

# 認知症の本人及び家族への地域資源を活用した 支援に関する調査

---

－自治体における新オレンジプランの実施状況について－

平成28年6月

厚生労働省アフターサービス推進室

## 目次

第1	調査の実施	1	
1	調査の背景と目的		
2	調査の対象		
第2	調査の結果	2	
1	認知症サポーターの養成と活動の支援		
2	認知症初期集中支援チームの設置		
3	医療・介護関係者等との間の情報共有の推進		
4	地域での見守り体制の整備		
5	その他の取組		
第3	終わりに	12	
1	社会における認知症への理解を深める工夫		
2	家族介護者の負担を軽減する取組の推進		
3	医療・介護の職種間における相互理解の促進		
4	地域住民が認知症支援の取組に参加する工夫		
	個別報告書	14	
	北海道砂川市	認知症初期集中支援チームの設置	15
	岩手県岩手郡岩手町	地域での見守り体制の整備 「安心生活あいネット」	24
	兵庫県川西市	医療・介護関係者等との間の情報共有の推進 医療介護情報連携ツール「つながりノート」	33
	熊本県山鹿市	認知症サポーターの養成と活動の支援 「認知症地域サポートリーダーの養成と活動」	42
	参考		51
	1	認知症高齢者の推計値	
	2	認知症高齢者の日常生活自立度	
	3	新オレンジプランの全体像	
	4	新オレンジプランに示されている取組のうち調査対象としたものの概要	
	5	認知症の人とその家族に対する支援事例	

# 第1 調査の実施

## 1 調査の背景と目的

わが国における認知症高齢者の数は、平成23年から平成24年までに実施した調査によると、平成24年時点で約462万人<sup>1</sup>、平成37年には約700万人<sup>2</sup>に増加し、65歳以上の高齢者の約5人に1人の割合に達すると推計されている。今や認知症は誰もが関わる可能性のある身近な病気であるということを社会全体で認識し、認知症の人に寄り添い、認知症の人がより良く生きていくことができる環境の整備が国として求められている。このような状況の下、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暮らし続けることができる社会を実現するため、「認知症施策推進総合戦略（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に向けて～」(平成27年1月厚生労働省公表<sup>3</sup>)（以下「新オレンジプラン」という。）が策定された。

アフターサービス推進室では、認知症の人が自分らしく暮らし続けることができる地域づくりについて、各自治体が地域資源（地域住民の協力、医療・介護の関係機関の連携等）を活用しながら主体的に進めている取組を調査した。本報告書は、調査した支援の内容を取りまとめ、同様の取組を進めている各自治体、関係機関等への参考情報として提供するものである。

## 2 調査の対象

新オレンジプランでは、7つの柱と具体的な施策を示している<sup>4</sup>。このうち、本報告書では、特に自治体において地域資源を活用して取り組むべきとされている施策について、積極的に実施している自治体の中から4つを選定し、調査対象とした。調査先の自治体における特徴的な取組は表1-1のとおりである。

表1-1 ヒアリング実施先と調査対象とした主な取組

自治体名	担当部局	調査対象とした主な取組
北海道砂川市	市民部介護福祉課 認知症疾患医療センター 砂川市地域包括支援センター	早期診断・早期対応のための体制整備 (認知症初期集中支援チームの設置)
岩手県岩手郡岩手町	岩手町地域包括支援センター	安全確保 (地域での見守り体制の整備)
兵庫県川西市	川西市中央地域包括支援センター	医療・介護等の有機的な連携の推進 (医療・介護関係者等との間の情報共有の推進)
熊本県山鹿市	山鹿市地域包括支援センター	認知症サポーターの養成と活動の支援

<sup>1</sup> 「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(平成25年5月)による。

<sup>2</sup> 「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5月)による。同調査では、註1の調査の結果に基づいて平成37年以降の認知症有病者数を推計した。註1,2の調査については本報告書の51頁を参考のこと。

<sup>3</sup> 関係府省庁(内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省)と厚生労働省が共同で策定した。

<sup>4</sup> 新オレンジプランの全体像については、本報告書の52頁を参考のこと。

## 第2 調査の結果

各自治体では、地域住民又は関係機関等と連携し、新オレンジプランで示されている取組を実施している。主な取組を以下にまとめた。

なお、新オレンジプランで示されている取組のうち調査対象としたものの概要は、本報告書の53頁～56頁を参照されたい。

### 1 認知症サポーターの養成と活動の支援

各自治体では、地域において認知症に関する理解を深め、認知症の人やその家族を見守り、支援する活動を行う認知症サポーター等を養成している。

#### (1) 認知症サポーター養成講座の対象者

認知症サポーター養成講座（以下「サポーター養成講座」という。）の受講者は、全国的には地域住民全般が中心であるが、今回の調査先の自治体ではそれぞれ対象者を限った講座も開催していた。

岩手町では民生委員、保健推進員等、川西市では民生委員、福祉委員等を対象にサポーター養成講座を開催している。これは地域又は地区における認知症高齢者の支援がより積極的に行われるよう、行政から業務を委嘱され、地域の高齢者に接する機会が多い民生委員、福祉委員等を対象に実施しているものである。

砂川市では、認知症が疑われる人に対応する機会がある事業者などを対象に実施している。

山鹿市では、小・中学校、高等学校等教育機関でサポーター養成講座を実施し、将来的に地域の担い手となる児童と生徒を対象として、認知症の学習を早期から始めている。グループごとに学習内容を振り返って、考えたこと等を発表する時間を設けるなど、認知症を身近な問題として捉え、理解しやすくなるよう講座内容を工夫していた。



【山鹿市の認知症サポーター養成講座 小学校の絵本教室】

## (2) 認知症地域サポートリーダーの育成

認知症サポーターに対しては、サポーター養成講座を修了した後も、復習を兼ねた学習の機会の付与や、地域や職域の実情に応じた取組の継続が新オレンジプランで求められており、活動の支援を推進することとされている。

山鹿市では、認知症サポーターの活動に対する継続的な支援に加えて、認知症サポーターの役割を発展させた認知症地域サポートリーダー（以下「サポートリーダー」という。）として、認知症の人やその家族に必要なサポートを行い、地域全体で認知症高齢者を見守り、支える活動を主導し、活性化することができる人材を育成していた。サポートリーダーを育成する養成講座は、認知症の本人による講演、地域密着型サービスを行う小規模多機能型居宅介護施設<sup>5</sup>における実習、介護の専門職による講話など、認知症の人とその家族への支援を実践的に学ぶ内容となっている。

## (3) 認知症高齢者にやさしい地域づくりを推進する活動

認知症サポーターの取組として、認知症に関する知識の啓発を通じて認知症高齢者にやさしい地域づくりを推進する活動が求められている。

山鹿市では、サポートリーダーが地域ごとにグループを作り、地域課題に対応する取組を進めていた。例えば、地域内で何か起きたときにSOSを連絡できる公共施設、商店、民家などを示した地域資源マップの作成や、認知症の人への接し方や見守りの方法を喜劇仕立てで公演する劇団活動などを行い、認知症に関する啓発活動が活発に進められていた。

また、サポーター養成講座の講師を務めるキャラバン・メイトの活動<sup>6</sup>は、全国的に行われている。川西市のキャラバン・メイトは、サポーター養成講座の講師のほかに、市内の全14地区において、認知症カフェや交流サロンの運営に参加し、認知症の人とその家族への支援に関する中心的な役割を担っていた。



【山鹿市のサポートリーダーが製作した地域資源マップの看板】

## 2 認知症初期集中支援チームの設置

認知症初期集中支援チーム（以下「集中支援チーム」という。）による支援<sup>7</sup>で

<sup>5</sup> 1か所のサービス介護事業所で、訪問介護、デイサービス、短期宿泊など複合的なサービスを行い、地域内に住む住民だけが利用できる施設。

<sup>6</sup> キャラバン・メイトの活動と養成講座の内容は本報告書53頁を参考のこと。

<sup>7</sup> 認知症初期集中支援の全体的な流れは、本報告書54頁～55頁を参考のこと。

は、関係者間で定例会議や緊急性等を要する支援に関する判断などの情報交換が緊密かつ頻繁に行われ、連携が図られており、認知症の人とその家族を医療と介護につなげる仕組みがつくられていた。

## （１）認知症初期集中支援チームの運営体制

調査した３自治体の集中支援チームは、地域包括支援センターと病院が中心となって連携し、チーム員として医療と介護の専門職が参加していた。

砂川市では、地域包括支援センターと認知症疾患医療センターの両機関<sup>8</sup>に運営を委託している。集中支援チームは、地域包括支援センターの主任介護支援専門員（介護福祉士有資格者）、認知症疾患医療センターの認知症サポート医<sup>9</sup>、

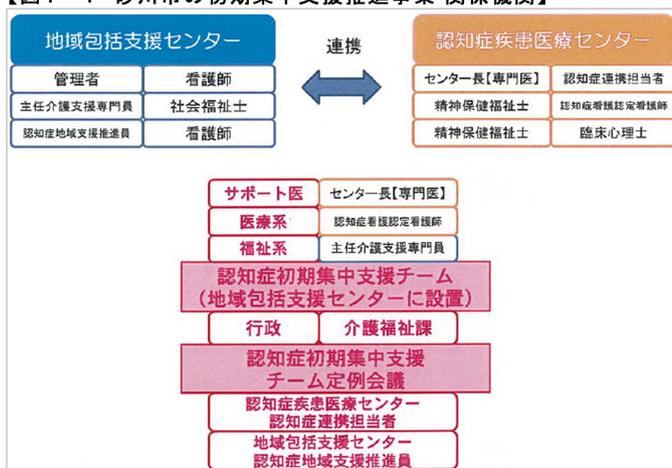
認知症看護認定看護師<sup>10</sup>で構成されており、医療と介護の様々な職種が協働して認知症の治療等に関する蓄積を生かし、認知症の早期診断・早期対応に努めている。身体状況の確認に基づく医療・介護の専門職による往診等の必要性の判断や、家族の意向を踏まえた訪問介護の調整などをスムーズに進めていた。

川西市においても、中央地域包括支援センターと地域の医療機関が連携して集中支援チームを運営している。川西市医師会から認知症サポート医、総合病院から認知症看護認定看護師、介護事業所から作業療法士と介護福祉士が参加し、認知症の早期診断を経て、医療機関での支援につなげていた。

## （２）認知症初期集中支援の流れ

認知症初期集中支援の基本的な流れは、地域包括支援センターや自治体の窓口で受け付ける相談などから、認知症が疑われる場合に、集中支援チーム員が支援対象者宅を訪問して現状を確認した後、チーム員会議で健康状態、生活環

【図1-1 砂川市の初期集中支援推進事業 関係機関】



出典：砂川市地域包括支援センター資料

<sup>8</sup> 地域包括支援センターは一般社団法人北海道総合在宅ケア事業団、認知症疾患医療センターは砂川市立病院が運営している。砂川市立病院は平成16年に「もの忘れ外来」（精神科、脳神経外科、神経内科の3科が協働で診療する）を開設し、認知症に関する診療を先駆的に行ってきた。  
<sup>9</sup> 地域における認知症の人を支えるために必要な介護分野等の知識や、地域医師会・地域包括支援センター等の関係機関との連携づくりなどに必要な知識・技術を持つ医師。都道府県・指定都市が実施する認知症サポート医養成研修を受けて認定される。

<sup>10</sup> 認知症の各期に応じた療養環境の調整など認知症の専門知識を持つ看護師。公益社団法人日本看護協会により認定される。

境など支援対象者の状況を報告し、支援の方向性を話し合うこととされている。支援の内容は、医療機関での受診勧奨、介護サービスの案内、生活環境の改善などであり、地域の認知症専門医やかかりつけ医、介護サービス事業所と協力して行う。

認知症初期集中支援では、一般的に、どこで支援が必要とされているのかといった支援対象者の把握が難しいとされている中、砂川市では、支援対象者の把握方法を工夫している。ほかの自治体でも行われている地域包括支援センターによる総合相談のほか、認知症の家族会に寄せられた相談に基づく訪問の依頼、地域で高齢者を見守る事業など、様々なネットワークを活用して支援対象者の把握を行っていた。

### (3) 支援対象者の引き継ぎ後のモニタリング

集中支援チームによる支援方針に基づく対応が終了し、介護サービス事業所や地域包括支援センターに支援を引き継いだ後も、医療・介護サービスを継続できているか、集中支援チームがモニタリングを行うこととされている。

砂川市では、集中支援チームを運営する地域包括支援センター又は認知症疾患医療センターから支援対象者に連絡し、入院や施設への入所、介護サービスの利用、あるいは介護サービスを利用せずに地域住民や関係機関の見守りの下で在宅生活を継続しているなどの状況を詳細に把握していた。独居者については、定期的に連絡し、引き継ぎ後の状況に課題が生じていると判断した場合は、医療・介護と連携し、対応する方針としていた。

## 認知症について お困りなら ご相談ください!!



みまもろんご

砂川市では、認知症初期集中支援チームを設置しています。

### 認知症初期集中支援チームって?

認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、ご本人やご家族の自立した生活をサポートするため、医療・介護の専門職がチームとなって、相談と支援を行います。

### 認知症初期集中支援の流れ

本人、家族、町内会、民生委員、かかりつけ医など

相談

市立病院  
認知症疾患医療センター

紹介(運携)

ささえあいセンター  
(地域包括支援センター)

認知症初期集中支援チーム

<p>①初回訪問</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症の状況確認</li> <li>・身体状況の確認</li> <li>・認知症に関する情報提供</li> </ul>	<p>②チーム員会議</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症の状態確認</li> <li>・生活上の課題の抽出</li> <li>・支援の方向性の検討</li> </ul>	<p>③支援の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・生活や介護の助言</li> <li>・受診勧奨</li> <li>・介護サービス利用の案内、勧奨</li> </ul>
--	--	---

対象となる方

40歳以上で在宅生活をしている、認知症や認知症が疑われる方(例)

- ・認知症の診断を受けていない、または治療を中断している
- ・医療や介護サービスを利用していない
- ・サービスを利用しているが、認知症の症状が強くなるように対応してよいか悩んだり、困っている
- ・認知症が疑われる行動があり、医療機関への受診を勧めるが嫌がる
- ・認知症が疑われる言動がある方がいて心配

このような時は「ささえあいセンター」まで  
ご相談下さい!!

認知症とは…

いろいろな病気などが原因で脳の細胞が死んでしまったり、動きが悪くなることにより、記憶や判断力が低下し、生活や対人関係に支障が出る状態をいいます。

早い段階から治療を開始することで進行を遅らせたり、脳の病気による認知症状であれば、適切に脳の治療を受けることで症状が回復することが期待できることから、他の病気と同じように**早期診断と早期治療が**重要です。

※裏面の認知症チェックも参考にしてください。

【砂川市 認知症初期集中支援チームの案内】

### 3 医療・介護関係者等間の情報共有の推進

医療介護情報連携ツール(以下「情報連携ツール」という。)は認知症支援において医療と介護の関係者が、認知症の病態や対応について情報を共有するために作成され、各自治体で利用されている。情報連携ツールの利用により、認知症の人とその家族が孤立を感じることなく、安心感を得ることも目的としている。

#### (1) 医療介護情報連携ツールの導入における地域の医師会等との連携

調査先のうち3自治体における情報連携ツールの導入には、自治体と地域内の医師会等が従来から地域医療に関して連携し、ネットワーク体制を築いてきた関係性が効果的に作用している。

川西市では、市民医療フォーラムの開催などを通じて、川西市医師会と協力関係を築いてきた経緯が情報連携ツール「つながりノート」の導入に生かされている。導入に当たって、川西市、川西市医師会、専門機関(大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室<sup>11</sup>)で20回ほど検討会を開催し、内容と普及の方法について協議が重ねられた。川西市と川西市医師会、専門機関が顔の見える関係をつくっていたことが、情報連携ツールのスムーズな導入に結びついており、利用開始後も普及に向けた取組を協力して進めている。

砂川市と岩手町でも自治体と地域内の医師会等が連携し、情報連携ツールの作成と配布を行っている。砂川市は、市と砂川市立病院及び地域包括支援センターが認知症支援の各取組を協働で進めるネットワークが活用され、情報連携ツール「支えあい連携手帳」の円滑な利用開始に結びついていた。

岩手町では、町と岩手西北医師会認知症地域支援ネットワークの協力の下に情報連携ツール「医療・介護連携シート」が導入され、近隣の町とともに普及が進められている。

#### (2) 医療介護情報連携ツールの内容

各自治体の情報連携ツールでは、認知症の病態、既往歴、介護サービスの利用状況など認知症の人に共通する基本情報に加えて、自治体ごとに、工夫を凝らした構成にしている。

介護の現場では、介護者である家族が、医療・介護の専門職に質問や意見をしにくいという状況が見受けられる。川西市の情報連携ツールは、介護者である家族が医療・介護の専門職とコミュニケーションを取りやすくするため、連絡や質問の内容とともに、知ってほしい又は答えてほしい人を指名する構成になっている。例えば、家族から認知症の病態に関する疑問を医師に聞いたり、

<sup>11</sup> 専門的見地から内容の確認、利用の方法等、実用に関するサポートを行った。

介護の悩みを介護支援専門員に相談したりするなどの使われ方をしている。

砂川市は、各種受診の際に必要な情報として、MRI 検査に関連してペースメーカーの有無、閉所への恐怖感の有無、胃ろうについての認知症の本人とその家族の意向など、長期的なケアに対応することを念頭においた内容になっている。

岩手町は、認知症の人の心身の変化や日常生活上の困難に関する説明について、医療・介護の専門用語ではなく平易な言葉で記載することで、専門職ではない認知症の本人、家族、介護者などが理解しやすいように工夫されている。また、診療時と普段の様子が異なる場合もあるため、診療の際に、医師へ日常の様子を正確に伝えることを重視した構成となっている<sup>12</sup>。

情報連携ツールの利用により、医療・介護に関する情報の共有が、認知症の本人と介護者である家族が孤立する状況を防ぎ、安心につながるツールになっていた。

### (3) 医療介護情報連携ツールの利用を促進するための取組

情報連携ツールの利用を促進するため、川西市では、認知症の本人とその家族、ケアスタッフ等に向けて、情報連携ツールの効果的な使い方や地域での普及方法に関する連絡会を毎月 1 回実施している。連絡会では、川西市医師会の協力を得て、認知症の病態や高齢者をテーマとした市内の各診療科の医師によるミニレクチャーや情報連携ツールに関する事例検討を行っていた。認知症が生活習慣病と同じような身近な疾患であるという認識を広め、支援事例を通じた情報連携ツールの効果的な使用法を紹介することにより、情報連携ツールの利用促進が行われていた。



【医療介護情報連携ツール 左:川西市のつながりノート 右:砂川市のええあい連携手帳】

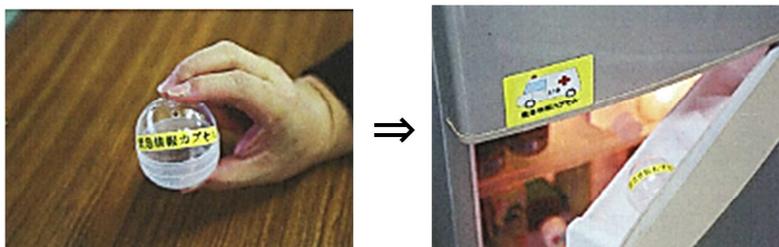
<sup>12</sup> 例えば「今、困っていること」として、近所の人から「回覧板を次の人にまわせない」など、日常的に関わりのある人が気づくことができる様子を聞き、書き込めるようになっている。

#### 4 地域での見守り体制の整備

認知症の人とその家族を見守る体制は、地域の住民や事業所が協力して、緊急時に必要な情報の共有、模擬訓練の実施などが進められており、その結果として、地域全体で「さりげなく見守る・支え合う」意識が高められていた。

##### (1) 個人情報の登録による見守り支援

地域における高齢者を見守る方法としては、本人の同意に基づいて、かかりつけ医などの医療・介護に関する基本的な情報<sup>13</sup>を登録し、地域でネットワークを築き、共有する取組が全国的に進められている。



【岩手町の取組 緊急情報カードをカプセルに入れて冷蔵庫に設置する】

岩手町では、高齢者の独居世帯及び夫婦世帯を対象として、カプセルに入れた緊急情報カードを希望者に配布し、自宅での保管場所を冷蔵庫の卵ケースに統一することで、緊急の際に必要な医療・福祉のサービスを迅速に受けられる連絡体制を整えていた。

砂川市と川西市では、地域との関わりの中で日常的な見守り支援を行い、独居世帯や夫婦世帯の孤立を防ぐ取組が進められていた。

砂川市では市、地域包括支援センター、町内会等の関係機関、民生委員が区内の高齢者の情報を共有・管理し、高齢者の家族や近隣住民の往来、本人が外出する機会の有無を確認している。

川西市では、認知症の人が行方不明になった場合に家族の支えとなることを目指す「認知症高齢者行方不明 SOS ネットワーク」を構築している。市、川西警察署、地域包括支援センター、民生委員、SOS ネットワーク代表者が認知症高齢者の情報を共有・管理し、行方不明になった場合は警察から地域包括支援センターへ連絡し、早期に対応していた。

##### (2) 地域の事業所が行う見守り支援

岩手町では、町内で訪問業務を行う事業所（郵便・水道・ガス・新聞・医療・介護等）に見守り事業所として協力を依頼し、通常業務を通じて高齢者の見守りを行って



【岩手町では支援事業所が車輦に見守りステッカーを貼り付けて業務を通じた見守りを行う】

<sup>13</sup> かかりつけ病院、担当医、既往歴、介護サービスの利用状況、緊急の際の連絡先等。

いる。当該見守り事業所が、日常の業務で異変に気づいた時は岩手町地域包括支援センターに連絡し、センター職員が状況を確認することとなっており、実際に、見守り事業所である郵便局が、配達の際に異変に気づいたことをきっかけとして、具合を悪くしている高齢者を発見した事例があった。

### （３）認知症高齢者の行方不明等に対応する模擬訓練の実施

認知症高齢者の徘徊などによる行方不明に対する模擬訓練については、全国的に行われているが、特に調査先の各自治体では、地区又は地域別に実施している。

川西市では、都市部での行方不明に対応することを想定して駅ビルや百貨店などの商業施設で実践的な模擬訓練を行うとともに、全 14 の地区がグループワークなどの訓練を独自に実施している。



【川西市 模擬訓練の様子】

山鹿市では、8つの地区ごとに模擬訓練を計画・実施し、地域行事として定着しつつあった。

いずれの取組においても、認知症の人とその家族が地域全体の見守りの下に安心感を得られるよう、認知症の人が行方不明になった場合、多数の地域住民が捜索に参加する体制がつくられていた。

## 5 その他の取組

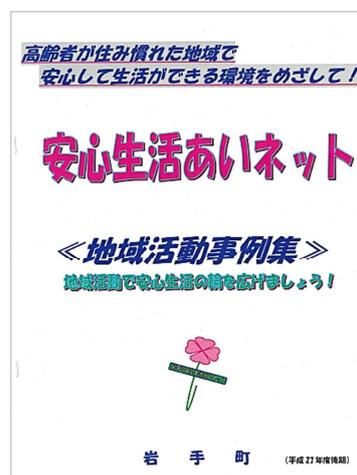
各自治体において、認知症の人の特技を生かして社会的なつながりをつくる取組や、認知症の人にとっての居場所づくりを通じて、家族の負担を軽減する取組等が進められており、認知症高齢者等にやさしい地域づくりが進められていた。

### （１）日常生活を支援する取組

生活の支援として、地域の有償ボランティアが介護保険に含まれないサービスを提供している。

砂川市では、認知症支援ボランティアが1時間 600円で日常生活の支援を実施しており、依頼内容は、病院の受診に付き添ってほしい、急用で不在にするため認知症の家族と留守番してほしい、などのちょっとした困り事が多い。独居高齢者が増加し、近所付き合いが希薄になる中、近隣住民に頼みにくいことも、有償のため依頼しやすいといった理由から、リピーターとなる利用者が増えている。

岩手町では、自治会の役割を担う自治振興会ごとに、雪かき、買い物、ごみ出しなど日常生活上の支援を行っている。買い物の配達を兼ねた見守りなど地区の事情に応じた独自の取組が進められ、地域活動事例集を作成し、町内への普及を図っていた。



【岩手町 生活支援の取組をまとめた事例集】

## （２）認知症の人の社会参加を支援する取組

認知症の人が住み慣れた地域環境で自分らしく暮らし続けるため、地域活動等への積極的な参加が促されていた。

山鹿市では、若年性認知症の人が参加するソフトボールチームが結成され、近隣の市と交流しながら活動している。また、手先が器用な認知症の人が、公民館で行われている竹細工の教室に参加し、活動に慣れてきてから、認知症を題材とした絵本に出てくる風車を製作する、というように、症状の進行や生活の状況に応じて継続的に活動している。いずれの活動も、規模を拡大した大会の実施や、市内のバザーへの出品と販売などを目標にしており、段階を踏まえた目標の実現によって、達成感を得ることが、認知症の人の生きがいにつながっている。

## （３）認知症の人の介護家族の精神的な負担を軽減する取組

認知症の人を介護する家族が、介護の悩みや苦しさを共有し、情報交換する場として、調査先の自治体では認知症カフェ、家族会の交流会等の設置が進められている。

砂川市では、認知症の家族会と協働で認知症カフェを開催している。認知症カフェは、介護経験者（ピアサポーター）が参加し、ピアカウンセリングの機能を備えており、認知症の人と家族、ほかの介護者と交流する機会が少ない男性介護者が参加できる場ともなっている。

岩手町でも、在宅で認知症の家族を介護している方を対象として、「介護者リフレッシュ教室」を開催し、参加者から「以前は怒ってばかりいたが、会に参加することで、時間はかかったが、楽しく生きようと気持ちを切り替えられた」、「辛い状況にあるのは自分だけでないことを知り、前向きに考えることの大切さを感じた」などの声が寄せられている。砂川市の取組と同様に、男性の介護者が交流できる貴重な機会にもなっている。

このように、介護者が交流し、介護の悩みなどを共有することで、孤立しやすい介護者が精神的な支えを得るきっかけにもなっている。

#### (4) 認知症の人を含む高齢者が交流する取組

認知症の人とその家族、地域住民が交流しながら、さりげなく見守り、支え合う場所づくりとして、調査先の自治体では、自治会や地域密着型サービスなどで交流サロン等を開催していた。

川西市では、認知症の人を見守る地域資源として認知症の人とその家族をはじめ地域の誰もが参加できる交流サロン等を市内の全 14 地区で開設している。自治会館や公民館の一角で実施されている活動には、地域の住民が気軽に参加し、認知症の夫又は妻とともに夫婦で訪れる利用者もいる。活動の実施に当たっては、地域包括支援センターの職員が自治会の集まりに赴き、活動の趣旨を説明するなど、地域住民が参加しやすい運営体制を細やかにサポートしている。

山鹿市では、市内の地域密着型介護予防サービスを行う施設等に地域の「縁がわ」として介護予防拠点を整備し、介護予防サポーターを中心に、体操教室やパン教室、絵手紙教室など趣味の活動を実施し、地域住民が参加している。小規模な施設の特徴を生かした和やかな雰囲気の下、認知症に関する理解が深められ、地域で認知症の人を見守る体制づくりが進められている。

このように、地域住民が日常的に自然と集まることができる場所づくりが、生活の様々な場面で支え合うことができる顔見知りの関係をつくり、結果として、認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりにつながっていた。自治体において、このような場所づくりをいかに進められるかが、認知症の人を支援するネットワークを形成する上で重要な視点となっていた。



【川西市が進める居場所づくり  
左：居場所いこい 右：サロンたんぽぽ  
自治会館やデイサービスセンターの一角で実施】

### 第3 終わりに

調査先のヒアリングにおいて、今後、各自治体が取組をさらに強化するべきと考えていることを聴取した。その結果をまとめると、以下のとおりである。ほかの自治体においても、第2及び下記を参考に、新オレンジプランに示されている施策を積極的に実施していただきたい。

#### 1 社会における認知症への理解を深める工夫

認知症の人やその家族の中には、認知症に対する誤った知識や偏見から周囲の人などに打ち明けることをためらい、地域包括支援センター、病院等に相談又は診療に訪れる際には、治療や支援に遅れが生じ、認知症の病態が悪化している事例が多い。認知症になると何もできなくなってしまうという認知症に対する社会の見方を変えるきっかけとして、できないことを様々な工夫で補い、できることを生かして希望や生きがいを持ち、自分らしく暮らしている認知症の人の姿を、当事者が自らの声で語り、発信していくことが重要である。それにより、認知症の診断を受けた後の生活への安心感を与え、早期受診につながることを期待される。

#### 2 家族介護者の負担を軽減する取組の推進

認知症の人の介護者への支援を行うことが、認知症の人の生活の質の改善にもつながるため、家族介護者の不安や悩みに応える相談機能の強化を含む支援体制の充実を図ることが重要である。具体的には、認知症地域支援推進員<sup>14</sup>の企画・調整に基づいて、認知症カフェ等を活用したボランティアによる居宅訪問（「認とも」<sup>15</sup>）や家族向けの介護教室の開催を推進する等、在宅介護における認知症の人の最も身近な伴走者である家族介護者の精神的・身体的負担を軽減する観点からの支援や、家族介護者の生活と介護の両立を支援する取組を進めて行くことが必要とされる。

#### 3 医療・介護の職種間における相互理解の促進

認知症は、医療の対応だけでなく、介護等の対応を含めた支援が不可欠であることから、集中支援チームや自治体、医療・介護関係者等が連携して支援することが重要である。そのためには、まずは地域ケア会議や多職種で行う事例

<sup>14</sup> 認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、地域の実情に応じて、支援機関につなぐ連携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。

<sup>15</sup> 認知症カフェ等を通じて顔なじみになったボランティアで一定の資質を有する者（例えば、認知症サポーターの上乗せ講座を修了した者）が、認知症地域支援推進員の企画・調整の下、認知症の人の居宅を訪問して、一緒に過ごす新たな取組。

検討を通じた研修などの医療・介護関係者等が情報共有や地域課題の検討を行う機会を積極的に設けることにより、各職種や各関係機関に期待される役割や支援内容等への具体的なイメージを持ち、相互理解を促進していく必要がある。

認知症の人が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、医療・介護関係者等が顔の見える関係を築き、コミュニケーションをとりながら連携を図っていくことで、その時々々の認知症の容態に応じ、もっともふさわしい場所で適切な医療・介護等のサービスが切れ目なく提供される仕組みを構築していくことが求められる。

#### **4 地域住民が認知症支援の取組に参加する工夫**

認知症サポーターの養成や自治体が行う見守り支援など、地域住民の積極的な参加が必要な取組では、高齢化に対応し、住民の参加を促進する工夫が必要である。そのため、自治体の広報誌等を通じた地域住民への認知症支援に関する周知など参加者の掘り起こしや、地区又は自治会等が小規模の単位で行う認知症高齢者等の日常生活の支援など、地域住民が認知症の支援に継続して参加する仕組みづくりが重要である。

# 個別報告書

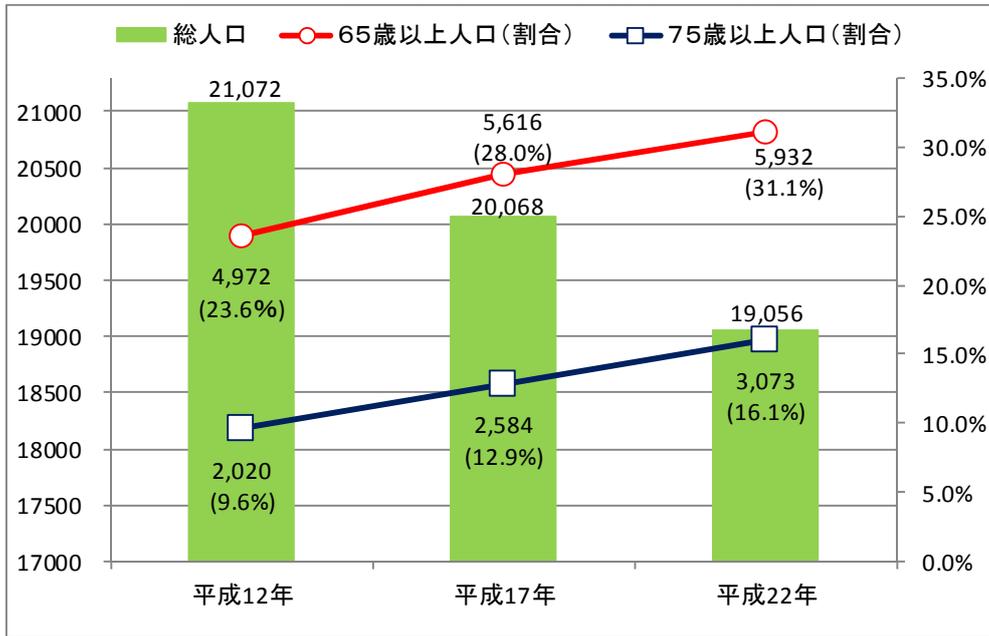
# 北海道砂川市 認知症初期集中支援チームの設置

## 1 砂川市の概況

### (1) 高齢者人口

砂川市の総人口は、平成12年から平成22年にかけて約2千人減少している<sup>1</sup>。65歳以上の割合は、平成12年から平成17年に約4%増加し、平成22年には31.1%となり、約3人に1人が高齢者となっている。

【表1-1 砂川市 総人口と高齢者人口推移】



出典：国勢調査よりアフターサービス推進室作成

### (2) 認知症高齢者数

65歳以上の要支援・要介護認定者のうち「認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ以上<sup>2</sup>」の割合は、平成22年度から平成23年度にかけて大きく増加し、以降、多少の増減があるものの、おおむね横ばいで推移している。

【表1-2 砂川市 介護保険の認定状況等 (各年度3月末時点)】

	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
1号被保険者数	5,972	5,999	6,103	6,182	6,328
要介護認定者数	943	984	1,023	1,085	1,126
1号認定者数	918	953	990	1,053	1,094
2号認定者数	25	31	33	32	32
認知症高齢者数(人)※	455	552	605	634	612
割合(%)	51.4	60.1	56.3	58.1	58.5

※65歳以上の要支援・要介護認定者のうち「認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ以上」の割合  
出典：砂川市市民部介護福祉課資料よりアフターサービス推進室作成

<sup>1</sup> 出典：総務省 平成12年国勢調査、平成17年国勢調査、平成22年国勢調査。65歳以上人口数及び75歳以上人口数の割合は、高齢者人口数に基づいてアフターサービス推進室で作成した。

<sup>2</sup> 日常生活自立度Ⅱとは、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意すれば自立できる状態。

## 2 砂川市の認知症支援に関する取組（平成27年12月末時点）

砂川市では、平成16年に砂川市立病院でもの忘れ外来の診療が開始されたことを契機として、行政と砂川市地域包括支援センター（以下「地域包括支援センター」という。）、砂川市立病院の3機関が早期診断に関する啓発などの認知症支援の取組を協働で進めてきた。また、平成22年度に認知症疾患医療センターモデル事業の指定、平成23年度に地域包括支援センターに認知症地域支援推進員<sup>3</sup>が設置され、認知症支援の連携体制が更に強化された。3機関が協働してきた認知症支援の取組と連携体制は、平成26年度に開始した認知症初期集中支援推進事業の実施体制と合致していたことから、現状の体制を生かしたチームを構成し、これまでの連携が生かされる中でスムーズな事業運営が行われている。

【表2-1 砂川市 新オレンジプランの実施状況（平成27年12月末時点）】

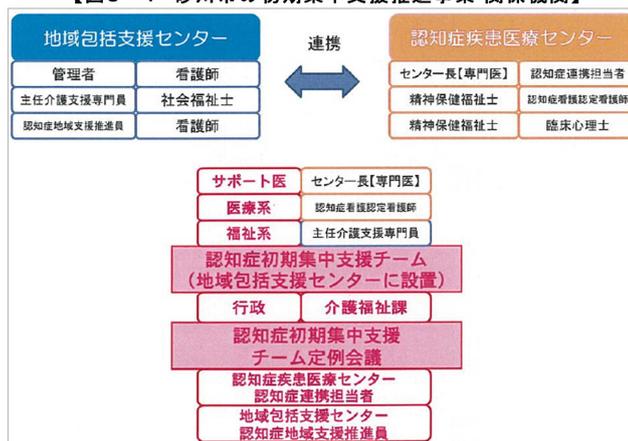
新オレンジプラン			砂川市の実施状況
7つの柱(抜粋)	具体的な施策(抜粋)	取組	
1 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進	(2) 認知症サポーターの養成と活動の支援		実施（652人）
2 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供	(3) 早期診断・早期対応のための体制整備	認知症初期集中支援チームの設置	平成26年度から設置
	(7) 医療・介護等の有機的な連携の推進	認知症ケアパスの確立	作成中
		医療介護情報連携ツールの実施	平成25年度から「支えあい連携手帳」を配布
		認知症地域支援推進員の設置	平成23年度から設置
4 認知症の人の介護者への支援	(介護者たる家族等への支援)	認知症カフェの設置	1か所
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	(1) 生活の支援		ボランティア等による支援
	(4) 安全確保	(地域での見守り体制の整備)	「地域高齢者見守り事業」の実施

出典：砂川市市民部介護福祉課資料よりアフターサービス推進室作成

## 3 認知症初期集中支援チームの設置

認知症初期集中支援チーム（以下「集中支援チーム」という。）は、認知症を初期の段階で把握し、適切な医療や介護につなげ、重症化を予防するとともに、認知症になっても住み慣れた地域で暮らし続けられるよう支援することを目的としている。集中支援チームは、認知症サポート医である専門医と医療・介護の専門職（保健師、看護師、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士等）がチーム員となり、認知症疾患

【図3-1 砂川市の初期集中支援推進事業 関係機関】



出典：砂川市地域包括支援センター資料

<sup>3</sup> 認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、地域の実情に応じて、医療機関、介護サービス事業所等の支援機関につなぐ連携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。

医療センター<sup>4</sup>等の専門医療機関と連携しながら支援を進めている。

砂川市における集中支援チームは、地域包括支援センター、砂川市立病院認知症疾患医療センター<sup>5</sup>（以下「認知症疾患医療センター」という。）が、市内のかかりつけ医と連携しながら、認知症が疑われる人を、早期に適切な医療や介護につなげている。集中支援チームの運営は、砂川市が地域包括支援センターを運営する一般社団法人北海道総合在宅ケア事業団と認知症疾患医療センターを運営する砂川市立病院の両機関に業務を委託しているが、実際の支援では、行政が加わり、3機関が協働して集中支援チームの業務を行っている。

砂川市の集中支援チームでは、平成26年9月から平成27年10月末までに、18人の支援を行った。

### （１）実施体制

砂川市の集中支援チームの構成員は、地域包括支援センターの主任介護支援専門員（介護福祉士有資格者）1人、認知症疾患医療センターの認知症サポート医<sup>6</sup>1人及び認知症看護認定看護師<sup>7</sup>1人となっている。月2回開催するチーム員会議には、3人のチーム員に加え、市役所の介護福祉課職員、地域包括支援センターの認知症地域支援推進員、認知症疾患医療センターの精神保健福祉士等が参加し、支援の方向性を決定する。

### （２）認知症初期集中支援のポイント

砂川市における認知症初期集中支援のポイントは、①「訪問時の状況確認」、②「医師による医療にかかる緊急性の判断」である。①は医師以外のチーム員2人が訪問し、対象者や家族と会話しながら身体と生活全般の状況確認を行う。その後、①の情報に基づき、チーム員会議において、②の医療にかかる緊急性を判断する。訪問時の様子から、特に緊急性等を要すると判断した場合は、チーム員会議の開催を待たずに、医師に状況を説明し判断を仰いでいる。

---

<sup>4</sup> 認知症の速やかな鑑別診断や行動・心理症状（BPSD）と身体合併症に対する急性期医療、専門医相談、関係機関との連携、研修会の開催等の役割を担う。

<sup>5</sup> 砂川市立病院で「もの忘れ外来」（精神科、脳神経外科、神経内科の3科協働診療）が診療を開始し（平成16年）、その流れを受けて、平成22年6月から平成24年3月まで認知症疾患医療センターモデル事業を行う。平成24年4月に認知症疾患医療センターの本指定を受けた。

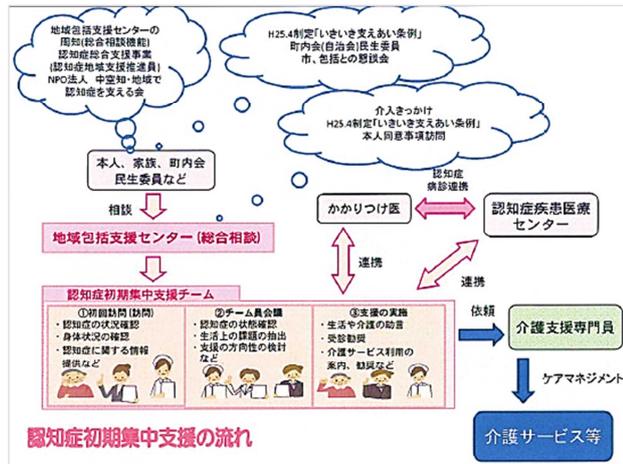
<sup>6</sup> 地域における認知症の人を支えるために必要な介護分野等の知識や、地域医師会・地域包括支援センター等の関係機関との連携づくりなどに必要な知識・技術を持つ医師。都道府県・指定都市が実施する認知症サポート医養成研修を受けて認定される。

<sup>7</sup> 認知症の各期に応じた療養環境の調整など認知症の専門知識を持つ看護師。公益社団法人日本看護協会から認定を受ける。

緊急性等を要すると判断し対応したケースは、平成27年1月までに1例<sup>8</sup>だった。

また、認知症地域支援推進員は支援の初期から関与し、チーム員とともに支援終了後の介護支援専門員等へのスムーズな引き継ぎに加え、地域における見守り体制の構築に努めている。

【図3-2 砂川市 初期集中支援の流れと支援対象者の把握】



出典：砂川市地域包括支援センター資料

### (3) 支援対象者の把握

砂川市では、様々なネットワークを駆使しながら、支援対象者の把握と状況確認に努めている。支援対象者の具体的な把握方法は、表3-1のとおり。④「ささえあいねっと」（「砂川市高齢者支え合いネットワーク事業」の通称）はコンビニエンスストア、宅配業者、介護サービス事業者など市内の様々な事業者が、地域の高齢者の見守りを目的として、行政と協力関係を結んでいる。

【表3-1 砂川市の認知症初期集中支援での支援対象者の把握方法】

	支援対象者の把握元	把握の経緯
①	地域包括支援センターの総合相談機能	支援対象者本人や家族、介護関係者からの認知症が疑われるケースに関する相談
②	認知症地域支援推進員	認知症が疑われる事例の把握による情報提供
③	「砂川市認知症を抱える家族の会(ひだまりの会)」	「家族の会」に寄せられる認知症が疑われる対象者への訪問依頼
④	「ささえあいねっと」	市内の事業者が、通常業務において、高齢者の異変、気になることを電話やFAXで連絡
⑤	「地域高齢者見守り事業」	地域との情報共有及び行政等による高齢者訪問により把握

出典：砂川市市民部介護福祉課資料よりアフターサービス推進室作成

### (4) 初回訪問・チーム員会議

初回訪問では、ファーストコンタクトでの状況確認を重視し、約1時間をかけて、支援対象者とその家族に対して日常生活の様子を聞き取る。

その後のチーム員会議は、医師が診察の合間などに参加しやすいように、病院の一室において、定例で月2回（11時～12時）開催している。チーム員会議では、支援内容の検討とともに、集中支援チームによる支援を終結し、適切な機関に支援を引き継ぐ目安となる目標を決定している。支援の初期段階で目標を設定することで、支援途上での各機関・各職種の役割分担が明確になる。具

<sup>8</sup> 認知症が疑われる症状としてもの忘れがあり、他の身体状況を含め検討し医師に報告、ただちに検査したところ脳腫瘍が発見された事例。

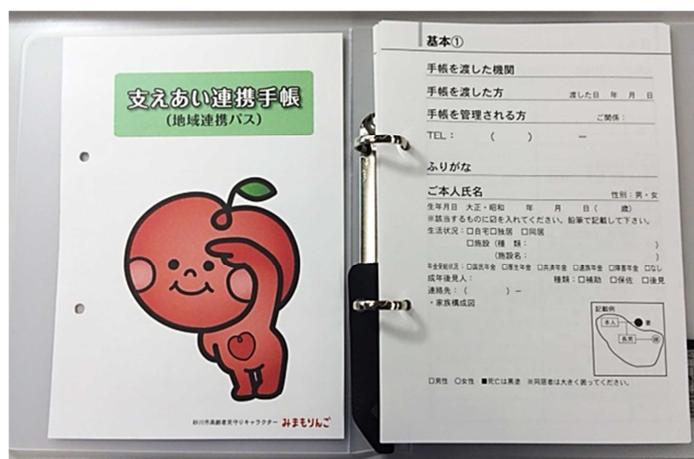
体的な目標は、ケースの状況に応じて異なるが、「専門外来でのフォロー」、「介護サービスの利用」などが挙げられる。

また、チーム員会議は、多職種での情報交換と課題の共有を兼ねており、支援の質を担保する場となっている。例えば、通院状況や介護サービスの利用など、職種ごとに把握している支援対象者個人の状況を共有することが、個々人の実情に応じたきめ細やかな支援につながっている。

さらに、チーム員が各々の分野で協力を仰ぎたいケース、または対応に苦慮しているケースを話し合うことで、適時適切に連携を図ることができている。特に、定例会は地域包括支援センターにとって、サポート医との情報交換ができる貴重な機会となっており、医師から助言を受けることが不安や悩みの解消につながっている。

## (5) 支援の実施

支援は、医療面と介護面から実施している。医療面では、一例として、かかりつけ医あるいは認知症疾患医療センターにおける受診の勧奨であり、長期間に渡って、かかりつけ医の診療を受けていない場合などは、認知症疾患医療センターから、かかりつけ医に連絡し、往診の依頼をすることもある。



【医療介護情報連携ツール 支えあい連携手帳  
患者の医療介護情報を記入するMRI検査や胃ろうの希望有無を書く項目がある】

介護面では、介護サービスに関する案内・勧奨をするとともに、本人の同意に基づいて地域の介護支援専門員に依頼し、ケアプランを作成するなど、ケアマネジメントによる支援を行うほか、有償ボランティアの活動など、日常生活の不便に対する介護保険に含まれないサービスについても案内している。

そのほかの支援として、専門外来及びかかりつけ医による定期的な診療や服薬管理、権利擁護支援の案内などがあり、ケースに応じて異なる。

また、認知症が疑われる方の医療機関における初診では、医療介護情報連携ツール「支えあい連携手帳」を配布し、本人の基本情報や医療と介護の状況を記入し、以降の支援に利用するよう説明をしている。

## (6) 引き継ぎ後のモニタリング

集中支援チームによる支援が終了した後は、地域包括支援センター、認知症

疾患医療センターから連絡し、継続的に支援を受けられる状況にあると判断ができるまで、支援対象者の状況を把握するモニタリングを実施している。状況把握の例としては、入院、グループホーム入所、デイサービスの利用、あるいは介護サービスを利用せず地域住民や関係機関の見守りの下で在宅生活を継続している等の詳細な情報となっている。独居者については、支援を医療または介護の機関につないで終了ではなく、定期的に連絡をし、引き継ぎ後の状況に課題が生じていると判断した場合は、医療・介護と連携し対応している。

#### 4 地域における本人・家族・介護者への支援と取組

砂川市では、有償ボランティアや、砂川市認知症を抱える家族の会（以下「家族会」という。）との協働で運営する認知症カフェなど地域住民が主体となった活動とともに、地域高齢者見守り事業や多職種が参加する事例検討会等、医療・介護の連携によって認知症施策が幅広く進められている。

##### （１）認知症サポーターの養成と活動の支援

砂川市では、平成 20 年から認知症サポーターの養成を開始した。「認知症は誰もがなる可能性があり、早期発見が重要」など、啓発の入口として、地域や事業所からの依頼に応じて、認知症地域支援推進員が講師として出向いている。平成 27 年度は、認知症が疑われる人に対応する機会がある市内の事業所で開催したほか、町内会でも講座を実施した。

##### （２）医療・介護関係者等間の情報共有の推進

###### <認知症多職種事例検討会>

NPO 法人中空知・地域で認知症を支える会<sup>9</sup>（以下「認知症を支える会」という。）が主催する認知症多職種事例検討会は、認知症の患者対応事例に関するグ



【第13回 認知症多職種事例検討会（砂川市立病院にて18時開始）  
77人が参加し、認知症患者の自動車運転に関する事例検討とグループディスカッションを行った】

<sup>9</sup> 市民フォーラムや多職種事例検討会等、認知症支援を地域で実施することを目的として、平成 16 年に団体として発足、平成 21 年に NPO として認定。

グループディスカッションを中心とする多職種が参加する研修会である。平成 25 年 11 月から平成 27 年 11 月までに 13 回開催されている。参加職種は、医師・保健師・看護師・薬剤師・心理士・介護職・ケアマネジャー・相談員・施設管理者・認知症ボランティア・家族会・民生委員・行政職員等と多岐に渡る（通算 674 人参加、1 回の平均参加人数 53 人）。

検討会は、職種を混成したグループごとに、事例の課題解決の糸口を話し合う形式で、社会資源の把握や各職種の業務理解の場となっている。毎回様々なテーマが提示されており、これまでの事例は、「受診・服薬を中断する高齢者への継続受診勧奨」、「薬剤師による独居宅の訪問薬剤管理の実践」、「独居者の自動車運転に関する自己決定と免許返納について」など、「今、実際に対面している事例」の検討を通して、相互の職種理解に加え、地域課題の検証につながっている。

### （3）介護者の負担軽減

#### ＜認知症カフェの開催＞

認知症カフェは、家族会と協働で運営し、「ひだまりカフェ」として2か月から3か月に1回の頻度で開催している。場所は「カフェくるみる」（就労継続支援B型の施設<sup>10</sup>等を運営する社会福祉法人くるみ会<sup>11</sup>が運営）で実施している<sup>12</sup>。基本的には、家族会の会合と連動した開催であり、認知症の患者や家族、介護経験者（ピアサポーター）が参加する交流の場となっている。

特徴は、認知症カフェのテーマが参加対象の職種により異なり、テーマに沿った職種が主催する点である。

#### 参考例

- ・ケアカフェ：専門職の交流を目的として市内の介護事業所の介護従業者が集まり、ケアに関する専門的な情報交換を行う。市内介護従事者が主催。
- ・商店街の商店主を対象とした認知症の人への接客に関する講座：認知症サポーター養成講座との共同開催。

同一職種が会し、情報交換と交流の場になっているとともに、主催する職種が替わることで、開催に係る負担（設営準備等）を分散する効果がある。

ひだまりカフェには、保健師と認知症地域支援推進員も参加し、保健師からは認知症の本人と家族の健康管理について、認知症地域支援推進員からは介護保険やサービス支援等の専門的な助言をする場となっている。

<sup>10</sup> 雇用契約を締結しない就労や生産活動の機会を提供し、就労への移行を支援する施設。

<sup>11</sup> 事業内容は多機能型訓練施設の運営、北海道から受託している精神障害者地域生活事業の運営等。

<sup>12</sup> 実施に際して、施設使用料は運営主体の好意により無償、人員はボランティアのため人件費がかからないので、参加者は飲食の費用を支払う。コーヒー、紅茶は 100 円。

さらに、介護者である家族が、介護に直面し、悩み、苦しんでいる当事者として参加ができるピアカウンセリングの機能を有しているとともに、男性介護者が交流できる貴重な場所でもある。参加者からは、「要介護認定を受けたがサービスの利用に踏み切れないでいたところ、経験者と話すことでイメージが湧き、介護サービスの利用を決意した」、という声があった。さらに、家族が認知症の患者とともに参加することで、外出への不安を軽減し、「一緒に出かけることができる」と自信を得る機会となっている。

#### (4) 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進

##### ① 生活の支援

##### ＜「認知症支援ボランティア ぽっけ」の活動＞

平成 22 年 4 月に設立した「認知症支援ボランティアぽっけ」(以下「ぽっけ」という。)は、認知症を支える会が主催する認知症支援ボランティア養成講座の修了者が集まり、既存の認知症医療やケアではカバーすることが難しい支援の隙間を地域ボランティアが行うことを目的として、発足した。活動内容は医療機関の受診付き添いが活動の 7 割を占め、ボランティアは有償で活動している。利用者は 1 時間の支援につき 600 円を支払い、ボランティアには 400 円をぽっけから支払う。1 か月の活動時間は 200～300 時間であり、平成 27 年度は 3, 300 時間になる見込みとなっている。日常の「ちょっとした困り事」を依頼することで認知症支援ボランティアと顔なじみになり、リピーターでの利用が多い。

【図 4-1 ぽっけの支援活動】



出典：砂川市市民部介護福祉課資料よりアフターサービス推進室作成

##### 【支援例】

- ・病院への受診に付き添って欲しい
- ・急用で不在にする間、認知症の祖母と留守番をしてほしい
- ・通夜の喪主をするので、一晩母親に付き添いをしてほしい
- ・担当者を指名しての話し相手になってほしい(傾聴訪問)
- ・病院受診の帰りに食堂で一緒に食事をしてほしい 等

出典：ぽっけ資料よりアフターサービス推進室作成

##### ② 地域での見守り体制の整備

##### ＜砂川市高齢者いきいき支え合い条例＞

砂川市では、平成 25 年に制定された「砂川市高齢者いきいき支え合い条例」(以下「支え合い条例」という。)により、地域で見守りをするために必要と思われる高齢者の情報の共有が可能となった。この条例に基づいて、65 歳以上の高齢者に関する情報(住所・氏名・年齢・性別)と、本人が同意した情報(緊

急連絡先・介護サービスの利用状況・定期的な訪問者など）が市から福祉協議会へ、さらに町内会等に提供されることにより、情報が共有され、日常的な見守りから緊急の際まで対応できる仕組みがつけられている。

### ＜地域高齢者見守り事業＞

「地域高齢者見守り事業」は、市、地域包括支援センター、町内会等の関係機関、民生委員が連携し、支え合い条例に基づいて、地域の実情に合わせた見守り体制の構築を図る事業である。一人暮らしの高齢者を中心に、特に見守りが必要と思われる高齢者を把握し、平成27年3月までに市や地域包括支援センターの職員が約千百人を直接訪問して、そのうち約900人から個人情報提供の同意を得た。この訪問で得た情報から、高齢者は医療や介護サービス、家族や地域などとのつながりにより、何らかの支援を受けていることが確認できた。見守る側も高齢者になりつつある状況で、高齢者の情報を共有することで、効率よく地域で高齢者を見守る体制が構築されている。具体例としては、家族の往来の有無や介護サービスの利用状況を地域が把握することで、近隣住民との交流が頻繁ではなくても、孤立した状況ではないことを知る手がかりとなっている。

## 5 取組の課題

砂川市では、認知症支援の取組について、以下を課題として挙げている。

### （1）啓発の取組

認知症に対する偏見から、家族（配偶者や子）が症状を明らかにしない傾向があり、そのため、診療と適切な支援が受けられず、重症化する例がある。認知症施策のボトムアップを図るためにも、高齢者に限らず、就労者や学生など、若年層に対する認知症の正しい知識の啓発に取り組む必要がある。

### （2）サポート医の要件緩和

認知症初期集中支援事業を広範かつ効果的に進めるために、認知症サポート医の認定要件の緩和が必要と考えている（現在、砂川市の認知症サポート医は1人、当該事業で連携している医師は6人、医療機関は6機関）。認知症サポート医になるためには、都道府県・指定都市で開催される2日間の研修を受ける必要があるが、特に開業医は休診にすることが難しく、日程の確保が難しい。この問題に対して、研修をeラーニングにすることや、開催日程の増加などの措置を講じることで、認知症サポート医の増加につながるのではないかとの声があった。

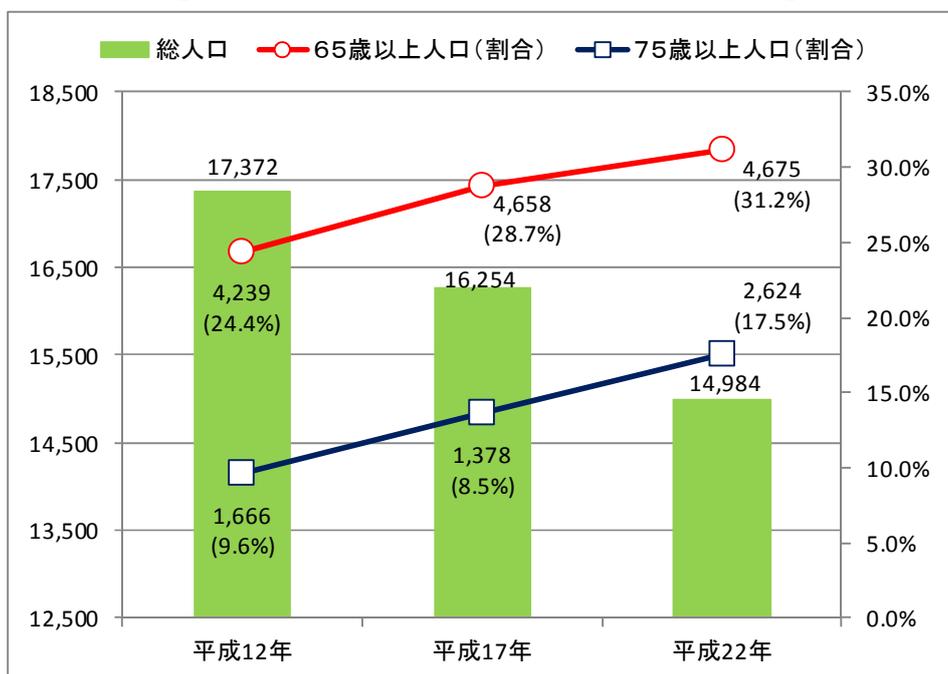
# 岩手県岩手郡岩手町 地域での見守り体制の整備 「安心生活あいネット」

## 1 岩手町の概況

### (1) 高齢者人口

岩手町の総人口は、平成12年から平成22年にかけて、約2,300人減少している<sup>1</sup>。65歳以上の割合は平成12年から平成17年にかけて4.3%増加し、平成22年には31.2%となり、約3人に1人が高齢者となっている。

【表1-1 岩手町 総人口と高齢者人口推移】



出典：国勢調査よりアフターサービス推進室作成

### (2) 認知症高齢者数

65歳以上の要支援・要介護認定者のうち「認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ以上」の割合は、平成22年度から平成24年度にかけて、わずかに増減があるものの、平成25年度以降は68.5%で横ばいになっている。

【表1-2 岩手町 介護保険の認定状況等 (各年度3月末時点)】

	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
1号被保険者数	4,810	4,789	4,822	4,855	4,913
要介護認定者数	903	950	986	1,010	1,069
1号認定者数	871	914	948	971	1,031
2号認定者数	32	36	38	39	38
認知症高齢者数(人)※	533	609	618	649	665
割合(%)	63.2	66.2	65.5	68.5	68.5

※65歳以上の要支援・要介護認定者のうち「認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ以上」の割合

出典：岩手町健康福祉課資料よりアフターサービス推進室作成

<sup>1</sup> 出典：総務省 平成12年国勢調査、平成17年国勢調査、平成22年国勢調査。65歳以上人口数及び75歳以上人口数の割合は、高齢者人口数に基づいてアフターサービス推進室で作成した。

## 2 岩手町の認知症支援に関する取組（平成 27 年 12 月末時点）

岩手町では、平成 23 年度に地域福祉計画を策定し、町、公的機関（消防署・警察署等）、関係機関（社会福祉協議会・医療機関・介護機関等）が連携しながら、高齢者等が住み慣れた地域で生活するための取組を推進している。町が実施主体となり、社会福祉協議会、自治振興会<sup>2</sup>、民間事業所、福祉・医療機関が連携して、認知症高齢者等を地域で見守り、支えていくため、平成 24 年度に「安心生活あいネット」を開始し、見守り支援と生活支援が地域ごとに進められている。

【表2-1 岩手町 新オレンジプランの実施状況(平成27年12月末時点)】

新オレンジプラン			岩手町の実施状況
7つの柱(抜粋)	具体的な施策(抜粋)	取組	
1 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進	(2) 認知症サポーターの養成と活動の支援		実施 (3,129人)
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) 早期診断・早期対応のための体制整備	認知症初期集中支援チームの設置	平成30年度から設置予定
	(7) 医療・介護等の有機的な連携の推進	認知症ケアバスの確立	平成26年度から実施
		医療介護情報連携ツールの実施	平成26年度から実施「医療・介護連携シート」
		認知症地域支援推進員の設置	平成29年度から設置予定
4 認知症の人の介護者への支援	(介護者たる家族等への支援)	認知症カフェの設置	介護者リフレッシュ教室を将来的に認知症カフェへ移行することを予定
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	(1) 生活の支援		安心生活あいネット(生活支援)の実施
	(4) 安全確保	(地域での見守り体制の整備)	安心生活あいネット(見守り支援)の実施

出典：岩手町健康福祉課資料よりアフターサービス推進室作成

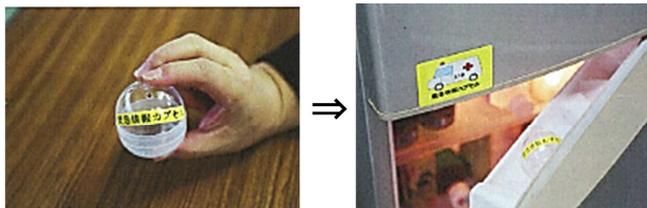
## 3 地域での見守り体制の整備

### ＜「安心生活あいネット」の普及＞

岩手町で平成 24 年度から取り組んでいる「安心生活あいネット」は、「高齢者の日常の安否確認」、「福祉問題の早期発見」、「緊急時の迅速な対応」、「安心感を保った地域生活」を目標とし、地域が一体となって、地域の住民や事業所の協力による見守りと自治振興会による日常生活の支援を進めている。

#### (1) 「緊急情報カード」の利用促進

「緊急情報カード」は、緊急時に本人に関する情報の把握を目的とした連絡ツールであり、75 歳以上の独居・夫婦世帯や希望者を対象に民生委員が配布している。かかりつけ病院、担当医、服薬内容を記入したカードを緊急情報カプセルに入れ、自宅冷蔵庫の卵ケースに置いている。「緊急情報カード」は個人情報を行政・民生委員・消防署等の関係機関で共有することへの同意書も兼ねており、救急搬送時に活用され、必要な医療・福祉のサービスが迅速に受けられる連絡体制を取っている。



【緊急情報カードをカプセルに入れて冷蔵庫に設置する】

<sup>2</sup> 自治振興会は、地域振興を図るために組織された。一般的な自治会と同じ役割を持つ。

平成 28 年 1 月時点で 1,547 人が保有し、75 歳以上の半数が登録している。

## (2) 地域の支援事業所による見守り支援

地域の支援事業所による見守り支援は、訪問業務を行う企業等の事業所（郵便・水道・ガス・新聞・医療・介護等）が見守り事業所として登録し、通常業務を通じて日常的に高齢者の見守りを行う連絡体制である。事例は表 3-1 のとおりであるが、地域の事業所が日常の業務の中で異変や気がかりに思ったこ

【表 3-1 支援事業所の見守り事例】

<p><b>【郵便受けの状況を通じた見守り】</b>                  1.郵便受けに新聞・郵便物が4日～5日以上たまっている状況を事業所が発見する                  2.事業所が地域包括支援センターへ連絡し、状況を伝える                  3.地域包括支援センターが訪問し、具合が悪く寝こんでいる高齢者を発見する</p> <p><b>【事業所の業務を通じた見守り】</b>                  1.同じ住民から灯油を配達する事業所、電気店へストーブが故障したとの相談が頻繁にある                  2.事業所、電気店から地域包括支援センターへ連絡があり、相談内容を伝える                  3.地域包括支援センターが訪問し、認知症の症状が進行し、ストーブがつけられない住民を発見する</p>
---

出典：岩手町健康福祉課資料よりアフターサービス推進室作成



【支援事業所は車輦に見守りステッカーを貼り付けて業務を通じた見守りを行う】

とを地域包括支援センターに連絡し、状況を確認する流れができています。

平成 27 年 10 月時点で 47 の事業所が登録し、見守り支援をしている。

## (3) 地域での見守り支援・生活支援

「地域での見守り支援・生活支援」は自治振興会が実施している。「見守り支援」として、健康いきいきサロンへの勧誘（後述）、希望者には自宅訪問などを行っている。また、「生活支援」として、雪かき、買い物、ごみ出し、草取りのほか、家具の移動や電球の交換など日常生活の不便について支援を行っている。

活動は自治振興会ごとに実施し、地区の実情に応じて進められている。いずれも見守り支援と生活支援の各項目から、2つ以上の活動を行う場合に、交付金として活動費が補助される（平成 28 年 1 月時点で 20 の地区が登録している）。

【表 3-2 地域活動の内容と交付金】

見守り支援		生活支援活動	
定期的な話し合い	あいネット地域活動を推進するため、3か月に1回以上会議を開催する	雪かき支援	12月～3月までの期間における生活上必要な範囲の雪かき
回覧板の手渡し	回覧板の手渡し、声がけ	買い物支援	町内での買い物代行
健康いきいきサロンへのお誘い	参加のための周知を3か月に1回以上行う	ごみ出し支援	日常生活ごみを集積所まで運搬
訪問	訪問による見守りを3か月に1回以上実施	草取り支援	住宅の敷地内及び住宅から生活道路までの範囲
その他	お伺い電話・巡回活動など地域の実情に応じ継続的に見守りを実施	その他	まき割り・えんどうつ掃除・障子貼り・家具移動・電球交換など地域の実情に応じて継続的に実施
交付金	1団体につき2万円+1世帯につき200円 (例:30世帯の地区)2万円+6,000円=26,000円	交付金	1団体につき4万円+1世帯につき300円 (例:50世帯の地区)4万円+15,000円=55,000円

両活動を行った場合は1団体につき6万円+1世帯につき500円

出典：岩手町健康福祉課資料よりアフターサービス推進室作成

活動内容は、冬期の除雪や、商店の閉店に伴う移動販売車による買い物や食材の配達などの需要が多く、居住地域内でちょっとした頼み事を依頼できるということで好評である。地区ごとの取組をまとめた地域活動事例集を作成・配布し、取組の普及に努めている。

【表3-3 地域での見守り支援・生活支援の活動事例】

<p>○豊岡地区での一例(地区の高齢化率は6割、地区内に商店が一軒もない)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・近所での「お茶のみ訪問」を地区全体で日常的に行い、外からの「見守り」では見えない部分の情報を収集した。</li> <li>・独居者の生活状況について親戚等から相談を受けたため、町役場健康福祉課担当者へ相談し、情報提供した。</li> </ul>
<p>○秋浦・高梨地区での一例</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・回覧板は全世帯で手渡しをしている。</li> <li>・頼まれた商品を町内の店で買い、配達している。(商品、レシートと引き替えに現金を受け取る)</li> </ul>

出典:岩手町健康福祉課資料よりアフターサービス推進室作成



【地域活動の事例集】

## 4 地域における患者・家族・介護者への支援と取組

岩手町では高齢者の増加を受けて、地域支援事業<sup>3</sup>を活用し、地域包括ケアシステムに基づいた町づくりを進めている。認知症施策に関しては、「認知症になっても住み慣れた地域で暮らすための町づくり、連携づくり」を目的としたネットワークづくりに努めている。

### (1) 認知症サポーターの養成と活動の支援

認知症サポーター養成講座は、地域住民、小学生、町内事業所及び民生委員と保健推進員等を対象に実施している。養成講座を修了した後は、知識を生かし、認知症の初期対応や相談窓口の紹介などの活動が行われ、地域包括支援センターや在宅介護支援センター等、認知症に関する相談を受け付ける機関への相談が増加するなどの効果が見られている。また、認知症サポーターになったことで、安心生活あいネットの見守り支援や生活支援において、「認知症の方と対応する際の参考になっている」、「自主的に傾聴ボランティアの研修を受講している」などの声が聞かれている。

### (2) 医療・介護等の有機的な連携の推進

#### ① 認知症ケアパスの確立

認知症ケアパス「知ろう・防ごう認知症」は平成27年10月に町内の全世帯に配布した。認知症を早期発見するための簡易なチェックリストや予防するポイント、相談窓口である介護サービス事業所の連絡先等を掲載し、発症前後のフォロー体制を案内している。住民が地域包括支援センターの窓口で認知症ケアパスを持参して在宅福祉サービスの利用の相談をするなど、活用されている。

<sup>3</sup> 介護保険法に基づく事業で、介護予防事業、包括的支援事業、任意事業を含み、市町村が主体となり実施する。

【図4-1 岩手町 認知症ケアパス】

予防と早期発見が大切です

## 知ろう・防ごう 認知症

岩手町

### 認知症になっても住み慣れた地域で生活するために…

認知症の進行に合わせた介護保険サービスや公的サービスを上手に利用しましょう。

認知症の進行状況

認知症の経過	認知症の疑い	認知症を有するが日常生活は自立	誰かの見守りがあれば日常生活は自立	日常生活に手助けや介護が必要	常に介護が必要
症状や行動	物忘れはあるが、金銭管理や買い物等の日常生活は	買い物や車、金銭管理等に入力されるが、日常生活はほぼ自立している	医師管理ができない、電話の対応や家族等の対応等が1人で難しい	高齢者や後者、トシ等がうまくできない	ほぼ確実に意思の疎忽が医師である

●岩手町の主な介護・福祉サービス・社会資源など

相談	身近な相談窓口	地域包括支援センター	在宅介護支援センター
介護予防 悪化予防	介護予防のためできるだけ外に出よう！ これ以上悪化させない！	●地域包括支援センター(ケアマネジャー) ●社会福祉協議会 ●民生委員	●在宅介護支援センター
安否確認 見守り	支え合い・安否確認 徘徊・行方不明への備え 見守り・訪問活動	●健康いきいきサロン(自治会等) ●老人クラブ ●公民館活動、サークル活動等 ●ボランティア活動等 ●ひとり暮らし高齢者居食(老人まとまっこの会) ●介護予防教室、健康講座 ●訪問介護(ホームヘルパー) ●通所系介護(デイケアサービス)	●安心生活あいネット(緊急情報カード登録、見守り事業所、自治会等) ●遠隔応対システム(SOSネットワーク) ●認知症による徘徊・行方不明による居食(居食等) ●徘徊防止対策(徘徊防止対策) ●民生委員の見守り、訪問 ●近隣住民の見守り ●高齢者ふれあい見守り
生活支援	自立した生活を支援 日常生活を支援	●認知サービス(居食・地産地消有、宅配サービス) ●日常生活自立支援事業(居食管理、成年後見制度) ●安心生活あいネット(自治会等) ●軽度生活援助事業 ●訪問介護 ●通所系介護 ●小規模多機能型居宅介護(通所、訪問、居宅)	●訪問介護 ●通所系介護 ●訪問入浴 ●小規模多機能型居宅介護(通所、訪問、居宅)
身体介護	介護の勉強会・家族同士の情報交換・交流	●介護教室、リフレッシュ教室(おしゃべり会)	
医療	医療機関受診で早期発見・早期治療 定期受診と医師を受ける	●かかりつけ ●精神科、もの忘れ外来 ●認知症医療センター(岩手医科大学附属病院) ●外出支援サービス(病院受診送迎、地産地消有) ●訪問看護	
住まい	暮らし場所	●自宅 ●高齢者向け住宅(有料老人ホーム等) ●グループホーム ●介護老人福祉施設等	

出典：岩手町健康福祉課資料

## ②医療・介護関係者等間の情報共有の推進

### <医療・介護連携シートの活用>

「医療・介護連携シート」は、医療・介護関係者の連携を行う上で使用する情報連携ツールとして、平成26年に岩手西北医師会認知症地域支援ネットワークが作成した。町内に認知症サポート医は3人おり、町内外の医療機関を受診する際に活用している。認知症の経過の欄に本人・家族・関係者(近隣住民等)

【図4-2 岩手町 医療・介護連携シート《記入例》 [認知症の経過]の項目】

今、困っていること  
例  
《本人》  
困っている・困っていない

《家族》  
困っている・困っていない  
もの忘れ(自覚無)・意欲低下  
服薬管理・金銭管理  
※2ヶ月前より合わなくなった

《関係者》  
困っている・困っていない  
回覧板を次の人にまわせない  
(該当者)  
近所の人

医療・介護連携シート 《記入例》

介護支援専門員・医師 ⇒ 医療機関

(岩手西北医師会認知症地域支援ネットワーク作成 H26.10)

記入日：平成 年 月 日  
受診予定日：平成 年 月 日 予定 - 未定

記入者 氏名：岩手 町子 所属：地域包括支援センター 電話：62-2111

受診者 氏名：〇〇 〇〇 生年月日：50 年 〇月 〇日 (〇歳)  
住所：岩手町〇〇 〇-〇  
世帯状況：(独居)・高齢者世帯・( ) 人家族

同行者 氏名：△△ △△ 連絡先：〇〇-〇〇〇〇 本人との関係( )

受診目的 (診断) ・ 認知症の治療の相談 (服薬の必要性・病気の説明・生活上の助言) ・ BPSD対応 ・ 介護認定意見書 ・ その他 ( )

【認知症の経過】  
○今回の症状はいつ頃から？ → 今から約(6)年(月)日前  
どのように？ (具体的に) ⇒ (同じことを何回も聞く、しぼり忘れ(通帳の紛失が半年で5回))

今、困っていること ・ 食欲低下 ・ 脱水傾向 ・ 体重の変化 ・ 尿失禁 ・ ふらつき  
・ 疲れやすい ・ 手足の震え ・ 急に歩けなくなった

《本人》  
困っている・困っていない  
もの忘れ(自覚：有・無) ・ 意欲低下 ・ せん妄 ・ 収集癖  
・ 物忘れ妄想 ・ ごだわりのある行動 ・ 幻視や幻聴

《家族》  
困っている・困っていない  
異常な食欲(過食・暴食) ・ 外出して戻れない ・ 性格の変化  
・ 本人の暴力(対象：特定・不特定)

《関係者》  
困っている・困っていない  
・ 物事の段取りがうまくできない(調理等) ・ 介護拒否(本人・家族)  
・ 日常生活が困難(調理・買物・入浴・掃除・洗濯) (居食管理) ・ 介護力不足(経済不足・関係が悪い・独居や高齢世帯) ※2ヶ月前より合わなくなった

近所の人  
困っている・困っていない  
・ その地具体的に  
・ 回覧板を次の人にまわせない

過去の診断の有無 あり (なし) ・ 不明  
診断日： 年 月  
診断名：アルツハイマー型 ・ 前頭側頭型 ・ レビー小体型  
脳血管性認知症 ・ その他 ( )  
医療機関名：( ) 医師名：( )

出典：岩手西北医師会認知症地域支援ネットワーク資料よりアフターサービス推進室作成

が「今、困っていること」として、「それぞれの立場から、どのようなことに不便を感じているか」について、医療・介護の専門用語ではなく、平易な言葉で記入し、認知症の人とその家族、医療・介護の連携が緊密に進められている。

認知症の人は、診察の際に日頃できなかつたことが医師の前ではできる、あるいは思い出せることがあるため、普段の様子を記入し、必要な情報を伝達することで、診察が正確かつスムーズに行われている。

### <地域ケア会議<sup>4</sup>の開催>

岩手町では地域ケア会議を年6回開催している。平成27年度は地域包括ケアシステム構築に向けた「認知症医療介護等連携ネットワークづくり事業<sup>5</sup>」の中核として、表4-1の目的と内容に基づいて実施した。

事例検討の進行役（ファシリテーター）は、支援の最前線にいる介護支援専門員等の職種が担当することで、個別の支援内容を含めた地域包括ケアの仕組みが、多職種で主体的に担っていく意識づくりの場となっている。

参加の関係機関については表4-2のとおりであるが、内容に応じて、オブザーバーとして事例検討に関わる職種<sup>6</sup>や、オレオレ詐欺や救急医療の事例を取

【表4-1 岩手町地域ケア会議 目的と内容】

目的	多職種が地域の課題、対応法の意見を出し合い、情報を共有する。 町全体で課題を総合的に解決する高齢者支援の総合調整を話し合う。
内容	・要介護認定の状況 ・在宅福祉サービスの利用申請の状況 等
	・事例検討 進行役 介護支援専門員等の支援の現場で働く職種
* 実施の前段階	参加関係機関が個別・合同で会議し、地域ケア会議での議題を見出している 関係機関 介護サービス事業所・施設、医療機関、地域（社会福祉協議会、民生委員等）

出典：岩手町健康福祉課資料よりアフターサービス推進室作成



【地域ケア会議 左：ひとつの事例に対し、多職種がそれぞれの意見を述べ合う  
右：3枚のボードを使い、事例の相関図や支援の具体的な対応を書き込んでいく】

4 地域包括支援センターが主体となり医療・介護の専門職、民生委員や住民組織など地域活動を行う多職種が参加し、支援の個別事例等を議題としながら地域課題の把握と対応等を話し合う。

5 安心生活あいネット、医療介護連携シートなど認知症支援に関する取組を含む総合的事業。

6 障害者総合支援法に基づく就労継続支援B型事業所の管理責任者がオブザーバーとして参加した例では、関係機関で精神疾患についての情報が乏しかったことから、専門的な知見を得ることを目的として、オブザーバーとしての参加を依頼した。

り上げた際は、警察署・消防署から職員が参加した。

地域ケア会議を通じて「顔見知りの関係」をつくり、誰がどの職種か、どのような支援を行っているのか、職種ごとの役割をイメージすることが、連携につながっている。実際の支援では、介入が困難な世帯をサポートする際に、予め広く関係機関で情報を共有していたため、スムーズな支援に至ったケースもあった。

【表4-2 岩手町 地域ケア会議出席者 一例】

区分	所属	職名	区分	所属	職名
医療	県立中央病院付属地域診療センター	看護主任	訪問	訪問介護事業所	主任サービス提供責任者
	社会福祉協議会	主任		訪問介護事業所	サービス提供責任者
福祉	民生委員児童委員協議会	会長	介護	クリニック	作業療法士
	健康福祉課福祉支援係	主幹		居宅介護支援事業所・在宅介護支援センター	主任介護支援専門員
保健	健康福祉課健康推進係	保健師長兼健康推進係主幹 主任生活相談員兼介護支援 専門員	居宅	クリニック	介護支援専門員
	特別養護老人ホーム	生活相談員		介護支援センター	主任介護支援専門員
介護	特別養護老人ホーム	生活相談員	包括	地域包括支援センター	主任介護支援専門員
	介護老人保健施設	支援相談員		就労継続支援B型事業所	部長兼サービス管理責任者
施設	医院(療養型)	介護主任	オブザー バー(一部)	相談支援事業所	相談支援専門員
	デイサービスセンター	生活相談員兼介護職員		デイケアセンター	主任介護福祉士
通所	デイサービスセンター	センター長兼生活相談員	通所リハビリ施設	介護福祉士	
	デイサービスセンター	生活相談員	通所リハビリ	相談員	

出典：岩手町健康福祉課資料よりアフターサービス推進室作成

## ＜研修会の実施＞

岩手町では、認知症施策に関わる専門職種と住民を対象として、認知症の理解を深めることを目的とする「在宅医療介護連携研修」を平成27年度に二日間に渡り開催した。住民等に向けた講演や町内の医療介護従事者に向けた取組の紹介、自治振興会や見守り事業所等を対象とした事例検討とグループワークなど、地域内の様々な対象に向けた構成となっている。

【表4-3 岩手町 平成27年度岩手町在宅医療介護連携研修事業】

研修会名	認知症講演会	岩手町医療介護連携研修会 (地域ケア会議全体研修会)	安心生活あいネット研修会
日時	平成27年7月22日(水) 13:30～15:00	平成27年7月22日(水) 19:00～20:30	平成27年7月23日(木) 9:30～11:30
参加者数・ 参加対象	70人(住民:52人、保健推進員等:18人)	75人(町内医療介護従事者:56人、医師会:2人、他市町:2人、健康福祉課職員15人)	92人(自治振興会会長・会員:32人、安心生活あいネット見守り事業所職員:27人、民生委員・児童委員:33人)
内容	(1)講演「認知症を正しく理解しよう～予防と早期発見、そのかわり方～」	(1)岩手町の取り組みの報告例 認知症ケアパス、町の医療介護資源の紹介等	(1)安心生活あいネット概要説明:地域での活動紹介、情報交換
	(2)認知症サポーターの紹介、介護などの相談窓口の紹介、岩手町の取り組みの報告	(2)講演「認知症対策の動向について」	(2)講演「認知症になっても、住み慣れた地域で暮らせるために」
	*講師は全て[認知症介護研究・研修東京センター研究部主任研究主幹]	(3)岩手町西北医師会の取り組みについて「認知症連携シートの活用について」(講師:岩手西北医師会会長、副会長)	・事例検討、グループワーク

出典：岩手町健康福祉課資料よりアフターサービス推進室作成

## ＜やまぼうしツリープロジェクト＞

やまぼうしツリープロジェクトは、岩手西北医師会が立ち上げた認知症地域支援ネットワークが中心となって進めている。認知症の人とその家族、医療・介護の関係者や岩手西北医師会の地域内5市町の一般住民等、全ての人を対象

とした認知症支援に関する顔の見える関係づくりを目的としたプロジェクトである。職業別で色分けして花を模した花型の台紙に、名前と認知症支援で自分ができることなどを書き、希望者は顔写真を添えて、模造紙で作った木に貼り付ける。多職種が参加する研修等で製作され、木の成長とともに支援者の花が増えている。



【やまぼうしツリープロジェクト 公共のスペース等で掲示している】

### （３）介護者の負担軽減

#### ＜介護者リフレッシュ教室＞

在宅で認知症の人を介護している家族を対象とした集まりとして、町が主催して、介護者リフレッシュ教室を年４回実施しており、毎回１０人弱の住民が参加している。参加者の９割が認知症の家族を介護し、認知症の家族がデイケアを利用している時間に合わせて参加するなど、約１時間半の開催時間に介護の調整をつけて集まっている。妻を看護している７５歳の男性は、男性の介護者が参加しやすい貴重な機会と話すなど、好意的な声が出ている。

できるだけ多くの介護者家族が集まれる機会となるよう、開催曜日や時間を固定しないように配慮しており、行政としては、将来的に認知症カフェの運営へつなげていきたいとの展望を持っている。

【表４－４ 岩手町 介護者リフレッシュ教室 参加者の声】

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・以前は、イライラして怒ってばかりいた。会に参加することで、時間はかかったが、楽しく生きようと気持ちを切り替え、怒らないようにしている。</li> <li>・近所に介護をしている同じような状況の人がいるが、プライバシーの面から話づらいこともあるので、この会があるのがありがたい。もっと多くの方に参加を勧めてほしい。</li> <li>・辛い状況にあるのは自分だけではないことを知り、前向きに考えることの大切さを感じた。</li> <li>・女性の介護者が多い中、男性の参加者同士で共感できる場があってよかった。</li> <li>・介護者の辛さを聞いてくれる人がいることが、精神的安定につながる。</li> <li>・いろいろな人の話を聞くことができ、胸のつかえがおり、とても楽になった。</li> <li>・以前からの趣味であるマジックを披露する機会ともなって、自分の生きがいになっている。</li> </ul> |
|--|

出典：岩手町健康福祉課資料よりアフターサービス推進室作成

### （４）認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進

#### ＜健康いきいきサロン事業＞

介護予防と地域住民の居場所づくりを目的とした健康いきいきサロン事業は、平成１４年度から実施している。町と自治振興会が個別に契約し、活動費が町から自治振興会に委託され、認知症に関する講話や介護予防体操などが地区の実情に応じて開催されている（平成２７年１月時点で全８２地区のうち、５８地区で実施）。健康いきいきサロンに参加することで、認知症を含む介護予防の推進や

地域住民の関係づくりにつながっている。健康福祉課では、実施地区の拡大を目指して地区の集会で事業の内容を説明し、地域住民の納得の下に実施しており、実施後の健康相談や介護予防の講話など継続的な支援とともに、継続的にフォローをしている。

## **5 取組の課題**

岩手町では、認知症支援の取組について、以下のような課題を挙げている。

### **(1) 広報周知の不足**

認知症の人または認知症が疑われる人は、病状が悪化してから受診するケースが多い。認知症の本人とその家族は認知症に対する誤った知識やプライバシーの面から、打ち明けることをためらい、治療や支援に遅れが生じている。早期の受診を促すとともに、その後の家族を支援していくためにも、認知症に対する正確な知識を周知する必要がある。

### **(2) 認知症の人の家族との連絡調整**

独居や高齢夫婦世帯の支援では、医療・介護の支援が必要になった際、地域包括支援センターが遠方の家族に連絡を取り、支援内容の相談をしている。状況に応じて、休日や夜間に連絡をする場合があるが、相談や調整の役割が地域包括支援センターに集中することがある。家族が遠方に住んでいる場合は、家族以外の協力が得られるよう近隣住民、関係機関との連携体制の強化に努めていく必要がある。

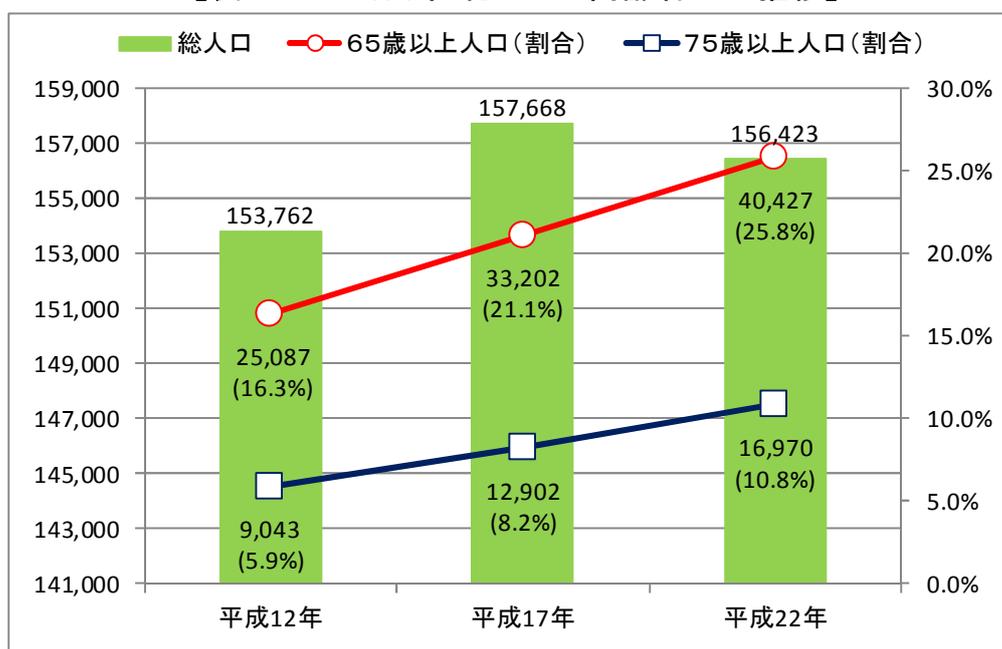
# 兵庫県川西市 医療・介護関係者等との間の情報共有の推進 医療介護情報連携ツール「つながりノート」

## 1 川西市の概況

### (1) 高齢者人口

川西市の総人口数は、平成12年から平成17年に約4千人増加し、平成22年にかけては、約1,200人減少している<sup>1</sup>。65歳以上の割合は、平成12年から平成17年に約5%増加し、平成22年には25.8%になっている。

【表1-1 川西市 総人口と高齢者人口推移】



出典：国勢調査よりアフターサービス推進室作成

### (2) 認知症高齢者数

65歳以上の要支援・要介護認定者のうち「認知症高齢者日常生活自立度Ⅰ以上<sup>2</sup>」は、割合としては減少傾向にあるが、人数は増加している。

【表1-2 川西市 介護保険の認定状況等】(各年度3月末時点。認知症高齢者数は平成23年度は2月1日、その他は12月末時点)

	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
第1号被保険者数	40,632	41,763	43,698	45,391	46,818
要介護認定者数	6,311	6,674	7,201	7,698	8,034
1号認定者数	6,126	6,488	7,024	7,527	7,845
2号認定者数	185	186	177	171	189
認知症高齢者数(人)※	3,466	3,672	3,827	4,072	4,158
割合(%)	56.6	56.6	54.5	54.1	53.0

※65歳以上で在宅の要支援・要介護認定者のうち「認知症高齢者日常生活自立度Ⅰ以上」の割合

出典：川西市長寿・保険室長寿・介護保険課資料よりアフターサービス推進室作成

<sup>1</sup> 出典：総務省 平成12年国勢調査、平成17年国勢調査、平成22年国勢調査。65歳以上人口数及び75歳以上人口数の割合は、高齢者人口数に基づいてアフターサービス推進室で作成した。

<sup>2</sup> 日常生活自立度Ⅰは、何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立し

## 2 川西市の認知症支援の取組（平成 27 年 12 月末時点）

川西市は、平成 15 年度から川西市医師会と協働で市民医療フォーラムを開催し、地域医療に関する啓発に取り組んでいる。長年に渡り、連携体制を築いてきた関係性を生かし、平成 22 年度に「認知症地域資源ネットワーク構築事業<sup>3</sup>」を開始するに伴い、認知症の人と介護者である家族を支えるためのネットワークづくりを進めている。ネットワークづくりのひとつとして、平成 22 年度から平成 23 年度にかけて、市内全 14 地区で高齢者の見守り拠点など地域資源を見出すワークショップを開催した。また、市内 8 か所の地域包括支援センター<sup>4</sup>が拠点となり、認知症サポーター養成の取組を進めるなど、認知症支援の取組を地域が一体となって進めている点が川西市の特徴である。

【表2-1 川西市 新オレンジプランの実施状況（平成27年12月末時点）】

新オレンジプラン			川西市の実施状況
7つの柱(抜粋)	具体的な施策(抜粋)	取組	
1 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進	(2)認知症サポーターの養成と活動の支援		実施 (13,503人)
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)早期診断・早期対応のための体制整備	認知症初期集中支援チームの設置	平成27年度から設置
	(7)医療・介護等の有機的な連携の推進	認知症ケアバスの確立	作成中
		医療介護情報連携ツールの実施	平成25年度から実施「つながりノート」
		認知症地域支援推進員の設置	平成22年度から設置
4 認知症の人の介護者への支援	(介護者たる家族等への支援)	認知症カフェの設置	8か所
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	(1)生活の支援		交流サロン等を実施
	(4)安全確保	(地域での見守り体制の整備)	認知症高齢者みまもり登録等を実施

出典：川西市長寿・保険室長寿・介護保険課資料よりアフターサービス推進室作成

## 3 医療・介護等の有機的な連携の推進

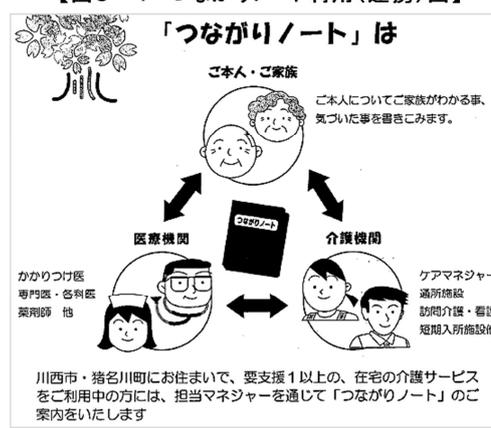
### <医療介護情報連携ツール「つながりノート」の利用促進>

川西市では、認知症の人の支援を進める上で、認知症の人と家族が支援に関わる医療・介護の関係者と連絡体制を作ることを重視しており、医療介護情報連携ツール「つながりノート」の利用を促進している。

#### (1) 関係機関

「つながりノート」は、医療・介護の各専門職（医療：認知症専門医・かかりつけ医・薬剤師、介護：介護支援専門員・通所施設・

【図3-1 つながりノート利用(連携)図】



出典：川西市長寿・保険室長寿・介護保険課資料よりアフターサービス推進室作成

ている状態。川西市はI以上の割合のみ計上しているため、3自治体と項目が異なる。

<sup>3</sup> 地域において、認知症への対応（予防、早期発見、ケア等）に利用できる資源の情報を収集し、地域の実情に応じて有効に活用する観点からネットワーク化を行う事業。

<sup>4</sup> 川西市中央地域包括支援センターが他の7か所の地域包括支援センターの認知症に関する業務や事業の実施状況を把握し、統括している。

訪問介護事業所等の関係者）が利用することによってネットワークを形成している。市と川西市医師会の協力関係の下、「つながりノート」の導入のほかにも、多職種が参加する川西市医師会主催の地域ケア協議会（平成20年度以降、毎月1回開催）や行政主催の在宅医療・介護連携推進協議会（平成24年度から平成26年度まで川西市医師会が主催）を開催し、勉強会などを通して認知症に関する情報共有を積極的に進めている。

## （2）つながりノートの導入

つながりノートは、川西市医師会の地域内である川西市と猪名川町が連携し、平成25年2月から導入した。導入に際して、大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室が考案した「みまもり・つながりノート」を基本案として、同教室、川西市、川西市医師会が約20回検討会を開催し、協議を重ね、作成した。

【表3-1 つながりノート内容と利用者の声】

つながりノート	I	基本情報・医療情報・介護情報編	基本情報(本人の習慣や生活パターン等) 医療情報(既往歴・薬歴等) 介護情報(介護事業所の利用状況等)
	II	情報共有連絡票・日々の記録編	情報共有連絡票 日々の記録
	III	資料編	認知症の症状と対応方法 川西市内の相談窓口と医療機関の連絡先
利用者の声		家族介護者	・かかりつけ医、ケアスタッフ等への相談がしやすくなった ・ひとりで介護をしているのではないと感じることができた
		かかりつけ医	・家族や多職種の関わりがわかりやすい ・介護保険主治医意見書が書きやすくなった
		ケアスタッフ	・家族が何に困っているかを理解できた ・指導したBPSD(周辺症状)の対応法の効果を知ることができた
		医療従事者	・独居の患者が救急搬送された時、普段の状態などがわかった

出典：川西市長寿・保険室長寿・介護保険課資料よりアフターサービス推進室作成

【図3-2 つながりノートII 連絡・質問したい人が知ってほしい・答えてほしい人を指名する】

The diagram illustrates the process of using the 'Information Sharing Contact Form'. On the left is a blank form with two columns for 'Contact/Inquiry' and 'Person to be contacted'. On the right is the same form filled with handwritten text and signatures. A callout box explains that the form is used to specify who to contact for information sharing. Another callout box shows a sample of a request: 'I have been having trouble with bathing recently, and I've been having trouble sleeping at night. I've changed my medication, but I'm still having trouble with my stomach. Could you please advise me?' The response from the contacted person is: 'I don't have any stomach symptoms, but I will continue to observe you. Please continue to take your medication as usual.' A final callout box notes that the form is used to specify who to contact for information sharing, and that the contacted person should sign and return the form.

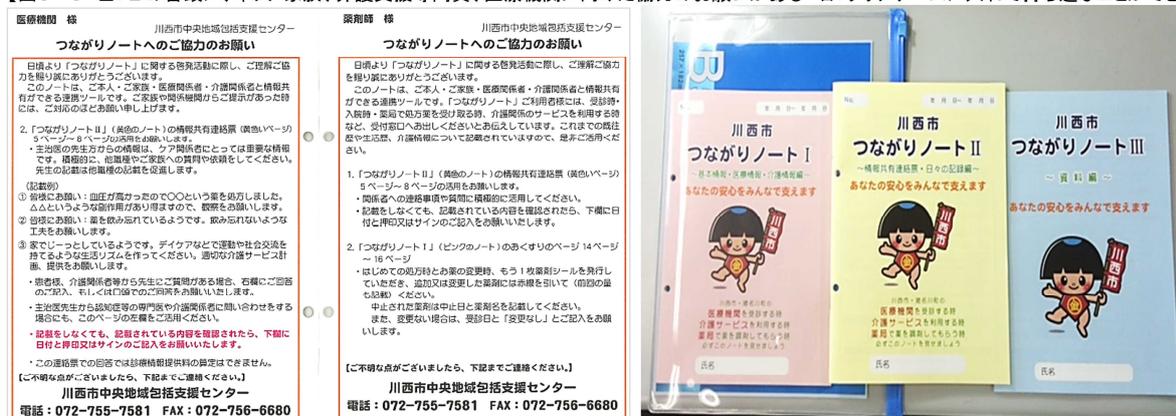
出典：川西市長寿・保険室長寿・介護保険課資料

(川西市)

### (3) つながりノートの内容

ノートの内容は表3-1、図3-2のとおりである。家族を含む介護の関係者は、日々の支援内容に関する依頼事項や留意してほしい点を伝達するツールとしても使用している。医療機関では受付の際にノートと一緒に渡すことによって、医師、看護師等に向けて、日常の様子と診療に必要な情報を伝え、スムーズな診療を目指している。それぞれの立場から、日々変化する症状に対する戸惑いや悩み、また、介護に対する質問を書き込む交換ノートとしての役割は、本人や介護者の家族が孤立せず、「支えがある」ことを実感し、安心感を得ることができるツールとなっている。

【図3-3 左：Ⅱの冒頭に、本人・家族、介護支援専門員、医療機関に向けた協力のお願がある 右：クリアケースに入れて持ち運ぶことができる】



出典：川西市長寿・保険室長寿・介護保険課資料

### (4) 連絡会の開催

つながりノートの利用を促進するため、連絡会を毎月1回実施し、本人と家族を含む市民、認知症専門医、かかりつけ医、介護支援専門員、地域包括支援センターの職員などが参加している。内容は、つながりノートの活用例紹介や、表3-2のとおり、毎回、市内の各診療科の医師が、認知症の病態や高齢者に関する医療知識のミニレクチャーも行っている。認知症は糖尿病や高血圧のような生活習慣病と同じような身近な疾患であるという認識を広め、地域住民の間に認知症の理解についてボトムアップを図ることを目的としている。

【表3-2 連絡会内容 市内を巡回して実施し、様々な診療科の医師によるミニレクチャーがある】

開催日時	場所	ミニレクチャー内容	講師
平成27年12月19日(土)	多田公民館	難聴と補聴器	耳鼻咽喉科医師
平成28年1月23日(土)	アステ川西	認知機能障がいと神経変性疾患・睡眠障がい	メディカルクリニック医師
平成28年2月20日(土)	グリーンハイツ第2自治会館	高血圧～認知症との関連性	循環器内科医師
平成28年3月5日(土)	みつなかホール	高齢者の皮膚疾患	皮膚科医師

出典：川西市長寿・保険室長寿・介護保険課資料よりアフターサービス推進室作成

## 4 地域における本人・家族・介護者への支援と取組

川西市における認知症支援の取組は、全14の各地区がそれぞれ主体となって、認知症高齢者行方不明SOSネットワーク（以下「SOSネットワーク」という。）、みまもり登録による見守り支援、認知症予防事業、認知症カフェや交流サロンなどの居場所づくりを行っている。

### （1）認知症サポーター養成講座

認知症サポーター養成講座は、平成19年度から実施している。開始した当初は、民生委員・福祉委員を対象としていたが、平成22年度から受講対象者を一般市民にも広げた。認知症キャラバンメイト養成研修を修了したメンバーで活動する「認知症キャラバンメイトの会」があり、認知症サポーター養成講座や認知症高齢者行方不明SOSネットワーク訓練、認知症カフェや交流サロンの開催支援も行っている。認知症キャラバンメイトの会は、平成27年1月末の時点で389人になっている。

### （2）発症予防の推進

#### ＜認知症予防事業の実施＞

川西市では、平成27年度2地区において、認知症予防事業（モデル事業）を実施した。軽度認知障害（MCI）の方、症状のない方を対象として、発症の遅延や予防を目的とし、ウォーキングと知的活動プログラム（料理・旅行・パソコン）を合わせた活動を行っている。地区内で活動内容別にグループを作り（1グループ7～10人）、4か月間に16回（週1回の割合）活動し、事業終了後は自主的な活動を推奨している。実施に当たっては、川西市中央地域包括支援センターの職員が地区の福祉委員会とともに説明会を行い、実施を呼びかけた。活動回数が多いこと、またファシリテーター（進行役）の人材確保が難しいなど課題があるが、プログラムを終了した後、自主活動に発展し、活動を継続しているグループもある。

【表4-1 認知症予防事業 自主活動の一例】

目的	モデル事業を引き続き行い、認知症を予防するための脳活。
活動内容	①新しい料理のレシピを考える②検討する③調理・実食。モデル事業時より活動のペースを緩やかにし、レシピの検討に時間をかけている。
活動日／場所	毎週火曜日（調理の日は土曜日に変更）／公民館（無償）
メンバー	6人：60代2人、70代3人、80代1人（モデル事業時より2人減）。
心がけていること	各メンバーが無理のないよう楽しく活動すること。食材からレシピを決めたり、あるいは散歩を兼ねて昼食会をするなどマンネリを防ぐための活動も盛り込んでいる。
参加者の声	・出不精だったが参加をきっかけに積極的になり、他のグループ活動にも参加するようになった。 ・夫と2人暮らしで毎日変わり映えしなかったが、料理が楽しみになった。 ・料理が好きなので楽しい、お喋りしながらできるのがよい。 ・活動がレシピを作る、という発信する内容だから脳活になる。



出典：川西市長寿・保険室長寿・介護保険課資料よりアフターサービス推進室作成

### (3) 認知症初期集中支援チームの設置

川西市では、平成 27 年 10 月に認知症初期集中支援チーム（以下「集中支援チーム」という。）を設置し、認知症の早期診断・早期対応の取組を進めている。集中支援チームによる支援の目標として、支援対象者を医療機関での診療や関係機関につなげることを設定しており、平成 28 年 1 月末までに 2 人に支援を行い、支援を終了している。

【表4-2 川西市認知症初期集中支援チーム】

連携機関	職種
木村メディカルクリニック	認知症サポート医
協立温泉病院	認知症看護認定看護師
ウエルハウス川西	作業療法士
グループホーム清和苑	介護福祉士
川西市中央地域包括支援センター	社会福祉士・保健師

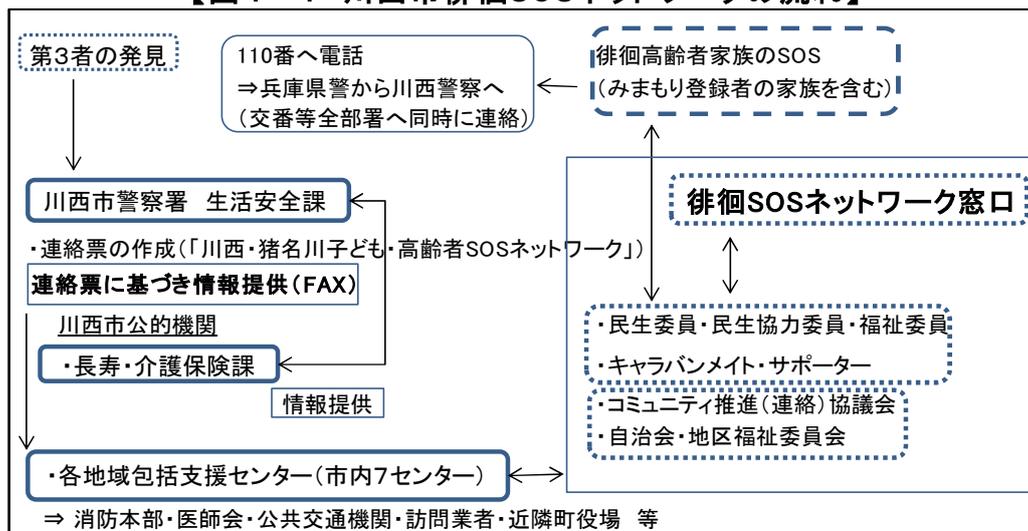
出典：川西市長寿・保険室長寿・保険課資料よりアフターサービス推進室作成

### (4) 地域での見守り体制の整備

#### ①認知症高齢者行方不明 SOS ネットワーク

川西市では「徘徊してもええやん、やさしいまち・川西」を掲げ、認知症の人が徘徊してもできるだけ早く安全に自宅へ帰ること、不安の最中にある家族を支えることを目指している。市の地区福祉委員会<sup>5</sup>の単位である 14 地区の各 SOS ネットワーク窓口と担当地域包括支援センターが連携しながら行っている。行方不明の方が出た際の対応の流れは、110 番に通報の後、居住地域の徘徊 SOS ネットワーク窓口へ連絡し、SOS ネットワークに登録している各関係者・関係機関（福祉委員、民生委員、キャラバンメイト、コミュニティ推進協議会、自治会等）へメールや F A X で一斉連絡が行われる。

【図4-1 川西市徘徊SOSネットワークの流れ】



出典：川西市長寿・保険室長寿・介護保険課資料よりアフターサービス推進室作成

<sup>5</sup> 住民参加によるきめ細かい福祉活動を推進するため、小学校区を単位として、地域活動を実施し、福祉委員会の福祉委員が主体となって活動している。

平成 25 年度から市街地の大型店舗との連携を目的とした「認知症高齢者行方不明 SOS ネットワーク訓練」が実施された。平成 27 年度は、約 60 人が参加し、駅ビル、百貨店などをエリアとし、認知症高齢者役へ声かけ、安全な場所まで連れてくるという訓練を 6 チームに分かれて実施した。商業施設では、認知症高齢者に関する対応に苦慮することが度々あるため、関係者からは、実践形式による啓発は心強いとの声が聞かれた。



【認知症高齢者行方不明SOSネットワーク訓練の様子】

訓練は市内の各地区でも独自に実施し、地区の実情に応じて 12 人～60 人が参加している。内容は、「寸劇を見て効果的な声かけについてグループワークをする」、「全員が声かけの練習をする」、など地区ごとに工夫を凝らしている。

## ②認知症高齢者みまもり登録

地域支援体制の一環として、地域で認知症高齢者を見守ることを推進するため、みまもり登録を進め、行方不明になった際、地域や関係機関の協力を得て、早期の捜索が開始できるようにしている。市・川西警察署・地域包括支援センター、民生委員、SOS ネットワーク代表者で情報を共有及び管理する。みまもり登録は本人や家族が地域包括支援センターを通じて申請し、市において登録される。平成 27 年 12 月時点で登録者は 135 名に上っている。

みまもり登録者が行方不明になった場合は、警察において迅速に情報を活用して捜索を開始し、さらに警察の生活安全課担当者が地域包括支援センターへ電話し、早期に対応できるような仕組みになっている。

## (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

### <地区福祉委員会の相談事業・サロン>

市内 14 地区では、認知症の人とその家族を見守る地域資源として、表 4-3

【表 4-3 川西市内サロン等の開催状況】

平成27年12月時点

運営主体	相談・サロン	運営主体	相談・サロン	運営主体	相談・サロン
久代小地区福祉委員会	ふれあいひろば「久代」 サロン	多田地区福祉委員会	ふれあい相談窓口 ふれあいサロン	けやき坂小地区福祉委員会	福祉相談 ※認知症カフェ(仮)
加茂小地区福祉委員会	なんでも相談 ひろばサロン	多田東地区福祉委員会	ふれあいひろば 落語カフェ 福祉講座カフェ		ふれあいのつどい ほっとサロン ふれあい喫茶とカラオケ みんなで歌を ふれあいサロン
川西小地区福祉委員会	ふれあいサロン ふれあい電話相談 ふれあい喫茶なごみ	グリーンハイツ地区福祉委員会	水曜会ほほえみサロン ふれあいサロン	大和地区福祉委員会	大和「大和相談」 ※かいこカフェ オープンカフェ 喫茶「きらり」
桜小地区福祉委員会	ふれあいサロン ふれあい喫茶 ふれあいフオークダンス さくら音楽部 カフェさくら		居場所「いこい」 ※脳活オレンジカフェ ハートフルサロン なんでも相談		ふれあい食事会 ふれあい会 西5 食事会 西5 元気サロン
北小地区福祉委員会	ふれあいサロン ※ものわずれカフェ 相談窓口	清和台地区福祉委員会	くらしの相談窓口「こころ」 こころの居場所ふれあい広場 元気が～い カフェのぞみ	北陵地区福祉委員会	北陵「福祉なんでも相談」
明峰小地区福祉委員会	サロンたんぽぽ	東谷地区福祉委員会	ハートフルサロン ほっと笑 ふれあいサロン		相談事業

※＝認知症カフェかそれに近いものと思われるもの  
ハートフルサロン＝障がい者メインのサロン  
出典：川西市長寿・保険室長寿・介護保険課資料

のとおり地域の誰もが参加できる相談事業や交流サロン、認知症カフェを開設している。大小様々なグループによる地区ごとの取組は、本人や家族は元より、住民同士のつながりを作り、地域で助け合いながら生活する基盤となっている。

### ①居場所「いこい」

緑台デイサービスセンターの一角で月曜～金曜の10時～16時に活動し、カフェ形式でコーヒー一杯100円など各種ドリンクを提供している。自治会館で活動しているグループなど、1日平均25人程が利用する。認知症と思われる男性が、帰り道がわからず、いこいに立ち寄ったが、普段から夫婦で利用していたために、スタッフが妻に連絡することができたというケースもあった。



【居場所いこい コーヒーマシンを各種揃え、2名体制で運営  
学生や子ども連れの利用も歓迎している】

### ②サロン「たんぽぽ」

萩原台自治会館の一室で毎週火曜日の14時～16時に参加費100円で開催し、近隣の高齢者が集まり、お茶を飲んだり編み物をしたりと思い思いに過ごしている。自治会館での活動後に、お茶とお喋りを楽しむこともあり、気軽に立ち寄りやすい雰囲気づくりに努めている。認知症の夫あるいは妻とともに夫婦で訪れる利用者もいる。



【サロンたんぽぽ 茶話会や編み物など、それぞれ自由に時間を過ごす。気軽に立ち寄れる雰囲気をつくっている。】

(川西市)

## 5 取組の課題

川西市では、認知症支援の取組について、以下を課題として挙げている。

### (1) 連携の強化

「つながりノート」が利用者である認知症の人の症状改善や、介護者の家族の孤立を防ぎ、負担感が軽減できるツールにするためには、介護者を含めた関係者同士が相談しあえる状況が必要である。

このため、市内の医療・介護の関係者による適切で細やかな支援につなげられるように、ノートを通じた関係の形成に加え、連絡会や勉強会をいっそう活発に開催し、顔の見える関係づくりを進めることが重要である。

### (2) つながりノートのポイントを掴んだ記載

「つながりノート」の記入者によっては、内容を集約して書くことが難しく、また、利用者である関係者全員が、診察や介護を受ける限られた時間内で読み、書くことが難しい場合がある。情報共有を円滑に行うため、記載された内容が介護者にとって在宅介護の参考になるようにポイントを掴んだ記載方法を周知する必要がある。

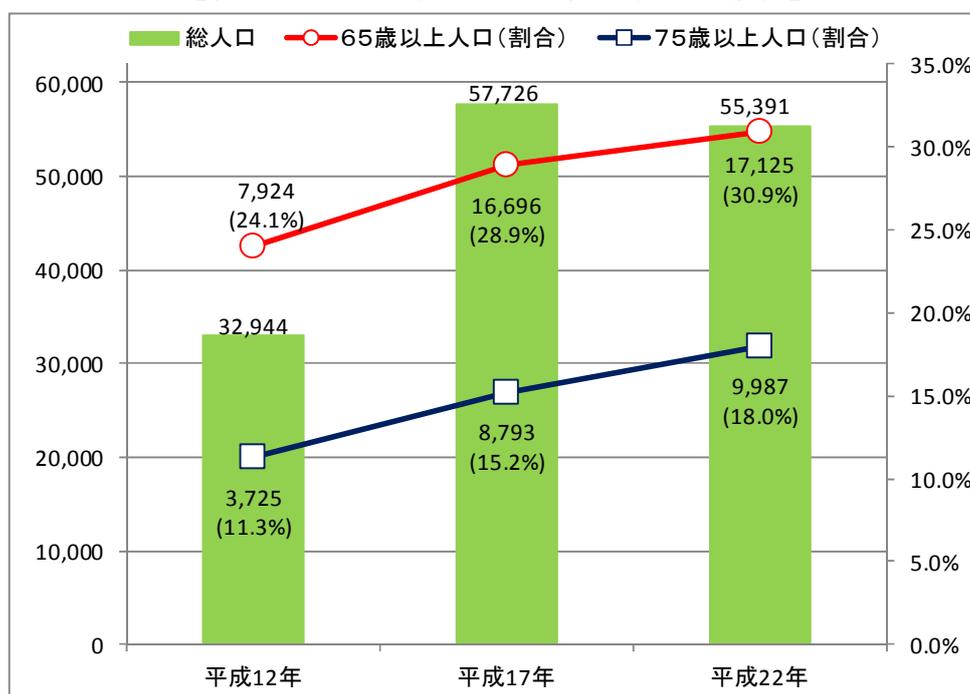
# 熊本県山鹿市 認知症サポーターの養成と活動の支援 「認知症地域サポートリーダーの養成と活動」

## 1 山鹿市の概況

### (1) 高齢者人口

山鹿市の総人口は、平成12年から1市4町が合併した平成17年にかけて約2万4千人増加し、平成22年にかけては、約2千人減少している<sup>1</sup>。65歳以上の割合は、平成22年には30.9%となり、約3人に1人が高齢者となっている。

【表1-1 山鹿市 総人口と高齢者人口推移】



出典：国勢調査よりアフターサービス推進室作成

### (2) 認知症高齢者数

65歳以上の要支援・要介護認定者のうち「認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ以上<sup>2</sup>」は、平成23年度の50.8%から平成25年度の61.3%と10%以上増加している。

【表1-2 山鹿市 介護保険の認定状況等 (各年度3月末時点)】

	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
1号被保険者数	17,102	17,156	17,485	17,857	18,183
要介護認定者数	3,603	3,657	3,713	3,703	3,615
1号認定者数	3507	3,559	3,621	3,618	3,536
2号認定者数	96	98	92	85	79
認知症高齢者数(人)※		1,849		2,228	
割合(%)		50.8		61.3	

※65歳以上の要支援・要介護認定者のうち「認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ以上」の割合  
出典：山鹿市福祉部長寿支援課資料よりアフターサービス推進室作成

<sup>1</sup> 出典：総務省 平成12年国勢調査、平成17年国勢調査、平成22年国勢調査。65歳以上人口数及び75歳以上人口数の割合は、高齢者人口数に基づいてアフターサービス推進室で作成した。

<sup>2</sup> 山鹿市における認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ以上の数値は計上している年次のみ掲載した。

## 2 山鹿市の認知症支援に関する取組（平成27年12月末時点）

山鹿市では、平成19年度から認知症地域支援施策推進事業<sup>3</sup>を実施し、医療・介護・行政の専門職で構成する地域資源ネットワークの体制づくりを進め、地域においては、認知症支援の拠点として、地域密着型サービス事業所等とネットワークを構築する取組を推進している。

地域資源を活用したネットワークにおける認知症支援の取組を実施する人材の育成を目的として、山鹿市では、認知症サポーター及び認知症地域サポートリーダーの養成等を継続的に実施し、地域における認知症の理解と啓発を促進している。

【表2-1 山鹿市 新オレンジプランの実施状況（平成27年12月末時点）】

新オレンジプラン			山鹿市の実施状況
7つの柱	具体的な施策	取組	
1	認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進	(2) 認知症サポーターの養成と活動の支援	実施（13,676人）
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) 早期診断・早期対応のための体制整備	認知症初期集中支援チームの設置 平成26年度から設置
		(7) 医療・介護等の有機的な連携の推進	認知症ケアバスの確立 作成中
			医療介護情報連携ツールの実施 未実施
4	認知症の人の介護者への支援	(介護者たる家族等への支援)	認知症カフェの設置 3か所
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	(1) 生活の支援	交流サロン等を実施
		(4) 安全確保	(地域での見守り体制の整備) 模擬訓練等を実施

出典：山鹿市福祉部長寿支援課資料よりアフターサービス推進室作成

## 3 認知症サポーターの養成と活動の支援

### ＜やまが認知症地域サポートリーダーの養成と活動＞

山鹿市では、市民や事業所職員を対象として、認知症地域サポートリーダー養成講座（以下「サポートリーダー養成講座」という。）を実施している。サポートリーダー養成講座は、「認知症の人や家族への適切なサポート」、「地域住民に対する啓発活動及びネットワーク活動等を実践できる人材の育成」を目的として、地域における認知症支援を実践的に学ぶ内容を中心としており、サポートリーダー養成講座の修了者は、行政と協力して、任意でグループを作り、認知症の理解と啓発を進める地域活動を行っている。



【山鹿市 認知症サポートリーダー グループワーク】

<sup>3</sup> 認知症の人とその家族が住み慣れた地域で安心して生活できるよう、地域において認知症への対応（予防、早期発見等）ができる人材や事業所などの地域資源の情報を収集し、有効に活用するネットワークを構築する事業。

## (1) サポートリーダー養成講座の内容

サポートリーダー養成講座は、平成19年度から実施しており、平成27年度で8期を迎え、通算562人が修了している。講座内容は表3-1のとおりであり、内容に応じて講師を招き、認知症の人の考えや介護の実情を知る機会となっている。講座には、介護事業所や医療機関の職員等も参加しており、地域住民と一緒にグループワークを行い、顔の見える関係づくりを構築している。

【表3-1 平成27年度 第8期やまが認知症地域サポートリーダー養成講座(カリキュラム)】

開催日時	テーマ・内容	講師
第1回 7月18日(土) 9時30分～12時	開校式・オリエンテーション 「認知症を生きる人と家族を地域で支えるために」 グループワーク「チームづくり」	山鹿市長寿支援課 介護福祉NPO理事長 認知症地域支援推進員
第2回 8月17日(月) 13時～16時	「ぼくが前を向いて歩くわけ」 グループワーク「これまでの各圏域の活動」	認知症当事者 認知症地域支援推進員
第3回 9月19日(土) 9時30分～12時	「地域でのチームづくり ～だれの何のためのチーム?～」 小規模多機能事業所での体験実習の前に	小規模多機能型居宅介護施設 管理者 小規模多機能型居宅介護施設 管理者
第4回 10月24日(土) 13時～16時	講義「まちで みんなで 認知症の人をつつむ」 (徘徊者捜索声かけ模擬訓練について) グループワーク「課題抽出、出来る事を考える」	大牟田市認知症ケア研究会 代表者 認知症地域支援推進員
第5回 11月28日(土) 9時30分～12時	「地域での認知症の人の支援と権利擁護」 グループワーク「計画を立てよう」	社会福祉法人 理事長 認知症地域支援推進員
第6回 12月19日(土) 9時30分～12時	「認知症介護基本の「き」」 グループワーク「状況報告、情報共有」	小規模多機能型居宅介護施設 代表 認知症地域支援推進員
第7回 H28年1月16日(土) 9時30分～12時	「各圏域の活動紹介、課題整理と今後の活動の計画立案」	認知症地域支援推進員
第8回 H28年2月27日(土) 13時～16時	認知症市民フォーラム(新庁舎大ホール) 「認知症になっても安心して暮らせるまちづくりフォーラムinやまが」	認知症当事者 認知症サポーター養成講座の取組 (サポートリーダー発表)
第9回 H28年3月19日(土) 9時30分～12時	1年間のまとめ 修了式	介護福祉NPO理事長

出典：山鹿市福祉部長寿支援課資料よりアフターサービス推進室作成

## (2) サポートリーダー養成講座修了後の活動

サポートリーダー養成講座の修了者は、山鹿市の8つの日常生活圏域<sup>4</sup>ごとにグループを作り、地域における認知症支援のネットワーク活動や認知症の啓発活動を企画し、実践している。

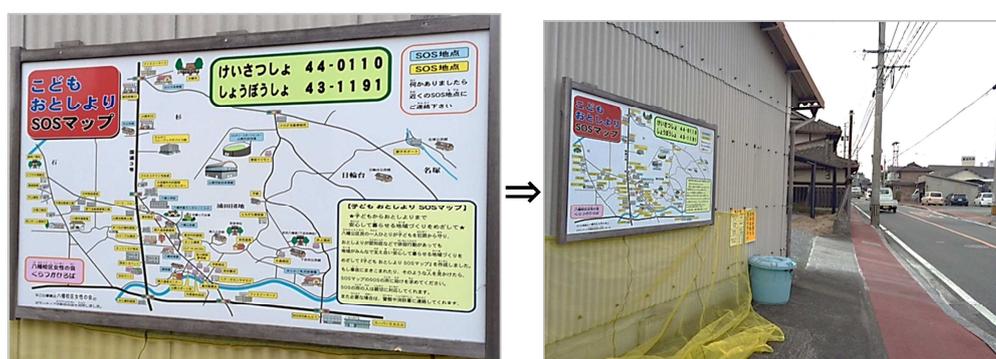
### ①交流会の実施

2か月に1回、各日常生活圏域に集まり、グループワークを中心とした認知症地域サポートリーダー（以下「サポートリーダー」という。）の交流会を実施している。地域包括支援センターが、修了者にも参加を呼びかけ、サポートリーダーの交流から新しい活動が始まる場ともなっている。交流会では、地域の課題を持ち寄り、対策について話し合うほか、地域での認知症に関する正しい知識を啓発する活動の準備を進める場ともなっている。

<sup>4</sup> 各市町村において地理的条件、人口、交通事情その他の社会的条件、介護給付等対象サービスを提供するための施設の整備の状況、その他の条件を総合的に勘案して定める地域。

## ②地域資源マップ・高齢者移動ルート見守りマップの作成

地域資源マップは、地域内で「何か起きたときに SOS を連絡できる」公共施設や商店、民家などの地域資源を知らせるツールである。作成に当たっては、サポートリーダーが地域で支え役となつてほしいところへ出かけて協力を依頼し、認知症の人（個人）の行動範囲を示す高齢者移動ルート見守りマップ<sup>5</sup>の作成にもつながっている。地域によっては、サポートリーダーが予算を集めて、看板を設置するなど、積極的な活動を進めている。地域資源の掘り起こしでもある活動によって、地域住民が認知症の人を細やかに見守る体制づくりが進められている。



【地域資源マップ ごみ収集場所に設置することで、地域住民への認知度を高めている】

## ③徘徊者捜索声かけ模擬訓練

山鹿市では、認知症の人が行方不明になった時に、地域で捜索する仕組みづくりの一環として、「徘徊者捜索声かけ模擬訓練」を行っている。地区の区長とサポートリーダーが中心となり、実行委員会を立ち上げて計画的に進めている。模擬訓練を開始した平成 20 年度は 1 校区だったが、平成 27 年度は 8 校区で 710 人が参加した。地域住民が参加することで、「もし認知症になっても、地域で見守られている」という安心感を得ることができる」ことを目指す取組となっている。

【表3-2 徘徊者捜索声かけ模擬訓練】

目的	認知症の人が行方不明になった場合の捜索に関する連携情報を正しく、迅速に伝え、地域で捜索する
実施主体	地域のサポートリーダー、介護事業所が中心となり校区ごとに計画・実施
参加者	認知症の人と家族 介護事業所 等
訓練内容	①行方不明の認知症の人(役)を地域住民が捜索 ②発見したら認知症の人が安心できるような声かけをする
実施の効果	・地域行事として定着し、住民が主体的に関わるようになった ・近所への声かけや必要な相談が日常的に行われるようになった

出典：山鹿市福祉部長寿支援課資料よりアフターサービス推進室作成



【山鹿市の徘徊者捜索模擬訓練の様子】

<sup>5</sup> 徘徊の傾向がある認知症当事者の A さんが歩く道沿いにある人家や商店に地域のサポートリーダーが見守りを依頼し、マップを作成した事例がある。

#### 4 地域における本人・家族・介護者への支援と取組

山鹿市では、「認知症になっても安心して自分らしく暮らせるまちづくり」を目指し、生活の様々な場面で「支え」になる人づくりや、居場所づくりを進めている。

##### (1) 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

山鹿市では、年に2回（夏冬）、認知症に関する市民フォーラムを開催しており、サポートリーダーの年間の活動を踏まえて、市民フォーラムの内容を企画している。認知症の当事者による講演、小学生による認知症サポーター養成講座の内容紹介など、山鹿市の認知症の取組紹介を中心とした内容である。具体的な取組を住民に紹介することで、認知症の人への理解と支援内容を伝える効果がある。

【表4-1 山鹿市 市民フォーラムの実施内容(平成27年度)】

市民フォーラム(8月)		市民フォーラム(2月)	
・「山鹿市の取組と現状」の報告 ・「知って得する！認知症の症状とその対応」の講演	160人 参加	・若年性認知症の本人による講演 ・認知症サポーター養成講座で学んだ小学4年生の発表 ・リレートーク「広げよう！地域の中でできること」 (サポートリーダー・区長等の活動報告、山鹿市からの報告)	259人 参加

出典：山鹿市福祉部長寿支援課資料よりアフターサービス推進室作成

【表4-2 市民フォーラム(平成27年度)参加者のアンケート(一部)】

<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域区で認知症を見守ることが大事だと知った。</li> <li>・地域によって差がある。地域住民との連携はとても大切だが、地域によってはあまり親しくない場合もあり、難しいと感じる。他人事ではなく自分の事として考えても、若い世帯と老人世帯の交流が必要と思う。</li> <li>・いかに近隣の人が関心をもつかが必要だと思った。</li> <li>・沢山の資料と現状の活動がわかりやすかった。認知症になったら迷わず周りの協力を得る事を知った。</li> <li>・初期集中支援チームや認知症地域支援専門員、身近なところに相談場所があると知った。</li> <li>・山鹿市が認知症の先進地と聞き、80歳の私はいつ病気に侵されても安心できる・・・と、気持ちが軽くなった。</li> <li>・最後に認知症は他人事ではなく自分の事として考えようという言葉が印象に残った。</li> </ul>
--

出典：山鹿市福祉部長寿支援課資料よりアフターサービス推進室作成

##### (1) 発症予防の推進

###### <介護予防拠点施設での交流>

山鹿市では、地域の拠点づくりとして、地域密着型介護予防サービス<sup>6</sup>を行う施設等に、平成27年度時点で介護予防拠点を14か所整備している。地域の「縁がわ」として、認知症の人や家族、介護者が集まり、交流する場所として開放されており、介護予防として体操教室や茶話会、趣味の活動が実施されている。

<sup>6</sup> 介護保険の利用者が、介護予防を目的として、認知症対応型通所介護施設や小規模多機能居宅介護施設等を利用する。

## ①通所介護事業所「くたみの実家」

「特定非営利活動法人くたみ渋うちわ会」が運営する通所介護事業所「くたみの実家」は、デイサービス「ゆた〜と」に併設されている。介護予防教室「おひさま」は、参加費 100 円のほか、希望者は 500 円を追加で支払えば、昼食を食べることができる。民家を改築した施設に併設されているデイサービス利用者が行き来し、小規模の利点を生かした交流を特徴としており、認知症の人と家族の地域の居場所として効果的に機能している。

施設の管理者は、自身の介護経験からサポートリーダー 1 期生を経て施設を開所した経緯があり、経験を生かした認知症啓発活動に積極的に取り組んでいる。



【くたみの実家  
デイサービス利用者も立ち寄り、和やかな  
雰囲気のなか過ごす】

## ②小規模多機能居宅介護事業所「いつでんくるばい」

「特定非営利活動法人コレクティブ」が運営する小規模多機能居宅介護事業所「いつでんくるばい」では、地域住民が自然にコミュニケーションを図る環境づくりを進めている。介護予防教室「オレンジカフェ」を開催し、利用者は 200 円の参加費を払う。同施設は、曜日を変えて認知症カフェも実施しており、認知症の人が入居する施設に地域住民が訪れ、様々な活動を通して認知症について親しみ、理解する機会を提供する場となっている。



【いつでんくるばい 左:いつでんくるばい入口 中央:居宅介護スペース 右:施設2階・キッチンを併設している】

## (2) 認知症サポーターの養成と活動の支援

### ①学校での認知症サポーター養成講座

山鹿市内の学校では、認知症サポーター養成講座を実施し、サポートリーダーや認知症地域支援推進員が講師を務めている。小学校では、認知症の人への理解や支援について絵本仕立てで学習し、中学校及び高等学校では認知症に関する講義となっている。講座の終了後は、グループごとに発表するなどフィードバックの時間を設け、振り返りの時間を作ることで、児童、生徒が認知症を身近に考え、理解がしやすいよう工夫した内容になっている。

【表4-3 絵本教室実施後の感想 小学4年生(一部)】

- ・道に迷っていたら優しく声をかけて道を教える。
- ・家を出て行こうとする認知症の人たちに「どこにいくと？」って声をかける。
- ・一緒にお話をしたり、お散歩に行ったりする。
- ・どんな話しても聞いてあげる。
- ・やさしくゆっくり相手がわかるように話したいです。
- ・声をかける。散歩についていく。道を教える。楽しませる。
- ・もしも家族が認知症になって、何の目的もなくどこかに行ってしまったら、待たずに探しに行く。
- ・声をかけて道に迷わないようにする。
- ・うれしい気持ちはあるから、嬉しいことをたくさん言ってあげる。
- ・優しく接したり、嫌いにならずお世話をする。
- ・出来るだけ声をかける。

出典：山鹿市福祉部長寿支援課資料よりアフターサービス推進室作成



【山鹿市の認知症サポーター養成講座 小学校の絵本教室】

### ②肥後にわか劇団

肥後にわか劇団は、認知症の人への接し方や見守りの方法をサポートリーダー等が喜劇仕立てで公演する活動である。山鹿市内の公民館で公演する際は、地域住民が多く集まり、笑いのある明るい内容が好評を呼び、市外の行事に招かれることもある。認知症を親しみやすく、そしてわかりやすく伝える効果的な方法となっている。



【認知症出前講座 肥後にわか劇団】

## (2) 認知症初期集中支援チームの設置

山鹿市では、認知症の早期発見・早期支援の体制づくりとして認知症初期集中支援チームの取組を進めている。在宅医療による自立した生活を目標として、毎月2回実施するチーム員会議を通じて連携を図りながら進めている。認知症初期集中支援チームとして支援期間に設定している6か月経過後は、介護支援専門員等に支援を引き継いでいる。

【表4-4 山鹿市認知症初期集中支援チーム】

連携機関	職種
認知症疾患医療センター (山鹿回生病院に設置)	認知症サポート医・薬剤師・作業療法士・臨床心理士・精神保健福祉士
山鹿市地域包括支援センター	介護福祉士・保健師

出典：山鹿市福祉部長寿支援課資料よりアフターサービス推進室作成

### (3) 地域での見守り体制の整備

#### ①高齢者見守り SOS ネットワークメールの登録

山鹿市では、見守り支援の取組を多様に進めている。認知症高齢者等が行方不明になった際に、迅速な捜索を開始する取組として、高齢者見守り SOS ネットワークメールの登録がある。この取組は、行方不明者が発生すると、認知症サポーターやサポートリーダーを中心とするメールアドレスの登録者に、行方不明者の特徴などの情報が配信され、可能な場合は捜索に参加する仕組みとなっている。発見の連絡もメールを送信するなど、地域全体で行方不明者を捜索する体制が整備されている。

#### ②自治体が独自に行う見守りツールの製作

山鹿市内の熊入町区では、高齢者等が緊急搬送された場合や、認知症の方が徘徊し、保護された場合などに、迅速に氏名や住所などの身元が確認できる取組として、くまいり SOS キーホルダーを製作し、地区内の住民に配布している。山鹿市から助成等は受けず、熊入町区が自治会として製作し、独自に取り組んでいる。

### (4) 認知症の人の社会参加を支援する取組

山鹿市では、認知症の当事者が参加する活動に取り組んでいる。活動は表 4-5 のとおりであるが、2 の若年性認知症の方が参加するソフトボールチームは、静岡県富士宮市で開催されている D リーグ<sup>7</sup>の九州版を目指し、近隣の福岡県大牟田市と交流しながら活動している。

これらの活動は、認知症の人の閉じこもりがちな生活において、「症状の進行や生活状況に応じて段階を踏んだ目標を設定し、達成感を得ること」が、当事者の方の重要な支援につながることから、認知症地域支援推進員が中心となって進めている。

【表4-5 認知症の方が参加する活動】

	活動内容	将来的な目標
1	公民館で実施されている竹細工の教室に参加 ・認知症を題材とした絵本「むねとんとん」に出てくる風車を製作	市内で行われるバザーに出品して販売する
2	若年性認知症の方が参加するソフトボールチーム ・当事者は3人(50代1人、60代2人):認知症の有無に関係なく仲間としてスポーツを楽しんでいる ・近隣の福岡県大牟田市と交流しながら活動している	認知症の当事者が参加する大規模なソフトボール大会を九州圏内で実施する

出典:山鹿市福祉部長寿支援課ヒアリング内容よりアフターサービス推進室作成

<sup>7</sup> 静岡県富士宮市で毎年開催される認知症の当事者の方が参加するソフトボール大会。

## 5 取組の課題

山鹿市では、認知症支援の取組に当たって、以下を課題として挙げている。

### (1) サポートリーダーの地域活動への継続的な参画

サポートリーダー養成講座の修了者が地域活動へ参画する割合は、累計修了者の約5分の1と低い割合となっている。定例の集まりや企画の実施が主な活動だが、継続的に参画できる人材が少ないことが課題となっている。また、サポートリーダー養成講座の参加者が年々減少傾向にあり、高齢化も進んでいる。そのため、参加者の掘り起こしとともに、フォローアップ研修の企画、講座の開催方法等を再検討する必要がある。

## 参考

本報告書の第1における認知症高齢者の推計値及び個別報告書における認知症高齢者の日常生活自立度については、次の1及び2のとおりである。

### 1 認知症高齢者の推計値

平成23年から平成24年まで行われた65歳以上の高齢者を対象とした認知症の有病率に関する調査から、平成24年時点における認知症有病者数が約462万人と推計された<sup>1</sup>。さらに別の調査では、この推計値に基づき、平成37年の認知症有病者数が約700万人と推計された<sup>2</sup>。

### 2 認知症高齢者の日常生活自立度

認知症高齢者の日常生活自立度は、認知症で見られる症状・行動に基づき、表参考-1のとおり5段階に設定されている。これは、介護保険の要介護認定を行う際の参考の一つとされており、「日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる」状態である日常生活自立度Ⅱ以上であれば、概ね認知症と判定される。

【表 参考-1 認知症高齢者の日常生活自立度】

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記Ⅱの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる、やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行動等
III b	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢaに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

出典：「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について（平成24年9月厚生労働省発表）

<sup>1</sup> 厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」（平成25年5月）。従来の予想よりも高い推計値となり、その要因として、「急激な高齢者人口の増加」及び「平均寿命の伸びと診断方法の相違が寄与していると思われる」とされている。

<sup>2</sup> 厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）「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5月）。同調査では、昭和60年から平成24年にかけて福岡県久山町を経時的に調査した結果に、註1の調査結果である平成24年における認知症有病者数約462万人を当てはめて平成37年の認知症有病者数を導き出した。

### 3 新オレンジプランの全体像

新オレンジプランでは、7つの柱と具体的な施策を示している。

【表 参考-2 新オレンジプラン（7つの柱と具体的な施策）】

1. 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進	
(1) 認知症の人の視点に立って認知症への社会の理解を深めるキャンペーンの実施	
(2) 認知症サポーターの養成と活動の支援	
(3) 学校教育等における認知症の人を含む高齢者への理解の推進	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医等の対応力向上や認知症サポート医の養成等</li> <li>・認知症疾患医療センター等の整備</li> <li>・認知症初期集中支援チームの設置</li> <li>・早期診断後の適切な対応体制の整備</li> </ul>
(4) 行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等への適切な対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・循環型の仕組みの構築</li> <li>・行動・心理症状(BPSD)への適切な対応</li> <li>・身体合併症等への適切な対応</li> <li>・適切な認知症リハビリテーションの推進</li> </ul>
(5) 認知症の人の生活を支える介護の提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護サービス基盤の整備</li> <li>・良質な介護を担う人材の確保</li> </ul>
(6) 人生の最終段階を支える医療・介護等の連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症ケアバスの確立</li> </ul>
(7) 医療・介護等の有機的な連携の推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療・介護関係者等の間の情報共有の推進</li> <li>・認知症地域支援推進員の配置</li> <li>・地域包括支援センターと認知症疾患医療センターとの連携の推進</li> </ul>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症の人の介護者の負担軽減</li> <li>・介護者たる家族等への支援</li> <li>・介護者の負担軽減や仕事と介護の両立</li> </ul>
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	
(1) 生活の支援	
(2) 生活しやすい環境(ハード面)の整備	
(3) 就労・社会参加支援	
(4) 安全確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域での見守り体制の整備</li> <li>・交通安全の確保</li> <li>・詐欺などの消費者被害の防止</li> <li>・権利擁護</li> <li>・虐待防止</li> </ul>
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) 認知症の人の視点に立って認知症への社会の理解を深めるキャンペーンの実施	
(2) 初期段階の認知症の人のニーズ把握や生きがい支援	
(3) 認知症施策の企画・立案や評価への認知症の人やその家族の参画	
(4) その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・早期診断後の適切な対応体制の整備</li> <li>・若年性認知症施策の強化</li> </ul>

出典：新オレンジプラン本文よりアフターサービス推進室作成

#### 4 新オレンジプランに示されている取組のうち調査対象としたものの概要

新オレンジプランでは、認知症の人の生活を地域で支えていくための取組、目標等の基本的な考え方が示されている。調査対象とした主な取組については、以下のとおりである。

##### ① 認知症サポーターの養成と活動の支援

【表 参考-3 認知症サポーターの養成と活動の支援】

目的と取組内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症に関する正しい知識と理解を持って地域や職域で認知症の人やその家族を手助けする認知症サポーターを養成する。</li> <li>・養成された認知症サポーターが認知症高齢者等にやさしい地域づくりを加速するために、様々な場面で活躍できるよう、認知症サポーター養成講座を修了した者が復習も兼ねて学習する機会を設ける。</li> <li>・座学だけでなくサポーター同士の発表・討議も含めた講座など、地域や職域の実情に応じた取組を推進する。</li> </ul>
目標	・国として、平成29年度末までに800万人の養成を目標としている。

出典：新オレンジプラン本文よりアフターサービス推進室作成

新オレンジプランでは、認知症サポーターは、認知症に関する正しい知識と理解を持って、地域や職域で認知症の人やその家族をできる範囲で手助けし、認知症高齢者等にやさしい地域づくりを推進することとされている。

これについて、全国の自治体では、認知症の症状に関する基礎知識を学び、認知症の人への対応等に生かすことを目的とするサポーター養成講座を実施しており、また、サポーター養成講座の企画・立案及び講師を務めるキャラバン・メイトの育成も進められている。

サポーター養成講座は、都道府県、指定都市、市区町村、職域団体及び企業が実施主体となり、地域ごとに開催場所や日時を設定し、開催している<sup>3</sup>。認知症サポーターとキャラバン・メイトの養成講座については、表参考-4のとおり、基本的な講座内容を示し

ており、サポーター養成講座は、平成28年3月末時点で1,742の自治体で開催され、750万3,883人が養成されている<sup>4</sup>。受講者には、認知症を支援する目印としてオレンジのリングが配布されている。

【表 参考-4 認知症サポーター／キャラバン・メイト養成講座の内容】

養成講座名	研修内容	標準時間
認知症サポーター養成講座 カリキュラム例	認知症の基礎知識（認知症とは何か、認知症の症状とは） 早期診断・治療の重要性 権利擁護等	60分
	認知症の人への対応 家族の支援 サポーターとしてできること等	30分
キャラバン・メイト養成講座 カリキュラム例	認知症サポーターの役割 認知症施策におけるサポーター養成事業の位置づけの理解等	30分
	認知症に関する基礎知識の習得 認知症の人や家族と接する際の基本的姿勢の理解 認知症サポーターとしての支援内容の理解等	150分
	講座の運営方法（グループワークを含む）等	180分

出典：老計発第0712001号厚生労働省老健局計画課長通知（平成28年1月一部改正）よりアフターサービス推進室作成

<sup>3</sup> 実施の詳細については「認知症サポーター等養成事業の実施について」老計発第0712001号厚生労働省老健局長計画課長通知（平成28年1月一部改正）を参考とした。

<sup>4</sup> 同時点でキャラバン・メイトは12万5,179人。以上、特定非営利活動法人地域ケア政策ネットワーク調べ。

## ② 認知症初期集中支援チームの設置

【表 参考-5 早期診断・早期対応のための体制整備（認知症初期集中支援チームの設置）】

目的と取組内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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を構築する。</li> <li>・市町村が地域包括支援センターや認知症疾患医療センターを含む病院・診療所等にチームを置く。</li> <li>・認知症専門医の指導の下、複数の専門職が認知症の疑われる人、認知症の人やその家族を訪問する。</li> <li>・観察・評価を行った上で家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行う。</li> <li>・かかりつけ医と連携しながら認知症に対する適切な治療に繋げ、自立生活をサポートする。</li> </ul>
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成30年度以降、すべての市町村で認知症初期集中支援チームを設置することを目標としている。</li> </ul>

出典：新オレンジプラン本文よりアフターサービス推進室作成

集中支援チームの設置は、表参考-5のとおり、新オレンジプランにおいて、適切な医療・介護等の支援が受けられる対応体制の構築を目的としている。

認知症初期集中支援推進事業<sup>5</sup>において、集中支援チームは、地域包括支援センター、認知症疾患医療センター<sup>6</sup>等に配置され、医療・介護の専門職が支援対象者とその家族を訪問し、家族支援を含む初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活をサポートすることとされている<sup>7</sup>。

集中支援チームのチーム員は、認知症サポート医<sup>8</sup>等の認知症専門医<sup>9</sup>1人、医療・介護の専門職（保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士等）2人以上で編成され、地域包括支援センター職員、市町村保健師、かかりつけ医、かかりつけ歯科医等と情報を共有できる仕組みを確保することとされている。支援の期間は、支援対象者が医療・介護サービスによる安定した支援に移行するまでの最長6か月間を目安とし、支援を移行した概ね2か月後に医療・介護のサービスについて、集中支援チーム員会議において利用状況等を評価し、随時モニタリングを行うこととされている。

<sup>5</sup> 当該事業では集中支援チームの設置のほか、地域住民や関係機関・団体に対し、集中支援チームの役割や機能について広報活動や協力依頼を行うなど地域の実情に応じた取組を行うものとしている。ここで言う「初期」とは、(i)認知症の発症後の早期段階、(ii)認知症の人への関わりの初期を意味する。

<sup>6</sup> 認知症の速やかな鑑別診断や行動・心理症状（BPSD）と身体合併症に対する急性期医療、専門医相談、関係機関との連携、研修会の開催等の役割を担う。

<sup>7</sup> 「地域支援事業の実施について」老発0115第1号厚生労働省老健局長通知（平成28年1月一部改正）。

<sup>8</sup> 地域における認知症の人を支えるために必要な介護分野等の知識や、地域医師会・地域包括支援センター等の関係機関との連携づくりなどに必要な知識・技術を持つ医師。都道府県・指定都市が実施する認知症サポート医養成研修を受けて認定される。

<sup>9</sup> 認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師等で、今後5年間で認知症サポート医養成研修を受講する予定のある者を含む。

【表 参考-6 認知症初期集中支援の流れ】

1	対象者の把握 ・本人、家族、町内会などから地域包括支援センターに認知症が疑われる内容の相談等による把握。 ・要介護認定を受けているが、介護サービスの利用に至っていない人の選定による把握等。
2	情報収集 ・対象者の状況（認知症高齢者の日常生活自立度、住宅環境等）、家族等の状況、既往歴、生活状況（地域との関係等）を確認する。
3	初回訪問・アセスメント ・集中支援チームが対象者を訪問の上、現状を確認するとともに訪問の目的と、計画的に関わり支援することを説明する。 ・専門的医療機関への受診や介護保険のサービスの利用が、本人と家族にとってメリットのあることを説明する。 ・集中支援チームは対象者の身体と生活全般の状況確認等をする。
4	チーム員会議 ・対象者の情報（認知症の状態確認等）を伝え、アセスメント内容の総合チェックを行う。 ・対象者及び介護者に必要な医療・介護サービスを検討し、支援計画を立案する。
5	具体的な支援の実施（概ね6か月間を目途とする） ・かかりつけ医または、認知症疾患医療センターへの受診の勧奨と調整、介護サービス利用の案内と勧奨、生活全般や介護に関する助言等。 ・身体を整えるケア（水分摂取、食事摂取、排泄、運動などの助言等）、生活環境の改善などの支援等。 ・服薬管理、介護保険サービスが必要な場合の調整、介護保険サービス以外の社会資源の活用、権利擁護に向けた調整等。
6	支援の終了 ・集中支援チームとしての遂行業務について、一定の目的が達せられたことなどがチーム員会議で判断された場合。 ・集中支援チームから、介護支援専門員（介護サービスの利用を支援）、地域包括支援センターに支援を引き継ぐ。
7	引き継ぎ後のモニタリング ・支援対象者の状況を把握（本人宅への訪問の実施、引き継いだ介護支援専門員への聞き取り等）し、チーム員会議で情報を共有する。 ・引き継ぎ後の状況に課題が生じているとチーム員会議で判断された場合には、介護支援専門員に報告、助言をする。

出典：国立研究開発法人国立長寿医療研究センター「平成27年度認知症初期集中支援チーム員研修テキスト」よりアフターサービス推進室作成

### ③ 医療・介護関係者等との間の情報共有の推進

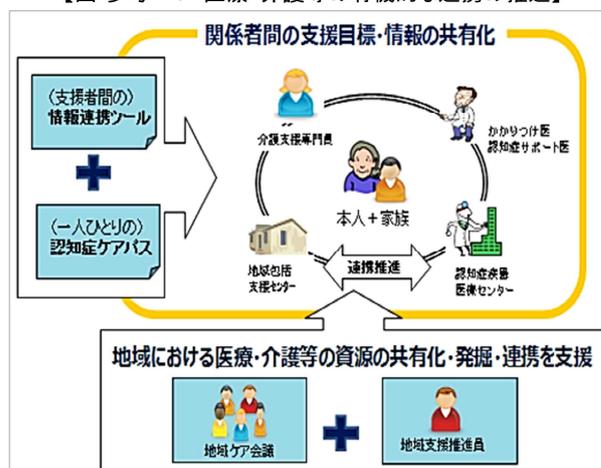
【表 参考-7 医療・介護等の有機的な連携の推進（医療・介護関係者等との間の情報共有の推進）】

目的と取組内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症は診療科を超えて連携して対応していく必要があるほか、介護による生活の支援が必要とされている。特に、早期診断・早期対応や行動・心理症状(BPSD)、身体合併症等への対応においては、医療・介護関係者等との間の情報共有が重要とされているため。</li> <li>かかりつけ医等と介護支援専門員等を中心として、医療・介護関係者が顔の見える関係の構築を通じて、医療・介護等の連携に資する。</li> <li>認知症に関わる医療・介護連携を行う上で必要な情報連携ツールの例を提示し、地域の実情に応じた医療・介護関係者等の連携の取組を推進する。</li> <li>使いやすい情報連携ツールに関して、地域ごとに認知症の医療・介護等に携わる関係者が集まり、議論を交わす。</li> <li>地域ケア会議において、認知症に関わる地域資源の共有・発掘や連携を推進する。</li> </ul>
現状	・地域の実情に応じた認知症情報連携シートの活用を推進する。

出典：新オレンジプラン本文よりアフターサービス推進室作成

新オレンジプランにおいて、医療・介護関係者等の有機的な連携を推進するための取り組みのひとつとして、情報連携シートを活用することとされている。情報連携シートは、主に認知症の人とその家族、医療・介護関係者（医師・看護師等、介護事業所や介護支援専門員等）、薬剤師等の間で、認知症の人に関する情報を共有するためのツールである（本報告書では調査先における主な呼称に合わせ、「情報連携ツール」の用語を使用している。）。

【図 参考-1 医療・介護等の有機的な連携の推進】



出典：「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）～認知症高齢等にやさしい地域づくりに向けて～」参考資料集（厚生労働省平成27年1月発表）

#### ④ 地域での見守り体制の整備

【表 参考-8 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進（安全確保）（地域での見守り体制の整備）】

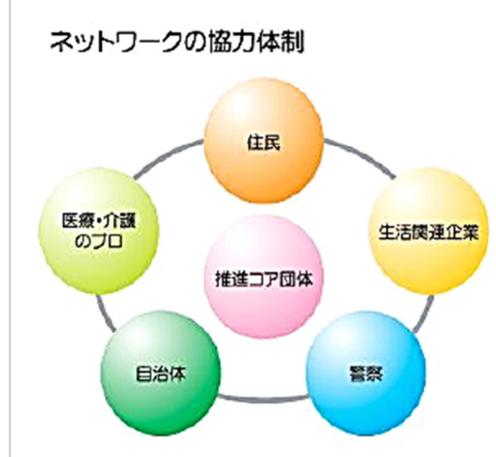
目的と	・認知症の人やその家族が安心して暮らすための地域によるさりげない見守り体制をつくる。
取組内容	・1人暮らし高齢者の安全確認や行方不明者の早期発見・保護を含め、地域での見守り体制を整備する。

出典：新オレンジプラン本文よりアフターサービス推進室作成

新オレンジプランでは、認知症の人やその家族が安心して暮らすために、ひとり暮らし高齢者の安全確認や行方不明者の早期発見・保護を含め、地域での見守り体制を整備することとしている。

認知症高齢者が行方不明になった場合の早期発見・保護への対応としては、全国的に徘徊者捜索模擬訓練等の取組が行われており、自治体が主催しているほか、独自に地域や地区、校区ごとに実施している。

【図 参考-2 高齢者の見守り・SOSネットワークのイメージ】



出典：「認知症施策推進総合戦略（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に向けて～」参考資料集（厚生労働省平成27年1月発表）

## 5 認知症の人とその家族に対する支援事例

調査先の自治体において把握した集中支援チームによる支援と情報連携ツールを活用した支援の事例を以下に記した。なお、個人情報の保護のため、内容を一部改変している。

### (1) 認知症初期集中支援チームによる支援事例

- ① **地域包括支援センターへ夫（70代）が相談に来る。**  
主訴：妻（70代）に認知症の症状があり、ひきこもりとなっている。3～4年前から風呂に入らず、茶の間で寝ている状態だった。
  - ② **チーム員2人(主任介護支援専門員、認知症看護認定看護師)が訪問し、妻の身体状況を確認した。**  
(身体状況：肩が硬直して動かず、血圧は200超)
  - ③ **チーム員会議にて状況を報告し、支援内容を検討した。**  
(支援内容：かかりつけ医による往診とデイサービスの支援)
  - ④ **認知症疾患医療センターから、妻のかかりつけ医へ往診の依頼をした。**
  - ⑤ **かかりつけ医が応諾し、往診、薬の処方への支援へとつながった。**
  - ⑥ **主任介護支援専門員が訪問し、要介護2の認定となり、入浴介助の支援を実施した。**  
(入浴介助の初回は、通所介護の事業所が自宅前に乗りつけ、通所介護事業所職員等に誘導され、乗車した。自宅を出る際は、数年ぶりの外出だったため、支度などに1時間ほどの時間を要した。さらに、夫は「妻が支援を受け、嫌がる所を見たくない」との思いから、妻の支度中を夫が直視しないで済むよう、通所介護事業所の職員が夫と話していた。)
- [その後の支援により、現在はリハビリを受け身体状況が改善し、入浴介助を定期的に受けている。外出の支度に要す時間も短縮された。]

#### ア 集中支援チームによる支援の特徴

認知症サポート医、認知症看護認定看護師、主任介護支援専門員等、専門職が協働して支援することで、医療と介護による効果的な支援が行われた。

#### イ 支援の具体的なポイント

- (i) 数年間、入浴の機会がなく、介護の支援を受けたことがないという生活環境を踏まえ、主任介護支援専門員が入浴介助の必要を判断した。  
⇒長年介護者であった夫の心情に配慮し、通所介護事業所と協力しながら、入浴介助を行った。
- (ii) チーム員が身体状況を確認し、認知症サポート医に伝えたことで、高血圧の対策として投薬が効果的であると判断した。  
⇒認知症サポート医の適切な判断に基づいて、協力体制にある地域のかかりつけ医に依頼し、往診がスムーズに行われた。

## (2) 医療介護情報連携ツールの活用による支援事例

- ① 女性（70代）が独居で生活、要介護1で通所介護を受ける。
- ② 本人に病識がなく、物盗られ妄想があるため、ホームヘルパーの支援を受けられな  
いでいた。  
(デイサービスは利用していたが、サービスの記録は介護支援専門員が主治医へ情報提供していた。)
- ③ 医療介護情報連携ツールを主治医の診療の際に導入することとし、受診の30分前  
に病院受付に提出した。
- ④ 介護支援専門員の同行による受診の際に、医師は既に内容を確認しており、本人の  
状態を把握していたため、診療がスムーズに進んだ。

### ア 医療介護情報連携ツールの活用による支援の特徴

医療介護情報連携ツールを介して、本人の状態を正確に伝え、診察の記録を医師が記  
入する双方向の支援が行われ、状況に応じた細やかな支援が行われた。

### イ 支援の具体的なポイント

- (i) 日頃の状態を医師へ正確に伝えるために医療介護情報連携ツールの使用が望ま  
しいが、物盗られ妄想があるため、本人の所有物と認識しているものを受診の場  
で他者に渡すことが難しい。  
⇒受診前に受付に提出することで、日頃の状態を踏まえた往診が可能になった。
- (ii) 医師から介護支援専門員に話があるときは、本人は別室にて血圧を再測定する。  
⇒本人が医療介護情報連携ツールの自宅からの持ち出しに気がつかないようにす  
るため、医師、看護師による配慮があった。