

認知症地域支援推進員 活動の手引き

平成 26 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業分
地域の認知症施策を推進するための認知症地域支援推進員のあり方に関する調査研究事業
検討委員会
社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター

認知症地域支援推進員 活動の手引き

目次

I. 国が進める認知症施策について	3
1. 地域包括ケアシステムの構築と認知症施策.....	3
2. 「認知症施策推進総合戦略 ～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」.....	4
3. 認知症総合支援事業（地域支援事業）について.....	5
4. 社会全体で認知症の人びとを支える.....	6
5. 新オレンジプランにおける推進員の位置づけ・役割.....	7
II. 市町村における認知症地域支援推進員の活動・取組の流れ	10
1. 事前の確認事項.....	10
（1）市町村の理念や目標と認知症施策を確認する.....	10
（2）市町村の基礎情報を把握する.....	10
（3）市町村における推進員の役割を確認する.....	11
（4）認知症の人の暮らしを把握する.....	13
（5）地域の課題を把握し、整理する.....	15
2. 推進員の活動.....	17
Plan：活動計画を立てる.....	18
Do：活動を進めつつ、記録を取る.....	20
Check：定期的に活動の評価をする.....	21
Action：評価・振り返りを踏まえて新たな目標を立てる.....	22
3. 認知症の人とその家族の支援体制の構築のために.....	23
（1）認知症ケアパスの考え方と推進員の活動.....	23
（2）認知症の人の容態に応じて適切なサービスが提供されるための連携支援.....	24
（3）啓発や研修を通じた認知症対応力の向上の推進.....	28
III. 自地域で推進員活動を展開するために	31
1. 推進員活動をより効果的に行うために.....	31
2. 推進員同士のネットワーク.....	33
認知症地域支援推進員活動事例集.....	37
資料.....	91
認知症地域支援推進員 基礎情報確認シート	
認知症地域支援推進員 活動計画シート	
厚生労働省「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～ （新オレンジプラン）」（概要）」	

I 国が進める認知症施策について

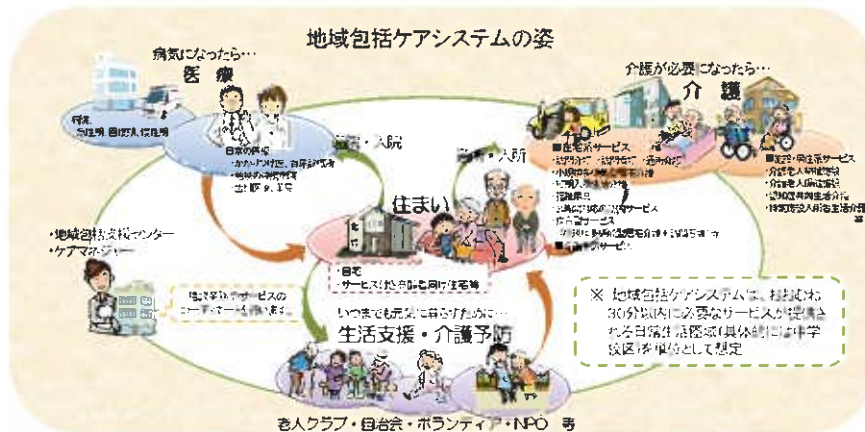
《解説・資料》

1. 地域包括ケアシステムの構築と認知症施策

日本は諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行しています。65歳以上の人口は、3,000万人を超えており、(国民の約4人に1人)、2042年の約3,900万人でピークを迎え、その後も、75歳以上の人口は増加し続けることが予想されています。団塊の世代(約800万人)が75歳以上となる2025年(平成37年)以降は、国民の医療や介護の需要が、さらに増加することが見込まれています。

このため、厚生労働省においては、2025年(平成37年)を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもと、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保されるサービス提供体制(地域包括ケアシステム)の構築を推進しています。

今後、認知症高齢者の増加が見込まれることを踏まえ、認知症高齢者の生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムを構築することは重要なことです。地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要とされています。



資料：厚生労働省

2. 「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」

厚生労働省では、いわゆる団塊の世代が75歳以上となる2025年（平成37）年を目指し、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で、自分らしく暮らし続けることができる社会を実現すべく、「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」（2012（平成24）年9月公表）を改め、関係省庁と共同して「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」（2015（平成27）年1月27日公表）を策定しました。

● 「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」推進のための七つの柱

つぎの七つの柱に沿って、認知症施策を総合的に推進しています。

- ① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③ 若年性認知症施策の強化
- ④ 認知症の人の介護者への支援
- ⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

〈解説・資料〉

→資料：認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）の概要を参照下さい。認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）本文、及び参考資料集については、下記の厚生労働省のホームページからダウンロードができます。
<http://www.mhlw.go.jp/stf/noudou/0000072246.html>



3. 認知症総合支援事業（地域支援事業）について

平成 26 年 6 月に医療介護総合確保推進法が成立し、「保健医療及び福祉に関する専門知識を有する者による認知症の早期における症状の悪化の防止のための支援その他の認知症である又はその疑いのある被保険者に対する総合的な支援を行う事業」を「認知症総合支援事業」として、平成 27 年度から地域支援事業の包括的支援事業に位置づけられました。平成 30 年度には全国の市町村（共同実施等含む）で実施することとしています。

認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について

- 認知症専門医による指導の下（司令塔機能）に早期診断、早期対応に向けて以下の体制を地域包括支援センター等に整備
- 認知症初期集中支援チーム**— 専攻の専門職が認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問・アウトリーチし、認知症の専門医による鑑別診断等をふまえて、観察・評価を行い、本人や家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う。（個別の訪問支援）
- 認知症地域支援推進員**— 認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、地域の実情に応じて医療機関、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等を行う。

地域包括支援センター・認知症疾患医療センター等に設置



- ＜認知症初期集中支援チームの主な業務の流れ＞
- ①訪問支援対象者の把握
 - ②情報収集：本人の生活状態や家族の状況など
 - ③初回訪問時の支援：認知症への理解、専門的医療機関等の利用の説明、介護保険サービス利用の説明、本人・家族への心理的サポート
 - ④観察・評価：認知機能、生活機能、行動・心理状態、薬物の有無・服用量、身体の様子をチェック
 - ⑤専門医を含めたチーム員会議の開催：初診・初診後の確認、支援の方針・内容・連携等の検討
 - ⑥初期集中支援の実施：専門的医療機関等への受診勧奨、本人への助言、目標を定めるケア、生活環境の改善など
 - ⑦引き継ぎ後のモニタリング

資料：厚生労働省

①できる限り早い段階からの支援…認知症初期集中支援推進事業

これまでの認知症の人のサービスにおいては、症状に気づかずに認知症の行動・心理症状（BPSD）等が悪化した段階で医療や介護サービスを利用するという事後的な対応が多くみられていました。これを改め、早期に認知症の鑑別診断が行われ、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期の対応体制が構築されるよう、専門職で構成された認知症初期集中支援チームの設置を推進しています。

②地域における医療・介護等の連携の推進…認知症地域支援・ケア向上事業

認知症になっても住み慣れた地域で生活を継続するために、認知症の容態に応じ、全ての期間を通じて必要な医療・介護及び生活支援を行うサービス機関が有機的に連携したネットワークを形成し、認知症の人への効果的な支援体制の構築するとともに、認知症ケアの向上を図るための取組を推進することが必要とされています。その体制づくりの推進役として認知症地域支援推進員（以下、推進員）の配置を行い、地域の医療や介護の関係機関、地域の支援機関等の連携支援や認知症の人やそ

の家族を支援する体制づくり等の事業を行っています。

また、地域の実情に応じて推進員が企画や調整などに携わりながら、病院や介護施設等での認知症対応能力の向上を図るための支援や、介護保険サービスを利用しながら在宅生活が継続できるための支援、認知症カフェ等の地域と一体となった家族介護支援、認知症ケアに携わる多職種の協働研修などを実施する取組を進めています。

(解説・資料)

4. 社会全体で認知症の人びとを支える

社会全体で認知症の人びとを支えるため、介護サービスだけでなく、地域の自助・互助を最大限活用することが必要



資料：厚生労働省

認知症の取組は、地域の自助・公助を最大限活用して、それぞれが連携することが必要です。認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現をめざすため、多種多様なネットワークを築き、社会全体で支える取組を進めていきましょう。

5. 新オレンジプランにおける推進員の位置づけ・役割

「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」が、7つの柱に沿って、認知症施策を総合的に推進していくことは既に確認しましたが、推進員は、2つ目の柱である「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」の中に明確に位置づけられています。

●認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

新オレンジプランでは、「2025（平成37）年を目指して、早期診断・早期対応を軸とする循環型の仕組みを構築することで、本人主体の医療・介護等を基本に据えて医療・介護等が有機的に連携し、発症予防⇒発症初期⇒急性増悪時⇒中期⇒人生の最終段階という認知症の容態の変化に応じて適時・適切に切れ目なく、そのときの容態にもっともふさわしい場所で提供される仕組みを実現する。」ことを基本的な考え方とし、認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供の実施に向けて、以下の1～7の項目を挙げています。

2. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

- (1) 本人主体の医療・介護等の徹底
- (2) 発症予防の推進
- (3) 早期診断・早期対応のための体制整備
- (4) 行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等への適切な対応
- (5) 認知症の人の生活を支える介護の提供
- (6) 人生の最終段階を支える医療・介護等の連携
- (7) 医療・介護等の有機的な連携の推進

認知症地域支援推進員は上記のうちの「(7) 医療と介護の有機的な連携の推進」に含まれています。

《解説・資料》

→詳細は巻末の資料をご覧ください。

(7) 医療・介護等の有機的な連携の推進

(認知症地域支援推進員の配置)

認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、認知症の容態の変化に応じすべての期間を通じて必要な医療・介護等が有機的に連携したネットワークを形成し、認知症の人への支援を効果的に行うことが重要である。

このため、市町村ごとに、地域包括支援センター、市町村、認知症疾患医療センター等に認知症地域支援推進員を配置し、認知症疾患医療センターを含む医療機関や介護サービス及び地域の支援機関との連携を図るための支援や、認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う。

【認知症地域支援推進員の人数】(目標引上げ)

2014(平成26)年度見込み 217市町村

⇒ 2018(平成30)年度～すべての市町村で配置

*医療介護総合確保推進法を踏まえ、新たに目標を設定。

資料：『認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)』

●総合的な取組の必要性

この新オレンジプランにおける「認知症の容態の変化に応じすべての期間を通じて～」という点は、認知症の本人と家族が安心して暮らすためには欠かせません。そのため、認知症施策は、本人主体の医療・介護等の原則にはじまり、早期診断・早期対応、行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等への適切な対応、人生の最終段階を支える医療・介護等の連携に至るまで、そこで行われる多様な取組を、多様な関係機関や関係者とも関わりながら、実施していくことが求められています。また、推進員の配置は他の6つの柱と切り離されたものではなく、それぞれの柱と相互に関係しあい、まさに総合的に推進していくことが必要となります。

推進員には、自分の市町村で暮らす認知症の人が、住み慣れた地域で安心して暮らし続けるための地域の支援者や支援機関との連携の要役という、重要な役割が期待されています。そのため、認知症への理解を深めるための普及・啓発、若年性認知症の人や認知症の人の介護者への支援、医療介護等の提供にとどまらない多種多様な連携ネットワークによるやさしい地域づくりなどについて、認知症の人やその家族の支援を重視しながら、市町村における認知症施策全体を視野に入れた活動が求められています。

→推進員活動の基本
です。

●地方自治体の役割

地方自治体での認知症施策について、これまで、市町村では認知症サポーター養成講座の開催や認知症に関する相談窓口、認知症家族介護者への支援、SOS徘徊見守りネットワークなどが、都道府県においては、認知症介護実践者の養成、かかりつけ医の認知症対応力向上研修などが行われてきました。そしてさらに、近年の地域包括ケアシステムの構築に関する考え方や、「オレンジプラン」～「新オレンジプラン」の策定によって、こうした自治体での取組は飛躍的に増大しています。

今後、市町村においては、地域の実情に応じて、例えば初期集中支援チームの設置や認知症地域支援推進員の配置などが市町村事業として位置づけられるとともに、地域ケア会議の開催、在宅医療介護連携の推進、生活支援や介護予防など認知症施策に包括的に取り組んでいくことが求められています。

また、都道府県においては、例えば認知症の医療介護に関する専門人材の養成や、医療機関の設置状況を勘案する必要がある認知症疾患医療センターの設置など、広域支援、後方支援の観点から取り組むべきものや、専門人材の育成や資質向上、さらにはこうした人材のフォローアップや取組支援など、市町村をバックアップする役割が求められており、認知症地域支援推進員の研修やネットワーク会議などの開催も期待されています。

《解説・資料》

→ p5にあるように、認知症地域支援推進員は、市町村事業である、地域支援事業の包括的支援事業の一つである「認知症総合支援事業」として位置づけられています。

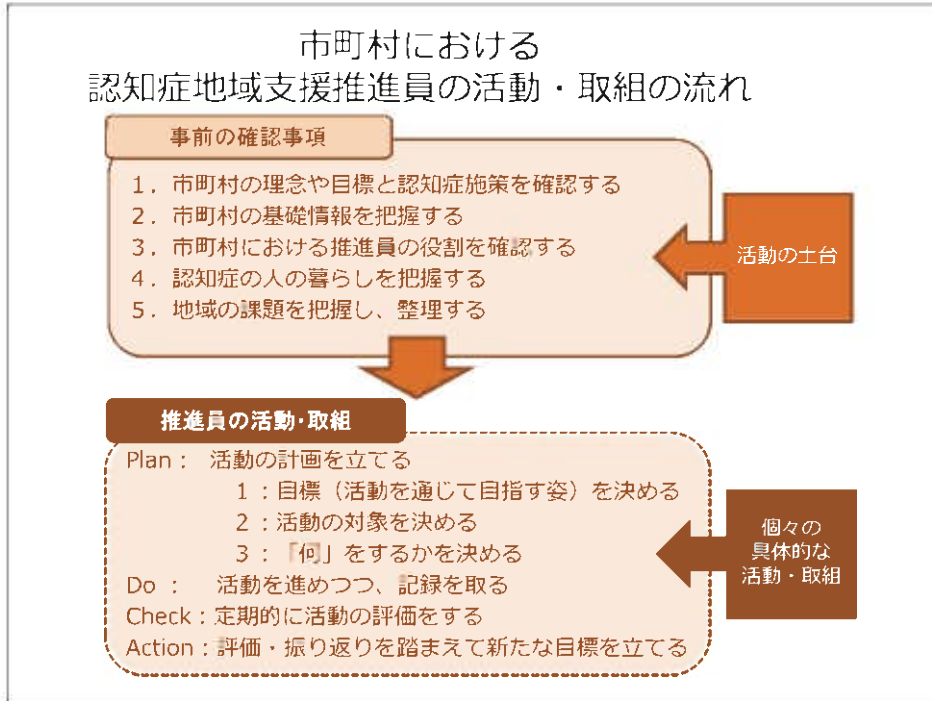


II

市町村における認知症地域支援推進員の活動・取組の流れ

〈解説・資料〉

それでは推進員の具体的な活動についてみていきます。



1. 事前の確認事項

推進員活動を進めるに当たり、土台となる情報を確認します。関係の人たちと顔見知りになり、関係を深めながら、情報収集・確認作業を行うと効果的です。

(1) 市町村の理念や目標と認知症施策を確認する

国が積極的に認知症施策を進める中、推進員への期待が高まっています。しかし、推進員として配置された人たちは使命感とともに、実際はどう進んでいったらいいのか不安を感じることも少なくありません。そんな時に道しるべになるのが市町村の理念や目標です。

各市町村には、まちづくりの総合計画（基本計画）、さらに高齢者福祉計画及び介護保険事業計画、地域福祉計画などがあり、そこに「理念、目標（めざす姿）」が書かれています。ぜひ活動開始前に確認しておきましょう。

また、その「理念、目標」を達成するために、市町村では様々な施策が打ち出されています。認知症施策もその一つで、活動を始める前に、そして活動中も、市町村がどのような理念、目標を掲げ、どのような施策を打ち出しているかを確認しておきます。

(2) 市町村の基礎情報を把握する

現在、全国には1,700以上の市町村がありますが、その1つとして同じところ

→認知症施策については、平成27年度からの第6期介護保険事業計画において、各市町村が計画を策定することになっています。

はありません。そのため、他の市町村と同じ活動をして同じ結果が得られるとは限らず、それぞれの市町村の特徴を踏まえて活動に取り組むことが大切であり、そのためには市町村の基礎情報を押さえておくことが必要です。

【市町村の基礎情報】

- 人口、65歳以上人口、高齢化率
- 高齢者のみ世帯数、高齢者の単身世帯数
- 日常生活圏域数、地域包括支援センター数、推進員数
- 要介護認定者数、認知症高齢者の日常生活自立度別人数
- 介護保険サービス事業所数
- 認知症に対応している医療機関数
- 認知症に特化した研修を修了している専門職数
- 民生・児童委員数、福祉推進員数
- 認知症に関連する様々な支援団体（当事者会、家族会、NPO等）など

(3) 市町村における推進員の役割を確認する

国が推進員に期待している役割を踏まえつつ、市町村の現状と将来のために、推進員として具体的にどのような役割を担うべきか、市町村の担当職員と話し合い、確認します。

下記は平成26年度の認知症地域支援推進員研修において、「市町村から求められている推進員としての役割」として、多くの受講生から報告のあったものです。

【市町村から求められている推進員の役割（例）】

- 医療機関や介護サービス、地域の支援機関をつなぐコーディネーター
- 地域の認知症施策の企画・運営・見直し、さらなる推進に行政と共に協働
- 認知症に関する社会資源等の情報収集及び提供
- 認知症に関する事業・制度の住民への周知
- 地域包括支援センター職員に対する認知症に関する助言・アドバイス
- 認知症の人やその家族を支援する相談業務
- 専門職・住民の認知症対応力の向上 など

*平成26年度認知症地域支援推進員研修の「事前課題」において報告された項目（一部）

なお、推進員の役割を確認する際には、自身が置かれている配置先や勤務形態（専任、兼務）についてもあわせて確認しておくことをお勧めします。配置状況によっては推進員が過剰な業務を負ってしまったり、その結果推進員も行政も成果をあげられない恐れが生じるので、活動計画を考える際には配慮が必要です。

《解説・資料》

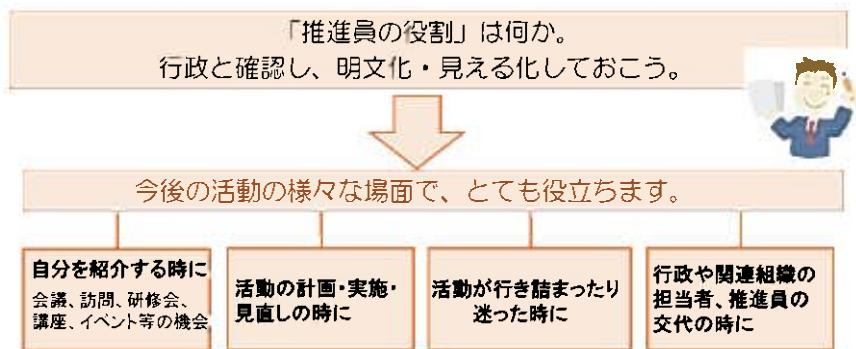
→平成26年度の認知症地域支援推進員研修、ならびにフォローアップ研修に参加した人の市町村基礎情報を見ると、人口規模は1万人以下～200万人以上まで、高齢化率も16%台のところから50%近い市町村まで、様々でした。

→事例集にある「推進員として求められている役割」の項目もあわせてご覧ください。

→平成26年度の段階では委託の地域包括支援センターに派遣されている推進員が最も多いという結果でした。

(参考) 推進員の存在や役割を、明文化・見える化させる工夫

推進員に関する制度はまだ日が浅く、その役割や活動はわかりにくいという声を聞きます。また地域の中には、地域資源の連携を推進するための各種のコーディネーターが増えてきており、地域の専門職や住民から見ると複雑で混同されやすく、存在や役割があいまいになっていることもしばしばです。そのため、推進員の存在や役割をわかりやすく記したチラシ等を作るなどして、行政関係者や専門職、地域の人たちに丁寧に伝えている地域があり、その後の活動の様々な場面で活かされています。



認知症地域支援推進員のチラシ

認知症地域支援推進員が誕生しました！

大宮市の認知症包括支援センターが、各市区町村の認知症包括支援センターと連携して、認知症地域支援推進員を育成しています。推進員は、認知症高齢者の生活を支えるために、地域資源を連携して活動していきます。認知症高齢者の生活を支えるために、地域資源を連携して活動していきます。

チラシを作ってPR
(住民、事業所、医療機関へ)

- ◎各地域包括支援センターで 認知症地域支援推進員を中心に 地域支援をしていくことをPR
- ◎相談が増えたり、連携のきっかけ になった。

資料:宮城県大崎市

(解説・資料)

→(事例2) 北海道釧路市では、推進員に相談できることや連絡先を記したクリアフォルダを作成し、配布しました。

→(事例11) 新潟県津上市では、委託包括に推進員が配置されていますが、包括の業務に慣れて推進員としての活動が妨げられないよう、推進員の位置づけや役割について法人が明確にし、職場内に示しています。

→(事例5) 宮城県大崎市では推進員を紹介するチラシを作成し、住民や事業所、医療機関等に推進員の役割を周知しています。

(4) 認知症の人の暮らしを把握する

市町村のめざす姿（理念・目標）と推進員の役割を確認した後は、地域で暮らす認知症の人の生活を把握します。地域に住む認知症の人がどのような暮らしをしているか、認知症の人やその家族への支援体制はどのようなになっているか、統計等を活用して市町村の全体像をつかむとともに、圏域ごとの特徴をつかんだり、認知症の人や家族の声を聞きとることで、地域の課題が見えてきます。

認知症の人の暮らしを把握するには、以下のような方法があります。

①既存の統計を活用する

医療・介護・地域資源に関する統計や資料、介護保険の給付実績や行政の統計資料（第6期介護保険事業計画に向けた日常生活圏域ニーズ調査等）、認知症に関するアンケート調査結果など、すでにある統計を確認し、推進員として地域をより具体的に知るために活用します。その際、量的にとらえられるもの（例：認知症の人の数、介護保険サービスの利用者数、認知症サポーター数等）は表やグラフを使って分布や経年的な変化を確認すると、傾向をとらえやすくなります。また、生活圏域によって傾向が異なることも多いので、ぜひ生活圏域（あるいは小地域）ごとの統計資料も確認することをお勧めします。

→（事例4）宮城県栗田郡川崎町では介護支援専門員や包括、保健福祉事務所の協力を得て、認知症の人や介護家族のニーズ調査を実施し、その結果を基に活動・取組の方向性を決めています。

→（事例18）大阪府大阪市では、推進員が包括や医療機関に出向いて連携状況を聞き取り、地域課題を明確にしています。

市全体としてみているだけではわからないこともある
→ 認知症の人や家族が暮らす小地域ごとの統計づくり

	人口	65歳以上人口				事業所1 従業者1
		(構成比)	男性	女性	前期	
川崎市	1,012,203	40,371 (25.0%)	18,205 (11.3%)	22,166 (13.8%)	23,590 (14.6%)	18,731 (3.9%)
久代小地区	8,826	1,980 (22.4%)	914 (10.4%)	1,066 (12.1%)	1,209 (13.7%)	771 (8.7%)
加茂小地区	11,995	2,907 (25.5%)	1,278 (11.2%)	1,629 (14.3%)	1,688 (14.6%)	1,241 (10.8%)

*** 既存統計を活かして小地域の統計を作成**
> 一目でわかりやすい図表の工夫
> 結果を基に、各地域の特徴を詳細に検討

	全市	多田地区	多田東地区	グリーンワ地区
キャパシティ (住民100人当たり)	181 (0.112人)	13 (0.124人)	13 (0.096人)	19 (0.124人)
65歳以上の人口100人当たり	(0.45人)	(0.63人)	(0.52人)	(0.34人)
要支援 要介護認定者1人当たり	(0.03人)	(0.04人)	(0.03人)	(0.02人)
在宅の認知症1人以上の人1人当たり	(0.05人)			
認知症サポーター (住民100人当たり)	2,779 (17.724人)			
65歳以上の人口100人当たり	(6.88人)			
要支援 要介護認定者1人当たり	(0.44人)			
在宅の認知症1人以上の人1人当たり	(0.80人)			
配食ボランティア (住民100人当たり)	364 (0.226人)			
65歳以上の人口100人当たり	(0.90人)			
要支援 要介護認定者1人当たり	(0.06人)			
在宅の認知症1人以上の人1人当たり	(0.11人)			

注：次の数値を、全市平均(100)として算出している
 ①キャパシティ：65歳以上人口の人口に占める構成比
 ②要支援 要介護認定者：65歳以上人口に占める構成比
 ③在宅の認知症：65歳以上人口に占める構成比
 ④認知症サポーター：65歳以上人口に占める構成比
 ⑤配食ボランティア：65歳以上人口に占める構成比
 資料：平成26年度第1回認知症地域支援推進員研修 川西市歳土氏の発表資料より

→（事例21）兵庫県川西市では、行政担当者に依頼して校区ごとの統計を出してもらい、それを地区福祉委員会等で提示することで、自分の地域の特徴に気がついてもらうと同時に、自発的な活動が生まれる機会を作りました。

②現場に出向いて地域の実態を知る

推進員は、現場がすぐそこにあるのが強みです。ぜひ地域に出向き、そこで何が起きているのか、実態を確認しましょう。行政機関や委託機関、介護保険サービス事業所、社会福祉協議会や民生委員等関係機関や関係者から話をきくことは欠かせませんが、町内会や自治会、商店街といった地域に密着している人たちにもぜひ話を聞いてみて下さい。そういった人たちから実例を伴う現状や意見等を聞くことができると、より具体的な連携やネットワークづくり、啓発・研修開催に向けての手がかりになります。

<Point>

地域には長年にわたって育ってきたつながりや、自治組織等があります。地域の実態を知るときには、「ないもの」のみを探すのではなく、「あるもの」を把握し、それがどのように機能し、どのように認知症の人を支えているかを確認します。

③認知症の人と家族の声を聞く

市町村に推進員が配置された一番の目的は、認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることを支援していくためです。つまり、認知症の人やその家族の声を聞き、そこから実態やニーズを把握することがとても大切です。

地域で行われている家族会に参加したり、認知症カフェや地域密着型サービスを利用されている人に会ってみたり、相談窓口での対応時など、機会があるごとに認知症の人本人と家族の声を丁寧に聞き取ります。その際、困っていることやニーズだけを聞き出すのではなく、希望ややってみたいこと、楽しみにしていることなどを聞き取ると、推進員活動の大きなヒントになります。



→（事例7）会津若松市では市の相談窓口で認知症に関する情報コーナーを設けており、新規相談の対応から、地域で暮らす認知症の人の生活を確認しています（注：推進員は市に配置されています）。

（解説・資料）

→（事例7）会津若松市の推進員は、市内にある認知症対応型通所介護事業所が2か月に1度開催している連絡会に参加し、現場の声を聞いています。

→（事例8）千葉県市川市の推進員は、民生委員交流会に参加し、認知症に関する地域課題を把握しました。

(5) 地域の課題を把握し、整理する

認知症の人の暮らしを把握する過程で、認知症の人とその家族が地域で暮らしていく上での課題がいくつも見えてくると思います。下記は推進員研修で報告された地域の課題です。

【市町村や推進員が課題として感じていること】

- ・医療と介護の連携がうまくいっていない
- ・介護保険サービス以外に認知症の人を支える仕組みがない
- ・多職種が集まる機会がない
- ・地域住民の認知症への関心が薄い
- ・啓発講演会に参加するメンバーがいつも同じ
- ・認知症サポーターの数は増えたが、具体的活動につながっていない
- ・本人、家族の拒否により、早期診断につながらない
- ・家族で抱え込むケースが多い
- ・認知症が進行してからの相談が多い
- ・身近な相談窓口がない

*平成26年度認知症地域支援推進員研修の「事前課題」において報告された項目（一部）

地域の課題は、何から手を付けていいかわからないほどにいろいろあるものです。そのため、まずはカテゴリーごとに整理してみます。その際、自分一人で考えるのではなく、行政の担当者や地域の他の推進員、関係者と話し合い、丁寧に整理していくことが大切です。

【課題をカテゴリーにわけて整理する】

課題	カテゴリー*
・医療と介護の連携がうまくいっていない	多職種の協働
・多職種が集まる機会がない	
・介護保険サービス以外に認知症の人を支える仕組みがない	サービスの不足
・身近な相談窓口がない	
・地域住民の認知症への関心が薄い	住民の理解と協力
・認知症サポーターの数は増えたが、具体的活動につながっていない	
・啓発講演会に参加するメンバーがいつも同じ	
・本人、家族の拒否により、早期診断につながらない	本人や家族の認知症に対する理解
・家族で抱え込むケースが多い	
・認知症が進行してからの相談が多い	

*カテゴリーは任意であり、挙げられた課題に沿って適宜変更してください。

このように課題をカテゴリー化することで、課題を体系的にとらえることができ、推進員活動を計画する際に、それぞれの課題への波及効果を意識しながら進めることができます。

《解説・資料》

→（事例12）石川県加賀市の事例では、地域課題ごとにどのような取組をしたのかの具体が書かれています。ぜひご参考ください。

→（事例23）福岡県嘉麻市では、課題だけでなく、既存の取組をきちんと把握し、それを発展させることで地域の認知症対応力を高めています。

<Point>

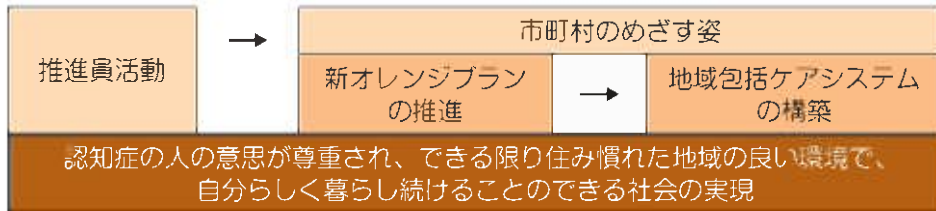
課題の把握や検討の際には、以下に気を付けましょう。

- 足りない情報は、現場の人に再確認する
- 推測情報や思いこみ、一部の発言力の大きい人の意見だけで課題把握を進めない
- 背景にある関係者の認識、関係者間の支援のあり方やつながりの実状を、認知症の人やその家族の視点に立って考える
- 現状分析でとどまらずに、市町村が「めざす姿」に照らし合わせ、何が足りないか、何が必要か、それに対してできることについて、多様な立場の関係者のアイデアを徹底的に出しあいながら進める
- 課題に関する情報だけでなく、認知症の人の希望や強み、地域の強み等の情報も活かす

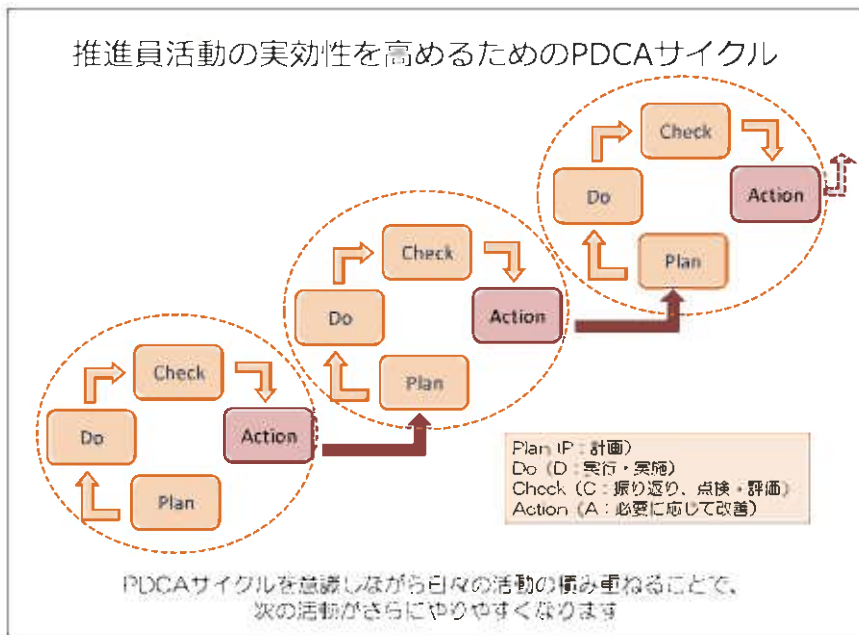


2. 推進員の活動

課題の整理ができれば、いよいよ具体的な活動です。推進員活動は、それを通じて市町村のめざす姿に近づくことを目標としています。それは国がめざす「新オレンジプラン：認知症高齢者等にやさしい地域づくりの推進」の一環であり、かつ地域包括ケアシステム構築の一助となるものです。



推進員活動を進めるにあたっては、ぜひ PDCA サイクルを意識しましょう。PDCA サイクルとは、事業・活動における生産管理や品質管理などの管理業務を円滑に進める手法の1つであり、Plan (P：計画)、Do (D：実行・実施)、Check (C：振り返り、点検・評価)、Action (A：必要に応じて改善) の4段階を繰り返すことによって、事業・活動を継続的に改善していくものです。



推進員の活動は「目指す姿」に向けた息の長い取組です。今、目の前にあることだけにとらわれてしまうと、「目指す姿になかなか到達できない」、「活動がなかなか発展しない」といったジレンマに陥ったり、「自分の活動は何のために行っているのか」という大事な基本を見失ってしまう危険があります。そういった事態に陥らないためにも、ぜひ PDCA サイクルを意識して活動に取り組みましょう。

《解説・資料》

→ 巻末資料として、認知症地域支援推進員研修で使っている活動計画シートを添付しています。ご参照ください。

→ 地域によっては、市町村から具体的に「こういう活動をしてほしい」という依頼がある場合もあります。例えば、(事例11)新潟県燕市の推進員も、1年目は市町村の取組事業を任せられたため、その活動を基礎として、情報を収集し、次の取組に発展させています。

Plan：活動計画を立てる

①目標（活動を通じて目指す姿）を決める

市町村のめざす姿と推進員の役割を踏まえつつ、事前準備で確認をした課題に対し、優先順位をつけて活動・取組を進めます。優先順位の付け方は様々ですが、大きな目標だけでなく、すぐに達成できそうな小さな目標も掲げ、成果をたくさんあげていくことが大切です。

<Point>

課題に優先順位をつける際、課題として上がった内容の弱みと強み（発想の転換）を考えてみましょう。例えば、「地域に認知症の専門医療機関がない」という課題があるとすると、以下のような弱みと強みが考えられます。

●弱み

診断を受けるために他地域の医療機関にまで行かなければならない。

●強み（発想の転換）

他地域の医療機関と積極的に交流できる。

→その地域にある様々なネットワークや社会資源と繋がることのできる

活動・取組を通じ、課題克服後にはどのような「姿」を目指すのかを明確にしましょう。その際、できるだけ具体的な言葉で書きとめることが大切です。

<例>

市町村のめざす姿	認知症の人が住み慣れた環境で、いきいきと暮らす社会の実現 しかし現状は・・・ ↓
地域の課題	地域住民の認知症への関心が薄く、支援が受けにくい そのため推進員は・・・ ↓
推進員の活動目標	認知症の人が通いなお店に気軽に立ち寄り、買い物等を楽しむことのできる環境を整備する

上記の例の場合、推進員の活動目標を達成するためには、①「認知症の人が通いなお店はどこにあるのかを知り」、②「お店の人が認知症という疾患について理解し、例えばお金を忘れてしまった、同じものを何度も買いに来るといったことがあった時にも、本人が困ったり、家族が恥ずかしい思いをしないような支援ができるようになる」ことが目標であり、この目標を通じて推進員としての具体的な活動が見えてきます。

②活動の対象を決める

推進員の活動目標が具体的に決まったら、その対象を明確にしましょう。「地域住民」だけでは漠然としていて、どこの誰を対象としているのかが不明確です。しかし、前述の例であれば、「通いなれたお店で買い物を楽しめる環境を整備する」ことを目標としていますから、「通いなれたお店の人」が活動の具体的対象となります。

なお、活動の対象は医療や福祉関係にとどまらず、地域にある様々な人や機関のことも考慮に入れましょう。

【推進員がコンタクトを取った人・機関等の例】

- 認知症の人やその家族：本人や家族の会、認知症カフェ、集い
- 会議等：地域ケア会議、担当者会議、事例検討会
- ケアマネ連絡会等の職種別の集まりや介護保険事業者連絡会など多職種共同の集まり
- 医療関係：認知症疾患医療センター、精神科病院、一般病院、開業医、認知症サポート医、三師会（医師、歯科医、薬剤師）、地元の看護協会
- 介護関係：介護保険サービスの各種事業所、認知症介護指導者・リーダー研修修了者、認知症ケア専門士
- 地域密着型サービスの運営推進会議
- 社会福祉協議会：市社協、地区社協
- 民生・児童委員、福祉推進員
- 自治会関係：町内会、区長会、婦人会、青年会、老人会等
- 警察・消防
- 権利擁護の関係：弁護士、司法書士、市民後見人、後見センター
- 就労支援機関：シルバー人材センター
- 行政関係機関：地域包括支援センター、保健所、福祉事務所
- 学校、子供関係：小・中・高校、校長会、専門学校、大学、保育園、学童クラブ、PTA
- 地域の人が集まる場やその関係組織：郵便局、銀行、金融機関、バス会社、タクシー会社、鉄道会社、スーパー・コンビニ、商店、薬局、理美容店、銭湯、新聞配達業者、宅配業者

など

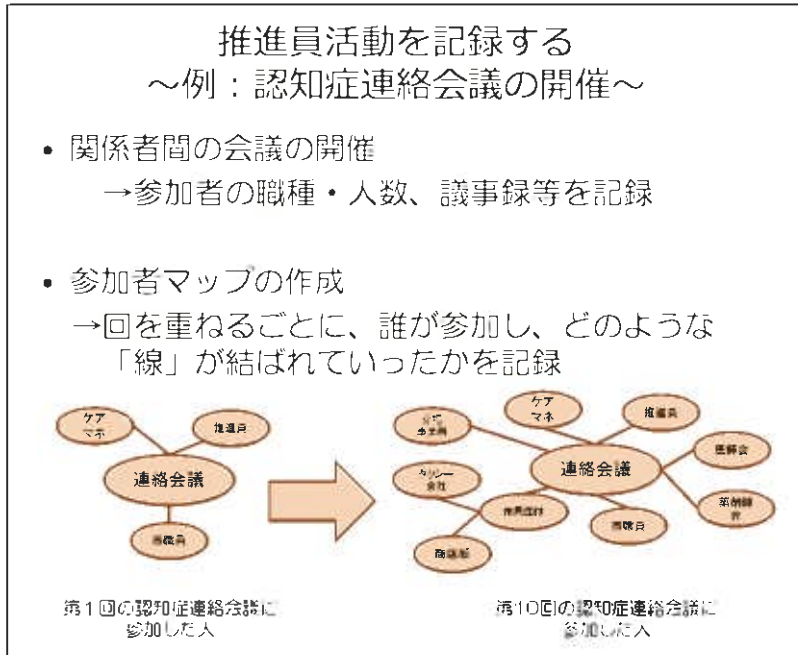
③「何」をするかを決める

活動の対象が決まったら、具体的に何をするかを考えてみます。前述の例であれば、「買い物等を楽しむ環境を整備」することを目標としていますから、お店の人に認知症という疾患を理解していただくことが大切であり、そのためには、例えば商店街の人を対象に認知症サポーター養成講座を開いたり、商店街の近くで認知症カフェを開いてそこに招待するなど、いろいろな方法が考えられます。具体的考え方については、次の「認知症の人とその家族の支援体制の構築」の章をご参照ください。

→事例によっては、「何」をするのが決めてから具体的な対象を決める場合もあります。例えば（事例18）大阪府大阪市では、推進員が包括や医療機関に出向いて連携状況を聞き取り、「早期受診・早期対応が可能になる流れを作り出す」という目標を掲げ、「エリア認知症支援関係者連絡会を開く」ことにし、医師会等に出向いて説明と協力依頼を行いました。

Do：活動を進めつつ、記録を取る

活動計画で「誰」に「何をするのか」が決まったら、早速推進員活動の開始です。焦らずに、着実に、一歩ずつ進めていきましょう。その際、ぜひ推進員活動を記録することをお勧めします。後日、活動の道のりの振り返りや活動の広がりを確認する際に役立ちます。



上記の例は、地域の認知症連絡会に参加してくれた人の広がりを示したものです。最初の会議では参加者が限られていても、回を重ねると参加者の輪が広がっていることがわかります。この参加者たちとの連携を活かし、今現在取り組んでいる活動だけでなく、今後どのような活動に発展させていくかを協議・検討することで、推進員活動の幅はますます広がっていきます。

大事なポイントは、推進員活動は回数をこなすことや数を増やすことに目を向けるのではなく、計画実施のプロセスを大事にし、一歩一歩進めていくことです。すぐには結果が見えにくくとも、継続することで徐々に結果が見えてきたり、別の活動につながるなどの効果が伴います。その効果を引き出すためにも、焦ることなく着実に活動を進めていくことが大切です。

〔解説・資料〕

→〔事例6〕秋田県湯沢市では、地域ケア会議を3つの形態にわけ、多職種会議（市内4地域ケア会議）、総合相談内容分析の会議（地域ケア推進会議）、個別ケース支援と地域課題発見のための会議（地域ケア個別会議）とし、それぞれの会議録の様式を統一することで、課題の共有化や継続協議に役立てるといった工夫をしています。

→〔事例9〕新潟県湯沢町では、アクションミーティングを通じて地域住民が「できる活動」に参加し、現在4チームが動いています。そのつながりをマップにしたところ、放射線状にどんどん広がっていることが確認できたそうです。

Check：定期的に活動の評価をする

推進員活動の評価はぜひ定期的に行いましょう。その際、何を活動の成果とし、どのように評価するかはとても大切です。

結果評価とプロセス評価

- ① **結果評価**
 - 目標が達成されたかの検討

- ② **プロセス評価**
 - 活動計画の進行状況、資源等の活用状況、対象者・関係者・関係機関等の反応等を検討・評価する
 - 目標と照らし合わせ、達成に向けた取り組みがなされたかを検討・評価する（注：達成度とは異なる）

（例）「認知症サポーター養成講座を年5回開催し、100名を養成する」

- ◎ 年5回以上、100名以上を養成することで「**目標達成**」 ←**結果評価**
- ◎ 開催にむけた打ち合わせの回数や、関係者とのやり取り、様々な準備の段取り等を検討・評価 ←**プロセス評価**

↑

目に見えない部分を「見える化（＝記録）」し、丁寧に積み重ねていく

評価の方法には、①結果評価と②プロセス評価の2種類があります。「結果評価」とは、目標が達成されたかを見るもので、例えば「認知症サポーター養成講座を年5回開催し、100名を養成する」という目標を立てている場合、この数字を達成したか否かを評価します。

しかし、例えば天候の関係でやむを得ず中止しなければならなかったり、インフルエンザがはやってために、最終的に受講者が98名にとどまったという結果になることがあります。この場合、「結果評価」としては「目標達成できなかった」ということになってしまいますが、実際には、例えば講座を開催するための打ち合わせで関係者間のネットワークが強化されたり、養成講座を受けたサポーターのうち10名が自主的に見守り活動を開始するといった波及効果が生じていたりします。このような、活動のプロセス上に生じた波及効果をも評価することが「プロセス評価」で、結果評価同様、活動の評価する際に重要な指標となります。

認知症地域支援推進員の活動は目に見えないものが多く、また、数字として計上することが難しいものもあるので、ぜひプロセス評価を活用し、活動を見える化すると同時に、その成果を大切に積み重ねていきましょう。

〈解説・資料〉

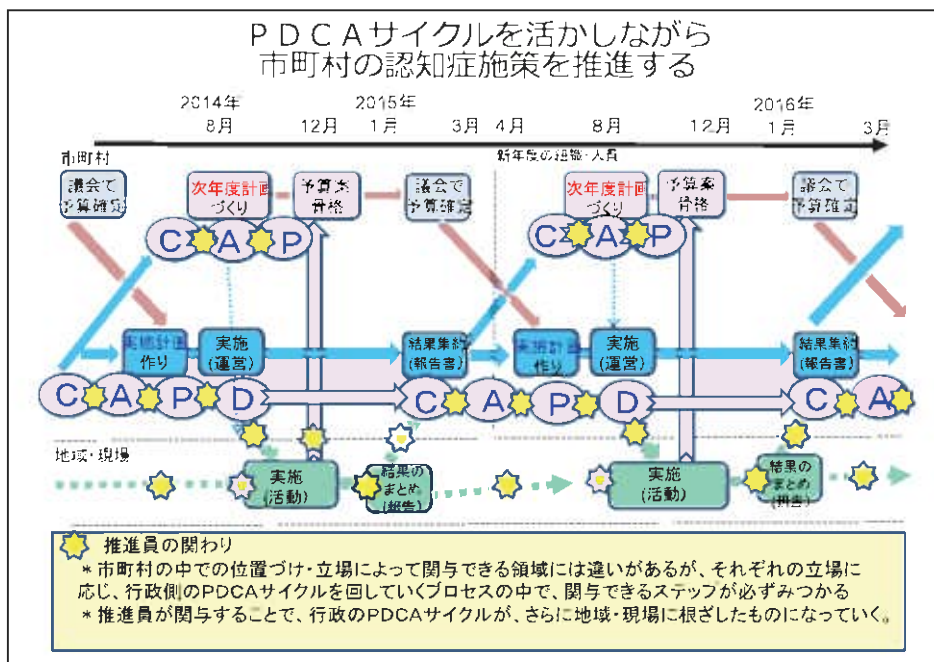
→（事例20）兵庫県加東市では取組の経過や成果を地域資源マップや一人外出・SOSネットワーク構築マニュアル、啓発ステッカーといった成果物にまとめたことで、見えにくい認知症の支え合いの実態や連携、支援体制を見える化させました。また、その作成における市民や介護・医療関係者と話し合いや作業を通じ、つながりも強まっています。

→（事例18）大阪府大阪市は、地域の包括や支援機関にむけた、連携状況を聞き取った結果を基に、①連携に関する活動の把握と事業周知、②顔の見える関係づくりと情報共有化、③情報発信と全体的なネットワークづくりと、成果が出ることに、次の目標を立て、活動を推進しています。

Action : 評価・振り返りを踏まえて新たな目標を立てる

活動の評価・振り返りをしたら、その成果を踏まえて次の活動における新たな目標を考えます。その際、ぜひ活動を通じて得た仲間や関係者と話し合い、皆で考えながら次の目標を定めていきましょう。

参考：PDCA サイクルを活かしながら市町村の認知症施策を推進する



上の図は、「市町村の事業の流れ（計画づくり、予算案の骨格づくり、予算の確定、実施）」と、「地域や現場における事業の流れ（活動の実施と報告）」です。

市町村は地域福祉計画や介護保険事業計画等で示している「めざす姿」に向け、様々な事業を計画の上、予算案を作成し、議会で承認を得たのち、実施しています。認知症施策の推進においては、例えば認知症高齢者の見守り活動や啓発講演会、認知症カフェの開催、認知症サポーターの養成です。

これらの事業を実施するには予算が必要であることから、予算案の作成や予算の確保、確実な実施による予算の消化といったことに目が向きがちですが、実際には事業を通じて「めざす姿」に近づくことが目標です。

そのため、事業を実施するにあたっては、効果が見られたことや課題として感じていること、気が付いたことなどをそのままにせず、行政担当者や関係者と率直に話し合うことが大切です。また、事業がより円滑に、かつ効果的に進められるよう、関係者に相談をしたり、工夫をすると同時に、どのような改善をすべきかについて検討し、今後の活動や次年度の計画に役立てることができるよう提案していきましょう。

〈解説・資料〉

→ (事例2) 北海道釧路市や(事例11) 東京都町田市などでは、行政担当者や各推進員が定例の会議を開催し、活動の共通認識を図っています。

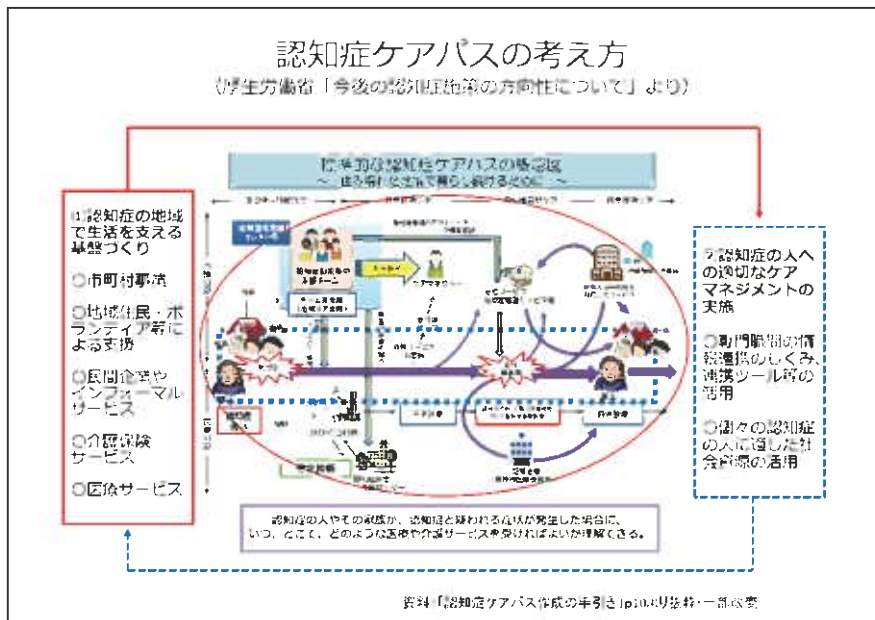
3. 認知症の人とその家族の支援体制の構築のために

(1) 認知症ケアパスの考え方と推進員の活動

「認知症ケアパス」とは、「認知症の人やその家族が、認知症と疑われる症状が発生した場合に、いつ、どこで、どのような医療や介護サービスを受ければよいか理解できる」ためのもので、市町村においては人口や高齢化率、地域特性等を踏まえつつ、どのような容態の認知症の人に対し、どのような支援が地域にあるかをわかりやすく整理し、住民に向けて提示していくことが求められています。

「認知症ケアパス」が機能するためには、①「認知症の人が地域で生活するための基盤づくり」と、②「認知症の人への適切なケアマネジメントの実施」の2つが重要となります。①「認知症の人が地域で生活するための基盤づくり」とは、地域にある医療・介護・福祉サービスの他、地域住民や民生委員、商店街や民間企業といった「地域社会にある資源全般」を活用し、認知症の人を地域で支えるための基盤作りのことであり、②「認知症の人への適切なケアマネジメントの実施」とは、地域にある様々な社会資源を適切に組み合わせ、専門職間の情報連携ツール等を活用しながら、個々の認知症の人たちに対してより効果的な支援を提供できるようマネジメントしていくことです。

推進員は、地域で暮らす認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるための、地域の支援者や支援機関の連携の要役であり、認知症ケアパスの考えを理解しつつ、地域にどのような資源があるのか、その資源をどのように結び、どのように活用すると認知症の人の生活の支えになるかを考えながら、活動を進めていきます。



《解説・資料》

→ 認知症ケアパスに関する詳細は厚形福祉協会「認知症ケアパス作成の手引き」を参照してください。
www.zaikai.or.jp

→ (事例14) 東京都町田市では、委託包括に所属している認知症地域支援員が、担当区域の社会資源を洗い出し、西郷ごとにそれを整理した上で、今後必要な資源を協議し、市に提案しました。

→ (事例15) 京都府舞鶴市では「まいつづる認知症相談ガイドブック」を作成し、認知症リポーター養成講座でテキストとして使用したり、市役所の窓口や認知症疾患医療センター、開業医等で配布をしています。また、作成したケアパスが支援体制の評価ツールとして活用を図れる可能性が見えてきました。

(2) 認知症の人の容態に応じて適切なサービスが提供されるための連携支援

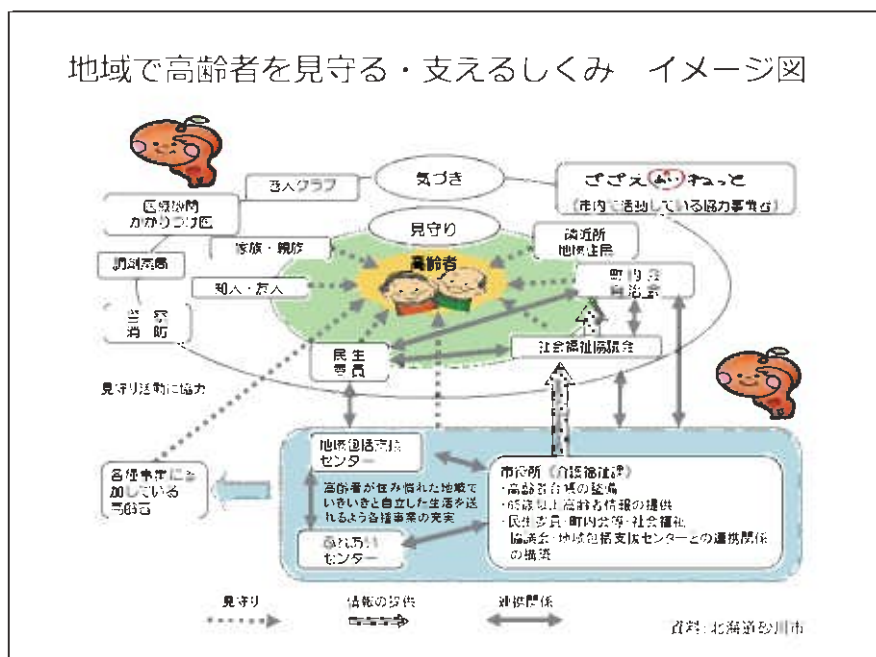
①連携・ネットワークの種類

推進員の役割として最も期待されているのは、地域の関係者をつなぐ連携支援・ネットワークの構築です。「連携・ネットワーク」には、以下の2つの種類があります。

- 1) 地域全体の認知症の人を支える連携・ネットワーク
地域で暮らす不特定の認知症の人を支援するためのネットワーク
- 2) 個々の認知症の人を支える連携・ネットワーク
1人1人の認知症の人の生活を支えるためのネットワーク

1) 地域全体の認知症の人を支える連携・ネットワーク

例えば家族支援や若年性認知症の人への支援、見守り・SOSネットワークのように、地域で暮らす不特定の認知症の人を支援するための連携・ネットワークです。「課題となるテーマに応じた連携・ネットワーク」とも言い換えることができ、関係者間の連絡会や協議会、定期的な会議の開催等を通じ、連携やネットワークが築かれています。



→ (事例1) 北海道砂川市における「地域で高齢者を見守る・支えるしくみイメージ図」です。各地域においても、このような連携・ネットワークが築かれていると思います。

(解説・資料)

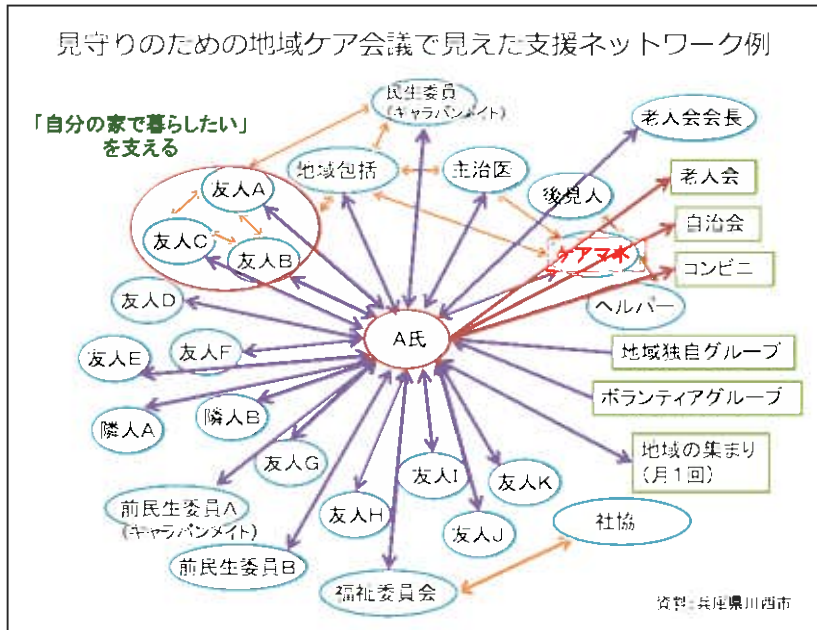
→ (事例8) 千葉県市川市では、高齢者の状況把握を通じ、地域の見守り活動の必要性を感じて交流会を開催。しかし、住民の参加が少なかったため、地域の実情に詳しい自治会長に説明をし、自治会役員会議に出向き、関係を築きながら、住民への声かけをお願いして、参加者を増やしていきました。

→ (事例24) 長崎県諫早市では、個々の認知症の人を支えるために、専門職間の情報連携シートである「オレンジ連携シート」を作成し、医療と介護の両者が本人視点で総合的な支援ができるように工夫しています。

2) 個々の認知症の人を支える連携・ネットワーク

個々の認知症の人のニーズ（例：夕方になると外に行き、家に帰れなくなることがあるため、無事に家に帰れるよう、見守りをする人が必要）に合わせて作られる連携・ネットワークです。

個々の認知症の人を支える連携・ネットワークは、連携・ネットワークを構築する目的がより具体的であると同時に、友人、民生委員、主治医、介護保険事業所職員、近隣のスーパーや商店の人等、様々な人との関わりと、柔軟な発想、対応が求められます。



→（事例 21）兵庫県川西市では、地域でのネットワークを中心に、個別支援のためのネットワークが作られています。上記は A 氏に関わる様々な関係者をつないだ結果、友人を中心に主治医や民生委員、ボランティアグループ等による支援ネットワークがあったことに気づきました。



《解説・資料》

→（事例 8）千葉県市川市では、民生委員交流会で「どうしたら地域の輪ができるのか」ということを話し合っていく過程で、まずは地域の高齢者の実態を把握することにし、塩たきり高齢者や独居高齢者、高齢者世帯、障がい者世帯の把握をしました。それにより、地域の見守りの重要性に気づき、その後の活動につながっています。

→（事例 13）岐阜県恵那市では、認知症カフェを実施するに当たり、飲食代は予算化できない、場所代の予算がないといった課題がありつつ、それでも地域の人たちに知られる活動にしたいと、民間のカフェ（企業）に連絡を取ったことで、その企業が仲間となり、結果、企業と連携、包括とが一体となって認知症カフェの実施に至っています。

② ネットワークづくり・連携支援のポイント

地域全体や個々のケースのネットワーク作りを着実に進めていくためには共通のポイントがあります。

● 連携・ネットワーキングの目的と目指す姿を関係者間で共有する

認知症の人を支える様々な人や機関が、立場や職種、価値観の違いを越えて連携していくためには、まずはその連携・ネットワークの目的や目指す姿について、関係者間で理解・共有することです。特に地域全体の連携・ネットワークの構築に当たっては、関係者間での会議や連絡会が開催されることが多いと思いますが、その際には目的や目指す姿について、全員で丁寧に確認していくことで、話し合いをより効果的に行うことができます。

「認知症になっても安心まちづくり連絡会」の開催

◎ 認知症になっても安心まちづくり連絡会

認知症の方に関わる関係者で構成 27団体

(医師会・歯科医師会・薬剤師会
介護施設関係者・家族の会
ケアマネジャー代表・
社会福祉協議会・金融機関
理容師組合・タクシー協会
弁護士・消防・警察・岩手県
市役所関係課等)



※ 日常の業務を通じて認知症に対する問題意識が高いと思われる関係機関や事業所に出向き相談した。初回の丁寧な情報交換が効果的。

資料：岩手県奥州市

→ (事例3) 岩手県奥州市では、市町村事業である「医療・介護・地域支援サービスの連携を図る事業」において①住民との協働を含めた連携に焦点を当てる、②部分的連携にとどまらず、当事者の安心を町ぐるみで行うための連携に向けた連絡会をメインに据える、③課題の中でも優先順位の高いテーマを選び、具体的な解決を図っていくための部会を設置する(徘徊対応部会、普及啓発・相談対応部会、認知症介護の便利帳作成部会、金銭管理・権利擁護部会)、④連絡会・部会での検討と、個別支援の検討を連動させるための構成にする、といった点に考慮し、「認知症になっても安心まちづくり連絡会」を立ち上げました。

(解説・資料)

→ (事例17) 大阪府富田林市では、認知症普及啓発用のオリジナルDVDを作る際、地域のボランティアグループの他、老人クラブ、民生・児童委員、ケアマネジャー、医師、包括職員、市職員が参加しました。

→ (事例20) 兵庫県加東市では、認知症リポーターの養成を通じ、高齢化率No.1の地域では地区別体が自主的に100円喫茶を始めました。

→ (事例22) 香川県綾川町では介護予防サポーターを育成し、地域ごとに集いの場の開催やお話しボランティア等の活躍をされています。

→ (事例16) 京都府綾部市では「ワールド・カフェ(圏域ケア推進会議)」を開催し、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、ボランティアが一層に介して意見交換を行っています。

●仲間を作る、見つける

連携やネットワークづくりを効果的に進めていくためには、地域にいる多様な専門職、行政職、住民、地域で働く人達、子供や学生等、様々な人たちの協力を得て、仲間を増やしていくことが大切です。そのために、地域にどのような人、組織等があり、それぞれの強みは何かを把握します。

また、連携やネットワークへの協力を依頼する際には、その目的や目指す姿を丁寧に伝え、理解を求めるとともに、共につながることによって双方にどのようなメリットがあるのかを考えていきましょう。

地域の仲間たち		
友人	銀行	かかりつけ医
地域住民	コンビニ	多種の専門医
民生委員	スーパー	薬局
自治会長	ショッピングセンター	栄養士、PT、OT、ST等
公民館長	商店街	認知症専門の看護師、介護職
地区社協	レストラン	相談員、ケースワーカー、PSW
福祉協力員	ファストフード	介護事業所、事業者連絡会
老人クラブ	弁当屋	運営推進会議
ボランティア	電車	社会福祉協議会
大家	バス	市役所窓口、行政の多様な部署
管理人	タクシー	保健センター、福祉事務所
子ども・学生	郵便局	消費生活センター
PTA	ガソリンスタンド	家族の会
	宅配業者	電話相談
	農園	警察 消防署、消防団
	ホテル	弁護士・司法書士、市民後見人
	温泉	学校 図書館

資料：平成26年度第1回認知症地域支援推進員研修 山形市佐藤氏の発表資料より抜粋、一部改変

→（事例13）岐阜県恵那市では、認知症カフェを開催するに当たり、①今までいろいろな事業をやっても、一部の人にしか知ってもらえていない、②参加者の飲食代は予算化できない、喫茶店を借りるにしても予算を取っていない、といった課題がありましたが、推進員の「病院併設のデイケアに民間企業のカフェ（SB社）が入っている。なんとかならないか？」という発案から、関係者を通じてSB社に連絡が行きました。

SB社では社会貢献事業を実施しており、「とても良い活動だし、事業としてやる以上は1度きりではなく、継続してやってほしい」という申し出があり、結果、SB社からコーヒーとスタッフの提供を頂き、「自由に専門店のコーヒーを飲んでいただきつつ、医師や専門職に気軽に認知症に関する相談のできる認知症カフェ」が実現しました。

（解説・資料）

→（事例17）大阪府富田林市では、認知症普及啓用のオリジナルDVDを作るにあたり、地域のボランティアグループの他、老人クラブ、民生・児童委員、ケアマネジャー、医師、包括職員、市職員から協力を得ました。

→地域の多様な人々の協力を得て、認知症の人を支える取組が広まってきています。そのヒントとして、「認知症の人にやさしいまちづくりガイド」が公開されていますので、参考にしてください。
(http://www.gloc.or.jp/project/dementia/wp-content/uploads/2015/04/dtc_guide.pdf)

(3) 啓発や研修を通じた認知症対応力の向上の推進

① 認知症対応力の向上の推進のねらい

認知症の本人とその家族を支える体制を築いていくために最も重要なのが「人」です。場やしくみができても、認知症の人と家族に適切に対応できる人が増えないと、地域で安心して暮らしていくことができません。ぜひ一般的な知識を伝えるにとどまらず、「この地域で暮らす認知症の人と家族」のために何ができるかを考えられる人、行動を起こせる人を増やすことができるような啓発や研修を考えていきましょう。

② 啓発や研修を実施していく時に留意しておきたいこと

● 推進員の立場と役割の確認：直接よりも「推進」

推進員の役割は、「啓発や研修で直接教える」というよりも、啓発や講座をよりよいものにしていくための企画や運営のために、関係者間の調整や後方支援等を行っていくことです。啓発や研修の現場と一緒に体験することは大切ですが、推進員自身が企画・立案・実行をするばかりでなく、地域の関係者が啓発や研修をよりよく実施していくことを推進していきます。

● 啓発や講座は「手段」

啓発や講座は、あくまでも手段です。最終的な目的は地域の人たちや専門職が必要な知識や気付きを得て、認知症の人や家族が安心、満足できる実践が増えていくことであり、地域でともに支えあっていく人たちが増えていくことです。

啓発や講座を実施することや開催数を増やすことに追われずに、誰のために何のために啓発や研修を行うかを意識しながら進めていきます。

● 自分自身も一緒に育ちながら

推進員は常に世の中の動きや新しい知見・情報を吸収しながら、自分の認識や知識、技術等を伸ばしていくことが大切です。啓発や研修を企画したり、開催に関係していく過程を、自分自身も新たに学び、伸びていく機会として活かしていきたいものです。



●多様な参加者を募る

啓発や研修を推進していく上で、受講の対象者が「いつものメンバー」「いつもの領域」に限ってしまっていないか、見直しましょう。そして、啓発や研修の具体的な対象者を検討し、それらの人たちが参加しやすい時間・場所を設定したり、対象者がいる場所に出向き、啓発・研修を開催するなど、より多くの参加者が募れるような環境を整えます。

地域で働く多様な人たちが一同に集まる機会をつくり、多職種混合のグループで話し合ってみると、多様な成果や効果が期待できます。

**地域行事等に参加する一般住民に
啓発アンケート・認知症〇×クイズ**

★子ども


- ・にもつをむく。
- ・たすける。
- ・いっしょにある。
- ・大人がいっしょにたのびる。
- ・まいごですかと探してみる。
- ・おうちまでお帰ってあげる！

★大人

- ・迷子標を付けて話をします。名前や住所がわからない様子なら、交番に一緒にいきます。
- ・近所の人に知らせる。
- ・お話を聞いて仲良くなって家にお連れしたいと思います。
- ・手をつなぎ、好きな物なんですか？花を見て散歩しましょう。
- ・その方の安全が確認できる状況になるまでしっかりサポートします。
- ・手をつないで目的の場所くらいは案内できると思います。
- ・いつかは自分もその日がくるであろう。声をかけ合って助け合いたい。
- ・はぐれは見守って困っているなれと思ったらやさしく声をかけたいです。
- ・ほすあいさつします。

町で困っている人を見かけたらどうしますか？

住民が多く集うイベントと連携し、幅広い世代の住民対象に認知症に関するアンケートや〇×クイズを実施し、合わせて認知症啓発タオルを配布。



463人のやさしいご意見

**人が多く集まる地域の行事
楽しく参加できる工夫**

資料:京都市向日市

→（事例14）京都府向日市では、地域の様々な人の関心を高めるために、地域行事の場やスーパーで買い物中の一般市民、小中学生とその保護者など、いろいろなところでクイズ形式やアンケートを通じて啓発を行っています。

また、国は新オレンジプランの中で、本人主体の医療・介護等が提供されることを目標としており、その有機的連携を促進するために、専門職を対象とした多職種協働研修（認知症ライフサポート研修）の開催を謳っています。この研修では専門職ごとに異なる視点と目標をグループで話し合いながら、多職種がそれぞれの専門性や認知症ケアにおける役割、機能などを相互に理解し、認め合うことを目的の1つとしています。

《解説・資料》

→（事例2）北海道釧路市では、盲点なかなかに研修に参加できないという声の高い在宅サービスの従事者向け認知症研修会を、年に1回開催しています。

→（事例16）京都府綾部市では、母米像を見据え、認知症リポーター養成講座を受講した人が、将来的に認知症の人のための見守りや、支援の担い手として定着することを目標にステップアップ講座（シルバークラウド講座、ゴールドリポーター講座）を実施しています。

→詳細は「認知症ライフサポートモデルを実現するための認知症多職種協働研修における効果的な人材育成のあり方に関する調査研究事業検討委員会報告書」（ニッセイ基礎研究所）http://www.nli-research.co.jp/report/misc/2014/b_resu140415-1.html または「認知症ライフサポート研修テキスト」（中央法規）をご参照ください。

●一緒に動き出すための研修企画を立てる

研修等で知識を得ただけでは、実際の対応力の向上や連携には発展しにくいという課題があります。そこで、実際の対応に結び付けるために、「アクションを共に生み出す」企画を立てると効果的です。企画の例としては、以下のようなものがあります。

- 認知症の理解や地域生活における支援についての簡単な研修後に、受講者はそのまま行方不明 SOS ネットワークの模擬訓練に参加。参加後、感想や気づきを共有し、ネットワークの改善点や今後各自ができることを話しあう。
- 住民も含めた多職種研修後に、地域の各事業所を訪問し、住民と他事業所の職員が、訪問先の事業所で利用者や職員と交流したり、気づき等について話しあい、互いの改善の機会にする。
- 研修の機会に、住民と多職種でわが町のこれからとそのための具体的なアクションを立案するミーティングを行い、立案したことを実行に移し、その経過や成果を共有しあう。

実際に一緒に動く体験をしてみると、その体験を通じてつながりや相互理解が深まり、日常での連携や協働が増えていきます。また、一人ではできなかったことが、他の人と一緒に動くことで実現できたという「成功体験」をすることで、共に動くことの手応えとおもしろさを体験し、その後日常の中で自然に活動が進むようになります。



〈解説・資料〉

→（事例5）宮城県大崎市では、行政と推進員が一体となって「認知症地域支援推進チーム人材育成事業」を実施し、地域包括支援センターごとにチームを作っています。また、医療介護職を対象とした循環型育成プログラムを組んでいます。

Ⅲ 自地域で推進員活動を展開するために

1. 推進員活動をより効果的に行うために

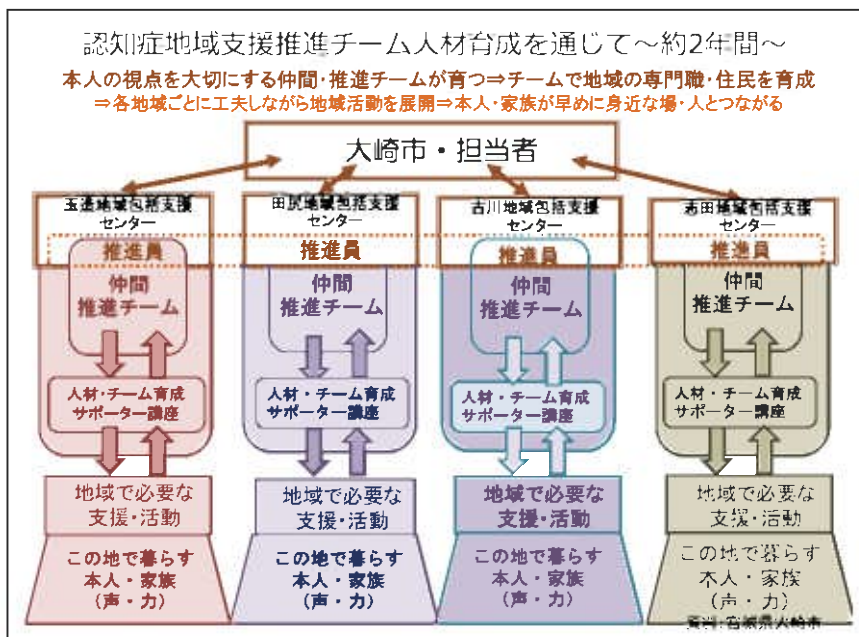
推進員の活動は幅が広く、また限られた時間と人数で進めていかなければなりません。そのためには地域の専門職や関係者、住民の人たちの協力を得ることはもちろん、「楽しく」活動を進めていくことも大切です。

●地域支援の推進役になる人・チームを育てる・育ちあう

認知症の人やその家族を支えるネットワークや、地域の人たちの認知症への理解を高めることを推進員一人で行うことはとても難しいことです。ぜひ、推進員とともに取り組んでいく「推進役」となる人を一人、また一人と増やしていきましょう。

医師や介護職等の専門職の中にも、認知症の人を支える地域づくりをしていきたいと願っている人やきっかけがない人がいます。また、地域住民や地域で働く人たちの中に、推進役として素晴らしい力を発揮してくれる人がいます。ぜひ推進役として一緒に活動を進めてほしいとお願いしてみましょ。

なお、「推進員が推進役を育てる」というより、それぞれが学び、育ちあっていく関係が大切です。



→ (事例5) 宮城県大崎市では、地域包括支援センターごとに推進員を配置し、そこに「推進チーム」を結成することで、人材育成や地域に必要な活動を推進しています。

(解説・資料)

→ (事例20) 兵庫県加東市では、認知症サポーターの養成を通じ、高齢化率No.1の地域では地区団体が自主的に100円喫茶を始めました。

→ (事例22) 香川県綾川町では介護予防サポーターを育成し、地域ごとに集いの場の開催やお話しボランティア等の活動をされています。

→ (事例16) 京都府綾部市では「ワールド・カフェ(区域ケア推進会議)」を開催し、包括が主催し、圏域内の医師、介護の専門職と自治会役員、民生委員、ボランティアが一堂に会して意見交換を行っています。

●地域で生まれている取組や成果を丁寧に見出し、活かす

さまざまな連携や啓発、研修を行っていくと、地域の中で様々な動きが出てきます。そういった成果（たとえ小さくても）やエピソードを丁寧に見出していくことが大切です。推進員がそれらに光をあてると、その人たちの自信ややる気を高めていき、さらなる発展につながることも少なくありません。

また、地域で始まっている様々な取組を、自分の中や報告書の中だけでとどめずに、地域の住民や多職種、行政部署に積極的に伝え、活かしていきましょう。



→（事例16）京都府綾部市では、地域の人たちが、普段取組んだことで、ちょっとよかったエピソード（小さな取組成果）をこのカードに記入してフィードバックしてもらっています。これにより、地域の人たちとのコミュニケーションが深まったことに加え、地域の動きや変化がとらえられるようになりました。

●生きたつながりのための楽しいアクションを

どのような事業・活動であっても、解決困難な事態（経済的問題や資源・人手不足、時間不足など）に直面することがあります。そういったとき、関係者間には徒労感や無力感、あきらめ感が広がりますが、こうした状況を打開するために、皆が楽しめる活動の企画を立て、別の角度から解決困難な事態に取り組んでみましょう。

→（事例13）岐阜県恵那市では、「RUN伴」という、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いでゴールを目指す企画に参加しています。

2. 推進員同士のネットワーク

推進員は、専門職の連携体制構築の支援や、住民や専門職などの人材育成の体制を整えたりしながら、地域の認知症施策を推進するコーディネーターの役割を担っています。

しかし、実際に配置されると、認知症疾患医療センター等、医療機関との連携や地域のネットワークづくりなど、「何から始めるとよいかわからない」「他の地域包括支援センター職員との関係性や他の関係機関等の中で悩む」ことが多々あります。また、活動がうまく進んでいるようでも独りよがりになったり、自分のいつもの視野ややり方の範囲でとどまってしまう危険があります。

そこで、ぜひ推進員の研修の機会に合った人同士や、近隣の市町村の推進員同士と声をかけあい、ネットワークをつくっていきましょう。

●推進員同士が継続的に集まる機会を作る

顔の見える関係ができていないと、なかなか連絡や相談がしにくいというのが実際です。配置された推進員が孤独にならず、実際の課題を解決する力を高めていくには、同じ仕事をする推進員同士が集まり、顔の見える関係を育てていくと大きな力になります。単発ではなく、継続的な集まりになると、さらに効果が高まります。その際には、推進員一人ひとりが持っている知識やスキルを最大限活かしていきましょう。

●各地域の成果を確認・共有する

課題や問題について話し合うことはもちろんですが、取組を継続して積み重ねていく中で、得られた成果を推進員同士で共有していきます。自分ではあたり前に活動していたことが、他市との情報交換を通じて気づくこともあります。成果を共有することで、他のメンバーが担当区域での実践に活用することができるなど、一人の成果が他の推進員の地域での次なる展開につながっていきます。

●取組の協働や相乗り、互いの応援を

推進員同士が自治体を超えてつながることで、自分の地域だけではできなかったことを一緒に相談しあったり、お互いのアイデアを交換し合うなど、推進員同士が協力し合い、広域で必要な取組・仕組み作り（行方不明探索の広域ネットワーク作りなど）を考えることが出来るようになります。また、他市の推進員が企画した研修や催しの企画に相乗りをさせてもらったり、企画の当日に自分の地域の関係者と一緒に参加することで、自分の地域の次の動きにつなげている地域もあります。

その他、地域の推進員が研修・行事等に取組む際に応援をしあって、ネットワークを深めている地域もあるなど、推進員同士が互いに応援しあおうことで、体験を2倍、3倍にしていくことができます。

〈解説・資料〉

一会議の確保や連絡、資料作成、そして討議を深めたり、話し合いの結果を事業や施策に反映していくためには、行政担当者の相談や協力が大切です。しかし、行政任せにせず、推進員同士が主体的に集まりの企画・運営を主体的に進めて続けていきましょう。

一参加できない人もつなかり続けられるように、会議録を作成・共有している地域もあります。

④推進員活動の成果や課題を互いにまとめ、活かす

推進員が配置されて活動するようになってからまだ日も浅く、推進員の活動や成果、課題の実際はまだよく知られていません。そこで、ぜひ推進員同士でいっしょに成果や課題をまとめてみましょう。まとめたものは、推進員同士はもちろん、行政担当者や医師会、関連団体や関係者、地域の人たちに紹介したり、報告・発表する機会をつくることで、今後の取組に活かしていきます。

また、成果や課題を推進員同士がまとめることで、推進員の立場や働く環境を今後よりよいものにしていくための貴重な資料（根拠）になります。

⑤全国の推進員とつながる ～一歩先の活動に向けて～

国は平成30年度までに全国の市町村に推進員を配置することを求めています。そのため、今後推進員数は飛躍的に伸びていくと思われます。ぜひ全国にある「似たような地域特性」や「同じような課題」を持っている地域の推進員とつながり、情報交換をしてみましょう。それぞれの工夫や成果を確認し合うことで、お互いの情報量が豊富になり、比較検討ができると同時に、自分の活動の振り返りや次の活動へのヒントになります。

また、全く異なる特徴を持つ地域の推進員と交流することで、それまで課題だと思っていたことが、他地域から見ると活動を推進する上での強みにも取れたり（例：地域に医療機関が少ないことが課題だと思っていたが、医療機関の数がとても多い地域から見ると、個々の医療機関との関係が築きやすく、連携しやすい状況であった、等）、新たな視点に気づくこともあります。

このように、各市町村の推進員が情報共有・協働することで、お互いがお互いを励まし、切磋琢磨する関係が築かれることで、推進員の活動はさらに広がっていくでしょう。ぜひ電話やメールでのやりとり、地元の講演会や研修等の講師として依頼する、自地域の行政担当者や関係者と一緒に視察に行くなど、様々な形でつながりを作っていきましょう。

全国の認知症地域支援推進員の皆さんへ

平成 27 年度から認知症地域支援推進員の活動が総合支援事業の一環として始まります。すでに取組が始められている自治体もありますが、多くの自治体ではこれからでしょう。

認知症の人に限らず、身体の病気になっても治療を受けられることと、介護保険のサービスを利用するときに利用を断られないことの 2 つが保証されなければ、安心して地域で生活することができません。特に認知症の場合、できるだけ早く認知症であるのかどうか、認知症であればその原因を見極めることがまず必要になります。原因によって治療だけではなくケアの方法が異なるからです。また、認知症の人やその家族ができるだけ早く地域包括支援センターに相談できる体制を構築したり、あるいは医療機関を訪れたり、適切な支援が提供できるよう、家族や関係者を含めて地域の人たちの認知症の理解を促進していなければなりません。

これらの体制づくりや認知症の理解を促す活動を進めていくときに、旗を振ることが認知症地域支援推進員の最大の役割です。どのように進めればいいのかについては、この手引きでまとめています。現場や家族の声に耳を傾けながら、できそうなどころから取りかかってみましょう。

認知症介護研究・研修東京センターも、皆さんの成果や課題を他の地域の認知症地域支援推進員と共有し、解決するための手立てを考える機会を提供していくつもりです。また、認知症施策の動向等を注視しながら、必要に応じてこの手引きをアップデートをしていきたいと思えます。

繰り返しますが、皆さんの地域の認知症の人が安心して地域で生活を続けられるかどうかは皆さんの活動にかかっています。皆さんの活動を応援しています。

平成 26 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業
「地域で認知症施策を推進するための認知症地域支援推進員のあり方に関する
調査研究事業」検討委員会委員長
社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター センター長
本間 昭

平成 26 年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）
地域の認知症施策を推進するための認知症地域支援推進員のあり方に関する調査研究

検討委員会委員（○は委員長）

- 佐藤 アキ 熊本県山鹿市福祉部長寿支援課 課長
畑野 相子 滋賀医科大学臨床看護学講座 教授
藤田 佳也 京都府宇治市役所健康福祉部次長 兼 健康生きがい課長
古川 歌子 東京都町田市いきいき健康部高齢者福祉課高齢者支援係 係長
○ 本間 昭 社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター
センター長
森岡 朋子 大阪市社会福祉協議会 福祉総括室地域福祉課
主査・認知症連携担当
矢吹 知之 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
主任研修研究員

* 敬称略、50 音順

【オブザーバー】

- 厚生労働省老健局高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室 室長補佐 櫻井 宏充
厚生労働省老健局高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室 担当官 角田 淳子

【事務局】

- 社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター 副センター長 佐藤 信人
社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター 研究部長 永田 久美子
社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター 主任研究主幹 進藤 由美
社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター 主任研修主幹 中村 孝一
社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター 研修主幹 小谷 恵子
社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター 研修事務 南部谷千昌
社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター 研究事務 翠川 沙織

平成 26 年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）
認知症地域支援推進員 活動の手引き

平成 27 年 3 月

編集 地域の認知症施策を推進するための認知症地域支援推進員のあり方に関する
調査研究検討委員会

発行 社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター
住所 東京都杉並区高井戸西 1-12-1
電話 03-3334-2173 (代表)

禁無断転載