平成 28 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・ケア向上事業を活用した
認知症の人やその家族への支援体制の推進に関する
調査研究事業　報告書

社会福祉法人浴風会

認知症介護研究・研修東京センター

平成 29（2017）年 3 月

平成28年度厚生労働省老人保健健康増進等事業

認知症地域支援・ケア向上事業を活用した
認知症の人やその家族への支援体制の推進に関する調査研究事業　報告書

目　次

【本調査研究の要旨】
１．目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３
２．調査の実施状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３
３．全国調査結果から明らかになったこと：課題・・・・・・・・・・・・・・・・・４
４．課題に対する提案：考察・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・６

【Ⅰ．目的と検討委員会の設置】
１．背景・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・９
２．目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・９
３．検討委員会の設置・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１０
４．検討委員会の開催・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１１

【Ⅱ．調査研究の構造と方法】
１．本調査研究の全体構造・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１３
２．本調査研究の方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１４

【Ⅲ．認知症地域支援推進員の配置状況と活動実態・効果等に関する全国調査】
１．調査方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１５
２．調査項目の構造と内容・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１５
３．調査結果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１６

【Ⅳ．全国調査に基づく聞取り調査】
１．調査目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４７
２．調査対象地域の選定・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４７
３．調査方法・調査項目・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・４８
４．聞取り調査結果から得られた示唆・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・５０
５．聞取り調査の詳細内容・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・５３

【Ⅴ.「認とも」に関する聞取り調査】
１．調査目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１０７
２．調査方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１０７
３．調査結果の要点等・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１１０
４．推進員に対する「認とも」の進め方の示唆・・・・・・・・・・・・・１１４

【Ⅵ. 考察及び推進員活動と推進員の配置と効果的な活動の推進に関する提案】
１．研究事業全体から見えてきた現状と課題・・・・・・・・・・・・・・１３７
２．課題に対する提案・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１４１

【Ⅶ. 報告会の開催】
１．開催地・時間・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１４７
２．参加者数と所属内訳・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１４７
３．内容・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１４７

【参考資料】
参考資料１　市区町村調査票・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１５１
参考資料２　推進員調査票・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１６１
参考資料３　「認知症地域支援推進員の効果的な活動」報告会における事例報告一覧　１７１

【本調査研究の要旨】

１．目的

国は、平成 27 年 1 月に策定された新オレンジプランを通じ、平成 30 年度までに全国の市区町村に認知症地域支援推進員（以下、推進員とする。）を配置することを目標に掲げている。現在、市区町村で推進員の配置が進められているとともに、配置された推進員が効果的な活動を展開していくための環境整備や活動のあり方が大きな課題となっている。

そこで本事業では、全国の市区町村および配置された推進員を対象とした実態調査および聞取り調査を通じて、市区町村の推進員の配置や環境整備のあり方、配置された推進員の効果的な活動のあり方を検討し、生じている課題に対する提案を行う。

また、その一環として、推進員の役割の一つとされている「認知症の人の居宅を訪問するボランティア（「認とも」）等により認知症の人を支援する方法・取組み」の実態に関して聞取り調査を行い、「認とも」の仕組みを各自治体で形成し効果的に機能させていくために必要な推進員の活動のあり方やそのプロセスについての検討を行う。

２．調査の実施状況

１）認知症地域支援推進員の配置状況と活動実態・効果等に関する調査（全国調査）

① 調査方法：質問紙調査

② 調査期間：平成 28 年 11 月 15 日～平成 28 年 12 月 26 日

③ 調査対象

・市区町村調査（悉皆調査）

都道府県認知症施策担当者を通じて各市区町村に配布を依頼。

対象数：1,741 件、回収数：1,001 件（回収率：57.5%）

・推進員調査（平成 28 年度 9 月末段階で配置された推進員の悉皆調査）

各市区町村認知症施策担当者から管内に配置された推進員に配布を依頼。

回収数：1,648 件

２）効果的な推進員活動に関する聞取り調査

① 調査対象：上記全国調査結果をもとに、推進員の基本的役割機能に関して効果を上げているとの回答を寄せた好事例を抽出し、その中から地域特性や地理的分布、配置状況等を勘案し、6 市町を対象とした。

② 調査方法：現地で推進員ならびに市区町村の担当者に聞取りを実施。事前に、当日の聞取り調査項目(半構造質問票)を送付し、当日はそれをもとに、聞取りを行った。

３）「認とも」に関する推進員活動等に関する聞取り調査

① 調査対象：認知症介護研究・研修仙台センターによる認知症カフェに関する調査（『認知症カフェの市区町村等の設置および支援状況調査』）で把握された「認とも」に類似する活動を実施している地域のうち、参加者が自発的に訪問活動に取り組んでいる 4 地域を認知症介護研究・研修

東京センターが独自に抽出し対象とした。

② 調査方法：現地で認知症カフェ運営者に聞取り調査を実施。事前に、当日の聞取り調査項目(半構造質問票)を送付し、当日はそれをもとに、聞取りを行った。

３．調査結果から明らかになったこと：課題

１）推進員の配置のあり方について

○市区町村調査結果によると、平成 28 年度末までに配置済み（配置予定）の市区町村は、回答のあった市区町村のうち 73.7%であり、人口規模が小さい市区町村ほど未配置（平成 29 年度以降配置予定）のところが多い傾向がみられた。また、平成 27 年度までに配置済みだった市区町村の中で 28 年度に増員した市区町村が 20.8%みられた。

○配置基準としては、人口規模が 10 万人以上になると、市区町村全体を担当する推進員と圏域・地域を担当する推進員をあわせて配置するところが多くなる傾向が見られた。

○聞取り調査を通じて、人口規模が大きくても推進員を 1 人配置、反対に小規模ながら推進員を複数配置するなど様々であり、実際には市区町村によって配置のあり方に大きな多様性があることが確認された。現段階ではどの市区町村も手探りの状態であると思われ、今後も、市区町村における配置をめぐる動きを注視していく必要がある。

○配置上の工夫では「認知症ケアや地域づくりの実績のある人材を選抜して配置している」と回答した市区町村が 30.8%だったほか、圏域毎に配置（16.1%）、推進員が異動しても活動を継続できるように同事業所内に複数配置している市区町村（20.5%）など、市区町村が実情に応じた工夫を行っていた。

○推進員の勤務・配置状況では、委託の地域包括支援センター(包括)に配置されている推進員が 53.2%、直営包括が 27.4%、包括があわせて 80.6%を占めていた。89.2%が常勤、83.2%が所属先の業務と兼務しており、全業務のうち推進員活動に占める割合は、専任を含めて平均すると 34.2%であった。また、他の認知症施策の中では認知症初期集中支援チーム員との兼任が 33.2%となっていた。

○聞取り調査では、市区町村ごとに配置方法に工夫を凝らし、行政機関、関係機関と情報の共有や伝達、役割分担を行える連携体制を組んでいた。

以上、平成 30 年度までに全市町村で実施するために全国で配置が急がれる中で、すでに配置済みのところでは、地域の実情に応じて工夫や調整を行いながら、安定し、かつ継続性ある推進員活動のための工夫や調整を行い始めていることが確認された。

今後は、人口規模等の地域特性を踏まえつつ、推進員を地域のどこに、どのように配置することが、地域にある諸資源を活かして本人・家族を継続的に支える支援体制を効率的に築いていけるか、また、推進員が異動する場合も推進員配置と活動の蓄積を継続的に活かしていけるか、市区町村における連携支援の全体と関連づけながら推進員の配置と体制のあり方（フォーメーション）を各市町村が検討し、その強化をはかっていくことが課題である。

２）推進員の活動環境について

○市区町村の担当者、配置された推進員ともに、「話し合いが十分行えている」との回答が 4 割弱であり、共に 9 割を超える人たちが、今後の課題として「コミュニケーションの機会が必要」と回答していた。なお、担当者、推進員ともに、「業務量が多く、推進員事業に十分な時間がとれない」とい

う回答が 8 割前後であった。

○「推進員の役割・活動内容の周知や地域の関係者と連携・調整を十分しているか」に関しては、担当者が 15.6%、推進員が 25.5%と低率であり、「関係機関への推進員の役割や活動内容の PR が必要」との回答が担当者、推進員ともに 9 割を超えていた。これらの結果から、PR の必要性を感じつつも実行できていないことに苦慮している状況がみられた。

○「推進員活動の計画を一緒に立てていない」という回答が、担当者の 49.0%、推進員の 36.5%、また「推進員活動の評価を一緒にしていない」が、担当者の 50.6%、推進員の 47.1%であった。

○推進員の配置年度別に推進員調査の結果をみると、配置後の年数が長いほど、担当者との共通認識や協力関係が「できている」という回答が多い傾向にあり、経験の積み重ねにより活動環境の改善が図られていく状況が伺えた。

担当者と推進員とのコミュニケーションや協力関係をより強化し、PDCA サイクルを意識しながら一つひとつの活動を丁寧に振り返り、次につなぐ（次の活動、そして次の担当者や推進員にも）必要がある。また築いてきた地域との信頼関係を損なうことなく継続性・安定性を維持していくことも念頭に置いて、推進員と市区町村の協力体制を築く必要がある。

3）推進員の活動内容と効果

○活動内容とそれらに推進員が果たしている機能を見てみると、各種の活動に関して推進員が多様な機能を果たしていることが確認され、活動内容別に機能の分布に違いがみられた。

○活動の効果としては、担当者・推進員ともに、活動総量が多かった「啓発活動」、「認知症サポーター養成講座」、「地域ケア会議（事例検討）」、「認知症カフェ等の開催」において「効果あり」とする回答が多い傾向がみられた。

○なお、「地域リーダー役になる人材/チームの育成支援」や「地域の多様な人が一緒に活動する機会作り(アクションミーティング等)」は、活動総量にくらべて効果を感じている割合が高かった。

○推進員が「事業関係者間のつながりが拡充した」と回答した活動を配置年度別に見てみると、多くの活動で経験年数が長くなるほど高い傾向が確認された。

推進員は、「つながりづくり」をより意識することで効果的な活動へと発展していく可能性があることが示唆され、効果や地域の変化(成果)をより生み出していくためには、継続的な配置と活動が大きな課題である。

4）活動を通じて地域で生じる変化(成果)

○担当者、推進員ともに実感している変化として「関係機関からの情報提供が増えてきた」という回答が 5 割であり、「地域で働く人たちが見守ったり支えるケースが増えてきた」、「地域住民が見守ったり、支えるケースが増えてきた」という回答がそれぞれ 3 割強であった。その他、推進員が多様な変化を生み出しつつあることが確認され、それらは推進員としての活動年数が長いほど高い傾向がみられた。

○個々の活動とその効果の捉え方を市区町村担当者と推進員の結果で比較してみると、多くの項目で市区町村のほうが推進員より高く効果を感じていることがわかった。

以上のことから、活動を通じて生じて生じつつある多様な効果・変化を、行政と推進員でそれらを丁寧に把握・共有することが必要である。

５）　認知症地域支援推進員の活動の広がりについて

〇8 割の推進員が所属先業務と兼務し、3 割の推進員が認知症初期集中支援チーム員を兼任していた。

〇聞取り調査では、各種の業務との兼務・兼任についてメリットを挙げる人が多く、情報や支援方針の共有によって認知症の人に必要な支援につながったり、担当者としても効率的な支援ができるという声が多数聞かれた。

〇聞取りの対象者で、兼務・兼任のメリットが語られた市区町村ではどこも複数の推進員が配置されていたほか、所属する組織全体で推進員を含む各職種が地区や対象者、業務役割を分担しながら活動を進めていた。

これらの点から、推進員活動の幅が広がりつつあり、専任・兼務や個々の専門性の強み・弱みを見極めながら、活動の整理・統合を図っていく必要がある。

４．課題に対する提案：考察

１）配置の工夫をしながら、フォーメーションの検討・強化が必要である

〇1 人配置の場合は、既存の相談機関との連携により情報共有と役割分担の明確化を図る

〇複数配置の場合は、市区町村全体での統括の機能強化と推進員同士の横のつながりづくりを図る

〇推進員を要役・調整役として、市区町村全体の関係機関や社会資源との連携体制の検討・見直しを行い、推進員の位置づけや機能をより明確にする

２）活動しやすい環境づくりとして、役割の周知や PDCA サイクルを意識した協力関係の強化が必要である

〇推進員は積極的に地域に出向き、焦らず時間をかけて住民や関係機関と信頼関係を築く

〇行政担当者は、住民の興味関心に沿った媒体を活用した広報活動を通じて推進員の公的な役割の浸透を図る

〇その前提として推進員と市区町村との協力体制を具体的に強化し、推進員の役割や活動計画を明確に持つ

３）各種活動を実施しながら、関係者のつながりを作ることをより意識的に行うことが必要である

〇推進員活動の重点は、活動を通じて関係者のつながり作りを意識的に行うことである

〇地域ですでに行われている見守りや住民同士のつながりを見出し、丁寧に見守り育てる

４）活動を通じて生じつつある多様な効果・変化を、行政と推進員で丁寧に把握・共有することが必要

〇各種活動から生じる多様な効果を、市区町村と推進員で丁寧に振り返ることが大切

〇多くの目で活動を振り返り、意見交換する中で活動の効果や意義を再発見することができる

〇長期的視点を持ちつつ PDCA サイクルを意識して一つひとつの活動に丁寧に取り組む

５）推進員活動の幅が広がりつつあり、専任・兼務や個々の専門性の強み・弱みを見極めながら、活動の整理・統合を図っていく必要がある

○各自の立場・専門性の強みと弱みを見極め、活動の整理・統合を図る
○推進員業務だけでなく、所属組織全体の業務分担を見直すことで、推進員の負担軽減だけでなく、所属組織の活性化にもつながる可能性がある
○推進員が自身の生活や地域とのつながりを大切にしながら気軽に楽しめる活動を展開していくことも一策である。
○都道府県が、管内市区町村の担当者や推進員とともに、取組みの工夫や効果等の共有を図りながら、推進員研修やネットワーク会議等の内容の充実を図る

【Ⅰ.目的と検討委員会の設置】

１．背景

認知症地域支援推進員（以下、推進員とする。）の配置は平成 23 年度に始まった。しかし、当初は任意の配置であったことから、平成 26 年度末における推進員の設置自治体は 225 カ所にとどまっていた。その後、平成 26 年度に策定された新オレンジプランにおいて、医療介護等の有機的な連携の推進の一環として、推進員の配置については平成 30 年度からは全ての市区町村で実施することを求められるようになり、以降、市区町村における推進員の配置の進展が急速に伸びつつあるが、平成 27 年度末時点での実施見込は 839（48.2%）となっており、全市区町村における配置の促進が急務となっている。

推進員は、市区町村が推進員に求めている役割を認識し、地域の実情に応じた活動を展開することが求められているが、市区町村の推進員活動への考え方や環境整備のあり方、それに伴う推進員活動の実際は多様性があり、推進員の量的確保と同時に活動の質の確保も大きな課題となっている。

２．目的

全国の市区町村および配置された推進員を対象とした実態調査および聞取り調査を通じて、市区町村の推進員の配置や環境整備のあり方、配置された推進員の効果的な活動のあり方を検討し、生じている課題に対する提案を行う。

また、その一環として、推進員の役割の一つとされている「認知症の人の居宅を訪問するボランティア（「認とも」）等により認知症の人を支援する方法・取組み」の実態に関して聞取り調査を行い、「認とも」の仕組みを各自治体で形成し効果的に機能させていくために必要な推進員の活動のあり方やそのプロセスについての検討を行う。

３．検討委員会の設置

前述の目的に応じた調査研究が実施できるよう、認知症施策や推進員活動に精通した医師、研究者、県職員、市町職員、認知症地域支援推進員、そして認知症の本人・家族からなる検討委員会を設置した。検討委員及び事務局、オブザーバーは下表のとおりである。

認知症地域支援・ケア向上事業を活用した
認知症の人やその家族への支援体制の推進に関する調査研究事業
検討委員会委員

委員長	粟田　主一	地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所　研究部長
委　員	及川　明美	奥州市健康福祉部地域包括ケア推進室　生活支援コーディネーター（元・認知症地域支援推進員）
委　員	川越　雅弘	国立社会保障・人口問題研究所　研究部長
委　員	國松　明美	新潟県湯沢町地域包括支援センター　主任保健師
委　員	佐藤　信人	認知症介護研究・研修東京センター　副センター長
委　員	佐藤　雅彦	日本認知症ワーキンググループ　共同代表
委　員	長澤　かほる	レビー小体型認知症サポートネットワーク　東京代表
委　員	古川　歌子	町田市いきいき生活部高齢者福祉課地域支援係　係長
委　員	森岡　朋子	元・大阪市社会福祉協議会 福祉総括室地域福祉課
委　員	矢吹　知之	認知症介護研究・研修仙台センター　主任研修研究員
委　員	吉田　知可	大分県福祉保健部高齢者福祉課地域包括ケア推進班　副主幹

（敬称略、50 音順）

【オブザーバー】

平井　智章	厚生労働省老健局総務課 認知症施策推進室　室長補佐
石川　直人	厚生労働省老健局総務課 認知症施策推進室　係長
照井　敬子	厚生労働省老健局総務課 認知症施策推進室　企画調整係

【事務局】

永田　久美子	認知症介護研究・研修東京センター　研究部長
佐々木　宰	認知症介護研究・研修東京センター　研究企画主幹
内藤　典子	認知症介護研究・研修東京センター　研究企画主幹
小谷　恵子	認知症介護研究・研修東京センター　研修主幹

４．検討委員会の開催

＜第 1 回検討委員会＞

日時：平成 28 年 8 月 29 日（月）13:30～15:30
場所：ステーションコンファレンス東京　会議室 401
次第：

１．本検討委員会設置の目的と委員紹介
２．今年度の研究事業の概要説明
３．検討事項
　１）認知症地域支援推進員（以下、推進員とする。）による相談支援・支援体制構築に関して
　　（１） 相談支援・支援体制構築に関する推進員の活動の現状と課題について
　　（２） 推進員が地域の特徴やネットワークを活かして相談支援・支援体制構築を効果的に進めるための活動のあり方について
　２）各自治体で「認とも」の仕組みを形成し効果的に機能させていくための推進員の活動について
　　（１） 認知症カフェ等に関する推進員の活動の現状と課題について
　　（２） 認知症カフェを発展的に展開し、本人・家族等への支援を充実するために必要な推進員の活動のあり方やそのプロセスについて
　３）今年度実施する調査について
　　（１） 「推進員による相談支援・支援体制構築に関する全国調査」について
　　（２） 聞取り調査について
　４）今後の事業の進め方について

＜第 2 回検討委員会＞

日時：平成 28 年 12 月 5 日（月）13:00～15:00
場所：ステーションコンファレンス東京　会議室 401
次第：

１．報告
　１）全国調査の実施状況について
　　（１） 発出状況
　　（２） これまでの回収状況と回収率を上げるための方策について
　２）参考情報：平成 28 年度認知症地域支援推進員研修の実施状況と受講者（11 月末まで）のアンケート結果について
２．検討事項
　１）全国調査結果について（一次集計結果）
　　（１） 市区町村調査結果について
　　（２） 推進員調査結果について
　　（３） 今後の解析の方向性について
　２）聞取り調査のあり方・内容
　　（１） 聞取り調査対象地域について
　　（２） 聞取り内容について
３．今後のスケジュールについて

＜第 3 回検討委員会＞

日時：平成 29 年 2 月 23 日（木）10:00～12:00
場所：フクラシア東京ステーション　会議室 1
次第：

１．経過報告
２．全国調査の最終結果と論点について
　１）全国調査について
　　（１） 報告
　　・最終回収状況
　　・集計結果
　　（２） 論点について（討議）
３．聞取り調査について
　　（１） 全国調査に基づく聞取り調査結果報告
　　（２） 「認とも」に関する聞取り調査結果報告
　　（３） 論点について（討議）
４．報告書の構成と骨子について
５．調査結果報告会について

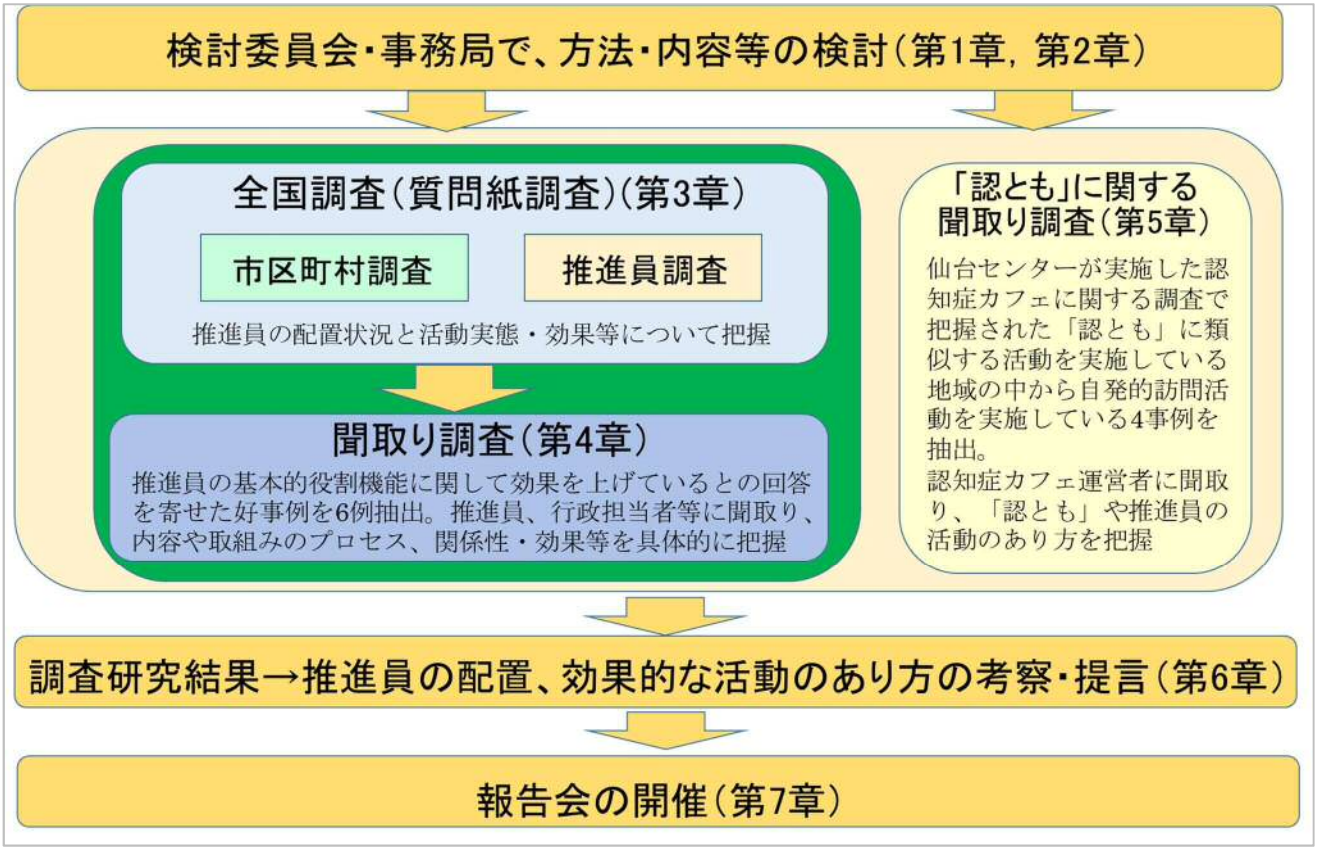
【Ⅱ．調査研究の構造と方法】

１．本調査研究の全体構造

本調査研究では、推進員の配置状況と活動実態並びに活動による効果を把握するため、全国の市区町村を対象とした質問紙による悉皆調査を行うこととした。また、調査結果をもとに、推進員の基本的役割機能に関して効果を上げているとの回答を寄せた好事例を抽出し、質問紙では把握しきれない効果的な配置や推進員活動に関する具体的な内容や取組みのプロセス、取組んだ活動同士の関係性とその効果、市区町村担当者との連携による活動環境づくり等を把握するために、聞取り調査を行うこととした。

あわせて、推進員の役割の一つとされている「認知症の人の居宅を訪問するボランティア（「認とも」）等により認知症の人を支援する方法・取組み」に関して、「認とも」の仕組みを各自治体で形成し効果的に機能させていくために必要な推進員の活動のあり方やそのプロセス等を具体的に把握・検討するために聞取り調査を行った。

以上の全体結果をもとに、推進員の配置および効果的な活動のあり方の検討を行い、考察と提案をまとめた。



本調査研究の全体構造

２．本調査研究の方法

本調査研究事業で実施した調査のそれぞれの方法は、下表のとおりである。

調　査		対象（数）	選定方法	調査方法	主な調査内容	調査実施時期
全国調査	市区町村調査	市区町村の認知症施策担当者（1741）	悉皆	質問紙調査	１.市区町村の概要 ２.推進員の配置状況 ３.推進員の活動環境 ４.推進員の活動内容 ５.活動による効果・変化 ６.課題と今後について *市区町村調査と推進員調査は、比較検討が可能なように一部同一の質問を含めた。	H28 年 11 月～12 月
	推進員調査	2016 年 9 月末時点で配置済みの推進員	悉皆	質問紙調査		
全国調査に基づく聞取り調査		推進員と認知症施策担当者（6 地域）	全国調査で推進員の基本的役割機能に関して、効果を上げているとの回答を寄せた好事例の中から、地域特性等を考慮して選定	半構造的質問項目による聞取り	【推進員への聞取り】 １.配置当初の状況や動きについて ２.配置 2 年目以降、現在に至るまでの状況や動きについて ３.推進員活動のポイントと効果について 【担当者への聞取り】 １.推進員配置初年度の動き（配置にあたっての決定や説明、配慮、課題等） ２.配置後 2 年目以降の動き（推進員との連携やサポートの状況、課題等）	H28 年 1～2 月
「認とも」に関する聞取り調査		「認とも」に類似する活動を実施している「認知症カフェ」の運営者（4 地域）	仙台センターが実施した認知症カフェに関する調査で把握された「認とも」に類似する活動を実施している地域の中から自発的訪問活動を実施している好事例を独自に抽出。	半構造的質問項目による聞取り	１.「認とも」の概念 ２.居宅訪問する際の認知症カフェ等の運営方針・運営方法 ３.マッチングを行う仲介者に関して ４.「認とも」に関して（ふさわしい人のイメージや質担保のための方策等）	H28 年 1～2 月

【Ⅲ. 認知症地域支援推進員の配置状況と活動実態・効果等に関する全国調査】

１．調査方法

１）方法：質問紙調査

２）調査期間：平成 28 年 11 月 15 日
～平成 28 年 12 月 26 日

３）調査対象・配布・回収方法・回収数

○市区町村調査（悉皆調査）

都道府県を通じて各市区町村認知症施策担当者に配布。

対象数：1,741 件、

回収数：1,001 件（回収率：57.5%）

○推進員調査（悉皆調査）

都道府県を通じ各市区町村認知症施策担当者から管内に平成 28 年 9 月末段階で配置された推進員に配布。

回収数　1,648 件

なお、調査票の回答・回収は、施策担当者及び推進員に、Web、メール、FAX のいずれかを選択してもらい実施した。

２．調査項目の構造と内容

市区町村調査と推進員調査の結果の比較を意図して以下のような同一の構造とした。

１．市区町村の概要
２．推進員の配置状況
３．推進員の活動環境
４．推進員の活動状況
５．推進員の活動による効果・変化
６．課題と今後について

なお推進員のみ、上記に加えて「相談支援・支援体制構築に関する活動と変化」関し、詳しく質問する項目を加えている。

調査項目の内容については、巻末の調査票を参照。

調査票の回収数

	都道府県	配布数	市区町村回収数	市区町村回収率	推進員回収数
1	北海道	179	105	58.7	52
2	青森県	40	21	52.5	43
3	岩手県	33	27	81.8	25
4	宮城県	35	23	65.7	74
5	秋田県	25	11	44.0	22
6	山形県	35	18	51.4	23
7	福島県	59	34	57.6	45
8	茨城県	44	26	59.1	12
9	栃木県	25	19	76.0	22
10	群馬県	35	17	48.6	33
11	埼玉県	63	46	73.0	135
12	千葉県	54	32	59.3	89
13	東京都	62	42	67.7	127
14	神奈川県	33	18	54.5	26
15	新潟県	30	14	46.7	21
16	富山県	15	9	60.0	41
17	石川県	19	11	57.9	37
18	福井県	17	10	58.8	12
19	山梨県	27	18	66.7	14
20	長野県	77	40	51.9	42
21	岐阜県	42	30	71.4	59
22	静岡県	35	30	85.7	81
23	愛知県	54	36	66.7	66
24	三重県	29	0	0.0	0
25	滋賀県	19	9	47.4	10
26	京都府	26	18	69.2	23
27	大阪府	43	30	69.8	34
28	兵庫県	41	14	34.1	28
29	奈良県	39	18	46.2	31
30	和歌山県	30	16	53.3	22
31	鳥取県	19	10	52.6	9
32	島根県	19	4	21.1	2
33	岡山県	27	20	74.1	32
34	広島県	23	17	73.9	52
35	山口県	19	10	52.6	20
36	徳島県	24	18	75.0	26
37	香川県	17	12	70.6	29
38	愛媛県	20	17	85.0	20
39	高知県	34	6	17.6	6
40	福岡県	60	42	70.0	50
41	佐賀県	20	11	55.0	12
42	長崎県	21	11	52.4	28
43	熊本県	45	15	33.3	18
44	大分県	18	15	83.3	14
45	宮崎県	26	15	57.7	32
46	鹿児島県	43	24	55.8	32
47	沖縄県	41	12	29.3	17
	合計	1741	1001	57.5	1648

３．調査結果

１）回答のあった自治体の概要、配置状況（市区町村調査結果）

（１）自治体の概要

回答のあった市区町村の面積、人口、65 歳以上人口、高齢化率の分布は以下の通りである。

調査協力自治体の概要（分布）

		件数	%
	全体	1001	100.0
Q1-8.面積	10㎢未満	23	2.3%
	10～50㎢未満	236	23.6%
	50～100㎢未満	174	17.4%
	100～500㎢未満	426	42.6%
	500㎢以上	142	14.2%
Q1-7.市区町村の人口	3万人未満	444	44.4%
	3～5万人未満	156	15.6%
	5～10万人未満	192	19.2%
	10～30万人未満	149	14.9%
	30～50万人未満	36	3.6%
	50万人以上	24	2.4%
Q1-9.65歳以上人口	5千人未満	321	32.1%
	5千～1万人未満	205	20.5%
	1～2万人未満	233	23.3%
	2～3万人未満	89	8.9%
	3～5万人未満	72	7.2%
	5万人以上	81	8.1%
Q1-10.高齢化率	20%未満	128	12.8%
	20～25%未満	300	30.0%
	25～30%未満	268	26.8%
	30～35%未満	181	18.1%
	35～40%未満	82	8.2%
	40%以上	42	4.2%

（２）推進員の配置状況

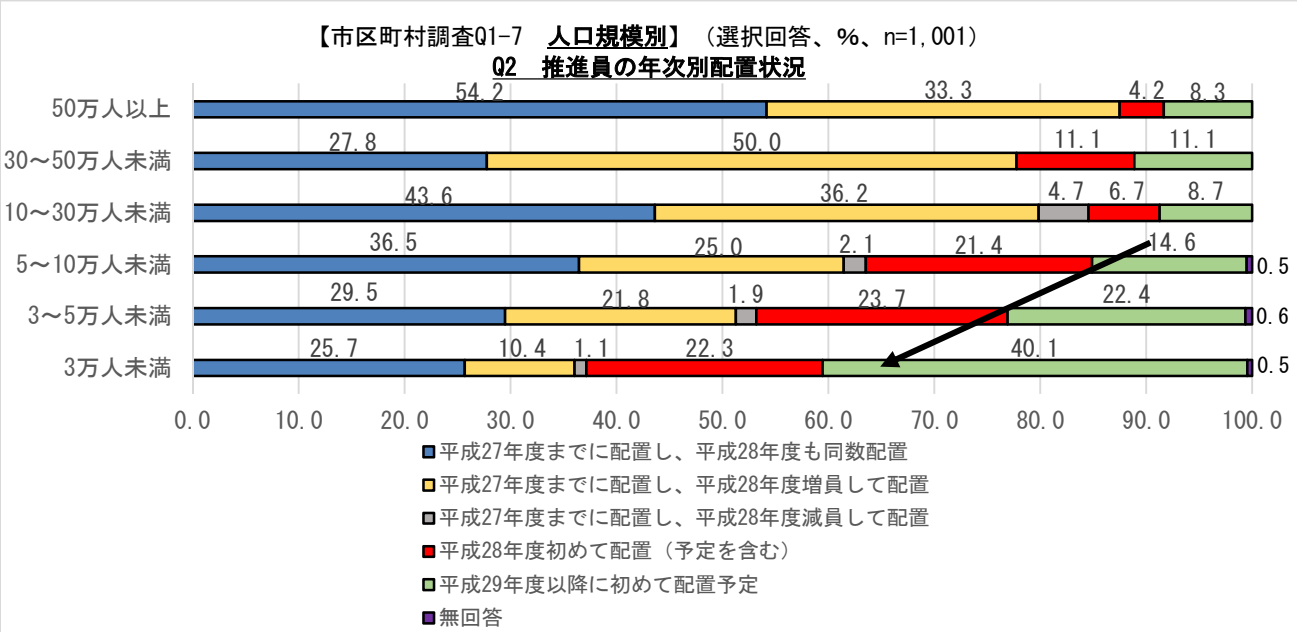
回答のあった市区町村のうち、「平成 28 年度に初めて配置(予定含む)」が 192(19.2%)であり、すでに配置済みの市区町村と合わせ、平成 28 年度までに配置(予定含む)の市区町村は、737（73.7%）であった。また「平成 29 年度以降に初めて配置予定」が 26.0%であった。

すでに平成 27 年度までに配置していて平成 28 年度に増員して配置した市区町村が 208(20.8%)見られた。なおその数を平成 27 年度までに配置済の全市区町村(545)に占める割合でみると、38.2%となる。

一方、「平成 28 年度に減員して配置」の市区町村も少数ながら(1.9%)みられた。

カテゴリー名	n	%
平成 27 年度までに配置し、平成 28 年度も同数配置	318	31.8
平成 27 年度までに配置し、平成 28 年度増員して配置	208	20.8
平成 27 年度までに配置し、平成 28 年度減員して配置	19	1.9
平成 28 年度初めて配置（予定を含む）	192	19.2
平成 29 年度以降に初めて配置予定	260	26.0
無回答	4	0.4
全体	1001	100.0

回答のあった市区町村の配置状況を人口規模別にみた結果は下記の通りである。



人口規模が大きい市区町村ほど早期に配置（平成 27 年度までに配置）している傾向がみられる。

3 万人未満の市区町村では約 40%が「平成 29 年度以降に初めて配置予定」となっている。

「平成 27 年度までに配置し、平成 28 年度に増員して配置」を人口規模別に見ると、30 万人～50 万人未満の市区町村では半数（50.0%）を占めた。

（３）推進員の配置の基準（市区町村調査 Q3(1)）

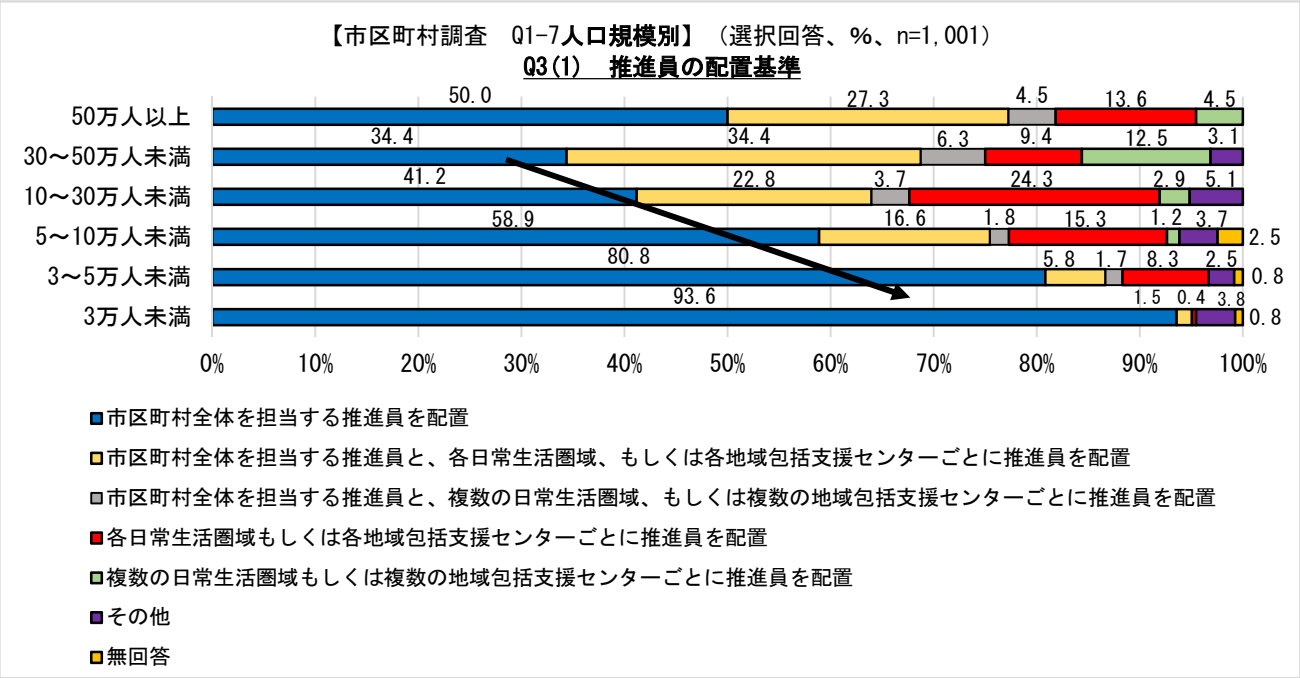
回答のあった市区町村のうち「平成 28 年度までに配置（予定を含む）」と回答した 737 市区町村における推進員の配置の基準をみると、「市区町村全体を担当する推進員を配置」している市区町村が 518(70.3%)と最も多く、次いで「市区町村全体を担当する推進員と各日常生活圏域もしくは各地域包括支援センターごとに推進員を配置」している市区町村が 86（11.7%)、その他多様な配置のあり方がみられた。

カテゴリー名	n	%
市区町村全体を担当する推進員を配置	518	70.3
市区町村全体を担当する推進員と、各日常生活圏域、 もしくは各地域包括支援センターごとに推進員を配置	86	11.7
市区町村全体を担当する推進員と、複数の日常生活圏域、 もしくは複数の地域包括支援センターごとに推進員を配置	13	1.8
各日常生活圏域もしくは各地域包括支援センターごとに推進員を配置	75	10.2
複数の日常生活圏域もしくは複数の地域包括支援センターごとに推進員を配置	11	1.5
その他	27	3.7
無回答	7	0.9
非該当	264	
全体	737	100

回答のあった市区町村の配置基準を人口規模別に見た結果は下表のとおりである。

人口規模が小さくなるほど「市区町村全体を担当する推進員を配置」と回答する傾向にあり、3 万人未満の市区町村の約 94%を占めている。

また人口規模が大きくなるほど「市区町村全体を担当する推進員と、各日常生活圏域、もしくは地域包括支援センターごとに推進員を配置」という体制をとる傾向にある。



（４）推進員の配置先

回答のあった市区町村の推進員配置先（市区町村調査 Q3(2)）は、最も多いのが直営型地域包括支援センター（以下、直営包括）、次いで委託型地域包括支援センター（以下、委託包括）、市区町村行政であった。その他が 1 割弱であったが多様な配置先があることが確認された。

配置先（複数回答）　　n=737

	n	%
市区町村行政（広域組合含む）	235	31.9
直営包括	363	49.3
委託包括	277	37.6
その他	66	9.0
無回答	20	2.7
全体	737	－

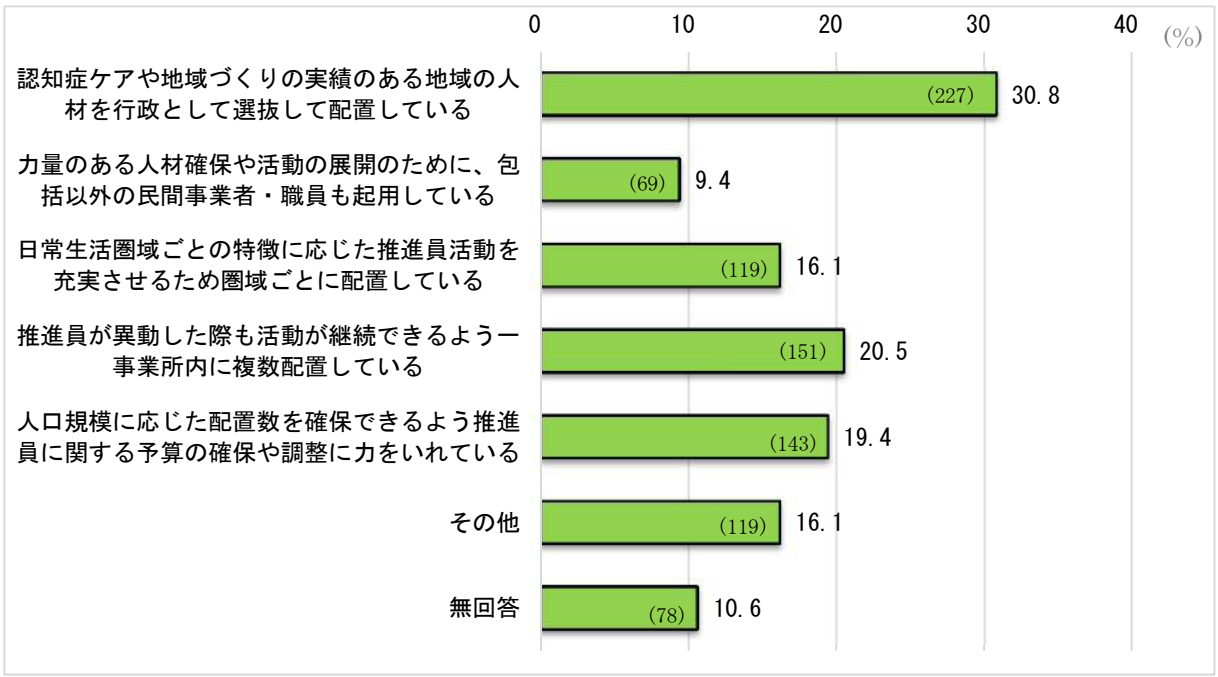
「その他」（66 件）の主な内訳（複数回答）
- 認知症疾患医療センター（6）
- その他医療機関（12）
- 社会福祉協議会、医師会等各種団体（15）
- 介護保険施設・事業所（17）
- 他、認知症カフェ運営主体、個人（公募等）等

（５）市区町村が推進員活動の質や継続性担保のために工夫している点（市区町村調査 Q4）

「実績のある地域人材を選抜して配置」、「活動が継続できるよう一事業所内に複数配置」、「人口規模に応じた配置数を確保できるよう予算等」と多様な工夫がみられていた。工夫について無回答の自治体が 1 割強みられた。

【市区町村調査 Q4　推進員の活動の質や継続性を担保するために工夫している点】

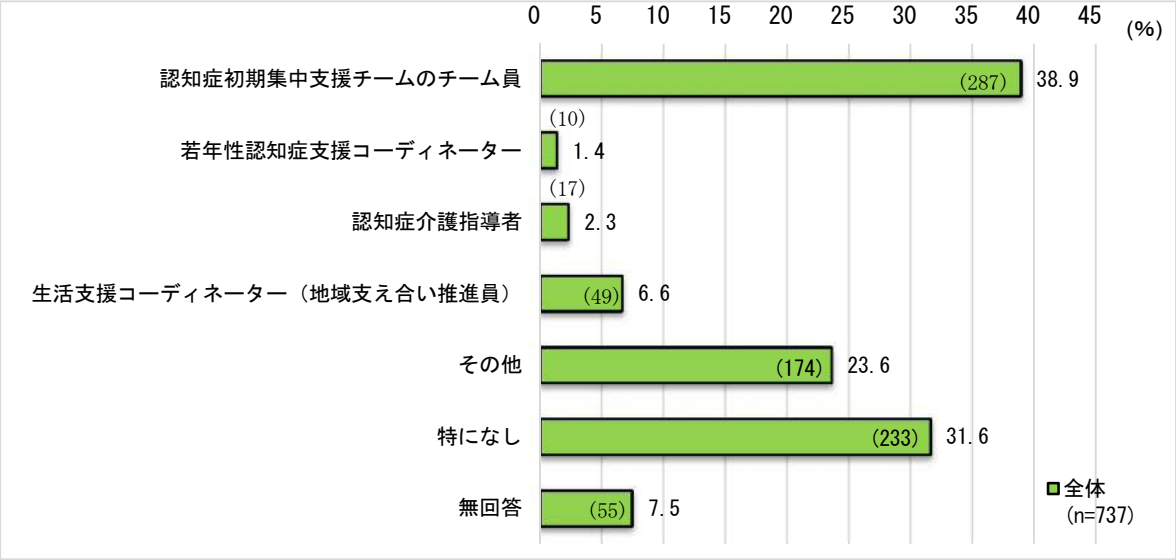
（複数回答、n=737、（　）内は回答件数）



（６）認知症施策に関連する役割の兼任の状況（市区町村調査 Q5）

「認知症初期集中支援チームのチーム員」との兼任が最も多く、287(38.9%)であった。次いで「生活支援コーディネーター」が 49(6.6%)、「認知症介護指導者」が 17（2.3%)、「若年性認知症支援コーディネーター」は 10(1.4%)であった。

【市区町村調査 Q5　認知症施策に関する役割の兼任】（複数回答、n=737、（　）内は回答件数）



兼任の理由・目的を尋ねたところ、どの役割に関しても「行政として地域包括ケアシステムと認知症施策を統合的に運営/推進するため」や「サービス内容の充実や連携の効率化をはかるため」といった積極的な理由が多くあげられていたが、「人材不足としてやむなく兼任してもらわざるをえないため」とした市町村も少なくなく、「認知症初期集中支援チームのチーム員」では 107（37.3%)、「生活支援コーディネーター」では 27(55.1%)を占めていた。

兼任の理由・目的（複数回答）

	合計	行政として地域包括ケアシステムと認知症施策を統合的に運営／推進するため	サービス内容の充実や連携の効率化をはかるため	人材不足で、やむをえなく兼任してもらわざるをえないため	予算を統合的に活用して、人材確保をはかるため	その他	無回答
認知症初期集中支援チームのチーム員	287	196	160	107	34	12	2
		68.3%	55.7%	37.3%	11.8%	4.2%	0.7%
若年性認知症支援コーディネーター	10	5	8	2	1	0	0
		50.0%	80.0%	20.0%	10.0%	0.0%	0.0%
認知症介護指導者	17	13	8	5	3	1	0
		76.5%	47.1%	29.4%	17.6%	5.9%	0.0%
生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）	49	28	20	27	8	3	0
		57.1%	40.8%	55.1%	16.3%	6.1%	0.0%
その他	174	96	65	83	33	11	2
		55.2%	37.4%	47.7%	19.0%	6.3%	1.1%

２）回答のあった推進員の概況と配置状況（推進員調査 Q1）

（１）推進員の概要

回答数 1,648 のうち、性別では男性 296(18.0%)、女性 1,339 (81.3%)、年代別では多い順に 40 代 34.4%、30 代 27.6%、50 代 23.7% 、60 代 8.0%、20 代 5.8%であった。所属先、保有資格、医療介護福祉分野での経験年数、推進員として配置された年度、研修の受講状況は以下の通りである。

全体		1648	100.0%
Q1-4.所属先	市区町村行政	229	13.9%
	直営の地域包括支援センター	452	27.4%
	委託の地域包括支援センター	876	53.2%
	認知症疾患医療センター	5	0.3%
	その他	73	4.4%
Q1-5.保有資格	医師	0	0.0%
	歯科医師	0	0.0%
	薬剤師	1	0.1%
	保健師	460	27.9%
	看護師	601	36.5%
	作業療法士	18	1.1%
	歯科衛生士	16	1.0%
	精神保健福祉士	153	9.3%
	社会福祉士	595	36.1%
	介護福祉士	423	25.7%
	介護支援専門員	793	48.1%
	主任介護支援専門員	397	24.1%
	その他	82	5.0%
Q1-6.医療介護福祉分野での経験年数	5年未満	145	8.8%
	5～10年未満	270	16.4%
	10～20年未満	692	42.0%
	20～30年未満	367	22.3%
	30年以上	142	8.6%
Q1-7-1.推進員として配置された年月	平成24年度以前	60	3.6%
	平成25年度	49	3.0%
	平成26年度	122	7.4%
	平成27年度	582	35.3%
	平成28年度	813	49.3%
Q1-8.認知症地域支援推進員研修の受講	受講あり	1489	90.4%
	受講なし	140	8.5%

（２）推進員の配置・勤務形態

回答のあった推進員の配置・勤務形態、兼任する役割については、以下のとおりであった。

認知症施策に関する役割の兼任状況については、市区町村調査結果と同様に「認知症初期集中支援チーム」、「生活支援コーディネーター」、「認知症介護指導者」、「若年認知症支援コーディネーター」の順に多かった。

全体		1648	100.0%
Q2-1.推進員としての配置形態	専任	276	16.7%
	兼務	1356	82.3%
Q2-1-2.兼務している他の業務	主任介護支援専門員	259	15.7%
	保健師	434	26.3%
	社会福祉士	381	23.1%
	その他	377	22.9%
Q2-2.勤務形態	常勤	1470	89.2%
	非常勤	162	9.8%
Q2-4.認知症等の施策に関する役割も担っていますか	認知症初期集中支援チーム	547	33.2%
	若年性認知症支援コーディネーター	10	0.6%
	認知症介護指導者	26	1.6%
	生活支援コーディネーター(地域支え合い推進員)	101	6.1%
	その他	227	13.8%
	上記を担っていない	834	50.6%

（３）推進員としての活動時間率（推進員調査 Q2-3）

推進員として活動している時間の率を尋ねたところ、平均 34.8%であった。

推進員によって、活動時間(率)には、大きな開きが見られた。

%

推進員活動の時間の平均	34.79
分散(n-1)	1069.35
標準偏差	32.70
最大値	100
最小値	0
無回答	39
全体	N=1609

３）市区町村における推進員の活動環境　（市区町村調査結果および推進員調査結果）

推進員の活動環境に関し、以下 10 項目について市区町村担当者と推進員に尋ねた。

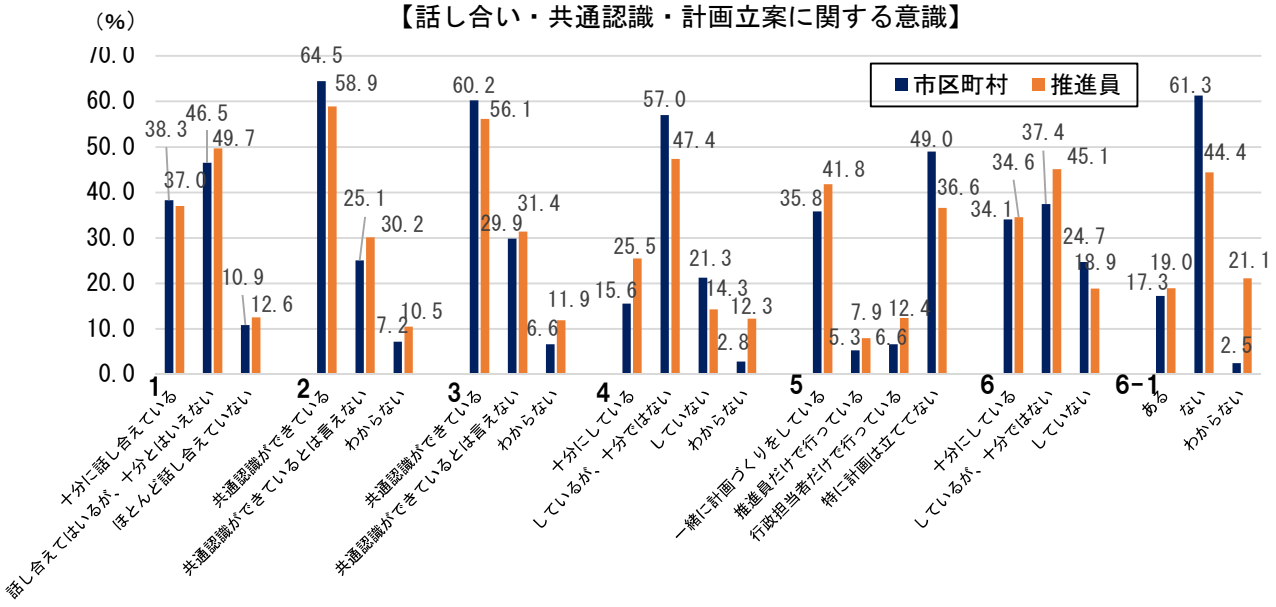
推進員の活動環境項目（市区町村調査 Q6、推進員調査 Q3）

1. 推進員活動を進めて行くための話し合いが定期的・随時になされていますか。
2. 市区町村の認知症施策の目標及び課題について共通認識ができていますか。
3. 推進員の役割について市区町村と推進員の間で共通認識ができていますか。
4. 市区町村担当者は推進員の役割・活動内容の周知や地域の関係者と連携・調整をしていますか。
5. 市区町村の目標と課題に基づき推進員活動の計画を作っていますか。
6. 市区町村担当者は推進員が活動しやすいように職場に対して説明や調整を行っていますか。
7. 市区町村担当者と推進員は活動の評価を共に行っていますか。
8. 市区町村担当者は施策の企画立案や予算要求の段階で推進員のアイディアや意見を聞くようにしていますか。
9. 推進員としてのスキルアップや推進員同士のネットワークづくりのための研修や会議等の機会がありますか。
10. 推進員として活動していく上での課題や悩み等について、推進員の相談を受ける人がいますか。

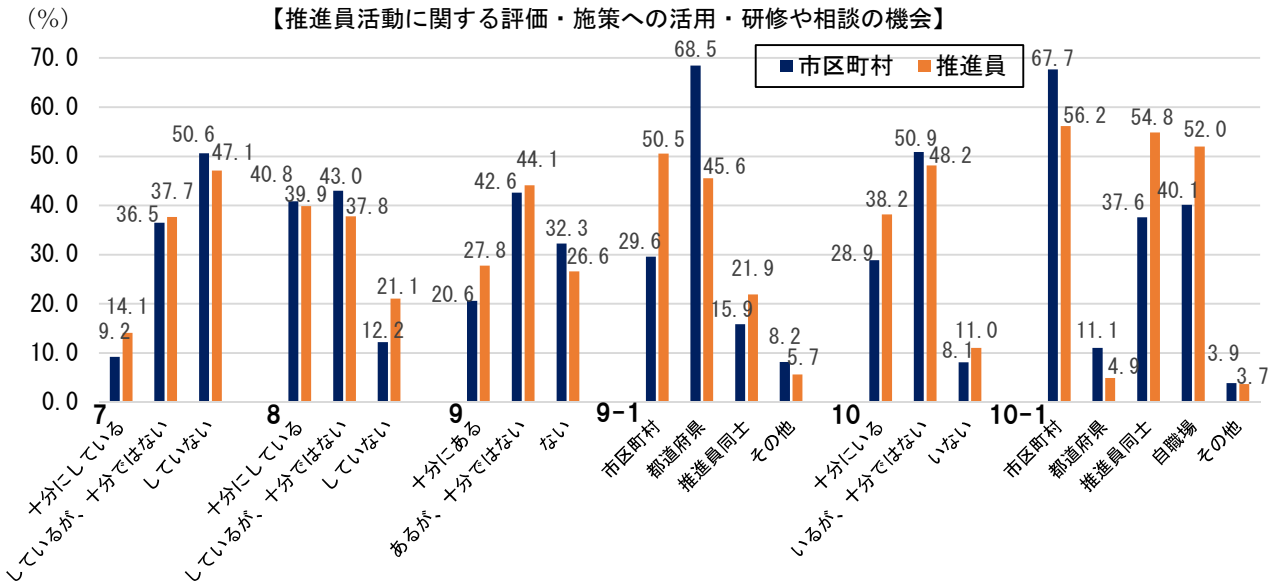
その結果の主な点は以下のとおりである（次ページの図参照）。

・1.「十分に話し合えている」との回答が担当者、推進員とも 4 割弱であった。
・2.「(市区町村の認知症施策の目標及び課題について）共通認識ができている」、「3.（推進員の役割について）共通認識ができている」との回答が、担当者・推進員ともに 6 割前後であった。
・4.「(市区町村担当者は推進員の役割・活動内容の周知や地域の関係者と連携・調整を）十分している」と回答した担当者が 15.6%、推進員が 25.5%であった。
・5.「(市区町村の目標と課題に基づき推進員活動の計画を）一緒に計画づくりをしている」と回答した担当者が 35.8%、推進員が 41.8%であった。
・7.「(市区町村担当者と推進員は共に活動の評価を）十分している」と回答した担当者が 9.2%、推進員が 14.1%であった。
・8.「(市区町村担当者は施策の企画立案や予算要求の段階で推進員のアイディアや意見を聞くように）十分にしている」と回答した担当者が 40.8%、推進員が 39.9%であった。
・9.「(推進員としてのスキルアップや推進員同士のネットワークづくりのための研修や会議等の機会が）十分にある」と回答した担当者が 20.6%、推進員が 27.8%であった。
・10.「(推進員として活動していく上での課題や悩み等について、推進員の相談を受ける人が）十分にいる」と回答した担当者が 28.9%、推進員が 38.2%であった。なお、その相談相手としては、担当者と推進員共に「市区町村」の立場の人という回答が多かったが、担当者に比べて推進員の回答では「推進員同士」や「自職場（の人)」を挙げる人が多くみられた。

活動環境に関する市区町村調査結果(Q6)と推進員調査結果(Q3)の比較

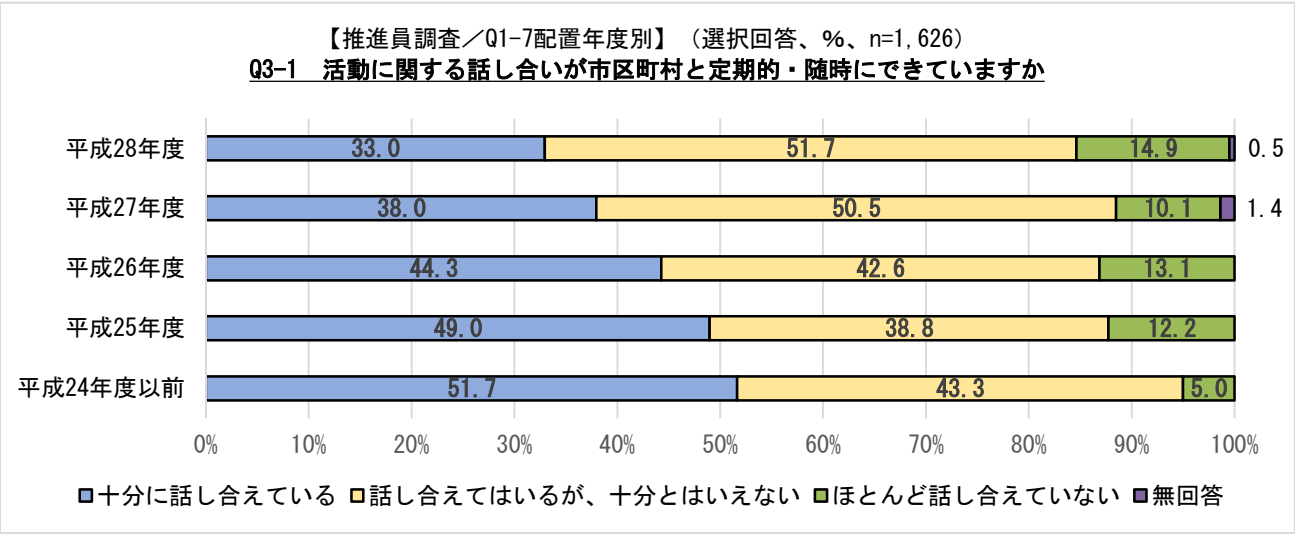


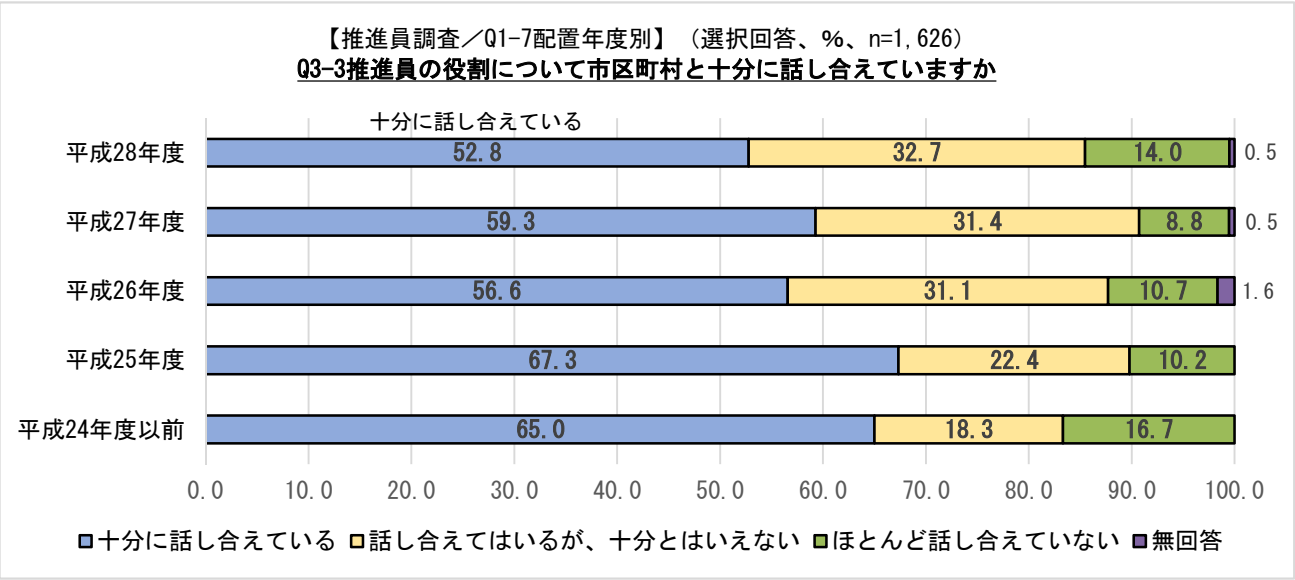
1. 推進員活動を進めて行くための話し合いが定期的・随時になされていますか。
2. 市区町村の認知症施策の目標及び課題について共通認識ができていますか。
3. 推進員の役割について市区町村と推進員の間で共通認識ができていますか。
4. 市区町村担当者はは推進員の役割・活動内容の周知や地域の関係者と連携・調整をしていますか。
5. 市区町村の目標と課題に基づき推進員活動の計画を作っていますか。
6. 市区町村担当者は推進員が活動しやすいように職場に対して説明や調整を行っていますか。
6-1. 6に関して文書での取り決めはありますか。

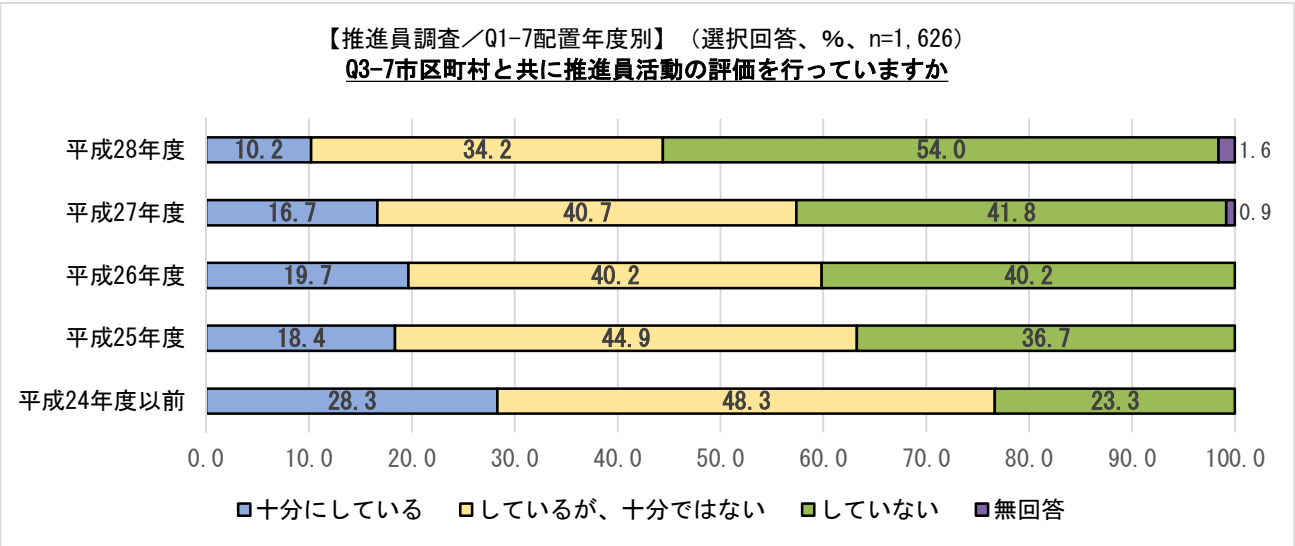


7. 市区町村担当者と推進員は活動の評価を共に行っていますか。
8. 市区町村担当者は施策の企画立案や予算要求の段階で推進員のアイディアや意見を聞くようにしていますか。
9. 推進員としてのスキルアップや推進員同士のネットワークづくりのための研修や会議等の機会がありますか。
10. 推進員として活動していく上での課題や悩み等について、推進員の相談を受ける人がいますか。
10-1. その人はどの立場の人ですか。

なお活動環境についての回答を、推進員の配置年度別にみたところ、推進員の配置が早い年度の場合（配置されてからの年数が長い）ほど「十分に話し合えている」というプラスの回答をしている推進員が多い傾向が確認された。







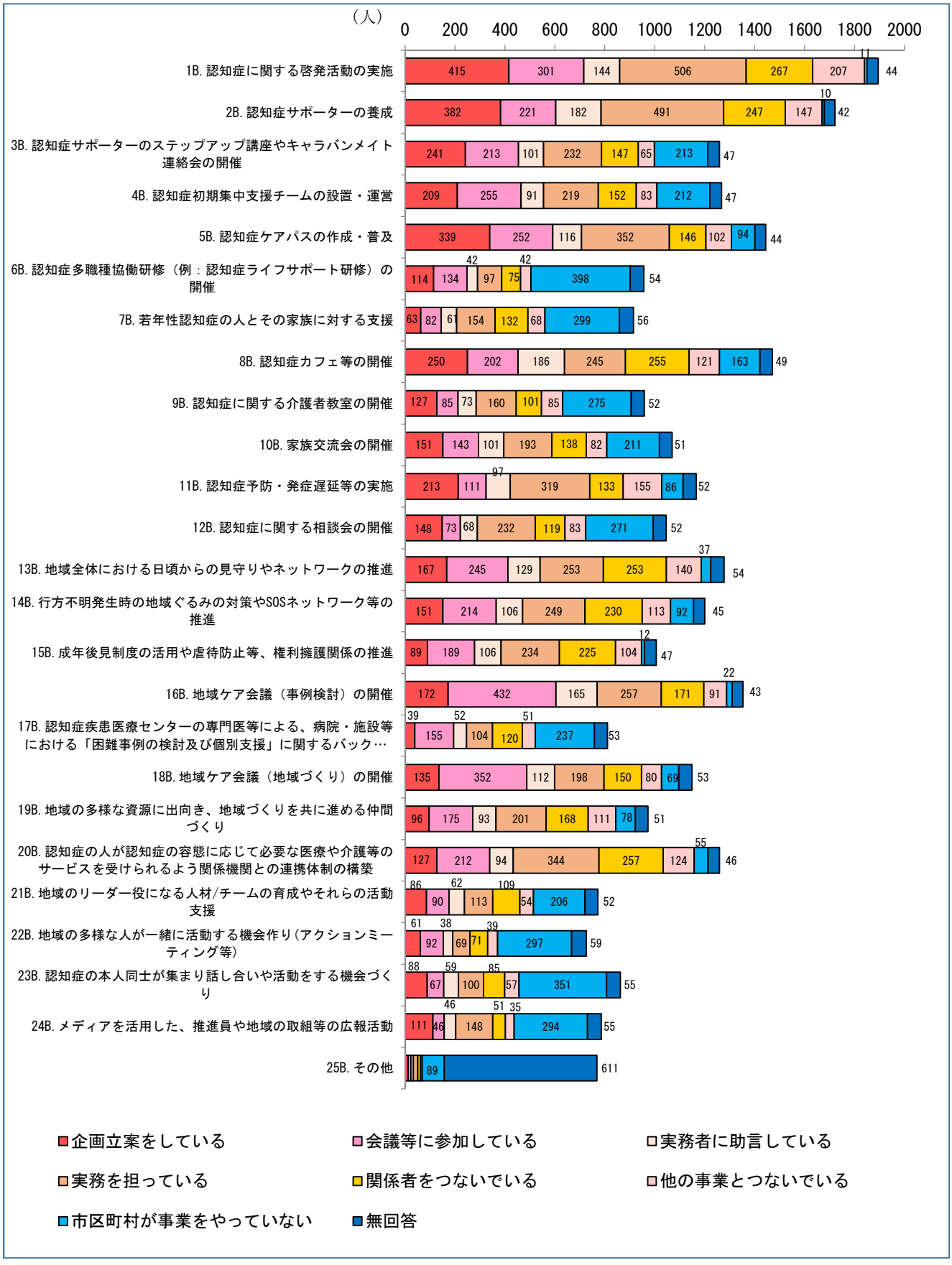
４）推進員の活動内容及びその効果等（市区町村調査 Q7、推進員調査 Q4）

（１）認知症に関する事業や取組みにおける推進員の活動（果たしている機能）

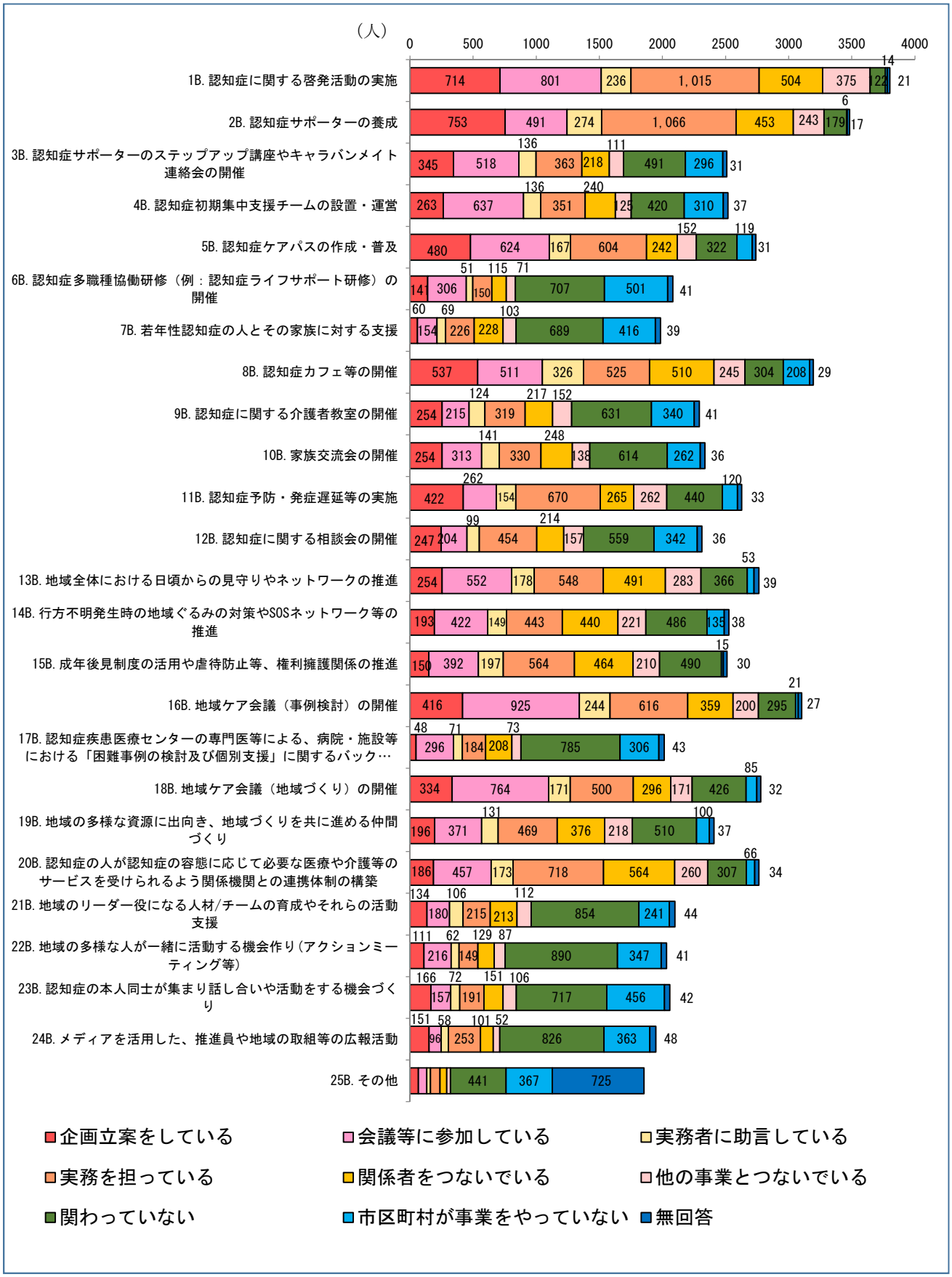
市区町村の認知症に関連した事業や取組み 24 項目の活動状況についてみたところ、推進員は１つの事業に関しても「企画立案している」、「会議等に参加している」、「実務者に助言している」、「実務を担っている」、「関係者をつないでいる」、「他の事業とつないでいる」等、多様な機能を果たしていることが、市区町村調査、推進員調査双方から確認された（次ページ以降の図を参照）。

事業や取組み 24 項目それぞれについて、「市区町村が事業をやっていない」及び「無回答」を除いて推進員が果たしている機能数を積算した総数についてみたところ、市区町村調査結果では、多い順に 1 位が「啓発活動」、2 位が「認知症サポーターの養成」、3 位が「地域ケア会議(事例検討)の開催」、4 位が「認知症カフェ等の開催」、5 位が「地域全体における日頃からの見守りやネットワークの推進」であった。

推進員調査の結果では、市区町村調査結果と 1 位～4 位は同じであったが、5 位が「認知症の容態に応じて必要な医療や介護等のサービスを受けられるよう関係機関との連携体制の構築」であった。



【市区町村調査 Q7　各事業における推進員の活動（機能）】



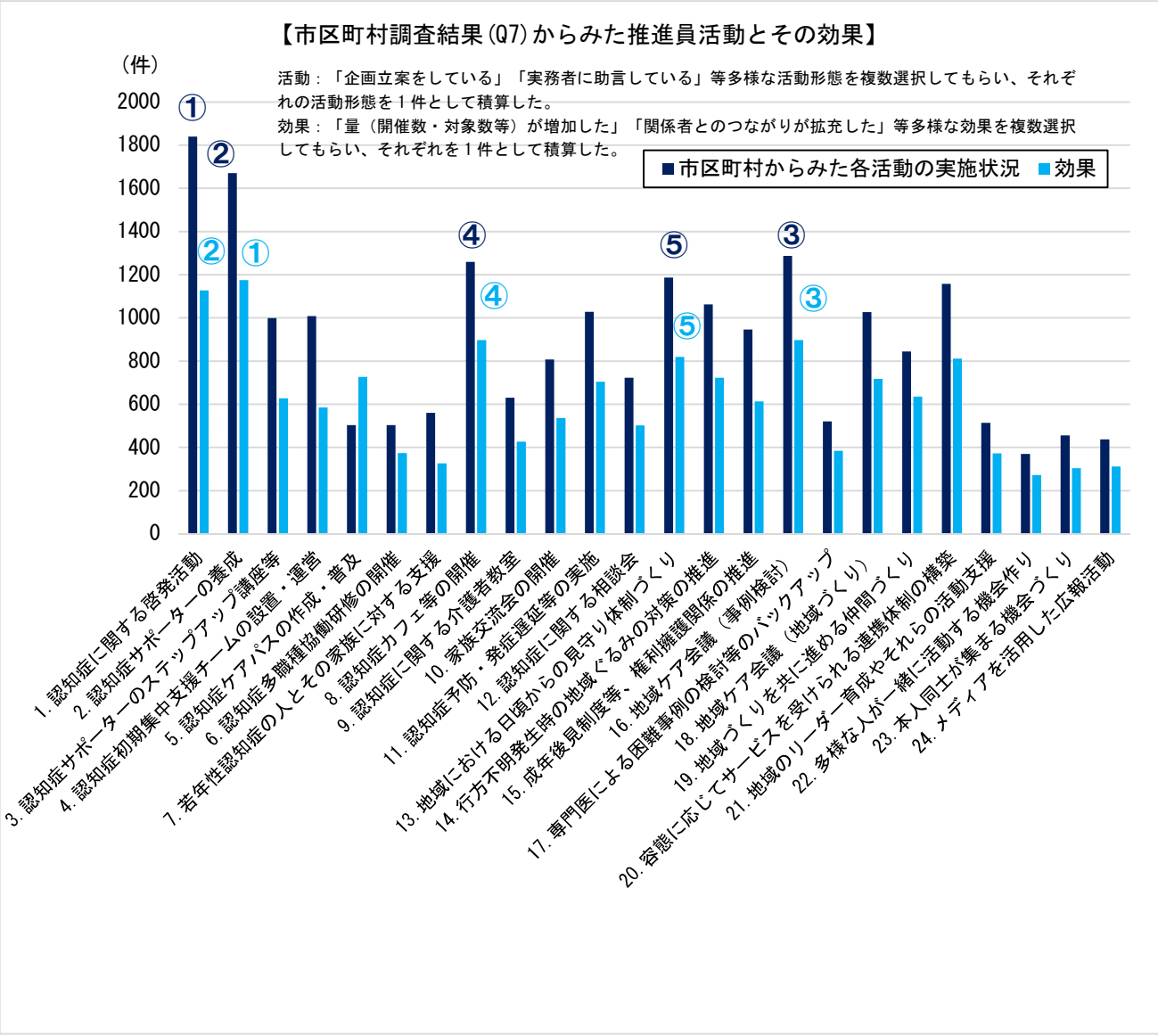
【推進員調査 Q4　各事業における推進員の活動（機能）】

（２）推進員が活動したことによる効果（市区町村調査 Q7、推進員調査 Q4）

24 の事業・取組み関して、推進員が活動したことにより効果があったかどうかを尋ねたところ、何らかの効果ありと回答した率が 50%を超えた事業・取組みが、市区町村調査結果・推進員調査結果ともに 12 種類に及んでみられた。

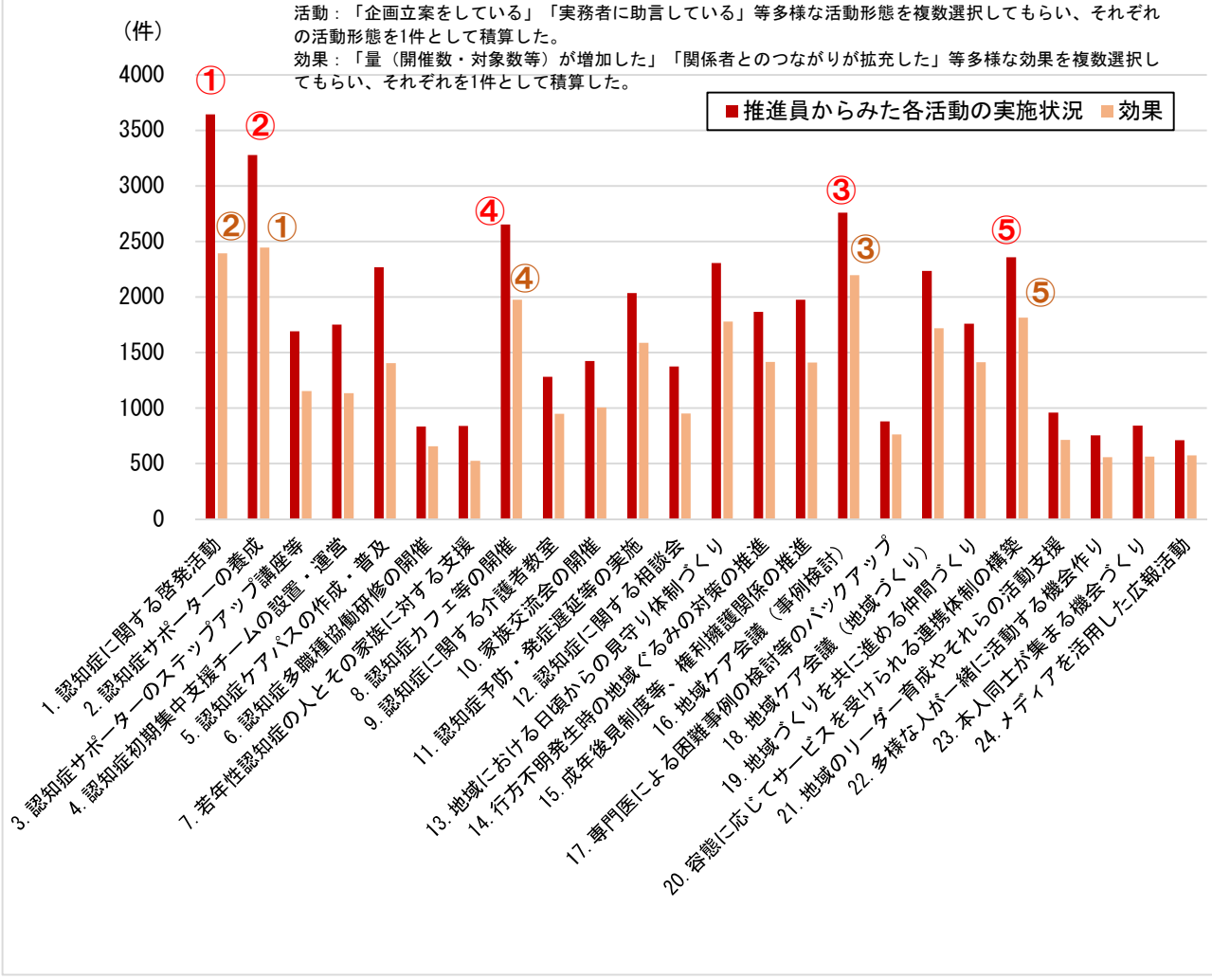
効果ありとした率が多い順にみると、市区町村調査結果では、1 位「2. 認知症サポーターの養成」、2 位「1. 認知症に関する啓発活動」、3 位「16. 地域ケア会議(事例検討)」、4 位「8. 認知症カフェ等の開催」、5 位「13. 地域における日頃からの見守り体制づくり」であった。推進員の回答では、市町村の回答と 1 位～4 位が同じだったが、5 位が「20. 容態に応じてサービスを受けられる連携体制の構築」であった。

活動(機能総数)が多いと効果ありも多いという傾向がみられた。一方で活動(機能総数)は比較的少ない事業・取組みにおいても、一定の効果が上がっていることが確認された。



推進員調査結果(Q4)からみた推進員の活動とその効果

活動：「企画立案をしている」「実務者に助言している」等多様な活動形態を複数選択してもらい、それぞれの活動形態を1件として積算した。
効果：「量（開催数・対象数等）が増加した」「関係者とのつながりが拡充した」等多様な効果を複数選択してもらい、それぞれを1件として積算した。

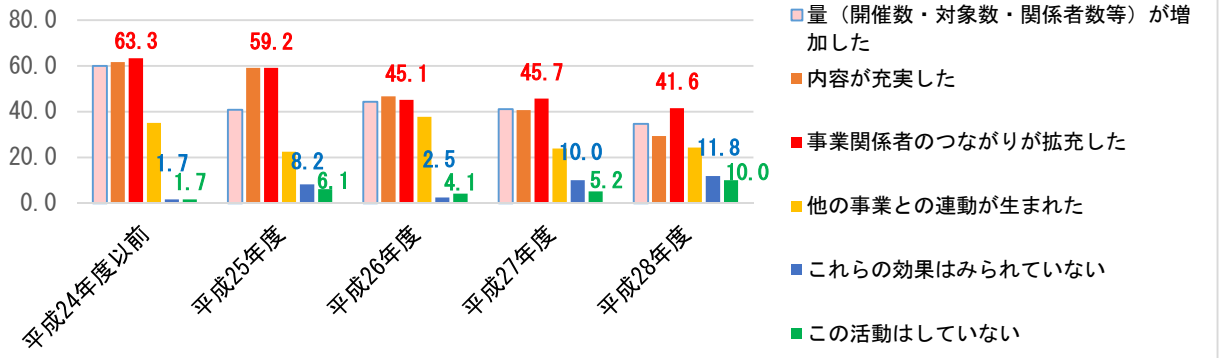


推進員が配置された年度別（＝活動年数の長さ）と各種事業等における効果との関係をみたところ、活動年数が長いほど何らかの効果ありが多い傾向がみられた。

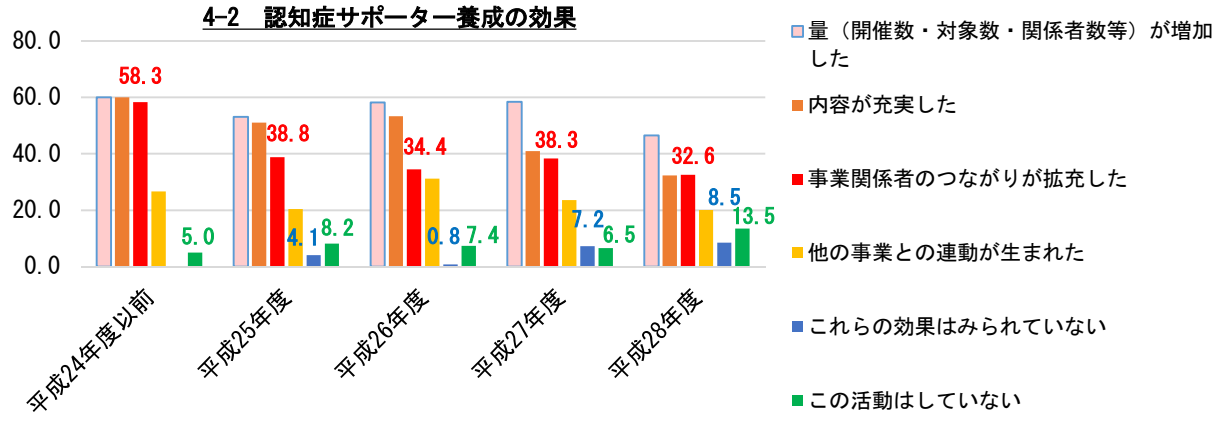
24 種類の活動等のうち 11 の活動を例にみてみる。さまざまな効果のうち「事業関係者のつながりが拡充した」を赤で、参考までに「効果はみられていない」を青で、「この活動はしていない」を緑で、数値と共に示した。活動初期から効果がみられるもの、経験を重ねるにつれ効果がみられるようになるもの、経験年数による違いがみられないもの等、活動内容によって特徴がみられる。また関係者や他事業とのつながり（赤）は、大部分の活動において経験年数に比例して拡充していくことが確認された。

【推進員調査Q1-7配置年度別】（複数回答、%、n=1,626）
Q4これまでの推進員活動とその効果

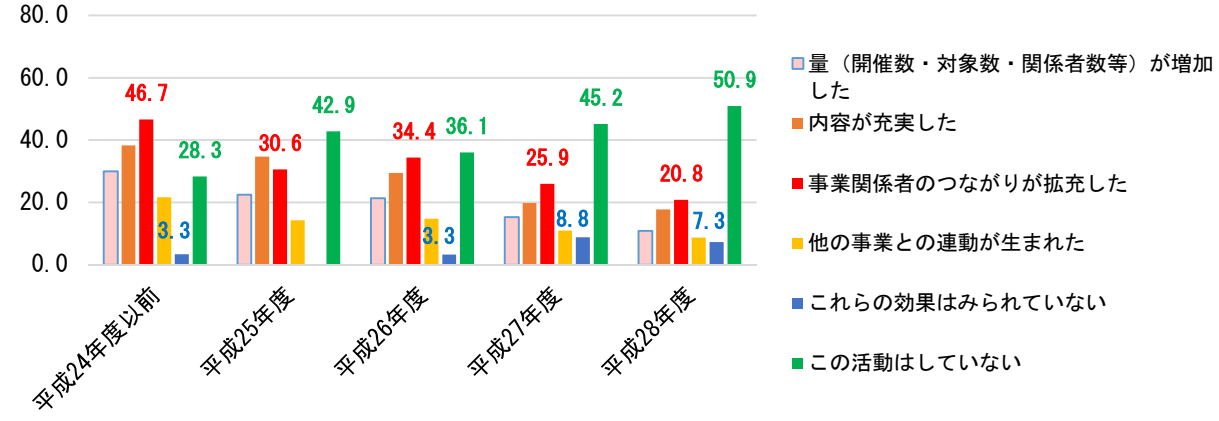
4-1　啓発活動の効果

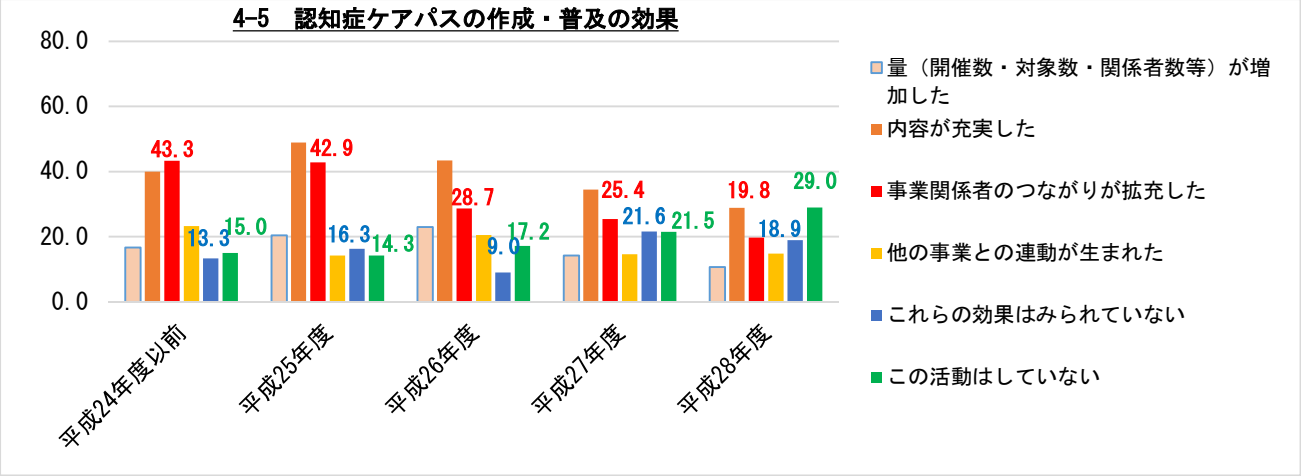


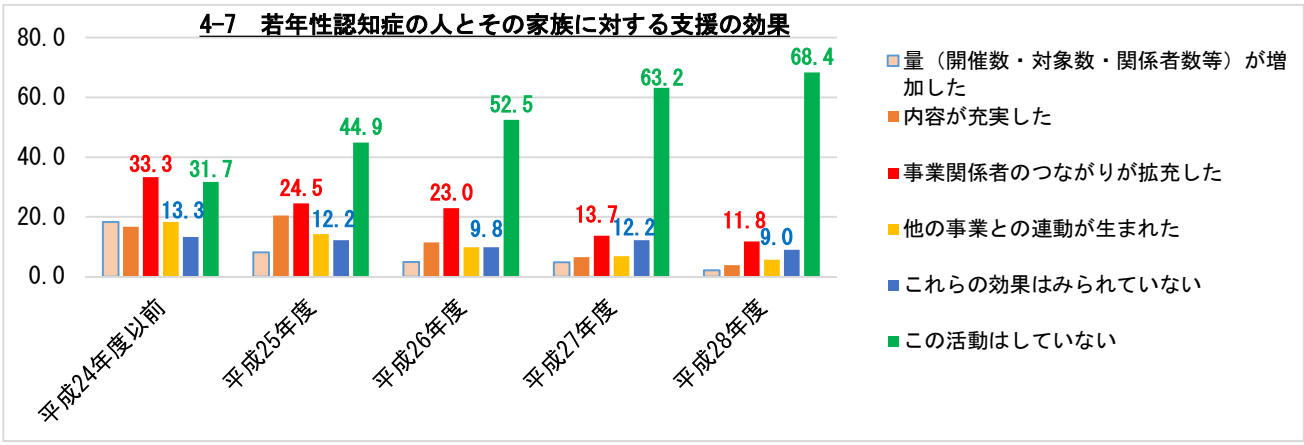
4-2　認知症サポーター養成の効果

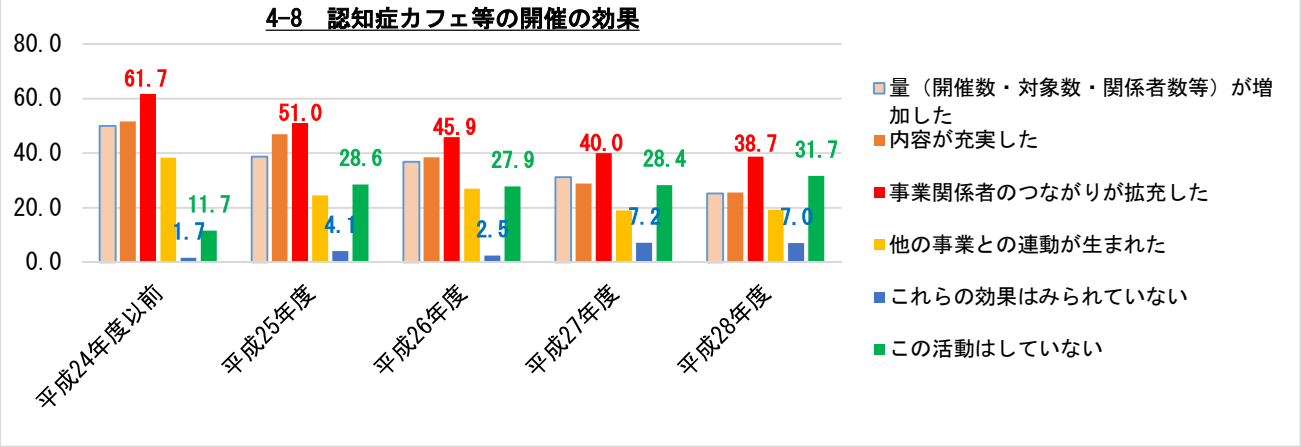


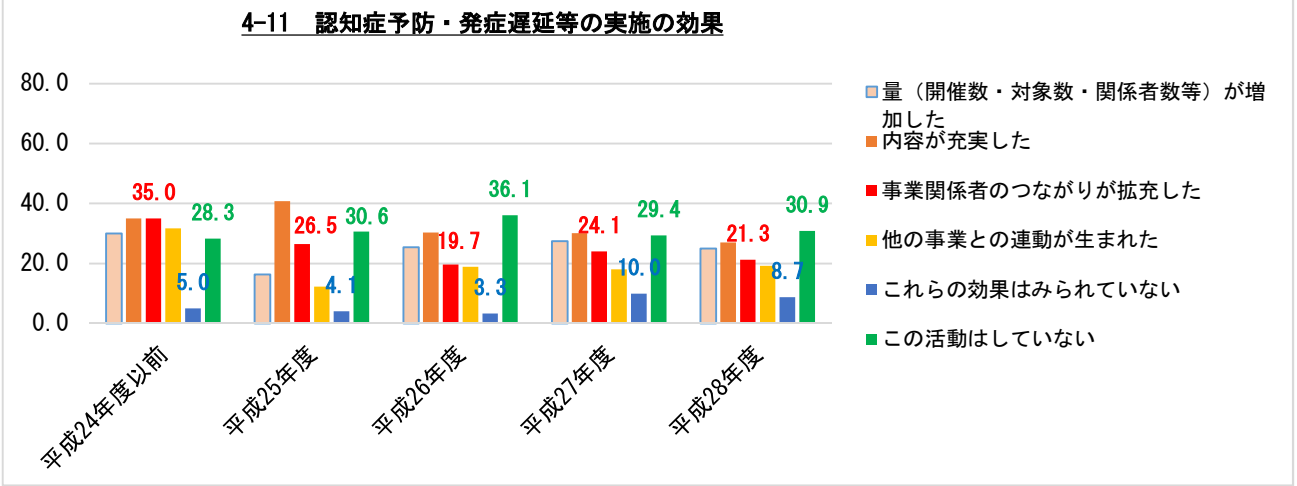
4-3　サポーターのステップアップ講座やメイト連絡会開催等の効果

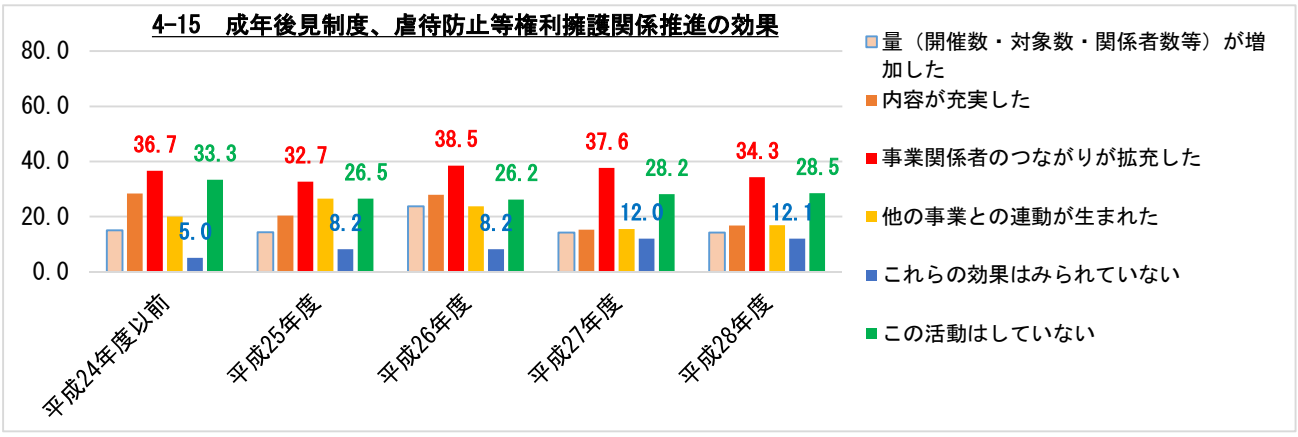


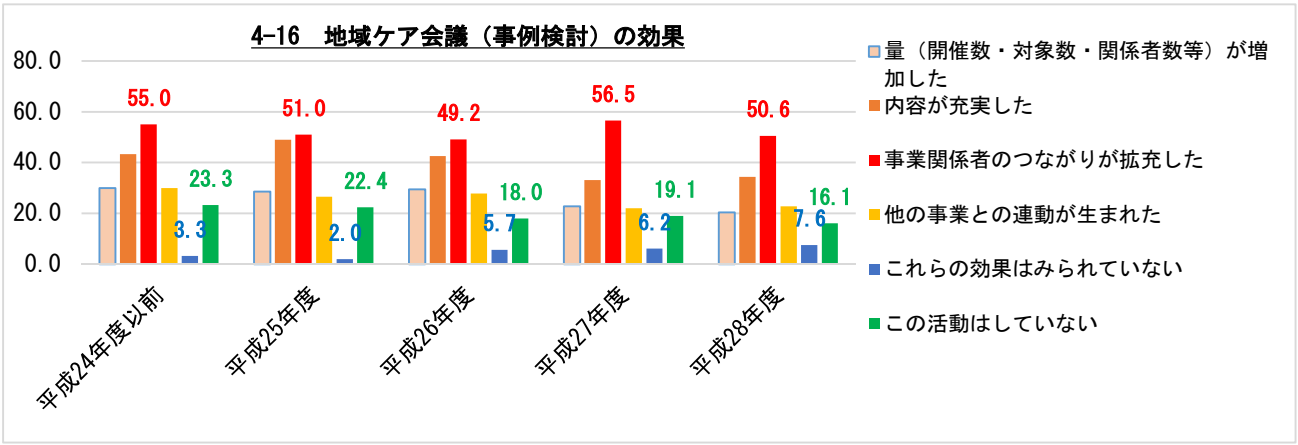

4-5　認知症ケアパスの作成・普及の効果
80.0
60.0
40.0
20.0
0.0
43.3
13.3
15.0
42.9
16.3
14.3
28.7
9.0
17.2
25.4
21.6
21.5
19.8
18.9
29.0
平成24年度以前
平成25年度
平成26年度
平成27年度
平成28年度
量（開催数・対象数・関係者数等）が増加した
内容が充実した
事業関係者のつながりが拡充した
他の事業との連動が生まれた
これらの効果はみられていない
この活動はしていない

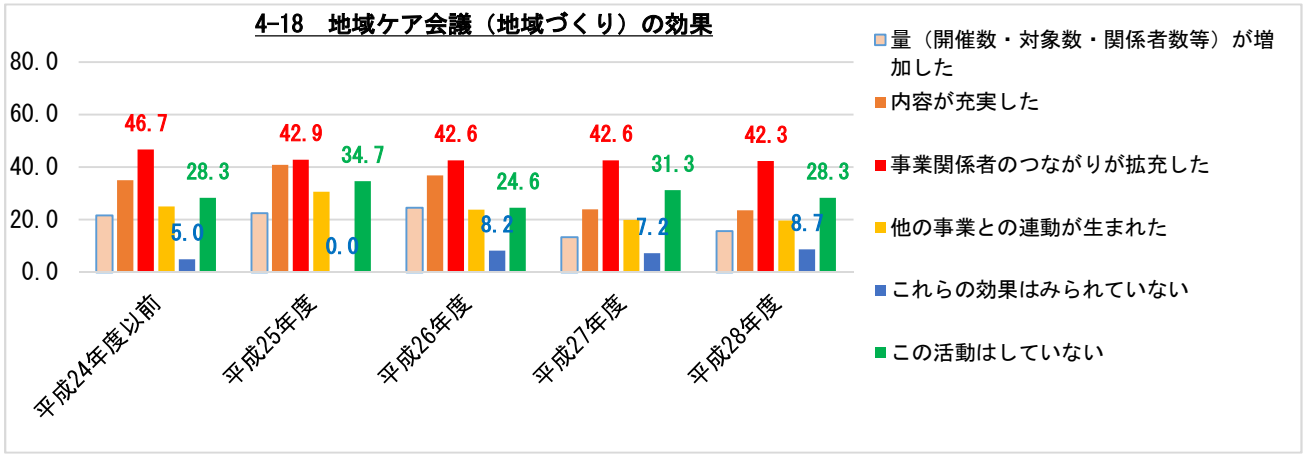

4-7　若年性認知症の人とその家族に対する支援の効果
80.0
60.0
40.0
20.0
0.0
33.3
13.3
31.7
24.5
12.2
44.9
23.0
9.8
52.5
13.7
12.2
63.2
11.8
9.0
68.4
平成24年度以前
平成25年度
平成26年度
平成27年度
平成28年度
量（開催数・対象数・関係者数等）が増加した
内容が充実した
事業関係者のつながりが拡充した
他の事業との連動が生まれた
これらの効果はみられていない
この活動はしていない

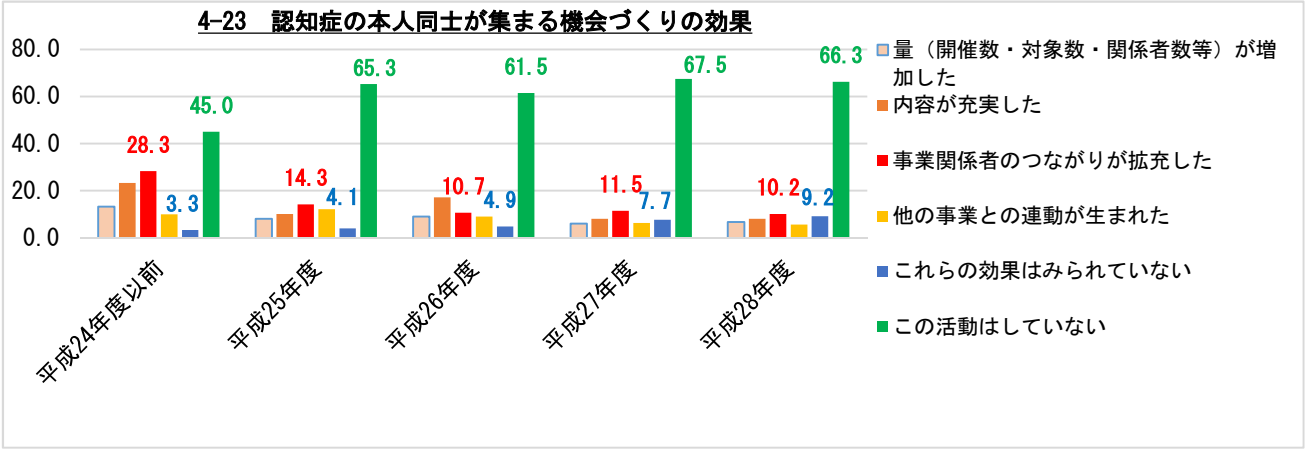

4-8　認知症カフェ等の開催の効果
80.0
60.0
40.0
20.0
0.0
61.7
1.7
11.7
51.0
4.1
28.6
45.9
2.5
27.9
40.0
7.2
28.4
38.7
7.0
31.7
平成24年度以前
平成25年度
平成26年度
平成27年度
平成28年度
量（開催数・対象数・関係者数等）が増加した
内容が充実した
事業関係者のつながりが拡充した
他の事業との連動が生まれた
これらの効果はみられていない
この活動はしていない


4-11　認知症予防・発症遅延等の実施の効果
80.0
60.0
40.0
20.0
0.0
35.0
5.0
28.3
26.5
4.1
30.6
19.7
3.3
36.1
24.1
10.0
29.4
21.3
8.7
30.9
平成24年度以前
平成25年度
平成26年度
平成27年度
平成28年度
量（開催数・対象数・関係者数等）が増加した
内容が充実した
事業関係者のつながりが拡充した
他の事業との連動が生まれた
これらの効果はみられていない
この活動はしていない


4-15　成年後見制度、虐待防止等権利擁護関係推進の効果
80.0
60.0
40.0
20.0
0.0
36.7
33.3
5.0
32.7
26.5
8.2
38.5
26.2
8.2
37.6
28.2
12.0
34.3
28.5
12.1
平成24年度以前
平成25年度
平成26年度
平成27年度
平成28年度
量（開催数・対象数・関係者数等）が増加した
内容が充実した
事業関係者のつながりが拡充した
他の事業との連動が生まれた
これらの効果はみられていない
この活動はしていない


4-16　地域ケア会議（事例検討）の効果
80.0
60.0
40.0
20.0
0.0
55.0
23.3
3.3
51.0
22.4
2.0
49.2
18.0
5.7
56.5
19.1
6.2
50.6
16.1
7.6
平成24年度以前
平成25年度
平成26年度
平成27年度
平成28年度
量（開催数・対象数・関係者数等）が増加した
内容が充実した
事業関係者のつながりが拡充した
他の事業との連動が生まれた
これらの効果はみられていない
この活動はしていない

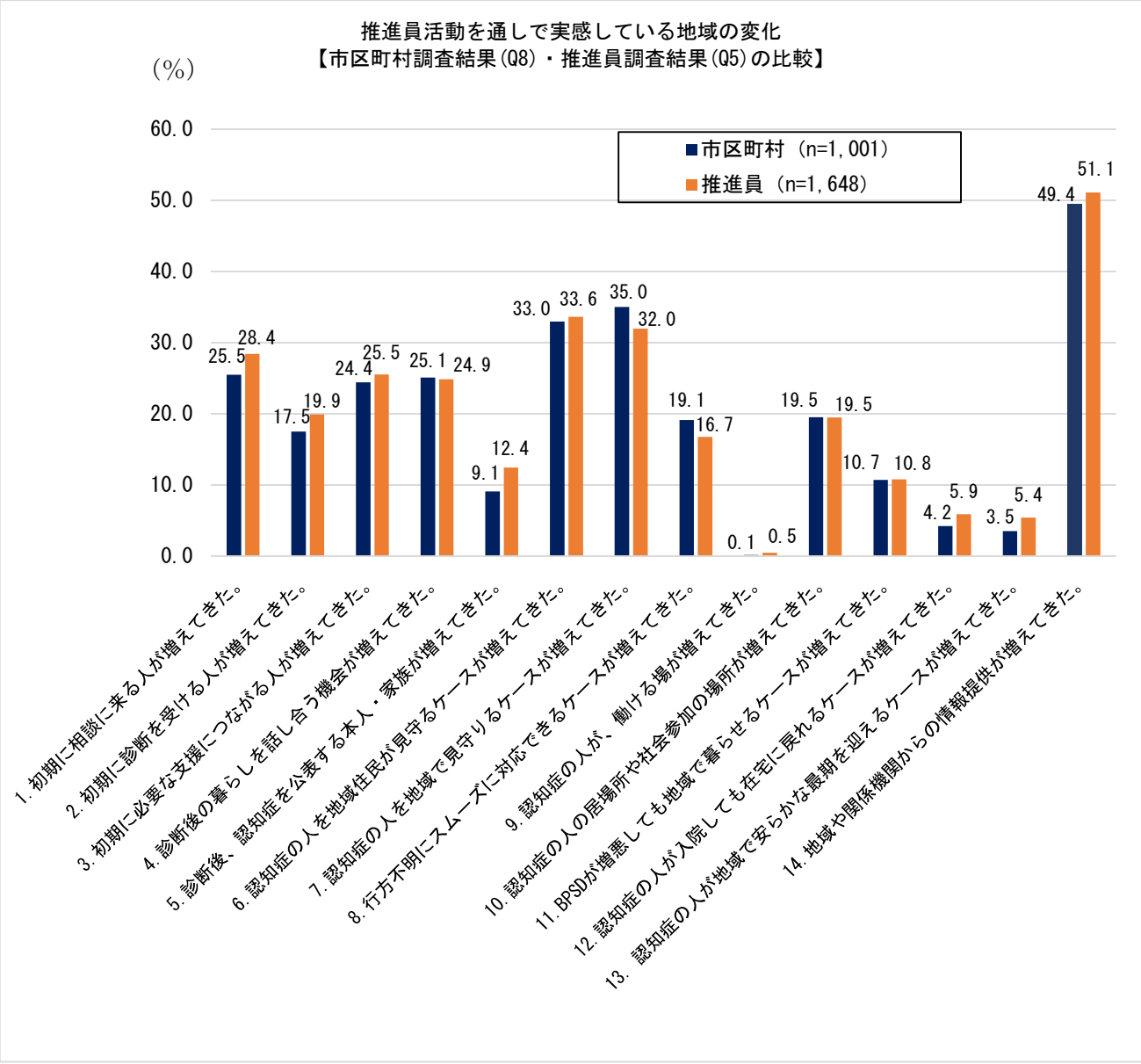

4-18　地域ケア会議（地域づくり）の効果
80.0
60.0
40.0
20.0
0.0
46.7
28.3
5.0
42.9
34.7
0.0
42.6
24.6
8.2
42.6
31.3
7.2
42.3
28.3
8.7
平成24年度以前
平成25年度
平成26年度
平成27年度
平成28年度
量（開催数・対象数・関係者数等）が増加した
内容が充実した
事業関係者のつながりが拡充した
他の事業との連動が生まれた
これらの効果はみられていない
この活動はしていない


4-23　認知症の本人同士が集まる機会づくりの効果
80.0
60.0
40.0
20.0
0.0
28.3
45.0
3.3
14.3
65.3
4.1
10.7
61.5
4.9
11.5
67.5
7.7
10.2
66.3
9.2
平成24年度以前
平成25年度
平成26年度
平成27年度
平成28年度
量（開催数・対象数・関係者数等）が増加した
内容が充実した
事業関係者のつながりが拡充した
他の事業との連動が生まれた
これらの効果はみられていない
この活動はしていない

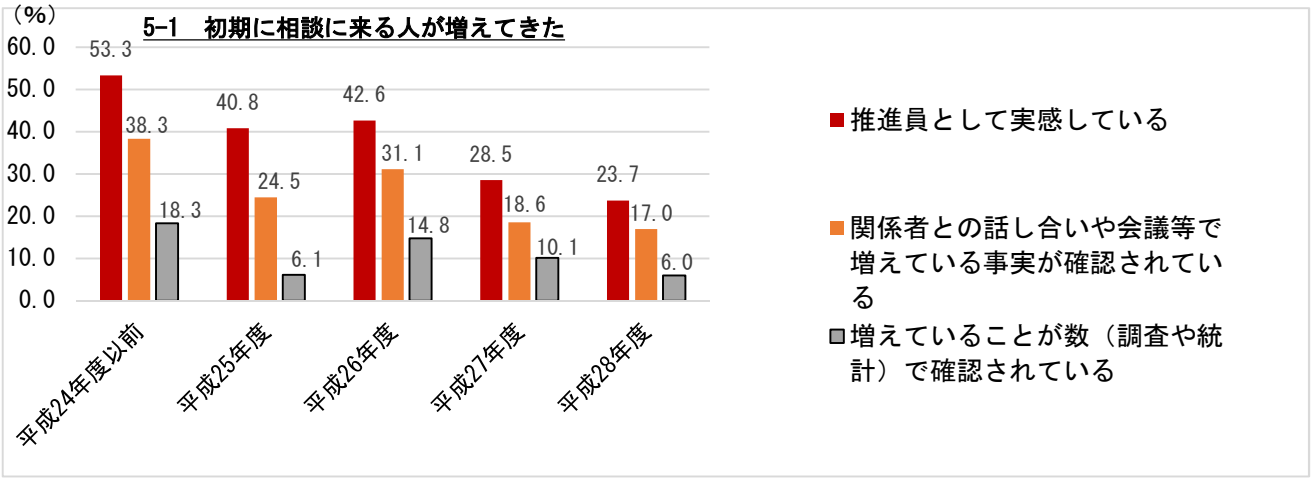
（３）推進員活動を通じた地域の変化について（市区町村調査 Q8、推進員調査 Q5）

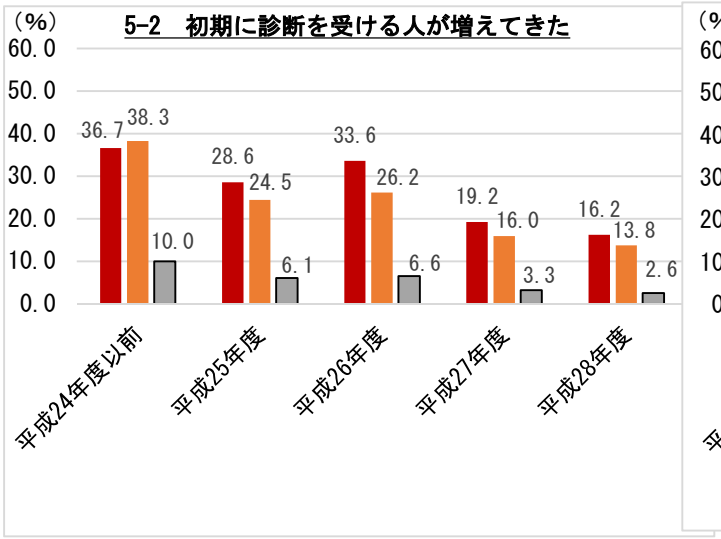
推進員活動を通じた地域の変化について 14 項目についてみたところ、市区町村調査、推進員調査ともにほぼ同様な結果が得られ、「14. 地域や関係機関からの情報提供が増えてきた」が約 50%と最も多く、次いで「7.（地域で働く人たちが）認知症の人を地域で見守り支えるケースが増えた」、「1.初期に相談に来るケースが増えた」、「4.（本人・家族と医療・介護等関係者が）診断後の暮らしを話し合う機会が増えた」、「3.初期に必要な支援につながる人が増えた」、「10.認知症の人の居場所や社会参加の場所が増えた」、「2. 初期に診断を受ける人が増えてきた」、「8. 行方不明にスムーズに対応できるケースが増えてきた」等の変化が比較的多い結果がえられた。

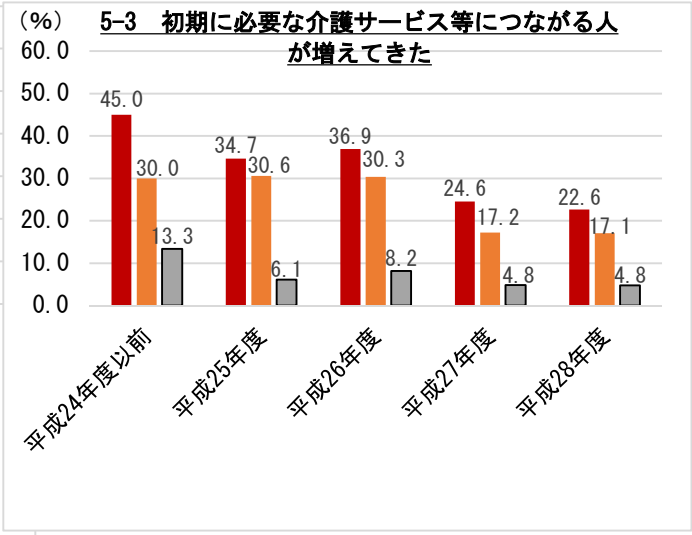
なお、少数ではあるが、推進員の活動を通じて「5. 診断後、認知症を公表する本人・家族が増えてきた」、「11. BPSD が増悪しても地域で暮らせるケースが増えてきた」、「12. 認知症の人が入院しても在宅に戻れるケースが増えてきた」、「13.認知症の人が地域で安らかな最期を迎えるケースが増えてきた」と回答を寄せた市区町村及び推進員が確認された。

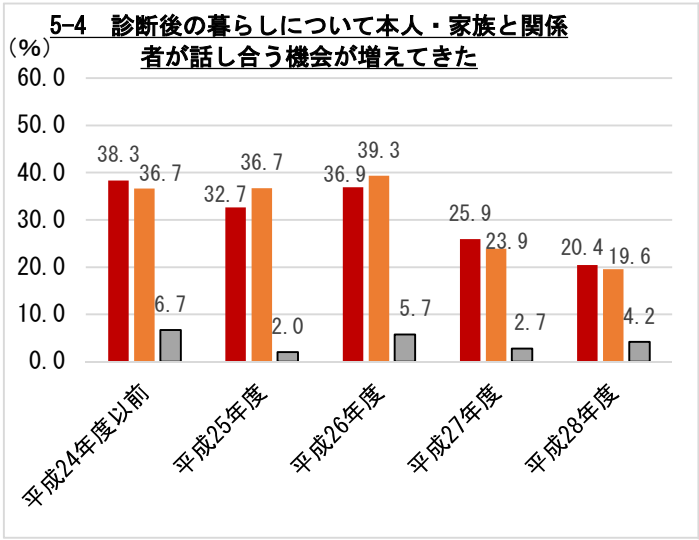


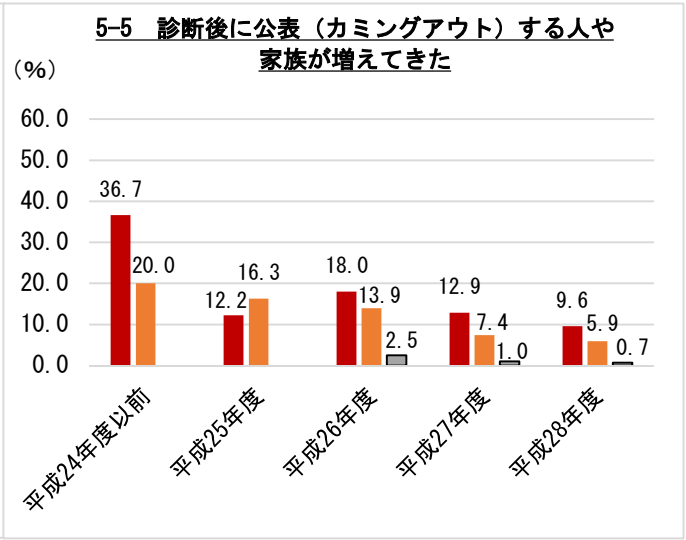
推進員調査結果(Q5)より、活動を通じた地域の変化と配置された年度別（活動年数の長さ）との関係をみたところ、活動年数が長いほど地域の変化を実感したり、変化した事実が関係者間で確認されている状況が多い傾向がみられた。

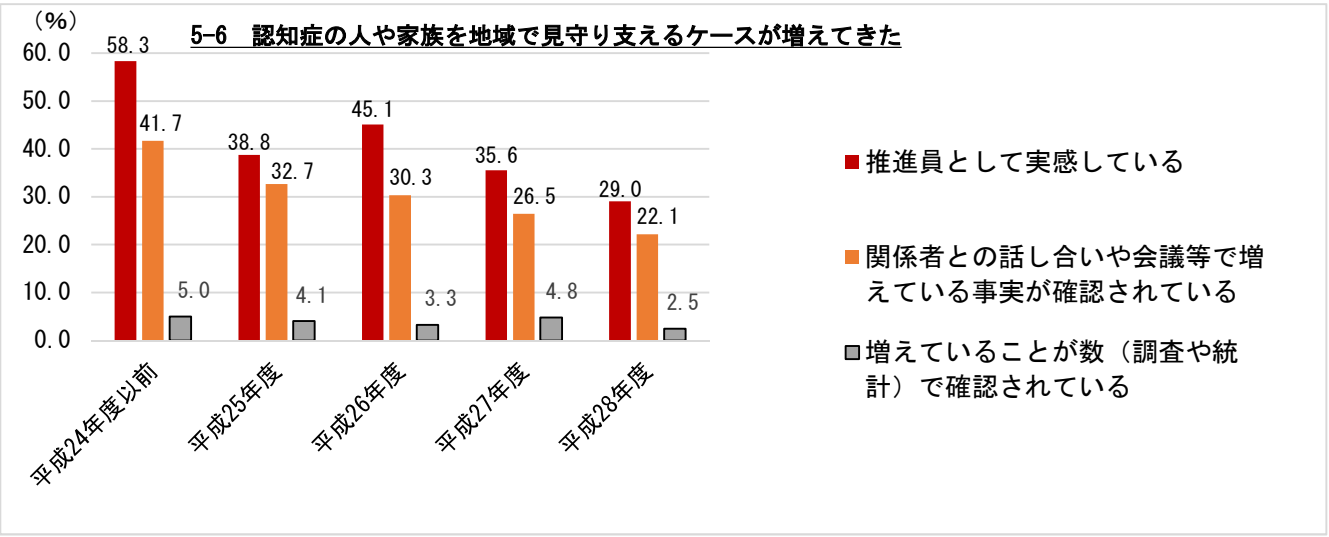


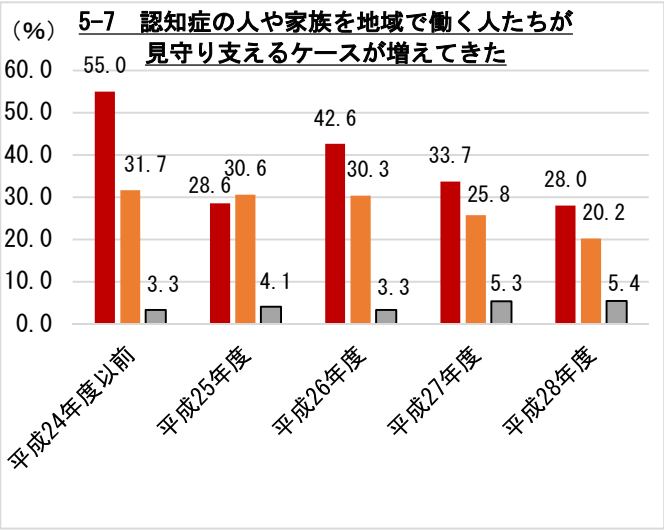


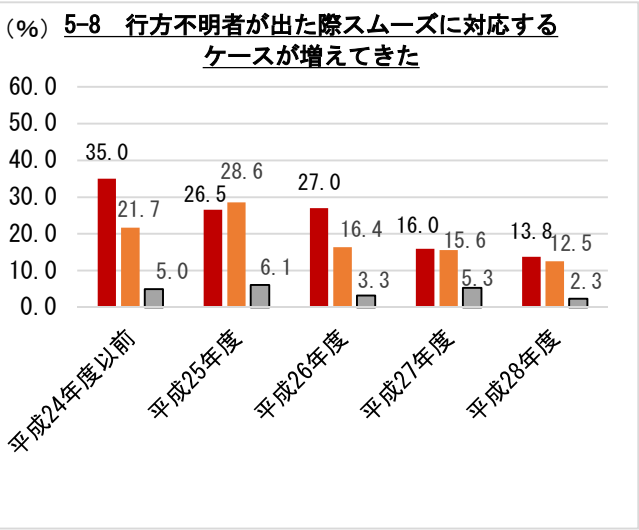


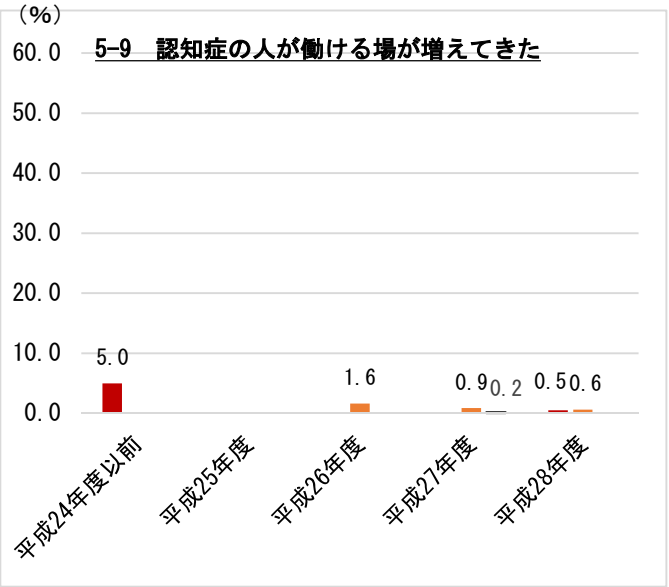


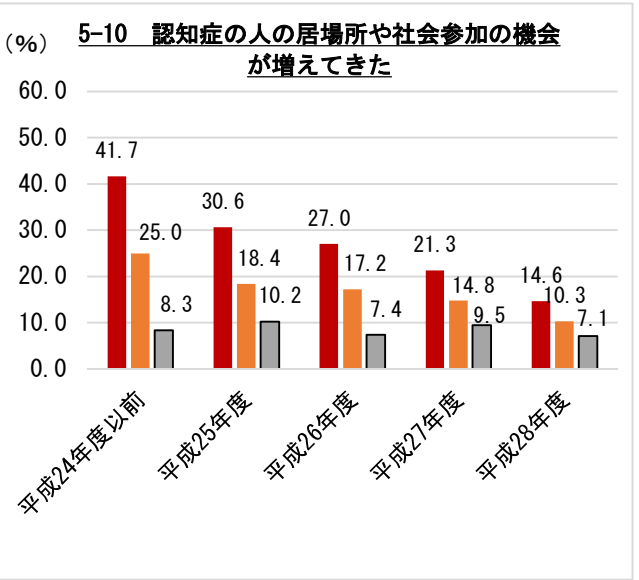


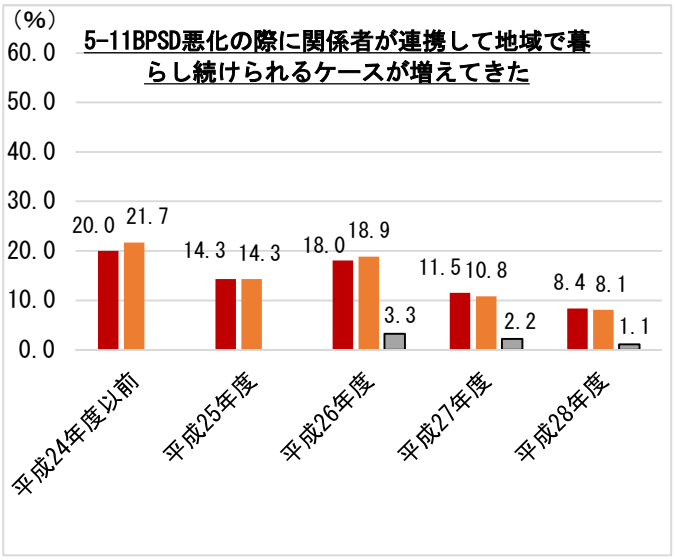

5-6　認知症の人や家族を地域で見守り支えるケースが増えてきた
（%）
60.0
50.0
40.0
30.0
20.0
10.0
0.0
58.3
41.7
5.0
38.8
32.7
4.1
45.1
30.3
3.3
35.6
26.5
4.8
29.0
22.1
2.5
平成24年度以前
平成25年度
平成26年度
平成27年度
平成28年度
推進員として実感している
関係者との話し合いや会議等で増えている事実が確認されている
増えていることが数（調査や統計）で確認されている

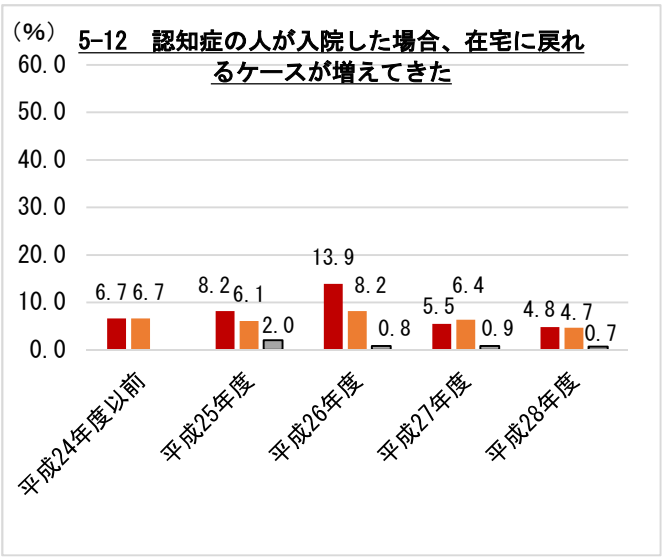

5-7　認知症の人や家族を地域で働く人たちが見守り支えるケースが増えてきた
（%）
60.0
50.0
40.0
30.0
20.0
10.0
0.0
55.0
31.7
3.3
28.6
30.6
4.1
42.6
30.3
3.3
33.7
25.8
5.3
28.0
20.2
5.4
平成24年度以前
平成25年度
平成26年度
平成27年度
平成28年度

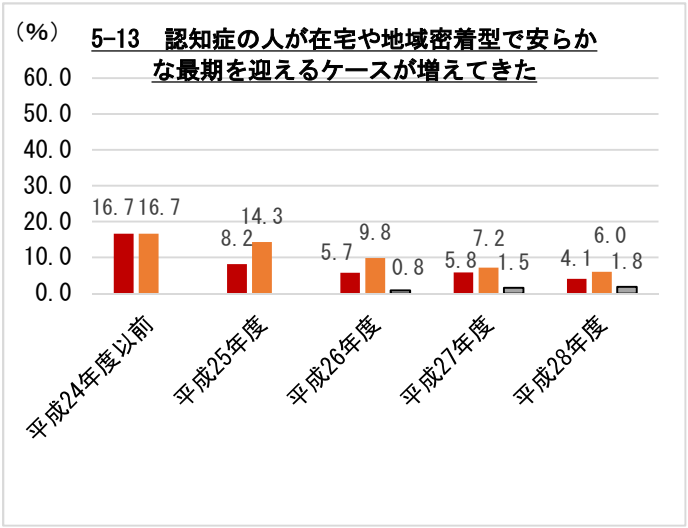

（%）5-8　行方不明者が出た際スムーズに対応するケースが増えてきた
60.0
50.0
40.0
30.0
20.0
10.0
0.0
35.0
21.7
5.0
26.5
28.6
6.1
27.0
16.4
3.3
16.0
15.6
5.3
13.8
12.5
2.3
平成24年度以前
平成25年度
平成26年度
平成27年度
平成28年度

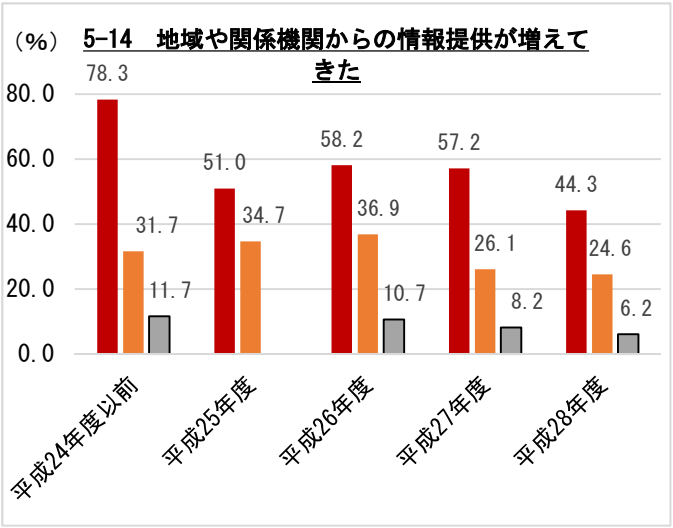

（%）
5-9　認知症の人が働ける場が増えてきた
60.0
50.0
40.0
30.0
20.0
10.0
0.0
5.0
1.6
0.9
0.2
0.5
0.6
平成24年度以前
平成25年度
平成26年度
平成27年度
平成28年度


（%）5-10　認知症の人の居場所や社会参加の機会が増えてきた
60.0
50.0
40.0
30.0
20.0
10.0
0.0
41.7
25.0
8.3
30.6
18.4
10.2
27.0
17.2
7.4
21.3
14.8
9.5
14.6
10.3
7.1
平成24年度以前
平成25年度
平成26年度
平成27年度
平成28年度







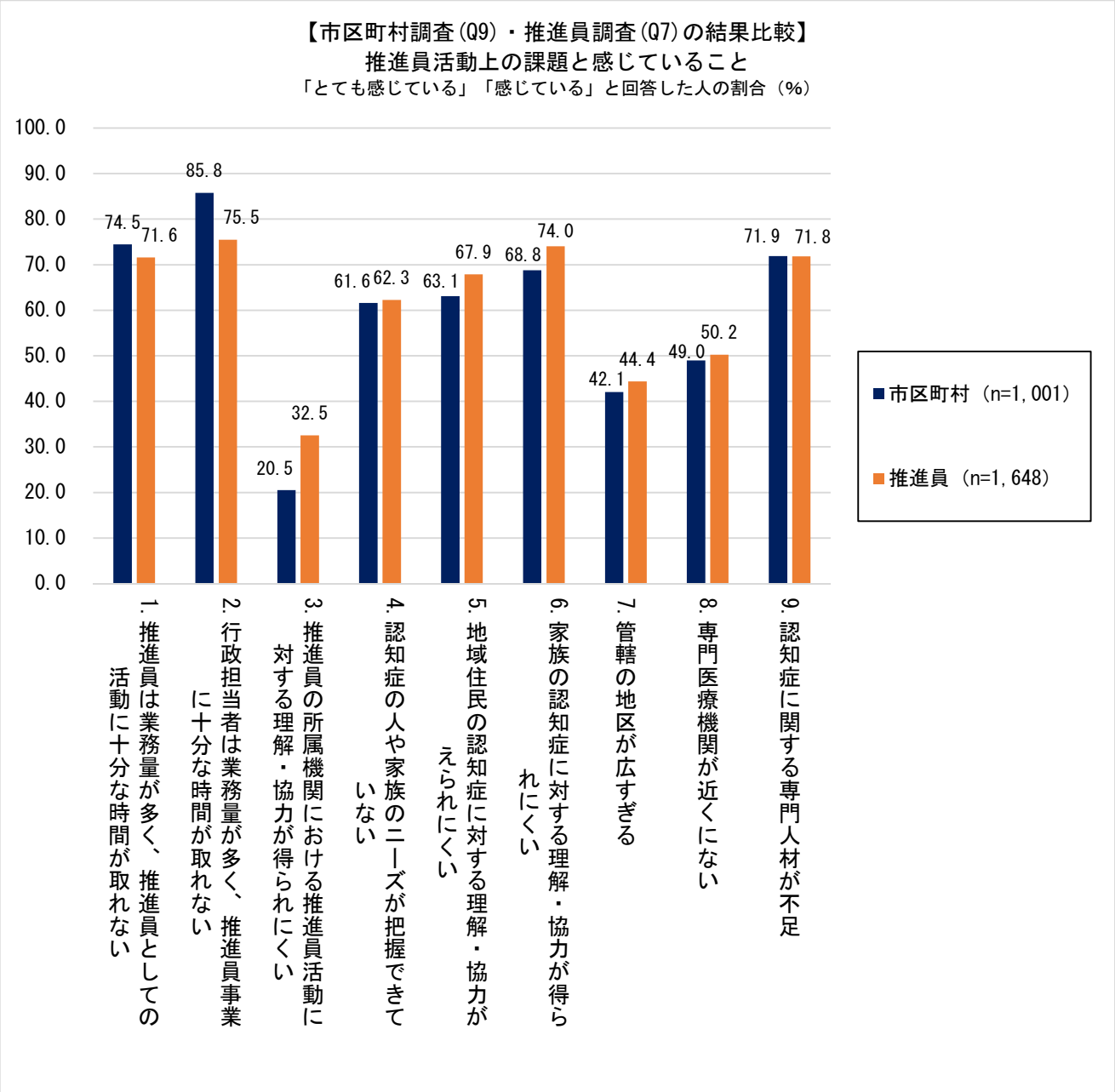


推進員活動を通じた地域の変化（アウトカムに相当）の確認状況に関しては、担当者・推進員ともに、実感している、話し合いは会議等で事実確認されている状況が多く、数で確認されている状況は少数にとどまっていた。

５）推進員活動上の課題と感じていること　（市区町村調査 Q9、推進員調査結果 Q7）

担当者、推進員ともに、「1. 推進員は業務量が多く、推進員としての活動に十分な時間が取れない」、「2. 行政担当者は業務量が多く推進員事業に十分な時間が取れない」、「9. 認知症に関する専門人材が不足」を課題として挙げている人が 70%以上と高率であった。

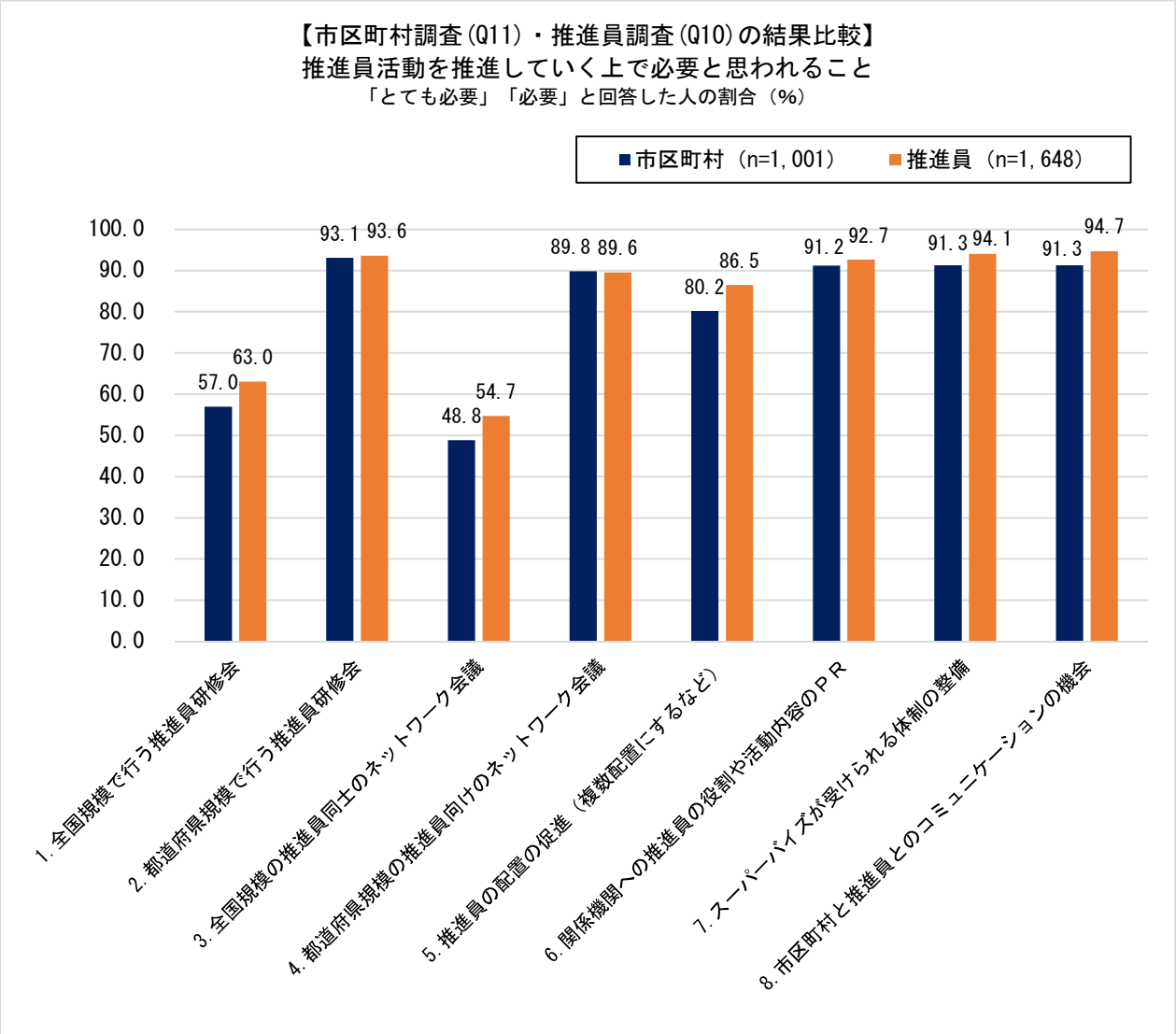
推進員は、市区町村担当者と比較して「6. 家族の認知症に関する理解・協力が得られにくい」、「5. 地域住民の認知症に対する理解・協力が得られにくい」という回答が多い傾向が見られた。



６）今後推進員活動に必要なこと（市区町村調査 Q11、推進員調査 Q10）

8 項目について尋ねたところ、市区町村担当者、推進員ともに、「2. 都道府県規模で行う推進員研修会」、「8. 市区町村担当者と推進員とのコミュニケーションの機会」、「7. スーパーバイズが受けられる体制の整備」、「6. 関係機関への推進員の役割と活動内容の PR」、「2. 都道府県規模の推進員ネットワーク会議」、「5. 推進員の配置の促進（複数配置にするなど）」に関して 8～9 割以上が必要と回答していた。

「1. 全国規模で行う推進員研修会」、「3. 全国規模の推進員ネットワーク会議」の必要性は、他項目に比較すると高くなかったが、担当者、推進員ともに約 5～6 割が必要と回答していた。



7）推進員が活動を継続/推進していく上で、日頃感じていること（推進員調査 Q11）

自由記述で尋ねたところ、記述内容は下記のカテゴリに分けられた。

大カテゴリ	中カテゴリ	小カテゴリ
1. 社会の現状に思うこと		
2. 推進員として	1)自己研鑽を積む 2)個々のアセスメントを大事にする 3)地域をアセスメントしていく 4)推進員として知っていただく(業務として) 5)認知症を知ってもらう機会を作る／作りたい 6)他職種・他機関と連携していく／いきたい 7)業務を見直す 8)どのようなケアがよいのか思案している 9)その他、抱負	
3. 業務遂行上の不安感・負担感	1)プレッシャーに感じる／無力感 2)何をしたらよいのかわからない 3)SV／コンサルテーション／相談先がほしい 4)ケース等の具体的な疑問・困難感 5)必要と思うこと	3)－1. 市町村からのビジョンが示されていない 2. 推進員の業務内容が多岐にわたるから 3. 自己として推進員のイメージが持てていないから
4. 連携(の必要性)－行政	1)市町村(役所)との目的の共有について 2)意見と課題	1)－1. 行政のビジョンを明確にしてほしい 2. 行政の担当者と交流／連絡を取り合うことが大切 3. 共にできたらよいと思うこと(少数意見) 2)－1. 意見 2. 課題
5. 連携(の必要性)－地域住民	1)認知症について理解を促す活動の必要性 2)地域の協力者探し／地域に協力を求める必要性 3)2)の具体案 4)その他、意見	1)－1. 認知症の理解が不足している／啓発の必要性を感じる 2. 研修会／交流会／事例検討会をしてみる 3. 情報収集(地域を知るインタビュー) 3)－1. 推進員を知ってもらう／推進員についての理解 2. 人材と場所の確保／地域作り(の難しさ)
6. 連携(の必要性)－推進員・他専門職	1)推進員同士の連携がほしい／情報交換したい 2)医療・介護／連携期待先とつながる 3)その他、意見	1)－1. 気軽な情報共有／発信(SNS・FB、動画配信など)の場 2. 近隣市町村推進員との交流 3. 日々の業務でのつながり 2)－1. 医療へ協力の依頼／難しさ 2. チームで活動する／その必要性 3. 認知症関連の他資格との協力体制つくり
7. 配置上の問題点	1)現在の状況 2)配置先について 3)業務内容について 4)その他、意見	1)－1. 業務量が多い／時間がない 2. 1. について意見・疑問 2)－1. 職場に理解がある／協力が必要と思う 2. 配置先を検討してほしい 3. 1. 2. について意見・疑問 3)－1. アンケートが答えにくい(行政／包括と兼務のため) 2. 兼務している業務と区別しにくい 3. 推進員として十分に活動できているか罪悪感がある
8. 人材不足・人員不足と感じている	1)人材不足・人員不足 2)専任が望ましい 3)適切と考える専門職について 4)その他、意見	1)－1. 兼務である／多忙である 2. 時間や労力が必要なケースが増えている 3. 仲間や相談相手がいるとよい 2)－1. 行政がよい 2. 行政外(包括等)がよい
9. 会議・研修について	1)開催時期・開催地・参加費 2)開催頻度 3)他市町村の取り組みを聞きたい／参考にしたい 4)スキルアップのシステムについて 5)その他、意見	
10.「推進員」の認知度について	1)知名度が低い 2)PR活動が必要(事業全体として) 3)その他、意見	
11. 事業全体について	1)事業の展開について 2)「推進員」の役割の明確化 3)病院が必要 4)意見	1)－1. トップダウンだけではない取り組み／推進員からの発信等 2. 全国的な教育・啓発活動が必要 2)－1. 職域が不明瞭／役割が不明瞭 2. 役割明確化への意見 4)－1. 国・県・市町村のサポートが必要 2. その他、意見

内容としては、業務量が多すぎるという意見や、役割が目に見えにくいために周囲の理解や認知度も低く負担感が強いこと、住民の理解が不足しているなどの課題も多く寄せられていたが、推進員活動を実施する中で、見出された工夫や対策について、今後の活動について示唆した内容を下記に抜粋する。

【今後の活動についての推進員の意見：工夫や対策について】　注）文末の数字は前頁カテゴリ番号

地域の多資源と課題を共有したプロセス重視の活動

①お互いがそれぞれの役割を理解した上で、課題を共有しそれが良い方向に向くよう一緒に考えていくプロセスが大切だと感じている。

４－１）－３　（40 歳代女性、委託包括・兼務、社会福祉士　他）

②何事も新しいことを始める際には困難があるが、悩みながらも楽しみを感じて取組んでいけたらよいと思う。推進員が配置された価値が発揮できる活動を行うためには、周囲と目的や方向性、取組み内容等について共有できることがとても重要であると思う。

２－４）　（60 歳代女性、行政・専任、精神保健福祉士　他）

③市担当者と推進員で課題共有し、具体的行動を計画的に進めていく必要があると思う。

４－１）－２（50 歳代女性、委託包括・兼務、社会福祉士　他）

④推進員の役割の PR が重要だと考える、その為には成果も出さなくてはならない為、市の推進員会議の更なる充実が望まれる。

４－１）－３　（50 歳代女性、委託包括・兼務、看護師　他）

職場外でのネットワークや学び・討議の機会

⑤各包括に複数配置することで活動が活発になると思うが、包括が一つしかないため、近隣とのネットワークや連絡会が必要と考える。

６－２）－３　（50 歳代女性、行政・兼務、保健師　他）

⑥推進員は地域の特性に合わせて自由な活動をしていくものと思われるが、認知症に関する施策も増加し、手一杯になってしまうのが実情と思う。県単位ぐらいでの情報交換が必要ではないか。

４－１）－３　（50 歳代女性、行政・兼務、保健師　他）

⑦フェイスブックでの全国認知症地域支援推進員連絡会での交流を通して、新たな情報を得たりアドバイスをして頂いたりすることができる。他地区の推進員の活躍ぶりを見て頑張ろうという気持ちになる。　６－１）－１　（30 歳代女性、直営・兼務、歯科衛生士　他）

実効性ある多様な人材の登用や配置

⑧研修を受けただけではなく、実践できる力、特に関係機関と連携できる力をつけなければ、複数配置しても効果がない。　４－２）－２　（40 歳代女性、委託包括・兼務、介護福祉士　他）

⑨専任の推進員以外にも各包括に兼任で推進員の業務ができるよう配置するとよい。広い範囲で業務を市内 2 人の推進員で行うよりも、人数が多い方が企画内容も充実すると思う。推進員でなくても、同じ業務を行う仲間がほしい。　８－１）－２（40 歳代女性、委託・専任、介護福祉士　他）

⑩推進員活動に認知症介護指導者の参加が増えることを希望します。認知症地域支援の社会資源としてもっと指導者を活用していただきたい。９－４）　（50 歳代女性、個人・兼務、介護福祉士　他）

地域に根ざした施策展開

⑪地域のニーズに合わせて柔軟に事業が展開できるようにしてほしい。事業に地域を合わせないでほしい。地域で眠っている財産を生かせるようにするなど、今ある事業を見返し（視点を変える）方法も検討してほしい。　１１－１）－１　（20 歳代女性、委託包括・兼務、社会福祉士　他）

⑫認知症に関する事業があまりにも多く、名称も同じようなものばかりで分かりづらい。地域住民やケアマネジャーなどにも、事業の種類や目的が分かるようにしてほしい。
１１－２）－１　（30 歳代男性、委託包括・兼務、社会福祉士　他）

⑬推進員の活動には地道に継続していくことが求められる。派手な事業にばかり目がいくのではなく、地道な連携に時間をかける意味を理解してほしい。
１１－４）－１　（20 歳代女性、委託包括・兼務、保健師　他）

８）認知症の人の視点や意思を重視した相談支援と支援体制づくりに関する事例（推進員調査 Q6）

推進員調査において、「相談支援と支援体制づくり」に関して詳しく尋ねたところ、「本人への関わりや支援が充実し、本人や家族の状態が良好になったケースがある」が、1,128 人（68.5%）であった。

また、「本人を支える資源やつながりが拡充し、地域での生活の継続が可能になったケースがあり」が 687 人（41.7%）であった。個別のケースに対し、推進員がどのように関わり、その結果、生じたケースの変化とあわせ、地域への波及効果（拡充した資源と連携状況）を尋ねたところ、559 人から事例の報告が寄せられた。

生じた変化に注目して事例を分析・分類し、その中から推進員の活動を通じて「地域に変化が生じたけケース」、および「医療・福祉に変化が生じたケース」の主なものが次ページの事例である

地域に生じた変化①

回答者：50歳代女性、直営包括、兼務、保健師（人口7千人代、圏域の高齢化率34.4%）
1.本人の性、年代、診断名など
男性　60代　アルツハイマー型認知症
2.当初の相談／相談支援の内容・ケースの状況
いつ行方不明になるかわからず常に一緒に行動していたが負担が大きくなってきた。人に知られたくないと思い限られた知人にしか話していない。知人も負担に感じているようで一緒に活動することも減ってきた。認知症を進行させたくないがどうしていいかわからない。介護者は自分が相談したことを本人が知るとショックを受けるため訪問等のかかわりはしてほしくないと話していた。 新興住宅地に居住していた。地域包括や地区担当保健師も把握していない事例だった。
3.推進員の関わり／助言、取組の主な点
本人が楽しんで毎日実施している散歩の時間に合わせてさりげなく出会いつながりをつくった。同じ新興住宅地に居住しご本人たちとも顔なじみで福祉施設や町の介護予防事業に協力してくれている地域の人の関わりを介護者の了解を得て実施。町の認知症支援の活動や介護予防事業などに継続参加し週3回は介護者と離れご本人自身が楽しめる時間を持つようになった。
4.生じた変化
ご本人は、認知症地域支援事業を楽しみに毎回参加し、視察者等に「僕は認知症になったけどここに毎週来れてうれしいんだよ」と自分から話しかけるようになった。受診の際にも主治医に楽しい時間を過ごせるようになったと伝えた。 推進員がつなげた地域の人が町の共同浴場に同行し同性同士で入浴の支援やご本人と一緒に過ごしてくれることで介護者が自由に過ごせる時間を持てるようになった。初回相談で悲壮な表情だった介護者の表情が明るくなり、時には一緒に認知症支援事業の会場に歩いて送ってくれるようになった。
5.当初と比べて拡充した資源・連携状況
町にある様々な資源（こどもから高齢者、介護保険サービス、介護予防事業・・・）がつながった。様々な世代が一緒に過ごすようになった。各事業や関係機関が支援事例を通じて連絡を取り合うようになった。
6.推進員の気づき・学び・感想など
ご本人の思いが周囲の理解を進める。ご本人の思いがわかると支援者の意識が変わる。ご本人に聞くことが重要、家族の思い＝ご本人の思いではないことを支援者が気づいたこと。研修等でもご本人の思いの大切さは伝えていたが支援者の意識はなかなか変わらなかった。ご本人と一緒に活動しご本人の思いを知るとガラッと変わる。ご本人は支援を受ける人（してあげるの人）ではなく同じ立場で仲間としての時間を多く持てるようにする中でご本人を理解してもらえるようにしていきたい。

地域に生じた変化②

回答者：30歳代男性、障がい者地域生活支援センター、兼務、介護福祉士（人口5万人代、高齢化率21.6%）
1.本人の性、年代、診断名など
８０代　女性　アルツハイマー型認知症
2.当初の相談／相談支援の内容・ケースの状況
【長男から地域包括に相談があり、包括職員と推進員が連携し役割分担をしながら地域での生活を継続した事例】夫が他界後、独居となり物忘れ症状が出現。毎日３万円ほど通帳から引き落としており使途不明であることが発覚。ビール券の領収書がたくさんあることから、来訪者等にばらまいているのではないかと予測。人柄がよく、何でも契約してしまい新聞も４社を数える。本人に関わっているであろう関係者を洗い出し、その関係者に状況説明と協力をお願いする必要性があった。
3.推進員の関わり／助言、取組の主な点
推進員が、関わっている商店や金融機関、住民等、関係機関に認知症の理解と協力について打診の訪問を繰り返し、今までのつながりが切れることなく、さりげない地域での見守りとネットワークが構築できた「個別支援ネットワーク構築」事例である。
4.生じた変化
商店、銀行、住民等の意識の変化。事情を説明した後は、「つながりを切らないさりげない関わり」をしてくれ、今までの馴染みの関係は継続できている。
5.当初と比べて拡充した資源・連携状況
酒屋・菓子屋・スーパー・新聞社・郵便局・銀行・ガス屋・近隣住民への訪問。民生委員・ケアマネジャー・地域包括支援センターとは地域ケア会議において連絡を取り合う仕組みができた。
6.推進員の気づき・学び・感想など
ネットワーク作りは「個別ケース」「小地域」「市全域」へのアプローチ方法の工夫が必要であること。

地域に生じた変化③

回答者：20歳代女性、委託包括、兼務、社会福祉士（人口17万人代、圏域の高齢化率42.1%）
1.本人の性、年代、診断名など
７０代男性。独居。アルツハイマー型認知症。
2.当初の相談／相談支援の内容・ケースの状況
特定の住民に物を盗られたと、自宅前で大声を出したり警察に通報する等のご近所トラブルを起こすようになり介入。短期記憶の明らかな障害（朝のできごとを午後には忘れている）、作話（病院受診をしていないが定期的に受診をしている等）の問題あり、金銭管理が出来ず、５月に公共料金の未払いで電気を止められる。緊急的に施設に一時入所。疎遠だった家族に説明を行い、成年後見申立、介護認定申請、一時的な金銭管理の協力を依頼。退所後、一人暮らしを再開。配食サービス、暫定での介護サービスを利用開始。
3.推進員の関わり／助言、取組の主な点
施設入所を機に、諸手続きが必要な状況となり疎遠だった家族との関わりが始まる。認知症への理解はあったが、包括、ケアマネジャー、成年後見センター等、多く機関が頻回に関わることで家族負担の比重が重くならないよう注意した。また、ご近所トラブルがあったため、個別の地域ケア会議を開催し、町内会会長・役員に対して、本人への関わり方の統一を図り、トラブルがあった時の連絡体制等を確認し合うことで地域で生活し続ける体制を整備した。
4.生じた変化
介護サービスを利用することで一人暮らしを継続することが可能となり、近隣トラブルは消失した。反面、車を処分したことで家族に対して被害妄想が出現し、家族の精神的負担増大し関わり拒否となるが、包括が仲介した状態での関わりは継続できた。また、ケア会議を開催したことで地域住民の安心材料となり、関係性も深くなった。
5.当初と比べて拡充した資源・連携状況
地域の見守り、連絡体制の充実。町内会より、地域と家族に対して認知症への理解を促す機会が必要だとの問題提起があり、課題意識が高まったことを感じた。 後見申立にあたり成年後見センターとの関係性が構築された。
6.推進員の気づき・学び・感想など
・車を手放すことは、本人の行動範囲の縮小、生きがいを失くしてしまうことに繋がる。認知症高齢者の運転について免許返納の一択以外、方法はないのか良案を考えていきたい。 ・サービスや支援を選択する際に、本人の意思の尊重・自己決定の重要性と、BPSDによる行動の変化から生活安定の確保、どちらを優先するか迫られる時がある。

地域に生じた変化④

回答者：50歳代女性、委託包括、兼務、看護師（人口17万人代、圏域の高齢化率30.2%）
1.本人の性、年代、診断名など
80代、男性、アルツハイマー型認知症
2.当初の相談／相談支援の内容・ケースの状況
・介護者妻よりケアマネに本人の徘徊、行方不明が心配であると相談あり。 ・以前パジャマのまま外出し、通行人に連れてきてもらったこともある。 ・山の方へ行ってしまった事もある。 ・行方不明になって大勢の人に迷惑をかける前に警察へ届けておきたいとの家族の希望がある。どうしたら良いかとケアマネから包括へ相談あり。
3.推進員の関わり／助言、取組の主な点
・ケアマネと写真入り、行方不明時の登録票を作成。 警察へ認知症の人の事前登録をしておく。 ・個別地域ケア会議を開催した。 会議の目的（①徘徊高齢者の地域での見守り体制構築、②警察（交番）との連絡体制の構築、③行方不明になる事の家族の不安が軽減される）
4.生じた変化
・徘徊高齢者登録制度、反射シールの検討 ・ほっとメール登録推進、顔写真入りほっとメールの検討 ・市町、警察署の管轄を超えた広域な連携体制についての検討 ・地域として、できる事を考えてもらい、地域の方のネットワークの構築に繋がった。
5.当初と比べて拡充した資源・連携状況
・この地区は地域のコミュニティーがあり、家族が（認知症について）オープンにすれば見守り体制はできている事がわかった。 ・今回の会議で民生委員、自治会が地域で見守るネットワークを広げるきっかけとなった。
6.推進員の気づき・学び・感想など
・推進員として市への提言（行方不明時の警察との連携について制度化されるよう）、地域の方達にも地域として何が出来るかを考えていただく機会となった。

医療福祉に生じた変化①

回答者：30歳代女性、委託包括、兼務、介護福祉士（人口80万人代、圏域の高齢化率25.5%）
1.本人の性、年代、診断名など
80代前半女性独居　認知症（Ⅱｂ）
2.当初の相談／相談支援の内容・ケースの状況
歯医者から何度伝えても予約日を忘れてしまいほぼ毎日来院してくるとの相談が入る。家族、近隣の親族、民生委員等から情報収集すると、それぞれ本人に対しての不安な声があがっていた（家族への頻回なTEL、重複購入、ゴミ出しを間違える、わからない書類は全て隣の家にもってく等）　関係者を集めケア会議を行った。 情報共有、支援方法検討し、役割分担を明確にした。
3.推進員の関わり／助言、取組の主な点
専門医の受診につなげた。専門病院との連携。 本人が地域で安全に生活できるよう、毎日スーパーに行く習慣を安全に行えるよう地域の理解を依頼した。 介護保険を申請し、サービス事業者（小規模多機能居宅）と連携をとった。
4.生じた変化
家族が積極的に関わるようになってくれ、専門医の受診へつながった。施設を検討していた家族が、もう少し在宅で様子を見ることに同意してくれた。民生委員を中心に地域の理解が広がった。朝夕の訪問サービスにより、内服がきちんと飲め、いつでも相談できる環境が整ったことで、周辺症状が落ち着いた。新たな問題が発生した時には、ケアマネ→包括へとタイムリーな相談、支援が行えるようになった。
5.当初と比べて拡充した資源・連携状況
このケースをきっかけに、今まで連携の少なかった歯科医と連携を作ることができた。地域の連携、認知症の理解につながった。
6.推進員の気づき・学び・感想など
日頃、包括職員として地域に出向くことが多く、推進員としての周知はまだまだであると感じている。推進員として今後も知識を身につけ、積極的に地域に出ていけるようにしていきたい。認知症の方の地域での理解が深まるよう活動をしていきたい。サポーター養成講座の実施等にて、企業（金融機関、スーパー、コンビニ等）へも理解を求めていきたい。

医療福祉に生じた変化②

回答者：40歳代女性、委託包括、専任、精神保健福祉士（人口8万人代、高齢化率27.2%）
1.本人の性、年代、診断名など
男性、５７歳、脳血管性認知症（若年性認知症）
2.当初の相談／相談支援の内容・ケースの状況
４０代で脳梗塞を発症後、高次脳機能障害と診断。仕事がこなせず、５４歳時、会社を自主退職。その後も業務を覚えていられないので仕事を転々とする。H26年、５７歳時、知人（福祉職）から推進員の存在を聞き、相談が来た。（当時、行政に担当しても適当な答えが出ず、何を誰にどのようにして相談したらいいかわからなかった。医療介護連携、経済面、就労、日々の生活、車の運転、生きがい、家族支援、当事者と家族交流など。）
3.推進員の関わり／助言、取組の主な点
医療連携：相談受付時には地元の専門医へつながった直後だった。障害の手帳や年金についてMSWと情報共有した。 介護連携：本人の生活リズム調整と体のリハビリのため、若年性認知症に理解のあるDS利用を勧めた。 就労支援：ﾊﾛｰﾜｰｸは「若年性認知症のケースはない」と相談にのってもらえず。障害者就労・生活支援センターは「若年性認知症のケースは初めて」ということで、常に同行したり、緊密な連絡を取りながらの対応となる。トライアル雇用やボランティアを経て、H28年障害者枠で介護施設に雇用となった。車の運転：家族の意識改革
4.生じた変化
本人に会うことで、また代弁者が伝えることで、今まで認知症に関わっていなかった分野・機関がつながり、また、当事者の思いを中心に据えてこなかった職種や事業所の意識をいっぺんに変えた。思いを実現するために誰もが様々な工夫・アイデアを出し、今までやったことがないことに前向きに取り組めた。家族の本人へのマイナスイメージが変わり、病気を受け入れられるようになり、周囲へのカミングアウトもした。
5.当初と比べて拡充した資源・連携状況
就労支援側（ﾊﾛｰﾜｰｸ、障害者就労・生活支援センター、その上部組織障害者職業センター）と事例の定期的なｶﾝﾌｧﾚﾝｽなどの協働の他、新規ケースの相談。受け入れDSでの若年性認知症の方たちのスペース・プログラム体制、新規相談。就労やDSでの対応について、作業療法士との連携で取り組みを工夫。市内の若年性支援のフローチャート・アセスメントシート作成。包括支援センターとの協働・体制づくり・支援向上。
6.推進員の気づき・学び・感想など
支援を通じ、私のほうが本人や家族に教えられることが多くあり、認知症支援の原点に戻り、基本姿勢を正していただいたような気がする。就労支援機関との連携においては、自分の力不足と就労分野の認知症に対する知識不足などで、時間もかかり大変苦しい思いをした。施策にない試み（ラン伴）を通し、多くの分野へ影響が広がったこと、そして何より本人の笑顔が最高に素晴らしかった。

医療福祉に生じた変化③

回答者：60歳代女性、直営包括、専任、社会福祉士（人口23万人代、圏域の高齢化率24.8%）
1.本人の性、年代、診断名など
女性、８０歳代
2.当初の相談／相談支援の内容・ケースの状況
隣県在住妹より、「姉から昨夜、突然『盗んでいった金を返せ』とすごい剣幕で電話がかかって来た。数年に１回くらいしか会うことがないが、心配だ。どこに相談してよいか分からず電話をしている。」との相談
3.推進員の関わり／助言、取組の主な点
・まずは、妹さんからの電話は伏せ、訪問することを提案、了解いただく。 ・親族は、隣県妹と隣市弟のみであり、主の現在の生活状況が全く不明。 ・初回訪問において、人と話すことへの拒否はなく、数回訪問を重ねることで信頼関係の構築を計る事を第一の目標とする。 ・状況を把握することで、主自身が思っていない困り事への気づきを促す。
4.生じた変化
・主治医を聞き取る事ができ、面談し、訪問による支援中である事を報告しておく。 ・兄妹に対し極端な拒否があることが判明。推進員と地域包括や社協の生活支援コーディネーターも同行しての訪問により、いろいろなフォーマルサービス、インフォーマルサービスがある事を伝える。その中から自身で、コンビニや薬局からの宅配サービスの手配をされる。 ・家屋は今にも崩れそうな家であり、当初は、ここで死ぬと言い切っていたが、ある朝電話がかかり、「最近腰痛が酷く、この家で冬を越す自信がない。あんたが紹介してくれる所ならどこでもいい」と話した。
5.当初と比べて拡充した資源・連携状況
ものわすれ外来のある病院を、窓口や電話相談等のあった方や家族に紹介する支援を行っているが、その中の中堅的総合病院とは、現在、事前の情報提供（本人の同意を得た上で）を密に行う事や、受診の同行(認知症の独居の方)をすることなどで、医師の信頼を得る事ができ、診断後の福祉サービスとの連携・家族との連携上、とても活動しやすくなった。又、医療機関の連携も積極的に動く事ができるようになった。
6.推進員の気づき・学び・感想など
なかなか支援が進みそうにない案件でも、タイミングが来ればトントンと進む事が分かった。しかし、トントンと進む為には、コツコツと信頼関係を築いておく事の重要性を日々実感している。

医療福祉に生じた変化④

回答者：40歳代女性、委託包括、兼務、保健師（人口13万人代、圏域の高齢化率24.3%）
1.本人の性、年代、診断名など
女性、67才　海馬と前頭葉に萎縮
2.当初の相談／相談支援の内容・ケースの状況
本人の様子がおかしいと夫は気付くが、受診の決意がつかない。認知症疑いのための相談や受診である事を本人が知ったらどう思うのか心配。
3.推進員の関わり／助言、取組の主な点
・夫に認知症の診断を受けるための方法についていくつか情報提供。→相談会や受診外来の名称を情報提供。→夫が認知症専門相談を選択。 ・本人は普段病院にかかっていなかったため、健診目的での受診を本人に提案。夫には全てを本人に伝える必要はないと、本人が不安になること、細かいことは伝えなくていいと助言。 ・認知症市民フォーラム・認知症家族交流会・認知症カフェの情報提供。
4.生じた変化
・認知症専門相談を受け、医師から認知症であると告げられてから、専門医受診・介護保険申請へとスムーズに進んだ。 ・認知症であることを本人の兄、地域の世話人に開示。 ・小規模多機能型居宅の見学をしたが、サービス利用には至らなかったが、２人で外に出る機会として、地域の歌のサークルグループ、公民館での高齢学級に参加。世話人には夫より事情を説明。数ヶ月後に再度認知症カフェに参加歓待したところ、夫婦揃っての参加あり。
5.当初と比べて拡充した資源・連携状況
・地域の高齢者の歌のサークル（グループホームへの歌の慰問、交流のあるグループであり、本人らが参加した認知症カフェにも数名が参加した。）・公民館での高齢学級（前年度に認知症サポーター養成講座をおこなっていた。）が認知症のご本人を受け入れてくれた。
6.推進員の気づき・学び・感想など
・認知症の様々な活動が、地道ではあるが、個別のケースの対象につながっていると感じた。地域に向けての認知症の普及啓発の大切さを改めて実感した。 ・次期により必要になる情報・支援が異なる。既に提供したことのある情報であっても、再度話してみる価値がある。 ・介護保険サービスにとらわれない柔軟性が必要であり、働きかけも大事だと感じた。

【Ⅳ．全国調査に基づく聞取り調査】

１．調査目的

推進員の効果的な活動（特に相談支援・支援体制の構築）のあり方について、全国調査の回答結果に関する詳細、推進員の活動プロセスと取組み姿勢（考え方）及び市区町村担当者との連携、サポートのプロセスについて、推進員及び市区町村担当者双方から聞取り調査を行った。

聞取りは半構造的に行い、これまでの活動について配置当初～初年度、次年度以降と時系列的に振り返っていただくことを通して、地域及び自身の活動を捉える評価視点に着目し、どのようにステップアップを図ってきたかを把握した。この結果をもとに、各市区町村の取組みから得られた示唆をまとめるとともに各取組みの流れを図で示し、他地域での参考資料とすることを目的とした。

【推進員への聞取り内容】※具体的な質問項目は次ページ３（２）参照。

推進員自身の資格や経験、配置形態や地域課題等の強み、弱みを生かしつつどのように取組んできたか、推進員活動のプロセスと取組み姿勢を通して明らかにする。活動内容に加えて、推進員自身の地域課題の捉え方、活動上重視したこと、当事者、地域住民、関係機関・職種、行政機関等との情報共有や役割分担に関する考え方等について伺う。

【市区町村担当者への聞取り内容】※具体的な質問項目は次ページ３（２）参照。

推進員配置時点での地域課題の捉え方、配置時の課題・活動方針の伝達・共有、配置後の連携やサポートのプロセス、配置後の地域課題の捉え方と地域の変化、今後の課題等について伺う。加えて、推進員活動と他事業との効果的な連携について考察するため、推進員が認知症初期集中支援チーム員を兼任することによる効果や課題も伺う。

２．調査対象地域の選定

（１）選定基準

調査対象地域の選定基準として、次の４点を考慮した。

①自治体の人口規模：多様性を確保すること
②推進員配置上の工夫：配置場所、活動の環境づくりの工夫がみられること
③活動上の課題を克服しながら、推進員の機能（連携・ネットワークの推進、対応力向上、相談支援）を活かして効果を上げている地域であること
④他の地域でも実行可能な活動を進めている地域であること

（２）選定経過

①平成 28 年 12 月 18 日（日）時点で集計した全国調査の推進員調査票 1,280 件のうち、上記基準③から、推進員調査 Q6（新オレンジプランの骨子 3 項目における変化・効果がみられた事例数)「Q6-3 本人を支える資源やつながりが拡充し、地域での生活の継続が可能になった事例」がある 528 件、うち事例記述のあったもの 385 件、うち「6. 推進員の気づき・学び・感想など」の記載があったもの 346 件を抽出した。

②上記 Q6 の事例記述に「推進員」の語を含むもの（聞取りに際して推進員としての視点で

の気づき・学びや今後の課題や展望を重視するため）47 件を抽出した。

③上記 47 件のうち、市区町村調査票が未提出のもの、近年の推進員研修で事例報告された市区町村、昨年度の老健事業の調査で聞き取った市区町村以外で、市区町村調査 Q2～4（配置状況、配置上の工夫等）に回答があることを確認した（上記基準②）。

④推進員調査 Q4（これまでの活動内容）で個々の活動と効果を確認し、Q5（推進員活動を通じた地域の変化）で多くの項目に変化があるものを抽出した。基準④を確認の上 12 市区町村に絞り込んだ（同項目を市区町村調査でも確認）。Q7～11 の活動継続意思ややりがい、課題等についても確認した。

⑤12 市区町村を人口規模（基準①）で分類した。

全市町村配置となる平成 30 年度に向けて人口規模の小さな自治体での配置が進む見込みを踏まえ、小規模の自治体を細分化して分類した。

⑥地理的分布、配置先や配置年月のバランスも考慮して 6 市区町村に絞り込んだ。

⑦推進員の所属先及び当該市区町村と調整の上、両者から承諾を取って調査日時を設定した。

３．調査方法・調査項目

（１）調査方法

推進員、市区町村担当者に対し、事前に聞取り内容の項目を送付して、可能な範囲で記入の上、当日持参していただいた。

聞取りには研究スタッフ 2 名で訪問した。調査実施に当たり説明を行い、書面にて同意を得た上で聞取りを開始した。

（２）調査項目

■推進員に対する聞取り結果

◆配置当初の状況や動きについて

○配置されることになった経緯と推進員活動に対する当初の認識や準備したこと、協力依頼先等

○初年度の取組みを通して生じた認知症の人や家族、地域社会、あなた自身の変化・効果・苦労したこと・課題等

◆配置後２年目以降、現在に至るまでの状況や動きについて

○２年目以降に把握した地域課題、取組んだ活動とそれぞれの活動の協力依頼者等

○各年度の取組みを通して生じた認知症の人や家族、地域社会、あなた自身の変化・効果・苦労したこと・課題等

○各年度に苦労したことやその後への課題、以後役に立ったこと等

◆推進員活動のポイントと効果について

○これまでの経験を振り返り、推進員活動を効果的に行うために重要だと思うこと

○推進員活動の効果や課題は、どのような観点や基準から評価すると良いと思うか

○推進員活動をより効果的に進めるための改善点について

○推進員活動を通してご自身の職業や今後の活動への意欲等に与えた影響等

■市区町村担当者への聞取り結果
◆推進員配置初年度の動き
○配置に当たっての打診・決定方法（候補者の選定、所属組織との調整等）
○推進員への説明や地域課題・活動方針・報告方法・評価方法についての話し合いや情報共有方法
○配置後の推進員との連携やサポート方法
○初年度に特に配慮・工夫したこと
○推進員活動の評価方法
◆配置後２年目以降の動き
○２年以降の推進員との連携やサポートの状況
○推進員を配置したことによる効果や見えてきた活動上の課題、地域の力や課題、行政としてのサポートのあり方、行政担当者としてのご自身の変化等
○推進員活動の効果や課題をどのような方法（視点・尺度等）によって評価しているか
○市区町村としての今後の推進員活動の方針
○推進員が認知症初期集中支援チーム員を兼任することについて
　兼任している場合…その効果や課題
　兼任していない場合や未設置の場合…望ましいと思われる連携のあり方等）

４．聞取り調査結果から得られた示唆

聞取りを行った市区町村と配置の特徴を以下に一覧としてまとめた。

各市区町村が地域特性に応じて独自の配置、推進員活動及びその支援を行っていること、また、どの市区町村にも他地域で活用できそうな多くの示唆を得ることができたので、以下にまとめる。

聞取り対象地域一覧（人口規模順）

	市区町村全体の状況					聞取り対象者（推進員）の状況		
	人口●	高齢化率●	面積●	配置先	配置数※	主たる資格	兼務△	兼任△
愛知県 名古屋市	2,304,794 人	24.5%	326.4km²	認知症相談支援センター	2 全域※	社会福祉士	専任 H27.4～	なし
				委託包括	29 圏域毎	社会福祉士	兼務 H28.4～	なし
北海道 千歳市	95,413 人	21.3%	594.5km²	認知症疾患医療センター、委託包括	2 全域※	精神保健福祉士	兼務 H28.4～	初期集中支援チーム
新潟県 柏崎市	86,522 人	31.5%	442.0km²	委託包括	1 全域※	精神保健福祉士	専任 H23.4～	なし
徳島県 吉野川市	42,558 人	34.0%	144.2km²	直営包括	1 全域※	保健師	兼務 H28.4～	初期集中支援チーム
鹿児島県 さつま町	24,109 人	35.4%	303.9km²	委託包括	7 全域※	社会福祉士	兼務 H24.4～	初期集中支援チーム
山形県 金山町	5,870 人	32.9%	161.7km²	直営包括	3 全域※	保健師	兼務 H26.12～	なし★

●印…「人口」、「高齢化率」、「面積」は全国調査回答時に記載された数値。

※印…「配置数」の下段は、推進員が担当する地域・圏域の範囲。「全域」は市区町村の全域を指し、全域に複数配置されている場合は地区担当でなくケースや業務を分担している。

△印…「兼務」は所属先の業務との兼務状況を指し、「兼任」は認知症施策の他の役割との兼任有無を指す。

★印の方（金山町）は、平成 29 年度に認知症初期集中支援チームを設置し、チーム員を兼任する予定。

（１）「顔の見える関係づくり」から始める地域資源と課題の把握

多くの推進員が、配置された初年度は地域の関係機関や団体を回って推進員として配置されたことを伝え、それぞれの機関・団体がこれまで取組んできたことやその課題、あるいは住民のニーズを把握することに努めていた。

地域課題の把握には、民生委員等を通じたアンケート調査（千歳市、さつま町）、市として介護家族や一般市民に行ったアンケート調査（吉野川市）等を通して、既存の資源や活動に関与しつつ、個々の課題を一つひとつ解決しながら長期的展望を見出そうとする姿勢で取組んでいた。

いずれの場合も推進員単独でなく関係機関や住民、民生委員等との関係づくりを基盤として丁寧にコミュニケーションを図りながら進めている。すでに地域に根を張って課題解

決に取組んでいる関係者の活動をより効果的に展開するためには、推進員あるいは専門職としての眼と同時に「顔の見える関係づくり」が不可欠と言うことができる。

（２）各自の資格・経験・所属先の強みを活かし、弱みを補い合う関係づくり

推進員は保健師、社会福祉士などの基礎資格を持ち、各自多様な専門性を持っている。柏崎市の推進員は医療機関で個別支援を専門としていたが、地域づくりは行政の保健師から協力を仰ぎ、住民のニーズや地域の課題は地域包括支援センターと行動をともにしながら、それぞれの立場で強み・弱みを補い合う関係を作って活動を進めていた。地域全体を俯瞰すると多種多様な課題があるが、限られた数の推進員ではすべてに対応することは困難である。そのため、関係機関や専門職が行ってきたこと、把握している課題、それぞれの持つ強みと弱みを把握した上で、相互に補い合う関係を作ることが重要と考えられる。

名古屋市のように、多様な職種がチームを組んで活動している地域包括支援センター配置の推進員は、相互補完し合えるネットワークを形成しやすい立場にあると言える。さらに市全体を統括する認知症相談支援センターにも 2 名の推進員が配置されていることで、市としての方向性を示しつつ各種サポートや連携を行うという体制は、各圏域の推進員にとっても心強いだろう。

しかし一方で、地域包括支援センター業務との兼務の場合、推進員業務との区別やバランスをとることが難しくなりやすい。行政側と所属先で十分な調整を行い、組織内での立場あるいは役割、業務の分担を明確化しておくことも重要である。

（３）個別支援や個々の活動を丁寧に評価し、PDCA サイクルを意識して次の活動につなげる

推進員の業務は個別の相談支援から地域全体を対象にした活動まで多岐にわたるが、個別の相談支援や一つひとつの活動をどう地域づくりにつなげるかという点で、市区町村ごとに地域特性あるいは組織の実態・実情に合わせた違いが見られた。

個々の活動を他の専門職と同様に推進員が主となって対応するには限界がある。どの推進員にも、既存の関係機関や住民活動に関与しながら主体的に動ける人材を見出して活動を実施し、それがより効果を上げたり質が向上したり、あるいは他地域でも活用・応用できそうな要素を抽出して次の活動につなげるといった PDCA サイクルを意識した姿勢が共通していた。

個別の相談支援をどう評価するかは特に重要である。他の職種・機関と同等に対応するには限界がある。柏崎市では、基本的に地域包括支援センターと行政での対応を基本としつつ、困難ケースは推進員に伝達し、その個別対応から地域課題を見出して地域活動につなげていた。さつま町では、地域包括支援センターの一スタッフとして他職員と同様に相談を受けつつ、チーム全体で話し合い評価しながら推進員としての役割を明確化して次の活動につなげていた。取組み方は対照的だが、一つひとつの活動を地域全体の観点から PDCA サイクルで捉え直していく姿勢については共通していた。

（４）兼務・兼任の強みは活かせるが、適切な人数配置やサポート体制が必要

所属先の業務との兼務、あるいは認知症初期集中支援チーム員との兼任等については、メ

リットを挙げる声が多かった。その理由は、スムーズな情報伝達と対応、支援方針の共有しやすさであった。

特に千歳市の場合は、2 名配置された推進員のうち 1 名が認知症疾患医療センターに所属して認知症初期集中支援チーム員を兼任しているほか、もう 1 名は地域包括支援センター職員である。医療と福祉、双方の強みを活かした迅速な個別対応が可能となるし、従来は地域包括支援センターのみで対応していたケースに推進員が個別支援を行うことで相談支援体制が重層化したというメリットも挙げている。

しかし反面、他の業務との兼務・兼任による業務のバランスを適切な人数配置やサポート体制でカバーすることが必要になる。また、兼務・兼任によりそれぞれの立場・活動ごとの評価が難しくなることも考えられる。今後推進員の配置が進めば、より効果的な活動やその評価に当たっての指標が求められると考えられるため、推進員活動自体、あるいは推進員活動を含む地域づくりをどのような観点から、どのように評価するかを検討しておく必要もあるだろう。

（５）配置形態・人数に適した連携・サポート体制の確保

専任であれ兼務であれ、これまで述べてきたような取組み姿勢は所属する（配置された）組織・チーム内での役割分担が明確化されていてこそできることである。比較的人口規模の小さい市区町村（さつま町、金山町）でも推進員の配置人数が 3～6 人と多い。しかしどの聞取り対象者も兼務における業務やその負担のバランスをとる必要性を指摘している。

このことから、配置人数が少ない場合や所属先業務との兼務の場合は、業務やその負担感のバランスをとれる環境を整えることが不可欠であると言える。直営包括に推進員が配置されている吉野川市や金山町は、直営であることの強み（地域包括支援センターとしての実績や施策と直結した推進員活動ができること、地域包括支援センタースタッフがチームとなって取組めること等）により推進員活動もスムーズに行えたり、同時に地域包括支援センターとしての取組みも充実してきたことを強調していた。そのため適切な人数配置と、所属組織の推進員活動に対する十分な理解、そして推進員としての立場・役割を明確化し共有した上での役割分担が重要となると思われる。

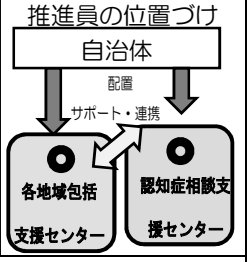
（６）推進員と行政機関の共通理解と密接な協力関係が重要

いずれの聞取り対象地域でも、推進員活動には行政のリーダーシップあるいはサポート体制が不可欠であった。名古屋市では市社会福祉協議会が運営する認知症相談支援センターに業務委託し、同センターが政策的・広域的立場から情報提供、情報交換や研修機会の提供等を通じて各区・各圏域の推進員活動をサポートするフォーメーションを組み、大都市ながらも各圏域に密着した形で活動できる体制を整えていた。金山町では、配置当初は行政主導で施策の一環として推進員活動を行った上で、3 年目以降は推進員が主体となって活動を展開するようになった。また、さつま町では行政と民間（社会福祉協議会）の人事交流によって相互の専門性を補完するなど、さまざまな工夫が見られた。いずれにしても推進員活動には、地域特性及び推進員の所属先、配置形態、専門性等の強み・弱みに応じたバックアップやサポートの体制が不可欠であると言うことができる。

５．聞取り調査の詳細内容

１）愛知県名古屋市（聞取り対象地域：瑞穂区東部）

（１）自治体概要

自治体名	愛知県名古屋市		自治体コード	２３１００２	
人口	2,304,794 人	高齢化率	24.5%	面積	326.4 ㎢
日常生活圏域数	16（区単位で１）	地域包括支援センター数		29（委託 29）	
推進員の配置状況	平成 27 年度までに名古屋市認知症相談支援センターへ２名配置 平成 27 年度に各区１名配置（市内 16 区で計 18 名配置） 平成 28 年度に全地域包括に配置（市内 29 包括、計 31 名配置）				
聞取り対象者	・名古屋市瑞穂区東部いきいき支援センター（地域包括支援センター） 認知症地域支援推進員（社会福祉士）平成 28 年 4 月配置 ・名古屋市認知症相談支援センター 認知症地域支援推進員（社会福祉士）平成 27 年 4 月配置 ・名古屋市健康福祉局高齢福祉部地域ケア推進課 地域支援係　担当者			推進員の位置づけ  	

【活動のポイント】

○地域包括支援センターごとの配置による、包括業務の実績を活かし地域に密着した推進員活動

○市全域をカバーする名古屋市認知症相談支援センター（名古屋市社会福祉協議会）の広域的かつ圏域・地域の実情に応じたサポート体制と横断的な情報交換・研修機会の提供

○既存の事業や活動に、無理のない範囲で新たな役割を持ってもらう小さな取組みの積み重ね

（２）名古屋市における認知症施策及び推進員配置の経過

名古屋市では「名古屋市認知症相談支援センター」（以下、センター）に一部の認知症施策を委託。センターでは平成 27～29 年度を期間として『認知症の人やその家族が安心して暮らせるまち・なごや』を目標に「認知症の早期診断・早期対応の支援体制づくり」「認知症の人や家族にやさしいまちづくり」「認知症相談支援センターの機能強化」を３つの柱として多岐に渡る取組みを行っている。認知症地域支援推進員は平成 27 年度までにセンターへ 2 名、平成 27 年度に市内 16 区に各 1 名配置。翌 28 年度に全地域包括支援センター（いきいき支援センター）に１名ずつ配置された。

センターでは推進員の活動支援、役割の明確化、活動の見える化に重点を置き、以下４点のポイントを掲げている。

①認知症ケアパスを中心に継続的な専門部会（区地域包括ケア推進部会認知症専門部会）での地域支援体制の構築と事業展開

②今後の活動の核となる認知症介護指導者等との関係作りの支援

③カフェや模擬訓練等を通じた地域のネットワークの強化

④本人、家族等の声にもとづいたまちづくりを行い、認知症の疾患観やマイナスなイメージを変える

【平成 27 年度の取組】
１．定期的な認知症地域支援推進員連絡会や研修会の開催。（翌年度も継続）
２．各区の推進員の主な活動内容
①なごや認知症カフェ開設・運営支援
熱意ある事業所への積極的な開設呼びかけ、地域特性や地域課題を整理して開設が必要な地域に積極的な働きかけ。
②認知症ケアパスの取組み
ケアパスのリーフレットの普及・啓発。ケアパス配布の過程で地域の様々な関係者とのつながりを強化したり、明らかになった地域課題の解決のための取組みを計画。
③関係機関のネットワークづくり
熱意ある関係者と区単位で交流する機会をつくり、顔の見える関係作りを行い、その後協働して取組む場が増えた。
【平成 28 年度の取組】
１．なごや認知症カフェ開設・運営支援及び住民への周知
平成 27 年度に引き続き開設・運営支援を行うとともに、カフェのチラシやマップ等を作成し、住民へ周知を行った。
２．各区におけるケアパスに関する取組
認知症専門部会と別に関係者でワーキングチームを作り隔月程度で検討会を実施して、区内に不足している資源の確認や課題の共有を測っている。ケアパスの普及とともに事業所の実態を把握したり、ケアパスに沿った事例検討を行ったりしている。

（３）調査結果

名古屋市の場合、推進員、市認知症相談支援センター、市担当者の三者からグループ形式で、聞取りを行った。以下、順に紹介する。

■推進員に対する聞取り結果

◆配置当初の状況や動きについて

●配置されることになった経緯と推進員活動に対する当初の認識や準備したこと、協力依頼先やその内容等

【配置の経緯】
・瑞穂区では平成 27 年度に西部いきいき支援センター（地域包括支援センター）に配置され、続けて 28 年度に全センター配置となり、東部いきいき支援センターにも包括経験４年目の社会福祉士（私）が配置された。包括スタッフとしての経験から地域を知っていること、初めて配置されることで自由な取組ができる可能性があることが理由。
【初年度の主な取組】
推進員の役割及び瑞穂区の今までの取組みと現状を知ることに努めた１年。西部の取組みを把握すると同時に、包括業務とのバランスや推進員の求められる役割を理解していった。
・すでに配置されていた西部いきいき支援センターの推進員活動の経過と現状の把握
・瑞穂区認知症ケアパスの普及啓発と認知症カフェの立ち上げに関与

・東部にも推進員が配置されたことを関係組織・団体・職種に周知

〇初年度の取組みを通して生じた認知症の人や家族、地域社会、あなた自身の変化・効果・苦労したこと・課題等

【認知症カフェについて】

自身が初年度にもっとも取り組まなければならないと思っていることは認知症カフェの開設。配置時点で西部には２か所のカフェが開設されていたが東部は未開設だった。オレンジカフェ（介護者・本人が集える場所作り事業）に参加している事業者を中心に認知症カフェの開設を働きかけている。地域のサロンや関係機関を回ってみると、認知症が進行している利用者への対応に苦慮している事例など、認知症の本人や家族、関係者のニーズが見えてきた。

【認知症ケアパスについて】

平成 28 年 6 月に認知症ケアパスの配布開始。9 月に保健所主催の認知症に関する講演会にて案内。11 月にケアパスの普及を図るために医療機関向けにポスターを作成し、この時圏域内の医療機関向けにアンケートを配布。53 件配布したが回収数は 3 件（注：聞取り時点）。地域連携室や受付スタッフのケアパス認知・関心度は医療機関ごとに差があった。医療機関でのケアパス普及が区民への普及に影響があると考え、さらに連携を強めていきたいと考えている。

【その他】

認知症カフェと家族サロン（家族支援事業）の交流会を実施。その他既存の事業、たとえば家族支援事業、認知症専門部会（平成 26 年度～）、オレンジカフェみずほ（平成 26 年度～）、地域サロン担当（平成 27 年度～）とどのように連携しながら進めて行くかは現在も課題。

◆２年目以降の活動の展望

〇２年目以降に把握したい地域課題、取組む予定の活動と協力依頼者等

・平成 29 年度にサロン担当者（区社協）と協力して、高齢者向けの外出先や公共機関を区内エリア別に掲載した「みずほ行こ行こブック」に認知症カフェを加えた改訂版を発行予定。

・平成 30 年度に向けて認知症専門部会の再構築。（認知症の理解普及・見守り体制づくり事業のメンバーは、今後も認知症サポーター養成講座の寸劇チーム、認知症の人にやさしい店等の活動を継続していく）

・認知症カフェの交流会を年２回（サロンと合同、運営者同士）行う。

〇各年度の取組みを通して生じた認知症の人や家族、地域社会、あなた自身の変化・効果・苦労したこと・課題等

・今まで取組んできた事業（キャラバン・メイト、模擬訓練、認知症サポーターステップアップ講座等）、業務に推進員としてのかかわりが増えていく中で、包括業務や現行の推進員業務が減るわけではないので、バランスをとるのが難しい。

・区内で行われてきたこれまでの取組みや各取組みに参加してくださった方々のつながりがわかりづらい。
・現時点では認知症当事者の意見を聞く機会が持てていない。新しい取組みを打ち出しにくい。

〇各年度に苦労したことやその後への課題、以後役に立ったことなど、印象に残っていること等

・ケアパスポスター配布時に改めて医療機関を回ったが、ケアパスを受付など目に付く場所に置いているところが少なかった。活用されるためにはどのようにしたらよいか検討したいが、考える時間を確保しにくい。
・認知症カフェの増加を目指しているが、質のバラつきも問題となっている為、底上げをどのようにしていくか検討中。

◆推進員活動のポイントと効果について

〇これまでの経験を振り返り、推進員活動を効果的に行うために重要だと思うこと

・現在行っている取組みを有効に活用できるよう、事業を組み合わせる等の工夫をする。これまで活動に参加している人が、新たな役割に負担を感じずに参加できる工夫をし、お互いに収穫のある活動となるようにしたい。
・オレンジカフェみずほから認知症カフェへの移行
・キャラバン・メイトや認知症サポーター、認知症介護指導者などと連携した効果的な活動の検討
・認知症に関して基本的な知識があり地域で活動したい人の活躍の場が不足。現行の寸劇メンバー等以外にも、認知症カフェのスタッフ等、活躍の場を増やし提供したい。
・地域のサロン等、資源のより一層の把握に努め、認知症カフェへの移行や併設を検討する。
・「認知症の人にやさしい店」（認知症の理解普及・見守り体制づくり事業）の登録を進める。
・推進員活動は個で動くには限界がある。いろいろな人を巻き込みながら活動したい。

〇推進員活動の効果や課題は、どのような観点や基準から評価すると良いと思うか。

・本来は当事者や家族、地域の人に意見を聞き、評価できると良いと思うが、現時点でまだその機会を得られていない。今のところ地域の方に「それいいね」と言っていただけることが励みになっている。
・「認知症」という言葉を使った事業に参加しづらい、開催時間に出かけられない等、家族の意見から既存の活動（オレンジカフェみずほ等）を行っている。しかし、当初期待していたほど新規の参加が多くないが、既存の参加者と介護施設とのつながりができる等、他の効果があるため評価が難しいと感じる。
・月１回でも評価をする機会、あるいは適切な評価の仕方について、地域の人や推進員同士など多くの立場の人の意見が聞ける機会が持てたら良いかもしれない。

〇推進員活動をより効果的に進めるための改善点について

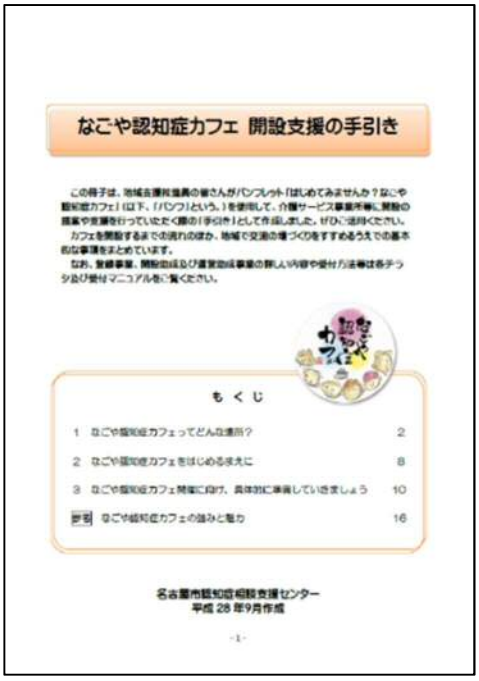
・地域の各団体を回ってみて、積極的に取組んでいても参加者が集まらなかったり、活動の継続が難しいところがある等、それぞれの動きや中身が見えてきた。団体の実情に合わせた支援・応援のしかたが必要だとわかった。
・現時点では活動事業者とのつながりをつくることや資源の把握までにとどまっている。家族介護者だけでなく、当事者の声を聞く機会を持つことで、改善点が見えてくると思う。
・市内推進員の研修や連絡会もあり、市とは認知症相談支援センターを通じて連携できていると思うが、何かイベントや事業を行う際に区役所等行政に担当者がいると動きやすい。
・いきいき支援センター（地域包括支援センター）が宣伝をしても人が集まりにくいが、行政（区役所、保健所）が主催すると人が集まるため、包括の知名度を上げることも必要だが、協働できると効果的だと思う。

〇推進員活動を通してご自身の職業や今後の活動への意欲等に与えた影響

認知症について、認知症に関わる人について、市内、県内の取組みはもちろんのこと、全国・世界の取組みについてももっと知りたいと思う。

認知症になっても安心して暮らせる街、1人歩きをしても安全な街になると良いと思っているが、資源不足、住民、支援者の認知症に対する意識など課題が多く、具体的な対応策が見えていない。

『瑞穂区認知症ケアパス』（冊子版）



『なごや認知症カフェ 開設支援の手引き』

『みずほ行こ行こブック（平成 27 年版）』（次年度以降、認知症カフェも掲載する予定）

■名古屋市認知症相談支援センター担当者への聞取り結果

◆推進員配置初年度の動き

〇推進員への説明や地域課題・活動方針・報告方法・評価方法についての話し合いや情報共有方法

- 認知症地域支援推進員連絡会（以下、連絡会。）を開催し、推進員同士で情報交換したり、お互いの活動から学び合う機会をつくっている。
- 連絡会のなかで、活動方針や重点事項などを共有し、今後どのように取組んでいくかを一緒に考えるようにしている。
- 各区で地域資源情報を把握し、整理しやすくするための地域資源情報整理シートの様式を作成した。

〇配置後の推進員との連携やサポート方法

◎連絡会・研修会等の実施

- 年７回、連絡会を開催し、推進員同士が横のつながりをつくり、情報共有、相互研鑽できるようサポートした。
- 年２回、推進員活動に生かせる知識を得たりネットワークを作ることを目的に、推進員を対象とした研修会を実施。初年度は、認知症カフェの開設についての研修などを行った。
- 本センターのネットワークを生かし、認知症介護指導者やキャラバン・メイト、認知症疾患医療センターなど、日頃から認知症地域支援に関わる人・機関と交流する場をつくり、推進員との顔つなぎをした。結果、各区でともに活動する仲間と出会い、協力して取組みやすい基盤づくりができた。

◎各区への訪問支援

- 各区の認知症専門部会や認知症ケアパスワーキングチーム等へ出席し、状況把握をするとともに、助言等を行った。
- 各区の事業（はいかい模擬訓練など）に参加し、推進員の実践について情報収集するとともに、助言や活動支援等を行った。

〇初年度に特に配慮・工夫したこと

- まずは推進員の役割を知ってもらうことと目標を共有することに重きを置いた。
- 何に取組んだらよいかわからないという不安があると思われたので、具体的な活動の方針と取組み内容を示した。
- 初年度は区版認知症ケアパスの検討に重きを置き、「認知症ケアパスの取り組みの手引き」を作成し、推進員へ配布した。
- 推進員は区に１人だったため、身近に相談できる仲間がおらず孤立する可能性もあった。そのため、推進員同士で気軽に相談したり、情報交換しながらお互いに助け合って取組めるよう、横のつながりづくりを意識した。（任意の勉強会の立ち上げ協力、連絡会の開催など）
- 認知症に関わる人や機関（認知症介護指導者、キャラバン・メイト、認知症疾患医療センターなど）と、顔のつながりをつくり、今後、各区でネットワーク構築につなげられるよう、基盤づくりをした。

・ 推進員から本センターへの相談があった際には、推進員が抱えている悩みを受け止め、じっくりと一緒に考えて取組むよう心がけた。
・ 相談記録をつけ、推進員からの相談内容等をセンター内で共有した。
・ 推進員の活動がいきいき支援センター内で共有され、理解と協力を得ながら、取組みが進められるよう、センター長等へのこまめな活動報告を心がけた。

〇推進員活動の評価方法

◎結果評価

・ 市内に認知症カフェが開設された（平成 27 年度は 72 カ所）
・ 各区社会資源情報等が掲載された区版認知症ケアパス(リーフレット等)が完成した。
・ 各区の推進員と今後さらに地域とのつながりをつくり活動していきたい認知症介護指導者や各地域の相談支援の連携先がほしい認知症疾患医療センターとのつながりができた。

◎プロセス評価

・ ケアパスの取組みを通じて、地域課題を把握し、各区で解決に向けた取組みを検討できた。
・ 事業に取組む過程で、認知症地域支援にともに関わってくれる人が増え、ネットワークが広がった。

◆配置後２年目以降の動き

〇２年目以降の推進員との連携やサポートの状況

・ 年４回、連絡会を開催。年度の活動方針を示し、各推進員が目標に向かって着実に活動がすすめられるよう事業計画の作成をサポートしたり、進捗状況の確認等を行った。また、毎回、各区の推進員に実践報告をしてもらい、他の取組みを知ってもらう機会をつくった。
・ 各区の推進員に聞取り調査を行い、活動状況の把握と助言等を行った。
・ 認知症カフェの相談対応のポイントをまとめた「認知症カフェ開設支援の手引き」を作成し、各推進員に配布した。
・ 本センターの広報誌「なごや認知症 NEWS」で、推進員の活動紹介のコーナーを設け、活動の見える化と PR を行った。
・ 市認知症地域支援体制づくり懇談会で実践事例の報告を行った。

〇推進員を配置したことによる効果や見えてきた活動上の課題、地域の力や課題、行政としてのサポートのあり方、行政担当者としてのご自身の変化等

◎効果

<u>①認知症ケアパスの普及・啓発</u>

・ 相談支援において活用されるよう、区役所やケアマネジャー等にケアパスのリーフレットを配布した。
・ 配布する過程で、医療・介護等の関係機関のほか、郵便局、銀行など地域の関係機関とのつながりを強化することができた。
・ ケアパスを検討する過程で明らかになった地域課題について、その解決のための取組

みを計画し、実践することができた。（例：認知症の人にやさしいまちづくり、認知症サポーターフォローアップ　など）

②なごや認知症カフェの開設・運営支援

・ 熱意のある事業所等へ積極的にカフェの開設を呼びかけた。また、高齢者が多い、カフェが一つもないなど地域の特性や課題を把握し、必要な地域に意識的に働きかけをした。※平成 28 年度（29 年 1 月末時点）の新規開設件数は 45 か所。
・ いくつかの区で、カフェ運営者同士の顔合わせや情報交換の機会として、カフェ交流会等を実施し、カフェ同士のネットワークを構築することができた。
・ カフェ運営者と認知症サポーターの出会いの場をつくり、実際に認知症サポーターをカフェでの活動につなげた区もあった。

③関係機関のネットワークづくり

・ キャラバン・メイトや認知症介護指導者、カフェ運営者など認知症に関して熱意をもって取組んでいる関係者と区ごとに交流する機会をつくり、顔の見える関係をつくることができた。

◎課題

・ 各区で様々な活動が行われているが、一つ一つの取組みが、バラバラに行われている印象がある。今後は認知症ケアパスを基盤に、それぞれの取組みが同じ目標に向かって実践されていくように支援する必要がある。
・ 地域を基盤に、認知症地域支援に関わる人たちが立場を越えた横のつながりをつくる必要がある。（指導者・メイト・サポート医・認知症サポーター・介護家族・ご本人など）
・ 認知症当事者の声をきいて、一緒に取組みながら各区の事業に反映させていく。そのために、推進員は身近にいる当事者の声に耳を傾けるとともに、当事者が自分の思いを発信できる環境づくりや関係性づくりに努めなければならないと思われる。

○推進員活動の効果や課題をどのような方法（視点・尺度等）によって評価しているか。

◎結果評価

・ 市内の認知症カフェの増加（平成 29 年 1 月末時点で 111 カ所）
・ 各区版認知症ケアパスの普及が進み、各窓口で相談対応等において活用された。
・ 各区でキャラバン・メイト交流会やカフェ交流会が開催されるなど、具体的な地域でのネットワークづくりの取組みがすすめられた。

◎プロセス評価

・ 事業に取組む過程で、認知症地域支援にともに関わってくれる人が増え、ネットワークが広がった。

○市区町村（市認知症相談支援センター）としての今後の推進員活動の方針

◎平成 27～29 年度の活動方針

①認知症の早期診断・早期対応の支援体制づくり、②認知症の人や家族にやさしいまちづくり、③認知症相談支援センターの機能強化を３本柱とし、医療や介護等、関係機関との連携や、認知症ケアパスの取組み、認知症カフェの開設・運営支援、認知症の啓発とサポーターの活動支援など、各区の推進員の取組みを支援する。

◎平成 29 年度各区における活動方針

①認知症サポーターの活動支援

・　認知症サポーターのフォローアップ
・　認知症カフェ等での活動の機会提供

②継続的な認知症ケアパスの取組み

・　リーフレットの内容の更新（社会資源情報の確認、追加等）
・　地域課題の解決に向けた具体的な取組みの検討・実施

③なごや認知症カフェの設置数の増と内容の充実

・　市内 150 箇所設置
・　カフェ本来の効果が得られるよう、質向上のための運営支援

④地域のネットワーク体制構築を意識した事業実施

・　関係機関等との連携強化
・　認知症カフェやはいかい模擬訓練等、事業実施を通じたネットワーク体制の構築

◎その他、大切にしたいこと

・　認知症の初期段階の支援に重点をおく
・　認知症の本人の声を聞くこと、本人の声を発信していくことを重視する。
・　推進員のパンフレットや事例集を作成し、活動の見える化に力を入れる。

○認知症地域支援推進員が認知症初期集中支援チーム員を兼任することによる効果や課題（未設置あるいは兼任していない場合は、両者の望ましい連携方法について）

・　兼任：支援対象者の把握がしやすい、必要な資源の情報を持っているのでつなぎやすい。支援する上で役立つ情報を共有できる。
・　兼任でない場合：推進員としてチーム員会議に出席。同じセンター内にあるので連携しやすい。

■市区町村担当者への聞取り結果

◆推進員配置初年度の動き

○配置に当たっての打診・決定方法（候補者の選定、所属組織との調整等）

・地域包括支援センター運営法人へ配置について委託
・候補者については、要件に該当する者を法人にて選定

○推進員への説明や地域課題・活動方針・報告方法・評価方法についての話し合いや情報共有方法

・市内の推進員を集めて定期的に連絡会を開催

○配置後の推進員との連携やサポート方法

・認知症相談支援センターによる助言や研修会の開催

○初年度に特に配慮・工夫したこと

・初年度は、区版のケアパスを作成することを目標としていた。
・推進員が動きやすいように、一緒にケアパスを検討する関係機関への説明を実施した。

〇推進員活動の評価方法

・作成物（認知症ケアパス）の確認
・認知症カフェ関係申請数の確認
・関係機関との連絡調整回数、認知症カフェ支援回数、認知症サポーター活動支援回数等の確認

◆配置後２年目以降の動き

〇２年目以降の推進員との連携やサポートの状況

・初年度と同じ

〇推進員を配置したことによる効果や見えてきた活動上の課題、地域の力や課題、行政としてのサポートのあり方、行政担当者としてのご自身の変化等について

・当初明確だった活動の根幹が２～３年と経つうちに薄れてしまうことがままあるので、市と認知症相談支援センターで今後も継続的に話し合いを続けることが必要。

〇推進員活動の効果や課題をどのような方法（視点・尺度等）によって評価しているか。

・各区で認知症ケアパスが出来上がってきている。
・認知症カフェは市内で 108 件が立ち上がっている。（平成 28 年 12 月末時点）
・それぞれの活動過程において多職種や他機関とつながり、顔を合わせる土壌ができてきている。

〇市区町村としての今後の推進員活動の方針について

・引き続き、今の体制を維持
・年度ごとに注力する課題を掲げ、推進員と共有し取組んでいく。
・市単位で実施している連絡会（勉強会）を区単位で行えるよう、また自主的な勉強会のサポート。

〇認知症地域支援推進員が認知症初期集中支援チーム員を兼任することによる効果や課題（未設置あるいは兼任していない場合は、両者の望ましい連携方法）について

兼任の効果
・推進員として地域住民や関係者と関わった際に、初期集中支援チームの対象者の可能性がある方の情報が得られることがある。
・初期集中支援の過程で知りえた関係機関の情報を、地域支援推進員としてとりまとめ、ほかの職員と共有できる。
・推進員として社会資源を把握できているため、初期集中支援において対象者を社会資源につなぎやすい。
兼任していない場合の連携方法
・推進員がチーム員会議に参加している。
・同センター内の配置なので、連携は取りやすい。

愛知県名古屋市（瑞穂区東部）の取組み

【認知症地域支援推進員活動の重点】
① 認知症ケアパスを中心に各区地域包括ケア推進会議認知症専門部会での地域支援体制の構築と事業展開
② 今後の活動の核となる認知症介護指導者、キャラバンメイト、サポート医等との関係づくりの支援
③ カフェやはいかい模擬訓練等を通じた地域のネットワークの強化
④ 本人、家族等の声に基づいたまちづくりを行い、認知症の疾患観やマイナスなイメージを変える

平成26年度
- モデル区での認知症ケアパス及び手引きの作成を委託

名古屋市 → 名古屋市認知症相談支援センター（名古屋市社会福祉協議会）

平成27年度
- 各区1ヶ所のいきいき支援センター（地域包括支援センター）に認知症地域支援推進員の1名配置（16名）
  ※ただし、推進員は包括職員と兼務
- 市認知症相談支援センターに新たに推進員を1名追加配置し、各区の推進員の活動支援等を行う

瑞穂区西部いきいき支援センターに推進員配置
① 認知症ケアパスの取組み
② 関係機関とのネットワークづくり
③ なごや認知症カフェ開設・運営支援

既存の事業・活動に推進員が関与
（ケアパスにそって既存事業を整理し、取組みを充実・強化する）
- 認知症家族支援事業
- 認知症の人にやさしい店の認定
- 認知症サポーター養成講座等

↓
- 各種事業の浸透・拡大
- ケアパスに基づいた各事業の効果的な実施
- 認知症カフェの拡がり
- 認知症サポーターのステップアップや活躍の場の拡がり

瑞穂区地域包括ケア推進会議
地域住民、ボランティア・NPO、介護支援専門員・医療関係者、関係機関、社会福祉協議会、区役所、保健所等　13名で構成

認知症専門部会の設置
介護者家族、ボランティア、介護支援専門員、認知症介護指導者、認知症対応デイ職員、学識経験者、区役所、保健所等　10名で構成
- 区版認知症ケアパス作成
- 認知症に関する各事業の検討・実施

平成28年度
- 全いきいき支援センターに認知症地域支援推進員を1名配置（29名）

瑞穂区東部いきいき支援センターに推進員配置
- 瑞穂区西部での推進員活動の経過と現状の把握
- 推進員が配置されたことを関係組織・団体・職種に周知

瑞穂区版ケアパスの完成・配布

推進員活動（一例）
- 認知症カフェの立ち上げの働きかけ
  【活動のポイント】既存事業や活動の現状・実態の把握/交流会の実施
- 既存の事業や活動に、無理のない範囲で新たな役割を持ってもらう
  【活動のポイント】「行こ行こBOOK」に認知症カフェを掲載予定/ボランティアと活動の場をつなぐ　など
- 【活動のポイント】配布しながら各機関や関係者の認知度や関心の実態を把握

サポート・連携体制
各地域に応じた助言・連携・サポート
名古屋市認知症相談支援センター ⇔ 連携 ⇔ 名古屋市
- 推進員連絡会（情報交換・学習機会提供）、活動方針、実情に応じた連携支援・助言等
- 骨子の策定、活動方針、連携、予算措置

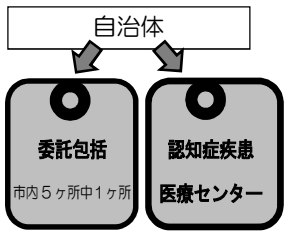
【今後の活動方針】
- 既存事業・活動の実情把握
- 活動の維持・向上のための実情に応じたサポート

↓
- 認知症カフェの開設・運営推進
- 関係機関や活動者同士の横のつながりをつくる
- 当事者の声を聞く機会をもち、活動に生かす

【課題】
- 包括職員としての職務との兼務バランス、負担
- 包括や推進員の知名度が低い→さらなる周知・行政との連携
- 当事者の声を聞く機会をもつ

２）北海道千歳市

（１）自治体概要

自治体名	北海道千歳市		自治体コード	０１２２４６	
人口	95,413 人	高齢化率	21.3%	面積	594.5 ㎢
日常生活圏域数	5	地域包括支援センター数	５（委託５）		
推進員の配置状況	平成 28 年度に初めて配置。認知症疾患医療センターとして実績のある医療法人に委託し、医療センター及び同法人が運営する地域包括支援センターに１名ずつ（精神保健福祉士、社会福祉士）計２名配置。				
聞取り対象者	医療法人資生会　千歳病院認知症疾患医療センター 認知症地域支援推進員（精神保健福祉士） （平成 28 年 4 月配置、認知症初期集中支援チーム員兼任） 千歳市保健福祉部 高齢者支援課地域包括係長		推進員の位置づけ  		

【活動のポイント】

○認知症疾患医療センターと地域包括支援センターの２ヶ所配置（兼務）による医療・福祉双方の強みを活かした地域づくり

○地元事業所や住民、民生委員との顔の見える関係・横のつながりづくりから始める推進員活動

○認知症初期集中支援チーム員との兼任によるスムーズな情報伝達と支援方針の共有

（２）千歳市における介護・認知症施策の概要

千歳市には、陸上自衛隊東千歳・北千歳駐屯地、航空自衛隊千歳基地が所在し、自衛官やその家族等の人口は 25%を占めている。また新千歳空港の立地や企業誘致により人口増加率は北海道の市部で第１位の伸びとなっており、生産年齢人口が多いことから、北海道でもっとも高齢化率の低い若い街である。

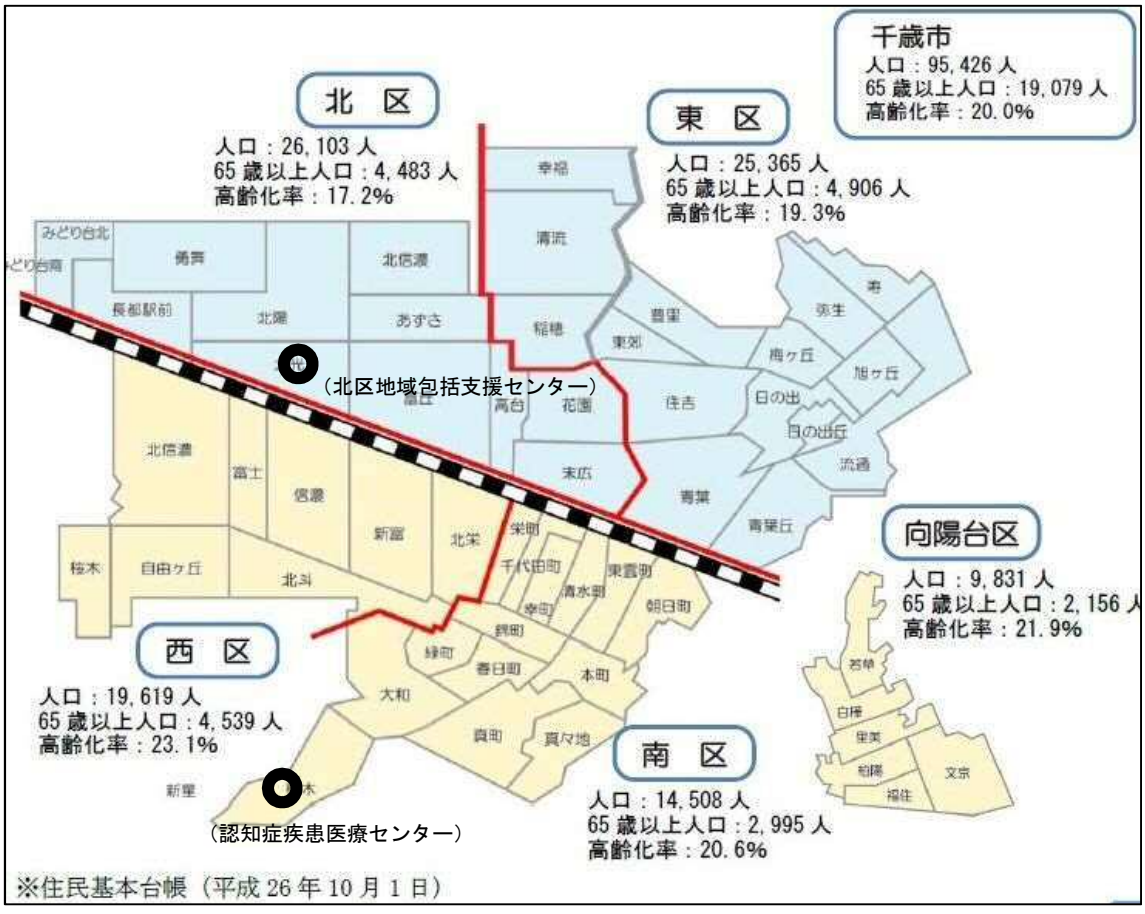
『千歳市高齢者保健福祉計画／第６期千歳市介護保険事業計画』では「いくつになっても自分らしく、元気で住み慣れた地域で支え合い、安心して暮らし続けることができる地域社会の実現」を基本理念に掲げ、計画目標では「認知症施策の推進」が重点取組事項の一つに挙げられている。施策項目と具体的施策は以下のとおり。

１　正しい知識の普及・啓発	(１)認知症の正しい知識の普及・啓発 (２)認知症サポーター等養成事業及びその家族への支援
２　早期発見・早期対応の推進	(１)認知症初期集中支援チームの設置 (２)認知症地域支援推進員の設置 (３)認知症ケアの向上のための取組 (４)市民後見人の育成、支援組織の体制構築 (５)若年性認知症施策の推進 (６)認知症ケアパス作成・普及

3　地域における見守りネットワークの推進	（1）千歳地域 SOS ネットワーク （2）石狩南部 SOS ネットワーク

これに基づき、千歳市では平成 28 年度に認知症地域支援推進員を配置。精神科医療の実績があり認知症疾患医療センターを設置している医療法人に業務委託し、医療センター及び同法人が市から運営を受託している地域包括支援センターに１名ずつ（精神保健福祉士、社会福祉士）計２名を４月１日に配置した。認知症疾患医療センターの推進員は認知症初期集中支援チームも兼任する。

このほか、介護予防に関しては市が委託して社会福祉法人千歳市社会福祉協議会が「千歳市介護予防センター」を運営しており、市内全域を対象とする「ノルディックウォーキング講習会」や「介護予防リーダーの養成講座」「介護予防教室」のほか、地域で介護予防リーダーが中心となり「いきいき百歳体操」、「かみかみ百歳体操」などを主体的に行う「介護予防サロン事業を実施している。



千歳市の日常生活圏域　●　は認知症地域支援推進員の配置先

（３）調査結果

■推進員に対する聞取り結果

◆配置当初の状況や動きについて

〇配置されることになった経緯と推進員活動に対する当初の認識や準備したこと、協力依頼先等

市から委託を受けた当法人が認知症疾患医療センターに配置する推進員は、認知症初期集中支援チームと兼務させる方針であったため、初期集中支援チームの要件に該当していた（認知症ケアおよび在宅ケア３年以上の経験）当職が、現在の法人に入職と同時に配置されることを伝えられた。

準備・協力依頼先については、当初千歳市の医療・介護の状況について把握できていなかったため、認知症疾患医療センターを中心に、地域包括支援センターへと周知を行っていった。

〇初年度の取組みを通して生じた認知症の人や家族、地域社会、あなた自身の変化・効果・苦労したこと・課題等

推進員の個別支援により、専門機関への受診に繋がった方々が増えた。専門機関への受診以外にも、今まで包括のみで対応していたケースに推進員が個別支援を行うことで、包括のみで対応していた支援体制を重層化することが出来た。包括側も個別支援への協力者が出来たことにメリットを感じていると伺っている。

また推進員の活動により、予防事業で個々に活動していた事業所の顔合わせや、新たに資源として発掘が出来た事業もあった。

私自身は他地域で働いていたこともあり、病院内にいるだけではなかなか知る事が出来ない事業者との関係性も気付くことができた。まだ千歳市内の医療・介護・福祉について把握できていないことや、認知症を専門とすることが今回初めてであったため、知識・経験の不足が苦労した点となっている。

◆配置後２年目以降、現在に至るまでの状況や動きについて

〇２年目以降に把握した地域課題、取組んだ活動とそれぞれの活動の協力依頼者等

介護予防に携わる事業所（老健・病院・福祉系大学）の担当者と顔合わせし、各事業所が連携を図れるよう調整をしている。今後は合同での取組みや、家族会・認知症カフェの担当者も交えて、市内の介護予防における包括的ネットワークが構築していけるように取組んでいく予定となっている。

千歳市の認知症カフェは、家族会の会員が立ち上げたボランティア団体が主導で行っている移動型認知症カフェ１つのみとなっているため、まず共同で行うことで連携を図った。今後は、他の事業所とも連携し、拠点型と移動型での認知症カフェを行っていけるよう計画をしている。

専門職向けの高齢者捜索模擬訓練を行う等、イベントも行ってきた。同様の取組みを行っている社会福祉協議会とも連携を図り、今後は規模や用途を広げたイベントを実施していくような計画を予定。また認知症サポーター養成やフォローアップ等、住民への認知症の正しい知識の普及に努め、地域全体の底上げを図るような計画も予定している。

◆推進員活動のポイントと効果について

〇これまでの経験を振り返り、推進員活動を効果的に行うために重要だと思うこと

まず顔が見える関係が必要であると考えられる。可能な限り足を運び関係性を築くことで互いの考えや思いを汲み取りやすくなり、連携を図る際に円滑に進められると思われる。また地域の社会資源を把握し、ニーズに対してどの資源を活用すれば良いかを判別できるようになれば、適切な支援に結び付くと思われる。

〇推進員活動の効果や課題は、どのような観点や基準から評価すると良いと思うか。

効果については、『実際に係わった方々が求めていたものに応じることが出来たか』が判断基準になると推測され、即時的に効果を評価することは難しいと思われる。そのためアンケートを取る等、実際に係わった方々が『どのように感じたのか』を知る事が必要と思われる。また千歳市は委託により活動しているため、市の担当者による目線で活動の評価が行われることが良いと思われる。

課題は、実際に推進員自身が感じている点と、係わっている方々が感じる点では、相違がある可能性が高いことが考えられ、やはり第三者的な目線が必要と思われる。推進員の課題については、推進員相互の話し合いや市役所との話し合い、また社協・包括等の関係機関との連携の中で評価していくことが良いと思われる。

実際に係わっている方々については、上記にあるアンケート等を利用することが効果的と思われる。

〇推進員活動をより効果的に進めるための改善点について

各関係機関との連携を強化するために、顔の見える関係になる必要性がある。また推進員活動について、専門職・市民両方に更に周知していく必要があると思われる。

〇推進員活動を通してご自身の職業や今後の活動への意欲等に与えた影響等

千歳市は推進員が２名体制であり、また所属が異なる（認知症疾患医療センターと地域包括支援センター）ため、異なる視点での考え方が視野を広げるためにプラスとなっている。市の担当者も推進員の活動に対し、推進員に裁量を持たせている点もあり、自由に『良い』と思えた活動に取組んでいけることがプラスとなっている。

また認知症疾患医療センターと認知症初期集中支援チームを兼務していることで、認知症に対する知識・経験を多く積める機会に恵まれるとともに、其々の活動が各事業所との関係構築や、求められているニーズの発掘等、様々な点でプラスとなっている。

所属機関（認知症疾患医療センター）でも、推進員活動に対し特に制限を持たず活動することに対して協力的であるため、推進員活動を行うにあたり、業務上の制約がないこともプラスとなっている。

■市区町村担当者への聞取り結果

◆推進員配置初年度の動き

〇配置に当たっての打診・決定方法（候補者の選定、所属組織との調整等）

資生会には以前から千歳市北区地域包括支援センターの運営を委託していた。また認知症疾患医療センターの指定も受けていることから、候補として選定。資生会に認知症総合支援事業運営業務委託について打診したところ良い返事が得られたことから、平成 28 年度から認知症地域支援推進員および認知症初期集中支援チームの委託を開始している。

〇推進員への説明や地域課題・活動方針・報告方法・評価方法についての話し合いや情報共有方法

仕様書により一般的な業務内容について示している他に、「事業の実施内容」、「事業の成果」、「相談実績一覧表」、「支援経過記録」、「勤務実績」等を実績報告として毎月市に報告している。「事業の実施内容」や「支援経過記録」については、推進員業務の内容や大変さが分かるようできるだけ詳細に記載してくれるようお願いしている。

また実績報告とは別に、市と推進員で毎月１回打ち合わせを行っている。打ち合わせの中では、推進員業務の進捗状況の確認や活動内容の具体的な報告、今後の活動方針等について意見交換をしたり、お互いに意見を出し合って認知症ケアパス作成に取組むことも行っている。

〇配置後の推進員との連携やサポート方法

推進員活動については、推進員から今後の活動について積極的に提案してくれている（アンケート調査、専門職向けの高齢者捜索模擬訓練、認知症カフェ、自衛隊での認知症サポーター養成講座の開催など）。市としては、推進員が提案してきたアイディアをできるだけ実施できるよう、月１回の打ち合わせの中で意見交換をしたり、会場の確保や広報による周知などサポートを行っている。

〇初年度に特に配慮・工夫したこと

認知症地域支援推進員を市民や介護保険事業者等に知ってもらうことから始めた。（『広報ちとせ』特集ページの掲載、地域ケア推進員会議での説明会、地域包括支援センターと連携して地域の行事や民生委員協議会等に参加してＰＲなど）

〇推進員活動の評価方法

毎月の実績報告の中で、事業の成果として報告することとなっている。

『広報ちとせ』平成 28 年 10 月号で認知症に関する特集が組まれ、推進員や初期集中支援チームが紹介された。

◆配置後２年目以降の動き

○２年目以降の推進員との連携やサポートの状況（予定）

平成 28 年度と同様、月１回の打ち合わせ等により連携していく予定。

○推進員を配置したことによる効果や見えてきた活動上の課題、地域の力や課題、行政としてのサポートのあり方、行政担当者としてのご自身の変化等

困難ケースについては、これまで地域包括支援センターが主体となって対応していたが、医療法人に推進員を配置したことで、医療的な立場で関わる関係者が増え、違った側面からのアプローチが可能となった。認知症地域支援推進員が単独で抱え込むのではなく、地域包括支援センターと連携していく形で体制づくりをしていきたい。

また、認知症についての周知・啓発を促進していく。

○推進員活動の効果や課題をどのような方法（視点・尺度等）によって評価しているか。

イベントの参加者や説明会等の参加者にアンケート調査を行い、その結果を評価・分析している。

○市区町村としての今後の推進員活動の方針

認知症地域支援推進員の活動について市の出前講座メニューに登録し、普及啓発を促進する。

認知症サポーター養成講座（千歳市社会福祉協議会が運営する千歳市介護予防センターが事務局）について、介護予防センターや石狩振興局と連携し、自衛隊等の公的機関でも実施できるよう働きかけを行う。

認知症ケアパスの作成。

認知症カフェの定期開催。

○認知症地域支援推進員が認知症初期集中支援チーム員を兼任することについて

認知症地域支援推進員と認知症初期集中支援チーム業務の境目が曖昧になっている部分はあるが、スムーズに認知症初期集中支援チームにつなぐことができている。

また、他のチーム員やサポート医も同じ法人の職員であり、推進員が窓口になることにより、精神科医療につなげたり、医師の意見も聞きやすくなった。

北海道千歳市の取組み

千歳市

介護予防事業　平成26年度～「千歳市介護予防センター」の運営を千歳市社会福祉協議会に委託

平成18年度～委託

市や市内事業所によるさまざまな取組み（資源）
・認知症サポーター養成講座
・介護予防リーダー育成
・介護予防教室
・介護予防サロン

北区地域
西区地域
東区地域
南区地域
向陽台区地域
5日常生活圏域
地域包括支援センター

在宅医療・介護連携事業
平成27年度～自主組織「ちとせの介護医療連携の会」（今後NPO法人化）
専門職ネットワーク

包括との分担・連携強化

平成28年度

認知症地域支援推進員配置

地域包括支援センター（社会福祉士）

認知症疾患医療センター（精神保健福祉士）

現状把握
楽しく、わかりやすく顔の見える関係づくり

認知症初期集中支援チーム設置
チーム員（医師）
チーム員（看護師）

医療との連携強化

活動の一部

○民生委員を通じた住民アンケート（回収途中）
身近に認知症の人はいるか
身近な人が認知症になったらどうしたいか　等

推進員の気づき・効果・今後の発展可能性

市としての特性、各地域の特性、住民の意識の把握
→集計・分析を通じて以後の活動に役立てる

○推進員のチラシを作成・配布

関係機関・部署とのつながり（（顔の見える関係）作り）、地域資源と現状の把握

‥既存の資源　支え、活かす

○既存の資源をより身近に、使いやすく

認知症カフェ（移動型）
千歳認知症の人を支える家族の会（はまなすの会）

→会場確保・運営補助

民間事業所主体の各種介護予防活動を検討

→連携強化と参加者増

○徘徊対応模擬訓練（事業者対象）

ゲーム感覚で楽しく。
知識と同時に実践を通して考えたい現場のニーズ
隣市事業所にも声掛け

千歳SOSネットワーク
石狩地域SOSネットワーク

→連携強化

○認知症ケア推進フォーラム

認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センター主催により開催、市のバックアップによる啓発

【初年度の効果】
・顔の見える関係作りと資源の把握、新たな開発につながった。
・所属、立場が異なる推進員2名配置による情報・相談経路の整理・円滑化

【2年目以降の展望】
・既存資源の連携強化
・アンケート結果に基づく活動の具体化
など

３）新潟県柏崎市

（１）自治体概要

<table>
<tr><td>自治体名</td><td colspan="2">新潟県柏崎市</td><td>自治体コード</td><td colspan="2">１５２０５６</td></tr>
<tr><td>人口</td><td>86,522 人</td><td>高齢化率</td><td>31.5%</td><td>面積</td><td>442.03 ㎢</td></tr>
<tr><td colspan="2">日常生活圏域数</td><td>5</td><td colspan="2">地域包括支援センター数</td><td>7（委託７）</td></tr>
<tr><td colspan="2">推進員の配置状況</td><td colspan="4">平成 22 年度に認知症連携担当者を配置、23 年度より認知症地域支援推進員として配置</td></tr>
<tr><td>聞取り
対象者</td><td colspan="3">・医療法人立川メディカルセンター 柏崎厚生病院所属
（推進員として委託包括に配置）
認知症地域支援推進員（精神保健福祉士）
平成 22 年度に委託包括に認知症連携担当者として配置
平成 23 年度に認知症地域支援推進員　専任・常勤
・柏崎市福祉保健部介護高齢課
課長代理（保健師）、担当者（保健師）</td><td colspan="2">推進員の位置づけ
自治体
⇩ 運営委託
委託包括</td></tr>
</table>

【活動のポイント】

〇地域包括支援センターや行政との連携､関係機関との定例的な情報交換会の開催等により、関係機関とのネットワーク体制の構築と多面的な活動展開につながった。

〇困難ケースの個別支援（推進員）をベースに、行政の強みである地区把握を補完し、地域の支援体制の構築に向けた活動を推進。

〇介護事業所や他の専門職に対する認知症対応力の向上と人材育成に取組んでいる。

（２）柏崎市における認知症地域支援推進員配置から現在までの概要

１．平成 22 年度　認知症対策連携強化事業として「認知症連携担当者」を配置。

（１）配置先　地域包括支援センター

（２）目的　①地域におけるネットワーク体制の構築

②認知症疾患医療センターとの連携

③地域包括支援センターに対する支援

④若年性認知症に対する支援

２．平成 23 年度～　認知症地域支援推進員として引き続き配置

（１）業務内容

１）認知症支援体制整備

①認知症ケアパスの推進

②認知症サポートリーダー育成事業

③認知症キャラバン・メイト活動支援・認知症サポーター養成講座の協働実施

④認知症に関する啓発

２）医療との連携推進

①個別支援

もの忘れ連絡シート

②医療・介護連携スタッフカンファレンス
③もの忘れ連絡シート（**前ページ下部**）の活用促進
④医師会や認知症サポート医とのネットワーク形成
3）若年性認知症支援
①個別支援　②啓発活動　③交流会の企画・運営
4）認知症の人や家族への支援体制構築
①病院・介護保険施設等の認知症対応力向上の推進
②高齢者虐待防止対応
③認知症の人の家族に対する支援の推進
④認知症ケアに携わる多職種協働研修の推進
5）全体的な情報交換
柏崎地域振興局や認知症疾患医療センターと情報交換を行い、協働で研修会等を実施。（認知症支援情報交換会等への参加、地域ケア会議への協力等）

（3）調査結果

■推進員に対する聞取り結果

◆配置当初の状況や動きについて

〇配置されることになった経緯と推進員活動に対する当初の認識や準備したこと、協力依頼先やその内容等

母体法人である柏崎厚生病院は、認知症疾患医療センター機能や併設の介護分野の事業所と共に地域の認知症医療・介護分野において支援実績があり、そこでソーシャルワーカーとして経験のある精神保健福祉士・社会福祉士を配置することになった。
準備にあたっては、事業実施主体の市が先導して行い、随時連携して対応した。

〇初年度の取組みを通して生じた認知症の人や家族、地域社会、あなた自身の変化・効果・苦労したこと・課題等

病院や施設での支援経験はあったので、医療介護連携や困難事例の対応はスムーズにできた。反面、国・県・市の施策、地域社会や地域資源の現状などを把握しておらず、地域づくりのノウハウも持っていなかったため、地域活動を展開する上で困難さを感じた。地域づくりでは専門性は低く、年齢と社会経験値で乗り越えた感がある。
業務量が多く、一人体制の限界を感じていた。

◆配置後２年目以降、現在に至るまでの状況や動きについて

〇２年目以降に把握した地域課題、取組んだ活動とそれぞれの活動の協力依頼者等

・認知症の人を地域で支えるため、地域住民の人材育成の必要性を感じ、認知症サポートリーダー育成事業を開始した。協力者は市（介護分野と地区担当の保健師）、地域包括支援センター、コミュニティセンター。
・個別事例支援と地域づくりを効果的に連動させ、地域課題を把握するため、包括支援セ

ンターの開催する地域ケア会議に協力した。
・医療介護従事者の認知症対応力向上のため、個別事例の相談対応の中で、包括や推進員が職員への研鑽の必要を感じた際に、介護保険サービス事業所・地域密着型事業所・有料老人ホーム等に出向いて事例検討会や研修会を行った。市や包括も協力。

〇各年度の取組みを通して生じた認知症の人や家族、地域社会、あなた自身の変化と・効果・苦労したこと・課題等

例年、①地域の支援体制整備（地域づくり、人材育成、啓発活動）、②医療介護連携（個別支援）、③若年性認知症支援、④本人・家族への支援体制整備（従事者への研修、権利擁護、家族支援活動）の４つの分野について活動してきた。個別支援と地域活動の両面から認知症支援を考え、市全体～住む地域の課題を絡めて活動することができた。その中で市の担当者が何回か代わり、経過を把握しているのは当職だけのことがあるなど、体制において危機を感じた。高齢者施策全体の有機的な連動が必要。

〇各年度に苦労したことやその後への課題、以後役に立ったことなど、印象に残っていること等

・平成 22 年度　（自分自身が）地域の現状や課題の未掌握、地域活動の経験・スキル不足。
・平成 23 年度　連携担当者から地域支援推進員に変わったことで、地域活動に計画的に取組んだ。
・平成 24 年度　若年性認知症支援の取組みを本格的に開始、個別事例、集いなどへの取組み。
・平成 25 年度　企業・学校への講座に、病院や介護事業所職員・大学職員等、複数の分野のキャラバン・メイトと協働開催。
・平成 26 年度　認知症ケアパスの取組みで様々な分野の協力者とネットワーク拡大。
・平成 27 年度　若年性認知症支援に、医療・介護・障害福祉・就労支援・家族支援等多数の分野が関わるため、連携すること自体が大変な作業だった。また、若年性認知症の特性を障害福祉･就労支援分野に理解してもらうことが難しかった。
　サポートリーダー活動と他の地域活動との有機的な取組み方法。
・平成 28 年度　地域密着型サービス事業所との事例検討や地域活動の取組み。

◆推進員活動のポイントと効果について

〇これまでの経験を振り返り、推進員活動を効果的に行うために重要だと思うこと

委託の場合：元職に合わせ、推進員として必要な研修を行うこと（例：私のような医療相談職であれば、市の施策・地区診断・地域づくりについてなど）。市の担当課との PDCA サイクルに基づいた定期的な連携体制。地域包括支援センターとの協働体制（私の場合、今まで地域包括支援センターに席を置いていたことで、地域活動・支援に関するたくさんの）ことを学ぶことができた）。市の認知症施策担当係以外（介護関係の課、福祉関係の課、高齢者以外の健康に関する課、医療分野担当課、地域活動担当課との連携。警察、弁護士、消費生活センター、社会福祉協議会（権利擁護支援担当）との連携。地域住民や関係機関とのネットワークづくりにおける行政のバックアップ体制。

〇推進員活動の効果や課題は、どのような観点や基準から評価すると良いと思うか。

・地域ケア会議のような形式で、地区ごとの人口、高齢者人口、高齢化率、地域資源、地域特性などを抽出し、個別支援から見えてくる課題、地区独自の課題などを出して、その問題を検討→具体策をあげる（具体的数目標を立てる・具体案の中で優先順位と達成の難易を確認する）。(現在は行われていないが）前段の会議の翌年に１～２回モニタリング会議を持ち、進捗状況を確認・評価する、ということを３年間繰り返す。参加者は、介護分野だけでなく、例えば新オレンジプランに関わった関係省庁のように分野を横断して招集する。

・国や県など横断的な評価の機会が大事。平成 26 年度、東京センター主催のフォローアップ研修の際に、市と推進員とが現状を確認し、今後の体制を考えるようなワーキングが行われ、市と一緒に考える好機となったが、残念ながら継続されていない。

・県内の推進員同士の情報交換の機会を持ち、上記ワーキング資料の内容を利用することを県に提案したが、過去に情報交換の機会は２度のみで、資料の活用はない。

〇推進員活動をより効果的に進めるための改善点について

・委託業務のあり方について自分自身が不慣れだったため、業務遂行が十分ではなかったと反省している。そのため、委託の場合は準備段階として市から施策や高齢者支援活動について十分に説明いただく機会がほしい。また、定期的なカンファレンス（企画・検討・評価の機会）がほしい。

・認知症施策は他の高齢者施策と重なる部分が多く、他の活動との関係や担当係以外との連携を市に主導して考慮いただきたい。特に住民活動・人材育成については、複数の活動が住民に混乱をきたす。

・所属組織は今まで場所が離れていた（法人内の地域包括支援センター）こともあり、十分に連携したり、知識や情報を還元できていたとは言いがたいが、今年から（病院内に）席を移したため、今後連携しやすく、改善できると考える。

〇推進員活動を通してご自身の職業や今後の活動への意欲等に与えた影響等。

・今までは病院、施設に来られた患者・家族の対応が中心だったが、推進員活動を通じ、本当の意味での「地域に暮らす」方々の支援について知り、生活を支援することができるようになった。

・市からの委託業務ということで、市全体の施策や地域包括支援センターの活動が理解でき、高齢者支援の全体像がつかめ、業務に生かすことができた。

〇認知症地域支援推進員が認知症初期集中支援チーム員を兼任することの効果等

・初期集中支援チームは平成 29 年度から実施予定で、現時点で兼任は予定されていない。今後連携していく方向でおり、ケース会議に同席し、ケース支援において役割を分担して対応する予定。

・推進員と初期集中支援チームの構成員（職種)、同法人か否か、直営か委託かによって課題は違うと思う。むしろ、他市町村の取組みや兼務の体制について参考にお伺いしたい。

〇推進員活動について大切だと思うこと

１．行政に対して

①必要なデータ、スキル伝授、研修をする。

②市役所内　関係課への働きかけ、協働をスムーズにする。
③定期的な課題抽出と振り返りをする。課題や目標をまとめ、見える化したり、住民や関係者へ効果的な PR を行う。

２．母体法人について
①地域や行政（施策）への理解と協力　　②専門性のバックアップ体制
③行政―管理者、事務方（経理や総務）、推進員の所属する職の部署、推進員との話し合いの機会

３．推進員について
①勉強を惜しまない（施策やスキルアップ）
②（一人体制である場合が多いからこそ）一人でやらない。スキルがあれば伝授したり育てたりして仲間や人材を増やす。
③色々大変なことが多いが、「認知症の人と家族、地域があなたを待っている！…かもしれない」ということを忘れずに、へこたれずに前に進む。

（左）『柏崎市認知症ガイドブック（平成 27 年版）』表紙
（右）同背表紙　推進員の説明と若年性認知症の相談についての案内を掲載している。

拡大

市内には認知症地域支援推進員（精神保健福祉士1名）がいます。
市では、医療法人立川メディカルセンターに委託して、市全体の認知症を取りまく医療、介護、地域の連携体制を整えたり、地域包括支援センターとともに、認知症にやさしい地域づくりを行っています。若年性認知症の相談もお受けしていますので、お気軽に地域包括支援センターへお問い合わせください。

『広報かしわざき』平成 26 年 11 月 5 日号（左：表紙）では認知症に関する 7 ページの特集が組まれ、認知症サポーター養成講座や認知症地域支援推進員が紹介された。（右）

■市区町村担当者への聞取り結果

◆推進員配置初年度の動きについて

〇配置に当たっての打診・決定方法（候補者の選定、所属組織との調整等）

・認知症の対応スキルを勘案し認知症疾患医療センターである柏崎厚生病院に業務委託。
・平成 22 年から地域包括支援センターに配置。前年度に、病院長及び事務長に事業説明を行い、了承を得た。職種は相談対応業務を重視し、精神保健福祉士を希望した。

〇推進員への説明や地域課題・活動方針・報告方法・評価方法についての話し合いや情報共有方法

・年度初めに推進員の具体的活動方法について提示し、話し合いを行った。
・担当課との定期的な情報共有の場（５～７月は１週間に１回、その後は毎月１回）を設定し、情報を共有し、活動を調整した。

〇配置後の推進員との連携やサポート方法

・年度当初に地域包括支援センターを、市担当者と共に巡回、定例の包括連絡会に参加することで、包括との協働活動が円滑に実施できるよう配慮した。
・初年度は、週１回市役所勤務とし、タイムリーな情報共有に努めた。他、随時相談に対応。

〇初年度に特に配慮・工夫したこと

・医師会及び専門医療機関への挨拶及び協力依頼。ケアマネ事業所等へ周知。推進員配置のチラシを配布した。
・高齢者虐待防止実務検討会、包括支援センター連絡会、ケマネジャー連絡会等、ネットワーク体制の構築に向け、関係する連絡会や会議、事例検討等に参加。
・先進地視察（上越市）し、情報交換した。

〇推進員活動の評価方法

・年間活動計画について、年度末に実施状況について振り返りを実施。
・地域啓発での波及効果。
・市民の理解促進（早期相談件数の増加、包括支援センター実態調査や総合相談活動における把握件数の増加等）

◆配置後２年目以降の動きについて

〇２年目以降の推進員との連携やサポートの状況

・地域課題は、地域包括支援センターが「地域ケア会議」や総合相談で把握した内容を共有している。活動方針は市と協働で「活動計画」を検討し作成している。
・地域活動の経験が少なかったため、市担当者が地域に一緒に出向き、地域特性を考慮した活動の推進に向け、事業の企画段階から共同検討してきた。
・配置後に、柏刈認知症支援情報交換会（保健所主催）が設置され、所属する認知症疾患医療センターはじめ、関係機関の専門職の意見交換の場となっている。

〇推進員を配置したことによる効果や見えてきた活動上の課題、地域の力や課題、行政としてのサポートのあり方、行政担当者としてのご自身の変化等

	取組・効果	課題	行政の気づき
平成22年（認知症連携担当者）	・医療機関において構築したネットワークを活用し、医療連携がスムーズに実施できた。 ・高い面接スキルにより、本人及び家族支援において、対象者の満足度が高い。 ・同行訪問により。包括やケアマネのスキルアップにつながった。 ・定期情報交換会を設け、関係機関と協議。	・事例集積からの課題分析 ・関係機関のネットワークの構築。	・認知症施策の推進においては、推進員１人の活動に注視するのではなく、関係機関が連携し、チームで支援する体制づくりが必要であることを認識した。 ・推進員目線で捉えた事例性を通じた研修が認知症対応力のスキル向上には効果的であることに気づいた。 ・地域の課題として捉える中で行政の関係課とのネットワークづくりが重要である。
平成23年（認知症地域支援推進員）	前年の課題を翌年の活動計画に盛り込む	・初期受診がつながらない、家族の認識が薄い、医療機関が平準化されていない等見られ、連携ツールが必要。 ・地域内で見守り、コミュニティを生かした見守り体制の構築が必要。	
平成24年	・医療機関との連携ツールとして「もの忘れ連絡シート」を作成。 ・認知症サポートグループ育成。 ・柏刈認知症支援情報交換会（事務局：保健所）	・認知症支援実務検討会で若年性認知症について検討。⇒相談窓口の啓発、家族支援が必要。	
平成25年	・啓発チラシ「認知症相談ナビ」作成。 ・若年性認知症者の家族交流会を開催。	・地域における認知症の見守り体制としてのグループ育成は難しいとの意見有。育成事業の見直しが必要。 ・医療と介護の連携体制の推進が必要。	
平成26年	・地域における認知症支援の人材育成「認知症サポートリーダー育成事業」を実施。地域での見守り活動を推進。 ・若年性認知症の方と家族の会「あすなろの会」を始める。 ・認知症ケアパス作成検討委員会開催。 ・認知症多職種協働研修会開催。 ・地域密着型事業所への相談支援	・若年性認知症支援のチームアプローチが必要。 ・地域密着型事業所の対応力向上が必要。 ・認知症の方と家族の交流の場が必要。	

平成 27 年	認知症ガイドブック（ケアパス）を作成。 ・若年性認知症支援体制フローチャート作成。支援体制を整理。 ・認知症カフェ開設支援。	・認知症ガイドブックの普及啓発の検討が必要。	
平成 28 年	・若年性認知症支援様式（初期対応記録、会議記録等）作成。 ・認知症カフェが複数開設。	・地域の特性を生かした見守り体制 ・在宅～入退院～入退所時の切れ目ない連携が必要	

○推進員活動の効果や課題をどのような方法（視点・尺度等）によって評価しているか。

・活動実態については月報を作成し、年間の活動実績について、地域包括支援センター運営協議会で報告している。
・評価視点　①支援対象者の専門医療機関受診者数の推移
②認知症自立度Ⅱ以上の人の専門医療機関受診者数の推移
③上記の人の要介護状態区分の推移傾向
④認知症サポーター活動の広がり

○市区町村としての今後の推進員活動の方針について

・地域特性に配慮した認知症支援の体制づくりの構築
・医療介護の連携促進（認知症対応力向上に向けた人材育成）
・若年性認知症支援　・認知症の人や家族への支援体制整備

○推進員活動のポイントと思われること

＜市として＞
・推進員の周知、環境調整（顔の見える関係づくり）
　地域包括支援センターや事業所等　地域住民、地区組織等　医師会や庁内の関係課
・推進員のサポート
　活動状況の確認　相談に対応（精神的サポート）、活動しやすいよう委託先へ配慮等
・情報提供
　保健師による地区診断資料の提供　統計資料　事業計画　研修案内、等
＜推進員として＞
・ネットワークをつくる（関係機関への挨拶、地域や関係する会議への積極的な参加、等）
・抱え込まない。迷った時には相談する。
・丁寧な事例の積み上げ、振り返り。⇒地域の特性把握
・推進員ができる範疇を明確にする（できるところとできないところを明確にする）

新潟県柏崎市の取組み

平成22年度

認知症連携担当者配置

個別支援中心　行政の地域活動や地域包括支援センターと連携して困難ケースを中心に対応

委託先：柏崎厚生病院
（精神保健福祉士）

協働サポート

継続配置

柏崎市施策担当
（保健師）

平成23年度～平成28年度

認知症地域支援推進員配置

地域づくり中心

【推進員】個別支援事例の蓄積 ＋ 【行政】地区診断 地域づくり

相互補完と協働

主な取組み

相談支援・支援体制整備	認知症ケアパスの作成・普及
	個別支援を通じた地域課題の把握
医療・介護等の支援ネットワーク構築	認知症の人と家族の支援
	若年性認知症の人と家族の支援
	・安心して話せる場所づくり　・相談支援
認知症対応力向上のための支援	地域密着型事業所の対応力向上
	・推進員が出向いて事例検討会を開催 ・小規模事業所のケアの質向上
地域の支援体制整備（地域作り・啓発・人材育成）	地域での啓発活動
	認知症サポートリーダー育成研修
	・認知症サポーターのステップアップ ・行政、各地域の包括支援センター協働 ・コミュニティセンターの既存事業と連携
	地域ケア会議への参加
	・地域課題の把握 ・相談支援の充実と地域づくりを効果的に推進

個別支援
包括・行政と協働
↓
地域課題把握

＋

医療・介護従事者
研修・会議
↓
対応力・質の向上
多職種協働による
ネットワーク形成

＋

地域住民への
啓発・人材育成

↓

地域に出向き
把握した課題を
住民・従事者・専門職各
レベルでの
取組みに反映

↓

定期的な評価
新たな課題の発見
新たな取組みの循環

↓

今後の展望

- 地域特性に配慮した認知症支援の体制づくりの構築
- 医療介護の連携促進
  （認知症対応力向上に向けた人材育成）
- 若年性認知症支援
- 認知症の人や家族への支援体制整備

【推進員活動のポイント】
- 行政や包括支援センターとの定期的な課題抽出と確認作業
- 課題、目標、業績の見える化と効果的なPR
- ネットワークづくり、仲間づくり、一人で抱え込まず役割分担する
- 自己研鑽の継続、当事者や家族の思いを忘れない

【市の役割のポイント】
- 庁内関係課の横断的な協力
- 推進員の周知、環境調整（顔の見える関係づくり）
- 推進員のサポート（活動状況の確認、相談対応、精神的サポート、委託先への配慮）
- 情報提供（保健師の地区診断資料、市の統計資料、研修案内等）

４）徳島県吉野川市

（１）自治体概要

自治体名	徳島県吉野川市		**自治体コード**	３６２０５１	
人口	42,558 人	**高齢化率**	34.0%	**面積**	144.19 ㎢
日常生活圏域数	5		**地域包括支援センター数**	１（直営）	
推進員の配置状況	平成 28 年度に初めて、市全体を担当する推進員を１名配置。				
聞取り対象者	吉野川市地域包括支援センター ・認知症地域支援推進員（保健師） 平成 28 年 4 月配置、認知症初期集中支援チーム員兼任 ・課長補佐兼係長（保健師）			推進員の位置づけ 自治体 **直営包括** ◎	

【活動のポイント】

○地域包括支援センターとしての経験や蓄積された情報を活かした地域課題の抽出と、的確な活動方針の策定。

○直営包括の推進員（兼務）として、包括業務全体の中に推進員としての視点を活かしながら地域活動を充実させる。

○既存の活動を通じた地域住民のリーダーシップ醸成と、地域特性を活かした住民主体の手作りの活動を推進員がサポート。

（２）吉野川市における認知症地域支援・ケア向上推進事業の概要

１）医療・介護等の支援ネットワーク構築

①医療機関及び関係機関等との連携

取組状況	課題と今後について
平成 28 年 3 月、市医師会に認知症総合支援事業（認知症初期集中支援チーム設置、認知症地域支援推進員の配置等）について説明。関係各機関と個々のケースを通じて相談・連携しながら本人・家族の支援を進めている。	・医師会や関係機関へのさらなる周知。 ・オレンジ連携シート（認知症初期集中支援チームが医療機関への情報提供に運用的に使用）を、事例を通して使いやすいシートへと修正。 ・関係機関とのさらなる連携。

②認知症ケアパスの作成・普及

取組状況	課題と今後について
・平成 28 年 3 月　認知症ケアパス（認知症ガイドブック）市民に配布　全世帯（18,000 世帯）。介護予防教室（43 ヶ所）で順次ケアパスを使って説明。 ・医療機関、薬局、介護保険サービス事業所へ配布・ ・介護保険サービス利用者には、担当ケアマネジャーを通じて説明していただくよう配布、依頼。	・認知症のある介護保険サービス利用者の家族については担当ケアマネジャーや主任ケアマネジャーから説明していただくよう依頼しているが、実際の活用状況は未確認。 ・ケアパスだけでは対応方法が十分に周知できないため、それぞれの周辺症状に応じた具体策を記載した指導用のものを検討予定。

２）認知症対応力向上のための支援

①サポート医や認知症疾患医療センターの専門医等による病院・施設等における処遇困難事例の検討及び個別支援

取組状況	課題と今後について
・認知症疾患医療センターとは連携を取っていないが、認知症サポート医とは処遇困難事例について支援の方向性を相談し、連携を取りながら個別支援を行っている。	・今後、認知症疾患医療センターとは必要なケースが出てくれば連携を取っていく予定。

②介護保険施設等の相談員による在宅で生活する認知症の人や家族に対する効果的な介護方法の専門的な相談支援

取組状況	課題と今後について
・相談ケースがあれば、担当ケアマネ、家族や関係機関を交えて相談に対応している。また、認知症初期集中支援チームによる支援が必要なケースについては、チーム員の保健師、社会福祉士で対応し、必要時認知症サポート医より助言をもらいながら対応している。	今後も相談があれば医療機関、担当ケアマネジャー、認知症初期集中支援チームなど必要な関係機関と連携を図りながら支援していく。

③「認知症カフェ」等の設置

取組状況	課題と今後について
・「オレンジカフェ」市内３ヶ所 ①オレンジカフェやまかわ（毎月第２・４日曜日） ②カフェ・サンガ（毎月第３土曜日） ③オレンジカフェ水明荘（毎月第４木曜日）	開催場所が増えているが参加者が少ないところもあり、周知に課題があり、市で開催している家族のつどいで周知している。市民ボランティアによるカフェ設置はなく、今後ボランティアとなる方があれば支援していく予定。

④認知症ケアに携わる多職種協働研修の推進

取組状況	課題と今後について
・認知症多職種協働研修会 内容：認知症と周辺症状について （医師による講義と事例検討） 参加者数：82 名	前年度は約 100 名の参加があり、多職種のニーズは高い。お互いに顔の見える関係づくりや認知症に関する知識の修得、研鑽を深める必要があるため、継続して開催する。

⑤認知症サポーターの養成

取組状況	課題と今後について
・キャラバン・メイト養成研修 ・認知症サポーター養成講座　サポーター数 3,099 名 １）包括職員による認知症サポーター養成講座 Ⅰ．吉野川市民（地区住民、民生児童委員、婦人会連合会、老人クラブ連合会、介護予防サポーター、自主防災防犯組織等） Ⅱ．職域（郵便局員、生命保険会社、介護保険事業所、警察署職員、市役所職員、市議会議員、民間企業、見守りネット協力事業者）	・市民メイトよりさらに学ぶ機会を望む意見があり、フォローアップも必要であることから、今年度中に市民メイトの連絡会を開催予定。また、認知症を内容とする介護予防後援会を市民メイトにも案内し、研修の機会とする。 ・学校への認知症サポーター養成講座は平成 27 年度より実施しており、継続

Ⅲ．学校（市内小・中・高等学校教職員、学生等、毎年各学校に照会し希望校に実施） ２）市民メイトによる認知症サポーター養成講座 （平成 28 年 7 月より 12 月末までに 9 回開催し受講者 131 名）	して申込みする学校も出てきている。今後も毎年、小・中・高等学校に照会し、希望校には講座を行っていく。 ・職域からの養成が少ないため、今後の働きかけを検討していく。

３）相談支援・支援体制構築

①認知症の人や家族等への相談支援

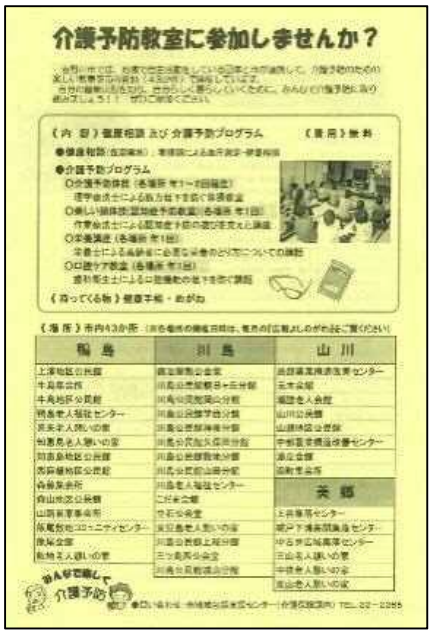
取組状況	課題と今後について
・認知症の人と家族のつどい 平成 28 年 7 月（参加者 21 名）・11 月（11 名）に開催 内容：介護者同士の交流・つどい、認知症や介護に関する情報交換、個別相談（希望者のみ） アドバイザー：認知症の人と家族の会徳島県支部、社会福祉士、相談員	・市で初めて今年度開催した。定期開催の希望が多く、必要性も高いことから３ヶ月ごとに継続して開催していく。

②「認知症初期集中支援チーム」との連携による、必要なサービスが認知症の人や家族に提供されるための調整

取組状況	課題と今後について
（平成 28 年 4 月 1 日～8 月末までの実績） ・認知症総合相談件数：62 件（総合相談 153 件のうち） ・認知症初期集中支援チーム　対象者 18 名（実人員）	・認知症地域支援推進員だけで左記の相談件数に対応することは困難であるが、包括内の専門職と連携・調整がしやすく、また、認知症地域支援推進員が認知症初期集中支援チームを兼務していることから、チーム員との連携やサポート医、各関係機関との連携が図りやすい状況である。

③高齢者見守りネットワークの登録事業者との連携

取組状況	課題と今後について
・今までに水道検針事業者や郵便局、警察棟より、認知症が疑われる高齢者の連絡や安否確認について包括に連絡が入っている。事例があれば連絡をいただいており、連携を取りながらその都度対応している。	・今後も市民や協力事業者、関係期間から情報が入り次第、速やかに対応していく。



（左）市内 43 か所で開催する介護予防教室の案内

（右）吉野川市高齢者見守りネットワーク（『吉野川市認知症ガイドブック（認知症ケアパス）』より）

（３）調査結果

■推進員に対する聞取り結果

◆配置当初の状況や動きについて教えてください。

○配置されることになった経緯と推進員活動に対する当初の認識や準備したこと、協力依頼先やその内容等。

○配置の経緯：
・平成 25 年度より吉野川市直営の地域包括支援センターに異動になった。それまでは母子保健、成人保健、特定保健指導等の業務に携わっていた。
・平成 27 年度に認知症地域支援推進員研修を受講し、平成 28 年 4 月より認知症地域支援推進員として配置され、包括業務や初期集中支援チームと兼務している。
○当初の認識
・認知症の総合相談がとても増えており、認知症の人や介護家族への支援、認知症に関する正しい知識の普及、医療・介護・福祉等の関係機関との連携構築や、介護家族の相談支援体制に取組んでいかなければならないと日頃の業務を通じて感じていた。
・認知症地域支援推進員研修を受けた以上、取り組まなければならないと思った。
○準備したこと
・市の課題抽出や取組みの方向性の検討のため、認知症の介護家族、及び一般市民からアンケート調査を行った。（調査期間：平成 27 年 9 ～10 月）
介護家族　135 名より回答（居宅介護支援事業所及び包括ケアマネジャーと通じて調査）
一般市民：181 名より回答（介護予防教室等参加者などを通した市民への調査）
　調査結果より
・ケアパスができていない段階での調査であったからか市や包括を相談窓口として認識していないことが分かった。
・介護家族が、かかりつけ医やケアマネ、各相談機関で相談した満足度については、約 4 割の介護者が十分に満足できていなかった。
・相談するまでの期間、どこに相談してよいか分からなかった、認知症の症状や対応について正しい知識がなかったということが分かった。
　この調査の結果を、ケアパスをはじめ市の認知症施策の方向性のベースとした。
○協力依頼先：市民、吉野川市医師会、市内医療・介護・福祉関係機関、市内居宅介護支援事業所ケアマネジャー、包括ケアマネジャー、市役所事務方、介護予防担当、認知症の人と家族の会等

○初年度の取組みを通して生じた認知症の人や家族、地域社会、あなた自身の変化・効果・苦労したこと・課題等

○認知症ケアパス　平成 28 年 3 月に作成、配布。
　周知は市広報誌及び介護予防教室を利用。
　医師会に説明、包括や居宅に説明。
　全戸配布以降は、ケアパスを持って相談に来る人が多かった。ケアパスを見て相談に来た家族に対し、症状や対応について説明し、受診につながったケースもある。受診につながりにくい人は、初期集中支援チームの対象として支援につながっているケースが多

い。地域の方からの相談も多く、民生委員への再度協力依頼にもなった。

○認知症サポーター養成講座

講座は平成 19 年度に開始。平成 28 年度には市民のキャラバン・メイトの養成研修を実施。受講に際し、当初民生委員連絡会で「住民の力が不可欠」と説明し、協力を得た。企業や学校へは包括メイトが行い、地域のサークル活動や身近な人へは主に市民メイトに行ってもらうようにしている。市民メイトは伝え方や教材を工夫して、包括で内容のチェックと助言を行いながら熱心に講座を行っている。

○吉野川市オレンジのつどい

市役所などでの専門職への相談とは違う機能がある。同じ立場で話も合い、つどいの場以外でも介護者同士の交流につながっている事例もある。個別の相談支援や家族のつどい開催など様々な相談支援を行っていくことで、家族の介護負担度の軽減につながっている事例があることに気づいた。今後、市民によるカフェの開設と、認知症カフェとのすみ分けが必要。つどいに来ている家族の中から核になる人を探してカフェの立ち上げにつなげたい。

○認知症初期集中支援チームとの兼務

現在３チームあり２チームが稼働。チームの設置と認知症地域支援推進員の配置が同時期であり、相談支援を行う中でチームとの連携ができ、サポート医やチーム員、かかりつけ医、その他の関係機関などからアドバイスが得やすく、支援の方向性が見出しやすい。チーム員会議により一人の考え方に偏らないようになった。しかし市内 47 ヶ所ある医療機関への周知はまだ十分といえない。

→初期集中支援チームで見えてきたことが推進員の活動にもつながる。

・正しい知識の不足のため初期対応が困難になっている。→理解の底上げ・普及啓発
・ケアマネの力量により支援に差がある。
・かかりつけ医やケアマネから包括にスムーズに連絡がもらえるような連携方法・体制づくりを検討していく必要がある。
・初期集中で得た実績や課題を今後の推進員活動に生かし得る。

○その他の課題等：

・マンパワー不足。精神症状の強い認知症の人への支援や困難ケースがあること。
・多くの市民に認知症を理解してもらうこと。
・市では、インフォーマルサービスを一覧にしている。包括は介護予防事業と一緒にやっているので、各種事業と連携を持ち適宜活用して行っている。
・見守りネットワークは市民もその一員で、市民をはじめ、様々な場でもっと周知をしていく必要がある。

◆推進員活動のポイントと効果について

○これまでの経験を振り返り、推進員活動を効果的に行うために重要だと思うこと

・推進員だけでの取組みには限界がある。市として認知症総合支援事業で進めていかなければならないので、今後の方向性をきちんと理解した人（部署）に、推進員が相談でき、アドバイスがもらえたり協力体制があること。
・医療・介護・福祉、各関係機関と連携する上で、足を運ぶこと、顔の見える関係づくり。

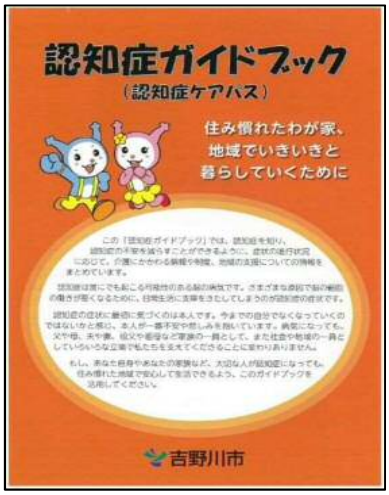
・地域包括ケアシステムを構築する中で認知症総合支援事業もあるので、医療と介護の連携やその他の各種生事業等を通して多職種や関係機関との連携を持っていくこと。

〇推進員活動をより効果的に進めるための改善点

・医療・介護・福祉等関係機関ほか各種専門職、認知症サポート医や近隣精神科医療機関との連携を強化する
・市役所内の他部署（介護予防事業担当や事務担当）との連携を強化する
・社会福祉協議会との連携強化との連携を強化する
・市内小・中・高等学校との連携強化、若い世代の認知症に対する理解を深める
・市民や高齢者見守りネットワーク協力事業者との連携を強化し、市民や事業所主体でできること、取組めることを見つけていく。
・その他市内のインフォーマルサービス、地域で行われているサロン、つどいの場等の把握に努める。

〇推進員活動を通してご自身の職業や今後の活動への意欲等に与えた影響

・認知症の介護や対応で困っている中で、ご本人や家族支援を行う中で、相談してよかったと思ってもらえること。きちんと医療や介護サービス等につながり、安定した生活が送られるようになった事例があること。
・認知症の総合相談が急増する中、認知症施策を進めて行かないと、さらに今後５年後 10 年後が大変だと思う気持ち。
・包括の中では自分の力量は不十分で、経験が必要だと感じること。



『吉野川市認知症ガイドブック（認知症ケアパス）』とその内容（抜粋）

■市区町村担当者への聞取り結果

◆推進員配置初年度の動き

〇配置に当たっての打診・決定方法（候補者の選定、所属組織との調整等）

・正規職員が保健師であったため、他の事業との連動を重視して配置した。
・推進員の位置づけ、保健師として活動してきて地域課題が見えてきていたため、推進員活動に取組みやすかった。

〇配置後の推進員との連携やサポート方法

・吉野川市直営の地域包括支援センターが一体となり各職種が連携し合ってやってきた活動実績や、市民のニーズ把握がある程度できており、それらをさらに充実させるために推進員を配置。現在も推進員が包括内で独立した活動を行っているわけではなく、包括業務の内容に応じてさまざまな立場で市内の認知症施策や市民活動に携わっている。

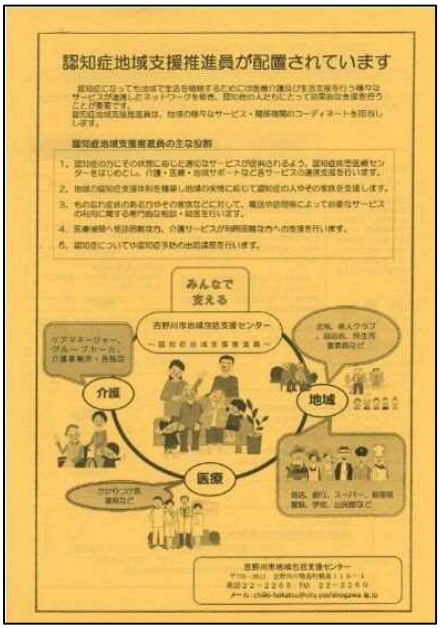
〇初年度に特に配慮・工夫したこと

・平成 27 年度に実施したアンケート結果にもとづいて各種の取組みを行うこと。

◆配置後２年目以降の動き

〇市区町村としての今後の推進員活動の方針

・平成 27 年度に実施したアンケートをもとに家族会、一部の病院との連携等がとれ、ケアマネとの連携も以前より取れてきている。
・認知症を正しく理解していないために家族への説明ができないケアマネジャー、病院への受診や確定診断の情報などもないことが多い。推進員の活動から積み上げてきたことをケアマネや通所・ヘルパーに伝えていく必要がある。
・今年度の取組から課題がみえてきたので次年度につなげたい。



認知症地域支援推進員の配置と認知症初期集中支援チームの設置の案内両面印刷されたチラシ

徳島県吉野川市の取組み

吉野川市地域包括支援センター（吉野川市介護保険課）

認知症地域支援・ケア向上推進事業の取組み

平成27年度

包括活動の蓄積
（総合相談：認知症相談増加等）

＋

認知症の高齢者に関する調査
（市民181名、介護家族135名より回答）

- 課題①：医療・介護・福祉等関係機関とのネットワークの構築
- 課題②：市民・介護家族の認知症に対する正しい理解
- 課題③：介護家族の相談支援体制

市全体や住民の強み

包括の既存の事業や活動
＋
住民同士のつながり

＋

- 吉野川市の強み①：認知症サポート医が2名いる
- 吉野川市の強み②：包括が直営であり、包括職員や認知症初期集中支援チームのチーム員等と連携がとりやすい

市としての強みと弱み

- 吉野川市の弱み①：ボランティアなどの人材や資源の掘り起こしが不十分
- 吉野川市の弱み②：業務が多く職員のマンパワー不足

平成28年度

認知症地域支援推進員の配置

★認知症対応力向上のための支援
●…相談支援・支援体制構築
◆医療・介護等の支援ネットワーク構築

包括業務との兼務

推進員活動の一例と効果・今後の発展可能性

●吉野川市認知症ガイドブック（ケアパス）作成・配布
（平成28年3月）全戸配布
43ヶ所の介護予防教室で配布
関係機関・事業所への配布
→ 医療機関・関係機関との連携強化

連動
連携

●認知症の人と家族のつどい
（オレンジのつどい）の開催
→ 多様な相談形態への発展
当事者間のつながり形成
認知症カフェへの発展

◆認知症初期集中支援チームチーム員との兼務
→ 支援の方向性を共有
推進員活動への反映

★市民キャラバンメイト養成
・民生委員連絡会で住民の協力を要請
・包括職員（メイト）→職域・学校
・市民メイト→地域住民
→ 市民メイトの創意工夫

★高齢者見守りネットワーク等
→ 関係機関連携
住民・企業等の協力

直営包括の強み：行政施策・包括職員一体で取り組める安心感　　課題：マンパワー不足

今後：認知症の正しい理解の推進、社会資源の実態把握と機能強化
資源同士の連携強化

５）鹿児島県さつま町

（１）自治体概要

自治体名	鹿児島県さつま町		**自治体コード**	４６３９２２	
人口	24,109 人	**高齢化率**	35.4%	面積	303.9 ㎢
日常生活圏域数	1		**地域包括支援センター数**	１（委託１）	
推進員の配置状況	平成 22 年度に直営包括（介護予防係）に２名配置（臨時保健師、社協からの派遣の社会福祉士)、派遣職員の異動や臨時保健師の退職等、町職員異動等考慮し、活動拡大に向けて毎年、養成し配置。 平成 26 年度に町保健師、臨時保健師の 2 名配置 （平成 27 年度、町社会福祉協議会に地域包括支援センター運営委託） 平成 27 年度に町社会福祉士 1 名配置 平成 28 年度に介護支援専門員 1 名配置 現在、地域包括支援センターに６名体制（常勤・兼務）				
聞取り対象者	・さつま町地域包括支援センター　認知症地域支援推進員（社会福祉士、平成 24 年配置、認知症初期集中支援チーム員兼任） ・同センター長 認知症地域支援推進員（保健師、平成 26 年配置） ・さつま町介護保険課包括支援係 課長・包括支援係長		推進員の位置づけ 自治体 ⇩運営委託 委託包括 ◎		

【活動のポイント】

○地域包括支援センターと行政の風通しの良い関係による施策と一体化した活動展開

○地域に出向き、民生委員や福祉委員をはじめとした住民との顔の見える関係をもとにして、すでに行われている見守り・支援体制やその工夫を活かし、発展させていく

○認知症初期集中支援チーム員や地域包括支援センター業務との兼任･兼務によるスムーズな情報伝達・共有

（２）さつま町における認知症施策と認知症地域支援推進員活動の概要

さつま町では平成 18 年度から 21 年度まで役場内に町直営の地域包括支援センターを設置していた。平成 22 年度より現在地に移転し、平成 27 年度より社会福祉協議会へセンター運営委託となっている。

平成 22 年度より認知症地域支援推進員（連携担当者）を配置（専門性担保のため町社会福祉協議会からの派遣者も含む)。平成 26 年度に５名体制に。

認知症キャラバン・メイトは町内の介護事業所や医療機関、役場・社会福祉協議会職員を中心に養成し、平成 23 年度に 13 名、26 年度に 28 名となった。認知症サポーターは平成 23 年度に４回開催したが、25 年度に 17 回、26 年度に 24 回実施し、26 年度末で 1,517 名となった。また平成 26 年度には第 1 回『認知症フォーラム in さつま町』を開催し、296 名の参加があった。以降毎年開催している。

平成 27 年度より地域包括支援センターを町社会福祉協議会へ委託。聞取り対象者を含

む推進員も包括に継続配置。平成 28 年度は６名体制となる（町からの出向職員を含む)。同年、認知症初期集中支援チーム設置。チーム員には推進員４名が兼任。

町では年１回、高齢者実態調査（地区ごとに民生委員を通じた調査）を実施し、世帯状況や健康状態等を把握し、認知症対策にも生かしている。民生委員のほか平成 10 年から「地域福祉アドバイザー」「健康づくり推進員」を公民会（自治会）推薦で町内各地域に配置し、平成 27 年からは総合事業として現場で高齢者への取組みを推進する地元の専門員として「地域支え合い推進員」(第３層コーディネーター)を配置するなど、住民主体の健康づくりや介護予防、支え合いの強化を積極的に図っていることが特徴である。

（３）調査結果

■推進員に対する聞取り結果

◆配置当初の状況や動きについて

〇配置されることになった経緯と推進員活動に対する当初の認識や準備したこと、協力依頼先やその内容等

当時、社協から出向していた社会福祉士が推進員を兼務していたが、その職員の出向が終了し自分が交代で出向することになった。それを機に自分も推進員兼務を命じられ配置された(認知症介護の経験があったことや認知症ケア専門士の資格があったことも自分が配置される理由の一つではなかったかと考える)。

推進員活動に対する当初の認識としては、推進員の存在自体も知らない状況だったので当然、活動内容等も全く知らなかった。準備したこともなく、推進員研修で他の市町村の取組み等を聞いて、やるべきことがやっと少し見えてきて、やる気をいただいたことを記憶している。

〇初年度の取組みを通して生じた認知症の人や家族、地域社会、あなた自身の変化・効果・苦労したこと・課題等

初年度は、認知症疾患医療センターとの連携や関係機関の連携の業務が中心であり、地域に住む認知症の人や家族と直接関わることが少なく、また地域に対しての認知症サポーター養成講座開催も数年前からほぼ中断している状況で、普及啓発や地域との関わりも少ないことがわかり、次年度の課題として取組むことにした。

まずはやるべきこととして「認知症サポーター養成講座開催等での普及啓発」という目標が明確になった。やるべきことや目標が見えてきたことで自身のやる気ややりがいに繋がったと考える。

◆配置後２年目以降、現在に至るまでの状況や動きについて

〇２年目以降に把握した地域課題、取組んだ活動とそれぞれの活動の協力依頼者等。

地域課題としては「地域での認知症への正しい理解の不足」、「認知症の人や家族を支えてくれる専門職の支援者、地域の支援者が不足している」等の課題を把握した。サポーター養成講座の案内を公民館長連絡協議会や広報誌等で行い前年度の約 6 倍の 17 か所の講座依頼があった。また教育委員会へ講座開催の依頼文書を通知し 1 か所の小学校で開催できた。その際に子供用の資料として作ったアニメが新聞等のメディアで紹介され、講座開催依頼の増加に繋がった。

徐々に認知症サポーターも増えていく中、アンケートの結果に「何か協力できることがあれば」と意見が少なからずあり、認知症サポーターの中で推進員活動に協力して下さる方を養成しようという活動にも繋がった。協力を依頼した人としてはキャラバン・メイト、認知症介護指導者、認知症サポーター、町職員、警察、認知症疾患医療センター、公民館長、民生委員、社会福祉協議会、金融機関、郵便局など。

推進員配置3年目から毎年、町民みんなで認知症について考える機会をということで、町職員や施設職員、認知症疾患医療センターの職員等と一緒に実行委員会を立ち上げ、中学校や高校にも協力してもらい『認知症フォーラム in さつま町』を開催している。

〇各年度の取組みを通して生じた認知症の人や家族、地域社会、あなた自身の変化と・効果・苦労したこと・課題等

2 年目頃から地域や地域密着型サービス事業所等からも相談が来るようになって地域ケア会議開催にも繋がり、地域の方や警察等の関係者と共に認知症の人や家族をどのように支えていくか？ということを一緒に考える機会も持てるようになった。

この頃から、本人の居場所作りとして住民が自発的にベンチ（ひとり歩き中ひと休みできる場所として）を作製してくれたり、一般企業が見守りに対して協力してくれたりと、地域が少しずつ動き出してきたことを実感できるようになった。認知症の人や家族を地域で支えるという雰囲気が徐々にでてきていることを実感できるようになったのも地域ケア会議の効果だと考える。その効果が認知症の人や家族にも「できるかぎり住み慣れた地域で」ということを実現するために地域に支えてもらっているという実感をもった人もいると思う。

徐々に町内全体で「認知症についての理解が深まってきた、恥ずかしいことではない」といった雰囲気が高まりつつあることで、認知症当事者がフォーラムに参加し声を上げることを決断できたのではないかとも考えている。自分自身も推進員活動の実績内容や効果等をまとめることで、少しずつ実になっていることを実感できるようになりモチベーションアップという変化が出たと感じている。

課題としては、地域の変化等のモニタリング評価が不十分である。その原因としては包括支援センターの他の業務と兼務で時間や分析をかけるところまで余裕がないなどが挙げられ、今後、業務内容の精査が必要と感じている。

〇各年度に苦労したことやその後への課題、以後役に立ったことなど、印象に残っていること等

当初は何を取組めばいいのか分からなかったが、年度計画の作成であったり、実績の確認や効果の検証等を行うことで次に何をすべきかが明確になってきた。

また効果等を検証することで他の推進員ともやるべきことや取組みたいことなどの意識統一が図れるようになったと思う。町の職員にも計画書や実績報告を見てもらうことで意識統一に繋がっていると思う。

アニメや認知症カフェのことなど推進員の活動が新聞やテレビ等のメディアで紹介されたことや、県内での発表の機会をいただいたことで、推進員の活動が認められたと感じる機会にもなりモチベーションの維持向上に繋がったと思う。また住民にも「さつま町は認知症にやさしい街を目指し頑張って取組んでいる」ということをアピールすることがで

き、住民の意識向上にも繋がったと感じている。
　いろいろ手段はあると思うが推進員の活動を広く紹介する機会は大切だということを考えさせられた。

◆推進員活動のポイントと効果について

〇これまでの経験を振り返り、推進員活動を効果的に行うために重要だと思うこと

①地域ケア会議等の事業と一体となって取組むような体制つくりや計画の作成
②目的や内容を具体的にした計画の作成
③できるだけ地域に出向く活動を取り入れ実行する（地域ケア会議等への参加など）
④実行した活動で地域にどのような変化が現れたかを再度地域に出向いて確認する（やりっぱなしにしない）
⑤地域の変化を検証し効果を推進員や地域の方が感じることができる（地域ケア会議等を活用）
⑥活動を広げることや普及啓発の手段としてメディアの有効活用
⑦地域ケア会議等での検討会で地域課題を抽出するための視点を持つための意識付け
⑧PDCA の C 機能を充実させる

〇推進員活動の効果や課題は、どのような観点や基準から評価すると良いと思うか

　PDCA サイクルのどの位置で現在の活動が進んでいるのかを確認しながら活動することが出来れば、C 機能の段階で評価やチェックができ次のアクションに繋がっていくと思うので、推進員活動用の PDCA サイクルを確認・評価できるような基準や帳票、マニュアル等の作成を行うと良いと思う。
　地域や推進員の気持ちの変化や支援体制の変化など評価できると課題も発見でき、推進員や地域の方も効果を実感でき、取組むべきことも見えてくるのではないかと思う。

〇推進員活動をより効果的に進めるための改善点

①地域密着型サービス事業所や介護保険事業所等との連携や協力体制つくりなど
②兼務している他の業務との業務量バランス
③認知症サポーター等の協力者の把握・養成等
④市区町村との連携や報告の強化・共同で事業を実施することで連帯感を作る
⑤キャラバン・メイトや認知症支援に係る事業所等との連携体制の構築（顔合わせ会等での活動内容を報告し合うなど）

〇推進員活動を通してご自身の職業や今後の活動への意欲等に与えた影響

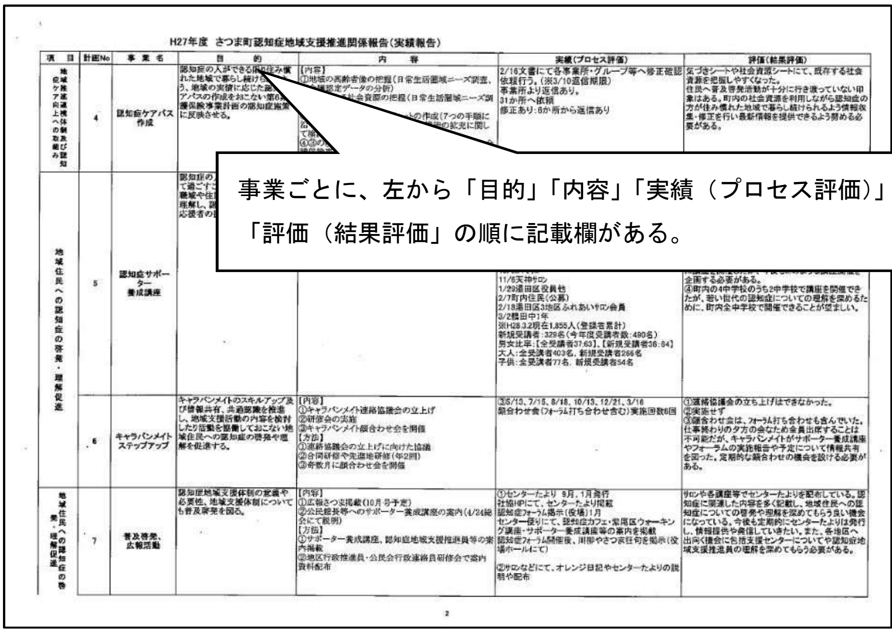
・積極的に活動内容を発表する機会を持つことで他者の意見を聞けたり、資料をまとめる際に自分たちの活動の振り返りができたり、他者から評価をいただけたりと意欲向上に繋がると思う。またメディア等で活動内容を紹介してもらうことで周りにも活動内容を周知できるし、周りから良い点も悪い点も評価していただけるので良い刺激になると思う。
・地域ケア会議等で地域住民と話し合う中で、こちらが求めた以上の協力がいただけることがあり、心強い協力者が周りにいることを実感し力をもらい意欲に繋がった。認知症サポーター協力者との話し合いの中でも「自分の家で認知症カフェをしても良いよ」という意見が出たりする場面に出会うことで「推進員活動をしてきて良かった」と思える

瞬間を味わえた。
・「少しずつ活動が身になっていることを実感することができる」ためにも評価は大切である。

〇認知症地域支援推進員が認知症初期集中支援チーム員を兼任することの効果等

認知症疾患医療センターを受診した方の情報が来ると、まず推進員が自宅を訪問して状況を把握し、認知症初期集中支援チームが動いたり地域住民や家族への支援に入ったりするという判断をして次の動きに入る。推進員を兼任していることでチーム員という明確な区別はなく柔軟に当事者の状況に合わせた支援体制が組めている。

初期集中との兼任だけでなく包括業務との兼務にも言えることだが、いきなり推進員専任で業務に入ろうと思っても、包括、初期集中、疾患医療センター、住民活動等さまざまな動きの把握が難しく、活動が滞りがちになるのではないかと思う。兼務・兼任のメリットは大きい。



H27年度 さつま町認知症地域支援推進関係報告(実績報告)

項目	計画No	事業名	目的	内容	実績(プロセス評価)	評価(結果評価)
[illegible]	4	認知症ケアパス作成	認知症の人ができる限り住み慣れた地域で暮らし続けら…う、地域の実情に応じた認…アパスの作成をおこない第6…護保険事業計画の認知症施策に反映させる。	【内容】①地域の高齢者像の把握(日常生活圏域ニーズ調査、…護認定データの分析) …社会資源の把握(日常生活圏域ニーズ調… …トの作成(7つの手順に沿…て検…)…の拡充に関し… ④③の…	2/16文書にて各事業所・グループ等へ修正確認依頼行う。(※3/10返信期限) 事業所より返信あり。 31か所へ依頼 修正あり:6か所から返信あり	気づきシートや社会資源シートにて、既存する社会資源を把握しやすくなった。 住民へ普及啓発活動が十分に行き渡っていない印象はある。町内の社会資源を利用しながら認知症の方が住み慣れた地域で暮らし続けられるよう情報収集・修正を行い最新情報を提供できるよう努める必要がある。
地域住民への認知症の啓発・理解促進	5	認知症サポーター養成講座	認知症の…て過ごす…職域や住…理解し、認…応援者の…		… 11/6天神サロン 1/29湯田区役員他 2/7町内住民(公募) 2/18湯田区3地区ふれあいサロン会員 3/2鶴田中1年 ※H28.3.2現在1,855人(登録者累計) 新規受講者:329名(今年度受講者数:490名) 男女比率:【全受講者37:63】、【新規受講者36:64】 大人:全受講者403名、新規受講者266名 子供:全受講者77名、新規受講者54名	…企画する必要がある。 ④町内の4中学校のうち2中学校で講座を開催できたが、若い世代の認知症についての理解を深めるために、町内全中学校で開催できることが望ましい。
	6	キャラバンメイトステップアップ	キャラバンメイトのスキルアップ及び情報共有、共通認識を推進し、地域支援活動の内容を検討したり活動を協働しておこない地域住民への認知症の啓発や理解を促進する。	【内容】①キャラバンメイト連絡協議会の立上げ ②研修会の実施 ③キャラバンメイト顔合わせ会を開催 【方法】①連絡協議会の立上げに向けた協議 ②合同研修や先進地研修(年2回) ③奇数月に顔合わせ会を開催	③5/13、7/15、8/18、10/13、12/21、3/16 顔合わせ会(フォーラム打ち合わせ含む)実施回数6回	①連絡協議会の立ち上げはできなかった。 ②実施せず ③顔合わせ会は、フォーラム打ち合わせも含んでいた。仕事終わりの夕方の会なため全員出席することは不可能だが、キャラバンメイトがサポーター養成講座やフォーラムの実施報告や予定について情報共有を図った。定期的な顔合わせの機会を設ける必要がある。
地域住民への認知症の啓発・理解促進	7	普及啓発、広報活動	認知症地域支援体制の意義や必要性、地域支援体制についても普及啓発を図る。	【内容】①広報さつま掲載(10月号予定) ②公民館長等へのサポーター養成講座の案内(4/24総会にて説明) 【方法】①サポーター養成講座、認知症地域支援推進員等の案内掲載 ②地区行政推進員・公民会行政連絡員研修会で案内資料配布	①センターだより 9月、1月発行 社協HPにて、センターだより掲載 認知症フォーラム掲示(役場)1月 センター便りにて、認知症カフェ・紫尾区ウォーキング講座・サポーター養成講座等の案内を掲載 認知症フォーラム開催後、川柳やさつま狂句を掲示(役場ホールにて) ②サロンなどにて、オレンジ日記やセンターだよりの説明や配布	サロンや各講座等でセンターだよりを配布している。認知症に関連した内容を多く記載し、地域住民への認知症についての啓発や理解を深めてもらう良い機会になっている。今後も定期的にセンターだよりは発行し、情報提供や発信していきたい。また、各地区へ出向く機会に包括支援センターについてや認知症地域支援推進員の理解を深めてもらう必要がある。

2

『さつま町認知症地域支援推進関係報告』（平成 27 年度）

事業計画で目的と内容を明確にし、これに基づいて実績（プロセス評価）及び評価（結果評価）を行い、次年度の事業につなげている。

認知症サポーター養成講座での寸劇風景(左)、
紙芝居風アニメーション（左下)、
これらを収めた DVD（右下）

■市区町村担当者への聞取り結果

◆推進員配置初年度の動きについて

（詳細は４「２）さつま町における認知症施策と認知症地域支援推進員活動の概要」及び前項「推進員への聞取り結果」を参照のこと）

〇配置及び配置後の動き

平成 18 年度～26 年度まで町直営の地域包括支援センターであったため、連携は十分に取れていた。平成 27 年度以降はさつま町社会福祉協議会に運営を委託している。しかし町職員を 2 名派遣（センター長(保健師)と主査(社会福祉士)）しているので、十分連携は取れていると思う。また 2 名とも認知症地域支援推進員として活動している。

〇推進員を配置したことによる効果や見えてきた活動上の課題、地域の力や課題、行政としてのサポートのあり方、行政担当者としてのご自身の変化等について教えてください。

認知症疾患医療センター、連絡協議会への参画や、認知症サポーター養成講座の運営等、スムーズに実施できている。

また平成 26 年度からはサポーター養成講座受講者の中から「オレンジリーダー」を養成し、27 年度からはオレンジリーダーの協力のもと、認知症カフェ（オレンジカフェほうかつ）を月 2 回実施している。

また、平成 26 年度から 28 年度にかけて、毎年「認知症フォーラム in さつま町」を、キャラバン・メイトや推進員を中心に実施している。

〇推進員活動の効果や課題をどのような方法（視点・尺度等）によって評価するか。

年度ごとに新規事業等を実施してきており、町企画財政課に対し事務事業評価書を作成・提出し副町長をはじめ関係課長を委員とした内部評価委員により評価していただいている。

費用対効果、達成度、周知度等を基準に評価し、事業の継続、拡大、縮小等を判断しているが、相談業務はそれらの尺度で評価することが難しく、直接的な結果は出なくともプロセスが大事だったり、住民の安心感は尺度で測りにくかったりする。今後は実績のプロセス評価が重要だと思う。

〇市区町村としての今後の推進員活動の方針について

認知症疾患医療センターとの連携はもとより、認知症に対する普及啓発（フォーラム開催等）や認知症カフェへの取組み、認知症初期集中支援チームへの関与等を実施していただきたい。

（左）『さつま町認知症ケアパス』（平成 28 年 4 月改訂版）表紙

（右）同　背表紙　「第１回認知症フォーラム in さつま町」で開催した絵画コンクールより

鹿児島県さつま町の取組み

平成23～26年度

さつま町直営包括に
認知症地域支援推進員配置

・23年度以前
認知症連携担当者配置
・23年度3名→26年度5名配置
・町社協からの派遣職員含む
・全員包括業務と兼務

委託へ転換

平成27年度～

さつま町社会福祉協議会
（委託包括）に推進員配置

・27年度以降6名体制
・町からの出向職員含む
・包括業務と兼務

平成28年度～　認知症初期集中支援チーム設置（推進員兼任）

包括業務＋推進員活動 ⇔ **町の施策と連動・連携**

〇推進員6名　包括業務と兼務

平成24年度（配置初年度）

〇認知症疾患医療センターや関係機関との連携（関係づくり）
〇推進員活動と施策の現状把握
〇次年度以降の課題の明確化
↓
・地域での認知症への正しい理解の不足
・認知症の人や家族を支えてくれる専門職の支援者、地域の支援者の不足

〇高齢者実態調査
地区毎の民生委員を通じた調査（年1回）
世帯構造、健康状態や認知機能の把握

包括⇔役場
専門職⇔住民
住民⇔住民
顔の見える関係

平成25年度以降

推進員活動の一例とその後の発展

住民の「何かしたい」という気持ちに気づく

〇認知症サポーター養成講座（町民・町内事業所対象）の強化

〇オレンジリーダー養成（認知症カフェのボランティア）

〇キャラバンメイトのステップアップ

〇インストラクター養成

〇介護予防リーダー養成

内容と普及の工夫
専門職・住民で寸劇／DVD作成

〇認知症フォーラムinさつま町（町主催）平成26年度～毎年開催
住民参加型、当事者の登壇

〇地域や地域密着型サービス事業所から包括への相談が増加

〇事業所の認知症勉強会（対応力向上）

〇地域ケア会議（関係機関＋住民参加）

住民の自発的で自然な支え合い→支え合いマップ作り

日頃から関わり合いがある住民の方が適切に支えられることがある

〇認知症ケアパス　〇認知症カフェ　〇見守りSOSネットワーク

包括・推進員・住民活動の好循環

【ポイント・課題】
①他事業と一体となった体制・計画作り
②目的や内容を具体的にした計画の作成
③できるだけ地域に出向く活動を取り入れ実行
④地域に出向いて地域の変化確認（やりっぱなしにしない）
⑥メディアの有効活用
⑦地域課題を抽出するための視点を持つための意識付け
⑧PDCAのC機能を充実させる

６）山形県金山町

（１）自治体概要

自治体名	山形県金山町		自治体コード	０６３６１４	
人口	5,870 人	高齢化率	32.9%	面積	161.67 ㎢
日常生活圏域数	1		地域包括支援センター数	１（直営１）	
推進員の配置状況	平成 23 年度に直営包括内に１名の推進員(包括の嘱託介護福祉士)、平成 26 年度に常勤保健師１名、平成 27 年度に嘱託の介護福祉士１名の計３名体制で現在に至る。				
聞き取り対象者	金山町地域包括支援センター ・認知症地域支援推進員 （保健師、H26.12 月配置。常勤・兼務） ・副センター長 （保健師）			推進員の位置づけ 	

【活動のポイント】

○町の直営地域包括支援センター業務と兼務し、包括業務の中に推進員としての視点を取り入れながら推進員活動を展開している。

○直営包括の強みを生かして町の認知症施策と一体化して取組みつつ、役場内各部署や関係機関との連携により認知症対応力も向上中。

○地域に出向き、すでに構築されている住民同士の思いやりやつながり、住民主体の取組みなどを尊重し、当事者に一番近い住民ならではの支援体制を作り出している。

（２）金山町における認知症施策の概要

・金山町では役場内に直営の地域包括支援センターを設置し、要支援や自立高齢者の支援に当たっていたが、一人暮らしの認知症高齢者の支援が課題となっていた。また平成 23 年４月の要介護認定申請時の認知症高齢者自立度Ⅱａ以上の人が県平均より高かったこともあり、認知症施策を強化することになった。

・平成 23 年度、県の認知症総合推進事業を実施し、認知症地域支援推進員を１名（のち２名追加配置して合計３名）配置。平成 23・24 年度は行政主導で以下の取組みを実施して施策全般の基盤を作る。

【平成 23 年度】

①地域包括支援センター職員の研修参加、認知症地域支援推進員の育成

②認知症の方の支援の実態を知る

介護支援専門員情報交換会で認知症の人の暮らしや具体的な支援のあり方を把握

介護者の方の相談会でまとめる（家族である子ども達の教育が必要）

介護者の方の支援の手引きをまとめる

③認知症サポート医との連携（介護支援専門員情報交換会、地域支援体制づくり検討会）

認知症に対する関係者の認識の統一と事例検討の必要性）

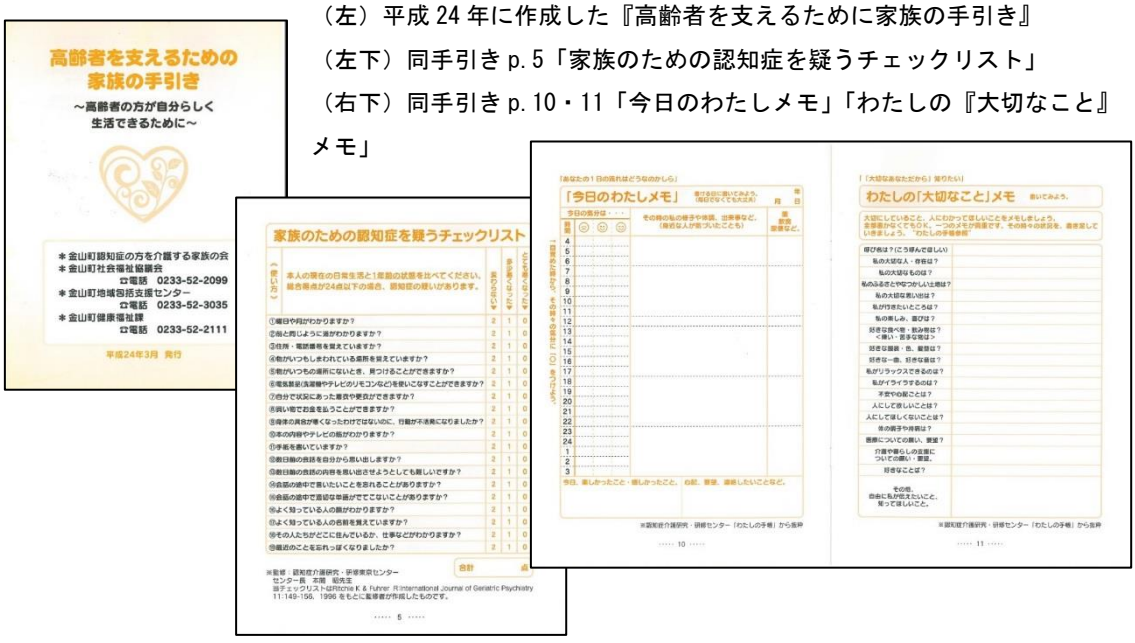
④地域支援体制づくり検討会の開催（認知症の方を受け入れる社会の大切さ）

⑤認知症サポーター養成講座（認知症サポート医の講話）

【平成 24 年度】
①認知症予防・早期発見・早期治療のしくみづくり
　『高齢者を支えるための家族の手引き』で認知症のチェックリストの活用
　もの忘れ相談プログラムの活用、フォロー体制整備
②地域での認知症支援体制づくり
　金山町認知症等地域支援推進協議会発足（H24.4.1）見守り、連携のネットワーク窓口を地域包括支援センターにする。
（官民関係機関、家族の会、医療・保健・福祉関係者等で構成）
③子どもたちへの認知症サポーター養成講座
　マンガの活用、寸劇を取り入れる、高齢者体験とセットにする等
④困難事例への対応：ひもときシートの活用、地域ケア会議、相談しやすい関係づくり
⑤金山町認知症の方を介護する家族の会の活動の継続
⑥高齢者（認知症等）支援の対策検討：金山町認知症等地域支援推進会議

・25 年度以降は推進員主体で活動。

○本人・家族の相談支援、支援体制を整えるためのコーディネート
○高齢者本人や家族のための事業「ほっとサロン」（認知症カフェ、介護者相談会、介護教室、月 1 回）
○早期発見・早期対応のための「もの忘れ相談」：総合健診の会場で希望者に実施
○認知症サポーター養成講座
○「高齢者あんしん応援隊」（金山町認知症等地域支援推進協議会）
○「認知症ケアパス」の作成
○ひとり歩き高齢者等支援事業
○介護中マークの普及（町内のみでなく郡内会議へ）
○平成 27 年度は、認知症等地域支援推進会議を「高齢者総合支援推進委員会」に変更



（左）平成 24 年に作成した『高齢者を支えるために家族の手引き』
（左下）同手引き p.5「家族のための認知症を疑うチェックリスト」
（右下）同手引き p.10・11「今日のわたしメモ」「わたしの『大切なこと』メモ」

（３）調査結果

<u>■推進員に対する聞き取り結果</u>

◆配置当初の状況や動きについて

〇配置されることになった経緯と推進員活動に対する当初の認識や準備したこと、協力依頼先やその内容等

・保健師として地域包括に配属され、認知症に関する問題の大きさを感じた。認知症に対する知識や情報をしっかりつかみ、事業を効果的に行うため、研修会に参加した。
・包括以外の事業所等と連携を進めるため、町内医療機関、居宅介護事業所、通所介護事業所職員にキャラバン・メイトになってもらった。

〇初年度の取組みを通して生じた認知症の人や家族、地域社会、あなた自身の変化・効果・苦労したこと・課題等

・認知症について関心のある住民（何かできないかという気持ちのある住民）、関係機関とのかかわりを、サポーター養成講座や会議等を通じて持つことができ、「仲間がいる」と強く感じた。その中で、高齢者の見守り体制の構築や協力者への目印について住民の方からも声が上がり「高齢者あんしん応援隊」の設置に至った。

『金山町認知症ケアパス』A3 サイズ裏表構成になっている。

◆配置後２年目以降、現在に至るまでの状況や動きについて

〇２年目以降に把握した地域課題、取組んだ活動とそれぞれの活動の協力依頼者等

・認知症の知識、理解不足、家族が助けを求めにくく隠してしまうような地域性等が課題と感じられた。一方で、地区の中で支援して下さっている方、親戚等のインフォーマルな支援が得られることが分かった。（個々のケース対応や介護教室、認知症カフェ等から）
・近所の支援者や町内の親戚等から協力いただいた。（地域ケア会議への出席等）

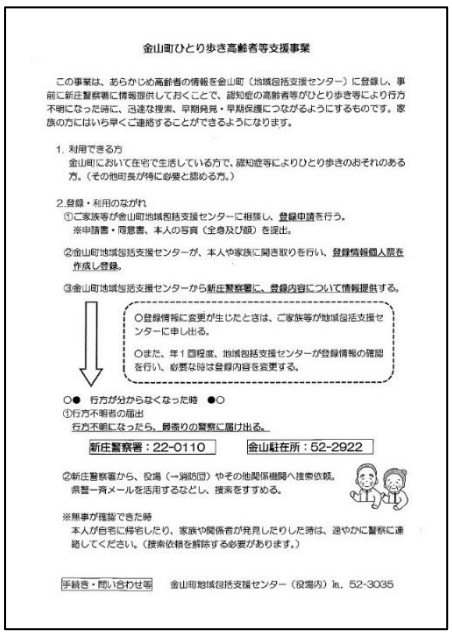
〇各年度の取組みを通して生じた認知症の人や家族、地域社会、あなた自身の変化と・効果・苦労したこと・課題等

・本人、家族に対する支援から、地区全体への働きかけ（サポーター養成講座、地区の係員への研修、住民ができる支援の普及等）へと視点が広がった。
・各事業（介護予防、居場所づくり、認知症カフェ等）の中で認知症であっても人の役に立っていること、役に立とうと思っていることを感じるようになった。小学生を含め、見守り体制を担う住民の方々が認知症の方への対応のしかたを理解していると感じるようになった。

〇各年度に苦労したことやその後への課題、以後役に立ったことなど等。

・一人暮らしの認知症の方への対応の中で、近所、商店、JA、親戚が支援してくれていたが、家族は離れて生活しており認知症であることに気づいていなかったケース。介入することで認知症の友人が支援者となっていたり、インフォーマルな支援が得られていたりしたことがわかった。
・支援者同士が情報共有し、つながりの中で支援できる体制をどう維持・促進するか課題。

（左）「金山町高齢者あんしん応援隊」の案内



（右）「金山町ひとり歩き高齢者等支援事業」の案内

◆推進員活動のポイントと効果について

①これまでの経験を振り返り、推進員活動を効果的に行うために重要だと思うこと

・複数の推進員を配置（または推進員活動を理解し、一緒に動いて下さる職員）
・個別ケースの情報や支援を共有→家族会や認知症カフェ等の事業実施につながった。
・各事業（介護予防、居場所づくり、個別ケアマネジメント）の活用、事業への参加を促し、その中でモニタリング。
・地域全体への普及啓発。その中から住民の理解者や協力者を見つけたり、声をかけたりし、地域の対応力を高めることができる。

②推進員活動の効果や課題は、どのような観点や基準から評価すると良いと思うか。

・小さな町なので、特に認知症の方や家族にかかわり直接効果を感じる場面があり、住民の表情、生活への満足度等を報告し合って評価することが多い。
・数値化した指標等は、現時点では用いていない。
本人、家族、地域住民の意識や行動変容についての評価を見える形でできると良いと思う。

③推進員活動をより効果的に進めるための改善点

・町の関係団体の中でも一部は会議等で理解いただいているが、住民と直接かかわる職種や企業、行政職員への理解を更に求め、住民の方が相談しやすく支援を求めやすい体制づくり。
→地域包括ケアシステム構築のための多様な分野での施策化にもつながる。
・無関心層、若年層、現役就業者（日中地域にいない）への啓蒙の場が現状ではなかなか得られない。

〇推進員活動を通してご自身の職業や今後の活動への意欲等に与えた影響等

・町の関係団体の中で認知症についての知識や情報はある程度持っているという気持ちがあったが、１年目の活動（個別ケース対応、見守り体制づくり等）や研修会への参加の中で、認知症の方の気持ちやできる能力を考え尊重することや、周囲の支援者への関わり方、関係機関との連携で人が動く、地域が動く様子を感じることができた。保健師の業務にも含まれることだが、推進員であることを意識した活動の中で掘り下げられたものであると感じる。
・また、地域づくりのための人手不足を感じていた中、認知症対策事業を通して力づけて下さった住民の存在が大きい。

■市区町村担当者への聞き取り結果

◆推進員配置初年度の動き

〇配置に当たっての打診・決定方法（候補者の選定、所属組織との調整等）

・1 人目の推進員は平成 23 年 9 月に設置。
・町の現状として、独り暮らしをされている認知症高齢者の支援の大変さを感じていたが、平成 23 年４月の要介護認定申請時の認知症高齢者自立度Ⅱａ以上の人が県平均より高かった。そこで県の認知症総合推進事業を実施し、認知症地域支援推進員を配置することを財政、町長の決議を経て決定。候補者は当時の地域包括職員で介護福祉士兼社

会福祉主事を選定。
・以後、政策形成が推進員活動に必要と考え平成 26 年 12 月に保健師、27 年 12 月に介護福祉士兼主任介護支援専門員を追加配置。

〇推進員への説明や地域課題・活動方針・報告方法・評価方法についての話し合いや情報共有方法

・活動や事業実施の中で得た情報を共有し、課題や施策の方向性を話し合う。
・情報共有はその都度であったり、年に数回の係内の事業検討の中で行う。

〇配置後の推進員との連携やサポート方法

・初年度は推進員１名の中、行政の職員が一緒に事業を企画・実施する中で連携、サポートを行っていた。

〇初年度に特に配慮・工夫したこと

・行政主導で、「高齢になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるような地域」を目指すべき地域の姿とし、認知症の人が地域の一員としてともに生活できることを目指した。その中で、
①地域包括支援センター職員の意識を統一するために、研修を受講し共有化した。
②認知症の方を介護する家族と介護支援専門員から実態を把握する
③地域での認知症の方とその家族を支援する仕組みを作っていく
ことを目標とし、
①認知症地域支援推進員の配置
②認知症の支援の実態を知る
③認知症サポート医との連携
④地域支援体制づくり検討会の開催
⑤認知症サポーター養成講座を実施した。（家族の会からの要望で、同居する小学生の子どもにも理解してほしいとの話があり、小学生も対象にした。）

〇推進員活動の評価方法

・認知症にかかわる事業実施の状況
・認知症の知識や適切な対応の普及方法、回数、参加人数
・関係機関からの連絡状況
・住民の周知度

◆配置後２年目以降の動き

〇２年目以降の推進員との連携やサポートの状況

・行政担当者と一緒に認知症支援のしくみを作り、サポートしていった。
①認知症予防、早期発見、早期治療のしくみづくり
②地域での認知症支援体制づくり（高齢者(認知症等)支援の対策給付）
③子どもたちへの認知症サポーター養成講座
④困難事例への対応（虐待、成年後見制度の活用）
⑤「金山町認知症の人を介護する家族の会」の設立（平成 24 年 2 月）
⑥「金山町認知症地域支援推進協議会」の発足（平成 24 年 4 月）

※町会議員、専門職、推進員、町内の会社や団体、住民主体の組織。
・このほか、積極的に研修や推進員どうしの交流機会への参加を促した。

〇推進員を配置したことによる効果や見えてきた活動上の課題、地域の力や課題、行政としてのサポートのあり方、行政担当者としてのご自身の変化等

・平成 23・24 年度は行政主導
・平成 25 年度～　町の現状、町内各地区の状況、全国的な方向性等、広い視野で認知症支援を検討できるように。
・平成 26 年度～　地域包括の職員が推進員であることで、町の課題の政策化につながるようになる。
・平成 26 年度　認知症地域支援推進協議会で住民主導の「高齢者あんしん応援隊」（自分にできる見守りを自主的に行う意思表示をするステッカーの作成・配布等）が発足。
・平成 27 年度　各事業の中で認知症支援の視点があり、地域や庁舎内での横断的な支援体制づくり
・平成 27 年 12 月　山形県警察「やまがた 110 ネットワーク」（SOS システム）登録開始。そのことに合わせて町では「ひとり歩き高齢者支援登録制度」を開始。町内での情報把握や迅速な対応が可能に。→以前から上がっていた家族の声に応える。行政と住民の意見でより良いものが生まれる。

〇推進員活動の効果や課題をどのような方法（視点・尺度等）によって評価しているか。

・各事業のアンケートや事業実施後の状況（認知症サポーター数等）
・ほっとサロン（認知症カフェ）の開設状況
・認知症ケアパスの作成
・ひとり歩き高齢者支援登録制度の活用状況
・住民の現状や全国的な施策や支援の流れ
・住民や関係機関の相談状況、もの忘れ相談等の件数
・町のみでなく地区、県全体としての課題として共有できているか。
・町内、地区で活動発表の場を持つことで、推進員活動が認められる。

〇市区町村としての今後の推進員活動の方針

・認知症地域支援推進員の日常的な活動（認知症カフェ、介護者支援事業、予防等）を通し、業務内容を住民やボランティア団体と共有、さらに住民主体となれる部分を支援していく。このことでさらに地域の意識が高まり、対応力向上につながると考えられる。
・地域包括ケアシステムの構築、介護保険事業計画策定に対し、推進員としての情報や意見を伝え、一緒に作り上げていく。
・認知症サポーターの町内の配置状況と、小単位の地区での認知症の方等に対する意識の改革や、ひとり歩き高齢者支援等、地域としての対応力を高めていく。

〇認知症地域支援推進員が初期集中支援チーム員を兼任することについて

・平成 29 年 4 月以降実施予定で、兼任する予定。
　考えられる効果として、地域住民や関係機関から相談され、情報が入りやすい。また、各制度の周知もなされている。

山形県金山町の取組み

平成23・24年度

認知症地域支援推進員配置（直営包括・兼務）

包括業務と兼務

行政主導による認知症施策全般の基盤づくり
（山形県認知症総合推進事業における取組み）

【平成23年度】
○包括職員の各種研修参加
→包括職員の意識統一
○認知症の人の支援の実態把握
（介護支援専門員情報交換会や家族から）
③認知症サポート医との連携
（介護支援専門員情報交換会）
④地域支援体制づくり検討会の開催
⑤認知症サポーター養成講座

【平成24年度】
①予防・早期発見・早期治療のしくみづくり
②地域での認知症支援体制づくり
金山町認知症等地域支援推進協議会発足③認知症サポーター養成講座の工夫
④困難事例への対応
⑤「金山町認知症の方を介護する家族の会」の活動の継続
⑥高齢者（認知症等）支援の対策検討

平成25年度～

推進員主体の取組みに移行

○本人・家族の相談支援、支援体制を整えるためのコーディネート
○高齢者本人や家族のための事業

地域性を把握し、うまく活かす

推進員活動の一部抜粋

○「ほっとサロン」
（認知症カフェ、介護者相談会、介護教室、月1回）
○早期発見・早期対応のための「もの忘れ相談」
○認知症ケアパス

推進員の気づき・効果①

認知症の知識不足
隠す・助けを求めにくい地域性

地縁・血縁の支え合い
インフォーマルな支援の風土

推進員の気づき・効果②

・認知症の人自身のプライドをもって他者と接しようとする力
・認知症になっても人の役に立ちたい、立っているという自信
・サービスを拒否することもその人の力
・介護者同士の分かち合いの大切さ

○地域ケア会議
→地域に出向いて開催。
住民参加

推進員の気づき・効果③

・地域に行くとふつうに活躍している認知症の方
・暮らしの場に出向くことで住民の本音や既存の資源がわかる
・既存のインフォーマル支援・資源
・推進員（包括職員）の介入前に近隣住民や地域の事業所が気づいて支援をしてくれている。
・認知症の人同士の助け合い

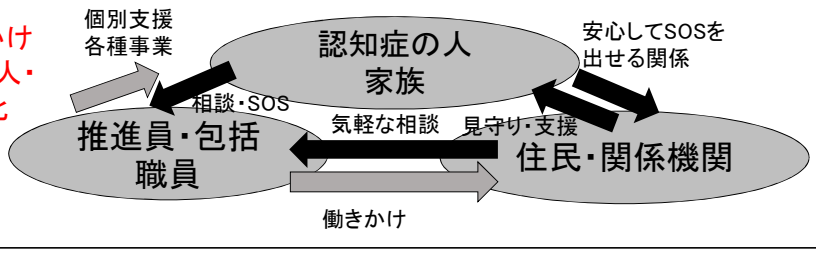
○認知症サポーター養成講座
→子ども、企業、警察、庁舎内等
○ひとり歩き高齢者等支援事業

推進員の気づき・効果④

・正しい知識を得ることで包括への気軽な相談が増加。
・役場内他部署（税務、水道等）でも認知症の人が課題に
→部署間の連携も生まれる。
・地域での気軽な声かけ、手助け
・高齢者のことをよく見ている優しい心の小学生

包括業務の中で推進員としての立場を意識することで…

推進員の働きかけによる地域と本人・家族の力の強化



【Ⅴ．「認とも」に関する聞取り調査結果】

１．調査目的

認知症地域支援推進員（以下、推進員とする。）が、「認とも」の活動を地域で形成し、効　果的に機能させていくために必要な具体的方策について調査し、自治体や推進員に報告することにより、「認とも」の円滑な実施、推進員活動の促進、ひいては家族の介護負担の軽減による家族支援、一億総活躍社会の実現に寄与することを目的とする。

２．調査方法

「認とも」は、厚生労働省において家族支援のための支援として施策化したものであり、推進員が全国に普及させていくことが求められている。（別記１）

このためには、「認とも」について、多くの国民・関係者による価値の理解・共有が進み、「認とも」が円滑に形成され実施されるための概念やルール等をとりまとめ、自治体、推進員に伝える必要があるが、概念・ルールともに既に定められたものがない。したがって、調査研究の具体的なプロセスを次のように三段階で設定した。

第１段階　　東京センターとしての「認とも」の概念（性格）・ルールの考え方についてセンター内の研究者間で協議し仮説を設定する。

第２段階　　当該仮説の妥当性について、既に優れた「認とも」の類似活動を実践している認知症カフェの運営者から個別の聞取り調査により意見を収集する。

第３段階　　妥当かつ実行可能で有効な「認とも」の概念・ルールをとりまとめ、自治体・推進員に提言する。

１）第１段階；仮説

（１）「認とも」の概念（性格）

「認とも」とは、

一緒に活動したら、お互いに楽しく心の支えになる人と人とのつながり、つまり「友達」という自然で素朴な人間関係である。→「認知症の人の友達」

・この必要性や価値は、認知症になる前も、なった後も変わらない。

・例えば、認知症の人本人が、自宅に招いて一緒にいたらお互い楽しい人が「認とも」である。

・例えば、認知症の人本人が、一緒に出かけたりしたらお互いに楽しい人が「認とも」である。

つまり、「認とも」をつくるということは、「友達を創る」ことであり、認知症になっても友達の縁が途切れない（友達関係を再構築する）ということである。

この結果、本人も家族も孤立しないということである。

※　この点は、家族支援のためにサービスとして派遣される「やすらぎ支援員」とは異なる。

※　支援する側とされる側という関係性を作らない。この点も「やすらぎ支援員」とは異なる。

（注）「認とも」と同趣旨の事業である「やすらぎ支援員」との相違（別記２）

（２）「認とも」活動のルール

・「認とも」による居宅訪問は、あくまで自由意思であり、一旦開始された訪問も自由に解消できる。

→「やらされ感」に効果・継続なし。

→　評価すれども批判せず。

・やりがい、喜び、楽しみ、がある活動にする。

・「認とも」は「友達」なので、活動中の事故に対して損害賠償の責を問われないということで良いと考えられる。

→事業として展開しようとすると、これが問題になり促進が阻害される。

・推進員は、自ら「認とも」と訪問対象者の仲介者にはならず、別に仲介者を育成する。

→推進員は、マッチング、モニタリングについて認知症カフェ運営者、仲介者（居宅を訪問する者と受ける者の引き合わせを行う者）に伝える必要がある。

・推進員は、①認知症カフェの企画・運営支援と、

②「認とも」の仲介者の設置・活動支援、

③認知症カフェに参加し居宅訪問者となるボランティアの育成・活動支援（例；認知症サポーターの上乗せ講座への参画による「認とも」の促し）を行う。

→認知症サポーターの活動の受け皿を作る。

→ケアプランに組み込むインフォーマルサポートが増加する。

・「認とも」には、守秘義務等の一定のルールが課せられる、又は「承知してもらう」。（信頼できる友達としての当然で自然なルール）

問題を生じる可能性のある行為例

・キャッシュカードの預かりによる預金の引き出し
・日用品を買うための金銭の管理や授受
・買い物に同行して買ってもらう
・食事に同行してご馳走になる
・居宅訪問の帰りに謝礼（金品）をもらう（ものとられ妄想への発展）
・健康サプリを勧めたり、宗教の勧誘をする

・「認とも」は、仲介者から訪問当初の同行等の支援を受けることができる。

・仲介者は、「認とも」活動を通じて「認知症カフェを契機とした、認知症の人を中心とする小さなコミュニティを地域にくまなく創っていく人」と捉える（ゲマインシャフト的な共同意識→認知症を切り口にした地域包括ケアの根幹）。

・この結果、「認とも」を行う認知症カフェ等が、認知症の人の生活の本拠である自宅、または自宅の最寄りに多く作られ、集いの場、縁側化していくことを目指す。
・こうした地域組織化活動は、様々な手法で行われるため推進員は、「認知症カフェ、認とも」によらず、「認とも類似の活動」を行っている（行政主導・民間主導・住民の自発的活動）、あるいは今後、行おうとする実践を阻害しない。
・認知症の人やその家族の出会いの場は、認知症カフェのみとは限らない。推進員は、そうした場所（機会）も活用する。
→社協や住民の自主活動などが行うサロン等
・認とも活動は、友達によるインフォーマル・サポートであり、自由度を保障することが極めて肝要であるから規制をしない。
→支援すれども規制せず。
→要件を多くすると人が集まらない。
→地域住民の自発的支援活動の良さを最大限に活かし伸ばす支援を行う。
→期待すれども強制せず。
・地域包括ケアの仕組みに組み込まない柔軟性を持つ。
・仲介者は、対人援助の経験、認知症の基礎知識と地域組織化活動の技法を有する者であって、例えば、社会福祉法人から地域貢献として派遣されることも考えられる。

但し、以上のルール仮説は、第２段階の個別の聞取り調査においては、最低限を示すことによって意見の誘導を避けるものとした。

3）第２段階；認知症カフェの運営者からの意見収集

（1）聞取り先の選定

認知症介護研究・研修仙台センター（仙台センター）の協力（平成 28 年度老健事業『認知症カフェの市区町村等の設置および支援状況調査』）のもと、推進員などが関わり「認とも」に類似した取組みを行っている好事例を抽出し、現地調査地域を選定した。

○仙台センター調査結果との協働

・仙台センターが『認知症カフェの市区町村等の設置および支援状況調査』において、「認とも」活動の状況を調査した。
・当該調査票における「認とも活動」は、次の範囲に定義され、分類１～分類７に区分して回答するよう依頼（複数回答）している。

分類１. 認知症カフェ等で顔なじみになったボランティア等が認知症の人がカフェに参加するために送迎や電話連絡をしている。 分類２. 認知症カフェに携わるボランティアを教育し居宅訪問や見守り、話し相手をしている。

分類３．認知症カフェを拠点に介護教室や介護者交流会などを行っている。
分類４．認知症カフェを拠点に介護離職防止のための取組みなどをしている。
分類５．その他認知症カフェを発展的に展開し、家族、本人等への支援をより充実するための活動
分類６．認知症カフェを拠点とはしていないが上記分類の内容を行っている。
分類７．その他認知症カフェを拠点とした活動

・厚労省による「認とも」の定義は、「認知症カフェ等を通じて顔なじみになったボランティアで一定の資質を有する者（例えば認知症サポーターの上乗せ講座を修了した者）が、認知症地域支援推進員の企画・調整の下、認知症の人の居宅を訪問して、一緒に過ごす取組（厚生労働省資料）とされているから、直接該当するのは、上記「分類２」となる。

・聞取り調査（現地聞取り）先の決定
仙台センターの調査結果、分類２の活動を行っていると回答した者と、自由記載欄に「居宅訪問」が記載されていた者を加味し、推進員に「認とも」の形成・活動継続のノウハウを提供する知見を得られそうな回答者を選定することとした結果、次の４カ所となった。なお、傾聴ボランティアによるものと認知症カフェによらないもの、調整がつかなかった者は除外している。

東京都北区
滋賀県甲良町
大分県中津市
埼玉県吉川市

※中津市については、当初選定した自治体と調整がつかず委員の紹介により選定した。

（２）聞取り調査の内容

現地調査において当該の認知症カフェの運営者から、推進員が「認とも」の取組みを自らの地域で円滑に進めるための方策の作成に資するため、別記３に示した質問項目に沿って聞取りを行った。

３．調査結果の要点等

聞取り調査の結果は、その概要を別記５に、また、その詳細は別記６のとおりである。以下に、調査結果の要点を示す。

１）「認とも」の概念に関する事項

仮説に対して概ねの了解は得られたが、認知症カフェ等を通じて「友達を創る」ことを促すことができても、意図的に居宅訪問まで仕組んでいくことは困難性が高いとする意見が大勢であった。

すなわち、居宅訪問は相互の厚い信頼関係が前提であり、それは他人から仕組まれるものではないという本質論と、居宅訪問等、認知症カフェの外での活動では何が起こるかわからず、行政施策の一環としての保証なしに推進員が居宅訪問を働きかけることは

困難であるとの見解であった。

本来、居宅訪問は、人と人との信頼関係を前提とした自然な交流であるにもかかわらず、それを認知症の人やその家族の孤立と、それに伴う重症化を防ぎ家族を支援するために政策として推進するとルールを課したり、リスクマネジメントをしなければならなくなるため、「友達」という自然さが失われることの矛盾・違和感があるという根本的な疑問をもって捉えられていると認められた。

2）居宅訪問する際の認知症カフェ等の運営方針・運営方法に関する事項

（1）必要なルールとその意味

・推進員が進めるとしたら、最低限のルールは必要である。
・ルールを決めて、関係者全員で承知しておく必要はあるが、やりすぎると自然さがなくなってしまうため、最低限に留めた方が良い。
・鍵を預かるとか、お金を預かるようなことは負担感につながり、やりづらくなる。
・深入りしすぎて何でもやってしまうと、期待されるし、それができなくなったときに困ることになる。
・個人情報保護の観点からも、家に行ってみたらこんな状況だったというようなことを他人に話されたら困る。

（2）訪問対象者の範囲（訪問を受ける人）

・家族や本人の受け入れの良い人。
・認知症の症状が安定している人。
・認知症自立度等で一律の範囲は決められない。

3）マッチングを行う仲介者に関する事項

・認知症カフェやサロン等が地域密着型で大規模な展開は考えにくいとすれば小規模なので、気の合う人の見極めは、認知症カフェ等の運営者がわかるので、仲介者は特に必要ない。

4）「認とも」に関する事項

①ふさわしい人のイメージ

・認知症カフェ等の運営者が訪問の動機付けをするときは、適切な訪問者を選定する必要がある。
・訪問者の要件としては、話しやすい人、優しくて物腰が柔らかい人、上から目線にならない人、個人情報を守れる人、お節介が過度にならない人、等が考えられる。
・認知症サポーターに接し方や個人情報保護、介護保険制度の知識や相談窓口等の上乗せ研修を行い「認とも」として育てていくことが考えられる。

②獲得する方法（公募による手上げ方式で良いのか）

・認知症サポーターの中から募集し、上乗せ研修を受講してもらう。

③登録をする必要があるか。あるとしたら、登録の内容（活動可能な日時等）、管理はどこが行うか。

・活動可能な曜日や時間帯、活動範囲、連絡方法（電話番号）等の最低限の情報を登録する必要がある。（知っておきたい）

④必要な支援内容はどのようなものか。適切な支援者はどこにいるか。

・活動内容の範囲などのルールを決めることは支援として重要。

・訪問者の日常的な相談支援の体制・仕組みを作ることは困難であるから、認知症カフェ等の運営者が、動機付け、マッチング（引き合わせ）はするが、その結果、訪問になったとしても「友達同士」いう自然な関係で静観するのが良いのではないか。もちろん、公的な介入が必要な場合などには、地域包括支援センターが本来業務として応じる。

⑤保護策の必要の有無と内容についてどう考えるか。

・損害賠償などのリスクマネジメントの保護策は必要。

・二人訪問はルール化せず、受け容れの状況で柔軟に判断するのがよい。

⑥居宅訪問ルールは必要か。どのような内容か。

・最低限のルールは必要。認知症サポーターの養成研修の上乗せ講座を行い、「居宅訪問をする場合のルール」共有することは良いことであり、現実的。

・ルールの内容は、金銭授受の禁止、個人情報の保護、物品売買の禁止などが考えられる。

⑦活動への動機付け、仲介するときのマッチング、活動のモニタリングの方法は、どのようなものが求められるか。

・意識的な動機付けは必要。

・マッチングは、「認知症カフェに来て楽しい・良かった」という状況を作るためにも必要だし、それが功を奏して「自然に訪問につながる」ケースもあるという希望をもって臨むことが重要であり、押しつけはできない。

・マッチング（引き合わせ）は、認知症カフェ等の運営者が観察して行う。

・モニタリングは、認知症カフェ等の運営者が、カフェの機会に意識的に聞いたり、参加者同士の会話の中などから、自然な形で情報を得ることでよい。但し、公的な介入が必要なことが発見された時には、地域包括支援センターにつなぐことは必要。訪問者は、地域包括支援センターにとってはアウトリーチの一つのアンテナでもある。

⑧質の担保のための方策（養成研修の内容及び時間）

・認知症サポーターで訪問を希望する人には、訪問前に上乗せ研修を受講してもらう。研修の内容は、訪問のルール、訪問の作法、緊急事態の際の対処方法などか。

⑨必要な情報を整えた書式は必要か。

（趣味、関心事、禁忌、緊急時連絡先カードの様式や置き場所）

・情報を登録するカードは有効。

但し、必要最低限の内容とする。趣味・趣向、禁忌事項、友人関係など。

⑩訪問頻度、滞在時間、活動内容、活動経費と負担者、謝金（ポイント制を含む）についてどのように考えるか。

・「友達」であれば、訪問頻度、滞在時間、活動内容などの規制はしない。

・「友達」であれば、活動経費は支給しないで、あくまで無償のインフォーマルサポートの性格にする。

⑪ポイント制を導入した場合のデメリットはあるか。

・ポイント獲得目的で参加する弊害を防ぐために、ポイント制は導入しない方がよい。

⑫認知症サポーターを活用できるか。

・認知症サポーターであって、且つ、上乗せ研修を受講した人に限る。

⑬勉強会、事例検討会などの必要性（活動継続と質の向上）はあるか。

・スキルアップのために、認知症サポーターの勉強会の一環とするほか、様々な機会で実施。

⑭活動を継続するための方法

・訪問者と認知症カフェ等の運営者との普段の交流・情報交換が必要。

3）考察（素案）推進員の役割

聞取りの端々に、地域における人間関係の希薄化に対する危機感が語られた。推進員の業務の一つとして、「市町村において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の間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（平成 28 年 1 月 15 日老発 0115 第 1 号）」と定められているが、推進員は、こうした業務を実施する際には、常に地域作り、人づくりを念頭に置くことが、ひいては認知症の人やその家族の支援につながると考える必要がある。

上記（2）の要点に加えて、下記①～⑤をとりまとめる。

①認知症カフェ等の運営者（今後、運営を希望する者を含む）に対して、認知症カフェ等の企画・運営の段階から、活動目的（運営方針）の一つに「認とも形成の意義」の理解を求め、活動目的（運営方針）の一つに加えてもらうような動機付けの実施

※認知症カフェ以外にも地域サロンなど「人と人とがつながる可能性のある活動」を発掘し、「認とも形成」の動機付けを行うことを含む。

②認知症カフェ等のスタッフ・ボランティア、支援する専門職等の関係者間で「認とも」形成、「友達創り」の意義と期待する効果を共有する働きかけの実施

③認知症サポーターの上乗せ講座を実施し、「認とも」活動への参加の動機付けの実施

④認知症の人やその家族を大切にするために、「認とも」形成・継続のための最低限のルールに係る上乗せ講座への導入の実施及び認知症カフェ等の運営者･ボランティア、専門職等関係者への伝達・共有の実施

⑤円滑な「認とも活動」の継続・拡充のために、推進員自らの支援をはじめ、必要な社会資源からの連携した支援が機能する調整の実施

※「認とも」は、本来「互いに心地よい人と人とのつながり」であり、自然発生的なところに良さがあるため、「問題を解決するための社会資源・仕組み」としての視点で地域住民や関係者から「押しつけ」と捉えられるようなアプローチは避けなければならない。このような考え方は、既にある自然発生した良好な友人関係さえも壊してしまう危険があるため、むしろ、ゆるやかに進めることが重要である。

４．推進員に対する「認とも」の進め方の示唆

推進員が認知症カフェ等を企画・運営し「認とも」を展望していくときの基本的考え方は次のとおりである。

○認知症カフェ等を企画・運営することの意義の確認

１）認知症の人やその家族は、地域社会から孤立しやすく、その場合には必要な社会制度へのアクセスが困難となりニーズを深刻にしていくと考えられるため、それを避けるための一つの具体的な手法として、認知症カフェ等や「認とも」を企画・運営していくことが重要である。

２）日常生活圏域である小地域における豊かな人間関係を形成することが、認知症の人やその家族の孤立、ニーズの深刻化、自立した日常生活の困難から脱却させるために有効であり、認知症カフェ等を企画・運営することは、真の地域包括ケアシステムの構築を行う上での有効な切り口であると捉えることも重要である。

３）このためには、認知症カフェ等を日常生活圏域（利用者が歩いて往復できる範囲）に、きめ細かく設置されることが重要である。

４）こうして、推進員にとって認知症カフェ等は、「生活の拠点である小地域において、地域住民同士が交流し互いに気に掛け合うようになる気持ちを育てる場」である。

○認知症カフェ等や「認とも」を企画・運営する際の留意点

１）地域における人間関係の希薄化によってコミュニティが崩壊しつつあり、加えて多く

の住民に認知症に関する基礎知識が不足している（認知症の人やその家族がそのように先入観を持ちやすいであろうことも含めると）ことは、地域社会における認知症の人やその家族への誤解や偏見、それによる孤立や重症化、ひいては家庭の崩壊につながることへの危惧を前提に、それを避けるための一つの有効な手段として認知症カフェ等を企画・運営する。

併せて、認知症を理解して介護するための介護家族向けの教室、地域住民への啓発と認知症サポーターの養成等を実施していく必要がある。

2）居宅訪問のハードルは高く、「認とも」活動は、一朝一夕ではなし得ないため、過程を踏む必要がある。

（1）先ずは、認知症カフェ等の「人と人とが接する機会」を増やし、その機会を捉えて信頼関係を構築していく必要がある。そこで親しく活動する人々を「認とも」の候補群と捉える。

（2）「認とも」は、認知症カフェ等の活動の延長線上の到達点として捉え、認知症カフェ等を通じて、相互に相当の信頼関係を構築するように促していく。

この際、認知症カフェ等の運営者は、既に友人関係にある人々が同じ認知症カフェ等に通うことにより、友人関係が途切れない（再構築）ようにすること及びそこで初めて出会った人々が相互に相当の信頼関係が構築できるように配慮する。

3）「認とも」は、あくまで地域住民による自発的活動として行われる無償のボランティアである。この点は、平成 14 年から認知症の人への居宅訪問による話し相手として行政により有償で実施されている「やすらぎ支援員事業」とは相違するものである。

やすらぎ支援員事業は、自ずと「支援する側とされる側の関係」が成立するが、「認とも」は、地域住民同士が互いに気に掛け合う互助の性格を持つインフォーマルサポートとして、介護保険事業計画や地域福祉計画に反映される必要がある。

4）「認とも」の育成は、認知症サポーター養成講座修了者で、積極的な活動を希望する者に対する活動例の一つとして示される。

5）「認とも」による居宅訪問は、行政事業として実施するものではないため、訪問する際のルールを行政が「規制」として示すものではない。認知症サポーターの上乗せ講座において、居宅訪問活動を希望する者に対して周知される性格である。推進員が規制することは、住民の自発的活動による互助・インフォーマルサポートとしての趣旨を損なうばかりか、既存の良好な人間関係も壊してしまう危険性があるため、慎重に避ける必要がある。

なお、上乗せ講座の内容の一部として周知される事項としては以下の点が考えられるが、行政による規制ではないため最低限に留める必要がある。ルールを周知する趣旨は、認ともが専門職ではないため、訪問した際（認知症カフェ等への送迎時及びそれ以外の外出活動等を含む）に、何をどの程度行って良いかが不明なため及び活動への負担感の軽減のため、一般的な内容を修めることにある。

※ルールの内容

・金品の授受に関する注意
・鍵を預かる場合の注意
・物品の売買があるときの注意

・家庭内の事情等への関与の注意（深入り）
・買い物や調理等の家事を依頼された場合の注意
・個人情報保護上の注意
・その他

６）「認とも」の支援策としては、推進員以外にもトラブルが発生したとき等の相談窓口の設置及び対応が考えられる。

〇残された検討 課題

認知症カフェは、今日、過渡的な段階にあると考えられる。その有効性から地域包括支援センターが運営者として開催されているものも多いが、そもそも認知症カフェの機能をどのように捉え、設置を促進していくかが問われる。それによって、日常生活圏域である小地域で展開すべきか、開催頻度、運営者等についてどのように考えるかが異なるであろう。地域住民の自発的活動により設置・運営されている認知症カフェも増加する中では、急ぎ、推進員による認知症カフェへの関与の方向性を検討し明示する必要がある。

なお、推進員が、やすらぎ支援員活動を活性化させること及び老人クラブの行っている友愛訪問の振興を働きかけることも考えられるため、この点についても検討の必要がある。

また、「認とも」というネーミングについては、関係者、国民に受け入れられやすいか検討する必要がある。

別記１

認知症地域支援推進員の業務内容

平成 28 年度厚生労働省全国会議において次のように示されている。

「認とも」の定義（厚生労働省）

認知症カフェ等を通じて顔なじみになったボランティアで一定の資質を有する者（例えば、認知症サポーターの上乗せ講座を修了した者）が、認知症地域支援推進員の企画・調整の下、認知症の人の居宅を訪問して一緒に過ごす取組

「認とも」の背景

「一億総活躍社会の実現に向けて緊急に実施すべき対策」の中の「介護する家族の不安や悩みに応える相談機能の強化・支援体制の充実」として「ボランティア等による認知症の人の居宅訪問」などの家族に対する支援を推進する。

※一億総活躍社会の実現に向けて緊急に実施すべき対策（一億総活躍国民会議・平成27年11月26日）

厚生労働省では、この緊急対策を踏まえ、新たに認知症地域支援推進員の企画や調整のもと、認知症カフェ等を活用したボランティアによる居宅訪問（認とも）や家族向け介護教室の開催を推進していく。

なお、地域支援事業実施要綱（平成 28 年 1 月 15 日一部改正）

認知症の人の家族に対する支援事業における認知症地域支援推進員の業務内容の規定は次のとおりであり、「認とも」は明文化されたものではない。

「市町村又は市町村が適当と認める者が、「認知症カフェ」等を開設することにより、認知症の人とその家族、地域住民、専門職が集い、認知症の人を支えるつながりを支援し、認知症の人の家族の介護負担の軽減等を図る。」

別記２

（参考）痴呆性高齢者家族やすらぎ支援事業実施要綱による事業内容等

（平成14年　厚生省）

・「やすらぎ支援員」の養成事業

　近隣者、ボランティア等を対象として痴呆の基礎知識、接遇の基礎、緊急時の連絡等に関するオリエンテーションを実施し、当該オリエンテーションを受けた者（以下「やすらぎ支援員」という。）を登録する。登録の際には、やすらぎ支援員の訪問可能な日時等の活動に関する情報を記載した台帳を整備するとともに、定期的に記載内容の更新を行うものとする。

・対象者とやすらぎ支援員とのなじみの関係づくり

　コーディネーター（対象者とやすらぎ支援員との関係づくりを調整する者をいう以下同じ。）は、やすらぎ支援員の中から訪問日時等の条件が合致する者を選定し対象となる痴呆性高齢者に受け容れられやすいよう、対象者とやすらぎ支援員との顔合わせの場を設けたり、やすらぎ支援員による対象者への言葉かけが容易になるように対象者の趣味や関心事等を伝えたりするなど、「なじみの関係づくり」の支援を行う。

・やすらぎ訪問事業の実施

　家族が外出することが必要な時間帯又は介護疲れで休憩が必要な時間帯（半日から１泊程度）に、やすらぎ支援員が対象者の居宅を訪問する。原則として、直接身体に触れる介護は行わないが、トイレ誘導程度は必要に応じて実施する。

・　市町村は、やすらぎ支援員の訪問可能な日時等の活動に関する情報、対象者の家族状況・生活状況・健康管理状況等に関する情報及び訪問活動の結果を記録する台帳等を整備すること。

・　コーディネーターは、痴呆性高齢者の特性に関する知識を有し、かつ対象者の状況を知悉している者とし、保健福祉の専門性を有する市町村職員が担うほか、在宅介護支援センターや、地域で積極的にこのような活動を展開している社会福祉法人ＮＰＯ法人等に委託して確保するものとする。

・　やすらぎ支援員は、対象者が訪問介護等の専門性の高いサービスを必要とする状態にあると判断した時は、適切に専門職との連絡調整を図るものとする。

痴呆性高齢者家族やすらぎ支援事業（平成 14 年～厚労省；介護予防・生活支援事業（今日では地域支援事業として実施）で「認とも」と同趣旨）との関係は、自治体等の混乱を防止するため、次のとおり整理する。

・やすらぎ支援事業は、平成 14 年から介護予防・生活支援事業にメニュー化され、一部自治体では実施されているが、全国で十分に定着・普及するには至っていないと考えられる。

・しかし、認知症の人の数が増加する中で、認知症の人及びその家族が地域社会から孤立化する事によって、症状が重度化し家族の介護負担が過度となる事態を避ける必要性は著しく高まっている。
・　今日では、認知症地域支援推進員も創設され、認知症の人や家族・認知症に関心のある住　民が集い、知り合う機会となる認知症カフェも増加しつつある。
・このため、やすらぎ支援事業に加えて、認知症カフェ等を通じて顔なじみになったボランティアが、認知症の人の居宅を訪問して一緒に過ごす取組（「認とも」）を、認知症地域支援推進員が企画・調整して促し、認知症の人やその家族が地域社会から孤立することがない状態を、家族支援の一環として、全国あまねく普及していくこととする。
・なお、従前のやすらぎ支援事業を様々に工夫しながら実施している自治体の実践は尊重されるべきであり、「認とも」が当該事業を阻害することがあってはならないものとする。

別記３

聞取りでご教示いただきたい項目

１．認知症カフェ運営等に関する事項

①自治体基礎情報（人口、高齢化率、推進員の配置状況）

②取組みの一連の経過

③運営方針・運営方法

・必要なルールとその意味

（例；参加・離脱の自由、個人情報保護、日中独居の家の鍵を預かることへの配慮、話し相手以外の様々な依頼の辞退等）

④円滑に機能するための仕組みや方法（順不同）

対象者の範囲（実績）（自立度or BPSD or その他）とその理由

２．マッチングを行う仲介者に関する事項

仲介者は必要か。必要な場合、どのような人材が求められるか（基礎知識・どこに配置されている人材が想定されるか）

仲介者に対する必要な支援内容は何か。適切な支援者はどこにいるか。

３．認ともに関する事項

ア．ふさわしい人のイメージ

イ．獲得する方法（公募による手上げ方式で良いのか）

ウ．登録をする必要があるか。あるとしたら、
登録の内容（活動可能な日時等）、管理はどこが行うか。

エ．必要な支援内容はどのようなものか。適切な支援者はどこにいるか。

オ．保護策（リスクマネジメント、損害賠償）は必要か。

カ．居宅訪問ルールは必要か。どのような内容か。

キ．活動への動機付け、仲介するときのマッチング、活動のモニタリングの
方法は、どのようなものが求められるか。

ク．質の担保のための方策
・養成研修の内容及び時間

ケ．必要な情報を整えた書式は必要か。
・趣味、関心事、禁忌
・緊急時連絡先カードの様式や置き場所

コ．訪問頻度、滞在時間、活動内容、活動経費と負担者、謝金（ポイント制を含む）についてどのように考えるか。
（例；ポイント制を導入すると不適切者を「断る」ことが難しい）

サ．ポイント制を導入した場合のデメリットはあるか。

シ．認知症サポーターを活用できるか。

ス．勉強会、事例検討会などの必要性（活動継続と質の向上）はあるか。

セ．活動を継続するための方法

別記４

（参考）厚生労働省による「認とも」資料

認知症カフェ等を活用したボランティアによる居宅訪問（「認とも」）や家族向け介護教室等の推進

概　要

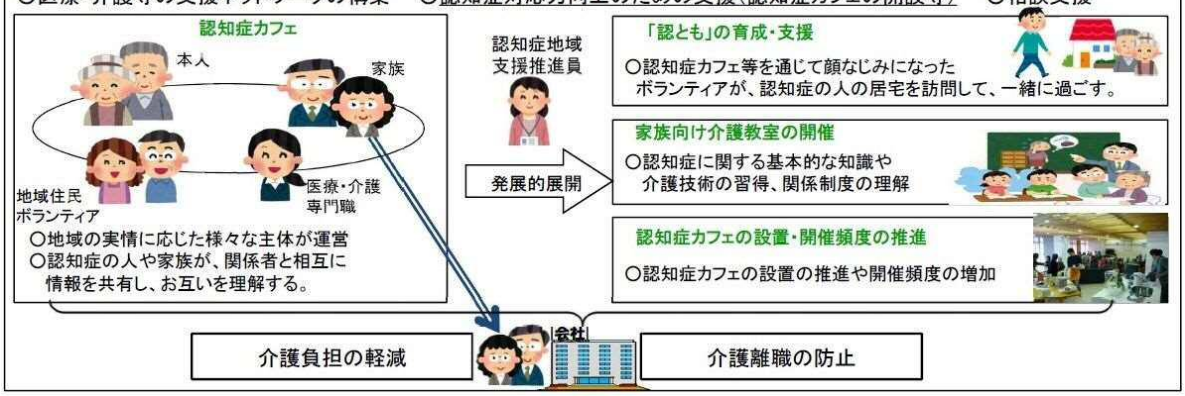
○　認知症の人やその家族が地域の住民や医療・介護の専門家と交流する認知症カフェを発展的に展開するなど、家族等への支援を充実

- 認知症カフェ等を通じて顔なじみになったボランティアで一定の資質を有する者（例えば、認知症サポーターの上乗せ講座を修了した者）が、認知症地域支援推進員の企画・調整の下、認知症の人の居宅を訪問して、一緒に過ごす取組を新たに実施する（「認とも」）。
- 認知症の人の家族を対象として、認知症に関する基本的な知識や介護技術の習得、関係制度への理解を深めるための介護教室を認知症地域支援推進員の企画・調整を通じて開催し、家族の介護の身体的・精神的な負担の軽減を図る。

※　認知症地域支援・ケア向上事業（地域支援事業）において、認知症地域支援推進員が企画・調整して実施する事業として実施

認知症地域支援推進員の業務内容

○医療・介護等の支援ネットワークの構築　○認知症対応力向上のための支援（認知症カフェの開設等）　○相談支援



別記５

○「認とも」を実践するとした場合の聞き取りにおける主要な意見

	東京都北区 Ａ認知症カフェ	滋賀県甲良町 Ｂ・Ｃサロン	大分県中津市 Ｄ地域包括支援センター	埼玉県吉川市 Ｅ認知症カフェ
「認とも」に対する意見	都市部で実際に進めるのは難しい。そもそも友人であった人々が一緒に認知症カフェに通い訪問も続くことはあるが、認知症カフェで初めて出会って家を訪問することは困難。	今はまだ、地域に人間関係ができているので必要ないが将来は必要。	余程の信頼関係がないと困難。	実際に進めるのは困難。居宅訪問を目的とせず、認知症カフェを利用して、家から出るように促すことの方が、まず求められることだし現実的。
ルールの必要性と内容	推進員が勧める場合には、最低限のルールが必要。認知症カフェのスタッフも訪問者も知っておく必要がある。	ルールを定めると、既存の人間関係が壊れてしまう。	推進員が訪問に送り出すことには責任が伴うため、ルールが必要。	ルールを知らずに家に入るとトラブルになりやすい。訪問をお願いする場合にはルールが必要。
訪問対象者の範囲	現にＢＰＳＤを発症している者は除外。 本人・家族の受け入れが良い人。	自分のしていることが、わかっている程度の人。 家族が拒否しない家。	症状が安定している人。 本人・家族に拒否感がない人。 認知症カフェに参加したいが交通手段等の事情で来られない人。	軽度認知症であり一人で認知症カフェに来られる人 人の顔を覚えていられるぐらいの人。 家族に理解・協力がある家庭の人。

仲介者の必要性	小規模なため不要。 15人程度までは不要。	友達のような自然な人間関係は他人にあてがわれるものではないので不要。	小規模なため不要。	認知症の人が歩いて行ける範囲に認知症カフェを作りたい。それは小規模なため不要。
訪問者の要件・資質	認知症サポーター養成講座修了者で上乗せ講座を受けた人。 フットワークが軽い人。 優しくて物腰が柔らかい人。 よく話しを聞き上から目線にならない人。 個人情報を守れる人。	認知症サポーターを活用したい。 頼まなくても察してくれる人。 人との距離感がとれる人。 踏み込みすぎない人。	認知症サポーターでアドバンス修了者。 相談窓口を知っている人。	認知症サポーターの活用。 「地域のことは地域に任せて」というタイプのお節介な人。
謝金	友達なので支給しない方が良い。	報酬は出さない方が良い。	謝金は支払わない方が良いお金をもらわなくてもやってくれる人を求めたい。	経費を支払うと制度になるので支払わない方が良い。
必要な支援	支援は必要だが、認知症カフェ運営者の負担にならないようにすることが必要。	お世話を賞賛してくれる人をつくること。	「認とも」同士が集うカフェがあれば対応の交流もできるし、モチベーションが上がる。	

別記６

○「認とも」に関する聞き取り調査資料

	東京都北区	滋賀県甲良町	大分県中津市	埼玉県吉川市

①自治体基礎情報

・人口 ・高齢化率	341,252人 25.5%	7,427人 30.1%	85,264人 28.2%	71,048人 21.4%

高齢化率は「平成 28 年 1 月 1 日住民基本台帳年齢階級別人口」をもとに記載。

○「認とも」に対する意見。印象

意見・印象	・ 趣旨はわかるし、良いと思うが、実際に進めるのは難しいと思う。	・「認とも」のような発想は、都会の考え方ではないか。町では人口も減って消滅自治体になっている。人の出入りは少ないが、逆に顔の見えるつきあいができている。 認知症が軽いうちであれば、「認とも」が訪問して話し相手をしている間に、家族が用を足すことができるような家族を助けるためのものなら必要。家族の話し相手に訪問するのも良い。 しかし、子供の頃からこの町に育って、お互いの人間関係が形成されていて、お互いに行き来しているから、わざわざ「認とも」を作る必要は、今はない。若い人のことを考えると20年後には必要になるかもしれない。	・ 家族会が行っている訪問機能に近い印象がある。 ・ 信頼関係が余程できていないと個人の家に入っていくことは厳しい。 ・ 昔からの付き合いのある人ならできるかもしれない。カフェで知り合って新たな信頼関係が自然発生的に形成されることはあると思う。それを仕掛けていくのはやれないことはないと思うが、家に入っていくハードルは高いだろう。 ・ なるべく自然な関係がいいのに、行政の事業・制度として乗せていくことになるとルールが必要になるので、支援する側とされる側ができて、対等な友達関係が達成できないのではないか。 ・ 昔の田舎の地域の付き合いのようなイメージがする。	・ 居宅に入っていくのは難しい。そこまで求めたら「認とも」は育っていかないのではないか。 ・ 家に入るのではなく、家から引っ張り出してくれる協力者としての「認とも」に育てていきたい。そういう人であれば、認知症カフェを通して支援し育成していくことができる。それをしないと外に出てこられない人がたくさんできてしまう。 ・ 行政の事業として実施するのであれば、事故があったときの保障が必要になるが、認知症カフェの中のことは保障できても、送迎の際のことは自己責任になる。 ・ 認知症カフェの中では、誰が認知症かということはわからない。普通にしゃべって、おしゃべりも上手。交流することでお互いに学び合って友達ができるというのが良い。 ・ 認知症カフェの中で皆でいるときは良いが、１：１になると難しいだろう。訪問して傾聴するのは技術が必要なので、そういう人にサービスとして依頼するのが良い。 ・ 独居の人や家族が働いている人が多いため、声をかけて認知症カフェに連れてきてくれるのは必要。「認とも」はそのような度合いが良いのではないか。気軽にできることが大事だろう。 ・ 老人クラブの友愛訪問に近い。

	東京都北区	滋賀県甲良町	大分県中津市	埼玉県吉川市

１．訪問に係る認知症カフェ運営等に関する事項

②取り組みの一連の経過

訪問の拠点	・認知症カフェ	・22年前からボランティアでサロンをしている。その参加者が訪問もしている。認知症になるのが1日でも遅くなるようになったら良いと思ってやっている。		・訪問者の自宅
認知症カフェの運営者	・地域包括支援センター	・サロンの管理者	・地域包括支援センター	・地域包括支援センター
認知症カフェの会場	・センターの多目的室		・診療所の待合室（休診日）、国保直診併設公民館等	・３ヶ所のセンターで異なる、市の交流センター、公民館、サービス付高齢者住宅、有料老人ホーム、介護福祉専門学校
認知症カフェの開催頻度	・月１回	・サロンを月２回開いている。	・月１回　10ヶ所　推進員２人が運営	・月１回～年４回（センターにより相違）
参加者数	・平均５～６人の認知症の人（約半数）を含む住民と５～６人のボランティア、認知症サポート医(毎回)	・45人程度。	・平均５～10人程度の住民（認知症の人本人は２割程度）と、５人～７人のスタッフ。サポート医がほぼ毎回参加。 国保直診公民館は、診療日でも開催しており、サポート医が診療の合間に参加。（認知症の人本人の参加が３割程度と高い）	・平均２０名程度 但し、サービス付高齢者住宅などが会場の場合には、入所者が参加するため地域住民の数は不明。 ・半数以上は一般の元気な人が参加。
カフェのスタッフ	・　認知症サポーターであることを条件に募集したボランティア			・センター職員4人、ボランティア２人程度 ・民生委員が毎回参加
訪問活動	・　もともと友人関係だった人が一緒に認知症カフェに来て、訪問も続いているということはあるようだ。認知症カフェではじめて出会った人達が親しくなって家を訪問するということには結びついていない。 　センタースタッフが参加者を見ていて、意識的に気が合いそうな人同士を同じテーブルについてもらうようなことはしている。続けてカフェにきている人が自然に居宅訪問できる関係になっていく期待は持っている。	・訪問は、民生委員とその目が届かないところにサロン参加者が行く。地域包括支援センターも訪問している。		・訪問は、自然発生的なもので、認知症カフェを運営する中で促して訪問に結びつけたものではない。

	東京都北区	滋賀県甲良町	大分県中津市	埼玉県吉川市

③居宅訪問する際のカフェの運営方針・運営方法

必要なルールとその意味	・ 今は、ルールを定めていないが、最低限のルールは必要であり、スタッフも 訪問者も知っておいた方が良い。全体的に共通認識しておくルールを作り、訪問した結果、起こることにはケースバイケースで対応していくのが良いのではないか。 ある程度のルールを作っておかないと、変に深入りしてしまう可能性がある。親切心は良いが、なんでもやってあげて、やってしまった後で、自分はもう出来ないと言って相談に来たりすることになってしまう。 鍵を預かるとか、お金を預かるようなことで負担感を感じてしまうと、やりづらくなる。	・ 子供の頃からこの町で育って、お互いの人間関係ができていて行き来しているので、ルールのようなものは考えられない。下手に規約みたいなものを作ると、そういう関係が壊れてしまう。	・ 推進員が「認とも」を育てていくとすれば、ルールがないと訪問に送り出せない。自宅訪問を促すからには責任がある。ボランティアを守ることができない。 ・ カフェの中で、この人とこの人は気が合いそうだということはするが、推進員の目の届かないところで行われる訪問活動を進めるとしたらルールが必要。 ・「認とも」は、専門職ではないのでルールを決めておかないと、何をどこまでやっていいのか活動が難しいだろう。	・ 訪問は、自然発生的なので今は、訪問のルールや方針を定めてはいない。 ・ 家に入るとしたら、金品の問題、買い物の依頼、ご馳走になるというようなことが出てきてトラブルの元になる。 ・ 常識的な人間関係の最低限のルールなので、あえて言わなくても良いのだが、運営者から、お願いする場合にはルールが必要になる。ルールを決めるとかたくるしくなるが、近所づきあいもなくなっている時代なので、お互いを守るために必要。
	・最低限のルールは必要 ・その理由 鍵を預かるとか、お金を預かるようなことは負担感につながり、やりづらくなる。 深入りしすぎて、なんでもやってしまうと、期待されるし、それができなくったときに困ることになる。 個人情報保護の観点からも、家に行ってみたらこんな状況だったというようなことを話されたら困る。 ・ルールの運用 ルールを決めて、関係者全員で承知しておく必要はあるが、やりすぎると自然さがなくなってしまうため、最低限に留めた方が良い。			

④円滑に機能するための仕組みや方法

訪問対象者の範囲	・ 現状、特に範囲を設けてはいないが、BPSD発症者は除かれるのではないか。 ・ 受け入れの良い人・家族でないとうまくいかない。	・ 自分がしていることが、わからなくなったら、家に一人ではおいておけないから対象外。（その前に皆が気づいて行政や包括につないでいる。） ・ 家族が拒否する人のところには行けない。（家族との普段からのコミュニケーションが必要） ・ 訪ねていったら、よく来てくれたとわかるような人まで。	・ 家族が拒否しない人 ・ MCIとか認知症自立度では切れない。 ・ 症状が安定している人。 ・ 本人の受け入れが良い人 ・ カフェに参加したいが、送り迎えなど交通手段がなくて来られない人にはこちらから行くことが考えられる。 ・ 対象者を選定しだすと事業の要素が強くなってしまう。	・ 家族に理解・協力があって、お願いしますというぐらいのスタンスがある家。 ・ 助けを求める人でないと支援が難しい。 ・ 顔がわかって覚えていられる程度の人 ・ 軽度の認知症で一人で認知症カフェまで来られない人。
	・家族（理解・協力がある）や本人の受け入れの良い人、認知症の症状が安定している人。自立度などで一律の範囲は決められない。			

	東京都北区	滋賀県甲良町	大分県中津市	埼玉県吉川市

2．マッチングを行う仲介者に関する事項

仲介者は必要か。必要な場合、どのような人材が求められるか。（基礎知識・どこに配置されている人材が想定されるか）

仲介者の必要の有無	・現実的には、運営者がカフェの中で、例えば、この人とこの人は話が盛り上がっているということがわかるので、自然に仲介者の立場になっている。５～６人の規模だと特別に仲介者は必要ない。 ・15人ぐらいまでならいなくて良いのではないか。	・友達のような自然な関係は、人から当てがわれるものではないので、お見合いのような仕組みは必要ない。 ・むしろ、人に会ういろいろな機会を作ることが大事で、それができれば自然に気が合う人かどうか、お互いにわかる。	・５～10人ぐらいなので自然に合いそうな人はわかるので、マッチングする特別の人を作らなくても良い。 ・仲介をする人は、（訪問活動で起こる様々なことに対応して支援もしなくてはならないから）社会福祉レベルで社会制度の知識を持つ必要がある。	・認知症の人が歩いて行ける範囲に認知症カフェを作りたい。それは小規模なので特別に仲介者はいらない。
	・（カフェやサロン等が地域密着型で大規模な展開は考えにくいとすれば）気のあう人の見極めは、運営者がいていれば把握できるので、仲介者は特に必要ない。			

3．「認とも」に関する事項

①ふさわしい人のイメージ

「認とも」にふさわしい人	・認知症サポーター養成講座を終え、認知症の基礎知識がある人。 ・フットワークが軽くて話しやすい人。 ・優しくて物腰が柔らかい人。 ・話を聞いてくれる人。 ・上から目線にならない人。 ・お世話したい人がボランティアになりやすいが、お世話しすぎると、こうあるべきみたいに押しつけになって、相手に退かれてしまう。その当たりの加減が分かっている人が良い。 ・個人情報を守れる人。 ・認知症サポーター養成を終わった人が、訪問もしたいと考えるのかと思うが、研修では個人情報の保護については教えていない。	・頼まなくても察して世話をしてくれる人。 ・いらぬお節介にならないように人との距離感がわかる人。踏み込みすぎるとトラブルが起こる。	・認知症の基礎知識、認知症介護の経験、介護保険制度の知識などがある人。 ・相談窓口がどこにあるのかを理解している人 ・認知症サポーターでアドバンス講座を受けた人 ・地域の様々な専門職がボランティアとして居宅訪問することも考えられる。 ・訪問する人を選定するとなると事業のようになってしまう。	・地域のことは地域に任せてよというタイプの、お節介な人。それを生きがいにできる人。そういう人は必ずいる。 ・認知症になる前から、そもそも親しかった人。
	・認知症カフェ等の運営者が訪問の動機付けをするときには、訪問者を選択する必要がある。その上で、マッチングをすることになろう。訪問者の要件としては、①話しやすい人、②優しくて物腰が柔らかい人、③上から目線にならない人、④個人情報を守れる人、⑤お節介お度が過ぎない人等が考えられる。 ・その場合でも、認知症サポーターに、接し方や個人情報保護、介護保険の基礎知識、相談窓口等の上乗せ研修をする必要がある。			

	東京都北区	滋賀県甲良町	大分県中津市	埼玉県吉川市

②獲得する方法（公募による手上げ方式で良いのか）

獲得方法	・ カフェのボランティアとしては、サポーター登録者に周知して、率先してカフェで活動したい人に来てもらっている。サポーターでない人については、何回かカフェに来てもらい、どんな人か見て、まずはサポーターになって基礎知識を身につけることを勧めている。		・ わからないが、声かけをする必要はあるかもしれない。	・ 訪問は難しいが、認知症サポーターで何かやりたいと思っている住民はいるので、そういう人を募っていくことは考えられる。サポーター養成講座では支援の作法は教えていないので、上乗せ講座を受けてもらう必要がある。
	・認知症サポーターの中から募集し、上乗せ研修を受講してもらう。			

③認とも候補者として、登録をする必要があるか。

登録必要の有無と内容	・ 認ともを意図的に進めるとしたら、登録しておく必要がある。その内容は、①いつ活動できるか。②自宅からどの程度までなら行けるか。③普段と緊急時の連絡方法の３点セット。	（地縁・血縁でやっているから考えにくい）	・ 推進員が進めるとしたら管理台帳は必要。	・ 何かあったときの保険、食品衛生の問題があるので、名前、電話番号、住所は登録してもらっている。今後の参加の声かけもできる。但し、訪問目的ではなく認知症カフェのボランティアとして。 ・ 登録することによって、ちゃんとやろうという気持ちになってもらえる。 ・ 食中毒のことがあるので認知症カフェの参加者全員の氏名と連絡先をとるのが義務づけられている。
	・任意ではあるが、氏名、登録方法、活動可能な曜日や時間帯、活動範囲等の最低限の情報を登録する必要がある。知っておきたい。			

	東京都北区	滋賀県甲良町	大分県中津市	埼玉県吉川市

④認ともに対する必要な支援内容はどのようなものか。適切な支援者はどこにいるのか。

必要な支援内容	・ ルールが決まっていること。ルールが決まっていないと安心できない。 ・ 訪問前の必要なアドバイスと訪問に伴って　困ったときのアドバイスを受けられること。実態的にも、ケースバイケースで相談があったときには、関係性を考えて、あなた達の場合には、こうしたらどうか、というように相談にのっている。なお、カフェで「認とも」をやるとしたら、運営者が支援する立場にならざるを得なくなるだろう。センターがそれを現状の体制で引き受けることは重すぎる。訪問者は、支援が必要だと感じるだろうが、運営者としては、いつ、そうした相談が来るかわからないので、いつでも対応できる体制を持たなければならなくなるし、おそらく相談であふれかえってしまうと思う。しかし、それに応えないとうまくいかないだろう。 　今でも、民政委員から訪問したらこうだったがどうすれば良いかという相談が来る。加えて認ともからいっぱい相談が来ることになる。相手が認知症の人なので、何かあったらと、いろいろと心配になって相談になる件数が増える。 「友達関係」ということであれば、訪問したときにトラブルがあったり困ったら、周囲の人に相談するだろうから、それで良いのではないか。仕掛けとして「認とも」を作っていく場合には、相談者も作らなければならなくなる。	・ 支援は必要。例えば、相手に踏み込みすぎてトラブルになったようなときにはキャラバンメイトがサポートする。	・ 友達であれば必要ないが、行政主導でするのであれば支援が必要になる。	・ 行政の事業として実施するのであれば保険などの保障が必要。
	・活動内容の範囲などのルールを決めることは支援として重要。 ・訪問者の日常的な相談支援の体制・仕組みを作ることは困難であるから、認知症カフェ等の運営者が、動機付け、マッチング（引き合わせ）はするが、その結果、訪問になったとしても、「友達同士」という自然な形で、静観するのが良いのではないか。もちろん、公的な介入が必要な場合などには地域包括支援センターが本来業務として応じる。			

	東京都北区	滋賀県甲良町	大分県中津市	埼玉県吉川市

⑤保護策

保護策の必要の有無と内容	・　友人関係なら必要ないが、センターが「認とも」を進めようとしたら、介護現場でもいろんな訴訟が起きている現状を聞いているので、損害賠償などのリスクマネジメントを講じないと進められない。しかし、それだと事業になってしまう。	（地縁・血縁でやっているから考えにくい）	・　推進員が「認とも」を進めるためには、損害賠償のような仕組みが必要。 ・　訪問を促すのであれば責任があるので、損害賠償などリスクマネジメントは必要になる。	・　行政として実施するのであれば事故があったときの保険などの保護が必要。
複数訪問	・　２人訪問は、認知症の人が２人を友達と感じ受け入れてもらえるのは難しいので、１人の方が受け入れられやすい。			
	・損害賠償等のリスクマネジメントの保護策は必要。 ・２人訪問はルール化せず、受け容れの状況で柔軟に判断するのが良いか。			

⑥居宅訪問ルールは必要か。どのような内容か。

ルール必要の有無	・　必要だが、共通ルールを皆で知っておく方法は難しい。	・　守秘義務は必要。	・　必要。	・　行政が訪問をお願いするとしたら必要。 ・　既に友達がいる人は自由に任せて、新たに繋ぐ人にはルールを教える。
ルールの内容	・　最も必要なのは、 ①お金のやりとりの禁止 ②個人情報漏洩の禁止 ③物の売買の禁止 ④訪問するときの作法 　これは最低限のルールなので研修して教えておく必要がある ・　行政事業ではないのであれば、何時間以上家にいなければならないとか、何時間以上い続けなければならないなどの訪問時間や距離的な活動範囲、活動内容を限らず、自由にやってもらっていいのではないか。	・　向こう三軒両隣の関係の中で、ルールのようなことは心得ているから、作らない方が良い。そういう人間関係があるいまは、ルールはそぐわない。	・　訪問に関する初任者研修として、例えば「平成27年3月全国訪問看護事業協会、認知症の人とのファーストコンタクトヒント集」など。	
	・行政が実施する場合には、最低限のルールは必要。認知症サポーター養成研修の上乗せ講座を行い、「居宅訪問をする場合のルール」を教えるのが良いし、現実的。既にある友達の人間関係を壊さないように配慮して進める必要がある。 ・ルールの内容は、①金銭の授受の禁止、②個人情報の保護、③物品売買の禁止などが考えられる。			

	東京都北区	滋賀県甲良町	大分県中津市	埼玉県吉川市

⑦活動への動機付け、仲介するときのマッチング、活動のモニタリングの方法

動機付け	・ 運営者が、意識的に気が合いそうな人を見つけてテーブルに座ってもらったり、今度お宅に行ってみればというような、動機付けは必要。		・ 友達であれば不要。	
マッチング	・ 小規模であれば、運営者が自然にわかる。		・ 行政施策としてするなら必要。	
活動のモニタリング	・ 必要ではあるが、機械的でなく自然な方法が良い。いついつ、誰とどこに行ってきたかとか、どんなことをしたかなどの話が入らないと、活動が中断していても長く分からないし、関係が円滑にいっているかどうかもわからないので、どこかではそういう情報が入る必要があるが、定期的にとなると仕事になってしまうので、モニタリング情報が自然に入ってきたら良い。今、現状でしていることもそういうこと。		・ 行政施策としてするなら３ヶ月に１回というような定期的なモニタリングが必要。	
	・意識的な動機付けは必要。「カフェに来て楽しい・良かった」という状況を作るためにも必要だし、それが功を奏して「自然に訪問につながる」ケースもあるという希望を持って臨むことが重要であり。押しつけはできない。 ・マッチング（引き合わせ）は、認知症カフェ等の運営者が観察して行う。（カフェやサロン等が地域密着型で大規模な展開は考えにくいとすれば）仲介者は特に必要ない。 ・モニタリングは、認知症カフェ等の運営者が、カフェの機会に意識的に聞いたり、参加者同士の会話の中などから、自然な形で情報を得ることで良い。 但し、公的な介入が必要なことが発見された時には、地域包括支援センターにつなぐことは必要。訪問者は地域包括支援センターにとってはアウトリーチの一つのアンテナでもある。			

⑧質の担保のための方策（認ともの養成研修の内容及び時間）

研修の内容・時間	・ 訪問のルール ・ 訪問するときの作法 ・ 緊急対応 これらは、サポーター養成講座では教えていないので、加えて教える必要がある。 研修は、訪問の前にやっておくべき。	・ 接し方、声のかけ方などは認知症サポーター研修で行っている。 ・ 緊急の時は救急搬送を行い、それほど急を要しないときには地域包括支援センターにつなぐことを認知症サポーター研修で伝えている。	・ 認知症サポーターに限らなくても良いが、認知症の基礎知識や訪問の心得等の初任者研修は必要。	・ 認知症の基礎知識に関する講習を終えた人である必要がある。
	・認知症サポーターで訪問を希望する人には、訪問前に上乗せ研修を受講してもらう。研修の内容は、①訪問のルール、②訪問の作法、③緊急事態の際の対処方法などか。			

	東京都北区	滋賀県甲良町	大分県中津市	埼玉県吉川市

⑨必要な情報を整えた書式は必要か。（趣味・関心事・禁忌・緊急連絡先カードの様式や置き場所）

情報カード必要の有無	・ 必要	・ 趣味や関心などは、日頃のつきあいからわかっているので不要。	・ 必要	・ 65歳以上の人の情報管理はしているので、あえて認知症カフェ用に作る必要はない。
情報カードの内容	・ 趣味・趣向 →気が合う人をつなげるための情報 ・禁忌事項 →訪問したり共に活動したりする際の注意事項を伝えるための情報 ・友人関係 →地域で孤立しているかどうかを見極めるための情報 最低限、互いに行き来する友達はいるのか、友人関係の有無は知っておきたい。 →カフェに来るときに一人だったら、孤立と考えないで、どんな友人がいるかは、知りたい。それがわからないと訪問者を作ろうとする作業をしてしまうかもしれない。 ・緊急連絡先 但し、盛りだくさんでない方が良い。	・ 緊急連絡先カードは、冷蔵庫に貼る方式で５年前からやっている。しかし、冷蔵庫にあるだけではなく、災害時を含め、どんなときに役に立つのかがわかって、安心につながるような働きかけはする必要がある。	・ 緊急時連絡カードは市でもやっている。	
	・情報を登録するカードは有効。 ・但し、必要最低限の内容とする。①趣味・趣向、②禁忌事項、③友人関係など。			

⑩訪問頻度、滞在時間、活動内容、活動経費と負担者、謝金（ポイント制を含む）についいてどう考えればよいか。

訪問頻度、滞在時間、活動内容	・ 訪問頻度、滞在時間、活動内容は規制しない方が良い。規制すれば事業になる。	・ 訪問頻度、滞在時間、活動内容は決めない方が良い。人間関係が壊れる。	・ 訪問頻度、滞在時間、活動内容は決めてしまうと負担感が出るので配慮が必要。	・ 訪問は現実的ではないのでイメージしづらい。
経費とその負担者	・ 経費を支給すると有償で支援する関係になるし、事業として行うことになるので、経費の支給はしない方が良い。	・ 報酬は出さない方が良い。	・ お金を支払わない方が良い。お金をもらわなくてもやってくれる人を求めたい。	・ 経費が発生してしまうと友達ではなくなると思う。制度的になる。
ポイント制	・ ポイント目的で訪問する人が出るため、しない方が良い。	・ 悪用されるので反対。		・ 仕掛けていくのであれば、きっかけにはなるかもしれない。
	・「友達」であれば、訪問頻度、滞在時間、活動内容などの規制はしない。 ・経費は支給しないで、あくまで無償のインフォーマルサポートの性格にする。（やすらぎ支援員との差別化） ・ポイント獲得目的で参加する弊害を防ぐために、ポイント制は導入しない方が良い。（やすらぎ支援員との差別化）			

	東京都北区	滋賀県甲良町	大分県中津市	埼玉県吉川市

⑪ポイント制を導入した場合のメリットはあるか。

ポイント制のメリット	・ 訪問者を増やすには効果があるかもしれないが、ポイント目的の人が増えるので、本当の友を作るなら、ない方が良い。	・ 悪用されるから反対。	・ 社協でやっているが、登録して換金する人の数に対して実際にボランティアに行く人は少ないと聞いている。やらない方が良い。	・ 活動のきっかけにはなるかもしれない。
	・ポイント制は導入しない。（やすらぎ支援員との差別化）			

⑫認知症サポーターを活用できるか。

認知症サポーターの活用	・ 認知症の基礎知識が必要だし、やる気がある人がサポーター担っているのだから、是非活用してほしい。 但し、訪問の作法や緊急対応などの上乗せ研修が必要。	・ 認知症サポーターを活用するのが良い。 ・ キャラバンメイトを増やす必要がある。	・ 認知症サポーター養成講座の内容だけでは足りない。訪問時の心得、BPSD発症時の対応、緊急対応などを上乗せして教える必要がある。	・ 認知症サポーターは活用できるのではないか。
	・「認とも」候補者は、認知症サポーターであって、且つ上乗せ研修を受講した人に限る。（認サポは、事業なのでその中で実施できる。）			

⑬勉強会、事例検討会などの必要性（継続活動と質の向上）はあるか。

勉強会・事例検討会の必要の有無	・ スキルアップのために必要。	・ 訪問のためではないが、必要なので年１回の研修のほか、家族の会も研修を行っている。	・ 認知症ネットワーク研究会主催の事例検討会に参加してもらうことが考えられる。	・ 認知症サポーターのフォローアップで事例を出して効果があったので必要。
その手法	・ サポーター交流会の中に位置づけるのが良い。訪問者の増加にもつながる。	・ 各種の団体や各集落単位で、いろいろな機械を捉えて重層的に行う必要がある。	・ 例えば、「認とも」登録者は必ず年１回は研修を受けるというような勉強が必要。	・ 勉強というとかたくるしいので交流と言うことで話し会う場は作ってみても良いのではないか。
	・スキルアップのために認知症サポーターの勉強会の一環とするほか、様々な機会に実施。（認知症サポーターは、事業なのでその中で実施できる。）			

⑭活動を継続するための方法

活動継続のための支援	・ 訪問者には、運営者からの支援が必要。但し、運営者の負担にならないようにする必要がある。 ・ 支援がうまくいくためには、カフェ運営者と訪問者の交流が必要。	・ お世話を賞賛してくれる人を作ること。	・ 「認とも」同士が集うカフェを開催し、対応困難な事例などを話し合えばモチベーションが上がる。	
	・訪問者と認知症カフェ等の運営者との普段の交流・情報交換が必要。			

	東京都北区	滋賀県甲良町	大分県中津市	埼玉県吉川市
○その他				
	・ 専門職が、カフェのスタッフとしてボランティアで関わるのは良いが、患者・利用者と支援者の関係性は持ち込まない。例えば、ケアマネジャーが利用者とセットで来ると、そこだけの濃密な関係がカフェの中に拡がってしまう。専門職であっても、今日はカフェのウエイター・ウエイトレスです。というのが良い。 ・ カフェは、参加者が自由意思で集まっている。しかもいろんな人が来てくれる場所で子供がきても学生が来ても良い場所。 認知症の人でも学生に「タライって何、魔法瓶って何」と聞くと認知症の人がいっぱいしゃべった。「スマホって何」と認知症の人が聞けば学生の話しに認知症の人が一生懸命に聞く。世代を超えていろいろな人々が集まれる楽しい場所を創りたい。運営者は見ているだけで良い。 カフェは友達作りの場所。会いたい人がいる場所。契約でサービスを受けに行くデイサービスとは違う。 カフェは、人と人とをつなぐ場所。人が集まって幸せになる場所。 カフェは、互助の集団というのがデイサービスとの違い。 カフェをきっかけにして無理に訪問までしなくても「そこに行けばあの人に会える」というような関係作りで良いのではないか。それが拡がっていけば「訪問」にもなるぐらいのゆったりした進め方が必要。	・ 認知症に特化しなくてよいのではないか。頼まなくても、いろいろと世話をしてくれるような人たちが、いっぱいいる町を作ることの方が大事。 ・ 「認とも」よりも、地域での人と人との関係が希薄化していくのを防ぐことをやってほしい。 ・ 認知症に特化するのではなく、若い世代の人たちの地域性（若い世代の地域や人への関心）を育てて、人間関係が希薄化していくのをどうしたら防げばよいのか、というところに向けていけば、その延長線上に「認とも」があるのではないか。人のつながりをもっと強くしなければならないが、昔からの習わしや行事はノロウィルスなどの問題で中止されていくし、大雪が降って何とかしてあげなくてはと思っても、隣近所にやってもらって、御礼を言わなくてはならないようになるよりも、役場に頼んで、300円払って業者さんにやってもらった方がいいという風潮になっている。役場がよかれと思ってやっても、やればやるほど人間関係が希薄になっていくという矛盾を感じている。全国一律というようなことでなく田舎の良さ、「字」単位を捉えたやり方の方が良い。 ・ 中学生に認知症の基礎知識を教えている。認知症がわかる子供たちを作っていきたい。町民みんながサポーターになれば良い。 ・ 認知症が進まないためには、誘ってでも一人でも多く、人の寄るところに連れて行かなければならないと思っている。	・ 地域づくりのためにということで、専門職集団に、認知症コーディネーターになってもらっている。負担が集中しないようにコーディネーターの数を増やそうとしている。看護師、ケアマネジャー、地域包括支援センター職員、栄養士などがボランティアとして参加してくれている。	・ サービス付高齢者住宅等の入所系の施設を会場にすることで、入所者の地域交流を図ることができる（カフェのメリット）。 ・ 軽度の認知症で認知症カフェまでこられない人の送迎、一緒に来てもらうところから始まるような関係づくりが大事なのではないか。実際に家まで行って、「行きましょう！」と声をかけて認知症カフェまで連れてきてくれる、こうしたことも「認とも」として考えて良いのではないか。 ・ 閉じこもると病状が進行するので認知症に限らずコミュニティカフェで毎日開いているのが良い。しかし、そういう場所がない。毎日行ける場所があれば良いが、場所やスタッフなど課題があって現実的ではない。地域の寄り合いや体操など様々な催しがあるので、そういうところに行くことができれば、毎日カフェをしなくても良いのではないか。 ・ 認知症カフェを拡げていくときに施設のような公的なところがインフォーマルな部分も担って行くのが良い。どこかの施設が始めるとそれが派生して拡がっていく。
	・認知症の人が歩いて行けるような範囲に認知症カフェがあった方が良い。 ・閉じこもると病状も進行するので認知症の人に限らずコミュニティカフェということで毎日開いているのが良い。 ・認知症カフェ等で仲良く過ごすことができる関係性も「認とも」の範囲と考えて良い。 ・認知症カフェは、対象を認知症の人に特化せず、地域の多様な住民が自由に集う場所として、親しくなった人同士の中には訪問につながることもある、というようなゆったりしたペースで進めることが重要である。 人間関係の形成なので、自宅から認知症カフェ等まで、誘い、連れてきてくれる活動も「認とも」の範囲と考えて良い。			

【Ⅵ．考察及び推進員の配置と効果的な活動の推進に関する提案】

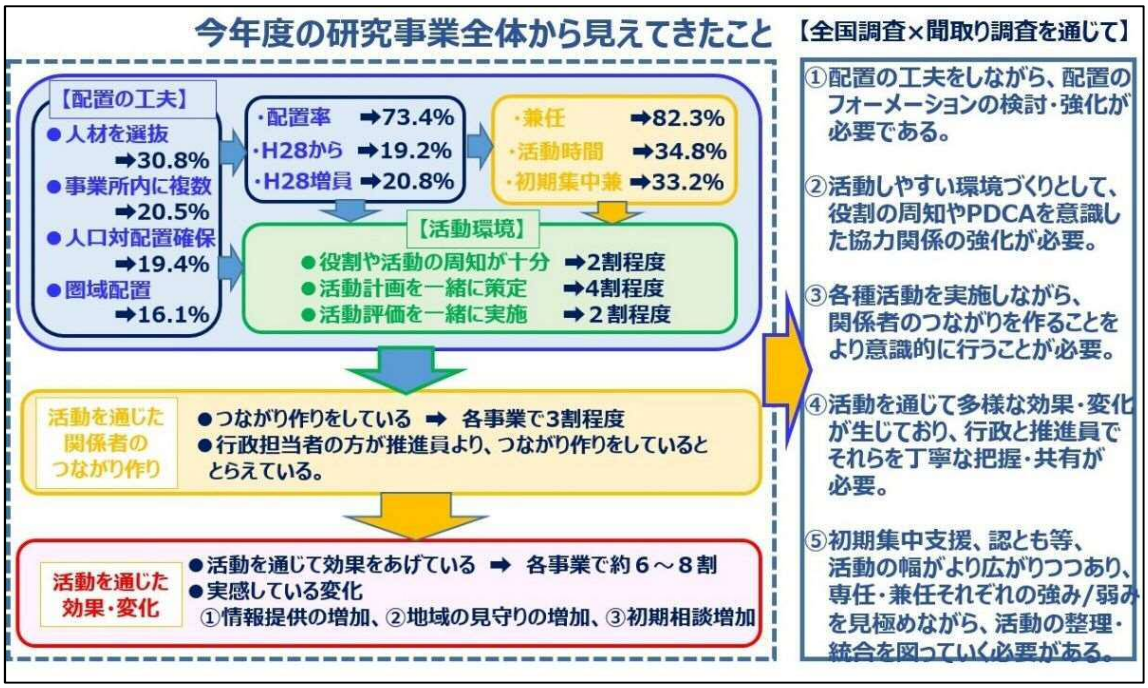
この研究事業の目的は、市区町村の推進員の配置や環境整備のあり方、および配置された推進員の活動上の課題を明らかにし、効果的な活動のあり方を検討することである。

「認知症地域支援推進員の配置状況と活動実態・効果等に関する調査」（全国調査）では、市区町村 1,001、推進員 1,648 の回答を得ることができ、推進員の配置と活動環境、活動上の課題、そして推進員活動の「効果」のさまざまな側面を把握することができた。これらについて、さらに聞取り調査においてより具体的に把握することができた。

本章では研究事業の総括として、まず研究事業全体から見えてきたことと課題を整理し、その後、それらの解決に向けた検討を行い提案をまとめることとする。

１．研究事業全体から見えてきた現状と課題

研究事業全体から見えてきた現状をまとめ、今後の課題を整理したものが、下図である。



１）推進員の配置のあり方について

全国調査で回答のあった市区町村のうち、平成 28 年度末までに配置済み（配置予定）の市区町村は 73.7%であり、人口規模が小さい市区町村ほど未配置（平成 29 年度以降配置予定）のところが多い傾向がみられた。

また、平成 27 年度までに配置済みだった市区町村の中で 28 年度に増員した市区町村が 20.8%みられた。

配置基準としては、人口規模が 10 万人以上になると、市区町村全体を担当する推進員と

圏域・地域を担当する推進員をあわせて配置するところが多くなる傾向が見られた。

なお、聞取り調査を通じて、人口規模が大きくても推進員を１人配置、反対に小規模ながら推進員を複数配置するなど様々であり、実際には市区町村によって配置のあり方には多様性があることが確認された。現段階ではどの市区町村も手探りの状態であると思われ、今後も、市区町村における配置をめぐる動きを注視していく必要がある。

配置上の工夫では「認知症ケアや地域づくりの実績のある人材を選抜して配置している」と回答した市区町村が 30.8%だったほか、圏域毎に配置（16.1%）、推進員が異動しても活動を継続できるように同事業所内に複数配置している市区町村（20.5%）など、市区町村が実情に応じた工夫を行っていた。

推進員の勤務・配置状況では、委託の地域包括支援センター（包括）に配置されている推進員が 53.2%、直営包括が 27.4%、包括があわせて 80.6%を占めていた。89.2%が常勤、83.2%が所属先の業務と兼務しており、全業務のうち推進員活動に占める割合は、専任を含めて平均すると 34.2%であった。また、他の認知症施策の中では認知症初期集中支援チーム員との兼任が 33.2%となっていた。

聞取り調査では、市区町村ごとに配置方法に工夫を凝らし、行政機関、関係機関と情報の共有や伝達、役割分担を行える連携体制を組んでいた。

以上、平成 30 年度までに全市町村で実施するために全国で配置が急がれる中で、すでに配置済みのところでは、地域の実情に応じて工夫や調整を行いながら、安定し、かつ継続性ある推進員活動のための工夫や調整を行い始めていることが確認された。

今後は、人口規模等の地域特性を踏まえつつ、推進員を地域のどこに、どのように配置することが、地域にある諸資源を活かして本人・家族を継続的に支える支援体制を効率的に築いていけるか、市区町村における連携支援の全体と関連づけながら推進員の配置と体制のあり方（フォーメーション）を各市町村が検討し、その強化を図っていくことが課題である。

→課題１

配置の工夫をしながら、フォーメーションの検討・強化が必要である。

２）推進員の活動環境について

市区町村の担当者、配置された推進員ともに、「話し合いが十分行えている」との回答が 4 割弱であり、共に 9 割を超える人たちが、今後の課題として「コミュニケーションの機会が必要」と回答していた。なお、担当者、推進員ともに、「業務量が多く、推進員事業に十分な時間がとれない」という回答が 8 割前後であり、こうした状況の中だからこそ、コミュニケーションが求められており、その機会を意識的に作りだしていくことの必要性が示唆された。

「(推進員の)役割の活動の周知や調整を十分している」に関しては、担当者が 15.6%、推進員が 25.5%と低率であり、「関係機関への推進員の役割や活動内容の PR が必要」との回答が担当者、推進員ともに 9 割を超えていた。これらの結果から、PR の必要性を感じつつも実行できていないことに苦慮している状況がみられた。

「推進員活動の計画を一緒に立てていない」という回答が、担当者の 49.0%、推進員の 36.5%、また「推進員活動の評価を一緒にしていない」が、担当者の 50.6%、推進員の 47.1%であった。今後、推進員の活動が効果的になっていくためには、担当者と推進員が PDCA サ

イクルを意識しながら協働していく環境を自治体行政として作っていくことが必要と考えられる。

推進員の配置年度別に推進員調査の結果をみると、配置後の年数が長いほど、担当者との共通認識や協力関係が「できている」という回答が多い傾向にあり、経験の積み重ねにより活動環境の改善が図られていく状況が伺えた。しかし一方で、推進員も市区町村担当者も、異動等で交替することが考えられる。活動の効果を維持し、課題を克服し続けられるようにするためにも、両者のコミュニケーションや協力関係をより強化し、PDCA サイクルを意識しながら一つひとつの活動を丁寧に振り返り、次につなぐ（次の活動、そして次の担当者や推進員にも）必要がある。また築いてきた地域との信頼関係を損なうことなく継続性・安定性を維持していくことも念頭に置いて、推進員と市区町村の協力体制を築く必要がある。

→課題２

活動しやすい環境づくりとして、役割の周知や PDCA サイクルを意識した協力関係の強化が必要である。

３）推進員の活動内容と効果

活動内容とそれらに推進員が果たしている機能を見てみると、各種の活動に関して推進員が「企画立案している」、「会議等に参加している」、「実務者に助言している」、「実務を担っている」、「関係者をつないでいる」、「他の事業とつないでいる」といった多様な機能を果たしていることが確認された。

活動内容別にみると、果たして機能の分布に違いがみられ、「啓発活動」や「認知症サポーター養成講座」、「認知症カフェの開催」については「企画立案している」人が多く、「認知症ケアパスの作成」や「地域包括支援センター等が主催する地域ケア会議（事例検討）」においては「会議等に出席している」が多かった。

活動の効果としては、担当者・推進員ともに、活動総量が多かった「啓発活動」、「認知症サポーター養成講座」、「地域ケア会議（事例検討）」、「認知症カフェ等の開催」において「効果あり」とする回答が多い傾向がみられた。

なお、「地域リーダー役になる人材/チームの育成支援」や「地域の多様な人が一緒に活動する機会作り(アクションミーティング等)」は、活動総量にくらべて効果を感じている割合が高く、今後の地域支援体制作りを推進する上での活動の内容面においても、また取組んだことによる効果の面でも、今後の推進員活動として注目される。

推進員が感じる効果の種類のうち「事業関係者間のつながりが拡充した」と回答した活動を推進員の配置年度別に見てみると、多くの活動で経験年数が長くなるほど高い傾向が確認された。つまり、「つながりづくり」を主目的にした事業か否かに関わらず（たとえば住民への啓発イベントであったとしても）、推進員が活動に係ることを通じて、住民や関係者のつながりが生まれ、そこから推進員活動の要とも言える「関係者のつながり」が生まれている状況がみられていた。重要なことは、どのような事業や取組みにおいても、つながりを意識して活動を行うこと、そしてそこに関わった人々に生まれるつながりを見逃さないこと、つながりを作るきっかけを引き出すことが推進員としての課題であると言える。

「推進員は地道な活動の積み重ね」と言われるように、できること、すべきことから始め、「つながりづくり」をより意識することで効果的な活動へと発展していく可能性があるこ

とが示唆され、また効果や地域の変化(成果)をより生み出していくためには、継続的な配置と活動が重要と言える。

→課題３

各種活動を実施しながら、関係者のつながりを作ることをより意識的に行うことが必要である。

４）活動を通じて地域で生じる変化(成果)

推進員活動を通じて地域で起きている変化（成果）をみた結果、担当者、推進員ともに実感している変化としては「関係機関からの情報提供が増えてきた」という回答が 5 割であり、「地域で働く人たちが見守ったり支えるケースが増えてきた」、「地域住民が見守ったり、支えるケースが増えてきた」という回答がそれぞれ 3 割強であった。その他、「初期に相談に来るケースが増えてきた」、「診断後のよりよい暮らしや支援について、本人・家族と医療・介護。支援関係者が一緒に話し合う機会が増えた」、「初期に必要な支援につながる人が増えた」、「認知症の人の居場所や社会参加が増えた」などの変化を感じているという回答が担当者、推進員ともに 2 割程度みられており、推進員活動が多様な変化を生み出しつつあることが確認された。これらの変化を実感している率は、推進員としての活動年数が長いほど高い傾向がみられた。これらの変化は、推進員が住民や専門職等の関係者との関係を築きながら人同士のつながりを作ることで生まれてくるものであり、推進員活動によって地域の中で変化(成果)を生み出していくためには、活動の継続の重要性が重ねて確認される結果となった。

なお、個々の活動とその効果の捉え方を市区町村担当者と推進員の結果で比較してみると、多くの項目で市区町村のほうが推進員より高く効果を感じていることがわかった。これらから、推進員自身は個々の活動の最前線に立っており、大小さまざまな課題に次々と直面し、自身の活動による効果や成果を冷静に把握・評価ができない可能性があることが示唆される。一方、地域を俯瞰できる立場にある市区町村担当者は、現場から少し距離をおきながら、経過や変化を冷静かつ大局的に受け止め評価しているものと思われる。今回確認された担当者と推進員とのとらえ方（評価）のずれをむしろ活かし、立場の違う両者が各自の捉え方を率直に伝え合い、共有することで、ミクロ・マクロ両面からその活動を多角的に評価して効果・課題を明確化することにつながると考えられる。

それぞれの活動の効果自体と同時に、「何が効果で何が課題なのかを丁寧に見出し（洗い出し)、それらを整理して共有すること」が次の活動につながり、この積み重ねの先に、推進員活動の総体として効果が表れていくのではないかと思われる。

→課題４

活動を通じて多様な効果・変化が生じており、行政と推進員でそれらを丁寧に把握・共有することが必要

５）認知症地域支援推進員の活動の広がりについて

平成 28 年度に新たに示された「認とも」をはじめ、推進員活動の幅はより広がりを見せている。8 割の推進員が所属先業務と兼務し、3 割の推進員が認知症初期集中支援チーム員を兼任している状況の中で、推進員業務と他業務のある程度の区別、職場の理解をベースと

した業務整理、あるいは兼務によるメリットとデメリットの整理等が求められる。

聞き取り調査では、各種の業務との兼務・兼任についてメリットを挙げる人が多く、情報や支援方針の共有によって認知症の人に必要な支援につながったり、担当者としても効率的な支援ができるという声が多数聞かれた。

また、そもそも推進員は多様な基礎資格と経験をもつ人が同じ肩書きをもって活動しているため、それぞれに強み・弱みがある。一人でできることには限界があり、必然的に自分の弱みを補ってくれる他の関係者を求めることになる。それは専門職に限らず地域でもともと自然発生的に行われていた助け合い活動でもある。自分の専門分野（強み）を最大限に生かしつつ弱みを補う存在を求めること自体が「つながり作り・ネットワーク作り」であると言い換えることもできる。

推進員活動を効果的に進めるポイントの一つが兼務・兼任のメリット・デメリットや個々の強み・弱みの相互補完をどのように行うか、現在の立場でできることを無理なく地道に進めてそれを積み重ねていける環境づくりであり、「認とも」等の新たな活動も、「すべきだからやる（やらされ感）」というよりも、あくまでも「今ある資源と今あるニーズを必要に応じてつなぎ、生かす」ことが、実効性ある進め方なのではないだろうか。

また全国調査に基づく聞取りの対象者で、兼務・兼任のメリットが語られた市区町村ではどこも複数の推進員が配置されていたほか、所属する組織全体で推進員を含む各職種が地区や対象者、業務役割を分担しながら活動を進めていた。

それらの点から、個々の推進員自身、そして行政側の両面から現在の立場の強み・弱みを見極め、柔軟に活動の整理・統合を行いつつ、必要とされる活動内容とその機能を果たすための配置の工夫や活動の促進を図っていくこと、及び推進員を独立した活動主体として捉えつつも、所属組織のサービスと推進員活動の目的がともに達成されるよう、業務の調整を図ることが必要だと言える。

→課題５

推進員活動の幅が広がりつつあり、専任・兼務や個々の専門性の強み・弱みを見極めながら、活動の整理・統合を図っていく必要がある。

２．課題に対する提案

本項では、前述した 5 点の課題の解決や効果的に推進員活動を推進するための方策として、全国調査結果やその自由記述欄、聞き取り調査、「認知症地域支援推進員の効果的な活動」報告会で事例報告された市区町村の取組みをもとにしながら提案する。

課題１

配置の工夫をしながら、フォーメーションの検討・強化が必要である。

市区町村ごとに推進員の配置上の工夫や重点を置いている点はさまざまであるが、担当するエリアの広さや業務量の多さを負担に感じる推進員も多い。一方で、配置人数を見直して増員するところも見られるなど、どの市区町村でも試行錯誤の段階であると言える。

聞き取りを行った愛知県名古屋市では、名古屋市社会福祉協議会が運営する名古屋市認

知症相談支援センターに委託して、同センターに市全体を担当する推進員を２名、さらに市内 29 の地域包括支援センターに１名ずつ配置する体制をとっている。市全体を担当する推進員が政策的・広域的立場から推進員個々の活動を把握しつつ、情報提供や情報交換、研修機会の提供等を通じて各区・各地域や圏域の推進員活動をサポートするフォーメーションを組み、大都市ながらも各圏域に密着した形で活動できる体制を整えていた。

事例報告のあった新潟県長岡市は市全体を担当する推進員が１名配置されているが、各地域包括支援センターと情報交換や専門的助言を行いながら地域資源の集約や地域課題を分析しつつ、行政と包括や市内関係機関の橋渡し役を担っていた。１名配置であっても個別の相談から地域資源の活用へとつなげるという点は他市の推進員と変わらず、関係者同士がスムーズに仕事ができるような「調整役」を意識しながら取り組んでいるとのことである。

市区町村の状況により配置できる人数には限りがあるが、圏域ごとに担当する場合は横のつながりと市区町村全体での統括が、市区町村全体を担当する場合は地域包括支援センター等、地域を担当する機関との共通認識や役割分担が必要となる。全国調査では業務量の多さや担当エリアを負担に感じる推進員も多いが、その軽減のためには、推進員の増員だけでなく、推進員を軸として既存の相談機関などの社会資源との連携体制をどのように組むかを見直すところから検討し、継続的に見直す必要があると思われる。

→提案１

○１人配置の場合は、既存の相談機関との連携により情報共有と役割分担の明確化を図る
○複数配置の場合は、市区町村全体での統括の機能強化と推進員同士の横のつながりづくりを図る
○推進員を要役・調整役として、市区町村全体の関係機関や社会資源との連携体制の検討・見直しを行い、推進員の位置づけや機能をより明確にする。

課題２

活動しやすい環境づくりとして、役割の周知や PDCA サイクルを意識した協力関係の強化が必要である。

全国調査では多くの推進員が「地域や関係機関に対する推進員活動やその役割の周知が足りない」と回答していた。市区町村行政が推進員の配置前後や活動経過に応じて広報を行うと、推進員活動の追い風となって効果的である。しかし市区町村だけに任せずに、どのように周知を行うと推進員にとっても住民にとっても効果的なのか、推進員自身も市区町村担当者と話し合いながら広報を展開することが望ましい。

事例報告のあった大分県中津市では、配置初年度（平成 25 年度）は推進員の役割や活動について知ってもらうためパンフレットを作成すると共に、医療機関や介護関係事業所に地道に説明に回ったとのことである。聞取りを行った北海道千歳市や新潟県柏崎市では市の広報で認知症に関する特集を組み、その中で推進員や認知症初期集中支援チームを含む多職種を紹介し、市民の誰もが関心のある認知症の記事を読みつつ自然に推進員を始めとする各職種の存在を知ることができるよう工夫していた。

住民に推進員の存在とその役割を知ってもらうには、推進員自身が地域に出向いて人となりを知ってもらうことから地道に始めることと同時に、施策上の役割を担っていること

を公的に広報してバックアップするという両側面からのアプローチが有効と考えられる。

特に推進員の位置づけや役割は市区町村ごと異なるため、「わが町の推進員」として住民や関係機関に十分に理解されるまでには相当の時間を要すると考えられる。しかしだからこそ、それを前提として、わが町の推進員がどのような役割を担い、どのような立場で住民や関係機関に働きかけていくのか、推進員活動が地域に何をもたらすことを目指すのかといった位置づけを明確化する必要がある。全国調査では、市区町村側も推進員側も両者の共通認識が「十分とは言えない」と回答している率が高いことから、地域に周知・浸透させるための大前提として、推進員の役割や活動方針、計画を明確に持つこと、兼務の場合は胸を張って地域に出て行けるよう所属先の職場との調整を図ること等、市区町村との協力関係の強化が何より必要である。

→提案２

〇推進員は積極的に地域に出向き、焦らず時間をかけて住民や関係機関と信頼関係を築く
〇行政担当者は、住民の興味関心に沿った媒体を活用した広報活動を通じて推進員の公的な役割を浸透させる
〇その前提として推進員と市区町村との協力体制を具体的に強化し、推進員の役割や活動計画を明確に持つ

課題３

各種活動を実施しながら、関係者のつながりを作ることをより意識的に行うことが必要である。

各種活動への取組み状況とその効果に関する質問の結果、活動自体が関係者間のネットワーク作りを直接の目的としない活動であっても、「つながり作り」の効果が上がってきていることが確認された。

事例報告のあった香川県綾川町では、自宅での生活が困難と思われた人と家族、周囲の人々の不安や揺らぎに寄り添いながら継続的に連携調整を図ったことをきっかけに、本人を中心としたネットワークが拡大したり住民主体の多様な活動に発展していた。情報の集約や共有により関係する専門職の対応力や専門性も向上したことから、活動内容や形態にかかわらず、本人を中心とした関係者のつながりをより意識的・継続的に行うことが、推進員の行う地域づくりのもっとも重要な点であることがわかる。

また、山形県金山町や鹿児島県さつま町等の聞き取りにあるように、地域に出向いて行う地域ケア会議は、既に行われている見守りや住民同士のつながりを見出す絶好の機会として最大限に活かしていた。推進員が新たなつながりを作りだしていくと同時に、地域で自然に生まれたり受け継がれているつながりを見出し、見守り、丁寧に関わりながらその関係を維持・拡充していくことも大切である。

→提案３

〇推進員活動の重点は、活動を通じて関係者のつながり作りを意識的に行うことである
〇地域ですでに行われている見守りや住民同士のつながりを見出し、丁寧に見守り育てる

課題４

活動を通じて多様な効果・変化が生じており、行政と推進員でそれらを丁寧に把握・共有することが必要

全国調査結果から、各種の活動を通じて生じる多様な効果が、配置年度別（推進員としての経験年数）に比例して高い傾向があることがわかった。今後は、推進員の一連の活動がどのようにつながって認知症の人やその家族が安心して暮らせる地域に変化していったのかという点について、一つひとつの活動と地域の変化を継続的に捉えながら評価していくことが求められる。自身の活動がどのような効果につながっているのか、どこがゴールか見えず不安だという声も多く聞かれており、市区町村担当者と推進員で一つひとつの活動を丁寧に評価し、PDCA サイクルを意識しながら（小さな）変化・効果をさらに生かしながら地域課題を克服して、着実に次の活動につなげていくという地道な作業が必要である。

聞き取り調査を行った愛知県名古屋市や鹿児島県さつま町では、個々の活動をプロセス評価と結果評価の二側面から評価している。また多くの市区町村で、定期的に市区町村と推進員でミーティングを持ち、活動経過とその結果を振り返っている。さらに複数配置の場合は、研修会や連絡会等の場で個々の取組みを発表し合い意見交換することで、新たな効果や課題の発見につながることもあるだろう。

推進員活動を多くの目、多くの側面から振り返ることで多様な効果・課題を見出すことができる。また活動の直後に振り返った場合と一定期間を経過して振り返った場合、あるいは各種の活動を経てそのプロセスを振り返ることもできるし、現に地域に生じている変化から遡って、推進員や住民のどのような活動が影響しあってこの変化をもたらしたのかという振り返り方もある。いずれの場合でも、評価の観点とその根拠を記録しておく必要がある。

推進員活動を評価するためには、市区町村と推進員をはじめ多くの目で多面的に振り返り、効果・変化を「見出す」という姿勢が大切である。見出された効果・変化そして課題を着実に次の活動につなげ、長期的に地域に変化をもたらすためにも、PDCA サイクルを常に意識しておくことが重要であろう。

→提案４

〇各種活動から生じる多様な効果を、市区町村と推進員で丁寧に振り返ることが大切
〇多くの目で活動を振り返り、意見交換する中で活動の効果や意義を再発見することができる
〇長期的視点を持ちつつ PDCA サイクルを意識して一つひとつの活動に丁寧に取り組む

課題５

推進員活動の幅が広がりつつあり、専任・兼務や個々の専門性の強み・弱みを見極めながら、活動の整理・統合を図っていく必要がある。

「認とも」のように、新たに推進員の役割として提示された活動のほか、一つの活動に取組み、丁寧に振り返ることで推進員活動は常に拡大・発展していく可能性が示唆された。それらをすべて推進員主体で担うことは負担の増大につながる。そのため多くの推進員が活動・業務の整理や役割分担を望んでいること、市区町村もそれを課題として感じていること

がわかった。特に 3 割の推進員が初期集中支援チーム員を兼任している状況であり、必然的に活動の整理・統合を図る必要が生じる。

北海道千歳市の推進員は医療機関（認知症疾患医療センター）と地域包括支援センターに１名ずつ配置されており、相互の所属先の強みを生かしながら市全域を担当し、市内全地域包括支援センターとの連携も強化している。医療機関所属の推進員は認知症初期集中支援チーム員を兼任しているが、連携体制を整えて業務に当たることで、かえって情報伝達や支援方針の共有がしやすくなったとのことである。

複数の包括に兼務の推進員が配置されている場合も、市内の推進員同士の連絡会により認知症ケアパスについて検討や作業を分担したり、多職種連携会議を開き、ネットワークを通じて効率的に活動を進めているところも多い。

なお、推進員活動を行政の施策の一環として従来の発想やカタチにとらわれて実施すると、事業が拡大・増加し続ける中で推進員の負担感が増す一方になることが危惧される。

事例報告のあった岩手県矢巾町の「わんわんパトロール隊」のように、犬を飼っている人なら誰もが無理なく参加でき、推進員自身も含め動物好きの人が地域の仲間と出会いながら皆で楽しみながら活動を拡大させている、というような例が各地で生まれてきている。

個々の推進員の立場・専門性の強みと弱みを生かして活動の整理・統合を図ると同時に、推進員自身が肩の力を抜いて、自身の生活を大切にし地域の人たちとの出会いやつながりを楽しみなら、活動のあり方を（認知症の人や住民の目線で）生活や地域に根差したものに転換していくことも、今後有効な一つの活動のあり方と考えられる。

なお、今後必要なこととして、担当者、推進員ともに 9 割以上が、都道府県規模での研修会やネットワーク会議等を求めていた。今後は、都道府県が、管内の市区町村の担当者両者の現状と活動を通じた効果、課題を丁寧に把握しながら、取組みの工夫や得られつつある効果の共有をはかっていくなど、担当者と推進員とともに研修内容や開催方法について具体的な工夫を図っていくことが必要である。

→提案５

〇各自の立場・専門性の強みと弱みを見極め、活動の整理・統合を図る
〇推進員業務だけでなく、所属組織全体の業務分担を見直すことで、推進員の負担軽減だけでなく、所属組織の活性化にもつながる可能性がある
〇推進員が自身の生活や地域とのつながりを大切にしながら気軽に楽しめる活動を展開していくことも一策である。
〇都道府県が、管内市区町村の担当者や推進員とともに、取組みの工夫や効果等の共有をはかりながら、推進員研修やネットワーク会議等の内容の充実を図る

【Ⅶ. 報告会の開催】

本事業の報告会を東京と大阪の 2 会場で実施し、参加者は 359 人であった。

1．開催地・時間

1）東京会場　平成 29 年 3 月 10 日（金）13：30～16：30
フクラシア品川クリスタルスクエア 2F

2）大阪会場　平成 29 年 3 月 13 日（月）13：30～16：30
TKP 新大阪カンファレンスセンター6F

2．参加者数と所属内訳

	行政	推進員	その他	
東京会場	67 人	141 人	22 人	230 人
大阪会場	43 人	67 人	18 人	128 人
合計	110 人	208 人	40 人	359 人

3．内容

1）調査結果報告　全国調査および聞き取り調査の結果報告

2）「認知症地域支援推進員の効果的な活動」ポスター発表

推進員の役割である「支援体制構築」「対応力向上支援」「相談支援」について取組んだ効果について、平成 28 年度認知症地域支援推進員研修における事例報告者のうち 13 名から報告いただいた。（各会場で 6 名発表、7 事例はポスター展示のみ）

＊ポスターは下記のフォーマットにより作成。巻末資料に参照。

ページ	内　容
1	お名前、ご所属、活動事例のタイトル、自治体基礎情報
2	自治体の認知症施策の全体像および推進員が関わっている事業の抜粋
3	取組み当初に行った実態把握の方法と見えてきた課題、目指したもの
4	推進員として取組んできた内容を列記し、今回紹介する取組みを明記
5～6	取組みを一つ取り上げ、時系列に示す
7	事業・取組みを進めるにあたり工夫した点、推進員として大事にしてきたこと
8	事業・取組みに推進員が関わったことによる成果・起きている変化
9	行った事業や取組みがその後、何にどのようにつながったか
10	今後の取組み（予定）やさらに強めていきたい点。全国の推進員へメッセージ

＊4 ページの表は、向日市社会福祉協議会　石松友樹氏の平成 28 年度推進員研修事例報告資料を参考にした。

【参考資料】

参考資料１　市区町村調査票

参考資料２　推進員調査票

参考資料３　調査研究報告会における事例報告一覧

平成 28 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「認知症地域支援・ケア向上事業を活用した認知症の人やその家族への支援体制の推進に関する調査研究事業」

「認知症地域支援推進員の配置状況と活動実態・効果等に関する調査」

調査票【市区町村用】

本調査は全国のすべての市区町村を対象としており、認知症施策（特に、認知症地域支援推進員）をご担当されている行政職の方にご記入をお願いいたします。

ご多忙中と存じますが、下記をお読みいただき、本調査へのご協力をよろしくお願いいたします。

【本調査の目的】

認知症地域支援推進員（以下「推進員」とします）の配置状況、活動実態、活動を通じた効果と課題を全国的に明らかにし、認知症の人やその家族への支援・支援体制構築を効果的に進めるための推進員の配置と推進員活動の方策を提示することを目的としています。

【記入に際してのお願い】

・特に指定のない限り、**平成 28 年 9 月末時点における状況**をお答え下さい。
　ご不明の場合には直近の状況でお答え下さい。
・数字を記入する欄において、回答が 0（ゼロ）の場合には空欄にせず、「0」とご記入下さい。
　また、（　　）や自由記述欄には、具体的な言葉や数字等をご記入下さい。
　　＊自由記述をされる場合は、個人情報の保護に十分にご配慮下さいますようお願いします。

【当センター側の倫理的な配慮について】

・調査協力は任意であり、ご返送がない場合でも皆様が不利益を被ることはございません。
・皆様の回答は厳重に保管のうえ、主に統計的に処理し、個人情報が漏えいしたり、個人が特定されるような扱いや公表は一切いたしません。
・例外として、好事例として市区町村名を付して公表させていただく場合は、事前に説明をさせていただき、同意が得られた場合にのみ、公表させていただきます。
・ご記入内容については、認知症介護研究・研修東京センターの「倫理審査委員会」で承認された事項に基づいて適切に取り扱います。
・本調査票の返信をもって、本調査協力への同意をいただいたものとさせていただきます。

ご記入いただいた調査用紙の提出期限と提出方法

12 月 5 日（月）までに返信をお願いします。

以下のいずれかの方法で返信をお願いします。

①Web サイト上で回答　https://www.cz-wee.com/f/rtokyo.php　へアクセスの上、ご回答ください。ID とパスワードが求められます。メール添付の「回答・提出方法のご説明」でご確認下さい。

②メールで返信：上記サイトから Excel 版調査票をダウンロードしてご回答の上、調査事務局　r.tokyo@dcnet.gr.jp　へご送付ください。

③FAX で提出：PDF 版調査票に手書きでご回答の上、03-3334-2156　へ提出してください。

○　調査実施機関・お問合せ先:調査事務局
　社会福祉法人浴風会　認知症介護研究・研修東京センター（担当：永田・佐々木・小谷）
　〒168-0071　東京都杉並区高井戸西 1－12－1
　Tel.：０３－６７４３－２１６５（研修部）Fax：０３－３３３４－２１５６
　Email：r.tokyo@dcnet.gr.jp
○　担当主管　厚生労働省　老健局総務課　認知症施策推進室

Ⅰ． 貴市区町村の概要について

１．市区町村の概要についてお知らせ下さい。

※⑬⑭について、地域にない場合は「０」とご記入下さい。

★印の欄は平成 28 年９月末現在（あるいは入手可能な直近の統計）における状況をお答え下さい。

①都道府県名	1,001 件	②市区町村名	
③全国地方公共団体コード	（ご不明の場合、総務省の HP をご参照下さい。http://www.soumu.go.jp/denshijiti/code.html）		
④認知症施策の担当部署名		⑤担当職員数	3.25 名
⑥ご記入者の職種	１．行政職：54.7%　２．技術職：42.9% （認知症施策を担当されての年数 3.1 年目）		
⑦市区町村の人口★	87,585.11 人	⑧面積★	230.48 ㎢
⑨６５歳以上人口★	19,835.28 人		
⑩高齢化率★	27.13%	⑪日常生活圏域数	4.15 圏域
⑫地域包括支援センター数	3.31 ヶ所　（⑬うち直営　0.75 ヶ所、⑭委託　2.56 ヶ所）		

Ⅱ． 貴市区町村における推進員の配置状況と活動環境について

(n＝1,001)

２．推進員の配置状況について、以下の該当する番号に○をつけ、あわせて推進員数もご記入ください。

１．平成 27 年度までに配置し、平成 28 年度も同数配置	推進員総数 2.39 名	：31.8%(318)
２．平成 27 年度までに配置し、平成 28 年度増員して配置	推進員総数 6.93 名	：20.8%(208)
３．平成 27 年度までに配置し、平成 28 年度減員して配置	推進員総数 3.58 名	： 1.9%(19)
４．平成 28 年度初めて配置(予定を含む)	推進員総数 2.07 名	：19.2%(192)
５．平成 29 年度以降に初めて配置予定　平成 29.43 年予定	推進員総数 1.92 名(予定)	：26.0%(260)

無回答：0.4%(4)

３．市区町村としての推進員の配置の基準について伺います。

(1)推進員をどのように配置していますか？下記の当てはまるもの１つに○をつけて下さい。**(n＝737)**

1. 市区町村全体を担当する推進員を配置　：70.3%(518)
2. 市区町村全体を担当する推進員と、各日常生活圏域、もしくは各地域包括支援センターごとに推進員を配置　：11.7%(86)
3. 市区町村全体を担当する推進員と、複数の日常生活圏域、もしくは複数の地域包括支援センターごとに推進員を配置　：1.8%(13)
4. 各日常生活圏域もしくは各地域包括支援センターごとに推進員を配置　：10.2%(75)
5. 複数の日常生活圏域もしくは複数の地域包括支援センターごとに推進員を配置　：1.5%(11)
6. その他　：3.7%(27)　無回答：0.9%(7)

(2)具体的な配置先と配置形態、雇用形態について伺います。**(n＝737)**

「A. 配置先」の当てはまるもの全てに○をつけて下さい。「４.その他」の場合には、（　　）内に配置先をご記入下さい。また、「A. 配置先」に○がついた場合、「B. 配置形態」「C. 雇用形態（Bの内訳)」も合わせてお答え下さい（0の場合には「0」とご記入下さい)。

A. 配置先	B. 配置形態（合計人数）	C. 雇用形態（Bの内訳）（合計人数）
1. 市区町村行政（広域組合含む）：235 自治体（737 自治体中 31.9%）	1.専任： 60 人	1.常勤： 22 人. 2.非常勤： 38 人
	2.兼務： 349 人	1.常勤： 325 人. 2.非常勤： 20 人
2. 直営包括：363 自治体（737 自治体中 49.3%）	1.専任： 72 人	1.常勤： 32 人. 2.非常勤： 40 人
	2.兼務： 621 人	1.常勤： 562 人. 2.非常勤： 52 人
3. 委託包括：277 自治体（737 自治体中 37.6%）	1.専任： 128 人	1.常勤： 116 人. 2.非常勤： 12 人
	2.兼務：1,159 人	1.常勤：1,138 人. 2.非常勤： 17 人
4. その他：66 自治体（737 自治体中 9.0%）	1.専任： 41 人	1.常勤： 38 人. 2.非常勤： 3 人
	2.兼務： 176.4 人	1.常勤：164.4 人. 2.非常勤： 7 人

無回答：20 自治体（737 自治体中 2.7%）

４.推進員の活動の質や継続性を担保するために、配置において工夫していることがありますか。該当するものすべてに○印をつけてください。(n＝737)

１．認知症ケアや地域づくりの実績のある地域の人材を行政として選抜して配置している：30.8%(227)
２．力量のある人材確保や活動の展開のために、包括以外の民間事業者・職員も起用している：9.4%(69)
３．日常生活圏域ごとの特徴に応じた推進員活動を充実させるため圏域ごとに配置している：16.1%(119)
４．推進員が異動した際も活動が継続できるよう一事業所内に複数配置している：20.5%(151)
５．人口規模に応じた配置数を確保できるよう推進員に関する予算の確保や調整に力をいれている：19.4%（143）
６．その他：16.1%（119）　　無回答：10.6%(78)

５．認知症等の施策に関する下記のＡ欄の１～５の役割の中で、推進員に兼任してもらっているものがあれば、全てに○をつけてください。それらに該当する場合は、兼任の理由・目的をＢ欄から選択してご記入下さい。(n＝737)

Ｂ欄：兼任の理由・目的　当てはまる番号をすべて下記欄に記入して下さい
１．行政として地域包括ケアシステムと認知症施策を統合的に運営/推進するため
２．サービス内容の充実や連携の効率化をはかるため
３．人材不足で、やむをえなく兼任してもらわざるをえないため
４．予算を統合的に活用して、人材確保をはかるため
５．その他（　　）

A.兼任している役割	B.兼任の理由・目的
１．認知症初期集中支援チームのチーム員：38.9%（287）	１：68.3%(196)　２：55.7%(160)　３：37.3%(107) ４：11.8%(34)　５： 4.2%(12)　無回答：0.7%(2)
２．若年性認知症支援コーディネーター：1.4%（10）	１：50.0%(5)　２：80.0%(8)　３：20.0%(2) ４：10.0%(1)　５： 0.0%(0)　無回答：0.0%(0)
３．認知症介護指導者：2.3%（17）	１：76.5%(13)　２：47.1%(8)　３：29.4%(5) ４：17.6%(3)　５： 5.9%(1)　無回答：0.0%(0)
４．生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）：6.6%（49）	１：57.1%(28)　２：40.8%(20)　３：55.1%(27) ４：16.3%(8)　５： 6.1%(3)　無回答：0.0%(0)
５．その他：23.6%（174）	１：55.2%(96)　２：37.4%(65)　３：47.7%(83) ４：19.0%(33)　５： 6.3%(11)　無回答：1.1%(2)

６．特になし：31.6%（233） 無回答：7.5%（55）	

６．市区町村における推進員の活動環境について伺います。(n=737)

１．貴市区町村において、推進員活動を進めていくための話しあいが、担当者と推進員との間で定期的及び随時なされていますか。	１．十分に話し合えている：38.3% ２．話し合えてはいるが、十分とはいえない：46.5% ３．ほとんど話し合えていない：10.9% 無回答：4.3%
２．貴市区町村が目指す認知症施策の目標及び課題について、担当部署と推進員とで共通認識ができていますか。	１．共通認識ができている：64.5% ２．共通認識ができているとは言えない：25.1% ３．わからない：7.2%　　無回答：3.3%
３．貴市区町村における推進員の役割について、担当部署と推進員とで共通認識ができていますか。	１．共通認識ができている：60.2% ２．共通認識ができているとは言えない：29.9% ３．わからない：6.6%　　無回答：3.3%
４．貴市区町村において、推進員が地域で活動しやすいように推進員の役割・活動内容の周知や地域の関係者との連携の調整等をしていますか。	１．十分にしている：15.6% ２．しているが、十分ではない：57.0% ３．していない：21.3% ４．わからない：2.8%　　無回答：3.3%
５．貴市区町村の担当者と推進員は、市区町村の目標と課題に基づき推進員活動の計画を作っていますか。	１．一緒に計画づくりをしている：35.8% ２．推進員だけで行っている：5.3% ３．行政担当者だけで行っている：6.6% ４．特に計画は立ててない：49.0% 無回答：3.3%
６．貴市区町村では、推進員が職場で活動しやすいように推進員が所属する職場の上司や同僚への説明や調整等をしていますか。	１．十分にしている：34.1% ２．しているが、十分ではない：37.4% ３．していない：24.7%　　無回答：3.8% ◆１，２と回答された方に伺います(n=527) 文書での取り決めがありますか １．ある：17.3% ２．ない：61.3% ３．わからない：2.5%　　無回答：19.0%
７．貴市区町村及び推進員は推進員活動も含め推進員事業の見直しや改善を行うために、ともに評価を行っていますか。	１．十分にしている：9.2% ２．しているが、十分ではない：36.5% ３．していない：50.6%　　無回答：3.7%
８．貴市区町村の担当者は、施策や取組の企画立案や予算要求の段階で、推進員のアイディアや意見を聞くようにしていますか。	１．十分にしている：40.8% ２．しているが、十分ではない：43.0% ３．していない：12.2%　　無回答：3.9%
９．推進員としてのスキルアップや推進員同士のネットワークづくりのための研修や会議等の機会がありますか？	１．十分にある：20.6% ２．あるが、十分ではない：42.6% ３．ない：32.3%　　無回答：4.5% ◆１，２と回答された方に伺います(n=466) その機会は誰が主催していますか(複数選択可) １．市区町村：29.6% ２．都道府県：68.5% ３．推進員同士：19.5% ４．その他：8.2%　　無回答：6.7%
１０．推進員として活動していく上での課題や悩み等について、推進員の相談を受ける人がいますか。	１．十分にいる：28.9% ２．いるが、十分ではない：50.9% ３．いない：8.1% ４．把握していない：7.6%　　無回答：4.5% ◆１，２と回答された方に伺います(n=588) その人はどの立場の人ですか(複数選択可) １．市区町村：67.7% ２．都道府県：11.1% ３．推進員同士：37.6% ４．自職場：40.1%

	5．その他： 3.9%　　無回答：10.4%
上記以外で、推進員が活動しやすい環境について、気づきや意見がありましたら、ご自由にお書き下さい。	

Ⅲ．推進員のこれまでの活動の内容と効果について

7．事業・取組等について、推進員としてのこれまでの活動内容と活動したことでの効果を伺います。(n=737)

1）下記 A の事業・取組 1~25 のそれぞれについて、推進員の活動内容として該当するものを B 欄から、また、活動効果として該当するものを C 欄から選んで、それぞれご記入ください。

＊推進員が複数配置されている場合は、推進員全体の状況についてご記入願います。

＜　B.活動内容　＞　あてはまる番号すべてを選んで下記の B 欄にご記入下さい。
1.企画立案をしている　2.会議等に参加している　3.実務者に助言している　4.実務を担っている
5.関係者をつないでいる　6.他の事業とつないでいる　7．関わっていない　8.市区町村が事業をやっていない

＜　C.活動による効果　＞　当てはまる番号すべて選んで下記の C 欄に記入して下さい。
1．量（開催数・対象数・関係者数等）が増加した　2．内容が充実した　3．事業関係者のつながりが拡充した
4．他の事業との連動が生まれた　5．これらの効果はみられていない　6．この活動はしていない

A．事業・取組等	B．活動内容	C．活動による効果
1．認知症に関する啓発活動の実施	1：56.3%　2：40.8% 3：19.5%　4：68.7% 5：36.2%　6：28.1% 7： 3.3%　8： 1.5% 無回答：6.0%	1：37.0%　2：45.5% 3：44.8%　4：25.6% 5： 7.5%　6： 3.7% 無回答：7.6%
2．認知症サポーターの養成	1：51.8%　2：30.0% 3：24.7%　4：66.6% 5：33.5%　6：19.9% 7： 5.2%　8： 1.4% 無回答：5.7%	1：54.0%　2：43.6% 3：38.9%　4：22.9% 5： 6.1%　6： 6.0% 無回答：6.5%
3．認知症サポーターのステップアップ講座やキャラバンメイト連絡会の開催	1：32.7%　2：28.9% 3：13.7%　4：31.5% 5：19.9%　6： 8.8% 7：11.0%　8：28.9% 無回答：6.4%	1：16.0%　2：28.6% 3：27.1%　4：13.4% 5： 6.0%　6：37.9% 無回答：9.6%
4．認知症初期集中支援チームの設置・運営	1：28.4%　2：34.6% 3：12.3%　4：29.7% 5：20.6%　6：11.3% 7： 7.6%　8：28.8% 無回答：6.4%	1：12.3%　2：22.4% 3：29.3%　4：15.5% 5：10.6%　6：36.0% 無回答：10.4%
5．認知症ケアパスの作成・普及	1：46.0%　2：34.2% 3：15.7%　4：47.8% 5：19.8%　6：13.8% 7： 5.7%　8：12.8% 無回答：6.0%	1：14.9%　2：39.5% 3：27.3%　4：17.0% 5：17.5%　6：17.6% 無回答：9.2%
6．認知症多職種協働研修（例：認知症ライフサポート研修）の開催	1：15.5%　2：18.2% 3： 5.7%　4：13.2% 5：10.2%　6： 5.7% 7： 9.6%　8：54.0%	1： 7.3%　2：13.0% 3：21.2%　4： 9.2% 5： 3.0%　6：58.3% 無回答：12.1%

	無回答：7.3%	
7. 若年性認知症の人とその家族に対する支援 ★→下の２）もご覧下さい。	1： 8.5% 2：11.1% 3： 8.3% 4：20.9% 5：17.9% 6： 9.2% 7：14.8% 8：40.6% 無回答：7.6%	1： 5.8% 2：11.4% 3：17.5% 4： 9.5% 5：11.9% 6：49.4% 無回答：12.1%
8. 認知症カフェ等の開催	1：33.9% 2：27.4% 3：25.2% 4：33.2% 5：34.6% 6：16.4% 7： 5.4% 8：22.1% 無回答：6.6%	1：28.4% 2：33.6% 3：41.1% 4：18.6% 5： 5.7% 6：25.5% 無回答：9.6%
9. 認知症に関する介護者教室の開催	1：17.2% 2：11.5% 3： 9.9% 4：21.7% 5：13.7% 6：11.5% 7：15.6% 8：37.3% 無回答：7.1%	1： 9.4% 2：19.3% 3：18.0% 4：11.3% 5： 5.7% 6：47.4% 無回答：11.9%
10. 家族交流会の開催	1：20.5% 2：19.4% 3：13.7% 4：26.2% 5：18.7% 6：11.1% 7：14.5% 8：28.6% 無回答：6.9%	1：11.3% 2：26.2% 3：21.0% 4：14.4% 5： 8.0% 6：36.8% 無回答：11.4%
11. 認知症予防・発症遅延等の実施	1：28.9% 2：15.1% 3：13.2% 4：43.3% 5：18.0% 6：21.0% 7：16.7% 8：11.7% 無回答：7.1%	1：19.8% 2：35.0% 3：20.9% 4：19.8% 5： 9.8% 6：24.6% 無回答：10.4%
12. 認知症に関する相談会の開催	1：20.1% 2： 9.9% 3： 9.2% 4：31.5% 5：16.1% 6：11.3% 7：10.6% 8：36.8% 無回答：7.1%	1：14.5% 2：18.3% 3：20.9% 4：14.4% 5： 7.1% 6：42.3% 無回答：11.9%
13. 地域全体における日頃からの見守りやネットワークの推進	1：22.7% 2：33.2% 3：17.5% 4：34.3% 5：34.3% 6：19.0% 7：12.3% 8： 5.0% 無回答：7.3%	1：16.4% 2：28.4% 3：46.0% 4：20.4% 5：10.3% 6：15.3% 無回答：10.0%
14. 行方不明発生時の地域ぐるみの対策や SOS ネットワーク等の推進	1：20.5% 2：29.0% 3：14.4% 4：33.8% 5：31.2% 6：15.3% 7：14.2% 8：12.5% 無回答：6.1%	1：16.0% 2：24.3% 3：38.8% 4：19.0% 5：11.8% 6：24.0% 無回答：9.1%
15. 成年後見制度の活用や虐待防止等、権利擁護関係の推進	1：12.1% 2：25.6% 3：14.4% 4：31.8% 5：30.5% 6：14.1% 7：24.4% 8： 1.6% 無回答：6.4%	1： 8.7% 2：21.4% 3：36.9% 4：16.1% 5：14.0% 6：22.4% 無回答：10.2%
16. 地域ケア会議（事例検討）の開催	1：23.3% 2：58.6% 3：22.4% 4：34.9% 5：23.2% 6：12.3% 7：13.4% 8： 3.0%	1：16.7% 2：35.4% 3：49.9% 4：19.8% 5： 6.6% 6：14.5% 無回答：9.4%

	無回答：5.8%	
17. 認知症疾患医療センターの専門医等による、病院・施設等における「困難事例の検討及び個別支援」に関するバックアップ	1： 5.3%　2：21.0% 3： 7.1%　4：14.1% 5：16.3%　6： 6.9% 7：24.8%　8：32.2% 無回答：7.2%	1： 5.6%　2：13.2% 3：24.3%　4： 9.2% 5： 6.4%　6：48.8% 無回答：13.6%
18. 地域ケア会議（地域づくり）の開催	1：18.3%　2：47.8% 3：15.2%　4：26.9% 5：20.4%　6：10.9% 7：18.2%　8： 9.4% 無回答：7.2%	1：11.4%　2：25.8% 3：41.9%　4：18.3% 5： 8.0%　6：24.4% 無回答：11.1%
19. 地域の多様な資源に出向き、地域づくりを共に進める仲間づくり	1：13.0%　2：23.7% 3：12.6%　4：27.3% 5：22.8%　6：15.1% 7：23.7%　8：10.6% 無回答：6.9%	1：11.4%　2：19.0% 3：35.8%　4：20.1% 5： 8.3%　6：29.6% 無回答：11.1%
20. 認知症の人が認知症の容態に応じて必要な医療や介護等のサービスを受けられるよう関係機関との連携体制の構築	1：17.2%　2：28.8% 3：12.8%　4：46.7% 5：34.9%　6：16.8% 7：10.7%　8： 7.5% 無回答：6.2%	1：12.1%　2：25.9% 3：53.1%　4：19.0% 5： 8.1%　6：14.9% 無回答：9.9%
21. 地域のリーダー役になる人材/チームの育成やそれらの活動支援	1：11.7%　2：12.2% 3： 8.4%　4：15.3% 5：14.8%　6： 7.3% 7：33.0%　8：28.0% 無回答：7.1%	1： 8.4%　2：15.1% 3：16.1%　4：11.0% 5： 6.6%　6：52.4% 無回答：12.9%
22. 地域の多様な人が一緒に活動する機会作り(アクションミーティング等)	1： 8.3%　2：12.5% 3： 5.2%　4： 9.4% 5： 9.6%　6： 5.3% 7：28.0%　8：40.3% 無回答：8.0%	1： 5.3%　2： 9.2% 3：15.1%　4： 7.3% 5： 5.0%　6：60.2% 無回答：14.7%
23. 認知症の本人同士が集まり話し合いや活動をする機会づくり	1：11.9%　2： 9.1% 3： 8.0%　4：13.6% 5：11.5%　6： 7.7% 7：15.7%　8：47.6% 無回答：7.5%	1： 8.4%　2：12.3% 3：13.7%　4： 6.8% 5： 5.0%　6：56.7% 無回答：13.7%
24. メディアを活用した、推進員や地域の取組等の広報活動	1：15.1%　2： 6.2% 3： 6.2%　4：20.1% 5： 6.9%　6： 4.7% 7：21.7%　8：39.9% 無回答：7.5%	1： 9.2%　2：15.5% 3：11.8%　4： 5.8% 5： 7.6%　6：54.1% 無回答：12.8%
25. その他	1： 1.6%　2： 1.5% 3： 1.4%　4： 2.4% 5： 1.5%　6： 0.8% 7： 2.6%　8：12.1% 無回答：82.9%	1： 1.2%　2： 1.8% 3： 1.9%　4： 0.9% 5： 0.7%　6：14.1% 無回答：82.9%

★２）上記７で、推進員と若年性認知症支援コーディネーターが協働した例がありましたら、下欄にご記入下さい。

8．これまで推進員が活動してきたことを通じて、以下のような変化が見られていますか。

(n＝737)

1）以下の「生じている変化」に関して、下欄の該当する番号をすべて選んで記入して下さい(複数選択可)。

1．担当者として実感している　　2．関係者との話し合いや会議等で増えている事実が確認されている
3．増えていることが数(調査や統計)で確認されている
4．増えているとはいえない　　5．把握していない　6．該当するケースがない

生じている変化の内容	変化の状況
(1)初期に相談に来る人が増えてきた。	1：25.5%　2：15.2% 3：6.0%　4：32.3% 5：25.5%　6：2.0% 無回答：6.2%
(2)初期に診断を受ける人が増えてきた。	1：17.5%　2：12.8% 3：2.4%　4：25.6% 5：41.4%　6：2.2% 無回答：6.1%
(3)初期に介護サービスなど、必要な支援につながる人が増えてきた。	1：24.4%　2：15.3% 3：3.8%　4：26.5% 5：32.3%　6：2.0% 無回答：6.5%
(4)診断後にその後のよりよい暮らしや支援について、本人・家族と医療と介護・支援関係者が、一緒に話し合う機会が増えてきた。	1：25.1%　2：19.8% 3：2.7%　4：23.2% 5：29.0%　6：3.5% 無回答：6.9%
(5)診断後、地域の人に認知症を公表(カミングアウト)する本人・家族が増えてきた。	1：9.1%　2：5.2% 3：0.5%　4：24.8% 5：53.7%　6：3.8% 無回答：7.1%
(6)認知症の人や家族を、地域住民が見守ったり、支えるケースが増えてきた。	1：33.0%　2：25.0% 3：3.0%　4：17.2% 5：25.1%　6：1.5% 無回答：6.6%
(7)認知症の人や家族を、地域で働く人たち（商店や金融機関、交通機関等）が見守ったり、支えるケースが増えてきた。	1：35.0%　2：21.7% 3：5.6%　4：18.2% 5：23.1%　6：2.2% 無回答：6.0%
(8)行方不明者が出た際、スムーズに対応できるケースが増えてきた。	1：19.1%　2：11.0% 3：2.4%　4：28.9% 5：23.5%　6：13.7% 無回答：7.5%
(9)認知症の人が、働ける場が増えてきた。	1：0.1%　2：0.3% 3：0.1%　4：23.2% 5：56.6%　6：15.2% 無回答：6.6%
(10)認知症の人の居場所や社会参加の場所が増えてきた。	1：19.5%　2：12.1% 3：8.4%　4：30.5% 5：28.9%　6：3.3% 無回答：6.8%

(11)BPSD が増悪した場合に、医療と介護・支援関係者が協働して支援し、状況が改善して 地域で暮らし続けられるケースが増えてきた。	1：10.7%　2： 9.1% 3： 1.5%　4：32.7% 5：40.2%　6： 4.1% 無回答：6.9%
(12)認知症の人が入院した場合、在宅に戻れるケースが増えてきた。	1： 4.2%　2： 4.3% 3： 0.1%　4：32.3% 5：53.3%　6： 2.7% 無回答： 6.6%
(13) 認知症の人が在宅や地域密着型サービス事業所で、医療や介護等の支援を受けながら 安らかな最期を迎えるケースが増えてきた。	1： 3.5%　2： 5.0% 3： 0.4%　4：23.2% 5：58.6%　6： 5.0% 無回答： 6.8%
(14)地域や医療・介護等、関係機関からの情報提供が増えてきた。	1：49.4%　2：22.9% 3： 4.9%　4：14.0% 5：15.3%　6： 0.9% 無回答：6.0%

2）上記以外でも、推進員を通じて変化した点がありましたらご記入下さい。

＊どんな些細なことでも結構です。具体的にご紹介下さい。

Ⅳ．課題と今後について

9．あなたは以下について課題と感じていますか。（○は１つ）(n=737　数字は％)

	1 とても感じている	2 感じている	3 あまり感じていない	4 全く感じていない	無回答
1. 推進員は業務量が多く、推進員としての活動に十分な時間が取れない	23.3	51.2	19.7	1.2	4.6
2. 行政担当者は業務量が多く、推進員事業に十分な時間が取れない	40.7	45.0	8.8	1.1	4.3
3. 推進員の所属機関における推進員活動に対する理解・協力が得られにくい	2.4	18.0	59.7	15.6	4.2
4. 認知症の人や家族のニーズが把握できていない	10.3	51.3	32.3	1.9	4.2
5. 地域住民の認知症に対する理解・協力が得られにくい	6.5	56.6	32.2	0.5	4.2
6. 家族の認知症に対する理解・協力が得られにくい	4.9	63.9	26.5	0.3	4.5
7. 管轄の地区が広すぎる	13.2	28.9	46.9	6.9	4.1
8. 専門医療機関が近くにない	21.8	27.1	35.0	11.9	4.1
9. 認知症に関する専門人材が不足	25.1	46.8	21.8	1.9	4.3

10.	11. その他、課題と感じていることがあれば、お知らせ下さい（自由記載）

10．貴市区町村において推進員の取組を進めていく上でのやりがいと今後について伺います。（〇は１つ）(n=737)

１）推進員の取組を進めていく上での市区町村の担当者としてのやりがい

１．非常にある：14.9%（110）　２．ある：51.4%（379）　３．どちらともいえない：24.3%（179）
４．あまりない：　1.8%（13）　５．わからない：2.4%(18)　　無回答：5.2%（38）

２）今後の推進員との協働について

１．積極的に取組んでいきたい：45.6%（336）　　２．取組んでいきたい：45.0%（332）
３．取組むことは難しい　　：1.2%（9）　　４．わからない：2.8%（21）　　無回答：5.3%（39）

11．推進員活動を推進していく上で、必要と思われることをお知らせ下さい。（○は１つ）。

(n=737　数字は％)

	1 とても必要	2 必要	3 あまり必要でない	4 全く必要ない	無回答
1. 全国規模で行う推進員研修会（初任者、フォローアップ含む）	11.7	45.3	35.8	3.1	4.1
2. 都道府県規模で行う推進員研修会（初任者、フォローアップ含む）	45.6	47.5	2.8	0.1	3.9
3. 全国規模の推進員同士のネットワーク会議	6.2	42.6	43.8	3.4	3.9
4. 都道府県規模の推進員向けのネットワーク会議	39.6	50.2	6.0	0.1	4.1
5. 市区町村における推進員の配置の促進（複数配置にするなど）	27.0	53.2	14.8	0.9	4.1
6. 関係機関への推進員の役割や活動内容の PR	36.8	54.4	5.2	0.0	3.7
7. スーパーバイズが受けられる体制の整備	45.7	45.6	4.3	0.1	4.2
8. 市区町村担当者と推進員とのコミュニケーションの機会	42.1	49.3	3.5	0.9	4.2

１２．その他、推進員活動や認知症施策を推進する上で、日頃感じていることを自由にご記入下さい。

以上で質問は終了です。

ご多用の中、ご協力いただき、本当にありがとうございました。

参考資料　2
＜推進員調査票＞

「認知症地域支援推進員の配置状況と活動実態・効果等に関する調査」

調査票【推進員用】

本調査は平成 28 年９月末時点で認知症地域支援推進員として配置されていた全ての方を調査対象とさせていただいております。市区町村に複数配置の場合、各自別個にご記入をお願いします。

ご多忙中と存じますが、下記をお読みいただき、本調査へのご協力をよろしくお願いいたします。

【本調査の目的】

認知症地域支援推進員（以下「推進員」とします）の配置状況、活動実態、活動を通じた効果と課題を全国的に明らかにし、認知症の人やその家族への支援・支援体制構築を効果的に進めるための推進員の配置と推進員活動の方策を提示することを目的としています。

【記入に際してのお願い】

・特に指定のない限り、**平成 28 年９月末時点における状況**をお答え下さい。
　ご不明の場合には直近の状況でお答え下さい。
・数字を記入する欄において、回答が０（ゼロ）の場合には空欄にせず、「0」とご記入下さい。
　また、（　　）や自由記述欄には、具体的な言葉や数字等をご記入下さい。
　　＊自由記述をされる場合は、個人情報の保護に十分にご配慮下さいますようお願いします。

【当センター側の倫理的な配慮について】

・調査協力は任意であり、ご返送がない場合でも皆様が不利益を被ることはございません。
・皆様の回答は厳重に保管のうえ、主に統計的に処理し、個人情報が漏えいしたり、個人が特定されるような扱いや公表は一切いたしません。
・例外として、好事例として自治体名を付して公表させていただく場合は、事前に説明をさせていただき、同意が得られた場合にのみ、公表させていただきます。
・ご記入内容については、認知症介護研究・研修東京センターの「倫理審査委員会」で承認された事項に基づいて適切に取り扱います。
・本調査票の返信をもって、本調査協力への同意をいただいたものとさせていただきます。

ご記入いただいた調査用紙の提出期限と提出方法
12 月 5 日（月）までに返信をお願いします。

以下のいずれかの方法で返信をお願いします。

①Web サイト上で回答　https://www.cz-wee.com/f/rtokyo.php　へアクセスの上、ご回答ください。ID とパスワードが求められます。メール添付の「回答・提出方法のご説明」でご確認下さい。

②メールで返信：上記サイトから Excel 版調査票をダウンロードしてご回答の上、調査事務局　r.tokyo@dcnet.gr.jp　へご送付ください。

③FAX で提出：PDF 版調査票に手書きでご回答の上、03-3334-2156　へ提出してください。

○　調査実施機関・お問合せ先:調査事務局
社会福祉法人浴風会　認知症介護研究・研修東京センター（担当：永田・佐々木・小谷）
〒168-0071　東京都杉並区高井戸西１－12－1
Tel.：０３－６７４３－２１６５（研修部）Fax：０３－３３３４－２１５６
Email：r.tokyo@dcnet.gr.jp
○　担当主管　厚生労働省　老健局総務課　認知症施策推進室

Ⅰ．ご回答者について

1．まず、あなたご自身について伺います。　（n=1,648）

1. 都道府県・市区町村 （人口等は、H28 年 9 月末現在（あるいは入手可能な直近の統計）における状況をご回答下さい）	1.（　　都・道・府・県）2.（　　市・区・町・村） 3. 全国地方公共団体コード　（　　） ご不明の場合、下記の総務省の HP をご参照下さい。 http://www.soumu.go.jp/denshijiti/code.html） 4．市区町村の高齢者人口：44214.22 人（高齢化率：24.71%） 5．圏域を担当している方のみに伺います 圏域の高齢者人口　　人（高齢化率　　%）
2. 性別	1.　男：296 人（18.0%）　　2.　女：1,339 人（81.3%）
3. 年齢	1.　20～29 歳：5.8%(96)　2.30～39 歳：27.6%(455) 3.　40～49 歳：34.4%(567)　4.　50～59 歳：23.7%(390) 5.　60～69 歳：8.0%(132)　6.70 歳以上：0.0%(0) 無回答：0.5%(8)
4. ご所属先（○は 1 つ）	1．市区町村行政：13.9%(229) 2．直営の地域包括支援ｾﾝﾀｰ：27.4%(452) 3．委託の地域包括支援ｾﾝﾀｰ：53.2%(876) 4．認知症疾患医療ｾﾝﾀｰ：0.3%(5) 5．その他：4.4%(73)　無回答：0.8%(13)
5. 保有資格 （該当するもの全てに○）	1．医師：0.0%(0)　2．歯科医師：0.0%(0) 3．薬剤師：0.1%(1)　4．保健師：27.9%(460) 5．看護師：36.5%(601)　6．作業療法士：1.1%(18) 7．歯科衛生士：1.0%(16)　8．精神保健福祉士：9.3%(153) 9．社会福祉士：36.1%(595)　１０．介護福祉士：25.7%(423) １１．介護支援専門員：48.1%(793) １２．主任介護支援専門員：24.1%(397) １３．その他：5.0%(82)　　無回答：0.6%(10)
6．医療介護福祉分野での経験年数	15.87　　年目
7．推進員として配置された年月	平成 27.23 年　　月
8．認知症地域支援推進員研修の受講	1．受講あり：90.4%(1489) 2．受講なし：8.5%（140）　　無回答：1.2%(19)

Ⅱ．推進員としての配置状況と活動環境について

2．推進員としての配置・勤務形態について伺います。（n=1,648）

1．推進員としての配置形態	1．専任：16.7%(276)　　2．兼務：82.3%(1356) 無回答：1.0%(16)
兼務している他の業務	1．主任介護支援専門員：19.1%(259) 2．保健師：32.0%(434)　3．社会福祉士：28.1%(381) 4．その他：27.8%(377)　無回答：0.9%(12)
2．勤務形態	1．常勤：89.2%(1470)　　2．非常勤：9.8%(162) 無回答：1.0%(16)
3．業務全体のうち、推進員として活動している時間はおおよそどのくらいの割合ですか。	約　　34.79%（1609）（例：専任の方なら 100%）
4．認知症等の施策に関する右欄の役割も担っていますか。 （当てはまるもの全てに○）	1．認知症初期集中支援チーム：33.2%(547) 2．若年性認知症支援コーディネーター：0.6%(10) 3．認知症介護指導者：1.6%(26) 4．生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）：6.1%(101) 5．その他：13.8（227） 6．上記を担っていない：50.6%(834)　　無回答：3.9%(30)

3．市区町村における推進員の活動環境について伺います。（n=1,648）

1．活動を進めていくための話しあいが、あなたと市区町村の担当との間で定期的及び随時なされていますか。	1．十分に話し合えている：37.0% 2．話し合えてはいるが、十分とはいえない：49.7% 3．ほとんど話し合えていない：12.6% 無回答：0.7%
2．市区町村が目指す認知症施策の目標及び課題について、あなたと市区町村の担当部署とで共通認識ができていますか。	1．共通認識ができている：58.9% 2．共通認識ができているとは言えない：30.2% 3．わからない：10.5%　無回答：0.4%
3．市区町村における推進員の役割について、あなたと市区町村の担当部署とで共通認識ができていますか。	1．共通認識ができている：56.1% 2．共通認識ができているとは言えない：31.4% 3．わからない：11.9%　無回答：0.5%
4．市区町村は、あなたが地域で活動しやすいように推進員の役割・活動内容の周知や地域の関係者との連携の調整等をしていますか。	1．十分にしている：25.5% 2．しているが、十分ではない：47.4% 3．していない：14.3% 4．わからない：12.3%　無回答：0.5%
5．市区町村担当者とあなたは、市区町村の目標と課題に基づき推進員活動の計画を作っていますか。	1．一緒に計画づくりをしている：41.8% 2．推進員だけで行っている：7.9% 3．行政担当者だけで行っている：12.4% 4．特に計画は立ててない：36.6% 無回答：1.3%
6．市区町村は、あなたが職場で活動しやすいようにあなたが所属する職場の上司や同僚への説明や調整等をしていますか。	1．十分にしている：34.6% 2．しているが、十分ではない：45.1% 3．まったくしていない：18.9%　無回答：1.5% ◆1，2と回答された方に伺います 文書での取り決めがありますか 1．ある：19.0%2．ない：44.4% 3．わからない：21.1%　無回答：15.5%
7．市区町村及びあなたが、推進員活動も含め推進員事業の見直しや改善を行うために、ともに評価を行っていますか。	1．十分にしている：14.1% 2．しているが、十分ではない：37.7% 3．していない：47.1%　無回答：1.1%
8．市区町村の担当者は、施策や取組の企画立案や予算要求の段階で、あなたのアイディアや意見を聞くようにしていますか。	1．十分にしている：39.9% 2．しているが、十分ではない：37.8% 3．していない：21.1% 無回答：1.3%
9．推進員としてのスキルアップや推進員同士のネットワークづくりのための研修や会議等の機会がありますか？	1．十分にある：27.8% 2．あるが、十分ではない：44.1% 3．ない：26.6%　無回答：1.5% ◆1，2と回答された方に伺います その機会は誰が主催していますか(複数選択可) 1．市区町村：50.5%　2．都道府県：45.6% 3．推進員同士：21.9% 4．その他：5.7%　無回答：8.5%
10．推進員として活動していく上での課題や悩み等について、相談を受けてくれる人がいますか。	1．十分にいる：38.2% 2．いるが、十分ではない：48.2% 3．いない：11.0%　無回答：2.5% ◆1，2と回答された方に伺います その人はどの立場の人ですか(複数選択可) 1．市区町村：56.2%　2．都道府県：4.9% 3．推進員同士：54.8%　4．自職場：52.0% 5．その他：3.7%　無回答：6.6%
上記以外で、推進員が活動しやすい環境について、気づきや意見がありましたら、ご自由にお書き下さい。	

Ⅲ．認知症地域支援推進員としてのこれまでの活動の内容と効果について

４.事業・取組等について、推進員としてのこれまでの活動内容と活動したことでの効果を伺います。

１）下記Ａの事業・取組 1~25 のそれぞれについて、あなたの活動内容として該当するものをＢ欄から、また、活動効果として該当するものをＣ欄から選んで、それぞれご記入ください。**（n=1,648）**

＜　B.活動内容　＞　あてはまる番号すべてを選んで下記のＢ欄にご記入下さい。
1.企画立案をしている　2.会議等に参加している　3.実務者に助言している　4.実務を担っている
5.関係者をつないでいる　6.他の事業とつないでいる　7．関わっていない　8.市区町村が事業をやっていない

＜　C.活動による効果　＞　当てはまる番号すべて選んで下記のＣ欄に記入して下さい。
1．量（開催数・対象数・関係者数等）が増加した　2．内容が充実した　3．事業関係者のつながりが拡充した
4．他の事業との連動が生まれた　5．これらの効果はみられていない　6．この活動はしていない

Ａ．事業・取組等	Ｂ．活動内容	Ｃ．活動による効果
1．認知症に関する啓発活動の実施	1：43.3%　2：48.6% 3：14.3%　4：61.6% 5：30.6%　6：22.8% 7：7.4%　8：0.8% 無回答：1.3%	1：38.7%　2：36.6% 3：44.5%　4：25.4% 5：10.0%　6：7.3% 無回答：2.9%
2．認知症サポーターの養成	1：45.7%　2：29.8% 3：16.6%　4：64.7% 5：27.5%　6：14.7% 7：10.9%　8：0.4% 無回答：1.0%	1：52.1%　2：38.3% 3：35.7%　4：22.2% 5：6.9%　6：10.3% 無回答：2.7%
3．認知症サポーターのステップアップ講座やキャラバンメイト連絡会の開催	1：20.9%　2：31.4% 3：8.3%　4：22.0% 5：13.2%　6：6.7% 7：29.8%　8：18.0% 無回答：1.9%	1：14.1%　2：20.6% 3：24.8%　4：10.5% 5：7.1%　6：46.4% 無回答：4.1%
4．認知症初期集中支援チームの設置・運営	1：16.0%　2：38.7% 3：8.3%　4：21.3% 5：14.6%　6：7.6% 7：25.5%　8：18.8% 無回答：2.2%	1：12.6%　2：16.4% 3：27.4%　4：12.4% 5：11.5%　6：43.9% 無回答：5.2%
5．認知症ケアパスの作成・普及	1：29.1%　2：37.9% 3：10.1%　4：36.7% 5：14.7%　6：9.2% 7：19.5%　8：7.2% 無回答：1.9%	1：13.3%　2：32.8% 3：23.8%　4：15.4% 5：18.8%　6：24.3% 無回答：4.3%
6．認知症多職種協働研修（例：認知症ライフサポート研修）の開催	1：8.6%　2：18.6% 3：3.1%　4：9.1% 5：7.0%　6：4.3% 7：42.9%　8：30.4% 無回答：2.5%	1：5.8%　2：9.7% 3：17.7%　4：6.7% 5：3.5%　6：67.6% 無回答：6.1%
7．若年性認知症の人とその家族に対する支援 ★→下の２）もご覧下さい。	1：3.6%　2：9.3% 3：4.2%　4：13.7% 5：13.8%　6：6.3% 7：41.8%　8：25.2% 無回答：2.4%	1：4.1%　2：6.3% 3：14.4%　4：7.1% 5：10.3%　6：63.0% 無回答：5.8%
8．認知症カフェ等の開催	1：32.6%　2：31.0%	1：29.5%　2：29.1%

	3：19.8%　4：31.9% 5：30.9%　6：14.9% 7：18.4%　8：12.6% 無回答：1.8%	3：40.7%　4：20.6% 5：6.4%　6：29.5% 無回答：4.1%
9. 認知症に関する介護者教室の開催	1：15.4%　2：13.0% 3：7.5%　4：19.4% 5：13.2%　6：9.2% 7：38.3%　8：20.6% 無回答：2.5%	1：10.7%　2：17.8% 3：16.9%　4：12.1% 5：5.9%　6：54.2% 無回答：5.8%
10. 家族交流会の開催	1：15.4%　2：19.0% 3：8.6%　4：20.0% 5：15.0%　6：8.4% 7：37.3%　8：15.9% 無回答：2.2%	1：10.4%　2：18.9% 3：18.6%　4：13.0% 5：8.7%　6：48.7% 無回答：5.1%
11. 認知症予防・発症遅延等の実施	1：25.6%　2：15.9% 3：9.3%　4：40.7% 5：16.1%　6：15.9% 7：26.7%　8：7.3% 無回答：2.0%	1：25.7%　2：28.9% 3：22.7%　4：18.9% 5：8.4%　6：30.6% 無回答：4.4%
12. 認知症に関する相談会の開催	1：15.0%　2：12.4% 3：6.0%　4：27.5% 5：13.0%　6：9.5% 7：33.9%　8：20.8% 無回答：2.2%	1：12.9%　2：14.5% 3：18.3%　4：12.1% 5：7.6%　6：51.2% 無回答：5.1%
13. 地域全体における日頃からの見守りやネットワークの推進	1：15.4%　2：33.5% 3：10.8%　4：33.3% 5：29.8%　6：17.2% 7：22.2%　8：3.2% 無回答：2.4%	1：20.0%　2：21.7% 3：44.9%　4：21.4% 5：8.8%　6：22.5% 無回答：4.5%
14. 行方不明発生時の地域ぐるみの対策やSOS ネットワーク等の推進	1：11.7%　2：25.6% 3：9.0%　4：26.9% 5：26.7%　6：13.4% 7：29.5%　8：8.2% 無回答：2.3%	1：16.9%　2：17.4% 3：33.6%　4：18.0% 5：9.8%　6：34.7% 無回答：4.7%
15. 成年後見制度の活用や虐待防止等、権利擁護関係の推進	1：9.1%　2：23.8% 3：12.0%　4：34.2% 5：28.2%　6：12.7% 7：29.7%　8：0.9% 無回答：1.8%	1：15.0%　2：17.5% 3：35.8%　4：17.3% 5：11.2%　6：28.3% 無回答：4.6%
16. 地域ケア会議（事例検討）の開催	1：25.2%　2：56.1% 3：14.8%　4：37.4% 5：21.8%　6：12.1% 7：17.9%　8：1.3% 無回答：1.6%	1：22.5%　2：35.1% 3：52.5%　4：23.2% 5：6.6%　6：17.8% 無回答：3.7%
17. 認知症疾患医療センターの専門医等による、病院・施設等における「困難事例の検討及び個別支援」に関するバックアップ	1：2.9%　2：18.0% 3：4.3%　4：11.2% 5：12.6%　6：4.4% 7：47.6%　8：18.6% 無回答：2.6%	1：5.9%　2：10.9% 3：20.6%　4：8.9% 5：6.6%　6：59.2% 無回答：6.1%
18. 地域ケア会議（地域づくり）の開催	1：20.3%　2：46.4%	1：16.0%　2：25.5%

	3：10.4%　4：30.3% 5：18.0%　6：10.4% 7：25.8%　8：5.2% 無回答：1.9%	3：42.4%　4：20.5% 5：7.8%　6：29.1% 無回答：4.7%
19. 地域の多様な資源に出向き、地域づくりを共に進める仲間づくり	1：11.9%　2：22.5% 3：7.9%　4：28.5% 5：22.8%　6：13.2% 7：30.9%　8：6.1% 無回答：2.2%	1：14.4%　2：16.7% 3：35.6%　4：19.1% 5：9.5%　6：34.2% 無回答：5.3%
20. 認知症の人が認知症の容態に応じて必要な医療や介護等のサービスを受けられるよう関係機関との連携体制の構築	1：11.3%　2：27.7% 3：10.5%　4：43.6% 5：34.2%　6：15.8% 7：18.6%　8：4.0% 無回答：2.1%	1：15.8%　2：21.4% 3：52.0%　4：21.1% 5：9.0%　6：20.5% 無回答：4.2%
21. 地域のリーダー役になる人材/チームの育成やそれらの活動支援	1：8.1%　2：10.9% 3：6.4%　4：13.0% 5：12.9%　6：6.8% 7：51.8%　8：14.6% 無回答：2.7%	1：7.8%　2：11.2% 3：15.4%　4：8.9% 5：6.7%　6：60.9% 無回答：6.1%
22. 地域の多様な人が一緒に活動する機会作り(アクションミーティング等)	1：6.7%　2：13.1% 3：3.8%　4：9.0% 5：7.8%　6：5.3% 7：54.0%　8：21.1% 無回答：2.5%	1：6.1%　2：8.1% 3：12.2%　4：7.5% 5：5.2%　6：69.3% 無回答：6.3%
23. 認知症の本人同士が集まり話し合いや活動をする機会づくり	1：10.1%　2：9.5% 3：4.4%　4：11.6% 5：9.2%　6：6.4% 7：43.5%　8：27.7% 無回答：2.5%	1：7.0%　2：9.4% 3：11.3%　4：6.4% 5：7.9%　6：65.4% 無回答：6.9%
24. メディアを活用した、推進員や地域の取組等の広報活動	1：9.2%　2：5.8% 3：3.5%　4：15.4% 5：6.1%　6：3.2% 7：50.1%　8：22.0% 無回答：2.9%	1：7.7%　2：11.0% 3：10.3%　4：5.9% 5：6.7%　6：65.4% 無回答：6.5%
25. その他	1：4.1%　2：4.0% 3：1.8%　4：4.6% 5：3.2%　6：1.8% 7：26.8%　8：22.3% 無回答：44.0%	1：2.6%　2：3.5% 3：4.6%　4：2.8% 5：1.2%　6：48.2% 無回答：44.1%

★2）上記7「若年性認知症の人とその家族に対する支援」のために若年性認知症支援コーディネーターと何らかのつながりを持ったり協働したりしている場合、その内容を具体的に列記してください。

5．これまで推進員として活動してきたことを通じて、以下のような変化が見られていますか

1）以下の「生じている変化」に関して、下欄の該当する番号をすべて選んで記入して下さい(複数選択可)。

1．推進員として実感している　　2．関係者との話し合いや会議等で増えている事実が確認されている
3．増えていることが数(調査や統計)で確認されている
4．増えているとはいえない　　5．把握していない　6．該当するケースがない

（n=1,648）

生じている変化の内容	変化の状況
(1)初期に相談に来る人が増えてきた。	1：28.4%　2：19.7%　3： 8.6% 4：36.9%　5：18.3%　6： 3.2% 無回答：1.6%
(2)初期に診断を受ける人が増えてきた。	1：19.9%　2：16.6%　3： 3.5% 4：35.9%　5：30.9%　6： 2.8% 無回答：1.5%
(3)初期に介護サービスなど、必要な支援につながる人が増えてきた。	1：25.5%　2：18.8%　3： 5.3% 4：35.1%　5：23.6%　6： 2.8% 無回答：1.5%
(4)診断後にその後のよりよい暮らしや支援について、本人・家族と医療と介護・支援関係者が、一緒に話し合う機会が増えてきた。	1：24.9%　2：23.7%　3： 3.8% 4：30.3%　5：23.1%　6： 4.6% 無回答：1.6%
(5)診断後、地域の人に認知症を公表(カミングアウト)する本人・家族が増えてきた。	1：12.4%　2： 7.9%　3： 0.9% 4：36.7%　5：41.5%　6： 5.5% 無回答：1.6%
(6)認知症の人や家族を、地域住民が見守ったり、支えるケースが増えてきた。	1：33.6%　2：25.5%　3： 3.5% 4：25.5%　5：21.2%　6： 2.5% 無回答：1.4%
(7)認知症の人や家族を、地域で働く人たち（商店や金融機関、交通機関等）が見守ったり、 支えるケースが増えてきた。	1：32.0%　2：23.6%　3： 5.1% 4：22.8%　5：24.9%　6： 2.7% 無回答：1.5%
(8)行方不明者が出た際、スムーズに対応できるケースが増えてきた。	1：16.7%　2：14.6%　3： 3.6% 4：29.1%　5：28.9%　6：12.4% 無回答：1.7%
(9)認知症の人が、働ける場が増えてきた。	1： 0.5%　2： 0.7%　3： 0.1% 4：26.9%　5：54.4%　6：20.8% 無回答：1.5%
(10)認知症の人の居場所や社会参加の場所が増えてきた。	1：19.5%　2：13.2%　3： 8.1% 4：34.1%　5：28.5%　6： 5.5% 無回答：1.5%
(11)BPSD が増悪した場合に、医療と介護・支援関係者が協働して支援し、状況が改善して 地域で暮らし続けられるケースが増えてきた。	1：10.8%　2：10.7%　3： 1.6% 4：41.4%　5：34.1%　6： 6.1% 無回答：1.6%
(12)認知症の人が入院した場合、在宅に戻れるケースが増えてきた。	1： 5.9%　2： 5.6%　3： 0.8% 4：40.7%　5：45.2%　6： 5.3% 無回答：1.5%
(13) 認知症の人が在宅や地域密着型サービス事業所で、医療や介護等の支援を受けながら 安らかな最期を迎えるケースが増えてきた。	1： 5.4%　2： 7.3%　3： 1.6% 4：26.3%　5：55.2%　6： 8.3% 無回答：1.5%
(14)地域や医療・介護等、関係機関からの情報提供が増えてきた。	1：51.1%　2：26.5%　3： 7.3% 4：15.2%　5：13.3%　6： 2.1% 無回答：1.6%

2）上記以外でも推進員を通じて変化した点がありましたらご記入ください。
＊どんな些細な点でも結構です。具体的にご紹介ください。

Ⅳ．認知症の人の視点や意思を重視した相談支援と支援体制づくりに関して

6．認知症の人の視点や意思の重視は、新オレンジプランのすべての取組を貫く骨子とされています。これまであなた自身が相談や相談支援を行ったケースにおいて、認知症の人の視点や意思を重視して関わったことで、以下の1）～3）のような変化が見られたことがありますか。それぞれ該当する番号一つに○をつけてください。（n=1,648）

1）　本人や状態についての、家族や関係者の理解が深まった
1. 3例以上ある：29.1%（480）　2. 1～2例ある：46.8%（772）
3.ない：20.6%（340）　4.認知症の視点や意思をあまり重視してきていない：1.6%（26）
無回答：1.8%（30）

2）　本人への関わりや支援が充実し、本人や家族の状態が良好になった
1. 3例以上ある：21.5%（354）　2. 1～2例ある：47.0%（774）
3.ない：27.9%（460）　4.認知症の視点や意思をあまり重視してきていない：1.7%（28）
無回答：1.9%（32）

3）　本人を支える資源やつながりが拡充し、地域での生活の継続が可能になった
1. 3例以上ある：11.8%（195）　2. 1～2例ある：29.9%（492）
3.ない：53.6%（884）　4.認知症の視点や意思をあまり重視してきていない：2.5%（42）
無回答：2.1%（35）

1，2と回答した方に伺います。
特に効果があった/印象に残るケース1例の概要をご紹介下さい。
＊個人情報を伏して、次ページの欄にご記入下さい。

本人を支える資源やつながりが拡充し、地域での生活の継続が可能になったケース

◆1．本人の性、年代、診断名など
◆2．当初の相談/相談支援の内容・ケースの状況
◆3．推進員の関わり/助言、取組の主な点
◆4．生じた変化
◆5．当初と比べて拡充した資源・連携状況
◆6．推進員の気づき・学び・感想など

Ⅴ．課題と今後について

7．あなたは以下について課題と感じていますか。（○は１つ）(n=1,648)

	1 とても感じている	2 感じている	3 あまり感じていない	4 全く感じていない	無回答
1. 推進員は業務量が多く、推進員としての活動に十分な時間が取れない	28.0	43.6	24.0	3.2	1.2
2. 行政担当者は業務量が多く、推進員事業に十分な時間が取れない	31.7	43.8	18.8	2.4	3.3
3. 推進員の所属機関における推進員活動に対する理解・協力が得られにくい	7.8	24.8	51.3	15.0	1.2
4. 認知症の人や家族のニーズが把握できていない。	9.7	52.5	35.3	1.5	0.9
5. 地域住民の認知症に対する理解・協力が得られにくい	9.5	58.4	30.2	1.0	0.8
6. 家族の認知症に対する理解・協力が得られにくい	7.8	66.2	24.4	0.6	1.0
7. 管轄の地区が広すぎる	14.3	30.0	48.1	6.3	1.2
8. 専門医療機関が近くにない	21.4	28.9	36.9	11.9	1.0
9. 認知症に関する専門人材が不足	22.5	49.3	24.6	2.5	1.1
10.	11. その他、課題と感じていることがあればご自由にご記入ください。				

8．推進員活動を進めていく上でのあなた自身の困難感はいかがですか。（○は１つ）(n=1,648)

1．非常にある：19.3%（318）　2．ある：31.9%（525）
3．どちらともいえない：39.6%（652）　4．あまりない：6.6%（108）
5．ない：0.7%（11）　無回答：2.1%（34）

1，２と回答した方に伺います。
困難と感じる具体的な理由をご記入ください。
（　　）

9．あなたの推進員活動に関するやりがいと今後の継続意識はいかがですか。（○は１つ）(n=1,648)

1）やりがいについて
1．非常にある：10.5%（173）　2．ある：45.8%（755）
3．どちらともいえない：37.9%（625）　4．あまりない：3.3%（55）
5．ない：1.7%（28）　無回答：0.7%（12）
上記の理由をご記入ください。
（　　）

2）今後も推進員活動を継続したいというお気持ちはありますか
1．非常にある：8.5%（140）　2．ある：47.3%（780）
3．どちらともいえない：37.1%（611）　4．あまりない：4.1%（68）
5．ない：1.9%（32）　無回答：1.0%（17）
上記の理由をご記入ください
（　　）

10. 推進員活動を推進していく上で、必要と思われることをお知らせ下さい。（○は１つ）

（n=1,648）

	1 とても 必要	2 必要	3 あまり必要でない	4 全く必要ない	無回答
1. 全国規模で行う推進員研修会（初任者、フォローアップ含む）	15.8	47.3	33.7	1.9	1.3
2. 都道府県規模で行う推進員研修会（初任者、フォローアップ含む）	35.2	58.4	4.7	0.5	1.2
3. 全国規模の推進員同士のネットワーク会議	11.0	43.7	41.8	1.9	1.6
4. 都道府県規模の推進員向けのネットワーク会議	28.3	61.3	8.7	0.4	1.3
5. 市区町村における推進員の配置の促進（複数配置にするなど）	33.6	52.9	11.3	0.7	1.5
6. 関係機関への推進員の役割や活動内容の PR	36.2	56.4	5.8	0.2	1.3
7. スーパーバイズが受けられる体制の整備	42.4	51.7	4.1	0.3	1.6
8. 市区町村担当者とのコミュニケーションの機会	43.8	50.9	3.5	0.6	1.2

11. その他、活動を継続/推進していく上で、あなたが日頃感じていることを自由にご記入下さい。

以上で質問は終了です。

ご多用の中、ご協力いただき、本当にありがとうございました。

参考資料　3

「認知症地域支援推進員の効果的な活動」報告会

事例報告者一覧

①	地域の声を反映させた「認知症ケアパス」をつくり、地域で活かす			
	北海道釧路市	福祉部介護高齢課高齢福祉担当	速水　陽	（行政）
②	推進員としての人づくり・ネットワークづくり ～ロバマスコットづくりを通じて～			
	福井県福井市	福井中央北包括支援センター	吉田　祐子	（委託）
③	一人暮らしで認知症の人を地域で支え続ける チームMのとりくみから			
	香川県綾川町	綾川町地域包括支援センター	増田　玲子	（直営）
④	オレンジカフェを通じた多職種連携支援の取組み			
	大分県中津市	中津市地域包括支援センターいずみの園	居倉　央実	（委託）
⑤	住民主体の徘徊模擬訓練を通じた認知症の普及啓発			
	大分県由布市	社会福祉協議会	太田　加奈子	（委託）
⑥	対象者に合わせた認知症サポーター養成とフォローアップ			
	鹿児島県霧島市	霧島市地域包括支援センター	福田　竜光	（委託）
⑦	地域住民が活躍！地域で見守り 矢巾わんわんパトロール隊			
	岩手県矢巾町	矢巾町地域包括支援センター	鱒沢　陽香	（委託）
⑧	地域で支えあうしくみづくり ～認知症サポーター・キャラバン・メイトのチカラ～			
	秋田県羽後町	羽後町地域包括支援センター	伊藤　和恵	（直営）
⑨	認知症サポーターが地域で活躍できる体制づくり ～行政(基幹型)と委託(地域型)包括の推進員の取り組み～			
	群馬県高崎市	福祉部長寿社会課地域包括支援担当	田中　和美	（行政）
⑩	キャラバン・メイトコアチーム活動の推進を通して ～連携からの出会いと広がり～			
	新潟県長岡市	長岡市高齢者基幹包括支援センター	河鰭　和美	（基幹）
⑪	認知症相談支援ガイドブック・ケアパス作成からネットワークづくりと居場所づくりへ展開			
	兵庫県加古川市	地域包括支援センターかこがわ西	宮藤　ゆかり	（委託）
⑫	たつの市認知症初期集中支援チームにおける認知症地域支援推進員の活動			
	兵庫県たつの市	健康福祉部地域包括支援課	糺　裕子	（直営）
⑬	豊後大野市における推進員としての医療との連携について			
	大分県豊後大野市	豊後大野市地域包括支援センター	杉山　新悟	（委託）

地域の声を反映させた「認知症ケアパス」をつくり、地域で活かす

北海道釧路市
福祉部　介護高齢課
速水　陽

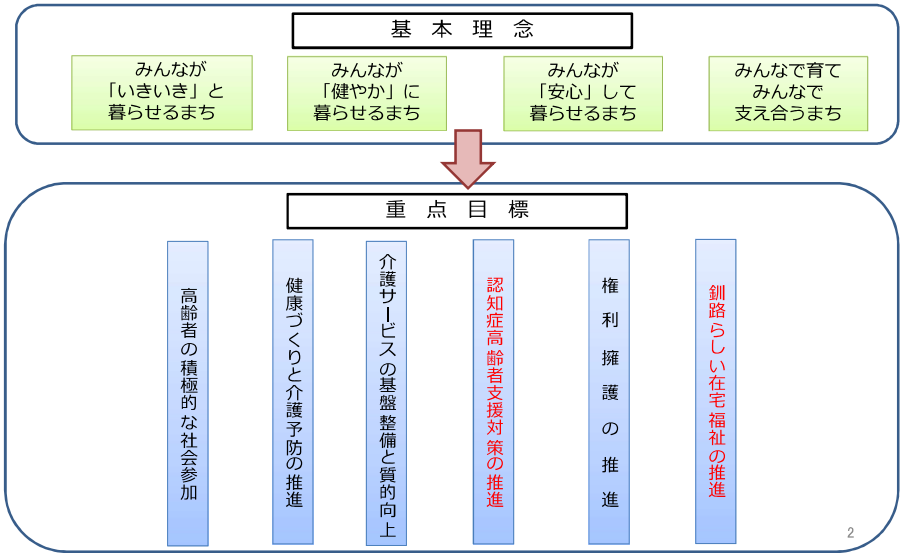
人口	173,719人	65歳以上人口	**54,200人**
高齢化率	31.09%	第6期介護保険費	60,600円（年額）
要介護認定者数	10,762人	要介護認定率	19.86%
日常生活圏域数	7	包括数	直営：2　委託：5
認知症地域支援推進員数：　7名（うち直営：2名、委託：5名）			

・北海道東部に位置し夏期平均気温が20℃で濃霧の日が多く、冬期は雪はあまり降らないが足元が凍る。
・炭鉱の閉山、200海里漁業水域の設定による漁業の衰退、製紙工場の縮小などにより人口流出が続き、1980年代には227,000人余りだった人口も大きく減少している。

1

釧路市における認知症施策（事業）の全体像

釧路市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画
（いきいき健やか安心プラン）



2

私の推進員活動の歩み①

➢ 各地域包括支援センター認知症地域支援推進員との毎月の会議
実際に地域に出て活動している推進員の生の声を聴く⇒
地域の現状、課題を正しく認識する。

釧路市全体の課題としての認識を共有し、活動に反映する。
・地域住民の認知症に対する正しい理解の不足
・介護従事者の対応力向上
・医療機関に対する認知症の正しい理解　　・・・など

＜目指したもの＞
・認知症に対する意識を変化させる
・地域住民による見守りネットワークの構築
・地域医療と介護の内容の伴った連携の構築　　・・・など

私の推進員活動の歩み②

対象	事業／取組み	連携機関	役割の分類
小・中学生とその 保護者	授業参観でのサポーター講座	学校教育課　小・中学校　キャラバンメイト　民生児童委員	啓発 対応力向上
釧路市西部地区・東部北地区住民	行方不明高齢者捜索模擬訓練	町内会・地区社協　民生児童委員　認知症介護指導者の会　キャラバンメイト　小規模多機能　介護者家族の会　保健所　警察署　社協	ネットワーク構築 啓発 対応力向上
CM・かかりつけ医	もの忘れ受診連携シートの作成	医師会　認知症サポート医　ＣＭ連絡会　保健所	相談体制構築 対応力向上
一般市民	ほっとけない！認知症（講演会）	著名人　介護者家族の会　認知症疾患医療センター　GH協会	啓発
医療関係者・介護従事者	釧路市つながり手帳（医療と介護の連携ツール）	医師会　医療機関　ＣＭ連絡会　居宅支援事業所　介護事業所	ネットワーク構築 対応力向上 相談体制構築
在宅サービス従事者	在宅サービス従事者のための認知症研修	ヘルパー連絡会　ＣＭ連絡会　各事業所　認知症疾患医療センター　警察署	対応力向上
地域で暮らす高齢者	釧路市高齢者安心ネットワーク	町内会　民生児童委員　近隣住民	ネットワーク構築
★一般住民・介護関係者★	認知症ケアパスの作成	町内会・地区社協　民生児童委員　ＣＭ連絡会　警察署　介護事業所　医師会	啓発

ケアパス作成に関する推進員活動の流れ①

平成26年度

- 4月　作成についての意思統一、今後のスケジュールの確認
- 5月　国保・ 北海道後期高齢者医療広域連合・介護保険担当・老人クラブ、介護予防、福祉サービス担当者・社協担当者に情報提供の依頼
- 6月　気づきシート・社会資源整理シートの作成開始
- 9月　認知症ケアパスの作成に係る内容協議、業務分担
- 12月　第6期介護保険事業計画への反映

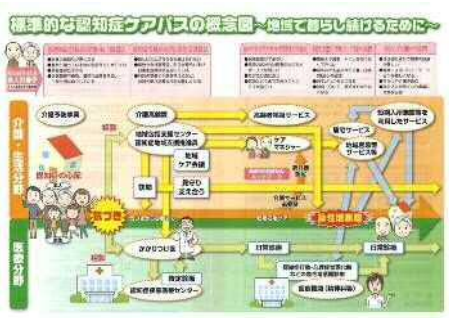
平成27年度

- 4月　内容最終確認・校正作業
- 5月　出来上がり・配付、活用方法について再確認
- 6月　民生委員正副会長（42名）への説明、配付
- 7月　新聞紙各社へ掲載依頼、広報紙へ掲載等で市民・関係者へ周知
- 8月　医師会、歯科医師会への説明後、各医療機関へ認知症地域支援推進員が説明配付
- 10月　イメージしたものとの違いがあったため、概要版を作成することに決定

ケアパス作成に関する推進員活動の流れ②

平成28年度

4月　概要版完成　市民や関係者への配布開始



活動上の工夫、心がけたこと

- 完成後のイメージを具体的に持ち、関係者間での共有を図る。（利用場所、対象者など）
- 関係者に対する説明を省略しないこと。（話の行き違いを防ぐ）
- 自分たちの意見をしっかり確実に伝える。（伝えた上で、お互いの妥協点を探る）
- 誰のためのものなのかを明確に意識する。（「使いやすさ」や「伝わりやすさ」を意識）
- 地域を引っ張っている人（役員とは限らない）に注目し、連携を図る

ケアパス作成の取組みに推進員が関わったことによる成果

- 地域の声を内容に反映させることができた
- 作成段階で完成後の利用法のイメージを持つことで、より有効な活用ができる
- 認知症に対するイメージが変化したことにより、近所に住む認知症の人に対する関わり方が変わった
- 見守り側としての意識の共有が図られた
- 提供される情報内容の変化（より詳細に）
- 地域住民の推進員活動や存在に対する理解度が上がった

推進員活動を通じた展開とつながりの拡大

- 在宅医療・介護連携に関する相談支援窓口の開設（市立釧路総合病院医療連携室）⇒医療機関の認知症に対するイメージの変化
- 地域住民や介護関係者等へ、実際の取組み実績を用いた活動の説明。
- 関係機関との連携の構築（警察、コンビニ、理美容など）

より具体的なイメージをしっかり伝えることにより、
協働した後の状況を理解してもらうことが重要！！

一緒に考え、形にしていく！

今後の取組み（予定）やさらに強化したい点

- 幅広い世代に対する認知症に関する啓発活動（サポーター養成講座や講演会など）
- 若年性認知症の方への支援（正確な実態把握）
- 家族会との連携
- 捜索模擬訓練などを通した地域住民との連携

自分たちの暮らす町がどのような形になってほしいか、高齢者や私たちが安心して住み続けることを常に念頭に置くことが非常に重要です。
全国各地に様々な取組みを行っている仲間がいます！！！

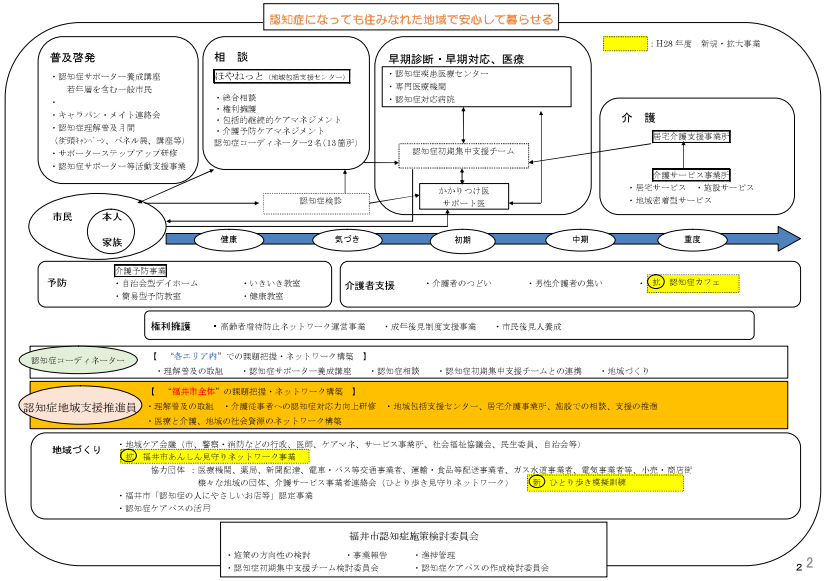
推進員としての人づくり・ネットワークづくり
～ロバマスコットづくりを通じて～

福井県福井市
福井中央北包括支援センター（委託）
吉田祐子（社会福祉士）

＜自治体の基礎情報＞

人口	265.521人	65歳以上人口	73.018人
高齢化率	27.5%	第6期介護保険費	（年）73.200円
要介護認定者数	13.038人	要介護認定率	17.9%
日常生活圏域数	13	包括数	直営：0　委託：13
認知症地域支援推進員数：1名（うち行政：0名、直営：0名、委託：1名）			
地域の特徴：福井県北部の県庁所在地、総面積の半分を山林が占め、山と海に囲まれている。年間を通じて降水量が多く、冬季には積雪があるが最近は暖冬で積雪も少ない。市内中心部は、高齢者のみの世帯や単身世帯も多い。郊外では高齢化率が４０%を超える地区もある。交通インフラ整備は十分ではなく、移動手段は車にたよることが多い。			

福井市の認知症施策



私の推進員活動の歩み①

■**包括に配置されている認知症コーディネーターへの聞き取り**
- コーディネーターとして何を役割としてよいかわからない
- 認知症の相談対応だけをすればいいの？
- まずは普及啓発から取り組むとよいかなと感じている

■**キャラバンメイトへの聞き取り**
- 認知症の正しい理解のためには、子供の頃からサポーター養成講座を受けてもらうのはとても大切だと感じている
- 子供向けの講座は内容や、開催の場を持つこと自体がなかなか難しい

■**介護サービス事業所の実態把握**
- 前任の推進員が、事業所向けの研修会を企画していたが、引継ぎ後に研修内容として求められていることの把握自体が難しかった
- 事業所は数も多くあり、質にもばらつきがある

＜目指したもの＞
推進員として**普及啓発を軸**に、それぞれの立場でできることをつなげていくことを大事にしたい⇒**人づくりとそのネットワークづくり**

私の推進員活動の歩み②

対象	事業／取組み	連携機関	役割の分類
包括（認知症コーディネーター）	認知症コーディネーター養成研修	市	相談体制構築 ネットワーク構築 対応力向上
介護サービス事業所職員、ケアマネ	研修会（認知症ケア、介護者支援）	市、市事業所連絡会	ネットワーク構築 対応力向上 相談体制構築 介護者支援
男性介護者	男性介護者のつどい	市、包括（認知症コーディネーター）、講座開催時の協力（介護サービス事業所、心理士、介護福祉士会、医師、認知症認定看護師、消防署、税務署、他の家族会など）	ネットワーク構築 対応力向上 介護者支援
一般市民	認知症理解普及月間（講演会・街頭キャンペーンなど）	市、包括、介護サービス事業所、キャラバンメイト、ボランティア、ショッピングセンター、警察、図書館、	啓発 ネットワーク構築
認知症サポーター養成講座受講の小中学生	★ロバマスコットづくりと配布	市、包括（認知症コーディネーター）、認知症サポーター、ボランティアセンター、市社協サロン、よろず茶屋、デイホーム、介護事業所、認知症カフェなど	啓発 ネットワーク構築
介護サービス事業所職員、ケアマネ、医療機関	若年性認知症の方への支援体制づくり	市、専門医療機関、介護事業所、その他関連機関、	対応力向上 ネットワーク構築
A地区住民	ひとり歩き模擬訓練	市、社協（市、地区）、民生委員、福祉委員、公民館、自治会役員関係者、介護事業所、地域のかかりつけ医、警察、	対応力向上 啓発 ネットワーク構築

★ロバ隊長マスコットづくりを活かした人づくり・ネットワークづくりに関する推進員活動の流れ①

●平成２５年

次年度から福井市として認知症サポーター養成講座を**小中学生**を対象に重点的に開催することに向けて、講座の工夫点や伝え方や全国の先進地の取組などを調べていた

●平成２６年４月

オレンジリングのほかに、子供たちには**ロバ隊長のシャーペン**を配布しよう！⇒小学校ではシャーペンはあまり喜ばれなかった…

●平成２６年６月

チラシ『**ロバ隊長マスコット製作しませんか？**』作成
福井市介護サービス事業者連絡会総会にて、製作キットを事業所スタッフへ手渡した
⇒出向いて**出来上がったマスコット**を受け取り、声をきいた
認知症のある女性が熱心につくる姿をみて
「できないと思い込んでいたけれど、たくさん**できることがある**ことに気付いた」

★ロバ隊長マスコットづくりを活かした人づくり・ネットワークづくりに関する推進員活動の流れ②

●平成２６年 夏以降

認知症サポーター講座を受講した小中学生に配布開始！
「**ロバ隊長**は認知症のことを理解する取組みをゆっくりと**一歩ずつ着実**に広めていくよ」

●平成２６年９月

介護サービス事業所が、ロバを楽しんでいきいきとつくる高齢者の姿を、**認知症理解普及月間**に**パネル展示**
いろんな人が製作できるように広げた
➡現在までに**総数２５００個**

●平成２７年３月

市内ではじめて**徘徊模擬訓練**を開催し参加者への**お礼の品**として配布　⇒以降、市内各地での訓練開催時に配布
➡**包括ごとの取組み**へ

活動上の工夫、心がけたこと

- 私自身が**やってみたいな**と思うこと、楽しんでできることから
- まずは**自分が顔のみえる関係**でつながりのある人、機関から少しずつ取組み、ネットワークづくりを常に意識した
- 実際にマスコットを作った人が、**直接子供たちに手渡し**をできるような場面を意識して設けた
- マスコットづくりを機に、事業所へ出向き、**ケアの質**や**事業所の様子**を把握した
- 事業所との連携の際には、包括の**認知症コーディネーターを巻き込む**、つなぐことを意識した
- **マスコットづくりをツール**として認知症の**理解が深まる**ようにした
- **いろんな人**のできることを**つないで届けていく**ことを大切にした

ロバ隊長マスコットづくりを活かした推進員の活動の成果

- 子供たちが「認知症のこと」「お年寄りに優しくする手助けをすること」をロバ隊長をみて思い出している
- 一つ一つ個性のある手作りのロバをみて、子供たちが「いろんな人がいるね」認知症のある人をありのままに受け止める声がきかれている

➡いろんな立場の人がロバづくりを通じて、認知症の人や家族を想う**機会が増えた**
➡親しみやすいロバのキャラクターをきっかけに、いろんな普及啓発の**アイデア**がでて、**取り組みが広がった**
➡包括の認知症コーデイネーターの働きかけで、エリアごとの**ネットワークづくり**が広がった

推進員活動を通じた展開とつながりの拡大

- ロバマスコットづくりを**市ボランティアセンター**がホームページに掲載したことで、**認知症に特に関心がなかった人にも**理解普及のきっかけとなった
- 包括がマスコットづくりを引継ぎ、**エリアごと**に普及啓発を楽しんで取組み**ネットワークづくり**のきっかけとなった
- マスコットづくりをツールに介護サービス事業所が地域とつながり**地域住民や地域づくりを意識**するきっかけとなった

  ➡事業所を訪れた**子供たちに**ロバや

  その他のマスコットをプレゼントした

  ➡事業所内で**ロバマスコットのつくり方教室**を

  ボランティア向けに開催、**事業所を拠点**とした

今後の取組みやさらに強化したい点

- 推進員として、マスコットづくりでできたネットワークや、人づくりの視点を他の事業の展開の際にも活かすこと
  ➡若年性認知症の普及啓発、認知症サポーターの活用支援
- 包括のコーディネーターが、マスコットづくり等で実践したネットワークや人づくりのポイントがわかり、主体的にエリアごとでの他の課題への活動ができるように協働、支援すること
  ➡介護者支援

全国の推進員さんへのメッセージ

「できることから、無理をせず、いろんな人に出会って、それぞれのできることを知って、つなげて、認知症の人や家族の人と一緒に・・・将来、自分自身も暮らしやすい地域のために、国の目指す方向のもとに、今していることが、どこにつながっているのかを忘れず、意識しながらゆっくりとゆっくりと、一歩ずつ積み上げていきましょう！」

一人暮らしで認知症の人を地域で支え続ける チームMのとりくみから

ayagawa

うどん県（香川県）綾川町
所属　綾川町地域包括支援センター（直営）
社会福祉士　認知症地域支援推進員　増田　玲子

＜自治体の基礎情報＞

人口	２４，５８６人	65歳以上人口	８，１８７人
高齢化率	３３．３％	第6期介護保険費	基準額6300円
要介護認定者数	１，７７７人	要介護認定率	２１．７％
日常生活圏域数	1圏域	包括数	直営：1箇所
認知症地域支援推進員数：４名（うち行政：１名、直営：3名）			

地域の特徴：綾川町は、香川県のほぼ中央に位置し、総面積109.75平方キロメートル、人口約25,000人の町です。
町の南部には山林が広がり、北部は小山に囲まれた起伏の多い丘陵地で形成されています。町名の由来ともなった清流綾川は、両東部の山中に源を発し、水と緑の豊かな美しい自然が広がっています。

町木：梅
菅原道真公ゆかりの滝宮天満宮の飛び梅

綾川町健康福祉課
地域包括支援センター職員一同

綾川町における認知症施策の全体像

- 将来像：**いきいきと　笑顔あふれる　定住のまち　あやがわ**（第1次総合振興計画）
- 基本理念：**安らぎを感じ、いきいきと暮らすまち**（綾川町高齢者保健福祉計画・第６期介護保険事業計画）

綾川町認知症**ケアパス**概念図

施策・事業/計画等の名称

①認知症ケアパスの作成・普及
→平成２７年９月全戸配布

②認知症予防と認知症相談の実施
→平成２７年１月開始

③認知症初期集中支援チームの設置
→平成２９年度設置

④認知症地域支援推進員の配置
→４名

⑤認知症サポーターの養成
→約１３００名（製薬会社、スーパー、中学校など）
（介護予防サポーター：４１１名活動率約５０％）

⑥地域での認知症地域支援の推進
→脳の元気教室、介護予防サポーター活動、まちかどほっと歓事業

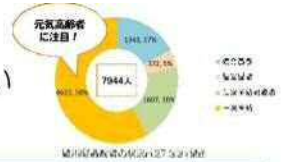
⑦認知症高齢者の認知症ケアの質の向上
→研修会、認知症症例検討会：３ヶ月に１度年４回開催（地区医師会と共同）

⑧認知症カフェ事業の実施検討
→いきいきサロン、いきがいデイサービス、本人ミーティングなどへの参加促進

私の推進員活動の歩み①

認知症地域支援に関する町の課題
〇認知症に関する理解不足
〇閉鎖的
〇関係ない…という意識
　・予防には熱心だが、自分と認知症の人とを線引きしてしまう・・・
　・介護保険利用すると違う人という見方
〇介護保険を利用すると、つながりがきれる
〇サービスを利用していても、本人がいい姿ではない

認知症に関する研修会、講演会でのアンケートで「ああはなりたくない。認知症は怖い・・・」という声が多く見られた。



〇制度・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
〇高齢化というけれど、元気な人もいる。この人たちが理解を高めてくれれば素晴らしい力になる！

綾川町で暮らす様々な人たちを大切に、一人ひとりの意識、力を引き出す、活かす

ぜひ、地域の**住民の力**も活用して、**一緒にまちづくり**を目指そう！

私の推進員活動の歩み②

H29.2月末現在

住民力
・Ｈ１８～介護予防サポーター養成まなびあい講座　411名
・Ｈ１９～介護予防サポーター活動

活動支援
・Ｈ２４～介護支援ボランティア　272名
・ポイント制の拡大

体制作り
・Ｈ２５～まちかどほっと歓事業
・協力員　265名
・徘徊高齢者ほっと歓メール配信　309名

サポーターを核として住民力・地域力の充実に向けた流れ

今、認知症地域支援推進員として取り組んでいること

１．初期把握
認知症の理解、気づきのスコア化→初期把握シートを医師会と作成
２．初期段階の方の受け皿の拡大
脳の元気教室、サロンの立ち上げサポート、生きがいデイへの参加を後押し、家族の会等の情報提供、本人ミーティング
３．個別のケースへの丁寧な対応
★本人・家族・ケアマネへの寄り添い、介護保険サービスと地域の連携、地域ケア個別会議の開催・参加、多職種症例検討会の定期開催(医師会と共同)
４．認知症サポーター養成講座の開催

★今回紹介する事業

★個別事例対応における推進員活動の流れ①

Mさん　一人暮らし　60才代　女性　若年性アルツハイマー　要介護2　元特養職員

「息子がお金を盗った！！」「死ねというのか！」（本人）

・息子さん（県外）、兄（近所）、友人（サポーター）に朝夕問わず何十回と電話攻撃。駐在所、役場に「お金を盗られた。死にます。」という内容の頻回な電話（遺書も書いている。）
・兄、息子が心身ともに疲れ、倒れそうになる。本人を入院させて欲しい。
・「出口の見えない入院はどうなのかな？もう一度地域で話し合ってください。」（疾患センター医師）
・**★チームM誕生！：**第1回地域ケア個別会議開催：息子さん、兄、医療疾患センターDr.診療所Dr.民生委員、駐在所、サポーター、役場、ケアマネ、包括参加。
・ヘルパー、訪問診療、サポーターや民生委員による声かけ、見守り
・月１回程度会議、センター方式記入など。週間プランをみんなで共有。

推進員として、自宅で暮らしはもう無理だ、という周囲の不安や揺らぎに寄り添いながら、継続的連携調整を図ることにより

・「早く施設に放り込んで！」と言っていた近所の人が、「どのように声かけすればいいですか？」と包括に相談に来るようになった。
・ケアプランを共有しているので、ヘルパー訪問の時間帯に本人が友人宅を訪れていたとしても、「今、うちに来ているからヘルパーさんが心配しているかもしれないから伝えておいて」と包括に電話をしてくるようになった。
・「本人から『お金がないので、今、死にます。』という電話があったけど、話を聞いて、包括の人に言っておきます。というと、『ありがとうございます。よろしくお願いします』といって穏やかに電話を切った。」と包括に伝えてくる若い役場職員・・・チームMで支えよう！！

地域ケア個別会議

★個別事例対応に関する推進員活動の流れ②

活動上の工夫、心がけたこと

揺らぎを支える

- 本人・家族・サポーター・民生委員・医師・ケアマネ・ヘルパー・デイサービス職員・役場職員などの話(不安や出来事、心情）を**聴くことに心がけ、否定せず**にまず受け止めた。
- その中でちょっとしたこと、良かったこと、うまくいったことを拾い、そのことをチームで共有できるように心がけた。そのために**情報を包括に集中**するようにお願いした。(ちょっとしたことや気になったこと、何でもいいので包括にいうてくださいね。）
- そしてケアマネには真っ先に伝え、常に一緒に相談してきた。
- 「これはすごい！」と思われる**極上の対応はみんなで共有**し、対応力向上のヒントとして活かす。
- ヘルパーさん、民生委員さん、サポーターさん(友人）にお願いして「**センター方式**Ｄ－４シート」に訪問時の様子を記録してもらった。そうすると、本人の状態の悪いときだけに注目する事が減り、良いときの言葉や表情、出来事など、いきいきとした本人の実態が見えてきた。**記録することにより言語化**でき、より本人の視点を大切にする関わりができるようになってきた。
- 意識的に**「チーム」**という言葉を使い、みんなでＭさんに関わっているという意識づけをした。

チームMに推進員が関わったことによる成果

- **チームで関わると一人暮らしの認知症の人も安心してその人らしく暮らせることを住民も専門職も実感。**チーム全体が、**本人をありのままにとらえ、本人の視点で見つめる**温かいまなざしに変化してきた。
- **サポーターが核となり、Mさんに関わる姿**を見て、当初、否定的だった近所の人もＭさんを競って見守り、「私が見よるから、あんたは見守らんでもええわ！」（嬉しい悲鳴？）ショートステイを利用するときは近所の人にケアマネが伝えておかないと夜、電気がつかないといって大騒ぎになる。それくらい**みんながMさんのことを思っている。**
- 役場職員も認知症の人への対応の大切さを自覚し、平成２８年度には役場職員ほぼ**全課全員が認知症サポーター養成講座を受講**した。
- **認知症疾患医療センター医師とかかりつけ医(診療所）がうまく連携**できた。ＡＤＬが自立していても通院に繋がりにくい場合、**訪問診療に切り替え**、医師も生活環境を把握しながら、診療を行うことは本人も安心し、顔なじみとなりよかった。
- 認知症ケアにおける**ヘルパーの役割の重要性をあらためて確認**できた。特に一人暮らしの認知症の人の場合、朝のヘルパー訪問は「おはよう。」の声かけで夜の孤独を癒し、食生活をはじめとする規則正しい生活の一日の出発点の要となった。
- チーム結成から３年半が過ぎようとしている。Ｍさんは今でも**穏やかに在宅生活を継続**している。被害的な言動はほとんど見られず、やさしいもともとのＭさんの姿に戻っている。
- **サービス担当者会議でのMさんと息子さんの会話から：**本人は顔色よく表情穏やか。よく笑う。
- 息子さんが習字道具を買って持って来てくれた。習字の話、花作りの話、かぼチャンの話など話が弾む。（Ｍさんは習字や絵画が得意。）息子さんが小さいころ、Ｍさんに宿題の絵を描いてもらったエピソード。「下手に描いて」と頼んでいたのに先生にばれてしまった話。「うますぎたんやな。」といって本当におかしそうに笑った。息子さんも笑った。
- うつむいて顔を上げる度、息子さんが帰ってきていることに初めて
- 気づいたように「どうしたん？なんで帰ってきてるん？」とうれしそうに繰り返すＭさん。

推進員活動を通じた展開とつながりの拡大

今後の取組みやさらに強化したい点

- 本人視点を大切に本人の声をさまざまな形で地域に伝えることにより、早期診断・早期前向きという考え方が町全体に行き渡ることを目指す。
- いわゆる空白の時間をできるだけ短くできるようにさまざまな場作りを模索する。
- 情報共有･地域と多職種の連携で認知症の人のそのひとらしい生活を創っていけるよう支援する。

- 明日（tomorrow)もっと　　にっこり

全国の推進員さんへのメッセージ

一つ一つの事例を丁寧に。そこから次が見えてきます。
支えあい伝えあいのネットワークをみんなで一緒に作っていきましょう。

オレンジカフェを通じた多職種連携支援の取組み

大分県中津市　　所属　**中津市地域包括支援センターいずみの園（委託）**

＜自治体の基礎情報＞　　名前　**居倉 央実**　（職種）**認知症地域支援推進員**

人口　H29.1.31現在	**84,839人**	65歳以上人口	**24,467人**
高齢化率	**28.8％**	第6期介護保険費	**月額　5,000円**
要介護認定者数	**4,438人**	要介護認定率	**18.2%**
日常生活圏域数	**2**	包括数	委託のみ：**5**
認知症地域支援推進員数：**2** 名（委託：**2** 名）			
地域の特徴：**平成18年の市町村合併により、旧中津と郡部4村（三光、本耶馬渓、耶馬渓、山国）が合併して、現在の中津市となっている。大分県北部に位置し、福岡県の県境にある。各地区の高齢化率について、旧市内26.3%、三光地区32.9%、本耶馬渓地区43.2%、耶馬渓地区45.3%、山国地区48.5%。**			

中津市における
認知症施策推進事業の全体像

「地域」づくりと「人」づくりを中心とした認知症連携支援

『認知症支援をキーワードにした地域の各種資源が有機的に連携できるネットワークをつくる』

中津市の認知症施策の推進について

1）**認知症ネットワーク研究会**
2）**認知症サポーター養成講座**
3）家族支援プログラム
4）**認知症地域支援推進員の配置（オレンジカフェ、徘徊模擬訓練、多職種協働研修会等）**
5）認知症初期集中支援チームの設置
6）**中津市徘徊高齢者等ＳＯＳネットワークの構築**
7）**医療と介護の連携強化（医療・介護サービスによる認知症対応力の向上）**

◆認知症の早期発見と適切な支援の結びつき
◆認知症の人やその家族を支援する地域での居場所作り等

『中津市第６期介護保険事業計画及び高齢者福祉計画（平成27年3月施行）』より一部抜粋

2

私の推進員活動の歩み①

＜取組み当初に行った実態把握の方法と見えてきた課題＞

①認知症地域支援推進員の事業・活動の見える化と周知
➢平成25年のはじまった時点では、大分県の推進員は3名。市内の専門職や地域住民に職種を知ってもらうため、パンフレットの作成とともに医療機関や介護関係事業所へ地道に説明。

②「中津市認知症ケアパス作成のための市民ニーズ調査」の実施
➢65歳以上被保険者1,000人（要支援1・2、要介護1・2、認定のない一般高齢者）を対象に調査を実施。
➢認知症に対する将来を不安に思う、早期発見や治療の必要性は感じているも「いつ」「どこに」、「どのように」相談方法や適切な相談窓口を知らない。
➢回答者の多くは、「オレンジドクター」を知らない。
➢認知症になったら、かかりつけ医に相談したいと思われているも、現状は、かかりつけ医との連携体制が不十分。

③認知症の人の住まいに関する実態把握調査の実施
➢自宅と介護保険施設（特養や老健、グループホーム）以外の住まいについて、認知症になっても安心して生活できる環境か実態把握を行う。
➢市内20事業所（住宅型有料老人ホーム、支援ハウス、支援ホーム、養護老人ホーム、サービス付き高齢者住宅、軽費老人ホーム）を対象に、「認知症の方の受け入れに関するヒヤリング調査」を実施。内容は、認知症のある方の受入れ状況、認知症のある方への対応や工夫、入居困難なＢＰＳＤ等。
➢「施設体制上対応が困難のため退居」「職員の対応力不足」等の回答。

※「大分オレンジドクター」
地域のかかりつけ医、認知症の患者を専門医や認知症サポート医へつなぐ先生

＜目指したもの＞
認知症についての正しい理解者がまだまだ足りない！！
⇒認知症の理解者や支援者を増やしたい。

3

私の推進員活動の歩み②

対象	事業／取組み	連携機関	役割の分類
医療関係者 介護関係事業者	中津市認知症ネットワーク研究会活動 （講演会・見える事例検討会の開催）	医師会　認知症サポート医・オレンジドクター 行政　市内包括　認知症地域支援推進員　初期集中支援チーム員　居宅介護支援事業所	ネットワーク構築 対応力向上 相談体制構築 啓発
★ 認知症の方や その家族、地域住民	①オレンジカフェ　　月１回開催 （認知症カフェ） ②オレンジフェフォーラムの開催 ③認知症カフェ連絡会	認知症サポート医　市内包括 居宅介護支援事業所　認知症介護家族 サポーター養成講座	ネットワーク構築 相談体制構築 啓発 対応力向上
上如水地区住民	徘徊模擬訓練	自治会　民生委員・自治員 地元高校（看護学生・ボランティア部学生等） 子供会　キャラバンメイト　介護事業所 認知症サポート医　消防署・消防団　警察署 報道機関　地元ラジオ局	ネットワーク構築 啓発 対応力向上
小学生と その 保護者	授業参観（人権学習等）でのサポーター養成講座	小学校　キャラバンメイト	啓発 対応力向上
若い世代も含めた 関心のない住民	地元高校生とのコラボ企画 「認知症予防の食事について知ろう！」	高校生（東高校マーケティング部） 中津市認知症ネットワーク研究会メンバー 地域サロン	啓発 ネットワーク構築 対応力向上
認知症に関心のある住民、 医療・介護関係者	勉強会 ①認知症支援における権利擁護研修会 （三田治美氏　ＮＰＯ法人トータルライフサポート　理事長） ②認知症の人とかの家族の思いを学ぶ研修会 （藤川 幸之助氏（詩人・児童文学作家） ③デンマークの認知症施策を学ぶ講演会 （ビアギット・ヴーロン氏、ミアヤム・ビアギット・ゲーテ氏）	市報の掲載と広報　医師会 薬剤師会　認知症サポート医・オレンジドクター　包括　ＣＭ協議会 ＧＨ連絡会　市内居宅介護支援事業所等	対応力向上 ネットワーク構築
認知症ケアに携わる専 門職すべて （医療・介護関係者）	①認知症ライフサポート研修会 ②認知症コーディネーター養成研修	医師会　薬剤師会　認知症サポート医・オレンジドクター　包括　ＣＭ協議会 ＧＨ連絡会　市内居宅介護支援事業所等	対応力向上 ネットワーク構築

★今回紹介する事業

4

★オレンジカフェに関する推進員活動の流れ①

【中津市オレンジカフェの現在までの経過】

平成26年1月　京都市・今出川「オレンジカフェ今出川」にて実習。
平成26年2月　①「オレンジカフェなかつ」（旧中津）を開設。
認知症サポート医と協議を重ね、**オレンジカフェの目的**を設定。
認知症があっても、在宅でいまの生活を続けたい思いをサポートしたい！
認知症の人の生活を途切れさせない（介護と医療の連携）
⇒「認知症の入り口問題」への介入や解決

協力を仰いだ連携機関
・クリニック（開設場所）
・認知症サポート医
・市内包括
・市内居宅介護支援事業所
・中津市認知症ネットワーク研究会メンバー
・認知症の家族会　など

平成26年3月　②「オレンジカフェつきのき」（山国地区）
オレンジドクターへ協力依頼のため事業説明を行う。
初回開催に向けて、医師、担当地区包括等、話合いを行い開設。
オレンジカフェの機能を明確にする。
①個別の相談支援（本人・家族）⇒医療や介護のアクセスなど
②生きがい支援（本人）
③家族同士の相談の場（ピアサポート）
④地域住民の集まる場（限界集落）
⑤共生社会（子どもと高齢者の交流）

協力を仰いだ連携機関
・交流センター（開設場所）
・大分オレンジドクター
・担当地区包括
・中津市認知症ネットワーク研究会メンバー
・市内居宅介護支援事業所
・地域のボランティア　など

平成26年3月　③「オレンジカフェほんやばけい」（本耶馬渓地区）開設。
平成26年5月　④「オレンジカフェやまうつり」（耶馬渓地区）開設。
平成26年7月　⑤「オレンジカフェやまくに」（山国地区）開設。

5

★オレンジカフェに関する推進員活動の流れ②

平成26年11月　**『オレンジカフェフォーラムinなかつ』開催。**
プログラム内容
○基調講演：「オレンジカフェ今出川」の実践について
　同志社大学社会学部社会福祉学科　教授 山田裕子氏、
　オレンジカフェ今出川 コーディネーター（現・ＮＰＯ法人オレンジコモンズ）青木景子氏
○大分県内のカフェ実践事例
　由布市・中津市のオレンジカフェについて

平成26年12月　⑥「オレンジカフェ三光」（三光地区）開設。
平成27年4月　⑦本耶馬渓地区に2ヶ所目のオレンジカフェ開設。
平成28年1月　⑧旧中津に2ヶ所目のオレンジカフェ開設。
平成28年3月　**第１回中津市認知症カフェ連絡会を開催。**
プログラム内容
○8ヶ所のオレンジカフェ関係者を対象に実施。グループワークにて、各カフェの現状紹介、ＫＪ法をつかって、運営面や来客者に関する気づき等、意見交換を行う課題整理を行う。

※現在、市内８ヶ所のオレンジカフェが開設。

協力を仰いだ連携機関
・オレンジカフェの協力医
・包括
・中津市認知症ネットワーク研究会メンバー
・市内居宅介護支援事業所
・地域ボランティア
・民生委員　など

まず、オレンジカフェの定期開催を継続する
→
事業展開する中でカフェ関係者が目標や方向性を再確認する機会をもち、課題解決を行う
→
カフェの継続や運営方法など、オレンジカフェの定着化に向けて

6

活動上の工夫、心がけたこと

・オレンジカフェの普及啓発。
・**スタッフミーティングの実施（開店前、閉店後）**
・気軽に参加いただくカフェではあるが、事前に参加の連絡調整。
・行政とのタイアップのため、参加者の保険への加入。
・スペースと来所される方の居心地を考えた参加者の調整。（毎回だいたい10～12名程）
・話をしやすいような工夫。例えば、本人や家族がそれぞれでもじっくり話を聴けるようなセッティングと配慮。

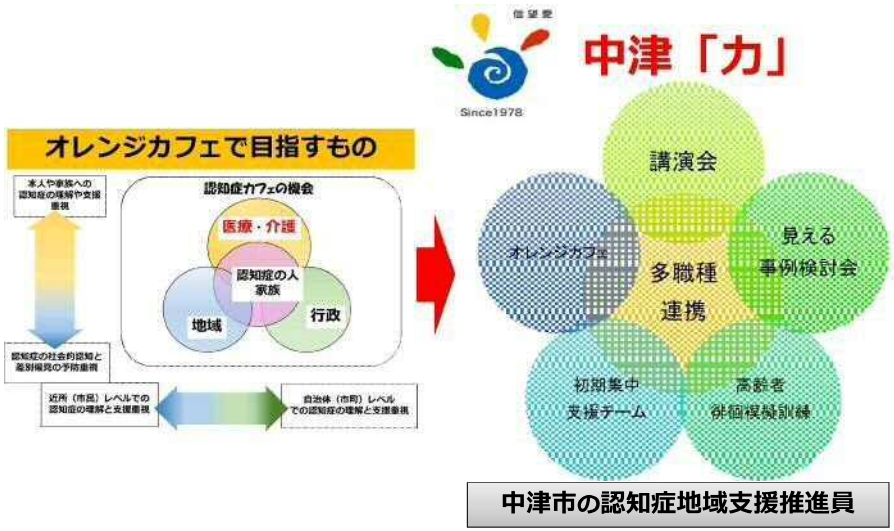
7

オレンジカフェの事業・取組みに推進員が関わったことによる成果

- 認知症について、本人、家族、認知症を疑う住民などが早期に相談できる機会ができた。
- カフェを利用することをきっかけに、デイサービスの利用や、社会的な交流機会をもつきっかけができた。
- 推進員が中心となるカフェ運営について、参加者の情報集約を行い、必要な人や社会資源へ繋ぐきっかけを提案できること。
- カフェスタッフの認知症対応力向上。「医師からの助言」は、本人や家族だけでなく、カフェスタッフが学びを深めることができた。

8

推進員活動を通じた展開とつながりの拡大



中津市の認知症地域支援推進員

今後の取組み（予定）やさらに強化したい点

オレンジカフェ）早期に誰でもがアクセスできる

⇒カフェ来店サポート、ツールの検討

認知症の知識や生活支援に必要な社会資源

⇒ニーズに応じて対応できるスタッフの育成

地域づくりのしくみをつくる(専門職に加えて…)

⇒認知症サポーターの事業との連動した取組み

全国の推進員さんへのメッセージ

自分自身の「将来のために」を考えて事業にかかわることと、
地域づくりをあきらめず楽しんでやっていくことが大切だと思います。
大変なことも多い職種ですが、一緒に邁進できると幸いです＾＾

住民主体の徘徊模擬訓練を通じた認知症の普及啓発

大分県由布市
由布市社会福祉協議会　太田　加奈子

＜由布市の基礎情報＞

人口	35,069人	65歳以上人口	11,214人
高齢化率	31.9%	第6期介護保険料	5,990円
要介護認定者数	15,452世帯	要介護認定率	20.4%
日常生活圏域数	3	包括数	委託：１ヶ所
認知症地域支援推進員数：　１名（委託：１名）			

地域の特徴：
大分県の中心部に位置し、平成17年に以下の3町合併により誕生。
・県庁所在地の大分市に隣接し、人口増加が著しい挾間町
・農業と伝統芸能神楽が盛んで、高齢化がとまらない庄内町
・全国有数の観光地として、国内外から注目を集める湯布院町
雄大な自然と受け継がれる歴史と文化の街

由布市の認知症施策（事業）の全体像

全体方針　認知症の人及びその家族が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる

27年度　認知症の人を支える輪を広げる

28年度　認知症の人を支える関係者・関係機関の連携強化

29年度　自発的な取り組みができるような人・機関が増える

由布市健康増進課
- 認知症総合推進事業
  （認知症地域支援推進員の設置、
  認知症初期集中支援事業）
- オレンジカフェの推進
- 認知症ケアパスの確立

由布市福祉課
- 由布市あんしんネット
- 認知症キャラバン・サポーター
- 認知症コーディネーター

由布物忘れネットワーク
- オレンジネットワーク推進会議
- 物忘れネットワーク研修会
- 由布市徘徊模擬訓練
- RUN伴

その他社会資源
- 認知症の人と家族の会
- オレンジカフェ　由布（健寿荘）
- 地域の熱心な団体・住民

スタート 由布市の認知症ネットワークの歩み

かかりつけ医が認知症を正しく診断できるように、独自でオレンジドクター制度を取り入れる。

⇩

多職種で認知症について考える由布物忘れネットワーク研修会を開催

⇩

事業所の枠を越えて地域活動を行なう認知症コーディネーターを養成

由布物忘れネットワークの活動組織

代　表	地元医師会の地域保健部会医師
事務局機能	認知症地域支援推進員
活　動	年４回、多職種連携の研修会を開催

由布オレンジネットワーク推進会議

医師、大学教員、由布市行政、中部保健所長、地域包括支援センター、老施協会長、認知症看護認定看護師、医療職、介護職、認知症地域支援推進員など15名程度で構成

アイデア満載、笑い満載の会議

① 由布物忘れネットワーク研修会の企画・調整
② 認知症コーディネーター育成研修の企画・運営
③ 徘徊模擬訓練の企画・運営
④ 由布市あんしんネットの構築に向けた検討

由布市の認知症ネットワークの歩み②

医師会主導で立ち上がったネットワークに、市が支援する形で、認知症地域支援推進員を委託配置

メリット：今までのネットワークの流れがわかっており、活動を当初から行いやすい。
デメリット：事業主体が曖昧になりがちであり、調整に時間を要することがある。

対象	事業／取組み	連携機関	役割の分類
医療・介護保険事業関係者	由布物忘れネットワーク研修会	地元医師会、由布ｵﾚﾝｼﾞﾈｯﾄﾜｰｸ推進会議、市役所、保健所、介護保険事業所	多職種連携 対応力向上
由布市住民	認知症ケアパス作成	市役所、保健所、老人クラブ、地域包括支援センター、介護支援専門員協会、	啓発 相談体制構築
認知症の人とその家族 地域の人々	オレンジカフェの開催	認知症の人と家族の会、 民間カフェ（場所の提供）	啓発、当事者支援 相談支援
行方不明の恐れのある人 協力機関	由布市あんしんネット	警察、医療機関、介護保険事業所、ケアマネ協会、民生委員、商店等	ネットワーク構築、 当事者支援
由布市内の 小中学生	学校教育機関における認知症サポーター養成	教育委員会、小・中学校、キャラバンメイト	啓発
庄内原住民	★由布市徘徊模擬訓練	地元医師会、市役所（防災安全課、地域振興課）、教育委員会、商工会、由布ｵﾚﾝｼﾞﾈｯﾄﾜｰｸ推進会議	啓発、 ネットワーク構築
認知症に理解があり、普及啓発の意欲のある人	由布RUN伴	地元医師会、由布ｵﾚﾝｼﾞﾈｯﾄﾜｰｸ推進会議、市役所、地元ラジオ局、認知症の人と家族の会、介護保険事業所、自治委員等	啓発、当事者支援

★今回紹介する事業

徘徊模擬訓練の流れと推進員活動①

１）企画・運営

由布オレンジネットワーク推進会議・由布市・由布市社会福祉協議会の三者で開催

２）目的と特徴

平成26年度より、1年に1回実施。地域の人々が、認知症と徘徊に対し正しい知識を得るとともに、徘徊する認知症の人に基本的な対応にそって適切に声をかけ、安全を確保することができる。

◎住民主体の訓練・地域の特性を活かした訓練
◎「気づく」⇒「不安を与えない声かけ」を繰り返し体験
◎由布市が独自に育成した由布市認知症コーディネーター36名が訓練を支える

月	事業への取り組み	関係機関・協力者
4月	①訓練日時とエリアの決定。	①由布オレンジネットワーク推進会議
5月	②第3回由布市徘徊摸擬訓練実施要領（案）を作成 ③事前準備と訓練広報の方法について決定。	③由布ｵﾚﾝｼﾞﾈｯﾄﾜｰｸ推進会議、認知症コーディネーター
6月	④訓練区域内にて広報（近所の商店・医療福祉機関等36ヶ所） ⑤当日スタッフとなるボランティア募集、自治回覧にて参加者の募集 ⑥当日の流れと事例役の設定を検討 ⑦市教育委員会に中学生の参加依頼。高校へ生徒参加依頼。 ⑧当日の安全対策、参加者を増やす方策について →無料の出店をする方向で決定。保健所へ出店許可申請。	④認知症コーディネーター ⑤市役所、ケアマネ協会、老施協 ⑥由布ｵﾚﾝｼﾞﾈｯﾄﾜｰｸ推進会議 ⑦市役所、教育委員会、高校校長 ⑧由布ｵﾚﾝｼﾞﾈｯﾄﾜｰｸ推進会議、商工会、社協スタッフ
7月	⑨地域住民説明会を実施（認知症サポーター養成講座） ⑩事例役・ダミー役と打ち合わせ ⑪最終確認と参加人数調整、当日の役割分担の確認	⑨認知症コーディネーター ⑩キャラバンメイト

徘徊模擬訓練の流れと推進員活動②

	訓練本部（警察・運営スタッフ・捜索隊としての参加者）	ボランティア　46人（地区住民になりきってごみ拾いをし、捜索隊に情報を伝える人）	事例役　8人（捜索願がだされた本人とそのダミー役）
8：30	受付開始	概要説明	集合・着替え等
9：00	開会挨拶	捜索願からその人の特性を話し合い、効率のよい捜索方法を班ごとに検討します。	
9：10	訓練実施説明		
9：15	捜索届受理（寸劇）		
9：25	捜索方法の検討	ゴミ拾い開始	区域内徘徊開始
9：40	訓練区域発表		
9：55	声かけ確認・出発		
10：00	区域内捜索		
10：30			
11：00	反省会 ・各グループより感想（住民1名、認知症コーディネーター1名） ・ボランティアの感想 ・講評（警察・オレンジドクター・消防団）		

声かけは住民が行い、認知症コーディネーターは促しを行います。

介護保険事業所職員や学生ボランティアが地域住民になりきって、ごみ拾いをしながら、事例役の人の情報を捜索隊に伝えます。

※反省会の時に、初めて一堂に会します。それまでは顔を合わせないよう配慮しています。
推進員は全体の流れの管理と司会進行を行います。

徘徊模擬訓練で工夫した点

①地域をよく知る認知症コーディネーターが活躍

訓練区域内のお店や同町内の医療機関等を1件ずつまわり訓練の趣旨を説明。
参加協力ポスターの掲示を依頼。

②企画・運営を3者で行い、みんなでつくりあげる訓練

由布オレンジネットワーク推進会議
由布市役所
由布市社会福祉協議会
　└ 推進員は3者の間を調整し、その組織の特性に働きかけることが役割。

③各班ごとに、地図と捜索届の情報をもとに捜索計画をたてる

➡『認知症≠目的もなく歩いている』の意識づけ。
　捜索活動を行なう仲間として各班でのコミュニケーションの機会に

④子供～お年寄りまで多くの人が参加できる仕掛け

➡お菓子の無料配布と出店で誰でも参加しやすいように。
　学生には参加証明書を発行。
➡安全確保のための行事保険の加入と健康相談を実施。

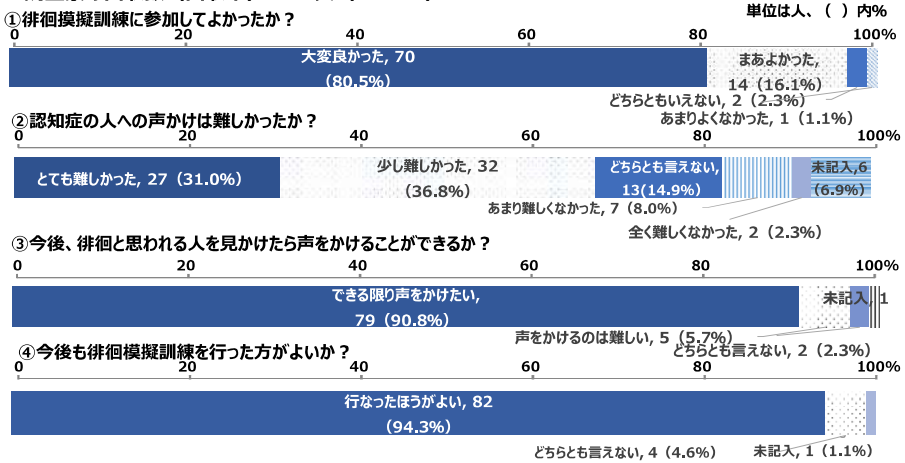
訓練参加者は212名と年々増加

徘徊模擬訓練に対する評価と考察①

●徘徊摸擬訓練参加者内訳

捜索班の参加者	人数		事例役等の参加者	人数	
地域住民、消防団	38	61	事例役	4	50
認知症コーディネーター	23		情報提供者役	46	
					111名

●調査票の回収数（回収率）：87人（78.3%）



徘徊模擬訓練に対する評価と考察②

【10歳代】

・僕の家にも88歳のおばあちゃんがいるので、もしかしたらと思っていました。**皆の協力あっての町なんだとしみじみと感じた。**

・**子供たちや若い人に、認知症のことをもっと知ってもらい**、どう話しかけるかを知識として少しでも知ってもらえるようにする。

【20歳代～80歳代】

・高校生がよく話をしてくれて詳しく話してくれた。積極的に話をしてよかったです。**皆でやればできることがわかりました。**

・過疎化、高齢化が進む中で、**お互いに横のつながりを大切にして、認知症の方を見守っていきたい**と考えます。

１）全世代参加の実現

中学生～大学生までの学生参加

※昨年サポーター養成を小学校で受講した中学生がオレンジリングをもって参加

10歳代～80歳代まで、幅広い世代の参加によるコミュニケーション

２）産学官民の協働連携

産…医療福祉関係者のネットワーク、商工会が出店の支援

学…地元の中・高・大学生の参加

官…行政の関係課を中心とした支援

民…消防団を含む地域住民の参加

認知症の人もそうでない人も、みんなが支え支えられる由布市になりますように

全国の推進員さんへのメッセージ

認知症地域支援推進員の仕事は『０』を『１』にする仕事ではなく、『１』を探して『10』にしていく仕事ではないかと思います。そのためには、いろいろな人と出会い、つながっていくことが大切なんだと常々感じています。認知症の人や介護している家族も『１』であり、推進員同士も『１』であることを忘れずに、みんなで刺激しあって頑張りましょう。

対象者に合わせた認知症サポーター養成とフォローアップ

鹿児島県・霧島市
霧島市地域包括支援センター（委託：霧島市社会福祉協議会）
福田　竜光（認知症地域支援推進員・社会福祉士）

＜自治体の基礎情報＞

人口	126. 541	65歳以上人口	32. 447
高齢化率	25. 64%	第6期介護保険費	月額：5. 500円
要介護認定者数	6. 303	要介護認定率	19. 4%
日常生活圏域数	10圏域	包括数	本所1ヶ所 サブセンター10ヶ所
認知症地域支援推進員数：　3名（委託：包括に3名）			
地域の特徴：平成17年に1市6町が合併。県内2番目の人口規模。県の中央に位置し、鹿児島空港もあるため、県外からのアクセスは便利。 圏域における高齢化率は、17.9%～39.5%となっている。公共交通機関が発達していない圏域では、自動車がなければ不便さがある。 			

霧島市における認知症施策（事業）の全体像

基本的考え方

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良い環境で自分らしく暮らし続ける事のできる社会の実現を目指す。（新オレンジプランと一緒）

霧島市すこやか支えあいプラン2015
（第7期高齢者福祉計画、第6期介護保険事業計画）に散りばめられている

基本理念	2025年の姿	基本目標	施策の方向	施策の方向性に対する取組
心豊かな支えあいのまち　ほっと霧島	つながろう、つなげよう、元気・安心・生きがいのもてるまち きりしま	活動と自立を支える体制づくり	（1）住む場所が変わっても、これまでのこだわりや関係性が途切れない仕組みづくり （2）誰もが健康で「～したい」を継続できる仕組みの充実 （3）….	（1）私のアルバム（認知症ケアパス）の普及・活用 認知症初期集中支援チームの設置 （2）介護予防普及啓発事業「脳いきいき教室」 （3）….
	あなたも私もこれまで綴ってきた物語をともに書き続けられるまち きりしま	安心して生活することができる仕組みづくり		
	誰もが自分の夢を描き、最高の人生を歩み続ける事ができるまち きりしま	地域で暮らし続ける事ができる仕組みづくり・サービスの充実	（1）認知症になっても安心して暮らせる支援体制の充実 （2）高齢者福祉への関心を高めるための活動強化 （3）….	（1）認知症高齢者早期発見促進事業 認知症地域支援推進員の配置 家族介護者交流会（このゆびとまれ）の開催 メモリーカフェ（認知症カフェ） 徘徊SOSネットワークの構築 （2）認知症に対する周知の充実 （認知症サポーター養成） （3）在宅福祉アドバイザーの配置
	人と人の輪の中でともに支えあい私らしく活躍できるまち きりしま	住民ネットワークの体制づくり		

私の推進員活動の歩み①

＜取組み当初に行った実態把握の方法と見えてきた課題＞

認知症サポーター養成の開催状況の確認

- 対象者と開催日時の統計
- 個別の問い合わせに対応できていない現状
- 小中学生等に実施ができていない現状
- キャラバンメイトの調整が困難な状況
- 待ちの姿勢であり、養成の主旨に沿っていない。

＜目指したもの＞

- 認知症に特化はするが、限定しない取組みの実施。

私の推進員活動の歩み②

対象	事業／取組み	連携機関	役割の分類
高齢者とその家族（個別・サロン・事業所等）	私のアルバム（認知症ケアパス）の普及・活用	医師会　認知症疾患医療センター　保健所　各事業所　CM連絡会　地域密着型サービス事業者連合会　家族の会　霧島市地域包括ケアライフサポートワーカー	ネットワーク構築 啓発 対応力向上
高齢者	認知症高齢者早期発見促進事業（もの忘れ外来受診）	医師会　認知症サポート医　認知症疾患医療センター　民生児童委員	相談体制構築 啓発
介護者と要介護者	家族介護者交流会	医師会　薬剤師会　認知症疾患医療センター　認知症サポート医　認知症カフェ　CM連絡会　家族の会　霧島市地域包括ケアライフサポートワーカー　栄養士会	相談体制構築 啓発 対応力向上
小中学生　企業　市民　商工会　温泉組合	★認知症サポーター養成とフォローアップ	小・中学校　企業　キャラバンメイト　商工会　温泉組合　民生委員　認知症疾患医療センター　霧島市地域包括ケアライフサポートワーカー	ネットワーク構築 相談体制構築 啓発 対応力向上
高齢者とその家族　医療・介護連携	調剤薬局との連携	薬剤師会　CM　医師会　事業所	ネットワーク構築 相談体制構築 対応力向上
介護事業所職員　医療従事者　民生委員	対応力向上研修	認知症サポート医	ネットワーク構築 対応力向上

★今回紹介する事業

★認知症サポーター養成とフォローアップ
に関する推進員活動の流れ①

市町村との連携は必須
誰の・・・どの機関の・・・協力が必要か。
認知症サポーター養成から広がる、支援ネットワークの動向

平成20年から認知症サポーター養成講座に取り組む
【事務局】　H20年～H23年　市役所
　　H24年～　地域包括支援センター
【サポーター数】　H20年～H23年　認知症サポーター数　2,751名
　　小中学校への実施なし
　　H24年～　認知症サポーター数　8,217名
　　小中高等の学生　2,556名

事務局が果たす機能、対象者の特性を捉えた効果的な養成を検討。
全キャラバンメイトが活躍できる体制を検討。
開催地・対象者の近所のキャラバンメイトが活躍できる体制。

★認知症サポーター養成とフォローアップ
に関する推進員活動の流れ①

平成26年～　霧島市民会館にて「ペコロスの母に会いに行く」映画上映会と実施
フォローアップとバックアップ体制の検討
認知症サポートリーダーと考える地域づくりと高齢者支援
霧島市地域密着型サービス事業者連合会・霧島市介護支援専門員会「あしたば」・霧島市通所事業者連絡会「やったろ会」・認知症の人と家族の会・認知症介護指導者・認知症疾患医療センター等の協力や協働
霧島市地域包括ケアライフサポートワーカーの協力のもと、
「認知症になっても安心して暮らし続けられる地域づくり」に取り組む
総合相談機能や地域の関係づくり、集まり場づくり、虐待への緊急対応など生活を継続するうえでの「安心」を支援するための拠点となり、その地域に密着したセーフティネットの構築をする役割

平成27年～　日常生活圏域で、市民向け認知症サポーター養成とフォローアップ

平成28年～　生活支援コーディネーターとの調整と取組の継続

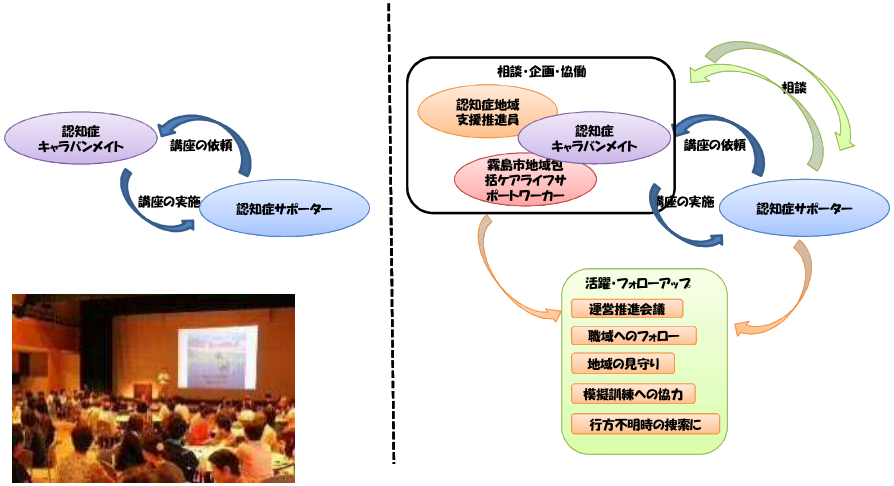
活動上の工夫、心がけたこと

・行政職員の異動は、事業推進を低迷？
いいえ、連携部署を拡充する好機
・ただ実施するのではなく、目的・対象者等に合わせて取り組む。
開催側の都合で物事を進めない。
市民がアクセスしやすい場所・日時・市民が今後相談しやすい機関の関わりを考える。
・今までの多機関多職種との関係を振り返り、活かす・転換する。
漠然とではなく、展開・役割と目的を伝えることができる。
主催だけでなく、参加して推進員としての役割を発揮できるように
フォローアップの機会は、講座だけではない。例えば、事業所の運営推進会議。
・専門職の当たり前と市民の当たり前の違いを意識する。
何気なくしている行為に対する市民の見方から、振り返る。
マイナスではなく、プラス軸で市民の活躍を支持する。

事業・取組みに
推進員が関わったことによる成果

キャラバンメイトの活動可能な時間や、日常生活圏域を個別に確認することで、依頼がしやすくなる。
新人メイトとベテランメイトのタッグで開催することで、メイトの負担感軽減。
受講してほしい機関には、予習の上、出向いて依頼。
認知症サポーター養成数が大きく伸びた。
身近なキャラバンメイトが活躍することで、市民が気軽に相談できるようになった。
小中学生の認知症サポーターが増え、道に迷った高齢者を見つけてくれたことも・・・
個別の問い合わせ⇒団体申込みの機会に打診や市民向け（各圏域開催）を案内し、確実に受講できるよう大切にしている。

推進員活動を通じた展開とつながりの拡大



個別ケース、圏域別包括ケア会議、運営推進会議、地域のひろば事業等、地域とともに地域での住まい方・暮らし方を考える場はたくさんある。

今後の取組み（予定）やさらに強化したい点

出来る限り多くのサポーターが活躍できる環境を作らねば。

サポーターの連絡体制の構築に向け、生活支援体制整備事業と調整、ボランティアセンターと連携を図っていきたい。

生活支援体制整備事業が開始、地域課題の抽出に当たっている。抽出された課題に対し、認知症サポーター養成や活動の展開を考えていきたい。

全国の推進員さんへのメッセージ

大変だなと思った時こそ、周りを見渡しましょう。
そこには、一緒に考え参加してくれる仲間がいます。

矢巾わんわんパトロール隊

地域住民が活躍！
地域で見守り

岩手県紫波郡　矢巾町
矢巾町地域包括支援センター（委託）
鱒沢　陽香（認知症地域支援推進員）

＜自治体の基礎情報＞

人口	２７，２５５人	65歳以上人口	６，４４５人
高齢化率	２３．６％	第6期介護保険料	５，７００円
要介護認定者数	１，１０９人	要介護認定率	１６．６％
日常生活圏域数	1	包括数	直営：　委託：　1
認知症地域支援推進員数：　1　名　（委託：1名）			

地域の特徴：
　岩手県矢巾町は県庁所在地である盛岡市の南に隣接したコンパクトな町です。基幹産業は農業で、豊かな田園風景が広がる一方、数年後に予定されている医科大学付属病院の移転やスマートインターチェンジの開通に伴い、中心部では宅地や商業地の開発がすすんでいます。過疎化の深刻な岩手県において、将来人口の増加が想定される数少ない自治体の一つです。

町の花・鳥・木

矢巾町の高齢者福祉

高齢者の暮らしに対応する総合的な福祉・介護サービスを推進するとともに、介護状態においても地域で暮らし続けることができるよう、「地域包括ケアシステム」の構築を推進します。また、認知症支援体制の整備を進め、認知症の方とその家族が安心して暮らせる地域づくりを進めます。
併せて、高齢者の自立生活と社会参加活動を促進します。

【施策の方向】

①高齢者福祉施設の充実
「矢巾町高齢者福祉計画・第６期介護保険事業計画（平成27 年度から３カ年計画）」に基づき、高齢者の暮らしに対応する総合的な福祉・介護サービスを推進します。

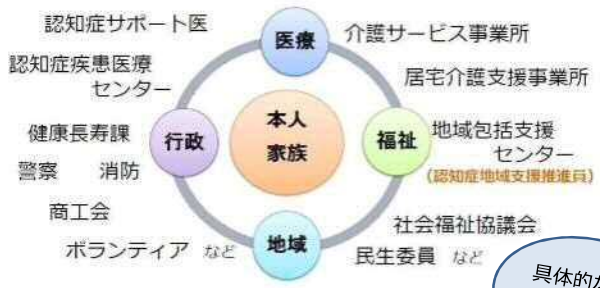
②高齢者の生活支援サービスの充実
介護が必要な状態になっても地域で暮らし続けることができるように、介護だけではなく医療や予防、生活支援、住まいの問題等の支援を一体的に提供する「地域包括ケアシステム」の構築を推進するとともに、高齢者の生活支援サービスの充実に努めます。

③認知症対策の推進
医療と介護の連携により認知症の方と家族の支援体制の充実を図るほか、行方不明時の「SOS ネットワークシステム」の充実、認知症への理解と情報発信等により、支援のための地域づくりを進めます。

④高齢者の生きがいづくりと社会参加の推進
高齢者の自立生活と社会活動の参加をより推進するため、社会福祉協議会やシルバー人材センター、町内各ボランティア団体との連携をより緊密にし、各種事業の展開を図ります。

私の推進員活動の歩み①

やさしさはばたく
認知症支援ネットワーク連絡会



アンケート調査でニーズと課題を抽出

具体的な取組を考える作業部会を4つ設置

- 医療連携 認知症ケア 検討部会
- わが町つながる部会
- 安心安全おたすけ部会
- 医療支援開発部会

私の推進員活動の歩み②

医療連携・認知症ケア検討部会

・医療と福祉、介護の連携をスムーズにする
・認知症介護に携わる人材育成とケアの向上

主な活動内容
- 認知症ケアパスの作成
- 情報共有ノートの作成
- 多職種協働の研修会・事例検討会の開催
- 認知症介護新人研修
- サポート医による勉強会
- 認知症疾患医療センターとの定期連絡会議

認知症支援開発部会

・本人と家族介護者の支援
・地域性、時代、ニーズに合った支援の実施

主な活動内容
- 認知症相談の強化… 介護まちなか相談所
- 男性介護者の支援… 男の介護講座の実施
- 認知症カフェ　… 町内２か所で開催
- 認知症予防教室
  … 脳いきいき教室
  ごきげんサロン（男性高齢者のリロン）

わが町つながる部会

・認知症の理解促進
・認知症サポーターの養成

主な活動内容
- 矢巾町キャラバン・メイト連絡会 結成「認知症サポーター養成講座」の活性化
- ステップアップ講座で おれんじボランティアを養成
- 矢巾町認知症セミナーの開催
- 地域資源マップの作成

安心安全おたすけ部会

・行方不明者の予防と早期発見の仕組みづくり
・高齢者の運転について考える

主な活動内容
- 見守りSOSネットワーク「SOSネットワーク模擬訓練」
- 高齢ドライバーに対して 安全運転・免許返納に関する啓発
- 見守りボランティアの育成・支援（事務局課題）「矢巾わんわんパトロール隊」

★わんパト隊に関する推進員活動の流れ

- 平成25年２月　愛犬家のグループに声かけ
- 平成25年３月　町広報誌等で隊員募集
  関係機関へ趣旨説明と協力要請

・わんわんパトロール隊とは

平成25年4月 結成！

目　的：　認知症に関する正しい知識を持ち、地域の高齢者の見守りを行う。

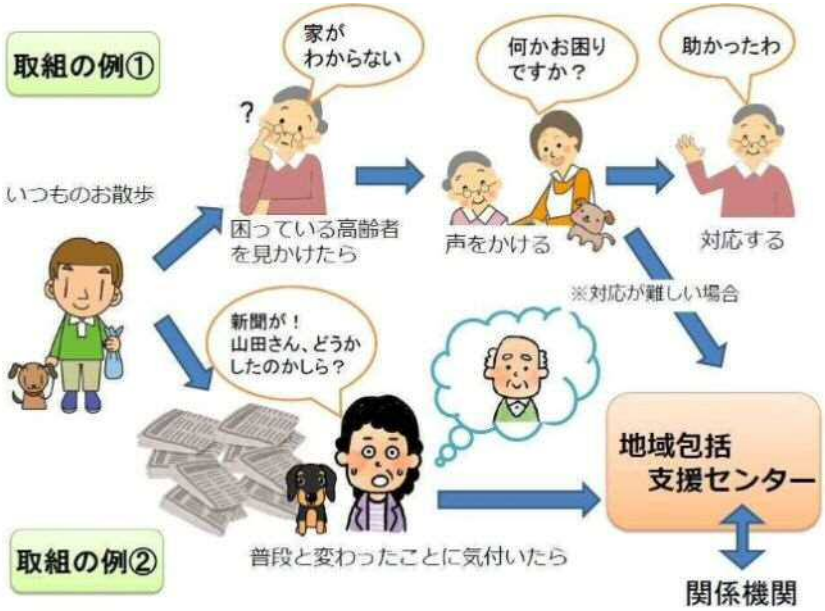
活　動：　見守り活動
月１回の情報交換会

隊長の荒川さん
隊長犬サラちゃん

- 見守りSOSネットワーク協力
- イベントの開催
- 町健康福祉祭などの行事参加

入隊時の「認知症サポーター養成講座」の受講と、年に1回の認知症勉強会への参加を義務付け

★わんパト隊活動の流れ



活動上の工夫、心がけたこと

◆気持ちの「負担感」の少なさ◆

ボランティア活動といわれると、つい身構えてしまいがち。「個人のペースで楽しくできる」活動でハードルを低く。

◆身近にあるものが社会資源に◆

地域にもともとある「つながり」を見出して活かす。新しい視点をプラスするだけで新たな社会資源に。

推進員が関わったことによる成果

- ◆支援が必要な人を早期に包括につなぐことが可能に。
- ◆見守りの気持ちが自然と地域に波及。

セラピー犬
モモ隊員

隊員
木村 豊さん

お手柄！
わんわんパトロール中に
徘徊中の高齢者を保護し、
自宅に送りました。

推進員活動を通じた展開とつながりの拡大

◆隊員がケアチームの一員に
◆隊員の存在と活動が、認知症支援をさり気なく普及啓発

9

今後の取組み(予定)やさらに強化したい点

◆地域の多様な人が思わず参加したくなる認知症支援を！
◆わんパトの輪を全国に広げたい！

全国の推進員さんへのメッセージ

地域の力は必ずあります！

Don't think, feel

地域で支えあうしくみづくり
～認知症サポーター・キャラバン・メイトのチカラ～

秋田県羽後町
羽後町地域包括支援センター　（直営）
伊藤和恵　（社会福祉士）

＜羽後町の基礎情報＞

人口	１５，７８８	65歳以上人口	５，４８７
高齢化率	３４．８％	第6期介護保険料	５，３９０
要介護認定者数	１，１３１	要介護認定率	２０．５％
日常生活圏域数	1	包括数	直営：1　委託：0
認知症地域支援推進員数：　２名（うち行政：　名、直営：２名、委託：　名、他：　名）			

地域の特徴：羽後町は秋田県南部に位置する町で、キャッチフレーズは「緑と踊りと雪の町」。
　県内屈指の豪雪地帯であり、山間部の積雪量は２メートルを超えることもしばしば。
　主要産業は農業。米はあきたこまちの生産量が多く、西又葵の美少女イラストがJAうごの米袋に使用されたことで、年間45トンもの注文が殺到。現地バスツアーも組まれるほどの話題となっている。
　また、西馬音内盆踊りは、日本三大盆踊りと称され、毎年１０万人以上の観光客が訪れる。

羽後町における
認知症施策（事業）の全体像

羽後町認知症にやさしいネットワーク形成事業（平成２０年～）

羽後町は、認知症高齢者とそのご家族が、住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、地域で支えあう仕組みづくりを進めています。

背景　羽後町の高齢化はここ数年横ばい状態。一方、人口は減少化の傾向がある。町内に認知症の専門医療機関はなく、認知症の人とその家族がよりよく生きていくためのしくみづくりは急務

対象期間　２０２５年まで（数値目標は２０１７年度末）

特徴　羽後町は医療・介護・福祉の連携の先に、ＵGO˝融合～を目指している。
　また、地域住民においては、住民主体の取組みへの気運が高く、いち早く、住民キャラバン・メイトの自主活動がスタートしている。

施策の柱
- 認知症の理解を深めるための普及啓発
- 認知症の容態に応じた適時・適切な支え
- 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくり
- 医療・介護・福祉のＵＧＯ˝融合～
- 認知症の人やその家族の視点の重視

すべてに推進員が関わっています

私の推進（員）活動の歩み①

＜取組み当初に行った実態把握の方法と見えてきた課題＞

- 在宅介護支援センター職員として平成１１年度から、平成１８年度からは地域包括支援センター社会福祉士として、総合相談に従事する。高齢者虐待防止の相談や認知症の家族の介護に疲れ果てて入所先を求める相談に触れることが多く、「なぜこんなにまでたいへんな状況になるまで・・・と毎月の報告書をまとめる日々。
- 地域包括支援センターで行ってきた実態把握訪問とは別に、地域のなかに入り、「もっと早い時期に相談につなげる仕組み」を求めていた。
　→平成１９年度、認知症サポーター養成講座のキャラバン・メイトとなり、この活動は使える、と。
- 認知症サポーター養成講座、ファイブ・コグ検査、タッチパネル、うご脳若返り教室、これらを地域に入り込むツールとして利用することで、地域の老人クラブ、自治会、商店会、サロン、理美容協会、金融機関、移送サービス等に入っていく、つながっていくことが可能となる。

＜目指したもの＞
・地域の場に我々が出向いていくことで、住民や地域の**生活を支える機関**とのかかわりを持ち、地域のなかにある相談に触れ、つながらなかったところ、つながれなかった住民にこちらから触れていくことをめざしました。

私の推進（員）活動の歩み②

対象	事業／取組み	連携機関	役割の分類
小・中学生・高校生とその 保護者	・授業参観でのサポーター講座 ・おとなとこどものクリスマス会	教育委員会　小・忠・高校　住民キャラバンメイト	啓発 対応力向上
元西地区、仙道地区、三輪地区、西馬音内地区	うごまちＳＯＳよりそいネットワーク （徘徊模擬訓練）	自治会・地区社協　小学校　民生児童委員 うごまちキャラバンメイト認知症サポーター協会　小規模多機能　特養　行政　金融機関 商店会　行政　警察署　社協	ネットワーク構築 啓発 対応力向上
★地域住民	まちの食堂に認知症カフェを「おさんぽオレンジかふぇ」	認知症サポート医　若竹元気くらぶ　包括 ＣＭ　警察　認知症看護認定看護師　食堂 うごまちキャラバンメイト認知症サポーター協会	相談体制構築 啓発 対応力向上
関心のない住民	うご脳若返り教室 若竹元気くらぶ 健康祭 サロン　老人クラブ	くもん　ファイブ・コグ検査　行政　医療 （タッチパネルを体験してみようコーナー）	啓発
商店会・理美容協会・金融機関・JA	日常生活と専門職が連携してできること	商店会　理美容協会　金融機関　JA	ネットワーク構築 対応力向上 相談体制構築
医療・介護・福祉の専門職	認知症ライフサポート研修　UGOオレンジネットワーク	専門職キャラバン・メイト　認知症ライフサポート研修修了者	ネットワーク構築 対応力向上 相談体制構築

★今回紹介する事業

★まちの食堂に認知症カフェを「おさんぽオレンジかふぇ」に関する推進（員）活動の流れ①

平成２０年度～

・ファイブ・コグ検査と認知症予防活動を公民館に集う住民に地域包括支援センターがPR

・定期的な活動が軌道に乗り、認知症予防活動グループ「若竹元気くらぶ」始動！

平成２１年度～

オリジナル体操「若竹元気くらぶ体操」を参加者とともに考案。体操とダンス、ゲームを持ちネタに老人クラブ、ひとり暮らしの会、デイサービス、グループホームに呼んでもらい、認知症の人や地域の高齢者との交流に発展させていく。

平成２８年度～

仙台市の「土曜の音楽カフェ」（認知症カフェ）を旅行プログラムの中で視察したことで「自分たちも認知症カフェの活動に参加したい」という会員の声が。

若竹元気くらぶの会員の経営する老舗の食堂を利用し、推進員のコーディネートによる専門職とのネットワークを活かした**「おさんぽオレンジかふぇ」**が始動！

★まちの食堂に認知症カフェを 「おさんぽオレンジかふぇ」に関する推進（員）活動の流れ②

協力いただいた機関
うごまちキャラバン・メイト認知症サポーター協会　羽後交番　認知症サポート医　認知症看護認定看護師　介護支援専門員　社会福祉協議会　仙台認知症研究研修センター矢吹知之先生　民生児童委員
若竹元気くらぶ　焼き肉ふじ紀の常連さん

★まちの食堂に認知症カフェを 「おさんぽオレンジかふぇ」活動上の工夫、心がけたこと、大事にしたこと

原動力となる人材育成で心がけたこと	・「○○をやりませんか？」は「やらされ感」につながる。 ・「○○をされているのですか？すごいですね！」から入ることを心がけた。
活動上の工夫	・住民みずから活動の方法の提案がでるような関係性をつくる ・「楽しんで活動していくみなさん」を記録し、広報などで地域にPRすることでさらなる住民活動につなげる
大事にしていること	・「自分が支える地域は、自分を支えるてくれる地域だよね」

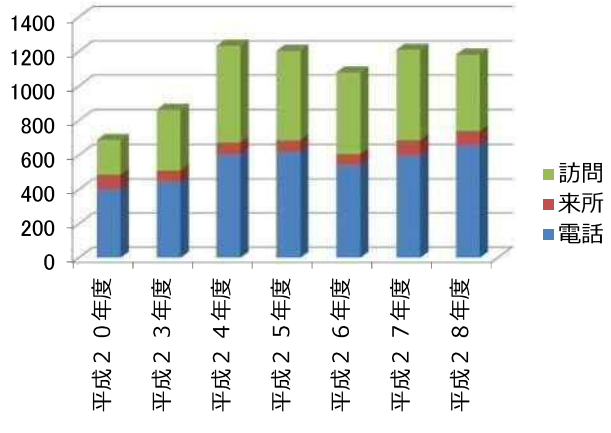
認知症カフェ、認知症サポーター養成講座、住民キャラバン・メイトの組織化運営等の取組に推進員が関わったことによる成果

- 認知症カフェの取組や平成２０年度からの認知症サポーター養成講座、住民キャラバン・メイトの組織する協会設立とその活動支援、キャラバン・メイトのつどいの開催等により、地域からの声に触れる機会が増え、相談件数が増加した。

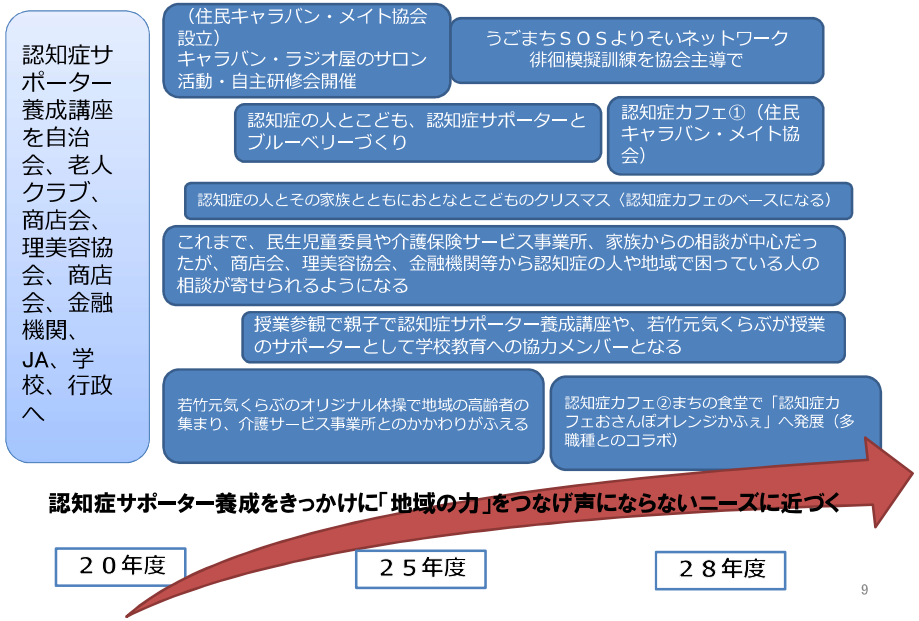
平成２６年度認知症相談
１１７件

平成２７年度認知症相談
１５１件

平成２８年度認知症相談
１０７件
（平成２９年１月末時点）



推進員活動を通じた展開とつながりの拡大



9

今後の取組み予定やさらに強化したい点

- 地域には専門職が代わることのできない人間関係や居場所がある。専門職だけで支援していくと地域の人の手か遠のくリスクもあるが、地域内の社会関係を豊かにするチカラになり、地域に積極的にかかわりつづけることで、「声にならないニーズ」を引き出し、今ある地域の力をさらに高めていけると考える。
- 認知症の人とその家族が地域で暮らすためには何が必要か、地域住民や認知症の人とその家族、これにかかわる専門職のみなさんとともに「生活」を丁寧にみていくことで次の支援策につなげていけるはず。

自分が支える地域は、自分を支えてくれる地域
連携の先に　ＵGO　～融合～　がある！

10

認知症サポーターが地域で活躍できる体制づくり
～行政（基幹型）と委託（地域型）包括の推進員の取り組み～

高崎市のマスコット
「タカボン」

群馬県・高崎市
高崎市福祉部長寿社会課　地域包括支援担当

田中 和美（主任保健師）

＜自治体の基礎情報＞

人口	370,580人	65歳以上人口	99,744人
高齢化率	26.9%	第6期介護保険料	6,200円
要介護認定者数	16,005人	要介護認定率	16.1%
日常生活圏域数	46圏域	包括数　27ヶ所	直営：1　委託：26
認知症地域支援推進員数：29名（うち行政：3名、直営：3名、委託：26名、他：　名）			

地域の特徴：
高崎市は東京から北西に約100km。面積459.16km²。群馬県の中西部に位置し、南東から北西へと細長いイタリアのような形をしており、南東部は関東平野の一部の平坦地形、北西部はゆるやかな丘陵や山々に囲まれた山間地形を有している。
古くから交通の要衝で、関越自動車道や北関東自動車道の分岐点であり、上越新幹線、北陸新幹線が停車する高崎駅は全国有数の交通拠点である。
平成１８年より３度の合併で１市５町１村が合併し、県内一の人口となった。
最近の話題として、高崎市にある「山上碑、多胡碑、金井沢碑」の上野三碑（1300年前の東アジアの交流を記した碑）が、ユネスコが主催する世界記憶遺産の国内候補に決定した。

高崎市における認知症施策の全体像

高崎市認知症施策推進計画（2015年度～2017年度）
【目指すべき姿】認知症になってもいつまでも尊厳を持って暮らせる高崎市

柱	取り組み
Ⅰ　認知症ケアパスの普及	①認知症ケアパスの周知・活用 ②認知症ケアパスの見直し
Ⅱ　早期診断・早期対応の体制強化	①医療体制の整備 ②認知症初期集中支援チームの設置 ③認知症の進行に合わせた早期対応の強化 ④認知症の人の適切なケアプラン作成のための体制整備
Ⅲ　地域での生活を支える医療サービスの構築	①一般病院の認知症対応能力向上 ②専門機関に入院が必要な状態像の明確化 ③医療機関からの円滑な退院・在宅復帰への支援
Ⅳ　地域で生活を支える介護サービスの構築	①医療・介護職の円滑な連携 ②認知症の状態に応じた介護サービスの整備 ③地域の認知症ケアの拠点としての地域密着型サービス施設の活用推進 ④介護サービス事業者の認知症対応力の向上
Ⅴ　地域での日常生活・家族支援の強化	①認知症に関する介護予防の推進 ②認知症地域支援推進員の充実・強化 ③地域で認知症の人を支える活動の支援 ④家族に対する支援 ⑤権利擁護相談・支援の充実 ⑥成年後見制度の利用促進 ⑦市民後見人の養成と活動支援
Ⅵ　若年性認知症施策の強化	①相談窓口の周知 ②若年性認知症の人と家族に対する支援

私の推進員活動の歩み①

＜取組み当初に行った実態把握の方法と見えてきた課題＞

認知症地域支援推進員の充実・強化

➢ 平成23年度から認知症地域支援推進員を２名配置。活動内容は、認知症の相談や家族のつどい（各１回/月）の相談役。

＜目指したもの＞
- 26ヶ所の地域型包括支援センター（愛称:高齢者あんしんセンター）に、認知症地域支援推進員を１名ずつ配置し、地域の身近な場所で認知症に関する相談を受けられる体制。
- 認知症地域支援推進員が訪問活動も行なえるようにするなど、地域単位での認知症施策の推進体制の構築。

私の推進員活動の歩み②

高崎市認知症地域支援推進員ネットワーク会議の開催

➢ **平成27年度 高崎市認知症地域支援推進員ネットワーク会議**

目的：高崎市の認知症地域支援推進員が推進員としての役割を理解し、PDCAサイクルを活かした推進員活動の進め方とプロセスを理解する。
日程：毎月第１金曜日　13時30分～16時30分（Ｈ２８年度も同様）

回数及び日程	検討内容
第１回（H27/10/9）～ 第６回（H28/3/4）	・高崎市における認知症地域支援推進員の役割と活動 ・認知症に関するニーズ、社会資源などの情報収集と整理 ・認知症に対応する社会資源の情報共有と提供 ・ＰＤＣＡサイクルを活用した次年度の活動計画作成

➢ **平成２８年度 高崎市認知症地域支援推進員ネットワーク会議**

目的：昨年度の活動から明らかになった、市全体で取り組むべき課題について、推進員が協働し、計画を立てて活動する。

★今回紹介する事業

回数及び日程	検討内容
第１回（H28/4/8）～ 第12回（H29/3/3）	・ＰＤＣＡサイクルを活用した今年度の活動計画作成及びＨ２８年度の認知症地域支援推進員の重点活動について ・重点活動別グループごとの実施計画作成 ・重点活動別グループごとの作業 **★オレンジサポーターとの連携について** ・重点活動別グループ作業の最終報告 ・高崎市認知症施策推進計画の原案作成（第7期介護保険事業計画に向けて）

★オレンジサポーターとの連携①

※オレンジサポーターとは、認知症サポーター養成講座を終了し、地域で活動する意思のある人で、認知症サポーターフォローアップ研修を受講した人。

H２８.５開催の運営会議の資料より

活動	具体的な取り組み内容
1. **認知症に関する知識の普及・啓発** ※地域型包括の認知症地域支援推進員から、オレンジサポーターへ協力の依頼。	認知症サポーター養成講座において、開催時の周知活動や当日の受付、寸劇等の運営を支援します。 ★サポーターさん自身も楽しみながら活動しています。
2. **認知症高齢者の見守り活動**	認知症地域支援推進員と協働し、地域で暮らす認知症の方の見守り訪問等を行います。

5

★オレンジサポーターとの連携②

活動	具体的な取り組み内容
3. **認知症に対応した地域のつどいの場の設置や運営の支援** ※地域型包括の認知症地域支援推進員から、オレンジサポーターへ協力の依頼。 	地域のつどいの場において運営者のサポートや活動の支援、利用者の見守りや傾聴、声掛け等を行います。利用者の趣味活動や好きなこと等を一緒に行うなど生きがい活動を支援します。 ★同じ地域で暮らしてきた住民・仲間だからこそできる話や、わかりあえる話があります。また、声をかけ合うことで生まれる安心感もあります。

6

197

活動上の工夫、心がけたこと

☆連携会議の開催

ブロックごとに、オレンジサポーター同士と、地域型包括の認知症地域支援推進員の顔合わせを行い、お互いの顔がわかるようにする。
また、オレンジサポーターが自らの活動に対する意見を出し合い、地域の実情に合った活動の体制を整えることを目的に、「連携会議」を開催。

～見守り活動について～
見守りが必要なケースが出た場合、サポーターとのマッチングのための会議は、ケースの自宅に近いサポーターのみに声をかけるのではなく、ブロック全員に声をかけて開催することに決定。

☆見守り活動確認票 見守りプランの作成

地域型包括の職員が作成。本人・家族、オレンジサポーター、地域型包括の３者で共有。「見守りプラン」は、見守り活動依頼書と個人情報取り扱いの同意書を兼ねる。

7

認知症地域支援推進員の充実・強化による成果

①市内26ヶ所の地域型包括支援センターに推進員が設置されたことにより、身近な認知症の相談窓口に。

②認知症地域支援推進員がオレンジサポーターの活動の連携調整役になることで、情報を共有しながら地域の実状に合わせた活動ができるようになった。

③ネットワーク会議を開催して活動についての意識統一を図り、推進員の力を集結することで、全員が認知症施策の推進に主体的に取り組むことができ、成果を上げている。

例）オレンジガイドブックの作成
　　本人、家族の視点に立った講演会の開催
　　認知症カフェの拡大等

8

推進員活動を通じた展開とつながりの拡大

認知症講演会の開催

『支え合おう』認知症講演会
～地域で暮らしていくために～

92名の市民が
参加しました！

認知症カフェ一覧表作成

市内35ケ所（平成28年12月末）
☆高崎市ホームページに掲載

9

今後の取組み・さらに強化したい点

地域型

①認知症地域支援推進員の住民への周知。
②オレンジサポーターとの連携強化、活動体制の確立。
③オレンジサポーターの活動について、住民、ケアマネ等関係者への周知。
④認知症カフェ等の居場所づくり。

基幹型

①推進員活動に必要な予算の確保。
②ネットワーク会議の開催。
③関係部署との連携、調整。
④各種サポーター（介護予防サポーター、支え合いサポーター）との連携。

【全国の推進員さんへのメッセージ】
力強い地域型包括の認知症地域支援推進員26名、各地域のオレンジサポーターと協働しながら、高崎市の目指すべき姿「認知症になってもいつまでも尊厳を持って暮らせる高崎市」の実現に向けて、焦らず、一歩ずつ取り組んで行きたいと思います。
皆さんも、焦らず、一歩ずつ取り組んで行きましょう。

10

キャラバン・メイトコアチーム活動の推進を通して
～連携からの出会いと広がり～

新潟県長岡市
長岡市高齢者基幹包括支援センター（委託）
河鰭　和美（認知症地域支援推進員）

＜自治体の基礎情報＞

人口	２７５，３６１人	65歳以上人口	７９，７５８人
高齢化率	２８．９６％	第6期介護保険料	６，１０８円
要介護認定者数	１４，２１６人	要介護認定率	１７．８２％
日常生活圏域数	１１圏域	包括数	委託：１１ヶ所
認知症地域支援推進員数：　１名			
地域の特徴： ・市街地、中山間地域、沿岸部等、広大な面積を有し、多様な地域特性を持っている。 ・市の多くが豪雪地であり、冬の閉じこもりや外出困難者が多い。 ・駅のない地域や公共交通機関の利便性の悪い地域もあり生活には車が必須。			

（平成28年4月1日現在。要介護認定者数・認定率は平成28年3月末現在）

認知症地域支援推進員の活動～長岡市での役割～

（１）認知症の人や家族への支援を行う関係者との連携
- 各種情報交換・会議への参加、関係機関への連携依頼
- オレンジカフェ（認知症カフェ）の活動支援や参加、相談対応
- 認知症相談窓口対応

（２）認知症疾患医療センターとの連携
- センター主催の協議会、定例会への参加
- 支援が必要な人の把握、各包括支援センターへの情報提供

（３）地域包括支援センターへの専門的助言
- 各包括支援センターへの巡回、情報交換、専門的助言

（４）実態把握と課題分析
- 地域資源の集約、地域課題の分析

（５）認知症についての普及啓発活動
★・認知症サポーター養成講座　メイト調整・実施
- 普及啓発に関する活動の実施（フォーラム等）

（６）早期発見・対応の取り組み
- 認知症初期集中チームへの参加、コーディネート
- 認知症タッチパネルの活用、予防事業との連動

（７）各種研修会の実施
- 認知症地域連携研修会の企画・運営等

- 市と包括と関係機関の連携役
- 各種事業の実行役
- 現場レベルの活動や意見を集約していく役

長岡市における認知症施策（事業）の全体像

① 普及啓発に関すること
- 認知症サポーター養成講座
- 認知症地域フォーラムin長岡

② 家族の支援に関すること
- 認知症高齢者家族やすらぎ支援事業
- 認知症カフェ運営事業
- 認知症相談窓口の設置　※H28新規

③ 関係機関と連携した支援体制の構築
- 認知症地域支援推進員の配置
- 認知症施策推進委員会

④ 早期対応に関すること
- 認知症初期集中支援事業
- タッチパネルによる脳の健康チェック

推進員活動を通して見えてきた課題

【本人】
「自分はなんともない」「健康だけがとりえ。なんで病院に行かなきゃならないの？」⇒受診に繋がらない
「ごはん？家事？自分で全部できていますよ」⇒サービスに繋がらない
【家族】
どこの病院に受診したらいいのかわからない。まずは何科？
本人を連れて行きたいけれど行きたがらない。どうしたらいい？
【地域】
家族や行政が病院に連れて行くとか、対応してほしい。⇒認知症の人が地域で暮らし続けることについて、「認知症の人の支援」を地域の問題としてとらえるというよりも、家族や市だけで解決するべき問題としてとらえていることが多い
【関係者】
自分たち個人個人で活動する。⇒関係者間の連携がとれていない。

＜目指したもの＞
地域の理解が少ないな・・・
認知症の方が住みやすい地域を多くしていきたいな・・・
まずは、認知症の理解から始めよう！！サポーター養成に力を入れていこう！！
それに、キャラバン・メイト同士も力を合わせて取り組んでみたらいいのではないか。

キャラバン・メイト～コアチーム誕生までの軌跡～

多くの介護事業所が、それぞれの所属機関の職員やご家族を対象にサポーター養成講座が行われていた

↓

メイトは皆、認知症の病気の理解をもっと市民に浸透させ、長岡市が住みやすい場になって欲しいと強く願い、各フィールドで活動していた

↓

課題は
☆個人で活動するには限界もある
☆本業がある傍らで職場の了解（理解）を得るにはそれなりの努力と力が必要！

↓

ある福祉のイベントで「認知症サポーター養成講座」をすることに・・・

↓

意欲的な人集まれ！講座を盛り上げよう！！

と呼びかけて、集まったメイトで講座を開催

終了後

「この一回だけで終わってしまうの？」
「もったいない。」
「この集まりを続けたらどうだ！！」

↓

そしてついに・・・

- 熱い思いで、2014年春に
  キャラバンメイトコアチームを結成！
- 個々人で活動していたメイトと**法人の垣根を越えた交流、**
  講座の組み立て方などの**情報共有**を実施　⇒第１回会議の開催
- 飲み会を行い運営側も**息抜き**しながら**息の長い活動**を開催

取組みの成果

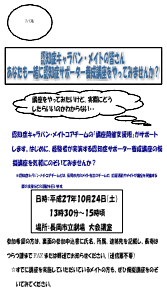
第3回の会議で、班活動へ発展

メイト通信を作成して、メイトに講座の楽しさを伝えていくことができました

コアチームがメイトに向けて模擬講座を開催。より良い講座にむけて一歩前進

広報・通信班

講座開催支援班



顔の見える関係づくり

良い活動の為に推進員として心掛けていること

とにかく顔の見える関係づくりが大切！

会ったこともない、顔のわからない人から電話やメールがきて、「認知症サポーター養成講座のメイトをしませんか？」と言われても・・・・・？
自分から外に出て、会って話すことを心掛けています。

顔がわかるとみなさんから「いいよ～（＾＾）」と返答が返ってきます。

推進員として今後取り組んでいくこと

・推進員って何？と思う地域住民の方は沢山いる。もっと自分の仕事を理解してもらうように発信していかなければならないと思える。
・個別の相談から地域資源の活用へと繋げていけるように、行政の担当者の方々と連携して、一緒に考えてもらいながら活動していきたい。
・関係者同士がスムーズに仕事をしていけるように、「調整役」をしっかりして、一つ一つの活動を丁寧にしていく。

全国の推進員さんへのメッセージ

日々悩んでいるのは、みんな同じです。一緒に頑張りましょう！！

認知症相談支援ガイドブック・ケアパス作成から ネットワークづくりと居場所づくりへ展開

兵庫県加古川市
（委託）地域包括支援センターかこがわ西
宮藤ゆかり

加古川市の概要

総人口： 268,773人（2016年6月現在）
65歳以上人口： 68,032人　　高齢化率： 25.31%
日常生活圏域： 9か所　　地域包括支援センター数： 委託6か所
要介護認定者数： 11,976人　　要介護認定者率： 16.97%
第六期介護保険料： 4,900円　　認知症地域支援推進員： 6人
地域の特徴： 加古川市は、兵庫県南部に面し、播磨平野を貫流する加古川河口に広がる豊かな自然に囲まれた地域

取り組み当初に行った実態把握の方法と見えた課題

推進員連絡会で事例検討
↓
・支援対応の共有
・社会資源の整理
↓
作成企画会議
↓
関係機関に意見徴収
↓
冊子配布

自治体の認知症施策の全体像

・認知症地域支援推進員の配置
（認知症相談支援ガイドブック作成、認知症ケアパス作成）
・在宅介護サービス事業所認知症対応研修会
・認知症早期発見推進事業
・認知症サポーター養成講座
・認知症家族会の支援
・東播認知症連携協議会
・東播認知症教室
・認知症徘徊SOSネットワーク
・多職種連携の認知症相談会の開催

推進員としての取り組み

・認知症相談支援ガイドブック作成
・認知症ケアパスの作成
・認知症の方や家族が集える場作り
・在宅介護サービス事業所認知症対応研修会
・多職種連携会議の開催

認知症相談支援ガイドブック作成

・H25年度秋　　市の担当課で予算請求

・H26年5月～　　認知症地域支援推進会議の中で検討開始
各単元ごとに担当を決める
（市、疾患医療センター、包括の認知症地域支援推進員）

・H26年8月～　　推進員連絡会で修正を重ねる

・H27年1月　　担当単元を持ち寄り原稿を作成する

・H27年2月　　医師会・認知症の人と家族、サポーターの会、
キャラバンメイト等各協力機関の意見を聞く

・H27年3月中旬　　最終原稿提出

・H27年3月末　　ガイドブック作成

・H27年4月　　各関係機関に配布

認知症ケアパス作成の経緯

・H27年11月　　認知症地域支援推進会議の中で、市民向け
認知症ケアパスの作成検討開始
（市、疾患医療センター、包括の認知症地域支援推進員
で試案を作成し、次回までに作成する）

・H28年2月　　市民向け認知症ケアパスを集約し、
作成したものを
認知症の人と家族、サポーターの会、
キャラバンメイト等各協力機関の意見を聞く

事業・取り組みにあたり工夫した点

・認知症の方や家族が集える場や、多職種連携会議の開催

・取り組みにあたり、誰にどこに（事業所など）に啓発を行うのか。

・会議の目的を共通理解して参加をしてもらう事が出来るか。

・認知症の方や家族が住み慣れた地域で生活を続けるため
の環境づくりやネットワーク作りを検討する場の継続。

・多職種連携会議の定期開催のために、事業所や地域への
啓発の継続。

事業・取り組みに関わったことによる成果

多職種連携会議 → 「ウェストねっと」として発足し、月１回
ミーティングを始める。

ミーティングでは、認知症カフェの企画会議、「ウェストねっと」
の構築に向けた話し合いや認知症サポーター養成講座、
認知症の知識や理解をするための勉強会を行っている。

↓

同じ目的を持ち、定期的にミーティングへの参加を続けること
で、地域や事業所間での繋がりができ、他市からの参加者が
加わることでネットワークの輪が広がってきている。

行った事業や取り組みがその後どうなったか

・ウェストねっとでのミーティングを重ねることで、地域の方や事業所間で情報交換や勉強会を定期的に行うことが出来ている。

・また、ウェストねっとに参加をしている方が発起人となり、認知症カフェを定期的に開催し、毎回、大勢の方が来られ、カフェでの新しいネットワークが広がっている。

・ウェストねっとを周知してもらうために、活動の展開を検討をしている。

今後の取り組みやさらに強めていきたい点

ウェストねっとで「認知症の人や家族が住みやすい町づくり」企画会議を開催し「認知症カフェ」等、地域等の「拠り所」づくり

推進員さんへのメッセージ

行政や医療機関等と連携し、「認知症の人や家族にやさしいまちかこがわ」をスローガンに、安心して暮らせる町作りを目指してきました。推進委員同士が意見交換できる機会があります。

ネットワークを広げ、１人でも多くの支援者と繋がって、支えあうチームを作る取り組みが推進委員活動の課題の一つだと思っています。

１人１人の推進委員が日々実践している活動を共有し多くのヒントやアイデアを取り入れ、認知症の人やその家族を応援していきましょう。

たつの市認知症初期集中支援チームにおける認知症地域支援推進員の活動

兵庫県たつの市健康福祉部地域包括支援課
認知症地域支援推進員　糺　裕子

たつの市イメージキャラクター
「赤とんぼくんあかねちゃん」

たつの市基礎情報

人口：78,508人　　65歳以上人口：22,049人　　高齢化率：28.1%
日常生活圏域数　：5圏域　　地域包括支援課　直営：1
要介護認定者数　：4,140人　　要介護認定率：18.5%
第6期介護保険料：5,400円　　認知症地域支援推進員数：4名

＜地域の特徴＞

兵庫県の南西部に位置し、市域の北約半分を山林が占め、南には瀬戸内海、南北に貫く1級河川揖保川など、自然環境に恵まれている。
主要産業は、手延べそうめん「揖保の糸」などそうめん製造、「ヒガシマルうすくち醤油」に代表される醤油醸造、皮革産業など
世界遺産　姫路城ともゆかりがあり城下町のなごりを残し〝播磨の小京都〟とも呼ばれている

平成28年度たつの市認知症施策

事業の全てに推進員が関わっています！

1、認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- 認知症に関する出前講座、認知症サポーター養成
  認知症サポーターフォローアップ講座
- 認知症キッズサポーター養成講座
- キャラバン・メイト養成・活動支援
- 認知症生活べんり帳の普及

2、認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護の提供
- 認知症初期集中支援チームによる支援
- DASCを使用した実態把握訪問による認知症早期発見
- もの忘れ相談の実施
- 認知症ワーキング
- 認知症連携ツール作成（BPSD連携表）
- 赤とんぼ連携ノート～認知症に備える私のノート～の普及
- かかりつけ医認知症対応力向上研修
- 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修
- 認知症ライフサポート研修

3、若年性認知症施策の強化
- 若年性認知症交流会（きりかぶカフェ）

4、認知症の人の介護者（家族）への支援
- 認知症初期集中支援チームによる家族支援

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
- はいかい高齢者等見守りSOSネットワーク
- はいかい高齢者家族支援サービス
- 安心声かけ体験講座・訓練
- 介護マークの普及
- 生活支援の充実、住宅等の環境整備
- 社会参加の支援、消費者被害の防止
- 成年後見制度の活用促進、高齢者の虐待防止

6、認知症疾患医療センターへの協力

7、その他　定住自立圏構想連携事業

認知症初期集中支援チームに取り組むきっかけ

●認知症の症状が進行し、危機が生じてからでは課題も複雑化してしまう
　⇒　結局、地域の〝困った人〟になったり、住み慣れた家・地域で暮らせず、とりあえず施設へとなってしまう
●認知症の人へのアセスメントと視点が不十分
　⇒　適切な認知症ケアが提供されず認知症の人にとって不幸な対応になっていた

そこで！
1、認知症対応へ「手遅れ型」になる前に、早期から積極的な支援をする
2、認知症ケアパス・適切なつながりへの入り口支援・きっかけづくりをする
認知症になっても地域で暮らし続けられるよう、認知症の人や家族を、できるだけ早い段階から支える、**認知症初期集中支援事業展開へ**

たつの市おける認知症初期支援事業の経過

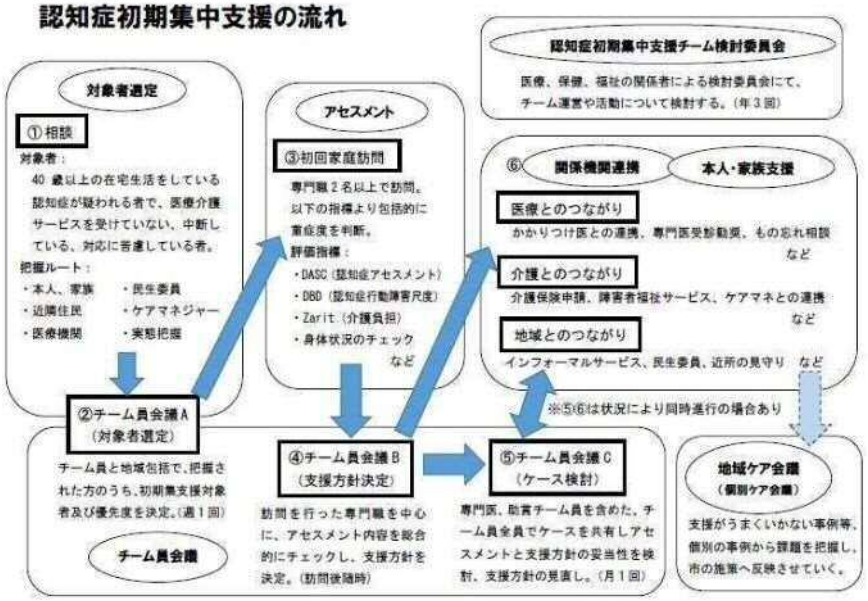
平成25年度
10月～　兵庫県西播磨認知症疾患医療センターとの協働にて、初期集中支援チーム設置に向け、チーム員人材育成モデル事業を展開。DASC研修受講。

平成26年度
4月～　認知症初期集中支援チームをたつの市地域包括支援センターに設置。
6月～　チーム体制づくり。「認知症初期集中支援チーム員研修」受講。
8月～　本格始動。初年度は、51名へ実施。
認知症初期集中支援チーム検討員会は、既存の地域ケア会議内で開催。

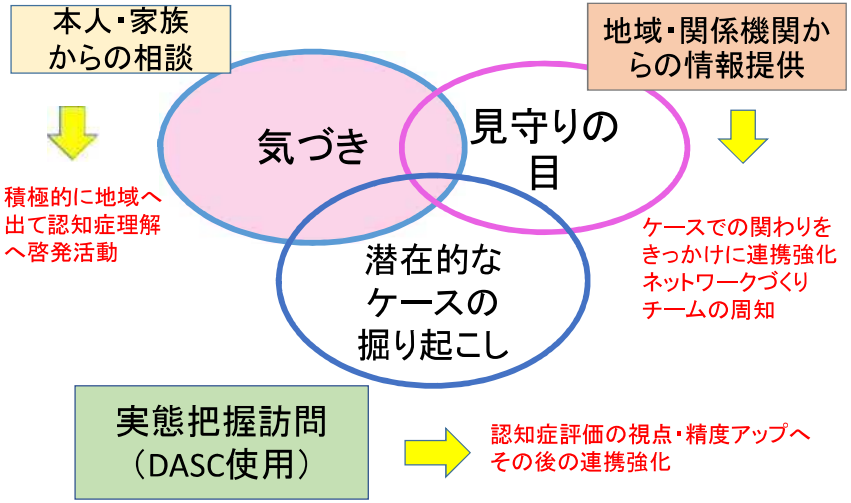
平成27年度
4月～　平成26年度の実績分析、課題を踏まえて体制見直し。新たなチーム員を迎え現場で〝先輩チーム員〟より人材育成・伝達研修実施並びに「認知症初期集中支援チーム員研修」受講。
10月～　認知症初期集中支援チーム検討員会を正式に設置（年3回開催）。設置にあたっては、特にサポート医、認知症施策推進事業嘱託医のご協力によるものが大きかった。平成27年度は86名に実施。

平成28年度
4月～　実態把握調査にDASC導入。委託先の在宅介護支援センター職員向け研修・アンケート実施。
平成28年度2月末まで117名に実施。

認知症初期集中支援の流れ



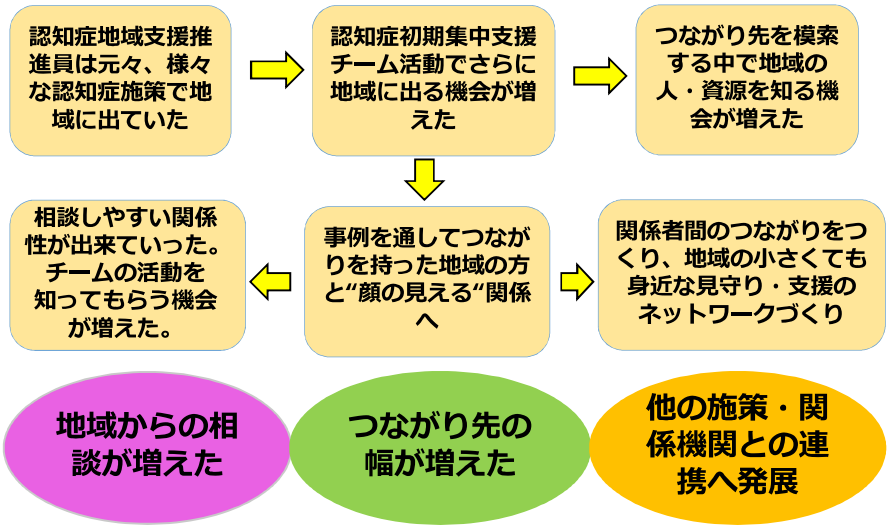
認知症初期集中支援対象者の把握、そして強化していった事



認知症初期集中支援チームにおける認知症地域支援推進員として心がけたこと

1、本人・家族をはじめ、地域からの相談窓口となり、チームへつなぐ。
2、チーム内、専門職協働の中で、スムーズな連携が図れるようコーディネートする。
3、実践を通し、既存のチーム員より学んだり、新任のチーム員への人材育成を意識的におこなう。
4、支援・連携上の課題を明確にする。特に、本人の力や取り巻く地域の状況をチームにつなぎ、課題解決への助言をしていく。
5、本人を取り巻く関係者同士の連携をつくり、地域での支援ネットワークの構築を図る。
6、特に、人と人、人と制度・事業とのつながりをつくる。そこから、思いがけない解決のきっかけをもらう！
7、チーム介入後も、不適切な経過をたどるケースにおいては、個別ケア会議へとつないだり、見えてきた課題を、地域共有の課題として、発展的に対応する施策へとつないでいく。

認知症初期集中支援チーム活動に、認知症地域支援推進員が入ると、こんな効果がありました！



認知症初期集中支援チームの活動によって拡がったつながり

活動を始める前に想定
したつながり先は‥

チームの活動始めると！

医療
介護

かかりつけ医
認知症専門医
ケアマネ他
地域のつながり

専門医へスムーズな紹介、対象候補をチームに
紹介し、チーム介入を家族に説明
新たな受診者をチームへ紹介、チームと密な連携
介護の主な繋がり先、受け持っている困難事例の相談
民生委員との連携強化・相談すると動くチームを実感！
きりかぶカフエ（認知症カフェ）へ、そこから
さらなる人・制度等へのつながりへ発展！

そして、新たに連携・つながっていった先は

市内他8か所の認知症カフェ、男性介護者の会、地域のサロン、地域の銀行、郵便局、コンビニ、
警察各課、在宅介護支援センター、保健センター、市役所内の他の部署、県の健康福祉事務所、
NPO、消費相談センター、成年後見センター、介護保険外の様々なサービス事業所、他多数

これから

認知症の人、その妻から頂いた言葉

（H28年度　認知症ｻﾎﾟｰﾀｰﾌｫﾛｰｱｯﾌﾟ講座にて）
～診断を受けたいわゆる〝空白期間〟の方～

本人「（つながり先のカフェで仲間と
始めた）フルートをみんなの
前で弾けるようになりたい。
そして、妻を支えていきたい。」

妻「診断受け、色々あったが、
きりかぶカフェにつながり
特に何をするのではないけど
ほっこりして1年経過し
今の穏やかな自分がいる。」

認知症初期集中支援チームによって
さらにつながりのきっかけづくりをする
そして、初期で生活障害が少ない方を
どう地域につないでいくか。
認知症の早期発見をしても
それだけに終わってしまわないよう
本人・家族に早い段階から寄り添う
システムづくりをしていく

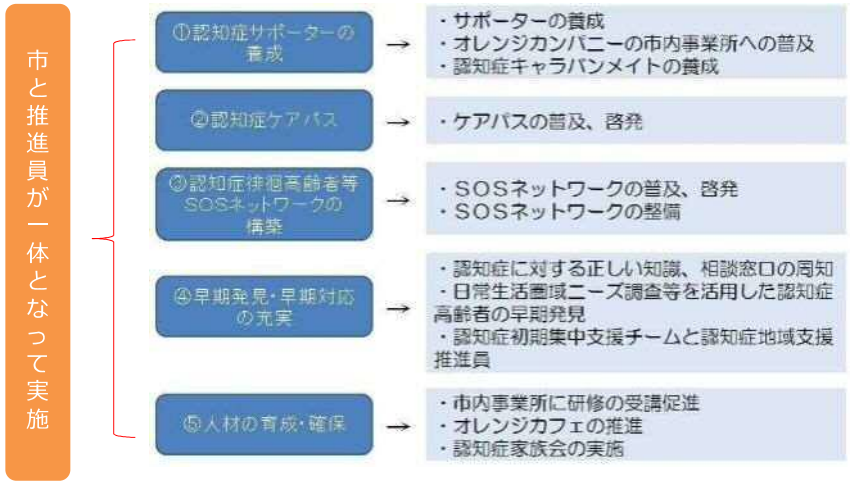
豊後大野市における
推進員としての医療との連携について

大分県豊後大野市
豊後大野市地域包括支援センター（委託）
杉山新悟（認知症地域支援推進員）

＜自治体の基礎情報（H29.1月末現在）＞

人口	37,454人	65歳以上人口	**15,357人**
高齢化率	41.0%	第6期介護保険料	6,250円
要介護認定者数	3,284人	要介護認定率	21.53%
日常生活圏域数	27圏域	包括数	委託：1
認知症地域支援推進員数：1名（うち委託：1名）			
地域の特徴： 平成17 年に、大野郡の7 町村が合併し豊後大野市となる。 高齢化率40 パーセントで、そのうち4.3 人に1人が要介護又は要支援認定を受けている。特に要支援認定の方が他市に比べ多いため、元気なうちから介護予防できる場所つくりを積極的に行っている。 地域格差もあり、地域に合わせた対応が必要となっている。			

豊後大野市における
認知症施策（事業）の全体像



私の推進員活動の歩み①

＜取組み当初に行った実態把握の方法と見えてきた課題＞

地域行事や家族会などでの普及啓発と相談窓口の周知

- 認知症という病気についての偏見が多く残っており、家族が抱え込んでしまっている。
- どこに相談して良いかわからないという声が多い。

日常生活圏域ニーズ調査の実施

- 医療にかかっていない方が非常に多い。
- MCI～軽度レベルの方が圧倒的に多い。

＊認知症に関しての普及啓発が遅れており、地域性を含め、病気を隠そうとしてしまう傾向が強い。また、健康に対する意識が低く、生活不活発病含め、予防という観念が薄い。

＜目指したもの＞
・認知症という病気への正しい理解を広げるため、サポーター養成講座等の機会を増やし、普及啓発に努める。
・相談窓口の周知を徹底し、家族が抱え込んでしまう（重度化する）前に適切な医療、介護サービスに繋げる。
・民生委員など地域のキーパーソンから情報を受け取り、把握できるネットワークの構築。

私の推進員活動の歩み②

対象	事業／取組み	連携機関	役割の分類
一般市民	サポーター養成講座	自治会　民生児童委員　小・中学校　キャラバンメイト　オレンジカフェ	啓発 対応力向上
高齢者	出前講座	地域総合相談支援センター　市民団体 家族会	啓発 予防
介護者	家族会	地域総合相談支援センター　福祉法人	相談体制構築 啓発 対応力向上
ニーズ調査回答者（認知項目該当者）・当事者	★早期発見	認知症疾患医療センター　各医療機関　民生児童委員　地域総合相談支援センター　ケアマネジャー　社協	実態把握 支援体制構築 多職種連携
一般市民・事業所	認知症ケアパス	医師会　市民病院　サポート医　オレンジドクター　認知症疾患医療センター　市民団体 保健所　社協　ケアマネジャー	普及 支援体制構築
当事者	SOSネットワーク	警察署　消防署　社協　市民団体　協力機関	多職種連携 ネットワーク構築
関係機関	認知症地域支援推進連絡会	医師会　市民病院　サポート医　オレンジドクター　認知症疾患医療センター　市民団体 保健所　社協　ケアマネジャー	課題抽出 施策検討

★今回紹介する事業

★早期発見に関する推進員活動の流れ①

活動背景

・普及・啓発の遅れ
・病気への偏見（地域性）
・精神科への偏見、かかりつけ医不在
・医療と介護等の連携不足
・家族力の低下

実態把握

・ニーズ調査実施
対象者：在宅で暮らす65歳以上の方（要介護3～5を除く）
調査方法：郵送法（一部面談法）
回収率：

・対象者の抽出
調査項目内の認知機能項目で3項目にチェックが入った方且つ介護保険未認定の方を抽出→179名

□周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか
□自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか
□今日が何月何日かわからない時がありますか

・各町の地域総合相談支援センターによる対象者の訪問

※地域総合相談支援センターとは？
各町の相談窓口。市の委託事業。
社協や福祉法人、医療法人が受託。
前身は在宅介護支援センター。

★早期発見に関する推進員活動の流れ②

カンファレンス

・カンファレンス実施
地域総合相談支援センターのアセスメント結果（簡易HDS-Rなど）をもとに、市保健師、包括三職種（推進員含む）によるカンファレンス実施。以下の方向性を定める。

□終了
□半年／一年後フォロー（郵送にて再調査・訪問・その他）
□経過観察（郵送にて再調査・訪問・総合事業・その他）
□要医療（訪問・その他）

認知症疾患医療センター同行訪問

・同行訪問実施
認知症疾患医療センターのPSWへ連携協力を依頼し、カンファレンスにて要医療となった対象者に対して、同行訪問実施。適宜、スケール評価・受診勧奨・情報提供・支援体制構築・サービス導入・かかりつけ医へ情報提供・受診同行等を行う。

取組内容（対象者支援結果）

チェック項目の勘違い・HDS-R高得点者・フォロー体制済みなど	介護保険申請 総合事業 オレンジカフェ 見守り支援など	専門医受診 確定診断	HDS-R20点以上で、日常生活に課題が少ないひとなど	死亡・施設済で サービス開始者・入院・市外転居・訪問拒否（29名）
終了	経過観察	要医療	半年/一年後フォロー	訪問未実施
49名	36名	12名	12名	70名

いずれもかかりつけ医がいる場合は本人・家族同意のもと、情報提供実施

活動上の工夫、心がけたこと

医療・介護の連携として

情報提供の内容
医療側・介護側それぞれが、どんな情報を持っているか、どんな情報が欲しいのか？

→

内容の精査
医師会、認知症疾患医療センター、市民病院、サポート医、オレンジドクター、保健所、ケアマネ協などが参加する【認知症地域支援推進連絡会】にて連携時の情報について意見を集約。

→

様式作成
認知症地域支援推進連絡会にて集約された意見をもとに様式を作成。かかりつけ医・関係機関への情報提供時に活用。

医療と介護の連携に欠かせない情報共有のための内容やツールを整備することで、効率的にやり取りが行えた

早期発見の事業・取組みに推進員が関わったことによる成果

活動背景
・普及・啓発の遅れ
・病気への偏見（地域性）
・精神科への偏見、かかりつけ医不在
・医療と介護等の連携不足
・家族力の低下

効果として…

正しい認識
パンフレットなどを用い、病気について・精神科の現状と役割などを説明し、理解が得られるケースが増えた。

治療開始
訪問等で関係性の構築をすることで、受診に繋がるケースが増えた。受診同行をすることで不安の軽減ができた。

家族支援
訪問時、家族へのアプローチも併せて行うことで、家族力向上に繋がるケースも少しずつ増えてきた。

情報提供
日常生活面の情報を主治医に提供することで、効果的な判断を仰ぐことができるようになった。

医・会の関係作り
多職種で連携することが必須となるため、顔が見える関係が築け、その橋渡し役として活動することができるようになった。

推進員活動を通じた展開とつながりの拡大

早期発見事業 → **医療・介護連携**

・情報提供を通じて、様々な機関とのつながり（顔が見える関係）が構築できた。

・情報を効率良くやり取りするためのツールの整備ができた。

・やり取りを重ねることで、主治医に相談がしやすくなった。

→ **認知症初期集中支援チームの活動基盤作り**

・情報提供のツールをそのまま活用。

・連携のやり取りが確立していたため、これまでの流れをそのままチーム員としてスムーズに移行できる。

支援のノウハウをチームに活用

関係者とのネットワーク構築

今後の取組み（予定）やさらに強化したい点

課題として

・MCIもしくは軽度レベルの方に対しての社会資源が少ない（介護保険に依存せざるを得ない現状がある）。

・見守りやサポートをしてくれる人がいない。

→ **今後の取組み**

・本人に寄り添ったインフォーマルサービス等の模索、検討。

・普及啓発を行いながら、同時にサポーター養成講座、ステップアップ講座等を通して人材育成を図る。

・認知症に限らず、高齢者が安心して暮らすことのできるまちづくりを目指す。

全国の推進員さんへのメッセージ

様々な課題があるかと思いますが、まずは地域の実情に合わせ、何が大切なのかを見極め、出来るところから始めてみてください。ネットワークを広げる中できっと助けてくれる仲間が見つかります。ひとりで抱え込まないで、ゆっくりと着実に進むことを心がけてみてくださいね！

平成 28 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・ケア向上事業を活用した
認知症の人やその家族への支援体制の推進に関する
調査研究事業　報告書

平成 29（2017）年 3 月

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）