

2019 年度

認知症地域支援推進員研修

【新任者研修】

講義・演習資料

社会福祉法人浴風会

認知症介護研究・研修東京センター

2019年度認知症地域支援推進員研修 開催日程、開催地

研修回	開催日程	開催地・会場名
新任者 研修		
S1	6月25日(火)～6月26日(水)	宮城県仙台市 TKP ガーデンシティ仙台 / ホール 21(C+D)
S2	8月1日(木)～8月2日(金)	愛知県名古屋市 名古屋国際会議場 / レセプションホール
S3	8月20日(火)～8月21日(水)	福岡県福岡市 天神スカイホール / メインホール
S4	9月17日(火)～9月18日(水)	東京都港区 TKP ガーデンシティ PREMIUM 田町 / ホール 4B+4C
S5	10月3日(木)～10月4日(金)	北海道札幌市 会議・研修施設 ACU-A / 大研修室 1614
S6	11月26日(火)～11月27日(水)	大阪府大阪市 TKP ガーデンシティ PREMIUM 心斎橋 / バンケット 3A
S7	12月17日(火)～12月18日(水)	東京都港区 TKP ガーデンシティ PREMIUM 田町 / ホール 4B+4C
現任者 研修		
G1	6月27日(木)～6月28日(金)	宮城県仙台市 TKP ガーデンシティ仙台 / ホール 13(A+B)
G2	7月23日(火)～7月24日(水)	愛知県名古屋市 TKP ガーデンシティ PREMIUM 名駅西口 / デネブ
G3	8月22日(木)～8月23日(金)	福岡県福岡市 天神スカイホール / メインホール
G4	9月19日(木)～9月20日(金)	東京都港区 TKP ガーデンシティ PREMIUM 田町 / ホール 4B+4C
G5	10月31日(木)～11月1日(金)	岡山県岡山市 TKP ガーデンシティ岡山 / バンケット 4B
G6	11月28日(木)～11月29日(金)	大阪府大阪市 TKP ガーデンシティ PREMIUM 心斎橋 / バンケット 3A
G7	12月19日(木)～12月20日(金)	東京都港区 TKP ガーデンシティ PREMIUM 田町 / ホール 4B+4C

2019年度認知症地域支援推進員研修（新任者研修）共通プログラム

【1日目】

10:00	オリエンテーション	
10:10	I 認知症施策の動向と推進員の役割の理解 『国の認知症施策の方向性と現状、推進員の位置づけと役割の理解』	p5～45
11:25	休憩（15分）	
11:40	Ⅲ 自地域で推進員活動を展開するために 『推進員同士のネットワークづくり（情報交換）』	p103～107 p127～131
12:40	昼休憩（60分）	
13:40	Ⅲ 自地域で推進員活動を展開するために 『推進員の実効性を上げるためのプロセス（PDCA サイクルと活動計画）』	p93～102
14:15	Ⅱ 認知症の人とその家族の地域支援体制の構築～認知症 対応力向上の支援や社会参加活動の体制整備も含めて～ 『連携支援・ケアパス（講義）』	p49～74
14:55	休憩（15分）	
15:10	Ⅱ 認知症の人とその家族の地域支援体制の構築 ～認知症対応力向上の支援や社会参加活動の体制整備も含めて～ 『連携支援・ケアパス（事例①、事例②）』	事例報告資料
16:10	休憩（15分）	
16:25	『連携支援・ケアパス（グループワークと全体討論）』	p133,135

【2日目】

9:30	Ⅱ 認知症の人とその家族の地域支援体制の構築 ～認知症対応力向上の支援や社会参加活動の体制整備も含めて～ 『支援体制構築（講義）』	p75～89
10:10	休憩（10分）	
10:20	Ⅱ 認知症の人とその家族の地域支援体制の構築 ～認知症対応力向上の支援や社会参加活動の体制整備も含めて～ 『支援体制構築（事例①、事例②）』	事例報告資料
11:20	休憩（15分）	
11:35	『支援体制構築（グループワークと全体討論）』	p137,139
12:50	昼休憩（60分）	
13:50	Ⅲ 自地域で推進員活動を展開するために 『課題の整理と活動計画の作成、活動成果の確認方法』	p109～116 p141～143
15:50	修了式	

*本研修は、厚生労働省通知（老推発0529第2号平成27年5月29日）の「認知症地域支援推進員カリキュラム例」に則って実施しています。

*単元名の頭の「Ⅰ～Ⅲ」は、次ページ「研修の構造」におけるカリキュラム番号です。



研修の構造

I 認知症施策の動向と
推進員の役割の理解

『国の認知症施策の方向性と現状、
推進員の位置づけと役割の理解』

- 【到達目標】
- 1 地域包括ケアシステムと認知症施策の関係を理解する
 - 2 国の施策の方向性について理解する
 - 3 推進員の役割について理解する
 - 4 地域で認知症の人を支える意義と活動を展開していく重要性を理解する
 - 5 市町村と認知症の人や家族を支えるための地域の課題を共有するためのポイントや互いの役割を理解する
- 【主な内容】
- ・ 国の認知症施策の現状と方向性
 - ・ 推進員の位置づけや役割
 - ・ 市町村の認知症施策を推進する上での市町村との協働
 - ・ 地域の認知症における課題共有やニーズ把握

II 認知症の人とその家族
の地域支援体制の構築
～認知症対応力向上の支援
や社会参加活動の体制整備
も含めて～

『連携支援・ケアパス（講義）』
『連携支援・ケアパス（事例①）』
『連携支援・ケアパス（事例②）』
『連携支援・ケアパス
（グループワークと全体討論）』
『支援体制構築（講義）』
『支援体制構築（事例①）』
『支援体制構築（事例②）』
『支援体制構築
（グループワークと全体討論）』

- 【到達目標】
- 1 認知症ケアパスの作成方法及び普及促進について理解する
 - 2 認知症の人の容態に応じた適切な連携とネットワーク作りのポイントを理解する
 - 3 地域の認知症対応力の向上にむけた啓発や研修の企画や運営のポイントを理解する
- 【主な内容】
- ・ 認知症ケアパスの考え方とその活用について
 - ・ 認知症の人の容態に応じた適切な支援が提供されるための連携支援
 - ・ 啓発や研修を通じて地域の認知症対応力向上、認知症の人の社会活動参加の体制整備
- ※ 上記については、推進員が中心となり、先駆的に取り組んでいる事例を通じ、活動の具体と自地域で展開するためのヒントを得る機会を設ける

III 自地域で推進員活動を
展開するために

『推進員の実効性を上げるためのプロセス（PDCA サイクルと活動計画）』
『推進員同士のネットワークづくり（情報交換）』
『課題の整理と活動計画の作成、活動成果の確認方法』

- 【到達目標】
- 1 PDCAサイクルを活かした推進員の活動の進め方を理解する
 - 2 活動の計画や企画の作成方法を理解する
 - 3 推進員同士のネットワークづくりの必要性を理解した上で、推進員同士で意見交換を行う
- 【主な内容】
- ・ 推進員活動の実効性を高めるためのプロセス
 - ・ 推進員活動計画の作成と成果
 - ・ 推進員同士のネットワークづくり

*本研修は、厚生労働省発出の「認知症地域支援推進員研修のカリキュラム」に基づいています。

認知症介護研究・研修東京センター

I 認知症施策の動向と推進員の役割の理解

「国の認知症施策の方向性と現状、 推進員の位置づけと役割の理解」

認知症介護研究・研修東京センター

この単元のねらい

- * 地域包括ケアシステムと認知症施策の関係を理解する
- * 国の認知症施策の方向性について理解する
- * 推進員の役割について理解する
- * 地域で認知症の人を支える意義と活動を展開していく重要性を理解する
- * **市町村の施策担当者と、地域の課題を共有することの重要性や、そのためのポイントを理解する**

主な内容

- 1 国の認知症施策の方向性と現状
- 2 推進員の位置づけと役割
- 3 市町村の認知症施策を推進する上での市町村と推進員との協働
 - * 認知症に関する地域の課題共有やニーズの把握を踏まえて

自分が、自分のまちで推進員として活動していくための方向性・位置づけ・役割の確認を！
* 認知症地域支援推進員

1 国の認知症施策の現状と方向性

～施策の全体的な動きを知り、自地域の未来を考えよう～

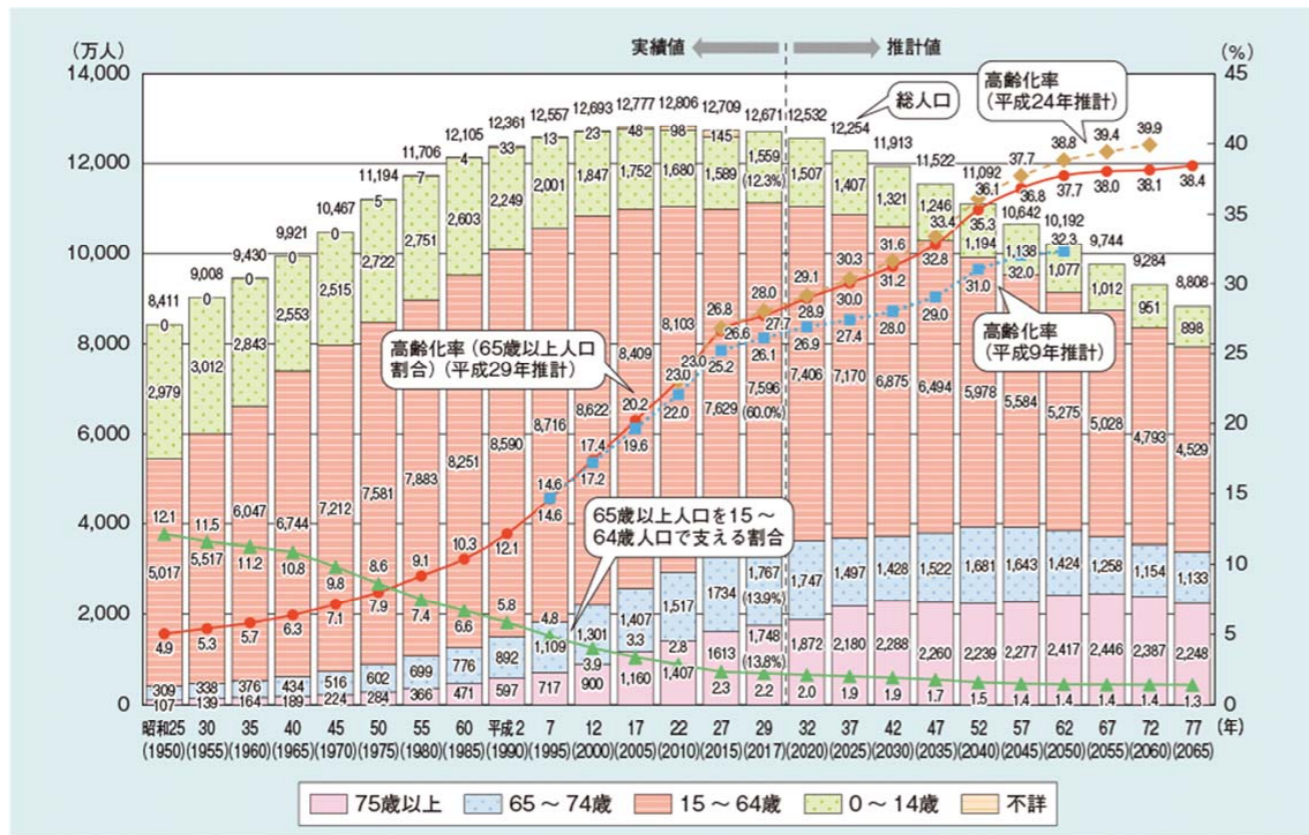


図 人口構造の変化と高齢化率の推移

【参考】認知症の人の将来推計について

出典 厚生労働省資料

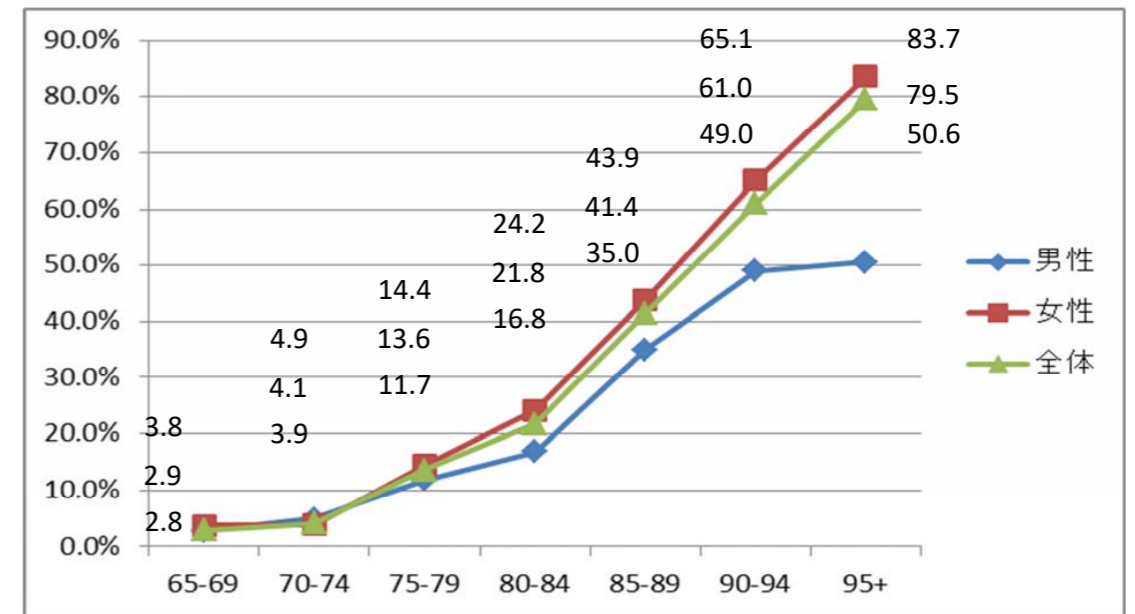
- 長期の縦断的な認知症の有病率調査を行っている久山町研究のデータから、新たに推計した認知症の有病率(2025年)。
 - ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降一定と仮定した場合:19%。
 - ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降も糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合:20.6%。
- ※ 久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病(糖尿病)の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。
本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。
- 本推計の結果を、平成25年筑波大学発表の研究報告による2012年における認知症の有病者数462万人にあてはめた場合、2025年の認知症の有病者数は約700万人となる。

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)	平成42年 (2030)	平成52年 (2040)	平成62年 (2050)	平成72年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/(率)	462万人 15.0%	517万人 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計 人数/(率)	462万人 15.0%	525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3%

年齢階級別の認知症有病率

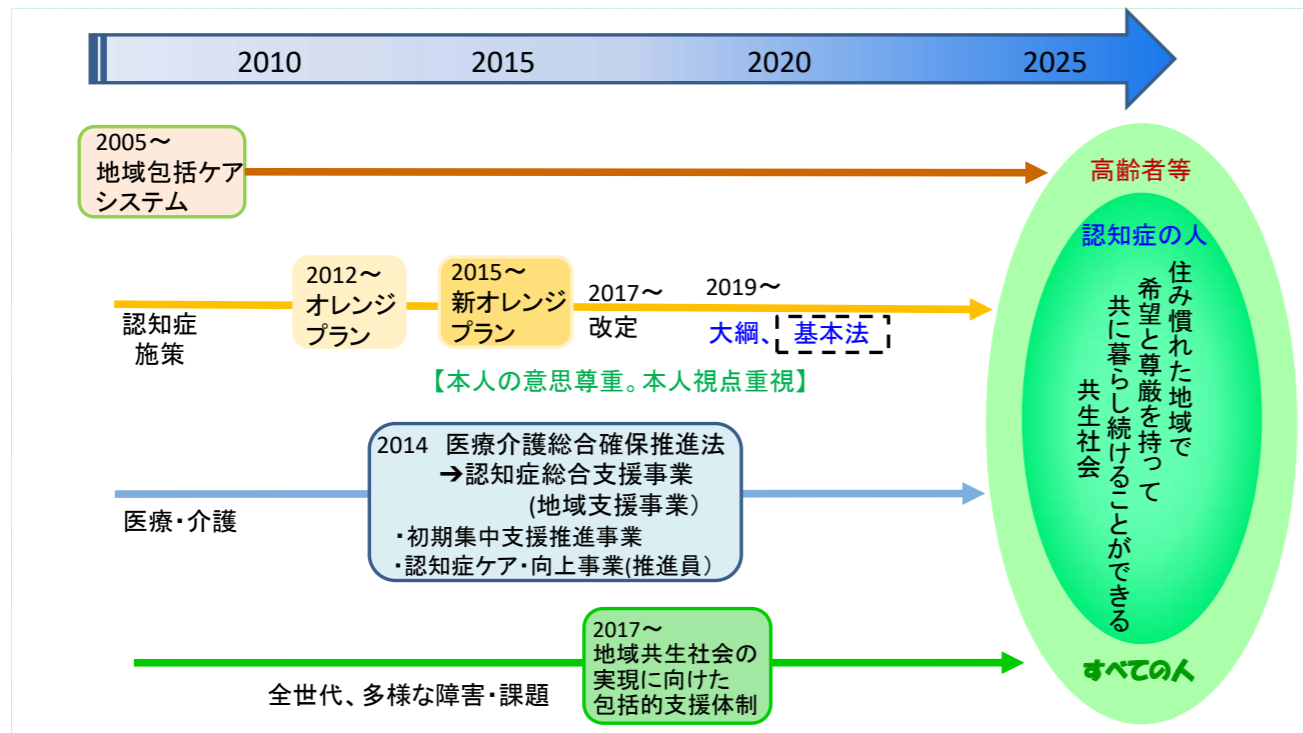
出典 厚生労働省資料



厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業
「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(平成21～24)
総合研究報告書より、認知症・虐待防止対策推進室にて数字を加筆

研究代表者 朝田隆(筑波大学医学医療系)

認知症に関連した国の施策の動き



* 国の認知症施策が年々拡充

* そして認知症施策も含めて、こども～高齢者まで

「地域共生社会の実現」に向けて、国の施策が進められてきている。

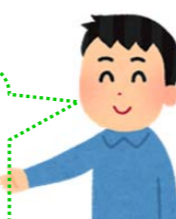
★大切なのは、わが地域

地域の現状をよく見て、
そして、地域の未来を展望しながら
共に暮らしやすいわが地域を一步一步、築いていこう。



国施策を
自地域や推進員
活動のために、
うまく活かそう。

推進員活動を
進めていくために
協力しあえる人が
地域に増えてるよ～



1) 地域包括ケアシステムと認知症施策

○高齢者人口の約20%が、認知症高齢者（2020年）。

○認知症高齢者が、**今後も増加することが予測**されている。
⇒先を見越した認知症施策を各自治体で進めていくことが必要。

○各自治体では、地域包括ケアシステムの深化・推進が求められている。

- ・自立支援・重度化防止
- ・医療・介護の連携の推進等
- ・地域共生社会の実現に向けた取組の推進

○地域包括ケアシステムは、増加する認知症高齢者等を地域で支えていくためにも、
不可欠。

**地域包括ケアシステムと認知症施策とを、
一体的に深化・推進していくことが必要。**

地域包括ケアシステムの構築について

出典 厚生労働省資料

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



2) 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)の概要 ★大綱の基盤

～ 認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～ (平成27年1月策定・平成29年7月改定)

- ・ 新プランの対象期間は団塊の世代が75歳以上となる2025(令和7)年
- ・ 策定時の数値目標は、介護保険事業計画に合わせて2017(平成29)年度末等で設定されていたことから、第7期計画の策定に合わせ、令和2年度末までの数値目標に更新する等の改定を行った(平成29年7月5日)

新オレンジプランの基本的考え方

- ・ 高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群。高齢化の進展に伴い、認知症の人はさらに増加
2012(平成24)年 462万人(約7人に1人) ⇒ 2025(令和7)年 約700万人(約5人に1人)
- ・ 認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要。

認知症の人の意思が尊重され、できる限り**住み慣れた地域のよい環境**で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

- ・ 厚生労働省が関係府省庁(内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省)と共同して策定
- ・ 策定に当たり認知症の人やその家族など様々な関係者から幅広く意見を聴取

七つの柱

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

I 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

① 認知症の人の視点に立って認知症への社会の理解を深めるキャンペーンの実施

- ・ 認知症への社会の理解を深めるための**全国的なキャンペーン**を展開
⇒ 認知症の人が自らの言葉で語る姿等を積極的に発信

② 認知症サポーターの養成と活動の支援

- ・ 認知症サポーターを量的に養成するだけでなく、活動の任意性を維持しながら、**認知症サポーターが様々な場面で活躍**してもらうことに重点を置く
- ・ 認知症サポーター養成講座の際に活動事例等の紹介や修了した者が復習も兼ねて学習する機会を設け、活動につなげるための講座など、地域や職域の実情に応じた取組を推進

【認知症サポーターの人数】(目標引上げ)
2017(平成29)年度末 800万人 ⇒ 2020(令和2)年度末 1200万人

③ 学校教育等における認知症の人を含む高齢者への理解の推進

- ・ 学校において、高齢者との交流活動など、高齢社会の現状や認知症の人を含む高齢者への理解を深めるような教育を推進
- ・ 小・中学校で認知症サポーター養成講座を開催

II 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

【基本的考え方】

- ・ 容態の変化に応じて**医療・介護等が有機的に連携**し、適時・適切に切れ目なく提供

発症予防 → 発症初期 → 急性増悪時 → 中期 → 人生の最終段階

- ・ **早期診断・早期対応**を軸とし、妄想・うつ・徘徊等の**行動・心理症状(BPSD)**や**身体合併症等が見られても**、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、**最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型**の仕組み

① 本人主体の医療・介護等の徹底

② 発症予防の推進

③ 早期診断・早期対応のための体制整備

- ・ かかりつけ医の認知症対応力向上、認知症サポート医の養成等
- ・ 歯科医師・薬剤師の認知症対応力向上
- ・ 認知症疾患医療センター等の整備
- ・ 認知症初期集中支援チームの設置

【かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数(累計)】
目標: 7.5万人(2020(令和2)年度末) 進捗状況: 5.8万人(2017年度末)
【認知症サポート医養成研修の受講者数(累計)】
目標: 1万人 (2020(令和2)年度末) 進捗状況: 0.8万人(2017年度末)
【歯科医師認知症対応力向上研修の受講者数】
目標: 2.2万人(2020(令和2)年度末) 進捗状況: 0.8万人(2017年度末)

④ 行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等への適切な対応

- ・ 医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、**最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型**の仕組みを構築
- ・ 行動・心理症状(BPSD)への適切な対応
- ・ 身体合併症等に対応する一般病院の医療従事者の認知症対応力向上
- ・ 看護職員の認知症対応力向上 ・認知症リハビリテーションの推進

【看護職員認知症対応力向上研修の受講者数】(目標新設)
2020(令和2)年度末 22,000人

⑤ 認知症の人の生活を支える介護の提供

- ・ 介護サービス基盤の整備
- ・ 認知症介護の実践者⇒実践リーダー⇒指導者の研修の充実
- ・ 新任の介護職員等向けの認知症介護基礎研修の実施

⑥ 人生の最終段階を支える医療・介護等の連携

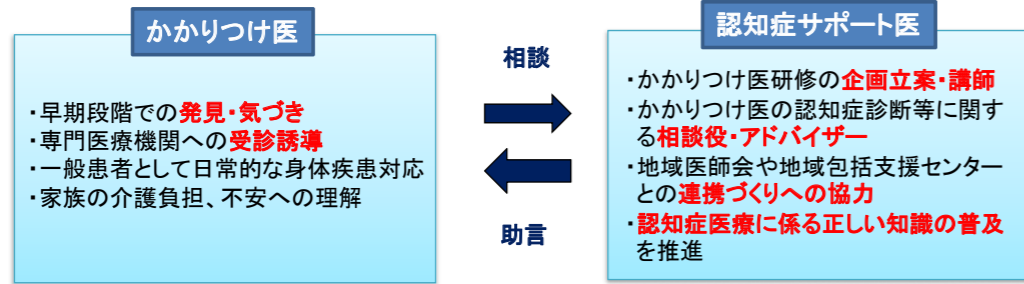
⑦ 医療・介護等の有機的な連携の推進

- ・ **認知症ケアパス**(認知症の容態に応じた適切なサービス提供の流れ)の積極的活用
- ・ **医療・介護関係者等**の間の**情報共有**の推進
⇒ 医療・介護連携のマネジメントのための情報連携ツールの例を提示
地域ケア会議で認知症に関わる地域資源の共有・発掘や連携を推進
- ・ **認知症地域支援推進員の配置**、認知症ライフサポート研修の積極的活用
- ・ 地域包括支援センターと認知症疾患医療センターとの連携の推進

認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービス等の提供

早期診断・早期対応のための体制整備<かかりつけ医・認知症サポート医等>

- 身近なかかりつけ医が認知症に対する対応力を高め、必要に応じて適切な医療機関に繋ぐことが重要。かかりつけ医の認知症対応力を向上させるための研修や、かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役等の役割を担う認知症サポート医の養成を進める。さらに、関係学会における認知症に関する専門医、認定医等について、数値目標を定めて具体的に養成を拡充するよう、関係各学会等と協力して取り組む。【厚生労働省】

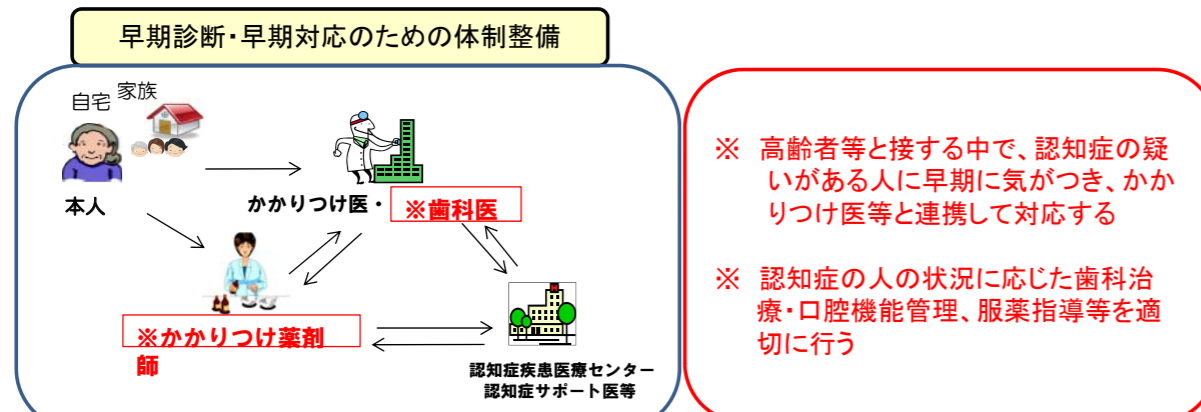


【事業名】 かかりつけ医等の対応力向上研修、認知症サポート医の養成研修事業
 【実績と目標値】
 かかりつけ医: 2017(平成29)年度末 5.8万人 ⇒ 2020(令和2)年度末 7.5万人
 認知症サポート医: 2017(平成29)年度末 0.8万人 ⇒ 2020(令和2)年度末 1.0万人

Ⅱ 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービス等の提供

③早期診断・早期対応のための体制整備<歯科医師・薬剤師の認知症対応力向上研修>

<歯科医師認知症対応力向上研修事業・薬剤師認知症対応力向上研修事業>
 歯科医師や薬剤師の認知症対応力を向上させるための研修を、関係団体の協力を得ながら実施する。



【実績と目標値】 (目標新設)
 歯科医師: 2016(平成28)年度実績 0.4万人 ⇒ 2020(平成32)年度末 2.2万人
 薬剤師: 2016(平成28)年度実績 0.8万人 ⇒ 2020(平成32)年度末 4万人

2 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービス等の提供

(3) 早期診断・早期対応のための体制整備<認知症疾患医療センター等の整備>

- 認知症の疑いがある人については、速やかに鑑別診断が行われることが必要。認知症疾患医療センターについては、都道府県ごとに地域の中で担うべき機能を明らかにした上で、認知症疾患医療センター以外の鑑別診断を行うことができる医療機関と併せて、計画的に整備を図っていく。【厚生労働省】

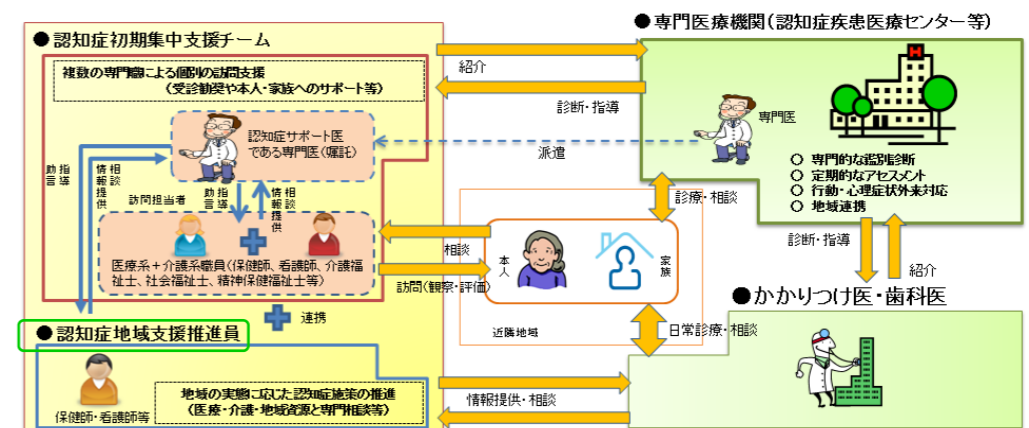
	基幹型	地域型	連携型
設置医療機関	病院(総合病院)	病院(単科精神科病院等)	診療所・病院
設置数(平成31年3月現在)	16か所	365か所	59か所
基本的活動圏域	都道府県圏域	二次医療圏域	
鑑別診断等	認知症の鑑別診断及び専門医療相談		
人員配置	・専門医(1名以上) ・専任の臨床心理技術者(1名) ・専任の精神保健福祉士又は保健師等(2名以上)	・専門医(1名以上) ・専任の臨床心理技術者(1名) ・専任の精神保健福祉士又は保健師等(2名以上)	・専門医(1名以上) ・看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等(1名以上)
検査体制 (※他の医療機関との連携確保対応可)	・CT ・MRI ・SPECT(※)	・CT ・MRI(※) ・SPECT(※)	・CT(※) ・MRI(※) ・SPECT(※)
BPSD・身体合併症対応	空床を確保	急性期入院治療を行える医療機関との連携体制を確保	
医療相談室の設置	必須	-	

【事業名】 認知症疾患医療センター運営事業
 【実績と目標値】 2019(平成31)年3月末 440か所 ⇒ 2020(令和2)年度末 約500か所
 ※ 基幹型、地域型及び連携型のより効果的、効率的な機能や地域での連携の在り方を検討するとともに、設置されていない地域がなくなるよう、二次医療圏域に少なくとも1センター以上の設置を目標とする。

2 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービス等の提供

(3) 早期診断・早期対応のための体制整備<認知症初期集中支援チームの設置>

- 早期に認知症の鑑別診断が行われ、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期の対応体制が構築されるよう、認知症初期集中支援チームの設置を推進。
 このほか、早期診断の際に地域の当事者組織の連絡先を紹介するなど、地域の実情に応じ、認知症の人やその家族の視点に立った取組を推進。【厚生労働省】



【事業名】 認知症初期集中支援推進事業
 【実績】 2019(平成31)年3月末 1,739市町村
 【目標値】 2020年度まで 好事例の横展開等により効果的な取組の推進

参考) 認知症総合支援事業(地域支援事業)について

- 平成26年6月 医療介護総合確保推進法が成立
- 「保健医療及び福祉に関する専門知識を有する者による認知症の早期における症状悪化の防止のための支援その他の認知症である又はその疑いのある被保険者に対する総合的な支援を行う事業」を「認知症総合支援事業」とする。

⇒平成27年度から地域支援事業の包括的支援事業

⇒平成30年度には全国の市町村(共同実施等含む)で実施

認知症総合支援事業(地域支援事業)の柱

① できるだけ早い段階からの支援・・・認知症初期集中支援推進事業

- ・早期に認知症の鑑別診断
- ・速やかに適切な医療・介護等を
うけられる初期の対応体制を構築

認知症初期集中支援チームの
設置を推進

② 地域における医療・介護等の連携の推進・・・認知症地域支援・ケア向上事業

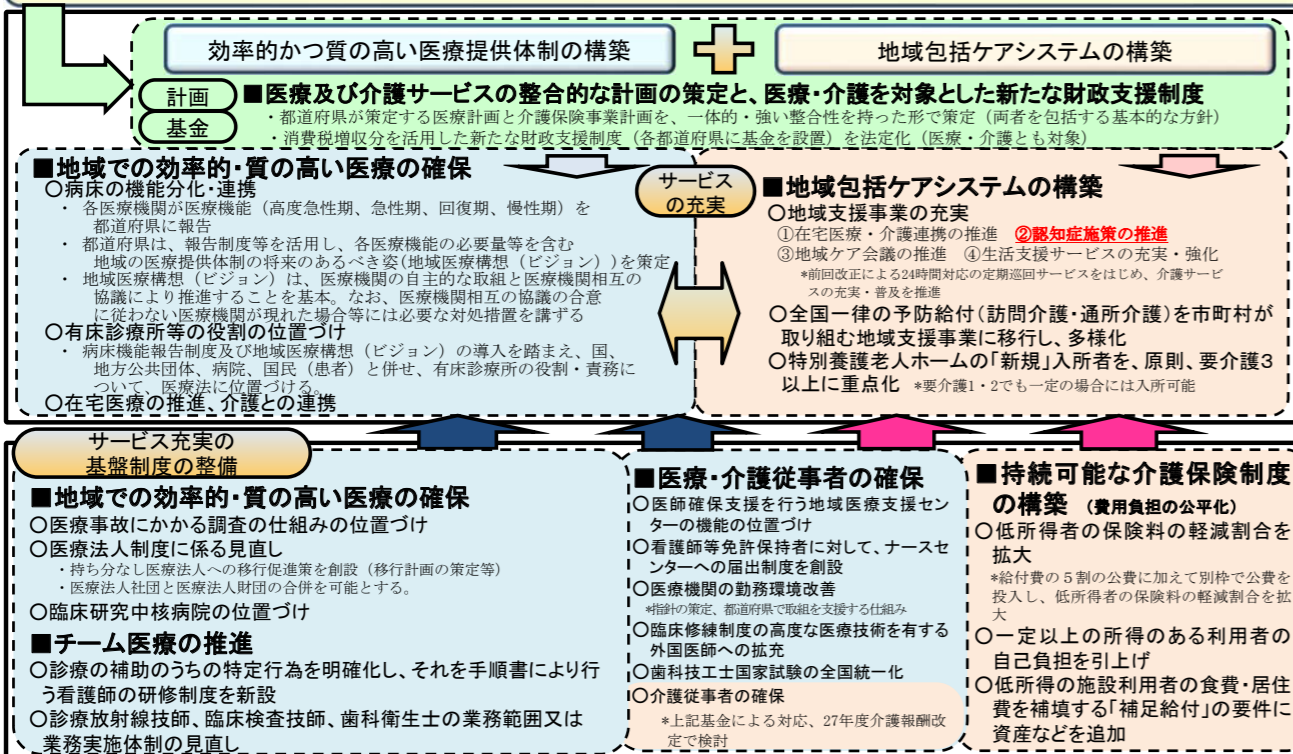
- * 認知症になっても住み慣れた地域で生活を継続するために
- * 認知症の容態に応じ、全ての期間を通じて

- ・必要な医療・介護及び生活支援を行う
サービス機関が有機的に連携した
ネットワークを形成
- ・効果的な支援体制を構築
- ・認知症ケアの向上を図るための取組を
推進

推進員の配置

参考 地域における医療・介護の総合的な確保を図るための改革 出典:厚生労働省資料

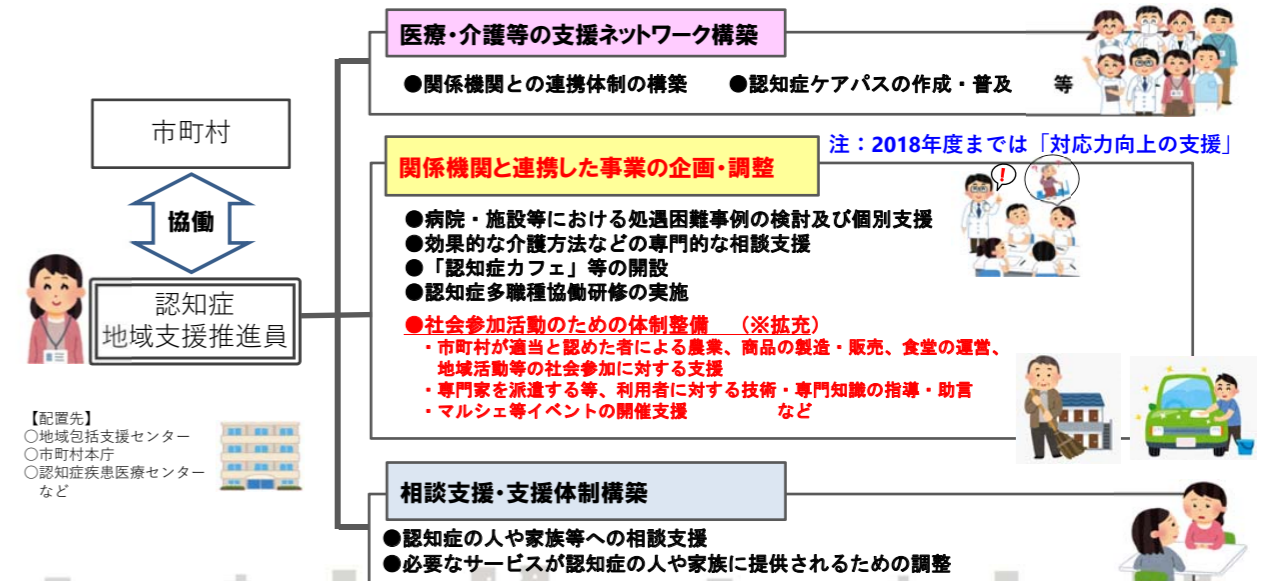
改革の目的: 今回の医療・介護の改革は、プログラム法の規定に基づき、**高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービスを地域において総合的に確保**することで地域における適切な医療・介護サービスの提供体制を実現し、患者の早期の社会復帰を進め、住み慣れた地域での継続的な生活を可能とすること



新

互助を育む | 社会参加活動や認知症予防のための体制整備

認知症を有する人をはじめとする高齢者の中には、これまでの経験等を生かして活躍したいとの声が少ない。地域において「生きがい」をもった生活や認知症予防等の介護予防に資するよう、認知症地域支援推進員の取組として、令和元年度予算において社会参加活動のための体制整備を地域支援事業に位置づけ、その取組を支援。



Ⅱ 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービス等の提供

④行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等への適切な対応＜身体合併症等への適切な対応＞

＜病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修事業・看護職員認知症対応力向上研修事業＞
病院勤務の医療従事者等の認知症対応力を向上させるための研修を、関係団体の協力を得ながら実施する。

身体合併症等への適切な対応



【病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修】
・身体合併症への早期対応
・認知症の人の個性に合わせた適切な対応を推進する

【看護職員認知症対応力向上研修】
・研修受講者が同じ医療機関等の看護職員に対して伝達することで、医療機関内等での認知症ケアの適切な実施とマネジメント体制を構築を目指す

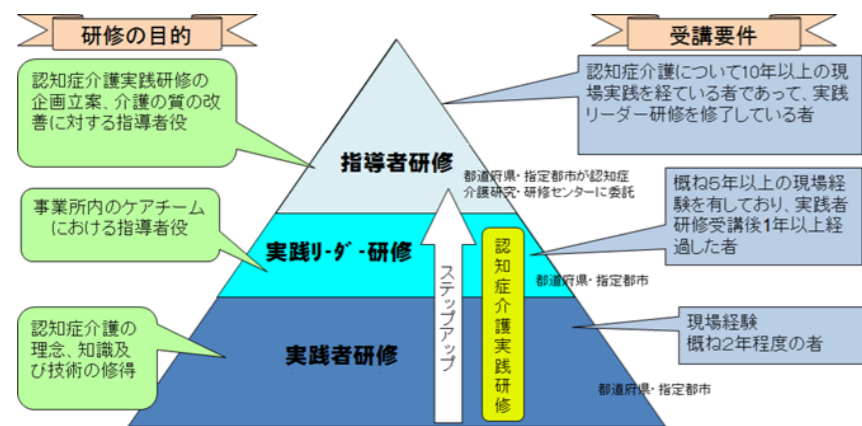
【病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修の実績と目標値】（目標引き上げ）	
目標 2017(平成29)年度末	8.7万人 ⇒ 2020(平成32)年度末 22万人
実績 2016(平成28)年度末	9.3万人
【看護職員認知症対応力向上研修の実績と目標値】（目標新設）	
2016(平成28)年度末実績	0.4万人 ⇒ 2020(平成32)年度末 2.2万人

2 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービス等の提供

⑤認知症の人の生活を支える介護の提供＜良質な介護を担う人材の確保＞

● 本人主体の介護を行うことで、できる限り認知症の進行を緩徐化させ、行動・心理症状(BPSD)を予防できるような、良質な介護を担うことができる人材を質・量ともに確保していく。【厚生労働省】

【認知症介護指導者養成研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修】



【認知症介護基礎研修】

新任の介護職員等が認知症介護に最低限必要な知識、技能をeラーニングの活用により修得

【目標】
認知症介護に携わる可能性のある全ての職員の受講を目指す
※受講者がより受講しやすい仕組みについて検討

【実績と目標値】指導者養成研修:	2017(平成29)年度末	2.3千人	⇒	2020(令和2)年度末	2.8千人
実践リーダー研修:	2017(平成29)年度末	4.1万人	⇒	2020(令和2)年度末	5万人
実践者研修:	2017(平成29)年度末	26.5万人	⇒	2020(令和2)年度末	30万人

■ 循環型の仕組みの構築に向けて

認知症の医療介護連携の推進のための情報共有ツールのひな形

「情報共有ツール」のコンセプト	情報項目
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 認知症の人にとって使いやすい、持つことで安心する、必要な情報を支援者と共有できる「ご本人の視点」を重視した情報共有ツールを目指して、全国の先進地域を調査し、ご本人・ご家族・有識者との議論をもとに作成。 ✓ ひな形を参考に各自治体を中心に関係機関と協働しながら地域の実状に合わせた情報共有ツールを作成し、運用。 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1) 使い方(内容の目録と記入に当たっての注意) ✓ 2) 同意書 ✓ 3) わたし自身①:ご本人の基本情報 ✓ 4) わたし自身②:ご本人の経歴・趣味等その人らしさを示す項目 ✓ 5) わたしの医療・介護①:医療機関 ✓ 6) わたしの医療・介護②:支援に関わる者・機関のリスト ✓ 7) わたしの医療・介護③:病名と医療機関 ✓ 8) わたしの医療・介護④:処方内容と処方の目的 ✓ 9) わたしの医療・介護⑤:血圧、体重 ✓ 10) わたしの医療・介護⑥:利用しているサービス状況 ✓ 11) わたしの認知症の状況①:認知機能検査(MMSE又はHDS-R)。 ✓ 12) わたしの認知症の状況②:日常生活活動の変化 ✓ 13) わたしの認知症の状況③:最近気になっていること、困っていること ✓ 14) わたしのこれからのこと①②:今後の医療・介護への希望 ✓ 15) 通信欄



情報共有ツールの運用・作成等において参考となるマニュアル案

情報共有ツール記載マニュアル案

✓ 情報共有ツールを活用する認知症のご本人、ご家族、関係機関の方に向けた記載にあたってのマニュアル案

情報共有ツール作成・運用マニュアル案

✓ 情報共有ツールのひな形の作成過程で明らかになった知見を元に、地域の実情に合った情報共有ツールを作成し、活用にあたってのマニュアル案

認知症の医療介護連携、情報共有ツールの開発に関する調査研究事業
情報共有ツール等は、国立研究開発法人 国立長寿医療研究センターのホームページよりダウンロード可能

Ⅲ 若年性認知症施策の強化

- ・ 若年性認知症の人やその家族に支援のハンドブックを配布
- ・ 都道府県の相談窓口支援関係者のネットワークの調整役を配置
- ・ 若年性認知症の人の居場所づくり、就労・社会参加等を支援

Ⅳ 認知症の人の介護者への支援

① 認知症の人の介護者の負担軽減

- ・ 認知症初期集中支援チーム等による早期診断・早期対応
- ・ 認知症カフェ等の設置

【認知症カフェ等の設置・普及】
地域の実情に応じて認知症地域支援推進員等が企画するなど、認知症の人が集まる場や認知症カフェなどの認知症の人や家族が集う取組を2020(令和2)年度までに全市町村に普及させる

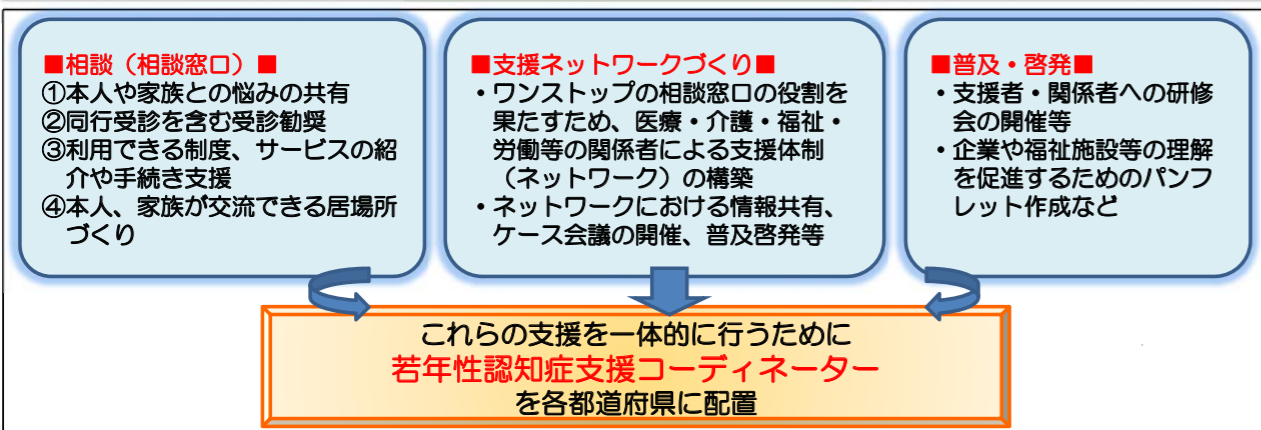
② 介護者たる家族等への支援

- ・ 家族向けの認知症介護教室等の普及促進
- ・ 家族等に対する支援方法に関するガイドラインの普及

③ 介護者の負担軽減や仕事と介護の両立

- ・ 介護ロボット、歩行支援機器等の開発支援
- ・ 仕事と介護が両立できる職場環境の整備
(「介護離職を予防するための職場環境モデル」の普及のための研修等)

若年性認知症の人への支援



若年性認知症の特性に配慮した就労・社会参加支援

- ①若年性認知症の人との意見交換会の開催等を通じた若年性認知症の人のニーズ把握
- ②若年性認知症の人やその家族が交流できる居場所づくり
- ③産業医や事業主に対する若年性認知症の人の特性や就労についての周知
- ④企業における就業上の措置等の適切な実施など治療と仕事の両立支援の取組の促進
- ⑤若年性認知症の人がハローワークによる支援等が利用可能であることの周知 等

【目標】若年性認知症支援コーディネーターの資質の向上や認知症地域支援推進員との連携を進めるとともに、先進的な取組事例を全国に紹介すること等を通じて、地域の実情に応じた効果的な取組を推進する。



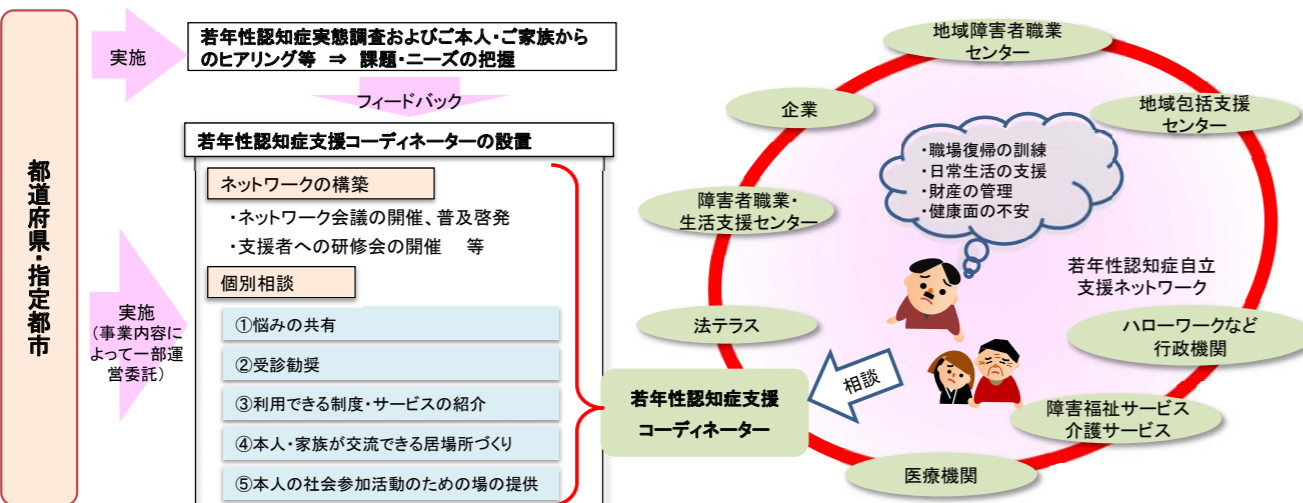
若年性認知症支援コーディネーターによる関係機関との連携を通じた支援等について

概要

若年性認知症は、いわゆる現役世代が発症するが、若年性認知症に対する理解が不足し、診断される前に症状が進行し社会生活が事実上困難となることなどが指摘されている。このため、若年性認知症に関する相談から医療・福祉・就労の総合的な支援を実施することにより、現役世代である若年性認知症の方への支援に当たり、一人ひとりの状態やその変化に応じた適切な支援方策の構築を図る。

事業内容（認知症総合戦略推進事業）

- 全国1カ所 …… (1)若年性認知症コールセンターの運営、若年性認知症支援コーディネーターに対する研修・相談支援など
 都道府県・指定都市 …… (2)若年性認知症実態調査およびご本人・ご家族からのヒアリング等によるニーズ把握
 (3)若年性認知症支援コーディネーターの設置に伴う個別相談
 (4)若年性認知症自立支援ネットワークの構築
 (5)社会参加活動のための居場所づくりの推進



参考 若年性認知症関連情報

（認知症介護研究・研修大府センター）



→この冊子の巻末にチラシ

関係機関との連携を通じた若年性認知症の方の就労・社会参加等の支援の推進について

○ 若年性認知症については、現役世代が発症することから経済的な問題や配偶者の親との同時介護になる等の特徴があるため、就労・社会参加等の推進に向けて、就労・福祉・医療等の各関係機関等が連携して、総合的な支援を実施する必要がある。

若年性認知症支援コーディネーターによる関係機関との連携を通じた支援

○ 若年性認知症に関する相談から医療・福祉・就労の総合的な支援を実施するため、若年性認知症の人の自立支援に関わる者のネットワークの調整役を担う「若年性認知症支援コーディネーター」の配置を推進するとともに、関係機関と連携し、就労に関する相談機能を強化する。

ハローワークなどによる一般就労支援

- ハローワーク
 精神障害者雇用トータルサポーターが一般企業への再就職を希望する若年性認知症の方に対し、カウンセリング等の就職支援を実施する。あわせて、事業主に対しても、若年性認知症の方の雇用に係る課題解決のための相談援助等を実施する。
- 地域障害者職業センター
 障害者職業カウンセラーが医療機関等と連携しながら、若年性認知症の方、事業主等に対し、採用、雇用継続に関する総合的な支援を実施する。また、職場内での直接的な支援が必要な場合は職場適応援助者（ジョブコーチ）による支援を実施する。
- 障害者就業・生活支援センター
 就業・職場定着及びそれに伴う日常生活上の困難を抱える若年性認知症の方に対し、職場・家庭訪問等による一体的な支援を実施する。

障害者総合支援法による福祉的就労支援

- 就労継続支援（A型・B型）
 通常の事業所に雇用されることが困難な障害者に対して、就労及び生産活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練等の支援を行う。
 ・A型：雇用契約に基づく就労が可能である者に雇用契約の締結等による就労の機会等を提供
 ・B型：雇用契約に基づく就労が困難な者に就労の機会等を提供
- 就労移行支援
 就労を希望する障害者に対して、生活活動その他の活動の機会の提供を通じて、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練等の支援を行う。

本人及び家族の居場所づくりなどの支援

- 本人や家族が、地域の人や専門家と相互の情報を共有し、お互いを理解する認知症カフェの開催など居場所づくりを推進する。
- 医療・介護の専門職による包括的・集中的支援を行う認知症初期集中支援チームや認知症疾患センター等との連携による早期の鑑別診断を実施する

■ 社会参加の支援

認知症の人が就労や労働より広義に「はたらく」ことについて、参考となる先進事例などを集めた手引きを作成

一口に、はたらくといっても、内容も様々です。

比較的誰でもできる仕事、得意なことやかつての経験を活かした仕事、認知症と共に生きる人だからこそできる仕事、賞金が発生するもの、謝礼の程度のもの、対価が発生しないもの。おおまかにタイプ分けると以下のようなものになります。

- A 認知症の当事者としてできること**
講演、当事者の相談にのる、認知症政策を評価する
- B 経験を活かして得意なことをする**
趣味・職人が門番をつくる、福祉関係の人が英語の通訳をする
- C グループでやるとはかどること、体を使う仕事**
ディーラーの洗車、高齢者の家の車庫交換
- D その場にいること自体が価値になること**
保育園の子どもたちと一緒に時間を過ごす
- E 労働市場にあがってくるような仕事（正規雇用から内職仕事）**
以前からの仕事の継続、ポールの組み立て

平成29年度老人保健健康増進等事業「若年性認知症を含む認知症の人の能力を効果的に生かす方法等に関する調査研究事業」



認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

IV 認知症の人の介護者への支援

< 認知症の人の介護者の負担軽減 > < 介護者たる家族等への支援 >

- 認知症の人の介護者の負担を軽減するため、認知症初期集中支援チーム等による早期診断・早期対応を行うほか、認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う認知症カフェ等の設置を推進。
- また、家族向けの認知症介護教室等の取組について、好事例を収集して全国に紹介し、その普及を進める。【厚生労働省】

認知症カフェの様子



- 1～2回/月程度の頻度で開催(2時間程度/回)
- 通所介護施設や公民館の空き時間を活用
- 活動内容は、特別なプログラムは用意されていなく、利用者が主体的に活動。
- 効果
 - ・認知症の人 → 自ら活動し、楽しめる場所
 - ・家族 → わかり合える人と出会う場所
 - ・専門職 → 人としてふれあえる場所(認知症の人の体調の把握が可能)
 - ・地域住民 → つながりの再構築の場所(住民同士としての交流の場や、認知症に対する理解を深める場)

【事業名】 認知症地域支援・ケア向上事業

【目標値】 地域の実情に応じて認知症地域支援推進員等が企画するなど、認知症の人が集まる場や認知症カフェなどの認知症の人や家族が集う取組を2020年度までに全市町村に普及させる

介護サービス事業所における地域での社会参加活動の実施について

○「若年性認知症の方を中心とした介護サービス事業所における地域での社会参加活動の実施について」(平成30年7月27日事務連絡)

介護サービス事業所が介護サービスの提供時間中に、介護サービス利用者が地域住民と交流したり、公園の清掃活動等の地域活動や洗車等外部の企業等と連携した有償ボランティア等の社会参加活動に参加できるよう取り組んでいる事例が出てきている中、通所系サービス、小規模多機能型居宅介護等がその利用者を対象とした社会参加活動を行う場合について、留意点や一般的な考え方等をとりまとめたもの

○事業所外で定期的に社会参加活動を実施することについて

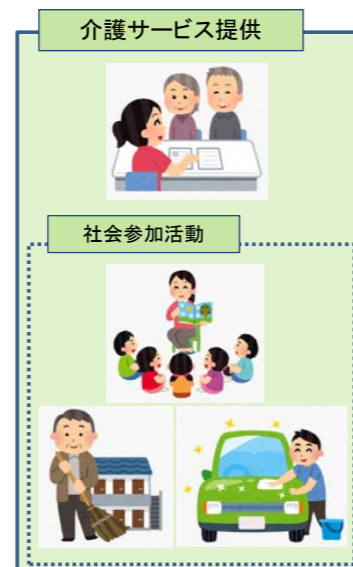
個別サービス計画に位置づけられていること、職員による見守り等が行われていること、利用者が自らの役割を持ち、達成感や満足感を得て、自信を回復するなどの効果が期待されるような取組であること等の要件を満たす場合には、事業所外で社会参加活動に取り組むことができる。

○サービス提供の「単位」について

利用者が事業所内と事業所外とで、同一の時間帯に別々に活動する場合でも、サービスの開始時点で利用者が集合し、その後にそれぞれの活動を行う場合には、同一の単位と見なすことができる。

○企業等と連携した有償ボランティアを行う場合の労働関係法令との関係について

- (1) 労働者性の有無について
個別の事案ごとに活動実態等を総合的に判断し、利用者や外部の企業等との間に使用従属関係が認められる場合には、労働基準関係法令の適用対象となる「労働者」となる。
- (2) 謝礼の受領について
(1)により労働者に該当しないと判断された場合、一般的には謝礼は賞金に該当しない。
※ 事業所が利用者に対する謝礼を受領することは介護報酬との関係で適切でない。
- (3) 「労働者派遣」、「職業紹介」、「労働者供給」の該当性について
連携先の企業等で社会参加活動に参加した場合であっても、事業所が労働者派遣等を行ったことにはならない。



認知症カフェ実施状況

○ 認知症カフェ

⇒ 認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う場

～認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)抜粋～

【認知症カフェ等の設置・普及】
地域の実情に応じて認知症地域支援推進員等が企画するなど、認知症の人が集まる場や認知症カフェなどの認知症の人や家族が集う取組を2020(令和2)年度までに全市町村に普及させる

○ 29年度実績調査

- ・47都道府県1,265市町村にて、5,863カフェが運営されている。
- ・設置主体としては、介護サービス施設・事業者、地域包括支援センターが多く見られた。

～都道府県別実施状況(実施市町村数)～

都道府県	実施市町村数	都道府県	実施市町村数	都道府県	実施市町村数
北海道	82	石川県	16	岡山県	21
青森県	22	福井県	15	広島県	20
岩手県	22	山梨県	20	山口県	17
宮城県	31	長野県	55	徳島県	16
秋田県	21	岐阜県	39	香川県	12
山形県	35	静岡県	27	愛媛県	15
福島県	38	愛知県	47	高知県	22
茨城県	30	三重県	25	福岡県	46
栃木県	19	滋賀県	18	佐賀県	11
群馬県	22	京都府	26	長崎県	15
埼玉県	61	大阪府	37	熊本県	29
千葉県	49	兵庫県	41	大分県	16
東京都	41	奈良県	20	宮崎県	16
神奈川県	22	和歌山県	12	鹿児島県	28
新潟県	26	鳥取県	13	沖縄県	20
富山県	15	島根県	14	計	1,265

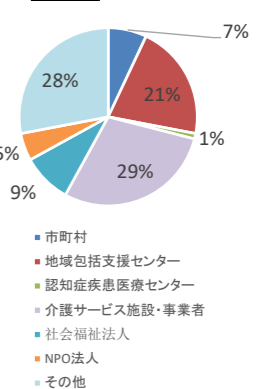
※ 都道府県管内において認知症カフェの開設を把握している市町村数。

～都道府県別実施状況(設置カフェ数)～

都道府県	カフェ数	都道府県	カフェ数	都道府県	カフェ数
北海道	250	石川県	143	岡山県	122
青森県	44	福井県	42	広島県	138
岩手県	68	山梨県	46	山口県	60
宮城県	188	長野県	132	徳島県	42
秋田県	59	岐阜県	151	香川県	37
山形県	96	静岡県	127	愛媛県	41
福島県	112	愛知県	377	高知県	80
茨城県	77	三重県	94	福岡県	174
栃木県	38	滋賀県	63	佐賀県	23
群馬県	111	京都府	156	長崎県	37
埼玉県	365	大阪府	362	熊本県	101
千葉県	184	兵庫県	446	大分県	56
東京都	433	奈良県	53	宮崎県	46
神奈川県	235	和歌山県	31	鹿児島県	90
新潟県	148	鳥取県	41	沖縄県	50
富山県	60	島根県	34	計	5,863



～設置主体～



※n=5967 複数回答あり

V 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進

① 生活の支援(ソフト面)

- ・家事支援、配食、買物弱者への宅配の提供等の支援
- ・高齢者サロン等の設置の推進
- ・高齢者が利用しやすい商品の開発の支援

② 生活しやすい環境(ハード面)の整備

- ・多様な高齢者向け住まいの確保
- ・高齢者の生活支援を行う施設の住宅団地等への併設の促進
- ・バリアフリー化の推進
- ・高齢者が自ら運転しなくても移動手段を確保できるよう、公共交通の充実を図るなど移動手段の確保を推進

③ 就労・社会参加支援

- ・就労、地域活動、ボランティア活動等の社会参加の促進
- ・若年性認知症の人に対する、通常の事業所での雇用継続に向けた支援、通常の事業所での雇用が困難な場合の就労継続支援(障害福祉サービス)

④ 安全確保

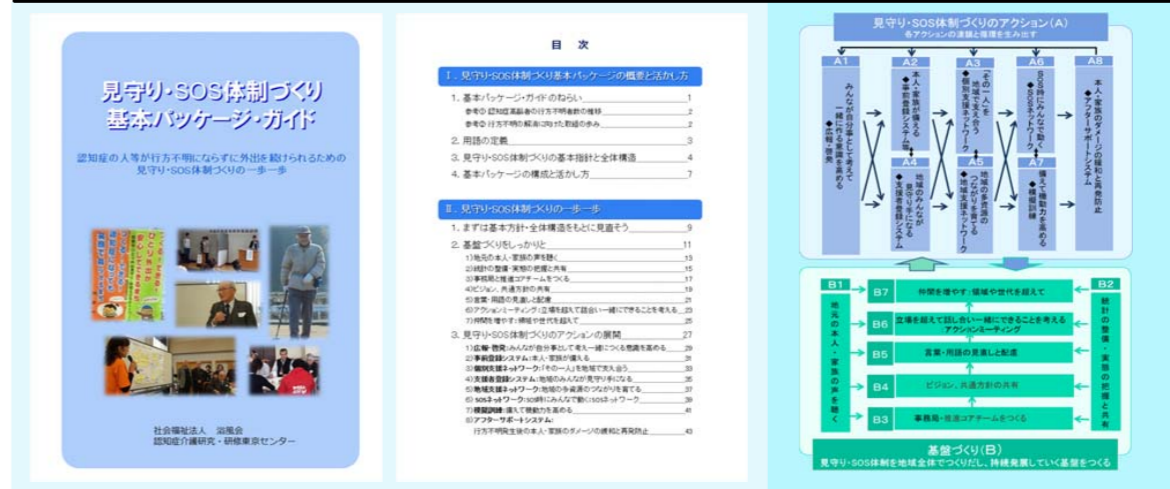
- ・独居高齢者の安全確認や行方不明者の早期発見・保護を含めた地域での見守り体制の整備
- ・高齢歩行者や高齢運転者の交通安全の確保
- ・詐欺などの消費者被害の防止
- ・成年後見制度(特に市民後見人)や法テラスの活用促進
- ・高齢者の虐待防止

地域における認知症高齢者の見守り体制の構築

- ・年々、認知症高齢者の行方不明者数は、増加している状況
- ・行方不明を防ぎ、安心して外出できる地域をつかっていくことは、すべての自治体にとって重要な課題
- ・全国各地で様々な取組が行われているが、相互に情報共有が進んでいない状況

「見守り・SOS体制づくり基本パッケージ・ガイド」を作成
先行地域の取組事例を交えながら、見守り体制を構築するための指針を自治体向けに作成

※基本パッケージをフロー図で紹介



平成29年度老人保健健康増進等事業「認知症の人の行方不明や事故等の未然防止のための見守り体制構築に関する調査研究事業」

行方不明・身元不明認知症高齢者等に関する実態及び厚生労働省の取組について

○警察庁の統計データ (H29年中)

- 行方不明者数(認知症やその疑いのある行方不明者として届けられた人数) : **15,863人(対前年 2.8%増)**
※行方不明者の約99%については、1週間以内に所在が確認されており、自宅等に戻っている
(参考)・H28年中 : 15,432人 (対前年 26.4%増) ・H27年中 : 12,208人 (対前年13.2%増)
・H26年中 : 10,783人 (対前年 4.5%増) ・H25年中 : 10,322人 (対前年 7.4%増)
- 所在確認状況 : **15,761人(うち、死亡確認 470人)**
(参考)・H28年中 : 15,314人(うち、死亡確認 471人) ・H27年中 : 12,121人(うち、死亡確認 479人)
・H26年中 : 10,848人(うち、死亡確認429人) ・H25年中 : 10,180人(うち、死亡確認 388人)
- H29年中受理した者で未解決のもの数 : **227人**
(参考)・H28年中 : 191人 ・H27年中 : 150人 ・H26年中 : 168人 ・H25年中 : 234人

○厚生労働省の取組について

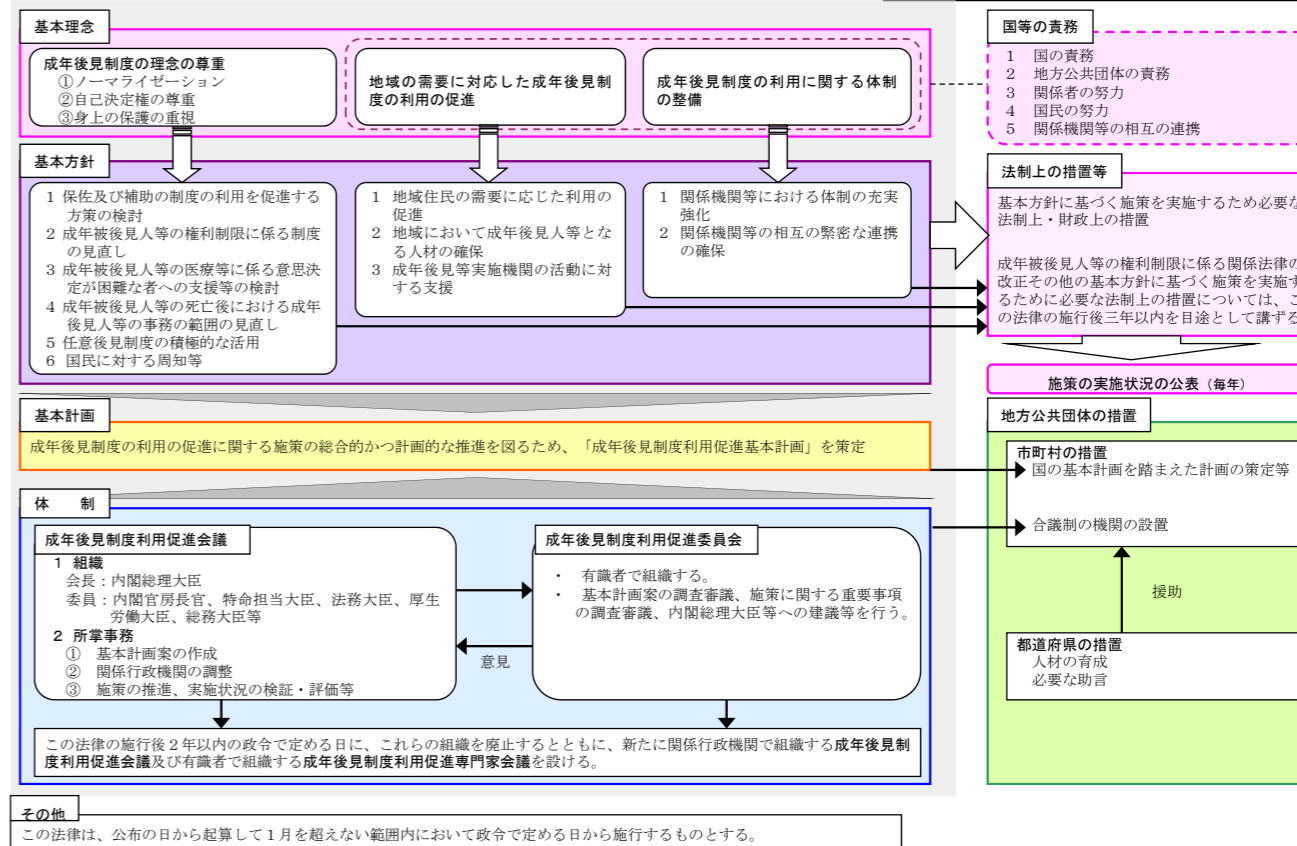
- ・認知症サポーターの養成
平成30年3月末現在で約1,000万人を養成。
- ・市町村における行方不明に関する取組事例の普及・推進
全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議 (H29.3.10開催) において、「行方不明を防ぐ・見つける市区町村・地域による取組事例」を配布
- ・身元不明の認知症高齢者等に関する特設サイトの設置
厚生労働省ホームページに、自治体で公開されている情報を一覧にして確認できる特設サイトを設け、身元不明の認知症高齢者等に関する情報公開や本特設サイトの積極的な活用を各自治体に促した (H26.9) ※H27.3に47都道府県全てにリンク

○地方自治体による取組の実施状況 (H28年) ※ () 内は全国1,741市町村に対する割合

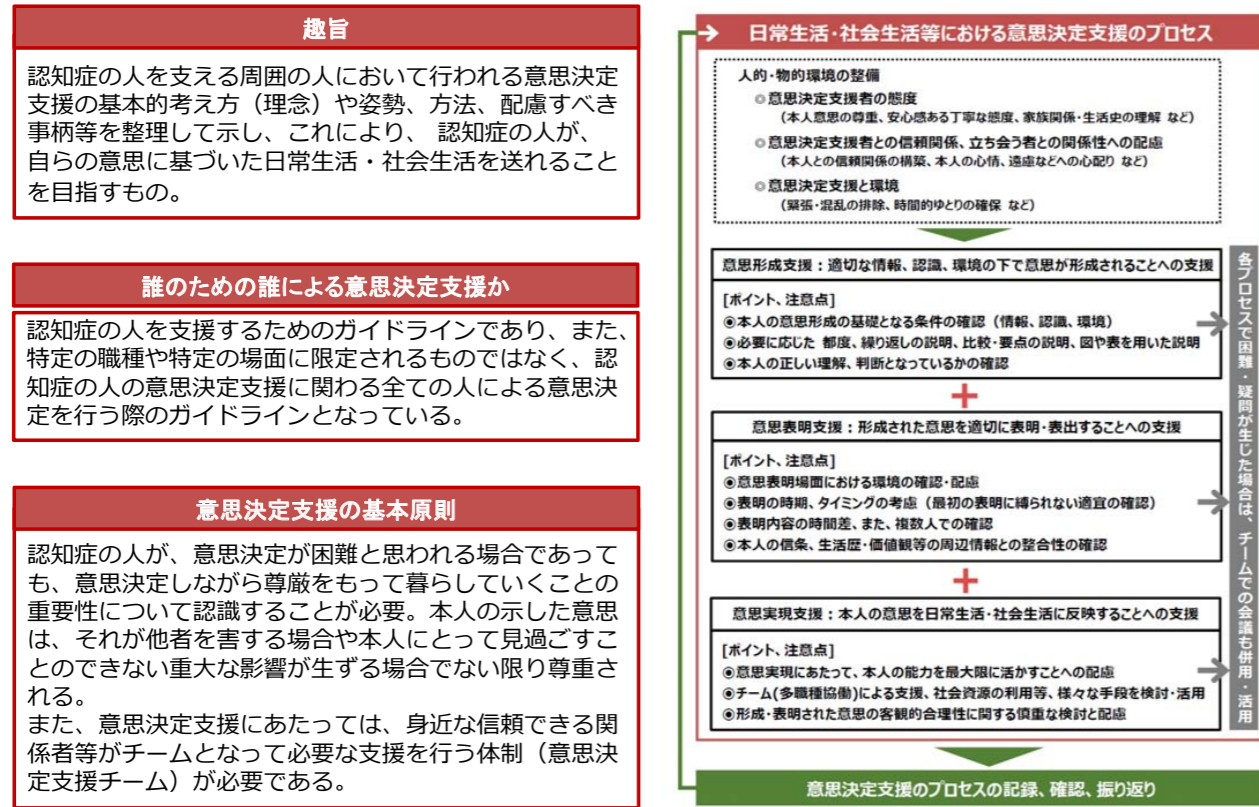
- ・認知症高齢者の見守りに関する事業を実施している市町村数 : 1,355ヶ所 (77.8%)
(主な事業内容)
認知症高齢者の捜索・発見・通報・保護・見守りに関するネットワークの構築 : 1,059ヶ所 (60.8%)
GPS等の徘徊探知システムの活用 : 531ヶ所 (30.5%)

成年後見制度の利用の促進に関する法律イメージ図

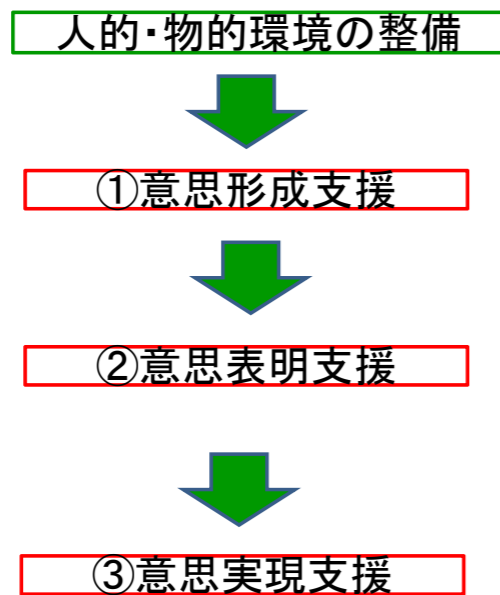
衆議院法制局HPより引用
成立 : 平成28年4月8日 施行 : 平成28年5月13日



「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定ガイドラインの概要



「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定」



* 「本人のための、本人による意思決定」の支援。
* プロセスが重要。

VI 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進

- ・ 高品質・高効率なコホートを全国に展開するための研究等を推進
- ・ 認知症の人が容易に研究に参加登録できるような仕組みを構築
- ・ ロボット技術やICT技術を活用した機器等の開発支援・普及促進
- ・ ビッグデータを活用して地域全体で認知症予防に取り組むスキームを開発

VII 認知症の人やその家族の視点の重視

- ① 認知症の人の視点に立って認知症への社会の理解を深めるキャンペーンの実施 （再掲）
- ② 初期段階の認知症の人のニーズ把握や生きがい支援
 - ・ 認知症の人が必要と感じていることについて**実態を把握する取組や支援体制の構築手法等を検討**
 - ※ 地域で認知症の人が集い、発信する取組（本人ミーティング）の手引きを周知し、診断直後から本人ミーティングにつながるまでの一連の支援体制の構築手法等について検討。
 - ・ 認知症の人の**生きがいづくりを支援する取組を推進**
- ③ 認知症施策の企画・立案や評価への認知症の人やその家族の参画
 - ・ **認知症の人やその家族の視点を認知症施策の企画・立案や評価に反映**させるための好事例の収集や方法論の研究

本人ミーティングを知る

本人ミーティングとは何か、何が大切かを伝えている本人

★本人ミーティングとは

認知症の本人が集い、本人同士が主になって、自らの体験や希望、必要としていることを語り合い、自分たちのこれからのよりよい暮らし、暮らしやすい地域のあり方を一緒に話し合う場です。

『集って楽しい！』に加えて、本人だからその気づきや意見を本人同士で語り合い、それらを本人同士、そして地域に伝えていくための集まりです。

★なぜ、本人ミーティングが必要？

本人	地域の人、支援関係者、行政
<ul style="list-style-type: none"> ◆ 声をよく聞いてもらえない ◆ わかってくれる人、仲間に出会えない ◆ 世話になる一方はつらい、役立ちたい ◆ 自分の暮らしに役立つ支えがない ◆ 生きていける気がない ◆ とじこもる、元気がなくなる 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 本人の声をよく聞いたことがない ◆ 本人のことが、よくわからない ◆ つきあい方、支え方がよくわからない ◆ 本人が地域の中で元気で生きがいをもって暮らしているために、どんな（新しい）サービスが必要かわからない

○ 本人が仲間と出会い、思いを率直に語る場/聴く場が、地域にあつたら、お互いに、楽に、元気になれる。

○ 本人が、声をもとに本人と地域の様々な人が一緒に考え活かしていくことでやさしいまちをスムーズにつくれる。

地域の現状を、みんなで一緒に、よりよく変えていこうとして始まったのが、本人ミーティングです。

★本人ミーティングのねらい

○ 本人ミーティングは、認知症の人の視点を重視したやさしい地域づくりを具体的に進めていくための方法です。

① 本人同士が出会い、つながる

② 自らの体験・希望、必要としていることを率直に表す

④ 本人が地域づくりに参画する

本人ミーティング

③ 一人ひとりが生きがいをもってよりよく暮らしていくきっかけにする

⑤ 行政や関係者が本人の声を聴く

⑥ 本人の体験や思いの理解を深める

↓

⑦ 自分らしく暮らし続けるために本人が必要としていることを把握し、発信・共有

⑧ 本人視点に立ってよりよい施策や支援をいっしょに進める（企画・立案、実施、評価、改善の一連のプロセスを本人と一緒に）

参考

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）【抜粋】

- 認知症の人が住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けるために必要と感じていることについて実態調査を行う。
- 認知症の本人の繋がりを築いて、カフェを超えた地域の中での更なる活動へと繋いでいるような認知症の人の生きがいづくりを支援する取組を推進する。
- 認知症の人やその家族の視点は、本戦略だけでなく、地方自治体レベルで認知症施策を企画・立案し、また、これを評価するに当たっても尊重されることが望ましい。認知症の人やその家族の視点を認知症施策の企画・立案や評価に反映させるための好事例の収集や方法論の研究を進め、これを発信することで全国的な取組を推進していく。

ニッポン一億総活躍プラン【抜粋】

- 認知症の人が集まる場や認知カフェなど、認知症の人やその家族が集う取組を2020年度までに、全市町村に普及させ、こうした活動の情報を市町村や地域包括支援センターから住民に発信する。

※ 平成28年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）「認知症の視点を重視した生活実態調査及び認知症施策の企画立案や評価に反映させるための方法論に関する調査研究事業」本人ミーティング開催ガイドブック <https://www.ilc-japan.org/study/> 抜粋（長寿社会開発センター・国際長寿センターのホームページに掲載）

本人ミーティングの様々な取組例

多様な場を活かして、多様な人たちが開催しています。

本人ミーティングでの本人の声

- 同じような体験をしている人と話せてうれしかった。自分もいろいろ言えて、元気が出た。
- 自分たちが言わないと、わかってもらえない。自分たちが話すが、まちをよくなることに関わると、胸がすく感じでした。
- 仲間が欲しい。認知症の人同士で話し合える場所がもっと近くにほしい。
- 診断後すぐ、先生(医師)がこいいう場についでほしい。
- 家族がいろいろしてくれるのはありがたいが、心配しすぎ。
- できることを言わないでほしい。失敗しても怒らなくて。
- (医療や介護の人)家族と話をしている。自分に話してほしい。
- 家族二軒ならいっていいから、出かけるように。
- 自分が自分でいられる場がほしい。
- 自分のやりたいことがいろいろある。今のサービスでなく、もっと自由な場があるといい。
- 自宅で暮らせなくなった(時)家のように自由に暮らせて、やさしく助けられる人いる場所がほしい。
- 認知症施策を作る時に、自分たちをいざやらされるのでなく、本人の声を行政に届ける仕組みがほしい。
- 「私、認知症です」と言える社会に。

同席・同行した人の声

- 話せるか心配だったが、自分から話していた。驚いた。(家族)
- 歩道の(本人)足取りが軽く、とても嬉しそうに歩いていた。(家族)
- 知らないことを楽しそうに話しておられた。もっと新情報がほしい。(介護職)
- ふんどし活き活き感が全然違った。他の職員にも参加してもらい、一緒に変えていきたい。(病棟看護師)
- こうした場があれば、大事なことを、やるべきことが具体的にわかる！(地域包括支援センター)
- やってみたらうちの地域でもできた。自分の方が元気と勇気ももらった。続けていきたい。(行政事務職)



地域食堂(北見市)
主催:介護・医療の地域ネットワーク



駅近の交流スペース(仙台市)
主催:本人、家族、医師、ケア関係者等、地域の多職種自主組織



小規模多機能事業所(上田市)
主催:社会福祉総合施設



認知症カフェ(国立市)
主催:地域の医療機関/在宅療養相談室



町役場の多目的室(練川町)
主催:地域包括支援センター



介護施設の交流スペース(大牟田市)
主催:ケア関係者の研究会

※平成28年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)「認知症の視点を重視した生活実態調査及び認知症施策の企画立案や評価に反映させるための方法論等に関する調査研究事業」本人ミーティング開催ガイドブック <https://www.ilcjanpan.org/study/> をもとに作成

■診断直後の支援

診断直後に認知症の本人が手にし、次の一步を踏み出すことを後押しするような本人にとって役に立つガイドを作成

「本人にとってのよりよい暮らしガイド」

～一足先に認知症になった私たちからあなたへ～

このガイドを手にしたあなたへ
新たなスタートを、いっしょに

このガイドは、一足先に認知症の診断を受け日々を暮らしてきている私たちが、あなたが元気になって、これからよりよく暮らしていくヒントにしてほしい、と願って作ったものです。

わたしたちは、日々、悲観鬱鬱しながらも、人生を楽しんでいます。いろいろな可能性があります。

せつかく自分の人生。
これからあなたが、少しでもいい日々を過ごしていけますように！

本人 にとっての **ガイド**
一足先に認知症になった私たちからあなたへ

もくじ

- 一日も早く、スタートを切ろう 2
- これからのよりよい日々のために 4
- イメージを思い出す！ 5
- 町に出て、味方や仲間と出会う 7
- 何が起きて、何が必要か、自分から話してみよう 8
- 自分にとって「大切なこと」をつたえよう 9
- のびのびと、ゆる〜く暮らそう 10
- できないことは割り切ろう、できることを大事に 11
- やりたいことにチャレンジ！楽しい日々を 12
- あなたの応援団がまちの中にある 13
- わたしの暮らし(こんな風に暮らしています) 14

☆わたしが大切にしたいことメモ 22

☆わたしのよりよい日々のためのわが情報 24

■認知症の理解を深める普及・啓発キャンペーン

「認知症と共に生きる社会」、誰もが自分らしく暮らすことができる「地域共生社会」の中で、「認知症」をどう考えるか、一人ひとりが自分のことと考えるためのDVDを作成。

※映像内容は、下記のURLからも確認いただけます。
https://www.npwo.or.jp/dementia_campaign/index.html



■診断直後の支援

都道府県や市町村の行政担当者・関係者が、認知症施策や地域支援体制づくりをより効率的に展開していくことを支援するために作成 ※「本人にとってよりよい暮らしガイド」と同時に活用

「本人の声を起点とした認知症地域支援体制づくりガイド」



DVD映像は、4人の認知症当事者が、今、伝えたいことを、考え話し合ったものです。

～以下、『活用の手引き』から抜粋～

- とりわけ、これまであまり「認知症」について考えてこなかった、そのような人にぜひ視聴いただきたいと思っています。
- 自分の抱えていた「認知症」とどこが同じなのか、あるいはどこが違うのか、認知症の人の発言を聞いてどう思ったかなど、改めて「認知症」について考えてみてください。
- 多様な価値観の中で、あなた自身の「認知症観」を考えていただきたいのです。ですので、このDVDは、認知症について何らかの「答え」を提供するものではありません。むしろ、話し合った認知症の当事者からの「問いかけ」とも言えるでしょう。それぞれの答えは、これを見た皆さんの側にあります。

平成29年度老人保健健康増進等事業「認知症の理解を深める普及・啓発キャンペーンの効果的な実施方法等に関する調査研究」

このガイドのねらいと活かし方

○大抵の場合、小さな町村では、認知症の人を受け入れにくい現状です。

○「認知症の人たちをいかに受け入れるか」をテーマにした、認知症当事者(認知症施策推進協議会)がさまざまな方向から考えて、あなた自身の視点も加えた「認知症の人を受け入れるためのガイド」を作成しています。

○このガイドは、都道府県や市町村の行政担当者・関係者が、認知症施策や地域支援体制づくりを「よりよい暮らし」(本人にとって)と「認知症の人を受け入れるためのガイド」(認知症の人にとって)という2つの視点から作成されています。

○このガイドは、認知症の人にとって「認知症」と「認知症の人を受け入れるためのガイド」(認知症の人にとって)という2つの視点から作成されています。

○このガイドは、認知症の人にとって「認知症」と「認知症の人を受け入れるためのガイド」(認知症の人にとって)という2つの視点から作成されています。

●ガイドの活用方法として、「本人にとってのよりよい暮らしガイド(認知症:本人ガイド)」と「認知症の人を受け入れるためのガイド(認知症:認知症の人ガイド)」の2冊を同時に活用することが望ましいです。

●このガイドは、都道府県や市町村の行政担当者・関係者が、認知症施策や地域支援体制づくりを「よりよい暮らし」(本人にとって)と「認知症の人を受け入れるためのガイド」(認知症の人にとって)という2つの視点から作成されています。

●このガイドは、都道府県や市町村の行政担当者・関係者が、認知症施策や地域支援体制づくりを「よりよい暮らし」(本人にとって)と「認知症の人を受け入れるためのガイド」(認知症の人にとって)という2つの視点から作成されています。

●このガイドは、都道府県や市町村の行政担当者・関係者が、認知症施策や地域支援体制づくりを「よりよい暮らし」(本人にとって)と「認知症の人を受け入れるためのガイド」(認知症の人にとって)という2つの視点から作成されています。

●このガイドは、都道府県や市町村の行政担当者・関係者が、認知症施策や地域支援体制づくりを「よりよい暮らし」(本人にとって)と「認知症の人を受け入れるためのガイド」(認知症の人にとって)という2つの視点から作成されています。

●このガイドは、都道府県や市町村の行政担当者・関係者が、認知症施策や地域支援体制づくりを「よりよい暮らし」(本人にとって)と「認知症の人を受け入れるためのガイド」(認知症の人にとって)という2つの視点から作成されています。

●このガイドは、都道府県や市町村の行政担当者・関係者が、認知症施策や地域支援体制づくりを「よりよい暮らし」(本人にとって)と「認知症の人を受け入れるためのガイド」(認知症の人にとって)という2つの視点から作成されています。

3) 認知症施策の総合的な推進

- 現在、65歳以上高齢者の約4人に1人が認知症の人又は予備群と言われ、更に増加することが見込まれる中で、**認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるよう環境整備を行っていくことが必要。**
- 「認知症施策推進総合戦略」(新オレンジプラン)に基づき、早期診断・早期対応を軸とした、認知症の容態に応じた切れ目のない適時・適切な医療・介護等の提供が図られる仕組みを構築するなど、**認知症高齢者等にやさしい地域づくり**を推進する。

主な認知症施策関連予算：令和元年度予算 約119億円(約97億円)

- ①認知症に係る地域支援事業 【267億円の内数(社会保障充実分)】**
・認知症初期集中支援チームの設置 ・認知症地域支援推進員の設置
- ②認知症総合戦略推進事業 【5.0億円(3.0億円)】**
・広域的な認知症高齢者見守りの推進 ・認知症の普及相談、理解の促進 ・若年性認知症支援体制の拡充
・**認知症本人のピア活動の促進や認知症の人の支援ニーズに認知症サポーターをつなげる仕組み(チームオレンジ)の構築**
- ③認知症疾患医療センター運営事業 【11億円(8.4億円)】**
・認知症疾患に関する鑑別診断の実施など、地域での認知症医療提供体制の拠点としての活動の支援
・**地域包括支援センター等地域の関係機関とも連携した日常生活支援の相談機能の強化**
- ④認知症関係研究事業 【10億円(9.0億円)】**
・コホート研究の全国展開と疾患登録に基づくデータ等を活用して、有効な予防法、革新的な診断・治療法等の開発を進めるとともに、臨床研究の実施を支援する体制の整備を推進
- ⑤認知症高齢者等の権利擁護に関する事業 【82億円の内数等】**
・成年後見制度利用促進のための相談機関やネットワークの構築などの体制整備 ・市民後見人等の育成 ・成年後見人等への報酬
- ⑥その他**
・認知症サポーターの養成 ・認知症サポート医の養成、介護従事者による認知症ケアの向上のための研修の実施等の人材育成 等

認知症総合戦略推進事業

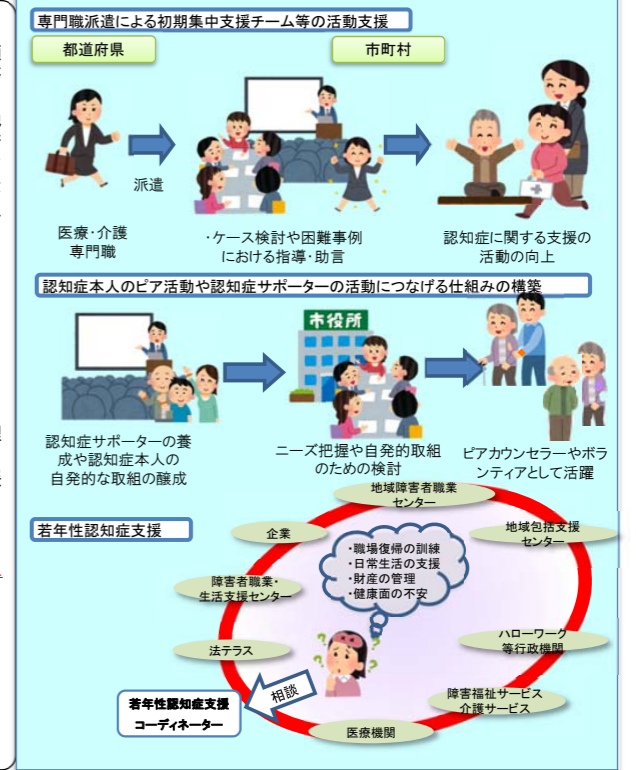
令和元年度予算 5.0億円

概要
認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)に基づき、適時適切な医療介護等の提供、若年性認知症施策の強化、認知症高齢者等にやさしい地域づくりの推進等各種施策を進める必要がある。
このため、広域的な見守り体制の構築、初期集中支援チームや地域支援推進員の活動についての支援、医療介護連携体制の確立、若年性認知症支援コーディネーターの設置のほか、認知症本人のピア活動の推進や認知症の人の支援ニーズに認知症サポーターをつなげる仕組み(チームオレンジ(仮称))の構築を進め、認知症の人やその家族が安心して住み続けられる地域づくりを推進する。

事業内容

- 先駆的な取組の共有や、広域での連携体制の構築(主な事業内容)
 - 広域の見守りネットワークの構築
 - 専門職等派遣による初期集中支援チームや地域支援推進員の活動支援
 - 認知症医療と介護の連携の枠組み構築 等
- 認知症の人や家族が気軽に相談できる体制の構築、認知症の理解の促進、
- 若年性認知症の人の状態やライフステージに応じた適切な支援
 - 若年性認知症支援コーディネーター支援や相談窓口の設置の拡充
 - 若年性認知症の人の社会参加活動の推進
- 認知症本人のピア活動の推進**
- 認知症の人の支援ニーズに認知症サポーターをつなげる仕組み(チームオレンジ)の構築**

実施主体・補助率
実施主体：1 都道府県、2～4 都道府県・指定都市
5 都道府県・市町村
補助率：1/2



社会参加活動や認知症予防のための体制整備

令和元年度予算
267億円の内数

- 認知症を有する人をはじめとする高齢者の中には、これまでの経験等を生かして活躍したいとの声が少ない。地域において「生きがい」をもった生活や認知症予防等の介護予防に資するよう、**認知症地域支援推進員の取組として**新たに社会参加活動のための体制整備を地域支援事業に位置づけ、その取組を支援。

(具体的な取組例)

- ・市町村が適当と認めた事業者による農業、商品の製造・販売、食堂の運営、地域活動等の社会参加に対する支援
- ・社会参加活動を行うに当たり、事業者へ専門家を派遣する等により活動を実施するために必要な助言や、十分なノウハウを有していない者に対する技術・専門知識の指導・助言
- ・市町村が適当と認めた事業者によるマルシェ等イベントの開催支援
- ・社会参加活動に関する好事例を収集し、関係者で共有するなどの意識啓発
- ・社会参加活動を行うために必要な農業生産者や企業等とのマッチング支援

(主な経費内容)

- ・作業実施の指導・訓練に関する人件費(農家等への謝礼)や介護支援が必要な場合の人件費
- ・作業実施のための諸経費(器具の購入)やイベント(マルシェ)の開催
- ・商品の売上げは、支援の対象者である高齢者の有償ボランティアの謝金等として事業費に充てつつ、不足部分を支援

※ 1市町村あたり、1,500千円×3カ所(×38.5%(国庫負担割合)) ※財源の範囲内で1市町村当たり、最大5カ所まで。

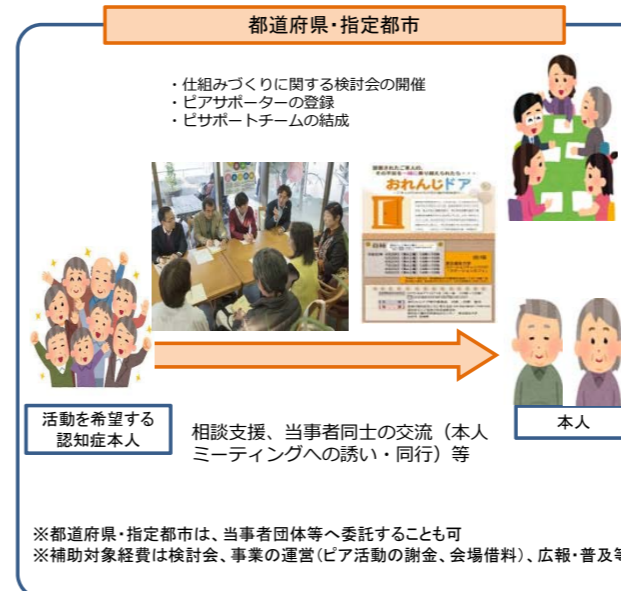


ピアサポート活動支援事業/認知症サポーター活動促進事業

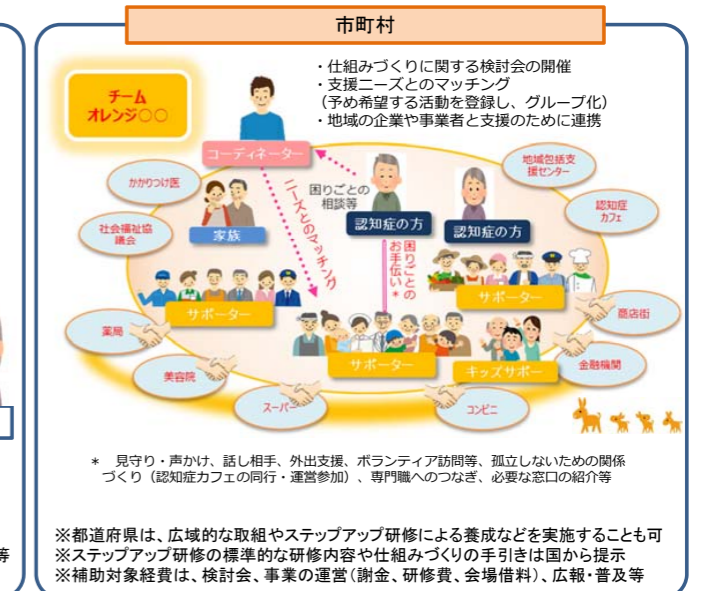
令和元年度予算
502,349千円の内数(補助率1/2)

- 認知症の方やその家族は、診断直後等は認知症の受容や今後の見通しなど大きな不安を抱えているため、前向きな一歩を踏み出せるよう、心理面、生活面の早期からの支援として、認知症の方の悩みや家族の身近な生活支援ニーズ等を把握し、認知症の方による相談支援(ピアサポート活動支援事業)や認知症サポーターによる認知症の困りごとに対する支援(認知症サポーター活動促進事業(チームオレンジ))を住み慣れたより身近なところで実施。
- これらの取組を通じて、認知症当事者も地域を支える一員として活躍し、社会参加することを後押しするほか、1千万人超が養成されている認知症サポーターの更なる活躍の場を整備。

ピアサポート活動支援事業イメージ図



認知症サポーター活動促進事業イメージ図



多様化する認知症に関する事業・取組を、より国全体として推進していくために

認知症施策推進大綱

認知症施策推進関係閣僚会議において、「認知症施策推進大綱」を令和元年6月18日にとりまとめました。

認知症になっても住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる「共生」を目指し、「認知症バリアフリー」の取組を進めていくとともに、「共生」の基盤の下、通いの場の拡大など「予防」の取組を政府一丸となって進めていきます。

※「共生」とは、認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きる、という意味です。

※「予防」とは、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味です。

厚生労働省 ホームページ「認知症施策推進大綱」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000076236_00002.html

日本認知症官民協議会

- 認知症に係る諸問題への対応が社会全体で求められているという共通認識の下、行政のみならず民間組織の経済団体、医療・福祉団体、自治体、学会等が連携し、取組を推進することを目指すために2019年（平成31年）4月22日に設立。

日本認知症官民協議会

- 経済団体、金融（銀行・保険等）・交通業（鉄道・バス等）・住宅業（マンション管理等）・生活関連産業界団体（小売業等）、医療介護福祉団体、地方団体、学会、当事者団体、関係省庁等100団体近くが参画予定。
- 協議会の下にワーキンググループを設置し、当事者・その家族の意見も踏まえつつ、具体的な検討を行う予定。

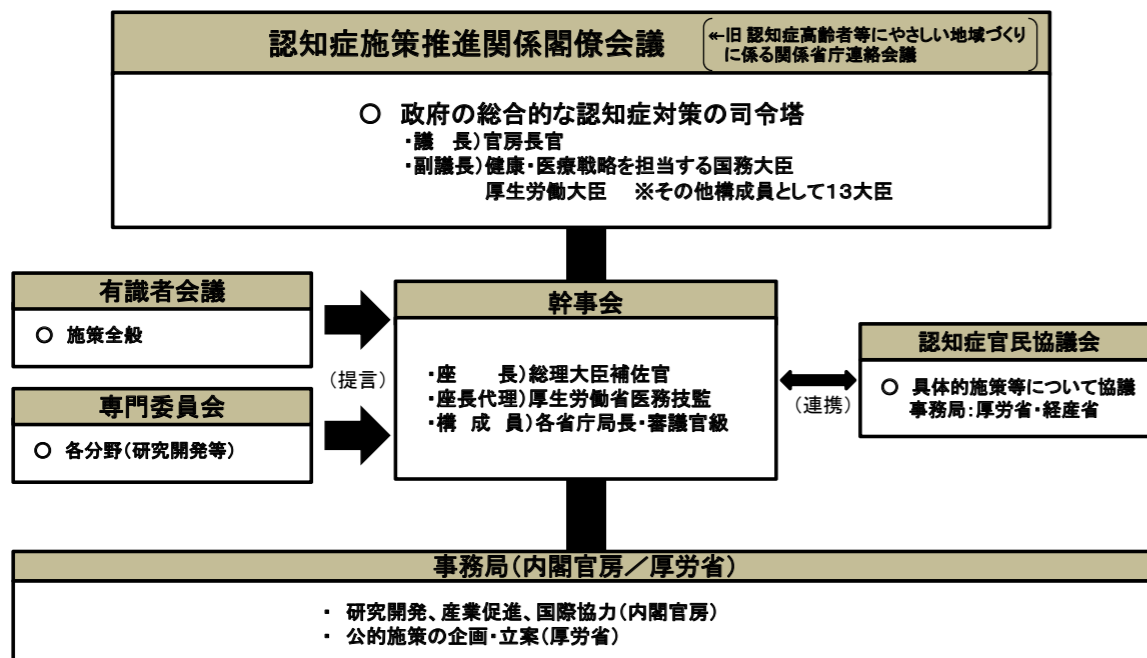
イノベーションアライアンスWG

認知症バリアフリーWG



認知症施策推進関係閣僚会議

認知症に係る諸問題について、関係行政機関の緊密な連携の下、政府一体となって総合的な対策を推進するため認知症施策推進関係閣僚会議の設置をはじめ、横断的かつ実質的な推進体制を構築。



5つの柱

1. 普及啓発・本人発信支援

2. 予防（認知症への「備え」として）

3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

4. 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人の支援・社会参加支援

5. 研究開発、産業促進及び国際展開

* 5つの柱にそって施策を推進する・
 * これらの施策は、すべて認知症の人の視点に立って、認知症の人やその家族の意見を踏まえて推進することを基本とする。

認知症とともに、希望を持って共に生きていける地域社会に

一般社団法人 日本認知症ケア学会

認知症とともに生きる希望宣言

- 1
自分自身がとらわれている常識の殻を破り、前を向いて生きていきます。
- 2
自分の力を活かして、大切にしたい暮らしを続け、社会の一員として、楽しみながらチャレンジしていきます。
- 3
私たち本人同士が、出会い、つながり、生きる力をわかたせ、元気に暮らしていきます。
- 4
自分の思いや希望を伝えながら、味方になってくれる人たちを、身近なまちで見つけ、一緒に歩んでいきます。
- 5
認知症とともに生きている体験や工夫を活かし、暮らしやすいわがまちを一緒につくっていきます。

＜大綱の中で＞
この「希望宣言」を活かした啓発が掲げられている。

4) 方向性：共生

共生

本人が、認知症とともに希望を持ってよりよく生きる

本人と地域社会の人々が共によりよく生きる



参考

「希望宣言」を地域で伝え、語り合い、それぞれの地域で「希望をもって共に生きる」考え方や地域づくりが広がっています。

- 「希望宣言」全国各地の本人が体験と思いを重ね合わせて宣言文をつくり発表しました。
- 推進員が本人に本人が希望宣言に見入る。「わたしも、こんな風に！」
- 本人から本人へ本人が不安でいっぱいの人々の相談役になり、希望を語り合う。
- 本人が、身近な友人や地域の人たちへ希望を語る。
- 地域で地域の住民や様々な立場の人が希望を語り合う。
- 啓発・情報提供窓口で展示、配布。手渡す。拡大コピーし掲示。
- 講演会、研修、イベントで配布、これからの共生社会を共に考える
- 本人が模擬訓練の前に宣言
- 市の条例に「希望宣言」を活かす。「認知症の人とともに築く総活躍の町」条例(御坊市)

参考

動画「地域の支えで、輝ける」(公益社団法人ACジャパン 2015年度作品)

○認知症と診断された。
「それがどうした」と言ってくれた人たちがいた。
認知症になってから自分が好きなギターや山登り、色んなことにチャレンジしている。

○支えがあれば、「あきらめること」より「やれる事の方が多くなる」。



* 認知症とともに、よりよく生きていける可能性を、誰もがもっている。
* わが地域で、わが地域ならではの支えあいを、本人と一緒に創っていこう。

参考 平成29年2月7日 厚生労働省 「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部

「地域共生社会」とは 「地域共生社会」の実現に向けて（当面の改革工程）【概要】

◆ 制度・分野ごとの「縦割り」や「受け手」関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて「丸ごと」つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会

改革の背景と方向性

公的支援の「縦割り」から「丸ごと」への転換

- 個人や世帯の抱える複合的課題などへの包括的な支援
- 人口減少に対応する、分野をまたがる総合的サービス提供の支援

「我が事・丸ごと」の地域づくりを育む仕組みへの転換

- 住民の主体的な支え合いを育み、暮らしに安心感と生きがいを生み出す
- 地域の資源を活かし、暮らしと地域社会に豊かさを生み出す

改革の骨格

地域課題の解決力の強化

- 住民相互の支え合い機能を強化、公的支援と協働して、地域課題の解決を試みる体制を整備【29年制度改革】
- 複合課題に対応する包括的相談支援体制の構築【29年制度改革】
- 地域福祉計画の充実【29年制度改革】

地域を基盤とする包括的支援の強化

- 地域包括ケアの理念の普遍化（高齢者だけでなく、生活上の困難を抱える方への包括的支援体制の構築）
- 共生型サービスの創設【29年制度改革・30年報酬改定】
- 市町村の地域保健の推進機能の強化、保健福祉横断的な包括的支援のあり方の検討

「地域共生社会」の実現

- 多様な担い手の育成（参画、民間資金活用）の推進、多様な就労・社会参加の場の整備
- 社会保障の枠を超え、地域資源（耕作放棄地、環境保全など）と丸ごとつながることで地域に「循環」を生み出す、先進的取組を支援

地域丸ごとのつながりの強化

- 対人支援を行う専門資格に共通の基礎課程創設の検討
- 福祉系国家資格を持つ場合の保育士養成課程・試験科目の一部免除の検討

専門人材の機能強化・最大活用

実現に向けた工程

平成29（2017）年 介護保険法 社会福祉法等の改正

- 市町村による包括的支援体制の制度化
- 共生型サービスの創設 など

平成30（2018）年

- 介護・障害報酬改定 共生型サービスの評価など
- 生活困窮者自立支援制度の強化

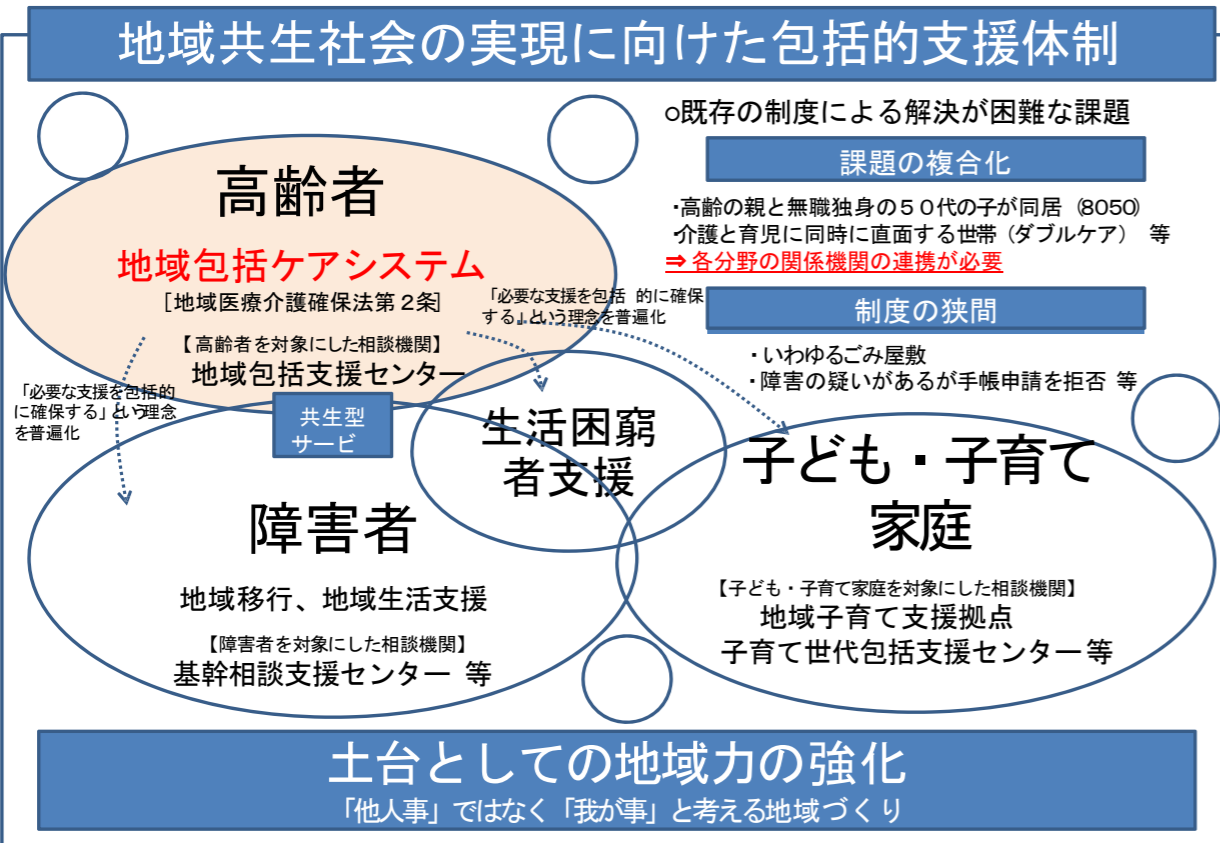
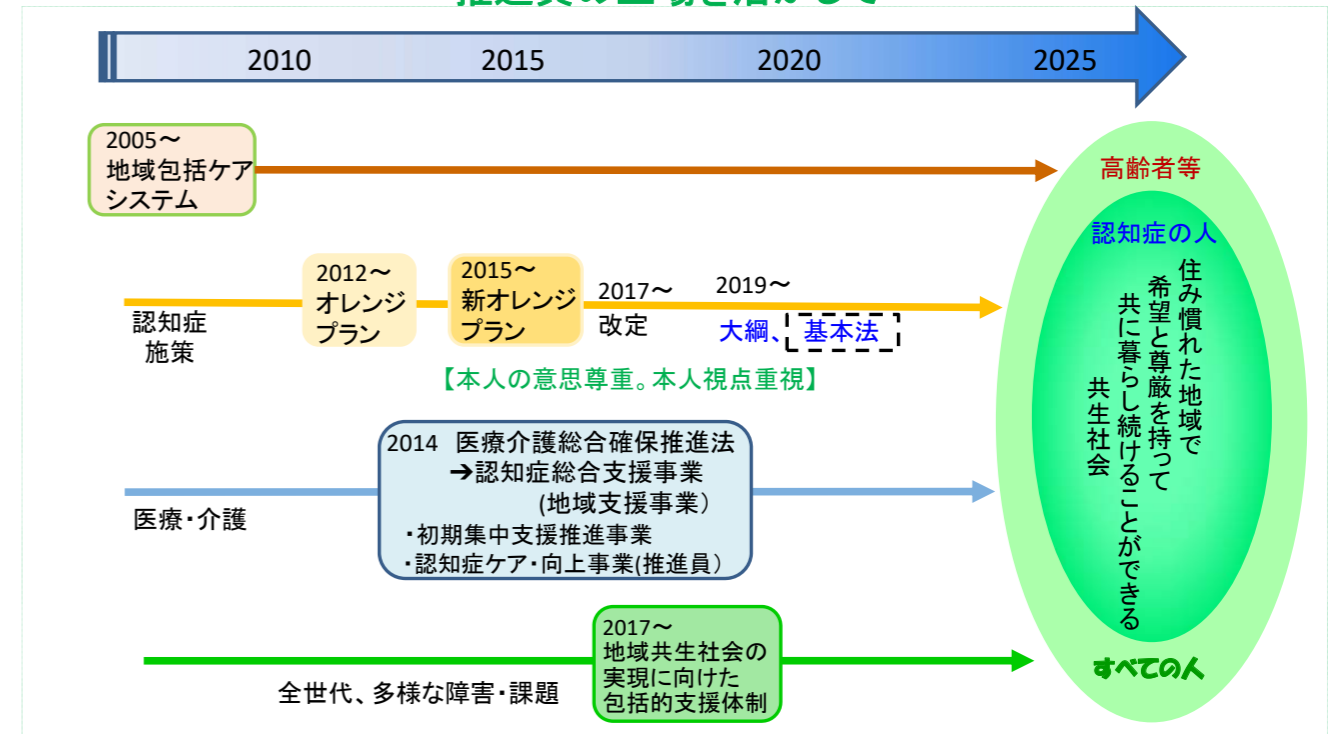
平成31（2019）年以降

- 更なる制度見直し
- 2020年代初頭：全面展開

【検討課題】

- ① 地域課題の解決力強化のための体制の全国的な整備のための支援方策 制度のあり方を含む
- ② 保健福祉行政横断的な包括的支援のあり方
- ③ 共通基礎課程の創設 等

わが地域のこれからのを、一緒につくる ～推進員の立場を活かして～



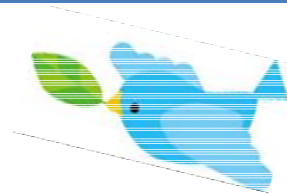
認知症施策の情報・ガイド等

* 厚生労働省のホームページからダウンロードできます。

■ 認知症施策関連ガイドライン(手引き等)、取組事例(一覧)

→この冊子の巻末の関連情報を参照。

2 推進員の位置づけと役割



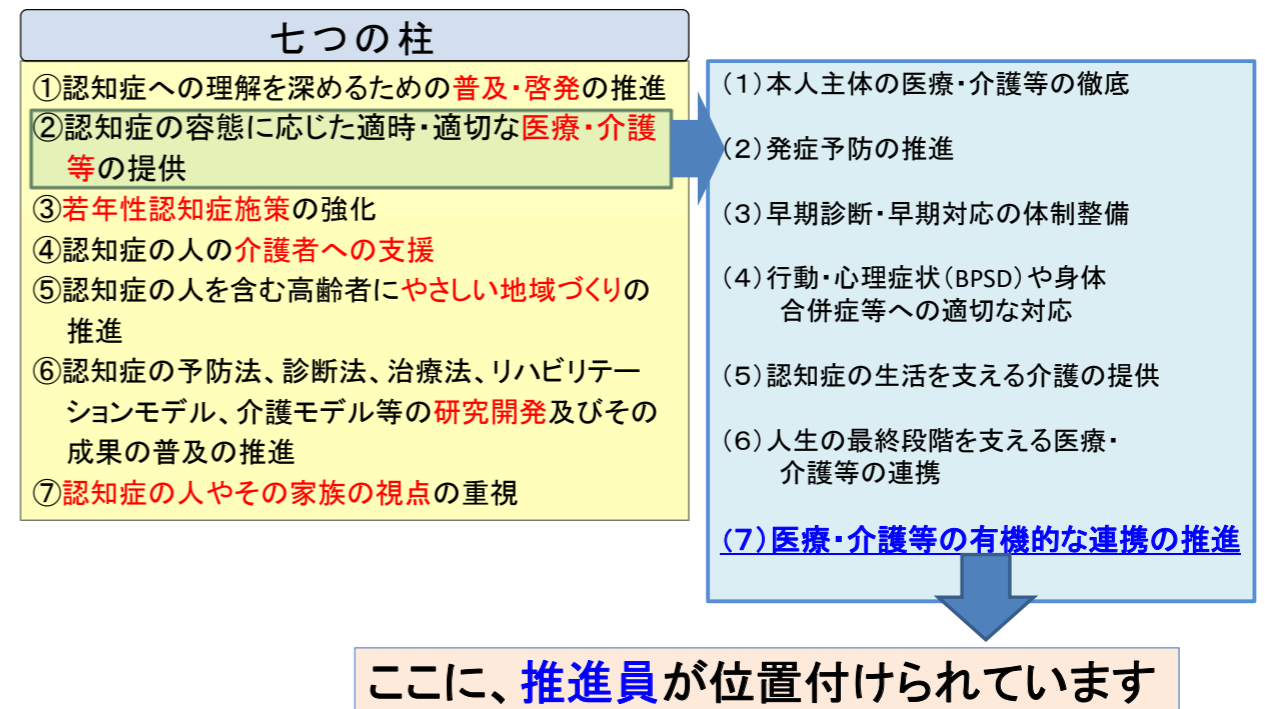
推進員の存在は・・・

- 施策に位置づけられた存在
- 市町村が配置した公的な存在
- **連携の要役となり、認知症施策を推進する大事な存在**

市町村(特に、認知症行政担当者)との協働が前提、不可欠

- ▼存在や役割の周知をはかり、動きやすくなるために
- ▼成果を上げていくために
- ▼活動(有機的な連携、施策推進)を継続的に発展させていくために

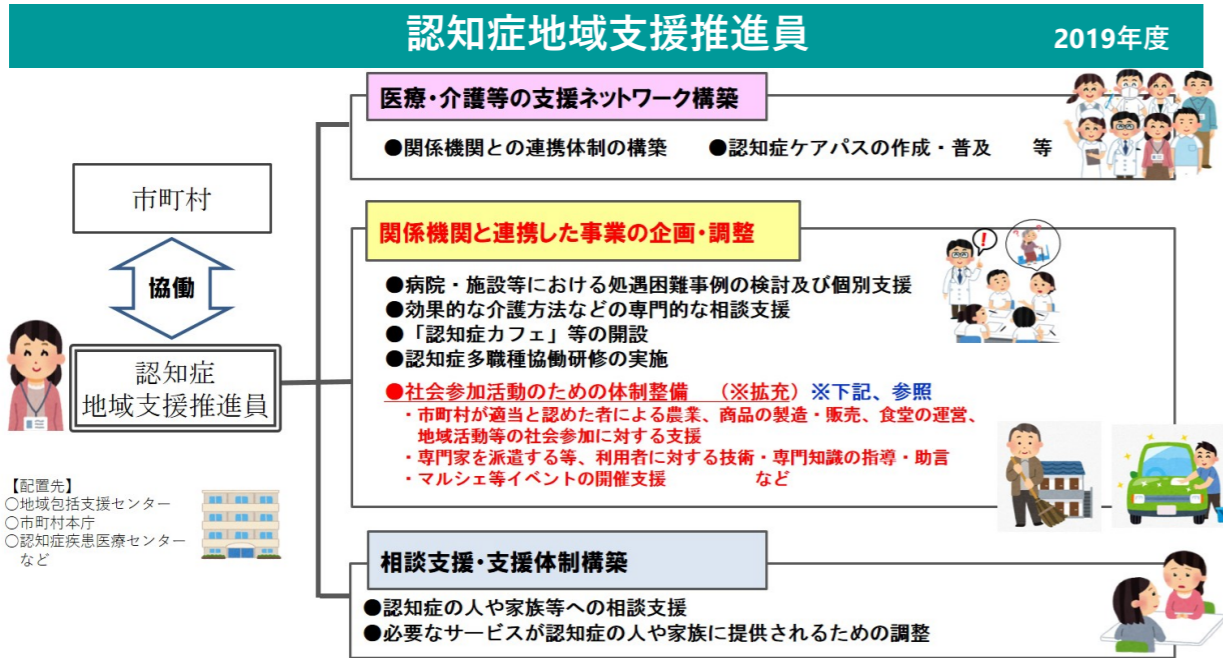
新オレンジプランにおける位置づけ



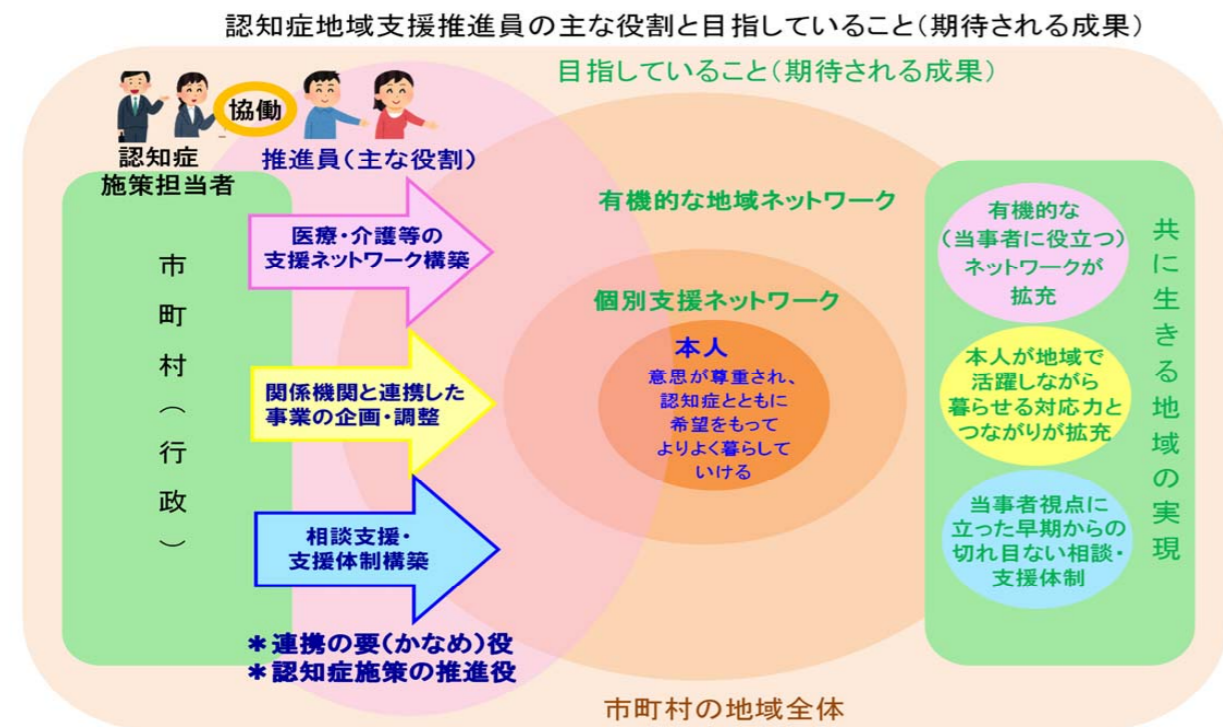
医療・介護等の有機的な連携の推進

出典:「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)」

- (認知症地域支援推進員の配置)
- 認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、認知症の容態の変化に応じすべての期間を通じて必要な医療・介護等が有機的に連携したネットワークを形成し、**認知症の人への支援を効果的に行うことが重要である。**
- このため、市町村ごとに、地域包括支援センター、市町村、認知症疾患医療センター等に**認知症地域支援推進員**を配置し、認知症疾患医療センターを含む医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の**連携を図るための支援や、認知症の人やその家族を支援する相談業務等**を行う。



※互助を育む | 社会参加活動や認知症予防のための体制整備
 認知症を有する人をはじめとする高齢者の中には、これまでの経験等を生かして活躍したいとの声が少ない。地域において「生きがい」をもった生活や認知症予防等の介護予防に資するよう、認知症地域支援推進員の取組として、平成31年度予算案において社会参加活動のための体制整備を地域支援事業に位置づけ、その取組を支援。



平成30年度以降の推進員の活動について

(全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議 資料より)

- (これまでは) まずは設置そのものを主として取り組まれてきたところも多いことから、今後は、**地域で有機的に活動が進むよう質の向上に向けて取り組む必要がある。**
- 推進員により、**地域の実情に応じた取組**がさらに展開されることを目指している。
 - 例・認知症初期集中支援チームの事例の積み重ねから明らかになった地域課題について、推進員が地域ケア会議において検討し、各市町村の施策に反映させる
 - ・ 認知症の疑いがある人を早期に診断につなげる仕組みづくり
 - ・ 認知症カフェなどの社会資源の開発等

★市町村の地域課題に応じて取組を進めていく。

* 部分的な業務に走らずに、視野を広げながら

- ・ 何をめざしているのか、わがまちのこれからのことを考えよう。
- ・ 推進員としての自分の位置づけを、市町村全体の中で確認しよう。

* 地域の実情に応じて

- ・ 自地域をよく見て、自地域なりのことを
- ・ 地域の力を活かして

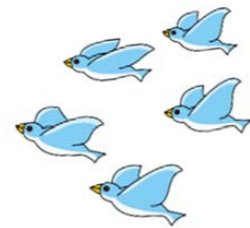
* やることの焦点を絞りながら: あれもこれもでなく、着実に

- ・ 自地域の課題・ニーズに応じて
- ・ 自分の立場・力に応じて

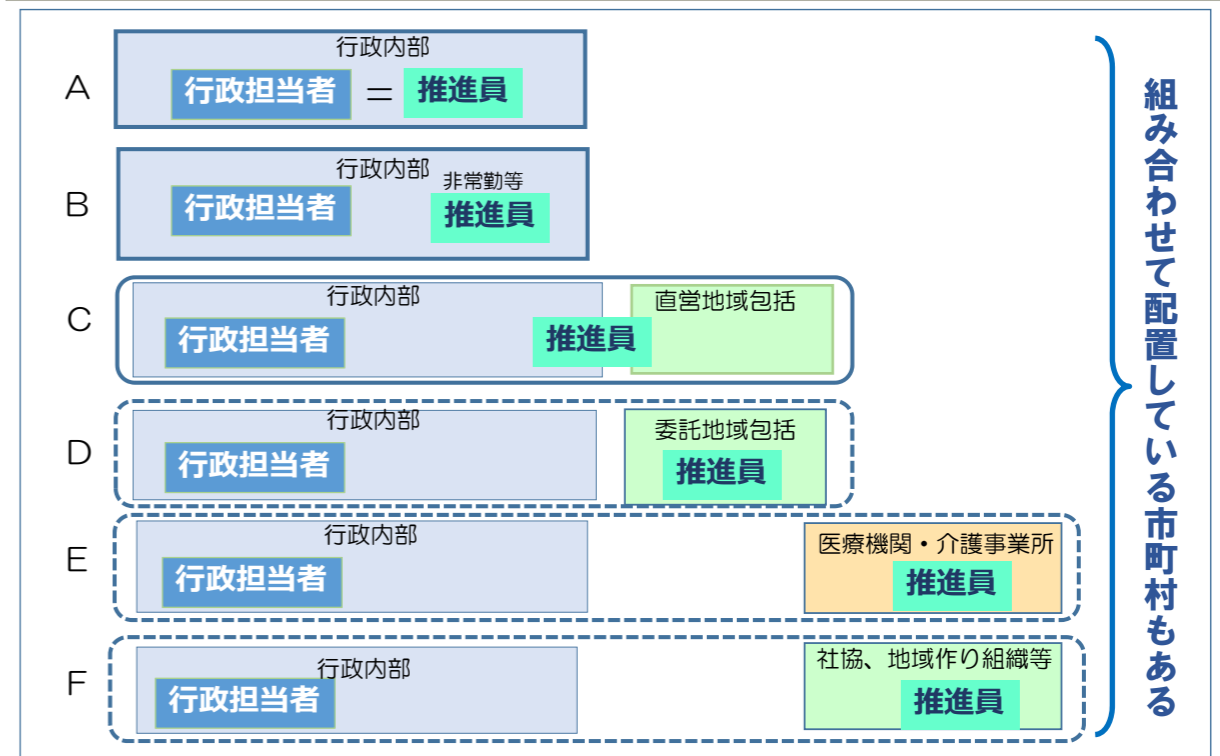
⇒ 行政担当者と共に力を合わせて



3 市町村の認知症施策を推進する上での市町村と推進員との協働



行政担当者と認知症地域支援推進員との「位置関係」の様々



組み合わせて配置している市町村もある

あなたの位置づけは？ あなたの市町村の構想は？

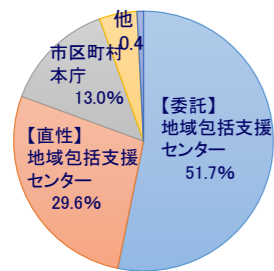
認知症地域支援推進員の状況(平成30年9月末の実績)

「認知症地域支援推進員の活動の推進に関する調査研究事業」認知症介護研究・研修東京センター（平成30年度）
対象：市区町村に配置された全推進員 有効回答数 2,478

1. 配置場所

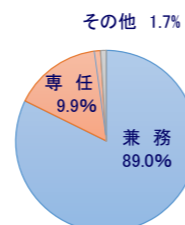
	人数	%
市町村本庁	322	13.0
地域包括支援センター(直営)	732	29.6
地域包括支援センター(委託)	1,281	51.7
その他	11	0.4
合計	2,476	100.0

(注)その他の主な例
社会福祉協議会、介護サービス事業所、保健・福祉センター等



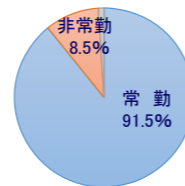
2. 職員配置形態(専従・兼務別)

	人数	%
専任	246	9.9
兼務	2,203	89.0
その他	27	1.1
合計	2,476	100.0



3. 職員勤務形態(常勤・非常勤)

	人数	%
常勤	2,266	91.5
非常勤	210	8.5
合計	2,476	100.0

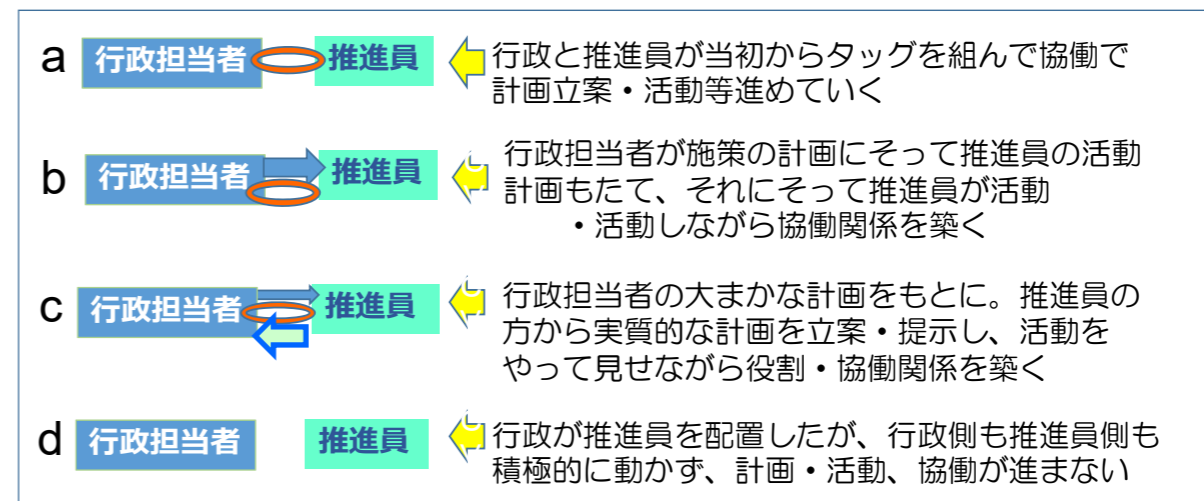


4. 配置職員の有資格状況

資格	人数	%
保健師	738	29.8
看護師	872	35.2
精神保健福祉士	209	8.4
社会福祉士	946	38.2
介護福祉士	596	24.1
介護支援専門員	1,410	56.9
その他	116	4.7%

その他
作業療法士
歯科衛生士
認知症介護指導者研修終了者等

行政担当者と認知症地域支援推進員との「協働関係」の様々



あなたの市町村での協働関係は？

推進員自身から、協働関係を丁寧に築いていこう。

スタートは行政職員と推進員が協働すること

基礎情報
確認シート

行政担当者との話し合いはできましたか？

わかりあ
えましたか？

1 行政がめざしている姿は？(理念、目標の具体は…)

2 行政担当者がとらえている課題は？(その理由は)

例

早期からの対
応ができない

行方不明や虐待
がおこること

3 行政として力を入れたい取り組みは？(その理由は)

例

医療と介護の
連携ができる
ようにしたい

住民による見守り
支援が受けられる
ようにしたい

4 取り組みを進める上での課題は？

例

医療職と介護職が
一緒にじっくりと話
しあう機会がない

漠然とした呼びかけでは、
どう見守りしたいか
住民が具体的な一歩を
踏み出せないでいる

資料:佐藤アキ氏(山鹿市)参考に作成

行政担当者と推進員の思いは違うかもしれませんが、「めざす姿」を共有した上で、「わがまちのどんな事実」を根拠に、何を課題と考えるのか、率直・具体的に話し合っていくことが大事！

自治体担当者の多くは、

今後の施策・構想や、推進員との役割関係について、悩んでいる

例:担当になって日が浅い、認知症施策が複雑・変化が速い、現場の実情・認知症の人のこと、これからの認知症支援のことがよくわからない中で、上司や財務等に説明し、計画や予算どりをすすめる必要がある。

*この研修をきっかけに、推進員の方から
地元の行政担当者と、じっくり話しあう働きかけをしよう。
事務職+技術職(保健師、医療・福祉職等)

現場に
一緒に出向き
当事者の声・
姿に触れながら

○めざす姿について

将来、こうなっていたい姿、めざしたい将来像(到達点)は
*(自分たちが)認知症になって生きる姿は…、自分のまちの姿は…
*自分のまちのことばで(お題目、きれいごとで、流さずに)
*できるだけ具体的な姿、イメージとして

○認知症地域支援推進員の役割について

「めざす姿」の実現にむけて、市町村の中でどんな役割が求められているのか
*地元の実態や課題、ニーズに根差して、「実質的」に取組や連携を進めていこう
*市町村の行政担当者とういう役割関係か、やりながら整理していこう

行政担当者にお任せ、指示待ちではなく、推進員として、これからの自分のまちのために何をめざして、どんな役割をはたしていったらいいのか、行政担当者対話し、合意を。

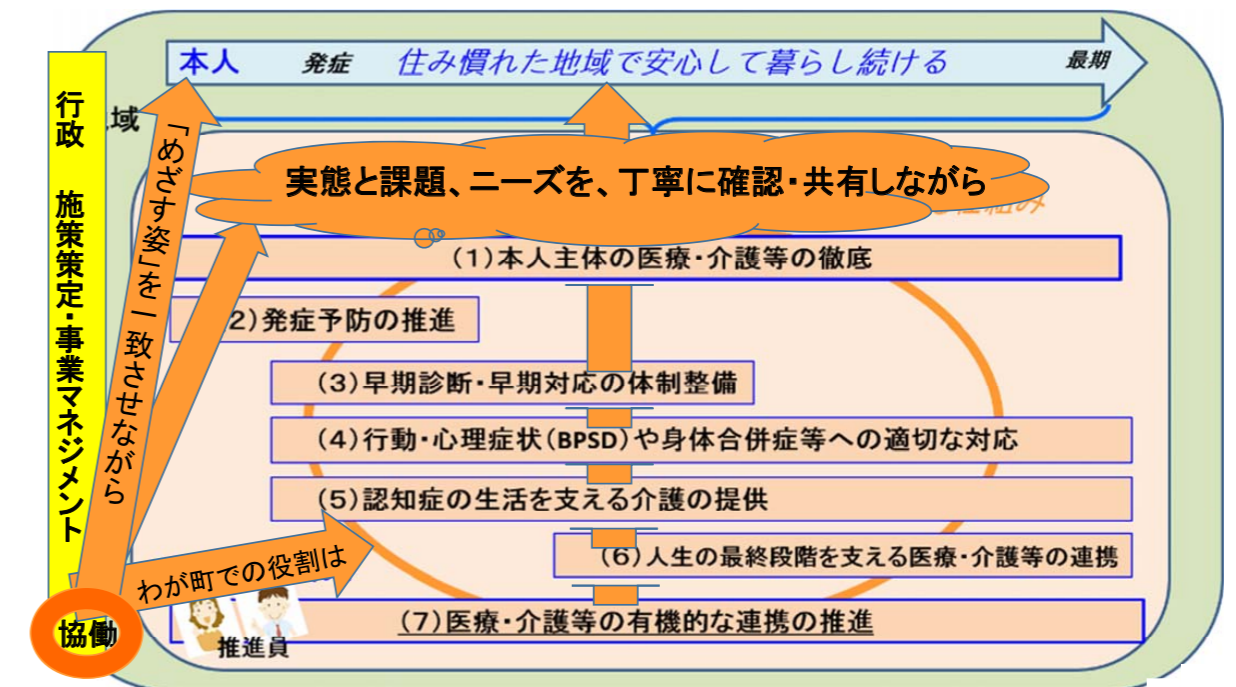
参考

推進員が、行政担当者に「現場で本人と一緒に過ごしてみよう、話を聴こう」と提案をして、一緒に本人に会ってみた例

【行政担当者(事務職)の声】

- 認知症の担当になって、国の文書や市の事業計画とかは読み込んでいたが、本人に会ったことが、なかった…。推進員さんの誘いがなかったら現場にいたり、本人に会うきっかけがなかった。
- 本人に初めて直に会えた。目からうろこ。認知症のイメージが変わった。認知症の人でも、いろんなことを考えてるし、力があることを目の当たりにした。会った人が、これまでどんな暮らしてきたのか、どんな願いがあるか聴いてたら、他人事に思えなくなった。この人が、これから少しでもいい日々を過ごしてほしい。
- 正直、何のために面倒な認知症施策に取り組まなければならないか、ちょっとひいていたけど、推進員さんのおかげでご本人に会ってから、自分の仕事、大事なんだ…と実感。
- 推進員についても、必要だとは思ってたけど、よくわからなかった。話したことで、もっとやりたい、やれそう、やらなければ、と思った。気軽に聞きやすい人なので、助かっている。相談しながらやっていきたい。

認知症行政担当者と推進員が対話しながら
実態と課題、ニーズを共有⇒方針合わせ⇒わが町での役割の具体化・合意形成を



わが市町村での「推進員の役割」は何か。
合意形成を図り、明文化・見える化しておこう。



今後の一連の活動の様々な場面で、とても役立ちます。

- 自分を紹介する時に
会議、訪問、研修会、
口座、イベント等の機会
- 活動の計画・実施・
見直しの時に
- 活動が行き詰まったり
迷った時に
- 行政や関連組織の
担当者、推進員の
交代の時に



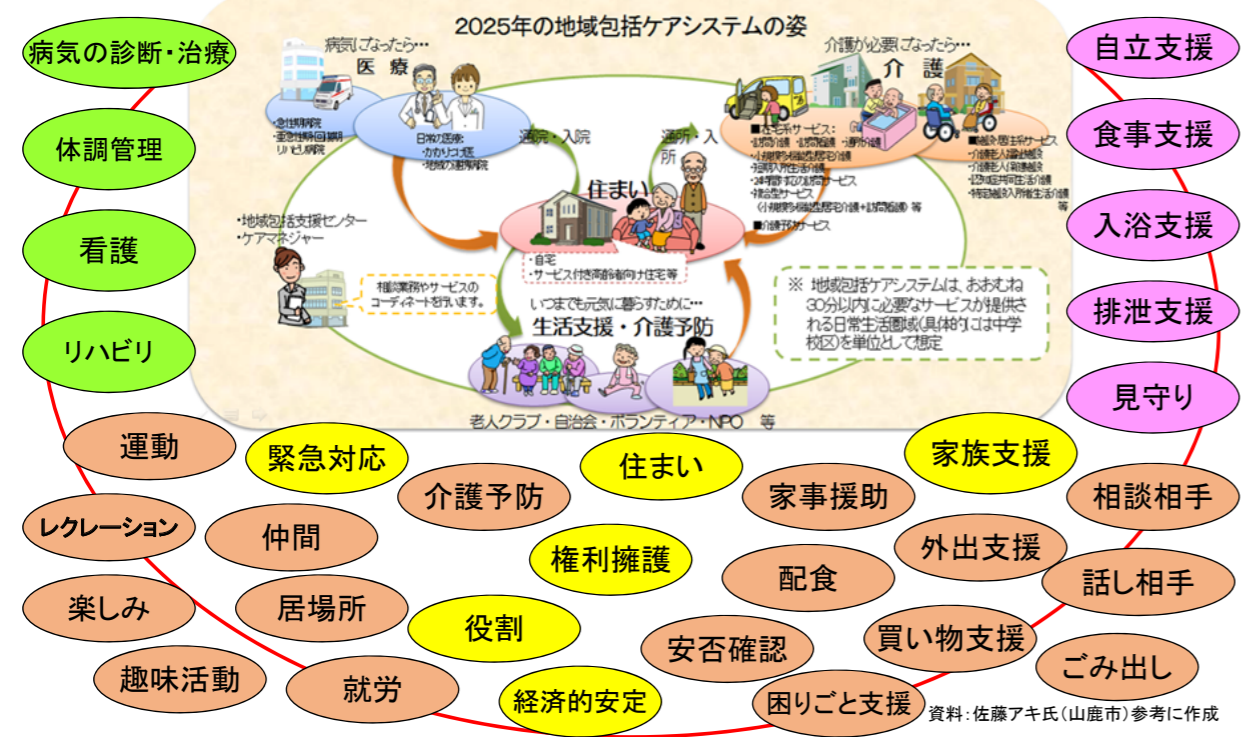
推進員を知ってもらう親しみやすいチラシを
行政と推進員が一緒につくっているところも
あります。



**自分たちの立場や役割を
「目にみえる形」に！**

地域包括ケアシステムと認知症支援は一体

- * 多様な事業や支援等：(認知症の)人が生きていくには包括的に必要
- * 地域の中で別建てで増えてきた事業や支援等を、「人」中心に包括的に(再)構築する時代
- * いきなりは、できない。だからこそ、推進員が旗頭、要になって一歩ずつ、わが地域で。



認知症地域支援推進員は・・・



- 医療・介護等の
有機的な連携の
要・推進役
- 認知症関連の取組の
企画・調整役
- 相談支援・支援体制
を育てていく役
- 地域支援体制を
築く役
- 認知症施策の
推進役
- 地域包括ケア
システムの
推進役
- 本人やめざす姿を
見失いがちな
現場の旗頭
- 埋もれがちな声
課題・ニーズに光をあて
必要な施策化へつなげる人
- あきらめず
息長く
やさしい地域づくりを
一歩一歩やって見せる人



地元にいる当事者・様々な人たちの、仲間を増やしなが

北海道から、沖縄まで
それぞれの市区町村で
推進員が、今日も、まちの中で・・・



わが地域を大切に

近隣の市区町村、県内
そして全国に、推進員の仲間がいます。
一人ではなく、いっしょに、一歩一歩。

Ⅱ 認知症の人とその家族の地域支援体制の構築
～認知症対応力向上の支援や
社会参加活動の体制整備も含めて～

認知症の人とその家族の 支援体制構築のために ～連携支援と認知症ケアパス～

この単元のねらい

- 認知症の人とその家族の支援体制を築く上での、
認知症ケアパスの必要性を理解する。
- 認知症ケアパスのポイントと作成（改良）・普及・活用について理解する

【主な内容】

- 1) 支援体制と認知症ケアパスとの関係性、認知症ケアパスの必要性
- 2) 認知症ケアパスの考え方と推進員の活動
- 3) 認知症の人の容態に応じた適切な連携とネットワーク作り

1) 支援体制と認知症ケアパスとの関係性、 認知症ケアパスの必要性



「体制ってなんだろう・・・？」

体制とは

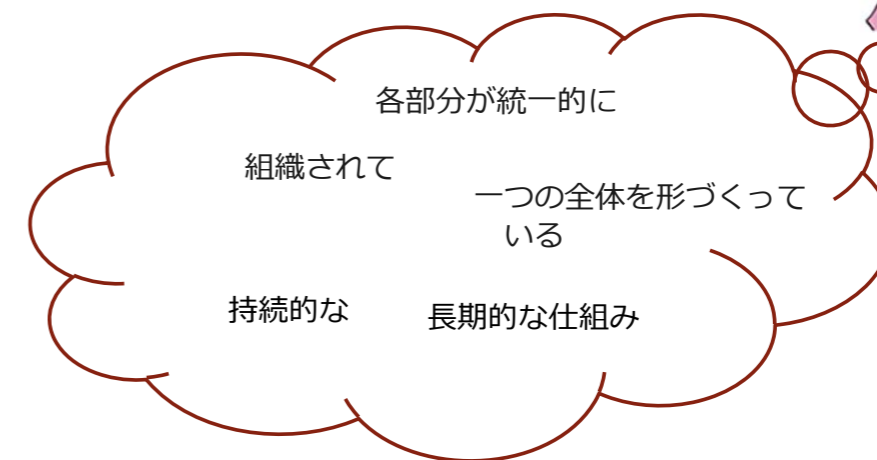
○各部分が統一的に組織されて一つの全体を形づくっている状態

(大辞泉)

○統一的、持続的な組織・制度、長期的な仕組み、システム

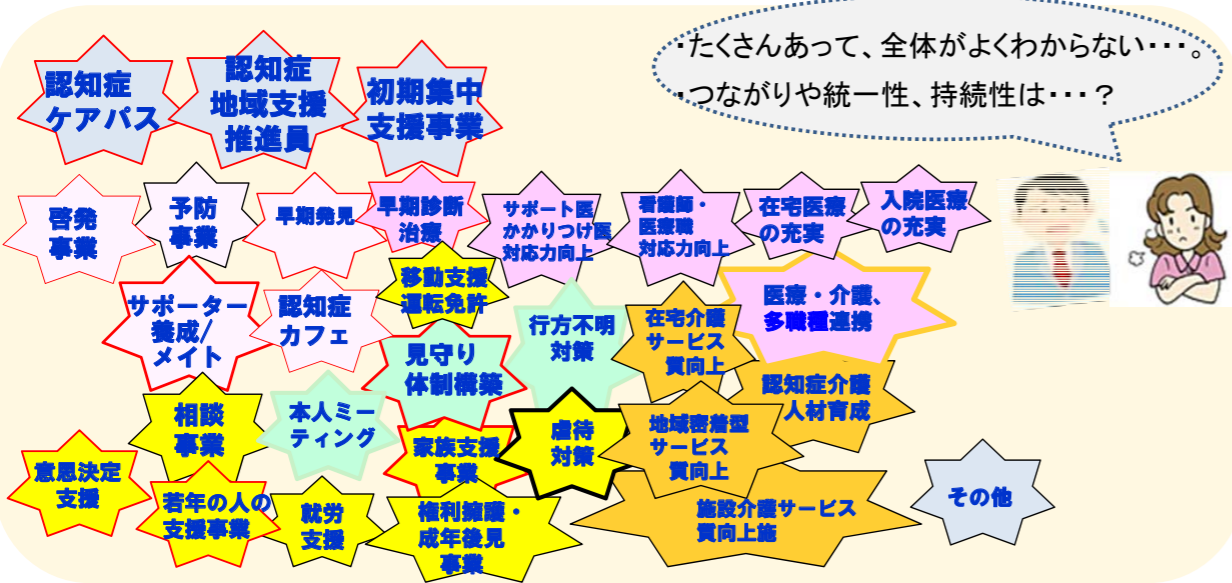
(NHKことばのハンドブック 第2版)

認知症の人と家族を地域で支える支援体制をイメージしてみよう
～自分の市町村を思い浮かべながら～



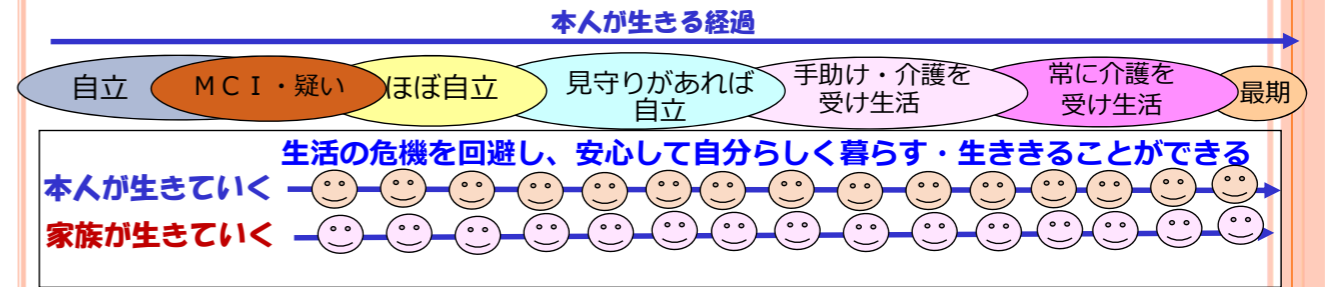
わがまちの、地域支援体制は・・・全体性、統一性、持続性は？

- 年々、施策/事業や取組が増えている。
- 関わる人たちの領域の種類や数が増えている。
 - * 多様な専門職：保健・医療・介護・福祉、法律、他
 - * 多様な生活関連領域：店、飲食店、金融機関、交通機関、警察、消防、他
 - * 多様な地域の人：近隣の人、友人・知人、同僚、同級生、子供、学生、他



今、認知症施策で重要なことは・・・

本人の視点にたって、地域支援体制を築いていくこと
★目的：本人が、安心して自分らしく暮らし続けていける

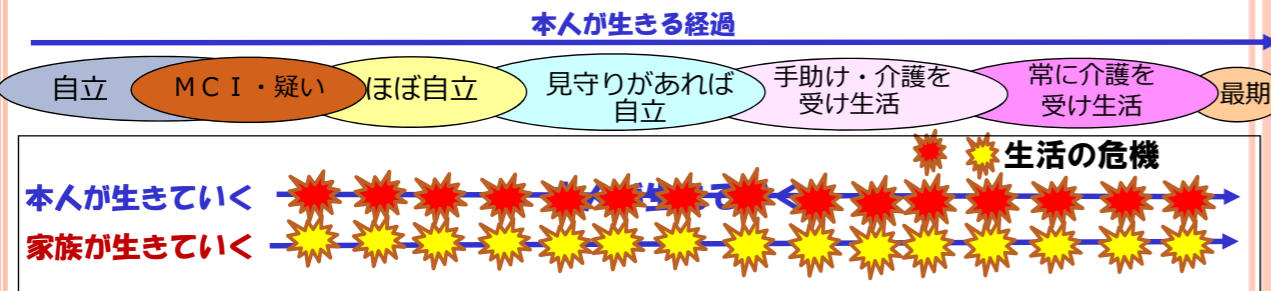


わがまちならではの、地域支援体制
* 本人が安心して元気に。
→ 家族も、みんなも、元気に。



認知症の本人からみると、どうだろう？

- * 本人は、長い経過の中で、様々な生活の危機に直面しながら暮らしている。
- * 本人からみて、施策/事業、取組が役立っているか？ 本当に必要なものがあるか？



認知症地域支援体制をつくっていくのは、誰か・・・

わがまちならではの、地域支援体制
本人が安心して元気に。
→ 家族も、みんなも、元気に。

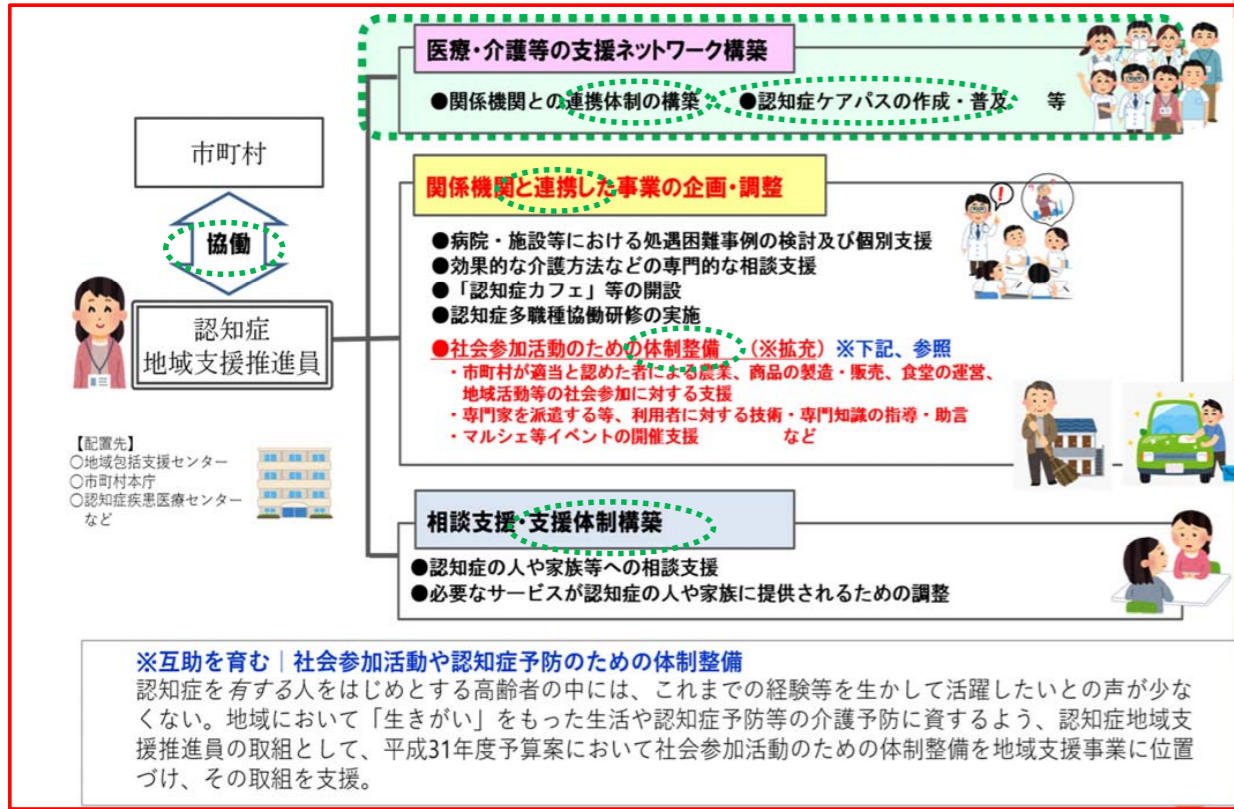


本人が参画しながら、地域のみんなと一緒に作る

そのための推進役が、行政＆推進員！

認知症地域支援推進員

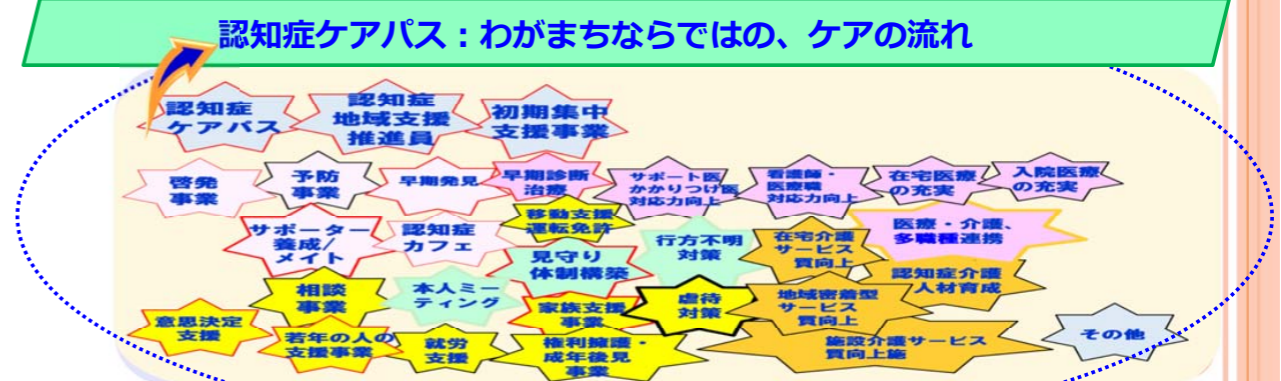
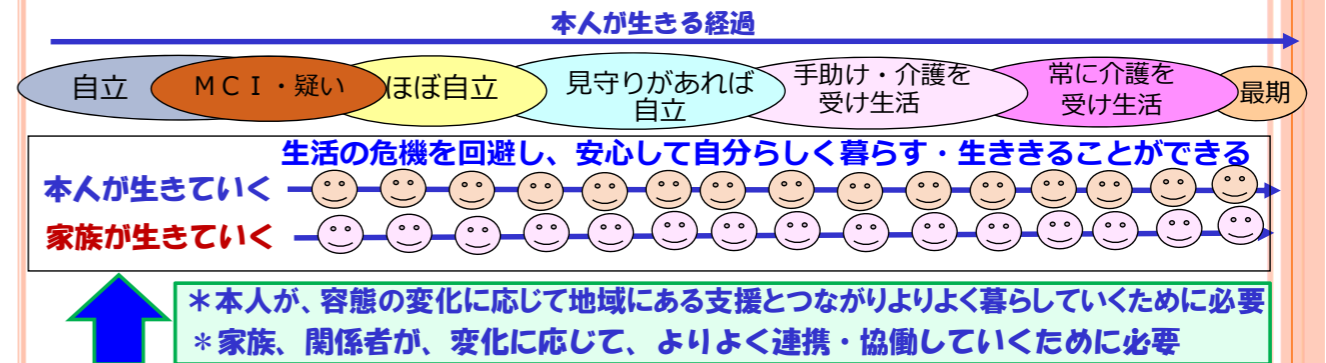
出典 厚生労働省資料



推進員：事業等の部分に関わるに留まらず、連携・体制・ケアパスを築く

認知症ケアパス：本人が、よりよく暮らしていくためのケアの流れ

地域支援体制を構成する様々な支援・サービスを、本人が進むステージにそってわかりやすく整理したもの



わがまちならではの、地域支援体制（全体的、統一的、持続的なしくみ）

「認知症ケアパス」とは？

- “Care Pathway”：ケアの道、ケアの流れ
本人が、発症後によりよく暮らしていくためのケアの流れ

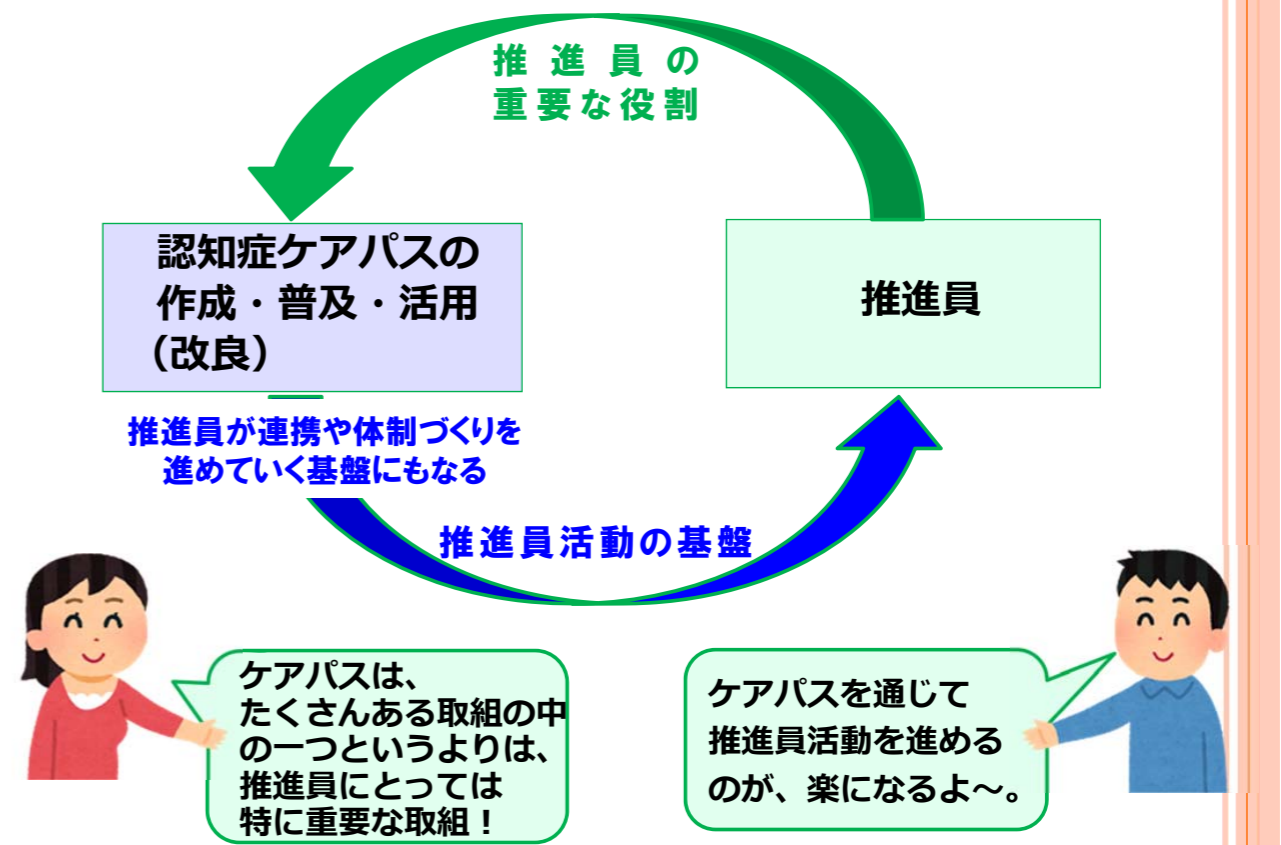
厚生労働省「今後の認知症施策の方向性について」
(平成24年6月 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム)

認知症の人やその家族が、
認知症と疑われる症状が発生した場合に、
いつ、どこで、どのような医療や介護サービス*を
受ければよいか理解できるよう、
標準的な認知症ケアパスの作成と普及を推進する

*平成24年2012年当時。特に新オレンジプラン以降は、
医療や介護サービス+多様な資源による地域支援

- 類義語と区別した理解・活用が必要
認知症クリティカルパス
認知症情報連携ツール など

認知症ケアパスと推進員の関係



2) 認知症ケアパスの考え方と推進員の活動

(1) 認知症ケアパスを考える上でのキーワード

① 認知症の人の「容態」

② 認知症の人が必要な支援

両者を意識しながら、
地域にある社会資源の整備状況を見直すことが必要！

① 認知症の人の「容態」

<認知症の症状と日常生活との関係>

- 認知症の疑い
- 認知症を有するが日常生活はほぼ自立
- 誰かの見守りがあれば日常生活は自立
- 日常生活に手助け・介護が必要
- 常に介護が必要



(平成25年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業
「認知症ケアパスを適切に機能させるための調査研究事業」版)

② 認知症の人が必要としている支援

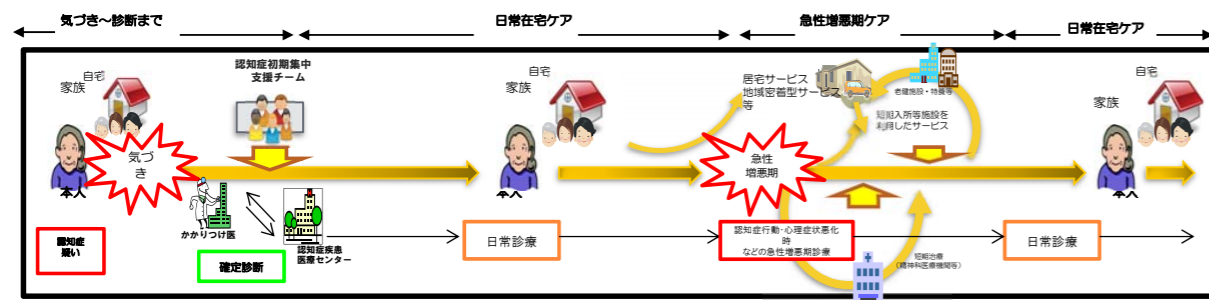
* 他にも様々ある。
* 暮らす地域によって様々。

<p>初期支援</p> <p>私の変化に気づいてくれる 私の不安や悩みを理解してくれる 私や家族を孤立させないでくれる</p>	<p>家事支援</p> <p>私ができることを続けられる 私ができない家事を手伝ってくれる</p>	<p>外出・買い物支援</p> <p>私が外出したいときに出かけられる 行きたいところに安全に出かけられる 自分で選んで買い物できる</p>
<p>介護予防・健康づくり</p> <p>心身機能の低下を防止できる おこりやすい疾病を予防できる 私が望む活動に参加できる</p>	<p>介護</p> <p>私の暮らし方に応じた最適なケアを提供してくれる 私の不安や混乱を解消してくれる 私の希望やニーズを的確に把握してくれる</p>	<p>困りごと支援</p> <p>私が困っていることに気づいてくれる 自宅で困ったときに支援が受けられる 外出先で困ったときに支援が受けられる</p>
<p>つながり支援</p> <p>私の家族や友人と良い関係を保つことができる 安心して共にすごせる仲間がいる 地域の人のつながりが保てる</p>	<p>安否確認・見守り</p> <p>定期的に私の様子を見に来てくれる 必要時に迅速に支援につないでくれる</p>	<p>仕事・役割支援</p> <p>私の能力を活かした仕事や役割がある 私が意欲を保ち続けることができる 生きがいや喜びを感じることができる</p>
<p>継続相談支援</p> <p>自己選択・自己決定が保障されている 私の価値観や自尊心を守ってくれる 私や周囲が安心感を得ることができる</p>	<p>医療支援</p> <p>初期から終末期まで切れ目なく見てくれる 私の病気を正しく理解し、診断してくれる 私にわかりやすく説明してくれる</p>	<p>家族支援</p> <p>家族の介護負担を軽減してくれる 家族の精神的な負担を軽減してくれる 家族の経済的負担を軽減してくれる</p>

資料：「認知症ケアパス作成のための手引き」（財形福祉協会）p.21より抜粋・一部変更

地域の認知症の人の生活/必要な支援

= 一人ひとりの認知症の人の生活/必要な支援の積み上げ



- | | | | |
|----------------------------|---------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Aさん 89歳
家族と同居
血管性認知症 | Cさん 64歳
家族と同居
前頭側頭型 | Dさん 84歳
日中独居
アルツハイマー型 | Eさん 94歳
家族と同居
アルツハイマー型 |
| Bさん 73歳
独居
アルツハイマー型 | Fさん 82歳
独居
アルツハイマー型 | Gさん 71歳
独居
血管性認知症 | 〇〇さん
.....
..... |

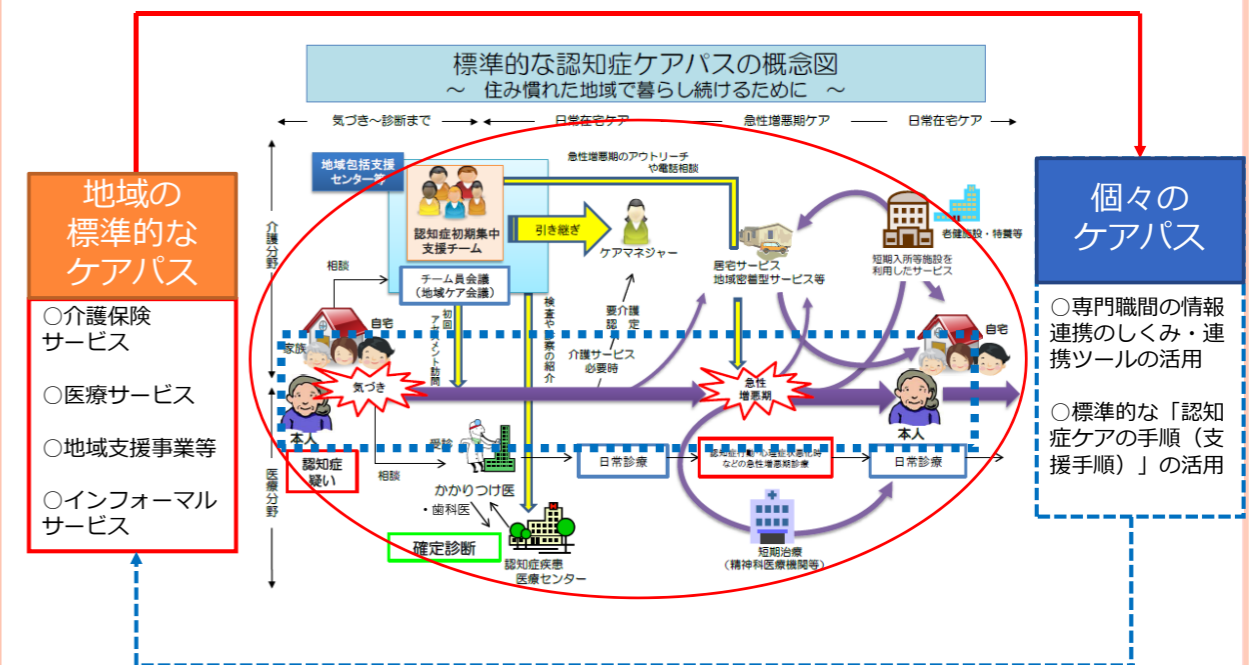
(2) 認知症ケアパスの種類

① 地域の標準的な認知症ケアパスと個々の認知症ケアパス

② 市町村の認知症ケアパスと各地域の認知症ケアパス

* 各地域包括支援センター単位、等

① 地域の標準的なケアパスと個々のケアパス



資料：「認知症ケアパス作成のための手引き」（財形福祉協会）p.10より一部抜粋

認知症ケアパスのメリット・活かし方

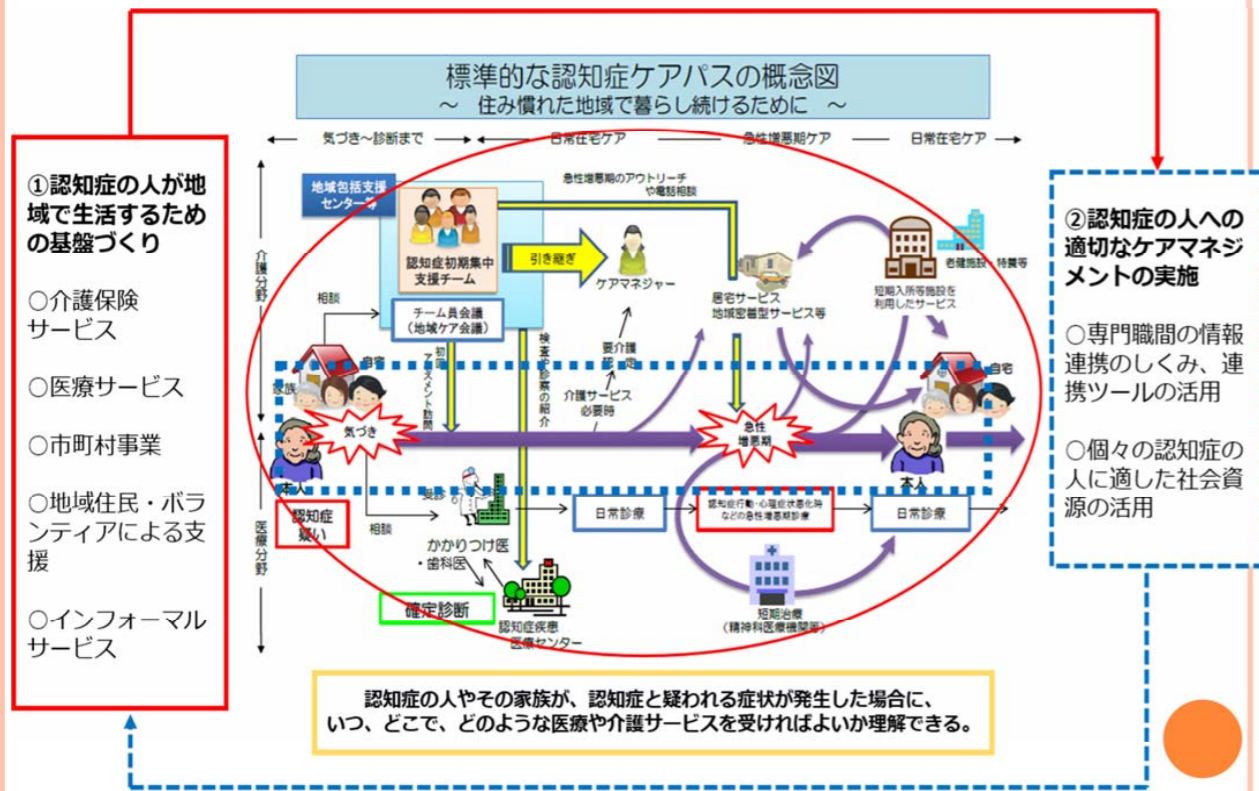
地域の標準的なケアパス

- **見える化・共有ができる**
地域にある様々な資源やつながりを、ケアパスを通じて見える化できる。みんなが共有できる。
- **説明を標準化できる**
本人や家族、様々な人に資源やつながりを説明しやすくなる。（職種や経験の違いを越えて）
- **資源や連携の課題の発見**
どの資源やつながりを強めていく必要があるかを見極めに役立つ。推進員としての活動の焦点を見出すために活かせる！

個々のケアパス

- **本人の資源・つながりの見える化・共有ができる**
一人ひとりが有する資源やつながりを見える化でき、本人と関係者が共有できる。
- **個の生活・支援の拡充**
固有資源と地域資源をフルに活かして本人の生活と支援を拡充できる。
- **将来の備え、継続支援**
今だけを見ずに先を見通し備えることができる。生活・支援の継続性を保ちやすくなる。
- **個を活かして地域を豊かに**
個々のケアパスの資源やつながりには、地域の標準的なケアパスにないものがある。他の人の支援や地域ケアパスをよりよくしていける。

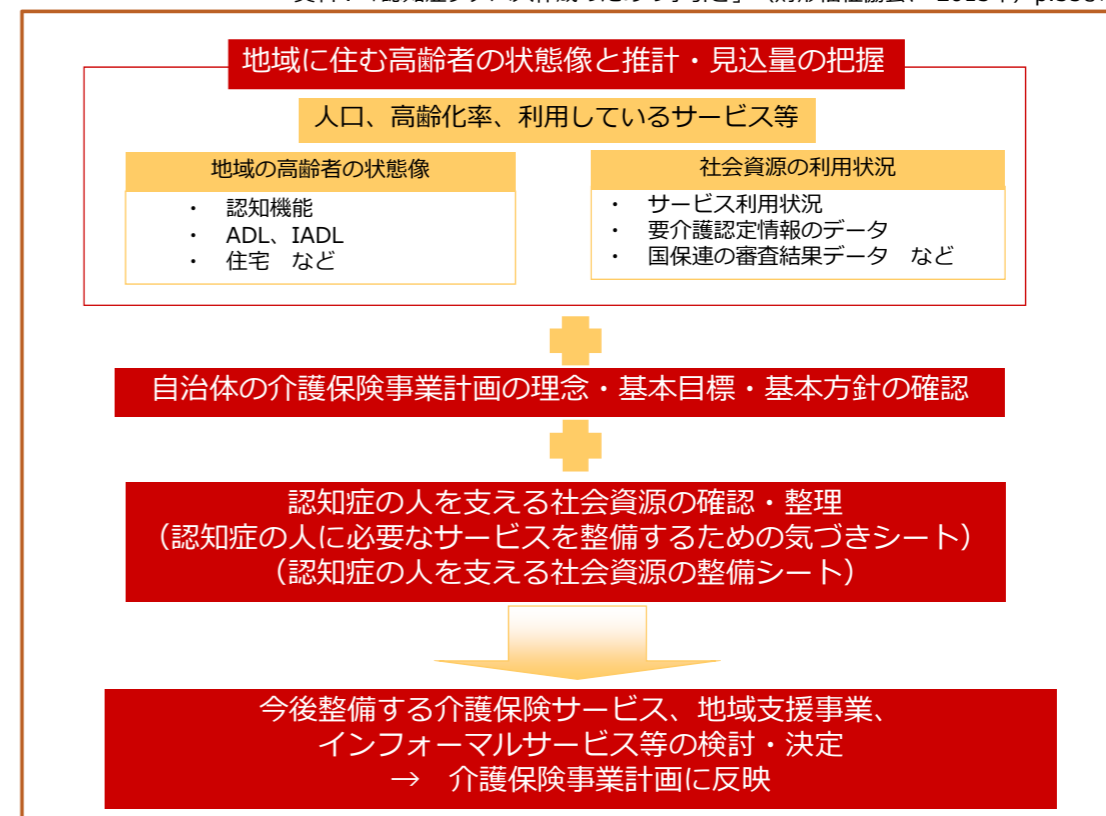
認知症ケアパスを作っておしまいにならないで、 ケアパスを地域と本人に活かしていこう。



資料:「認知症ケアパス作成の手引き」p10より抜粋・一部改変

(参考)地域の認知症高齢者の状態を踏まえた 社会資源整備の流れ

資料:「認知症ケアパス作成のための手引き」(財形福祉協会、2013年) p.35より抜粋



注:若年性認知症の人に関しても同様に。

認知症ケアパスの作成(改良)・普及・活用の 「過程」を活かすと推進員活動が充実していく

① 認知症の人が地域で生活していくための基盤づくり

- 出会いと連携を強める
これまでつながりのある人、多様な新たな人たちと出会い、連携を強める機会になる。
- 方向合わせ、仲間作り
認知症とともによりよく生きていける地域にしていこうと呼びかけ、仲間を増やす機会になる。
- 不足の確認・施策提案
どの時期に何が足りないかを、話し合っ確認。行政として、どこを強化していくべきか、施策の見直しや計画を提案していく機会にもなる。

② 認知症の人の適切なケアマネジメントの実施

- 活きたケアパス作り
認知症ケアパスを紙に描いておしまいにならない。一人ひとりがよりよく暮らしていけるための相談・協働での支援に活かす。
- ケアマネジメントの促進
ケアパスをもとに、多様な地域資源をフルに活かしたケアマネジメントの重要性を具体的に呼びかけていける。
「一人」の相談・支援体制づくりを丁寧に実施し、本来のケアマネジメントを地域に広げていける。

これまで、各々の自治体/地域において、地域包括ケアの視点に基づき、様々な取り組みや社会資源整備を行ってきたと思います。それらの成果を整理し、現在の整備数や利用者数を確認した上で、将来推計値を基に認知症の人を支えていく社会資源整備のために用いるのが「気づきシート」と「社会資源シート」です。

気づきシート(左)と社会資源シート(下)

支援の内容	認知症の疑い	認知症を有するが日常生活自立	認知症を有するが日常生活自立が困難	日常生活に手助け・介護が必要	常に介護が必要
介護予防・悪化予防	一人暮らし、一人暮らし、一人暮らし	一人暮らし、一人暮らし	一人暮らし、一人暮らし	一人暮らし、一人暮らし	一人暮らし、一人暮らし
生活支援	一人暮らし、一人暮らし	一人暮らし、一人暮らし	一人暮らし、一人暮らし	一人暮らし、一人暮らし	一人暮らし、一人暮らし
身体介護	一人暮らし、一人暮らし	一人暮らし、一人暮らし	一人暮らし、一人暮らし	一人暮らし、一人暮らし	一人暮らし、一人暮らし
医療	一人暮らし、一人暮らし	一人暮らし、一人暮らし	一人暮らし、一人暮らし	一人暮らし、一人暮らし	一人暮らし、一人暮らし
家族支援	一人暮らし、一人暮らし	一人暮らし、一人暮らし	一人暮らし、一人暮らし	一人暮らし、一人暮らし	一人暮らし、一人暮らし
緊急時支援(精神症状がみられる)	一人暮らし、一人暮らし	一人暮らし、一人暮らし	一人暮らし、一人暮らし	一人暮らし、一人暮らし	一人暮らし、一人暮らし
サービス利用状況	一人暮らし、一人暮らし	一人暮らし、一人暮らし	一人暮らし、一人暮らし	一人暮らし、一人暮らし	一人暮らし、一人暮らし

これらのシートは一般社団法人財形福祉協会HP (<http://zaikai.or.jp/>) からダウンロードすることができます。

【取組事例】市と委託包括に配置された推進員が協働で認知症ケアパスの作成(改良)・普及に推進員が取り組む

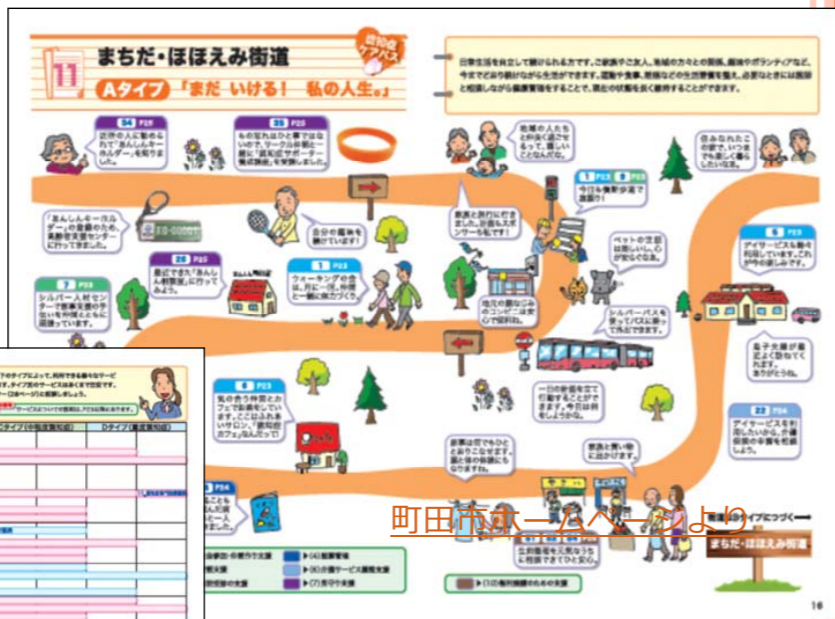
東京都町田市

- *ネーミングを大切に**
- ・市のビジョンを掲げる
 - ・認知症になってからの新たなイメージを
 - ・親しみやすく
 - ・誰にでもわかりやすく

***ビジュアルに**

10 タイプ別サービス早わかり表

サービス内容	サービス提供体制	サービス提供施設	サービス提供時間	サービス提供対象者
1. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	認知症対応型共同生活介護推進員	認知症対応型共同生活介護施設	24時間	認知症高齢者
2. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	認知症対応型共同生活介護推進員	認知症対応型共同生活介護施設	24時間	認知症高齢者
3. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	認知症対応型共同生活介護推進員	認知症対応型共同生活介護施設	24時間	認知症高齢者
4. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	認知症対応型共同生活介護推進員	認知症対応型共同生活介護施設	24時間	認知症高齢者
5. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	認知症対応型共同生活介護推進員	認知症対応型共同生活介護施設	24時間	認知症高齢者
6. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	認知症対応型共同生活介護推進員	認知症対応型共同生活介護施設	24時間	認知症高齢者
7. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	認知症対応型共同生活介護推進員	認知症対応型共同生活介護施設	24時間	認知症高齢者
8. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	認知症対応型共同生活介護推進員	認知症対応型共同生活介護施設	24時間	認知症高齢者
9. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	認知症対応型共同生活介護推進員	認知症対応型共同生活介護施設	24時間	認知症高齢者
10. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	認知症対応型共同生活介護推進員	認知症対応型共同生活介護施設	24時間	認知症高齢者



<https://www.city.machida.tokyo.jp/iryu/old/shiminnokatae/ninchishojoho/shitte.html>

【取組事例】推進員が初期集中支援チーム設置時の関係者と検討会議を続けその一環としてケアパスの作成、普及に発展。発信のあり方や目指す地域の姿が共有され、活動の基盤となる。

宮崎県日南市

- 住民に広く周知するためにケアパスという名称ではなく、「認知症ハンドブック」とした。
- 一人ひとりの「その人らしさ」を重視し、本人家族が早めに相談することを促すために、前向きで具体的な表現や、地元の本人・家族の声を盛り込むなど内容を工夫した。



市在住の本人・家族の手記を募集。地元の本人・家族の生の言葉を掲載することで、住民の関心が高まる。出前講座ではこのページを使い住民と話し合っている。

日南市在住の認知症の方々の思い、家族の思い

★本人さまやご家族の手記をそのまま掲載しています。

本人の手記から
私のことわすれないで下さい。私のことまだおぼえていますか。いつかまたおぼえておくれ。思い出、思い出、思い出、支えられ、たくさんの人に、支えられ、感謝ありがとう。
市在住 85歳 女性

本人の話から
ものを置かれた時に、なんでこんなことが分らないのか辛くなることがあります。物が見つからない時、どこに置いたか見つからない自分が悔しい。置いた時に乗り返って、「ここに置いた」と確認するようにしています。「これはここに置くもの」と決めるようにしています。昔、私はお母さんに「こんなことも分らないなんて、ボケたんじゃないの」と言っていました。う、自分がこうなって、お母さんにきつことを言っていたと申し訳ない気持ちになります。
市在住 80歳 女性

家族の声
将来的に、家族の負担の面をみなければいけないと思いつつ、できる限りの支援をしたいと思いつつ、様子を見て年々6回くらい通院している。家をさせたい、負担を軽くしたいと思いつつ、介護保険サービスを受け入れてくれないので、近所の福祉のみが頼りである。福祉はいる。一緒に生活すると疲れてしまう。無理強いはいけません。自分はこのまま様子みていくしか方がないと考えている。
市在住 85歳 男性

認知症地域支援推進員 活動事例集2019年3月版 p.9~p.12参照

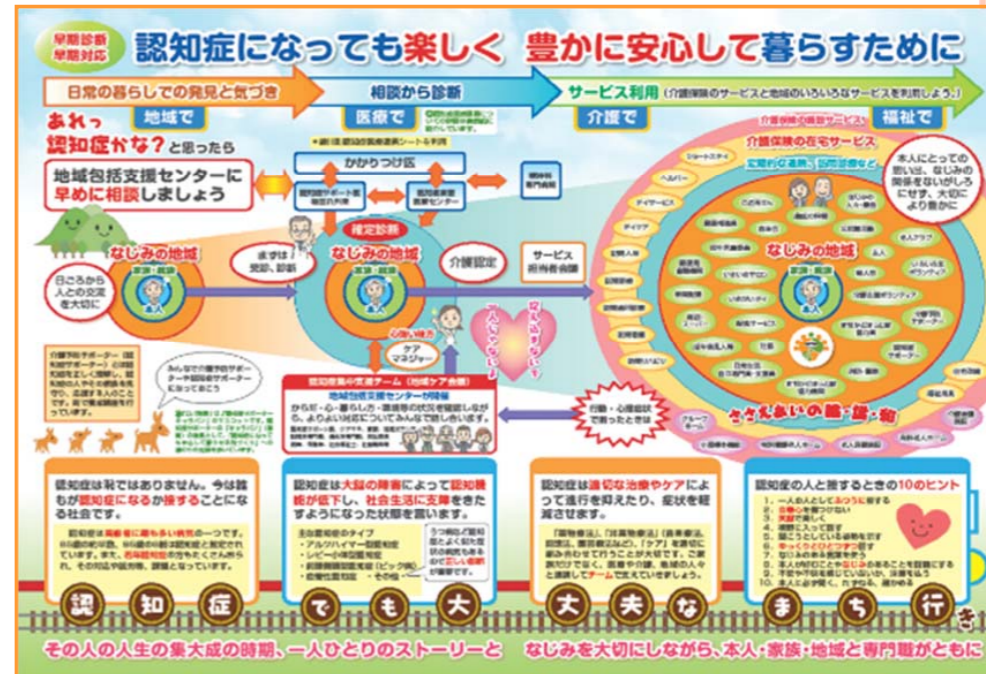
【取組事例】市(直営包括)の推進員が中心になって本人の声・情報と地域のケアパスが連動する仕組みを構築。

長崎県諫早市

<https://www.city.isahaya.nagasaki.jp/wpcontent/uploads/2017/07/b8ba8efc3e2f8878ae0b1cc48>

【取組事例】推進員が個別相談を積み上げながら、個別のケアパス作りを丁寧に進めながら、関係者と共に地域全体のケアパスを拡充させている。

香川県綾川町



認知症地域支援推進員 活動事例集2019年3月版 p.17~p.19参照

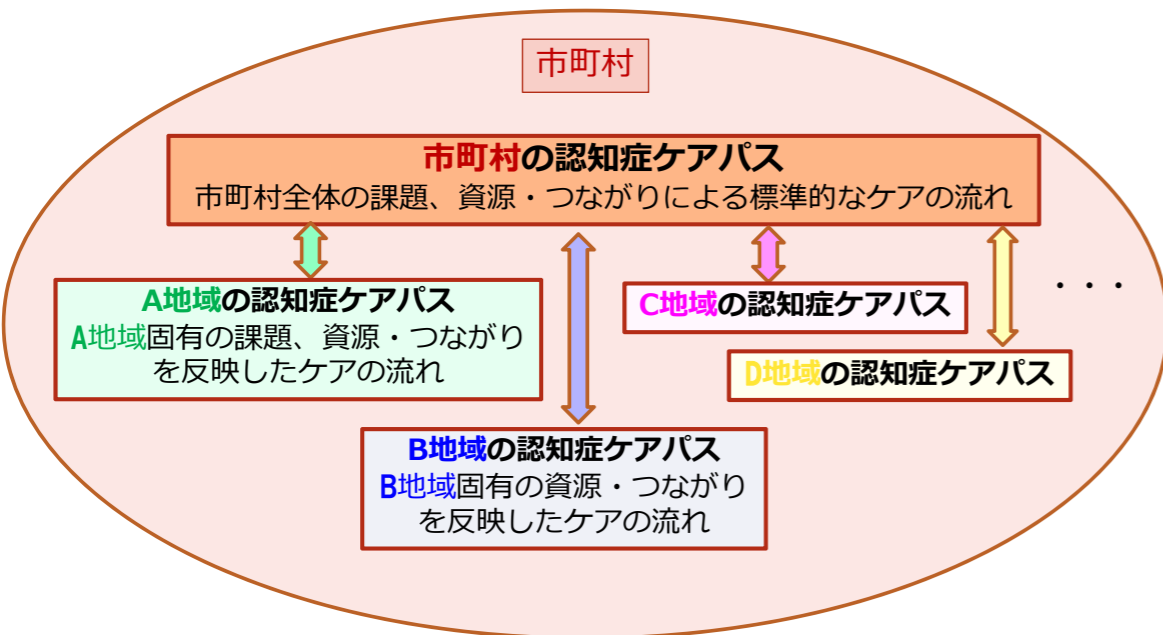
②市町村の認知症ケアパスと各地域の認知症ケアパス

- 同一の市町村でも、地域によって
 - ・ 固有の課題/必要な支援がある。
 - ・ 実際に活かせるものが違っている。
 - ・ 地域固有の資源・つながりがある。



地域をよくみると……。その地域によって、具体的な課題や必要な支援が違っている。その地域の人のためには、もっと肌理の細かいケアパスがあるといいなあ。

市全体としては、資源がいろいろあるようだけど実際には、利用が難しい地域がある。逆に、その地域ならではの資源があったりするぞ。



* 市町村全体の標準的なケアパスをまず作り、それを踏まえつつ、各地域包括に配置された推進員が、各地域版のケアパスを作る動きが活発になっています。

→市内の全地域で一斉につくらなければ…と構えずに、必要な地域、できる地域から。

【取組事例】 市全体の標準的にケアパスをもとにしながら推進員が中心になって地域版のケアパスを作成

宮城県仙台市沖野地域包括支援センター



- 町内会長、民生委員、サロンの代表、圏域の介護事業所、開業医、薬局、警察、消防、区に加えて、商店会、コンビニ、スーパー、金融機関の人たちにも参画を丁寧に呼びかけた。
- 皆が意見を出し合い、親しみやすくわかりやすいケアパスを作成。

★住民自ら気づき、自ら言葉を発した体験が、その後の本人を支え合うつながりに発展。

認知症地域支援推進員 活動事例集2019年3月版 p.13～p.16参照

ご参考までに…

多くの市区町村が、認知症ケアパスを市のウェブサイト等で公開しています。

★他の市区町村が作成したケアパス等の資料を引用する場合は、出典を明記しましょう。

→担当者（推進員等）に一報を入れ、ケアパスを参考ににするだけでなく、情報交換し合えるつながりをつくる機会にしましょう。

* 引用されることは、推進員の大事な実績（成果）であり、その市区町村にとってのPRのいい機会にもなります。

3) 認知症の人の容態に応じた適切な連携とネットワーク作り

連携・ネットワークづくりのポイント

①本人を中心に、地域の人と専門職がつながりあった多資源のネットワーク作りを

→認知症の人の生活に関わる人たちは多種多様

- 自分の一日の生活の中で、関わっている人を考えてみよう
<例>

家族、近所のAさん、駅員さん、職場の同僚・上司、
近所のスーパーの店員さん、マッサージの先生、
花屋のお姉さん、近所のBさんご夫妻

★多様な資源に視野を広げよう

- ・いつも同じメンバーで動いてしまっていないか・・・
- ・うちの地域にはいない、難しいと思いこんでいないか。

<多資源によるネットワークのイメージ>

本人のなじみの人、地域の人 + 地域にいる多様な専門職 = 新たな解決力



連携・ネットワークの種類

- 地域全体の認知症の人を支える連携・ネットワーク

<例>

- ・見守りネットワーク
- ・安心まちづくり連絡会

- 個々の認知症の人を支える連携・ネットワーク

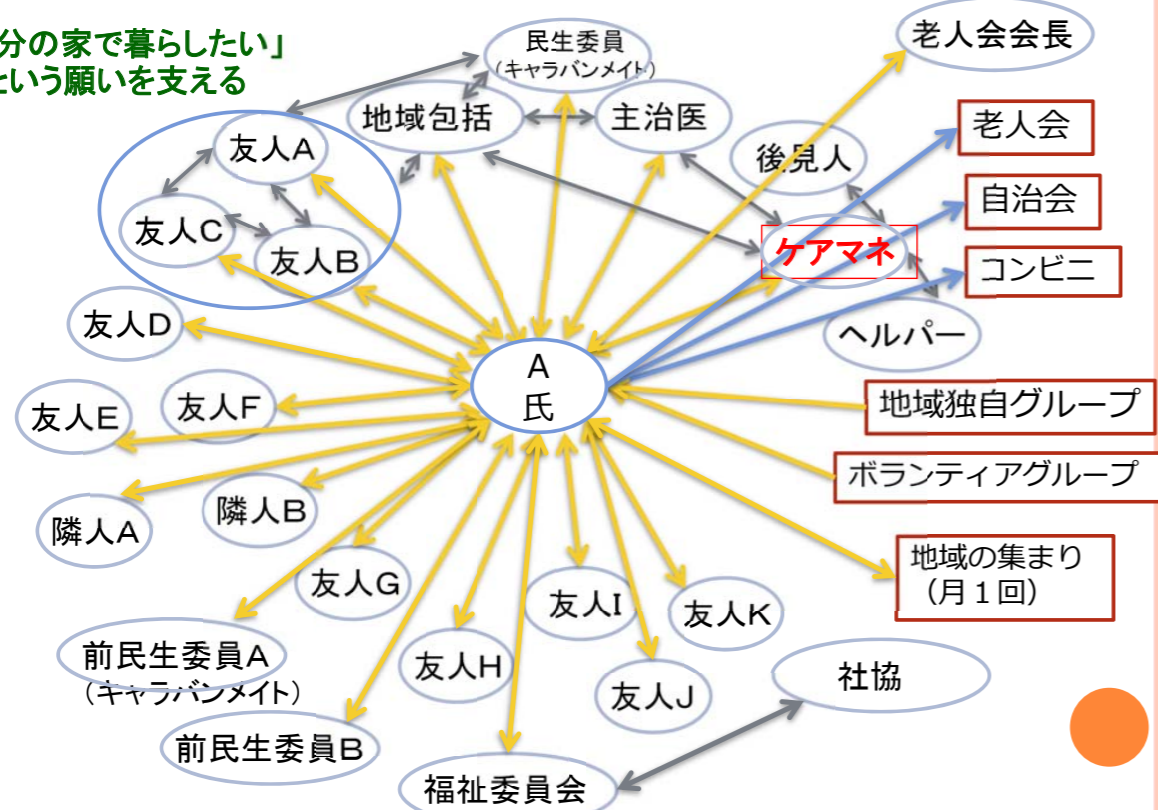
<例>

- ・日中独居のAさんを見守る
- ・認知症の疑いのあるBさんを受診や支援につなげる

- 事業を実施するに当たっての連携・ネットワーク

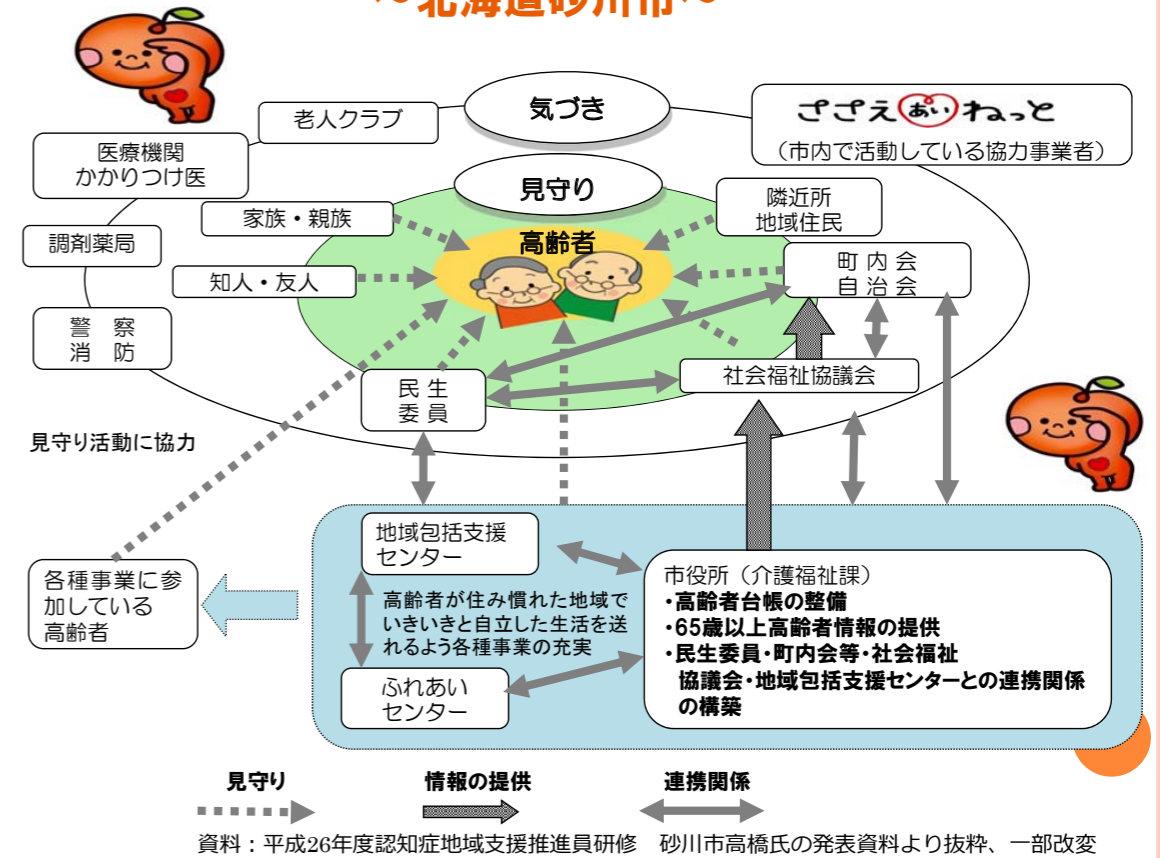
個々の認知症の人を支える連携・ネットワーク ～兵庫県川西市～

「自分の家で暮らしたい」という願いを支える



資料：平成26年度認知症地域支援推進員研修 川西市森上氏の発表資料より抜粋、一部改変

地域全体の認知症の人を支える連携・ネットワーク例 ～北海道砂川市～



資料：平成26年度認知症地域支援推進員研修 砂川市高橋氏の発表資料より抜粋、一部改変

参考 (平成26年度認知症地域支援推進員研修 山鹿市 佐藤アキ氏資料をもとに一部改変)

地域の仲間たち

友人	銀行・郵便局	かかりつけ医・歯科医、歯科衛生士
本人が行きつけの場の人	コンビニ	多種の専門医
趣味の仲間	スーパー	薬局、薬剤師
同級生・同窓生	ショッピングセンター	栄養士、PT,OT,ST等
元同僚・同志	商店街	認知症専門の看護師、
地域住民	飲食店・喫茶店	若年性認知症コーディネーター
民生委員	ファストフード	生活支援コーディネーター
自治会長	弁当屋	介護職、認知症介護指導者
食生活改善員	カラオケ	相談員、ケースワーカー、PSW
公民館(長)	パチンコ店	介護事業所、事業者連絡会
地区社協	電車、バス、タクシー	運営推進会議
福祉協力員	運輸	社会福祉協議会
老人クラブ	宅配業者	市役所窓口、行政の多様な部署
ボランティア	ガソリンスタンド	保健センター、福祉事務所
大家・管理人	乳飲料配達	消費生活センター、ハローワーク
子ども・学生	農園	家族の会、本人の会
PTA	土木、園芸業	電話相談
	ホテル、温泉	警察 消防署、消防団
	神社、お寺、教会	弁護士・司法書士、市民後見人
	地域の多様な領域	学校 図書館、郷土博物館

自分のまちにならではの、仲間たちがいる。

連携・ネットワークづくりのポイント

②地域の中で出会い、同じ方向を向いて一緒に動いていくための話し合いを

★地域の中には、つながって一緒に取組みたいと願い、そのきっかけを待っている人たちがいる。

★出会い、付き合い、話し合うことを大切に。関係者間で、連携・ネットワーキングの目的とめざす姿を共有しましょう！

→それぞれの得意がある。活かしかおう😊

【ネットワークを生み出すための「出会いと話し合いの機会」を作るポイント】

【企画・準備段階で】

- ①一人が進めず、賛同者と一緒に。
 - * 推進員だけで進めるのではなく、「こうした集まりを開きたい」ということに賛同する人を見つけ、企画段階から一緒に話し合いながら進める。
 - * どの地域にも、長年、ネットワークを地道に育ててきている人がいる。ボタンをかけ違えないよう、それらの人たちに会いにいき、推進員の役割や集まりのねらいを丁寧に説明し可能な範囲での協力をお願いする。
- ②大がかりではなく、できる範囲で、まずはやってみる。
 - * 最初は少人数でもいい。やりながら少しずつ参加者を増やしていく。
- ③参加者を幅広く。
 - * 「出会いたい」「話し合いたい」という地域の有志の人たちが出会える(小さな)きっかけをつくる。
- ④気軽に参加できるように、参加の呼びかけは、堅苦しくなく、楽しいモードで
 - * 従来の会議や検討会ではなく、仲間づくりのための集まりという点をPR。
 - * 知り合いにも立場を超えて声をかけ、誘い合っでの参加を呼びかける。

【ネットワークを生み出すための「出会いと話し合いの機会」を作るポイント】

【当日～その後】

- ①堅苦しくなく、「楽しく」話し合える環境や雰囲気をつくる。
- ②参加型で。
 - * 当日の設営や進行、撤収等、できるだけ参加者にも協力を呼びかける。
- ③何のために集まったの話し合いなのか、目指す方向*をゆるやかに伝える(方向合わせ)「認知症になってからもよりよく生きていけるわが町」に向けて
 - * 本人視点で、自分事として、立場や職種を越えて、わが町のこれからを一緒につくる
- ④参加者一人ひとりが大切であることを呼びかけ、対等に、自由な発言を。
- ⑤ふだんの仕事や立場だけに限らず、各自が自分の好きなことや個性を出しながら、人と人として出会い、つきあえるように(互いをわかり合えるように)
- ⑥問題点にとらわれすぎず、一緒にやってみたいこと・できることに関して自由にアイデアを出し合う。
- ⑦話しあったことをわかりやすくまとめ、共有する。記録に留め、一步一步先に進む。
- ⑧話し合っておしまいにせず、すぐできそうなことから一緒に動いてみる。
- ⑨単発の話し合いではなく、「集まりたい」人たちが継続した話し合いの機会を作る。
(小さな) やって見たこと、工夫・知恵、成功体験、課題、つながりの共有を。

推進員になった当初、自分だけで課題や活動企画を考えずに、まずは、地域の専門職・住民に呼びかけて、出会い、一緒に話し合おうと呼びかけた集まり。

こうした機会を求めていた人が予想以上に多く、様々な人が参集した。その後の活動やネットワークを作っていく大事な一歩になった。



【取組事例】 圏域別地域ケア会議を活かしたネットワーク作り

群馬県太田市尾島地域包括支援センター



「いつまでも暮らし続けられる地域を目指して」を年間テーマにして、専門職とケアマネジャー・介護職が「つながり方」を一緒に考えるグループワークを継続的に開催。

「顔の見える関係」から一歩進んで、「声のかけやすい関係」になると共に、一人の人を自分事として「一緒に支えあおう」という共助の意識が育ってきている。

認知症地域支援推進員 活動事例集2019年3月版 p.21～p.24参照

【取組事例】 好事例に注目！小地域ケア会議で育つ活ネットワーク

東京都板橋区上板橋地域包括支援センター



困難事例から地域をみるのではなく、好事例を通じて、住民と専門職が相互理解を深め、認知症の人を地域で共に支えるヒントをつかもうと考えた（発想の転換）。

参加者全員で支援状況や疑問等を付箋に記入。

内容ごとに分類整理。次に、付箋を本人中心のエコマップに布置。

ご近所の支え合う力が浮上。住民が自分たちの支える力に気づき、その後住民から専門職への情報提供が増えている。

47

【取組事例】 優先度の高い地域課題（運転支援）を通じた垣根のないネットワーク作り

北海道千歳市 認知症疾患医療センター＋千歳市北区地域包括支援センター

運転寿命の延伸

+

返納後の支援

=

認知症でも、
そうでなくても
暮らせる地域

推進員が調整役となり、医療法人や大学等と「介護・認知症予防ネットワーク」を立ち上げた。

多様なリハ職、自動車学校、警察、包括、疾患医療センター等と、直接顔を合わせ、本音で語り合え、分かり合える関係を育ててきている。

「自分たちが高齢者になった時に住みたい街のシステムになっているか」を重視し、高齢者運転について、それぞれの専門性を活かしつつ、予防から返納後の生活まで様々な機関が関わり重層的な支援になるよう検討。関係機関に利用者数や営業利益などメリットがあるWin-Winの取組を心掛ける。

必要そうならとりあえず動く。

推進員は調整役・仲間の一員の立場。

頑張らずに、一緒に楽しむことをモットーにしている。

そのつきあいを重ねる中で、他のメンバーの自発的な取組が増大し、推進員が受け持つ役割は、減少しつつある（仲間の力で楽に）。



連携・ネットワークづくりのポイント

③本人が参画した多資源ネットワーク作り

- ★支援者側がだけで進めるのではなく、これからは認知症の本人自身がネットワーク作りに参画できるように調整や後押しが重要。
- ★話し合いや何か活動をするときには、「本人を抜きに進めない」。このことを推進員が提唱しながら、自ら実践していこう。
- ★認知症の初期段階はもとより、本人の意思が軽視されがちな中重度になった段階でこそ大切に！

【取組事例】 「家に帰りたい」と願う本人が参加した退院前の話し合いを通じて自宅退院が実現。それを支える多資源のネットワークが生まれた

福岡県大牟田市



* 高齢で認知症、独居の人は、入院すると病態が落ち着いても、「自宅への退院は困難」と周囲が判断し、転院や入居になるケースが多い。

* 「帰りたい」という願いがある本人が自宅に帰れるように支えられないか。

→退院後の行き先等について話し合う集まりを本人の自宅で開き、本人が参加できるように調整や後押しを行った。

* わが家での本人は、病院にいる時の姿からは想像できないほど堂々と落ち着き、専門職には驚き。

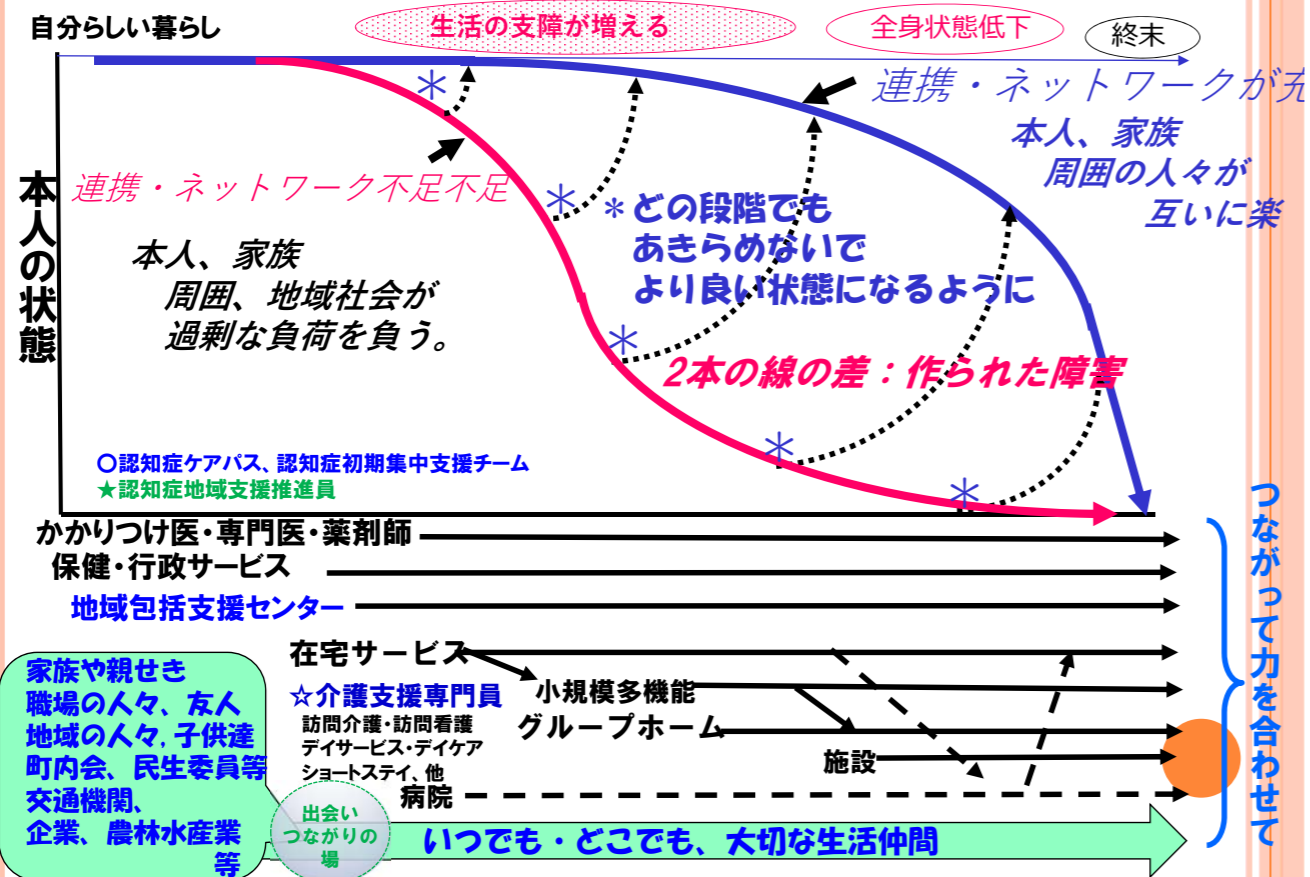
* 「帰りたい」という本人の生の声や姿に触れた地域の人たちも、「帰ってきてくれるのならうれしい。みなさん（専門職）がいてくれるなら、わたしたちのできる範囲で」と。

* 本人が参加したことで、「自宅に退院」という方針にみんなが賛同できた。院内外の医療・介護職、そして地域の人たちが一緒になって退院前の玄関周りの掃除、退院後の見守り・連絡をとりあう体制が生まれた。

* 一人の成功例をきっかけに、在宅復帰する人が増えており、一人ひとりを通じて、多資源での支援ネットワークが育ってきている。

認知症:長い経過をたどる。

連携・ネットワークを育てて、一人でも多くの本人が彫りよく暮らせるまちに。

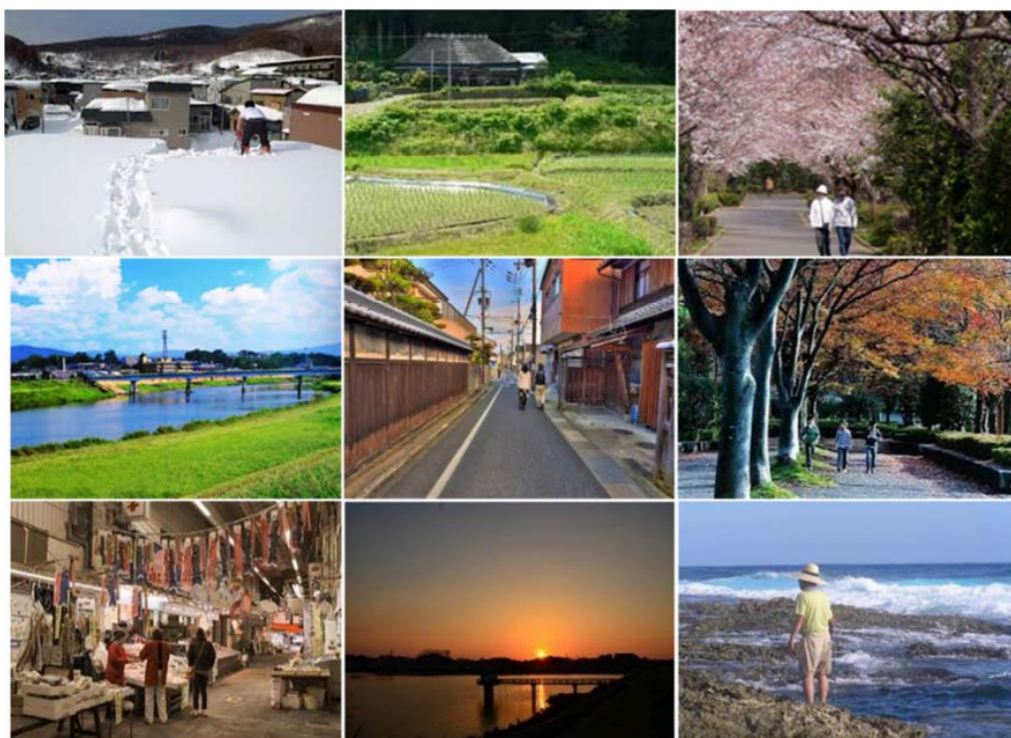


2019年度認知症地域支援推進員研修【新任者研修】
 II 認知症の人とその家族の地域支援体制の構築～認知症
 対応力向上の支援や社会参加活動の体制整備も含めて～
 『支援体制構築(講義)』

認知症の人とその家族を支える 地域支援体制の構築の推進



認知症介護研究・研修東京センター



それぞれの地域なりの資源を活かして
 一人ひとりが自分らしく生きられるように。

この単元のねらい

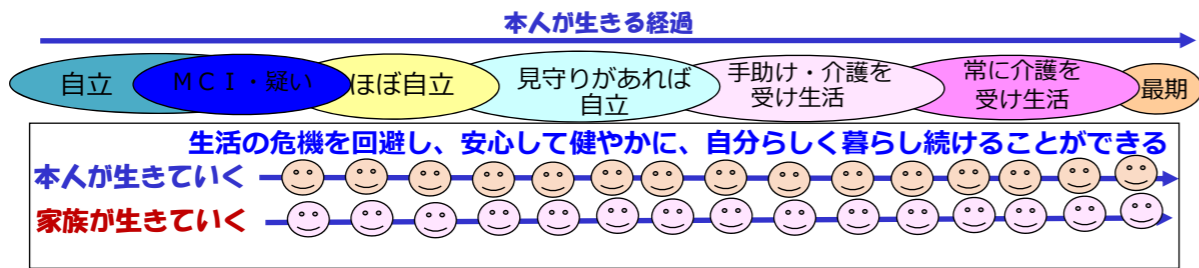
- 認知症の人と家族を地域で支える支援体制づくりのポイントを理解する。

【主な内容】

- 地域支援体制づくりのポイント
- 啓発や研修を通じた地域の認知症対応力向上の推進、認知症の人の社会参加活動を推進するポイント

再確認！ 認知症施策で重要なことは・・・

本人の視点にたつて、地域支援体制を築いていくこと
 ★目的:本人が、安心して健やかに、地域の中で自分らしく暮らし続けていける



わがまちならでの、地域支援体制 *本人が安心して元気に。 →家族も、みんなも、元気に。



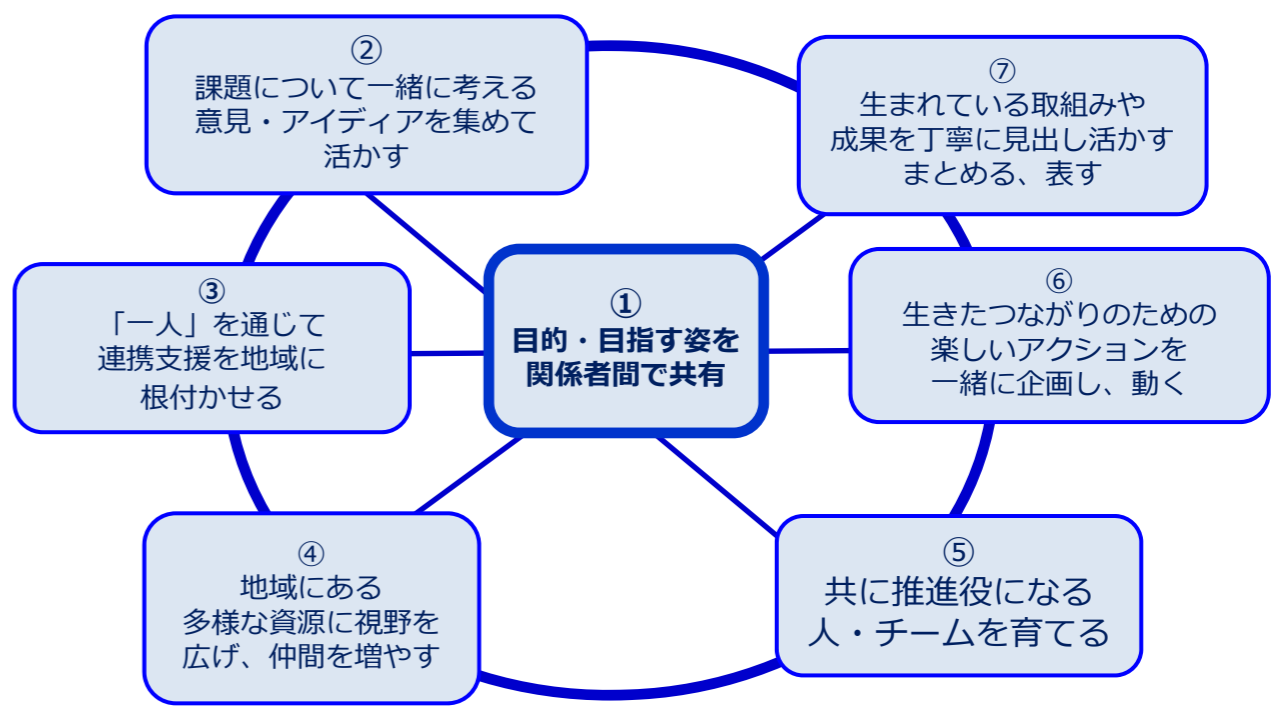
認知症の人と家族を地域で支える
 支援体制づくりのポイント

～関係者の認知症対応力の向上や認知症本人の社会活動参加の推進もはかりつつ、支え合う体制をつくる～



これまでの推進員の取組みに学ぶ

支援体制づくりのポイント (主な点)



①目的・目指す姿を関係者間で共有



認知症の人を支える様々な人が立場、職種、価値観の違いを越えてつながり、「当事者に役立つ連携」をしていくには、意識合わせが不可欠。

- * あなたのまちの目的・目指す姿は・・・
- * 飾り物にせず、あらゆる機会に、具体的に語り続けよう
- * 問題が大きい時ほど、目的・目指す姿に立ち戻ろう
ひるまずに・・・

やること: 仲間とともにめざす地域をイメージしよう

地域に住む一員として、専門職として、どんなまちにしたいか、私たちが望む地域の姿を描く。

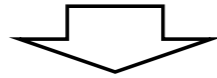
(例) 認知症になっても、地域から排除されないで、あたりまえの暮らしが続けられるまち。

安心して外出でき、安全に家に帰れるまち。

認知症になった時の備えができて、認知症になることを恐れなくてすむまち。

医療や介護サービスがちゃんとつながって切れ目なく支えてくれるまち。

- そのすべてを実現できなくても、介護や医療や生活支援に携わる人たちが、めざす姿にむかって一緒に考え、少しずつでも前を向いて取り組んでいく。

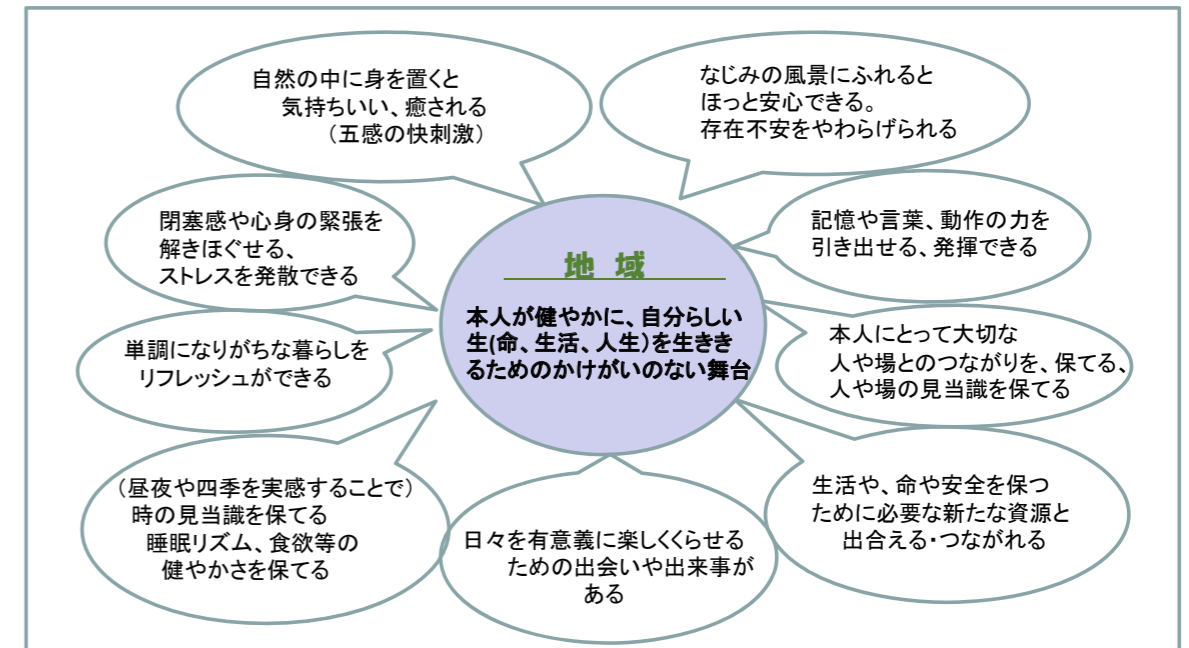


これが、小さな「地域包括ケア体制」のはじまり

めざす姿のキーワード

- 認知症の本人が、**地域の中で**よりよく暮らす
 - 予防(備えて)、よりよい状態・暮らしを保って健やかに
 - 本人が有する力を発揮・伸ばしながら(活躍)
- 地域の中で**共によりよく暮らす(共生)
 - 本人と多世代の人がともに
 - 本人と多分野の人がともに

本人の視点にたって、「**地域**のかけがえのなさ」を確認・共有しよう！
⇒住民、医師や医療・介護専門職に「**地域**」の価値を伝える



めざす姿

- これまでめざしてきた姿
- これから先、目指していきたい姿

自分の地域の未来を見据えながら地域の様ざまな人と今こそ語り合おう。

②課題について一緒に考える
意見・アイデアを集めて活かす

- ・専門職の集まり、会議、検討会の機会に
- ・地域住民の集まり、講座等の機会に
- ・専門職と住民が集まる機会をつくって

*できるだけ
(小) 地域で、その地域の課題について
具体的に話し合うことが肝心
⇒他人ごとではなく、この地域の
自分ごととして、真剣さが高まる
一体感、つながりが生まれる
主体性、持続的な活動が生まれる



*伝えておしまい、話し合っておしまいにせずに
意見・アイデアを丁寧に集めよう。

- これからのこのまちで、
- ・各自ができそうなこと、一緒にやってみたいことは何か。
 - ・すでにやってみはじめていることは・・・

連携や支援の
具体的な種が
たくさんみつか

地域住民・関係者の
関心・意欲の高さを
確認・共有していく
ための重要な証拠に
なる

推進員といっしょに
取組みを進めていく
地域のリーダー役・
成りうる人を発見
できる

集めた意見・アイデアをわかりやすい資料にし、
連携・支援の呼び水にしよう

③「一人」を通じて連携支援を地域に根付かせる

*たくさんのケースに直接関われないが「一人」でいいので、
じっくり関わり、関係者とも話しあい、一緒に動いてみる。

*数をこなしているだけでは気づけないでいる
当事者の体験、思いや不自由、力、希望
地域とのつながりの実際、課題、可能性を
具体的につかんでいく。

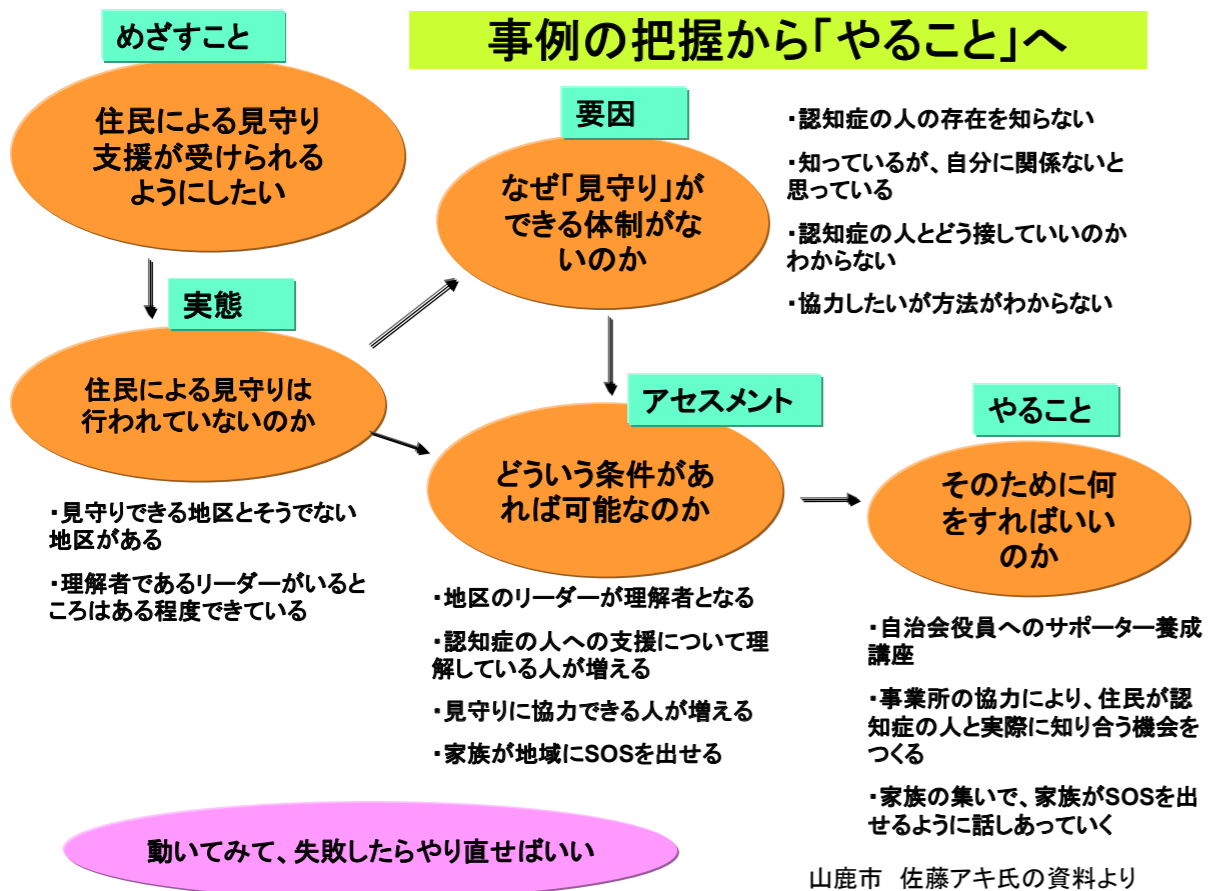
- ⇒「本人が地域の中でよりよく暮らしていけるために」
「できること」を関係者と洗い出し、関係者が動き出す
後押しをする。必要なつなぎをつくる支援をする。
- ⇒やってみたことで生まれた変化を、当事者、関係者と
話しあい、(小さな)成果と課題を丁寧に把握する。
- ⇒生まれたありのままを、見える化する。

具体的な手がかりや可能性を実感的に知ることができる。
考え方や支援のあり方を伝える機会になる。
その後の推進員活動を進めて行く上での活きた「力」になる。

地域でおこる様々な事例を丁寧に活かす

- ・デイサービスを利用していても、夕方以降に「徘徊」して行方不明になり、何度も警察に保護されている。「なんとかしなさい」と言われ入院か施設入所を迫られ家族が困っている事例
- ・一人暮らしで鍋焦がしがある。火事を起こしそうなので、施設に入れて欲しいと言われる事例
- ・ゴミ出しのルールが守れないでゴミ屋敷になっている、近所に「物を取られた」と怒鳴り込み、トラブルになり、近隣住民から苦情のある事例
- ・認知症の夫を介護していた妻が入院や要介護となり、二人とも「家で暮らせなくなる」事例
- ・知的障害や精神障害を抱えたまま高齢化して家族がいなくなり「介護保険でなんとかして」と言われてくる事例

なぜこのようなことがおこるのだろうか？
どうしたら、このような人たちが追い詰められず地域で暮らしていけるだろうか？
誰と話し合えば前に進むのだろうか？
個々の事例を通して「実態」を知り、そこから必要な支援を考えることが重要。



④地域にある多様な資源に視野を広げ、仲間を増やす

- ・ 推進員ひとりで事業や支援体制を作ることはできません。まず仲間をつくろう！
- ・ 行政の担当者も当然ながら、今、地域にあるさまざまな資源から！（ボランティア、住民団体、医療機関、サービス事業者、社会福祉協議会、企業、商店などなど）
- ・ サービス事業者の中にも、仲間になれる人材がたくさんいる。
- ・ 垣根をつくらず、肩書きにとらわれずに、1人でも2人でも話のできる人を見つける。
- ・ 「認知症」の枠だけで考えず、「まちづくり」の視点で広くとらえて。

一緒に地域づくりを行うパートナーに

山鹿市 佐藤アキ氏の資料を一部改変

地域支援推進員の強み

そこに「現場がある」こと

- ・ 認知症の人と会うことができる
- ・ 認知症の人の声を聴くことができる
- ・ 認知症の人とつきあうことができる
- ・ 地域の介護・医療の専門職ともつきあうことができる
- ・ 地域住民ともつきあうことができる

個別ケースでの支援や「顔の見える関係」の積み重ねから見えるものが「実態」

声を聴かないとわからない。つきあわないとわからない。

つきあうと見えるものがある。そこから「やること」ができる。生きた支援・連携、施策化へ

山鹿市 佐藤アキ氏の資料より

町のあらゆる人が、認知症の人と家族の見守り・支え手
→人から人へ活きた関係を紡いでいく 現場に出向きながら

<p>▶自治会 ▶民生・児童委員(協) ▶(地区)社協 見守り協力者、集落支援員、婦人会、老人クラブ 地域の長者 ▶消防団、防犯・防災メンバー 祭の関係者 ▶寄り合いどころ(地域サロン等) ▶町の趣味・文化・運動サークル、 ウォーキング好き、ラジオ体操の会 ▶犬の散歩仲間、動物 ▶未就園児母子、子ども会、学童クラブ ▶子育てサークル ▶青年部、若者/グループ、団塊の世代 ▶ボランティア(地元の会)施設慰問グループ ▶介護者の会、家族の集い NPO ▶同級生つながり、同僚つながり など</p>	<p>▶個人商店(八百屋、魚屋、肉屋等)、スーパー、コンビニ、コープ 直売所 ▶飲食店 ホームセンター、大工、お寺 ▶薬局 ▶理美容店 ▶針灸院、整骨院、マッサージ ▶宅配業者、新聞店配達、ヤクルト、牛乳、ゴミ回収業者 ▶タクシー、バス、駅・鉄道、トラック、ガソリンスタンド ▶銀行、信用金庫、郵便局 ▶カラオケ、パチンコ ▶農家、農協、連協、商工会 ▶工場、倉庫</p> <p>地元企業</p>
<p>▶近くの大学 ▶高校 学校 ▶中学校 ▶小学校 ▶保育園、幼稚園 送迎バス 子供たち 先生たち PTA</p>	<p>▶多様な医療・介護・福祉事業所 ▶市職員、地域包括支援センター ▶保健センター ▶老人福祉センター ▶公民館 ▶消防本部 ▶警察 など</p>

民 産
学 官
本人・家族

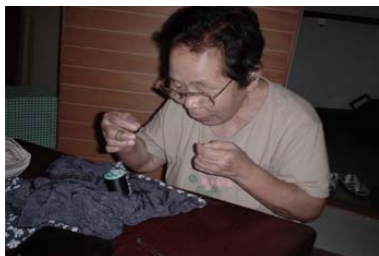
わが町の場、自然、季節、文化、産業等

参考・富士宮市資料

★領域を越えたつながりが、新たな解決力を生む：専門職・行政職も地域の一員
★本人、家族も、地域支援・体制づくりの大事なパートナー！

支えられる一方ではなく、地域で働き、地域を支える一員として
地域を舞台に活躍する姿

ちょっと見守り支えれば、まだまだできる、働ける！



地域の人の繕いもの役



忙しいお隣の草取り



町の花壇ボランティア



保育園の助っ人役



子供を守る:散歩中に
防犯パトロール



ご近所の掃き掃除
町内会から表彰状

生き活きた本人の姿が、地域の人々の理解と支援を広げる。

⑤共に推進役になる人・チームを育てる

日々の中での支えあいひろがっていくためには

＊地域の人たち(専門職も含む)が自ら考え、
 動く力・支えあう力を伸ばしていくことが大切。
 ⇒そのためには、それぞれの小地域で、
 その推進役となる人たちが不可欠！



＊推進役として伸びていく貴重な人材が
 町の中にいる！きっかけ・出番を待っている。
 ⇒実践的に学びあい、一緒にアクションをしながら
 わが町をよりよくしていく推進役の仲間
 (人・チーム)を、年々(少しずつ)増やしていく。
 ⇒その小地域ならではの地域支援・体制づくりが
 持続発展的に進む



地域人材・チーム育成
プログラムを自治体が
事業化し、毎年継続
している市

※担当者が代わっても推進チームが育っていると取組みが継続

参考

当事者とともにつくるまち

富士宮市



認知症の本人たちが
キャラバンメイトに！！



地域の認知症の勉強会や専門職向けの講演、
各種事業の実行委員会等への本人参画を進める

仙台市



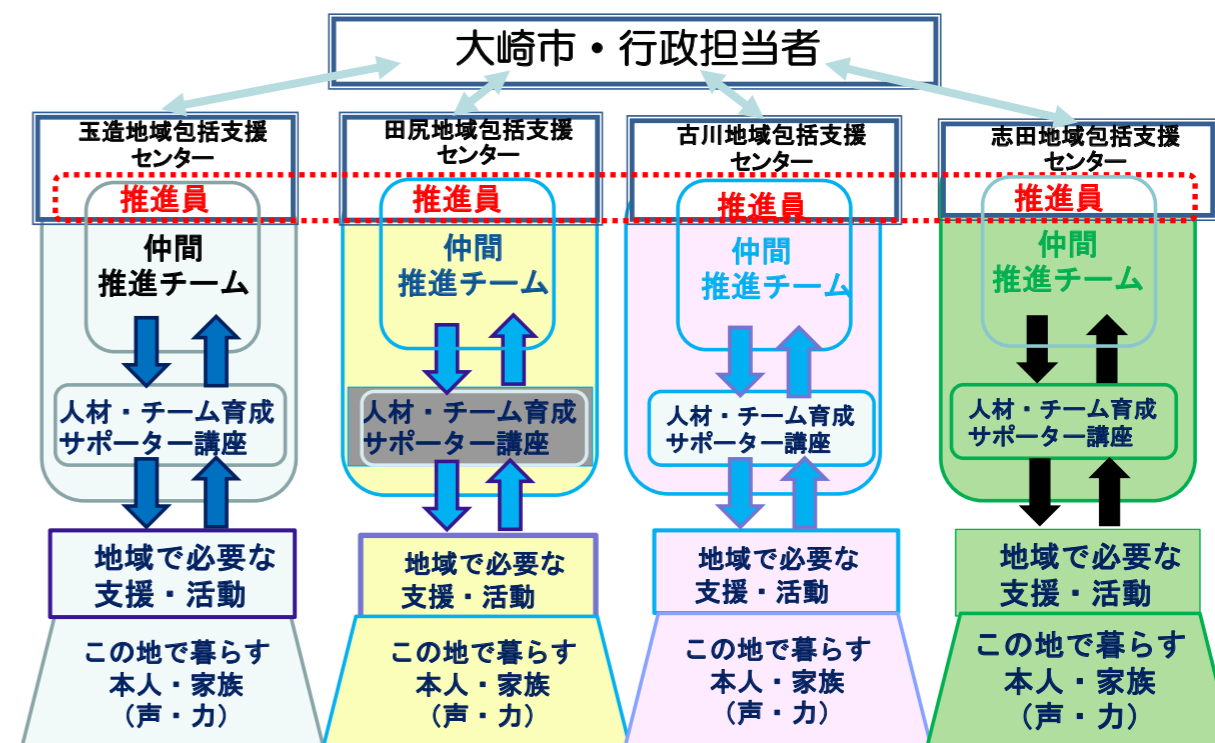
認知症ケアパス作成に
本人が参画：本人の視点にたって見直し改良



本人のための、本人による相談

認知症地域支援推進チーム人材育成を通じて～約2年間～

本人の視点を大切にする仲間・推進チームが育つ⇒チームで地域の専門職・住民を育成
 ⇒各地域ごとに工夫しながら地域活動を展開⇒本人・家族が早めに身近な場・人とつながる



⑥生きたつながりのための楽しいアクションを一緒に企画し、動く

* 本人・家族、地域の人、専門職が共に話しあいながら
わが町のこれからにむけて、やってみたいこと、できそうなアクションを話しあい、とにかく動いてみる。

☆医療・介護の専門職、行政職員も、地域の一員として

☆これからのわが町がどうあってほしいか

★何ができるか、同じテーブルについて自由なアイデアを

⇒会議だけしていないで、とにかく地域に出て動き出そう。

⇒やってみながらの(小さな)成果をキャッチして

広く広報していこう: 見えない努力を形に、呼び水に

楽しく

参考 アクションミーティング

「こんな町にしたい」、「こんなとをやってみたい」立場を超えた話しあい

その町ならではのアクションと生きたつながり・連携支援の実践が広がっています。

都会地で...



小さな町で...



アクションミーティング

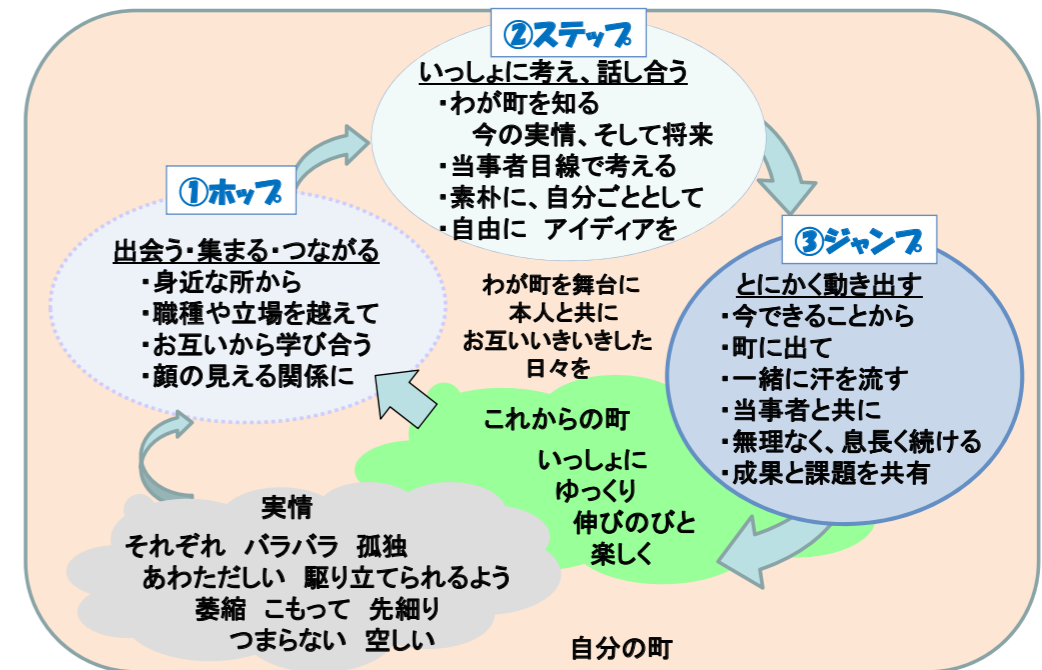


医師、薬剤師、栄養士、看護師、介護職等がチームで出前相談や講座を開催



休耕地を活かして週1回の農作業
医療・介護職、行政、地域の人と当事者がつながり、地域での生活継続に

参考 アクションミーティング



参考

市内の医療・介護職員を募り、地域包括支援センター単位でチームを作り
アクションミーティングを開催

静岡市



各自がばらばらなまな努力を積み上げるのではなく、
各地域の中で多職種がつながりあって、
本人・家族に役立つ支援をしたい。
もっと楽しく、自分たちも地域で自然体でできることを。

自発的なアイデアから自発的な活動が生まれています: 認知症施策にある事業の地域版
多職種による相談会、出前講座、出会いの場作り(カフェ)、いざという時のお助け隊等

⑦生まれている取組みや成果を丁寧に見出し活かす
まとめる、表す

- * (小さな) 成果が、地域でたくさん生まれ始めている
- * 課題、改善に向けた気づき、アイデアも生まれている
 - ⇒聞き取る、声を集める (アンケート等)、見える化する
 - ⇒話し合う機会をつくる
 - ⇒地域の多様な人に発信、共有する

- ★埋もれた動き、起きている変化を、具体的に地域に伝える
- ★見えない努力をしている人に光をあてる
 - ⇒新たなつながり・力が生まれる

参考

ハッピーカード

ハッピーカード2010

シルバー（認知症）サポーターとして、高齢者とごんごん出合いがあった、ごんごん笑顔ができた、ごんごんことがあった...という出来事を記入してください。みなさまの経験を今後の活動に生かしていきたいと考えています。このカードは毎年履正に綾部市社会福祉協議会に提出してください。

約8枚

月日	活動内容	メモ
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		
/		

社会福祉法人 綾部市社会福祉協議会

綾部市

- 認知症サポーターや様々な人に高齢者との関わり、とりくみの中で、ちょっとよかったなあ、という活動やエピソードを気軽にメモしてもらい小さなシートをつくり、配る
 - ⇒集める、まとめる
 - ⇒地域に伝える
 - * 「地域の中での」具体的な成果の集約になる
 - * 自然体での理解、支援、新たなつながりの呼び水になる

一人一人の個別ケアと地域連携・ネットワークづくりは地続き



地域の力は、どの地域にも必ずあります。

どんどん「わがまち」に出て、人と出会い、つながりましょう。

地域の力を引き出し、ひたすらつなぐ...

地道な取組みの一步一步を。



Ⅲ 自地域で推進員活動を展開するために



推進員活動の実効性を 上げるためのプロセス ～PDCAサイクルと活動計画～

この単元のねらい

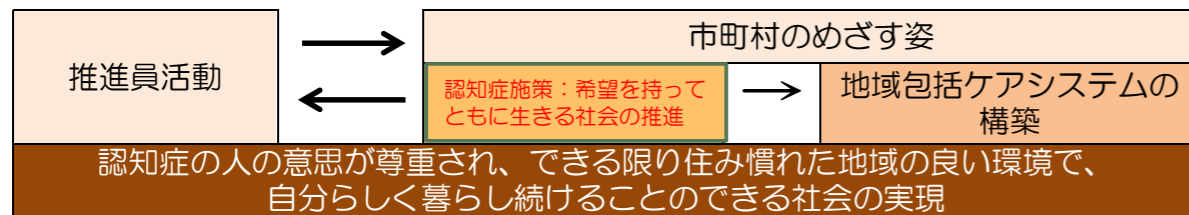
- PDCAサイクルを活かした推進員の活動の進め方を理解する
- 活動の計画や企画の作成方法を理解する

【主な内容】

- 推進員活動の実効性を高めるためのプロセス
- 推進員活動計画の作成手順

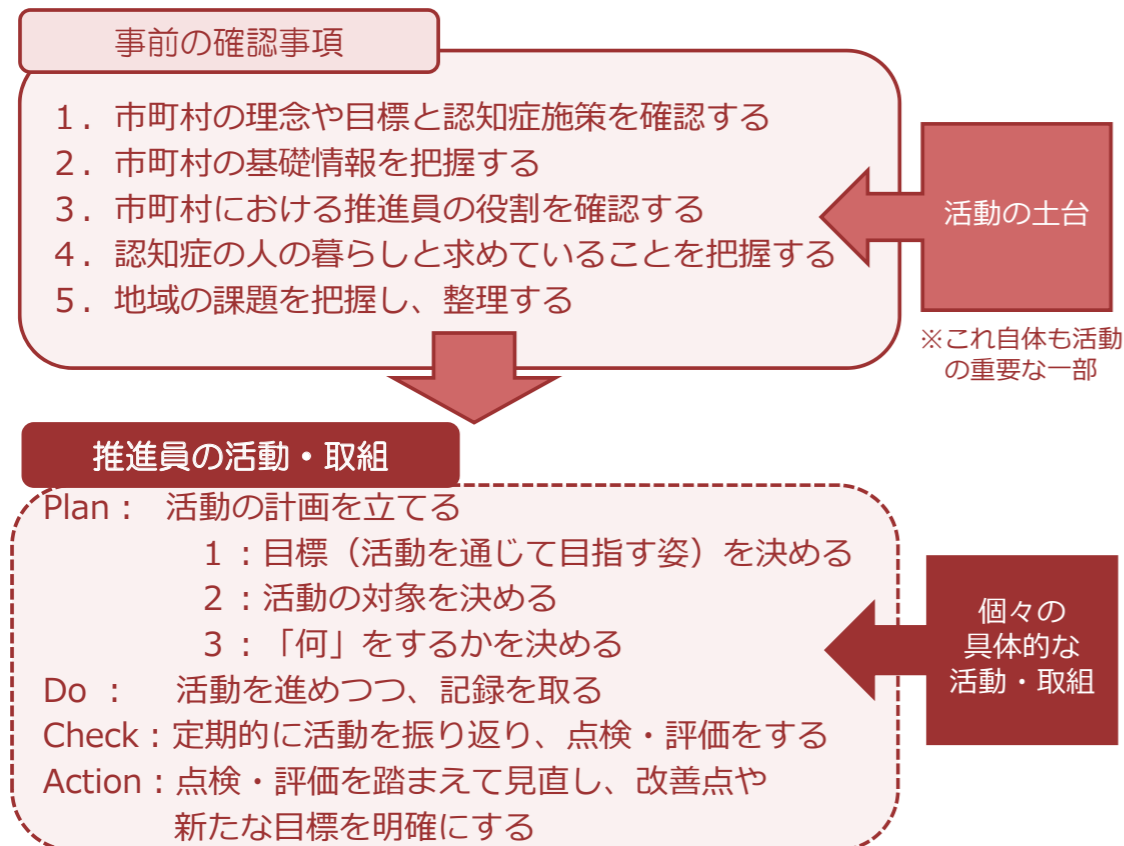
推進員の活動

推進員活動は、それを通じて市町村のめざす姿に近づくことを目標としており、それは国がめざす「認知症施策：希望を持ってともに生きる社会の推進」の一環であり、かつ地域包括ケアシステム構築の一助となる



推進員活動は単独で行われるものではなく、他の施策と絡み合いながら、進めていくもの

市町村における認知症地域支援推進員の活動・取組の流れ



<事前の確認事項>

1. 市町村の理念や目標と認知症施策を確認する

- 高齢者福祉計画
- 介護保険事業計画
- 地域福祉計画
- 医療計画（都道府県）
- まちづくりの総合計画（基本計画）など
- 「理念、目標（めざす姿）」が書かれています
- また、その「理念、目標」を達成するために、市町村では様々な施策が打ち出されています。認知症施策もその一つで、活動を始める前に、そして活動中も、市町村がどのような理念、目標を掲げ、どのような施策を打ち出しているかを確認しておきます。

<事前の確認事項>

2. 市町村の基礎情報を把握する

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

<事前の確認事項>

3. 市町村における推進員の役割を確認する

これまでの認知症地域支援推進員研修の「基礎情報確認シート」において報告された役割（一部）

- 本人と家族のニーズのキャッチ
 - 認知症の正しい理解の普及・啓発
 - 地域にあるサービスや資源情報を周知
 - 認知症ケアパスの作成・見直し
 - 相談体制の充実、すでにある相談体制の再整備
 - 早期に気づき、適切な医療や支援に早期につなげるしくみづくり
 - 医療や介護専門職の認知症対応力の向上
 - ネットワークや連携体制の構築
 - 点在する社会資源を整理してつなぎ、支援を面にしていくこと
 - 人と人とをつなぎ、ネットワークのパイプ役
 - 地域の見守り・支援体制の強化
 - 認知症になっても安心できる町を市民の手によってつくりだす役割
 - 地域包括支援センターのリーダー的役割
 - 初期集中支援チーム、体制づくりの構築に協力
 - 認知症施策の立案や推進に貢献
- など

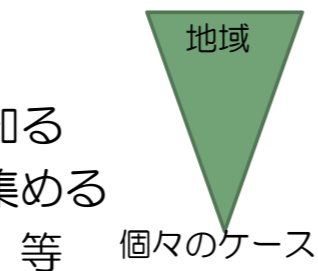
<事前の確認事項>

4. 地域で暮らす認知症の人の暮らしと求めていることを把握する

- 地域に住む認知症の人がどのような暮らしをしているか、何を求めているか、認知症の人やその家族への支援体制はどのようなになっているか等を把握し、地域の課題を探る

<把握の方法>

- ① 統計を活用（既存、新規調査）
- ② 現場に出向いて本人、地域の実態を知る
- ③ 認知症の人の声・家族の声を聞く、集める



<事前の確認事項>

5. 地域の課題を把握し、整理する

これまでの認知症地域支援推進員研修の「基礎情報確認シート」において報告された役割（一部）

- 本人や家族が抱え込んでしまい、早期の受診や対応が遅れる人が多い
- 地域のつながりが強すぎて、かえって相談できない人が多い
- 専門機関同士の連携が不十分
- 本人が身近な地域で、気軽に立ち寄り、楽しく過ごせる場所が足りない
- 家族同士が自然に交流して、気軽に相談できる場所が足りない
- 身体疾患を併発している認知症の人への健康管理や対応が不十分
- 独居や家族関係、貧困等の問題への対応が不十分のため悪化している人が多い
- 本人と家族の多様な生活状況やニーズに対応するための支援や資源が不足
- マスコミ等の影響もあり、認知症にはなりたくない、危ないから施設等、地域から排除する意識がぬぐえない
- 見守り体制を作ったが、本人と家族にとっての安心感にはつながっていない

*課題をカテゴリーに分けて整理する

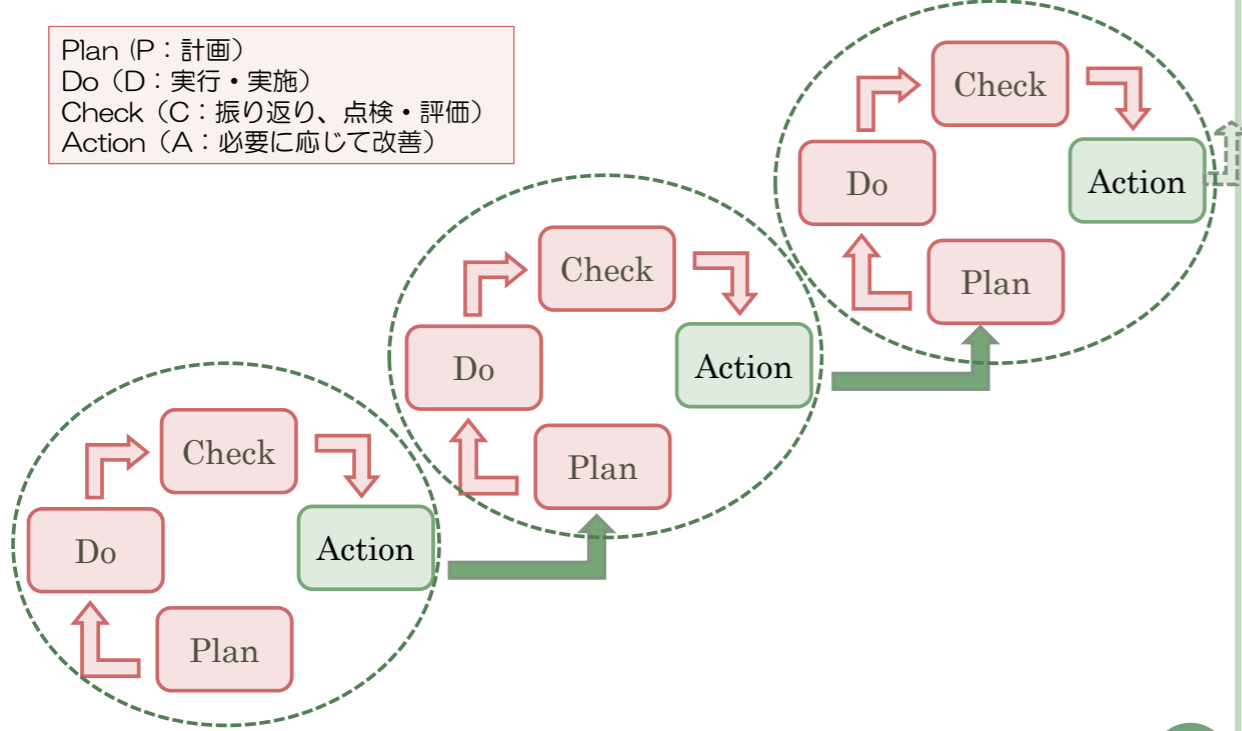
- 例 ・課題は、何に関するものなのか、取り組むテーマ（カテゴリー）を明確にして、計画の具体化につなげよう

課題	カテゴリー
・専門機関同士の連携が不十分	多職種の協働
・本人と家族の多様な生活状況やニーズに対応するための支援や資源が不足	
・家族同士が自然に交流して、気軽に相談できる場所が足りない	サービス・支援の拡充
・身体疾患を併発している認知症の人への健康管理や対応が不十分	
・地域のつながりが強すぎて、かえって相談できない人が多い	住民の理解と協力
・マスコミ等の影響もあり、認知症にはなりたくない、危ないから施設等、地域から排除する意識がぬぐえない。	
・本人が身近な地域で、気軽に立ち寄り、楽しく過ごせる場所が足りない	
・本人や家族が抱え込んでしまい、早期の受診や対応が遅れる人が多い	本人や家族の認知症とともに生きることに 関する理解
・独居や家族関係、貧困等の問題への対応が不十分のため、悪化している人が多い	総合的・継続的な 取組の必要性
・見守り体制を作ったが、本人と家族にとっての安心感にはまだつながっていない	

推進員のみではなく、地域の多様な人たちとともに取り組む必要性が浮かび上がる

推進員活動の実効性を高めるためのPDCAサイクル

Plan (P: 計画)
Do (D: 実行・実施)
Check (C: 振り返り、点検・評価)
Action (A: 必要に応じて改善)



PDCAサイクルを意識しながら日々の活動の積み重ねること
で、次の活動がよりよくなっていく、さらにやりやすくなる

推進員の活動・取組

PLAN: 活動計画を立てる

- ① 目標（活動を通じて目指す姿）を決める
- ② 活動の対象を決める
- ③ 「何」をするかを決める

推進員だけで考えず、活動の関係者とじっくり話し合いながら

①目標（活動を通じて目指す姿）を決める

- 市町村のめざす姿と推進員の役割を踏まえながら、課題に対して優先順位をつけて活動・取組を進める

例

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

課題克服後、どのような地域にしたいかを明確に記す

～POINT～

課題に優先順位をつける際、課題として上がった内容の弱みと強み（発想の転換）を考えてみよう！

（例）「地域の人への認知症への関心が薄く、支援が受けにくい」

●弱み

地域で認知症の人への関心が薄い。

●強み（発想の転換）

これからの新しい考え方を普及しやすい！

→その地域にある様々なネットワークや社会資源と繋がることのできる！！

自分の地域では課題（弱み）だと思っていたことが、他地域の推進員さんとお話してみると、強みであることに気がつくことがあります。

②活動の対象を決める

地域の多様な人/組織の中から、今、優先的に取組む対象に焦点をあてよう。

例

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

活動の対象を決めることで、その対象に合わせたより具体的な方法を考えていける！

③「何」をするかを決める

- 活動の対象を決めることで、具体的に何をするかを考えてみる。がどうなってほしいか、目標を考えながらそれに近づくための内容を考えよう。

<例>

「認知症の人が通いなれたお店に気軽に立ち寄り、買い物等を楽しむことのできる環境を整備する」

◎対象：地元の認知症の人たちが、通いなれたお店の人

◎何をするか

- （目標）お店の人が、買い物に来た認知症の人の存在に気づき、自分たちができる支援を考えることができる
- （そのためには）お店の人が、買物に来ている認知症の人に気づくことができ、何を求めているか考え、工夫することができる

（具体的活動）

- ①商店街を利用する本人の話を推進員が聞いて、本人が体験している不自由や、買物を楽しみ続けるために何が欲しかったかを具体的に把握する。
- ②商店街の人を対象に認知症サポーター養成講座を行うとともに、①の内容を伝えて、どのように支援すると認知症の人が安心して買い物を楽しみ続けることができるか、一緒に考える機会を持つ

推進員の活動・取組

Do：活動を進めつつ、記録を取る

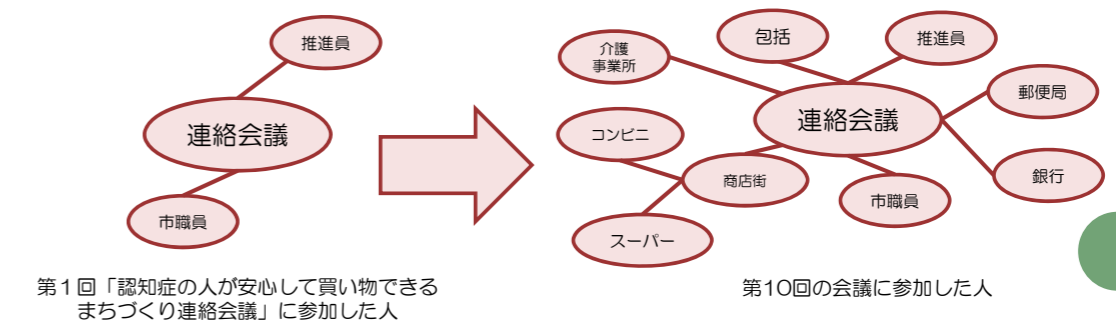
- 焦らず、着実に。
- 推進員活動の記録を！

<例>

- 関係者間の話し合いの開催
→参加者の職種・人数、議事録等を具体的に記録

- 参加者マップの作成

→回を重ねるごとに、誰が参加し、どのような線が結ばれたか



推進員の活動・取組

CHECK：定期的に活動の点検・評価、見直しをする

① 結果評価

- 目標が達成されたかの検討

② プロセス評価

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

（例）（目標）お店の人が、買い物に来た認知症の人の存在に気づき、自分たちができる支援を考えることができる

- ◎ 自分のお店にきているお客さんの中で認知症（疑いを含む）かもしれないお客さんに関心を払い、声かけや環境の工夫をするお店が〇店誕生。←結果評価
- ◎ 取組に参加したお店の数、お店との話し合いや打ち合わせの回数や、関係者とのやり取り、関係者の認識の変化、推進員以外にも取組に協力する人の数、つながりの変化、等。←プロセス評価

目に見えない部分を「見える化（＝記録）」し、丁寧に積み重ねていく

推進員の活動・取組

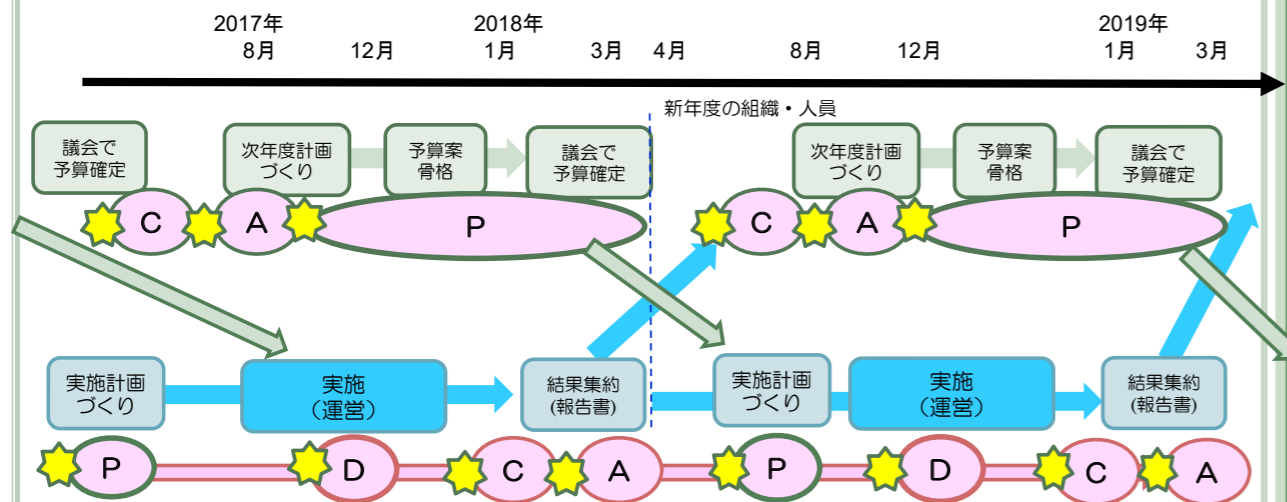
ACTION：点検・評価を踏まえて取組を見直し、改善点や新たな目標を明確にする。

- 活動の点検・評価でとどまらず、その成果・課題を踏まえて、改善点や新たな目標を考える。

<Point>

- 事業を実施するに当たっては、効果が見られたことや課題として感じていることを行政担当者・関係者と率直に話し合い、互いの気づきや力をより活かしながら、次の活動・取組を発展させていきましょう（「めざす姿」を一緒にめざしていきましょう）！
- 市町村は計画等で示している「めざす姿」に向け、様々な事業を計画、予算案を作成し、議会で承認を得た後、実行しています。推進員活動を通じて見えてきた、市町村としての取組が必要な点を、タイムリーに提案し、市町村の計画に反映されるよう話し合いましょう。

<参考> P D C A サイクルを活かしながら市町村の認知症施策を推進する



★ 推進員の関わり

* 市町村の中での位置づけ・立場により、推進員が関与できる領域に違いがありますが、それぞれの立場に応じ、行政側のPDCAサイクルを回していくプロセスの中で、関与できるステップを見つけていきましょう。
* 推進員が関与することで、行政のPDCAサイクルが、さらに地域・現場に根ざしたものになっていきます。

推進員同士のネットワークづくり (情報交換)

認知症介護研究・研修東京センター



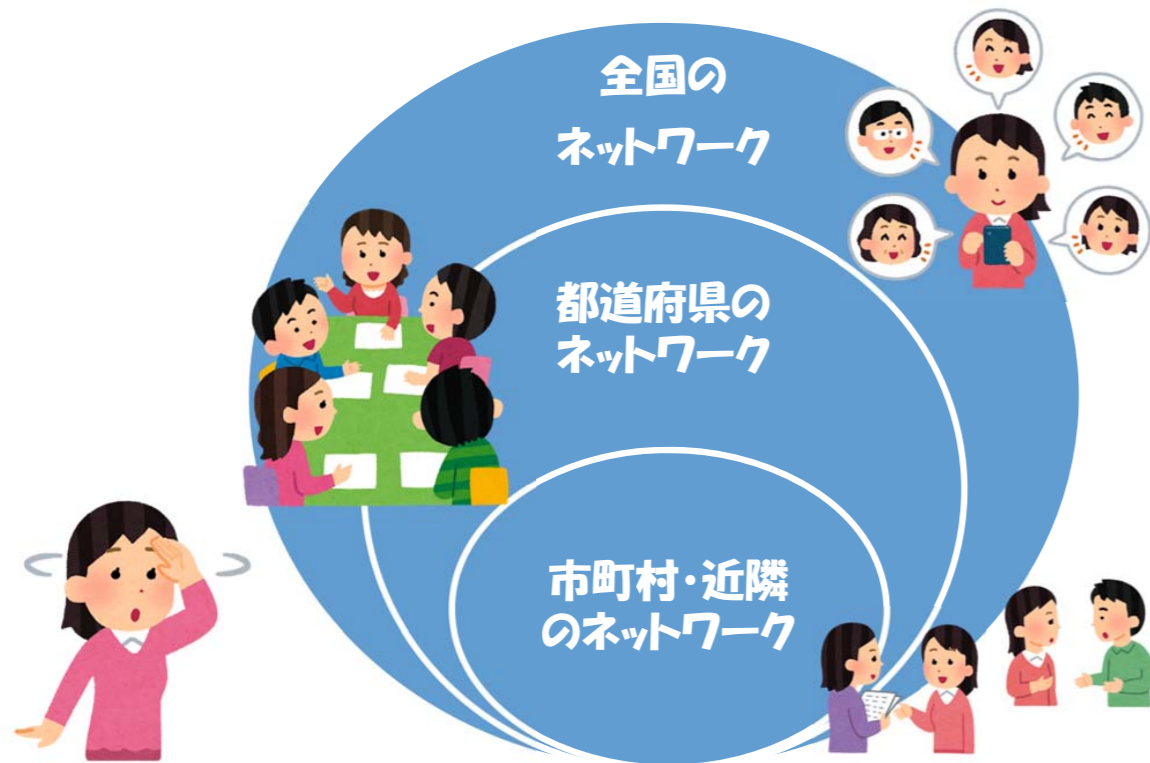
この単元のねらい

- ・ 推進員同士のネットワークづくりの必要性を理解した上で、推進員同士で意見交換を行う

【主な内容】

- ・ 推進員同士のネットワークづくり

推進員同士のネットワーク



推進員同士のネットワークづくり(例)

- 身近な推進員と近況報告や相談の連絡を取り合う
- 市内の推進員の集まりや連絡会・研修会
- 県内でのネットワーク会議・研修会
- SNSによるつながり

全国認知症地域支援推進員連絡会
～ すいしんいんネット～

- 「推進員になったけど、これからどうすればいいの？」
- 「先進的な取り組みをいっぱい知りたいな～」
- 「地元だけでなく、全国の仲間とつながりたい！」

このような希望を叶えるため、
「全国認知症地域支援推進員連絡会～すいしんいんネット～」を
立ち上げました！！

facebook のアカウントをお持ちの方、
全国の推進員とこの機会に交流しませんか！
「すいしんいんネット」と検索いただくか、QRコードを
読み取り、申請後、承認されれば仲間入りです！！



推進員同士のネットワークの必要性

2015年～2017年度 推進員インタビューより
推進員活動を進める上での効果的な要素の一つに
推進員同士が



(市町村・近隣のネットワーク)

- 自分の専門性や所属の強みを生かして他の推進員と協働する
- 知っている地域情報、取組んでみた活動情報を共有する

(都道府県や全国のネットワーク)

- 他地域の取組を知る
地域の関係者と共に他地域の視察に行き自地域での展開を考える
他地域の推進員を招き地域の関係者と共に話を聞く、助言してもらう
- 他地域の推進員と交流する
情報交換(電話・メール・SNS)を通じてアイデアをもらい互いの経験を
分かち合う(励まし合う・刺激し合う)

受講者同士のネットワークづくり

グループで情報交換会をしましょう！

1. 自己紹介

グループメンバーと知り合いになりましょう。

2. 課題の共有

グループメンバーに自地域の状況をお伝えすることで
改めて自地域の課題に向き合います。

グループメンバーとの課題の共通点・相違点を把握し、
この後のワークにつなげましょう。

1. 自己紹介

はじめに、「司会」を決めてください一人1分で自己紹介をします。

- ・お名前
- ・都道府県と市町村名
- ・所属
- ・マイブーム(個人的に夢中になっていること)
- ・わが町自慢



情報交換シート1ページ目をご活用ください。

2. 課題の共有

【目的】 同じグループの人たちと自治体の基礎情報や課題の内容を交換し合い、地域の特徴や課題の共通点・相違点を確認します。

グループワークの前に…

受講前に作成した「基礎情報確認シート」を参考に、ご自身の地域の基礎情報、特徴、課題を整理しましょう。

STEP 1

情報交換シート2ページ目以降を活用し、情報共有をしましょう。お一人ずつご発表ください。(一人3分程度)

STEP 2

全員分の情報共有ができれば自由討論をしましょう。



どんなお話ができましたか？

同じような課題を感じている方、同じような悩みを持っておられる方はいらっしゃいましたか？

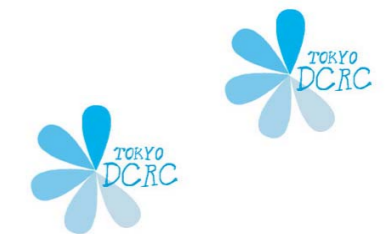
明日は、活動計画について検討します。

情報交換会の内容や、事例報告者のお話しなど他地域での取り組みも参考にしながら考えていきましょう！

お疲れさまでした！！

課題の整理と活動計画の作成、 活動成果の確認方法

認知症介護研究・研修東京センター



この単元のねらい

- 活動計画の作成、活動成果の確認方法を理解する

【主な内容】

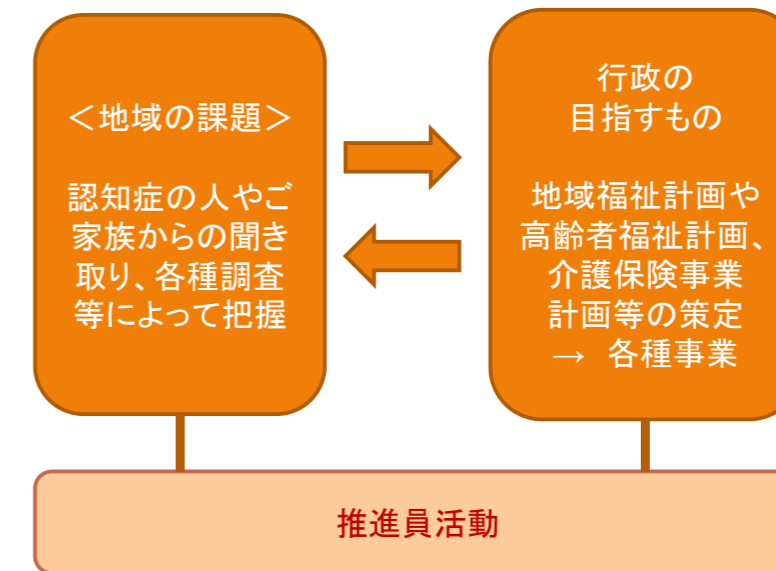
- 推進員活動計画の立案

【市町村や推進員が課題として感じていること】

- ① 専門機関同士の連携が不十分(特に医療機関)
- ② 多職種が集まる機会がない
- ③ 独居や家族関係、貧困等の問題への対応が不十分なため、悪化している人が多い
- ④ 身体疾患を併発している認知症の人への健康管理や対応が不十分
- ⑤ 地域のつながりが強すぎて、かえって相談できない人が多い
- ⑥ マスコミ等の影響もあり、認知症にはなりたくない、危ないから施設等、絶望的で、地域から排除する意識がぬぐえない
- ⑦ 本人や家族が抱え込んでしまい、早期の受診や対応が遅れる人多い
- ⑧ 家族で抱え込むケースが多い
- ⑨ 認知症が進行してからの相談が多い
- ⑩ 本人が身近な地域で、気軽に立ち寄り、楽しく過ごせる場所が足りない
- ⑪ 見守り体制を作ったが、本人と家族にとっての安心感にはまだつながっていない
- ⑫ 本人と家族の多様な生活状況やニーズに対応するための支援や資源が不足

これまでの認知症地域支援推進員研修の「基礎情報確認シート」において報告された課題(一部)

行政の目指すもの(ビジョン、計画)と推進員活動計画の関係



課題の背景

- ・課題には、「強み」と「弱み」の両面があります
- ・課題の見方を変えて新たな支援の切り口を見つけましょう

例：地域に医療機関が少ない	
弱みの部分	強みの部分
<ul style="list-style-type: none"> ・ 専門医が少ない ・ 診断を受けるために遠くの医療機関まで行かなければならない ・ 緊急時の対応が難しい 	<ul style="list-style-type: none"> ・ かかりつけ医と向き合いやすい ・ 医療機関間が限定されておるので連携体制を築きやすい ・ 他地域の医療機関とも連携する機会を持てる
弱みをカバーするために協力をお願いする先は・・・？ <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師会：現状を話し合い、(他)地域の医療機関との連携の橋渡しをお願いする ・ タクシー会社：専門医療機関までの往復の「足」の確保 	

活動を通じて、何をを目指しているか

- ・ 計画を作成するに当たり、その活動を通じて何を目標そうとしているかを、より具体的に(明確に)しましょう
 - × 認知症の人が地域で生き生きと暮らす
 - 認知症の人が通いなれたお店に気軽に立ち寄り、買い物等を楽しむことのできる環境を整備する
 - × 認知症になっても安心して暮らせる町づくり
 - 認知症の人が道に迷った時にも、地域の人が気にかけて声かけし、自宅に戻ることができるサポート体制を作る
- ・ **目指すもの** = 課題解決後の姿を明らかにすることで、活動がより明確になっていきます。

ワーク1

- 個人ワーク
活動計画シート(A4横)
 - ①わが町の認知症の人と家族が地域で暮らす上での課題
 - ②課題解決後の姿(目標)を記入します
- グループワーク(20分) はじめに、司会を決めてください
①②についてグループで共有した上で意見交換を行います(一人2分で発表)

今後、取組む活動

- 課題に対する強み、弱みを考慮しつつ、活動計画を立てましょう。
 - 対象(働きかける人や機関は?)
 - 方法(どのような活動をどのように行うか)
 - 協力を求めたい人・機関
(弱みをカバーするための協力先、一緒に取組んでいく仲間は?)
 - 具体的な進め方(目安となるスケジュールを立てましょう)

活動成果の確認

課題解決後の姿(目標)に対する達成状況を確認していきましょう

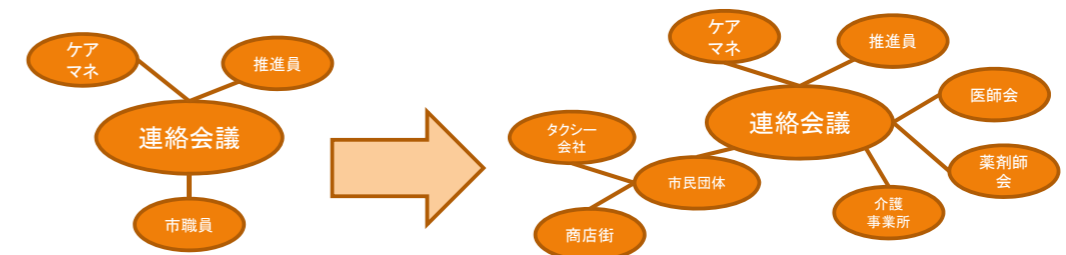
- 何を「成果」とするか?
 - 活動の「成果」は見えるものとは限らない
 - 見えないものを、どう「見える化」する? → 行政との確認!
- プロセス評価
 - 活動計画の進行状況、資源等の活用状況、対象者・関係者・関係機関等の反応等を検討する
 - 活動の目標と照らし合わせ、達成に向けた取り組みがなされたかを検討する(注:達成度とは異なる)

結果評価

- 目標が達成されたかの検討

具体例:連携支援・対応力向上

- 関係者間の会議の開催(プロセス評価)
→会議の回数、参加者の職種・人数、議事録
- 連携マップの作成(プロセス評価、結果評価)
→回を重ねるごとに、どのような「線」が結ばれていったか、つながりの中身がどう変化したか



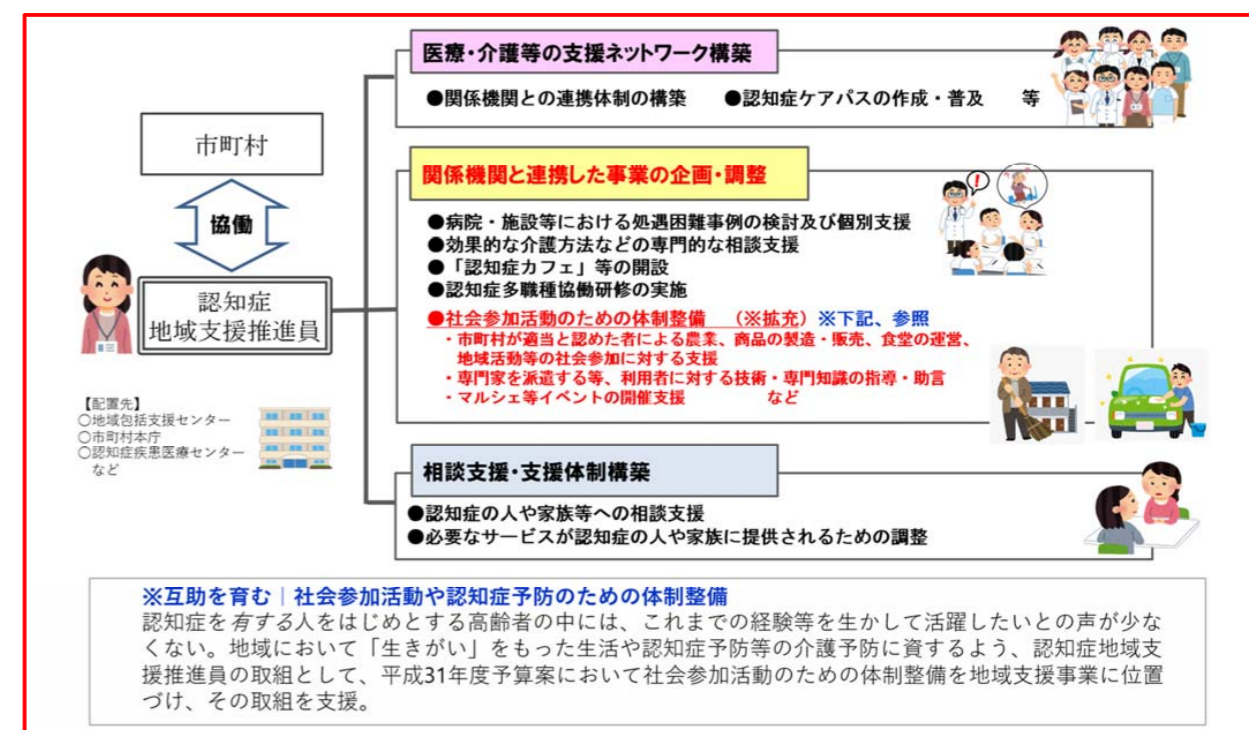
活動を次につなげていくために・・・

掲げた目標に対し、
推進員の立場で取り組むことを改めて意識しよう！

- ・本人の視点を重視すること
- ・本人自身及び地域の人々(住民や専門職)の力が発揮されること
- ・地域の人々が共通の認識をもって有機的なつながりをもつこと

2日間の学びをふまえ、
地域のこれまでの取組を尊重しつつ、将来を見通して、
一歩前に進めるための活動計画を考えましょう。

認知症地域支援推進員



出典 厚生労働省資料

ワーク2

- ・個人ワーク
活動計画シート(A4横)
③今後、取り組む活動
④評価の方法 を記入します
- ・グループワーク
③④についてグループで共有した上で意見交換を行います
(一人3分で発表)

推進員活動は、地道に息長く・・・

- ・地域で暮らす認知症の人の数はますます増加していきます。
- ・認知症地域支援推進員として活躍できる仕事がたくさんあります。
- ・1人で抱え込まず、「誰かと共に」「人の力を借りながら」
一歩一歩、焦らずに、地道に息長くやっていきましょう。



【活動計画シート記入の仕方】

① **わか町の認知症の人と家族が地域で暮らす上での課題**
 課題

POINT: 行政が捉えている課題と、ご自身が捉えている課題とを突き合わせて考えてみましょう。

背景

弱み...

POINT: 課題における背景を弱みと強みの両面から確認しましょう。

強み...

② **課題解決後の姿（目標）**

POINT: 地域福祉計画、高齢者福祉計画、介護保険事業計画等にある目標や理念と方向性を合わせながら



③ **今後、取り組む活動**（ 年 月 ～ 年 月 ）

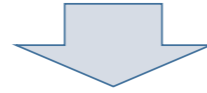
対象者・機関

活動内容と方法（どのような活動をどのように行うか）

協力を求めたい人や機関（計画を実施する上で協力を求めたい人や機関）

具体的な進め方（スケジュール）

年 月	内 容



④ **評価の方法**

プロセス評価（目標達成に向けた取り組みがされたか、それを確認するものは？）

結果評価（目標達成がされたかを確認するものは？）

関連情報

関連情報一覧

【厚生労働省】

- 認知症施策関連ガイドライン(手引き等)、取組事例 (一覧)
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000167902.html>
- オレンジポスト 知ろう認知症 (厚生労働省認知症施策推進室 フェイスブック)
<https://www.facebook.com/オレンジポスト知ろう認知症厚生労働省-認知症施策推進室-1623614051099456/>
- 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン (2018年)
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>

【認知症ケアパス】

- 「認知症ケアパス作成の手引き」 財形福祉協会 (2013年) <http://zaikei.or.jp/hbdcp.pdf>

【認知症の本人向けガイド、本人ミーティング、本人座談会、社会参加活動】

- 「本人にとってのよりよい暮らしガイド 一足先に認知症になった私からあなたへ」 (2017年度)
<http://www.jdwg.org/guide/>
- 「本人ミーティング開催ガイドブック」 (2016年度)
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/honninmeeting1_1.pdf
- 本人座談会 (映像) (2017年度)
https://www.npwo.or.jp/dementia_campaign/index.html
- 「認知症の人の「はたらく」のススメ」 (2017年度)
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000334587.pdf>

【認知症初期集中支援】

- 「認知症初期集中支援チームの効果的な活用に向けた調査研究事業」 報告書 (2017年度) (国立長寿医療研究センター)
<http://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/H29rouken-4houkoku.pdf>

【認知症カフェ】

- 「認知症カフェの活用と認とも はじめの一步 (事例集)」 (2016年度)
(認知症介護研究・研修仙台センター)
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/nintomo.pdf>

【地域の見守り・SOS体制構築】

- 「見守り・SOS体制作り基本パッケージ・ガイド」 (2017年度)
(認知症介護研究・研修東京センター)
https://www.dcnnet.gr.jp/pdf/download/support/research/center1/t_h29SOS_guide.pdf

【若年性認知症】

- 「若年性認知症ハンドブック (改訂版)」 (2015年度)
(認知症介護研究・研修大府センター)
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/handbook.pdf>

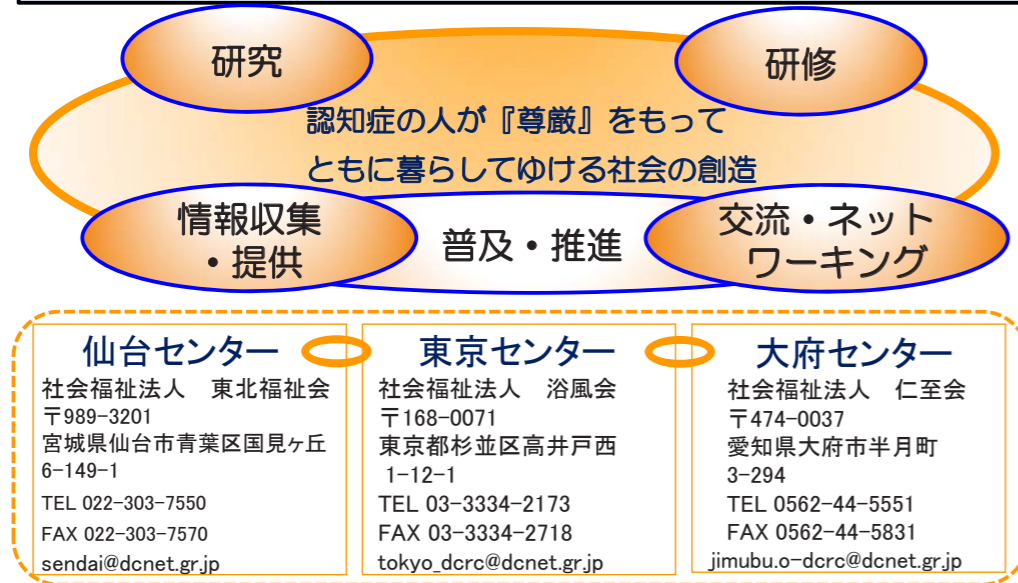
【認知症介護研究・研修センター (東京・仙台・大府)】

- 認知症介護情報ネットワーク <http://www.dcnnet.gr.jp/>

認知症介護研究・研修センターについて

[設置目的]

21世紀の重大課題である認知症高齢者対策の基盤づくりのため、介護サービスの量的整備と同時に「質の向上」をはかることをめざし、その拠点となる中核的機関として、全国で3か所に設置する。(2000年)



DCネットを、ご覧ください。

- ◆ DCネットとは・・・
認知症介護研究・研修センター(仙台・大府・東京)のホームページです。
認知症の普及・啓発の情報や、研修教材、研究成果など幅広い発信を行っています。
- ◆ 認知症介護指導者の活動紹介
- ◆ 「ひもときシート」(思考転換ツール)を活用した研修
- ◆ 認知症の人のためのケアマネジメント センター方式 他
- ☆ 推進員の活動の手引き(事例集あり)
活動計画シートも掲載されています

認知症介護情報ネットワーク
Dementia Care Information Network
URL: <https://www.dcnet.gr.jp/>

行方不明を防ぎ、安心して外出できる地域の体制づくりに関して



「見守り・SOS体制づくり基本パッケージ・ガイド」

(認知症介護研究・研修東京センター、2018年3月)

<https://www.dcnet.gr.jp/pdf/download/support/research/cente>

見守り・SOS体制づくり基本パッケージ 検索

- * 地域の様々な人たちとともに、見守り・SOS体制づくりを一步一步、築いていくためのポイントや内容、具体事例をコンパクトにまとめたガイドです。
- * 自地域にあるものをフルに活かして、体制づくりを年々、着実に進めていくために、ぜひお手元に置いて、ご活用下さい。

見守り・SOS体制づくりの全体像
基盤づくりを大切に、一アクションを生み出そう!



若年性認知症の人の支援に関する各種情報・資料ダウンロード

ホームページのご案内

若年性認知症に関する情報をみなさまにお届けします。

<http://y-ninchisyotel.net/> 若年性認知症コールセンター

若年性認知症コールセンター
ひとりで悩んでいませんか
若年性認知症のことを知ってください
同じ方向を向いて一緒に考えましょう
お気軽にコールセンターまでお電話を

0800-100-2707 月～土曜日(休祭日・祝日除く) 10:00～15:00

みんなの広場
若年性認知症コールセンターでは、若年性認知症の方やそのご家族様への悩み解決を目的とした事業活動を展開しております。全国の若年性認知症の方々が利用できるサービスや講座、カフェ、相談窓口等を紹介します。ご参加やお問い合わせは、お気軽にメールアドレスまでご連絡ください。

全国各地の集いや事業所等
地図からお住まいの地域をクリック、お住まいの地域からお近くの施設・事業所を簡単に探すことができます。

資料集
◆取材レポート掲載
このマークのある施設・事業所へ当センターの職員が訪問し、取材レポートを掲載しております。

若年性認知症に関する情報をコンテンツ

ご本人・ご家族向け「若年性認知症性ハンドブック」
相談援助職向け「若年性認知症支援ガイドブック」
「若年性認知症コールセンター」のリーフレット
その他、企業向け啓発用のチラシやリハビリ関係の冊子、
若年性認知症関係の研究報告書等がダウンロードできます
若年性認知症支援コーディネーターの情報や連絡先も載っています

フリーコール (無料) 0800-100-2707
●専門教育を受けた相談員が対応します。●個人情報は厳守します。
若年性認知症コールセンターは全国若年性認知症支援センターが運営しています

社会福祉法人 仁至会 認知症介護研究・研修大府センター 〒474-0037 愛知県大府市半月町三丁目294番地

全国認知症地域支援推進員連絡会 ～ すいしんいんネット～

「推進員になったけど、これからどうすればいいの？」

「先進的な取り組みをいっぱい知りたいな～」

「地元だけじゃなく、全国の仲間とつながりたい！」

このような希望を叶えるため、

「**全国認知症地域支援推進連絡会 ～すいしんいんネット～**」を立ち上げました！！

facebook のアカウントをお持ちの方、

全国の推進員とこの機会に交流しませんか！

又、Facebookをされていない方もこの機会に始めてみませんか？
「すいしんいんネット」と検索いただくか、QRコードを読み取り、申請後、承認されれば仲間入りです！！



・・・必ずお読みください・・・

すいしんいんネットは、

「**認知症地域支援推進員に限定してはいますが、後方支援する自治体等の方もご参加ください。**」

- ・事務局で、上記の確認が取れない場合は、承認を保留しています。
- ・申請と同時に必ず、下記のメールアドレスにメールをお願いします。
- ・グループへの参加申請後、質問に必ずご回答ください。
- ・質問に回答、もしくはメールがない方は、申請から一定期間後にリクエストを取り消します。
- ・ご不明な点がございましたら、メールにてご連絡ください。
- ・グループの健全なる運営のため、ご理解とご協力の程、宜しくお願い致します。

すいしんいんネットに関するお問い合わせは

[suishinin.net@gmail.com] まで。

■ **全国認知症地域支援推進員連絡会 事務局** ■



ワークシート等



推進員同士のネットワークづくり（情報交換シート）

グループ番号： _____ 受講番号：SS19 _____ 氏名： _____

お名前	都道府県 市町村名	ご所属	マイブーム	わが町自慢

- ◇ このシートは、同じグループの人たちと自治体の基礎情報や課題の内容を交換し合い、地域の特徴や課題の相違点を確認することを目的としています。
- ◇ 以下のような手順で情報交換を行きましょう。
 - ① 基礎情報確認シートを参考に、ご自身の地域の基礎情報、特徴、課題を整理しましょう。
 - ② グループ内で、①を共有しましょう。一人当たり大体3分程度で発表をお願いします。
(シートに記入していないことであっても、重要と思われることはぜひ共有してください)
 - ③ グループ内のメンバーの情報を簡単に書き留めていきましょう。
 - ④ 後半の時間は、グループディスカッションです。→交換した情報は、ご自身が地域支援推進員として活動する際に用いる「活動計画シート」を作成する上での参考資料として用いましょう。
- ◇ ご不明な点があれば、近くの東京センタースタッフにお声がけください！

<記入例>

お名前	東京 ○子	市区町村	△□市
所属	△□市地域包括支援センター	推進員活動	専任 兼務 未定
市町村の基礎情報・特徴・課題に感じていること			
人口	128,450 人	高齢化率	25.8 %
65歳以上人口	33,140 人	圏域数	3 ケ所
地域包括数	5 ケ所	推進員数	自分を入れて 1 人
地域の特徴： 駅前は大規模のショッピングセンターや集合住宅があり、にぎやかだが、駅から20分ほど歩くと閑静な住宅街になる。住宅街は、地域によって高齢化率が高く、30%を超えるところも。年々、一軒家に住む一人暮らし高齢世帯が増えてきている。			
課題に感じていることやその背景 ・夫婦のみ世帯が多いため、1人が入院や施設入所になると、独居世帯となってしまう。また、老老介護が多いので、介護負担感から認知症の診断を受けると即施設入所になってしまうケースが多い。 ・介護保険サービス事業所は住宅街にはほとんどなく、駅前かもしくは郊外の交通の便の悪いところに点在している状況。認知症対応型通所介護はなく、グループホームは2件のみ。 ・市としては、啓発活動に力を入れたいが、住宅街から講演会等の会場までの足が確保されていない。また、啓発活動の案内を、チラシ配布や市報等で行っているが、参加者は毎回50～60人前後であり、また、同じ人が何度も参加されている。			

<ご自身の情報>

名前		市区町村	
所属		推進員活動	専任 兼務 未定
市町村の状況・特徴			
人口	人	高齢化率	%
65歳以上人口	人	圏域数	ケ所
地域包括数	ケ所	推進員数	自分を入れて 人
地域の特徴：			
行政やご自身が課題に感じていることやその背景			

<グループの方の情報①>

お名前		市区町村	
所属		推進員活動	専任 兼務 未定
市町村の基礎情報・特徴・課題に感じていること			
人口	人	高齢化率	%
65歳以上人口	人	圏域数	ケ所
地域包括数	ケ所	推進員数	自分を入れて 人
地域の特徴：			
行政やご自身が課題に感じていることやその背景			

<グループの方の情報②>

お名前		市区町村	
所属		推進員活動	専任 兼務 未定
市町村の基礎情報・特徴・課題に感じていること			
人口	人	高齢化率	%
65歳以上人口	人	圏域数	ケ所
地域包括数	ケ所	推進員数	自分を入れて 人
地域の特徴：			
行政やご自身が課題に感じていることやその背景			

<グループの方の情報③>

お名前		市区町村	
所属		推進員活動	専任 兼務 未定
市町村の基礎情報・特徴・課題に感じていること			
人口	人	高齢化率	%
65歳以上人口	人	圏域数	ヶ所
地域包括数	ヶ所	推進員数	自分を入れて 人
地域の特徴：			
行政やご自身が課題に感じていることやその背景			

<グループの方の情報④>

お名前		市区町村	
所属		推進員活動	専任 兼務 未定
市町村の基礎情報・特徴・課題に感じていること			
人口	人	高齢化率	%
65歳以上人口	人	圏域数	ヶ所
地域包括数	ヶ所	推進員数	自分を入れて 人
地域の特徴：			
行政やご自身が課題に感じていることやその背景			

<グループの方の情報⑤>

お名前		市区町村	
所属		推進員活動	専任 兼務 未定
市町村の基礎情報・特徴・課題に感じていること			
人口	人	高齢化率	%
65歳以上人口	人	圏域数	ヶ所
地域包括数	ヶ所	推進員数	自分を入れて 人
地域の特徴：			
行政やご自身が課題に感じていることやその背景			

<Memo>



2019年度認知症地域支援推進員研修【新任者研修】
 II 認知症の人とその家族の地域支援体制の構築～認知症
 対応力向上の支援や社会参加活動の体制整備も含めて～
 『支援体制構築（グループワークと全体討論）』

2019 年度認知症地域支援推進員研修【新任者研修】
 「II 認知症の人とその家族の支援体制の構築及び認知症ケアの向上を図るための取組の推進」
 『連携支援・ケアパス（グループワークと全体討論）』＜ワークシート＞

	事例①を聞いて気づいたこと／参考になった点／今後どのように生かしていききたいか	事例②を聞いて気づいたこと／参考になった点／今後どのように生かしていききたいか
個人ワーク		
グループワーク		



○適切な連携やネットワークづくり、および認知症ケアパスの活用について、自地域に戻って取り組みたいこと

グループワーク	
全体討議	

グループワーク後、全体討議（全体での質疑応答と、グループで話し合った内容の発表）を行います。



2019年度認知症地域支援推進員研修【新任者研修】
 II 認知症の人とその家族の地域支援体制の構築～認知症
 対応力向上の支援や社会参加活動の体制整備も含めて～
 『支援体制構築（グループワークと全体討論）』

2019 年度認知症地域支援推進員研修【新任者研修】

「II 認知症の人とその家族の支援体制の構築及び認知症ケアの向上を図るための取組の推進」

『支援体制構築（グループワークと全体討論）』<ワークシート>

	事例①を聞いて気づいたこと／参考になった点／今後どのように生かしていきたいか	事例②を聞いて気づいたこと／参考になった点／今後どのように生かしていきたいか
個人ワーク		
グループワーク		



○支援体制づくりや認知症対応力向上のために自地域に戻ってから取り組みたいこと

グループワーク	全体認識

活動計画シート

研修： 年 推進員 グループ番号： 研修生番号：SS19 氏名：

◇ このシートは、研修終了後の活動計画を立てるためのものです。

<自地域の状況の再把握：基礎情報確認シートから転記してください>

市町村の基礎情報・特徴・課題に感じていること			
人口	人	高齢化率	%
65歳以上人口	人	圏域数	ヶ所
地域包括数	ヶ所	推進員数	人

地域の特徴：

課題に感じていること

<自治体の認知症施策について：基礎情報確認シートから転記しましょう>

(1) 行政としてとらえている、認知症の人とその家族が地域で暮らしていく上での主な課題

(2) 今年度に行政が特に力を入れている取組み

(3) 上記(2)を推進していく上での、行政が感じている取組上の課題

<認知症地域支援推進員としての活動について：基礎情報確認シートから転記しましょう>

(1) 研修受講に際し、自治体から求められている推進員としての役割

① わが町の認知症の人と家族が地域で暮らす上での課題

- 課題
- 背景
弱み…
- 強み…

② 課題解決後の姿（目標）

④ 評価の方法

- フロセス評価
- 結果評価

③ 今後、取り組む活動（

- 対象者・機関
- 活動内容と方法
- 協力を求めたい人や機関
- 具体的な進め方（スケジュール）

年 月 ～ 年 月

年 月 | 内 容

研修： 年 新任者研修 グループ番号： 研修生番号：SS19 氏名：

<取り組んできたこと>

< か月間の成果> *プロセス評価と結果評価を記入してください。

<今後の活動計画>

<提出先> 認知症介護研究・研修東京センター 推進員研修担当係
FAX：03-3334-2156 E-mail：suishinin@dcnet.gr.jp
ご質問・お問い合わせは：電話：03-3334-3073(直通)
*「推進員研修の活動計画について質問・不明点がある」旨、お知らせください。

- ◇ 活動計画シートの様式は、認知症介護研究・研修センターのホームページ（DCnet）内「認知症地域園推進員」のページでダウンロードすることができます。（Excel 及び PDF）
- ◇ センターへの「活動計画」および「進捗状況」の提出は任意としておりますが、皆さまからの情報提供をお待ちしております。