

○弘前市附属機関設置条例

平成26年 3 月20日弘前市条例第 2 号

改正

平成26年 6 月30日弘前市条例第31号

※以下改正年月日省略

弘前市附属機関設置条例

(趣旨)

第 1 条 地方自治法（昭和22年法律第67号）第138条の 4 第 3 項に規定する附属機関の設置については、法律若しくはこれに基づく政令又は他の条例に定めるもののほか、この条例の定めるところによる。

(設置)

第 2 条 市に附属機関を設置し、その名称、担任する事務、委員の構成、定数及び任期は、別表のとおりとする。

(委員の委嘱等)

第 3 条 委員は、別表の委員の構成欄に掲げる者のうちから市長（教育委員会に設置する附属機関にあつては教育委員会。農業委員会に設置する附属機関にあつては農業委員会）が委嘱又は任命する。

(職務権限)

第 4 条 別表に掲げる附属機関は、同表の担任する事務の欄にそれぞれ定める事務について調停、審査、審議又は調査等を行う。

(委任)

第 5 条 この条例に定めるもののほか、附属機関の運営等に関し必要な事項は、市規則、教育委員会規則及び農業委員会規則で定める。

附 則

※省略

別表（第 2 条、第 3 条、第 4 条関係）

1 市長の附属機関

※表の一部省略

名称	担任する事務	委員の構成	定数	任期
弘前市認知症初期集中支援チーム検討委員会	(1) 認知症初期集中支援チーム（以下「支援チーム」という。）の活動に関すること。 (2) 支援チームの活動における関係機関の連携に関すること。 (3) 認知症ケアパスに関すること。 (4) その他認知症施策に関すること。	(1) 保健・医療関係者 (2) 介護・福祉関係者 (3) 認知症団体関係者 (4) 関係行政機関の職員 (5) 地域住民を代表する関係者 (6) 公募による市民 (7) その他市長が必要と認める者	14人以内	2 年

2 教育委員会の附属機関

※表は省略

3 農業委員会の附属機関

※表は省略

○弘前市認知症初期集中支援チーム検討委員会運営規則

平成29年3月17日弘前市規則第4号

弘前市認知症初期集中支援チーム検討委員会運営規則

(趣旨)

第1条 この規則は、弘前市附属機関設置条例（平成26年弘前市条例第2号）第5条の規定に基づき、弘前市認知症初期集中支援チーム検討委員会（以下「委員会」という。）の運営に関して必要な事項を定めるものとする。

(委員)

第2条 委員が欠けた場合における補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

2 委員は、再任されることができる。

(委員長等)

第3条 委員会に委員長及び副委員長各1人を置く。

2 委員長及び副委員長は、委員の互選により定める。

3 委員長は、会議の議長となり、会務を総理する。

4 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるとき又は委員長が欠けたときは、その職務を代理する。

(会議)

第4条 委員会の会議は、委員長が招集する。

2 委員会は、委員の半数以上の出席がなければ会議を開くことができない。

3 委員長は、必要があると認めるときは、委員会の会議に委員以外の者の出席を求め、意見若しくは説明を聴き、又は資料の提出を求めることができる。

(守秘義務)

第5条 委員は、その職務上知り得た秘密を漏らしてはならない。その職を退いた後も、また同様とする。

(庶務)

第6条 委員会の庶務は、福祉部介護福祉課において処理する。

(委任)

第7条 この規則に定めるもののほか、委員会の運営に関して必要な事項は、委員長が定める。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、公布の日から施行する。

(最初の会議の招集)

2 第4条第1項の規定にかかわらず、最初の委員会の会議は、市長が招集する。

弘前市認知症初期集中支援推進事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で暮らし続けるために、認知症の者及びその家族に早期に関わる認知症初期集中支援チーム（以下「支援チーム」という。）を設置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的とした弘前市認知症初期集中支援推進事業（以下「事業」という。）の実施に関し、必要な事項を定めるものとする。

(実施主体)

第2条 事業の実施主体は、弘前市（以下「市」という。）とする。ただし、市長は、事業の一部について、適切な事業運営を確保することができると認める団体等（以下「実施団体」という。）に委託するものとする。

(訪問支援対象者)

第3条 事業の支援対象となる者（以下「訪問支援対象者」という。）は、原則として、市内に住所を有する40歳以上の在宅で生活している認知症が疑われる者又は認知症の者で、次の各号のいずれかに該当する者とする。

- (1) 医療サービス若しくは介護サービスを受けていない者又は中断している者で、次のいずれかに該当する者
 - ア 認知症疾患の臨床診断を受けていない者
 - イ 継続的な医療サービスを受けていない者
 - ウ 適切な介護サービスに結び付いていない者
 - エ 介護サービスが中断している者
- (2) 医療サービス又は介護サービスを受けているが、認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している者

(支援チームの配置及び役割)

第4条 支援チームは、地域包括支援センターに配置するものとする。

- 2 支援チームは、訪問支援対象者及びその家族に対し、訪問、観察・評価、家族支援等の初期の支援を包括的かつ集中的に行い、自立生活のサポートを行うものとする。
- 3 支援チームは、地域包括支援センター職員、市保健師、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、認知症サポート医、認知症に係る専門的な知識・技能を有する医師、認知症疾患医療センター職員及び介護事業者との連携を常に意識し、情報を共有できる仕組みを確保するものとする。

(支援チームの構成)

第5条 支援チームの構成員（以下「チーム員」という。）は、第1号に該当する者（次条において「専門職」という。）2人以上及び第2号に該当する者（次条において「専門医」という。）1人以上とする。

(1) 次の要件を全て満たす者。ただし、やむを得ない場合には、ウの研修を受講したチーム員が受講内容を支援チーム内で共有することを条件として、ア及びイの要件を満たす者としてすることができる。

ア 薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、精神保健福祉士、介護支援専門員又はこれらに準ずる者であり、かつ、認知症の医療や介護における専門的知識及び経験を有すると市が認めた者

イ 認知症ケア又は在宅ケアの実務・相談業務等に3年以上携わった経験がある者

ウ 国が別途定める認知症初期集中支援チーム員研修を受講し、必要な知識・技能を修得した者

(2) 日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は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のいずれかに該当し、かつ、認知症サポート医である者。ただし、当該者の確保が困難な場合には、当分の間、次のいずれかに該当する者としてすることができる。

ア 日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は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であって5年以内に認知症サポート医研修を受講する予定のある者

イ 認知症サポート医であって、認知症疾患の診断・治療に5年以上従事した経験を有する者（認知症疾患医療センター等の専門医と連携を図っている場合に限る。）

(チーム員の役割等)

第6条 専門職は、訪問支援対象者の認知症の包括的観察・評価に基づく初期集中支援を行うために訪問活動等を行う。

2 専門医は、認知症に関する専門的見識から他のチーム員へ指導・助言等を行い、並びに他のチーム員とともに訪問支援対象者及びその家族を訪問し相談に応需する。

3 初回の観察・評価の訪問は、原則として医療系職員及び介護系職員各1人以上で行うものとする。

(事業の内容)

第7条 事業の実施内容は、次に掲げるとおりとする。

(1) 支援チームに関する普及啓発

ア 地域住民並びに関係機関及び団体に対し、支援チームの役割及び機能について広報活動及び協力依頼を行う。

(2) 認知症初期集中支援の実施

ア 訪問支援対象者の把握

(7) 訪問支援対象者の把握は、支援チームが地域包括支援センター及び認知症疾患医療センター経由で訪問支援対象者に関する情報を入手して行うものとする。

(4) チーム員が直接訪問支援対象者に関する情報を知り得た場合においても、地域包括支援センター及び認知症疾患医療センターと情報共有を図るものとする。

イ 情報収集及び観察・評価

(7) 支援チームは、訪問支援対象者本人のほか家族等のあらかじめ協力の得られる人が同席できるよう調整を行い、当該本人の現病歴、既往歴及び生活情報等に加え、家族の状況等を情報収集するとともに、指定された観察・評価票を用いて、認知症の包括的観察・評価を行うものとする。

ウ 初回訪問時の支援

(7) 支援チームは、初回訪問時に、認知症の包括的観察・評価、基本的な認知症に関する正しい情報の提供、専門的医療機関への受診及び介護保険サービス利用の効果に関する説明並びに訪問支援対象者及びその家族の心理的サポート及び助言を行う（概ね2時間以内）。

エ 専門医を含めたチーム員会議の開催

(7) 支援チームは、初回訪問後、訪問支援対象者ごとに、観察・評価内容を総合的に確認し、支援方針、支援内容及び支援頻度等を検討するため、専門医も含めたチーム員会議を行う。この場合において、必要に応じて、訪問支援対象者のかかりつけ医及び介護支援専門員等の参加を依頼するものとする。

オ 初期集中支援の実施

(7) 支援チームは、医療機関への受診が必要な場合の訪問支援対象者への動機付け及び継続的な医療サービスの利用に至るまでの支援、介護サービスの利用等の勧奨・誘導、認知症の重症度に応じた助言、身体を整えるケア並びに生活環境等の改善等の支援を行う。この場合における当該支援は、訪問支援対象者が医療サービス又は介護サービスによる安定的な支援に移行するまでの間とし、概ね最長6か月とする。

カ 支援実施中の情報共有

(7) 訪問支援対象者の情報を関係機関が把握した場合は、支援チーム及び認知症疾患医療センターに情報を提供する等して情報共有を図り、事業実施するものとする。

キ 引継ぎ後のモニタリング

(ア) 支援チームは、初期集中支援の終了をチーム員会議で判断した場合は、認知症疾患医療センター並びに地域包括支援センター職員及び担当介護支援専門員等と同行訪問を行う等の方法で円滑に引継ぎを行うものとする。

(イ) 支援チームは、チーム員会議において、引継ぎの2か月後に、サービスの利用状況等を評価し、必要性を判断の上、随時モニタリングを行うものとする。

ク 記録の保管

(ア) 支援チームは、訪問支援対象者に関する情報、観察・評価結果及び初期集中支援の内容等を記録した書類を適切に管理し5年間保管しなければならない。

(3) 認知症初期集中支援チーム検討委員会（以下「検討委員会」という。）の開催

ア 検討委員会において、支援チームの設置及び活動状況を検討しなければならない。

（実績報告）

第8条 実施団体は、委託を受けた事業の実施状況を月ごとに取りまとめ、当該月の翌月に、市長に対し、実績報告を行わなければならない。

（守秘義務等）

第9条 実施団体及びチーム員は、職務上知り得た秘密を他に漏らしてはならない。その職を退いた後も、同様とする。

2 事業に関して取り扱う個人情報、個人情報の保護に関する法令等その他関係法令に基づき、適正に取り扱わなければならない。

（委任）

第10条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

（施行期日）

1 この要綱は、平成29年6月19日から施行する。

（準備行為）

2 事業を実施するために必要な準備行為は、この要綱の施行前においても行うことができる。

附 則

（施行期日）

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

案件（1） 令和7年度弘前市認知症初期集中支援チーム 活動報告

令和8年7月29日（水）
弘前市役所介護福祉課自立・包括支援係

目次

- ▲ 1 チーム員の紹介
- ▲ 2 弘前市認知症初期集中支援チームの相談受付件数
- ▲ 3 相談ケース紹介
- ▲ 4 チーム会議
- ▲ 5 弘前市認知症初期集中支援チームの課題と対応について



1 チーム員の紹介

- ▶ 弘前市第三地域包括支援センター
 - ・ 3 名（保健師 1 名、主任介護支援専門員 2 名）
- ▶ 弘前愛成会病院（認知症疾患医療センター）
 - ・ 4 名（医師 1 名、精神保健福祉士 3 名）

計 7 名のチーム員体制。医療・介護の専門職で構成。

弘前愛成会病院は、認知症疾患医療センターとして県から委託を受け、専門医療機関機能（専門医療相談や認知症の鑑別診断・初期対応など）と地域連携機能（地域の認知症医療に関する連携の中核、研修開催、情報発信など）を有する。

第三地域包括支援センターの圏域内にあり、連携がとりやすい関係。

2 弘前市認知症初期集中支援チームの 相談受付件数

▲ 令和7年度相談件数 1件（チーム対象 0件）



3力年でみると年度内の相談件数は1～2件程度。

相談はチーム会議で協議。対象とするか、支援方針などを協議する。

対象外の場合は、相談者を支援機関へつなぐ。引継ぎ後も必要があれば都度相談に応じる。

【参考】総合相談支援事業（地域包括支援センター）相談件数（認知症関係）

令和5～7年度相談件数（認知症関係）



3カ年でみると認知症関係の相談件数は400件程度。

地域包括支援センターに認知症地域支援推進員を配置。
認知症地域支援推進員は地域包括支援センター、介護福祉課に29名配置（令和8年3月末時点）。

【参考】認知症地域支援推進員について

認知症地域支援推進員



3 相談ケース紹介

<相談者>

令和8年1月、長女から介護福祉課へ相談あり。長女は県外在住。

<対象者>

80代女性。弘前市貝沢在住。要支援1の認定。北部包括で関わっていたが、令和7年4月の訪問後、対象者から訪問拒否あり。その後見守りが途絶えていた。

<相談内容>

認知機能低下あり、令和7年4月に弘前愛成会病院に新患予約したが、当日対象者が受診を拒否し頓挫した。**改めて専門医につなげたい。**

<初期対応>

介護福祉課から北部包括へ連絡。長女からの相談内容を伝え訪問を依頼。包括職員が自宅を訪問し対象者と面談。対象者が別の精神科受診していることが判明する（本人の証言と内服確認）。また、対象者からデイサービス利用の希望が聞かれ調整する。

<チーム会議の方針>

専門医および介護サービス利用につながっていることから**対象外**とする。長女から受診先へ相談し、主治医を軸に支援体制構築する。

4 チーム員会議

開催日時	出席者	会議内容
4月	包括3名、愛成会病院4名	包括で把握した認知症の方への対応について
5月	包括3名、愛成会病院4名、介護福祉課1名	包括で把握した認知症の方への対応について
6月	包括3名、愛成会病院3名、介護福祉課1名	包括で把握した認知症の方への対応について
7月	包括3名、愛成会病院4名、介護福祉課1名	包括で把握した認知症の方への対応について
8月	包括3名、愛成会病院3名、介護福祉課1名	・包括で把握した認知症の方への対応について ・令和7年度第1回弘前市認知症初期集中支援チーム検討委員会の報告
9月	包括3名、愛成会病院4名、介護福祉課1名	・包括で把握した認知症の方への対応について ・他市町村の初期集中支援チームの活動について
10月	包括3名、愛成会病院4名、介護福祉課1名	包括で把握した認知症の方への対応について
11月	包括3名、愛成会病院4名、介護福祉課1名	・包括で把握した認知症の方への対応について ・認知症カフェについて
12月	包括3名、愛成会病院4名、介護福祉課1名	・包括で把握した認知症の方への対応について ・「認知症つながるネットワーク情報交換会」について ・医療機関向け情報共有シートの作成と運用予定について
1月	包括3名、愛成会病院4名、介護福祉課1名	・新規相談ケースについて ・包括で把握した認知症の方への対応について
2月	包括3名、愛成会病院4名、介護福祉課1名	・前回相談ケースの経過について ・包括で把握した認知症の方への対応について ・認知症連携ツール検討会について
3月	包括3名、愛成会病院4名、介護福祉課1名	・包括で把握した認知症の方への対応について ・認知症カフェについて

5 弘前市認知症初期集中支援チームの 課題と対応について

【課題】

1. 弘前市認知症初期集中支援チームの周知
2. 相談体制（参考資料1）の整備・明確化

【対応】

1. ・市 民児協定例会、地域支援推進員連絡会での周知（実施済）
・広報ひろさき7月号特集掲載（実施済）
・広報ひろさき9月号掲載（予定）
2. ・地域支援推進員連絡会での情報提供・確認（予定）

[illegible]

たぐひ、まは、一、事、
話、の、心、を、

認知症を正しく理解し、偏見を持たず、認知症の人や家族を温かく見守るため、地域「認知症パートナー」を養成しています。同時に、認知症の基礎知識や、認知症の人への接し方などについて学び、市庁舎のグループや企業、学校等に、講座を無料で行っています。

認知症初期集中
支援チーム

あおり張り・介護手帳

認知症やその他のいのある高齢者の方に
に送ったりした際に、簡単に「たいた
ま」と呼ぶことができるように本人の理解
を事前に十分に得ておく。療育施設
や機関と連携することで早期発見・早
期対応を仕組めます。所定施設には登
録する仕組みです。グッズを交付します。

「知識能力フェ

安心カード

現代型の人々

種別	名称	開催日時	開催場所
第一分団地区	第一分団地区の春のワンダー 第一分団地区の春のワンダー	開催日時 2月26日 開催場所 第一分団地区（東山）	定員 31・1203
第二分団地区	第二分団地区の春のワンダー 第二分団地区の春のワンダー	開催日時 2月26日 開催場所 第二分団地区（東山）	定員 31・3811
第三分団地区	第三分団地区の春のワンダー 第三分団地区の春のワンダー	開催日時 2月26日 3期 開催場所 第三分団地区（東山）	定員 39・2515
第四分団地区	第四分団地区の春のワンダー 第四分団地区の春のワンダー	開催日時 2月27日 5期 開催場所 第四分団地区（東山）	定員 26・2516
第五分団地区	第五分団地区の春のワンダー 第五分団地区の春のワンダー	開催日時 2月27日 6期 開催場所 第五分団地区（東山）	定員 82・1513
第六分団地区	第六分団地区の春のワンダー 第六分団地区の春のワンダー	開催日時 2月28日 7期 開催場所 第六分団地区（東山）	定員 87・6779
第七分団地区	第七分団地区の春のワンダー 第七分団地区の春のワンダー	開催日時 2月28日 8期 開催場所 第七分団地区（東山）	定員 95・2100

各地域包括支援センターには、認知症地域支援センターには、認知症の人やその家族が必要となる支援を受けられるよう関係機関との連携を図り、住民の暮らしに支障がでないよう迅速づくりを推進して

弘前愛宕会病院
印持病棟センター

[illegible]

(公社)

認知症の人や家族介護者が「あまり、介護の負担、時間、費用、精神的苦痛などを行ってはいけません。一人だけじゃない、仲間がいる」と多くの方が参加されています。

「介護保健福祉ガイドブック・認知症ガイドブック」

[illegible]

案件（２） 令和７年度弘前市の認知症施策の実施状況につ いて

令和８年７月２９日（水）
弘前市役所介護福祉課自立・包括支援係

目次

- ▶ 1 認知症サポーター養成講座
- ▶ 2 認知症地域支援・ケア向上事業
- ▶ 3 認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業
- ▶ 4 認知症初期集中支援推進事業
- ▶ 5 弘前市認知症高齢者等ただいまサポート事業
- ▶ 6 その他

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

- ・ 令和7年度は41回開催。計919名養成。
- ・ 累計サポーター数は15,995人。

▲ 認知症サポーターステップアップ講座

- ・ 令和7年度は6回開催。計83名受講。
- ・ 講座内容は講話、寸劇、グループワーク、声掛け訓練、チームオレンジ、認知症マップ作成など。

▲ 周知

- ・ 市内小・中学校校長、市連合PTA宛の案内

私市における認知症サポーター養成講座

1. 私市には認知症サポーター養成講座を開催し、令和7年度は41回開催。計919名養成。

開催年度	開催回数	養成人数
令和7年度	41回	919名
令和6年度	38回	876名
令和5年度	35回	825名
令和4年度	32回	768名
令和3年度	29回	721名
令和2年度	26回	674名
令和1年度	23回	627名
令和0年度	20回	580名
合計	244回	5,995名

認知症サポーター養成講座は、認知症の正しい知識を身につけ、認知症の人と接する際の適切な対応方法を学ぶための講座です。令和7年度は41回開催し、計919名が養成されました。

2. 私市には認知症サポーターステップアップ講座を開催し、令和7年度は6回開催。計83名が受講しました。

認知症サポーターステップアップ講座は、認知症の正しい知識を身につけ、認知症の人と接する際の適切な対応方法を学ぶための講座です。令和7年度は6回開催し、計83名が受講しました。

3. 私市には認知症サポーター養成講座を開催し、令和7年度は41回開催。計919名が養成されました。

開催年度	開催回数	養成人数
令和7年度	41回	919名
令和6年度	38回	876名
令和5年度	35回	825名
令和4年度	32回	768名
令和3年度	29回	721名
令和2年度	26回	674名
令和1年度	23回	627名
令和0年度	20回	580名
合計	244回	5,995名

認知症サポーター養成講座（令和7年度）

開催年度	開催回数	養成人数
令和7年度	41回	919名
令和6年度	38回	876名
令和5年度	35回	825名
令和4年度	32回	768名
令和3年度	29回	721名
令和2年度	26回	674名
令和1年度	23回	627名
令和0年度	20回	580名
合計	244回	5,995名

認知症サポーター養成講座は、認知症の正しい知識を身につけ、認知症の人と接する際の適切な対応方法を学ぶための講座です。令和7年度は41回開催し、計919名が養成されました。

1. 私市には認知症サポーター養成講座を開催し、令和7年度は41回開催。計919名が養成されました。

認知症サポーター養成講座は、認知症の正しい知識を身につけ、認知症の人と接する際の適切な対応方法を学ぶための講座です。令和7年度は41回開催し、計919名が養成されました。

2. 私市には認知症サポーターステップアップ講座を開催し、令和7年度は6回開催。計83名が受講しました。

開催年度	開催回数	養成人数
令和7年度	41回	919名
令和6年度	38回	876名
令和5年度	35回	825名
令和4年度	32回	768名
令和3年度	29回	721名
令和2年度	26回	674名
令和1年度	23回	627名
令和0年度	20回	580名
合計	244回	5,995名

2 認知症地域支援・ケア向上事業

▶ 認知症地域支援推進員

- ・令和7年度末時点の配置数：29名（市2名、各包括4名程度）。
- ・令和7年度認知症地域支援推進員研修3名参加（新任者1名、現任者2名）。
- ・認知症地域支援推進員連絡会を2回開催。

（案件）

第1回：①令和7年度研修受講者報告。

- ②チームオレンジ「みなみ」実績報告。意見交換。
- ③各推進員の取り組み（認知症介護者教室、認知症カフェなど）。

第2回：①令和7年度研修受講者報告。

- ②本人ミーティングの開催について。
- ③認知症ケアパス概要版について。
- ④意見交換（周知方法、若年性認知症の方への関わり方、認知症情報連携ツールなど）。
- ⑤市民へのアンケート（「参考資料4」）実施について。

2 認知症地域支援・ケア向上事業

▶ 周知

- ・広報ひろさき（令和7年）9月号掲載。
 - ・市SNS（フェイスブック・X）掲載。
- 認知症ケアパス概要版の紹介。



3 認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業

- ▶ チームオレンジ（市内1カ所、名称：チームオレンジ「みなみ」）
 - ・ チームメンバー数：14名（令和7年度末時点）
 - ・ 活動内容：①認知症カフェ（「みなみカフェ」）のサポート
（参加者の送迎、会場内の声かけ など）
 - ②高齢者宅の戸別訪問
 - ③おれんじ食堂の開催
- ▶ ただいまサポート訓練
 - ・ 令和7年度は1回（川先3丁目町会：市民20名弱参加）開催。



4 認知症初期集中支援推進事業

- ▶ 弘前市認知症初期集中支援チーム
 - ・資料4参照。
- ▶ 弘前市認知症初期集中支援チーム検討委員会
 - ・令和7年度は2回開催。
 - ・委員の改選（任期：令和7年7月30日～令和9年7月29日）。
- ▶ 認知症初期集中支援チーム員研修
 - ・令和7年度は1名参加（弘前愛成会病院職員）。

5 弘前市認知症高齢者等ただいまサ ポート事業

- ▶ 弘前市認知症高齢者等ただいまサポート事業
 - ・ 令和7年度は新規登録：35件（累計登録数：281件）。
 - ・ 協力機関：185件（介護保険事業所、医療機関、公共交通機関、宅配業者、新聞配送業者 ほか）。
- 令和7年度より協力機関へ年1回通知開始。
- ・ 令和7年度当課で把握した行方不明事案：1件。

6 その他

- ▶ 認知症情報連携ツール
 - ・令和7年度末時点での累計配布数：191冊。
 - ・（今後の取り組み）「ひろさき医療・介護手帳」について。
- ▶ ひろさき認知症改善講座
 - ・令和7年度は6回開催。
 - ・内容について、第1回は基礎講義（21名参加）、第2～6回は講師から受講者へ個別助言を行う（21名参加）。
- ▶ 高齢者補聴器購入費助成事業
 - ・65歳以上の軽度・中等度難聴者に対し、補聴器の購入費用として3万円を上限に助成するもの。令和6年度開始。
 - ・令和7年度は188件交付（累計は323件）。

案件（３）共生社会の実現に向けた課題の検討

アンケートまとめ（課題へのご意見、ご提案、協力いただける（既にいただいている）こと）

課題①：認知症の方が参加したくなるような交流の場が地域に少ない。		
	回答	回答者
(1)	「認知症の方」というレッテルや特別視が、むしろ逆効果なのではないでしょうか。誰でも交流の場や役割は欲しいかと。	東谷委員
(2)	歩いて参加できる会場（集会所、公民館）の無料開放。	福井委員
(3)	２層ＳＣが取り組む「ふれあいの居場所づくり」は地域の居場所として広がり定着しつつあるが、当事者をインクルーシブできる場とは言い難い。そのため地域包括支援センター圏域ごとに本人ミーティングを行うことで理解・啓発を深めながら交流の場を開拓していくことはできないか（サポーター養成等とは別に）	小林委員
(4)	「空き家」の活用、交流の為に指導専門員やコーディネーター等の配置。利用も無料・低料金で活用を促す（こういう人たちの為のおしゃべりカフェやサロン）。	佐藤委員
(5)	チームオレンジ主催でおれんじ食堂を開催し支援に繋げている為、事務局として協力していきたい。	小野委員
課題②：認知症の方が役割を持ち、他者に感謝してもらえる機会が少ない。		
	回答	回答者
(1)	チームオレンジで支援できることは支援に繋げていきたい。	小野委員
(2)	程度にもよるが体力のある人には単純労働提供し、相応の手当でも支給（例えば町内美化の為の花壇づくり、ゴミ減量推進員、ごみ集積所の清掃・整理など）。	佐藤委員
(3)	町会のイベントなどでお手伝い依頼、町会清掃へのボランティア。	福井委員
(4)	在宅で生活を送る当事者の生活像が市民に浸透していないため、認知症の方も市民の一員であることを周知するため、当事者が活躍している場面や内容の情報発信することはできないか。	小林委員
(5)	「認知症の方」というレッテルや特別視が、むしろ逆効果なのではないでしょうか。誰でも交流の場や役割は欲しいかと。	東谷委員
課題③：地域の方が認知症の方の生活や思いを知る機会が少なく、偏見が固執している。		
	回答	回答者
(1)	本人が難しくとも家族、そして、社会が隠さずにオープンにできると偏見も減ります。例えば市関係者から「私たちの家族も～」とオープンにしてみても。	東谷委員
(2)	町会長の立場から、この件は個人情報ということで行政はもとより、民生委員や近隣住民、家族からも教えてもらえず、対応できていないことが多い。この辺を解決できれば、相応の対応、手助けは可能。偏見や孤立感を持たせない為にも町会運営上むしろこのことを強く望んでいる。	佐藤委員
(3)	町会役員などが認知症の方の把握をすることで声かけができる（個人情報かも…）。地域の方は本当に偏見があると感じます。町会、民生委員、老人クラブ、子ども会、さまざまな委員会など、地域全体で認知症の理解を深める。	福井委員
(4)	チームオレンジで支援できることは支援に繋げていきたい。	小野委員
(5)	認知症サポーター、キャラバン・メイトやチームオレンジの活動は当事者を中心とした関連分野や領域に留まっており、地域一般の方たちへの関心を引くには弱い部分もある。そのため、児童から大人にわたる学校教育や社会教育による活動との連携を図ることができれば、当事者の人権（権利）への意識の啓発を図ることができるのではないかと。	小林委員

R3 年 6 月 介護福祉課

アセスメント内容を総合的に確認し、
初期集中支援の要否・支援方針等を検討するため、
利用者基本情報・対象者把握チェック票を作成・提出

弘前市認知症初期集中支援チーム 業務の流れ

1 広報・普及
啓発活動
【市】

認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族



2 対象者の把握

・市
・地域包括支援
センター
(認知症地域支援推進員)

地域住民、関係機関、団体等

介護保険
事業所

三師会
・
医療
機関

民生
委員
・
地域
住民

その他
協力
機関

以下 3～7
委託業務内容

3 情報収集

認知症初期集中支援チーム

情報収集
包括等と連携し情報収集

初期集中
支援対象外

4 初回訪問

初回訪問

圏域包括・協力者等と訪問、アセスメント

圏域包括、
情報提供者等へ
引き継ぐ

チーム員会議 (初回訪問後)

【チーム及び必要に応じて、対象者情報に詳しい者】

支援方針の検討

- ・訪問支援対象者とするかどうか
- ・支援内容、支援頻度等

5 初期集中支援
の実施

初期集中支援の実施

- ・医療機関への受診勧奨、鑑別診断への誘導
- ・状態像に合わせた介護サービス利用の勧奨
- ・生活環境の改善について 等
- ・チーム員会議の開催(適宜)
- ・必要に応じて関係機関と同行訪問

連携

関係機関等

- ・地域包括
支援センター
- ・総合相談窓口
(ランチ)
- ・認知症疾患
医療センター
- ・認知症
サポート医
- ・かかりつけ医
- ・医療機関
- ・ケアマネジャー
- ・介護事業者
- ・保健師
- ・行政職員

...等

6 初期集中支援
の終了と引き継ぎ

チーム員会議において支援終了方針を決定
主たる支援機関へ引き継ぎ、
協働した関係機関等へ支援終了を報告

モニタリング

モニタリング

- ・引き継ぎ後、2か月以内に実施する

7 市への報告

市へ実績報告書・請求書提出



ID

利用者基本情報

作成担当者：

担当包括：

《基本情報》

相 談 日	年 月 日 ()	来 所・電 話 その他 ()	初回 再来 (前 /)
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()		
フリガナ 本人氏名	男・女	M・T・S	年 月 日生 () 歳
住 所	Tel () Fax ()		
日常生活 自立度	障害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	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
認定情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限： 年 月 日～ 年 月 日 (前回の介護度)		
障害等認定	身障()、療育()、精神()、難病()		
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無()階、住宅改修の有無		
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護		
家族関係等 の状況	家 族 構 成 家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ●■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)		
緊急連絡先	氏名	続柄	住所・連絡先

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活					
現状の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人	介護者・家族		
				友人・地域との関係	

《現病歴・既往暦と経過》（新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く）

年月日	病名	医療機関・医師名 （主治医・意見書作成者に☆）		経過	治療中の場合は内容
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日			Tel	治療中 経観中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容・介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、アセスメントシートを、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

令和 年 月 日 氏名

印

対象者把握チェック票

対象者氏名

※チェックのついた項目について、
箇条書きで簡潔に記載してください。

大項目	項目	チェック	細目	備考(包括での対応等)
1 医療サービス若しくは 介護サービスを受けてい ない者、または中断して いる者で、項目(1)から (5)の基準に該当する者	(1)認知症疾患の 臨床診断を受けて いない者	①	認知症について専門医療機関を受診したことがない。	
		②	認知症であろうと考えて、薬物治療を受けている。	
		③	主治医から受診を勧められているが専門医療機関受診につながっていない。	
		④	以前は定期的に通院していたが、最近通院が途絶えている。(概ね3ヶ月以上)	
		⑤	時々健康診断や予防注射などを受けに行く以外医療機関を受診していない。	
		⑥	本人の受診拒否が強い。(例：家族だけが薬をもらっている)	
		⑦	家族に関心がない。	
	(2)継続的な医療 サービスを受けて いない者	⑧	本人・家族が介護サービスの必要性を感じていない、拒否している。	
		⑨	経済的な問題がある。	
	(3)適切な介護保 険サービスに結び 付いていない者	⑩	十分なケアが受けられていない、あるいはケアマネジメントが困難である。	
		⑪	サービスの受け方がわからない。	
		⑫	適切な介護保険サービスがみつからない。(若年性認知症など)	
		⑬	本人・家族が介護サービスの必要性を感じていない、拒否している。	
	(4)介護サービス が中断している者	⑭	経済的な問題がある。	
		⑮	BPSD等の症状のため、サービス提供が困難である。	
		⑯	ケアマネジメントが不十分・あるいは ケアマネジメントが困難である。	
		⑰	適切な介護保険サービスがみつからない。(若年性認知症など)	
	(5)その他	⑱	介護保険サービス適用外である。(40～65歳未満で特定疾病以外)	
2 医療サービス、介護 サービスを受けているが 認知症の行動・心理症状 が顕著なため、対応に苦 慮している		⑲	※具体的な行動・心理症状を記載してください。	

チーム会議で 検討してほしいこと

参加者の皆さまへ
「アンケートご協力のお願い」

多様な共生社会の実現に向けて、認知症の人を含めた一人一人が「新しい認知症観」に基いて参画し、共に認知症施策の立案等を行っていくことが求められています。

「新しい認知症観」とは…

認知症になったら何もできなくなるのではなく、

認知症になってからも、一人一人が個人としてできること・やりたいこと

があり、住み慣れた地域で仲間等とつながりながら、希望を持って自分らしく

暮らし続けることができる という考え方です。

あなたにとって、「自分らしい生活」とは？

(好きなこと、生活の習慣、他者との交流、やってみたいこと)

認知症の方への支援や、施策に望むこと

<回答者情報>

記入日： 年 月 日

認知機能低下の有無： 有 ・ 無

お住まいの地域： 弘前市内 ・ 市外

回答者の年齢： 歳代



当市の認知症施策の参考とさせていただきます。ご協力ありがとうございました。

「市民アンケート集計」

期間：令和8年3月～令和8年6月

実績：計7か所、92人から回答

参考資料 5

	回収日	機会	行政職員 参加有無	回収枚数 計	記入者像			記入内容（担当者抜粋）	
					性別 年齢	市内・市外	年齢（〇代）	Q 1. あだनाにとって、「自分らしい生活」とは？	Q 2. 認知症の方への支援や、施策に望むこと
1	2026/3/7	橙燦カフェ	有	26				・動物が好きなのでそういう他者との交流があれば。	
					無	市外	40	・農業を長く続けていくこと。無理なく体を動かす趣味を持ちたい。・猫との生活。	
					無	市内	40		・できなくなったことだけでなく、認知症でも「できること」に目を向けて支援する仕組み、人づくり。
					無	市外	50	・音楽、楽器、映画、読書、絵、アート。	
						市内	50		・大きな特別扱いではなく普通に接してほしい。 ・気軽に話せる関係や居場所。
					無	市内	60	・自分にできる事があれば様々な活動に参加し年齢を問わず交流していきたい。	
					有	市内	70	・毎日の家事全般。毎日の午前午後一日2回の散歩。	
					無	市内	70	・何かしらの責任をもってする事。他者との交流。	
					無	市内	80	・猫の世話。趣味を楽しむ（川柳、琴）。	
						市内	80	・自分で運転外出。読書、図書館へ2週間に1回を続ける。	・定期的な訪問。
					有	市内	80	・料理。体を動かすこと。買い物で自分。函館に友達と旅行。	・自分自身が認知症になった場合も考えたくない。
					有	市内	80	・他人との交流。自分のことは自分でできる。	・認知症の集まる場所がいっぱいほしい。
					有	市内	90	・意欲が低下してきたが、また何かにとりくんでやってみたい。	・一人なので一日全く会話がないう日もめずらしくない。話し相手がほしい。
2	2026/3/12	みなみカフェ	有	20	有	市内	60	・自動車の運転も十分気をつけてできるだけ長く運転したい。	・町内会単位でも見守り声かけ交流があれば良いと思います。
					無	市内	80	・いつもと同じ生活ができること。	・人の目がとどき、生活できること。
					無	市内	80	・他者との交流。本人が得意なことをみつけてやってもらいたい。眠にさせないでほしい。	
					無	市内	70	・自宅で長く暮らしたい。小さな庭で野菜、花を育てたい。	
					有	市内	80	・認知症になっても一人ぼっちで寂しく過ごしがちになりそうですが、そうならないように家族や周囲の人達に支援していただきながら、交流の機会に参加したい。	・今日のようなつらいことがあるととても楽しく過ごさせていただきました。
3	2026/4/24	カフェほくっと	有	10	有	市内	70	家族といっしょに暮らす。ペットと一緒に。自宅で暮らすこと。	
					無	市内	70	自分の家で畑仕事・花を育てる。体が動くかぎり。	家族をいたたい。
					無	市内	70	野菜をつくりたい。花を育てて見たい。	見守りをしたい。言葉もかけたい。
					無	市内	70	家族と一緒に。周りの人の役に立って生きていきたい。	見守ってくれる人がいてくれれば良いと思う。近所にも交流ができる環境ができればいい。無料送迎がほしい。
4	2026/5/16	認知症の人と家族のつどい	有	16	?	市外	50	自分の思いをいつまでも持ち続けられる。	地域みんなで。
					無	市外	60	お互いが理解して気持ちよく暮らせたいと思います。	
					無	市内	50	困った時、相談したい時にいつでも相談できる家族、親友がいる。自分のことを受け入れて認めてくれる人が身近にいて交流がもてる。	
					無	市外	30	家族のために頑張って仕事をする。家族が喜ぶことを一緒にやること。	介護サービスにつながった、ケアマネがついたから包括での支援終了ではなく、本人や家族をサポートする体制は続けてほしい。
					有	市内	50	仕事はそこそこでペットと共にゆったり過ごす。	我々50代でも気軽に認知症検査し治療（予防）につなげられる制度を希望します。

「市民アンケート集計」

期間：令和8年3月～令和8年6月

実績：計7か所、92人から回答

参考資料 5

	回収日	機会	行政職員 参加有無	回収枚数 計	記入者像			記入内容（担当者抜粋）	
					認知症 低下 有無	市内・市 外	年齢（〇代）	Q 1. あなたにとって、「自分らしい生活」とは？	Q 2. 認知症の方への支援や、施策に望むこと
5	2026/5/21	オレンジカフェ輪い 輪い	有	13	無	市内	70	自分のこと全般に1人で出来るように他人とのコミュニティに多数参加する。	楽しい会話して笑わせ合い思い出話をする。
					無	市内	60	趣味の物作り。編み物とか雑貨を作っている時が自分にとって楽しめる時間です。	
					無	市内	90	ガーデニング。野菜作り。	楽しむことは大事だと思う。
					無	市内	90	趣味の折り紙→手のリハビリ。	常に声がけを心がけております。
					有	市内	70	みんなと話してること。施設にいいことがいい。好きな食べ物を食べに行きたい。	
					無	市内	70	好きなことをやって皆さんと話をしていたい。	いつでも気楽に相談してくれるところ。
					有	市内	80	人との話し合いをしたい。	いつでも相談しやすいところがあること。
					無	市内	80	健康の為に食事には気を付けている。家族の為の食事を作る。リハビリの為に手を使うことは好きです。	
6	2026/6/11	いっぶく茶屋 心愛	有	7	無	市内	90	にぎやかに喋りすること	お互いに助け合うことをしたい。
					有	市内	80	歌を聞くこと。きららにくる。	
					有	市内	80	きららに来ること。きららに来てたくさんお話をする。	買い物と一緒にいきたい。
					有	市内	80	他の人と一緒に過ごす。	耳が聞こえないので会話が難しい。自分ができていることを続けたい。歩いて買い物に行く。
7	2026/6/20	土曜の音楽カフェ	有	10	有	市内	80	園芸、脳トレパズル励遊。	
					有	市内	80	踊り（日本舞踊）	披露する場所がない。
					有	市内	80	園芸、庭畑での野菜作り	特に思いつかず
					無	市内	70	徒歩園内で集まる場所・人たちがいない	
					無	市内	80	好きな食事を取り、時々運動、散歩をする。適当に人との交流をする。	町内会単位での取り組みができるようになるとういのですが、（町内活動が良い所であれば取組が可能ですが）なかなか難しいようです。
					無	市内	80	身の回りのことができて楽しい一日を過ごせること	一人暮らしなので認知症になってもわからない。
					無	市内	70		ご近所の認知症の方との関わり方。