

令和6年度 多可町 認知症地域支援推進員活動報告

認知症地域支援推進員について

- 1 認知症地域支援推進員：12名（兼務）
- 2 認知症地域支援推進員の役割
 - * 認知症相談センターとしての相談・対応
 - * 認知症ケアネットの普及
 - * SOSネットワークの普及・拡大
 - * 地域支援者の仕組みづくり・支援
 - * 認知症初期集中支援チーム員としての取り組み

報告者氏名:多可町役場ふくし相談支援課
(地域包括支援センター)

高見・高瀬・沖田・足立ち

多可町の認知症施策について

多可町が目指す姿（多可町第9期介護保険計画より）

◆基本理念 みんなで支えあい、安心して健やかに暮らせるまち ◆基本方針 認知症施策と権利擁護の推進



	認知症発症を遅らせる取組 (一次予防)の推進	早期発見・早期対応(二次予防)、 発症後の進行を遅らせる取組(三次予防)の推進	認知症の本人・本人視点に立った 「認知症バリアフリー」の推進
普及啓発・ 本人発信支援	認知症サポーター養成講座 認知症に対する正しい知識や 対応方法を身につける講座です。 ★集落だけでなく、小中高校、企業、老人会 等で実施します。 ★冊子が新しくなり、内容が更新されました！	相談窓口の周知 町内に6か所の認知症相談センターがあり、 身近に相談できる体制があります。 ★認知症相談日を開設しています。 ★身近なところで相談できるよう、普及啓発します	絆カフェ（本人発信・家族支援） お茶を飲みながら気軽に認知症等の相談や、本人や 家族同士の交流が行える場です。 ★事業所の連絡会を定期的に行い、チームオレンジと 連携します。絆カフェの参加者が増えるよう、 普及啓発を行います。
予防	元気あっぷ広場 週1回公民館でいきいき百歳体操を行います。★初年度、立ち上げて3～4年目集落に認知症タッチパネルを実施しています。 ヨガニケア ★R5年度から開始しました。新たな参加者を募集し、普及をします。 7月～12月までの週1回、頭と体の運動と健康づくりセミナー等を通して認知症予防を行います。 認知症予防健診（はつらつ健診） 町ぐるみ健診や後期高齢者健診で認知症チェックリストまたはタッチパネルを実施します。 ★認知機能の低下が認められる場合は、 予防教室や医療・介護保険につながります。	73歳タッチパネル実施 75歳の運転免許更新前の73歳を迎える方を対象に認知症タッチパネルを実施しています。	リフレッシュ教室 医療専門職によるもの忘れ予防の教室です。 12回コースを年2回実施。 ★終了後は地域の居場所へつなぎます。
医療・ケア・介護サービス・ 介護者への支援		認知症初期集中支援チーム サポート医と医療・介護の専門職で構成する チームが訪問し、早期対応に向けた支援を行います。★サポート医が2名になりました。	認知症ケアネット 認知症の様態に応じたサービス提供の流れ をまとめたものを作成しています。 ★相談時に活用していきます。
認知症バリアフリーの推進・ 若年性認知症の人への 支援・社会参加支援		チームオレンジ ステップアップ講座を受講した認知 症サポーターが認知症の人やその 家族への支援を行います。 ★絆カフェの運営や事業所の絆カフェ ボランティアを行います。 メンバーも増えています。	成年後見制度の利用促進 認知症等により、判断能力が十 分でない方が不利益とならないよ うに、家庭裁判所に申し立てをし、 後見人を選任してもらう制度です。 ★ケアマネと連携し、研修会を行 います。 あんしんはーとねっと事業 認知症などで行方不明になる恐れ のある方の情報を事前に警察へ登 録し、行方不明の捜索に役立ちます。 ★西脇警察署と連携していきます。

標題 認知症初期集中支援チームとチームオレンジの連携

認知症初期集中支援チーム

2チーム体制、各チームごとに月1回会議実施

メンバー：サポート医、看護師、保健師、社会福祉士、

主任ケアマネ、作業療法士、介護士

介入人数：7人



チームオレンジたか

R4年度立ち上げ準備、R5年度～活動開始

メンバー：20名

活動内容：

- (1) 認知症カフェの運営・支援
- (2) 普及啓発
- (3) 認知症に対する研修
- (4) 個別支援



認知症地域支援推進員の活動

Aさん（70代、女性） 精神科通院し、認知症と診断され内服治療中。
ADL自立。同居している子の妻より、「コーヒー飲もうか」と何度も誘いに
来られ、負担が大きい。早めに対応できることはないか・・・



初期集中支援チームにて対応

本人：子の妻がよくしてくれるから幸せ。みんな仕事に行っているので、自宅で留守番をすることが私の役割です。

子の妻：横になっていることが増えてきたので、みんなと体操したり出かけてみてはどうか。近所の人とときどき話はしたりしている。

支援の方針

- ・主治医と連携
- ・コーヒー飲むことが好き。絆カフェなら短時間で参加できるかも。
- ・チームオレンジのメンバーに近隣者がいる。家族の了解をもらって、メンバーにチラシを持って訪問してもらおう。
- ・カフェの参加中は、家族には休んでもらう時間になったら・・・。

チームオレンジが認知症の人やその家族を支えよう！

認知症地域支援推進員の活動

・初期集中支援チーム員の会議を踏まえ、チームオレンジのメンバーへ協力依頼

- ＊家族の了解の元で情報提供

- ＊チームオレンジメンバーがチラシを持って訪問する日の調整

- ＊当日の朝の声かけ

・絆カフェでの様子確認、本人への声かけ

・チームオレンジへの助言

・家族の支援

- ＊絆カフェ終了後に当日の朝の様子や帰ってきてからの様子を確認。

- ＊家族が休息できたのか確認。

＊認知症初期集中支援チーム員と地域支援推進員を兼務

認知症地域支援推進員の活動

～本人の声～
お茶を呼ばれて
楽しかったわ。

～チームオレンジの声～
最初には行かないと断っていた。でも行ってくれて良かった。近所の方もいると安心するみたい。

～家族の声～
行ってくれてよかった。
作ったものも自分の
部屋に飾っていました。



～近所の人声～
カフェの間は、普段こ
だわっていることを
忘れるみたいやね。

絆カフェへの参加につながった

認知症地域支援推進員活動の成果課題

（成果）

- ・認知症初期集中支援チーム員と地域支援推進員を兼務しているため、地域につなぐ役割を担った。
- ・推進員も地域を知るきっかけとなった。

（課題）

- ・チームオレンジのメンバーは少なく、各地域にいない。ステップアップ講座を実施し、メンバーを増やしていく取組が必要。
- ・推進員が兼務であり、事業所に委託していることから担当が変わることが課題。活動の方向性を検討し、共有する場を持つなど工夫を行っている。
- ・各訪問では本人の声を聞くようになってきたが、本人や家族同士が話をする機会が持てていないため、作っていく必要がある。

・最後に・・・

認知症と診断されているが、介護保険を利用されていない方もいる。介護サービスの利用だけを検討するのではなく、社会資源の利用や地域の方と関わりを検討することで、日頃の見守り体制の整備にもつながったと考える。現在のチームオレンジの活動がカフェ中心であるが、個別支援にもつながるように検討していきたい。