地域・生活における実践 編

ねらい：認知症の人の地域における生活を支えるために必要な支援の基本、活用できる医療・介護等の施策、多職種連携の重要性を理解する

到達目標：

- かかりつけ医による認知症ケアのポイントを理解する
- 認知症の人が医療・介護等の施策や制度を活用するために必要なかかりつけ医の役割を理解する
- 多職種連携による支援体制構築におけるかかりつけ医の役割を理解する

高齢者に対する適切な医療提供の指針
～認知症高齢者の医療とケアの基本～

〔地域実践 1〕

1.「高齢者の多病と多様性」
2.「QOL維持・向上を目指したケア」
3.「生活の場に則した医療提供」
4.「高齢者に対する薬物療法の基本的な考え方」
5.「患者の意思決定を支援」
6.「家族などの介護者もケアの対象に」
7.「患者本人の視点に立ったチーム医療」

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）（H22-長寿-指定-009）」研究班

かかりつけ医による認知症診療の要点
～認知症の特徴を考慮した日常診療の継続～

〔地域実践 2〕

- 診断された早い段階から認知症を有しつつ住み慣れた場所での生活を継続することをを支える。
- 社会資源へのつながりを促し、将来計画を考えるための実際的な支援を行う。
- 疾病教育、コミュニティへの参加、本人の意思表明など本人の希望に基づく支援を行う。
- 認知機能の改善と生活の質の向上を目標として、薬物療法と非薬物療法を組み合わせて行う。
- 身体疾患の有無やケアが適切か否かを検討する。

認知症の人の医療とケアの目標

〔地域実践 3〕

1. 生活機能の1日でも長い維持
2. 行動・心理症状（BPSD）の緩和
3. 家族の介護負担の軽減

日本老年医学会ニュースレター 第1回認知症の医療と介護　総合的機能評価の観点からより抜粋

認知症の人のケアとコミュニケーション

〔地域実践 4〕

パーソンセンタードケア

○ 認知症の人の“その人らしさ”を尊重し、その人の視点や立場に立って理解し、ケアを行おうとする基本的な認知症ケアの視点

○ 認知症をもつ人の行動や状態を、疾患、性格傾向、生活背景、健康状態、心理、社会的背景など多角的な面から捉えて理解しようとする

バリデーション療法

○ 認知症の人の言動を否定せずに感情を共有し、行動の背景や理由を理解しながら関わる手法

ユマニチュード

○ 「見る」「触れる」「話す」「立つ」の4つの柱を使って働きかけるとで、お互いを尊重し合い認知症の人とポジティブな関係を築こうとするケア技法

認知症の介護者への注意点やアドバイス

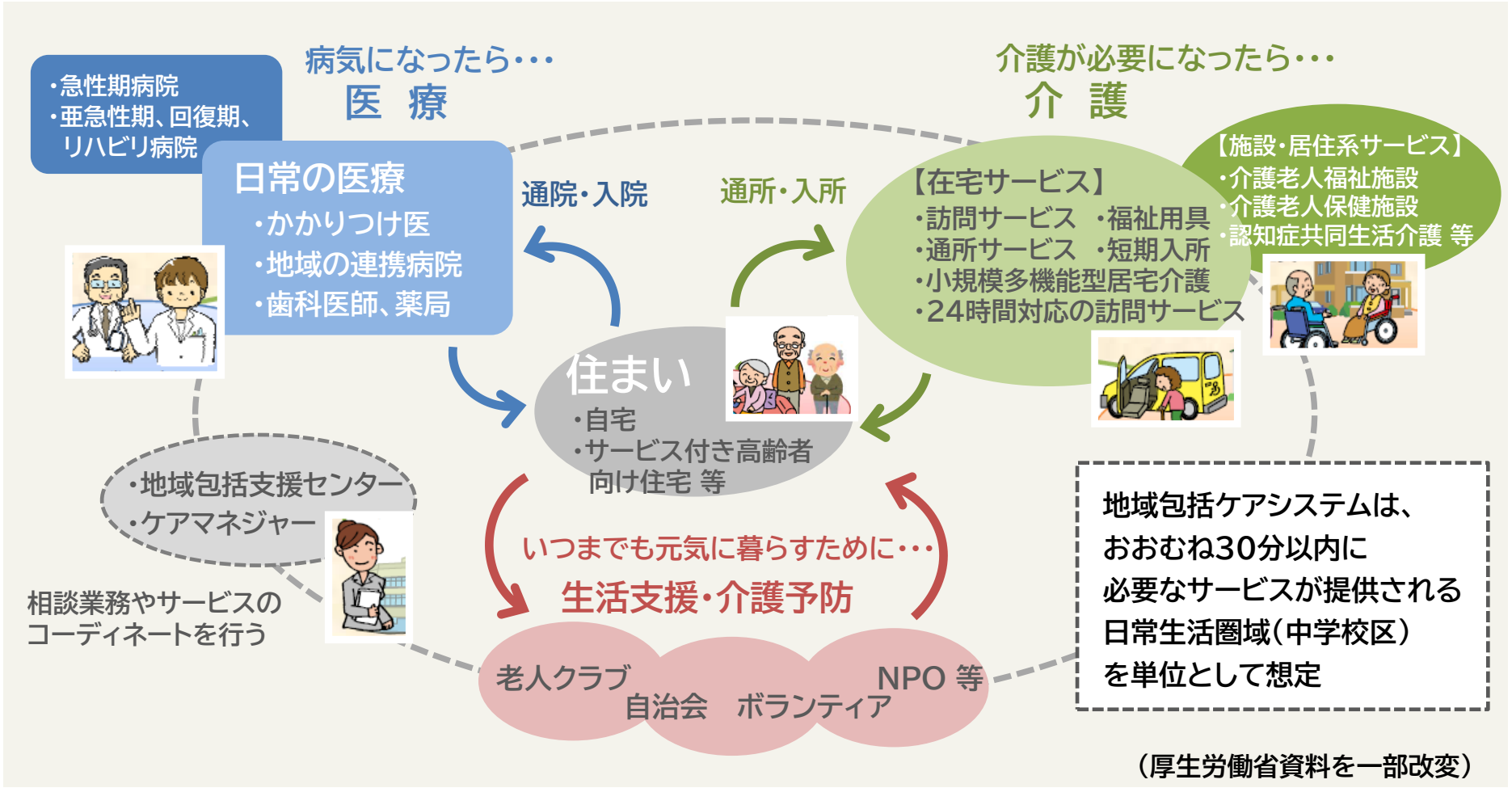
〔地域実践 5〕

- 認知症の方の特性を理解し、現存する心身の能力を活かしながら、本来の本人らしさなるべく保つ。
- 本人の負担になるような日常生活の変化・変更は避け、本人の希望を尊重した生活の継続性を重視する。
- 本人のペースでゆっくりと安心感を大切にする。
- 本人が希望をもって充実した暮らしが継続できるように生活支援面で配慮する。

地域包括ケアシステム

〔地域実践 6〕

住まい・医療・介護・予防・生活支援が包括的に提供される地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる。



（厚生労働省資料を一部改変）

認知症の人への支援体制
～医療・介護・地域の連携～

〔地域実践 7〕

認知症の人やその家族の暮らしを支えるサービスは多方面にわたり展開

本人・家族

医　療
（適切な医療の提供）

○もの忘れ相談の実施
○かかりつけ医、サポート医による適切な医療や介護サービスへのつなぎ
○認知症疾患医療センター等の専門医療機関による確定診断
○かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局における医療、気づきと連携　等

介　護
（専門的なケアやサービスの相談と提供）

○認知症予防のための地域支援事業
○本人の状態に合わせた介護サービス
・認知症対応型通所介護
・小規模多機能型居宅介護
・グループホーム　等

地　域
（本人の権利擁護や見守り、家族支援）

○認知症サポーター・民生委員等による見守り
○見守り、配食などの生活支援サービスや権利擁護などの地域支援事業の活用
○住民参加型在宅福祉サービス・認知症カフェ・通いの場等のインフォーマルな活動からの情報
○認知症の方やその家族に対する支援団体による電話相談や交流会の実施　等

市町村は必要な介護サービスを確保するとともに、それぞれの分野の活動支援、推進を図る

認知症ケアパス

〔地域実践 8〕

認知症ケアパスとは

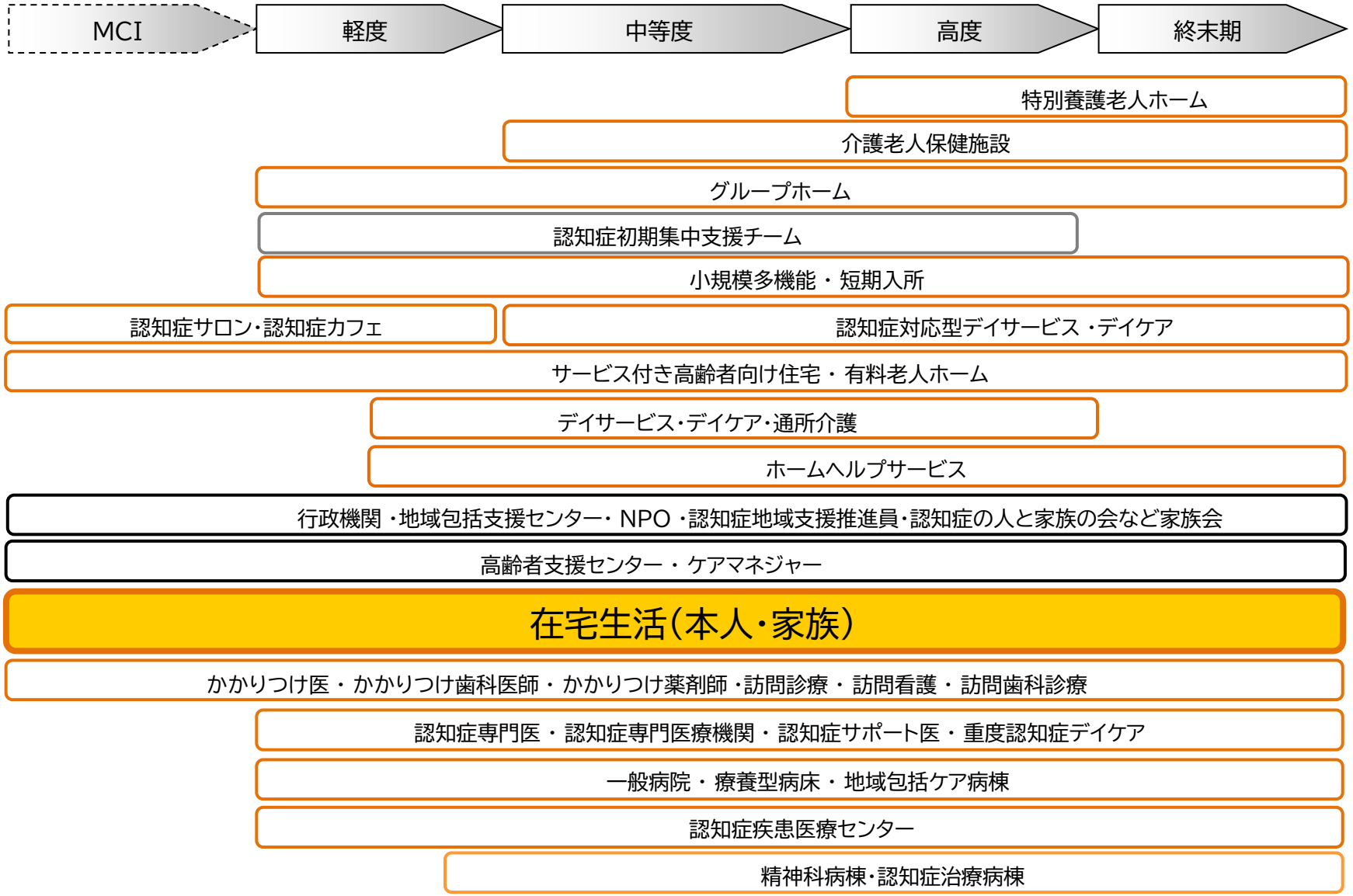
『認知症発症予防から人生の最終段階まで、認知症の容態に応じ、相談先や、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければいいのか、これらの流れをあらかじめ標準的に示したもの』

（認知症施策推進大綱より引用）

- 認知症ケアパスを地域ごとに確立し、認知症に関する基礎的な情報や具体的な相談先・受診先の利用方法等が明確に伝わるようにする。
- 認知症ケアパスは、医療・介護関係者間の情報共有のツールでもあり、サービスが切れ目なく提供されるように医療機関でも積極的な活用が望まれる。

標準的な認知症ケアパス：社会資源の整理

〔地域実践 9〕



認知症サポート医

〔地域実践 10〕

地域における「連携の推進役」を期待されている

かかりつけ医の機能

- 日常の医学管理
- 早期発見・早期対応
- 本人・家族支援
- 多職種連携　　等

認知症サポート医

専門医の機能

- 鑑別診断
- 若年性認知症の診断
- 急激な症状の進行や
- 重篤な身体合併症の対応　　等

認知症サポート医の機能・役割

① 認知症の人の医療・介護に関わる かかりつけ医や介護専門職に対するサポート

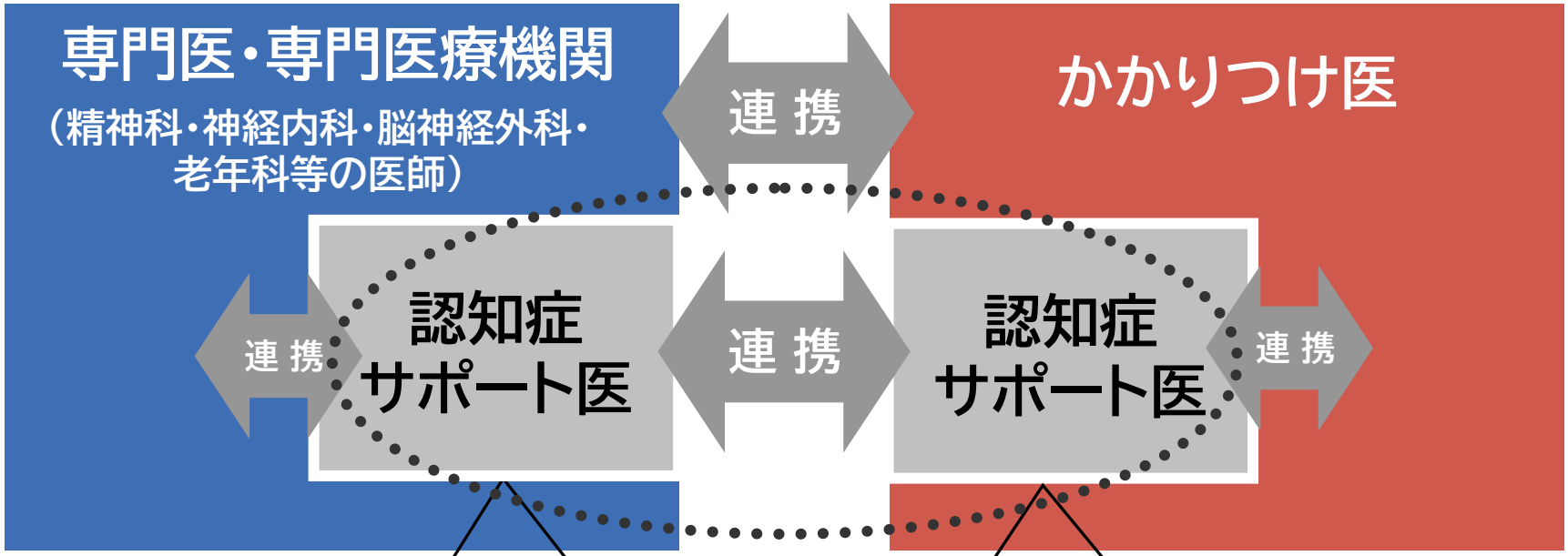
② 地域包括支援センターを中心とした多職種の連携作り

③ かかりつけ医認知症対応力向上研修の講師や住民等への啓発

地域における認知症の医療連携

〔地域実践 11〕

専門医・専門医療機関・認知症サポート医・かかりつけ医の連携



- かかりつけ医や認知症サポート医の相談役・アドバイザー
- 専門医療機関との連携の橋渡し
- 研修の講師

- かかりつけ医研修の企画・立案・講師
- 地域包括支援センターや地区医師会との連携作り

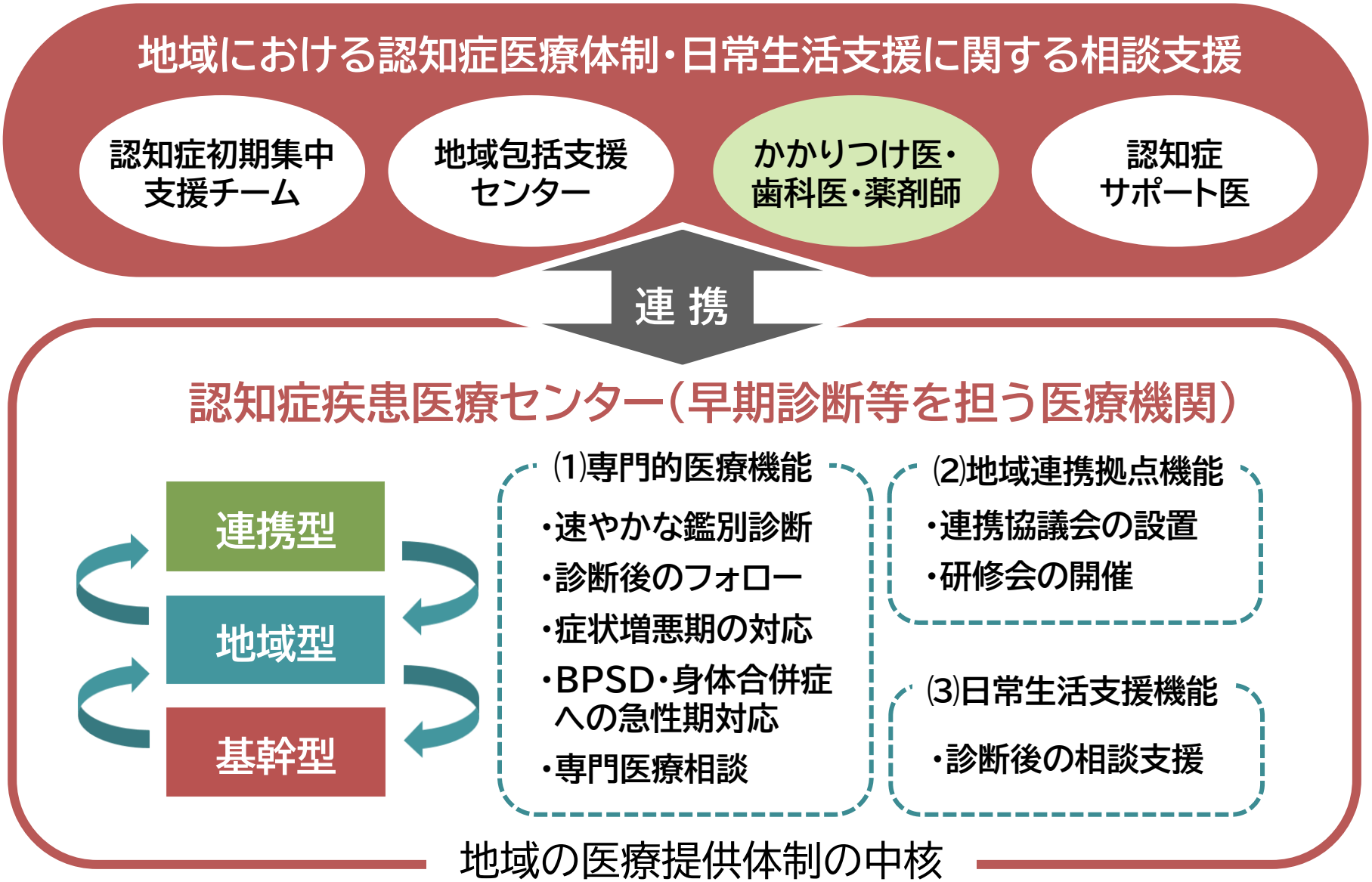
専門医がかかりつけ医に望むこと（情報）

〔地域実践 12〕

- アルツハイマー病治療薬を処方していれば、薬剤名、使用開始後の変化の有無、過去の投薬歴
- 施行していれば、認知機能検査や画像検査の結果
  （得失点のプロフィールも含め、実物やコピー添付が望ましい）
- 現在内服中の薬剤と服薬指導の内容
  （薬剤名、用法・用量、服薬の管理、服薬支援状況など）
- 身体疾患に関する情報
  （既往歴や治療を継続している疾患の治療開始の時期）
- 介護保険サービス利用の状況
  （要介護認定やケアマネジャーの所属や氏名）
- かかりつけ医や本人・家族からの希望
  （鑑別診断、薬物調整、BPSD対応、今後の治療環境など）

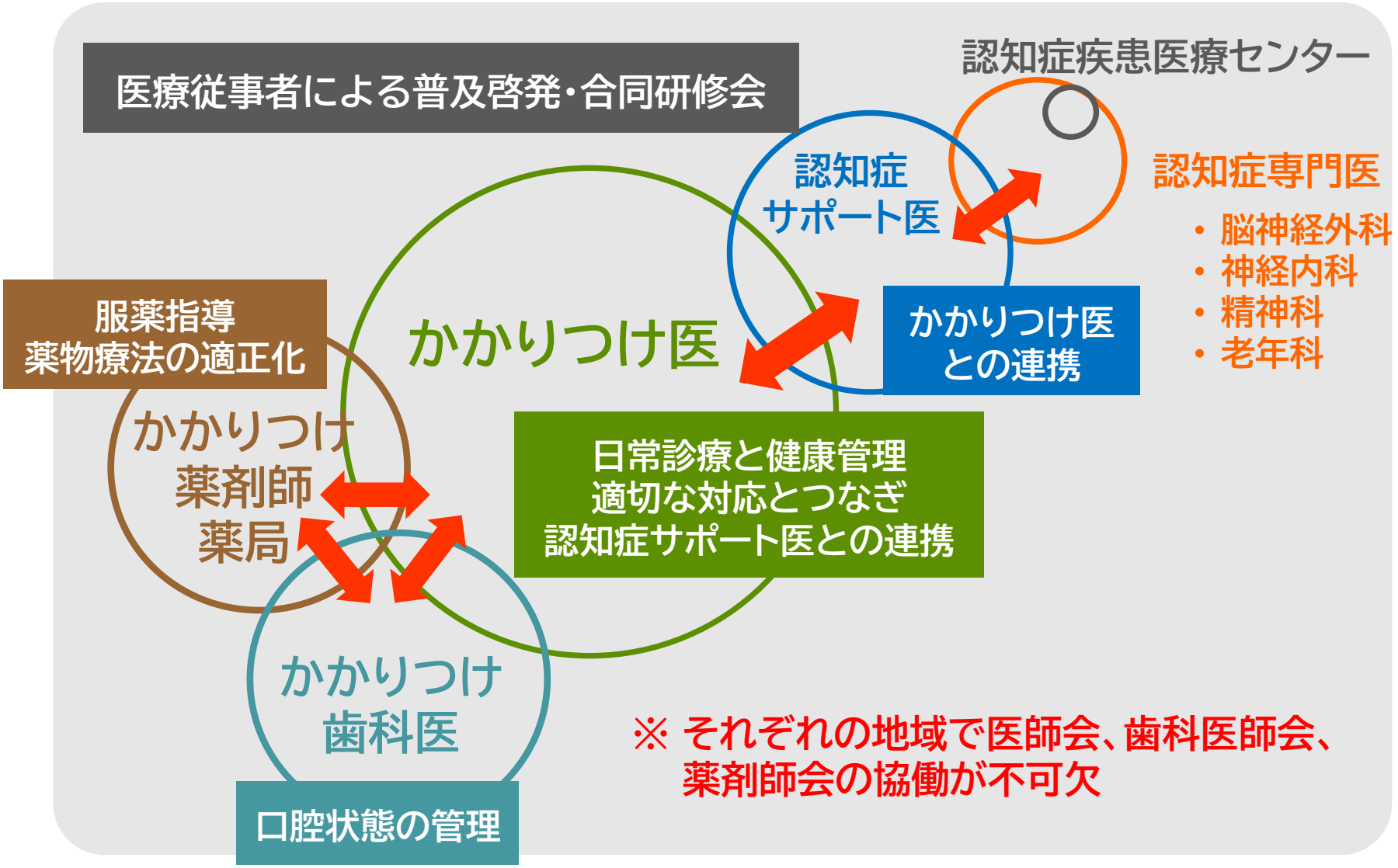
認知症疾患医療センター

〔地域実践 13〕



認知症医療連携のイメージ

〔地域実践 14〕



認知症サポート医研修会資料を一部改変

医師・歯科医師・薬剤師の連携の意義

〔地域実践 15〕

かかりつけ医

- 生活状況に関する具体的・客観的な情報を得られる。
- BPSDに関連する要因についての情報が得られる。
- 服薬状況の確認ができる。
- 治療に関する本人・家族の満足度がより上がる。
- 具体的に薬剤の副作用の説明ができる。

かかりつけ歯科医

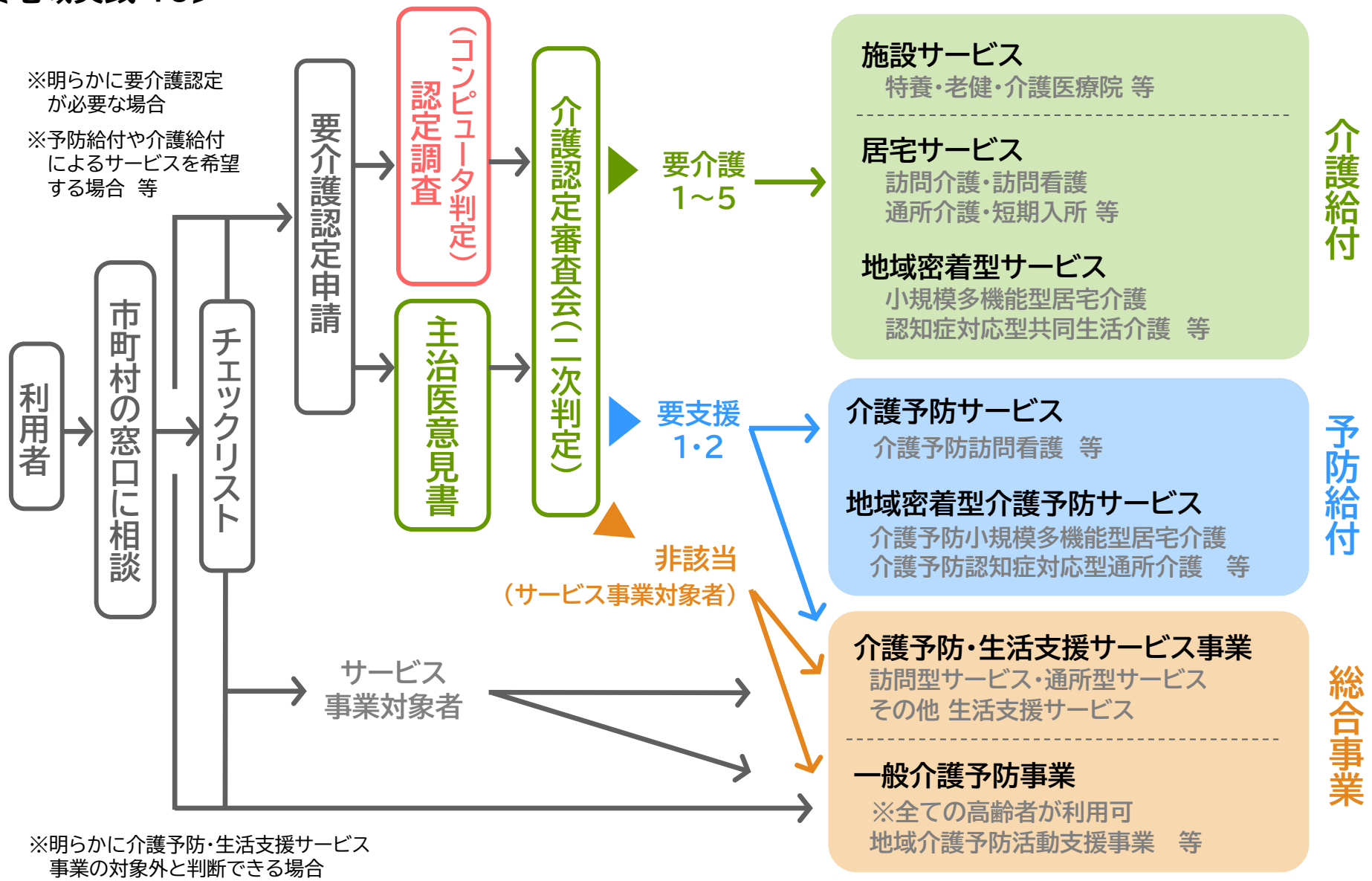
- 口腔健康管理(口腔ケア・セルフケアを含む)の確認ができる。
- 歯科治療に関する本人・家族の協力や満足度が向上する。

かかりつけ薬局・薬剤師

- 服薬遵守の意義について共有することができる。
- 薬剤の副作用や日常生活に対する影響の説明ができる。

介護サービスの利用の手続き

〔地域実践 16〕



主治医意見書の役割

〔地域実践 17〕

- **介護認定審査会**における重要な資料
  - ➡ 医学的観点からの意見を加味して、介護の手間の程度や状況等を総合的に勘案できる
  - ➡ 介護の手間の程度や状況等について、具体的状況の記入が求められる
  - ➡ 認定調査（コンピュータ判定）には表れない情報の補足を期待されている
- **ケアプラン作成**の情報源
  - ➡ 医学的観点からの意見や留意点などを客観的な情報としてアセスメントで活かす
- **介護報酬「認知症加算」**の算定根拠
  - ➡ 認知症高齢者の日常生活自立度の評価が、介護保険サービスの認知症関連加算の算定根拠となる

認知症症例の意見書①

〔地域実践 18〕

項　目	介護の手間を把握するための視点(例)
(1)認知機能	• HDS-R 15／30 • 記憶と見当識の障害が高度 • 全く意思疎通ができない
(2)日常生活活動	• 薬の飲み忘れが多い • トイレがわからず部屋の中で排泄する
(3)行動・心理症状	• 不安が強い • ひとりで外出し戻って来られず警察に保護される
(4)処方内容とその影響	• 少量の抗精神病薬を使用したところ歩行困難となり、中止した
(5)現在受けている支援及び 今後必要な支援	• 現在デイサービスを週3回利用している • 今後ショートステイの利用にて介護負担を減らす必要がある

認知症症例の意見書②

〔地域実践 19〕

項　目	介護の手間を把握するための視点(例)
(6)生活環境	• 独居 • 公団の4階に住んでいてあまり外出しない
(7)家族の状況と介護負担	• 認知症の妻と二人暮らしである • 主介護者である長男の嫁がもの盗られ妄想の対象となっており、その対応に疲弊している
(8)経過・頻度	• ADLは悪化しつつある • 徘徊の頻度は増加している
(9)現在ある困難や危険性及び 今後予想される困難や危険性	• しばしば経済被害を受けている • 今後、家人へ暴力をふるう危険がある
(10)身体合併症	• 肺炎を来たしたが認知症のため外来で点滴治療を行っている
(11)評価に際しての留意事項	• 症状は1日のうちでも大きく変動している • とりつくろいのために正常にみられる

介護給付（介護保険サービス）

〔地域実践 20〕

居宅サービス

訪問サービス、通所サービス
短期入所サービス、福祉用具貸与サービス
福祉用具と住宅改修に関する費用支給　　など

地域密着型サービス

定期巡回・随時対応型訪問介護看護
小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護
認知症対応型通所介護、地域密着型通所介護（H28～）
認知症対応型共同生活介護（グループホーム） など

施設サービス

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院（H30～）
介護療養型医療施設（～R5）

地域密着型サービス

〔地域実践 21〕

1. 市区町村長が事業者の指定・指導監督
2. 原則、市区町村の被保険者が利用可能
3. 住民に身近な生活圏域単位で整備
4. 地域ごとの指定基準、介護報酬設定が可能

- ▸▸ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ▸▸ 夜間対応型訪問介護
- ▸▸ 地域密着型通所介護
- ▸▸ 認知症対応型通所介護
- ▸▸ 小規模多機能型居宅介護
- ▸▸ 看護小規模多機能型居宅介護
- ▸▸ 認知症対応型共同生活介護
- ▸▸ 地域密着型特定施設入居者生活介護
- ▸▸ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

予防給付と地域支援事業

〔地域実践 22〕

介護給付（要介護1～5）

予防給付（要支援1・2）

地域支援事業

対象：身体介護・機能訓練等を必要としない要支援高齢者

新しい介護予防・日常生活支援総合事業（要支援1・2、それ以外の者）

○ 介護予防・生活支援サービス事業
- ・訪問型サービス
- ・通所型サービス
- ・生活支援サービス（配食等）多様な民間事業者・非営利団体等の地域資源を活用
- ・介護予防支援事業（ケアマネジメント）

○ 一般介護予防事業

包括的支援事業

○ 地域包括支援センターの運営（従来3事業に加え、地域ケア会議の充実）

○ 在宅医療・介護連携推進事業（医療・介護の情報共有と切れ目のない提供体制等）

○ 認知症総合支援事業（認知症初期集中支援推進事業、認知症地域支援・ケア向上事業 等）

○ 生活支援体制整備事業（生活支援コーディネーターの配置、協議体の設置 等）

任意事業

多職種連携と情報共有

〔地域実践 23〕

多職種連携とは

『多種多様なスタッフが各々の高い専門性を前提とし、目的と情報を共有し、業務を分担するとともに、お互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供するチーム医療のこと。』

※ 多職種連携を実践するには、患者・家族を含め、各医療職種間の適宜の情報共有と適切なコミュニケーションが欠かせない。

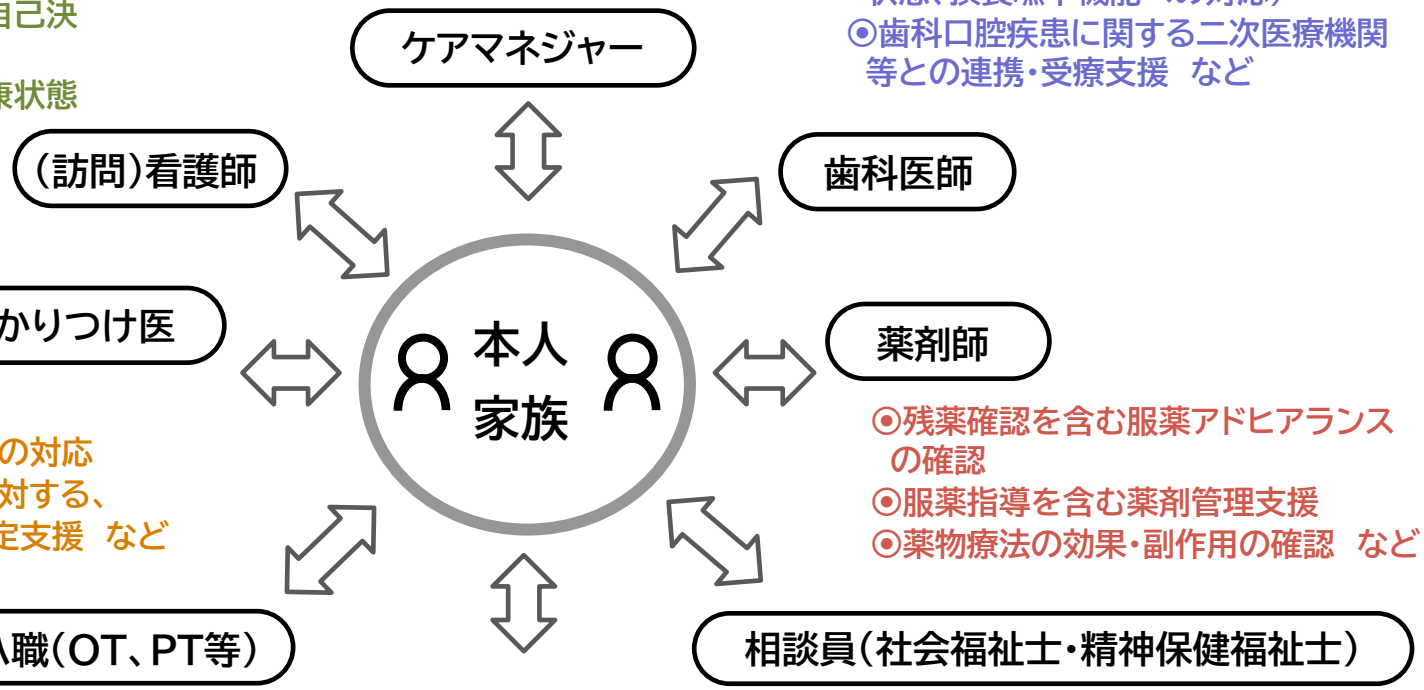
「多職種連携」のかかりつけ医にとっての意味

〔地域実践 24〕

- 生活状況に関する具体的・客観的な情報を得られる
  - ＊ 特に独居の認知症高齢者ではケアマネジャーを含めた介護職員や訪問看護師からの情報は欠かせない。
  - ＊ アルツハイマー型認知症では“取り繕い”が特徴であり、本人以外から情報を得る必要がある。
- 服薬状況の確認ができる
  - ＊ 認知症治療薬や身体疾患の治療薬を含め、診察時に実際の服薬状況が確認できない場合は、薬剤師や訪問看護師や介護職員から情報を得る。
- かかりつけ医が生活上の課題を把握していると、治療に関する本人・家族の満足度がより上がる
- 生活状況がわかれば、より具体的に薬剤の副作用の説明ができる
- BPSDに関連する要因について客観的な情報が得られる
- 同じ目的や目標を共有することで、それぞれの専門職種と役割分担でき、連携のマネジメントが可能になる

地域の多職種の役割

〔地域実践 25〕



⦿介護予防・日常生活支援総合事業の対象者及び要支援者アセスメントやマネジメント、ケアプランづくり
⦿ケアチームをコーディネート、総合相談、個別相談、困難事例等対応、虐待対応等の権利擁護　など

⦿歯科口腔疾患に対する治療と指導、意思決定支援
⦿口腔健康管理(認知症があることによって変化する口腔機能や口腔衛生状態、摂食嚥下機能への対応)
⦿歯科口腔疾患に関する二次医療機関等との連携・受療支援　など

⦿日々の健康状態の把握
⦿本人のニーズに応じた生活の支援、環境調整
⦿本人の主体性の保持、自己決定の支援
⦿家族の介護負担感、健康状態などの把握　など

⦿身体疾患に対する治療
⦿認知症の症状やせん妄への対応
⦿認知症の人とその家族に対する、適切な情報提供と意思決定支援　など

⦿残薬確認を含む服薬アドヒアランスの確認
⦿服薬指導を含む薬剤管理支援
⦿薬物療法の効果・副作用の確認　など

⦿基本的動作能力の回復
⦿応用的動作能力、社会的適応能力の回復
⦿言語聴覚能力の回復
⦿日常生活活動や社会参加機能の評価情報の提供　など

⦿食事、排泄、入浴、身支度など身体・心理等の状況に合わせた日常生活のケアの提供
⦿生活に必要な居心地のよい環境を提供　など

⦿アドボカシー…本人・家族の考え・気持ちの代弁
⦿退院計画の支援…退院後の生活設計の支援援
⦿利用可能なフォーマル・インフォーマルサービスを紹介・仲介　など

情報共有ツール

〔地域実践 26〕

認知症の医療介護連携の推進のための情報共有ツールのひな形

「情報共有ツール」のコンセプト

- ✓ 認知症の人にとって使いやすい、持つことで安心する、必要な情報を支援者と共有できる「ご本人の視点」を重視した情報共有ツールを目指して、全国の先進地域を調査し、ご本人・ご家族・有識者との議論をもとに作成。
- ✓ ひな形を参考に各自治体を中心に関係機関と協働しながら地域の実状に合わせた情報

情報項目

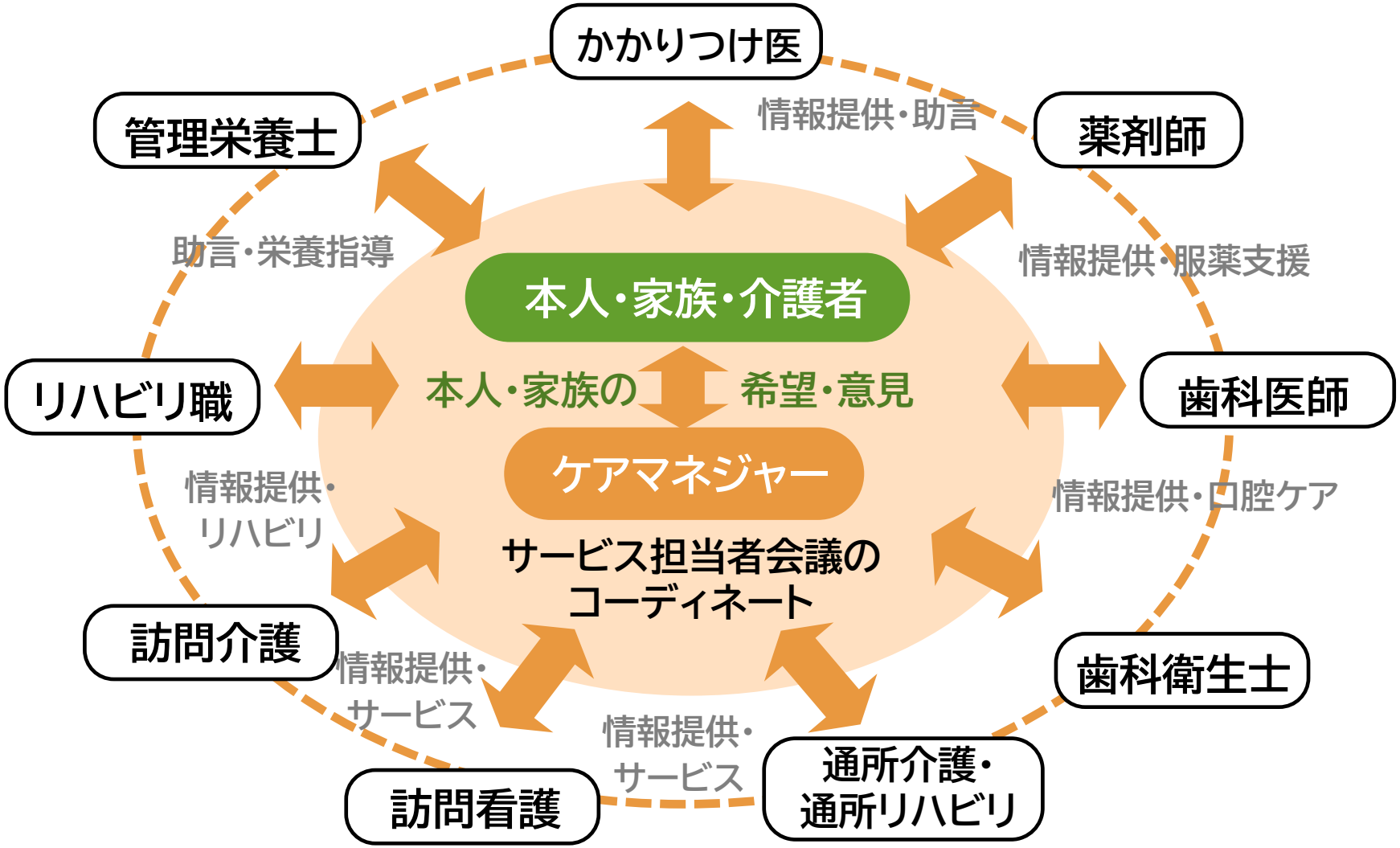
⑴ 使い方（内容の目録と記入に当たっての注意）
⑵ 同意書
⑶ わたし自身① ：ご本人の基本情報
⑷ わたし自身② ：ご本人の経歴・趣味等その人らしさを示す項目
⑸ わたしの医療・介護① ：医療機関
⑹ わたしの医療・介護② ：支援に関わる者・機関のリスト
⑺ わたしの医療・介護③ ：病名と医療機関
⑻ わたしの医療・介護④ ：処方内容と処方の目的
⑼ わたしの医療・介護⑤ ：血圧、体重
⑽ わたしの医療・介護⑥ ：利用しているサービス状況
⑾ わたしの認知症の状況① ：認知機能検査（MMSE又はHDS-R）
⑿ わたしの認知症の状況② ：日常生活活動の変化
⒀ わたしの認知症の状況③ ： 最近気になっていること、困っていること
⒁ わたしのこれからのこと①② ：今後の医療・介護への希望
⒂ 通信欄

認知症の医療介護連携、情報共有ツールの開発に関する調査研究事業
情報共有ツール等は 国立長寿医療研究センターのホームページからダウンロード可能

ケアマネジャーと多職種の連携

〔地域実践 27〕

サービス担当者会議での情報共有と多職種の協働が重要



サービス担当者会議でのかかりつけ医の役割

〔地域実践 28〕

- 通院時や診察時の本人の様子について報告
- 傷病に関わる身体状況等の情報提供
- 認知症の病期や重症度、経過などの確認
- 現在の投薬内容、副作用等の注意事項
- 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針についての具体的指示
  （身体症状や行動心理症状）
- 日常生活上の医学的な注意事項
  （特に介護サービス提供時の留意事項）

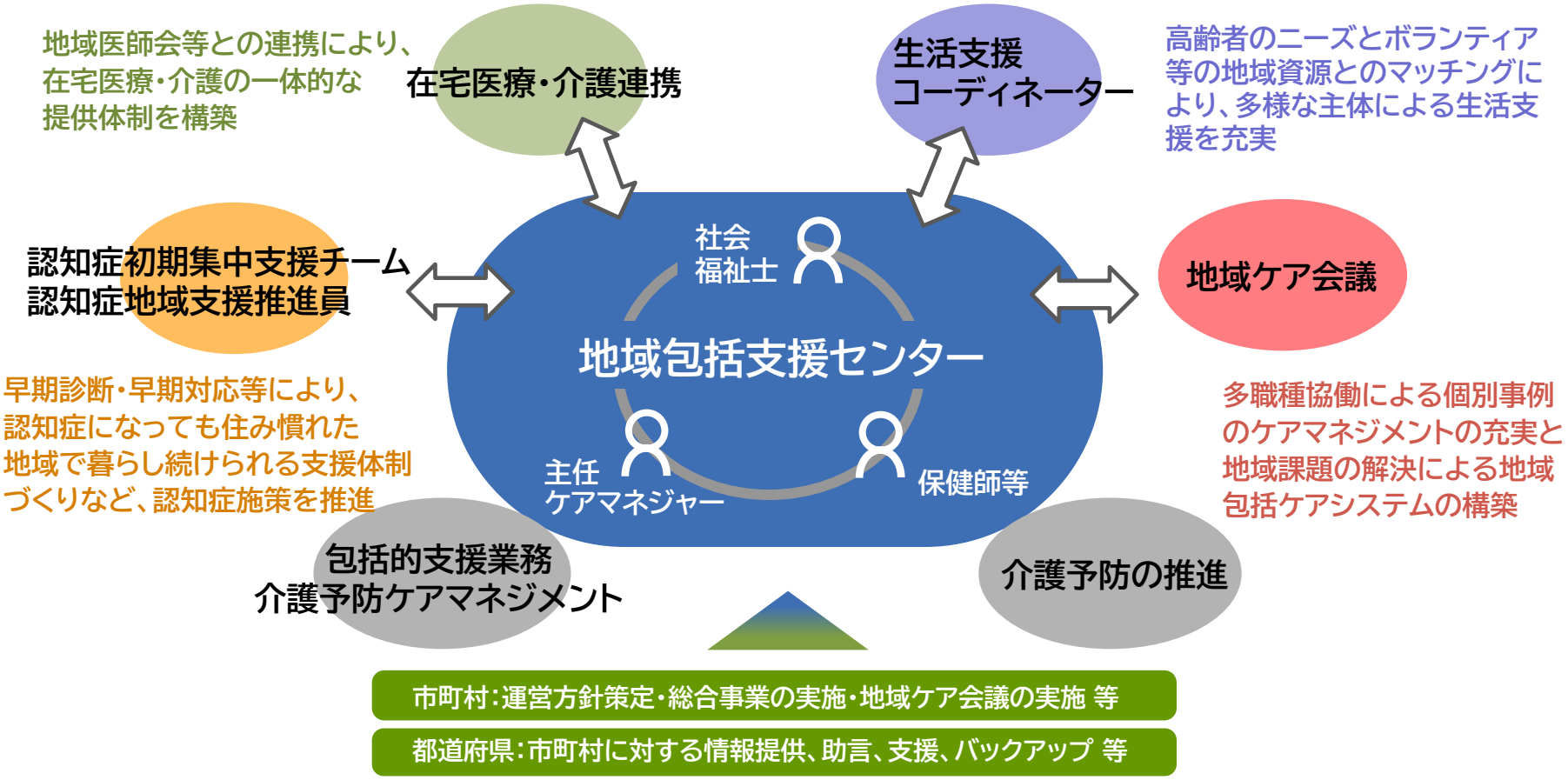
ケアマネジャーがかかりつけ医に望むこと

〔地域実践 29〕

- 認知症の早期発見と進行予防
- 適時の専門医療機関との連携
- 他の診療科受診の判断と紹介時の連携
- 疾病や体調管理面での指示や指導
- 身体症状や精神症状が悪化時の対応
- 服薬管理上の注意や薬の副作用の指導
- ケアプランへのアドバイスと共通理解
- 本人の心理的サポートと家族への共感

地域包括支援センター

〔地域実践 30〕

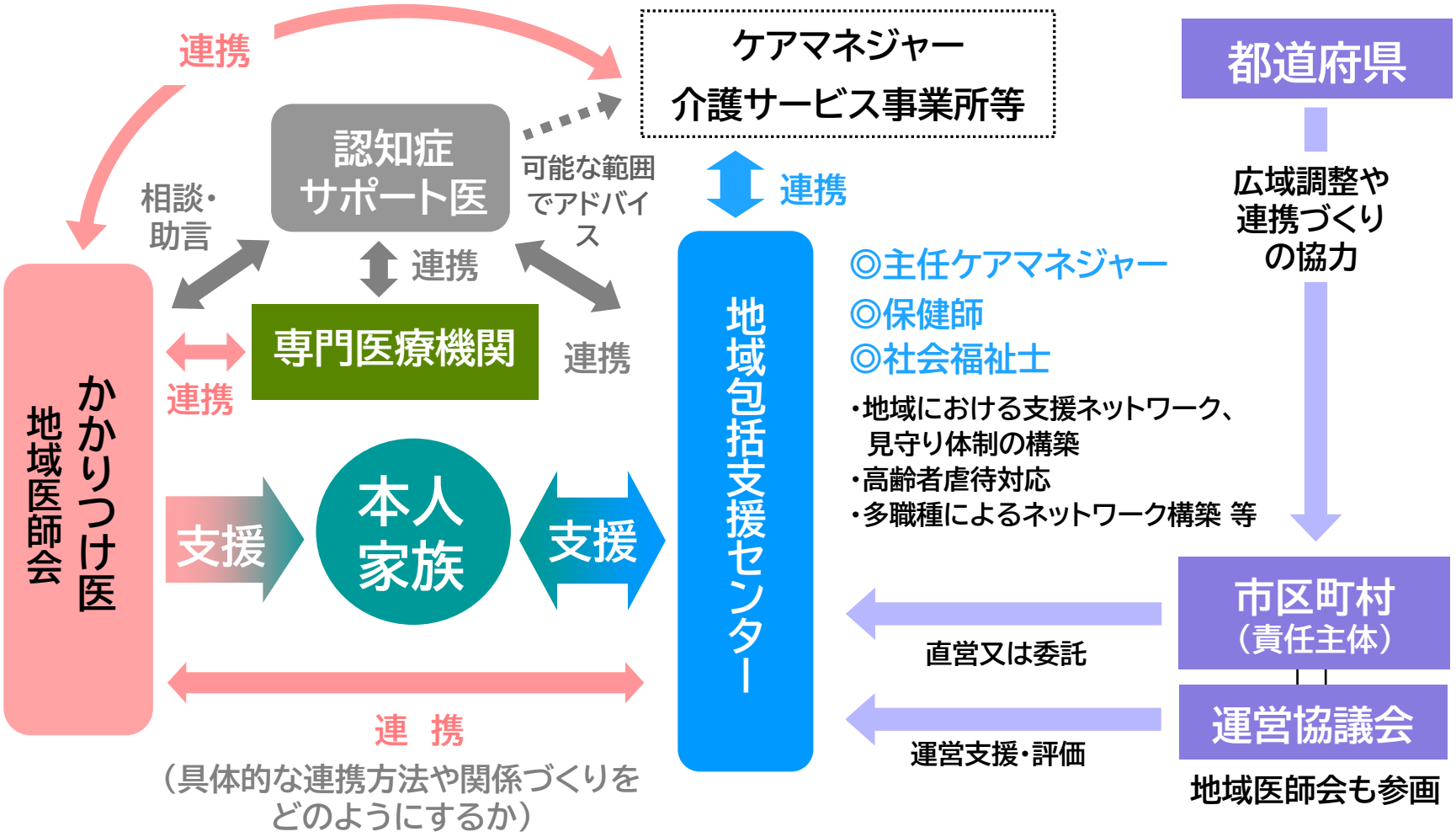


地域包括支援センターの機能強化に向けて

- 業務量増加・センターごとの役割に応じた人員体制の強化
- 基幹型・機能強化型センターの位置づけ等、連携強化・効果的運営
- 運営協議会による評価・PDCAの充実等、継続的な評価・点検

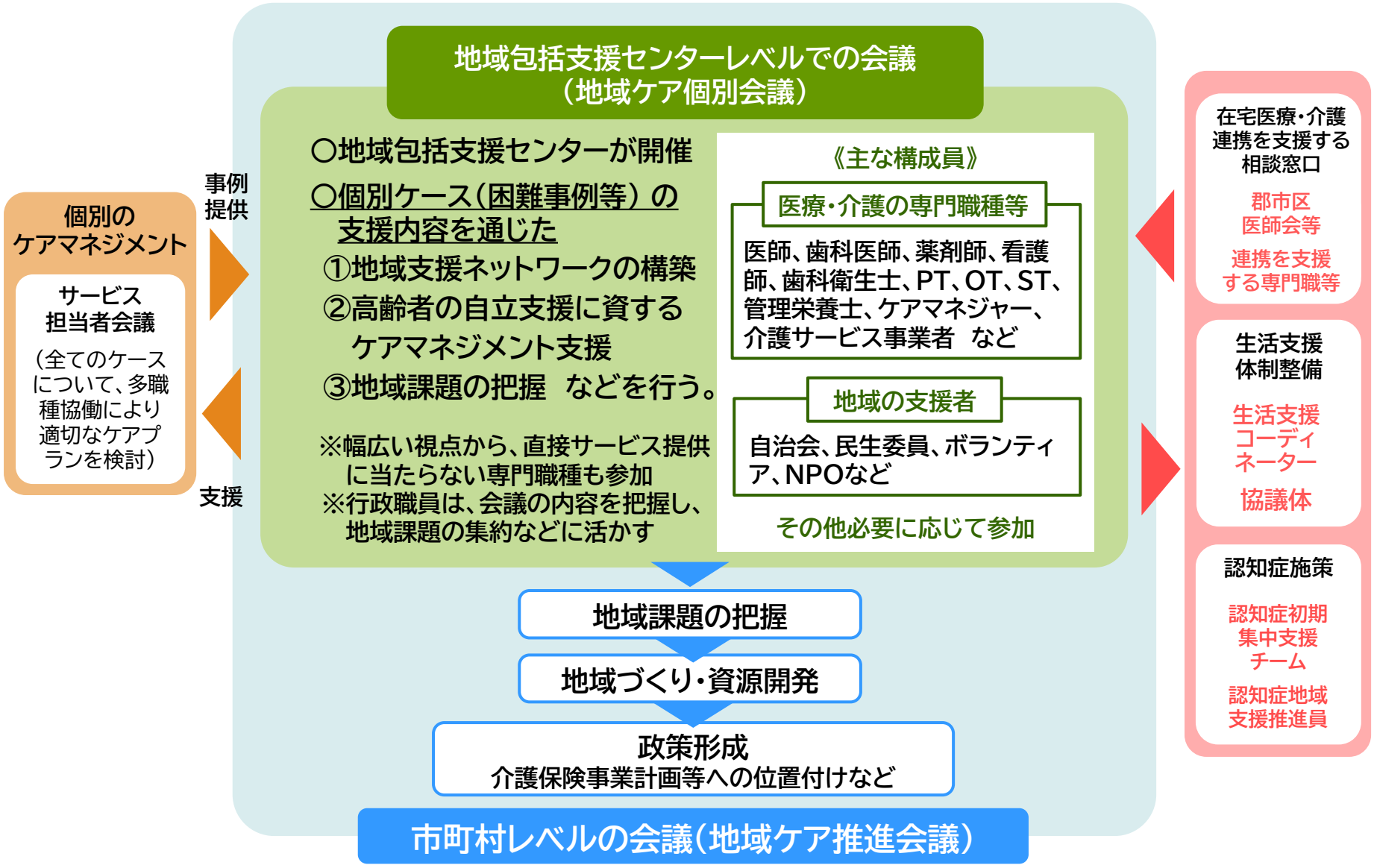
地域包括支援センターとの連携

〔地域実践 31〕



地域ケア会議

〔地域実践 32〕



認知症初期集中支援チーム

〔地域実践 33〕

●複数の専門職が家族の訴え等により 認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族 支援等の初期の支援を包括的・集中的（おおむね6ヶ月）に行い、自立生活のサポートを行うチームのこと

●全ての市町村に設置されている

●認知症初期集中支援チームのメンバー

医療と介護の専門職

（保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士等）

認知症サポート医である医師（嘱託）

●配置場所

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

【対象者】

40歳以上で、在宅で生活しており、かつ 認知症が疑われる人又は認知症の人で、以下のいずれかの基準に該当する人

◆ 医療・介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれかに該当する人

（ア）認知症疾患の臨床診断を受けていない人
（イ）継続的な医療サービスを受けていない人
（ウ）適切な介護保険サービスに結び付いていない人
（エ）診断されたが介護サービスが中断している人

◆ 医療・介護サービスを受けているが、認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している

認知症地域支援推進員

〔地域実践 34〕

市町村 ⇔ 協働 ⇔ 認知症地域支援推進員

【推進員の要件】

① 認知症の医療や介護の専門的知識及び経験を有する医師、保健師、看護師、作業療法士、歯科衛生士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士

② ①以外で認知症の医療や介護の専門的知識及び経験を有すると市町村が認めた者

【配置先】

○ 地域包括支援センター
○ 市町村本庁
○ 認知症疾患医療センター など

医療・介護等の支援ネットワーク構築

●認知症の人が認知症の容態に応じて必要な医療や介護等のサービスを受けられるよう関係機関との連携体制の構築

●市町村等との協力による、認知症ケアパス（状態に応じた適切な医療や介護サービス等の提供の流れ）の作成・普及・点検および活用　等

関係機関と連携した事業の企画・調整

●認知症疾患医療センターの専門医等による病院・施設等における処遇困難事例の検討及び個別支援

●介護保険施設等の相談員による、在宅で生活する認知症の人や家族に対する効果的な介護方法などの専門的な相談支援

●「認知症カフェ」等の開設

●認知症多職種協働研修の実施・支援　等

相談支援・支援体制構築

●認知症の人や家族等への相談支援

●「認知症初期集中支援チーム」との連携等による必要なサービスが認知症の人や家族に提供されるための調整

●認知症の人が相談につながるための支援

●認知症の人が相談した後の支援

認知症カフェ・ピア活動

〔地域実践 35〕

認知症カフェ

○ 認知症の人やその家族が地域で孤立しないために、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う場

家族介護教室や家族同士のピア活動

○ 認知症の人と家族の会

○ その他の家族支援・介護者支援の会

認知症の人同士のピア活動

○ 認知症の本人交流会、本人ミーティング

○ 認知症の本人が認知症の人の相談にのる活動

認知症の人と家族の支援

〔地域実践 36〕

支援内容	具体例
治療や症状への対処法	知識情報を得る場、家族教室、介護講習会、認知症カフェ、相談窓口
介護者の心身の休息	デイサービス・ショートステイの活用、介護・リフレッシュ休暇、保養所
介護者の健康	家族の心身の健康の維持、健康診断、受診や治療の支援
同じ立場の人と話せる場	家族会や家族の集いの場、情報交換、家族同士のピア活動
偏見・差別に対する啓蒙	地域の人への認知症の知識の啓発、家族支援の啓発
経済的な支援制度	就労継続支援、介護費用の軽減、税の減免、介護手当等

認知症サポーター/キャラバン・メイト/チームオレンジ

〔地域実践 37〕

【認知症サポーターとは】

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

【キャラバン・メイト養成研修】

実施主体：

都道府県、市町村、全国的な職域団体等

目的：

地域、職域における「認知症サポーター養成講座」の講師役である「キャラバン・メイト」を養成する。

内容：

認知症の基礎知識等のほか、サポーター養成講座の展開方法、対象別の企画手法、カリキュラム等をグループワークで学ぶ。

認知症サポーターキャラバン

【認知症サポーター養成講座】

実施主体：

都道府県、市町村、職域団体等

対象者：

〈住民〉自治会、老人クラブ、民生委員、家族会、防災・防犯組織等

〈職域〉企業、銀行等金融機関、消防、警察、スーパーマーケット、コンビニエンスストア、宅配業、公共交通機関等

〈学校〉小中高等学校、教職員、PTA等

【チームオレンジとは】

認知症サポーターがチームを組み、認知症の人や家族に対する生活面の早期からの支援等を行う取り組み。認知症の人もメンバーとして参加する。

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン

〔地域実践 38〕

趣旨

○ 意思を形成し、表明でき、尊重されることは、日常生活・社会生活において重要であり、認知症の人についても同様。

○ 意思決定支援の基本的考え方、姿勢、方法、配慮すべき事柄等を整理し、認知症の人が、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れることをめざすもの。

基本事項（誰のための・誰による・支援なのか）

○ 認知症の人ための
（認知症と診断された場合に限らず、認知機能の低下が疑われ、意思決定能力が不十分な人を含む。）

○ 認知症の人の意思決定支援に関わる全ての人による
（意思決定支援者）

○ 認知症の人の意思決定をプロセスとして支援するもの
（意思形成支援、意思表明支援、意思実現支援）

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン 組込型研修の視聴

生活支援としての意思決定支援

〔地域実践 39〕

本人の意思の尊重、意思決定能力への配慮、早期からの継続支援

本人が自ら意思決定できるよう支援
意思形成支援、表明支援、実現支援のプロセスに沿って支援を実施

本人意思の尊重・プロセスの確認

支援方法に困難・疑問を感じた場合

意思決定支援チーム会議（話し合い）
◎ 本人、家族、医療関係者、介護関係者、成年後見人　など
◎ サービス担当者会議、地域ケア会議と兼ねることも可
◎ 開催は関係者の誰からの提案も可

適切な意思決定プロセスの確保

適切なプロセスを踏まえた支援が提供されたかの確認

本人の意思の尊重の実現

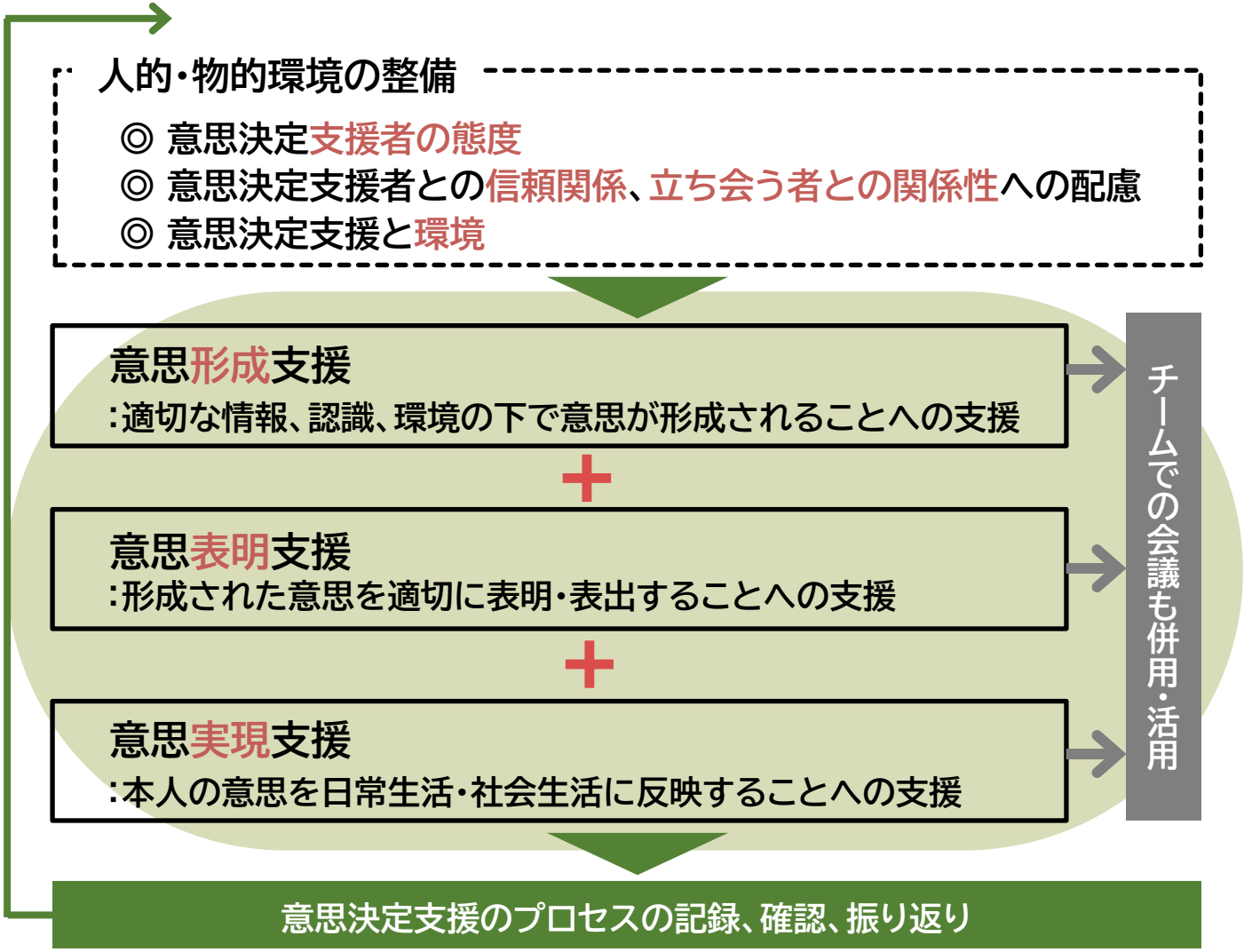
認知症の人の自らの意思に基づいた日常生活・社会生活の実現

- 理解しやすさ
- 開かれた質問
- 選択肢
- 支援者の態度
- 環境整備
- 時間の余裕

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン（H30.6）に一部追記

意思決定支援のプロセス

〔地域実践 40〕



認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン（H30.6）より

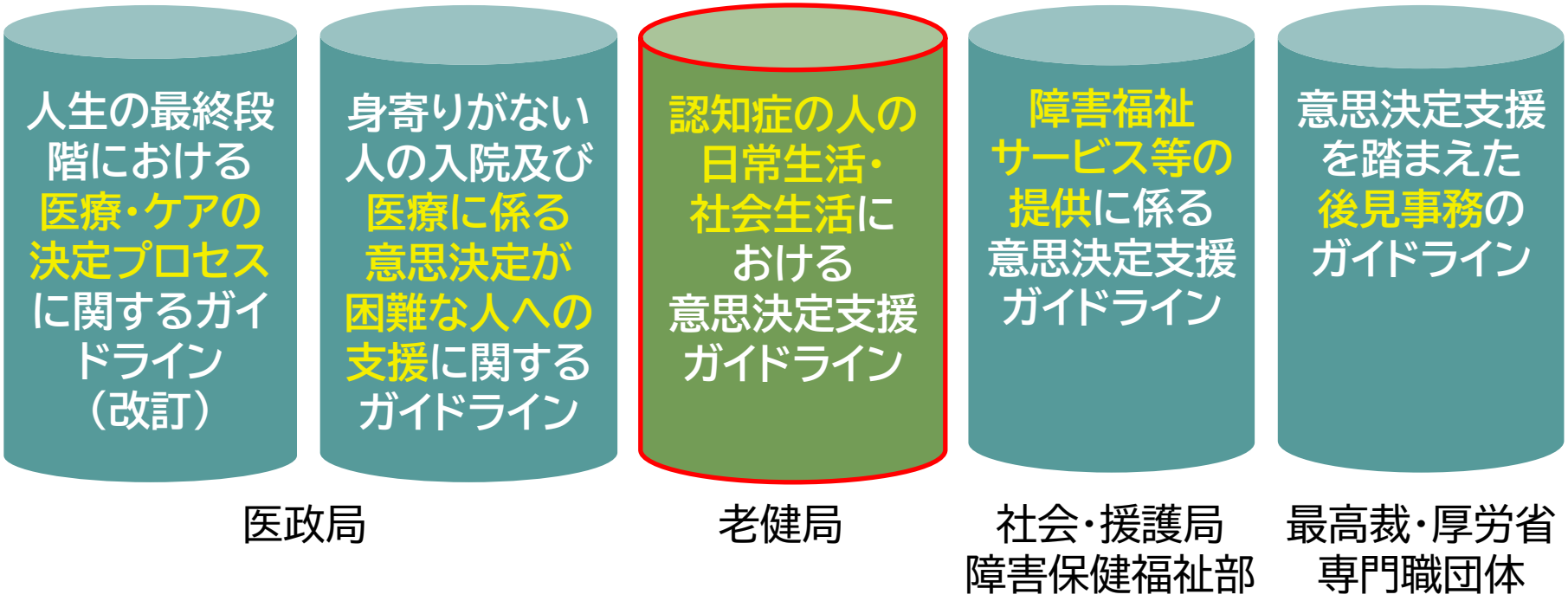
各意思決定支援ガイドライン

〔地域実践 41〕

【意思決定支援ガイドラインの策定推進の背景】

- ◉ 障害者の権利に関する条約
- ◉ 成年後見制度利用促進法
- ◉ 成年後見制度利用促進基本計画（2017年3月閣議決定）

【公表されている5つの意思決定支援ガイドライン】



Advance Care Planning(ACP)

〔地域実践 42〕

ACPとは

『将来の変化に備えて、将来の医療及びケアについて患者さんを主体に、その家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのこと』

ACPの目標

○ 患者さん本人の人生観や価値感、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化する。

ACPの原則(主体は患者さん本人)

○ コミュニケーションの促進、治療の選択肢・予後の情報共有、治療計画の共同作成、繰り返しの話し合いなどが原則である。

○ 認知症の特性に考慮したACPの啓発・普及が課題である。

○ かかりつけ医が多職種と共に患者さんの意思に寄り添うことが理想である。

日本医師会:終末期医療　アドバンス・ケア・プランニング(ACP)から考える2018 より引用

成年後見制度利用促進基本計画

〔地域実践 43〕

平成28年5月　「成年後見制度の利用の促進に関する法律」施行
平成28年9月　「成年後見制度利用促進会議」より、「成年後見制度利用促進委員会」に意見を求める（基本計画の案に盛り込むべき事項について）
平成29年1月　「委員会」意見取りまとめ
平成29年3月　「促進会議」にて「基本計画の案」を作成の上、閣議決定

〈計画のポイント〉

⑴ 利用者がメリットを実感できる制度・運用の改善

- 財産管理のみならず、意思決定支援・身上保護も重視した適切な後見人の選任・交代
- 本人の置かれた生活状況等を踏まえた診断内容について記載できる診断書の在り方の検討

⑵ 権利擁護支援の地域連携ネットワークづくり

- ①制度の広報、②制度利用の相談、③制度利用促進、④後見人支援等の機能を整備
- 本人を見守る「チーム」、地域の専門職団体の協力体制（「協議会」）、コーディネートを行う「中核機関（センター）」の整備

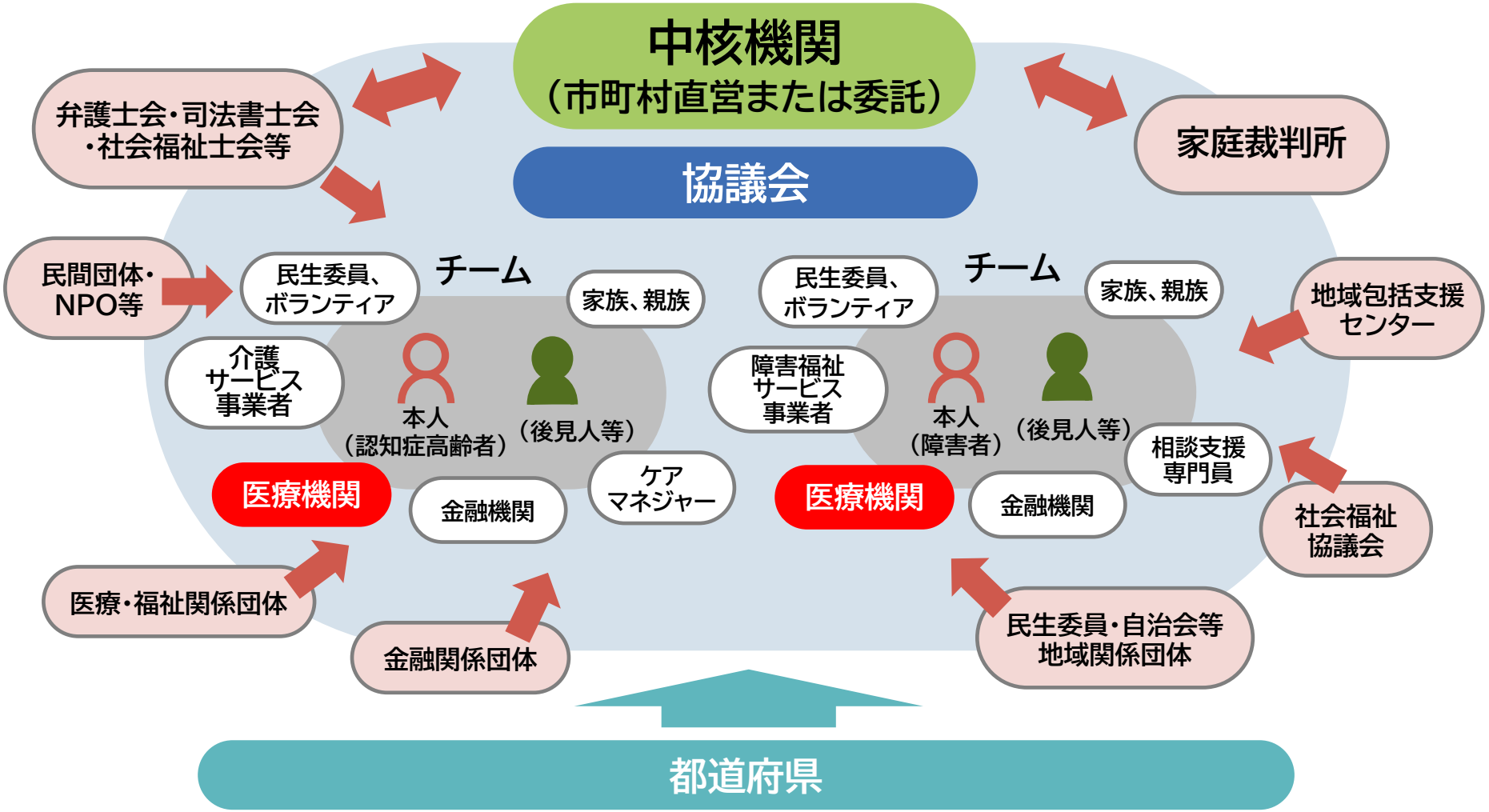
⑶ 不正防止の徹底と利用しやすさとの調和

- 後見制度支援信託に並立・代替する新たな方策の検討

成年後見制度利用促進基本計画の中の医療機関

〔地域実践 44〕

全国どの地域においても成年後見制度の利用が必要な人が制度を利用できるよう、各地域において、権利擁護支援の地域連携ネットワークを構築する。

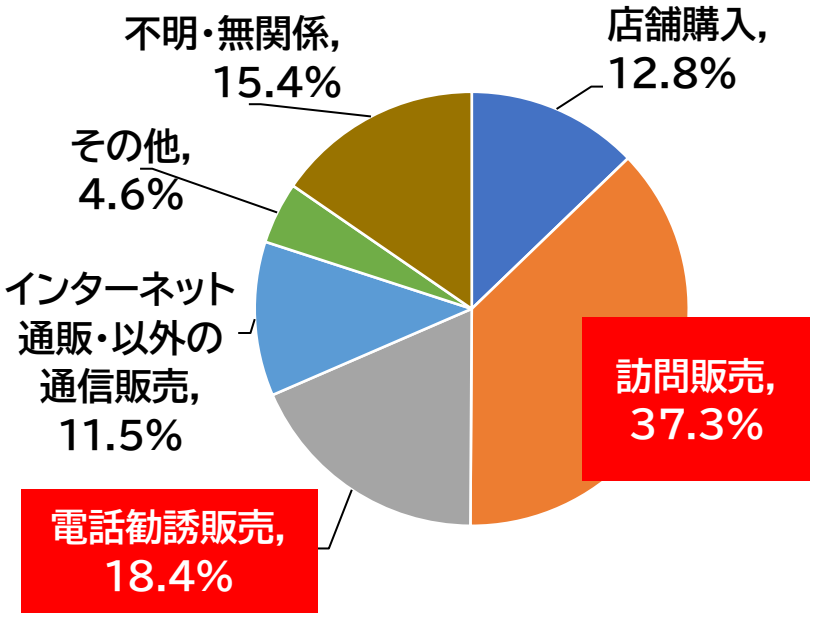


消費者被害の現状

〔地域実践 45〕

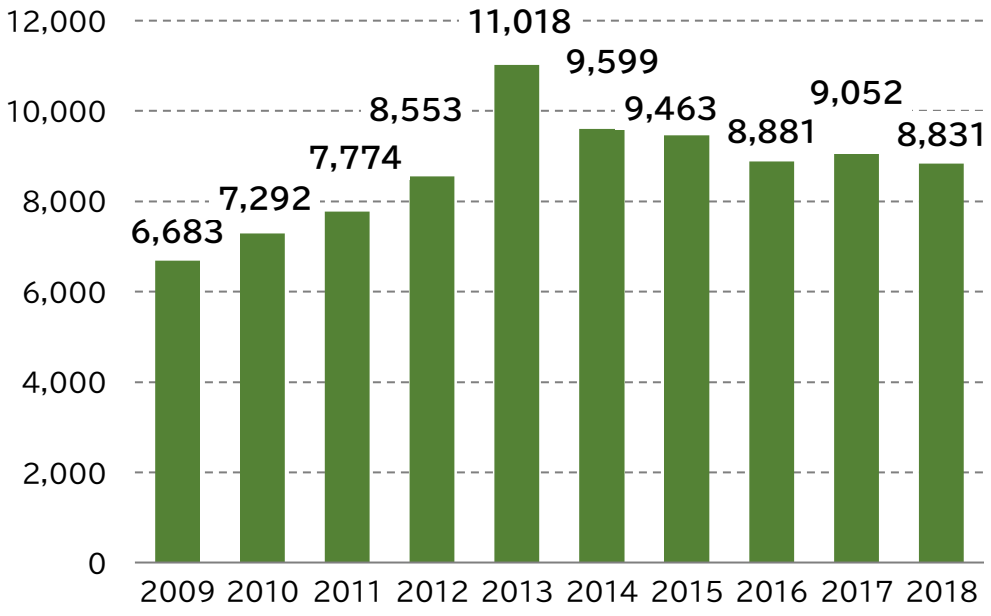
認知症等高齢者の販売購入形態別消費生活相談割合

○訪問販売と電話勧誘販売が半数以上



認知症等の高齢者に関する消費生活相談件数

○高齢者の相談は全体の35%
○相談1件あたりの平均契約購入額150.9万
○約8割で相談者と契約者が異なる



消費者庁「令和元年版消費者白書」

日常生活自立支援事業と成年後見制度

〔地域実践 46〕

○日常生活自立支援事業は、判断能力などは不十分でも契約行為が行え、身近に親族などの支援者がなく金銭管理等できないで困っている人を支える仕組み
○成年後見制度は、さらに認知症が進行し、財産管理及び身上監護に関する契約等の法律行為全般を行う仕組み

日常生活自立支援事業		成年後見制度
厚生労働省	**所轄庁**	法務省
社会福祉法	**法律**	法定後見制度：民法 任意後見制度：任意後見契約に関する法律
認知症、知的障害、精神障害などの理由により、判断能力が不十分な方であり、なおかつ、本事業の契約内容について，判断し得る能力を有していると認められる方（判断能力が全くない方は対象外）	**対象者**	認知症、知的障害、精神障害などの理由により、判断能力が不十分な方（補助・保佐）及び判断能力が全くない方（後見）
市区町村社会福祉協議会の職員（専門員，生活支援員）	**援助者**	法定後見制度：補助人・保佐人・後見人 任意後見制度：任意後見人
社会福祉協議会への相談 （本人、家族、関係機関から）	**手続きの開始**	本人、配偶者、4親等内の親族、市区町村長、検察官、任意後見人等が家庭裁判所へ申立て
「契約締結判定ガイドライン」により確認 困難な場合、契約締結審査会で審査（都道府県社協に設置）	**意思能力の確認・審査や鑑定・診断**	医師の診断書を家庭裁判所に提出 （必要に応じて、鑑定を行うことがある）
本人負担 生活保護世帯は公費負担あり	**利用中の費用**	本人が負担 金額については家庭裁判所が決定
運営適正化委員会（都道府県社協に設置）	**監督機関**	法定後見制度：家庭裁判所，成年後見監督人 任意後見制度：家庭裁判所，任意後見監督人

福祉サービスの利用、日常生活費（預金の入出金・通帳の預かり等）の管理、日常生活の購入代金の支払い、各種届出などの手続きを支援する。
社会福祉協議会と支援計画を作成し、利用契約を結ぶ。

親族等（推定相続人）への照会、作業等の手続きがあり、2か月以上を要するほか、後見人等は家裁の職権によって選任され、後見業務は本人の死亡等まで継続し、選任された人物に対し不服申立てはできない。後見が開始されると、印鑑登録できなくなる。

若年性認知症の特徴と現状

〔地域実践 47〕

〇全国における若年性認知症者数は、3.57万人 と推計 （前回調査（H21.3）3.78万人）※

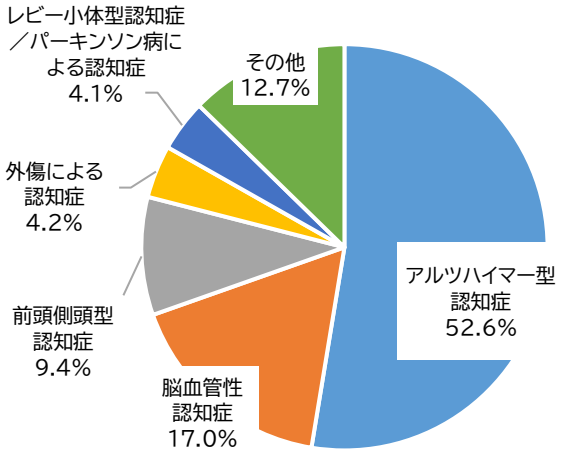
〇18-64歳人口における人口10万人当たり若年性認知症者数（有病率）は、50.9人 （前回調査（H21.3）47.6人）

※前回調査と比較して、有病率は若干の増加が見られているが、有病者数は若干減少。有病者数が減少している理由は、当該年代の人口が減少しているため。

（表）年齢階層別若年性認知症者有病率（推計）

	人口10万人当たり有病率（人）		
年齢	男	女	総数
18～29	4.8	1.9	3.4
30-34	5.7	1.5	3.7
35-39	7.3	3.7	5.5
40-44	10.9	5.7	8.3
45-49	17.4	17.3	17.4
50-54	51.3	35.0	43.2
55-59	123.9	97.0	110.3
60-64	325.3	226.3	274.9
18-64			50.9

（図）若年性認知症（調査時65歳未満）の基礎疾患の内訳



主な調査結果

- 最初に気づいた症状は「もの忘れが最も多く（66.6%）、「職場や家事などでのミス」（38.8%）、「怒りっぽくなった」（23.2%）がこれに続いた。
- 若年性認知症の人の約6割が発症時点で就業していたが、そのうち、約7割が退職していた。
- 調査時65歳未満若年性認知症の人の約3割が介護保険を申請しておらず、主な理由は「必要を感じない」（39.2%）、「サービスについて知らない」（19.4%）、「利用したいサービスがない」（13.0%）、「家族がいるから大丈夫」（12.2%）であった。
- 調査時65歳未満若年性認知症の人の世帯では約6割が収入が減ったと感じており、主な収入源は、約4割が障害年金等、約1割が生活保護であった。

調査対象及び方法

全国12地域（札幌市、秋田県、山形県、福島県、群馬県、茨城県、東京4区、山梨県、新潟県、名古屋市、大阪4市、愛媛県）の医療機関・事業所・施設等を対象に、若年性認知症利用者の有無に関する質問紙票調査を実施（一次調査）。利用がある場合には、担当者・本人・家族を対象に質問紙票調査を実施（二次調査）。二次調査に回答した本人・家族のうち、同意が得られた者を対象に面接調査を実施（三次調査）。

出典：日本医療研究開発機構認知症研究開発事業による「若年性認知症の有病率・生活実態把握と多元的データ共有システムの開発（令和2年3月）

若年性認知症の人への支援

〔地域実践 48〕

○ 若年性認知症は 高齢者の認知症とは年齢や置かれている環境が異なるため、本人や家族の心理状態・社会経済的状態に配慮が必要である。

○ 早期診断や早期治療、適切な支援や相談機関や支援機関へのつなぎなどがかかりつけ医の役割である。

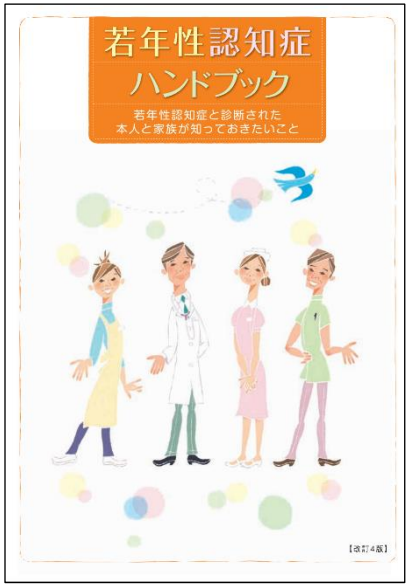
○ 若年性認知症支援のハンドブックの配布、都道府県ごとの専門相談窓口の設置や相談窓口への若年性認知症支援コーディネーターの配置、若年性認知症コールセンターの周知などが重要である。

【若年性認知症支援コーディネーターの役割】

- 本人やその家族、職場等からの電話等による相談窓口
- 適切な専門医療へのアクセスと継続の支援
- 利用できる制度・サービスの情報提供
- 関係機関との連絡調整

専門職向け

本人・家族向け



全国若年性認知症支援センター 若年性認知症コールセンター

若年性認知症の人への支援のネットワーク

〔地域実践 49〕

「認知症総合戦略推進事業」若年性認知症施策総合推進事業（実施主体：都道府県・指定都市）

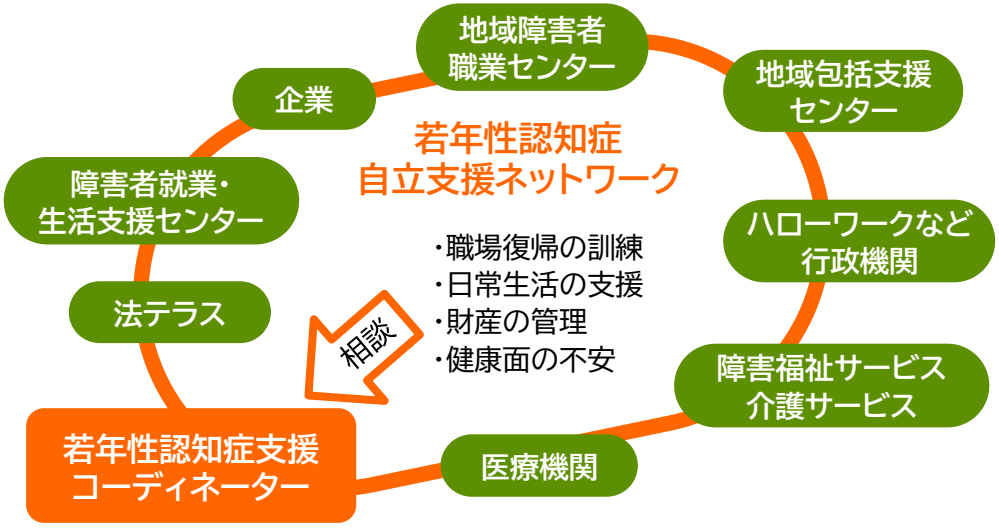
〈〈 相談（相談窓口）〉〉
① 本人や家族との悩みの共有
② 同行受診を含む受診勧奨
③ 利用できる制度、サービスの紹介や手続き支援
④ 本人、家族が交流できる居場所づくり

〈〈 支援ネットワークづくり 〉〉
〇ワンストップの相談窓口の役割を果たすため、医療・介護・福祉・労働等の関係者による支援体制（ネットワーク）の構築
〇ネットワークにおける情報共有、ケース会議の開催、普及啓発等

〈〈 普及・啓発 〉〉
〇支援者・関係者への研修会の開催等
〇企業や福祉施設等の理解を促進するためのパンフレット作成など

これらの支援を一体的に行うために **若年性認知症支援コーディネーター** を各都道府県に配置

若年性認知症の特性に配慮した就労・社会参加支援
❶ 若年性認知症の人との意見交換会の開催等を通じた若年性認知症の人のニーズ把握
❷ 若年性認知症の人やその家族が交流できる居場所づくり
❸ 産業医や事業主に対する若年性認知症の人の特性や就労についての周知
❹ 企業における就業上の措置等の適切な実施など治療と仕事の両立支援の取組の推進
❺ 若年性認知症の人がハローワークによる支援等が利用可能であることの周知　等



改正道路交通法と認知症

〔地域実践 50〕

改正道路交通法(平成29年3月12日施行)

- 75歳以上の高齢者が運転免許を更新する際には、認知機能検査を受検し、その結果によって、「高齢者講習」や「臨時適性検査 または 医師の診断書」が必要となる。
- 75歳以上で、一定の違反行為(基準行為)があった場合には、臨時認知機能検査を受検し、その結果によって、「臨時高齢者講習」や「臨時適性検査 または 医師の診断書」が必要となる。

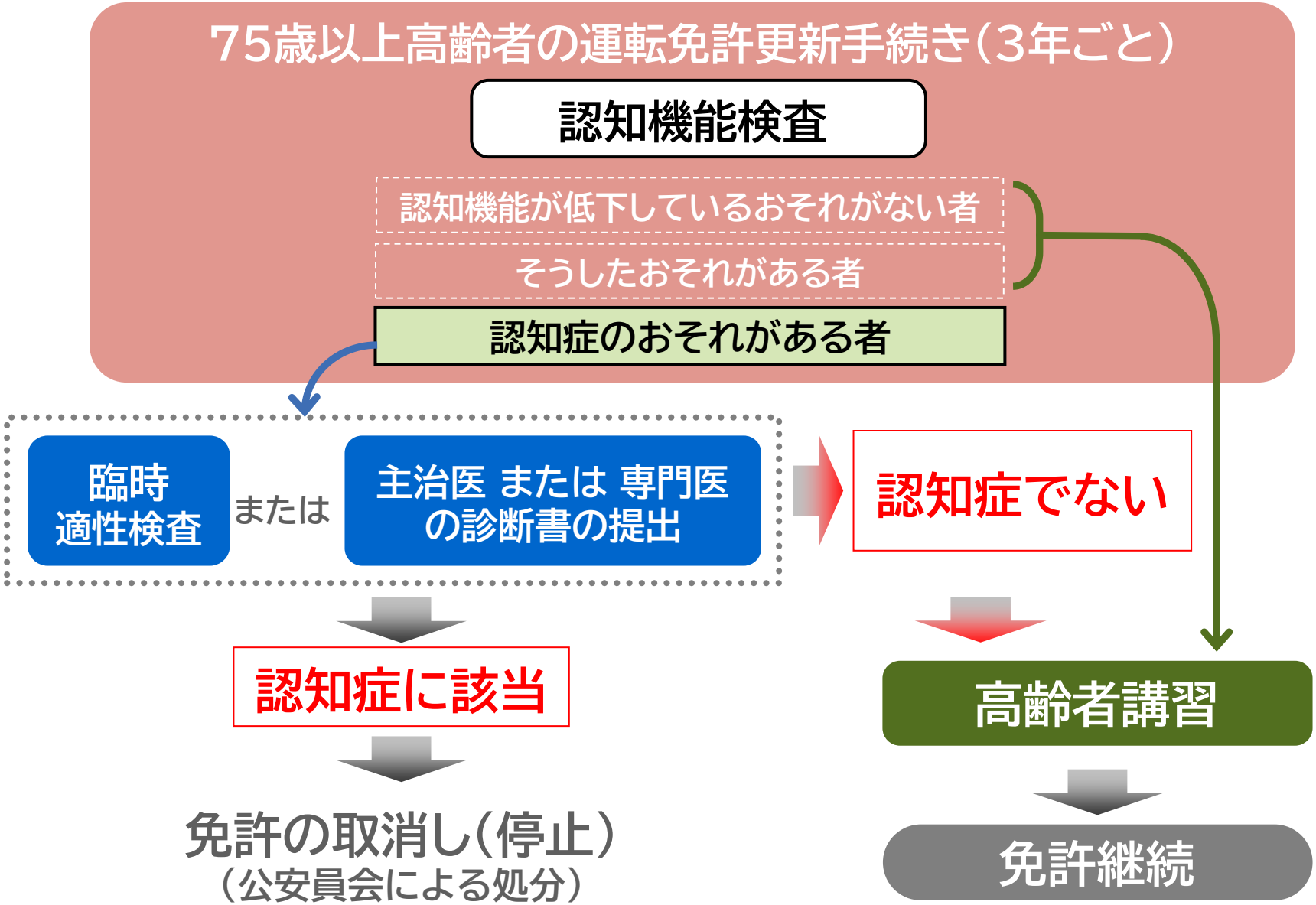
※ 臨時適性検査の受検及び診断書の提出は、都道府県公安委員会より本人に対して通知・命令される。

改正後の課題

- 正確な認知症診断や判定、自主返納後や運転中断後の生活の維持、症状の進行予防、社会的孤立などへの支援や連携が課題であり、かかりつけ医の役割も大きい。

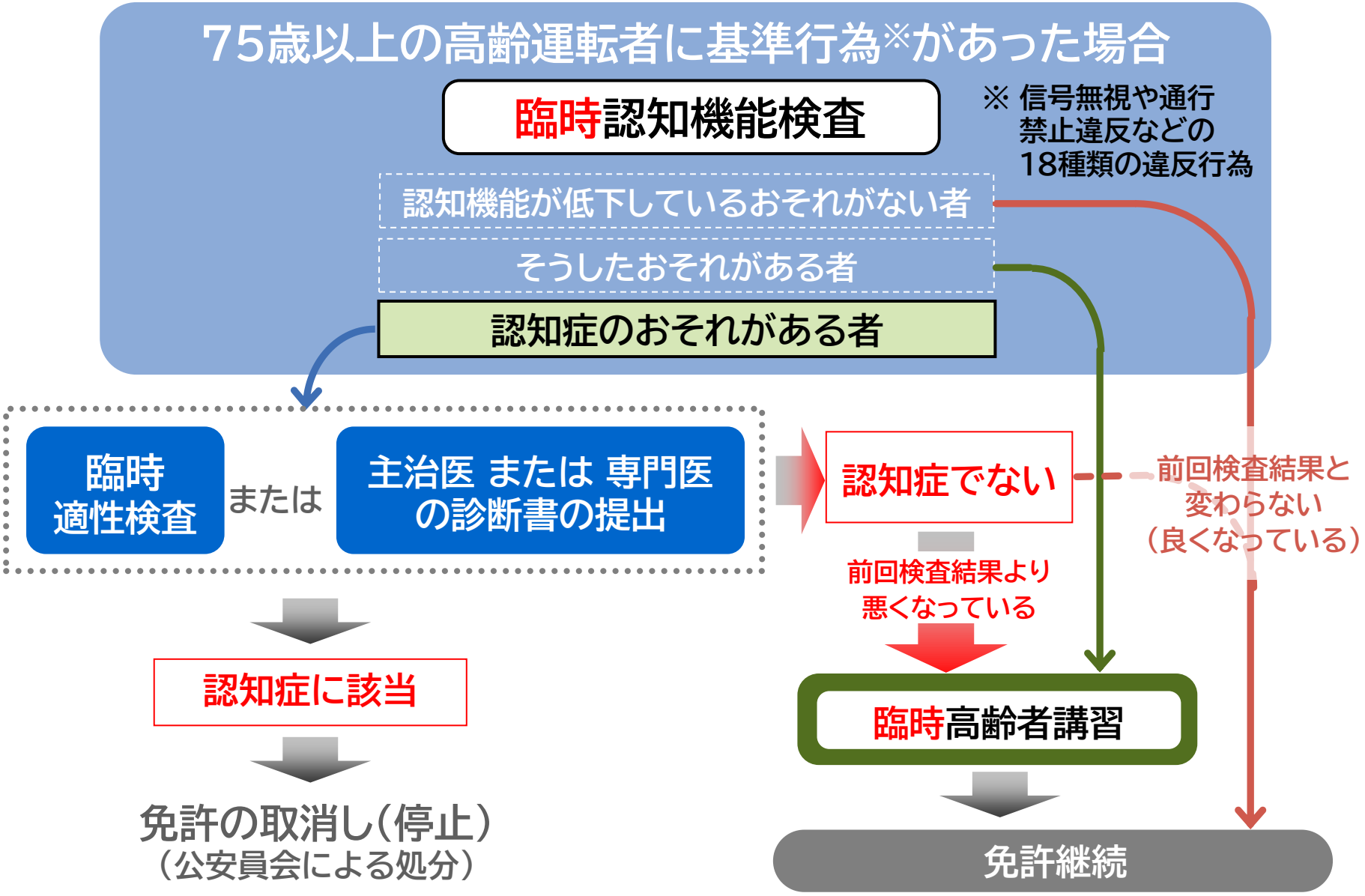
75歳以上高齢者の運転免許更新手続き

〔地域実践 51〕



一定の違反行為（基準行為）があった場合

〔地域実践 52〕



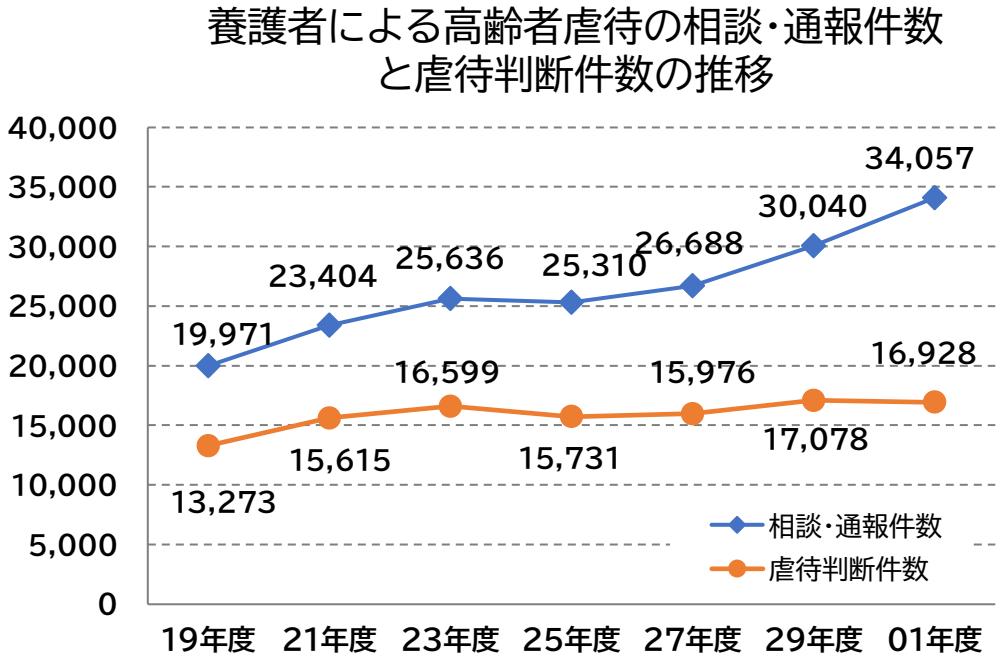
養護者による高齢者虐待の現状

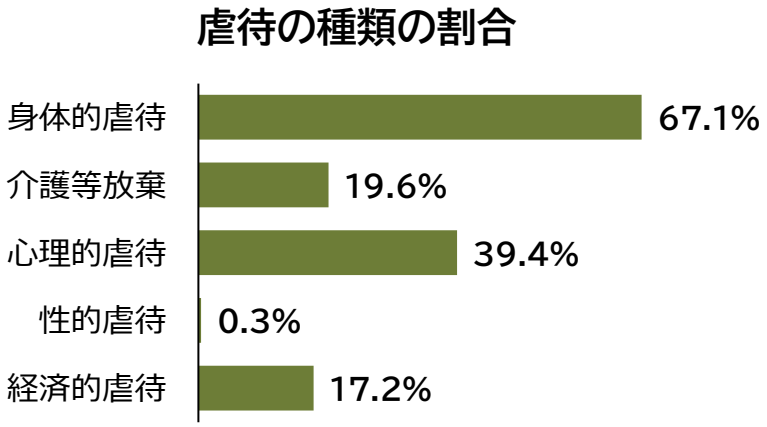
〔地域実践 53〕

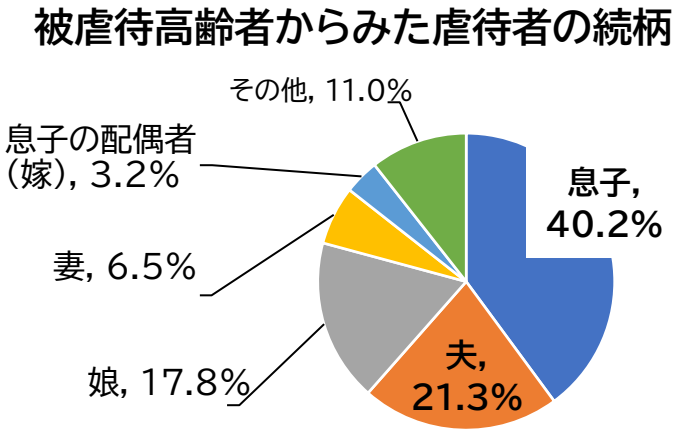
○養護者による高齢者虐待は年々増加している

○被虐待高齢者に重度の認知症がある場合は「介護放棄」を受ける割合が高い

○介護保険未申請・申請中・自立において、虐待の程度（深刻度）4・5の割合が高い







出典：厚生労働省「令和元年度「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づく対応状況等に関する調査結果」

高齢者虐待防止におけるかかりつけ医の役割

〔地域実践 54〕

高齢者虐待防止法のおける医師の通報義務

医師は、虐待を受けたと思われる高齢者を発見し、高齢者の生命又は身体に重大な危機が生じている場合は、速やかに市区町村・地域包括支援センターに必ず通報しなければならない

（“生命・身体への重大な危機”以外の場合は努力義務）

- 高齢者虐待の早期発見、未然防止、地域の取り組みへの協力などかかりつけ医の役割は極めて重要
- かかりつけ医は、高齢者虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、高齢者の権利擁護や介護を担ってきた養護者を支援することも重要

医療保護入院制度

〔地域実践 55〕

- 医療及び保護のため精神科病床への入院の必要があるが、本人に入院治療契約を交わすだけの理解力、同意能力がない場合に限って、家族等の同意によって成立する入院形態。
- 医療保護入院となる条件（以下の1つでも満たさない場合は入院は成立しない）
  - ① 精神疾患のために入院治療が必要な状態であること。
  - ② 病状のために、それをしっかり理解し自ら入院契約に同意する能力が現時点ではないこと。
  - ③ ①②が精神保健指定医の診察の結果確認され、確かに医療保護入院が必要であると診断されること。
  - ④ 家族等※のうちいずれかの書面による同意があること。

  ※ 配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人。該当者がいない場合等は、居住地（不明の場合は現在地）の市町村長が同意の判断を行う。
- 可能な限り、本人に対して入院医療の必要性等について十分な説明を行うことや本人の権利擁護を図ることが重要である。

精神保健福祉法（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律）の一部改正平成26年4月1日施行

［動画 ❻］

かかりつけ医の役割と連携

切れ目のない支援に向けて
～本研修受講後のかかりつけ医に求められる姿勢と役割～

〔地域実践 57〕

- かかりつけ医は、認知症の人や家族の伴走者として支援していく姿勢が重要である。
- かかりつけ医には、認知症の人や家族の視点を重視した切れ目のない継続的な医療の提供と適切な連携が求められている。
- かかりつけ医には、地域の多職種連携のリーダーとしての役割が期待されている。
- 地域で開催される多職種合同研修、認知症サポート医との合同研修、フォローアップ研修などへの積極的な参加や地域での啓発活動の継続などが望まれている。