

平成 21 年度 厚生労働省 老人保健健康増進等事業
事業報告書

認知症地域包括ケアのあり方に関する研究事業
報告書

平成 22 年 3 月

社会福祉法人 浴 風 会
認知症介護研究・研修東京センター

はじめに

平成 21 年度 4 月に、介護保険サービスにおける認知症介護の質向上の実現を目指し、全国で実施されている認知症介護実践リーダー研修修了者ならびに認知症介護研究研修センターで実施している認知症介護指導者養成研修修了者の配置を要件とした介護報酬における加算が実施された。一方で、これらの研修以外にも、多くの自治体や全国団体において認知症介護従事者を対象とした研修が実施されている状況がある。

認知症ケアに携わる専門職者は、医療をはじめ様々な分野で数多く存在するが、これらの人材育成の為に各地域で認知症ケアの専門的知識を修得するための様々な研修事業が実施され、一定の評価が得られている。介護保険制度の施行により、我が国の認知症ケアの環境は大いに進展したが、認知症者も病める個人であると同時に一生活者でもあることから、認知症者の生活支援に視点を置き、医療をはじめ看護、OT・PT、ケアマネジャー、介護福祉士、社会福祉士等の専門職が同じ方向を向いた支援体制が必要である。

平成 20 年 7 月に厚労省から発表された「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」では、地域の認知症の医療と介護との連携をより従事させる為に、全国 150 箇所の認知症疾患医療センターの創設と、この医療センターと地域の介護保険サービスの連携を調整する認知症連携担当者の配置が提案された。これに基づき、平成 21 年度には、認知症介護研究研修東京センターで認知症連携担当者の研修事業も開始された。

そこで、本研究事業の目的は、認知症連携担当者研修についての教育目標、基本方針、カリキュラム、学習内容、学習方法、研修効果等を検討し、認知症介護の質向上に実質的に寄与しうる研修のあり方を検討することである。本報告書では、この連携担当者研修の枠組み、講義内容を示し、その実施効果を検証し、今後の認知症連携担当者研修の実施に向けた課題を明らかにした。また、地域包括支援センターにおける認知症ケアマニュアルのあり方を検証した結果を報告する。

2010年3月

認知症介護研究研修東京センター
研修部長／副センター長 今井幸充

認知症地域包括ケアのあり方の検討 目次

はじめに

目次

委員名簿

第1章 研究の背景と目的 1

第2章 認知症連携担当者研修の効果検証とカリキュラムの検討 3

第3章 地域包括支援センターにおける

認知症ケアマニュアルのあり方の検討 7 5

第4章 総合考察 1 0 8

巻末資料 1 1 2

認知症地域包括ケアのあり方に関する研究事業 研究委員名簿

氏名	所属
佐藤 信人	武蔵野大学
八森 淳	市立伊東市民病院 臨床研修センター
室谷 牧子	堺市福祉サービス公社 北地域包括支援センター
山本 めぐみ	浅川山病院 認知症疾患医療センター
佐々木 勝則	社会福祉法人桜井の里福祉会 特別養護老人ホーム桜井の里
池田 恵利子	いけだ後見支援ネット
畦元 智恵子	杉並区介護予防課
内田 孝子	社会福祉法人 横浜市社会福祉協議会 横浜市豊田地域ケアプラザ 地域包括支援センター
阿部 哲也	認知症介護研究・研修仙台センター
柳 務	認知症介護研究・研修大府センター
今井 幸充	認知症介護研究・研修東京センター

事務局

諏訪 さゆり	認知症介護研究・研修東京センター
中村 考一	認知症介護研究・研修東京センター
仲井真 なつき	認知症介護研究・研修東京センター
木澤 則子	認知症介護研究・研修東京センター

第1章 研究の背景と目的

第1節 研究の背景

1. 認知症地域包括ケアの課題

たとえ認知症になったとしても住み慣れた地域での自立した生活を継続できることを支援するため、これまで地域包括支援センターを中核として、地域密着サービスや地域住民、その他の社会資源が協働して行う地域づくりが進められてきた。

しかし、認知症の早期に確定診断が的確に行われなかったり、その後の医療と介護の連携が不十分であったために適切な治療や介護の提供が行われなかった事例もある。

このような背景を踏まえ、厚生労働省は「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」を立ち上げ、今後の認知症対策の具体的内容として、①実態把握、②研究開発の加速、③早期診断の推進と適切な医療の提供、④適切なケアの普及及び本人・家族支援、⑤若年性認知症対策の推進などの必要性を指摘し、その実現のために取り組みが進められている。

2. 認知症連携担当者研修の効果検証とカリキュラム開発の必要性

特に、「適切なケアの普及」という観点からは、認知症の早期発見・医療との連携を含めた地域包括ケア体制の強化のために、全国150か所の地域包括支援センターに認知症疾患医療センターと連携する認知症連携担当者が配置されることとなり、現在その整備が進められている。

認知症連携担当者は、認知症介護に関連する専門職及び地域のインフォーマル・サポートと認知症者及び家族との橋渡し役となるため、認知症介護に関する豊富な知識と連携を促進するための技術を修得しておく必要がある。認知症連携担当者に対する研修については、これまで認知症介護指導者がその任に当たることを想定して、研修カリキュラムを開発してきたが、今後さらに認知症連携担当者を配置するためには、現在行われている認知症連携担当者研修の効果を検証し、認知症介護指導者以外の者が連携担当者になる場合の研修カリキュラムを検討することが求められる。

3. 認知症ケアマニュアルの開発の必要性

また、認知症者は、認知症の中核症状の影響により認知機能や判断力が低下するため、認知症者が自分で自分に必要な支援を判断し、正確に他者に伝えることが困難である。そのため認知症者の介護には高い専門性が必要となり、医療や権利擁護、地域ケアなど生活の幅広い分野にわたり支援が必要となる。また、若年認知症については、いわゆる働き盛りの世代での発症となるため、経済的な側面を含めてそれまでの生活を継続することが困難になるケースが多い。このような問題に対して、地域包括支援センターが認知症者の地域生活を支援し、地域の認知症ケアの質向上を効果的・効率的に展開するためには、認知症ケアマニュアルの整備と普及が求められる。

第2節 研究の目的

以上を踏まえ、本研究では、現在行われている認知症連携担当者研修の効果を検証し、認知症介護指導者以外の者が認知症連携担当者になる場合の研修カリキュラムを開発すること、認知症連携担当者の活動とその効果を調査することによって、認知症連携担当者のフォローアップ体制のあり方について明らかにすることを目的とする。

さらに、効果的・効率的に地域包括ケアを推進できるように、地域包括支援センターにおける認知症対応マニュアルを開発することを目的とする。

第2章 認知症連携担当者研修の効果検証とカリキュラムの検討

第1節 認知症連携担当者の役割

1. 認知症連携担当者の要件

認知症連携担当者（以下、連携担当者）とは、厚生労働省の実施する「認知症対策連携強化事業」において、「地域における認知症ケア体制及び医療との連携体制を強化し、認知症の医療と介護の切れ目ない提供等を行うこと」を目的に、地域包括支援センターに配置することが位置付けられている。対象要件は①認知症介護指導者養成研修修了者（受講見込み者を含む）、②認知症介護実践リーダー研修修了者、③上記①、②以外で認知症の介護や医療における専門的知識及び経験を有するも者として都道府県が認めた者となっている。

2. 連携担当者の活動内容

連携担当者の配置される地域包括支援センターにおいては、以下の4つの事業を行うこととされている。すなわち①地域におけるネットワーク体制の構築、②医療センターにおいて認知症の確定診断を受けた者に対する支援、③他の地域包括支援センターに対する支援、④若年性認知症者に対する支援とされている。それぞれの事業内容については、さらに具体的な内容が位置付けられている。「①地域におけるネットワーク体制の構築」については、医療センター、権利擁護に関係する関係団体等との密接なネットワークの構築や医療センターの連携担当者等との広報交換及び日常的な連絡調整に努めることが位置付けられている。「②医療センターにおいて認知症の確定診断を受けた者に対する支援」については、医療センターにおいて認知症の確定診断を受けた者であって、支援にかかわる情報提供について同意を得られた者の情報を定期的に入手することや、認知症の確定診断を受けた者やその家族に対する在宅介護・保健医療サービスの情報提供その他の支援を行うこと、担当地域外の認知症者については、認知症者の居住区域を担当する地域包括支援センターに情報を提供することなどが位置付けられている。

さらに、「③他の地域包括支援センターに対する支援」としては、他の地域包括支援センターからの認知症に関する医療や介護の相談に助言等を行うこと、他の地域包括支援センターから受けた相談内容が専門医療の判断の必要なケースである場合、医療機関の紹介等を行うことなどが位置付けられ

ている。最後に、「④若年性認知症者に対する支援」については、若年性認知症者やその家族に介護サービス等の情報提供を行うこと、就労支援や障害者福祉サービスの利用が必要な場合には、必要な機関と連携し具体的なサービスにつなげること、障害者就労支援ネットワークに参画し、その資源を活用しながら若年認知症者のネットワークを構築することなどが位置付けられている。

また、連携担当者は、「地域包括支援センターの3職種と共働して事業の実施に取り組むこと」とされ、実施主体である認知症疾患医療センターが設置されている市町村は、市町村及び都道府県の関係部局との連携のもとに事業に対する協力、支援体制を整備することとされている。

以上の内容は、厚生労働省老健局長通知「認知症対策等総合支援事業の実施について」（老発第0602006号、平成21年6月2日）における別添5「認知症対策連携強化事業実施要綱」に示されているので参照されたい。

第2節 認知症連携担当者研修の枠組み

これまでに示した通り、認知症疾患医療センターの配置されている市町村の地域包括支援センターに、認知症連携担当者が配置されたが、認知症対策連携強化事業実施要綱において認知症連携担当者は、認知症連携担当者研修を受けることとされている。本研修のカリキュラムは、平成20年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「認知症専門医療との連携や地域における共同研修のあり方等地域包括支援センターを地域の中心とした地域ケア体制の構築に関する調査研究事業—認知症地域ケア体制構築を行う人材育成のあり方等検討委員会—研究報告書」での報告をもとに本研究事業の研究委員会で作成した。ここからは本年度実施した認知症連携担当者研修の枠組みについて整理する。

1. 連携担当者研修の目的

研修の目的は「認知症者が地域で生活を継続できるための支援方法や認知症になっても安心して暮らせる地域づくり等の研修を実施し、認知症者の地域支援ネットワーク形成の中核的存在としての役割を担う人材を養成すること」とした。

2. 研修の対象者

研修の対象者は、「認知症者の支援を行った経験を有し、認知症に関する基本的な医学知識や介護知識を理解している者であって、地域包括支援センターにおいて認知症連携担当者として勤務している者、または地域包括支援センターの認知症連携担当者として勤務することが予定されている者であり、『①認知症介護指導者養成研修修了者』『②認知症介護実践リーダー研修修了者』『③上記①、②以外で認知症の介護や医療における専門的知識及び経験を有するものとして都道府県が認めた者』の3つのうちいずれかの条件を満たす者」とした。

3. 研修の開催回数と開催日

研修の実施回数は年3回（1回研修は3日間）とし、1回の受講定員は50名とした。具体的な開催日は以下の通りとした。

第1回 平成21年 9月28日（月）～9月30日（水）

第2回 平成21年 12月21日（月）～12月23日（水）

第3回 平成22年 3月 8日（月）～3月10日（水）

4. 研修会場

本研修は、社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センターにおいて行った。

5. 研修カリキュラム

認知症連携担当者研修のカリキュラムは表2-1の通りとした。カリキュラムの枠組みは、まず、「研修の位置づけと連携担当者の役割」として厚生労働省より、認知症連携担当者の役割及び認知症連携担当者に関する施策について解説し、認知症地域支援体制構築等推進事業における取り組み、認知症介護指導者をはじめとした認知症者を支援するために養成されている専門職の紹介をした。その上で、認知症ケアの理念、倫理とともに権利擁護の制度と制度を活かした介入のあり方について、「認知症ケアの理念・倫理に基づいた虐待防止と権利擁護」で講義を行い、連携担当者としての権利擁護に関する取り組みの方向性の理解を促した。また、適切な介護を踏まえた医療との連携を行うことができることを意図し、認知症者にとっての障害を

理解し、障害を取り除くための非薬物的な支援のあり方について「情報が持つ意味を踏まえて認知症者本人と資源の強みを生かす」において情報提供した。その後「認知症介護における地域医療の実際と今後の方向性」において、認知症者に対する医療について理解するとともに、医療関係の専門職との連携においてどのようなところで困難を感じ、どのように克服すればよいかという観点から講義と演習を用いて理解を深めた。また、「認知症者の社会参加・社会活動を支える地域連携のあり方」では、地域との関係をどのように構築していけばよいかというプロセスについて、具体的な実践事例を基にして理解し、「若年性認知症者を支える社会制度」「若年性認知症者への支援の実践」において、若年認知症者の支援において、具体的にどのような社会資源を利用しながらどのような支援が展開されているか、現状と課題について明らかにした。そしてそれらを踏まえ、「連携困難事例の再検討」の単位において、参加者が準備した「連携困難事例」について、どのようなかかわりができる可能性があるか（あったか）について検討し、それまでの知識を実践に活かすことを想定した演習を行った。以上のように連携担当者研修のカリキュラムは、まず連携担当者としての役割を押さえた上で、それぞれの役割についての新たな知識を提供し、それを踏まえて事例検討を行うことによって、研修で学んだ知識を生かすことができるかを確認するという枠組みで構成した。

6. 授業の評価について

授業の教育評価は、研修修了後にカリキュラム評価表により行った（巻末資料1参照）また、一日の研修の最後にはグループワークを行い、自己の一日の学びについてグループで共有しながら、自己の学びの整理を行うことを求めた。

7. 研修の受講料

本研修の受講料は無料とした。

8. 研修の事務局

本研究の事務局は社会福祉法人浴風会認知症介護研究・研修東京センターが担当した。

表 2－1 認知症連携担当者研修カリキュラム（第 2 回）

平成21年12月21日（月）		
時間	単元名	担当者
10:00－10:20	開講式・オリエンテーション	
10:20－11:20 11:30－11:20 110分	1 研修の位置づけと連携担当者の役割 ＜ねらい＞ 認知症連携担当者としての役割や関係者・機関との連携方法、および具体的な実務の流れを理解する。並びに事業実施にあたっての個人情報保護法の規定等を踏まえた対応の在り方を理解する。	厚生労働省 老健局 高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室
12:20－13:20	昼休憩	
13:20－15:00 100分	2 認知症ケアの理念・倫理に基づいた虐待防止と権利擁護 ＜ねらい＞ 認知症者を地域で支えていくために、理念や倫理の重要性を理解する。また、地域において認知症者の虐待を防止し、権利を擁護するために、連携担当者が行う活動を理解する。	いけだ後見支援ネット 池田 恵利子 氏
15:00－15:10	休憩	
15:10－16:50 110分	3 情報が持つ意味を踏まえて認知症者本人と資源の強みを生かす ＜ねらい＞ 認知症者を地域で支えるためのアセスメントとケアプランの作成のあり方を理解する。	東京センター 主任研修主幹 諏訪さゆり
16:50－17:00	休憩	
17:00－18:00 60分	振り返りと学びの共有 ＜ねらい＞ 一日の自己の学びを整理する。	センタースタッフ

平成21年12月22日（火）		
時間	単元名	担当者
9:10－11:10 120分	3 情報が持つ意味を踏まえて認知症者本人と資源の強みを生かす ＜ねらい＞ 認知症者を地域で支えるためのアセスメントとケアプランの作成のあり方を理解する。	東京センター 主任研修主幹 諏訪さゆり
11:10－11:20	休憩	
11:20－12:20 60分	4 認知症介護における地域医療の実践と今後の方向性 ＜ねらい＞ 認知症者を地域で支えるために必要となる医療の知識を理解する。	社団法人地域医療振興協会 市立伊東市民病院 臨床研修センター センター長 八森淳 氏
12:20－13:20	昼休憩	
13:20－14:40 80分	4 認知症介護における地域医療の実践と今後の方向性 ＜ねらい＞ 認知症者を地域で支えるために必要となる医療の知識を理解する。	社団法人地域医療振興協会 市立伊東市民病院 臨床研修センター センター長 八森淳 氏
14:40－14:50	休憩	
14:50－16:20 90分	5 認知症者の社会参加・社会活動を支える地域連携のあり方 ＜ねらい＞ 認知症者の社会参加・社会活動を支援するために、地域のフォーマルサービス・インフォーマルサポートと認知症連携担当者が協働する方法を理解する。	NPO法人やじろベー 代表 中澤純一 氏
16:20－16:30	休憩	
16:30－17:30 60分	振り返りと学びの共有 ＜ねらい＞ 一日の自己の学びを整理する。	センタースタッフ

表 2－1 認知症連携担当者研修カリキュラム（第 2 回）つづき

平成21年12月23日(水)		
時間	単元名	担当者
9:10－10:30 90分	6 若年性認知症を支える社会制度 ＜ねらい＞ 若年性認知症者が地域で暮らすことを支援する社会制度を理解する。	若年性認知症社会参加支援センター ジョイント 所長 比留間ちづ子 氏
10:30－10:40	休憩	
10:40－12:00 100分	7 若年性認知症者への支援の実践 ＜ねらい＞ 若年性認知症者の支援の実践例を踏まえて、地域で暮らし続けるために必要な具体的支援を理解する。	若年性認知症社会参加支援センター ジョイント 所長 比留間ちづ子 氏
12:00－13:00	昼休憩	
13:00－15:00 120分	8 連携困難事例の再検討 ＜ねらい＞ これまでの学びを踏まえて、グループワークで検討した認知症者のケアプランを見直し、本研修での学びを連携担当者の活動にどのように活かしていけばよいか理解する。	東京センター 主任研修主幹 諏訪さゆり
15:00－15:15	振り返り用紙の記入	センタースタッフ
15:15－15:25	休憩	
15:25－15:40	修了式	センタースタッフ

第 3 節 認知症連携担当者研修の実施結果

1. 研修の実施状況

（実施回数、受講者数、受講地域、受講者の資格）

第 2 節において示した連携担当者研修の枠組みに沿って、連携担当者研修を本年度 3 回実施した。合計受講者数は 42 名であり、各回の受講者数は表 2－2 のとおりである。また、都県市別の受講者数を表 2－3 に示した。連携担当者研修を受講した連携担当者の存在する地域は、21 地域であり、もともと受講者数が多い地域は、熊本県の 6 名であった。受講者の男女比は、男性が 10 名（23.8%）女性が 32 名（76.2%）であった（図 2－1）。また参加者の所属法人の種別は、市町村が最も多く 14 名（33.3%）であり、社会福祉法人（社協以外）が 12 名（28.6%）、社会福祉協議会が 10 名（23.8%）、医療法人が 1 名（2.4%）、その他が 5 名（11.9%）であった。その他の法人としては、財団法人、福祉公社、社団法人などがあった（表 2－4）。参加者の所持資格は介護支援専門員が最も多く、26 名で半数を超えていた（表 2－5）。

表 2-2 連携担当者研修の受講者数

受講回	受講者数（人）
第 1 回	6
第 2 回	12
第 3 回	24
合計	42

表 2-3 都県市別受講者数

N0	都県市名	受講者数（人）
1	岩手県	1
2	山形県	1
3	栃木県	1
4	神奈川県	1
5	山梨県	2
6	新潟県	1
7	福井県	2
8	長野県	1
9	大阪府	3
10	兵庫県	2
11	三重県	2
12	大阪市	2
13	堺市	1
14	神戸市	1
15	鳥取県	5
16	山口県	1
17	佐賀県	2
18	長崎県	4
19	熊本県	6
20	大分県	1
21	鹿児島県	2
合計		42

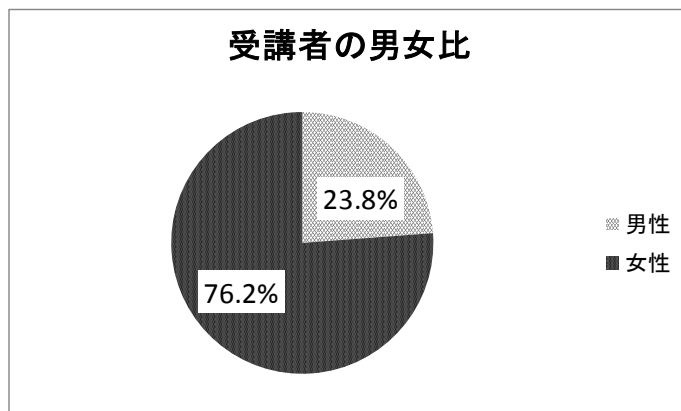


図 2－1 連携担当者研修受講者の男女比（N=42）

表 2－4 参加者の所属法人の種別

	人数	%
市町村	14	33.3%
社会福祉協議会	10	23.8%
社会福祉法人（社協以外）	12	28.6%
医療法人	1	2.4%
その他	5	11.9%

表 2－5 受講者の所持資格（複数回答）

資格	人数
介護支援専門員	26
介護福祉士	16
社会福祉士	16
看護師	13
保健師	12
精神保健福祉士	8
准看護師	2
その他	7

2. 講義内容

1) 研修の位置づけと連携担当者の役割

研修の位置づけと連携担当者の役割は、「認知症連携担当者としての役割や関係者・機関との連携方法、および具体的な実務の流れを理解する。並びに事業実施にあたっての個人情報保護法の規定等を踏まえた対応の在り方を理解する。」をねらいとして、厚生労働省老健局認知症虐待防止対策推進室より講義が行われた。

具体的な内容として、連携担当者設置の背景となった「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」について、報告書の紹介を行うとともにプロジェクトによって提言された「①実態把握、②研究開発の加速、③早期診断の推進と適切な医療の提供、④適切なケアの普及及び本人・家族支援、⑤若年性認知症対策の推進」という5つの柱の紹介がなされた。また、それらの柱ごとの取り組みの現状として、サポート医養成研修事業、八王子市医師会の「認知症どんとこいドクターホームページ」の紹介、「認知症を知り地域をつくる10カ年」構想の紹介、若年認知症者の支援やコールセンターについての紹介、介護保険制度における各種加算の状況の紹介などが行われた。

また、東京センターより、認知症地域支援体制構築等推進事業及び認知症介護実践者等養成事業に関する取り組みについてそれぞれ情報提供を行った。

2) 認知症ケアの理念・倫理に基づいた虐待防止と権利擁護

認知症ケアの理念・倫理に基づいた虐待防止と権利擁護は、「認知症者を地域で支えていくために、理念や倫理の重要性を理解する。また、地域において認知症者の虐待を防止し、権利を擁護するために、連携担当者が行う活動を理解する。」をねらいとして、いけだ後見支援ネット代表池田恵利子氏より講義が行われた。

具体的な内容として、①権利擁護の必要性和社会的支援(ソーシャルワーク)、②虐待対応の考え方、③虐待対応過程(プロセス)、④権利擁護・虐待対応体制整備の視点、⑤地域包括ケアと権利擁護という5つの視点からの講義が実施された。①権利擁護の必要性和社会的支援(ソーシャルワーク)については、法律の観点から権利擁護の必要性を指摘し、虐待の

現状や高齢者虐待防止法成立の背景が説明された。②虐待対応の考え方においては、自己決定への支援を尊重することとしてパワーレス状態の理解と視点について「関係性生活の再構築を支援する」として説明された。また、虐待のケースにおいて何をどのように支援するかというソーシャルワーク的支援について事例を踏まえて解説がなされた。さらに本人保護への社会的使命として、自己決定と緊急保護との関係性などについて、具体的に説明された。③虐待対応過程(プロセス)においては、虐待対応の流れについて特に確実な情報の収集と伝達などを含めて具体的に解説された。また、④権利擁護・虐待対応体制整備の視点、⑤地域包括ケアと権利擁護については、成年後見制度の概要と虐待対応における活用のあり方などが説明された。

3) 情報が持つ意味を踏まえて認知症者本人と資源の強みを生かす

情報が持つ意味を踏まえて認知症者本人と資源の強みを生かすでは、「認知症者を地域で支えるためのアセスメントとケアプランの作成のあり方を理解する」というねらいで、事務局である認知症介護研究・研修東京センター諏訪さゆりにより、講義および演習を行った。

具体的な内容として、認知症の定義及び中核症状、周辺症状について押さえた上で、認知症者にとって中核症状がどのような問題として体験されているかを事実を基に推測し、「認知症者が中核症状により困っていること」を支援する必要性を確認した。また、そのための基本的視点として、ICFにおける生活機能の視点、ICFの構成要素間の相互作用の視点、医学モデル社会モデルの統合の視点を説明し、アセスメントとケアプラン作成においてそれらの考え方をどのように活かすかを説明した。また、認知症者のケアによる支援の重要性を確認するために、特に認知症者の生活リズム障害に焦点を当て、認知症者に対する非薬物療法と薬物を用いる際のケアの視点やあり方について説明した。

また、演習部分においては、事前課題として受講者に準備させた「連携困難事例」をそれぞれグループで紹介しあい、グループの中で連携担当者研修での学びを踏まえて深めたい事例を1事例受講者に選択させた。

4) 認知症介護における地域医療の実際と今後の方向性

認知症介護における地域医療の実際と今後の方向性では、「認知症者を地域で支えるために必要となる医療の知識を理解する」というねらいで、伊東市民病院臨床研修センターセンター長八森淳氏による講義及び演習を実施した。

具体的な内容としては、認知症者の BPSD の背景に薬剤の影響があることを踏まえながら、連携担当者が医療専門職と連携する際に困難に陥る点、すなわちボトルネックについて演習を交えながら検討した。また薬物の副作用とその評価のための観察のポイントなど医療、薬剤に関する情報提供が行われ、地域連携におけるかかりつけ医等の地域医療者の視点からの連携における問題等具体的な例を示しながら、改善策について紹介された。

5) 認知症者の社会参加・社会活動を支える地域連携のあり方

認知症者の社会参加・社会活動を支える地域連携のあり方では、「認知症者の社会参加・社会活動を支援するために、地域のフォーマルサービス・インフォーマル・サポートと認知症連携担当者が協働する方法を理解する」というねらいで、NPO 法人やじろべー代表中澤純一氏より講義が行われた。

具体的な内容としては、自分が考える社会参加とは何か、参加する時何に注意するかという自分自身の振り返りのための演習をおこない、社会参加における当事者本位の考え方や社会参加の根本的な意義・意味について実践での取り組みを踏まえて解説された。また、認知症地域支援体制構築等推進事業における取り組みなどを通して、専門職が認知症者の支援のために地域資源との関係を構築する際の取り組みのプロセスや取り組みのポイントについて紹介された。

6) 若年性認知症者を支える社会制度・若年性認知症者への支援の実践

若年性認知症者を支える社会制度・若年性認知症者への支援の実践については、「若年性認知症者が地域で暮らすことを支援する社会制度を理解する」「若年性認知症者の支援の実践例を踏まえて、地域で暮らし続け

るために必要な具体的支援を理解する」というねらいで、若年性認知症社会参加支援センタージョイント所長比留間ちづ子氏より講義が行われた。

具体的な内容としては、病気による生活の中断や、経済問題、家族支援、本人の心理的支援など若年認知症者が直面する課題を踏まえ、それぞれの問題に対する対応について、ジョイントにおける取り組みを例として解説が行われた。また、若年認知症者の進行に伴う社会資源や精神障害者保健福祉手帳の交付とその活用方法について解説がなされた。

7) 連携困難事例の再検討

連携困難事例の再検討では、「これまでの学びを踏まえて、グループワークで検討した認知症者のケアプランを見直し、本研修での学びを連携担当者の活動にどのように活かしていけばよいか理解する」というねらいで、事前課題で提出された事例の再検討を行った。特に、認知症者の情報共有を踏まえたニーズ設定において、「認知症者が困っていること」について、介護者ではなく「本人」の考えを「できる限り事実に基づき」推測することを求めた。また生活全般の解決すべき課題を解決し、本人のニーズを満たすために提供する支援について、連携という観点からさらに協力できる資源はないか、あるとすればどのように行えばよいかということを実践レベルで具体化するよう求めた。受講者は、研修で知りえた事業や人材について、課題解決のための資源の一つとして新たに追加し、支援の方向性を検討していた。

8) 一日の研修の振り返り

一日の研修の最後には、グループに分かれ、一日の研修の感想、気づき・学び、自己の課題等についてディスカッションを行い、受講者全員で研修結果を共有した。また、一日の研修の振り返りとしてレビュー用紙（振り返り用紙）を準備し、その日に受講した單元ごとに、自己の学びと授業の評価を求めた。

3. カリキュラム評価の結果

連携担当者研修全体の評価については、研修修了後カリキュラム評価

表への記入を以て行った。(カリキュラム評価表は巻末資料 2 参照) 設問は表 2-6 の通りであり、それぞれの設問について 5: 当てはまる～1: 当てはまらないまでの 5 件法で質問し、それぞれの設問の改善すべき点と改善のための具体的アイデアを自由記述にて尋ねる内容とした。また連携担当者研修に必要なカリキュラム、連携担当者研修全般についてそれぞれ自由記述で回答を求めた。

回答の結果を表 2-7～表 2-17 に示した。なお表中の自由記述の回答 NO は、同一人物の回答の場合、同じ NO となっている。また、回答者の属性については第 2 章 3 節の表 2-2, 2-3, 2-4, 2-5 及び図 2-1 を参照されたい。

カリキュラム評価における「目的と内容の一致」の評価結果については、「地域におけるネットワーク体制を構築する」「認知症疾患医療センターにおいて認知症の確定診断を受けた者に対する支援を行う」「若年認知症者に対する支援を行う」は、平均値 4 点以上であった。「他の地域包括支援センターに対する支援を行う」については、平均値 3.72 点と 4 点を下回る結果となった。またカリキュラムの流れ及び順序については、共に平均値 4 点を超える評価を得られた。

一方、研修の時間数や日数については、「認知症連携担当者研修全体において、講義・演習の時間数は適切だった」が平均値 3.15 点「3 日間という認知症連携担当者研修の日数は適切であった」が平均値 2.85 点と平均値 3 点程度であった。

表 2－6 カリキュラム評価における設問

A1	「地域におけるネットワーク体制を構築する」という役割を念頭に入れて、研修の内容を設定していた
A2	「認知症疾患医療センターにおいて認知症の確定診断を受けた者に対する支援を行う」という役割を念頭に置いて、研修の内容を設定していた
A3	「他の地域包括支援センターに対する支援を行う」という役割を念頭に入れて、研修の内容を設定していた
A4	「若年認知症者に対する支援を行う」という役割を念頭に入れて研修の内容を設定していた
B1	カリキュラム全体の流れは、研修内容の理解を深めるために適切だった
B2	それぞれの講義・演習の順番はカリキュラム全体の中で、研修内容の理解を深めるのに適切だった
C1	認知症連携担当者研修全体において、講義・演習の時間数は適切だった
C2	3日間という認知症連携担当者研修の日数は適切であった

表 2－7 カリキュラム評価の設問ごとの平均値及び最大値・最小値

NO	設問	平均	最大	最小
A1	「地域におけるネットワーク体制を構築する」という役割を念頭に入れて、研修の内容を設定していた	4.46	5	3
A2	「認知症疾患医療センターにおいて認知症の確定診断を受けた者に対する支援を行う」という役割を念頭に置いて、研修の内容を設定していた	4.10	5	5
A3	「他の地域包括支援センターに対する支援を行う」という役割を念頭に入れて、研修の内容を設定していた	3.72	5	2
A4	「若年認知症者に対する支援を行う」という役割を念頭に入れて研修の内容を設定していた	4.45	5	2

表 2－8 研修の内容について改善すべき点

NO	
101	成功事例ではなく、プロセスが知りたかった。連携担当者としての役割が明確に出来ず、疾患センターが機能しているのを前提においての研修のように思った。連携担当者と言うが、包括においては主任CMが相談窓口になっている為に相談は全くない。全包括に連携担当者の役割を周知して頂きたい。何の為の担当者なのか、今回の研修でますます自分の役割が分からなくなった。連携担当者としての動きを具体的に知りたい。
102	A－1…ネットワーク構築する必要性の理解・役割・維持する為の工夫（視点）を具体的にイメージできる講義（イメージでは熱心な社会資源＜例：NPO法人＞が動き始めた所からスタートし、ネットができる？、計画性を持って作るネットワーク）。A－2…疾患センターの役割は確定診断ではなくて（診断ができる所は他にも多くある）、BPSDで本人や家族が苦しんでいる時は、窓口となってもらう対応をしてもらう事が大切だと思うので、その辺りの押さえがほしい。他にも役割があるので、疾患センターがこれから何をするのかを、私達は知っておいた方が良くと思う。A－3…すでに今まで認知症高齢者の対応をしている中での役割、一歩進んで具体的にできる活動内容を話し合う。
105	連携担当者の置かれている立場もそれぞれ違うので、難しいとは思いますが、もう少し具体的な活動や連携の内容についての講義でも良いと思います。
106	●地域のネットワークをいかに構築するか、という内容はなかった。事例を通して多少関連機関との関わりが出てきたが、潜在する人々をどのように繋げていくか、支援者を育てるかという話もできれば良かった。●他の包括への支援という設定は、あまりなかったように思う。
201	研修内容に実際に日常業務として使用している書類（例えば認知症疾患医療センターと連携担当者で、情報提供としてのシート、行政＜市町村＞に提出する報告書など）を共有できたら良かったです。私はまだ担当者ではないので、現に活動中の皆様の具体的な業務を把握したかったです。

表 2－8 研修の内容について改善すべき点（つづき）

NO	
202	A－1…地域の認知症医療の連携の中核的機能や、かかりつけ医への研修会などの役割は、疾患医療センターの事業内容にも含まれているので、ネットワーク体制の構築の為にはもう少し連携担当者と疾患医療センターの医療相談室の P S Wや P H Nとの役割の明確化について具体的な内容を知りたかった。A－2、3…権利擁護・虐待対応については、現在もそれぞれの包括で社会福祉士が支援しており、ケースの殆どが認知症者である為、社福士・連携担当者のどちらがリーダーシップをとるのかは、それぞれの包括に任せられているとかがえていいのだろうか…など、今の包括の業務内容との違いはどう整理をするのかなどを内容に入れてもらいたい。
203	他の地域包括支援センターに対する支援を行うには、担当地域をよく知っておられる職員の方の意見を伺い、地域の特性を念頭に入れておく必要があると思います。すぐに「支援」ではなく、まず認知症連携担当者が他の地域包括支援センターの職員さんと顔見知りになり、有効なネットワーク形成を行う事が必要なのではないでしょうか。段階的な支援方法を時間があれば知りたかったと思います。
204	講義の内容自体は充実しており、理解しやすい内容でしたが、上手くいった事例や上手くいかなかった事例を交えて講義して頂けると、より理解を深める事ができたと思います。具体的には若年認知症者の地域ネットワーク体制を構築するまでのプロセスの事例などです。
205	●認知症疾患医療センターから確定診断を受けた者の情報は、個人情報保護法や家族・本人への情報開示の同意を誰が、どのような形で疾患センターが取るのか模索されている状態で、件数としてあがってこない。共通の同意の取り方があれば件数もあがり、疾患センターの連携担当者が抱え込む事が減ると思った。●業務マニュアルの案でもいいから、あれば全国で統一したものになる（地域性はあるが）。
207	それぞれの地域に合わせたネットワークなどを作る、ということで、具体的な話は難しいのだろうと思います。内容は良いと思いますが、1年に1回程度のフォローアップをしてもらいたいです（実践しながらの勉強の機会が欲しいです）。県単位では集まりを持つ予定ですが、他の地域の情報が得にくいいため。

表 2－8 研修の内容について改善すべき点（つづき）

NO	
208	現状の地域包括支援センターの課題が不明確で、数値化されていないのではないのでしょうか？他の地域包括支援センターのアドバイザーを認知症連携担当者に求められるのであれば、地域・意識のズレ等の現状把握できる、データ化されたアンケート等の結果を開示して頂きたかった。私達のアンケートは課題が不明確なままの現状把握だったように思い、それを全ての人にコピー開示されるのは、いかがなものかと感じました。（方法）アンケートの対象者も私達だけで良かったのでしょうか？保険者にされても良いのではとデータに関し、検討を望みます。
209	A－1、A－2 が連動するものとして考えると、A－1、ネットワーク構築というところでは理解できる。ネットワーク体制を構築ということは、地域包括支援センターの中でも言われているので、連携担当者としての構築というところでは、「何のための～構築か」というところを少し明確に、事例を通して学びたい。
210	役割については十分理解できましたが、連携の具体的な方法を更に詳しく教えて頂けたら、と思います。
212	A－2 について、3 に○をした理由について、「認知症疾患医療センターで、認知症の確定診断を受けた者に対する支援を行う」との思いは、連携担当者としては、配置された当初から任命されていたが、認知症疾患医療センターが個人情報など、様々な問題があると訴えているため、実際には運用されていない。連携担当はネットワーク作り・システム作りを中心に仕事をしている所がある。
302	（A－3）他の地域包括への支援については大変興味があった。他の連携担当者がどのように包括に関わり、支援しているのか、グループワーク等で情報交換の場があれば良かった。（A－4）若年性認知症者への支援についても、グループワーク等でどのような具体的な支援が行われているのか、情報交換の場がほしかった。
303	# 1：本研修参加者が「認知症連携担当者」として実践している内容又は改善すべき課題をどのように捉えているのかを知る場が欲しかった。
304	どの内容にも幅広い内容で、的が絞りがづらいが、特徴的な内容が多く、刺激にはなったが、実践的な内容も欲しかった。
305	講義の時間的に充実（ぎっしり）していたので、もう少し余裕があった方が受講しやすかった。

表 2－8 研修の内容について改善すべき点（つづき）

NO	
306	A－3 は研修内容として、あまり実感できなかった。
308	特にありません。
309	連携担当の大まかな役割が文章化されているが、具体的にどういった支援を行えば良いのかが見えにくかった。そこを評価し、一致させるにはある程度の時間が必要だと感じた。各カリキュラムの中で、連携担当者という意識付けのできる資料提示などを繰り返しして頂けるとありがたい。そうする事で、膨大な情報の中でも振り返りながらポイントを押さえる事ができて、次のステップに繋がられるのでは、と思う。
310	担当者としての役割も頭の中に入れながら、講義を受けましたが、他の包括に対する支援も大事ですが、受けた人だけではなく、全ての包括職員がどんな事例（認知症）にも対応ができるような体制ができれば良いのでは？と思いました。
311	若年認知症に対する講義が少なかったと思いました。
313	A－3．スーパービジョンなども学べると良かったと思う。
314	「沢山の事は出来ない。1人では出来ない。」、出来る事を出来る様に考えながら取り組みたいと思います。
315	「誰のため」の地域かを念頭に置き、できる事からネットワーク作りを広げて行きたい。他の地域包括センターへの訪問を行い、連携を深めていく。
316	今後研修をされるなら、上記活動の先進的事例の情報を頂きたいです。若年性の講義（疾患、対応、制度）を更に聞きたい。
317	「若年認知症者」に対する支援で、ジョイントを利用する事で支援に繋がり、ジョイントを利用出来る地域は具体的な支援方法があると、1つの支援方法として勉強になった。しかしジョイントのような場所がない地域では、どのような支援があるのか、どのような選択肢が考えられるか、またその実践など聞きたかった。使える制度についても、もう少し聞きたかった。
318	満足の行く研修でした。
321	A－2．他の支援が地域包括支援センターへの支援例も盛り込んでもらえたら良いと思いました。
322	特に改善すべき点は私自身ないと思いました。
323	沢山の資料と短時間でご説明頂いたので、時間が足りなかったように思う。

表 2－9 改善するための具体的アイデア

NO	
101	助言の仕方や事例検討のあり方をじっくり知りたい。地域の中に入っていく方策・地域性があると思うが、苦労話なども聞きたい。
102	A－1…地域で安心して暮らせる為の…と言っても、大きい（市に1つ）ネットと地区対象の（自治会）小さいネットなのか…、どっちでも良いのか…、小さなネットなら作れるが、継続的な組織のしっかりしたネットなら、市や町全体で構築して活動している人からの報告が聞きたい。A－2…疾患センターの事業内容の説明をする（ポイントのみ）。A－3…情報交換しながらの検討会…。できることを確認しあう、共有する。A－4…若年は経験が少ない人が多いので、自分達の地区の実態を調べてくることで理解も深まり、効率が上がるし、課題も見えて来ると思います（自分の市の対象者数、在宅・施設の比率、サービス提供できる資源と内容等）。
105	医療との連携については難しく、課題が沢山あると思うので、具体的にどうすれば上手く連携が取れるのか、方法も知りたいと思います。
106	●「地域の連携診断」といったグループワークを取り入れてみれば？マップ作りのノウハウなども学びたい。●先進的な疾患センターのDrやワーカーに、（包括の）連携担当者に求めるものなどの話も聞きたい。●今後うまく機能している疾患センター＝包括が出て来れば、その取り組みを紹介してほしい。
201	事前アンケートや事例を討議できた方が良いので、講義に加えて演習を増やして頂けると良いと思います。
202	A－1…●この事業が本格的に動き出せば、先進的な取り組みを行っている自治体・包括のモデル例の提示があれば分かりやすいのでは。国の示すフローチャートはあまりにも総論過ぎて、理念は分かるが、自分達の実際の動きがイメージできないと思った。●連携担当者の果たす役割は、管轄する地域の状況によって変わると思った。その為、研修の事前に提出する資料の中に、管轄内の状況が分かるもの（アンケートでは分かりづらかった）。例：高齢者人口、包括数、サポート医数、精神科数、自治会で行っている認知症関係の事業、疾患医療センター内の体制や専門科など）が分かれば、参加者同士の連携も取りやすいと思った。
203	「対個人」との有効なコミュニケーション方法を、利用者さんのみならず、一般的な視点も踏まえて教授して頂くと、他地域包括への支援という意味からも捉えやすいのではと思います。

表 2－9 改善するための具体的アイデア（つづき）

NO	
208	●保険者へのアンケートとデータ化。●ディスカッションの場（グループワーク）の設定。
209	連携担当者の業務がつぼと書いてありますが、その中の 1 つを取り上げて GW する中で理解できれば、後はそのアレンジで対応できると思っています。
212	国が示した通りに認知症疾患医療センターが認識していない。指導はどこが担っているのかと思う。
302	グループワークを用いて、情報交換の場があれば良いと思った。
304	期間が長くながるが、実践的な内容と特徴的な内容を組み合わせる。
306	A－3：他包括なりケアマネ、各担当へのスーパービジョン機能を求められているので、スーパービジョンについての研修があっても良いかもしれません。
309	日程をもう少し長くするか、フォローアップという形でまた、研修会を開いてもらいたい。特に永田先生と八森先生と中澤先生の話をもっと聞きたいという思いがあったから。
310	今回は東京での中身の濃い研修でしたが、各都道府県でもこういった研修があれば、多くの人に学んでもらいやすいのでは…。
311	認知症者の予後・予測など、経過についての講義を取り入れたり、ケアの部分を増やしてほしい。
314	〇市における「連携とは？」、「本人のニーズの捉え方とは？」、「何が出来るのか？」をしっかりと向き合いたい。向き合う事から始めたい。
315	●ネットワークの鍵となる人の洗い出し。●他の包括職員と同行訪問。
316	事前アンケートを早めに配布し、情報交換に活かす。
317	研修に参加したメンバーの中に、若年認知症者への実践例を持っている人がいれば、聞きたかった。
322	特に改善した方が良い点は、思い当たらなかったです。
323	研修期間を延ばす事が難しいとしたら、長時間講義したいと思いました。

表 2－10 カリキュラムの流れについて

N0	設問	平均値	最大	最小
B1	カリキュラム全体の流れは、研修内容の理解を深めるために適切だった	4.38	5	2
B2	それぞれの講義・演習の順番はカリキュラム全体の中で、研修内容の理解を深めるのに適切だった	4.30	5	2

表 2－11 カリキュラムの流れについて改善すべき点

N0	
101	社会資源など、皆で考える時間が欲しい。
102	B－1…時間の比重のかけ方、時間配分に無理を感じた。ゆえに（考える、理解する）というより、詰め込む研修のイメージがぬぐえなかった。事例検討が I C F の視点で考える為のものなら、グループワークの持って行き方・押さえ方をツールに沿ってする事に（？）を感じました。ツールを上手に使って事例を見直すのか、I C F の考えを当てはめて検討するのかで、違うような気がしました。
103	時間の余裕が必要。
104	認知症連携担当者に期待される役割の部分では、どこも手探り状態で進めている状況があるので、具体的な話を盛り込んで、もっと時間を取ってほしい。
105	全体の流れとしては、良かったと思います。
106	講義を一方的に聞くだけでなく、グループワーク・質疑などの時間も、もう少し取ってほしかった。消化しきれなかった。
201	カリキュラムの流れとしては良いと思いますが、内容が沢山ある割に、時間が少ないと思います。
202	3日間では難しいとは思いますが、情報交換をする時間をもう少し持っていただけたら、と思った。
203	制度からしっかりと講義して頂き、講義内容を活用しての事例検討、グループワークとなり、良かったです。
207	流れについては良いと考えますが、時間が長くなると良いと思います。講義の時間の後に演習等、実際に検討する課程が欲しいと思いました。

表 2－1 1 カリキュラムの流れについて改善すべき点（つづき）

NO	
208	1 つ 1 つの内容は素晴らしかったが、認知症実践研修を受けていない担当者がある中で、生体リズムの話から入るのは…、体系化の優先順位を間違えてしまうのではないかと不安に思いました。
209	事例検討では 1 例しか G W する時間がなかった。
212	初日に皆が知り合いやすいような机の配置など、検討して下さい。現場の連携担当は、個別支援は後方支援しかできないくらい、1 人で複数兼務しており、また医療連携に力を注がないと、現場の困り事も解決できない状況があり、システムやネットワークに焦点を当てても良いかと思う。
302	カリキュラムを初めて見た時、認知症連携担当者のための研修カリキュラムとは少し違うのではないかという印象を持った。包括職員のため、研修そのものではないのかといった印象を持った。
304	特に「情報が持つ意味を踏まえて、認知症の人本人と資源の強みを生かす」から「困難事例の検討」は、事例数も多く、ぶつ切りにしない方が良い。
305	●演習課題・目的がもう少し明確であれば、事例を選択時協議しやすかったのではないか。また事例を出しやすかったのではないか。●協議も事前にこの時間には、この課題までと最初に説明があれば、協議しやすかった。●プログラムに演習・グループワークと記載があれば、（心の）準備が可能だった。
306	“情報が持つ意味を住まえて、認知症者本人と資源の強みを生かす” のカリキュラムは、2 コマも必要あったのかどうか、疑問に思いました。
309	比留間先生の資料について、非常にためになる話だったが、手元の資料とスライドの文章と食い違いが見られたので、残念であった。
310	カリキュラム全体としては少ない日数ではありましたが、とても中身が濃い研修だったと思います。日数が少なかった分、詰め込みすぎて走っていたので、1 週間位でしていけば、余裕を持って教えて頂けたのでは、と思います。
314	ただ 1 つ整理する事の時間が講義・演習中に欲しかった。あと今回のカリキュラムの 1 つ 1 つの重要性理解はあるが、医師・行政にもしっかりと聞いてほしい。
316	基本から最終は学んだ事を活かせる事例検討と、良い流れでした。
317	流れは良かったが、講義の内容によっては時間が足りないと感じたものもあった。とにかく演習の時間がもっと欲しかった。

表 2－1 1 カリキュラムの流れについて改善すべき点（つづき）

NO	
321	大変良い機会でした。インフォーマルなサービスの開発、I C Fの中でニードを捉えて繋いでいく理論をもっと聞きたかったです。
322	振り返る機会も多く、全体の流れも繋がりがあり、改善する点については特にはないです。

表 2－1 2 カリキュラムの流れについて改善するための具体的アイデア

NO	
102	B－1…事例は同じ事例で（研修センター提供）、I C Fの視点で考えたら〇〇ですヨ…を押さえて、ツールに当てはめてみましょう…の流れが、効率が上がると思います。
103	資料を早く欲しい。
106	日数を増やす。虐待に関しては事例をもっと聞きたい。又は事例を検討する時間を設ける（池田先生）。
202	A－1…●この事業が本格的に動き出せば、先進的な取り組みを行っている自治体・包括のモデル例の提示があれば分かりやすいのでは。国の示すフローチャートはあまりにも総論過ぎて、理念は分かるが、自分達の実際の動きがイメージできないと思った。●連携担当者の果たす役割は、管轄する地域の状況によって変わると思った。その為、研修の事前に提出する資料の中に、管轄内の状況が分かるもの（アンケートでは分かりづらかった。例：高齢者人口、包括数、サポート医数、精神科数、自治会でやっている認知症関係の事業、疾患医療センター内の体制や専門科など）が分かれば、参加者同士の連携も取りやすいと思った。
207	実際に行われている自治体の話を聞いて、大変勉強になりましたが、3日間の短い間では自らの振り返りを十分に行えなかったため、最後のレビュー以外にも討議、グループワークの時間があると良いと思います。
208	●諏訪先生の講義・演習を2日目丸1日取ってはいかがでしょうか。●八森先生の講義が初日の午後の方が、全体の講義が活かされるのでは、と感じました。
209	実践力を身につけるためにも、2事例は演習することで応用力が高まり、現場で実践・指導できるのではないのでしょうか。
212	八森先生の話は、現場に具体的なメッセージとして受け入れやすかったです。

表 2－1 2 カリキュラムの流れについて改善するための具体的アイデア
(つづき)

NO	
302	実績報告のありかた、包括への具体例などを現し、それぞれの担当者が現場で悩んでいる事などを共有し、解決するようなグループワークをしたら良いと思う。
304	事例数やグループが多く、内容の共有が難しい場合は、できるだけ連続して行う。
309	各カリキュラムを進める前に、繰り返し連携担当の役割を話していく。
317	期間を 3 日間ではなく、あと数日増やす。
322	特になかったです。

表 2－1 3 連携担当者研修の日数及び時間数について

NO	設問	平均値	最大	最小
C1	認知症連携担当者研修全体において、講義・演習の時間数は適切だった	3.15	5	1
C2	3 日間という認知症連携担当者研修の日数は適切であった	2.85	5	1

表 2－1 4 連携担当者研修の日数及び時間数について改善すべき点

NO	
101	質問する時間がなく、ただ聞くだけで、話すスピードが速く、理解しようとするがついて行けない。5 日間は必要と思う。
102	詰め込み教育のイメージが終日ぬぐえなかった。今年度初めて設置された担当者という視点に立てば、各々が持っている課題・悩み・情報共有の視点で検討し合う時間があっても良い。
103	1 週間位の時間は必要だと思った。
104	事例検討の GW は、時間が少なかった。

表 2－1 4 連携担当者研修の日数及び時間数について改善すべき点(つづき)

NO	
105	●内容の多さと比べると時間が短く、充分に考えたり納得する時間がなかったと思います。もう少し、せめてあと2日間多ければ良いと思います。●テキストについて、パワーポイントなどの資料は、できれば研修初日に配布して下さる方が良いと思います。
106	短期間で詰め込み、頭がパンクしそうでした。時間が足りない。日数を増やしてほしい。他の連携担当のお話をもっと聞いてみたかった。
201	両方とも、時間を増やして頂きたいです。
203	●グループワークの時間をもっと多く取れたら良かった。事例に対して、様々な経験をして来られた担当者の方と意見交換でき、違った視点をお互いにディスカッション出来る事は、とても勉強になります。●現在出来ている範囲での活動や、今後の課題等に関して、意見交換する場・時間が欲しかった。
204	1つ1つの講義の時間が足りなかったと思います。また3日間の研修終了後の半年後に現状報告や困っている事、悩んでいる事をグループワークで出し合い、改善すべき点を話し合う機会を設けて頂けると幸いです。
205	●もっとゆっくり質疑応答する時間が欲しかった。●実際に通所等の様子も参考にしたい。
207	時間が短く、もっと討議や演習等で学びを深めた方が、実活動に生かせると考えます。作り上げていくものであるならば、より連携・刺激し合って行いたい。もし可能であれば、連担者の抱える地域・範囲をレベル化（同じレベルで）できないでしょうか。☆うちが少ないという事で…。周囲の話を参考にしながらも、具体的な話となると咬み合わない部分が多かったので…。当町程小さいところが珍しいだけだと思います。
208	●時間はかなりタイトですが、3日間は業務を考えると適当かもしれません。●これを保険者にどのように返すかを考えると、ボリュームは適当だが、絞り込みが必要。
209	研修全体的に良かったと思います。事前アンケートを提出して、参加者全員のを返して頂きましたが、話し合う時間が少なかったと思います。

表 2－1 4 連携担当者研修の日数及び時間数について改善すべき点(つづき)

NO	
210	講義については適切だと思いますが、演習の時間は短かったように思います。1 事例の検討ではなく、時間の許す限り多くの事例検討が出来たらと思います。また、3 日間では短かったと思います。
212	自由に意見交換する時間や、事例検討についても時間が不足していたと思われる。
302	とても有意義な内容であり、仲間との連携もできた。今後は定期的にフォローアップの研修を行って、情報交換ができれば良いと思う。
303	改善ではなく不安点ですが、この研修で学んだ事を活動地域に持ち帰り、実践できるかが不安です。今回受講した単元を時間をかけ、学びたかった。
304	立て続けに情報が入ってくる感じで、頭がいっぱいいっぱいでした。
305	日数的には良かったが、講義時間が不足した感じがした。
306	内容は満足行くものでも、短期間過ぎる気がしました。最終日は駆け足過ぎでした。
307	私の勉強不足・実践不足から、3 日間の研修では足りませんでした（失礼ですが、詰め込みの感じでした）。
309	振り返りと学びの共有は非常に有効的な時間だった。全体的にゆとりのなかった研修日程になっていた。もっと研修日程を長くするか、分散するかなどしてもらえると、自分自身も整理しやすい。
311	受講中は速いペースに付いて行くのがやっとでした。もっと詳しく聞くためには、時間が不足していると思いましたが、集中して聞くには適当だったとも思います。帰る日は少し早めに終われると良いのでは、と思いました。
312	●事例演習において、必要な支援や活動を明確にするには、多少時間数が増えれば良い。●5 日間あれば、余裕を持った事例演習と単元も増やす事ができ、更に理解が深まる。
313	受講生同士で研修後、具体的に行っていくことを話したかったと思う。その時間が欲しかった。アンケートだけでなく、具体的に 1 人 1 人に現状を聞いたかった。モデル事業をしているところの話を聞いたかった（個人的に聞くのも限界があります）。様式なども使っているものを見せてほしかった（すでに行っているところ）。

表 2－1 4 連携担当者研修の日数及び時間数について改善すべき点(つづき)

NO	
314	研修生 1 人 1 人がカリキュラムを整理する時間（学びを地域に照らし合わせ作業）がなく、時間に余裕がない。日程の再検討（カリキュラム内容が本当に妥当性があるかも含めて）。
315	●全体的に講義時間が短く、進行内容が速いように感じた。●できればもう 1 日位かけて、ゆっくり理解できればと思った。
316	3 日間のこの時間で学びを得るには、不十分だったのではと感じます。学ぶべき事が多くあります。
317	連携担当者の研修は他にはないので、3 日間では足りない気がした。業務に入ると目の前の事を片付ける事で精一杯…。最後のグループワークだけでも 2 日間欲しかった。講義内容を業務に振り返る時間が欲しかった。
320	1 講義に配分された時間が短いためか、どの講義も進むのが速く、配布された資料にじっくりと目を通す時間がなかった。研修後や研修前に復習するも、限られた時間・日数で目を通す事は困難だと思う。受講生同士の交流も大切だし…。
322	特になしです。
323	内容に比べて時間が足りなかった。
324	時間数・日数については適切だったのかもしれないが、個人的にはもう少し勉強したかった内容がいくつかあり、今後は自己学習して行かなければと感じました。

表 2－1 5 連携担当者研修の日数及び時間数について改善のためのアイデア

NO	
101	講義内容は良かったが、講義が連携担当者として役に立つか疑問。
102	●日程を増やして担当者が求めている内容を取り入れたカリキュラムを作る。●参加者のレベル（経験）を考えると、認知症についての時間はいらない（知っているのを前提で考える）。でも医療と介護を繋ぐ事の視点ではおさえる。
105	テキストを事前に配布する。内容が多すぎてその場では理解しているつもりでも、後で資料で確認しようと思っても、メモをしている時間もなかったなので、時間配分をゆっくりする。
106	日数を増やし、各自の取り組みを発表する。地域ネットワーク、個別支援、権利擁護、若年など、テーマ毎に関するグループに分かれ、今後の取り組みに向けて計画を立ててみるなどのワーキングも良いのでは？
203	●研修時間の延長。●県内で提案し、事例検討会や勉強会の開催。
205	研修期間を増やし、ゆっくりと進めた方がより頭に入ると思うが、実際に日数が増えると、その後に待っている業務量が怖い。
207	時間が短く、もっと討議や演習等で学びを深めた方が、実活動に生かせると考えます。作り上げていくものであるならば、より連携・刺激し合っていきたい。もし可能であれば、連担者の抱える地域・範囲をレベル化（同じレベルで）できないでしょうか。☆うちが少ないという事で…。周囲の話を参考にしながらも、具体的な話となると咬み合わない部分が多かった…。当町程小さいところが珍しいだけだと思います。
208	ねらいの詳細化、具体化が必要。
209	3日間という制限内であれば、最終日の終了時間を1時間遅らせるのもやむを得ないのかと思います。
212	3日間の研修では不足。パート2を企画して頂くと有り難いです。
302	各講義にそれぞれまとめや、気づきの再確認という意味で、グループワークがあると良いと思った。
304	期間を長くする。必要があれば実習も入れる。

表 2－1 5 連携担当者研修の日数及び時間数について改善のためのアイデア（つづき）

NO	
306	最終日の事例検討のために、各グループが検討事例を1つ決定していたので（2日目）、当日までの資料としてそれを全員に配布していて欲しいです。そうすれば、事例検討にも入りやすいし、各グループの発表時間の短縮にも繋がると思います。
309	事前の打ち合わせをお願いしたい。
311	遠方は前泊になるので、開始を早めるか、昼以降にする、又遅くした場合はもう1日講義に当てても良いのでは、と思いました。
315	●日程の延長。●時間配分の見直し。
316	可能であれば、時間数を増やして頂きたい。
317	講義3日間、グループワーク2日間（2人分の事例検討をしても良いくらい…）でもいいくらいです。事例検討が2時間は少なすぎて、研修が途中で終わってしまったよう。「研修期間5日間」と決まっていれば、職場を離れる事はできると思います。
320	贅沢かもしれないが、今回と同じボリュームならせめて5日間はほしい。
322	特になかったです。

表 2－1 6 連携担当者研修に必要なカリキュラム

NO	
101	認知症連携担当者としての役割の明確化、特に厚労省の方に具体的に教えてほしい。各市とも環境が違う事を知った上での講義、理想と現実が違う事を理解した上での講義。
102	担当者としての意識改善、レベルアップ、情報収集は沢山あったが、この研修のカリキュラムだけでは後押しされなかった。今回は6名が2日間朝・夕情報交換し、これからの事を助言しあう時間があつたことで、各自の課題が具体的に見えて、後押しされたと思います。次の方にはこのプラスαの時間を組めるカリキュラムであつてほしいと思います。
103	連携困難事例の再検討等を多く持ってほしかった。
105	連携担当者の、現在抱えている課題や問題、悩みなどを報告したり、共有する時間が設定されている方が参考にする事も多かったので、良いと思います。
106	全市的に活動する時のバランスの取り方、情報収集、分析、整理なども知りたい。システム・シート・マップ作りなどのパソコン技術、書式の情報交換など。
201	認知症サポート医の役割として、かかりつけ医に対しての認知症対応症・対応力をアップさせる研修や、認知症疾患医療センターとの協力することは分かりました。では、地域包括支援センター（認知症連携担当者）に顧問として配置されていますが、この関係が具体的に何をするかが不明確に感じます。内容として入れてほしいと思います。
202	疾患医療センターの担当者（PSW、PHN等）にはどんな研修が行われているのでしょうか。今後連携し、地域の認知症医療のネットワークについては、リーダーシップを持って頂く必要があると思うので、一緒に研修を受ける機会等があればと思った。
203	地域包括支援センターの内に、認知症連携担当者が配置された意味について改めて理解できたが、保健介護予防分野との連携強化の必要性についても、もう少し深く講義して頂くと有り難い。特定高齢者施策・特定検診におけるリスク管理の面との連携も、不可欠ではないでしょうか。

表 2－1 6 連携担当者研修に必要なカリキュラム（つづき）

NO	
204	認知症連携担当者は地域住民や事業所に対して、認知症の理解や連携の必要性を説明するためのプレゼンテーション能力が求められます。そのため今後の研修ではプレゼンテーションスキルを高めるような研修を取り入れてみてはどうか、と思いました。
205	1 年後など、各県の認知症連携担当者の業務の進行状況、成功例、失敗例などが分かれば、こちらとしては刺激になる。
207	ネットワーク化の具体的手法…最後のワークで実際の事例を通して考え方を学び、参考になりました。若年性の方に会えていない事もあり、こうした機会に考え方を整理できると良いと思いました。
208	今後の各県での展開まで落とし入れると良いと思います。
212	今の所特にありませんが、先行地域での取り組み発表や、経過・苦労した点など、分かる場があれば良いと思います。
302	若年性の方に対しても、社会保障制度の活用と実際などについて、具体的な支援方法について学びたい。
304	カリキュラムに入れるのはどうかと思うが、沢山の受講者と事前アンケートだけではなく、情報交換やグループワークを通して、具体的な話をしてみたかった。
305	今後疾患センターが増加すると考えられる為、具体的に各県の疾患センターの活動内容・紹介があれば参考になる。また、連携担当者。
306	●スーパービジョン。●事例検討（今回は各グループの個別内容だったが、共通事例のものもあって良い）。●アンケートは各参加者で参考にできるようにという配慮は大変有り難かったが、始まって間もない担当者達にとっては、それこそ講義の一部（グループワーク的とか）にしても良いくらい“見たい”“知りたい”“共有したい”内容だと思います。使用している書類を直接見たりする機会は、事後でもできるかもしれませんが、実は今知りたいという所です。
308	連携の実際は様々ですが、1 つの事例でも良いので、報告があれば参考になるのではと思います（ケースバイケースということは念頭にありつつ…）。
309	必要とされる内容は、今後見えて来ると思う。ニーズ調査を行う際の手順・統計方法等を少し盛り込んでもらえたら、有り難い。

表 2－1 6 連携担当者研修に必要なカリキュラム（つづき）

NO	
310	受講生として、とても専門的な人もいれば、突然包括の担当になった人もいて、それぞれのレベルが違っていたように感じます。こういった慣れない不安な人の為にも、皆との交流の場、溶け込みやすい雰囲気作りも必要なのではと思いました。研修を行い、受講生がどこまでできているのか、先生方も心配だと思います。もし良ければフォローアップ研修など、現状の把握も含め、して頂ければ有り難いです。
311	認知症の症状やケアの部分をもっと詳しく聞きたかったです。もしくは自分で学習するためのテキストの紹介があれば良かったのでは、と思います。
315	実際に動いている連携担当者の活動状況。
316	特にありません。他は実践研修・リーダー研修から今年度学びました。
317	講義も勿論必要ですが、参加している仲間の実践例を聞くことも勉強になると思います。講師が時間に遅れ、待つ間に行った情報交換の時間がもっと、もっと欲しかった。「帰ってからメールで…」と思っていましたが、やはり通常業務の中では、ゆっくり実践例を聞く時間も取れません。研修後、半年後くらいに再会できる研修があればなぁ…、と思います。
321	医療センターとの連携の具体例。担当者の活動の今後の位置付けや月報について。徘徊 S O S ネットワークの具体例。
322	他の地域包括や民生委員などに対する支援について、どのような支援を行っていただければ良いのかなど。
323	受講者の事前アンケートの中から数名選出して頂いた上で、取り組み状況を発表して頂き、共有を図るなど。

表 2－1 7 連携担当者研修のカリキュラム全般について

NO	
101	研修日数が足りないし、事例検討にも3人ではしんどい！！。時間的余裕が欲しかった。
102	●パワーポイントを使って講義される時は、その資料が欲しい。●時間をきちっと守っての講義はどこでもやっていること。資料だけで済む事はサッと流してでも、±5分でお願いします（受講生にも時間厳守は求められているものです）。●認知症連携担当者に伝えたい内容に絞ってほしい（すぐ役立つ情報を得る研修）。
103	3日間で詰め込み方式で、もう少し時間の余裕があった方が良いと思う。
105	国や府、市からも具体的な内容が示されていない中でも研修だったので、仕方がない面もあるかと思いますが、連携担当者として何をすれば良いか、不安ばかりの中でのスタートでした。良い仲間と出会え、情報交換することが出来て良かったです。疾患センターとの関係も色々あり、医療から介護へスムーズに流れていない現実もある中、少しでも利用者さんにプラスになるような働きかけをして行きたいと思います。
106	6人という少人数でしたが、本当に皆で仲良く研修に取り組めた経験は2度とないかも…、と思うぐらい充実していました。研修センターの皆様のご厚意、心から御礼申し上げます。
201	要介護認定の申請をした時に、認知症の症状があり、実際に困難な状況がある認知症者は、要介護1～5までになっていると思うのです。その時に相談するのは、居宅介護支援事業所の介護支援専門員になっています。サービスの選定も含め、役割を担っているので、包括の支援だけではおかしいと思います。居宅ケアマネとの連携が必要です。認知症疾患医療センター、サポート医、かかりつけ医の認知症と対応力向上の事業、連携担当者との関係性は分かりますが、そこにどう居宅ケアマネを連携していけるのか？、連携担当者としてどう多職種の方々に働きかけるのが難しいです。サポート医と連携担当者との関係も、もし分かれば教えて頂きたいです。

表 2－1 7 連携担当者研修のカリキュラム全般について（つづき）

NO	
202	●全ての講師の先生、とても分かりやすく、ポイントを得て伝えて頂き、大変貴重なお話が聴けて良かった。たった12名で聴くのがもったいないようだった。研修センターのスタッフの先生方にもきめ細かにお世話をして頂き、ありがとうございました。●研修が終わり、自分の地区のサポート医と連携を取ろうと、何名いらっしゃるのか県に聞いてみると、人口25万人でお1人でした。現在治療中の方は、殆どがかかりつけ医で診断され、アリセプト処方は割とスムーズに処方されている為、医療機関や市民が鑑別診断の必要性についてどの程度感じておられるだろうか…、と感じている。しかし研修を受講し、質の高いケアの為には、きちんとした診断が大切という事が分かり、逆に言うと鑑別診断の結果を活かしていけるような、質の高い認知症ケアの研修や家族支援の両輪で取り組まなければ、地域の認知症対策全体の向上は難しいこと e t c…、をどのようにして連携担当者が誰と手を組んで進めていけば良いのかの課題が見つかった良い機会でした。
203	様々な方々、専門職の方より講義を行って頂き、とても勉強になりました。今後も認知症連携担当者として今回の研修で学んだ事についてより深め、実践に活用できるようになりたいと思います。また、諏訪先生はじめ、東京センターのスタッフの皆様におかれましては、認知症連携担当者研修にご尽力承り、大変感謝致しております。有意義な研修を開催して頂き、ありがとうございました。ご自愛の程お祈り申し上げます。
204	研修内容・講師の選定から大変充実した研修を受講できました。ただ3日間という短い期間だったので、講義自体が駆け足だったような気がしました。
205	理論的な事だけでなく、実践での成果を説明してもらった方が、今後の参考にもなる。
207	他の県・市の方と話を深めて、参考になる点が多く、良い研修でした。偶然に同県の方がおられたので話しやすかったが、同じ地域の方（隣県など）と話ができると、以後の連携に生かせると思います。同県内の方とは話をする機会を作れますが、県が違くと声をかけにくいところもありますので、地域のブロックごと（e x：近畿ブロック）なども、今後は行って頂けると良いのかと思いました。

表 2－1 7 連携担当者研修のカリキュラム全般について（つづき）

NO	
208	●とても質の高い内容だと思います。実践・展開につなげるために、フォローアップが必要だと感じました。ありがとうございました。●県に予算化しておいて頂きたい研修です。とても重要な役割だと、県・保険者が自覚できる環境作りを検討して頂きたい。●荷は重いですが、大変勉強になり、事業計画に反映するためにも、1 2 月研修は効果的でした。ありがとうございました。
210	全体を通して、とても勉強になりました。様々な講義の中で、自分の視点のズレを修正できました。この研修を活かして、自分のできる所から連携を図って行きたいと思います。
212	3 日間充実した日々を送る事ができました。多くの仲間にも出会う事ができて、恵みのある期間でした。現場に持ち帰れそうな『ネタ』も沢山頂き、感謝しております。これからどうぞ私達と繋がっていて下さい。
301	振り返りの時間がもっと欲しかった。ホテルに帰ってから自分でその日を振り返るのは、心身的に私にはできなかったから。フォローアップ研修が又ある事を信じています！！。是非お願い致します！！。
302	とても良い学びの機会となりました。諏訪さゆりさんの講義も受けたかったです。
303	実際に連携担当者として実践していない為か、連携担当者業務について理解できなかった。自分の事前学習の不備が否めませんが、対象が「今後、連携担当者を担う人材」が対象であれば、より具体的な実務の流れを知りたかった。
304	3 日間ありがとうございました。
306	● I C F、センター方式等、ケアマネを持っていないとすぐについていけない知識等は、連携担当者の元々の職歴・職種によって差があるので、共通知識とは思っていませんでした。ただ地域で暮らす認知症を持つ方への支援には、必要と思いました。●自分の業務の道筋ができました。参加できて良かったです。ありがとうございました。
307	ご本人のニーズ・心の叫びを把握できるようになりたい。“連携”と簡単に口にしていたが、いかに広く、深く、大切であるかを改めて感じました。今まで“押しつけ”をやっていたことを反省。

表 2－1 7 連携担当者研修のカリキュラム全般について（つづき）

NO	
308	大変有意義で、実り多い研修でした。日頃の業務の確認にもなりましたし、今後の課題や目標も具体的になりました。学んだ事を伝え、役立てるよう努力して行きたいと思います。スタッフの皆様、準備や進行全てに至るまで、ご配慮・お心遣いに感謝申し上げます。
309	非常に中身のある 3 日間だった。全国にネットワーク広がった。カリキュラムについては非常に参考になったので、フォローアップ研修開催をお願いしたい。また、振り返りの資料や冊子等、お土産を沢山頂けたので、今後の活動の参考にしたい。
310	とても良い研修に参加でき、良かったです。片に重い物がのつけられたような感じでしたが、他の受講生にも話を聞きながら、1 つずつでも担当者としての役割（課題）をクリアして行ければ、と思います。講師の先生方、有り難うございました。
311	それぞれの担当者が悩みながらも頑張っている姿に元気づけられた気分です。全国で色々な取り組みがなされている事も初めて知りました。情報をキャッチしていく事が大切だと思いました。意見交換の時間があっても良いのではと思いました（空いた時間にはしていましたが）。3 日間はとても楽しかったです。
312	事業が始まって間もない認知症連携担当者としては、「連携の流れや方法（様々な関連機関との）」等について理解を深めたいと感じました。
313	とても盛りだくさんの内容で、今後の活動に役立つ内容で、これを見ながら活動して行こうと思う。振り返りながら理解を深めていこうと思う。ありがとうございました。
314	フォローアップをして頂きたい。
315	特になし。3 日間ありがとうございました。
316	諏訪先生のお話が伺えなかったことが残念です。期待していたので。事務局の皆様、ありがとうございました。楽しい 3 日間でした。担当者としての意気込みが上がりました。
317	とにかく期間が足りなかった。地域は全国それぞれでも、困難例や思いには大きな違いはなかった。連携担当者の研修は他にないので、もっと濃いものでも良かったと思う。

表 2－1 7 連携担当者研修のカリキュラム全般について（つづき）

NO	
319	それぞれの分野の講師の方から、深く話を頂き、胸に落ちるものがありました。地域の実態を捉える大事さ、医療や介護に対して感じている壁を出し合ってみて、その分析から対策を考えていく「力量」、「連携」、「社会参加」、「事実」、「ニーズ」など、言葉の表面を捉えるのではなく、具体的に認知症者の視点で深く捉えて行動・活動していかなばならぬ事など、地域や本人・家族と向き合う時の考え方を学ぶ事が出来ました。ありがとうございました。
320	3日間お世話になり、ありがとうございました。頂いた資料に再度目を通し、学んだ事を復習して、今後の実践に活かして行きます！。是非フォローアップ研修を希望します。
321	諏訪先生のお話が聞けなくて残念でした。保健師として知りたい事がありました。
322	カリキュラムの流れが繋がっていて、自分自身振り返る事ができ、良かったです。医療との連携、若年性認知症について等、新しい知識を沢山学べ、大変勉強になりました。
323	3日間充実した研修でした。認知症連携担当者として入口に立ったばかりなので、フォローアップ研修をお願いしたいと思います。
324	他県の連携担当者との情報交換が少しでもでき、連絡し合える、情報交換し合えるようになったのが、とても良かった。

4. 考察

1) 認知症連携担当者研修の効果

認知症連携担当者研修は、目的と内容の一致について、それぞれの目的で概ね4点程度の評価を得られた。研修を受講した連携担当者の主観的な評価としては、満足の得られる内容であったと考えられる。

ただし、「他の地域包括支援センターとの連携」については、平均値4点を下回っており、この点について自由記述をみると、「まず認知症連携担当者が他の地域包括支援センターの職員さんと顔見知りになり、有効なネットワーク形成を行う事が必要なのではないでし

ようか。段階的な支援方法を時間があれば知りたかった」など、地域包括支援センターとの連携のプロセスの考え方について情報を得たいと考えている受講者もいた。「他の地域包括支援センターとの連携」については、カリキュラムのバランスを含め再度どのように位置付けるか検討する必要があると考えられる。

2) 連携担当者研修のカリキュラムの今後の課題

(1) 連携担当者の具体的活動内容の明確化

カリキュラム評価の自由記述においては、「連携担当者の具体的活動内容の明確化」を求める意見が見られた。具体的には、社会福祉士等との地域包括支援センター内での役割分担のあり方や、疾患センターとの役割分担について、研修の中で明確化するよう求める意見があった。

しかし、今回の調査結果から、連携担当者として活動対象となる地域の人口は10万人以下～60万人以上とかなり範囲が幅広く連携担当者がその地域で担う役割は、対象地域の規模によっても異なることが明らかになった。そのため、連携担当者の具体的活動内容や役割は、それぞれの機関や地域の現状を踏まえて構築されるものであり、連携についてこうすれば必ずうまくいくという普遍的な方法論はないと考えられる。すなわち実際には、地域包括支援センター内においても、疾患センターとの関係においても関係者と話し合いながら、役割の住み分けを行う必要がある。連携においては、まずそのような役割分担について各機関でお互いに確認する必要があることを研修の中で明示するなどの対応が今後必要となるだろう。

また、連携担当者及び地域包括支援センターの活動を円滑に進めるために、人口規模や機関の持っている能力などを踏まえた役割分担のあり方について、各地の現状を調査し、モデルを示す等調査・研究の視点からのアプローチも必要となるのではないかと考えられる。

(2) 疾患センターの役割の確認

また、連携担当者研修において、認知症疾患医療センターの役割を

確認する必要性を指摘する意見もあった。認知症疾患医療センターと地域包括支援センターの連携担当者の活動には、地域の情報収集や認知症者の支援のための連携の中核となる等、役割の重複する部分が見られる。それらについて円滑に連携していくためには、疾患センターの役割や位置付け、機能について正確な情報提供を行うことが不可欠であると考えられる。この点については、今回の連携担当者研修においては、「認知症連携担当者の役割」の講義において、説明があったが、具体例等を入れより分かりやすい内容にしていく必要があると考えられる。また、それを踏まえての個人情報保護等を念頭に入れた情報共有の同意書などの書式の情報などを求める意見もあった。この点も今後の課題としたい。

（３）ネットワーク構築のプロセスについて

さらに、地域における認知症者支援のためのネットワーク構築のプロセスについてより具体的に理解したいという意見もあった。特に若年認知症者の支援は、現状において社会資源が乏しい地域が多く、情報収集と連絡調整を行いながら、これから支援のネットワークを構築していく段階にある。先進例や失敗例を知ることにより、より効果的な連携体制構築のためのヒントになると考えられる。

（４）他の地域包括支援センターとの連携について

連携担当者の役割としては、他の地域包括支援センターとの連携が位置付けられているが、この点についてさらに深めたいという意見が見られた。他の地域包括支援センターとの連携という点については、事例検討会への参加などが考えられ、それを念頭に入れた連携担当者研修においても、事例検討形式によるグループが展開されたが、研修のまとめとしての要素も強く、他の地域包括支援センターとの連携という意識づけができにくかった受講者がいた可能性が示唆された。このような意識づけができない受講者がいた背景には、スーパーバイズやコーチングを含めたコミュニケーション理論について講義を行っていないことが影響している可能性がある。今後は、それらの理論も整理した上で、他の地

域包括支援センターとの連携ということを意識づけしながら、グループワークを進めることで、実際の現場での実践とリンクさせ理解できると考えられる。

(5) 研修の時間配分や日数について

カリキュラムの期間については、他の項目と比較し極端に評価が低く、3日間では短いという感想を持った受講者が多かった。

「討議や演習の時間をより確保し、現場でどのようにその知識を生かすのかを検討する時間をより確保して欲しい」という趣旨の希望も多く、単純に講義の分量を削減することは難しいと考えられる。フォローアップ研修や連携担当者の活動についての研究に関する情報提供なども含め検討が必要が示唆された。

第4節 連携担当者の地域での活動状況（認知症連携担当者研修受講者に対する調査）

1. アンケート調査の目的

本アンケート調査は、連携担当者の地域における取り組みの具体的状況を明らかにし、連携担当者が実践において抱える課題を明らかにするために行った。

2. アンケート調査の方法

本調査の調査対象者は、平成21年度に連携担当者研修を受講した連携担当者42名であった。アンケート用紙は、連携担当者研修の受講決定後、調査の目的や調査結果の利用方法、倫理的配慮などを説明した文書を添付し、郵送にて研修前に送付し、研修受講時に回収するというスタイルをとった。研究協力に関する同意については、同意書を作成し記入を求めた。概ね1か月前に調査票を送付し、研修会の初日に回収した。

主な質問項目は表2-18のとおりである。またこのほか自由記述形式で、認知症疾患医療センターとどのように連携をとっているか（表2-21）、都道府県政令市とどのように連携をとっているか（表2-22）、連

携担当者の 4 つの役割それぞれについてどのような活動をしているか（表 2-23、表 2-24、表 2-25、表 2-26）、どのような社会資源と連携しているか（表 2-27）、連携担当者としての課題（表 2-28）などについて回答を求めた。

表 2-18 主な質問項目

1	連携担当者の役割及び活動内容について説明を受けたか
2	連携担当者の役割及び活動内容の説明を誰から受けたか
3	担当する地域に「認知症疾患医療センター」はあるか
4	認知症疾患医療センターと連携が取れているか
5	都道府県政令市と認知症連携担当者の活動について連携が取れているか
6	都道府県政令市と認知症連携担当者の活動範囲について調整ができていますか
7	連携担当者として担当する地域の人口
8	連携担当者として担当する地域の包括センターの数
9	包括センターと連携が取れているか
10	地域包括支援センターとどのように連携をとっているか

＊詳細な質問項目は巻末資料参照

3. 調査結果

1) 回収率

調査の結果 42 名すべての受講者から調査票を回収した。回収率は 100%であった。

2) 回答者の属性

回答者の属性については第 2 章 3 節の表 2-2, 2-3, 2-4, 2-5 及び図 2-1 を参照されたい。

3) 回答結果

連携担当者の役割及び活動内容については、約 8 割の受講者が説明を受けた上で受講しており、市町村の行政担当者から説明を受けた者が 21 名で最も多かった（図 2－2、図 2－3）。

また連携担当者として担当する地域に「認知症疾患医療センター」はあるかという設問では、あると答えた受講者が 91%であり、そのうち 72%が認知症疾患医療センターと連携が取れていると回答した。連携が取れていないと回答したのは 20%（8 名）であった（図 2－4、図 2－5）。

連携担当者として担当する都道府県政令市と連携が取れているかについては、50%（21 名）が連携が取れていると回答し、連携が取れていない、どちらとも言えないを合わせると 45%（19 名）であった（図 2－6、図 2－7）。

連携担当者として担当している地域の人口について把握している受講者は約半数であり、10 万人以下から 60 万人以上までばらつきがあった。

連携担当者として連携する地域包括支援センターの数は半数の受講者から回答が得られなかった。回答が得られた者の中で最も多かったのは、「10 事業所以下」であった。

地域の他の地域包括支援センターと連携が取れているかについては、43%（18 名）が取れていると回答し、どちらとも言えない・連携できていないを合わせると、52%（22 名）であった。連携が取れている場合の連絡手段は、不定期にメールや FAX で連絡しているケースが 9 名と最も多く、ついで定期的な会議の開催が 7 名であった。

連携担当者の役割及び活動内容について説明を受けましたか

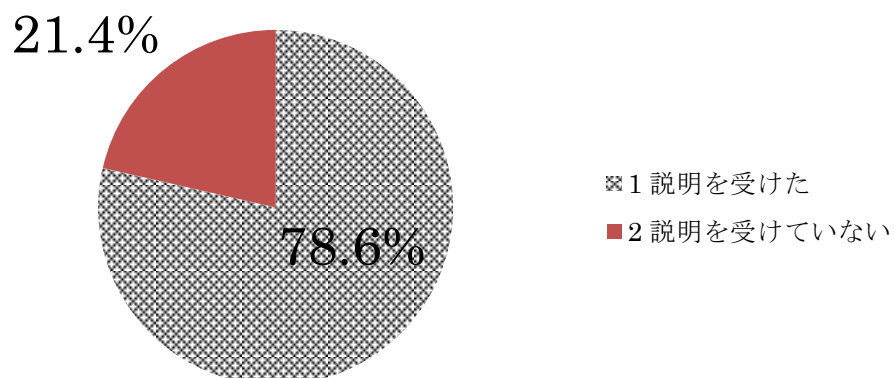


図 2－2 連携担当者の役割について説明を受けたか（n＝42）

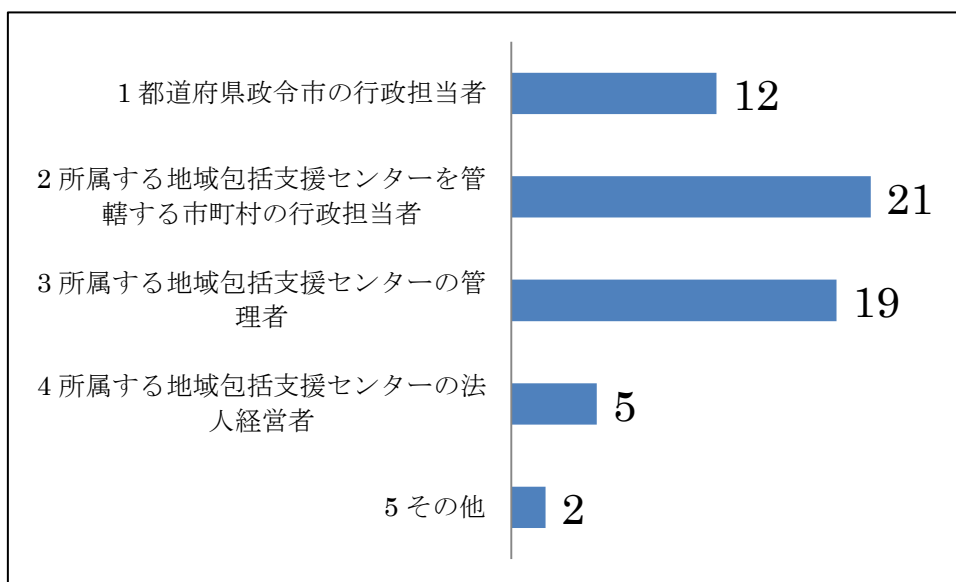


図 2－3 連携担当者の役割について、誰から説明を受けたか（n＝33）

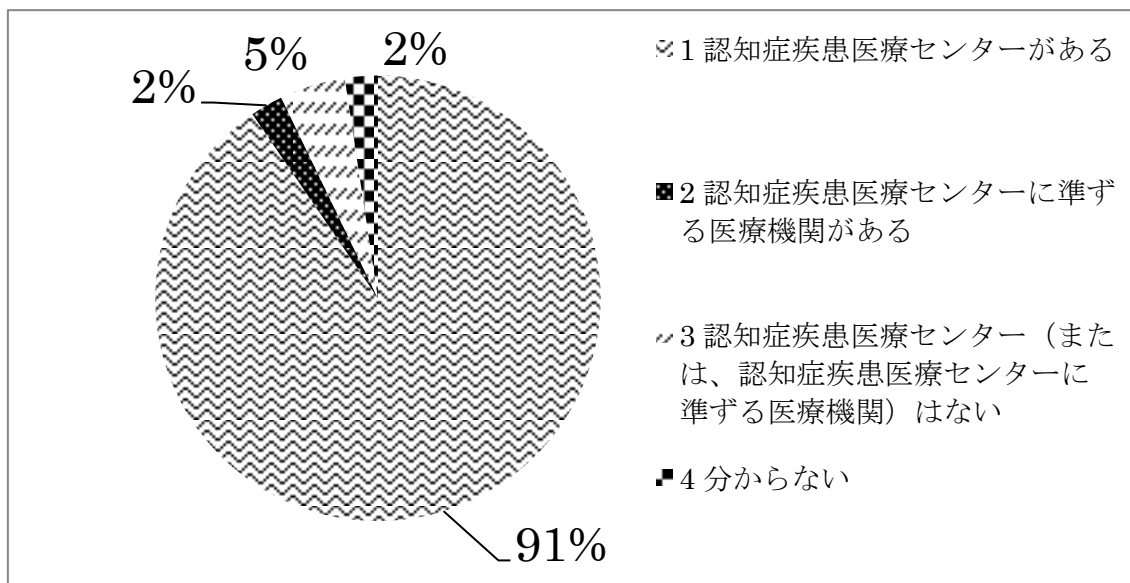


図 2-4 担当する地域に認知症疾患医療センターはあるか (n = 42)

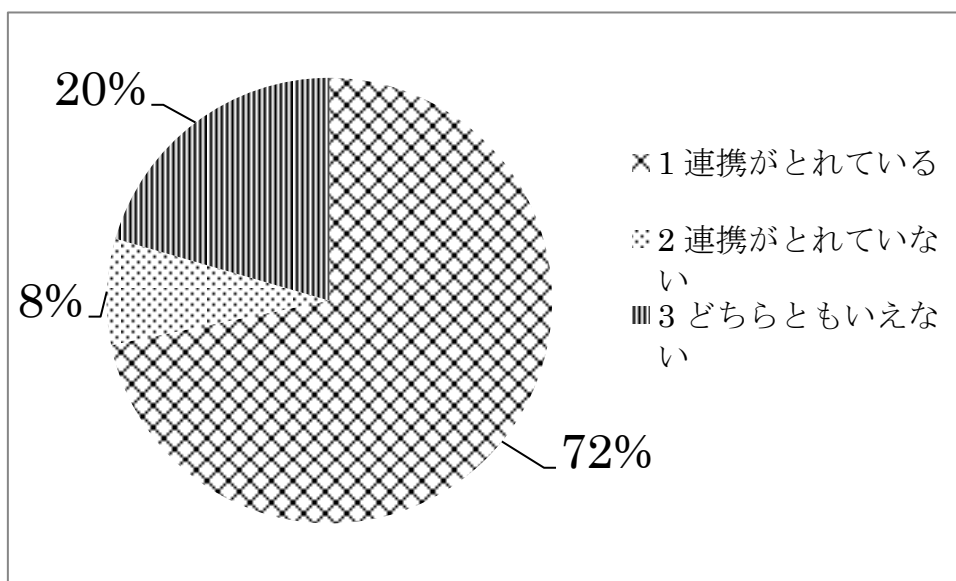


図 2-5 担当する地域の認知症疾患医療センターと連携が取れているか (n = 39)

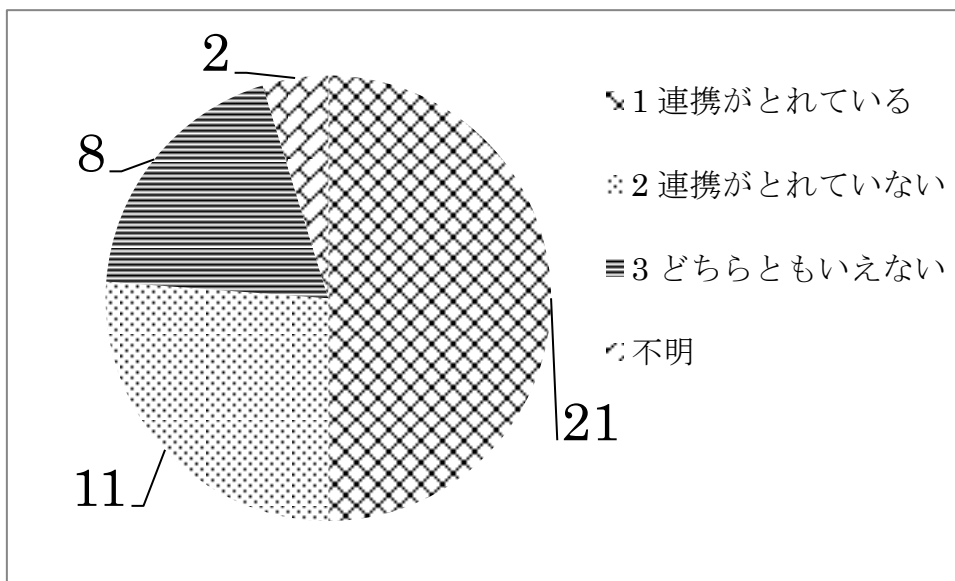


図 2－6 担当する都道府県と連携が取れているか（n＝42）

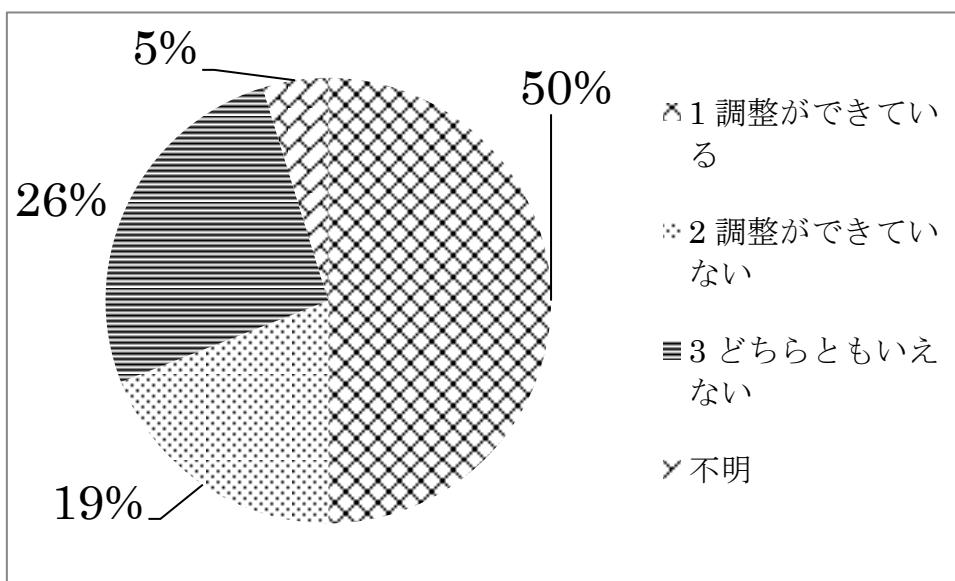


図 2－7 担当する都道府県と連携担当者の活動範囲の調整ができているか（n＝42）

表 2－1 9 連携担当者として担当する地域の人口

(人)

10 万人 以下	10 万～ 20 万	20 万～ 30 万	30 万～ 40 万	40 万～ 50 万	60 万～	不明	合計
4	4	4	2	1	4	23	42

表 2－2 0 連携担当者として連携する地域包括支援センターの数

(事業所)

10 事業所以下	11～20	21～30	30 事業所以上	不明	合計
12	7	1	1	21	42

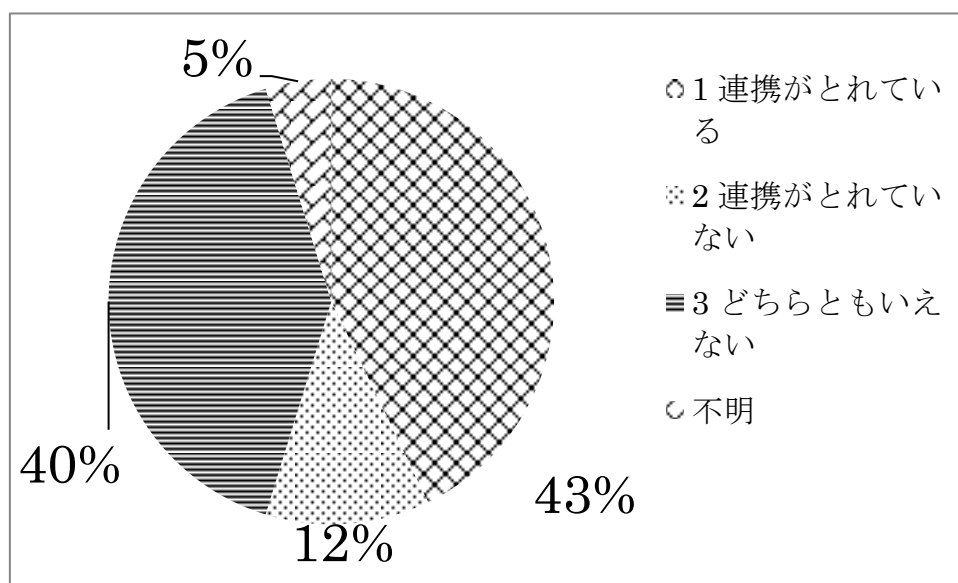


図 2－8 地域の他の地域包括支援センターと連携が取れているか(n = 42)

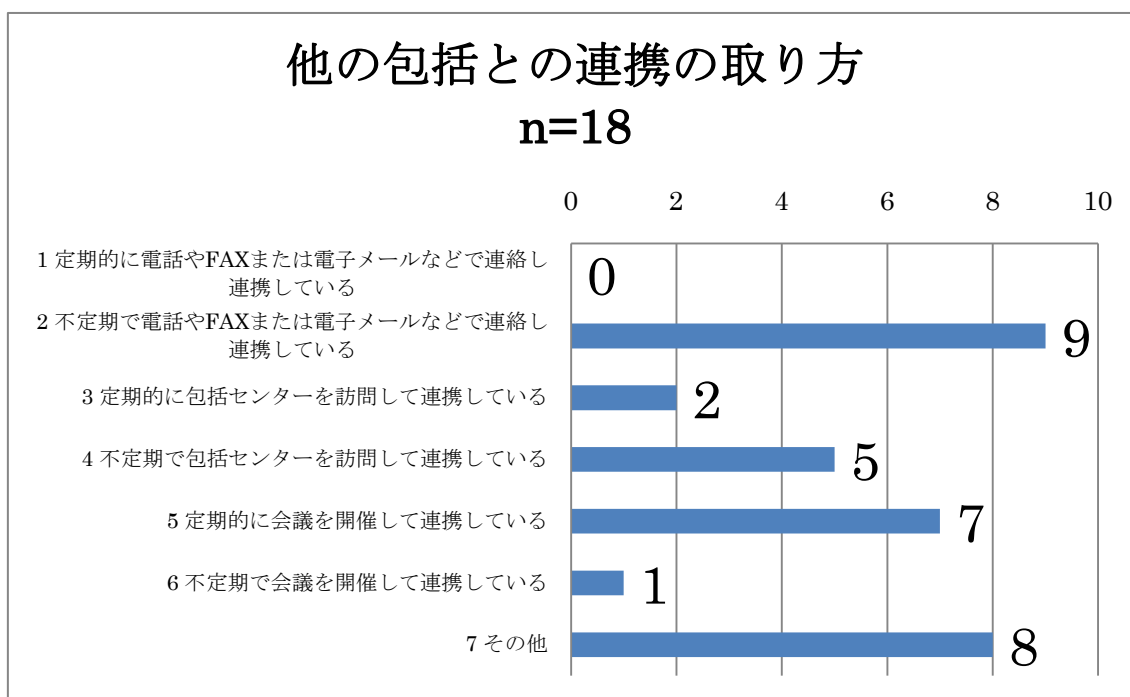


図 2－9 地域の他の地域包括支援センターとの連携の取り方（n＝18）

表 2-21 認知症疾患医療センターとどのように連携をとっているか

NO	自由回答
101	認知症サポート医との連携は取れている。週 1 回位の割合で、T E L・面接等を行っている。
104	事業の受託が 9 月からであるため、実質的な動きがまだない。
203	顔見知りの関係であり、以前からの相談も行っていた。
204	最低でも週 1 回は必ず情報交換の場を設定し、対面でやり取りを行っている。
302	定期的に情報交換の場である会議を開催しているから。
311	認知症疾患医療センター連携担当者とは情報提供のやり取りと連携事業の周知や連携協議会参加についても連絡を取り合っている。
312	検討会段階。
316	定期的な会議・メール・T E Lで、随時連携を取っている。
317	外来と入院になった場合とでは、窓口となる職員が変わってしまう。外来時の担当の方とは連絡も多く、関わりも多いが、入院となった時のワーカーさんとは連携が取りづらい。
318	認知症疾患医療センターで使用しているインテークシートを用いて改良して共有出来るシートを作った。それを用いて情報交換を行っている。また随時電話で相談や連絡が取れている。
320	就任して 1 ヶ月ほどなので、挨拶をしたくらいで連携が取れていると言えない。
322	今の所、定期的に連携は取れていない。
324	まだ連携のケースがない。情報交換はしている。

表 2-22 都道府県政令市とどのように連携をとっているか

NO	自由回答
101	保健師の同行等のバックアップはあるが、地域の中に入る事。
102	地域包括支援センターは市直営で全て運営されているので、連携が取りやすく、情報も共有されている。
103	今後連携して行きたい。
104	実質的な活動はまだない。
106	●必要時、気軽に連絡を取る事ができる。●必要時、ミーティングを持っている。 ●地域活動を行う時、必要時同行して下さる。
201	今月、県の担当の方も含め、初めて会議を予定しているため。
202	1 / M連絡会をし、現状把握している。
203	定期的に意見交換会を聞いて頂き、活動報告などで話し合いができています。
204	年に4回は担当者同士で集まり、会議を行う。それ以外は電話やメールで相談を行っている。
205	定期的に各強化型包括も含め、情報交換会等で活動内容が把握でき、電話やメールで日常的に連絡を取り合っている。
207	特に相談・会議等行っていないこと。具体的な行動活動を当方が認識できておらず、連携の前段階だと考えています。
208	認知症フォーラムや多職種連携事業など密に連携し、企画しているが、認知症連携担当者の相談の仕組みが地域に理解されておらず、相談しやすさやシステムが不明確な面がある。
209	窓口は市になっているため、直接はない。又、県に1ヶ所ということで、連携の度合いが未定。
211	相談・報告を何かあればいつでも行う関係性が出来ている。
212	市を3エリアに分けている。各エリアを超えて、市全体での構想が必要であると思われるが、具体的な青写真が見えないから。
303	認知症連携担当者等の事業活動が県レベルで取り組まれる計画がない。
304	疾患センターがないので、連携担当者は配置を考えていない。
306	同フロア内に担当課（長寿社会課）がある。

表 2-22 都道府県政令市とどのように連携をとっているか（つづき）

NO	自由回答
307	連携担当国会議が開催され、情報の共有やメールでの案内がある。
309	月に 1 度連絡会議を持っているため。
310	市の認知症関係からの他の会議等にも出席してもらい、研修等も一緒に参加したりと、よく連携は取れていると思う。
311	市の担当者が講演会会場借り上げの手配や関係機関へ事業の周知をしている。
312	事業体制で検討中。
314	今まで連携が取れていなかったが、3 月より 1 / w の会議を開催。
315	今まで連携が図れていなかったが、3 月より週 1 回会議を開催。
316	担当者の役割の理解ができていない。
317	定期的に連絡会を開いている。
318	顔の見える関係になっていること。連携強化事業に伴う研修会・会議等については必ず出席して頂いている。
319	市の直営であるから。
320	担当者と面識がない。
322	市の高齢福祉グループとは、定期的に連絡を取り合っている。随時連携を取れるように心掛けている。
324	連絡しやすく、意見や要望等言いやすい。

表 2-23 認知症疾患医療センターとの連携としてどのような活動をしているか

NO	自由回答
201	今月会議を実施し、今後の対応について話し合う予定。
202	今日から 1 / M 連絡会。
203	4 ～ 5 回 / 月は、個別のケースや勉強会等を通して面会できており、その折に本人・家族の同意が得られている方は情報交換できている。同意については、困難事例においてはどうしても不可能な場合は包括内で検討し、今後の方向性なども話し合ってから相談している。
204	週 1 回は情報交換の会議を行っている。認知症疾患センター以外の精神科病院との連携を図るために、認知症疾患センターの連携担当者と一緒に病院回りを行っている。認知症疾患医療センターが同じ法人であるため、以前から顔の見える連携が取れていた。
205	●週 1 回認知症疾患医療センターの連携担当者と訪問や電話で情報交換を行っている。●認知症疾患医療センター院長で、認知症対応強化型地域包括支援センターの嘱託医でもある医師に月 1 回来所して頂き、本人・家族等の相談の場を設けてもらうよう、日程調整を行っている。
206	認知症疾患医療センターの連携担当者とは、常に連絡を取り合っている。毎週火曜は情報交換のため、訪問している。
207	もの忘れ外来受診者（同意のある方について）、退院時などに支援の必要な方について週 1 回の定期会を開き、情報交換を行っている。又、地域で生活されている医療に繋がらない認知症の方・疑いの方について受診前の相談・困難ケースの相談を連絡会で行っている。
208	●情報交換の場を月に 1 回以上開催している。●社内メールや直接出向く、TEL など迅速な対応により、利用者の支援がスムーズに行く体制が整っている。●連絡会には県や市を巻き込んで進めている。
209	月 1 回は医療センターとの連絡会議に参加。又、担当者とは常時連絡体制ができる環境にある。
210	疾患センターへの相談・診断に関する情報共有と、事業内容の打ち合わせ等、月 1 回の連絡会を開催。

表 2-23 認知症疾患医療センターとの連携としてどのような活動をしているか（つづき）

NO	自由回答
211	1 週～2 週に 1 度医療センターを訪問し、患者様の情報を入手している。また、支援経過も随時報告を行っている。
212	個人情報の取り扱いについて、合意が得られていないため、認知症疾患医療センターから個別支援の依頼はない。ただ、エリア内における医療機関・地域包括支援センター側からの課題が整理できてきたので、嘱託医も一緒に課題解決に向けた取り組みをしている。認知症疾患センターが大学病院であるための特性を活かして、センター中心でシステム作りに入っている。センター担当者とは 1 / W 位は面談等しているし、メールなどでの連絡も含め、頻回に取っている。
301	受診が必要な方の相談・受診予約を取る事にしている。
302	月 1 回、認知症医療福祉連絡会を開催し、意見交換・情報交換を行っている。
303	認知症疾患医療センターも県内になく、連携担当者もいない。
304	認知症疾患センターがない。
305	疾患センターの受診・相談状況・情報交換の為、月 1 回の会議開催。
306	認知症疾患医療センターにおいて、情報交換会の開催（月 1 回）。センターにおいて確定診断を受けた方に対する介護保険サービス、特定高齢者通所型介護予防事業等の相談、日常生活でのアドバイス等の支援をした後、再度センターとの情報共有を図り、継続支援の体制を取っている。
307	①月 1 回の「もの忘れ相談」の事前打ち合わせとして、医療センターに出向いて、嘱託医と相談している。②相談（事前）後日、医療センターの嘱託医に市役所へお越し頂き、月に 2 件の相談を受けて頂いている。③認知症の疑いがある人については、その都度医療センターの担当者に電話連絡・相談をしている。
308	●相談支援上、専門医受診への調整や連絡。●その後必要に応じて適宜連携を図っている。●月 1 回関係機関による会議での情報共有。●支援困難な方・虐待事例など、ケア会議開催時に会議に出席協力頂く。
309	①月に 1 度、県、市、疾患医療センター、包括と連携担当者会議を開催している。 ②疾患センターで確定診断された方の情報入手のために、連携をとっている。

表 2-23 認知症疾患医療センターとの連携としてどのような活動をしているか（つづき）

NO	自由回答
310	●現在、疾患センターが始まる前にも入院患者や在宅での認知症高齢者の県で、退院時カンファレンス等に参加したり、連携を取っていた。●今後、現在の情報の把握なども含め、月1回は疾患センターへ出向き、情報収集なども行って行きたい。
311	週1回は情報提供者の有無や事業についての情報をメールでやり取りしている。情報提供者有の場合は、情報提供票のやり取りは手渡しで行い、その都度情報交換している。
314	支援の必要な情報を共有する為に、3月より1/w開催する事となった。
315	情報の入手の為、3月より週1回ミーティングを開催している。
316	最近月1回の会議で情報交換・検討など行っている。他に必要に応じてメール、TELをしている。内容：利用者の相談（受診について、対応について）。介護保険の相談、他社会保険制度についての相談。精神医療制度相談。研修企画・報告。事業計画の作成など。
317	●月1回「認知症疾患センター」の会議に出席させてもらっている。※H22年度からは事例検討会という形にし、嘱託医も参加予定。●相談があったその都度連絡を取り、インテークシートでやり取りをしている。逆に直接受診に行ったケースで、今後継続した見守りが必要な人や、自宅での様子を訪問し、確認が必要なケースがあれば連絡をもらい、対応している。
318	支援の必要な認知症者の情報入手のために、気になるケースについては確認を行っている（病院に赴いたり、電話で聞いたりしている）。また、認知症疾患医療センターの行っている地域医療連絡会に出席している。
319	1. 相談のあった事例について、連携必要なケースについては双方で紹介し合い、受診支援や認知症の理解やケアのための家族支援をしている。2. 2ヵ月に1回連絡会を開催し、活動状況等を報告し合っている。3. 認知症疾患医療センターが開催する認知症疾患医療連携協議会に参加し、認知症疾患医療センターの役割や受診体制、検査内容等についての確認・研修したり、地域の医療機関との連携等について検討している。
320	挨拶に行っただけで、まだ連携が取れていない。どのように連携を図っていくか、現在模索中です。

表 2-23 認知症疾患医療センターとの連携としてどのような活動をしているか（つづき）

NO	自由回答
321	●月 1 回高齢者のこころの医療相談日の開設、ケース相談。●随時電話相談、面談等。●医療と介護の研修会等共同企画、開催。●地域ケア会議に出席してもらい、助言・アドバイスをもらう。●認知症の啓発普及。●キャラバンメイト活動、サポーター養成講座の開催。
322	今の所定期的な連携は取れていない。
323	●地域包括支援センターからのケース相談内容に応じて、「受診の為の連携シート」を活用し、情報提供をしている。●担当エリアで取り組む認知症高齢者支援事業の講師依頼や調整、情報提供。●嘱託医面談への参加依頼。●認知症サポート医へ本事業説明に際した同行依頼。●地域包括支援センター主催の研修時に、それぞれの役割について合同で説明。
324	週に 1 回はメールのやり取りをし、情報交換（現状等）をしている。

表 2-24 若年認知症者の支援についてどのように活動しているか

NO	自由回答
201	今月会議を実施し、今後の対応について話し合う予定。
203	若年性の方々の支援においては、家族各個々人のストレスや、それぞれにできること・できないことをしっかりと常々確認するような面接を行う。また、3障がいや就労支援センターの方々も含めた会議の開催を行っている。デイケア・ショートステイ・地域支援の様々なサービスの提案（金銭的に無理のない範囲で）。
204	就労支援を促進するために、ハローワークの障害者担当者・障害者職業センターの職員・認知症疾患医療センターの連携担当で集まり、情報交換のための会議を行った。
205	●定期的に安否確認を行っている。●認知症疾患医療センター等と連携し、若年性認知症者の家族会立ち上げを検討していく。
206	●疾患センターに来られた若年性認知症の方の相談。●所属の包括以外の方の訪問・支援。
207	若年性認知症者のケースがなく、隣市の相談窓口や家族会を見学して、学習している程度です。
208	事例なし。
209	●認知症デイ利用されている事業所からの相談対応はしているが、家族までは行き届いていない。●市内で約90名の方が若年認知症で介護認定を受けている。実態把握も含めて、担当ケアマネを集めての情報交換会を予定している。
210	活動できていない。
211	現在認知症デイ・GH等の訪問を行い、連携強化を図っている。若年性認知症者の受け入れ状況も確認している。
212	若年性のケースはない。高次脳機能障害で若年性（56才男性）の診断名を持つ方が1件あったが、就労支援に向けてのケース会議等も行ったが、就労支援センターは知的障害の若い方が多く、ケースの方の利用には至らず、結局精神の作業所で落ち着いた。※エリア内の高齢者数・包括数が多く、直接的な個別支援は困難な状況があります。
302	若年性認知症の家族の会に参加し、家族の話を聞いたり情報交換を行っている。
304	行ってない。
305	家族の相談、対応、サービス等紹介（介護申請、医療機関等）。

表 2-24 若年認知症者の支援についてどのように活動しているか(つづき)

NO	自由回答
307	今のところ、若年性認知症の事例なし。20才の男性の引きこもりと家庭内暴力について、ご両親の相談を受けた。医療センターの医師の話を聞いて、ご両親は落ち着いて対応出来るようになった。
308	今の所あまりできていないが、専門医との連携や重度及び認知症対応デイケア・デイサービスに訪問して、情報交換に気がけている。地域住民への啓発（正しい知識・診断の必要性など）。
309	2ヶ月に1度、精神障害者就労支援ネットワーク会議に参加し、情報共有を行っている。
310	事例なし。
311	現在のところは若年認知症の対象者の情報がない。
314	家族の相談を受け、支援の必要がある為、グループホームにて1/wのボランティアで支援をしている。
315	家族の相談を受け、支援の必要があるため、GHにて週1回のボランティアで支援をしている。
316	現在行えていない。
317	現在若年性の相談件数は2件（うち1件は家族から、1件は認知症疾患センターから）。（家族から）25才の息子さんから相談、毎日暴れて困るとの相談だった。認知症疾患センターへの受診に繋げ、その受診に同行した。服薬状況や様子を時々確認し、疾患センターへ報告している。（疾患センターから）市内で独居の方が受診に来た。身内は近くに誰もいない、もの忘れがあり、今後日常生活に支障が出るのでは…、と情報が入る。状況確認のため自宅へ訪問、その様子を疾患センターに報告する。今後も定期的に訪問する予定。
318	若年性認知症の方のデイサービスの利用について支援を行った。また、デイサービスセンターを訪問し、様子を確認してきた。家族の話も聞いている。
319	相談事例に対して、家族支援（受診支援、福祉制度の紹介、認知症の理解とケアについての支援）や、医療機関との連携をしている。
320	若年認知症の会を通してアドバイスをもらったり、地域の資源を活用しようと思っている。
321	専門職への資料提供等に留まっています。

表 2-24 若年認知症者の支援についてどのように活動しているか(つづき)

NO	自由回答
322	現時点では、当支援は実施できていない。今後他市の情報等を参考にして、実施に向けて進めて行く。
323	治療中断している若年性認知症者の家族支援。包括センターへの情報提供。外来受診支援。今後の支援についての検討と連絡調整。
324	時々介護支援専門員に状況確認し、サービス等相談に乗っている。「認知症の人と家族の会」の若年期つどいに参加し、情報収集をしている。

表 2-25 他の地域包括支援センターの後方支援についてどのように活動しているか

NO	自由回答
201	現在認知症連携担当者として勤務している訳ではなく、保健師等（看護師）と管理者を兼ねているので、次年度から対応は変わると思われる。
203	県の方から強化型包括の会議を提供して頂いているので、そこで情報交換を行えている。
204	タッチパネル式コンピュータを用いた簡易認知症スクリーニングテストを貸し出し、認知症の早期発見のための支援を行っている。
205	同市地域包括支援センターの社会福祉士の連絡会議には、2ヶ月に1度参加し、情報交換を行っている。
206	地域支援事業でのタッチパネルの活用等。
207	認知症のに関わる県西部地域の会へ出席はしていますが、配置の際の担当行政より当包括・町のみで活動することで、差し支えないと伺っており、他の包括への支援まで行っていません。当町の包括については事務所が同じであることから、普段の話の中で助言をする援助をしています。それ以上の事はできていません。
208	地域包括支援センターの認知症部会に定期的に参加している。
209	●包括全体での勉強会の開催実施（ひもどきネット、センター方式の理解）。●認知症介護から虐待ケース対応へのケース会議やを開催するため、弁護士1～2名の協力を得られ、コアメンバーに位置付ける。●個々の地域包括支援センターが開催する研修会に出席し、情報交換を行っている。
210	●包括全体の連絡会にて研修会を開催し、連携強化事業の周知を行う。●他包括主催の研修会に参加。地域毎の特性や現状の理解、情報交換を行う。
211	依頼に応じて各包括ケア会議や研修会での事業説明を行っている。各地域の認知症ケースの状況を伺う機会にもなっている。
212	包括で高齢者支援ネットワーク事業を実施している区については、連携担当者も参加している。また、エリア内地域包括支援センター連絡会1回／3ヶ月で、地域包括支援センターに情報提供している。随時研修案内など、情報提供は包括にメールなどでも提供している。
301	会議やキャラバンメイトなどの機会に、包括と認知症連携担当のアピールをするようにしている。

表 2-25 他の地域包括支援センターの後方支援についてどのように活動しているか（つづき）

NO	自由回答
302	定期的な訪問活動・定例会議を通じて、地域包括支援センターと情報交換を行っている。
304	自法人の包括や市の包括の会議に出席し、情報交換をしている。
305	必要に応じ事業紹介、会議開催。
306	地域包括ケア会議等への参加を予定している。
307	①児童委員・民生委員の会議の席に時間を頂き、広報活動をした。②介護事業に関わる人々（介護支援専門員など）への認知症サポート研修や認知症連携事業の広報。
308	訪問し、意見交換。タッチパネルの貸し出し。イベントへの参加など。
309	22年1月に立ち上がったばかりで、具体的な支援は行っていない。
310	●現在、2ヵ月に1回の包括全体の会議の中で、現状のもの忘れ外来、・認知症疾患医療センターについて説明・報告。●今後、認知症連携担当者として、各包括支所とも連携を取り、包括の後方支援を行っていく。
311	地域包括支援センター所長会議へ出席し、認知症連携事業についての周知を図る。認知症疾患医療センターからの情報提供を行っている。嘱託医の協力により、職員に対しての講演会を開催した。今後は処遇困難ケースに対する相談会や勉強会の計画を予定している。
314	●包括全体の定例会に出席し、情報交換を行っている。●包括より臨時の会に参加を促され、参加し、相談を受けている。
315	包括全体の定例会へ出席し、情報交換を行っている。包括より臨時の会議に参加を要請され、参加している。
316	所属の包括とは従来通りの業務を共にしている。他の包括には会議でのPR、他随時相談を受け、助言・同行訪問を行っている。
317	●包括全体の会議の出席。●包括と同じ場所で仕事をしている為、その都度確認したり、その都度情報をもらったりとしている。●困難ケースは包括のリーダーが一緒に関わっている。
318	相談・支援については情報を共有するために、基本情報シートや相談記録の回覧を行っている。また、デイサービスセンターを訪問し、様子を確認してきた。家族の話も聞いている。

表 2-25 他の地域包括支援センターの後方支援についてどのように活動しているか（つづき）

NO	自由回答
319	地域包括支援センター連携会議、介護保険事業者連絡会に出席し、情報提供。認知症連携担当者の業務内容紹介と活用ピーアールしている。
321	地域包括支援センターの職員で、保健師でもありますので、随時連動して関わっています。
322	2月より定期会議を行っている。内容については各包括の要望・意見を聴きながら、今後考えて行きたい。
323	●区調整チーム高齢者部会での本事業説明。●各地域包括支援センターヒアリングと事業説明。●市内認知症に関する研修会の情報提供。●認知症支援や医療受診、鑑別診断に対する助言・指導。
324	始まったばかりなので、近隣の包括圏域ケアマネ連絡会に参加し、情報提供や意見を聞くようにしている。

表 2-26 地域におけるネットワーク体制の構築についてどのように活動しているか

NO	自由回答
201	包括として各種民生委員や、ケアマネ協会等の会議に参加させて頂いている。
203	地域包括支援センター内で協議し、ネットワーク構築を検討。地域でネットワーク構築ができるよう、校区ごとにネットワーク会議を開催、その内で地域の核となる人物（民生委員、嘱託員、ケアマネ、サービス事業所、疾患センター、婦人会、老人会、3障がい支援センター）などの呼びかけ、「認知症支援部会」「介護者支援部会」「見守り支援部会」の3つの部会を設立、できることからの活動ということで、それぞれの方が中心となって動いて頂いている。
204	民生委員や社会福祉協議会、自治会長等が集まる地域の団体長会議に出席し、認知症対応強化型地域包括支援センターの役割や、市の認知症総合対策の説明を行い、今後のネットワーク構築の必要性を呼びかけた。
205	●地域包括支援センターの担当である4校区の民生委員定例会には毎月最低でも1校区は参加し、情報交換を行っている。●医療センター及び地域の関係団体等と連携して研修会・勉強会・事例検討会等の開催を行う予定。
206	地域の認知症ネットワーク会議（月1回：民生委員、包括、事業所、ドクター、市民等で開催）。
207	●定期の担当地域ケア会議（事業者、社協、町保健師、包括の参加）に参加し、個別ケースの検討など行っている。●隔月の地域ケア会議（事業者、保健師、社協、包括、障がい者施設等が参加）で予防の取り組み・見守り支援などに参加・検討している。
208	市の事業の認知症サポーター養成や介護予防教室、タッチパネルによる認知症早期発見事業の企画や協力を行っている。
209	●小規模多機能事業所、グループホーム、認知対応型デイサービス事業所ごとの意見交換会開催。●民生委員全員にチラシ配布。●市広報紙に認知症専用相談電話設置の記載。
210	地域で民生委員・福祉委員さんを対象に勉強会を開催。地域での見守りや早期発見について検討会を行う。

表 2-26 地域におけるネットワーク体制の構築についてどのように活動しているか（つづき）

NO	自由回答
211	●市医師会が設置した認知症対策委員会に、管理者と共に出席している。医師における認知症対策についてやマップ、チャート図の作成等について、協議をすすめている。市役所高齢福祉課職員も参加しており、行政と医療の連携強化にも繋がっている。●関係機関を訪問し、認知症ケースの状況確認や連携強化に努めている。
212	認知症連携担当の業務や、認知症対策連携強化事業に対する周知が行き届いていないので、ここまでの所まで行かない。また、担当エリアが広範囲なので、各包括と一緒に実施することになるので、現在はそこに至るようにする前段階と位置づけている。
301	地域の食改善メンバーさんなどへのキャラバンメイト活動をしている。
302	まだ、できていない。
303	認知症連携に特化するものではないが、「〇市北部地区高齢者安心ネットワーク」を立ち上げ、民生委員・居宅介護支援事業所・薬剤師会・商工会等と連携し、見守り（高齢者）事業を中心に、勉強会等を開催している。
304	自法人が管轄する町のネットワーク会議や民生委員会、公民館等で認知症の啓発活動を行っている。
305	●認知症対策検討会での各職種での定期的ネットワークについて検討。●モデル地区を指定し、地域で認知症サポーターの役割及び認知症の人・家族を見守るネットワークについての会議を開催した。
306	地区福祉対策推進協議会への参加。
307	常に連絡が取りやすいように、常日頃から声掛け・挨拶などを心掛けている。事例があれば出向いて、相談をしている。
308	地域ネットワーク立ち上げ済み（ライフライン＜電気、水道、ガス、商店、ショッピングセンター＞、新聞店、郵便局、金融機関、司法書士、社会福祉士、嘱託員、公民館長、消防署、警察、婦人相談、社協、老人クラブ、婦人会、民生委員、医療機関、薬局）：7校区（小学校区毎）、部会（見守り、認知症、介護者、虐待・権利擁護対策）。

表 2-26 地域におけるネットワーク体制の構築についてどのように活動しているか（つづき）

NO	自由回答
309	22年1月に立ち上がったばかり。自治委員・民生委員の定例会やケアマネ研修などに参加しながら、顔なじみの関係作りをしている。3月中旬にネットワーク会議開催予定。
310	単体の会合のみでなく、総合したネットワーク体制の構築が必要。
311	地域包括支援センター各事業所では、地域ケア会議を開催しているので、その地域ケア会議を利用して認知症の見守りについて検討していくようにする。
314	認知症SOSネットワークに参加し、支援や見守りについて検討している。
315	認知症SOSネットワークに参加し、支援や見守りに参加している。
316	従来の包括業務で、地域で認知症サポーターや地域会でのPRをしている。タッチパネル・もの忘れ予防教室をモデル事業として実施。連携担当者独自としては行っていない。
317	●地域みまもりネットワークの活用。●会議の中で「認知症対策連携強化事業」を説明。●具体的な事例を出し、どのように見守り行われているかを共有し、内容について検討する。
318	認知症モデル地域構築推進事業の時に作った認知症支援ネットワーク会議の継続をしている。徘徊SOSネットワーク事業により、認知症による行方不明者が出て、地域で多くの人の目で捜してもらえる体制づくりをしている（現在11人の登録がある）。
319	●ネットワーク体制について、これから検討していく。●各々に地域で要望のあった組織団体、グループ（一般住民）や事業所の家族会、地区の福祉健康委員の会議等に出向き、認知症の理解やケアについて話をさせてもらっている。
321	地域ケア会議の中で、話題として取り組んでもらったり、民生委員の学習会に在学介護センター（ランチ）と関わる等しています。多職種共同研修会の開催で、永田久美子先生にも〇市にお越し頂きました。
322	現時点では行えていない。今後ネットワーク体制が築いていける様に、活動していかなければならないと考えている。
323	●認知症高齢者支援ネットワーク事業（対象区）へのオブザーバー参加。●認知症サポーター養成講座修了者を対象に、認知症支援者育成のための教室参加。

表 2-27 どのような社会資源と連携しているか

NO	自由回答
201	なし。
203	●地域のかかりつけ医に対しては、顔を見て個々のケースの時にしっかりと認知症の早期発見のために、強化型包括の挨拶を行っている。●3障がい支援センターの方々を通じての、就労支援センターの取り組み、若年性認知症の方々の支援へ役立てられるように、関わりを持っている。
204	担当の圏域のかかりつけ医、もの忘れ外来や認知症治療病棟を持っている精神科、緊急ショートステイができそうな施設、グループホームに対して、認知症対応強化型地域包括支援センターの役割と連携の必要性について説明した。
205	地域包括支援センターの担当校区に開院されているかかりつけ医・包括の利用者が多い病院を訪問し、認知症対応強化型地域包括支援センターの事業内容・認知症の簡易検査機器についてチラシを配布予定。
206	●〇にわか（介護劇、認知症サポートリーダー養成講座）●キャラバンメイトで地域の人と出前講座を開催。
207	町内の地区を分け、住民を中心とした自治組織があるため、その担当者・住民の代表と認知症の予防・見守り・啓発についての取り組みについて協働している。
208	●地域づくり〇〇の会等への参加、認知症疾患医療センター、認知症連携担当者の役割を地域のケアマネ・包括地域連携室に知って頂くために、研修を開催した（啓発）。●その他相談は断らず、受けている。
209	●県の高齢者相談担当者、市の日常生活支援事業者、家族の会代表との情報交換。 ●全市までは行かないが、自包括エリアの開業医にはチラシ配布、挨拶に訪問。
210	●地域密着型サービス事業所（グループホーム、小規模多機能・認知症デイ）との意見交換や情報交換、勉強会の開催。●認知症者の早期発見のため、専門医からの指導・助言を受け、担当相談員との情報共有を行う。
211	医療センターだけでなく、他の病院に受診している認知症の方、家族への支援も必要であり、他の病院にある認知症の家族の会等とも交流を図り、相談窓口の広報と活用に繋げていっている。
212	エリア内のサポート医、医師会介護担当・理事などに事業説明、役割説明など行っている。

表 2-27 どのような社会資源と連携しているか（つづき）

NO	自由回答
301	認知症の早期発見のために、地域のかかりつけ医などに対し、認知症と考えられるケースの地域生活支援の相談窓口となれる事を情報提供している。
302	かかりつけ医との連携を図っている。かかりつけ医の認知症対応力向上研修にて、医師との連携についての事例を発表する機会を得た。これを手がかりに、多くのかかりつけ医と連携を図って行きたい。
304	連携担当者としては、特にありません。
305	各専門機関との個別処遇について、相談対応。家族会への支援。
306	連携担当者に専門的な助言などを頂く為に、嘱託医（精神科Dr）に状況報告及び相談（月1回）。
307	ケアマネや事業所、民生委員、地域のかかりつけ医などに認知症の早期発見・早期治療の大切さを相談窓口であることを、情報提供している。
308	日頃から顔の見える連携。必要に応じて会議参加呼びかけ（ライフライン＜電気、水道、ガス、商店、ショッピングセンター＞、新聞店、郵便局、金融機関、司法書士、社会福祉士、嘱託員、公民館長、消防署、警察、婦人相談、社協、老人クラブ、婦人会、民生委員、医療機関、薬局）。
309	地域の拠点になる場所に、チラシやパンフレットを持って行き、相談窓口の周知を行いながら連携を取っている。
310	認知症疾患医療センターや包括担当者、認知症高齢者を支えるサービス（フォーマルサービス、インフォーマルサービスを含む）と連携を取っている所である。
311	居宅介護支援事業所や介護施設従事者への講演会を開催して、連携事業の周知に努める。民生委員の会に参加して、認知症連携事業における相談窓口であることを情報提供している。
314	●包括の事例検討会に参加。●地域の医療機関への連携依頼・アンケート調査。●医師会への連携依頼。●絵本教室への参加（小学生）。
315	●包括の事例検討会へ出席。●地域の医療機関への連携依頼・アンケート調査。●医師会への連携依頼。●絵本教室への参加（小学生）。
316	行政機関・障がいの相談機関等への相談。かかりつけ医への情報提供。※包括の従来の仕事と変わりません。

表 2-27 どのような社会資源と連携しているか（つづき）

NO	自由回答
317	（●前任者が包括リーダーと医師会の定例会で連携事業を説明）。●医師会より依頼されたものを、市内の先生に届ける…、ということがあったので、リーダーと名刺を持って出かけた。可能な限り直接先生に名刺を手渡してきた。●市内の介護事業所を回り、名刺交換を行い、面識を作った。●ケアマネの勉強会で、この事業が具体的にどのように進められているのか、また認知症疾患センターへの受診を連携事業を通すと、どのように進められるか、事例で説明した。
318	市内のグループホームの運営推進会議に出席している。顔の見える関係になることにより、情報交換もスムーズにできている。市内で行った研修会（成果発表会）の資料を市内のかかりつけ医の先生方に配布し、事業についての説明を行った。
319	1. 「認知症の人と家族の会」の活動に参加し、新参加家族を紹介し、結びつけている。2. 保健予防担当の保健師の会議に出席し、役目（業務内容）を伝え、相談事例の紹介・依頼した。3. 各自治振興センター（市役所支所）に出向き、住民向けの認知症相談窓口紹介のポスターとチラシの配布依頼した（支所職員との顔合わせ）。4. 民生委員・健康福祉委員に、認知症相談窓口紹介チラシの配布をした。
321	●かかりつけ医、病院、歯科医院、薬局、銀行、駐在所等に医療と介護の相談窓口の啓発の為のポスターと、リーフレットの配布をしています。●グループホームの職員・管理者会への出席をして、認知症ケアの現状や抱えておられる課題を聞いたり、共に地域へ出向いたりしています。キャラバンメイトとしての参加を呼びかけています。●予防のための啓発に、健康課の保健師と連携を取ってます。●調査員研修、ケアマネ研修に認知症の切り口で、テーマに取り上げてもらっています。
323	●地域医療機関MSW連絡会にて、本事業の理解と協力を呼びかける。●県下認知症連携担当者との集まり（政令市への呼びかけ）。
324	「認知症の人と家族の会」のつどい（特に若年のつどい）に参加し、情報収集に努め、連携を図るようにしている。

表 2-28 連携担当者としての課題

NO	自由回答
101	15ヶ所の包括を今年度中巡回する事になり、各包括も認知症連携担当の役割や受け入れに戸惑っている様子で、三種類のハードルが高い。行政からのバックアップ（包括巡回時、各担当の保健師同行等）はあるが、直属からのバックアップは無い。認知症連携担当者として何をすべきなのか、現在は混乱している。現在地域包括支援センターでは認知症に対する危機感が希薄に思える。1人では何も出来ない！！。
102	1. 活動する為に視野を広げる（研修・独学など）。2. ネットワーク構築の意義・役割・構築する為の進め方と運営を考え、まとめる。3. 担当者として可能なこと・困難なことを理解した上で優先順位を考え、自分の役割を自覚する（できるところから動いているのが現状）。4. 現場での対応困難事例で発生している認知症の理解の差、家族負担、本人の拒否等に対してケアマネ支援・家族支援がどうできるか、限界は…など、これから検討し、本人にとって…と、在宅生活を続けるために…とのバランス・方向性を見いだしたい。
103	●本人に問題行動があっても、家族に認知症の理解がなく、非協力的な場合（周囲の方から苦情もあり、人間関係もあり、難しい）。●地域の関係機関に連携を周知していく為には、どうしたらいいか。
104	地域の医療機関がどの程度、認知症疾患医療センターを知り、連携を取って頂けるのか。また連携の取り方が具体的にどう出来るのか。認知症の確定診断を受けるに至るまで（医療センターへの受診）の流れを作る事が困難（高齢者にとって利便性の良い場所にはない為など）。
105	●認知症を地域の人に理解してもらうこと（普及・啓発）。●早期発見のためのかかりつけ医に対しての啓発。●診断を受けた人に対して、ケアや対応方法。●若年性認知症の人のケア体制。●地域ケアシステムの構築。
106	●人口80万人、7包括を1人で担っている。各包括や地域資源の現状把握・関係づくりに時間がかかりそう。何から手を付けていけばいいのか、優先順位を見極めたい。●今まで疾患センター←→地域・包括と連携が取れていたのに、どうして連携担当が絡むのか？地域ではそれ程必要と感じていない。代わりに困難事例のスーパーバイズ、即解決を求められる事もあるが、それは主任ケアマネ中心？と立場もややこしい。

表 2-28 連携担当者としての課題（つづき）

NO	自由回答
201	まだよく分かっていません。包括として今まで対応してきた事と違うのは、認知症疾患センターが新たにできて、そちらとのネットワーク作りが第一歩になると思います。若年性認知症の方に対する支援として、介護保険だけではなく、何らかの生きがい支援をできるようなサービスがあったら良いと思います。今受け入れ先が無いという方がいらっしゃるの、どうしたら良いか今回の研修がヒントになると嬉しいです。
203	今後自らのネットワークを、より多くの方々へ利用して頂くための取り組みをどのように行っていくか（強化型包括としての啓発とともに、私自身の活用方法を啓発してゆく必要がある）。
204	認知症に関する知識不足は勿論の事、地域の社会資源に関する情報不足、かかりつけ医や地域住民に対して、認知症対応強化型地域包括支援センターの役割を説明するプレゼンテーション能力が不足しているなど、自分自身の能力のなさを痛感しています。環境面に関しては、かかりつけ医や地域住民の認知症に関する理解不足があげられます。
205	●医療センター・民生委員等からの情報収集や高齢者が多く集う場に積極的に出向き、認知症の簡易検査機器を活用しながら、認知症の早期発見・早期治療につながるよう、支援する。●家族介護者の会を同市の各包括で立ち上げができるよう、支援する。●かかりつけ医との連携を強化するため、認知症対応強化型包括のチラシ配布や受診同行・照会票にほり、連携を図っていく。
206	●成年後見や権利擁護など、制度の知識不足。●ケアマネの支援。●かかりつけ医との連携ができていない。
207	1. 自分の専門性の低さによる適切な助言・対応の難しさがある。介護支援専門員が四苦八苦し、対応しているケースに適切な助言ができていない。2. 連携担当者の業務範囲の不明確さがある。当町には保健師が地区担当として関わってきた流れがあり、包括より保健師への信頼が厚い（保健師が包括兼任している事もあり）。困難ケースなどへ関わる流れを試行しているが、どのように関わる事が適当かが確立されていない。又、介護支援専門員がいるケースも同様で、関わり方が未だつかめていない。

表 2-28 連携担当者としての課題（つづき）

NO	自由回答
208	●専門職・本人家族・地域が早期発見の取り組みの意味が理解できていない。そのため、それぞれ独自の相談対応から変化がない。●医療と医療の連携をどのようにしていくのか？。●今後どのような地域にしていくのかが明確でなく、連携の言葉のみが1人歩きしてはいないか、心配になる事がある。
209	●当市は9ヶ所包括があり、その中の1つであるため、全市的に動くには大変。ただ保険者と連携して実施しているが、時間がかかる。●医療との連携が求められているが、医療については医療疾患センターが対応し、退院に向けてもセンターで対応し、連携担当者は早期発見と地域作りが必要である。しかしこれらの事については具体的に進めて行くには、認知症ケアのみでなく、地域福祉に関する知識・技術が連携担当者には必要と感じている。
210	●地域密着型サービス事業所を対象として、今後定期的に勉強会を開催し、事業所全体の質の向上を目指している。●連携事業が周知されていないのか、参加率が低い。●かかりつけ医がいる場合、専門医への受診が必要な場合でも、受診へ繋がる事が困難なケースがある。
211	認知症に関する知識・対応能力向上。私自身がまだまだ勉強不足であり、経験も浅い為、少しでも多くの事を学び取りながら、日々業務に携わる必要があります。
212	①行政から委託を受けているが、市全域としての青写真が見えず、エリア担当者として判断に迷う事がある。相談出来る行政担当者がいるようでない。なぜなら疾患センターと包括（連携担当）と医師会（嘱託医）がいるが、行政内のどの部署が担当するのか、明確と言えない。また、若年性を支援するについても、行政内が縦割りなので、密口となる行政側が分かりにくい（大きな課題）。②地域包括支援センター側の医療に対する理解を深めて行く必要性を感じる。疾患センターへの高すぎる期待など。
301	●連携疾患センターが大学病院であり、相談するにも時間がかかる。●早期受診につなげたくても、「受診3ヶ月まち」の状況である。
302	●地域のかかりつけ医・専門医との連携がまだまだ不十分である。●地域包括支援センターと連携担当者のケースに対する関わり方が整理されていない。●服薬の管理などのアドバイスを得たいが、まだまだ薬剤師との連携がすすんでいない。●●かかりつけ医・専門医にケースの経過報告や気づきの報告が十分に行われていない。

表 2-28 連携担当者としての課題（つづき）

NO	自由回答
303	今回学びを得ていくこの「連携担当者研修」での内容や現在活動している県内においての課題を行政に伝え、活動していくのが課題と考えている。
304	県は現在配置を予定していない。
306	着任して間もなく各担当者との関係を構築中なので、今後はそれが様々な連携の要となっていくのではないかと考えています。又、若年性アルツハイマー型認知症発症者で、支援希望の連絡が未だ届いてはいないが、ケース発生した場合、少ない資源・協力関係者の中で、どう本人及び家族を支援していくのかという事が、現状の課題です。
307	疾患医療センターと、地域のかかりつけ医との連携について。
308	●地域住民に広く窓口や専門機関を知って頂く啓発の方法を学ぶ、工夫すること。 ●専門職・ケア関係者に対するサポート。
309	①地域のかかりつけ医との連携方法。②専門外来受診後の地域での見守り体制の構築。③医療と介護の連携方法。
310	認知症高齢者が住み慣れた地域で過ごすために、個々人の生活背景に即した支援体制を整えていくことが、今後の課題になると思われる。
311	①医療センターとの連携のように各医療機関と連携が取れる関係づくり。②講演会や勉強会のための嘱託医の日程調整。③相談会を開催するにあたっての対象者の選定（現在のところ包括職員及び介護支援専門員が処遇困難ケースと捉えている人を考えている）や、日程・場所の設定。④若年性認知症者の把握と就労支援ネットワークへの参画や若年認知症自立支援ネットワーク構築の方法。
314	行政担当者との方向性の修正及び再構築。
315	行政担当者との方向性を修正・再構築。
316	PRが不十分で、役割を活かしきれていない。自分自身が役割を十分に理解できていない。3年間で何をすべきか、若年性認知症者への対応。
317	この事業で担当するようになり4ヵ月、相談の1件1件に対し、今できることを全力で行っている状況。今までは民間で仕事をしていたが、今回は公的な立場。自分が発する一言に対し、責任が重くかかる。それを考えると思うように相談業務ができないでいる。今まで認知症の介護現場で培ってきたものが、相談業務に活かす事ができればいいのだが…。

表 2-28 連携担当者としての課題（つづき）

NO	自由回答
318	市内のグループホームに赴く機会が多いために、連携を取りやすい。しかし他の施設に行く機会が少ないために、他の施設の様子が分からない。他の施設に訪問して、お互いに協力できる関係を作る事が課題となっている。また、事業の推進という面では、プレゼンテーションの技術・能力が乏しい事を自覚している。
319	1. 認知症に対する正しい知識やケアが地域で行われるようにしていくには、今の実態の把握が必要であると考えている。●一般の住民の方はどういう意識なのか（どういう学習が必要なのか）。●家族は今地域の人に何を求めているのか（ネットワークを意識して）。●若年性認知症の人や家族は、どういう事で困っているのか（若年性認知症者への対応）。面接やアンケートにより、把握する事業計画を立て、関係機関の協力のもと実施して行きたいのだが…。22年度計画している。2. 若年性認知症者への支援を考えて行きたいのだが、個別性もあるし、点在しているし、現在若年性認知症者の事業施設は無いし…。何とか考えていきたい。
320	本人と家族に関われば関わるほど時間を費やし、すぐに自分の仕事のキャパを超えてしまうのでは？、という心配がある。
321	自分自身の認知症の医療と、介護に関する対応する実力を身につける事が課題です。一歩ずつ周りの人から信頼されるような活動がしていけるようにしたいです。疾患医療センターと良いパートナーシップで、それぞれの力を活かし合いながら、〇市の認知症対応力の底上げを図りたいと思っています。処遇困難なケースが包括にあがってきますが、権利擁護や虐待、パラサイトなケース等課題がいっぱいです。よろしくご指導下さい。
323	●医療や介護で解決できない課題について、協働で多職種が考えていく事が必要だが、現在押し付け合いになっており、協働の視点が見えていない。●かかりつけ医により、地域に根ざした医療への理解が十分出来ていない。
324	●早期診断・早期治療が重要だが、実際専門医療機関が少ない。●受診拒否ケースは多いと考えられるが、往診の専門医が非常に少ない。●若年性認知症の方が受けやすいサービスが少ない。

4) 考察

連携担当者の役割及び活動内容については、約 8 割の受講者が説明を受けた上で受講しており、市町村の行政担当者から説明を受けた者が 21 名で最も多かった。また連携担当者として担当する地域に「認知症疾患医療センター」はあるかという設問では、あると答えた受講者が 91% であり、そのうち 72% が認知症疾患医療センターと連携が取れていると回答した。連携が取れていないと回答したのは 20% (8 名) であった (図 2-4、図 2-5)。連携担当者研修を受講した受講者は概ね事業所や市町村から説明を受け、認知症疾患医療センターと連携をとりながら活動を行っていることが分かった。認知症疾患医療センターと連携が取れていないと回答した者が 20% いるが、これらについては自由記述を参照するとこれから連携体制を構築するという状況であることが示唆される。今後さらに調査を継続することで課題の有無について検討していきたい。

連携担当者として担当する都道府県政令市と連携が取れているかについては、50% (21 名) が連携が取れていると回答し、連携が取れていない、どちらとも言えないを合わせると 45% (19 名) であったことや、連携担当者として担当している地域の人口について把握している受講者は約半数であり、10 万人以下から 60 万人以上までばらつきがあったこと、連携担当者として連携する地域包括支援センターの数は半数の受講者から回答が得られず、連携する地域包括支援センター数に 10 事業所以下から 30 事業所以上と幅広く差があったことから、連携担当者の置かれている活動環境が連携担当者ごとに非常に幅広いものであることが示唆された。対象となる市民の規模、包括の規模などが異なり、都道府県政令市の関与状況などの活動環境が異なれば、連携担当者の活動内容が大きく異なってくると考えられる。連携担当者の活動のあり方について、今後さらに整理・検討することが求められる。

第3章 地域包括支援センターにおける認知症ケアマニュアルのあり方の検討

第1節 背景と目的

認知症者は、認知症の中核症状の影響により認知機能や判断力が低下するため、認知症者が自分で自分に必要な支援を判断し、正確に他者に伝えることが困難である。そのため介護には高い専門性が必要となり、同時に医療や権利擁護、地域ケアなど生活の幅広い分野にわたり支援が必要となる。また、若年認知症については、働き盛りの世代での発症となるため、経済的な側面を含めて生活が困難になるケースが多いことが指摘されている。このような問題に対して、地域包括支援センターが認知症連携担当者とともに認知症者の地域生活を支援し、地域の認知症ケアの質向上を効果的・効率的に展開するためには、認知症ケアマニュアルの整備と普及が求められる。本章では、地域包括支援センターにおける認知症ケアマニュアルを作成することを目的として研究委員会を設立し検討した結果について報告する。

第2節 地域包括支援センターにおける認知症ケアマニュアルの作成

1. マニュアル作成の方法

地域包括支援センターにおける認知症ケアマニュアル作成には以下のプロセスを踏まえて行った。

1) 研究委員会の組織と委員会におけるマニュアルの内容の検討

認知症者の介護及び医療の専門家 11 名からなる研究委員会を組織した。合計 3 回の検討委員会を開催し、委員会においてマニュアル作成のあり方について検討した。委員会のメンバーは表 3-1 のとおりである。

表 3-1 委員会の委員構成

氏名	所属	職位
佐藤 信人	武蔵野大学	教授
八森 淳	市立伊東市民病院 臨床研修センター	センター長
室谷 牧子	堺市福祉サービス公社 北地域包括支援センター	認知症連携担当者
山本 めぐみ	浅川山病院 認知症疾患医療センター	認知症連携担当者
佐々木 勝則	社会福祉法人桜井の里福祉会 特別養護老人ホーム桜井の里	施設長（認知症介護指導者）
池田 恵利子	いけだ後見支援ネット	代表
畦元 智恵子	杉並区介護予防課	課長
内田 孝子	社会福祉法人 横浜市社会福祉協議会 横浜市豊田地域ケアプラザ 地域包括支援センター	看護師
阿部 哲也	認知症介護研究・研修仙台センター	研究研修部長
柳 務	認知症介護研究・研修大府センター	センター長
今井 幸充○	認知症介護研究・研修東京センター	副センター長兼研修部長

○：委員長

2) 認知症介護指導者に対する調査

マニュアルにおいて、認知症介護指導者を紹介し、連携を促進する可能性を検討することを目的として、認知症介護指導者に対して調査を行った。

3) 執筆

研究委員会のメンバーを中心にマニュアルの執筆を行った。

2. 委員会の開催結果

1) 研究委員会の実施結果

期間中 3 回の検討委員会を実施した。委員会での議論の内容の要旨について、以下に整理する。

2) 第 1 回研究委員会

【日時】平成 21 年 12 月 11 日（金）18：00-20：00

【場所】貸会議室 八重洲倶楽部

【議事】

(1) ごあいさつ

事務局よりあいさつを行った。

(2) 研究委員紹介

各委員により自己紹介を行った。

(3) 委員長の選出

今井幸充委員を委員長として決定した。

(4) 本研究の目的の説明

委員会資料に基づき、研究の目的を説明した。

(5) 研修概要と経過報告

資料に基づき、連携担当者研修の概要と経過を報告した。具体的な内容は以下のとおりであった。

● 昨年度の研究委員会による報告においては、5日間での研修として結論を出したが、5日間だと期間が長く研修受講しにくいという厚生労働省の行政的な判断があり、全体の枠組みは維持しながら3日間の研修に組みなおして実施した。具体的には、理念・倫理・権利擁護を組み合わせ1つの単元とした。

● また、最後に事例検討を行い研修での学びを事例を基に確認できる枠組みとした。

● 期間を短縮したことにより研修の中でも演習の時間が減ったため、一日の振り返りの時間を設けグループワークで学びを再確認した。

● 認知症連携強化事業の要項における認知症連携担当者の役割に合わせて、若年認知症に関する情報を増やした。

● 第1回の連携担当者研修の最終日には、連携担当者から「各地で連携担当者が役割に応じてどのように取り組んでいるかを情報共有したい」という要望が挙がり、各地での実践の情報を共有する時間を持った。

● 12月11日の時点で第1回の研修が終了し、6名の連携担当者の参加が得られた。なお、本研究委員会の室谷委員は実際に連携担当者研修を受講している。

● 介護保険情報誌からの取材があり、11月号に連携担当者研修の情報が掲載されている。

● 受講者に対し、「カリキュラム評価」と称し研修カリキュラムの評

価を求めた。期間が短くもっと受講したいという意見が多かった。

（６）地域包括支援センターにおける認知症ケアマニュアルのあり方についての全体討議

【今井委員長】現状では、連携担当者に求められている役割が厚労省から出されているが、それらの具体的な内容は十分示されているとは言えない状況である。そのような状況もありマニュアル作りを厚生労働省から提案されたという背景があると解釈してよいだろう。ただし、ここでいうマニュアルとはどのようなものなのかということは、検討の余地がある。教科書的な内容か、参考書的な内容か、事例集のような内容か、どのような情報があれば地域包括支援センターにおける認知症者支援の質向上につながるかの意見をいただきたい。「マニュアル」という名称にこだわらず検討したい。またそれらの検討の結果が、認知症指導者以外が受講する認知症連携担当者研修カリキュラムのあり方につながってくるだろう。

―第１回の連携担当者研修はどうだったか

【室谷委員】研修で提供される情報が多く、十分消化できないというような印象だった。事例を踏まえた、他研修生、講師とのやり取りがもっと多い方が良いと感じた。また、認知症疾患医療センターとの連携方法のあり方や、そのための書式の作成など初歩的な悩みを抱えている受講者が多かった。また、連携担当者になった人の経歴が違い、それまで地域包括支援センターに勤務したことのない者が連携担当者として配置されている例など、連携担当者の置かれている環境がそれぞれ異なった。そのため、情報交換は非常に有意義であった。突然、連携担当者になった者は自分の役割や連携の持ち方について混乱していた。

【佐々木委員】 現状での連携担当者の配置状況（地域と人数）、連携担当者の所持資格、認知症介護の経験など基礎データが必要である。

【事務局 中村】 直近のデータによるとは５０か所程度の認知症疾患医療センターが配置されている。それぞれに合わせて連携担当者がいると考えられる。

【佐々木委員】初回の受講がなぜ６人だったのかの原因を検証しないとそもそも研修が機能しないということが起こると考えられる。本事業に

おける連携担当者研修は、連携担当者が必ず受講しなければならない研修として位置付けられているか。

【事務局中村】事業の実施要綱に研修を受講することを示してあるが、義務付ける文言はない。

【畦元委員】東京都では連携担当者を置くかどうかは手あげ方式で行った。そういった意味では、積極的に募集したとは言いきいかもしい。600万円の補助金では人件費にほとんど費やされてしまう。その他に、パソコンや車等の備品を準備することなどを考えると採算が合わない。それではなかなか普及が進まない。

ー 連携担当者として活動する中での問題意識

●地域包括支援センターに精神保健福祉士がいないということによる弊害があるということが課題であると感じる。そのため医療保護入院・措置入院等の制度を十分理解できていない。3職種の連携が取れている場合はそのような問題が発生しないが、そうでない地域包括支援センターがある。(山本委員)

●また、安易に精神科入院を考えて入院すれば、支援は終了であるという発想になり、つながりが切れてしまう。そうではないことをオリエンテーションしなければならない。また認知症疾患医療センターの機能も明確に位置付ける必要がある。

●認知症疾患医療センターの連携担当者にはマニュアルや研修はあるか

→連携担当者の研修やマニュアルはない。堺市に関して言えば、これまでの業務との違いはあまりないという状況である。

●認知症疾患医療センターの連携担当者はどのように任命されるのか？

→特に規定はない。現在は認知症疾患医療センターを受けているのは精神科が多い。それか総合病院が受けている。

●マニュアルは、認知症の人が利用できる制度や精神科手帳などについてあまねくわかる内容になっているとよい。

●またマニュアルは、現場のニーズに合わせて作成する必要がある。そ

ういった意味では、受講者から情報収集し、どのような内容がすばい
いか検討したほうがよい。

— マニュアルの内容として示してあると意義があると考える情報

●依頼を受けてから大阪府内の連携担当者の意見を収集した。ほしい情報については、全国レベル、地域レベルのものがある。たとえば、（認知症の専門医の所在地など）地域レベルの情報でも、事例として同じようなものを自地域でつくる規範となる。

●地域包括支援センターに関連するマニュアルとしては、地域包括支援センターマニュアル、虐待支援マニュアル（東京都）などが作成されている。それらのマニュアルにある内容は、そちらに譲るように示し、整理する必要がある。

●認知症疾患医療センターと連携のあり方を厚労省がどのように考えているかを明らかにする必要がある。現状では、認知症者の合併症、緊急医療、感染症になった場合の入院先がない。そのために認知症疾患医療センターができたのではないかと考えられる。急性期が過ぎた場合は地域に返すというのが基本である。しかし、連携担当者に求める4つの役割の具体的な内容が曖昧であり、厚労省に確認が必要である。

ただし、地域包括支援センターはネットワークに力をいれて研修を行っている。そのため、特に認知症の人が医療を使うときに連携をとる役割を担う人材と考えるべきだろう。

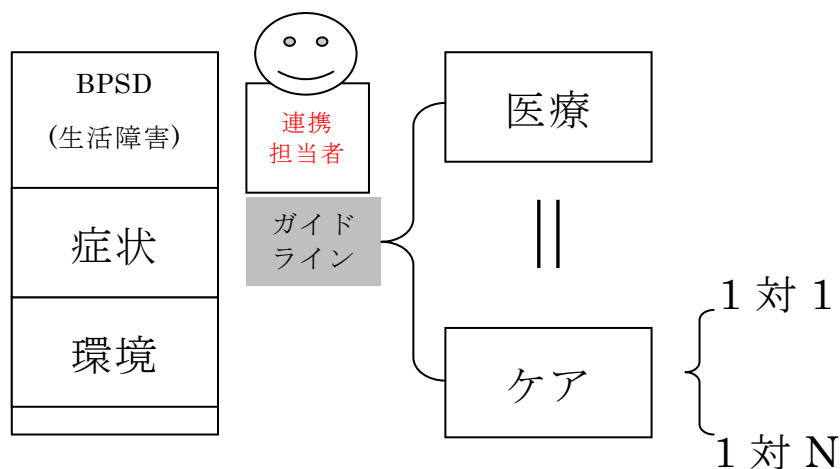
●認知症疾患医療センターとして

連携を取る場合に精神疾患への理解が低い。安易に精神科入院を考えている人も多い。地域包括支援センターにおいて、精神保健福祉士は少ない。精神科入院に関する法律の知識など低い方がいる。

→そこを連携担当者が押さえていると良いのでは。

●連携担当者の役割の内容をみると「1対1のケアスキル」と「連携にかかるスキル」の2つのスキルがある。これまでの議論で出たとおり、連携担当者が構築する連携は入院させるための連携ではない。むしろ認知症疾患医療センターの医療知識・医療スキルを地域に出すというイメージではないか。認知症者の介護が困難というのは個別ケアの問題である。すなわち個別ケアのスキルアップが基本である。ただし、それだけ

では手に余ってしまう場合があるので、他者の知恵を借りる。それが連携と考えればよいだろう。（下図参照）



●ケアプランは方向性を示すがスキルは示さない。すなわちマニュアルは、スキルについて解説する内容を含んでいるとよいのではないかな。ただし、病院においては患者個人しかみてない場合がほとんどである。そういった意味で病院のスキルを地域に出していくと考えたときに、家族を含めた視点（家族への対応）を意識できるような枠組みで組み立てる必要があるだろう。

●マニュアルというのは、どのような業務についてどのように取り組むかを明らかにした内容となる。すなわち、マニュアルの前に連携担当者はどのような業務を行うかという業務指針が必要なのではないかな。

●堺市は業務内容を整理している。

●今後は連携担当者が介入したことによるケアのアウトカムを示す必要があると考えられるが、ケアのアウトカムは容易に示せるものではない。マニュアルにおいては、アウトカムではなくプロセスを標準化、普遍化することが求められるのではないかな。

● マニュアルに代わる位置づけは何か考えられないかな。

⇒ガイドラインという考えで作成してはどうか。

3) 第2回研究委員会

【日時】平成22年2月8日（月） 17:00～20:00

【場所】貸会議室 八重洲倶楽部

【議事次第】

(1) ごあいさつ

今井委員長よりあいさつを行った

(2) 研究委員紹介

改めて委員紹介を行った。

(3) 前回の議論の確認

議事録を基に前回の議論の確認を行った。

(4) 地域包括支援センターにおける認知症ケアマニュアルのあり方についての全体討議

- 事務局からマニュアルの章立て案として以下のような内容を提示した。

認知症ケアにかかわる多職種とその役割（仮題）

（編集企画案：今井幸充）

はじめに

第1章 認知症ケアの多職種連携に必要なスキル

本章では、認知症ケアにおける多職種連携に関する概念やそれを実践する専門職の能力、実践方法に関する総論を述べる。認知症ケアに関わる多職種連携の意義を理解するために、認知症ケアの特異性、連携の必要性をわかりやすく解説し、その上で、認知症ケア現場で多職種連携を実践するに必要な専門職の力量とは何かを解説する。

第1節 認知症ケアの理念と実践

- 認知症ケアとは
- 認知症ケアの理念とは
- 認知症ケアの実践に理念をどう生かすか

第2節 認知症ケアに必要なスキルとは

- 認知症ケアに関わる専門職に必要な能力とは

第3節 認知症ケアの多職種連携

- 多職種連携とは
- 認知症ケアにおける多職種連携の必要性
- 多職種連携のための環境作り

第4節 地域での認知症ケア多職種連携の実践

- 地域実践事例とそのコメント
- 多職種連携と地域作り事例

第2章 地域医療が果たす認知症ケアの役割

認知症医療の専門性とは何か解説する。特に地域診療における医療サービスの内容と医療が社会サービスと連携することの利点を明確し、サポーター医やかかりつけ医の役割を示す。さらに入院治療と養老型病床のサービス内容を解説する。さらに看護と介護の専門性の違いや看護職が果たす役割について明らかにする。

第1節 認知症の専門医の役割と実践：病態、診断、治療

- 認知症の病態、診断、治療（薬物療法）、認知症を来す疾患
- 認知症ケアにおける医療の役割を総説する

第2節 認知症の専門看護師の役割と実践：施設看護と訪問看護

- 認知症看護と介護の違いを明確にする
- 認知症看護の役割を示す
- 施設における認知症看護の役割
- 在宅ケアにおける認知症看護の役割
- 訪問看護
- 事例

第3節 認知症のリハビリテーションと OT, PT

- ICF 概念とその意義を解説
- 認知症のリハビリテーション
- 認知症者に対する OT, PT の役割
- 認知症者のアクティビティとその役割
- 事例

第4節 認知症の地域医療：物忘れ外来、認知症医療センター

- 物忘れ外来とその役割
- 認知症医療センターの活用方法
- 事例

第5節 認知症の入院ケア

- 認知症の入院ケアの実践：入院の適応、入院期間、MSW の活用法
- 療養型認知病棟
- 身体合併症の対応
- 処遇困難例の入院ケア
- 事例

第6節 認知症のターミナルケア

- 病院、施設のターミナルケア
- 在宅でのターミナルケア
- ターミナルケアと家族ケア
- エンバーミング
- 事例

第3章 居宅での日常生活を支える専門職の役割

居宅で認知症者が生活を継続するための専門職の支援のあり方を解説する。各専門職が様々な資源を用いて認知症者とその家族の生活支援の実践方法を事例から学ぶ。

第1節 地域包括支援センターの役割と実践事例

- 地域包括支援センターの機能とその役割
- 主任ケアマネ、保健師、社会福祉士の役割
- 地域での処遇困難な認知症者の対応

- 事例

第2節 介護支援専門員の役割と実践事例

- 介護支援専門員の役割
- アセスメントとケアプラン
- 医療、介護職との連携のあり方
- 医療、その他の地域サービスでの連携支援
- 事例

第3節 地域のフォーマルサービス

- 介護保険サービスとその活用方法
- 居宅サービス、居宅介護支援、施設サービス、地域密着型サービスの内容
- 介護保険以外のフォーマルサービス、社協、民生委員など
- フォーマルサービスと認知症ケア
- フォーマルサービスを担う専門職
- 事例

第4節 地域のインフォーマルサービス

- 家族会活動とその意義
- 専門職者の家族介護者への支援
- 地域のボランティア活動

第4章 施設生活を支える専門職の役割

特養をはじめ、高齢者介護施設ならびにグループホームや高齢者専用住宅等の実態と機能を明らかにし、そこでの専門職者の役割を明確にする。

第1節 高齢者介護施設の実態と機能

- 高齢者介護施設の種別と役割、機能
- 入所条件と入所支援
- 地域の介護事業所、地域包括支援センターとの連携のあり方
- 事例

第2節 有料老人ホーム、その他の施設の実態と機能

- 有料老人ホームの実態と介護保険施設との違い
- 有料老人ホームの選び方
- 地域の介護事業所、地域包括支援センターとの連携
- 有料法人ホームで働く専門職
- 事例

第3節 介護付き高齢者住宅の実態と機能

- 介護付き高齢者住宅の種別とその特徴
- 入居の条件と入居の利点、欠点
- 専門職の役割と地域での多職間連携
- 地域に根ざす高齢者住宅とは
- 事例

第4節 施設での専門職の役割と多職間連携

- 介護施設内での多職間連携のあり方
- 医療施設と介護施設の施設間連携とそれを担う専門職
- 介護施設と居宅介護サービスとの連携
- 家族会との連携
- 事例

第5章 若年性認知症に対する専門職の役割

第1節 若年性認知症の病態と医療

- 若年性認知症の実態と病態
- 若年性認知症の治療と在宅支援
- 入院治療の適応と退院支援

第2節 在宅者の支援と専門職の役割

- 介護支援専門員、その他の専門職の役割
- 地域包括支援センターの役割
- 社会制度と公的扶助

第3節 家族支援と家族会

- 家族の介護負担とその支援
- 家族会への支援と連携

第6章 人権擁護のための専門職の役割

第1節 サービス提供に際してのインフォームドコンセントの重要性

- サービス提供時のインフォームドコンセントとは
- インフォームドコンセントの進め方

第2節 アドボケイトとしての専門職の役割

- アドボカシーとアドボケイト
- 人権擁護の定義とあり方
- 専門職に必要な人権擁護に関する法的知識

第3節 施設入居者の人権擁護

- 施設での人権侵害に当たる介護者の行為
- ヒヤリ・ハットの活用方法
- 施設における監視体制と苦情への対応法
- 事例

第4節 在宅での虐待とその対応

- 高齢者虐待に関する法的知識
- 在宅での虐待行為とその発見法
- 虐待発見時の対応と他の専門職との連携
- 家族支援
- 事例

第5節 成年後見制度

- 成年後見法
- 後見者としての専門職の役割
- 独居高齢者と成年後見制度
- 事例

● 内田委員より認知症連携マニュアルについて意見集約した結果以下のような内容について含まれていることが望ましいという提案があった。

- ・ 認知症とされる対象者の定義
- ・ 精神疾患やアルコール依存が絡んでいる認知症について
- ・ 受診を拒む方へのアプローチ方法
- ・ 若年性認知症の対応について
- ・ 認知症と診断されても受け入れることのできない本人と家族への支援の仕方について（サービスに繋がらないケース）
- ・ 認知症と診断された本人への支援について
- ・ 地域に向けて認知症への理解を深めていただけるようなPR、啓蒙について
- ・ 認知症か精神疾患か曖昧若しくは重複の方の対応方法について
- ・ 状況や課題などを家族の理解がきちんと得られる説明の仕方
- ・ 医療保護入院についてのアドバイスの仕方
- ・ 救急対応病院（輪番制など）の情報
- ・ 医療関係の認知症の診断や見解にはばらつきがあるので、認知症連携担当となった方が支援や介入に戸惑うケースがあるのではないかと。
- ・ 包括への相談や支援があった際に、どの程度の認知レベルの方から認知症連携担当者に相談や担当の連携をお願いすればいいのか。
- * 認知症は人により症状や進行も違うので、認知担当が把握してほしい程度がどのくらいなのかが気になるところです。
- ・ 緊急時の対応について
- ・ 地域包括支援センターの業務と役割についての理解
- ・ 認知症の基礎疾患への理解（脳血管性・レビー・アルツハイマー等）
- ・ 出現する症状の違いと対応の仕方の具体的な理解
- ・ 介護する家族への理解を得るための方法、支援の仕方

①認知症のある方の入院受け入れ交渉

施設で一番困っているのはこの部分ではないでしょうか。

医療連携と言葉で言うのは簡単ですが、担当者に施設や家族からこの手の相談がくることはなんとなく想定されます。この相談に対する支援システムをどう構築するかというのは今後求められてくるのではないのでしょうか。

地域への普及啓発や施設内でのケアの向上や虐待防止以前に、医療関係者に対して認知症を理解していただき、病院内でも認知症の方を中心にすえた看護ができるようになってほしいものです。

②受診の重要性について

認知症ケアの方向性を考える上で非常に重要と思われるのですが、多くの支援者が積極的にすすめていない現状があるように思われます。

この重要性を認識して、しっかり受診につなげられる人材が必要と考えます。

③認知症の種類、その特徴など基本的な知識はもちろん

④グループホーム、特養などの現場経験

⑤認知症専門病院、かかりつけ医など医療連携、コーディネートなど

(認知症キャラバンメイトのまとめ役)

—認知症の発生状況の把握について

●若年認知症者の数、合併疾患の相談件数はどのような状況であるか。
→各地域包括支援センターで月報を出しているのでそれを参照すれば明らかになるかもしれない。あらかじめ決めておけば、データをとることはできるだろう。

● マニュアル作成に当たっては、マニュアルが誰の支援のためにあるのかを整理しておかなければならない。単に認知症者を入院させるためのマニュアルになってはならない。また、すぐに医療対応を求め受診支

援・入院支援のみを期待しないようにしなければならないだろう。

●内田委員の資料は、実践を踏まえた上での結論を箇条書きしてあるのではないかと考える。例えば、「認知症とされる対象者の定義」が求められているが、定義がないと何が困るのかということを示す必要がある。そうでなければ、利用者本位でなく専門職の視点からのマニュアルになる可能性があるだろう。内田委員の資料にあるような問題が出される裏にある問題は何かということ把握する必要があるのではないか。（佐藤委員）

→確かに、これらの問題で困っているのは確かであるが、これらの問題に困っているということは、何がどのように問題なのかということは十分検討されていない。それが明らかになれば意味があると考えられる。

●現在、地域包括支援センターマニュアルの改訂作業が進んでいる。ここまでに出的話題の半分は、そのマニュアルに掲載されている権利擁護の内容と重複すると考えられる。

→現在改定中の地域包括支援センターの業務マニュアルの内容はどのようなものか。

→業務別に具体的な活動を示してある。内容として重複しないようにする必要はあるだろう。

→マニュアルの章立てについて、どのようなことを軸にして作成すればいいと考えるか。今回の事務局案は認知症者の支援にかかわる専門職ごとにどのようにかかわるかを示した内容にしてあるがこれはどうか。

●現在、地域包括支援センターは職種ごとに大まかに業務分担がなされているが、実情としては3職種がそれぞれの業務にかかわり連携しながら業務を行っている。そういった意味では、職種ごとの役割分担に必ずしもこだわる必要はないのではないか。あえて縦割りにすることによって連携が阻害される可能性がある。細かく業務分担がなされていないからこそ、協力が生まれるのではないか。

●多職種というポイントを強調するのではなく、地域包括ケアという点を強調することが望ましいと考える。地域包括ケアという面イメージ

ジであるが、多職種連携というと線のイメージであり、地域包括ケアのほうが幅広い。また、現在職種が分かれており大まかに業務分担がなされているが、若年認知症者の支援などを考えた場合まだまだ手探りの状況であり、分担が難しい。居宅での日常生活を支える、施設生活を支えるなどの章立てとして、役割分担ははっきりと区別しない方がよいのではないか。介護保険制度の枠組みで整理しなおしてはどうか。また、同様の理由で、第3節は認知症の人を支える地域包括ケアというタイトルにしてはどうか。

●またこのマニュアルでは、他機関の同じ職種との連携も含まれるだろう。それも範囲に入れておいた方がいいと考える。

—マニュアルの位置づけについて

●マニュアルは作成後配布することを想定しているか？

→配布という形はとりたくない。主に使用する機関としては地域包括支援センターを想定している。また地域包括支援センターの中でも連携担当者が活用しやすいものであることが望ましいと考える。

●連携担当者の業務参考書としてとらえればよいか。それとも連携担当者研修で活用することも想定しているか

→できれば研修で活用できるものを作成したい。

—マニュアルのあり方について

●ある研究の倫理委員会において、提出されてくる事例をみると、アドバイザーが、事例提供者の困っていることに対してストレートに解決方法を提示しているケースは一つもない。困っていることに共感するものでとどまっているケースがある。本来であれば、問題状況が相当程度明らかになっていて、解決方法が明らかになることが望ましい。マニュアルはそうにあるべきではないか。

→確かに虐待対応では特に明確なアウトカムがあることが求められている。

→ただし、このような結果になったことが良かったかどうかの判断は援助者はできない。認知症者の支援は常に進行しているプロセスである。そのため、その時その場でそのように関るべきかの検討はできるが、「こ

のような場合にはこのようにかかわれば良い」という定式的な方法論を位置づけにくい側面がある。

→その時々で検討し、折り合いをつけ支援するのは良いが、どこで折り合うかという水準はある。どのような解決方法があれば、その水準に至れるのかということで、スキル・力量が決まるのではないか。

●また、あまりに専門的な内容では活用されない。初心者にも上級者にもわかりやすい内容にする必要がある。

●また利用者本位の理念を確実に踏まえた内容であることが必要である。本人から出発する内容にしなければならない。

→マニュアルの位置づけが「本人のため」であることを冒頭で確実に示す。同時に地域包括ケアについて説明することとする。

●本マニュアルを活用しながら、多職種で仕事をする中で、自分の立ち位置の指標になると良い。その際、各職種のアイデンティティがあるわけだから、そこを押さえるとよい。ただし、自分の専門範囲外のことだから関係ないという姿勢をもたれないようにしなければならない。あくまで本人が障害に折り合いをつけるという目的は共通であり、そのために各専門職が存在するという位置付けである。そういった意味では、3職種で専門性を生かし補い合うということができているので考え方としてはわかりやすいだろう。保健師の割り当てられた役割しかかわらないということではない。保健師独自の視点を持っており、その視点から地域包括支援センターの業務全般にかかわりながら連携をしている。

—認知症連携マニュアルはどのような位置づけが望ましいか

●教科書やマニュアルという呼び方は、答えがあることを連想させやすいと考えられる。またマニュアルという呼び方は手順書という位置付けになるだろう。事例集となると正しいかどうかはわからないが、ある部分で成功したものととらえることができる。今井案については、参考書・ガイドライン的であるが、それが望ましいと考える。

—本マニュアルにおける地域の定義をどのように考えるか

●日常生活が成り立っている地域とする。具体的には市区町村レベルもあるが通常小学校区域である。高齢者が徒歩で往復できる距離として現実的には移動圏という見方もある。

→本マニュアルにおいては、広くても市町村と考える。

●第1章第1節は、理念に基づいた認知症ケアの実践としてはどうか
→そのように変更する

—第2章認知症ケアにおける医療の役割の内容について

●医療面から生活を支えるという視点から執筆する。医療の目的は、生活の質の向上として位置付ける。

●介護職との違いについては、ヒエラルキーを設けず、あくまで共通の目的をもつが手段が異なるものとして位置付ける。

●ICFについてはリハビリの位置に入れない。また第3節は非薬物療法の役割にして、アクティビティに関する内容も入れてはどうか。

—第3章について

●章のタイトルは、専門職の役割の「専門職」をとる。

●インフォーマルサービスではなくインフォーマル・サポートに変更する

●行政の役割について内容を加える

4) 第3回研究委員会

【日時】平成22年3月15日（月） 17:00～19:00

【会場】貸会議室 八重洲倶楽部

【報告書の章立てについて】

●本研究の研究報告書においては、大きく分けて、「認知症連携担当者の役割と位置付け」「連携担当者研修の内容と方法及び成果」「認知症地域包括ケアマニュアルに関する討議」について報告し、最後に今井委員長に総合考察を執筆していただく。

【今後の連携担当者研修のあり方に関する討議】

- これまで、第1回6名、第2回12名、第3回24名の認知症連携担当者（以下、連携担当者）が認知症連携担当者研修（以下、連携担当者研修）を受講し、修了した。
- また認知症疾患医療センター（以下、医療センター）は、厚生労働省によると現在66か所設置されている状況である。
- 医療センターの連携担当者に対してどのような研修を行うかということとは明らかになっていない。

< 討議 >

（連携担当者研修を実施した感想）

- 連携担当者研修の中で、他の職種の専門性を知ることが内容に含んだ単元は少なく感じたが、それは受講前に修得していると考えられるのか。
- 全体的な印象としては、受講者のモチベーションは高く、認知症について一定の知識を持っている者であると考えられる。ただし、地域包括支援センターでの勤務経験については差が激しく、地域包括支援センターでの勤務経験のない受講者もいた。連携担当者研修の募集については、今回は事務局が把握している限りでは公募の方法は取られず、都道府県政令市が、関連団体等に問い合わせた上で、人選されたケースが多かったようである。受講者の年代には20代から60代までの幅があった。

（研修生の対象要件のあり方）

- 講義を行った印象として受講者の7割程度は実践を積まれているのではないかと感じた。
- 地域包括支援センターの歴史はまだ4年である。それまでに在宅介護支援センターでの勤務経験があった者も地域包括支援センターに勤務している場合があるが、まだ基盤が浅い領域である。現状として圧倒的に人材育成の機会がない状況である。
- 今年度の成果を踏まえて、連携担当者研修をどのような者に受けて欲しいかという「研修の対象要件」を改めて考え直す必要がある。今年度は、初年度ということもあり、対象者に幅があった。

●講師としては、受講者が地域包括支援センターの基本的な研修を受けてきているかどうかによって、講義の組み方が変わる。例えば、法制度に関する講義を受講していれば、虐待防止と権利擁護の単位については演習を組み込むこともできる。

(研修の内容全般についての改善点)

●連携担当者が、どのような場所でどのような連携をとり、どこで行き詰るかが明らかになれば良いが、それがまだ十分明らかになっていない状況である。これからそれを明らかにする必要がある。

→連携担当者研修における事例検討の検討結果から明らかになる可能性がある。しかし、事例の記述が質的分析を行うのに十分でない可能性がある。現在、連携担当者研修における事例検討の記述データについては、分析を行っている。

●厚労省の要望は、研修において連携担当者に必要な知識を提供するということであった。しかし、単に知識を有しているだけでは実践においてそれが十分に活かされないというこれまでの研修の反省を踏まえ、実践研修等で演習が用いられていることを考えれば、連携担当者研修についても知識の提供だけで終わってしまうのには簡単に賛成できない。

●研修のねらいをより明確にすれば、それに合わせて単元の内容を精査できる。そういった意味では、研修全体のねらいをより具体化する必要があるのではないか。

●連携担当者研修において行われた事例検討では、認知症の人個人に対してどのように支援をするかという色合いが濃かった。しかし、堺市では連携担当者は個別支援でなく、地域での連携のみにかかわっている。担当者が出払っている際には電話の対応をしたり、若年認知症者の支援においてはカンファレンスに同席したりする。しかし、それ以外は基本的に個別支援には関わらず、地域の連携システムを把握し、必要な時に連携でき、問い合わせがあった時に地域の社会資源を情報提供できる機関となることを目指し活動している。連携担当者を対象とした内容にカリキュラムを絞ることを考え、個別支援の内容は実践者やリーダー研修に委ねても良いのではないかと考える。個別支援の知識やスキルがある

人とない人が混在すると研修を企画しにくいのではないか。

●また、連携担当者の担当する地域の担当人数に差がある。人口 2 万人の地域もあるが 80 万人の地域もある。2 万人の地域では個別支援について動くことができて、80 万の政令市ではとても個別支援にかかわることはできない。堺市では 80 万人に対し地域包括支援センターが 7 か所である。そうすると若年認知症のケースなど特別なケースにしか関わることが物理的にできない。堺市の連携担当者として市内 7 か所の地域包括支援センターと地域の家族会をすべて訪問する、自治体と連携しながらどのような事業をしているか等の情報を蓄積している。ありとあらゆる会議に参加している。また、認知症疾患医療センターには、他の自治体からも受診者がある。その人たちに対する支援も課題に挙がる。そのため市外(大阪府内)の連携担当者とも定期的に情報交換を行っている。

●堺市では、医療センターと市役所で医療機関に対しアンケート調査を実施した。アンケート調査においては、各医療機関に対し、「認知症で合併症を持っている人を受け入れられるか」「認知症の鑑別診断はできるか」といったような情報を尋ね、それらの情報を集約し、ホームページにアップした。その際には、医療センターの連携担当者が具体的に活動した。

●認知症疾患医療センターに関する内容が研修に入っていないのが課題であると考え。医療センターと連携をとるためには重要な情報であると考えられる。

→以前のカリキュラムでは入っていたが、現状では厚労省の話の中に含まれている。ただし、医療センターの機能や役割についてはスライド 3 枚程度で説明しているのみである。

→地域での生活を支え切れなくなったとき、医療保護入院をしようとしても本人だけを連れてきて、その時入院できないということがある。精神科入院のことを情報として含める必要がある。

→医療センターによっても行っていること、持っている機能は異なっている。何をどの程度行う機能があるのかを示す必要があるのではないか

と考えられる。医療センターで行っていることチェックリストが必要なのではないか。

●医療センターを利用した認知症者の在宅復帰の際に医療センターの連携担当者が中心になっているか？

→浅香山病院において、入院治療をした認知症者の退院支援は、精神保健福祉士が行っている。鑑別診断や外来できた認知症者については、連携担当者が行う。入院治療を経過した認知症者は残念ながら施設利用になる場合が多い。ただし、一人でも多くの認知症者が在宅復帰できることを目指している。

●医療センターの連携担当者として地域包括支援センターの連携担当者に求めることはあるか

→医療センターの連携担当者として地域包括支援センターに求めるのは「その認知症者の住んでいる地域には、どんな人がどのような協力をしているか？」と言う生きた情報である。しかし、現状では介護支援専門員や地域包括視線センターによって格差がある。

→地域資源をどのように調べ、地域資源とどのように協働するかについて情報を整理し、研修で提供する必要があるのかもしれない。

●認知症者の在宅復帰に関しては、病院に入院している期間中に、入院している認知症者が入院前にどのような生活をしていたかについて、地域包括支援センターと医療センターの連携担当者がお互いに共通認識をしておかなければ、結局入院の後は、施設入所しかないと判断されることがどうしても多くなる。

→介護支援専門員も家族も「まだ在宅生活を継続できる」と言うが、実際はそうではなく、家族が疲れ切ってしまっているという場合がある。早めに入院や治療を行い、すぐに治し、すぐに在宅復帰するというのがベストであるがそうはいかないことが多い。

→B P S Dでとても大変な時期を 2 週間以上支援を受けずに過ごすと在宅支援を継続したくなくなる家族が多い。在宅で我慢するのではなく、1 週間以上我慢しないでどこかの支援につながるという体制を作るのが連携担当者の役割だろう。

→家族に適切に医療やサービスを利用してもらうことを意識づけるねらいもあり、地域包括支援センターの連携担当者として一般の人やヘルパーの連絡会などで認知症について講義をするようになった。そのような地域住民やヘルパー向けの情報提供、講義のあり方について、連携担当者研修に入れるといいのではないかと考える。

3. 認知症介護指導者の地域での活動状況

1) 調査の目的

現在、認知症連携担当者の対象要件のトップには、認知症介護指導者であることが位置付けられている。しかし、認知症介護指導者は、地域において自施設・事業所における各自の役割をこなしながら地域に実践研修等の企画・講師を行っており、認知症連携担当者として、常勤的に活動することが難しい場合が多い。そこで、認知症連携担当者が、連携において関わっていく資源として認知症介護指導者の状況を調査し、認知症連携マニュアルに反映することで、認知症介護指導者の知見を効果的に地域に還元できると考えられる。本調査では、認知症介護指導者が地域においてどのような役割を果たしているかを明らかにすることを目的として調査を行った。

2) 調査方法

認知症介護指導者が任意で立ち上げている、認知症介護指導者ネットワークの世話人に対して、メールによる調査を行うという方法をとった。対象者は認知症介護指導者の自主ネットワークの世話人 96 名であった。調査においては、認知症介護指導者養成研修を修了した後の変化について自由記述で聞き取り、それを質的に分析することによって認知症介護指導者が果たしている役割を明らかにすることとした。具体的には、認知症介護指導者としての自分自身の変化、利用者・家族の変化、施設事業所の組織のあり方・スタッフの変化、地域の変化、行政の変化、新たに担うようになった社会的役割について尋ねる内容とした。

3) 調査結果

ここからは設問ごとの主な回答結果を示す。なお()内は、回答した指導者の職位と認知症介護指導者としての経験年数を記入した。

(1) 施設・事業所の組織のあり方、スタッフの変化（主な回答）

- ① 認知症に関する施設内研修が開始されるようになった（管理職、2年）
- ② 人材育成について、丁寧に取り組むようになった。（監督職、5年）
- ③ 月に1度ですが、地域の方々との勉強会を開催しています。その講師役を持ち回りで、スタッフに担当させています。認知症をテーマにすることも多く、そのような意味では、講師役・参加するスタッフの意識の変化をもたらすきっかけにはなっているかと思います。（役員、1年）
- ④ 指導者としての責務から、法人内のケアや業務のあり方に目を向けるようになった。他法人の職員さんの相談・援助・「指導」を行っているのに、自法人の中が、ガタガタでは説得力がないため、自法人の襟を正す効果が生じている。（経営者、2年）
- ⑤ 自身の考え方・視点が変化したため実際のケアに変化があり、それを見たスタッフが少数ではあるがお年寄りの行動に自分を合わせて動いてくれるようになった。（監督職、6年）
- ⑥ 自分では、どういう効果があったか話すことは出来ないが、法人の研修方法の見直しが出来た。企画に変化があり、それが今では土台になっていることがある。研修のバリエーションが増えた。組織としては、法人で研修を片手間にするのではなく、研修セッションが出来た。（管理職、7年）
- ⑦ 認知症ケアについての理念の必要性や中核症状をとらえた上でのケアを実践することが必要であることが組織としても理解され、研修体系に組み込まれた。（管理職、1年）
- ⑧ 認知症ケアに関する現場の指導や教育の具体的展開を計画的かつ継続的に行うようになった（法人取締役福祉事業部部長、8年）
- ⑨ 何事においても目的をもって、計画立てて実行するようになった。また振り返り評価、改善点を確認する作業が普通にできるようになった。（管理職、2年）

- ⑩ 認知症介護実践リーダー研修の実習受け入れ等を通して、自施設の組織として、認知症ケアに対する理念や意識は高まっていると思うし、現在では、認知症介護の研修施設として、組織全体の特色として謳っている。
(監督職、8年)
- ⑪ まだまだ、理想とするようなケアには程遠いが、認知症に関する考え方、認知症ケアに関する考え方は、統一されていると思われうる。(監督職、5年)
- ⑫ 離職率の低下(役員、2年)
- ⑬ 指導者として、講義等を行うことでリーダー研修等で施設実習を受け入れる際にスタッフが意識して(言葉としては不適切かもしれませんが)良く見せようと受け入れを行うようになった。(管理職、8年)
- ⑭ 認知症ケアの研修体系、カンファレンス手法、環境作り、コミュニケーション技術等が認知症ケアの理解を基に整備されてきていると思います。
(監督職、5年)
- ⑮ 指導者養成研修修了後、認知症ケア、人材育成に関する法人内勉強会を設ける機会が増えた。また、集合研修以外にもOJTとして、その場やその場面後に振り返りを行う機会が増えた。(管理職、5年)
- ⑯ 理事長が外部の人から私の活動等を聞いたようで、以後自分の意見にも耳を傾けるようになった。(管理職、6年)
- ⑰ 法人内部での認知症研修の企画と講師を務めることで、認知症に対する職員の理解が深まっている。(監督職、4年)
- ⑱ 当園での取組みをDVDにし、研修で使ったので、「他施設から見られている」という意識が出てきた職員もいる。(監督職、1年)
- ⑲ 周辺症状の原因を自ら考えようとする姿が見え、話し合うようになっていく。また、もともと気が短いスタッフが、以前は自分の行動を客観視しなかったが、今は自分のイライラを自分の体調などと照らし合わせて考えたりと、自分の感情のコントロールをしようという姿が見られるようになった。利用者が楽しんでいる場面や、意欲的な場面、またイヤな顔をしている場面など、情報交換する場面が増えた。(サービス作成担当者、5年)

(2) 自施設・事業所の利用者または家族の変化

- ① 認知症の方が過ごしやすい住環境（事業所）が整備され、落ち着いて過ごすことが増えた（管理職、2年）
- ② 重度の認知症の利用者が、落ち着くようになった。よそのショートや施設で、なじまなかった利用者が、なじむようになった。利用者や家族が要望を、自由に言えるようになってきた。認知症に関する相談をされるようになった。（監督職、5年）
- ③ 勉強会に参加をしてくださるご家族もいらっしゃいます。認知症を学ぶ場だけでなく、普段現場の接点とは違う、ご家族とスタッフの相互コミュニケーションの接点をつくり出すことで、相互理解が高まる結果になっているかと思っています。（役員、1年）
- ④ 認知症に関する様々な相談が、職員に寄せられるようになった。（経営者、2年）
- ⑤ スタッフの認知症ケアに対する知識と技術が向上したことによって、利用者のBPSDなどへの対応が出来るようになり、落ち着きが見られやすくなった。（管理職、6年）
- ⑥ 嫌いだったお風呂を楽しみに待っていただけるようになった。認知症を拒否していた家族がそれを受け入れようとする気持ちが態度に見えてきた。（監督職、6年）
- ⑦ 利用者をより深く理解できる（しようと）ようになったのか、信頼関係が深くなったように感じる。研修で職場を離れることが増え、面会時に話をする機会が少なくなっても、労いの言葉をかけてくださるなど、質の向上につながるものだと期待してくれているように感じる。同様に安定感や安心感を感じてくださるようになったように感じる。（管理職、2年）
- ⑧ 話す内容が、具体的にやりぬれないようになった。お年寄りにも役割が増えた。活動的になった。（監督職、4年）
- ⑨ 施設内の環境作りで利用者の居場所作りに取り組み、施設内が落ち着いた明るい雰囲気になれてきていると思います。カンファレンス等の機会を通して家族とのコミュニケーションが増えたと思います。（監督職、5年）
- ⑩ 家族から認知症について質問が増えた。（管理職、3年）
- ⑪ わざわざ、指導者の私を訪ねて来てくれるようになった。利用者の症状について具体的に話し合う場が増えた。（管理職、6年）

- ⑫ より専門的な助言ができるようになり、信頼と安心を提供できたと思います
(認知症専門相談スーパーバイザー、5年)
- ⑬ ケアの質の向上への取り組みが具体化されたことにより、利用者の生き生きした生活や広がりが見られた。地域にも貢献できることで、地域に利用者が受け入れられるようになった。(経営者、9年)
- ⑭ 認知症の人を1人に絞って、1年に1回教材研究を実施し認知症の理解度も以前よりは、施設職員の理解が深まっている。現に利用者が、異食行為を頻繁に繰り返す回数が減少したという結果も出ている。(監督職、1年)
- ⑮ 家族からねぎらいの言葉を多く頂くが、以前より触れ合う時間が少なくなってしまった。実習生等が増えたことで利用者の役割も増えました(管理職・経営者、3年)
- ⑯ お互いに社会資源であることを認識できるようになった。(管理職、3年)
- ⑰ 認知症の家族を抱えていることを隠されなくなった。(研修等において事業所の様子をスライドで使う機会があります。写真を使うにあたり利用者、ご家族に説明をして同意を得るわけですが、この過程において認知症というものを広く世間に知っていただくという点で認知症や施設利用をしているということが恥ずかしいという意識が少しずつではありますがなくなっているように感じます。) また、利用者の生活の質の向上は確実に向上したと思いますが、ご家族は他と比べる機会がないため現状を普通のことだととらえられていると思います。(管理職、5年)
- ⑱ スタッフと家族の情報交換の大切さや重要性がわかったのか、連絡ノートの記入や面会時に話し合う姿が以前より多くなった。
- ⑲ 利用者が「〇〇させてな」「～したい」を以前より言うことが増えた。利用者の「まだ死なれんなあ」「まだ死んだらいけんなあ」の言葉が増えた。家族がご本人との関わり方を意識化するようになったように感じる。(サービス作成担当者、5年)

(3) 地域の変化

- ① 認知症があっても関わり方や環境の配慮によって落ち着くことができることを認識できるようになった。重度の認知症でも、関わるができる、状況の改善ができる、と思ってもらえるようになってきた。地域の人が、認知症の人を「困った人だから地域から排除したい」ではなく「何とか、地域で暮らし続けてもらおう」という気持ちで支えようとするようになった（監督職、5年）
- ② 社会資源として活用していただくよう地域住民にPRしたところ、講座の開催以来が増加した。認知症にかかわらず、人権研修会の講師として呼ばれることが増えた。（経営者、2年）
- ③ まだまだ、努力が足りないと感じておりますが、認知症介護指導者という1つライセンス自体に知名度がないというよりも、存在価値をPRできるよう何らかの形で地域での展開を考えていきたいと思います。認知症地域支援体制構築云々を進めていく上で、指導者が必要で何をする存在なのかを基準で定めるのではなく、指導者らの活動でそれぞれの地域にあったものを構築できるとよいと考えています。（管理職、1年）
- ④ 他施設や他事業所からの見学希望が増えた。他施設や他事業所から職員教育の助力依頼が増えた”（法人取締役福祉事業部部長、8年）
- ⑤ 自分から積極的に地域にキャラバン・メイト活動をすることによって、認知症に関して専門性を持っていると感じてくださるようになったと思う。普段の雑談の中から研修活動にも理解が深まり、地域住民の未来のためにもと応援してくれるようになった。生まれ育ちと職場が同一地区のため、地域住民が自分の成長過程を見守ってくれている感が強くなった気がする。（管理職、2年）
- ⑥ 地域の施設に呼び掛けて、相互参加の研修会を企画できるようになりました。認知症介護実践者研修等の外部実習で、たくさんのお施設の職員のみなさんが来所されています。施設が以前よりもオープンになりました。地域に出向いての活動を行い、地域からも要請が来るようになりました。（監督職、5年）
- ⑦ 認知症の予防や認知症ケアの在り方、介護保険制度に関して等の講義依頼を受ける機会が増えた。（近隣地域の生き生きサロン、認知症の人と家族の会、サービス評価機関など）→但し、それにより顕著な変化が見られたかという

と定かではない。一朝一夕に変化するものではなく、日々の積み重ねが大切であると考えている。B P S Dの対応で困っている事業所へ訪問し、認知症の理解を深める研修会、現場に入りながらO J Tを行うことで課題を焦点化させ、支援の見直しを共に行った。その結果、認知症の人の言動の捉え方が変わり、多少B P S Dが軽減された。(管理職、5年)

- ⑧ 在宅利用者・家族に対して認知症家族会が実施できるようになった。(管理職、3年)
- ⑨ 訪問看護も兼務で行っている。サービス担当者会議で認知症についての理解(利用者の状況について含む)をお話する。(管理職、7年)
- ⑩ 他施設職員と研修を通じてなじみの関係になれたので、地域で特養、老健、有料、G Hでネットワーク活動をするようになった。(一般市民向けに冊子の製作、施設情報展の開催、交流研修会実施等)(管理職、6年)
- ⑪ 「グループホーム」のお年寄りと地域の高齢者が共に過ごす事への企画に関しても地域の理解が大きくなった。(管理職、2年)
- ⑫ 指導者になったからとはいえないかもしれないが、地域で暮らす生活の理念を具体化することができることで、地域との交流の機会を率先して持つ取り組みへの意識が高まり実践に結び付けることができた。(経営者、9年)
- ⑬ マスコミの力もあると思うが、個々10年で、大きく地域の考え方は変化した。地域住民の理解は進み、今年度は、認知症サポーターリーダーの育成にも社協と共に取り組むことが出来た。大きな収穫があった。地域住民の本来の力は、専門職をしのぐ勢いでした。専門職は、地域住民に学ばねばならないと思いました。このように地域活動に積極的に関与できるのは、認知症介護指導者としての肩書きや県のサポートのお陰でした。(管理職・経営者、8年)
- ⑭ 合資会社やN P O法人など比較的小規模な事業所の勉強会の講師を受けることで、今まで勉強会をしていなかった事業所が勉強会を不定期であるが開催するようになった。
- ⑮ 同一市内の特別養護老人ホームの相談員に呼び掛け話し合いを開催し、入所申し込み書式の統一を行ったことで、複数申し込み際の家族負担軽減を図った。(申し込み書式を一度記入するとその控えをお渡しする)入所判定における優先度合の基準点も標準化した。実際の運用に当たっては各施設での事情を踏まえながら実施することとなった。(一般職員、6年)

(4) 行政との関係の変化

- ① 地域包括支援センター運営協議会の運営委員になった。重度の認知症や、虐待などの相談に来られるようになった。企業の認知症サポーター養成講座の依頼をされるようになった。(監督職、5年)
- ② 行政(県・市)とも「認知症介護指導者」の存在を「活用しよう」という意識は希薄なようです。また市町村あたりでは、存在すら知らないということが実状です。ちなみに、市には、「市内に指導者養成研修修了者」が2名もおりますので、ご活用ください！とはお伝えはしております。(役員、1年)
- ③ 行政からの仕事が増え、多忙になった。市町村における認知症ケア会議の委員や、虐待防止計画策定委員、県の認知症に関する会議の委員等、の参加依頼が極端に増えた。しかし、そのことで、広域な地域の状況を把握することができ、自身の実践に非常に役立っている。私としては、積極的に連携を取っていきたいと考える。(経営者、2年)
- ④ それまで行政と関わる事がなかったため、行政への苦手意識が少なくなった。(監督職、6年)
- ⑤ 認知症地域支援体制構築推進の展開の中で、指導者に相談してくれるようになったと思います。(推進会議は現在、市にて準備中)(管理職、1年)
- ⑥ 何かと相談があったり、行政が開催する委員会等の参加依頼が来るようになった(法人取締役福祉事業部部長、8年)
- ⑦ GHに関してや認知症に関して、質問されるようになった。(他の事業所からの問い合わせに回答できない時など)半面、知っているだろうとか、簡単と捉えられるような事項に関しては説明やお知らせがこなくなった。(管理職、2年)
- ⑧ A 県では指導者達による任意の『指導者会』を結成して活動しております。その代表をさせていただいておりますので、研修に係る相談等、話し合う機会は増えました。(経営者、5年)
- ⑨ 長く関わっている中で、行政の担当者に相談をしたり、逆に意見を求められることが増えてきた。(話をする機会が増えた)NPO 法人を立ち上げリーダー研修を指定していただくうえで、これまでの指導者として関わり、協力してきたことを評価していただいた。県が行う介護関係の事業等についてのかかわりが増えた。(管理職、8年)
- ⑩ 市から依頼を受けて市主催の事業で認知症サポーター養成講座を行ったり、

市報で介護保険制度についての意見を掲載されるなど、活動を認めてきてくれていると思います。（監督職、5年）

- ⑪ 所属事業所がある市において、介護支援専門員支援会議委員の受託をした。ケアプラン研修会、事業所訪問等を行い、困難事例等への助言を行う等しているが、その実践に対して評価を受けている（一目置かれるようになった？）。H21年度の介護保険改訂に際し、市内の地域密着型サービス事業者からの改訂に際する質問を取りまとめ、保険者からの回答を得て、事業者に返した。質問の取りまとめを行うことで、同様の質問を個別に返答する手間が省けた（保険者）。質問の手間が省けたことに加え、自らが気付かなかった疑義等の情報共有も図れた（事業者）。結果、事業者、保険者双方からの信頼が増した。（管理職、5年）
- ⑫ 会議などでお互い発言できるようになった。行政の考えが理解できた（指導者としてはリーダー研修の受講者数と予算の関係があり、実行できないことなど）（管理職、7年）
- ⑬ 市町との連携ができた。県の職員ともテキスト作成、実際の研修で一緒にし、顔が見え、話しがしやすい関係づくりができ、とても有意義であった。（打ち上げ、会食等で、更に関係性が高まったと思われる）県の認知症対策への理解が深まり、自分達がどのように協力して行くのか見え易くなった。（監督職、1年）
- ⑭ 実践者研修の実施等、指導者の意見をしっかりと聞く姿勢が続いている。実践研修に限らず、行政主催の認知症関係の研修や講習会、地域での啓蒙活動等、認知症に関する施策の全般について、指導者の意見を聞いてくれるようになった。（まだ縦割りだが・・・）（管理職、8年）
- ⑮ 郡部の5町村の福祉課と交流し、それぞれの認知症の人を支える活動に参加させていただいた。県の皆さんが主になり、高校生の認知症サポーター養成講座をさせていただいたのが、とてもよかった。（管理職・経営者、8年）
- ⑯ 初年度の立ちあげからの指導者ということもあって、行政の決めたことに従うしかないと思いきや、県とは思っていることを腹藏なく話合えるようになった。（監督職、8年）
- ⑰ 認知症地域支援事業などでコーディネーターとしての依頼があった。認知症地域支援事業などで講師としての依頼があった。県職員担当者との連携が図れるようになった。（サービス作成担当者、5年）

(5) 新たに担うようになった社会的役割

- ① PT・OT 協会関係で認知症関連の研修会などの開催（企画や司会）に関わることがあった。認知症サポーター養成講座の開催。一般市民向けの認知症関連研修（ボランティア研修センター主催）。介護支援専門員関連の研修（基礎・専門・更新）での講師。雑誌への寄稿（管理職、2年）
- ② 地域包括支援センター運営協議会委員、認知症アドバイザー、介護技術講習会講師、県社会福祉協議会の主催する研修会の講師、各種団体での、介護や認知症に関する講演会の講師、ケアマネや、事業所、行政からの相談役（監督職、5年）
- ③ 要請があった際の講師役。要請があれば、指導者として断る理由はありませんので、「ちょっと範囲外かなあ？」と思うものでもお受けするようにはしています。また、自らが「指導者です」等とは、お伝えにくいものです。社会的認知が進まない中での社会的役割の広がりには時間がかかるものだと思います。（役員、1年）
- ④ 行政との連携が強化され、認知症ケアのみならず、まちづくり全般の広い管轄の窓口との連携が見られるようになった。※自治会連合会のまちづくり研修の講師や、人権学習の講師、コミュニティビジネスの講師等。（経営者、2年）
- ⑤ 認知症ケア高度化事業推進室の個別訪問相談援助事業の担当者になった。（経営者、2年）
- ⑥ D 県老健大会などのパネリスト。OT 実習生の受入（認知症の方について専門的に指導する）（管理職、6年）
- ⑦ 認知症サポーターの講師依頼や専門学校からの非常勤講師など、様々な場所で認知症について話す機会が持てるようになった。（管理職、5年）
- ⑧ サポーター研修、高校の授業など頼まれることが出てきた。（管理職、7年）
- ⑨ 管理者研修、開設者研修、小規模多機能居宅介護サービス等計画作成担当者研修の講師、認知症サポーター養成研修、地域密着型サービス評価訪問調査員研修等の講師、認知症ケア地域推進委員、3センターが行う研究事業等への協力（法人取締役福祉事業部部長、8年）
- ⑩ GH 協会支部での委員活動の要請。（管理職、2年）
- ⑪ 認知症介護指導者養成研修修了後に思ったことなく、今、現在、考えていることとして、特養の中で認知症の家族の会を発足し、そして、認知症ご

- 本人の会を設立し、地域との交流を持ちながら、認知症ケアを事業所から地域への交流に繋げ、認知症ケアの啓発を実践していきたい。(監督職、8年)
- ⑫ ケアマネ研修をはじめ、県内・外の各種認知症介護に関する研修。県事業(拘束廃止委員会)の委員(経営者、5年)
 - ⑬ 行政の委員等の要請が増えた(役員、2年)
 - ⑭ NPO 法人の立ち上げによる介護への資質向上。(管理職、8年)
 - ⑮ 活き活きサロン、サービス評価機関、他事業所等での出張講義、介護支援専門員支援会議委員、介護認定審査会委員、老人保健健康増進等補助事業における活動(管理職、5年)
 - ⑯ 看護学校への講義、認知症サポーター養成(市民講座・E市以外の講座)(管理職、7年)
 - ⑰ キャラバン・メイト・フォローアップ研修講師や若年性認知症支援ワーキングチーム委員など。認知症の啓発パンフレットの作成をした。現在、若年パンフレットの作成中(認知症専門相談スーパーバイザー、5年)
 - ⑱ 高齢者虐待関係(委員会立上げ、マニュアル作成、啓蒙、避難ベッド実施、休日夜間電話実施等)家族教室の講師(管理職、8年)
 - ⑲ 県の身体拘束廃止推進モデル施設として養成された有料老人ホームでの継続的な研修講師や地域の特養等の認知症ケア講座の講師、小規模多機能型居宅介護事業所が助成事業で行っているボランティア講座の講師、全国老人施設協議会の認知症介護実践者研修講師などを担うようになった。(監督職、6年)
 - ⑳ 専門学校でホームヘルパー2級講座の講師を行っているが、ホームヘルパー2級講座の指定カリキュラムにはない学校独自の認知症関係の研修を3日間(18時間)担当している。(監督職、1年)
 - 21 実践者、リーダー研修修了者からの個別相談。(個人の携帯や事業所に直接電話がかかってくることがある)実践者、リーダー研修時間中は参考、引用文献を提示しているので、それらを貸し出している。(教材の貸し出し→センターから指導者の送られて来る資料なども貸し出している。例「虐待」「なるほど知っとく得塾」)(一般職員、6年)
 - 22 区や関係機関と認知症サポート連絡会を作った。認知症サポーター養成講座に積極的に参加している。GHのリーダー職員に対する研修を企画し、実施した。(管理職、3年)

4) 考察

認知症介護指導者は、実践者研修・実践リーダー研修の講師だけではなく、職場内 Off-JT や OJT などを通した「自施設の認知症介護の質向上」、家族の不安などに対する相談相手、認知症者の理解の促進者として能力を発揮していた。また、地域の施設・事業所の認知症介護に関する相談を受け、また地域の施設事業所に対する研修を行うという「認知症介護にかかわる施設の教育・研修」を担当するとともに、地域住民からの認知症介護に関する相談を受け、見学等を受け入れ、地域の住民に対して認知症と認知症者の理解を促し偏見をなくすアドボケイター機能を担っていた。また、行政との関係においては、認知症の関連の研修や委員会のメンバーを担当するとともに、行政とのインフォーマルな意見交換を行ったりすることもあることが明らかになった。ただし、本調査においては、回答した認知症介護指導者によって担っている役割に独自性があった。今後連携担当者が認知症介護指導者と連携していく際にはそのような活動状況を確認した上で、役割分担を行っていく必要があると考えられる。

以上を踏まえ、認知症介護指導者は、地域において認知症者の支援のための活動を独自に展開しており、地域包括支援センターにおける認知症ケアガイドラインに掲載し、機能を紹介する必要性が示唆された。

4. マニュアルの作成

委員会での議論を踏まえ、「地域包括支援センターにおける認知症ケアガイドライン」を作成した。具体的な内容については、別冊のガイドライン本文を参照とされたい。

第4章 総合考察

第1節 認知症連携担当者研修について

2008年7月の『「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」では、認知症者への「適切なケアの普及」という観点から、認知症の早期発見・医療との連携を含めた地域包括ケア体制の強化の必要性から、全国150か所の地域包括支援センターに認知症疾患医療センターと連携する認知症連携担当者が配置されることとなり、現在その整備が進められている。認知症連携担当者は、認知症介護に関連する専門職及び地域のインフォーマル・サポートと認知症者及び家族との橋渡し役となるため、認知症介護に関する豊富な知識と連携を促進するための技術を修得した者を想定している。

そこで、本研究では、平成20年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「認知症専門医療との連携や地域における共同研修のあり方等地域包括支援センターを地域を中心とした地域ケア体制の構築に関する調査研究事業—認知症地域ケア体制構築を行う人材育成のあり方等検討委員会—研究報告書」を受けて、認知症連携担当者研修のカリキュラムを開発し、その研修効果を検証した。このカリキュラムの要旨は、連携担当者が配置される地域包括支援センターが積極的に地域で展開する下記の事業を実施するための中心的な役割を担う認知症連携担当者を養成するものである。すなわち、

- ① 地域におけるネットワーク体制の構築
- ② 医療センターにおいて認知症の確定診断を受けた者に対する支援
- ③ 他の地域包括支援センターに対する支援
- ④ 若年性認知症者に対する支援

の事業を連携担当者は、地域包括支援センターの保健師、社会福祉士ならびに主任介護支援専門員と協働して取り組むことが期待されている。そして研修の目的は「認知症者が地域で生活を継続できるための支援方法や認知症になっても安心して暮らせる地域づくり等の研修を実施し、認知症者の地域支援ネットワーク形成の中核的存在としての役割を担う人材を養成すること」である。

3回実施された研修受講者は、市町村、社会福祉協議会、社会福祉法人に所属する合計42名で、専門資格は、複数回答で半数以上が介護支援専門員

であり、介護福祉士、社会福祉士、看護師、保健師等がみられた。対象者の中で認知症介護指導者は、1 名であり、認知症に対する知識や支援の経験については不明であった。

認知症連携担当者研修は、研修受講者の主観的な評価としては、満足の得られる内容であったと考えられる。しかし他の地域包括支援センターとの連携についての方法をはじめ、連携担当者の具体的活動内容を研修でさらに明確化することを求める意見が見られた。特に社会福祉士等との地域包括支援センター内での役割分担のあり方や、疾患センターの連携担当者との役割分担についての明確化を望む声もあった。さらに認知症疾患医療センターの役割や位置付け、機能について正確な情報提供を行うことが必要であったが、この点は、現状で疾患センター自体が具体的な実践を積み重ねていないために、事例をもって説明できず、受講者の不満に繋がったと解釈する。

地域におけるネットワーク構築のプロセスは、現場の具体事例を基にグループワークを基本とした演習がより効果が得られると思うが、研修参加者の実務経験が浅いために、意見交換が十分できなかった。若年認知症者の支援は、現状において社会資源が乏しい地域が多く、情報収集と連絡調整を行いながら、これから支援のネットワークを構築していく段階であるために、研修受講者との意見交換に終始した。

連携担当者の役割として他の地域包括支援センターとの連携が位置付けられているが、この学習カリキュラムでは、事例検討形式によるグループワークに重点を置いたが、他の地域包括支援センターとの連携に関する具体的なイメージが持てない受講者がいた。それ故、スーパーバイザーやコーチングを含めたコミュニケーション理論についての基礎的講義も考慮すべきであろう。今後は、それらの理論も整理した上で、他の地域包括支援センターとの連携ということを意識づけしながら、グループワークを進めることで、実際の現場での実践とリンクできる研修を期待する。

研修の時間配分や日数について 3 日間では短いという感想を持った受講者が多かった。中でも討議や演習の時間をより確保し、現場でどのようにその知識を生かすのかを検討する時間をより確保して欲しい、との希望が強く、課題解決型の演習を取り入れながら連携担当者実践力の育成が必要であることが明らかになった。

第2節 連携担当者の地域での活動状況について

連携担当者の地域における取り組みの具体的状況を明らかにし、連携担当者が実践において抱える課題を明らかにするために「連携担当者の地域での活動状況（認知症連携担当者研修受講者に対する調査）」に関する調査を行った。

回答者は、研修参加者であったので、ほとんどが担当地域の認知症疾患医療センターとの連携業務に関わっていたが、担当する都道府県政令市と連携については、約半数に留まった。また連携担当者として担当している地域の人口や地域包括支援センターの数を把握している回答は、約半数で、さらに記述による回答では、連携担当者としての課題についての回答では、多くが認知症に関する知識の整理を望んでいた。

このアンケート結果からもわかるように、認知症連携担当者の多くは、新たな制度の中で、具体的な業務内容に関してイメージが描けないのが現状であった。その中での認知症連携担当者研修は、意義があり、実際に彼らの活動指針となりえる。ただ、この研修の目的達成には、やはり現場の処遇困難例や、実際の連携の課程を理解することであるが、認知症疾患医療センターの連携担当者との意見交換や課題解決学習が設定できなかったのも、そこでの不満が残った。次年度の研修では、地域における他の専門職の役割と連携のあり方に関する学習も望まれる。

第3節 認知症ケアの専門職連携

認知症ケアでの医療・保健・福祉の連携の重要性が指摘されてから久しい。1980年代の高齢者人口の増加に伴い老人医療費の増大と高齢者の社会的入院が社会問題となった頃から高齢者在宅福祉サービスの基盤整備が大きな課題として施策に取り上げられ、また連携の動きが見られるようになった（久保元二：2000年）。そして平成元年10月に「高齢者保健福祉推進十ヵ年戦略（ゴールドプラン）」が策定され、将来の福祉ビジョンとして具体的な目標を持って福祉サービスの整備が行われた。その後、平成6年12月に新ゴールドプラン、平成12年4月に介護保険制度が策定され、高齢者分野での医療・保険・福祉の連携システムが具体化され、平成18年度の介護保

険改定においても地域での連携システムの構築が基本的な課題として取り上げられている。

このように医療・保健・福祉の連携は、いつの時代においても重要な課題として取り上げられているが、その連携システム構築の難しさもある。連携とは、「現代福祉学レキシコン」によると（京極高宣監修：1998 年）「保健・医療・福祉に関連する専門職および施設機関が従来の自己完結的支援に留まらず、より一貫性の高い、総合的な支援を実施する目的で、協力体制を築くこと」と定義している。すなわち、各分野の専門職や機関がそれぞれの専門性を活かしながら一つの目的に向けて協働することであり、専門性の枠組みを超えた活動が求められる。認知症ケアは、保健・医療・福祉サービスとの連携がなくてはならないものであることを認識し、「ケア」の旗の下に医療・保健・福祉のあらゆる職種が協働する地域医療システムを整備することであり、また医療が地域の居宅介護サービスのリーダーシップの役割を果たすことが求められていることを自覚すべきである（今井幸充：2004 年）

認知症を地域で支えるためには、各職種の専門家の協働は欠かせない。昨今、認知症ケアに関わるさまざまな職種が自己の専門性を主張することが求められている。すなわち、それぞれの specialty が求められているが、同時に総合的な支援のための能力も重要となる。専門性とは、その領域に関わる他の専門職の役割や能力を十分に理解し、それらとの協働が躊躇なく実行できる能力でもある。

（参考・引用文献）

久保元二：保険・医療・福祉の連携についての概念整理とその課題。「社会福祉援助と連携」右田紀久恵（編集代表）、108-123 頁、中央法規、東京、2000）

京極高宣監修：現代福祉学レキシコン（第二版）。雄山閣出版、76-77 頁、東京、1998 年

今井幸充：家族介護。カレントセラピー22、82-86、2004

卷末資料

資料 1 認知症連携担当者研修カリキュラム評価表

資料 2 認知症介護連携強化事業要項

資料 3 認知症疾患医療センター事業実施要綱（一部抜粋）

巻末資料 1 「認知症連携担当者研修カリキュラム評価表」

平成 21 年度第 2 回認知症連携担当者研修：カリキュラム評価表						
研修生氏名（		都県市名（				
所属（		記入日（				
【A:認知症連携担当者の役割と内容について（研修の内容は連携担当者の役割と一致していたか）】						
次の A-1～A-4 についてあてはまる番号 1 つに○を付けてください。A4,A5 にはどうぞ自由にご記入ください。						
		あてはま らない	どちらか という あて はまらない	どちら とも いえ ない	どちら か とい う あて はまる	あて は ま る
A-1	「地域におけるネットワーク体制を構築する」という役割を念頭に入れて、研修の内容を設定していた。	1	2	3	4	5
A-2	「認知症疾患医療センターにおいて認知症の確定診断を受けた者に対する支援を行う」という役割を念頭にいれて、研修の内容を設定していた。	1	2	3	4	5
A-3	「他の地域包括支援センターに対する支援を行う」という役割を念頭に入れて、研修の内容を設定していた。	1	2	3	4	5
A-4	「若年認知症者に対する支援を行う」という役割を念頭に入れて研修の内容を設定していた。	1	2	3	4	5
A-5	改善すべき点を具体的にお教えてください。					

研修生氏名（ ） 都県市名（ ）						
A-6	改善するための具体的な方法がありましたら、お教えてください。					
【B: 認知症連携担当者研修のカリキュラムの流れについて】 次の B-1,B-2 についてあてはまる番号 1 つに○を付けてください。B-3,B-4 にはどうぞ自由にご記入ください。						
		あてはまらない	どちらかというとはまらない	どちらともいえない	どちらかというとはまる	あてはまる
B-1	カリキュラム全体の流れは、研修内容の理解を深めるために適切だった。	1	2	3	4	5
B-2	それぞれの講義・演習の順番はカリキュラム全体の中で、研修内容の理解を深めるのに適切だった。	1	2	3	4	5
B-3	改善すべき点を具体的にお教えてください。					

研修生氏名（ ） 都県市名（ ）						
B-4	改善するための具体的な方法がありましたら、お教えてください。					
【C: 認知症連携担当者研修の講義・演習の時間配分について】 次の C-1、C-2 についてあてはまる番号 1 つに○を付けてください。C-3,C-4 にはどうぞ自由にご記入ください。						
		あてはまらない	どちらかというとはまらない	どちらともいえない	どちらかというとはまる	あてはまる
C-1	認知症連携担当者研修全体において、講義・演習の時間は適切だった。	1	2	3	4	5
C-2	3 日間という認知症連携担当者研修の日数は適切であった	1	2	3	4	5
C-3	改善すべき点を具体的にお教えてください。					

巻末資料 2 認知症介護連携強化事業要項

1 目的

認知症施策については、早期の段階からの適切な診断と対応・認知症に関する正しい知識と理解に基づく本人や家族に対する支援などを通じ・地域において総合的かつ継続的な支援体制を確立していくことが必要である。

今般、認知症の専門的な医療を提供する認知症疾患医療センターと緊密に連携する地域包括支援センターに認知症連携担当者を配置し、地域における認知症ケア体制及び医療との連携体制を強化し、認知症の医療と介護の切れ目のない提供等を行うことを目的とする。

2 実施主体等

(1) 実施主体

- ア 本事業の実施主体は、原則として認知症疾患医療センターが設置されている市町村とする。ただし、現在、市町村（特別区含む。以下同じ。）内に認知症疾患医療センターはないが、認知症疾患医療センターへの確実な移行を予定している老人性認知症疾患センターが設置されている市町村についても設置可能とする。
- イ 認知症疾患医療センター設置市町村で事業実施しない場合については、認知症疾患医療センター設置市町村と都道府県との協議の上、認知症疾患医療センター設置市町村が認めた場合に限り、認知症疾患医療センター設置市町村以外の同一都道府県内の市町村又は都道府県の実施を可能とする。
- ウ 都道府県が設定する圏域等において認知症疾患医療センター又は老人性認知症疾患センターが設置されていない場合であっても、認知症疾患医療センターの設置計画等がある程度見込まれており、それまでの間に認知症の専門的な医療を提供する医療機関の代替により4の事業内容の実施が可能な場合等には、当該医療機関設置市町村との協議の上、都道府県の実施を可能とする。
- エ 本事業においては、認知症疾患医療センター・老人性認知症疾患センター及びその他の認知症の専門的な医療を提供する医療機関（以下「医療センター」という。1か所に対して認知症連携担当者を配置する地域包括支援センターは1か所とする。

(2) その他

- ア 実施主体は、事業の運営の全部又は一部を適切な事業運営が確保できると認められる団体等に委託することができるものとする。
- イ 都道府県は、本事業の実施に当たって事業を実施する市町村等に対し指導・助言及び事業間の連絡調整を行うものとする。

3 認知症連携担当者の配置等

(1) 認知症連携担当者等の配置

実施主体は、地域包括支援センターに次に掲げる職員を配置し、本事業を実施するものとする。なお、認知症連携担当者については、別途、認知症連携担当者研修を受講するものとする。

ア 認知症連携担当者 以下のいずれかの要件を満たす者が常勤換算で1人以上

- ①認知症介護指導者養成研修修了者（受講見込者を含む）
- ②認知症介護実践リーダー研修修了者（受講見込者を含む）
- ③上記①、②以外で認知症の介護や医療における専門的知識及び経験を有する者として都道府県が認めた者

イ 嘱託医

認知症サポート医養成研修を修了した者又はこれに準ずる者 1人以上(嘱託可)

(2) 従業者の責務

本事業に携わる従業者は、個人情報保護法の規定等を踏まえ、利用者及び利用世帯の個人情報やプライバシーの尊重、保護に万全を期すものとし、正当な理由がなく、その業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

4 事業内容

(1) 地域におけるネットワーク体制の構築

- ア 医療センター、権利擁護に関係する関係団体等との密接なネットワークを構築すること。
- イ 医療センターの連携担当者等との情報交換及び日常的な連絡調整に努めること。

(2) 医療センターにおいて認知症の確定診断を受けた者に対する支援を行うこと。

ア 医療センターにおいて認知症の確定診断を受けた者であって当該者の支援に係わる情報提供について同意した者の情報を定期的に入手すること。

イ 医療センターから提供された情報に基づき、認知症の確定診断を受けた者及びその家族等に対し、電話や訪問等により、在宅介護の方法や地域の保健医療サービス及び介護サービス等に関する情報を提供するとともに、必要なサービスの利用に関する相談に応じ、必要な支援を行うこと。なお、当該認知症者が認知症連携担当者の担当区域外に居住する場合は、当該認知症者の居住する区域を担当する地域包括支援センターに情報を提供する等の連携を図ること。

(3) 他の地域包括支援センターに対する支援を行うこと。

ア 他の地域包括支援センターから認知症の医療や介護等に関する各種の相談があった場合には、認知症介護に係る専門的な助言等必要な支援を行うこと。

イ 他の地域包括支援センターから受けた相談内容が専門医療に基づく判断を必要とする場合には、医療センターと協議の上、地域の医療機関の紹介等必要なサービスの利用調整を行うこと。

(4) 若年性認知症者に関する支援を行うこと。

ア 医療センターから提供された情報に基づき、若年性認知症（65歳未満であって、脳血管障害やアルツハイマー病等による認知症のために日常生活を営むのに支障がある者）の確定診断を受けた者及びその家族に対し、電話や訪問等により、在宅介護の方法や地域の保健医療サービス及び介護サービス等に関する情報を提供するとともに、必要なサービスの利用に関する相談に応じ、必要な支援を行うこと。なお、当該若年性認知症者が認知症連携担当者の担当区域外に居住する場合は、当該若年性認知症者の居住する区域を担当する地域包括支援センターに情報を提供する等の連携を図ること。

イ 就労継続に関する支援や障害福祉サービスの利用等介護サービス以外の支援が必要な場合は、ハローワーク、都道府県障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター、障害福祉サービスの相談支援事業所、就労移行支援事業所等若年性認知症者の状態や本人・家族の要望等を踏まえ、適切な支援機関

と連携し、具体的なサービスにつなげること。

ウ 都道府県等が設置する障害者就労支援ネットワークに参画し・当該ネットワークの資源を活用して若年性認知症自立支援ネットワークを構築すること。

また、当該ネットワークの定期的な開催により、若年性認知症者一人ひとりの状態に応じた適切な支援につなげること。

(5) その他地域における認知症ケア体制及び医療との連携体制の構築に資する取組みを行うこと。

5 事業実施上の留意点

(1) 認知症連携担当者は、地域包括支援センターの3職種と共働して事業の実施に取り組むこと。

(2) 実施主体は、本事業の趣旨に鑑み、市町村及び都道府県の関係部局との連携の下に、本事業に対する協力、支援体制を整備するものとする。

(3) 実施主体は、認知症連携担当者等の資質の向上のため、その研修の機会を確保しなければならない。

(4) 実施主体は、事業の実施について、管内の地域包括支援センター等に対して、周知を図るものとする。

(5) 実施主体は、本事業を委託した場合は、委託先に対し本事業の適正かつ積極的な運営を確保するため、相談内容、処理状況等について、年1回以上定期的な事業実施状況の報告を求めるとともに、定期的に事業実施状況の調査を行うものとする。

また、調査の結果、公的サービスとしての本事業の機能が十分に果たすことができないと認められる場合は、委託契約を解除するものとする。

(6) 実施主体は、この事業に係る経理と他の事業に係る経理とを明確に区分するものとする。

資料3 認知症疾患医療センター事業実施要綱（一部抜粋）

1 目 的

この事業は、都道府県及び指定都市が認知症疾患医療センター（以下、「センター」という。）を設置し、保健医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断、周辺症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者への研修等を行うことにより、地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図ることを目的とする。

2 実施主体

本事業の実施主体は都道府県及び指定都市とし、都道府県知事又は指定都市市長が指定した病院で、事業を行うものとする。ただし、当該病院は、事業の内容に応じて、その一部を適切な事業運営が確保できると認められる団体等に委託することができるものとする。

なお、指定の際には厚生労働大臣あて届け出るものとする。

3 設置基準

センターは、平日、週5日の稼働を原則とし、以下（1）及び（2）の基準を満たすものとする。

（1）専門医療機関としての機能

ア 専門医療相談が実施できる専門の部門（以下「医療相談室」という。）を配置し、専門医療相談窓口、専用電話等必要な設備を整備し、その態勢が確保されていること。

イ 人員配置について、以下の（ア）から（ウ）を満たしていること。

（ア）専任の日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験（具体的な業務経験については届出時に明記すること。）を有する医師が1名以上配置されていること。

（イ）専任の臨床心理技術者が1名以上配置されていること。

（ウ）医療相談室に、精神保健福祉士又は保健師等が2名以上配置されている

こと。なお、医療相談室は、専門医療施設との調整、地域包括支援センターとの連絡調整、専門医療に係る情報提供、退院時の調整など、個々の患者の専門医療相談を行う機能を持つものとする。

また、精神保健福祉士又は保健師等のうち1名は常勤専従で地域包括支援センターとの連絡調整業務を担当することとし、他の1名以上は専任で他の業務を担当することとする。ただし、地域包括支援センターとの連絡調整業務に限り、精神保健福祉士又は保健師等を補助する専従の職員を配置することができるものとする。

ウ 検査体制について、以下を満たしていること。

鑑別診断に係る検査体制については、当該センターにおいて、血液検査、尿一般検査、心電図検査、神経心理検査が実施できる体制を確保するとともに、神経画像検査の体制として、コンピュータ断層撮影装置（CT）又は磁気共鳴画像装置（MRI）を有していること。ただし、コンピュータ断層撮影装置（CT）を有している場合であっても、磁気共鳴画像装置（MRI）を活用できる体制（他の医療機関との連携体制（具体的な連携体制については届出時に明記すること）を含む。）が整備されていること。なお、コンピュータ断層撮影装置（CT）については、原則として、同一法人かつ同一敷地内にあり、実質一体的な医療提供を行っている医療機関との連携体制が整備されている場合は、当該センターがコンピュータ断層撮影装置（CT）を有しているとみなすこととする。また、上記に加え、脳血流シンチグラフィ（SPECT）を活用できる体制（他の医療機関との連携体制（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）を含む。）が整備されていること。

エ 認知症疾患の周辺症状と身体合併症に対する急性期入院治療を行える一般病床と 精神病床を有していること。

ただし、同一施設において、一般病床と精神病床の確保が困難な場合は、以下の（ア）又は（イ）のいずれかを満たしていること。

（ア） 認知症疾患の周辺症状に対する急性期入院治療を行うことができる精神病床を、有する病院であり、重篤な身体合併症に対して、入院医療等を行うことができる

他の医療機関との連携体制がとれていること（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）。

- (イ) 身体合併症に対する急性期入院治療を行うことができる一般病床を有する病院であり、認知症疾患の周辺症状に対する精神病床における入院医療等を行うことができる他の医療機関との連携体制がとれていること（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）。

(2) 地域連携の機能

ア 情報センター機能

鑑別診断や入院医療の必要な患者の入院の調整等において、地域の認知症医療に関する連携の中核として機能していること。

イ 研修会、連携協議会

サポート医研修や、かかりつけ医研修の実施状況等を踏まえつつ、研修を自ら行い、又は他の主体の実施する研修に協力するなど、地域における認知症の専門医療に係る研修に積極的に取り組んでいること。また、地域の連携体制強化のための認知症疾患医療連携協議会を組織し、開催していること。

4 事業内容

(1) 専門医療相談

ア 初診前医療相談

(ア) 患者家族等の電話・面談照会

(イ) 医療機関等紹介

イ 情報収集・提供

保健所、福祉事務所等との連絡・調整

ウ 地域包括支援センターとの連絡調整

(2) 鑑別診断とそれに基づく初期対応

ア 初期診断

イ 鑑別診断

ウ 治療方針の選定

エ 入院先紹介

(3) 合併症・周辺症状への急性期対応

ア 合併症・周辺症状の初期診断・治療（急性期入院医療を含む。）

イ 合併症及び周辺症状の急性期入院医療を要する認知症疾患患者のための病床として、連携する医療機関の空床情報を把握

(4) かかりつけ医等への研修会の開催

かかりつけ医を始めとする保健医療関係者等への認知症に関する知識の向上を図るための研修を実施

(5) 認知症疾患医療連携協議会の開催

地域の保健医療関係者、福祉関係者、地域包括支援センターなど介護関係者、有識者等から組織された協議会の開催

(6) 情報発信

認知症医療に関する情報発信

5 事業の分担

都道府県知事又は指定都市市長が複数の病院を当該センターに指定する場合、4(4)及び(5)の事業については、指定され左当該センターのうちその一部で実施することも可能とする。

また、都道府県又は指定都市において、4・(5)と同様の機能を有する会議等を設置、運営している場合は、その会議等を活用して差し支えない。

6 実績報告

実施主体の長は、以下の(1)から(3)に係る年間の実績を、別紙様式により翌年度の4月末までに、厚生労働大臣あてに報告するものとする。

(1) 認知症疾患に係る外来件数及び鑑別診断件数

(2) 入院件数（センターを運営している病院における入院及び連携先の病院における入院（センターを運営している病院との連携による入院に限る。）それぞれの件数）

(3) 専門医療相談件数（電話による相談及び面接による相談それぞれの件数）

7 国の補助

国は、この実施要綱に基づき都道府県知事又は指定都市市長が指定した病院の開設者が運営するセンターの運営に必要な経費（診療報酬により支出される内容は除く）については、厚生労働大臣が別に定める、「精神保健費等国庫負担（補助）金交付要綱」に基づき、毎年度予算の範囲内で国庫補助を行うことができるものとする。

8 その他

平成元年7月11日付け健医発第850号厚生労働省保健医療局長通知「老人性認知症センター事業実施要綱について」に基づき指定されている老人性認知症センターは、平成22年度末を目途に、本実施要綱に基づく機能となるよう努めるものとする。

また、平成20年3月31日付け障発第0331009号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」に基づき指定されている認知症疾患医療センターについては、本一部改正通知発出後1年以内に4（1）ウの事業を実施できるようにすること。

資料4 連携担当者事前アンケート

研修前アンケート

連携担当者としての活動状況

氏名（ ）

所属（ ）

あなたの認知症連携担当者（以下、連携担当者）としての活動の理解について伺います。

1－1 あなたは、連携担当者の役割及び活動内容について、説明を受けましたか。当てはまる項目の番号一つに○をつけてください。

1	説明を受けた	→ 設問1－2へお進みください
2	説明を受けていない	→ 設問1－3へお進みください
3	分からない	

1－2 上記1－1で、「1.説明を受けた」と回答された方に伺います。連携担当者の役割及び活動内容について、どなたから説明を受けましたか。あなたに連携担当者の役割及び活動内容について説明した人として当てはまる項目の番号すべてに○をつけてください。また、「5.その他」に回答された方は、だれから説明を受けたかを具体的に記入してください。

1	都道府県政令市の行政担当者
2	所属する地域包括支援センターを管轄する市町村の行政担当者
3	所属する地域包括支援センターの管理者
4	所属する地域包括支援センターの法人経営者
5	その他 具体的に→（ ）

1－3 あなたは連携担当者の役割をどのように理解していますか？あなたが理解している連携担当者の役割を以下の欄に記入してください。

認知症連携担当者の役割

ここでは、あなたの連携担当者として活動する際の環境と活動状況について伺います。

2-1 あなたの所属する包括センターの運営法人に関する以下の設問のうち当てはまる項目の番号に○をつけてください。なお、包括センターに配置予定はあるが、まだ所属していない場合は、配置予定の包括センターについて回答してください。

1	市町村による運営である
2	市町村以外の民間法人による運営である
3	その他 具体的に→ ()

2-2 あなたが担当する地域に「認知症疾患医療センター」はありますか？
当てはまる項目の番号一つに○をつけてください。

1	認知症疾患医療センターがある	→ 設問2-3へ
2	認知症疾患医療センターに準ずる医療機関がある	
3	認知症疾患医療センター（または、認知症疾患医療センターに準ずる医療機関）はない	→ 設問2-4へ
4	分からない	

* 認知症医療センターに準ずる医療機関とは、「認知症疾患医療センター」の指定は受けていないものの、認知症の確定診断等、連携担当者と業務連携を図ることのできる医療機関を指すこととします。

2-3 上記2-2で「1. ある」または「2. 準ずる医療機関がある」と回答された方に伺います。認知症疾患医療センター（またはそれに準ずる医療機関）と連携が取れているかどうかに関する以下の項目のうち、当てはまる項目の番号一つに○をつけてください。また、「連携が取れていない」または「どちらともいえない」と回答された方は、そう回答した理由を記入してください。

1	連携がとれている	→	そう回答した理由
2	連携がとれていない		
3	どちらともいえない		

2-4 あなたの連携担当者としての活動を管轄する都道府県政令市と認知症連携担当者の活動について連携が取れているかどうかに関する以下の項目のうち当てはまる項目の番号一つに○をつけ、そう回答した理由を記入してください。

1	連携がとれている	→	そう回答した理由
2	連携がとれていない		
3	どちらともいえない		

2-5 あなたの連携担当者としての活動範囲について、都道府県政令市と調整ができていないかどうかに関する以下の項目のうち当てはまる項目の番号一つに○をつけてください。

1	調整ができています	→ 設問2-6へお進みください
2	調整ができていない	→ 設問2-7へお進みください
3	どちらともいえない	

2-6 上記2-5で「1. 調整ができています」と回答された方に伺います。あなたが連携担当者として担当する地域の人口はどの程度であるか、担当地域の人口を概算で記入し、当該地域にある地域包括支援センター（以下、包括センター）の数を記入してください。不明の場合は「分からない」の欄に○をつけてください。

①連携担当者として担当する地域の人口 約 人 分からない

②連携担当者として担当する地域の包括センターの数 箇所 分からない

2-7 あなたが連携担当者として担当する地域の包括センターとの連携状況について伺います。あなたが連携担当者として担当する地域の包括センターと連携が取れているかどうかに関する以下の項目のうち当てはまる項目の番号一つに○をつけてください。

1	連携がとれている	→ 設問2-8へお進みください
2	連携がとれていない	→ 設問2-9へお進みください
3	どちらともいえない	

2－8 上記2－7で「1. 連携が取れている」と回答された方に伺います。具体的にどのような方法で連携を取っていますか。連携を取るための方法に関する以下の項目のうち、自分が活用している方法として当てはまる項目の番号すべてに○をつけてください。「7. その他」に回答された方は、連携方法を具体的に記入してください。

1	定期的に電話やFAXまたは電子メールなどで連絡し、連携している
2	不定期で電話やFAXまたは電子メールなどで連絡し、連携している
3	定期的に包括センターを訪問して連携している
4	不定期で包括センターを訪問して連携している
5	定期的に会議を開催して連携している
6	不定期で会議を開催して連携している
7	その他 具体的に→（ ）

2－9 あなたの連携担当者としての業務の状況について伺います。次記の4点について連携担当者として具体的にどのように活動していますか。個々の項目について現在どのようにしているか、またしていないかについて自由記述で以下の欄に記入してください。

①認知症疾患医療センターとの連携について

（記入例）支援の必要な認知症者の情報の入手のために、月1回連絡会を開催している。

②若年性認知症者の支援について

（記入例）外来受診や認知症ディケアセンターの参加を支援している。そして時々状況確認し、家族の話も聞いている。

③包括支援センターの後方支援について

（記入例）包括全体の会議や職種ごとの定例会へ出席し、情報交換や提供を行っている。

④地域におけるネットワーク体制の構築について

（記入例）地域で民生委員、校区福祉委員、ケアマネ、包括などが参加する高齢部会を開催し、認知症者の支援や見守りについて検討している。

2-10 あなたの連携担当者としての連携の状況について伺います。あなたは、連携担当者としての活動において設問2-9以外に、どのような機関や資源とどのように連携を取っていますか。具体的に記入してください。

（記入例）認知症者の早期発見のために、地域のかかりつけ医などに対し、認知症と考えられるケースの地域生活支援の相談窓口となれることを情報提供している。

最後に連携担当者としての活動の課題について伺います。

3-1 あなたが連携担当者として活動していくために課題となっていることを以下の欄に具体的に記入してください。

ご協力ありがとうございました。本アンケート用紙は、研修中回収しますので、忘れずに研修にご持参ください。

報告書名

平成 21 年度厚生労働省 老人保健健康増進等事業
認知症地域包括ケアのあり方に関する研究事業
研究報告書

発行元

社会福祉法人浴風会
認知症介護研究・研修東京センター
TOKYO Dementia Care Research and Training Center
〒168-0071 東京都杉並区高井戸西 1-12-1
電話：03（3334）2173 Fax：03（3334）2718
URL：<http://www.dcnnet.gr.jp>

発行年月

平成 22（2010）年 3 月