

市町村が今取り組む 第10期介護保険事業計画 に向けた準備

令和7年度地域づくり加速化事業ブロック別研修会(四国厚生支局)

2025.10.15

岐阜県精神保健福祉センター 柳 尚夫

介護予防関連 略歴

1957年 大阪生まれ

1981年 愛媛大学医学部卒業後、大阪府就職

1981年 大阪府立病院臨床研修、大阪府中宮病院勤務

1985年 大阪府大東保健所勤務（地域リハとの出会い）

1991年 高齢者ケアテーマに欧州、豪州海外派遣研修

2001年 大阪府池田、茨木、四條畷保健所長として働く

2004年 全国調査で、高知市のいきいき百歳体操に出会う

2009年 兵庫県洲本保健所長

淡路島内3市で「いきいき百歳体操」実施

2014年 兵庫県豊岡保健所長 現在に至る。

～2016年 地域づくりによる介護予防推進支援事業

2023年 **介護予防・日常生活支援総合事業の充実に向けた検討会 委員**

第10期介護保険事業計画作成に向けた各種調査等に関する説明会 2025.8.8

資料1



第10期介護保険事業（支援）計画の作成準備について

厚生労働省老健局介護保険計画課

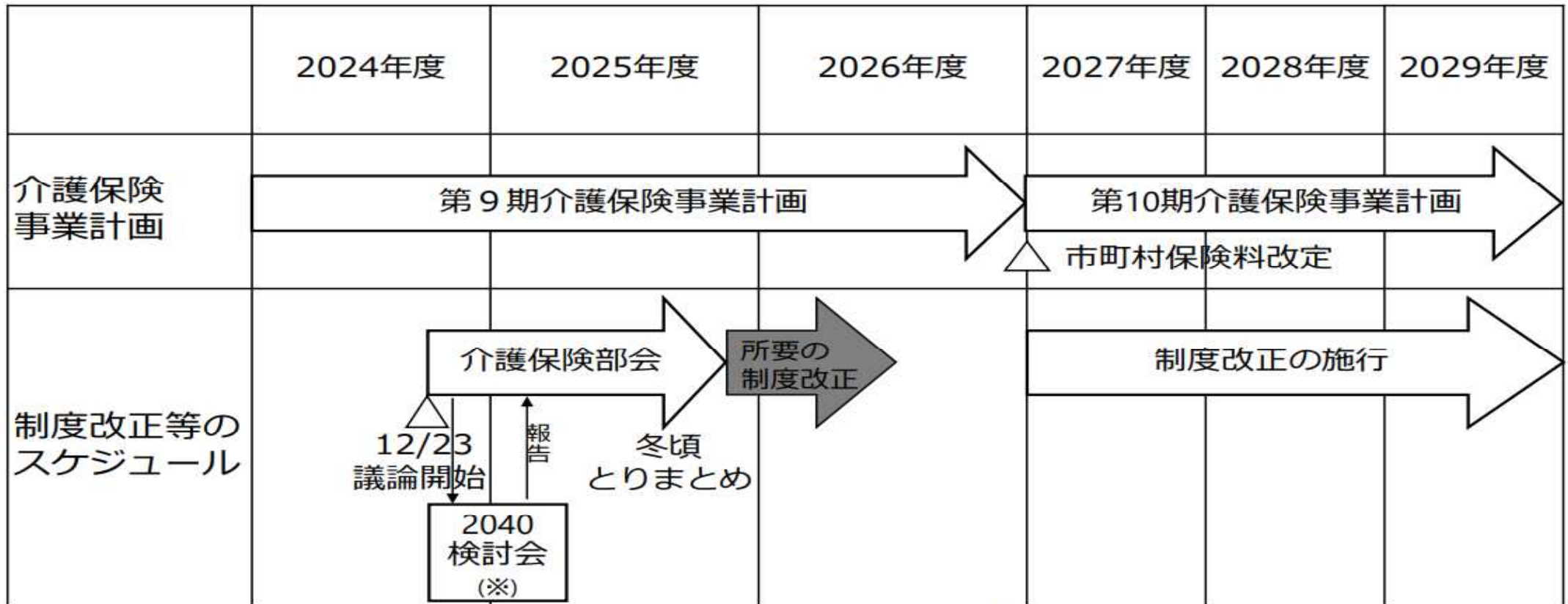
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

＜説明内容＞

- 1 第10期介護保険事業計画に向けた動きについて
- 2 介護保険事業(支援)計画の概要
- 3 介護保険制度をとりまく状況
- 4 介護保険事業計画の作成プロセスと支援ツールについて
- 5 10期計画作成に向けたスケジュール等について

今後のスケジュール（案）

- 介護保険制度は原則3年を1期とするサイクルで財政収支を見通し、事業の運営を行っている。
- したがって、この間に保険料の大きな増減が生じると、市町村の事業運営に大きな混乱が生じることから、制度改正を行う場合、2027年度からの第10期介護保険事業計画に反映させていくことを念頭に置いている。



(注) 介護報酬改定については、社会保障審議会介護給付費分科会において議論。

(※) 「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会

「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会

- ・ **2040年に向けて、人口減少のスピードが地域によって異なる中、** 予防・健康づくり、人材確保・定着、デジタル活用等を通じて、地域包括ケアを維持した上で、**地域別のサービス提供モデルや支援体制を構築する必要**がある。また、地域の状況によっては、事業者間の連携等を通じ、人材確保を図りながら将来の状況をみこした経営を行うことにより、サービス提供を維持していく必要がある。
- ・ 上記を踏まえ、2040年に向けたサービス提供体制等のあり方について検討を行うため、本検討会を開催。具体的な議論の進め方としては、まずは高齢者に係る施策を検討した上で、その検討結果を踏まえ、他の福祉サービスも含めた共通の課題についても検討を行う（※）。
※老健局長が参集する検討会。事務局は老健局（社会・援護局、障害保健福祉部、こども家庭庁が協力）。

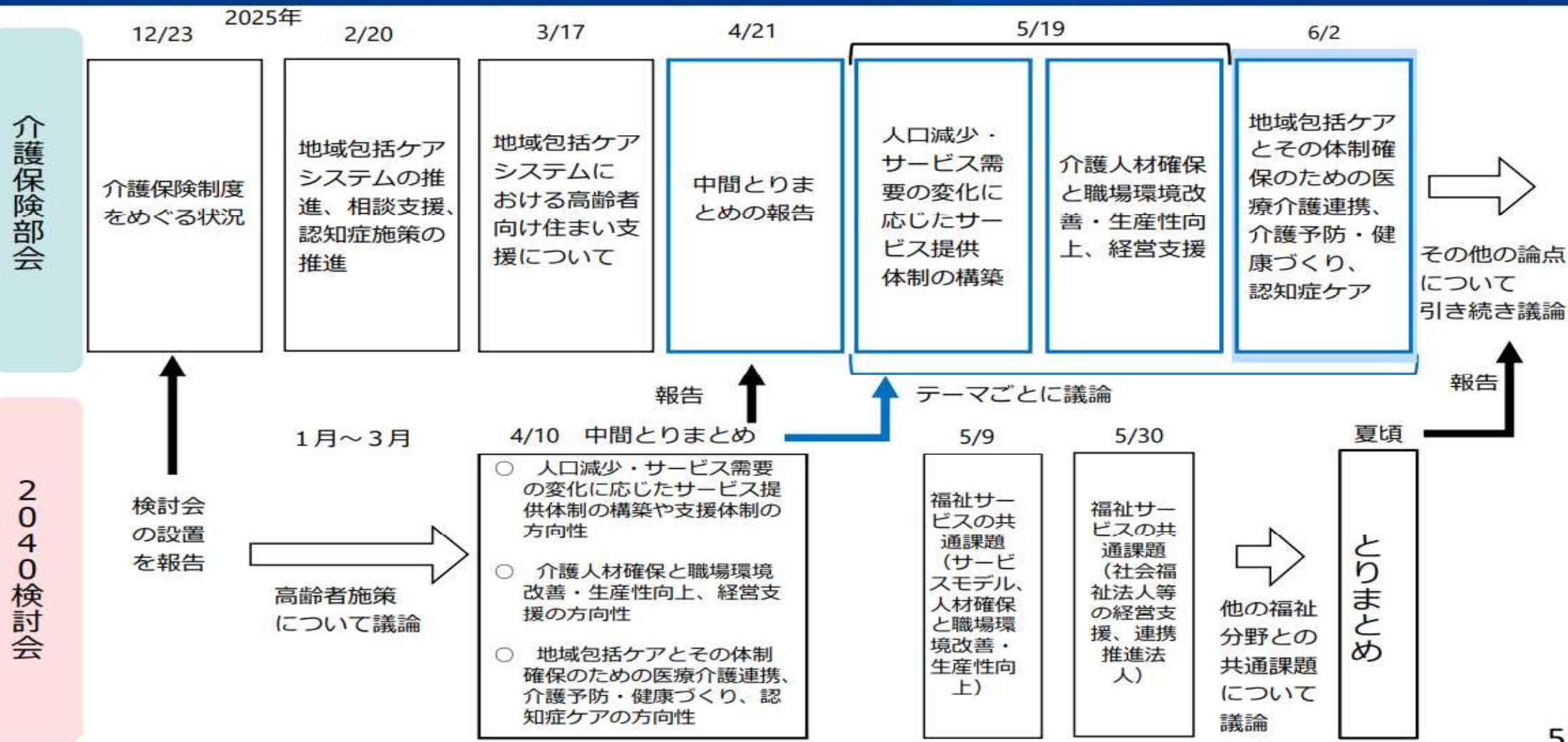
【主な課題と論点】

- ・ 人口減少スピード（高齢者人口の変化）の地域差が顕著となる中、サービス需要の変化に応じたサービスモデルの構築や支援体制

	地域の状況	検討の方向性
① 中山間・人口減少地域	既にサービス需要減の地域あり	需要減に応じた計画的なサービス基盤確保
② 都市部	サービス需要急増（2040以降も増加）	需要急増に備えた新たな形態のサービス
③ ①②以外の地域（一般市等）	当面サービス需要増→減少に転じる	現行の提供体制を前提に需要増減に応じたサービス基盤確保

- ・ 介護人材確保・定着、テクノロジー活用等による生産性向上
- ・ 雇用管理・職場環境改善など経営への支援
- ・ 介護予防・健康づくり、地域包括ケアと医療介護連携、認知症ケア

介護保険部会と「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会の関係



(注) 2040検討会の内容に応じ、介護給付費分科会、福祉部会（及び福祉人材確保専門委員会）など関係審議会等においても議論

「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」 検討会 中間とりまとめ（概要）

① 「地域包括ケアシステム」を深化

2040年に向けて、医療・介護、介護予防、認知症ケアへの切れ目のない提供（地域の提供体制確保）

② 地域軸・時間軸を踏まえたサービス提供体制確保

高齢者の介護サービス需要に地域差。2040年に向けた需要の変化を踏まえた対応

③ 介護人材確保と職場環境改善・生産性向上、経営支援

処遇改善など人材確保の取組の充実。地域単位でも専門機関等の関係者が連携して支援を行い、雇用管理による人材の定着、テクノロジー導入・タスクシフト/シェア、協働化など経営改善をあわせて図っていく

④ 地域の共通課題と地方創生

介護は高齢者に加え、特に地方において地域の雇用や所得を支える重要なインフラ。人手不足、移動の課題、生産性向上の必要性など、他分野と共通課題。その解決に向け、関係者が連携して地域共生社会を構築し、地方創生を実現

中間まとめに係る主な論点と進め方

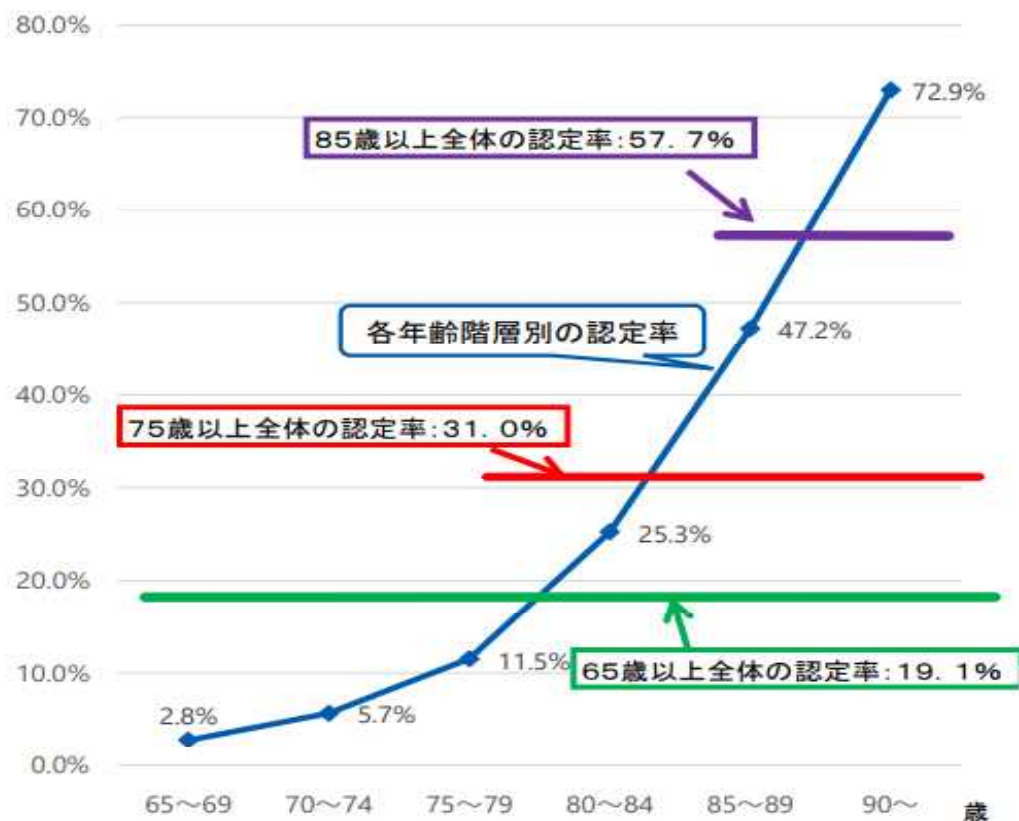
支援体制等のあり方

・ 3つの地域の類型を分ける考え方	・ 既存の制度や取組（離島等相当サービス、中山間地加算など）も参考にしつつ、人口や高齢化率、過疎地域か否かなど、どのような基準で区分するべきか、本部会において議論し、検討。
・ 地域におけるサービス提供体制の変化の中、地域特性に応じてそれを支援する機能	・ 地域における介護・医療の現在の状況について、エリア別に見える化する方策の検討とともに、サービス需要・供給状況の足下の状況、2040年に向けた変化も踏まえた、地域における分析や関係者間での共有・議論のあり方について、本部会において議論し、検討。 ・ 都道府県や市町村において、介護保険事業計画等のあり方や広域化等の取組の中で、地域の類型に応じた対応策（※）やサービス提供体制を確保するための支援体制の構築について、本部会において議論し、検討。（※）サービスの質の確保や適切なサービスのあり方の検討を含む。
・ 地域共生社会の推進	・ 介護は地域における重要なインフラであり、地域づくりやまちづくりの視点で、自治体と事業所が連携して取組を進めるとともに、地域の高齢者、障害者、子どもなど様々な主体が地域共生社会を推進していくことが重要。

今後の介護保険を取りまく状況（2）

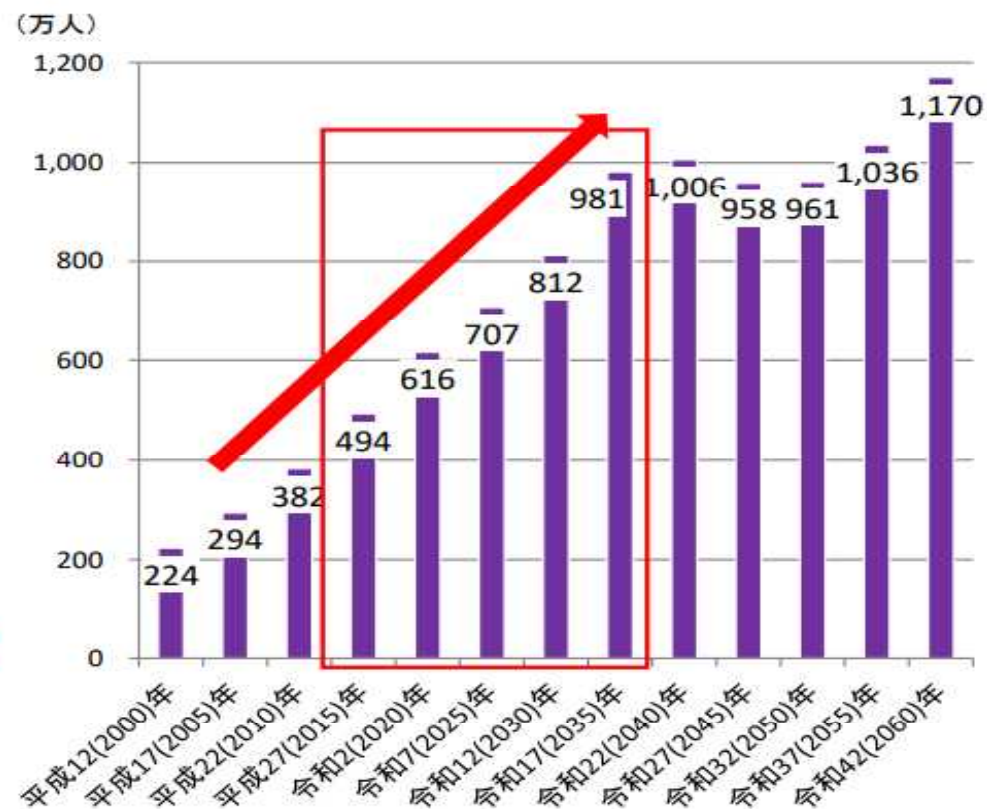
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇。特に、85歳以上で上昇。
- 85歳以上の人口は、2015年から2025年までの10年間で、75歳以上人口を上回る勢いで増加し、2035年頃まで一貫して増加。

年齢階級別の要介護認定率



出典：2023年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2023年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成
注）要支援1・2を含む数値。

85歳以上人口の推移

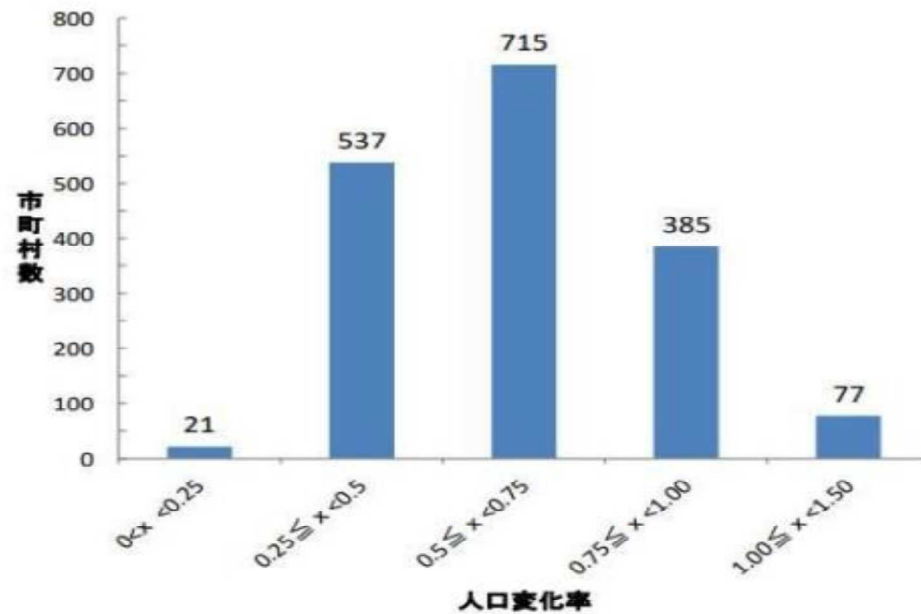


出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（令和5(2023)年4月推計）出生中位（死亡中位）推計

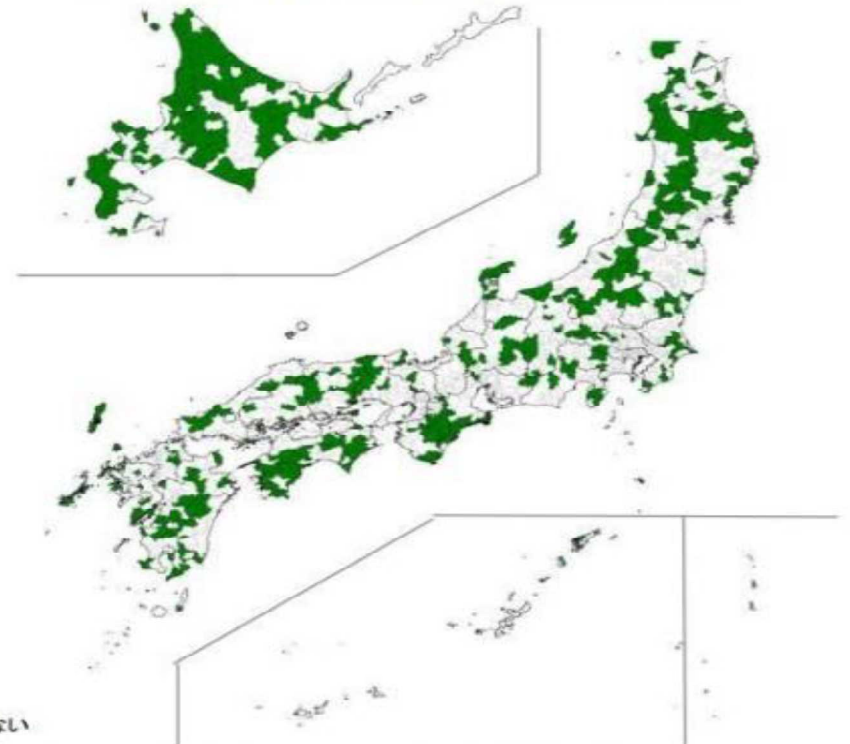
人口減少の地域差

- 市区町村別にみると、**558市区町村（全市区町村の約3割）が人口半数未満になり**、そのうち21市区町村が25%未満となる。
- 特に、人口が半減する市区町村は**中山間地域**等に多く見られる。

2015年人口に対する2050年人口の変化率別市区町村数



2050年までに人口半数未満となる市区町村の分布



（注）分析対象には、福島県富岡町、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、飯館村は入っていない

（備考）1. 総務省「平成27年国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」等より、国土交通省国土政策局推計
2. 国土数値情報500mメッシュ（4次メッシュ）の中心点が市区町村区域の内側に位置するメッシュを当該市区町村に属するメッシュとして集計。

（資料出所）国土審議会計画推進部会「国土の長期展望」（令和3年6月）

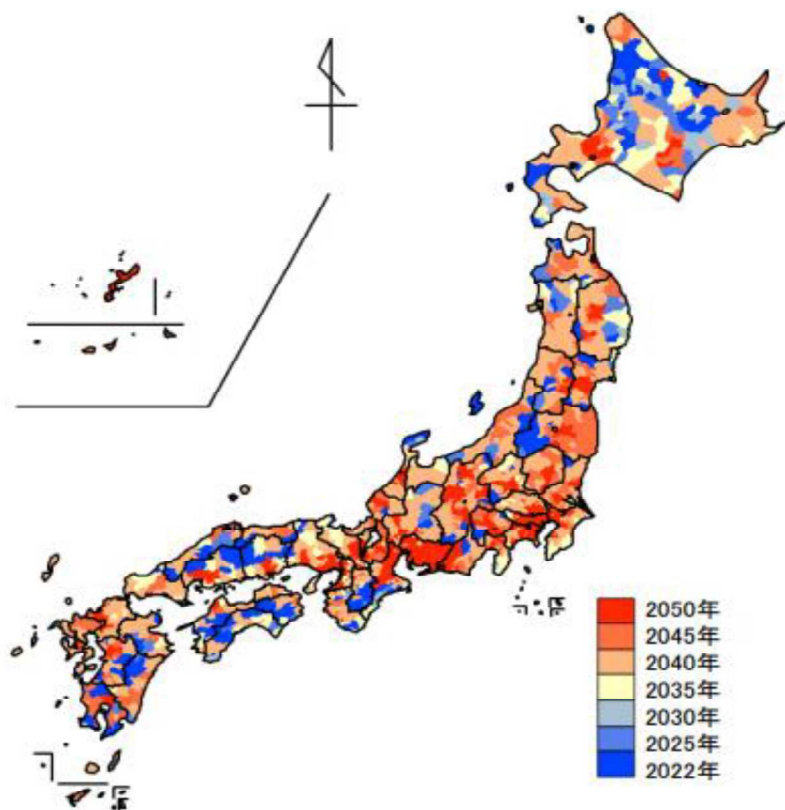
2015年に比べて2050年までに
人口が半分未満になる市町村分布



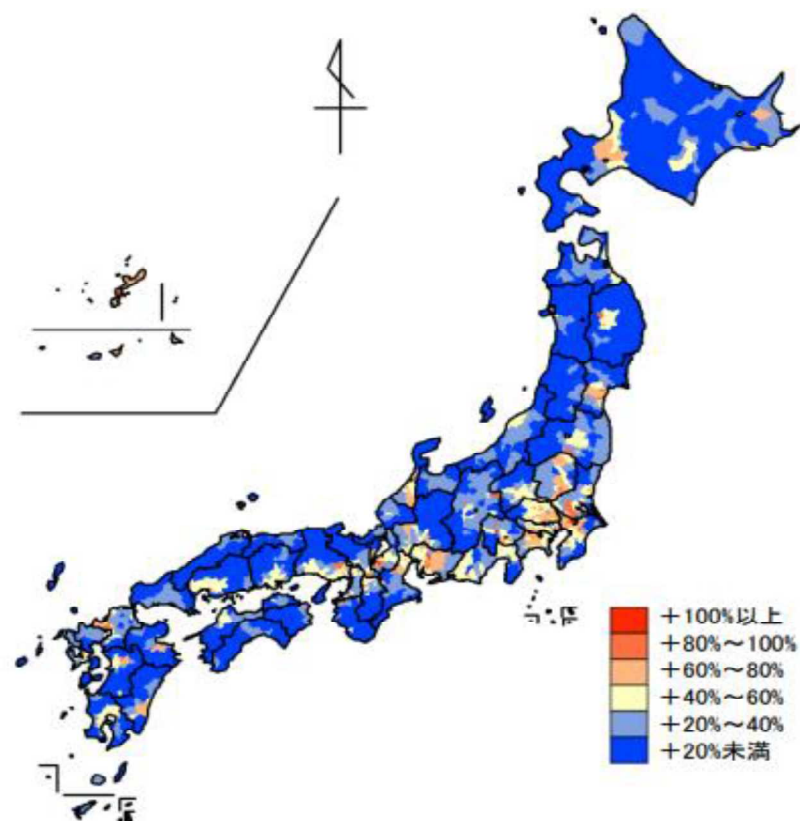
保険者別の介護サービス利用者数の見込み

- 各保険者における、2050年までの介護サービス利用者数を推計すると、ピークを過ぎ減少に転じた保険者もある一方、都市部を中心に2040年以降まで増え続ける保険者が多い。
- また、最も利用者数が多くなる年の利用者数の2022年の利用者数との比(増加率)をみると、+20%未満の保険者(約44%)が多い一方で、+60%以上となる保険者(約13%)も存在する。

【保険者別 2050年までの間にサービス利用者数が最も多い年】



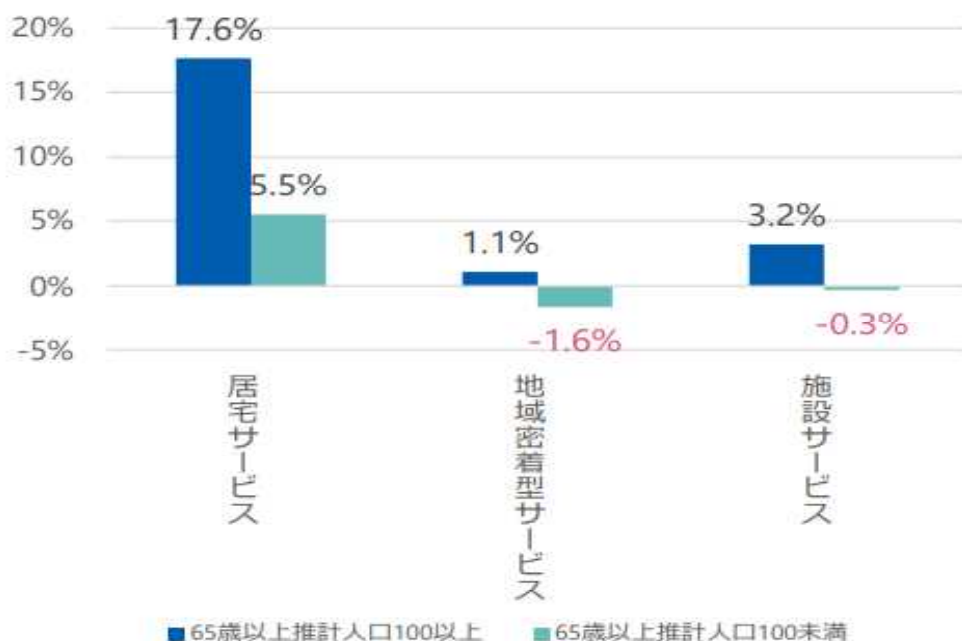
【保険者別 2050年までの間にサービス利用者数が最も多い年の利用者数の増加率】



足下の事業所増減率（2040年の65歳以上推計人口の増加/減少別）

- 2040年における65歳以上推計人口が2020年と比較して増加又は減少により分類し、それぞれに該当する市町村内に所在する事業所数の増減率を比較。（2019年と2024年の事業所数を比較）
- 推計人口が100以上の市町村では、訪問入浴、居宅介護支援、地密通所を除き増加。一方で、推計人口が100未満の市町村では、居宅サービスのうち医療系は増加、福祉系はいずれも減少。

○推計人口別・居宅・地域密着・施設区分別事業所数増減率（2019→2024）

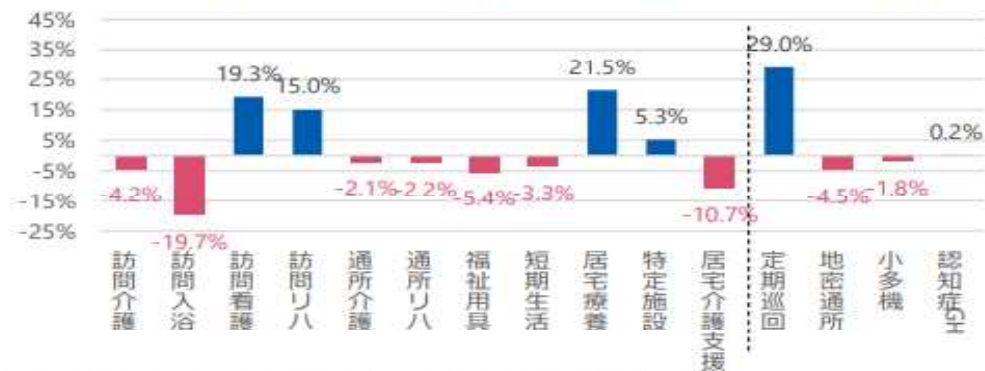


○推計人口別・サービス別事業所数増減率（2019→2024）

（2040年における65歳以上推計人口が2020年比で**100以上**の市町村）



（2040年における65歳以上推計人口が2020年比で**100未満**の市町村）

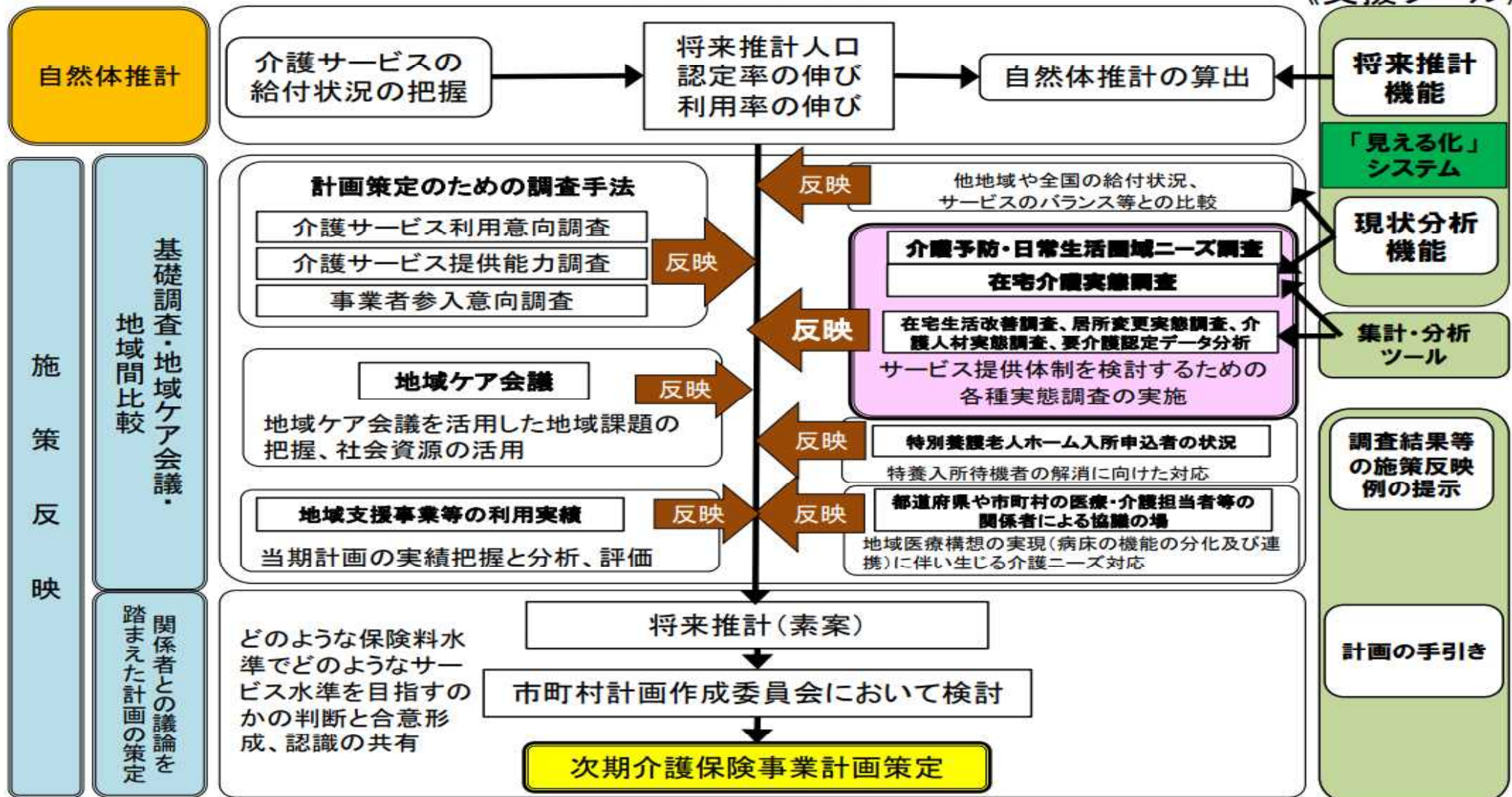


出典）市町村別の事業所数は、厚生労働省「介護給付等実態統計」（毎年1月1日現在提供）の任意集計より、請求事業所数を事業所所在市町村別に集計したものを示す。

介護保険事業計画の作成プロセスと支援ツールイメージ

《作成プロセス》

《支援ツール》



第10期介護保険事業(支援)計画に向けた調査の実施

介護保険法(第117条第5項)において市町村は、日常生活圏域ごとにおける被保険者の心身の状況、その置かれている環境その他の事情を正確に把握した上で、これらの事情を勘案して、市町村介護保険事業計画を作成するよう努めることとされている。

<実施いただきたい調査>

- **介護予防・日常生活圏域ニーズ調査**については、地域の要支援者・総合事業対象者・一般高齢者の地域課題を把握するために重要であり、**実施していただきたい**。(基本指針参照)
- **在宅介護実態調査**については、介護離職を防止する観点から、「高齢者の適切な在宅生活の継続」と「家族等介護者の就労継続」の実現に向けた介護サービスの在り方を検討することを目的として、主に在宅で要介護認定を受けている者を対象とした調査である。計画の作成にあたり関係者と議論する際の材料として有用であり**実施していただきたい**。(基本指針参照)

<実施を検討いただきたい調査>

- その他のサービス提供体制を検討するための各種実態把握調査(**在宅生活改善調査、居所変更実態調査、介護人材実態調査**)については、調査の実施・分析に必要な体制の確保に留意しつつ、**実施を検討いただきたい**。
在宅生活の継続という観点からのビジョンを設定・検討されている市町村は、本調査が、住み慣れた地域での生活を支えるうえで有効な定期巡回・小多機・看多機等の地域密着型サービスのニーズの把握につながる観点を踏まえて検討いただきたい。

<留意点>

- **保険者機能強化推進交付金の令和8年度指標**では、留意点で「**当該地域の特徴の把握にあたり、必要に応じて、①介護予防・日常生活支援ニーズ調査、②在宅介護実態調査、③その他各種実態調査(在宅生活改善調査、居所変更実態調査、介護人材実態調査等)を実施することが重要である**。」と予定している。

第10期介護保険事業計画の 作成に向けた手引き作成に 資する 調査研究 【報告書】

令和6年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

三菱UFJリサーチ & コンサルティング
2025年3月

保険者・都道府県アンケートと ヒアリング調査

1. 調査方法

- ① 配布方法 エクセルファイルで作成した調査票を、厚生労働省から各都道府県へ E-mail で配布し、さらに都道府県の協力を得て、全国の保険者へ E-mail で配布した。
- ② 回収方法 E-mail で回収した。

2. 調査のスケジュール ■ 配布日:令和6年11月7日(木)

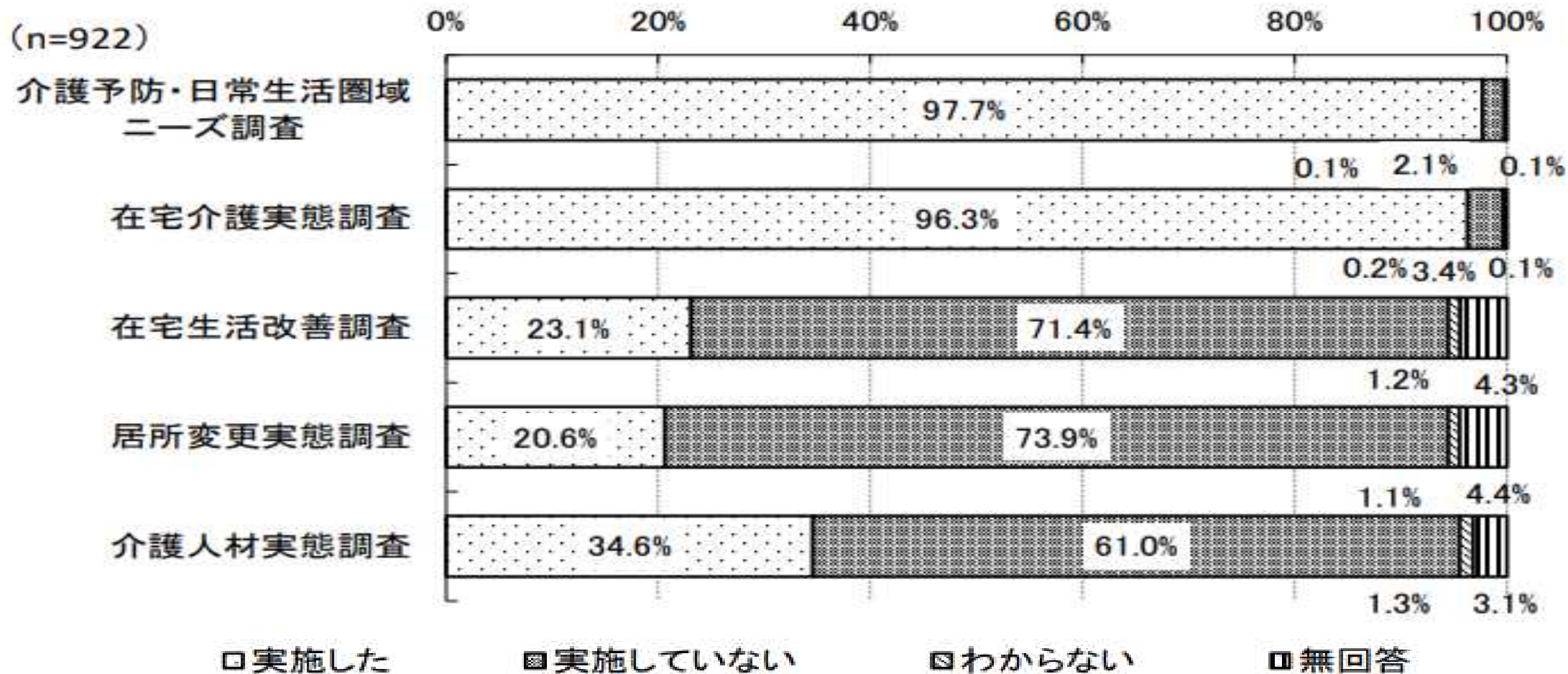
■ 回答締切日:令和7年1月10日(金)までの到着分を集計の対象とした

3. 回収率

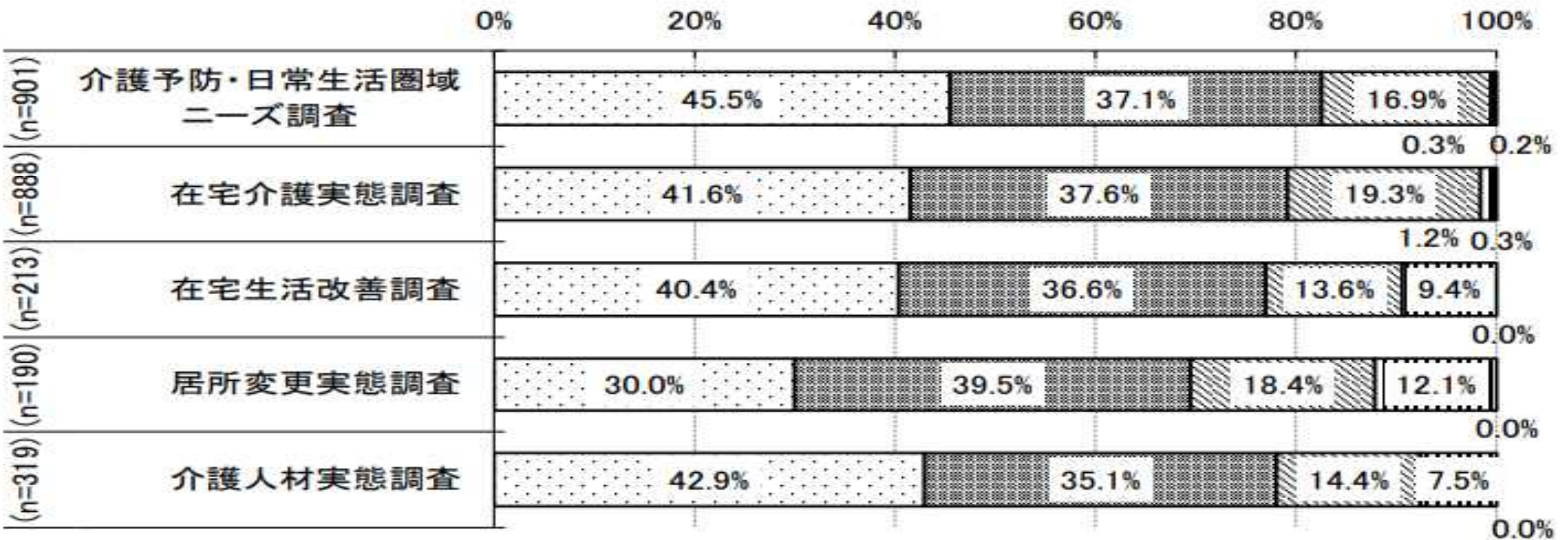
- ① 都道府県票 は、89.3% (42 /47都道府県)であった
- ② 保険者票 は、58.6 (922保険者/1,573 保険者)であった。

徳島県 6/23 26.1% 香川県 13/17 76.5% 愛媛県 0/20 0.0% 高知県 12/30 40.0%

第9期計画作成に向けた調査の実施状況

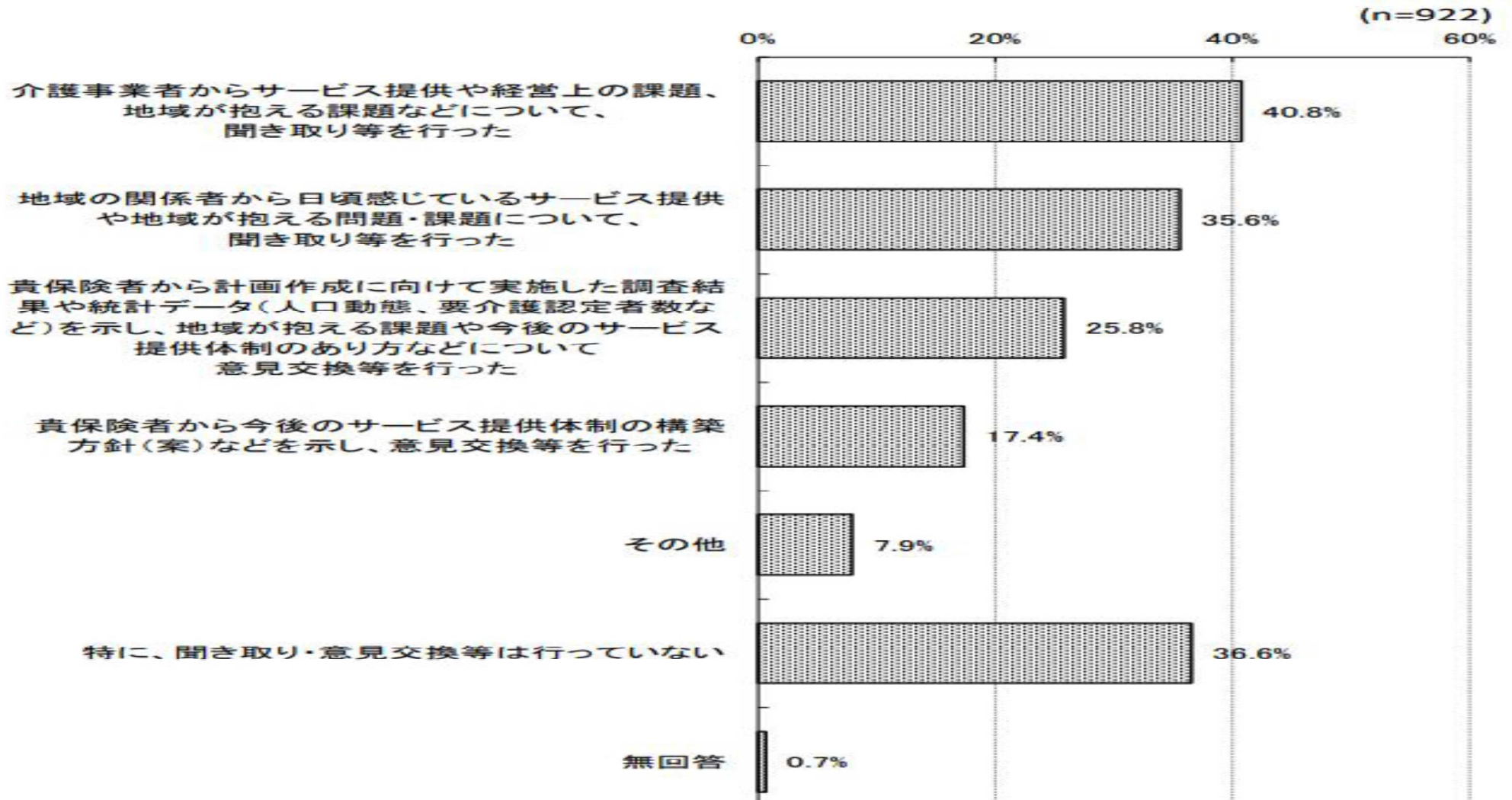


各種調査の活用状況（市町村）

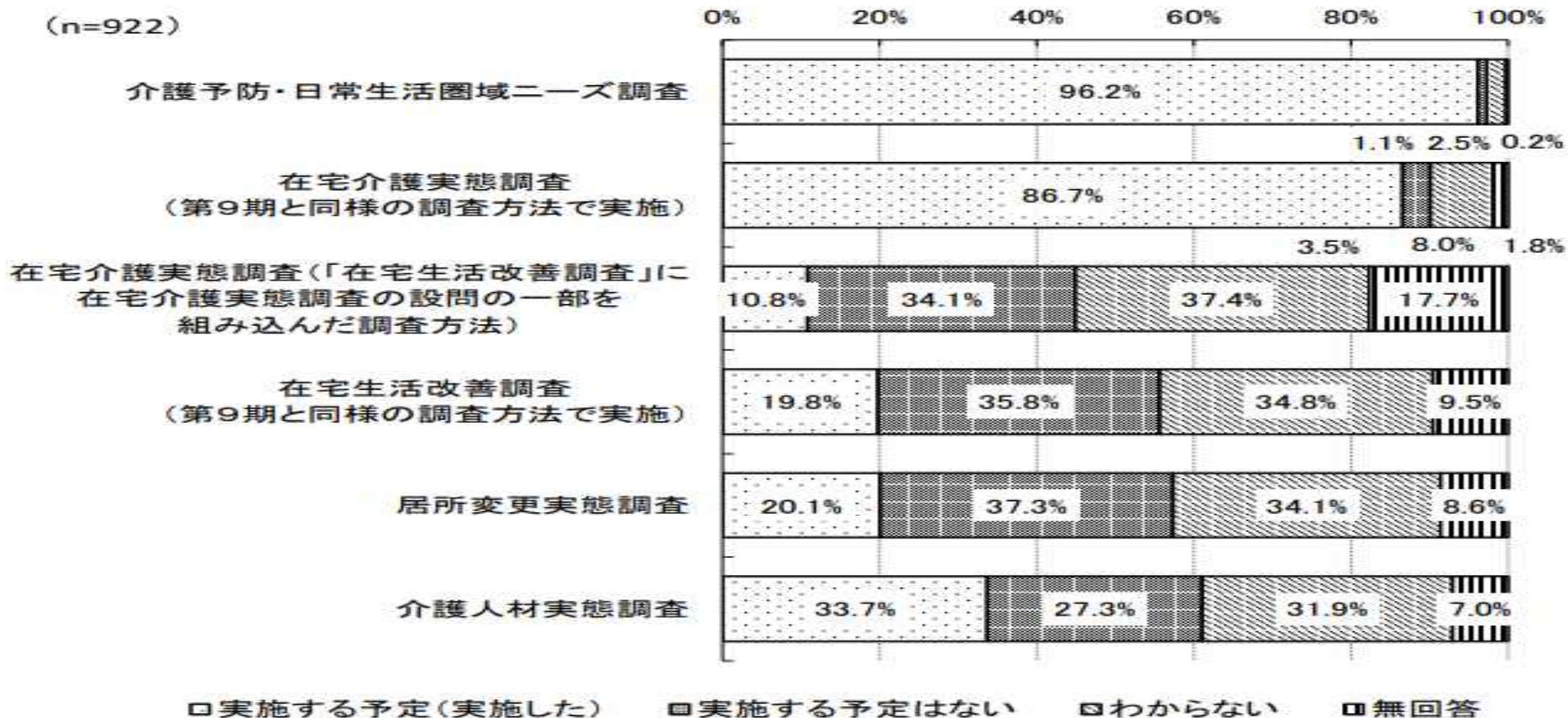


- 地域課題の抽出を行い、具体的な施策の立案に活用した
- 地域課題の抽出は行ったが、具体的な施策の立案には活用できていない
- ▨ 計画に結果を掲載したのみ
- 活用できていない
- 無回答

介護事業者や地域の関係者との意見交換等の実施状況



第10期計画作成に向けた調査の実施予定・実施状況



北海道本別町

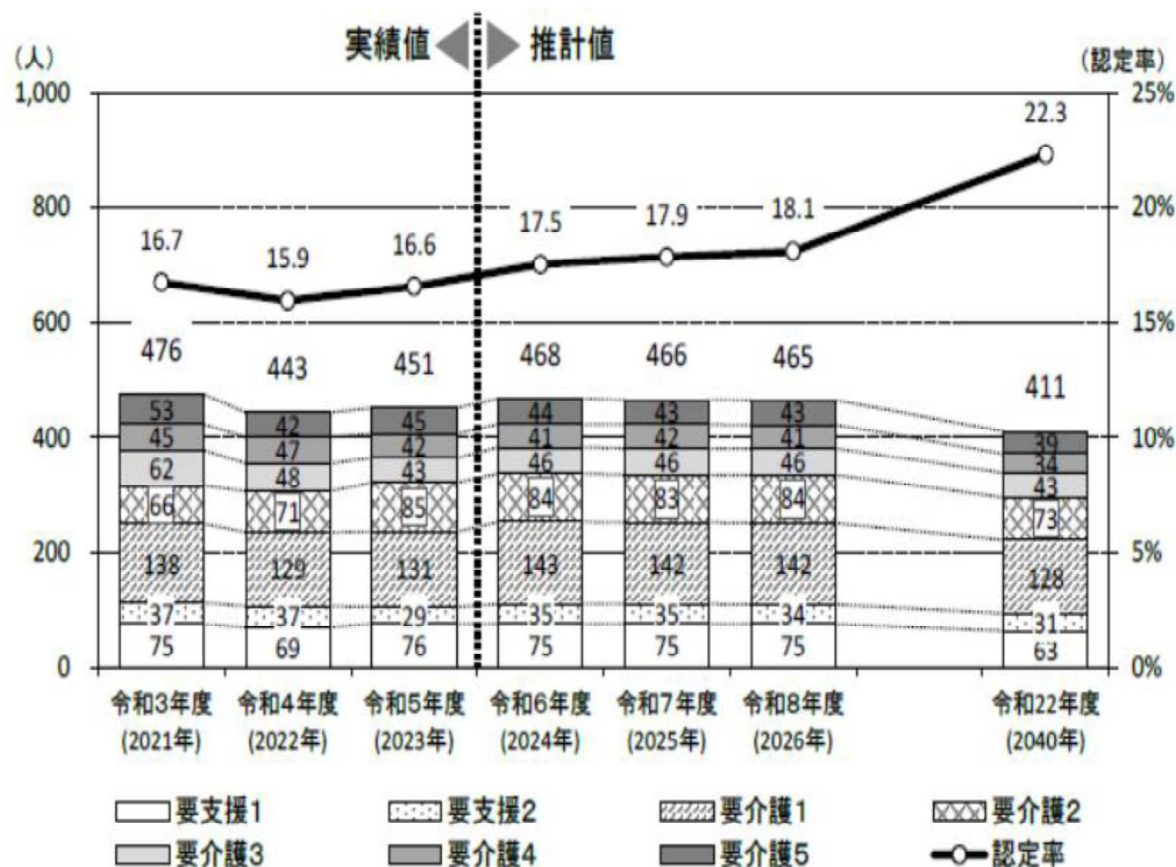
既存施設等の定員数の削減や事業所の統廃合等の方針を示した事例
 (要介護認定者数の推移)

- 中長期的な介護サービス見込量の^{変化と地域の課題}高齢者数は減少傾向にあり、**2040年に向けて要介護認定者の減少**が見込まれる。

- 本別町では、人口減少傾向が続いているが、特に生産年齢人口及び年少人口の減少が著しいことから、**高齢化率は上昇**しており、**支え手の減少**が懸念されている。また、一人暮らし高齢者の増加が見込まれている。

- 要介護認定者数は、第9期計画期間中は、横ばいで推移し、**2040年に向けて減少**することが見込まれている。

- 特別養護老人ホームの待機者数は大幅に減少**



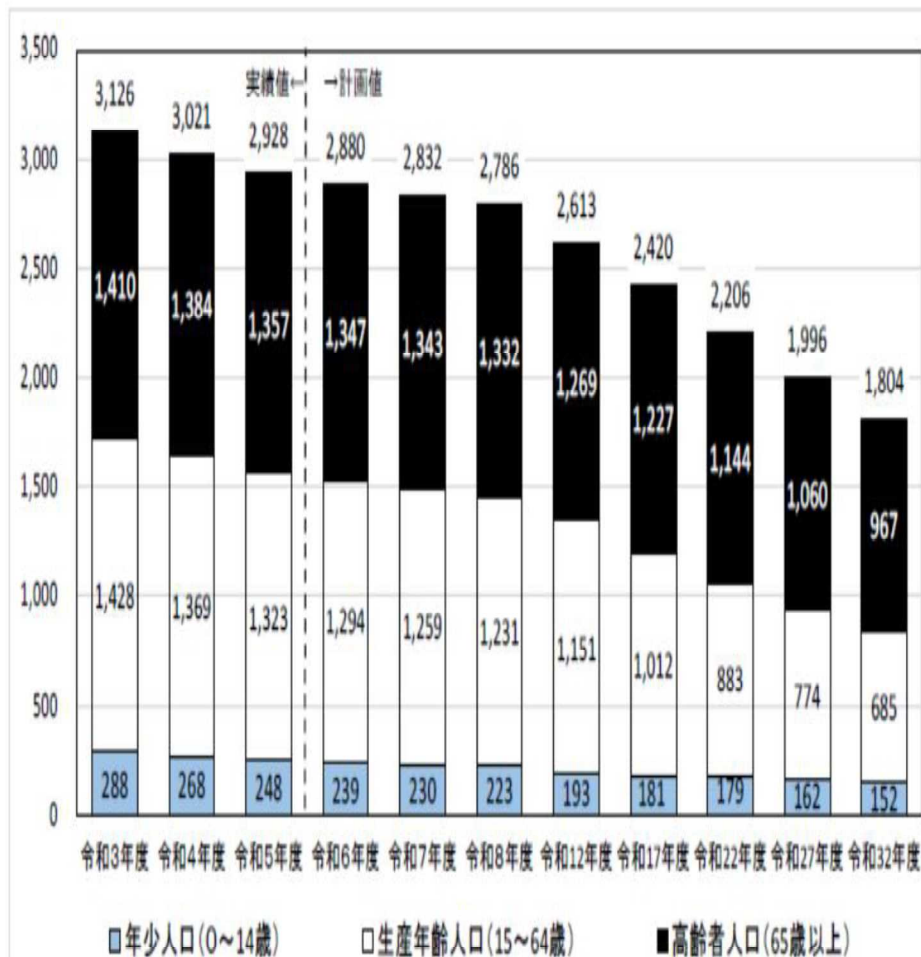
課題分析と検討プロセスと方針決定理由

- 在宅や自宅に近い環境で介護を受けるための基盤整備が課題
- 特別養護老人ホームの老朽化から建て替えを検討
- 幅広い世代の住民や経営者施設を活用する方針を決定
- 特養保複体制を閉所的整備し、改修サービス提供の老よ供

- 1) 中長期的に要介護認定者数が減少
- 2) 一般高齢者に実施したアンケート調査では、介護が必要になった場合には、介護サービスを利用しながら自宅で生活をしたいという希望が多かった
- 3) 特別養護老人ホームを建て替えても、**担い手の確保が困難**である
- 4) 周辺市町村でも特別養護老人ホームが整備されており、今後供給過剰となる可能性がある
- 5) 原材料費の高騰により、建て替えに数十億円が必要にな

北海道和寒町

高齢者数は減少傾向にある一方、高齢単身者世帯・高齢夫婦世帯数は増加



- 和寒町の特養護は、**100人定員だが、入所者が46人**しかおらず、昭和51年建設で、建て替え必要が検討のきっかけ。検討過程で出てきた**町民意見に基づき、障害者や子どもも含めた幅広いニーズ**に応えられる**複合的な福祉施設として建て替える**ことを構想。当初社会福祉協議会と運営について協議したが不調。
- 「和寒町ふくしのまちづくり基本構想」の策定支援に携わった近隣町の「社会福祉法人Y」に施設整備と運営についての要請。令和6年12月には、「**町民サミット**」を開催し、住民説明し活用方法について意見交換する機会を設けた

整備方針の内容

1) 建て替え特養は45名(15人ユニットを3棟)定員とし、その他に複合的なサービス提供体制を整備

共生型短期入所生活介護、共生型通所介護、訪問介護、訪問看護、居宅介護支援事業所、障害者就労継続支援Bを提供予定

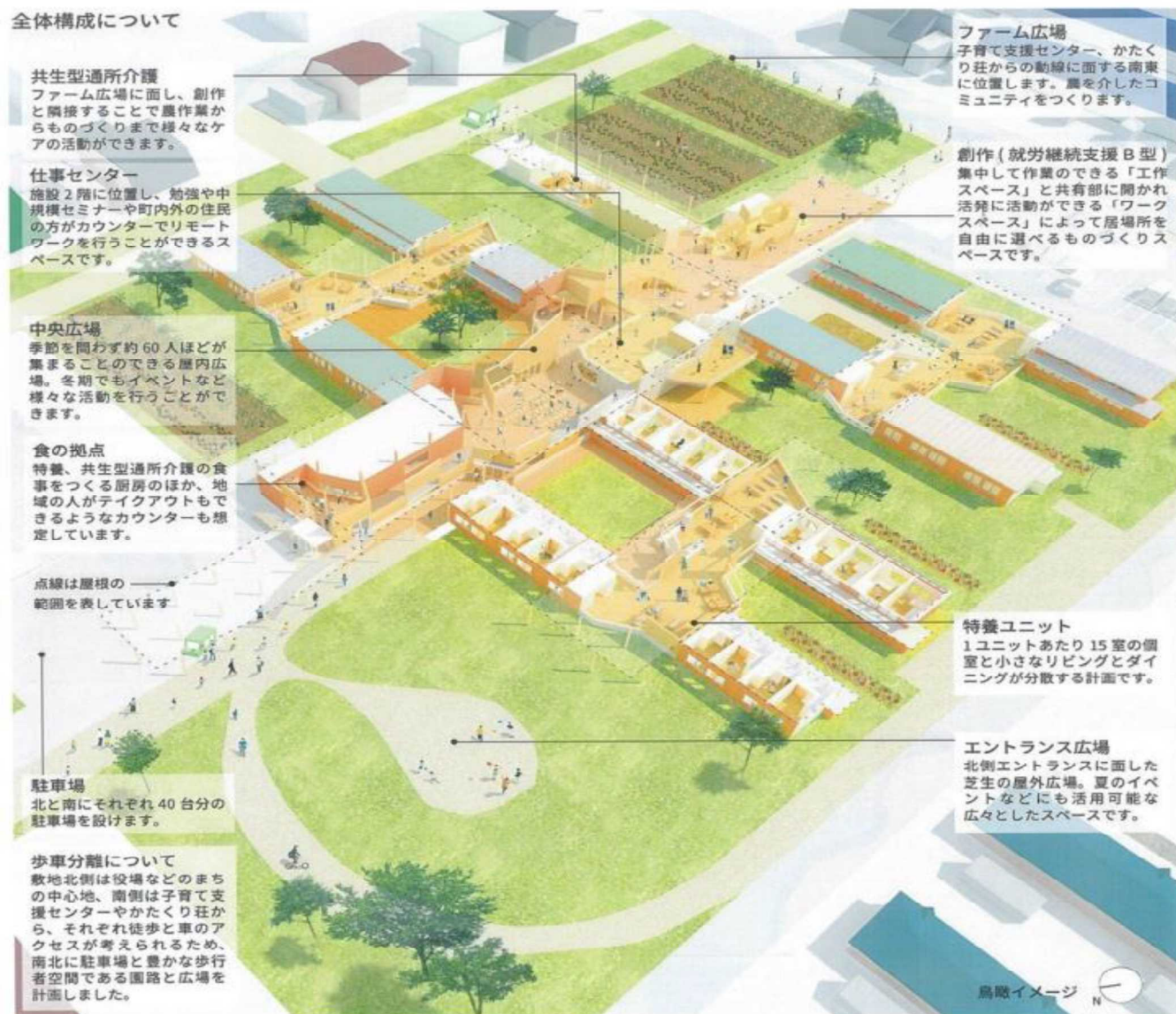
2) 団地付近に建設し、団地に住む高齢者への在宅サービスの提供推進

当初は、現在の特養の場所での建て替えを想定したが、団地や高齢者住宅のあるエリアの近くに建設することとした

3) 民設民営とすることでコストの削減を進める

令和7年から令和9年は、「社会福祉法人Y」が指定管理者として特別養護老人ホームの経営を引き継ぐ。令和10年以降民営に移行するが、令和10年から8年間は町が赤字補填をする

図表 3-14 新設する福祉施設の基本設計



出典)「中核となる福祉施設」基本設計概要(和寒町)

まとめ1 求められていること

1. 国は保険者を3分類して、そのカテゴリーに合わせて違う対応を求めている→**自分の自治体はどのグループ**
2. 各保険者に中長期的予測に従った方針決定を求めている
10期3年間のことだけでなくその後の方向を見定める
3. 特に過疎地域では、人材不足や高齢者の減少から、既存のサービス維持を前提とせず、高齢者や住民の生活を守るために必要なサービスは何かを**真剣に選択**する必要がある。
4. 検討に当たっては、障害者やこども支援のサービスと共有や統合が必要になる（**共生社会**づくり）

まとめ2 計画づくりの課題

1. 国の情報は多量でそれも遅く出てくる

①報告書だけでも多数あり、読み切れないし理解が追い付かない

②国の検討は現在も進行中で、予定通りいっても最終決定は令和8年度末に出てくる（基本指針）

2. 調査（委託）と型通りの会議をして、前回の計画の字句訂正するだけで、計画担当は精一杯

①国が原則求めている（行政的助言）2種類の調査は、9割以上の保険者は実施しているが、具体的施策立案に4割しか反映させていない。でも、「しない」という勇気はない

まとめ3 どうするの（個人的意見）

1. 自治体内部で、**首長までの危機感の共有化**
→介護保険制度が機能しなくなると住民生活を維持できない
2. 自分たちの自治体にとって**意味のある課題**に絞って計画を検討する
3. そのために**必要な調査**を委託でなく職員で実施し、高齢者を含む**幅広い住民や事業者や担い手の意見を本気で聞く**
①在宅生活改善調査②居所変更実態調査③介護人材実態調査
4. **調査結果と保険料しか書かれていない計画書とおさらばしよう**
5. **総合事業と施設整備（統合も）を含むサービス調整方針は必須**

まとめ4 どの分野に絞るのか

1. 介護予防メインターゲットを85歳以上高齢者と明確にする

<理由> 介護認定者の多数で、要支援レベルの方を自立させるのが第一

<現状> 前期高齢者フレイル対策を介護予防と取り違えている

前期高齢者を健康づくりで支援してもいいが、彼らが85歳になった時に自立させるために介護予防と位置付けるのは無意味

2. 要支援者を一般介護予防と総合事業で支える

85歳以上の高齢者が、できるだけ介護保険サービスに頼らなくても地域で生活できる地域づくり

① 一般介護予防事業で体力向上と孤立予防（イキイキ百歳体操）

② 総合事業での生活支援（食事、買い物、掃除、入浴等の支援）

参考資料

<厚生労働省HP> 介護予防 7 過去の事業等

1. 地域づくりによる介護予防推進支援事業（平成26年度～平成28年度）
地域づくりによる介護予防を推進するための手引き

<三菱UFJリサーチ & コンサルティング HP>

- 2 介護保険事業計画作成の手引きver2

「第10期介護保険事業計画の作成に向けた手引き作成に資する調査研究事業

3. 第10期介護保険事業計画の作成に向けた手引き作成に資する 調査研究報告書
4. 在宅生活改善調査・居所変更実態調査・介護人材実態調査 動画説明20分
 - ①在宅高齢者で施設入所した人はどこへ
 - ②施設からどこへ行ったの
 - ③サービス分野別の介護人材の現状

予算不要、依頼文調査票と集計ソフト付き、ケアマネや事業者にも協力が必要

認知症の人と家族への一体的支援事業とは何か？

総合事業との連携と共創

はじめに：空白の期間と診断後支援

- ① 認知症カフェ
- ② 診断後のピアサポート
- ③ 認知症の人と家族への一体的支援事業

矢吹 知之

高知県立大学 社会福祉学部

1

新 認知症の人と家族への一体的支援の推進

- ◆ 認知症の人とその家族には、これまでそれぞれ個別の支援の充実が図られている一方、ヨーロッパ諸国で実践・展開され有効性が示されている「ミーティングセンター・サポートプログラム」のように、**認知症の人と家族を一体的に支援し関係調整を図ることの重要性**も明らかになっている。
- ◆ 令和2年度老健事業のモデル事業を踏まえれば、地域の実情に応じた方法により、**認知症の人、家族ともに参加する場で、互いの思いを共有し、関係調整を行う「一体的支援」を行うことが、家族の介護負担感や本人の意欲向上、良好な家族関係の維持にとって有効である可能性**が示唆されている。
- ◆ そのため、新たに市町村の実施する認知症の人と家族への一体的支援事業を認知症地域支援推進員の役割の一つに位置づけ、地域支援事業交付金の対象とし、認知症の人と家族の関係調整を図ることで、**家族の介護負担を軽減し、認知症の人の在宅生活の安定を推進する**。

【予算項目】【予算項目】(甲) 高齢者日常生活支援等推進費 (目) 地域支援事業交付金 (認知症総合支援事業) 【実施主体】市町村
【負担割合】国 38.5/100 都道府県 19.25/100 市町村 19.25/100 1号保険料 23/100

認知症の人と家族への一体的支援事業

- ◆ 一体的支援プログラムには、認知症の人と家族が一緒に参加。
- ◆ 例えば、第1節:①認知症の人(本人)の希望に基づく主体的なアクティビティの実施や本人同士が語り合う**本人支援**
②家族同士が専門家等と語り合うことで、心理的支援と情報提供などの教育的支援を行う**家族支援**
第2節:③認知症の人と家族が共に活動する時間を設け、他の家族や地域との交流を行う**一体的支援**
を一連の活動として行うプログラムを実施することにより、**スタッフが単介役となり、認知症の人と家族の思いをつなぎ、ともに気持ち合う場を提供し、在宅生活の継続を支援する**。

市町村
直営・委託・補助

認知症地域支援推進員
企画・調整

運営事業者
(スタッフ)
・専門職
・ボランティア
・スタッフ等

一体的支援

事業の基本的な流れ

- 本人と家族が一組となり、二組以上で実施
- 開催は月1、2回程度
- ①本人(同士)への支援、②家族(同士)への支援、日本人・家族両者の交流支援(一体的支援)を一連の活動として行うプログラムを実施。
- プログラム実施による満足度、効果等を市町村へ報告
- 「認知症地域支援推進員」が企画・調整に携わるものとするが、運営主体(委託先)は実情に応じて設定可。

本人支援

認知症の人たち

- ・ 自信が生まれる
- ・ 主体的な行動
- ・ 新たな役割転出

一体的支援

認知症の人と家族

- ・ 家族関係の改善
- ・ 新たな出会い
- ・ お互いの学びへ

家族支援

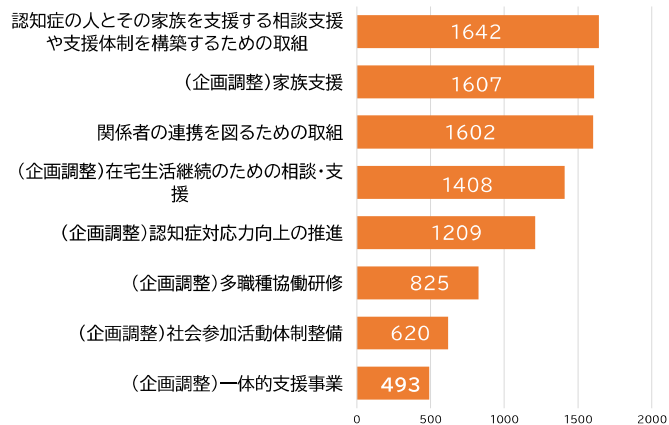
家族たち

- ・ 介護負担感軽減
- ・ 介護を肯定的に評価する機会に

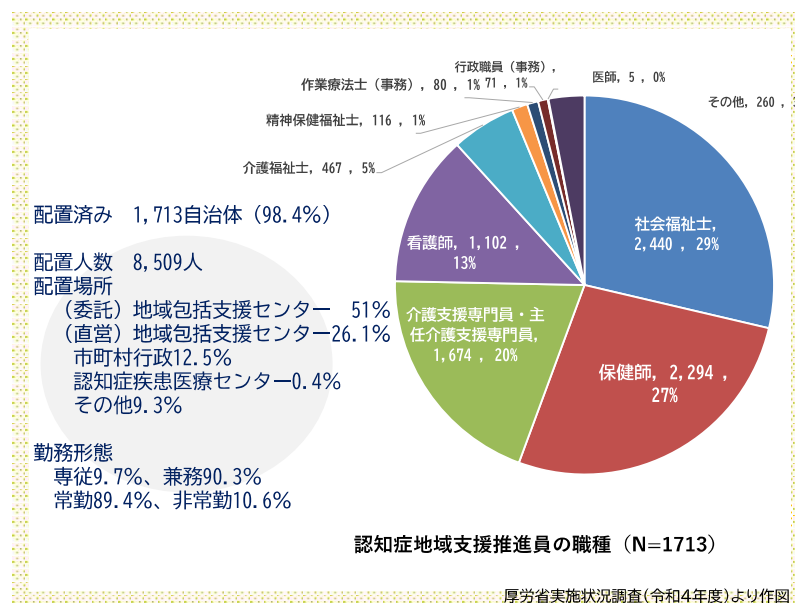
【備考】ミーティングセンター・サポートプログラムとは
在学中に認知症予防セミナーの企画と提供を主たる目的として、1993年にオランダでモデル事業(2ヶ所)として始まった。その実用性の有効性が確認され、オランダ国内(144ヶ所)外にまで広がっている。ミーティングセンターの柱は、「認知症の人のプログラム(ルーシェルクラフ)」「家族介護者のミーティング」「高齢者のコンサルティングと社会活動」である。

2

全国の状況(1,741市町村)令和5年度



3



4

はじめに: 空白の期間と診断後支援

共生社会の実現を推進するための認知症基本法

共生社会とは
認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、
相互に**人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会**(=共生社会)の実現を推進

「新しい認知症観」とは
認知症になったら何もできなくなるのではなく、認知症になっても、一人一人が個人としてできること・やりたいことがあり、住み慣れた地域で仲間等とつながりながら、希望を持って自分らしく暮らし続けることができるという考え方である

共生社会の実現の推進という目的に向け、基本理念等に基づき認知症施策を国・地方が一体となって講じていく



認知症施策推進計画

令和6年12月3日閣議決定内閣官房 認知症施策推進本部

12

5

6

1

5

6. 相談体制の整備等

【施策の目標】認知症の人や家族等が必要な社会的支援につながるができるように、相談体制を整備し、地域づくりを推進していくことを目標として、以下の施策を実施する。

(2) 認知症の人や家族等が互いに支え合うための相談・交流の活動に対する支援、関係機関の紹介、その他の必要な情報の提供及び助言
➤ 認知症の人や家族等が出会い、交流し、互いに支え合う活動を支援するため、地域の実情に応じた認知症施策の要となる認知症地域支援推進員の適切な配置や認知症カフェ、ピアサポート活動、**認知症希望大使の活動支援、認知症の人とその家族への一体的支援事業**等を推進するとともに、認知症の人や家族等に必要な情報が提供されるよう認知症ケアパスの作成・更新・周知を促進する。

6

それぞれの特徴を理解しましょう



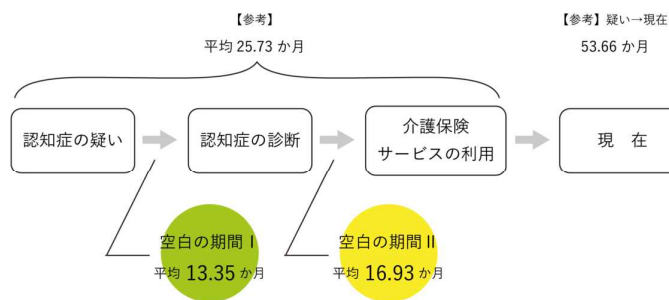
	一体的支援事業 ミーティングセンター	認知症カフェ	家族会	本人ミーティ ング	サロン
ねらい	診断後からの家 族関係の構築	地域への認知 症の理解啓発、 ソーシャルアク ション	家族の介護負 担軽減、知識や 情報共有	本人の知恵や 知識、生活の工 夫等の情報共 有	高齢者の孤立 防止、介護予防
対象者	ご本人含めたご家 族(様々な形の)	認知症本人 家族 地域住民 専門職 による相互作用	家族のピア	認知症本人の ピア	地域の高齢者
中心的 な方法	出会い 話し合いに基づ く活動	ミニ講話 気楽な対話	話し合い 情報共有	話し合い 情報共有	レクリエーション や会食
時期	診断後から	診断前から	診断後から	診断後から	健常の方が中 心
運営	地域支援推進 員	だれでも	家族介護者	本人が中心	地区社協

7

なぜ、認知症総合事業が日常生活・自立支援総合事業、生活支援体制整備事業の連携、共創が求められるのか？



診断前後の“空白の期間” (社会的つながりのない期間)



出典：社会福祉法人東北福祉会認知症介護研究・研修仙台センター（2018）
『認知症の家族等介護者支援に関する調査研究事業 報告書』より認知症未来共創ハブ作成

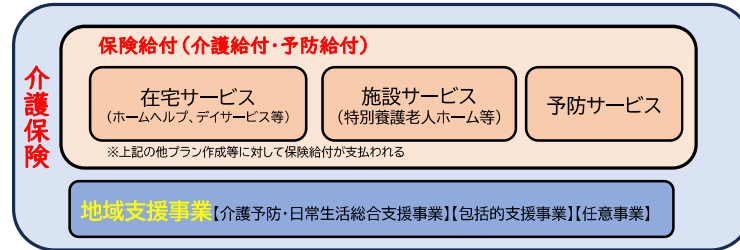
8

なぜ、認知症総合事業が日常生活・自立支援総合事業、生活支援体制整備事業の連携、共創が求められるのか？

地域支援事業(老発0328第1号通知令和4年3月28日)

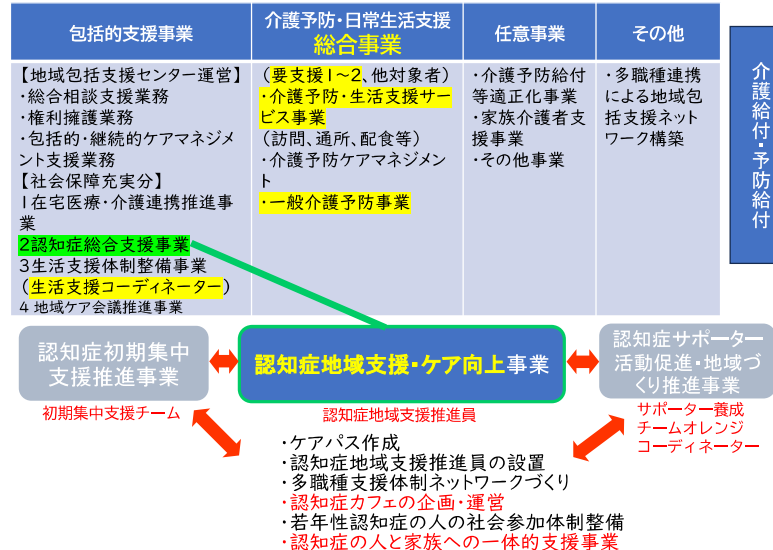
介護保険法第一百五十五条の四十五の規定に基づき、介護保険制度の円滑な実施の観点から、被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援する事業

地域支援事業は、被保険者が要介護状態又は要支援状態となることを予防し、社会に参加しつつ、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とし、地域における包括的な相談及び支援体制、多様な主体の参画による日常生活の支援体制、在宅医療と介護の連携体制及び認知症高齢者への支援体制の構築等を一体的に推進する。



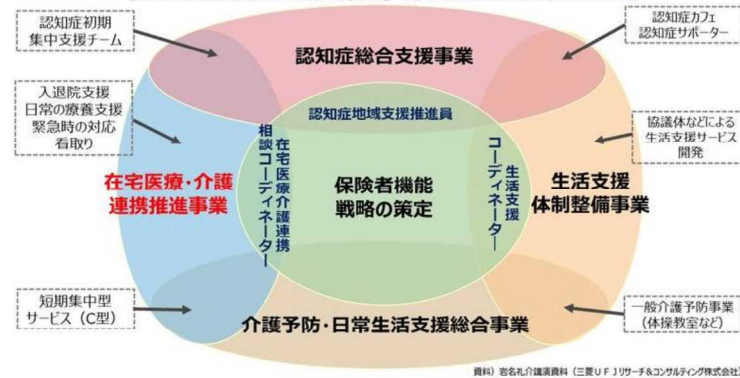
9

2014年改正後の地域支援事業



10

医介連携と地域支援事業の連動性について



11

①認知症カフェとは何かその哲学

- 単なる社交目的の集まりではなく、介護専門職、認知症の人とその家族や友人がいる、敷居が低く理解のある環境の中で提供される、複合的なレベルの教育と支援の組み合わせられた構造である。
- 否定したい気持ち乗り越え、それを受容し、様々な感情や長期に渡る病氣と共に歩む生き方を学び、その苦しみをオープンにする場となることを目指している。

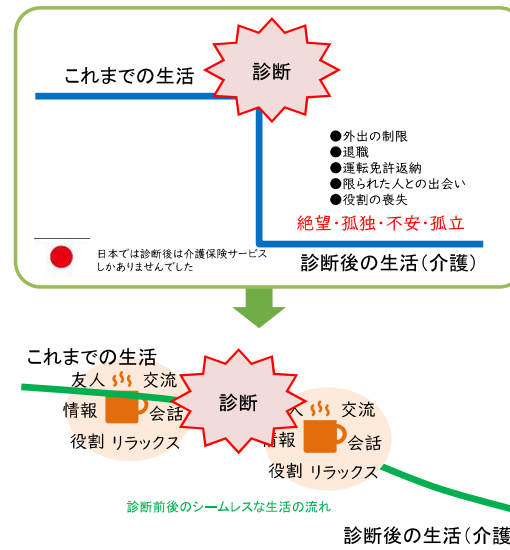
アルツハイマーカフェは、認知症の人とその家族が孤立感を打ち破り、病氣について話すことのタブーをなくし、参加によって認知症の人と家族を解放する手助けとなるのです



Care-giving in Dementia (Bere Miesen)2006

12

診断後のギャップ
認知症カフェはなぜ必要なのか？



13



くらしの導線に認知症とケアの入り口を

14



何となく、関心をもつ場をデザインする

15



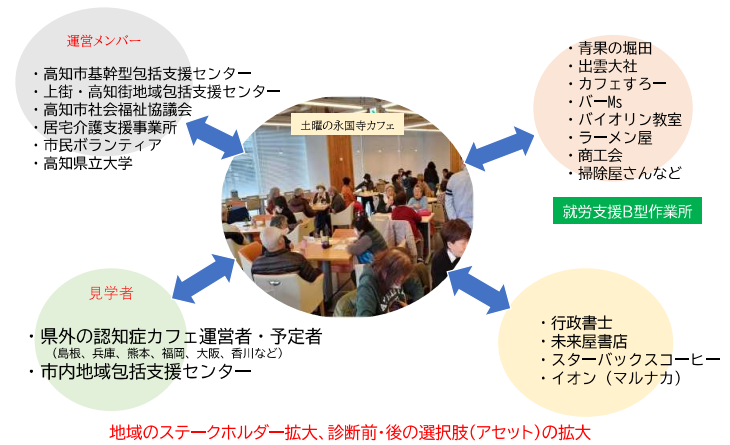
認知症の人とのかかわりをデザインする

16



17

認知症カフェが、認知症をひらく



18



19

認知症カフェで大切なこと 誰のための、何のための場所なのか？

「対話」は、2つの事柄を掲げ合わせ、3つ目の新しい概念を生み出すものです(平田オリザ)

1. “認知症を理解する”“理解が広がる”につながる内容
→ 偏見をなくす(予防ではなく備え、社会が変わる)
2. 新たな出逢い、地域とのつながりがある
→ **対話**が基盤であること



3月20日発刊予定「共生社会をつくる認知症カフェ企画・運営マニュアル」中央法規出版

20

②診断直後のピアサポート

本人ミーティングおよび本人の相談窓口

同じような、立場や境遇を共にする人たちの支え合い
＝同じ立場や課題を経験してきたことを活かして仲間として支える活動



診断されたご本人の、その不安を一緒に乗り越えられたら・・・
おれんじドア
～ご本人の心もとの忘れ難い相談窓口～

精神科の診断を受け、心労を積み、日常生活が支えられなくなる不安や周囲からの不理解、家族関係に悩んでくるといった、私生活に支障をきたす、自分自身を助けるための活動の場を創設することを目的として、CIC（FAMILY）が、2014年、総合病院で子育て支援センターを開設し、相談窓口として、おれんじドア（おれんじドア相談窓口）を開設しました。

日時 毎月1回（第1・3・5）の月曜日（10時～12時）
毎週1回（第1・3・5）の月曜日（10時～12時）

会場 4月27日（第1回） 14時～16時 東北福祉大学
5月27日（第2回） 14時～16時 東北福祉大学
6月27日（第3回） 14時～16時 スター・ジャンクション
7月27日（第4回） 14時～16時 「スター・ジャンクション」
8月27日（第5回） 14時～16時 「スター・ジャンクション」

【お問い合わせ先】 070-5477-0718（月～金 10時～17時）
CIC@opnscreen.com

【主催】 おれんじドア実行委員会 代表 舟野 繁文
【協賛】 東北福祉大学とこころとからだの健康センター
東北福祉大学 総合病院子育て支援センター 東北福祉大学 総合病院 相談室
東北福祉大学 総合病院 相談室 総合病院 総合病院



おれんじドアは相談窓口

21

家族支援の場・本人支援の場に身を置くことで感じる葛藤 家族支援か本人支援か？

ご家族の声

ご本人の声

分断から和解そして調和へ

22

家族間で揺らぐ心

家族：外出してほしくない、事故や行方不明の不安

本人：ひとりで外出したい

家族：目を離せない

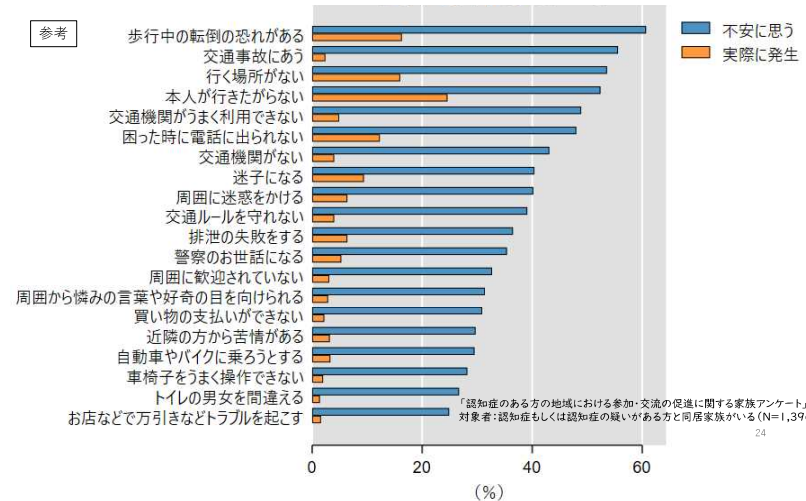
本人：自由に過ごしたい

本人：認知症の進行による不安、好きな趣味を楽しみたい

家族：デイサービスに行ってもらいたい

23

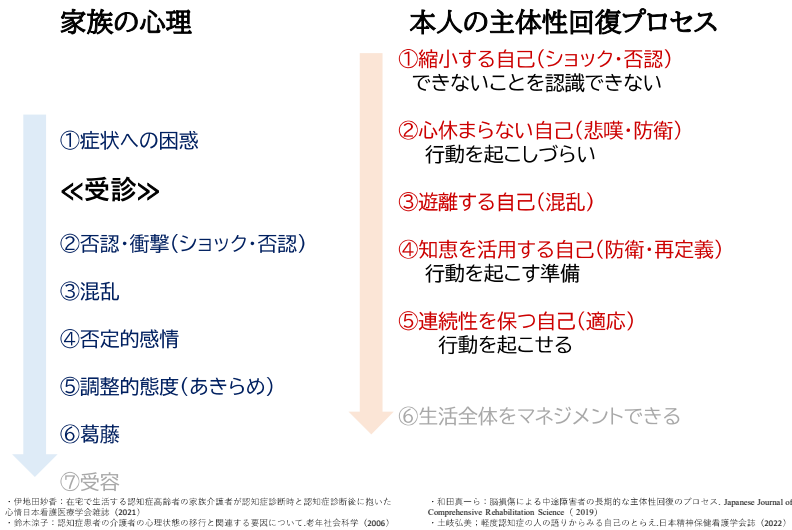
その方が1人で外出するにあたって不安や心配を感じること
そのうち、実際にそういうできごとがあったか



24

出所：人とまちづくり研究所(2022)『令和3年度 老人保健健康推進事業 認知症の人の地域における参加・交流の促進に関する調査研究事業報告書』
https://hitomachi-lab.com/official/wp-content/themes/hitomachi-lab/pdf/R3_104_report_245.pdf

本人と家族の認識と心理的なギャップ



25

③診断後の家族関係の調整と出会い

オランダ ミーティングセンター・サポートプログラム (1993年～)
日本 一体的支援プログラム (R4地域支援事業新規追加)

認知症の人とその介護者は、遠慮し援助を求めることをしばしば先延ばしに。

利用可能なサービスが断片化していることが多く、個別のニーズや好みを満たすサービスを見つけることが困難となっている。

結果的にニーズに合わないサービスになり、認知症の進行をを加速させている。



Rose-Marie Dröes
アムステルダム自由大学 (Vrije Universiteit Amsterdam)



認知症の人



家族

能力障害への対処、認知症患者の行動および気分の変化等7つの領域へのアプローチ
「適応-対処モデル」



社会参加し、家族関係を維持し、在宅生活を支える

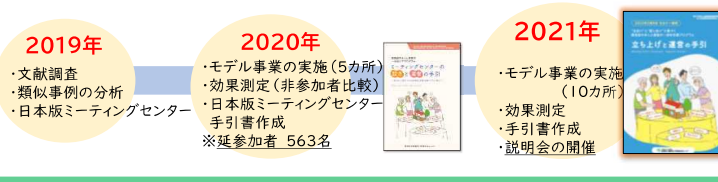
現在では、デイサービスが閉鎖され、122カ所のミーティングセンターが設置されている

26

一体的支援プログラム（認知症の人と家族への一体的支援事業）までの道のり

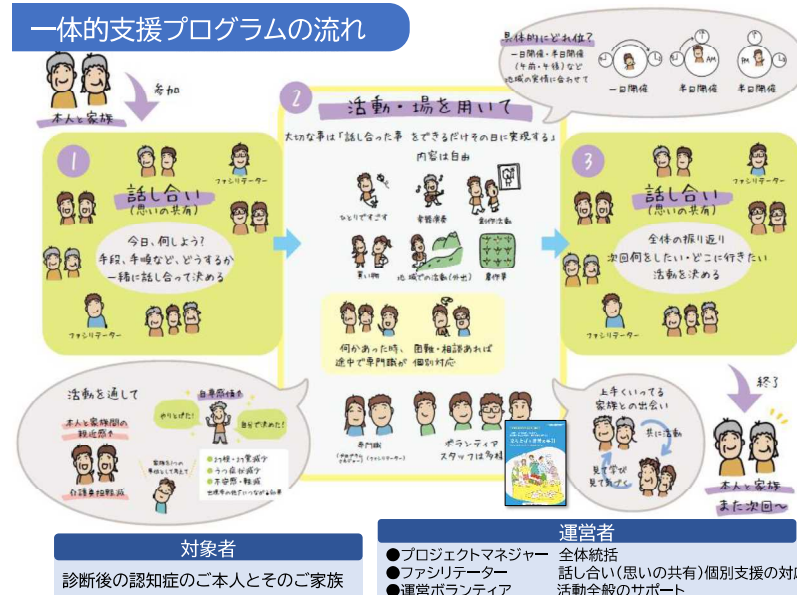
- 認知症の本人、家族介護者それぞれ個別に支援が行われてきた。
- 家族関係へのアプローチは十分ではなく、家族をユニットとした一体的な支援プログラムが求められている。
 - ・診断直後から空白の期間へのアプローチ
 - ・地域社会、家族、社会資源への再結合（ソーシャルサポート）
- オランダを中心に世界各国（イギリス、イタリア、ポーランド、アメリカetc.）に広がった「ミーティングセンター・サポートプログラム」は、在宅介護期間の延伸、介護費用の軽減、負担感やBPSDの軽減に有効であることが明らかになった。また、2021年から始まった新たな国家戦略「Dutch National Dementia Plan 2021-2030」でも在宅介護支援の柱として位置付けられた。（KPI:2030年までに在宅生活者の80%が利用・社会の役割の獲得）

箱モノではなく、プログラムです

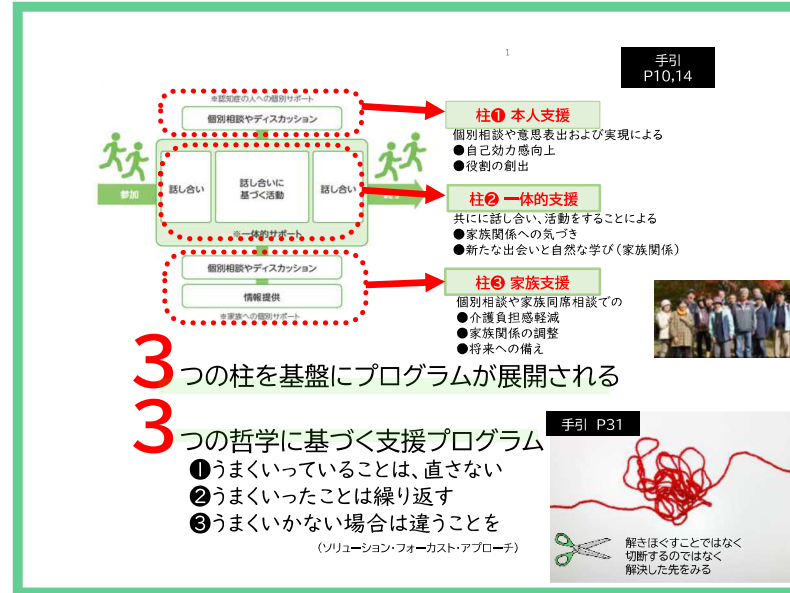


27

一体的支援プログラムの流れ



28



29

ミーティングセンターKOCHI 概要

主催 ミーティングセンターKOCHI実行委員会
高知県立大学、高知市基幹型地域包括支援センター
高知県若年性認知症支援コーディネーター
高知家認知症希望大使

声掛け 若年性認知症支援コーディネーターから

会場 高知県立大学永国寺キャンパス(ゼミ室)

準備品 名札、ポスター

時間 10:00~12:00

運営 5名+学生3名

進行 ①自己紹介、話し合い(好きなこと、やりたいこと、最近楽しかったこと)
②それぞれ分かれて話し合い → ③振り返りと次回以降の予定

30

認知症の人と家族への一体的支援事業の展開



- ・話し合いから始まる
- ・プログラムを実行する中で出会い、話し合いが展開
- ・月に一回から週に1回まで多様
- ・準備物は、部屋とホワイトボードだけでOK

31



32



活動



33



スケジュール

- 11月11日 プラネタリウム
- 12月3日 BBQ
- 1月28日 日曜市
- 2月18日 龍馬マラソン応援
- 4月13日(土) 交流 (5日)
- 5月19日(日) 牧野植物園 9:30~
- 6月8日(土) 塚田町 福祉センター
料理 11:00~
- 7月20日(土)
- 8月17日(土)
- 9月7日(土) 13:30~
- 10月19日 ラン伴



話し合い



34

『悪循環を切断』→『好循環を促進』 (Berg, I.K Dhezer, S)



家族の想いと本人の想いのズレを理解する

- まずは、話を十分受容的に聞き共感する
- 今の問題が突然なくなったら、どうなると思いますか？(解決のイメージを作る)
- 悪かったことではなく、良かった例外に光を当てる
- すべての人は自分をよくする資源を持っていて、自分の人生の専門家である

35

MCで大切なこと

Flexible 本人の気持ちを尊重しながら

Friendly 友人のように親身になる

Framework 枠組みを大切に

- ①本人の主体的な選択による活動
- ②家族も支えるという姿勢がMCの中心的なチャレンジ

36

ポイント

ミーティングセンター(認知症の人と家族への
一体的支援プログラム)は、

1
介護負担感を軽減する
ストレスをなくすことではなく

なぜ、良好な関係を築けているのか？

37

「なぜ病気になるか」→
「なぜ健康でいられるのか」^{ポイント}①

健康生成論 (Salutogenesis^{サルトジェネシス})

「人間はどうストレスを管理し、うまくやっていくか」ということを考え、「病気(病因)を引き起こす要因ではなく、人間の健康とウェル・ビーイングを支える要因」

(健康に生き抜く力)



アントノフスキー1923-1994
医療社会学者



アントノフスキーの健康生成論では、「健康」と「健康でない」は連続していて、人はある位置にいる

健康と不健康は延長線上にある
「経済面、自我、社会的支援など
を利用し克服する体験や肯定的な
経験こそが個人のストレスコーピ
ングにおいて不可欠である」

38

ポイント

ミーティングセンター(認知症の人と家族への
一体的支援プログラム)は、

できないことを見つけ
できないことを支援するではなく
課題思考から可能性志向へ

「できること」「したいこと」を実現する

39

課題思考から可能性志向へ

ポジティブヘルス

British Medical Journal (2011)

WHO (1948) の定義

「健康とは、身体的、精神的、社会的にすべてが**完全に良好で調和のとれた**状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない」

ポジティブヘルスのコンセプト (考え方)

「社会的、身体的、感情的な問題に直面したときに適応し、本人主導で管理すること」(適応とセルフマネジメント)

「人間は機械ではない。医学は学んでも人を学ばなかった。」

30～35歳の自身の闘病経験。回復力は医学では説明できるものではない。医療は病気、症状、治療に焦点を当てる傾向があります。社会への参加、ライフスタイル、精神的健康、自己管理、回復力、意味などにはあまり注目が払われません。これらの要因は私たちの健康にも影響を与えます。

健康は目的ではなく「生きがい」を達成するための手段

対話が重要である



家庭医マフトルド・ヒューバー

40

共創される活動

41



42



認知症の
わたしの
くらしの
くふう展

43



44

44



ミーティングセンター
 ターめだかの会
 (品川区)

**2021年スタート
 モデル事業**

- ・ 月一回の外出
- ・ 本人家族の希望を叶える
- ・ 販売をしたい
- ・ モノづくりをしたいなど





2025年9月 オープン

- ①居場所・相談・ピアサポート
- ②働く(就労)・活動・地域共生

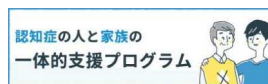
47



ありがとうございました

詳しくは

認知症の人と家族への一体的支援事業
「認知症介護研究・研修センター」HP



認知症カフェ



共生社会をつくる認知症カフェ企画・運営マニュアル
中央法規2025



48

総合事業を活用して 当事者と家族の一体的支援 に取り組む必要性

令和7年度地域づくり加速化事業ブロック別研修会(四国厚生支局)

2025.10.15

岐阜県精神保健福祉センター 柳 尚夫

早期診断・早期絶望 (NHK)

1. 認知症疾患医療センター(知られていない)で早期診断してもセンターを含む精神科でMCIと診断された人はどうなるの
「症状が進んだら来て下さい」「今は介護保険適応ではない」
マシな方「半年後の予約しますか」「社会参加をしてください」
「酒たばこやめて運動してバランスいい食事をして下さい」
「地域包括支援センターに相談してみてください」
2. 地域包括に行けば
今使えるサービスはありません。認知症カフェならあります
<MCI対策が遅れていることは国も認めています>

国の認知症施策の有効性は(1)

1. 認知症サポーター養成講座（90分のビデオ）

- ・ 全国で何百万人も養成されているはずだがほぼ何もしていない
- ・ 人数合わせで、何回も受講している人がいる
- ・ 家族が認知症になって講座が役に立ったという人知らない
- ・ 小中学生に講座を受けさせてどんな効果を期待しているのか
- ・ 認知症当事者に話してもらおう等の工夫は受け入れられない
- ・ 市町村の担当者は、養成講座が忙しくて他の事業ができない
- ・ 講座継続するなら、初めから認知症の人や家族を支援するプログラムを支援してもらえるサポーター養成講座を実施すべき

国の認知症施策の有効性（2）

2. 認知症ケアパス（オランダで作られた意図は？）

作るだけで誰も知らない→本来は認知症支援の連続性を保つ
精神科病院に入院したらおしまい→退院支援はケアパスに必須

3. 認知症の行方不明を探す見つける

GPS等の機器を使うのが効率的、模擬訓練は意味があるの？

4. 認知症初期集中支援チーム（効果検証のレポートはない）

認知症を早期に発見しても、MCIだと何もできない

5. 認知症カフェ（格差が大きい）

月に1回が定番で当事者や家族が参加していないカフェ増加中

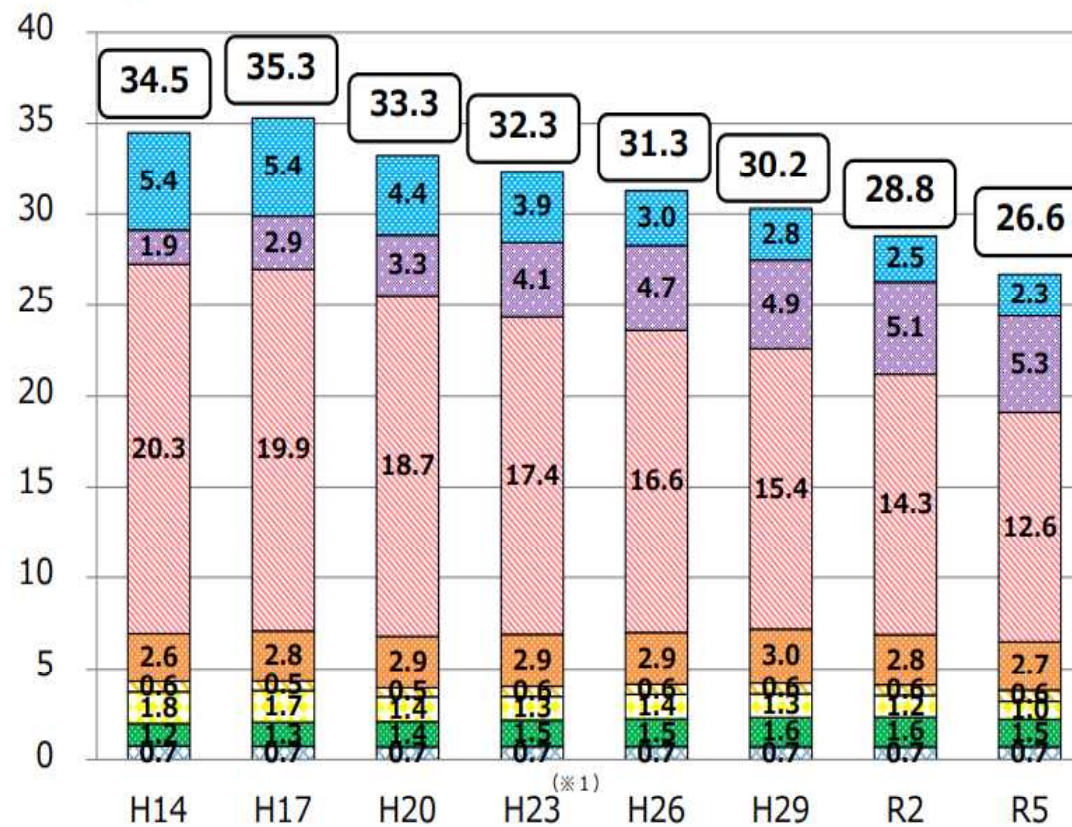
精神科病院への認知症入院患者数

精神科病院の入院は、全国で7万人以上で半分以上が1年以上入院

認知症の3か月以上の入院は、治療的ではなく、介護施設より家が、費用が負担が、社会的な保険料を多く、QOLは下がる

認知症の人は、地域では、逆

(単位：万人)



- 認知症（血管性など）
- 認知症（アルツハイマー病）
- 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
- 気分【感情】障害（躁うつ病を含む）
- 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害
- 精神作用物質使用による精神及び行動の障害
- その他の精神及び行動の障害
- てんかん

ReHMIRAD (地域精神保健福祉地域資源データベース) 2023年 (現在の最新)

- 自分の自治体の精神科入院患者数を見て下さい。
- 630調査に基づくデータ
- **患者住所**、病院所在地別に2019年からのデータが見れる

() は、2020年人口 単位万人	全入院者 数 (人)	人口10万人 対比	1年以上入院 患者 (人)	人口10万人 対比
高松市 (42)	206	48.8	111	<u>26.3</u>
松山市 (50)	204	40.5	99	19.6
徳島市 (25)	205	100.4	129	51.8
高知市 (33)	292	91.3	165	51.6
全国中央値		55.9		26.0

市町村は、認知症の人と家族を本気で地域で支えるために決断しよう

1. 市町職員は、認知症の人と家族に**会って話をしよう**
2. 当事者ミーティングや家族中心の認知症カフェに顔を出す
3. 早期診断を進めるなら、早期から地域で支える仕組みが必要
4. 家族と当事者との関係が厳しくなると在宅介護は困難になる
5. 当事者（MCI含む）と家族が孤立しない仕組みを作ろう

それが、「**認知症の人と家族の一体的支援**」です

国が進める施策が本当に認知症の人と家族を支えるかをしっかり**考えて**、**全自治体であたり前に一体的支援を始める決断を**

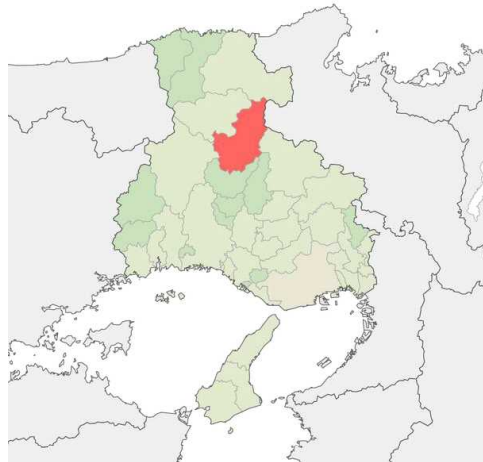
支える側も変わる

～本人と家族の力を再発見する朝来市の取組～



朝来市高年福祉課地域包括支援センター
田路 遥

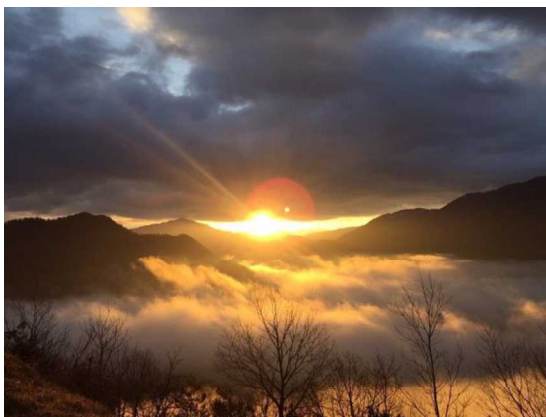
朝来市の概況



- 人口:27,526人 令和7年3月31日時点
- 高齢化率:37.1%
- 日常生活圏域:4圏域
- 要介護認定率:22.8%
- 地域包括支援センター:直営1か所(主任CM1、社会福祉士2、保健師2、看護師1)
委託1か所(主任CM1、社会福祉士1)
- 高齢者相談センター(認知症相談センター):4か所



竹田城跡



岩津ねぎ

朝来市の認知症施策の課題

- 相談窓口に来られるのは家族や地域の人が多い。
 - 家族の困りごとばかり聞いてしまっていないだろうか？
 - 本人が「どう生活していきたいか」「何をしたいか」に耳を傾けているだろうか？
- 認知症カフェが介護者中心の会になっており、本人参加が少ない。
- MCIや軽度認知症、若年性認知症の診断後から介護保険サービスにつながるまでの空白期間に利用できる社会資源がない！



本人の声や思いを起点とした取り組み
“認知症の本人と家族の一体的支援プログラム”

朝来市の認知症一体的支援プログラムの概要

目的

1. 認知症の本人と家族の在宅生活の安定と継続を行うために、参加者が希望する活動を通じて、家族とのより良い「関係づくり」への調整とサポートを行う。
2. 認知症の本人の社会参加の場とし、活動や他者との対話を通じて認知症の進行を予防する。
3. 必要時に専門的、個別的な情報提供を行うことで介護負担の軽減を図る。

実施主体

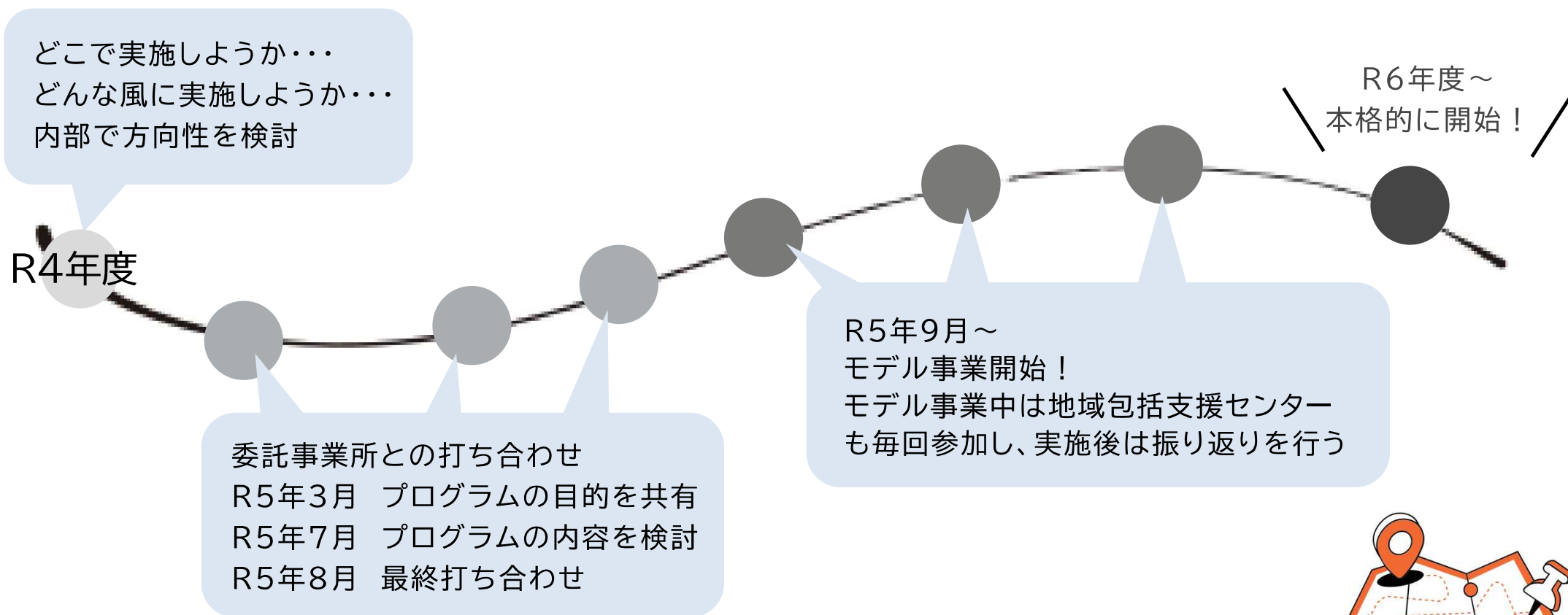
- ・ 社会福祉法人神戸聖隷事業団 さくらの苑 に委託

対象者

- ・ 市内に住所のある軽度認知障害(MCI)、軽度認知症者、若年性認知症の診断を受けている人とその家族や友達等の支援者

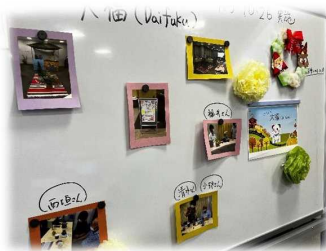
※介護保険その他サービスの併用は可能とする。

実施するまでの流れ



一体的支援プログラムの中身

1時間30分～2時間



これまでの活動…

お茶会、ポーセラーツ、お菓子作り、
クリスマスリース作り、多肉植物の寄せ植え、
正月の寄せ植え、巻き寿司作り、写真立て作成、
外食(お好み焼き) etc.

あいさつ

自己紹介

前回の
振り返り

活動

ティータイム

今日の
振り返り

話し合いで
次回の活動の決定

実際の様子



平均6～7組の参加
本人+配偶者、
本人+娘、
本人+孫
など様々な組み合わせ



成果・見えてきたこと

本人の声	家族の声
<p>こんな会に初めて参加させてもらって楽しかった。また呼んでほしい。</p>	<p>認知症と診断されてどうしようかと思った。こういう場所に参加できて楽しんで活動していてよかった。</p>
<p>家では寝てばかりおるのに、今日は孫が思わんところに連れてきてくれた。家で寝てたら体験できひんことをさせてもらった。変化のある1日を過ごすことができた。</p>	<p>いつも「あんたの好きにしたらええで」と言うおばあちゃんが、今日はこの辺りに飾ったらええなあと自分で決めてリースを作っていた。こんな積極的なおばあちゃんが見れてよかった。</p>
<p>嫁が来てくれてよかった。</p>	<p>いつも怒ってばかりおるけど、おじいちゃんにコーヒー淹れてもらえるんなんて思わなかった。</p>

成果・見えてきたこと

本人・家族側

- プログラムを通じて、家族の関係性の再構築ができる
- 一体的支援プログラムが介護保険サービスへつながるきっかけになった
- 介護保険サービスにつながるまでの相談先の一つとして事業所とつながれた
- 本人のできることや力を、家族や支援者が知ることができた

支援者側

- 参加者や地域、周りの力を借りる
- 本人のできることや力を、家族や支援者が知ることができた
- 地域で生活されているMCIや認知症の方の情報把握
- 回を重ねるごとに、よりよいプログラムにするにはどうしたらいいかとやりがいを感じている。事業所職員が楽しんで実施できている

課題・今後の展望

- 支援する側、支援される側の関係性にならないようにする
- 回数を増やしてほしいとの要望も・・・
- 参加できる人数に限りがある。
→生活圏域ごとに一体的支援プログラムの実施施設を増やす





ご清聴ありがとうございました



認知症の本人・家族が笑顔で暮らせる街へ ～ミーティングセンターKOCHIの取組～



高知市基幹型地域包括支援センター
保健師 田部 佳枝



高知市の概要

総人口 310,029人
高齢者人口 97,111人
高齢化率 31.3%
面積 309.00km²
日常生活圏域 14圏域
(令和7年4月1日時点)



高知市は、海、山、川にもほどよく近く、都会と田舎、両方の魅力を持ったコンパクトシティです。

地域包括支援センター体制

令和3年度から民間委託へ移行。
名称を「地域包括支援センター」に変更し、市内1か所の基幹型と14カ所の地域包括支援センターを配置。



～高知市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画 第9期 基本目標2-2～

認知症になっても安心して暮らし続けられる支援

認知症に対する理解促進

- ▶ 認知症の本人・家族・専門職等と共に作成した啓発ツールを活用
- ▶ 本人視点での認知症サポーター養成講座・学習会の開催
 - ・本人メッセージ動画活用
 - ・新しい認知症観の浸透を図る独自カリキュラム検討

早期治療・ケアへのつなぎ

- ▶ 認知症初期集中支援チーム14チーム（包括兼務・医師8名がチーム医）
- ・ 認知症地域支援推進員14名配置（包括兼務）
- ・ 認知症初期集中検討会

認知症の人と家族の支援

- ▶ 認知症の人と家族を一体的に支援
 - ・ ミーティングセンター市内2カ所（R7.9月末）
- ▶ 本人発信支援
 - ・ 認知症サポーター養成講座や企業などへ認知症本人や家族の派遣するなど発信支援

気軽に集える場づくり

- ▶ 地域の中で、日常生活の延長線上で気軽に認知症について語り合い、安心して相談できる場づくり
- ・ 認知症カフェ市内34カ所

安心して外出できる支援

- ▶ 認知症になっても安心して**外出できる**街づくりを考える会（第1層協議体）
- ・ 認知症SOSネットワーク構築
- ・ アプリを活用した見守りネットワークづくり
- ・ 希望を叶えるヘルプカード

街づくり

- ▶ 認知症になっても安心して暮らし続けられる**街づくり**を考える会（第1層協議体）
- ・ 本人や家族の視点を重視した街づくりのため協議の場



ミーティングセンターKOCHI発足のきっかけ

令和4年度
オンライン研修を受講

令和5年5月
皆援隊発足



令和5年10月
ミーティングセンターKOCHI発足

どこにも繋がっていない本人・家族の集える場が欲しい

認知症の施策を充実させたい。本人・家族が安心して集える場が欲しい

叶えたいこと一緒に！
皆で支え合う「皆援隊」

本人が安心して集える場を作りたい

一体的支援プログラムは
どうだろうか

モットーは「まず行動」
やりながら考える





開始までの準備

実施主体

誰が主体でもなく、「皆援隊」をプラットフォームに皆で出来ることを行う

役割分担

【矢吹先生】チラシ作成・会場確保・学生ボラ調整
【若年性支援コーディネーター池田さん】:本人・家族の呼びかけ
【田部】本人・家族の呼びかけ・備品準備・必要時予算確保
【山中しのぶさん・蓮さん】本人・家族のピアサポート

運営までの話し合い

皆援隊での月1回の会合にて話し合い
2か月ぐらいは夢を語り、意識合わせ
10月ぐらいにはプレオープンしたいかなあ
..
モットーは「まず行動」であるため「とりあえずやりながら考えよう」

運営費

年度途中でもあり、とりあえずお金をかけずに運営してみよう
【会場費】無償のところを活用
【活動費】実費負担のみ(障害者手帳なども有効活用)

**ミーティングセンター
KOCHI**
出会いと話し合いの時間

開催
毎月1回
詳細は、裏面をご覧ください

主な場所
高知県立大学永国寺キャンパス
教育研究棟4階
※駐車場があります。下記に問い合わせください

申込・連絡先
若年性認知症相談窓口
電話 080-2986-8505 (池田)

Have a good day

内容
① 出会い
② やりたいこと話し合い
③ 振り返り

◎ 加観無料

企画・主催: ミーティングセンターKOCHI実行委員会



ミーティングセンターKOCHIがスタート

初回での印象的な出来事

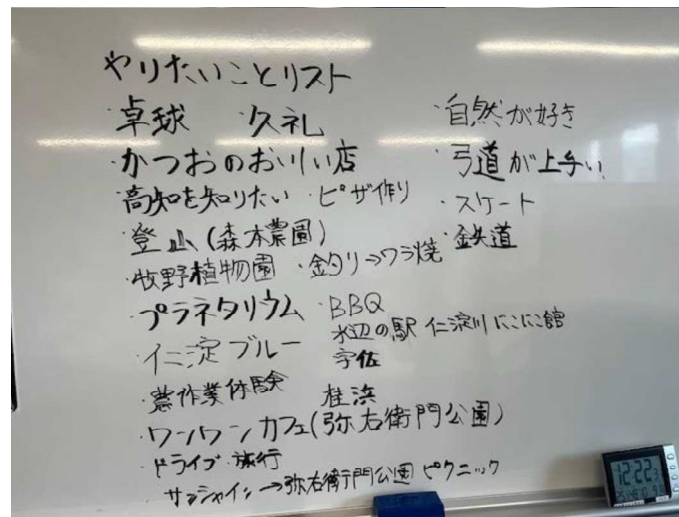
家族の希望で、一旦本人と離れて話すことに。その時、ある家族が蓮くんに「若いのに大変だね」と、しみり声をかけました。

「僕は一度も大変とか、かわいそうとか思ったことはない。お母さんはお母さんだから」

その瞬間、場の空気が変わりました。

また、その間に本人は山中しのぶさんのリードで楽しく過ごし、笑い声も聞こえていました。

本人や家族だからこそ、相手の心に届く言葉だと感じた出来事でした。





活動紹介「皆のやりたいことを一緒に」



龍馬マラソンの応援



盛り上がったボーリング大会



お出かけのお楽しみ 皆でランチ



奥様のかき揚げを再現!



活動紹介「行きたいところへも一緒に」



ご本人さんお勧めのプラネタリウム



日曜日散策

皆でBBQ

普段、家では料理が難しくなっていてワンパターンというご家族。そこで本人に焼きそば作ってと頼むと、手際よく美味しく作ってくれました。

皆から美味しいと言われると、嬉しそうにご家族に自慢。出来ないと言っていたご家族も笑顔に

活動を通じて仲間意識が高まり、一体感が生まれ、本人・家族が笑顔に
専門職と参加者が対等な関係性の中で何でも言い合える



行政保健師としての関わり

1. 波及モデルの推進

- ミーティングセンターKOCHIを他地区へ広げるモデルとして運営に関与
- 第9期高齢者保健福祉計画に市の事業として明記

2. 事業化の調整と支援

- 予算化はせず、地域の実情に応じた自由度を確保
- 必要に応じて運営補助などを検討
- 運営費を抑えつつ立ち上げを支援「アドバイザー派遣事業」新規創設

3. 本人・家族の発信支援

- 本人・家族が自分の思いを発信したい時に応援できるよう

「本人発信支援事業」を新規創設

*アドバイザー派遣事業、本人発信支援事業 1回の派遣に10,000円の報償費

*認知症計画策定準備補助金を活用





ミーティングセンターの役割

- 本人ミーティング・ピアサポート・家族支援を 一体的に実施
- 参加者同士が対等につながり、信頼関係が育まれる
- 正しい認知症理解の促進
- 本人・家族の声を市の施策に反映する場

事業に関わり感じたこと

- 本人・家族の声を施策に反映できる貴重な場
- 本人や家族の笑顔に出会うたびに、支援が届いていることを実感できる「やりがい」のある事業
- 一度にさまざまな効果（本人支援・家族支援・孤立予防）を生み出す“コスパの良い”事業



ミーティングセンターの今後について

- 本人や家族が笑顔になれる活動を継続・波及
- 参加が出来なくなった後のフォロー体制を強化
- 地域支援事業の枠組みを活かし、自由度を高く活動を拡大



ミーティングセンターKOCHIから全国へ発信できる活動へ
認知症になっても希望をもって「笑顔」があふれる高知へ

