

認知症地域支援推進員

活動事例集



本手引書に掲載した事例の読み方

- 本事例は、平成26年度認知症地域支援推進員研修およびフォローアップ研修において、事例提供者として発表いただいた認知症地域支援推進員の発表内容を基に、認知症介護研究・研修東京センターで案をまとめ、その後、報告者に確認と掲載の承諾を得た上で掲載しています。
- 自治体情報や事例内容は事例報告時のスライドを基にしています。
- 紙面の都合上、左ページに事例概要を記載し、＜主な取組＞は右ページに＜取組上のポイントと工夫＞と共に付しています。右ページ＜主な取組＞を読んだ上で左ページ＜取組による変化・成果・気づき＞を再度確認してください。

事例番号	《 タイトル 》				
《 市町村名 》					
報告者：《 氏名 》《 所属 》(肩書き)					
【キーワード】	本事例で着目すべきキーワードです				

＜自治体情報＞

人口(人)		65歳以上人口(人) 高齢化率	()	直営と委託の内訳を()内に記しています	
日常生活圏域数	圏域	地域包括支援センター数	か所 (直〇、委〇)	推進員数	Photo 写真説明
地域の特性	数値は平成26年度認知症地域支援推進員研修およびフォローアップ研修で事例提供いただいた際の情報です				

＜推進員として求められている役割＞

自治体において求められている推進員の役割です

＜取組の背景・課題＞

地域の状況を把握したことにより見出された課題を記しています

＜取組による変化・成果・気づき＞

取組による「結果」にあたる部分です

●ここに掲載した各事例は、それぞれの地域の実情やそれまでの取組の歴史をふまえて展開されています。各地域での実践の参考にする場合は、自治体情報、取組の背景・課題などをふまえて理解していただければ幸いです。取組をまるごとそのまま取り入れるのではなく、認知症地域支援推進員を含めた地域の関係者と話し合いながら、自らの地域に合わせてアレンジしてみてください。

●文中では、下記のように名称を表記しています。

認知症地域支援推進員⇒推進員

地域包括支援センター⇒包括

<主な取組>

取組項目を囲み文字で記し、取組の順があるものは時系列に並べ矢印で示しています

取組上のポイントと工夫

取り組むにあたって働きかけた相手、タイミング等のコツやノウハウを記しています

事例番号 1	多職種による自主的な活動組織を核に市民ボランティアを育てながら認知症の早期受診・治療と支援を総合的に推進
北海道砂川市	
報告者：高橋聡 砂川市地域包括支援センター	
【キーワード】多職種自主活動組織、市民がボランティア組織を設立、市民健康フォーラムの開催	

<自治体情報>

人口 (人)	18,139	65歳以上人口(人) 高齢化率	6,291 (34.7%)	面積 km ²	78.69
日常生活 圏域数	1	地域包括支援 センター数	1 (委1)	推進 員数	1 (委1)
地域の 特性	札幌と旭川の間位置する、緑豊かでコンパクトな市。観光資源が豊か。				



高齢者ささえあいネットワーク事業ステッカー

<推進員として求められている役割>

地域包括支援センターの基本的機能として認知症地域支援推進員を位置づけ

- 地域におけるネットワーク体制の構築 ●認知症疾患医療センターとの相談・連携
- 認知症疾患医療センターにおいて鑑別診断を受けた人への支援
- 専門医療機関との連携 ●広域的なネットワークの構築 ●NPO法人中空知・地域で認知症を支える会への活動支援

<取組の背景・課題>

- 認知症の人が、地域で暮らし続けることについて、地域住民に不安があった。認知症の人の支援について、地域の問題として捉えるというよりも、市や家族の問題として捉えられる場面が多かった。

<取組による変化・成果・気づき>

- 地域の人の意識の変化：「入所した方が良いのでは」という反応から、現在は、「そういう人もいるが、どう見守りしたらいいの」と言われることが多くなった。10年前に植えた種に芽が出てきた。
- 認知症に関する啓発活動により早期発見・早期対応の理解が浸透した事から、精神神経科受診に対する敷居が低くなった。
- 自主的な多職種活動組織を核に、認知症の人等高齢者への支援力のある人材がつながり、地域住民もふくめ地域での総合的な支援体制が強化されつつある。働く多様な業種の人もネットワークに参画している。
- 市民ボランティア組織が育ってきており、住民同士の支えあいが進みつつある。
- 個人情報保護の壁を解消するための条例が策定され、情報のやり取りが楽になり、支援が早期に可能になった。

<主な取組>

取組において大切にされた基本姿勢

認知症について正しく理解してもらう、偏見解消に向けて**多職種による地道な取組**を継続する。

取組の経過

- H16年に「中空知・地域で痴呆症を支える会(当時)」が砂川市立病院のものわすれ外来を中核にして**地域の医師、福祉関係者が連携して結成**された。「認知症の啓発」「ネットワーク」活動の一つである「**市民健康フォーラム**」は設立からH26年度まで毎年開催され、これまでに11回のフォーラムを開催した。
- H19年に砂川市認知症の人を抱える家族の会(ひだまりの会)発足。
家族の横のつながりを作り、ピアカウンセリング効果を実感
⇒家族からの意見:認知症の人をもっと知ってほしい。興味を持っている人は多い。
- ひだまりの会での意見を背景の一つとして認知症サポーター養成講座を開催
年間で500名近くのサポーターを養成
強調したポイント:「認知症は病気である」「早期発見・早期診断・早期治療が重要⇒ものわすれ外来への受診」
*精神神経科に対するイメージの払拭
(アンケートから)もっと認知症のことを知りたい。何かできることはないかななどの意見が聞かれた。
- H21年には「中空知・地域で認知症を支える会」が任意団体からNPO法人へ移行し、ボランティア養成の機会として「認知症支援ボランティア講座(週一回の5回シリーズ)」を開催
*知識を生かした活動ができないかという機運がさらに高まった。
- H22年に講座の受講者が認知症支援ボランティア団体「**ぼっけ**」を設立。
- 1時間600円の有償ボランティア活動を開始。⇒話し相手・付き添い(買い物・受診)・安否確認・家事手伝い等、介護保険サービスではできない「すきま」の支援者として活躍。その後についても地域啓発の一環として「認知症基礎講座」として活動を実施している。
- いきいき支え合い条例(地域の高齢者を支える仕組みづくり)の策定を推進
65歳以上の4情報(住所、氏名、年齢、性別)を社協を通じて町内会に情報提供。本人が町内会に情報提供することを同意すれば情報提供。同意しない人は市が情報を補完し、必要時に情報提供
「町内会」「民生委員」「地域包括支援センター」「市」の4者の連携を支える。
支援が必要な者に気づいた時は、包括や市に連絡をくれるように商店などと市で協定を結ぶ。
ささえあいネット(市内で活動している協力事業者)のネットワークをつくる。
- 高齢者を、医療と介護・地域住民の活動が一体となって「見守る・支えるしくみ」を機能させる。
*しくみ(イメージ、体系図)で終わらせずに1例1例を通じて活かしたしくみをつくる。
*「見守る・支えるしくみ」と認知症初期集中支援チームとの連結・連動を進める。



みまもりんご

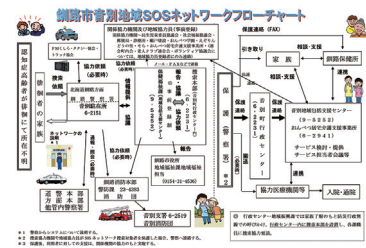
取組上のポイントと工夫

- 一機関で取り組むのではなく、**認知症疾患医療センターを含めた多職種による自主的な活動組織を時間をかけて育て、そこを中核として啓発活動や連携を継続的に(息長く)拡充していく。**
- 偏見の解消や地域の支えあいを、住民が主体となりながら広げていくことを、後ろから支える。
- 早期の支援や協働のためには、個人情報への壁をなくしていくための具体的な促進が必要であり、現場の実状をもとに行政に建設的に働きかけることも必要である。市の条例策定が役立った。

事例番号 2	圏域ごとに配置された推進員が行政と足並みをそろえながら、各圏域ごとの独自性を活かしあった取組を展開
北海道釧路市	
報告者：石井圭恵 釧路市東部南地域包括支援センター	
【キーワード】 地域ケア個別会議の開催、もの忘れ受診シートの活用、在宅サービス従事者向け研修会	

<自治体情報>

人口 (人)	178,888	65歳以上人口(人) 高齢化率	50,285 (28.1%)	面積 km ²	1,362.92
日常生活 圏域数	7	地域包括支援 センター数	7 (委5、直2)	推進 員数	7 (委5、直2)
地域の 特性	北海道東部に位置し、夏期平均気温が20度。濃霧の日が多く、冬期雪はあまり降らない。豊かな自然に恵まれ、観光資源が多い。かつての商店街は空き店舗が多い。				



釧路市徘徊 SOS ネットワーク
フローチャート

<推進員として求められている役割>

- 医療機関や介護サービスおよび地域の支援機関をつなぐ、コーディネーターとしての役割を担う推進員を各包括に配置し、当該推進員を中心として医療と介護の連携強化や、地域における支援体制の構築を図ることとする。(H24年度より正式に配置)

<取組の背景・課題>

- ①地理的に広域であるため、日常生活圏域の7包括に推進員を配置することにより、それぞれの地域特性に合わせた活動を展開できるようにした。(専任5か所、兼務2か所)
- ②行政担当者と各推進員が、毎月定例の会議を開催し、活動について共通認識を図り、相互の連携により取組を進めている。また必要に応じプロジェクトチームを編成し(たとえば研修会の開催やケアパスの作成など)効率的な事業展開ができるようにしている。
- ③H24年度は認知症疾患医療センターが未設置で、認知症の早期診断・鑑別診断等に関する専門医療相談機関がなかったため、7包括に推進員を配置することにより認知症に関する地域の相談体制を整えた。また、認知症の早期把握・早期対応が重要な課題と考え、在宅介護の最前線にいるヘルパーのスキルアップを目的に在宅サービス従事者向けの研修会を開催した。

<取組による変化・成果・気づき>

- 町内会のサロンや老人クラブ等から認知症についての講話依頼が増加した。
- 認知症の人のケース対応について、包括内での役割分担が明確化された。
- これまでは総合相談として認知症の人に関する相談を受けていたが、推進員が担当となることにより、家族や本人に寄り添いながら継続的にかかわることが可能となった。
- 推進員宛に相談が入ることが出てきた。

<主な取組>

時期	釧路市の認知症施策（高齢者全体の施策も含む）
H22	高齢者実態調査事業
H23	認知症施策総合推進事業の実施（認知症地域支援推進員を臨時的に配置）
H24	認知症地域支援推進員の正式配置 在宅サービス従事者向けの認知症研修会の開催 （以降年1回継続開催） ・行政担当者と各推進員が協働し、企画運営
H25	釧路市高齢者地域安心ネットワーク事業の実施 ・協力員、協力機関による声掛け、見守りの仕組みづくり ・様式、フローチャート等の作成等
	認知症サポーター養成講座と認知症サポータースキルアップ講座（7か所×年2回） ・在宅介護支援センターの廃止に伴い、各包括で市民向けの講座を主催することになり、推進員が企画・運営に関与
H26	認知症疾患医療センターの整備
	物忘れ受診連携シートを作成
	認知症ケアパス作成、資源マップの更新
	釧路地区障害老人を支える会（たんぼぼの会）等の家族介護者の会との交流
	若年認知症介護者家族交流会の開催への支援（交流会の周知、広報と開催当日の参加）
	町内会や老人クラブなどの会合や会議、地域で展開されているサロン等での講話など
	市民向け認知症講習会の開催（行政担当者と各推進員が協働し、企画・運営）
	在宅サービス従事者向け認知症研修会参加者への受講カードの作成、発行 ・継続参加を促すためのスタンプカードを作成し、過去参加分を確認し、発行
広報誌やパンフレット等による啓発活動 ・各包括で発行している広報誌に活動内容を紹介し、啓発用パンフレットを用意	

認知症の人の支援に関する地域ケア個別会議

- 息子と2人暮らしの認知症の人について、介護支援専門員より「家族が外出時の危険を考え、玄関引き戸上部に棒を差し込んでいる」という報告
⇒ケース検討会議ではなく、地域の課題として地域ケア個別会議で課題提示および検討を推進

物忘れ受診連携シートの活用

- 認知症が疑われるが専門医に受診していないケース
⇒受診目的、本人状況の伝達をスムーズにするために活用した。問題点を医療・介護相互に確認できた。
- 独居の方の情報伝達、かかりつけ医のいない方⇒受診や認定申請の際の情報伝達をスムーズにするために活用した。

取組上のポイントと工夫

- 行政、他包括の推進員との連携・協働を大切にする。
- 包括内でのモニタリング会議においてケースの共有・経過報告を行い、一人で抱え込まないようにする。
- 推進員の存在周知：相談できる事項、連絡先を記したクリアファイルを作成・配布する。
配布先：民生委員・児童委員、サロン、町内会行事、勉強会、認知症サポーター養成講座など。
- 社会資源マップを毎年更新、認知症についての小冊子を準備し、相談・支援関係者等の対応に活かす。
- 認知症キッズサポーター養成講座や認知症カフェ（さくらカフェ）を開催し、認知症の普及啓発、つどいの場の提供を図る。

事例番号 3	連絡会議と部会中心に専門職と住民が協働しながら人のぬくもりのある地域支援体制づくりを推進
岩手県奥州市	
報告者：及川明美 老川美雪 伊藤睦 千田智美 佐藤広美 地域包括支援センター	
【キーワード】 課題解決のための部会立ち上げ、事業名の工夫	

<自治体情報>

人口 (人)	122,645	65歳以上人口(人) 高齢化率	38,821 (31.7%)	面積 km ²	993.35
日常生活 圏域数	5	地域包括支援 センター数	1 (直1)	推進 員数	5 (直5)
地域の 特性	H18年2月に2市2町1村が市町村合併。県内では第3の人口規模。稲作を中心とした複合型農業により県内屈指の農業地帯。				



おうしゅう認知症おたすけ便利帳
(認知症介護の便利帳部会作成)

<推進員として求められている役割>

- 第5期高齢者福祉計画・介護保険事業計画における「重点的に取り組む7つの高齢保健施策」の一つとして「認知症予防と認知症高齢者への支援」が位置付けられた。

(主な施策)

- ・ 認知症に対する正しい知識と普及啓発
- ・ 認知症予防事業の充実
- ・ 相談体制の充実
- ・ 家族支援体制の強化
- ・ 地域ささえあい活動の支援

これらの企画・運営・見直し・さらなる推進に行政と共に関与することが推進員の役割

<取組の背景・課題>

- H24年当時、包括に寄せられる総相談件数の分析結果では「認知症もしくは疑いのある相談」が27.4%であった。要介護認定者の66%は認知症であり、虐待事案の44.9%が認知症の事案であった。加えて、管内警察署では、認知症の疑いのある高齢者が徘徊により保護されるケースが多く、「認知症で困っている市民が多い」という確信があった。認知症への市民の関心の高まりを地域課題解決にいかにつなげられるかが大きな課題であった。

<取組による変化・成果・気づき>

- 医師会、民間の協力が得られやすくなった。
- 認知症関連事業への参加者が増え、フォーラムのパネラー、ボランティア講座の講師となる住民も出てきた。
- 気になる認知症の人の情報が集まるようになった。
- 事例検討会を通じたケアマネジメント力が向上し、ネットワークが拡充した。
- 住民からの問い合わせが増加した（早期支援ケースの増加）。

＜主な取組＞

活動体制構築のプロセス

まずは相談 * 推進員の相談相手を拡充	●職場内で相談 ●日常業務の関係機関に相談（医師会、サポート医、金融機関、警察、消防、理容師、ケアマネジャー、グループホーム等） ●庁内関係課（教育委員会、保健センター、市民相談）に相談
方針の明確化	●医療・介護・地域支援サービスの再構築：部分的問題対応から統合した体系への転換 ⇒①市全体で取り組むための連絡会、②地域課題を共有・検討するための部会、 ③ネットワーク構築の手段としての事例検討会を設置 ●認知症の人とその家族の支援の充実 ⇒認知症の人とその家族を地域で支えるための普及啓発・事業を推進
企画	●直営包括内に認知症対策グループを置き、企画を担当 ●市の高齢者福祉計画・介護保険事業計画に認知症対策を位置づけ
運営	●地域包括支援センター全職員が役割分担し事業実施
評価と見直し	●地域包括支援センター運営協議会（年3回）及び認知症になっても安心まちづくり連絡会（年2回）で実施

事業計画の全体構成

1. 医療・介護・地域支援サービスの連携を図る事業
 - 1) 認知症になっても安心まちづくり連絡会及び課題解決に向けた**各部会の開催（徘徊対応部会、金銭管理・権利擁護部会、普及啓発・相談対応部会）**
 - 2) みんなで支える認知症事例検討会
2. 認知症の人や家族を支援する事業
 - 1) 認知症の人を支える介護者支援事業（認知症支援ぬくもり隊養成講座、家族交流会ぬくっこ）
 - 2) キャラバンメイト活動支援と認知症サポーター養成事業
 - 3) 認知症の人と家族支援のための研修会
 - 4) 認知症の人と家族の実態調査の実施

- 最優先事業として住民との協働も含めた「連携」に焦点
- 部分的連携にとどまらないよう**連絡会**設置
- 優先度の高い課題を解決するための**部会**の設置
- 連絡会・部会での検討と**個別支援**の検討を連動
- 町ぐるみで支える連携のため連絡会をメインに
- キャラバンメイト活動支援を重視
- 全体として**地域のやさしさ・つながりが感じられる事業名を工夫**

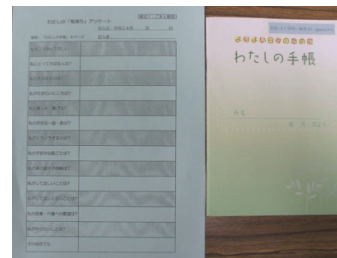
取組上のポイントと工夫

- 出会った人のつぶやき・本音が企画の源と考える。
- 各事業をバラバラにせず、統合と一貫性を重視する。
- 行政と包括全職員が一体で取組む環境・体制を作り、その中で推進員が動く。
- まちづくり連絡会の関係組織に最初の段階で出向き、相談や丁寧な情報交換をする。
- 専門的支援と住民活動とのつながりと主体的活動を強化することにより課題解決力を強化する。
- 本人・家族、そして誰もの心に温かく響く事業や集まり、場などのネーミングを工夫する。
- ささやかでも最後に「有難い」「おかげ様」と言い合える事業は成功。
- 「最初からうまくいくはずがない」を申し合せ事項とした。「きっと助けてくれる人がいる」「課題を共有できれば住民は動いてくれる」と考えた。

事例番号 4	ニーズ調査から、地域課題や取組の方向性を検討し、事業を効果的に展開
宮城県柴田郡川崎町	
報告者：菊池明子 村上美紀子 川崎町地域包括支援センター	
【キーワード】 調査の企画から事業展開までの流れ、行政との協働	

<自治体情報>

人口 (人)	9,525	65歳以上人口(人) 高齢化率	3,270 (29.5%)	面積 km ²	270.8
日常生活 圏域数	1	地域包括支援 センター数	1 (直1)	推進 員数	8 (直2、委6)
地域の 特性	川崎町は、蔵王連峰のすそ野に広がる山岳丘陵のまち。冬は「蔵王おろし」が町を吹き抜ける。雄大な自然、温泉に恵まれ、豊かな水源はまちの誇り。基幹産業は、農業(米)と観光。				



わたしの手帳を参考に調査用紙を作成

<推進員として求められている役割>

- 認知症施策の推進と地域資源ネットワークの構築

<取組の背景・課題>

- H 22 年、町独自に「認知症高齢者見守りネットワーク」を立ち上げた。

(成果) ネットワーク事業委員会での検討、住民・関係者向けの啓発充実(講演会、ステッカー作成等)

実施登録者数：25 名、登録機関：56 か所、町のメール配信サービスと連動

↓

(見えてきたこと・課題) 人口の割に認知症サポーター数が少ない。ネットワーク事業委員会のメンバーも地域の支援体制や自分が認知症になった場合の生活に不安を感じている。町に暮らす認知症の人や家族が何を求めているのか何に困っているかの声を聴いていない。

⇒地域の実態が分からずに事業が動いている。

⇒認知症の人や家族の支援の実態把握と課題整理をしていく必要がある。

⇒本人と家族の声を汲み取る。

認知症の人の声をきけているか？

<取組による変化・成果・気づき>

- 当事者への訪問インタビューからニーズが浮かび上がり、取組の方向性・目標が具体化した。

- 事業が、本人が望む支援、家族が必要としていることを反映した内容に再編・補強された。

(本人・家族への確実な情報提供、本人・家族のための喫茶「みかん」、グループホームでの一時預かり等)

事業は誰のため何のために実施するものであるかが意識され、各種事業と見守りネットがつながり始めた。

- 調査を担ったケアマネジャーの反響が大きく、ケアの見直しや事業へつながった。

<主な取組>

認知症の人や介護家族のニーズ調査：H24年4月17日～5月22日

- 対象：日常生活自立度Ⅱ a以上の認知症高齢者及び家族（191名）
- 方法：①訪問インタビュー：調査員が訪問して本人から聞き取り
②アンケート調査：家族がアンケート用紙に回答（郵送調査）
- 調査結果と取組の方向性

調査員：居宅介護支援事業所のケアマネジャー、地域包括支援センター・宮城県仙南保健福祉事務所の保健師

【本人が抱えている課題・ニーズ】

- ・しっかり話を聞いてほしい
- ・一人ひとりの希望に沿った対応してほしい
- ・長年の生活習慣を尊重してほしい

【家族が抱えている課題・ニーズ】

- ・認知症や介護に関する情報不足
- ・家族の手に情報が届いていない
- ・家族が不在の時の柔軟な支援がほしい
- ・介護のストレスから解放されたい



取組の方向性

- ①本人が望む支援が受けられる
- ②家族が必要とする情報が得られる
- ③家族の介護ストレスが軽減され、健やかに過ごせる
- ④在宅介護のための柔軟な支援・サービスを整備する

H25年度～26年度の取組（ニーズ調査を踏まえて行政担当者と推進員が計画・実施）

1. 本人家族への確実な情報提供	広報誌に認知症や在宅介護の啓発記事を定期的に掲載 介護保険情報冊子を家族からの指摘事項を基に改善
2. もの忘れ相談	本人のみ利用できる相談と誤解されやすいため、チラシを作成し、医療機関、介護保険事業所掲示、ケアマネジャーから家族に手渡し
3. 家族の相談支援・介護の知識の習得	介護相談会を、町内のグループホームにて継続 介護教室の開催 認知症喫茶みかんの開催
4. 認知症サポーター養成講座の充実・強化	対象者、対象地区を拡大（H25は行政区長、民生委員、健康推進員、商工会、高校を重点）
5. 身近な相談者の育成（4のフォローアップ）	本人・家族の相談や日常的な見守り等を行う地域活動ボランティアを育成（講義＋施設実習）
6. 介護専門職のスキルアップ	町内の介護保険事業所を対象に認知症ケアを中心とした講義・演習・事例検討。講師は輪番で担当。演習を必ず盛り込む（年4回）
7. 町独自の認知症ケアマネジメントシートの作成・活用	インタビュー用紙として活用した「わたしの手帳」が本人・ケアマネジャー双方に好評…ケアマネジメントの際に活用
8. 在宅介護のための柔軟な支援・サービスの整備	①認知症高齢者見守りネットワークによる日常的な見守り ②地域密着型事業所におけるサービス拡充を働きかけ

* H26年度は、新たに認知症喫茶（毎月1回本人・家族、地域の人との交流の場）などに発展中

取組上のポイントと工夫

- ニーズ調査の企画～集計結果を踏まえた対策の検討まで一連の過程を行政担当者と推進員が打ち合わせを重ねながら進めたことが、その後の事業展開を共同で進める基礎になった。
- ニーズ調査で得られた具体的内容を、事業項目や中身の検討、運営する際の実際等、何段階にもわたって活かしながら、取組が本人・家族に行き届くようにする。

事例番号
5

行政と協働で、本人本位の生活支援を地域で実践する人材・チームを圏域ごとに育て、地域に根ざした自主的活動を推進

宮城県大崎市

報告者：中川由紀代 民生部高齢介護課地域支援係、阿部寿治 田尻地域包括支援センター

【キーワード】医療介護職を対象とした循環型育成プログラム、推進チーム育成

<自治体情報>

人口 (人)	134,657	65歳以上人口(人) 高齢化率	34,592 (25.7%)	面積 km ²	796.76
日常生活 圏域数	10	地域包括支援 センター数	4 (委4)	推進 員数	13 (行政1、委12)
地域の 特性	H18年3月、1市6町が合併し新設された。県の北西部に位置し広大な平野を有する。日常生活圏域は旧市町を基礎とし各々、地理的条件や人口、交通事情など社会的条件が異なる。				



チラシを作ってPR
(住民・事業所・医療機関へ)

<推進員として求められている役割>

- 行政として統一した方向性を持つことに加え、地域の特徴にあった活動を推進していく。
- 行政と協働し、各包括に配置された推進員と包括単位の医療介護職からなる大崎市認知症地域支援推進チーム(市内4チーム)において、人材育成事業を実施する。

<取組の背景・課題>

- H18年に市町村合併した市であり、旧市町で認知症施策も異なっていたことから、市としての方針を定めた上で、地域の特徴にあった活動を進めていく必要があった。
- H21年度モデル地区を選定し、認知症実態把握調査として有病率調査を実施した。認知症施策を強化していくために長期目標を決定し、主に啓発事業を開始した。
- H23年3月11日 東日本大震災発生。要援護者の把握・支援の検討、全てが混乱し、急務の作業が次々と発生した。→環境が急激に変化する中、地域の理解によって対応に大きな差があり、地域における認知症の人への理解と支援のあり方が大きな課題となった。

<取組による変化・成果・気づき>

- 本人の意思を尊重した施策や推進員活動の重要性についての合意が図られ取組が展開
本人のニーズ調査を行ったプロセスを通じて、行政職員と推進員、ケア関係者が、本人の意思尊重の重要性を実感的に共有し、その後の地域支援や推進員の活動全体の基盤となった。
- 本人本位の視点を持ちながら推進員とともに地域支援を推進する人材・チームが包括単位で成長
地域型人材・チーム育成を通じて、包括単位で地域支援を推進する人材・チームのフォーメーションが市全体で整ってきた。各推進チームが地域に応じた企画を展開し、カフェ等の展開につながっている。
- チームメンバーによる介護事業所のケアの質の向上、本人の状態安定や改善効果、地域拠点化
メンバーが各事業所でケアの改善を図ったり、認知症相談を行うなど、地域拠点となり始めた。
- 行政職員、推進員、チームメンバー間の関係が深まり、つながり、支えあいが向上
関係が密になり、つながり支えあいながらケアや地域支援の推進に取り組むようになった。

<主な取組>

1. 行政職員および推進員全員による担当者会議の定例開催

- 県の保健福祉事務所の認知症施策担当保健師によるスーパーバイズをうけながら、当初毎月開催した。
- 市の認知症施策総合推進事業の目標や内容の具体的な検討と合意形成をはかった。

2. H24年1月～3月 認知症の人と家族の生活実態とニーズ調査『心の声アンケート』実施

- 市内の介護保険を利用している認知症の人と家族に、担当の介護支援専門員が聞き取り調査を実施した。回答項目の詳細な内容の分析を、行政職員と推進員が一緒に行った。
- 本人が自らの体験や思いへの理解を求める内容が明らかになり、本人本位のケアを実践しながら地域の中で推進していく人材・チームの育成が不可欠であるとの結論に至った。

3. H24年度～大崎市認知症地域支援推進チーム人材育成事業を行政担当者と共同実施

- 推進員からの「仲間をつくりたい」「地域資源を活かしたい」「地域を支える拠点を作りたい」という意見をもとに、年間を通じた市の強化事業として実施した。
- 各包括単位の医療・介護職を対象に循環型（育成した職員が次を育てる）のプログラムを組み、本人本位のケアを事業所内や地域で実施する人材とチームを育成した。
初年度は介護従事者で実施し、H26年度から医療従事者も研修に参加した。

研修名	地域型基礎研修		認知症ケア地域推進研修	認知症ケア地域推進トレーニング研修	地域型基礎研修 (ファシリテーター実践研修)	
	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回
日程	9月	10月	11月	12月	1・2月	2・3月
形態	市全体各包括の推進員が、各地域でチームとして一緒に「推進役」となってほしいと考える地域内の多様な事業所の職員とともに参加				地域包括単位推進員が「推進役」と共に地域の多職種に研修を継続的に実施	
位置づけ	推進員が、①一緒に参加した自地域のメンバーとともに実例を通じて本人本位のチームケアのあり方を学び、実践⇒（小さな）成功体験の積みあげ ②チーム育成のための基礎的知識や考え方を学習				推進員と地域の推進役がチームで地域づくりのファシリテーターを実践	

4. 推進チーム（市内4チーム）ごとに包括単位で地域支援推進に関する事業を企画・実施

- 地域の実情に応じて、認知症の人の状態に応じた適切なサービスが提供されるよう、介護・医療・地域サポートなど各サービスの連携支援と検証を行う。本人やその家族を支援する事業を実施する。
- 具体的な活動
 - ・地域包括ケア会議における認知症ケアの検討（地域の支援機関の連携強化）年3回
 - ・認知症ケアのスキルアップを目的とした研修会の実施 年1回
 - ・本人の声の集約、本人の交流会、認知症カフェに向けた取組や、薬局等も巻き込んだ身近な相談窓口の開設等

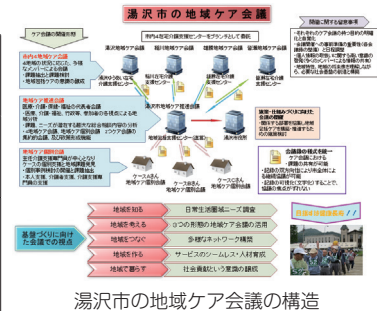
取組上のポイントと工夫

- 活動スタート時点で推進員のチラシを市と共同で作成し、存在や役割を丁寧に周知することが効果的だった。推進員がチラシをもって地域の事業者や医療機関等へPRに行った。相談が増え連携のきっかけとなった。
- 介護支援専門員、医師会等と課題、方向性、必要な支援を共有した。
地域で暮らす本人の声に基づきながら、連携して取組を行う機運が高まった。
- 各機関の長に人材育成・チーム作りへの職員の参加を丁寧に依頼し、活動しやすい環境を作った。

事例番号 6	3種の地域ケア会議を連動させ、ミクロからマクロのレベルまで一体となった地域課題への対応を推進
秋田県湯沢市	
報告者：菅明美 湯沢市地域包括支援センター	
【キーワード】 目的別地域ケア会議、会議録の統一による課題共有	

＜自治体情報＞

人口 (人)	49,459	65歳以上人口(人) 高齢化率	16,593 (34.7%)	面積 km ²	790.7
日常生活 圏域数	4	地域包括支援 センター数	1 (直1)	推進 員数	6 (直2、在介4)
地域の 特性	秋田県南部。奥羽山脈と出羽丘陵に囲まれた市。3本の河川沿いには水田地帯が形成。西栗駒一帯は、雄大な自然林と豊富な温泉群に恵まれ、全国有数の豪雪地帯としても知られている。				



＜推進員として求められている役割＞

- 地域の実状と特性に応じた認知症施策の推進
- 地域資源の連携の推進



湯沢市介護予防イメージキャラクター
まめっち

＜取組の背景・課題＞

- 住民の認知症に関する理解が不十分
 - ・ 「認知症になったら、火が危ない。何かあったらどうするの？今までは仲良くしてきたけど、『何か持って行った』なんて言われたら困る。施設に入れて。」という声が住民から寄せられる。
 - ・ 町内のふれあいサロンに通っていたが、「あんな風になりたくない」とささやかれたり、馬鹿にされているような視線を感じるがあった。(介護家族より)
 - 認知症の人の早期発見
 - ・ なんだか様子がおかしいと気付いて受診したときには、すでに重度の認知症と診断されるケースが複数あった。この場合でも在宅での生活は無理で、施設に入れてほしいという声が寄せられる。
- ⇒ 認知症の理解が不足しているから、発見の遅れにつながっているのではないか。

＜取組による変化・成果・気づき＞

- 認知症に関する多様な課題の多くは、初期の気づきと対応の遅れが大きな要因となっている。
- 初期の支援のあり方等を、3種の形態の地域ケア会議を通じてそれぞれの角度から分析し、その結果を各種の事業の改善につなげていく中で、地域全体として初期への対応が少しずつ進んできている。
- 市内の家族の集まり（ささえ愛懇談会）に参加する家族の声、取組のバロメーターともいえる。参加家族が心にしまっていた気持ちをあらわしてくれるようになってきている。
- 実際の個別の関わりの中から地域課題が浮かび上がることも多く、認知症の人の早期発見の必要性を再認識した。

<主な取組>

これまでの基盤 1 施策展開

以下の施策の企画・運営を総合的に行うとともに、各事業間および関係する人と人をつないでいる。

認知症の理解	●認知症の理解のための研修会・各種研修会、●湯沢市の広報誌を活用した啓発、●サポーター養成講座、●キャラバンメイトフォローアップ研修、認知症に関するアンケート調査
支援体制の構築	●認知症地域連携推進会議、●認知症地域支援推進員の養成、●地域連携に関する研修会、●認知症介護者教室、●ささえ愛懇談会、●若年認知症の人に対する支援体制の構築
人材育成支援	●介護職員向け認知症介護技術向上研修会の開催、●認知症介護事例検討会の開催
権利擁護の推進	●市民後見人養成研修の開催、●研修会への講師派遣

これまでの基盤 2 地域ケア会議の運営と質の向上の推進

●地域ケア会議の3種の形態

市内4地域ケア会議：4地域の状況に応じた、多様なメンバーによる会議

地域ケア推進会議：医療・保健・介護・福祉の代表者会議

課題、ニーズが潜在する膨大な総合相談内容を分析

地域ケア個別会議：主任介護支援専門員中心、ケース個別支援と地域課題発見

●会議での視点：以下の点を視点とした会議の展開

地域を知る（日常生活圏域ニーズ調査）、地域を考える（3つの形態の地域ケア会議の活用）、地域をつなぐ（多様なネットワーク構築）、地域を作る（サービスのシームレス・人材育成）、地域で暮らす（社会貢献という意識の醸成）

●会議録の様式を統一…課題の共有が可能、記録の双方向性により継続協議が可能、記録の可視化により焦点がずれない

会議開催の 留意事項

- ・それぞれの会議の目的を明確にする
- ・会議開催の事前準備の重要性
- ・個人情報の取り扱いへの啓発
- ・地域特性・地域の将来像を理解する

課題に対応した取組

●スローガン：「市民の身近な包括になろう」

・認知症問題は湯沢市全体の問題。地域全体で関わっていくことを確認

●個別ケースについては、地域ケア個別会議の活用

●地域住民向け情報の発信の仕方を工夫

●認知症の人と介護する家族への支援〈ささえ愛懇談会〉

・はじめは介護する家族だけの集まり

→本人も一緒に参加させたいという提案があり、本人・家族でお寺の住職の法話を聴いたり、お花見をしたりするなど、本人も参加するような工夫をした。

→「こうやって話ができる場があることが、こんなにも助けになると思わなかった。（介護家族より）」との発言につながった。

取組上のポイントと工夫

- ささえ愛懇談会での当事者の生の声を関係機関や市民に対して発信する
- 認知症や複合的課題を抱えるケースに対し、連携が必要な機関のメンバーを招集し課題解決につなげる
- 3種の地域ケア会議に参加する多様なメンバーと協働する

事例番号
7

市民や地域密着型サービス事業所の声を聞きながら、一步一步つながりが生まれるための活動を進める

福島県会津若松市

報告者：國廣多美子 高齢福祉課地域支援グループ

【キーワード】認知症地域支援ガイドの作成・普及、認知症フォーラムを介護事業所と開催

<自治体情報>

人口 (人)	122,866	65歳以上人口(人) 高齢化率	33,269 (27.1%)	面積 km ²	383.03
日常生活 圏域数	7	地域包括支援 センター数	7 (委7)	推進 員数	1 (行政1)
地域の 特性	福島県西部に位置し磐梯山や猪苗代湖など豊かな自然に囲まれている会津地方の中心都市。内陸ではあるが奥羽山脈以西に位置し水系も日本海側にあり冬は豪雪地となる。会津盆地の南には山間地が広がり尾瀬などの観光地も点在している。				



「認知症地域支援ガイド」の
作成・普及

<推進員として求められている役割>

- 認知症に関する総合相談及び必要な助言・指導等の実施
- 認知症の人やその家族が必要に応じて医療や介護サービスを受けられるよう、関係機関へのつなぎや連絡調整を支援
- 認知症に関する社会資源等の情報収集及び提供
- 認知症の人と家族を支援する関係者等に対する研修会等の企画・運営

<取組の背景・課題>

市民の意見等から

1. 認知症の正しい知識や相談窓口の周知がまだまだ足りない
1) 包括ができてから8年たったが、まだどこに相談したらよいのかわからない人が多い、2) 認知症の人にどう対応したらよいかかわからない、3) 若年認知症の人の支援が不十分
2. 重度の認知症になると介護サービスの利用や入院治療等が受けにくいことがある
3. 認知症の人と家族の声をもっと聴いて欲しい

推進員として

- 地域の実態を十分わかっていない
- 認知症の人と家族を地域で支援する体制作りで重要な地域密着型サービス事業所のことを、推進員がよく知らない。

<取組による変化・成果・気づき>

- 窓口相談を1例1例丁寧に行う中で、地域の具体的な実態をとらえていくことができた。
- 庁内に認知症関連の「情報コーナー」を設置し、一般の来庁者、相談に来た人への情報提供が効率的にできるようになった。また推進員の存在の周知につながった。
- 認知症地域支援ガイドの全戸配布、各所での活用を勧めることで、市民の理解が広がってきている。
- 地域密着型サービスの各種事業所に推進員が出向き、職員の声を聴く中で、つながりを求めていることがつかめた。認知症フォーラムでのパネル展示を企画し、一緒に取り組んだことで、職員同士、そして職員と推進員との情報交換がしやすくなり、今後の活動を一緒に進めていく基礎固めとなった。
- 認知症フォーラムを開催したことで、市民に認知症の理解のみでなく、認知症になっても住み続けられる地域づくりを考えてもらうきっかけになった。市民に医療・介護の現場を知ってもらう機会になった。

<主な取組>

H25年8月 窓口相談の開始

▼新規相談の対応から認知症をめぐる本人と家族、地域の実態を少しずつとらえていく

H26年2月 庁舎に情報コーナーを設置

来庁者への情報提供、相談時にパンフレット等を提供
庁内における認知症地域支援推進員のPRとしても活用



H26年4月～『認知症地域支援ガイド』の作成・普及

- 市民への認知症の正しい知識の普及啓発を図るための分かりやすいガイドを作成
- 幅広く市民、支援関係者の理解を深める
 - ・全戸配布
 - ・医療機関、介護サービス事業所等へ配布
医師会、歯科医師会、薬剤師会、居宅介護支援事業所、地域密着型サービス事業所等
 - ・相談窓口での配布

地域密着型サービス事業所の現場の声を聴く

- ある認知症専門デイサービス事業所からの声
「地域の苦労や大変さを多くの人に伝えたい」
「みんなの声が出せる場を作ろう」
 - 認知症フォーラムを開催しよう。
 - まずは、推進員が地域密着型サービス事業所としっかりとつながろう。
 - 認知症ケア連絡会に参加しよう。
認知症専門デイサービス事業所7ヶ所が2か月に1回、持ち回りで勉強会を積み重ねていた
認知症専門デイ、グループホーム、小規模多機能型居宅介護事業所の職員の声
 - * 「みんなつながりを求めている」「他事業所情報が入りにくい」「他機関ともっと話したい」「自主研修したい・・・」等
 - 認知症フォーラムを、市民のためと同時に、事業者のネットワークづくりのためにも活かそう。
企画・準備を推進員と事業所職員とで進める：「地域密着型サービスのパネル展示をしよう」

H26年9月認知症フォーラム開催 テーマ「認知症についてみんなで考える」

- ・基調講演
- ・パネルディスカッション
座長：認知症疾患医療センター医師
パネリスト：医師、包括、ケアマネジャー、認知症デイサービス、家族の会
- *ロビーでは、パネル展示を行い、地域密着型サービスの職員同士、市民が交流

取組上のポイントと工夫

- 個別相談の中から地域で必要なことを見つけ、できることからすぐに着手する。すでにある情報を知らない・入手できていない人が多く、情報コーナーをつくと便利で役立つ。
- 地域密着型サービス職員の実践やアイデアを大切にする。事業所を越えた横のつながりや自発的な動きの後押しをしながら、地域活動を一緒に企画・実施する。
- 大きなイベント時には、参加した市民にケア現場の取組や職員に直に触れてもらう場をつくる。

事例番号 8	地域住民の主体性・つながり力を引き出しながら、見守り・支えあう認知症初期の地域支援体制の基礎をつくる
千葉県市川市	
報告者：尾東真佐子 地域包括支援センターあんしん市川駅前	
【キーワード】 地域見守り交流会の開催、「自己紹介カード」を通じて地域連絡網を作成	

＜自治体情報＞

人口 (人)	472,857	65歳以上人口(人) 高齢化率	93,322 (19.8%)	面積 km ²	57.45
日常生活 圏域数	11	地域包括支援 センター数	4 (直2、委2)	推進 員数	6 (直2、委4)
地域の 特性	県西部に位置し都心から20km圏域。文教都市であり住宅都市。南部は新興住宅地としてひらけているが北部から東部にかけては自然が斜面林として残っている。一包括に2～3の在宅介護支援センターがある。				



見守り交流会
チラシ作成

＜推進員として求められている役割＞

包括に配置され、地域の状況や医療機関・介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務を行い、認知症に関する相談体制を整える。今後、推進員は市におかれた認知症初期集中支援チームと連携を図る予定。

＜取組の背景・課題＞

H20年包括開設当初より、医師による認知症講演、認知症介護者同士交流会、民生委員交流会（6地区）を行っていた。これらの活動を通じ、地域格差はあるが、希薄な人間関係や独居高齢者の孤独死、認知症高齢者のゴミ屋敷、高齢世帯からのSOSが課題と考えた。「地域の輪を作り、認知症になっても住んでいて良かったと思える地域にしたい」という考えを、包括全体でもっていた。

＜取組による変化・成果・気づき＞

- 高齢者見守り交流会を実施したことにより、住民のつながり力で参加メンバーも増え、住民主体の交流・見守り活動の活きた拠点となってきた。
- 交流会の世話人が独居高齢者宅を訪問するなど、孤立しがちな人とのつながり役・引き出し役を果たすようになってきた。
- 住民たちの声から生まれた「自己紹介カード」を一緒に作成・活用することで、個人情報保護の課題をクリアしながら、災害時の安否確認や町内の支え合い活動のためのエントリーシート、名簿、連絡網など、地域支え合いの情報がいった役立つグッズが作成でき、活用されるようになってきた。
- こうした地域の具体的な動きや実践を、医師や介護職等の専門職に伝えることで、専門職側の地域に関する関心や協働についての意識が高まってきている。

<主な取組>

民生委員交流会での話し合い

- 「どうしたら地域の輪ができるか」、交流会後の雑談の時間も含めて真剣に話しあう。
→「地域の高齢者の実態を詳しく把握してみよう」

住宅地図を使った高齢者の状況把握を実施

- 民生委員と推進員が協力し、住宅地図を用いて、寝たきり高齢者、独居高齢者、高齢者世帯（認知症含む）、障害者世帯の住宅を色分けした要援護者マップを作り、地域の全体状況を確認（要援護者の状況別に色分けしたマップにより、一目で地域の中での分布状況等がわかる）
- 災害時の心配が高い地域がある。問題解消に向け、地域見守り交流会を企画

地域見守り交流会を開催

- 地域にあるつながりを通じた参加者募集：当初、地域住民の参加者が少数
・地域の実情に詳しい自治会長に説明し、自治会役員会議に向かう。役員との関係を作り、各役員のつながりを通じて、心当たりのある住民への声かけを依頼し参加者を増やしていった。

世話人の選出

- 住民主体の活動を進めるために、各地域から世話人を選出（自薦、他薦）
世話人は各丁目から1名ずつお手伝い、在支、包括も加わり、隔月にて会議を開催

「地域見守り交流会のチラシ作成会議」

参加者：世話人・在支・包括職員、隔月で開催

- 毎回の交流会のチラシを手作りする。広報活動を通じて地道に、出てきてほしい人へ参加を促進
チラシの配布場所：町内掲示板、世話人宅の扉に掲示
*世話人が独居高齢者宅に個別訪問で手渡しや投函を行うようになる。

自己紹介カードから、名簿や連絡網作成へ展開

- 自己紹介カードの作成：お互いを知り、安心して交流をはかるとともに項目をみんなで検討。
→連絡先、趣味・特技・興味、家族同居の有無、健康（かかりつけ医、薬）、困りごと、写真
→災害時の安否確認や町内の支え合い活動におけるエントリーシートとしても活用
→個人情報に配慮した上で会員名簿や連絡網を作成

住民主体で連絡網を作成（写真はフォーマット）

その他の推進員活動

- *地域の住民（特に世話人ら）とのつながりを足場にしながら
自治会との交流、筋力アップ教室、小学生へのサポーター講座（声かけ練習含む）、認知症サロン（後見相談を含む）、ケアマネジャー勉強会（事例検討、インフォーマルサポートの紹介とつながりづくり）等

取組上のポイントと工夫

- 民生委員と推進員とが情報を持ちより一緒に要援護者マップを作りながら地域の全体状況を把握する作業を行うことで、災害時対応の必要性等も含めて、協働していく共通認識を強め、住民が主体的に活動を始める大きな動機づけとなった。住民の発案や動きが出るのを待ち、その後押しに徹した。
- 世話人等が選出され自主的な動きが始まった後も、推進員と包括職員らが関わり続け、お互い同士で学びあったり助け合う関係を深めながら、地域とつながる活動を少しずつ進めている。
- 地域の高齢者の自主的な活動を一緒に育てていくことで、予防や早期発見・受診、見守りや生活支援、ケアマネジャーの地域支援力の強化など、認知症早期の支援体制を住民と共に築く基礎が固まってきた。

事例番号 9	ケアパス作成をきっかけに具体的な課題を地域支援推進員と協働で検討し事業を展開
東京都町田市	
報告者：古川歌子 いきいき健康部高齢者福祉課地域支援係	
【キーワード】 認知症ケアパス、推進員の協働、社会資源の整理	

<自治体情報>

人口 (人)	426,377	65歳以上人口(人) 高齢化率	105,299 (24.6%)	面積 km ²	71.65
日常生活 圏域数	4	地域包括支援 センター数	12 (委12)	推進 員数	38 (行政3、委35)
地域の 特性	町田市は、東京都多摩地域の南部に位置したベッドタウンで、大規模団地の建設や宅地開発により、現在人口は42万人を超え、首都圏の中核都市として発展を続けている。また、小田急線とJR横浜線が交わる町田駅周辺は、大型店舗のあるにぎやかな商業地だが、郊外は、緑豊かな丘陵地が広がっている。				



町田市認知症ケアパス(共通)
～町田市作成～

<推進員として求められている役割>

- 相談窓口における市民サービスの向上
- 医療連携調整力の向上
- 町田市における認知症施策の課題検討

<取組の背景・課題>

- H15年度以降、もの忘れ相談の設置や見守りネットワークモデルの事業の開始、認知症サポーター養成講座の修了者を対象とした認知症サポーターステップアップ講座の開催、認知症地域支援推進員連絡会の開催など、認知症の相談体制の強化や見守りネットワーク体制の推進、認知症の正しい知識の普及と活動の場の確保を進めてきた。
- しかし、認知症高齢者の数がますます増えてきていることに加え、高齢者を支える家族形態が変化している。また、認知症の人への支援体制は、現在介護保険サービスが中心となっており、軽度から中程度の認知症の人への支援体制が不十分である上、症状の進行に合わせたサービスの進行がわかりにくい。

<取組による変化・成果・気づき>

- 共通ツールのDASCを導入したり、連絡会で検討を重ねることで、認知症相談の窓口の質が向上した。
- 医療と介護の新たな協力関係が生まれている。
- 軽度認知症高齢者への支援の重要性が関係者の間で共有されている。

＜主な取組＞

認知症施策推進5カ年計画（オレンジプラン）では、2014（平成26）年度末までに、認知症ケアパスの作成を推進していくことが盛り込まれている。認知症ケアパスとは、「認知症の人が、認知症を発症したときから、生活機能障害の進行にあわせて、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのかを、あらかじめ標準的に決めておくこと」であり、その作成に向けた検討を認知症地域支援推進員連絡会でを行った。

●具体的スケジュールと検討内容（H26年12月現在）

回	開催年月	検討内容
第1回	2013年7月	①オレンジプラン・認知症ケアパス・町田市認知症施策についての説明 ②認知症地域支援推進員との意見交換
第2回	2013年9月	①認知症高齢者のための相談体制についての提案 ②地域資源シートによる認知症関連資源の洗い出しの提案
第3回	2013年11月	各地域包括支援センターによる認知症に関連する地域資源の整理・提出
第4回	2014年1月	①圏域ごとによる地域資源の整理(ワーク1) グループによる発表
第5回	2014年3月	②圏域ごとによる地域資源の整理(ワーク2) 修正作業 グループによる発表
第6回	2014年5月	2014年度の方向性についての説明。初期集中支援チーム立ち上げスケジュールと書式の説明。認知症ケアパス作成に向けたスケジュールの説明
第7回	2014年7月	認知症早期対応と診断後の仕組みについて 圏域によるグループワーク
第8回	2014年9月	認知症ケアパス作成①（グループワーク1） 市民向け認知症ケアパス作成
第9回	2015年1月	認知症ケアパス作成②（グループワーク2） 市民向け認知症ケアパス作成
第10回	2015年3月	認知症ケアパス作成③（グループワーク3） 市民向け認知症ケアパス作成

取組上のポイントと工夫

●推進員が認知症ケアパスの検討を行った理由

- ①認知症ケアパス作成が認知症施策の喫緊の課題である（H26年）。
- ②推進員は包括職員であることから、地域の様々な資源に精通している。
- ③認知症高齢者の相談窓口として日々現場に携わっている。
- ④医療・介護・町内会、自治会等と連携し、地域の実情を把握している。

●認知症ケアパス作成までのステップ

- Step1：日常生活圏域（4か所）ごとに地域資源を抽出
Step2：認知症の症状に合わせて資源を整理
Step3：4圏域を統合し、市内全体の認知症ケアパスを作成
Step4：今後必要な資源についての協議

→ **市への提案**

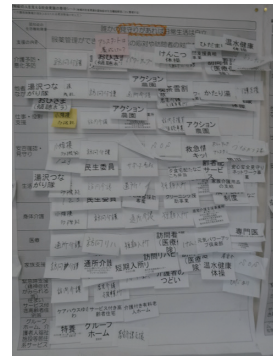
市への提案として上がったこと

- ・安心相談室の機能強化
- ・家族介護者のサポート機能を増やす
- ・医師と地域をつなげる
- ・地域の中に集まりやすいカフェやサテライト型の支援センターを置き、介護予防拠点を設置する
- ・サポーターやボランティアを重視し、認知症本人の楽しみの時間を持てるような取組の実施
- ・認知症コーディネーターのいる基幹型支援センターの設置 など

事例番号 10	本人・家族・住民・介護サービス事業所・医療機関・行政・そのほか様々な人たちがつながって認知症の人と家族に届く支援を広げる ～アクションミーティングを通じて～
新潟県湯沢町	
報告者：國松明美 健康福祉課	
【キーワード】 アクションミーティングを通じて具体的な活動チームを形成	

<自治体情報>

人口 (人)	8,239	65歳以上人口(人) 高齢化率	2,657 (32.3%)	面積 km ²	35,700
日常生活 圏域数	1	地域包括支援 センター数	1 (直1)	推進 員数	4 (直4)
地域の 特性	湯沢町は古くから温泉場として知られ、川端康成の小説『雪国』の舞台、近年ではフジロック・フェスティバルの会場でもある苗場スキー場がある。湯沢町は緑豊かな自然に抱かれた町である。マンション人口は総人口の約1割。マンション居住高齢者が増えている。				



アクションミーティング

<推進員として求められている役割>

推進員は、地域で暮らす最も大事な資源である「認知症の本人と家族」と地域住民との関係をつくり、地域で支え合える資源を地域で構築する仕掛けをつくる。

<取組の背景・課題>

(大目標) 住み慣れた家・地域での生活が続けられる。

(中期目標) 「認知症について正しい知識をもち支援ができる人が増える」とし、H7年から認知症の取組を行ってきた。H13年からは高齢者心の相談会、体操教室、いきいきサロン、訪問支援員による訪問、見守りネットの訪問、H18年からは認知症支援検討チームを立ち上げ、H20年からは、認知症キャラバンメイトやサポーター養成を行ってきた。しかし、様々な取組をしてきたが、認知症の人や家族に届いていないと考え、アクションを生み出すためのアクションミーティングを始めた。

<取組による変化・成果・気づき>

- 思いのある人は身近に多くいることを再発見した。期待した以上のアクションが生まれ継続している。
- 職種や立場を越えたつながりにより、それまで無理と思えたアクションが生みだされ継続している。
- 認知症の人・家族・地域・サービス事業所・行政等地域が活動的(元気)になってきた。
 - ・ 閉じこもりがちな人、活動や会話が減っている人、BPSDが見られる人等もアクションに加わり楽しみながら活躍し元気になっている。
 - ・ 施設に入所し、地域との関係が途切れそうだった人に対し、アクションに参加していた頃を知る専門職が、再びアクションに参加できるように声かけし参加が実現した。本人のみならず、周囲の喜びや安心を生み出すことができた。
- 活動を通じ認知症の人と自然体で交流しながら、理解し受け入れるようになっていく。
- 「町に自由に出て家に戻れる町」になるための行方不明探索模擬訓練もアクションミーティングのやり方で行うことで、多資源が一緒になり取組を展開している。
- アクションに参加した専門職が、アクションミーティングの方法で認知症ケアパス作成も実施した。作成参加者が、今後現場での普及や活用の推進役になってくれることが期待されている。
 - 人と人とがつながり、認知症の人と家族につながり始めた。
 - 認知症の人や家族に支援が届き始めた。

<主な取組>

地域支援連携上の課題を明確にする

- 認知症の本人家族、地域の人、地域資源（サービス事業所等）の実態・困りごと希望の聞きとり。
→ H22 年面接による実態調査 *切実な「困りごと」と同時に、かなえられそうな「希望」も多くみられた。

「わが町のアクションミーティング」地域ワークショップの展開

- 1 回目：12 月 15 日 わが町のアクションプランを作ろう。
 - 2 回目：1 月 23 日 やってみたいことの具体的アクションプランを作ろう。
 - 3 回目：2 月 20 日 アクションに必要な仲間やつながりを作ってプランを固めよう。
 - 4 回目：3 月 21 日 地元アクションへの協力や参加を呼びかけよう 町づくりフォーラム。
- * 4 チームが活動（アクション農園チーム・より所チーム・情報かわら版チーム・傾聴チーム）

アクション農園倶楽部

- アクションの内容 メンバーがわが町のこれからの話しあいながら自由にアイデアを出し合う
 - ・朝市等で収穫の喜びを感じてもらう。
 - ・町内に回覧板を回し、部員・顧問・農地を貸してくれる人を募集する。
 - ・畑に目立つ看板をたてる。
 - ・自分たちが育てたい苗を持ち寄る。
 - ・曜日は決めるが誰が来てもいい。
 - ・畑に椅子やテーブルを置き、昼食をとったりお茶を飲んだりする。
 - ・ダッシュ村のようなシステムを目指す。
- アクションの目的
 - ・閉じこもりがちな人や老若男女が、外に出て陽に当たり、汗をかき、元気になり、笑顔になる。
 - ・地域の人誰もが区別なく話ができる。
- アクションのつながり
 - ・農地を貸してくれる人・広い意味で（いろいろな面で）お世話をしてくれる人・町長。
- アクションを話し合ってきたグループメンバーからのメッセージ
 - ★外に出て、陽の光を浴びて汗をかきましょう！

*アクション開始時、2 か月後、1 年後、2 年後・・・とつながりマップを作成

人と人とのつながりが放射状にどんどん広がっていることが確認された。
アクションのつながりが、ふだんの見守りや支えあいにつながっていく。

取組上のポイントと工夫 アイデアを大事にとにかく動く・続ける・楽しむ

はじめる時	事業の企画から実施評価まで住民・関係機関と話し合うプロセスがアクションを生む。一人一人の声を大事にして開始する。
動きはじめた時	認知症の人・家族・ミーティング参加者等、一人一人とのつながりを大事にする。一人一人の声を大事にして取り組む。
活動が継続している時	アクション企画後も、アクションに関わりながらつながりをつくり大事にする。活躍の場、活動の場をつなげていく。一人一人の声を大事にして取り組む。
活動が広がりはじめた時	基本方針（目指す姿）に立ち返りながら、活動・広がりをサポートする。つながりを大事にする。活躍の場をつくり、人をつなげていく。一人一人の声を大事にして取り組む。

事例番号 11	委託包括における推進員活動 1 年目の取組
新潟県燕市	
報告者：力石雅博 分水地区地域包括支援センター	
【キーワード】 既存事業を基盤として情報収集	

<自治体情報>

人口 (人)	82,292	65歳以上人口(人) 高齢化率	11,243 (27.3%)	面積 km ²	110.96
日常生活 圏域数	4	地域包括支援 センター数	4 (委4)	推進 員数	1 (委1)
地域の 特性	越後平野にある雪の少ない地域。北陸自動車道、上越新幹線、二つの高速交通機関を有する。H 18 年 3 月に燕市、吉田町、分水町が合併し、新しい燕市となった。				



認知症サポーター
イメージマスコット作成

<推進員として求められている役割>

- 年度当初は認知症カフェの実施を求められていた。
- H27 年度の年間工程表と 3 年間の計画を作成し市へ提出、それを元に活動を進めた。

<取組の背景・課題>

- 認知症の数を医療機関では把握している。
→情報の共有ができていない。
- サポーター養成講座は、年間 500 人を目標に養成している。
→修了後の活動が行えていない。
- 徘徊高齢者家族支援サービスでは GPS の貸し出しを行っている。
→個人契約との違いが混同し、説明してもよく理解してもらえない。
- 職種ごとに包括支援センターの定例会議を実施している。
→協働してイベントを行いはじめたのは H24 年度からである。

このような現状を把握した上で、既存の事業を生かした取組を、核となる包括と一緒に促進していくこととした。なお、推進員の所属する委託包括の法人が、推進員が包括の仕事に紛れてしまわずに推進員活動を進めていけるよう、建物は同じでも独立した位置づけや役割機能を明確に包括関係者らに示してくれた。

<取組による変化・成果・気づき>

- 認知症サポーターが増え、目にみえる役割として市民の関心が高まっている。サポーターの目に見える役割が生まれつつある。メイト活動が活性化された。
- 関係機関とのネットワークが強化された。情報が集まるようになった。
- これまで積み残しになっていた GPS の貸し出しの複雑さを推進員として行政に進言し、改善につながった。
- 今後やるべきことが見えてきた。
推進員活動を実際に行っていく中で、予防～捜索までの各段階における『行方不明』への対応、相談体制の強化、若年認知症の人と家族への支援の強化、本人・家族等の声も取り入れた認知症ケアパスの作成など、次の展開に活かせるアイデアや情報を豊富に得ることができた。

＜主な取組＞

推進員活動をはじめるとにあたり、消防、警察、病院、医院、民生委員、他市の推進員への挨拶まわりを行った。取組むにあたっては、**既存の事業を基礎に、それを発展させる工夫**を試みた。

●オレンジリングカフェ（認知症カフェ）

地域の関心を知るためにも情報収集を兼ねて行った。

ポイント・包括、社協などを巻き込んでの開催

- ・ 5月～11月の2カ月毎での開催（計4回）
- ・ 参加者の要望に合わせて内容を毎回新たに工夫

●認知症サポーター、キャラバンメイトへの支援

認知症カフェやサポーター養成講座についての情報提供を行い、協働・協力関係を促進させる。

●専門職向けの研修会

- ・ 関係機関と協同して開催した。
- ・ 協同した機関は、介護支援専門員、市・地域振興局職員等であった。

●市民向けセミナー

- ・ 先進地区から講師を招き、取組を紹介

●若年認知症の人の交通死亡事故の事例をもとに検討会議を実施

- ・ 市役所担当部と包括等との検討会議を開催し、現在の課題を話し合った。
 - * 一人の残念な例を決して無駄にしない。
 - * 事故のことだけではなく、経過全体を振り返る。何があればよかったか。
 - * それぞれが、今、そしてこれから、何ができるか。
 - * 忘れずに、考え続ける。

●見守り・声掛け（徘徊模擬）訓練のH26年度開催

- ・ 地域住民組織主催で開催した。
- ・ 子ども見守りボランティアを主対象とした。
- ・ ひとつの小学校区単位、1時間程度の訓練とした。
- ・ 『探す』よりも『予防』と考えた。
- ・ 推進員は市からの派遣、アドバイザーとして参加した。

取組上のポイントと工夫

- ・ お仕着せではなく、自分達の課題として捉えてもらえるような働きかけを行う。
- ・ 双方のメリットとなるような提案を行い、既存の組織や団体と協働していく。
- ・ 一つ一つの取組は、みな繋がっているものとして捉え、連動させて企画・実施していく。
- ・ PDCAサイクルを意識しながら、無理のない企画・開催としていく。
- ・ 日々のネットワーク構築、顔の見える関係作りを大切にする。
- ・ 推進員の仕事は、決して一人では出来ない事を自覚する。

事例番号 12	本人本位の生活支援を実践する地域人材を継続的に育てながら、地域で暮らし続けるための早期からの支援体制の強化を推進
石川県加賀市	
報告者：西ミキ 加賀市地域包括支援センター	
【キーワード】 課題整理からの取組	

<自治体情報>

人口 (人)	70,552	65歳以上人口(人) 高齢化率	21,743 (30.8%)	面積 km ²	306.0
日常生活 圏域数	7	地域包括支援 センター数	1 (直1)	推進 員数	2 (直2)
地域の 特性	石川県の南西部。同規模の集落が分散する多極型の市。温泉もあり観光も盛ん。地域密着型サービスを積極的に整備し、本人本位の視点を尊重した人材とチームを市が継続的に育成。				



介護何でも110番
設置個所が3倍に拡充

<推進員として求められている役割>

- 認知症予防における体制構築事業：もの忘れ健診、かかりつけ医等認知症対応力向上研修の企画等
- 認知症ケア普及（市民向け・専門職向け啓発）：センター方式研修（普及・実践・報告会）等
- 家族支援事業：地域密着型サービス事業所に委託し実施
- 総合相談総括：包括内の相談内容の確認と支援の助言
- 介護サービス事業者協議会支援：お出かけ安心ネットワークの体制構築等

<取組の背景・課題>

介護保険事業計画をベースに、H25年度までに以下の取組を実施した。

1. 認知症の正しい理解の普及啓発：キャラバンメイトの連絡会・勉強会の開催、広報誌の発刊
2. 認知症ケアの質向上：センター方式研修の継続、各種研修会の開催
3. 医療との連携：南加賀認知症疾患医療センターとの連携、包括ケア会議に医師会代表が参加、研修会、ソーシャルワーカー連絡会の開催、認知症予防体制構築検討会の開催
4. 身近な相談窓口の設置：介護サービス事業所に相談窓口を設置

(課題) ①介護保険サービス事業所従事者を対象に多数の研修を開催してきたが、日々のケアに十分生かされていない。②本人の暮らしを知らない（今までの生活習慣や家族との関係性、住んでいる地域の特性を把握していない）。

<取組による変化・成果・気づき>

- 「介護何でも110番」設置個所数の拡充：H20年度より気軽に相談できる場として設置し、11か所から30か所へ3倍に増加した。相談件数も増加し、出前相談も実現した。
- 認知症サポーター数の増加：H24年度は287人、H25年度は350人で、累計2,718人と講座受講者が増加した。H25年度は新たにキャラバンメイトを40名養成した。
- 認知症の予防体制の構築：H25年度に医師会と検討を重ね、もの忘れ検診を実施した。かかりつけ医による認知症の説明を通し、認知症の正しい理解を得る場にもなっている。また医療機関から包括につながるケースも多くなった。
- 本人中心の支援の広がり：センター方式活用継続により、市内の事業所の職員とは本人を中心とした支援を話し合えるようになり、「本人の望む暮らしを継続できるケース」が増えた。

<主な取組>

推進員を中心に地域の課題を整理し、課題ごとに取組を検討・実施

課題	取組
【早期発見・対応】 相談のタイミングが遅く、手遅れ型の対応になっている。認知症の疑いのある人に早期に出会い、適切な支援が必要である。	もの忘れ健診（かかりつけ医が早めに出会っているのではないか） ①医師会に相談し、体制構築の検討会（年3回）の開催 ②サポート医以外にかかりつけ医もメンバーに参画 ③検討した内容を医師会へ説明し賛同した医療機関から開始 ④ H25 年度に試行的に実施し、H26 年度より本格実施
【本人本位の支援】 認知症の人は、地域でいろいろな社会資源の中で暮らしている。場や人などのつながりや関係を含めた支援が必要である。	要支援等のケアマネジメントの考え方 ①「ケアマネジメントあり方試行検討会」で、センター方式 A4 シートを活用し本人の暮らしのあり方を検討 ②2次予防事業対象者にも A4 シート C-1-2 シートの活用 個別地域ケア会議を実施
【多職種連携】 本人、家族の支援のために、医師等医療職に病気だけでなく、生活に視点をあてた、認知症の人の暮らしの理解が必要である。	かかりつけ医等認知症対応力向上研修会 ①体制構築の検討会で実施方法を検討 ②認知症サポート医を中心にケアマネジャー、訪問看護、認知症疾患医療センターで目的の確認、企画、運営 ③かかりつけ医だけでなく、多職種で事例を通じた研修を実施
【認知症の予防と備え】 認知症の人の増加を踏まえ、本人の意思決定の支援及び認知症ケアパスの推進が必要である。	老人クラブへの出前認知症講座 ①体制構築の検討会で実施方法を検討 ②希望のある老人クラブに講座に出向く 老い支度講座 ・講座参加者がセンター方式 A 4 シートを自ら記入
【行方不明者の見守り体制の整備】 行方不明になっている認知症の人の早期発見が必要である。	介護保険サービス事業者協議会と連携 ①視察、研修会の実施 ② FAX 通信による情報共有を実施 ③市として防災メールの活用を検討

取組上のポイントと工夫

- 認知症施策の推進も、地域資源連携の推進も「人」が命。仕組みだけ作っても、そこで動く人の意識や力量が伴わないと本人と家族が望む姿の実現ができない。本人本位の視点にしっかりと立って実践ができる人材と、介護の職員だけでなく地域での暮らしを支える周囲の理解者が必要。
- 人材育成を研修としてだけ考えずに、現場実践や各種事業と関連付けていくことがポイント。人材育成で使用するツールと現場の記録シート、地域ケア会議の記録シート、予防段階で（高齢者自身）が用いるツールなどを一体的に整備していくことが効率的であり、本人本位の視点の浸透にもつながる。
- 本人が望む暮らしの実現のために、個別ケアと地域づくりを一体的に進めていくことが大切。

事例番号 13	地元の医師・ケア関係者と共に自主組織をつくり移動型認知症カフェなどユニークな取組を企画しながら認知症の本人とともに町づくりを展開
岐阜県恵那市	
報告者：足立哲也 恵那市役所地域包括支援センター	
【キーワード】 企業参画型認知症カフェ、RUN 伴（らんとも）	

<自治体情報>

人口 (人)	53,327	65歳以上人口(人) 高齢化率	16,333 (30.6%)	面積 km ²	504.19
日常生活 圏域数	3	地域包括支援 センター数	1 (直1)	推進 員数	3 (直3)
地域の 特性	名古屋市の中心部からおおよそ60キロメートル、岐阜県南東部に位置し、ダムが多く自然に恵まれた地域。日本大正村等の観光資源も有している。H16年に5つの町村が新設合併。				

<推進員として求められている役割>

- 医療と介護の連携体制の構築、専門職・住民の認知症対応力の向上、認知症カフェなどを拠点にした市内各地域で当事者が早期につながり支えあう居場所づくり。

<取組の背景・課題>

広大な市内には地域特性が異なる圏域・地域が含まれ、いずれも超高齢化が急速に進んでいる。認知症の人への理解と支援が地域で広がってきているが、排他的な人もまだまだ少なくない。H21年度より2～3か月に1回、市立恵那病院にて多職種が自主的に集まって認知症連携連絡会が開催され、●当事者の話を聴く、●もの忘れ外来家族会の開催、●市内の助け合い組織代表からヒアリング、●合宿（認知症になっても思うように生きられる市の構想づくり）など活発な活動が展開されてきている。

<取組による変化・成果・気づき>

- 以前は事業の実施は包括が単独で行うことがほとんどだった。現在は、病院の医師や職員、ケアマネジャー、ボランティアなどとの協働が日常的になってきている。
- 事業を展開するにあたって認知症の当事者「ひとり・ひとり」を具体的にイメージできるようになり、事業を通じて「Cさんに来てもらいたい」「DさんとEさんがつながればいいのではないか」等、人と人をつなげられるようになってきている。
- 専門職同士がつながり、顔の見える関係が着実に育ち、広がってきており、専門職同士が相談し協力し合えるようになってきている。
- 以上のような関係を基盤として医療・介護の専門職と地域の人たちとのつながりも広がり、地域の人たちと「あの人を支えたい」というイメージが共有できるようになり、活動に魂が入るようになってきた。

<主な取組>

【認知症カフェ事業：ささゆりカフェ】

推進員として企画「包括としてカフェを実施したい」

- ・これまでとの違いを作りたい。
- ・飲食代は予算化できない、場所代の予算がない。
- ・地域の人にも広く知られる活動にしたい。

カフェのプロ中のプロのスターバックスに注目。

⇒知人を介して、スターバックスに協力を打診。
⇒スターバックスより「企画を聴きたい」という連絡が入る。

(スターバックスの返事)

- ・コミュニティコネクション事業として社会貢献をしている。
- ・市で営業しているので何かしら地域の人に還元したい。すごくいいことなのでぜひ手伝いをさせていただきたい。
- ・ただし、1回きりでなくずっと継続したい。
- ・マネージャーが変わっても引き継ぎ継続する。

～ささゆりカフェの開始 H25年から～

- 遠くて参加できないことがないように市内を回って開催する。あえてプログラムは作らない。
- スタッフ：包括職員、医師、病院ソーシャルワーカー、看護師、ケアマネジャー、キャラバンメイト、地域の支えあい団体、スターバックススタッフ
- スターバックスよりスタッフとコーヒーを無償提供（店舗のお客さんが少ない時間帯）
- ブラックボードやエプロンを作り雰囲気づくり
- 年間8回のペースで開催。参加費は無料。市立恵那病院、国保上矢作病院との共催での開催を調整

【認知症の人の家族のつどい】 交流会を中心にミニ勉強会を組み込みながら開催。H24年度5回開催、H25年度5回開催（認知症対応デイサービスの見学、体操でリラックス、介護技術とコツ、交流会、笑いヨガ、心の健康講演会、クリスマス会）⇒参加者が広がり、家族同士のつながりができた。認知症の人と家族の会ともつながった。多様性を大切にしつつ、組織同士がつながるようつなぎをした。

【見える事例検討会】 マインドマップを用いて多職種で認知症の人の支援困難事例について考えることにより、参加者の新たな視点や気づき、解決策を見つける機会になった。特にこれまでつながりがなかった医師や弁護士などの参加を得ることによって、顔の見える関係になった。月に1回、キャラバン方式で場所を変え実施した。参加者は毎回20名前後、ファシリテーターとなる人を育てている。

【認知症サポーター養成講座・フォローアップ講座】 これまでに3,690名が受講した。キャラバンメイトは86名となった。認知症サポーターを対象とした傾聴講座（H24）などによるフォローアップを開催した。

【本人による講演会+ともに考える】 若年アルツハイマー病とともに歩む講演会（H25）、認知症の妻が教えてくれたこと（H26）などをきっかけにして、関係者で認知症になっても安心して暮らせる恵那とは？そのために自分ができることは？を考え参加者全員で発表した。

【RUN 伴（らんとも）2014】 恵那から名古屋までを認知症の人・家族・支援者・一般の人がマラソンでタスキをつなぎゴールを目指す。実行委員として、委員会立ち上げ、参加呼びかけ、コース設定、記者発表・・・⇒たくさんの方の連携によって387人が参加した。より新鮮で楽しい企画の一環として実施した。

取組上のポイントと工夫

- これまでやったことがないことでも「まずやってみよう」という姿勢。
- 「なぜやるのか」「何をめざす」というビジョンを持ち、共有していく（参加者を覚え、会った時に様子を聴く、仲間とのフィードバックを大切に）。
- 相談できる人を多く持つ。これまでの関係の蓄積を生かし自分なりの人とのつながりの蓄積を今とこれからの事業や個別の支援につないでいく。
- 当事者を抜きに進めない、という点を重視しながら、個別支援と地域作りを一体で進める。

事例番号 14	認知症に関心のある人だけでない、幅広い啓発活動と顔の見える関係づくりを新鮮な企画で推進
京都府向日市	
報告者：石松友樹 向日市中地域包括支援センター	
【キーワード】 多様な場の多様な人々へのアプローチ、関係者を巻き込んだ企画	

<自治体情報>

人口 (人)	54,289	65歳以上人口(人) 高齢化率	13,562 (24.9%)	面積 km ²	7.72
日常生活 圏域数	3	地域包括支援 センター数	3 (委3)	推進 員数	1 (委1)
地域の 特性	京都盆地の南西部で、南北 4.3km、東西 2.0km と南北に長い市で、日本で最も面積の小さい市。				



啓発のための
認知症アンケート結果

<推進員として求められている役割>

- 地域資源ネットワークの構築、認知症施策の地域での推進

<取組の背景・課題>

- 関係者や地域住民が顔の見える関係ではなかったため、個々のケースに問題が生じた際（例えば、徘徊時、主治医がいないとき、受診拒否の時など）に検討や動きに時間がかかった。どこの誰に相談すればよいかもわからなかった。
- 認知症に関する講座等の参加を募っても参加者は高齢者（自分が認知症にならないために話を聞きたい）が多く、若い世代の関心が薄かった。

<取組による変化・成果・気づき>

- 電話一本で無理な相談を聞いてもらえたり、動いてくれる人が増えた
 - ・警察：徘徊 SOS での情報共有
 - ・医師：受診拒否の方や緊急時の往診・意見書・成年後見制度の診断書作成・情報の共有など
 - ・民生委員：相談の増加
- 住民の意識が変化した
 - ・住民：幅広い世代に少しずつ浸透した。
 - ・商店等：徘徊 SOS 協力依頼で断られなくなった。
 - ・関係者：本人の視点に立って支援が実施されるようになった。

<主な取組>

ネットワークを広げるために、多様な場に出向いて様々な人に活動を展開

だれに	なにを
地域行事に参加する 一般住民	認知症〇×クイズや啓発アンケート「町で困っている人を見かけたらどうしますか？」 ⇒付箋に書いて大人、子どもが回答を貼りつけ…463人が参加 ★人が多く集まる地域行事で楽しく参加できる工夫。啓発タオル配布
スーパーで買い物中の 一般住民	啓発アンケート⇒スーパー等商店の一面を借りて「徘徊している人を見つけたらどうしますか」をアンケート＋啓発タオル配布 ★人が多く集まる場所で、気軽に参加できる工夫
小中学生とその保護者	授業参観で親子一緒に考える「近所のおじいちゃんが困っているのを発見したら…？」 ⇒子ども：知らんぷりせず声をかけます。保護者：親としても知らんぷりするわけにはいきません。
認知症にあまり関心がない人	「プロ野球選手と認知症について考えませんか？」 ★著名人をゲストにして考えるきっかけにした。地域の関心ごとに目を向けた。
サロンの世話人	「もしサロンのメンバーが認知症になったら…」 ⇒「サロン参加は無理か、介護保険サービスにすべて移行したいか」自分のこととして考えてもらう機会作り
警察、金融機関や スーパー・コンビニ	徘徊 SOS 協力の提案⇒協力機関の登録 ★警察官だけの捜索は限界、地域の目を借りる必要性の強調 ★「知り合った人から」「地域の人脈を生かして」協力依頼の訪問を実施
医療・介護事業所	対応力向上研修、徘徊 SOS 協力機関の登録 ⇒自分が支援を受ける側だったらと考え、自分自身の支援方法を顧みる機会となる。
町内会・自治会 集合マンション	「ご近所の人徘徊している人を見つけたら」 ⇒集会所等で勉強会や徘徊模擬訓練を実施

取組上のポイントと工夫

- つながっておきたい関係機関を巻き込んだ会議や取組の企画
 - ▶ 包括ケア会議、徘徊模擬訓練、シンポジウム、事例検討会、民生委員との井戸端会議
 - ▶ 知った人から、みんなの人脈を活かして実施
- 若い世代の関心ごとに目を向けた企画
 - ▶ 祭りでのブース、授業参観日、地域のイベント時
 - ▶ スポーツや地元関連の著名人など
- 誰のための何の取組なのか、常に振り返りながら実施

事例番号 15	認知症ケアパス作成をきっかけに具体的な課題を本人・家族、関係者、地域住民で検討しながら、暮らしの継続を多資源で支える一連の事業を展開
京都府舞鶴市	
報告者：児玉智子 舞鶴市支援課	
【キーワード】 認知症ケアパスの作成と活用、関係機関の役割分担	

<自治体情報>

人口 (人)	86,967	65歳以上人口(人) 高齢化率	24,919 (28.7%)	面積 km ²	342.3
日常生活 圏域数	7	地域包括支援 センター数	7 (直1、委6)	推進 員数	1 (直1)
地域の 特性	京都府北部、日本海に面する港湾都市。軍港から発展した東舞鶴、城下町の西舞鶴、由良川沿いの加佐とそれぞれ特徴のある地域から成り立っている。				



まいづる認知症相談ガイドブック
(認知症ケアパス)

<推進員として求められている役割>

- これまでの認知症施策の経過をふまえた更なる推進。これまでつながった地域資源を活かしながらネットワークを発展させていく。

<取組の背景・課題>

- H21年度以降、京都府の認知症地域支援体制構築等推進事業で、認知症サポート医による研修、家族のつどい、徘徊模擬訓練等を実施しながら、資源マップの作成や市民認知症セミナーなどにおいて、情報集約と共有を行うなど、事業を進め社会資源が繋がって来ていた。
- 一方、窓口で介護保険申請に来た人に対し、市役所職員が十分説明できない、ケアマネジャーに対するアンケートからは家族が認知症についてどうしていいかわからず困っているといった現状が挙げられた。
⇒支援の内容と経過の見通しを立てられるようになることが課題となっていた。

<取組による変化・成果・気づき>

- **各関係機関の役割分担**ができてきた。
これまで対応力向上のための認知症研修・事例検討を市で実施→認知症疾患医療センターによる実施になった。
- **家族支援**
地域の社会福祉法人による介護者向け講座が開催されるようになった。若い介護者の集まりが開催されるようになった。
- **啓発**
認知症サポーター養成講座の講師役が企画・実施担当になった。学校等講座の場所も広がった。
* 専門機関、地域の人、当事者ともにつながる幅が広がった。

【つながった資源】 自主グループ、認知症予防ファシリテーター、認知症疾患医療センター、東舞鶴医誠会病院、認知症サポート医、介護サービス事業所、居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護支援事業所、グループホーム、民生委員、住民、舞鶴警察、銀行、小学校、中学校、商店、弁当屋、タクシー、介護用品店、認知症の人の家族を援助する会、認知症の人と家族の会京都府支部、若い介護者のつどい、社会福祉法人による家族教室

＜主な取組＞

まいづる認知症相談ガイドブック（認知症ケアパス）の作成と評価

- 既存の会議である「認知症医療連携実務担当者会議」で提案⇒内容を検討
 - ★既存の会議を活用。（年3回の実務担当者会議、年1回の連携協議会にて検討）
- メンバー：舞鶴医師会、舞鶴医療センター（認知症疾患医療センター）、東舞鶴医誠会病院、京都府老人福祉施設協議会、まいづるケアマネ連絡会、京都府中丹東保健所、包括、舞鶴市高齢者支援課
- 内容：認知症ケアの大原則、認知症の基本知識、認知症の診療・治療・リハビリ、Q&A、自分らしく生きるために、舞鶴市内の認知症に関する取組、相談窓口・関係機関、認知症を予防する生活習慣、認知症の経過と対応（認知症ケアパス）
- 配布先：市役所窓口、包括、認知症疾患医療センター、開業医、認知症サポーター養成講座のテキストとして（評価の実施）当事者・関係者の意見・実情をもとに地元にあったよりよいものに改善していくために、認知症ケアパスに関する聞き取りを実施
介護家族、「認知症の人を介護する家族を援助する会」メンバー、認知症疾患医療センター、包括、小規模多機能型居宅介護支援事業所等に対し、「舞鶴市の地元 zu 足りないと思うこと」などを聞き取り

（結果）舞鶴市の支援体制の評価ツールとして活用を図れる可能性がみえた。介護保険申請窓口の事務職も活用可能。認知症が初期の段階では、なかなかこれからの経過のことは言えないと使ってみて実感。
（課題）地域の理解が十分ではない、相談窓口の周知、本人・家族視点で話せる人が少ない、サービスの連携←聞き取りによる評価で指摘された。

- *具体的な課題を本人・家族、関係者、地域住民と話し合い、ケアパスの改善に取り組む
- *評価をもとに、実際のサービス・資源間のつながりを補強

【認知症サポーター養成講座】

- 年1回キャラバンメイト活動交流会を開催（H23～）⇒自主的に養成講座に取り組む事業所が増加

【地域型認知症予防プログラム「脳を鍛えるわいわい活動」】

- 小グループで行い、関係者間をつなぐ。
- 認知症予防ファシリテーターの活躍を後押しする。

【初期認知症対応型カフェ推進事業】4つのカフェ。1つは病院のリハ職による自主開催を支援

- 初期の段階で適切なケアや支援の場。つながりをつくる⇒若い介護者の集まりが始まる。

【認知症初期集中支援チーム】*認知症医療実務担当者会議で事例検討を通じて連携を強化・推進

- 相談・医療・介護そして地域支援（カフェ等）へつなぐ。

【徘徊 SOS ネットワーク】舞鶴警察署、市内関係部署（広報広聴課）、保健所との協議を継続的に実施

- 警察署警部補に認知症医療連携実務担当者会議に参加してもらう。SOS ネットワーク（新案）を提示し、包括、疾患医療センター、初期集中支援チームメンバーと警察との意見交換
- 役所内部の細かい調整によるスムーズな情報伝達の体制づくり
- 行方不明を未然に防ぐ体制作り

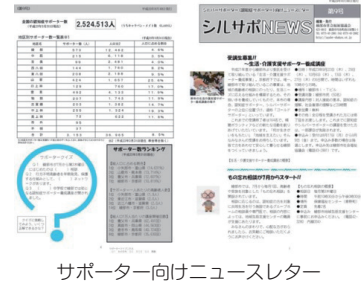
取組上のポイントと工夫

- 認知症ケアパスを実際に活かすための評価を、当事者、関係者、市民と共に実施する。
- 全事業で認知症ケアパスを積極的に活かしながら、事業間、人と人とのつながりを強化する。
- 認知症ケアパスを活かすことで、認知症ケアパスを実質的に周知する。

事例番号 16	認知症の人の声を聞く実態調査を起点に、本人・家族の理解者・支援者を地域で計画的・段階的に育て、つながりあうしくみを発展させている取組
京都市綾部市	
報告者：山下宣和 綾部市社会福祉協議会	
【キーワード】認知症サポーターステップアップ講座、多職種連携学習会、圏域ケア推進会議	

<自治体情報>

人口 (人)	35,601	65歳以上人口(人) 高齢化率	12,347 (34.7%)	面積 km ²	347.10
日常生活 圏域数	3	地域包括支援 センター数	4 (直1、委3)	推進 員数	1 (直1)
地域の 特性	京都市北部の市。豊かな自然環境の中の里山・田園都市。平和と歴史、ものづくりを大切にしている。最近では少子化、高齢化、過疎化により、人口減少が進んでいる。				



<推進員として求められている役割>

これまで地域の中で積みあげてきた認知症の人と家族への相談援助業務や地域作りの活動をもとに、市内全体の地域資源のネットワーク作り、認知症施策の推進をしていく。

<取組の背景・課題>

- 相談援助業務の中で会うことができた本人と家族の個性的な姿や声を通じて、認知症を生きることの現実、人の関わり・社会のあり方について教えられ、考えさせられてきている。
 - 例) 本人：・ゴミを捨てず、家の中がゴミだらけになったDさん。
 - ・訪問販売で高価な布団を買わされ、ローン返済で電気が止まりそうになっているCさん。
 - 家族：・涙を浮かべて「何度この人の首を絞めようかと思ったかわからん。」というEさん。
 - ・「施設に預けていることが何か悪いことをしているかのよう、周りの人からうわさをされるんです」と話すGさん。
 - ・「近所の人とはとても理解があるのでいつでも協力的なんです。」と笑顔で話すHさん。
- 認知症についての知識が広がってきているが、認知症を生きている本人とその家族への、地域の人たち・専門職の理解が追いついていない。支援を提供する視点から、「本人・家族にとって、わが町はどう映っているのか」、当事者の視点にたった理解や支援を広げていくことが大きな課題。

<取組による変化・成果・気づき>

- 認知症サポーター受講者への継続した情報提供や研修の機会、ステップアップ型の講習カリキュラム等を提供する方法やしくみを整えることによって、受講者自らが地域の課題に向き合い、仲間を作り動きだすところまでできた。(活動例：傾聴ボランティア、サロン立ち上げ、初期認知症カフェの運営など、一人の認知症の人を支えた実践、「エピソード」もたくさんよせられるようになった)
 - ・そこには、推進員と社協職員(コーディネーター)、包括職員、キャラバンメイトなどのチームとしての連携が欠かせないと感じている。

<主な取組>

認知症の人と介護家族の実態調査

●聞き取り調査を重点地域に絞って実施

- ・調査は介護支援専門員に依頼：本人と家族のありのままの声を聞きとり
 - ・調査票は、重点地域の住民福祉組織と地域ケア会議メンバー（包括、在宅介護支援センター等）と認知症サポート医で整理
 - 「ありのままの声」を活かしビジュアルに資料化→活動や施策化の企画、講座、研修等で活用
 - 聞き取った介護支援専門員の声も収集
- ↓
- 当事者の目線にたった気づきやアイデアが多数寄せられた。

認知症を生きる人と家族の理解者を増やす *将来像を見据えながら、講座を企画・開催

- キャラバンメイト連絡会：事務局は社会福祉協議会。年2回会議をもち、話題を出し合ったり、研修をしたり、楽しい集まりになるようにした。
- 認知症サポーター養成講座 受講後の支援：受講対象に応じてきめ細かく内容を構成
 - ・**ステップアップ編であるシルバーサポーター⇒ゴールドサポーターの独自講座を設ける。**

実施状況（2006年～2014年9月）

講習名	開始	回数	受講者数	講師	内容（時間）
認知症サポーター	H18年	251	7,636人	キャラバンメイト	標準教材（60分）
シルバーサポーター	H18年	74	2,069人	社協職員	社協オリジナル教材（30～60分）
ゴールドサポーター （生活・介護支援サポーター）	H21年	11	316人	専門職等	対人援助、社会資源、事例検討など（20時間）

地域に根差した活動を継続し、「本人」のための見守りや支援の担い手として定着する仕組みを構築

- 「受講カード」で個々の認知症サポーターができることを把握
 - 住民が認知症サポーターとしてエピソードを記録する「ハッピーカード」を提出
 - 認知症サポーターのいる店舗が「シルバーサポート店」として登録
- ★住民の活動を見守り、サポート ⇒ ★本人と「つなげる」ことを重視

専門職の連携

- 多職種連携学習会**：医師会と包括が共催。医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、介護支援専門員、行政担当者がコアメンバーとなって企画運営
 - ⇒うち年に1回は「〇〇の人の在宅ケア道場」と名付け、事例検討会を実施

圏域ケア推進会議

包括が主催し、圏域内の医療、介護の専門職と自治会役員、民生委員、ボランティアなどが一堂に集合ワールド・カフェで時間も忘れて意見交換。その結果はニュースレターで返信。

取組上のポイントと工夫

- ・実態を把握し、「認知症と共に生きる課題・ニーズ」をチームで明らかにする。
- ・チームで目標を共有し、計画をたてること・計画に基づいてチームで動いてみる。
- ・動いた結果どうだったかをチームで確認する（現場でおきていることをよくとらえること）。
- ・上手くいった理由、上手くいかなかった理由をチームで考える。
- ・解決への方策を「わかる言葉」で伝える。
- ・地元の住民さんや専門職の中にあるやる気・力が伸びて活かされていくように、しっかりつきあいながら、対象に合った地域オリジナルのユニークな企画を創りだしていく。
- ・「誰のために、何のために」を忘れずに、「本人と家族に向き合っていこう」と語り続ける。

事例番号 17	認知症施策・地域包括ケア会議を土台にした医療・介護・地域領域での認知症地域支援体制づくりの推進
大阪府富田林市	
報告者：大北俊治 高齢介護課・第1ほんわかセンター	
【キーワード】 地域連携の推進、笑顔れんらく帳の作成	

＜自治体情報＞

人口 (人)	116,118	65歳以上人口(人) 高齢化率	30,182 (26.0%)	面積 km ²	39.66
日常生活 圏域数	3	地域包括支援 センター数	3 (直1、委2)	推進 員数	1 (直1)
地域の 特性	大阪府の南東部に位置し、大阪都心部から約20kmの位置にある。落ち着いた自然環境を有したベッドタウン。人口は2000年以降微減傾向にある。				



富田林市では、
M みんな E 笑顔と E 笑顔で
T 手をつなごう
「MEET★富田林」を
スローガンに認知症普及啓発
に取り組んでいます。

認知症啓発のマークと
スローガン

＜推進員として求められている役割＞

- 医療機関や介護サービス及び地域の支援機関をつなぐ。
コーディネーターとしての役割を担う。

＜取組の背景・課題＞

H18～19年	(問題意識) 種まきの必要性を感じた時期	<ul style="list-style-type: none"> ●地域包括支援センターマニュアルに沿った業務 ●包括ケア会議 管理者総会
H20～21年	(計画) 種まきをするための土壌づくり	<ul style="list-style-type: none"> ●包括ケア会議 管理者総会：認知症対応専門部会の立ち上げ決定。課題を抽出し、医療・介護・地域の領域ごとに整理 ●認知症施策の推進：概ね5年をかけて取り組む

課題：地域の関係機関が共通する課題を見出して、同じ方向性で取り組んでいけるきっかけが必要。

行政だけではできることも限りがある中で、関係機関と一緒に、地域全体で認知症施策を進めていくことが必要。

＜取組による変化・成果・気づき＞

- 地域医師会・歯科医師会・薬剤師会と協働することで、それぞれの専門的な視点から連携を実践する上で必要な情報や内容について協議することができ、医療と介護の連携強化や地域のネットワークづくりとともに、さまざまな政策形成につながっている。
- 医療・介護・地域の各領域の認知症施策は、関係機関とのネットワークづくりにつながり、違った面での相乗効果も期待できるものであり、認知症施策は、包括の重要な業務になる。
- 医療・介護・地域の3本の柱が充実することが、地域包括ケアシステムの推進にもつながる。

<主な取組>

医療領域

1. 地域連携推進

- ・三師会・ほんわかセンター連絡会議：在宅高齢者を中心とした医療と生活支援の連携「連絡会議の開催」（メンバー：高齢介護課・医師会・歯科医師会・薬剤師会・ほんわか主任ケアマネジャー）
⇒環境づくり：医療介護の連携、病院・包括・ケアマネジャーの連携、病診連携、連携ツールの作成等
⇒人材づくり：医療福祉従事者対象の研修事業、市民対象の講座・フォーラム
- ・**笑顔れんらく帳を作成**：本人の生活状況や状態、意向等を具体的に書き込めるように工夫
*市民が活用しやすいように、連絡帳と保険証、診察券、お薬手帳、健康手帳をセットで持ち歩けるビニールフォルダー（折り畳み式）を作成した。医療と介護の連携、医療間の連携、健康管理、家族との連携、緊急時にも活用を勧めている。



2. 認知症対応力向上

- ・かかりつけ医認知症対応力向上研修（H22～）* H24 から、多職種によるグループワークを実施
- ・地域包括支援ネットワーク推進事業（H25.10～）…三師会と委託契約を締結し連携体制を整備。①個別ケースの相談に対する医療的見地からの助言、②包括職員等と同行訪問による状況把握や相談対応、③関係機関や専門医療機関、かかりつけ医等との連絡調整、④会議等における助言・指導

介護領域

1. 家族支援：認知症介護家族の交流会 年間企画を立てて市内3か所で開催
2. 専門職支援：「MEET★富田林推進員」の養成・活動…これまでに15名を養成
カリキュラムの構造：医学知識2h、地域連携10h、多職種連携3h、認知症ケア3h、家族支援3h
活動：認知症ケアの研修の企画・講師、認知症施策の推進、認知症に関する相談を受け支援
*出張研修メニュー：アセスメントツールの理解と活用、事例研究会、家族支援

地域領域

1. 普及・啓発：ほんわか新聞の発行（年3回）、とんだばやし認知症市民フォーラム、
認知症普及啓発用市オリジナルDVD作成…認知症の人の気持ちを知る、接し方を知る
（出演）地域のボランティアグループ、老人クラブ、民生・児童委員、ケアマネジャー、医師、包括、市職員
2. 地域見守り：徘徊高齢者SOSネットワーク（10市町村による広域連携）
・とんだばやしメール：個人へメール配信し検索協力や情報提供を行う。（H26.7～）
・協力機関数：約230機関

取組上のポイントと工夫

- 幅広い認知症施策や事業が一つの方向を向いて進むように、取組の初年度に、まちの「理想の状態」をテーマに関係者と話し合いを重ね、医療、介護、地域の理想の姿を具体的に描き明文化した。
- 「理想の状態」にむけて5年の中期計画をたて、見直しを行いながら改善をはかっている。
*毎年度、事業ごとに「理想の姿」に近づくための具体的な行動目標、行動計画をたて、年度末に進捗状況の評価を行い、一覧表にして関係者と共有し、次年度のステップとして活かしている。
- 事業が市民等に身近なものになって実際に本人と家族の支援につながっていくように、ネーミングやツールの開発は当事者目線、市民目線を大切にしながら工夫している。
- 推進員と共に、当事者の視点にたって推進活動を地域で展開する人材を、計画的に育てることを重視している。

事例番号
18

かかりつけ医から認知症疾患医療センターまで多様な立場の
医師との関係を築きながら医療と介護の総合的な連携を戦略的
に進めている取組

大阪府大阪市

報告者：森岡朋子 大阪市社会福祉協議会 福祉総括室地域福祉課

【キーワード】連携の実態把握から連携・ネットワーク化への流れ

<自治体情報>

人口 (人)	2,680,258	65歳以上人口(人) 高齢化率	643,232 (24%)	面積 km ²	221.30
日常生活 圏域数	24	地域包括支援 センター数	66 (委66)	推進 員数	3 (委3)
地域の 特性	近畿地方の経済・文化・交通の中心都市。人口密度が高く全国 の市で5位（政令指定都市中1位）。24区で構成。				



認知症の人の受診のための連携シート
大阪市社会福祉協議会 HP より
ダウンロード可能

<推進員として求められている役割>

1. 認知症疾患医療センターとの情報交換及び日常的な連携調整を行い、医療と介護サービスの円滑な提供を促進
2. 包括に対する認知症支援に関する助言・支援
3. 認知症支援に関する各種関係機関等のネットワークを構築し、認知症ケアおよび医療との連携強化に向けた取組を実施

<取組の背景・課題>

- H21年度から市の認知症対策連携強化事業において認知症連携担当者が配置され、H26年度現在、当初の名称を継承しながら推進員として活動している。
- 大阪市では圏域を北・中央・南の3つのエリアに分け、各エリアを推進員1名ずつが担当している。
- 推進員活動を展開する出発点として、自治体の方針・目標を確認しながら、自治体・エリアの特徴を把握しつつ、「推進員の役割」「推進員の存在周知・関係者との顔の見える関係づくり」「地域課題の明確化（ヒアリング・実態調査）」を行っていった。
- 調査の結果、南エリアは、3エリアの中で「高齢者人口が最も多く高齢化率が大阪市の平均より高い」「精神科・神経内科を標榜する医療機関が最も少ない」「包括が最も多く権利擁護が関係する相談が多い」などの特徴が見い出された。

<取組による変化・成果・気づき>

- 医師に包括や推進員の周知が図られ「何をする役割？」と問われることがなくなった。
- かかりつけ医を通じて医療連携する流れが一般的になった。
- 医療とつながりにくい支援困難例が受診につながるケース、成年後見制度に協力する医師が増えた。
- かかりつけ医がいない人のために、認知症の医療機関リストを用意している医師会も増えて、認知症初期集中支援チームや包括が活用しやすい情報が整理されてきた。
- 認知症の人の受診のための連携シートの周知が広まり、シートを活用する包括・ケアマネジャーが増えてきた。
- 各区において、多職種が顔を合わせて検討する機会が増えた他、研修の機会等で推進員が医療と向き合うコツやポイントを伝えてきており、医療機関とのトラブル等の相談が減ってきた。
- 医療機関の特徴を理解して向き合う包括が増えてきた。など

＜主な取組＞

連携状況の実態把握と地域課題の明確化

- 各推進員が包括や医療機関に出向いて連携状況を聴き取り、地域課題を明確にした。
 - ・生活圏域によって受診待ちが長時間、予約日が数か月先であった。
 - ・消費者被害等で早期診断が必要な人がいるが、包括と医師との連携がうまく取れていないために情報が伝達されていない。

⇒ 課題①早期受診・早期対応が可能になる流れを作り出す必要性

- ・医師と介護職それぞれが連携の問題を内在していた。
 - 医師：介護職が突然来て20分話を聴いたが3分で済む話だった。
 - 介護職：複雑な事情を伝えたいが、医師が忙しそうで十分伝えられない。

課題②一体となった
支援をするための医
療・介護職の関係づ
くりが必要

Step1：連携に関する活動の把握と事業周知

- ①エリア認知症支援関係者連絡会等を開催するため医師会等に出向き、説明・協力依頼
医療と介護の連絡会議などの実施状況を整理（各区での実施状況や取組の特徴、年度のテーマ等を集約し、各区に発信）
- ②国・全国の動き、市・エリアの実情を把握し関係者にプレゼン
- ③大阪市立大学医学部附属病院（認知症地域診断連携パスづくり）や関係機関に協力

Step2：顔の見える関係づくりと情報共有化

- ①大阪府内推進員のつながりを活かし、他市の推進員と府内精神科病院訪問
（各病院の機能を確認。情報をケース相談に活用）
- ②医療・介護の各種研修、連絡会に参加、情報提供・共有、共同企画
⇒地域間での温度差を解消し、各地域が発展的に取り組めるように触発
- ③認知症の人の受診のための連携シート作成と活用推進
既存物を参考に、関係者のアイデアを得ながら作成。（前頁のHP参照）
 - *医療・介護双方の情報を記入できる。
 - *医療が必要な支援困難例をスムーズに医療につなぐ。
 - *医師に情報を的確に伝え、ケースの全容を共有してからコミュニケーションを図っていく。
- ④医療と介護の南エリア事例集作成・配付（推進員が関わったケースの経緯・理由とみ立て、診断後の経過を紹介）
- ⑤医療と介護の連携方法をまとめた冊子や認知症支援マップ作成支援・配付

Step3：情報発信と全体的なネットワークづくり

- ①様々な集まり・研修の機会を生かして連携情報を発信
- ②大阪府内認知症連携関係者連絡会を結成
- ③医療と介護の橋渡し役を果たしながら連携・ネットワークづくりを推進

取組上のポイントと工夫

- 包括や医療機関、関係機関等に出向く際、実態把握と共に、推進員の存在を周知しつつ顔の見える関係を構築することを意図した。
- 推進員として、自分が何ができるのか（できそうか）を医療機関や関係機関に伝えた。
- 連携状況の実態を把握し、周囲からの理解を得ながら段階を追って進めてきた。

＜主な取組＞

年度	医療・介護	認知症の人や家族支援のための取組み
22年度	地域包括ケア会議に嘱託医が参画 ケアマネジャー医師向けの実態調査 医療・介護に関わる連携ツールの作成・普及 かかりつけ医対応力向上研修・多職種協働研修 認知症疾患医療センターとの連絡会 市民後見人養成講座の開催(基礎コースのみ)	認知症相談・認知症疾患医療センターの周知・PR もの忘れ相談 認知症サポーター養成講座 市役所出前講座(認知症について) 介護者のつどい はいかい高齢者支援サービス事業(GPS利用分) キャラバン・メイト連絡会
23年度	地域包括ケア会議に疾患医療センター医師参画 介護職向けのスキルアップ研修 若年性認知症支援者養成研修 市民後見人養成講座の開催 認知症フォーラムの開催 認知症外来のリハビリ開始	市役所出前講座に認知症サポーター養成講座の組込 社会資源把握及び一覧表への追加 高齢者運転免許証自主返納支援事業(コミバス無料券配布) 地域支え合い体制づくり事業の活用 →市内全域に小地域福祉活動、認知症見守り体制構築 介護マーク普及事業 ・キャラバン・メイト養成研修 認知症家族教室の実施(病院主催) 介護支援ボランティア事業
24年度	はいかい高齢者等見守りSOSネットワーク構築 地域包括ケア会議に加え、はいかい高齢者等見守りSOSネットワーク会議も開催 診療所・病院への認知症医療連携情報アンケートの実施 認知症地域連携パスの検討	はいかい高齢者等見守りSOSネットワークの事前登録制度 はいかい模擬訓練の実施 若年性認知症本人交流会の開始 キャラバン・メイトスキルアップ研修 キッズサポーター養成講座 自主活動:つどい場安暖庭・男性介護者のつどい
25年度	地域資源の整理 認知症初期集中支援チーム設置のための人材育成支援モデル事業 たつの市認知症研究会の開催	多職種協働研修(認知症ライフサポート研修他) 認知症ケアネット(ケアパス)作成 認知症サポーター養成講座の中に、安心声かけのための内容追加 孤立死ゼロ作戦による地域見守り活動からの把握

● H22 年度の実態調査を土台に、以下を骨子に活動を展開

- 認知症疾患医療センターとの連絡会議
地域ネットワークの構築、医療間・医療介護間の連携シートの作成
かかりつけ医認知症対応力向上研修
 - 各関係機関の集まる会議を活用したネットワーク化及びケース検討会議
…認知症施策の共通認識 疾患医療センターも参画
 - 認知症についての普及啓発活動
 - 地域で認知症の人の支援を一緒に取り組むための仲間づくり(人材育成)
 - 認知症の人の御家族や介護者支援
 - 地域の見守り体制づくり *様々な事業を連結・連動させる
 - ・認知症サポーター養成講座+認知症予防回想法講座+いきいき百歳体操
+住民による自主活動(歩こう会、本を読む会、家族会等)
 - +地域支え合いマップによる見守り推進
 - +認知症カフェ+徘徊高齢者等見守り SOS ネットワーク事業+孤立死ゼロ作戦事業+
 - ①事前登録制度:登録者にピカッとシューズステッカーを配布
 - ②緊急ネットワーク ③日常的な見守りネットワーク
- ※登録者用、関係協力機関用の手引き書作成
※登録情報は警察署・市危機管理課・高年福祉課が保有
「安心声かけ体験訓練」を H24 年度から毎年実施

取組上のポイントと工夫

- 情報を得るために、いろんなところに出向いていく。
- 個々の人のつながりをもとに互いに連絡を取り合いながら、その次につなげていく。
- 認知症の人の支援を一緒にする人を育てることを大切にす。
- すべての人の理解は得られない。一人の理解者を大切にその人から先に理解者を増やしていく。

＜主な取組＞

1. 地域住民が認知症を正しく理解する⇒見守り支える人、動き出す人が増える

1) キャラバン・メイトと認知症サポーター養成（認知症疾患医療センターと共に）

(1) キャラバン・メイトの活動支援（H19年度1人→H25年度130人）

(2) **認知症サポーターの養成**（H20年度570人→H26年度3,735人）

⇒高齢化率NO.1の地域では、地区団体が地域の人たちを巻き込み自主的に100円喫茶を開始

⇒これまでの取組の経過や結果を小冊子等にわかりやすくまとめ普及のためのグッズとして市民や支援関係者に配布・活用

（地域資源マップ、ひとり外出見守り・徘徊SOSネットワーク構築マニュアル、セミナー報告、啓発ステッカー、介護泣き笑い～笑顔で暮らそうメッセージ集、認知症「日常生活」介護のあれこれ）



様々なルーツを活用し
つながりを活性化

2) CATV・広報・イベントでの啓発

(1) 秋のフェスティバル…パネル展示や認知症クイズ、タッチパネルを用いた認知症チェック

(2) 広報、おたっしゃ通信⇒地元メディアも通じ広報に力を入れて実施

3) 地域ケア市民フォーラム⇒毎年、町の取組を伝え、他地域等の新たな情報にみんなで触れる機会

(1) 講演会、パネル展示、寸劇⇒地元市民に伝わるように、わかりやすく親しみやすく工夫

2. 認知症の人と家族を支える「資源」がつながり、連携した地域支援ができる

1) 居宅介護支援専門員・介護サービス事業所との連携

(1) キャラバンメイト活動 (2) 劇団ケアまめ (3) 施設の取組事例報告

(4) 回想法実践者フォローアップ事業・スキルアップ事業

回想法スクールでは、卒業後に「生き生き隊」を結成、その後の自主活動を支援

(5) 他職種・市民との研修（セミナー、報告会）

(6) 物忘れ相談プログラム…利用状況 H23年度519人→H26年度1,001人

3. つながりを生かしたサービスや活動を市民ができる

1) 認知症予防と生きがいづくり

(1) 回想法を用いた地域交流の場づくり（交流コーナー、お出かけ、音楽会）

(2) 茶話会（家族介護者のつどい）の開催 (3) 物忘れ予防カフェの開催

2) 地域の担い手づくり

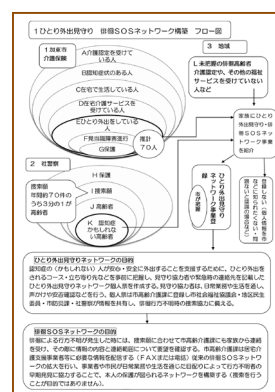
(1) 生活支援サポーターの生活支援

3) 安心・安全への支援

(1) ひとり外出見守り・徘徊SOSネットワーク（ネットワーク個人票の登録を増やしながらか）

(2) ひとり外出見守り声かけ体験ウォーキング実施

(3) 安心救急情報キットの活用 (4) サポートマークの活用



SOSネットワーク
構築マニュアル（一部）

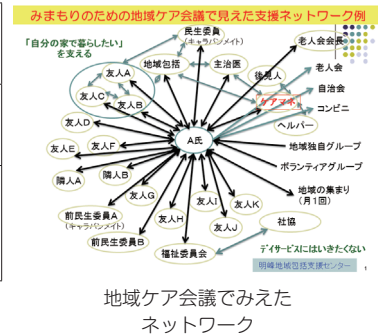
取組上のポイントと工夫

- 事業の趣旨、内容の共有を徹底する。→参加者、主催者ともに楽しいイベントになる。
- 事業が年々継続して発展してくると、全体像が見えにくく複雑になり、何のための取組か、目的を見失いがちになる。推進員は個々の取組に関与しながらも、常に目的と全体をみながら、関係者に方向性と意義をわかりやすく伝え続けていくことが大切である。
- 個々の事業、そして人と人とをうまくつなげていくことを常に意識する。
- 協力してくれる方への感謝の気持ちを伝え、モチベーションをあげる。（手書きの手紙、広報や新聞への活動の情報提供など）
- 取組は進んでいるようだが、現実はまだまだ。本人と家族はどうかを考えながら企画や実施、見直しをしていくことも大切である。
- 多くの人の理解と努力で実施している事業の成果を、いかにわかりやすく、親しみやすくまとめて、次にかかしていくか。まとめと発信の仕方をみんなで楽しみながら工夫した。

事例番号 21	地域にある自治組織や専門職のネットワークを基盤に、各地区でワークショップを開催しながら多資源による自発的・継続的な活動を推進
兵庫県川西市	
報告者：森上淑美 中央地域包括支援センター	
【キーワード】 地域資源のネットワーク化、活動する人材の育成、自主的活動の機会の提供	

<自治体情報>

人口 (人)	160,676	65歳以上人口(人) 高齢化率	46,438 (28.9%)	面積 km ²	53.44
日常生活 圏域数	7	地域包括支援 センター数	8 (直1、委7)	推進 員数	1 (直1)
地域の 特性	大阪府に隣接するベッドタウン。S40年代のニュータウンでは65歳以上の人口が40%を超えている。一方比較的新しいニュータウンでは、20%に満たない地域もある。				



<推進員として求められている役割>

H22年度から認知症社会資源ネットワーク構築事業として認知症地域支援推進員が配置されている。推進員は「地域資源」をネットワーク化し、相互に連携しながら有効な「支援体制を構築」するための企画や運営、地域の中での活動を主となって進めることが求められている。

<取組の背景・課題>

- 地元のNPOが市民対象に実施したアンケート（H22年当時）より見えてきた主な地域課題
 - ・ 住み慣れた地域で暮らし続けたい人が多い。そのために何かしたいという意識が高い。
 - ・ 認知症サポーターやキャラバンメイトが養成され、マンパワーが育ちつつあるが、福祉活動に生かしている人と、役割を求めている人がある。
 - ・ 認知症の人への支援として求められていることの上位は、家族の介護負担を軽減することや、医療機関との連携により専門的な支援を受けることである。
 - ・ 地域での支援体制に求めることは、認知症の方や家族を支えるネットワークづくりや認知症の早期発見、認知症の理解を深めることである。
- 行方不明者が相次ぎ、切実な課題となっていた。

<取組による変化・成果・気づき>

- 市内全14地区福祉委員会の地区福祉計画に認知症高齢者への対応が位置づけられ、各地区ごとに自主的・継続的に取組を展開していく体制が整備されつつある。
 - 複数の地域の福祉委員会やキャラバンメイトの会において、認知症サポーターマップをつくり、見守りネットワークの構築や居場所づくり等の活動を展開。若い世代・新領域の人が、認知症に関心をもち始めている。
- 地区ごとのSOSネットワークが作られ、毎年模擬訓練を重ねて実際の協力者が増えている。
- 見守り登録者を地域ケア会議で個別に検討することで、本人が持つ固有の資源と地域住民力、介護・医療サービスをあわせた個別支援ネットワークを作り、自宅で生活を継続できる人が増えてきた。
- 模擬訓練＝動くワークショップを重ねながら育った認知症の正しい理解や認知症SOSネットワークにより、医療との連携が自然体で進み始めている。「つながりノート」を医療・介護職・家族が一緒に書きこみ、連携した支援を強めている。

<主な取組>

推進会議設置 (H19～H26) **地域資源をネットワーク化し、有効な支援体制構築を推進していく。**

- ・医師、歯科医、薬剤師、病院連携会議、CM協会、介護事業者、社協、民生委員、福祉委員
警察、介護家族の会、キャラバンメイト、地域包括が参画。コーディネーターを医師会
(サポート医)、事務局を行政と推進員、包括が担う体制を当初につくった。

認知症啓発活動 (H19～H27.1) 認知症サポーター養成講座を基に4回コース化。**活動する人材を育てる。**

参加者の「地域でやってみたいこと」の例

- 介護家族の気持ちが開放されるような場(遊びや集まり)を企画し、家族を理解する場を広げる。
- 一般高齢者のサロンの中に認知症の人も自然に入れるように。世代を超えて集まれる場所づくり。サロンの中でもっと深い勉強をしても良い。小学校区ごとに勉強会を開催してはどうか。

地区福祉委員会等でワークショップを開催 ***地区単位で自主的な活動が動き出す機会をつくる。**

H22年度に4モデル地区、H23年度は10校区と14地区福祉委員会で実施

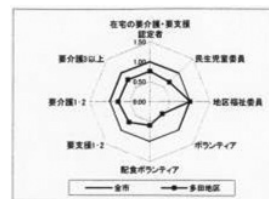
*推進員が行政担当者に作成を依頼し校区ごとの統計を活かす。

⇒わが地域の実情をよく知り、自分の地域の特徴に気付いてもらう

⇒わが町のこれから、自分たちのこれからについて活発なグループワーク

⇒高齢者の権利擁護が大切！虐待予防も地域の見守りから！と住民からの声

⇒地域ぐるみの具体的活動に展開(サポーターマップ作り、見守りネットワーク、居場所づくり等)



徘徊 SOS ネットワークづくり (H23) +地域ケア会議で個別支援ネットワークづくり

*各地区ごとに、動き始めた人たちと一緒に「安心して出かけられる町」のしくみをつくる。

⇒見守りが必要な人の「見守り登録」を呼びかける。

⇒いざという時の通報・連絡・協力依頼の流れ、行方不明時探索担当マップ等をつくる。

⇒地区ごとに、毎年、模擬訓練を継続。

市中心部の集合店舗では、直前にサポーター養成講座を開催し、受講者が模擬訓練に合流できる流れをつくる。

⇒「地域ケア会議」で見守りが必要な人の検討を実施。その人と地域とのつながりをひとつひとつ活かしながら、日常の中でその人を支える個別支援ネットワークをつくる。

「つながりノート」を活かして本人・家族を中心として多資源の連携を強化

本人・家族の情報を1冊に集約する既存の「つながりノート」を導入。

*「つながりノート」の普及・活用の推進をはかる連絡会を定期的に開催(地域を巡回する)。

参加者；本人・家族、民生委員、福祉委員、ボランティア、市民、専門医、サポーター医、

かかりつけ医、薬剤師、OT、ケアマネジャー、介護サービス職員

*実際の活用例を増やししながら、現場の意見をもとに活かし方等を改良していく。

取組上のポイントと工夫

- ①住民、専門職がそれぞれ別個に活動を進めるのではなく、合流して「多資源」で支援やネットワークを強めていけるように、住民側と専門職側をつなぐ調整や企画、後押しをする。
- ②地域には、長年にわたってつながりを育て活動してきている自治組織や専門職の組織、自主的な取組が様々ある。別建てで新たに何をするというより、既存の組織や事業、集まりや行事等に加わり認知症や地域での暮らしについて話しあいを重ね、「一緒に取り組んで行こう」という合意を固めながら進めることが大切。
- ③関心や主体性を高めてもらうために、小地域ごとに、人口統計や認知症の人の数などのわかりやすい統計を提示し考えてもらう。
- ④地域で育ってきているつながりと、今困っている「ひとり」を個々丁寧につないでいく。

事例番号 22	町・包括を中心に多機関が連携しながら地域の担い手を育て続ける取組
香川県綾川町	
報告者：増田玲子 綾川町地域包括支援センター	
【キーワード】 介護予防サポーターの養成、介護支援ボランティア制度、認知症ケアパス作成	

<自治体情報>

人口 (人)	24,857	65歳以上人口(人) 高齢化率	7,865 (31.6%)	面積 km ²	109.67
日常生活 圏域数	1	地域包括支援 センター数	1 (直1)	推進 員数	2 (直2)
地域の 特性	高松市に隣接し、讃岐うどん発祥の地として知られる。のどかな田園地帯が広がり、町内には約60基の古墳がある。人口は2000年から微減傾向。				



ささえあい手帳

<推進員として求められている役割>

- 制度・事業を進めていく中で、住民の関心を高め、関わってほしい。
- 高齢化というけれど、元気な人もいます。この人たちが認知症の理解を高めてくれれば素晴らしい力になる。
*まずは地域の担い手の育成が求められていた。

<取組の背景・課題>

- 閉鎖的で認知症に関する理解不足があった。
- 関係ないという意識（予防には熱心、自分と認知症の人を線引き、介護保険を利用する人という見方）があった。
- 介護保険を利用するとつながりが切れる状態であった。
- サービスを利用していても本人がよい姿でないケースがあった。

<取組による変化・成果・気づき>

- 認知症について正しく理解し、自分がさらに他の人にわかりやすい伝え手になってくれる人が増えている。
- 予防しながら、認知症を自分のこととしてとらえ、前向きに備えていこう、という人たちも増えている。
発症予防と、認知症になってからも自分らしい生活を送るためにすべきことが共通点が多いという理解も広がってきている。
- 医療、介護の専門職も認知症について積極的に活動し、地域の人たちの活動を支えている多職種が増えてきている。
- 地道な取組を続けている中で、住民と専門職と一緒に「一人の人」が地域で暮らすためのチームとして支えている例が、少しずつ増えてきている。

<主な取組>

綾川町認知症地域支援体制づくりの経過

H18	(7月) 介護予防サポーター養成まなびあい講座開始 (★1)
H19	(4月) 介護予防サポーター活動開始 (★2)
H20	(8月) いっぶく広場開始 (9月) 認知症地域支援体制構築等推進モデル事業
H21	(11月) 綾川まちかど劇団活動開始 (4月) 包括職員全員がキャラバンメイトに (5月) 認知症サポーター養成開始 (9月) ききじょうず勉強会・お話しボランティア個別訪問
H24	(6月) 介護支援ボランティア制度開始 (★3)
H25	(9月) 高齢者声かけ・見守り「まちかどほっと歓」事業 (★4)
H26	(6月) 綾歌地区医師会との認知症医療連携の協議

(★1) 介護予防サポーター養成

- きっかけ：高齢者全体の支援には職員だけでは困難。⇒住民の力も活用し一緒にまちづくりをめざす。
- 目的：住民に介護や介護予防の知識を持ってもらう
- 企画：一度のつめこみは負担、顔を合わせる回数を増やす。
月1回×8回コースで開始
6回以上受講…町長よりサポーターとして委嘱状
- 8年間で300名を養成

(★2) 介護予防サポーター活動

H19	H20	H21	…	H24
運営委員会	→			
ニュースレター	→			
いっぶく広場	→			
お話し(傾聴)	→			
資源マップ	→			
まちかど劇団	→			
			転倒予防	→

サポーター運営委員会：各班の班長・副班長各地域の代表者合計37名で構成
班ごとに活動を展開

- いっぶく広場班：閉じこもり予防（高齢者の集いの場）
- お話しボランティア班：施設訪問・個別訪問・ききじょうず勉強会
- 転倒予防班：毎月1回勉強会、体操の方法を体験しながら学習

(★3) 介護支援ボランティア制度（さらに活動を広く活発に）

- 介護保険施設などで活動を行った時にポイントを付与。1時間の活動で「ささえあい手帳」に1スタンプ。スタンプ数に応じて現金還元（年50スタンプ＝5000円まで）

(★4) まちかどほっと歓

- 利用者（65歳以上の独り暮らし・65歳以上の者のみで構成される世帯の者で事業を承認した者）
- 協力員（暮らしの近くでの見守り）…地域の高齢者に対して声かけ・見守りを実施
- 協力機関（地域全体での見守り）…各団体で登録の呼びかけ・異変などがあれば社協・包括へ連絡
*小地域ごとに「ほっと歓」チームを編成。スローガン：一人ぼっちをゼロに
*地域ケア会議（町・包括・社協を中心）等で協力員・協力団体・協力事業所が相談・連携・支援

H26 綾川町認知症ケアパス作成

- 認知症ケアパス概念図の構成を「地域」「医療」「ケア」とし、初期のフェーズを「相談～受診」「受診～サービス利用」に細分化した概念図を作成⇒町内ケアマネジャー、サービス事業者向けアンケート実施⇒資源シートを作成⇒綾川町認知症ケア医療連携フロー図＋認知症医療連携シートを作成

取組上のポイントと工夫

- 行政や推進員の方から何かを促す、というより、情報提供を丁寧にしなが、あとは地域の人や、専門職の人たちが、「自分たちはこう思う」、「自分たちはこうしたい」、というのをひたすら待つ。
- 現場とにかく出向き、相手の考えをじっくりと聞きながら、つながれる点を探す。
- 見えにくい活動や成果を見える形にして、取組への関心を高め、経過をフォローしていく。

事例番号
23

超高齢化が進む圏域ごとの特徴と声を細かくとらえながら、限られた資源を活かして認知症をきっかけとした地域包括ケアの基盤づくりを進める

福岡県嘉麻市

報告者：松澤秀樹 高齢者相談支援センター

【キーワード】 地域診断を基にした取組の検討、既存取組の発展

＜自治体情報＞

人口 (人)	41,353	65歳以上人口(人) 高齢化率	13,753 (33.3%)	面積 km ²	13,511
日常生活圏域数	5	地域包括支援センター数	1 (直1)	推進員数	1 (委1)
地域の特性	H18年3月1日市3町の合併により嘉麻市が誕生。市全体の高齢化率が30%を越えており、旧市町を基礎にした5つの地区それぞれの地域課題ある。へき地医療指定を受け、積雪時は介護サービス利用も困難な地域もある。				



嘉麻市
在宅包括ネットワーク図

＜推進員として求められている役割＞

- 嘉麻市における、オレンジプラン（H 25～29）の推進
- 中学校区（生活圏域）を基盤とした地域包括ケア体制作り※強化事業
- 医療・介護・地域での連携体制の推進

＜取組の背景・課題＞

地域診断による課題抽出

- 20年間で1万人以上の人口減が予測され、65歳以下人口が減っていくことで急速に高齢化している。
- 要介護者の人数は1年で100人減っているが、病院入院者が増え、国保医療の負担が増えている。
- 炭鉱の閉山の影響もあり、生活保護世帯が多く、全世帯の1割弱となっている。公的サービスの利用における住民の抵抗感は少ない傾向にある→サービス量の拡大と保険料の増額につながっているのではないかと考える一方、サービスを積極的に活用するという意味では要支援認定者も増えており、プラスの側面もある。
- 介護保険認定時における認知症高齢者の日常生活度Ⅱ a以上の人の割合が増えている。
- 介護保険サービスの量の拡大により介護保険料が高額となる。県内の低額保険者と比較し、保険料が2,500円高い状況にある。（第5期の比較）
- 推進員は、市とNPOとの契約で専門職派遣された人材（包括 所属）

直面している課題解決に向け、市は、スクールソーシャルワーカー等として地元の学校で実績を積み、市内の実情や地域資源に精通している人材を推進員として起用。年間120日の契約。

＜取組による変化・成果・気づき＞

- 市内5地区の在宅介護支援センターの相談窓口の強化を進め、各地区の実情にそってあるものとのつながりを活かした支援が少しずつ進み、認知症をきっかけに地域包括ケアの基盤作りになっている。
- 推進員が、各地区とともに市全体を横断的にみながら、様々な関係者と前向きに話しあい、つながりを育てていくことで、地域の人たちと支援関係者とのつながりも育ってきている。
- 推進員がこれまでもっていた学校や保健医療福祉関係者、地域の人たちとのネットワークが、認知症の地域支援のつながりとしても大いに役立った。
- グループホームを地域の支援体制を一緒に進めていくパートナーとして位置付けて後押しする中で、グループホームの連絡会が生まれ、職員が横につながって動き始めた。

＜主な取組＞

【市内 5 地区の詳細な地域診断】

各地区の人口構造、地形・積雪状況、交通手段、買い物、医療・介護・福祉資源等、そこで暮らす人たち（認知症の人も含む）を詳細に検討

【嘉麻市における、オレンジプラン（H25～29）の推進】

- 認知症サポーター講座 ・キャラバンメイトフォローアップ研修
- オレンジサロン（認知症カフェ）の設置 保健師や認知症疾患医療センターのスタッフも参加
Point 地域の声を聞いてサロンをつくる
 - ・商店街の中で実施。飲食店との違いがあるため、カフェではなくサロンとする。
 - ・元々地元の男性が集まる場にもなっていた電気屋の展示スペースを借りてサロンを開く。
- 認知症グループホーム（GH）連絡会の発足 GHの地域支援活動を活用。
 - ・ケアマネージャー連絡会（月1回）は、元よりあったが、GH独自で行うようになった。
 - ・認知症地域支援の推進につなげるために13か所あるGHを地域資源として意識。
- 生活介護支援サポーター養成講座（H25年度・H26年度）
 - ・介護予防コーディネーター養成研修を先取りして行っている。
 - ・シルバー人材センターで働く人を中心に受講→オレンジサロンの運営に携わってもらう。
 - ・市民後見人養成推進事業を社協に委託。（H25年度・H26年度）
 - ・H25年度受講者より5人が市民後見人として社協のバックアップを受けて活動中。
 - ・権利擁護の市民フォーラムを社協に委託して実施。

【中学校区（生活圏域）を基盤とした地域包括ケア体制作り】 ※強化事業

Point 地域に根差した相談窓口と取組の強化

- 5か所ある在宅介護支援センターに各1名のソーシャルワーカー専従化
- 月3回 包括ケア会議の実施
 - ・ケース検討や課題に応じた研修の実施⇒地域の基盤強化
 - ⇒配食サービスの継続や扱いについて検討、ケアプラン作成支援

【医療・介護・地域での連携体制の推進】

- 連携シートの作成（医療機関⇄地域・在宅介護支援センター）
 - ・標準的な連携シートを関係機関で検討した。
 - ⇒今年度の取組をベースに在宅医療推進整備事業へ（H27年度実施予定）
- 地域医療介護従事者の顔の見える交流⇒「在宅医療研修会」「認知症ネットワーク調整会議」開催へ
- 地域住民への医療や社会資源情報の提供
 - ⇒どのようなサービスが利用できるか、利用者側にたった情報提供のあり方を検討

取組上のポイントと工夫

- 生活圏域ごとの地域診断を詳しく実施し、その圏域の地域課題を踏まえた取組方を検討する。
 - *各圏域に置かれた在宅介護支援センターを中軸におき、相談窓口を設け、各地域ごとの実態・ニーズを丁寧にとらえながら医療・介護・地域と連携した仕組みを作っていくことが大切
- 既存の取組を発展させる
 - ・商店街・地元の集い場、生活介護支援サポーター養成講座 ➡ サロンへ
 - ・ケアマネージャー連絡会 ➡ 認知症グループホーム連絡会の創設。事業者の力を活かす支援を意識。
- 限られた資源をつなげる仕掛け、仕組みづくりを楽しく周囲に発信 ⇒ 顔の見える関係を形成し、協力しあうこと・お願いをすること・仲良くすること。お互いが理解しあって合意形成を図りながら、取組をひとつ、ひとつ一緒に実践している。

事例番号
24

本人視点で情報共有・協働を行うしくみとツールを住民と多職種が一緒に創りだし、成功事例を積みあげる

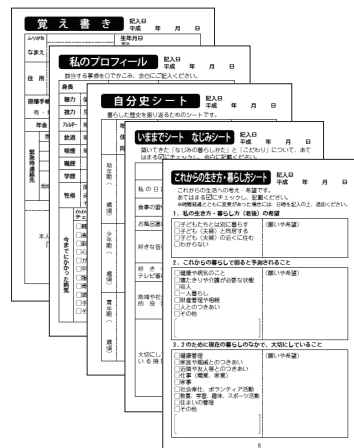
長崎県諫早市

報告者：岩本節子 諫早市健康福祉部高齢介護課

【キーワード】 いさはやオレンジ手帳（備え）、オレンジ連携シート（情報共有シート）の作成と普及

<自治体情報>

人口 (人)	139,929	65歳以上人口(人) 高齢化率	36,390 (25.9%)	面積 km ²	321.26
日常生活 圏域数	15	地域包括支援 センター数	5 (直1、委4)	推進 員数	1 (行政1)
地域の 特性	長崎県のほぼ中央部に位置する。3つの海に囲まれ、県下最大の穀倉地帯が広がり、肥沃な丘陵地帯は野菜やミカンの特産地である。長崎県内の交通の接点でもあり、多様な産業が集中している。H17年に1市5町が合併し、新設された。				



いさはやオレンジ手帳

<推進員として求められている役割>

- 医療機関や介護サービスおよび地域の支援機関をつなぐコーディネーターとしての役割を担う。
- 認知症施策推進5か年計画の取組の一つ「地域での日常生活・家族支援の強化」を進める。

<取組の背景・課題>

- 地域住民・関係者のグループインタビューをふまえ、ワーキングによって以下の3点が課題としてまとめられた。
 - ①認知症の正しい理解の普及・啓発
 - ②早期診断・早期対応
 - ③認知症の人の意向に沿ったケアプランの作成と実施

<取組による変化・成果・気づき>

- 身近な地域で認知症について学び、元気なうちから認知症に備えて自分の情報を「オレンジ手帳」に記入する人が増えた。この手帳を書くことで認知症になった人にやさしく接したいという人が増えた。
- 本庁に推進員を設置することで、情報や連携がうまくいき、早い段階で専門職チームにつながり、医療と介護、住民の支援をうけながら落ち着いて暮らせるケースがみられるようになってきた。
- 市民が自分で書くオレンジ手帳や多職種等が書く情報共有シートの作成・普及・活用を、多職種と住民が一緒に行ってきたことで、本人視点で発言・実践する住民、医師・医療職、介護職が増え、立場を越えて話しやすくなった。
- 医師・医療職と介護職が情報共有ツールを使ってケアプランを検討し実践する中で、本人の意向を尊重しながらよりよく暮らしていくことを目標にした医療・介護連携の実例や、ケアの改善例等の成功事例が報告されるようになってきた。積極的に動き始めた人たちの実例に触れることで、情報共有ツールを使いながらよりよい支援をめざしたいという医療・介護職の声がきかれるようになった。

<主な取組>

認知症の正しい理解の促進

●普及・啓発：認知症地域講座・出前講座・講師派遣等、地域に出向いて理解を広げることとした。

●いさはやオレンジ手帳の作成と普及

元気なころから認知症になったときに備えて情報を記入するもの（認知症の普及啓発の役割も有）

〔作成経過〕

- i. 介護・医療関係者や地域住民の代表者と作成
- ii. 作成経過では、各々役割や課題を明確にするために関係団体のグループインタビュー等を実施
- iii. 手帳（案）を配布し、関係団体より意見聴取
- iv. ワーキングにて再度手帳（案）を見直し、認知症講演会や、認知症研修会において、参加者へ「使用感アンケート」を実施
- v. ワーキングにて再度協議し作成した



推進員とメイトがチームで地域の少人数の会合を回って対話形式で普及と利用を広げている。

早期発見・早期対応

下記①～③の連動を図りながら、早期発見に続いて専門医療＋介護＋地域支援を総合的に行う仕組みをつくる。

①アウトリーチ…推進員が必要時、包括・ケアマネジャー・民生委員等と同行訪問、支援経過を医師含む多職種で検討

②認知症専門嘱託医による認知症専門相談…幅広い対象者に早期に専門的医療との接点をつくり対応

対 象	内 容
認知症やその心配がある高齢者 認知症の人の介護家族 介護保険サービス 事業所職員	認知症の人への対応 医療や介護など

③認知症に関する相談対応（電話・窓口相談）…認知症専門相談につなげるためのインタークを兼ねることもあり。

認知症の人の意向に沿ったケアプランの作成と実施

●情報共有シート「オレンジ連携シート」の作成と普及・利活用促進を行い、医療と介護で本人視点の総合的プランへ

作成にあたり留意したこと	作成方法
<ul style="list-style-type: none"> ・介護者（家族）の発信力を高める（介護者教育の一環） ・家族・多職種が情報共有する視点で進める ・市民も参加しわかりやすさ・使い勝手検討 ・オレンジ手帳からオレンジ連携シートへの流れ（当事者と専門職が一つの流れで情報を共有） 	<ol style="list-style-type: none"> ① ひもとき手帳・パーソンセンタードケアの市民版～事務職員が会議資料を作成・協働～ ② モデル事業を通じた検討 モニター8名 モニターへの実施前/後調査および面談 関わる介護職・医療職との面談・調査 ③ 上記①②を通じ、認知症対策推進会議にて作成

●多職種協働研修、オレンジ連携シートミーティングで活用を推進、成功事例を蓄積し共有をはかる。

認知症ケアパス 医療と介護、そして地域住民が連携して支える流れをつくる

H25 多職種協働研修アンケート結果等

↓「認知症の人が安心して地域で生活をするために、皆が協力しないとうまくいかない」ことを確認

認知症対策推進会議において

↓「市内の各地域に住む人や、そこで仕事をしている介護関係と医療関係の人がどうしたら一緒になって支えることができるかを話し合おう」

認知症ケアパス →「オレンジにこここミーティング（多職種と住民）」でグループワークを重ねて作成

取組上のポイントと工夫

- 医師・医療職、介護職、住民、介護家族と、一緒に検討を進め、推進会議とワーキング会議を取組の推進母体にした。多様な方々の助言や意見をいただきながら話し合い、課題解決方法について調整を行った。
- 実際に進める時には、家族や住民、現場で働く医療・関係者の声をアンケートで調査し、現場の声を反映したやり方やツールになることを大切にしたい。
- 活動やツールの名称、ツールの内容の表記が、本人にとってやさしく、誰が見ても心温まる表現になるよう、みんなでアイデアを出しあって楽しみながら一つ一つ決めていった。

事例番号 25	地域で暮らす本人と家族の現状に向き合いながらこれまでのやり方を見直し、仲間とともに楽しくブラッシュアップ
熊本県山鹿市	
報告者：山下力 山鹿市長寿支援課地域包括支援係	
【キーワード】 認知症サポートリーダーの活動支援、搜索中心の行方不明対応	

＜自治体情報＞

人口 (人)	55,009	65歳以上人口(人) 高齢化率	18,110 (32.9%)	面積 km ²	321.26
日常生活 圏域数	8	地域包括支援 センター数	1 (直1)	推進 員数	1 (直1)
地域の 特性	熊本県の北部に位置し、北は福岡県、大分県に境を接している。北部は緑豊かな山林に覆われ、南部は平坦地で田園地帯が広がっている。気候は温暖であり、肥沃な土地に恵まれた豊かな自然と、歴史・伝統に育まれた文化の薫り高い地域である。				

山鹿市認知症地域サポートリーダー 人財登録票

氏名: _____ 性別: 男 女 年齢: _____

住所: _____ (〒) _____ (市町村) _____ (番) _____ (号)

担当: _____

登録項目:

- 認知症サポートリーダー
- 認知症サポーター
- 認知症サポーター
- 介護・生活支援サポーター
- 子育て支援サポーター
- 民生委員 現在 過去
- 児童委員 現在 過去
- 福祉協力員 現在 過去
- 区長(補佐員) 現在 過去

1. 地域や学校での役割(他職) (例: 現役でなく、過去でもOKです)

2. 趣味・免許 (例: 運転免許、調理師、専従、茶道の免許、志願書、など)

3. 特長・強み (例: OX99、OX収集、人と話す、話を聴く、など)

4. 持っているネットワーク (例: PTA、サークル、所属している集まり)

5. 持っている人財 (例: どんな特技を持った人を知っている、など)

6. ご家族で認知症の人の介護の経験が ある ない

人財登録票

＜推進員として求められている役割＞

- ①地域におけるネットワーク体制の構築業務
- ②認知症が疑われる者の早期発見と医療センター等専門医療機関へのつなぎ
- ③医療センターにおいて認知症の確定診断を受けた者に対する支援
- ④他の地域包括支援センターに対する支援
- ⑤若年性認知症者に対する支援

＜取組の背景・課題＞

- 認知症サポートリーダー（年10回の研修を受け地域活動の推進役、現在500人）の活躍の場づくり
- 行方不明者が出た時の対応（搜索の強化）…搜索願いが出された後、警察から連絡が入りSOSメールの配信をしているが、メールを見た人が発見したという事例がない。また、実際メールを見て搜索に参加してくれる人の把握が出来ていない。
- 認知症の初期段階の方への支援…認知症の人が医療または介護に繋がるのは、病気の進行が進んだ状態である現状がある。地域住民の認知症に対する関心を高めて、これまでのご近所同士のお付き合いの延長で変化に気づいてもらう必要がある。サポートリーダー研修を継続させ認知症に対する感度を高めていきたい。また介護保険事業所には認知症になる前から地域住民として関わりを持ってもらうことで認知症になり介護が必要になってもシームレスな支援が可能になると思われる。
- 家族に対しての支援（専門職からの提案を具体的なものにした）
- 20歳から50歳代の方へ認知症に関する啓発の機会が少ない。
- 地域での生活を支援したいが、受診から入院という経過を辿っている現状→脱、入院（入所）支援

＜取組による変化・成果・気づき＞

- 自分たちで考え、話しあい、地域に根差した活動を生み出す個性豊かなサポートリーダーが圏域ごとに育っている。個々を人財として登録してもらうことで、他の事業やつながりに活かすしくみができた。
- 公民館活動等とコラボしながら、これまでつながりのなかった人たちへの啓発がひろがっている。
- 行方不明時の搜索のしくみや模擬訓練を、具体的な課題にそって見直し改良を進めている（途中）。
- 認知症の人との出会いのポイントを前倒しにするための取組を職員やサポートリーダーと一緒に進める中で、成功例が一例一例、生まれてきている。
- 家族は、具体的な対応方法を求めており、「声かけ変換表」を試作中。

＜主な取組＞

1. 認知症サポートリーダーへの活動支援

交流会におけるモットー作り 2か月に1回、認知症サポートリーダーの交流会を実施している。活動を進めていくための指針が必要だと考え、サポートリーダーが感じる課題と出来そうなことを拾い上げながら、圏域ごとにリーダー達が、自分たちのモットーを話しあっていく機会をつくる。

➡例) 私たち大道圏域地域サポートリーダーは

①家族の愚痴を聞いて一緒に考えていきます ②認知症の人がやりたい事を続けて行けるように応援します ③認知症だからといって特別視しません

④私たちは自分達ができる範囲で認知症になっても安心して暮らせる大道を目指します

内容についてはブラッシュアップしていく。「家族だけではなく本人も入れよう」「愚痴じゃなくて、困りごとにしてしよう」など、時間をかけることでそれぞれが考え、意見を交わしながら練り上げている。

お互いを知る工夫 サポートリーダーの交流会を通じて、個々のできることを知る（サイコロトークや偏愛マップなどのツール活用）。サポートリーダーはどんな事ならやってくれるのか？どこまでならお願いして大丈夫なのか？➡得意なこと、興味があることを書いた人財登録票の作成➡実際の活動につなげ活躍して頂く。

アルツハイマーデーにノルディックウォーキング

山鹿市でもアルツハイマーデーに啓発活動をしたい！

➡公民館活動のノルディックウォーキング講座とコラボレーション

指導員の協力をいただく（ウォーキング講座受講者も共に参加、認知症啓発のチラシ配布）。

2. 行方不明への対策

声かけ中心の訓練から検索中心の訓練**へ** これまでは、どのように声をかけるかが目的の訓練…実際に見つけることができるのか？➡区長さんを中心に**検索**を中心とした訓練を提案（地域密着型サービス・自治体・リーダー）
行方不明の高齢者の家族➡民生委員➡区長➡警察➡検索の一連の流れを模擬訓練した。

実名、顔写真入りの SOS メール配信の実現

行方不明者が出ても見つけ出す事が出来ない

➡・実名と顔が分かることで、声を掛けやすくなる。

・声をかけられる方も名前を呼ばれることで安心感があるのでは➡とにかくやってみながら検証する。

3. 認知症の人と家族への支援

出会いのポイントを前に倒す 「事業所が認知症の人と出会うのは、認知症が進行した状態」を変える

●地域密着事業所において：利用者になる前から、地域住民として出会う機会をつくる。

（例）若年認知症の人のケース

- ・妻への暴力がある➡推進員が家庭訪問し関係づくり➡サービス事業所も同行。一緒にランチ、ティータイム
- ・夜間の散歩➡サービス事業所の前にベンチを置き休憩場所を提供。日中、お茶出ししてもらい職員と関係づくり➡サービスにつなげる

●出張 家族のつどい・・・定期開催には人が集まりにくい現状がある。

➡話を聞きたい、したい人の都合に合わせて、日時、場所を決める。認知症の人の介護の経験のあるサポートリーダーに協力を依頼（人財登録票に介護経験を入れる）

●認知症の人への声かけ変換表をつくる。（発達障がい児への声かけ変換表を参考）

➡家族は具体的な対応が知りたいのではないか。

家族に提供する事を目的に「認知症の人への声かけ変換表」を作成中（ネットワーク研究会で検討）

取組上のポイントと工夫

●日々の現実にむきあいながら、取組全体をマネジメントしていく。①我々のミッションは何か、②我々の顧客は誰か、③顧客の価値は何か、④我々の成果は何か、⑤我々の計画は何か

（ドラッカーの5つの問いをもとに、常に考える。評価し可視化しモチベーションの維持向上につなげ、ブラッシュアップする事でより良い事業に発展させる。）

●自分が楽しめなければ、他人はもっと楽しめない。楽しくなければ人は動かないし、楽しいところに人は集まる。集えばそこには必ず「役割」や「出番」がある。お互いをよく知り、他人事では無く、自分事としての取組になる様な仕掛けが必要である。

●本人と家族の目線にたって暮らしにそって動く姿をやって示しながら、自らも動く人を増やす。

