

## 「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

# 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**

**－「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－**

# 「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乘じて推計した。

（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。	
II a	家庭外で上記Ⅱの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる、やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢaに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意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】

○認知症の全国有病率推定値15%(95%信頼区間で12%~17%)

○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】

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

○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

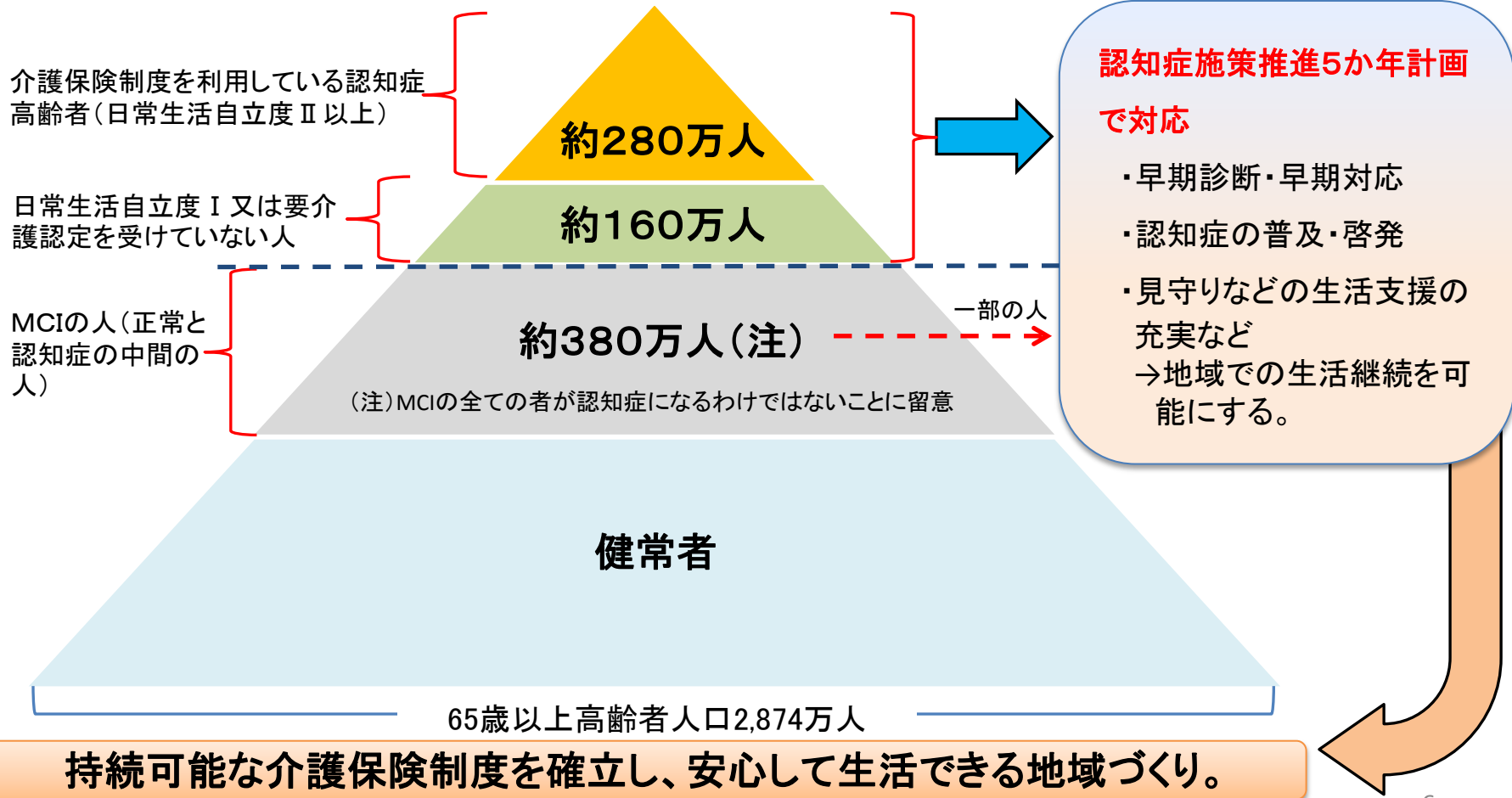
病院・施設・自宅等に赴き、会場調査同様の調査を行う

## 実態を調査するため全国より10カ所で調査を行った



# 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）。



# 『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。

#### 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みづくりを推進する。

#### 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。

#### 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

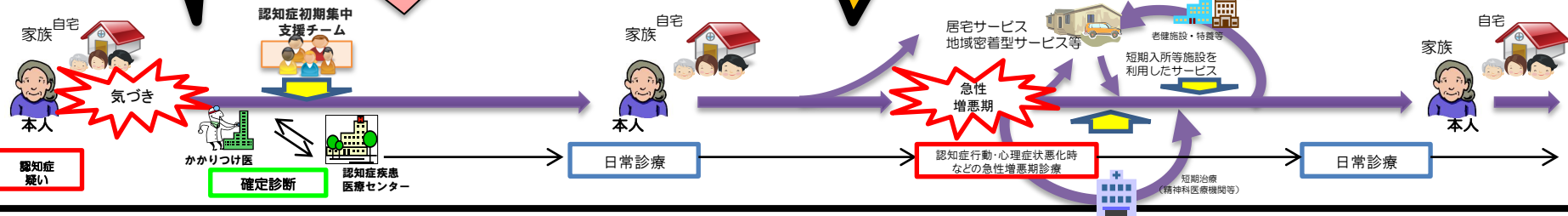
「グループホーム」の事業所が、その知識・経験・人材等を生かして、在宅で生活する認知症の人やその家族への相談や支援を行うことを推進する。

気づき～診断まで

日常在宅ケア

急性増悪期ケア

日常在宅ケア



### 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していくために、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〕

- 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乘じて推計。
- 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(※)を乘じて推計した。

(※)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。

- 「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。

認知症対策等総合支援事業

## 介護

## 医療

## 権利擁護

## 若年性認知症

- ③ 〔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】
  - ③ 〔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
  - ③ 〔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
  - ③ 〇 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

- 〔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

- 〔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

- 〔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

〔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

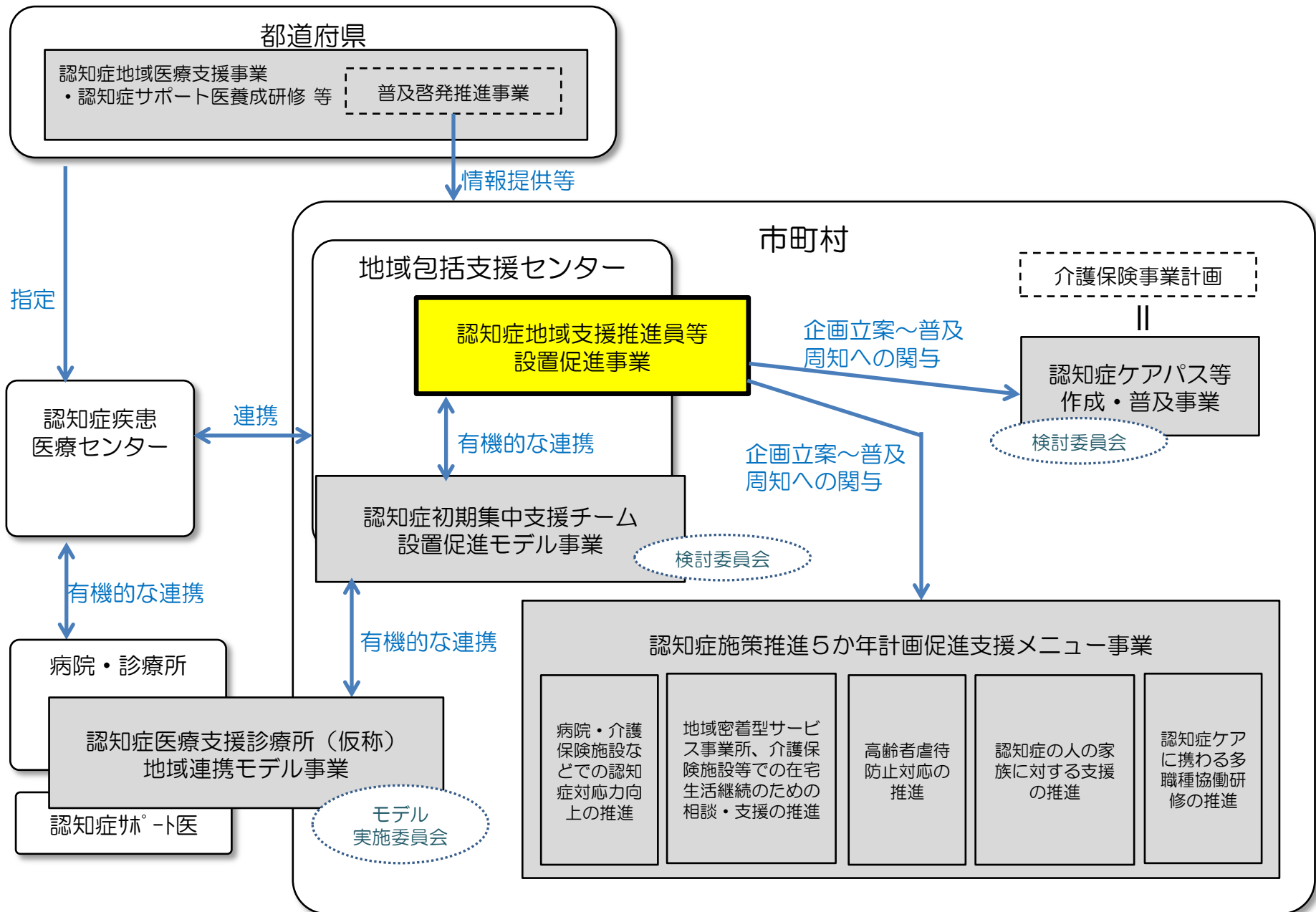
〔地域ケア会議活用推進等事業(都道府県・市町村)〕

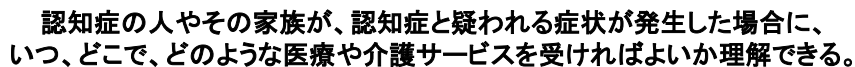
- 地域包括支援センターの地域ケア会議において、医療・介護等の多職種協働による認知症の人の支援等地域包括ケアの仕組みづくりを行う事業

分野	認知症施策(市町村事業等)	都道府県事業
普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症サポーター養成講座、キャラバンメイトの育成</li> <li>介護予防普及啓発事業</li> </ul>	
地域づくり	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症地域資源マップ作成</li> <li>徘徊・見守りSOSネットワークの構築</li> <li>多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>	(市町村の取組支援) <ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県認知症施策推進事業</li> <li>認知症地域資源連携検討事業</li> </ul>
相談	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域包括支援センターによる総合相談業務</li> <li>地域包括支援センターによる権利擁護</li> <li>市民後見推進事業</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症施策・普及・相談・支援事業(コールセンター設置)</li> <li>高齢者権利擁護等推進事業</li> <li>若年性認知症施策総合推進事業</li> </ul>
予防	<ul style="list-style-type: none"> <li>二次予防事業対象者の把握事業・評価事業</li> <li>二次予防事業対象者への介護予防ケアマネジメント</li> <li>一次予防事業</li> <li>介護予防・日常生活支援総合事業</li> </ul>	
医療	<div> <div>新</div> <div>認知症初期集中支援チーム等設置促進事業</div> </div> <div> <div>新</div> <div>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)</div> </div> <div> <div>新</div> <div>5か年 認知症ケアに携わる多職種共同研修の実施</div> </div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症疾患医療センター運営事業</li> <li>かかりつけ医対応力向上研修</li> <li>サポート医の養成研修</li> </ul>
介護	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>予防給付対象者への指定介護予防支援業務</li> </ul> <div> <div>新</div> <div>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</div> <div> <div>新</div> <div>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</div> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>地域密着型サービスの指定等基盤整備</li> </ul> </div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症対応型サービス事業管理者等養成事業</li> </ul>

認知症地域支援推進員等設置促進事業

# 市町村認知症施策総合推進事業（平成25年度～）について







# 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	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		
		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			Ⅴ		
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			Ⅱ a			Ⅱ b			Ⅲ a			Ⅲ b			Ⅳ			Ⅴ		
	サービス項目	現在の定員数	現数	H29年 純推計	確定数	現数	H29年 純推計	確定数	現数	H29年 純推計	確定数	現数	H29年 純推計	確定数	現数	H29年 純推計	確定数	現数	H29年 純推計	確定数	現数	H29年 純推計	確定数	現数	H29年 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																									
	〃																									
	〃																									
	〃																									
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)	二次予防																									
	未利用																									
	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、既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>

- \*単純推計をした場合は、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るのでしょうか？
- \*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か？」

→ △△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か？」

→ 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**

# 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 <div>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。</div>
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	<b>新</b> 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（ <u>DVDを新規に作成</u> ）
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



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 controlled studies, olanzapine (Zyprexa), aripiprazole (Abilify), risperidone (Risperdal), or quetiapine (Seroquel) in elderly demented patients with behavioral disorders, fifteen showed numerically higher mortality in the drug-treated group compared to the placebo-treated patients. These studies included 5106 patients, and several analyses have demonstrated an approximately 1.6-fold increase in mortality in these studies. Examination of the specific causes of these deaths revealed that they were either due to heart related events (e.g., heart failure, sudden death) or infectious events.

多くが心臓に関係するものか、感染



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。

### ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE

Vol. 172 No. 8, April 23, 2012  
Original Investigation

#### 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 Monde, 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 initiating AP treatment, 1.3% of them had an incident MI. Standard ratios for the risk of MI after initiation of AP treatment were 2.19 (95% CI, 1.09-2.56) for the

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





### **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**



# 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

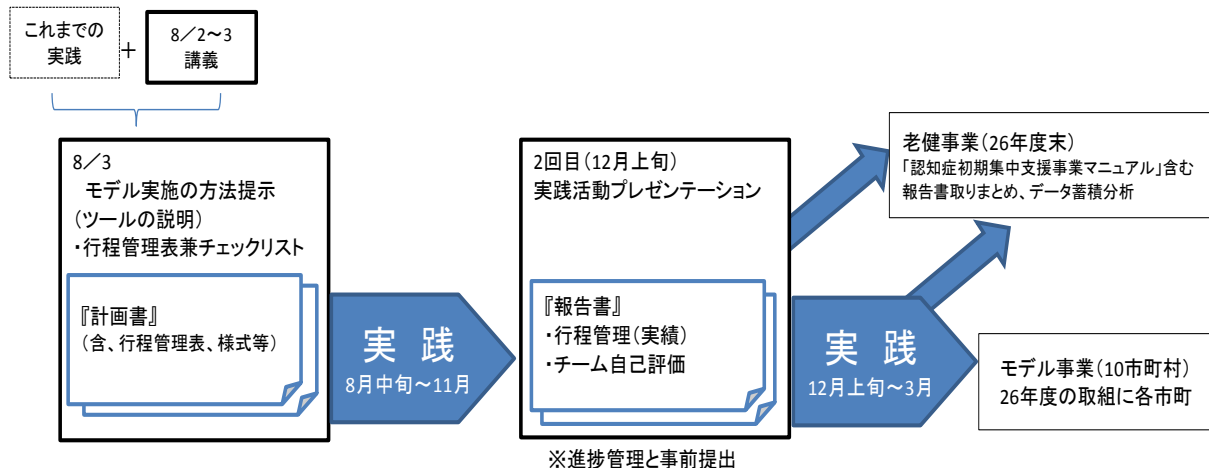
(「地域包括ケアシステムにおける認知症総合アセスメントの開発・普及と早期支援機能の実態に関する調査研究事業」)

# 【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



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 of 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。

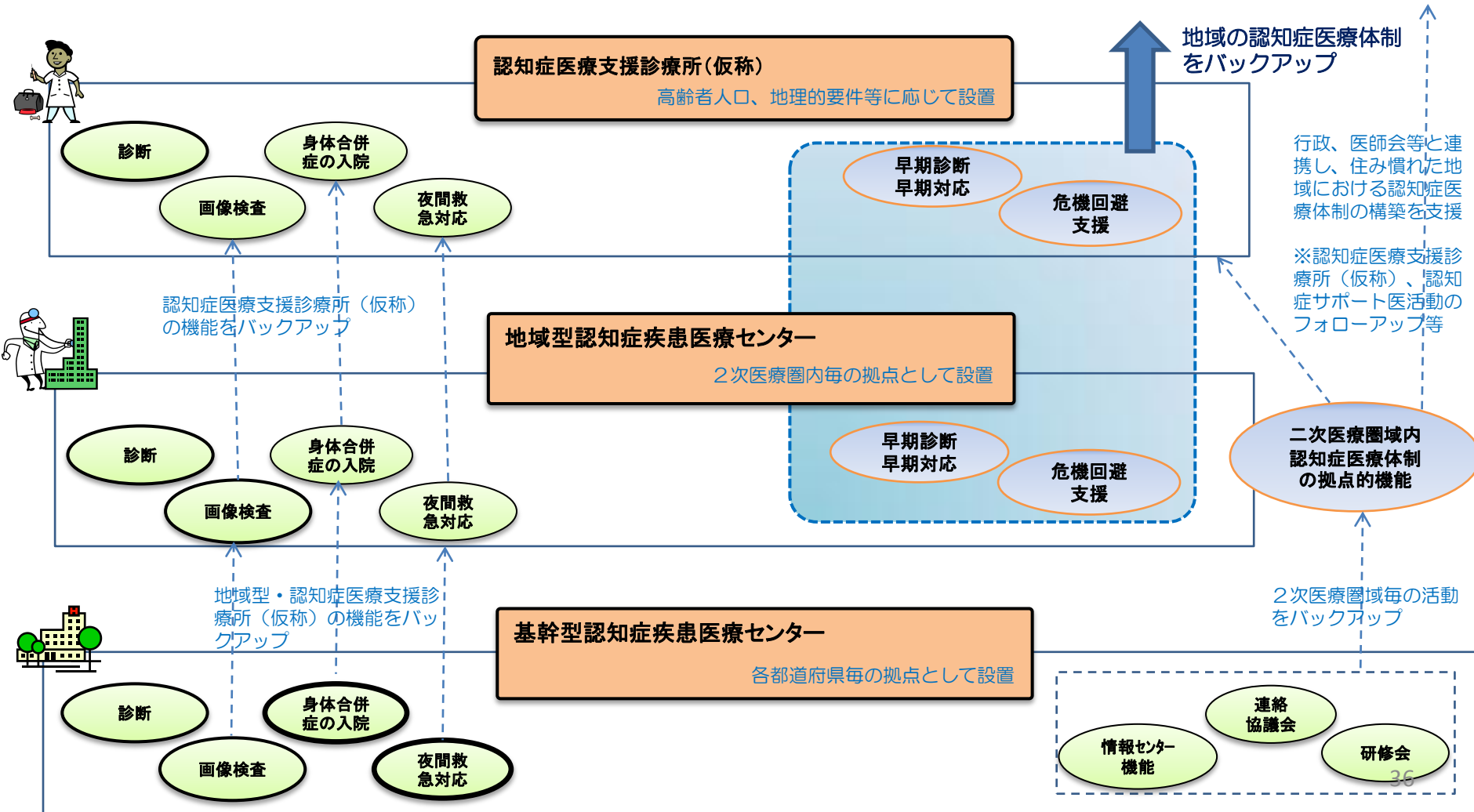
(参考)設置方針(案)に基づく、「基幹型／地域型／認知症医療支援診療所(仮称)」の整理

		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	－	実施	実施
	危機回避支援			
	研修等	実施	－	－



# 「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。

○基幹型：1か所

○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

○地域型：1か所

## C 圏域：

65歳以上人口：8万人、県内No.2の中核市あり。

○地域型：1か所

○認知症医療支援診療所（仮称）：1か所

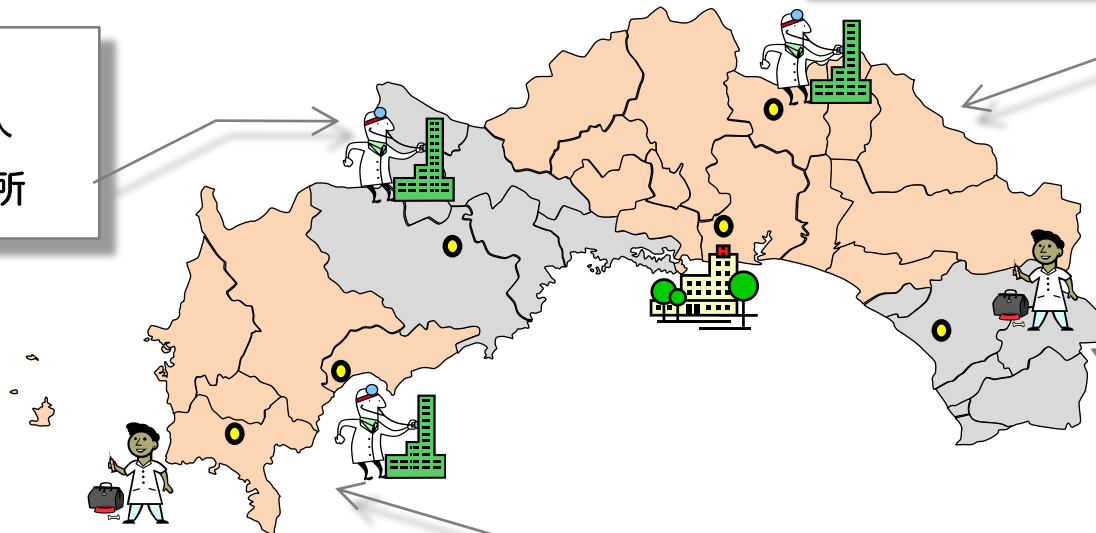
※地理的状況（中核となるA圏域より遠隔であること）等を勘案し、「認知症医療支援診療所（仮称）」を1か所を配置。

## D 圏域：

65歳以上人口：2万人

○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。



# 調査概要

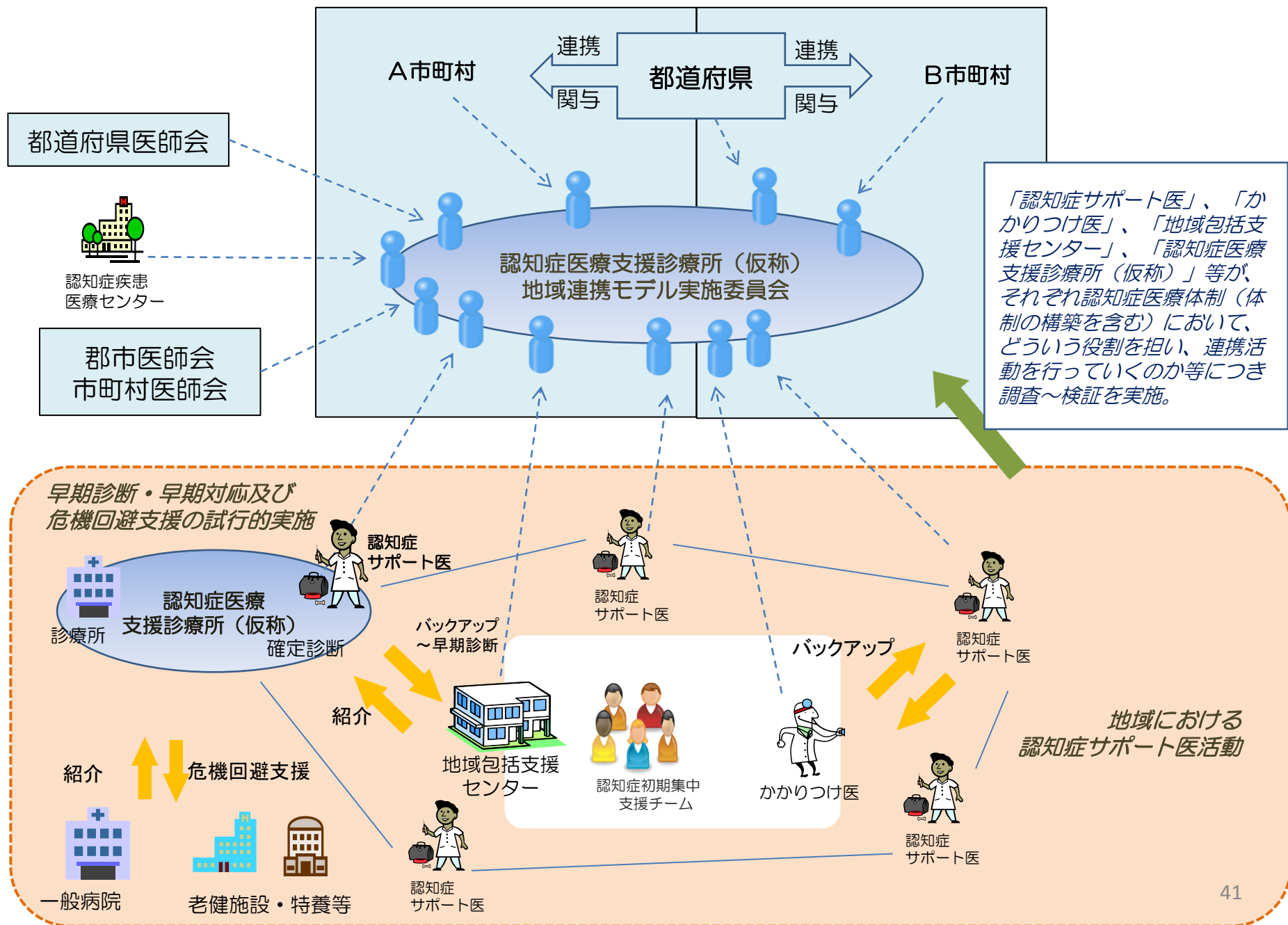
	いわゆる身近型	認知症疾患医療センター
調査目的	いわゆる身近型認知症疾患医療センターとして想定される医療機関の活動状況を調査し、身近型認知症疾患医療センターに求められる体制と機能を示す。	認知症疾患医療センターの活動状況の把握
調査対象 (解析対象)	11医療機関	117医療機関(基幹型6、地域型111)
調査期間	平成24年10月12日～平成25年3月1日	平成24年10月1日～平成24年12月31日
調査方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>質問票によるアンケート調査</li> <li>訪問によるヒアリング調査</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>質問票によるアンケート調査</li> <li>訪問によるヒアリング調査</li> </ul>
調査項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>基本情報</li> <li>医療施設の体制（人員体制, 検査体制, 入院体制）</li> <li>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）</li> <li>一般病床がある場合の身体合併症対応機能</li> <li>認知症のための医療サービス全般</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>基本情報</li> <li>医療施設の体制（人員体制, 検査体制, 入院体制）</li> <li>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）</li> <li>一般病床がある場合の身体合併症対応機能</li> <li>認知症のための医療サービス全般</li> </ul>

# 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
<b>鑑別診断機能</b>		
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
<b>地域連携機能</b>		
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%
<b>教育機能</b>		
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)



# 「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状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

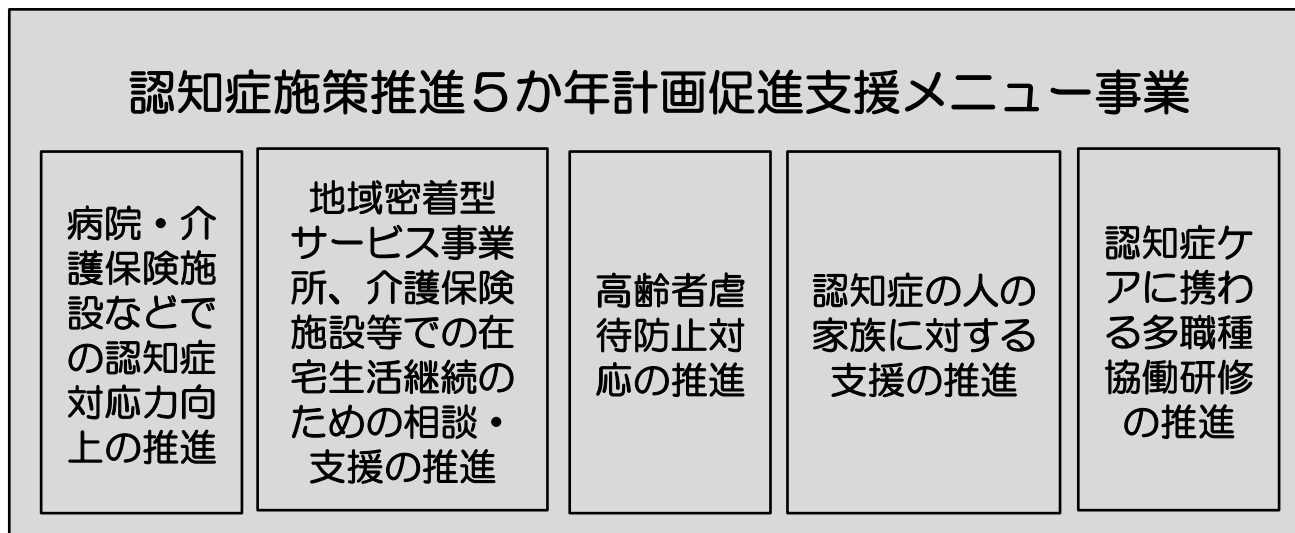
新井 平伊	公益社団法人 日本老年精神医学会
石田 光広	稲城市役所
岩尾 貢	公益社団法人 日本認知症グループホーム協会
大内 尉義	社団法人 日本老年医学会
大島 伸一	独立行政法人国立長寿医療研究センター
鴻江 圭子	公益社団法人 全国老人福祉施設協議会
齋藤 訓子	一般社団法人 全国訪問看護事業協会
助川 未枝保	一般社団法人 日本介護支援専門員協会
高見 国生	公益社団法人 認知症の人と家族の会
筒井 孝子	国立保健医療科学院
内藤 圭之	公益社団法人 全国老人保健施設協会
新田 國夫	一般社団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会
野澤 和弘	株式会社 毎日新聞社
松谷有希雄	国立保健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

# 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

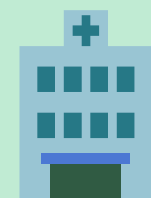
病院勤務の医師、看護師等の医療従事者に対し、認知症ケアの原則等の知識について修得するための研修を実施する。

市町村

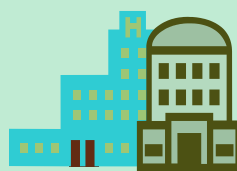
認知症施策推進5か年計画促進支援メニュー事業

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、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。



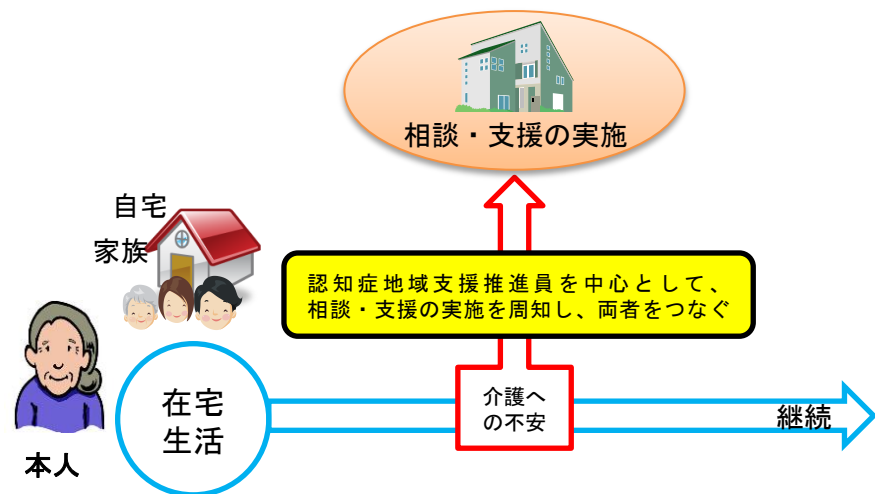
一般病院等



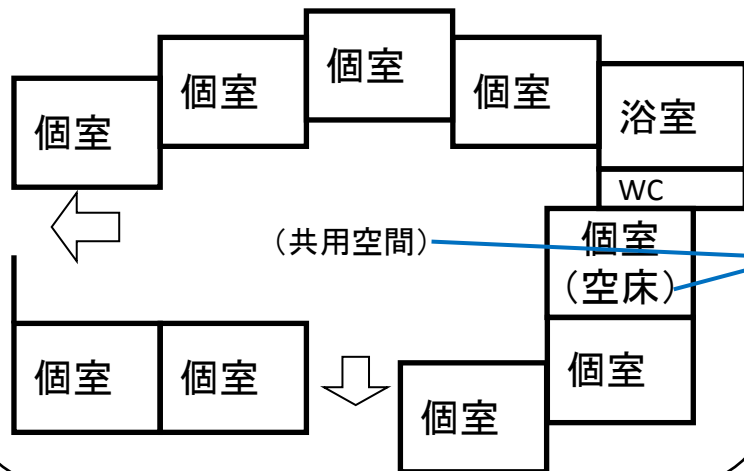
老健施設・特養等

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

# 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



認知症高齢者グループホームの例



## ＜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)

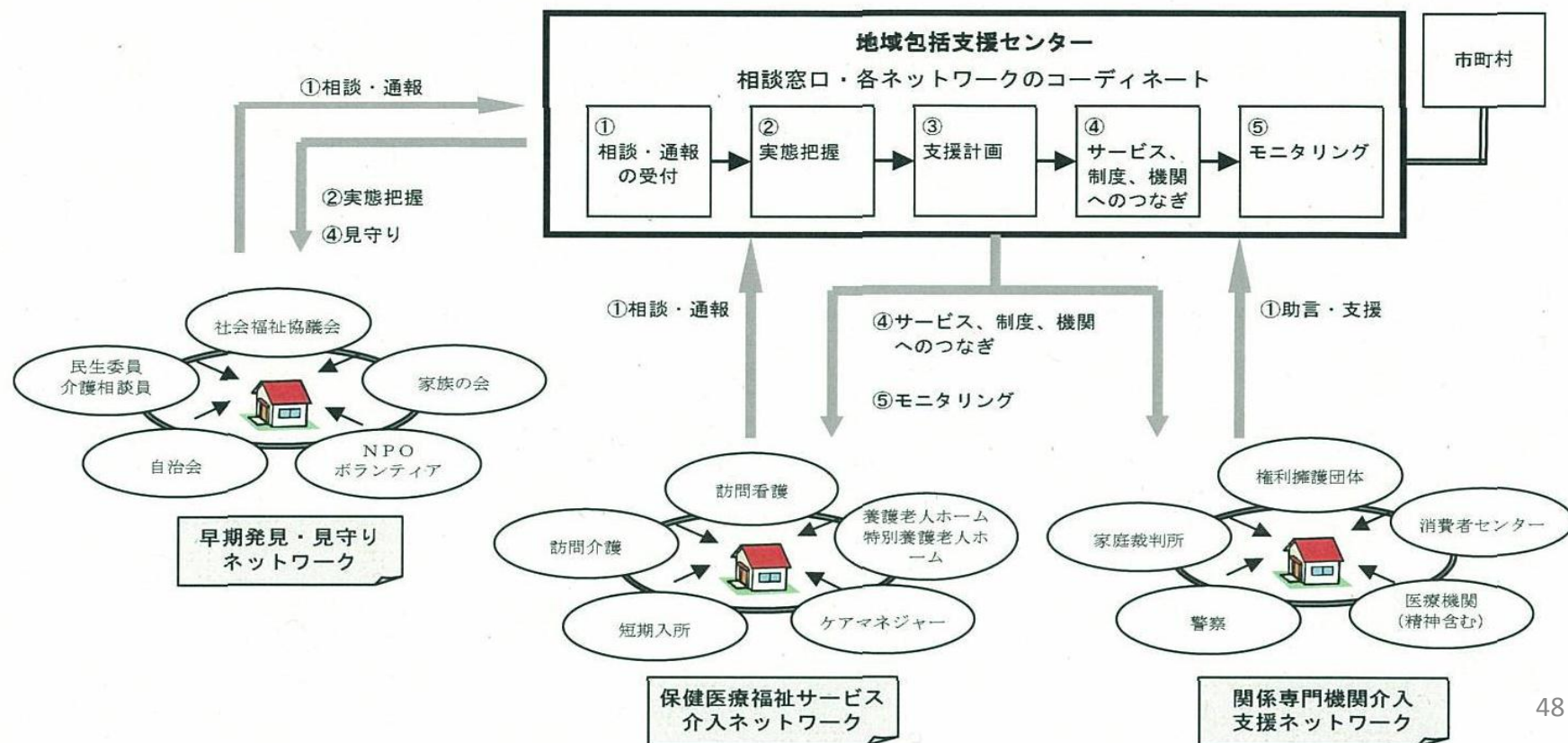
# 高齢者虐待防止対応の推進(例)

## －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



# 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



# 認知症ケアに携わる多職種協働研修の推進

## ー「認知症ライフサポートモデル」ー

### 【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、

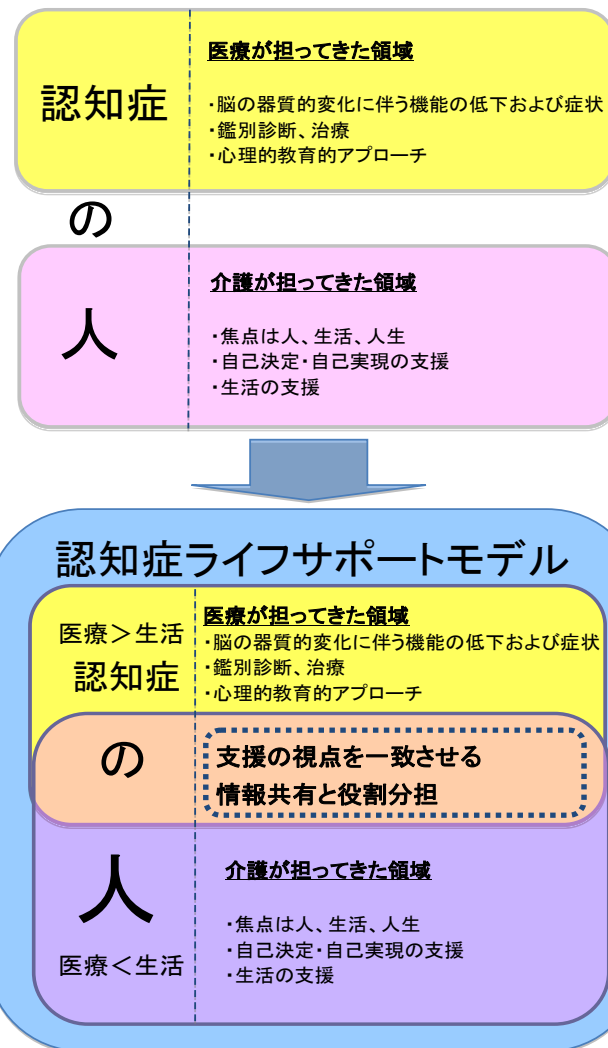
「生命」「生活」「人生」等の意味があり、その人が生きてきた人生や、出会いから終末までの継続的な関わりが含まれる言葉である。

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





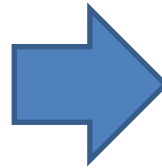
# 認知症ケアに携わる多職種協働研修の推進

## —「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。

## 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**

# 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)

# 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。

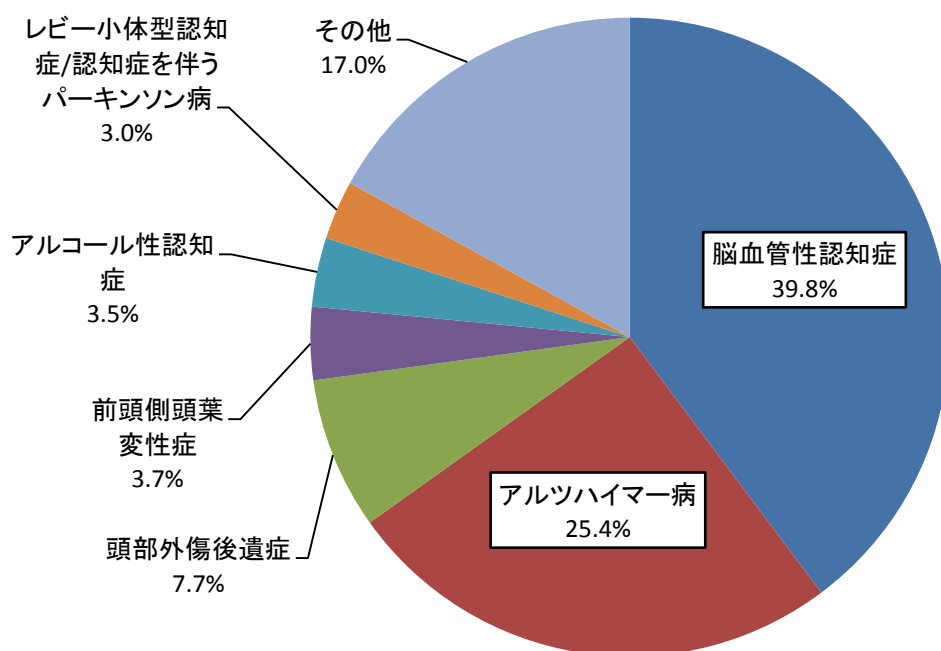
### ※調査対象及び方法

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



# 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:

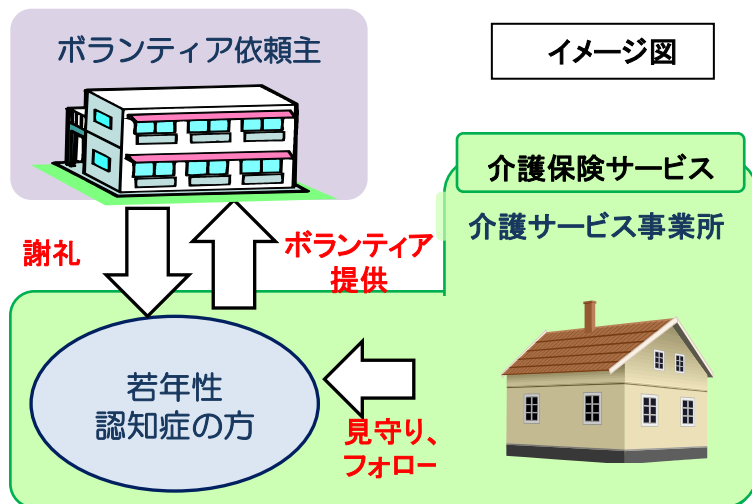
「日本認知症ケア学会誌 2010」を引用。)

# 「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

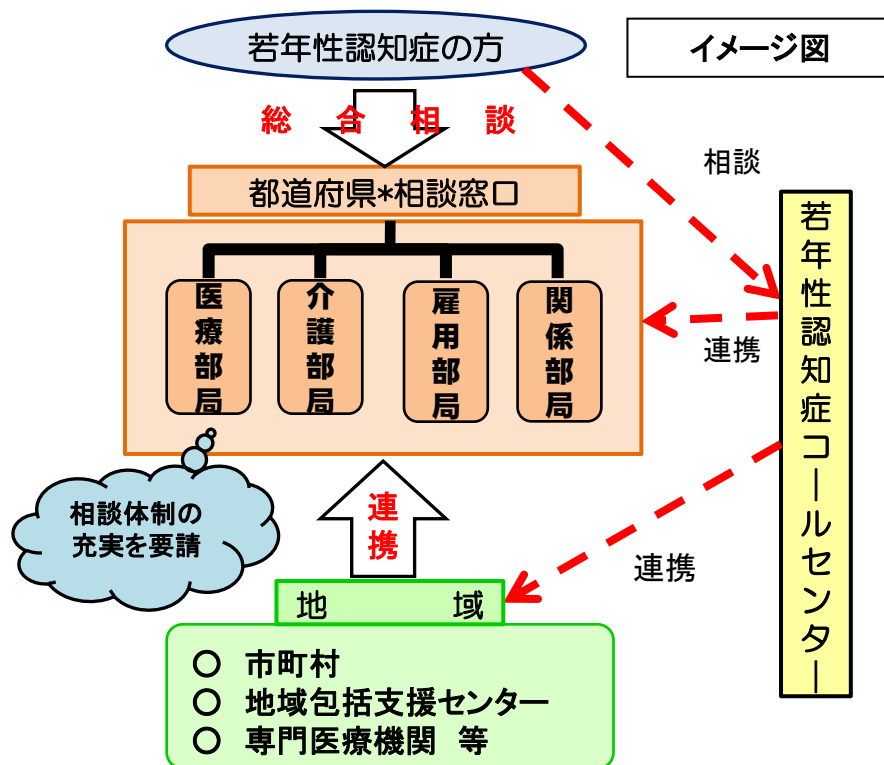
- ボランティアの謝礼が労働基準法に規定する賃金に該当しない
- 介護サービス事業所は、若年性認知症の方がボランティア活動を遂行するための見守りやフォローなどを行う  
(注) ボランティア活動の謝礼を、介護サービス事業所が受領することは介護報酬との関係において適切でない



## 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



# 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



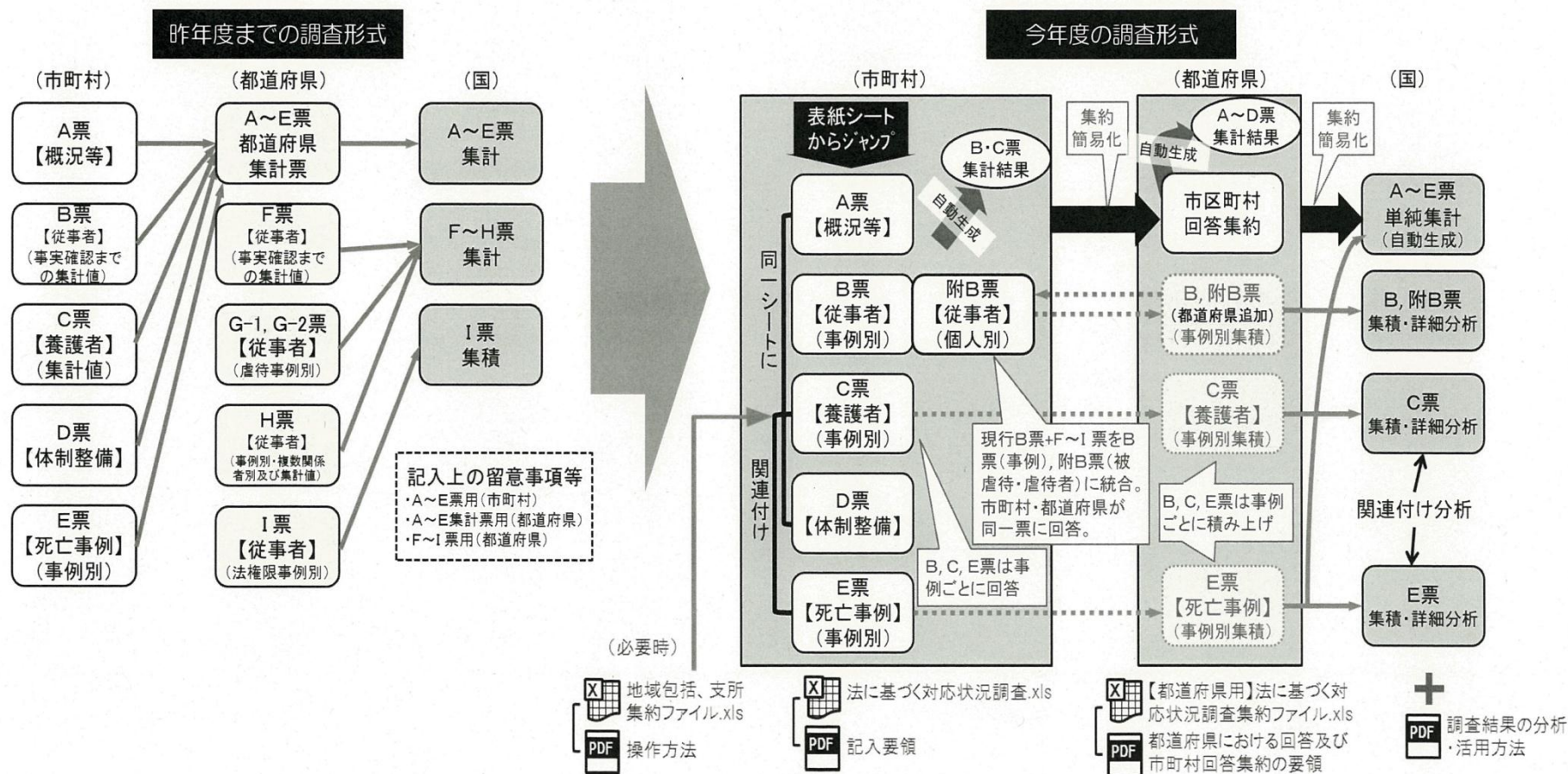


## **V. 高齢者虐待調査の資料**

# 「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）
<p>1) 市町村回答票の調査票名：「<u>法に基づく対応状況調査</u>」</p> <p>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、<u>対応事例ごと（個人ごと）の状況を回答。</u></p> <p>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。<u>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。</u>回答終了後「表紙」シートで回答状況を確認。</p> <p>4) <u>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。</u>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、<u>当該事例が生じた市町村の回答票へ回答</u>（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、<u>都道府県回答票（F票～I票）は廃止。</u></p> <p>5) 「都道府県集計報告用」ファイルを、「<u>【都道府県用】法に基づく対応状況調査集約ファイル</u>」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。</p> <p>6) 事例（個人）ごとの対応状況としての整合性、及び<u>本調査の対象事例への該当の有無を確認</u>するためのエラーチェック。</p>	<p>1) 市町村回答票の調査票名：「A票～E票市区町村回答用」</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

## 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、 <u>市町村コード</u> 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 <u>設置数</u> 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	<u>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。</u>	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、 <u>各対応の実施日</u>	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 <u>65歳未満の養介護施設・事業利用の障害者</u> 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	<u>対応時期、通報受理自治体</u> *都道府県の直接受理事例についても	相談・通報受理件数 *都道府県の直接受理事例について
問2	選択肢 e：医療機関従事者（医師含む） 回答	選択肢 e：医師 は F 票該当箇所
問3	<u>市町村における事実確認調査状況</u> （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	<u>都道府県における事実確認調査状況</u> （都道府県が回答）	都道府県票（F 票・G 票）該当部分
問6	<u>虐待事例の概要</u> *サービス種別以外に、 <u>虐待事実の確認日、虐待の発生要因</u> （記述回答）、 <u>当該施設等に対する過去の指導等</u> （記述回答）、 <u>被虐待者・虐待者の特定状況</u> 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： <u>老人福祉法、介護保険法上の権限行使以外の対応</u> 、問8： <u>介護保険法の規定に基づく権限の行使</u> 、問9： <u>老人福祉法の規定に基づく権限の行使</u> 、問10： <u>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</u> 、問11： <u>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</u>	都道府県票（G 票・I 票）該当部分
附票 （附 B 票）	附1： <u>事例ごとの被虐待者・虐待者数</u> 、附2： <u>被虐待高齢者の属性</u> 、附3： <u>虐待の種別・類型</u> 、附4： <u>虐待を行った養介護施設等の従事者の属性</u> * <u>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</u> （記述回答）、 <u>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</u>	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)

問番号	新 (今回調査)	旧 (前回調査)
全体	基本的に、 <u>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。</u>	市町村ごとの集計値を回答。
全体	相談・通報受理日、事実確認調査の開始日等の、 <u>各対応の実施日 (*任意)</u>	なし
要確認事項	<u>同一家庭における複数の被虐待者の存在、対応時期</u>	なし
問 1	<u>相談通報受理日</u>	相談・通報受理件数
問 2	選択肢 a: <u>介護支援専門員</u> 、b: <u>介護保険事業所職員</u> 選択肢 c: <u>医療機関従事者</u> * 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	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
問 3	高齢者ごとに回答するため質問の構成を変更	質問内容自体は [新] と同
問 4	調査の結果のほか、 <u>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)</u> を追加	調査の結果のみ回答
問 5	虐待の種別・類型のほか、 <u>具体的な虐待の内容 (記述回答 *任意)、虐待の深刻度</u> に関する質問を追加	虐待の種別・類型のみ回答
問 6	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「 <u>家族形態</u> 」とし、 <u>選択肢を変更</u> 虐待者の属性は <u>個人ごとに 3 人まで回答、年齢 (10 歳刻み)</u> に関する質問追加	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
問 7	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	質問内容自体は [新] と同
問 8	<u>調査対象年度末日での状況 (*記述回答は任意)</u>	なし
問 9	<u>養護者の虐待等による死亡事例への該当</u>	なし

\* 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

### 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。

## **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を行うための「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、お出してください。

#### 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 ( ) ( ) 関係 同居・別居

(ジェニグラム)

□ ○

☐ 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
		<input type="checkbox"/> 昼間 (午前・午後) <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 昼夜	( )
		<input type="checkbox"/> 昼間 (午前・午後) <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 昼夜	( )
		<input type="checkbox"/> 昼間 (午前・午後) <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 昼夜	( )
		<input type="checkbox"/> 昼間 (午前・午後) <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 昼夜	( )
		<input type="checkbox"/> 昼間 (午前・午後) <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 昼夜	( )
		<input type="checkbox"/> 昼間 (午前・午後) <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 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
認知症の進行状況	1. あり 2. なし 3. 不明	1・2・3	
認知症の発症に 関連する出来事 に列して	1. 数日前〜数週間 前の事も忘れて いる 2. 数日前のことも 忘れてる 3. ときどき忘れる	1・2・3	
過去の出来事に 列して	1. 若い頃のこと も忘れてる 2. 数年前のこと も忘れてる 3. ときどき忘れる	1・2・3	
家族の認知が できない	1. あり 2. なし 3. できる	1・2・3	
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. 家族と一緒に 外出可能 3. 1人で可能	1・2・3	
食料管理	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	
食事介助の必要性	1. 全介助 2. 一部介助 3. なし	1・2・3	
食事	1. 食あたりの食事量 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	
排泄介助の必要性	1. 全介助 2. 一部介助 3. なし	1・2・3	
トイレ	1. あり 2. 家族に 介助可能 3. 一人で可能	1・2・3	
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	1. あり 2. 家族に 介助可能 3. 一人で可能	1・2・3	
着脱	1. 全介助 2. 一部介助 3. できる	1・2・3	
他の症状の把握	1. 徘徊 2. 幻覚妄想 3. 夜間不眠	1・2・3	
介護者の印象	1. 介護が負担になり 続かなくなった 2. 重荷が 出てきた 3. 1人で 介護が難しい 4. 以前と 変わりない	1・2・3	

記載者 関係



# 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\_1/01.html

File Edit View Favorites Tools Help

EndNote Web 3.0 Capture ? Help

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
- 協会誌巻頭言
- 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バ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ズに行える為に実践的な地域連携バ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が悪化させ、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バスの作成を行う。

【厚生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. 通常版モデルバ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バス作成支援説明会 [2.0MB]
- IV. 地域連携バス「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. 地域連携バス「オレンジ手帳」・認知症退院支援クリニカルパス [2.3MB]
- 後...まとめ...研究... [333KB]

## 【ダウンロード】

### ◆地域連携バス「オレンジ手帳」

- 地域連携バス「オレンジ手帳」[モード:通常版、簡略版①、簡略版②] [1780KB]
- 地域連携バス「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]

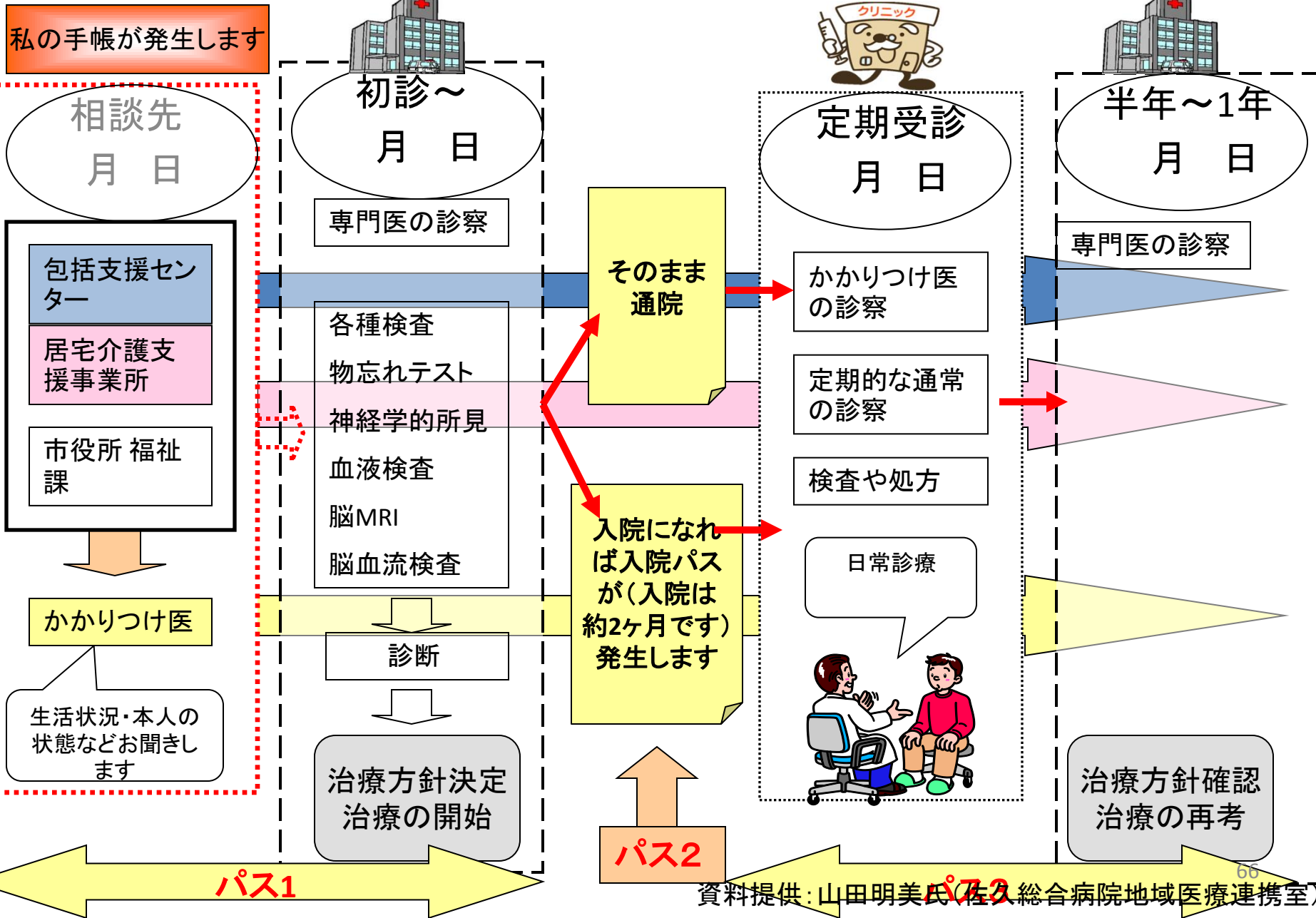
### ◆急性期認知症入院クリニカルパス

- 急性期認知症入院クリニカルパス ソフト [287KB]
- 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] [82KB]
- 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]

### ◆重症認知症デイケア クリニカルパス

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

# 認知症連携パスフロー



# 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

### みまもり つながりノート

handaichiikirenkei.com



大阪大学大学院  
医学系研究科  
精神医学教室



神経心理研究室  
Division of Neuropsychiatry and Neuropsychology  
Osaka Univ. Graduate School of Medicine

認知症の方を支える人のための情報共有ノート



**「みまもり・つながりノート」のページによろそ**

わたしたちの研究室では、医療と介護が連携して認知症の方とご家族を支える地域のネットワークシステム作りについて研究しています。

わたしたちの研究室は「神経心理」といって、ヒトの脳のどの部分がどのような役割（機能）をはたしているのか、について研究しています。また、その知識をいかして、主に認知症患者さんの診療を行ってきました。その中で、認知症の方の生活を支援していくためには、医療と介護がもっとお互いに連携すること、ご本人やご家族がひとりで悩まなくてすむように様々な立場の人に「相談できること」の大切さを強く感じています。



○ みまもり・つながりノートってなに？

○ ご利用登録・ダウンロード

○ 研究室ホームページへ

今回、わたしたちは「みまもり・つながりノート」というツールをつくりました。

**みまもり・つながりノートってなに？**

認知症の方を支えるすべての人の間で、必要な情報を共有するためのノートです。このノートを使えば、かかりつけ医や専門医は、医療の立場から患者さんの状態を皆に伝えたり、お薬の効果や副作用、気をつけて観察してほしいポイントなどを、一斉に皆に伝えることができます。また逆に患者さんが、診療室以外でどのように過ごしているかがわかり、治療の効果がどのように生活に反映されているか知ることができます。



# 認知症

## 知って安心!

### 症状別対応ガイド



大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室 数井 裕光

大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室 数井 裕光・杉山 博通・板東 遼子



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)\*

# つながりノート

あなたの安心をみんなで支えます

医療・介護の基本は  
**専門医の診察を受けて原因となる疾患を知ることです。**  
その方に合った適切な医療・介護を受けて、  
穏やかな生活を長く続けましょう

ご本人・ご家族

ご本人についてご家族がわかる事。  
見ている事を書きこみます。

医療機関

かかりつけ医  
サポーター  
専門医

介護機関

ケアマネジャー  
介護福祉士  
訪問介護員・看護  
福祉人材派遣

医療的な内容について

介護的な内容について

[illegible]

【シート7】ご本人の基本情報

ご本人の氏名	川西花咲 様	Family No.	
ご本人の生年月日	1930年 5 月 5 日	主介護者氏名	川西かぐや 様
ご本人の年齢・男女	82歳 ♀ 女	主介護者の 関係・年齢・男女	母親 (妻) 77歳 男 ♂

ご家族

介護にあたっての方々とご読んで下さい。関係の方を口で読んで下さい。

家族関係図 (ご本人は中心人物)

```

graph TD
    A[母] --- B((川西花咲))
    C[父] --- B
    D[姉] --- B
    E[妹] --- B
  
```

ご本人の家族関係図

```

graph TD
    A[母] --- B[花々]
    B --- C[孝太郎]
    B --- D[真紀子]
    B --- E[わらしべ太郎]
    C --- F[一寸法師]
    D --- G[きんた]
  
```

【シート7】ご本人の基本情報

☐ 専攻指導 要介護  
☒ 専攻指導 要介護

介護情報  
 専攻指導 要介護 ☒

(2024年 月 日) 年 月 日

ケアマネ  
 ジャー ケイトランセンター ケイトラン 電話 (072-111-1111)

事業所名 山崎 年 月 日 事業所名 ( )

訪問介護 事業所名 電話 ( )

ヘルパーステーション 高代寺山 電話 (072-222-2222)

事業所名 事業所名 ( )

訪問看護 事業所名 電話 ( )

風山訪問看護ステーション 電話 (072-333-3333)

事業所名 ( )

通所介護/ 電話 ( )

ひま 知明園デイサービスセンター 電話 (072-444-4444)

事業所名 ( )

事業所名 ( )

ショートス 住居 介護 月に1度 電話 ( )

イ しあわせライフ大平山 電話 (072-333-3333)

事業所名 ( )

事業所名 ( )

福祉用具 電話 ( )

事業所名 電話 ( )

福祉用具 電話 ( )

事業所名 ケンショウかりんどう (072-333-3333)

<p>〔シート〕を二人づつにつけて情報  <b>に本人についての情報</b> 必要が記入して欲しい          ので利用できる情報、お書き下さい。また、使う          がありません。</p>	
愛称	はなちゃん      はーちゃん
出生地	生まれたのは 川西市      育ったのは 川西市
その他	日本全国で活躍しました
親しい人	いっこのご兄弟さん
幼少期の思い出	お母さんのそばあつたのは結構です。洗濯も丁寧に するいうずだった。あれが良かった！と思っています
学校	川西市商業高校
学生生活の思い出	成績は優秀でした。
親しかった先生・先生	満島あきひろさんは親しかったようす
職業	
仕事内容	全国の樹木（特に桜）の管理
上司・先輩・部下など人間関係	皆から慕われていたようす
親しい人	あむむちゃんのお婆さん
好きなもの・性格	娘やあつた人たちの良い思い出
趣味	読書好き 猫のくんとふんふんが大好きです
好きな食べ物・飲み物	お豆腐、日本酒
嫌いな食べ物・飲み物	ピーマンが好きです。好きです
好きなテレビ番組	秋本真樹、野球選手
好きな音楽、歌、歌手	民謡、森山直太郎
好きな色	花の色
好きな場所	近くの公園の桜の木の下
お話したい想い出する上でのつづきに記入の 話のうんたんの話 犬の話（ただし、書きたい話と違ってかまいません）	

[illegible]

【シート3】1カ月の状態(2)

3 認知症や精神・神経症状によって次のような行動が ありますか？あてはまるもの全てにし印をつけて下さい

☐ 幻聴・幻覚    ☐ 妄想    ☐ 尿失禁    ☐ 嘔吐    ☐ 暴行  
☐ 暴力    ☒ 介護への抵抗    ☐ 徘徊    ☐ 火の不始末  
☐ 不潔行為    ☐ 異食行動    ☐ 性的問題行動  
☐ その他

記入見本

4 その他

当てはまるものにし印をつけて下さい

☐ 行動がうまく収めなかったり、被害がある  
☐ よく転倒する  
☐ 嚥下(飲み込み)に障害がある  
☒ 介護疲れしている  
☐ 家計が立ちゆかなくなってきた

その他具体的な何か変化があれば、お書き下さい

[illegible]

① 2月24日共有読書会		② 2月24日の読書会では参加者全員が読書会ではおなじみの	
<p>日本人ご家族 ケナマダマシロー なかみち子氏（ 認知症専門医） 介護スタッフ・地域包括センター その他</p>	<p>海渡 大</p>	<p>日本人ご家族 ケナマダマシロー なかみち子氏（ 認知症専門医） 介護スタッフ・地域包括センター その他</p>	<p>海渡 大</p>
<p>9 / 24（月） 氏夫、 妻姉一人</p>	<p>所属 足柄山町 ニッパ 事務所一階</p>	<p>9 / 24（月） 氏夫、 妻姉一人</p>	<p>所属 田原町 ニッパ 事務所一階</p>
<p>本日受診したため 風邪予防との話し合いがあったので 原簿検査と血液検査を行いました。</p>		<p>ありがとうございました。毎朝、たら ももが返りました。</p> <p>ただ、行き慣れた足柄山先生への 道を、本人がわからなくなっている 様子などが気になりました。</p>	
<p>9/25朝野明子氏の読書です。 特にしんどそうにご様子はありません が、注意して見てまいります。</p>			
<p>読書サイン</p>		<p>読み終わった方にサイン。読み終わった方（サイン）のサインに感謝。また、お礼の言葉をかけました。</p>	
<p>訪介 日付</p>	<p>9/24</p>	<p>ケナマダマシロー</p>	<p>9/3</p>



# 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)

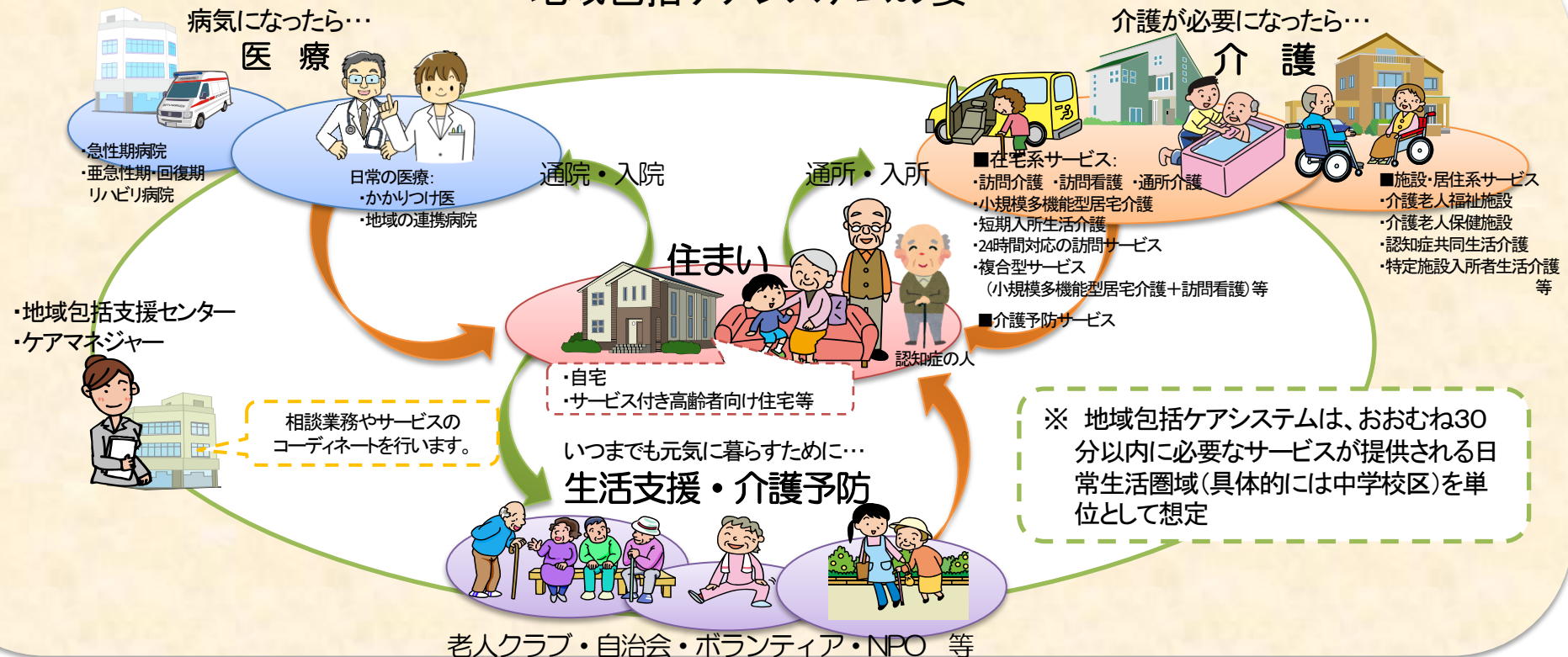
厚生労働省老健局長

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

## 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

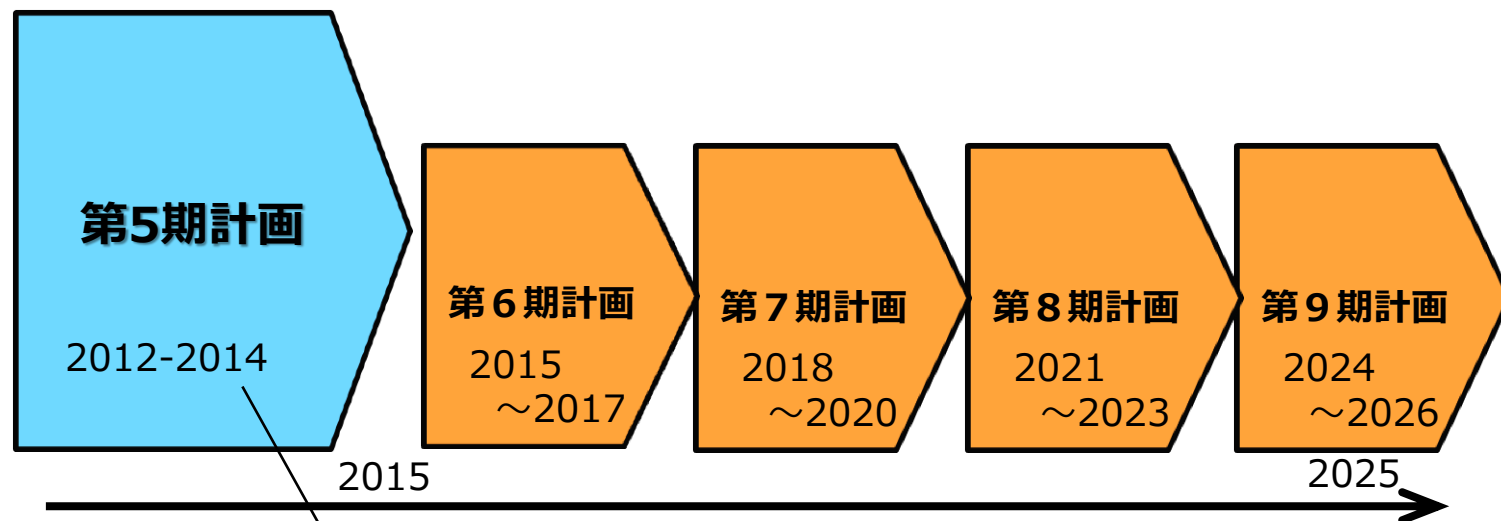
事業化・施策化協議

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

# 2025年を見据えた現在の介護保険事業計画の位置づけ



高齢化が一段と進む平成37（2025）年に向けて  
地域包括ケアの構築を見据えた新たな視点での取組

**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。**