

第2節 各種制度・事業の整理

2-1 新オレンジプラン（平成27年1月策定）以降の制度・事業

新オレンジプラン（平成27年1月策定）以降の制度・事業（現在実施されているもの。）をまとめると以下の通りである。

分類	項目		概要	資料等
① 普及啓発・本人発信支援	認知症サポーター		認知症について正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守り、支援する応援者で、市町村や職場などで実施されている「認知症サポーター養成講座」を受講した人が「認知症サポーター」となる。	「認知症サポーターとは」 →別添資料①
	ピアサポーター		認知症の方やその家族は、診断直後等は認知症の受容ができず今後の見通しにも不安を抱えていることから、一足先に認知症の診断を受け、その不安を乗り越え前向きに生活しているピアサポーターによる心理面・生活面に関する早期からの支援など、認知症の本人の支援活動を推進する。	「ピアサポーター本人支援の推進」 →別添資料②
		認知症家族教室、認知症家族ピアサポート運営の手引き	令和2年度老人保健健康増進等事業「認知症の人の家族が認知症を正しく理解し適切な対応につなげるための取組の普及促進に関する調査研究事業」において、認知症家族教室や家族同士のピア活動の事例の収集を行い、認知症ケアや介護者の負担軽減に資する好事例をまとめた運営の手引きを作成した。	「認知症家族教室、認知症家族ピアサポート運営の手引き」
		「本人座談会」(DVD)	4人の認知症当事者が、今、伝えたいことを考え話し合った座談会のDVDを作成。「認知症と共に生きる社会」、誰もが自分らしく暮らすことができる「地域共生社会」の中で、「認知症」をどう考えるか、一人ひとりが自分のことと考えるためのDVD。	「本人座談会」(概要) →別添資料③
		本人ミーティング	本人ミーティングとは、認知症の本人が集い、本人同士が主になって、自らの体験や希望、必要としていることを語り合い、自分たちのこれからのよりよい暮らし、暮らしやすい地域のあり方を一緒に話し合う場。	本人ミーティング(概要) →別添資料④
② 予防	認知症予防に関する活動の推進	介護予防に資する通いの場	「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会取りまとめ(令和元年12月)」を踏まえ、多様な通いの場の展開を図るため、令和3年8月に「通いの場の類型化について(Ver.1.0)」を公表。	通いの場の類型化 →別添資料⑤
		自治体における認知症の「予防」に資する取組事例集	令和元年度の聞き取り調査した自治体や、認知症予防・介護予防に積極的に取り組んでいるとの報告があった自治体を対象に、聞き取りを行い、事例としてまとめた。	自治体における認知症の「予防」に資する取組事例集 →別添資料⑥
③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援	医療従事者等の認知症対応力向上の促進	かかりつけ医の認知症対応力向上研修・認知症サポート医の養成研修	地域の中で認知症の人を支えていくには、何よりも身近なかかりつけ医が認知症に対する対応力を高め、必要に応じて適切な医療機関につなぐことが重要であり、かかりつけ医の認知症対応力を向上させるための研修を実施し、また、初期集中支援チームのバックアップや、かかりつけ医の認知症診断等に関する	かかりつけ医の認知症対応力向上研修、認知症サポート医の養成研修(概要)

分類	項目	概要	資料等
		相談役等の役割を担う認知症サポート医の養成を進めている。	→別添資料⑦
	歯科医師・薬剤師の認知症対応力向上研修	歯科医師等による口腔機能の管理や薬剤師による服薬指導等を通じてこれらの専門家が高齢者等と接する中で、認知症の疑いがある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応するとともに、その後も認知症の人の状況に応じた口腔機能の管理や服薬指導等を適切に行うことを推進している。	歯科医師・薬剤師の認知症対応力向上研修(概要) →別添資料⑧
	病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修・看護職員認知症対応力向上研修	身体合併症対応等を行う医療機関での認知症への対応力の向上を図る観点から、関係団体による研修も積極的に活用しながら、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を進め、また研修受講者が同じ医療機関等の看護職員に対して伝達することで、医療機関内等での認知症ケアの適切な実施とマネジメント体制の構築を進めている。	病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修・看護職員認知症対応力向上研修(概要) →別添資料⑨
介護従事者等の認知症対応力向上の促進	認知症介護実践者研修等	認知症の人への介護等に当たっては、認知症のごとをよく理解し、本人主体の介護を行うことで、できる限り認知症の進行を緩徐化させ、行動・心理症状(BPSD)を予防できるような形でサービスを提供することが求められています。このような良質な介護を担うことができる人材を質・量ともに確保していくための研修事業がある。	認知症介護実践者研修等(概要) →別添資料⑩
認知症疾患医療センター		認知症疾患医療センターは、認知症の速やかな鑑別診断や、行動・心理症状(BPSD)と身体合併症に対する急性期医療、専門医療相談、関係機関との連携、研修会の開催等の役割を担う。	認知症疾患医療センター(概要) →別添資料⑪ 包括支援センターとの連携 →別添資料⑫
認知症ケアパス		認知症ケアパスとは、地域ごとに、発症予防から人生の最終段階まで、生活機能障害の進行状況に合わせ、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、これらの流れをあらかじめ標準的に示したものです。地域ごとに「認知症ケアパス」を確立し、認知症の人やその家族、医療・介護関係者等の間で共有され、サービスが切れ目なく提供されるようにその活用を推進している。	認知症ケアパスのイメージ図(一例) →別添資料⑬
	認知症ケアパス作成のための手引き	一般社団法人財形福祉協会において、平成24年度老人保健健康増進等事業として「認知症ケアパス作成のための調査研究事業」を実施し、認知症ケアパス作成に伴う考え方の整理や作成プロセスをまとめました。	板橋区事例 →別添資料⑭
	認知症ケアパス作成と活用の手引き	国立研究開発法人国立長寿医療研究センターにおいて、令和2年度老人保健健康増進等事業として「認知症ケアパスの作成と活用の促進に関する調査研究」を実施し、認知症施策を担当する自治体職員の方々が、「認知症ケアパス」を作成、または更新をする際に参考にさせていただくための「手引き」を作成した。	
	認知症ケアパスコンテスト	上記調査研究事業の一環として、令和2年度に自治体が作成した認知症ケアパスのコンテストを開催。計177の自治体から応募があり、優秀賞31市町、特別賞3市を決定。	

分類	項目		概要	資料等
		認知症ケアパスの作成と活用リーフレット	国立研究開発法人国立長寿医療研究センターにおいて、令和3年度老人保健健康増進等事業として「認知症ケアパスの作成と活用に関する個別的支援手法の調査研究」を実施し、認知症ケアパスを作成・活用促進に向けた「リーフレット」を作成した。	
		認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	認知症(急性を除く)の高齢者等に対して、共同生活住居で、家庭的な環境と地域住民との交流の下、入浴・排せつ・食事等の介護などの日常生活上の世話と機能訓練を行う。	認知症対応型共同生活介護(概要)→別添資料⑩
		BPSDガイドライン	行動・心理症状(BPSD)が見られた場合にも的確なアセスメントを行った上で非薬物的介入を対応の第一選択とするのが原則で、BPSDに投薬をもって対応する場合においても、生活能力が低下しやすいことや服薬による副作用が生じやすいことなど高齢者の特性を考慮した対応がなされる必要があること等を「ガイドライン」化している。	「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(第2版)」
④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援	意思決定支援(ガイドライン)	認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン	認知症の人を支える周囲の人において行われる意思決定支援の基本的考え方(理念)や姿勢、方法、配慮すべき事柄等を整理して示し、これにより、認知症の人が、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れることを目指し、ガイドラインを策定した。	認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン→別添資料⑩
		認知症初期集中支援チーム	認知症初期集中支援チームは、医療・介護の専門職が家族の相談等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、必要な医療や介護の導入・調整や、家族支援などの所為の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うチーム。	認知症初期集中支援チーム(概要)→別添資料⑩
		認知症カフェ	認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有しお互いを理解し合う「認知症カフェ」等の設置を推進。地域の状況に応じて、様々な共有主体により実施されている。また、認知症カフェ等を活用したボランティアによる居宅訪問や家族向け介護教室等の推進。	認知症カフェ実施(概要)→別添資料⑩
		チームオレンジ	市町村がコーディネーターを配置し、地域において把握した認知症の方の悩みや家族の身近な生活支援ニーズ等と認知症サポーター(基本となる認知症サポーター養成講座に加え、ステップアップ研修を受講した者)を中心とした支援者をつなぐ仕組みとして『チームオレンジ』を地域ごとに整備(認知症サポーター活動促進事業)。	チームオレンジ(概要)→別添資料⑩
		認知症地域支援推進員	認知症地域支援推進員は、医療・介護等の支援ネットワーク構築、認知症対応力向上のための支援、相談支援・支援体制の構築等を行う。	認知症地域支援推進員(概要)→別添資料⑩
⑤ 研究開発・産業促進・国際展開	各種調査研究事業	老人保健健康増進等事業		

資料：厚生労働省 HP をもとに作成 ※若年性認知症事業は除く

認知症施策推進大綱

1 普及啓発・本人発信支援

(1) 認知症に関する理解促進〈認知症サポーター〉

(認知症サポーター)

- 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できる範囲での手助けをする人

【目標値】

- 2020年度末 1,200万人
- 2025(令和7)年度末 企業・職域型の認知症サポーター養成数400万人

○ キャラバン型養成研修

実施主体：都道府県、市町村、全国的な職域団体等

目的：地域、職域における「認知症サポーター養成講座」の講師役

である「キャラバンメイト」を養成

内容：認知症の基礎知識等のほか、サポーター養成講座の展開方法、

対象別の企画手法、カリキュラム等をグループワークで学ぶ。

○ 認知症サポーター養成講座

実施主体：都道府県、市町村、職域団体等

対象者：

〈住民〉自治会、老人クラブ、民生委員、家族会、防犯・防犯組織等

〈職域〉企業、銀行等金融機関、消防、警察、スーパーマーケット

コンビニエンスストア、宅配業、公共交通機関等

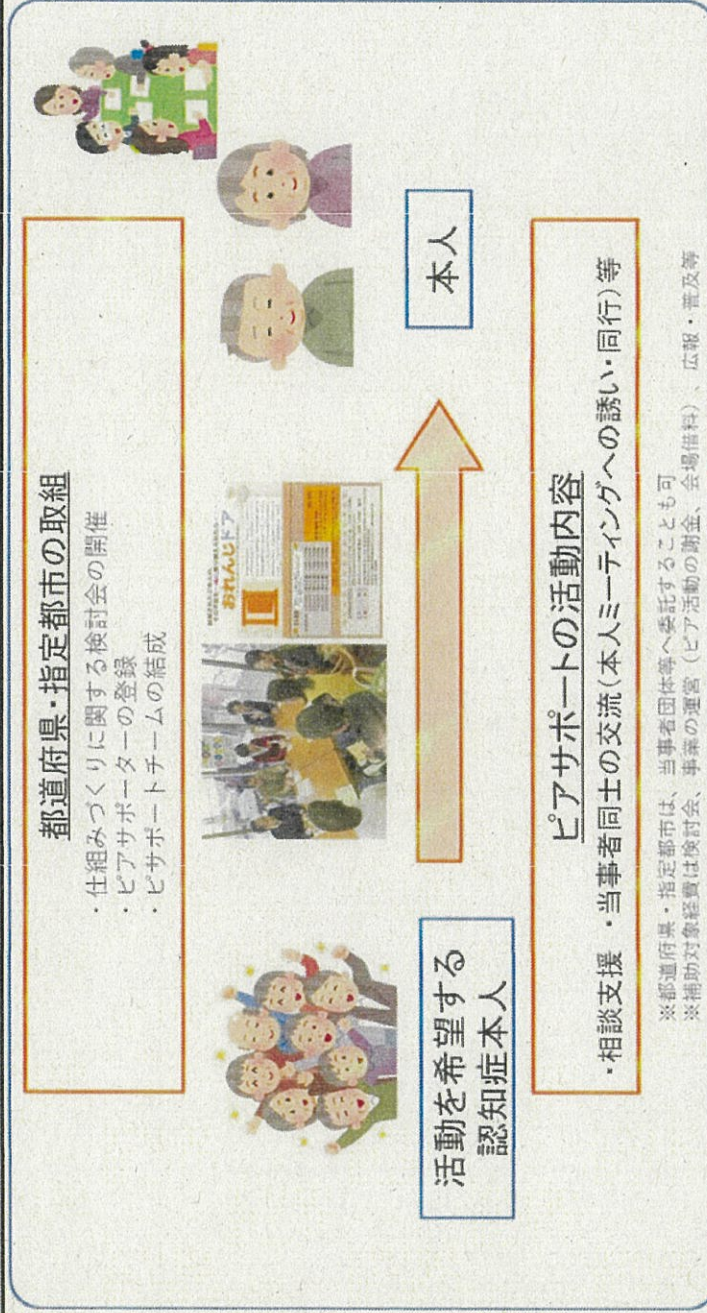
〈学校〉小中高等学校、教職員、PTA等



「認知症サポーター養成講座 DVD」
～スーパーマーケット編、マンション管理者編、
金融機関編、交通機関編、訪問介護編～

ピアサポーターによる本人支援の推進

- 認知症の方やその家族は、診断直後等は認知症の受容や今後の見通しなど大きな不安を抱えているため、前向きな一歩を踏み出せるよう、心理面、生活面の早期からの支援として、認知症の方の悩みや家族の身近な生活支援ニーズ等を把握し、認知症の方による相談支援（ピアサポート活動支援事業）を実施。
- 認知症の人の心理的な負担の軽減を図るとともに、認知症の人が地域を支える一員として活躍し、社会参加することを後押ししていく。



- 【事業名】ピアサポート活動支援事業（認知症総合戦略推進事業）
- 【目 標】2025（令和7）年
 - ・全都道府県においてピアサポーターによる本人支援を実施

■認知症の理解を深める普及・啓発キャンペーン

「認知症と共に生きる社会」、誰もが自分らしく暮らすことができる「地域共生社会」の中で、「認知症」をどう考えるか、一人ひとりが自分のことと考えるためのDVDを作成。

※映像内容は、下記のURLからも確認いただけます。

https://www.npwo.or.jp/dementia_campaign/index.html






DVD映像は、4人の認知症当事者が、今、伝えたいことを、考え話し合ったものです。

～以下、『活用の手引き』から抜粋～

- とりわけ、これまであまり「認知症」について考えてこなかった、そのような人に向けて視聴いただきたいと思っています。
- 自分の抱いていた「認知症」とどこが同じなのか、あるいはどこが違うのか、認知症の人の発言を聞いてどう思ったかなど、改めて「認知症」について考えてみてください。
- 多様な価値観の中で、あなた自身の「認知症観」を考えていただきたいのです。ですので、このDVDは、認知症について何らかの「答え」を提供するものではありません。むしろ、話し合った認知症の当事者からの「問いかけ」とも言えるでしょう。それぞれの答えは、これを見た皆さんの側にあります。




平成29年度老人保健健康増進等事業「認知症の理解を深める普及・啓発キャンペーン」の効果的な実施方法等に関する調査研究」

出典：厚生労働省資料

本人ミーティングを 知る



本人ミーティングとは何か、何が大切かを伝えている本人

★本人ミーティングとは

認知症の本人が集い、本人同士が主になって、自らの体験や希望、必要としていることを語り合い、自分たちのこれからのよりよい暮らし、暮らしやすい地域のあり方を一緒に話し合う場です。
『楽しく美しい！』に加えて、本人だからこその気持ちや意見を本人同士で語り合い、それらを本人同士、そして地域に伝えていくための集まりです。

★なぜ、本人ミーティングが必要？

本人

- ◆ 声をよく聞いてもらえない
- ◆ わかってくれる人、仲間に出会えない
- ◆ 世話になる一方ばかり、役立ちたい気持ち
- ◆ 自分の暮らしに役立つ支えがない
- ◆ 生きていく張り合いがない
- ◆ とじこもる、元気がなくなる

地域の人、支援関係者、行政

- ◆ 本人の声をよく聞いたことがない
- ◆ 本人のことが、よくわからない
- ◆ つきあい方、支え方がよくわからない
- ◆ 本人が地域の中で元気で生きがいをもって暮らしているために、どんな(新しい)サービスが必要かわからない

- 本人が仲間と出会い、思いを率直に語れる場/聴く場が、地域にあったら、お互いに、楽に、元気になる。
- 本人が、声をもとに本人と地域の様々な人が一緒に考え活かしていくことで、やさしいまちをスムーズにつくれる。

地域の現状を、みんなで一緒に、よりよく変えていこうとして
始まったのが、本人ミーティングです。

※ 平成28年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業)「認知症の視点重視した生活実態調査及び認知症施策の企画立案や評価に反映させるための方法論等に関する調査研究事業」 本人ミーティング開催ガイドブック https://www.ilsjapan.org/_study/

★本人ミーティングのねらい

○ 本人ミーティングは、認知症の人の視点を重視したやさしい地域づくりを具体的に進めていくための方法です。



◎ 参考

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)【抜粋】

- ▶ 認知症の人が住み慣れた地域でより暮らし続けるために必要と感じていることについて実態調査を行う。
- ▶ 認知症の人の暮らしを思い、カフェを運営した地域の中で異なる高齢者と寄り添いけるような認知症の人の生きがいづくりを支援する取組を推進する。
- ▶ 認知症の本人とその家族の悩みは、本県だけでなく、他府自治体レベルでも増加傾向をみせ、改善が必要とされている。本県では、本県だけでなく、認知症の本人やその家族の悩みを認知症の専門家、医療や介護に反映させるための好事例の収集や方法論の検討を進め、これも発信すること。自治体単位では推進していく。

ニッポン一歩先取りプラン【抜粋】

- ▶ 認知症の人が住み慣れた地域でより暮らし続ける取組を2020年度までに全市町村に普及させる。とりわけ認知症の介護を市町村や地域包括支援センターから住民に委ねる。

2. 通いの場の類型化

運営 ※	場所	活動
住民個人(有志・ボランティア等)	個人宅・空き家	体操(運動)
住民団体(自治会、NPO法人等)	公民館・自治会館・集会所	会食
行政(介護予防担当部局)	公園	茶話会
行政(介護予防担当部局以外)	農園	認知症予防
社会福祉協議会	学校・廃校	趣味活動
専門職団体	医療機関の空きスペース	農作業
医療機関(病院、診療所、薬局等)	介護関係施設・事業所の空きスペース	生涯学習
介護関係施設・事業所	店舗の空きスペース・空き店舗	ボランティア活動
民間企業		就労的活動
		多世代交流

※住民以外が運営する場合でも、住民が主体的に取り組むことに留意すること

＜「通いの場」の捉え方＞ 上記の類型化も参考に、

- ① 介護予防に資すると市町村が判断する通いの場であること
- ② 住民が主体的に取り組んでいること
- ③ 通いの場の運営について、市町村が財政的支援を行っているものに限らないこと
- ④ 月1回以上の活動実績があるもの

なお、類型化で示しているものは例示であり、多様な通いの場の取組が展開されるよう、今後も先進的な事例等を参考に更新予定

「一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会取りまとめ」を踏まえ、明確化する範囲

東京都 足立区

人口	692,793人
高齢化率	24.8%
要介護認定率	21.0% (1号被保険者のみ)
地域包括支援センター数	25か所 (うち基幹1か所)
認知症施策担当部署	福祉部高齢者施策推進室地域包括ケア推進課
介護予防事業担当部署	同上
認知症予防の取組の位置づけ	認知症施策、介護予防事業の一環として実施

概要と特長

65歳以上高齢者数が約17万人おり、一人ひとりにアプローチすることに限界があることから、地域での見守りの仕組みを構築することに重点を置いている。認知症の予防・早期支援は①理解促進・啓発、②認知症の方や家族への支援、③早期発見の3つの柱に基づき行われている。また、区役所に「地域の方から推進部をつくり担当課」があり、「孤立ゼロプロジェクト」として地域の町会・自治会や民生・児童委員の協力により、介護サービスを利用していない70歳以上の単身高齢者世帯と75歳以上のみの世帯に対して訪問調査（平成30年度：46,906世帯）を行い、孤立の可能性を確認すると共に、地域社会や支援につなげていく取組を行っている。

① 脳活フェスタ (HPOが主催、HPOが主催、HPOが主催)

主催者	区役所、小売業
実施場所	大型商業施設内イベント広場、スーパー
実施頻度	年1回
取組の啓発方法	ポスター、チラシ、広報
住民の参加状況	1回あたり：約3,300人
事業費	年約120万円 *ポスター、チラシの印刷、当日講師への謝礼のみ

*令和2年度の開催状況、新型コロナウイルス感染症流行のため中止

区内にある大型商業施設にて年に1回、認知症予防に特化した「あだち脳活フェスタ」を開催。専門職による相談コーナーの他、体操やウォーキング教室、健康フットボールといった運動関係や、東京都健康長寿医療センター研究所の医師による講話、介護の現場で活躍しているロボットとのふれあいや脳トレコーナー等、様々な催しが行われる。

<取組を通ずるにあたり工夫した点>

講演会を開催しても、情報を届けたい世代の人が集まらないことに課題を感じており、区民が日頃利用する場所（ショッピングモール）でイベントを行うこととした。高齢者に限らず全世代の区民の目に留まり、認知症に対する理解の促進や、不安や心配があるけれど、どこに相談に行ったらよいかわからないといった方が気軽に相談できる場とした。また、企業側も食品フロアで認知症予防のおすすしめしを紹介するなど、CSRとして積極的イベントの盛り上げに協力的である。



<市民や関係団体等からの評価>

参加者からは脳トレや体操、クイズラリーなどのプログラムを楽しみながら認知症への理解が深まったと声をいけられた。また、開催に当たって協力関係機関からも評価いただき、医療機関や介護事業所の方々が自主的に参加するなど、関係者も意義あるものとして協力をしてくれている。

<今後の取組の課題>

従来の集客型の講演会から、あだちターゲット層が多い大型商業施設に出向くという発想の転換から実施に至った事業である。区では事前にポスター、チラシ、広報、HP等で周知したが、アンケート結果では「買い物にきたらまたまたやってほしい」の回答者が半数以上であった。来場者の約半数が65歳未満で、認知症への理解、早期取組の重要性、さまざまな支援策など、認知症を自分のこととして認識してもらおうという目的は達成されたと考えている。

【令和2年度作成脳リーフレット】

新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、フェスタの開催は中止したが、下記のリーフレットを作成・配布。



② 孤立ゼロプロジェクト (Withプロジェクト)

単身世帯や高齢者のみの世帯が増加する一方で、血縁関係の弱体化などで社会的に孤立状態になる人が増えていることを踏まえ、介護保険サービスを利用していない70歳以上の単身世帯および75歳以上のみの世帯に対し、区内の町会・自治会や民生・児童委員が協力し、調査員として各世帯を個別に訪問している。

主催者	区役所、各町会・自治会、民生・児童委員
実施場所	個別の自宅訪問
実施頻度	概ね3年に1度(実施町会・自治会により異なる)
取組の啓発方法	チラシ、ポスター、広報
住民の参加状況	該当世帯に対し、全戸訪問完了(平成30年度:46,906世帯) 現在、2回以降の調査を実施(2回目以降調査終了率83.0%、48,576世帯)
事業費	年130,135千円(令和2年度予算)

*令和2年度の実施状況、中社

【孤立ゼロプロジェクトの流れ】

1. 気づく
町会・自治会や民生・児童委員の協力により、該当者の自宅を戸別訪問し、困ったときに相談相手はいるか、世間話をする頻度など聞き取り調査を実施
2. つなげる
1で気づいた方は地域包括支援センターの職員が訪問。話し相手が必要な方や相談相手がない方、孤立の恐れのある方に対し、「車のあんしん協力員」の紹介や、介護サービスなどの支援を実施。
3. 寄り添う
町会・自治会の活動や絆や車のあんしん協力員、日常の近所付き合いの中で、声かけや見守りを実施。
4. 居場所づくり・社会参加へ
車のあんしん協力員や地域包括支援センター、社会福祉協議会等が地域のイベントや教室、サロン等を紹介し、地域社会に参加。

<取組を進めるにあたり工夫した点>

該当する高齢者宅の訪問をそれぞれの地域の町会・自治会や民生・児童委員に依頼することで、その地域で暮らす高齢者の状況を、町会や自治会、民生・児童委員が把握することができることに加え、その後の見守り等につなげやすい。

<市民や関係団体からの評判>

高齢者実態調査を通じて、地域の現状を知り、地域の見守り活動につなげることができた。地域包括支援センターとかがわりができることで、気になる高齢者を地域包括支援センターに情報提供できるようになった。

<事業評価をどのように行っているか>

※数字は令和2年12月末の状況
高齢者実態調査により孤立のおそれのあると判断された人を、地域社会につなげることが重要である。

- 高齢者実態調査により孤立のおそれのあるとされた世帯 13,190世帯
(その後の対応状況)

地域包括支援センターの追加調査により孤立のおそれのないと判断された世帯 8,027世帯
地域社会や支援につながった世帯数 4,375世帯
地域包括支援センターによる状況確認中の世帯 788世帯

【絆のあんしんネットワーク リーフレット】



<その他の取組>

- ファーストフード店を使った認知症カフェの開催(令和元年度11月から2月まで4回開催) 延べ44名が参加。認知症や介護サービスなどについて保健師や看護師がミニ講座を行い、個別相談を実施した。今後の方向性として、区内にある同じファーストフード会社の他店舗にて同様の取組の実施依頼が来ていることから、調整を行っていく。

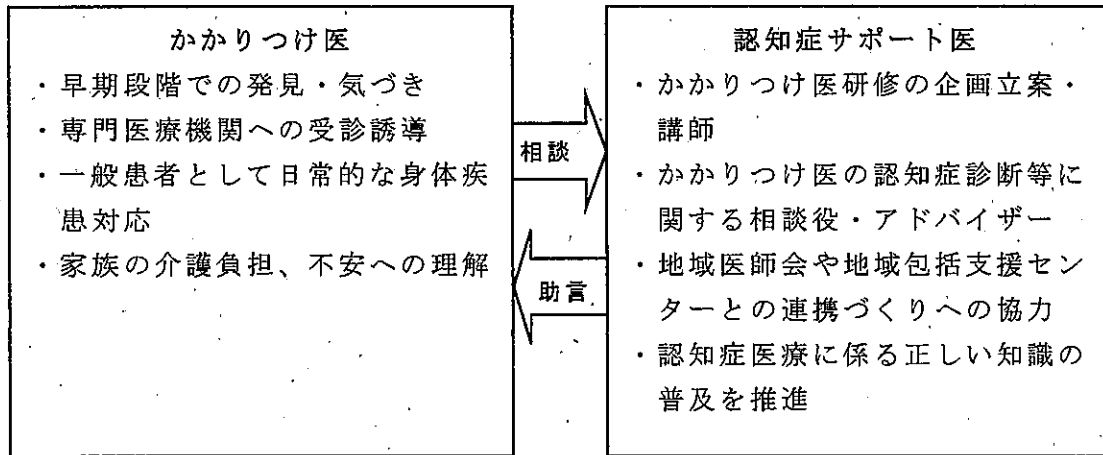
<事業を進める上で心がけていること>

人口が多いので、「地域で見守る」ということを目指して様々な事業を行っている。「あのおばあちゃん、認知症なんだった」という時に、「じゃあ、何かあった時に見ておくれ」という一言ができるような町にしていきたいことが目標。

医療従事者等の認知症対応力向上の促進

かかりつけ医・認知症サポート医

- 身近なかかりつけ医が認知症に対する対応力を高め、必要に応じて適切な医療機関に繋ぐことが重要。かかりつけ医の認知症対応力を向上させるための研修や、かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役等の役割を担う認知症サポート医の養成を進める。



【事業名】 かかりつけ医等の対応力向上研修、認知症サポート医の養成研修事業

【目標値】 かかりつけ医：2025（令和7）年 9.0万人

※2021（令和3）年度末実績：7.2万人

認知症サポート医：2025（令和7）年 1.6万人

※2021（令和3）年度末実績：1.2万人

出典：厚生労働省資料

医療従事者等の認知症対応力向上の促進

歯科医師・薬剤師

- 歯科医師等による口腔機能の管理や薬剤師による服薬指導等を通じてこれらの専門家が高齢者等と接する中で、認知症の疑いがある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応するとともに、その後も認知症の人の状況に応じた口腔機能の管理や服薬指導等を適切に行うことを推進する。

平成28年度開始	歯科医師認知症対応力向上 研修事業	薬剤師認知症対応力向上研修
実施主体	都道府県・指定都市（事業運営の一部を適切な事業運営が確保できると認められる関係団体等に委託することができる）	
研修対象者	各都道府県及び指定都市管内で勤務（開業を含む）する歯科医師	各都道府県及び指定都市管内で勤務（開業を含む）する薬剤師
標準カリキュラム	1) かかりつけ歯科医師の役割(30分) 2) 基礎知識(60分) 3) 歯科診療における実践(60分) 4) 地域・生活における実践(60分) 計：210分	1) かかりつけ薬剤師の役割(30分) 2) 基礎知識(60分) 3) 薬局業務における実践(60分) 4) 地域・生活における実践(60分) 計：210分
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症歯科医療に精通した歯科医師等の協力の下行う。 ・ 研修受講者の募集に当たっては、各都道府県歯科医師会、関係団体等の協力を得て行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症薬やその服薬管理に精通した薬剤師等の協力の下行う。 ・ 研修受講者の募集に当たっては、各都道府県薬剤師会、関係団体等の協力を得て行う。

【目標値】

歯科医師：2025(令和7)年4万人(2021(令和3)年度末実績：2.1万人)

薬剤師：2025(令和7)年6万人(2021(令和3)年度末実績：4.2万人)

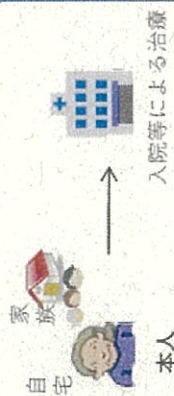
出典：厚生労働省資料

医療従事者等の認知症対応力向上の促進

病院勤務の医療・看護職員

<病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修事業・看護職員認知症対応力向上研修事業>
 病院勤務の医療従事者等の認知症対応力を向上させるための研修を、関係団体の協力を得ながら実施する。

身体合併症等への適切な対応



【病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修】
 ・身体合併症への早期対応
 認知症の人の個別性に合わせた適切な対応を推進する

【看護職員認知症対応力向上研修】
 ・研修受講者が同じ医療機関等の看護職員に対して伝達することで、医療機関内等での認知症ケアの適切な実施とマネジメント体制を構築を目指す

KPI/目標

【事業名】 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修

【目標値】 2025（令和7）年 30万人 ※2021（令和3）年度末実績 18.8万人

【事業名】 看護職員認知症対応力向上研修

【目標値】 看護師等（病院勤務） 2025（令和7）年 4万人 ※2021（令和3）年度末実績 2.5万人

※病院勤務以外の看護師等（診療所・訪問看護ステーション・介護事業所等）

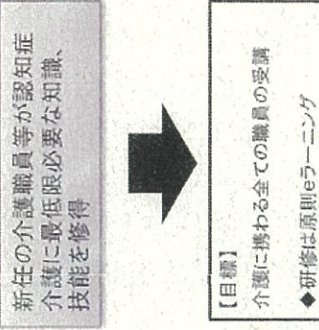
の目標値は実態把握をふまえて検討

（令和3年度より病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修を創設）

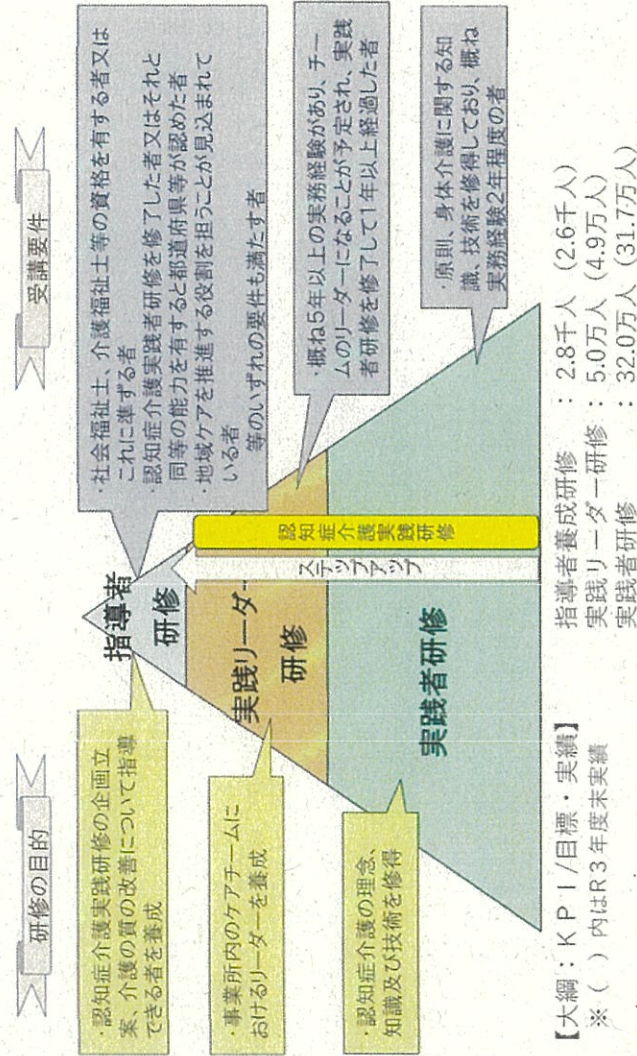
介護従事者等の認知症対応力向上の促進

○ 認知症についての理解のもと本人主体の介護を行うことで、できる限り認知症状の進行を遅らせ、行動・心理症状（BPSD）を予防できるよう、認知症介護基礎研修、認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護指導者養成研修を推進する。研修の推進にあたっては、eラーニングの部分的活用の可能性を含めた、受講者がより受講しやすい仕組みについて引き続き検討していく。

【認知症介護基礎研修】



【認知症介護指導者養成研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修】



認知症疾患医療センター運営事業

- 認知症疾患に関する鑑別診断や医療相談を行うほか、地域での認知症医療提供体制の構築を図る事業（H20年度創設）
- 本人や家族に対し今後の生活等に関する不安が軽減されるよう行う「診断後等支援」や、都道府県・指定都市が行う地域連携体制の推進等を支援する「事業の着実な実施に向けた取組」なども実施
- 実施主体：都道府県・指定都市（病院または診療所を指定）
- 設置数：全国に499か所（令和4年10月現在）【認知症施策推進大綱：KPI/目標】全国で500か所、2次医療圏ごとに1か所以上（2020年度末）

	基幹型Ⅰ	基幹型Ⅱ	地域型	連携型
主な医療機関	総合病院、大学病院等		精神科病院、一般病院	診療所、一般病院
設置数 (令和4年10月現在)	17ヶ所	4ヶ所	382ヶ所	96ヶ所
基本的活動圏域	都道府県圏域		二次医療圏域	
専門的医療機能	鑑別診断所	認知症の鑑別診断及び専門医療相談		
	人員配置	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専門医又は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（1名以上） ・ 臨床心理技術士（1名以上） ・ 精神保健福祉士又は保健師等（2名以上） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専門医又は鑑別診断と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（1名以上） ・ 臨床心理技術者（1名以上） ・ 精神保健福祉士又は保健師等（2名以上） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 専門医又は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（1名以上） ・ 看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等（1名以上）
	検査体制 (※他の医療機関との連携で可)	<ul style="list-style-type: none"> ・ CT ・ MRI ・ SPECT (※) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ CT ・ MRI (※) ・ SPECT (※) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ CT (※) ・ MRI (※) ・ SPECT (※)
	BPSD・身体合併症対応	救急医療機関として空床を確保	急性期入院治療を行える他の医療機関との連携で可	
	医療相談室の設置	必須		
地域連携機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域への認知症に関する情報発信、普及啓発、地域住民からの相談対応 ・ 認知症サポート医、かかりつけ医や地域包括支援センター等に対する研修の実施 ・ 地域での連携体制強化のための「認知症疾患医療センター地域連携会議」の組織化等 			
診断後等支援機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 診断後等の認知症の人や家族に対する相談支援や当事者等によるピア活動や交流会の開催 			
事業の着実な実施に向けた取組の推進	都道府県・指定都市が行う取組みへの積極的な関与		※基幹型が存在しない場合、地域型・連携型が連携することにより実施	

【目標値】

歯科医師：2025(令和7)年4万人（2021(令和3)年度末実績：2.1万人）
 薬剤師：2025(令和7)年6万人（2021(令和3)年度末実績：4.2万人）

二次医療圏域別認知症疾患医療センター設置数

令和4年10月現在

	二次医療圏域 数	疾患センター 設置圏域数	認知症疾患 医療センター数	設置率 (設置圏域数/二次 医療圏域数)
01 北海道	21	14	24	66.6%
02 青森県	6	6	6	100.0%
03 岩手県	9	9	9	100.0%
04 宮城県	4	4	11	100.0%
05 秋田県	8	8	9	100.0%
06 山形県	4	4	5	100.0%
07 福島県	6	6	11	100.0%
08 茨城県	9	9	13	100.0%
09 栃木県	6	6	10	100.0%
10 群馬県	10	10	14	100.0%
11 埼玉県	10	10	10	100.0%
12 千葉県	9	9	11	100.0%
13 東京都	13	12	52	92.3%
14 神奈川県	9	9	23	100.0%
15 新潟県	7	7	13	100.0%
16 富山県	4	4	4	100.0%
17 石川県	4	3	3	75.0%
18 福井県	4	2	2	50.0%
19 山形県	4	4	4	100.0%
20 長野県	10	10	11	100.0%
21 岐阜県	5	5	8	100.0%
22 静岡県	8	8	15	100.0%
23 愛知県	11	10	14	90.9%
24 三重県	4	4	9	100.0%
25 滋賀県	7	6	8	85.7%
26 京都府	6	6	9	100.0%
27 大阪府	8	8	14	100.0%
28 兵庫県	8	8	25	100.0%
29 奈良県	5	3	4	60.0%
30 和歌山県	7	7	8	100.0%
31 鳥取県	3	3	5	100.0%
32 島根県	7	7	11	100.0%
33 岡山県	5	5	9	100.0%
34 広島県	7	7	10	100.0%
35 山口県	8	8	8	100.0%
36 徳島県	3	3	4	100.0%
37 香川県	3	3	6	100.0%
38 愛媛県	6	6	7	100.0%
39 高知県	4	4	5	100.0%
40 福岡県	13	12	16	92.3%
41 佐賀県	5	5	5	100.0%
42 長崎県	8	8	9	100.0%
43 熊本県	10	10	12	100.0%
44 大分県	6	6	8	100.0%
45 宮崎県	7	6	6	100.0%
46 鹿児島県	9	9	12	100.0%
47 沖縄県	5	5	7	100.0%
計	335	318	499	94.9%

出典：厚生労働省資料

神戸市の認知症疾患医療センターの整備状況について

※類型（1：基幹型 1.2 基幹型Ⅱ、3：地域型、4：連携型）

令和4年10月現在

都市	医療機関名	開設者（設立法人等）	住所	類型
(略)				
神戸市	神戸大学医学部附属病院	国立大学法人	神戸市中央楠町7-5-2	3
	甲南医療センター	公益財団法人 甲南会	神戸市東灘区鴨子ヶ原1丁目5-16	3
	神戸百年記念病院	医療法人社団	神戸市兵庫区御崎町	3
	新生病院	医療法人	神戸市伊川谷町潤和字横尾238-475	3
	兵庫県ひょうごこころの医療センター	兵庫県	神戸市北区山田町上谷上字登り尾3	3
	宮地病院	医療法人 明倫会	神戸市東灘区本山町4-1-8	3
	神戸市立医療センター西市民病院	地方独立行政法人 神戸市民病院機構	神戸市長田区一番2丁目4番	3
(略)				

出典：厚生労働省資料

砂川市立病院認知症疾患医療センターの取組 ～砂川モデル～

別添

○地域包括支援センターをはじめとした地域の関係機関との連携を促進し、地域で認知症に関わる体制づくりを行っている。

【担当圏域の基礎情報】(H30年1月1日時点)

北海道		中空知圏域	
人口	5,307,813人	105,589人	
高齢者人口(高齢化率)	1,617,164人(30.5%)	40,993人(38.8%)	
認知症疾患医療センター数	18箇所	1箇所	

【砂川市立病院認知症疾患医療センターの概要】(H30年4月1日時点)

類型	施設種別	地域型
医療機関種別	一般病院	
設置主体	市	
病床数	精神科病床80床	
新規入院者数	307人	
平均在院日数(100日超の入院者数)	72日(63人)	
在宅医療率	59.8%	
再入院率(3ヵ月)	13.0%	
配置職員数(精神科病床関係)		
医師	4人	看護師 32人
作業療法士	2人	PSW 4人
臨床心理士	1人	事務職員 0人

【認知症疾患医療センター事業の概要・状況】

＜地域の関係機関との連携体制の構築＞

①地域の医療機関との連携体制の構築
 中空知管内55か所の医療機関と連携承諾書を交わし、認知症相談医(窓口)として連携を依頼。診断は認知症疾患医療センターで、治療は認知症疾患医療センターと相談医が連携して実施し、地域全体で認知症医療に関わる体制を構築。

②地域包括支援センター・居宅介護事業所との連携体制の構築

管内の地域包括支援センターや居宅介護事業所との、定期的な懇談会を開催。

③地域連携バス(支え合い連携手帳)の普及

認知症の本人・家族等に対し地域連携バスを発行し、家族等が本人の日頃の様子を記載して、かかりつけ医や介護支援専門員と情報共有できるツールとして普及を図っている。
 管内の認知症疾患医療センター等との連携

北海道認知症疾患医療センター懇談会(年2回)、認知症疾患医療センター全国研修会(H26年度)を開催し、認知症疾患医療センター間の情報共有や研鑽の場作りを促進。

北海道と連携して、北海道認知症疾患医療連携協議会、北海道認知症初期集中支援チームフォローアップ研修会を、道医師会と連携して北海道サポート医連絡協議会を開催している。

＜認知症に関する知識や理解の普及・啓発＞
 様々な研修会(ケアスタッフ研修会・認知症多職種事例検討会・かかりつけ医研修会・認知症初期集中支援チーム懇談会)、認知症家族教室、レビニ小体型認知症本人と家族の交流会、認知症グループホーム見学会の開催を通じて、認知症に関する知識や理解の普及・啓発を行っている。

【取組① 地域包括支援センター懇談会の開催】

・H22年度から、年に1回、管内11か所(6市5町)の地域包括支援センターとの懇談会を主催している。

・認知症疾患医療センターの年間実働状況や、地域包括支援センターの見守り体制・困難事例等について情報共有を実施している。事前アンケートにてテーマを募り、例えば、「認知症疾患医療センターと地域包括支援センターの連携について」や「認知症高齢者への対応事例について」等、テーマを設定しての意見交換を実施している。



・懇談会により、認知症疾患医療センターと地域包括支援センターの「顔の見える関係」が構築でき、BPSD等の緊急を要するケースのスムーズな入院対応や、受診予約時の地域包括支援センターからの情報提供等につながっている。

【取組② 介護支援専門員懇談会の開催】

・H26年度から、年に1回、管内の地域包括支援センターや居宅介護事業所に所属する介護支援専門員との懇談会を主催している。

・懇談会にて、入院時に介護支援専門員と認知症疾患医療センター間(一般病棟でも使用可)で活用する専用の「情報共有シート」を整備し、スムーズな退院に向けて、入院時から必要な情報共有・支援が実施できるようにした。



・介護報酬や診療報酬についてのトピックスの共有を行っている。

【取組③ 認知症初期集中支援チームへの協力】

・管内市町の認知症初期集中支援チームに対し、認知症疾患医療センターの医師(サポート医)・看護師・精神保健福祉士をチーム員として協力派遣。チーム会議は認知症疾患医療センターにて開催している。

・他所の一部のチーム員は、認知症疾患医療センター内にデスクをおき、アウトリーチを実施できる体制をとっている。

・管内の認知症初期集中支援チームの懇談会や、今後道主催で開催する認知症初期集中支援チームフォローアップ研修会では、研修企画、講師派遣について協力を行う。

広島県西部認知症疾患医療センターの取組 ～地域包括ケアの質の向上のために～

○合併型センターによる医療と介護のワンストップサービスを利用した早期診断・早期介入による認知症の重症化防止と、地域生活の維持を目標としている。

【担当地域の基礎情報】(H30年1月時点)

人口	2,848,846人	広島県	2,848,846人	145,182人	広島市・大竹圏域
高齢者人口率(高齢化率)	30.3%	30.3%	803,704人(28.2%)	43,169人(29.7%)	
認知症疾患医療センター数	9箇所				1箇所

【広島県西部認知症疾患医療センターの概要】(H30年7月時点)

類型	地域型
医療機関種別	精神科病院
設置主体	医療法人
病床数(①精神科、②内科)	①296床、②290床
新規入院患者数(①精神科、②内科)(H29年度)	①153人、②32人
平均在院日数(①精神科、②内科)(H29年度)	①389日、②292日
在宅退院率(①精神科、②内科)(H29年度)	①10.1%、②31.0%
再入院率(①精神科、②内科)(H29年度)	①27.9%、②21.0%
配置職員数(合併型センター職員数)	医師 1人 作業療法士 1人 臨床心理師 1人 看護師 1人 PSW 1人 事務職 1人

【認知症疾患医療センター事業の概要・状況】

＜協議会の開催＞

- ①認知症疾患医療連携協議会：年に2回程度、地域の関係機関(県保健所、市、地域包括支援センター、社会福祉協議会、市医師会、市薬剤師会、家族会等)とのテーマを決めた検討会を主催。
- ②認知症疾患医療連携全体協議会：年に2回程度、県内の認知症疾患医療センターに対し、県交えた協議会を基幹施設として開催し、各センターの実績報告や事例検討を実施。

＜研修会の開催＞

- ①広島県認知症疾患医療センター合同セミナーを年に1回主催。他のセンターに対する技術指導を行い、最近では各センターの持ち回りにより、行政職、医師会、家族会、医療・福祉従事者、地域住民等500～600人の参加により実施している。
- ②認知症専門職研修会：年に1回、地域の医療・福祉従事者を対象とした研修会を主催。

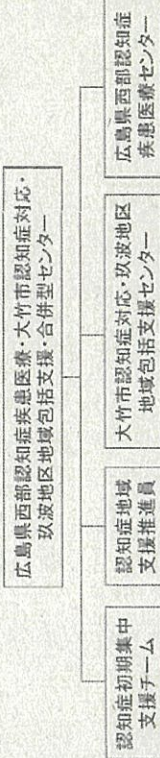
＜その他＞

- ①認知症地域支援推進員と認知症初期集中支援チームを配置し地域活動を行っている。さらに、一般病棟の認知症対応力向上のために、一般病棟出前型認知症初期集中支援チームの設置・派遣を行い、現地において医師を含む病棟スタッフに対する助言活動を行っている。本年度は介護施設に対しても、困難事例等に対して助言活動を行うこととしている。
- ②認知症地域連携バス(ひろしまオレンジバス)の発着
認知症の方の状態を家族・関係機関が共有し、適切な医療・ケアにつなげることを目的に、H26年度より県内の認知症疾患医療センターで発着開始(当センター累計発着件数：237件(430.6床時点))
- ③認知症カフェ～オレンジカフェいこいこ～
H28.9より月1回程度、センター内で認知症カフェを開催。各専門職(薬剤師、理学療法士、歯科衛生士、介護支援専門員等)のミニレクチャーも交えている。H29年度より地域の集会所等に出向く出張カフェを展開。
- ④認知症サポーター養成講座の開催
H27年度より小学校、高校、警察署、企業、地域住民等を対象の認知症サポーター養成講座を開催。

【取組① 合併型センターの体制整備】

- ・H27.7より、認知症疾患医療センター(以下＝医療センター)と地域包括支援センター(以下＝支援センター)を合併し、認知症疾患医療・地域包括支援合併型センターとして運営を開始。
- ・医療と介護をワンストップでサービスを開始するために、最初の面接時には、医療センターと支援センターのスタッフが同時にインテークしている。
- ・医療と介護のワンストップサービスを利用することによって早期介入し、重症化予防を行うと考えると考えられる利用者は、全体の約50%に及んでいる。
- ・かかりつけ医の通院に対して継続的にフォローして、情報交換と助言を行い、介護保険施設に対しても同様としている。

＜合併型センター組織図＞



【取組② 他機関と連携した早期発見・早期診断のための取組】

- ・地域住民から、地域に認知症の疑いがあるケースがあるが受診困難であるケースの相談を受けることがよくあり、早期発見・早期診断につなげ、継続して支援するために他の地域包括支援センター、民生委員、社会福祉協議会と連携している。
- ・また地域の集会所で開催される「生きがい教室」に併せて、認知症相談会を開催。認知症相談会をきっかけに、医療受診につなげている。

【取組③ 「顔の見える関係」づくり】

- ・認知症の方を支援する地域ケア会議に当支援センタースタッフが参加する際、当医療センタースタッフも参加したり、認知症カフェを開催することで、他の地域包括支援センターや民生委員等、地域の他機関との「顔の見える関係」の構築を進めており、医療と介護の連携が具体的に進むようになった。
- ・地域住民が主となる「いきいき百歳体操」を市と当支援センターが協力してサポートしており、当医療センタースタッフが協力しながら健康の維持や認知症予防に役立っている。
- ・合併型センターの地域での活動を通して、他の地域包括支援センターや社会福祉協議会、居宅介護事業所との接点が増え、早期相談や情報共有がはかっている。

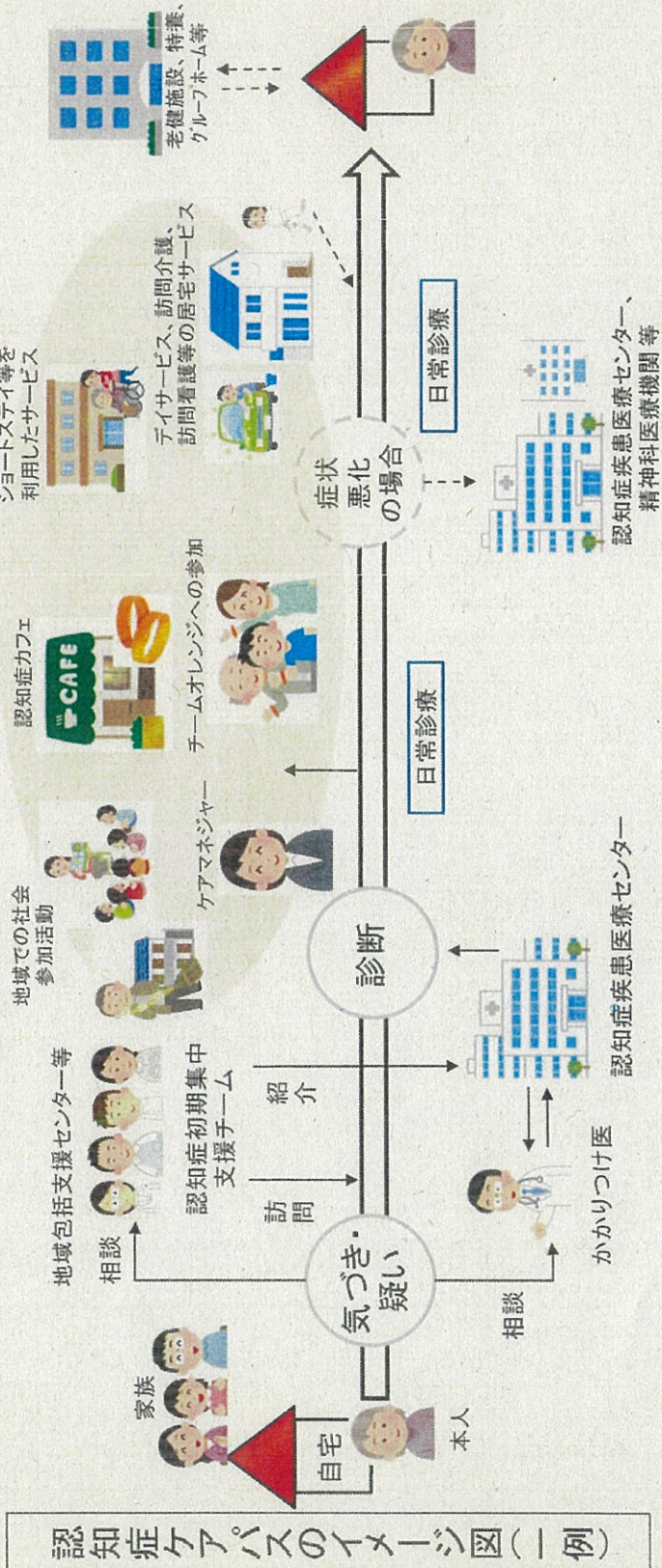
認知症ケアパス

- 認知症発症予防から人生の最終段階まで、認知症の容態に応じ、相談先や、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受けられるのか、これらの流れをあらかじめ標準的に示したもの。
- 市町村が地域の实情に合わせて作成し、住民や関係機関に広く周知することとしている。

～認知症施策推進大綱(抜粋)～

・地域の高齢者等の保健医療・介護等に関する総合相談窓口である地域包括支援センター及び認知症疾患医療センターを含めた認知症に関する相談体制を地域ごとに整備し、ホームページ等を活用した窓口へのアクセス手段についても総合的に整備する。また、その際に「認知症ケアパス」を積極的に活用し、認知症に関する基礎的な情報とともに、具体的な相談先や受診先の利用方法等が明確に伝わるようにする。

【KPI/目標】 市町村における「認知症ケアパス」作成率100%



利用可能な時期を示す帯の端の色が薄くなるのは、その人の状態によって利用の可否が変わるためです。サービスの利用に当たっては、ケアマネジャーやお近くのおとしより相談センターとご相談ください。また、それぞれの項目の具体的な内容については、次のページ以降をご覧ください。

2 サービスや支援の早見表

認知症の進行度	気づき～軽度認知障害 (MCI)	軽度 認知症	中等度 認知症	重度 認知症
本人の様子、状態など	<ul style="list-style-type: none"> もの忘れがしばしばみられ、新しいことが覚えにくくことがある いくつかの作業を同時にすることに、時間がかかる お金の管理や買い物、書類作成などを始め、日常生活は自立している 他項の中で活動することができ 	<ul style="list-style-type: none"> 散歩や雑草などの物を置いた場所を忘れたり、約束や予定を忘れることが頻繁にある 同じ物を何度も買ってしまうことがある 買い物や車庫、金銭管理、服薬管理にミスがみられるが、電話や入浴・トイレなどの身の回りのことは自分でできる 地域の活動に参加したり、つながりをもつこととていきいきと暮らすことができる 	<ul style="list-style-type: none"> 自分のいる場所がわからなくなることが増え、帰れなくなることがある 季節にあった服を選ぶことが難しくなる 料理、入浴、トイレなどがうまくできなくなることがある 身の回りのサポートが必要と、安心して過ごすことができる 	<ul style="list-style-type: none"> 家族や人の認識が難しくなる 服の袖口や物の使い方がわからなくなったり、トイレなどがうまくできなくなったり、常に介助が必要になる 症状が進行と、朝になり覚えていることが多いになる 会話や面話を理解することが難しくなるが、周囲の適切なサポートがあれば安心して過ごすことができる
相談したい (P11~12)	医師 (かかりつけ医・もの忘れ相談室・認知症サポート医) 認知症の人と家族の会 東京都支部 認知症医療連携センター 認知症専門外来	おとしより相談センター 「もの忘れ相談」 ケアマネジャー 介護者サポートネットワークセンター・アラジン 東京都若年性認知症総合支援センター (P28) 若年認知症サポートセンター (P26)	板橋区医師会在宅医療センター 療養相談室 訪問診療・薬局・訪問歯科診療・板橋区歯科医療連携センター	
医療機関を 探したい (P13~15)	認知症専門外来 各医療機関			
自宅での暮らしを 続けるために (P16~17)	高齢者電話訪問 ひとりぐらし高齢者見守りネットワーク事業 民間緊急通報システム 老人クラブ (友愛訪問) 高齢者等宅でのこみの戸別収集 高齢者見守りキーマンヘルパー ヘルプマーク ヘルプカード 認知症高齢者探索サービス「探せるナビ」 認知症高齢者外出支援事業「こいっしょサービス」 介護マーク 介護タクシー ぬくもりのサービス 配車サービス	高齢者見守りヘルパー ヘルプマーク ヘルプカード 認知症高齢者探索サービス「探せるナビ」 認知症高齢者外出支援事業「こいっしょサービス」 介護マーク 介護タクシー	訪問介護 (ホームヘルプサービス) 訪問型サービス 特定施設入居者生活介護 核あびつ等の支給 訪問入浴介護 訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅介護支援 理美容サービス	介護マーク 介護タクシー
施設を利用 したい (P18~19)	日常生活用具貸付 家具転倒防止器具貸付費用の助成 福祉施設入居の助成 福祉用具貸与 特定福祉用具購入 居宅介護住宅改修 住宅設備改修費の助成	通所介護 (デイサービス) 認知症対応型通所介護 通所リハビリテーション (デイケア) 地域密着型通所介護 短期入所生活介護 (ショートステイ) 短期入所療養介護 (医療型ショートステイ) 小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護 夜間対応型訪問看護 定時巡回・随時対応型訪問介護看護	通所介護 (デイサービス) 認知症対応型通所介護 通所リハビリテーション (デイケア) 地域密着型通所介護 短期入所生活介護 (ショートステイ) 短期入所療養介護 (医療型ショートステイ) 小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護 夜間対応型訪問看護 定時巡回・随時対応型訪問介護看護	介護マーク 介護タクシー
交流したい (P20)	一般介護予防事業 介護予防・生活支援サービス事業 地域の自主グループ・サロン	老人ホーム サービス付き高齢者向け住宅 養護老人ホーム 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) 地域密着型特定施設入居者生活介護 介護医療院 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	
家族が学ぶ、交流 する場所を知りたい (P21)	認知症カフェ 若年性認知症家族会 影里の会 (P26) 若年性いたばしの会 (P26)	認知症講座 認知症講演会		
安心して暮らせる地域に するために (P22~23)	認知症の方を介護する家族のための交流会			
お金や財産の不安 を解消したい (P25)	認知症サポーター養成講座 (認知症サポーター 高齢者あんしん協力店) 認知症戸かけ訓練 権利保護総合相談 地域福祉権利保護事業 権利保護専門相談 成年後見制度利用支援 板橋区消費者センター 高齢者被害110番 高齢消費者見守りホットライン 消費者ホットライン 高齢者ボランティア 高齢者見守りホットライン 高齢者ボランティア 特別非対面	認知症サポーター養成講座 (認知症サポーター 高齢者あんしん協力店) 認知症戸かけ訓練 権利保護総合相談 地域福祉権利保護事業 権利保護専門相談 成年後見制度利用支援 板橋区消費者センター 高齢者被害110番 高齢消費者見守りホットライン 消費者ホットライン 高齢者ボランティア 特別非対面		

認知症の人を支援する体制など

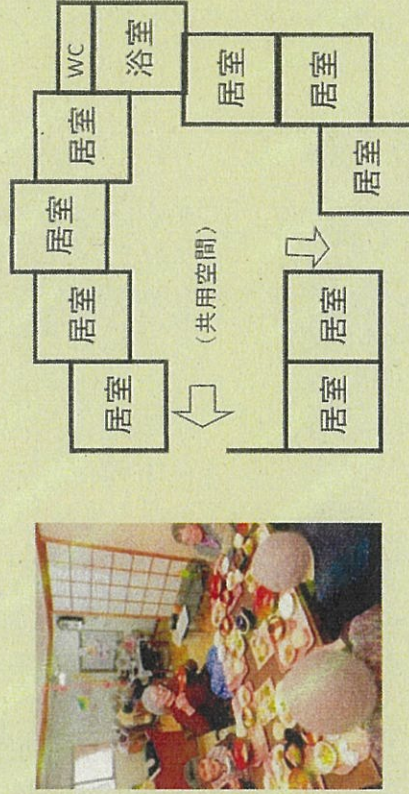
認知症対応型共同生活介護の概要

認知症(急性を除く)の高齢者等に対して、共同生活住居で、家庭的な環境と地域住民との交流の下、入浴・排せつ・食事等の介護などの日常生活上の世話と機能訓練を行い、能力に応じ自立した日常生活を営めるようにする。



- 住宅地等に立地
- 利用者一人一人の人格を尊重し、家庭的な環境の下で日常生活ができるよう、以下の職員を配置してサービスを提供
 - ・介護従業者
 - 日中：利用者3人に1人(常勤換算)
 - 夜間：ユニットごとに1人
 - ・計画作成担当者
 - ・ユニットごとに1人 (最低1人は介護支援専門員)
 - ・管理者
 - 3年以上認知症の介護従事経験のある者が常勤専従

共同生活住居(ユニット)のイメージ



- 1事業所あたり、原則として1又は2の共同生活住居(ユニット)を運営
- 1ユニットの定員は、5人以上9人以下
- 居室は、7.4-3㎡(和室4.5畳)以上で原則個室
- 居間・食堂・台所・浴室等日常生活に必要な設備

＜地域との関わり＞

- 利用者・家族・地域住民・外部有識者等から構成される運営推進会議を設置するとともに、外部の視点からも運営を評価する仕組みとなっている。

認知症の人の
日常生活・社会
生活における
意思決定支援
ガイドライン

あなたの“決める”も
みんなできさせる
意思決定支援にかかわる
すべての人に知っておいてほしいこと

できることはたくさんある。
それを聴いてほしい、
かなえたい。



令和3年度
老人保健事業推進費補助金
(老人保健健康増進等事業分)

出典：厚生労働省資料

意思決定支援やガイドラインをもっと知りたい
↑ ガイドラインをくわしく解説してほしい(ガイドライン補助資料)



意思決定支援ガイドラインの
読み方と活かし方



ガイドラインを
どう読んで、
どう活かすか、
事例に沿って
分かりやすく

↑ ガイドラインの説明を聞いてみたい(専門職研修動画教材)



意思決定支援ガイドライン研修
(医療職向け組み込み型研修)

ご本人の声
(メッセージ)
もあります



意思決定支援ガイドライン研修
(介護職向け組み込み型研修)

認知症の人の
日常生活・社会
生活における
意思決定支援
ガイドライン

令和3年度 老人保健事業推進費補助金(老人保健健康増進等事業分)
認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドラインの
普及・定着に向けた調査研究事業 編

決められない人だから
代わりに決めてあげる
から
本人の意思に基づいて
「本人が決める」ことの
支援へ

意思決定支援の重要性

○ 一人ひとりが自分で意思を形成し、それを表明でき、その
意思が尊重され、日常生活・社会生活を決めていくことは
とても重要なことであって、このことは認知症の人につい
ても同様のことです。



意思決定支援とは

○ 認知症の人(認知症と診断された場合のほか、認知機能
の低下が疑われ意思決定能力が不十分な人を含みます)
であっても、その能力を最大限活かして、日常生活・社会
生活に關して自らの意思に基づいた生活を送ることがで
きるようにするために、意思決定支援に関わる全ての
人による本人支援、と示されています。

日常生活での
「決める」の場面とは

- ▶ 自分の好きなものを買う、運んだ袋を捨てる
 - ▶ 行きたいと思う場所に出掛ける
 - ▶ 入所中の施設の手続きに参加する など
- これまでの生活や習慣が戻ることが尊重される場面
日常生活が確保される。これが尊重される場面

社会生活での
「決める」の場面とは

- ▶ 住まいの場所変更が、後い暮らしを要する
 - ▶ 介護・ケアマネージャを要する など
 - ▶ 自宅を売却する
- 本人のとうって意思が尊重されることのできない
重大な影響が及ぼされる場面



ガイドラインを
読むには
こちらから

認知症の人の
日常生活・社会
生活における
意思決定支援
ガイドライン

ご本人の声で説明します

時間・場所、一緒にいる人

- こうしたい、どっちがいい、などを決める
とき、まず自分を知ってくれて、話を聞いて
くれるような信頼できる人に支援してほ
らいたいよ。
- 立ち会う人も、遠慮なく自分の意見が言
えるような人がいいね。
- 普段行かないような慣れない場所よりも、
自宅がいいです。ありがたいけど、大勢
で取り囲まれ
ちゃ、言いた
いこともあま
り言えないし。



「思う」「考える」をさせる

- 自分で選んで決めたいけど、遠いがよく分
からないから選べないなあ。
- たくさん説明してくれるときは、ゆっくり
と分かりやすくお願いします。あと、紙
に図や表などで書いてくれると分かりや
すいです。
- 「Aですか・Bですか」だけじゃなくて、「何
がしたいですか」、「どうしたいですか」つ
て聞かれる方が、したいことを言いやす
いなあ。
- 説明の途中で、確認してくれるといいで
す。最初の方に言われたことがあやふや
になっちゃうから。

確認や振り返り

- 支援に関わる皆さんに自分のことを分
かってもらえると安心だし、前に言ったこ
と、ちょっとしたこと、覚えていてほしい
よ。
- 一緒に考えたことを、一緒に振り返れば
思い出すこともあります。決めていく途
中のていねいな支援がうれしいです。

意思決定支援の原則

- 1 本人の意思の尊重
- 2 本人の意思決定能力への配慮
- 3 早期からの継続的支援

意思決定支援のプロセス(流れ)

環境の整備

意思決定支援の3要素

意思形成
の支援

適切な情報、認識、
環境の下で意思が
形成されることに
対する支援

意思表明
の支援

形成された意思を
適切に表明・表出
することに対する
支援

意思実現
の支援

本人の意思を日常
生活・社会生活に
反映することに
対する支援

プロセスの記録・確認・振り返り

それぞれのプロセスの具体的な内容は、
ガイドラインや「読み方と活かし方」を参照してください。

支援者の声で説明します

“させる”ための原則

- ご本人が表明された意思（何をしたい、
どっちがいい、など）を聞き、それを尊
重することから始まります。
- 支援する側の日録や都合ではなく、ご本
人の自己決定を尊重します。
- ご本人が決定するために必要な情報を、
保たれている認知能力に応じて、工夫や
確認をしながら説明していきます。
- 言葉だけでなく、身振り・手振り、表情
の変化も読み取っていきます。
- 早い段階から、併走するように、ご本人
の「決める」を支援していきます。

「話す」「伝える」をさせる

- ご本人が意思を伝えられるように、時間
をかけて、コミュニケーションを取る中で
聞くことを心がけています。
- 私たちも同じですが、時間が経ったり、
状況が変わったり、最初の意思は変わる
ものです。時間をおいて、何度も私た
ちに話してください。
- ご本人の生活歴や普段の様子・価値観な
どから「おかしいな」「迷ってるのかな」
と感じたときは、一旦立ち止まって、ご
本人にも、もう一度確認し
ていきます。



「する」「かなえる」をさせる

- ご本人の意思を、多職種協働や社会資源
も活用しながら、日常生活・社会生活に
反映できるよう併走していきます。
- 実際にやってみて、ご本人の意思が変
わることもあります。ご本人にとって無理の
ない提案をしながら継続的に支援してい
きます。

認知症初期集中支援チーム

○ 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及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的（おおむね6ヶ月）に行い、自立生活のサポートを行うチーム

● 認知症初期集中支援チームのメンバー



医療と介護の専門職
 (保健師、看護師、作業療法士、
 精神保健福祉士、社会福祉士、
 介護福祉士等)



**認知症サポート医
 である医師（嘱託）**

● 配置場所

地域包括支援センター等
 診療所、病院、認知症疾患医療センター
 市町村の本庁

設置状況

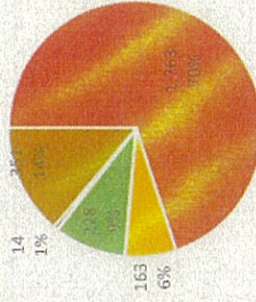
※R4年度認知症施策推進地域包括支援センター設置状況調査による

実施市町村数	設置チーム数	チーム員総数	平均チーム員数
1,741市町村	2,519チーム	17,107人	6.8人

R 1.9月末、全市町村に設置

【認知症施策推進大綱：KPI/目標】(2025年度末)
 訪問実人数全国で年間40,000件
 医療・介護サービスにつながった者の割合65%
【実績】
 訪問実人数：16,400件
 医療サービスにつながった者：84.7%
 介護サービスにつながった者：66.2%

設置場所

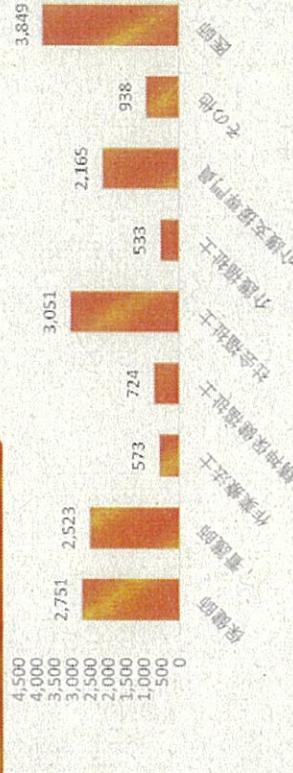


対象者

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いずれかの基準に該当する人

- ◆ 医療・介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれかに該当する人
 - (ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人
 - (イ) 継続的な医療サービスを受けていない人
 - (ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人
 - (エ) 診断されたが介護サービスが中断している人
- ◆ 医療・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

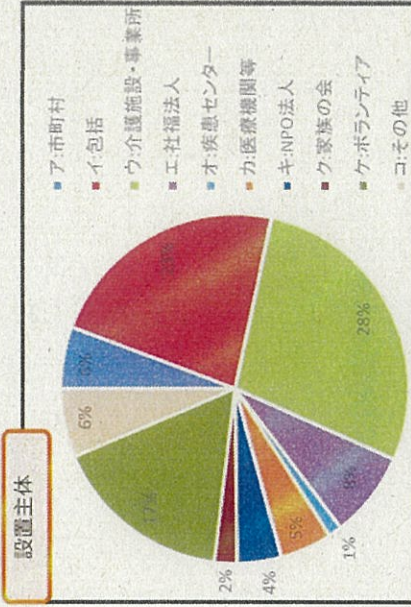
チーム員の職種



認知症カフェ

- 認知症の人やその家族が地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う場である認知症カフェを活用した取組を推進し、地域の実情に応じた方法により普及する。

【認知症施策推進大綱：KPI／目標】認知症カフェを全市町村に普及（2020年度末）



【実施状況】2020(令和2)年度実績調査

- ・47都道府県1,518市町村(87.2%)にて、7,737カフェが運営されている。
- ・設置主体としては、介護サービス施設・事業者、地域包括支援センターが多く見られた。

【認知症カフェの概要】

- 1～2回／月程度の頻度で開催(2時間程度／回)
- 多くは、通所介護施設や公民館等を活用
- 活動内容は、特別なプログラムを用意せず、利用者が主体的に活動。講話や音楽イベントなどを開催している場合もある。
- 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)



都道府県別 チームオレンジの設置状況

○できる範囲で手助けを行うという活動の任意性は維持しつつ、ステップアップ講座を受講した認知症サポーター等が支援チームを作り、認知症の人やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につなげる仕組み(「チームオレンジ」)を地域ごとに構築する。

【認知症施策推進大綱：KPI/目標】2025(令和7)年までに、全市町村で、本人・家族のニーズと認知症サポーターを中心とした支援を繋ぐ仕組み(チームオレンジなど)を整備

- **令和2年度実績調査** ※認知症施策・地域介護推進課実施状況調べによる
 ・39都道府県138市町村にて、415チームが設置され、5,347名のチーム員が活動している。
 ・活動内容としては、傾聴ボランティア・相談相手・外出支援・同行支援・地域での見守り支援・自宅訪問などがあがった。

～都道府県別実施状況(実施市町村数)～

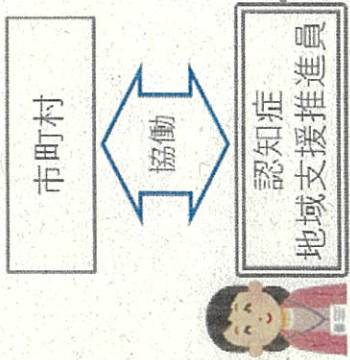
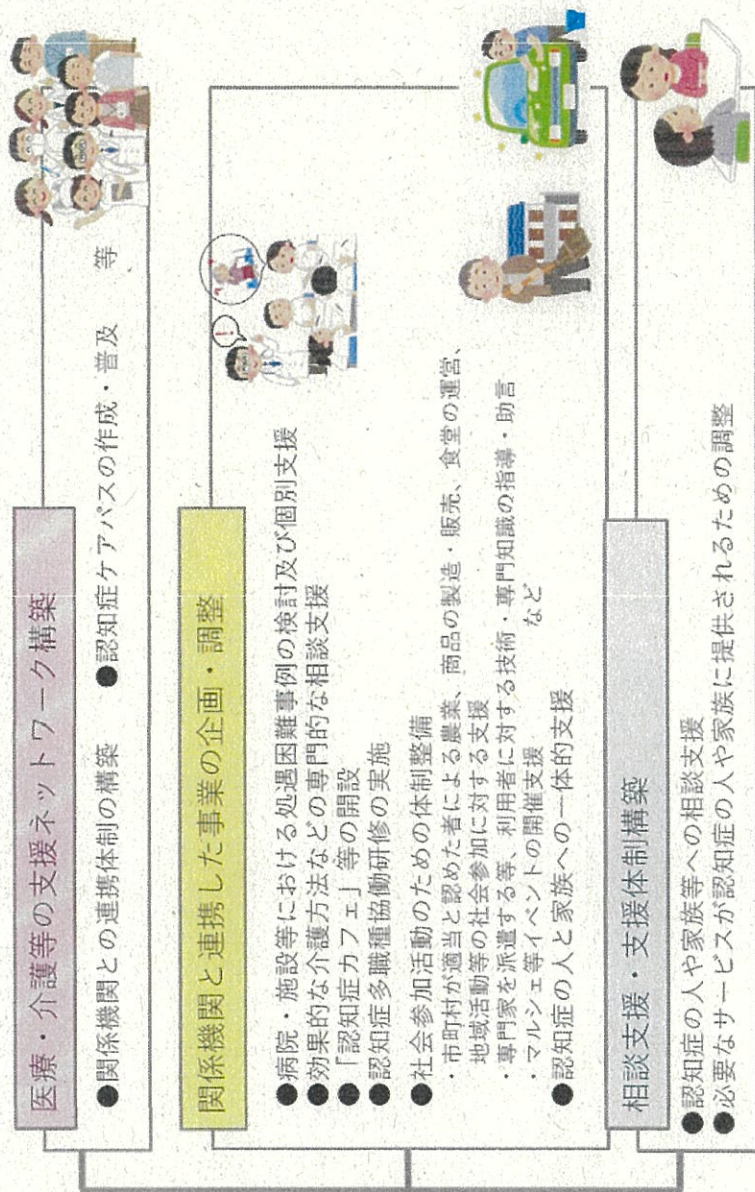
都道府県	実施市町村数	未実施市町村数	実施市町村数	未実施市町村数	
北海道	14	165	石川県	2	17
青森県	2	38	福井県	0	17
岩手県	0	33	山梨県	1	26
宮城県	2	33	長野県	4	73
秋田県	1	24	岐阜県	6	36
山形県	1	34	静岡県	13	22
福島県	2	57	愛知県	8	46
茨城県	0	44	三重県	2	27
栃木県	8	17	滋賀県	3	16
群馬県	3	32	京都府	0	26
埼玉県	5	58	大阪府	6	37
千葉県	7	47	兵庫県	3	38
東京都	4	58	奈良県	4	35
神奈川県	5	28	和歌山県	3	27
新潟県	3	27	鳥取県	0	19
富山県	1	14	島根県	2	17
			計	138	1,603

～都道府県別実施状況(チーム数・チーム員数)～

都道府県	チーム数	チーム員数	都道府県	チーム数	チーム員数	都道府県	チーム数	チーム員数
北海道	29	289	石川県	20	237	岡山県	1	26
青森県	2	27	福井県	0	0	広島県	0	0
岩手県	0	0	山梨県	1	29	山口県	1	13
宮城県	2	45	長野県	9	196	徳島県	3	63
秋田県	1	60	岐阜県	10	285	香川県	3	28
山形県	1	13	静岡県	32	474	愛媛県	0	0
福島県	2	49	愛知県	9	192	高知県	1	14
茨城県	0	0	三重県	6	53	福岡県	3	69
栃木県	8	182	滋賀県	3	58	佐賀県	0	0
群馬県	3	59	京都府	0	0	長崎県	1	184
埼玉県	9	47	大阪府	6	164	熊本県	14	453
千葉県	35	778	兵庫県	4	110	大分県	1	10
東京都	7	63	奈良県	7	154	宮崎県	1	20
神奈川県	38	527	和歌山県	3	73	鹿児島県	1	41
新潟県	7	66	鳥取県	0	0	沖縄県	2	12
富山県	127	200	島根県	2	24	計	415	5,347

出典：厚生労働省資料

認知症地域支援推進員



【事業名】 認知症地域支援・ケア向上事業（地域支援事業）

【目 標】 2025（令和7）年度

- ・認知症地域支援推進員の先進的な活動の横展開
- ・全認知症地域支援推進員が新任者・現任者研修を受講

事例番号 3	連絡会議と部会中心に専門職と住民が協働しながら人のぬくもりのある地域支援体制づくりを推進
岩手県奥州市	
報告者：及川明美 老川美雪 伊藤睦 千田智美 佐藤広美 地域包括支援センター	
【キーワード】 課題解決のための部会立ち上げ、事業名の工夫	

<自治体情報>

人口 (人)	122,645	65歳以上人口(人) 高齢化率	38,821 (31.7%)	面積 km ²	993.35
日常生活 圏域数	5	地域包括支援 センター数	1 (直1)	推進 員数	5 (直5)
地域の 特性	H 18年2月に2市2町1村が市町村合併。県内では第3の人口規模。稲作を中心とした複合型農業により県内屈指の農業地帯。				



おうちで認知症おたすけ便利帳
(認知症介護の便利帳部会作成)

<推進員として求められている役割>

- 第5期高齢者福祉計画・介護保険事業計画における「重点的に取り組む7つの高齢保健施策」の一つとして「認知症予防と認知症高齢者への支援」が位置付けられた。

(主な施策)

- ・認知症に対する正しい知識と普及啓発
- ・認知症予防事業の充実

- ・相談体制の充実
- ・家族支援体制の強化
- ・地域ささえあい活動の支援

これらの企画・運営・見直し・さらなる推進に行政と共に関与することが推進員の役割

<取組の背景・課題>

- H24年当時、包括に寄せられる総相談件数の分析結果では「認知症もしくは疑いのある相談」が27.4%であった。要介護認定者の66%は認知症であり、虐待事案の44.9%が認知症の事案であった。加えて、管内警察署では、認知症の疑いのある高齢者が徘徊により保護されるケースが多く、「認知症で困っている市民が多い」という確信があった。認知症への市民の関心の高まりを地域課題解決にいかにつなげられるかが大きな課題であった。

<取組による変化・成果・気づき>

- 医師会、民間の協力が得られやすくなった。
- 認知症関連事業への参加者が増え、フォーラムのパネラー、ボランティア講座の講師となる住民も出てきた。
- 気になる認知症の人の情報が集まるようになった。
- 事例検討会を通じたケアマネジメント力が向上し、ネットワークが拡充した。
- 住民からの問い合わせが増加した（早期支援ケースの増加）。

出典：「認知症地域支援推進員活動事例集」（厚生労働省）

<主な取組>

活動体制構築のプロセス

まずは相談 * 推進員の相談相手を拡充	●職場内で相談 ●日常業務の関係機関に相談（医師会、サポート医、金融機関、警察、消防、理容師、ケアマネジャー、グループホーム等）●庁内関係課（教育委員会、保健センター、市民相談）に相談
方針の明確化	●医療・介護・地域支援サービスの再構築：部分的問題対応から統合した体系への転換 ⇒①市全体で取り組むための連絡会、②地域課題を共有・検討するための部会、③ネットワーク構築の手段としての事例検討会を設置 ●認知症の人とその家族の支援の充実 ⇒認知症の人とその家族を地域で支えるための普及啓発・事業を推進
企画	●直営包括内に認知症対策グループを置き、企画を担当 ●市の高齢者福祉計画・介護保険事業計画に認知症対策を位置づけ
運営	●地域包括支援センター全職員が役割分担し事業実施
評価と見直し	●地域包括支援センター運営協議会（年3回）及び認知症になっても安心まちづくり連絡会（年2回）で実施

事業計画の全体構成

1. 医療・介護・地域支援サービスの連携を図る事業
 - 1) 認知症になっても安心まちづくり連絡会及び課題解決に向けた各部会の開催（徘徊対応部会、金銭管理・権利擁護部会、普及啓発・相談対応部会）
 - 2) みんなで支える認知症事例検討会
2. 認知症の人や家族を支援する事業
 - 1) 認知症の人を支える介護者支援事業（認知症支援ぬくもり隊養成講座、家族交流会ぬくっこ）
 - 2) キャラバンメイト活動支援と認知症サポーター養成事業
 - 3) 認知症の人と家族支援のための研修会
 - 4) 認知症の人と家族の実態調査の実施

- 最優先事業として住民との協働も含めた「連携」に焦点
- 部分的連携にとどまらないよう「連絡会」設置
- 優先度の高い課題を解決するための「部会」の設置
- 連絡会・部会での検討と「個別支援」の検討を連動
- 町ぐるみで支える連携のため連絡会をメインに
- キャラバンメイト活動支援を重視
- 全体として地域のやさしさ・つながりが感じられる事業名を工夫

取組上のポイントと工夫

- 出会った人のつぶやき・本音が企画の源と考える。
- 各事業をバラバラにせず、統合と一貫性を重視する。
- 行政と包括全職員が一体で取組む環境・体制を作り、その中で推進員が動く。
- まちづくり連絡会の関係組織に最初の段階で出向き、相談や丁寧な情報交換をする。
- 専門的支援と住民活動とのつながりと主体的活動を強化することにより課題解決力を強化する。
- 本人・家族、そして誰もの心に温かく響く事業や集まり、場などのネーミングを工夫する。
- ささやかでも最後に「有難い」「おかげ様」と言い合える事業は成功。
- 「最初からうまくいくはずがない」を申し合せ事項とした。「きっと助けてくれる人がいる」「課題を共有できれば住民は動いてくれる」と考えた。