

平成 24 年度
老人保健健康増進等事業
による 研 究 報 告 書

(認知症ケアパス作成のための調査研究事業)

認知症ケアパス作成のための検討委員会報告書

2013 年 3 月

社団法人 財形福祉協会

認知症ケアパス作成のための検討委員会報告書

はじめに.....	3
Ⅰ. 「ケアの流れを変える」認知症施策の取組み	5
1. 認知症施策に対する国の取組み	5
Ⅱ 検討委員会の設置と開催状況.....	8
1. 検討委員会の目的.....	8
2. 検討委員会の体制.....	8
3. 検討委員会開催状況.....	9
Ⅲ. 検討委員会における議論.....	11
1. 「認知症ケアパス」とは.....	11
2. 先駆的な取組みを行っている自治体の特徴	12
3. 社会資源について.....	14
4. 認知症ケアパスにおける「適切なケアマネジメント」について.....	14
① 初期対応について.....	14
② ケアマネジャーとアセスメント	15
③ 認知症ケアについて.....	15
④ 医療サービスについて	15
⑤ 家族等近親者への支援について	16
⑥ 認知症の人を支える人材について.....	16
Ⅳ. 「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」の作成.....	17
1. 「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」の作成.....	17
2. 気づきシートに用いるデータについて	17
3. モデル自治体（A 町）における気づきシートの利用と感想.....	20
4. A 町の気づきシートを元にした、社会資源整備に関する委員会意見.....	23
5. モデル自治体担当者の意見.....	23
6. 気づきシートの構成に関する委員意見.....	24
7. 気づきシートの使い方	28
8. 気づきシートの検証の必要性.....	32
9. 気づきシート記入後の流れ.....	32
10. 標準的なケアパス策定のために.....	34
Ⅴ 次年度の検討事項.....	35
1. 検討委員会の取組み	35
(1) 自治体向け手引書の作成 （平成 25 年 8 月まで継続）	35
(2) 平成 25 年度に取り組む内容.....	36
2. 自治体の取組み.....	36

資料 1 認知症ケアパス策定のための手引き	37
第 1 章	
1. 認知症高齢者の増加と認知症ケアパス	43
1. 認知症高齢者数の将来推計	43
2. 「今後の認知症施策の方向性」について	43
3. 手引書の位置づけ	47
4. 「認知症ケアパス」と「社会資源」	47
5. 認知症ケアパスを機能させる	48
6. 地域における認知症ケアパスの策定	49
2. 地域の高齢者の状態像を把握する	53
1. 地域の高齢者の状態像を把握する	53
2. 地域の高齢者の状態像を把握するための調査・情報	53
3. 認知症の人の状態像の把握のために	58
3. 認知症の人を支える社会資源	63
1. 地域の社会資源の利用状況を把握する	63
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	63
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	65
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	66
第 2 章	
1 「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」	73
1. 地域の実情に合わせた認知症ケアパス策定のために	73
2. 「気づきシート」と「社会資源シート」	74
3. 「気づきシート」の内容と用いるデータについて	75
4. 気づきシートの使い方	79
<手順 1> 地域福祉・高齢者福祉の理念・目標を記入します	81
<手順 2> 圏域を設定します	83
<手順 3> 人口・高齢化率・若年性認知症推定数等を記入します	85
<手順 4> 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等、介護保険サービス、 医療、相談機関の名称や定員数、研修受講者数、病床数、相談者数等を記入します	87
<手順 5> 65 歳以上で要介護認定を受けていない方、要介護認定を受けている方の現数を それぞれ記入します	89
<手順 6> ⑤の単純推計値を記入します	91
<手順 7> ⑥の単純推計値を参考に、地域の関係者と共に、どのサービスを使って、 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」 に記入します	93
5. 「社会資源シート」について	97
巻末資料	101
資料 2 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	113
資料 3 和光市の取組み（第三回検討委員会資料、一部抜粋）	117

はじめに

わが国の高齢社会を支える仕組みとして２０００年に施行された介護保険制度は、現在１３年目を向かえ、第５期介護保険事業計画の運営が行われている。現計画期間から地域包括ケアを念頭においた事業運営が求められ、関係する都道府県、市区町村及び介護サービス事業並びに地域団体等は、それぞれの立場で地域包括ケアシステムの構築やマネジメント及びサービス提供等に奔走している。

地域包括ケアシステムのあり方は周知のところであり、日常生活圏域におけるニーズに応じた住まいの確保を前提に、介護・医療・予防・生活支援等のサービス提供により、要介護状態等のリスクを持っても、在宅での生活継続を可能にすることを目指している。しかし、とりわけ認知症を有する高齢者等の生活課題に対応する取り組みについては、先進的な取り組みをする市区町村や地域団体等も存在するが、全国的な視点から言えば懸案となっているところも少なくない。

本報告の「認知症ケアパス」は、市区町村内若しくは日常生活圏域において、認知症を有す高齢者等がどのような状態にあっても対応できるサービス基盤を構築し、なおかつ確かなコーディネートがなされる体制がシステム化された地域環境を現すものである。具体的な内容は後述する報告を参照していただくが、２０１５年度からの第６期介護保険事業計画策定を見据え、地域包括ケアシステム構築のなかでも認知症を有す高齢者等への対応を、より明確かつ効果的に行うことを目的としている。

地域包括ケアシステムの構築はもとより、認知症ケアパス作成は市区町村の地域主権的な独自性を持った政策形成が求められる。認知症を有する高齢者等の状態把握や認知症に関連する医療・介護・地域の社会資源等の詳細な実態把握から課題を抽出・整理し、その課題に対し、高齢者等の尊厳とＱＯＬの向上を念頭においた対応策を検討していく。そのためには、介護保険など法定サービスに止まらない地域固有のサービス資源などの活用も含め、より効果性と効率性を意識した、「わがまちの認知症ケアパス」のあり方が大切と考える。また、市民協働や公民協働といった視点や、認知症に関する住民啓発や認知症を有する高齢者等への自立支援を担う住民意識の向上等も必要と考える。

本報告書は、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、並びに作成ツールについてまとめたが、今後より検証・検討を重ね、認知症ケアパスの精度を高めていくことから、中間報告として参考にされたい。

平成 25 年 3 月 31 日
認知症ケアパス作成のための検討委員会
委員長 東内 京一

I. 「ケアの流れを変える」認知症施策の取組み

1. 認知症施策に対する国の取組み

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」を発表した。その報告書では「ケアの流れを変える」という基本目標を達成するため、地域で医療、介護サービス、見守り等の日常生活の支援サービスが包括的に提供される体制を目指し、以下の7つの視点に立って今後の施策を推進することとしている。

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

この7つの取組み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「標準的な認知症ケアパスの作成・普及」である。具体的な方策として、厚生労働省は以下のように記している。

【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、どのような医療・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、pp 12

上記をまとめると以下ようになる。

<参考> 標準的な認知症ケアパスについて (認知症施策検討プロジェクトチーム報告書より抜粋)

標準的な認知症ケアパスとは

状態に応じた適切なサービス提供の流れ

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。

認知症ケアパスの意義

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よう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。

作成にあたっての基本的な考え方

「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。

標準的な認知症ケアパスの活用方法

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、どのような医療・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報告書「今後の認知症施策の方向性について」2012年より

資料：第 1 回検討委員会資料

認知症ケアパス作成のための検討委員会（以下、検討委員会）は、標準的な認知症ケアパスの策定と、それを機能させるために何が必要かの検討を行うと共に、第六期介護保険事業計画の策定に合わせ、各自治体/介護保険者が、今後益々増加する認知症の人に対応した介護保険サービスや地域支援事業等を、それぞれの地域の高齢者の状態像に合わせて整備が行えるよう、「手引き」を作成することを目的として発足した。

Ⅱ 検討委員会の設置と開催状況

1. 検討委員会の目的

検討委員会における検討内容の案として挙げられたものは以下の4点である。

- 1) 標準的なケアパス(地域に必要な社会資源・しくみ等の目安や認知症ケアの道筋)について
- 2) 認知症ケアパスを機能させるための標準的な「連携パス(情報連携ツール)」について
- 3) 認知症ケアパスを機能させるためのコーディネーター役(パスウェイを機能させ、情報をつなぐ専門職)について
- 4) 認知症ケアパスを機能させるための標準的な「認知症ケアの手順」について

2. 検討委員会の体制

検討委員会は以下のメンバーによって構成された。

委員長	東内 京一	和光市保健福祉部 部長
	岩尾 貢	社会福祉法人共友会 理事長
	数井 裕光	大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室
	佐藤 アキ	山鹿市市民福祉部介護保険課 主幹
	館石 宗隆	札幌市高齢保健福祉部 認知症支援・介護保険担当部長
	田村 綾子	医療法人壽鶴会東武中央病院 精神保健福祉士
	中島 民恵子	医療経済研究機構 主任研究員
	新田 國夫	新田クリニック 院長
	宮島 渡	社会福祉法人恵仁福祉協会
		高齢者総合福祉施設アザレアンさなだ 施設長
		(委員長以下五十音順・敬称略)

(事務局)

社団法人財形福祉協会 専務理事 横溝 幹弘

(事業委託機関)

株式会社ニッセイ基礎研究所 進藤 由美 山梨 恵子

(モデル検証自治体)

北海道 A 町

3. 検討委員会開催状況

検討委員会は、平成 24 年 9 月～平成 25 年 3 月までの間に計 6 回の委員会を開催した。

第 1 回

日時： 平成 24 年 9 月 10 日（月）18：30～20：30

場所： 経済倶楽部第一会議室

議論の内容：

- （1） 調査研究事業のねらい・目標について
- （2） 認知症ケアパスの策定に向けた論点について
- （3） 調査実施について

第 2 回

日時： 平成 24 年 10 月 18 日（木）18：00～20：00

場所： 経済倶楽部第一会議室

議論の内容：

- （1） 今後の事業の進め方について
- （2） 保険者における「認知症ケアパス作成のためのモデル調査」について
- （3） 認知症の人の状態と適切なサービスの整理について

第 3 回

日時： 平成 24 年 11 月 16 日（金）18：00～20：00

場所： ニッセイ基礎研究所第四会議室

議論の内容：

- （1） 前回のまとめ
- （2） 介護保険事業計画の策定方法とサービス事業者との連携
～和光市の場合～
- （3） 認知症ケアパス策定について

第 4 回

日時： 平成 24 年 12 月 26 日（水）18：00～20：00

場所： アルカディア市ヶ谷私学会館

議論の内容：

- （1） 前回のまとめ
- （2） 社会資源の整備の手順（チェックリスト）について
- （3） 認知症の人を支える社会資源と状態別の支援について

第5回

日時： 平成 25 年 2 月 8 日（金）18：00~20：00

場所： ニッセイ基礎研究所第四会議室

議論の内容：

- （1） 前回のまとめ
- （2） モデル自治体発表による発表
- （3） 「認知症ケアパス作成のための手引書」（案）について

第6回

日時： 平成 25 年 3 月 18 日（月）19：00~21：00

場所： ニッセイ基礎研究所第四会議室

議論の内容：

- （1） 検討委員会のまとめと今後の流れについて
- （2） 「認知症の人に必要なサービス（気づきシート）」について
- （3） 「認知症の人を支える社会資源シート（社会資源シート）」について
- （4） 「認知症ケアパス作成のための手引書」（案）について
- （5） 検討委員会報告書について

Ⅲ. 検討委員会における議論

認知症ケアパス策定のための自治体向け手引書を作成するに当たり、検討委員会ではさまざまな意見交換が行われた。以下、主要な論点についてまとめる。

1. 「認知症ケアパス」とは

検討委員会において、議論が最もわかれたのは、「認知症ケアパス」の策定に当たり、何を優先すべきか、ということである。厚生労働省の「今後の認知症施策の方向性について」にある文言では、「認知症の状態に応じた適切なサービスの提供」とあるが、大きく分けて、①認知症の人の状態に応じた社会資源を整備する、ということと、②個々の認知症の人の状態に合わせて適切なサービスをマネジメントしていく、という2つの要素がある。

そのため、検討委員会では認知症ケアパス策定に向けて、様々な視点から意見が寄せられた。

(認知症ケアパスの意味するもの)

- ・ MCI¹クラスから重度の方が、どのような状態像であっても地域で暮らしていくためのグランドデザイン。

(認知症ケアパス策定に当たって優先すべきもの)

- ・ 認知症ケアパスで議論すべきものは4つあると思う。1つ目は「パス」。地域のニーズ調査を行い、地域に何が足りないかを見るためのものであり、地域独自の流れを作るためのもの。2つ目は「バトン」。情報を意味しており、次の走者（関係者）に必要な情報を渡すためのもの。3つ目は「ケアマネジメント」。認知症の人とともに伴走し続ける専門職を含める。そして4つ目が「認知症ケアの手順」。ステージに応じて、どういった手続きが行われるべきかの標準的な手順を示しておく必要がある。
- ・ 認知症の人に寄り添うケアを提供してくれる事業所が、地域に何箇所あるのかを調べてはどうか。
- ・ 認知症の人を地域でどのようにみていくのかという議論が大切であろう。
- ・ 利用者の中には高齢者の尊厳を損なうようなサービスに対して、「こんなサービスは使いたくない」という意見がある。サービスの質的な部分も吸い上げながら、質の評価と基盤整備を一緒に考えていくことが必要なのではないか。
- ・ 認知症の人に必要な訪問介護やデイサービスとはどういうものなのか、どういう機能や役割を担っていくべきなのかといった根本的な議論が必要だろう。
- ・ 要介護認定を受けている人の8割は認知症であるし、MCIを含めると、ほとんどの人が介護保険の対象となっている。認知症の人すべてに対して、何らかのサービスを提供するということになると、とんでもない量になってしまうので、何が必要かの見極めが必要。
- ・ 介護保険事業計画なくして認知症の個別ケアはないし、個別ケアがなければ事業計画はないと思う。

¹ MCI (Mild Cognitive Impairment : 軽度認知障害) とは、「客観的な記憶障害はあっても全般的な認知機能は正常で、認知症とは言えない状態」のこと。(資料：日本神経学会監修「認知症疾患治療ガイドライン」医学書院、2010年、p188)

認知症の人の地域での生活を支える社会資源の整備と、適切なケアマネジメントによる適切なサービス利用の推進のどちらを優先するかについては、「ニワトリが先か、卵が先か」の議論と同じである。認知症の人の生活機能障害に対応する社会資源がなければ、認知症の人に適切なサービスを提供することが難しい。しかし、社会資源が整っていたとしても、個々の認知症の人の生活機能障害に合わせて適切なサービスを組み合わせるケアマネジメントができていないと、認知症の人に必要なサービスが提供されなくなってしまう。つまり、「認知症ケアパス」を策定し、機能させていくためには、社会資源の整備と認知症の人に対する適切なケアマネジメントの両者が必須なのである。

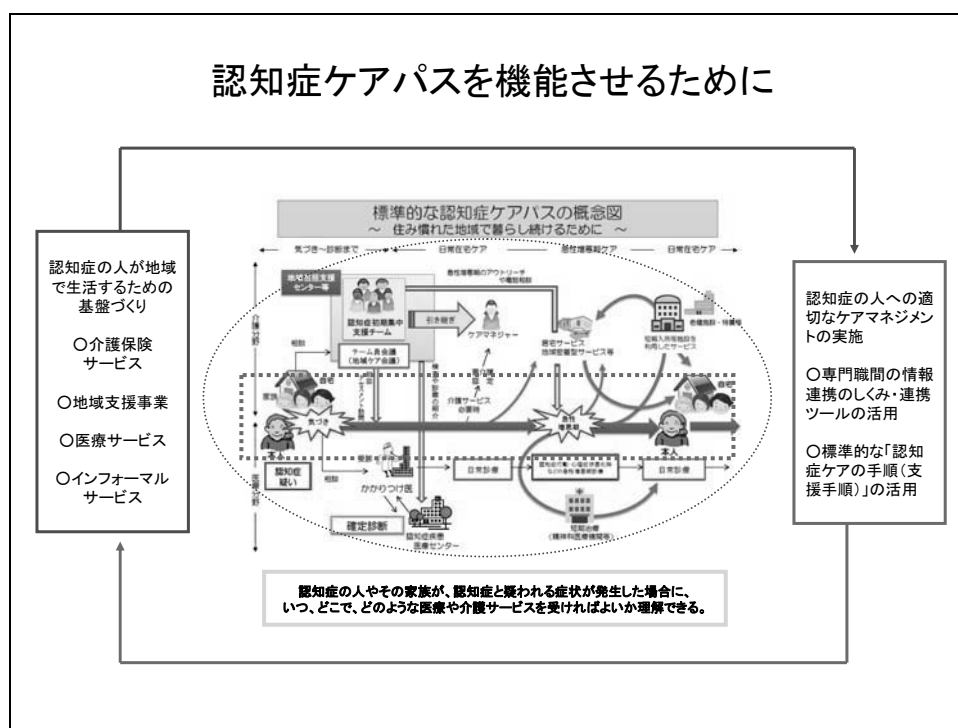


図 認知症ケアパスを機能させるために必要な要素

資料：第4回検討委員会資料（一部改変）

上記の図のように、「認知症の人が地域で生活するための基盤づくり」と「認知症の人への適切なケアマネジメントの実施」の両者が相互に影響しあうことで、認知症ケアパスが適切に機能すると考えられる。

2. 先駆的な取り組みを行っている自治体の特徴

自治体は、介護保険事業の保険者（一部広域連合）であり、また地域福祉の推進役である。つまり、市区町村は認知症の人をいかに地域で支えていくかについての重要な役割を果たすことが求められている。現在、認知症の人を支える地域づくりを行っている自治体が全国に様々あるが、それらの地域の特徴や取り組みとして、委員より以下のような意見が挙がった。

（先駆的な取り組みを行っている自治体の特徴）

- ・ 自分たちの住むところを自分たちがどうしたいのかという、明確な課題設定が来ている。
- ・ 地域包括支援センターや場所によっては在宅介護支援センターなど、いろいろな外部機関とのつな

がりが仕組化している。

- ・ インフォーマルのサービスが、街づくりや地域づくりと連結している。
- ・ 地域ケアが成熟しており、認知症の人をずっと下支えしている。

（先駆的取り組みを行っている自治体の意見）

- ・ 日常生活圏域ニーズ調査によって地域の課題が明確となり、どのようなサービスをつかって支援していくのかが見えてきた。
- ・ 日常生活圏域ニーズ調査を行った際の未回収のうち、8 割は元気な人で、2 割程度が孤立死や認知症のリスクのある人と考えられる。この人たちにアプローチするために、民生委員や認知症サポーター等の協力を得て、訪問等によって回収率を上げている。
- ・ 認知症の人の生活を支えるには、介護保険の枠を超えてやらなければならない部分があり、自治基本条例という上位法により、「わが町の条例」でやっている。こうした地域分権の動きにのって、市民参加を促しながら、インフォーマルサービスやまちづくりを進めている。

このように、市町村が明確な課題設定を持ち、外部との連携が仕組化されている場合、現在自分たちの地域にどのような生活機能障害を持った認知症の人が住んでおり、将来的にどのように支援していくかということ、行政内部だけでなく、地域の事業者や関係機関と話し合う場ができている。

逆に、市町村が明確な課題設定を持っていなかったり、外部との連携がうまくいっていない場合、介護保険事業計画や地域福祉計画がうまく立てられなかったり、介護保険法定サービスの整備にのみ力を入れてしまったり、地域住民の力を活かしきれないなどの弊害が見られ、地域づくりの基盤が整っていないことがある。委員会でも以下のような指摘が挙がった。

（自治体の課題）

- ・ 第五期介護保険事業計画を立てた際、8 割の自治体が日常生活圏域ニーズ調査を行ったが、調査実施により約 6 割が「潜在的な要介護予備軍の把握」、4 割弱が「圏域ごとの課題の違いの把握」などができたとする一方で、要介護者やサービス見込量の推計に反映させた保険者は 2 割という調査結果がある。問題の根幹は、自治体を持っている貴重なデータを、計画に活かしていないということであろう。
- ・ 地域の現状が把握できていないと、ニーズに合わせた介護保険事業計画が立てられなかったり、法定サービスのみを整備してしまう。
- ・ 事業者との力関係で施設等が整備されている地域がある。

これらの意見を踏まえ、検討委員会では、認知症ケアパスを機能させるために必要な要素のうち、第六期介護保険事業計画の策定時期にあわせ、自治体/介護保険者が地域の認知症の人の状態像を把握し、介護保険サービスだけでなく、地域支援事業や地域住民による支えあい等を含め、認知症の人が地域で生活するための社会資源整備を行うために、なんらかの「チェックリスト（後に「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（通称：気づきシート）」に改名）」を作成すること

を目標とした²。

なお、気づきシートの作成に当たっての議論については、「IV『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』の作成」を参照にされたい。

3. 社会資源について

気づきシートを用いて社会資源の整備を検討するにあたり、何が「社会資源」であるのかの共通認識が必要である。本来、社会資源という用語は『『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・機能、人材などにわたる³』と定義されているが、委員会では、以下のようなものが挙げた。

(認知症の人を支える「社会資源」)

- ・ 認知症の場合、「生活を支える」ことが社会資源の役割ではないか。一人暮らしであろうと、高齢者のみ世帯であろうと、それぞれの生活をその地域で支えていくためのサービスのことだろう。
- ・ 夕方から外出してしまう人に対し、通所介護の延長や、地域の人たちに協力を依頼し、見守りをしてもらうなど、様々な支援方法が考えられる。
- ・ 介護サービスにつなぐのはずっと後でも大丈夫なことが多い。誰かが近くにいる、誰かがお手伝いすれば、生活を続けていけるという事例はいくつもある。
- ・ 家族関係のサポートや相談機能も充実させていく必要がある。

上記委員会での意見にもあるように、地域住民による支援も認知症の人を支えていくには大変重要な資源の1つである。そこで、検討委員会では、主に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）を総称して、「社会資源」と呼び、今年度作成する自治体向け手引書の中には、認知症の人の生活を支える様々なサービスの内容や、具体的な取組み名等を紹介するとともに、気づきシートを通じ、それぞれの市町村/介護保険者に、現在、どういった生活機能障害を持った認知症の人に対して、どのような社会資源を使って支援しているのか、今後はどうするのかを考えていただくこととした。

4. 認知症ケアパスにおける「適切なケアマネジメント」について

1で述べたように、検討委員会においては、社会資源の整備と適切なケアマネジメントについての意見が繰り返し議論された。12ページの図でも示したとおり、認知症ケアパスを機能させるためには、社会資源の整備と同時に適切なケアマネジメントが必須であることから、ケアマネジメントに関する検討も今後さらに必要となっていく。

検討委員会ではケアマネジメントについてさまざまな意見が挙げたが、ここでは代表的な6つを紹介する。

① 初期対応について

認知症が疑われる人に対し、早期の段階で専門医療機関の受診を促したり、医師やケアマネジャー

² 検討委員会の目的の1に該当。

³ 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

等の専門職が介入することは、その人の QOL 向上や認知症の進行を緩やかにするという意味で、非常に有効である。しかし、初期対応がきちんとなされなければ、そういったメリットが活かされない。

検討委員会において、認知症ケアパスの入り口に当たる初期対応については、以下のような意見が挙げられた。

- ・ 認知症の人の尊厳や、認知症という疾患を理解した人が初期対応をすべきである。
- ・ 初期の対応は、行政が窓口になることもあれば、居宅介護支援事業所になる場合もある。それらの人が、統一してどのような対応をするかが重要であろう。
- ・ 初期対応がきちんとしていなければ、「早期発見、早期絶望」になってしまう。

② ケアマネジャーとアセスメント

認知症の人に対し、「状態に応じた適切なサービス」を提供するためには、その個々人の背景や希望を踏まえた適切なアセスメントが必須である。また、認知症と診断されてから、その人が亡くなるまでの数年～十数年にわたり、継続的な支援がなされることが望ましい。

これらについて、検討委員会の中では、以下のような意見が挙げられた。

- ・ 日本の場合、居宅から病院等に移ると、ケアマネジャーが関与できなくなるが、イギリスやデンマークは行政の中にケアマネジャーがおり、病院や施設に入っても、ケアマネジャーが必ずフォローしている。最後まで伴走していく仕組みが日本にも必要ではないか。
- ・ イギリスには家族に対するケアマネジャーもいる。
- ・ 例えば、グループホームの入居者であっても、支援次第で家に帰れる人もかなりいる。在宅復帰支援のような視点で取り組むことが重要だ。
- ・ ケアマネジメント次第で想定したケアパスがひっくり返されてしまう。医師等医療関係者を含めて、関係者に共通したスタンスが非常に重要。

③ 認知症ケアについて

認知症ケアに携わる人たちには認知症ケアに対する正しい理解が求められている。現在、別の研究会等で認知症ケアについての議論が行われており、今後それらの報告を踏まえつつケアパス策定に活かしていくことが期待されるが、検討委員会において挙げられた意見には以下のようなものがある。

- ・ 認知症の人の「重度化」というのは、介護する側の負担感で語られている場合が多い。しかし、本人の認知・身体機能は、決して重度と言えるケースばかりではない。
- ・ 社会関係や人間関係を支援するのが認知症のケアであるということを、改めて認識すべきだ。
- ・ 本人にとって大事なものは、これまで大事にしてきた友達や家族と離れることなく、地域に住むことができるという安心感。
- ・ 疾患によって認知症の進行の仕方は異なる。(略) MCI の時には記憶の障害が出始める。また、前頭側頭型はまったく違うので、適切なケアの流れとは何かについて、はじめから何パターンかを示しておく必要もあるだろう。

④ 医療サービスについて

認知症は高齢期に多い病気であり、進行に伴い ADL が低下していく傾向にあること、症状によっては医療支援が必要になることなどから、医療に対する意見も挙がった。

- ・ 認知症の人への支援には、かかりつけ医と専門医の連携が大切。
- ・ 認知症の人に十年間関わっていると、かかりつけ医が終末期支援をするのは当たり前になってくる。
- ・ 終末期の支援では、家で死ぬことを家族がどのくらい受け入れられるか。看取るときは、かかりつけ医がそばにいてくれる体制がないと、家族はその数週間を維持できない。

⑤ 家族等近親者への支援について

認知症の人の生活を地域で支えていくには、家族等の近親者の協力があると心強い。認知症ケアパスを考える上でも、家族等への支援を積極的に行うことで認知症の人の在宅生活を支えていくことが可能になるとの意見が挙がった。

- ・ クライアントが誰かということを明確にすることが大事だ。家族をきちんと援助すると、本人の問題が解決することも多い。
- ・ 誰がキーマンとなるかをしっかり決めておかなければ、話が進まないことが多い。
- ・ 家族の不安は急変に対する心配だ。
- ・ 病態像の変化は、誤嚥が起き始めるなど徐々に起きるので、在宅でも看ることができる。不安を持つような急激な変化なんて起きないということを伝えていくことが重要。

⑥ 認知症の人を支える人材について

認知症ケアには介護職、ケアマネジャー、医師、看護師等のさまざまな専門職が関わっている。また、認知症サポーターや地域のボランティア、商店街の店員等、地域で認知症の人を支えるにはさまざまな人の協力が必要である。検討委員会においても、人材についての意見が相次いだ。

- ・ 「社会資源」という用語には、人材も含まれている。介護保険サービスやインフォーマルサービスにだけ焦点を当てても、ケアパスは機能しないのではないか。
- ・ ケアマネジャーは危機介入の仕方、介護保険以外を利用する方法、チーム運用の仕方などを身につけておくべきであろう。
- ・ 認知症ケアに携わる人たちへの更なる研修が必須であろう。

上記①～⑥の議論は、認知症ケアパスを機能させる上での「適切なケアマネジメント」に分類され则认为られ、また、内容も広範囲であることや、他研究委員会ですでに検討が始まっているものもあり、それらを参考にしたいことから、次年度以降の検討事項とした⁴。

⁴ 検討委員会の目的の 2～4 に該当。

IV. 「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」の作成

1. 「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」の作成

認知症の人の地域生活を支えていく社会資源を整備するには、まずは地域の状況を把握することが必要である。これまでも、介護保険事業計画を立てる際には、地域の高齢者の状態像を把握することが求められており、特に第五期介護保険事業計画策定時には日常生活圏域ニーズ調査が導入され、要介護認定申請をしていない高齢者の健康状態や運動機能の状況、認知機能の障害程度等に関する調査が行われている。また、介護保険サービスを利用している高齢者については、介護保険の認定審査時に、生活状況やADL、認知機能を把握している。

これら、既存のデータ・情報を元に、地域に住む高齢者の状態像を認知症に着目して把握をし、必要な社会資源が整備されているか、将来人口推計を元に、足りない資源はないか、過剰となっているサービスがないか等を確認することを目的に、検討委員会では「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」を作成した⁵。

気づきシートによって把握する内容は以下となる。

(気づきシートで把握すること)

- ・ どんな認知症の生活機能障害を持った人が、地域に何人くらいいるのか
- ・ どんなサービスを利用しているのか
- ・ 未利用者数はどれくらいか
- ・ 認知症の人に対応するサービスがその地域にあるか
- ・ 認知症のリスクのある人の数の把握
- ・ 地域の社会資源全体のバランス

議論を通じて確認されたこととして、気づきシートはあくまでも地域の社会資源整備のための「気づき」を促したり、地域包括ケアのあり方を考えていただくための素材であり、介護保険事業計画策定に際し、必要量を自動的に推計したり、直結したりするものではないということである。介護保険事業計画は、認知症のみを対象としているわけではなく、また、保険料との兼ね合いなどを考慮する必要があることから、気づきシートは介護保険事業計画を立てる際の参考として用いていただくこととした。

2. 気づきシートに用いるデータについて

気づきシートは、地域に住む高齢者の認知機能障害の程度と社会資源の利用状況を見るためのものであり、それら2つのデータが必要である。本来であればこれらのデータが1つの調査結果から抽出できるのが理想ではあるが、残念ながら2013年3月の時点ではそれが不可能である。そのため、認知症の人の生活機能障害の把握には、日常生活圏域ニーズ調査にある「認知機能の障害程度(CPS)」と要介護認定データにある「認知症高齢者の日常生活自立度」のデータを、社会資源の利用状況の把握には、日常生活圏域ニーズ調査と給付分析の2つのデータを用いることとした(下図参照)。

⁵ 検討委員会では当初、自治体が社会資源の整備状況をチェックするためのものであることから「チェックリスト」と呼んでいた。

	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

図 認知症に着目した社会資源利用状況の把握

資料：第4回検討委員会資料（一部改正）

なお、認知症の人の生活機能障害と社会資源の利用状況の把握に、それぞれ2つの調査・分析結果を用いる理由は、それぞれの調査の対象者が異なるためである。地域に住む高齢者のうち、要介護認定を受け、なんらかの介護サービスを使っている人たちは、要介護認定データや給付分析により悉皆データが収集できるが、要介護認定を受けていない人については日常生活圏域ニーズ調査によって把握をする必要がある。特に、日常生活圏域ニーズ調査については、自治体によって対象者が異なること⁶や、基本となる質問項目が定められてはいる⁷が、自治体によって独自項目をつけているところもあるなど、自治体によって対象者や内容が若干異なっていることを留意した。

これらを踏まえつつ、介護保険事業計画策定において先駆的取組みをしている、埼玉県和光市における第五期介護保険事業計画策定手順等⁸を参考に、検討委員会では認知症に着目した社会資源が地域に整備されているかを確認するための気づきシートを作成することとした。

気づきシート作成にあたり、委員から挙げられた質問・意見と、委員会としての合意点は以下である。

○ 作成に当たった課題・疑問点

- ・ フォーマルサービスの位置づけがわかりにくい。
- ・ この様式では、介護保険サービスに限定されてしまわないか。
- ・ 精神科病棟に入院している人がなぜ地域に帰ってこられないかを明らかにすべきではないか。
- ・ 過剰供給になっているサービスについて、確認できるようにしたほうがよいだろう。
- ・ サービスの質の確保と事業計画を一体的に考えていくことはできないか。

⁶ 厚生労働省介護保険計画課による第五期介護保険事業計画策定の際の資料によれば、「65歳以上で、要支援・要介護認定を受けていない方および要支援・要介護者の全数または一部（無作為抽出）を対象とします。なお、要支援・要介護者については、①要介護2までの人数が多いこと、②要介護3以上は給付分析等により一定の予測が可能なこと等の理由により、要介護2までの方を選定することも考えられます」とあり、自治体/介護保険者がそれぞれ対象者を選定している。（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

⁷ 財団法人長寿社会開発センター「日常生活圏域ニーズ調査等に関する調査研究委員会報告書」平成23年3月

⁸ 資料3を参考のこと。

- ・自治体職員が「どうやってこの表に数字を書き込むか」ということにとらわれないか。

・

○ 上記に対する解決策・留意点

- ・シートには介護保険サービスのほか、地域支援事業・権利擁護・障害者総合支援法・インフォーマルサービス等が記載できるよう、例示する。
- ・住民に対し、「サービスありきではない」という啓発も必要である。
- ・気づきシートを作成する過程で、自治体職員が主体的に住民ニーズと社会資源の現状に気づき、介護保険事業計画に反映させることができるように導いていく。
- ・例として、小規模多機能型居宅介護を活用した自治体のモデル等を示す。
- ・推計値はあくまでも仮置き数字だが、その数字を見ることで、どうやってその人たちを支えていくか、地域系のサービスや二次予防事業等に反映させていくかを検討していただく。
- ・気づきシートで事業所の質に踏み込むことは難しいが、市町村がサービスの質に介入しやすい地域密着型サービスを増やしたり、研修等で事業者を育てていく方法があるだろう。

これらの意見を反映させ、作成したものが以下である。

認定状況調査		認知症日常生活自立度		自立		Ⅰ		Ⅱa		Ⅱb		Ⅲa		Ⅲb		Ⅳ		Ⅴ		現在状況		今後の必要性	
日常生活圏域： 地区		対象者人数		現在		推計		現在		推計		現在		推計		現在		推計		あり		なし	
サービス項目		利用者・定員等		現在		必要性		現在		必要性		現在		必要性		現在		必要性		あり		なし	
相談機関	地域包括支援センター																						
	在宅介護支援センター																						
介護保険法定サービス	二次予防事業																						
	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																						
	介護老人保健施設																						
	認知症対応型共同生活介護																						
	介護老人福祉施設																						
医療機関	未利用																						
	専門病院（認知症専門病棟）入院																						
	精神病院入院																						
インフォーマルサービス	近隣支えあい																						
	民生委員																						
	見守りネットワーク																						
	配食サービス																						
	認知症サポーター																						
制度等	サロン・サークル																						
	高齢者センター																						
成年後見制度	成年後見制度																						
	障害者自立支援法に基づくサービス																						

* サービス項目については、認知症支援に関わると思われるものを挙げてください。

* 数字はわかる範囲で挙げてください。正確な数字を求めることも大事ですが、それ以上に新たな整備の必要性のあるなしの検討をすることが大事です。

図 日常生活自立度用気づきシート

注：認知機能障害程度（CPS）用の気づきシートは、上部にある「日常生活自立度」が「認知機能障害程度（CPS）」の尺度に置き換えられている。

資料：第5回検討委員会資料

3. モデル自治体（A 町）における気づきシートの利用と感想

作成した気づきシートの使い勝手や良かった点、わかりにくい点等を検証するため、モデル自治体に協力をお願いした。

＜モデル自治体＞ A 町

- 総人口： 6,081 人（H25.1 末）
- 高齢者人口： 2,178 人（高齢化率 35.8%）
- 介護認定者数：393 人（H24.3 末）
- 要介護認定率：17.8%（65 歳以上）

A 町に現存する社会資源

A 町には現在、以下の社会資源が整備されている。

種類	名称	定員
介護保険サービス	特別養護老人ホーム	50 床（町立）
	介護老人保健施設	52 床（町立）
	介護療養型医療施設	30 床（町立）
	訪問介護	－（民間業者）
	訪問看護	－（町立病院、町内診療所）
	通所介護	20 人（特養併設）
	通所リハ	15 人（老健併設）
	短期入所生活介護	10 人（特養併設）
	短期入所療養介護	老健 52 床中で運営
	グループホーム	18 人（民間業者）
相談機関	居宅介護支援事業所	－（民間業者）
	地域包括支援センター	－
高齢者向け住宅	高齢者生活福祉センター	20 人
	老人福祉寮	7 人
	高齢者向け賃貸住宅	12 人
民間業者	ふれあいネットワーク	商工会
	移送支援サービス	福祉タクシー
	配達サービス	商店等
	給食サービス	地元温泉ほか

資料：第 5 回検討委員会 A 町作成資料より

A 町において気づきシートを用いていただいた際の結果は、以下の通りである。

認定状況調査		認知症日常生活自立度		Ⅰ		Ⅱa		Ⅱb		Ⅲa		Ⅲb		Ⅳ		Ⅴ		現在状況		今後の必要性		
【日常生活圏域】A町【自立度】主治医意見書 【対象者人数基準日】H24.3.31【サービス実績】H24.3		現在	推計	現在	推計	現在	推計	現在	推計	現在	推計	現在	推計	現在	推計	現在	推計					
		390	104	115	56	62	48	53	80	88	51	56	11	12	33	36	7	8				
サービス項目		利用者・定員等	現在	必要性	現在	必要性	現在	必要性	現在	必要性	現在	必要性	現在	必要性	現在	必要性	あり	なし	あり	なし		
相談機関	地域包括支援センター																	○		○		
	居宅介護支援事業所																	○		○		
介護保険法定サービス	二次予防事業	11	6	7	1	1	2	2	2	2									○		○	
	訪問介護	73	32	35	12	13	13	14	11	12	4	4					1	1	○		○	
	訪問看護	18	5	5	3	3	3	3	4	4	2	2			1	1			○		○	
	通所介護	(1日) 20	32	36	18	20	18	19	21	24	5	6	1	1	2	2			○		○	
	通所介護療養	(1日) 15	13	16	5	6	6	8	13	16	4	5			1	1			○		○	
	短期入所生活介護	(1日) 10	2	3			1	1	7	9	2	3	1	1	1	1			○		○	
	短期入所療養介護	空ベッド利用	1	2	1	2	2	4	3	5	1	2							○		○	
	認知症対応型通所介護																1	2		○		○
	小規模多機能居宅介護																			○		○
	認知症対応型共同生活介護	18								10	10	5	5	1	1	4	4			○		○
	特定施設入所者生活介護		1	1	3	3	3	3	2	2	2	2								○		○
	介護老人福祉施設	50			1	1	1	1	5	5	16	16	1	1	12	12	1	1	○		○	
	介護老人保健施設	52			2	2	2	2	9	9	14	14	5	5	5	5			○		○	
	介護療養型医療施設	30			2	2	1	1	1	1			1	1	6	6	3	3	○		○	
	未利用	88	35	39	14	15	14	15	14	15	4	4	1	1	4	4	2	2				
医療機関	専門病院(認知症専門病棟)入院																		○		○	
	精神病院様入院																		○		○	
インフォーマルサービス	近隣支えあい																		○		○	
	民生委員																		○		○	
	見守りネットワーク																		○		○	
	配食サービス	11	5	5	3	3	3	3											○		○	
	認知症サポーター																		○		○	
	サロン・サークル																			○		
	高齢者生活福祉センター	20	3	3	3	3													○		○	
	老人福祉会	7	1	1					2	2									○		○	
	高齢者向け住宅	12	1	1	1	1													○		○	
制度等	成年後見制度																		○		○	
	障害者自立支援法に基づくサービス																		○		○	

* サービス項目については、認知症支援に関わると思われるものを挙げてください。

* 数字はわかる範囲で挙げてください。正確な数字を求めることも大事ですが、それ以上に新たな整備の必要性のあるなしの検討をすることが大事です。

* サービス項目については、認知症支援に関わると思われるものを挙げてください。

* 数字はわかる範囲で挙げてください。正確な数字を求めることも大事ですが、それ以上に新たな整備の必要性のあるなしの検討をすることが大事です。

図 A 町における認知症高齢者の日常生活自立度別、現在の社会資源の利用状況と推計値

資料：第 5 回検討委員会資料

上記は介護保険の認定状況申請にある認知症高齢者の日常生活自立度ごとに、利用している介護保険サービス、インフォーマルサービス等を記入していただいた結果である。表からもわかるように、介護保険サービスについては、認知症度と利用数が把握されているが、相談機関や医療機関の利用状況、インフォーマルサービス、他制度のサービスについては、把握が難しいとのことで、ほとんどが空欄であった。

日常生活圏域ニーズ調査		CPS		0		1		2		3		4		5		6		現在状況		今後の必要性	
日常生活圏域：A町		対象者人数		現在	推計	現在	推計	現在	推計	現在	推計	現在	推計	現在	推計	現在	推計				
		1,342		983	963	225	220	95	93	25	24	3	3	10	10	1	1				
		利用者・定員等		現在	必要性	現在	必要性	現在	必要性	現在	必要性	現在	必要性	現在	必要性	現在	必要性	あり	なし	あり	なし
相談機関	サービス項目																				
	地域包括支援センター																	○		○	
	居宅介護支援事業所																	○		○	
介護保険法定サービス	二次予防事業	151	81	79	31	30	29	28	7	7	1	1	1	1	1	1	1	○		○	
	訪問介護																	○		○	
	訪問看護																	○		○	
	通所介護																	○		○	
	通所介護療養																	○		○	
	短期入所生活介護																	○		○	
	短期入所療養介護																	○		○	
	認知症対応型通所介護																		○		○
	小規模多機能居宅介護																		○		○
	認知症対応型共同生活介護																	○			
	特定施設入所者生活介護																		○		○
	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																	○		○	
	未利用	1,191	902	884	194	190	66	65	18	17	2	2	9	9	0	0					
医療機関	専門病院(認知症専門病棟)入院																		○		○
	精神病院棟入院																		○		○
インフォーマルサービス	近隣支えあい																	○		○	
	民生委員																	○		○	
	見守りネットワーク																	○		○	
	配食サービス	5	3	3	1	1	1	1										○		○	
	認知症サポーター																	○		○	
	サロン・サークル																		○		○
	高齢者生活福祉センター	20	2	2	2	2	1	1										○		○	
	老人福祉寮	7			1	1												○		○	
	高齢者向け住宅	12	3	3	1	1	2	2										○		○	
制度等	成年後見制度																	○		○	
	障害者自立支援法に基づくサービス																	○		○	

* サービス項目については、認知症支援に関わると思われるものを挙げてください。

* 数字はわかる範囲で挙げてください。正確な数字を求めることも大事ですが、それ以上に新たな整備の必要性のあるなしの検討をすることが大事です。

図 A 町における認知機能障害程度（CPS）別、現在の社会資源の利用状況と推計値

資料：第5回検討委員会資料

日常生活圏域ニーズ調査にある「認知機能の障害程度（表内では「CPS」と記載）」については、さらに空欄が目立ち、二次予防事業や未利用者の数は把握しているが、インフォーマルその他については認知症高齢者の日常生活自立度同様、把握が難しいとのことで空欄がほとんどであった。

4. A町の気づきシートを元にした、社会資源整備に関する委員会意見

A町の気づきシートの結果を受け、A町における社会資源整備に関する委員からの意見、質問、アドバイスのとして以下のようなものが挙がった。(→は、A町役場の担当者の返答)

・ 特養の定員が50となっているが、利用者は30名である。この差は町外利用者の数か？ → その通り。広域連合の他地域の高齢者を受け入れている。
・ 認知症対応型デイサービスは定員が0なのに利用者がいる。これはどうしてか？ → 車で5分ほどの隣町（同じ介護保険広域連合）にある認知症対応型通所介護を使っている
・ 認知症の人数はそれなりに増えていくが、認知症対応型デイサービスは作らないのか → 通常の通所介護で対応している。また、すぐ隣の町に認知症対応型デイサービスがあり、そこが受け入れ可能である。
・ 介護保険サービスの未利用者が88名いるとのことだが、本当に認定を受ける必要があったのか。また、医療との連携はどうなっているか？ → 医療連携については、他地域の行政間との連携もできているので、検討したい。
・ 通所介護や訪問介護の利用者が5名ほど増える計算となっている。既存の通所介護と訪問介護で対応できる数かもしれないが、もしかしたら通所介護の一人当たりの利用日数が減少する可能性があるのではないか。 ・ 現在、通所介護や訪問介護を利用している人は、比較的自立度が高い。しかし、認知症ケアパスが求めているのは認知症の人に対する継続的な支援であり、将来的にBPSDや合併症があったり、終末期を迎えるときでも対応できるサービスが必要なのではないか。 ・ 通所介護や訪問介護で対応するとなると、そこで働く人の人数を、高齢者の増加に併せて増やしていくということになるが、今後職員数の確保が難しくなるだろうし、また、効率よく、かつ継続的にサービスを提供していくことを考えると、通所・訪問・泊まりのサービスを提供することができると小規模多機能型居宅介護を整備してはどうか。
・ 町の方針が在宅ケアを重視しているということだから、町長を含めてどのように認知症の人を支えていくかを話し合うべきではないか。政策的誘導が必要だろう。

気づきシートを用いたことで、地域にあるサービスをどういう状態像の人が利用しているのか、地域にサービスがない場合、住民がどのようにニーズを満たしているのか等が見えてくると同時に、既存のサービスを切り替えることで、住民ニーズに応えつつ効率よくサービスを提供する方法を検討することができるなど、社会資源の整備状況と利用人数から「認知症の人を地域で支えていくための方法」を検討することができた。

5. モデル自治体担当者の意見

気づきシートの使い勝手その他について、モデル自治体担当者から以下のようなご意見を頂いた。

(活用できる点)

- ・ 認知症の生活機能障害別に分類することで、今までと違った視点で利用状況を把握できる。
 - サービスの在り方を考えたり、新たに事業展開する上で、気づきシートの分類がきっかけ

になる。

- ・ 未利用者数を明確にすることで、その方に対する働きかけの必要性を認識できる。
 - 高齢者の所在確認にもつながる。

(課題)

- ・ 認知症自立度について、システムで管理されないため、認定結果とは別にデータの入力、管理等が必要である。
- ・ インフォーマルサービス等については、利用状況が把握しづらい。
- ・ 推計値の算定に当たっては、介護保険事業計画のワークシートとの連動が必要である。
- ・ 日常生活圏域ニーズ調査は、住民自らが判断し、記入するため、判断基準にばらつきがあるとともに、記入漏れがある。
- ・ 自治体によって調査内容、調査対象者の違いがあり、データ反映できないことが懸念される。
- ・ 調査結果について、当町ではエクセルシートでデータの集計を行ったが、シートの作成が煩雑である。また、集計を委託した場合、費用の負担が大きい。

このように、モデル自治体からは、認知症の生活機能障害別に状態像を把握することで、「これまでとは違った観点で介護保険サービスやインフォーマルサービス等を見ることができた」、「未利用者への働きかけの重要性を認識できた」という、「自治体の意識を促す」効果が報告された反面、「データの inputs が難しい」「インフォーマルサービスは利用状況が把握しづらい」といった気づきシート記入上の課題や、「自治体によって日常生活圏域ニーズ調査を行っていないか」などで、データに反映できないのではないかと、「調査結果を委託している自治体では、費用負担が生じる」といった、気づきシートを広める上での課題が挙げられた。

なお、課題として報告された、介護保険事業計画のワークシートとの連動については、介護保険事業計画を立てる際には保険料との兼ね合いやサービス提供事業者の確保等、様々な要因を考慮する必要があるのに対し、この気づきシートはあくまでも認知症ケアパスを策定するために、認知症に着目して社会資源の整備についての現状把握と整備計画の検討をするための「資料」であることから、ワークシートとの連動はせず、単独で使用するものとした。

また、インフォーマルサービス等の利用状況については、現段階においては把握ができていないことによる空欄があってもかまわず、むしろ「自治体職員が『このサービスはどういった状態像の人が利用しているのだろうか?』、『どうすれば利用状況の把握ができるだろうか?』といった疑問や気づきを持っていただくことが重要」との意見があり、あえて残すこととした。

6. 気づきシートの構成に関する委員意見

モデル自治体が記載した気づきシートには、具体的な数字が書き込まれたため、「地域の状況が見えるか」「用いるデータは適切か」等、気づきシートの構成に関する検証も行うことができた。委員より挙げられた意見や指摘は以下のようなものである。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・ 地域福祉や高齢者をいかに支えていくかという目標や理念が重要だが、この気づきシートではそれが見えない。 |
|--|

- ・ 医療サービスについては、市町村レベルでは数の把握をすることは「難しい」のではなく「できない」のではないかな。
- ・ 相談や医療サービスについては、生活機能障害別ではなく、全体として相談機関がどれだけあるかのほうが大事であろう。
- ・ 若年性認知症の人は、既存の介護保険サービスに当てはまらないことがあるが、この気づきシートでは埋もれてしまわないか。
- ・ 推計値の出し方や考え方など、わかりやすくするために、注意書きを入れてはどうか。
- ・ 推計値を入れただけでは「人数が伸びた分だけ社会資源を整備すればよい」ととられてしまいかねない。推計値を参考に、高齢者福祉の理念に基づき、自治体が「どのように認知症高齢者を支援していくか」の検討をした後の「必要数」も書き込めるようにすべきではないか。
- ・ 社会資源については、介護保険サービスを含め、認知症の人に対応しているサービスをあらかじめ例として書き込んでおいてはどうか。
- ・ 気づきシートによって介護保険の認定を受けながら、サービス未利用の人たちがどの程度いるのかを把握できるのはよいが、この人たちは本当に認定が必要だったのだろうか。また、介護保険の申請はしていないが、認知機能障害がある程度進んでいる人たちへの支援が遅れてはならないだろう。

これらの意見を踏まえ、気づきシートを修正した。

作成: 年 月 日
日常生活圏域: 地区

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

※この記入は、個人の生活情報等にあり、地域で定めていたサービスのフォーマットについて、以下の内容を追加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、自治体福祉サービス、インフォームド・コンセント）の把握
- ② 現在ある社会資源を、どのように活用されているかの把握
- ③ H29年度の計画における目標設定が平定、その社会資源が不足し、達成しないと考えられるか
- ④ 現在の生活環境と希望する生活環境との違いを明らかにし、適切な人を変えていくかの確認、検討（必要に応じてH29年度に実施することとする）

※ H29年以降の計画の方法は、調査・資料利用者に介護保険施設計画上にある居る人数以上の人数を代表して、算出して下さい。

※「必要数」には、H29年以降計上の値を基に、関係者で社会資源の確保に関する協議後に結果発表した数字を代入し差し換へる。

※このコーナーの情報は、むかしから見て得ていけるようにしようとしている。ものもらいなところがあれば、空欄でも結構です。

※今年度までの計画と見比べると、どのような変化があるかを記述して下さい。

※日常生活支援及びその中で発生している問題等が記述されています。把握していない事項も記載してください。

[illegible][illegible]

認知症高齢者の日常生活自立度		I		II a		II b		III a		III b		IV		V	
対象者総数	現数	H29年調査計	必要数	現数	H29年調査計	必要数	現数	H29年調査計	必要数	現数	H29年調査計	必要数	現数	H29年調査計	必要数

[illegible]

医療	研修名	研修受講者数	認知症専門医療機関	病院名・外未数	病床数
	かかりつけ医認知症対応力向上研修		認知症患者医療センター		病院 一般病床
	認知症サポート医養成研修		最近型認知症患者医療センター		病院 精神科病床
				施設外未数	施設 "

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	

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、検討ししょう。

※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？

- ・ 自費自治体の地域福祉の理念・目標を踏まえよう
- ・ 人口動態を踏まえよう
- ・ 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入居の確保の状況を確認しよう
- ・ 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、検討しよう

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

*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等をどの程度把握されていますか？

[illegible]

資料：第6回検討委員会資料（一部改変）

気づきシートの修正に当たり、留意した点は以下である。

- 日常生活圏域別に人口や高齢化率等、人口動態を書き込めるようにし、圏域ごとの特徴がわかるようにした。
- 地域の高齢者を大まかに「65歳以上で要介護認定を受けていない人」と「要介護認定を受けている人」に分けた。また、要介護認定を受けている人については、二号保険者を含めることとし、介護保険サービスの利用人数を把握することとした。
- サービス利用者数については、①現数、②H29年度における推計値、③どのサービスでどういった生活機能障害のある認知症の人を支えていくかについて、地域の関係者で検討していただいた結果（どのサービスで何人の認知症の人を支えるか）、の3つを書き込めるようにした。
- 若年性認知症の人の推計数を書き込めるようにし、地域に大体何人ぐらいの若年性認知症の人がいるかを算出していただくことで、若年性認知症への意識を高めていただく効果を期待した。
- 医療サービスと相談機関については、認知症度によって利用が変わるものではなく、むしろ「どのぐらいの数が整備されているか」が重要になってくると考えられることから、別の欄に移し、そこに記入していただくこととした。

＜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＞

28

① 地域福祉・高齢者福祉の理念・目標を記入する
まずはじめに、自治体の地域福祉・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あり、介護保険の保険者（一部広域連合）でもあることから、まずは自治体職員が、地域の福祉の理念や目標を記入することで、「わが町の福祉はどの方向に向かうべきか」について確認する。



② 圏域を設定する
その気づきシートで把握する圏域を設定する (ポイント) 基本は「日常生活圏域」ごとに記入する。しかし、日常生活圏域では広すぎる、人口が少なく対象者が一定程度に達しない、集合住宅があるエリアだけでかなりの規模の高齢者数に達する等、地域ごとに特徴がある場合には、適宜圏域を設定する。



③ 人口・高齢化率・若年性認知症推定数等を記入する
圏域ごとに、人口や高齢化率、若年性認知症推定数等を記入する (ポイント) 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する。また、若年性認知症の推定値については、推計値を算出することによって、若年性認知症への意識を高めると同時に、就労支援や障害福祉サービスへの利用に結びついているか確認を促す。

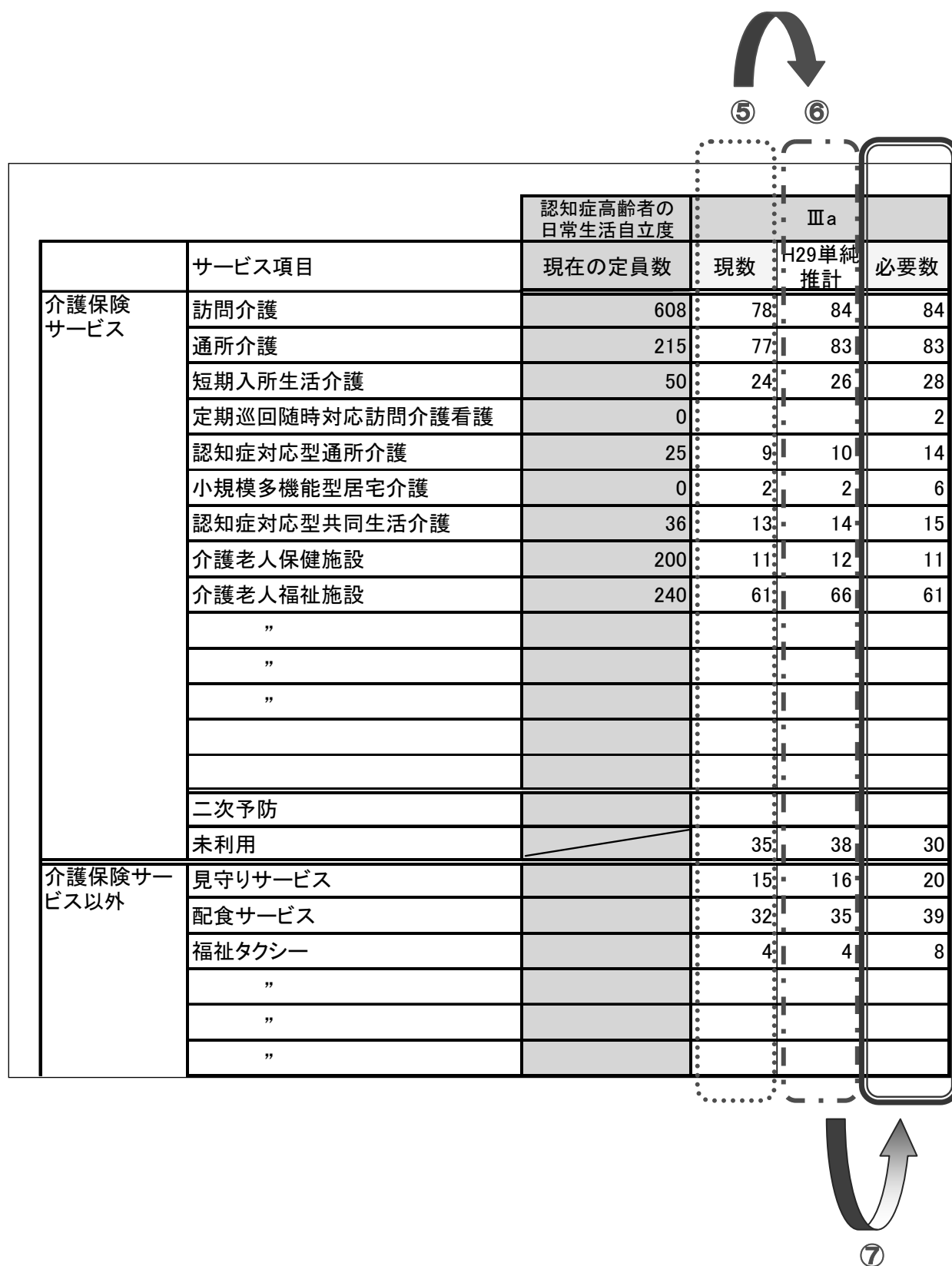


④ 地域支援事業及び高齢者福祉サービスやその他の行政サービス等や、介護保険サービス、医療、相談機関の名称や定員数、研修受講者数、病床数、相談者数等を記入する
圏域にある地域資源事業等のサービスや介護保険サービス、医療機関、相談機関の名称や定員数等、研修受講者数、病床数、相談者数等の現数を記入する。また、サービス項目の記入欄は適宜増やす。 (ポイント) 圏域ごとにわけて上記数値を記入し、③で記入していただいた人口や高齢化率等とのバランスを見る。また、サービス名等を記入することで、地域にあるサービスをどの程度把握しているのかの目安になる。



⑤へ

*気づきシートの一部を拡大（数字は例）



		認知症高齢者の 日常生活自立度	Ⅲ a	
	サービス項目	現在の定員数	現数	H29単純 推計
介護保険 サービス	訪問介護	608	78	84
	通所介護	215	77	83
	短期入所生活介護	50	24	26
	定期巡回随時対応訪問介護看護	0		
	認知症対応型通所介護	25	9	10
	小規模多機能型居宅介護	0	2	2
	認知症対応型共同生活介護	36	13	14
	介護老人保健施設	200	11	12
	介護老人福祉施設	240	61	66
	”			
	”			
	”			
	”			
	”			
介護保険サー ビス以外	二次予防			
	未利用		35	38
	見守りサービス		15	16
	配食サービス		32	35
	福祉タクシー		4	4
	”			
	”			

⑤ 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 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)を算出、記入する (ポイント) 認知症の人の生活機能障害により、どれぐらいの人がどんなサービスを利用しているのかを可視化させ、サービスの提供量と現数とのバランスをみる。同時に、人数が把握できていないサービスは何なのか、どうすれば人数を把握できるのかについて、検討する。

⑥ ⑤の単純推計値を記入する ⑤で記入した数字に対し、「65歳以上人口の伸び率」をかけ、3年後の推計人口(単純推計)を算出、記入する (ポイント) ここでは単純推計値を入れることで、「3年後のわが町」のイメージを持つ。

⑦ ⑥の単純推計値を参考に、地域の関係者と共に、どのサービスを使って、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 ⑥の推計値を元に、地域の介護保険サービス事業者や医療関係者、民生委員、地域福祉推進員等を交え、「わが町ではどの社会資源を整備し、どのように認知症の人を支えていくか」について、検討・協議する。また、その検討・協議の結果を「必要数」に反映させる。 (ポイント) 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が⑦である。これまで、人口推計に合わせて介護保険サービスや地域支援事業等の計画を立てていたと思われるが、推計を元に、関係者が「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に対し、どのようなサービスを用いて支援していくのかについて協議し、その結果である具体的な数値を必要数に記入していく。 *手引書においてはモデル自治体の具体例を用いて丁寧に説明する予定。 (例) 定員80名の特別養護老人ホームを現在80名が利用していて、将来推計としては86名であったとする。自治体の方針としてこれ以上大型の施設は建設・増設しないことや、高齢者福祉の理念として、「地域包括ケアシステムの構築」をあげていることから、グループホームや小規模多機能型居宅介護を整備し、そこで支えていく。 (例) 通所介護の利用者数が現在30名いて、将来推計として40名であったとする。10名分の通所介護の整備が必要だが、認知症高齢者の日常生活自立度がIでADLも高い方が多い。そのため、地域に高齢者サロンを作り、自立度の高い方にはサロンの利用を勧めるようにし、10名分の枠を確保する。また、通所介護が認知症の人のニーズにあっているかを確認し、必要に応じて認知症対応型通所介護への変更の可能性を検討する。

8. 気づきシートの検証の必要性

修正後の気づきシートについては、モデル調査がまだ行われておらず、全国に1,700以上ある自治体に普及させるには、まだまだ改良の必要があると思われる。そのため、次年度以降に再度いくつかの自治体にモデル調査をお願いし、検証を行うことにした。なお、自治体の選定には、人口規模や地域の特徴（都市部、農村部等）を考慮し、気づきシートの一般化を目指していくこととする。

9. 気づきシート記入後の流れ

厚生労働省が発表した「今後の認知症施策の方向性について」には、「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よう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」とある。確かに、人は元気なうちは自分や家族に介護が必要になったときのことを考えることは少なく、何らかの心身の不調があつてから、はじめて情報の収集に当たることになる。そのため、認知症が疑われる人にとって、どこに行けば診断が受けられるのか、万が一認知症と診断された場合、どこに相談すると良いのか、また、その後の生活に対し、どのような支援が望めるのかについて一目でわかるようなシートがあると便利であろうと思われる。

また、気づきシートを用いて社会資源の整備を協議・検討した結果を整理し、自治体の地域福祉・高齢者福祉の理念や目標と合致しているかを確認するためにも、認知症の人の生活を支える社会資源を一覧にしたシートがあると便利である。そこで、認知症の人のニーズと生活機能障害とを組み合わせる形で、社会資源の一覧をまとめてはどうかと思い、以下のような表を当初作成した。

(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！ ○○市○○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	○○ケアセンター A 訪問介護ステーション NPO 法人△△	○○ケアセンター A 訪問介護ステーション NPO 法人△△	○○ケアセンター A 訪問介護ステーション	○○ケアセンター A 訪問介護ステーション	○○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	○○ケアセンター	○○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 O×デイサービス	デイサービス YY O×デイサービス	O×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 ○○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 ○○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 ○○市支部	NPO 法人 BBB 家族会 ○○市支部	NPO 法人 BBB 家族会 ○○市支部	家族会 ○○市支部	家族会 ○○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あるときましたか？」
→ 市役所福祉部ににご相談ください。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：「お風呂入りに手をつけたい」「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うために誰かにお願いしたい」
→ △△地域包括支援センター、法テラスでのご相談を承ります。

図 (イメージ) 認知症の人を支える社会資源シート

左記のシートをモデル自治体の A 町に渡し、記入をお願いしたところ、「セルごとにそれぞれに対応する事業所が書かれており、サービスの流れがわかりにくい」、「それぞれのサービスの組み合わせをどのようにするとよいかわかりにくい」といった指摘があった。また、認知症の人のニーズにより、細かく分けるよりも、地域包括ケアの考えに基づき、5 つに整理して記載したほうがわかりやすいとの意見もあった。

前掲のシートを参考に、モデル自治体の A 町が独自に作成したのが、下記のシートである。

<認知症の人を支える社会資源シート> 認知症の人の生活機能障害に応じ、私たちが地域での生活を支援します！
日常生活圏域： A 町

平成 25 年 3 月 31 日現在

			認知症の疑い 物忘れはあるが、金銭管理や買い物、書類作成を含め、日常生活は自立している	認知症を有するが日常生活は自立 買い物や事務、金銭管理等にミスが見られるが、日常生活はほぼ自立している	誰かの見守りがあれば日常生活は自立 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	日常生活に手助け・介護が必要 着替えや食事、トイレ等がうまくできない	常に介護が必要 ほぼ寝たきりで意思の疎通が困難である
予防	介護予防事業	保健センター	←→	←→			
	仕事・役割支援	ボランティアセンター	←→	←→			
	つながり支援	地域活性化ホールにおける談話、交流 ※H25 整備予定	←→	←→			
介護	介護	デイサービス	←→	←→			←→
		デイケア	←→	←→			←→
		ショートステイ	←→	←→			←→
生活支援	家事支援	ヘルパー	←→	←→			←→
	生活支援	シルバー人材センター	←→	←→			←→
	配食サービス	給食サービス	←→	←→			←→
	宅配サービス	ふれあいネットワーク	←→	←→			←→
	移送サービス	福祉タクシー	←→	←→			←→
	除雪サービス	除雪サービス	←→	←→	←→		
	安否確認・見守り	小地域ネットワーク	←→	←→			←→
		民生委員	←→	←→			←→
		認知症サポーター	←→	←→			←→
		SOS ネットワーク		←→			←→
医療	医療	かかりつけ医	←→	←→			←→
		認知症疾患医療センター	←→	←→			←→
		訪問看護			←→		←→
	緊急時の支援	市立病院			←→		←→
	終末期医療	町立病院					←→
住まい	住まい	住宅改修費補助制度	←→	←→			←→
		高齢者生活福祉センター	←→	←→			←→
		老人福祉寮	←→	←→			←→
		高齢者向け住宅	←→	←→			←→
		グループホーム			←→		←→
		特別養護老人ホーム				←→	←→
		老人保健施設				←→	←→
相談機関	地域包括支援センター	←→	←→			←→	
	居宅介護支援事業所	←→	←→			←→	
家族支援	家族介護を語る会	←→	←→			←→	

～その他、下記のようなサービスもあります～

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・・・」
→ 役場 福祉係又は介護支援係にご相談ください。

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のために誰かにお願いしたい」
→ 地域包括支援センター、社会福祉協議会にご相談ください。

図 A 町における認知症の人を支える社会資源シート

その結果、A 町における認知症の人の生活機能障害に対応する社会資源が一目でわかるようになった。また、整備計画の部分の色を変えたことで、住民にとってわかりやすい表記となった。

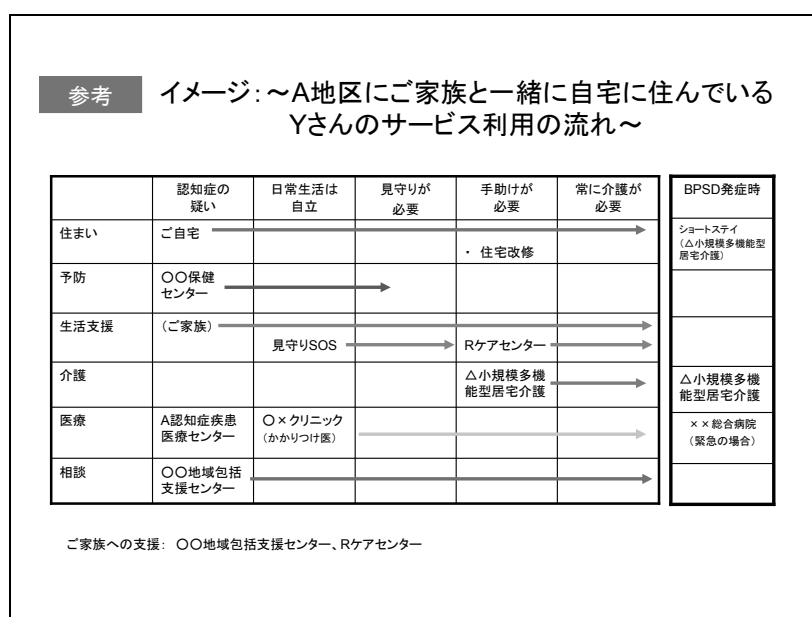
ただし、人口 30 万人以上の大規模都市となると、日常生活圏域に訪問介護だけで数十か所、通所介護も十数か所整備されているようなこともある。そうすると、それぞれのサービスがどういった生活機能障害を持った認知症の人を対象としているかの把握が難しく、また、たとえ把握できたとしても、シートにどのように表記するかが難しいと思われる。

そのため、引き続き 8 月の手引書完成までの期間、モデル自治体を通じて社会資源シートの見せ方や載せるべき情報について検証し、さらに精査をしていく予定である。

10. 標準的なケアパス策定のために

「気づきシート」や「社会資源シート」は地域における標準的なケアパスを策定するための土台となるシートである。そもそも、認知症ケアパスは個々人の状態像によって変わるものであるし、また、同じ地域の同じような状態像の方が同じサービスを利用しているとは限らない。そういった意味で、認知症ケアパスを策定するためには、個々のケースの積み重ねも重要となってくる。

下記は、参考のイメージとして作成した、「A 地区にご家族と一緒に自宅に住んでいる Y さんの場合のサービス利用の流れ」である。



資料：第6回検討委員会資料、一部改変

上記のように、「A 地区」に「ご家族と一緒に自宅に住んでいる」個々の認知症の人の「サービス利用の流れ」を積み重ねていくことで、「A 地区においてご家族と一緒に自宅に住んでいる人の標準的なケアパス」ができていく。同様に、お一人暮らしの方やご夫婦のみ世帯の方など、認知症の人の状態像に応じ、それぞれの地域の標準的な認知症ケアパスができていくのであり、それは地域福祉や高齢者福祉の理念・目標に沿ったものであるべきであろう。

この、「標準的な認知症ケアパス策定」のための手順についても、検討委員会にて引き続き検討していく予定である。

V 次年度の検討事項

認知症ケアパスの策定のためには、社会資源の整備と適切なケアマネジメントの両者が必須である。今年度取り組んだ気づきシートと社会資源シートは、それぞれ社会資源の整備のための資料であり、介護保険事業計画の策定にも活用していただきたいことから、次年度以降、さらに精査をすると共に、今年度の積み残しである適切なケアマネジメントについて、来年度は議論・検討を深めていく予定である。

1. 検討委員会の取組み

今年度作成した気づきシートと社会資源シートは、今年度は1自治体においてモデル調査と結果の発表をお願いしたのみである。そのため、自治体の人口規模や地域性等を踏まえ、さらにいくつかの自治体にモデル調査をお願いし、それぞれのシートを精査する必要がある。また、認知症の人に対する適切なケアマネジメントについては、今年度は課題が挙げられているのみであることに加え、地域における標準的な認知症ケアパス策定のために、個々のケースを積み重ねてみていく必要があることから、認知症の人に対する適切なケアマネジメントについての十分な議論・検討が必要である。

そのため、平成25年4月以降、以下のスケジュールで議論や作業、精査を進めるとともに、地域における認知症ケアパスが有効に機能するよう、更なる検討・検証を積み重ねることとした。

認知症ケアパス研究会																
		H25										H26				
		3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月以降	
研 究 会	1. H24年度事業報告															
	* 研究会のまとめ															
	* 手引書案(1～2章)															
	2. 自治体向け手引書作成															
	(H25年度に継続して検討する事項については暫定版)															
	3. H25年度事業															
	* H24年度の気づきシート、社会資源シートの検証															
	* 地域における標準的な認知症ケアパスの策定方法の															
	* ケアマネジメント															
	* ケアの手順															
	* 情報ツール															
自 治 体	① 気づきシート・社会資源シートを用いた実態把握															
	② 第六期介護保険事業計画策定 準備														...	
	③ 地域における標準的な認知症ケアパスの策定														...	

図 認知症ケアパス研究会 今後の流れ

資料：第6回委員会資料

(1) 自治体向け手引書の作成 (平成25年8月まで継続)

今年度事業で作成している自治体向け「認知症ケアパス策定のための手引き」を、平成25年8月までに完成させる。取り組む内容は以下となる。

- ① 今年度作成した気づきシート、社会資源シートの更なる検証
- ② 地域における標準的な認知症ケアパス策定方法と、来年度事業で取り組む適切なケアマネジメントに関する事項の暫定版をまとめ、手引書に盛り込む。

特に、今年度の検討委員会で議論に上がったのが、現在病院に入院をしている認知症の人に対して、どのような退院支援が考えられるか、退院が可能な方に対し、地域にどのような社会資源の整備をしていくことで日常生活を支えていくかといった、病院から地域に戻られる認知症の人の「生活」をいかに支えていくかという点や、入院に至らぬような支援のあり方についてである。これらについて、来年度は②の「適切なケアマネジメント」のあり方についての検討の中で深めていき、手引書の暫定版に反映させる予定である。

(2) 平成 25 年度に取り組む内容

平成 25 年度には、上記（１）の自治体向け手引書の完成の他、以下の内容に取り組む。

- ① 地域における標準的な認知症ケアパス策定方法の検討
- ② ケアマネジメント
- ③ ケアの手順
- ④ 情報連携ツール

2. 自治体の取組み

本研究会で作成する「認知症ケアパス策定のための手引き」を元に、全国の自治体には以下について取り組んでいただく。

- (1) 気づきシート、社会資源シートを用いた実態把握
- (2) 第六期介護保険事業計画の策定準備
- (3) 地域における標準的なケアパスの策定

自治体においては、今後益々の増加が予想される認知症の人の実態把握に努めて頂き、地域のどこにどういった生活機能障害を持った認知症の方がお住まいで、現在どのようなサービスを受けていて、今後どういったサービスが必要になるかについて、気づきシートを用いて把握をしていただきたい。また、その結果を元に、自治体/介護保険者として、どういった社会資源を地域に整備し、どのように認知症の人を支えていくかの議論・検討を行い、第六期介護保険事業計画に反映させていただきたい。その上で、地域に住む一人ひとりの認知症の人の事例を丁寧に把握しながら、個別ケースの積み重ねとしての「標準的なケアパスの策定」に向け、地域の事業所や住民と協力をしつつ、地域福祉の推進にご尽力いただくことを願っている。

認知症ケアパス作成のための手引き (案)

2013 年 3 月時点

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

第1章

1. 認知症高齢者の増加と認知症ケアパス	43
1. 認知症高齢者数の将来推計	43
2. 「今後の認知症施策の方向性」について	43
3. 手引書の位置づけ	47
4. 「認知症ケアパス」と「社会資源」	47
5. 認知症ケアパスを機能させる	48
6. 地域における認知症ケアパスの策定	49
2. 地域の高齢者の状態像を把握する	53
1. 地域の高齢者の状態像を把握する	53
2. 地域の高齢者の状態像を把握するための調査・情報	53
3. 認知症の人の状態像の把握のために	58
3. 認知症の人を支える社会資源	63
1. 地域の社会資源の利用状況を把握する	63
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	63
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	65
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	66

第2章

1 「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」	73
1. 地域の実情に合わせた認知症ケアパス策定のために	73
2. 「気づきシート」と「社会資源シート」	74
3. 「気づきシート」の内容と用いるデータについて	75
4. 気づきシートの使い方	79
<手順1> 地域福祉・高齢者福祉の理念・目標を記入します	81
<手順2> 圏域を設定します	83
<手順3> 人口・高齢化率・若年性認知症推定数等を記入します	85
<手順4> 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等、介護保険サービス、 医療、相談機関の名称や定員数、研修受講者数、病床数、相談者数等を記入します	87
<手順5> 65歳以上で要介護認定を受けていない方、要介護認定を受けている方の現数を それぞれ記入します	89
<手順6> ⑤の単純推計値を記入します	91
<手順7> ⑥の単純推計値を参考に、地域の関係者と共に、どのサービスを使って、 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」 に記入します	93
5. 「社会資源シート」について	97
巻末資料	101

*モデル自治体の検証結果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⁹」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¹⁰。

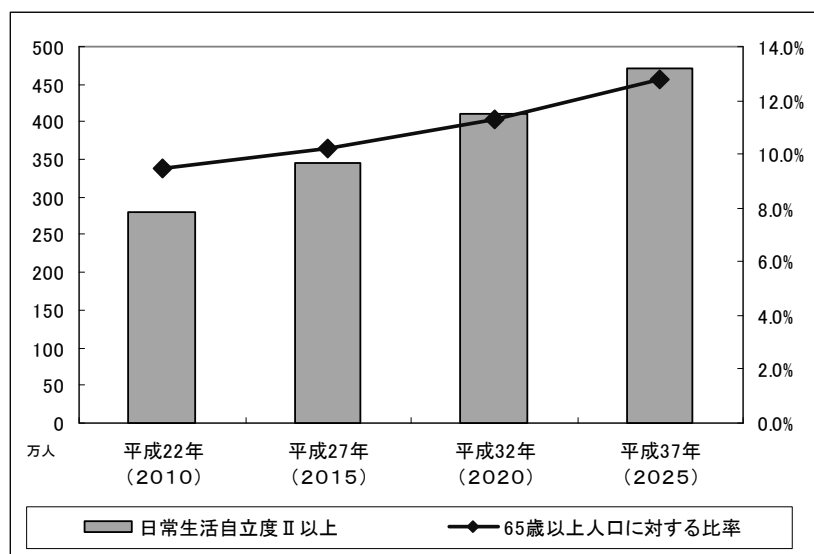


図 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者数の推移

（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。

⁹ 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。

¹⁰ 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－「ケアの流れ」を変える－】

- 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
 - ⑥ アセスメントのための簡便なツールの検討・普及
 - ⑦ 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
 - ⑧ 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
 - ⑥ 一般病院での認知症の人の手術、処置等の実施の確保
 - ⑦ 一般病院での認知症対応力の向上
 - ⑧ 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化
 - ⑨ 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
 - ⑥ 認知症にふさわしい介護サービスの整備
 - ⑦ 地域の認知症ケアの拠点としての「グループホーム」の活用推進
 - ⑧ 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
 - ⑨ 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

- ⑧ 地域で認知症の人を支える互助組織等の活動への支援
- ⑨ 「認知症サポーターキャラバン」の継続的な実施
- ⑩ 高齢者の虐待防止などの権利擁護の取組の推進
- ⑪ 市民後見人の育成と活動支援
- ⑫ 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
- ⑤ 若年性認知症の人の居場所づくり
- ⑥ 若年性認知症の人のニーズ把握等の取組の推進
- ⑦ 若年性認知症の人の就労等の支援

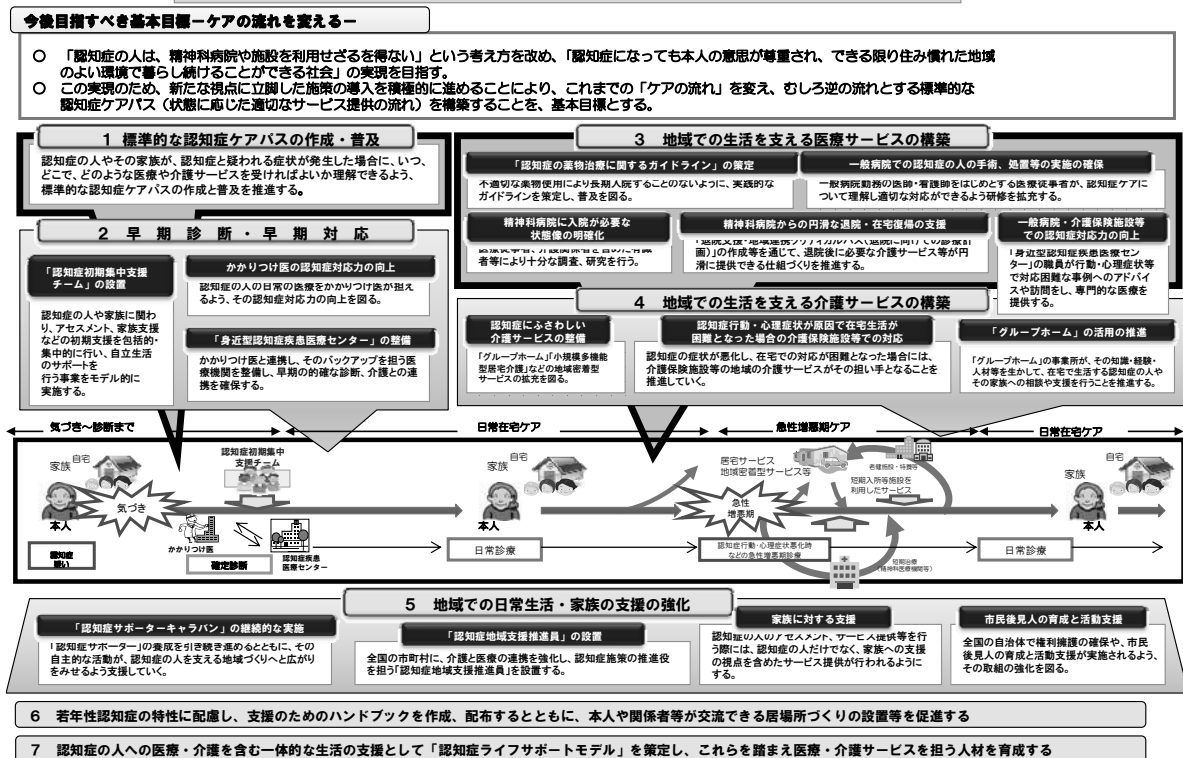
7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

- ① 「認知症ライフサポートモデル」の策定
- ⑤ 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
- ⑥ 介護従事者への研修の実施
- ⑦ 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

『今後の認知症施策の方向性について』の概要



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」¹¹

¹¹ 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】

- ② 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よう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、どのような医療・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独居や夫婦二人暮らしの高齢者世帯、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」

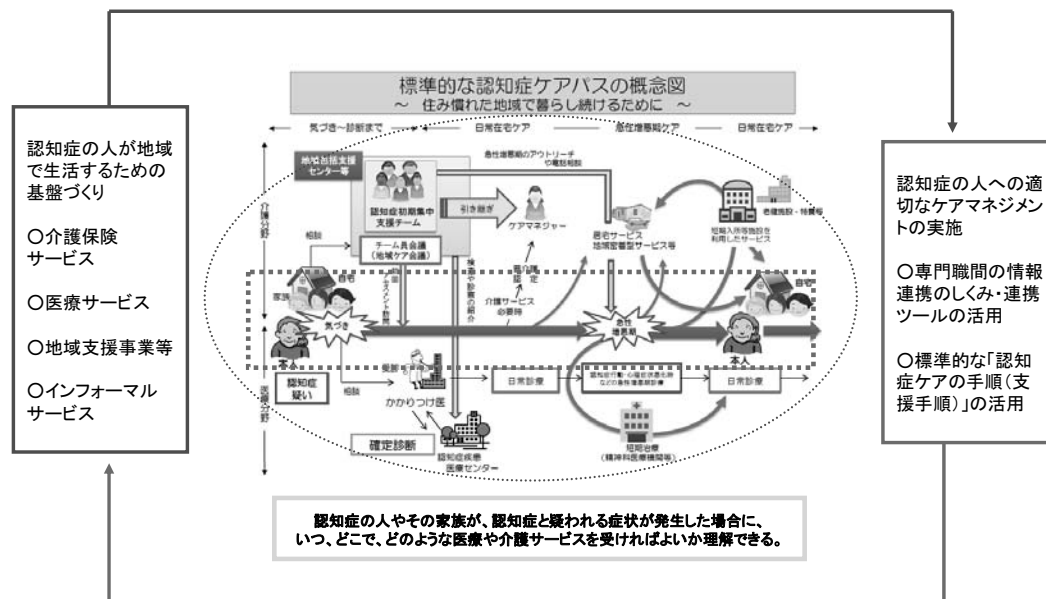
「認知症ケアパス」という言葉は、これまでさまざまな意味合いで用いられてきましたが、この手引書では厚生労働省の「認知症施策検討プロジェクトチーム」の報告書に則り、「認知症ケアパス」を「認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れ」とします。また、認知症の人を支えるさまざまなサービス（介護保険法定サービス、自治体独自サービス、民間サービス、地域住民によるサービス等）を総称し、「社会資源¹²」とします。

¹² 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、地域の人へ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く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¹³」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か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、それぞれの役割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。



¹³ 厚生白書平成12年版「介護制度の運営主体は市町村」

<http://www.hakusyo.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ったサービスを受けたいか」「自分の親だったらどういった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、ご本人がどういった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、疾患の進行に伴って、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¹⁴。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、こ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のが確につかめないからです。地域に必要な社会資源を整備しても、利用者側のニーズに对应していないため、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¹⁵。

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） ¹⁶
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 ¹⁷

¹⁴ 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。

¹⁵ 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。

¹⁶ 詳しくは 57 ページをご参照ください。

¹⁷ 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 57 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。	
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・行動や意思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
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a 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

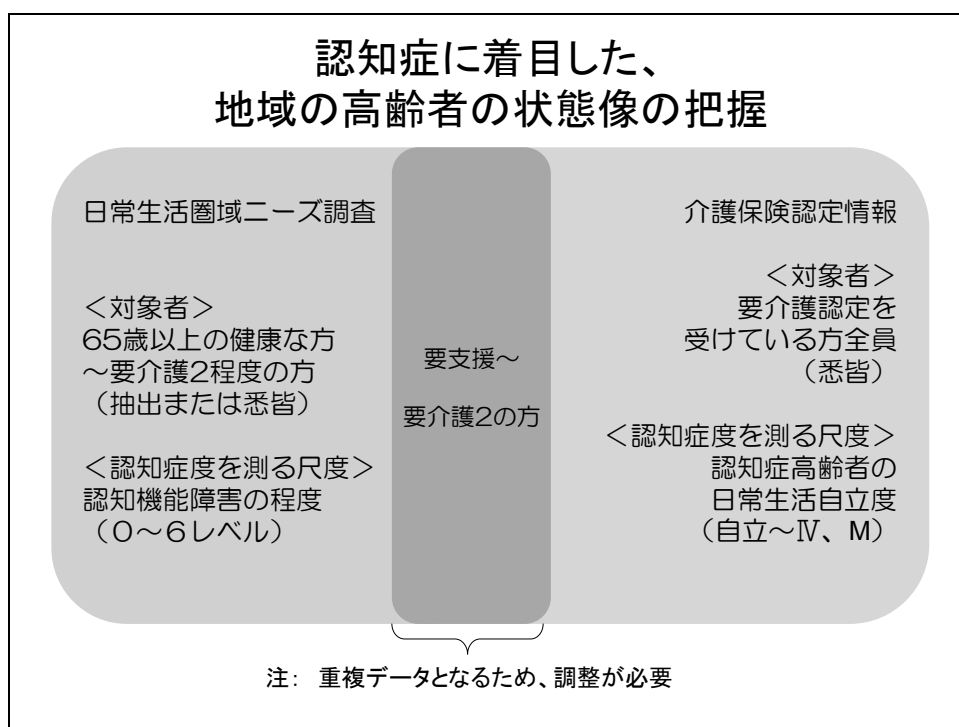
	0 レベル	1 レベル	2 レベル	3 レベル	4 レベル	5 レベル	6 レベル
人数	983	225	95	25	3	10	1

A 地区における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	M
人数	335	372	186	324	273	62	104	38

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¹⁸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。



資料：ニッセイ基礎研究所作成

¹⁸ 自治体により、対象者の範囲は異なります。

＜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對し、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。

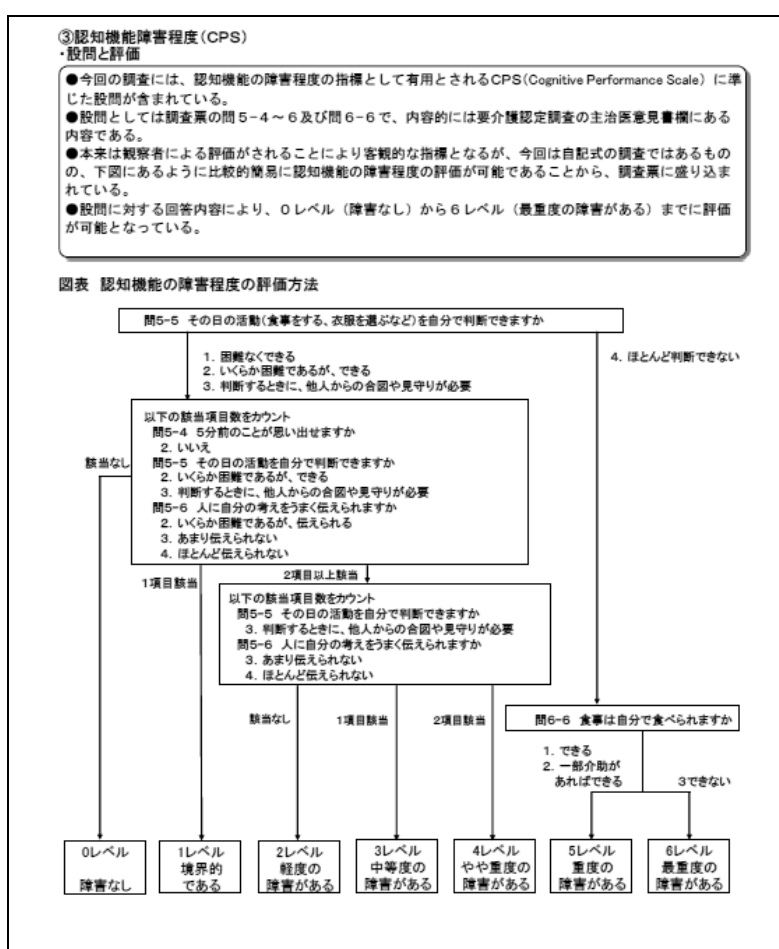
＜地域の高齢者の状態像の把握に用いる 2 つの調査＞

＊ 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¹⁹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のではなく、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。

¹⁹ 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（101 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。

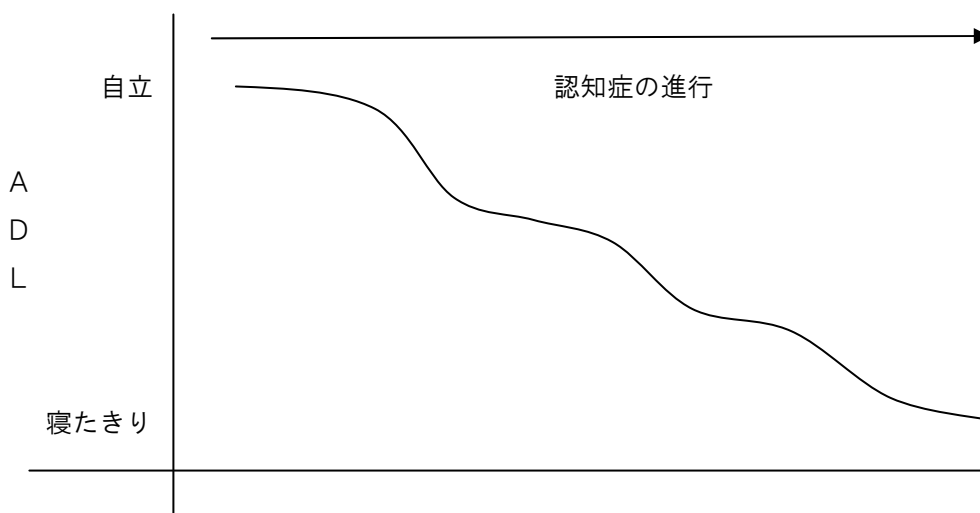


図 認知症の進行と ADL（＊認知症を主たる疾患とする場合）

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：BPSD²⁰）を示すことがありますし、骨折や肺炎などの

²⁰ 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）

疾病にかかることもあります。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、どのような支援があると助かるか、どのような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。

認知症の人のニーズ(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
私や家族を孤立させないでくれる

家事支援

私ができることを続けられる
私ができない家事を手伝ってくれる

外出・買い物支援

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られる
自分で選んで買い物できる

介護予防・健康づくり

心身機能の低下を防止できる
おこりやすい疾病を予防できる
私が望む活動に参加できる

介護

私の暮らし方に応じた最適なケアを提供してくれる
私の不安や混乱を解消してくれる
私の希望やニーズを的確に把握してくれる

困りごと支援

私が困っていることに気づいてくれる
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

つながり支援

私の家族や友人と良い関係を保つことができる
安心して共にすごせる仲間がいる
地域のひととのつながりが保てる

安否確認・見守り

定期的に私の様子を見に来てくれる
必要時に迅速に支援につないでくれる

仕事・役割支援

私の能力を活かした仕事や役割がある
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

継続相談支援

自己選択・自己決定が保障されている
私の価値観や自尊心を守ってくれる
私や周囲が安心感を得ることができる

医療支援

初期から終末期まで切れ目なく見てくれる
私の病気を正しく理解し、診断してくれる
私にわかりやすく説明してくれる

家族支援

家族の介護負担を軽減してくれる
家族の精神的な負担を軽減してくれる
家族の経済的負担を軽減してくれる

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、こ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、こ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ることが重要です。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。

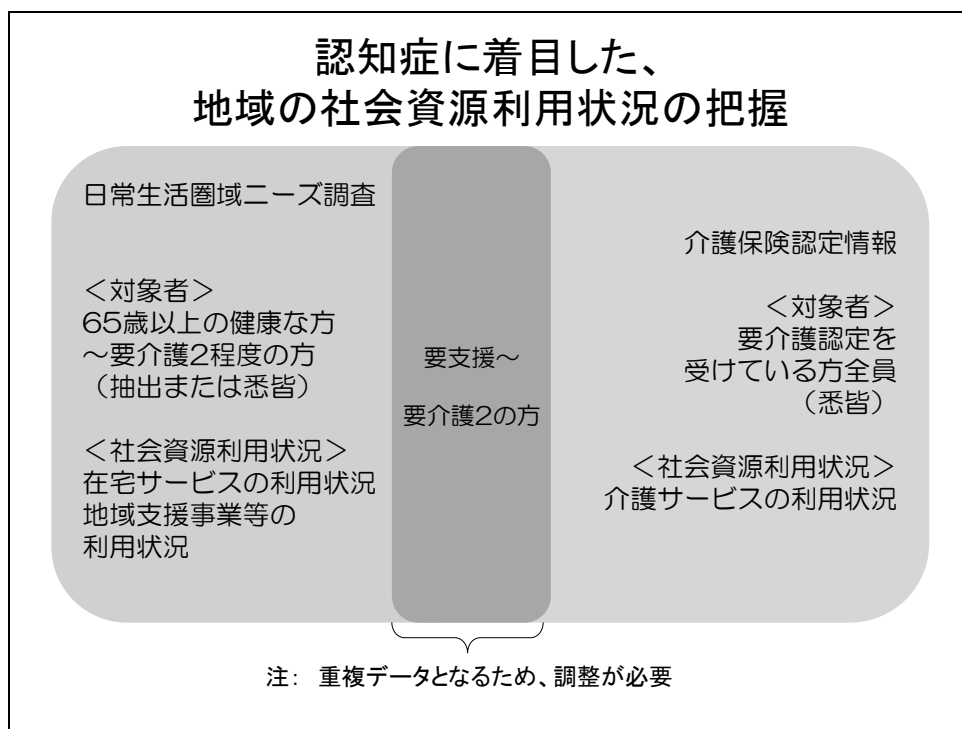
2. 地域の社会資源の利用状況を把握するための調査・分析

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る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。

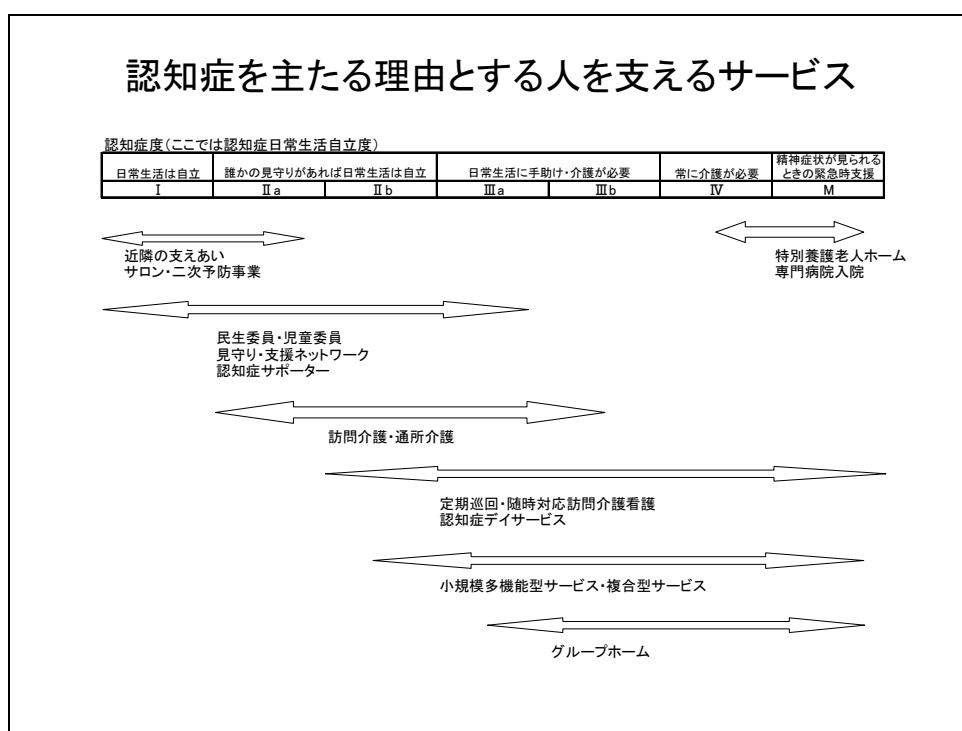
* 介護保険給付分析

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。

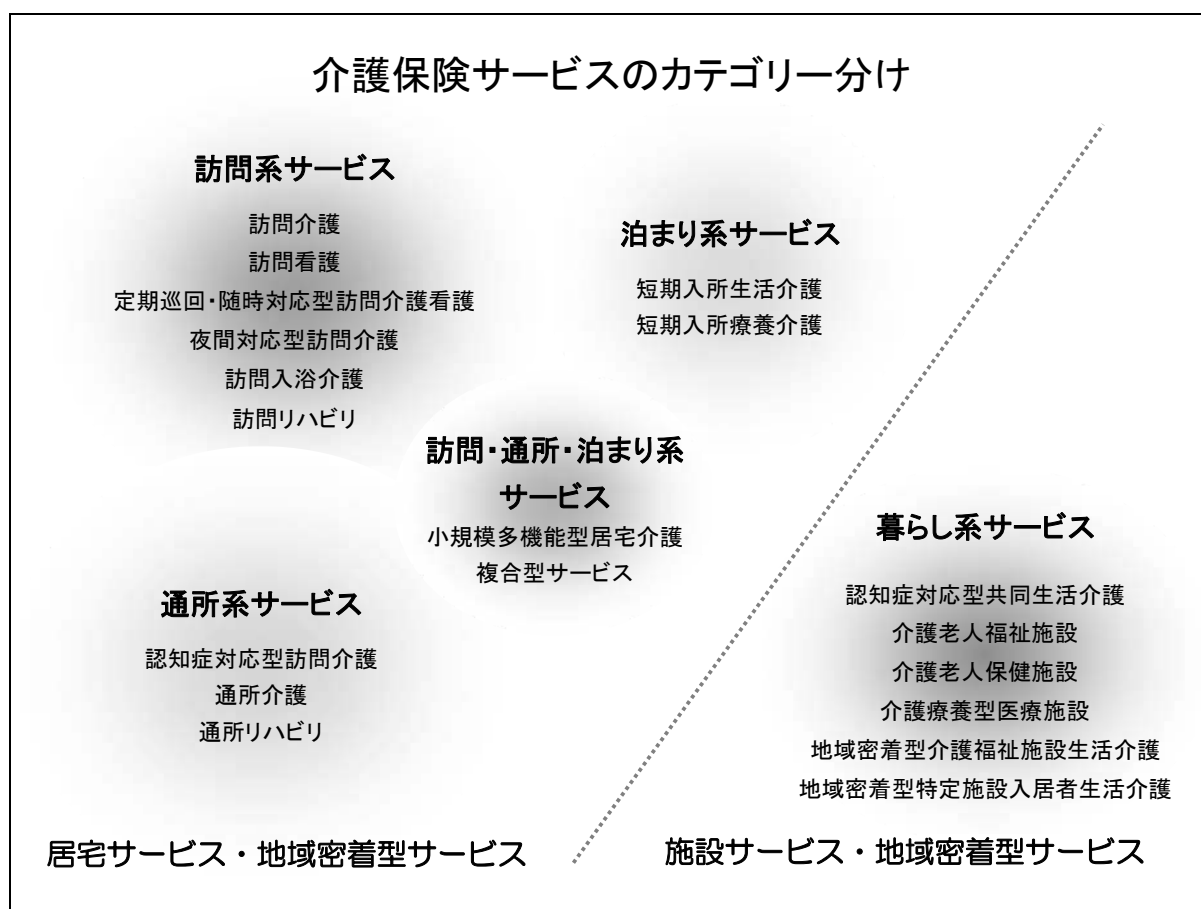
4. 社会資源の利用状況の把握のために：サービス種類別社会資源

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²¹に分けられます。



資料：ニッセイ基礎研究所作成

²¹ この他、福祉用具貸与や居宅療養管理指導があります。

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
身近型認知症疾患医療センター	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
基幹型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

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、様々な取り組みがあります。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がちですが、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ー職場における若年性認知症の人への支援のためにー」2010年11月、p2より引用、一部改変

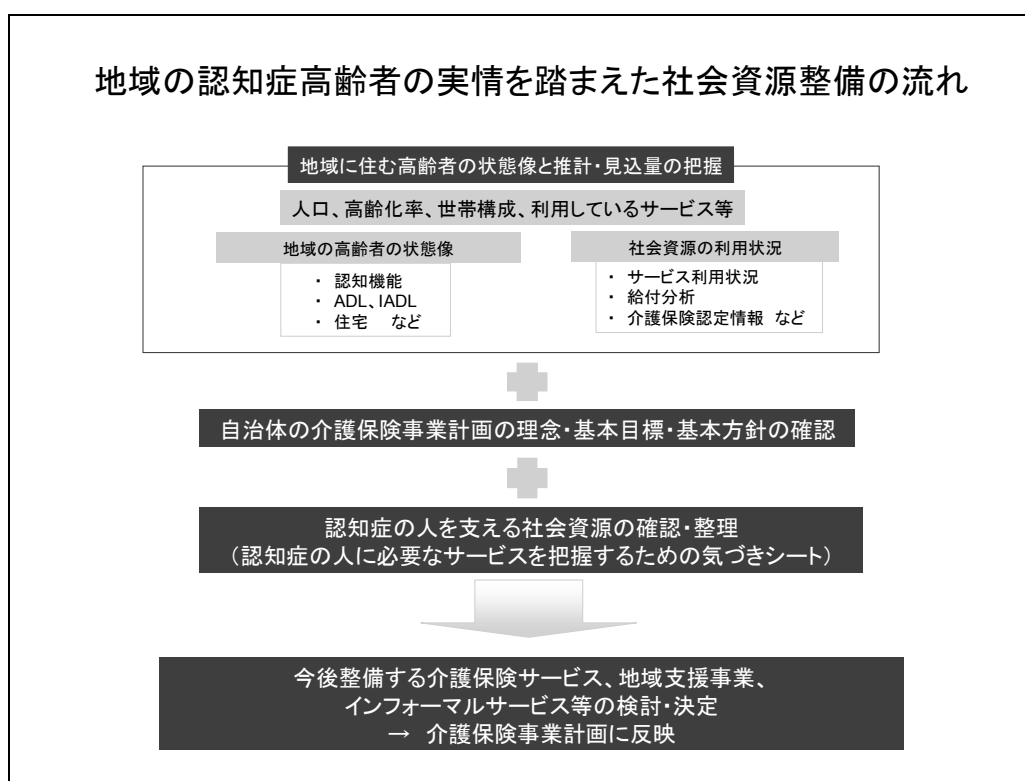
第2章第1項

「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. 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。特に認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、どのような生活機能障害を持った認知症の人に、どこで、こ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 p68-69 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把握するための
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）の整備状況についてチェックをするシート
 - － 「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シート」**

- 認知症の状態と認知症の人のニーズごとに、どういった社会資源が地域にあるかを一目でわかるようにまとめたシート
 - － 地域住民が、いつどこで、どういう支援がうけることができるのかがわかる
 - － 将来整備予定のものを書き込むことで、今後どのような支援が整備されるかが明確になる

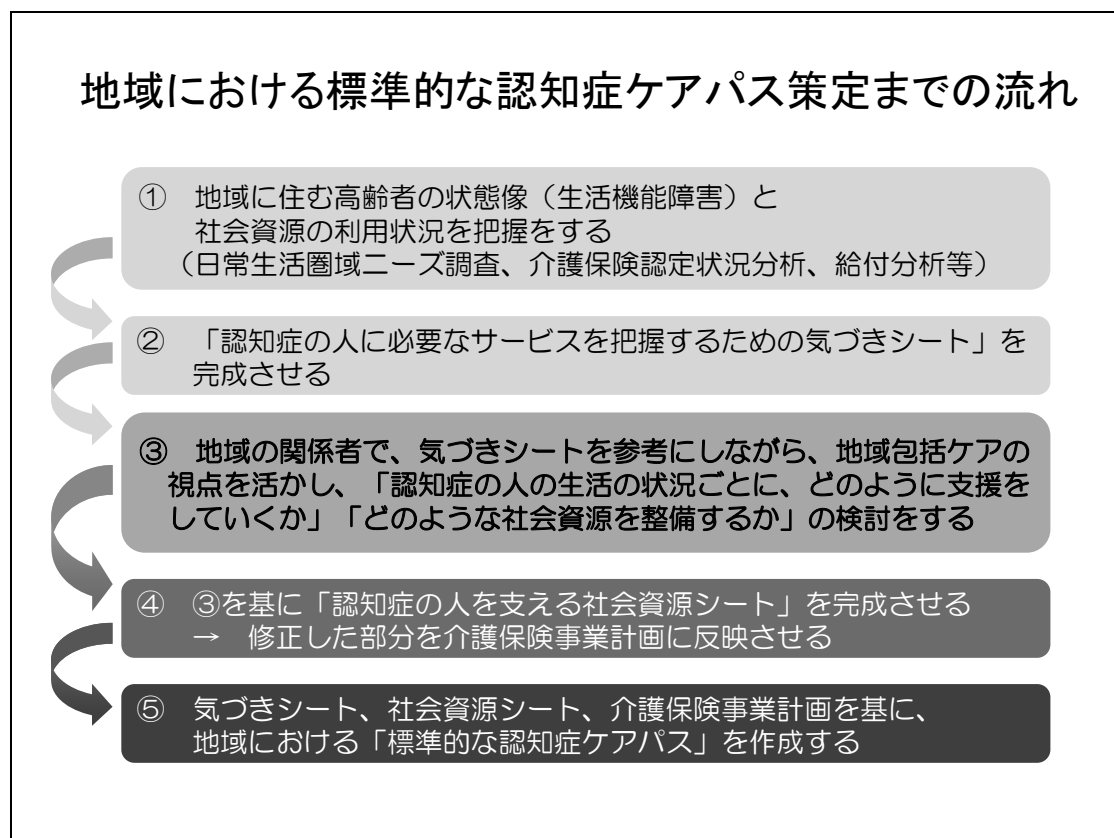
資料：第6回検討委員会資料

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²²。

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、利用状況を把握をし、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。



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、社会資源シートと気づき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」の内容と用いるデータについて

気づきシート（右ページ）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「推計値」、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。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。

²² 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。

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 社会資源利用状況の把握	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
	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。

ただ、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²³」とあります。

以来、各々の自治体/地域のおかれましては、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こられたと思います。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ただきます。早速はじめてみましょう！

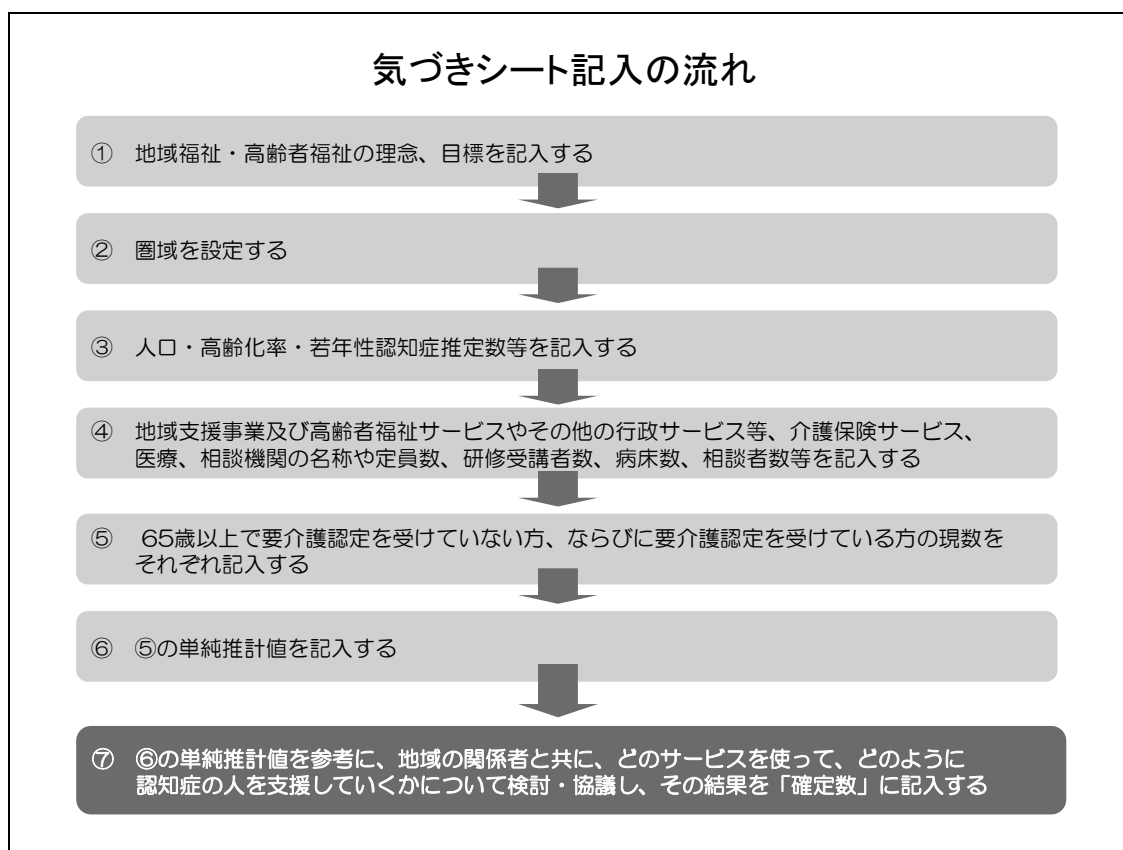


図 気づきシート記入の流れ

²³ 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）

<手順 1>

認知症の人に必要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＞

①

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、国連協会の生活保護給付書にあわせ、適宜で変更していただくためのサービスです。以下の内容を記載するためのものです。
- ① 請求者の社会資源（介護保険サービス、自治体給付サービス、インフォームルサービス）の把握
 - ② 請求者の社会資源を、どういった形で利用されているかの把握
 - ③ H29年度の収入に関する情報について、その社会資源が不足し、差額になると思われるか
 - ④ 国連協会の生活保護給付書に提出する収入情報と、H29年度の収入情報とを照合し、国連協会の入を記入していくかの確認、検討（必ず要領参照）
- * H29年度の収入の求め方は、請求書を利用する前に介護保険給付書に添付するH29年度以上の収入の表を作成し、提出しましょう。
- * 「H29年度」には、H29年課税計の値を記入し、関係者で社会資源の把握に関する書類を提出した年度に改定した数字を記入しましょう。
- * このシートの特徴は、わかず金額で記入できるようにしています。ものもらいなどところがある場合は、空欄でも構いません。
- * 今年度中に発生した収入は、今年度でよいので記入してください。
- * 日本年金機構から年金が滞りなく支払われているか、お送りください。

65歳以上で
要介護認定を
受けていない方

[illegible][illegible]

要介護認定を
受けている方
(一号保険者含)

認知症高齢者の日常生活自立度		Ⅰ		Ⅱa		Ⅱb		Ⅲa		Ⅲb		Ⅳ		Ⅴ	
対象者総数	現数	H29年純 増計	必要数	現数	H29年純 増計	必要数	現数	H29年純 増計	必要数	現数	H29年純 増計	必要数	現数	H29年純 増計	必要数

[illegible]

医療	研修名	研修受訓者数	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
	認知症サポート医養成研修		最近型認知症疾患医療センター		病院 精神科病床
			施設外外来数		開所 “

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	

認知症の人の生活機能障害を踏まえ、こ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、検討ししよう。

＜確認のポイント＞

- ★ 今後のポイント
- ★ 準備が完了した後は、現在存在している介護保険サービスは、はたしてその介護サービスで対応可能な人数でしょうか？
- ★ 現在整備されている介護サービスが足りない場合、その介護サービスを新たに整備しますか？
- 貴自治体の地域福祉の理念、目標を踏まえよう
 - 人口動態を踏まえよう
 - 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出の確保の状況を把握しよう
 - 既存のサービスのうち、他のサービスに切り替えることやサービスの拡充がやめるものがないか、検討しよう
- 例：
- 通所介護 → 高齢者の生活支援 サービス
 - 通所介護 → 認知症対応型生活介護 サービス
 - 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 サービス

*未利用の方はどのようにして生活されていますか？
 *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？

[illegible]

＜手順1＞ 地域福祉・高齢者福祉の理念・目標を記入します

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、貴自治体を目指す理念、目標等を「気づきシート」に記入し、再度確認をしましょう。

＜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、貴自治体に整備されている社会資源が貴自治体の基本理念や目標等に添う形のものであるかを確認しましょう。

<手順 2>

認知症の人に必要サービスを把握するための気づきシート

作成： 年 2 日
日常生活圏域： 2 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、職員の人の生活保護申請書にあわせ、地域で定めていたためのサービスについて、以下の内容を記載するためのものです。
- ① 現在の社会資源（介護保険サービス、自治体給付サービス、インフォリアルサービスの把握）
- ② 現在の社会資源を、どのように利用しているかの把握
- ③ H29年度の目標とする介護計画に対して、その社会資源の不足・過剰になると思われるか
- ※ 現在の生活保護申請書の「生活保護の必要となる理由」に「要介護状態にあること」「高齢者であること」「障害のあること」「収入が生活費を支えていくのが困難」とあり、「検討し必要認める」とある場合は、この項目も記入してください。
- * H29年度計画の進め方は、調査員を利用者に直接介護保険申請書に貼る用紙5面以上の人と話を交わして、算出しましょう。
- * 「介護度」には、H29年計画の値を基に、関係者が社会資源の確保に関する意見をもとに結果発表時に数字を変更しましょう。
- ※ このシートは簡便なもので、あくまで参考程度にご利用ください。もしもの間違いなどがある場合は、空欄でも構いません。
- * ※ 今年度の計画を立てるときに活用できるように書き添えをお願いします。
- * 日常生活支援などの必要となる場合などに当てはまるように変更してください。

65歳以上で
要介護認定を
受けていない方

[illegible][illegible]

要介護認定を受けている方
(二国保険者会)

[illegible][illegible]

氏名	研修名	研修受渡者数	認知症専門医療機関	病院名・外来数	床数	相談窓口
	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	一般病院	県	保健、行政窓口、NPO等
	認知症サポート医養成研修		特定認知症疾患医療センター	病院	精神科病院	地域包括支援センター
			指定された数	箇所	-	

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に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、検討しよう。

＜確認のポイント＞

- ① 準備金を計上した後は、現在保有している介護保険サービスはほとんどは自己資金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は、その社会資源を新たに整備しますか？
 ■ 費目別の地域福祉の理屈、目標を踏まえよう！
 ■ 人口動態を把握しよう！
 ■ 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と入居の種類の状況を確認しよう！
 ■ 既存の資源のうち、他のサービスに切り替えるサービスの転売が可能なものがないか、検討しよう！
 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、短期入居生活介護 → 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かされていらいいますか？
 ※若年世代の転居先を自己資金で確保し、介護サービスに申し込む仕組みはありますか？
 ※介護保険以外の施設給付に自サービス、インフォーマルサービスとの明確なごとの区分けができていらいいますか？

*若年性認知症の本患職(人)・看護大専大前入間総合看護学校 朝田啓孝氏「若年性認知症の重症と対応の基礎整備に関する調査(厚生労働省認知症支援計画事業認知症総合対策事業)」(2008年)より

<手順2> 圏域を設定します

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」がよろしいかと思いますが、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。

<留意点>

- ✓ 圏域を設定することで、次にご記入いただく高齢者数や高齢化率、高齢者のみ世帯数の数など、圏域ごとの特徴が見えてきます。
- ✓ 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、圏域で見ると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が、その場合においても、適宜区域設定の工夫をして下さい。
- ✓ 介護保険を広域連合でやっている地域においては、まずは自治体ベースで一圏域と考え、気づきシートを作成してみましょう。

<手順3>

認知症の人に必要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、47.8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年度の取組における単独計画に対し、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・検討が必要
- * H29年単独計画の求め方は、現数・現在利用件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年単独計画の値を基に、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たいです。
- * 日常生活圏域外からの利用件数などの程度があるかについて、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	1			2			3			4			5			6		
対象者総数	現数	H29年単 推計	必要数	現数	H29年単 推計	必要数	現数	H29年単 推計	必要数	現数	H29年単 推計	必要数	現数	H29年単 推計	必要数	現数	H29年単 推計	必要数

サービス項目	現在の定員数	現数	H29年単 推計	必要数	現数	H29年単 推計	必要数	現数	H29年単 推計	必要数	現数	H29年単 推計	必要数	現数	H29年単 推計	必要数
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																
例: 外出支援																
例: 受診援助																
(配食サービス、 居宅サービス、 緊急通報装置、 サロン、他)																
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		Ⅱa		Ⅱb		Ⅲa		Ⅲb		Ⅳ		Ⅴ		
	現数	+29年単 推計	必要数	現数	+29年単 推計	必要数	現数	+29年単 推計	必要数	現数	+29年単 推計	必要数	現数	+29年単 推計	必要数
対象者総数	現数	+29年単 推計	必要数	現数	+29年単 推計	必要数	現数	+29年単 推計	必要数	現数	+29年単 推計	必要数	現数	+29年単 推計	必要数

サービス項目	現在の定員数	現数	H29年単 推計	必要数	現数	H29年単 推計	必要数	現数	H29年単 推計	必要数	現数	H29年単 推計	必要数	現数	H29年単 推計	必要数
介護保険サ ービス																
訪問介護																
通所介護																
短期入所生活介護																
定額巡回臨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																
例: 外出支援																
例: 受診援助																
(配食サービス、 居宅サービス、 緊急通報装置、 サロン、他)																
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	病床数	相談窓口	包括、行政窓口、NPO等	相談者数
	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		地域包括支援センター	人
	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			人
			物忘れ外来		箇所 -			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、現行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、不要となるものは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>

- * 単純推計をした後は、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、この社会資源を新たに整備しますか?
 - ・ 人口動態を踏まえますか?
 - ・ 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入居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 前田隆教授「若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究(厚生労働科学研究補助金長寿科学総合研究事業)」(2009年)より

＜手順 3＞ 人口・高齢化率・若年性認知症推定数等を記入します

圏域ごとの特徴を見るため、人口や高齢化率、若年性認知症推定数等をご記入ください。高齢化率の高い地域、比較的低い地域等が浮かび上がってきます。また、若年性認知症の推定値については、推計値を算出することによって、若年性認知症への意識を高めると同時に、就労支援や障害福祉サービスへの利用に結びついているか、ぜひご確認ください。

＜留意点＞

- ✓ ここには最新値を記入します。
- ✓ 「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²⁴。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²⁵。

²⁴ 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

²⁵ 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）を発行するなど、各地域で様々な取組みが始まっています。

<手順4>

認知症の人に必要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: 19~64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、以下の点を把握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あわせ、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確認・検討→必要数
- * H29単純推計の求め方は、現数・現在利用数に介護保険単純推計に用いる65歳以上人口の伸び率をかり、算出しましょう。
* 「必要数」には、H29単純推計の値を基に、現時点で社会資源の確保に際する困難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な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	必要数	現数	H29単純 推計	必要数	現数	H29単純 推計	必要数	現数	H29単純 推計	必要数	現数	H29単純 推計	必要数	現数	H29単純 推計	必要数	現数	H29単純 推計	必要数

		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	必要数	現数	H29単純推計	必要数	現数	H29単純推計	必要数	現数	H29単純推計	必要数	現数	H29単純推計	必要数	現数	H29単純推計	必要数		
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	例:外出支援																					
	例:受診援助																					
(配食サービス、見守りサービス、緊急通報装置、サロン、他)	例:見守りサービス																					
	例:緊急通報装置																					
	④																					

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		Ⅱ a		Ⅱ b		Ⅲ a		Ⅲ b		Ⅳ		Ⅴ			
対象者総数	現数	H29単純推計	必要数	現数	H29単純推計	必要数	現数	H29単純推計	必要数	現数	H29単純推計	必要数	現数	H29単純推計	必要数	現数	H29単純推計	必要数

		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		M		
サービス項目		現在の定員数	現数	H29単純 推計	必要数	現数	H29単純 推計	必要数	現数	H29単純 推計	必要数	現数	H29単純 推計	必要数	現数	H29単純 推計	必要数	現数	H29単純 推計	必要数
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																			
	-																			
④																				
二次予防																				
未利用																				
介護保険サ ービス以外	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																			
	-																			
	-																			
	-																			
	-																			
	-																			

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	④	病院 一般病床 床
認知症サポーター養成研修		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	相談者数
保健、行政窓口、NPO等	人
地域包括支援センター	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、関係者を協議・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>

* 単純推計をした際は、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・目標を踏まえて
 - ・ 人口動態を踏まえて
 - ・ 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入居の確保の状況を把握しましょう
 - ・ 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、何名くらいを把握されているのでしょうか？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数をどの程度把握されているのでしょうか？

※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 福田教授「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

＜手順 4＞ 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等、介護保険サービス、医療、相談機関の名称や定員数、研修受講者数、病床数、相談者数等を記入します

圏域にある地域支援事業等のサービスや介護保険サービス、医療機関、相談機関の名称や定員数等、研修受講者数、病床数、相談者数等の現数をご記入ください。また、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見てみましょう。高齢化率が高いのに、サービスが少ない地域や、逆に高齢化率が低いのに、病院や相談機関が固まっている地域はありませんか？また、地域のサービスをどの程度把握されていますか？ぜひご確認ください。

＜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、その他様々なものがあると思います。第二章を参考に、わかる範囲で利用者数を記入しましょう。また、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。
- ✓ 医師については、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を受講された方を「かかりつけ医」に、「認知症サポート医養成研修」を受講された方を「認知症サポート医」とし、研修受講者数を記入してください。
- ✓ 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状態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 5>

* 気づきシートの一部を拡大 (数字は例)

⑤

	サービス項目	認知症高齢者の 日常生活自立度	Ⅲa		
		現在の定員数	現数	H29単純 推計	確定数
介護保険 サービス	訪問介護	608	78	84	84
	通所介護	215	77	83	83
	短期入所生活介護	50	24	26	28
	定期巡回随時対応訪問介護看護	0			2
	認知症対応型通所介護	25	9	10	14
	小規模多機能型居宅介護	0	2	2	6
	認知症対応型共同生活介護	36	13	14	15
	介護老人保健施設	200	11	12	11
	介護老人福祉施設	240	61	66	61
	”				
	”				
	”				
介護保険サ- ビス以外	二次予防				
	未利用		35	38	30
	見守りサービス		15	16	20
	配食サービス		32	35	39
	福祉タクシー		4	4	8
	”				
	”				

＜手順 5＞ 65 歳以上で要介護認定を受けていない方、要介護認定を受けている方の現数を
それぞれ記入します

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。認知症の人の人数とサービスの提供量のバランスは取れていますか？人数が把握できていないサービスは何でしょうか？どのようにすると人数を把握できるでしょうか？

＜留意点＞

- ✓ 気づきシートは認知症に特化して作成していますが、介護保険を申請される方には身体状況が原因で申請をされる方もいるため、認知症高齢者の日常生活自立度が「自立」の方も多く含まれてい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、認定調査結果を整理するなど、どちらの結果を用いるか、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 6>

* 気づきシートの一部を拡大 (数字は例)

⑥



	サービス項目	認知症高齢者の 日常生活自立度	Ⅲa		
		現在の定員数	現数	H29単純 推計	確定数
介護保険 サービス	訪問介護	608	78	84	84
	通所介護	215	77	83	83
	短期入所生活介護	50	24	26	28
	定期巡回随時対応訪問介護看護	0			2
	認知症対応型通所介護	25	9	10	14
	小規模多機能型居宅介護	0	2	2	6
	認知症対応型共同生活介護	36	13	14	15
	介護老人保健施設	200	11	12	11
	介護老人福祉施設	240	61	66	61
	”				
	”				
	”				
	二次予防				
	未利用		35	38	30
介護保険サ ービス以外	見守りサービス		15	16	20
	配食サービス		32	35	39
	福祉タクシー		4	4	8
	”				
	”				

＜手順 6＞ ⑤の単純推計値を記入します

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 年の段階の野推計人口（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、現数に 1.08 をかけて算出しています。この値が「3 年後のわが町の姿」です。

＜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、推計人口を算出してみましょう。
- ✓ 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。

<手順 7>

* 気づきシートの一部を拡大 (数字は例)

⑦

		認知症高齢者の 日常生活自立度	Ⅲa		
	サービス項目	現在の定員数	現数	H29単 推計	確定数
介護保険 サービス	訪問介護	608	78	84	84
	通所介護	215	77	83	83
	短期入所生活介護	50	24	26	28
	定期巡回随時対応訪問介護看護	0			2
	認知症対応型通所介護	25	9	10	14
	小規模多機能型居宅介護	0	2	2	6
	認知症対応型共同生活介護	36	13	14	15
	介護老人保健施設	200	11	12	11
	介護老人福祉施設	240	61	66	61
	”				
	”				
	”				
	”				
介護保険サ- ビス以外	二次予防				
	未利用		35	38	30
	見守りサービス		15	16	20
	配食サービス		32	35	39
	福祉タクシー		4	4	8
	”				
	”				



＜手順 7＞ ⑥の単純推計値を参考に、地域の関係者と共に、どのサービスを使って、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」に記入します

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。⑥で算出した単純推計値を元に、地域の介護保険サービス事業者や医療関係者、民生委員、地域福祉推進員等を交え、「地域福祉・高齢者福祉の理念・目標」を共有しつつ、「わが町ではどの社会資源を整備し、どのように認知症の人を支えていくか」の検討・協議をしましょう。また、その検討・協議の結果、どのサービスでこ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についての具体的な数値を「必要数」に記入しましょう。

左記の表を使った検討・協議の例は以下となります。

＊介護老人福祉施設（特養）、介護老人保健施設（老健）の利用者を合わせると、6名の増加となる。また、未利用者も3名増加している。

（現在の状況）

- 自治体の目標として、地域包括ケアを推進すると同時に、在宅ケアの充実を挙げている。
- 現在、施設には自立度の高い方も入所されている。

（検討事項と確認事項）

- 特養と老健にいる自立度の高い方を在宅ケアでサポートできないか？また、認知機能障害の悪化防止のリハビリや支援を行うことで、認知症の進行を緩やかにできないか？
 - ✧ 特養と老健にいる自立度の高い方のご家族の状況や関係、お住まいの様子、経済状況、疾患等を確認する。
 - ✧ 悪化防止のリハビリや支援の効果について、実施している事業所に確認をする。
- 施設入所を検討しそうな方々に対し、通所・訪問・泊まりと、適宜対応ができる小規模多機能居宅介護を増設し、支援できないか。
 - ✧ ご家族の状況等で施設入所を検討しそうな方々に対し、小規模多機能型居宅介護を利用されることで、適宜必要なサービスが受けられることを紹介する。
- 万が一の状態変化や夜間のケアを不安に思う家族が多いので、定期巡回随時対応訪問を新設し、こまめに巡回することで在宅でも安心して介護ができるような体制作りができないか。
 - ✧ 現在在宅で過ごされている方で、身体疾患の悪化が見られる方のご家族に対し、定期巡回随時対応訪問を紹介し、在宅でも急変時に対応できることを紹介する。
- 未利用者は誰がどこで介護しているのか？悪化防止のためのケアはできているのか？家族の疲労の度合いはどうか？
 - ✧ 未利用者の居住先を訪問し、誰がどこで介護を行っているかを確認する。
 - ✧ ご家族のみで介護している場合には、ご家族の疲労を和らげるため、見守りサービスや福祉タクシー、配食サービス等といった身近なサービスや短期入所生活介護等を紹介する。また、生活機能障害の悪化防止のため、認知症対応型通所介護等も紹介する。

- ◇ 病院に入院している方の場合には、在宅復帰の可能性を探り、ご家族がいる場合には小規模多機能型居宅介護や定期巡回随時対応訪問等を紹介し、在宅ケアの可能性を探る。また、一人暮らし等でご自宅での生活が難しそうな場合には、認知症対応型共同生活介護や介護老人福祉施設を勧める。

(対応方針)

- 小規模多機能型居宅介護と定期巡回随時対応訪問介護看護を増設する。
- 介護老人保健施設と介護老人福祉施設については、現数のままとする。ただし、現在入居されている方で、自立度の高い方でご家族の支援が受けられそうな方に対しては、ご自宅に移っていただき、小規模多機能型や定期巡回随時対応型訪問介護看護等で対応する。
- お一人暮らしなど、介護者のいない方については、認知症対応型共同生活介護等で対応する。
- 未利用の方に対しては、見守りサービスや配食サービス、福祉タクシー等、介護保険の申請の必要がないサービスから紹介したり、場合によっては認知症対応型通所介護や短期入所生活介護を紹介する。



これらの対応方針を踏まえ、必要数を記入します。

<留意点>

- ✓ この検討・協議には、地域包括支援センターや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。
- ✓ 今後の必要性を検討する際には、以下の項目を踏まえましょう。
 - 自治体における基本目標や基本方針の確認
 - 日常生活圏域ごとの高齢者の実態把握：認知症の疾患、家族状況、経済的理由、身体介護の必要性など、個々のケースによって必要な支援は異なります。その地域に住む高齢者の特徴（1人暮らしが多い、点在して居住している、一部地域に高齢者が多く居住している、など）を考慮しつつ、認知症の人が地域で暮らすために必要な支援は何かを考えましょう。
 - それぞれのサービスを提供するために必要な経費の計算：介護保険料に影響します。
 - 介護予防（要介護3→4への悪化を防ぐことも含む）の効果の検討：悪化を防止できれば、保険給付の抑制ができると同時に、必要となる支援が異なります。
 - 市町村外からの利用者数や、市町村外の施設や介護事業所を利用している住民数：それぞれのバランスを見てみましょう。住民の多くが市町村外のサービスを利用していませんか？
- ✓ 必要数算出の際には、介護保険サービス事業者や医療関係者等、利用者の状態像をご存知の方のご意見を参考にしましょう。
- ✓ 特に軽度認知障害の人や日常生活が自立している認知症の人に対しては、インフォーマルサービスの活用を検討しましょう。
- ✓ 高齢者サロンや見守りサービス等、介護保険以外のサービスの整備に当たっては、要介護認定を受けている方（認知症高齢者の日常生活自立度）、受けていない方（認知機能の障害程度：CPS）、それぞれの人数を把握・考慮し、計画を立てましょう。
- ✓ 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。

～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。
- ・ 整備の必要性の検討をする際、実際の利用者数に比べて、事業所数が大幅に多かったり、逆に定員は少ないのに利用者数が多いといった傾向が見られるかもしれません。前者の場合、他の圏域からの利用者が多い（もしくは過供給）、後者の場合は圏域の高齢者が他地域の社会資源を使ったり、必要なサービスが不足していることが考えられます。
- ・ 他圏域からの利用者が多い社会資源の場合、将来的にその圏域の高齢者数が減少すると、運営・経営に影響を及ぼす可能性があります。その圏域の人口変動だけでなく、他圏域の人口変動にも目を配り、将来的な必要性について、十分検討しましょう。



<社会資源シート>

地域包括ケアの視点に基づく支援内容

認知症の人の生活機能障害

<認知症の人を支える社会資源シート>
日常生活圏域： A 町

認知症の人の生活機能障害に応じ、私たちが地域での生活を支援します！

平成 25 年 3 月 31 日現在

		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	認知症を有するが日常生活は自立 買い物や事務、金銭管理等にミスが見られるが、日常生活はほぼ自立している	誰かの見守りがあれば日常生活は自立 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	日常生活に手助け・介護が必要 着替えや食事、トイレ等がうまくできない	常に介護が必要 ほぼ一人で意思の疎通が困難である
予防	介護予防事業	保健センター	←	→		
	仕事・役割支援	ボランティアセンター	←	→		
	つながり支援	地域活性化ホールにおける 談話、交流 ※H25 整備予定	←	→		
介護	介護	デイサービス	←	→		
		デイケア	←	→		
		ショートステイ	←	→		
生活支援	家事支援	ヘルパー	←	→		
	生活支援	シルバー人材センター	←	→		
	配食サービス	給食サービス	←	→		
	宅配サービス	ふれあいネットワーク	←	→		
	移送サービス	福祉タクシー	←	→		
	除雪サービス	除雪サービス	←	→		
	安否確認・見守り	小地域ネットワーク	←	→		
		民生委員	←	→		
		認知症サポーター	←	→		
		SOS ネットワーク		←		
医療	医療	かかりつけ医	←	→		
		認知症疾患医療センター	←	→		
		訪問看護		←		
	緊急時の支援	市立病院		←		
	終末期医療	町立病院				←
住まい	住まい	住宅改修費補助制度	←	→		
		高齢者生活福祉センター	←	→		
		老人福祉寮	←	→		
		高齢者向け住宅	←	→		
		グループホーム		←		→
		特別養護老人ホーム			←	→
		老人保健施設			←	→
相談機関	相談機関	地域包括支援センター	←	→		
		居宅介護支援事業所	←	→		
家族支援	家族支援	家族介護を語る会	←	→		

～その他、下記のようなサービスもあります～

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・・・」
→ 役場 福祉係又は介護支援係にご相談ください。

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のために誰かにお願いしたい」
→ 地域包括支援センター、社会福祉協議会にご相談ください。

5. 「社会資源シート」について

社会資源シートは、認知症の人の生活機能障害と地域包括ケアの視点に基づいた社会資源別に整理したものです。この表によって、認知症の人の生活機能別に必要な支援が整備されているかを確認することができます。また、地域住民にこういった表を提示することで、地域にどのようなサービスがあり、こういった生活機能障害をお持ちの認知症の人に対して、こういったサービスがあるのかを紹介することができます。

<留意点>

- ✓ 社会資源シートは、一度作ったらそれで終わりというものではありません。介護保険事業計画をたてる度に、気づきシートを用いて今後の整備計画を検討し、社会資源シートをアップデートさせていくことで、地域住民の方に最新の情報が提供されると共に、地域においてどのように認知症の方を支援していくかを紹介することができます。
- ✓ 行政がリーダーシップをとり、社会資源の交通整理をしていくことで、地域住民の方たちが「認知症になっても安心して暮らしていくことができる」という安心感がもてるようになると同時に、介護保険事業所、医療機関、NPO、地域住民等、様々なサービス提供者たちが、自分たちの役割が何で、どんな支援が求められているのかが明確となっていきます。
- ✓ 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、同じようなシートを用いることで、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。

第2章 第2項 モデル自治体での例

第3章 適切なケアマネジメント

＊これらは平成25年度に行う検証・検討を踏まえ、執筆する予定です。

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、手が拳がりにくい、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、電話の対応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Ⅴ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



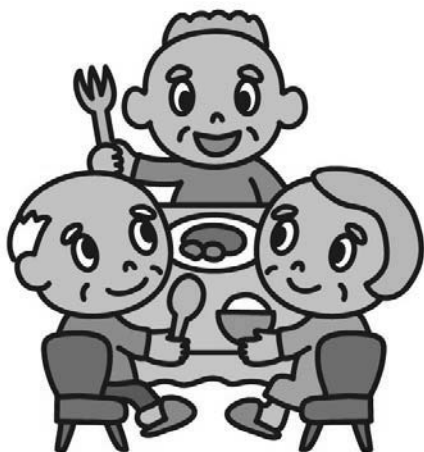
～介護保険サービスの内容～

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	認知症対応型共同生活介護	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・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	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

		特定施設入居者生活介護	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・特別障害者手当等・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 源 の ネ ッ ト ワ ー ク ）	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 いる	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

＜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 その時々私の不安や悩みを理解してくれる その時々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、最近屋頃にし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。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。

資料2 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

和光市の取組み

和光市保健福祉部長寿あんしん課
課長補佐 阿部 剛

和光市の取組み

日常生活圏域ニーズ調査について

和光市では、主に介護予防事業対象者の把握のため、平成15年度から基礎資料として高齢者の生活機能を中心とした調査を実施している。

対象は、一般高齢者及び一部の要支援・要介護認定者で、回答者には生活機能の維持、向上に向けたアドバイス表をお送りし、介護予防の普及啓発を兼ねて調査を実施している。

調査の概要について（平成24年3月実施分）

- 1 調査対象 平成24年1月1日現在65歳以上の方
- 2 調査方法 郵送による配付、回収
- 3 調査項目
 - ①家族状況や生活状況
 - ②生活機能
 - ③外出
 - ④運動・転倒予防
 - ⑤栄養・食事・口腔
 - ⑥記憶
 - ⑦足のケア
 - ⑧日常生活動作
 - ⑨社会参加
 - ⑩健康
 - ⑪運動・栄養改善プログラムや保健福祉サービス
- 4 調査期間 平成24年2月13日～2月22日
- 5 回収結果 配付数：2,600部、有効回収数：1,515部、有効回収率：58.3%

保険者の方針を決める日常生活圏域ニーズ調査

★地域の課題や必要となるサービスを把握・分析

○郵送＋未回収者への訪問による調査

- ➡ 訪問調査によりリスク者の早期発見が可能
(回答できない人にこそリスクが・・・)
※訪問回収は民生委員・介護予防サポーターの協力により実施
- ➡ 個人記名式で95%以上の回収率
調査結果を個人台帳化して地域包括支援センターに継承

○「何が本当に必要なのか？」・・・地域における課題の絞込み

- ➡ 関係様式の統一とコミュニティケア会議(地域ケア会議)による認識の共通化により、スクリーニング及びクロス分析が容易に。

実効性のある事業計画の策定

地域包括ケアシステムの構築に向けて ①

★地域の実情を分析し、課題を的確に抽出

高齢者の状態像の把握

ニーズ調査

+

給付分析

+

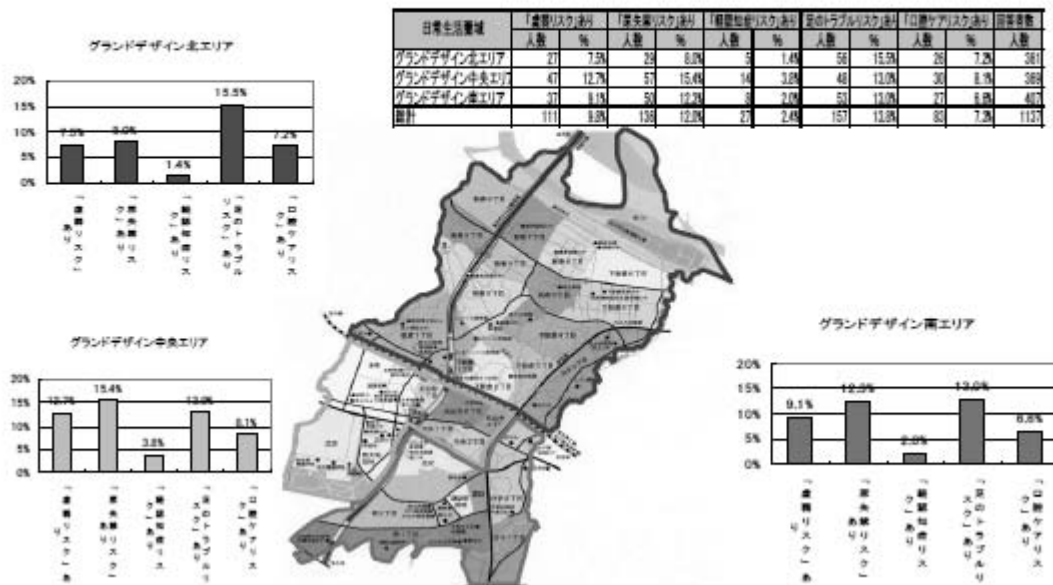
認定状況分析

↓
○ADL、IADLの状況
○孤立、店頭、認知症等のリスク要因
○世帯状況、経済状況など

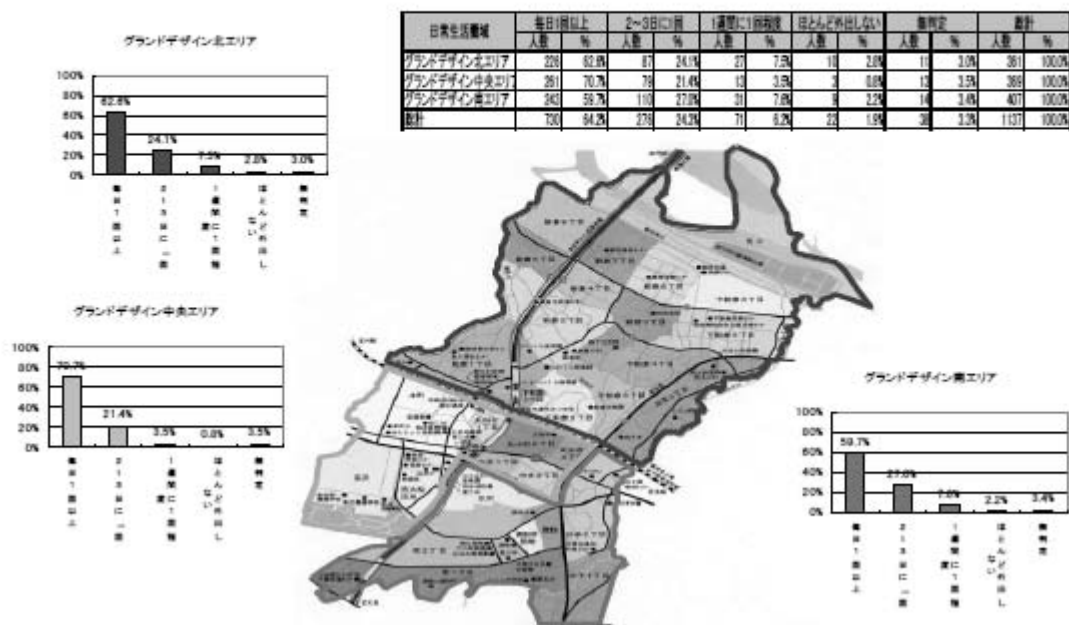
○地域の抱える課題、リスクの抽出

➡ 調査結果の可視化

認知症リスク等の状況(ニーズ調査)



閉じこもりの地域状況(和光市)



標準的居宅サービス等受給者の身体状況別割合

事業計画におけるサービス等の必要量の推計に当っては、認定者の身体状況の実態を推計値に反映させるため、認定データや日常生活圏域ニーズ調査結果から、認知症の有無、医療ニーズの高低、介護老人の日常生活自立度別に以下の区分ごとに利用者数の推計を行っている。

■標準的居宅サービス等受給者の身体状況別割合

身体状況区分	要支援1			要支援2		
	1	2	3	1	2	3
認知症	I以上	自立	自立	I以上	自立	自立
医療ニーズ						
日常生活自立度		自立・J	A・B・C		自立・J	A・B・C
割合	36.8%	21.1%	42.1%	41.2%	20.6%	38.2%

身体状況区分	要介護1				
	1	2	3	4	5
認知症	Ⅱ以上	Ⅱ以上	自立・I	自立・I	自立・I
医療ニーズ	高い	低い	高い	低い	低い
日常生活自立度				自立・J	A・B・C
割合	1.6%	54.0%	5.3%	34.9%	4.2%

身体状況区分	要介護2				
	1	2	3	4	5
認知症	Ⅱ以上	Ⅱ以上	自立・I	自立・I	自立・I
医療ニーズ	高い	低い	高い	低い	低い
日常生活自立度				自立・J	A・B・C
割合	2.8%	50.6%	8.9%	37.2%	0.6%

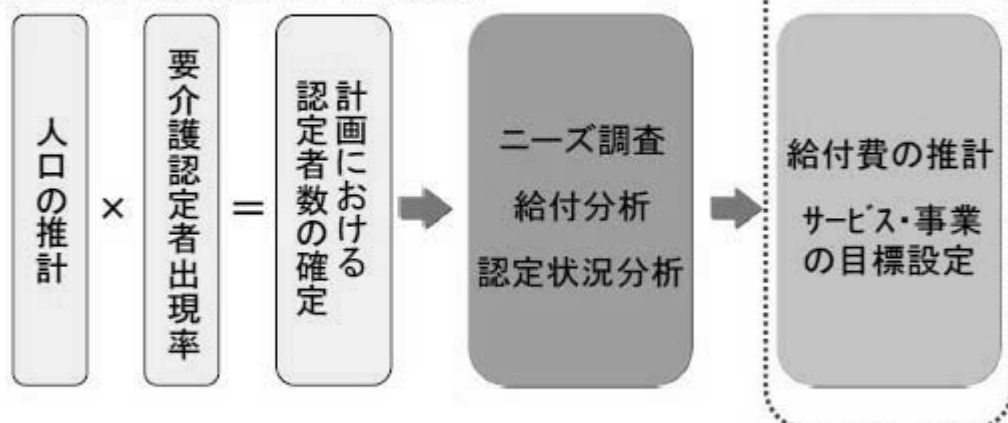
身体状況区分	要介護3			
	1	2	3	4
認知症	Ⅱ以上	Ⅱ以上	自立・I	自立・I
医療ニーズ	高い	低い	高い	低い
日常生活自立度				
割合	4.5%	67.6%	8.1%	19.8%

身体状況区分	要介護4			
	1	2	3	4
認知症	Ⅱ以上	Ⅱ以上	自立・I	自立・I
医療ニーズ	高い	低い	高い	低い
日常生活自立度				
割合	17.5%	61.4%	7.0%	14.0%

身体状況区分	要介護5			
	1	2	3	4
認知症	Ⅱ以上	Ⅱ以上	自立・I	自立・I
医療ニーズ	高い	低い	高い	低い
日常生活自立度				
割合	31.3%	46.9%	12.5%	9.4%

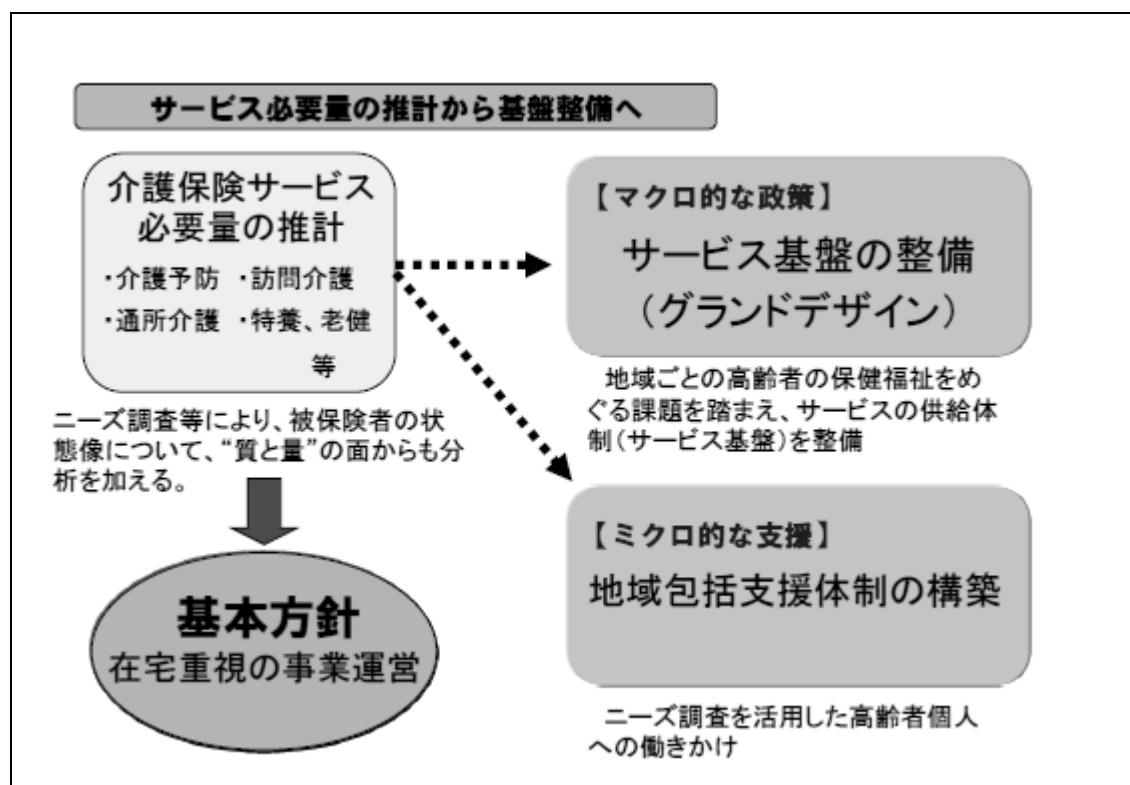
地域包括ケアシステムの構築に向けて ②

介護保険事業計画への反映



◎ニーズ調査等により計画の推計・目標を適切に「補正」

➡ 実効性・実行性の高い計画へ



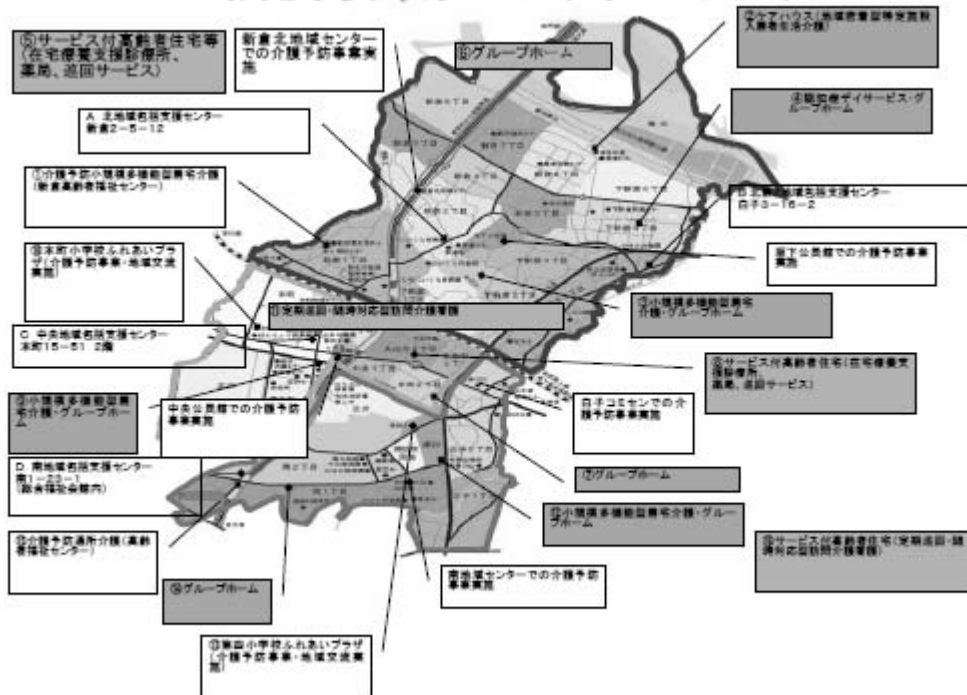
○基本目標

地域包括ケアシステムの構築による介護保障と自立支援の確立を目指して

○基本方針

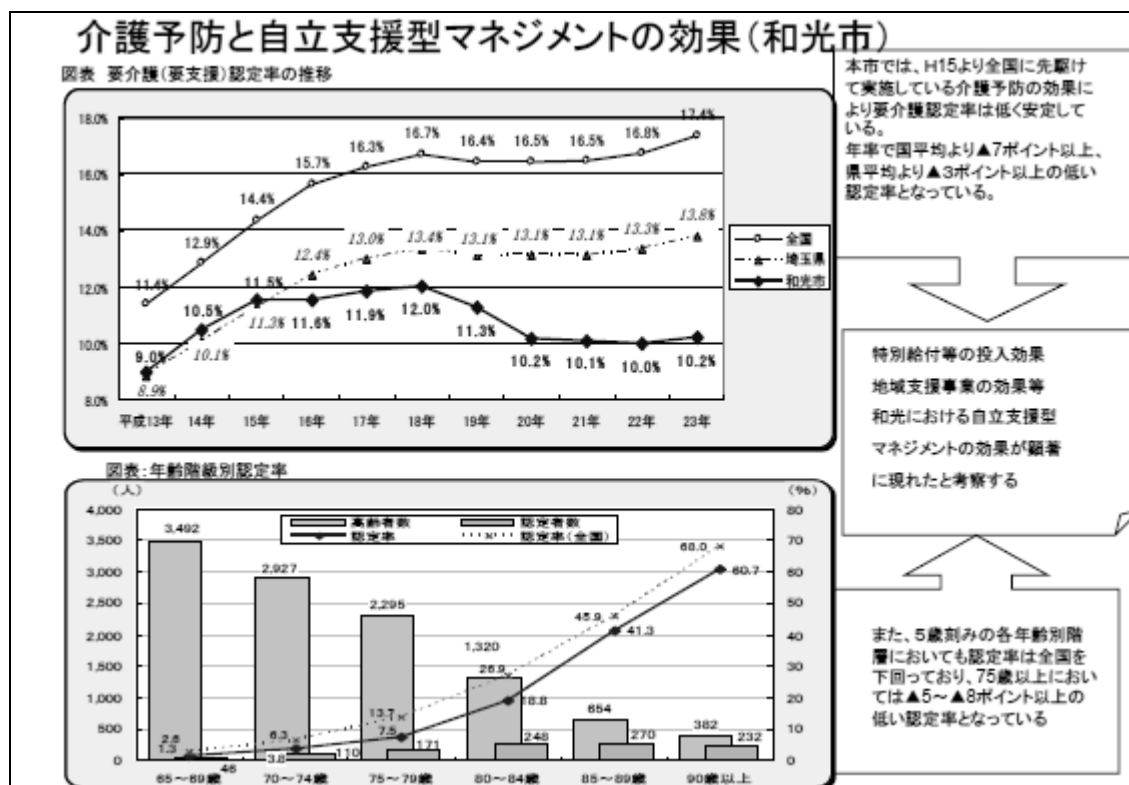
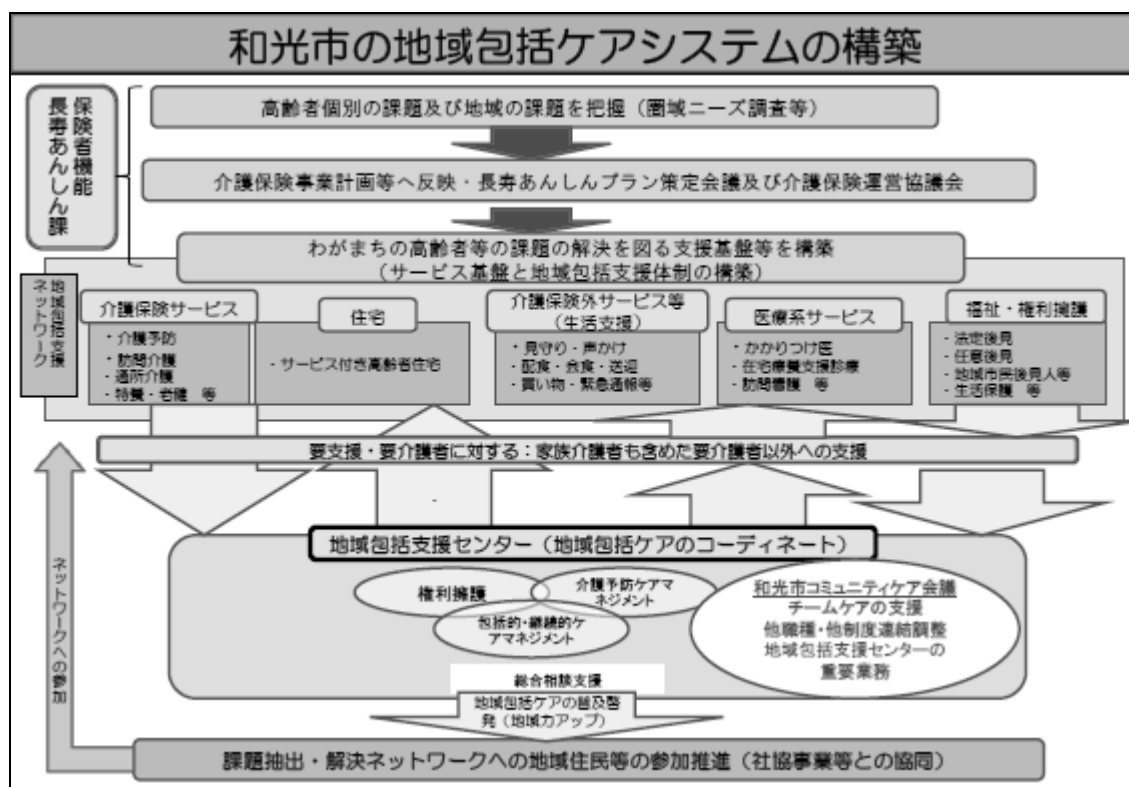
- ①介護予防及び要介護度の重症化予防の一層の推進
- ②在宅介護と在宅医療の連携強化及び施設や病院における入退院時の効果的連携
- ③地域密着型サービスの効果的な整備
- ④自立支援を基本とした地域包括支援センターによる包括ケアマネジメントの推進

和光市長寿あんしんグランドデザイン



図表 長寿あんしんグランドデザイン整備リスト

＜グランドデザイン北エリア＞				
番号・記号	場所	サービス種類・整備内容	定員等	年月
A	新倉2	グランドデザイン北エリア 和光市北地域包括支援センター	-	整備済
B	白子3	グランドデザイン北エリア 和光市北東2地域包括支援センター	-	H21.4
①	新倉1丁目	介護予防小規模多機能型居宅介護(新倉高齢者福祉センター内)・地域交流他	20人	整備済
②	新倉8丁目	ケアハウス(地域密着型特定施設入居者生活介護) ※公有地利用	20人	H21.8
③	下新倉3丁目	小規模多機能型居宅介護 グループホーム ※併設型施設	25人 9人	整備済
④	下新倉5丁目	認知症対応型サービス グループホーム ※併設型施設	12人 18人	整備済
⑤	新倉2丁目	サービス付高齢者住宅(地域密着型特定施設入居者生活介護)	20人	H23.9
⑥		定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス ※併設 グループホーム	- 18人	H24年度予定 H25年度予定
＜グランドデザイン中央エリア＞				
C	本町	グランドデザイン中央エリア 和光市中央地域包括支援センター	-	整備済
⑦	中央2丁目	グループホーム	27人	整備済
⑧	丸山台2丁目	サービス付高齢者住宅(地域密着型特定施設入居者生活介護)	20人	H22.2
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス ※併設	-	H24年度予定
⑨	広沢	小規模多機能型居宅介護 グループホーム ※併設型施設 公有地利用	25人 9人	H22.10
⑩	本町	本町小学校ふれあいプラザ(介護予防・地域交流拠点)	-	整備済
⑪	西大和田地	定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス ※導入協議予定	-	H28年度
＜グランドデザイン南エリア＞				
D	南1丁目	グランドデザイン南エリア 和光市南地域包括支援センター(総合福祉会館内)	-	整備済
⑫	藤紡	小規模多機能型居宅介護 グループホーム ※併設型施設	25人 8人	整備済
⑬	藤紡	南西小学校ふれあいプラザ(介護予防・地域交流拠点)	-	整備済
⑭	南1丁目	グループホーム(デイサービス併設)	18人	整備済
⑮	南1丁目	介護予防通所介護(高齢者福祉センター内)・地域交流他	15人	整備済
⑯		サービス付高齢者住宅(地域密着型特定施設入居者生活介護)	20人	H28年度
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス ※併設	-	H28年度



認知症ケアパス作成のための調査研究事業

認知症ケアパス作成のための検討委員会報告書

2013 年 3 月発行

- 編集 認知症ケアパス作成検討委員会
- 発行 社団法人 財形福祉協会

東京都中央区日本橋小舟町 8-14 日本橋三越前アムフラット壱番館 301
TEL 03 (5651)8120 FAX 03 (5651)8121

禁無断転載