ごしたい

④ 反省から次へ

- ・カフェなどの活動のあとはスタッフミーティングを行う。自分たちの体験から感じたことを共有しながら、より良い活動にするためにはどうしたらいいのかを考え続ける

これからについて、四つの思い（特に考えていきたいこと）

一つめは、認知症の初期の支援を充実させたいと考えています。診断前からもの忘れなどで悩む本人・家族、診断から間もない本人・家族と繋がりたいと思っています。繋がろうと思わないと繋がれない、だからこそ、地域の人たち、病院・クリニック、地域包括支援センター、平塚市役所、認知症疾患医療センターなどと繋がり、ともに活動をしていきたいです。

二つめは、今までの繋がりを途切らせることなく、一緒に過ごしていきたいということです。平塚市立江陽中学校との繋がり、プロバスケットボール選手である田渡凌さんとの繋がり、湘南ベルマーレとの繋がり、湘南コネク134（三浦と小田原と平塚の走りの仲間）との繋がりなど、新型コロナウイルス感染症が感染拡大してからしばらく一緒に活動ができていない方々とも、ゆるやかな繋がりを大切にしていきたいと思っています。

三つめは、オンラインをもっと有効に使ってもらうためのお手伝いをしたと思っています。右の写真は、それぞれ神奈川県、石川県、埼玉県、福島県に住う親戚がZoomの中で話をしているシーンです²⁷。遠距離であることや年齢のこともあり、なかなか会えない状況のうえに新型コロナウイルス感染症が拡大して、より会う機会が失われつつある中で、オンラインを使

うことで、みんな笑顔になって、お互いの近況を伝え合うような会話ができたそうです。高齢者がオンラインを使うときのお手伝いを、私たちは積極的に行っていきたいと思っています。

四つめは、活動費を安定させたいということです。私たちの活動は、SHIGETAの学校の参加費、動画が見られる会員の会費、そしてみなさんからの支援金によって支えられています。活動への情熱とともにお金があつてこそ、この活動が持続可能となっていきます。

27 オンラインを使った久しぶりの再会で笑顔に



2 その他の居場所の取り組み

② 寺院に設けるつながりの場
香念寺「お寺での介護者カフェ活動」

● 浄土宗香念寺住職・亀有介護者サポーターの会 下村 達郎

はじめに

私が住職を務める香念寺（東京都葛飾区）では、「お寺での介護者カフェ活動」ということで、認知症を含め、介護にまつわる悩みや経験を語り合う集いの場を開いています。「カフェ」と名前が付いていますが、実際にはお店ではなく、定期的な茶話会を設けるため、「サロン活動」という方が正確かもしれません。

まず、2016年11月から『介護者の心のやすらぎカフェ』という名称で、香念寺客殿にて約2時間の座談会を隔月で行ってきました。回数を重ねるごとに人数が増え、開始から約2年経ってからは、毎回15～20名程の方が参加するようになりました。

自分の思いや経験を語り合う場を設ける

「お寺での介護者カフェ活動」において設けるのは、「自分のことを話せる場」です。

いわゆる介護うつを実際に経験した方など、会の参加者からは、「世の中に説明や講義を聞く場所はあっても、自分のことを話せる場所が無い」という言葉がたびたび語られます。また、自宅で身内の介護にあたる方からの、「医療や福祉関係の認知症の勉強会に参加したことがありますが、介護者の心に楔となり支えてくれるものではなかった」、「豊富な経験談や理論を学ばせてもらいましたが、介護者の外側のことばかりで、内に向けられた癒しが私には得られなかった」といった言葉を耳にすることもあります。

介護にまつわる知識や情報はもちろん大切です。一方で、相手から理論にもとづいた「正解」ばかりを示されることにより、「自分の気持ちには目を向けてもらえなかった」、「『正解』通りでない自分を否定された気がした」という思いを抱くのもまた自然なことでは

また、新型コロナウイルス感染症感染拡大の状況に鑑み、2020年5月からは、インターネットのビデオ通話アプリを使った『オンライン介護者カフェ』の開催中心に切り替えました。毎回10名弱の方と、画面越しに約1時間30分の語り合いを毎月行っています。

活動の目的は、近親者の介護による孤立が生まれるのを防ぐこと。自分の状況や気持ちを誰にも打ち明けられず抱え込む状況が少しでも減るように、外部とのつながりを持つ機会の提供を念頭に置いています。

ないでしょうか。

寺院は、知識や技術による解決策を与える場所ではありません。ただ、介護中に抱いてしまう〈義務感〉や〈負い目〉、〈葛藤〉といった気持ちへの寄り添いの場は提供できるのではという考えから、お互いに自分のことを語り合える場を設けるのが「お寺での介護者カフェ活動」です。

介護における「孤立」は、誰を頼っていいかも分からず、気持ちを一人で抱え込む状態を指すと思います。活動において、寺院の役割は、「傾聴」と人と人との「橋渡し」。自分自身の思いや経験を伝え合う相手を持つことができ、もし介護技術や公的サービスの質問があれば、近隣の地域包括支援センターとつながることのできる機会を寺院内に設けることにより、日々の介護を抱えて塞ぎ込む方が一人でも少なくなればと願っています。

オンライン介護者カフェの開催

新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、寺院で開く『介護者の心のやすらぎカフェ』を休止し、2020年5月からは、インターネット経由での語り合いを行う『オンライン介護者カフェ』を始めました⁰¹。直接会わなくても話を交わせる機会として、毎月第3火曜に、午後4時から5時30分まで時間を設けています。参加者は、こちらからメールで送るURLをクリックしてWEB上のミーティングルームに入室します。

オンラインツールを利用した集いについて、「画面越しでは個人的な悩みを打ち明けるのが難しいと思う」、「発言内容や表情は伝わるかもしれないけれど、実際に会うからこそ共有できる場の空気が大事では」と意見が出る一方で、「介護があって外出が難しい自分も、これなら参加できるかも」という話を聞くこともあります。そのため、将来的に感染拡大の状況が改善した後も、寺院内での集いと並行して「オンライン介護者カフェ」を継続することを検討しています。

01 オンライン介護者カフェの案内チラシ

【ご案内】

オンライン介護者カフェ 第8回

◎ 日時： 2021年1月19日(火) 16時～17時30分

◎ 使用アプリ： ZOOM (定員10名程度)

(パソコン / タブレット / スマホ等から接続いただきます)

◎ 途中入退室自由・カメラをONにしてご参加ください

☆ 当日入室のためのご招待メールを送らせていただきますので、**あらかじめメールアドレスを**
konenji378@gmail.com (下村) までご連絡ください。

上記のように、第8回オンライン介護者カフェを開催いたします。介護に際しての気持ちやエピソード、介護を終えた今の気持ちなど、皆様それぞれにお気兼ねなく共有いただけたら幸いです。なお、先月の第7回には8名の方にご参加いただきました。貴重なお時間を頂きました皆様には心より感謝申し上げます。

介護経験の無い方、
他の方の様子を知りたい方、
外でのつながりを作りたい方も
随時参加ください。



開催日程はFacebook ページ「亀有 浄土宗普光寺」にも記載しています。



また、パソコン等の操作に不慣れで参加の難しい方についても、こちらからは手書きの挨拶を書き添えた案内を、封書にて毎月送っています。その手紙に対し、「私はコンピューターのことはよく分かりませんが、またお寺でお会いしたいですね」という電話やメールの返信を受け取ることがあり、会の開催を通じて、こうしたちょっとした交流ややり取りが生まれることも大切な部分と思っています。

語り合いにおいては、

- 面会制限があるため、家族の入院や施設入居が不安
- 緊急事態宣言が発出されてから2ヵ月の外出自粛生活で、親の認知症が一気に進んだ
- 医療従事者だけでなく、在宅介護者の負担増加もメディアで取り上げてほしい

といった、新型コロナウイルス感染症流行下特有の介護にまつわるエピソードが話題に上ることもあれば、日常生活についての話（リモートワークの状況、通っているスポーツジムの再開等）が交わされることもあります。

なお、オンライン介護者カフェは対面の場合に比べて新規の参加者が増えづらい傾向がありますが、これまで実際に顔を合わせてきた方とのつながりを維持するには有意義な開催となっていると感じます。時には、「九十代の祖母が突然余命を宣告されたことに戸惑っています」と、急に身内に介護が必要な状況に直面する場合もあるため、毎回概ね同じ参加者であっても、会の継続には意味があることを実感しています。

寺院内での集いの再開

2020年11月、8か月ぶりに香念寺の客殿にて『介護者の心のやすらぎカフェ』を開催しました^{02 03}。元々は人数の制限を設けずに会を行っていましたが、密の状態を避けるため、事前予約制・定員制とし、個人情報（氏名・住所・電話番号）についても要提出としました。

新型コロナウイルス感染症流行下における新たな対応

- ・事前予約制
- ・定員制
- ・マスク着用
- ・手指消毒
- ・検温（非接触型）
- ・飲食の制限
- ・座席の間隔
- ・室内の換気
- ・チェックシート記入
（健康状態・氏名・住所・電話番号）

02 介護者の心のやすらぎカフェの様子（2020年11月17日）



2016年11月より隔月で始まった『介護者の心のやすらぎカフェ』は、開催回数を重ねるごとに参加人数が増え、話題も家族内の人間関係など、より私的で具体的な内容が話されるようになりました。

毎回の参加者は香念寺の檀信徒が1人か2人、それ以外是一般の方が約15名という割合です。私が友人・知人から紹介された方や、広報イベントとして行った映画上映会の参加者、活動について掲載された新聞記事を見た方など、少しずつつながりが生まれ、輪が広がっていきました。また、近隣住民よりも、30分～1時間かけて足を運ぶ参加者が多く、「噂になりそうなので、近所ではプライベートな悩みを打ち明けられない」という意見を聞くことも少なくありません。

03 介護者の心のやすらぎカフェの案内チラシ

第22回

介護者の心のやすらぎカフェ

マスク着用・手指消毒・検温のご協力をお願いします

急に家族に介護が必要になり、どうしていいかわからない
介護が理由で、親や兄弟とぶつかってしまう
身近な相手には話じづらい
長年介護した方を通じた経験や
思いを伝えたい など
日々の介護で思うこと、
悩んでいること、

事前予約制
（定員12名）
参加費無料
入退室自由

何でも話し合ってみませんか？
どなたでも、お気軽にお立ち寄りください。

日時 2020年11月17日（火）14：30～16：30

会場 香念寺（JR常磐線各駅停車 亀有駅 徒歩8分）

亀有香念寺では、介護に関わる方の支援とつながりがうけに
取り組んでいます。「介護者の心のやすらぎカフェ」は、日頃の
介護の悩みを話し合おうとともに、介護についての情報交換が
できる場です。普段お寺に関わりがない方にもご参加いただけます。

【連絡先】080-4378-0382
konenji378@gmail.com
(香念寺住職 下村達郎)
〒125-0061 東京都葛飾区亀有2-40-3

後援：浄土宗総合研究所「浄土宗寺院における社会事業の地域連携」プロジェクト
※この活動は浄土宗ともいえる財団から支援を受けて実施しています。
※介護者支援のボランティアにご興味のある方もお声がけいただけたら幸いです。

参加者同士の支え合いの場の提供

介護をする側の悩みや経験を話せる場ということで「介護者カフェ活動」と名乗っていますが、実際に会に参加するのは「介護者」（現在介護中の人）に限られません。活動においては、介護経験の有無にかかわらず様々な立場の方が語り合い、支え合う関係が築かれることを意識しています。

先に「自分のことを話せる場」を設けると述べましたが、一人の方が自分の介護経験について話すと、それは話す方自身の安心となるだけでなく、その経験談を聴いた他の参加者に学びや安心を与えることにもなります。そこで、会においては現在介護中の方だけでなく、すでに身内の介護を終えた方に対しても、「ぜひ参加して、貴重な経験をお聞かせください」と積極的に案内します。なお、身内の介護を終えた方の参加については、「要介護家族が亡くなった後は、医療・介護関係者も行政職員もそのお家に行く理由が無くなってしまいます。孤立する可能性が高いため、遺された家族が参加できる場を設けてもらえたら」ということで、自治体の福祉課や地域包括支援センターの職員の方からたびたび期待される点もあります。

また、本格的に介護が始まっていない方の参加も歓迎しています。「まだ家族の認知症の症状が重くないため、今日は自分が参加してよかったのでしょうか？」と聞かれることがあります。介護で忙しくなってからでは、外とのつながりを作りに出かける余裕は無くなります。そのため、その前から座談会の輪に加わって他の参加者の話を聴き、いざという時にちょっとしたことを打ち明けたり相談したりできる相手を

持つのが、その後の備えとして大切に思います。

以上のように、現在の「介護者」に限らず、過去に「介護者」だった方、近い将来「介護者」となる可能性のある方など、人生の様々な段階の方がそれぞれに語り、傾聴することで支え合う場を提供するのが「お寺で開く介護者カフェ活動」と考えます。その背景には、誰もが順番に「介護者」にも「要介護者」にもなり得る人生を生きて中、介護している・介護されている・介護経験が無いのはどれも負い目を持つことではないという考えを共有し、それぞれの方がその時の立場に応じて役割（伝える・傾聴する）を担うことで、人の輪に加わることによる〈安心〉、さらには他者を支えることによる〈自信〉を持つことになれば、という思いがあります。

【語り合いの例-1】

Aさん（50代女性）「『自分には自分の生活があるから、介護は同居しているお前がやれ』と言って、兄は両親の介護について相談にすら乗ってくれません」

→**司会（下村）**「そうだったんですね。もう少し協力し合えるといいですね。Bさんも以前、会の中でご兄弟の関係についてお話をお聞かせくださいましたが、よろしければ今のお話を受けて何か言葉をいただけますでしょうか？」

Bさん（50代男性）「うちにも兄がいますが、言ったらやりはしませんよ。でも、私自身、父の介護をして本当に良かったと思いますし、最期まで看たことは今の自分にとって心の支えになっています」

「介護には『正解』が無い」を会のコンセプトに

寺院で開催するため、「住職さんが説法をする会ですか？」と聞かれることがありますが、会の中で何より大切にしているのは相手の話を否定せずに「聴く姿勢」です。「こうすべきですよ」と、一方的に「正解」を押し付けることなく、それぞれの方の抱く気持ちを受け止めることを、語り合いの際の約束事としています。「介護ではベスト（完璧）ではなくベター（最善）

を目指すのが大切」という言葉がありますが、誰しもできることもあればできないこともあり、分かることもあればその時点では分からないこともある中で、その都度自分なりに精一杯の選択をしながら日々を送るのが現実の介護です。そのため、座談会においては、「普通そんなことをしませんよね」と頭ごなしに否定したり、「これが正解ですよ」と伝えて相手を追い込ん

だりすることなく、「それはつらいですね」、「その状況なら私も同じようにすると思います」と声をかけ合いつつ進行するように意識しています。「子どもの自分が自宅で介護すべき」、「認知症の親を怒鳴ってしまった自分は親不孝者だ」など、近親者の身体が衰える〈不安〉を抱えつつ、優しくしたいのに上手く接することのできない〈葛藤〉や〈負い目〉を認め許し合い、お互いに寄り添う関係が築かれればと考えています。一人でいる時には思い詰めてしまう方も、会の輪に加わることによって、「こうしなくては」という〈義務感〉は、自分の心からできる限りのことを行おうとする〈主体的な気持ち〉へ、「これでいいのだろうか」という〈罪悪感〉や〈不安〉は、〈安心〉、〈自信〉（※前項参照）へと替わるきっかけを、少しずつでも持つことになればと期待しています。

地域包括ケアにおける寺院の役割の可能性

先述のように、介護において抱える〈思い〉に目を向けつつ、語り合いの場を設けるのが寺院においての「介護者カフェ活動」と考えます。実際に、「お寺のような神聖な空間だからこそ、個人情報を持ち明けられました」など、寺院内での集いに安心や癒しを感じたと話す方も少なくありません。

なお、知識・情報・技術といった面（介護技術や公的サービス等についての質問）は、会に参加している介護福祉士や看護師などの専門職の方や、地域包括支援センター職員の方に助言をいただいています。例えば、「家族を介護福祉施設に入れてかわいそうじゃなかったでしょうか？」という悩みが話題に上った際、司会進行の私からは「それは悩めますよね」と伝えて言葉を受け止めつつ、「包括さんでは同様の相談が多いと思いますが、その際はどのようにお伝えされるのでしょうか？」とお尋ねします。それに対する「介護する家族が倒れたら共倒れですし、施設利用で『新しい家族の形』もできるかもしれませんよ」という回答は、多くの事例に対応されてきた方ならではの印象的な言葉でした。

【語り合いの例-2】

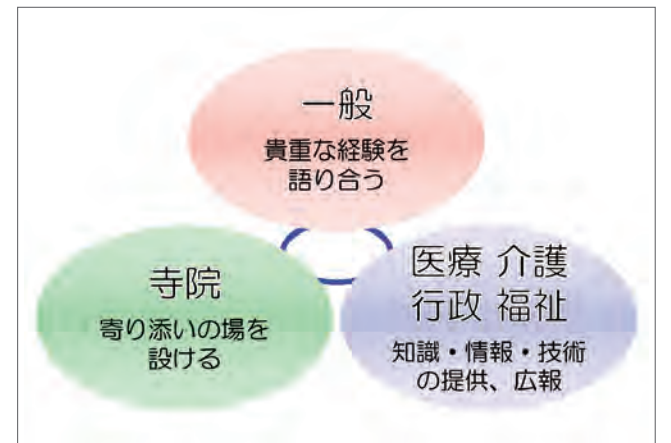
Cさん（70代男性・僧侶）「高齢の親を自宅で介護する中、あまりにも言うことを聞いてくれず、ひどい言葉をかけてしまいました。育ててくれた親を介護するのは子の責任なのに、私は僧侶としても人としても失格です。今までこの会では、自分がこんなことを話していいものかと思って平静を装っていましたが、これが介護する側の実際の苦しみです……」

→**Dさん（50代女性・社協職員）**「日ごろ相談を受ける側ですが、実は私も自分の親の介護について不安を抱えていました。でも今回、僧侶の方でさえこうして悩まれると知って、『なら私だって悩んでいいんだな』と思えて救われた気持ちです。貴重なお話をありがとうございました」

→**Cさん**「そうだったのですね。救われたのは話を聴いていただいた私の方ですよ。こちらこそありがとうございました」

また、地域包括支援センターに加えて、社会福祉協議会、区の高齢者支援課の皆様には、活動の周知にもご協力いただいています（情報共有、施設内配架、メディアへの紹介等）**05 06**。知識と広報の面で支援いただき、一般の方が貴重な介護経験を語れるよう、寺院は語り合い・寄り添いの場を設ける、そうした連携を通じ、寺院として地域包括ケアシステムにおける一つの役割を担うことになればと考えています**04**。

04 連携の図



05 『かつしかゴト。』(2019年7月号)



発行：葛飾区社会福祉協議会ボランティア・地域貢献活動センター

06 NHK『首都圏ネットワーク (2019年12月11日放映)』の収録
(同年11月19日介護者の心のやすらぎカフェ第19回にて)



※葛飾区役所 高齢者支援課・広報課からの紹介を通じて

今後の展望 ―「想像」と「継続」を大切に―

新型コロナウイルス感染症の拡大により、実際に顔を合わせて集まるのが難しい状況が続いています。しばらくはオンラインでの語り合いを中心としつつ、様子を見ながら、徐々に寺院内での会を再開できればと思っています。

また、「お寺での介護者カフェ活動」を全国に普及させるための立ち上げ支援も、香念寺での活動と並行して行っています。2020年12月時点で、約20の寺院で同様の取り組みが行われています。将来的により多くの地域で、介護の悩みや経験を語り合える場が設けられることを期待しています。

なお、同活動のキーワードは「想像」と「継続」と考えています。自治体福祉課職員の方から、「新たに会を開いても、人はそれほど来ないのではないですか？」と聞かれることがありますが、介護中ほど忙しくて外に出かけられず、介護者支援団体の方からは「本当に悩んでいる人ほどなかなか声が届かない」と言われる現実を考えると、すぐに大勢が参加しないのは自然なことだと思います。また、会の存在を知っても、実際に足を運んだり、参加して本音を明かしたりするまでにハードルを感じる方がいるのも、これまでの活動を通じて感じています。

そのため、もし短期間のうちに参加人数という形での成果が出なくても、世の中には必ず悩みを抱えて過

集いの場に参加し、自分のことを語るまで

日々の介護のつらさを自覚していない
(その間に徐々に症状が進行する)



一人で抱え込み、外で打ち明けるという考えが無い



自分のことを語れる場の存在を知らない



介護で忙しいため、会に出かける時間が無い



気後れしてしまい、集いの場に参加できない



会に参加しても本音を打ち明けられない

ごす方がいることを「想像」し、それぞれの方が自分のタイミングで参加できるよう、会を「継続」することが大切だと考えています。「一人でも多くの方が孤立しないように」をテーマに信頼される会となるよう活動続け、介護を抱えて塞ぎ込まず、気持ちが外へ向くためのきっかけを、今後も提供していくことができればと思います。

V. 資料編

実際のコーディネーション(社会支援の統合的調整)やネットワーキング(地域づくり)に役立てることができる社会資源について解説します。各社会資源に関連するURLも掲載しましたので、必要に応じて参照してください。



地域づくりに役立つ 社会資源リスト

コーディネーションとネットワーキングの役割を担う社会資源

地域包括支援センター

地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を支援することを目的に、心身の健康保持と生活の安定に必要な援助を包括的に行う地域の中核的機関。地域住民の多様な相談に応じ、①介護予防ケアマネジメント、②総合相談支援業務、③権利擁護業務、④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務を通して、コーディネーションとネットワーキングを実践的に行っている。地域包括支援センターの所在は下記の URL を参照。

・地域包括支援センターの所在

https://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/sodan/chiiki-zaitaku_center.html

認知症地域支援推進員

認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるように、医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の連携を図るための支援や、認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う。国の認知症施策の一環で、区市町村・地域包括支援センター等に設置することとされている。

認知症支援コーディネーター

東京都では、認知症の医療・介護・生活支援等の情報に精通した保健師等の医療職を区市町村に配置し、個別ケース支援のバックアップ等を担い、認知症の疑いのある人の初期対応を進めることにより、地域の認知症対応力の向上を図っている。また、区市町村に配置されている認知症初期集中支援チームと連携して、関係機関との相互調整等を行う。

認知症サポート医

国立長寿医療研究センターが実施する認知症サポート医養成研修を受講した医師。認知症サポート医の機能・役割として、①認知症の人の医療・介護に関わるかかりつけ医や介護専門職に対するサポート、②地域包括支援センターを中心とした多職種連携作り、③かかりつけ医認知症対応力向上研修の講師や住民等への啓発などがあり、地域における連携の推進役が期待される。東京都内の認知症サポート医については 01 を参照。

認知症初期集中支援チーム

認知症サポート医、医療・介護の専門職で構成される多職種協働チーム。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られるように、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、必要な医療や介護の導入・調整や、家族支援、診断後支援などの支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行う。

居宅介護支援事業所

自宅で介護を受けている要介護者（要介護1～5の認定を受けた人）が、適切にサービスを利用できるように支援する事業所。担当する介護支援専門員（ケアマネジャー）が、ケアプランの作成・運用を支援し、介護全般の相談に応じる。東京都における居宅介護支援事業所一覧は 02 を参照。

01 東京都福祉保健局 とうきょう認知症ナビ「認知症サポート医名簿」



https://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/zaishien/ninchishou_navi/soudan/iryoku_kikan/support_meibo/index.html

02 東京都福祉保健局「指定状況一覧（今年度分）・加算情報一覧」



https://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/hoken/kaigo_lib/jigyo/shitei/togetsu.html

かかりつけ医と専門医療機関

かかりつけ医

身近な地域で、保健・医療に関するさまざまな相談に応じ、必要に応じて専門医療機関とも連携しながら認知症の診断や初期対応を行い、家族や地域とのつながりの中で、長期にわたるパートナーシップを築き、日常的な健康管理など継続的な医療を提供する医師。東京都では、地域拠点型認知症疾患医療センターが、かかりつけ医認知症研修を実施している。

認知症疾患医療センター

認知症に関する専門医療相談、鑑別診断、初期対応、急性期対応などの専門医療を提供するとともに、認知症の専門職を育成し、認知症疾患医療・介護連携協議会の開催や区市町村の認知症施策への協力などによって地域連携体制の推進を図る専門医療機関。東京都内の認知症疾患医療センターについては 03 を参照。

03 東京都福祉保健局 とうきょう認知症ナビ「東京都認知症疾患医療センター」



https://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/zaishien/ninchishou_navi/torikumi/iryocenter/index.html

もの忘れ外来、メモリークリニック

認知症疾患医療センター以外にも、認知症の鑑別診断等の専門医療を提供している医療機関は多い。東京都では、下記 04 の URL から認知症の診療に対応して

いる最寄りの医療機関（病院、診療所）のリストを手することができる。

04 東京都福祉保健局 東京都医療機関案内サービス「ひまわり」



<https://www.himawari.metro.tokyo.jp/q13/q13qqport/tomintop/hospital/fk9023.php>

生活支援、家族支援、経済支援、権利擁護支援に関する社会資源

認知症サポーター

認知症に対する正しい知識と理解を持ち、地域で認知症の人やその家族に対してできる範囲で手助けをする認知症サポーター養成講座の受講者。認知症サポーター養成講座は、認知症にやさしい地域づくりを目標に、地域住民、金融機関やスーパーマーケットの従業員、小中学校の生徒などを対象に区市町村や企業などが開催している。

認知症カフェ、ケアラズカフェ

認知症の本人や家族が気軽に過ごし、地域の人や専門家と相互に情報を共有することができる居場所。お互いを理解し合うとともに、地域づくりの拠点とされている。ケアラズカフェは、ケアラー（家族の介護に携わる人）のためのカフェであり、情報交換や気軽なコミュニケーションを通して、ケアラーをサポートすることを目的としている。05 を参照。

生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）

介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）は、市町村が中心となって、地域の実情に応じて住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実させることで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的・効率的な支援の実現を目指すものである。生活支援コーディネーターは、生活支援・介護予防サービスの体制整備を進めていくために、多様な主体による多様な取り組みのコーディネート機能（①資源開発、②ネットワーク構築、③ニーズと取組のマッチング）を担うものとされている。区市町村域（第1層）及び日常生活圏域（第2層）に配置される。下記の URL を参照。

・厚生労働省老健局振興課
「介護予防・日常生活支援総合事業の基本的な考え方」
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000192996.pdf>

05



認知症カフェ <http://ninchishocafe.jugem.jp/>



ケアラズカフェ <http://cafearajin.com/>

民生委員・児童委員

民生委員は、厚生労働大臣から委嘱され、それぞれの地域において常に住民の立場に立って相談に応じ、必要な援助を行い、社会福祉の増進に努める人とされている。児童委員（地域の子供たちが元気に安心して暮らせるように、子どもたちを見守り、子育ての不安や妊娠中の心配ごとなどの相談・支援等を行う）を兼ねる。06 を参照。

06 厚生労働省「民生委員・児童委員について」



https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaiغو/seikatsuhoغو/minseiiin/index.html

若年性認知症に関する社会資源

若年性認知症総合支援センター

若年性認知症支援コーディネーターが、本人や家族からの多岐にわたる相談に、ワンストップで対応する。地域包括支援センターや医療機関等の専門機関からの相談についても、必要な助言を行い、相互に連携しながら若年性認知症の人や家族への支援を行う。

◎東京都若年性認知症総合支援センター

相談専用電話番号：03-3713-8205

(平日9:00～17:00)

所在地：目黒区碑文谷5-12-1 TS 碑文谷ビル3F

◎東京都多摩若年性認知症総合支援センター

相談専用電話番号：042-843-2198

(平日9:00～17:00)

所在地：日野市大坂上1-30-18 大竹ビル2F

13 東京都福祉保健局「とうきょう認知症ナビ「若年性認知症総合支援センター」



https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou_navi/soudan/jakunen_center/index.html

若年性認知症コールセンター

若年性認知症に関する多様な電話相談に応じる窓口。愛知県の認知症介護研究・研修大府センターに設置さ

れている。相談専用電話は0800-100-2707(月～土10:00～15:00)。下記のURLを参照。

14 若年性認知症コールセンター



<https://www.y-ninchisyotet.net/index.html>

国や都の認知症関連施策に関する情報

- ・東京都の認知症施策全般については 15 を参照。
- ・厚生労働省の認知症施策については 16 を参照。
- ・介護予防・日常生活支援総合事業（総合事業）については 17 を参照。

15 東京都福祉保健局「とうきょう認知症ナビ」



https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou_navi/

16 厚生労働省「認知症施策」



https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/ninchi/index.html

17 厚生労働省「総合事業（介護予防・日常生活支援総合事業）」



<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000192992.html>

執筆者一覧

編著

栗田 主一 東京都健康長寿医療センター研究所 副所長

分担執筆（五十音順）

稲垣 宏樹 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員
宇良 千秋 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員
枝広 あや子 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員
岡村 毅 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員
岡村 睦子 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員
小川 まどか 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員
釘宮 由紀子 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員
見城 澄子 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員
佐久間 尚子 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員
下村 達郎 浄土宗香念寺住職・亀有介護者サポーターの会
杉山 美香 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員
早川 景子 一般社団法人 栄樹庵 理事
宮前 史子 東京都健康長寿医療センター認知症支援推進センター 研究員
森倉 三男 東京都健康長寿医療センター研究所 協力研究員

東京都認知症地域支援推進事業

認知症とともに暮らせる社会に向けて

地域づくりの手引き 2020年度改訂版

令和3年（2021）3月 発行

発 行 東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課認知症支援担当
〒163-8001 新宿区西新宿2-8-1

電 話 03-5320-4304

FAX 03-5388-1395

編 集 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター
東京都健康長寿医療センター研究所
自立促進と精神保健研究チーム 栗田主一
〒173-0015 板橋区栄町35-2

電 話 03-3964-3241（代表）内線4222

冊子デザイン 佐藤理樹（アルファデザイン）

登録番号 (2) 428

禁無断転載