

平成30年度 厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金  
老人保健健康増進等事業

# 認知症地域支援推進員 活動事例集

2019年  
3月版



社会福祉法人浴風会  
認知症介護研究・研修東京センター



## 認知症地域支援推進員 活動事例集 (2019 年 3 月版)

# 目次

I. この事例集の使い方	1
II. 活動事例集	5
<b>A. 医療・介護等の支援ネットワーク構築</b>	<b>7</b>
<b>A 1. 認知症ケアパスの作成・普及・活用を通じたネットワーク作り</b>	
1. ケアパスの種から始まった推進員活動 ～花ひらく時に向けて～	9
宮崎県日南市 山口 千恵 【キーワード】認知症施策検討会議 (= 通称ぼんかん会)、目指す姿、認知症ケアパス 推進員ノート、初期集中	
2. 包括エリアの地域版認知症ケアパス作りから展開した推進員活動 地域に出向き、地域や人の特徴に配慮しながらの活きたつながり作り	13
宮城県仙台市 及川 洋子 【キーワード】地域版認知症ケアパス、見守りマップ、出向く 地域にあるもの、地域特性や関係性への配慮	
3. 認知症ケアパスの作成・普及・活用過程で育つネットワーク ～本人がよりよく生きる希望を共につくる個別ケアパスと地域全体のケアパス～	17
香川県綾川町 増田 玲子 【キーワード】認知症ケアパス、医師会、地域力、本人の声と力、希望	
<b>A 2. 多資源による学びあいと支援ネットワーク作り</b>	
4. 圏域別地域会議を活かしたネットワーク作り いつまでも暮らし続けられる地域を目指して共に考え小さなつながりを積み上げる	21
群馬県太田市 根岸 優子 【キーワード】多資源協学、既存の会議を活かす、参加者の声を活かす つながり作り、見える化	
5. 地域課題に対する発想の転換 ～その人らしく暮らせた好事例から学び合い、地域の力を知る～	25
東京都板橋区 青鹿 泉 伊藤 知子 【キーワード】地域住民、住民目線、発想の転換、好事例、エコマップ、普段の業務	
6. 地域は資源の宝箱 ～優先度の高い地域課題（運転支援）を通じた垣根を越えたネットワーク作り～	29
北海道千歳市 作田 直人 吉田 肇 【キーワード】頑張らない、垣根を越える、わかりあえる関係、Win-Win、運転支援	

## B. 認知症対応力向上のための支援・・・・・・・・・・・・・・・・ 33

### B 1. 認知症カフェをきっかけとした推進員活動の展開

7. 地域のつながりから始まる認知症カフェ・・・・・・・・・・・・・・・・ 35  
長野県大桑村 松谷 学  
【キーワード】中山間地、社協、地域のつながり、つぶやき、認とも
8. 住民の“声”から生まれた志摩オレンジカフェ・・・・・・・・・・・・ 39  
三重県志摩市 池田 幸子  
【キーワード】出前認サポ、住民、声、集う場、つながり
9. 地域人材育成とボランティアとしての活動の取組み・・・・・・・・ 43  
新潟県柏崎市 西川 弘美 入澤 未希  
【キーワード】地区特性、地域の人材育成、地域密着型事業所・包括との連携  
PDCA サイクル
10. 認知症カフェから始まるつながりと地域力向上・・・・・・・・・・・・ 47  
兵庫県西宮市 齋藤 環 後藤 香織  
【キーワード】つながり、地域力向上、共通理解、成長、協働
11. 「まちづくり」のための市民活動支援基金（ファンド）を活用した  
認知症カフェの開設・運営支援・・・・・・・・・・・・ 51  
愛知県刈谷市 大羽 啓允  
【キーワード】中間支援の場、市民ファンド、企業城下町
12. オレンジカフェでの本人と家族を主体とした展開・・・・・・・・・・・・ 55  
奈良県河合町 吉澤 直彦 西川 嘉一  
【キーワード】意識の共有化、本人と家族主体、ピアカウンセリング、居場所、振り返り
13. みんなで取り組みれば心強い！  
施設、デイサービス、ケアマネジャーと一緒に輪番の『認知症カフェ』・・・・・・・・ 59  
千葉県我孫子市 佐藤 隆彦 星 良子  
【キーワード】地域とのつながり 事業所等との連携 閉じこもり予防 子供の力 輪番のカフェ
14. 地域と繋がるおれんじカフェびば  
～認知症になっても穏やかに暮らせるまちを目指して～・・・・・・・・・・・・ 63  
北海道美唄市 古東 庸子 飛渡 祐輝  
【キーワード】本人 家族 専門職 行政 地域づくり

### B 2. 認知症介護指導者との協働

15. 認知症介護指導者と協働した小学校講座カリキュラムづくり・・・・・・・・ 67  
大阪府高槻市 辻田 裕之  
【キーワード】「人」、認知症介護指導者、地域のキーマン、目的の共有
16. 行動・心理症状のみられる認知症高齢者へのチームケア・・・・・・・・ 71  
東京都武蔵野市 川下 安梨  
【キーワード】行動・心理症状、家族・医療介護連携、本人理解の統一、チームケア  
認知症介護指導者による専門的視点
17. 指導者とともに考え、つながる・つなげる一步一步・・・・・・・・・・・・ 75  
鹿児島県霧島市 福田 竜光  
【キーワード】1人じゃない つながる つなげる さまざまな機会 私のアルバム

**C. 相談支援・支援体制構築** . . . . . 79

**C1. 認知症初期集中支援チームとの連携**

- 18. 本人らしい生活の実現に向けて  
～つながろう 地域と医療と福祉～ . . . . . 81  
広島県廿日市市 谷畑 聡美  
【キーワード】 つながる・信頼・連携・支える・地域の宝
- 19. 初期集中とカフェの連携から生まれるチャンス . . . . . 85  
愛知県東浦町 吉田 紗耶  
【キーワード】 双方向支援、有機的連携、サテライト、モニタリング、チャンス
- 20. 居宅型包括から地域へ 波紋の拡がり . . . . . 89  
宮崎県新富町 長友 真弓  
【キーワード】 動く、伝える、知る、わかる、つながる

**C2. 本人の声をももにつながる・広がる活動**

- 21. 本人のやりたいこと 地元で叶えられるように  
～「本人の声」だからこそ人は動く と実感～ . . . . . 93  
京都府向日市 石松 友樹  
【キーワード】 本人の希望、地元の資源、特技を生かす、楽しさの共有、個別支援ネットワーク
- 22. 2人の女子会から「本人のつどい」立ち上げへ . . . . . 97  
埼玉県鴻巣市 石井 喜美枝  
【キーワード】 若年性認知症、本人のつどい、コーディネーターとの協働、仲間
- 23. オレンジカフェの一角で「本人ミーティング」を開催 . . . . . 101  
福島県郡山市 植田 かおり 今泉 純子  
【キーワード】 本人ミーティング、オレンジカフェ、委託包括、つながる
- 24. 一人を多職種で支え合う学びとネットワーク . . . . . 105  
栃木県足利市 吉田 千比呂  
【キーワード】 多職種連携、勉強会、赤提灯たかろば、若年性認知症、本人・家族との交流会

**D. 全体的な支援体制作り** . . . . . 109

- 25. 市内要所に配置した推進員同士の協働を通じた支援体制づくり  
～認知症カフェ交流会を共に進めながら～ . . . . . 111  
山口県下関市 寺崎 智恵子 小川 咲子  
【キーワード】 推進員の協働、方向性の明確化、個々の強み  
成功体験、支援体制づくり
- 26. 住民・介護事業所と共に広げる多世代の身近な支えあい  
～広がる「えがおの和」繋がる地域の「和」～ . . . . . 115  
長野県飯島町 那須野 勇一  
【キーワード】 住民、介護保険事業者、生活支援コーディネーター  
事例・声の蓄積、多世代共生
- 27. 地域に合わせて『個の支援』から『地域全体の取組み』へ  
～模擬訓練を通じて～ . . . . . 119  
新潟県燕市 力石 雅博  
【キーワード】 連携、個の支援、模擬訓練、多世代、住民主体、持続発展、広域連携

すいしんいんネットの紹介	123
(すいしんいんネット…認知症地域支援推進員の有志でつくる SNS 上の交流スペース)	

検討委員一覧	124
--------	-----



I

# この事例集の使い方



## 1. この事例集の目的

この事例集は、平成30年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業『認知症地域支援推進員の活動の推進に関する調査研究事業』における全国調査で、全国の認知症地域支援推進員の皆さんが効果を感じた活動（自由記述）をもとに、活動テーマ別に特徴的な27事例を紹介するものです。

どの事例も、地域に元々ある資源や小さな気づきをもとに、丁寧につながりを広げていった事例です。また事例は活動テーマごとに掲載していますが、活動テーマそのものよりも「その活動をきっかけとして地域づくりをどう展開していったか」という視点で読んでいただくと良いでしょう。

事例を紹介してくださった方々も「全国の仲間に少しでも役に立つように」との思いで構成や表現を何度も練り直して作成しました。図や写真を活用したり大事な点に目を引くマークをつけるなど、それぞれが重視している点や趣向を凝らした点にも注目してみてください。

推進員として配置されて日が浅い人は、これらの活動事例を「わが町バージョン」で展開するためのヒントが得られることを、またある程度経験を積んだ方は、これまでの活動を丁寧に振り返って新たな一歩を踏み出すきっかけとしていただけることを願っています。

## 2. この事例集の使い方

事例集は、厚生労働省の示す認知症地域支援推進員の役割・機能の3本柱「医療・介護等の支援ネットワーク構築」「認知症対応力向上のための支援」「相談支援・支援体制構築」（2018年度現在。2019年3月に一部改定。詳細は『活動の手引き』参照）を中心に、7つのテーマ、計27事例で構成されています。

また、各事例の1ページ目右側には、その自治体の人口規模や推進員としての配置形態などで事例を探せるよう、色分けしたインデックスが印刷されています。事例ごとに該当する区分を濃い色で表示しています（下の図参照）。

皆さんの状況やニーズに応じて、今後の活動にお役立てください。

### 【インデックスの見かた】

人口規模の区分	インデックスの例
<ul style="list-style-type: none"> <li>○～5万人未満</li> <li>○5万人～10万人未満</li> <li>○10万人～30万人未満</li> <li>○30万人以上</li> </ul>	
推進員の配置先の区分（自治体全体で）	インデックスの例
<ul style="list-style-type: none"> <li>○行政（本体）・直営型地域包括支援センター</li> <li>○委託型地域包括支援センター</li> <li>○その他（社会福祉協議会、認知症疾患医療センター等）</li> </ul> <p>※自治体全体で複数の推進員がそれぞれの種別組織に配置されている場合、該当するインデックスすべてが濃くなっています。</p>	
推進員の配置形態の区分	インデックスの例
<ul style="list-style-type: none"> <li>○兼務</li> <li>○推進員専任</li> </ul>	





## 4. 注意点

### (1) データの基準日

人口、高齢化率など自治体に関するデータがいつ現在のものか、「自治体情報」のタイトル横に記載してあります。

その他の記述内容や写真等、特記がなければ、この事例集の作成時期である「2019年2月現在の状況」です。事例に関連する情報を掲載したURLやQRコードも同様にこの時期に確認したものです。今後、リンク先の都合でそのページが更新・移動・削除されている場合がありますので、ご了承ください。

### (2) 用語の表記

専門用語や長い単語は、文中では以下のように略したり別の呼び方で表記したりしている場合があります。

- 認知症地域支援推進員 → 推進員
- 地域包括支援センター → 包括  
直営型地域包括支援センター → 直営包括  
委託型地域包括支援センター → 委託包括
- 社会福祉協議会 → 社協  
地区社会福祉協議会 → 地区社協
- 認知症疾患医療センター → 疾患センター、疾患医療センター
- 認知症初期集中支援チーム → 初期集中
- 認知症カフェ → カフェ
- 介護予防・日常生活支援総合事業 → 総合事業
- 介護支援専門員 → ケアマネジャー  
主任介護支援専門員 → 主任ケアマネジャー
- 理学療法士 → PT
- 作業療法士 → OT
- 言語聴覚士 → ST
- 精神保健福祉士 → PSW
- 通所介護 → デイサービス（デイケア）
- 訪問介護 → ホームヘルプ、ホームヘルパー

# Ⅱ

# 活動事例集





# A. 医療・介護等の支援ネットワーク構築

## 掲載している事例

### A1. 認知症ケアパスの作成・普及・活用を通じたネットワーク作り

- 事例番号 1. ケアパスの種から始まった推進員活動  
～花ひらく時に向けて～  
宮崎県日南市 山口 千恵
2. 包括エリアの地域版認知症ケアパス作りから展開した推進員活動  
～地域に出向き、地域や人の特徴に配慮しながらの活きたつながり作り～  
宮城県仙台市 及川 洋子
3. 認知症ケアパスの作成・普及・活用過程で育つネットワーク  
～本人がよりよく生きる希望を共につくる個別ケアパスと地域全体のケアパス～  
香川県綾川町 増田 玲子

### A2. 多資源による学びあいと支援ネットワーク作り

- 事例番号 4. 圏域別地域会議を活かしたネットワーク作り  
～いつまでも暮らし続けられる地域を目指して共に考え小さなつながりを積み上げる～  
群馬県太田市 根岸 優子
5. 地域課題に対する発想の転換  
～その人らしく暮らせた好事例から学び合い、地域の力を知る～  
東京都板橋区 青鹿 泉 伊藤 知子
6. 地域は資源の宝箱  
～優先度の高い地域課題（運転支援）を通じた垣根を越えたネットワーク作り～  
北海道千歳市 作田 直人 吉田 肇



事例番号

1

A. 医療・介護等のネットワーク構築

A1 認知症ケアパスの作成・普及・活用を通じたネットワーク作り

ケアパスの種から始まった推進員活動 ～花ひらく時に向けて～

宮崎県日南市 日南市役所  
山口 千恵（保健師）平成 29 年度配置

キーワード：認知症施策検討会議（＝通称ぼんかん会）、目指す姿、認知症ケアパス、推進員ノート、初期集中

5万人  
未満

10万人  
未満

自治体情報（2018年10月1日現在）

人口	51,781人	高齢者人口	19,319人（高齢化率37.4%）		
面積	536.11km <sup>2</sup>	日常生活圏域数	4	地域包括支援センター数	4
担当地域の紹介	日南市は宮崎県南部に位置し、温暖な気候を生かし山間部ではみかん等の農業従事者が多く、海岸部では漁業が盛んで「近海カツオー一本釣り」の水揚げ量日本一を誇る。また、野球、サッカー等のスポーツキャンプ地でもある。（広島東洋カープ等）				
推進員配置の特徴 ※自治体全体で 6名配置	平成29年4月配置。市内4カ所の包括に各1名、行政（保健師1名）、市立病院（作業療法士1名）合わせて6名配置。各職場での役割が違う事を強みに専任ではなく兼任業務とした。市推進員はまとめ役とし行政と各推進員をつなぐ役割、また政策策定へとつなげる役割がある。毎月定例会を実施し、各推進員の意見を持ち寄り検討できる事が強みになっている。				

30万人  
未満

30万人  
以上

行政  
直営

委託

配置当初の活動イメージ

配置前にケアパスも完成し、いよいよ活動開始となった。配置以前から市の認知症事業に深く関与していただけた医師のアドバイスがあることは強みであった。しかし、推進員として何からはじめていいのかが試行錯誤であった。地域の課題は、認知症について間違った認識を持つ方や関心の低さであった。6名の推進員は各立場でどのように活動してよいか戸惑う部分があった。（包括職員は通常の相談業務と推進員業務としての役割の違いとは等）また、推進員が誕生した事や制度をどう住民に周知していけばよいか手探りであった。

その他

専任

推進員活動のあゆみ（今回紹介する取組に関連するもの）

年度	主に力を入れた活動・取組	得られたこと（課題も含む）
H27 1月	初期集中支援チーム設置に関する勉強会開始	H26年に市立病院に認知症に対し熱心な医師着任（リハビリ科、その後も忘れ相談外来開設）それがきっかけとなり関係機関一体となり取組の機運が高まる
H27 2月	認知症施策検討会議（ぼんかん会）設置（H28→分科会設置、主にケアパス作成）	会議名称を検討。オレンジ色イメージし、市の特産品から「ぼんかん会」に決定
H29	ケアパス完成（＝日南市版ハンドブック）	ケアパスと同時作成のパンフレット全戸配布
H30	2年目活動（地域での見守り講座開催等）	住民に少しずつ理解が得られていると実感

兼務

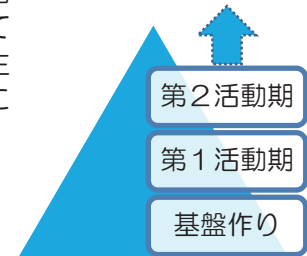
# ケアパスの種から始まった推進員活動 ～花ひらく時に向けて～

## 1 活動の概要

1つの活動にしぼって、2～5で説明する内容のあらすじをお書きください。

H28年からケアパス作成開始、普及へと具体的な取り組みをスタートさせた。中学校での講座、地域での見守り・声かけ講座等、どの取り組みもケアパス作成時の思いや目指すべき姿が活動の基本にある。ケアパスの冊子が推進員活動の基盤となっている。ケアパス作成に参画した地域包括に推進員が配置され、ケアパスを主軸に推進員活動を開始し、活動を展開していった事が、その後の活動全体にも功を奏した。

- ・ 基盤作り（勉強会→検討会議→ケアパス作成開始、内容検討）
- ・ 第1活動期（H29-30）→推進員活動開始（＝ケアパス作成・普及  
中学校、地域での講座開催等）
- ・ 第2活動期に向けて（H31～）  
（地域人材、資源、専門職との連携・つながり拡大へ）



## 2 この活動に取り組んだきっかけ



当初はケアパス作成を意図したものではなく、初期集中支援チーム設置にあたり勉強会を設けた。設置後その会を解散するのはもったいないため次の段階への発展として「認知症施策検討会議」と位置づけ、通称「ぼんかん会」と名づけた。この会の主な取り組みをケアパス作りとした。【ケアパス検討委員会メンバー：医師、看護師、作業療法士、包括、社協、行政（高齢者部門、地域医療部門）】この会があったからこそ、今の活動につながる大きな一歩となりその後の推進員活動の基盤となる重要な会になった。

ケアパス作成と同時に誕生した市のキャラクターとロバ隊長のコラボ

## 3 活動内容

●通称「ぼんかん会」（構成員②参照）でケアパス作成にあたりメンバーで分科会を設置し、会毎にテーマを検討。作業は他市町村情報収集班、地域資源班、病態班、相談先班、パーソンセンタードケア班等で実施。各班で原稿を持ち寄り議論重ね作成。作成にあたり他のケアパスを参考にしたが、情報量が多く認知症本人や家族が読むには内容が難しいとメンバーから意見がでる。当市での利用想定は、本人や家族を含め包括、事業所職員、民生委員等誰でも読め利用できるケアパスを作りたいとの思いがあった。

また、広く住民に周知する為「ケアパス」という名称ではなく「認知症ハンドブック」という名称にしなじみやすいよう工夫した。全世帯配布を想定しケアパスとは別に簡易版としてA3パンフレット作成。監修として市の認知症施策にアドバイスをいただいている医師の助言があり安心してケアパス作りができた事も大きい。「病気としてではなく、その人らしさ」を重視するため症状チェック項目はなるべく少なくした。チェック項目にあてはまるから気をつけたほうがよいではなく、本人家族が早めに相談を促すきっかけ作りとして、前向きで具体的な表現や、本人や家族の声を盛り込むなど内容を工夫した。

### ●認知症サポーター養成講座（中学校編）

ケアパスで伝えたい理念や考え方を取り入れた内容の寸劇や映像を作成。どこまで生徒に伝わるか不安であったが、実際の声かけや接し方は寸劇やグループワークで実践。生徒や教師の実際の声やアンケートから、伝わった事を実感でき手ごたえを感じた。中学校での講座は、継続的に事業展開する事を念頭に意見を集約できるアンケートを実施し、今後の活動の検討材料とした。

### ●市作成「見守り・声かけ訓練マニュアル」の実践

モデル地区を選定し声かけ訓練を重視した講座を、住民と共同開催し理解を深めた。



会の名称となったぼんかん



## 4 活動を進めていく上での工夫・配慮

「ぼんかん会」で市の認知症施策について専門職間で何を大事にするか、住民に認知症の病気や捉え方をケアパス作りを通し情報共有、意思統一を図ったことが、次の活動を考える上で大事な準備期間であった。その期間があって専門職同士の連携も強化された。そして今の活動（推進員事業、見守り講座）とつながり、他の職員の理解も得られ活動しやすい雰囲気となった。ともすると、専門職同士違う立場で仕事をしているので考え方が違う部分も生じたが、議論や活動を通し推進員同士の理解が深まった。

工夫として、ケアパス普及へ向け、また推進員当初の思いや取り組みたい事を記す「推進員ノート」を作成。次の推進員へ熱意をつなぐノートとした。

## 5 この活動に取り組んでの効果

### (1) 本人・家族への効果

以前は住民から認知症の相談として「地域で対応に困っているから本人にどんな施設があるか」との相談が多かった。しかし、最近では「地域でどのように見守ったらよいか」「認知症があっても自宅で共に暮らすためには」という視点に変わりつつあり、ケアパスの考え方が少しずつ普及できたと考えられる。

### (2) 地域への効果

モデル地域での見守り講座をきっかけに地区では、毎週公民館で開催の茶飲み場に、積極的に認知症の方や心配な高齢者に声をかける等の変化が見られた。地区全体として理解が深まると同時に周囲のスキル（具体的な声かけや接し方）が身につく、認知症の方を気にかけて見守る行動につながったり、また、好ましくない声かけをする方に他の住民が嗜める行動が生まれる等効果が見えはじめた。講座開催に向け、推進員と住民で日々意見交換し楽しさや信頼関係を築いた結果、私達が目的とした認知症の正しい知識の普及ができ、波及効果をもたらすことを推進員全員で感じた。



## 6 今後の活動展望

当市では、2年間認知症をキーワードに様々な側面からアプローチし活動を展開してきた。（包括での相談業務、見守り声かけ講座、中学校での講座、もの忘れ相談チェック機器使用の出前講座、認知症予防教室、カフェ、家族会等）

今後は、その積み重ねた基礎をさらに強化し発展する第二段階に入ったと考える。様々な活動から見えてきたのは、自分達だけでは広がらないということ。そこで推進員6名として「地域の人材をつなげていこう」という発想になり、地域の人材発掘に焦点をおき活動していく事とした。同時に、私達推進員が改めて住民に認知症についてどうとらえてほしいか議論をした。このように、活動を通しPDCAを実践していくことが推進員の基礎であると今では実感している。

ロバ隊長のように一歩ずつゆっくり、住民に浸透し寄り添った活動をしていくことが、ケアパスの普及及び推進員の活動が着実なものになると考える。

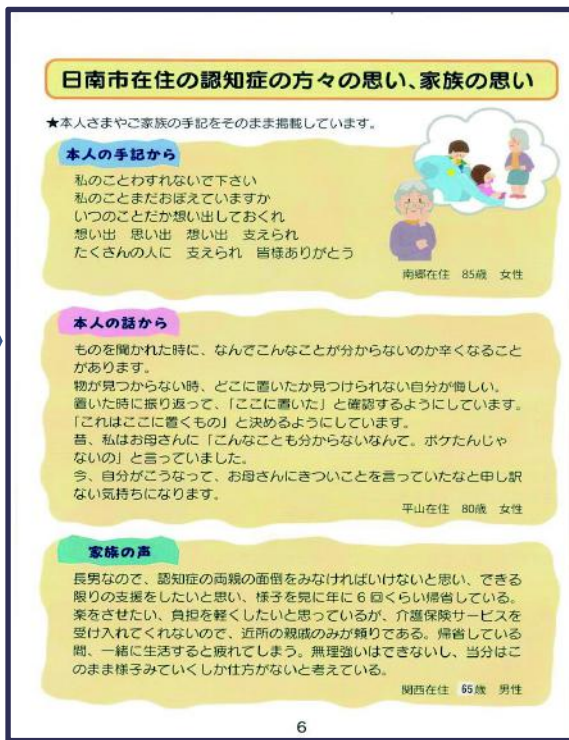
### この活動を通して見えてきたポイント

当初からケアパス作りが目的ではなかったが、結果ケアパスを軸に推進員の活動が展開。2年間の活動では、私達が何を発信し、目指す姿を地域とどのように作っていくかが大事であると気づいた。様々な人とつながる事は正直大変で手間がかかるが、そこがないと継続的な取り組みや地域に根づかない事が見えてきた。

新たに事業をしようと思いきわないこと

普段の業務の中に活動があり、そこにヒントや課題が見つかる

地域の資源・人材を見回し協力者を見つける



ケアパス原本（認知症ハンドブックとして  
出前講座等で配布）

ケアパス「市在住認知症の本人・家族の思い」  
掲載にあたり手記を募集。出前講座ではこの  
ページを使い住民と話しあう。

推進員が、普段の業務の様々な活動でケアパスを活かしています！ 目指す姿に向けて一步一步、一緒に！



市広報誌での推進員特集ページ。中学校やス  
ーパーでの養成講座の様子や早目の相談等  
ケアパスの理念を啓発。



「地域でできる見守り・声かけ講座」での  
寸劇。推進員で力を  
合わせ住民にも大変  
好評であった。



事例番号

2

A. 医療・介護等の支援ネットワークの構築

A 1 認知症ケアパスの作成・普及・活用を通じたネットワーク作り

包括エリアの地域版認知症ケアパス作りから展開した推進員活動  
地域に出向き、地域や人の特徴に配慮しながらの活きたつながり作り

宮城県仙台市 沖野地域包括支援センター  
及川 洋子（主任介護支援専門員） 平成 28 年度配置

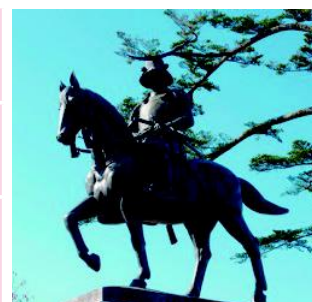
キーワード：地域版認知症ケアパス、みまもりマップ、出向く、地域にあるもの、地域特性や関係性への配慮

5万人未済

10万人未済

自治体情報（2018年4月1日現在、担当地区情報は2019年10月1日）

人口	1,056,602人	高齢者人口	245,978人（高齢化率23.3%）		
面積	786.30km <sup>2</sup>	日常生活圏域数	63	地域包括支援センター数	52
担当地域の紹介	仙台市の東南部に位置する若林区の中で、古くは農業地帯。現在は圏域の東側に田園が広がり西に住宅地がある。地域ごとに高齢独居者への体制があり、民生委員や町内会長も協力的である。				
推進員配置の特徴	全市、行政区、各包括圏域での効果的な認知症施策推進のため、本庁・区役所・包括に推進員を配置。 ※自治体全体で計122名配置 平成26年度より包括に推進員が配置され始め、平成27年度・平成28年度に推進員兼生活支援コーディネーターの「機能強化専任職員」が全包括に1名配置。機能強化専任職員以外の者も合わせ、平成30年度末で122名。				



伊達政宗騎馬像

30万人未済

30万人以上

行政直営


委託

配置当初の活動イメージ

役割は認知症施策の推進と地域包括ケアシステムの構築の推進。しかし「何をやる人？」と地域に聞かれても上手く説明できず、何をどう取り組めばいいか具体的なことをつかめないまま、若林区内8包括の推進員同士の情報交換と市主催の研修で励まされながら活動開始。まずは自分を知ってもらうために「包括だより」に役割を載せ、地域を知るために集まりへの訪問を重ねた。

その他

推進員活動のあゆみ（今回紹介する取組に関連するもの）

年度	主に力を入れた活動・取組	得られたこと（課題も含む）
H28	<ul style="list-style-type: none"> <li>●推進員配置の周知。地域ケア会議の開催。</li> <li>●役割の説明と顔の見える関係づくり。</li> <li>●サポーター養成講座開催（8地区全10回町内会、金融機関、サロン、小学校など。330名）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・前職の時からつながり活かし連携強化。地域の人は役職兼務が多く、訪問の順番など上下関係への気の配りが必要。対応如何では関係性に影響</li> <li>・認知症への関心の高さを知り得た。知識と支え合いに理解が進んだ反面、どこか他人事の感もあり。地域の温度差がある。サポーターのステップアップ、活動の場創設が急務。</li> </ul>
H29 ↓ H30	<ul style="list-style-type: none"> <li>●包括主体の認知症カフェの開設居場所作り</li> <li>●ほのぼの沖野見まもりマップづくり</li> <li>○沖野版認知症ケアパスづくり</li> <li>～高齢になっても認知症になっても安心して暮らし続けられる沖野をめざして～</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・障害者施設、生協と連携。民生委員、サロン、ボランティアの協力。当事者参加が課題。</li> <li>・目に見える地域のつながりができ、効果も実感。商店会、銀行など多くの機関との連携が強化。活動実行と継続、広がりが課題。</li> </ul>

専任

兼務

# 包括エリアの地域版認知症ケアパス作りから展開した推進員活動 地域に出向き、地域や人の特徴に配慮しながらの活かたつながり作り

## 1 活動の概要

〈ほのぼの沖野見まもりマップづくり〉

◇マップとは、急速に進みつつある高齢化に備えて、お互いに支えあうための見守りの仕組みを地図にしたものである。見守り活動に協力する個人を「ほのぼの沖野みまもりたい員」、その他を「みまもり登録所」とし地図上に番号で表記。誰が見守りを担っているかが見てわかるように、登録場所には名札（ステッカー）を掲示。名簿は別途作成、登録者同士で持ち合っている。



〈認知症ケアパス沖野版づくり〉

◇ケアパスとは、仙台市版認知症ケアパスに地域ならではの身近な情報を補完した地域版のケアパスである。～認知症になっても安心して暮らし続けられる沖野を目指して～をテーマに作成した。物忘れが少しでも気になり始めたときの相談から地域にある支えの仕組みなどの情報を載せている。マップとケアパスを両面刷りにし、配布に当たり添書をつけて全戸配布した。

## 2 この活動に取組んだきっかけ

◇認知症の相談件数の急激な増加に加えて緊急対応も求められた：平成27年より増えていた認知症の対応は相談にととどまらず、「一晩帰ってこない、どうしたらいいか?」、「出かけて戻らない、探してほしい」、警察からは「保護しているが、包括でわかりませんか?」など機動的な対応を迫られるようになった。家族、民生委員など一部では対応しきれず地域の力が必要な状況へと変化した。

◇平成28年包括に推進員配置：役割は認知症施策の推進と地域包括ケアシステムの構築の推進。初期支援と配置二年以内での地域版ケアパスづくりが求められた。

◇無力感を味わう事例が発生：高齢二人暮らし、認知症の夫を介護する妻の職場から、連絡がとれないと警察へ通報。それを受け町内会長と訪問。目にしたのは布団の中の明らかに時間が経過したと思われる小さな頭。傍らには所在無げな夫の姿。町内会、民生委員、どこかで早く発見できなかったか・・・包括につながる術は本当になかったのだろうか・・・残された夫を緊急保護し検死の場をあとにした。地域づくり?認知症地域支援推進員ってなに?・・・無力さを痛感。

この時、二度と同じ事を起こさないよう、認知症について本気で地域と一緒に取り組もうと思った。

## 3 活動内容

活動スケジュール		内容		
年度	月	会議名	内容、決定事項など	備考
28	8～	地域ケア会議	・認知症施策と主旨説明 メンバー確定、ネーミング	参加者47名 ネーミング1月末期限
	11	ケアパス・マップ委員会		
29	4	ケアパス・マップ委員会	ネーミング決定、運営要綱、検討→体制づくり・要綱確定 委員決定、見守り登録募集	マップ・ケアパスメンバー決定。延べ参加者130名
	7	地域ケア会議		
	10	ケアパス・マップ委員会		
	11～	マップ作成委員会	代表・役員決定、登録者数確認、情報共有。ステッカーデザイン、紙質、サイズ検討	個人76、事業所64、シンボルはフクロウ、マークは沖野の‘お’
30	2	マップ作成委員会	マップ詳細、ステッカーデザイン決定、予算化 ケアパス内容具体案、担当割りアウト決定	予算枠決定 ステッカー2種類に。 ケアパスメンバー13名。 構成を八分割とする。
	3	ケアパス Ⅱ		
	3	地域ケア会議	委員会報告、マップ配布説明	参加者59名
	4	マップ作成委員会	登録数、詳細チェック、配布方法、説明会開催について	登録者：個人 102名 事業所 94名
	5	ケアパス作成委員会	ケアパス配布準備、折りこみマップ、ステッカー、フローチャート交付、活動確認応答	6千部印刷 昼夜2回開催 昼：99名、夜30名
	6	地域へ全戸配布 マップ、ケアパス説明会		

## 4 活動を進めていく上での工夫・配慮

<工夫したこと>

- 最初に地域ケア会議を開催し、目的をマップ、ケアパスつくりと位置づけた。
- メンバーはこれまでのケア会議のメンバー『町内会長、民生委員、各サロンの代表者、圏域の全介護保険事業所、開業医、薬局、警察、消防、若林区』に加え、新たに商店会、コンビニ、スーパー、金融機関が入り、開催時間を可能な限り医師の参加が可能な時間帯に設定した。
- 委員会のメンバーをケア会議の席上で選出したことで地域から認められた。
- マップ、ケアパスのタイトル名、シンボルマークも事前募集し投票で決定した。
- 取り組みにあたり「地域の皆さまへ」と題し、認知症の現状と見守りの必要性の文書を全戸配布
- 見守り募集用紙を全戸配布。取りまとめ役を各町内会、商店会は責任者、とすることで登録数の意識強化を図り、包括だよりで随時進捗状況を報告した。
- メンバーに写植の専門家がいたことで助けられた。
- 懇親会の開催、連絡網、名簿作成。連絡ツールとして携帯メール利用、開催場所の利便性を確保。

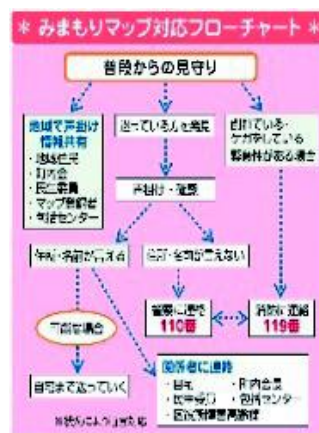


<ケアパスの工夫>

- マップメンバーに加え、認知症の介護家族とカフェのボランティアもメンバーとして協力要請。
- 紙面の内容、構成を八分割とし内容も分担制にしたことで責任感が出た。

<反省>

- ・丁寧にこだわりすぎた：細かい点まで全員で検討しようとしたことが裏目に！何をやらせるのか」との意見が出て收拾がつかず、会議を打ち切る事態に。計画も頓挫しかけた。  
→時間を空けて戸別訪問し再開にこぎつけた
- ・一人一人は協力的。会議では雰囲気と大きい声に惑わされる。
- ・決定事項が翻ったり、議題が後戻りした→会議を録音し議事録を交付。前回の振り返りと進捗の確認を励行した（専用ファイル作成、各自に配布）
- ・会議参加を全てとせずフォローの訪問を実施。
- ・フローチャートの作成過程で「安易な声掛けで事件が起きたら責任は誰が取るんだ」と紛糾→警察、消防署の助言で解決した。
- ・予算が印刷費だけで消化、ステッカー資金が無く社会福祉法人の地域貢献で協力頂いた。



## 5 この活動に取り組んでの効果

- 活動で無事に保護した事例が 15 件。見守り、支え合い、認知症への関心が高まりつつある。
- 沖野版ケアパスの活用で、初期での気づきと相談支援へつながる。
- 活動を機に、見守りの意識は広がり、福祉委員活動、サロン活動へと波及している。
- コンビニ、スーパー、金融機関が地域の一員としての自覚が強くなり連携が気さくになった。
- ステッカーは子供たちの目にもとまり、フクロウが可愛い、これってなに？と話題になっている。
- ケアパス作成に関わった介護保険事業所2カ所が認知症カフェを立ち上げた。



## 6 今後の活動展望

- 「ほのぼの沖野みまもりマップ&ケアパスだより」の発行、認知症の研修会の開催。
- 町内会、関係機関ごとに登録者の集まりを開催、それぞれの支え合いの体制づくりに取り組む。
- 見守り登録者を増やす。将来的には「見守りたい人」の登録と両者のマッチング。
- 行方不明者を探す模擬訓練の実施。

## この活動を通して見えてきたポイント

- ・地域には力がある、人材もいる。つながり方で大きく動き出す。
- ・地域の課題は、住民自身が気づき、自らが言葉で発し関係機関とつながることで解決に向かう。  
\* 推進員は地域に足を運び、地域の声を拾い「既に地域に根付いていて、住民が資源として気づかずにいる人、風習、習慣、気遣いなど（宝物のような物）への気づきと、実際のつながりを支援すること。

「ほのぼのの沖野」シンボルマーク



# ほのぼのの沖野 みまもりマップ

# 認知症ケアパス 沖野版

昨年配布された「認知症ケアパス」の中面のみまもりマップ



沖野地域包括支援センター正面



認知症になって  
も地域とつながり  
の中で生活が  
続けられます。

相談窓口が  
たくさん  
あります。

早めに病院に  
行き、相談する  
ことが大切です。

## 認知症ケアパス 沖野版

「ケアパス（支える仕組み・ガイド）」

認知症になっても  
安心して暮らし続けられる沖野を目指して

— 認知症は身近な病気です —  
地域で暮らすみなさんの理解やちょっとした見守り、  
声掛けて住み慣れた地域で暮らし続けられます。

作成：◎ほのぼのの沖野みまもりマップ作成委員会  
◎沖野版認知症ケアパス作成委員会  
◎沖野地域包括支援センター ☎294-0380

地域に配布された認知症ケアパスの表紙



意見を出し合って編集会議

○沖野包括版認知症ケアパス

<http://www.city.sendai.jp/kaigo-suishin/kurashi/kenkotofukushi/korenokata/ninchisho/shiryo/documents/okino.pdf>

○沖野包括版認知症ケアパス（マップ）

[http://www.city.sendai.jp/kaigo-suishin/kurashi/kenkotofukushi/korenokata/ninchisho/shiryo/documents/okino\\_map.pdf](http://www.city.sendai.jp/kaigo-suishin/kurashi/kenkotofukushi/korenokata/ninchisho/shiryo/documents/okino_map.pdf)

事例番号

3

A. 医療・介護等のネットワーク構築

A1 認知症ケアパスの作成・普及・活用を通じたネットワーク作り

認知症ケアパスの作成・普及・活用過程で育つネットワーク  
～本人がよりよく生きる希望を共につくる個別ケアパスと地域全体のケアパス～



香川県綾川町 綾歌地区在宅医療介護連携支援センター  
増田 玲子（社会福祉士）平成 26 年度配置 前綾川町地域包括支援センター

キーワード：認知症ケアパス、医師会、地域力、本人の声と力、希望

5万人未済

10万人未済

自治体情報（2019年2月1日現在）

人口	24,245人	高齢者人口	8,351人（高齢化率 34.4%）		
面積	109.75km <sup>2</sup>	日常生活圏域数	1	地域包括支援センター数	1
担当地域の紹介	綾川町は、香川県のほぼ中央に位置し、町名の由来ともなった清流綾川は、南東部の山中に源を発し、水と緑の豊かな美しい自然が広がっている。うどん発祥の地。				 <p>田植え間もない羽床富士</p>  <p>釜玉うどんは、町職員が製麺所に卵を持参して食べたのが始まり。</p>
推進員配置の特徴 ※自治体全体で 5名配置	平成 26 年度に 1 名配置されたのを出発に、徐々に配置数を増やし、平成 30 年度は、5 名体制。全員兼務。4 名は町直営の包括に所属、1 名は平成 30 年 4 月に包括から綾歌地区医師会の在宅医療介護連携センター職員となった社会福祉士が、引き続き推進員として活動している。				

30万人未済

30万人以上

行政直営

委託

配置当初の活動イメージ

認知症地域支援推進員という立場で、それまで町で積み上げてきた認知症施策や地域づくりを一層、充実できそうな期待感を持った。認知症ケアパスの作成においても様々な関係者の方と協働しやすいだろうというイメージをもって活動を開始した。

その他

推進員活動のあゆみ（今回紹介する取組に関連するもの）

年度	主に力を入れた活動・取組	得られたこと（課題も含む）
H26	認知症ケアパス作成	認知症ケアパスの作成をきっかけに地区医師会との接点が増えた。
H27	認知症ケアパスを全戸配布。クリアファイル版の作成・配布、認知症対策委員会発足	定期的に医師会と行政が認知症施策について意見交換できる。
H28	初期把握シート作成。多職種事例検討会開始。本人ミーティングを開催。	初期把握のシステムができる。事例検討会も始まる。本人の声と力を活かす取組始まる。
H29	本人ミーティングをきっかけに認知症本人とその地域の人が協働する居場所「育育広場」が誕生！	「育育広場」はこれからの共生の意味やあり方、効果の先を照らすものとなる。地区医師会が「育育広場」を見学。
H30	4月から在宅医療介護連携支援センターでの活動開始。地域の実態調査を実施。	今の立場としてできること、情報発信と切れ目をつなぐ支援、代弁機能など役割を模索。

専任

兼務

# 認知症ケアパスの作成・普及・活用過程で育つネットワーク ～本人がよりよく生きる希望を共につくる個別ケアパスと地域全体のケアパス～

## 1 活動の概要

### ●地域力・本人力に着目したケアパスづくり

ぜひ、表したいと思ったのが「日常」である。平成18年の包括開設当初から住民力、地域力の向上をめざし、また、認知症本人や家族の個別支援にあたってきて、困る前からの「日常」の大切さを身にしみ感じていた。平成24年、介護事業所の従事者、約100人にアンケートを取り、認知症ケアにおいて、「うまくいったこと」、「困ったこと」について問ったところ、どの場合も「本人」「家族」がキーワードとして出てくることに気づいた。たとえば、「本人の話をよく聞くとうまくいった。」とか、「本人、家族の理解がなくて困っている。」などだ。医師会の先生の発想や力も借りながら、住民の日常のつながりのあり方と本人を中心とした循環型ケアを示すものとしてケアパスの原型が誕生した。現在のものはそれを基礎にしている。

### ●希望につながるケアパスをみんなで作る

「できるだけ、なじみのことや地域とつながり続けること」とを大切に、本人がよりよく生きていける希望を伝えるものという想いをもって、作成の段階から様々な立場の多くの人に関わってもらい、その過程が現場でケアパスを生かしていくための出発点となるようにした。

### ●個別支援がケアパスを豊かにし、ケアパスが個別支援を彩る。

ケアパス作成時にちょうど関わっていたMさんへのチームでのかかわりや、その後、Sさんとの出会いと地域での展開を通じ、個別ケアパスと地域全体のケアパスの検証・改良につながった。

## 2 この活動に取り組んだきっかけ

ケアパスを描いても現実のものになるためには医療分野が重要と痛感していた。ケアパス作成を医療とのつながりを強める機会にと、最初にするの一つとして医師会への働きかけを試みた。

## 3 活動内容

### ●医師会と一緒に動く

平成26年6月、医師会長を訪ね、認知症ケアパスについて説明し、協力をお願いする。最初は恐る恐るというのが正直なところだが、医師会長のところに通うにつれ、先生方が町の施策や取り組みに関心が高く、その熱心さに驚かされた。平成24年に、作成した概念図の素案を見ていただいたところ、「もっと、医療の部分の連携を進めなければならない。」との意見をいただき、認知症医療連携シートの作成のきっかけとなった。

ケアパスの作成後、医師会と町との認知症対策委員会が立ち上がり、多職種でケアパスを意識しながら事例検討会も開始され、ケアパスが息づき始めた。

### ●地域ぐるみでチームで一緒に動く（ケアパスの具現化）

閉じこもっていた認知症で一人暮らしのMさん。地域の友人からの働きかけが糸口となり、再び穏やかで楽しみのある生活を取り戻すまでの過程は紆余曲折ありながらも、チームMを育て、地域を育てた。

認知症であることをカミングアウトしている志度谷さんの住む地域は、何かの役に立ちたいと思う本人と一緒に「育育広場」を始めた。一緒に「人生の船」を漕ぐ地域の仲間たちと本人。老若男女が集い、誰もが「楽しい。」といえる場になっている。どんな状況でもあきらめず、本人がよりよく生きていくための仲間を増やし、チームで一緒に支えあって、進んでいく個別ケアパスづくりの積み重ねが、地域全体のケアパスをより豊かにしている。





## 4 活動を進めていく上での工夫・配慮

作成の過程そのものが生きたケアパスにつながると考え、医師会はもちろん、社会福祉協議会、介護保険事業所に、連携状況のアンケート等の内容確認だけでなく、ケアパスでめざしていることを会議や研修時、個別に説明するとともに、進捗状況を伝えたり、協議の場を持つように心がけた。ケアパスを通じて、認知症とともに生きる希望のあるイメージを広げるために、前向きでやさしい言葉使いやメッセージ、色や図柄を工夫。機会あるごとに専門職と同時に住民に普及を図った。

## 5 この活動に取り組んでの効果

### ●縁から縁がつながり、円になったケアパス

ケアパスは作成の過程で多くの出会いを生み、知恵を出し合うきっかけとなり、地域全体のケア向上にもつながるものとなった。医師会との関係性の構築につながったことは大きな成果だ。協働作成はお互いの顔の見える関係づくり、話し合える関係づくりにも役立った。その後、事例検討会は回を重ね、テーブルを共にして検討することだけでも画期的！と満足していたが、徐々に先生方から「医療だけではなく地域が大切だ。」とか「本人の声を大切に」とかいう声が聞こえはじめ、この事例検討会は今年度からは医師会の在宅医療介護連携支援センターに引き継がれている。

### ●あるべき姿を示すケアパス

このケアパスは様々な立場の誰もが位置関係を確認められ、今、どこにいて、何に困っていて、どうなればより良いのかが確認でき、ケアプランの検証にも利用できる。一人暮らしのMさん、家族、地域（友人、民生委員）、ケアマネジャー、主治医、ヘルパーがチームで関わり、それぞれの立場での対応力の向上につながった。

### ●育ちゆくケアパス

本人が診断されたまま、前向きになれずいたり、納得できないまま、つらい思いをしている人もたくさんいる。課題は山積みだ。仙台市の丹野智文さんが香川県に来られた時に、ケアパスを見ていただく機会を得た。「ごちゃごちゃしてるなあ。」「必ず、介護保険を受けなければという道筋になっているけれどそうなのかなあ？」という。まだまだ、成長の途上のケアパス。これからも、地元の本人、そしてみんなで一緒に育てたい。

▶いつでも持ち歩けるようにクリアファイル版も作成しました。



◀本人にみてもらい意見を聴く真剣に綾川町のケアパスを見つめて、コメント

## 6 今後の活動展望

ある時は太く、ある時は細く、つながり続けて本人や家族の希望につながるような活動を続けていきたい。また、すぐそばの素晴らしい仲間が、うまくつながりあっていくことにも注力したい。活動すればするほど、出会うことの大切さが実感できるからだ。認知症本人にとって必要な出会いに早く確実に結びつくようにこれからもできることを見つけていきたい。

### この活動を通して見えてきたポイント

- 思い続けることと、できることから少しずつ。まず、少しやってみると次々と何をすればいいのが見えてくる。必ず、本人に聞いてみる。
- 周りの人に声かけ、誘い合うことを心がける。そうするとどんどん人の輪が広がる。声をかけられない人の立場に立つ。自分から何かに参加するのは難しいという人の思いを知る。
- 担当分野にとらわれ、専門職同士が知らない間に切れ目を作ることのないよう、何のためかを忘れずに全体像をお互いに感じながら業務に取り組もう。

明日 (tomorrow) もっと じっくり

## ▶ Mさんの地域ケア会議の一コマ

息子さん：たくさんの皆さんが母のために集まって話し合ってくれたことがとてもうれしかった。

友人：お茶に行こうと誘いますが、犬だけではなく、Mさんはお花が好きなので、フラワーアレンジメントをする日にしよう。

民生委員：もし、お迎えの車に乗らなければ、私が友人として連れて行きます。

ケアマネジャー：どうやってデイサービスの利用につなげようか？

かかりつけ医：Mさんの日常をこんないろいろな人たちで支えている！

本人：犬がいるから出かけられない！

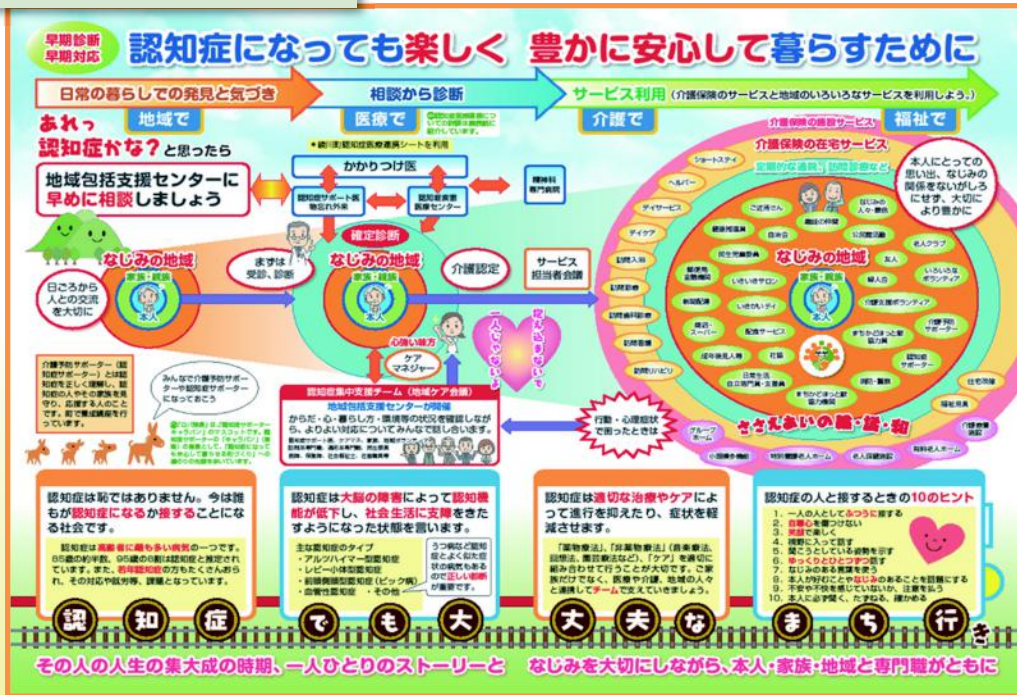
### チームMに推進員が関わったことによる成果

- チームで聞くと一人暮らしの認知症の人も安心してその人らしく暮らせることを住民も専門職も実感。チーム全体が、本人をありのままにとらえ、本人の視点で見つめる温かいまなざしに変化してきた。
- サポーターが核となり、Mさんに関わる姿を見て、当初、否定的だった近所の人もMさんを疑って見ず、「私が見るから、あんたは見守らんでもええわ！」(嬉しい悲鳴?) ショートステイを利用するときは近所の人にケアマネが伝えておかないと夜、電気がつかないという大騒ぎになる。それくらいみんながMさんのことを思っている。
- 役職員も認知症の人への対応の大切さを自覚し、平成28年度には役職員ほぼ全課全員が認知症サポーター養成講座を受講した。
- 認知症疾患医療センター医師とかかりつけ医(診療所)がうまく連携できた。ADLが自立しているも通院に繋がりにくい場合、訪問診療に切り替え、医師も生活環境を把握しながら、診療を行うことは本人も安心し、顔なじみとなりよかった。
- 認知症ケアにおけるヘルパーの役割の重要性をあらためて確認できた。特に一人暮らしの認知症の人の場合、朝のヘルパー訪問は「おはよう。」の声かけで夜の孤独を癒し、食生活をはじめとする規則正しい生活の一日の出発点の要となった。
- チーム結成から3年が過ぎようとしている。Mさんは今でも穏やかに在宅生活を継続している。被害的な言動はほとんど見られず、やさしいもとのMさんの姿に戻っている。
- サービス担当者会議でのMさんと息子さんの会話から：本人は顔色よく表情穏やか。よく笑う。息子さんが習字道具を買って持ってきてくれた。習字の話、花作りの話、かほちゃんの話などが弾む。(Mさんは習字や絵画が得意。)息子さんが小さいころ、Mさんに普通の絵を描いてもらったエピソード。「下手に描いて」と頼んでいたのに先生にばれてしまった話。「うますぎたやな。」とって本当におかしそうに笑った。息子さんも笑った。
- うつづいて顔を上げる度、息子さんが帰ってきていることに初めて気づいたように「どうしたん?なんで帰ってきてるん?」とうれしそうに繰り返すMさん。



## ▶ 綾川町認知症ケアパス概念図

\*綾川町ホームページより



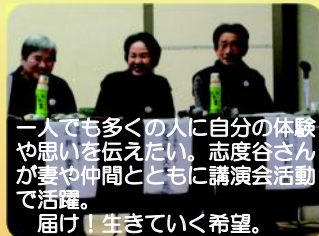
## ▶ 出会いつながり前向きに

認知症と診断され最初は、不安でいっぱいだった志度谷さん。何かの役にたちたい、という思いでつながる地域の仲間ができた。



育育広場の仲間たち(地域の元気な男性たち)。一緒に創る木製品は保育園で大人気!

得意な大工仕事で力を発揮できる場ができ、笑顔が戻る。



一人でも多くの人に自分の体験や思いを伝えたい。志度谷さんが妻や仲間とともに講演会活動で活躍。届け!生きていく希望。



志度谷さんと妻。初期集中支援事業の普及チラシの表紙を飾って下さった。



なじみの仲間と卓球!

写真提供：志度谷利幸さん  
主な撮影者：仲間の三井秀範さん

事例番号

4

A. 医療・介護等のネットワーク構築  
A2 多資源による学びあいと支援ネットワーク作り

圏域別地域会議を活かしたネットワーク作り  
いつまでも暮らし続けられる地域を目指して共に考え小さなつながりを積み上げる

群馬県太田市 尾島地域包括支援センター  
根岸 優子（主任介護支援専門員）平成 30 年度配置

キーワード：多資源協学、既存の会議を活かす、参加者の声を活かす、つながり作り、見える化

5万人未満

10万人未満

自治体情報（2018年9月30日現在）

人口	224,430人	高齢者人口	56,707人（高齢化率 25.3%）		
面積	175.54km <sup>2</sup>	日常生活圏域数	9	地域包括支援センター数	9
担当地域の紹介	利根川近くに位置する尾島地域は高齢化率 28.8%と市内で最も高い。ヤマトイモなど農業が盛んで毎年8月に開催の尾島ねぶたまつりは賑わい、B級グルメの太田焼きそばはテレビでも紹介された。				
推進員配置の特徴 ※自治体全体で 9名配置	平成 30 年 4 月に配置。包括支援センター職員 9 名が兼務。日常的に相談業務を行なう包括職員が推進員を兼務することで、地域のニーズを汲み取りより地域に根付いた推進活動を行なう。推進員・行政・アドバイザーが集まり、情報交換などの連携を図り、協力し合って活動している。				



30万人未満

30万人以上

行政直営

委託

配置当初の活動イメージ

包括兼務の推進員である特長を活かし、地域の相談の中から本人や家族のニーズを汲み取り、地域特性を生かした事業を行なっていきたい。既存の会議などを活用し認知症になっても暮らし続けることの出来る地域作りについて話し合える場を設け、支援者間のネットワーク構築につなげたい。

その他

推進員活動のあゆみ（今回紹介する取組に関連するもの）

年度	主に力を入れた活動・取組	得られたこと（課題も含む）
H27	地域の方と専門職との顔の見える関係作り	集まったが関係作りにまで至らなかった。
H28	『認知症高齢者を地域で支えるために』事例を通して地域と専門職が出来ることを考えるグループワーク（区長・民生委員・専門職）	初めて事例検討を地域・専門職とで行った。色々な立場からの意見が聞けて勉強になったなど好評。
H29	『住み慣れた地域で暮らし続けるために』をテーマに年2回グループワーク ① 独居高齢者支援の事例 ② 軽度認知症支援の事例	① 民生委員・ケアマネジャーの役割の違いを理解でき、つながりやすくなった。 ② 認知症の支援について、専門職と地域の出来る支援を検討。役割の共有が出来た。
H30 配置後	『自分らしく最期まで生きる事の出来る地域に・・・』をテーマにグループワーク ① 自分が大切にしたいことを語り合おう ② 希望する生活のための支援を学ぶ	① グループ内で自分なら最期をどうしたいかを話し合い、自分事として話し合えた。 ② 在宅専門医の講話を聞き、実際の終末期支援を学びあえた。

専任

兼務

## 圏域別地域会議を活かしたネットワーク作り

いつまでも暮らし続けられる地域を目指して共に考え小さなつながりを積み上げる

### 1 活動の概要

推進員として配置される以前から包括として開催してきた**圏域別地域ケア会議**を活用し、区長・民生委員とケアマネジャーや介護サービス事業所職員などの専門職とで『住み慣れた地域で暮らし続けるために』と年間のテーマを決め、年に2回つながりやすい関係作りを目指して、個別事例をもとにグループワークを行なった。



①妻が亡くなり一人暮らしになった男性の事例をもとに：支援の必要性の気づきの場面から、支援開始までの**人的支援のつながり方**をグループワークで話し合った。



②軽度認知症の独居女性の事例をもとに：グループワークで支援方法を地域の人たちと専門職とで話し合うため、**模擬個別地域ケア会議を開催**。前回つながりを確認した支援者同士で、**何が出来るか誰が担えるかを検討**。自助・互助・共助の視点で話し合い、**ネットワーク作り**を行なった。

### 2 この活動に取組んだきっかけ

H27年に地域包括支援センターの委託を受けた当初から、一貫して『いつまでも暮らし続けられる地域作り』を目指して、圏域別地域ケア会議を開催してきた。H28年度、初めて認知症の方の事例検討をグループワークで行なったところ、民生委員や専門職から、このような話し合いをもっとやりたい、異業種の意見が聞いて良かったなどの意見があった。そこで、H29年度は多資源で連携しよりよい関係作りと、どのように支援に結びつくかを学びあうことで、相談しやすい関係作りを行ないたいと考え、年間で統一したテーマで話し合いそれぞれの役割を学び、支援者同士が協力しやすい関係作りを行ないたいと思い、H29年度の方針として決め、H30年度も継続。

### 3 活動内容

● H29年度の圏域別地域ケア会議を活用。（推進員配置前の活動です）

年間テーマ『**住み慣れた地域で暮らし続けるために**』と決める  
事例検討用の事例は包括で架空の事例を用意し、内容をまとめられる記録用紙を用意しておく。

#### ① 人的資源のつながりについて事例を通して考える グループワーク

- ・事例を使い気づきの場面で誰が気づきどこに相談するかを話し合う。
- ・民生委員・ケアマネジャーそれぞれの立場から担える役割を説明してもらう。
- ・必要な支援とその担い手を検討。



※書記に記録用シートに気づきから支援までの人的支援のつながりを記入してもらい、参加者に支援者間がどうつながるかを共有してもらった。

#### ② 住み慣れた自宅で暮らすための支援を考える（模擬個別地域ケア会議をやってみよう！）

グループワーク（役名シールを置き、参加者には役になりきって話し合いをしてもらう。）

- ・個別地域ケア会議を体験してもらい、事例の方の支援方法、担い手を検討する。
- ・支援内容を検討する前に、理学療法士から事例の場合に考えられるリハビリ内容と改善の可能性のお話をしてもらう。
- ・支援方法を考え、それは誰が担うのかまで検討。

※軽度認知症の方に対し、支援方法を考え介護サービスを利用するだけでなく、地域の方はどんな支援ならできるのかを一緒に検討することで、地域と専門職が認知症の方と一緒に支援する方法を話し合った。

## 4 活動を進めていく上での工夫・配慮

● 雰囲気づくりのためのアイスブレイクと、少人数のグループワークで参加者全員が意見を出しやすいよう工夫した。当初はグループワーク未経験の方にも分かるよう、細かく区切りわかりやすく進める工夫をした。徐々に会議の回数を重ねることで、参加者全員の意見が出やすくなった。

● 民生委員とケアマネジャーにそれぞれの仕事の内容を説明してもらうことで、お互いの役割を理解した上で連携できるようにした。

● ケアマネジャーが包括を介して民生委員の連絡を知ることが出来るよう会議の場で連絡先を包括から伝えていいという許可をいただき、必要であればケアマネジャーが民生委員と連絡を取れるようになった。

今では民生委員からケアマネに連絡を取るようにもなった。



地域の人と専門職が意見を出しあう

● 毎回の会議で気をつけていることは、参加者が『参加してよかった』『活用しよう』と思えるよう内容を考え、また参加したいと思ってもらえるように工夫している。

## 5 この活動に取り組んでの効果

(詳しくは、次ページを参照)

- 立場や職種の違いを越えて、意見を出しやすくなった。
- 顔の見える関係から一歩進んで、声のかけやすい関係作りができた。
- 実際の場面で、ケアマネジャーと地域の民生委員とが連携をとれるようになり、個別支援が細やかに進みやすくなった。
- 互いの情報や意見をもとに、一人の人を自分事として、一緒によりよく支えあおうという共助の意識が育ってきている。
- 1回1回の会議を通じて、グループワークの進め方やまとめ方を、改良しながら、みんなが参加しやすく共有できるカタチが生まれた。

### グループワークの進め方

～ 個別地域ケア会議を体験しよう! ～

1. 自己紹介 (所属・氏名・世の中で一番美味しいと思うもの)  
※ 一人1～2分程度でお願いたします。

★ 役は基本的に自分の順番でお願いします。  
異なる場合や役がない順番の場合はシールにある役を選んでください。  
皆さんの個別地域ケア会議に出席している専門職や地域の方です。  
できるだけ、その役になりきって発言してもらおうようにお願いします。

2. 事例紹介 事例を元にケアマネ役の方を紹介いたします。  
① 事例の紹介と困っている内容 (ケアマネ役)  
② 目録の様子 (ケアマネ・民生委員役)

3. 支援方法を話し合う  
(※A3のまとめ用の用紙を使用してください)

★ 理学療法士さんとヘルパーさんから、この場合にできる支援と改善の可能性を説明。(各グループに1人1人ずつお任せします)

- ① どのような方法で花子さんを支援できるかを話し合う
- ② 話し合った内容をまとめる
- ③ 支援の中で隣近所や地域の人ができることを抜き出す

## 6 今後の活動展望

当初は認知症に限らず地域の方と専門職が協力し合える関係を作ることを目指して、圏域別地域ケア会議で地域作りを始めた。現在は事例検討を通して認知症高齢者の支援を一緒に行い、実際の支援の場でも民生委員とケアマネジャーが連携できるようにもなってきたところではあるため、今後も地域でできることを区長や民生委員などの地域職、ケアマネジャーや介護サービス事業者などの専門職で話し合う機会を設け、推進員だけで考えるのではなく、地域の方や専門職と一緒に話し合いながら、認知症になっても暮らし続けることのできる地域作りにつなげていきたい。

### この活動を通して見えてきたポイント

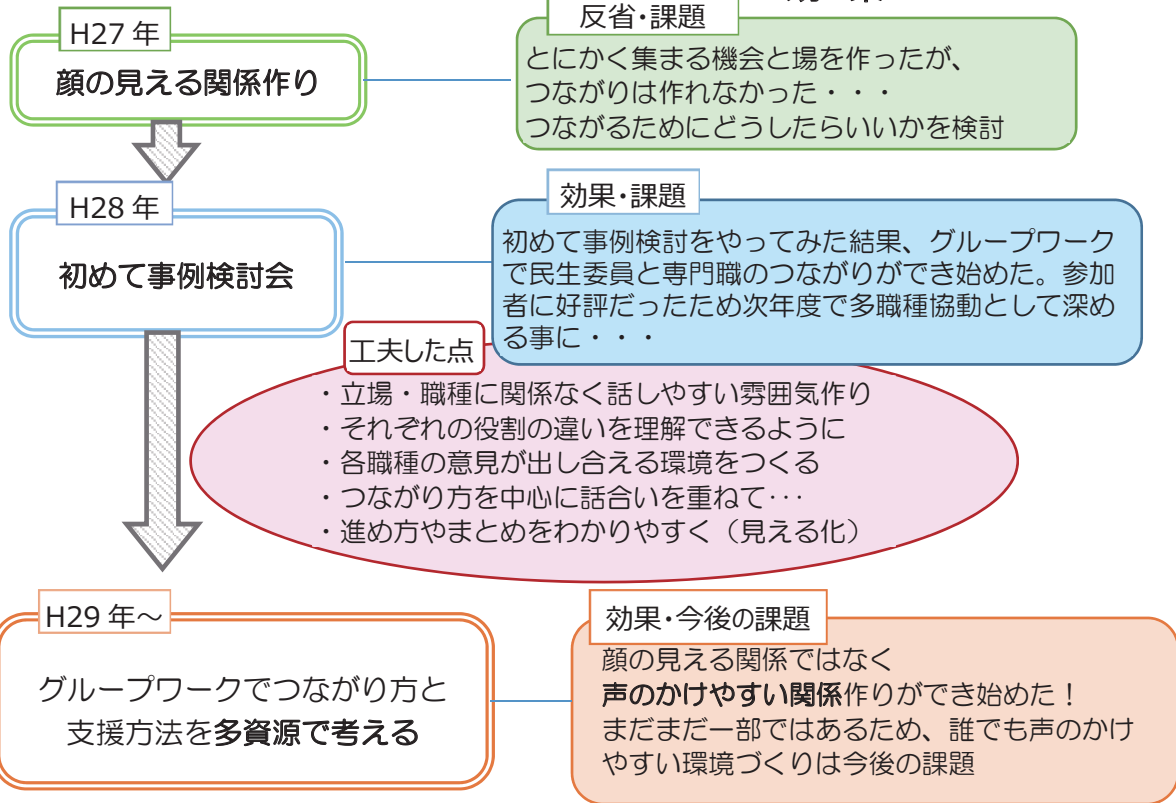
- つながり作りは1度ではできない。少しずつ進め、長期間の計画を考えよう!
- 地域・専門職、それぞれの立場から発言しあえ、一緒に考えられる環境を整えよう!
- 参加してくれた方たちが、『今日は良かった』『また参加したい』と思える内容を考えよう!
- 認知症になっても暮らしやすい街づくりは、推進員一人では出来ない。地域住民と地域の専門職とで一緒に考え、進めていくことが大切。

などなど・・・考えることはたくさんあると思いますが

**認知症地域支援推進員が一人で悩まず  
一緒に考えてくれる仲間と少しずつ進めよう!!**

# 活動

# 効果



## 声をかけやすくなり、ケアマネと民生委員がつながりやすくなった！



一人が地域で自分らしく暮らし続けるために  
地域住民と専門職が話し合いを続けながら  
個別具体のつながりや支えあい内容を共有。  
また参加したい、という仲間が増えている。



グループワーク まとめ		グループ	
支援の方法	担う人	支援の方法	担う人
お風呂	福祉用具事業所（専門員） 理学・作業療法士（リハビリ） ヘルパー 家族（娘） デイサービス・ケア ケアマネ	おしゃべりしたい	訪問して安否確認を行なう。ヘルパーの訪問時におしゃべりする。傾聴ボランティアを頼む。デイサービスを利用する。隣の方に気にかけてもらう。リハビリを行い自身がつけば、サロンや老人会に出かける。孫に電話をかけてもらう。友人に誘ってもらう。一緒にサロンに出かける。介護予防教室の利用。NPOの外出支援。地域の集まりに誘うなどの意見もありました。
	民生委員 傾聴ボランティア（社協） ヘルパー・デイサービス 近所の方・世良田さん		
食事	本人・家族（娘） ヘルパー 作業療法士 デイサービス・ケア	その他	福祉用具事業所 訪問リハビリ ケアマネ
	近所の方 隣の世良田さん 娘・ヘルパー 民生委員 レンタル事業者		
しみ出し	近所の人に声をかけてもらい、一緒にゴミ出しに行ってもらい、重いものは頼んでゴミステーションにもって行ってもらうなどの意見があった。ゴミの仕分けを手伝い、カレンダーにゴミ出しの日を記入。歩行器などを利用して自分でゴミを出せるように工夫する。民生委員に声をかけてもらうなどの意見もあった。	地域の方が協力できること	近所の人で協力ができれば理想だが、それぞれの生活もいっぱいなので、他の人の手助けをしている余裕が無いのは現実。
	・散歩に出たら近所の人声がする。仲のいい人にサロンに誘ってもらい。 ・ゴミ出しの時に声をかけたり、一緒に持って行ってもらうなどの協力ができる。 ・近隣の人や民生委員などによる安否確認。 ・サロンや老人会に誘ったり、一緒に出かけることで、今までの活動が続けられる。 ・地域のボランティアを活用する。		

**互助！**

事例番号

5

A. 医療・介護等のネットワーク構築  
A2 多資源による学びあいと支援ネットワーク作り

地域課題に対する発想の転換

～その人らしく暮らせた好事例から学び合い、地域の力を知る～

東京都板橋区 上板橋地域包括支援センター  
青鹿 泉（看護師）平成 29 年度配置 伊藤 知子（看護師）平成 29 年度配置

キーワード：地域住民、住民目線、発想の転換、好事例、エコマップ、普段の業務

5万人未満

10万人未満

自治体情報（2018年12月1日現在）

人口	566,709人	高齢者人口	130,678人（高齢化率23.1%）		
面積	32.22km <sup>2</sup>	日常生活圏域数	18	地域包括支援センター数	18

担当地域の紹介

上板橋地域包括圏域人口は28,357人、高齢者人口6,712人、高齢化率23.7%。商業地域と住宅地域が混在し、若い世代も多い。区はH27年「介護・高齢化対応度調査」総合首位（767市区中で）。H30年「共働き子育てしやすいランキング」全国6位。



石神井川 枝垂れ桜

30万人未満

30万人以上

推進員配置の特徴

※自治体全体で42名配置

行政内と地域包括支援センター（委託18か所）に配置。初期集中支援事業の開始にあたり、各地域包括支援センターにチームを設置するため、すべてのセンターに推進員を1名以上配置している。

行政直営

委託

配置当初の活動イメージ

H29年度に推進員の研修を受けた段階で、板橋区では推進員が初期集中でチーム員として、2か月ごとにチーム員会議をすることが決まっていた。認知症関係の会議でも「推進員」に限定されることもあるので忙しいイメージがあった。推進員として認知症施策を実行しながら「地域づくり」を期待されていることが研修で分かったので、包括支援センター業務を遂行しながらどのように展開していけばいいのかと負担感もあり模索していた。

その他

推進員活動のあゆみ（今回紹介する取組に関連するもの）

年度	主に力を入れた活動・取組	得られたこと（課題も含む）
H29年度	初期集中でチームとして活動開始。当包括では2人の推進員で開始しながらもう一人推進員を増員	初期集中の会議を2か月に1回継続することで、事例も5例出てきて、大体6か月で終了していった。所内の啓発活動の必要性を感じていた。
H30年度	所内でH29年度の事例を紹介し他職員にも関心を持ってもらえるように働きかけた。推進員を増やす計画で更に1人推進員研修参加。	地域ケア会議で認知症の事例を取り上げあことで、会議の打ち合わせ段階から所内全体でカンファレンスでき、推進員だけではなく、包括全体で情報・意見共有が進んだ。

専任

兼務

## 地域課題に対する発想の転換

～その人らしく暮らせた好事例から学び合い、地域の力を知る～

### 1 活動の概要

好事例の小地域ケア会議を通して

昭和 40 年代建築の大規模マンションに住む、認知症のある独居高齢者を隣人や住民がサポートしていた。そこに包括の推進員として関わり、最終的に介護保険の利用・成年後見制度の利用につながり在宅の限界まで生活出来た一つの好事例があった。

**困難事例から地域を見るだけでなく、好事例から“なぜ上手くいったのか？”**

この一つの好事例を通じて、住民と専門職が相互理解を深め、認知症の高齢者を地域で支えるヒントになればと、小地域ケア会議を行った。

### 2 この活動に取り組んだきっかけ

- 平成 29 年度から「集合住宅の高齢者が抱える様々な問題を考える」をテーマに当該マンションにて小地域ケア会議を 2 回重ねる。  
(参加者) 自治会長、自治会福祉部役員、民生委員、ケアマネジャー、介護保険事業者、後見人)
- H 30 年 7 月から自治会福祉部によるサロンが立ち上がった。  
もともと顔の見える関係が出来ていた。
- 普段、困難事例を中心に出来ない部分や足りないものを探す事が多いが、『なぜ上手く生活できていたのだろうか』から考えてみる事にした。



発想の転換

### 3 活動内容

参加者全員で、支援状況や疑問等を付箋に記入。  
\* 関わり状況で付箋を色分け  
黄色：関わりのある人（支援状況を記入）  
水色：関わりのない人（疑問点等）

色分けして視覚的に！  
関わっていない人の疑問は、意外と気付かない住民目線！

エコマップに更に分類。  
\* 誰が何を手伝っていたか。  
\* 専門職は何を支援できるのか。

みんなで付箋を内容ごとに分類  
金銭・将来・衣食住・交流の課題や支援、疑問が浮かびあがる

**発見**

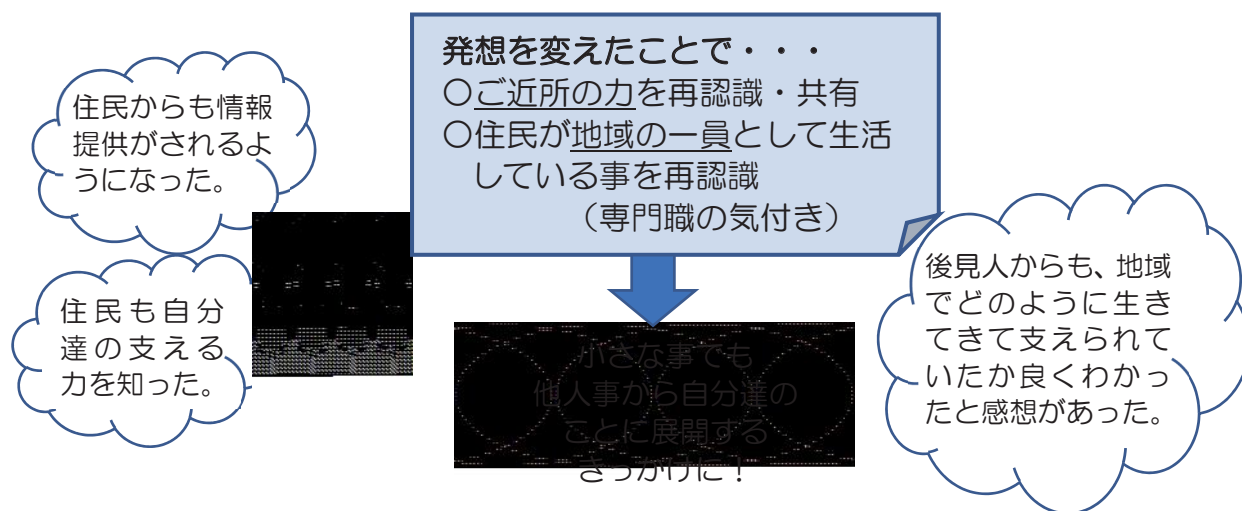
介護保険事業者と同じくらいご近所さんの付箋が多い！



#### 4 活動を進めていく上での工夫・配慮

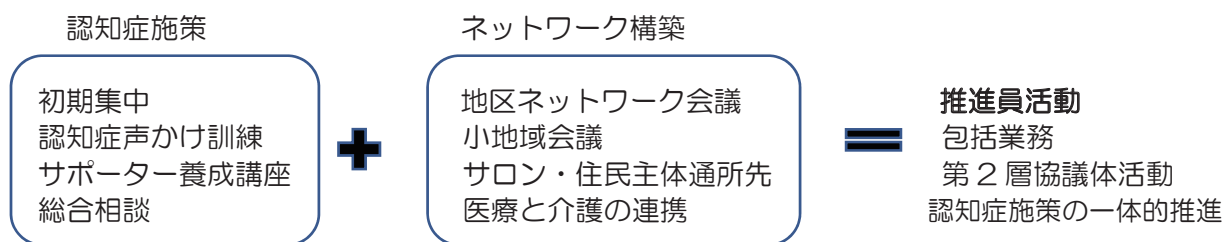
- ・住民にもわかりやすくを心がけた。
- ・住民と専門職が、一緒に作業しながら、話し合う。  
(KJ法の活用・項目に分類・ご本人を取り巻くエコマップの作成)
- ・実際に関わった人と同時に、関わらなかった人の疑問や思いも大切に。
- ・出来ていない部分や不足にばかり着目せず、いいところ探し。
- ・関係性の出来ていない所を何とかしないと・・・と思いがちだが、まずは関係性の出来ている所からやってみる。
- ・一人の好事例について丁寧に話し合い、一人から地域課題・地域でできることに視野を広げる。

#### 5 この活動に取り組んでの効果



#### 6 今後の活動展望

推進員として普段の包括業務の中で認知症施策として重ねて行うことで**負担軽減！実質の成果！**



#### この活動を通して見えてきたポイント

視点！ 発想！ を変えることで今まで見えなかったことが見えてくる

地域住民でできること、住民目線だから見えること、

住民と専門職が一緒にやる機会を作ることで

認知症の人も含めた包括業務全般の地域づくりが具体的に進む

住民と地元の専門職とが出会い、つながり、互いに力を出しあえる

小さな足跡  
～上板橋地域包括支援センター～



よってこ！サロン

毎月2回開催。  
マンション内の高齢者の集まる場所になっている。  
押し花教室やアロマの日も。  
時には、板橋区オリジナル『元気おとせん！体操』の日も。  
\*住民の集い場に向向いて一緒に楽しく！関係が育つ。

小学校1～2年生の学童向けの認知症サポーター養成講座で…  
ポストカードにしてお土産に。  
\*子供たちも、地域で支え合う大切な仲間として。

～これでみんなも認知症サポーター！～

びっくりさせない

いそがせない

だいじょうぶ

まちがってもいいんだよ



認知症声かけ訓練  
地域密着の事業者に認知症役をお願いしました。

新たに作るのはとても大変。  
今ある資源や関係を生かしてつなぐと・・・  
自然体の支えあいが広がる



強みを生かす  
関係の出来ている  
自治会がある強みを  
生かした結果、いろんな  
取り組みが出来ました。

サロン

自治会

老人会

認知症声かけ訓練

認知症サポーター養成

板橋区認知症施策



事例番号

6

A. 医療・介護等のネットワーク構築  
A 2 多資源による学びあいと支援ネットワーク作り

地域は資源の宝箱

～優先度の高い地域課題（運転支援）を通じた垣根を越えたネットワーク作り～

北海道千歳市 千歳病院認知症疾患医療センター 作田 直人（精神保健福祉士）平成 28 年度配置  
千歳市北区地域包括支援センター 吉田 肇（社会福祉士）平成 28 年度配置

キーワード：頑張らない、垣根を越える、わかりあえる関係、Win-Win、運転支援

5万人未満

10万人未満

自治体情報（2019年1月1日現在）

人口	97,021 人	高齢者人口	21,940 人（高齢化率 22.6%）		
面積	594.5km <sup>2</sup>	日常生活圏域数	5	地域包括支援センター数	5
担当地域の紹介	○新千歳空港があり、北海道と本州を結ぶ「空の玄関口」。 ○人口の約 25%が自衛隊関係者である『自衛隊の街』で、高齢化率が道内で最も低い。				
推進員配置の特徴 ※自治体全体で 2 名配置	平成 28 年 4 月に、医療法人の包括に 1 名、同法人の認知症疾患医療センターに 1 名が配置された。 『地域福祉』と『医療』各分野の専門職を推進員として配置することによって、地域と医療の連携を密にしている。 また推進員 1 名が初期集中支援チーム員も兼務しているため、集中支援チームと推進員との連携が密である。				



航空自衛隊と新千歳空港

30万人未満

30万人以上

行政直営

委託

配置当初の活動イメージ

推進員配置当初は行政担当者も異動してきたばかりだったため、互いにどのように動いてよいか分からず、**配置されているだけ**の状態であった。  
 推進員研修の受講をきっかけとして、それまであいまいだった活動の方向性を明確にするべく、既知の地域資源の確認および未知の資源の洗い出しを行っていった。

その他

推進員活動のあゆみ（今回紹介する取組に関連するもの）

年度	主に力を入れた活動・取組	得られたこと（課題も含む）
H28	○地域資源・課題の洗い出し ○地域密着型事業所との合同研修会 ○認知症ケアパス作成 ○市民向け講座	☆地域資源の洗い出し☆ ⇒資源と資源の結びつけを徐々に活性化 ☆大学との連携☆ ⇒翌年以降の活動に大きく影響
H29	○H28 年度に実施した事業の継続 ○介護・認知症予防ネットワーク構築 ○推進員研修での発表 ○認サポ・フォローアップ研修への協力 ○隣市との合同啓発事業	☆介護・認知症予防ネットワークの構築☆ ⇒関係機関の連携強化・活動拡大 ☆隣市との合同啓発事業☆ ⇒直接関連しない事業でも、協働の垣根が徐々に低く…
H30	○H29 年度までに実施した事業の継続 ○高齢者運転についての検討会	●マンパワーの不足があるからこそ…● ⇒関係機関での協力者を増加する努力中

専任

兼務

## 地域は資源の宝箱

～優先度の高い地域課題（運転支援）を通じた垣根を越えたネットワーク作り～

### 1 活動の概要

高齢者の自動車運転について、当市では本人や家族からの問合せ・相談が増えてきていた。

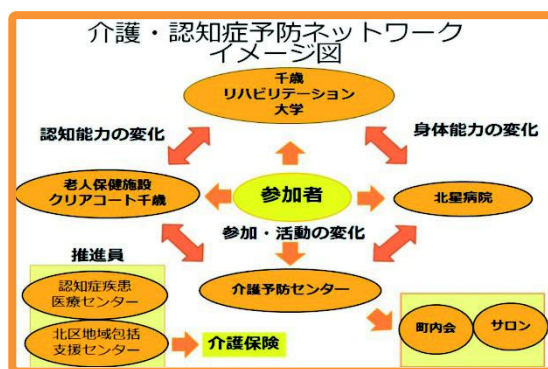
推進員や地域包括支援センター以外の機関でも同様の相談があり、優先度の高い地域課題として後述の介護・認知症予防ネットワークで取り上げたところ、市内の大学やリハビリ専門職、警察などと共に千歳市独自の高齢者運転の支援モデルを構築していくこととなった。その中で生まれつつある、専門分野や様々なハードルなどの垣根を越えたつながりを通じ、高齢者の生活を地域ぐるみで支える連携が広がりつつある。

### 2 この活動に取り組んだきっかけ

#### ①介護・認知症予防ネットワークの設立

推進員の活動初期、市内の地域課題や資源の洗い出しをした結果、医療法人や大学が開催している健康増進や介護予防の教室があり、しかも互いの連携が取れていないことが判明した。

また、どの教室も参加者が減少しつつあったため、放置しておく教室（地域資源）が消滅しかねないと考えた推進員が調整役となり、連携強化・活動活性化・参加者増を目的とした介護・認知症予防ネットワークの設立を打診した。各代表者の了承を得て、定期的に会議を行う事となった。



ネットワーク参加者に提示した初期イメージ

#### ②ネットワークの変化・リハビリ専門職の強み

当初のネットワークは、活動報告や知識等の交換を行うものが主であったが、次第に互いが考えている「介護予防とはどうあるべきか」「そのためには専門職として何をすべきか」が議題として上がるようになった。

その一つとして、大学から高齢者運転の研究・運転寿命の延伸についての話題提供があった。

### 3 活動内容

#### ①推進員は、調整役でいちメンバー

地域の予防事業を担っている介護予防センターと大学とが中心となって「運転を続けるための介護予防」について検討が行われている。

大学は、リハビリ専門職の養成校であるとともに、自動車学校や警察署とも連携し道内のリハビリ職を巻き込んで研修会を開催するなど、市外でも活動している。推進員も研修会講師として協力を行っている。

検討会の中では、地域包括支援センター・認知症疾患医療センターの立場から、地域における課題・支援方法について意見している。活動の主体ではなくあくまでメンバーの一員である。

#### ②認知症になる前から、なった後まで：本人の視点にたってよりよく暮らすために

安全な運転の延伸と共に、返納の必要な時期が来た際、どのようなメリットを返納者に提示できるかについてメンバーで検討をしており、現在は市役所の交通安全係とも連携し、地域において自主返納後も活動性が低下しない、家庭内で役割を保ち続ける方法について話し合いを行っている。

POINT



運転寿命  
の延伸



返納後の  
支援

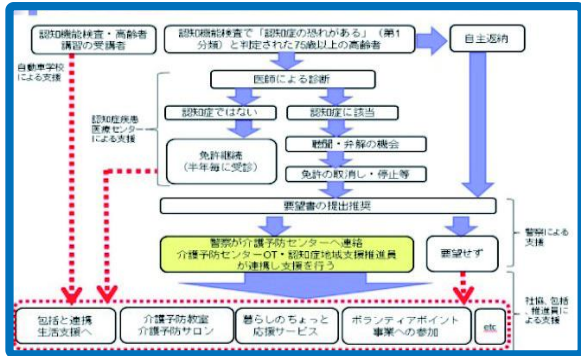


認知症でも、そうでなくとも暮らせる地域

## 4 活動を進めていく上での工夫・配慮

### ①まず顔を合わせる：面と向かって互いの意志確認

活動の基盤となっている介護・認知症予防ネットワークは、当初は推進員が地域の介護予防についてのイメージ提示や今後の展望、会議の調整など主導的な立場にあり、各代表者と連絡を密にする必要があった。直接に顔を合わせることが重要と考え、日程調整以外は必ず面と向かって互いの意志確認を行うようにした。顔が見え、本音で語りあえ、わかりあえる関係を育てている。



介護予防センター作業療法士が作成した高齢者運転の支援『千歳モデル』

### ②みんなが少しずつ幸せに・専門性を活かして

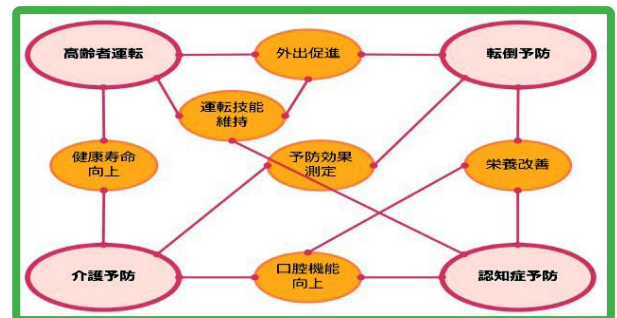
高齢者運転については、それぞれの専門性を活かし、予防から返納後の生活までを様々な機関が関わるシステムを考案し、重層的な支援になるよう検討している。必要に応じて医療・福祉、警察だけではなく他分野の地域資源も関わることが出来ないかを模索中である。

参加する各機関にも事業利用者数や営業利益などのメリットがあるWin-Winの取り組みであるように意識している。

## 5 この活動に取り組んでの効果

介護予防を中心にしたネットワークから始まった活動であるが、「そもそも予防のあり方について」を検討した結果、「食べる」「外出する」などの生活にかかる行動全般に関係範囲が広がっている。

また、自動車学校など他機関との調整をリハビリ専門職が行うほど、他メンバーの地域での役割や自発的な取組が増大している。それとともに、活動における推進員の役割は減少しつつある。



ネットワークにおける活動・検討事項の関係について(イメージ)

### POINT



推進員  
の役割

旗振り・会議  
全体の調整

会議の司会・  
日程調整

日程調整・  
意見出し

意見出し

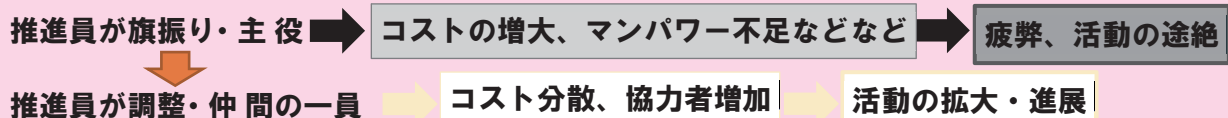
## 6 今後の活動展望

運転を続けるための介護・認知症予防～免許返納後も地域に出やすい街づくりまで、千歳市としてのモデルを構築していきたい。

生活全般に関係する領域の課題である事から、医療・介護福祉以外の市内関係者とも関係を構築しつつあるので、この活動を認知症でもそうでなくても住みやすい街づくりの下地としたい。

### この活動を通して見えてきたポイント

認知症にのみ特化して活動していると気づかないが、医療・介護以外の地域資源も連携を求めている場合が多い。分野などの垣根を越えて相互に連携すると、結果的に医療・介護の面においても支援体制を構築しやすい環境を作ることにつながっていくように感じている。





介護・認知症予防ネットワークの会議の様子

**【意見は出せ・管理はするな】**

3ヶ月に1回、市内関係機関の作業療法士、理学療法士、言語聴覚士が集まり健康増進・介護予防教室の進捗や企画中のイベント、新しく得た情報の交換などを行っている（熱心なリハビリ専門職がいる！）。

推進員は可会や会場調整、ネットワークで協働が必要な企画の書類作成と裏方に回っている。（推進員は一番手前・後向き）

現在は、リハビリ専門職に加えて生活支援コーディネーター（第1層）も会議に参加している。

**【まずは自分たちが楽しむ】**

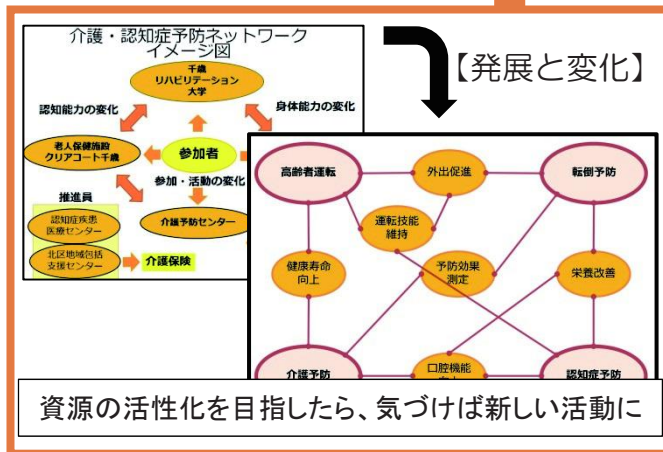
会議後に、ネットワーク設立2周年記念で開いた交流会。

この場で、また新しいアイデアも出るなど、次回の会議に必要な意見を出し合えるとともに、顔の見える関係が深まっている。

なお1次会終了後、2名ほど明け方近くまで飲み歩いていたそう…。



顔の見える関係の進展・色々な意見を出し合える



資源の活性化を目指したら、気づけば新しい活動に

**【必要そうならとりあえず動け】**

現在、介護・認知症予防についての教室連携から、さらに「何をすると生活に根ざした予防ができるか」「住民が本当に求める予防活動とは何か」について知恵を持ちよった結果、より人の暮らしの全体をつながって支えるイメージの活動に発展・変化してきている。

「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」を重要なファクターとして捉えつつ、今の住民にも提供できるように活動している。

地域のさらなる資源も巻き込んでの活動へ…

『いつの間にか』の推進活動 ～資源×資源×…＝街づくり～

○千歳市の活動概要について

☆インターネットで知りたい☆

①認知症介護情報ネットワーク 『平成30年度初任者研修事例報告・第4回（宮城）「頑張らない」推進活動～地域は資源の宝箱』

[http://www.dcnnet.gr.jp/study/suishinin/katsudoujirei.php#th\\_30](http://www.dcnnet.gr.jp/study/suishinin/katsudoujirei.php#th_30)

②Facebook 『千歳市認知症地域支援推進員ページ』

<https://www.facebook.com/h.c.dementia/>

☆直接知りたい☆

①千歳市北区地域包括支援センター chitosekitashien@apricot.ocn.ne.jp

②千歳病院認知症疾患医療センター d-center@siseikai.or.jp

## B. 認知症対応力向上のための支援

### 掲載している事例

#### B1. 認知症カフェをきっかけとした推進員活動の展開

- 事例番号 7. 地域のつながりから始まる認知症カフェ  
長野県大桑村 松谷 学
8. 住民の“声”から生まれた志摩オレンジカフェ  
三重県志摩市 池田 幸子
9. 地域人材育成とボランティアとしての活動の取り組み  
新潟県柏崎市 西川 弘美 入澤 未希
10. 認知症カフェから始まるつながりと地域力向上  
兵庫県西宮市 齋藤 環 後藤 香織
11. 「まちづくり」のための市民活動支援基金（ファンド）を活用した  
認知症カフェの開設・運営支援  
愛知県刈谷市 大羽 啓允
12. オレンジカフェでの本人と家族を主体とした展開  
奈良県河合町 吉澤 直彦 西川 嘉一
13. みんなで取り組めば心強い！  
施設、デイサービス、ケアマネジャーと一緒に輪番の『認知症カフェ』  
千葉県我孫子市 佐藤 隆彦 星 良子
14. 地域と繋がるおれんじカフェぴば  
～認知症になっても穏やかに暮らせるまちを目指して～  
北海道美唄市 古東 庸子 飛渡 祐輝

#### B2. 認知症介護指導者との協働

- 事例番号 15. 認知症介護指導者と協働した小学校講座カリキュラムづくり  
大阪府高槻市 辻田 裕之
16. 行動・心理症状のみられる認知症高齢者へのチームケア  
東京都武蔵野市 川下 安梨
17. 指導者とともに考え、つながる・つなげる一步一步  
鹿児島県霧島市 福田 竜光

※認知症介護指導者は2001年より全国3ヶ所の認知症介護研究・研修センターで養成されており、2,551名（平成31年2月末現在）が誕生している。都道府県の認知症介護実践者研修等の講師が主な役割だが、各自の所属や職種の違いを生かし、地域活動への参加が期待されている。ここでは、認知症介護指導者の①研修企画スキル②アセスメント技術やスーパービジョンのスキル③ネットワーク構築と活用のスキルを生かした事例を取り上げる。まだ皆さんが地域の認知症介護指導者と出会っていない場合には、市区町村もしくは都道府県の認知症施策担当者より情報提供を受け、まずは互いに知り合うところからはじめることをお勧めしたい。





## 地域のつながりから始まる認知症カフェ

長野県大桑村 社会福祉法人大桑村社会福祉協議会  
松谷 学（認知症コーディネーター）平成 29 年度配置

キーワード：中山間地、社協、地域のつながり、つばやき、認とも

5万人  
未満

10万人  
未満

30万人  
未満

30万人  
以上

### 自治体情報（2019年1月1日現在）

人口	3,735 人	高齢者人口	1,571 人（高齢化率 42.0%）		
面積	234.47km <sup>2</sup>	日常生活圏域数	1	地域包括支援センター数	1
担当地域の紹介	木曾川を中心とした V 字谷の山間地に中山道の宿場町が点在している。面積の 96% が森林で「営林署」があった頃は人口も多く繁栄していたが、近年は若年人口の減少により高齢化が進んでいる。				
推進員配置の特徴 ※自治体全体で 1 名配置	平成 29 年度より大桑村から事業の一部を受託し、社協内に推進員を 1 名配置している。事業開始前から直営包括と社協で定例のケース検討や社会資源開発を重ねてきている。社協に推進員を配置することで、生活支援コーディネーターなど他事業で支援しているボランティアにもアクセスしやすく、認知症の人により身近な支援体制を構築することが可能となっている。				



豊富な水を湛える阿寺溪谷

行政  
直営

委託

### 配置当初の活動イメージ

配置当初は、何らかの事業成果を求められる向きもあったため、推進員としても重責を感じる日々が続いていたが、行政担当者との打合せの中で「地域づくりは 10 年がかり、地に足のついたことをやっていこう」という言葉のおかげで、まずは目の前にいる認知症の人や地域住民の声に耳を傾け、目立たない地道な活動からスタートするに至った。

その他

### 推進員活動のあゆみ（今回紹介する取組に関連するもの）

年度	主に力を入れた活動・取組	得られたこと（課題も含む）
H29	場所・頻度・運営ボランティアの募集方法などを行政担当者と話し合われたが、具体案が見つからなかったため、他の自治体での取り組みを調べるところから始めた。	カフェの運営方法は自治体ごとで異なっていることがわかり、大桑村の住民に合わせた活動でよいことに気づかされた。まずは、今まで関わったケースの振り返りを行った。
	これまでに他事業で関わってきた認知症の人の生活歴や職業歴、社会関係を再アセスメントするところから始めた。	配食サービスを利用している A さん（90 歳代・独居）には、週に 2～3 回の頻度で友人が自宅を訪問していることが分かった。
	A さんと友人に面接したところ、同じ会社で一緒に働いた仲間同士とのこと。「みんなで寄り合って昔のみたいにお茶飲みできるといいね」というつばやきから、カフェをやってみないかという話になった。	カフェの立ち上げは、あるお宅の 8 畳間を開放していただいて開設することになった。参加者同士の検討により「えんがわカフェ」と名称し、毎月第 2・4 水曜日の 10 時 00 分～11 時 30 分に開催することになった。

専任

兼務

## 地域のつながりから始まる認知症カフェ

### 1 活動の概要



カフェの開催にあたっては、Aさんの友人を中心にカフェの運営ボランティアを組織するところから始まった。昔一緒に仕事をしていた仲間が集まり、ボランティア同士でも「久しぶりで懐かしいね」と話をする中で、「近所にも気になる人がいるんだけど…」という話題になった。運営ボランティアを通じてカフェの参加者も徐々に口コミで広がっていき、「草の根的」に成長していった。結果として、地域にもともとある繋がりを生かした地域密着型のスタイルとなっていた。

### 2 この活動に取り組んだきっかけ

大桑村は、平成8年度から「ふれあいいきいきサロン事業」に取り組んできたが、参加者の高齢化にともなうサロン活動が消極的になりつつあった。社協では平成26年度より「出前カフェ」を村内の21か所で開催している。出前カフェには70～90歳代の高齢者が参加しているが、認知症の人の参加にはあまり繋がっていなかった。このような現状の中で、認知症の人の支援体制の構築と社会参加を促すには、本人により身近な友人・知人などの協力を得ながら、支援を進めていく必要性があった。



### 3 活動内容

#### 「えんがわカフェ」の雰囲気

参加者は友人同士ということもあり、会場までの移動手段は、運営ボランティアの自家用車で訪れる方もいる。参加者から毎回100円ずつ集金してお茶菓子やコーヒーなどを準備しているが、その他にも参加者同士で果物や自家製のお漬物など持ち寄っている。90分間ほとんどお茶を飲みながらおしゃべりをしているので、参加者はゆったりとした時間を過ごしている。

#### カフェから様々な外出支援へ

月2回のカフェの他にも「花見」、「ぶどう狩り」、「忘年会」など、運営ボランティアのつづやきや発案をもとに、認知症の人の外出支援に関するイベントを企画している。推進員としては、情報収集や予約手配など活動の側面的支援を行っている。カフェでの活動を通して、Aさんの外出支援の際には、友人たちがお金の支払いや昼食の手配など、今までより一歩踏み込んだ生活支援に気を配るようになっていく。



## 4 活動を進めていく上での工夫・配慮

住民のつづやきに着目して活動のイメージを共有する

私たち専門職にとってのカフェは仕事としての活動ではあるが、ボランティアとして関わる地域住民にとっては、地域の中で新しいことを始めることに躊躇したり、一緒に取り組む仲間が存在によって、活動の広がり大きく影響することがある。えんがわカフェの取り組みは、参加する本人を中心に地域にどのような人間関係が形成されているのか、地域住民にどのくらいの意欲があるのかなど、本人を取り巻く地域の実情に合わせて進めていくことに気を配っていた。

また、運営に参画するボランティアさんのつづやきや発案に着目することで、「こんなカフェになるといいね」というイメージを参加者同士で共有することができたと感じている。

## 5 この活動に取り組んでの効果

カフェへの参加を通じて「認とも」へと成長する

これまでの経過の中で住民意識にどのような変化があったのか、Aさんの支援に携わる地域住民を対象にインタビューを実施した。カフェへの参加を通して、「外出時のAさんの身なりや服装を気に掛ける」、「食事の内容を気に掛ける」、「飲食費等の支払いを気に掛ける」ようになったことが挙げられた。このことは、もともと地域にあるつながりが、結果としてAさんの外出や社会参加を支援していく「認とも」へと成長していった認知症カフェの効果と言える。

普段は見られないAさんの姿に出会い直す

またインタビューでは、「外出することでAさんが笑ったり喜ぶ姿が見られるといい」、「自宅訪問だけでなく、外出機会の一つとして生活の楽しみになるといい」という回答を得ている。もともとAさんへの支援は「自宅への訪問」や「電話での安否確認」など、Aさんは「支援の受け手」としての存在であったのに対して、普段の支援では見ることのないカフェでのAさんの姿を目の当たりにして、「Aさんと一緒に外出を楽しむ」という意識が自然と芽生えてきたことが伺える。

## 6 今後の活動展望

「近所の他人」と「遠くの家族」の連携

大桑村でも都市部への人口流出が起きており、近年は高齢者世帯や独居世帯が増加の傾向にある。今回紹介したAさんも遠方の子どもさんが月1回の受診に付き添い、身の世話をしていた。そんなAさんがカフェに参加することでお金のやりとりが発生するため、Aさんの支援に携わる地域住民とAさんの子どもとが繋がり、情報交換が多くなったと住民から聞いている。近所付き合いが億劫になる人も増えている中で、認知症カフェは「近所の他人」と「遠くの家族」が繋がっていくための資源としての可能性を秘めている。カフェ参加者の生活背景などをしっかりアセスメントしながら、認知症の人自身が地域づくりの資源となっていくよう地域支援を進めていきたい。

### この活動を通して見えてきたポイント

地域にもともとあるつながりを「尊重」する。

新しくカフェを立ち上げる際に、場所選びやボランティア育成などの企画準備が、「推進員主導」になってしまいがちである。しかし、地域にもともとある繋がりを発見し、関わっている住民の思いや意欲を尊重していくことで、認知症カフェを通じた「認とも」活動に成長していくという効果があった。

地域住民の「つづやき」からスタートし、成果は住民自身のもの。

住民同士の支え合い活動は、誰かに認められたり褒められることなく埋もれていることが少なくない。特に認知症の人への支援には、その障害特性に対する理解がなければ続かないこともある。支援に携わっている住民が発する「つづやき」には、本人への支援だけでなく地域づくりのキーワードが含まれている。そうした埋もれかかっている思いを一緒にかたちにしていくことも推進員の地道な活動と感じている。

Aさんの日常生活支援に携わる地域住民を対象に行ったインタビュー結果（抜粋）

**えんがわカフェに参加する以前は、Aさんにどのような支援を行っていましたか？**

「電話をかけて安否確認した」  
「緊急時に付き添った」  
「月に2回位自宅を訪問して友人とお茶を飲んでいた」



**Aさんとえんがわカフェに参加することで、どのような変化がありましたか？**

「外出時のAさんの身なりや服装を気に掛ける」  
「食事の内容を気に掛ける」  
「飲食費等の支払いを気に掛ける」



**Aさんへの支援のために、えんがわカフェにどのようなことを期待しますか？**

「外出することでAさんが笑ったり喜ぶ姿が見られるといい」  
「自宅訪問だけでなく、外出機会の一つとして生活の楽しみになるといい」



## 住民の“声”から生まれた志摩オレンジカフェ

三重県志摩市 地域包括支援センター  
池田 幸子（看護師）平成 30 年度配置

キーワード：出前認サポ、住民、声、集う場、つながり

## 自治体情報（2018年12月31日現在）

人口	50,222 人	高齢者人口	19,311 人（高齢化率 38.5%）		
面積	178.95km <sup>2</sup>	日常生活圏域数	5	地域包括支援センター数	1
担当地域の紹介	市全域が伊勢志摩国立公園に含まれ、自然豊かな地域である。少子高齢化に伴う課題は生じているが、大らかな住民が多いことから、地域のつながりは構築しやすい環境にある。				
推進員配置の特徴 ※自治体全体で 1 名配置	H26 年 4 月から認知症地域支援推進を配置したが、本人や家族の視点で事業を展開するために、当時病院に所属していた認知症看護認定看護師として H28 年度から認知症施策を推進する目的で連携するようになった。H30 年度から認知症地域支援推進員（専任）として配置された。				



志摩市 PR キャラクター しまこさん

## 配置当初の活動イメージ

自分も志摩市に住む生活者の一人として、認知症になっても安心して暮らせる町づくりには貢献したいと考えていた。既存の事業は人口が密集している地域で展開されており、過疎地や運転免許返納者には応じていなかった。また本人や家族の視点で事業を展開するためには多くの住民の声を取り入れる必要があった。

## 推進員活動のあゆみ（今回紹介する取組に関連するもの）

年度	主に力を入れた活動・取組	得られたこと（課題も含む）
H28	認知症に関わる事業の課題抽出、目標設定。市内地域別高齢化率抽出。認サポ出前講座開始（市内 5 か所）	SWOT 分析で課題を可視化した結果、認知症の周知啓発、アウトリーチ、職員のスキル向上、ボランティアの活用不足が抽出された。啓発活動、アウトリーチ、インフォーマル資源発掘の目的で認サポの出前講座を開始した。出前講座は住民の声を取り入れるために演習を取り入れ、後に記録にまとめた。
H29	認知症サポーター出前講座（市内 11 か所） 生活支援コーディネーターと連携し、巡回する地域を選定 認知症カフェ	住民の声を聴取していった結果、孤立している高齢者の存在が明らかになった。社会資源が乏しくなっている地域に出向くことを決め、生活支援コーディネーターと連携した。住民の多くが集う場を求めていたため、市内 1 か所に認知症カフェを開催することにした。

# 住民の“声”から生まれた志摩オレンジカフェ

## 1 活動の概要

- ・地域に向いて住民の声を聞く

志摩オレンジカフェは住民の声から生まれた。認知症になっても安心して暮らせる町とは住民が感じるものであり、住民と共に創る必要がある。出前講座をしながら、各地に向いて住民の声を集めていった結果、身近に集う場が欲しいという意見が多くあった。

- ・カフェの存在の浸透と拡大

集う場の目的として市内1か所に認知症カフェを開催することにした。開催当初は本人や家族は少なかったが、カフェの存在が浸透していくと同時に徐々に訪れるようになり、住民との交流が図れるようになった。また不定期ではあるが、学びの目的で専門職や専門職を目指す学生が訪れるようになった。



## 2 この活動に取り組んだきっかけ

- ・運転免許返納に伴う地域ごとのさまざまな課題

高齢化率が高い志摩市において運転免許返納に伴う課題は大きい。人口が密集している地で認知症の事業を展開していても、参加できる住民は限定される。それぞれが住む地域によっても育まれた文化や課題は異なるため、認知症になっても安心して暮らせる町をどう創り出していくべきか、地域に住む人々の声を聴く必要があった。

- ・早期に出会い、本人にとっても住民にとっても安心できる地域へ

包括に届けられる相談は認知症が進行しているケースが多く、早期に介入できていない現実もあった。住民には認知症の周知・啓発、職員には実態把握、インフォーマル資源発掘の目的で、認サポの出前講座を始めた。多くの住民から認知症になっても安心して暮らせるためには身近に相談できる「集う場」が必要であるという意見が得られたため、認知症カフェを開催することにした。

## 3 活動内容

- ・所属機関や関係者との理念・方針の共有

まず包括の職員間で認知症カフェがどうあるべきか理念を共有することにした。場所の確保においては知人を介してある地区のコミュニティセンターを無償で賃貸させてもらい、本人や家族の相談に応じるために認知症看護認定看護師が常駐した。医師会長にも認知症カフェの説明を行い、医師会の協力を求めた。人的資源においては専門職である知人、友人、民生委員や住民のボランティアが参加してくれた。

- ・活動資金の確保と関係機関からの協力

カフェ内部で提供する飲食物代金を確保するために参加者からは200円徴収した。開催地では買い物ができる店舗が無くなったので、障がい者支援施設と連携し、野菜や手作りパン、惣菜をカフェ内部で販売してもらうことにした。ボランティアが焼き菓子を提供してくれたり、参加者が果物を持参してくれたりもしている。コーヒーメーカーについては志摩高校漫画文芸研究部と連携したことをきっかけに志摩高校が文化祭の売上金を一部寄付してくれ、購入することになった。年間2回はイベントを企画し、夏休みにはコミュニティセンターの上にある放課後児童クラブの子ども達と世代間交流を図っている。

## 4 活動を進めていく上での工夫・配慮

### ・認知症の本人や家族が中心となるような工夫

訪れる人々は本人、家族、遺族、住民、行政、専門職様々であり、あらゆる地域から参加している。地元住民だけの集まり、または本人の持てる力が奪われないよう、職員が全体の動きを把握して本人が交流の中心となるよう適宜誘導している。また家族間での情報共有が図れるよう座る位置にも配慮し、相談があった場合は速やかに応じている。

### ・見守る姿勢

イベントを企画した際は、好まない人には無理やり勧めず、見守る姿勢をとる。本人、家族、参加する人々の自主性、住民同士のネットワーク構築に重きをおき、専門職や職員が前面に出すぎず、見守る形を維持したいと常に検討している。

## 5 この活動に取り組んでの効果

### ・認知症の本人や地域全体にとっての効果

開催地の近隣に住む独居の認知症高齢者や出前講座で出会ったボランティアを担う高齢者は趣味の工芸品や手芸をカフェ内部で展示することで生きがいを感じ、定期的に通ってきてくれている。また幻覚がある認知症高齢者も自分に生じていることを他者に伝えることで、夜間安心して過ごせていると同居する妻から感謝の言葉があった。開催地以外の地域からも徐々に訪れる人々が増えており、介護保険サービスに躊躇する家族が介護認定の申請をした、BPSDの相談、在宅介護を担う家族間の情報共有、高齢者の社会参加の場等に繋がっている。また近隣に住む住民が認知症を身近に感じ、日常の見守り活動を行ってくれている。

### ・課題

インフォーマル資源として認知症カフェをケアプランには反映されてはならず、カフェ内部で生じた相談内容も専門機関と共有することができていない。市内1か所、月に1回であることを理由に参加できないという意見もある。ボランティアも活用しているが、資源が少ない中で今後増え行く本人、家族にどう応じていくかは大きな課題である。

## 6 今後の活動展望

### ・今ある資源を生かして、カフェにこだわらない多様な「集う場」を

市内1か所では増え行く本人や家族に応じることは困難であり、住民にとっても特別な場所という認識をもつ可能性がある。身近にいつでも気軽に立ち寄れる場所があつてこそ、本人や家族たちは手をあげることができるのかもしれない。認知症カフェは集う場の手段であり、目的ではない。本人や家族が安心して立ち寄れることができるならば今ある資源の活用で十分補えるし、多様な形があるべきと考える。ただし認知症という病を受け入れてくれる人々は重要な資源である。本人や家族が安心を求める場はそこにいる人でもある。今後は地域にある資源、または並行して進む事業を活用しながら、多くの人々に認知症を理解してもらえよう努めていきたい。

### ・普段の暮らしの中から「お互い様」のつながりを

志摩市の人口減少は大きな課題ではあるが、住民の特性からネットワーク構築においては利点にもなり得る。支援する側、される側と線引きするのではなく、志摩市に住む住民同士、お互い様として自然な繋がりが拡充できるような活動を目指していきたい。

## この活動を通して見えてきたポイント

- 行政が住民のニーズを知る（町づくりには多くの住民の声を取り入れる）
- 住民が望む「集う場」づくり（志摩オレンジカフェで交流を図る）
- 資源の不足は連携から（フットワークを軽くして自ら出向く）
- 根を張りながら広げる（認知症を身近な存在に）



志摩オレンジカフェは比較的男性が多く集うのが特徴です。将棋の対局はいつの間にか始まります。写真は訪れた薬剤師さんとの対局。5歳児は恰好だけ真似ています。  
※写真の掲載は同意を得ています



夏休み企画。放課後児童クラブの親子を招いて子ども縁日を企画しました。ヨーヨー釣りは常連さんが担当してくれました。医師会長による唄声喫茶も開催。



ボランティアさんが教えてくれたヨーグルトの蓋を利用して作ったお雛さまとお内裏さま



本人の生きがい



お正月企画。白玉粉で作ったぜんざいづくり。こっそりハートを作って楽しむ看護師



障がい者支援施設が季節の野菜、花、お米、海藻類、小物、パン、総菜などを訪問販売してくれています。お米やあらは人気なのですぐに売り切れてしまいます。



## 地域人材育成とボランティアとしての活動の取組み

新潟県柏崎市 医療法人立川メディカルセンター 柏崎厚生病院  
西川 弘美（精神保健福祉士・社会福祉士）平成 22 年度配置  
入澤 未希（精神保健福祉士・社会福祉士）平成 29 年度配置

キーワード：地区特性、地域の人材育成、地域密着型事業所・包括との連携、PDCA サイクル

5万人未満

10万人未満

## 自治体情報（2018年3月31日現在）

人口	84,671 人	高齢者人口	27,663 人（高齢化率 32.7%）		
面積	4420.3km <sup>2</sup>	日常生活圏域数	5	地域包括支援センター数	7
担当地域の紹介	新潟県の中越地方、日本海に面した自然豊かな市。冬季は山間地で2mを超える積雪がある。農業・工業の他、原発関連の仕事従事者が多い。旧市街地・山間地は過疎化や高齢化が進んでいるが絆は深い。				
推進員配置の特徴	H22年4月に認知症連携担当者（旧名称）として当法人委託の地域包括支援センターに1名が配置され、市内全域を担当した。業務の効率化の為、H29年1月に設置場所を法人内の病院・老健に移し、ソーシャルワーカー業務を兼務しながらの2名体制で行っている。市担当者や市内全ての地域包括支援センターと活動について定期的に協議する機会を持っている。				



えちゴン（ゆるキャラ）を中心に柏崎の魅力が詰まったシティセールスシンボルマーク

30万人未満

30万人以上

行政直営

委託

## 配置当初の活動イメージ

配置当初は医療介護連携が主業務だった為、市から認知症疾患医療センター機能を持つ当法人の精神保健福祉士に依頼があった。個別事例支援においては経験が活かされたものの、地域作りについてのノウハウは持ち合わせていなかった為、包括や行政の保健師に基礎的な部分から教わりながら一緒に活動した。また、国の研修に参加する中で、自身の活動を振り返ったり、市担当者と定期的にPDCAサイクルを意識した協議を持つことで役割を見出してきた。

その他

## 推進員活動のあゆみ（今回紹介する取組に関連するもの）

年度	主に力を入れた活動・取組	得られたこと（課題も含む）
H22	個別事例支援を通じた医療連携・ネットワーク作り	包括職員や事業所職員との連携が強化された。支援者の対応力向上にもつながった。
H23	地域支援体制作りに着手	推進員自身が地域作りのノウハウを学んだ。
H24	認知症サポートリーダー育成（見守りや相談相手となる人を育成する住民向け研修）	住民とつながることで、その後の活動の幅が広がった。育成する難しさも感じた。
H27	オレンジカフェ開始	カフェを増やすことや支援の在り方を模索。
H28	地域密着型サービス事業所との事例研修	事業所の地域連携について話題が出た。
H29	オレンジカフェへの地域人材活用	カフェの活性化と地域人材育成両方の効果。

専任

兼務

# 地域人材育成とボランティアとしての活動の取組み

## 1 活動の概要

当市のオレンジカフェは平成 27 年度に初開催となり、平成 30 年度現在、以下の5つのカフェが活動している。運営者は市の実施要綱を満たし認証を受けた人・事業所などで、以下のような“運営者／場所”で開催している。（市からの補助金はなし）

- ・ 氣養の屋：個人（介護経験者）／自営の飲食店で開催
- ・ キッチンぽてと：NPO 法人／障害者就労支援事業所（飲食店）で開催  
夏には夜バージョン有
- ・ ももの木：小規模多機能型居宅事業所／自事業所の他、町内集会所等出張
- ・ おひさま：小規模多機能型居宅事業所／自事業所で開催
- ・ ツクイ柏崎：認知症グループホーム／自事業所で開催



立ち上げの段階から包括、推進員、市担当課が関わっており、地域特性や運営側の特色を活かしたカフェになるように話し合いを重ねて開催するようにしている。推進員は市内全体のカフェを把握しつつ、地区特性に合わせた助言も行っている。

運営への協力にあたっては、専門職以外にも運営者の知人、地元住民、利用者家族、生活支援コーディネーター、認知症サポーター・サポートリーダーなどが参加し、カフェを盛り上げている。

本稿では、地域特性を捉えた人材育成と、地域密着型事業所開催のカフェの活性化をコラボレーションさせた取り組みとして“カフェおひさま”の支援について紹介する。

## 2 この活動に取組んだきっかけ

【A 地区に対する地域包括支援センターの悩みと希望】

認知症の事を周りに隠そうとして早期発見・受診につながりにくく、事例が困難化する傾向がある。

⇒ 地域住民の人材育成をしたい。

【A 地区にある地域密着型事業所の悩みと希望】

地域貢献をしたいし、地域に開かれた事業所にしたいのに、住民とどうつながったらいいか悩む。

⇒ 地域に根差したオレンジカフェを開きたい。



推進員が通常業務の個別事例の支援、研修、地域ケア会議等で包括や事業所職員から話は聞いていた。新年度の事業を包括と話し合う会議があり、そこで上記のような両者の悩みと希望を合わせて達成すべく、認知症サポートリーダー育成研修を行い、修了後はオレンジカフェのボランティアとして活躍する機会を持つことを計画した。

## 3 活動内容

- ①企画会議：包括、事業所、市担当課、推進員とで、内容を協議した。
- ②地域との事前協議：包括が地元のコミュニティセンターへ説明し、対象者の人選をした。
- ③対象者へ声掛け：人選された約 20 名へ包括が直接訪問し説明した。
- ④認知症サポートリーダー研修（月 1 回）

第 1 回	認知症サポーター養成講座、市の認知症ケアパス・データや資源の紹介
第 2 回	地域ケア会議（A 地区の現状と課題）、介護保険制度の説明
第 3 回	カフェの紹介、他のカフェ運営者から取組みの紹介、ボランティア活動について説明

- ⑤オレンジカフェおひさまでボランティア（第 3 回目が終了した月内）  
ボランティアの内容は近隣や知人への参加の声掛け、お茶出しなどの手伝い
- ⑥初回以降、年間 5 回開催するオレンジカフェに、事業所とサポートリーダーで連絡を取り合い、カフェの運営に協力いただいている。
- ⑦年度末にフォローアップ研修を行い、意見交換や新年度の取組みを共に協議する。

## 4 活動を進めていく上での工夫・配慮

### 【対象者の選定】

地域のことを良く知るコミュニティセンター職員へ相談することで、地域で要となる人材発掘ができ、あわせてコミュニティセンターから活動への理解・協力が得られた。

### 【研修の内容】

- ・ 毎回グループワークの時間を取り、参加者の意識の醸成や意見を確認する機会とした。
- ・ 第2回目を地域ケア会議とし、地区の現状把握や課題を理解してもらった。
- ・ 3回の研修を経て地元住民と支援者が顔見知りになり、信頼関係構築を図るようにした。

### 【カフェ開催～終了後】

- ・ 毎回、包括・推進員・市のいずれかが参加し、状況を把握しお互いに情報共有する。終了後にミニ反省会を持つ。
- ・ 年度に1回サポートリーダーフォローアップ研修を持ち、意見交換や活動を評価する機会を持つ。
- ・ 定期的にカフェ運営者・包括・推進員とで協議の場を持ち、課題を確認する。地域の実情に合わせた展開になっているか、包括との連携はうまくいっているかなどを検証する。
- ・ 包括・事業所・地域との連携がうまくいくよう、推進員はつなぐ役割や後方支援を重視する。
- ・ カフェ支援においてもPDCAサイクルを意識して取り組み、やりっぱなしにしない。

## 5 この活動に取組んでの効果

### 【包括・サポートリーダー（地域人材）】

- ・ リーダーの意識が高く、支えあいの意識向上、地域包括ケアシステムの理解が容易である。
- ・ 地元住民がボランティアとして協力することで、地元とつながりがあり、住民も参加しやすい。知人を連れて参加する人もいた。地元住民の意見がダイレクトに聞ける。
- ・ サポートリーダーが自己の資格や特技を生かし、個人的に他のオレンジカフェや介護者の集い、イベント等に参加し、活躍の輪が広がっている。（音楽、ダンス、口腔ケア、昔話の紙芝居）

### 【地域密着型事業所】

- ・ 地域とのつながりが以前より強くなり、事業所のことでも知ってもらえた。研修終了後も連携ができているが、今後は日常的なボランティアに来てもらえることを期待している。
- ・ 職員が地域のことを知り、事業所の役割を考えるなど意識が向上した。

### 【課題】

- ・ 事業所の求めるボランティアとしての動き方、サポートリーダーの感想、活動に対する地域の感じ方、包括の考え等、実際、活動してみても見えて来た事柄の対策を協議する必要がある。

## 6 今後の活動展望

- ・ サポートリーダーフォローアップ研修（活動を振り返り意見交換する機会を持ち、今後のカフェの内容やボランティア体制に活かす。）
- ・ 市内のカフェ情報交換会での活動を報告（市内の他のオレンジカフェのボランティア育成や人材活用の仕方に参考にさせていただく。）
- ・ 運営事業所への活動の評価（母体法人のカフェ活動に対する理解を促進するため、活動の評価を市や推進員から行い、活動しやすい環境を作る。）
- ・ カフェやボランティア活動のPR（市の広報やチラシで活動内容を広く啓蒙する。）

### この活動を通して見えてきたポイント

- ・ 地域の人材のパワーを活かすことでカフェが活性化し、運営する側も地域との連携がスムーズになる。組織や分野を越えて連携することで、想像以上の効果生まれる。
- ・ 配置当初から地道に行ってきた推進員の活動の全てが、つながって大きな果実になる時が来るので、何一つ無駄な活動はない。また無駄にならないように、PDCAサイクルを意識して日々の活動に取り組むことで、活動の効果も価値も上がる。

活動の経過を写真で振り返ると・・・

オレンジカフェ（上から）  
 気養の屋  
 ももの木柏崎  
 キッチンぽてと



オレンジカフェおひさまでボランティア活動をする認知症サポートリーダーさんたち（お茶出し・オレンジロボの折り紙・一緒に体操）  
 職員の子供も一緒にお手伝い！

運営者と包括と協議しながら地域特性に合わせて展開。



サポートリーダー育成研修

- ・ オレンジカフェ
- ・ 地域人材育成
- ・ 事業所支援

個々の活動がつながる

↓  
 カフェの活性化  
 事業所の地域貢献  
 地域が変わっていく

地道な日々の活動

- ・ 個別事例支援
- ・ 地域課題把握
- ・ 地域ケア会議



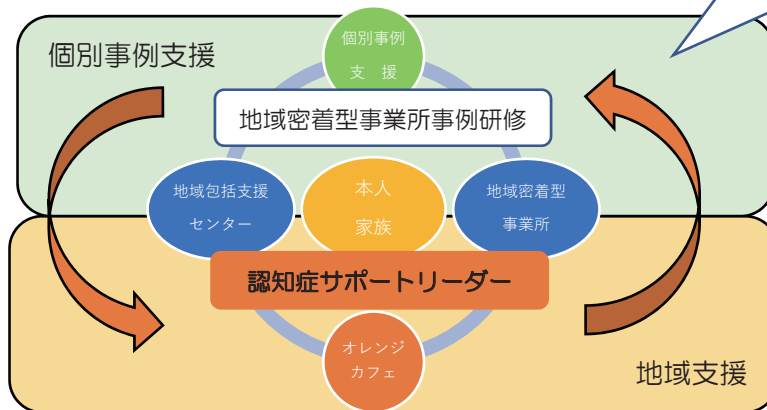
地域密着型事業所向け事例研修



個別相談面接

本人や家族の困りごとについて小さな声を直接さく。

包括や事業所（運営者）との連携で、個別事例支援と地域づくりがうまくつながり、本人・家族を支える仕組みができる。



## 認知症カフェから始まるつながりと地域力向上

兵庫県西宮市 高須地域包括支援センター 齋藤 環 (社会福祉士) 平成 22 年度配置  
 甲山地域包括支援センター 後藤 香織 (介護福祉士) 平成 28 年度配置

キーワード：つながり、地域力向上、共通理解、成長、協働

5万人未満

10万人未満

30万人未満

30万人以上

### 自治体情報 (2019年2月7日現在)

人口	484,911 人	高齢者人口	114,847 人 (高齢化率 23.7%)		
面積	100.01km <sup>2</sup>	日常生活圏域数	15	地域包括支援センター数	15
担当地域の紹介	南部は、医療機関・介護生活サービスが豊富だが、北部は広く山間部を含み、生活上不便な面が多い。都会ではあるが、地縁が濃く共助がある所、排他的な所、極端に高齢化率が高い所等様々である。				
推進員配置の特徴 ※自治体全体で 2名配置	H21 年度に委託包括に一人配置。事実上の稼働は H22 年 11 月。認知症研修会開催、疾患センターとの連携等からスタート。認知症カフェは、H23 年度より市社協と取り組み、最初は、推進員配置の所でモデル的に開設し、その後、関心を持った包括、地域、事業所等で立ち上げ・継続支援を行う。H28 年度、二人目配置。南北の担当エリアがある。一緒に動くことも多い。				



阪神甲子園球場

行政直営

委託

### 配置当初の活動イメージ

行政から特に何も言われておらず、県下数名の連携担当も手探りの状況で、具体的に何をしていくのかわからなかったため、大阪市の連携担当の集まりに参加して学んだ。国の動きも注視し、医療と介護の連携をどうしたらできるか？を考え、配置 5 か月後に認知症サポート医との連携による認知症研修会 (年 10 回) の開始と状況不明の若年性認知症の実態把握アンケートを実施。配置 1 年後に本人家族の声に基づき若年性認知症交流会を開始し、認知症カフェの立ち上げ準備を始める。

その他

### 推進員活動のあゆみ (今回紹介する取組に関連するもの)

年度	主に力を入れた活動・取組	得られたこと (課題も含む)
H23	若年性認知症の実態把握で明らかのように、本人・家族が気軽に集まり、交流できる場が重要との認識の下、モデル的に認知症カフェ (当時はつどい場) の立ち上げに動く。	H24. 1 に最初の認知症カフェがオープンする。運営ボランティアが認知症カフェの意味を理解するまでに何度も説明が必要。
H24 ~	市内 15 (当時は 14) ある包括圏域に 1 か所認知症カフェを立ち上げる目標を立て、周知しながら、アンテナを張り関心を持ってくれたところと一緒に地域住民を巻き込みながら、地域や人の実情に合わせた立ち上げ・継続支援を行う。	現在、8 か所の認知症カフェがある。話ができるものの、立ち上げに至らないことも 3 度ある。壁となったのは、地域の閉鎖性や地域で大きな課題が起こり、注意がそちらに向けてしまったこと。いずれも地域の状況といえる。“地域”と如何に付き合い、協働していくかが課題である。

専任

兼務

# 認知症カフェから始まるつながりと地域力向上

## 1 活動の概要

西宮市の認知症カフェの特徴は、

- ①地域住民が主体となって運営を行う。
- ②『認知症カフェに参加する全ての人々が認知症理解を深め、参加者同士のつながりができ、見守り・支える活動へつながる』という地域力向上の視点を持つ。

推進員は、市社協や事業所、地域住民と協働して、その地域の状況に合わせた認知症カフェの立ち上げ支援と継続支援を行っている。



## 2 この活動に取り組んだきっかけ



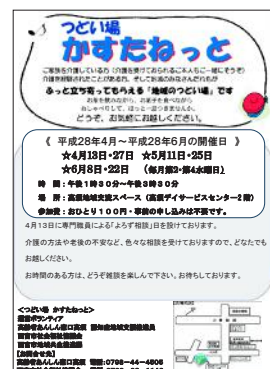
行政・市社協・推進員で認知症関連事業を検討する中、H23年度より、認知症の人が居心地良く、家族が肩の力を抜き、地域の誰もが集えて、専門職も参加する“つどい場（居場所）”を作って行こうと、モデル事業的に立ち上げ支援に入ったのがきっかけである。当初から“高齢者が歩いて行ける場所に！”という思いがあり、地域住民による自主運営を目指し、地域住民を巻き込むことにポイントを置いている。

## 3 活動内容

### 《立ち上げ支援》

- ①周知活動
- ②関心を持った人をキャッチしつながり、一緒に立ち上げ支援を開始。
- ③エリアの包括に声かけし、協議に入ってもらう。
- ④地域の自治会等に理解・協力してもらえるまで市社協と連携し、趣旨や目的等を説明。
- ⑤地域の協力を得て、運営ボランティアを集める。  
認知症サポーターステップアップ研修受講者に声をかける。
- ⑥運営ボランティアも協議に参加し、準備物、広報、名称、代表等決める。

地域を巻き込みながら、開設に向けて丁寧に協議していくプロセスの中で顔の見える関係ができる。協議の中で、認知症カフェの説明をしっかりとすることで共通理解のもと一体感を持って開設できる。



### 《継続支援》：2年間の活動資金として市社協から5万円助成

- ①運営ボランティアへの支援：参加人数の心配、ボランティアの減少、ボランティア間での意見の相違、認知症状が進んできた人への対応等、出てくる課題を一緒に考え、解決に向け地区ボラや包括等の社会資源につなぐ。1年後から県民ボランティア活動助成金を使い費用面で安定化を図る。

ボランティア自身が経験を積むことで自信を持って運営できるようになる。

- ②専門職への支援：思っていたのとは異なる状況が起こるので時々出向いて状況を聞き、他のところの状況を伝えながら、その専門職でどうしていくか？考えてもらうよう支援する。

戸惑いながらも状況をよく見て、ボランティアとしっかり話し丁寧に対応することで、関わり方がわかってきて、専門職としての役割を実感し成長していく。

- ③推進員が専門職として参加するカフェ：他の認知症カフェの専門職と同じ。

推進員が拠点とする認知症カフェがあり、他の専門職と課題等共有し、話ができる。

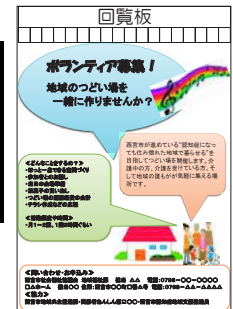
## 4 活動を進めていく上での工夫・配慮

《立ち上げ支援》：関わる人・地域の人に認知症カフェを理解してもらう。

- ①周知活動は貪欲に！：推進員が主催する認知症研修会（年10回）でアピール！  
認サボや市民祭り等、推進員が出向いて行く全てのところで周知活動。
- ②アンテナを張ろう！：社会福祉法人や事業所、企業等の地域貢献や地域の課題等をキャッチ。
- ③説明用の資料を作成！：認知症カフェとは？を全員が共通理解できるよう繰り返し説明する。
- ④イメージ作りと共有は大事！：全員でどんな認知症カフェにしたいかを考える。
- ⑤運営ボランティア大募集！：最大の難関！回覧板、ロコミ、認サボステップアップ研修等活用。
- ⑥立ち上げ協議の過程を大切に！：何度も協議。仲間としての関係性を深める。

《継続支援》：参加者含め関わる人の話をしっかり聴く。

- ①運営ボランティアに自信を持ってもらおう！
  - ・ピンチの時は一緒に考える。
  - ・運営の苦労を共有し、関係性を深めることが安心感につながる。
  - ・経験を積める支援を行うことで自信となり主体的に動けるようになっていく。
- ②専門職はやり過ぎない！：必要以上手出しせず、ボランティアを見守ることを理解してもらう。
- ③複数の事業所が専門職として関わる場合は、万遍なく意見を聞き、公平性に注意する。



## 5 この活動に取り組んでの効果

- ①運営ボランティアの成長
- ②認知症への理解の深まりと活動：接する中で本人の状況を知り、認知症に気づくが、自分ができる『本人が不得意なところをフォローしていこう』という自然な形での理解と支援が行われている。また、支えられながら、本人が役割を持って活動ができる。
- ③見守り体制の構築：参加者が、日常生活でつながり合い見守り合っている。
- ④専門職の成長
- ⑤早期発見・早期対応がスムーズ：様子の変化に気づきやすく、顔見知りなので助言しやすい

本人  
作製



地域力向上につながっている

## 6 今後の活動展望

- ①認知症カフェは、地域力向上をめざすという共通理解のもと、高齢者が歩いて行ける場所に立ち上げていく。  
⇒交流の中で理解を深め、活動や見守り・助け合いへつながる。  
さらに、参加者全員が相互に影響を受け対応力がアップし、人材育成の場としての機能も担う。  
⇒地域の拠点へ
- ②認知症カフェ連絡会や交流会を開催し横のつながり作り  
⇒共通課題解決に向けて検討・連携へ

にしのみや認知症  
つながりフェアにて



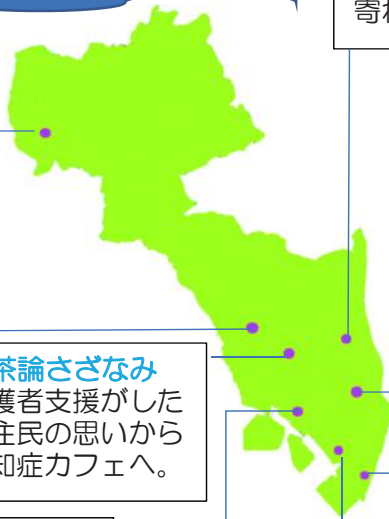
### この活動を通して見えてきたポイント

- ・日頃からの周知活動とアンテナを張って、関心を持ってくれた人を逃さず、つながる。
- ・“認知症”を最初から前面に出さない方が、地域では、上手く運ぶこともある。
- ・1か所目のプロセスを丁寧に取組むことで、難しい部分が理解でき、乗り越える方法も仲間と考えられ、その経験が第2第3に活きる。
- ・認知症カフェは、単なる交流・相談の場ではなく、ここでつながり、地域での日常生活の中で見守りや助け合いが生まれる存在である。また、早期発見・早期対応もスムーズにできる。
- ・認知症カフェがきっかけで、協働してきた人とは、カフェ以外のところでも協働していける。

**にここ丸山カフェ**  
本人もサポートを受けてボランティアとして活躍！



**西宮市の認知症カフェ**



**ぽっかぽかつながりカフェ**  
小学校横で子どもも気軽に立ち寄れる、多世代交流の場に。

**鳴北ちゃ茶**  
靴の間違い防止のため、ボランティアがクリップを準備。



**ゆとろぎ茶論こしきいわ**  
高齢の父が知的障害の娘と参加。父の死後も娘は地域とのつながりの中で生活。 **推進員拠点**

**茶論さざなみ**  
介護者支援がしたい住民の思いから認知症カフェへ。

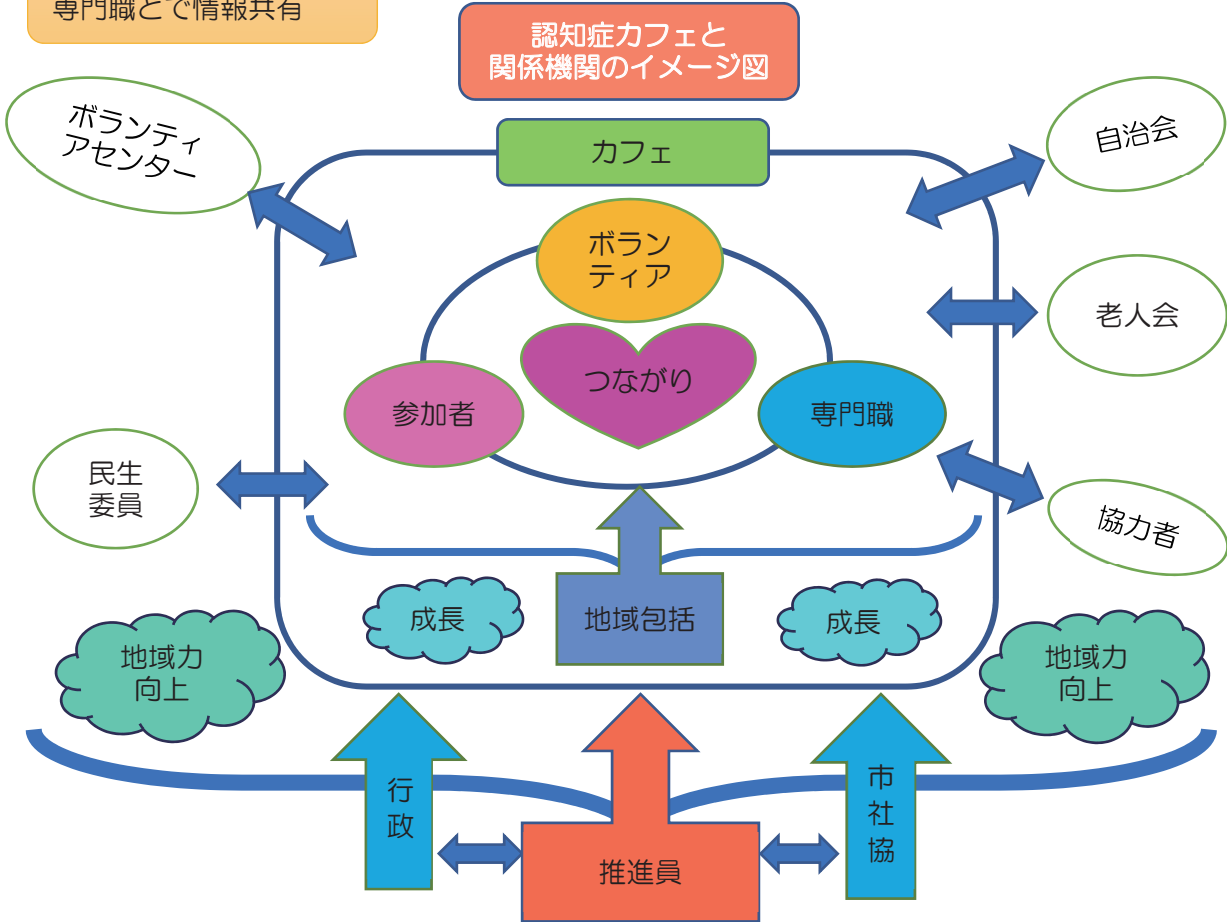


**みなとカフェ**  
市内唯一の毎週開催。テーマごとの相談会も開催。

**カフェなぎさ**  
URが会場を無償提供。地域にある4施設が専門職として協力。

**つどい場かすたねっと**  
本人も役に立ちたいと子ども認サポ用のマスク作り励む。 **推進員拠点**

終了時はボランティア、専門職とで情報共有





## 「まちづくり」のための市民活動支援基金を活用した 認知症カフェの開設・運営支援

愛知県刈谷市 刈谷中部地域包括支援センター  
大羽 啓允（主任介護支援専門員）平成 27 年度配置

キーワード：中間支援の場、市民ファンド、企業城下町

5万人  
未満

10万人  
未満

30万人  
未満

30万人  
以上

### 自治体情報（2019年2月1日現在）

人口	151,760人	高齢者人口	30,286人（高齢化率 19.96%）		
面積	50.39km <sup>2</sup>	日常生活圏域数	3	地域包括支援センター数	4
担当地域の紹介	大手企業の本社がいくつもある企業城下町。通勤時間帯は交通量が多く「市の内外から人が集まる」地域として活気にあふれている。元企業マンが多く住んでおり、地域活動へ積極的に参画している。				
推進員配置の特徴 ※市全体で2.5名配置。 専任 1名 兼任 1.5名 (0.5名×3名)	平成 27 年度 4 月 市内に 4 つ設置されている委託型地域包括支援センターへ認知症地域支援推進員を設置。専任の推進員がまとめ役・調整役となって月 1 回の定例会議を開催。行政・推進員との円滑な連携による認知症関連事業の運営を目指して活動している。				



刈谷市マスコットキャラクター  
「かつなりくん」

行政  
直営

委託

### 配置当初の活動イメージ

平成 27 年 4 月、認知症地域支援推進員が配置された。それまで主任介護支援専門員として「社会資源の開発」や「ネットワーク化」が役割の中心だった私は、「認知症全般を担当」の認知症地域支援推進員に配置転換となった。「認知症地域支援推進員の仕事って何をするの？」と周囲から聞かれることばかりの 4 月を迎えて、「私はいったい何をやったらよいのだろうか？」と考える日々であった。

その他

### 推進員活動のあゆみ（今回紹介する取組に関連するもの）

年度	主に力を入れた活動・取組	得られたこと（課題も含む）
H27	・「認知症の人が過ごせる場所をつくりたい！」という声から始まったカフェづくりのサポート	認知症カフェを「やりたい！」「認知症の方が日曜日にいられる場所を作ってあげたい」という最初の一步から関わることができたことで、場づくりのプロセスを推進員が体感し、認知症カフェに関する相談への不安がなくなった。
H28	・「運営資金は確保できている！さて、継続していくにはもう少し人が必要？」と悩んだ人材探し。	刈谷市市民活動支援基金「かりや夢ファンド」を活用して運営を開始した認知症カフェ（NPO）の運営サポートを行ったことで、市民ボランティア活動センターとの連携が深まり、ボランティア人材とのつながりが拡大できました。

専任

兼務

# 「まちづくり」のための市民活動支援基金（ファンド）を活用した 認知症カフェの開設・運営支援

## 1 活動の概要

### ●認知症対応型デイサービスでのカフェ開催に向けた話し合い

休日のデイサービスを活用した開催であるため、開催するための環境は恵まれていた。しかし、主催するために必要なノウハウを持っていなかったNPO法人の悩み・不安をサポートすることで、自立した運営を実現した。

### ●市民活動基金を活用した開催資金の確保

事業所の社会貢献として自己資金による開設で話は進んでいたが、継続的な開催を考えたときに資金の問題があった。「まちづくり」のために運用されていた刈谷市市民活動基金「かりや夢ファンド」を活用。一般の審査員の公開審査（プレゼンテーション）投票によって審査決定する。

### ●月1回の開催へ

試験的な開催でノウハウを蓄積し、月1回定期開催の認知症カフェ（認知症をテーマにコミュニティ・カフェ）をH28年4月に開設。

## 2 この活動に取り組んだきっかけ

NPO法人が運営するデイサービスからの「認知症カフェってどんなふうにやったらいいの？」という相談がきっかけ。地域の中で「やりたい！」とと思っている方の気持ちを大切にすることから始めることが地域とつながる最初の一步！と考えて、サポートできる体制を調整したことが始まりだった。「近所の方からデイサービスに連絡があって、日曜日に利用者さんが歩いて来ていたみたいで…」「認知症の方の“楽しみの場所へ行きたい”という思いを少しでも実現できるようにしてあげたい」「いろいろな人と交流できる場所になるといい」という思いが主催者の思いであった。その思いをNPO法人の代表の方が賛同されて具体的に進めていくことになった。

## 3 活動内容

### ●「認知症カフェがやりたい！」という声に耳を傾けて

認知症対応型デイサービスからの相談を受けて、「何から始めたらいいの？」から一緒に考えた。事業所・法人内でカフェを運営する人にも思いはそれぞれあり、協力体制という土台をつくって外部に拡大していくプロセスを主催担当者と経験を共にした。地域の中に「経験者」を増やすことで地域全体のポトムアップを狙った。

### ●「カフェの運営費をどうするか？」という難題

当初、法人は地域貢献を根ざす活動趣旨を踏まえて、自己資金運営を検討していたが、初期投資の負担を考えると定期的・継続的な開催に困難さを感じていた。誰もが足を運べる場所である認知症カフェづくりは「まちづくり」でもあり、助成金の活用を検討し、かりや夢ファンドを活用して資金調達に取り組んだ。

「コミュニティ・カフェ“ふるさと”

開催場所：デイサービスふる里  
（認知症対応型デイサービス）

開催頻度：毎月 第1日曜日

時 間：10～16時（現在は10～13時）

参加費：200円



## 4 活動を進めていく上での工夫・配慮

### ● ボランティアが自立して活動できるための支援

NPO 法人のデイサービスで働いている方といっても人件費が出ているわけではなく、ボランティア形式で開催する状況であった。そのため「ボランティアへの支援」という側面があった。企業城下町で高齢者も元企業マンが多く、企業教育の中で社会貢献・地域協働の重要性は理解している住民の方が多い中で、ボランティアをどのように支援するか？ということは、地域への寄り添い方、協力者への関わり方に配慮が必要だった。相談が入った段階でその思いを大切にすることがあり、「今すぐに動く！」という事よりも、「その気持ちが続いてつながる」ことを意識して行動した。「介護サービス事業を中心に良心的に運営しているNPO」というイメージだけでなく、いずれは「地域の中核を担える場」（ボランティアコーディネートが出来る場・拠点）として機能することを期待して、この協働した体験が次のステップにつながるように配慮してサポートした。

## 5 この活動に取り組んでの効果

### ● 町内の事業所が運営する認知症カフェの拡大

NPO 法人による認知症カフェが展開されたことで、他の事業者が積極的に認知症カフェへの参加や開催を考えるきっかけにすることができた。平成 28 年度からの 30 年度までの間に 8 か所の認知症カフェが活動を開始した。すべてが自主的な活動であり、「認知症カフェ」としての助成金はなかった。一方で、企業城下町で育まれた社会貢献や地域協働への意識の高さが地域のベースとして根付いており、各々が自分たちのスタイルに合わせた活動を展開している。

### ● 推進員のもつ「情報発信のハブ機能」の発揮

活動を通して多くの方に関わる機会となり、ボランティア活動・市民活動を中心に展開している方と顔がつながるきっかけとなった。情報を発信するハブ機能として推進員の持っているネットワークを大幅に拡大できた。「かりや夢ファンド」を展開する「刈谷市民ボランティア活動センター」とは様々な事業を協働で行うこととなり、認知症サポーターステップアップ講座のグループワークではファシリテーター役として一般の方が司会を行い、企画段階から協働が実現している。

## 6 今後の活動展望

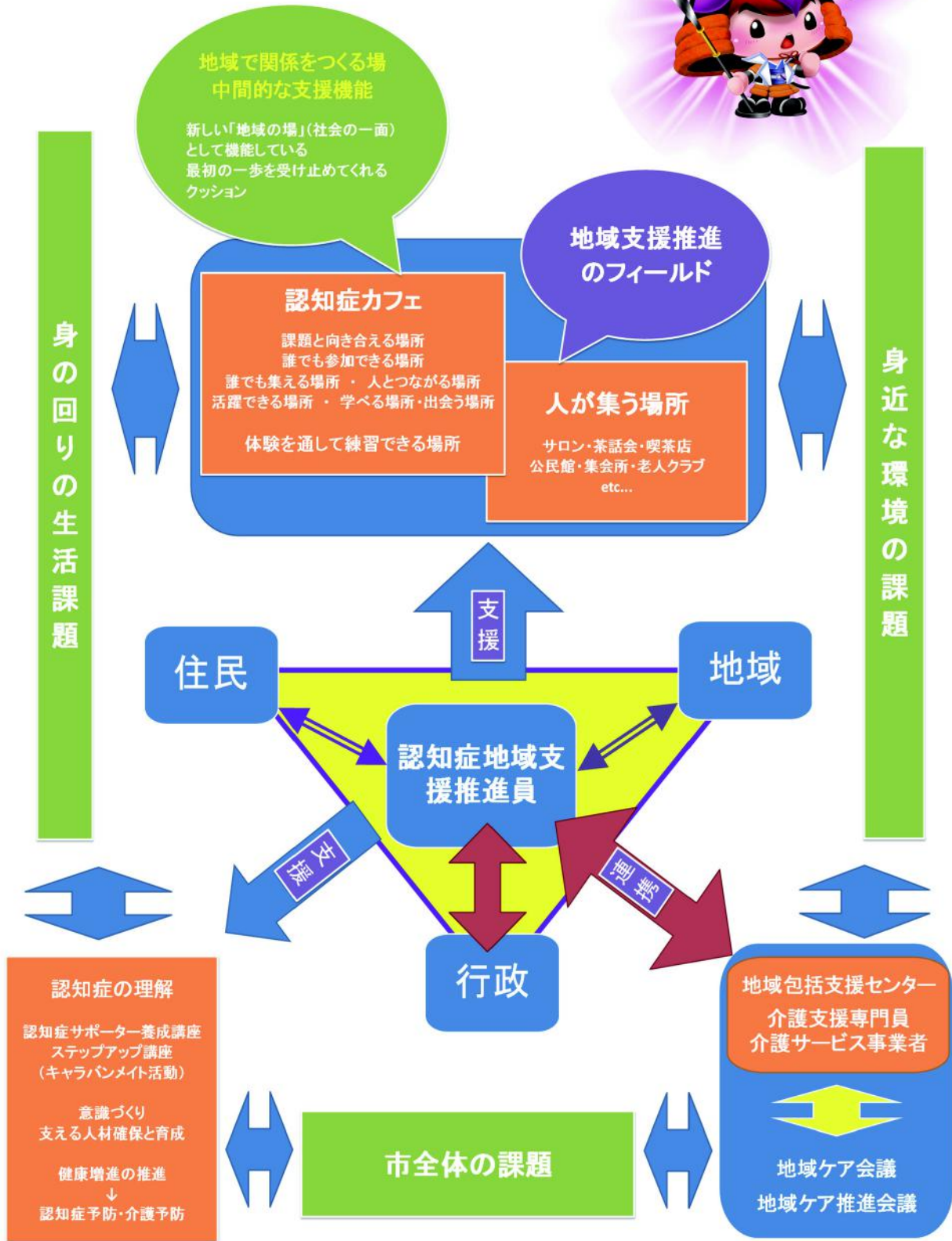
### ● 普通の暮らしの中で「認知症の方も誰でも過ごせる場」を少しずつ増やすこと

「認知症の方が地域社会の中で気兼ねなく、役割をもって笑顔で暮らせる生活」を目指して活動を展開している。認知症カフェは、気兼ねせずに過ごせる地域スペースとして機能することで、個人と地域のクッションの役割を果たす中間的な機能（場所）である。カフェの形態に限らずサロンや集い、茶話会、さまざまな形の場が地域の中にはあり、私たちは後から知ることが多い。そういった場を「認知症の方も活用できる場」にできること、誰もが利用できて地域で起こっている出来事を「自分のこと」に身を置いて考えられること、そんな場面を地域の暮らしの中にたくさん作っていくことで「認知症の方の地域の暮らし」を作ってきたと考えている。

## この活動を通して見えてきたポイント

- 起点になるネットワーク（循環）を継続的に機能させるには、支える機能（役割）を同時に準備しておくことで循環が途切れない。
- 地域の暮らしの主体は住んでいる人！認知症の人まちづくりのメンバーの 1 人
- 情報をキャッチするアンテナと発信するスピーカーは、大きさよりも数が多いほうが伝わりやすい
- 同じ回覧板でも、回し方や準備の仕方が違った。地域での暮らしを支えるために必要な情報は暮らしている人からしか得られない
- 協働する目標設定（ゴール）は情報とイメージの共有が大切。経験を共有することで、お互いの価値観を知ることができる。
- 「認知症」のことだからといって所管部課の事業費だけしか使えないわけではない。まちづくりはそこに住んで関わっている方すべてが対象。

# ★認知症地域支援推進員 支援活動イメージ図



## オレンジカフェでの本人と家族を主体とした展開

奈良県河合町 河合町地域包括支援センター グループホーム西之岡 吉澤 直彦（社会福祉士） 西川 嘉一（介護福祉士） 平成 29 年度配置

キーワード：意識の共有化、本人と家族主体、ピアカウンセリング、居場所、振り返り

### 自治体情報（2018年12月31日現在）

人口	17,776人	高齢者人口	6,624人（高齢化率37.2%）		
面積	8.23km <sup>2</sup>	日常生活圏域数	1	地域包括支援センター数	1

#### 担当地域の紹介

奈良県北西部に位置し、県営の都市公園があるなど自然豊かな水の町。毎年2月に町内の廣瀬神社にて豊作祈願の砂かけ祭り（町民俗文化財）がある。大阪市内まで1時間以内と交通アクセスも良く、1960年代からニュータウン開発が始まり、最近では高齢化が進んでいる。町内は大きく分けて旧村地区と新興住宅地区があり、それぞれの習慣や地域性に合わせた支援を行っている。



町のイメージキャラクター「すな丸」と砂かけ祭りの様子

#### 推進員配置の特徴

※自治体全体で  
1名配置

平成29年度より正式に包括の中に推進員を配置。委託型（社会福祉協議会）の包括だが、役場内に出向しており、行政とも情報の共有化や連携（事業の進め方についての合意形成等）が図りやすい。包括職員として個別の相談援助を大切にしながら、認知症施策を展開。

### 配置当初の活動イメージ

「推進員になったから新たに何かを始めなくてはいけない」というイメージは無く、もともと包括内で認知症施策の担当であった為、推進員であるという自覚やイメージを持ちながら、焦らずに現在の取り組みを継続していこうと考えていた。行政とも同じ方向性で共有化が出来ていたと感じる。

### 推進員活動のあゆみ（今回紹介する取組に関連するもの）

年度	主に力を入れた活動・取組	得られたこと（課題も含む）
H27	認知症カフェの目的や在り方などについて、町内の認知症に関わりのある事業所職員等と意見交換を行う。	グループホームの協力の元、企画を共に進める。既に民家を使って地域住民の居場所として活動されていたボランティアグループと話し合いを行い、方向性が同じ事から認知症カフェを立ち上げて頂くこととなる。
H28	住民主体の認知症カフェ開始。町内グループホームと包括が後方支援を行う。当初は認知症の勉強や交流会が主な内容。	本人や家族に参加頂き、少しずつ参加者が増えた（10名程）。本人や家族などの声を聞き、参加者が楽しめる内容の企画が必要であると感じた。
H30	認知症カフェの後方支援（継続） 認知症ケアパス作成、認知症に関する啓発。	本人や家族などの声を形にして、主体性を高めていく事や家族同士の交流の機会を意識。町内で認知症の住民啓発が課題。本人や家族の心情を焦点化し、認知症を正しく理解して頂けるように講演会などの企画を行う。

## オレンジカフェでの本人と家族を主体とした展開

### 1 活動の概要

地域住民の居場所として活動されていた“楽しい茶の間「ゆとり」”の協力を頂き、平成28年9月より認知症カフェ（オレンジカフェ）を開始。活動頻度は毎月第4土曜日、午後1時～4時。当初は認知症に関する理解を深めるための勉強会を中心に、地域のグループホーム職員や包括が個別の相談を受け持ち、後方支援を行う。

平成30年度からは、本人の“したい”“できる事”に焦点を当て、卓球大会、トマト狩り、歌声サロン、みかん狩りといった本人や家族などから出た企画を実行した。

並行して本人や家族同士のピアカウンセリングを行う等、参加のしやすさを意識しながら運営。

また、スタッフの意識向上の為に会議や話し合いを定期的に行い、グループホームの協力を得ながら、地域に根差した認知症カフェを目指している。



### 2 この活動に取り組んだきっかけ

当初は認知症の理解を深めるため、地域の専門職（薬剤師による薬の話や介護職員による介護の話等）を中心に勉強会を実施。しかし、本人や家族を含む参加者から、認知症の勉強会などは為になるが、「話が難しい」「みんなで楽しみたい」等の声が聞かれた。

そこで、“次も来たい”と思えるような居場所づくりにはどのような取り組みが必要で、本人や家族などの声を聞きながら、参加者が主体となる取り組みが出来ないかと検討した。

### 3 活動内容

#### ①スタッフの意識の共有化

勉強会等を中心とした内容は、本人や家族などから「参考になるが毎回勉強会などでは楽しめない」と声が聞かれた。そういったことから、オレンジカフェを初めて1年が過ぎた時点で評価会議を行い、認知症カフェの役割や考えられる効果等をスタッフ間で再度共有化し、本人や家族などが主体的に参加するにはどうしたら良いかを話し合った。

#### ②本人や家族主体のイベント企画と実行

本人や家族などが「カフェに求めているものは何か」の気持ちを引き出し、“したい”“できる事”に焦点を当て、参加者みんなで話し合いながら企画を検討し実行。

具体的には「体を動かしたい」という意見が多く、地域の住民から「自分の畑にみんなで野菜を収穫しに行かないか？」等の社会との繋がりが期待できる様々な提案があった。

#### ③本人や家族主体のピアカウンセリング

本人や家族同士で日ごろの悩みや思いを共有でき、互いに何でも話が出来る場所を目指した。

家族からは、「自分だけが悩んでいるわけではない。話が出来て気が楽になった」、「悩む前に話した方がいよね」と前向きな意見が出るようになった。

#### ④振り返り会議と評価会議

毎回振り返りのための会議と年単位で目標達成度等を評価する会議を行った。

振り返り会議は、オレンジカフェ終了後毎回30分～1時間程度で、その日気になった点や参加者の情報共有がメインの内容で、スタッフの良かった点や出来ている所を意識的に出し合い、逆に改善点がある場合は見直しに向けた意見交換を行った。

評価会議は、年に1～2回程度で、目標達成度やスタッフ全員で認知症カフェ運営に関する意識の共有化を行った。

## 4 活動を進めていく上での工夫・配慮

### ①スタッフの意識の共有化

認知症カフェの役割や効果をスタッフ間にて共有化することで、目指すべき点や考え方等が統一されたと考える。また、スタッフはボランティアだが、有資格者が多く、体操が得意な方や傾聴が優れている方などがおられる為、個人個人の強みを活かせる環境を意識した。

### ②本人や家族主体のイベント企画と実行

当初、本人や家族などに対して“したい”“できる事”を聞くも、「何かあったら一緒にします」と積極的な意見がなかなか引き出せなかった。その為、コーヒータイムなどの時間をあえて作り、気軽な会話の中から思いを引き出す環境づくりに配慮した。

### ③本人や家族主体のピアカウンセリング

当日のプログラムとして、始めに体操やゲームなどを行うと緊張した空気が和らぎ、本人や家族同士の会話がスムーズに行えた。また、本人と家族と一緒に来られているケースもあり、本人同士や家族同士が互いに気兼ねなく会話ができるよう、別々のテーブルの配置やスタッフが自然な形で間に入るなどの配慮を行った。

### ④振り返り会議と評価会議

振り返り会議にて、スタッフの良かった点や出来ている所を意識的に出し合うことで、スタッフのモチベーションの維持向上が図られた。

評価会議では、スタッフ全員で認知症カフェに関する意識の共有化が行え、運営についての考え方の違いなどの修正ができるため、一部の人が話すだけでなく、全員の話を引き出せるようにファシリテーターの役割が重要であった。

## 5 この活動に取り組んでの効果

### ◇本人や家族など参加者の主体性が高まった

本人や家族にとって、オレンジカフェが楽しい居場所になりつつあると実感。「次はボーリングに行こう」、「今年も卓球をしよう」等の声が上がっている。本人の“したい”や“できる事”が実現していくことで、今まで見えなかった本人の様々な一面が見えた。

### ◇オレンジカフェスタッフの意識の変化

本人や家族などへの声かけや、本人のサポートを自然な形でさりげなく出来るようになった。

### ◇振り返り、評価会議によるスタッフ間のチームワークの向上

会議の中でスタッフの良かった点や出来ている所を意識的に出し合うことで、モチベーションの維持向上に繋がった。また、喜びや課題などを共有化することでチームワークが向上した。

## 6 今後の活動展望

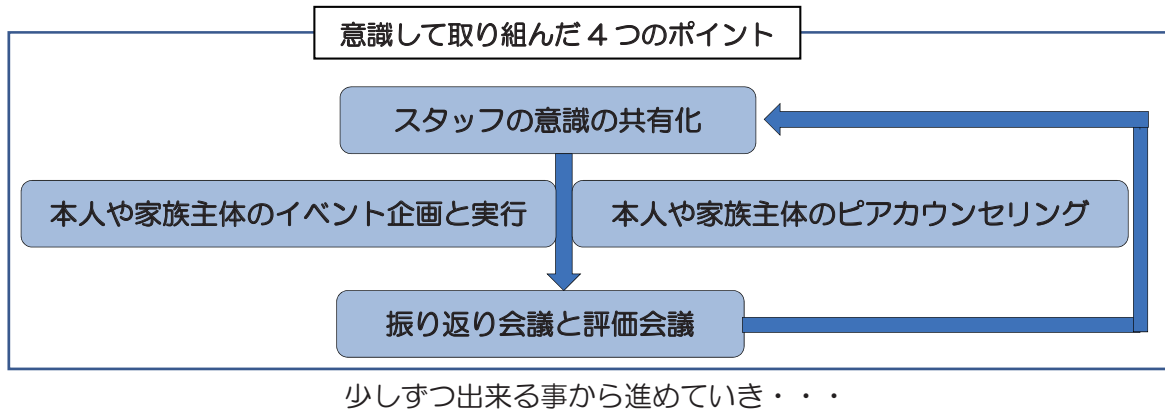
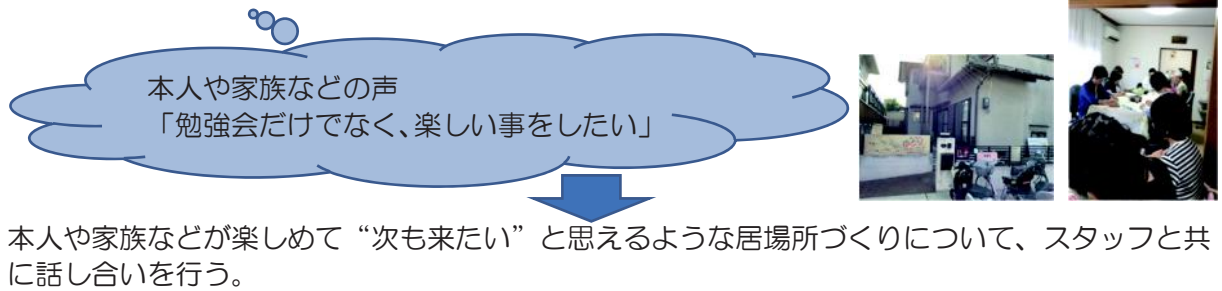
- ・ 認知症カフェの後方支援と並行して認知症の住民啓発を行う（講演会の企画と実行）。
- ・ 新たなマンパワーの発掘や他の事業（初期集中など）との効果的な連動。
- ・ 新たに認知症カフェ立ち上げの声があれば、現在のノウハウを取り入れて後方支援を行う。
- ・ 最終的に、人（地域住民の互助）・場所（本人や家族の居場所や活動の場）・機能（フォーマルやインフォーマル資源の繋がり）が上手く連動して、認知症になっても安心して暮らせる河合町を目指す。

### この活動を通して見えてきたポイント

- ・ 認知症があっても“したい”“できる事”はたくさんあり、本人や家族などが主体性を持って一緒に取り組める活動の展開が大切。
- ・ 取り組みを焦らず、時には一旦足を止めて、推進員だけでなく取り組んでいるチーム全員で内容を見直す事で、新たな気付きや改善点が見つかり、次に繋がると学んだ。（チームワーク）
- ・ 事業所の専門職の方や、地域住民との信頼関係が大切。ネットワークを構築していく中で力を貸して下さる方（協力者）と出会える。

活動のプロセス（図）

平成 28 年 9 月 “オレンジカフェ開始” 当初、勉強会等を主に行うが・・・



取り組みの写真（写真の使用許可承諾済み）



トマト狩り



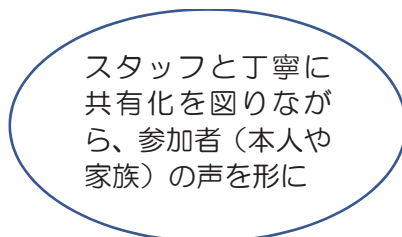
卓球大会



歌声サロン



家族同士のピアカウンセリング



振り返り会議

- ・ 本人や家族などの主体性が高まり、オレンジカフェが楽しい居場所になりつつあると実感。
- ・ スタッフのモチベーションやチームワークも向上。

今後の活動展望（課題）

- ・ 認知症を正しく理解し自分事として考えて頂けるような住民啓発→講演会企画やカフェの啓発
- ・ 新たなマンパワーの発掘や他の事業との連動→サポーター養成や初期集中との効果的な連動
- ・ 本人や家族が自ら選んで参加できる居場所の整備→認知症カフェの立ち上げ支援

人（地域住民の互助）・場所（本人や家族の居場所や活動の場）・機能（フォーマルやインフォーマル資源の繋がり）が上手く連動して、認知症になっても安心して暮らせる河合町を目指す。



事例番号

13

B. 認知症対応力向上のための支援

B 1 認知症カフェをきっかけとした推進員活動の展開

みんなで取り組めば心強い！

施設、デイサービス、ケアマネジャーと一緒に輪番の『認知症カフェ』

千葉県我孫子市 湖北・湖北台地区高齢者なんでも相談室（地域包括支援センター）  
 星 良子（主任介護支援専門員）平成 27 年度配置  
 佐藤 隆彦（社会福祉士）平成 28 年度配置

キーワード：地域とのつながり 事業所等との連携 閉じこもり予防 子供の力 輪番のカフェ

5万人未済

10万人未済

30万人未済

30万人以上

自治体情報（2019年1月1日現在）

人口	132,216人	高齢者人口	39,571人（高齢化率 29.9%）		
面積	43.15km <sup>2</sup>	日常生活圏域数	6	地域包括支援センター数	5
担当地域の紹介	我孫子市は千葉県北西部に位置し70年代ハットウとして一部区画が開発。湖北・湖北台地区は、北側は集落と住家が点在する農村地区で、南側はUR都市機構公団を含む新興住宅街。高齢化率 35.9%				
推進員配置の特徴 ※自治体全体で 行政3名、 委託包括11名 合計14名配置	平成26年10月各地区包括に配置（兼務）開始、H27年度に全地区配置。月1回連絡会発足し活動内容や周知方法を検討し、周知グッズや認知症ケアパスの作成を行った。また、市内の認知症カフェ、市が行う認知症家族の集いに参加している。H29年度に初期集中支援チームが出来、各地区推進員が参加し情報交換を行っている。				



うなぎちさんは、手賀沼を住処として、日中は市内を散策したり、魚や鳥とおしゃべりしている。彼に触ると、運勢がうなぎ上りになるらしい

行政直営

委託

配置当初の活動イメージ

当初、市の方針では推進員1名の配置と言われていたが、当室は、H26に看護師が、H27年に主任CM、H28年社会福祉士がそれぞれ推進員になり兼務で活動をしている。市全体としてはケアパスを作成後、カフェや集い、初期集中支援チームに参加以外は目立った活動はない。実際兼務であり、日々の業務の中で「推進員」を意識して活動をしていることはなかった。

その他

推進員活動のあゆみ（今回紹介する取組に関連するもの）

年度	主に力を入れた活動・取組	得られたこと（課題も含む）
H27	地域ケア会議において個別事例を検討	事例から、同様の事例があることに気づく。
	地域課題を検討する地域ケア会議を開催	高齢者が通える場所はあるが、それぞれのつながりはない。しかし、「認知症になっても安心な街づくり」への思いは同じことを認識。
H28	「ほくほくケアねっと」と名付け活動を開始	施設の休業日を利用した「輪番の認知症カフェ」を検討
H29	「HokuHoku カフェ」開店	施設、事業所、ケアマネジャーのつながり・協力・認知症ケアに対する思いを実感
H30	キッズ店員を募集	地域の一員として、大きな力を発揮

専任

兼務

# みんなで取り組めば心強い！ 施設、デイサービス、ケアマネジャーと一緒に輪番の『認知症カフェ』

## 1 活動の概要

ケアマネジャーの個別事例の相談から地域ケア会議を開催、地域課題の検討に発展した。課題解決に向けて、認知症地域支援推進員の業務として活動を開始。我孫子市がサロンの介護予防の実施を推奨したこともあり、地域と施設・事業所の連携に介護予防を組み合わせた。地域と施設・事業所のつながりが少しずつでき、「施設を見学してみたい」という声も挙がり、見学ツアーを考えたが、短時間で雰囲気をつかむのは難しい…。体験的な取り組み・企画が出来ないかを検討し、施設の休業日を利用した輪番の認知症カフェを開店させた。

## 2 この活動に取組んだきっかけ

- 地域ケア会議の中で、「認知症になったら早く受診するというのは理解されるけど、適切なケアを受けるといことは理解されないね。」という課題から始まり、取り組みを開始する。
- 地域のサロン代表者、各特養の施設長、グループホーム、デイサービスの管理者が集まり、会議を開催。「サロンに来られなくなって、閉じこもりになる」、「認知症になってデイサービスに行くようになり、サロンに来なくなった」、「サロンには来ていたけど、デイサービスはとて拒否する」等の課題があがる。また、「施設が地域住民に十分に知られていない。」「交流する機会がなかなかない。」といった意見も挙がる。
- 認知症になっても、早くケアを受けられる。認知症になっても地域のサロンや交流機会に通える、そんな街を目指して『ほくほくケアねっと』と名付け、活動を開始する。
- サロン関係者から、来てくれている施設の見学がしたいとの声があがり、見学ツアーを検討。短時間で雰囲気をつかむのは難しい…。体験的な取り組み・企画が出来ないかを検討し、施設の休業日を利用した輪番の認知症カフェが出来るとはならないかとケアねっとメンバーに相談。

## 3 活動内容

～HokuHoku カフェの開催～

(対象者) 軽度認知障害の人、認知症初期の人、家族、認知症サポーター、認知症の人の友人、知人、認知症になるのではと心配な人、認知症のことを理解しようと思っている地域の人など

(実施日) 奇数月 第1 日曜日 13:30～15:30 ※希望者には送迎をする。

(場 所) 地区内のデイサービス、デイケア、小規模多機能型居宅介護の休業日を利用。

(内 容) 当室が中心となり、輪番にて各施設で開催。

(構成員) 包括職員(推進員)、開催場所の施設とは別の施設の職員・ケアマネジャー

(参加費) 100円

- ・ コーヒーは3種類から選び豆を自分で挽いてもらう。認知症予防になると言われているものやリラックスできる健康茶やハーブティを数種類用意、カップも好みのものを自分で選んで入れてもらう。些細なことだが選ぶ喜び、楽しみを味わってもらっている。
- ・ テーブルには、スタッフが一緒に座ることで、雑談の中でお互いに色々な気づき生まれる。
- ・ 昨年7月からは、認知症サポーター養成講座を受講した小学6年生が「キッズ店員」として参加。(事前に学校を通じボランティアを募り、希望者は保護者を通じて申し込みがある。)
- ・ 後半、約30分はミニ講座を実施。認知症の紙芝居、講師を招き季節の健康講話等ミニ講座やミニコンサートなど。



## 4 活動を進めていく上での工夫・配慮

- ・日頃から担当地区内の事業所と、つながりを持つようにしている。年2回交流会を開催し顔の見える関係づくりを積極的に行っている。
- ・場所は輪番で行い、スタッフは開催場所とは違う施設・事業所のスタッフを配置している。(営利目的とならず、また参加者も色々な雰囲気味わえる。)
- ・地区社会福祉協議会の委員になっており、地域住民とのつながりを持つことを心掛けている。地区社協と共催で小中学校に認知症サポーター養成講座を実施。受講した児童に対し体験的な取り組みが出来ないか検討、校長先生に相談し「キッズ店員」としてボランティア募集の協力を得ている。
- ・「行きたくても足がなくて行けない」と言うニーズから、送迎を実施。
- ・出来る事は自分で！コーヒー豆を挽いたり、お茶を入れたり…自分でしてもらう。

## 5 この活動に取り組んでの効果

### 【参加者の声】

- ・認知症の妻を介護する夫同士が、同じ席になりお互いの苦労話をされた。「同じ境遇の人と話せてスッキリした。こんなことは友達や近所には話せないからね」と発散する機会となった。
- ・閉じこもりの夫をデイに通わせたい妻にカフェを紹介。今回は短い時間だからと夫を誘い参加。「同じ席になったケアマネジャーが色々話しをしてくれた。デイはまだ拒んでいるが、次回のカフェは参加したいと言っている。」とカフェが外出の機会になった。
- ・義姉の認知症に悩む男性が参加。ケアマネジャーに認知症ケアや介護サービスの話を聞き、一步を踏み出すきっかけになった。

### 【参加している事業所・ケアマネジャーの声】

- ・地域密着型サービスに移行して、地域にどう出たら良いか悩んだ。実際に運営推進会議を開催して、一歩ずつ進めることが大切と分かった。この活動もそのひとつになっていると思う。
- ・担当している閉じこもりの方にデイサービスを進めても利用に至らず。カフェへ一緒に参加した。雰囲気が良く、デイサービス行ってみようという気持ちになった。同じような方がいるので誘いたい。

### 【参加している小学生の声】

- ・おばあちゃんが認知症になった時に、お母さんを助けたいと思って参加した。とても楽しかった！
- ・最初は緊張したけど楽しかった。他に夢があったけど、人の役に立つ仕事もしてみたいと思った。

※活動を通し、施設や事業所が地域活動（地区社協の委員になる。カフェを独自で開催するなど）に積極的になっている。児童の参加は、場を和ませ好評。サポーター養成講座での学びを生かし、良き理解者になってくれている。何度も「何年生」と聞かれても笑顔で答える児童の姿を心強く思う。

## 6 今後の活動展望

- ・推進員だけでなく、地域にある施設や事業所など関係者の対応力を向上させる。
- ・認知症カフェを活用し、地域課題について一緒に考える機会の一つに。
- ・「キッズ店員」の募集を拡大。体験的な取り組みでさらなる認知症の理解を子供から保護者へ。

### この活動を通して見えてきたポイント

- ・推進員だけの思いや考えだけでは、この活動を行うことはできない。関係者へは、個別に話をし、また全体でも説明会を開催し理解と協力を求めた。その中で、それぞれが「やらされている」という事ではなく、同じ方向を向いて一緒に『認知症になっても安心な街づくり』を行っていくことが大切であること。
- ・地域とのつながりは財産。色々な方とつながってこそ一人一人の支援に結びつく。
- ・一つの相談から、様々な業務と連動させる意識が大切であること。



事例番号

14

B. 認知症対応力向上のための支援

B 1 認知症カフェをきっかけとした推進員活動の展開

地域と繋がるおれんじカフェぴば  
～認知症になっても穏やかに暮らせるまちを目指して～

北海道美唄市 美唄市保健福祉部高齢福祉課高齢福祉係（美唄市地域包括支援センター）  
古東 庸子（看護師） 飛渡 祐輝（社会福祉士）平成 27 年度配置

キーワード：本人 家族 専門職 行政 地域づくり

5万人  
未満

10万人  
未満

30万人  
未満

30万人  
以上

自治体情報（2018年10月1日現在）

人口	21,747人	高齢者人口	9,008人（高齢化率41.4%）		
面積	277.6km <sup>2</sup>	日常生活圏域数	1	地域包括支援センター数	1
担当地域の紹介	札幌市と旭川市を結ぶ国道12号線の間地点。旧産炭地で最盛期の人口は9万人以上。閉山後は過疎化の一途。貯筋体操自主グループ30グループの参加者の方々の中には認知症サポーター養成講座を受講し、おれんじカフェのボランティアとして活動している人も多い。				
推進員配置の特徴 ※自治体全体で 2名配置	高齢福祉課、地域包括支援センター職員である社会福祉士（精神保健福祉士）、看護師を配置。行政職員でもある専門職が、さまざま相談事等に早期に関わりがもてる事で、地域の方々の安心感や信頼関係、他機関との連携に繋げる事ができている。				



美唄市のゆるキャラ マミーちゃん

行政  
直営

委託

配置当初の活動イメージ

- ・ 認知症はなったらいけない、なると暮らせない、なるのが恐ろしいというイメージの払拭。
- ・ 認知症と人として理解してもらうため、不安に思ったり、悩んだりした時にここに行けば話を聞いてもらえるという場所、拠点づくりをしていきたい。

その他

推進員活動のあゆみ（今回紹介する取組に関連するもの）

年度	主に力を入れた活動・取組	得られたこと（課題も含む）
H27	認知症カフェの開設	毎月実行委員会を開催し、開設準備、開設後の状況確認・課題、改善点等の検討を行いながら週1回の開催を継続している。
H28	移動カフェの実施 認知症ケアパス（安心おれんじガイド）の作成	カフェは市内1カ所の開設であるため、地域の介護保険施設や福祉会館で移動カフェを開催。実行委員会でケアパスを作成したことで、より地域の声や実情に合ったものを作成する事ができた。
H29	見守り声かけ模擬訓練の実施	カフェ利用者が道に迷った体験を元に、道に迷っている時の気持ちに配慮した声かけや見守りと早期発見を目的に、作成。
H30	安心おれんじシール（見守りシール）の作成	

専任

兼務

# 地域と繋がるおれんじカフェぴば

～認知症になっても穏やかに暮らせるまちを目指して～

## 1 活動の概要

### 1. 開設の目的

- ・高齢化が進み認知症高齢者は増加、直営包括への総合相談件数も増加している。
- ・認知症の人及びその家族、地域住民、専門職など誰もが気兼ねなく集まり、病気への理解、介護等の情報交換、社会参加活動の場、心を休める場を提供し、認知症になっても穏やかに生活できる地域づくりを目的に開設。
- ・美唄市の高齢化率：36.8% 認知症の現状：介護認定者のうち 52.7%が認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上（平成 26 年 4 月 1 日現在）

### 2. 名称 「おれんじカフェぴば」

### 3. 実施主体 美唄市

### 4. 実施主管 おれんじカフェぴば実行委員会（やすらぎ支援の会・美唄市介護家族と共に歩む会・認知症対応型グループホーム・社会福祉協議会・有識者・市立病院・保健センター・包括）

### 5. 実施場所 美唄市大通西 1 条北 1 丁目 1-1 2

### 6. 実施日及び時間 平成 27 年 9 月 28 日開設 毎週火曜日 11 時～15 時

### 7. 利用料金 無料（希望者は飲み物+おやつ代 100 円）

### 8. 平均利用人数 19.7 人

（内訳）男性：41% 女性：59%

本人：15% 介護者：6% その他の市民：58% 専門職：17% その他：4%



## 2 この活動に取り組んだきっかけ

### <相談スペースがない>

- ・庁舎の立地条件から包括の窓口が一番奥。
- ・市民からの声～「役所に行くには敷居が高い」  
「本人を自宅に残して相談に行けない」  
「物忘れの話をする事で、偏見の目で見られるのが恐ろしい」
- ・気軽に自由なゆっくりとした相談しやすい環境を確保したい。



### <認知症カフェとして必要な人に利用してもらいたい>

- ・開設前までの関係団体からの声  
「認知症に特化したカフェ（集まり）を作る必要があるのか」  
「誰もが集える場所として作る事ができないか」  
「認知症カフェと謳ったら参加しづらくなるので名称等の変更が必要ではないか」  
「認知症を対象にする事は理解できたが、独居高齢者などにも来られる場所にしてはどうか」。
- ・行政（直営包括）の専門職が持つ強み（地域の実情把握・繋がり・発信力）を生かしたい。
- ・認知症の人、介護者、認知症に関心のある人が集まり対話するカフェが拠点となる事で理解が深まり、本人の意思を尊重し住み慣れた地域で暮らし続けていくための地域づくりを推進したい。

## 3 活動内容

- ・固定のプログラムはなく、家庭的で自由なゆっくりとした雰囲気の中、認知症に理解のあるスタッフが話を聴き、お茶を飲みながら話をする。
- ・建物 1 階はカフェ。2 階は一般介護予防の教室を終了した方が「おれんじの会」として活動。
- ・実行委員会の開催（1 回/月）（利用状況の確認・課題、改善点等の検討・行事の企画、運営）
- ・ボランティアは実行委員のみではなく、サポーター養成講座受講者から希望者を募り登録（現在 26 名の登録）。週ごとの当番制でボランティアを配置。

## 4 活動を進めていく上での工夫・配慮

＜なぜ相談するのにカフェじゃないとダメなの？会館や既存の建物でできるんじゃない？＞

- ・ カフェの定義や対象者、事業内容、行政（直営包括）の専門職が中核的な役割を担うことでゆっくりとした環境の中で対話が交わされ、認知症の人、家族、専門職みなが同じ立場で場所と時間を共有することが実現できる事を庁内、実行委員会で説明し、何度も話し合いを重ね理解を得た。

＜地域住民への周知＞

- ・ カフェは市内 1 カ所の開設であるため、おれんじカフェぴぱが広く市民に周知されるよう「移動おれんじカフェぴぱ」を実施した（平成 28 年～ 30 年計 8 回開催延べ 550 人が利用）。

＜ボランティアスタッフへの配慮＞

- ・ 運営のマニュアルを作成し丁寧な説明を行い、カフェ開催時前後のミーティング等で意見交換を行い積極的に関わられるような環境づくり。

## 5 この活動に取り組んでの効果

＜本人への効果＞

- ・ ゆっくり話を聴くこと、時間をつくることで満足感が得られ能力や意欲を引き出し、自己決定を支援することにより機能の維持・向上に繋がった（診断を受けた 3 名の介護度が維持されている）。
- ・ 介護保険サービスの利用に結び付かない方の空白期間を埋めている。
- ・ 本人の言葉「どうやって年をとってきたのだろう、毎日こんな事ばかり考えて泣きたくなる」  
「家でポケットとするより、ここに来て話をすると頭がスキッとする」  
「ここに来て 1 時間居てみればわかる。皆がこんなに笑顔で居るところなんてない」

＜介護者への効果＞

- ・ 本人が有意義な時間を過ごしている姿を介護者自身が自分の目で確認でき、一緒の時間を共有し様子が見える事で心身の負担の軽減に繋がった（Zarit 介護負担尺度で評価）。
- ・ カフェの利用が介護相談のみではなく社会参加の機会となり、介護による社会からの孤立感を軽減できている。
- ・ 介護者の言葉「ここ（カフェ）に参加した時は特に落ち着いていますので助かっています」

＜地域・ボランティア・専門職への効果＞

- ・ 介護を終えられた方々や認知症以外の精神疾患、生活不安を抱える方々が世代や病気の隔たりなく交流するスペースとして活用。
- ・ カフェという拠点を中心とした自発的に生まれる地域住民や専門職の協力体制（花を生けに来訪する人・手作りおやつ提供・グループホームの入居者と来訪する市民の方との将棋対戦・精神障がい者の会のメンバーがカメラマンとして活躍、移動カフェのボランティアへ参加・精神疾患をもつ若年層の方々、介護者の来訪・訪問看護やケアマネ等専門職がふらっと立ち寄る場所）

## 6 今後の活動展望

- ・ 「本人が元気であれば家族も、家族が元気であれば本人も元気」を実現するため、関わりを持つ方と繋がり、拠点としてカフェの役割を継続するための支援、コーディネートを続ける。
- ・ 現在本人 1 名が毎週ボランティアとして活動。役割をもち本人も活躍できるカフェの実現。

### この活動を通して見えてきたポイント

- ・ 2 万人規模の町では、カフェが拠点としての機能をもつ事で本人、介護者、認知症のある、なしに関わらず総合相談の機能を持ち合わせる事ができ早期支援に繋がっている。
- ・ 行政の専門職が関わりを持ち続ける事で信頼関係が得られ、他機関との連携や地域と繋がっていく事ができている。美唄市の認知症施策全体が認知症の人、家族、地域住民や専門職、関係する全ての方々の理解と協力体制により支えられている事を実感し、地域を活性化させるきっかけになっている。



※ 写真の掲載については同意を得ています。



## 認知症介護指導者と協働した小学校講座カリキュラムづくり

大阪府高槻市 高槻北地域包括支援センター  
辻田 裕之（介護福祉士）平成 27 年度配置

キーワード：「人」、認知症介護指導者、地域のキーマン、目的の共有

## 自治体情報（2018 年 12 月末現在）

人口	352,496 人	高齢者人口	101,699 人（高齢化率 28.8%）		
面積	105.29km <sup>2</sup>	日常生活圏域数	4	地域包括支援センター数	12

## 担当地域の紹介

大阪と京都のほぼ中間にあり、ベッドタウンとして栄えてきた。中心部は都市化されているが、北部は山並み、南部は淀川に面した平野が広がり、地域特性が異なる。



高槻市キャラクター「はにたん」

## 推進員配置の特徴

※自治体全体で  
2 名配置

平成 21 年 7 月 認知症連携担当者を専任で 1 名包括に配置  
平成 23 年 4 月 事業変更に伴い、認知症地域支援推進員に名称変更  
平成 26 年 8 月 他の包括にも 1 名専任で配置。以後は専任の推進員 2 名体制。  
※自身は、平成 27 年 4 月に着任。現在に至る。

## 配置当初の活動イメージ

着任前は、介護老人保健施設のデイケアスタッフとして従事。着任当初は全く訳が分からず、市の中での推進員の役割も曖昧であったため、年度目標も立てないままの活動であった。行政職員、認知症介護指導者で構成される「TEAM 高槻」と協働することで、活動が広がっていった。今回は、大阪府認知症介護指導者らと連携しながら平成 27 年から継続して行っている小学校での講座を紹介する。

## 推進員活動のあゆみ（今回紹介する取組に関連するもの）

年度	主に力を入れた活動・取組	得られたこと（課題も含む）
H25	TEAM 高槻結成（行政・推進員・大阪府認知症介護指導者からなる自主グループ）	課題を共有し、それぞれの強みを活かしながら、協働して認知症サポーター養成講座等の取り組みを行う。
H25～H30	高槻市主催「認知症啓発イベント」企画・運営	イベント実施において企画段階から認知症介護指導者に関わってもらっている。
H26～H30	高槻市立富田小学校いまとみらい科講座の実施	5 年生を対象に実施。 H28・29 は高槻市立赤大路小学校でも実施。
H28～H30	RUN 伴高槻実行委員会企画・運営	平成 28 年度より高槻市にも RUN 伴ルートができ、実行委員会が発足。認知症介護指導者、推進員も実行委員として協働している。

# 認知症介護指導者と協働した小学校講座カリキュラムづくり

## 1 活動の概要

高槻市では、平成 26 年度より高槻市立富田小学校にて、認知症の人を含む高齢者への理解の推進を目的に、講座を行っている。講座は全 10 コマ（5 日間）。児童に主体的に学んでもらうにはどのように講座を進めていくべきか。小学校で行う講座のカリキュラム作成にあたり、認知症介護指導者に相談、協働して取り組んだ事例を紹介する。

## 2 この活動に取り組んだきっかけ

小学校での講座を行なうきっかけとして、高槻市富田地区の民生委員より学校にも認知症の理解を広めるべきと、当該民生委員が小学校の校長と面談、平成 26 年度より授業を実施している。自身が着任した平成 27 年も学校より継続実施の依頼があり、推進員が先導して取り組むことになった。

## 3 活動内容

高槻市立富田小学校では、総合学習として「いまとみらい科」を設定。“自分たちの立ち位置を見つめる”（S）“広い視野から学習課題を見つける”（R）“計画”（P）し、“実行”（D）“結果を振り返る”（C）→“次の学習へ活かす”（A）「S-RPDCA サイクル」を用いているのが特徴。今回のテーマは、「ほっとタウン～自分たちができること～」となり、大阪府認知症介護指導者にも協力してもらいながら、学校の方針である“困っている人に目を向け、地域に関わる意識付け”を踏まえ、以下全 10 コマ（5 日間）のカリキュラムを作成・実施した。

### ① 高齢者の気持ちを学ぶ（高齢者疑似体験）

福祉用具業者より車椅子や歩行器、高齢者疑似体験キットを借り、実施する際は圏域包括、民生委員、介護保険事業所等から協力者を募り実施した。

### ② 認知症の病気と対応について学ぶ（認知症サポーター養成講座）

### ③ 気付きの視点を養い、困っている人への接し方を学ぶ（寸劇を通しての実践）

### ④ 実際に地域に出て、困っている人に声をかける体験をする（安心・声掛け運動）

学校周辺の自治会や商店などにチラシを配布し、理解を求めた。教員、行政、民生委員、地域の医療・介護関係者、PTA、警察など約 50 名の協力者が、認知症の人役、何かに困っている人（重い荷物を運べない妊婦さんなど）、児童の引率役などの役割を担ってもらった。



### ⑤ 学びを振り返り、クラスとして自分たちに何ができるか、考えをまとめる。各班の発表から、「困っている人を助ける day」として、週 1 回オレンジリングをつけ、地域を探索し、ゴミ拾いをするという活動を行うことになった。



## 4 活動を進めていく上での工夫・配慮

- 市内の認知症介護指導者と顔馴染みになる  
前任者から引き継ぐ際に、認知症介護指導者が所属している法人に着任の挨拶を行った。協働するまで時間が掛かったが、挨拶をし、知り合うことが重要であると思う。活動に関わってもらう際は、認知症介護指導者に何を依頼したいかを明確にし、委託元の市役所より依頼文を出してもらうようにしている。
- 関係者には事前に授業の目的と意図を伝達  
学校のねらい、授業内容、安心・声掛け運動の趣旨について、関係者に向けて事前説明する機会をもった。趣旨を事前に理解してもらうことで関係者も主体的に関わってもらえた。
- 広報誌、ケーブル TV などに学校授業の取材を要請  
小学校内での活動で終えるのではなく、広く市民にも関心をもってもらえるように、学校や保護者の同意を得て活動を周知した。後に朝日新聞の取材を受けるなどメディアでの広報は効果的。

## 5 この活動に取組んでの効果

- 認知症介護指導者との連携（今回の取り組みのキーマン）  
高槻市の認知症介護指導者の存在は着任前から知っていた。しかし、着任当初は認知症介護指導者とどう関わればよいか分からず、一緒に取り組みを行うことはなかった。講座のカリキュラムを作成するにあたり、行政担当者から「指導者に相談してみても？」とアドバイスがあり、思い切って相談。共にカリキュラム作成づくりを行った。認知症介護指導者は、養成課程において「研修企画」や「地域における認知症の人への支援体制づくり」などの研修を受けている。  
以後は、研修企画等で相談・協働できる関係ができた。
- 小学校の講座を通じて関係者が顔の見える関係に  
民生委員、PTA、警察、地域の商店、学校周辺の医療・介護関係者、圏域包括、自治会、行政、認知症介護指導者など 60 名近くの関係者とともに毎年取り組みを実施している。関係者が自然と顔馴染みになり、認知症カフェの立ち上げや勉強会の開催など、さまざまな取り組みに発展している。「今年も富田小学校で声掛け運動を行う季節だね」と声を掛け合う姿も見られる。一つのイベントをきっかけに、関係者の連携もより深まったと思われる。

## 6 今後の活動展望

### 【認知症介護指導者と共に行っていききたいこと・期待すること】

- ・人材育成研修の企画時のアドバイザーや講師役
- ・認知症啓発イベントの継続した関わり
- ・高槻市キャラバン・メイト連絡会の立ち上げ
- ・推進員活動全般においてのアドバイザー

### 【仲間として共に行っていききたいこと】

- ・RUN 伴高槻実行委員会
- ・わくわくプロジェクトわかば（メンバーがしたいことを実現させる自主グループ）にて認知症当事者と共にソフトボールやプロ野球観戦

## この活動を通して見えてきたポイント

推進員としてさまざまな活動を行っているが、キーワードは「人」だと思っている。認知症の人やその家族が住み慣れた地域で安心して暮らしていくには、多くの人の理解と支援が必要だからである。この活動を通して学んだことは、地域のキーマンとなる人と繋がること。そして、活動を「何のために」行うのか、目的を関係者と共有することの重要性である。小学校での講座も最初は先導役・調整役として行っていたが、毎年実施していく中で、関係者が仲間になり、主体的に関わってくれる人も多くなった。今後もさまざまな人との出会いを大切に活動をしていきたい。



課題と強みを活かして連携する  
自主グループ

平成 27 年 4 月に推進員交代。  
最初は認知症介護指導者とどう  
関わってよいか分からなかった。

小学校の講座カリキュラム作成の  
協働をきっかけに認知症介護指導  
者と相談し合える関係に

推進員



相談



認知症介護指導者

推進員としてその都度、さまざまな機関と  
連携しますが、地域の実情を把握している  
相談先はなかなかなく、思い悩むこともありま  
す...

あるときは認知症施策のアドバイザー  
あるときは講師やファシリテーター  
そして一緒に取り組みを行う仲間として  
とても心強い存在です！

具体的には

### 研修企画 (プログラム作成やアドバイザーとして助言をもらう)

- ・認知症サポーター養成講座 (学校・市民向け)
- ・認知症キャラバン・メイト養成研修
- ・迷い人広域搜索訓練 (京都府長岡京市から依頼を受け都道府県をまたぎ、  
模擬訓練を実施)
- ・認知症啓発イベント (年に一度行なう市民対象イベント) の企画

### 仲間として

- ・わくわくソフトボール in たかつき (わくわくプロジェクトわかば)
- ・RUN 伴実行委員



(平成 28 年より高槻市でも実施。推進員、指導者も共に実行委員を兼ねている)



## 行動・心理症状のみられる認知症高齢者へのチームケア

東京都武蔵野市 基幹型地域包括支援センター  
川下 安梨（保健師） 平成 28 年度配置

キーワード：行動・心理症状、家族・医療介護連携、本人理解の統一、チームケア、認知症介護指導者による専門的視点

### 自治体情報（2019年1月末現在）

人口	146,456 人	高齢者人口	32,405 人（高齢化率 22.1%）		
面積	10.98km <sup>2</sup>	日常生活圏域数	6	地域包括支援センター数	6
担当地域の紹介	東京都のほぼ中央に位置し、平坦な地形で緑にめぐまれたコンパクトなまち。東西に貫通する JR 中央線に沿い、商業・文化・教育等個性ある三駅圏が調和している。高齢者の 4 人に 1 人が、一人暮らしである。				
推進員配置の特徴 ※自治体全体で 8名配置	平成 21 年度より、認知症施策担当を 6ヶ所の包括と基幹型包括に配置し、平成 27 年度より、認知症地域支援推進員として位置付けた。推進員同士での定期的な会議体を設置し、情報交換や地域課題の共有、事業の検討、提案、実施を行っている。認知症施策に関するチームリーダーの役割を担い、基幹型包括の推進員は全体の進捗管理や取りまとめを担う。				



緑豊かなまちの景観

5万人未満

10万人未満

30万人未満

30万人以上

行政直営

委託

その他

専任

兼務

### 配置当初の活動イメージ

- ・ 既存の仕組みや社会資源の活用状況、どのように地域のニーズに答えているかを把握する。
- ・ 積極的に地域に出向き、認知症に携わる関係者が感じていることを聴取し、地域における認知症の現状や課題の把握に、まずは取り組みたい。

### 推進員活動のあゆみ（今回紹介する取組に関連するもの）

年度	主に力を入れた活動・取組	得られたこと（課題も含む）
H28	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症ケアパス作成</li> <li>・ 各コミュニティセンターにおける地域認知症講座（認知症専門医による講座）の開催開始</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ケアパスの活用について、市民に限らずケアマネジャー等支援者へも周知が必要</li> </ul>
H29	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症ケアパス周知研修の開催</li> <li>・ 在宅医療・介護連携推進協議会における認知症連携部会の設置</li> <li>・ 推進員によるワーキンググループの設置</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症連携部会にて、市における認知症の課題が明確となった。</li> <li>・ 推進員同士の横のつながりが強化したことに加え、認知症施策の推進に向けた具体的な活動の検討・提案に結びついた。</li> </ul>
H30	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症サポーターのさらなる活動推進に向けた講座企画・実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 前年度提案した内容の企画・実践をし、認知症普及啓発の推進・展開につながった。</li> </ul>

# 行動・心理症状のみられる認知症高齢者へのチームケア

## 1 活動の概要

本活動は、通所介護施設にて行動・心理症状がみられていた認知症高齢者へのケアについて、認知症介護指導者協働のもと、家族・医療・介護が共にケア検討を行う中から、チームケアの体制づくりを構築した活動事例である。容態に応じて各機関が一体となりケアを考える体制は、地域において未だ築かれていなかった課題があり、通所介護事業所がケアに苦慮し孤立している状況であった。そこで、既存の仕組みである認知症初期集中支援の流れを活用し、課題の解決を図った。

支援チームとして、医師・疾患医療センターPSW・各通所介護事業所・ケアマネジャー・家族・エリア包括推進員・基幹型包括推進員に加え、認知症介護指導者を招き、チームを構成。行動・心理症状の背景理解や、本人にとってどのようなケアが望ましいのかを、認知症介護指導者による専門的な視点も含めて意見交換を行い、各々のケアに反映し評価をした。

活動を通じて、家族・医療・介護が顔の見える関係となったことに加え、ケア検討により本人理解の統一化ができ、リアルタイムな情報共有と変化に応じたチームケアの体制につながった。

## 2 この活動に取り組んだきっかけ

きっかけは、市内の通所介護事業所から上がってきた相談だった。利用者である認知症高齢者の行動・心理症状への対応について、様々なケアの工夫をしても改善せず苦慮している状況。併せて、その現状についてケアチームでの情報共有やケア検討が行われておらず、通所介護事業所が孤立していた。また、主治医に介護の困難さが伝わっていない現状もあった。

これらの課題を通じ、適切なケアを見出すだけでなく、通所介護事業所の「孤立」を防ぐため、多職種による支援チーム体制を築き、コーディネートしていく必要を感じた。

## 3 活動内容

### 【①情報収集・全体像の把握】

推進員とケアマネジャーにて情報収集。施設での現状、本人の状態、家族側や医療側にも聴取し、全体像を把握する。

### 【②チームの招集・目的の確認】

関係者と認知症介護指導者を招集し、現状や課題、チーム支援実施の必要性と目的を共有。

### 【③各施設でのケア内容や本人の様子を把握】

チーム全体でケアを検討するにあたり、本人の人となりや各環境での様子、本人への対応や反応をチーム全員で共有する必要があるため、家族や通所介護事業所側の許可のもと、推進員と認知症介護指導者が通所介護事業所を訪問。

### 【④チーム員会議：ケア検討】

チーム全体で、③にて収集した情報を共有。本人の残された強みや行動・心理症状の背景を意見交換し、本人理解の統一を行った。その上で、本人にとって心地の良い関わり（距離感・声のかけ方等）や過ごし方、配慮すべきことについて、認知症介護指導者の助言を踏まえて検討。併せて、施設でのこれまでの工夫やその効果についても、客観的視点から評価した。

### 【⑤ケアの実施】

会議にて検討した内容をケア方法へ展開し、各施設にて実践。

### 【⑥チーム員会議：経過確認・評価】

ケアを実施し、通所時の行動・心理症状の変化など本人の様子について共有。また、施設だけでなく、在宅での様子や医療側からみた病状について共有し、評価を実施。今後の施設ケアや在宅ケア、治療について再度方針を検討。都度情報を共有しつつ、実践や評価を繰り返す。

### 【⑦ICTの利用開始】※ICT：iPad等を使用した多職種による情報共有ツール

家族も含めたグループを立ち上げ、即時性のある報告・共有の場を活用。

## 4 活動を進めていく上での工夫・配慮

- ・「支援者支援」ではなく、「本人・家族支援」のための体制を築くという方向性をいつも心がける。
- ・活動に対する家族の気持ちや意向を都度丁寧に聞き取ることに配慮し、家族の負担とならないよう心がけること。
- ・試行錯誤しながらケアを実施している通所介護事業所の取組みを評価していくこと。
- ・推進員一人で活動を進めるのではなく、3②のように、感じる課題や描いている方針を明確に示して関係者全員へ説明・共有をし、目指すべき方向性を統一すること。
- ・体制構築を検討する上で認知症初期集中支援の仕組みを活用する等、既存のツールを柔軟に当てはめて考えること。
- ・3③④では、家族や事業所の許可を得て本人の様子をビデオ撮影し、本人の人となりやケアの様子を関係者間で共有した。
- ・認知症介護指導者と協働し、本人理解に関わる幅広い視点や客観的な助言・評価ができる協力者とつながること。

## 5 この活動に取組んでの効果

<チームケア体制の構築・推進>

関係者全体がチームとして密に現状や課題を共有し、ケアの検討と互いの役割を明確にすることで、施設等介護事業所の「孤立」を防ぎ、本人・家族を中心とした一体的なチームケアの体制を築くことができた。また、関係者の信頼関係を築き、相談しやすい関係となることで、連携に対するハードルを下げるきっかけとなった。主治医ともケア内容に合わせた治療内容の検討が可能となり、通所も受け入れを継続することができた。支援目標を共有した上でICTを活用することにより、リアルタイムな情報共有が可能となり、本人の変化に応じたケアや医療の検討を即時的に検討・実施することができた。

<認知症ケアのスキルアップ>

認知症介護指導者による客観的アドバイスを取り入れることで、より多面的に本人を知り深めることができた。それにより、行動・心理症状の背景を理解しただけでなく、本人の強みや守るべき尊厳についても、関係者全員が目を向けることができ、本人に対する意識が変化する中で円滑なケア検討が可能となった。

それぞれが工夫をしているケアのノウハウを共有することで、家族・医療・介護それぞれの環境において、各関係者が統一した関わりを心がけることができた。それにより、本人にとっての負担軽減を図ることができたと共に、家族にとっての不安軽減など家族支援につながった。

## 6 今後の活動展望

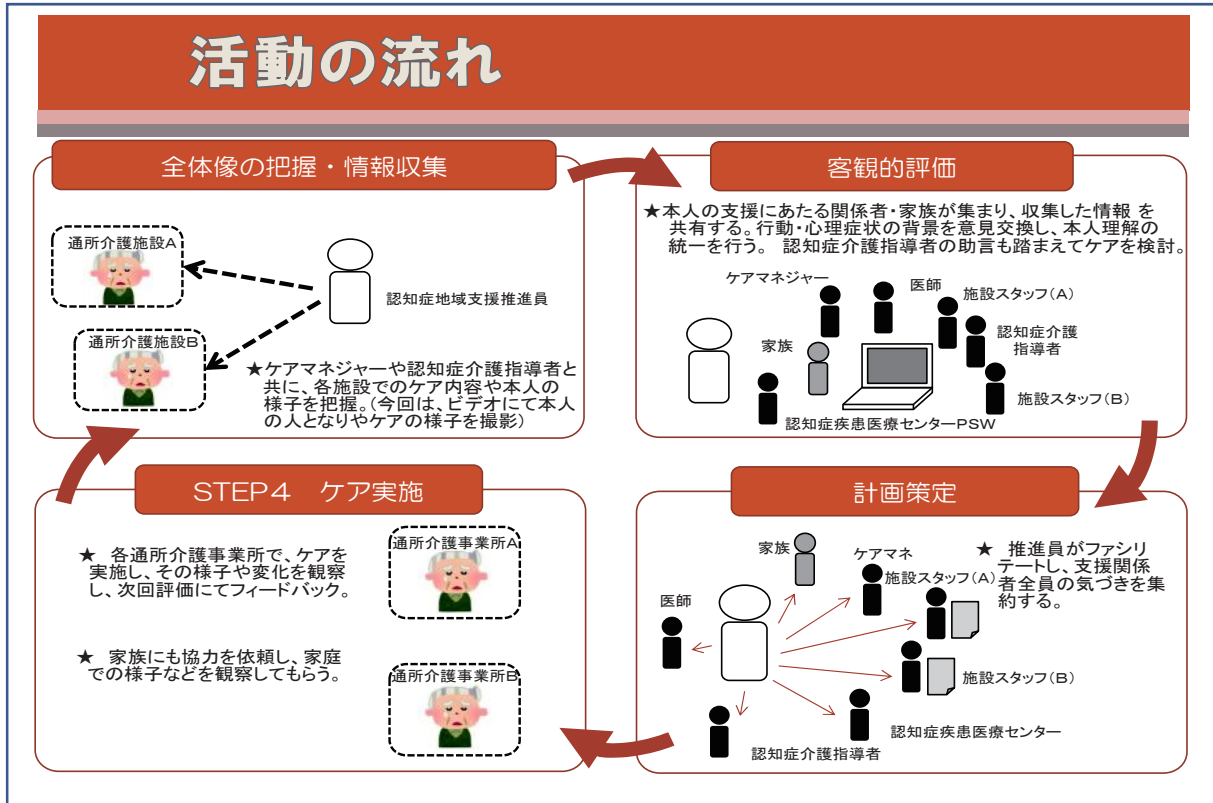
今後は、各機関が様々な事例を積み重ね、経験値やノウハウを蓄積・共有する中から、地域全体における認知症対応へのスキル向上や家族・医療・介護連携によるチームケア体制を、築いて行きたい。今後は、本活動の取組みや効果について医療機関や居宅支援事業所、介護事業所へ広く周知し、地域全体の取組みへと発展させていく。

認知症介護指導者の地域における役割を明確にし、スキルを活かした協働を広げる。

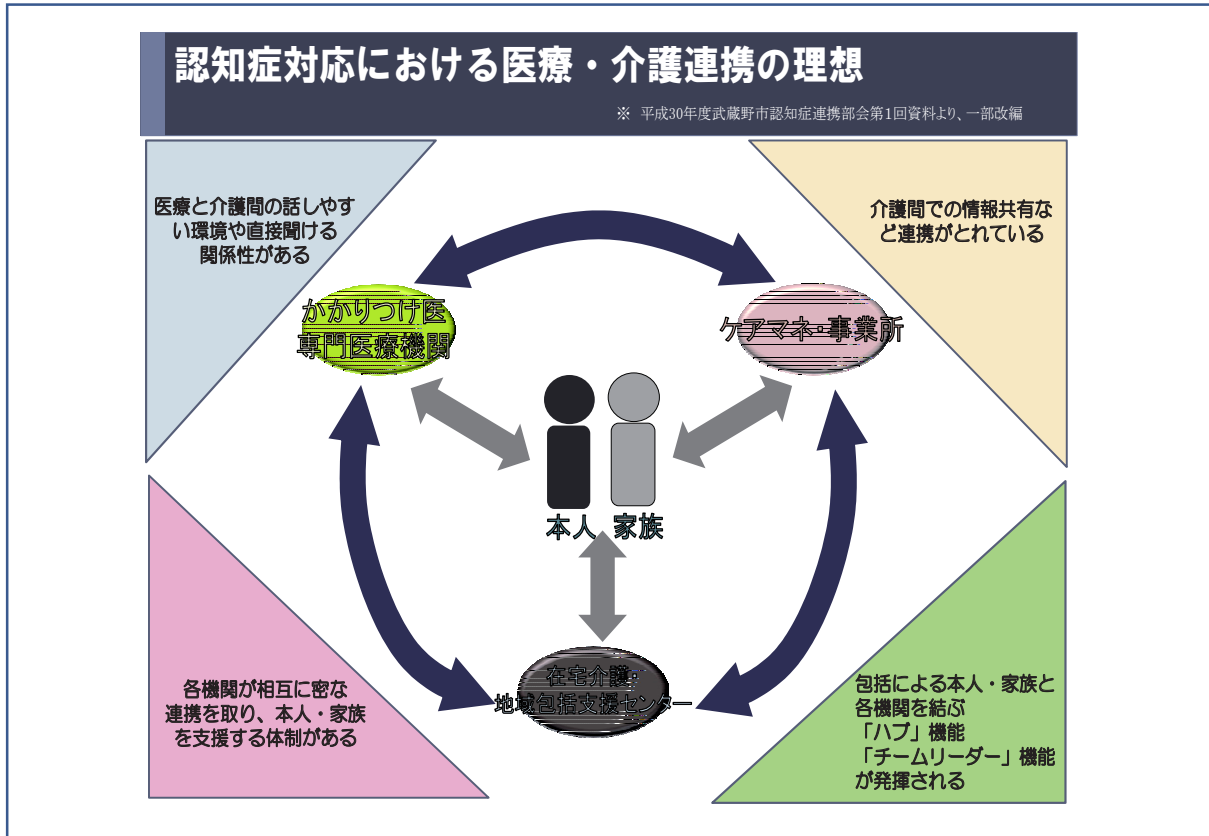
### この活動を通して見えてきたポイント

- 目的や目指す姿を、認知症を支える様々な人で共有し、共に推進していくこと。
- 推進員だけでなく、関係者全員で同じ方向を向き、認知症の対応力を高めていくことが大切。推進員は、黒子の様な存在。
- 既存の仕組みや社会資源、協力者をマッチングし、有機的なつながりをつくること。
- 認知症初期集中支援といった既存の仕組みの活用。支援チームに認知症介護指導者を招き協働。連携ツールである（ICT）を活用していくこと等。

<本活動の流れと認知症地域支援推進員の役割>



<連携の理想像>






## 指導者とともに考え、つながる・つなげる一步一步

鹿児島県霧島市 霧島市地域包括支援センター  
 福田 竜光（社会福祉士） 平成 24 年度配置

キーワード：1人じゃない つながる つなげる さまざまな機会 私のアルバム

### 自治体情報（2019年1月1日現在）

人口	125,824人	高齢者人口	33,392人（高齢化率 26.5%）		
面積	603.18km <sup>2</sup>	日常生活圏域数	10	地域包括支援センター数	1
担当地域の紹介	山間圏域においては高齢化率 37.7～43.5%と高値となっています。高齢者のいる世帯の内、35%が単身世帯、33%が高齢者世帯となっており、より身近に相談できる場所・機会が必要。				 国分市街地と桜島／霧島神宮
推進員配置の特徴 ※自治体全体で 4名配置	平成22年度に包括に配置、現在は専任として1名、兼務として3名が在籍する。地域包括ケアの推進⇔認知症地域支援・ケア向上を意識することで、センター全体がその活動に取り組んでいる。市役所、社協、基幹相談支援センターとシステム・内線を共有することで、情報伝達・スケジュール調整等スムーズに行えている。				

### 配置当初の活動イメージ

平成 24 年、前任者の異動により、配置。「認知症になっても住み慣れた地域で暮らし続けられる霧島市」という漠然としたことに取り組むことになる。推進員になったから、「私」って変わるものでもないし……。一人で出来るはずもないし……。  
 誰とどんなことをしてきたか、つながりやつなげるを意識して、やってみよう♪

### 推進員活動のあゆみ（今回紹介する取組に関連するもの）

年度	主に力を入れた活動・取組	得られたこと（課題も含む）
H 20	認知症介護指導者と出会い、高齢者の生活を共に考え、情報共有等を行う。	事例を通じた個々の関わりが、地域生活を考えるチームになっていく。
H 22	「いつまでも主人公である人生を」叶えたい指導者の提案で、有志や家族が集まり検討し、自分史「私のアルバム～やがてのために～」を作成。	劇的な変化はない。だが、本人の言葉と想いが続いていく霧島市を目指した取り組みがスタート。徐々に、地道に継続していく。
H 24	地域活動・資質向上を目的に、霧島市地域密着型サービス事業者連合会が設立 霧島市の認定資格「地域包括ケア・ライフサポートワーカー」の養成が、指導者を中心として開始。	連合会に包括も入会し、共に活動。 地域包括ケア・ライフサポートワーカー 1 期生となる。また、在籍する事業所は「まちかど介護相談所」となり、包括のランチとして地域の相談窓口となる。

## 指導者とともに考え、つながり・つなげる一步一步

### 1 活動の概要

H 20 年、霧島市小規模多機能ホーム連絡会に参加するようになり、認知症介護指導者と出会う。その信念・発信力・発想力・求心力 etc. を頂きながら、最期まで「私の声」に耳を傾けてもらえる霧島市を目指し、有志が集まり、H 22「私のアルバム～やがてのために～」を作成、その普及等に取り組んできた。

H 24 年、霧島市地域密着型サービス事業者連合会ができ、包括も入会。ここでは、霧島市の認定資格である霧島市地域包括ケア・ライフサポートワーカー（以下、ライフサポートワーカー）の1期生として、指導者やライフサポートワーカーをはじめ、多くの方と歩んできた活動を紹介する。

### 2 この活動に取り組んだきっかけ

霧島市が、地域密着型サービス事業者連合会や指導者の協力のもと、ライフサポートワーカーが115名養成。（1～6期）（平成31年3月1日現在）  
ライフサポートワーカーの在籍する事業所は、「まちかど介護相談所」（81事業所）となり、包括のランチとして機能している。

広域型の包括や推進員は、地域に合わせた展開や活動の維持は難しく、故にパートナーが必要。「認知症」があっても、「人」として、自然に過ごせる霧島市を目指し、指導者・ライフサポートワーカーと協働している。

### 3 活動内容

#### ライフサポートワーカーの活動

「地域包括ケアシステム」の構築、制度・分野を超えた「地域共生社会」の実現のために養成。総合相談機能や地域の関係づくり、集まりの場づくり、虐待への緊急対応など生活を継続するうえでの「安心」を支援するための拠点となり、その地域に密着したセーフティネットの構築をする役割を有する。

#### 6つのグループ

多面的に自主的活動が展開できるように、主として取り組むことを考え展開されている。

#### 具体的協働と年次的変化について

・「本人の言葉を根拠に地域とつながった生活が続けられる霧島市にしたい。」

指導者の発起で、行政・医療・介護・福祉の有志が集まり勉強会を開催。月1回の集まりが「私のアルバム～やがてのために～」の作成につながり、コンセプトや名称を作り上げていった。本人に人生を尋ね、共有すること伴走することを意識。

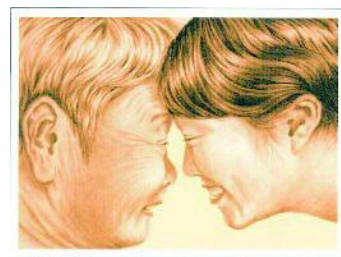
作成当時は、エンディングノートこそあるが、「生活を続けること」を意識したものが普及していなかったと思われる。

H 22 年、市内の医療・介護・福祉の関係者に向けてキックオフミーティングを開催。

以後、地域のサロンや老人クラブ等に向けて出前講座を実施。

介護保険事業所においても、講座を実施し、家族と共に写真を見ながら人生を振り返った。

現在では、介護保険事業所が事業者の垣根を越えて、アルバムに書き起こされた「本人の～したい」を実現するため、賛同者を募り、温泉ツアーや漢字検定などが実現化されている。



## 4 活動を進めていく上での工夫・配慮

時代や生活背景から、識字、身体的・認知症の状態に応じた個別の配慮が必要である。

選択者は、本人であることを忘れない。書くも書かないも、取り組むも取り組まないも本人が決められるように提案するようにしている。

家庭や地域に出前講座を実施することで、地域との関係性の深さをより感じ取ることができる。臨床心理士を目指す鹿児島大学院生もアルバムづくりに参加。学生が関わることで、本人が郷土史の講師のように活躍される姿が見られた。

写真に沿った自分史づくりは、楽しい。

## 5 この活動に取り組んでの効果

### (1) 本人・家族への効果

アルバムを作成する、しないに関わらず、「私らしい生活」の継続のための自助努力（予め家族と話し合っておくことや共有しておくこと）の大切さを伝えることができた。

### (2) 地域住民や地域資源への効果

地域のサロン等で出前講座を行うことで、地域に暮らしている人や過去に暮らしていた人（亡くなっている人を含む）の話題があがり、地域の関係性・絆の強さを再認識する場面もあった。

### (3) 専門機関や専門職連携への効果

アルバム作成に携わることで主体的に関わる機会が増え、事業者の垣根を越えて、アルバムに書き起こされた「本人の～したい」を実現するため、賛同者を募り、温泉ツアーや漢字検定などが実現化されている。

## 6 今後の活動展望

H30年は、映像で自分史をつくることを試みた。時間がかかることが判明。より一層、理解者・協力者が必要と考える。

H31年は、新たなメンバーを加え、今後の「私のアルバム～やがてのために～」検討会を予定している。映像による自分史作成も検討を重ねていきたい。

## この活動を通して見えてきたポイント

○推進員ひとりでは何もできない。

広域型の包括や推進員の配置では、地域に合わせた展開や活動の維持は難しいことも多い。既存のネットワークや、頼れる人や頼ってくれた人を増やし、共に考えることが大切。本人の生活は多様性に富んでいるからこそ、つながりは多様性がある方が良い。

○「認知症」や「事業」でなく「人」を大切にすること。

指導者からは、「推進員だから一緒になって何かをしているんじゃない。一人ひとりの生活への関わりや姿勢を見てきたから一緒にしているんだ。」と言われた。「人」を大切にしなければ、理解も信頼も発展もしていかない。



ライフサポートワーカー  
5期生養成研修の様子



公民館への出前講座

**「やがてのために」  
書き綴る、思い**

**私のアルバム  
- やがてのために -**

**自分史を作ってみませんか？**  
もし、介護が必要になった時・・・  
あなたを支える家族や医療・介護に関わる方々が、あなたの自分史を参考にすることで、  
きっとあなたらしい人生が続く事でしょう。

**「私のアルバム-やがてのために-」主な対象は…**  
高齢期を迎えた65歳以上の霧島市民の方々を主な対象としています。

**お問い合わせは**  
霧島市地域包括支援センター  
電話番号 0995-48-7979 住所 霧島市国分中央3-9-20  
FAX 0995-48-8123 (パークプラザ内1階)  
URL <http://www2.city.kirishima.jp/houkatu/>



霧島市地域包括支援センター

<http://kiri-houkatu.sakura.ne.jp/>

霧島市地域密着型サービス事業者連合会 (Facebook もあります)

<http://rengoukai.deca.jp/rengoukai/>

霧島市ホームページより (霧島市まちかど介護相談所とは)

<https://www.city-kirishima.jp/kou-shou/kosodate/koresha/sodan/machikado.html>

## C. 相談支援・支援体制構築

### 掲載している事例

#### C1. 認知症初期集中支援チームとの連携

- 事例番号 18. 本人らしい生活の実現に向けて ～つながろう 地域と医療と福祉～  
広島県廿日市市 谷畑 聡美
19. 初期集中とカフェの連携から生まれるチャンス  
愛知県東浦町 吉田 紗耶
20. 居宅型包括から地域へ 波紋の拡がり  
宮崎県新富町 長友 真弓

#### C2. 本人の声をももにつながる・広がる活動

- 事例番号 21. 本人のやりたいこと 地元で叶えられるように  
～「本人の声」だからこそ人は動く と実感～  
京都府向日市 石松 友樹
22. 2人の女子会から「本人のつどい」立ち上げへ  
埼玉県鴻巣市 石井 喜美枝
23. オレンジカフェの一角で「本人ミーティング」を開催  
福島県郡山市 植田 かおり 今泉 純子
24. 一人を多職種で支え合う学びとネットワーク  
栃木県足利市 吉田 千比呂



## 本人らしい生活の実現に向けて ～つながろう 地域と医療と福祉～

広島県廿日市市 地域包括支援センターはつかいち  
谷畑 聡美（介護福祉士・介護支援専門員） 平成 29 年度配置

キーワード：つながる・信頼・連携・支える・地域の宝

### 自治体情報（2018年10月31日現在）

人口	117,435 人	高齢者人口	34,327 人（高齢化率 29.2%）		
面積	489.36km <sup>2</sup>	日常生活圏域数	7	地域包括支援センター数	3
担当地域の紹介	島嶼部から中山間地域までの広域な地域を有し、沿岸部は温暖、都市型で交通の便が良い。一方、中山間部では冬には積雪があり、高齢者の割合が高く沿岸部とは逆の環境に置かれていて地域差が大きい。				
推進員配置の特徴	H27年4月に1名配置。H29年4月に新たに2名配置され3名体制となる。認知症の早期発見と発見後のフォローの為に相談業務だけでなく、認知症の方や家族を支援する事を前提とし、初期集中との連携に力を入れている。また、月2回のチーム員会議に参加し支援の進捗状況の確認、同行訪問など初期集中との連携を密にした活動を行っている。				



けん玉発祥の地 木のまち はつかいち

5万人未満

10万人未満

30万人未満

30万人以上

行政直営

委託

その他

### 配置当初の活動イメージ

当初は推進員の存在や役割を知ってもらう為に、医療機関を回る事に努めた。介護保険のサービスを使うような人には担当のケアマネジャーがついているのに推進員は何をするのか、必要な役割とは何かというイメージを持つ医師もおり、存在を否定される事からのスタートだった。

### 推進員活動のあゆみ（今回紹介する取組に関連するもの）

年度	主に力を入れた活動・取組	得られたこと（課題も含む）
H29	医療機関や介護事業所への挨拶周り（推進員のチラシ作成）	専門職として推進員の存在を知ってもらうことができた。 推進員の必要性を感じず受け入れてもらう事が難しい医師もおり連携に限界を感じた。
H30	初期集中との連携（チーム員会議の参加） 専門医、専門職との顔の見える関係作り 昨年度に続き、医療機関への周知を地道に行った。	チーム員会議に参加する事により、多くの情報を共有する事ができ、連携が密になった。 医療機関、事業所からの相談が増えた。 医療機関に貼ってもらった推進員のチラシを見て住民から相談の連絡が入るようになった。

専任

兼務

# 本人らしい暮らしの実現に向けて ～つながろう 地域と医療と福祉～

## 1 活動の概要

- H30 年度推進員の体制
  - ・ H27 年度 1 名 H29 年度 2 名 計 3 名体制となる。
  - ・ 直営の包括に専任として配置される。
- H28 年 10 月より初期集中支援チーム稼働
  - ・ 設置期間 医療法人みやうち 廿日市野村病院
  - ・ チーム員構成  
認知症専門医 1 名 社会福祉士 1 名 看護師 2 名



初期集中が設置され推進員との関わりについて最初はどの時点でどんな風にチームと連携を取っていけばよいのか手探り状態だった。認知症の相談件数が増えていく中、初期だけでなく、困難事例こそ初期集中の力を借りる事で、支援へと繋がっていく事を実感した。H30 年 4 月より月 2 回のチーム員会議に参加するようになり、更に連携を深める事ができた。いつでも相談できる体制が整い、認知症になっても住み慣れた地域で生活する事を目標として一緒に活動する事ができている。今回、本人拒否からチーム介入後、専門職、医療機関、地域を繋げ、その家族の支援にまで手を伸ばし、本人の望む暮らしを実現した事例を紹介する。

## 2 この活動に取り組んだきっかけ

医療や介護保険に強い拒否があり、地域の支援の手がある事で生活できている事を知る。

地域の力を感じ、それを生かし、本人と地域住民が安心して生活していく為に、まず医療と連携し、そこから介護保険申請へと繋ぎ、本人の望む生活ができるよう支援したい。その為には初期集中の介入が必要不可欠である。

## 3 活動内容

本人 80 代前半 女性 独居  
相談者 家族（長男）他県に住んでおり、実家には年 2 回程度帰省するのみ。  
内容 平成 30 年 1 月 相談者より包括に FAX にて母親の相談あり。  
母親の状況→夫が特別養護老人ホーム（以下特養）に入所以来、一人暮らし。  
毎日、午前中夫の面会に行く事が日課。持病の変形性膝関節症の為、痛みがあり歩行困難。  
H29.10 月頃より物忘れの症状が急に激しくなってきた。  
・ 金銭管理ができていない。・ 薬の管理も難しく飲み忘れが多い。・ 食事は甘いもの中心。  
・ 会話していても 1 分前に話していた事をすぐ忘れる等。  
認知症の進行により自宅での生活が難しくなるのではないかと。在宅生活を継続する為にできる事は何か。関わりとアドバイスを求められる。

### ● 本人を知る為の実態把握に努める（暮らしを把握する）

夫の入所先である特養の相談員へ情報収集⇒定期的な自宅訪問（最初は月に 2 回程度、その後、1 週間に一度、ほぼ毎日と訪問回数を増やしていった）⇒関わりを持つ事で、地域住民の日常のさりげない支援が見えてきた（ゴミ出しの声かけ、夫の面会の送迎、週末の買物など）⇒チーム介入を依頼しつつ実態把握⇒チーム員会議にて支援検討⇒チーム介入から受診⇒介護保険申請⇒地域住民を巻き込む形での地域ケア会議開催（本人、家族の思いを共有）公的なサービス開始⇒2 度目の地域ケア会議開催（家族、地域住民、チーム員、専門職などにより最終目標を共有）

● 夫の状態が悪化し、特養から遠方の病院へと入院となった事で、本人の生活が変化してきた。本人の安心感へ繋げる為に、夫の支援にも着目。チーム員会議での検討を行い、初期集中の母体である病院へ転院。毎日の面会が可能となり、ほぼ以前と変わらぬ生活ができるようになった。

チーム介入から終了までの期間 25 週 チーム員会議の開催 8 回 地域ケア会議開催 2 回



## 4 活動を進めていく上での工夫・配慮

本人の「自宅で過ごしたい」という思いを大切にしながら、地域住民の思いも聞き取りを行った。地域住民の不安が大きい。やってあげたい気持ちはあるが、その責任は負えない。認知症になって何もできないと思っていた地域住民に「そこまでしなくていい。できる事はあるよ」と専門職としてアドバイス。本人のできる事を伝え、そこへ介護保険のサービスと地域の見守りを加え役割を分担することで不安を払拭した。また、夫の支援も行うことにより、本人との信頼関係が生まれた。

## 5 この活動に取り組んでの効果

- 本人・家族への効果
  - ・ 本人の自宅で生活したい思いを自然な形で叶える事ができた→家族の安心にも繋がっている。
  - ・ 若い頃よりボランティアに熱心であり、その事を共有する事で本人の役割を作る事ができた。
- 地域住民や地域資源への効果
  - ・ 地域住民がさりげない支援を行なっていく事に負担のないよう継続していける体制を整えた。（ゴミだしの声かけ、毎日の夫の面会時の送迎、週末の買物同行、食事の提供、本人の思いを傾聴）
  - ・ 地域ケア会議の開催→地域住民の意識を大きく変えるものとなった。これまでは、地域の見守りの目がある事が公的なサービスの弊害になると勘違いしていたが、一緒に組み合わせる事ができるとわかり安心感に繋がった。
  - ・ 初期集中の存在、活動内容など実際に関わり、知ってもらえる事ができた。
  - ・ 推進員とは、認知症の専門職であり、相談窓口であるということ、実際に困っている声を聞き、活動する役割があると理解してもらえた。
- 専門機関や専門職連携への効果
  - ・ 専門職がつながって結果を出せた事で、お互いがつながりの大切さを実感した。そして、その後の様子にも目を向け、ある程度の距離感を保ちながら必要時はいつでも支援の手を差し延べられるよう関係機関との連携は怠らない。

## 6 今後の活動展望

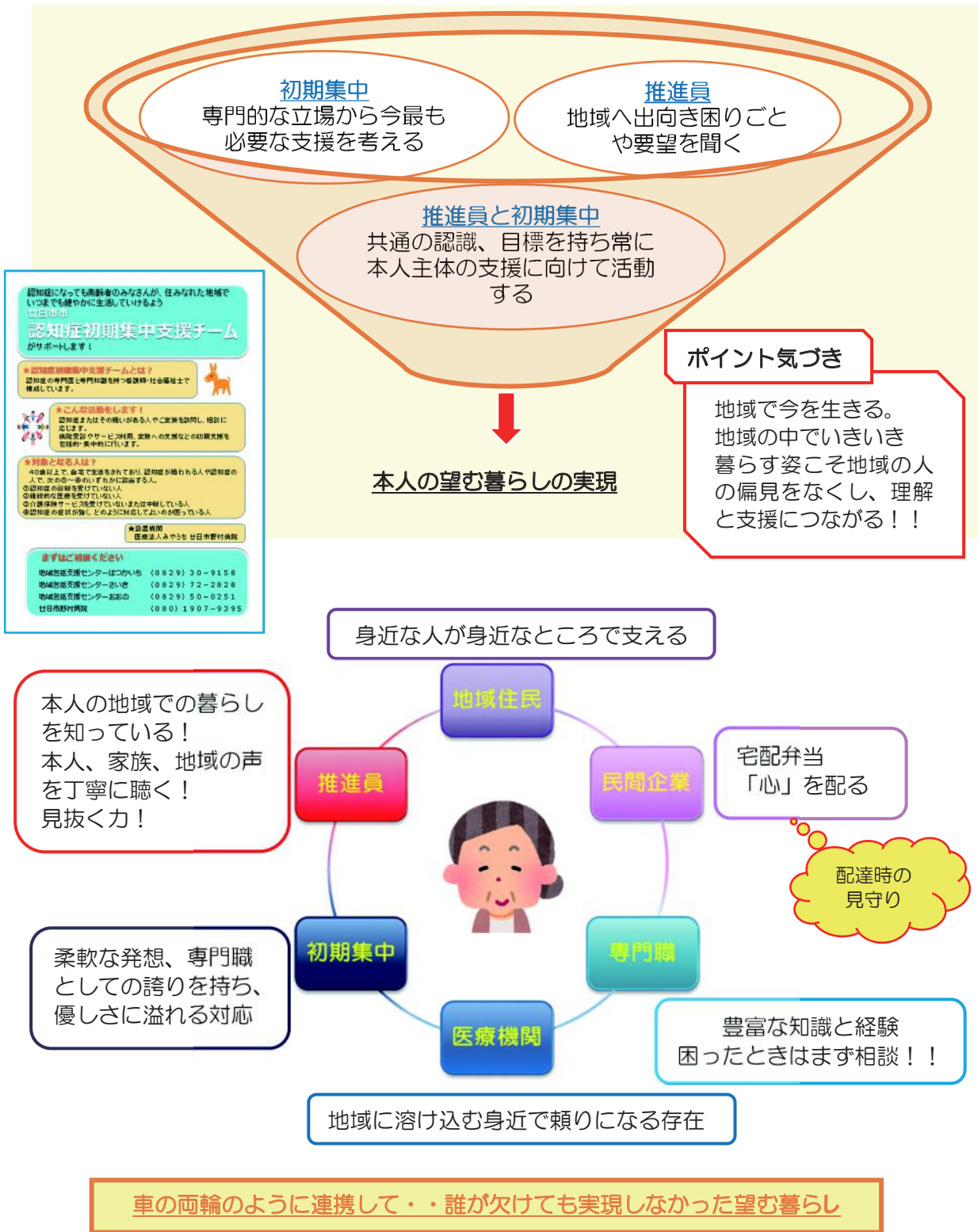
- ・ 対象者だけを見るのではなく、それを取り巻く環境、地域との関係、家族の思いにも目を向ける。
- ・ 公的なサービスと具現化されないサービスを組み合わせ、地域を巻き込み、住民が安心して暮らせる地域作りに貢献する→住民が求めているものは何か知ろうとする。
- ・ 住民主体の取り組み（サロン等）を知り一緒に参加し地域に溶け込むよう努める。
- ・ 初期集中や専門職との密な連携を心がけ何でも気軽に相談できる関係を築き上げる。

## この活動を通して見えてきたポイント

- 地域の事を考え、足を運ぶ事で住民へ安心を届ける事ができる。  
地域の中に埋もれている困り事は現場に出向かなければわからない。現場でしか見えてこないものを拾い上げる為にも、自らの足で動き、直接声を聞く事こそが問題解決の糸口になる。
- 専門職の顔の見える関係性を実現し、互いに支えあう体制を築いていく。  
初期集中と推進員が共通の認識、目標を持ち活動すること。  
保健、医療、福祉に関わる専門職が連携、協働することで互いの専門性を高めながら地域住民が安心して暮らせるまち作りに貢献することができる。
- 地域の力を信じ、最大限生かした資源の活用を考えていく。



関わりを持つ事のメリット→望む暮らしへと繋げる流れを作る。



廿日市野村病院 初期集中支援チームの紹介ページ

<http://www.miyachi.or.jp/miyachi/institution/hat01nh-11nteam.html>

平成 30 年 4 月 1 日現在

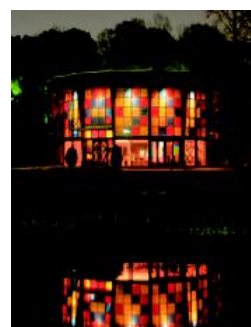
## 初期集中とカフェの連携から生まれるチャンス

愛知県東浦町 東浦町高齢者相談支援センター（東浦包括支援センター）  
吉田 紗耶（社会福祉士） 平成 28 年度配置

キーワード：双方向支援、有機的連携、サテライト、モニタリング、チャンス

### 自治体情報（2019年2月1日現在）

人口	50,084人	高齢者人口	12,649人（高齢化率 25.3%）		
面積	31.14km <sup>2</sup>	日常生活圏域数	3	地域包括支援センター数	1
担当地域の紹介	東西南北を車で約 15 分で移動できるコンパクトな町である。隣町に国立長寿医療研究センターがあり、認知症の専門的医療を受けやすい環境にある。コミュニティは6地区に分かれ、高齢化率に差がある。				
推進員配置の特徴 ※自治体全体で 3名配置	平成 27 年 4 月に自治体として東浦町高齢者相談支援センター（東浦包括支援センター）に兼務で設置し、町の認知症施策全般に関わっている。同センターに認知症初期集中支援チームも設置しており、推進員はチーム員ではないが包括主催の認知症カフェにおいて初期集中につなぐインテークとアセスメント機能、また、チーム員会議後のモニタリング機能も果たしている。				



於大公園このはな彩 (SAI)

### 配置当初の活動イメージ

当初はオレンジプランに沿い、町の事業として認知症施策のプログラムを落とし込み、メニューを揃えていくことに必死だった。包括主催の認知症カフェの立ち上げを、転職した平成 28 年 4 月に取り組み、5月にオープン。認知症カフェという名前も知らないところからのスタートだった。

### 推進員活動のあゆみ（今回紹介する取組に関連するもの）

年度	主に力を入れた活動・取組	得られたこと（課題も含む）
H28	5月から包括主催の認知症カフェ「ひだまりカフェ」を週1回のペースで開始	「まず、やってみる」ことを大切にすることで事業が動き出す。「認知症カフェ」の意味が普及しておらず、周知の必要性を感じ、テレビや新聞の取材を積極的に受け入れる。
H28	10月から初期集中のモデル業務を開始（チーム員会議は月1回で各2ケースを検討している。）	カフェ参加者の中から、訪問支援対象者になり得るケースを推進員から初期集中に随時、情報提供。また、初期集中からカフェを紹介することで、チーム員会議後の様子を推進員がカフェで把握できている。
H30	4月から初期集中の本格実施を開始	

# 初期集中とカフェの連携から生まれるチャンス

## 1 活動の概要

委託包括で同じ包括内に推進員3名（社会福祉士等）と初期集中5名（保健師、社会福祉士等）を設置し、いずれの職員も包括業務を兼務している。推進員と初期集中を兼務している職員はいないが、同じ包括内のため、連携が取りやすい。

今回、紹介する事例は2つ。①カフェ参加者の中から、初期集中の訪問支援対象者になり得る人を推進員から初期集中につないだケース、②初期集中からカフェを紹介することで、チーム員会議後の様子を推進員がカフェで把握できたケースであり、カフェと初期集中の双方向支援という有機的な連携が生まれている。

## 2 この活動に取り組んだきっかけ

包括主催の認知症カフェ「ひだまりカフェ」は平成28年5月に運営を開始。推進員が主となり、以降、週1回のペースで実施。当初より、包括のサテライトとしての機能を果たせるよう、専門職による総合相談を可能にしていることが強みである。初期集中は、平成28年10月からモデル的に実施し、平成30年4月に本格実施に移行。推進員と初期集中が密に連携したことにより、初期集中とカフェの双方向支援が自然にシステム化されるきっかけとなる。

## 3 活動内容

初期集中とカフェの双方向支援が活かされたケースは以下の2ケースである。

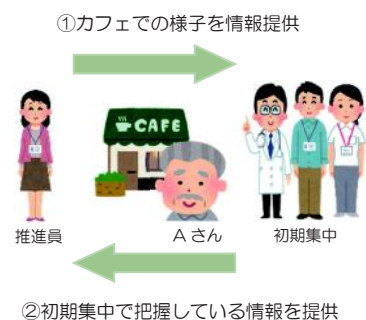
### ① カフェ参加者の中から、初期集中の訪問支援対象者になり得る人を推進員から初期集中の職員につないだケース

Aさん 70歳代後半 男性 高齢者夫婦世帯

平成29年10月にカフェに夫婦で参加。歩行は自立しているが、無表情。脳トレのプリントを渡すが取り組まずに無言。飲み物を勧めると、カフェのメニューにはないジュースを希望し、すかさず、妻がメニューにあるお茶で良いと発言。

本人の様子と妻の対応が気になり、即日、推進員から初期集中に相談し、3日後に初期集中が初回訪問。初期集中が、既に医療には繋がっており、MCIレベルとの診断が出ているとの情報を妻から得る。妻は、本人が家にいることが多くなり、介護負担を感じていた。カフェにほぼ毎週参加するほかに、初期集中の支援により、事業対象者として介護予防教室を3か月間利用。

初期集中介入前後の Zarit 介護負担尺度の点数は、9点から5点に改善。現在もカフェに参加し、外出の機会を持つことができおり、笑顔が見られ、他の参加者と会話もするようになっている。



### ② 初期集中の職員からカフェを紹介することで、チーム員会議後の様子を推進員がカフェで把握できたケース

Bさん 70歳代前半 男性 妻、長女夫婦との同居世帯

平成29年6月にフレイルチェックでフレイルに該当したことをきっかけに町保健センターからの紹介により包括に來所。物忘れの項目に該当があり、翌月に初期集中がアポなし訪問。3年前から怒りっぽくなる、探し物が増える、ひ孫がうるさいとイライラして頬をつねったり、頭を叩いたりする行動が出てきており、妻は介護負担を感じていた。初期集中からかかりつけ医にアセスメント結果を情報提供し、認知症疾患医療センターを紹介され、認知機能の検査を実施。アルツハイマー型認知症、脳血管認知症の診断を受ける。初期集中からカフェを紹介し、翌週のカフェに参加。

カフェにはほぼ毎週参加するようになり、初期集中介入前後の Zarit 介護負担尺度の点数は、5点から0点に改善。現在もカフェに参加している。



## 4 活動を進めていく上での工夫・配慮

「認知症カフェ」という名前も知らないところからのスタートで、まずは情報収集をするため、インターネットで調べたり、認知症カフェに関する著書を読んだりした。計画段階の早い時期でカフェのレイアウトを作成し、必要なものを一目で分かるように羅列していくことから始めると自分なりのイメージができ、無事にオープンできた。

当初は、初期集中などの他事業との連携まではイメージできていなかったが、カフェのプログラムや周知などの運営に関する業務に限らず、専門職である推進員の目で参加者を見ていくことで、現在の初期集中との双方向支援という有機的連携が生まれている。

初めから、「完璧なものをやろう」「今後の展開を考えよう」などとあまり気負わず、まず始めてみることで得られるものがある。ただ、カフェを単に実施するだけでなく、当初は予想できなかった効果が生まれる「チャンス」を常に推進員として見つけていこうという姿勢が大切であると感じる。

## 5 この活動に取り組んでの効果

Aさん、Bさんのケースともに、推進員はカフェというツールを用いて、初期集中と一緒に、本人への適切な支援、また、介護者である妻の介護負担の軽減を図ることができた。現在もカフェに夫婦で参加していることで外出の機会を持つことができ、どちらのケースも Zarit 介護負担尺度の点数が改善している。Bさんのケースに至っては0点まで改善できている。初期集中の支援は、もちろんのこと、実は、カフェではAさん、Bさんの夫婦は同じテーブルに座るようになり、本人は本人同士、妻は妻同士で思いを共有できるよう、推進員が配慮したことでも得られた改善であったと考える。

推進員と初期集中が有機的連携をしたことで、この夫婦にも、同じ思いを共有できる夫婦に出会えるという「チャンス」が生まれたと振り返る。

推進員が初期集中のチーム員になっていなくても、推進員と初期集中が持つメリットを互いに尊重することで、双方向支援が自然にシステム化されたと考える。



## 6 今後の活動展望

カフェから初期集中につなぐために、カフェの場でしかできない形でのインタビューとアセスメント機能、また、初期集中のチーム員会議後のカフェの場でしかできない形でのモニタリング機能も果たせるよう、推進員と初期集中の双方向支援を維持していきたいと考える。(現に、記憶障害はあるが、漢字に関する脳トレは早くできることを発見できた人、カフェにある麻雀が今でもでき、家族が驚いた人もいる。)

そして、双方向支援を維持していくことで、カフェや初期集中に限らず、Aさんが本人ミーティングに参加してくれたように、他の認知症に関連した事業の充実に活かせる新たな「チャンス」が生まれることを期待している。

### この活動を通して見えてきたポイント

- ・ 認知症カフェを始めるにあたり、情報収集は大事だが、他の地域で成功した事業が必ずしも自分の地域でも成功する事業になるとは限らない。情報収集は初めからあまり長く時間を割かず、まず始めてみて事業展開しつつ、情報収集していったほうが良い。自分の地域でやれること、推進員自身の強みに自ら気づくことで、当初は予期していなかった「チャンス」が生まれる可能性もある。ただ、逐一、地域のニーズに合っているものになっているのか、推進員自身の活動を自らモニタリングして改善していくことが必要である。
- ・ 推進員と初期集中それぞれが持つメリットや強みを互いに尊重することで、互いが支援の受け皿となり、双方向支援が可能となる。

## 認知症初期集中支援チーム

月1回のチーム員会議において、新規2人とモニタリング対象者の支援を検討している。

チーム員は、認知症サポート医4人が月ごとで輪番制により1人、保健師等2人、社会福祉士等2人、行政職員1人で構成している。

介護保険サービスのようなフォーマルサービスの利用に至らないケースの中には、包括主催の認知症カフェ「ひだまりカフェ」に繋がっていることもある。

**チーム員は**  
認知症の専門医と  
医療・介護の専門職  
で構成されています。

**チーム員が対象  
になる方のお宅  
に訪問します！**

できるだけ早く医療や介護サービスの  
利用につなげます！

**医療  
サービス**      **介護  
サービス**

**認知症  
初期集中  
支援チーム  
にお早めに  
ご相談  
ください**

**対象者**  
東浦町にお住まいの40歳以上の方で在宅で生活しており、以下のいずれかに該当する方です。  
①認知症の診断を受けていない方 ②継続的な医療サービスを受けていない方  
③適切な介護サービスにつながらない方 ④介護サービスが中断している方  
⑤医療・介護サービスを受けているが認知症の症状の対応に困っている方

**困りごとの例**  
最近、おばあちゃんのもの忘れが目立つようになってきたわ

**困りごとの例**  
近所のおじいちゃん、ゴミ捨ての日が分からなくなっているみたい。心配だな。

**困りごとの例**  
家に閉じこもりがちでなかなか病院にもデイサービスにも行ってくれない。このままじゃ...

お気軽にご相談ください  
東浦町高齢者相談支援センター（東浦町勤労福祉会館2階）  
☎0562-82-2941  
※受付時間 平日8:30～17:15

## 認知症カフェ「ひだまりカフェ」

毎週水曜日に週1回で包括が主催となり実施している。毎回、推進員がカフェスタッフとして携わっており、総合相談を受けられる仕組みを重視している。

プログラムは脳トレ、ミニ回想法、コグニサイズなどの運動などがあるが、参加するかは自由である。

麻雀や将棋もでき、女性の多い居場所には参加しにくい男性も気軽に参加できるよう配慮している。

1日あたりの平均参加者数は約22人で認知症のある本人の参加は全体の約1割～2割を占める。住民によるボランティアは2人で、参加者の話し相手や麻雀の相手をするなど、運営の大きな力となっている。

毎週水曜日  
10:00～11:30  
(祝日・年末年始は除きます)

**ひだまりカフェ**  
～認知症カフェ～

お茶しながら、楽しく  
一緒に過ごしませんか♪

参加費  
100円  
(ワンドリンク  
お菓子1個付)

カフェにご協力していただける方を募集中です！  
※日によって内容は異なります。

**MENU**

どんな方が参加できるの？      ひだまりカフェのメニュー

認知症の方とそのご家族、地域の皆様、福祉・医療の専門職などの誰もが参加できます。どなたでも大歓迎！

認知症カフェってなあに？  
お茶しながら、脳トレや回想法を楽しんだり、認知症の役立つミニ知識を知ることができたりする場所です。認知症の方でなくてもどなたでも参加できます。

10:00～11:00  
カフェタイム  
認知症や介護の専門相談  
脳トレ・目標法で認知症予防  
麻雀・将棋

11:00～11:30  
認知症ミニ講座&カフェタイム

東浦町運行バス「ら・ら・ら」  
バス停「緑川コミュニティセンター」下車 徒歩0分  
※グリーン・ラゾは、地元お歳取りお祭り人様から募集している特設です。

主催 東浦町高齢者相談支援センター ☎0562-82-2941

## 居宅型包括から地域へ 波紋の拡がり

宮崎県新富町 新富町地域包括支援センター  
長友 真弓（保健師） 平成 29 年度配置

キーワード：動く、伝える、知る、わかる、つながる

### 自治体情報（2019年2月1日現在）

人口	17,480人	高齢者人口	5,241人（高齢化率 29.98%）		
面積	61.53km <sup>2</sup>	日常生活圏域数	3	地域包括支援センター数	1
担当地域の紹介	陸上自衛隊の基地があり、12月の航空祭には県内外から観光客が来る。公共交通機関が少なく、車が無いと日常生活が成り立たず、大きな市に隣接しており、医療や商業が発展しづらい。気候は温暖。農業に従事している人が多く、持ち家がある住民が大半である。				
推進員配置の特徴 ※自治体全体で 2名配置	平成27年10月、地域包括支援センター内に、推進員を臨時職員として配置。包括職員が、推進員をフォローする形で事業を推進。包括業務に従事している6名中4名が推進員研修受講済みである。平成29年、隣接する木城町、高鍋町と共に合同で認知症初期集中支援チーム設立。新富町社会福祉協議会へ委託され、包括内に配置されている。				



新富ライチ

### 配置当初の活動イメージ

認知症地域支援推進員という言葉の意味が理解できず、不安でいっぱいだった。当時認知症サポーター養成講座はほとんど開催されておらず、サポーターも自治体が目標とする数字を満たしていなかった為、まずはサポーターの数を増やすことに注力していた。

### 推進員活動のあゆみ（今回紹介する取組に関連するもの）

年度	主に力を入れた活動・取組	得られたこと（課題も含む）
H27	「きらり輝き体操」を実施する小集団への訪問	地域にいる人や施設など資源を知ることが出来た
H28	木城町 / 高鍋町 / 新富町合同で認知症ケアパス作成	ケアパスの情報量が多く、地域のニーズとは合致しなかった
H29	認知症初期支援チーム発足 全ての小学校にて認知症サポーター養成講座実施 高齢者SOS声掛け訓練	認知症に関する理解が深まった地区から、SOS訓練をしたいとの声を頂けた
H30	生活支援コーディネーターやチームと連携し、地域の人との関係性作り	認知症を受け入れる人々が増えてきた

# 居宅型包括から地域へ 波紋の拡がり

## 1 活動の概要

平成 29 年 新富町地域包括支援センター内に認知症初期集中支援チーム配置  
町域毎にサポート医 木城町 1 名 高鍋町 2 名 新富町 1 名  
チーム員 看護師 1 名 介護福祉士 1 名 平成 29 年度末に退職  
平成 30 年 チーム員 看護師 1 名 保健師 1 名

認知症初期集中支援チームは新たな事業であったため、担当することになった職員及び包括職員もどのような対象者をチームに繋げばよいのか明確ではなかった。医師を含め地域へ十分に周知出来ていなかったことから、事業が進まず平成 29 年に配置された方が退職してしまうという結果となった。今年度もチームが関わるが、会議が開催出来ないなど国の描いた方針の通りには支援出来ていない状況である。

包括職員であり推進員である私が認知症初期集中支援チームと連携し、支援した経過を報告する。

## 2 この活動に取り組んだきっかけ

私達の地域には、専門職側にも

- ・介護保険ですべて解決できるとの思い込み
- ・認知症は施設で解決できるとの思い込み
- ・認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チームの認知度の低さ といった課題がある。

住民の日常生活には、私達が担っている役割を知るきっかけがないと気づいた。理解者を増やす取り組みを行う必要性を感じたことが、この活動へと繋がった。

## 3 活動内容

対象者：夫 80 代 妻 70 代 長女は県外在住 次女は入院中 三女は自宅療養中

平成29年 9 月 地域よりごみの分別が難しくなっているようだ民生委員に相談あり。民生委員と同行訪問。妻の短期記憶の低下が見て取れた。夫は生活リズムを崩し、起きている時間は、飲酒（5 合 / 日）を続け自室より出られず。

平成29年10月 長女の帰省に合わせ、認知症初期支援チームを帯同して訪問。週 2 ～ 3 回の訪問を実施し、関係性を構築。

平成30年 1 月 夫の介護保険申請。要介護 2 の認定が下りる。推進員、チームの寄り添いによって妻もサポート医に繋がる。服薬準備、夫への服薬支援に課題はないと判断し、チームからの訪問は終了。（初期支援チームは、医療や介護に繋がることを最終目標としている）

平成30年 4 月 チーム員変更。

平成30年 5 月 夫の担当介護支援専門員より、夫の服薬支援を担ってきた妻の認知機能の更なる低下が認められると報告あり。再度チームを帯同し、服薬状況を確認。

妻へ当日の服薬状況を聞くが、カレンダーと一致せず。県外に住む長女、及びチーム、推進員で服薬時間に電話。しかし、電話を置いたところで忘れてしまうことが把握出来た。1 日 3 回処方、介護保険でも賄うことが難しく、サポート医およびかかりつけ医へ、夫婦二人の現状についてチームより報告して頂く。医師より 2 回処方へ変更頂く。また、かかりつけ薬局も異なっていたが、チームより夫の薬剤師の方へ話をもっていくと、無償で自宅へ夫婦二人の薬準備に訪問頂けることとなった。日付けの記憶も難しくなってきた為カレンダーの上から順に 1 → 2 → 1 → 2 と服薬するように助言した。

チームや推進員が複数回訪問することで、地域の中で私達の役割が見える化出来、地区住民からごみ分別支援や居場所への参加促し等、二人を支える繋がりが生まれた。



## 4 活動を進めていく上での工夫・配慮

- 固定観念は捨てる（例：「この人には理解できないだろう」等）
- 新たな出会いに躊躇しない。
- ひとつひとつの出会いを大切に、私たちの役割を言葉にして伝えていく。
- 一人でも多くの仲間を見つける。
- 理解してほしいと思う人のところへ足を運ぶ。
- 関わる人々の心を支える。
- 誰が中心に立ち、誰が、何のために、いつ、どこで、どのように動くのかを明確にしておく。
- 必要とされるときは、すぐに動く。

## 5 この活動に取り組んでの効果

- 地域住民への効果
  - 介護保険の認定区分により、必要と思われるサービスは賄えないことを知った。
  - 認知症がある人が自宅で生活を続けるには、いろいろな支える手があることを知った。
- 地域の専門職への効果
  - 地域で働く専門職が認知症地域支援推進員、認知症初期支援チームの役割を知ることが出来た。
  - 介護保険へ繋げるだけでは、家族の負担は減らないことを知った。
  - 認知症の人を施設に入れることが、繋がりやの分断を引き起こす可能性があることを知った。
- 包括に所属する職員への効果
  - 日々業務の遂行する中で、支援の方法に偏りがあることを知った。
  - インフォーマルな資源で支える手段の理解が十分でないことを知った。
  - 地域には、私達の未だ知らない顕在化されていない資源が多くあることを知った。
  - 初期支援チームに繋ぐ対象者像が具現化した。
  - 認知症を地域で支える意味が理解出来た。

高齢者夫婦を核にした支援が、水面に浮かぶ波紋のように地域の中で広がり、一部ではあるが私達が課題と感じていたところが解決できたと思う。この活動体験をひとつのモデルとし、全体へ波及させる手段として行きたい。

## 6 今後の活動展望

- 地域の実情として、「認知症になれば介護施設へ」との流れはまだ止めることが出来ない。本人が住み続けたいと思う場所に居続けることができる地域を作っていきたいと考える。課題解決のために
  - ① 認知症の理解を醸成
  - ② 実態把握を通して地域の人と繋がる取り組みの継続
  - ③ 地区内の小集団へ戦略的訪問による広報活動
  - ④ 専門職との学びの場の創出を地域の仲間たちと展開していきたい。

## この活動を通して見えてきたポイント

認知症という課題を、わが事として考えることは、1度きりのサポーター養成講座だけでは十分ではない。

地域の人、もの、自然などその地域を知ること。私たち推進員がその地域を知る活動を通して、地域にあった推進の方策が見えてくる。そして地域の実情を知ったならば、思いを乗せて地域の方に認知症のこと、地域の困りごとを伝えることが出来ると考える。

地域を知るには長い時間がかかるため、推進員はまず十分に時間をかけて地域を知り、さまざまな人と繋がる必要がある。その繋がりが必ず新たな繋がりを運んでくる。

新任の方は、何に取り組みればいいのか不安が大きいと思う。まずは地域に出て行こう。きっと仲間が見つかるはず。

## 新富町の波紋の拡がり

委員のソフトな見守りが地域の人のその先の人生に関われることを学んだ。

有償ボランティア蓮

民生委員

地域住民

わずかな時間であっても、人の役に立つことが出来るということを知ることが出来た。

自室より外に出て行くことが出来た。もう一度次女に面会に行こうという希望を持つことが出来た。

チームの支援により認知症初期に受診に繋がる事が出来た。住み慣れた場所で、自分の居場所を持ち続けることが出来た。

認知症推進員、認知症初期集中支援チームの担う役割について理解することが出来た。生活の課題を全て介護保険では賅えないことを知った。

薬局という公的な場所や保険内でのサービスだけではなく、地域の中に必要とされている役割について知ることが出来た。

介護支援専門員

医師

町の薬局



新富町で毎月開催している「こゆ朝市」の様子（毎月第3日曜日開催）

## 本人のやりたいこと 地元で叶えられるように ～「本人の声」だからこそ人は動く と実感～

京都府向日市 向日市社協障がい者地域生活支援センター  
石松 友樹（センター長・主任介護支援専門員） 平成 24 年度配置

キーワード：本人の希望、地元の資源、特技を生かす、楽しさの共有、個別支援ネットワーク

5万人  
未満

10万人  
未満

### 自治体情報（2018年10月1日現在）

人口	57,527人	高齢者人口	15,259人（高齢化率 26.5%）		
面積	7.72km <sup>2</sup>	日常生活圏域数	1	地域包括支援センター数	3
担当地域の紹介	向日市は、京都盆地の西南部に位置し市の北部、西部、東部は京都市に、南部は長岡京市に隣接し、南北 4.3 km、東西 2.0 km にわたる南北に長い市域で、面積 7.72km <sup>2</sup> の西日本で最も面積の小さな市。				
推進員配置の特徴 ※自治体全体で 1名配置	平成 24 年 10 月から向日市地域包括支援センター（社協委託）内に配置。その後、推進員が障がい者地域生活支援センターに異動になるが、推進員の担当は変わらず、兼務での配置となり現在に至る。包括で得た地域とのネットワークに加え、障がい施策、社会福祉協議会の地域福祉（ご近所とのつながり）との連携がとりやすいことが特徴である。				

30万人  
未満

30万人  
以上

癒しの散策路『竹の径』

行政  
直営

委託

### 配置当初の活動イメージ

当初、行政から求められた役割は「地域における認知症の人を支援する関係者の連携を図ること、認知症の人や家族を支援する事業を実施する。」ことであった。何から手をつけてよいかわからなかったため、日常の個別ケースを支援していく中で、課題を整理し、地域住民に認知症を理解してもらうことが必要だと感じ、まずは啓発活動をできる範囲で実施していくこととした。

その他

### 推進員活動のあゆみ（今回紹介する取組に関連するもの）

年度	主に力を入れた活動・取組	得られたこと（課題も含む）
H24～25	<ul style="list-style-type: none"> <li>啓発活動（地域のお祭りに出向いてのアンケートやプロ野球選手を招いた講演会など）</li> </ul>	世代ごとの関心ごとに着目した取り組みが重要である。
H26～29	<ul style="list-style-type: none"> <li>見守り SOS ネットワーク（声掛け訓練や行方不明者捜索協力機関へのアプローチなど）</li> <li>対応力向上（授業参観での認知症サポーター養成講座や専門職向けの研修など）</li> </ul>	協力機関は増えてきているが、行方不明時等にどこまで対応していただいているかの把握が困難。
H30	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人支援から広げるネットワーク（本人と一緒に認知症サポーター養成講座や RUN 伴などの事業を実施）</li> </ul>	本人と一緒に取り組みを行うことがネットワークの広がりや対応力、啓発等の効果が倍増していると実感。

専任

兼務

# 本人のやりたいこと 地元で叶えられるように ～「本人の声」だからこそ人は動く と実感～

## 1 活動の概要

若年性認知症本人から『楽しいことがしたい。今はソフトボールがしたい。』との声を聞き、希望を叶えられるように調整に入る。

本人の状態とペースに合わせてソフトボールを行えそうなところを探すも地元には見当たらなかったため、本人を中心とした新たな活動の場を地元で作ろうと、推進員が今まで事業等を通じて関わってきた人達を思い返し、協力していただけそうな人と機関に協力打診を行う。

結果、地元中学校の女子ソフトボール部の協力が得られ、交流試合を通じて本人の希望が地元で叶った。なお、この中学校は認知症サポーター養成講座や声掛け訓練を毎年行っており、全生徒が認知症サポーターである。

平成30年11月からソフトボールの取り組みを開始し、その後も継続的に取り組んでいる。回を重ねるごとに「一緒に楽しみたい。」と地域の方（ソフトボール部員の家族、ヘルパー事業所の家族、地元少年野球チームなど）の参加が広がってきている。

取り組む中で本人から「絵が描きたい」と新しい希望がでてきたため、個展を開く腕前である地元の元介護者Aさんに協力依頼。Aさんは、ソフトボールに参加した少年野球チームの元監督だったことが判明したため、今後は絵だけでなくソフトボールにも参加されることとなった。

現在本人は、ソフトボールに加えて、Aさんと地元の市民体育館のロビーを拠点に絵を描いて楽しんでいる。また、絵を描いている市民体育館のトレーニングジムにも通うようになり、ホームランを打てる身体作りに日々励んでいる。

このように、本人の一言がきっかけに、地元のつながりが本人を中心に広がってきており、それは結果的に個別の支援体制の充実につながっている。

## 2 この活動に取り組んだきっかけ

個別支援の中で本人の希望を叶えるには、制度だけでは困難であったため、地元の地域資源に着目した。

## 3 活動内容

- ① 中学校での認知症サポーター養成講座（毎年開催）
- ② 本人が中学校の授業で登壇（学生が本人の声を聴きサポーターとしてできることを具体化）
- ③ 認知症声掛け訓練の実施（中学生が地域に出て本人の声が反映されたチラシを説明）
- ④ 本人の希望を聴く「ソフトボールがしたい！」
- ⑤ 中学校訪問にてソフトボール部顧問の先生に趣旨説明と依頼
- ⑥ 部員に推進員が事前説明
- ⑦ 1回目ソフトボール部活動
- ⑧ 中学校訪問にてお礼と今後について打ち合わせ
- ⑨ 2回目ソフトボール部活動交流試合（ヘルパー事業所家族・ソフトボール部家族も参加）
- ⑩ 本人と今後の打ち合わせ（「地元の少年野球チームも誘おう」「絵も描きたいんだけど」）
- ⑪ 絵のボランティアAさん（地元に住む元介護者）に依頼（Aさんとは介護者事業で顔見知り）
- ⑫ Aさんと本人の初顔合わせ
- ⑬ 絵を描く場所探しに本人と地元市民体育館に相談（体育館長家族と他の事業で顔見知り）
- ⑭ 絵の活動が開始（週1回地元体育館ロビーでAさんと）
- ⑮ 地元の少年野球チーム打ち合わせ（Aさんが少年野球チームの元監督だと判明）
- ⑯ 第3回ソフトボール部活動交流試合（冒頭サポーター養成講座を実施し少年野球チーム参加）
- ⑰ 少年野球チームにお礼の訪問（「他地区のチームも紹介する」と活動ルート広がる）
- ⑱ 本人と今後の打ち合わせ（ソフトボールと絵に加えトレーニングジムに通う）



## 4 活動を進めていく上での工夫・配慮

### 【本人への配慮】

- ・「やりたいこと」を聞く。(困っていることは何ですかと聞いても出てこない)
- ・やりたいことが終わった後は、本当に楽しかったか確認する。
- ・「やりたいこと」は、変化していくことを念頭に置き、常に確認する。
- ・支援者側がパターンリズム的な考え方がないか常に客観視する。



### 【地域の協力者への配慮】

- ・協力者ごとに、楽しく協力できそうな得意分野を企画し具体的に提案する。
- ・打ち合わせや取り組みの中の雑談を大切にする。(雑談の中で〇〇さんと●●さんが…など、地元ならではの情報やつながりがたくさん出てくる)
- ・継続するために無理はしないことを相手に念押しする。(それぞれの事情があるのでこちらの想いだけで突っ走らない)
- ・「短時間かつ丁寧に」を心がけて、電話や訪問にて、打ち合わせやお礼をする。
- ・実現するためにはどのような相談ルートが適切か、協力者ごとの事情をくみ取る。

## 5 この活動に取組んでの効果

- ・本人の暮らしが充実した。(取り組みの時だけでなく、日常生活の中で地元住民の仲間としてのお付き合いに発展した。個別の支援ネットワークが構築できつつある。)
- ・本人を中心に周囲の人たちがつながってきている。(今までにないつながりと広がり)
- ・参加者の子供から親に話しが伝わり、それを聞いた親も一緒に参加するようになるなど、幅広い世代に認知症の理解が広がっている。
- ・認知症サポーターとしての対応力の向上がみられる。
- ・参加者から「役に立ちたいという気持ちはあるが、何をどのようにお手伝いすればいいかわからなかった。また、自己犠牲のイメージが強かったが、自分の特技を生かして楽しんでほしいんだ。」という意見もあり、住民が地域貢献するきっかけを発信することができた。
- ・中学校に、認知症の学習を通じた地域貢献活動のプログラムがルーティン化した。
- ・専門職に、制度だけでなく地域支援を組み込んだ支援の重要性を発信することができた。
- ・認知症を公表することは、想像以上に勇気のいることだと本人から学ぶことができた。

## 6 今後の活動展望

地域住民が「認知症を公表したほうがいいのかもしれない」という風土が当たり前となるように、本人と一緒に地域住民に発信していきたい。そのためにも、認知症を公表して下さっている本人の生活をより楽しく充実したものになるように、本人に寄り添っていく必要がある。

『誰の何のための取り組みか』一番大切なことからブレないために。

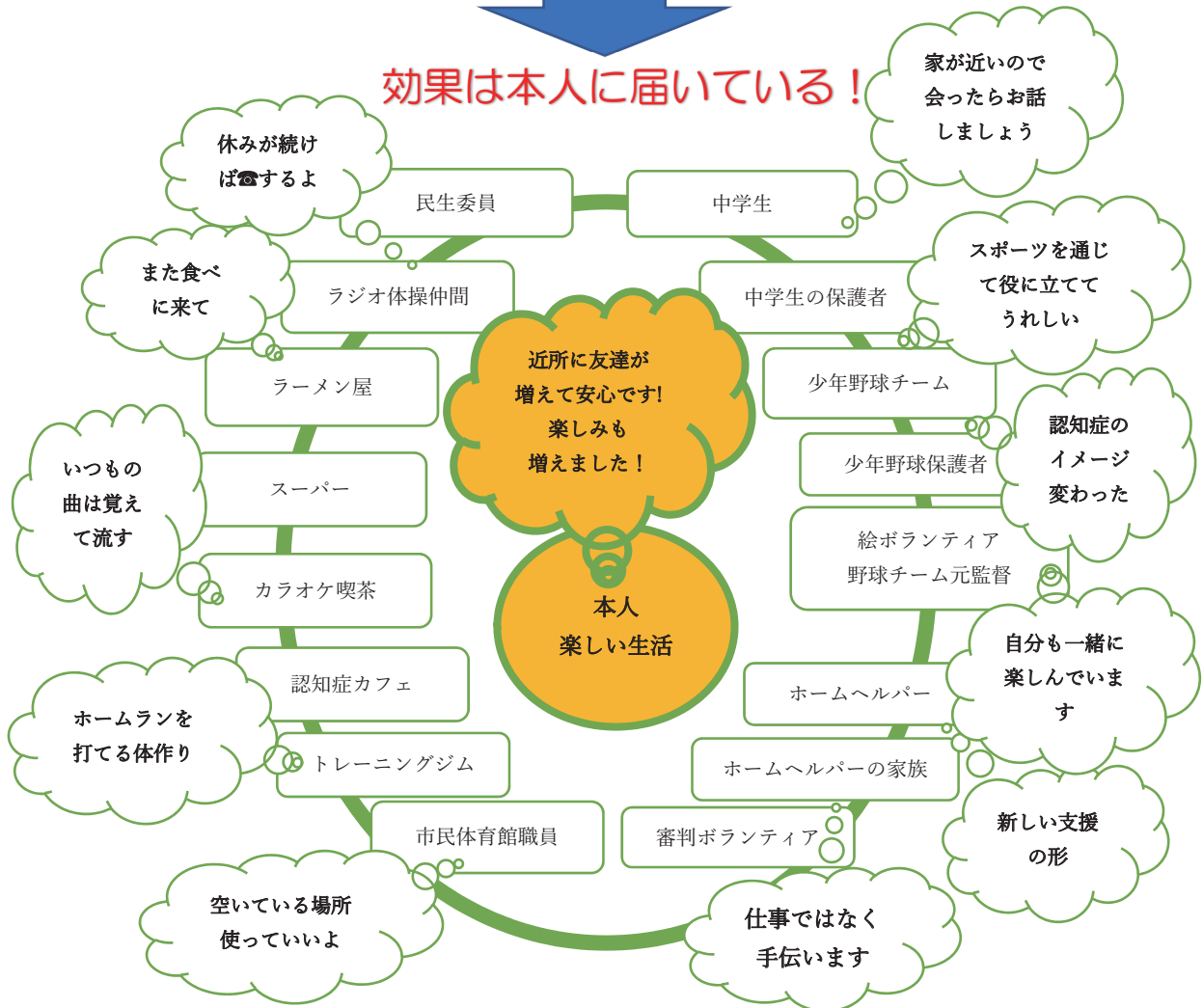
### この活動を通して見えてきたポイント

- ・本人の声だからこそ、人は動く。(本人と一緒に活動するのとしないのでは大きな差)
- ・本人の声を聴き一緒に取り組むことは『誰の何のための取り組みか』が明確。
- ・協力者それぞれの得意分野を具体的に提案すると、協力者は増えていく。
- ・今まで、ケースや取り組みを通じて関わってきた人や機関、資源を思い返してみると新たなつながりのヒントとなる。(思い返す材料として日々の活動記録(メモ)は貴重)
- ・地元のつながりは強く、広がる可能性が高く、地元で取り組むからこそ継続的かつ日常的な関わりとなり、結果的にそれは個別の支援ネットワークとなっている。
- ・地元のつながりに推進員が入ることで、新たなつながりもできる。

## 取り組みの効果

参加者同士のつながり	幅広い世代へ認知症の正しい理解	認知症サポーターの動きが具体化	専門職が地域資源を意識した支援の形を創造
個別支援ネットワークの充実	福祉教育の充実	住民の対応力向上	ボランティアイメージ・意識の変化

効果は本人に届いている！



本人の声から始まった ひとつの取り組みは  
個別支援ネットワークへ発展し本人の充実した暮らしにつながっている  
(ほぼ地元のインフォーマルな地域資源)

## 2人の女子会から「本人のつどい」立ち上げへ

埼玉県鴻巣市 鴻巣地域包括支援センターこうのとりのり  
石井 喜美枝（精神保健福祉士）平成27年度配置

キーワード：若年性認知症、本人のつどい、コーディネーターとの協働、仲間

### 自治体情報（2018年12月1日現在）

人口	118,841人	高齢者人口	33,864人（高齢化率28.5%）		
面積	67.44km <sup>2</sup>	日常生活圏域数	5	地域包括支援センター数	5
担当地域の紹介	鴻巣市は県の中央にあり、昔から中山道の宿場町として栄えてきたが、現在は、首都圏50km圏内という地理的条件で東京のベッドタウンとして、県央の中核都市となっている。				
推進員配置の特徴 ※自治体全体で 4名配置	平成26年8月に、運営母体が疾患医療センターを有する精神科病院がもつ包括1ヶ所が圏域を超えて市内全域を担当する形態で、平成26年8月に専従1名配置でスタート。平成27年4月に初期集中支援チーム員も兼務として、同包括にて看護師2名、社会福祉士1名、精神保健福祉士1名の計4名に増員した最終配置となる。				



びっくりひな祭り

5万人未満

10万人未満

30万人未満

30万人以上

行政直営

委託

その他

### 配置当初の活動イメージ

市は構成メンバーに精神保健福祉士の配置を含めることを希望したため、精神科病院相談員から異動となり着任した。地域支援には興味があったが、「推進員」という聞きなれない名称に、どのような役割を果たせばよいのか戸惑った。オレンジカフェの展開を通して、認知症の本人や家族の声をキャッチすることからそのヒントが得られるかもと考え、相談の場づくりから始めた。

### 推進員活動のあゆみ（今回紹介する取組に関連するもの）

年度	主に力を入れた活動・取組	得られたこと（課題も含む）
H27	オレンジカフェ3会場で開催。認知症ケアパス作成、認知症電話相談開設 初期集中支援チーム活動との連携	カフェ会場で認知症に関する相談に対応。電話相談は早期相談の機会となった。
H28	オレンジカフェ4会場で開催。	オレンジカフェで若年性認知症本人にボランティア参加していただくこととなる。
H29	オレンジカフェ5会場目を開催。	全圏域でオレンジカフェを開催した。初期集中支援事業との連携を通して、若年性認知症本人の声を聴き、交流の場が必要と感じた。
H30	若年性認知症本人のつどい開催 若年性認知症電話相談開設	本人と早期に出会うためのきっかけづくりをどのようにもてるか、が課題となる。

専任

兼務

## 2人の女子会から「本人のつどい」立ち上げへ

### 1 活動の概要

若年性認知症本人である女性Aさん、Bさんのそれぞれの言葉を聞き、同じ病気を持つ人同士が地域で集うことの必要性を強く感じた。県若年性認知症支援コーディネーター（以下、コーディネーター）からの言葉をきっかけとして、本人が慣れ親しんでいる地域の中で「本人のつどい」の立ち上げをめざすこととなる。コーディネーターとの共同開催とし、推進員がかかわる市内の当事者に加え、コーディネーターがかかわる県内の当事者を参加対象とした。県内で本人つどい開催の機会は少なく、鴻巣市に他市の当事者を迎えることで、より活発な交流とすることが期待された。行政枠を超えた活動となるため、県・市の理解を得ることが重要となった。

平成30年7月に若年性認知症本人のつどい「ブルームンの会」の活動を開始した。参加者も市内外とも少しずつ増えており、「病気をオープンにして話すことができるのは宝だ」という参加者の声もあり、つどい立ち上げの意義を感じている。

### 2 この活動に取り組んだきっかけ

失くし物が続き落ち込む女性Aさんに、本人同士のつながりの場を伝えたいと考え、コーディネーターに相談すると、認知症の人と家族の会が開催する「若年のつどい」を紹介された。推進員と一緒に電車に乗って市外の会場に参加した帰り道、同じ病気を抱える人と初めて語る経験をしたAさんは「参加して良かった。何か自分にもできることがあるかも、という気持ちになれた。」と笑顔になった。つどいが持つ力に、推進員もまた刺激を受けた。コーディネーターから「当事者が2人揃えば、地元で“つどい”ができる」と言われ、「地元で集まったら、Aさんももっと気軽に参加できる」と考えた。

別の場で女性Bさんから「こんなに辛い思いを抱えているのは私だけ？」という訴えを聞いたとき、Aさんの存在が頭に浮かんだ。オレンジカフェを利用して、BさんにAさんを紹介する「女子会」を企画した。初対面の2人はこれまでの不安や苦労を「あるある」と笑って語り合い、同じ境遇の人とまたこうして話し合いたいね、と話していた。このAさん、Bさんの声を聞き、先の「当事者が2人揃えば…」という言葉が現実になると思った。

### 3 活動内容

#### ・市の担当者と相談

①市内で若年性認知症「本人のつどい」を開催する意義について

②県と共同企画とし、市内のつどいに、県内の当事者を迎えて開催することについて

結論「県内から参加者が集まり市内で活発に開催できることが、市内の若年性認知症の人にも有益である」

#### ・企画決定 !! ⇒役割分担

推進員…主担当、会場を確保、市内の参加者調整

コーディネーター…県内の参加者調整

#### ・プレ開催（平成30年5月）

本人参加者7名（市内4名、市外3名）

事業説明、今後の内容について希望を確認

ブルームン（Blumen）  
＝ドイツ語で「花」  
花のまち鴻巣にちなみ  
皆で名称を考えました。

鴻巣若年性認知症本人のつどい『ブルームンの会』開催へ

実施日時：奇数月第4木曜日（平成30年度） 10：00～12：00

会 場：鴻巣吹上生涯学習センター視聴覚室（JR高崎線吹上駅 南口徒歩3分）



## 4 活動を進めていく上での工夫・配慮

- ・「本人のつどい」は本人が主人公。話し合うテーマを事前に設定するなど、いろいろな役割を決めようとも考えたが、本人には不評。結局テーマを設けない方が、構えずに自由に語り合うことができよう。
- ・お互いの名前を呼びかけられるよう、座席に席札を設けた。
- ・直接会場に移動することが不安な参加者もいたので、最寄駅の改札前に集合してもらい、スタッフと一緒に会場に向かうこととした。
- ・参加者から、「当日参加できなくても、その時の活動内容がわかり、繋がりを保てるようにしてほしい」という提案があり、広報誌を作成することにした。推進員が作成し、希望者にメール添付、また県のホームページから見るができるようにした。これは広くブルーメンの会の活動を知ってもらうことにつながった。思わぬ成果物となった。

## 5 この活動に取組んでの効果

現在の「ブルーメンの会」平成31年2月現在 準備会を含め5回開催

これまでの参加者・・・市内4名+市外6名（5市町）

プレ開催参加者7名⇒第5回参加者9名（市内4名、市外5名）

※同行する家族へは直接対応していないが、会場外で「自主家族のつどい」がこっそり展開されている。

スタッフ・・・推進員2名、コーディネーター

毎回の内容・・・①会場設営（参加者も一緒に）

②自己紹介、近況

③自由な語り

苦労や不安や工夫など話題はその時々で、和気あいあい様々に展開。

話す中で、同じ認知症の病名でも症状や苦労も様々で、各自いろいろな工夫で対応していることが共有されている。

【参加者の感想】

- ・失敗することがあっても、話すことができると、気持ちが楽になる。そうでなければ、一人で抱え込んでいた。ここでは安心して話せる。（男性）
- ・ここに集まる人はみな「仲間」。仲間っていい。（女性）
- ・ボランティアをしている人の話を聞いて、自分もやってみたいと思った。（女性）
- ・やっぱり外でいろんな人と話した方がいいんだね。（男性）
- ・とりとめのない話ができるのも、また良い。（男性）

この活動を知った他市の家族から、「2人が揃えばできるならば、自分たちでもできるかも」という声が寄せられた。

## 6 今後の活動展望

- ・本人つどいの参加者から、「自分たちのことを知って欲しい」という声がきかれた。本人の声を届ける機会を持ち、認知症の理解を広める活動に繋げていきたい。
- ・今回は若年性認知症の方を対象としたが、参加世代を問わない「本人つどい」も行っていきたい。

## この活動を通して見えてきたポイント

◎ 本人の言葉から、活動のヒントが見えてきた。

◎ 「本人つどい」は、本人2人からでも成立し、テーマを設ける等何かしなければならぬと考えずに、本人が話したいことを話せること、「苦労も工夫も希望も語れる」場であることで良い。

◎ 協力者と連携して活動することで、視野が広がり、予想を超えた展開になる可能性が！？

## 『ブルーメンの会』



▶ブルーメンの会通信（埼玉県ホームページより閲覧可能）

▶つどい会場

<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0609/ninchisyosesaku/jakunen.html>



▶つどいの一コマ

### 埼玉県若年性認知症支援コーディネーターのコメント

鴻巣市で開催しているオレンジカフェに参加し、若年性認知症の女性2名と楽しく女子会をした時、これをまたやりたいなど単純に思いました。そこで「2人揃えば交流会だよ、鴻巣市で女子会をやろう」と推進員に提案したのです。

「ブルーメンの会」は集まるたびに居心地がよくなり、参加者の発言も活発になっています。仲間との出会いが本人の気持ちを和らげ、力になっていると確信しています。

### 市担当者のコメント

若年性認知症の方は、市内にも50人程度が診断されていると推測されますが、なかなか病気のことが理解されず相談することも悩んでいる方が多いと思われます。

市内に「つどい」の場として「ブルーメンの会」が発足したことは、本人や家族にとって画期的なことではないかと思えます。

今後宣伝も図り、より多くの方々に「ブルーメンの会」を活用していただけたらと思います。



鴻巣市認知症地域支援推進員

電話 048-596-2283

kounotori-houkatu01@kounosu-hp.jp

## オレンジカフェの一角で「本人ミーティング」を開催

福島県郡山市 日和田・西田地域包括支援センター  
植田 かわり（管理者・主任介護支援専門員）平成 27 年度配置  
今泉 純子（看護師）平成 29 年度配置



キーワード：本人ミーティング、オレンジカフェ、委託包括、つながる

5万人未満

10万人未満

### 自治体情報（2018年12月31日現在）

人口	324,109人	高齢者人口	82,900人（高齢化率 25.5%）		
面積	757.20km <sup>2</sup>	日常生活圏域数	20	地域包括支援センター数	17（委託） 1（基幹）
担当地域の紹介 ※担当高齢者人口 4,000人	郡山市の北東部に位置し、商業、工業がある日和田町（高齢化率 25.4%）と「デコ屋敷」や「梅の里」の観光名所がある自然豊かな西田町（高齢者率 32.4%）の2つの圏域を担当している。				
推進員配置の特徴 ※自治体全体で 18名配置 包括全体の総数は 42人	平成 27 年 4 月に地域包括支援センター 17 か所に各 1 名ずつ推進員を配置した。地域の実情を把握しやすく、地域住民や地域の関係機関との連携が図られているため、効果的に活動している。また、市内を3エリアに分け、エリア内の推進員同士の打ち合わせを行政の担当者も同席し月1回開催。初期集中とのケース会議も行っており連携もできている。				



西田町「デコ屋敷」の民芸品

30万人未満

30万人以上

行政直営

委託

### 配置当初の活動イメージ

認知症の対応は今までも行ってきた。個別対応をしていけば良いのではないか。これ以上仕事が増えるの!? H29年から「包括無理」「推進員って?」「無理」という新任推進員の尻を叩き「とにかく一緒にやってみよう!」他の包括職員の後方支援も受けながら、地味に、でも着実に前に進んでいる今日この頃。やった分だけ成果は出る!!

その他

### 推進員活動のあゆみ（今回紹介する取組に関連するもの）

年度	主に力を入れた活動・取組	得られたこと（課題も含む）
H28 H29	認知症カフェが市内で広がり、当法人に働きかけ「おれんじかふえうめざわ」を開設したおれんじかふえの運営の充実	地域で出会った「心配な方」に町内のオレンジカフェを紹介できるようになり、地域にカフェがある事の重要性を認識した
H29	認知症本人の意志を引き出すための「アクション・ミーティング」に参加した	認知症の本人の声を聞くことの大切さを知り、意識が変わった
H30	「本人ミーティングの開催」オレンジカフェの一角で開催する	本人、家族同士の話はお互いを元気づけた。カフェのイベントで会話が中断することがあり、次回の課題となった

専任

兼務

# オレンジカフェの一角で「本人ミーティング」を開催

## 1 活動の概要

「本人ミーティング」を包括スタッフの負担が最小限でできないかを検討し、過程を経て試しに「オレンジカフェの一角で1回目を開催」した。(平成30年10月)

その思考過程と工夫、反省点を報告する。

## 2 この活動に取り組んだきっかけ

- 「若年性認知症」の方を担当(総合相談から介護予防プラン担当)  
外見は全く普通の63歳 記憶が抜け落ちるような、認知症が進んでいく経過を学ぶ
- H28から5~6人の60歳代の認知症の方を担当  
(独居・アルコール・妄想、話ができる、動ける)⇒80、90歳代の認知症の方達より対応は難しいと学ぶ
- 自分が持つ「認知症」のイメージの変化  
自分のことを話せる、まだまだ自分の身の回りのことができる「本人」がいる  
まさしく、団塊の世代の方の認知症問題はうちの地区でも始まっている
- 上記から学んだことと、自分の意識の変化がありアクションミーティングの研修をきっかけに、「本人ミーティング」をとりあえずやってみようという今回の企画に至った

## 3 活動内容

- 開催にあたって、場所と時間の検討
  - ・当社会福祉法人でオレンジカフェを月1回開催、その企画運営を包括が行っている
  - ・カフェ開催の場所と時間を活用するのが一番簡単にできそう!
  - ・案内チラシの作成(2.5ヶ月前)(後半に掲載)
- 包括職員の意識統一
  - ・包括の打合せ時に「アクションミーティング」の伝達研修を開催
  - ・包括の打合せ時に「あまり手間をかけずにやってみよう」とスタッフに協力依頼
  - ・「本人ミーティング」開催前に「本人座談会」のDVDを職員全員が見て、イメージ化する
- 参加者の誘い方
  - ・時々カフェに来ている「本人・家族」へ企画について打診(3ヶ月前)
  - ・案内チラシを持参し「本人・家族」に趣旨の説明(1~1.5ヶ月前)
  - ・参加の同意が得られたら、本人の「生い立ち」や「思い」「治療について」確認(3週前)
- 当日の運営準備
  - ・当日のオレンジカフェと本人ミーティング(同時に行う)の流れの確認。テーブル配置、席順などを検討(一般の方にはいつものようにオレンジカフェを楽しんでいただく)
  - ・推進員のエリア会議で開催予定について報告すると、他包括や行政も見学を希望
  - ・各テーブルに全体の見守り役と記録者を配置
- 他関係機関からの協力者へ効率の良い説明(行政関係・初期集中・他包括)
  - ・参加して下さる協力者の活用→「本人」のプロフィール(匿名)、や聞いてほしいこと、心構えを書いた資料を配布し何気ないサポートを依頼
- 苦慮した点
  - ・「本人」が車でカフェに参加する⇒道に迷う?運転は大丈夫?⇒事前に車で先導し場所を確認
  - ・「本人」は行きたいが、でも娘が何というか・・・⇒娘さんに趣旨を説明、同意を頂く

## 4 活動を進めていく上での工夫・配慮

### ●対象者の検討

- ・ 包括が総合相談や通いの場で出会った方
- ・ ほぼ自分の気持ちが表現できる方
- ・ 包括職員が、「この人とあの人が話をしたらいいだろうな」と考える人

### ●誘い方

- ・ 最初のお誘いが大事→「あなた」に参加してほしいという思いを伝える
- ・ 個別に参加するにあたり弊害があれば取り除く（娘が何というか・・・、一人で行けるかな？）
- ・ 推進員から本人とは別にご家族にも趣旨を説明する

### ●本人、家族をたくさん集める必要はない

- ・ 一組からでもできる

### ●当日のカフェ運営と「本人ミーティング」の調和

- ・ さりげなくカフェの一角で行う（一般客には分からない）
- ・ オレンジカフェ 2 時間の内約 50 分話合いの時間をとり、その後のイベントは通常のカフェイベントに参加してもらう（一時間以上話をするのは、疲れてしまうだろう）

## 5 この活動に取り組んでの効果

### ●開催にあたり、地域にいる「本人」「家族」に気づけた

- ・ はじめは対象者が 2～3 人と思っていたが、本人 4 人、家族 6 人来ていただいた。→対象者は自分の担当地域にはいないという思い込み→皆が意識すれば意外といえるかもしれない→実施後数か月経つが、今度は出会った時に意識することで、誘えそうな人が増えている。

### ●認知症になっても「誰かの役に立ちたい」という声に気づけた

- ・ 本人が自分のことを話すことで互いに勇気づけられた⇒本人の気持ちを大事にしたい

### ●カミングアウトできていない「本人」に心の変化

カミングアウトは出来なかったが、本人同士で話すことで、自分の病気を受け入れようとする様子が伺えた。「本人」から「話ができ楽しかった」との感想が聞かれた

### ●本人に新たな繋がりができた

- ・ ご家族から、本人を支援する人たちに多く会えて良かったとの感想が聞かれた

### ●若年性認知症特有の「就労」という問題を考える機会になった

- ・ 今回参加した若年性認知症の方は就労の希望があり 障害者雇用等、本人のイメージする職種や労働時間などを聞き取り、必要があれば地域ケア会議で検討予定

### ●本人が活躍できる場ができた

- ・ 本人ミーティング開催後 翌月に認知症本人がカフェボランティアとして参加した

### ●「本人ミーティング」は「難しい」という苦手意識はなくなった

まずは  
やってみよう！

## 6 今後の活動展望

### ●「本人」が出来そうなことに「気づき」どうやったらできるかを「一緒に考え」「活動する」

- ・ カフェの企画段階から「本人」に運営者として参加してもらう。

### ●「本人」が新たに参加された方のピアカウンセリングができることが理想

- ・ オレンジカフェを職員だけが運営するのではなく、地域のボランティアを活用→「本人」、ボランティアと一緒にカフェを作り上げる

## この活動を通して見えてきたポイント

- 今自分が行っている活動をアレンジして「対象者」に声をかける
- 日々の包括の活動で出会った人、今は大丈夫だけど、もう少ししたら心配だなと思う人を忘れない→「本人」として「家族」として、秘めている能力を活かし活動できる人かもしれない
- その「対象者」をアセスメントすることで、「この人はこういうことができるのではないか」と想像する
- 「こうできたらいいのにな」と思うことを、口に出してみる（部署・推進員の仲間）→情報共有し広がりができる

### 本人ミーティングでの専門職の役割（カフェの一角でさりげなく）

- ・テーブルについたら、近くの本人、ご家族と世間話を和やかに始めてください
- ・司会が自己紹介をしますのでそこからがミーティングの始まりです
- ・声が聞こえづらい場合は一つのテーブルを二つに分けて話をする場合もありますので、その際は主となって話を聞いてください
- ・本人が話をするのに疲れてしまった場合は、何気なく別のテーブルに誘導しますので、職員に合図してください
- ・和やかにお互いの話ができる雰囲気作りにご協力をお願いします
- ・体操・切り絵の作品作りまで是非ご参加ください（当日資料の一部）

### 本人ミーティング（本人参加のテーブルで）

※本人との会話の参考にしてください

- ・名前、生まれや生活の場
- ・自分が病気に気づいた時（症状）
- ・診断を受けた時の気持ちは誰かに話しましたか？
- ・診断を受けた時と、今までの気持ちの変化
- ・ご家族への想いはなにかありますか？（悪いな、もっとこうしてくれれば）
- ・どういう場所に参加したいと思えますか
- ・やりたいことはありますか
- ・これから診断を受けた方へお伝えしたいことはありますか？



さあ、わがまちで  
はじめよう！

認知症のわたしたちが

**集い、語り合う、**

やさしいまちをいっしょにつくろう

\*\*\*本人ミーティング開催\*\*\*

【本人ミーティングってなに??】

日頃 思っていることや これからの事  
ご本人、ご家族、ご友人など、みんなで集まって  
皆さんの思いを話しませんか  
本人だからこそ、その気づきや意見を話し合い  
地域づくりへの参加につなげるための集まりです

日時：2018年10月10日（水）  
午後1時30分～午後3時30分  
場所：総合南東北福祉センター 日和田  
南東北ライフケア館 食堂  
（おれんじかふえ うめざわ）  
参加費：200円（飲み物、お菓子代）

問合せ：日和田・西田地域包括支援センター  
TEL：024-958-6878

【ホームページ】

総合南東北福祉センター日和田→今日の出来事→おれんじかふえうめざわ

<http://www.kaigo-hiwada.com/blog/2018/12/28.html>（2019.2.1 現在）



## 一人を多職種で支え合う学びとネットワーク

栃木県足利市 足利市地域包括支援センターきた・なか  
吉田 千比呂（社会福祉士） 平成27年度配置

キーワード：多職種連携、勉強会、赤提灯たかろば、若年性認知症、本人・家族との交流会

### 自治体情報（2018年4月1日現在）

人口	149,700人	高齢者人口	20,378人（高齢化率31.08%）		
面積	177.76km <sup>2</sup>	日常生活圏域数	22	地域包括支援センター数	7
担当地域の紹介	私が担当する地区は、市内北部と東部、中心部の三ヶ所で、中心部と北部に高齢化率が40%を超える地域がある。東部と北部は田畑が多く、車がないと移動が困難。免許返納後の支援が課題となっている。				
推進員配置の特徴 ※自治体全体で 3名配置	平成23年に委託包括へ1名配置となった。現在は、委託包括に3名配置となっている。圏域を三分割し、各包括への毎月の訪問やケース対応等を分担して行っている。また、認知症地域支援推進員会議を行政担当者と共に毎月実施し、研修やボランティア養成等、テーマごとに担当を分けて、年間計画に沿って運営、実施している。				



足利学校

### 配置当初の活動イメージ

配置当初は、認知症カフェ常設に向けての役割を期待されていた。しかし、私自身が急遽の人事異動だった為、認知症地域支援推進員の役割や認知症カフェについての知識もなく、仕事をやっていけるか不安の方が強かった。

### 推進員活動のあゆみ（今回紹介する取組に関連するもの）

年度	主に力を入れた活動・取組	得られたこと（課題も含む）
H28	初期集中支援チームで若年性認知症の方を支援。	多職種連携や社会資源、支援者自身の経験不足を認識する事ができた。
	勉強会実施に向けて、事前にアンケート実施。各機関と内容選定や講師等を調整。	障がい者機関相談支援センターや若年性認知症コーディネーターと連携が図れた。
H28～	勉強会を3ヶ月に1度実施。（計6回）	多職種連携やスキルアップが図れた。
H30～	若年性認知症本人・家族との交流会開催	率直な本人や家族の思いを聞く事ができた。
H30～	専門職との検討会を開催	専門分野を生かした役割分担が必要。
H30	赤提灯たかろば開催	集客や内容面での多くの課題が残った。

# 一人を多職種で支え合う学びとネットワーク

## 1 活動の概要

栃木県足利市では、平成29年3月から、高齢分野だけでなく、障害者施設や相談機関、行政、病院等の専門職を集めて若年性認知症勉強会を開催している。

そのきっかけとなったのが、初期集中支援チームで若年性認知症の方を支援した際に、多職種との連携や社会資源、支援者自身の経験不足等が大きな課題となった事に由来する。

その為、障がい者基幹相談支援センターの相談員と連携し、関係機関とのネットワーク構築や若年性認知症当事者、家族の為に必要な社会資源を検討する機会を持つ事とした。まず若年性認知症の病气への理解を多職種で深める勉強会から始める事とし、平成29年3月から現在までで計6回の勉強会を開催している。

勉強会を開催したことで、多職種や他機関との連携がスムーズに行なえるようになった。今年度は、本人や家族の声を聞く機会を設け、どうしたら本人や家族の声を実現できるか専門職と検討を重ねた。その声を受けて、平成30年11月には本人や家族、専門職が集う夜カフェも開催する事ができた。

## 2 この活動に取り組んだきっかけ

初期集中支援チームで若年性認知症の方を支援した際、若年性認知症の方への支援には、①就労や扶養家族の存在等、経済的な問題が大きい②支援者側も繋げる社会資源がない事や支援者自身の経験不足等から適切な支援に繋げにくいという課題が浮き彫りとなった。

その為、障がい者基幹相談支援センターに現状の課題と連携体制について相談に行った。その際、対応してくれた相談員が若年性認知症支援の経験があり、「進行が早いのでスピード勝負。障害福祉サービスを利用するには時間がかかる。病院のMSWや行政に分かってもらう事が必要。また、障害者施設に繋がったとしても、いつかは介護保険が必要になってくる。障害者施設も病气について知っておく事が大事。」との意見があった。

結論として、病气の理解が進むと、障害者施設の受け入れや連携もスムーズになる可能性があり、関係者を集めて若年性認知症の勉強会を開催する事となった。

## 3 活動内容

(準備段階)

勉強会の目的を「若年性認知症の方を円滑に支援していく為に、各関係機関がそれぞれの経験を踏まえてネットワークを構築し、当事者の方に必要な支援や社会資源を考える機会とする」とした。

勉強会を開催する上で、50事業所(障害・高齢・行政・病院・相談事業所等)へアンケートを実施し、アンケート結果を基に下記の内容で勉強会を実施する事とした。

(実施内容)

	日程	内容	参加者
1	H29年3月	若年性認知症の病气について	40名
2	H29年6月	社会保障制度関連・生活保障について	65名
3	H29年9月	家族の思いや必要な支援について	29名
4	H29年12月	権利擁護について	29名
5	H30年3月	事例検討会	37名
6	H30年10月	医療と生活を繋ぐ社会資源	42名

勉強会を通じて、26名の専門職がその後の社会資源創出への検討に参加してくれた。

H30.4月から、若年性認知症のご本人やご家族と話し合いの機会を持つ事とした。家族からは、「診断された当初はどこに相談して良いか分からなかった。」「本人同士、家族同士で話が出来る場所があると良い。」との意見が上がった。本人からは、「お父さんには話せない事もある」、「認知症カフェは入りづらい。赤提灯のような場所なら行って良い。」との意見があった。その後、専門職とどうしたら実現できるかを話し合い、H30.11月に第1回目の集いの場を開催した。



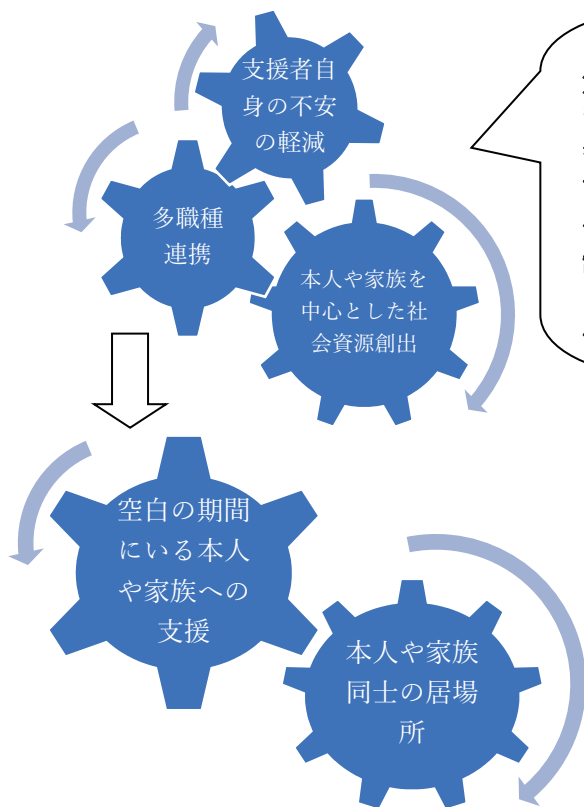
## 4 活動を進めていく上での工夫・配慮

第一回目の勉強会を実施した際、所属分野によって知識量に偏りが見られた。その為、勉強会前に行政担当者（高齢・障害）、精神科病院 PSW、障害者基幹相談支援センター相談員、推進員で会議を持ち、所属分野の専門職としてどのように関わっていくかを主眼に置いて内容を検討した。

また、講師はその窓口に当たる方をお願いし、困った時に誰が窓口か分かるようにした。参加者には、事前に年間予定を周知する事で継続した参加を促す事ができた。

5回目の勉強会が終わった後に協力者を募り、その後の交流会に参加を呼びかけた。本人や家族の交流の場には、ゆったりした雰囲気の中で話が出来るように、少人数の専門職だけで対応した。本人・家族の交流会後に専門職の検討会を繰り返し持ち、思いの共有を図った。

## 5 この活動に取り組んでの効果



（H28年～ 1年間の勉強会を終えて）  
勉強会で様々な専門職と顔の見える関係作りができた事で、多職種との連携が図りやすくなった。多職種連携の充実や勉強会での知識が実際の場面で生かされ、支援への不安も軽減した。その事で、幅広い視野で支援を考える事ができ、制度に当てはめるのではなく、本人や家族が必要としている社会資源を考えていく事の重要性に気付く事ができた。

（H30年～ 本人や家族の声を聞いて）  
周知と居場所作りの両輪が回ってこそ、外に出てくるきっかけや専門職と繋がるきっかけになっていくと分かった。現在、専門職と若年性認知症ケアパス作りの検討に入っている。専門職とのネットワークを活かし、専門性を生かした役割分担で様々な事業を展開していく事で、周知と居場所の両輪が上手く回っていくように働きかけていきたい。

## 6 今後の活動展望

空白の期間にいる当事者や家族が、支援に繋がるきっかけになれるように、認知症の本人や家族の声をもとに下記の二点に取り組んでいく。

- ・ 相談できる場と本人や家族の交流の場を兼ねた居場所を定期開催する。
- ・ 若年性認知症に特化したケアパス作成する（ネットワークの可視化）

### この活動を通して見えてきたポイント

- ・ 積極的に他機関の専門職に働きかける際、当然の事だが、専門分野が違えば共通言語も異なる事が多い。専門職は「自分たちに何をしたいのか？」と投げ掛けてくる事が多い為、推進員自身が課題と感じている事を明確化し、専門職に伝えていく力が必要だと感じた。
- ・ 若年性認知症の方への支援は、一つの機関だけで解決できるケースは少ない。多職種連携の体制が構築されている事で、適時・適切な支援に繋げていく事が可能となると実感できた。

〈若年性認知症勉強会参加者の主な職種〉

**行政**

高齢、障がい、児童、社会福祉（生活保護）  
保険年金所管課職員

**医療**

認知症疾患医療センター、精神科デイケア  
精神科病院（PSW,NS,介護福祉士）総合病院 PT

**障がい**

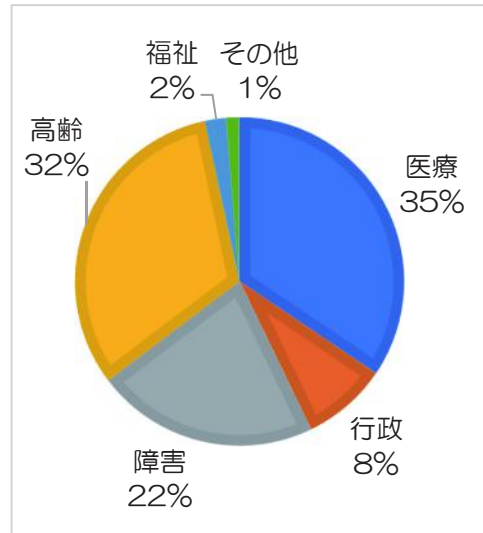
障がい者基幹相談支援センター・精神科 GH  
就労支援 B 型事業所、就労移行支援事業所  
地域活動支援センター、障害者就業・生活支援センター

**高齢**

地域包括支援センター、ケアマネ、介護施設

**福祉**

社会福祉協議会、保健センター



若年性認知症勉強会の様子



若年性認知症の本人や家族の為の集いの場

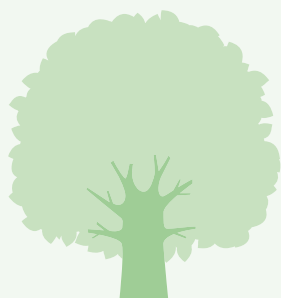
平成30年11月2日に若年性認知症の本人や家族の為の集いの場『赤提灯たかろば』を開催しました。当日は、赤提灯の雰囲気を出す為、18:00~20:00で開催し、ノンアルコールビール等を準備しました。ご本人やご家族がリラックスして過ごされているのが印象的でした。



## D. 全体的な支援体制作り

### 掲載している事例

- 事例番号 25. 市内要所に配置された推進員同士の協働を通じた支援体制づくり  
～認知症カフェ交流会を共に進めながら～  
山口県下関市 寺崎 智恵子 小川 咲子
26. 住民・介護事業所と共に広げる多世代の身近な支えあい  
～広がる「えがおの和」繋がる地域の「和」～  
長野県飯島町 那須野 勇一
27. 地域に合わせて『個の支援』から『地域全体の取組み』へ  
～模擬訓練を通じて～  
新潟県燕市 力石 雅博





## D. 全体的な支援体制づくり

### 市内要所に配置した推進員同士の協働を通じた支援体制づくり ～認知症カフェ交流会を共に進めながら～

山口県下関市 下関市福祉部 長寿支援課地域包括ケア推進室 寺崎 智恵子（保健師）平成 29 年度配置  
認知症疾患医療センター医療法人水の木会 下関病院 小川 咲子（臨床心理士）平成 30 年度配置

キーワード：推進員の協働、方向性の明確化、個々の強み、成功体験、支援体制づくり

#### ● 自治体情報（2019 年 1 月末日現在）

人口	263,324 人	高齢者人口	91,643 人（高齢化率 34.8%）		
面積	716.10km <sup>2</sup>	日常生活圏域数	13	地域包括支援センター数	12
担当地域の紹介	平成 17 年に 1 市 4 町の合併により中核市となり、「旧市街地」「郊外の新しい開発地域」「過疎化が進む地域」等環境の相違で、全市に共通する課題とは別に、それぞれの地域特性による生活課題がある。				
推進員配置の特徴 ※自治体全体で 17 名配置	平成 27 年度に推進員を 5 名配置し、活動を開始した。推進員の体制整備と活動強化を目的に、平成 28 年度に全包括及び医師会に各 1 名の推進員を配置し、平成 28・29 年度に行政の推進員も増員した 16 名の体制とした。平成 30 年度は疾患医療センターに 1 名配置し、連携体制を強化した 17 名の体制とした。なお、推進員は配置当初より兼務体制である。				



角島大橋



下関市名産「ふく」

5万人未済

10万人未済

30万人未済

30万人以上

行政直営

委託

その他

#### ● 配置当初の活動イメージ

配置当初は、推進員同士が気軽に話せる関係になることが何よりも大切ではないかという思いから、定期的な連絡会議を通して、情報交換、意見交換を行う場をもつことから活動を始めた。まずは、顔を合わせて話し、目指す方向性をすり合わせて活動できるとよいと思った。

#### ● 推進員活動のあゆみ（今回紹介する取組に関連するもの）

年度	主に力を入れた活動・取組	得られたこと（課題も含む）
H27	下関市の認知症施策と推進員活動の理解促進	国が目指す推進員活動の理解にはなったが、市の推進員活動の進め方の課題は残った。
H28	認知症に関する社会資源の調査・整理	通いの場に関する課題の整理ができた。
H29	認知症カフェに係る情報共有、通いの場の課題解決に向けての意見交換	通いの場をより充実するために必要なことや、今後の推進員活動について考えることができた。
H30	認知症カフェ交流会を通して、認知症カフェネットワーク形成を目指す方向性の共有と、推進員の協働意識と役割意識を強化	推進員の役割意識が向上し、達成感を感じ合える機会となった。

専任

兼務

## 市内要所に配置した推進員同士の協働を通じた支援体制づくり ～認知症カフェ交流会を共に進めながら～

### 1 活動の概要

下関市の推進員は、認知症施策を展開する上で市内の要所に計画的に配置しており、所属や専門分野の異なる人材によって構成される。活動開始当初は、推進員間の連携に難があったが、行政の推進員を中心に会議を重ね、地域の課題を整理し活動の方向性を模索した。課題整理の過程において、認知症の人やその家族の通いの場としての認知症カフェに焦点を当てることとし、推進員の初企画として認知症カフェ交流会（認知症カフェ関係者の集い）を開催する運びとした。

なお、下関市では平成27年度より認知症カフェの設置を進めており、平成31年2月現在で、22箇所の設置となっている。認知症カフェの設置・運営については、推進員が中心となり支援しているところである。

下関市の認知症カフェは、様々な団体が設置主体となり、それぞれがその特徴を活かした認知症カフェを展開しているため、運営に携わる者同士の情報交換、意見交換を通し、互いのカフェの実施状況や工夫の方法等を参考にし合うと、より効果的なカフェの運営につながると考え、特にそれぞれのカフェが抱える課題の話し合いにより、その解決の糸口になると考えた。

推進員が主導するカフェ事業を通し推進員同士の協働意識や役割意識が高まり、市内各所のカフェを足場に多資源が協働した支援体制が作られつつある。



認知症カフェ交流会

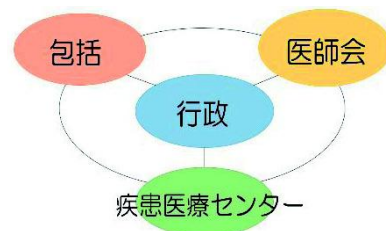
### 2 この活動に取り組んだきっかけ

推進員の配置当初から、推進員同士の情報共有、共通理解を目的に、定期的な連絡会議を実施している。推進員の所属が異なることもあり、会議を始めた当初は、緊張感が漂い、推進員自らの意見の表出が少ない状況であった。また、推進員活動の方向性も不明確であった。

意見交換を重ねる中で、下関市の認知症の課題として、認知症の人を受け入れるインフォーマルな通いの場が少ない現状や、認知症カフェにおいて認知症の人やその家族の参加が少ない現状が伺えてきた。その背景には、認知症の理解不足や認知症カフェの周知不足があると整理された。

これら課題の共有により、認知症カフェが誰もが参加しやすく、認知症の人やその家族のニーズを反映した場になるよう、認知症カフェの運営に携わる者と認知症の支援を行う関係者のネットワークづくりが必要と考え、「認知症カフェ交流会」を開催するに至った。

また、推進員が主導する事業を通し、推進員同士が協働して事業展開する重要性を体感し、自身の役割意識の向上や推進員活動の明確化に結び付くとよいと考えた。



推進員の配置機関

### 3 活動内容

【平成30年度の推進員の活動】

- 5月・第1回連絡会議 推進員発足以来取り組んできた活動を振り返り、「下関市に必要な認知症に関する取り組み」「推進員が協働して運営する取り組み」をテーマとし、話し合う。複数の立案から、認知症カフェ交流会の開催を選択。
- 8月・第2回連絡会議 行政の推進員が作成した準備段階の役割分担の提示により、概要を共有。
  - ・割り当ての作業を各担当者が進めながら、担当者の小グループ会議を開催。
- 10月・第3回連絡会議 進捗状況の報告により担当者間で情報共有。当日の役割分担を確認。
  - ・当日の流れを円滑にするため、複数の担当グループ同士の合同会議を開催。
- 11月・認知症カフェ交流会の開催。
- 1月・第4回連絡会議 認知症カフェ交流会を振り返り、来年度の活動の方向性を検討。

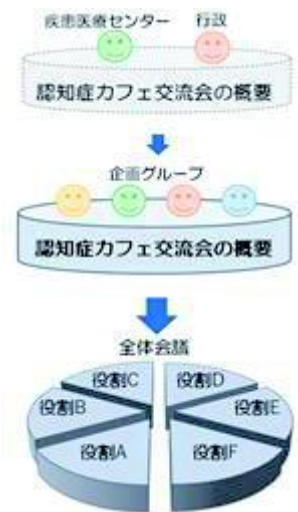
## 4 活動を進めていく上での工夫・配慮

### 【企画段階】

- 認知症カフェ交流会の方向性や企画内容の原案をつくるため、少人数制の企画グループをつくり、その責任者を選定した。責任者は、疾患医療センター及びカフェの運営者の立場を担う推進員であり、行政の推進員や企画グループの推進員と密な打合せを行った。
- 「どのような効果を狙うのか」「そのためには何が必要か」の視点で明確化できるよう、目指すゴールの姿を共有し、言語化、図式化したわかりやすい企画案づくりの工夫をした。

### 【準備及び実施段階】

- 推進員全員が、自身が活動メンバーの一員である自覚をもつため、事前準備、当日運営とで、各自の強みを活かした責任ある細やかな役割をもてるようにし、各役割の責任者を決めた。連絡会議時には、各役割の進捗状況を報告し合い、共通理解のもとで進めていけるようにした。
- 自身の役割をこなすだけでなく、他推進員の動きを気遣い、互いが連絡調整をしながら進めた。その過程の中で、視野の広がりによる多くの気づきが、効果的な企画・運営へとつながった。
- 交流会の日程調整や案内、意見交換の希望テーマを決める事前アンケート、活動紹介冊子の作成等、推進員が参加者と連絡調整を行う機会が多くあった。その都度、参加者に対し丁寧な説明を心掛け、参加者に開催の趣旨を理解してもらった上で参加してもらうことができた。



## 5 この活動に取組んでの効果

- !! **企画段階**事業の全容や役割分担を初動時に共有したことが、その後の円滑な運営の助けとなったと考える。
- !! **実施段階**カフェ交流会で真剣に話し合いを進める多様な参加者の姿を推進員自身が目の当たりにし、悩みの共有や今後の活動に役立つ情報から、意欲の高まりを示す参加者と思いを分かち合った。参加者からも肯定的な評価が多々得られ、目に見える成果が達成感や自信につながった。
- !! **実施後**認知症カフェの運営における課題を具体化、明確化できたことで、今後の推進員活動を思い描く意見が多々挙がり、推進員の役割意識が向上すると共に、カフェを足場に多様な資源がつながりあい、協働しながらの支援体制が育ちつつある。

## 6 今後の活動展望

推進員発足時の課題であった“方向性の不明確さ”の背景に、下関市の認知症事業における推進員の役割の見えにくさがあったと思われる。今年度の活動を通して、推進員間で今後の展開に対する意識が高まっている今、改めて“下関市版推進員”の役割を再定義していく必要があると考える。

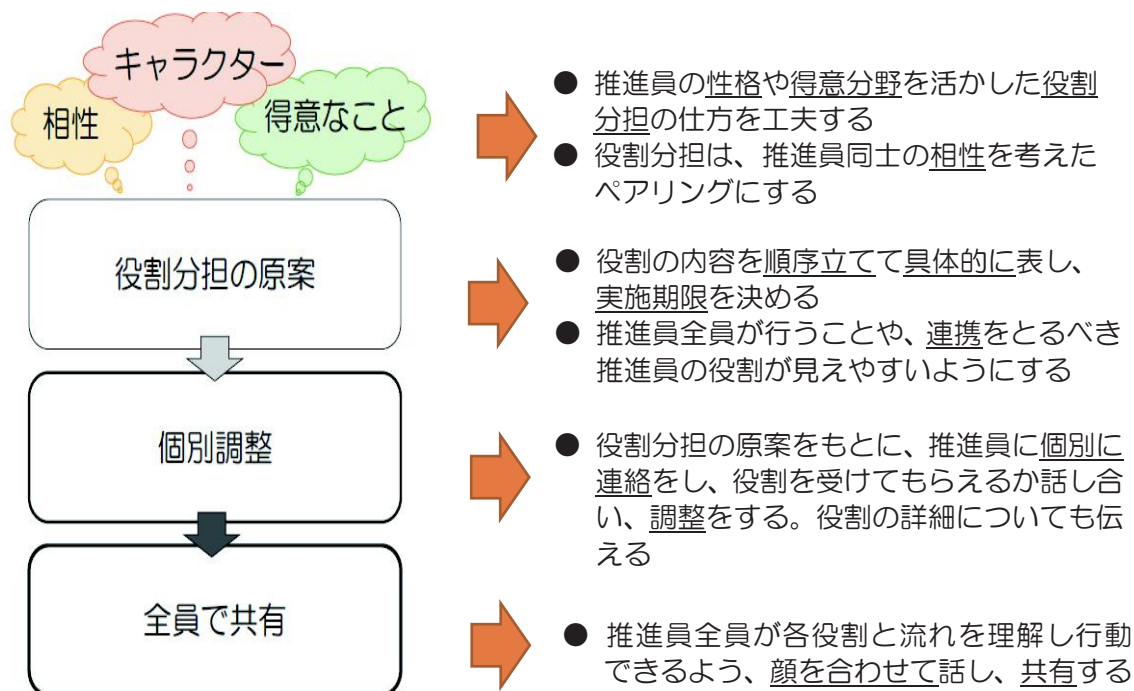
さらに、地域に対して推進員の役割を発信し、下関市の認知症事業や支援体制づくりを後押ししていくことが求められる。認知症カフェについては地域でネットワーク（道くさカフェ～しものせき認知症カフェネットワーク～）が発足する予定であり、このような事業のサポート等も重要な役割の一つになるとと思われる。

### この活動を通して見えてきたポイント

推進員同士の足並みを揃えるためには…

- ① **できることから始める**：共通の取り組みを一緒につくり上げることで、連携意識が高まる。
- ② **コミュニケーションしやすい環境づくり**：顔の見える関係づくり。言語化・図式化によりわかりやすく。
- ③ **目的・内容を明確にする**：達成する方向性が見えることで、達成意欲が高まる。
- ④ **推進員のやりがい**：成功体験がやる気を生む。推進員の個々の強みを活かした役割分担も大切。

## 役割分担をスムーズに進めていく際の重要ポイント！！



### 認知症カフェ交流会 ～思い出のページ～

企画内容です。認知症家族の会や認知症介護指導者にも参加していただき、情報交換が弾みました！

#### 【日時及び会場】

平成30年11月30日（金） 14時～16時 しものせき環境みらい館

#### 【内容】

- 勉強会（認知症専門医による講話）『認知症カフェに期待される役割』
- 交流会 『認知症カフェの運営に携わる仲間同士で交流しよう！』  
※希望のテーマ（参加者集め、スタッフ集め、カフェの内容、運営資金、参加者の送迎）に沿って、情報交換、意見交換を実施

【参加者】54名（推進員を含む）

認知症カフェの運営に携わる者、これから認知症カフェの立ち上げを考えている者、認知症の支援を行う関係者（認知症家族の会、認知症介護指導者）

参加者の生の声から、課題が具体化できました。これらの課題を解決に導くことが、今後の推進員活動の大きな役割です！

#### 下関市の認知症カフェにおける課題

##### 1. 参加者集めについて

- 地域への周知を強化：認知症カフェの意義や役割、活動について等
- 地域の人が参加しやすい場所（スーパーの近く等）に認知症カフェが設置・運営できるような支援

##### 2. スタッフ集めについて

- 地域の支援ができる人材の確保：学生等の若者や医療・介護職の巻き込みによる多世代交流の機会も必要
- 他のカフェスタッフ間の人材交流、協力体制づくり

※以下省略

カフェ間で互いのカフェの状況を紹介し合うものとして、また、地域住民に紹介できるものとして、活動紹介冊子「認知症カフェおしながき」を推進員が作成しました！



★下関市の推進員活動の詳細について知りたい方は、下関市福祉部長寿支援課地域包括ケア推進室のメールアドレス 『caresuishin@city.shimonoseki.yamaguchi.jp』 までお問合せください。



**住民・介護事業所と共に広げる多世代の身近な支えあい**  
～広がる「えがおの和」繋がる地域の「和」～

長野県飯島町 高齢者福祉係 地域包括支援センター  
那須野 勇一（主任介護支援専門員） 平成 30 年度配置

キーワード：住民、介護保険事業者、生活支援コーディネーター、事例・声の蓄積、多世代共生

● **自治体情報**（2019年2月1日現在）

人口	9,483 人	高齢者人口	3,349 人（高齢化率 35.3%）		
面積	86.96km <sup>2</sup>	日常生活圏域数	1	地域包括支援センター数	1
担当地域の紹介	長野県南部、伊那谷のほぼ中央に位置し東に南アルプス、西に中央アルプスを望む。地域の「まとまり」はあり「先祖代々」を大切に作る住民特性。移住者も地域に馴染みやすいまちづくりを進めている。				
推進員配置の特徴 2名（行政 1） （包括 1）	平成 28 年 4 月に第 1 層生活支援コーディネーターを役場高齢者福祉係に配置し、推進員の役割も兼ねながら地域啓発を中心とした活動推進に取り組んできた。認知症地域支援推進員の正式な配置は平成 30 年 4 月からとなり、役場高齢者福祉係内に 1 名、地域包括支援センター内に 1 名配置（兼務）。生活支援コーディネーターと連携した取組みは現在も引き続き行っている。				



5万人未満

10万人未満

30万人未満

30万人以上

行政直営

委託

● **配置当初の活動イメージ**

【行政から求められた役割】

- 生活支援コーディネーターと連携した活動推進（地域支援事業との連動性）

【推進員としての思い・活動イメージ】

- あれもこれもできない。「今」取り組んでいる活動を活かし、地域の人たち、事業所の人たちとともに推進していこう。
- 「課題」を繋ぎ「連携・連動」した支援体制を築こう（包括のアセスメント力向上も図りつつ）。

その他

専任

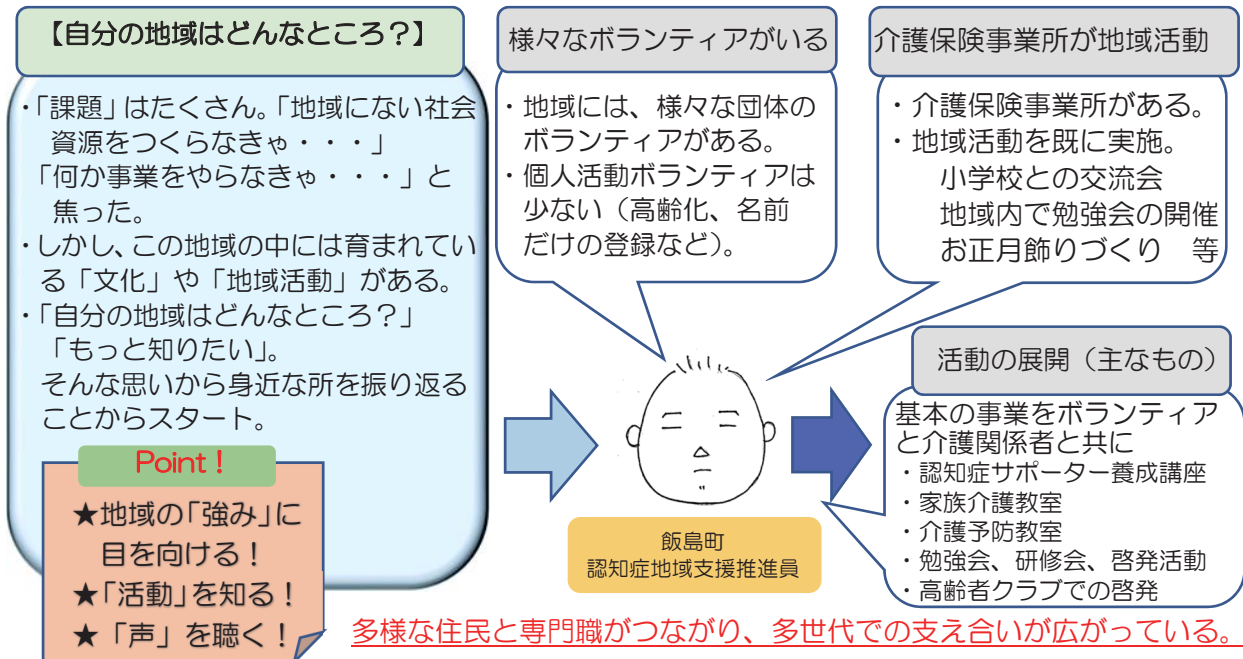
● **推進員活動のあゆみ**（今回紹介する取組に関連するもの）

年度	主に力を入れた活動・取組	得られたこと（課題も含む）
H28	JA 上伊那宅幼老所なごみの家と連携した啓発活動（小学校児童主催による活動）	<ul style="list-style-type: none"> <li>サポーター養成講座開催とテキスト作成</li> <li>PTA、児童、事業所による高齢者疑似体験</li> </ul>
H29	総合ケアセンターいいじまいちごと連携した「しめ縄づくり」（地域で開催）	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人の「やりたい！」を事業所、地域住民と協働して開催</li> </ul>
H30	<ul style="list-style-type: none"> <li>「地域交流カフェ」生協やまなみ開設</li> <li>「認知症カフェ」わすれ茶屋開設（つどいのクリニック柿田）</li> <li>保険者機能・包括支援センター体制の強化</li> <li>近隣自治体（駒ケ根市・宮田村・中川村）と連携した「若年性認知症交流会」開催</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>交流型と相談型の認知症カフェの開設</li> <li>「事例」・「声」を蓄積し「繋ぐ」ことを重視した包括支援センター体制</li> <li>「まちづくり」ビジョンの明確化（保険者）</li> <li>近隣自治体との協力体制の強化</li> </ul>

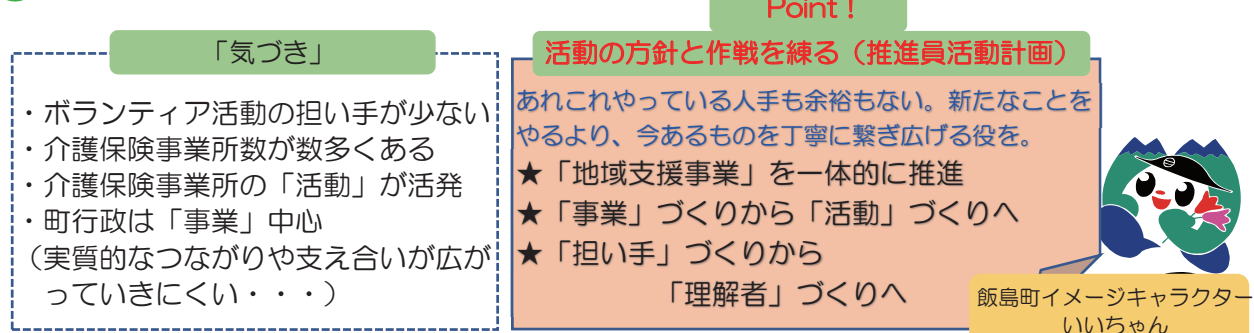
兼務

# 住民と介護事業所と共に広げる多世代の身近な支えあい ～広がる「えがおの和」繋がる地域の「和」～

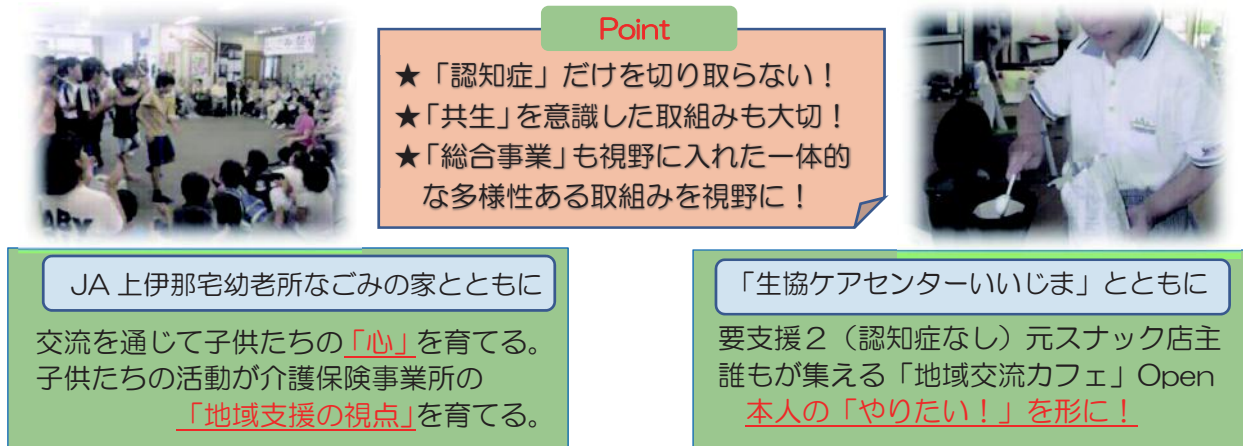
## 1 活動の概要



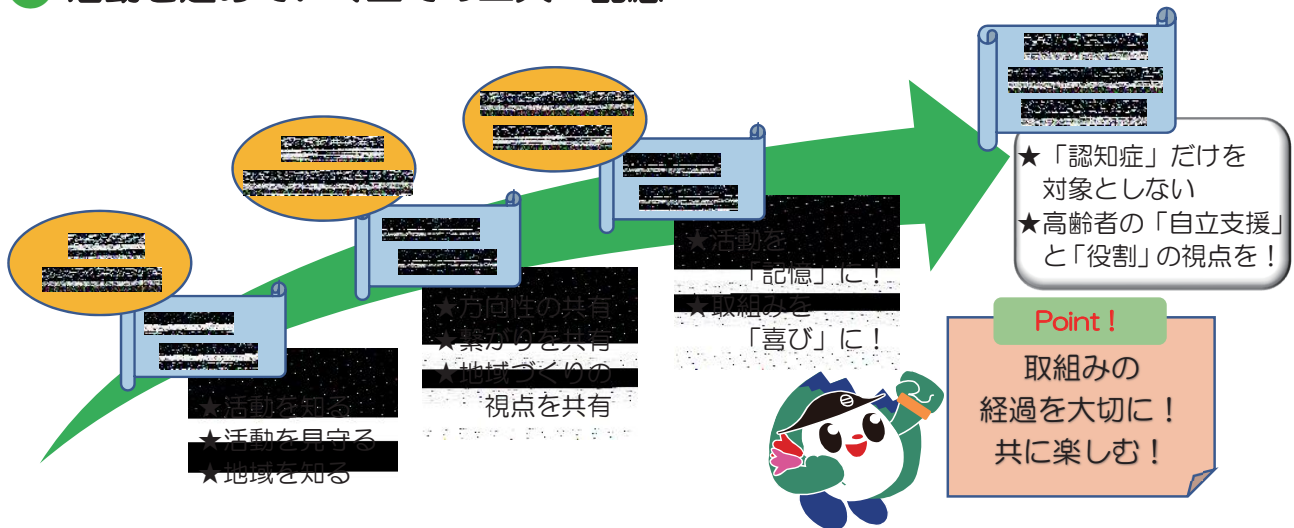
## 2 この活動に取り組んだきっかけ



## 3 活動内容



#### 4 活動を進めていく上での工夫・配慮



#### 5 この活動に取組んでの効果

生活支援コーディネーター、  
JA 上伊那宅幼老所なごみの家  
と協働した「**地域啓発**」の広がり

**Point**  
★生活支援コーディネーターは  
地域啓発の積み重ねの宝庫  
★介護支援専門員、介護保険事業所、  
地域包括支援センターは  
「事例」と「声」の宝庫

人・声を大切にした  
連携と連動から  
地域が自然体で動き始める

地域交流カフェ  
カフェスターやまなみ

介護支援専門員と連携した  
「**自立支援・生きがい**」から  
「本人のやりたい」を叶える  
場と支えあいが定着

子供たち、若い親世代が共に

※JA 上伊那宅幼老所なごみの家は平成 31 年 4 月より JA 長野厚生連富士見高原医療福祉センターなごみの家に名称変更

#### 6 今後の活動展望

認知症地域支援推進員は  
「**きっかけ**」を投げかけ  
住民等の主体的な活動の  
「エンジン」を回す。そして  
付かず離れずの関係を保っ  
ていく！

七久保小学校児童が講師として  
行ったサポーター養成講座。  
子供たちが生み出した地域のサポーター

認知症地域支援推進員は  
「**気づき**」を投げかけ活動  
がマンネリ化・先細りしな  
いようにみんながワクワク  
する「**創造性**」を生み出す。  
そして立場を越えた地域の  
「**繋がり**」の和、成功体験  
の共有を広げていく！

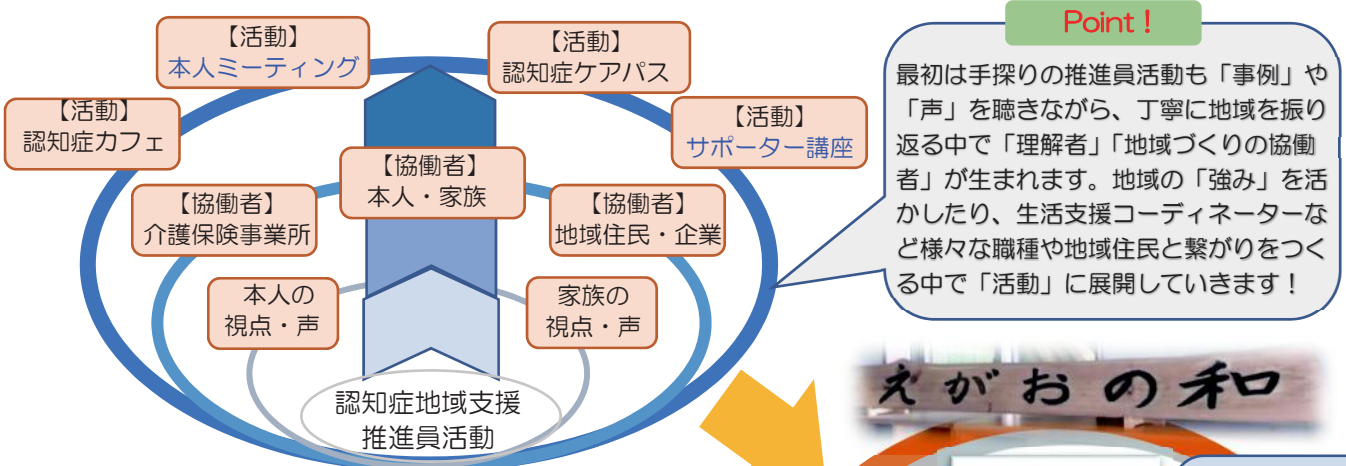
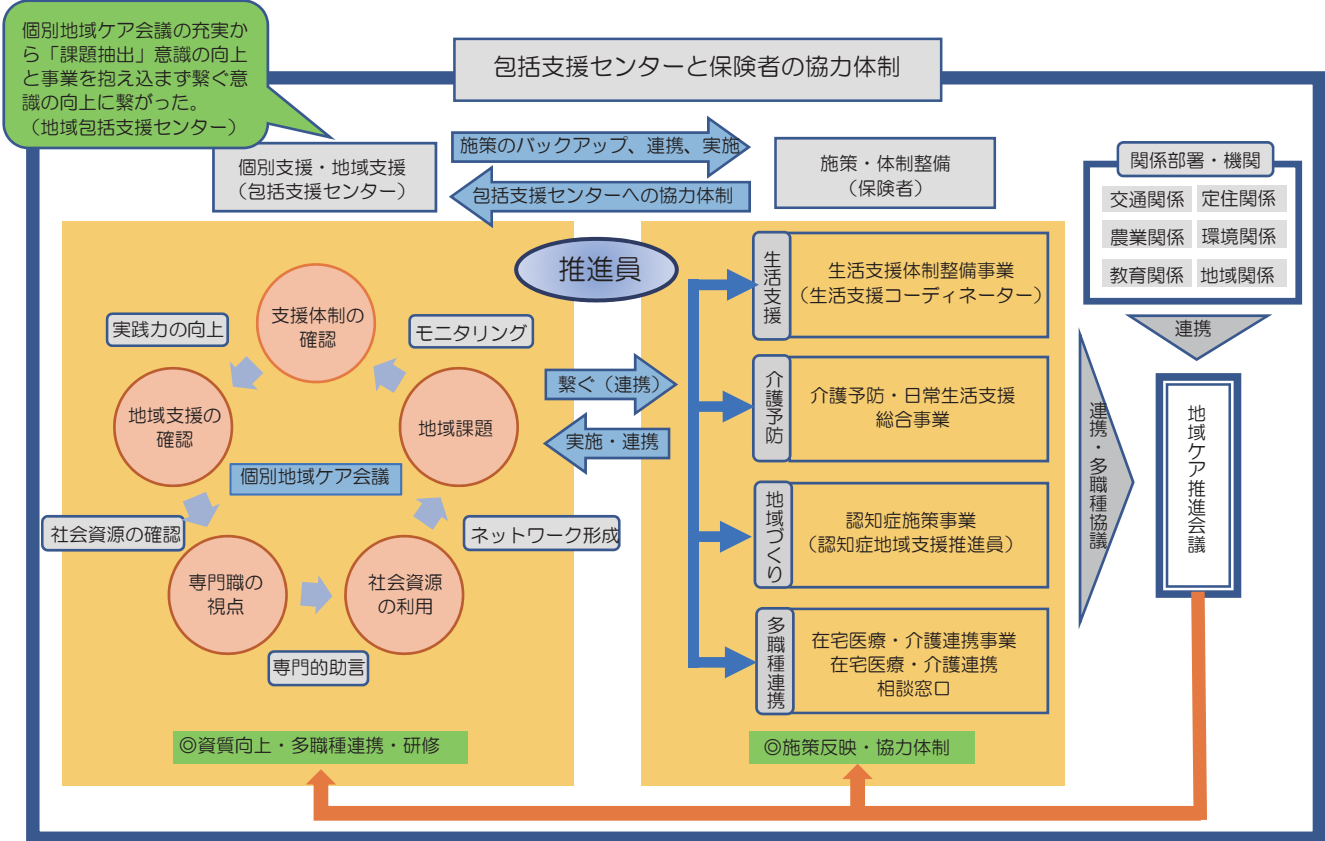
#### この活動を通して見えてきたポイント

推進員活動は「たし算」の考え方で一歩ずつ・・・その先に新たな繋がりが生まれる

誰か + 誰か + 誰か = 繋がりのづくり

推進員活動を通じて「人」が育ち「心」が育ち「地域」が豊かに！  
地域と歩む足跡が、推進員の「心」の「栄養」！

地域包括支援センター機能の明確化と保険者機能の強化  
 ◎個別支援を展開し「繋ぐ」「協働」できる地域包括支援センターの体制づくり  
 ◎地域包括支援センターの「事例」を「展開」「連携」して実施できる保険者機能の強化



**Point !**  
 「活動」は「和」となり  
 ひとつずつ「繋がり」結ばれる  
 地域づくりは人と人との「和」づくり  
 「繋がり」づくりは自分の「心」づくり  
 推進員活動を「楽しむ」その先に  
 「えがおの和」が待っている！



地域に合わせて『個の支援』から『地域全体の取組み』へ  
～模擬訓練を通じて～

新潟県燕市 燕市分水地区地域包括支援センター  
力石 雅博（認知症地域支援推進員） 平成 26 年度配置

キーワード：連携、個の支援、模擬訓練、多世代、住民主体、持続発展、広域連携

● 自治体情報（2018年12月31日現在）

人口	79,804 人	高齢者人口	23,954 人（高齢化率 30.0%）		
面積	110.96km <sup>2</sup>	日常生活圏域数	4	地域包括支援センター数	4
担当地域の紹介	越後平野にある雪の少ない地域、H18年3月に1市2町が合併し、新しい燕市となった。合併前の地域、その中の地区、産業、歴史、一元的に語れない住民意識が有る。下町ロケットの大規模ロケ地。				
推進員配置の特徴 ※自治体全体で 1名配置	H26年度から所属する委託型包括にて、1人で燕市全域を担当する推進員活動を開始（前職は主任ケアマネジャー）。所属法人のバックアップや他市推進員からの情報等を基に、これまでに培ってきたネットワークを駆使して認知症カフェやセミナーの開催など、燕市認知症施策担当者と共に活動を始めた。平成28年1月から、燕市役所に出向して推進員業務（専任）を行っている。				



春祭り『分水おいらん道中』

5万人未満

10万人未満

30万人未満

30万人以上

行政直営

委託

● 配置当初の活動イメージ

前例のない事業でマニュアルやノウハウもない中で、重圧を感じていた。推進員研修で学んだ『他市の模倣も大切（TTP）』で気持ちが軽くなり、『一から築くのではなく、今あるものに何かを加えて行く』と言う、自分なりのやり方と合わせて行こうと考えた。

その他

● 推進員活動のあゆみ（今回紹介する取組に関連するもの）

年度	主に力を入れた活動・取組	得られたこと（課題も含む）
H26	・ 生命に直結する行方不明対策 徘徊模擬訓練の企画・開催	<b>重要!</b> 徘徊という言葉を用いず、見守り・声かけ訓練として市民団体主催で開催出来た。
H27	・ 見守り・声かけ訓練の展開、拡大 検索、通報と言う要素を取り入れた ・ 燕市高齢者等見守り事業の検討開始	○市内3地域で訓練を開催出来た。 ・ 認知症の人や認知症と思われる人へ声をかけるのに躊躇する人が多かった。
H28	・ 見守り・声かけ訓練の展開、拡大・定着 保護と言う要素を取り入れた	○市内4圏域での見守り・声かけ・検索訓練開催が定着した。
H30	・ 「広域見守り訓練」の開催 声かけと情報伝達経路の確認を行った	○県を中心に、保健所と隣接市村、警察とJRで合同の見守り訓練を開催出来た。

専任

兼務

# 地域に合わせて『個の支援』から『地域全体の取り組み』へ ～模擬訓練を通じて～

## 1 活動の概要

認知症の人が一人で出掛けて帰れなくなることへの支援策の一つとして、まちで困っている認知症の人に気づき、適切な声かけが出来るように、実際に路上で行う訓練や体験会を継続的に開催。

住民主体の開催を念頭に、地域に合わせて『個の支援』から『地域全体の取り組み』へと少しずつ目標レベルを高めて行った。

- ・ 燕市初の訓練は、小学生の登下校を見守るコミュニティ活動とのコラボレーションで開催した。
- ・ 『声かけ、見守り』から始め、徐々に『搜索』や『通報』、『保護』と言う内容も組み込んでいく。
- ・ 並行して認知症の人への理解が深まるよう、個別のケア会議や事例検討会では本人視点や自己決定を強調し、日々の関わりや見守りにもつながる個別支援を目的とした認知症サポーター養成講座の開催など、持続発展的に地域と専門職等の連携強化を図っていく。
- ・ 燕市全域で訓練が開催出来るよう初回の訓練スタッフに、全地区の地域包括支援センター職員、ボランティアとして活動できる認知症サポーターやキャラバンメイトなどへも協力を依頼した。

## 2 この活動に取り組んだきっかけ

- ・ 推進員となった4か月後に、若年性認知症の人が1人で出掛けて帰れなくなり、6時間歩き続けた先の隣接市で交通事故に遭い、亡くなられてしまった。
- ・ 悲しくも痛ましい事故を少しでも減らすために、推進員活動の最優先課題として取り組んできた。

## 3 活動内容

- ・ 地域で開催される訓練にスタッフとして参加、講評やあいさつ、他地区の取り組み等の伝達。
- ・ 燕市の行方不明者状況（はいかいシルバー SOS ネットワークの稼働状況）、市の支援策等の伝達。
- ・ 開催に関心を持つ市内他地域の人や専門職へ、先行地域の見学等を勧め、開催地区の拡大を図る。
- ・ 隣接市町村の推進員へ自身の活動に活かして貰えるよう、また、広域連携にも活かせるよう、燕市内での開催情報を提供し見学などを勧めた。
- ・ 広域活動可のボランティアをスタッフとして紹介。
- ・ 訓練に関する備品（のぼりやタスキなど）の準備。
- ・ 訓練開催に関する情報の蓄積、企画立案時の助言。（ボランティア保険や道路占有届など）
- ・ 訓練開催地域と警察や消防などとのつなぎ役。
- ・ 出向で強まった体制を活かし、市と推進員双方のネットワークを駆使した関係機関との連携強化。
- ・ TV、新聞など報道機関へ訓練情報などの提供。
- ・ 自作の広報誌で開催結果の周知 など



### 燕市オレンジだより No.5

2018年度の取り組みをご紹介します

2018年3月31日発行  
燕市認知症地域支援推進員  
〒026-0208 燕市西田町本目1004  
燕市長寿福祉課内  
0256-92-1111 (内線 2562)

#### オレンジだより

燕市全域で開催するオレンジだよりが、今年度は開催地域が59ヶ所に広がりました。各会場から新聞やご挨拶にも添えて頂き、ご協力いただいた。年間141人がご参加されています。ご参加ありがとうございました。

燕市各所轄での開催				
支 区	支 所	支 所	支 所	合 計
燕 地 区	0	1	2	3
磐 前 支 区	0	1	0	2
分 水 支 区	3	1	0	5
計	3	3	2	10

市役所以外の参加人数は把握していません

#### 高かた+認知症相談、体験

平成28年度に分水地区で開催が5回あった認知症の人の見守り訓練は、年度別・訓練。今年度は下記の通り5ヶ所での開催に合計240人がご参加になりました。前年度からの継続では15回の開催に、参加者数も20以上の増加から229人が参加されています。認知症になっても安心して外出できるまわりの、多くの人が力を合わせてくださったおかげと感謝しております。今年度の結果として、児童生徒の参加が数回あり、小規模施設などでも、隣接市以外の方々がスタッフとして参加くださったことが挙げられます。

支 区	支 所	参加者数	参加者数	参加者数	参加者数	参加者数
燕 地 区	1	12	12	12	12	12
磐 前 支 区	1	12	12	12	12	12
分 水 支 区	1	12	12	12	12	12
計	3	36	36	36	36	36

#### おかげさまで

おかげさまで、認知症の人への見守り訓練が、今年度は59ヶ所で開催されました。参加者数は、前年度から増加し、240人が参加されました。認知症になっても安心して外出できるまわりの、多くの人が力を合わせてくださったおかげと感謝しております。今年度の結果として、児童生徒の参加が数回あり、小規模施設などでも、隣接市以外の方々がスタッフとして参加くださったことが挙げられます。

120

## 4 活動を進めていく上での工夫・配慮

- ・開催の中心は、地域を熟知しネットワーク構築も進んでいる包括となるよう市を通して依頼。
- ・開催をお願いすると言うよりは、現状を伝え必要性に気づき主体性が伸びるよう下記のように配慮。
- ・理解と共感を深めて頂けるよう、また、事例から学んだことを訓練に活かせるよう、個人情報に配慮しながら、事例や人数統計などを紹介し、身近な所で起きていることを強調する。
- ・住民からもスタッフとして活躍して頂き、決して『お客さん』では終わらないように配慮する。
- ・開催時は必ず自治会長などの挨拶を取り入れ、住民主体の取り組みとなるように配慮する。
- ・強いつながりが必要な機関（包括、警察、消防など）とは、出来るだけ訪問しての対話をこころがけるなどして、関係性を深めて行く。
- ・子供たちも参加し易い訓練となるよう、小学生であれば両親との参加、中学生であれば学校の職場体験学習と開催日程を合わせるなど配慮した。
- ・『お互いさま』、『ウィンウィン』の関係を常に意識する。
- ・広域での連携を意識し、近隣市町村の状況にも目を向け、燕市の取り組み情報を発信していく。

## 5 この活動に取り組んでの効果

- ・住民や介護サービス事業所、警察や消防、行政など、お互いの役割の理解と連携が進んだ。また住民もスタッフとなる開催が増え、自分たちの課題として捉える地区が増えてきた。
- ・模擬訓練で学んだ直後に参加した市民が、道に迷っていた認知症の人を自宅に送る事が出来た。
- ・参加者から「〇〇訓練」よりも『〇〇体験会』の方が、参加し易かったとの声が聞かれた。
- ・市外の訓練見学者が自地区で訓練を開催することで、この取り組みを拡げることが出来た。
- ・「訓練で学んだ知識があれば、救えた命があった」と、参加者が体験を話してくださった。
- ・訓練実施圏域が広がったことで広域訓練を企画する県との連携が取れ、広域見守り訓練開催につながった一方、広域連携における課題や燕市内の課題にも気づくことが出来た。
- ・『個別⇔広域』の視点を意識したことで、今後の活動展望の具体的な視点を得られた。

## 6 今後の活動展望

- ・おかえりつばめ〜（燕市独自の広く市民への行方不明者情報伝達システム、行方不明になる可能性のある方の捜索に関わる各種情報の事前登録制度）と連動した訓練の開催
- ・広域での見守り訓練の継続（への協力）
- ・隣接市町村の施策担当者や関係機関、認知症地域支援推進員との連携強化
- ・個人を意識した見守り・緊急時の連絡・捜索などのネットワーク作りの推進
- ・次世代を担う子供サポーターの育成を意識し、子育て世代を取り込んだ訓練計画 など

### この活動を通して見えてきたポイント

1 模擬訓練は何よりも「連携」が大切、連携を深める一つの方法として『自分ごと、身近なこととして考えられる事柄の提示』や『共感・共有』が効果的だった。

2 個から全体へ、集束から拡大へ、両極端な視点の切り替えで、多面的な観察と考察が出来た。

※ 出向したから『連携が深まった』のではなく、出向したことで『連携が深まるポイントに気づいた』のが、一番の収穫だったのでないだろうかとの事例を通して振り返る事が出来た。

①『第〇△曜日は相談日』と設定するのも大切だが、『何かのついで』の方が気軽に話が出来ると

重要!

② 何気ない会話の中に問題の本質や、解決に向けてのヒントが隠されている

重要!

③ 相手の話に応える方が、こちらから何かを伝えるよりも、多くのことを伝えられる（気がする）

重要!

④ 何かをお願いするよりも、相手の希望にどれだけ応えられるのか？が大切

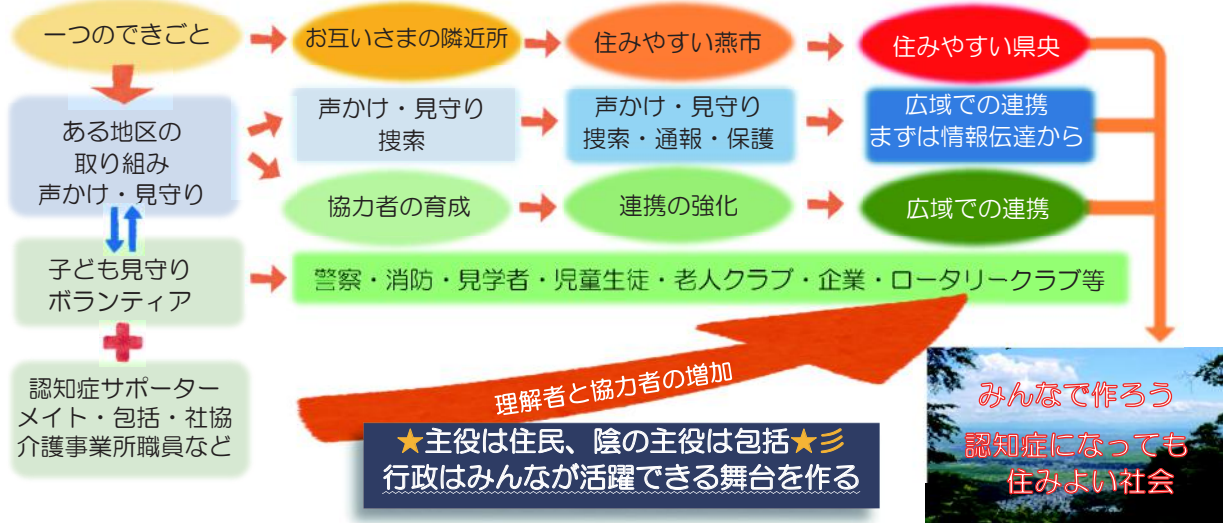
重要!

⑤ きめ細やかな関係づくりと関係性の維持

⑥ いつでも連絡が取れる様に、推進員の予定・連絡先をオープンにする

①～⑥は個人的に感じた連携に関する具体例ですが、これらは全てに通じることかとも思える。また、引いたり寄ったり視点を変えることで、気づけなかったことにも目を向けられた。

『個から地域全体』への進展状況～模擬訓練を通じて～



見守り・声かけ・捜索訓練開催状況の推移

初年度	市内1か所	参加者	112人
2年目	3か所	//	215人
3年目	4か所	//	362人
4年目	5か所	//	240人
5年目	5か所	//	226人
延べ		1,228人、	
78以上の団体や事業所が参加☆			

訓練時に配布する  
統計資料

近隣市村と行った広域見守り訓練の新聞記事

・朝日新聞デジタル (H31年2月25日現在)

<https://www.asahi.com/articles/ASLCP4S2XLCPUOHB00W.html>

市町村をまたぐ県内初の訓練、JR、警察も参加して情報伝達経路の確認を行った

燕市内で行われた訓練の紹介記事

・新潟日報大人プラス (H31年2月25日現在)

<http://www.sasayell.jp/column/interview/3279/3687/>

燕市内で行われた模擬訓練を取り上げて貰い、開催自治会の会長の声も取り上げられた

燕市で行われた市民向けの認知症支援セミナーの紹介記事

・新潟日報おとなプラス (H31年2月13日現在)

<http://www.sasayell.jp/column/interview/3279/3729/>

夫の介護をつづった絵日記から、介護者の思いに心を寄せる (認知症介護指導者との協同)

燕市在住の若年性認知症の人の声と思いが紹介された新聞記事

・新潟日報 平成31年1月31日号 見開きの記事

**重要!** 当事者が、若年性認知症と診断されてからの思いをメディアに話せる雰囲気、燕市にも生まれて来ました。

模擬訓練以外にも、沢山の歯車が複雑に絡まり合い燕市は今日も変わり続けています。

※この事例についてのお問い合わせ先

[nintisyou\\_tsubame2016@yahoo.co.jp](mailto:nintisyou_tsubame2016@yahoo.co.jp)

燕市認知症地域支援推進員 力石雅博





# 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](mailto:suishinin.net@gmail.com) ] まで。

■ 全国認知症地域支援推進員連絡会 事務局 ■



平成 30 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金  
老人保健健康増進等事業  
『認知症地域支援推進員の活動の推進に関する調査研究事業』  
活動事例集

検討委員一覧（敬称略／五十音順）

委員	及川 明美	NPO 法人いわての保健福祉支援研究会
委員	神山 智子	群馬県健康福祉部地域包括ケア推進室
委員	木村 ミカナ	仙台市健康福祉局保険高齢部地域包括ケア推進課
委員	西川 弘美	医療法人立川メディカルセンター 柏崎厚生病院
委員	染野 徳一	社会福祉法人名古屋市社会福祉協議会
委員	那須野 勇一	長野県飯島町健康福祉課 地域包括支援センター
委員	引野 好裕	社会福祉法人成光苑 高槻けやきの郷
委員	福田 竜光	霧島市地域包括支援センター
委員	森岡 朋子	和ねっと DSD 研究所／大和大学保健医療学部
委員長	山口 晴保	社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター
委員	渡邊 浩文	武蔵野大学 人間科学部社会福祉学科

オブザーバー

清水 亜紀	厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室
余語 卓人	厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室

事務局

永田 久美子	社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター
佐々木 幸	社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター
小谷 恵子	社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター
滝口 優子	社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター
翠川 沙織	社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター
小宮山 恵	社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター

平成 30 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金  
老人保健健康増進等事業  
『認知症地域支援推進員の活動の推進に関する調査研究事業』  
活動事例集

発行

社会福祉法人浴風会  
認知症介護研究・研修東京センター

〒168-0071 東京都杉並区高井戸西 1-12-1  
電話 (03) 3334-2173

発行年月 平成 31 年 3 月