ー　東京都認知症対策推進会議　ー

第４回　認知症医療部会　次第

日　時　平成２５年８月１日(木)　午後５時から
場　所　都庁第一本庁舎４２階　特別会議室Ａ

１　開　会

２　報　告
（１）「認知症アセスメントシート（ＤＡＳＣ）研修」の実施について
（２）「第１回医療従事者等の認知症対応力向上に向けた関係者会議」の開催について
（３）認知症早期発見・早期診断推進事業のスタートについて
（４）「都道府県・指定都市認知症施策担当者会議」の議事内容について

３　議　事
（１）認知症早期発見・診断・対応のシステムづくりについて
・認知症の理解と受診の促進に向けて
・今後の認知症疾患医療センターの整備について

４　閉　会
御挨拶　藤田福祉保健局理事（少子高齢化対策・特命担当）

【配布資料】
（資料１）　認知症医療部会委員名簿
（資料２）　認知症対策推進事業実施要綱
（資料３）　第３回認知症医療部会の主な御意見
（資料４）　認知症早期発見・診断・対応のシステムづくりに向けて
（資料５）　認知症の理解と受診促進事業の今後の展開について(案)
（資料６）　東京都認知症疾患医療センターの概要
（資料７）　認知症疾患医療センターの平成 24 年度活動実績について
（資料８）　認知症疾患医療センターの整備に関する国の動向について

（参考資料１）「認知症アセスメントシート（ＤＡＳＣ）研修」の概要
（参考資料２）「第１回医療従事者等の認知症対応力向上に向けた関係者会議」の概要
（参考資料３）「認知症早期発見・早期診断推進事業がスタートします」（報道発表資料）
（参考資料４）「都道府県・指定都市認知症施策担当者会議(平成 25 年 6 月 25 日開催)」資料
＜厚生労働省資料抜粋＞
（参考資料５）「こころとからだの健康調査」の概要
（参考資料６）「こころとからだの健康調査」依頼文及び調査票
（参考資料７）「第 6 期介護保険事業(支援)計画の策定準備等に係る担当者等会議(平成 25 年 7 月 29 日開催)」資料＜厚生労働省資料抜粋＞
（参考資料８）「高齢者の見守りガイドブックを新たに作成しました」（報道発表資料）
（参考資料９）「認知症対策等総合支援事業の実施について」＜厚生労働省資料抜粋＞
（参考資料１０）平成 25 年度認知症シンポジウム「認知症の予防をめざすからだづくり」チラシ

資料1

東京都認知症対策推進会議（認知症医療部会） 委員名簿

◎部会長　○副部会長

区分	氏 名	所属・役職名
学識経験者	○ 新井　平伊	順天堂大学大学院教授
	粟田　主一	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所研究部長
	◎ 繁田　雅弘	公立大学法人首都大学東京副学長
医療関係者	桑田　美代子	公益社団法人東京都看護協会（医療法人社団慶成会青梅慶友病院看護介護開発室長）
	齋藤　正彦	東京都立松沢病院院長
	髙瀬　義昌	医療法人社団至高会たかせクリニック院長
	新田　國夫	医療法人社団つくし会理事長
	平川　博之	公益社団法人東京都医師会理事
	平川　淳一	一般社団法人東京精神科病院協会副会長
福祉関係者	西本　裕子	社会福祉法人慈生会慈生会中野ケアプランセンター管理者
	山田　理恵子	墨田区たちばな高齢者支援総合センター係長
	山本　繁樹	立川市南部西ふじみ地域包括支援センター長
家族代表	牧野　史子	特定非営利活動法人介護者サポートネットワークセンターアラジン理事長
行政関係者	齊藤　正之	新宿区福祉部高齢者福祉課長
	田原　なるみ	多摩府中保健所長
	森安　東光	武蔵野市健康福祉部高齢者支援課長

※各区分において50音順

同幹事名簿

	氏 名	所　属
幹事長	中山　政昭	福祉保健局高齢社会対策部長
幹事	笹井　敬子	福祉保健局医療改革推進担当部長
	熊谷　直樹	福祉保健局障害者医療担当部長
	新倉　吉和	福祉保健局医療政策部地域医療担当課長
	大滝　伸一	福祉保健局障害者施策推進部精神保健・医療課長
	加藤　みほ	福祉保健局高齢社会対策部計画課長
	榊　美智子	福祉保健局高齢社会対策部介護保険課長
	福留　敬一	福祉保健局高齢社会対策部施設支援課長
	新田　裕人	福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課長

資料２

認知症対策推進事業実施要綱

１９福保高在第１０７号
平成１９年６月１４日
一部改正　２３福保高在第５９号
平成２３年５月１６日
一部改正　２３福保高在第７３２号
平成２４年３月３０日

第１　目的

この事業は、認知症に関する都民への普及啓発を行うとともに、認知症の人とその家族に対する具体的な支援のあり方について検討することにより、認知症になっても地域で安心して暮らせるまちづくりを推進することを目的とする。

第２　実施主体

この事業の実施主体は、東京都（以下「都」という。）とする。

なお、第５に規定する事業については、その運営を団体等に委託し、又は団体等に助成して実施することができる。

第３　事業内容

この事業の内容は、次に掲げるものとする。

ア　東京都認知症対策推進会議の設置
イ　区市町村認知症支援担当者連絡会の開催
ウ　認知症に関する普及啓発

第４　東京都認知症対策推進会議の設置

１　目的

認知症の人やその家族に対する支援体制の構築に向けた方策について検討するため、東京都認知症対策推進会議（以下「推進会議」という。）を設置する。

２　協議事項

推進会議は、認知症支援に関し、次の事項について協議する。

ア　認知症支援体制の推進に関する事項
イ　都と区市町村、介護・医療関係者、団体・企業及び都民等の役割分担や連携に関する事項
ウ　認知症実態調査に関する事項
エ　都民や関係者に向けた啓発に関する事項
オ　その他必要な事項

３　構成

推進会議は、学識経験者、介護・医療関係者、行政関係者、都民等のうちから、福祉保健局長が委嘱する２０名以内の委員で構成する。

４　委員の任期

（１）委員の任期は、２年以内において局長が定める期間とする。ただし、再任を妨げない。

（２）委員に欠員が生じた場合、補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

５　議長及び副議長

（１）推進会議に議長を置き、委員の互選によりこれを定める。

（２）議長は、推進会議の会務を総括し、推進会議を代表する。

（３）副議長は、議長が指名する者をもって充てる。

（４）議長に事故があるときは、副議長がその職務を代行する。

６　招集等

（１）推進会議は、議長が招集する。

（２）議長は、３に定める者のほか、必要と認める者の出席を求めることができる。

７　専門部会

（１）推進会議は、必要に応じ、専門部会（以下「部会」という。）を置くことができる。

（２）部会は、推進会議が定める事項について調査・検討する。

（３）部会は、議長が指名する委員をもって構成し、福祉保健局長が委嘱する。

（４）部会に、専門委員を置くことができる。

（５）専門委員は、議長が指名する者をもって充て、福祉保健局長が委嘱する。

（６）専門委員の任期は、２年以内において局長が定める期間とする。ただし、再任を妨げないものとする。

なお、専門委員に欠員が生じた場合、補欠の専門委員の任期は、前任者の残任期間とする。

８　部会長

（１）部会に部会長を置き、委員及び専門委員の互選によりこれを定める。

（２）部会長は、専門部会の会務を総括し、専門部会を代表する。

（３）部会長に事故があるときは、あらかじめ部会長が指定する者がその職務を代理する。

９　部会の招集等

（１）部会は、部会長が招集する。

（２）部会長は、必要があると認めるときは、関係者に部会への出席を求め、その意見を聞くことができる。

10　幹事

（１）推進会議及び部会（以下「会議」という。）における協議・検討の充実及び効率化を図るため、委員及び専門委員の他に幹事を設置する。

（２）幹事は、福祉保健局長が任命する。

（３）幹事は、会議に出席し、調査・検討に必要な情報を提供するとともに、会議で検討された事項に関する取組及び普及に努めるものとする。

11　会議及び会議に係る資料の取扱い

会議及び会議に係る資料は、公開とする。ただし、議長、副議長又は部会長の発議により、出席委員及び出席専門委員の過半数で議決したときは、会議又は会議に係る資料を非公開とすることができる。

12　委員等への謝礼の支払い

（１）３、７（３）及び（５）に掲げる委員並びに専門委員の会議への出席に対して謝礼を支払うこととする。

なお、謝礼の支払は、その月分を一括して翌月に支払うこととする。

（２）６（２）及び９（２）に掲げる者の会議への出席に対しては、委員及び専門委員に準じて謝礼を支払うこととする。

なお、謝礼の支払は、その都度支払うこととする。

13　事務局

会議の円滑な運営を図るため、福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課に事務局を置き、会議の庶務は事務局において処理する。

14　その他

この要綱に定めるもののほか、推進会議の運営に関して必要な事項は、議長が別に定める。

第５　区市町村認知症支援担当者連絡会の開催

推進会議で検討した地域支援体制の構築に係る事例について、区市町村との情報共有を図るとともに、各区市町村における取組の促進を図るため、区市町村認知症支援担当者連絡会を開催する。

第６　認知症に関する普及啓発

広く都民の認知症に対する理解を図り、普及啓発を促進することを目的として、シンポジウム等を開催する。

附　則（平成１９年６月１４日１９福保高在第１０７号）

１　この要綱は、平成１９年６月１４日から適用する。

２　認知症理解普及促進事業実施要綱（平成１８年６月１２日付１８福保高在第１６１号）は廃止する。

附　則（平成２３年５月１６日２３福保高在第５９号）

この要綱は、平成２３年５月１６日から適用する。

附　則（平成２４年３月３０日２３福保高在第７３２号）

この要綱は、平成２４年４月１日から施行する。

資料３

認知症医療部会（第３回）の主なご意見

１　医療従事者等の認知症対応力向上支援事業について

●看護師認知症対応力向上研修テキストは、医療機関に入院してから在宅までを見据えた形で作成した。また、研修のグループワークの際は、顔の見える関係作りをしていくために地域を考えてグループ分けを行ったが、大変効果的であったと思う。

●かかりつけ医の勉強をさせていただく機会がないと、自分たち自身の質の担保ができない。また、かかりつけ医のレベルの地区の格差もあり、それを埋めていくことも必要である。

●東京都からも全認知症疾患医療センターに積極的に地域の先生方の研修の場を作っていくように発信していくべきだ。

●地域の中で有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅の責任者の方があまり認知症の勉強をされてない方も見受けれるため、対応が必要である。

●認知症の人を早期発見していく中で、病院やクリニックの事務員の人に対する研修は有効である。

●医師・看護師・ケースワーカー・心理職だけではなくて、病院やその他の医療機関に勤務する人たちみんなが認知症のことを理解できるような教材を作っていってほしい。

２　こころとからだの健康調査について

●認知症は、特別な人だけではなく、誰でもなり得るということを理解していただくコンセプトで普及啓発できるようチェックリストを作っている。

●調査時やチェックシート配布時に、認知症疑い高齢者が発見された場合、またご本人やご家族などが心配になった場合にフォローしていく必要があるのではないか。

●その地域に認知症の連絡会をつくり、医師会の先生方や基幹的な病院の先生方にご協力をお願いしながら、支援体制づくりをしていきたい。

●地域ぐるみの早期からの認知症リハビリという概念を含めて考えているか。

●認知症予防ということも含めて考えている。具体的にいうと生活習慣病の予防や実際に合併症のある方は医療につなげて支援するなどということである。

●倫理面や個人情報に配慮した調査を行うべきである。また、調査拒否された方に対する対応についても、十分配慮する必要がある。また、調査結果は、東京都の財産としてきちっと残していくべきである。

３　認知症早期発見・早期診断事業について

（１）認知症早期発見・早期診断事業全般について

●認知症の早期発見には、地域の町会、自治会、民生委員等の地域住民の気づきの目をどうやって高めていくかが一番重要な課題として感じている。この事業のイメージ図の中にそういった地域組織が入っていないので、意識化していくためにも入れていったほうがいいのではないか。

●介護者家族は、地域包括支援センターを知らなかったり、敷居が高いなどの問題があり、なかなか支援に繋がっていない場合もある。したがって、誰かが手を差しのべてくれればという思いはあると思う。

●介護の立場から、「どこに繋げたらいいのかわからない、どのように対処したらよいかわからない」という方がたくさんいるため、コーディネーターやアウトリーチチームの設置は大変助かる。

●この仕組みにより、短期的には困っている症例を1例ずつ地域で減らしていき、それを続けていくと長期的には早期診断・早期治療の流れができていくだろう。

●従来、受診拒否している人に対する医療の提供は、保健所の役割であり、人権侵害の可能性もあるため、神経質になるべき問題である。アウトリーチチームの役割に自由度をもたせてしまうと非常に乱暴な話になりかねない。

●本人・家族には同意をもらうのか、また、本人の同意がない場合にどのような権限で、どのように介入していくかは整理しておかなくてはならない。

●地域包括支援センターは、区市町村の委託事業であるため、区市町村が責任を持つことになる。また、セルフネグレクトについては、東京都虐待対応マニュアルの中で、虐待対応に準じた対応をするということになっている。個別対応は、区市町村の責任に基づいて行っていけると考える。

●医療のためだけに、アウトリーチチームが困難事例に突撃していくイメージでは全くない。医療の早期発見・早期診断を契機として必要な介護または医療サービスにつなげていく、そういうプロセスの施策であり、法的な権限を持たせるというものではない。それぞれの地域に応じた柔軟な体制で行っていく。

（２）認知症コーディネーターとアウトリーチチームの役割について

●認知症コーディネーターが地域の支援を必要としている方と地域の支援を行いたい人たちをつなげていく役割を担うことが、初期の支援において必要なことである。

●コーディネーターは個別対応だけではなく、地域の関係者をつないでいくような役割も担っていくべきである。また、コーディネーターやアウトリーチチームは主治医がまだいないような事例で支援が難しい事例のサポートをやっていくイメージである。

●認知症コーディネーターだけで対応が難しい場合に、アウトリーチチームにお願いすることにな

るが、縦割り、横割りにならない、家族支援を含めた地域での柔軟な体制が求められる。

●アウトリーチチームは、初期発見のためのチームであるのか、処遇困難事例解決のためのチームなのかがはっきりしない。

●早期発見・診断・対応のためだけの認知症コーディネーターやアウトリーチチームではなく、何か起こったときに対応できるものを家族は求めている。また、家族支援も含めていくべきである。

●認知症のご本人や家族がいて、そこにかかりつけ医も関与していて、心配して駆け付けたコーディネーターを後ろから医師や看護師、ソーシャルワーカー等が随時相談に乗って支えるのが、アウトリーチチームというイメージがいいのではないか。

●フレキシブルに地域が困っているときに専門家がサポートするチームと思えばいいかもしれないが、それでは二次医療圏で１つの認知症疾患医療センターではかなり大変である。

●認知症疾患センターは二次医療圏に１つのため、全ての個別事例に対応していくことは、無理であるため、そこにいくまで解決できればできる体制をつくる認知症アウトリーチチーム、コーディネーターというイメージである。

（３）かかりつけ医やサポート医の役割について

●かかりつけ医やサポート医が本事業において、どのような役割を果たすべきかが見えない。

アウトリーチをして、専門病院につなげるのも大変という状況があるので、認知症コーディネーターだけでうまくいくのかが疑問である。地元のかかりつけ医が本腰を入れてお手伝いしないとうまく回らないのではないか。

●地域にどれだけ頼りになるかかりつけ医やサポート医がいるかは疑問である。

●既にさまざまな人が連携している事例に対し、越境的にアウトリーチチームが介入して、既存の仕組みを壊していってしまうことが危惧される。かかりつけ医がいる場合は特にその先生方とすでに受けているケアサービスの環境をよく話し合っておき、戻れるような体制を作っておくべきである。

４　認知症疾患医療センターの設置について

●認知症疾患医療センターの中で、指導的な立場を担う中核的なセンターがあり、そこから裾野を広げていくような仕組みがとれればいいのではないか。

●それぞれセンターによって得意なところは違うので、センターを一つの起点にして十分でない部分を地域の医療機関と連携をして補っていく。さらにサポート医などが支えていく。結果として総体として地域を支えるというようなイメージである。

　人口が多い東京で、基幹型が１つあるだけでは難しく、東京都の場合地域型のセンターが基幹型

のような役割を担っていくことになるだろう。

５　若年性認知症ハンドブックについて

●ハンドブックをつくっても配布をする以上のことができないこともあるが、それに基づいた研修を行うというのはすばらしいことである。

●ハンドブックを作成して、1回配布するだけではなく、継続して手に入るようにしていくと、一層普及啓発の役に立つ。必要な時に目の前にある又はすぐに購入できるということが重要である。

●産業医に対する研修を行い、さらにそれが企業の従業員に広がっていくような普及啓発ができたらいいのではないか。

６　その他

●地区の中でのサポート医の位置づけがはっきり、あるいは明確化しないという問題を抱えている。地域包括支援センターにサポート医を置いておく等のさまざまな工夫を今考えようと思っている。

●高齢者の方や認知症初期の方が行く場所がないということが、地域の方の声としてあがっている。また、地域の困難事例について１人で抱え込んでいる人もいて、認知症カフェを設置したことにより、その負担が軽減されたということもある。そのような地域の場所にサポート医の先生や専門職の方が何気なくいるとよい。

資料4

認知症早期発見・診断・対応のシステムづくりに向けて

早期発見

気づき

認知症の症状に気づく人（機会）

◆本人・家族
◆医療機関（かかりつけ医、健康診査時等）
◆区市町村、地域包括支援センター
（介護予防基本チェックリスト、日常生活圏域ニーズ調査等）
◆介護サービス事業者（ヘルパー・ケアマネジャー等）
◆近隣の人、民生児童委員、町会・自治会
◆ライフライン事業者、商店街　　等

早期診断

受診

受診先

◆かかりつけ医　◆認知症サポート医　◆認知症専門医

受診に至らないケース等

◆認知症アウトリーチチームと認知症コーディネーターによる訪問・アセスメント

早期対応

日常在宅ケア

行動・心理症状悪化時などの急性増悪期治療・ケア

認知症の人と家族を支える関係者

◆介護従事者（居宅・施設介護サービス従事者、ケアマネジャー等）
◆医療従事者（かかりつけ医、認知症サポート医、認知症専門医、訪問看護ステーション、薬局等）
◆医療機関(診療所、認知症疾患医療センター、一般・精神科病院等)
◆区市町村、地域包括支援センター、保健所、社会福祉協議会
◆NPO、町会・自治会、民生児童委員、認知症サポーター、ボランティア
◆家族介護者の会　　等

認知症の理解と受診促進事業

認知症の症状やケアに関する正しい知識、疑わしい症状がある場合の相談先・受診先等について、普及啓発の充実を図り、認知症に対する偏見を克服するため、「認知症チェックシート(仮称)」及び「パンフレット（症状、相談先・受診先、予防等を記載）」を作成し、活用方法を検討

認知症疾患医療センター運営事業

普及啓発　専門医療相談の実施　鑑別診断　地域連携の推進　人材育成　身体合併症・行動心理症状への対応

認知症医療部会

国における「認知症医療支援診療所(仮称)」の検討も踏まえ、都における認知症疾患医療センターの機能、必要数等について検討

認知症早期発見・早期診断推進事業

認知症の疑いのある人を早期に把握・訪問し、状態に応じて適切な医療・介護サービスにつなげる仕組みづくり

（国）初期集中支援チームのモデル実施

認知症コーディネーターによる早期発見・支援　地域包括支援センターの認知症対応力の強化　認知症アウトリーチチームの訪問・アセスメントによる早期診断・支援

医療従事者等の認知症対応力向上支援事業

医療従事者等の認知症対応力向上を図るために、より効果的な研修のあり方を検討・支援

多職種協働研修の実施に向けた準備　看護師認知症対応力向上研修の実施

【既存の研修事業】
・認知症サポート医の養成　・かかりつけ医認知症対応力向上研修
・認知症介護研修　・地域包括支援センター職員研修

区市町村における認知症の予防につながる取組を支援

参考

認知症初期集中支援チームの初期という言葉の意味は、①認知症の発症後のステージとしての初期 ②認知症の人へ関わりの初期（ファーストタッチ）の2つの意味を示している。
おそらくモデル事業開始時については②が中心となるが、将来的に早期発見・対応、早期支援機能が充実するなど、地域のケアパスが定着すれば①が中心となってくると推測される。

【出典：認知症の初期集中支援サービスの構築に向けた基盤研究事業報告書（平成25年3月　国立長寿医療研究センター】

認知症の人の家族を支える医療機関連携型介護者支援事業

医療機関と連携した介護者支援の会の取組を広め、介護者の孤立化を防止

東京都若年性認知症総合支援センターの運営

高齢者権利擁護推進事業　**認知症地域支援推進員の活動**

在宅療養の推進　**地域密着型サービスの整備**

住まいの確保

認知症高齢者グループホーム、特別養護老人ホーム、都市型軽費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等の整備及びサービスの質の確保

認知症の人と家族を地域で支え、見守るための地域の多様な人材や社会資源によるネットワークづくり(特に独居や夫婦のみ世帯への支援のあり方)

資料5

認知症の理解と受診促進事業の今後の展開について(案)

1 認知症の理解と受診促進事業の概要

1 目的

都民に認知症に対する理解を深めてもらい、認知症の疑いがある場合は速やかに受診してもらうために、認知症に係る普及啓発の充実を図ることを目的とする。

2 事業内容

（1）「認知症チェックシート(仮称)」の作成及び都における今後の認知症施策推進の基礎データを得るために「こころとからだの健康調査」（郵送調査及び訪問調査）の実施及び分析を行う。

（2）高齢者やその家族が、認知症が疑われる症状があるかどうかをチェックするとともに、認知症の症状について学ぶことのできる「認知症チェックシート（仮称）」を作成する。

（3）「認知症チェックシート（仮称）」及び認知症の予防、症状、相談先、専門医療機関等についての情報を盛り込んだ都民向けパンフレットを作成する。

（4）認知症の理解と受診を促進するための普及啓発を実施する。

（5）その他、認知症の早期発見・診断・対応の取組を推進する上で必要な取組を実施する。

3 実施主体

東京都

※ただし、上記2（2）（3）については、地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所に委託して実施する。

4 スケジュール

NO	事業内容	平成25年度				平成26年度
		4～6月	7～9月	10～12月	1～3月	
①	こころとからだの健康調査の実施(第一次調査)		⇨		調査完成報告書	調査結果を踏まえて、調査地域における地域の中核病院、地区医師会と連携した地域づくりを推進
②	こころとからだの健康調査の実施(第二次調査)			⇨		
③	「認知症チェックシート（仮称）」の完成				⇨	
④	パンフレットの作成・印刷				⇨	
⑤	さまざまな方法により都民への普及啓発を実施					⇨

今後の取組内容(案)

1 「認知症チェックシート（仮称）」を活用し、認知症の人やその家族等が認知症の症状に早く気がついて、自分自身から医療機関等の援助を求める行動につなげられるような普及啓発を実施する。

普及啓発の実施に当たっては、認知症の早期発見・早期診断を目指すとともに、認知症についての正しい知識の普及により、認知症への偏見を払拭することも目標とする。

都における普及啓発	●新聞、公共交通機関、インターネット等を活用した普及啓発を実施。
区市町村における普及啓発	●都から「認知症チェックシート(仮称)」、予防、症状、相談先、専門医療機関等について記載したパンフレットのひな型を提供し、区市町村において地域の実情に応じたパンフレットを作成。 ●作成したパンフレットは、地域包括支援センター、介護予防教室、認知症サポーター養成講座、見守りサポーター養成講座、自治会の集まり等で配布。

2 区市町村において認知症の人と家族を支える地域づくりを推進（認知症ケアパス作成を通じて）

区市町村は第6期介護保険事業計画（平成27～29年度）の策定にあたって、認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）を作成し、事業計画に反映することが求められている。

＜認知症ケアパスの策定において自治体／介護保険者に求められていること＞

これまで地域で培われてきた「認知症の人を支える取り組み」を整理し、認知症の人やご家族、地域住民に対して、認知症の生活機能障害に応じて体系的に紹介すると同時に、それぞれの支援の内容をわかりやすく示し、今後ますます増加すると見込まれる認知症の人を地域でいかに支えていくかを明示する。

出典：「認知症ケアパス作成のための手引き(案)」

認知症ケアパスを作成するにあたっては、地域における認知症の症状を有する高齢者の状態像を把握するとともに、認知症の人を支える社会資源の状況を把握することが重要である。把握した上で、地域の関係者とともに、どの社会資源を使ってどのように認知症の人を支援していくかについて検討・協議することが求められる。

都は今後、区市町村が認知症ケアパスを作成するために必要となる情報を提供するなど、区市町村の認知症ケアパス作成を支援していく予定である。

今年度都において実施する「こころとからだの健康調査（第一次調査及び第二次調査）」は、地域における認知症の症状を有する高齢者の状態像を把握し、認知症の人を支える社会資源のあり方を検討する方策の一つとして有効であると考えられる。

また、今年6月に発行した「高齢者等の見守りガイドブック」の活用して、地域の力を活かした高齢者等の見守りネットワークの構築を進めることを、区市町村に促していく。

東京都認知症疾患医療センターの概要

資料6

事業目的

東京都が指定する「認知症疾患医療センター」において、認知症の鑑別診断、身体合併症と行動心理症状への対応、専門医療相談等を実施するとともに、地域の保健医療・介護関係者等との連携の推進、人材の育成等を行うことにより、地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図る。

事業概要

■ **指定数**
二次保健医療圏ごとに1か所を基本
(平成25年4月現在　12か所)

■ **指定期間**　初回は平成26年3月末まで

■ **25年度予算内容**
・約129百万円
(12か所分
1か所あたり　約11百万円)
・補助率　国1/2、都1/2

＜基本的機能＞

高齢者人口の増加に伴い、認知症高齢者も一層増加すると見込まれることから、地域の医療機関同士、さらには医療と介護の緊密な連携を強化する必要がある。このため、センターは、特に次の機能を担う。

- ○ **地域の医療機関及び介護事業所等への支援機能**
- ○ **地域の認知症に係る医療・介護連携を推進する機能**

＜3つの役割＞

基本的機能に基づき、具体的な支援体制及び連携体制の構築を図るため、次の役割を担う。

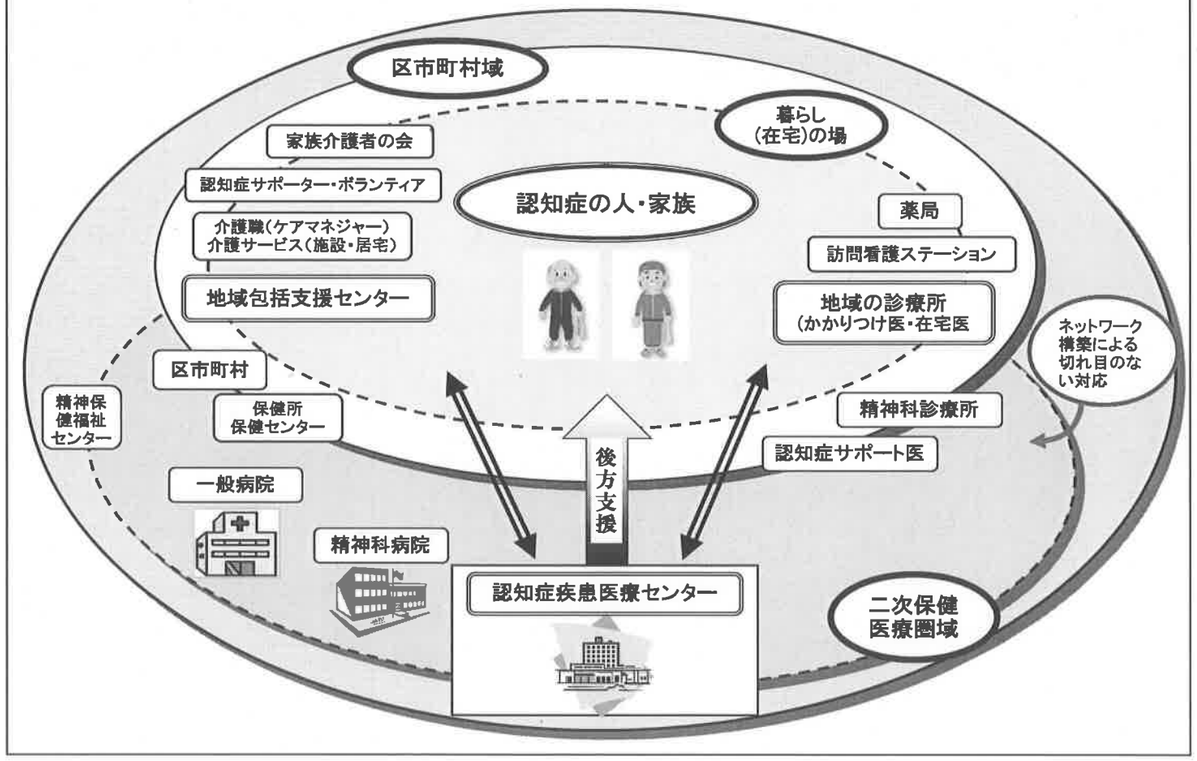
【専門医療機関としての役割】
- ○ 専門医療相談の実施
  - ・医療相談室を設置し、関係機関等からの相談に応じる
  - ・受診が困難な人への支援
- ○ 鑑別診断・初期対応時の取組
  - ・本人の身体的・社会的側面等を総合的に評価の上、適確に診断
- ○ 身体合併症・行動心理症状への対応
  - ・センター内及び地域での受入体制の整備(院内連携・地域連携)
  - ・早期からの退院支援

【地域連携の推進機関としての役割】
- ○ 地域連携の推進
  - ・連携協議会や研修会の開催等を通じた地域連携体制の構築
  - ・地域包括支援センター、家族介護者の会等との連携

【人材育成機関としての役割】
- ○ 専門医療、地域連携を支える人材の育成

■ **特に重点的な取組が必要な事項**
- ◎ **身体合併・行動心理症状への対応**
- ◎ **地域連携の推進**

■ **地域連携のイメージ**



■ **情報交換会の開催**

東京都認知症疾患医療センターの円滑な運営に資することを目的として、開催。
各東京都認知症疾患医療センターの専任医師・専従相談員・事務担当者などが一堂に会し、取組状況の報告や意見交換を実施。

○開催状況
第1回　平成24年5月29日開催　センターからの参加者50名
第2回　平成24年11月15日開催　センターからの参加者51名
第3回　平成25年5月7日開催　センターからの参加者66名

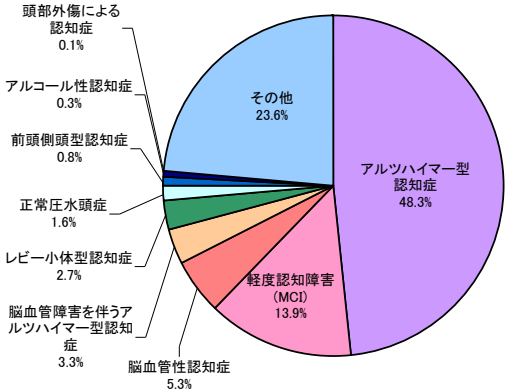
○コーディネーター　首都大学東京副学長　繁田　雅弘先生

資料7

認知症疾患医療センターの平成24年度活動実績について

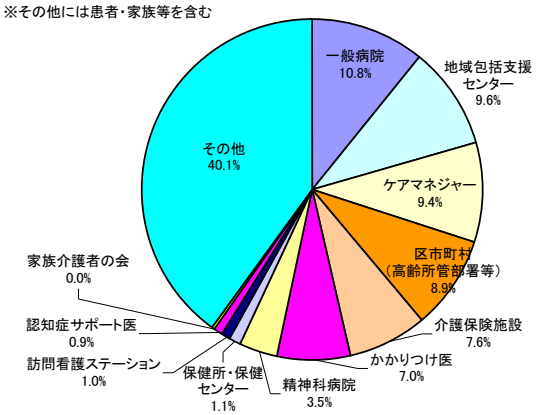
二次保健医療圏		区中央部	区南部	区西南部	区西部	区西北部	区東北部	区東部	南多摩	北多摩西部	北多摩南部	西多摩	北多摩北部
項　目/医療機関名		学校法人順天堂 順天堂大学医学部附属順天堂医院	公益財団法人東京都保健医療公社 荏原病院	東京都立松沢病院	社会福祉法人浴風会　浴風会病院	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター	医療法人社団大和会　大内病院	学校法人順天堂　順天堂大学医学部附属順天堂東京江東高齢者医療センター	医療法人社団光生会　平川病院	国家公務員共済組合連合会　立川病院	学校法人杏林学園 杏林大学医学部付属病院	医療法人財団良心会　青梅成木台病院	医療法人社団薫風会　山田病院
構成区市町村		千代田区、中央区、港区、文京区、台東区	品川区、大田区	目黒区、世田谷区、渋谷区	新宿区、中野区、杉並区	豊島区、北区、板橋区、練馬区	荒川区、足立区、葛飾区	墨田区、江東区、江戸川区	八王子市、町田市、日野市、多摩市、稲城市	立川市、昭島市、国分寺市、国立市、東大和市、武蔵村山市	武蔵野市、三鷹市、府中市、調布市、小金井市、狛江市	青梅市、福生市、羽村市、あきる野市、瑞穂町、日の出町、檜原村、奥多摩町	小平市、東村山市、清瀬市、東久留米市、西東京市
65歳人口（人）（平成25年1月現在）		151,845	222,559	254,670	234,324	393,758	301,050	280,331	311,012	137,394	197,665	94,282	164,058
高齢化率（%）（平成25年1月現在）		19.0%	20.9%	19.0%	20.0%	21.3%	22.8%	19.9%	22.2%	21.4%	20.0%	23.8%	22.6%
面積（km^2）		63.55	82.18	87.89	67.84	113.93	98.24	103.55	324.52	90.25	95.82	572.71	76.59
鑑別診断件数		1,889	431	304	581	803	180	1,202	129	387	601	4	55
予約時から鑑別診断初診までの日数（年度末）		0.0	11.0	28.0	37.0	58.0	7.5	47.0	6.0	12.0	62.0	0	11.0
認知症疾患に係る入院件数		1,100	1,075	237	352	128	146	552	100	179	121	22	15
専門医療相談件数	電話	167	1,393	3,212	2,547	1,509	1,502	315	432	647	590	160	162
	面接（退院調整を含む）	163	955	3,062	1,992	182	623	71	55	196	472	142	26
	訪問	0	0	17	8	2	0	0	0	0	1	0	0
	その他（FAX、メール等）	190	129	1,091	203	663	153	16	1	10	100	6	19
研修会	①研修会の開催（回）	4回	4回	15回	8回	42回	14回	4回	1回	4回	6回	2回	3回
	②研修会等への講師派遣（回）	20回	12回	25回	6回	46回	22回	18回	14回	14回	14回	3回	11回
連携協議会		3回	2回	1回	5回	2回	3回	2回	5回	5回	6回	1回	1回
備考		・「予約時から初診までの日数」は予約制の方法をとっていないため、0日。 ・「入院件数」は、診療科を限らずカウントしている。 ・「専門医療相談件数」は、センター専従職員の件数のみをカウントしている。	・「入院件数」は、診療科を限らずカウントしている。					・「専門医療相談件数」は、センター専従職員の件数及び看護相談室のみをカウントし、医療相談室の件数をカウントしていない。			・「専門医療相談件数」は、センター専従職員の件数のみをカウントしている。	※平成25年1月4日から運営開始	※平成25年1月4日から運営開始

診断名

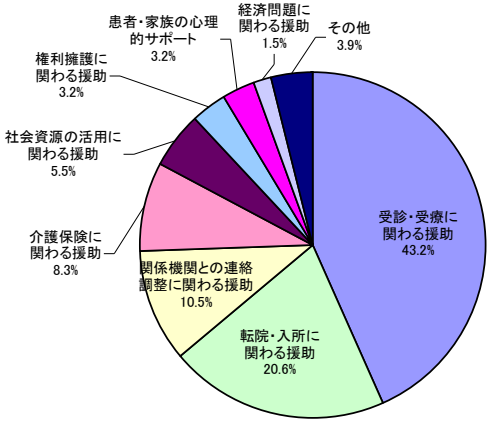


関係機関別連携内訳

※その他には患者・家族等を含む



相談内容内訳



資料8

認知症疾患医療センターの整備に関する国の動向について

厚生労働省の動き

◆「今後の認知症施策の方向性について」（平成24年6月18日発表）

○身近型認知症疾患医療センターの整備を記載

◆「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」（平成24年9月5日発表）

○早期診断等を担う医療機関の数
平成24～29年度　認知症の早期診断等を行う医療機関を、約500か所整備

◆「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」（平成24年10月9日厚生労働省通知）

○目標
認知症疾患医療センターを整備するとともに、認知症の鑑別診断を行える医療機関を含めて、少なくとも二次医療圏に1カ所以上、人口の多い二次医療圏では概ね65歳以上人口6万人に1カ所程度（特に65歳以上人口が多い二次医療圏では、認知症疾患医療センターを複数ヵ所が望ましい。）を確保すること

認知症医療支援診療所（仮称）地域連携モデル事業の実施（平成25年度）

◆市町村認知症施策総合推進事業の一メニュー（実施主体は区市町村）

◆事業内容

（1）認知症医療支援診療所（仮称）地域連携モデル実施委員会の設置及び運営
（2）認知症医療支援診療所（仮称）における早期診断・早期対応及び危機回避支援の試行的実施

◆スケジュール

7月初旬　厚生労働省より事業実施要綱及び事前協議書提出依頼通知発出
7月中旬　事前協議書締切
7月下旬　内示
時期未定　厚生労働省が伝達研修を実施

※区市町村は、事業協議書を都道府県との協議の上作成し、厚生労働省への提出及び承認を受ける。

◆全国で20箇所、基準額は2，000千円

今後の認知症疾患医療センターの体制整備について当面の考え方（案）

※「都道府県・指定都市認知症施策担当者会議」（平成25年6月25日開催）において示されたものであるが、ビジョンを示したものであり、決まったものではないこと、細かいことは各自治体の意見を聞きながら一年間かけて検討していきたいと考えているとの説明が口頭にてあった。

（1）　「地域型」を、二次医療圏域毎（３４７圏域）に設置する。

（2）　「基幹型」を、身体合併症に対する急性期医療対応と空床確保を行うための拠点として設置する。

（3）　＜(1)(2)を基本としつつ、＞　65歳人口規模に応じ、「認知症医療支援診療所（仮称）」等を設置する。

①65歳以上人口6万人以下の二次医療圏については、「認知症医療支援診療所（仮称）」を優先して設置する。
又は、複数の二次医療圏による共同での「地域型」設置や、隣接する65歳以上人口6万人以上二次医療圏と一体的に「地域型」を設置する。

②「基幹型」を設置した二次医療圏については、特に65歳以上人口が多い二次医療圏として、「地域型」を設置する。
（３か所目以降は、「認知症医療支援診療所（仮称）」で設置する。）

機能、人員体制等の比較（厚生労働省案）

		基幹型認知症疾患医療センター（都の指定なし）	地域型認知症疾患医療センター（都で12医療機関を指定）	認知症医療支援診療所（仮称）
対象医療機関		病院	病院	診療所
機能	専門医療相談	○	○	○
	鑑別診断	○	○	○
	早期診断・早期対応及び危機回避支援（※）	×	○	○
	身体合併症・行動心理症状への対応	○	○	○
	地域連携協議会の開催	○	○	×
	研修会の開催	○	×（都では○）	×
	救急・急性期対応（空床確保）	○	×	×
人員体制	医師	1名以上（学会認定専門医又は認知症の専門医療に5年以上従事した医師、兼務可）		
	臨床心理技術者	1名以上(兼務可)		認知症の鑑別診断に係る神経心理検査について一定程度の知識及び技術を修得している看護師、保健師、精神保健福祉士等1名以上
	医療相談室	2名以上（精神保健福祉士又は保健師等、1名は常勤専従）		
検査体制		CT・MRI・SPECTを有していること（SPECTは他の医療機関との連携可）	CT・MRI・SPECTを有していること（MRI・SPECTは他の医療機関との連携可）	検査体制を有する他医療機関との連携体制要
病　床		一般病床と精神病床を有していること	一般病床と精神病床を有していること（一方のみの場合は他医療機関との連携体制要）	

※認知症ケアに関する地域の対応力を高めるためのバックアップ

参考資料１

「認知症アセスメントシート（DASC）研修」の概要

１．　認知症アセスメントシート（DASC）研修の目的

急増する認知症の人とその家族を地域で支えていくためには、地域包括ケアの中心的な機関として、高齢者の生活を支えている地域包括支援センター職員が認知症についての知識を習得し、認知症の人の支援への対応力を高めることが重要である。

そのため、主に区市町村職員と地域包括支援センター職員を対象として、地域の中で、「認知症に気づき」、「総合的なアセスメントを実施」し、その「情報を共有」した上で、必要なサービスを総合的に調整していくために必要となる知識及び技術の習得を目標として、本研修を実施した。

※ＤＡＳＣとは

「地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメント」（Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System ,DASC）は、認知症のスクリーニングツールとして科学的妥当性が証明されており、簡単で短時間に「認知機能障害」と「生活機能障害」を評価することが可能である。また、暮らしに密着したわかりやすい項目であることから、認知症のご本人やご家族、認知症専門医等との「共通言語」として活用することも可能である。

２．　DASC 研修の教育目的

基礎的な認知症疾患の知識と「認知症アセスメントシート(DASC)」の使用方法の習得

３．　実施主体

東京都福祉保健局高齢社会対策部

４．　開催日時

平成２５年７月１９日（金曜日）　午前９時３０分から午後１６時３０分まで

５．　開催場所

ベルサール新宿グランド　１階イベントホール　ホールB（東京都西新宿8－17－3）

６．　受講対象者(以下のいずれかに該当する方)

１）認知症早期発見・早期診断推進事業を実施する予定の区市町村の認知症コーディネーター

２）認知症早期発見・早期診断推進事業を実施する予定の区市町村管轄内の地域包括支援センター職員及びシルバー交番職員等

３）その他当該研修の受講を希望する区市町村職員、地域包括支援センター職員及びシルバー交番職員等

４）認知症疾患医療センター関係者

７．　修了者数

４０１名

（内訳）

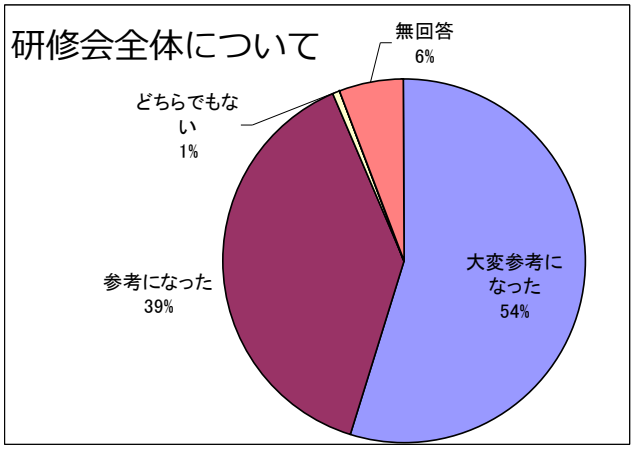
・区市町村	５６名（３７区市町村）
・地域包括支援センター	３０１名（２５０包括支援センター）
・認知症疾患医療センター	３５名
・その他	９名

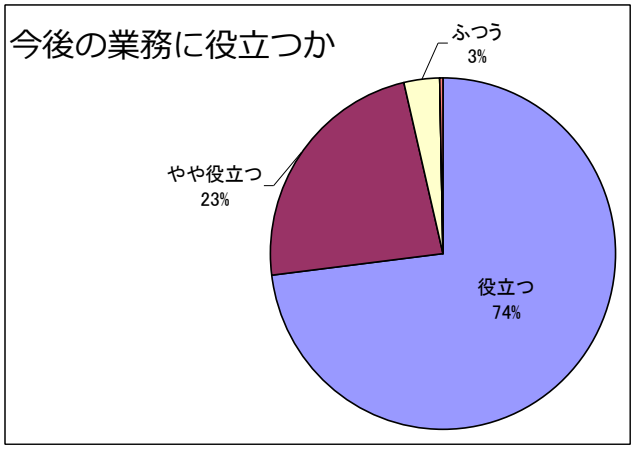
＜研修カリキュラム＞

時間・形態	科　目	講　師
9:30～9:40 ＜10 分＞	◆あいさつ ◆研修の趣旨説明	東京都福祉保健局高齢社会対策部 在宅支援課長　新田　裕人
9:40～10:20 ＜40 分・講義Ⅰ＞	◆都の認知症施策について	
10:30～12:00 ＜90 分・講義Ⅱ＞	◆認知症総合アセスメントについて ◆代表的な認知症疾患とその診断 ・認知症疾患について ・認知症の経過	講師　粟田　主一 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と介護予防研究チーム研究部長
12:00～13:00	お昼休み	
13:00～15:30 ＜150 分・演習＞	◆DASC演習	講師　粟田　主一 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と介護予防研究チーム研究部長
15:40～16:30 ＜50 分・講義Ⅲ＞	◆解説とまとめ ◆質疑応答	

＜研修会場の様子＞

＜アンケート結果＞





参考資料２

「第1回医療従事者等の認知症対応力向上に向けた関係者会議」の概要

1　目的

都内全体の認知症医療等従事者の認知症対応力の向上を図ることを目的とする。

2　実施主体

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所（東京都より委託）

3　開催日時

平成 25 年７月 23 日（火曜日）午後７時から午後９時３０分まで

4　開催場所

東京都庁　第一本庁舎　４２階　特別会議室Ａ

5　委員名簿

裏面のとおり

6　議事

・看護師認知症対応力向上研修について
・かかりつけ医の認知症対応力向上について
・多職種協働研修について

7　今後の方向性について

〈看護師認知症対応力向上研修について〉

・東京都より各認知症疾患医療センターに平成２４年度の東京都看護師認知症対応力向上研修（講師養成研修）修了者を中心に、地域向けに看護師認知症対応力向上研修を実施するよう依頼する。
・看護師認知症対応力向上研修ワーキンググループを設置し、その中で各センターの研修内容の把握、評価検証、フォローアップ研修の企画等を行っていく。

〈かかりつけ医の認知症対応力向上について〉

今後の会議で、研修実施主体、研修内容等の検討を行っていく。

〈多職種協働研修について〉

・多職種協働研修のカリキュラムについて検討する。
・既存に発行されているテキスト等の内容を整理し、多職種が活用できるテキストの内容について事務局で案を作り、今後の会議で検討していく。

8　今後のスケジュール

項目	平成25年度							
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
会議開催			第2回会議（予定）			第3回会議（予定）		
看護師認知症対応力向上研修	東京都より研修実施依頼送付	WG①	各センターにて研修開催（実施状況を把握）→			WG②	フォローアップ研修の実施	
多職種協働研修					WG①	執筆→		WG②

参考資料３

平成２５年７月２９日
福　祉　保　健　局

認知症早期発見・早期診断推進事業がスタートします

～認知症早期発見･診断･対応のシステムづくりに向けて～

東京都では、地域において認知症の人とその家族を支援するため、認知症の早期発見・診断・対応のシステムづくりを行う新たな事業を開始します。

区市町村が配置する認知症コーディネーターと、認知症疾患医療センター等の医療機関に配置する認知症アウトリーチチームが協働して、認知症の疑いのある人を把握・訪問し、状態に応じて適切な医療・介護サービスに結びつける等の取組を進めます。（本事業の概要は裏面参照）

１　事業実施予定地域

１２区市７医療機関

二次保健医療圏	認知症コーディネーター配置区市	認知症アウトリーチチーム配置医療機関
区中央部	千代田区	順天堂大学医学部附属　順天堂医院
	港　区	
区南部	品川区	公益財団法人東京都保健医療公社荏原病院
	大田区	
区西部	杉並区	社会福祉法人浴風会　浴風会病院
区西北部	板橋区	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター
区東北部	荒川区	医療法人社団大和会　大内病院
	足立区	
区東部	墨田区	順天堂大学医学部附属順天堂東京江東高齢者医療センター
	江東区	
	江戸川区	
南多摩	八王子市	医療法人社団光生会　平川病院

２　事業開始日

準備の整った地域より、平成２５年８月から順次開始

「2020 年の東京」へのアクションプログラム 2013

本件は、「2020 年の東京」へのアクションプログラム 2013 において、以下の目標・施策に指定し、重点的に実施している事業です。

目標６　「少子高齢社会における都市モデルを構築し、世界に範を示す」

施策１５「高齢者の多様なニーズに対応した社会システムを構築する」

［問い合わせ先］
福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課
新田・守田
電話　０３－５３２０－４２７０
０３－５３２０－４３０４
内線　３３―５５０、３３―５６７

認知症早期発見・早期診断推進事業の概要

認知症コーディネーター

区市町村の地域包括支援センター担当部署又は地域包括支援センターに配置

【職種・人数】
看護師、保健師等を1名以上

【主な業務内容】

◆認知症の疑いのある人の早期把握の推進
◆地域包括支援センター、シルバー交番、介護事業者等から認知症に関する相談の受付
◆認知症の疑いのある人を訪問して、認知症の症状を把握
◆認知症が疑われる場合は、かかりつけ医や介護事業者と連携しながら、医療機関の受診を促進
◆受診を促しても、受診に至らない場合は、認知症アウトリーチチームに訪問を依頼して、同行訪問
◆訪問後の個別ケース会議の開催
◆適切な医療・介護サービス等の導入による支援

認知症アウトリーチチーム

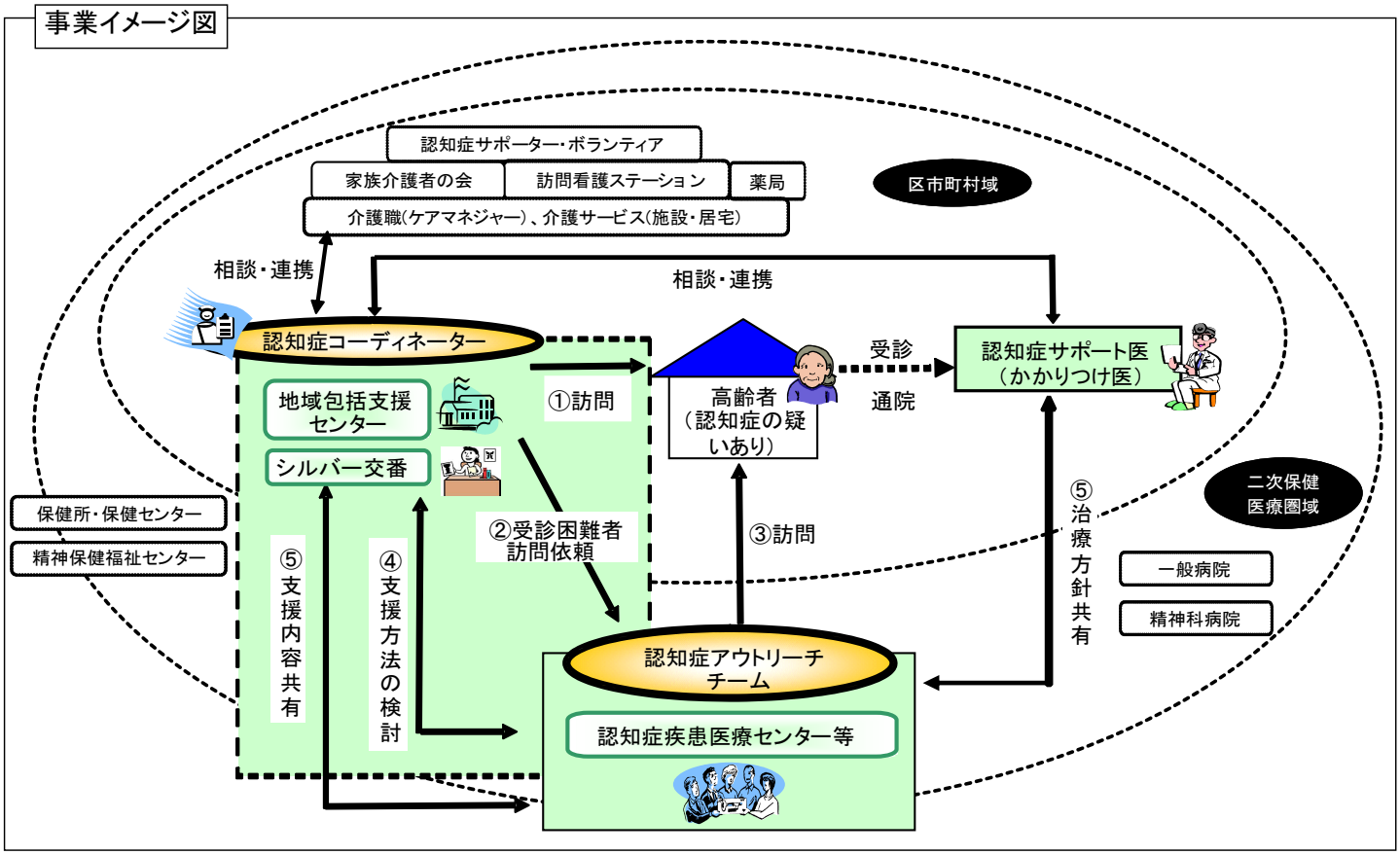
東京都認知症疾患医療センター等の医療機関に配置

【職種・人数】
認知症専門医を1名以上、保健師・看護師・精神保健福祉士等を2名以上とし、合計で3名以上

【主な業務内容】

◆認知症コーディネーター等からの依頼により、同行して対象者を訪問
◆アセスメントを実施し、精神的、身体的状況等を確認
◆訪問支援対象者にかかりつけ医がいる場合は、情報共有
◆認知症の症状を有すると判断される場合は、医療機関の受診を促し、鑑別診断につながるまで支援
◆訪問後は、個別ケース会議に出席し、医療的見地から助言

事業イメージ図



参考資料４

「都道府県・指定都市認知症施策担当者会議
（平成 25 年 6 月 25 日開催）」資料＜抜粋＞

「都道府県・指定都市認知症施策担当者会議」議事次第

１．日時：H25.6.25（火）13：30～16：30

２．場所：三田共用会議所

３．プログラム

予定時間	事　　項
13：00～	受付
13：30～13：40 （10 分）	老健局長挨拶
13：40～14：00 （20 分）	Ⅰ　当面の認知症施策の取り組みについて 「認知症施策推進５か年計画（オレンジプラン）」の着実な実施について
14：00～14：10 （10 分）	Ⅱ　都道府県・指定都市研修事業について ・病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修事業　等
14：10～15：30 （80 分）	Ⅲ　早期診断・早期対応に関する平成２５年度の市町村モデル事業の実施等について ・市町村認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業 ・今後の認知症疾患医療センターの体制整備の考え方について 等
15：30～15：40	休憩（１０分）
15：40～16：00 （20 分）	Ⅳ　認知症施策推進５か年計画促進支援メニュー事業等について ・認知症施策推進５か年計画促進支援メニュー事業 ・その他の事業
16：00～16：10 （10 分）	Ⅴ　平成 24 年度高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査について（前年度からの変更点）
16：10～16：20 （10 分）	Ⅵ　退院支援・地域連携クリティカルパスの作成について （障害保健福祉部精神・障害保健課）
16：20～16：30 （10 分）	質疑応答

配　付　資　料　一覧

資　料　１　：説明資料
資　料　２　：認知症対策等総合支援事業実施要綱（案）新旧対照表
資　料　３　：認知症対策等総合支援事業実施要綱（案）全文

参考資料１：認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業事前協議書類（案）一式
認知症の初期集中支援サービスの構築に向けた基盤研究事業　報告書
参考資料２：「認知症高齢者グループホームにおけるスプリンクラー設置等実態調査」の結果概要
参考資料３：平成２４年度認知症地域支援推進員設置状況
参考資料４：平成２３年度末までの各研修類型受講者数と認知症施策推進５か年計画における平成２９年度末までの累計受講者数の目標との比較
参考資料５：認知症施策推進５か年計画（オレンジプラン）に関する調査研究事業の報告書ホームページ掲載先
参考資料６：認知症対策等総合支援事業今後のスケジュール（予定）
参考資料７：DVD 教材「認知症者及び家族への対応」のご案内

地域包括ケアシステムの構築に向けて

平成２５年６月２５日（火）

厚生労働省老健局長
原　　勝　則

地域包括ケアシステム

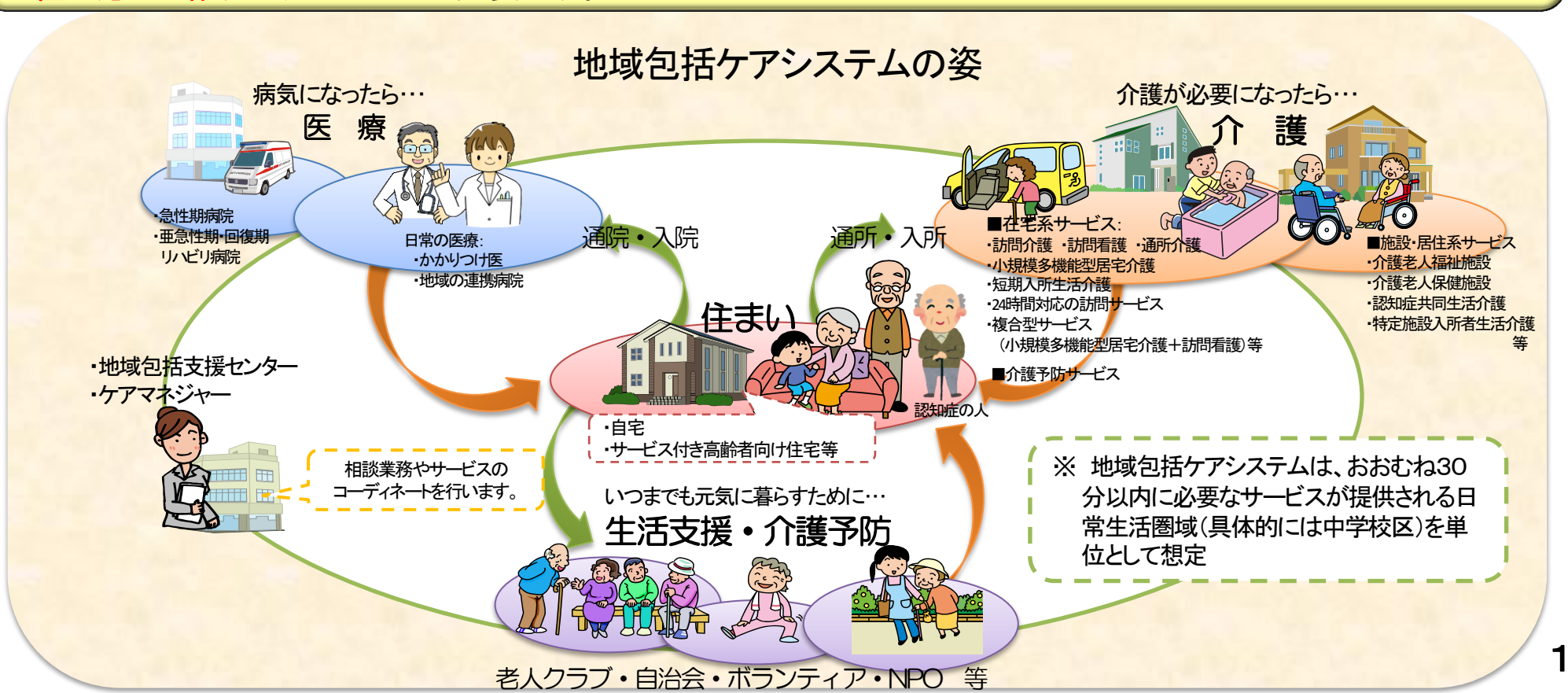
○　団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。

○　今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。

○　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。

地域包括ケアシステムの姿



認知症高齢者施策と地域包括ケアシステムとの関係

○高齢者人口の約1割が認知症高齢者
○要介護認定者の約6割が認知症高齢者
　⇒　**今後も増加が予測**されている。

○介護サービス利用者の多くが何らかの認知症がある。
○また、認知症高齢者の半数は在宅で生活している。
　⇒　**各介護サービスにおいても認知症への対応が求められる。**

○各地域の実情に応じて、医療サービスから介護サービスへのシームレス（切れ目ない）のサービス提供が求められている。
　⇒　**認知症施策においても医療サービスから介護サービスへの切れ目ない対応や連携が必要。**

○各自治体では、今後、地域包括ケアシステムの構築を含めた街づくりを行う必要がある。
　⇒　その際、**認知症施策を主眼においた街づくりが求められる。**

地域包括ケアシステムの体制構築には、認知症高齢者施策が必須

市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス（概念図）

地域の課題の把握と社会資源の発掘

日常生活圏域ニーズ調査等

介護保険事業計画の策定のため日常生活圏域ニーズ調査を実施し、地域の実態を把握

地域ケア会議の実施

地域包括支援センター等で個別事例の検討を通じ地域のニーズや社会資源を把握

※　地域包括支援センターでは総合相談も実施。

医療・介護情報の「見える化」
（随時）

他市町村との比較検討

量的・質的分析

課　題

□高齢者のニーズ

□住民・地域の課題

□社会資源の課題
- 介護
- 医療
- 住まい
- 予防
- 生活支援

□支援者の課題
- 専門職の数、資質
- 連携、ﾈｯﾄﾜｰｸ

社会資源

○地域資源の発掘

○地域リーダー発掘

○住民互助の発掘

事業化・施策化協議

地域の関係者による対応策の検討

介護保険事業計画の策定等

■都道府県との連携
（医療・居住等）

■関連計画との調整
- 医療計画
- 居住安定確保計画
- 市町村の関連計画　等

■住民参画
- 住民会議
- セミナー
- パブリックコメント等

■関連施策との調整
- 障害、児童、難病施策等の調整

地域ケア会議　等

■地域課題の共有
- 保健、医療、福祉、地域の関係者等の協働による個別支援の充実
- 地域の共通課題や好取組の共有

■年間事業計画への反映

具体策の検討

対応策の決定・実行

■介護サービス
- 地域ニーズに応じた在宅サービスや施設のバランスのとれた基盤整備
- 将来の高齢化や利用者数見通しに基づく必要量

■医療・介護連携
- 地域包括支援センターの体制整備（在宅医療・介護の連携）
- 医療関係団体等との連携

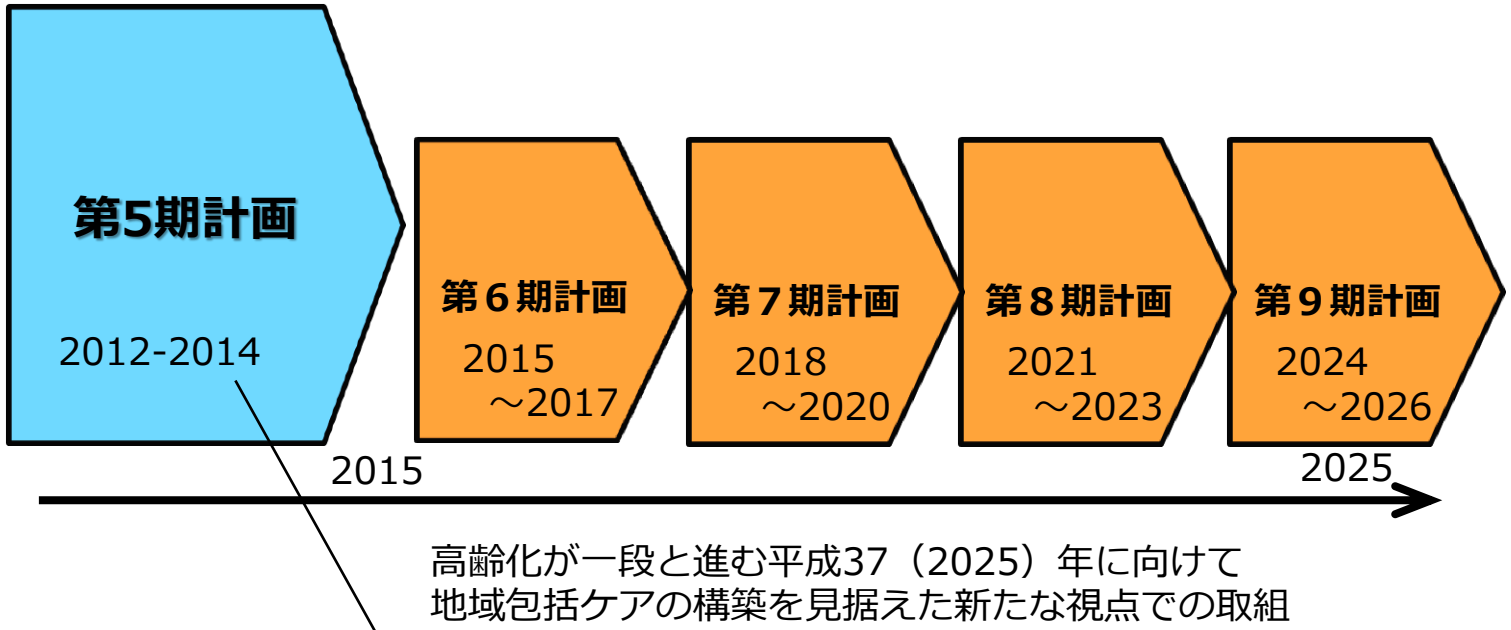
■住まい
- サービス付き高齢者向け住宅等の整備
- 住宅施策と連携した居住確保

■生活支援／介護予防
- 自助（民間活力）、互助（ボランティア）等による実施
- 社会参加の促進による介護予防
- 地域の実情に応じた事業実施

■人材育成[都道府県が主体]
- 専門職の資質向上
- 介護職の処遇改善

PDCAサイクル

2025年を見据えた現在の介護保険事業計画の位置づけ



第５期計画では、各自治体の高齢化のピークを迎える時期までに、高齢者が地域で安心して暮らせる 地域包括ケアシステムを構築するために必要となる、**①認知症支援策の充実 、②医療との連携、③高齢者の居住に係る施策との連携、④生活支援サービスの充実といった重点的に取り組むべき事項**を、実情に応じて選択して **第５期計画に位置づけるなど、段階的に計画の記載内容を充実強化させていく取組をスタートする時点**としており、**第6期においても、更に取り組みを強化していくことが必要**。

資料1

説　明　資　料

平　成　２　５　年　６　月　２　５　日

厚生労働省　老健局　高齢者支援課

認知症・虐待防止対策推進室

Ⅰ．当面の認知症施策の取り組みについて

ー「認知症施策推進５か年計画」（オレンジプラン）の着実な実施についてー

「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

1．認知症高齢者数

○ 平成22年（2010）で 「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ（※）以上の高齢者数は280万人であった。

〔算出方法〕
①平成22年１年間の要介護認定データを基に、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の認知症高齢者割合を算出した。
②年間データでは同一人物で複数回要介護認定を受けている者がいるので、平成１５年と同月である平成22年9月の要介護認定データに上記①の割合（性別・年齢階級別・要介護度別認知症高齢者割合）を乗じて算出した。

※ ただし、この推計では、要介護認定申請を行っていない認知症高齢者は含まれない

※ 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・行動や意志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。（次頁の参考「認知症高齢者の日常生活自立度」参照）

2．将来推計

（単位：万人）

将来推計（年）	平成22年(2010)	平成27年(2015)	平成32年(2020)	平成37年(2025)
日常生活自立度Ⅱ以上	280	345	410	470
	9.5%	10.2%	11.3%	12.8%

※平成24年（2012)を推計すると、３０５万人となる。

※下段は65歳以上人口に対する比率

〔算出方法〕
○将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所：H24.1推計。死亡中位出生中位）に、上記１の算出方法による平成22年9月の認知症高齢者割合を性別年齢階級別に乗じて推計した。

（参考：平成15年　高齢者介護研究会報告書）

（単位：万人）

将来推計（年）	平成14年(2002)	平成22年(2010)	平成27年(2015)	平成32年(2020)	平成37年(2025)
日常生活自立度Ⅱ以上	149	208	250	289	323
	6.3%	7.2%	7.6%	8.4%	9.3%

3. 認知症高齢者の居場所別内訳（平成22年９月末現在）

（単位：万人）

	居宅	特定施設	グループホーム	介護老人福祉施設	介護老人保健施設等	医療機関	合計
日常生活自立度Ⅱ以上	140	10	14	41	36	38	280

※端数処理の関係により合計は一致しない。
※介護老人保健施設等には、介護療養型医療施設が含まれている。

（参考）

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・行動や意志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。	
Ⅱａ	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
Ⅱｂ	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・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
Ⅲａ	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、性的異常行為等
Ⅲｂ	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・行動や意志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

認知症有病率等調査について

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

（厚生労働科学研究　筑波大学　朝田教授）

【認知症有病率等】

〇認知症の全国有病率推定値15%（95%信頼区間で12%～17%）

〇全国の認知症有病者数約439万人（平成22年）と推計。（95%信頼区間で約350万人～497万人）

【MCI有病率等】

〇MCI（正常でもない、認知症でもない（正常と認知症の中間）状態の者）の全国の有病率推定値13%（95%信頼区間で10%～16%）

〇全国のMCI有病者数約380万人（平成22年）と推計。（95%信頼区間で約292万人～468万人）

※上記は、全国の65歳以上の高齢者についての推計値である。

◆調査内容等◆

・調査期間：平成21～24年度

・調査地域：全国10か所の市町

平成21年度：宮城県栗原市、茨城県利根町、新潟県上越市、愛知県大府市、島根県海士町、佐賀県伊万里市、大分県杵築市

※宮城県栗原市は、東日本大震災の影響を考慮して解析の対象から除外

平成23年度：茨城県つくば市、福岡県久山町、福岡県大牟田市

※有病率の推定にあたっては、医師による面接調査までの完遂率の高さを考慮し、上越市を除く8地域のデータを用いた。

・調査対象：65歳以上の高齢者

・10市町の住民基本台帳より無作為抽出	9,278名
うち調査対象者	8,964名
参加者総数	6,131名(68.4%)
・分析には、上記のうち8市町の参加者を引用	5,386名

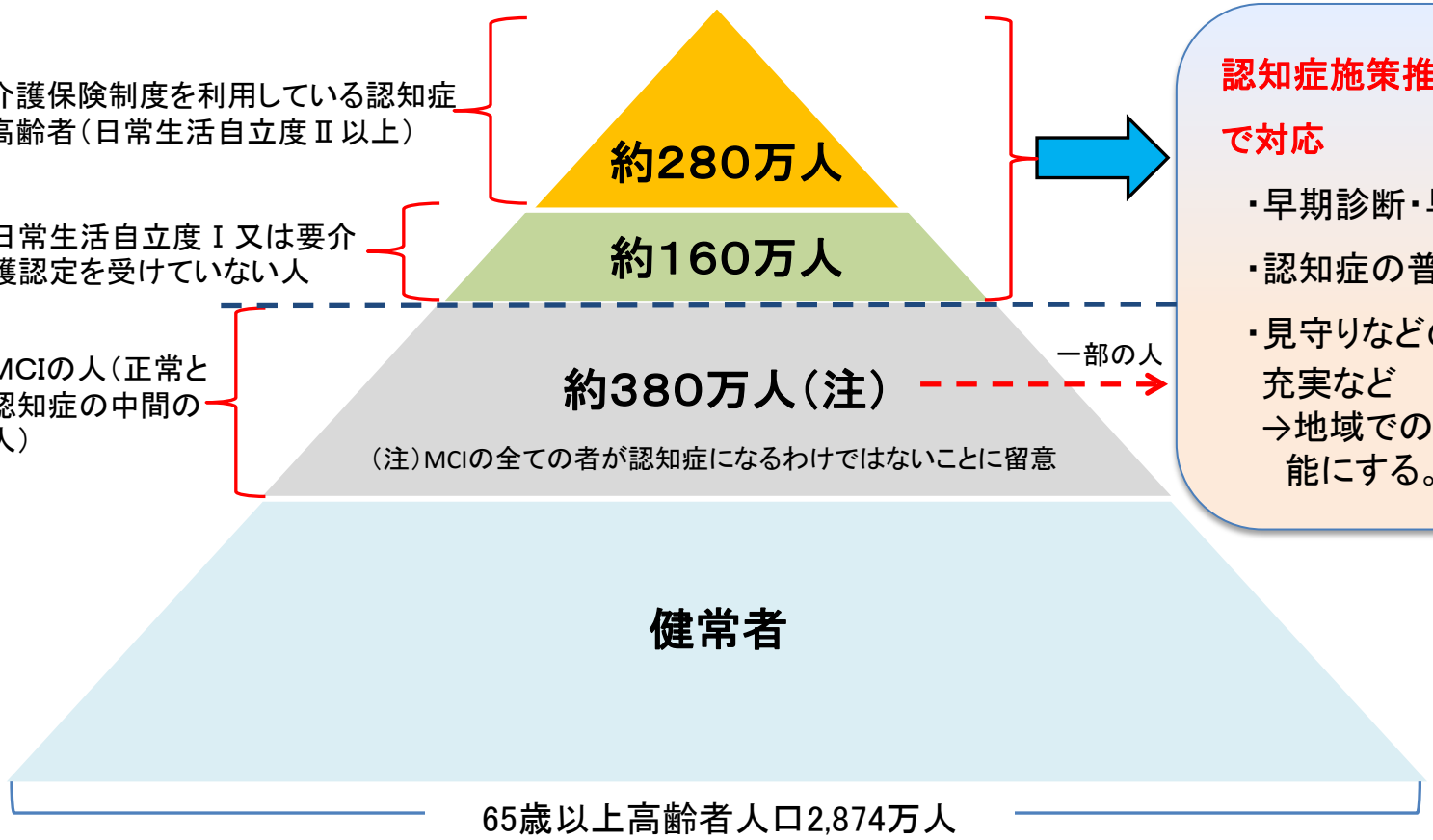
・調査方法

1. 会場調査（体育館等）
   ①訓練された調査員による問診・神経心理検査、および血液検査（含遺伝子検査）
   ②医師による神経学的および身体的診察
   ③認知症が疑われた場合、頭部MRI撮像
2. 来場困難者への訪問調査
   病院・施設・自宅等に赴き、会場調査同様の調査を行う

認知症高齢者の現状（平成２２年）

○全国の65歳以上の高齢者について、認知症有病率推定値15%、認知症有病者数約439万人と推計（平成22 年）。また、全国のMCI（正常でもない、認知症でもない（正常と認知症の中間）状態の者）の有病率推定値13%、MCI有病者数約380万人と推計（平成22年）。

○介護保険制度を利用している認知症高齢者は約280万人（平成22年）。



認知症施策推進5か年計画で対応

- 早期診断・早期対応
- 認知症の普及・啓発
- 見守りなどの生活支援の充実など
  →地域での生活継続を可能にする。

持続可能な介護保険制度を確立し、安心して生活できる地域づくり。

出典：「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」（H25.5報告）及び『「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』（H24.8公表）を引用

『今後の認知症施策の方向性について』の概要

今後目指すべき基本目標－ケアの流れを変える－

○ 「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「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よい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指す。

○ この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）を構築することを、基本目標とする。

1 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

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を受ければよいか理解できるよう、標準的な認知症ケアパスの作成と普及を推進する。

2 早期診断・早期対応

「認知症初期集中支援チーム」の設置

認知症の人や家族に関わり、アセスメント、家族支援などの初期支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う事業をモデル的に実施する。

かかりつけ医の認知症対応力の向上

認知症の人の日常の医療をかかりつけ医が担えるよう、その認知症対応力の向上を図る。

「身近型認知症疾患医療センター」の整備

かかりつけ医と連携し、そのバックアップを担う医療機関を整備し、早期の的確な診断、介護との連携を確保する。

3 地域での生活を支える医療サービスの構築

「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定

不適切な薬物使用により長期入院することのないように、実践的なガイドラインを策定し、普及を図る。

一般病院での認知症の人の手術、処置等の実施の確保

一般病院勤務の医師・看護師をはじめとする医療従事者が、認知症ケアについて理解し適切な対応ができるよう研修を拡充する。

精神科病院に入院が必要な状態像の明確化

医療従事者、介護関係者を含めた有識者等により十分な調査、研究を行う。

精神科病院からの円滑な退院・在宅復帰の支援

「退院支援・地域連携クリティカルパス（退院に向けての診療計画）」の作成等を通じて、退院後に必要な介護サービス等が円滑に提供できる仕組づくりを推進する。

一般病院・介護保険施設等での認知症対応力の向上

「身近型認知症疾患医療センター」の職員が行動・心理症状等で対応困難な事例へのアドバイスや訪問をし、専門的な医療を提供する。

4 地域での生活を支える介護サービスの構築

認知症にふさわしい介護サービスの整備

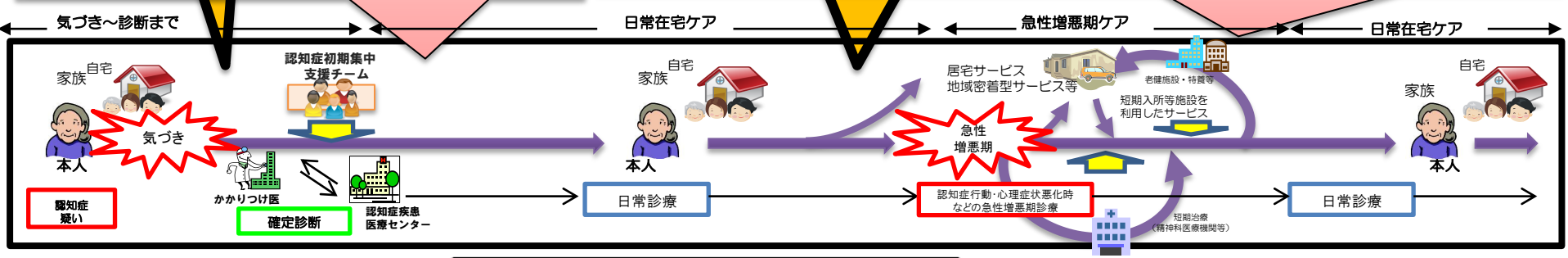
「グループホーム」「小規模多機能型居宅介護」などの地域密着型サービスの拡充を図る。

認知症行動・心理症状が原因で在宅生活が困難となった場合の介護保険施設等での対応

認知症の症状が悪化し、在宅での対応が困難となった場合には、介護保険施設等の地域の介護サービスがその担い手となることを推進していく。

「グループホーム」の活用の推進

「グループホーム」の事業所が、その知識・経験・人材等を生かして、在宅で生活する認知症の人やその家族への相談や支援を行うことを推進する。



5 地域での日常生活・家族の支援の強化

「認知症サポーターキャラバン」の継続的な実施

「認知症サポーター」の養成を引き続き進めるとともに、その自主的な活動が、認知症の人を支える地域づくりへと広がりをみせるよう支援していく。

「認知症地域支援推進員」の設置

全国の市町村に、介護と医療の連携を強化し、認知症施策の推進役を担う「認知症地域支援推進員」を設置する。

家族に対する支援

認知症の人のアセスメント、サービス提供等を行う際には、認知症の人だけでなく、家族への支援の視点を含めたサービス提供が行われるようにする。

市民後見人の育成と活動支援

全国の自治体で権利擁護の確保や、市民後見人の育成と活動支援が実施されるよう、その取組の強化を図る。

6 若年性認知症の特性に配慮し、支援のためのハンドブックを作成、配布するとともに、本人や関係者等が交流できる居場所づくりの設置等を促進する

7 認知症の人への医療・介護を含む一体的な生活の支援として「認知症ライフサポートモデル」を策定し、これらを踏まえ医療・介護サービスを担う人材を育成する

認知症国家戦略に関する国際政策シンポジウム

平成25年1月29日（九段）

認知症国家戦略を打ち出し、サービス改革等を強力に推進する国々から政策関係者を招聘。**認知症政策の国際動向**を把握。

＜参加6カ国＞　イギリス、フランス、オーストラリア、デンマーク、オランダ、日本

共通する理念と推進体制

基本的理念	認知症の人の思いを尊重し**住み慣れた地域での生活の継続**を目指す
推進体制	首相・大統領レベルのリーダーシップ、**当事者・市民の積極的関与**

地域生活を可能とするための共通戦略（例）

事前の意思表示	本人の意思や希望を初期に確認し、それを尊重したケアの提供
早期・事前的対応	早期のタイムリーで適切な診断と支援により危機を事前に防ぐ予防的ケア体制
ケアラー支援	レスパイトやカウンセリングなどの家族介護者（ケアラー）支援を強化
行動・心理症状への対応	行動・心理症状等への心理・社会的ケアの強化、抗精神病薬使用の低減
普及・啓発	認知症に対する理解と意識の向上を図る

「認知症施策推進５か年計画（オレンジプラン）」
（平成25年度から29年度までの計画）

１．標準的な認知症ケアパスの作成・普及

① 「認知症ケアパス」（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）の作成・普及

・平成24～25年度　調査・研究を実施

・平成25～26年度　各市町村において、「認知症ケアパス」の作成を推進

・平成27年度以降　介護保険事業計画（市町村）に反映

２．早期診断・早期対応

① かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数（累計）

平成24年度末見込　３５，０００人　→　平成２９年度末　５０，０００人

【考え方】高齢者人口約600人（認知症高齢者約60人）に対して、１人のかかりつけ医が受講。

※　後述の「認知症の薬物治療に関するガイドライン」も活用して研修を実施

② 認知症サポート医養成研修の受講者数（累計）

平成24年度末見込　２，５００人　→　平成２９年度末　４，４００人

【考え方】一般診療所（約10万）25か所に対して、１人のサポート医を配置。

③ 「認知症初期集中支援チーム」の設置

・平成24年度　モデル事業のスキームを検討

・平成25年度　全国10か所程度でモデル事業を実施

・平成26年度　全国20か所程度でモデル事業を実施

・平成27年度以降　モデル事業の実施状況等を検証し、全国普及のための制度化を検討

※ 「認知症初期集中支援チーム」は、地域包括支援センター等に配置し、家庭訪問を行い、アセスメント、家族支援等を行うもの。

④　早期診断等を担う医療機関の数

・平成24～29年度　認知症の早期診断等を行う医療機関を、約500か所整備する。

【考え方】認知症疾患医療センターを含めて、二次医療圏に1か所以上。

※　いわゆる「身近型認知症疾患医療センター」の機能（早期診断・早期支援、危機回避支援）については、平成25年度までに、認知症サポート医の活動状況等も含めた調査を行い、それを踏まえて検証する。

⑤　地域包括支援センターにおける包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の一環として多職種協働で実施される「地域ケア会議」の普及・定着

・平成24年度　「地域ケア会議運営マニュアル」作成、「地域ケア多職種協働推進等事業」による「地域ケア会議」の推進

・平成27年度以降　すべての市町村で実施

3．地域での生活を支える医療サービスの構築

①　「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定

・平成24年度　ガイドラインの策定

・平成25年度以降　医師向けの研修等で活用

②　精神科病院に入院が必要な状態像の明確化

・平成24年度～　調査・研究を実施

③　「退院支援・地域連携クリティカルパス（退院に向けての診療計画）」の作成

・平成24年度　クリティカルパスの作成

・平成25～26年度　クリティカルパスについて、医療従事者向けの研修会等を通じて普及。あわせて、退院見込者に必要となる介護サービスの整備を介護保険事業計画に反映する方法を検討

・平成27年度以降　介護保険事業計画に反映

４．地域での生活を支える介護サービスの構築

① 認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくために、必要な介護サービスの整備を進める。（別紙参照）

５．地域での日常生活・家族の支援の強化

① 認知症地域支援推進員の人数
平成24年度末見込　175人　→　平成29年度末　700人
【考え方】5つの中学校区当たり1人配置（合計約2,200人）、当面5年間で700人配置。
※ 各市町村で地域の実情に応じて、認知症地域支援推進員を中心として、認知症の人やその家族を支援するための各種事業を実施

② 認知症サポーターの人数（累計）
平成24年度末見込　350万人　→　平成29年度末　600万人

③ 市民後見人の育成・支援組織の体制を整備している市町村数
平成24年度見込 40市町村
将来的に、すべての市町村(約1,700)での体制整備

④ 認知症の人やその家族等に対する支援
・平成24年度　調査・研究を実施
・平成25年度以降 「認知症カフェ」（認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、集う場）の普及などにより、認知症の人やその家族等に対する支援を推進

６．若年性認知症施策の強化

① 若年性認知症支援のハンドブックの作成
・平成24年度～　ハンドブックの作成。医療機関、市町村窓口等で若年性認知症と診断された人とその家族に配付

② 若年性認知症の人の意見交換会開催などの事業実施都道府県数
平成24年度見込　17都道府県 → 平成29年度　47都道府県

7．医療・介護サービスを担う人材の育成

① 「認知症ライフサポートモデル」（認知症ケアモデル）の策定

・平成24年度　前年度に引き続き調査・研究を実施

・平成25年度以降　認知症ケアに携わる従事者向けの多職種協働研修等で活用

② 認知症介護実践リーダー研修の受講者数（累計）

平成24年度末見込　２．６万人　→　平成２９年度末　４万人

【考え方】すべての介護保険施設（約15,000）とグループホーム（約14,000）の職員１人ずつが受講。加えて、小規模多機能型居宅介護事業所、訪問介護事業所、通所介護事業所等の職員については、すべての中学校区（約11,000）内で1人ずつが受講

③ 認知症介護指導者養成研修の受講者数（累計）

平成２４年度末見込　１，６００人　→　平成２９年度末　２，２００人

【考え方】5つの中学校区当たり1人が受講。

④ 一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修の受講者数（累計）

新規　→　平成２９年度末　８７，０００人

【考え方】病院（約8,700）１か所当たり10人（医師2人、看護師8人）の医療従事者が受講。

（別紙）

認知症高齢者の介護サービス利用について

（５年後の推計）

（単位：万人）

認知症高齢者数の居場所別内訳	平成24年度（2012）	平成29年度（2017）
認知症高齢者数	305	373
在宅介護	149	186
うち小規模多機能型居宅介護	5	14
うち定期巡回・随時対応型サービス	0	3
居住系サービス	28	44
特定施設入居者生活介護	11	19
認知症対応型共同生活介護	17	25
介護施設	89	105
介護老人福祉施設	48	58
介護老人保健施設等（介護療養型医療施設を含む。）	41	46
医療機関	38	38

※端数処理の関係で積み上げは一致しない。

〔推計の考え方〕

1. 各年度の「認知症高齢者数」については、将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所：H24.1推計。死亡中位出生中位）に、平成22年9月末現在の「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の認知症高齢者割合を性別年齢階級別に乗じて推計。
2. 平成22年9月末現在の「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の認知症高齢者の居場所別内訳を基に、「社会保障に係る費用の将来推計の改定について（平成24年3月）」（以下、「一体改革試算」という。）における各サービスごとの利用者増加率等（※）を乗じて推計した。
   （※）増加率等には、平成22年度に対する各サービス別利用者数増加率に次の要素を含めて補正している。
   ［平成24年度］介護施設の入所者に占める認知症者割合を増加。
   ［平成29年度］認知症高齢者数の増加（平成22年度：208万人→280万人）及び精神科病院からの退院者の受入増に対応するため、以下の①～③の整備等を行う。
   ①認知症対応型共同生活介護及び特定施設入居者生活介護については一体改革試算より更に整備を促進。
   ②特定施設入居者生活介護及び介護施設の入所者に占める認知症割合を増加。
   ③在宅介護においても、小規模多機能型居宅介護の整備を更に促進するなど、認知症に対応可能なサービスを整備する。
3. 「医療機関」の認知症高齢者数は、副傷病名に認知症がある者を含む。

（注）医療機関の内訳（一般病院、精神科病院等）の認知症者数については、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数データがないことから推計ができない。

なお、精神科病院に入院している認知症患者数は、平成20年約5万人（患者調査）となっている。認知症高齢者が同割合で精神科病院に入院すると仮定すれば、平成29年は約7万人と推計される。今回の推計では、介護サービスの整備拡充等による精神科病院からの退院者の受入増分を約2万人と見込んでいるので、精神科病院の認知症患者数は平成29年約5万人と推計される。

平成25年度予算 「認知症施策の推進のための経費」の概要

平成25年度予算額
合 計　　34億円

「認知症施策推進5か年計画」の着実な実施を図り、全国の自治体で、認知症の人とその家族の支援体制を計画的に整備するため、以下の取組を推進する。

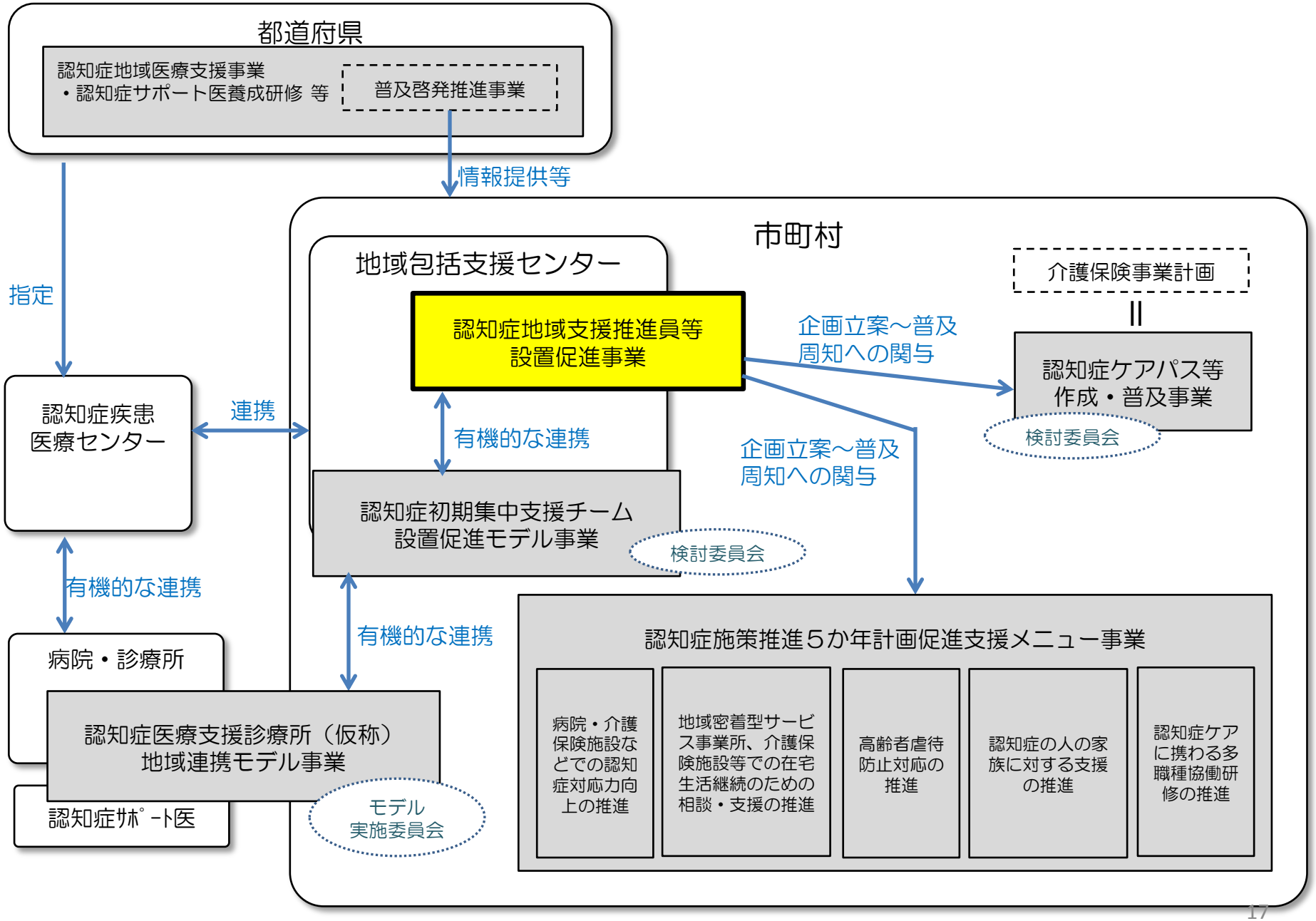
	介護	医療	権利擁護	若年性認知症
認知症対策等総合支援事業	新〔認知症初期集中支援チーム等設置促進事業（市町村）〕 ○　アセスメントや家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う事業 ○　いわゆる「身近型認知症疾患医療センター」の機能等（早期診断・早期支援・危機回避支援）について、調査を行い検証する事業			
	【市町村事業】 新〔認知症ケアパス等作成・普及事業〕 ○　地域の実情に応じてその地域ごとの認知症ケアパスを作成・普及 〔認知症地域支援推進員等設置促進事業〕 ○　「認知症地域支援推進員」（介護と医療の連携の強化や、地域の実情に応じて認知症の人やその家族を支援する事業の推進役）の設置 新〔認知症施策推進５か年計画促進支援メニュー事業〕 ○　認知症施策推進５か年計画推進のため、地域の実情に応じた事業を選択実施 【都道府県等事業】 〔都道府県認知症施策推進事業〕 ○　都道府県において市町村における認知症施策の円滑な実施の促進等 〔認知症地域資源連携検討事業〕 ○　認知症地域支援体制の好事例や先進事例の収集等 〔認知症施策普及・相談・支援事業〕 ○　介護の専門家等が対応するコールセンターの設置			
	〔認知症対応型サービス事業管理者等養成事業（都道府県等）〕 ○　認知症対応型サービス事業開設者及び管理者、小規模多機能型サービス等計画作成担当者に対する、認知症高齢者への介護サービスの充実を図るための研修	〔認知症地域医療支援事業（都道府県等）〕 ○　かかりつけ医の認知症対応力向上研修 新　○　病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修 ○　かかりつけ医に助言等を行う認知症サポート医の養成研修	〔高齢者権利擁護等推進事業（都道府県）〕 ○　介護施設等の従事者に対する権利擁護意識向上研修の実施等 ○　高齢者虐待防止や市民後見推進の取組を広域的な観点から支援	〔若年性認知症施策総合推進事業（都道府県）〕 ○　若年性認知症の方に対する総合的な支援等を行う事業
	〔認知症介護研究・研修センター運営事業（東京都・愛知県・仙台市）〕 ○　認知症介護の質の向上を図る研修、研究等の実施	〔認知症疾患医療センター運営事業（都道府県等）〕（障害保健福祉部から組み替え） ○　地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図るための事業	〔市民後見推進事業（市町村）〕 ○　市民後見人の養成など、地域において市民後見の取組を推進する事業	
地域ケア会議活用推進等事業	〔地域ケア会議活用推進等事業（都道府県・市町村）〕 ○　地域包括支援センターの地域ケア会議において、医療・介護等の多職種協働による認知症の人の支援等地域包括ケアの仕組みづくりを行う事業			

分野	認知症施策（市町村事業等）	都道府県事業
普及啓発	・認知症サポーター養成講座、キャラバンメイトの育成 ・介護予防普及啓発事業 新 認知症ケアパス等作成・普及	
地域づくり	・認知症地域資源マップ作成 ・徘徊・見守りSOSネットワークの構築 ・多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築 ・地域包括支援センターによる包括的・継続的なケア体制の構築 介護保険サービス以外の社会資源の活用のための連携・協力体制の整備	（市町村の取組支援） ・都道府県認知症施策推進事業 ・認知症地域資源連携検討事業
相談	・地域包括支援センターによる総合相談業務 ・地域包括支援センターによる権利擁護 ・市民後見推進事業 新 ・5か年：高齢者虐待防止の推進	・認知症施策・普及・相談・支援事業（コールセンター設置） ・高齢者権利擁護等推進事業 ・若年性認知症施策総合推進事業
予防	・二次予防事業対象者の把握事業・評価事業 ・二次予防事業対象者への介護予防ケアマネジメント ・一次予防事業 ・介護予防・日常生活支援総合事業	
医療	新 認知症初期集中支援チーム等設置促進事業 新 5か年 病院・介護保険施設等認知症対応力向上の推進（各事例のアドバイス） 新 5か年 認知症ケアに携わる多職種共同研修の実施	・認知症疾患医療センター運営事業 ・かかりつけ医対応力向上研修 ・サポート医の養成研修 新 ・病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修
介護	・地域包括支援センターによる包括的・継続的ケアマネジメント支援業務 ・予防給付対象者への指定介護予防支援業務 新 ・5か年：地域密着型サービス事業所、介護保険施設等での相談・支援 ・5か年：「認知症カフェ」等の開設による認知症の人の家族への支援 ・地域密着型サービスの指定等基盤整備	・認知症対応型サービス事業管理者等養成事業

認知症地域支援推進員等設置促進事業

※1 5か年とは：認知症施策推進5か年計画促進支援メニュー事業の項目　※新とは：平成25年度新規事業

市町村認知症施策総合推進事業（平成25年度～）について



オ1－①

認知症ケアパスを機能させるために

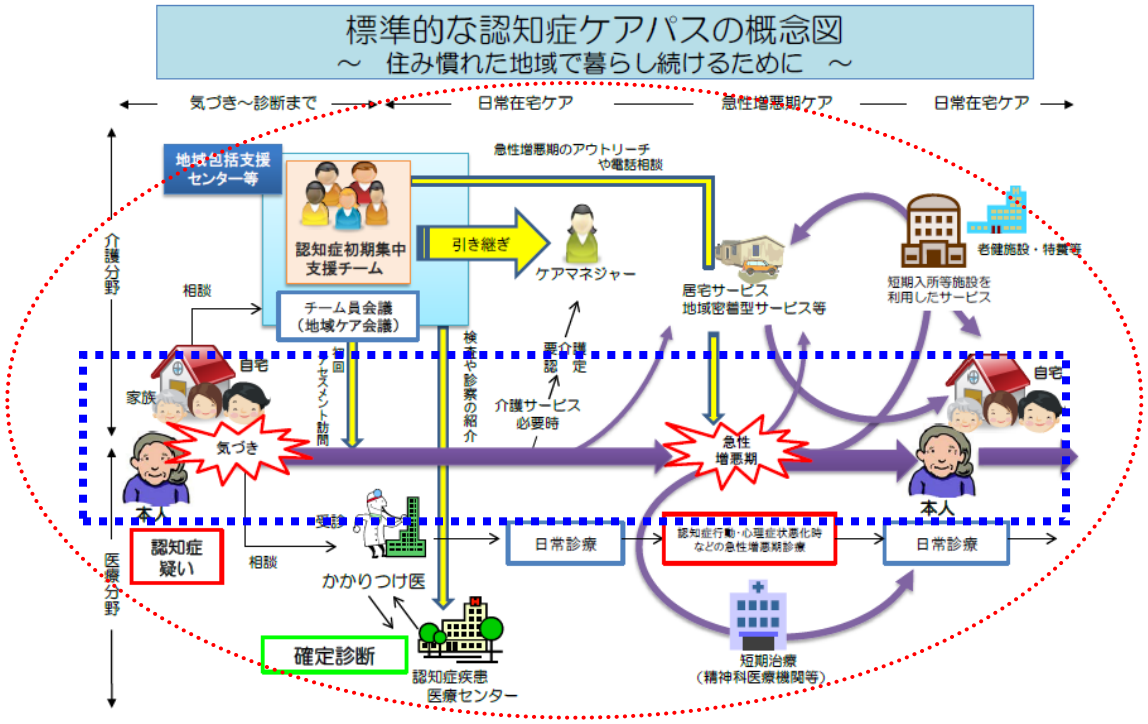
認知症の人が地域で生活するための基盤づくり

○介護保険サービス

○医療サービス

○地域支援事業等

○インフォーマルサービス



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を受ければよいか理解できる。

認知症の人への適切なケアマネジメントの実施

○専門職間の情報連携のしくみ・連携ツールの活用

○標準的な「認知症ケアの手順（支援手順）」の活用

認知症の人に必要なサービスを把握するための気づきシート

作成:　　年　　月　　日
日常生活圏域:　　地区

＜地域福祉・高齢者福祉の理念・目標＞

人口	人
65歳以上人口	人
高齢化率	%
高齢者のみ世帯数	世帯
要介護認定者数（二号保険者含）	人
若年性認知症推定数 ＊若年性認知症の推定数：18～64歳人口10万人に対し、47.6人＊	人

＜気づきシート記入上の注意点＞

＊ このシートは、認知症の人の生活機能障害にあわせ、地域で支えていくためのサービスについて、以下の点を確認するためのものです。
　① 現在ある社会資源（介護保険サービス、自治体独自サービス、インフォーマルサービス等）の把握
　② 現在ある社会資源を、どういった方が利用されているかの把握
　③ H29年度の段階における単純推計に対し、どの社会資源が不足・過剰になると考えられるか
　④ 認知症の人の生活機能障害に合わせ、不足・過剰になると考えられるサービスをどのように調整し、認知症の人を支えていくかの協議・検討→確定
＊ H29単純推計の求め方は、現数・現在利用者数に介護保険事業計画に用いる６５歳以上人口の伸び率をかけ、算出しましょう。
＊ 「確定数」には、H29単純推計の値を基に、関係者で社会資源の整備に関する協議をした結果を反映した数字を記入しましょう。
＊ このシートの数値は、わかる範囲で埋めていくようにしましょう。もしわからないところがあれば、空欄でも結構です。
＊ 空欄の部分に関しては、今後できるだけ数字を把握できるようにしていきましょう。
＊ 日常生活圏域外からの利用者数がどの程度あるかについて、把握しておきましょう。

65歳以上で要介護認定を受けていない方

認知機能の障害程度	0			1			2			3			4			5			6		
対象者総数	現数	H29単純推計	確定数	現数	H29単純推計	確定数	現数	H29単純推計	確定数	現数	H29単純推計	確定数	現数	H29単純推計	確定数	現数	H29単純推計	確定数	現数	H29単純推計	確定数

	認知機能の障害程度	0			1			2			3			4			5			6		
	サービス項目	現在の定員数	現数	H29単純推計	確定数	現数	H29単純推計	確定数	現数	H29単純推計	確定数	現数	H29単純推計	確定数	現数	H29単純推計	確定数	現数	H29単純推計	確定数	現数	H29単純推計	確定数
地域支援事業※	一次予防・二次予防利用者																					
	未利用者																					
介護保険サービス以外 （配食サービス、見守りサービス、緊急通報装置、サロン、他）	例：外出支援																					
	例：受診援助																					
	例：見守りサービス																					
	例：配食サービス																					
	例：SOSネットワーク																					
	〃																					
	〃																					
	〃																					

要介護認定を受けている方（二号保険者含）

認知症高齢者の日常生活自立度	自立			Ⅰ			Ⅱa			Ⅱb			Ⅲa			Ⅲb			Ⅳ			M		
対象者総数	現数	H29単純推計	確定数	現数	H29単純推計	確定数	現数	H29単純推計	確定数	現数	H29単純推計	確定数	現数	H29単純推計	確定数	現数	H29単純推計	確定数	現数	H29単純推計	確定数	現数	H29単純推計	確定数

		認知症高齢者の日常生活自立度	自立			Ⅰ			Ⅱa			Ⅱb			Ⅲa			Ⅲb			Ⅳ			M		
	サービス項目	現在の定員数	現数	H29単純推計	確定数	現数	H29単純推計	確定数	現数	H29単純推計	確定数	現数	H29単純推計	確定数	現数	H29単純推計	確定数	現数	H29単純推計	確定数	現数	H29単純推計	確定数	現数	H29単純推計	確定数
介護保険サービス	訪問介護																									
	通所介護																									
	短期入所生活介護																									
	定期巡回随時対応訪問介護看護																									
	認知症対応型通所介護																									
	小規模多機能型居宅介護																									
	認知症対応型共同生活介護																									
	介護老人保健施設																									
	介護老人福祉施設																									
	〃																									
	〃																									
	〃																									
	二次予防																									
	未利用																									
介護保険サービス以外 （配食サービス、見守りサービス、緊急通報装置、サロン、他）	例：外出支援																									
	例：受診援助																									
	例：見守りサービス																									
	例：配食サービス																									
	例：SOSネットワーク																									
	〃																									
	〃																									
	〃																									

医療	研修名	研修受講者数	認知症専門医療機関	病院名・外来数	病床数
	かかりつけ医認知症対応力向上研修		認知症疾患医療センター	病院	一般病床 床
	認知症サポート医養成研修		身近型認知症疾患医療センター	病院	精神科病床 床
			物忘れ外来数	箇所	〃

相談窓口	包括、行政窓口、NPO等	相談者数
	地域包括支援センター	人
		人
		人

認知症の人の生活機能障害を踏まえ、どういったサービスで支えていくのか、関係者で協議・検討すると同時に、今後整備する社会資源は何か、現存サービスの切り替えやサービスの拡充で対応するものは何か、不要となるかもしれないサービスは何かについて、検討しましょう。

＜確認のポイント＞

＊単純推計をした値は、現在整備されている介護保険サービスをはじめとする社会資源で対応可能な人数でしょうか？

＊現在整備されている社会資源で対応が難しい場合、どの社会資源を新たに整備しますか？

- 貴自治体の地域福祉の理念・目標を踏まえましょう
- 人口動態を踏まえましょう
- 居宅サービス、通所サービス、施設サービスのそれぞれのコストや人出の確保の状況を確認しましょう
- 既存の資源のうち、他のサービスに切り替えやサービスの拡充ができるものがないか、検討しましょう

例：　通所介護　→　高齢者サロン、配食サービス
　　通所介護　→　認知症対応型通所介護
　　通所介護、訪問介護、短期入所生活介護　→　小規模多機能型居宅介護

＊未利用の方はどのようにして生活されていらっしゃいますか？

＊若年性認知症の推定数に対し、何名ぐらいを把握されていらっしゃいますか？また、介護保険以外のサービスも提供されていますか？

＊介護保険以外の自治体独自サービス、インフォーマルサービスの利用者をどの程度把握されていらっしゃいますか？

＊若年性認知症の有病率（人）：筑波大学大学院人間総合科学研究科　朝田隆教授「若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究（厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業）」（2009年）より

（記入例）認知症の人を支える社会資源シート： 認知症の状態に応じ、私たちが地域での生活を支援します！

〇〇市〇〇町

平成 25 年 3 月 30 日現在

	認知症初期 （気づき～診断まで）	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・介護が必要	常に介護が必要
介護予防・ 悪化予防	地域包括支援センター	XX 地区介護予防教室	通所リハビリ BB	通所リハビリ BB	―
生活支援	〇〇ケアセンター A 訪問介護ステーション NPO 法人△△	〇〇ケアセンター A 訪問介護ステーション NPO 法人△△	〇〇ケアセンター A 訪問介護ステーション	〇〇ケアセンター A 訪問介護ステーション	〇〇ケアセンター A 訪問介護ステーション
安否確認・見守り	地域見守りネットワーク 民生委員	認知症 SOS ネットワーク 地域見守りネットワーク 民生委員	認知症 SOS ネットワーク 地域見守りネットワーク	〇〇ケアセンター	〇〇ケアセンター
つながり支援	NPO 法人△△ NPO 法人 XX 高齢者サロン	デイサービス YY NPO 法人 XX	デイサービス YY 〇×デイサービス	デイサービス YY 〇×デイサービス	〇×デイサービス
仕事・役割支援	シルバー人材センター NPO 法人 XX	シルバー人材センター デイサービス YY	デイサービス YY	デイサービス YY	-
医療	かかりつけ医 〇〇市民病院 Q 認知症疾患医療センター（Q 市）	かかりつけ医 訪問看護ステーション P	かかりつけ医 訪問看護ステーション P	かかりつけ医 訪問看護ステーション P	かかりつけ医 訪問看護ステーション P 〇〇市民病院
介護	-	デイサービス YY	デイサービス YY	デイサービス YY XX 複合型サービス	デイサービス YY XX 複合型サービス
家族支援	NPO 法人 BBB 家族会〇〇市支部	NPO 法人 BBB 家族会〇〇市支部	NPO 法人 BBB 家族会〇〇市支部	家族会〇〇市支部	家族会〇〇市支部
精神症状が みられる際の 緊急時支援	-	-	A 総合病院	A 総合病院	A 総合病院
グループホーム等	-	-	グループホーム MM	グループホーム MM TT 介護老人福祉施設	グループホーム MM TT 介護老人福祉施設

～その他、認知症の方を支援する下記のようなサービスもあります～

認知症関連のご相談：「妻の様子が最近おかしい」「認知症と診断されたが、これからどうやって生活をしていけばよいのだろう？」

→ △△地域包括支援センター、または市役所窓口にご相談ください。

経済的支援：「年金だけでは必要なサービスのお金が払えない・・・」「オムツを購入する際に助成金がでるとききましたが？」

→ 市役所福祉部にご相談ください。介護保険費の軽減制度やオムツ購入費の助成金があります。

住まい：「お風呂場に手すりをつけたい」「玄関に段差があって、転ばないか心配」

→ 市役所福祉部にご相談ください。住宅改修補助金があります。

権利擁護：「一人で何かを契約するのが不安」「将来的に自分の意思が伝えられなくなってしまったときのために誰かにお願いしたい」

→ △△地域包括支援センター、法テラスでご相談を承ります。

Ⅱ．都道府県・指定都市研修事業について

オ7－④

認知症地域医療支援事業における各研修の比較

	認知症サポート医 養成研修	認知症サポート医 フォローアップ研修	かかりつけ医 認知症対応力向上研修	病院勤務の医療従事者向け 認知症対応力向上研修 （新）
実施主体	都道府県・指定都市 (国立長寿医療研究センターに委託)	都道府県・指定都市		
補助率	国　1／2，都道府県・指定都市　1／2			
研修対象者	実施主体の長が、都道府県・指定都市医師会と相談の上、下記のいずれかの条件を満たし適当と認めた医師 ア　地域において認知症の治療（早期発見等）に携わっている医師 イ　認知症サポート医の役割を担える医師	認知症サポート医及び地域においてかかりつけ医認知症対応力向上研修等の企画・立案等に協力している医師、その他地域において認知症医療体制構築に向けて取り組んでいる医師として実施主体の長が適当と認めた者	診療科名を問わず、各都道府県及び指定都市管内で勤務(開業含む)する医師	各都道府県及び指定都市管内の一般病院等で勤務する医師、看護師等の医療従事者 （対象者のうち、医師、看護師のような、直接患者に接する機会が多い医療従事者について、優先的に研修を実施することを想定している。 ただし、他の医療従事者の受講を妨げるものではないため、都道府県・指定都市においては、地域の実情に応じて研修を実施すること。）
想定される講師	国立長寿医療研究センター	各実施主体において選定	認知症サポート医	認知症サポート医、認知症ケアに精通した看護師　等
研修内容	ア　かかりつけ医等に対する認知症対応力向上研修の企画立案に必要な知識及び効果的な教育訓練 イ　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の知識、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並びに連携を推進するために必要な知識・技術 などの修得に資するもの	地域における医療と介護が一体となった認知症の人への支援体制の構築という認知症サポート医の役割を適切に果たすためのもの	かかりつけ医として必要で適切な認知症診療の知識・技術などの修得に資するもの	病院勤務の医療従事者として必要な認知症ケアの原則等の知識の修得に資するもの
研修時間	430分 (講義220分＋演習210分)	各実施主体において判断	250分	90分

※　普及啓発推進事業を活用し、各研修事業の周知を行うとともに、各研修の修了者リストを作成し、管理する。

認知症サポート医養成研修のカリキュラムの変更点

- 従来、かかりつけ医認知症対応力向上研修と共用していた教材を、認知症サポート医養成研修用の内容・構成に変更（かかりつけ医研修の受講を前提として、基本的な知識の部分を省略）、DVDを新規に作成し、活用する
- 講義4編を、講義3編（下記参照）＋演習に再編
- 講義時間は、90分×4編＝360分　から、「認知症サポート医の役割」60分、「新しい診断・治療の知識」60分、「ケアマネジメント・連携の知識」100分の計220分に短縮（▲140分）
- 演習は、症例検討を中心とする「診断・治療」を90分、多職種連携事例の検討を中心とする「ケアマネジメント・連携」を120分、計210分で構成（予定）。

1. 構成における主な変更点

	旧編成	新編項目	変更点
1編	基本知識	新 認知症サポート医の役割	かかりつけ医研修の受講を前提として基礎知識の内容省略（**DVDを新規に作成**）
2編	診断	新しい診断・治療の知識	旧　基本知識編、診断編、治療とケア編を中心に再編
3編	治療とケア		
4編	連携	ケアマネジメント・連携の知識	旧 連携編を中心に再編

2. タイムテーブル

講義**220分** (60+60+100（30+70))＋演習**210分** (診断･治療 90+ケアマネジメント･連携120（60+60))

	目安時間	所要時間（分）	形 態	内 容	備 考
1日目	13:00			（開講）	
	13:00	60	講 義	1　認知症サポート医の役割	内訳 厚生労働省　30分 日本医師会　30分
	14:00	60	講 義	2　診断･治療の知識	
	15:00	**90**	**演 習**	**（診断･治療）**	
	16:30	30	講 義	3 前　ケアマネジメント･連携の知識	
	17:00	**60**	**演 習**	**（ケアマネジメント・連携）**	
2日目	9:30	（10）	DVD	（認知症サポート医の役割）	新規制作DVD利用
		60	講 義	3 後　ケアマネジメント･連携の知識	
	10:40	**60**	**演 習**	**（ケアマネジメント・連携）**	
	11:40	（20）	その他	（修了式他）	

（参考）

病院の医療従事者に対する認知症対応力向上研修
研修講師養成のための伝達講習の実施について（案）

1 実施主旨

一般病院における認知症を有する入院患者およびその家族等への対応の充実を図るため、都道府県・指定都市事業（1/2 補助）として「一般病院の医療従事者に対する認知症対応力向上研修」を実施にあたって、その講師となる医師、看護師等を対象とした伝達講習を下記の通りに実施する。

2 講習概要

（1）目的

集合研修および病院単位研修で講師役を担う医師、看護師等に対して、同研修の講義内容や演習の実施方法等について伝達することを目的とする。

※会場の関係から、各地域からの派遣人数を制限しているため、各地域での更なる伝達講習を実施するなどの対応を想定

（2）対象および人数

①認知症サポート医、②認知症看護認定看護師、③認知症専門看護師 のいずれかに該当し、各地域から 最大２名 の参加が可能 （例：認知症サポート医 1 名、認定看護師 1 名の計 2 名など）

※必要に応じ 行政担当者 1 名の随行は可能

（3）講習内容

研修内容（講義・演習）に関する、研修趣旨および内容、また具体的な講義・実施方法

講義 ： 既提示の 90 分講義（1 知識、2 対応力、3 連携等）

演習 ： チーム対応や院内外連携を素材とした演習 （現在 健康増進事業研究班にて検討中）

（4）日程および会場

日程 平成 25 年 8 月下旬～9 月上旬 の日曜日午後帯を予定

※講義 13:20～（90 分）、演習 15:00～（90 分）を予定 （13:00 開場、最大 16:45 まで）

会場 JR 東京駅周辺会場

（5）受講費用等

受講料（教材費） なし

※受講者の往復旅費は各都道府県・指定都市にて負担

（6）主催等

主催 独立行政法人 国立長寿医療研究センター

事務 株式会社ニッセイ基礎研究所（平成 25 年度 老人保健健康増進等事業実施主体）

※具体的な開催案内および受講者申込等の手続きはニッセイ基礎研究所が行う

オ3－①

向精神病薬使用のリスク

米国FDA（食品医薬品局）は，認知症高齢者の行動障害に対する，抗精神病薬の投与は死亡リスクに関連することを発表した。

Patients with Behavioral Disturbances

The issues described in this communication have been addressed in product labeling (see Drugs@FDA).

4/11/2005

The Food and Drug Administration has determined that the treatment of behavioral disorders in elderly patients with dementia with atypical (second generation) antipsychotic medications is associated with increased mortality. Of a total of seventeen placebo controlle **olanzapine** (Zyprexa), **aripiprazole** (Abilify), **risperidone** (Risperdal), o **qu** elderly demented patients with behavioral disorders, fifteen showed numerica in the drug-treated group compared to the placebo-treated patients. These st 5106 patients, and several analyses have demonstrated an approximately 1.6 mortality in these studies. Examination of the specific causes of these deaths either due to heart related events (e.g., heart failure, sudden death) or infecti

多くが心臓に関係するものか、感染

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICIN

Vol. 172 No. 8, April 23, 2012

Original Investigation

地域の認知症3万人コホートのうち、抗精神病薬を飲み始めた1万人において心筋梗塞のリスクが激増。

Antipsychotic Use and Myocardial Infarction in Older Patients With Treated Dementia

Antoine Pariente, MD, PhD; Annie Fournier-Réglat, PharmD, PhD; Thierry Ducruet, MSc; Paddy Farrington, PhD; Sarah-Gabrielle Béland, PhD; Jean-François Dartigues, MD, PhD; Nicholas Moore, MD, PhD; Yola Moride, PhD

Arch Intern Med. 2012;172(8):648-653. doi:10.1001/archinternmed.2012.28

Background Antipsychotic agents (APs) are commonly prescribed to older patients with dementia. Antipsychotic use is associated with an increased risk of ischemic stroke in this population. Our study aimed to investigate the association of AP use with the risk of acute myocardial infarction (MI).

Methods A retrospective cohort of community-dwelling older patients who initiated cholinesterase inhibitor treatment was identified between January 1, 2000, and December 31, 2009, using the Quebec, Canada, prescription claims database. From this source cohort, all new AP users during the study period were matched with a random sample of AP nonusers. The risk of MI was evaluated using Cox proportional hazards models, adjusting for age, sex, cardiovascular risk factors, psychotropic drug use, and propensity scores. In addition, a self-controlled case series study using conditional Poisson regression modeling was conducted.

Results Among the source cohort of 37 138 cholinesterase inhibitor users, 10 969 (29.5%) initiated AP treatment. Within 1 year of

The use of antipsychotic medication for people with dementia:

Time for action

英　Sube Banerjee報告（2010）「認知症の人への抗精神病薬使用：行動のとき」

A report for the Minister of State for Care Services by Professor Sube Banerjee

- 70万人の認知症者のうち、年間18万人が抗精神病薬の投与を受けている
- そのうち、投薬が役立っているのは3.6万人
- 副作用により、年間1800人が死亡、1620人が脳血管障害を発症している計算になる
- 適切な支援があれば、2/3の投薬が不要と考えられる

An independent report commissioned and funded by the Department of Health

地域での生活を支える医療サービスの構築

不適切な薬物使用により長期入院することのないように、実践的なガイドラインを策定し、普及を図る。

認知症施策検討ＰＴ報告書（24/6/18）

○　「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
- 平成24年度　ガイドラインの策定
- 平成25年度以降　医師向けの研修等で活用

認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）

平成24年度厚生労働科学特別研究事業
「認知症、特にBPSDへの適切な薬物使用に関するガイドライン作成に関する研究」
研究代表者　認知症介護研究・研修東京センター長　本間昭

全国でかかりつけ医、専門医計3147人を対象にアンケートを行った。（回答数1152人）

結果

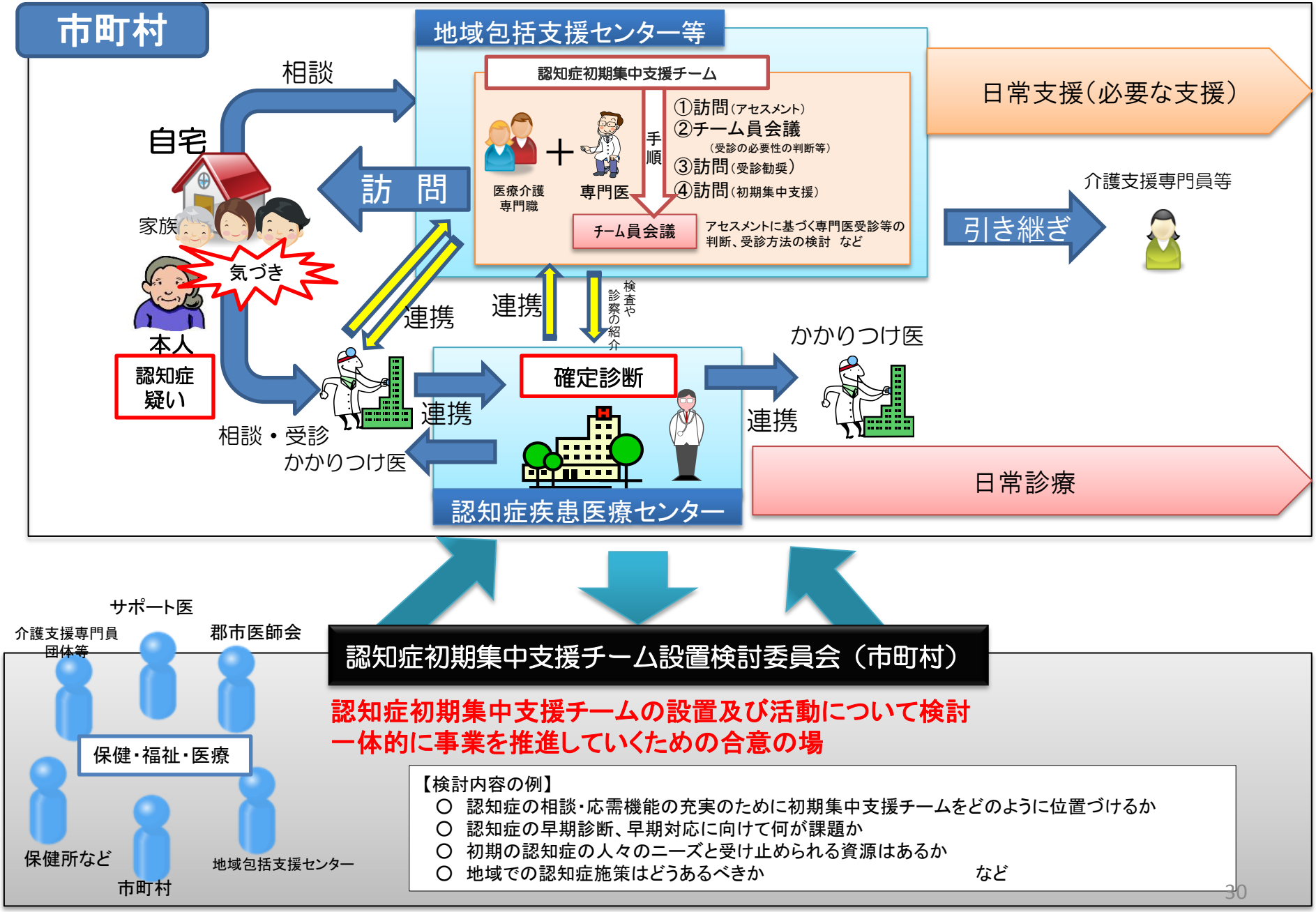
- かかりつけ医の94.5%に認知症患者が通院し、89.2%が向精神薬を服用していた。
- BPSDについて、多弁、過食、異食、徘徊、介護への抵抗など向精神薬の有効性に関する報告がないBPSDに対しても向精神薬が処方されている実態が示された。

かかりつけ医のためのＢＰＳＤに対応する向精神薬使用ガイドライン

Ⅲ．早期診断・早期対応に関する平成２５年度の市町村モデル事業の実施等について

オ2－③

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業の概念図(案)



認知症初期集中支援チーム員研修の実施について (案)

（1）目　的

　認知症初期集中支援チームのモデル事業を実施するにあたり、認知症の人や家族に関わり、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行う初期集中支援チーム員の資質の向上を図るため、専門的な知識や技術の習得を図ることを目的とする。

（2）対　象

　モデル事業を実施する市区町村の認知症初期集中支援チーム員及び実施自治体の担当者とする。

（3）研修カリキュラム

　研修は2回計３日間とする。初回研修は事業開始時に2日間、2回目については１日間とし事業実践に際しての課題を提出し、この評価をふまえ、プレゼンテーションにより、事業全体の評価を実施する

（4）開催日時・場所（予定）

第1回目　平成25年8月2日（金）～8月3日（土）終日（東京）
第2回目　平成25年12月中

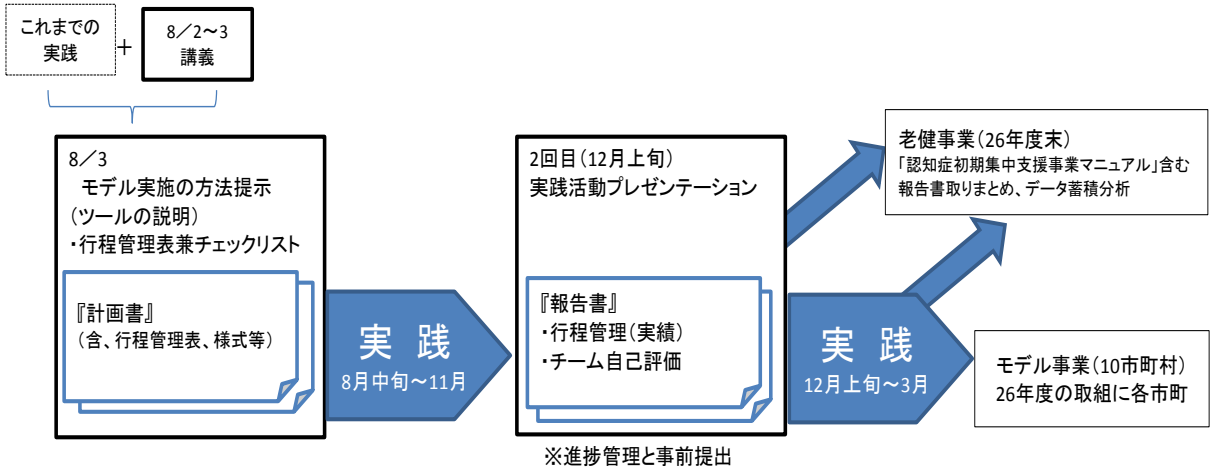
※　第1回目の平成25年8月2日(金)の研修は、「地域包括ケアシステムにおける認知症総合アセスメント（DASC）研修」 を充てる
（「地域包括ケアシステムにおける認知症総合アセスメントの開発・普及と早期支援機能の実態に関する調査研究事業」）

【1回目】　8月2日(金)～3日(土)　会場:東京

	構　成	単　元（案）
1日目	Ⅰ　事業のねらい、概要	認知症施策における事業の位置づけと事業説明
	Ⅱ　チーム員の役割	1　初期集中支援サービスの概要
		2　チーム員の果たすべき役割
	Ⅲ　認知症の包括的アセスメント	1　認知症アセスメントの考え方
		2　認知症に関する基礎知識と代表的な認知症疾患、その診断
		3　アセスメントツールの使用方法
		4　模擬アセスメント（演習）
2日目	Ⅳ　認知症初期集中支援における援助	1　本人に対する基本的ケアと認知症支援の方法
		2　家族支援と教育的アプローチ
		3　認知症の行動・心理症状の防止に向けた対応
		4　初期集中支援の評価のあり方
	Ⅴ　チームの効果的な運営方法	1　チーム員会議の進め方と運営方法
		2　多職種協働支援のあり方
		3　地域連携とケアシステム
		4　社会資源の活用とその開発
		5　その他
	テスト	基本的理解の確認（テスト）開始時と終了時

【2回目】　12月予定　会場:東京

	構成	単　元（案）
1日	Ⅰ　課題についての発表と評価	実践活動プレゼンテーション 10か所×（20分、質疑10分）
	Ⅱ　認知症初期集中支援チームの活動方法の理解及び理解度に関するテスト	1　地域における初期集中支援チームの実践に関する評価 2　アウトカムに関する評価 論述を含む試験
	Ⅲ　その他	総括



オ2－④

今後の認知症疾患医療センターの体制整備について当面の考え方（案）

注：平成25年6月時点資料であり、今後変更がありえる。

1. 基本的な考え方

「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」（※医療計画策定指針の一部）
及び**「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」**の考え方を基とする。

「精神疾患の医療体制の構築に係る指針の改正について」

（平成24年10月9日　医政指発1009第1号、障精発1009第1号、老高発1009第2号　3部局課長連名通知）　～抄～

[第2　医療機関とその連携]
[2　各医療機能と連携]
(5)　認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要な医療を提供できる機能【認知症】
①　目標

・　認知症疾患医療センターを整備するとともに、認知症の鑑別診断を行える医療機関を含めて、少なくとも二次　医療圏に1カ所以上、人口の多い二次医療圏では概ね65歳以上人口6万人に1カ所程度　（特に65歳以上人口が多い二次医療圏では、認知症疾患医療センターを複数カ所が望ましい。）を確保すること

「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」

2. 早期診断・早期対応

○　早期診断等を担う医療機関の数
・平成24～29年度　認知症の早期診断等を行う医療機関を、約500か所整備する。

2. 設置方針（案）

Ⅰ．**「地域型」**を、二次医療圏域（347圏域）毎に設置する。

Ⅱ．**「基幹型」**を、身体合併症に対する急性期医療対応と空床確保を行うための拠点として設置する。

※今後は、都道府県及び二次医療圏毎の状況も鑑みつつ、現行の基幹型・地域型についても機能面から評価をし、あるべき認知症医療体制を構築することが必要。

Ⅲ．（Ⅰ、Ⅱを基本としつつ、）65歳人口規模に応じ、**「認知症医療支援診療所（仮称）」**等を設置する。

（1） 65歳以上人口60,000人以下の二次医療圏においては、**「認知症医療支援診療所（仮称）」**を優先して設置する。又は、複数の二次医療圏による共同での**「地域型」**設置や、隣接する65歳以上人口60,000人以上二次医療圏と一体的に**「地域型」**を設置する。

（2）**「基幹型」**を設置した二次医療圏については、特に65歳以上人口が多い二次医療圏として、**「地域型」**をを設置する。（3か所目以降は、**「認知症医療支援診療所（仮称）」**で設置する。）

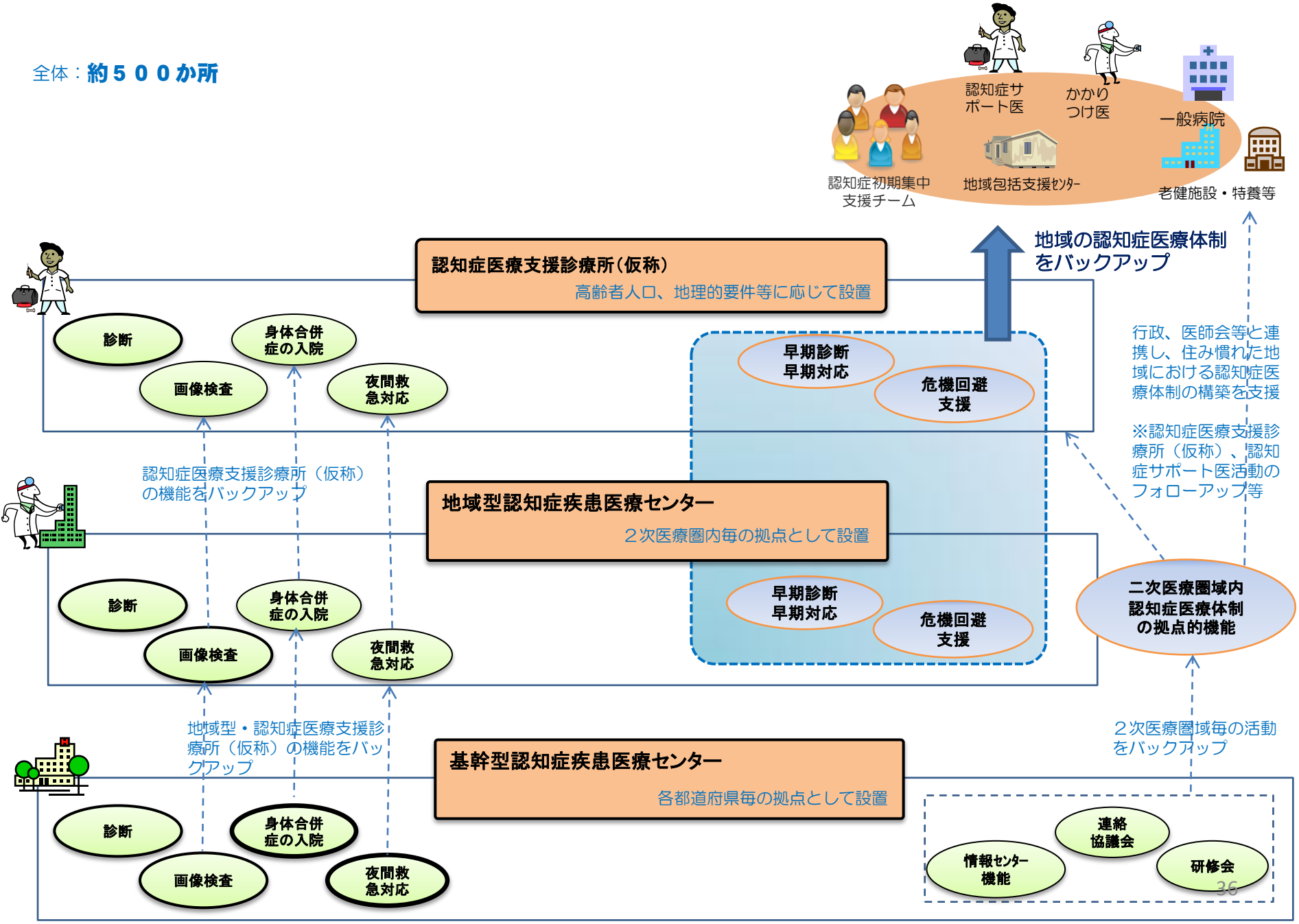
※ なお。既に上記方針以上のセンター数を設置している都道府県においては、平成25年度の取組み（「認知症医療支援診療所（仮称）」に関するモデル事業等）を踏まえつつ、各センターの更新時期や都道府県内における全体的な配置の見直しを行う際には、類型の移行等についても検討することが必要となる。

（参考）設置方針（案）に基づく、「基幹型／地域型／認知症医療支援診療所（仮称）」の整理

		基幹型	地域型	認知症医療支援診療所（仮称）
考え方		・都道府県毎の拠点 ・空床確保により、都道府県圏域内での、周辺症状・身体合併症に対する急性期医療対応を担う	二次医療圏域毎の拠点	・65歳以上人口比率や地理的状況に応じて設置 ・診療所に設置
機能	鑑別診断	実施	実施	実施
	画像検査	CT：実施 MRI：実施	CT：実施 MRI：ない場合は連携先で可。	CT：ない場合は連携先で可。 MRI：ない場合は連携先で可。
	早期診断・早期対応	ー	実施	実施
	危機回避支援			
	研修等	実施	ー	ー

「基幹型」・「地域型」・「認知症医療支援診療所（仮称）」の連携イメージ

全体：**約５００か所**



都道府県内／二次医療圏域毎の設置イメージ

県内65歳以上人口：34万人
２次医療圏：４圏域
疾患センター数計：６か所
基幹型　１か所
地域型　３か所
認知症医療支援診療所（仮称）　２か所

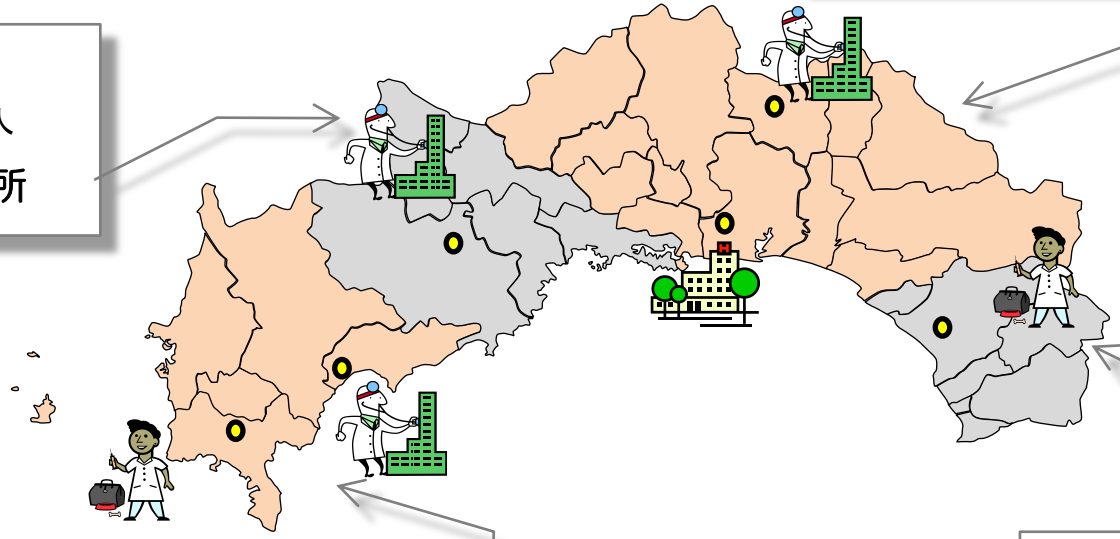
Ａ圏域:
65歳以上人口:18万人、県庁所在地。

〇基幹型：１か所
〇地域型：１か所

※県庁所在地に「基幹型」を1か所設置。
65歳以上人口を鑑み、「地域型」を1か所配置。

Ｂ圏域:
65歳以上人口:6万人

〇地域型：１か所



Ｃ圏域:
65際以上人口:8万人、県内№2の中核市あり。

〇地域型：１か所
〇認知症医療支援診療所（仮称）：１か所

※地理的状況（中核となるA圏域より遠隔であること）等を勘案し、
「認知症医療支援診療所（仮称）」を1か所を配置。

Ｄ圏域:
65歳以上人口:2万人

〇認知症医療支援
診療所（仮称）：１か所

※ 65歳以上人口を鑑み、「認知症医療支援診療所」で設置。

出典：分担研究者　粟田主一.厚生労働科学研究費補助金「認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究」
認知症の地域連携システム.2013年3月

調査概要

	いわゆる身近型	認知症疾患医療センター
調査目的	いわゆる身近型認知症疾患医療センターとして想定される医療機関の活動状況を調査し，身近型認知症疾患医療センターに求められる体制と機能を示す．	認知症疾患医療センターの活動状況の把握
調査対象（解析対象）	11医療機関	117医療機関（基幹型6、地域型111）
調査期間	平成24年10月12日～平成25年3月1日	平成24年10月1日～平成24年12月31日
調査方法	• 質問票によるアンケート調査 • 訪問によるヒアリング調査	• 質問票によるアンケート調査 • 訪問によるヒアリング調査
調査項目	• 基本情報 • 医療施設の体制 （人員体制，検査体制，入院体制） • 医療施設基準の機能（鑑別診断機能，地域連携機能，教育機能） • 一般病床がある場合の身体合併症対応機能 • 認知症のための医療サービス全般	• 基本情報 • 医療施設の体制 （人員体制，検査体制，入院体制） • 医療施設基準の機能（鑑別診断機能，地域連携機能，教育機能） • 一般病床がある場合の身体合併症対応機能 • 認知症のための医療サービス全般

まとめ (1)

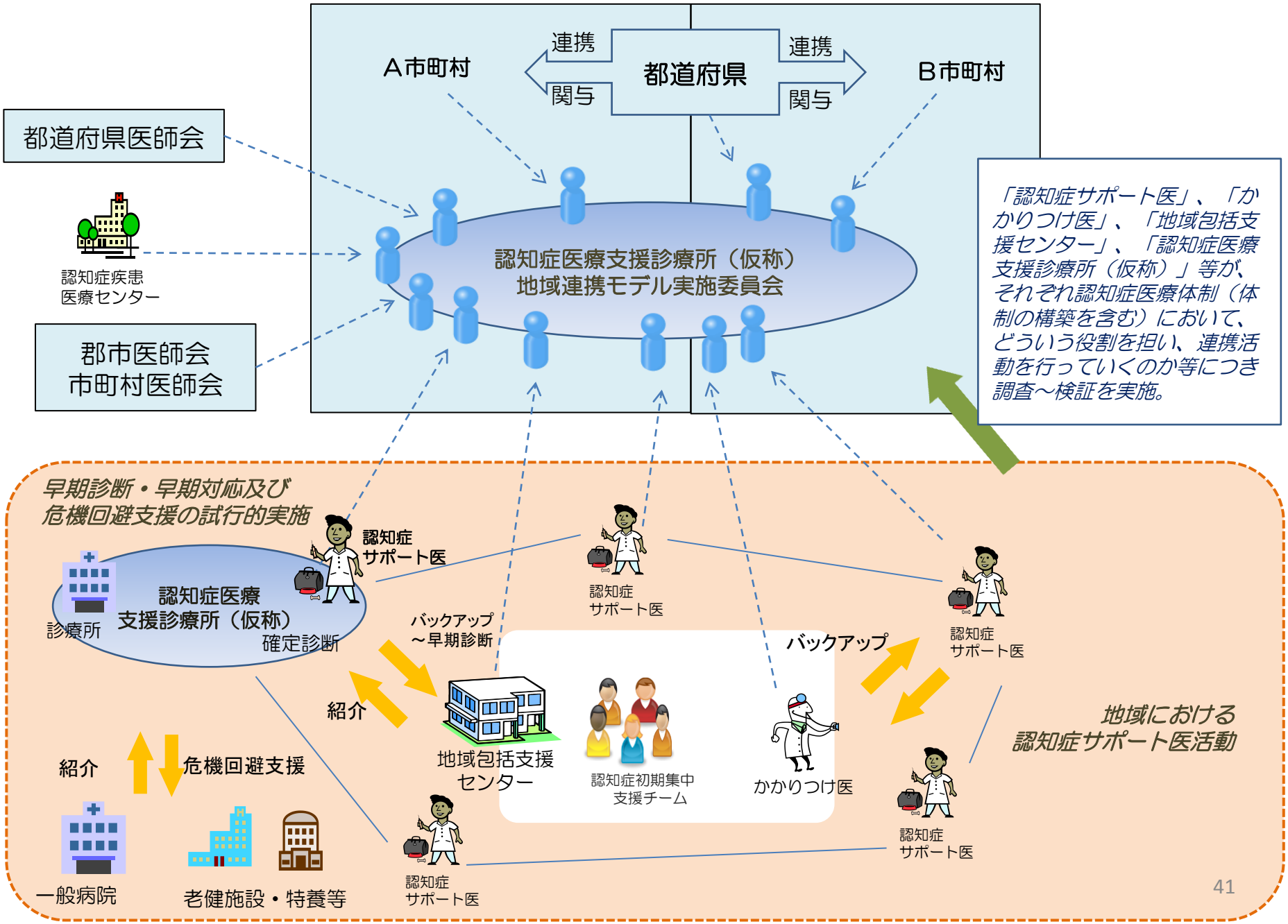
	いわゆる 身近型候補	認知症疾患医療センター
人員体制		
常勤専門医	1.6人	3.1人
精神保健福祉士または保健師	1.9人	2.8人
臨床心理技術者または作業療法士	1.5人	1.5人
検査体制（自施設実施率）		
血液検査	82%	98%
尿一般検査	82%	97%
心電図検査	64%	95%
神経心理検査	100%	97%
頭部CT検査	9%	97%
頭部MRI検査	9%	50%
入院対応		
自施設の一般病床への入院対応	9%	45%
自施設の精神病床への入院対応	0%	81%

まとめ (2)

	いわゆる 身近型候補	認知症疾患医療センター
鑑別診断機能		
全疾患診断数（新患）	386人	318人
認知症関連疾患診断数（新患）	215人	266人
地域連携機能		
紹介患者数（年平均）	107人	160人
逆紹介患者数（年平均）	49人	91人
地域スタッフとのケース会議	73%	83%
地域連携協議会への参画	55%	92%
自宅アウトリーチ	55%	24%
病院・施設へのアウトリーチ	82%	17%
教育機能		
かかりつけ医研修事業	100% （年9回）	73%（年3回）
地域包括支援センター研修事業	91% （年4回）	67% （年2回）
全研修事業	100% （年24回）	100% （年9回）

オ2－④

認知症医療支援診療所（仮称）地域連携モデル事業　～概念図～



オ3－②

「認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会」設置要綱

1. 趣旨

平成24年 9月 5 日に発表された「認知症施策推進5 か年計画」において、地域での生活を支える医療サービスの構築の一環として「精神科病院に入院が必要な状態像の明確化」について平成24 年度からの調査・研究の実施が示された。これを踏まえ、精神科病院における入院が必要な病態像を明らかにするとともに、「認知症になっても本人の意志が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続ける」という考え方に基づき、認知症の人の精神科入院医療と在宅における支援のあり方について議論するため、平成24 年度老人保健健康増進等事業として、本研究会を設置する。

2. 主な検討事項

(1) 精神科病院における入院治療を必要とする病態像

(2) 認知症の人の地域・在宅生活継続を可能とするための支援条件および家庭環境状況

3. 研究会の構成

研究会は、別紙に掲げる者を委員とする。

4. スケジュール

平成25 年中にとりまとめを行う。

5. 研究会の運営

(1) 研究会は、座長がこれを招集する。副座長はこれを補佐し、座長に事故ある時は
副座長がこれを代行する。

(2) 研究会は、原則公開とする。

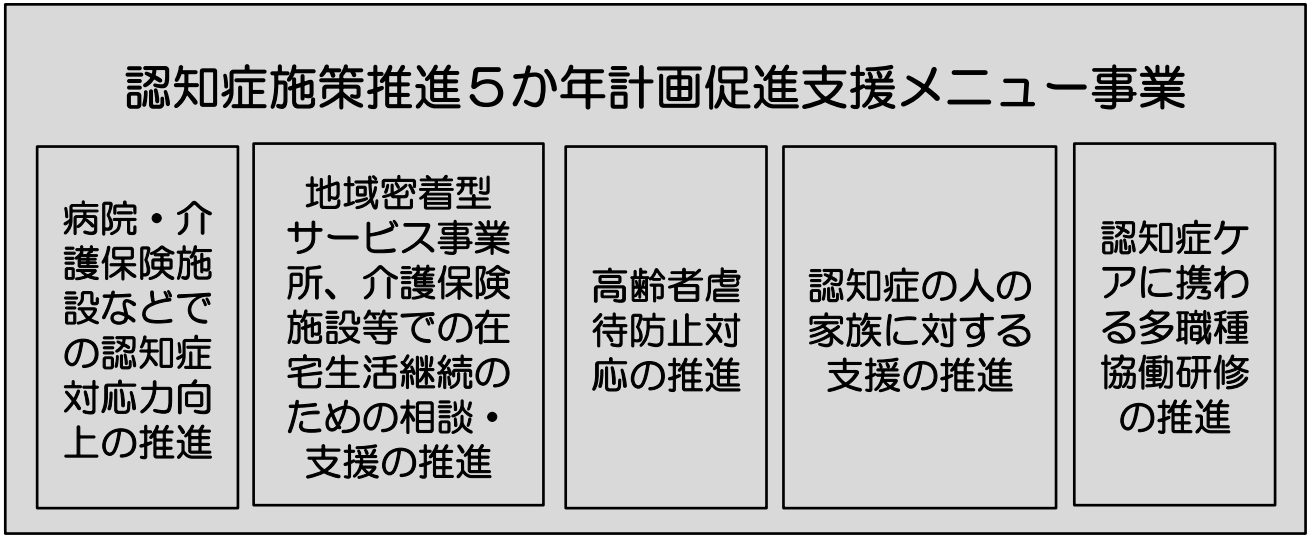
委　員

新井　平伊	公益社団法人 日本老年精神医学会
石田　光広	稲城市役所
岩尾　　貢	公益社団法人 日本認知症グループホーム協会
大内　尉義	社団法人 日本老年医学会
大島　伸一	独立行政法人国立長寿医療研究センター
鴻江　圭子	公益社団法人 全国老人福祉施設協議会
齋藤　訓子	一般社団法人 全国訪問看護事業協会
助川 未枝保	一般社団法人 日本介護支援専門員協会
髙見　国生	公益社団法人 認知症の人と家族の会
筒井　孝子	国立保健医療科学院
内藤　圭之	公益社団法人 全国老人保健施設協会
新田　國夫	一般社団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会
野澤　和弘	株式会社 毎日新聞社
松谷有希雄	国立保健医療科学院
三上　裕司	社団法人 日本医師会
宮島　　渡	全国小規模多機能居宅介護事業者連絡会
森　　啓	日本認知症学会
山崎　　學	益社団法人 日本精神科病院協会

（五十音順 敬称略）

Ⅳ．認知症施策推進５か年計画促進支援メニュー事業等について

①　認知症施策推進５か年計画促進支援メニュー事業



②　その他の事業

- 認知症にかかる普及・啓発活動
- 市民後見推進事業
- 若年性認知症施策

オ5－④

病院・介護保険施設等での認知症対応力向上の推進①

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実施主体の長が認めた者

例：認知症専門医、認知症サポート医
認知症介護指導者　等

企画・調整

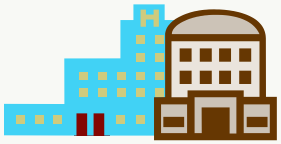
認知症地域支援推進員等が、病院や介護保険施設などからの相談等に基づき、企画・調整を行う。

訪問し、事例ごとに個別支援

対応困難な事例が発生し、その対応が終了した後、当該事例に類似した事例が今後発生した場合にどのように対応すればいいのかを相談

病院や介護保険施設などの職員の認知症への理解や対応力を深め、行動・心理症状の増悪による転院や入院を防ぐため、当該病院・介護保険施設等の職員に対して、**行動・心理症状等で対応困難な事例への助言等の個別支援を実施**

一般病院等



老健施設・特養等

（参考）

病院･介護保険施設等での認知症対応力向上の推進と、病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修の比較

自病院・施設内における「認知症ケア」対応能力の向上を行うため、都道府県等の開催する研修会に医療従事者が参加。

都道府県・指定都市

認知症地域医療支援事業

病院勤務の医療従事者向け
認知症対応力向上研修

病院勤務の医師、看護師等の医療従事者に対し、<u>認知症ケアの原則等の知識について修得するための研修を実施</u>する。

市町村

認知症施策推進５か年計画促進支援メニュー事業

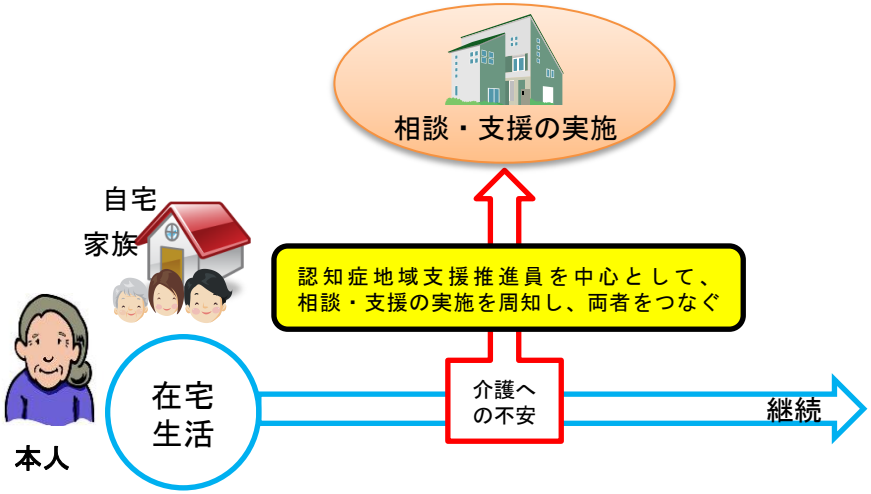
病院・介護保険施設などでの
認知症対応力向上の推進

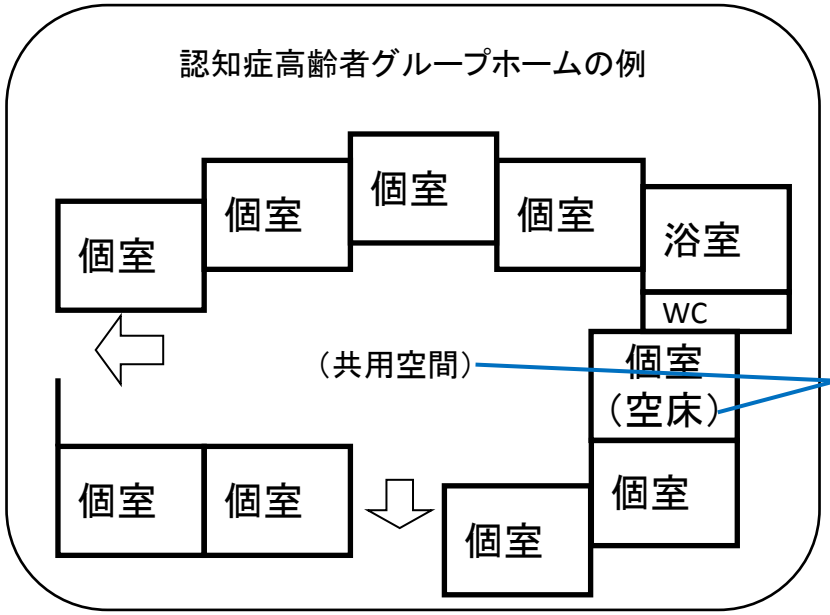
病院や介護保険施設などの職員の認知症への理解や対応力を深め、行動・心理症状の増悪による転院や入院を防ぐため、認知症地域支援推進員等の企画に基づき、認知症の医療や介護における専門的知識及び経験を有すると実施主体の長が認めた者が訪問し、当該病院等の職員に対して、<u>行動・心理症状等で対応困難な事例への助言等の個別支援を実施</u>する。

認知症地域支援推進員等が企画・調整し、認知症専門医、サポート医等が訪問し、個別事例対応を行う

オ5－④

地域密着型サービス事業所・介護保険施設等での在宅生活継続のための相談・支援の推進





＜基本的な考え方＞

認知症の人ができる限り住み慣れた地域で生活していくために、認知症高齢者グループホーム、小規模多機能型居宅介護事業所、特別養護老人ホーム等が相談員を設置し、在宅で生活する認知症の人やその家族に対して専門的な相談支援等を行う。

＜想定される相談員＞

委託事業所内の、

- 認知症介護指導者研修修了者
- 認知症介護実践リーダー研修修了者
- その他実施主体の長が認める認知症介護の経験等が豊富な者

＜想定される相談実施場所＞

- 事業所内の空床の個室
- 事業所内の共用空間（十分な広さがある場合に限る）
- その他外部（例：市役所内の会議室）

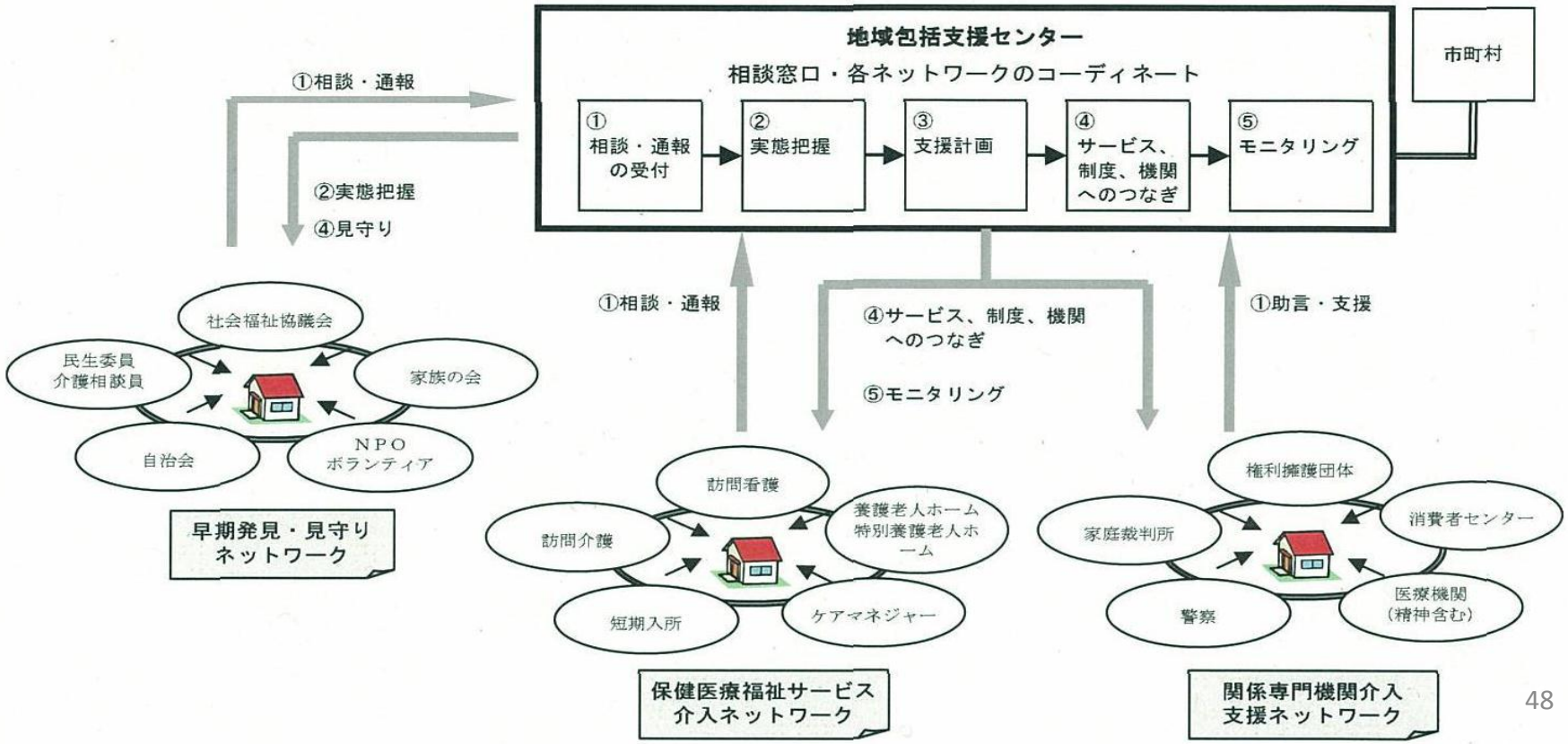
オ5－④

高齢者虐待防止対応の推進（例）
－高齢者虐待防止のためのネットワークについて－

市町村において、以下の３つの機能からなる「高齢者虐待防止ネットワーク」を構築し、地域の支援を必要とする高齢者を発見し、総合相談につなげるとともに、適切な支援、継続的な見守りを行い、更なる問題の発生を防止する。

① 民生委員や地域住民が中心となって虐待の防止、早期発見、見守り機能を担う「早期発見・見守りネットワーク」
② 介護保険サービス事業者等からなり、虐待事例の対応検討や具体的支援を行う「保健医療福祉サービス介入ネットワーク」
③ 行政機関、法律関係者、医療機関等からなり、保健医療福祉分野の範囲を超えた専門的な協力を得るための「関係専門機関介入支援ネットワーク」

高齢者虐待防止ネットワーク構築の例



オ5－④

認知症の人の家族に対する支援の推進

＜基本的な考え方＞
　認知症の人の介護を行うことは、その家族にとって相当な負担となっており、認知症の人とその家族などとの関係性によっては、認知症の人に悪影響を与えるおそれが生じる。
　そのため、地域において認知症の人の家族を支援し、認知症の人の家族の負担の軽減を図る。

＜具体的な取組例＞
　認知症の本人、その家族、専門職、地域住民など誰もが参加でき、和やかに集うカフェの開設
→認知症の人の家族が状況を共有できる人と出会い、相互に情報を共有することで介護等に活かすことができる、等の効果がある。
　※　右の「取組の一例」を参照のこと

＜補助の対象＞
　認知症の人の家族を支援し、認知症の人の家族の負担の軽減を図るための取組を開始するための初動経費や、当該取組の中で、講師による専門的な講義等を行った場合の謝金

認知症カフェの取組の一例

（K市地域包括支援センターの取組）

○1～2回／月程度の頻度で開催（2時間程度／回）
○通所介護施設や公民館の空き時間を活用
○活動内容は、特別なプログラムは用意されていなく、利用者が主体的に活動。
○効果
・認知症の人　→　自ら活動し、楽しめる場所
・家族　→　わかり合える人と出会う場所
・専門職　→　人としてふれあえる場所（認知症の人の体調の把握が可能）
・地域住民　→　つながりの再構築の場所（住民同士としての交流の場や、認知症に対する理解を深める場）

認知症カフェの様子

夜のカフェの様子

オ7－①

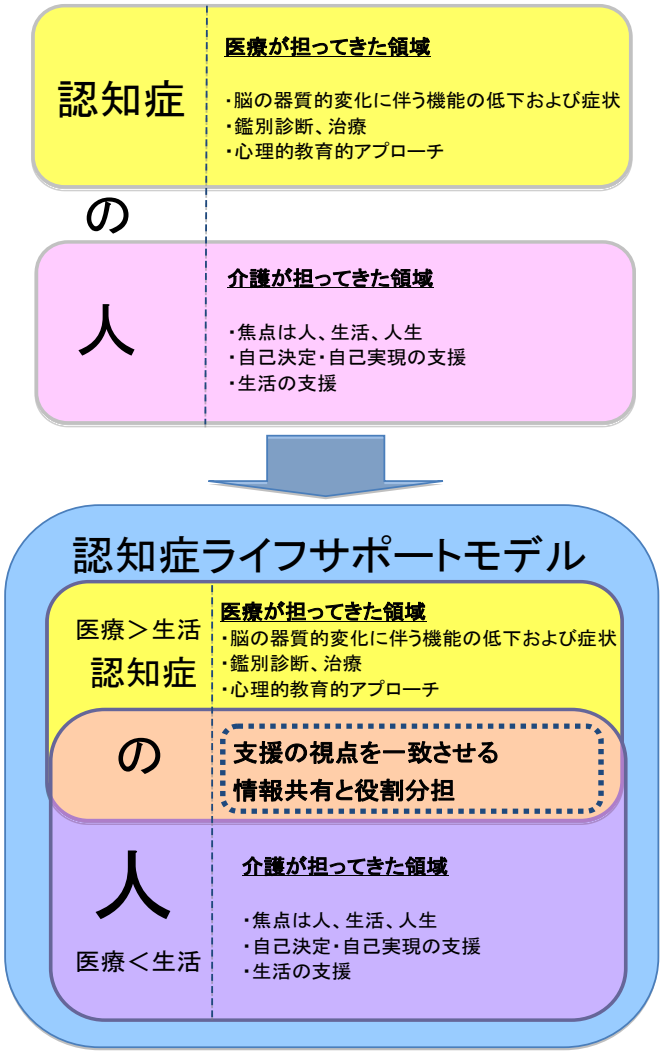
認知症ケアに携わる多職種協働研修の推進
－「認知症ライフサポートモデル」－

【定義】
認知症の人への医療・介護を含む統合的な生活の支援

【説 明】
認知症ケアは、
（1）疾病および体調管理から、日常生活の支援、自己決定に関わることまで、総合的な支援が求められており、（2）早期から終末期まで地域社会の中で支えていく継続的な関わりを基本に、生活の支援を中心とするケアの提供が求められる。
　「認知症ライフサポートモデル」は、医療も介護も生活支援の一部であることを十分に認識し、医療と介護等が相互の役割・機能を理解しながら、統合的なケアに結びつけていくことを目指している。
ライフ（Life）は、
　「生命」「生活」「人生」等の意味があり、その人が生きてきた人生や、出会いから終末までの継続的な関わりが含まれる言葉である。
サポート（Support）は、
　支える、支持する等の意味があり、主体は本人であることを前提とする言葉である。

以上の考え方から、「認知症ライフサポートモデル」という言葉が選択された。

認知症の人への医療・介護を含む統合的な生活の支援



資料：平成23年度老人保健健康増進等事業「認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会報告書」（2012年3月）

認知症ケアに携わる多職種協働研修の推進
―「認知症ライフサポートモデル」の実現のために―

＜認知症ケアの課題＞

○認知症ケアに関わる専門職間で共通理解が図られていない。

①専門職ごとに「認知症の人」の捉え方が違う
②つながりのないバラバラなケア
③ケアの目標が異なる
④課題解決できないと、本人の居場所を移してしまう
⑤自分の専門領域の情報だけで対応する

＜認知症の人を支えていくために必要なこと＞

○本人のニーズを多面的に捉える
○専門職間の目標を共有する
○専門職相互の役割や機能を理解する
ということを意識し大切にしながら、
①自己決定を支えていくこと
②自らの力を最大限に使って暮らすことを支えること
③住み慣れた地域で継続性のある暮らしを支えていくこと
を今後目指していくことが必要。

多　職　種　協　働　が　重　要

【そのために必要な具体的取り組み】
・多職種協働のための基盤づくり
・身近な地域でのチームづくり
が欠かせないため、これらを支援するための「認知症多職種協働研修」を実施する。

資料：平成24年度老人保健健康増進等事業「認知症ライフサポートモデルの具体的な検討と多職種協働の基盤づくりに関する研究事業報告書」（2013年3月）に基づき認知症・虐待防止対策推進室が作成

オ5－②

認知症にかかる普及・啓発活動

認知症サポーター

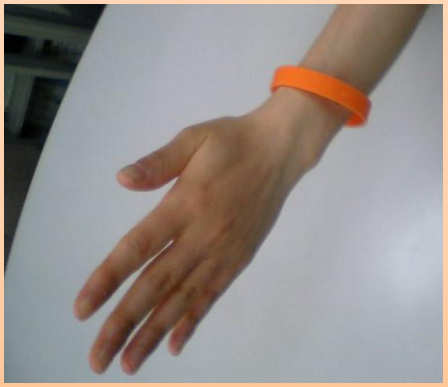
目的：**認知症に関する正しい知識と理解を持ち、**地域や職域で認知症の人や家族に対して**出来る範囲での手助けをする人**

メイト・サポーター合計（H25.3.31 現在）

4，126，551人

・認知症サポーター養成講座（90分）
4，041，589人（自治会、老人クラブ、金融機関、スーパーマーケット、小中高等学校、教員等）

・キャラバンメイト養成研修（6時間）
84，962人（認知症サポーター養成講座の講師役）



2012年　400万人　→　目標(2017年)　600万人

オ5－③

市民後見推進事業
－横手市の取組（例）－

1　取組内容

平成23年

10月　　地域支えあいネットワーク市民集会（講演「市民後見人制度の未来」）
「市民後見人養成講座（基礎編）」開催　全4回（受講者57名中修了者37名）
「市民後見定期相談会」開催　全3回

11月～　「市民後見事例検討会」開催　全3回

平成24年

3月　　「市民後見サポートシステム構築委員会」設置（4月～7回開催）

7月～　「市民後見人養成研修（基礎研修）」開催　全4回　（受講者37名中修了者27名）

9月～　「市民後見定期相談会」開催　3回

10月～　「市民後見人養成研修（実践研修）」開催　全6回　受講者18名中修了者12名

12月～　「市民後見事例検討会」開催　全2回　参加者延41名

平成25年

2月　　市民講座（講演「横手市の市民後見の取組」）

4月　　横手市成年後見支援センター設置（直営）

2　横手市成年後見支援センターの概要

（1）組織体制

【運営委員会】・センターの運営方針、活動状況、課題等の検討　・市民後見人候補者の選定、家庭裁判所への推薦
・困難事例の対応方針検討

【構成員】 弁護士、司法書士、社会福祉士、精神保健福祉士、民生児童委員、社会福祉行議会等

【会議】 定例的に年2回程度開催するほか、養成研修修了者の名簿登録時、家庭裁判所からの市民後見人推薦依頼時、困難事例発生時に随時開催する。

（2）事業内容

【役割】・市民後見関係　・・・　市長申立事務、養成研修の企画・実施、登録名簿の管理、市民後見人の活動支援・指導管理、広報
・成年後見関係　・・・　市長申立事務、市民相談、申立支援、広報
・運営検討委員会関係　・・・　運営検討委員会の運営・管理

【構成員】 センター長（1名）、社会福祉士等の専門職員・事務職員（3名）

オ6

若年性認知症施策について

現状 （若年性認知症者数について）

○全国における若年性認知症者数は**3．78万人と推計**
○18－64歳人口における人口10万人当たり若年性認知症者数は、47．6人
○基礎疾患としては、脳血管性認知症（39．8%）、アルツハイマー病（25．4%）、頭部外傷後遺症（7．7%）、前頭側頭葉変性症（3．7%）、アルコール性認知症（3．5%）、レビー小体型認知症（3．0%）の順であった。

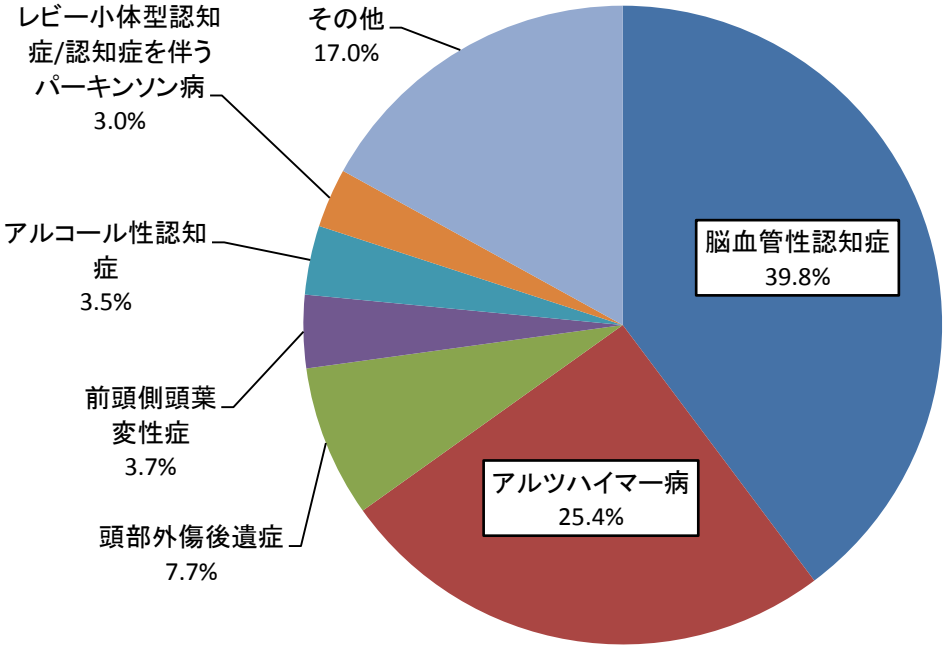
※調査対象及び方法

熊本県、愛媛県、富山県、群馬県、茨城県の全域における認知症の者が利用する可能性がある全ての保健・医療・福祉関係施設・機関に対し、若年性認知症（発症年齢と調査時点の年齢がいずれも65 歳未満の者と定義）アンケート調査を実施。また横浜市港北区と徳島市においても類似の方法で調査を実施。

（表）年齢階層別若年性認知症有病率（推計）

年齢	人口10万人当たり有病率(人)			推定患者数（万人）
	男	女	総数	
18-19	1.6	0.0	0.8	0.002
20-24	7.8	2.2	5.1	0.037
25-29	8.3	3.1	5.8	0.045
30-34	9.2	2.5	5.9	0.055
35-39	11.3	6.5	8.9	0.084
40-44	18.5	11.2	14.8	0.122
45-49	33.6	20.6	27.1	0.209
50-54	68.1	34.9	51.7	0.416
55-59	144.5	85.2	115.1	1.201
60-64	222.1	155.2	189.3	1.604
18-64	57.8	36.7	47.6	3.775

(図)若年性認知症の基礎疾患の内訳



出典：厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）による「若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究」（平成21年3月）

若年性認知症の特徴

＜認知症高齢者との違い＞

- 発症年齢が若い
- 男性に多い
- 初発症状が認知症特有でなく、診断しにくい
- 異常であることには気がつくが、受診が遅れる
- 経済的な問題が大きい
- 主介護者が配偶者に集中する
- 本人や配偶者の親などの介護が重なり、時に複数介護となる
- 家庭内での課題が多い
（就労、子供の教育・結婚等）

＜認知症高齢者の電話相談と比較した際の特徴＞

- 若年性認知症及び若年性認知症疑いの方からの相談では男性が多い。
（H24年度・・・61.0%）
＊認知症高齢者からの相談では男性は31.5%
- 本人からの相談が多い。（H24年度・・・40.0%）
＊認知症高齢者からの相談では本人からは0.9%
- 社会資源や就労に関する情報提供や経済的な問題に関する相談が多い。（別紙「相談件数の内訳」を参照）

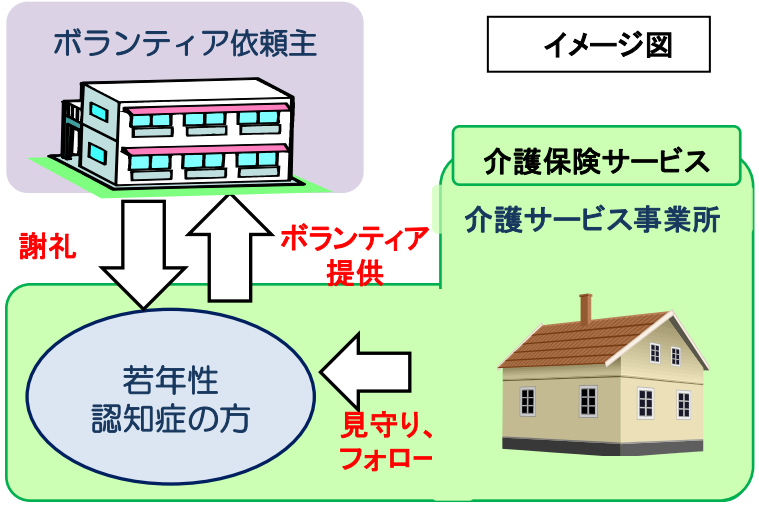
（※「＊」の認知症高齢者の電話相談における割合については：
「日本認知症ケア学会誌　2010」を引用。）

「若年性認知症施策の推進について」（平成２３年４月１５日付け事務連絡）の概要

ボランティア活動の謝礼を受け取れる例

以下の要件を満たす場合ボランティア活動の謝礼を受領しても差し支えないと判断される

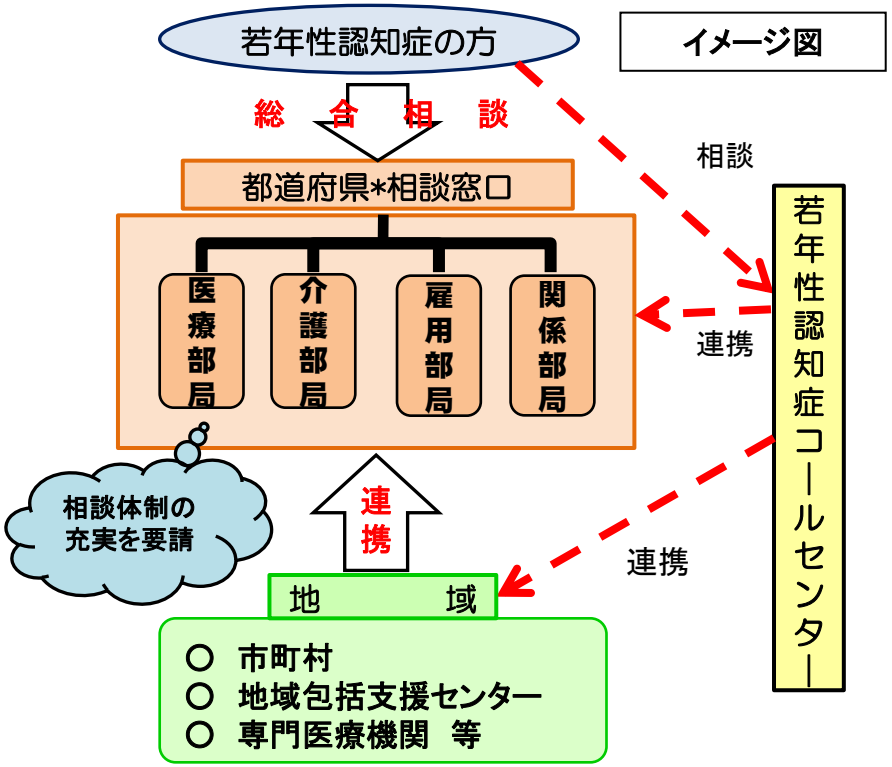
- ○ ボランティアの謝礼が労働基準法に規定する賃金に該当しない
- ○ 介護サービス事業所は、若年性認知症の方がボランティア活動を遂行するための見守りやフォローなどを行う
  （注） ボランティア活動の謝礼を、介護サービス事業所が受領することは介護報酬との関係において適切でない



若年性認知症の方に対応する都道府県相談体制の充実について

若年性認知症の方への支援は、医療、介護、福祉のみならず就労支援など多岐にわたることから、行政組織の相談対応窓口が複数にまたがり、一貫とした対応が困難。

→各都道府県における相談体制のワンストップ化を図る



地域における若年性認知症の方に対する支援体制の立ち上げについて

平成22年度補正予算「地域支え合い体制づくり事業」などの活用により、介護サービスとは別に若年性認知症の方向けのアクティビティを行うNPO法人や、若年性認知症の方やその家族の交流会など地域の実情に応じた支援体制の立ち上げを図っていただくよう周知

オ6－①

若年性認知症ハンドブック

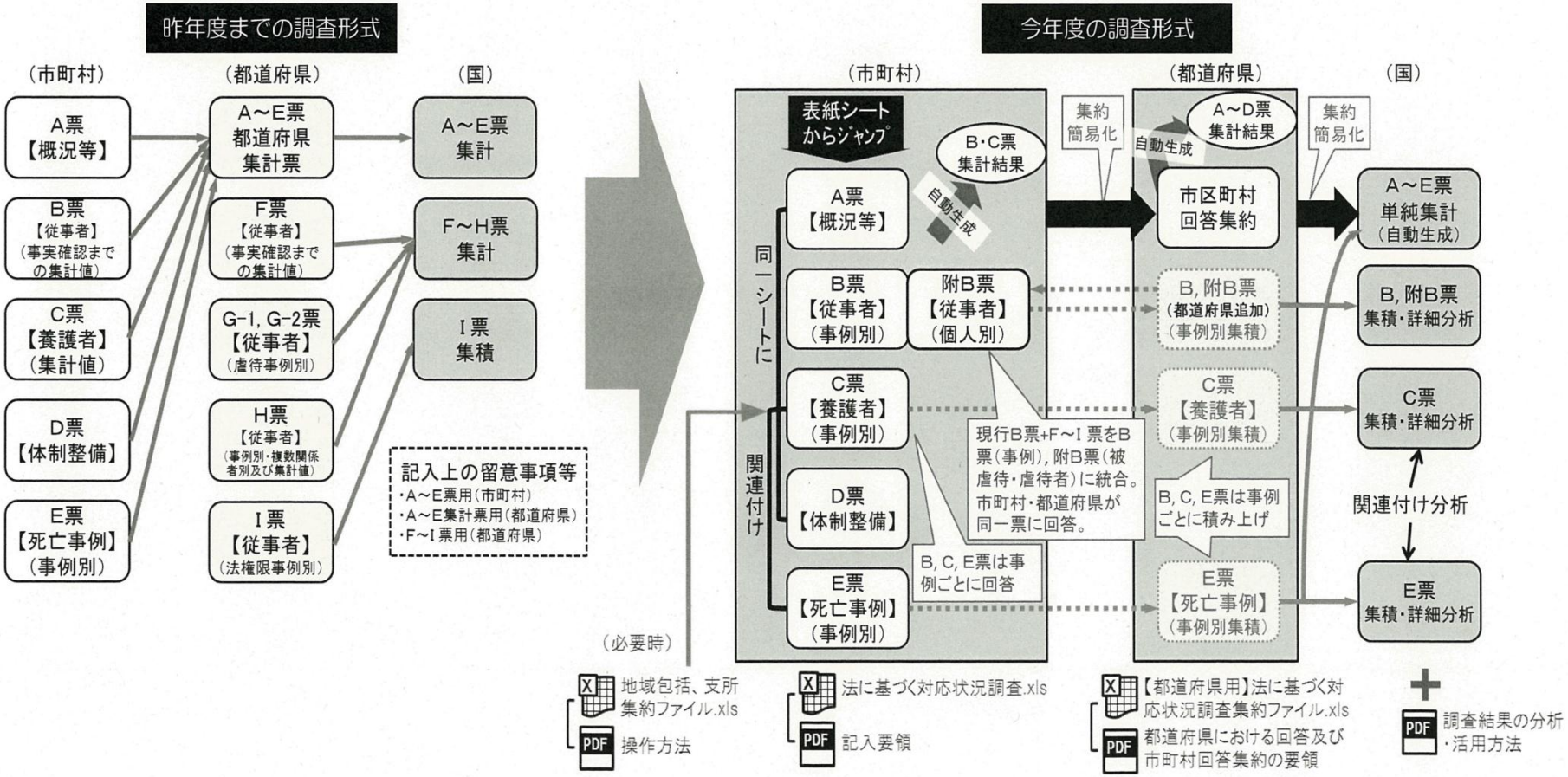
若年性認知症と診断された
本人と家族が知っておきたいこと

Ⅴ．高齢者虐待調査の資料

「平成24年度高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査」（平成25年度実施）の概要

○調査形式の主な変更点

- 虐待（疑い）事例への対応状況（B 票・C 票。B 票は附票を含む）について、対応事例ごと（個人ごと）の状況を回答するようにし、複数項目間の関係等、より正確かつ複雑な分析を行えるデータが得られるようにした。
- 昨年度までの調査における回答（市町村ごとの集計値）は、今年度調査の調査票へ回答を終えることで、図表として自動的に生成されるようにした。
- 上記と同様に、都道府県ごとの集計値についても、管内市町村の回答を集約することで、図表として自動的に生成されるようにした。
- 都道府県における養介護施設従事者等による虐待（疑い）事例への対応状況（昨年度のＦ～Ｉ票）は、市町村回答票（B 票及び附票）に一元化した。
- 調査票の種類や形式を整理し，市町村→都道府県→国間のデータ集約の手順を極力簡易化した。
- 記入要領等の回答手順を示した文書を整備した。また、調査結果の分析・活用方法を示した文書、市町村内の回答集約用の補助ファイルを用意した。



「平成24年度高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査」（平成25年度実施）における前回調査からの主な変更点

1．調査票の構成及び回答方法の主な変更点

新（今回調査）	旧（前回調査）
1）市町村回答票の調査票名：「法に基づく対応状況調査」	1）市町村回答票の調査票名：「A票～E票市区町村回答用」
2）虐待（疑い）事例への対応状況（B票・C票。B票は附票を含む）について、対応事例ごと（個人ごと）の状況を回答。	2）市町村回答票（B票・C票）において、虐待（疑い）事例への対応状況について、市町村ごとの集計値を回答。
3）「表紙」ワークシートを設け、同シートに回答フロー図を提示。回答票ごとにワークシートを分け、「表紙」シートの回答フローに従って、必要な回答票へジャンプして回答。回答終了後「表紙」シートで回答状況を確認。	3）1つのワークシート上に、市町村回答票（A票～E票）をすべて提示。
4）養介護施設従事者等による高齢者虐待（疑い）事例への対応状況は、市町村回答票（B票及び附票）に一元化。事実確認後の対応、及び都道府県で直接通報等を受理した事例への対応状況を含め、当該事例が生じた市町村の回答票へ回答（対応を行った、もしくは情報を集約している市町村もしくは都道府県が回答）。併せて、都道府県回答票（F票～I票）は廃止。	4）養介護施設従事者等による高齢者虐待（疑い）事例への対応状況について、市町村回答票（B票）で通報受理～事実確認調査までの状況を回答。事実確認後の対応、及び都道府県で直接通報等を受理した事例への対応状況は都道府県票（F票～I票）において都道府県が回答。
5）「都道府県集計報告用」ファイルを、「【都道府県用】法に基づく対応状況調査集約ファイル」へ変更。同ファイルにおいて市町村回答票を取り込み、市町村ごとの集計値をリスト化するとともに、個別事例ごとの回答データを集積。	5）市町村回答票（A票～E票）を都道府県において「都道府県集計報告用」ファイルに取り込み、市町村ごとの集計値をリスト化。
6）事例（個人）ごとの対応状況としての整合性、及び本調査の対象事例への該当の有無を確認するためのエラーチェック。	6）集計値としての整合性を確認するためのエラーチェック。

2．今回調査で追加された機能・補助ファイル等

1）「法に基づく対応状況調査」への回答終了後、「【都道府県用】法に基づく対応状況調査集約ファイル」における集約作業後、国による調査結果公表に準じた（予定）集計図表（市町村及び都道府県ごとの集計結果）が、各ファイル内に自動的に生成されるようにした。

2）市町村において、養護者による高齢者虐待（疑い）事例への対応状況（C票）に関する回答を行う場合に、支所・地域包括支援センター等において分担して回答した後、市町村本庁において分担回答を集約するための補助ファイル「地域包括、支所集約ファイル」を用意した。

3）回答・集約・操作方法の詳細をまとめた文書「記入要領」（法に基づく対応状況調査）、「都道府県における回答及び市町村回答集約の要領」（【都道府県用】法に基づく対応状況調査集約ファイル）、及び「操作方法」（地域包括、支所集約ファイル）を用意した。

4）回答結果の集計・分析方法、入力した回答データや分析結果の活用方法等を整理した、「調査結果の分析・活用方法」を用意した。

３．市町村回答票の各票における主な変更点（主な加除項目）　＊問番号は今回調査のもの。

１）Ａ票（市町村の概況・担当窓口等）

問番号	新（今回調査）	旧（前回調査）
１－１）	市町村名に加え、市町村コードを回答	市町村名
１－４）	地域包括支援センターの運営状況を「直営」「委託」ごとの設置数で回答	「直営のみ」「委託のみ」「直営と委託の両方」より選択

２）Ｂ票（附票含む。養介護施設従事者等による高齢者虐待）

問番号	新（今回調査）	旧（前回調査）
全体	市町村票に一元化。事例ごとに、発生した市町村の回答票へ回答。附票（附Ｂ票）を別シートに設け、虐待事例については被虐待者・虐待者ごとの属性等も回答。	市町村票、都道府県票でそれぞれ回答。通報受理～事実確認までは集計値を、虐待事例は事例ごとの状況を回答。
全体	相談・通報受理日、事実確認調査の開始日等の、各対応の実施日	なし
全体	平成２４年１０月１日分より、調査対象となる「高齢者」を６５歳以上者と６５歳未満の養介護施設・事業利用の障害者とする（障害者虐待防止法施行による）。	６５歳以上（推測含む）
問１	対応時期、通報受理自治体　＊都道府県の直接受理事例についても回答　＊通報受理・事実確認が前年度及びそれ以前の場合も回答必須	相談・通報受理件数　＊都道府県の直接受理事例についてはＦ票該当箇所
問２	選択肢ｅ：医療機関従事者（医師含む）	選択肢ｅ：医師
問３	市町村における事実確認調査状況（市町村が回答）とし、施設等種別は削除	事実確認調査状況
問４	都道府県への報告状況（市町村が回答）	問５：都道府県への通報状況
問５	都道府県における事実確認調査状況（都道府県が回答）	都道府県票（Ｆ票・Ｇ票）該当部分
問６	虐待事例の概要　＊サービス種別以外に、虐待事実の確認日、虐待の発生要因（記述回答）、当該施設等に対する過去の指導等（記述回答）、被虐待者・虐待者の特定状況に関する質問を追加	都道府県票（Ｇ票）該当部分
問７～問１１	問７：老人福祉法、介護保険法上の権限行使以外の対応、問８：介護保険法の規定に基づく権限の行使、問９：老人福祉法の規定に基づく権限の行使、問１０：市町村・都道府県の対応に対して当該養介護施設等において行われた措置、問１１：老人福祉法、介護保険法に基づく措置を行った事案の具体的内容	都道府県票（Ｇ票・Ｉ票）該当部分
附票（附Ｂ票）	附１：事例ごとの被虐待者・虐待者数、附２：被虐待高齢者の属性、附３：虐待の種別・類型、附４：虐待を行った養介護施設等の従事者の属性 ＊認知症高齢者の日常生活自立度、虐待に該当する身体拘束の有無、虐待の具体的内容（記述回答）、虐待の深刻度、被虐待者の死亡の有無、従事者の性別に関する質問追加	都道府県票（Ｈ票）該当部分

3）C票（養護者による高齢者虐待）

<table>
<tr><th>問番号</th><th colspan="3">新（今回調査）</th><th>旧（前回調査）</th></tr>
<tr><td>全体</td><td colspan="3">基本的に、虐待を受けた（疑い含む）高齢者ひとりずつについて、１行ごと回答。</td><td>市町村ごとの集計値を回答。</td></tr>
<tr><td>全体</td><td colspan="3">相談・通報受理日、事実確認調査の開始日等の、各対応の実施日（＊任意）</td><td>なし</td></tr>
<tr><td>要確認事項</td><td colspan="3">同一家庭における複数の被虐待者の存在、対応時期</td><td>なし</td></tr>
<tr><td>問１</td><td>相談通報受理日</td><td rowspan="5">＊同一家庭に複数の被虐待者がいる場合、被虐待者２人目以降は問１～問４は回答不要</td><td rowspan="6">＊通報受理・事実確認が前年度及びそれ以前の場合も回答必須</td><td>相談・通報受理件数</td></tr>
<tr><td>問２</td><td>選択肢ａ：介護支援専門員、ｂ：介護保険事業所職員
選択肢ｃ：医療機関従事者</td><td>選択肢ａ：介護支援専門員・介護保険事業所職員
選択肢なし</td></tr>
<tr><td>問３</td><td>高齢者ごとに回答するため質問の構成を変更</td><td>質問内容自体は［新］と同</td></tr>
<tr><td>問４</td><td>調査の結果のほか、虐待事実の確認日、被虐待者・虐待者の人数、虐待の発生要因（記述回答　＊任意）を追加</td><td>調査の結果のみ回答</td></tr>
<tr><td>問５</td><td>虐待の種別・類型のほか、具体的な虐待の内容（記述回答　＊任意）、虐待の深刻度に関する質問を追加</td><td>虐待の種別・類型のみ回答</td></tr>
<tr><td>問６</td><td>虐待者との同居・別居のうち「同居」が虐待者とのみか否かで選択肢を二分
世帯構成を「家族形態」とし、選択肢を変更
虐待者の属性は個人ごとに３人まで回答、年齢（１０歳刻み）に関する質問追加</td><td>虐待者との同居・別居について「同居」「別居」から選択
世帯構成
虐待者の属性は続柄のみ集計値を回答</td></tr>
<tr><td>問７</td><td colspan="3">被虐待者ごとに回答するため選択肢及び回答方法を調整</td><td>質問内容自体は［新］と同</td></tr>
<tr><td>問８</td><td colspan="3">調査対象年度末日での状況（＊記述回答は任意）</td><td>なし</td></tr>
<tr><td>問９</td><td colspan="3">養護者の虐待等による死亡事例への該当</td><td>なし</td></tr>
</table>

4）D票（対応のための体制整備）

回答シートの場所をA票と同一とした以外は変更なし。

5）E票（虐待等による死亡事例）

C票との関連を尋ねる項目を冒頭に移動し、C票記載事例の場合はC票上の整理番号を回答するようにした以外は大きな変更なし（一部選択肢のみ調整）。

＊上記以外の細かな変更点や、具体的な回答方法、回答条件等については「記入要領」に記載したため、回答にあたっては十分確認されたい。

＊都道府県においては、市町村回答票の集約、及び養介護施設従事者等による高齢者虐待に関する回答の方法について、別途要領（都道府県における回答及び市町村回答集約の方法）を整理しているので、確認されたい。また、市町村との照会にあたっては、都道府県においても「記入要領」を十分確認されたい。

オ３－③

Ⅵ．認知症の地域連携クリティカルパスについて
（障害保健福祉部　精神・障害保健課）

※資料提供　国立精神･神経医療研究センター伊藤弘人部長

認知症地域連携パス
「（案）オレンジ手帳」

この手帳は、認知症患者様の検査や症状の経過、服薬状況、受診予定等の情報を、患者様やご家族・かかりつけ医や専門医・介護機関等で情報を共有・連携し円滑な治療や介護行うための「認知症地域連携パス」です。利用者及びご家族の方には、この「（案）オレンジ手帳」を常に携帯しながら、かかりつけ医、専門医療機関、介護サービス機関等を利用していただくことで、各施設間の情報共有や医療機関の病診連携及び介護と医療の連携を可能とします。治療及びケアを提供する側の機関において、有意義な情報として活用され、利用者の方々が、可能な限り早い段階で、確実なサポートを得ることができ、「住み慣れた地域での生活」が安心して維持できることを目標としています。

「オレンジ　手帳」(案)

＿＿＿＿＿＿＿＿＿さまの

地域連携パス

開始日　平成　　年　　月　　日

医療機関を受診する時、介護サービス機関を利用する時は必ずこの手帳を、お出しください。

基本　1

＜同意書＞

各施設間での必要な情報の交換、情報提供とパス適応に同意します。

ご本人　　様

ご家族　　様　（続柄：　　）

TEL（　　）

成年後見人　　様

TEL（　　）

＜かかりつけの医療機関＞

医療機関	連絡先	主治医
	TEL：（　）	
	TEL：（　）	

＜専門医療機関＞

医療機関	連絡先	主治医
	TEL：（　）	
	TEL：（　）	

わたしのプロフィール（1）　（本人・家族）3

記入者：　　（関係：　　）

ふりがな 名　前		(性別) 男・女
生年月日	大正・昭和・平成　年　月　日（　才）	
生活状況	自宅　・　施設　（施設名：　　）	
年金受給状況	□国民年金　□遺族年金　□厚生年金　□共済年金	

≪家族構成≫　□独居　□同居

主介護者名	（　歳）	関係	同居・別居

（ジェノグラム）

□:男性　○:女性　■:死亡　◑:本人　　現在の同居者は○で囲む

≪ご家族や知人、隣人の方など必ず連絡がつく電話番号≫

関係	氏名	連絡のとれる時間帯	電話番号
		□昼間（午前・午後）□夜間　□昼夜	（　）
		□昼間（午前・午後）□夜間　□昼夜	（　）
		□昼間（午前・午後）□夜間　□昼夜	（　）
		□昼間（午前・午後）□夜間　□昼夜	（　）
		□昼間（午前・午後）□夜間　□昼夜	（　）
		□昼間（午前・午後）□夜間　□昼夜	（　）
		□昼間（午前・午後）□夜間　□昼夜	（　）

認知症進行度チェック表　（家族・介護機関用）5

※ 6ヶ月毎に記載の場合

確認する項目		選択肢（あてはまる番号を選びチェック欄に○印）			開始時 年　月 チェック欄
記憶	ここ数ヶ月間の悪化傾向	1. あり	2. なし	3. 不明	1・2・3
	最近の出来事に対して	1. 数分前～数時間前の事も忘れている	2. 数日前のことも忘れている	3. ときどき忘れる	1・2・3
	過去の出来事に対して	1. 古い頃のことも忘れている	2. 数年前のことも忘れている	3. ときどき忘れる	1・2・3
	家族の認識ができない	1. あり	2. たまにある	3. なし	1・2・3
行動	自力歩行	1. できない	2. 一部介助	3. できる	1・2・3
	外出状況	1. 外出なし	2. 家族と一緒なら可能	3. 1人で可能	1・2・3
	金銭管理	1. 全介助	2. 一部介助	3. 不明	1・2・3
	薬の内服	1. 全介助	2. 一部介助	3. できる	1・2・3
食事	食事介助の必要性	1. 全介助	2. 一部介助	3. なし	1・2・3
	1食あたりの食事量	1. 減少傾向	2. 変化なし	3. 食べすぎ傾向	1・2・3
	1日の水分量	1. 減少傾向	2. 変化なし	3. とりすぎ傾向	1・2・3
トイレ	排泄介助の必要性	1. 全介助	2. 一部介助	3. なし	1・2・3
	尿・便失禁	1. あり	2. たまにある	3. なし	1・2・3
	おむつ使用（紙パンツ含）	1. 常時使用	2. 夜間のみ使用	3. なし	1・2・3
風呂	入浴介助の必要性	1. 全介助	2. 一部介助	3. なし	1・2・3
	入浴拒否	1. あり	2. たまにある	3. なし	1・2・3
着脱	介助の必要性	1. 全介助	2. 一部介助	3. なし	1・2・3
	服の前後を間違える	1. あり	2. たまにある	3. なし	1・2・3
	ボタン	1. 全介助	2. 一部介助	3. できる	1・2・3
他の症状の確認		1. 徘徊 4. 日中傾眠	2. 幻覚妄想 5. 興奮	3. 夜間不眠 6. 無関心、意欲低下	1・2・3 4・5・6
		7. 火の不始末	8. 不潔行為	9. 異食行為	7・8・9
介護者の方の印象		1. 表情が良くなり穏やかになった 2. 意欲が出てきた 3. 一度言ったことを繰り返す回数が減った 4. 以前と変わりない			1 2 3 4
				記載者 関係	

提供：田口真源氏（日本精神科病院協会高齢者医療・介護保険委員会委員長）

認知症の地域連携クリティカルパス

http://www.nisseikyo.or.jp/home/about/04hojyokin/2011_1 | 補助金事業2011_1

File Edit View Favorites Tools Help

EndNote Web 3.0 Capture ? Help

社団法人 日本精神科病院協会 JAPANESE ASSOCIATION OF PSYCHIATRIC HOSPITALS

サイトマップ 検索

- 会員病院紹介
  - 都道府県別検索
  - 詳細検索
  - 求人検索
- 医療関係者の方へ
  - 研修会等のご案内
  - 通信教育のご案内
  - 精神医学会
  - 主要研修会予定表
  - 学術教育研修会報告
- 職種認定機構
- 協会について
  - 協会の歴史
  - 組織・定款・倫理綱領
  - 補助金事業
  - 提言・声明・要望
  - 事業報告・事業計画
  - 刊行物
  - 協会諸普頒言
  - 協会へのアクセス
  - リンク集
- 会員病院の方へ
  - 専用ページへログイン
  - ID・パスワードについて

トップページへ

補助金事業トップへ

補助金事業

平成23年度 障害者総合福祉推進事業

日本精神科病院協会では、厚生労働省より平成23年度障害者総合福祉推進事業の補助金の内示を受けましたので、公表いたします。

【事業名】
精神科病院における認知症入院患者の退院支援及び地域連携に関し、被災地支援につながるモデル連携パスの作成に関する調査について

【事業概要】
認知症専門病棟に入院の目的はBPSD改善、中核症状の悪化の対応、薬剤の調整、一般科で対応困難な身体合併症対策などがあるが、その後の認知症患者の生活の質を考えると、入院目的となった症状や問題が解消した後、速やかに在宅や介護施設に移行することが望ましいと思われる。しかし、いわゆる「受け皿」不足や病院と地域、施設との連携の脆弱さにより必ずしも充分には行われなかった。このため、精神科病院、介護施設、事業所等が連携をスムースに行える為に実践的な地域連携パスの作成が必要と考える。
また、平成23年3月11日の東日本大震災では30万人を超える避難所生活者が発生し、認知症患者はその環境の変化により症状を悪化させ、入院が必要となる事例も多く報告されている。このため、被災地での精神科医療機関などの医療資源や介護資源の現状を考慮した地域連携体制が構築できるようなモデルとなる地域連携パスの作成を行う。

〔厚労省ホームページへのリンク〕平成23年度障害者総合福祉推進事業費補助金交付要綱

〔報告書〕

◆一括版

- 報告書（一括）［7.1MB］

◆分割版

- 表紙、目次、Ⅰ．はじめに ［553KB］
- Ⅱ．通常版モデルパス試行結果について ［1.2MB］
- Ⅲ．認知症入院患者の退院支援及び地域連携モデルパス作成支援説明会［2.0MB］
- Ⅳ．地域連携パス「オレンジ手帳」・認知症退院支援クリニカルパスガイドラインについて ［2.5MB］
- Ⅴ．地域連携パス「オレンジ手帳」・認知症退院支援クリニカルパス ［2.3MB］
- Ⅵ．まとめ、資料一覧 ［333KB］

〔ダウンロード〕

◆地域連携パス「オレンジ手帳」

- 地域連携パス「オレンジ手帳」〔モード：通常版、簡略版①、簡略版②〕［1780KB］
- 地域連携パス「オレンジ手帳」ソフトウェア操作説明書 ［826KB］

◆認知症退院支援クリニカルパス

- 認知症退院支援クリニカルパス モデルA ［246KB］
- 認知症退院支援クリニカルパス モデルB ［222KB］
- 認知症退院支援クリニカルパス ソフトウェア操作説明書 ［506KB］

◆急性期認知症入院クリニカルパス

- 急性期認知症入院クリニカルパス ソフト ［297KB］
- 急性期認知症入院クリニカルパス ソフトウェア操作説明書 ［485KB］
- 急性期認知症入院クリニカルパス サブシート〔表紙〕［24KB］
- 急性期認知症入院クリニカルパス サブシート〔医師〕［77KB］
- 急性期認知症入院クリニカルパス サブシート〔看護・介護〕［71KB］
- 急性期認知症入院クリニカルパス サブシート〔管理栄養士〕［56KB］
- 急性期認知症入院クリニカルパス サブシート〔作業療法士〕［89KB］
- 急性期認知症入院クリニカルパス サブシート〔心理技術者〕［52KB］
- 急性期認知症入院クリニカルパス サブシート〔精神保健福祉士〕［87KB］
- 急性期認知症入院クリニカルパス サブシート〔薬剤師〕［66KB］

◆重度認知症デイケア クリニカルパス

- 重度認知症デイケア クリニカルパス ソフト ［362KB］
- 重度認知症デイケア クリニカルパス ソフトウェア操作説明書 ［481KB］

http://www.nisseikyo.or.jp/home/about/04hojyokin/2011_1/01.html

認知症連携パス フロー

私の手帳が発生します

相談先
月　日

包括支援センター

居宅介護支援事業所

市役所 福祉課

かかりつけ医

生活状況・本人の状態などお聞きします

初診～
月　日

専門医の診察

各種検査

物忘れテスト

神経学的所見

血液検査

脳MRI

脳血流検査

診断

治療方針決定
治療の開始

そのまま通院

入院になれば入院パスが（入院は約2ヶ月です）発生します

定期受診
月　日

かかりつけ医の診察

定期的な通常の診察

検査や処方

日常診療

半年～1年
月　日

専門医の診察

治療方針確認
治療の再考

パス1

パス2

パス3

資料提供：山田明美氏（佐久総合病院地域医療連携室）

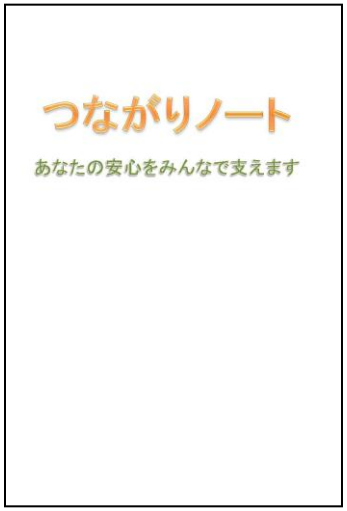
みまもり・つながりノート*
（認知症地域連携クリティカルパス）

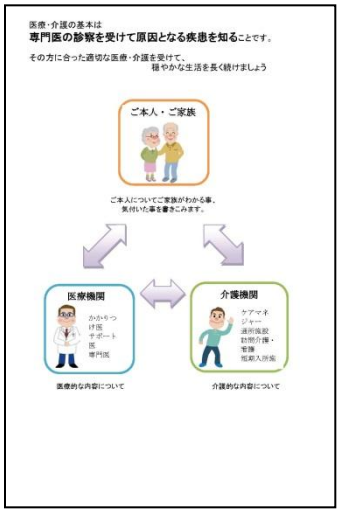
疾患別・重症度別ガイドブック

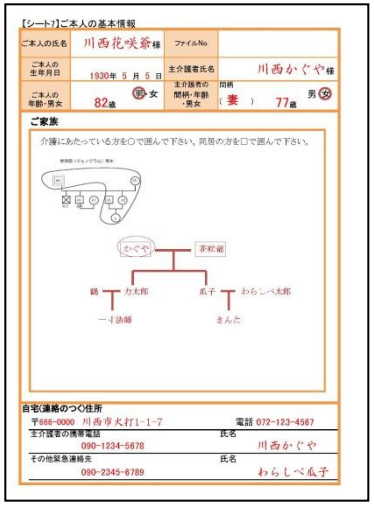
*数井裕光（大阪大学大学院・医学系研究科）

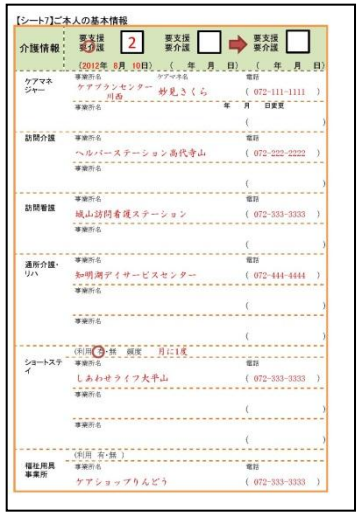
http://handaichiikirenkei.com/index.html

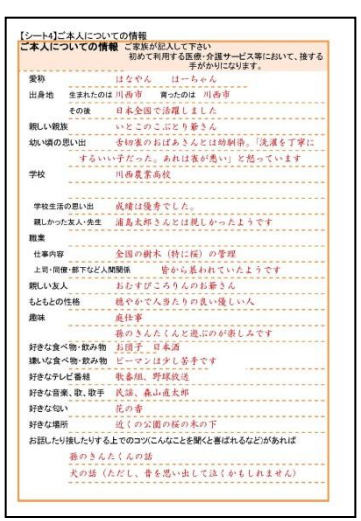
日常在宅診療およびケアに使用する情報共有ノート（認知症）*

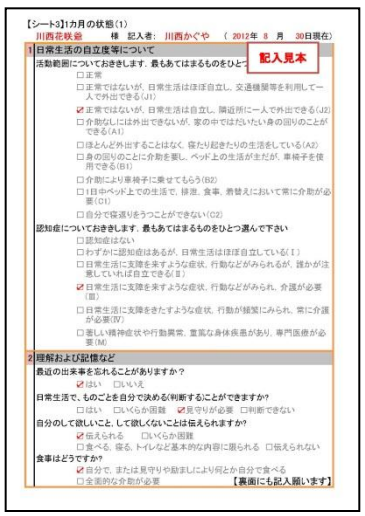


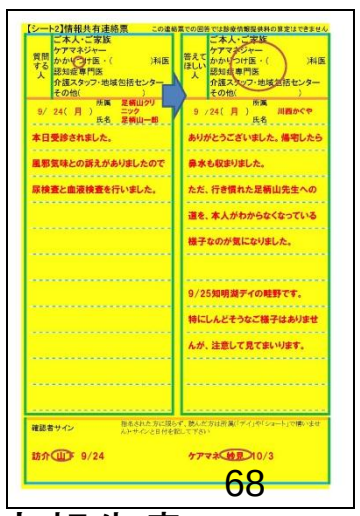












*数井裕光分担研究報告書、2013.

参考資料５

認知症の理解と受診促進事業「こころとからだの健康調査（第一次調査）」の概要

１　目的
「認知症チェックシート（仮称）」作成のためのデータ及び都における今後の認知症施策推進の基礎データを得ることを目的とする。

２　調査対象地域
町田市の一部地域

３　調査対象者
調査対象地域在住の平成 25 年３月 31 日時点で 65 歳以上の方、５，１９９人

４　調査方法
調査対象者に東京都から鑑文・調査概要・調査票を送付、１週間後より訪問調査員が回収を行う訪問留置法。なお、多忙等の理由により訪問調査員の訪問が難しい方については、郵送返送も可能とした。

５　調査スケジュール

５月２１日（火曜日）	調査対象地域の自治会に回覧依頼開始
６月１７日（月曜日）	東京都より調査票等発送
６月２４日（月曜日）	訪問調査員による調査票回収開始
７月２６日（金曜日）	訪問調査員による調査票回収修了 郵送返送希望者返送期限

６　有効回収率
８９．４％

７　二次調査について(案)
- 平成 25 年 10 月から 12 月にかけて、ペアの調査員（うち１名は保健師または看護師の医療職）が調査対象者宅を訪問し、認知機能・生活機能を評価する調査を実施する。
- 調査対象者は約３，０００名を予定。

参考資料6

２５福保高在第１３５号
平成２５年６月１７日

町田市にお住まいの皆様へ

東京都福祉保健局長
川　澄　　俊　文

東京都による「こころとからだの健康調査」の実施について

日頃から、東京都の福祉保健行政にご理解とご協力をたまわり、誠にありがとうございます。

東京都の高齢化率は、平成24年9月15日（敬老の日）時点で21.3%に達し、平成32年には24%に達する見込みであり、約4人に1人が高齢者になると想定されています。

そのため、このたび町田市のご協力を得まして、東京都の高齢者施策をより一層推進していくために必要な調査を行うことになり、誠に勝手ながら、あなた様に同封の調査票を送らせていただきました。

この調査は、在宅で生活されている方の心身の状況を把握することを目的としており、調査結果は、認知症の予防、治療、介護など、今後の認知症施策の充実のために活用いたします。

なお、ご回答いただいた内容の情報管理は厳重に行い、上記の目的以外には利用しません。

ご多忙の中、お手数をおかけして申し訳ありませんが、重要な調査ですので、皆様のご協力をよろしくお願いいたします。

今回郵送させていただきました調査票は、6月24日（月曜日）以降に、東京都が認定した調査員が回収に伺いますので、ご記入いただき、調査員の訪問をお待ちください。（詳細については、別紙をご覧ください。）

〈調査に関するお問合せ先〉
東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課
「こころとからだの健康調査」担当
〒163-8001　新宿区西新宿二丁目８番１号
電話　０３－５３２１－１１１１（代表）　内線　３３－５５９、５６０
問い合わせ時間　月曜～金曜（平日）午前９時～午後５時３０分

協力：町田市いきいき健康部高齢者福祉課、東京都健康長寿医療センター研究所

別　紙

「こころとからだの健康調査」について

ご回答をよろしくお願いいたします。

6月24日（月曜日）以降に、調査員が
回収に伺います。

【調査対象者】

町田市真光寺地域、能ヶ谷地域、広袴地域、木曽東地域（一部地域を除く。）にお住まいで、平成25年3月31日時点で65歳以上の方、約5,200人。

【調査票回収期間】

平成25年6月24日（月曜日）から同年7月26日（金曜日）まで（予定）

【調査方法】

今回郵送させていただきました調査票は、6月24日（月曜日）以降に、東京都が認定した調査員が回収に伺いますので、ご記入いただき、調査員の訪問をお待ちください。

訪問してご不在だった場合には、次回訪問予定日時を記載した連絡票をポスト等に入れさせていただきます。次回訪問予定日時もご都合が悪い場合には、東京都までご連絡をお願いいたします。

→ 裏面もご覧ください。

【調査員】

訪問させていただく調査員は、守秘義務が課されていますので、調査上知り得た個人情報を他に漏らすことは致しません。また、調査員は、東京都が発行している「訪問調査員証」（以下見本参照）を持ち、調査票回収の際にお示しいたしますので、必ずご確認いただきますようお願いいたします。

〈訪問調査員証見本〉

訪問調査員証

氏名　○○　○○

上記の者は、東京都が行う「こころとからだの健康調査」の訪問調査員であることを証明する。

写真

平成２５年６月○○日
東京都福祉保健局長
川　澄　　俊　文　　印

【調査結果の活用】

調査結果は、報告書として発行するとともに、各区市町村、行政関係者等にも配布します。また、東京都のホームページ上にも掲載する予定です。

なお、回答はすべて個人のお名前と切り離して統計的に処理いたしますので、個人の回答内容が外部に漏れたり、個人が特定されることはありません。

【町田市への情報提供】

ご回答いただいた内容については、町田市の高齢者福祉行政に役立てるため、町田市に提供させていただきます。

【二次調査の実施について】

一次調査の対象者の中から無作為に選ばせていただき、調査員が訪問して、聞き取り調査を行います。時期は１０月から１１月を予定しています。二次調査の対象となった方には、別途お知らせいたします。

秘

総務省届出済

調	査	番	号

こころとからだの健康調査　調査票

平成２５年６月
東京都 福祉保健局 高齢社会対策部 在宅支援課
（協力）町田市 いきいき健康部 高齢者福祉課
東京都健康長寿医療センター研究所

【ご記入にあたってのお願い】

◆調査票には宛名の方**ご本人様**がお答えください。
ご本人様が回答することができても、ご自分で記入されることが困難な場合は、**ご本人様が回答された内容を代筆していただいてもかまいません。**
代筆の場合、質問文中の「あなた」は「宛名の方ご本人」と読み替えてご記入ください。ご本人様の意思による回答がむずかしい場合はご回答いただく必要はございません。

◆調査票の回答にかかる時間は、２０分程度です。

◆ご質問の中には、答えられない、または答えたくない内容のものがあるかもしれませんが、そういった質問には**無理にご回答いただく必要はございません。**
ご回答いただけなかった場合でも、皆様が何らかの不利益を受けることは決してございませんのでご安心ください。

◆**ご回答はすべて個人のお名前と切り離して統計的に処理いたします**ので、個人の回答内容が外部に漏れたり、回答した個人が特定されることはありません。

◆ご不明な点などございましたら、下記までお問い合わせください。

【お問合せ先】
東京都　福祉保健局　高齢社会対策部　在宅支援課
「こころとからだの健康調査」担当
電話：０３－５３２１－１１１１（代表）　内線３３－５５９、３３－５６０
お問い合わせの時間　月曜～金曜（平日）　午前９時００分～午後５時３０分

→　中を開いて、次のページへお進みください。

あなたの現在の状況について、お伺いします。

あなた（宛名の方）の**性別、年齢**をご記入ください。

性別	１．男性 ２．女性	年齢	歳

問１　調査票を記入されるのはどなたですか。あてはまる番号１つに○をつけて下さい。

１．　宛名のご本人が記入
２．　ご家族などが記入 →宛名のご本人からみた続柄（　　）
３．　その他（　　）

問２　あなたの現在のお住まいはどこですか。あてはまる番号１つに○をつけて下さい。

１．自宅（アパート、マンション、宿舎を含みます。）	２．入院中 ３．特養ホームや介護施設など ４．その他 （　　）

↓ 問３以降の設問にお答えください。

↓ **この調査は終わりです。**
そのまま調査員にお渡しください。

問３　あなたが現在お住まいの住宅は、次のどれにあたりますか。あてはまる番号１つに○をつけてください。

１．持ち家（一戸建て）	２．持ち家（マンションなどの集合住宅）	３．民間賃貸住宅（マンション・アパートなどの集合住宅）
４．都・市の公営賃貸住宅	５．都市再生機構（旧公団）・公社などの賃貸住宅	６．民間賃貸住宅（一戸建て）
７．高齢者向け住宅など（※）	８．その他（　　）	

※高齢者向け住宅など…シルバーピア、サービス付き高齢者専用賃貸住宅、有料老人ホーム、ケアハウスなど

問４　現在、同居されているご家族はいますか。あてはまる番号１つに○をつけてください。

１．ひとりで住んでいる。 →	問５にお進みください。
２．家族と住んでいる。	

→**問４－１**　問４で「２.家族と住んでいる」と答えた方にお伺いします。現在、同居されているご家族はあなたを含めて何人ですか。

（　　人）

→**問４－２**　現在同居されているご家族について、あてはまる番号全てに○をつけてください。

１．配偶者（６５歳以上）	２．配偶者（６４歳以下）
３．子ども	４．子どもの配偶者
５．兄弟・姉妹	６．父母
７．その他（　　）	

→　次のページへお進みください。

問５　同居している家族以外に、近く（１時間以内で行き来できる場所）にお住まいの親族はいますか。あてはまる番号全てに○をつけてください。

１．市内	２．近隣市区
３．近くにはいない	

問６　あなたの婚姻状況について、あてはまる番号１つに○をつけてください。

１．現在、配偶者がいる。
２．死別または離婚して、現在独身である。
３．未婚である。
４．その他（　　）

問７　あなたは、合計して何年間学校に通われましたか。年数をご記入ください。

学校に通った合計年数	（＿＿＿＿＿＿）年間

参考（次のかっこの中の年数を目安にしてください。）

尋常小学校・新制小学校卒業（６年）	高等小学校卒業（８年）
新制中学校卒業（９年）	旧制中学校卒業（１１年）
新制高等学校卒業（１２年）	四年生大学卒業（１６年）

問８　現在、あなたは、仕事（パート・アルバイト、家業の手伝いを含む。）をしていますか。もっともあてはまる番号１つに○をつけてください。

１．週に３５時間以上働いている。
２．短時間（週３５時間未満）、または不定期に働いている。
３．仕事はしていない、または退職した。

おからだの健康について、お伺いします。

問９　あなた（宛名の方）のおおよその身長と体重をご記入ください。

身長 [　　] cm　　体重 [　　] kg

問１０　あなたの現在の健康状態はいかがですか。あてはまる番号１つに○をつけてください。

1	2	3	4	5
よい	まあよい	ふつう	あまり よくない	よくない

問１１　あなたには、かかりつけの医者がいますか。あてはまる番号１つに○をつけてください。

1	2	3	4
近くにいる	近くではないが、いる	いないが、必要と思っている	必要ではない

問１２　以下の病気のうち、あなたが**これまでに治療したことのある病気**はどれですか。あてはまる番号**全てに**○をつけてください。
いずれも治療したことがない場合は、「19. いずれも治療したことがない」に○をつけてください。

1. 高血圧	2. 脳卒中（脳出血・脳梗塞など）	3. 心臓病	4. 糖尿病
5. 高脂血症	6. 呼吸器の病気（肺炎や気管支炎など）	7. 胃腸・肝臓・胆のうの病気	8. 腎臓・前立腺の病気
9. 筋骨格の病気（骨粗しょう症、関節症など）	10. 外傷（転倒・骨折など）	11. がん（悪性新生物）	12. 血液・免疫の病気
13. うつ病	14. 認知症（ｱﾙﾂﾊｲﾏｰ病など）	15. ﾊﾟｰｷﾝｿﾝ病	16. 目の病気
17. 耳の病気	18. そのほか（　　）		19. いずれも治療したことがない

→　次のページへお進みください。

問１３　あなたは、過去１か月間に、**身体の痛み**をどのくらい感じましたか。
もっとも痛みの強かった場所を思い出して、お答えください。あてはまる番号１つに○をつけてください。

1	2	3	4	5	6
全然なかった	かすかな痛み	軽い痛み	中くらいの痛み	強い痛み	非常に激しい痛み

問１４　あなたの現在の体力についてお伺いします。それぞれの質問に「はい」か「いいえ」でお答えください。（実際に行っていなくても、できそうだと思われる場合は「はい」に○をつけてください。）

1）	階段をあがったり、おりたりできる。	1．はい	2．いいえ
2）	階段をあがる時に息切れしない。	1．はい	2．いいえ
3）	跳びあがることができる。	1．はい	2．いいえ
4）	走ることができる。	1．はい	2．いいえ
5）	歩いている他人を早足で追い越すことができる。	1．はい	2．いいえ
6）	30 分間以上歩き続けることができる。	1．はい	2．いいえ
7）	水がいっぱい入ったバケツを持ち運びできる。	1．はい	2．いいえ
8）	米の袋 10kg を持ちあげることができる。	1．はい	2．いいえ
9）	倒れた自転車を起こすことができる。	1．はい	2．いいえ
10）	ジャムなどの広口びんのふたを開けることができる。	1．はい	2．いいえ
11）	立った位置から膝を曲げずに手が床に届く。	1．はい	2．いいえ
12）	靴下、ズボン、スカートを立ったまま、支えなしにはける。	1．はい	2．いいえ
13）	椅子から立ちあがるとき、手の支えなしで立ちあがれる。	1．はい	2．いいえ
14）	ものにつかまらないで、爪先立ちができる。	1．はい	2．いいえ

もの忘れや普段の生活のご様子について、お伺いします。

問１５　あなた（宛名の方）の**もの忘れに関する事がらや普段の生活のご様子**についてもっとも近い番号１つに○をつけてください。

1）	財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ
2）	5 分前に聞いた話を思いだせないことがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ
3）	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などのもの忘れがあると言われますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ
4）	今日が何月何日かわからないときがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ
5）	言おうとしている言葉が、すぐに出てこないことがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ
6）	会話しているときに、話のすじがわからなくなることがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ
7）	一つの用事をしている間に他の用事を忘れることがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ
8）	注意力や集中力が落ちていると感じますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ
9）	意欲がわかず、新しいことに興味が持てないことがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ
10)	最近のニュースや出来事を思い出して人に伝えられますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. できない

→　次のページへお進みください。

11)	初めての場所で地図を見て、目的地へ行くことができますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. できない
12)	電気やガスや水道が止まってしまったときに、自分で適切に対処できますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. できない
13)	一週間の予定を立てることができますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. できない
14)	貯金の出し入れや、家賃や公共料金の支払いは一人でできますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. できない
15)	ＡＴＭ（郵便局や銀行などにあるお金をおろしたり、預けたりする機械）を一人で使うことができますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. できない
16)	一人で買い物に行けますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. できない
17)	バスや電車、自家用車などを使って一人で外出できますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. できない
18)	自分で食事の準備はできますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. できない
19)	自分で掃除機やほうきを使って掃除ができますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. できない
20)	電話番号を調べて、電話をかけることができますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. できない
21)	自分の生年月日が分からなくなることがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ

22)	自分のいる場所がどこだかわからなくなることがありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ
23)	道に迷って家に帰ってこられなくなることはありますか。	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ
24)	一日の予定を立てることができますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. できない
25)	季節や状況にあった服を自分で選ぶことができますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. できない
26)	自分で、薬を決まった時間に決まった分量飲むことはできますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. できない
27)	着替えは一人でできますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. できない
28)	入浴は一人でできますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. できない
29)	トイレは一人でできますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. できない
30)	身だしなみを整えることは一人でできますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. できない
31)	食事は一人でできますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. できない
32)	トイレやお風呂までの移動は一人でできますか。	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. できない

→　次のページへお進みください。

こころの健康や普段の生活のご様子について、お伺いします。

問１６　以下の①から⑤までの項目について、**最近２週間**のあなた（宛名の方）の状態にもっとも近い番号１つに〇をつけてください。

例）ここ２週間のうち、その「半分以上の期間」を、明るく、楽しい気分で過ごした場合には、「３」に〇をつけてください。

①最近２週間、明るく、楽しい気分で過ごしましたか。

1	2	3	4	5	6
いつも	ほとんどいつも	半分以上の期間を	半分以下の期間を	ほんのたまに	まったくない

②最近２週間、落ち着いた、リラックスした気分で過ごしましたか。

1	2	3	4	5	6
いつも	ほとんどいつも	半分以上の期間を	半分以下の期間を	ほんのたまに	まったくない

③最近２週間、意欲的で、活動的に過ごしましたか。

1	2	3	4	5	6
いつも	ほとんどいつも	半分以上の期間を	半分以下の期間を	ほんのたまに	まったくない

④最近２週間、ぐっすりと休め、気持ちよくめざめましたか。

1	2	3	4	5	6
いつも	ほとんどいつも	半分以上の期間を	半分以下の期間を	ほんのたまに	まったくない

⑤最近２週間、日常生活の中に、興味のあることがたくさんありましたか。

1	2	3	4	5	6
いつも	ほとんどいつも	半分以上の期間を	半分以下の期間を	ほんのたまに	まったくない

問１７　もし、以下の状況になったとしたら、あなたは、どのくらい**「うとうとする」（数秒～数分眠ってしまう）**と思いますか。最近の日常生活を思いうかべて、あてはまる番号１つに○をつけてください。
　以下の状況になったことが実際になくても、**その状況になればどうなるかを想像して**お答えください。

		「うとうとする」可能性は…			
		ほとんどない	少しある	半々くらい	高い
1）	すわって何かを読んでいるとき（新聞、雑誌、本、書類など）	1	2	3	4
2）	すわってテレビを見ているとき	1	2	3	4
3）	会議、映画館、劇場などで静かにすわっているとき	1	2	3	4
4）	乗客として１時間続けて自動車に乗っているとき	1	2	3	4
5）	午後に横になって、休息をとっているとき	1	2	3	4
6）	すわって人と話をしているとき	1	2	3	4
7）	昼食をとった後（飲酒なし）、静かにすわっているとき	1	2	3	4
8）	すわって手紙や書類を書いているとき	1	2	3	4

→　次のページへお進みください。

問１８　次に立ち入ったことをお聞きしますが、どうぞお答えくださいますようお願いいたします。回答内容は統計として処理され、個人のデータが漏れることはありません。

家計について、あてはまる番号にそれぞれ○をつけてください。

①　あなたもしくはご夫婦の１年間の収入（年金や給与など）はおよそどのくらいですか。

1．　収入はない	2．　５０万円未満
3．　５０～１００万円未満	4．　１００～２００万円未満
5．　２００～３００万円未満	6．　３００～５００万円未満
7．　５００～８００万円未満	8．　８００～１０００万円未満
9．　１０００万円以上	10．　わからない

②　あなたの生活を支えている主な収入は何ですか。**主なものを３つ以内**で選んでください。

1．　賃金・給料	2．　事業所得	3．　内職収入
4．　不動産収入	5．　利子・配当	6．　子どもなどからの援助
7．　年金・恩給	8．　生活保護	9．　預貯金
10．　その他（　　）		

③　現在のくらしにゆとりがあると感じていますか。あてはまるもの１つに○をしてください。

1．　ゆとりがある	2．　少しゆとりがある
3．　ゆとりはないが苦しくもない	4．　少し苦しい
5．　苦しい	6．　わからない

問１９　あなたには、次のような**相談相手や手助けをしてくれる人**がいますか。
「はい」か「いいえ」のどちらかあてはまる方に○をつけてください。

1）	困ったときに相談できる人はいますか。	**1．はい**	**2．いいえ**
2）	体の具合が悪いときの相談相手がいますか。	**1．はい**	**2．いいえ**
3）	日常生活を手助けしてくれる人がいますか。 例）買い物、洗濯、掃除、食事の準備など	**1．はい**	**2．いいえ**
4）	具合が悪いときに病院に連れて行ってくれる人がいますか。	**1．はい**	**2．いいえ**
5）	寝込んだとき身のまわりの世話をしてくれる人はいますか。	**1．はい**	**2．いいえ**

問２０　次のそれぞれの質問について、あてはまる番号１つに○をつけてください。**なお、親戚には、親、子、配偶者なども含みます。**

		０人	１人	２人	３～４人	５～８人
1）	月に１回以上、会ったり連絡をとりあう**親戚や兄弟**は何人いますか。	1	2	3	4	5
2）	月に１回以上、会ったり連絡をとりあう**友人**は何人いますか。	1	2	3	4	5
3）	個人的なことでも、気兼ねなく話せる**親戚や兄弟**は何人いますか。	1	2	3	4	5
4）	個人的なことでも、気兼ねなく話せる**友人**は何人いますか。	1	2	3	4	5
5）	手助けをたのめる**親戚や兄弟**は何人いますか。	1	2	3	4	5
6）	手助けをたのめる**友人**は何人いますか。	1	2	3	4	5

→　次のページへお進みください。

問２１　あなたは、普段どの程度、人（同居の家族を含む。）と話をしますか。
電話やメールも含めて、最も近い番号１つに○をつけてください。

1	2	3	4
ほぼ毎日	**２、３日に１回程度**	**１週間に１回程度**	**１週間に１回以下・ほとんど話をしない**

問２２　あなたは、ご近所の方とどの程度お付き合いしていますか。次の中から最も近い番号１つに○をつけてください。

1	2	3	4
お互いに訪問し合う人がいる	**立ち話をする程度の人がいる**	**あいさつをする程度の人がいる**	**付き合いがない**

問２３　あなたは、１年前と比べて外出の回数が減っていますか。あてはまる番号１つに○をつけてください。

１．減った	**２．変わらない**	**３．増えた**

問２４　あなたは、普段、仕事、買い物、散歩、通院などで外出する頻度はどのくらいですか。あてはまる番号１つに○をつけてください。

１．毎日２回以上	**２．毎日１回**
３．２～３日に１回程度	**４．１週間に１回程度**
５．月１～２回程度	**６．年に数回程度**
７．ほとんど外出しない	

問２５　あなたは、たばこを吸いますか。あてはまる番号１つに○をつけてください。

1	2	3	4
毎日 吸っている	ときどき 吸っている	以前は吸っていたが、 現在は吸っていない	吸わない

問２６　あなたは、お酒を飲みますか。あてはまる番号１つに○をつけてください。

1	2	3	4
毎日飲む	ときどき飲む	以前は飲んでいたが、 今は飲んでいない	飲まない

問２７　あなたは、コーヒーを飲みますか。あてはまる番号１つに○をつけてください。

1	2	3	4
毎日飲む	ときどき飲む	以前は飲んでいたが、 今は飲んでいない	飲まない

【質問は以上になります。ご協力ありがとうございました。】

参考資料7

「第6期介護保険事業（支援）計画の策定準備等に係る担当者等会議（平成25年7月29日開催）」資料
〈厚生労働省資料抜粋〉

認知症ケアパス作成のための手引き
（案）

2013 年 7 月 29 日時点

認知症ケアパス作成のための検討委員会

認知症ケアパス作成のための手引き（案）　目次

＊モデル例や認知症ケアパスを機能させるための適切なケアマネジメントについて、
平成２５年度の検討・検証を踏まえ、追記いたします。

第１章第１項

認知症高齢者の増加と認知症ケアパス

1．認知症高齢者の増加と認知症ケアパス

1.　認知症高齢者数の将来推計

厚生労働省の発表によると、平成 22（2010）年の段階で、要介護認定申請を受けている「認知症高齢者日常生活自立度[1]」Ⅱ以上の高齢者数は全国で 280 万人と、65 歳以上人口の 9.5%に達し、15 年後の 2025 年には 470 万人に達するとしています[2]。

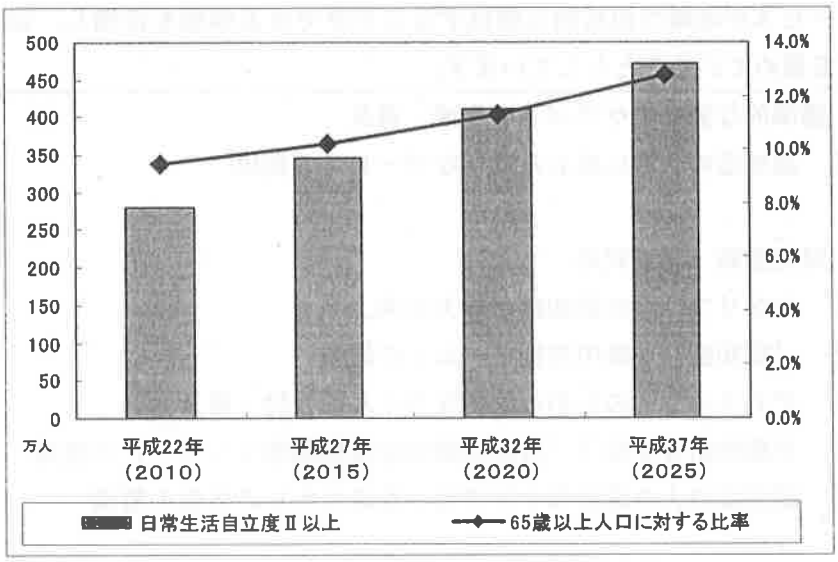


図　認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者数の推移
（左軸：日常生活自立度Ⅱ以上の人数、右軸：65 歳以上人口に対する比率）
資料：厚生労働省認知症・虐待防止対策推進室報道発表（H24.8.24）の資料を基にニッセイ基礎研究所作成

今後わが国の高齢化はますます進んでいくことから、認知症の人をいかに支えていくかは、地域福祉における重要なテーマであり、国や地方自治体が一体となって認知症施策を進めていく必要があります。

2.　「今後の認知症施策の方向性」について

厚生労働省はこれまでの認知症施策の再検証を目的に、「認知症施策検討プロジェクトチーム」を立ち上げ、平成 24 年 6 月に「今後の認知症施策の方向性について」を発表しました。その報告書において、今後目指すべき基本目標として、「ケアの流れ」を変えることを打ち出しています。

---

[1] 認知症高齢者日常生活自立度のⅡは、「日常生活に支障を来たすような症状・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」状態のことです。詳しくは第 2 項 54 ページをご参照ください。
[2] 厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室「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 8 月 24 日、報道発表）

【今後目指すべき基本目標ー「ケアの流れ」を変えるー】

○　このプロジェクトは、「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「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よい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指している。（以下略）

資料：厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム「今後の認知症施策の方向性について」
平成24年6月18日、pp 2-3

この、「ケアの流れ」を変えるという基本目標を実現するために、医療、介護サービス、見守り等の日常生活の支援サービスが地域で包括的に提供することができる体制を目指し、以下の７つの視点に立って、今後の施策を進めていくこととしています。

1．標準的な認知症ケアパスの作成・普及
　①　認知症の状態に応じた適切なサービスの提供

2．早期診断・早期対応
　①　かかりつけ医の認知症対応力の向上
　②　「認知症初期集中支援チーム」の設置
　③　アセスメントのための簡便なツールの検討・普及
　④　早期診断等を担う「身近型認知症疾患医療センター」の整備
　⑤　認知症の人の適切なケアプラン作成のための体制の整備

3．地域での生活を支える医療サービスの構築
　①　「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
　②　一般病院での認知症の人の手術、処置等の実施の確保
　③　一般病院での認知症対応力の向上
　④　精神科病院に入院が必要な状態像の明確化
　⑤　精神科病院からの円滑な退院・在宅復帰の支援

4．地域での生活を支える介護サービスの構築
　①　医療・介護サービスの円滑な連携と認知症施策の推進
　②　認知症にふさわしい介護サービスの整備
　③　地域の認知症ケアの拠点としての「グループホーム」の活用の推進
　④　行動･心理症状等が原因で在宅生活が困難となった場合の介護保険施設等での対応
　⑤　介護保険施設等での認知症対応力の向上

5．地域での日常生活・家族の支援の強化
　①　認知症に関する介護予防の推進
　②　「認知症地域支援推進員」の設置の推進

③　地域で認知症の人を支える互助組織等の活動への支援

④　「認知症サポーターキャラバン」の継続的な実施

⑤　高齢者の虐待防止などの権利擁護の取組の推進

⑥　市民後見人の育成と活動支援

⑦　家族に対する支援

6．若年性認知症施策の強化

①　若年性認知症支援のハンドブック作成

②　若年性認知症の人の居場所づくり

③　若年性認知症の人のニーズ把握等の取組の推進

④　若年性認知症の人の就労等の支援

7．医療・介護サービスを担う人材の育成

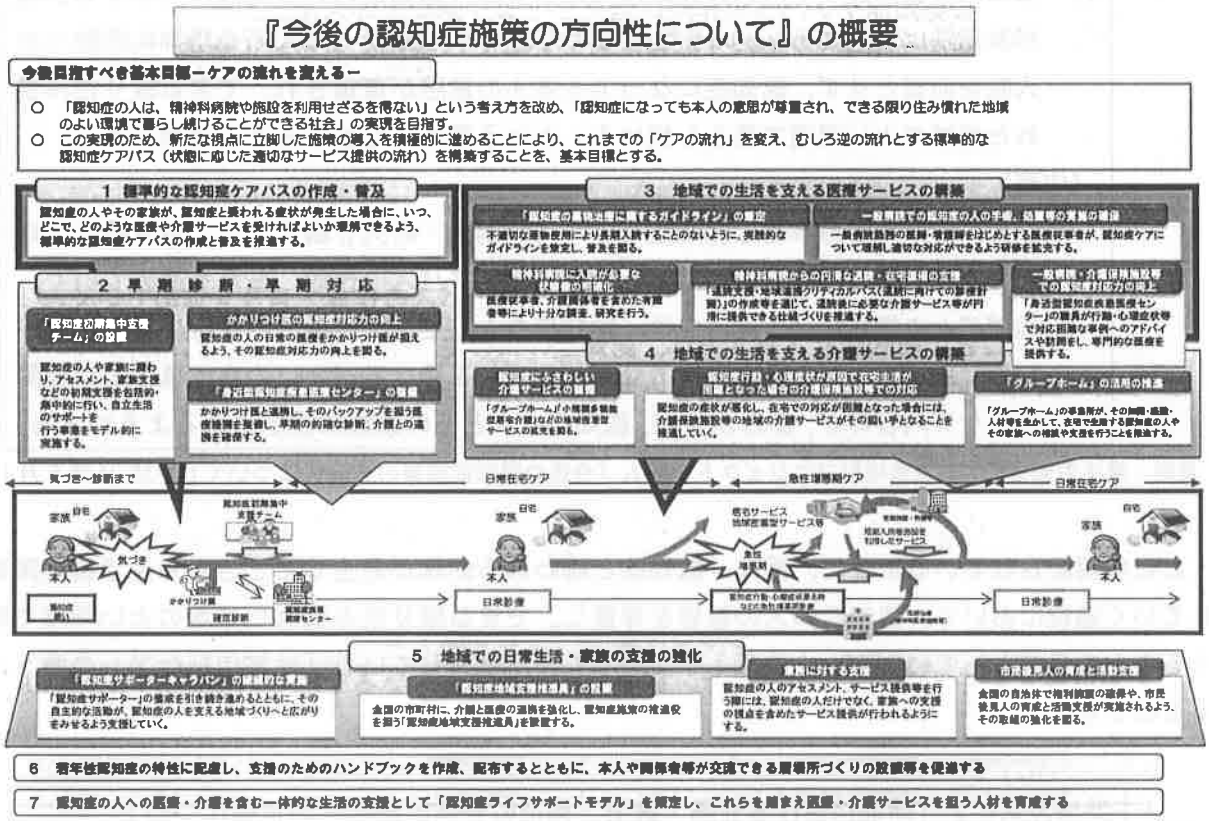
①　「認知症ライフサポートモデル」の策定

②　認知症ケアに携わる医療、介護従事者に対する研修の充実

③　介護従事者への研修の実施

④　医療従事者への研修の実施

資料：厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム「今後の認知症施策の方向性について」平成24年6月18日、pp 3-4



資料：厚生労働省「『今後の認知症施策の方向性について』の概要」[3]

[3] 厚生労働省ホームページ
（http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/dl/houkousei-01.pdf　情報検索日：2013年1月8日）

この７つの取組の中で筆頭に挙げられたのが、「認知症の状態に応じた適切なサービスの提供」を目標とする、「１．標準的な認知症ケアパスの作成・普及」です。具体的な方策は以下のように記されています。

【基本的な対応方針】

○　認知症の人ができる限り住み慣れた自宅で暮らし続け、また、認知症の人やその家族が安心できるよう、標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）の作成と普及を推進する。

【具体的な対応方策】

①　認知症の状態に応じた適切なサービスの提供

○　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、医療や介護サービスへのアクセス方法やどの様な支援を受けることができるのかを早めに理解することが、その後の生活に対する安心感につながる。このため、標準的な認知症ケアパスの作成を進めていくこととする。

○　標準的な認知症ケアパスとは、認知症の人が認知症を発症したときから、生活機能障害が進行していく中で、その進行状況にあわせていつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのかをあらかじめ標準的に決めておくものである。

○　標準的な認知症ケアパスの作成に当たっては、「認知症の人は施設に入所するか精神科病院に入院する」という従来の考えを改め、「施設への入所や精神科病院への入院を前提とせず、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よい環境で暮らし続ける」という考え方を基本とする必要がある。

（中略）

○　なお、国が行う標準的な認知症ケアパスの調査・研究を踏まえて、市町村で、地域の実情に応じて、その地域ごとの認知症ケアパスの作成・普及を進めていく。地域ごとの認知症ケアパスでは、認知症の人の生活機能障害の進行にあわせて、いつ、どこで、どの様な医療・介護サービスを受ければよいのか、具体的な機関名やケア内容等が、あらかじめ、認知症の人とその家族に提示されるようにする。

資料：厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム「今後の認知症施策の方向性について」平成24年6月18日、p12

ここに明記されているように、国は、認知症と疑われる症状が発生したときから生活機能障害が進行していく過程において、認知症の人の意思を尊重し、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を目標としています。この考えは、同じく国が推進している「地域包括ケア」の考えにも通じるものです。

地域包括ケア（地域における介護・医療・福祉の一体的提供）の推進について

○　第３期計画以降は、

①　急速な高齢化の進展（特に、独居高齢者、認知症高齢者の増加等）、

② 高齢者像と地域特性の多様化、
高齢者の保健医療福祉を取り巻く環境の変化等に適切に対応し、高齢者が要介護状態になっても、可能な限り住み慣れた地域において継続して生活できるよう、介護、予防、医療、生活支援サービス、住まいの５つを一体化して提供していく「地域包括ケア」の考えに基づき、取り組んでいただいている（以下略）。

○ この「地域包括ケア」とは、高齢者の生活を地域で支えるために、必ずしも介護保険給付だけでは十分ではないことから、まず高齢者のニーズに応じ、①住宅が提供されることを基本とした上で、高齢者の生活上の安全・安心・健康を確保するために、②独居や夫婦二人暮しの高齢者世帯、或いは認知症の方がいる世帯に対する緊急通報システム、見回り、配食等の介護保険の給付対象でないサービス、③介護保険サービス、④介護予防サービス、⑤在宅の生活の質を確保する上で必要不可欠な医療保険サービスの５つを一体化して提供していくという考え方である。

資料：厚生労働省老健局介護保険計画課「第５期介護保険事業（支援）計画の策定準備及び地域支援事業の見直しに係る会議資料《介護保険事業（支援）計画関係》」平成 22 年 10 月 27 日、p2 より抜粋。下線はニッセイ基礎研究所

3. 手引書の位置づけ

この手引書は、「地域包括ケア」の視点を踏まえ、各自治体、介護保険者の皆様に、上記「今後の認知症施策の方向性について」で述べられている認知症ケアパスの策定をお手伝いするために作成されたものです。介護保険導入時からこれまでの間に、皆様が介護保険事業計画で進めてこられた実績の積み重ねを、「認知症」という疾患に焦点を当てて整理をし、地域住民の皆様に紹介すると同時に、今後必要となるであろうサービスを地域ごとに検討していきましょう。

4. 「認知症ケアパス」と「社会資源」

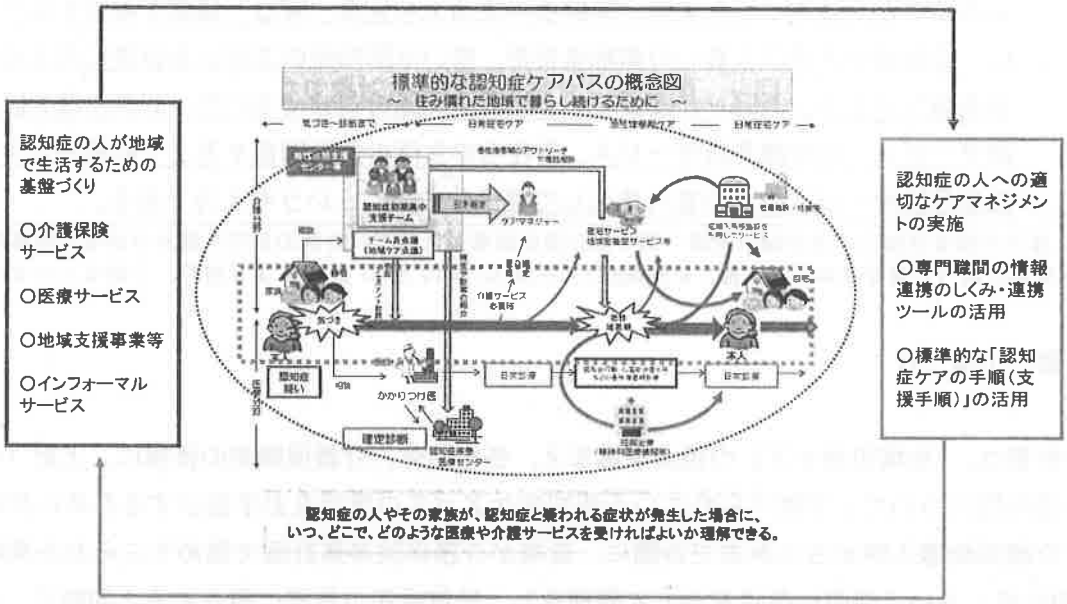
「認知症ケアパス」という言葉は、これまでさまざまな意味合いで用いられてきましたが、この手引書では厚生労働省の「認知症施策検討プロジェクトチーム」の報告書に則り、「認知症ケアパス」を「認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れ」とします。また、認知症の人を支えるさまざまなサービス（介護保険法定サービス、自治体独自サービス、民間サービス、地域住民によるサービス等）を総称し、「社会資源[4]」とします。

[4] 社会福祉の分野における「社会資源」の定義は、「『社会的ニーズに充足するさまざまな物資や人材の総称』で、社会福祉施設、備品、サービス、資金、制度、情報、知識・技能、人材などにわたる」（山縣文治、柏女霊峰「社会福祉用語辞典第六版」、ミネルヴァ書房、2007 年より抜粋）とあります。認知症ケアパスを機能させるためには、人材の育成や情報共有等、本来の意味での社会資源の整備が必要です。

5. 認知症ケアパスを機能させる

前述の「状態に応じた適切なサービス提供の流れ」をつくるためには、「認知症の人が地域で生活するための基盤づくり」と、認知症の人が自分の力を活かしながら地域の中で暮らしていくための「認知症の人への適切なケアマネジメント」の２つが不可欠です。

認知症ケアパスを機能させるために



資料：認知症ケアパス研究会第４回委員会資料より抜粋、一部改変

上記の図は認知症ケアパスを機能させるための概念図です。図の左側にある実線の部分は、「認知症の人が地域で生活するための基盤づくり」のことで、地域包括支援センターや居宅サービス、地域密着型サービスといった介護保険サービスの他、かかりつけ医や認知症疾患医療センターといった医療機関、配食サービス等の自治体独自事業、地域の人の支えあいや見守り等といったインフォーマルなサービスなど、様々な社会資源が含まれます。また、これらは地域包括ケアの考えに基づき、予防、生活支援、介護、医療、住まいの５つの視点から整備が進められることが望まれます。

右にある点線の部分は「認知症の人への適切なケアマネジメントの実施」です。認知症の人ご本人に対する適切なケアマネジメント～ケアプランの作成だけでなく、ご本人に関わる専門職間の情報連携や、ケアの手法、手順といったものも含まれます～を示しています。

認知症の人に対し、状態に応じた適切なサービスを提供するには、地域に介護保険サービスや医療機関、インフォーマルサービス、関連領域の制度やサービス等といった社会資源を整備するのと同時に、個々の認知症の人に対して適切なケアマネジメントがなされていなければなりません。というのも、どんなによいケアマネジメントが行われていても、地域に必要な社会資源が整備されていなければ、認知症の人の状態変化に対応できなかったり、その人の残存機能を活かすことができずに悪化を早めてしまったり、遠くの地域の社会資源を利用していただかざるを得ない状況になってしまう、といったことが

起こるからです。しかし、環境の変化に適応することが難しい認知症の人にとって、遠くの地域にあるサービスを利用することは決して望ましいことではありません。

逆に、地域にどんなにたくさんの社会資源が整備されていようと、認知症の人が必要としているサービスを状況変化に合わせて適切に組み合わせていくケアマネジメントができていなければ、せっかくの社会資源も役にはたちません。

このように、認知症の人が住み慣れた地域で暮らし続けていくためには、認知症に対応できる社会資源と適切なケアマネジメントの両者が不可欠であり、それらが相互に組み合わさることで「認知症ケアパス」が機能するのです。

6. 地域における認知症ケアパスの策定

現在わが国の自治体数は 1,700 以上、介護保険者数 1,500 以上あり、それぞれ、人口、高齢化率、気候、地形、すでに整備されている介護保険サービス、医療サービス、自治体独自サービス、インフォーマルサービス等、すべてが異なります。「介護保険は地方分権の試金石[5]」といわれますが、認知症ケアパスを自治体/介護保険者ごとに作成することは、まさに地域の特徴をベースに、地域住民の声や要望等を踏まえながら社会資源を整備していくことであり、自治体/介護保険者が、各々の地域福祉の方向性を握る、大事な役目を担っていることがわかります。

とはいっても、認知症に関わるサービスをこれから作っていこうというわけではありません。それぞれの地域においてすでに医療、介護、福祉の現場やボランティア、地域住民、民生委員等が、様々な事業、取組みを通じて認知症の人の生活を支えています。認知症ケアパスの策定において自治体/介護保険者に求められているのは、これまで地域で培われてきた「認知症の人を支える取り組み」を整理し、認知症の人やご家族、地域住民に対して、認知症の生活機能障害に応じて体系的に紹介すると同時に、それぞれの支援の内容をわかりやすく示し、今後ますます増加すると見込まれる認知症の人を地域でいかに支えていくかを明示することです。

[5] 厚生白書平成 12 年版「介護制度の運営主体は市町村」http://wwwhakusyo.mhlw.go.jp/wpdocs/hpaz200001/b0054.html（情報検索日：平成 25 年 1 月 24 日）

地域ごとの認知症ケアパスを策定するために
～自治体/介護保険者として取り組むこと～

＜地域ごとの標準的な認知症ケアパスの策定＞

認知症の人の生活機能障害の進行にあわせて、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受けることができるのか、具体的な機関名やケア内容等を、あらかじめ、認知症の人とその家族に提示する

資料：第６回検討委員会資料より抜粋、一部改変

これにより、地域住民たちは、自分やご家族、近所の方が認知症になった場合に、どこでどういったサービスを受けることができるのかの具体的なイメージを持つことができるようになりますし、また、「自分だったらどういうサービスを受けたいか」「自分の親だったらどういう生活を送らせてあげたいか」など、事前にシュミレーションをすることができるようになります。

これは非常に重要なことです。なぜなら、人の生活習慣や価値観が多様化している現在、ご本人がどういうサービスを望んでいるのか、どういったサービスがその人にとって適切なのかを周囲の人間で判断することはとても難しいからです。しかし、だからといって介護する側の都合でサービスを組み合わせたり、本人が望んでいないサービスを良かれと思って提供したとしても、よいケアにつながるとは限らず、場合によってはご本人の拒否にあったり、介護がうまくいかないからと虐待が起こってしまう等、ケアがますます難しくなってしまう危険があります。

認知症は、進行と同時に身体機能も低下していく傾向が見られます。つまり、疾患の進行にともなって、必要となる支援が徐々に異なっていきます。そのため、地域で認知症の人の生活を支えるには、現段階でどこの地域に、どういった生活機能障害をお持ちの認知症の人が何人いて、どういったサービスを利用しているのか、今後疾患の進行に合わせ、どういったサービスや支援が必要になるかを踏まえながら社会資源を整備していく必要があります。
今後、ますます増加する認知症の人を支えていくために、地域福祉を担う自治体/介護保険者がまとめ役となり、地域に足りない社会資源があれば充足をし、過剰な社会資源は新規整備を抑制したり、不足しているサービスへの切替えを検討するなどして、地域福祉をさらに充実させていきましょう。

第１章第２項

地域の高齢者の状態像を把握する

2. 地域の高齢者の状態像を把握する

1. 地域の高齢者の状態像を把握する

認知症ケアパスの策定に当たり、まず地域の高齢者の状態像を把握することからはじめます。

地域包括ケアの推進を目標に、第五期介護保険事業計画策定時には介護サービス等提供量見込みの算出に伴う地域や高齢者の課題等をより的確に把握するための手法である「日常生活圏域ニーズ調査」が紹介され、多くの自治体で取り入れられました[6]。また、介護保険サービスを利用している方については、認定申請情報や利用実績、介護保険事業状況報告等を通じ、どういった状態の方がどういった介護保険サービスを利用されているのかがわかります。こういった、「高齢者の状態像」を把握することが、認知症ケアパス策定の第一段階となります。

というのも、地域の高齢者の状態像をきちんと把握しなければ、その地域に必要な社会資源が何かが的確につかめないからです。地域に必要のない社会資源を整備しても、利用者側のニーズに応えていないため、地域の課題は解決されません。

そのため、自治体/介護保険者の皆様は、ぜひ地域の高齢者の状態像の把握を第一に行うようにしましょう。

2. 地域の高齢者の状態像を把握するための調査・情報

現在各自治体において取り入れられている調査の中で、認知症に着目して地域の高齢者の状態像を把握するには、以下の調査が有効です[7]。

調査・情報名	認知症度を測る指標として取り入れられているもの
日常生活圏域ニーズ調査	認知機能障害の程度（CPS）[8]
要介護認定データの情報	認知症高齢者の日常生活自立度[9]

[6] 平成21年度に日常生活圏域ニーズ調査を先行実施した自治体からは、「軽度認知症、虚弱、閉じこもり等の傾向の見られる高齢者が、どこに、どの程度生活しておられるのかが把握でき、地域ごとの高齢者の課題が鮮明になり、各課題に即した的確な対応手法を計画ベースで検討できるようになった」との報告がありました。

[7] これらの調査はあくまでも高齢者の状態像全体を把握するために用います。個々の高齢者の状態像については、地域包括支援センターや介護保険サービス事業者、民生委員や地域支援事業等に携わっている住民の方々などからお話を聞いたり、実際に高齢者のお宅に伺うなどして、状態像を把握しましょう。

[8] 詳しくは21ページをご参照ください。

[9] 認知症高齢者の日常生活自立度は1993年に当時の厚生省が定めた尺度で、介護保険認定調査等において用いられています。詳しくは21ページをご参照ください。

また、これらの指標はそれぞれ以下のような生活機能障害別に分けられます。

表　認知機能障害の程度（CPS）

0 レベル	障害なし
1 レベル	境界的である
2 レベル	軽度の障害がある
3 レベル	中等度の障害がある
4 レベル	やや重度の障害がある
5 レベル	重度の障害がある
6 レベル	最重度の障害がある

資料：厚生労働省老健局「日常生活圏域ニーズ調査モデル事業・結果報告書」p15 より抜粋

表　認知症高齢者の日常生活自立度

	判定基準	見られる症状・行動の例
自立	認知機能障害は見られない。	
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たすような症状･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。	
Ⅱa	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
Ⅱb	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たすような症状･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。	
Ⅲa	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･排尿等が上手にできない･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、性的異常行為等
Ⅲb	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

資料：厚生労働省「認知症高齢者の日常生活自立度」（http://www.mhlw.go.jp/topics/2013/02/dl/tp0215-11-11d.pdf、情報検索日：2013 年 3 月 24 日）より抜粋

これらの指標ごとに、地域に何名ぐらいの高齢者がお住まいかを把握しましょう。

＜例＞

A 地区における認知機能障害の程度別高齢者数

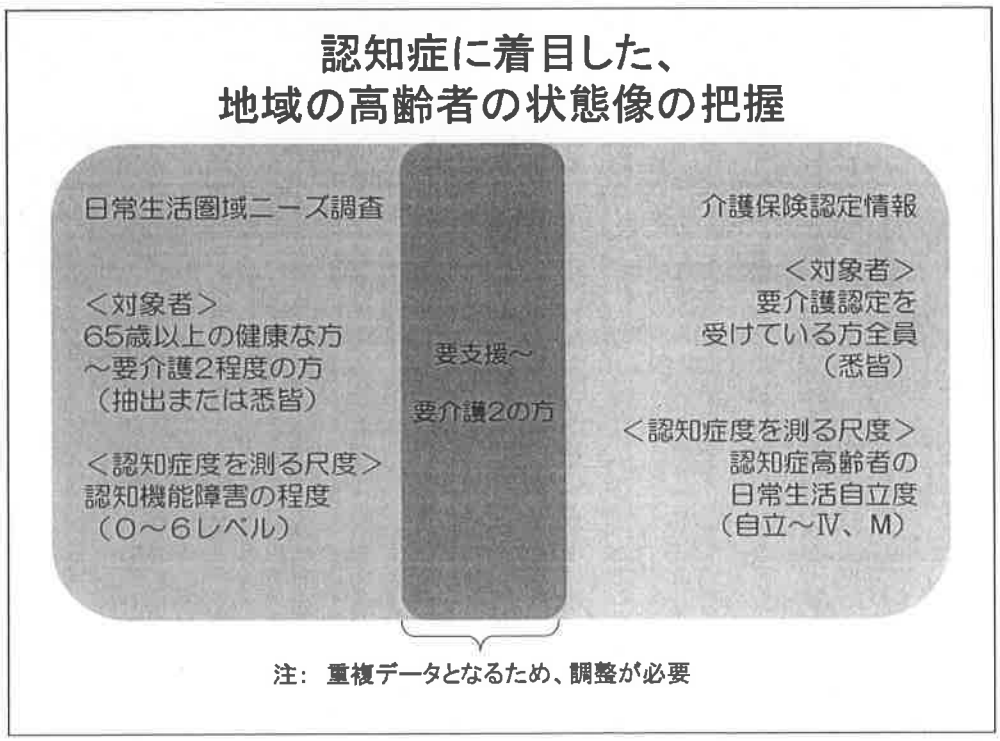
	0 レベル	1 レベル	2 レベル	3 レベル	4 レベル	5 レベル	6 レベル
人数	4,523	728	421	42	6	3	0

A 地区における認知症高齢者の日常生活自立度

	自立	Ⅰ	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M
人数	298	222	132	241	177	54	74	27

本来であれば統一した１つの指標で、地域に住む高齢者全体の状態像の把握ができるとよいのですが、日常生活圏域ニーズ調査は健康な方から要介護２程度ぐらいの方[10]までを対象とし、要介護度の高い方は対象外としている場合が多く、また、介護保険認定情報は、介護保険の認定を受けた方全員の情報が含まれていますが、介護保険の認定申請をしていない方については情報がありません。そのため、上記２つのデータを用いて、地域の高齢者全体の状態像をみていく必要があるのです。

また、注意をしていただきたい点として、次の図にも示しましたが、要支援～要介護 2 程度の方については、日常生活圏域ニーズ調査と介護保険認定情報の 2 つにデータがあることから、どちらか一方のデータを用いるようにしてください。



[10] 自治体により、対象者の範囲は異なります。

資料：ニッセイ基礎研究所作成

＜注意点＞

本文でも述べたとおり、日常生活圏域ニーズ調査と、介護保険認定情報では、認知症度を測る指標として取り入れられているものが異なります。また、日常生活圏域ニーズ調査はご本人が回答する主観的な結果であることに対し、介護保険認定情報は医師や介護保険認定調査員等、専門職が判定した客観的な結果であるという大きな違いがあります。これらは認知症ケアパス研究会でも大きな議論となりましたが、既存データから認知症ケアパス策定に必要な地域の高齢者像の情報を集めるには、現段階では上記２つの調査・情報が有効です。

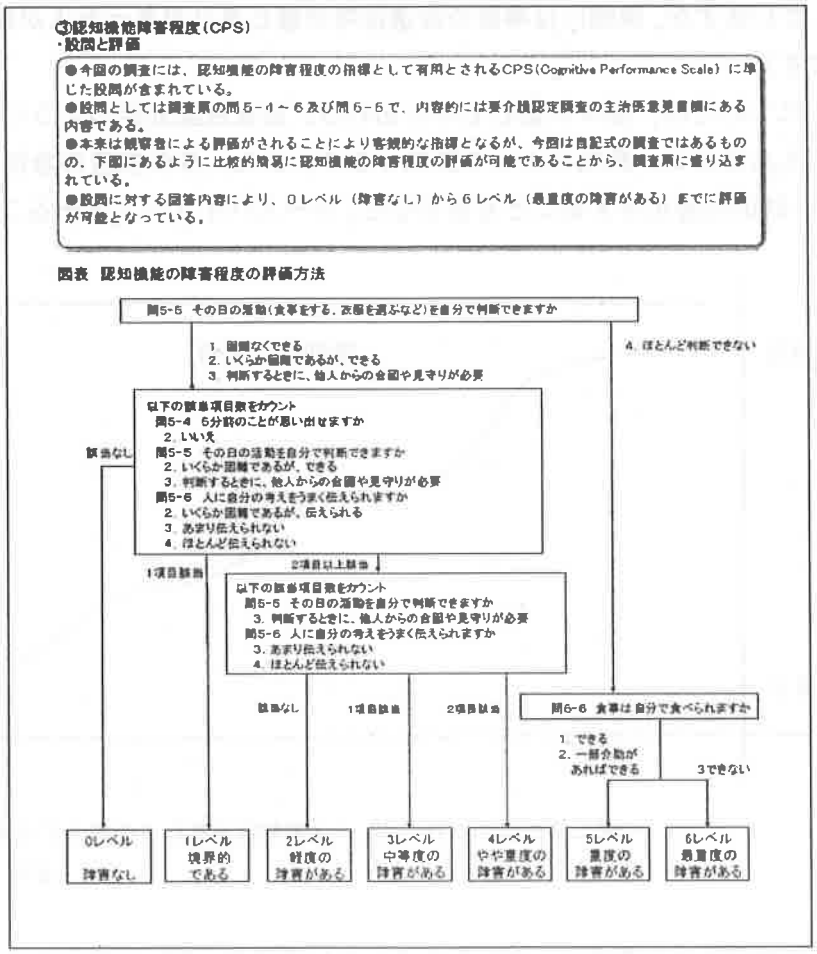
＜地域の高齢者の状態像の把握に用いる２つの調査＞

＊　日常生活圏域ニーズ調査

要支援・要介護認定を受けていない方の状況を把握するために、日常生活圏域ニーズ調査にある認知機能障害程度（CPS）を用います。

日常生活圏域ニーズ調査は、第５期介護保険事業計画策定の際導入されたもので、この調査の目的は地域の高齢者の状況（身体機能、閉じこもり、認知症等のリスク要因の有無や世帯状況等）を把握した上で、日常生活圏域ごとに地域が抱える課題に対応したサービスや事業を計画に盛り込むなど計画策定に活用すること、また、調査により把握されたリスクのある高齢者を介護予防事業へ誘導する等の支援を行うことです。

国が紹介した調査項目は問１～問８まで計 89 問[11]あり、そのうち問５「物忘れについて」の Q4～Q6 と問６「日常生活」の Q6 の４問の質問が、認知機能の障害程度（Cognitive Performance Scale、以下認知機能障害程度）を測るための質問項目となっています。認知機能障害程度算出のためのフローチャートは以下をご参照ください。



資料：厚生労働省老健局「日常生活圏域ニーズ調査モデル事業・結果報告書」p15 より抜粋

＊　要介護認定データの情報

要介護認定データの情報は、要介護認定の結果です。ここにある情報のうち、「認知症高齢者の日常生活自立度」が、その人の認知症度を測る指標となります。認知症高齢者の日常生活自立度は医師の意見書と調査員による結果の２種類があります。どちらを使ってもかまいませんが、必ずどちらか一方に統一しましょう。

大事なことは、数値の整合性にこだわることではなく、そこにあがった数字から、地域の高齢者の状態像を大まかに把握することです。

[11] ただし、自治体によって独自の質問項目を加えている場合、この数とは異なります。

3. 認知症の人の状態像の把握のために

認知症は原因疾患や認知症の進行によって、必要な支援の内容が変化することに留意する必要があります。そのため、一人ひとりの認知症の人に合わせて、必要な支援を必要な期間、適切に提供するために、ここでは認知症の人の生活機能障害とニーズをご紹介します。また、認知症の疾患名と出現しやすい症状や、認知症の人の生活機能障害別に期待される支援につきまして、巻末資料（70 ページ以降）にまとめております。

～認知症の進行と ADL の関係：「認知症の人の生活機能障害」～

認知症は、その進行によって必要となる支援が変化します。認知症の進行と日常生活動作（Ability of Daily Living ：ADL を図に表すと、以下のような経過をたどっていきます（注：この図はあくまで認知機能を中心に示していますが、実際には事故の後遺症等で寝たきりであった人が認知症になるなど、様々なケースがあります）。

認知機能の低下については、徐々に進むものもあれば、血管性認知症のように、脳梗塞、脳出血により急激に進むこともあるなど、病気によって異なります。また、身体疾患の急性期（肺炎、骨折等）に急激に進んだり、一時的な悪化をすることもあるなど、ケースバイケースであることにご注意ください。

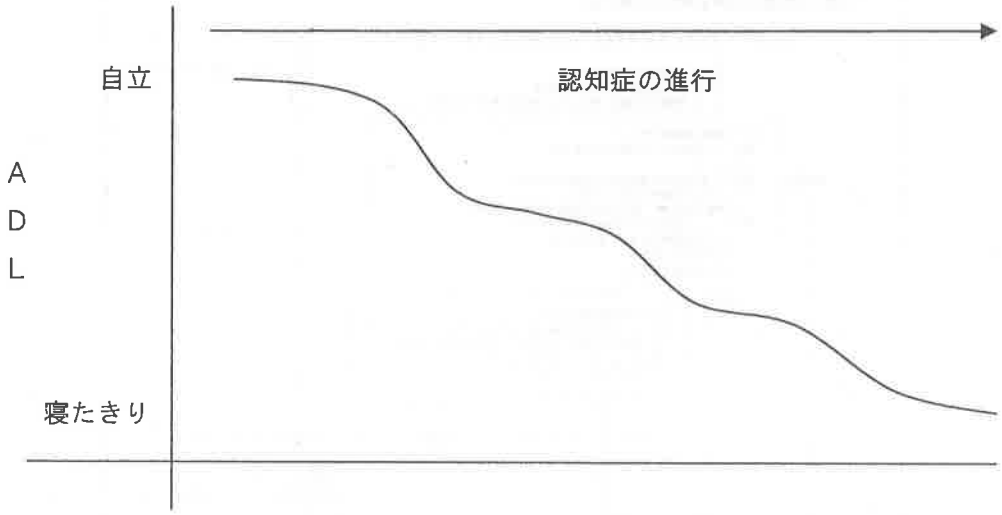


図　認知症の進行と ADL（＊認知症を主たる疾患とする場合）

資料：ニッセイ基礎研究所作成

一般に、認知症が進行するにつれて、ADL も低下していきます。ADL が低下すれば、日常生活に何らかの支援が必要となってきます。つまり、「認知症の人を地域で支えていく」ということは、「認知症の人の日常生活を地域で支えていく」ことなのです。また、上記の図には示していませんが、病気の影響で混乱した行動（いわゆる行動心理症状：BPSD[12]）を示すことがありますし、骨折や肺炎などの疾病にかか

[12] BPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）は、周辺症状や随伴症状と呼ばれることがあり、怒りっぽくなったり、落ち着かなかったり、不安が強くなったり、うつ症状が出たり、疾患によっては幻覚や妄想が出たりします。また、BPSD は非薬物療法や薬物療法によって症状が治まる可能性が高く、介護負担の軽減が期待できます（参考：日本神経学会監修「認知症疾患治療ガイドライン 2010」医学書院、2010 年、p33）

ることもあります。そのため、認知症の進行やADL、BPSD、疾病等の状況を踏まえ、適切な支援をしていくことが重要です。

そこで、認知症ケアパス作成のための検討委員会では、認知症ケアパス策定の際の基準となる「認知症の人の状態」を「認知症の人の生活機能障害」として捉え、「認知機能の障害程度」と「認知症高齢者の日常生活自立度」を参考に、以下の6つに分けています。

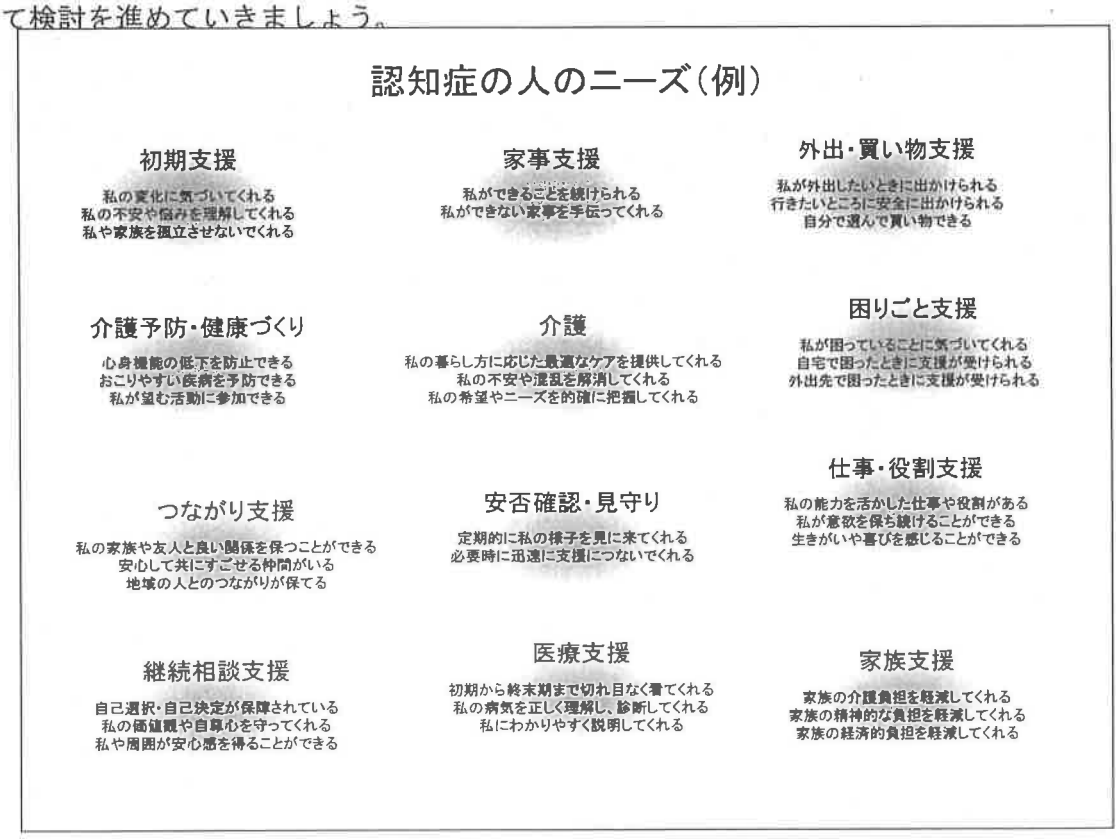
認知症の人の生活機能障害

- 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
- 行動心理症状（BPSD）

生活機能障害別、期待される支援については、巻末資料をご覧ください。

～認知症の人のニーズ～

認知症の人のニーズとは、認知症の人の疾患、身体状況、家族の状況や経済状態、生活習慣や価値観などにより様々です。そのため、認知症の人の支援を考える際には、認知症の人の立場にたち、どういう支援があると助かるか、どういう支援であれば不安や心配なく受けることができるのかといった視点に立って検討する必要があります。その際には、第一章でも紹介をした、地域包括ケアの5つの視点を踏まえて検討を進めていきましょう。



資料：佐藤委員作成の資料を基に、ニッセイ基礎研究所作成

第１章第３項

認知症の人を支える社会資源の把握

3. 認知症の人を支える社会資源

1. 地域の社会資源の利用状況を把握する

第一項でも述べましたが、認知症ケアパスを策定するに当たり、自治体/介護保険者の皆様には、これまで地域で培われてきた「認知症の人を支える社会資源・取組み」を整理し、認知症の人の生活レベルに応じて体系的に紹介することが求められています。

前項で認知症の人の状態像について触れましたが、そこで把握した状態像の方々が、どういったサービスを使って、どのように暮らしているのかを描くのが「認知症ケアパス」です。また、第一項で述べたとおり、今後、全国で認知症の人の数が増加することを考えると、既存の社会資源だけでは不足することが考えられます。そのため、自治体/介護保険者の皆様には、それぞれの自治体の基本方針を踏まえた上で、今後、どういった社会資源を整備していくのか、どのように地域の高齢者を支えていくのかについての計画を立て、介護保険事業計画等に反映させていく必要があります。

前項でも述べたとおり、認知症の人は疾患の種類や進行に伴い、必要な支援が変化していきますから、その人の生活機能障害に応じて様々な社会資源を組み合わせていくことが重要ですし、また、様々な社会資源が認知症の人を支えていくことで、その人の生活をより重層的にサポートすることができます。

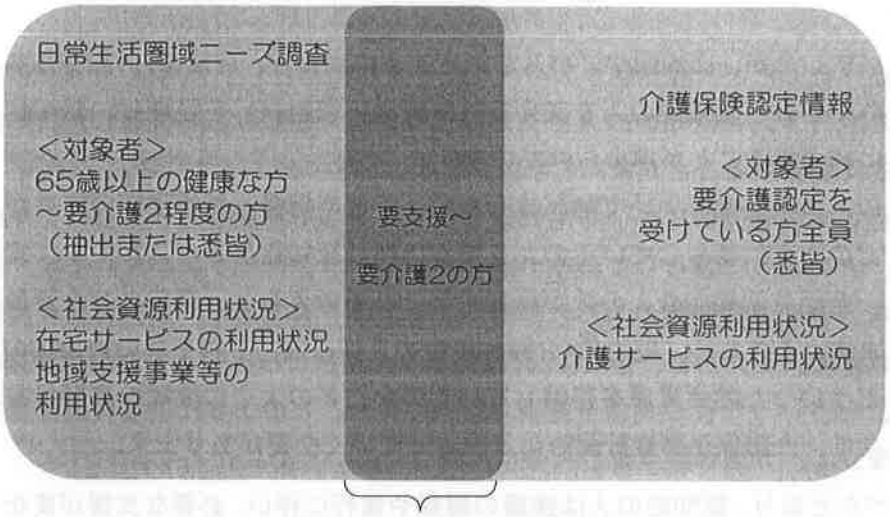
2. 地域の社会資源の利用状況を把握するための調査・分析

現在各自治体において取り入れられている調査・分析の中で、地域の高齢者の方がどのような社会資源を利用しているかを把握するには、以下の調査が有効です。

調査・分析名	社会資源の利用状況を把握する指標
日常生活圏域ニーズ調査	・在宅サービスの利用状況 ・地域支援事業の利用状況* （*独自の質問項目として設けている自治体の場合）
給付分析	介護サービス種類別利用状況

要介護認定を受けている方の場合、介護支援専門員（ケアマネジャー）が介護サービス以外の社会資源の利用状況（例：配食サービス、高齢者サロン等）も把握しています。そういった情報を収集、整理することで、地域の高齢者がどのような社会資源を使って生活をされているかが見えてきます。

また、日常生活圏域ニーズ調査は要介護認定を受けていらっしゃらない方を対象としており、介護支援専門員（ケアマネジャー）や地域包括支援センター等が情報を把握していない方々に対して調査票が配布されています。ぜひ日常生活圏域ニーズ調査に自治体独自の質問項目を追加し、地域支援事業等への参加状況等を把握しましょう。



資料：ニッセイ基礎研究所作成

＜地域の高齢者の社会資源利用状況の把握に用いる２つの調査＞

＊　日常生活圏域ニーズ調査

要支援・要介護認定を受けていない方の社会資源利用状況を把握するために、日常生活圏域ニーズ調査を用います。基本となる調査用紙では地域活動等への参加状況についての質問がありますが、この他、予防事業や地域支援事業、配食等民間のサービスを利用しているか否かについて、自治体独自の質問項目を設け、利用状況を確認するとよいでしょう。

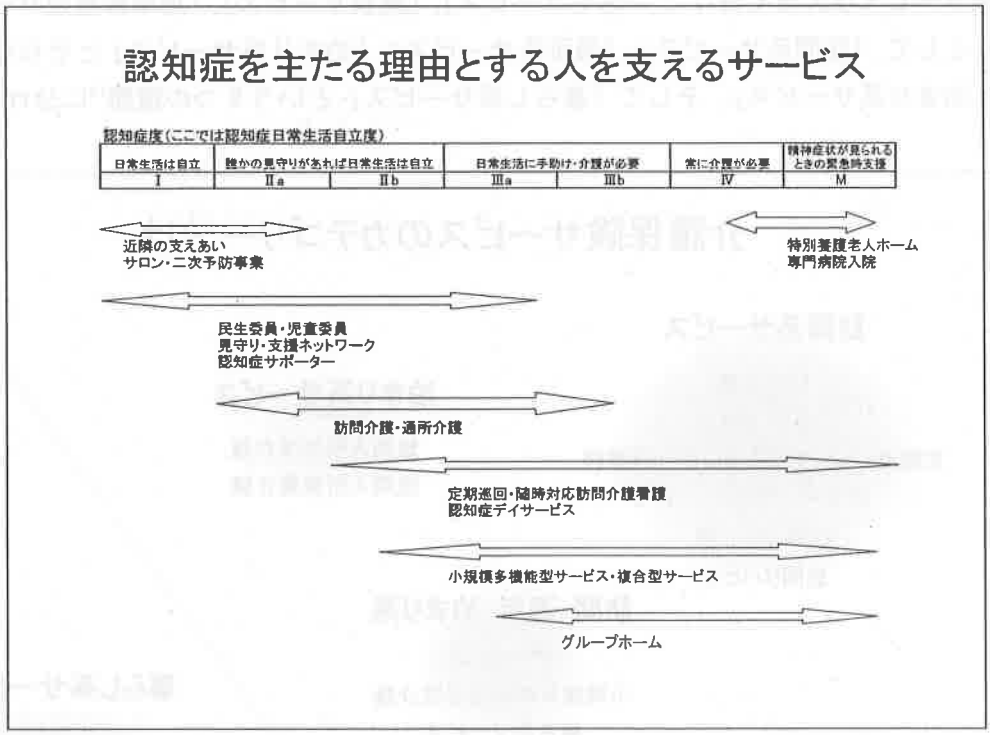
＊　介護保険給付分析

給付分析は、要支援・要介護認定者の介護保険サービスの利用実績です。介護保険サービスごとの利用実績を把握することで、そのサービスが現在どの程度利用されているのか、今後の過不足はどうかについて検討することができます。

その他、自治体独自で行っている調査等で、社会資源の利用状況を把握できるものがありましたら、ぜひ積極的に活用してください。

3. 認知症の人の生活機能障害にあわせた社会資源の整理

第１章第 2 項でご紹介したとおり、認知症の人のニーズは様々であり、認知症の人の生活機能障害によって必要となる支援も変わってきます。そのためには地域の社会資源が連携しあい、認知症の人に適切な支援を提供する必要がありますが、同時に「誰が何を担当するのか」の交通整理が必要です。というのも、認知症の疾患によって進行状況が異なることに加え、個々の認知症の人の家族構成や経済状況、他の疾患の有無等によっても必要な支援が異なります。そのため、認知症の人それぞれが必要としている支援を、１つの団体・事業所で全てまかなうことは難しいですし、特に人口規模の大きな自治体になりますと、数多くの介護保険事業者、住民グループ等が様々なサービスを提供していることから、全体の把握が難しく、提供しているサービスが偏ってしまったり、それぞれが担う担当領域が不明確になってしまうことがあります。そのため、行政主導による「社会資源の交通整理」が必要になってくるのです。



例：認知症の人を支える地域資源（Ａ市の場合）

資料：東内委員長作成（一部改変）

上記は認知症ケアパス研究会で提出された資料です。このように、認知症の人の生活機能障害に応じて、どの事業所・団体が支援を提供するかを、地域福祉を担う関係者間でおおまかに検討・整理してみましょう。この際、「地域として、こういう状態の認知症の人をこのサービスで支えていく」というおおまかな構図を描くようにしてください。

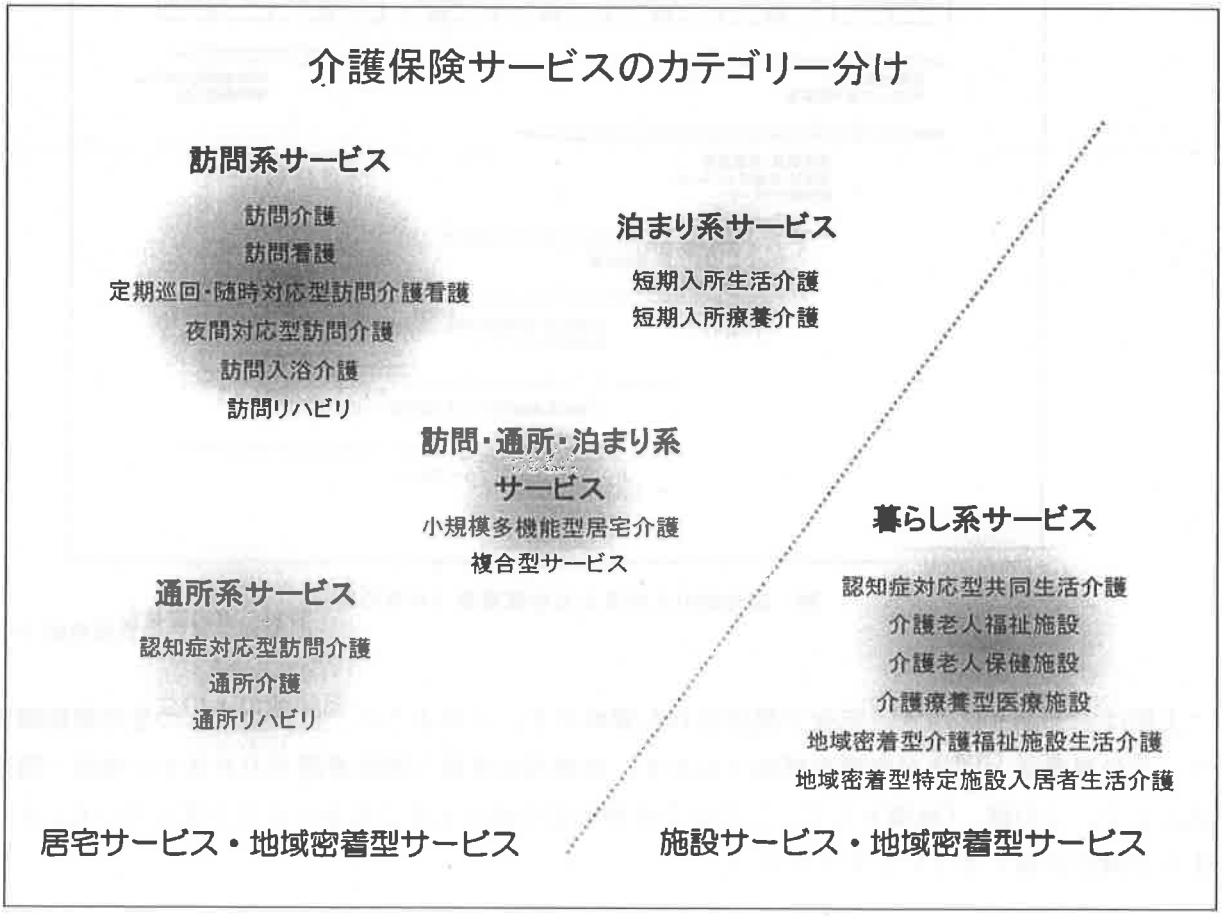
4. 社会資源の利用状況の把握のために：サービス種類別社会資源

現在全国には 1,700 を超える自治体があり、介護保険サービス、医療サービスのように法律で定められたサービスについては、全国一律でサービス名称・内容が統一されていますが、地域支援事業や地域住民が自発的に行っているサービス（例：NPO 法人による高齢者サロンや、近隣住民による生活支援等）は地域によって名称や内容がまちまちです。また、事業所/機関によっては、認知症に対応していないものもあるでしょう（例：一部のサービス付高齢者住宅や高齢者サロンなど）。

つまり、皆様の自治体の中にある介護保険サービスや地域支援事業等によるサービス等の中で、認知症に対応しているものを整理していくことで、認知症の人の生活機能障害に対応する社会資源の整備につながっていくのです。

～介護保険サービス～

介護保険サービスは大きく分けて、「居宅サービス」、「施設サービス」、「地域密着型サービス」があり、カテゴリーとして、「訪問系サービス」、「通所系サービス」、「泊まり系サービス」とそれらを合わせた「訪問・通所・泊まり系サービス」、そして「暮らし系サービス」という 5 つの種類[13]に分けられます。



資料：ニッセイ基礎研究所作成

地域密着型サービスには認知症対応型や小規模多機能型のサービスがあり、これらは市町村が事業者

[13] この他、福祉用具貸与や居宅療養管理指導があります。

の指定や監督を行うことから、利用者のニーズにきめ細かく応えることができることに加え、事業者が所在する市町村に居住する方が利用対象者となることから、地域包括ケアを推進する上で欠かせないサービス体系です。

～医療サービス～

認知症が疑われたとき、専門医を受診することはとても大事なことです。というのも、認知症の症状を引き起こす疾患には様々な種類があり、その疾患によって治療や経過が異なるからです。また、認知症の人は高齢であるため、いろいろな身体の病気を有していることが多いです。また、認知症の症状や身体の病気の症状が急に悪化することもあり、日ごろより様々な医療機関が協力・連携し、認知症の人を支える仕組みづくりをする必要があります。

認知症の診断・治療等に関わる医師・医療機関には、以下のようなものがあります。

表　医療サービスの名称と説明

名称	説明
かかりつけ医 （主治医）	患者さんの在宅医療の中心となる診療所などの医師。通常、高血圧や糖尿病などの慢性の身体疾患の治療にあたっていることが多い。必要時、必要な医療機関に紹介する
認知症サポート医	かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役・アドバイザーであり、地域における連携の推進役が期待されている
認知症疾患医療センター	認知症の専門医や相談員を配置し、保健医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断、周辺症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を行う医療機関。都道府県及び指定都市により指定を受けている

資料：数井委員監修、ニッセイ基礎研究所作成（一部改変）

上記の他、「もの忘れ外来」や「認知症外来」のある病院・診療所があり、一部は「認知症疾患医療センター」としての指定を受けています。

～地域支援事業等のサービス（例：自治体独自サービス、インフォーマルサービス）～

自治体によって、地域の認知症の人を支えるための様々な取組みが行われており、自治体が直接運営・関与しているものもあれば、公民館の貸し出し等活動場所の提供や活動資金の一部を支給するといった間接的な運営・関与まで、様々な形で行われています。また、取組みの内容として、認知症の人に対して直接何らかの支援・援助をするものの他、家族や近隣に住む方や地域にある企業等を対象とするものもあります。

表　地域支援事業等のサービスの名称と対象者、説明

名称（例）	対象者	説明
介護相談 （心配事相談、認知症コールセンター）	本人・家族等	高齢者や介護者、家族の悩み事の相談窓口。行政や地域包括支援センターに窓口があるが、そのほか社会福祉協議会、介護事業所や家族の会、ＮＰＯ法人等でも行っている

介護者教室 （家族のつどい）	家族等	介護をしている家族や親族等を対象に行われる教室で、介護技術（介助方法等）やストレス解消法を紹介するなどしている。主体は家族会、行政であったり、地域包括支援センターや社会福祉協議会、介護保険事業所等
認知症SOS ネットワーク	本人	認知症の方が、万が一行方がわからなくなったとき（迷子になったと思われるとき）、早く安全に保護するためのネットワーク。ネットワークには警察や消防、社会福祉協議会の他、駅や郵便局、商店街やタクシー協会、NPO法人等、様々な団体が協力している
見守りネットワーク	本人	一人暮らしの人、老々世帯などを対象に、孤立防止や安否確認を目的に、民生委員や福祉支援員、地域住民、ボランティア、NPO法人等が定期的に訪問をする。主体は行政や社会福祉協議会等
認知症サポーター養成講座	住民、地域の生活関連企業、団体活動に携わる人、学校関係者等	認知症について正しい知識をもち、認知症の人や家族を支援し、だれもが暮らしやすい地域をつくっていくことを目的に活動するボランティアを養成する。主体は都道府県や市町村、全国規模の職域団体等
配食サービス	本人	見守りや安否確認を兼ね、昼食や夕食をお届けするサービスで、行政が民間に委託をして行っている場合が多い
軽度生活援助サービス 困りごと支援サービス	本人	電球の交換や草むしり、衣替えといった支援を、有償・無償のボランティアや地域住民等が行う。主体は社会福祉協議会やシルバー人材センター、NPO法人等

資料：ニッセイ基礎研究所作成

上記のほか、健康教室、認知症予防教室といった予防・啓発を目的とするものや、高齢者サロン、健康サークル等、健康増進や身体機能の維持を目的とするもの、コミュニティバスや福祉タクシー等、移動を支援するもの、災害時要援護者支援ネットワーク等、災害時の支援をするものなど、様々な取組みがあります。これらの詳細につきましては、巻末資料の「認知症の人のニーズに対する支援　～地域包括ケアの視点に基づく、サービス名や具体例一覧～」（巻末資料107～110ページ）をご参照ください。

～介護保険制度以外のサービス～

「認知症」という言葉を聞くと、つい「介護保険」に結び付けてしまいますが、介護保険以外の制度もあります。特に若年性認知症の方に対しては、就労時から利用できる様々な制度があることから、介護保険制度に縛られることなく、その人の状況に合わせて、適切と思われるサービスや制度を利用すると良いでしょう。

表　介護保険制度以外のサービスの種類と制度、内容

サービスの種類	制度	内容
障害福祉サービス	精神障害者保健福祉手帳	一定の障害を持つことを証明するもので、各種減免措置を受けられる。就労時から利用可能
	障害者自立支援法に基づく障害福祉サービス	市区町村の法定に基づき、介護の支援を受ける「介護給付」、訓練等の支援を受ける「訓練等給付」を受けられる。
介護サービス	介護保険制度	要介護認定及びケアプラン（介護サービス計画）に基づき、在宅・施設両面にわたる福祉・医療サービスを受けられる

	高額介護サービス費	介護保険サービスの利用者負担額が一定を超えた場合、超えた額について後から払い戻しがある
医療費助成	自立支援医療	精神疾患のため、通院による治療を受ける場合、通院医療費の負担が軽減される
	高額療養費	医療費の自己負担額が一定の額を超えた場合、超えた額について後から払い戻しがある
	高額医療・高額介護合算療養費制度	「医療保険」と「介護保険」療法の自己負担の合計額が一定の額を超えた場合、超えた額について後から払い戻しがある
税の控除	税金の控除	特別障害者控除、障害者控除、医療費控除が受けられる
経済的支援	疾病手当金	病気のため仕事ができなくなった厚生年金又は共済年金の被保険者と家族の生活を保障するため、給付金が支給される
	障害年金	一定の障害の状態にある場合、障害年金等が支給される
	雇用保険制度	失業し、就職する意思・能力があり、求職活動を積極的に行っているにもかかわらず職に就けない場合、給付金等が支給される
	特別障害者手当	日常生活において常時と区別の介護を必要とする場合、手当てが支給される
日常生活支援	日常生活自立支援事業（地域福祉権利擁護事業）	判断能力が十分でない人を対象として、福祉サービスの利用援助や日常的な金銭管理等の支援を受けられる
	成年後見制度	判断能力が十分でない人の権利を守るため、成年後見人等が本人に代わって法律行為を行うなどの支援を受けられる

注：制度により、就労時から利用できるもの、できないものや、年齢制限、所得による負担額の違い等があります。

資料：東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課「若年性認知症ハンドブック－職場における若年性認知症の人への支援のために－」2010年11月、p2より引用、一部改変

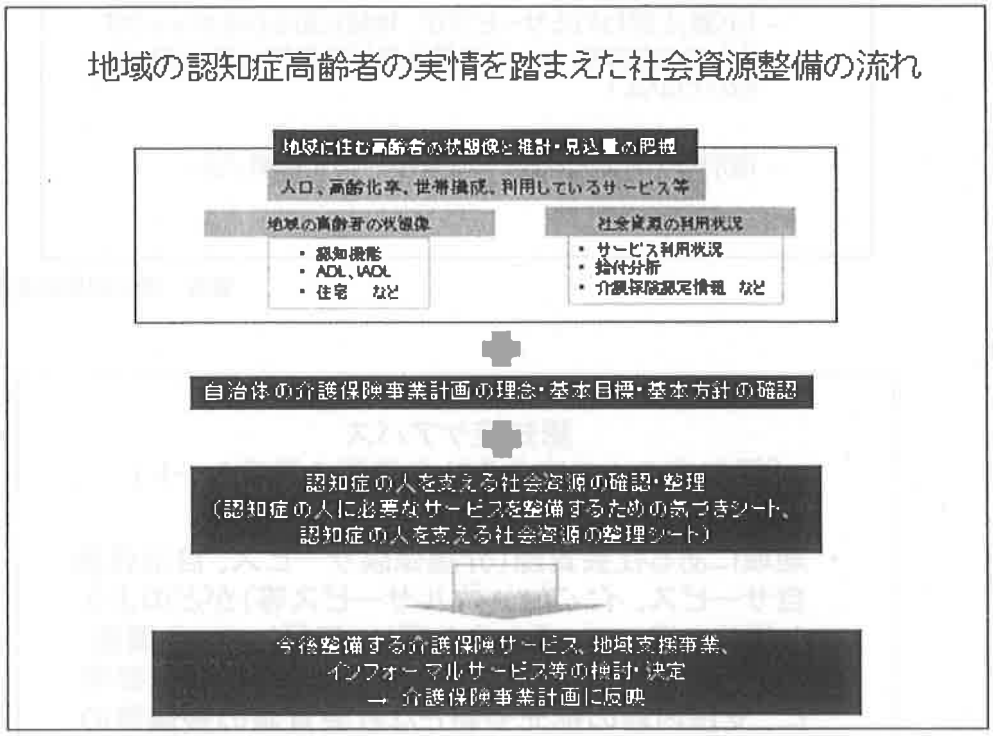
第２章第１項

「認知症の人に必要なサービスを把握するための気づきシート」と「認知症の人を支える社会資源シート」

1　「認知症の人に必要なサービスを整備するための気づきシート」と「認知症の人を支える社会資源の整理シート」

1.　地域の実情に合わせた認知症ケアパス策定のために

第一章で述べたとおり、認知症ケアパスを有効に機能させるためには、地域の高齢者の状態像に適した社会資源の整備と適切なケアマネジメントの 2 つが必要です。特に社会資源の整備においては、地域に住む高齢者の状態像やサービス利用状況を把握し、将来の必要見込量を推計した上で、どういう生活機能障害を持った認知症の人に、どこで、どういったサービスを提供するのかといった「認知症ケアパス構想」を、それぞれの地域で議論・検討していく必要があります。



資料：第 4 回委員会提出資料（一部改変）

＜留意点＞

✓　若年性認知症の場合には、就労継続支援等、障害者総合支援法に基づくサービスや制度があります。必要に応じて活用されているかを確認しましょう（詳細は第 1 章第 2 項をご参照ください）。

2. 「気づきシート」と「社会資源シート」

地域の認知症高齢者の生活機能障害を踏まえた社会資源の整備を進める上で、認知症ケアパス作成のための検討委員会が提案するのが「認知症の人に必要なサービスを把握するための気づきシート（気づきシート）」と「認知症の人を支える社会資源シート（社会資源シート）」の２つです。

認知症ケアパス
「認知症の人に必要なサービスを整備するための
気づきシート」

- 認知症を有する高齢者の生活を支えるための、サービス基盤（＝社会資源）の整備・利用状況の確認と今後の計画について検討をするシート
  - 「必要」と思われるサービスが、地域にあるかをチェックするためのもので、サービス見込量が自動的に算出されるものではない
  - 個別のケアプラン作成には直接的には影響しない

資料：第４回検討委員会資料、一部改変

認知症ケアパス
「認知症の人を支える社会資源の整理シート」

- **地域にある社会資源（介護保険サービス、自治体独自サービス、インフォーマルサービス等）がどのような機能を担っているかを分類し、不足している機能について、気づきシートのH29単純推計の値を参考に、支援内容の拡充や新たな社会資源の整備等の可能性について検討するためのシート**
  - **支援内容別に書き込むことで、生活機能障害別に、どういった支援が不足しているのかが一目でわかり、整備計画に反映しやすい**

資料：第６回検討委員会資料、一部改編

＜認知症の人に必要なサービスを整備するための気づきシート＞

認知症の人に必要なサービスを整備するための気づきシート（社会資源と定員数、利用者数の把握、H29年度の単純推計値の算出、必要数の決定）

作成：　平成　25年　7月　15日
日常生活圏域：　　○×△　　地区

＜地域憲章・高齢者福祉の理念・目標＞
1．高齢者の生きがいと健康づくり　2．安心して暮らせる町づくり　3．住み慣れた地域で暮らし続ける

人口	28,785	人
65歳以上人口	6,887	人
高齢化率	23.9	%
高齢者のみ世帯数	2,148	世帯
要介護認定者数（二号保険者含）	1,225	人
若年性認知症推定数	9	人

＜気づきシート記入上の注意点＞
* このシートは、認知症の人の生活障害に対応し、地域で支えていくためのサービスについて、以下の点を確認するためのものです。
　① 現在ある社会資源（介護保険サービス、自治体独自サービス、インフォーマルサービス等）の把握
　② 現在ある社会資源を、どのような状態像の人が利用されているかの把握
　③ H29年度の単純推計に対し、どの社会資源が不足・過剰になると考えられるか
　④ 認知症の人の生活障害に対し、どのサービスで、どのように支援をしていくのかの検討・検討
* H29単純推計の求め方は、現在・現在利用者数に介護保険事業計画に用いる占有率以上人口の伸び率をかけ、算出しましょう。
* 「必要数」には、H29単純推計の数を基に、関係者で社会資源の整備に関する今日もした結果を反映した数字を記入しましょう。
* このシートの活用は、わかる範囲で埋めていくようにしましょう。もしわからないところがあれば、空欄でも結構です。
* 空欄の部分に関しては、今後できるだけ数字を把握できるようにしていきましょう。

認定以上で要介護認定を受けていない方

認定トータル人	H29推計		0 現数	0 H29単純推計	0 目標	1 現数	1 H29単純推計	1 目標	2 現数	2 H29単純推計	2 目標	3 現数	3 H29単純推計	3 目標	4 現数	4 H29単純推計	4 目標	5 現数	5 H29単純推計	5 目標	6 現数	6 H29単純推計	6 目標
5,723	6,181		4,523	4,885	4,912	728	786	786	421	455	450	42	45	50	6	6	3	3	3	0	0	0	0

	サービス項目	認定の利用者数	H29単純推計	必要数	0 現数	0 H29単純推計	0 必要数	1 現数	1 H29単純推計	1 必要数	2 現数	2 H29単純推計	2 必要数	3 現数	3 H29単純推計	3 必要数	4 現数	4 H29単純推計	4 必要数	5 現数	5 H29単純推計	5 必要数	6 現数	6 H29単純推計	6 必要数
地域支援事業等	一次予防・二次予防利用者	589	636	0		0			0			0			0			0			0			0	
	未利用者		0	0		0			0			0			0			0			0			0	
介護保険サービス以外（配食サービス、見守りサービス、緊急通報装置、サロン、他）	いきいきふれあいサロン	21	23	0		0			0			0			0			0			0			0	
	配食見守りサービス		0	0		0			0			0			0			0			0			0	
	高年者クラブ	14	15	0		0			0			0			0			0			0			0	
	緊急通報装置	42	45	0		0			0			0			0			0			0			0	
	SOSネットワーク		0	0		0			0			0			0			0			0			0	
	認知症カフェ		0	48		0			0			0	45		0	3		0			0			0	
	認知症サポーターによるサロン		0	0		0			0			0			0			0			0			0	
	聴覚確認電話サービス		0	10		0			0			0			0	9		0	1		0			0	
			0	0		0			0			0			0			0			0			0	
			0	0		0			0			0			0			0			0			0	

要介護認定を受けている方（二号保険者含）

認定トータル人	H29推計	認定	現数	H29単純推計	必要数	1 現数	1 H29単純推計	1 必要数	2a 現数	2a H29単純推計	2a 必要数	2b 現数	2b H29単純推計	2b 必要数	3a 現数	3a H29単純推計	3a 必要数	3b 現数	3b H29単純推計	3b 必要数	4 現数	4 H29単純推計	4 必要数	5 現数	5 H29単純推計	5 必要数
1,225	1,323	1,247	298	322	334	222	240	248	132	143	150	241	260	275	177	191	198	54	58	64	74	80	76	27	29	28

	サービス項目	認定の利用者数	H29単純推計	必要数	認定 現数	認定 H29単純推計	認定 必要数	1 現数	1 H29単純推計	1 必要数	2a 現数	2a H29単純推計	2a 必要数	2b 現数	2b H29単純推計	2b 必要数	3a 現数	3a H29単純推計	3a 必要数	3b 現数	3b H29単純推計	3b 必要数	4 現数	4 H29単純推計	4 必要数	5 現数	5 H29単純推計	5 必要数
介護保険サービス以外（配食サービス、見守りサービス、緊急通報装置、サロン、他）	いきいきふれあいサロン	30	32	56	18	19	30	12	13	18		0	5		0	3		0			0			0			0	
	配食見守りサービス	79	85	105	23	25	34	28	30	37	18	19	25	6	6	9	4	4			0			0			0	
	高年者クラブ	62	67	89	42	45	60	18	19	25	2	2	4		0			0			0			0			0	
	緊急通報装置	373	403	408	130	140	145	132	143	145	45	49	49	32	35	35	18	19	19	11	12	12	2	2	2	3	3	3
	認知症SOSネットワーク	24	26	37		0			0		5	5	5	7	8	8	9	9	14	4	4			0			0	
	認知症カフェ	0	0	64		0			0			0	15		0	25		0	19		0	5						
	認知症サポーターによるサロン	0	0	21		0			0			0			0	5		0	10		0	6		0	7		0	
	聴覚確認電話サービス	0	0	125		0			0			0	50		0	75		0			0			0			0	
	サービス付き高齢者住宅	26	28	27	16	17	17	6	6	6	3	3	3	1	1	1		0	0		0	0		0	0		0	0
介護保険サービス	訪問介護	388	419	416	106	114	110	86	93	90	47	51	53	81	87	89	41	44	46	12	13	14	13	14	12	2	2	2
	通所介護	408	441	368	72	76	72	70	76	70	60	65	61	112	121	110	68	73	66	11	12	8	14	15	12	1	1	0
	短期入所生活介護	54	58	50	1	1	1	3	3	3	4	4	2	23	25	23	15	16	13	2	2	2	5	5	3	1	1	1
	定期巡回随時対応訪問介護看護	0	0	11		0	1			1		0	1		0	2		0	3		0	1		0	2		0	
	認知症対応型通所介護	13	14	44	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	2	13	5	5	13	3	3	7	3	3	5	0	0	1
	小規模多機能型居宅介護	11	12	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	6	7	8	10	0	0	2	0	0	2	0	0	0
	認知症対応型共同生活介護	23	25	22	0	0	0	0	0	0	1	1	1	9	10	9	6	6	6	3	3	2	3	3	3	1	1	1
	介護老人保健施設	54	58	51	4	4	3	10	11	9	5	5	4	9	10	9	19	21	18	2	2	2	3	3	3	2	2	2
	介護老人福祉施設	60	65	57	3	3	2	2	2	1	6	6	5	4	4	4	20	22	20	10	11	10	14	15	14	1	1	1
	特定施設	99	107	116	28	30	32	49	53	55	12	13	16	8	9	11	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	二次予防																											
	未利用	288	311	299	109	118	123	52	56	59	27	29	32	47	51	41	19	20	19	9	10	9	12	13	12	12	13	9

認知症の診断状況

（国民健康保険、後期高齢者医療保険加入者）	28　人

医療

訪問診療をしている病院・医院・クリニック数	2　ヶ所	認知症疾患医療センター	○○市民　病院
訪問看護ステーション数	3　ヶ所	認知症専診専所	0　ヶ所
専門認知症デイケア	0　ヶ所	もの忘れ外来等の数	2　ヶ所

在宅

地域包括支援センター	2 ヶ所
居宅介護支援事業所	14 ヶ所
	ヶ所
	ヶ所

人材の育成 ―オレンジプラン―

認知症に関した研修	研修名	研修修了者数（延べ）	H29年度目標数	国の目標値（参考）
	かかりつけ医認知症対応力向上研修	4　人	11　人	高齢者人口600人に対して1人
	認知症サポート医養成研修	0　人	1　人	一般診療所1ヶ所に対して1人
	認知症サポーター	118　人	143　人	全国で500万人
	認知症地域支援推進員	0　人	2　人	3つの中学校区あたり1人
	認知症介護指導者	1　人	2　人	3つの中学校区あたり1人
	認知症介護実践リーダー研修	人	人	
	一般病院認知症対応力向上研修	人	人	病院1ヶ所あたり、病院1人常駐が1ヶ所目標
		人	人	

＜視察のポイント＞
* H29年の単純推計値は、現在実施されている介護保険サービスをはじめとする社会資源で対応可能な人数でしょうか？
* 現在整備されている社会資源で対応が難しい場合、対応を考えましょう
　* 貴自治体の地域課題の理念・目標を踏まえましょう
　* 人口動態を踏まえましょう
　* 居宅サービス、通所サービス、施設サービスのそれぞれのコストや職員確保が可能かも視野しましょう
　* 既存の資源のうち、他のサービスに切り替えやサービスの転用ができるものがないか、検討しましょう
　　例：　通所介護　→　高齢者サロン、配食サービス
　　通所介護　→　認知症対応型通所介護
　　通所介護、訪問介護、短期入所生活介護　→　小規模多機能型居宅介護
* 未利用の方がどのようにして生活されていらっしゃるか、確認しましょう
* 過剰性認知症の推定数に対し、何をお把握されていらっしゃいますか？また、介護保険以外のサービスは利用されていますか？
* 日常生活圏域サービス、インフォーマルサービスの利用者の数や生活状況をどの程度把握されていらっしゃいますか？

＊参考文献：平成24年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金「認知症高齢者の家族支援に関する調査研究事業」報告書（株式会社三菱総研）、「認知症高齢者の家族支援に関する調査研究事業」報告書（株式会社三菱総研）

認知症の人の生活障害を補う、どういったサービスで支えていくのか、介護保険サービス事業者や医療関係者、社会福祉協議会、認知症地域支援推進員、ボランティア等の関係者で協議・検討すると共に、どのような認知症の人に対し、どういった支援を組み合わせ、地域での暮らしを支えていくのか、サービスの拡充だけでなく、既存サービスの切り替えなども考慮に入れて、検討しましょう。

＜認知症の人を支える社会資源の整理シート：例は「H25 年７月現在」版＞

認知症の人を支える社会資源の整理シート:H25年7月現在　　A　市　○×△　地区

認知症の生活機能障害 ／ 支援の内容	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・介護が必要	常に介護が必要
	物忘れはあるが、金銭管理や買い物、書類作成等をきめ、日常生活は自立している	買い物や事務、金銭管理等にミスがみられるが、日常生活はほぼ自立している	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者の対応などが１人では難しい	着替えや食事、トイレ等がうまくできない	ほぼ寝たきりで意思の疎通が困難である
介護予防・悪化予防	一次予防、二次予防 いきいきふれあいサロン	一次予防、二次予防 いきいきふれあいサロン	通所介護	通所介護	訪問介護
つながり支援	いきいきふれあいサロン 高年者クラブ	高年者クラブ	通所介護	通所介護	訪問介護
仕事・役割支援	高年者クラブ	高年者クラブ	通所介護	通所介護	訪問介護
安否確認・見守り	SOSネットワーク 緊急通報装置 配食見守りサービス 認知症サポーター	SOSネットワーク 緊急通報装置 配食見守りサービス 認知症サポーター	SOSネットワーク 緊急通報装置 配食見守りサービス	緊急通報装置 訪問介護	緊急通報装置 訪問介護
生活支援	配食見守りサービス 高年者クラブ	配食見守りサービス	訪問介護 通所介護	訪問介護 通所介護	訪問介護 通所介護
身体介護			通所介護 訪問介護	通所介護 訪問介護	通所介護 訪問介護
医療	かかりつけ医 ○○市民病院	かかりつけ医 ○○市民病院	かかりつけ医 ○○市民病院	かかりつけ医 ○○市民病院 定期巡回随時対応訪問介護看護	かかりつけ医 ○○市民病院 定期巡回随時対応訪問介護看護
家族支援	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター
緊急時支援 （精神症状がみられる等）	○○市民病院	○○市民病院 小規模多機能型居宅介護 短期入所生活介護	○○市民病院 小規模多機能型居宅介護	○○市民病院 小規模多機能型居宅介護	○○市民病院 小規模多機能型居宅介護
住まい サービス付き高齢者住宅等	△△高齢者住宅	△△高齢者住宅			
グループホーム、介護老人福祉施設等居住系サービス			認知症対応型共同生活介護	認知症対応型共同生活介護 介護老人福祉施設	認知症対応型共同生活介護 介護老人福祉施設

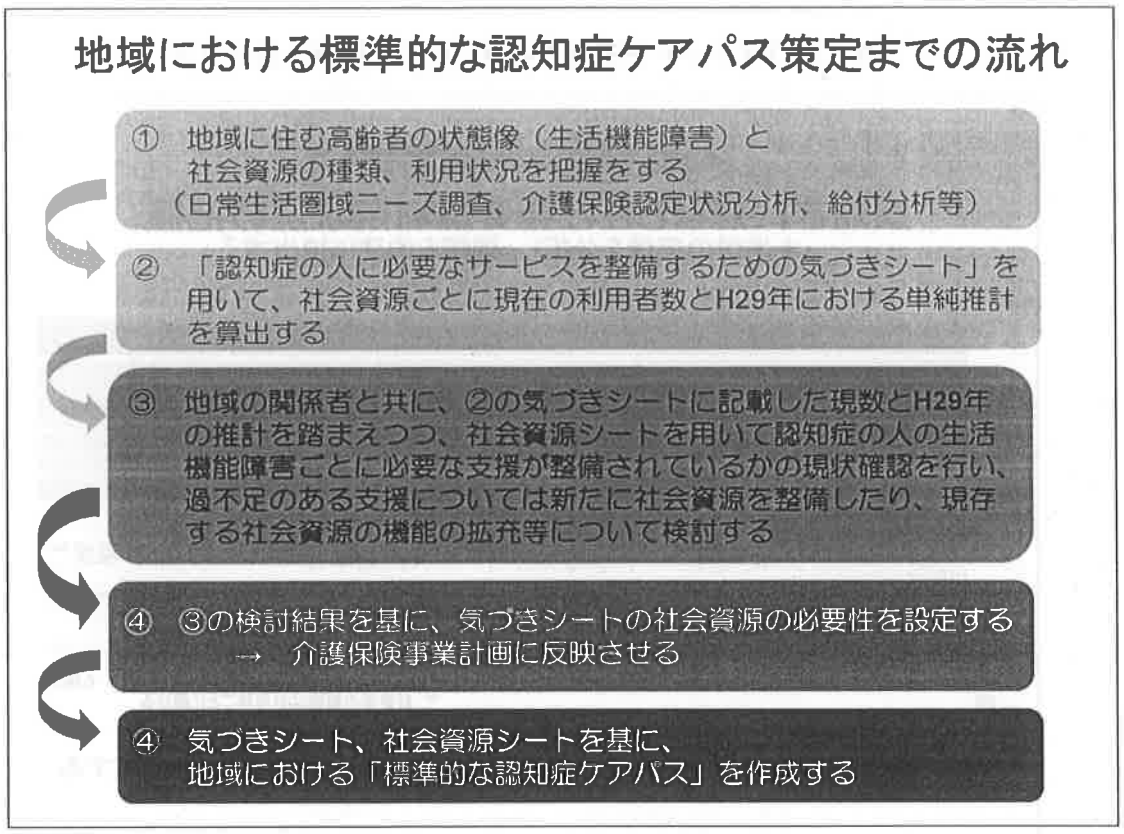
地域にある社会資源（介護保険サービス、自治体独自サービス、インフォーマルサービス等）を、どういった状態の認知症の人に対し、どういう支援を行っているのか、生活機能別・支援の内容別に分類してみましょう。

これらのシートは、地域において認知症の人をどのように支えていくかについて話し合っていただくための、いわゆる「気づきを促す」ためのものであり、このシートを埋めたからといって、自動的に認知症の支援体制の整備計画ができるわけではありません。また、個別のケアプランに直接的な影響は及ぼしません[14]。

これらのシートの目的は、認知症の人の生活機能障害別に、現在ある社会資源の整備状況、利用状況を把握し、認知症高齢者の将来推計人口を基に、地域に必要な、もしくは不足するであろう社会資源を整備したり、過剰となっている社会資源を統合したり、不足している支援への切替えを検討していただくなど、必要な支援を過不足なく整備していくことです。

社会資源シートと気づきシートを用いた社会資源整備の流れと、地域における標準的な認知症ケアパス策定のための流れは以下のようになります。

[14] ただし、必要なサービスがその地域に整備されていなければ、個々の認知症の人のニーズに対応することができませんから、間接的には影響を及ぼします。



資料：第 6 回検討委員会資料、一部改変

国が推奨している地域包括ケアを推進していくためには、気づきシートと社会資源シートを日常生活圏域ごとに作成すると効果的です。ぜひご活用ください。

3. 「気づきシート」に用いるデータについて

気づきシートは、認知症度ごとに現在ある社会資源の利用状況を把握するためのもので、「現数」と 3 年後の「単純推計」、推計値を踏まえていかに認知症の人を支えていくかの検討を行った後の「必要数」を記入するようになっています。また、社会資源は、介護保険サービスだけでなく、インフォーマルサービスや医療の整備状況についても、あわせて確認できるよう、1 枚のシートにまとめています。

気づきシートを使用する際には、地域の高齢者の生活機能障害程度とサービス利用状況の 2 つのデータが必要です。詳細は第 1 章第 2 項、第 3 項で記しましたが、生活機能障害程度については日常生活圏域ニーズ調査にある「認知機能の障害程度」スコアと介護保険認定情報にある「認知症高齢者の日常生活自立度」の 2 つを、サービス利用状況については日常生活圏域ニーズ調査にある在宅サービスの利用状況等や介護保険の給付分析を用います。

表　気づきシートを使用する際に用いる調査・分析とデータ

＜気づきシートの活用＞
認知症に着目した社会資源利用状況の把握
★地域の実情を分析し、課題を的確に抽出する

	調査・分析	使用するデータ	対象者
認知症の人の生活機能障害の把握	日常生活圏域ニーズ調査	認知機能の障害程度(CPS)による認知症度	健康～要介護2程度**
	要介護認定データの分析	認知症高齢者日常生活自立度(自立度)による認知症度	非該当～要介護5
＋ 社会資源利用状況の把握	日常生活圏域ニーズ調査	介護保険サービスの利用数* 介護保険外サービスの利用数*	健康～要介護2程度**
	給付分析	介護保険サービスの利用数 自治体負担額	要支援1～要介護5

*　ただし、自治体が質問項目として挙げている場合
**　対象者の範囲は自治体ごとに異なる

調査結果を可視化させ、地域に住む高齢者全体の状態像を把握する

資料：第４回委員会資料、一部改変

なお、自治体によっては、日常生活圏域ニーズ調査の中に要介護認定を受けている方が含まれているかと思います。その場合、両者の値をそのまま使うと、一部の対象者が重複してしまいますので、日常生活圏域ニーズ調査のデータから、介護サービス利用者（問８「健康について」の Q5 の選択肢 1～12 に１つでも丸がついている場合）は対象外とし、介護サービスを受けていない方のみを対象としましょう。

＜留意点＞

✓　認定状況分析や給付分析に関しては、介護保険を利用されている方全員が対象となりますが、日常生活圏域ニーズ調査については、抽出調査を行っている自治体が多いと思われます。そのため、抽出の基準を踏まえて数値をみるようにしてください（例：調査の対象が 65 歳以上人口の 25%であった場合、調査結果の４倍を、「現数」に記入する）。

～　要介護度と気づきシートの関係　～

今回の手引書では、認知症に着目し、認知症高齢者の日常生活自立度と日常生活圏域ニーズ調査の認知機能障害程度に焦点を当てて、気づきシートの作成をしていただきます。しかし実際には、要支援・要介護度別に介護保険サービスの限度額が定められているなど、「要介護度」がキーとなっています。

認知症高齢者の日常生活自立度は、要介護認定調査の中に含まれていますから、認知症高齢者の日常生活自立度が低い（Ⅲ～Ⅳ）場合には、要介護度が高い（要介護4、5）ケースが多く含まれます。しかし、脳梗塞による麻痺があり、身体介護を必要としている（要介護度が高い）けれども、認知レベルは自立している方もいらっしゃいます。こういった、「認知症高齢者の日常生活自立度」と「要介護度」別に、介護保険サービスの利用状況をみていくと、より地域に必要な、認知症に着目した介護保険サービスが明らかになってき

ます。

<Q: インフォーマルのサービスの利用者数や利用している方の認知症度がわかりません>

A: インフォーマルサービスは介護保険が適用されませんから、介護保険関連のデータ（給付分析や認定調査分析）から利用状況や利用者の方の認知症度をみることはできません。また、日常生活圏域ニーズ調査においても、自治体の独自項目としてインフォーマルサービスの利用状況を調査していない場合には、利用状況と認知症度がわかりません。

こういった、「数がわからない」という場合、気づきシートは空欄で結構です。というのも、気づきシートは数字を埋めることを目的としているわけではなく、「気づきを促す」シートだからです。

しかし、これまで述べてきたように、地域の高齢者の状態像を把握しなければ、地域のニーズを踏まえた上での効率的かつ有効な社会資源の整備は難しいといえるでしょう。ですから、今回は空欄でもかまいませんが、次の計画策定段階では数字が埋められるよう、データの収集を行うようにしましょう。

<Q: 日常生活圏域ニーズ調査は、ご本人に記入をお願いしているので、利用しているサービスや認知機能障害程度スコア等、正確とは言い難い可能性があります>

A: 繰り返しになりますが、気づきシートは気づきを促すためのものです。そのため、多少の誤差は想定の範囲として捉えてください。

4. 気づきシートの使い方

「気づきシート」は、「認知症になっても安心して暮らしていけるための街づくり」をするために必要なツールです。厚生労働省が2004年にそれまで「痴呆」と言っていた用語を「認知症」に改めたことを契機に、「認知症を知り　地域をつくる10ヵ年」の構想を打ち出しました。そこでは2014年の到達目標として、「認知症を理解し、支援する人（サポーター）が地域に数多く存在し、すべての町が認知症になっても安心して暮らせる地域になっている[15]」とあります。

以来、各々の自治体/地域のおいて、地域包括ケアの視点に基づき、様々な取組みや社会資源整備を行ってきたと思います。そういった成果を整理し、現在の整備数や利用者数をまとめ、将来推計値を見ながら認知症の人を支えていく街づくりを考えるためのツールが「気づきシート」です。

気づきシートは、以下の流れにそって記入をしていきます。早速流れを確認しましょう。

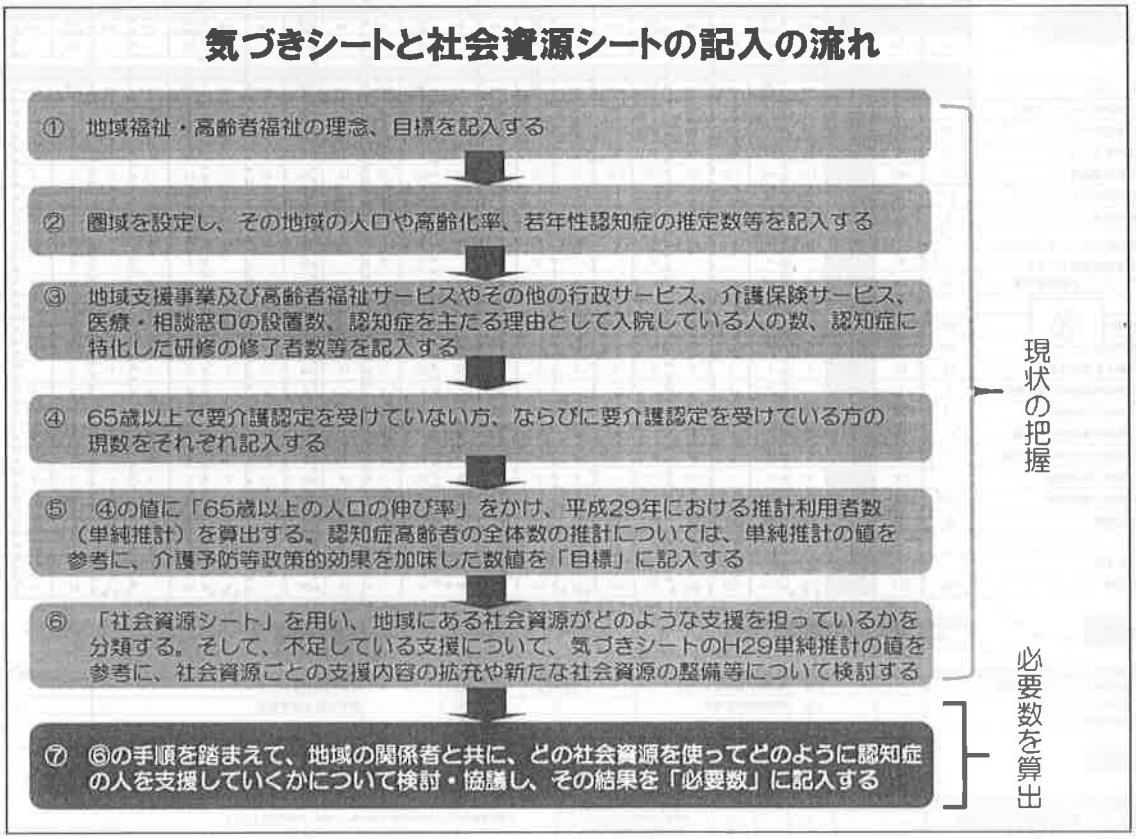
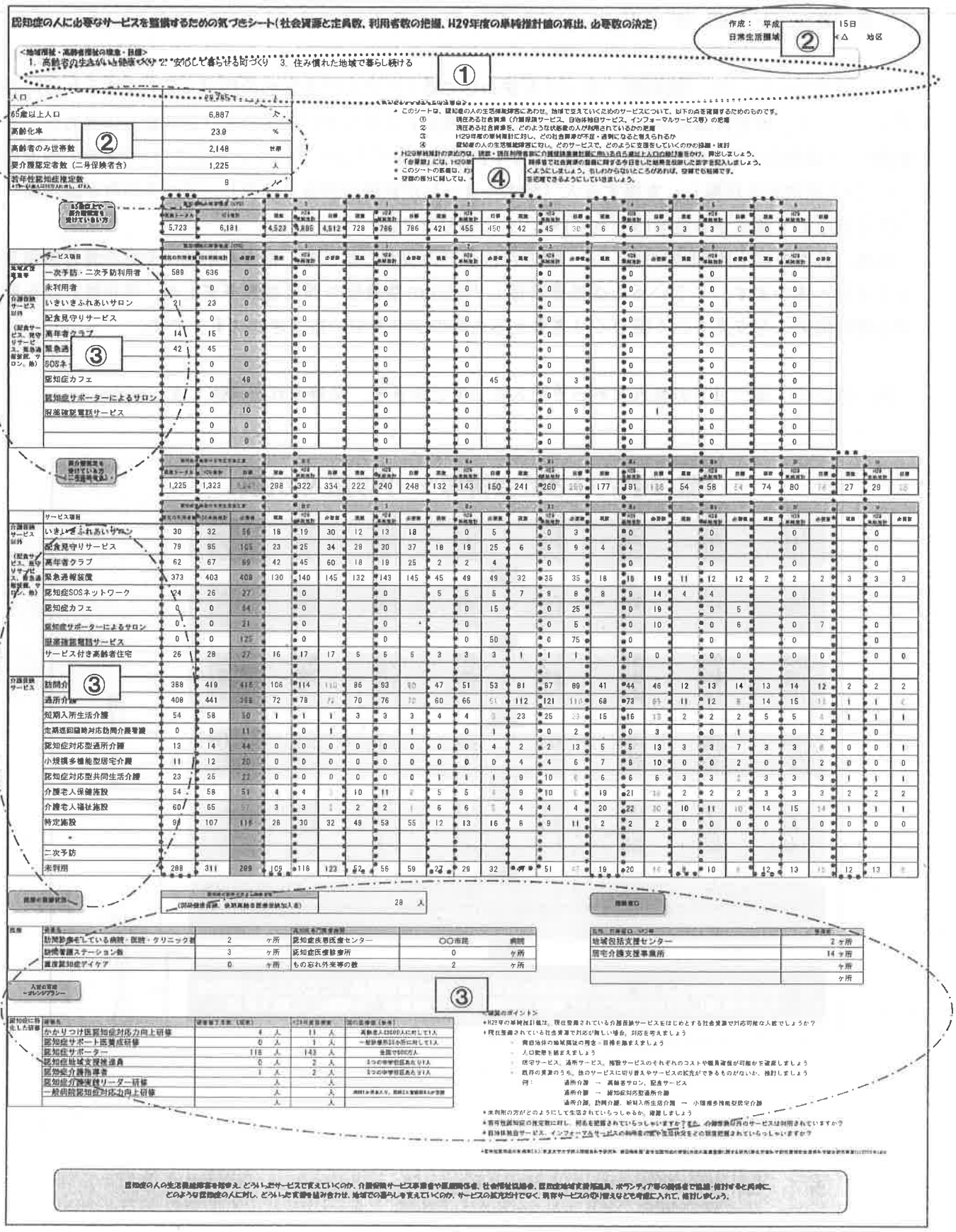


図　気づきシート記入の流れ

[15] 厚生労働省ホームページ（http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/c01.html）より（情報検索日：2013年2月21日）

＜認知症の人に必要なサービスを整備するための気づきシート＞



認知症の人に必要なサービスを整備するための気づきシート（社会資源と定員数、利用者数の把握、H29年度の単純推計値の算出、必要数の決定）

作成： 平成 15日
日常生活圏域 △△ 地区

①

②

③

④

① 地域福祉・高齢者福祉の理念・目標を記入する
（ポイント） 自治体は地域福祉の推進役です。皆様の地域がどのような理念・目標をもって地域福祉に取り組んでいるか、確認をしましょう。

② 圏域を設定し、その圏域の人口・高齢化率・若年性認知症推定数等を記入する
（ポイント） 気付きシートでとらえる圏域を設定します。基本は「日常生活圏域」がよろしいかと思いますが、地域によっては広すぎてしまったり、集合住宅に多くの高齢者が住んでいるため、圏域よりも一地域でとらえた方がよいなど、特徴があると思います。適宜圏域設定の工夫をしましょう。 また、圏域ごとの特徴を見るため、人口等をそれぞれの圏域ごとに記入しましょう。高齢化率の高い地域や要介護認定者数の多い地域などが浮かび上がってきます。

③ 地域支援事業及び高齢者福祉サービスやその他の行政サービス、介護保険サービス、医療・相談機関の整備数、相談窓口の設置数、認知症を主たる理由として入院している人の数、認知症に特化した研修の修了者数等を記入する
（ポイント） 圏域にあるフォーマル、インフォーマルのサービスや医療・相談機関の設置数、人材育成の状況を記載します。②で記入していただいた高齢者人口や高齢化率とのバランスを見てみましょう。高齢化率が高いのに、サービスが少なかったり、病院や相談機関が一定地域に固まってはいませんか？認知症を主たる理由として入院している人の数は把握されていますか？地域のサービスの種類や認知症に特化した研修を受けている人材をどの程度把握されていますか？確認しましょう。

④ 65歳以上で要介護認定を受けていない方、ならびに要介護認定を受けている方の現数をそれぞれ記入する
（ポイント） 認知症の人の生活機能障害ごとに、どのようなサービスを利用しているのかを可視化させましょう。利用者数が把握できていないサービスは空欄のままで結構ですが、今後どのようにすると利用者数の把握ができるか、考えてみましょう。

⑤へ

⑤

	サービス項目	認知症高齢者の日常生活自立度 現在の利用者数	H29単純推計	必要数	自立 現数	H29単純推計	必要数	Ⅱ 現数	H29単純推計	必要数	Ⅱa 現数	H29単純推計	必要数
介護保険サービス以外（配食サービス、見守りサービス、緊急通報装置、サロン、他）	いきいきふれあいサロン	30	32	56	18	19	30	12	13	18		0	5
	配食見守りサービス	79	85	105	23	25	34	28	30	37	18	19	25
	高年者クラブ	62	67	89	42	45	60	18	19	25	2	2	4
	緊急通報装置	373	403	408	130	140	145	132	143	145	45	49	49
	認知症SOSネットワーク	24	26	27		0			0		5	5	5
	認知症カフェ	0	0	64		0			0			0	15
	認知症サポーターによるサロン	0	0	21		0			0			0	
	服薬確認電話サービス	0	0	125		0			0			0	50
	サービス付き高齢者住宅	26	28	27	16	17	17	6	6	6	3	3	3
介護保険サービス	訪問介護	388	419	416	106	114	110	86	93	90	47	51	53
	通所介護	408	441	398	72	78	72	70	76	70	60	65	61
	短期入所生活介護	54	58	50	1	1	1	3	3	3	4	4	3
	定期巡回随時対応訪問介護看護	0	0	11		0	1			1		0	1
	認知症対応型通所介護	13	14	44	0	0	0	0	0	0	0	0	4
	小規模多機能型居宅介護	11	12	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	認知症対応型共同生活介護	23	25	22	0	0	0	0	0	0	1	1	1
	介護老人保健施設	54	58	51	4	4	3	10	11	9	5	5	4
	介護老人福祉施設	60	65	57	3	3	2	2	2	1	6	6	5
	特定施設	99	107	116	28	30	32	49	53	55	12	13	16
	〃												
	二次予防												
	未利用	288	311	299	109	118	123	52	56	59	27	29	32

⑦

⑥ **認知症の人を支える社会資源の整理シート：H25年7月現在**　　A　市　○×△　地区

認知症の生活機能障害 ＼ 支援の内容	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・介護が必要	常に介護が必要
	物忘れはあるが、金銭管理や買い物、書類作成等を含め、日常生活は自立している	買い物や事務、金銭管理等にミスがみられるが、日常生活はほぼ自立している	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者の対応などが1人では難しい	着替えや食事、トイレ等がうまくできない	任意性をきりで意思の疎通が困難である
介護予防・悪化予防	一次予防、二次予防 いきいきふれあいサロン	一次予防、二次予防 いきいきふれあいサロン	通所介護	通所介護	訪問介護
つながり支援	いきいきふれあいサロン 高年者クラブ	高年者クラブ	通所介護	通所介護	訪問介護
仕事・役割支援	高年者クラブ	高年者クラブ	通所介護	通所介護	訪問介護
安否確認・見守り	SOSネットワーク 緊急通報装置 配食見守りサービス 認知症サポーター	SOSネットワーク 緊急通報装置 配食見守りサービス 認知症サポーター	SOSネットワーク 緊急通報装置 配食見守りサービス	緊急通報装置 訪問介護	緊急通報装置 訪問介護
生活支援	配食見守りサービス 高年者クラブ	配食見守りサービス	訪問介護 通所介護	訪問介護 通所介護	訪問介護 通所介護
身体介護			通所介護 訪問介護	通所介護 訪問介護	通所介護 訪問介護
医療	かかりつけ医 ○○市民病院	かかりつけ医 ○○市民病院	かかりつけ医 ○○市民病院	かかりつけ医 ○○市民病院 定期巡回随時対応訪問介護看護	かかりつけ医 ○○市民病院 定期巡回随時対応訪問介護看護
家族支援	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター
緊急時支援（精神症状がみられる等）	○○市民病院	○○市民病院 小規模多機能型居宅介護 短期入所生活介護	○○市民病院 小規模多機能型居宅介護	○○市民病院 小規模多機能型居宅介護	○○市民病院 小規模多機能型居宅介護
住まい サービス付き高齢者住宅等	△△高齢者住宅	△△高齢者住宅			
グループホーム、介護老人福祉施設等居住系サービス			認知症対応型共同生活介護	認知症対応型共同生活介護 介護老人福祉施設	認知症対応型共同生活介護 介護老人福祉施設

地域にある社会資源（介護保険サービス、自治体独自サービス、インフォーマルサービス等）を、どういった状態の認知症の人に対し、どういう支援を行っているのか、生活機能別・支援の内容別に分類してみましょう。

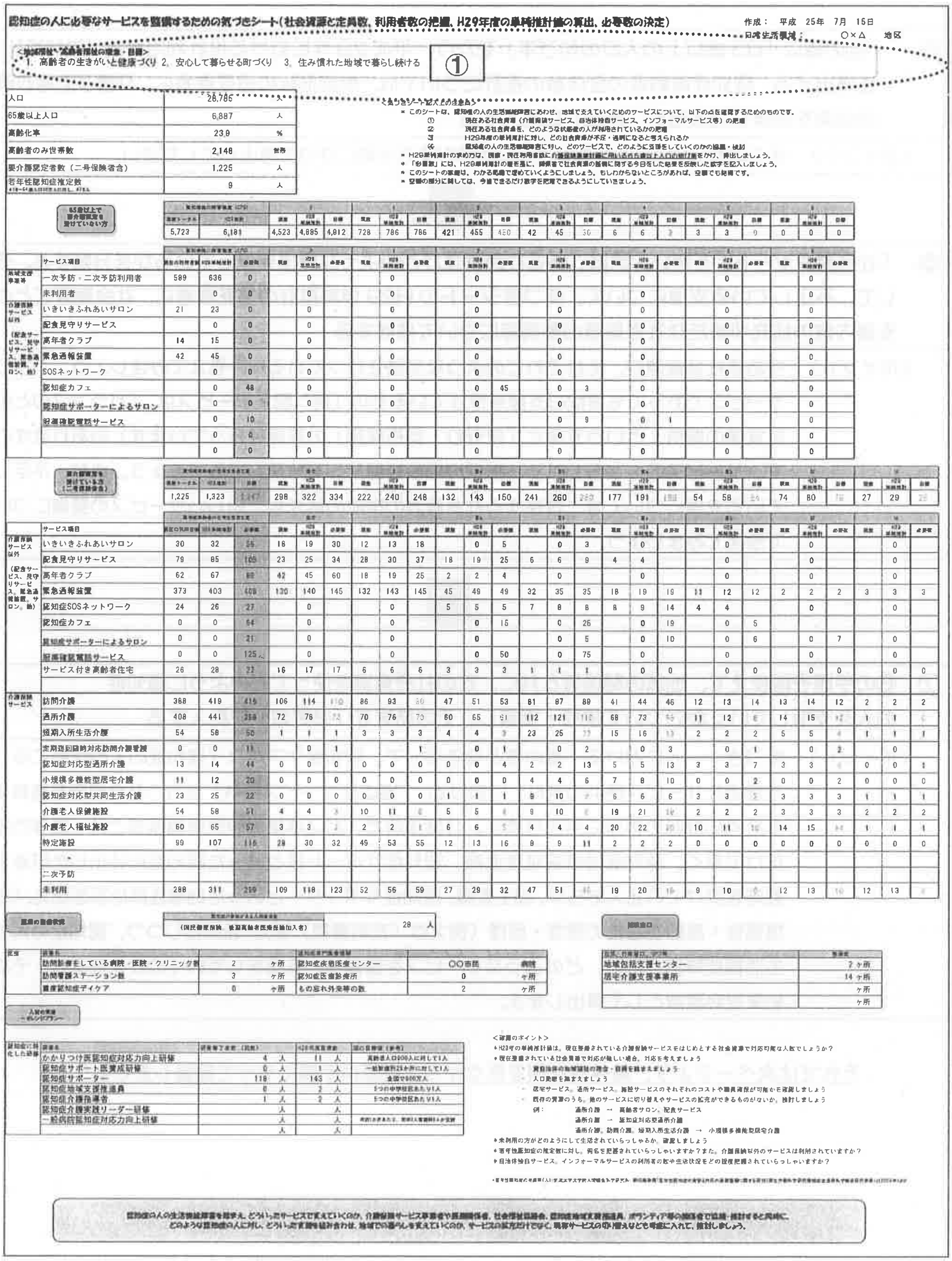
⑤	④の値に「65 歳以上の人口の伸び率」をかけ、平成 29 年における推計利用者数（単純推計）を算出する。認知症高齢者の全体数の推計については、単純推計の値を参考に、介護予防等政策的効果を加味した数値を「目標」に記入する
（ポイント）	④の現数に対し、65 歳以上人口の伸び率を単純にかけて算出してください。

⑥	「社会資源シート」を用い、地域にある社会資源がどのような支援を担っているかを分類する。そして、不足している支援について、気づきシートの H29 単純推計の値を参考に、社会資源ごとの支援内容の拡充や新たな社会資源の整備等について検討する
（ポイント）	今ある社会資源が、それぞれどのような支援を行っているか、考えてみましょう。１つのサービスであっても複数の支援を行っているもの（例：配食サービスは、「バランスのとれた食事の提供」という支援と「見守り・安否確認」の支援を行っています）もありますので、サービス名にとらわれず、支援の内容に着目して分類してみましょう。また、不足している支援については、現存する社会資源の機能の拡充や、新しいサービスの整備について考えてみましょう。

⑦	⑥の手順を踏まえて、地域の関係者と共に、どの社会資源を使ってどのように認知症の人を支援していくかについて検討・協議し、その結果を「必要数」に記入する
（ポイント）	気づきシートにおける一番の要となる部分で、認知症ケアパス（認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れ）における、「適切なサービス提供」を行う社会資源を整備するための計画の部分に当たります。介護保険サービス事業者や医療関係者といった専門家だけでなく、認知症地域福祉推進員、認知症サポート医といった認知症に特化した研修・教育を受けている人たちや、民生委員、認知症サポーターといった地域住民たちを交え、「地域福祉・高齢者福祉の理念・目標（例えば「在宅重視）等)」を共有しつつ、認知症の人の生活機能障害ごとに、どのようなサービスを整備し、支援をしていくのかを協議し、その結果を必要数として算出します。

<u>それでは次ページより、具体的な例を見ながら、実際に手順にそって確認しましょう。</u>

<手順1>



認知症の人に必要なサービスを整備するための気づきシート（社会資源と定員数、利用者数の把握、H29年度の単純推計値の算出、必要数の決定）

作成： 平成 25年 7月 15日
日常生活圏域： ○×△ 地区

<地域福祉・高齢者福祉の理念・目標>
1. 高齢者の生きがいと健康づくり 2. 安心して暮らせる町づくり 3. 住み慣れた地域で暮らし続ける

①

人口	28,785	人
65歳以上人口	6,887	人
高齢化率	23.9	%
高齢者のみ世帯数	2,148	世帯
要介護認定者数（二号保険者含）	1,225	人
若年性認知症推定数 [illegible]	9	人

<気づきシート記入上の注意点>
＊ このシートは、認知症の人の生活機能障害にあわせ、地域で支えていくためのサービスについて、以下の点を確認するためのものです。
① 現在ある社会資源（介護保険サービス、自治体独自サービス、インフォーマルサービス等）の把握
② 現在ある社会資源を、どのような状態像の人が利用されているかの把握
③ H29年度の単純推計に対し、どの社会資源が不足・過剰になると考えられるか
④ 認知症の人の生活機能障害に対し、どのサービスで、どのように支援をしていくのかの議論・検討
＊ H29単純推計の求め方は、現状・現在利用者数に介護保険事業計画に用いられた高齢者人口の伸び率をかけ、算出しましょう。
＊ 「必要数」には、H29単純推計の値を基に、関係者で社会資源の整備に関する今日話した結果を反映した数字を記入しましょう。
＊ このシートの記載は、わかる範囲で埋めていくようにしましょう。もしわからないところがあれば、空欄でも結構です。
＊ 空欄の部分に関しては、今後できるだけ数字を把握できるようにしていきましょう。

65歳以上で要介護認定を受けていない方

[illegible]		[illegible]			[illegible]			[illegible]			[illegible]			[illegible]			[illegible]			[illegible]		
現状トータル	H29推計	現状	H29単純推計	目標	現状	H29単純推計	目標	現状	H29単純推計	目標	現状	H29単純推計	目標	現状	H29単純推計	目標	現状	H29単純推計	目標	現状	H29単純推計	目標
5,723	6,181	4,523	4,885	4,812	728	786	786	421	455	450	42	45	30	6	6	[illegible]	3	3	0	0	0	0

		[illegible]			[illegible]			[illegible]			[illegible]			[illegible]			[illegible]			[illegible]			[illegible]		
	サービス項目	現在の利用者数	H29単純推計	必要数	現状	H29単純推計	必要数	現状	H29単純推計	必要数	現状	H29単純推計	必要数	現状	H29単純推計	必要数	現状	H29単純推計	必要数	現状	H29単純推計	必要数	現状	H29単純推計	必要数
地域支援事業等	一次予防・二次予防利用者	589	636	0		0			0			0			0			0			0			0	
	未利用者		0	0		0			0			0			0			0			0			0	
介護保険サービス以外（配食サービス、見守りサービス、緊急通報装置、サロン、他）	いきいきふれあいサロン	21	23	0		0			0			0			0			0			0			0	
	配食見守りサービス		0	0		0			0			0			0			0			0			0	
	高年者クラブ	14	15	0		0			0			0			0			0			0			0	
	緊急通報装置	42	45	0		0			0			0			0			0			0			0	
	SOSネットワーク		0	0		0			0			0			0			0			0			0	
	認知症カフェ		0	48		0			0			0	45		0	3		0			0			0	
	認知症サポーターによるサロン		0	0		0			0			0			0			0			0			0	
	服薬確認電話サービス		0	10		0			0			0			0	9		0	1		0			0	
			0	0		0			0			0			0			0			0			0	
			0	0		0			0			0			0			0			0			0	

要介護認定を受けている方（二号保険者含）

[illegible]			[illegible]			[illegible]			[illegible]			[illegible]			[illegible]			[illegible]			[illegible]			[illegible]		
現状トータル	H29推計	目標	現状	H29単純推計	目標	現状	H29単純推計	目標	現状	H29単純推計	目標	現状	H29単純推計	目標	現状	H29単純推計	目標	現状	H29単純推計	目標	現状	H29単純推計	目標	現状	H29単純推計	目標
1,225	1,323	1,247	298	322	334	222	240	248	132	143	150	241	260	[illegible]	177	191	[illegible]	54	58	[illegible]	74	80	[illegible]	27	29	[illegible]

		[illegible]			[illegible]			[illegible]			[illegible]			[illegible]			[illegible]			[illegible]			[illegible]			[illegible]		
	サービス項目	現在の利用者数	H29単純推計	必要数	現状	H29単純推計	必要数	現状	H29単純推計	必要数	現状	H29単純推計	必要数	現状	H29単純推計	必要数	現状	H29単純推計	必要数	現状	H29単純推計	必要数	現状	H29単純推計	必要数	現状	H29単純推計	必要数
介護保険サービス以外（配食サービス、見守りサービス、緊急通報装置、サロン、他）	いきいきふれあいサロン	30	32	55	18	19	30	12	13	18		0	5		0	3		0			0			0			0	
	配食見守りサービス	79	85	105	23	25	34	28	30	37	18	19	25	6	6	9	4	4			0			0			0	
	高年者クラブ	62	67	68	42	45	60	18	19	25	2	2	4		0			0			0			0			0	
	緊急通報装置	373	403	409	130	140	145	132	143	145	45	49	49	32	35	35	18	19	19	11	12	12	2	2	2	3	3	3
	認知症SOSネットワーク	24	26	27		0			0		5	5	5	7	8	8	8	9	14	4	4			0			0	
	認知症カフェ	0	0	64		0			0			0	15		0	26		0	19		0	5						
	認知症サポーターによるサロン	0	0	21		0			0			0			0	5		0	10		0	6		0	7		0	
	服薬確認電話サービス	0	0	125		0			0			0	50		0	75		0			0			0			0	
	サービス付き高齢者住宅	26	28	22	16	17	17	6	6	6	3	3	3	1	1	1		0	0		0	0		0	0		0	0
介護保険サービス	訪問介護	368	419	415	106	114	110	86	93	[illegible]	47	51	53	81	87	89	41	44	46	12	13	14	13	14	12	2	2	2
	通所介護	408	441	[illegible]	72	78	72	70	76	70	60	65	61	112	121	[illegible]	68	73	[illegible]	11	12	[illegible]	14	15	[illegible]	1	1	[illegible]
	短期入所生活介護	54	58	50	1	1	1	3	3	3	4	4	[illegible]	23	25	[illegible]	15	16	[illegible]	2	2	2	5	5	[illegible]	1	1	1
	定期巡回随時対応訪問介護看護	0	0	11		0	1			1		0	1		0	2		0	3		0	1		0	2		0	
	認知症対応型通所介護	13	14	44	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	2	13	5	5	13	3	3	7	3	3	[illegible]	0	0	1
	小規模多機能型居宅介護	11	12	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	6	7	8	10	0	0	2	0	0	2	0	0	0
	認知症対応型共同生活介護	23	25	22	0	0	0	0	0	0	1	1	1	9	10	[illegible]	6	6	6	3	3	[illegible]	3	3	3	1	1	1
	介護老人保健施設	54	58	51	4	4	[illegible]	10	11	[illegible]	5	5	[illegible]	9	10	[illegible]	19	21	[illegible]	2	2	2	3	3	3	2	2	2
	介護老人福祉施設	60	65	57	3	3	[illegible]	2	2	[illegible]	6	6	[illegible]	4	4	4	20	22	[illegible]	10	11	[illegible]	14	15	[illegible]	1	1	1
	特定施設	99	107	116	28	30	32	49	53	55	12	13	16	8	9	11	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	-																											
	二次予防																											
	未利用	288	311	259	109	118	123	52	56	59	27	29	32	47	51	[illegible]	19	20	[illegible]	9	10	[illegible]	12	13	[illegible]	12	13	[illegible]

医療の整備状況

[illegible]		
（国民健康保険、後期高齢者医療保険加入者）	28	人

相談窓口

医療	項目名			認知症専門医療機関		
	訪問診療をしている病院・医院・クリニック数	2	ヶ所	認知症疾患医療センター	○○市民	病院
	訪問看護ステーション数	3	ヶ所	認知症医療診療所	0	ヶ所
	重度認知症デイケア	0	ヶ所	もの忘れ外来等の数	2	ヶ所

相談・対応窓口、事業所	箇所数
地域包括支援センター	2ヶ所
居宅介護支援事業所	14ヶ所
	ヶ所
	ヶ所

人材の育成 ～オレンジプラン～

認知症に特化した研修	研修名	研修修了者数（累計）		H29年度目標数		国の目標値（参考）
	かかりつけ医認知症対応力向上研修	4	人	11	人	高齢者人口600人に対して1人
	認知症サポート医養成研修	0	人	1	人	一般診療所25か所に対して1人
	認知症サポーター	118	人	143	人	全国で600万人
	認知症地域支援推進員	0	人	2	人	5つの中学校区あたり1人
	認知症介護指導者	1	人	2	人	5つの中学校区あたり1人
	認知症介護実践リーダー研修		人		人	
	一般病院認知症対応力向上研修		人		人	[illegible]
			人		人	

<確認のポイント>
＊H29年の単純推計値は、現在整備されている介護保険サービスをはじめとする社会資源で対応可能な人数でしょうか？
＊現在整備されている社会資源で対応が難しい場合、対応を考えましょう
- 自治体の地域福祉の理念・目標を踏まえましょう
- 人口動態を踏まえましょう
- 居宅サービス、通所サービス、施設サービスのそれぞれのコストや職員確保が可能かを確認しましょう
- 既存の資源のうち、他のサービスに切り替えやサービスの拡充ができるものがないか、検討しましょう

例： 通所介護 → 高齢者サロン、配食サービス
通所介護 → 認知症対応型通所介護
通所介護、訪問介護、短期入所生活介護 → 小規模多機能型居宅介護

＊未利用の方がどのようにして生活されていらっしゃるか、確認しましょう
＊若年性認知症の推定数に対し、何名を把握されていらっしゃいますか？また、介護保険以外のサービスは利用されていますか？
＊自治体独自サービス、インフォーマルサービスの利用者の数や生活状況をどの程度把握されていらっしゃいますか？

認知症の人の生活機能障害を踏まえ、どういったサービスで支えていくのか、介護保険サービス事業者や医療関係者、社会福祉協議会、認知症地域支援推進員、ボランティア等の関係者で協議・検討するとともに、どのような認知症の人に対し、どういった支援を組み合わせ、地域での暮らしを支えていくのか、サービスの拡充だけでなく、既存サービスの切り替えなども考慮に入れて、検討しましょう。

＜手順１＞　地域福祉・高齢者福祉の理念・目標を記入する

（この例の場合）

1.高齢者の生きがいと健康づくり
2.安心して暮らせる町づくり
3.住み慣れた地域で暮らし続ける

国は、高齢化がピークを迎える 2020～2025 年にむけ、高齢者の尊厳や自立の尊重を基本に、できる限り住み慣れた地域での生活を支援する「地域包括ケアシステム」を構築することを目標としています。そもそも、介護保険が制定された目的は、要介護状態となった人が、「尊厳を保持し、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う」ことであり、介護保険給付の内容及び水準は、「被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない」と記されています。

これを受け、貴自治体におかれましても、高齢者保健福祉や介護保険事業に関する基本理念や目標、方針を立てていると思います。まずは、貴自治体が目指す理念、目標等を「気づきシート」に記入し、再度確認をしましょう。

この例の場合、「高齢者の生きがいと健康づくり」、「安心して暮らせる町づくり」、「住みなれた地域で暮らし続ける」、の３つを基本方針として挙げています。この基本方針に沿う形で、認知症の人を支援する社会資源を整えていく必要がありますし、同時に、この基本方針こそが、地域における標準的な認知症ケアパスが目指す方向性を示しているのです（注：この例の場合、「高齢者が健康で、生きがいをもって、住み慣れた地域で安心して暮らす」）。

＜留意点＞

- ✓ 自治体により、「理念」、「目標」、「方針」といった言葉の他、「視点」、「目的」等、様々な言葉が使われています。
- ✓ 理念、目標、方針等は、その自治体の目指す方向を示すものであり、それを達成させるために地域福祉計画や介護保険事業計画を立てていく必要があります。「社会資源シート」や「気づきシート」を記入しながら、自治体に整備されている社会資源が基本理念や目標等に添う形のものか、確認しましょう。

＜手順 2＞

認知症の人に必要なサービスを整備するための気づきシート（社会資源と定員数、利用者数の把握、H29年度の単純推計値の算出、必要数の決定）

作成： 平成 [illegible] 15日
日常生活圏域 ② 大人 地区

＜地域包括・高齢者福祉の現状・目標＞
1. 高齢者の生きがいと健康づくり 2. 安心して暮らせる町づくり 3. 住み慣れた地域で暮らし続ける

人口	28,786	人
65歳以上人口	6,887	人
高齢化率	23.9	%
高齢者のみ世帯数	2,148	世帯
要介護認定者数（二号保険者含）	1,225	人
若年性認知症推定数	9	人

②

＜気づきシート記入上の注意点＞
* このシートは、認知症の人の生活継続障害にあわせ、地域で支えていくためのサービスについて、以下の点を確認するためのものです。
  ① 現在ある社会資源（介護保険サービス、自治体独自サービス、インフォーマルサービス等）の把握
  ② 現在ある社会資源を、どのような状態の人が利用されているかの把握
  ③ H29年度の単純推計に対し、どの社会資源が不足・過剰になると考えられるか
  ④ 認知症の人の生活継続障害に対し、どのサービスで、どのように支援をしていくのかの検討・検討
* H29単純推計の求め方は、現監・現在利用者数に介護保険事業計画に用いられる伸び率（以上人口の増加率）をかけ、算出しましょう。
* 「必要数」には、H29単純推計の数を基に、関係者で社会資源の整備に関する今日までした結果を反映した数字を記入しましょう。
* このシートの記載は、わかる範囲で埋めていくようにしましょう。もしわからないところがあれば、空欄でも結構です。
* 空欄の部分に関して、今後できるだけ数字を把握できるようにしていきましょう。

65歳以上で要介護認定を受けていない方

実態調査の調査数（27年） 現在トータル	H29単純推計	必要数	1 現数	1 H29単純推計	1 必要数	2 現数	2 H29単純推計	2 必要数	3 現数	3 H29単純推計	3 必要数	4 現数	4 H29単純推計	4 必要数	5 現数	5 H29単純推計	5 必要数	6 現数	6 H29単純推計	6 必要数	7 現数	7 H29単純推計	7 必要数
5,723	5,087		4,523	4,885	4,912	726	786	786	421	455	450	42	45	50	6	6	3	3	3	0	0	0	0

	サービス項目	実態の利用者数	H29単純推計	必要数	1 現数	1 H29単純推計	1 必要数	2 現数	2 H29単純推計	2 必要数	3 現数	3 H29単純推計	3 必要数	4 現数	4 H29単純推計	4 必要数	5 現数	5 H29単純推計	5 必要数	6 現数	6 H29単純推計	6 必要数	7 現数	7 H29単純推計	7 必要数
地域支援事業等	一次予防・二次予防利用者	569	636	0		0			0			0			0			0			0			0	
	未利用者		0	0		0			0			0			0			0			0			0	
介護保険サービス以外（配食サービス、見守りサービス、緊急通報装置、サロン、他）	いきいきふれあいサロン	21	23	0		0			0			0			0			0			0			0	
	配食見守りサービス		0	0		0			0			0			0			0			0			0	
	高年者クラブ	14	15	0		0			0			0			0			0			0			0	
	緊急通報装置	42	45	0		0			0			0			0			0			0			0	
	SOSネットワーク		0	0		0			0			0			0			0			0			0	
	認知症カフェ		0	46		0			0			0	45		0	3		0			0			0	
	認知症サポーターによるサロン		0	0		0			0			0			0			0			0			0	
	居宅療養管理サービス		0	10		0			0			0			0	9		0	1		0			0	
			0	0		0			0			0			0			0			0			0	
			0	0		0			0			0			0			0			0			0	

要介護認定を受けている方（二号保険者含）

実態調査の調査数（27年） 現在トータル	H29単純推計	必要数	合計 現数	合計 H29単純推計	合計 必要数	1 現数	1 H29単純推計	1 必要数	2a 現数	2a H29単純推計	2a 必要数	2b 現数	2b H29単純推計	2b 必要数	3a 現数	3a H29単純推計	3a 必要数	3b 現数	3b H29単純推計	3b 必要数	4 現数	4 H29単純推計	4 必要数	5 現数	5 H29単純推計	5 必要数
1,225	1,323	1,247	298	322	334	222	240	248	132	143	150	241	260	260	177	191	166	54	58	54	74	80	76	27	29	26

	サービス項目	実態の利用者数	H29単純推計	必要数	合計 現数	合計 H29単純推計	合計 必要数	1 現数	1 H29単純推計	1 必要数	2a 現数	2a H29単純推計	2a 必要数	2b 現数	2b H29単純推計	2b 必要数	3a 現数	3a H29単純推計	3a 必要数	3b 現数	3b H29単純推計	3b 必要数	4 現数	4 H29単純推計	4 必要数	5 現数	5 H29単純推計	5 必要数
介護保険サービス以外（配食サービス、見守りサービス、緊急通報装置、サロン、他）	いきいきふれあいサロン	30	32	34	18	19	30	12	13	18		0	5		0	3		0			0			0		0	
	配食見守りサービス	79	85	106	23	25	34	28	30	37	16	19	25	6	6	9	4	4			0			0		0	
	高年者クラブ	62	67	80	42	45	60	18	19	25	2	2	4		0			0			0			0		0	
	緊急通報装置	373	403	408	130	140	145	132	143	145	45	49	49	32	35	35	19	19	19	11	12	12	2	2	2	3	3	3
	認知症SOSネットワーク	24	26	27		0			0		5	5	5	7	8	8	8	9	14	4	4			0			0	
	認知症カフェ	0	0	64		0			0			0	15		0	25		0	19		0	5						
	認知症サポーターによるサロン	0	0	21		0			0			0			0	5		0	10		0	6		0	7		0	
	居宅療養管理サービス	0	0	125		0			0			0	50		0	75		0			0			0			0	
	サービス付き高齢者住宅	26	28	27	16	17	17	6	6	6	3	3	3	1	1	1		0	0		0	0		0	0		0	0
介護保険サービス	訪問介護	388	419	416	106	114	116	86	93	96	47	51	53	61	67	69	41	44	46	12	13	14	13	14	12	2	2	2
	通所介護	408	441	358	72	78	72	70	76	70	60	65	61	112	121	110	68	73	63	11	12	8	14	15	12	1	1	0
	短期入所生活介護	54	58	60	1	1	1	3	3	3	4	4	3	23	25	23	15	16	15	2	2	2	5	5	4	1	1	1
	定期巡回随時対応訪問介護看護	0	0	17		0	1			1		0	1		0	2		0	3		0	1		0	2		0	
	認知症対応型通所介護	13	14	44	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	2	13	5	5	13	3	3	7	3	3	7	0	0	1
	小規模多機能型居宅介護	11	12	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	6	7	8	10	0	0	2	0	0	2	0	0	0
	認知症対応型共同生活介護	23	25	22	0	0	0	0	0	0	1	1	1	9	10	8	6	6	6	3	3	2	3	3	3	1	1	1
	介護老人保健施設	54	58	51	4	4	3	10	11	8	5	5	4	9	10	9	19	21	18	2	2	2	3	3	3	2	2	2
	介護老人福祉施設	60	65	57	3	3	2	2	2	1	6	6	5	4	4	4	20	22	20	10	11	10	14	15	14	1	1	1
	特定施設	99	107	116	28	30	32	49	53	55	12	13	16	8	9	11	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	二次予防																											
	未利用	288	311	298	109	118	123	52	56	59	27	29	32	47	51	45	19	20	18	9	10	8	12	13	12	12	13	8

医療の提供状況

医療保険、後期高齢者医療保険加入者	
	28 人

医療	診療名			認知症専門医療機関		
	訪問診療をしている病院・診療・クリニック数	2	ヶ所	認知症疾患医療センター	○○市民	病院
	訪問看護ステーション数	3	ヶ所	認知症医療診療所	0	ヶ所
	軽度認知症デイケア	0	ヶ所	もの忘れ外来等の数	2	ヶ所

相談窓口

包括、行政窓口、NPO等	設置数
地域包括支援センター	2 ヶ所
居宅介護支援事業所	14 ヶ所
	ヶ所
	ヶ所

人材の育成 ―オレンジプラン―

認知症に特化した研修	研修名	研修修了者数（累計）		H28年度研修実績		国の目標値（参考）
	かかりつけ医認知症対応力向上研修	4	人	11	人	高齢者人口8000人に対して1人
	認知症サポート医養成研修	0	人	1	人	一般診療所2か所に対して1人
	認知症サポーター	118	人	143	人	全国で600万人
	認知症地域支援推進員	0	人	2	人	5つの中学校区あたり1人
	認知症介護指導者	1	人	2	人	5つの中学校区あたり1人
	認知症介護実践リーダー研修		人		人	
	一般病院認知症対応力向上研修		人		人	病院1か所当たり、看護職1人が受講
			人		人	

＜確認のポイント＞
* H29年の単純推計値は、現在登録されている介護保険サービスをはじめとする社会資源で対応可能な人数でしょうか？
* 現在登録されている社会資源で対応が難しい場合、対応を考えましょう
  - 貴自治体の地域課題の整理・目標を踏まえましょう
  - 人口動態を踏まえましょう
  - 既存サービス、通所サービス、施設サービスのそれぞれのコストや職員確保が可能かを確認しましょう
  - 既存の資源のうち、他のサービスに切り替えやサービスの転用ができるものはないか、検討しましょう
  - 例： 通所介護 → 高齢者サロン、配食サービス
    通所介護 → 認知症対応型通所介護
    通所介護、訪問介護、短期入所生活介護 → 小規模多機能型居宅介護
* 未利用の方がどのようにして生活されていらっしゃるか、確認しましょう
* 将来性認知症の推定数に対し、何名を把握されていらっしゃいますか？また、介護保険以外のサービスは利用されていますか？
* 自治体独自サービス、インフォーマルサービスの利用者の数や生活状況をどの程度把握されていらっしゃいますか？

＊若年性認知症の実態調査（人口）は、筑波大学大学院人間総合科学研究科、朝田隆教授「若年性認知症の実態と対応の高齢者施策に関する研究」厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）平成20年度報告書より

認知症の人の生活継続障害を踏まえ、どういったサービスで支えていくのか、介護保険サービス事業者や医療関係者、社会福祉協議会、認知症地域支援推進員、ボランティア等の地区毎で協議・検討すると同時に、
どのような認知症の人に対し、どういった支援を組み合わせ、地域での暮らしを支えていくのか、サービスの拡充だけでなく、現有サービスの切り替えなども考慮に入れて、検討しましょう。

＜手順2＞　圏域を設定し、その地域の人口や高齢化率、若年性認知症の推定数等を記入する

（この例の場合）

○×△地区を選出。

人口：28,785人、65歳以上人口：6,887人、高齢者のみ世帯数：2,148世帯

高齢化率：23.9%、要介護認定者数（二号保険者含）：1,225人

若年性認知症推定数：9人

気づきシートで捉える圏域を設定します。基本は「日常生活圏域」がよいと思いますが、地域によっては日常生活圏域では広すぎてしまって対象者が一定程度に達しなかったり、集合住宅があるエリアに高齢者が多く住んでいる等、地域ごとに特徴があることが考えられますので、適宜圏域設定の工夫をして下さい。

この例の場合、人口は約2.9万人、高齢者人口は6,900人弱、高齢化率は23.9%と、都市型の地域の典型であり、今後、高齢者のみ世帯数がますます増加することが指摘されています。現段階で高齢化率が高い地域はないか（例：高齢者が多く住んでいる公営住宅のある地域や、駅前商店街など）、今後高齢化率が一気に上がる可能性のある地域がないかを確認しましょう。

また、若年性認知症の推定値を求めてみましょう。この数は地域包括支援センターや行政の相談員が把握している数に近いものでしょうか？もし少ない場合には、サービス・支援につながっていない可能性がありますので、民生委員や医療機関等と連携し、対象者がいないか確認をしてみましょう。

＜留意点＞

- ✓ 大都市部などでは、集合住宅地のある限られた地域のみ高齢化率が極めて高いなど、圏域で見るよりも局地的に見たほうが住民の実態がわかりやすい例もあるかと思います。その場合においても、適宜区域設定の工夫をして下さい。
- ✓ 介護保険が広域連合の場合には、まずは自治体全体で一圏域と考え、気づきシートを作成してみましょう。
- ✓ 「高齢者のみ世帯数」は、一人暮らし高齢者の他、高齢夫婦、高齢兄弟・姉妹等、65歳以上の者のみで構成されている世帯数のことです。
- ✓ 若年性認知症の実態について研究した朝田教授（筑波大学）によれば、若年性認知症の推定数は、18～64歳人口10万人に対し、47.6人（95%信頼区間：45.5－49.7）でした[16]。つまり、18～64歳以上人口に0.000476をかけると推定数が求められます。
- ✓ 若年性認知症の人は、生活のペースや疾患の進行が高齢の認知症の人と異なるといわれています。規模の大きな自治体は、若年性認知症に特化した支援体制や社会資源の整備を検討しましょう。
- ✓ 若年性認知症の人の場合は、介護保険サービスよりも障害者総合支援法に基づく制度やサービスの方がふさわしい場合もあります[17]。

16　朝田隆「若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究」（厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業）、2009年

17　東京都福祉保健局が平成22年に若年性認知症ハンドブック（http://www.metro.tokyo.jp/INET/OSHIRASE/2010/12/DATA/20kc3300.pdf、情報検索日：2013年3月8日）を発行す

<手順 3>

認知症の人に必要なサービスを整備するための気づきシート（社会資源と定員数、利用者数の把握、H29年度の単純推計値の算出、必要数の決定）

作成： 平成 25年 7月 15日
日常生活圏域： ○×△ 地区

<地域福祉・高齢者福祉の理念・目標>
1. 高齢者の生きがいと健康づくり 2. 安心して暮らせる町づくり 3. 住み慣れた地域で暮らし続ける

人口	28,785	人
65歳以上人口	6,887	人
高齢化率	23.9	%
高齢者のみ世帯数	2,148	世帯
要介護認定者数（二号保険者含）	1,225	人
若年性認知症推定数	9	人

<気づきシート：記入上の注意点>
* このシートは、認知症の人の生活障害にあわせ、地域で支えていくためのサービスについて、以下の点を確認するためのものです。
  ① 現在ある社会資源（介護保険サービス、自治体独自サービス、インフォーマルサービス等）の把握
  ② 現在ある社会資源を、どのような状態像の人が利用されているかの把握
  ③ H26年度の単純推計に対し、どの社会資源が不足・過剰になると考えられるか
  ④ 認知症の人の生活障害障害に対し、どのサービスで、どのように支援をしていくのかの追加・検討
* H29単純推計の求め方は、現状・現在利用者数に介護保険事業計画に用いる65歳以上人口の増加率をかけ、算出しましょう。
* 「必要数」には、H29単純推計の値を基に、厚労省で社会資源の設備に関する考日をした必要を反映した数字を記入しましょう。
* このシートの目的は、わかる範囲で埋めていくようにしましょう。もしわからないところがあれば、空欄でも結構です。
* 空欄の部分に関しては、今後できるだけ数字を把握できるようにしていきましょう。

65歳以上で要介護認定を受けていない方

要介護認定者数（二号含）	H29単純推計		1			2			3			4			5			6		
			現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標
5,723	6,181		4,523	4,885	4,912	728	786	795	421	455	450	42	45	50	6	6	7	3	3	0	0	0	0

	サービス項目	現在の利用者数	H29単純推計	必要数	1 現数	H29単純推計	必要数	2 現数	H29単純推計	必要数	3 現数	H29単純推計	必要数	4 現数	H29単純推計	必要数	5 現数	H29単純推計	必要数	6 現数	H29単純推計	必要数
地域支援事業等	～次予防・二次予防利用者	589	636	0		0			0			0			0			0			0		
	未利用者		0	0		0			0			0			0			0			0		
介護保険サービス以外（配食サービス、見守りサービス、緊急通報装置、サロン、他）	いきいきふれあいサロン	21	23	0		0			0			0			0			0			0		
	配食見守りサービス		0	0		0			0			0			0			0			0		
	高年者クラブ	14	15	0		0			0			0			0			0			0		
	緊急通	42	45	0		0			0			0			0			0			0		
	SOSネ		0	0		0			0			0			0			0			0		
	認知症		0	48		0			0			0	45		0	3		0			0		
	認知症サポーターによるサロン		0	0		0			0			0			0			0			0		
	假称認知電話サービス		0	10		0			0			0			0	9		0	1		0		
			0	0		0			0			0			0			0			0		
			0	0		0			0			0			0			0			0		

③

要介護認定を受けている方（二号含む含む）

要介護認定者数（二号含）	H29単純推計		1			2			3			4			5			6		
			現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標
1,225	1,323	(247)	298	322	334	222	240	248	132	143	150	241	260	270	177	191	198	54	58	54	74	80	78	27	29	25

	サービス項目	現在の利用者数	H29単純推計	必要数	1 現数	H29単純推計	必要数	2 現数	H29単純推計	必要数	3 現数	H29単純推計	必要数	4 現数	H29単純推計	必要数	5 現数	H29単純推計	必要数	6 現数	H29単純推計	必要数
介護保険サービス以外（配食サービス、見守りサービス、緊急通報装置、サロン、他）	いきいきふれあいサロン	30	32	38	18	19	30	12	13	18		0	5		0	3		0			0			0			0	
	配食見守りサービス	78	85	105	23	25	34	28	30	37	18	19	25	6	6	9	4	4			0			0			0	
	高年者クラブ	62	67	85	42	45	60	18	19	25	2	2	4		0			0			0			0			0	
	緊急通報装置	373	403	408	130	140	145	132	143	145	45	49	49	32	35	35	18	19	19	11	12	12	2	2	2	3	3	3
	認知症SOSネットワーク	24	26	27		0			0		5	5	5	7	8	8	8	9	14	4	4			0			0	
	認知症カフェ	0	0	54		0			0			0	15		0	25		0	19		0	5						
	認知症サポーターによるサロン	0	0	21		0			0			0			0	5		0	10		0	6		0	7		0	
	假称認知電話サービス	0	0	125		0			0			0	50		0	75		0			0			0			0	
	サービス付き高齢者住宅	26	28	27	16	17	17	6	6	6	3	3	3	1	1	1		0	0		0	0		0	0		0	0
介護保険サービス	訪問介	388	418	418	106	114	114	86	93	93	47	51	53	81	87	89	41	44	46	12	13	14	13	14	12	2	2	2
	通所介護	408	441	396	72	78	72	70	76	70	60	65	61	112	121	110	68	73	66	11	12	8	14	15	12	1	1	0
	短期入所生活介護	54	58	50	1	1	1	3	3	3	4	4	3	23	25	27	15	16	17	2	2	2	5	5	4	1	1	1
	定期巡回随時対応訪問介護看護	0	0	11		0	1			1		0	1		0	2		0	3		0	1		0	2		0	
	認知症対応型通所介護	13	14	44	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	2	13	5	5	13	3	3	7	3	3	8	0	0	1
	小規模多機能型居宅介護	11	12	26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	6	7	8	10	0	0	2	0	0	2	0	0	0
	認知症対応型共同生活介護	23	25	23	0	0	0	0	0	0	1	1	1	9	10	9	6	6	6	3	3	3	3	3	3	1	1	1
	介護老人保健施設	54	58	51	4	4	2	10	11	6	5	5	3	9	10	9	19	21	19	2	2	2	3	3	3	2	2	2
	介護老人福祉施設	60	65	57	3	3	2	2	2	1	5	6	2	4	4	4	20	22	20	10	11	10	14	15	13	1	1	1
	特定施設	99	107	116	28	30	32	49	53	55	12	13	16	8	9	11	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	二次予防																											
	未利用	288	311	289	109	118	123	52	56	59	27	29	32	47	51	53	19	20	18	9	10	8	12	13	10	12	13	8

③

医療の資源状況

認知症を見れる主治医者数	
（国民健康保険、後期高齢者医療保険等人数）	28 人

地域資源

医療	資源名		専門医療機関		
	訪問診療をしてくれる病院・医院・クリニック数	2 ヶ所	認知症疾患医療センター	○○市民	病院
	訪問看護ステーション数	3 ヶ所	認知症医療診療所	0	ヶ所
	重度認知症デイケア	0 ヶ所	もの忘れ外来等の数	2	ヶ所

包括、介護予防、その他	事業数
地域包括支援センター	2 ヶ所
居宅介護支援事業所	14 ヶ所
	ヶ所
	ヶ所

人材育成 ～オンジョブ～

認知症に特化した研修	研修名	研修修了者数（延数）		H29年度目標数		定の目標値（参考）
	かかりつけ医認知症対応力向上研修	4	人	11	人	高齢者人口600人に対して1人
	認知症サポート医養成研修	0	人	1	人	一般診療所2箇所に対して1人
	認知症サポーター	118	人	143	人	全国で500万人
	認知症地域支援推進員	0	人	2	人	5つの中学校区あたり1人
	認知症介護指導者	1	人	2	人	5つの中学校区あたり1人
	認知症介護実践リーダー研修		人		人	
	一般向け認知症対応力向上研修		人		人	病院や高齢者施設、医療機関等人材育成
			人		人	

③

<視点のポイント>
* H29年の単純推計値は、現在整備されている介護保険サービスをはじめとする社会資源で対応可能な人数でしょうか？
* 現在整備されている社会資源で対応が難しい場合、対応を考えましょう
  - 貴自治体の地域福祉の理念・目標を踏まえましょう
  - 人口動態を踏まえましょう
  - 居宅サービス、通所サービス、施設サービスのそれぞれのコストや職員資産が可能かを確認しましょう
  - 既存の資源のうち、他のサービスに切り替えやサービスの拡充ができるものがないか、検討しましょう
  - 例： 通所介護 → 高齢者サロン、配食サービス
    通所介護 → 認知症対応型通所介護
    通所介護、訪問介護、短期入所生活介護 → 小規模多機能型居宅介護
* 未利用の方がどのようにして生活されていらっしゃるか、調査しましょう
* 若年性認知症の推定数に対し、何名を把握されていらっしゃいますか？また、介護保険以外のサービスは利用されていますか？
* 自治体独自サービス、インフォーマルサービスの利用者の数や生活状況などの把握は把握されていらっしゃいますか？

→[illegible]

認知症の人の生活障害障害を踏まえ、どういったサービスで支えていくのか、介護保険サービス事業者や医療機関、社会福祉協議会、認知症地域支援推進員、ボランティア等の関係者で協議・検討すると同時に、どのような認知症の人に対し、どういった支援を組み合わせ、地域での暮らしを支えていくのか、サービスの拡充だけでなく、見守りサービスの切り開えなども考慮に入れて、検討しましょう。

るなど、各地域で様々な取組みが始まっています。

＜手順 3＞　地域支援事業及び高齢者福祉サービスやその他の行政サービス、介護保険サービス、医療・相談機関の整備数、相談窓口の設置数、認知症を主たる理由として入院している人の数、認知症に特化した研修の修了者等を記入する

（この例の場合）

サービス項目：地域にあるサービス名を記入します

・介護保険サービス以外

いきいきふれあいサロン、配食見守りサービス、高年者クラブ、緊急通報装置、SOS ネットワーク

・介護保険サービス

訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、定期巡回随時対応訪問介護看護、その他

医療の整備状況、相談窓口、人材の育成～オレンジプラン～：把握されている人数を記入します

圏域にある社会資源と定員数、医療機関の整備状況、相談窓口の整備状況、人材の育成数を記入します。サービス項目の欄は、適宜増やしてお使いください。ご記入後、③で記入していただいた人口や高齢化率等とのバランスを圏域ごとに確認しましょう。

認知症に特化した研修の修了者は、その地域の認知症施策の推進役です。圏域で把握することは難しいと思われますので、この値は市町村全域での数字でも構いません。ぜひ把握をし、認知症ケアパス策定のために、ご協力いただきましょう！

＜留意点＞

✓ 介護保険以外のサービスには、認知症サポーターや見守り支援員等様々なものがあると思います。わかる範囲で利用者数を記入しましょう。もし利用者数がわからない場合には空欄でも結構です。その場合には、次回以降データが埋められるよう、データ収集の方法について検討しましょう。

✓ サービスの区分けは「訪問介護」、「グループホーム」、「見守り支援」といった、カテゴリーでくくってもいいですし、「〇〇訪問介護ステーション」、「××ケアセンター」、「グループホーム△△」といった個別の名称を入れても結構です。

✓ 個別の事業所名を入れると、大規模な自治体では、例えば「通所介護」だけでも日常生活圏域に 10 数件の事業所がある、ということがあると思われます。しかし、同じ「通所介護」でも、認知症の人が多く通う事業所や、認知症の人がほとんど利用していない事業所があるなど、事業所ごとの利用者の特徴をみることができます。こういった違いを把握することが、地域包括ケアを進めていく上で大変重要な情報となります。

✓ 支援の内容と認知症の生活機能障害の組み合わせによっては、担当している事業者・団体等がない場合もあります。この段階では、あくまでも現状を把握することを目的としていますので、空欄のままにしておきましょう。

＜手順４＞

認知症の人に必要なサービスを整備するための気づきシート（社会資源と定員数、利用者数の把握、H29年度の単純推計値の算出、必要数の決定）

作成：　平成　25年　7月　15日
日常生活圏域：　　○×△　　地区

＜地域包括・高齢者福祉の理念・目標＞
1．高齢者の生きがいと健康づくり　2．安心して暮らせる町づくり　3．住み慣れた地域で暮らし続ける

人口	28,785	人
65歳以上人口	6,887	人
高齢化率	23.9	%
高齢者のみ世帯数	2,148	世帯
要介護認定者数（二号保険者含）	1,225	人
若年性認知症推定数	9	人

＜気づきシート記入上の注意点＞
- このシートは、認知症の人の生活機能障害にあわせ、地域で支えていくためのサービスについて、以下の点を確認するためのものです。
  - ①　現在ある社会資源（介護保険サービス、自治体独自サービス、インフォーマルサービス等）の把握
  - ②　現在ある社会資源を、どのような状態の人が利用されているかの把握
  - ③　認知症の状態に対し、どの社会資源が不足・過剰になると考えられるか
  - ④　生活障害に対し、どのサービスで、どのように支援をしていくのかの検討・検討
- H29年単純推計の算出　④　利用者数に介護保険事業計画に用いる各年度推計人口の推計値をかけ、算出しましょう。
- 「必要数」には、H　　に、関係者で社会資源の整備に関する今日までの結果を反映した結果を反映した数字を記入しましょう。
- このシートの結果は　　ていくようにしましょう。もしわからないところがあれば、空欽でも結構です。
- 空欄の部分に関しては、今後できるだけ数字を把握できるようにしていきましょう。

65歳以上で要介護認定を受けていない方

5,723	6,181	4,523	4,885	4,812	726	786	786	421	455	450	42	45	30	6	6	3	3	3	0	0	0	0								

	サービス項目																													
地域支援事業	一次予防・二次予防利用者	589	636	0		0			0			0			0			0			0			0			0				
	未利用者		0	0		0			0			0			0			0			0			0			0				
介護保険サービス以外	いきいきふれあいサロン	21	23	0		0			0			0			0			0			0			0			0				
	配食見守りサービス		0	0		0			0			0			0			0			0			0			0				
（配食サービス、見守りサービス、緊急通報装置、サロン、他）	高年者クラブ	14	15	0		0			0			0			0			0			0			0			0				
	緊急通報装置	42	45	0		0			0			0			0			0			0			0			0				
	SOSネットワーク		0	0		0			0			0			0			0			0			0			0				
	認知症カフェ		0	48		0			0			0	45		0	3					0			0			0				
	認知症サポーターによるサロン		0	0		0			0			0			0			0			0			0			0				
	認知症対応型訪問介護サービス		0	10		0			0			0			0	9		0	1		0			0			0				
			0	0		0			0			0			0			0			0			0			0				
			0	0		0			0			0			0			0			0			0			0				

要介護認定を受けている方（二号保険者含）

1,225	1,323	1,147	298	322	334	222	240	248	132	143	150	241	260	253	177	191	182	54	58	54	74	80	76	27	29	28				

	サービス項目																													
介護保険サービス以外	いきいきふれあいサロン	30	32	58	16	19	30	12	13	18		0	5		0	3		0			0			0			0			
	配食見守りサービス	79	85	105	23	25	34	28	30	37	18	19	25	6	6	9	4	4			0			0			0			
（配食サービス、見守りサービス、緊急通報装置、サロン、他）	高年者クラブ	62	67	84	42	45	60	18	19	25	2	2	4		0			0			0			0			0			
	緊急通報装置	373	403	408	130	140	145	132	143	145	45	49	49	32	35	35	16	19	19	11	12	12	2	2	2	3	3	3		
	認知症SOSネットワーク	24	26	27		0			0		5	5	5	7	8	8	8	9	14	4	4			0			0			
	認知症カフェ	0	0	64		0			0			0	15		0	25		0	19		0	5								
	認知症サポーターによるサロン	0	0	21		0			0			0			0	5		0	10		0	6		0	7		0			
	認知症対応型訪問介護サービス	0	0	125		0			0			0	50		0	75		0			0			0			0			
	サービス付き高齢者住宅	26	28	27	16	17	17	6	6	6	3	3	3	1	1	1		0	0		0	0		0	0		0	0		
介護保険サービス	訪問介護	388	419	416	106	114	115	86	93	92	47	51	53	81	87	89	41	44	46	12	13	14	13	14	12	2	2	2		
	通所介護	408	441	258	72	78	72	70	76	79	60	65	67	112	121	112	68	73	52	11	12	8	14	15	12	1	1	0		
	短期入所生活介護	54	58	50	1	1	1	3	3	3	4	4	3	23	25	22	15	16	13	2	2	2	5	5	4	1	1	1		
	定期巡回随時対応訪問介護看護	0	0	11		0	1			1		0	1		0	2		0	3		0	1		0	2		0			
	認知症対応型通所介護	13	14	44	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	2	13	5	5	13	3	3	7	3	3	7	0	0	1		
	小規模多機能型居宅介護	11	12	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	6	7	8	10	0	0	2	0	0	2	0	0	0		
	認知症対応型共同生活介護	23	25	22	0	0	0	0	0	0	1	1	1	9	10	8	6	6	6	3	3	2	3	3	3	1	1	1		
	介護老人保健施設	54	58	51	4	4	3	10	11	9	5	5	4	9	10	8	19	21	18	2	2	2	3	3	3	2	2	2		
	介護老人福祉施設	60	65	57	3	3	2	2	2	1	6	6	5	4	4	4	20	22	20	10	11	10	14	15	14	1	1	1		
	特定施設	99	107	116	28	30	32	49	53	55	12	13	16	8	9	11	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	二次予防																													
	未利用	288	311	289	109	118	123	52	56	59	27	29	32	47	51	53	19	20	18	9	10	8	12	13	10	12	13	10		

認定の重度状況

（現在健康保険、後期高齢者医療保険加入者）	28　人

認知症

医療	訪問診療をしている病院・医院・クリニック数	2	ケ所	認知症疾患医療センター	○○市民　病院
	訪問看護ステーション数	3	ケ所	認知症医療診療所	0　ケ所
	重度認知症デイケア	0	ケ所	もの忘れ外来等の数	2　ケ所

医療、行政窓口、NPO等	事業所
地域包括支援センター	2 ケ所
居宅介護支援事業所	14 ケ所
	ケ所
	ケ所

人材の育成 ―ボランシアプラン―

認知症に特化した研修	研修名	研修修了者数（延べ）		H29年度目標数		国の目標値（参考）
	かかりつけ医認知症対応力向上研修	4	人	11	人	高齢者人口1000人に対して1人
	認知症サポート医養成研修	0	人	1	人	一般診療所25か所に対して1人
	認知症サポーター	118	人	143	人	全国で800万人
	認知症地域支援推進員	0	人	2	人	5つの中学校区あたり1人
	認知症介護指導者	1	人	2	人	5つの中学校区あたり1人
	認知症介護実践リーダー研修		人		人	
	一般病院認知症対応力向上研修		人		人	
			人		人	

＜確認のポイント＞
- H29年の単純推計値は、現在登録されている介護保険サービスをはじめとする社会資源で対応可能な人数でしょうか？
- 現在登録されている社会資源で対応が難しい場合、対応を考えましょう
  - 貴圏域の地域課題の理念・目標を確認しましょう
  - 人口動態を確認しましょう
  - 居宅サービス、通所サービス、施設サービスのそれぞれのコストや職員確保が可能かを確認しましょう
  - 既存の資源のうち、他のサービスに切り替えやサービスの拡充ができるものがないか、検討しましょう
  - 例）　通所介護　→　高齢者サロン、配食サービス
    - 通所介護　→　認知症対応型通所介護
    - 通所介護、訪問介護、短期入所生活介護　→　小規模多機能型居宅介護
- 未利用の方がどのようにして生活されていらっしゃるか。確認しましょう
- 若年性認知症の推定数に対し、何名を把握されていらっしゃいますか？また、介護保険以外のサービスは利用されていますか？
- 自治体独自サービス、インフォーマルサービスの利用者の数や生活状況をどこの段階で把握されていらっしゃいますか？

認知症の人の生活機能障害を踏まえ、どういったサービスで支えていくのか、介護保険サービス事業者や医療関係者、社会福祉協議会、認知症地域支援推進員、ボランティア等の関係者で協議・検討すると共時に、
どのような認知症の人に対し、どういった支援を組み合わせ、地域での暮らしを支えていくのか、サービスの拡充だけでなく、現存サービスの切り替えなども考慮に入れて、検討しましょう。

＜手順４＞　65歳以上で要介護認定を受けていない方、ならびに要介護認定を受けている方の現数をそれぞれ記入する

（この例の場合）

認知機能の障害程度（CPS）の「1」レベルの人：728人

認知症高齢者の日常生活自立度の「Ⅱa」レベルの人：132人

うち、配食見守りサービスを使っている人：18人

高年者クラブに通っている人：2名

訪問介護を使っている人：47名

通所介護を使っている人60名　　など

要介護認定を受けていない６５歳以上の方については、日常生活圏域ニーズ調査にある「認知機能の障害程度」別に、要介護認定を受けている方（二号保険者を含む）については、認定申請データにある「認知症高齢者の日常生活自立度」別に、サービスの利用実績（人数）を記入します。

認知症の人の生活機能障害ごとに、どういう人がどんなサービスを利用しているのかを記入することで、「わが町の認知症の人のサービス利用状況」を可視化します。

この例の場合、認知機能の障害程度（CPS）は、現数は把握できていますが、認知機能の障害別サービスの利用者数はわかっていません。実際には、多くの市町村において、この数字を埋めることは難しいかと思います。しかし、日常生活圏域ニーズ調査を実施する際に、こういった「介護保険以外のサービスの利用状況」に関する質問項目をいれると、これらの数字を埋めることができます。

地域に住む高齢者の状態を把握し、その状態に即した社会資源の整備を行うためにも、ぜひ介護保険以外のサービスの利用状況を把握するようにしましょう。

注：認知機能の障害程度（CPS）は日常生活圏域ニーズ調査に含まれますが、ニーズ調査を抽出で行っている自治体は、数の割り戻し（有効回答数から算出）を忘れずに行ってください。

＜留意点＞

- ✓ 気づきシートは認知症に特化して作成されていますが、身体機能障害により介護保険を申請される方もいらっしゃいます。そのため、気づきシートには認知症高齢者の日常生活自立度が「自立」の方も多く含まれることに留意してください。
- ✓ 認知症日常生活自立度の場合、認定調査結果と主治医意見書の結果が異なることがあります。気づきシートに人数を転記する際には、主治医意見書を優先する等、あらかじめ決めておきましょう。
- ✓ 把握ができていない利用者数については、空欄のままで結構です。ただし、社会資源を効率的かつ効果的に整備するためにも、今後、サービスの利用者数を把握するようにしましょう。

＜手順5＞

＊気づきシートの一部を拡大　（数字は例）

⑤

65歳以上で要介護認定を受けていない方

認知機能の障害程度（CPS）		0			1					
現数トータル	H29推計	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標
5,723	6,181	4,523	4,885	4,912	728	786	786	421	455	450

	サービス項目	認知機能の障害程度（CPS） 現在の利用者数	H29単純推計	必要数	0 現数	H29単純推計	必要数	1 現数	H29単純推計	必要数	2 現数	H29単純推計	必要数
地域支援事業等	一次予防・二次予防利用者	589	636	0		0			0			0	
	未利用者		0	0		0			0			0	
介護保険サービス以外（配食サービス、見守りサービス、緊急通報装置、サロン、他）	いきいきふれあいサロン	21	23	0		0			0			0	
	配食見守りサービス		0	0		0			0			0	
	高年者クラブ	14	15	0		0			0			0	
	緊急通報装置	42	45	0		0			0			0	
	SOSネットワーク		0	0		0			0			0	
	認知症カフェ		0	48		0			0			0	45
	認知症サポーターによるサロン		0	0		0			0			0	
	服薬確認電話サービス		0	10		0			0			0	
			0	0		0			0			0	
			0	0		0			0			0	

要介護認定を受けている方（二号保険者含）

認知症高齢者の日常生活自立度			自立			I			IIa		
現数トータル	H29推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標
1,225	1,323	1,247	298	322	334	222	240	248	132	143	150

	サービス項目	認知症高齢者の日常生活自立度 現在の利用者数	H29単純推計	必要数	自立 現数	H29単純推計	必要数	I 現数	H29単純推計	必要数	IIa 現数	H29単純推計	必要数
介護保険サービス以外（配食サービス、見守りサービス、緊急通報装置、サロン、他）	いきいきふれあいサロン	30	32	56	18	19	30	12	13	18		0	5
	配食見守りサービス	79	85	105	23	25	34	28	30	37	18	19	25
	高年者クラブ	62	67	89	42	45	60	18	19	25	2	2	4
	緊急通報装置	373	403	408	130	140	145	132	143	145	45	49	49
	認知症SOSネットワーク	24	26	27		0			0		5	5	5
	認知症カフェ	0	0	64		0			0			0	15
	認知症サポーターによるサロン	0	0	21		0			0			0	
	服薬確認電話サービス	0	0	125		0			0			0	50
	サービス付き高齢者住宅	26	28	27	16	17	17	6	6	6	3	3	3
介護保険サービス	訪問介護	388	419	416	106	114	110	86	93	90	47	51	53
	通所介護	408	441	398	72	78	72	70	76	70	60	65	61
	短期入所生活介護	54	58	50	1	1	1	3	3	3	4	4	3
	定期巡回随時対応訪問介護看護	0	0	11		0	1			1		0	1
	認知症対応型通所介護	13	14	44	0	0	0	0	0	0	0	0	4
	小規模多機能型居宅介護	11	12	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	認知症対応型共同生活介護	23	25	22	0	0	0	0	0	0	1	1	1
	介護老人保健施設	54	58	51	4	4	3	10	11	9	5	5	4
	介護老人福祉施設	60	65	57	3	3	2	2	2	1	6	6	5
	特定施設	99	107	116	28	30	32	49	53	55	12	13	16
	〃												
	二次予防												
	未利用	288	311	299	109	118	123	52	56	59	27	29	32

＜手順 5＞　④の値に「65 歳以上人口の伸び率」をかけ、平成 29 年における推計利用者数（単純推計）を算出する。認知症高齢者の全体数の推計については、単純推計の値を参考に、介護予防等政策的効果を加味した数値を「目標」に記入する

（この例の場合）

・現数（例：日常生活自立度Ｉレベル　222 名）に、65 歳以上人口の伸び率である 1.08 をかける　⇒　240 名

⑤で記入した数字に対し、「６５歳以上人口の伸び率」をかけ、平成 29 年の段階の推計人口（単純推計）を算出、記入してください。算出の仕方は以下になります。

「現数×介護保険事業計画に用いる 65 歳以上人口の伸び率*」

＊　介護保険事業計画において人口推計を出す際に用いる方法を使ってください。

左記の例では、65 歳以上の人口の伸び率を 1.08 とし、認知機能の障害程度や認知症高齢者の日常生活自立度、サービスごとの利用者数現数に、それぞれ 1.08 をかけて算出しています。この値が「今のままでいった場合の、3 年後のわが町の姿」になります。

また、認知症高齢者の全体数の推計については、H29 単純推計の値を参考に、介護予防等政策的効果を加味した数値を「目標」として設定し、記入してください。

＜留意点＞

✓　介護保険事業計画では、サービス見込量の推計手順のワークシートがあります。ワークシートでは施設サービス利用者数や居宅系サービス利用者数等の見込みの設定を行いますが、ここでは単純に現数に 65 歳以上の人口の伸び率をかけて、推計人口を算出しましょう。

✓　推計人口は参考値のため、機械的に求めて大丈夫ですが、どうみても推計値が異なるであろうと思われる場合には、適宜修正してください。

✓　介護保険以外のサービス等、現数がわからなかったところはそのままで結構です（シートには数式が埋め込んであるので、空欄は「0」として表記されます）。ただし、「推計利用者 0 人」ではありません。ご注意ください。

＜手順 6＞

（手順 6-1）社会資源シートを使用して、現在の社会資源を支援内容別に分ける

認知症の人を支える社会資源の整理シート：H25年7月現在　　A　市　○×△　地区

認知症の生活機能障害 ＼ 支援の内容	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・介護が必要	常に介護が必要
	物忘れはあるが、金銭管理や買い物、書類作成等をきめ、日常生活は自立している	買い物や事務、金銭管理等にミスがみられるが、日常生活はほぼ自立している	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者の対応などが１人では難しい	着替えや食事、トイレ等がうまくできない	ほぼ寝たきりで意思の疎通が困難である
介護予防・悪化予防	一次予防、二次予防 いきいきふれあいサロン	一次予防、二次予防 いきいきふれあいサロン	通所介護	通所介護	訪問介護
つながり支援	いきいきふれあいサロン 高年者クラブ	高年者クラブ	通所介護	通所介護	訪問介護
仕事・役割支援	高年者クラブ	高年者クラブ	通所介護	通所介護	訪問介護
安否確認・見守り	SOSネットワーク 緊急通報装置 配食見守りサービス 認知症サポーター	SOSネットワーク 緊急通報装置 配食見守りサービス 認知症サポーター	SOSネットワーク 緊急通報装置 配食見守りサービス	緊急通報装置 訪問介護	緊急通報装置 訪問介護
生活支援	配食見守りサービス 高年者クラブ	配食見守りサービス	訪問介護 通所介護	訪問介護 通所介護	訪問介護 通所介護
身体介護			通所介護 訪問介護	通所介護 訪問介護	通所介護 訪問介護
医療	かかりつけ医 ○○市民病院	かかりつけ医 ○○市民病院	かかりつけ医 ○○市民病院	かかりつけ医 ○○市民病院 定期巡回随時対応訪問介護看護	かかりつけ医 ○○市民病院 定期巡回随時対応訪問介護看護
家族支援	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター
緊急時支援 （精神症状がみられる等）	○○市民病院	○○市民病院 小規模多機能型居宅介護 短期入所生活介護	○○市民病院 小規模多機能型居宅介護	○○市民病院 小規模多機能型居宅介護	○○市民病院 小規模多機能型居宅介護
住まい サービス付き高齢者住宅等	△△高齢者住宅	△△高齢者住宅			
グループホーム、介護老人福祉施設等居住系サービス	特定施設	特定施設	認知症対応型共同生活介護 特定施設	認知症対応型共同生活介護 介護老人福祉施設	認知症対応型共同生活介護 介護老人福祉施設

地域にある社会資源（介護保険サービス、自治体独自サービス、インフォーマルサービス等）を、どういった状態の認知症の人に対し、どういう支援を行っているのか、生活機能別・支援の内容別に分類してみましょう。

＜手順 6-1＞　「社会資源シート」を用い、地域にある社会資源（介護保険サービス、自治体独自サービス、インフォーマルサービス等）がどのような支援を担っているかを分類する

（この例の場合）

- 介護予防・悪化予防の機能を持つ社会資源には、「認知症の疑い～認知症を有するが日常生活は自立」の場合には「一次予防・二次予防」「いきいきふれあいサロン」があるが、「誰かの見守りがあれば日常生活は自立」レベル以上の場合には通所介護のみである。
- 安否確認・見守りの機能を持つ社会資源の種類が多い。
- 家族支援は、地域包括支援センターのみがおこなっている。

地域にある社会資源を機能別に分類してみます。1つのサービスが複数の機能を担っていたり、何かに特化していたり、また、認知症の生活機能障害によって、同じ機能にも関わらず、社会資源（サービス項目）が異なるといった特徴が見えてきます。その特徴を活かしつつ、今後、ますます増加する認知症の人に対し、どういった機能をどういった社会資源で支援していくのか、ぜひ地域の関係者と共に、じっくり話し合いましょう。

社会資源シートを埋めていくと、「認知症の疑い～認知症を有するが日常生活は自立」のレベルまでは、介護保険以外のサービスが様々な機能を担っていることがわかります。もしこれらのサービスがより重度の認知症の人を支えることができるとしたら、介護保険に頼らない、住民同士の助け合いによる認知症の人への支援の輪が広がるかもしれません。また、左記の例にあるように、通所介護は多くの機能を担っているので、同じ居宅サービス系である訪問介護や、地域密着型である小規模多機能型居宅介護の機能が広がると、地域で暮らす認知症の人の生活を、さらに強固に支えていけるようになるでしょう。

＜留意点＞

- ✓ 左記の例では、サービスの名称で機能を分類しましたが、実際には同じ通所介護でも、家族支援に力を入れているところもあるでしょうし、サービス利用日以外にも電話等で安否確認を行っているところがあるかもしれません。1つ1つの事業者が、どのような支援を行っているのか、どのような機能を担っているのかについては、ぜひ個々の介護保険サービス事業者の担当者や、ケアマネジャー、認知症に特化した研修を修了した人（特に認知症地域支援推進員や認知症介護指導者等）に確認しましょう。
- ✓ 介護保険以外のサービスについては、それぞれの事業所/団体の規模や専門性などによって、活動を拡充できたり、できなかったりします。それぞれの事業所/団体の責任者にお話を聞くなどして、確認しましょう。

（手順 6-2）上記 6-1 のうち、不足している機能について、気づきシートの H29 単純推計の値を参考に、サービス項目の機能の拡充の可能性を検討する

認知症の人を支える社会資源の整理シート：H29年版　　A　市　○×△　地区

認知症の生活機能障害 ＼ 支援の内容	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・介護が必要	常に介護が必要
	物忘れはあるが、金銭管理や買い物、書類作成等をきめ、日常生活は自立している	買い物や事務、金銭管理等にミスがみられるが、日常生活はほぼ自立している	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者の対応などが１人では難しい	着替えや食事、トイレ等がうまくできない	ほぼ寝たきりで意思の疎通が困難である
介護予防・悪化予防	一次予防、二次予防 いきいきふれあいサロン	一次予防、二次予防 いきいきふれあいサロン	通所介護	通所介護	訪問介護
つながり支援	いきいきふれあいサロン 高年者クラブ	いきいきふれあいサロン 高年者クラブ	いきいきふれあいサロン 通所介護	通所介護 訪問介護	通所介護 訪問介護
仕事・役割支援	高年者クラブ いきいきふれあいサロン	高年者クラブ いきいきふれあいサロン	通所介護 訪問介護	通所介護 訪問介護	通所介護 訪問介護
安否確認・見守り	SOSネットワーク 緊急通報装置 配食見守りサービス 認知症サポーター	SOSネットワーク 緊急通報装置 配食見守りサービス 認知症サポーター	SOSネットワーク 緊急通報装置 配食見守りサービス 認知症サポーター 服薬確認電話サービス	緊急通報装置 訪問介護	緊急通報装置 訪問介護
生活支援	配食見守りサービス 高年者クラブ	配食見守りサービス 高年者クラブ	配食見守りサービス 通所介護、訪問介護	通所介護 訪問介護	通所介護 訪問介護
身体介護			通所介護 訪問介護	通所介護 訪問介護	通所介護 訪問介護
医療	かかりつけ医 ○○市民病院	かかりつけ医 ○○市民病院 服薬確認電話サービス	かかりつけ医 ○○市民病院 服薬確認電話サービス	かかりつけ医 ○○市民病院 定期巡回随時対応訪問介護看護	かかりつけ医 ○○市民病院 定期巡回随時対応訪問介護看護
家族支援	地域包括支援センター 高年者クラブ	地域包括支援センター 高年者クラブ 認知症カフェ	地域包括支援センター 認知症サポーターによるサロン 認知症カフェ	地域包括支援センター 認知症サポーターによるサロン	地域包括支援センター 認知症サポーターによるサロン
緊急時支援 （精神症状がみられる等）	○○市民病院	○○市民病院 小規模多機能型居宅介護 短期入所生活介護	○○市民病院 小規模多機能型居宅介護	○○市民病院 小規模多機能型居宅介護	○○市民病院 小規模多機能型居宅介護
住まい サービス付き高齢者住宅等	△△高齢者住宅	△△高齢者住宅	△△高齢者住宅		
グループホーム、介護老人福祉施設等居住系サービス	特定施設	特定施設	認知症対応型共同生活介護 特定施設	認知症対応型共同生活介護 介護老人福祉施設	認知症対応型共同生活介護 介護老人福祉施設

H25年の際に不足している機能について、気づきシートのH29単純推計の値を参考に、サービス項目の機能の拡充や、新しいサービス項目の追加の可能性を検討する

＊赤字は検討の結果、機能の拡充、新規事業の立ち上げを行うサービス項目

＜手順 6-2＞　手順 6-1 を参考に、不足している機能について、気づきシートの H29 単純推計の値を参考に、社会資源ごとの支援内容や新たな社会資源の整備等について検討する

（この例の場合）

- いきいきふれあいサロンにサロン活動中に何らかの役割を担っていただく場を設けることで、仕事・役割機能を持たせると同時に、つながり支援を強化する。
- 訪問介護につながり支援や仕事・役割支援の機能を拡充し、認知症が進行して身体介護が必要な状態になっても地域の活動で何らかの役割を担ったり、地域住民と関わる機会をもつ支援を行う。
- 高年者クラブのメンバーに家族支援や生活支援機能の拡充・強化をお願いし、同じ年代の認知症の人や家族への支援に積極的に関わって頂く。
- 認知症サポーターの協力を得て、特に認知症の生活機能が重い方の家族を対象としたサロンを開き、介護の悩みや工夫などを話し合ってもらう場を作ることで、家族支援の機能を強化する。
- 認知症地域支援推進員の協力を得て、新事業として認知症カフェを開催し、認知症の人たちやその家族が悩みや心配事などを気軽に相談できるなど、家族支援の機能を強化する。
- 新規事業として「服薬確認電話サービス」を開設し、毎日朝昼晩と、対象者のお宅に電話をして、服薬ができているかを確認し、医療の機能を強化する。その際、認知症の生活機能障害が進んでいる方には、簡単な会話を交わすことで安否確認をし、何か変化が見られないかを確認する。

ここで、認知症の人の生活機能障害ごとに、どういった支援が必要で、それをどの社会資源が担っているかについて考えてみましょう。「認知症の疑い」の段階では、物忘れはありますが、日常生活は自立しています。そのため、身体疾患等がなければ、生活支援や介護は必要ありません。しかし、介護予防・悪化予防は非常に重要ですし、物忘れを心配して引きこもったりしないよう、つながり支援や仕事・役割支援が必要な場合もあります。また、「誰かの見守りがあれば日常生活が自立」の段階であれば、定期的に様子を見に行ったり、生活支援の必要があるかを見極める見守りサービスがあると、自立した生活を継続することができます。

それでは見守りサービスにはどのようなものがあるでしょうか？介護保険サービスとしては、定期的に自宅に訪問し、様子を確認するという点で、訪問介護や訪問リハビリテーション等が見守り機能を果たしているといえます。その他、民生委員や福祉協力員、認知症サポーターやボランティア団体等による訪問、見守りもありますし、配食サービス等を使って見守りをしている地域も多いでしょう。このように、認知症の人の生活機能障害を支える支援には様々なものがあり、それらの社会資源がどういった支援を行っているかを踏まえると、より認知症を意識した社会資源の整備につながります。

尚、認知症の人の生活機能障害と支援について考える際には、ぜひ巻末資料の「地域包括ケアの視点に基づく、サービス名や具体例一覧」をご参照ください。認知症の人が必要としている支援（ニーズ）に対し、どういった実施主体がサービスを提供しているのか、サービス名（例）や具体例を表にまとめています。

＜留意点＞

✓　今回は高齢期の認知症に特化した形でご紹介いたしましたが、若年性認知症や障がい者の支援においても、より実態に即したサービス基盤の整備が検討できると思います。ぜひご活用ください。

＜手順7＞

＊気づきシートの一部を拡大

（赤字：新規事業や推計より人数を増やしたもの、青字：推計より認数を減らしたもの）

要介護認定を受けている方（二号保険者含）

認知症高齢者の日常生活自立度			自立			I			IIa		
現数トータル	H29推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標
1,225	1,323	1,247	298	322	334	222	240	248	132	143	150

	サービス項目	認知症高齢者の日常生活自立度 現在の利用者数	H29単純推計	必要数	自立 現数	H29単純推計	必要数	I 現数	H29単純推計	必要数	IIa 現数	H29単純推計	必要数
介護保険サービス以外（配食サービス、見守りサービス、緊急通報装置、サロン、他）	いきいきふれあいサロン	30	32	56	18	19	30	12	13	18		0	5
	配食見守りサービス	79	85	105	23	25	34	28	30	37	18	19	25
	高年者クラブ	62	67	89	42	45	60	18	19	25	2	2	4
	緊急通報装置	373	403	408	130	140	145	132	143	145	45	49	49
	認知症SOSネットワーク	24	26	27		0			0		5	5	5
	認知症カフェ	0	0	64		0			0			0	15
	認知症サポーターによるサロン	0	0	21		0			0			0	
	服薬確認電話サービス	0	0	125		0			0			0	50
	サービス付き高齢者住宅	26	28	27	16	17	17	6	6	6	3	3	3
介護保険サービス	訪問介護	388	419	416	106	114	110	86	93	90	47	51	53
	通所介護	408	441	398	72	78	72	70	76	70	60	65	61
	短期入所生活介護	54	58	50	1	1	1	3	3	3	4	4	3
	定期巡回随時対応訪問介護看護	0	0	11		0	1			1		0	1
	認知症対応型通所介護	13	14	44	0	0	0	0	0	0	0	0	4
	小規模多機能型居宅介護	11	12	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	認知症対応型共同生活介護	23	25	22	0	0	0	0	0	0	1	1	1
	介護老人保健施設	54	58	51	4	4	3	10	11	9	5	5	4
	介護老人福祉施設	60	65	57	3	3	2	2	2	1	6	6	5
	特定施設	99	107	116	28	30	32	49	53	55	12	13	16
	〃												
	二次予防												
	未利用	288	311	299	109	118	123	52	56	59	27	29	32

⑦ ⑦ ⑦

＜手順 7＞　⑥の手順を踏まえて、地域の関係者と共に、どの社会資源を使ってどのように認知症の人を支援していくかについて検討・協議し、その結果を「必要数」に記入する

気づきシートを用いて社会資源を整備する上での、一番の要となる部分です。地域の介護保険サービス事業者や医療関係者、民生委員等のほか、認知症地域支援推進員[18]や認知症サポーターといった認知症に特化した研修を修了した人や市民後見人等[19]と共に、「わが町における認知症ケアパス」策定のために、手順 6-2 で作成した社会資源シートを参考に、どの社会資源の整備や拡充、統合や廃止を進めていくかについて検討・協議をし、その結果を認知症の生活機能障害ごとに、「必要数」として記入します。

（この例の場合）

（H29 単純推計の状況）

・　認知症高齢者の日常生活自立度が自立の人は 322 名に、Ⅰの人は 240 人に、Ⅱa の人は 143 名に増加見込みである。このままいくと、自立～Ⅱa の人たちだけで訪問介護は 22 名、通所介護は 17 名、老人保健施設は 1 名の増加が見込まれる。

（確認事項）

①自治体の地域福祉・高齢者福祉の理念・目標は「高齢者が健康で、生きがいをもって、住み慣れた地域で安心して暮らす」ことである。

②生活機能障害として、服薬管理が難しいことが課題としてよく聞かれる。また、悪化防止、孤立防止のために、地域の人とのつながり支援や、仕事・役割支援があるとよい。

③現在ある社会資源をみると、服薬管理の支援としては訪問介護や通所介護が担っているが、もっと手軽に、より安価でできる方法はないか。

④介護保険サービスとして、訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、認知症対応型共同生活介護、介護老人保健施設、老人福祉施設の利用がみられるが、自立～Ⅱa であれば、見守りがあれば自立した生活を送れるレベルであることから、家族と同居している方のサービスを、インフォーマルに切り替えることはできないか。また、居住系に入居している方を、社会資源を充足することで在宅に戻すことはできないか。

⑤予防事業の効果で、単純推計では認知症の生活機能障害が進行すると推計されている人たちが、自立～Ⅱa にとどまることが考えられる。

⑥認知症の日常生活自立度のⅠ～Ⅱa は、家族の介護負担が徐々に増えてくる時期である。この時に家族への支援を徹底して行うことで、家族の不安や心配を軽減し、認知症の人が安心して在宅で暮らせるための基盤づくりを行う。

⑦認知症が主たる理由の入院患者数は 12 名である。その人たちの認知症高齢者の日常生活自立

---

18 認知症地域支援推進員は、各市町村で地域の実情に応じて認知症の人やその家族を支援するための各種事業を展開する役割を担っており、国は平成 29 年度末までに 5 つの中学校区あたり 1 人を配置する計画を立てています。

19 このほか、地域には、認知症サポート医や認知症介護指導者といった、認知症の医療・介護の研修を担う人材もいます。ぜひ活用しましょう。

度や状態を確認するために、入院先に面会に行ったり、家族に話を聞くなどし、入院している人たちが地域で暮らすために何が必要か、どうすれば地域で暮らせるかを検討する。

⑧市町村外からの利用者や、市町村外のサービスを利用している人もいる。この人たちの人数は気づきシートには記載されていないが、数を把握しておく。

（目標人数）

⇒ 認知症高齢者の生活自立度の自立～Ⅱａの人の総数は、介護予防・悪化予防の効果を踏まえ、732人（推計値よりも27名増）を目標とし、Ⅱb、Ⅲａへの悪化を防止する。

（具体的対応）

- 自立～Ⅰａの人で通所介護や訪問介護を利用している人に対し、いきいきふれあいサロンや高年者クラブへの参加を促し、通所介護や訪問介護の機能を代替させる。
- 自立～Ⅰａの人の緊急通報装置の設置数を上げ、見守りを強化する。
- 配食見守りサービスを通じ、バランスのとれた食事の提供という生活支援機能だけでなく、何か変化が見られたら、すぐにケアマネジャーや家族に連絡をとるなど、安否確認・見守り支援を充実させ、早期の対応を心がける。
- 服薬確認電話サービスを新設し、服薬管理が難しくなるⅡａの人のうち、独居や日中独居の方を中心に利用を促すことで、薬の飲み忘れを防ぐと同時に、安否確認を行う。
- 老人福祉施設や老人保健施設に入所している人のうち、家族の協力が得られそうな方を在宅にもどし、訪問介護や通所介護等で対応する。
- 短期入所生活介護の利用者で、利用中に落ち着かなくなる人に対し、定期巡回随時対応型訪問介護看護で対応する。
- 介護保険サービスの未利用の数を増やし、代わりに介護保険サービス以外のサービスで支援する。
- 認知症の人の地域生活を支えるもっとも身近な存在である家族に対する支援を強化する。その際、高年者クラブには普段のサロン活動の際に、家族（配偶者）と一緒に来ていただくなど、家族と認知症の人が一緒に楽しめる工夫を行ってもらう。新設する認知症カフェでは、認知症地域支援推進員が中心となって相談会や勉強会の開催をしたり、家族と認知症の人が気軽に立ち寄れる「居場所」づくりを行う。また、認知症が進行し、日常生活に介護が必要になった人の家族には、悩みや工夫を言い合えるサロンを開催し、その運営には認知症サポーターにお手伝いいただく。
- 介護老人保健施設や介護老人福祉施設に入居している人のうち、家族の協力が得られそうな6名については在宅介護に切り替え、訪問看護や通所介護定期巡回随時対応訪問介護看護で対応する。

これらの対応方針を踏まえ、必要数を記入します。

手順７における検討・協議の際に確認すべき項目は、以下となります。

①　自治体の地域福祉・高齢者福祉の理念・目標 （ポイント）　地域における標準的な認知症ケアパス策定のための方向性です。
②　どういった生活機能障害を持った認知症の人の数が多いか （ポイント）　認知症の生活機能障害ごとに、必要な支援は異なります。
③　「社会資源シート」で確認した、現在ある社会資源の種類とそれぞれが担っている機能と不足している機能 （ポイント）　社会資源はそれぞれ複合的な機能を持っています。気づきシートの手順 5 で確認した現数ならびに H29 単純推計の値から、どういった機能を持った社会資源が今後必要になるのかを考えましょう。
④　介護保険サービスを整備する場合、介護保険料への影響 （ポイント）　介護保険料は年々増加の一途をたどっています。必要な介護保険サービスが整備されないというのは困りますが、必要以上に整備することがないよう、サービスの稼働率を意識してみましょう。
⑤　予防の効果 （ポイント）　認知症予防、介護予防、悪化予防といった、予防事業の効果を確認し、その結果を反映させましょう。
⑥　家族支援の充実 （ポイント）　認知症の人を地域で支えていくためには、家族の協力が必須です。同居、別居を問わず、家族がストレスをため込んだり、無理をして体調を崩したり、認知症への理解がなく不適切な対応をしてしまうといったことがないよう、家族支援を充実させていきましょう。その際、介護家族の状況（就労しているか、老齢か、子供の数、家族関係等）に配慮し、適切な支援が提供するようにしましょう。
⑦　認知症が主たる理由の入院患者数 （ポイント）　認知症が主たる理由で入院している人について、国は積極的に退院させ、地域で暮らせる環境を整えることを目指しています。今回は国民健康保険、後期高齢者医療保険の情報から、認知症を主たる理由として入院している人の数を把握しましたが、その人たちを積極的に退院させるには、地域にそれだけの受け皿がなければなりません。入院先に面会に行く、家族に話を聞くなどして、状態を把握し、どういった支援があれば地域で暮らせるかを検討しましょう。
⑧　市町村外からの利用者数や、市町村外にある施設や介護事業所を利用している住民数 （ポイント）　市町村外にある施設や介護事業所を利用している人の数が多い場合には、その機能を担うサービスを整備しましょう。

これらの確認事項を踏まえつつ、検討・協議を進めていきます。その結果は、「どのサービスで、どういった生活機能障害をお持ちの認知症の方を、何人支援していくか」という具体的な数値として、「必要数」に落とし込みます。

＜留意点＞

- ✓　この検討・協議には、行政や地域包括支援センター、介護保険サービス事業者等の職員だけでなく、民生委員や認知症の人を支える取組みを行っている地域住民、認知症に特化した研修を修了した人等、多くの関係者に参加をしていただき、地域にお住まいの高齢者の状態像の把握と必要なニーズをつかむようにしましょう。
- ✓　暮らし系のサービスについては、自治体の整備計画があれば、それを考慮して必要数をご記入ください。

＜確認＞　○×△地区における社会資源の整備

認知症の人に必要なサービスを整備するための気づきシート（社会資源と定員数、利用者数の把握、H29年度の単純推計値の算出、必要数の決定）

作成：　平成　25年　7月　15日
日常生活圏域：　○×△　地区

＜地域福祉・高齢者福祉の理念・目標＞
1. 高齢者の生きがいと健康づくり　2. 安心して暮らせる町づくり　3. 住み慣れた地域で暮らし続ける

人口	28,786	人
65歳以上人口	6,887	人
高齢化率	23.9	%
高齢者のみ世帯数	2,148	世帯
要介護認定者数（二号保険者含）	1,225	人
若年性認知症推定数 ＊18～64歳人口10万人に対し、47.6人	9	人

＜気づきシート記入上の注意点＞
＊ このシートは、認知症の人の生活機能障害にあわせ、地域で支えていくためのサービスについて、以下の点を確認するためのものです。
① 現在ある社会資源（介護保険サービス、自治体独自サービス、インフォーマルサービス等）の把握
② 現在ある社会資源を、どのような状態像の人が利用されているかの把握
③ H29年度の単純推計に対し、どの社会資源が不足・過剰になると考えられるか
④ 認知症の人の生活機能障害に対し、どのサービスで、どのように支援をしていくのかの議論・検討
＊ H29単純推計の求め方は、現在・現任利用者数に介護保険事業計画に用いる65歳以上人口の伸び率をかけ、算出しましょう。
＊ 「必要数」には、H29単純推計の値を基に、関係者で社会資源の整備に関する検討をした結果を反映した数字を記入しましょう。
＊ このシートの記載は、わかる範囲で進めていくようにしましょう。もしわからないところがあれば、空欄でも結構です。
＊ 空欄の部分に関しては、今後できるだけ数字を把握できるようにしていきましょう。

[illegible]		[illegible]			[illegible]			[illegible]			[illegible]			[illegible]			[illegible]			[illegible]		
現在トータル	H29推計	現在	H29単純推計	目標	現在	H29単純推計	目標	現在	H29単純推計	目標	現在	H29単純推計	目標	現在	H29単純推計	目標	現在	H29単純推計	目標	現在	H29単純推計	目標
5,723	6,181	4,523	4,865	4,012	728	786	786	421	456	450	42	45	35	6	6	3	3	3	0	0	0	0

	サービス項目	現在の利用者数	H29単純推計	必要数	現在	H29単純推計	必要数	現在	H29単純推計	必要数	現在	H29単純推計	必要数	現在	H29単純推計	必要数	現在	H29単純推計	必要数	現在	H29単純推計	必要数	現在	H29単純推計	必要数
地域支援事業等	一次予防・二次予防利用者	589	636	0		0			0			0			0			0			0			0	
	未利用者		0	0		0			0			0			0			0			0			0	
介護保険サービス以外（配食サービス、見守りサービス、緊急通報装置、サロン、他）	いきいきふれあいサロン	21	23	0		0			0			0			0			0			0			0	
	配食見守りサービス		0	0		0			0			0			0			0			0			0	
	高年者クラブ	14	15	0		0			0			0			0			0			0			0	
	緊急通報装置	42	45	0		0			0			0			0			0			0			0	
	SOSネットワーク		0	0		0			0			0			0			0			0			0	
	認知症カフェ		0	48		0			0			0	45		0	3		0			0			0	
	認知症サポーターによるサロン		0	0		0			0			0			0			0			0			0	
	服薬確認電話サービス		0	10		0			0			0			0	8		0	1		0			0	
			0	0		0			0			0			0			0			0			0	
			0	0		0			0			0			0			0			0			0	

要介護認定を受けている方（二号保険者含）

[illegible]			自立			I			Ⅱa			Ⅱb			Ⅲa			Ⅲb			Ⅳ			M		
現在トータル	H29推計	目標	現在	H29単純推計	目標	現在	H29単純推計	目標	現在	H29単純推計	目標	現在	H29単純推計	目標	現在	H29単純推計	目標	現在	H29単純推計	目標	現在	H29単純推計	目標	現在	H29単純推計	目標
1,225	1,323	[illegible]	298	322	334	222	240	248	132	143	150	241	260	260	177	191	[illegible]	54	58	54	74	80	78	27	29	25

	サービス項目	現在の利用者数	H29単純推計	必要数	自立 現在	自立 H29単純推計	自立 必要数	I 現在	I H29単純推計	I 必要数	Ⅱa 現在	Ⅱa H29単純推計	Ⅱa 必要数	Ⅱb 現在	Ⅱb H29単純推計	Ⅱb 必要数	Ⅲa 現在	Ⅲa H29単純推計	Ⅲa 必要数	Ⅲb 現在	Ⅲb H29単純推計	Ⅲb 必要数	Ⅳ 現在	Ⅳ H29単純推計	Ⅳ 必要数	M 現在	M H29単純推計	M 必要数
介護保険サービス以外（配食サービス、見守りサービス、緊急通報装置、サロン、他）	いきいきふれあいサロン	30	32	35	18	19	30	12	13	18		0	5		0	3		0			0			0			0	
	配食見守りサービス	79	85	102	23	25	34	28	30	37	18	19	25	6	6	9	4	4			0			0			0	
	高年者クラブ	62	67	89	42	45	60	18	19	25	2	2	4		0			0			0			0			0	
	緊急通報装置	373	403	408	130	140	145	132	143	145	45	49	49	32	35	35	18	19	19	11	12	12	2	2	2	3	3	3
	認知症SOSネットワーク	24	26	27		0			0		5	5	5	7	8	8	8	9	14	4	4			0			0	
	認知症カフェ	0	0	54		0			0			0	15		0	25		0	19		0	5						
	認知症サポーターによるサロン	0	0	31		0			0			0			0	5		0	10		0	6		0	7		0	
	服薬確認電話サービス	0	0	125		0			0			0	50		0	75		0			0			0			0	
	サービス付き高齢者住宅	26	28	27	16	17	17	6	6	6	3	3	3	1	1	1		0	0		0	0		0	0		0	0
介護保険サービス	訪問介護	388	419	418	106	114	110	86	83	90	47	51	53	81	87	89	41	44	46	12	13	14	13	14	12	2	2	2
	通所介護	408	441	284	72	78	72	70	76	70	60	65	51	112	121	110	68	73	23	11	12	2	14	15	12	1	1	6
	短期入所生活介護	54	58	50	1	1	1	3	3	3	4	4	3	23	25	22	15	16	13	2	2	2	5	5	3	1	1	1
	定期巡回随時対応訪問介護看護	0	0	11		0	1			1		0	1		0	2		0	3		0	1		0	2		0	
	認知症対応型通所介護	13	14	44	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	2	13	5	5	13	3	3	7	3	3	6	0	0	1
	小規模多機能型居宅介護	11	12	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	6	7	8	10	0	0	2	0	0	2	0	0	0
	認知症対応型共同生活介護	23	25	22	0	0	0	0	0	0	1	1	1	9	10	6	6	6	6	3	3	4	3	3	3	1	1	1
	介護老人保健施設	54	58	51	4	4	3	10	11	6	5	5	4	9	10	5	19	21	19	2	2	2	3	3	3	2	2	2
	介護老人福祉施設	60	65	57	3	3	2	2	2	1	6	6	5	4	4	4	20	22	25	10	11	10	14	15	14	1	1	1
	特定施設	99	107	115	28	30	32	49	53	55	12	13	16	8	9	11	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	・																											
	二次予防																											
	未利用	288	311	255	108	118	123	52	56	59	27	29	32	47	51	45	19	20	17	8	10	5	12	13	10	12	13	8

医療の整備状況

[illegible]	
（国民健康保険、後期高齢者医療保険加入者）	28　人

	病院名			認知症専門医療機関		
医療	訪問診療をしている病院・医院・クリニック数	2	ヶ所	認知症疾患医療センター	○○市民	病院
	訪問看護ステーション数	3	ヶ所	認知症医療診療所	0	ヶ所
	重度認知症デイケア	0	ヶ所	もの忘れ外来等の数	2	ヶ所

相談窓口

包括、行政窓口、NPO等	箇所数
地域包括支援センター	2 ヶ所
居宅介護支援事業所	14 ヶ所
	ヶ所
	ヶ所

人材の育成
～オレンジプラン～

	研修名	研修修了者数（現在）	H29年度目標数	国の目標値（参考）
認知症に特化した研修	かかりつけ医認知症対応力向上研修	4　人	11　人	高齢者人口600人に対して1人
	認知症サポート医養成研修	0　人	1　人	一般診療所25か所に対して1人
	認知症サポーター	118　人	143　人	全国で600万人
	認知症地域支援推進員	0　人	2　人	1つの中学校区あたり1人
	認知症介護指導者	1　人	2　人	1つの中学校区あたり1人
	認知症介護実践リーダー研修	人	人	
	一般病院認知症対応力向上研修	人	人	病院1か所あたり、医師2人看護師4人が受講
		人	人	

＜確認のポイント＞
＊H29年の単純推計値は、現在整備されている介護保険サービスをはじめとする社会資源で対応可能な人数でしょうか？
＊現在整備されている社会資源で対応が難しい場合、対応を考えましょう
- 自治体の地域福祉の理念・目標を踏まえましょう
- 人口動態を踏まえましょう
- 居宅サービス、通所サービス、施設サービスのそれぞれのコストや職員確保が可能かを確認しましょう
- 既存の資源のうち、他のサービスに切り替えやサービスの拡充ができるものがないか、検討しましょう

例：　通所介護　→　高齢者サロン、配食サービス
通所介護　→　認知症対応型通所介護
通所介護、訪問介護、短期入所生活介護　→　小規模多機能型居宅介護

＊未利用の方がどのようにして生活されていらっしゃるか、確認しましょう
＊若年性認知症の推定数に対し、何名を把握されていらっしゃいますか？また、介護保険以外のサービスは利用されていますか？
＊自治体独自サービス、インフォーマルサービスの利用者の数や生活状況をどの程度把握されていらっしゃいますか？

＊若年性認知症の有病率（人）：[illegible]

認知症の人の生活機能障害を踏まえ、どういったサービスで支えていくのか、介護保険サービス事業者や医療関係者、社会福祉協議会、認知症地域支援推進員、ボランティア等の関係者で協議・検討すると共に、どのような認知症の人に対し、どういった支援を組み合わせ、地域での暮らしを支えていくのか、サービスの拡充だけでなく、既存サービスの切り替えなども視野に入れて、検討しましょう。

＜確認＞　気づきシート全体を確認し、認知症ケアパスの「流れ」をつかむ

必要数の記入が終わったら、完成した気づきシートを確認しましょう。どのような特徴が見えてくるでしょうか？

左記の例では、認知症の人の生活機能障害別にみると、障害が軽い人ほど人数が多いことがわかります。

＊認知機能の障害程度（CPS）

認知機能の障害程度（CPS）		0			1			2			3			4			5			6		
流数トータル	H29推計	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標
5,723	6,181	4,523	4,885	4,912	728	786	786	421	455	450	42	45	30	6	6	3	3	3	0	0	0	0

＊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		自立			J			Ⅱa			Ⅱb			Ⅲa			Ⅲb			Ⅳ			M		
流数トータル	H29推計	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標
1,225	1,323	298	322	334	222	240	248	132	143	150	241	260	250	177	191	186	54	58	54	74	80	76	27	29	25

つまり、今後、認知症の人の数はますます増えていきますが、そもそも認知症の人は重度の人よりも認知症の疑いや軽度の人数の方が圧倒的に多いのです。つまり、認知症の軽度の人を支える社会資源の整備が急務であり、また、「認知症の疑い～認知症を有するが日常生活は自立」の段階から中度・重度に移行しないための取り組み（例：認知症予防、悪化予防）を積極的に行うことで、認知症の人の地域生活の継続を支援することができますし、何より、要介護度の悪化を防ぐことで、介護保険料の上昇を抑えることができるのです。

このように、今後ますます増加する認知症の人に適切なサービスの提供の流れを作るために、まず地域に住む高齢者の状態と社会資源（特にそれが担っている機能）を把握し、人口の伸び率に合わせて適切な社会資源を整備していくことが、自治体に求められる役割の一つなのです。

～社会資源シートと気づきシートを用いて、認知症ケアの流れを変える～

- 気づきシートでは、あくまでも現数と推計値を用いています。つまり、それぞれの社会資源が提供しているサービスの質については、残念ながら含まれておりません。しかし、認知症の人の日常生活を支えていく上で、サービスの質は非常に重要です。

- 何をもって「サービスの質が高い」とするかについては、様々な議論があり、一概には言えませんが、利用者・家族からの情報や、関係者からの聞き取り、地域での評判等を参考にしていくことで、おおよそのことがわかります。

- 重要なことは、これからの地域福祉を行政、事業所、地域住民等が協力し合って作り上げていく、という姿勢です。

- これからの地域福祉は、住み慣れた地域（日常生活圏域）で必要なサービスを受けられる「地域包括ケア」を目指しています。そのため、もし圏域の高齢者が他圏域の社会資源を多く利用しているようであれば、その社会資源を地域に整備できないかを検討してみましょう。ただし、費用面や人手の確保などで整備が難しいこともあります。その場合には、他のサービスの組み合わせで対応できないか、インフォーマルサービスで代用できないかなど、様々な角度から検討してみましょう。

- 「認知症ケアパス」は、地域全体（マクロ）としての「ケアパス」と、個々の高齢者（ミクロ）の「ケアパス」の２種類があります。気づきシートと社会資源シートで取り上げるのは「地域全体（マクロ）としての認知症ケアパス」であり、個々人の認知症の人のケアパスとは若干異なります。しかし、個々人のケアパスは、地域のケアパスの上に成り立っていますし、個々人のケアパスが積みあがることで、地域全体のケアパスが成り立っていることから、両者は非常に近いものと言えます。

- 個々の認知症の人のケアパスは、その人の生活歴やニーズ、家族の状況、経済状況等、様々な要素を踏まえ、検討していくものです。今回取り上げた「地域全体としての認知症ケアパス」では、そういった個々人の認知症の人の状況の情報は取り入れていませんが、それをないがしろにしてよいというものではなく、むしろ地域のケアマネジャーや医師、看護師、介護職といった専門家や、民生委員、認知症地域支援推進員等から情報を得るなどして、地域の実情をできるだけ把握するようにしましょう。

巻末資料

～認知症の理解～

～認知症の人の生活機能障害別、期待される支援～

～介護保険サービスの内容～

～地域包括ケアの視点に基づく、サービス名や具体例一覧～

～（演習）地域における支援の具体例をあげてみましょう～

～認知症の理解～

認知症の症状を引き起こす疾患には様々なものがあり、認知症の疾患によって、出現しやすい症状が異なります。

表　認知症の疾患名と出現しやすい症状

認知症の疾患名	出現しやすい症状
アルツハイマー病	認知症の原因となる病気のうち、最も多いもので、記憶の障害が目立ち、物を置き忘れたり、同じ事を何度も言ったりする。自分が物忘れしていることに気づきにくい。
レビー小体病	幻視や歩行障害が目立つ。周囲の状況をよく理解できるときと出来ないときの差が激しい。特に夕方～夜に悪くなることが多い。記憶は比較的保たれている。
前頭側頭型認知症（ピック病）	色々なことを我慢できず、問題となりうる行動でもしてしまう。同じ事をし続けることもある。
血管性認知症	脳梗塞や脳出血によっておこり、症状は脳のどの部分がどのように障がいされたかによって異なる。手足の麻痺や構音障害、飲み込みの障害、感覚障害などの神経症状を伴いやすい。
治療可能な認知症 正常圧水頭症 慢性硬膜下血腫	正常圧水頭症は、髄液という脳の周りを流れている液体がたまって、脳が圧迫される病気。自発性の低下や動作や思考がゆっくりになる、足元がふらつく、小股でよちよち歩く、尿失禁の３つが特徴的な症状。 慢性硬膜下血腫は、頭を打撲した後、しばらくしてから頭の中に血がたまって脳が圧迫される病気。気がつかないくらいの打撲に寄ることもある。物忘れが目立つ、足を引きずる、手が挙がりにくい、失禁等の症状が見られる。

資料：数井委員作成

～認知症の人の生活機能障害別、期待される支援～

認知症の人は、その生活機能障害別に、期待される支援が少しずつ異なります。

表　認知症の人の生活機能障害と見られる症状・行動の例、期待される支援

生活機能障害	見られる症状・行動の例	期待される支援
認知症の疑い	物忘れはあるが、金銭管理や買い物、書類作成等を含め、日常生活は自立している	➢ 周囲による気づき ➢ 地域包括支援センターや役所の相談窓口等につなぐ ➢ 適切な診断
認知症を有するが日常生活は自立	（認知症日常生活自立度Ⅰレベル） 買い物や事務、金銭管理等にミスがみられるが、日常生活はほぼ自立している	➢ 生活上の困難に対する支援 ➢ できることを活かす支援 ➢ 一人で外出した際の安全の確保
誰かの見守りがあれば、日常生活は自立	（認知症日常生活自立度Ⅱレベル） 服薬管理ができない、電話の応対や訪問者の対応などが１人では難しい	➢ 安全の確保 ➢ 本人の「できること」を活かした支援 ➢ 必要な医療処置の提供 ➢ 急変時への対応
日常生活に手助け・介護が必要	（認知症日常生活自立度Ⅲレベル） 着替えや食事、トイレ等がうまくできない	➢ 安全の確保 ➢ 適切なアセスメントに基づくケア ➢ 本人の「できること」を活かした支援 ➢ 必要な医療処置の提供 ➢ 急変時への対応
常に介護が必要	（認知症日常生活自立度Ⅳレベル） ほぼ寝たきりで意思の疎通が困難である	➢ 合併症の予防 ➢ 適切なアセスメントに基づくケア ➢ 本人の「できること」を活かした支援 ➢ 必要な医療処置の提供 ➢ 急変時への対応
行動心理症状（BPSD）	（認知症日常生活自立度Ｍレベル） 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、専門医療を要する	➢ 安全の確保 ➢ 必要な医療処置の提供

＊生活機能障害に関わらず、期待される支援として、「本人の気持ちの傾聴」、「相談」、「家族支援」が挙げられます。

資料：ニッセイ基礎研究所作成

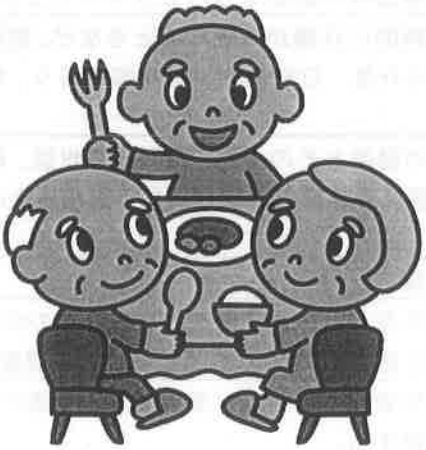
～介護保険サービスの内容～

介護保険サービスは居宅サービス、施設サービス、地域密着型サービスの 3 種類に分かれています。認知症の人のニーズにあわせ、また生活機能障害にあわせ、必要なサービスを組み合わせて利用ができるよう、地域の高齢者の状態像を把握し、適切な整備をしていきましょう。

	種類	サービス名称	サービスの主な内容
居宅サービス	訪問	訪問介護	訪問介護員（介護福祉士、ホームヘルパー）が訪問し、身体介護や調理などの家事援助を行う。
	訪問	訪問看護	看護師等が訪問し、療養の世話や診療補助を行う（医療依存度が高い場合には、医療保険の対象）。
	訪問	訪問入浴介護	看護師や介護員が巡回入浴者等で訪問し、入浴介助・支援を行う。
	訪問	訪問リハビリ	理学療法士、作業療法士が訪問し、機能回復訓練を行う。
	通所	通所介護	デイサービスセンター等において、日帰りで入浴・食事の提供とその介助、日常生活の世話と機能訓練を行う。
	通所	通所リハビリ	日帰りで、理学療法・作業療法等の必要なリハビリテーションを行う。
	泊まり	短期入所 生活介護	家族が病気や休養などで一時的に介護ができないときなど、短期間の入所で入浴・食事の提供とその介助、日常生活の世話等を行う。特別養護老人ホーム等が行う。
	泊まり	短期入所 療養介護	短期間の入所で入浴・食事の提供とその介助、療養上の世話、機能訓練等を行う。介護老人保健施設、介護療養型医療施設、医療法上の療養病床等が行う。
	貸与	福祉用具貸与	介護ベッド、車椅子などの貸与を行う。
	暮らす	特定施設入居者生活介護	有料老人ホームやケアハウスなどで入浴・食事の提供とその介助、日常生活の世話等を行う。必要に応じて外部の訪問サービスの調整も行う。
施設サービス	暮らす	介護老人 福祉施設	常時介護が必要で居宅での生活がむずかしい要介護者を対象に、介護サービスと日常生活の場を提供する。
	暮らす	介護老人 保健施設	入院治療の必要ない要介護者を対象に、介護、看護、リハビリ等を行う。医療施設と福祉施設・在宅の中間施設と位置づけられる。
	暮らす	介護療養型 医療施設	慢性疾患等により長期療養を必要とする要介護者を対象に、医学的管理や看護等を行う（2018 年 3 月まで）。
地域密着型サービス	訪問	定期巡回・ 随時対応型訪問介護看護	日中・夜間を通じて、1 日複数回の定期訪問と随時の対応を介護・看護が一体的または連携して行う。
	訪問	夜間対応型 訪問介護	定期の夜間巡回や緊急（通報）対応型の短時間訪問を行う。
	通所	認知症対応型 通所介護	認知症要介護者を対象に、日帰りで入浴・食事の提供とその介助、日常生活の世話と機能訓練を行う。
	訪問/ 通所/ 泊まり	小規模多機能 型居宅介護	住み慣れた自宅・地域、また、馴染みのスタッフや環境の中で、通所サービスを中心に、訪問や短期入所を組み合わせ、日常生活の世話等を行う。
	暮らす	認知症対応型	比較的安定状態にある認知症要介護者を対象に、共同生活の中で入浴・

		共同生活介護	食事の提供とその介助、日常生活の世話を行う。
	暮らす	地域密着型特定施設入居者生活介護	小規模型（定員 30 人未満）の特定施設において、住み慣れた地域での生活を維持しつつ、入浴・食事の提供とその介助、日常生活・療養上の世話を行う。
	暮らす	地域密着型介護福祉施設生活介護	小規模型（定員 30 人未満）の特別養護老人ホームにおいて、住み慣れた地域での生活を維持しつつ、入浴・食事の提供とその介助、日常生活・療養上の世話を行う。
	訪問/通所/泊まり	複合型サービス	小規模多機能型居宅介護に訪問看護の機能を加え、通所サービスや訪問（介護・看護）、短期入所を組み合わせ、日常生活・療養上の世話を行う。

資料：阿部崇監修「介護報酬パーフェクトガイド　2012-14 年版」医学通信社、2012 年 7 月、p5 より抜粋、一部改変



～地域包括ケアの視点に基づく、サービス名や具体例一覧～

気づきシートの作成や、認知症の人の状態別にどのような支援があるかを考える際、ぜひこちらの表をご参照ください。皆様の地域でも、すでに多くの取り組みがなされていると思いますので、ぜひそのサービス名を気づきシートにご記入ください。

＜①　医療との連携強化＞

支援	認知症の人のニーズ	実施主体･提供者（例）	サービス名（例）や具体例
医療	私の病気を正しく診断してくれる 私の病気について、私にわかりやすく説明してくれる 病気の進行や症状の悪化を可能な限り防いでくれる 私の苦しさを和らげる治療・服薬調整をしてくれる できるだけ入院に拠らず治療をしてくれる 合併症や身体疾患の治療が適切に受けられる 初期から終末期まで切れ目なく看てくれる 自己選択・自己決定が保障されている	行政・民間 介護保険 医療保険給付	認知症疾患医療センター 認知症の診断・治療のできる医療機関（ものわすれ外来） 認知症サポート医 かかりつけ医 居宅療養管理指導 訪問看護 老健・療養型医療サービス 訪問診療 訪問歯科診療 訪問服薬管理指導 訪問看護 訪問リハ 認知症デイケア 訪問栄養指導

＜②　介護サービスの充実強化＞

支援	認知症の人のニーズ	実施主体･提供者（例）	サービス名（例）や具体例
介護	私の希望やニーズを的確にアセスメントしてくれる 私の能力を引き出し、活かす支援をしてくれる 私の暮らし方に応じた最適なケアを提供してくれる 私の日々の変化に合わせて柔軟にケアを提供してくれる 私の生活リズムや体調を整えてくれる 私の症状や心身機能の悪化を可能な限り防いでくれる 私の不安や混乱を解消してくれる 自己決定が保障されている	介護保険給付 自立支援 民間業者等	訪問介護 訪問入浴 通所介護・通所リハ 短期入所 定期巡回・随時対応訪問看護介護 認知症対応型通所介護 グループホーム 小規模多機能型居宅介護 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 特定施設 自立支援法による介護給付 有料介護サービス 訪問理美容サービス

＜③　予防の促進＞

支援	認知症の人のニーズ	実施主体・提供者 （例）	サービス名（例）や具体例
介護予防・健康づくり	私の心身機能の低下を予防できる 私に起こりやすい疾病を予防できる 私が望む活動に参加を続けることができる	市町村 地域住民 行政・企業 家族・友人	通所型介護予防事業 訪問型介護予防事業 認知症予防教室 運動教室 口腔ケア教室・栄養改善教室 介護予防啓発講演会や出前講座 特定健診・後期高齢者健診等 予防接種 老人クラブやいきいきサロン 健康サークル活動 スポーツクラブ等 様々な場に誘いかける・共に参加する

＜④　見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など＞

支援	認知症の人のニーズ	実施主体・提供者 （例）	サービス名（例）や具体例
仕事・役割支援	私の能力を活かした仕事・役割がある 私が意欲を保ち続けることができる 生きがいや喜びを感じることができる	家族や支援者 自立支援給付 民間企業・事業所 介護保険 市町村 地域住民、NPO、ボランティア等	自宅での役割の継続 自立訓練・就労支援等 就労継続支援 サービス事業所による役割支援 各種介護予防事業、生きがい活動支援 しごと支援活動 老人クラブやサロン活動 ボランティアサークル 生涯学習活動・趣味活動
つながり支援	家族や友人と良い関係を保つことができる 私が住む地域の人とのつながりが保てる 安心して共にすごせる仲間がいる	市町村等 介護保険等 地域住民・ボランティア	地域包括支援センターによる関づくり支援 ケアマネジャーによる関係づくり支援 各サービス事業所による関係づくり支援 訪問・サロン活動 傾聴ボランティア 本人のつどい 趣味サークル等 地域のイベントや行事 日常の声かけ支援
安否認・見守り	定期的に様子を見に来てくれたり、支援の必要性を確認してくれる 必要時には迅速に支援につないでくれる	介護保険 市町村 地域住民、社協、NPO等	訪問系サービス 緊急通報システム 位置検索サービス 生活支援サポーター 配食サービス 民生委員や福祉協力員による訪問 徘徊 SOS ネットワーク 地域見守りネットワーク 地域防災組織 老人クラブによる友愛訪問 認知症サポーターや各種ボランティア団体 日常の声かけ支援
経済的支援	経済的に安定した生活が維持できる	公的年金・手当等 医療費助成 民間	各種年金・障害年金・特別障害者手当て・税の軽減・生活保護等 自立支援医療・医療扶助 民間介護保険

家事支援	私ができることを続けることができる 私ができない家事を手伝ってくれる	介護保険給付 自立支援 市町村 民間 NPO・ボランティア等	訪問介護（家事援助） 小規模多機能型居宅介護・グループホーム・ユニット型特養等での支援 生活介護・自立訓練等 軽度生活援助サービス シルバー人材センター家事サービス 生活支援サポート 有料家事サービス 配送・配達サービス 家事支援ボランティア
食事支援	私がおいしく食べられる 私に必要な栄養バランスがとれる	介護保険 市町村 NPO・ボランティア等 民間	訪問介護 通所系サービス・小規模多機能型居宅介護・グループホーム・施設サービス 配食サービス 配食サービス・食事会 民間業者の宅食サービス 地域の食堂やレストラン
外出支援	私が外出したいときに出かけられる 行きたいところに安全に出かけることができる	介護保険 自立支援 市町村 民間 地域住民等	訪問介護・移送サービス 小規模多機能型居宅介護・グループホーム等 移動支援 外出支援サービス コミュニティバス・乗合タクシー 福祉タクシー・有償移送サービス 外出支援ボランティア
買い物支援	私が自分で選んで買い物ができる	介護保険 市町村 民間・生協等 スーパー等 地域住民	訪問介護・移送サービス 買い物支援サービス 宅配サービス・移動販売等 店舗内買い物支援 買い物支援ボランティア
困りごと支援	私が「困っている」ことに気づいてくれる人がいる 自宅で困ったときに支援が受けられる 外出先で困ったときに支援が受けられる	介護保険給付 市町村 地域住民・ボランティア 企業・団体 事業者や商店等	随時対応訪問介護 緊急通報システム ご近所お助け隊 日常の声かけ支援 認知症サポーターによる声かけ 各種訪問サービスや声かけ支援
緊急時支援（危機介入）	私に起こりやすい危機への適切な緊急対応をしてくれる	介護保険 医療保険 市町村 地域住民 民間	緊急時に使える短期入所 小規模多機能型居宅介護（泊まり） 定期巡回・随時対応訪問サービス 入院可能な病院 訪問診療・往診 地域包括支援センターによる支援 虐待時の一時保護・措置 緊急通報システム 徘徊SOSネットワーク（警察・消防含む） 災害時要援護者支援ネットワーク 虐待防止ネットワーク 成年後見制度の活用 自主防災組織 民間の緊急通報システム
権利擁護	私の権利や財産が守られる 虐待や身体拘束を受けることがない	市町村 社協・NPO・団体等 介護保険・医療保険	地域包括支援センター・在宅介護支援センター 人権相談 消費生活相談 虐待防止ネットワーク 成年後見センター 日常生活自立支援事業 法テラス・リーガルサポート、市民後見人等 身体拘束をしないケア ケアマネジャーの活動 サービスの外部評価・第三者評価・情報公開
地域ネットワーク（認知症の人を中心とした医療・介護・社会資	私に対する支援の方針が関係者間で共有されている 支援の方針を私や家族も共有している 関係者がそれぞれの役割が果たされている 初期から終末期まで切れ目なくつながっている 私や家族が安心して生活できる環境が整って	市町村 介護給付	地域ケア会議 適切なケアマネジメント（ケアマネジャー、地域包括） サービス担当者会議 地域密着型サービス運営推進会議

源のネットワーク）	いる		

＜⑤　高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備＞

支援	認知症の人のニーズ	実施主体・提供者（例）	サービス名（例）や具体例
住まい	私にとって居心地の良い場所である 安全かつできるだけ自立した生活ができる 暮らしの継続性が守られる プライバシーが守られる 終末期まで過ごすことができる 自己選択・自己決定が保障されている	介護保険 市町村 民間	住宅改修 福祉用具貸与・購入 グループホーム 特別養護老人ホーム 特定施設 住宅改修助成 高齢者向け公営住宅 養護老人ホーム 軽費老人ホーム・ケアハウス 有料老人ホーム サービス付高齢者住宅 高齢者向け住宅

＜⑥　初期から終末期までの継続した相談支援＞

支援	認知症の人のニーズ	実施主体・提供者（例）	サービス名（例）や具体例
初期支援	私の変化に気づいてくれる 私の不安や悩みを理解してくれる 私の自尊心を傷つけないかかわりをしてくれる 私が必要とする支援に適切につないでくれる 自己選択・自己決定が保障されている 家族の不安や悩みを理解してくれる 私や家族を孤立させないでくれる	地域住民等 医療機関等 行政・社協等	家族・友人・近隣の知人 職場の人・趣味仲間・サロンの仲間等 民生委員・福祉協力員等 認知症サポーター（地域・職域・事業所等） かかりつけ医・看護師等のスタッフ かかりつけ薬局 地域包括支援センター・在宅介護支援センター 認知症コールセンター等の電話相談 保健所・保健センター等での健康相談 行政窓口・消費生活相談・心配ごと相談等
継続相談支援	継続して私や家族の相談相手になってくれる その時々の私の不安や悩みを理解してくれる その時々の私の状態に合った支援やサービスを紹介してくれる 私の価値観や自尊心を守ってくれる 自己選択・自己決定が保障されている 私が安心感を得ることができる 家族や周囲が安心感を得ることができる	市町村・委託 介護保険 社協その他専門機関 医療機関等 家族の会等 地域住民	地域包括支援センター・在宅介護支援センターの相談支援 障害者相談支援事業 介護支援専門員の相談支援 サービス事業所での相談支援 日常生活自立支援事業 成年後見センター等による相談 疾患医療センターやかかりつけ医による相談 薬局での相談 民生委員や福祉協力員 本人のつどい・家族のつどい 認知症コールセンター 民生委員や福祉協力員 認知症サポーター・キャラバンメイト 市民後見人 介護相談員

資料：佐藤委員作成、ニッセイ基礎研究所が一部改変

～（演習）地域における支援の具体例をあげてみましょう～

認知症の人への支援の種類には様々なものがあり、自治体は地域に住む認知症の人の状態に応じて適切な支援を提供できる社会資源を整えていくことが求められます。ここでは、認知症の人の生活機能障害に応じ、皆様の地域にどういった支援の組み合わせがあるのか、以下の 4 つのケースを通じて確認してみましょう。

Ａさん（女性、70 代後半）

① 認知症を有するが日常生活は自立

Ａさんは農家の次女として生まれ、サラリーマンの夫と結婚後、市内で専業主婦をしていました。二人の子供はすでに独立し、長男は外国で、長女は隣の県で暮らしています。昨年春にＡさんの夫ががんで亡くなり、以来一軒家に一人暮らしとなりました。

このところ、大好きだった合唱クラブに顔を出さなくなり、お友達と出かける様子も見られません。また、買い物に出たときに同じものをいくつも買っている様子が見られたり、家の中も片付いていないような様子です。

Ａさんの言葉：「合唱クラブに行く日を忘れちゃうことがあって・・・
でも、特に困ったことはありませんよ。毎日元気です。」

＜A さんのようなケースに対し、貴自治体ではどのようなサービス・支援がありますか？＞

② 誰かの見守りがあれば日常生活は自立

Ａさんの長女が月に２度ほど、家の片付けや買い物の支援、食事の準備等に来てくれるようになりましたが、普段はＡさん一人で生活をしています。しかし、最近昼頃にならないと部屋のカーテンが開けられなかったり、夜中まで電気がついていたりすることがあるようです。

また、先日買い物の途中で道がわからなくなり、警察に保護されました。

Ａさんの言葉：「長女はたまに来てくれるけど、忙しい子なの。迷惑をかけたくないわ。」

＜A さんのようなケースに対し、貴自治体ではどのようなサービス・支援がありますか？＞

③　日常生活に手助け・介護が必要

Ａさんは認知症が進行するにつれ、家事をすることが大変になってきました。特に食事は自分で作ることができず、お風呂も一人で入るのは心配な状態です。

また、最近は同じ話の繰り返しが多く、特に住んでいる家を建てたときの苦労話が多いです。

２週に１度の通院は、これまで長女が訪問したときに一緒に行っていましたが、主治医の先生はこれから毎週来たほうが良いだろうといっています。

長女は自分の家の近くにＡさんを引き取りたいといっています。

Ａさんの言葉：「このお家はね、お父さんと結婚して５年後に建てたのよ。」

＜Ａさんのようなケースに対し、貴自治体ではどのようなサービス・支援がありますか？＞

④　常に介護が必要

Ａさんは現在、ほぼ寝たきりです。食事の時にはベッド上に座りますが、一人では食べられず、誰かの介助が必要です。また、座っている時間は30～40分程度が限界です。

日中は食事後に数分、うとうとしていますが、そのほかはテレビを見たり、介護者の話を聞いているようです。車椅子で外出することがあり、そのときは道端の花や下校途中の子供たちをじっと見つめています。

このところ、Ａさんが言葉を発することがほとんどなくなりました。

Ａさんの言葉：「・・・」

＜Ａさんのようなケースに対し、貴自治体ではどのようなサービス・支援がありますか？＞

＜留意点＞

- ✓ Ａさんのケースに対し、貴自治体にはどのような社会資源がありましたか？介護保険サービスにのみ偏っていませんか？
- ✓ 実際には、近所や親戚の方々とＡさんとの関係や、家の構造・状況（市の中心部にあるのか、郊外か、一軒家か集合住宅か等）、経済状況、身体疾患の状況といった様々な背景を考えながら、社会資源を組み合わせていくことになります。
- ✓ 社会資源の整備には、そういった個々の背景を踏まえつつ、同時に日常生活圏域という一つの「まとまり」として地域を捉えていく必要があります。その際には、個別のＡさん、Ｂさんに何が必要かということだけでなく、「こんな生活機能障害を抱えた認知症の人には、こういうサービスが必要だろう」といった、「推測」が必要になってきます。
- ✓ 推測をする際には、「自分だったらこういうサービスが欲しい」「自分の親だったらこうして欲しい」というように、今ある社会資源にとらわれず、自分や自分の親が支援を受けることを想定し、サービスの組み合わせを考えてみましょう。

参考資料８

平成２５年６月２７日
福　祉　保　健　局

―誰もが安心して住み続けることができる地域社会を実現するために―

「高齢者等の見守りガイドブック」を新たに作成しました！

現在、見守り活動については、地域の実情に応じた様々な取組が行われております。東京都では活動のさらなる充実に向け、平成 24 年度「区市町村の高齢者見守り体制充実に向けた関係者会議」を設置し、実際に地域で起きている多くの困難事例の分析や見守り活動に欠かせない個人情報の問題等について検討を行いました。

このたび、同会議での検討結果を踏まえ、区市町村、地域包括支援センター、シルバー交番、民生・児童委員、民間事業者、地域住民など様々な見守りの担い手の皆さんが地域で見守り活動を行う際のポイントをまとめたガイドブックを作成しましたので、お知らせします。

1　概要

本ガイドブック（Ａ４版　１９４ページ）は、次の項目について、具体的な事例を交えつつ解説しています。（詳細は、別紙「概要版」を御覧ください。）

【１　高齢者等の見守りネットワークについて】

○　見守りの方法

○　見守りネットワークの仕組みと各主体の役割

○　見守り活動における民間事業者との連携・協定のポイント

【２　見守り活動の基本的な流れとポイントについて】

○　気付き・相談

○　情報収集と対応調整（アセスメント）

○　地域で支え見守るための対応事例

【３　見守りの担い手となる人材の育成について】

○　地域住民の見守り活動への参加の促進

○　地域包括支援センター・シルバー交番相談員の育成

【４　個人情報の適切な共有について】

2　主な配布先

区市町村、地域包括支援センター、シルバー交番、東京都民生児童委員連合会、東京都町会連合会、東京都社会福祉協議会　他

3　その他

東京都福祉保健局ホームページにおいても、全文を掲載しています。

【ＨＰ】東京都福祉保健局トップ＞高齢者＞広報・刊行物＞高齢者等の見守りガイドブック～誰もが安心して住み続けることができる地域社会を実現するために～

【アドレス】http://www.fukushihoken.tokyo.jp/kourei/koho/mimamoriguidebook.html

【問い合わせ先】
福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課　新田・原田
電話　03-5320-4270、03-5320-4271
内線　33-550、33-551

「高齢者等の見守りガイドブック」概要版

第1章　高齢者等の見守りネットワークについて

1　今、なぜ、見守りが必要なのか

○　超高齢社会の到来に伴い、65歳以上のひとり暮らし高齢者や認知症高齢者も増加

○　見守りは、自治体にとって喫緊に取り組むべき行政課題であるとともに、住民同士で支え合う「互助の取組」でもある。

⇒　見守りは、住民、民間事業者、行政等様々な主体が、それぞれの役割分担の下、連携して行われることが重要。

それが、「共に支え合いながら、安心していつまでも住み続けることのできる地域社会の再生」、すなわち「地域包括ケアシステムの構築」へとつながる。

2　見守りの方法

見守りは、大きく次の3つの種類に分けられる。これらは相互に機能を分担し合っており、見守りが必要な人に合わせて、様々な組み合わせで行われる。

〈見守りの方法〉

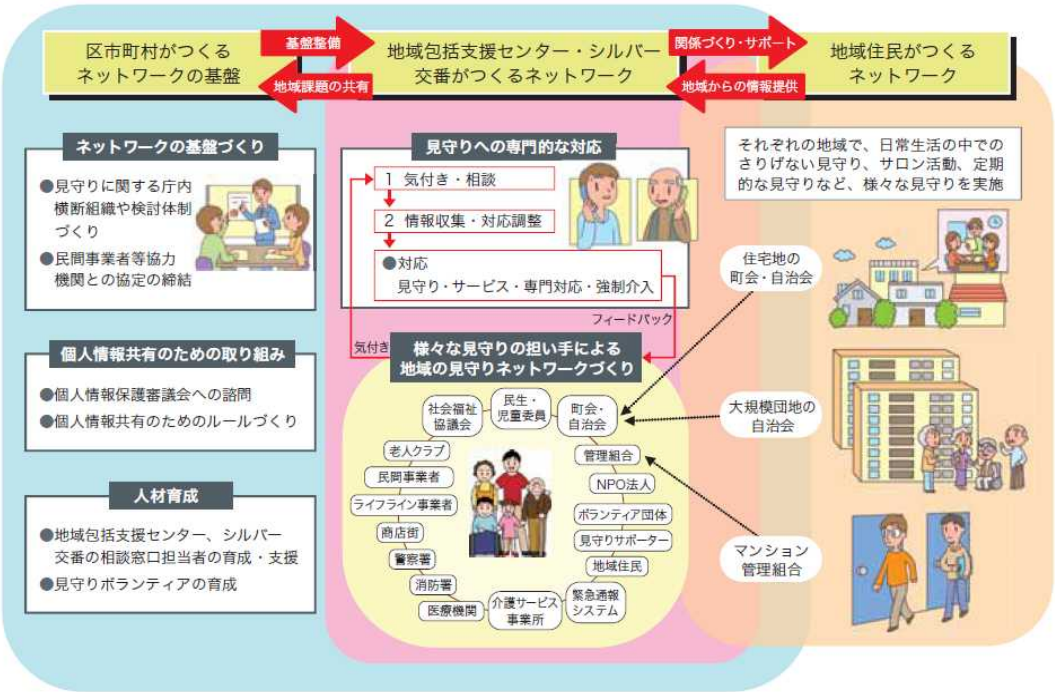
①緩やかな見守り	・地域住民や民間事業者が日常生活、日常業務の中で、いつもと違う、何かおかしいと感じる人がいたら、専門の相談機関に相談するなど、地域で緩やかに行う見守り活動。
②担当による見守り	・定期的な安否確認や声掛けが必要な人に対して、民生・児童委員、老人クラブ、住民ボランティアが訪問するなど、担当を決めて定期的に行う見守り活動。
③専門的な見守り	・認知症、虐待など対応が困難なケース等に対して、地域包括支援センター、シルバー交番等の専門機関の職員が専門的な知識や技術を持って行う見守り。

3　見守りネットワークの仕組み

○　高齢者等の見守りネットワークとは、地域住民、民間事業者、専門機関等、地域の様々な主体がそれぞれの役割分担の下、相互に連携しながら見守り活動を行うことで、誰もが安心して暮らし続けられる体制が構築されている状況を指す。

○　ネットワークは、「区市町村」、「地域包括支援センター・シルバー交番」、「地域住民」がそれぞれの役割に応じて構築するもの。相互のネットワークが連携することで有効に機能する。

〈有効に機能する高齢者等の見守りネットワークの仕組み〉



4 見守りネットワークにおける各主体の役割

（1） 区市町村がつくるネットワークの基盤

区市町村は、見守りネットワークの基盤を広域的に整備することで、地域包括支援センターやシルバー交番などが機動的かつ効果的に見守り活動を行えるよう支援を行う。

① ネットワークの基盤づくり
- 庁内の組織横断的な連携体制の構築
  （庁内連携会議の開催、各種行政情報を一元化したシステムの整備、見守り主管部署の設定）
- 見守りネットワーク支援会議の開催
- 民間事業者との協定の締結
- 医療機関及び介護事業者との連携

② 個人情報共有のための取組（個人情報保護審議会への諮問等による見守りの担い手への情報提供）

③ 人材育成
- 地域包括支援センター、シルバー交番相談員の育成・支援
- 見守りボランティアの育成

④ 権限の行使（措置、成年後見制度区市町村申立て等）

（2） 地域包括支援センター、シルバー交番がつくるネットワーク

地域の見守り専門機関としての役割を担うとともに、担当圏域内で、様々な地域資源と連携したネットワークを構築する。

① 地域からの多様な相談に応じるとともに連絡を受け付け、必要な対応につなげる。

② 見守りネットワークを構築

③ 地域における「見守り支援会議」の開催

④ 個別の相談から「地域の課題」を見い出し、解決策を検討

（3） 地域住民がつくるネットワーク

団地や町会・自治会等の単位で、地域住民自らが主体的にネットワークを構築する。

① 主体的に独自のネットワークを構築

② 見守り専門機関との連携・協力

＜地域の主な見守りの担い手の紹介＞

民生・児童委員、社会福祉協議会、町会・自治会、老人クラブ、NPO法人

5 民間事業者との連携・協定について

（1） 民間事業者との連携の重要性

○ 高齢者等の日常生活でのささいな異変に気付くためには、水道・電気・ガスの検針員、新聞配達員等様々な民間事業者の協力を得ることが重要

○ 気付きを相談につなげるため、民間事業者と見守りに関わる協定を締結することも有効であり、協定締結は見守りネットワーク構築における区市町村の重要な役割の一つ。また、地域包括支援センターやシルバー交番等も、民間事業者を訪問し、具体的な取組方法を直接伝えることが重要

（2） 協定締結のポイント

民間事業者と見守りに関わる協定を締結する際のポイントを整理

○ 協定締結先
ライフライン事業者、民間事業者、医療・介護関連事業者、地域団体等から、地域における状況を踏まえ、協力を得ていく。地域の事業所ごとの契約のほか、組合や連合会、業界団体との締結も考えられる。

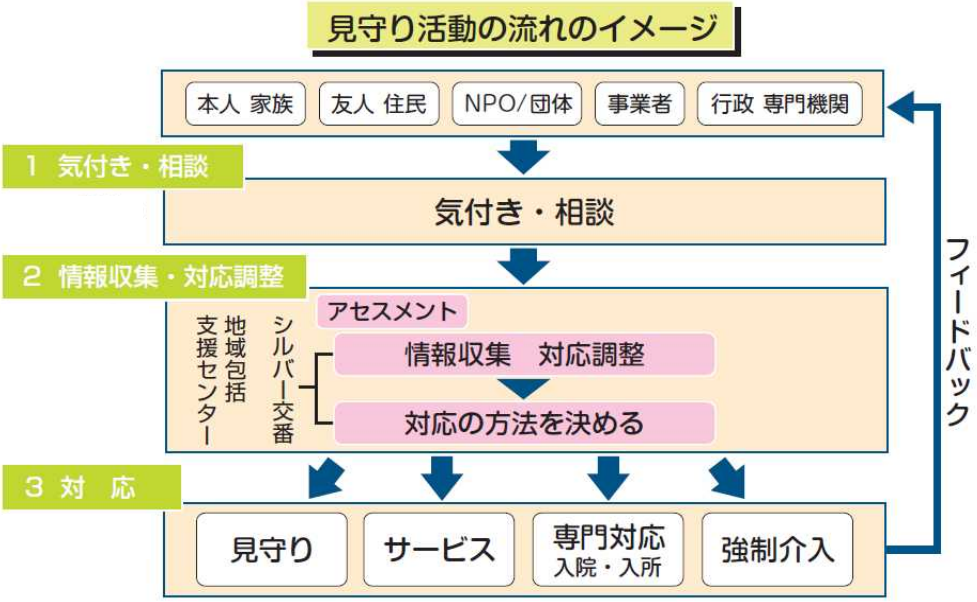
○ 協定で定める事項
目的・趣旨、対象者、協力内容、相談・連絡先、免責事項、守秘義務・個人情報の保護等

○ 協定締結の際の留意点
①連絡が必要な場合を例示
②相談・連絡先の特定化
③免責事項の明示

○ 見守り方法の提示
協定書に加えて、異変の判断基準や対応方法等具体的な内容を記載した実施要綱やマニュアル等を作成し、その中で具体的な見守り方法を明示することも有効

第2章　見守り活動の基本的な流れとポイント

見守り活動は、以下に示すように、「1　気付き・相談」→「2　情報収集・対応調整」→「3　対応」の流れで行われる。



1　気付き・相談

（1）　異変への気付き

・　見守り活動で最も重要なことは、異変への早期の気付きと専門機関による適切な対応
・　地域の様々な主体が、高齢者等の異変に気付き、専門機関につなぐことができるように、気付きのポイントを示したガイドラインを示すことが有効

＜気付きのポイントの一例＞
□　今まで挨拶していたのにしなくなった
□　最近知らない人が出入している
□　昼間でも電気がついたままになっている
□　郵便受けに新聞や郵便物がたまっている

（2）　相談しやすい体制の確保

①　相談先の明確化
②　効果的な周知
・　分かりやすいチラシやパンフレットを作成する。
・　地域関係機関に対して広報を実施する。
・　相談先が見つけやすいよう、目印となる看板やのぼり等を設置する。
・　住民に親しみやすく記憶しやすいネーミングにする。
・　”ささいな気付き”についての情報も伝えやすい場づくりをする。
・　区市町村の「暮らしの手引き」等に相談・連絡先を掲載する
③　開庁時間外の相談先の設置
・　開庁時間外の連絡先を決める。
・　時間外対応の役割分担を決める。
・　各種関係機関に対して、相談受付機関の時間外対応体制について周知する。
・　住民に対して相談受付機関の時間外対応体制について周知する。

（3）　気付きやすい地域の土壌づくり

住民の気付きを速やかに相談機関につなげるための視点と工夫を整理

①　地域包括支援センター・シルバー交番の取組
・　地域住民との関係づくりや住民同士で緩やかに見守り合う地域づくりを進める
・　民間サービス・介護サービス事業者と連携
・　地域のキーパーソンからの情報収集
・　全戸訪問調査や機器見守りシステムの活用
・　管理会社や管理事務所への働き掛け
②　住民等の取組
・　町会・自治会等の取組（サロン設置・マップ作成等）
・　集合住宅における管理人・管理会社の取組
（居住者とのコミュニケーション、鍵の取扱いの取決め、緊急通報の仕組について地域包括支援センター等と情報共有等）

（4） 居住形態別の気付きのポイント

地域包括支援センター等が見守り活動をするにあたり、居住形態別に留意すべきポイントを整理

① オートロックマンション

・ 管理人と顔の見える関係を構築する。　・ 管理組合や住民と情報交換する機会を持つ。

・ 町会･自治会より、マンション住民が会員となるよう働き掛けてもらう。 等

② 集合住宅団地

・ 自治会や住民と顔の見える関係を構築する。 ・ 管理組織との関係を構築する。 等

③ 戸建て住宅団地

・ 町会との関係を構築する。　・ 清掃業者等との関係を構築する。

④ 賃貸アパート等

・ 住宅を管理している大家や不動産業者等に働き掛ける。 等

2 住民の相談に対する専門機関の情報収集と対応調整（アセスメント）

住民等からの相談を受けた後、地域包括支援センター、シルバー交番等が行うべきことを整理

（1） 対象者の情報収集

・ 各種行政情報の確認

・ 訪問による状況確認、対面拒否、不在等で本人と会えない場合の対応

・ 民生･児童委員や地域住民、かかりつけ医、ケアマネジャー等からの情報収集

（2） 緊急性の判断と対応方法の検討

・ 収集した情報に基づき、「本人の主訴」のほか、健康状態、課題、住宅の状況、関係機関との関わり方等を整理･分析。その際、現状のままで推移した場合の将来のリスクについても分析

・ 生命に関わる状態か、専門職での対応が必要か、住民の緩やかな見守りで対応可能か、緊急度や専門的知識の必要度による対応の優先度を判断

・ これらの対応を行うため、見守り専用のアセスメントシート作成や対応方法決定の基準の検討を行うことが有効

（3） 見守り支援会議の開催

・ 対応が困難なケースは、支援方針を確定するため、地域包括支援センターやシルバー交番が随時「見守り支援会議」を開催

・ 会議には、地域住民や地域団体等も参加し、支援のあり方を検討。適切なメンバーを招集し、有意義な検討を行うためには、地域包括支援センター等が日頃から地域との関係性を深め、十分にネットワークを構築する必要がある。

（4） 継続的な情報の検討分析の実施

（5） 相談者への情報のフィードバック

① 情報のフィードバックにより、相談者と見守りの専門機関との信頼関係を構築

② フィードバックの際は、個人情報保護の観点から配慮が必要

3 地域で支え見守るための対応事例

地域包括支援センター等が現場で壁に突き当たることの多いケースや配慮が必要となるケースを取り上げ、対応のポイントを整理

（1） 本人が対応を拒否するケース（定期訪問による安否確認、キーパーソン・地域住民の協力　等）
（2） 家族が介入を拒否するケース（家族との関係構築、虐待の恐れがある場合区市町村へ通報　等）
（3） 自宅内で倒れている可能性があるケース（警察・消防と連携、鍵の開錠・救出　等）
（4） 認知症の疑いがあるケース（地域住民の認知症への理解を深める　等）
（5） 複数人世帯で地域から孤立しているケース（介護者支援、見守り対象者を幅広く捉える　等）
（6） 近隣の人々とシルバー交番による緩やかな見守りが行われているケース（情報収集・サービス紹介　等）
（7） 様々なケースの共通ポイント（医療・保健、介護保険、生活支援サービス等へつなげる）

4 対応後の評価

見守り活動に対して、期間を決め計画を立てて実施し、実施したことへの評価を行い、対応の修正を図ることで、メリハリのある支援が可能となる。

対応後の評価は、「支援方針」で立てた「見守り目標」と「見守り内容」がどのように履行されたかを一つ一つの項目に沿って振り返る。

第3章　見守りの担い手となる人材の育成

1　地域住民の見守り活動への参加の促進

（1）　地域での気付き合いを増やすために

・　地域には、団塊の世代をはじめ退職して地域に戻った高齢者、子育てが一段落した主婦、小・中・高等学校の児童や学生、マンションの管理人など、様々な人材が存在

・　こうした人材が地域で緩やかな見守りを行い、ともに支え合うことは、見守り活動の推進のみならず、希薄化した地域のつながりを再生する上でも極めて有効

⇒　そのためにも、行政、地域包括支援センター、シルバー交番は、地域住民に対し、見守り活動の重要性や気付きのポイントを周知し、協力を依頼することで、地域における「気付き合い」を増やしていくことが大切

（2）　見守りボランティアの育成

・　地域住民の中で、より積極的に見守り活動に関わりたいという方に対しては、区市町村における見守りボランティア育成の取組が望まれる。

・　研修修了者を見守りボランティアとして登録し、地域包括支援センターやシルバー交番が研修会等を実施しボランティアのフォローを行うことも有効。ボランティアによる緩やかな見守り活動やサロン、多世代交流のイベントの企画等、自主的な活動を支援することで、地域社会の支え合い機能が充実し多世代による重層的な見守り体制の構築につながる。

・　緩やかな見守りの担い手からさらにステップアップしたい人には、担当を決めて定期的に高齢者宅を訪問するボランティアとして活動する道を開くなど、役割を持った活動ができるよう、支援をしていく。

＜見守りボランティアの育成カリキュラム例＞

■　総論（見守りの必要性、ネットワークの仕組み）
■　高齢者の心身の特徴と配慮点
■　緩やかな見守りを行う際の心構え、気付きのポイント
■　相談窓口・制度の紹介
■　個人情報の取扱いの留意点
■　具体的な見守り活動の紹介、事例を通じた演習

2　地域包括支援センター・シルバー交番相談員の育成

（1）　見守り専門機関としての役割を遂行するために

・　相談を受け付けた際、相談員が自ら地域へ出向き情報収集を行う中で対応方法を検討するほか、見守りが必要な人を発見し対応するアウトリーチ活動が重要

・　様々な地域資源をコーディネートして地域課題に対応できる力をつけるための研修を充実させる必要がある。心配な高齢者を発見することのできる地域住民を発掘・育成する力を身につける研修も重要

（2）　見守りに関する専門研修の充実

・　講師選定に当たっては、現場経験が豊富なベテラン相談員に講師を務めてもらうことが有効

・　現場の相談員が研修に参加し顔見知りになることで、関係機関同士で専門性を高め合う関係を構築することもできる。

＜見守りに関する専門研修のカリキュラム例＞

■　総論（見守りの専門機関に求められること）
■　相談対応の方法
■　情報収集とアセスメント（対応調整）の方法
■　地域のネットワークづくりの方法
■　潜在ニーズを持つ高齢者の把握方法
■　アウトリーチ活動の方法
■　個別事例の検討、先進事例の紹介

第4章　個人情報の適切な共有について

1　見守り活動における個人情報の重要性

○　個人情報の適切な共有は、見守りネットワークを有効に機能させる上で最も重要な要件と言っても過言ではない。しかし、見守りの現場では、必要な手順を踏めば提供することが可能な情報でも、個人情報保護を理由に関係者に提供されず、こうしたことが「支援の壁」となっている場合もある。

○　個人情報は、個人情報保護の重要性を十分に認識し、適切に取り扱われなければならないが、一方で究極の権利利益とも言える「生命や身体の安全」を守るために、法の趣旨から鑑みて、保護一辺倒ではなく、効果的に活用していくことが重要

2　個人情報の基本的な考え方について

（1）　個人情報とは
（2）　個人情報保護法と個人情報保護条例について
（3）　個人情報取扱いの基本ルール
（4）　本人同意について
（5）　個人情報の管理

3　見守り活動での個人情報の共有に関するQ＆A

＜Qの例＞

- 団地自治会で見守り対象者名簿を作成しているが、名簿掲載を拒否している人の中に、より見守っていかなければならない人が多くいる場合、どのような対応が必要か。
- マンション管理組合で見守りを希望する高齢者世帯の名簿を作成したいが、どのような方法があるか。
- 自治体で見守り活動を行うため、障害福祉部門と高齢福祉部門で個人情報を共有することは可能か。
- 地域包括支援センターの職員として見守り活動を行っているが、ライフライン事業者から、心配な高齢者に関する情報の提供を受けることは可能か。

第5章　資料編

1　東京の高齢者を取り巻く状況
2　異変の察知ポイント
3　自治体における民間事業者との協定締結状況
4　見守りアセスメントマニュアルとアセスメントシートの使い方
5　都内区市町村の個人情報保護条例における第三者提供に関する例外規定について
6　見守り活動における個人情報の提供について、個人情報保護審議会へ諮問する際のポイント
7　見守り活動の充実に向けた条例制定の取組
8　各種文例
9　都内区市町村における見守りに関する取組状況（全国自治体アンケート調査結果より）
10　区市町村の高齢者見守り体制充実に向けた関係者会議設置要綱
11　区市町村の高齢者見守り体制充実に向けた関係者会議委員名簿
12　区市町村の高齢者見守り体制充実に向けた関係者会議及びネットワーク・ワーキンググループ審議経過

参考資料9

老発０６０６第１号
平成２３年６月６日
老発０４０５第１４号
平成２４年４月５日
老発０７０４第１号
一部改正　平成２５年７月４日

各　都道府県知事
　　指定都市市長　殿

厚生労働省老健局長

認知症対策等総合支援事業の実施について

認知症対策については、早期の段階からの適切な診断と対応、認知症に関する正しい知識と理解に基づく本人や家族への支援などを通して地域単位での総合的かつ継続的な支援体制を確立していくことが必要である。

今般、認知症の人やその家族に対する支援を地域の実情に応じて効果的に推進するため、市町村が認知症施策について、可能な限り裁量を持ちつつ必要な事業を実施できる環境の整備を図り、市町村圏域を中心とした施策の展開を推進する観点から、従来の認知症関連予算事業を再編して「認知症対策等総合支援事業」を下記の11事業により構成するものとし、別添のとおり各実施要綱を定め、平成23年４月１日から適用することとしたので通知する。

各都道府県・指定都市におかれては、関係団体等との連携の下、各地域における認知症の方への支援の充実並びに適切な事業実施にご協力願いたい。

なお、本通知の施行に伴い、「認知症対策等総合支援事業の実施について」（平成18年５月30日付老発第0530002号本職通知）及び「認知症ケア高度化推進事業の実施について」（平成20年５月15日老発第0515008号本職通知）は廃止する。

記

（１）認知症対応型サービス事業管理者等養成事業
　認知症介護の質の向上を図るため、認知症高齢者グループホームの管理者や開設者、小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者等に対する研修を行う事業であるが、本事業については、下記の通知に基づき都道府県・指定都市が実施するものとする。
　「認知症介護実践者等養成事業実施要綱」（平成21年３月26日老発第0326003号本職通知）（４（１）及び（５）の事業を除く）
（２）認知症地域医療支援事業（別添１）
（３）認知症介護研究・研修センター運営事業
　認知症介護の質の向上を図るための研究や研修を行う「認知症介護研究・研修センター」の運営を行う事業であり、認知症介護研究・研修センターを設置する都県市（東京都・愛知県・仙台市）において、下記の通知に基づき実施するものとする。
　「認知症介護研究･研修センター運営事業の実施について」
　（平成12年５月８日老発第477号厚生省老人保健福祉局長通知）
（４）認知症施策普及・相談・支援事業（別添２）
（５）市町村認知症施策総合推進事業（別添３）
（６）都道府県認知症施策推進事業（別添４）
（７）認知症地域資源連携検討事業
　認知症地域支援の取組の先進事例等を収集し、その効果、課題等の整理・分析を行い、自治体に地域資源の連携のあり方を提示することで、効果的な認知症地域支援体制の構築の取組についての普及や環境整備を図る事業であり、認知症介護研究・研修東京センターを設置する東京都において、下記の通知に基づき実施するものとする。
　「認知症地域資源連携検討事業について」
　（平成23年６月６日老発0606第６号本職通知）
（８）高齢者権利擁護等推進事業（別添５）
（９）市民後見推進事業（別添６）
（10）若年性認知症施策総合推進事業
　ア　都道府県事業（別添７）
　イ　若年性認知症コールセンター運営事業
　　若年性認知症に関する疑問や悩み、今後の支援等について適切に対応するため、若年性認知症の総合相談窓口を設置する事業であり、認知症介護研究・研修大府センターを設置する愛知県において、下記の通知に基づき実施するものとする。
　　「若年性認知症コールセンター事業の実施について」
　　（平成21年６月２日老発第0602006号本職通知）
（11）認知症疾患医療センター運営事業（別添８）

（別添３）

市町村認知症施策総合推進事業実施要綱

第１　認知症地域支援推進員等設置促進事業

１　目的

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は、医療、介護及び生活支援を行うサービス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を行うことが重要である。

このため、市町村において医療機関や介護サービス及び地域の支援機関をつなぐコーディネーターとしての役割を担う認知症地域支援推進員を配置し、当該推進員を中心として、医療と介護の連携強化や、地域における支援体制の構築を図ることとする。

２　実施主体

本事業の実施主体は、市町村（特別区を含む。以下同じ）とする。ただし、実施主体は、事業の全部又は一部を適切な事業運営が確保できると認められる団体に委託することができるものとする。

３　認知症地域支援推進員の配置等

（１）認知症地域支援推進員の配置

実施主体は、認知症地域支援推進員を地域包括支援センター、市町村本庁など本事業を実施するにあたり適切な場所に配置し、本事業を実施するものとする。また、認知症地域支援推進員については、別途、認知症地域支援推進員研修を受講するものとする。認知症地域支援推進員は以下のいずれかの要件を満たす者を１人以上配置するものとする。

① 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医師、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

② 上記①以外で認知症の介護や医療における専門的知識及び経験を有する者として市町村が認めた者（例：認知症介護指導者養成研修修了者 等）

（２）嘱託医の配置

実施主体は、医療と介護の連携を図るため、次のような活動を行う認知症サポート医養成研修修了者（以下「認知症サポート医」という。）等の医師を地域包括支援センター、市町村本庁など本事業を実施するにあたり適切な場所に配置（嘱託可）し、以下の活動等を実施することが望まれる。

- 認知症地域支援推進員等からの相談に対する医療的見地からの助言
- 認知症の人を専門医療機関につなぐための関係機関との調整
- 地域において認知症の人への支援を行う関係者の会議への出席・助言　等

（３）従業者の責務

本事業に携わる従業者は、個人情報保護法の規定等を踏まえ、利用者及び利用世帯の個人情報やプライバシーの尊重、保護に万全を期すものとし、正当な理由がなく、その業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

４　事業内容

本事業については下記（１）、（２）についていずれも実施するものとする。

（１）認知症の人に対し、状態に応じた適切なサービスが提供されるよう、地域包括支援センター、認知症疾患医療センター等の認知症専門医療機関、介護サービス従業者や認知症サポーターなど、地域において認知症の人を支援する関係者の連携を図るため、次の事業を実施する。

- 認知症の人やその家族が、状況に応じて必要な医療や介護等のサービスが受けられるよう関係機関へのつなぎや連絡調整の支援
- 地域において認知症の人への支援を行う関係者が、情報交換や支援事例の検討などを行う連絡会議の設置
- 地元医師会や認知症サポート医等とのネットワークの形成　等

（２）認知症地域支援推進員を中心に地域の実情に応じて、地域における認知症の人とその家族への支援体制を構築するため、次の事業を実施する。

- 本実施要綱第２「認知症ケアパス等作成・普及事業」で規定する「認知症ケアパス」の作成・普及
- 本実施要綱第３「認知症施策推進５か年計画促進支援メニュー事業」で規定する各種事業の実施のための企画・調整
- 認知症の人と家族を支える地域の人材やサービス拠点についての情報収集（地域資源マップの作成・普及・更新）
- 若年性認知症の人本人の状況に応じた適切な支援の検討及び実施
- 在宅介護サービス従業者に対する認知症研修の実施等

５　実施上の留意事項

（１）平成22年度まで認知症対策連携強化事業を実施していた場合は、認知症地域支援推進員の人選にあたっては、当該事業において配置された認知症連携担当者の活用に努めること。

（２）認知症地域支援推進員については、常勤換算による配置を要しないが、実施主体は適切な事業の実施が図られるよう勤務態勢の確保に努めること。

（３）実施主体は、本事業の実施に当たって、地元医師会や医療機関、認知症サポート医等との連携に努めること。

（４）実施主体は、本事業の趣旨に鑑み、近隣市町村及び都道府県の関係部局との連携の下に、本事業に対する協力、支援体制を整備すること。

（５）実施主体は、認知症地域支援推進員等の資質の向上のため、その研修の機会の確保に努めること。

（6）実施主体は、事業の実施について、管内の地域包括支援センター等に対して周知を図ること。

（7）認知症専門医療機関等より本事業の実施市町村の区域外に居住する者に関する情報提供を受けた場合においても、当該者の支援に関わる情報提供について同意を得た上で、当該者が居住する区域を担当する地域包括支援センターに情報を提供する等の連携を図ること。

（8）実施主体は、別添４「都道府県認知症施策推進事業」の３（１）の都道府県認知症施策推進会議を通じ、「認知症地域資源連携検討事業について」（平成23年６月６日老発0606第６号老健局長通知）の「認知症地域資源連携検討事業」に対する情報提供について協力すること。

（9）実施主体は、本事業を委託した場合は、本事業の適正かつ積極的な運営を確保するため、委託先に対し、相談内容、処理状況等について、年１回以上定期的な事業実施状況の報告を求めるとともに、定期的に事業実施状況の調査を行うこと。

また、調査の結果、公的サービスとしての本事業の機能が十分に果たすことができないと認められる場合は、委託契約を解除すること。

(10) 実施主体は、この事業に係る経理と他の事業に係る経理とを明確に区分すること。

第２　認知症ケアパス等作成・普及事業

１　目的

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よい環境で暮らし続けることができる社会の実現を目指すために、認知症の人が、認知症を発症したときから、生活機能障害の進行状況にあわせていつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのかをあらかじめ標準的に決めておく認知症ケアパスを作成・普及し、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、医療や介護サービスへのアクセス方法やどの様な支援を受けることができるのかを早めに理解できることを目的とする。

２　実施主体

本事業の実施主体は、市町村（特別区を含む。以下同じ）とする。ただし、３（２）については、実施主体は、事業の一部を適切な事業運営が確保できると認められる団体に委託することができるものとする。

３　事業内容

本事業については、下記（１）～（４）についていずれも実施するものとする。

（１）認知症ケアパス作成検討委員会の設置

市町村内の認知症施策にかかる医療・介護・福祉等の関係者が参加し、当該市町村における認知症ケアパスを作成するための検討委員会を設置する。なお、同様の機能を有する会議等を設置している場合は、その会議等を活用して差し支えない。

（２）認知症の人の実態調査

地域における標準的な認知症ケアパスを作成するためには、認知症の人の実態把握が必要不可欠である。そのため、認知症の人の生活機能障害の程度、居住場所、サービス受給状況、今後のサービス需要等に留意した実態調査を実施する。

（３）認知症ケアパスの作成

（２）で実施した実態調査の結果及び日常生活圏域ニーズ調査の結果等を参考として、（１）で設置した委員会を中心に、

① 不足している社会資源（地域において認知症の人を支えていく様々なサービス（介護保険サービス、地域支援事業、医療サービス、インフォーマルサービス等））の整備方針

② 認知症の人を地域で支える人材（医師、看護師、介護福祉士、認知症サポーター等）の確保

等について、議論・検討を行った上で、地域における標準的な認知症ケアパスを作成すること。

（４）認知症ケアパスの普及

本事業の目的は（３）で作成した認知症ケアパスについて、認知症の人やその家族

が理解し、活用できることが前提となる。そのため、実施主体は作成した認知症ケアパスについて、ホームページ等に公開し誰でも活用できるようするとともに、広く地域住民に対して説明会等を実施し、その周知を図ること。

また、管内の地域包括支援センター等に対しても周知を図ること。

4　市町村介護保険事業計画への反映

実施主体は、作成した認知症ケアパスの内容を介護保険法（平成9年法律123号）で定める市町村介護保険事業計画に反映するよう努めること。

5　実施上の留意事項

（1）本事業の実施に当たっては、「認知症ケアパス作成のための検討委員会報告書」（平成２４年度老人保健健康増進等事業）を参考とすること。

（2）実施主体は、本事業実施要綱第１「認知症地域支援推進員等設置促進事業」を実施する場合は、認知症地域支援推進員を３（１）「認知症ケアパス作成検討委員会の設置」で規定する委員会の委員とするなど、その活用に努めること。

（3）実施主体は、本事業の実施に当たって、地元医師会、医療機関、介護サービス事業所、認知症サポート医等の関係機関との連携に努めること。

（4）実施主体は、別添４「都道府県認知症施策推進事業」の３（１）の都道府県認知症施策推進会議を通じ、「認知症地域資源連携検討事業について」（平成23年６月６日老発0606第６号老健局長通知）の「認知症地域資源連携検討事業」に対する情報提供について協力すること。

（5）実施主体は、３（２）「認知症の人の実態調査」について委託を行った場合、本事業の適正かつ積極的な運営を確保するため、委託先に対し、１回以上、事業実施状況の報告を求めるとともに、事業実施状況の調査を行うこと。

また、調査の結果、公的サービスとしての本事業の機能が十分に果たすことができないと認められる場合は、委託契約を解除すること。

（6）実施主体は、この事業に係る経理と他の事業に係る経理とを明確に区分すること。

6　実績報告

実施主体は、作成した認知症ケアパス及び３（２）「認知症の人の実態調査」で実施した調査結果の概要について、翌年度の４月末までに当局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室あてに報告すること。

第３　認知症施策推進５か年計画促進支援メニュー事業

1　目的

平成２４年９月に策定した「認知症施策推進５か年計画（オレンジプラン）」を着実に実施するためには、認知症の人とその家族への支援に最も身近な基礎的自治体である市町村（特別区含む。以下同じ）が積極的に取り組むことが重要である。

そのため、地域の実情に応じて、認知症の人やその家族等を支援するための各種事業を実施し、「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よい環境で暮らし続けることができる社会」を実現することを目的とする。

2　実施主体

本事業の実施主体は、市町村とする。ただし、実施主体は、事業の全部又は一部を適切な事業運営が確保できると認められる団体に委託することができるものとする。

3　認知症地域支援推進員等の配置

本事業を実施するに当たっては、地域の医療機関や介護サービス事業所及び地域の支援機関をつなぐコーディネーターの存在が重要となるため、本事業実施要綱第１「認知症地域支援推進員等設置促進事業」に規定する「認知症地域支援推進員」、もしくは実施主体がそれと同等の機能を有すると認める者を必ず配置すること。

4　事業内容

本事業については下記（1）～（5）について、地域の実情に応じて選択し、実施すること。

（1）病院・介護保険施設などでの認知症対応力向上の推進

病院や介護保険施設などの職員の認知症への理解や対応力を深め、行動・心理症状の増悪による転院や入院を防ぐため、認知症地域支援推進員等の企画に基づき、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実施主体の長が認めた者が、病院や介護保険施設などを訪問し、当該病院等の職員に対して、行動・心理症状等で対応困難な事例への助言等の個別支援を実施する。

（2）地域密着型サービス事業所・介護保険施設等での在宅生活継続のための相談・支援の推進

認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくために、認知症対応型共同生活介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、特別養護老人ホーム、複合型サービス事業所などが、相談員を配置し、当該事業所等が有する知識・経験・人材を活用し、在宅で生活する認知症の人やその家族に対して効果的な介護方法などの専門的な相談支援等を行う。

（3）高齢者虐待防止対応の推進

高齢者虐待防止対応のための体制整備を進めるため、地域の実情に応じて、独自の高齢者虐待対応マニュアルの作成や、民生委員、住民、社会福祉協議会等から構成される「早期発見・見守りネットワーク」の構築等の高齢者の虐待防止を図るための事業を実施する。

（４）認知症の人の家族に対する支援の推進

認知症の人の家族の介護の負担の軽減を図るため、地域の実情に応じて、認知症の人とその家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき集う「認知症カフェ」等を開設する。

（５）認知症ケアに携わる多職種協働研修の推進

医療も介護も生活支援の一部であることを十分に意識し、医療と介護等が相互の役割・機能を理解しながら、統合的なケアにつなげていくため、認知症ケアにおける多職種協働の重要性等を修得する認知症多職種協働研修を実施する。なお、研修の実施に当たっては、地域の実情に応じて、本研修の実施が可能であると実施主体の長が認めた講師のもとで、標準的なカリキュラム（別記）に基づき実施するものとする。

５　実施上の留意事項

（１）４（３）「高齢者虐待防止対応の推進」を実施するに当たっては、「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」（平成１８年厚生労働省老健局）及び毎年度実施している「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果」（厚生労働省老健局）を参考とすること。

（２）４（５）「認知症ケアに携わる多職種協働研修の推進」を実施するに当たっては、「認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会報告書」（平成２３年度老人保健健康増進等事業）及び「認知症ライフサポートモデルの具体的な検討と多職種協働の基盤作りに関する研究事業報告書」（平成２４年度老人保健健康増進等事業）を参考とすること。

（３）実施主体は、本事業の趣旨に鑑み、実施主体内の関係部局及び関係団体との連携の下に、本事業に対する協力、支援体制を整備すること。

（４）実施主体は、事業の実施について、管内の地域包括支援センター等に対して周知を図ること。

（５）実施主体は、本事業を委託した場合は、本事業の適正かつ積極的な運営を確保するため、委託先に対し、年１回以上定期的な事業実施状況の報告を求めるとともに、定期的に事業実施状況の調査を行うこと。

また、調査の結果、公的サービスとしての本事業の機能が十分に果たすことができないと認められる場合は、委託契約を解除すること。

（６）実施主体は、別添４「都道府県認知症施策推進事業」の３（１）の都道府県認知症施策推進会議を通じ、「認知症地域資源連携検討事業について」（平成23年６月６日老発0606第６号老健局長通知）の「認知症地域資源連携検討事業」に対する情報提供について協力すること。

（７）実施主体は「４　事業内容」に規定するそれぞれの事業に係る経理について、他の事業に係る経理とを明確に区分すること。

（別記）標準的なカリキュラム

達成目標	①　認知症の人のニーズを捉える「２つの視点」を学び、多職種協働の大切さに気づくこと 認知症の人を理解する上では、本人が有する病態に関する視点（医療が担ってきた領域）と、認知症の人の思いを捉えながら総合的、継続的に生活・人生を支えてゆく視点（介護が担ってきた領域）の二つの基本的な視点が必要であることを学び、多職種協働やチームケアの重要性に気づくこと。 ②　多職種協働のプロセスを理解し、実際の多職種協働の実践に結びつけること 認知症ライフサポート研修における、多職種協働のためのプロセス（①認知症の人の情報やニーズに関する情報共有、②「継続的な課題に対する目標」の設定・共有、③「直近の課題に対する目標」の設定・共有、④専門職ごとの役割分担と協働）を理解し、地域の実情に応じた、実際の多職種協働やチームケアにつなげていくこと。 ③　認知症ケアの理念・目的を多職種間で共有し、医療と介護を含む統合的な認知症ケアを提供できること 認知症の人への「自己決定の支援」「自己資源の活用」「継続性のある暮らし」を心がけながら、それぞれの専門職が同じ目的や目標に向けて機能を発揮し、医療と介護とを含む統合的なケアを実践できるようになること。	
単元	単元１　「認知症ライフサポートモデル」の考え方 １「認知症ライフサポートモデル」とは ２「認知症ライフサポート」の視点から見る認知症の捉え方	７０分
	単元２　それぞれの役割とチームケア １　多職種協働のプロセス ２　事例を用いた演習の流れの理解	５０分
	単元３　演習（グループワーク）	１２０分
	合計	２４０分

第４　認知症初期集中支援チーム等設置促進事業

１　認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業

（１）目的

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よい環境で暮らし続けられるために、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を配置し、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する。

（２）定義

①　認知症初期集中支援チーム（以下「支援チーム」という。）

複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人（以下「訪問支援対象者」という。）及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うチームをいう。

②　訪問支援対象者

４０歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で、以下のア、イのいずれかの基準に該当する者とする。

ア　医療サービス、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以下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）　適切な介護保険サービスに結び付いていない者

（エ）　診断されたが介護サービスが中断している者

イ　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

（３）実施主体

本事業の実施主体は、市町村（特別区を含む。以下同じ）とする。ただし、実施主体は、事業の一部を適切な事業運営が確保できると認められる団体等に委託することができるものとする。

（４）事業計画

実施主体は、事業の実施にあたり別に定める様式により作成した事業協議書を厚生労働省に提出し、承認を受けなければならない。

（５）実施機関

本事業を実施する団体等は、緊急時の対応等の場合も想定し、支援チームと訪問支援対象者及びその家族との緊急時の連絡体制の確保ができる体制を整備している地域包括支援センター、診療所等の機関とする。

（６）認知症初期集中支援チームの構成

①　認知症初期集中支援チーム員の配置

実施主体は、認知症初期集中支援チーム員（以下チーム員という。）を地域包括支援センター、診療所等に配置するものとする。

②　チーム員の配置人数と職種

チーム員は、以下のアを満たす専門職２名以上、イを満たす専門医１名の計３名以上の専門職にて編成する。

ア　以下の要件をすべて満たす者２名以上とする

（ア）「保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、介護福祉士」等の医療保健福祉に関する国家資格を有する者

（イ）　認知症ケア実務経験３年以上又は在宅ケア実務経験３年以上を有する者

（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、試験に合格した者

イ　日本老年精神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、認知症の確定診断を行うことのできる認知症サポート医である医師(嘱託可)　１名とする。

（７）チーム員の役割

（６）②アのチーム員は、目的を果たすために訪問支援対象者の認知症の包括的アセスメントに基づく初期集中支援を行うために訪問活動等を行う。

専門医は、他のチーム員をバックアップし、認知症に関して専門的見識から助言等を行う。また、必要に応じてチーム員とともに訪問し相談に応需する。

なお、訪問する場合のチーム員数は２名以上とし、医療系職員と介護系職員それぞれ１名以上で訪問する。

（８）事業内容

下記①、②、③についていずれも実施するものとする。

①　普及啓発推進事業

実施主体は、本事業の目的を達成するために、地域住民や関係機関、関係団体等に対し、支援チームの役割や機能について広報活動を行うなど、各地域の実情に応じた取り組みを行うものとする。

②　認知症初期集中支援の実施

ア　訪問支援対象者の把握

実施主体は、地域の実情に応じて本事業の訪問支援対象者の把握に努めるとともに、支援チームが必ず地域包括支援センター経由で訪問支援対象者に関する情報を入手できるように配慮すること。なお、訪問支援対象者の把握において、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と情報共有のうえ訪問すること。

イ　情報収集

訪問時には十分な情報を得るために、家族など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、本人の現病歴、既往歴、生活情報等に加え家族の状況などを収集する。

なお、情報は本人や家族からの提供を基本とするが、これまでに要介護認定を受けている場合や医療機関を受診している場合については、重複した質問を防ぐために要介護認定時の情報、サービス利用に至らなかった経過等の情報及びアセスメント内容などをあらかじめ確認すること。

ウ　アセスメント

認知症の包括的アセスメントを行うために、本事業では以下の（ア）～（エ）すべてのアセスメントツールを用いることとする。

（ア）地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート（Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System：DASC）

（イ）認知症行動障害尺度（Dementia Behavior Disturbance Scale：DBD１３）

（ウ）Zarit介護負担尺度日本語版のうち８項目（Zarit Burden Interview：J-ZBI_８）

（エ）身体の様子のチェック票

なお、上記の（ア）～（エ）に加えて、他のアセスメントツールを利用することは差し支えない。

エ　初回家庭訪問の実施

初回訪問はおおむね２時間以内とし、訪問支援対象者ごとに優先順位をつけ、以下の基本的支援を行う。

（ア）支援チームの役割と計画的関与を行うことの説明

（イ）基本的な認知症に関する正しい情報の提供

（ウ）専門的医療機関への受診や介護保険サービスの利用が、本人、家族にとってメリットのあることについて説明

（エ）訪問支援対象者及び家族の心理的サポートと助言など

オ　チーム員会議の開催

訪問支援対象者毎にアセスメント内容を総合的に確認し、支援方針、支援内容や支援頻度等の検討を行うために、専門医も含めたチーム員会議を初回訪問後に行い、その後は適宜開催するものとする。

なお、必要に応じて訪問支援対象者のかかりつけ医 、訪問支援対象者を担当する介護支援専門員 、市町村関係課職員等の参加を依頼するものとする。

カ　初期集中支援の実施

認知症初期集中支援は、訪問支援対象者が医療サービスや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、概ね最長で６ヶ月とする。

初期集中支援の内容は、以下のとおりとする。

（ア）医療機関への受診や検査が必要な場合は、訪問支援対象者に適切な医療機関の専門受診に向けた動機付けを行い、継続的な医療支援に至るまで支援を行う。

（イ）訪問支援対象者の状態像に合わせた適切な介護サービスの利用が可能となるように、必要に応じて介護サービスの利用の勧奨・誘導を行う。

（ウ）認知症の重症度に応じた助言

（エ）身体を整えるケア

（オ）生活環境の改善　など

キ　チームでの訪問活動等における関係機関等との連携

実施主体及びチームは、地域包括支援センター職員、市町村保健師やかかりつけ医、認知症サポート医、介護事業者との連携を常に意識し、情報が共有できる仕組みを確保すること。

ク　初期集中支援の終了とその後のモニタリング

認知症初期集中支援の終了をチーム員会議で判断した場合は、地域包括支援センターや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こと。

支援チームは、引継ぎ後２ヶ月毎に引き継ぎ後も医療や介護サービスが十分継続しているか等評価するために、訪問支援対象者について訪問する又は介護支援専門員への聞き取り等の方法で、当分の間モニタリングを行うこと。

ケ　初期集中支援に関する記録

訪問支援対象者に関する情報、アセスメント結果、初期集中支援の内容等を記録した書類は保管しておくこと。

③　「認知症初期集中支援チーム検討委員会」の設置

実施主体は、当該事業の実施に際し、医療・保健・福祉に携わる関係者等から構成される「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。）を設置すること（既存の委員会等の活用でも可。）。

検討委員会では、支援チームの設置及び活動状況について検討し、当該活動を行う日常生活圏域を含む地域の関係機関や関係団体と、一体的に当該事業を推進していくための合意が得られる場となるように努めること。

（９）実施上の留意事項

ア　チーム員は、個人情報保護法の規定等を踏まえ、訪問支援対象者及び対象者世帯の個人情報やプライバシーの尊重、保護に万全を期すものとし、正当な理由がなくその業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

イ　実施主体の担当者及びチーム員は、国が別に定める「認知症初期集中支援チーム員研修」に参加すること。

ウ　実施主体は、本実施要綱第１「認知症地域支援推進員等設置促進事業」及び本実施要綱第４の２「認知症医療支援診療所（仮称）地域連携モデル事業」を実施する場合においては、認知症地域支援推進員等と支援チームが効率的かつ有機的に連携できるように調整を行い、定期的な情報交換ができるような環境をつくるように努めること。

エ　実施主体は、地元医師会、認知症サポート医等との連携に努めること。

オ　事業の実施区域外の情報提供を得た場合においても、当該訪問支援対象者の支援

に関わる情報提供について同意を得た上で、当該訪問支援対象者が居住する日常生活圏域を担当する地域包括支援センターに情報を提供する等の連携を図ること。

カ　実施主体は、別添４「都道府県認知症施策推進事業」の３（１）の都道府県認知症施策推進会議を通じ、「認知症地域資源連携検討事業について」（平成23年６月６日老発0606第６号老健局長通知）の「認知症地域資源連携検討事業」に対する情報提供について協力すること。

キ　実施主体は、本事業の適正かつ積極的な運営を確保するために、支援チームの活動状況等について、支援チームを配置している機関に２ヶ月毎に事業実施状況の報告を求めるとともに、必要に応じて国等における事業実施状況に関する調査に協力するものとする。

ク　実施主体は、本事業に係る経理と他の事業に係る経理を明確に区分すること。

（１０）事業報告

実施主体は、別に定める事業報告書により試行的実施の実施状況とその効果等のデータについて、当局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室あてに報告を行うこと。

２　認知症医療支援診療所（仮称）地域連携モデル事業

（１）目的

認知症の人への早期診断・早期対応及び危機回避支援（認知症ケアに関する地域の対応力を高めるためのバックアップ）を行う認知症疾患医療センター（認知症医療支援診療所（仮称））の試行的実施を通じて、認知症の人に対する地域包括支援体制として、かかりつけ医、認知症サポート医、地域包括支援センターと有機的に機能した認知症医療体制づくりを目指すための調査及び検証を行うことを目的とする。

（２）実施主体

市町村（特別区を含む。以下同じ。）とする。ただし、事業の一部を適切な事業運営が確保できると認められる団体等に委託できるものとする。

（３）モデル事業の実施形態

本モデル事業については、以下の２類型のいずれかについて、必ず都道府県との連携の下で実施することとする。

Ⅰ　複数市町村による共同実施

原則として同一の二次医療圏内の複数市町村により当該モデル事業を実施する場合。なお、実施において共同実施する市町村のうち、いずれか１つの市町村を幹事市町村とすること。

Ⅱ　単独市町村による実施

（４）事業計画

実施主体は、事業の実施にあたり別に定める事業協議書について都道府県との協議の上作成し、厚生労働省への提出及び承認を受けなくてはならない。

（５）モデル実施機関

ア　認知症医療支援診療所（仮称）

認知症医療支援診療所（仮称）は、より身近な地域において、早期診断・早期対応及び危機回避支援機能を有する診療所であって、当該機能を発揮する地域を有する市町村の長により委託を受けた医療機関とする。

（ア） 選定要件

実施主体は、 以下の委託要件を満たす診療所を、認知症医療支援診療所（仮称）として選定を行うものとする。

a． 人員体制に関する要件

（a） 専任の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り、かつ、認知症の確定診断を行うことのできる認知症サポート医である医師：１名以上

（b）検査・相談・連絡調整等を行う者

認知症の鑑別診断に係る神経心理検査（MMSE、CDR等）について一定程度の知識及び技術を修得している者である看護師、保健師、精神保健福祉士等：１名以上

b． 検査体制に関する要件

鑑別診断に係る検査体制については、 当該診療所において、血液検査、尿一般検査、心電図検査、神経心理検査が実施できる体制を確保するとともに、神経画像検査の体制としてのコンピュータ断層撮影装置（CT）・磁気共鳴画像装置（MRI）等を他の医療機関との連携体制により活用できる体制が整備されていること。

c． 連携体制に関する要件

（a） 当該活動地域の市町村医師会、郡市医師会及び都道府県を通じて都道府県医師会との支援協力体制を確保していること。

（b） 認知症疾患の周辺症状と身体合併症に対する急性期入院治療を行える一般病院又は精神科病院との連携体制を確保していること。 なお、当該診療所が所在する二次医療圏域内に設置されている認知症疾患医療センターとの連携体制を通じて確保される場合はこの限りでない。

（6）事業内容

ア 認知症医療支援診療所（仮称）地域連携モデル実施委員会の設置及び運営

（ア） 実施主体は、当該市町村担当部局及び当該認知症医療支援診療所（仮称）の関係者のほか、市町村医師会、郡市医師会、市町村圏域内のかかりつけ医、認知症サポート医、地域包括支援センター関係者、都道府県の認知症疾患医療センター担当部局、 二次医療圏内の認知症疾患医療センター関係者、その他の関係者等で構成した「認知症医療支援診療所（仮称）地域連携モデル実施委員会」（以下、「モデル実施委員会」という。）を設置すること。

（イ） モデル実施委員会は、 当該モデル事業に関する以下の取り組みについて、検討を行うとともに、その責務を担うものであること

・モデル実施委員会に関する規　程整備に関すること。

・認知症医療支援診療所（仮称）の選定に関すること。

・認知症医療支援診療所（仮称）、かかりつけ医、認知症サポート医、地域包括支援センター等の実施活動の把握等に関すること。

・認知症医療支援診療所（仮称）の試行的実施状況等の調査・検証、その他当該実施地域における必要な調査及び検証を踏まえ、 認知症の人に対する地域包括支援体制における医療体制のあり方の検討に関すること。

・その他必要な事項に関すること。

（ウ） モデル実施委員会は、認知症医療支援診療所（仮称）の試行的実施状況等の調査・検証については、別途定める「認知症医療支援診療所（仮称）地域連携モデル事業～実施の手引き～」を踏まえ評価・分析を行うこと。

イ 認知症医療支援診療所（仮称）における早期診断・早期対応及び危機回避支援の試行的実施

認知症医療支援診療所（仮称）は、以下の（ア）～（エ）について実施するとともに、必要に応じて、連携医療機関等での継続支援につなげていくこと。

（ア） 鑑別診断及び専門医療相談

a. 初期診断

b. 鑑別診断

c. 患者家族等の電話・面談照会

d. 医療機関等紹介

（イ） 認知症初期対応体制に対する支援

地域内のかかりつけ医、認知症サポート医及び地域包括支援センターとの連携体制を構築し、あわせて地域包括支援センター等を中心に構成される認知症の人に対する早期診断・早期対応体制へ積極的に関与するとともに、必要に応じて、認知症の人の自宅訪問、地域ケア会議等への参画、認知症の鑑別診断等に関する専門的指示・助言等について行うこと。

（ウ） 医療機関・介護施設等に対する専門的支援

地域内の一般病院等の医療機関・介護保険施設・介護サービス事業所等に対

して、認知症医療支援診療所（仮称）がアドバイスや訪問することによって、行動・心理症状のある認知症の人に対して、のぞましい医療の提供を行うことができる体制を構築し、もって行動・心理症状の憎悪の転院・入院の回避支援を行うこと。

（エ） 試行的実施に関する記録管理等

上記の（ア）～（ウ）の支援活動全般及びモデル実施委員会において定めた事項等について記録及び記録管理を行うとともに、モデル実施委員会の求めに応じ報告と協力を行うこと。

（7）実施上の留意事項

ア 実施主体は、当該診療所に配置されている認知症サポート医以外の他の認知症サポート医等との連携強化にも努めること。

イ 実施主体は、当該モデル事業の実施にあたっては、都道府県の認知症施策の担当部局の協力を得て、事業計画の策定から試行的実施状況等の評価・分析に至るまでの連携を図ること。

ウ 実施主体は、当該モデル事業の実施にあたっては、モデル実施委員会への参画如何に関わらず、市町村圏域内外の関係団体及び隣接市町村等の行政機関に対しても、当該モデル事業実施に関する説明し理解を得るとともに、必要に応じて協力を得られるような施策実施のための環境づくりについて努めること。

エ 実施主体は、当該試行事業に係る経理と他の事業に関する経理を明確に区分すること。

（8）事業報告

実施主体は、別に定める事業報告書により試行的実施の実施状況とその効果等のデータについて、当局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室あてに報告を行うこと。

（9）その他

国は、市町村がこの実施要綱に基づき実施する経費については、厚生労働大臣が別途定める介護保険事業費補助金交付要綱」に基づき、予算の範囲内で補助を行うことができるものとする。（ただし、医療保険、介護保険、自立支援給付等の既存制度で請求可能な支援と重複する支援内容については、本事業の対象とはならない。）

認知症の人が
安心して暮らせるまち・
東京を目指して

平成25年度　東京都認知症シンポジウム

認知症の予防をめざすからだづくり

東京都は、認知症に対する正しい理解の促進のため、平成19年度から「世界アルツハイマーデー」を記念し、毎年９月にシンポジウムを開催しています。
第７回となる今回は、「認知症の予防をめざすからだづくり」をテーマに、認知症の予防について学ぶとともに、認知症の予防をめざすための実践プログラムについて考えていきます。

参加費無料

開催日時　平成25年９月27日(金)
13:30～16:00(12:30開場)

開催場所　なかのZERO 小ホール
東京都中野区二丁目９番７号

定　員　500名
※事前申込み制で応募多数の場合は抽選になります。

第１部　基調講演

「認知症の予防とは」

講師　高橋　龍太郎氏
(東京都健康長寿医療センター研究所　副所長)

申込方法

申込締切：平成25年8月30日(金)

- 往復はがき又は裏面申込用紙をFAXでお申し込みください。
- お申込み１枚につき１名をお申し込みください。
- 往復はがきでお申込みの際は下記を御記入ください。
  ①氏名(ふりがな)・②住所・③年齢・④職業・⑤電話番号・⑥車いす利用の有無・⑦手話通訳の希望の有無

第２部　パネルディスカッション

「認知症の予防をめざす実践プログラムについて」

コーディネーター　高橋　龍太郎氏
(東京都健康長寿医療センター研究所　副所長)

パネリスト

- 藤原　佳典氏
(東京都健康長寿医療センター研究所　社会参加と地域保健研究チーム　研究部長)
- 木内　聖子氏
(板橋区おとしより保健福祉センター　認知症・介護予防係)
- 亀ヶ谷　忠彦氏
(群馬大学大学院保健学研究科　リハビリテーション学講座　助教)
- 村上　和子氏
(ボランティア団体　あすなろ会　代表)

お申込み・お問合せ先

認知症シンポジウム事務局
〒166-0004
東京都杉並区阿佐谷南3-1-23　東神阿佐ヶ谷ビル2F
TEL:03-6279-9681／FAX:03-6279-9614

内容に関するお問合せ先
東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課　TEL. 03-5320-4276

TOKYO 2020 CANDIDATE CITY
今、ニッポンには
この夢の力が必要だ。
2020年オリンピック・パラリンピックを日本で！

東京都 福祉保健局

R100　VEGETABLE OIL INK

FAX用　申込用紙

認知症シンポジウム

認知症の予防をめざすからだづくり

●お申込みは、１枚につき１名となります。
●ボールペンなどで、はっきりと濃くご記入ください。
●参加の可否については、９月３日以降、FAXによりご連絡いたしますので、
　お間違えのないよう記載してください。
●個人情報は適正に管理し、本シンポジウム以外では使用いたしません。

FAX送信先　03-6279-9614

申込締切は、８月30日（金）です。

ふりがな 氏　名		年　齢	
住　所	〒　　－		
電話番号		FAX番号	
職　業	一般都民　介護関係者　医療関係者　民生委員 行政関係者　その他（　　）		
□　車いすでの参加を希望する		（希望する場合はチェックしてください）	
□　手話通訳を希望する		（希望する場合はチェックしてください）	

会場への交通案内

最寄駅
JRまたは東京メトロ東西線の「中野駅」南口から
徒歩８分

お申込み・お問い合わせ先

認知症シンポジウム事務局
〒166-0004
東京都杉並区阿佐谷南3-1-23　東神阿佐ヶ谷ビル2F
TEL:03-6279-9681
FAX:03-6279-9614