

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 活動の手引き

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 活動の手引き

目 次

〇はじめに：認知症地域支援推進員として活動するみなさんへ

I. 国が進める認知症施策について：方向性を確認し、国施策を地域に活かそう	1
1. 認知症施策に関する全体的な動きを知り、自地域の未来を考えよう	2
2. 地域包括ケアシステムの構築と認知症施策	4
3. 「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」	5
4. 認知症総合支援事業（地域支援事業）について	7
5. 社会全体で認知症の人びとを支える	9
II. 認知症地域支援推進員の位置づけと役割	11
1. 認知症地域支援推進員の位置づけ	12
2. 認知症地域支援推進員の基本的役割	15
3. 認知症地域支援推進員の位置づけと役割の実態（全国調査結果より）	18
III. 認知症地域支援推進員の活動の流れ	21
1. 行政担当者との関係作り	22
2. 活動当初の確認事項	23
（1）市町村の理念や目標と認知症施策を確認する	23
（2）市町村の基礎情報を把握する	24
（3）市町村における推進員の役割を確認する	24
（4）認知症の人の暮らしや地域の実態を把握する	26
（5）地域の課題を把握し、整理する	28
3. 推進員の活動をよりよく進めていくために	30
（1）Plan：活動計画を立てる	31
（2）Do：活動を進めつつ、記録を取る（映像等も含め）	33
（3）Check：定期的に活動の評価をする（関係者、そして本人、家族とともに）	34
（4）Action：評価・振り返りを踏まえて新たな目標を立てる	35
4. 推進員同士のネットワーク	36
IV. 推進員の活動の展開：3つの役割を軸に	39
1. 医療・介護等の支援ネットワークの構築	41
（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	41
（2）認知症の人の容態に応じた多資源による支援のためのネットワーク作り	45
2. 関係機関と連携した事業の企画・調整：認知症対応力向上の支援や社会参加活動の体制整備	49
（3）啓発や研修等を通じた認知症対応力とつながりの支援	49
（4）認知症カフェや社会参加活動の体制整備を通じた認知症対応力とつながりの支援	52
3. 相談支援・支援体制構築	56
（5）個別相談からの支援体制作り	56
（6）初期集中支援チームとの連携と支援体制作り	58
〇検討委員からのメッセージ	60
関連情報一覧	62

認知症地域支援推進員として活動するみなさんへ

○みんな、迷いながらのスタート

「認知症地域支援推進員って、何をすればいいの？」

「何から手をつけたらいいんだろう？」

「これまでやってきたことと、何が違うの？」

「自分にできるんだろうか・・・？」

「これ以上、忙しくなったら、どうしよう・・・」

これらは、認知症地域支援推進員（以下、「推進員」とします）として活動を始めた人たちの多くが活動当初に抱く思いです。

推進員は、2018年度（平成30年度）からは全国すべての市町村に配置されるようになりましたが、まだまだ新しい存在です。

推進員活動について相談できる人が職場や身近なところに少ない（地域によっては誰もいない）中で、迷いながら活動をスタートしている推進員仲間が全国でたくさんいます。

○先輩の推進員の試行錯誤やポイントを参考に、自分の地域で、自分なりの一步一步を

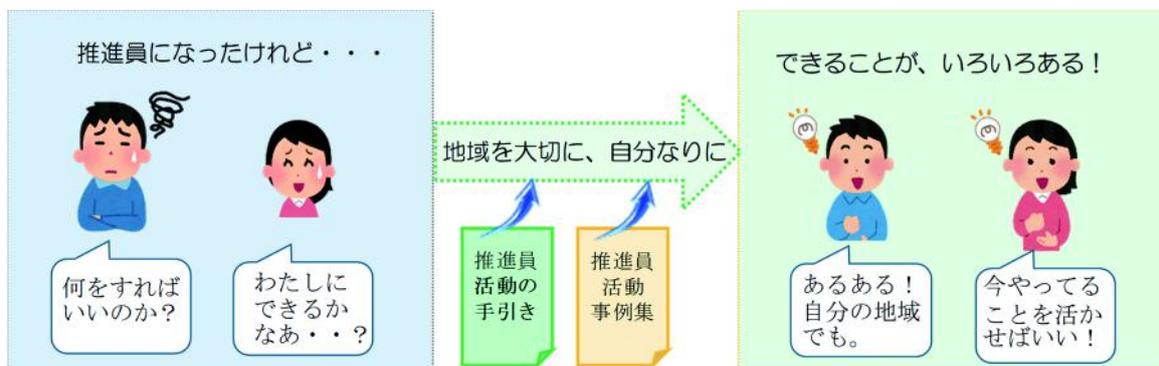
そんな迷いの時期を少しでも早く脱出して、自分がやるべきこと、できることを見出すために、このガイドをぜひご活用下さい。

このガイドには、推進員活動を進めていく上での道標になる基本的な情報に加えて、一足先に推進員になって試行錯誤しながら活動を進めていった先輩の推進員の人たちから寄せられた取組上のポイントを随所に盛り込んでいます。

それらを参考にしながら、自分の地域をあらためて見直し、どの地域にも必ずある「地域の力」を活かしながら、自分の地域を少しずつ、よりよいものにしていきましょう。

推進員は、新しい存在（役割機能）ではありますが、活動の一つ一つは、みなさん自身がこれまでやってきたことや今の業務が大事な足場になります。「何か新たに特別なことをしなければ」と焦らずに、これまで自分がやってきていることや培ってきた様々なつながりを大切にしながら、自分なりの推進員活動を一步一步進めていきましょう。

なお、推進員が活動していく主なテーマ別に取組事例を掲載した「認知症地域支援推進員 活動事例集」も作成しました。先輩の推進員が、試行錯誤した経過と成果と課題、ポイントをコンパクトにまとめたものです。手引きと合わせて、どうぞ参考にして下さい。



I. 国が進める認知症施策について

～方向性を確認し、国施策を地域に活かそう～



1. 認知症施策に関する全体的な動きを知り、自地域の未来を考えよう

1) 認知症施策の背景

① 急激に進む少子高齢社会：高齢化率の推移

日本は諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行しています。2017年10月1日現在、65歳以上の人口は、3,500万人を超えており、高齢化率は、27.7%となっています。今後も高齢者数は増加傾向にあり、2042年の3,935万人でピークを迎え、その後は減少に転じます。一方、65歳未満の人口の減少幅が大きいいため、高齢化率は上昇を続け2065年には38.4%に達し、約2.6人に1人が65歳以上となると推計されています（下図参照）。

② 認知症高齢者数の増加

高齢者数、中でも75歳以上の高齢者数の増加を背景に、認知症高齢者数の増加が見込まれています。団塊の世代が75歳以上になる2025年には、約700万人に達し、65歳以上の約20%（5人に1人）になると予想されています（次ページの表を参照）。

これらの数値は、市町村の高齢化の推移によってかなりの違いがみられます。自分の市町村では、現在どの程度、認知症高齢者がいると推計されているのか、また今後、そのように推移していくのか、市町村の推計値を確認しておきましょう。

<解説・資料>

→平成30年版高齢者白書(総務省)

自分の市町村の将来推計を確認してみよう。同じ市町村内でも地域による違いにも注目しよう。

この数値は、65歳以上の認知症の人の推計値であり、65歳未満の認知症の人の数は含まれていないことに留意しよう。

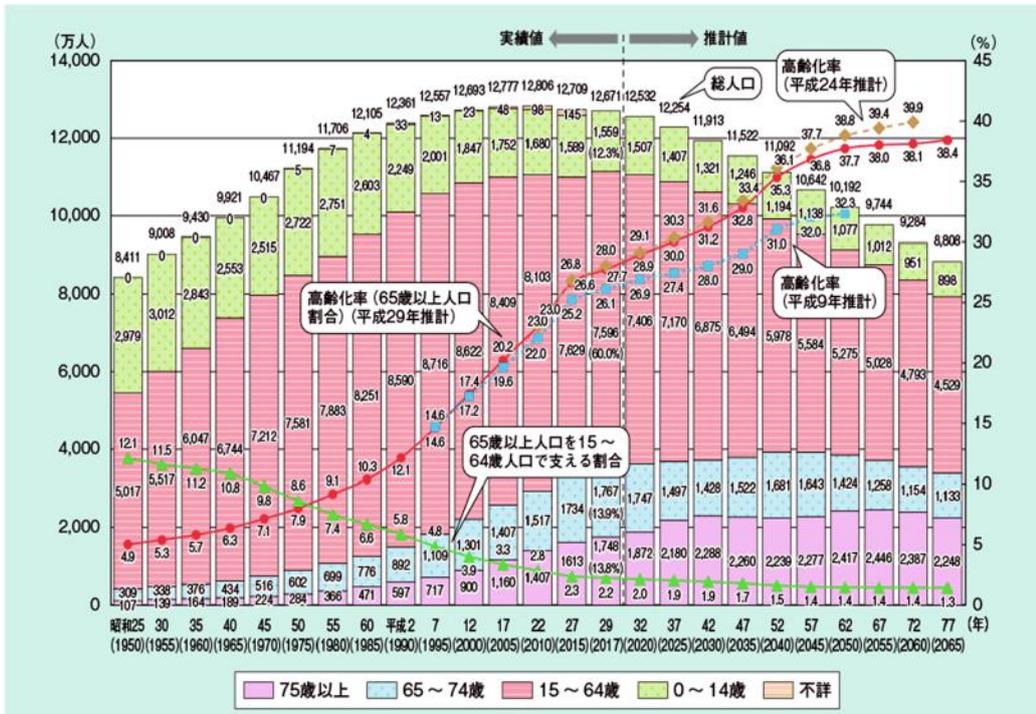


図 人口構造の変化と高齢化率の推移

視野を広げてみると・・・
自分のまちは、どんな風になっていくんだろう？

将来のために、今は大事な時期なんだなあ・・・！

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」

(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授) による速報値

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

2) 高齢者施策全体と連動しながら拡充を続ける認知症施策

急速に進む少子高齢化や認知症高齢者等の増加を背景に、認知症施策は、高齢者施策全体の中で重要な位置を占め、高齢者施策の中心をなす地域包括ケアシステムの整備と認知症施策は一体的に進められてきています。

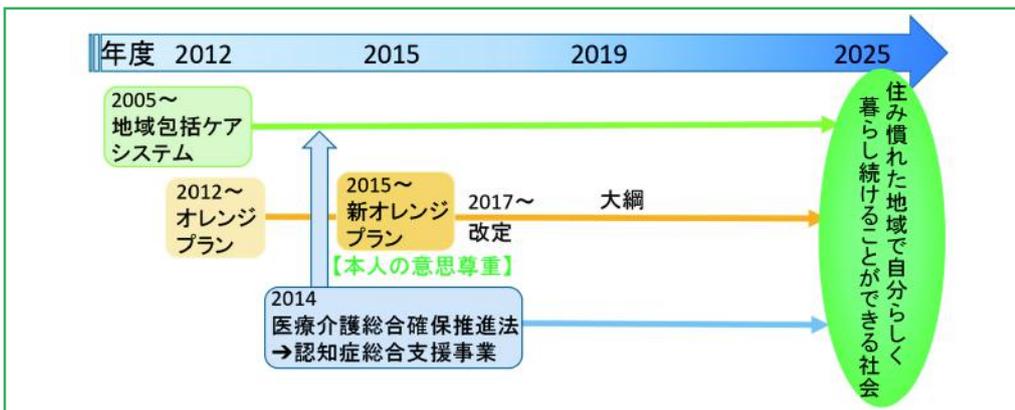
厚生労働省は、「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」（2012（平成24）年を公表し総合的な取組を進め、さらに2015（平成27）年1月には、関係省庁と共同して「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」を策定しました。新オレンジプランでは、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で、自分らしく暮らし続けることができる社会の実現」を目指しています。2017（平成29）年7月には、目標値の引き上げなど、新オレンジプランの改定が行われています。

また、新オレンジプランに基づき、地域の実情に応じた取組を支援し、地域づくりを推進するための認知症総合戦略推進事業を国は進めています。

なお、こうした認知症施策の推進のベースとなるものとして、2014（平成26）年に医療介護総合確保推進法が成立し、地域における適切な医療・介護サービスの提供体制の実現を図ることが目指されています。その一貫として「認知症総合支援事業」が位置づけられ、翌2015（平成27）年度からは地域包括支援事業の包括的支援事業が展開され、2018（平成30）年度には全国の市町村（共同実施を含む）で実施されるに至っています。

3) 社会全体で、「自分らしく暮らし続けられる」ことの実現を目指す

急ピッチで認知症施策が進展してきていますが、目指されているのは、「住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられる社会」です。各市町村において、国施策を活かしながら、地域の様々な人たちと共に築いていくことが挑戦課題となっています。



認知症の人が増えていくことを直視しよう。将来を先取りしながら、増えても安心なまちづくりを年々着実に進めていこう。

<解説・資料>

→地域包括ケアシステムについては、P.4を参照。

→新オレンジプランについては、P.9を参照。

→認知症総合支援事業には、「認知症初期集中支援推進事業」とともに「認知症地域支援・ケア向上事業」が盛り込まれ、その体制づくりの推進役として、各市町村に推進員が配置された。

→政府は2018年12月に関係閣僚会議を開催。政府一体となって総合的認知症政策を推進する指針となる大綱を2019年5月に策定(予定)。



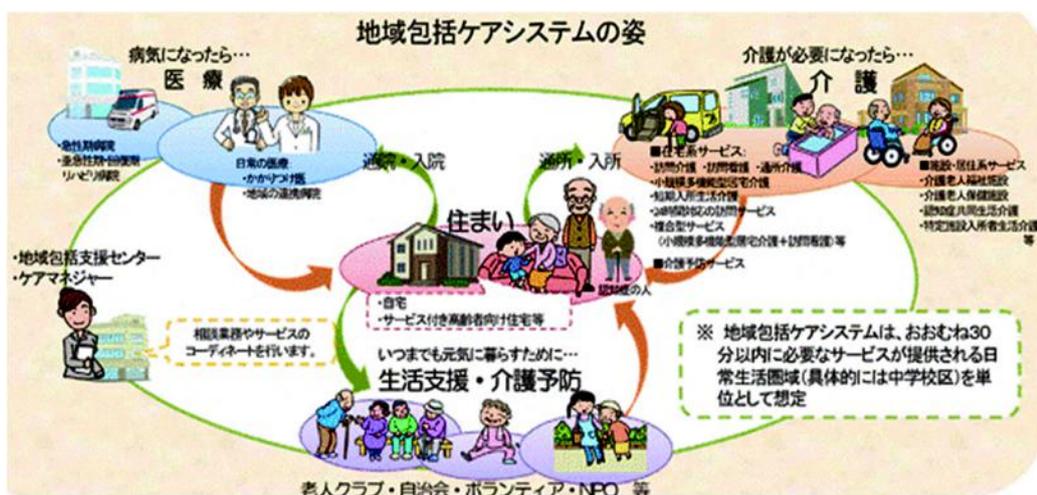
国施策の整備が進んできている。関係する人たちがたくさんいる。大切なのは、わが地域。目指す方向を共有しながら施策を活かして。暮らしやすいわがまちを一步一步、築いていこう！

2. 地域包括ケアシステムの構築と認知症施策

1) 地域包括ケアシステム

団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が目指されています。

人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。



資料：厚生労働省

2) 地域包括ケアシステムと認知症施策との一体的な推進

認知症高齢者の増加が見込まれることを踏まえ、認知症高齢者の生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムを構築することは重要なことです。

地域包括ケアシステムは体制の整備と同時に、その深化・推進が求められている。

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

この3点はすべての高齢者に必要な3点ですが、認知症の本人が初期から最期までよりよく暮らしていくに、非常に重要な3点です。

各自治体において、地域包括ケアシステムの構築と認知症施策を、別々に進めるのではなく、一体的にとらえながら、体制の構築や内容の拡充を図っていくことが不可欠です。

<解説・資料>

→地域包括ケアシステム 厚生労働省資料 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiihi-houkatsu/

→国が示す図を基礎に、自分の市町村での地域包括ケアシステムの構想図やその推進状況を確認してみよう。

→自分の市町村では、地域包括ケアシステム(図)に、推進員が位置付けられているかも確認しよう。

* 推進員が、市の地域包括ケアシステム構築の中核の部署に配置されて、地域包括ケアシステムと認知症施策の一体的な推進を行っている自治体も増えてきている。

→自治体によっては、地域包括ケアシステムの担当部署と推進員の担当部署が別の場合もある。それらをつないで一体的な体制づくりを推進していく上で、推進員が果たせる役割は大きい。

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

1) 新オレンジプランで重視されている基本的考え方

厚生労働省では、2012（平成24）年9月に「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」を公表し、認知症施策を総合的に推進してきましたが、それをさらに発展させるために2015年（平成27年）1月に、関係省庁と共同して「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」を策定しました。

新オレンジプランで重要なのが、その基本的な考え方であり、認知症に関するすべての事業や取組を方向づける根幹の観点が明確に示されています。

- 認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要（前文）。
- 認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で、自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

これらは、従来の認知症の人の見方や暮らし方、支え方についての大きな転換を求める内容です。「認知症があっても本人が主体として社会の中でよりよく暮らし続けていくこと」を推進員としても、活動の指針としていきましょう。

2) 新オレンジプランの7つの柱

新オレンジプランでは、7つの柱を掲げて、認知症の人を早期から最期まで地域全体で支える事業の総合的・体系的な施策が打ち出されています。

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

⑦認知症の人やその家族の視点の重視は、①～⑥のすべてを貫く横串になるものです。推進員活動を進めていく上でも、常に「本人の視点からみてどうか」「家族の視点からみるとどうか」、この点を大切にしていきましょう。

<解説・資料>

→ 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)本文、及び参考資料集については、厚生労働省のホームページ参照。
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/000064084.html>

→ 新オレンジプランでは、目標年を、団塊の世代が75歳以上となる2025年と明確に掲げ、各自治体での計画的な展開が求められている。

→ 柱②に推進員が、位置づけられている
P.12 参照

→ ⑦の本人視点の重視「本人のよりよい暮らしガイド」
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/honningaide.pdf>

「本人座談会(映像)」
https://www.npwo.or.jp/dementia_campaign/index.html

3) 新オレンジプランの新たな数値目標と具体的な施策の提示

2017年（平成29年）7月、厚生労働省は新オレンジプランの進捗状況をもとに新たな数値目標の設定と、焦点となる具体的な施策の提示を行いました。

数値目標一覧

項目	新プラン策定時	進捗状況(H28年度末)	(現) 目標	目標案 (H32年度末)
認知症サポーター養成	545万人 (H26.9末)	880万人	800万人 (H29年度末)	1,200万人
かかりつけ医認知症対応力向上研修	38,053人 (H25年度末)	5.3万人	6万人 (H29年度末)	7.5万人
認知症サポート医養成研修	3,257人 (H25年度末)	0.6万人	5千人 (H29年度末)	1万人
歯科医師認知症対応力向上研修	-	0.4万人	H28年度より 研修開始	2.2万人
薬剤師認知症対応力向上研修	-	0.8万人	H28年度より 研修開始	4万人
認知症疾患医療センター	289ヵ所 (H26年度末)	375ヵ所	500ヵ所 (H29年度末)	500ヵ所 ※2次医療圏域で少なくとも 1センター以上設置
認知症初期集中支援チーム 設置市町村	41ヵ所 (H26年度末)	703ヵ所	全市町村 (平成30年度～)	好事例の横展開等により 効果的な取組の推進
一般病院勤務の医療従事者 認知症対応力向上研修	3,843人 (H25年度末)	9.3万人	8.7万人 (H29年度末)	22万人
看護職員認知症対応力 向上研修	-	0.4万人	H28年度より 研修開始	2.2万人
認知症介護指導者養成研修	1,814人 (H25年度末)	2.2千人	2.2千人 (H29年度末)	2.8千人
認知症介護実践リーダー研修	2.9万人 (H25年度末)	3.8万人	4万人 (H29年度末)	5万人
認知症介護実践者研修	17.9万人 (H25年度末)	24.4万人	24万人 (H29年度末)	30万人
認知症地域支援推進員の 設置市町村	217ヵ所 (H26年度末)	1.2千ヵ所	全市町村 (平成30年度～)	好事例の横展開等により 効果的な取組の推進
若年性認知症に関する事業の 実施都道府県	21ヵ所 (H25年度)	42ヵ所	全都道府県 (平成29年度末)	コーディネーターの質向上 好事例の横展開の推進
認知症カフェ等の設置	-	H25年度から 国の財政支援実施	-	全市町村

焦点となる施策

施策の着実な実行に向けて関係省庁連絡会議で共有する主な取組

○地域で認知症に関わる事が多い業界への理解推進、認知症サポーターが活躍している取組の普及・推進

- ・小売業・金融機関・公共交通機関の職員に認知症の理解を深めてもらうため、認知症サポーターについて、周知し、受講を勧めることにより、認知症に気づき、関係機関への速やかな連絡等、連携できる体制整備を進める。
- ・認知症サポーター養成講座の際に認知症サポーターが地域でできる活動事例等を紹介する。

○認知症の人本人による発信の共有、本人ミーティングの推進

- ・関係省庁連絡会議等幅広い機会において、認知症の人本人による講演・意見交換の場を設ける。
- ・認知症の人やその家族の視点を重視した支援体制の構築のため、地域で認知症の人が集い、発信する取組である、本人ミーティング等について全国的に広める。

○成年後見制度利用促進基本計画に基づく施策の着実な推進

- ・全国どの地域においても必要な人が成年後見制度を利用できるよう、各地域において、権利擁護支援の地域連携ネットワークの構築を段階的・計画的に図る。
- ・本人の特性に応じた意思決定支援を行うための指針の策定等に向けた検討や検討の成果の共有・活用を行う。



全国各地でいろいろな活動が進んでるんだなあ！他地域の取組を参考にしながら、うちのまちの活動に弾みをつけたいなあ。



たくさんのごことはできないけれど、焦点を絞って・・・。

ゼロから始めなくても、先行事例がヒントになるな。

<解説・資料>

→厚生労働省「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)の数値目標の更新等について」

https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000146425_2.pdf

2025年度までを対象期間とし、当面の数値目標は平成29年度末で設定(介護保険事業計画の期間と同様)

各市町村として取りまとめている進捗状況の確認や、自地域の特性に応じた今後の目標、重点等を確認しておこう。

→認知症サポーター活動事例

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/000167731.html>

→「本人ミーティング開催ガイドブック」

https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/honninmeeting1_1.pdf

→「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/000212395.html>

4. 認知症総合支援事業（地域支援事業）について

1) 認知症総合支援事業

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

この事業は、認知症施策の重要課題である①できる限り早い段階からの支援を推進するための「認知症初期集中支援推進事業」、そして②地域における医療・介護等の連携の推進のための「認知症地域支援・ケア向上事業」の2事業で構成されています。

①できる限り早い段階からの支援…認知症初期集中支援推進事業

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

②地域における医療・介護等の連携の推進…認知症地域支援・ケア向上事業

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

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

<解説・資料>

→医療介護総合確保推進法は、持続可能な社会保障制度を確立し、効率的かつ質の高い医療提供体制と地域包括ケアシステムを構築し、地域における医療及び介護の総合的な確保の推進を図るために、医療・介護等の関連法を横断的に改正したものの。

→初期集中支援チーム員の活動の概要については

<http://www.ncgg.go.jp/kenshu/ken-shu/27-2.html>

→この事業を担当するものとして、推進員が配置されている。

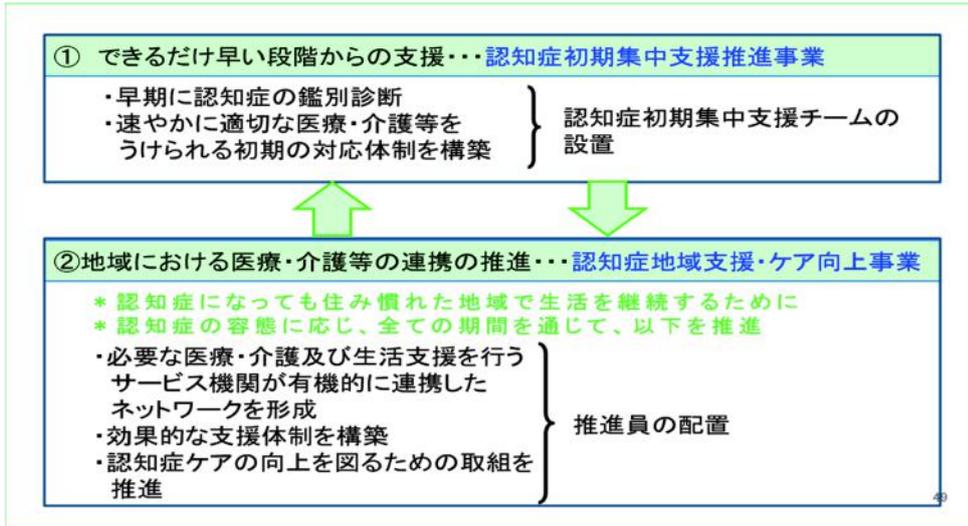
→初期段階の人への支援体制づくりにおいては、初期集中支援チームとの連携が不可欠となる。

→推進員の実際の役割や活動の内容・範囲は、配置された市町村の実情に応じて、多様性がある。

p.18の推進員活動に関する調査結果を参照。



認知症総合支援事業

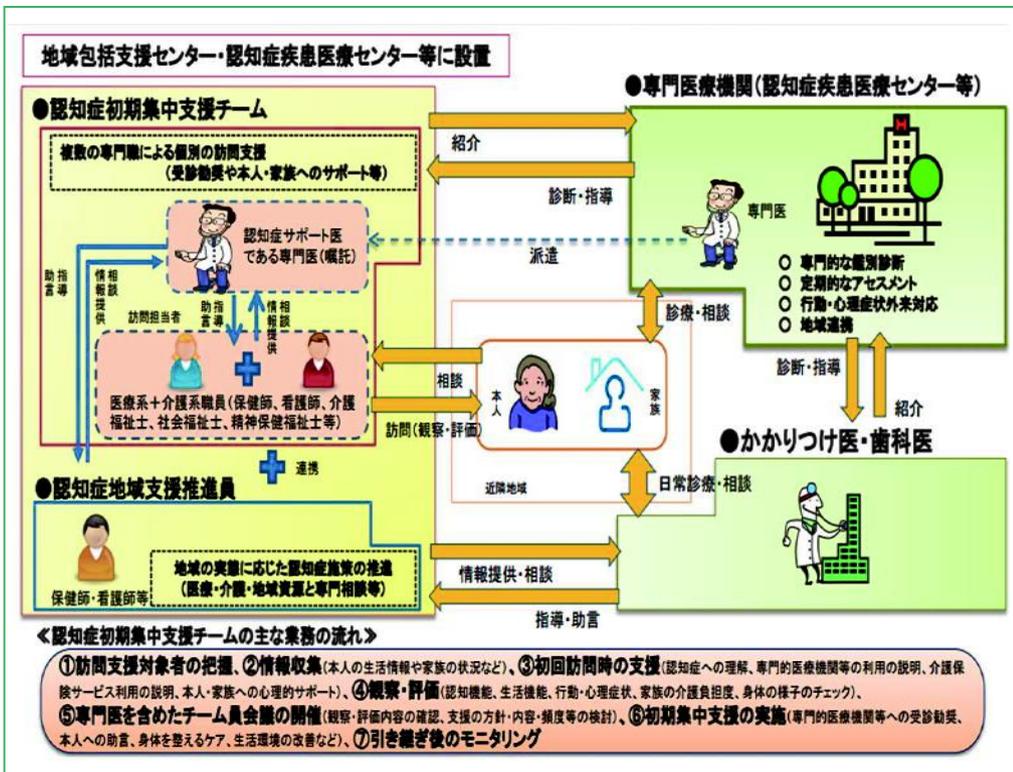


初期集中支援チームと推進員との連携が大事ななあ。

早い段階での医療と介護等の連携が上手くいくようになると助かる人が多いね。



認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員
 <連携しながら、できるだけ早い段階からの総合的な支援の流れを創りだしていく>



<解説・資料>

→ 認知症初期集中支援チームの設置ももちろん重要だが、その目的は、「できるだけ早い段階からの支援が総合的に実施されるようになること」にある。そのためは、初期集中支援チーム員と推進員との連携が重要。

→ 初期集中支援チームと推進員の配置や連携のあり方・形態は市町村によって多様性がある。

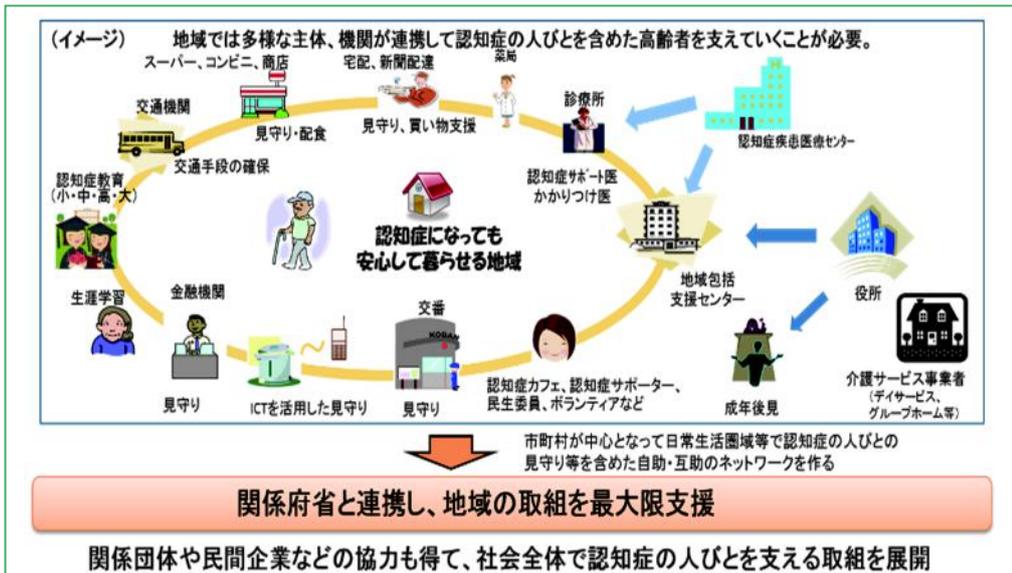
推進員がチーム員としても兼任している人が、6割近く上っている。

「できるだけ早期の段階からの支援」という目的を共有しながら、各市町村における初期集中支援チームと推進員との連携のあり方を年々よりよくしていくことが求められている。

資料：厚生労働省

5. 社会全体で認知症の人びとを支える

1) 地域にいる多種多様な人たちとともに支える



資料：厚生労働省

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会を実現していくためには、医療・介護関係者、そして地域の多種多様な人びとがネットワークを築き、社会全体で支えていく取組を広げていくことが必要です。

2) 認知症の本人が支えられる一方ではなく共に地域をつくる一員とし活躍

近年では、認知症の本人たちが、地域の中でそれまで通りの活動や仕事を続けて前向きに暮らす人が増えてきており、その姿が、他の本人や家族、地域の人たちを勇気づけ、立ち直りの大きなきっかけや偏見の解消につながっています。

また、本人たちが認知症の本人向けのガイドの作成に参画したり、病院や認知症カフェの一角で、他の認知症の本人や家族の相談相手として活躍する人たちも各地で増えてきています。

2018年11月には本人たちが「認知症とともに生きる希望宣言」を発表し、宣言文をもとにした「希望のリレー」が各地に広がり、本人自身が認知症とともによりよく生きていく地域づくりの一員として活躍を始めています。

社会全体で支えあう真にやさしい地域を築いていくには、「本人を抜き」にせず、地元で暮らす本人とともに取組を進めていくことが、何よりも近道です。

<解説・資料>

→自分の市町村で暮らすすべての世代の人たち(子供たちも含めて)、多様な業種で働く人々など、地域にいるあらゆる人たちが、支え合う仲間になりうる。自分の市町村でのネットワークの現状とこれからの広がりの可能性を考てみよう。多様な地域資源とのネットワーク作りについては、p.45 参照。

なお、医療・介護の関係者も多様な職種の人たちが、市町村内の多様な場にいる。社会で支えあっていくための大事な人々である。

→参考として、NHK 厚生文化事業団 「やさしいまち大賞」
<https://www.nhk.or.jp/heart-net/article/139/>
<https://www.nhk.or.jp/heart-net/article/145/>

認知症とともに生きる希望宣言

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

「認知症とともに生きる希望宣言」

～ 一足先に認知症になった私たちからすべての人へ～
 一般社団法人 認知症本人ワーキンググループ
<http://www.jdwg.org/>



自分の力を活かして、楽しみながらチャレンジ！
一緒に汗を流しながら、本人と様々な人たちの輪が広がっている。
(静岡県富士宮市)

第2回認知症にやさしい町大賞（2018年）NHK 厚生文化事業団
<https://www.nhk.or.jp/heart-net/article/145/>

Ⅱ. 認知症地域支援推進員の位置づけと役割



1. 認知症地域支援推進員の位置づけ

1) 新オレンジプランの総合的な推進役という公的な立場

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

柱の2は、新オレンジプランの全体に密接に関係しています。それぞれの推進員は、認知症施策全体の関係者と相互に関係しあい、まさに認知症施策を総合的に推進していく立場です。

推進員が配置された事業所が、委託型の地域包括支援センター等の民間の事業所であっても、推進員は「自治体によって配置された公的存在」という立場で活動していくことになります。

2) 連携の要役として地域連携を本格的に生み出していく立場：「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」の流れをつくる

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

柱の「2. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」には、以下の(1)～(7)の項目が挙げられています。

【新オレンジプラン 7つの柱の2】

2. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

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

推進員は上記のうちの「(7) 医療と介護の有機的な連携の推進」に位置づけられています。

→介護保険がスタートした2000年当時から、連携の必要性が唱えられてきているが、どの自治体でも実質的な連携が十分には進んでいない課題がある。

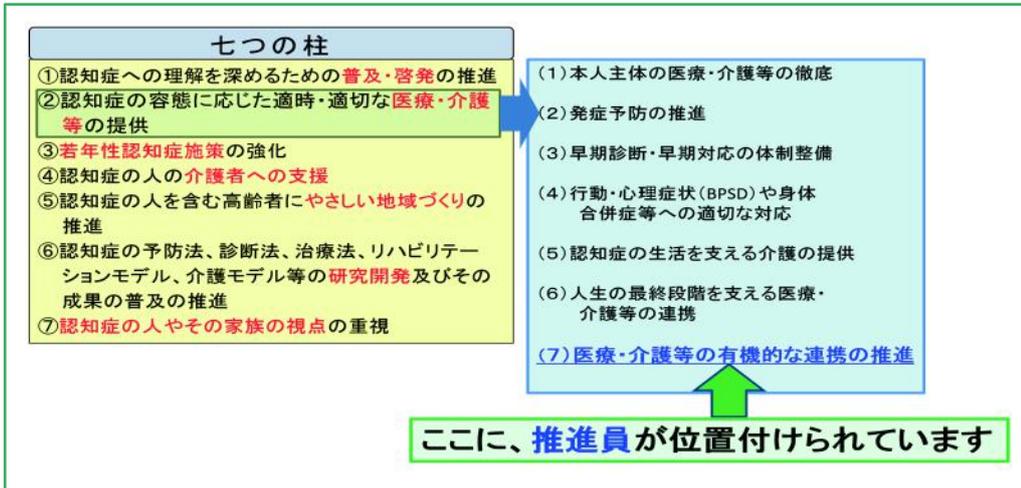
それを解消し、本人視点に立ち本人主体の連携体制を本格的に築いていくことが急務となっている。

推進員は、そのために配置された、本人にとって、また自治体にとって重要な立場にある。

→「有機的」という点に着目しよう。

3) 医療・介護等の有機的な連携の推進役としての立場：カタチだけではなく実質的な連携へ

有機的とは、「多くの部分が緊密な連関をもちながら全体を形作っているさま」。推進員は、形だけのつながりではなく、関係者が密につながり、市町村で暮らす認知症の人たちがよりよく生きていくための、内実のある連携を生み出していくことが期待されています。



新オレンジプランにおける推進員の位置づけ

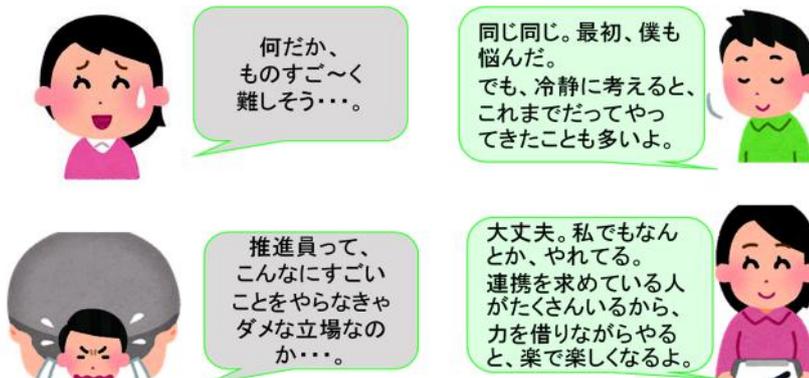
医療・介護等の有機的な連携の推進

(認知症地域支援推進員の配置)

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

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

資料：「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」



<解説・資料>

→7番目に位置づけられているが、実質的には、(1)～(7)は関連している。

推進員は、連携体制の全体に関わる立場を持てる。

→最初、施策上の推進員の立場を知ると、不安が募る人が多い。推進員研修に参加したり、推進員同士のネットワークに加わると、その不安が軽減される人が多い。

4) 行政と地域をつなぐ立場：推進員は行政担当者のパートナー

これまで、市町村では、認知症サポーター養成講座の開催や認知症に関する相談、認知症家族介護者への支援、見守り・SOSネットワーク構築など、認知症関連の多種多様な事業が実施されてきています。

さらに、近年の地域包括ケアシステムの構築に関する考え方や、「新オレンジプラン」の策定・改定によって、認知症ケアパスの作成や活用等、自治体での取組は飛躍的に増大しています。

また、市町村においては、地域の実情に応じて、例えば初期集中支援チームの設置や地域ケア会議の開催、在宅医療介護連携の推進、生活支援や介護予防など、認知症施策に包括的に取組んでいくことが求められています。

このように年々増え、広がりを見せている認知症関連の事業を、行政担当者が着実に実施していく上で、推進員は大切なパートナーとなりえます。推進員は、行政と地域とのつなぐ立場にあり、架け橋、パイプ役の機能を果たします。事業等を実施するための直接的な協力者というのみでなく、行政担当者が事業の企画・準備から、見直し・改善を行っていく一連のPDCAサイクルを展開しながらよりよい施策・事業を展開していくための重要な相手でもあります。



行政担当者のパートナーとしての推進員
～推進員は、行政と地域の架け橋～

<解説・資料>

→p.7にあるように、認知症地域支援推進員は、市町村事業である、地域支援事業の包括的支援事業の一つである「認知症総合支援事業」として位置づけられている。

推進員が行政のパートナー役として地域の体制作りの活動をしている事例

→事例集の事例25、事例27を参照。

2. 認知症地域支援推進員の基本的役割

1) 推進員の3つの基本的役割

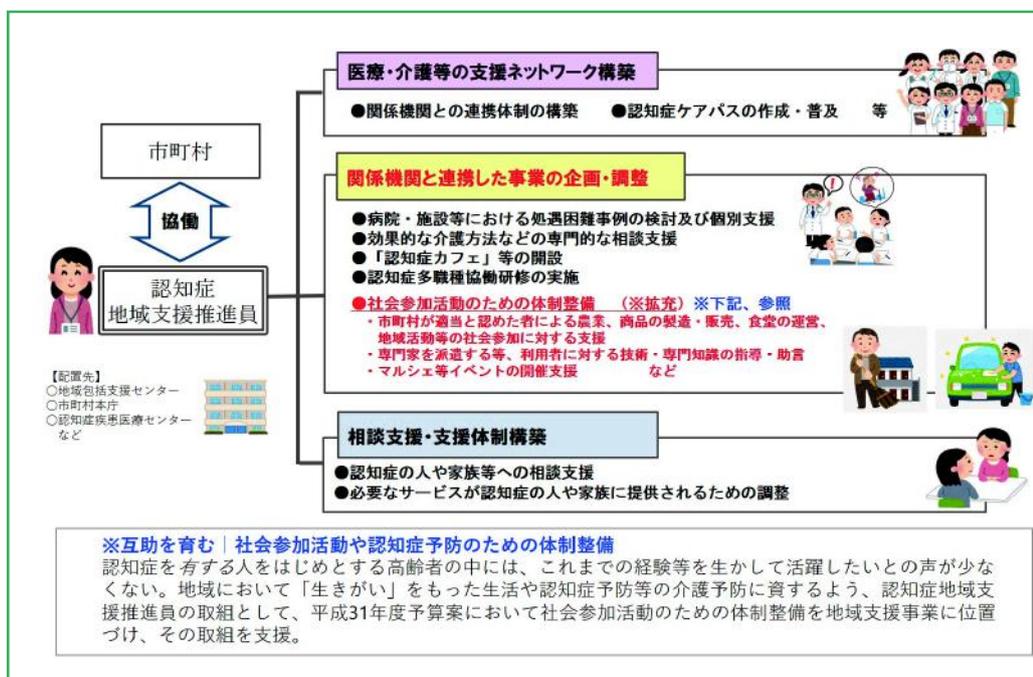
推進員の基本的な役割として、厚生労働省は大きく3つ（①医療・介護等の支援ネットワーク構築、②関係機関と連携した事業の企画・調整、③相談支援・支援体制構築）に分け、役割に関連した活動（下図の●）とともに例示しています。

なお、役割の②は、平成30年度までは「認知症対応力向上のための支援」とされていましたが、平成31年度からは、それが拡充されることになりました（P.16 およびP.52も参照）。

いずれにしても、推進員が活動を進めていくためには、市町村の担当者との協働が不可欠です。

認知症地域支援推進員

資料:厚生労働省



厚生労働省「全国介護保険・高齢者保健福祉担当者会議 資料」（2019年3月19日）より

<解説・資料>

→厚生労働省「全国介護保険・高齢者保健福祉担当者会議資料」

2019年3月19日の【総務課認知症施策推進室】資料。

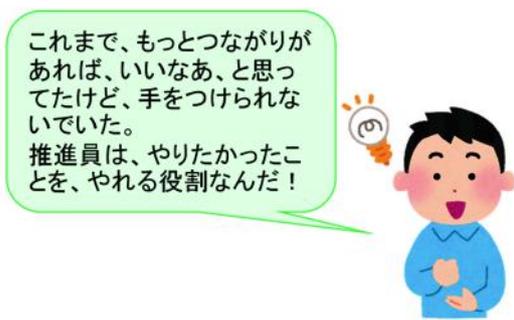
→担当者との関係作りについては、本手引きの、「Ⅲ. 推進員の活動の流れ」P.22を参照。

→すべての役割を果たさなければと焦りがちだが、いきなりすべてではなく、地域課題等に応じて、地域で暮らす本人たちにとって優先度の高い役割から少しずつ役割機能を果たしていく。

* そのために、推進活動計画をたてよう。

→この手引きのⅢ_3を参照。

* 3つの基本的役割はつながっている。どの役割からでも始めることができる。活動を進める中で、少しずつ、3つの役割全体に活動を広げていく。



①医療・介護等の支援ネットワークの構築

推進員の活動の中心になる役割です。人や取組や事業等を、バラバラのままではなく、ひたすら「つなげる」役割です。つなげながら、地域のつながりの網の目を次第に細やかにしていきます。

本人と家族がよりよく暮らしていくためのつながりのためには、医療・介護はもちろんですが、地域の多世代の様々な人たちや、生活関連領域（買物先、金融機関、交通機関等）とのつながりも生み出していきます。

認知症ケアパスの作成や普及・活用も、この「つなげる」役割の一環です。

②関係機関と連携した事業の企画・調整

せっかくつないでも、つなぐ先の方が認知症に偏見をもったままであったり、認知症の人への対応力が低い場合、本人や家族にむしろダメージを生じてしまいかねません。つながりをつくっていくことと並行して、対応力の向上のための研修等を関係機関と連携しながら企画・調整を行っていきます。

また、認知症カフェの開設（の支援）や、本人の社会参加活動のための体制整備のための企画・調整を行なっていくことも推進員の役割として期待されています。

③相談支援・支援体制構築

これは、一人ひとりの個別相談を大切にしながら、相談前後に本人・家族が地域の適切な場や関係者にスムーズにつながり、必要とする様々な支援を得ることができるための支援体制を育てていく役割です。

推進員は、相談が入るのを待って対応するのではなく本人の視点にそって支援とつながりの流れや体制をつくることが重要な役割機能です。

その点からするとこの③には、

- ・「相談につながるための支援の流れ」
- ・「相談後の支援の流れ」

という2つの局面があることをしっかりと認識しましょう。

なお、初期集中支援チームとの連携を強めながら、できるだけ初期段階からの支援体制づくりを進めていきましょう。

以上いずれも、特別に新しい役割ではなく、推進員として配置される以前からすでに実践していた役割も多いと思います。自分のこれまでのキャリアや活動、すでにあるつながりを最大限いかしながら、加えて、推進員として配置された立場を活かして、3つの役割をより意識的・計画的に、そして主体的に進めていきましょう。

この3つの役割は、『これまでも必要と感じていた』、『やりたかった』けれども、これまでは「自分が主となってやる」という立場や役割が十分でない状況で、できなかったことが多いのではないのでしょうか？ぜひ、推進員になったことをきっかけに、少しずつ、3つの役割に注力していきましょう。

→推進員の役割は、あくまでも学び合いの場や機会等の企画・調整役である。講師役や中心的な役割そのものではない点に留意しよう。

→【要注意】

「認知症の相談は何でも推進員に回せばいい」という誤解がなされてしまうと、推進員が個別相談に追われ、本来の役割を果たせなくなってしまう。推進員は、相談を大切にしつつ、支援体制構築の役割があるという点を重視しよう。

2) 市町村による推進員の役割の焦点のちがいを行政担当者との対話と協働を

推進員を配置する市町村として、推進員にどのような役割を求めるかは様々です。市町村として、推進員にどのような役割を求めているかが不明確な場合があります。役割が不明確なままでは、推進員活動を上手く進めることができません。

特に推進員活動のスタートの段階では、市町村の認知症施策における課題をもとに、社会資源の状況、人員、地域包括支援センター等々の業務の棲み分けや推進員の配置形態等踏まえて、市町村の担当者と推進員とが十分に、推進員の役割・活動について話し合しましょう。

3) 何のための事業や活動か：役割と目指していることを、しっかりと見据えよう

事業や活動をしよう・・・と動き始めると、どうしてもそれらをやること（こなすこと）が目的になりがちです。普及・啓発の講座の実施や、認知症カフェ、認知症ケアパス、連携会議などなど、それぞれの活動はもちろん重要ですが、その活動自体を目的にすると、推進員になるまえと変わらないのでは・・・。

何か活動をする場合は、推進員の3つの役割や目指していることを思い浮かべ、それらに向けて、今やろうとしている活動をどう活かせるか、ちょっと立ち止まって考えながら、進んでいきましょう。

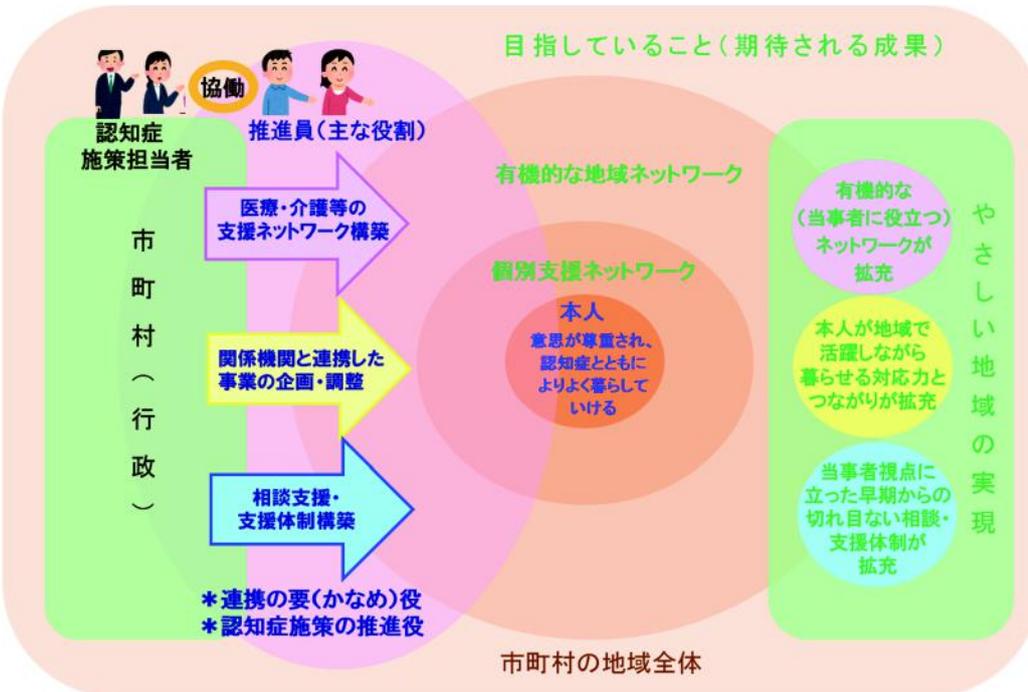
<解説・資料>

→担当者との関係作りについては、本手引きの、「Ⅲ. 推進員の活動の流れ」P.22を参照。

→一つ一つの事業や活動は、目指している本人の姿や地域の姿をつくりだしていくための手段です。

【要注目】

事例集の各事例は、認知症ケアパスや認知症カフェ、認知症サポーター養成講座などを入口にしていますが、肝心なのは、それらの活動の最中で、推進員の3つの役割を意識し、支援ネットワークを築いたり、対応力向上をはかったり、個別相談から支援体制づくりを展開している点です。



3. 認知症地域支援推進員の位置づけと役割の実態 ～全国調査結果より～

以下、認知症介護研究・研修東京センターが、2018年3月末時点で推進員として配置されていた方々を対象に実施したアンケート調査結果の抜粋です。詳細は、当センターのホームページDCnetをご覧ください。

【推進員の基本属性】 N=2,476人

- 性別 女性 80.8%、男性 19.1%
- 年代 40～50代 63.5%、次いで 30代 22.9%
- 推進員としての延べ経験年数

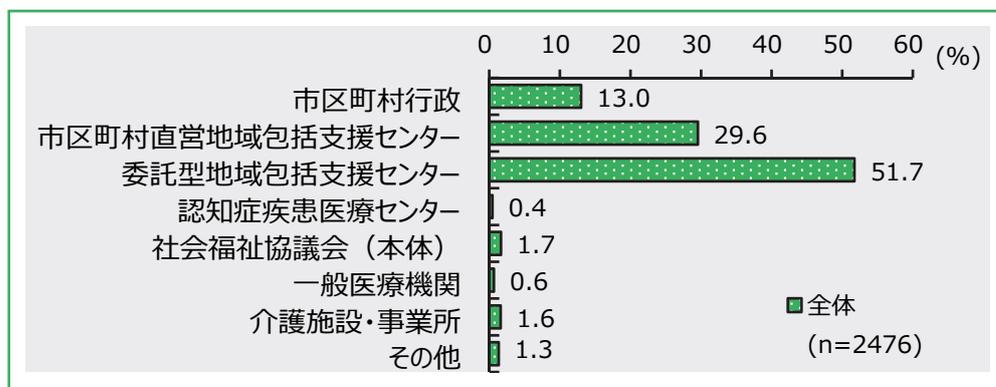


○主な資格（複数回答）

保健師 (29.8%) 看護師 (35.2%)、社会福祉士 (38.2%) 介護福祉士 (24.6%)
 精神保健福祉士 (8.4%) 介護支援専門員 (56.9%)

【推進員の立場等】

○配置されている組織



○担当区域

「市区町村全体」(49.6%)と「地域包括支援センターの担当区域」(44.8%)が半々で大部分を占める。

○配置形態 89%が元職との「兼務」

○雇用形態 92%が「常勤」

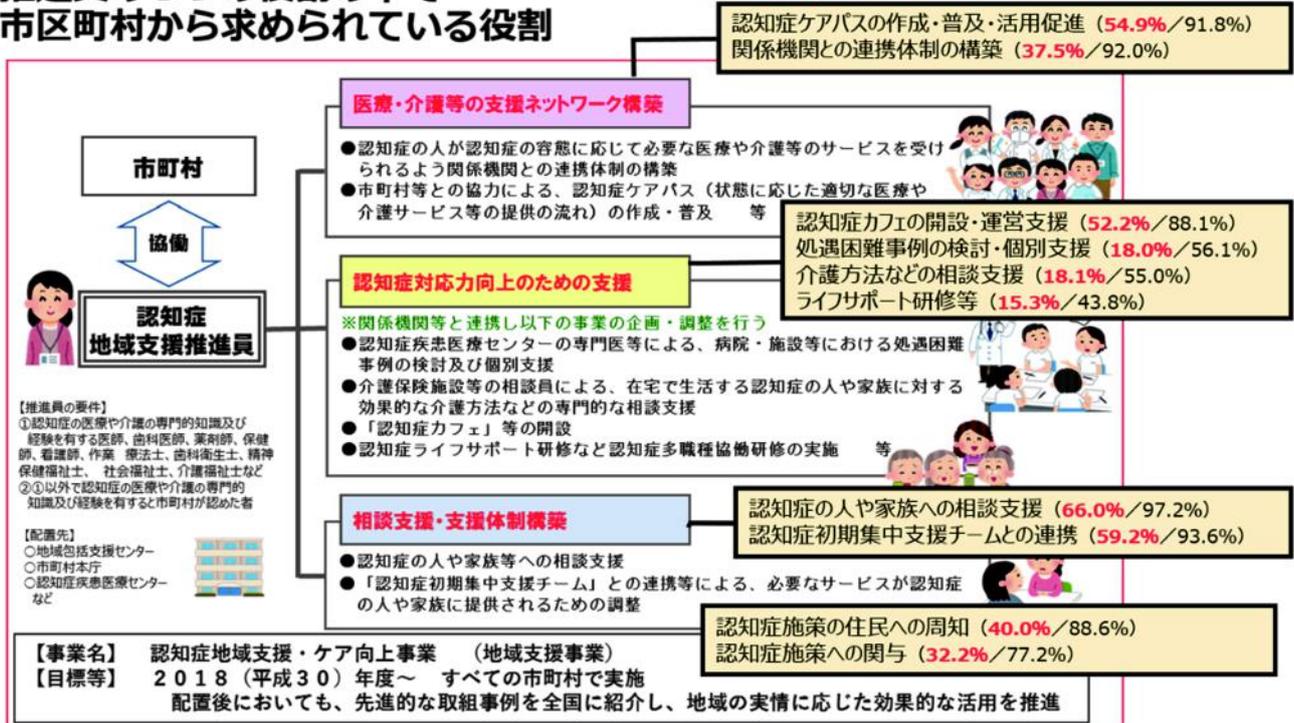
○認知症施策の他の役割（兼任）

58.3%が「認知症初期集中支援チーム員」を兼任
 8.3%が「生活支援コーディネーター」を兼任

【推進員の役割】

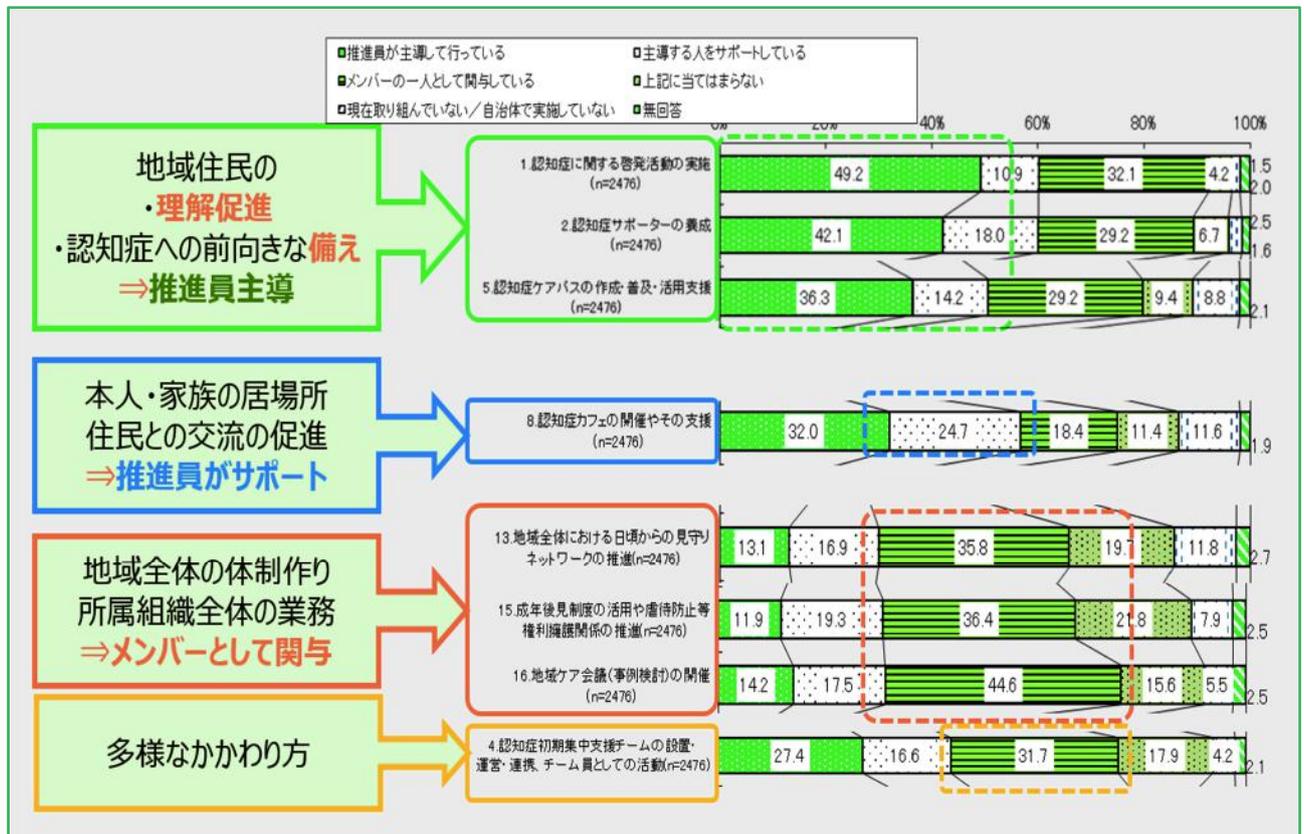
推進員の3つの役割の中で
市区町村から求められている役割

() 内の数値は
〔明確に求められている〕のみ/〔明確に・概念的に求められている〕の合計 (N=2,476)



* 国が平成30（2018）年度段階で示していた推進員の主な3役割に基づいて実施した調査結果。
平成31（2019）年度から新たに拡充された役割については、P.15 及び P.52 を参照。

【推進員が実際に行っている活動】





本人、地域の人たち、子供たち、専門職が、週1回、戸外でふれあい、それぞれが活躍。推進員も自然と溶け込み、人と人とのつながりをコツコツ広げている（新潟県湯沢町）

（第2回認知症にやさしい町大賞（2018年）NHK厚生文化事業団）

<https://www.nhk.or.jp/heart-net/article/145/>

Ⅲ. 認知症地域支援推進員の活動の流れ



1. 行政担当者との関係づくり

1) スタートは、行政担当者との関係づくりから：出向く、会う

推進員活動は、行政担当者との協働を抜きにしては進みません（行政や直営の地域包括支援センターの場合も、役所内の担当部署やその上層部の人と）。

そしていきなり協働ができるわけではなく、丁寧に関係を育てていくことから始まります（担当者が異動して交替した場合も、同様に）。

行政担当者が推進員との関係づくりに熱心で、出会って話し合う機会を担当者が（定期的に）設定している自治体もあります。しかし、多くの場合は、呼ばれるのを待っているやり方では進まない現状があります。

推進員として配置された立場を大切に活かし、自分の方から、担当者や担当部署に足を運び、なじんでもらい、連絡や気軽に話し合える関係を育てていきましょう。

→推進員の役割である市町村や地域全体の支援体制作りを進めていくためには、行政担当者と、できるだけ早い段階での関係づくりが不可欠。

→最初は手間がかかるようだが、その後の活動の大事な足場になっていく。



週に1回は必ず出向くことを、推進員になってからの仕事の一つにしています。小さな情報のやりとりが、活動にとっても役だっています。

行政の人も本当に忙しい！担当の方に比較的無理のない曜日や時間帯をきいて、短時間でいいからちょこちょこ会いに行きます。



2) 丁寧に話し合い、思いと方向性をひとつに

形式的、表面的な話ではなく、じっくり話し合う機会を作り、行政担当者と、「一緒にやっぺいこう」と方向合わせをすることが、お互いの信頼関係作りの一歩です。

自分のことだけを伝えればいいのではなく、担当者の考えや思い、置かれた状況をよく聞いて、顔の見える関係→率直に話し合える関係→分かり合える関係を育てていきましょう。

行政担当者との話し合ってみよう

1 行政がめざしている姿は？（理念、目標の具体は・・・）

わかりあえましたか？

2 行政担当者がとらえている課題は？（その理由は）

例

早期からの対応ができない

行方不明や虐待がおこること

3 行政として力を入れたい取り組みは？（その理由は）

例

医療と介護の連携ができるようにしたい

住民による見守り支援が受けられるようにしたい

4 取り組みを進める上での課題は？

例

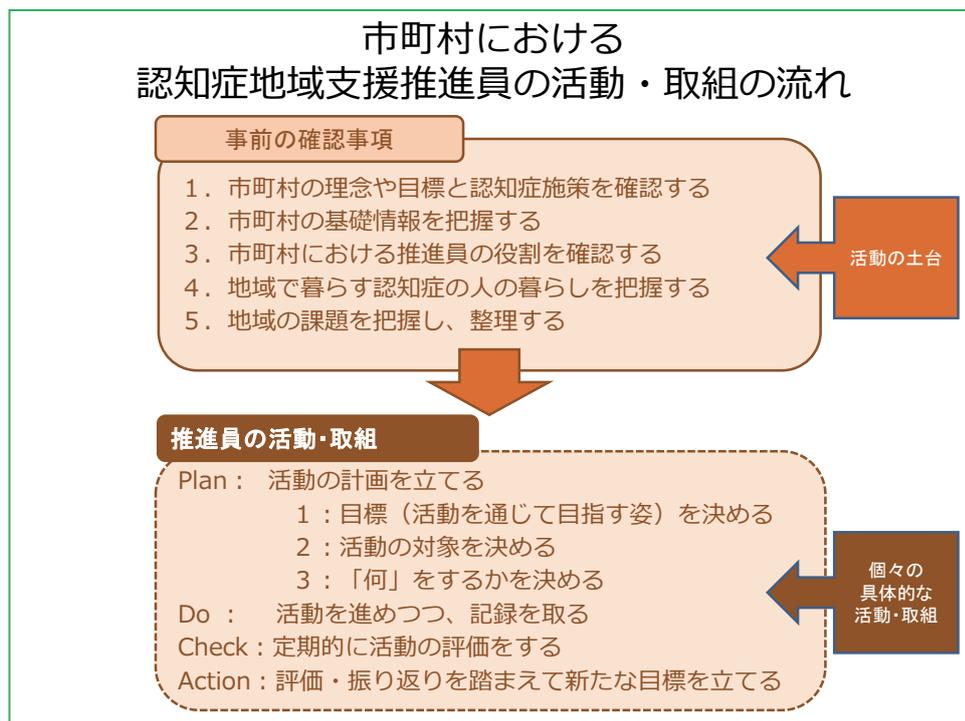
医療職と介護職と一緒にじっくりと話しあう機会がない

漠然とした呼びかけでは、どう見守りたいか住民が具体的な一歩を踏み出せない

資料：佐藤アキ氏（山鹿市）参考に作成



2. 活動当初の確認事項



推進員活動を進めるに当たり、土台となる情報を確認します。情報収集・確認作業を行うことを通じて、推進員と行政担当者との関係も深めていきましょう。

（1）市町村の理念や目標と認知症施策を確認する

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

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

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

（２）市町村の基礎情報を把握する

現在、全国には1,700以上の市町村がありますが、その1つとして同じところは
ありません。それぞれの市町村の特徴を踏まえて活動に取り組むことが大切です。

意外と自分のまちのことを知らないことも多く、基礎的な情報を知ることから、
まちの強み・弱み、まちが変化している様子等が浮かび上がってきます。

なお同じ自治体でも、地域による違いを基礎的な情報から把握しましょう。

【市町村の基礎情報】

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

→事例集にある推進員の活動事例は、人口規模別等で見られるようになっているので特に、自分の自治体と近い事例を参考にしよう。

（３）市町村における推進員の役割を確認する

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

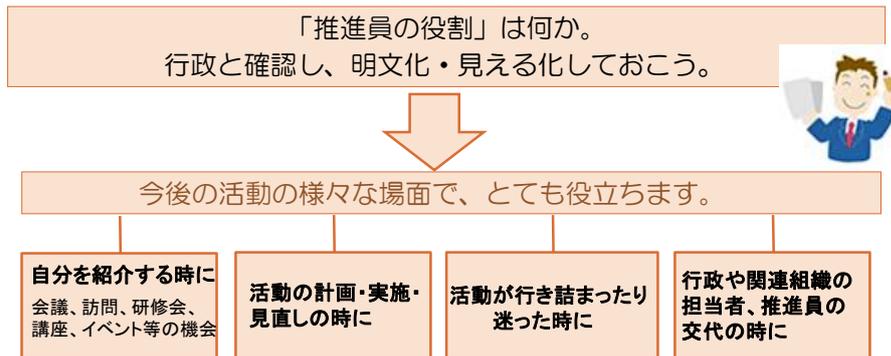
下記は平成30年度の認知症地域支援推進員研修において、「市町村から求めら
れている推進員としての役割」として、受講生から報告のあったものです。

【市町村から求められている推進員の役割（例）】

- 医療機関や介護サービス、地域の支援機関をつなぐコーディネーター
- 認知症に関する社会資源等の情報収集及び提供
- 認知症カフェの立ち上げ、活動支援
- 本人ミーティングの開催
- 認知症ケアパスの作成（見直し）・普及
- 認知症に関する事業・制度の住民への周知
- 地域包括支援センター職員に対する認知症に関する助言・アドバイス
- 認知症の人やその家族の相談、支援
- 若年性認知症の人と家族の相談、支援
- 専門職・住民の認知症対応力の向上
- 地域の認知症施策の企画・運営・見直し、さらなる推進に行政と共に協働
など

(参考) 推進員の存在や役割を、明文化・見える化させる工夫

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



認知症地域支援推進員のチラシ

認知症地域支援推進員が誕生しました！

大崎市の各地域包括支援センター等に医師、介護及び地域の支援機関をつなぐコーディネーターとして認知症地域支援推進員が誕生しました。
認知症地域支援推進員を中心に、認知症になっても住み慣れた地域で安心して生活が継続できるように地域づくりを推進します。

認知症の人と家族が 優しい地域の輪の中で 元気に笑顔で暮らせる大崎市

みんなを支える
地域包括支援センター
～認知症地域支援推進員の配置～

ケアマネジャーグループホーム
介護事業所・各施設

介護

地域

医療

かかりつけ医
薬局など

近所、老人会、行政区域
民生児童委員など

商店、銀行、スーパー、郵便局、
警察、学校、公民館など

～いつまでもいそいそと認知症にやっっても安心して暮らせる大崎市～

<認知症地域支援推進員の連絡先>

古川地域包括支援センター Ⅱ87-3113	志田地域包括支援センター Ⅱ53-1271
玉造地域包括支援センター Ⅱ72-4888	田尻地域包括支援センター Ⅱ39-3601
大崎市役所民生部高齢介護課地域支援係 Ⅱ23-2511	民生部健康推進課 Ⅱ23-5311

チラシを作ってPR
(住民へ、事業所へ、
医療機関へ)

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

資料：宮城県大崎市

→推進員に相談できることや連絡先を記したクリアフォルダを作成し、配布している市もある。

(4) 認知症の人の暮らしや地域の実態を把握する

市町村のめざす姿（理念・目標）と推進員の役割を確認した後は、地域で暮らす認知症の人の生活や地域の実態を把握します。地域に住む認知症の人がどのような暮らしをされているか、認知症の人やその家族への支援体制はどのようになっているか、統計等を活用して市町村の全体像をつかむとともに、圏域ごとの特徴をつかんだり、認知症の人や家族の声、地域の人々の声を聞きとりましょう。

認知症の人の暮らしと地域の実態を把握するには、以下のような方法があります。

①既存の統計を活用する

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

→介護支援専門員や包括、保健福祉事務所の協力を得て、認知症の人や介護家族のニーズ調査を実施し、その結果を基に活動・取組の方向性を決めていく推進員もいる。

→推進員と包括職員がペアになって、市内の医療機関に出向いて本人と家族の現状を聞き取り、地域課題を明確にしているケースもある。

市全体としてみているだけではわからないこともある

→ 認知症の人や家族が暮らす小地域ごとの統計づくりを推進員が行政担当に働きかけて実現

	人口	65歳以上人口				事業所1 従業者数
		(構成比)	男性	女性	前期	
川西市	161,203	40,371 (25.0%)	18,205 (11.3%)	22,166 (13.8%)	23,590 (14.6%)	16,781 3,973 38,881
久代小地区	8,826	1,980 (22.4%)	914 (10.4%)	1,066 (12.1%)	1,209 (13.7%)	771 (8.7%) 4,301
加茂小地区	11,395	2,907 (25.5%)	1,278 (11.2%)	1,629 (14.3%)	1,666 (14.6%)	1,241 (10.9%) 2,551

	全市	多田地区	多田東地区	グリーンパイク地区
キャラバンメイト (住民100人当たり)	181 (0.112人)	13 (0.124人)	13 (0.096人)	19 (0.124人)
(65歳以上の人口100人当たり)	(0.45人)	(0.63人)	(0.52人)	(0.34人)
(要支援・要介護認定者1人当たり)	(0.03人)	(0.04人)	(0.03人)	(0.02人)
(在宅の認知症Ⅰ以上の人口1人当たり)	(0.05人)			
認知症サポーター (住民100人当たり)	2,779 (1.724人)			
(65歳以上の人口100人当たり)	(6.88人)			
(要支援・要介護認定者1人当たり)	(0.44人)			
(在宅の認知症Ⅰ以上の人口1人当たり)	(0.80人)			
配食ボランティア (住民100人当たり)	364 (0.226人)			
(65歳以上の人口100人当たり)	(0.90人)			
(要支援・要介護認定者1人当たり)	(0.06人)			
(在宅の認知症Ⅰ以上の人口1人当たり)	(0.11人)			

*まず既存統計を活かして小地域統計作成
 ▶一目でわかりやすい図表の工夫
 ▶各地域の特徴を詳細に検討。
 ⇒冊子化

注: 次の数値を、全市平均を「100」として指数化したもの
 「キャラバンメイト」「認知症サポーター」「民生児童委員」「地区福祉委員」「ボランティア」「配食ボランティア」
 人口100人当たりの人数
 「1-M」「2-M」: 在宅している要介護認定者のうち、認知症自立度が「1」から「2」と判定されている人の人口構成比
 「3-M」と判定されている人の人口構成比
 「在宅の要支援・要介護認定者」: 在宅している要支援・要介護認定されている人の人口構成比
 「要支援」「要介護」: 要介護以上」: 在宅している認定者の要介護認定者の人口構成比

資料:平成26年度第1回認知症地域支援推進員研修 川西市森上氏の発表資料より抜粋

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

②現場に出向いて地域の実態を知る

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

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

③認知症の人、家族のそれぞれの声を聞く

市町村に推進員が配置された一番の目的は、認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることを支援していくためです。つまり、認知症の人、その家族の声をそれぞれ聞き、そこから実態や求められていること、日々やこれからの暮らしの希望を教えてください。それがとても大切です。

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

屋外で本人、家族や支援者らと一緒に楽しんだり、汗を流すような体験をする機会をもつことで、自然体の本音に触れることを活動の基本にしている推進員もいます。



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

<解説・資料>

→市内にある認知症対応型通所介護事業所や認知症カフェに参加し、現場の声を把握する活動も。

→民生委員交流会に参加し、認知症に関する地域課題を把握しているケースもある。

→最近では、本人ミーティングを開催したり、地域で開催する場に参加して、本人や関係者の声を聴き、声を活かす活動も広がってきている。

→本人の声は、本人が語った「ありのまま」を記録することが大切。

(5) 地域の課題を把握し、整理する

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

【市町村や推進員が課題として感じていること】

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

*認知症地域支援推進員研修の「事前課題」において報告された項目（一部）

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

→課題の整理を他の人たちと一緒にやる過程で課題の共有や今後の協働のきっかけが生まれることが多い。

【課題をカテゴリーにわけて整理する】（例）

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

*カテゴリーは任意であり、挙げられた課題に沿って適宜変更してください。

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

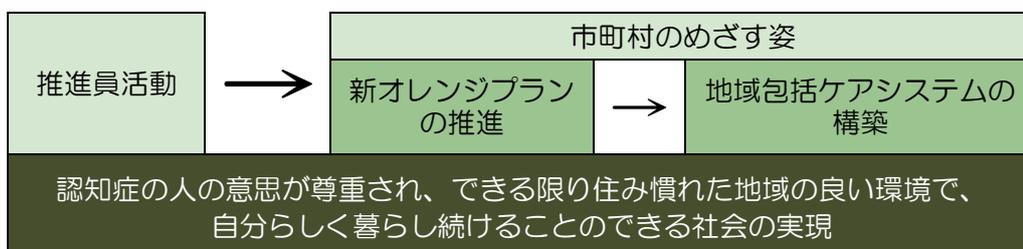
課題の把握や検討の際には、以下に配慮しましょう。

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

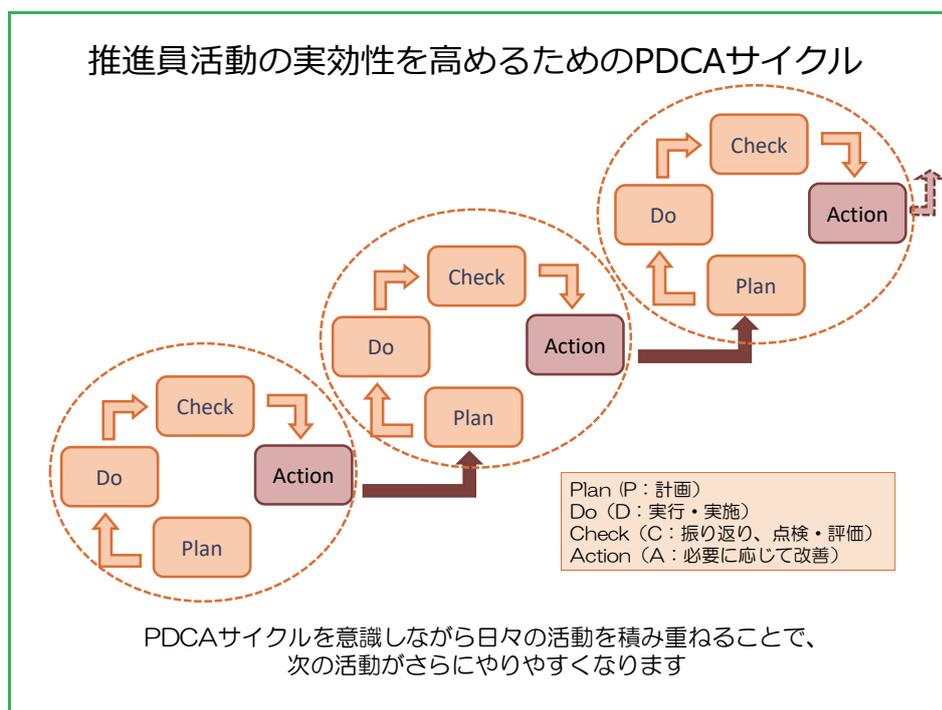


3. 推進員活動をよりよく進めていくために

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



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



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

(1) Plan：活動計画を立てる

①目標（活動を通じて目指す姿）を決める

市町村のめざす姿と推進員の役割を踏まえつつ、様々な課題に対し優先順位をつけ、目標を決めます。大きな目標だけでなく、すぐに達成できそうな小さな目標も掲げ、小さな成果を積みあげていきましょう。

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

●弱み

診断を受けるために他地域の医療機関にまで行かなければならない。

●強み（発想の転換）

他地域の医療機関と積極的に交流できる。

→その地域にある様々なネットワークや社会資源と繋がることのできる

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

<例>

市町村のめざす姿	認知症の人が住み慣れた環境で、いきいきと暮らす社会の実現
しかし現状は・・・ ↓	
地域の課題	地域住民の認知症への関心が薄く、理解や協力が少ない
そのため推進員は・・・ ↓	
推進員の活動目標	認知症の人が <u>通いなれたお店で、買い物等を楽しんで続けられる</u> ために、お店の人や地域の人との声かけや関わりが <u>ふえる</u>

上記の例の場合、推進員の活動目標を達成するためには、①「認知症の人が通いなれたお店はどこにあるのかを知り」、②「お店の人や地域の人が認知症について理解し、本人がお店に買い物を楽しく続けられるために、お店の人や地域の人たちによる声かけや関わりがふえる」ことが目標であり、この目標を通じて推進員としての具体的な活動が見えてきます。

②活動の対象を決める

推進員の活動目標が具体的に決まったら、その対象を明確にしましょう。「地域住民」だけでは漠然としていて、どこの誰を対象としているのかが不明確です。しかし、前述の例であれば、「通いなれたお店の人」やそのお店を利用する地域の人が活動の具体的対象となります。

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

【推進員がコンタクトを取った人・機関等の例】

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

など

③「何」をするかを定める

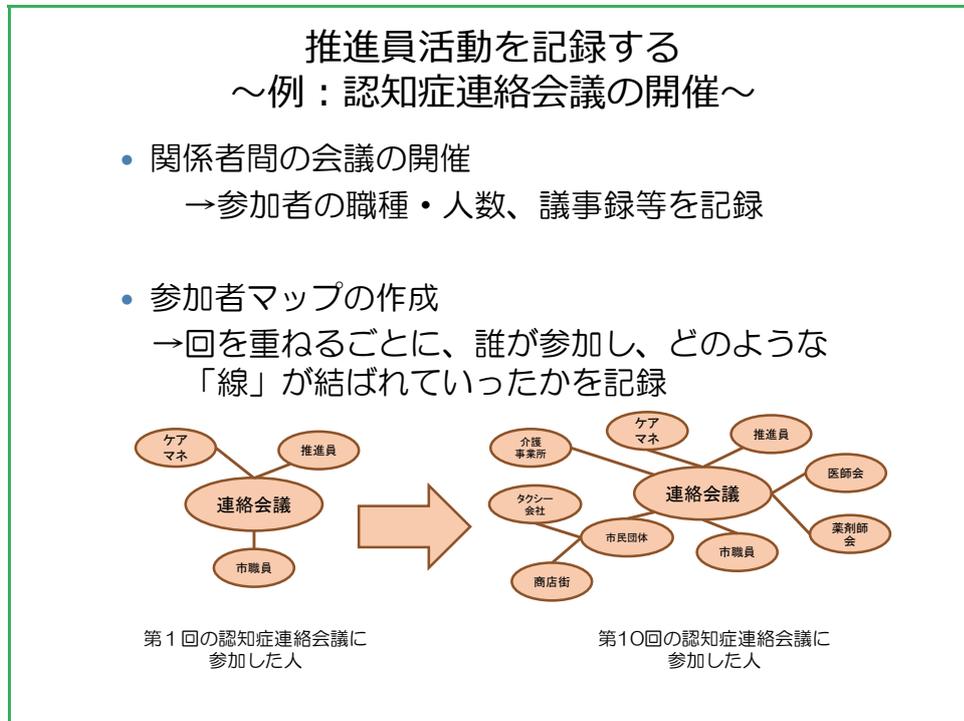
活動の対象が決まったら、具体的に何をするかを考えてみます。前述の例であれば、「買い物等を楽しんで続けられる」ことを目標としていますから、お店の人に認知症について理解していただくことが大切であり、そのためには、例えば商店街の人を対象に認知症サポーター養成講座を開いたり、商店街の近くで認知症カフェを開いて参加を呼びかけるなどの方法が考えられます。

(2) Do：活動を進めつつ、記録を取る（映像等も含む）

活動計画で「誰」に「何をやるのか」が決まったら、早速推進員活動の開始です。焦らずに、着実に、一步一步進めていきましょう。その際、取組んだ活動やその過程で得られた情報を具体的に記録していきましょう。後日、活動の振り返りや活動の広がりを確認する際に役立ちます。

<解説・資料>

→「推進員活動ノート」を一冊用意し、日々の取組みや出会った人、得られた情報を具体的に記録に残している推進員もいる。すぐには関係ないような情報も後々役立つことが少くない。



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

大事なポイントは、推進員活動は回数をこなすことや数を増やすことに目を向けるのではなく、計画実施のプロセスを大事にし、一步一步進めていくことです。すぐには結果が見えにくくとも、継続することで徐々に結果が見えてきたり、別の活動につながるなどの効果が伴います。その効果を引き出すためにも、焦ることなく着実に活動を進めていくことが大切です。

(3) Check : 定期的に活動の評価をする(関係者、そして本人、家族とともに)

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

結果評価とプロセス評価

- ① 結果評価
 - 目標が達成されたかの検討
- ② プロセス評価
 - 活動計画の進行状況、資源等の活用状況、対象者・関係者・関係機関等の反応等を検討・評価する
 - 目標と照らし合わせ、達成に向けた取り組みがなされたかを検討・評価する(注: 達成度とは異なる)

(例) 「認知症サポーター養成講座を年5回(対象100名)開催し、受講者のうちの半数が市の見守りネットワークに登録する」

- ◎ 年5回開催し、120名を養成した中で68名が見守りネットワークに登録したことで「目標達成」 ←結果評価
- ◎ 開催にむけた打ち合わせの回数や、関係者とのやり取り、生じたつながりやエピソード等を検討・評価 ←プロセス評価



目に見えない部分を「見える化(=記録)」し、丁寧に積み重ねていく

評価の方法には、①結果評価と②プロセス評価の2種類があります。「結果評価」とは、目標が達成されたかを見るもので、例えば「認知症サポーター養成講座を年5回(対象100名)開催し、受講者のうち半数が市の見守りネットワークに登録する」という目標を立てている場合、活動した結果として最終的に見守りネットワークへの登録者数で達成したか否かが評価されます。

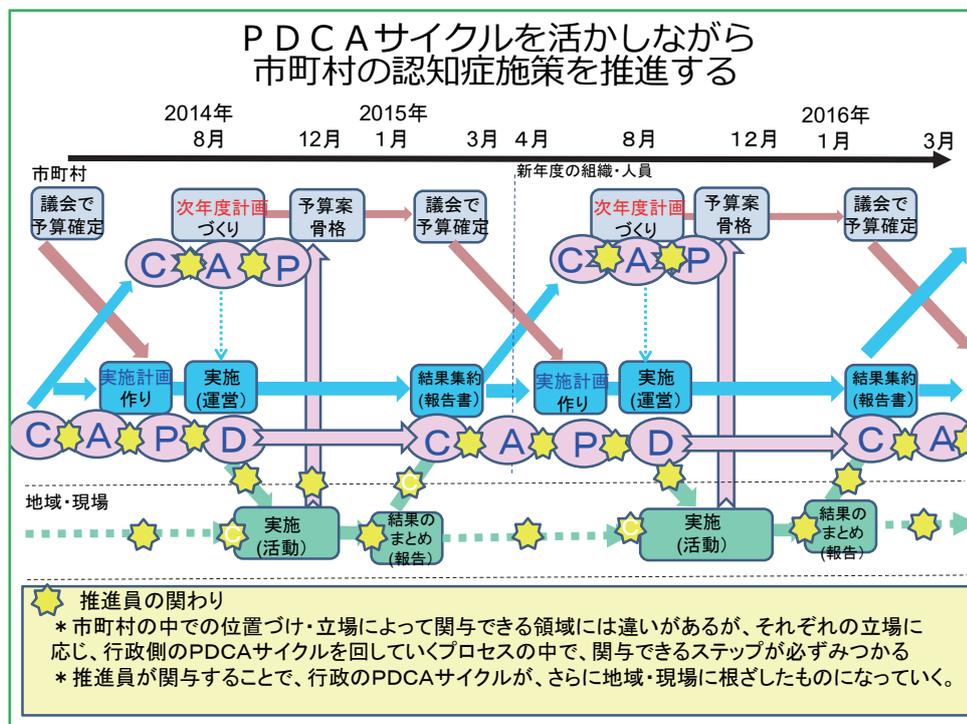
しかし、最終的に登録者が半数未満にとどまったという結果になることがあります。この場合、「結果評価」としては「目標達成できなかった」ということになってしまいますが、実際には、例えば講座を開催するための打ち合わせで関係者間のネットワークが強化されたり、登録しなかった人の中に実際にはすでに見守り活動をしている人がみつかったつながることができたといった、波及効果が生じていたりします。このような、活動のプロセス上に生じた波及効果をも評価することが「プロセス評価」で、結果評価同様、活動を評価する際に重要な指標となります。

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

(4) Action : 評価・振り返りを踏まえて新たな目標を立てる

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

参考：PDCA サイクルを活かしながら市町村の認知症施策を推進する



<解説・資料>

→タイミングが大切。自分の市町村で、1年のサイクルの中で、いつごろまでにどこに提案や要望を出すタイミングなのか、行政担当者等と、情報交換を。

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

市町村は地域福祉計画や介護保険事業計画等で示している「めざす姿」に向け、様々な事業を計画の上、予算案を作成し、議会で承認を得たのち、実施しています。

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

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

4. 推進員同士のネットワーク

推進員活動をよりよく進めていくために、とても役立っているのが、推進員同士のネットワークです。

①推進員同士で集まる、話し合う、一緒に進む

一つの市町村内に複数の推進員が配置される場合が増えてきており、行政が積極的に定例会や連絡会を開いて、推進員の参加を呼びかけている場合も増えてきています。行政ではなく、推進員同士が声かけあつての集まりも各地で始まっています。

いずれにしても、忙しい中、「集められる」のではなく、「集まりたい」機会を、推進員自身が主になってつくっていくことが大切です（行政が開催をしている場合でも）。仲間に会って同じ立場通してないといけない話を思いきりしたい、お互いのことや情報を知りたい、相談したい、一緒に何かをやりたい、など、推進員一人ひとりが思いや意見を率直に出し合いながら、一緒に集まりを育てていきたいと思います。

なお、集まりを開催する場合、まだ推進員の集まりがなかったり、一人配置で同じ推進員仲間がいない近隣の市町村の推進員にも声かけし、それらの地域の推進員が仲間をつくるきっかけづくりや後押しをしている推進員もいます。そうしたつながりが、市町村の圏域を越えたネットワーク作りや見守り・SOS体制づくりの基盤にもなっています。

②活動報告会を一緒に開催する

推進員同士と一緒に取組んでみたいことを話し合い、年に1回から数回、報告会を開催している地域もあります。

推進員活動は、広範多岐にわたるので、「できていない」「やっていない」負の側面でもとらえられがちですが、活動報告会を機に、自身の活動の歩みを振り返り、やってきたことやそれによる変化をあらためて振り返り、確認してみると、自分でも気づいていなかった様々な成果を発見できます。

忙しさに追われ、振り返りやまとめをする機会が持てないままになりがちなので、ぜひ、年に1回は、互いの実践と成果（そして課題）を持ちより、前へ進むアイデアや具体的情報を共有しあつたり、課題を一步深めて話し合う機会を作りましょう（互いの慰労もかねて）。

なお、活動報告が形式的にならずに、できるだけ生き生き具体的な報告になるために、自分の活動をPR力を磨く機会にもしましょう。

活動報告会は、推進員同士でやることも意味がありますが、行政や医療・介護の関係者、住民、そして最近は地域で暮らす本人にも声をかけ、幅広い立場の人に参加をしてもらつたりやり方もあります。推進員活動を具体的に知ってもらえるとともに、報告後に今後一緒に何ができるか話し合うと、様々な展開のアイデアをうることができ、一緒に取組んでいく機運が高まります。

<解説・資料>

→参考
事例集 事例25（下関市）
行政・推進員が協働で、推進員が集まる定例会を開催。
定例会が、推進員同士のつながりを深め、また、推進員が市と協働で一つの事業を実施し、推進員の役割を確認・強化する機会になっている。

→上手くいかなかったことも、やってみたらこそその成果の一端。

③推進員同士で、「本人がよりよく暮らすチャンスをつくる」楽しい企画をする
推進員と日ごろの関係者だけでは活動がマンネリ化したり、やりたくてもできずに足踏みしたり、先送りしがちです。

同じ市町村内や都道府県内、場合によっては離れた地域の推進員にも呼びかけて、「本人がよりよく暮らすチャンスをつくる」楽しい企画を話し合い、チャレンジをしてみる人たちが増えてきています。

例：本人がしたいこと（スポーツ、音楽、旅行・観光、里帰り、働くなど）を聴き、同じしたい思いのある本人を募って、推進員、支援者が一緒に取り組む企画段階から実行、振り返りを通じて、普段の推進員活動に生きる手がかりがたくさん見つかると同時に、一緒に取り組んだ推進員同士のネットワークがより深まっていきます。

④離れていても仲間とつながって、いっしょに

当センターの推進員研修で出会った人たちが発起人となって、遠く離れた推進員同士もつながることのできるネットワーク（すいしんいんネット）がつくられています。推進員同士が自主的に運営し、現在、700名以上が参加しています。

そのうちではなく、今、同じ推進員同士の声聴きたい、相談をしたい、取組のアドバイスが欲しい、自分がやってみたことの情報共有をしたい等々、推進員ならではの具体的なやりとりが活発になされています。

チラシをご参考に、ネットワークの大事なひとつとして、活かして下さい。

全国認知症地域支援推進員連絡会 ～ すいしんいんネット～

「推進員になったけど、これからどうすればいいの？」

「先進的な取り組みをいっぱい知りたいな～」

「地元だけでなく、全国の仲間とつながりたい！」

このような希望を叶えるため、
「**全国認知症地域支援推進連絡会 ～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] まで。

■ **全国認知症地域支援推進員連絡会 事務局** ■

→「すいしんいんネット」の加入方法や問い合わせは、このチラシを参照。



交通機関を安心・安全に利用しながら、外出を楽しみ続けられる町に。
本人が参画して、馴染みの駅で「駅カフェ」を開催（京都市岩倉包括）

(認知症になっても安心して一人歩きを楽しめるまちづくり全国フォーラム 2018 年)

認知症介護研究・研修東京センター

http://www.dcnnet.gr.jp/support/research/center/detail_0008_center_1.php

IV. 推進員の活動の展開：3つの役割を軸に



○推進員の3つの役割（機能）を活動に軸にしながら

推進員活動は、目に見えにくい活動であり、ややもすると活動しながら何を指しているのかを見失ったり、その他の業務と推進員活動の違いが不明確になりがちです。

推進員活動を展開していく中では、目指す方向性を常に意識しながら、推進員の3つの役割（機能）を軸に活動を展開していきましょう。

3つの役割に関してどんな活動をしていくかは、地域の状況や推進員の立場に応じて実に様々です。無理なく、できることから一步一步活動を積み上げていきましょう。

主な活動としては、認知症施策の焦点に関連した下記のような活動があります。推進員は活動を通して、認知症施策を具体的に推進していくことになります。

活動に取組めば取り組むほど、その活動そのものを実施することが目的になりがちです。推進員は、常に視野を広く持ち、活動を通じてその先にどんな地域社会を築いていくのか、目指す地域社会の実現が最終目的である点をしっかりとおさえましょう。

3つの役割（機能）は、相互に関連しあっています。推進員の活動を通じて、市町村のさまざまな事業・活動のつながりを作り、目指す方向にむけて一体的・全体的な体制を生み出していきましょう。

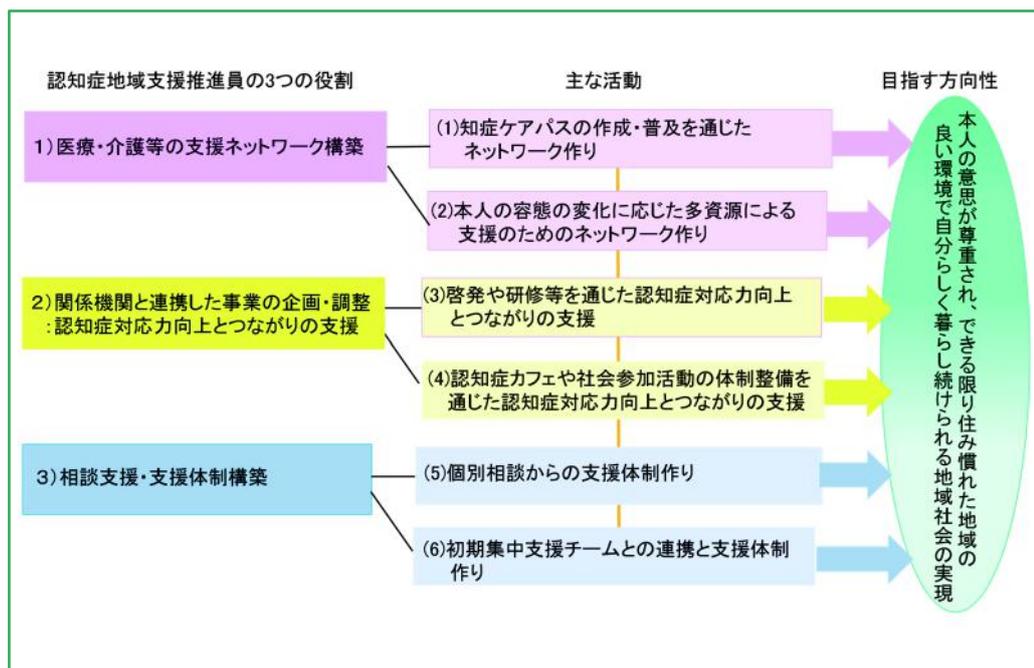
なお、推進員が兼任の場合、推進員活動に集中できない状況もありますが、取組む他の業務も何かしら推進員活動の3つの役割に関連している点があるはずです。日々の取組みの一つ一つを、推進員の3つの役割に意識的につなげながら、推進員活動を少しずつ拡充させていきましょう。

<解説・資料>

推進員の3つの役割
→P.15を参照

→事例集では、推進員の3つの役割と認知症施策の焦点になる事業・活動によって活動事例を紹介している。ぜひ、ご一読を。

→3つの役割は、地域課題や推進員が置かれた状況に応じて、どこからでも始めることができます。取組みながら少しずつ、3つの役割全体に活動を広げていこう。



一度には無理だけど今やっている日常業務を活かすと、できることがありそう！新しいことをしようと焦らず、まずは日々を活かせばいいんだ。



活動しておしまいでなく、その先に何を指しているのか、そこを大事に……。方向性をみんなに伝え続けることだって、大事な役割自

1. 医療・介護等の支援ネットワーク構築

認知症の人が容態の変化が起きたとしても、安心して自分らしく暮らしていただくために、地域の医療・介護関係者、そして地域の様々な人たちや関係機関がつながりあって一緒に支援を行う体制を築いていきます。

そのための主な活動が、(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、(2)認知症の人の容態に応じた多資源による支援ネットワーク作りです。

(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

①認知症ケアパスとは

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

なお、「認知症ケアパス」が機能するためには、以下の2点が重要です。

- ①「認知症の人が地域で生活するための基盤づくり」：地域にある医療・介護・福祉サービスの他、地域住民や民生委員、商店街や民間企業など「地域資源全般」をフルに活かしながら、本人を地域で支える基盤を作ります。
- ②「認知症の人への適切なケアマネジメントの実施」：基盤をもとに地域にある資源を本人と家族にとって適切に組み合わせ、個々の人たちにより効果的な支援を提供できるようマネジメントをしていきます。

推進員は、認知症ケアパスの考え方を自分自身が理解し、考え方を地域に広めながら様々な人たちと一緒に自分たちの地域なりの認知症ケアパスを育てていきましょう。

<解説・資料>

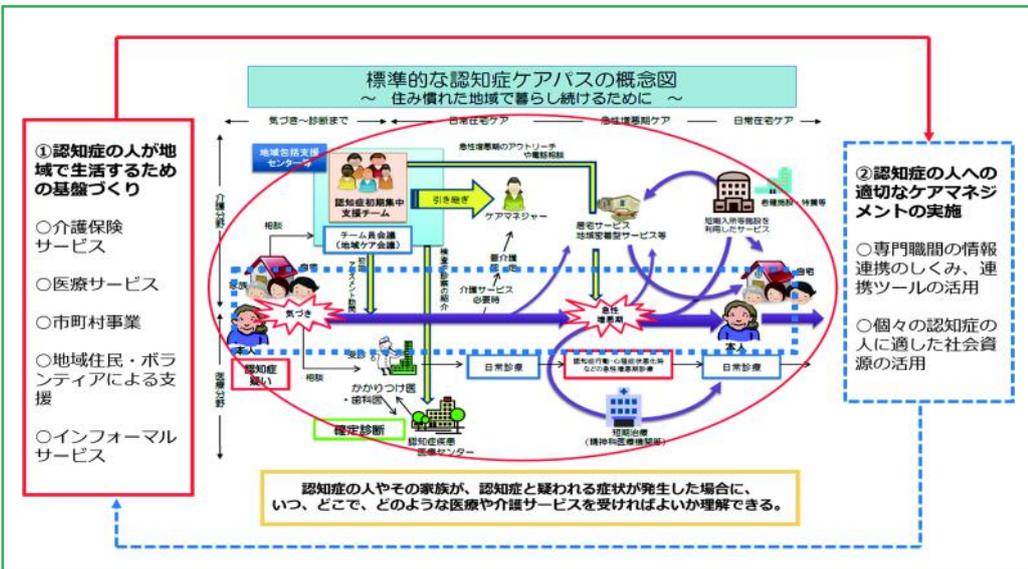
→本人にとっては、専門職はもちろん、多様な地域資源が連携した支援が重要。

→「認知症ケアパス」に関する詳細は、財形福祉協会「認知症ケアパス作成の手引き」を参照。

<http://zaikai.or.jp/hbdcp.pdf>

→認知症ケアパスは誰のためのものか、基本的には、本人と家族（住民）のためのものであり、地元の本人や家族に役立つものになっているのか、あらためて点検をしてみよう。

→認知症ケアパスは、図示しておしまいでなく、実際によりよく機能していくように、「基盤作り」と「ケアマネジメント」を日常の中で拡充・改良していくことが肝心。





まちにあるものを、本人が辿る経過にそって布置してみると支援の流れが浮かび上がる！足りないものも確認できるね。



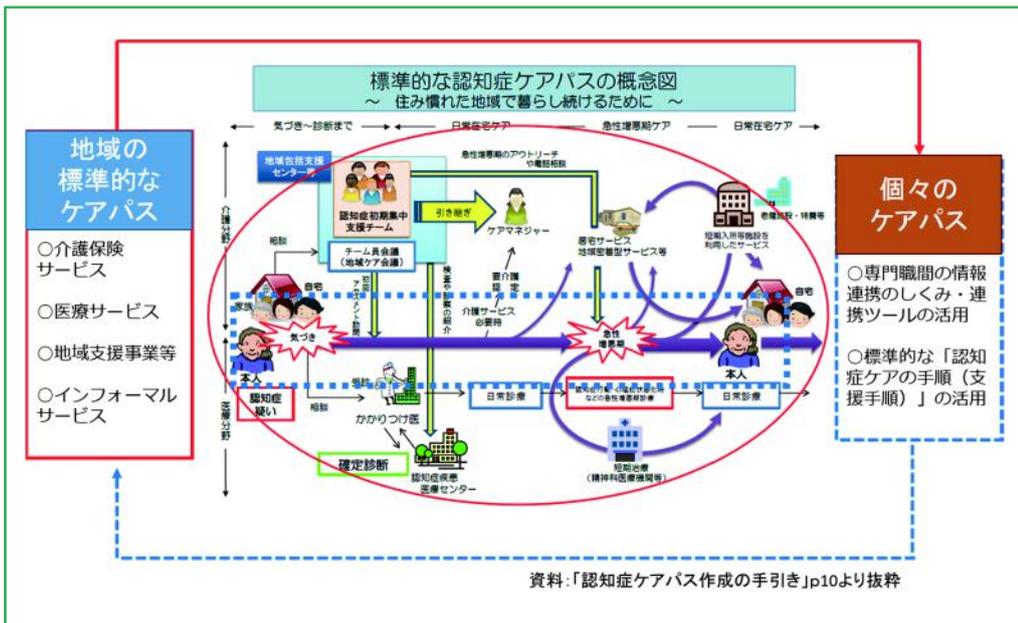
認知症ケアパスは描いておしまいでないんだ。実際に支援の流れをどう機能させていくかが重要なんだ。

なお、認知症ケアパスには、「地域の（標準的な）ケアパス」と「個々のケアパス」の2種類があります。地域全体での標準的なケアパス作成で留まらず、それを活かしながら、一人ひとり本人がよりよく暮らし続けるための個々のケアパス（ケアの流れ）を作っていくよう、考え方やその実践を地域に広げていきましょう。

また逆に、一人ひとりを支える支援や連携の実践を積み重ねながら、それらを通じて新たに見出された地域資源やつながりやを、地域のケアパスに反映させ、地域のケアパスを順次改良していきましょう。

<解説・資料>

→「地域のケアパス」と「個々のケアパス」とを循環させながら（照らし合わせながら）、両者をよりよいものにしていく。



地域にある資源やつながりやを、ケアパスを通じて見える化すると、本人や家族、そして様々な人につなぐの大切さを具体的に説明しやすくなるぞ。

推進員として、どこをつなぐりを強めていけばいいのを見極めたり、今後の活動の焦点を見出すためにも、認知症ケアパスを活かせるね！



無いようで地域ケアパスを描いてみたら、地域にこんなにも資源があることにびっくり！せっかくある資源を一人一人の道筋（個々のケアパス）に活かしたい。

一人ひとりと関わっていると、地域ケアパスには記載されていない地域との豊かなつながりが見えてくる。それらを地域ケアパスに加えていけると、他の人の支援にも活かしてもらえる！

→認知症ケアパスは、地域の支援関係者と本人や家族、そして地域の様ざまな人が一緒につくりだし、育てていくものである。認知症ケアパスの大切さや意義、活かし方について、推進員から関係者や地域の人たちに、わかりやすく伝えていく。

②地域の認知症ケアパスの作成（更新）過程を活かしたネットワーク作り

地域全体の認知症ケアパスの作成過程自体が推進員同士や推進員と地域の関係者がつながりを作り深めていくための絶好の機会となります。

【作成のステップ】

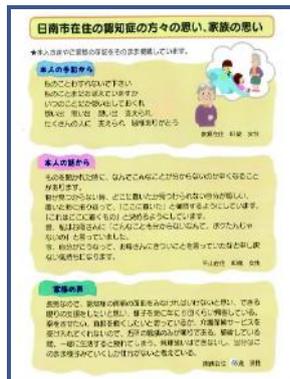
①本人が辿る経過（認知症の疑い、認知症を有するが日常生活はほぼ自立、誰かの見守りがあれば日常生活は自立、日常生活に手助け・介護が必要、常に介護が必要）にそって、地域にどんな資源があるのか洗い出す・探索する（地域に出向いて調べる、本人や家族、関係者に聞く等）→②本人が辿る段階に応じて資源を整理する→③本人や家族にとってわかりやすく、適切な活用につながりやすくなるための表記の仕方を工夫して描く。

この一連の過程のそれぞれで、できるだけ多様な人にも協力を呼びかけて一緒に作成することが、つながりを深めると同時に、認知症ケアパスの理解を広げ、その後の普及や活用を一緒に進めていくための大事な素地になります。



【包括版の認知症ケアパス作り（宮城県仙台市沖野地域包括支援センター）】

町内会長、民生委員、サロンの代表、圏域の介護事業所、開業医、薬局、警察、消防、区に加えて、商店会、コンビニ、スーパー、金融機関の人たちにも参画を丁寧に呼びかけた。皆が意見を出し合い、親しみやすくわかりやすいケアパスを作成。住民自ら気づき、自ら言葉を発した体験が、その後の本人を支え合うつながりに発展。



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

【住民目線でのケアパス作り（宮崎県日南市）】

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

<解説・資料>

→すでに認知症ケアパスが作成されている場合、見直し更新をしていこう。

→地域版のケアパス：自治体の規模や地域特性に応じて、自治体全体のケアパスをベースに、(小) 地域にある資源を盛り込んだ地域版ケアパスを作成する動きが各地で活発になっている。ケアパスがより身近で活用しやすくなり、地域のつながりが育つきっかけになる。

→詳しくは、事例集の事例2（宮城県仙台市沖野地域包括）を参照。

→認知症ケアパスを、本人・家族の視点や声を活かして作成。

→詳しくは、事例集の事例1（宮崎県日南市）を参照。

③認知症ケアパスの普及・活用過程を活かしたネットワーク作り

認知症ケアパスは、普及・活用してこそ価値があります。普及や活用していく過程で、本人や家族、住民や様々な関係者とのつながりをつくることを意識し、ネットワークを育てていきましょう。

【認知症ケアパスの普及・活用を図る過程でのネットワーク作りの例】

○医療機関や介護事業所に

市内の医療機関・介護事業所を一軒一軒訪問し、認知症ケアパスを手渡しながら、職員への周知や本人・家族への支援の際に活用して欲しいと依頼。この取組が、初期段階のみでなく、中重度になった本人・家族に関する医療・介護職からの推進員への連絡や相談、協働につながった。

○行政の他分野の窓口担当や職員に

認知症の初期の人たちやその家族らが、保健・医療・介護以外の行政のさまざまな窓口を訪れていることに着目。税金や水道、防犯・防災等の生活関連の部署、外回りの多い土木や公園・環境整備等の担当部署に出向いて認知症ケアパスを説明。その後、相談が入るようになったり、協働しての支援に発展。

○多世代の住民が集まる場で

認知症とは直接関係のない住民が集まる機会（町のお祭り、産業振興のイベント、子供のイベント等）の主催者を訪ね、認知症ケアパスの紹介コーナーの設置を依頼。当日は、認知症ケアパスの目につくボード等を展示し、医療・介護の関係者の協力も得て一緒にPR。働き盛りの人や親の介護が気になり始めた子育て世代の人、孫をつれてきた高齢者等に、認知症ケアパスや関係者を直に知ってもらう機会になり相談が増える。一緒にPRした人同士の結束も強まる。

④個々の認知症ケアパスを通じたネットワーク作りと地域のケアパスの補強

本人一人ひとりの支援過程でのさまざまな人との出会い、つながりを個々のケアパスとして見える化することで、本人と関係者間でネットワークが共有され、チームとしての支援力が高まるきっかけとなります。また、個々のケアパスで新たに見出されたり生まれた資源を地域のケアパスの補強につなげていきましょう。



【一人を通じてケアパスを育てる（香川県綾川町）】
包括に相談に来た一人の声をじっくり聴いた。大工仕事が得意。本人の思いと力を活かして地域で活躍できる場作りが始まる。地域の中高年の男女がつながりあって本人・家族と一緒に地域活動を展開。
個々のケアパスが地域のケアパスを豊かにしている。



認知症になってからつながりを広げ、楽しい日々を

<解説・資料>

→医療・介護の専門職が、同じ自治体内の他の専門職の存在や地域にある多様な資源をよく知らない場合も多い。互いを知るために認知症ケアパスを活かそう。

→他部署を回って話を聞くと、認知症の人の対応に苦慮している場合も多く、より早期からの本人との出会い・支援につながる。

→関心がないわけではなく、きっかけがないために相談が遅れてしまう人も多い。

出向いて PR できそうな人が集まる機会や場がないか、分野を越えて探してみよう。

→詳しくは、事例集の事例3（香川県綾川町）を参照。

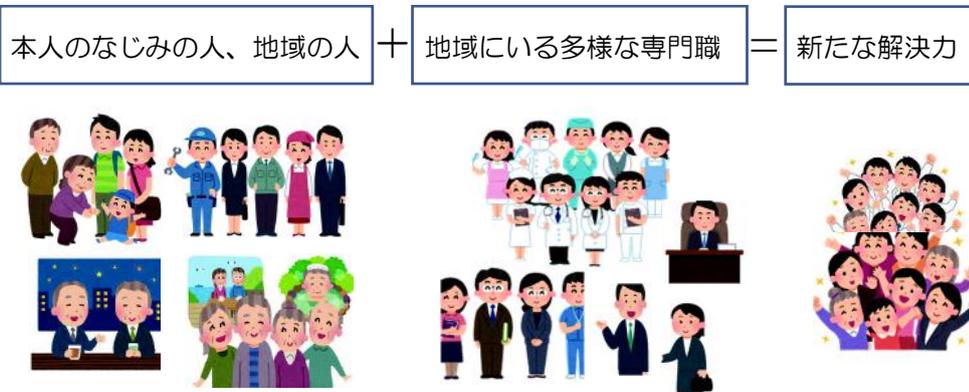
→地域のケアパス：本人、家族（住民）が、認知症になってからの人生を、地域資源とつながって心豊かに生きていけることを親しみやすく表現。

(2) 認知症の人の容態に応じた多資源による支援のためのネットワーク作り

①本人を中心に、地域の人と専門職がつながりあった多資源のネットワーク作りを認知症の人がよりよく暮らしていくためには、初期から最期までどんな段階でも、本人のなじみの人たちや地域の様々な人たち、そして多様な専門職がつながりあって力を合わせて支援をしていく「多資源によるネットワーク作り」が、ますます重要になってきています（下記の図を参照）。

活動していく際、自分が知っているいつものメンバーの範囲で動きがちですが、「本人とつながりのある地域の様々な人たちと一緒にやれないか」「一部の専門職のみでなく地域にいるより多様な専門職と一緒にやれないか」、地域にいる多様な資源に視野を広げながら、つながりを拡充していきましょう。

<多資源によるネットワークのイメージ>



地域の仲間たち

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

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

<解説・資料>

→ネットワーク作りにおいても「本人の視点の重視」は大事な原則。

→本人や地域の住民が、ふだんどういふ人たちと接点を持っているのか、本人視点、住民視点で地域を見てみよう。地域に出向いて探そう。

→新たにネットワークを作らなければと焦らずに、本人のなじみの人たちや、すでにある地域のネットワークをよく調べ、それらを大切に活かす、そこに加えてもらう、というアプローチが効果的。

→「自分のまちはない」と思いがちだが、まだ知らない、出会えていない場合も多い。「連携の要役」という推進員の立場を活かして、出向いて話し合い、小さなつながり一つひとつ、つくりだしていこう。

また、規模な小さな自治体や過疎地域でも、わが地域にいる人たちを大切に。

例：移動販売の人、講や祭りの仲間、猟師、地域おこし隊の隊員、等

②地域の中で出会い、同じ方向を向いて一緒に動いていくための出会いと話し合いを

同じ地域の中にも、まだ出会えていない他の専門職や地域で見守り手や支え手となる人がたくさんいます。また、名前は知ってはいる、会ったことはあるけれど、気軽に話しあえる関係になっていないために、連携や協働が進まないこともしばしばあります。

まずは身近な地域で立場や職種を越えて一緒に集まる機会を作り、ざっくばらんに話し合い、お互いをよく知りあうことが支援ネットワーク作りの大事な一歩です。

そうした機会を求めていても、自分からはきっかけを作れずに、つながりがあまりないまま認知症の本人や家族の支援に日々奔走している専門職や地域の見守り手・支え手が少なくありません。

推進員の立場（連携の要役）を活かして、以下のポイントを参考にしながら、出会いと話し合いの機会を作っていきましょう。

【ネットワークを生み出すための「出会いと話し合いの機会」を作るポイント】

【企画・準備段階で】

①一人で進めず、賛同者と一緒に。

*推進員だけで進めるのではなく、「こうした集まりを開きたい」ということに賛同する人を見つけ、企画段階から一緒に話し合いながら進める。

*どの地域にも、長年、ネットワークを地道に育ててきている人がいる。

ボタンをかけ違えないよう、それらの人たちに会いにいき、推進員の役割や集まりのねらいを丁寧に説明し、可能な範囲での協力をお願いする。

②大がかりではなく、できる範囲で、まずはやってみる。

*最初は少人数でもいい。やりながら少しずつ参加者を増やしていく。

③参加者を幅広く。

*「出会いたい」「話し合いたい」という地域の有志の人たちが出会えるきっかけをつくる。

④気軽に参加できるように、参加の呼びかけは、堅苦しくなく、楽しいモードで

*従来の会議や検討会ではなく、仲間づくりのための集まりという点をPR。

*知り合いにも立場を超えて声をかけ、誘い合っただけの参加を呼びかける。

【当日～その後】

①堅苦しくなく、「楽しく」話し合える環境や雰囲気をつくる。

②参加型で。

*当日の設営や進行、撤収等、できるだけ参加者にも協力を呼びかける。

③何のために集まったの話し合いなのか、目指す方向*をゆるやかに伝える（方向合わせ）。

「認知症になってからもよりよく生きていけるわが町」に向けて

*本人視点で、自分事として、立場や職種を越えて、わが町のこれからを一緒につくる

④参加者一人ひとりが大切であることを呼びかけ、対等に、自由な発言を。

⑤ふだんの仕事や立場だけに限らず、各自が自分の好きなことや個性を出しながら、人と人として出会い、つきあえるように（互いをわかり合えるように）

⑥問題点にとらわれすぎず、一緒にやってみたいこと・できることに関して自由にアイデアを出し合う。

⑦話しあったことをわかりやすくまとめ、共有する。記録に留め、一步一步先に進む。

⑧話し合っておしまいにせず、すぐできそうなことから一緒に動いてみる。

⑨単発の話し合いではなく、「集まりたい」人たちが継続した話し合いの機会を作る。

（小さな）やってみたこと、工夫・知恵、成功体験、課題、つながりの共有を。

<解説・資料>

→自分の地域に、認知症の人や家族の支え手となる専門職や地域の主だった人が、どのくらい、どこにいるのか、おおよそでも把握しておこう。

→堅苦しくならずにしかし、方向性は明確に。

立場や職種の違いによって価値観等がずれてぎくしゃくしたり、言いっぱなしの話し合いになりやすい。最初の段階で、「方向合わせ」をしっかり行おう。

→話し合いで終わらずに、実際の活動につなげていこう。

推進員になった当初、自分だけで課題や活動企画を考えずに、まずは、地域の専門職・住民に呼びかけて、出会い、一緒に話し合おうと呼びかけ、集まりを開催。こうした機会を求めていた人が予想以上に多く、様々な人が参集した。その後の活動やネットワークを作っていく大事な一歩になった。



<解説・資料>
立場や職種を越えて、集い、アイデアを出し合いながら一緒にアクションを進めていく方法として、アクションミーティングがある。
詳しくは、「見守り・SOSネットワークづくり基本パッケージ・ガイド」参照。
→巻末の関連資料一覧

なお、既存の集まり（地域ケア会議や担当者会議、連絡会、ネットワーク等）を活かし、参加者を多資源に広げながらネットワークを発展させていく取組みが各地で展開されています。

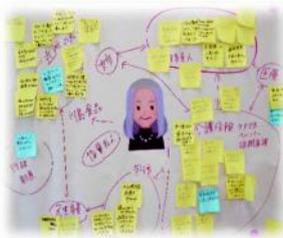
【圏域別地域ケア会議を活かしたネットワーク作り（群馬県太田市尾島包括）】



「いつまでも暮らし続けられる地域を目指して」を年間テーマにして、専門職とケアマネジャー・介護職が「つながり方」を一緒に考えるグループワークを継続的に開催。
「顔の見える関係」から一歩進んで、「声のかけやすい関係」になると共に、一人の人を自分事として「一緒に支えあおう」という共助の意識が育ってきている。

→詳しくは、事例集の事例4（群馬県太田市尾島包括）を参照。

【好事例に注目！小地域ケア会議で育つネットワーク（東京都板橋区上板橋包括）】



困難事例から地域をみるのではなく、好事例を通じて、住民と専門職が相互理解を深め、認知症の人を地域で共に支えるヒントをつかまうと考えた（発想の転換）。参加者全員で、支援状況や疑問等を付箋に記入。内容ごとに分類整理。次に、付箋を本人中心のエコマップに布置。
ご近所の支え合う力が浮上。住民が自分たちの支える力に気づき、その後住民から専門職への情報提供が増えている。

→詳しくは、事例集の事例5（東京都板橋区上板橋包括）を参照。

【優先課題（運転支援）を通じた、垣根のないネットワーク作り（北海道千歳市）】

運転寿命の延伸



返納後の支援



認知症でも、そうでなくても暮らせる地域

推進員が調整役となり、医療法人や大学等と「介護・認知症予防ネットワーク」を立ち上げた。多様なリハ職、自動車学校、警察、包括、認知症疾患医療センター等と、直接顔を合わせ、本音で語り合え、分かり合える関係を育ててきている。

「自分たちが高齢者になった時に住みたい街のシステムになっているか」を重視し、高齢者運転について、それぞれの専門性を活かしつつ、予防から返納後の生活まで様々な機関が関わり重層的な支援になるよう検討。関係機関に利用者数や営業利益などメリットがある Win-Win の取組を心掛ける。必要そうならとりあえず動く。推進員は調整役・仲間の一員の立場。頑張らずに、一緒に楽しむことをモットーにしている。そのつきあいを重ねる中で、他メンバーの自発的な取組が増大し、推進員が受け持つ役割は、減少しつつある（仲間の力で楽に）。



→詳しくは、事例集の事例6（北海道千歳市）を参照。

③本人が参画した多資源の支援ネットワーク作り

これまで多資源の支援ネットワークは、医療や介護関係者、地域の人々など、支援する人たちのみでネットワークを作ることが主流でした。今後は、認知症の本人自身が、ネットワーク作りで参画できるように、調整や後押しをすることが重要です。

本人が参画することにより、支援する人たちの本人に関するイメージが前向きになり、「本人がよりよく暮らす」ために直接役立つネットワーク作りによりバージョンアップを図れます。

「本人が参画したネットワーク作り」を難しく考えすぎず、話し合いの席や何か活動をする時には、「本人を抜きにせず」と推進員が唱え続け、本人が参加すること、本人が決めることをあたりまえにしていきましょう。それは、認知症の初期段階はもとより、本人の意思がとらえにくく軽視されがちな中重度になった段階でこそ必要な取組です。

【「家に帰りたい」と願う本人が参加した退院前の話し合いを通じて自宅退院が実現。それを支える多資源のネットワークが育つ（福岡県大牟田市）】



- * 高齢で認知症、独居の人は、入院すると病態が落ち着いても、「自宅への退院は困難」と周囲が判断し、転院や入居になるケースが多い。
「帰りたい」という願いがある本人が自宅に帰れるように支えられないか。
- * 退院後の行き先等について話し合う集まりを本人の自宅で開き、本人が参加できるように調整や後押しを行った。
- * わが家での本人は、病院にいる時の姿からは想像できないほど堂々と落ち着き、専門職には驚き。
- * 「帰りたい」という本人の生の声や姿に触れた地域の人たちも、「帰ってきてくれるのならうれしい。みなさん（専門職）がいてくれるなら、わたしたちのできる範囲で」と。
- * 本人が参加したことで、「自宅に退院」という方針にみんなが賛同できた。院内外の医療・介護職、そして地域の人たちが一緒になって退院前の玄関周りの掃除、退院後の見守り・連絡をとりあう体制が生まれた。
- * 一人の成功例をきっかけに、在宅復帰する人が増えており、一人ひとりを通じて、多資源での支援ネットワークが育ってきている。

<解説・資料>

→きっかけがあれば、参画をしたい、参画できる本人が地域にはいる。
p.9「認知症とともに生きる希望宣言」の本人の声を参照。
「5. 認知症とともに生きている体験や工夫を活かし、暮らしやすいわがまちを一緒に作っていきます」

→「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」厚生労働省を参照。
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000212395.html>

→参考

「認知症になっても安心して一人歩きを楽しめるまちづくり全国フォーラム 2018」認知症介護研究・研修東京センター資料
http://www.dcnnet.gr.jp/pdf/download/support/research/center1/306/04_houkoku4_omutateam.pdf

2. 関係機関と連携した事業の企画・調整：認知症対応力向上の支援や社会参加活動の体制整備

<解説・資料>

(3) 啓発や研修等を通じた認知症対応力の向上とつながりの支援

① 認知症対応力の向上の支援のねらい

認知症の本人とその家族を支えるネットワークや体制を築いていくために最も重要なのが「人」です。場や仕組みができて、本人の視点に立ってその人にあった対応をできる人が増えない限り、地域で安心して暮らしていくことができません。一般的な認知症の知識を伝えるにとどまらず、「一人ひとり、本人がよりよく生きていく」ために何が必要か、何が本人と一緒にできるかを考えられる人、行動を起こせる人を増やしていくための啓発や研修、そして様々なアプローチを工夫していきましょう。

② 対応力向上のための支援をしていく時に留意しておきたいこと

● 推進員の立場と役割の確認：直接自分がやるよりも企画・調整や後方支援

推進員の役割は、「啓発や研修等で直接教える」というよりも、それらをよりよいものにしていくための企画や、関係者間の調整、後方支援を行っていくことです。啓発や研修の現場と一緒に体験することは大切ですが、推進員自身が先にたってやってしまうのではなく、地域の関係者のやる気や力を大切に、次第に関係者が自主的に企画・運営を展開していけるようになることを推進していきます。

→「自分がやってしまった方が早く進めている」と焦りがちだが、それでは、他の人の力が伸びず、推進員にお任せ状態に陥って、推進員の負担が増えていってしまう。焦らず、関係者が動くのを「待つ」ことが大切。

● 啓発や研修等は「手段」

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

啓発や研修等を実施することや開催数を増やすことに追われず、誰のために何のためにそれを行うのか、実施してみてどうだったか、PDCAサイクルを細かく回しながら、改善をはかっていきましょう。

→ 対応力向上のための企画・運営にあたっては、認知症介護指導者など、人材育成のエキスパートと連携・協働していく。P.51の事例参照。

● 焦点を決めて継続的に：自分自身も一緒に育ちながら

推進員は常に世の中の動きや新しい知見・情報を吸収しながら、自分の認識や知識、技術等を伸ばしていくことが大切です。とはいえ、急速に、そして大量に新しい情報や技術が増え続ける現状の中で、ただ情報を追いかけて、次々と新しいものを取り入れると、自分自身の実力も地域の対応力も伸びていきません。

人やチームが育つには時間がかかります。自分の地域でどんな対応力をつけていくことが必要か、関係者と話し合い、焦点を決めて、それを軸に年々継続的に取り組みながら、そこに必要な新しい情報を付加していくといった息長く取り組む方策が必要です。

啓発や研修等を企画したり、開催に関係していく過程を、自分自身も新たに学び、伸びていく機会として活かしていきましょう。

→ 地元の本人からすると、どういふ対応力の向上が必要か、まずは本人視点で話しあってみよう。

③本人視点に立った支援に取り組む地域の人材と共に：学びからネットワークへ

地域の住民や専門職の認知症対応力向上を支援していくためには、単発や画一的なやり方ではなく、地元のその時々の実情に合わせた方法を企画・工夫することが必要です。その場限りでなく、経年的に人材やチームを育てていく企画（作戦）を一緒に立て、運営を一緒にしながら改善を図っていく仲間（人材）が不可欠です。

市町村内や近隣自治体に認知症介護指導者や、本人視点に立った支援に取り組んできた熱意と実績のある人材が必ずいます。一人とつながると、その人を通じて人材が広がっていきます。その人に依存するのではなく、対等に話し合い、一緒に考え（見直し）ながら、対応力向上の支援を一步一步拡充していきましょう。

なお、育成した人材が地域の支援ネットワークに合流しながら、支援体制の一員となっていく流れをつくるのが、推進員ならではの役割です。下記はその参考例です。

○研修と模擬訓練をセットで

認知症の理解や地域生活における支援についての簡単な研修後に、受講者はそのまま見守り・SOS ネットワークの模擬訓練に参加。参加後、感想や気づきを共有し、今後各自ができることを話し合う。見守り・SOS ネットワークの支援者事前登録システムへの登録を勧め継続的につながる。

○研修後に地元の介護事業所等の訪問を組み込んだ企画を

住民も含めた多職種研修後に、参加者が地域の事業所を訪問する流れを作る。住民と専門職が訪問先の職員と交流したり、気づき等を話し合う。

研修後に（他の）現場・職員とつながるきっかけとなるとともに、受入れ事業所側も、新鮮な気づきを得て日々の支援の見直し・改善につなげる。

○アクションミーティング（の継続）実施を

研修をそれまでの座学から、住民と多職種でわが町のこれからとそのため具体的なアクションを立案するアクションミーティングに切り替える。立案したことを参加者と一緒に実行に移し、その経過や成果を共有しあい、やりながら、地域づくりの実践チームを育てていく。

○本人の話に学び、共にできることを実行していく企画を

地元で暮らす本人（一人から数名）の体験と思い、希望をじっくりと聴き本人の希望を叶えるための話し合いをする。可能なら本人と実行に移す。

実際に一緒に動く体験をしてみると、その体験を通じて相互理解やつながりが深まり、日常の中での具体的な連携や協働が増えていきます。また、一人ではできなかったことが、他の人と一緒に動くことで実現できたという「成功体験」をすることで、共に動くことの手応えとおもしろさを体験し、その後日常の中で自然に活動が進むようになります。今後はできるだけ学び+実践型の機会を増やしましょう。

<解説・資料>

→認知症介護指導者に出会っていない場合は、市町村、都道府県に問い合わせを。

→地域密着型サービス等に、一緒に人材育成や地域づくりに取り組んでいくことに熱心な人材がいなか、アンテナを張って情報を集め、実際に会いに行き話し合ってみよう。

→アクションミーティングは「見守り・SOS 体制づくり 基本パッケージ・ガイド」を参照（巻末の関連情報一覧）。

→偏見の解消には、本人の声を実際に聞いてみるのが効果的。一方通行ではなく、本人と一緒に考え、一緒に作っていくという認識やその実体験、可能性を広げていく。

【認知症指導者と協働した小学校講座カリキュラム作り（大阪府高槻市）】



安心・声掛け運動
事前に地域に出向き、様々な人の理解・協力を得て実施。



振り返りと発表
学びを活かし、自分たちが
できることを考え、動き出す。



一緒に進む仲間たち
中でも認知症介護指導者は
推進員にとって大事な存在

推進員に着任した平成 27 年度、当初は全くわけがわからず、年度目標もたてないままの活動であった。

着任した前年度より、前任者が市内の一つの小学校で講座の実施を始めていた。自分が着任した年度からは、総合学習の全 10 コマの講座の依頼があり、推進員が先導して取り組むことになる。

大阪府の認知症介護指導者に協力してもらいながらカリキュラムを作成していった。

学校側の講座の位置づけ（総合学習）やねらいをもとに、先生や指導者と話し合いを重ね、以下 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）。
- ② 認知症の病気と対応を学ぶ（認知症サポーター養成講座）。
- ③ 気づきの視点を養い、困っている人に声掛け体験をする（寸劇を通しての実践）。
- ④ 実際に地域に出て、困っている人に声掛け体験をする（安心・声掛け運動）。地域の多様な人たち 50 名が協力。
- ⑤ 振り返り、自分たちに何ができるか考えをまとめ発表。

→各班の発表から、週 1 回オレンジリングをつけ地域を探索しゴミを拾う活動を行うことになるなど、子供たちが自分なりに考え、実際に地域で自発的なアクションをおこすまでの成長がみられている。

経過の中で、認知症介護指導者は、思い悩むことの多い推進員のアドバイザー役として、また講師役やファシリターとして、そして一緒に取組を進めていく心強い仲間である。

<解説・資料>

→詳しくは、事例集の事例15(大阪府高槻市)を参照。

→全国各地に、認知症の人の支援、地域づくりに尽力してきた認知症介護指導者やケア関係者がいる。地元にいるそれらの人材とつながって、推進員活動を進めていく。

【自分らしく暮らし続けることを支えあう仲間づくりの多職種研修や、人生の主人公として生きていくための高齢者向けの出前講座を続ける。共に考え、つながり、つなげる一步一步（鹿児島県霧島市）】



ライフサポートワーカー
養成研修



「私のアルバム」
自分らしく暮らし続けるための必需品。
多職種協働に役立つ。



公民館での出前講座
「私のアルバム」を一人ひとり自分の意思で記入できるように

包括に配置された推進員として活動をスタートしたが、一人でできるはずもなく、「つながり、つなぐ」を意識。

以前から、市内には地域に密着した認知症の人の支援をしている人たち（特に、認知症介護指導者）がおり、一緒に以下のような活動を行ってきている。

●ライフサポートワーカー養成研修とその後の協働

医療も介護も生活支援の一部であることを専門職が認識し、本人が自分らしく暮らし続けるための「地域共生社会」の実現に向けた多職種協働の実践について参加型で学ぶ研修を毎年継続的に実施。共に学んだ人たちは、「まちかど相談所」を事業者で実施し、包括のランチとして機能している。

●「私のアルバム」の作成・普及・活用の支援

本人が「いつまでも主人公である人生」を叶えるために、高齢者自身が人生やりたいことを語り、記し、その情報を共有しながら、人生を伴走するための「私のアルバム」（原版）を、有志で作成。

家庭や施設、地域で、ライフサポートワーカーらと共に、高齢者向けの出前講座を継続的に開催。「私のアルバム」を本人が書けるよう個別の配慮をしつつも、あくまでも本人が主体であることを忘れず、本人が決められるように提案してきている。

予め家族と話し合い、備える人が増えている。本人の「やりたい」を事業所の枠を超えて実現する仲間が増加。

→詳しくは、事例集の事例17(鹿児島県霧島市)を参照。

→ライフサポートワーカー養成研修
<https://www.nli-research.co.jp/report/detail/id=41516?site=nli>

→認知症になる前の時期から自分の人生や願いを自分で伝えていく。認知症になってからの人も。「私のアルバム」
<http://kiri-houkatu.sakura.ne.jp/album.htm>

(4) 認知症カフェや社会参加活動の体制整備を通じた対応力向上とつながりの支援

① 認知症カフェや社会参加活動の体制整備：推進員のこれからの挑戦テーマ

認知症の本人やその家族が安心して自分らしく暮らしていくためには、これまでの医療・介護サービスに加えて、診断前後のできるだけ早い時期から、地域の人や専門職と出会い交流できる場が身近に必要です。そのひとつとして認知症カフェが広がってきており、新オレンジプランでは、推進員がその設置・運営の企画をするなどの活動が期待されています。

また、厚生労働省では、平成31（2019）年度から新たに「社会参加活動のための体制整備」を地域支援事業に位置付け、推進員が関係機関と連携して、事業の企画・調整を進めていくこととし、行政がその取組を支援していくとしています（全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料、平成31（2019）年3月19日）。

推進員は認知症カフェの開設・運営や、本人の「社会参加活動のための支援」に留まらず、それに関連する家族や地域の人たち、専門職等の認知症対応力の向上を図り、それらの人たちがつながりあっていくための支援を行い、本人や家族を地域で支え合う体制を築いていくことが求められています。

② 推進員による認知症カフェを活かした地域で支え合う体制作り

推進員が、地域の実情や推進員自身の立場を活かして、認知症カフェに関連した下記のような様々な活動を展開しています。認知症カフェを入口に、地域での認知症対応力向上や本人・関係者のつながりの拡充を図っていきましょう。

① 認知症カフェの立ち上げ（の支援）を通じた対応力向上・つながりの支援

- なぜ必要なのか、どんなカフェがあったらいいのか、地域で暮らす本人や家族の視点に立ち、声を聴きながら、関係者で話し合い、「カフェ」の具体的なイメージを共有しながら、企画や準備を進めていきます。
- 住民や介護事業者など、やってみたいという地域の人たちの声やあるものを活かし、つなぎながら進めていきます。
- 「資金がない」で止まらずに、資金の確保にも推進員が乗り出しています。

② 認知症カフェの運営（支援）を通じた対応力向上・つながりの支援

- カフェを拠点に、本人、家族、地域の人たち、介護・医療関係者、子供たちなど、多様な人たちが出会い、つながり、（日常でも）交流を広げていけるよう支援をします。
- 集う人たちが、互いに学び合い、支え合う関係を深めていく支援をします。
- 本人が支援される一方ではなく、活躍する機会を広げていきます。
- 運営しながら起きた変化（成果）をとらえて共有し、よりよい運営を一緒に考えていきます。
- 運営を、住民や介護事業者等が、無理なく、楽しみながら、自主的に行っていくように、推進員は後方支援、連携体制作りや運営環境作りに力を注ぎます。

<解説・資料>

認知症カフェ：
厚労省資料によると、「認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いが理解し合う場」。
29年度、47都道府県1,265市町村にて5,863カフェ(実績)。新オレンジプランの目標値では、「2020年度までに全市町村に普及」とされている。

→事例集参照。

事例 7(長野県大桑村):住民のつばやきに着目しイメージを共有。住民とともにカフェを育てる。

事例 8(三重県志摩市):住民の声から生まれたカフェ。

事例 9(新潟県柏崎市):地域人材の育成とつながりを意図。

事例11(愛知県刈谷市):市民活動支援基金を活用。

→事例集参照。

事例10(兵庫県西宮市高須・甲山包括):見守り、早期の気づき・対応へ。

事例12(奈良県河合町):本人・家族を主体に。

事例13(千葉県我孫子市):介護事業所と輪番のカフェ。本人、家族、介護関係者、子供たちの力が伸びている。

③ 認知症カフェを活かして、認知症施策の重点テーマを推進

- 認知症カフェと「初期集中支援」との連携・連動を図り、早期支援の拡充を。
例：・カフェの参加者の中から初期集中の対象になる人を初期集中チームにつなぐ
・初期集中支援チームから認知症カフェにつなぎ、継続的支援を
- 認知症カフェで「本人ミーティング」を開催し、本人と支援者双方がよりよく変わるきっかけを作る。
例：・仲間の力で、地域で潜在している本人の参加を促す。
・仲間同士の出会いを通じて、本人が本音と力を表す→家族、支援者の意識が変わる。
- 「本人の意思決定支援」の実践・発信基地として認知症カフェを活かす。
- 地域全体の認知症の理解、見守り体制を築いていく。
例：・認知症カフェの参加者のみでなく、開催を通じ地域の人たちに幅広く理解を広げる。
・参加者が認知症カフェに安心・安全に来られるために、参加者の体験や声を活かして見守り・声かけ模擬訓練を実施。

④ カフェ関係者の交流の機会を作り知恵とつながりを共有、推進員の意識を促進

- 市町村内で認知症カフェを開催している人たちが集い、情報交換や工夫を共有し、視野を広げて、互いがよりよい認知症カフェに改善していくことを促進。
- 認知症カフェを開催しながらの悩みを率直に出し合い、一緒に考えながら、悩みの解消を互いの力を活かして具体的に図る支援や後押しを。
- 共通の悩み・課題を集約し、推進員や行政の立場でやれること・やるべきことを整理し、認知症カフェが発展していく環境を作る。
- すでに開設した人だけではなく、開設したい、協力したいという人たちにも交流会への参加を促し、認知症カフェの設置や応援者の層を広げる。
- 交流会の開催の企画・運営を推進員（同士）が行うことで、推進員としての役割意識や協働を促進する機会にする。

<解説・資料>

→事例集参照。

事例19(愛知県東浦町)：初期集中とカフェの連携からチャンスを生み出す。

事例23(福島県郡山市)：カフェの一角で本人ミーティングを開催。多様な効果が。

事例14(北海道美幌市包括)：市内8か所を移動しながらカフェを開催。本人の自己決定の支援を実践。カフェ利用者の体験をもとに、見守り声かけ模擬訓練を実施。

→事例集参照。

事例25(山口県下関市)：市内の要所(行政、委託包括、医師会、疾患医療センター)に配置されている推進員が、認知症カフェ交流会を協働して開催。推進員がそれぞれの立場の強みを活かしながら役割分担・協働しながら、交流会を開催することを通じて、認知症カフェ、そして市内の支援体制作りを推進していくきっかけとなる。



認知症カフェを活かすと、
いろんな役割を一体的にや
れる！
うちの町のこれからのため
に、楽しく、自由な発想
で、カフェに取り組んで
いきたいなあ。

ゼロから頑張らなくても
いいんだ……。
事例集を読んで推進員さんた
ちが、これまで積み上げてき
た事例を参考にしたいな。
すいしんいんネット*で、もう
少し詳しく教えてもらおう。



* すいしんいんネット：p.37 参照

③社会参加活動の体制整備を通じた対応力向上とつながりの支援

●平成31（2019）年度からの新たな施策

認知症を有する人や高齢者の中には、これまでの経験等を活かして活躍したいとの声が少なくありません。地域の中で「生きがい」をもった生活を続け、心身ともに健やかに暮らし続けていけるよう（認知症を予防する、重度化を防ぐ）、本人が社会参加する活動のための体制整備の事業が平成31（2019）年度よりスタートし、推進員の取組みとして期待されています。

【具体的な取組例】

- 市町村が適当と認めたものによる農業、商品の製造販売、食堂の運営、地域活動等の社会参加に対する支援
- 専門家を派遣する等、利用者に対する技術・専門的知識の指導・助言
- マルシェ等イベントの開催支援
- 社会参加活動を行うために必要な農業生産者や企業とのマッチング支援
- 好事例を収集し、関係者で共有するなどの普及活動

全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料（平成31年3月19日）より

●これまでの現場の取組や地元の本人の声や力を大切に

認知症の人の社会参加活動に関する取組は、近年、全国各地で試行錯誤が積み重ねられてきています。各地の推進員も、上記の取組例以外にも様々な本人の社会参加活動の実現に向けた動きを始めています。

推進員は、地元の本人たちの「～したい」という声にこれまで以上に耳を澄まし、本人の思いや力を大切に活かしながら、社会参加活動を実現していくための人のつながりや環境作りを一步一步進めていきましょう。

地元では、特に認知症の人の支援をふだんから行っている地域密着型サービスの職員や本人の支援グループの人たちなどが、すでに本人の社会参加活動に乗り出していたり、取組みたいと願っている場合が少なくありません。自分の地域の中でそうした動きがないか、情報収集や意見交換を行い、取組みたい人たちと推進員がつながって、共に活動を進めたり、あるいはその人たちの活動が上手く進むための調整や後押しをしていきましょう。

●地域の多様な分野の人たちと共に

なお、社会参加活動は、保健・福祉・介護職以外の地域の様々な生活関連・産業分野の人たちとの協働が生まれる絶好の機会です。認知症の人たちが、したいことや得意なことと関連のある地元の関係者に会いに行き、一緒にできないか前向きに話し合ってみましょう。実際にやってみる中で、それまで認知症の人に無関係だった人たちの認知症の人への理解や自然体の支え合いが広がります。

<解説・資料>

→「社会参加活動や認知症予防のための体制整備」地域支援事業に位置付けられる。全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料（平成31年3月19日）厚生労働省老健局 p.141

→これまで明確に位置づけられてこなかった取組を、国が新たな施策として打ち出し、どの市町村でも取組が展開されていくよう制度面での環境整備がなされた。推進員は、自治体の認知症施策担当者との事業について情報共有し、地元での取組の意義や可能性を具体的に話し合おう。

→参考

認知症の人の「はたらく」のススメ、認知症とともに生きる人の社会参画と活躍
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000334587.pdf>

→やってみないと、何をしたいかわからない。やってみることで糸口が見つかる。

→関係者に会いに行く時は、本人が行きたい意向がある場合、一緒に行くと、話しが進展しやすい。

社会参加活動
一人ひとりの声と力を活かして



わがまちに根ざした活動を



うちの地域にも、
きっかけがあれば、
もっと活躍できる本人
たちがたくさんいる！

若い認知症の人だけでなく、
超高齢の人だって、力がある。
この取組を通じて、啓発やつな
がり作り、初期支援や認知症カ
フェとか、推進員のいろんな仕
事がもっと楽しくなるぞ。



本人さんにも、お伝えして、やり
たいことをもっとよく聞いてみ
たい。
きっと、元気が出る人がいる。
ご家族や地域の人たち、介護や医
療の人たちにも、伝えてみよう。
一緒にやりたいという人が、地
域にいそいだなあ。

**【認知症の人とともに築く総活躍のまち
一人ひとりの声と力を活かしながら（和歌山県御坊市）】**



本人の声を起点にした
自然体で楽しく、みんな
の元気がでる活動が
市内に広がっている

- * 「もっと、役に立ちたい」
- * そんな本人の声を耳にした推進員が、地元の知り合いの JA の人たちと、本人が何か活躍できることがないか、話し合ってみた。
- * JA の人たちは、地元特産の花スターティスをもっと宣伝したい、一緒に何かやれないか、と。
- * 推進員は、さっそく、地域の介護者の仲間たちと相談。他にも、活躍したい人がたくさんいる！
- あるある！それぞれの人ができる仕事の数々。
例：摘み取り、花を切る、袋づめ、説明書き入れ、等。
- * 「わたしで何か役に立つなら、よろこんで。」とできる仕事に加わる人が増える。在宅サービスの利用者も、地域密着型サービス、施設の利用者も。
- * スターティスの花をきっかけに、その後も、一人ひとりが好きな（得意な）こと、できることに合わせて、次々と仕事をして働く（稼ぐ）姿が広がっている。
- * 本人が生き生き活躍する姿が、家族や介護職員、そして地域の人たちの認知症の意識や見方を変えている。「認知症があっても、一人ひとりが、地域を元気にする総活躍の大事な一員」。



JA の人たちも共に

* 推進員が、本人の声と姿、取組の経過を写真と共にわかりやすくまとめた資料のインパクトは大きく、次に続く本人、家族、支援者、地域の人、議員等様々な人たちが同じ方向を向いて、一緒に進むための土台（根拠）となっている。

（平成 30 年度認知症地域支援推進員研修報告資料より）

3. 相談支援・支援体制構築

(5) 個別相談からの支援体制作り

① 個別相談は推進員活動全体の原点

● 推進員として個別相談から地域に展開していくための「働き方」を作る

推進員は、様々な施策や事業に関連して幅広い活動が期待されていますが、その原点となるのが、一人の本人に関する個別の相談です。

そして推進員の役割は、個別相談で留まらずに、支援体制作りが本務です。その点を、行政担当者はもちろん、職場の上司や同僚、地域の関係者にも丁寧に説明し、理解を得ましょう。

そして、どういう相談ケースに推進員が関わっていくことが、支援体制作りや他の人たちにも役立つ働き方になっていくのか、相談の役割分担を決めておく必要があります。

また、推進員が連携の要役として、自治体内の連携と支援体制を作っていくためには、個別相談を受けてから本人、家族のところや関係者のところにフットワークよく出向いていく働き方が必要です。職場内だけにとどまらずに地域に出向いていく働き方の必要性の理解や了承も、職場内や地域で得ておくことが後々の活動のためにとっても大切です。

● 一人と丁寧に関わる：暮らしとつながりの課題・可能性を探る、一緒に作る

推進員の立場を活かして、相談を受けた「一人」には、できるだけじっくりと丁寧に関わりましょう。

- ・ 本人、そして家族や支援関係者の話を、それぞれよく聴き、話し合う
- ・ 本人の暮らし場に出向いて、本人や家族の実際の様子や暮らしぶりや環境に直に触れる。本人と行動を共にしてみる（外出先や通院先など）。つきあう。

＊ 一方的に支援する立場から、本人、家族とつきあい、一緒に考え（悩み）一緒に動いて、暮らしや周囲の理解、つながり等を一緒に作っていく体験を重ねていきましょう。

- ・ 本人、家族とも相談しながら、地域で本人に関わる人たちとも会って、推進員の立場を説明し、気づきや情報を得る。見守り手や支え手となる相談も。

相談の数をこなしているだけでは気づけなかった認知症とともに生きていく上での本人や家族のリアルな体験や思い、具体的な生活の不自由、本人や家族の力や工夫、有する自己資源（地域とのつながり等）、地域の人たちの関わりや意識、地域にあるもの等、一人を通じてたくさんの気づきが得られます。

本人や関係者とともに、「本人がよりよく暮らしていくために」、本人、そしてそれぞれが何ができるかを前向きに話し合う機会を作り（ケアマネジャーがすでにいる場合は、後方支援）、その後の関係者の関わりと支援、本人、家族の経過をつきあいながらフォローしていきましょう、

<解説・資料>

→ 相談を受ける他の関係者と役割分担しないままだと、推進員の位置づけがあいまいになったり、推進員に相談が集中し、役割を十分に果たせなくなることで懸念される。

→ 法人等に委託された推進員が、職場外に出て活動することを法人のトップや上司にきちんと理解・了承してもらうために、行政担当者に相談し、担当者に出向いて説明してもらっている推進員もいる。

→ 一人との関わり、つきあいの体験を通じて、本人視点にたった実感的な理解が深まり、その後の推進員活動を本人視点で展開していく上での大事な足場になる。

→ 困りごとだけでなく、本人が語りたこと、思いや意見、それまでの暮らしや本人の好きなこと、願いや希望についてもよく聴き、聴いたありのままを記録していこう。

→ 個別相談では、問題対処ではなく、本人がよりよく暮らしていくための暮らしと地域をやることを主眼に。本人の意向をもとに、本人ができることとその支援策の検討を。

②一人を通じて地域の課題と可能性の発見：地域で話し合い、支援を共に作る
 たった一人でも、一人を通じて得られる情報や気づきは相当数になります。先を
 焦らずに、それらを活かして、しっかりと整理・検討してみましょう。
 現在とこれからについても大切ですが、その一人が発症前後から現在に至るま
 での経過の中から、地域の課題、そして様々な可能性が浮かび上がってきます。
 同じような課題が、繰り返され続けられないように、各時点で、どういう理解や支援
 があれば次に続く本人が少しでもよりよく暮らせるようになるか、関係者や地域
 の人たちと話し合い、支援の補強点や新たに取組むべきことを検討しましょう。
 検討内容や地域の課題、可能性を共有し、すぐ解消のために動くべきこと、年度
 内に動くべきこと、次年度以降の取組に反映させていくこと等を一緒に決めなが
 ら、支援や体制作りの具体化を図っていきましょう。

【本人の声から、二人の女子会、そして本人のつどいの立ち上げへ
 (埼玉県鴻巣市包括)】

- *相談を通じ、若年性認知症のAさん、Bさんの言葉を聞き、同じ病を持つ人同士
 が地域で集う必要性を強く感じた。
- *「認知症の人と家族の会」が開催する「若年のつどい」に電車に乗って一緒に参
 加した帰り道、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。
- *県の若年性認知症コーディネーターに「2人揃えば地元で“つどい”ができる」
 と言われ、Aさん、Bさんの声を聞き、現実になると思った。
- *市の担当者と相談。企画、役割分担を決め、本人のつどいをプレ開催。以降隔月
 1回。これまで5回開催。「一人で抱え込んでいた。ここでは安心して話せる」
 「ここに集まる人はみな仲間。仲間っていい。」等の声が聞かれている。
- *「当日参加できなくても、内容がわかり、繋がりを保てるようにしてほしい」と
 いう参加者の声をもとに、推進員が広報誌を作成。県のホームページからもみる
 ことができるようになり、この活動を広く知ってもらえることにつながった。

【本人のやりたいことを、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～(京都府向日市社協)】

- *個別支援の中で、本人から「楽しいことがしたい。ソフトボールがしたい」とい
 う声。そ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。
- *今まで事業等を通じて関わってきた人たちを思い返し、協力いただけそうな人や
 機関に打診。
- *結果、地元中学校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
 望みが地元で叶った。
- *その後も継続的に取組んでおり、回を重ねるごとに、地域の方(ソフトボール部
 員、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。
 *本人の暮らしが充実した。取組の時だけでなく、日常生活の中で地元住民の仲間として
 のおつきあいに発展。個別支援ネットワークが
 できつつある。
 *本人を中心に周囲がつながり、今までにない
 つながりと広がりが生まれている。



<解説・資料>

→個別ケースの検討
 を積み重ねていく。

→最近では、地域の
 本人、家族も話し合
 いに参画している地域
 もある。

→事例集参照。
 事例22(埼玉県鴻巣
 市)



本人のつどい(ブルームン)の通信
 埼玉県のホームページより閲覧可能
<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0609/ninchisyosessaku/jakunen.html>

→事例集参照。
 事例21(京都府向日
 市社協 障がい者地域
 生活支援センター)

<解説・資料>
「認知症初期集中支援推進事業」については、p.8 参照。

(6) 初期集中支援チームとの連携と支援体制作り

①目的は、できるだけ早い段階からの支援、そして地域でよりよく暮らすこと
～目指す方向性と推進員の役割を大切に～

認知症初期集中支援推進事業は、認知症の初期段階はもとより、その後が続く長い経過を本人やその家族がよりよく暮らしていくために極めて重要な事業です。

初期集中支援チームと推進員との連携のあり方やそれを取り巻く全体的な環境等がまだまだ未整備で課題が山積している自治体が多いのが現状ですが、推進員として、現状の問題に目を奪われずに、何のための事業か、そして推進員の役割は何かを常に確認しながら、関係者を方向づけ、本人がよりよく暮らすための多様なつながりや体制を一步一步育てていきましょう。

②初期集中支援チームが関わる前後左右を貫く一連の体制作り

本人がよりよく暮らしていくためには、初期集中支援チームに加えて、チームにつながる前段階の支援、チームがつながっている時期のチーム員以外による本人、家族の支援（の調整）、チームの役割が終了した後の支援、といった本人が暮らす流れにそった一連の支援体制が必要です。

推進員は、初期集中支援の取組やケースに関わりながら、その前後左右を大局的にみて、一連の支援体制づくりに関係者とともに進めていきましょう。

③初期集中支援の推進は、推進員活動全体の凝縮、そして発展の契機

なお、初期集中支援は、医療と介護、福祉はもとより、多様な地域資源やネットワーク、対応力、相談支援等、推進員の活動全体が活かされていく取組です。

初期集中支援に際しては、他につなげられる事業や取組がないか、人がいないか等を思い浮かべながら、推進員活動全体を活かして初期集中の取組をよりよくしていく後押しをしていきましょう。そして、初期集中でのつながりや内実を、推進員活動を発展させていくためにも活かしていきましょう。

④初期集中支援を、住民や専門職に浸透を

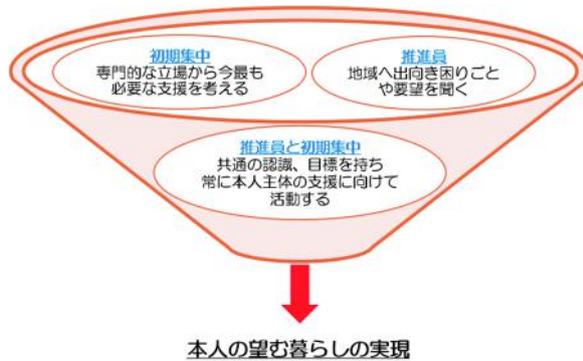
「何でもっと早くつながらなかったのか・・・」と悔やまれるケースが後をたちません。初期集中支援チームがより適時に（早期に）関わっていけるようになるためには、本人や家族が認知症と直面するもっと以前から、初期集中支援チームのことを知り、身近な存在になっていく必要があります。

推進員は、初期集中支援チームの周知を図ると共に、チーム員の人たちが、地域の中や専門職の集まりなどで、気楽にふれあい、その存在や役割、そして人を知ってもらう機会を作っていきます。

【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～ (広島県廿日市市包括)】

- * 医療や介護保険に強い拒否がある本人の実態把握に努め、地域の支援があることで生活できていることを知る。
- * チーム介入を依頼しつつ、訪問して実態把握を続ける。
- * 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とる。
- * 住民の不安が大きい。専門職として本人にできることを伝え、介護保険サービスと地域の見守りを加え具体的な役割分担することで住民の不安を払拭できた。
- * 本人の思いを自然な形で叶えることができています。

チーム介入から終了まで 25 週。
チーム会議の開催 8 回。地域ケア会議の開催 2 回
* 専門職がつながって結果を出せたことで、お互いがつながることの大切さを実感。その後の様子にも目を向け、必要時はいつでも手を差し述べられるよう関係機関と連携。

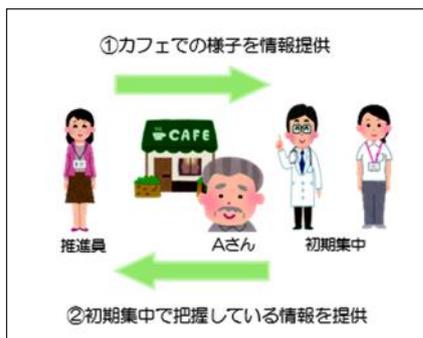


ポイント気づき

地域で今を生きる。地域の中でいきいき暮らす姿こそ地域の人の偏見をなくし、理解と支援につながる！！

【初期集中とカフェの連携から生まれるチャンス
(愛知県東浦町包括)】

- * 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。



- * 当初は、初期集中などの他事業とカフェ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が目で見守りをしていくことで、現在の「カフェと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。そして、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ずる。

<解説・資料>
→事例集参照。
事例18(広島県廿日市市包括)

→事例集参照。
事例19(愛知県東浦町包括)

検討委員より推進員の皆さんへメッセージ

(五十音順)



及川委員
(推進員経験者)

認知症の本人、家族、地域の方の傍に行き、望む暮らしの実現に向けて何が必要か、一緒に考え参画してもらうことが大切だと感じています。まずは、必要なこと、出来ることから具体的に動いてみましょう。一緒に取り組んでくれる地域住民や関係機関の方々が必ずいます。



神山委員
(県行政)

ほとんどの都道府県が認知症地域支援推進員対象の研修会等を実施しています。各認知症地域支援推進員が、活き活きと活躍するには、各都道府県による全市町村の全認知症地域支援推進員がつながるバックアップ体制も大切ですね！認知症になっても暮らしやすいふるさとをつくるために・・・。



木村委員
(市行政)

仙台市では52カ所の地域包括支援センターに推進員を配置し、生活圏域の中で細やかな活動を展開しております。業務多忙な中、多くの推進員が認知症のご本人や家族、地域の声に耳を傾けながら前向きに取り組んでいる姿に頭が下がります。区や本庁の推進員もその後押しができるよう頑張ります！



西川委員
(推進員)

全国の事例や推進員の活動を知り、同じ悩みを持ちながら頑張っている仲間がいること、そしてまた増えていることがとても嬉しいです。私達推進員の日々の地道な活動は何一つ無駄なことではなく、必ず花開く時が来るので、自信を持って取り組みましょう。

大変な仕事ですが、推進員自身の心と体も大切に！



染野委員
(社会福祉協議会)

コミュニティワーカーやCSW、生活支援コーディネーターなど地域支援を担う専門職はたくさんいます。同じ地域を支援する専門職が分野を超え、チームとなってその地域に関わるのが大切です。地域支援は時間がかかり、成果が見えづらいですが、使命感を持ってコツコツと関わることで、必ず「地域の変化」を感じるときがきます。それが地域支援の醍醐味です。

「今」その時に繋がる地域を大切に！
「今」その瞬間に感じた気持ちを大切に！
「今」その時に巡り合う人々を大切に！

辛いとき、泣きたいとき、嬉しいとき、楽しいとき、今その瞬間に感じた思いが「誰か」と繋がり自分を動かす。地域と一緒に歩む第一歩。
地域に繋がりが広がる中で「勇気」が生まれ「創造性」が芽生える。
推進員の皆さんとの繋がりを大切に、情報交換をしながら歩んでいきたいと思ひます。

私は“認知症介護指導者”という立場で委員会に参加させていただきました。私たち（福祉に携わる人）の仕事は多岐にわたります。ひとりの人を支援することや、時には人生の再構築（再設計）のお手伝いに関わることもあります。認知症の人と支え合い、まちづくりにも携わります。時には0から創造していかなければならないこともあります。このような仕事は一人ではできません。人とのつながりが大切になってきます。その一端（一人）として、私たち認知症介護指導者も一緒にさせて頂けると嬉しいです。皆様のまち（もしくは近く）にも認知症介護指導者がいると思ひます。何から始めたらいいのか悩まれている方は、自分たちのまちを見つめなおすことから始めませんか？ぜひ、クリエイティブな仕事を一緒にしましょう！

認知症地域支援推進員の活動は、その施策の全体的動向を自身の地域の～認知症高齢者等にやさしい地域づくり～に繋げていくことだと思ひます。理解者・協力者と、まずは何か一つアクションを起こしていきましょう。一歩一歩を大切に。

〈推進員活動で困ったとき〉〈立ち止まって振り返ることが必要なとき〉
〈もっと周囲の人に伝えたいと思ったとき〉、全国の実践現場の貴重な知見が詰まっている『活動の手引き』は、きっとあなたを助けてくれると思ひます。そして、次の世代によりよい財産を残せるように、お互いに切磋琢磨していきましょう。

一見難しくみえる課題も、見方を変えれば地域が変わるチャンスなのかもしれせん。認知症の人、関わる人たちもいきいきと暮らせる地域づくりへ向けて、同じ志をもつ仲間との出会いとつながりを大切に、できることから一歩ずつ。



那須野委員
(推進員)



引野委員
(認知症介護指導者)



福田委員
(推進員)



森岡委員
(推進員経験者)



渡邊委員
(大学教授・社会福祉学)

関連情報一覧

【厚生労働省】

- 認知症施策関連ガイドライン(手引き等)、取組事例(一覧)

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000167902.html>

- オレンジポスト 知ろう認知症(厚生労働省認知症施策推進室 フェイスブック)

<https://www.facebook.com/オレンジポスト知ろう認知症厚生労働省-認知症施策推進室-1623614051099456/>

- 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン(2018年)

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000212396.pdf>

【認知症ケアパス】

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

【認知症の本人向けガイド、本人ミーティング、本人座談会、社会参加活動】

- 「本人にとってのよりよい暮らしガイド 一足先に認知症になった私からあなたへ」(2017年度)

<http://www.jdwg.org/guide/>

- 「本人ミーティング開催ガイドブック」(2016年度)

https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/honninmeeting1_1.pdf

- 本人座談会(映像)(2017年度)

https://www.npwo.or.jp/dementia_campaign/index.html

- 「認知症の人の「はたらく」のススメ」(2017年度)

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000334587.pdf>

【認知症初期集中支援】

- 「認知症初期集中支援チームの効果的な活用に向けた調査研究事業」報告書(2017年度)(国立長寿医療研究センター)

<http://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/H29rouken-4houkoku.pdf>

【認知症カフェ】

- 「認知症カフェの活用と認とも はじめの一步(事例集)」(2016年度)

(認知症介護研究・研修仙台センター)

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/nintomo.pdf>

【地域の見守り・SOS体制構築】

- 「見守り・SOS体制作り基本パッケージ・ガイド」(2017年度)

(認知症介護研究・研修東京センター)

https://www.dcnnet.gr.jp/pdf/download/support/research/center1/t_h29SOS_guide.pdf

【若年性認知症】

- 「若年性認知症ハンドブック(改訂版)」(2015年度)

(認知症介護研究・研修大府センター)

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/handbook.pdf>

【認知症介護研究・研修センター(東京・仙台・大府)】

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

『認知症地域支援推進員の活動の推進に関する調査研究事業』

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』
 認知症地域支援推進員活動の手引き【2019 年 3 月版】

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 (2019) 年 3 月