資　料　7

認知症ケアパス作成のための手引き
（案）

2013 年 7 月 29 日時点

認知症ケアパス作成のための検討委員会

認知症ケアパス作成のための手引き（案）　目次

第１章

１．認知症高齢者の増加と認知症ケアパス……7

1. 認知症高齢者数の将来推計……7
2. 「今後の認知症施策の方向性」について……7
3. 手引書の位置づけ……11
4. 「認知症ケアパス」と「社会資源」……11
5. 認知症ケアパスを機能させる……12
6. 地域における認知症ケアパスの策定……13

２．地域の高齢者の状態像を把握する……17

1. 地域の高齢者の状態像を把握する……17
2. 地域の高齢者の状態像を把握するための調査・情報……17
3. 認知症の人の状態像の把握のために……22

３．認知症の人を支える社会資源……27

1. 地域の社会資源の利用状況を把握する……27
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……27
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……29
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……30

第２章

１　「認知症の人に必要なサービスを整備するための気づきシート」と「認知症の人を支える社会資源の整理シート」……37

1. 地域の実情に合わせた認知症ケアパス策定のために……37
2. 「気づきシート」と「社会資源シート」……38
3. 「気づきシート」に用いるデータについて……41
4. 気づきシートの使い方……45

＜手順 1＞　地域福祉・高齢者福祉の理念・目標を記入する……51

＜手順 2＞　圏域を設定し、その地域の人口や高齢化率、若年性認知症の推定数等を記入する……53

＜手順 3＞　地域支援事業及び高齢者福祉サービスやその他の行政サービス、介護保険サービス、医療・相談機関の整備数、相談窓口の設置数、認知症を主たる理由として入院している人の数、認知症に特化した研修の修了者等を記入する……55

＜手順 4＞　65 歳以上で要介護認定を受けていない方、ならびに要介護認定を受けている方の現数をそれぞれ記入する……57

＜手順 5＞　④の値に「65 歳以上人口の伸び率」をかけ、平成 29 年における推計利用者数（単純推計）を算出する。認知症高齢者の全体数の推計については、単純推計の値を参考に、 介護予防等政策的効果を加味した数値を「目標」に記入する……59

＜手順 6-1＞　「社会資源シート」を用い、地域にある社会資源（介護保険サービス、自治体独自サービス、インフォーマルサービス等）がどのような支援を担っているかを分類する……61

＜手順 6-2＞　手順 6-1 を参考に、不足している機能について、気づきシートの H29 単純 推計の値を参考に、社会資源ごとの支援内容や新たな社会資源の整備等について検討する 63
＜手順 7＞　⑥の手順を踏まえて、地域の関係者と共に、どの社会資源を使ってどのように認知症　　の人を支援していくかについて検討・協議し、その結果を「必要数」に記入する..... 65
＜確認＞　気づきシート全体を確認し、認知症ケアパスの「流れ」をつかむ 69
巻末資料..... 71
～認知症の理解～ 73
～認知症の人の生活機能障害別、期待される支援～.....74
～介護保険サービスの内容～ 75
～地域包括ケアの視点に基づく、サービス名や具体例一覧～.....77
～（演習）地域における支援の具体例をあげてみましょう～.....81

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

第１章第１項

認知症高齢者の増加と認知症ケアパス

１．認知症高齢者の増加と認知症ケアパス

1.　認知症高齢者数の将来推計

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

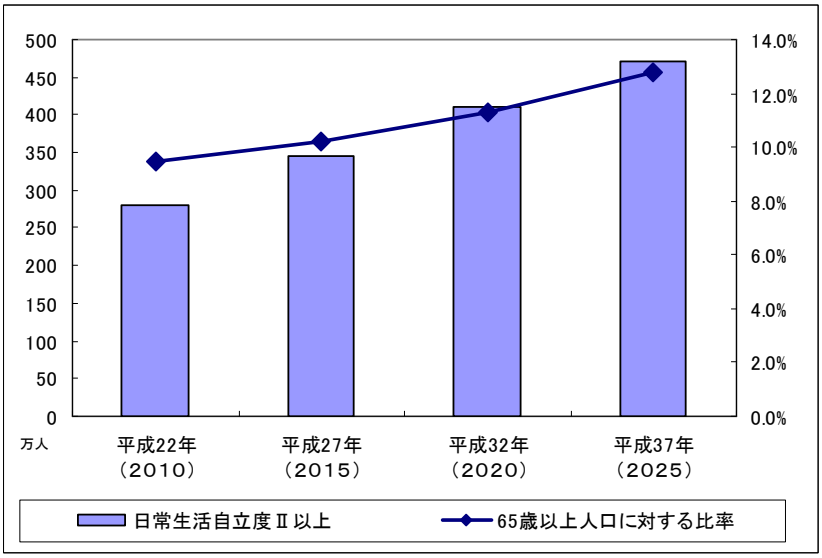


図　認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者数の推移
（左軸：日常生活自立度Ⅱ以上の人数、右軸：65 歳以上人口に対する比率）
資料：厚生労働省認知症・虐待防止対策推進室報道発表（H24.8.24）の資料を基にニッセイ基礎研究所作成

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

2.　「今後の認知症施策の方向性」について

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

---

[1] 認知症高齢者日常生活自立度のⅡは、「日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる」状態のことです。詳しくは第 2 項 54 ページをご参照ください。

[2] 厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について（平成 24 年 8 月 24 日、報道発表）

【今後目指すべき基本目標ー「ケアの流れ」を変えるー】

○　このプロジェクトは、「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指している。（以下略）

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

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

１．標準的な認知症ケアパスの作成・普及

①　認知症の状態に応じた適切なサービスの提供

２．早期診断・早期対応

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

３．地域での生活を支える医療サービスの構築

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

４．地域での生活を支える介護サービスの構築

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

５．地域での日常生活・家族の支援の強化

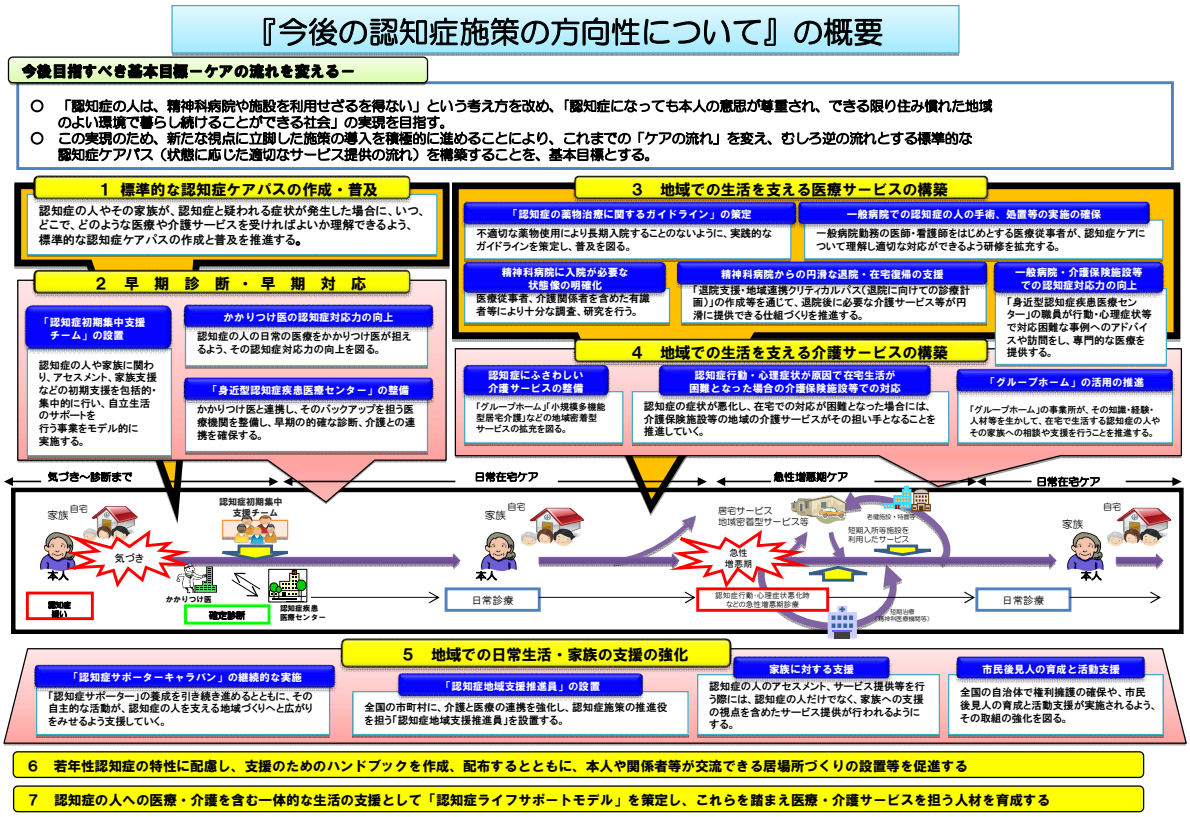
①　認知症に関する介護予防の推進
②　「認知症地域支援推進員」の設置の推進

③　地域で認知症の人を支える互助組織等の活動への支援
④　「認知症サポーターキャラバン」の継続的な実施
⑤　高齢者の虐待防止などの権利擁護の取組の推進
⑥　市民後見人の育成と活動支援
⑦　家族に対する支援

6．若年性認知症施策の強化
①　若年性認知症支援のハンドブック作成
②　若年性認知症の人の居場所づくり
③　若年性認知症の人のニーズ把握等の取組の推進
④　若年性認知症の人の就労等の支援

7．医療・介護サービスを担う人材の育成
①　「認知症ライフサポートモデル」の策定
②　認知症ケアに携わる医療、介護従事者に対する研修の充実
③　介護従事者への研修の実施
④　医療従事者への研修の実施

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



資料：厚生労働省「『今後の認知症施策の方向性について』の概要」[3]

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

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

【基本的な対応方針】

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

【具体的な対応方策】

①　認知症の状態に応じた適切なサービスの提供

○　認知症の人やその家族が、認知症と疑われる症状が発生した場合に、医療や介護サービスへのアクセス方法やどの様な支援を受けることができるのかを早めに理解することが、その後の生活に対する安心感につながる。このため、標準的な認知症ケアパスの作成を進めていくこととする。

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

○　標準的な認知症ケアパスの作成に当たっては、「認知症の人は施設に入所するか精神科病院に入院する」という従来の考えを改め、「施設への入所や精神科病院への入院を前提とせず、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続ける」という考え方を基本とする必要がある。

（中略）

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

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

ここに明記されているように、国は、認知症と疑われる症状が発生したときから生活機能障害が進行していく過程において、認知症の人の意思を尊重し、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることを目標としています。この考えは、同じく国が推進している「地域包括ケア」の考えにも通じるものです。

地域包括ケア（地域における介護・医療・福祉の一体的提供）の推進について

○　第 3 期計画以降は、

①　急速な高齢化の進展（特に、独居高齢者、認知症高齢者の増加等）、

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

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

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

3. 手引書の位置づけ

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

4. 「認知症ケアパス」と「社会資源」

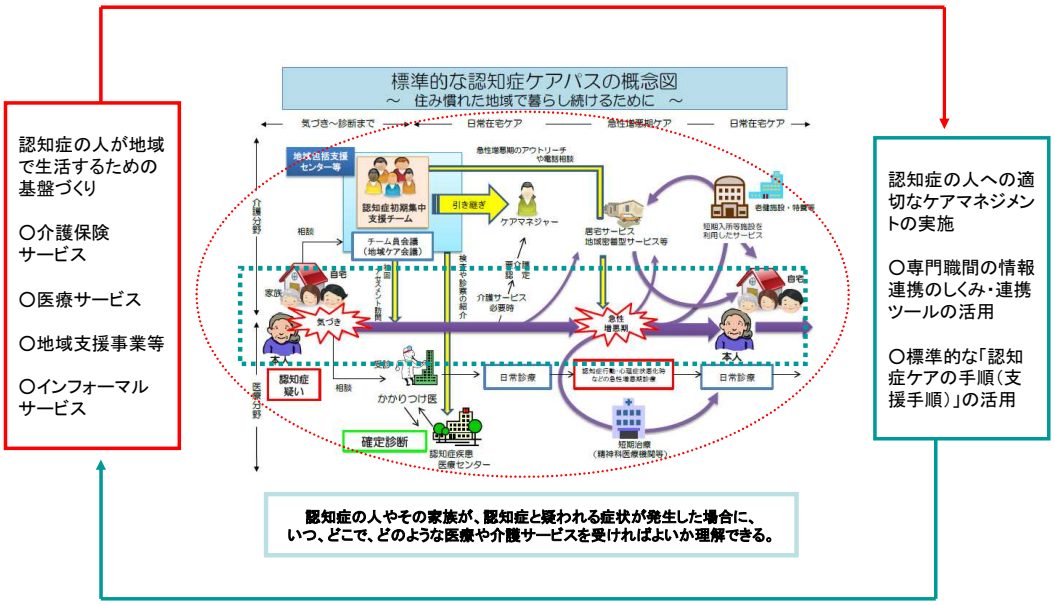
「認知症ケアパス」という言葉は、これまでさまざまな意味合いで用いられてきましたが、この手引書では厚生労働省の「認知症施策検討プロジェクトチーム」の報告書に則り、「認知症ケアパス」を「認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れ」とします。また、認知症の人を支えるさまざまなサービス（介護保険法定サービス、自治体独自サービス、民間サービス、地域住民によるサービス等）を総称し、「社会資源[4]」とします。

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

5.　認知症ケアパスを機能させる

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

認知症ケアパスを機能させるために



資料：認知症ケアパス研究会第４回委員会資料より抜粋、一部改変

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

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

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

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

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

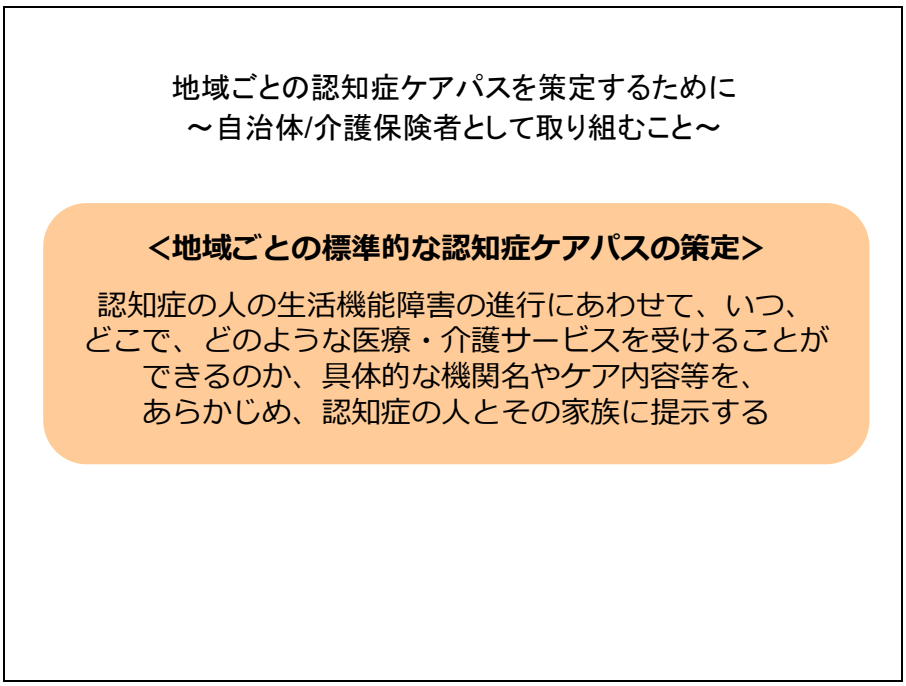
このように、認知症の人が住み慣れた地域で暮らし続けていくためには、認知症に対応できる社会資源と適切なケアマネジメントの両者が不可欠であり、それらが相互に組み合わさることで「認知症ケアパス」が機能するのです。

6. 地域における認知症ケアパスの策定

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

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

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



資料：第６回検討委員会資料より抜粋、一部改変

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

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

認知症は、進行と同時に身体機能も低下していく傾向が見られます。つまり、疾患の進行にともなって、必要となる支援が徐々に異なっていきます。そのため、地域で認知症の人の生活を支えるには、現段階でどこの地域に、どういった生活機能障害をお持ちの認知症の人が何人いて、どういったサービスを利用しているのか、今後疾患の進行に合わせ、どういったサービスや支援が必要になるかを踏まえながら社会資源を整備していく必要があります。

今後、ますます増加する認知症の人を支えていくために、地域福祉を担う自治体/介護保険者がまとめ役となり、地域に足りない社会資源があれば充足をし、過剰な社会資源は新規整備を抑制したり、不足しているサービスへの切替えを検討するなどして、地域福祉をさらに充実させていきましょう。

第１章第２項

地域の高齢者の状態像を把握する

2. 地域の高齢者の状態像を把握する

1. 地域の高齢者の状態像を把握する

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

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

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

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

2. 地域の高齢者の状態像を把握するための調査・情報

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

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

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

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

[8] 詳しくは 21 ページをご参照ください。

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

また、これらの指標はそれぞれ以下のような生活機能障害別に分けられます。

表　認知機能障害の程度（CPS）

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

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

表　認知症高齢者の日常生活自立度

	判定基準	見られる症状・行動の例
自立	認知機能障害は見られない。	
Ⅰ	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している	
Ⅱ	日常生活に支障を来たすような症状･行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
Ⅱa	家庭外で上記Ⅱの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
Ⅱb	家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など、ひとりで留守番ができない等
Ⅲ	日常生活に支障を来たすような症状･行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
Ⅲa	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便･排尿等が上手にできない･時間がかかる、やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声･奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
Ⅲb	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢa に同じ
Ⅳ	日常生活に支障を来すような症状･行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷･他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

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

これらの指標ごとに、地域に何名ぐらいの高齢者がお住まいかを把握しましょう。

＜例＞

A 地区における認知機能障害の程度別高齢者数

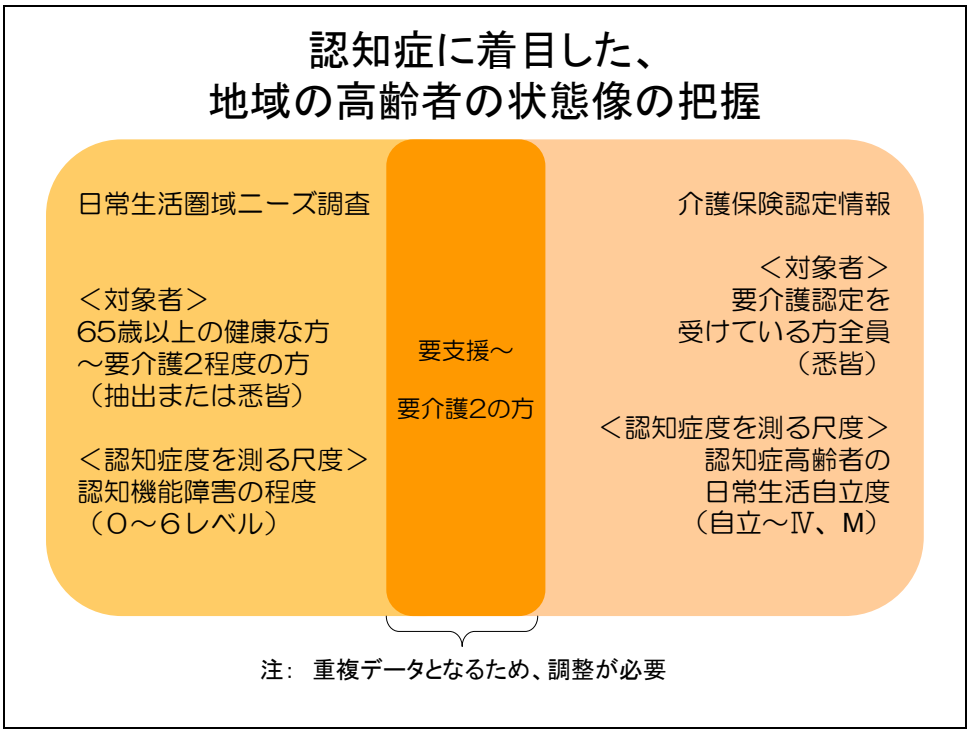
	0 レベル	1 レベル	2 レベル	3 レベル	4 レベル	5 レベル	6 レベル
人数	4, 523	728	421	42	6	3	0

A 地区における認知症高齢者の日常生活自立度

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

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

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



10 自治体により、対象者の範囲は異なります。

資料：ニッセイ基礎研究所作成

＜注意点＞

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

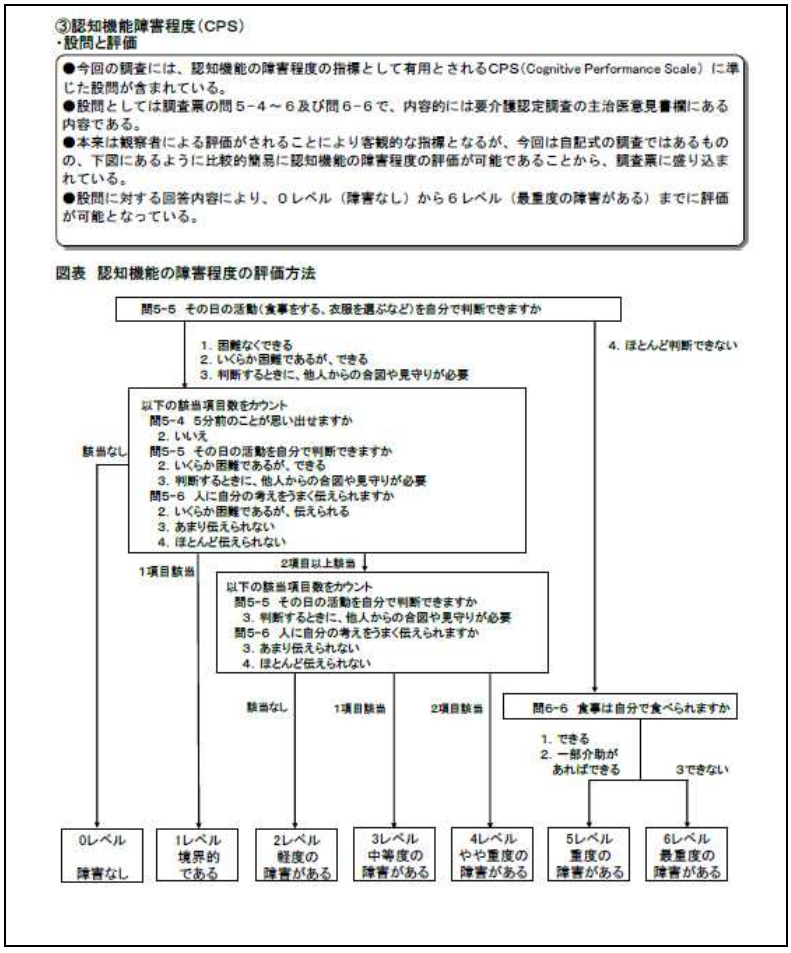
＜地域の高齢者の状態像の把握に用いる２つの調査＞

＊　日常生活圏域ニーズ調査

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

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

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



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

＊　要介護認定データの情報

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

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

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

3. 認知症の人の状態像の把握のために

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

～認知症の進行と ADL の関係：「認知症の人の生活機能障害」～

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

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

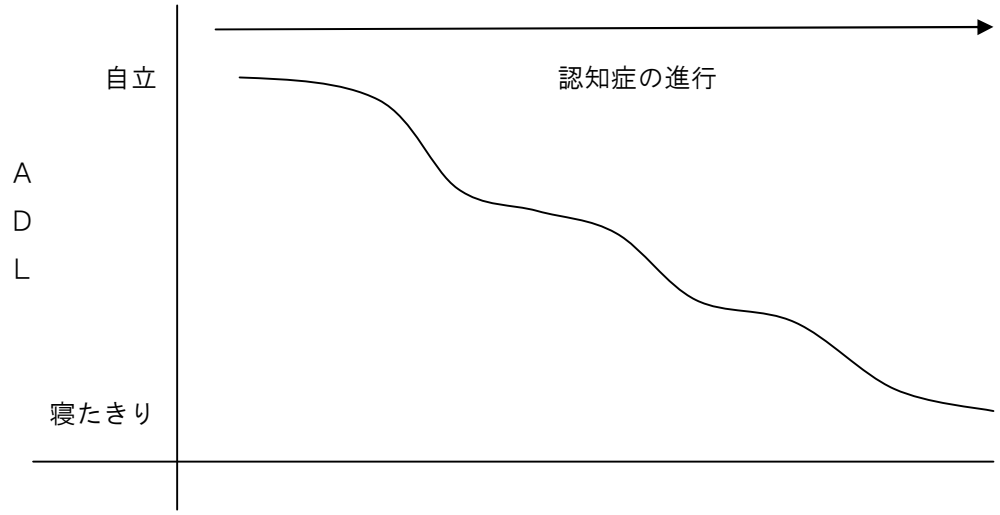


図　認知症の進行と ADL（＊認知症を主たる疾患とする場合）

資料：ニッセイ基礎研究所作成

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

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

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

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

認知症の人の生活機能障害

- 認知症の疑い
- 認知症を有するが日常生活はほぼ自立
- 誰かの見守りがあれば、日常生活は自立
- 日常生活に手助け・介護が必要
- 常に介護が必要
- 行動心理症状（BPSD）

生活機能障害別、期待される支援については、巻末資料をご覧ください。

～認知症の人のニーズ～

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

資料：佐藤委員作成の資料を基に、ニッセイ基礎研究所作成

第１章第３項

認知症の人を支える社会資源の把握

3. 認知症の人を支える社会資源

1. 地域の社会資源の利用状況を把握する

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

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

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

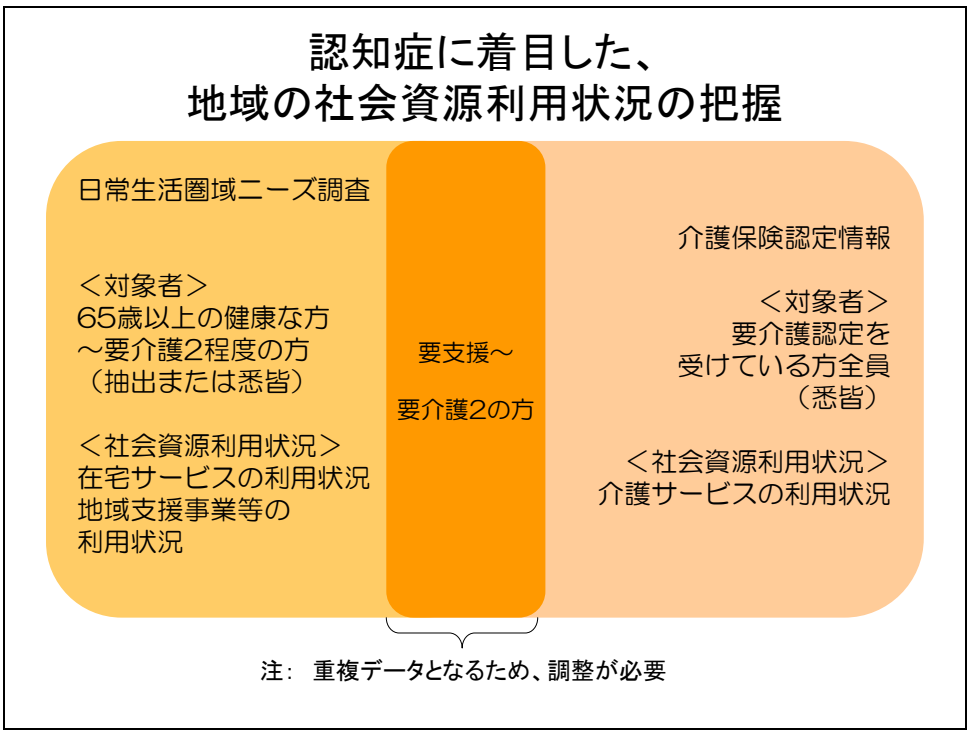
2. 地域の社会資源の利用状況を把握するための調査・分析

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

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

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

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



資料：ニッセイ基礎研究所作成

＜地域の高齢者の社会資源利用状況の把握に用いる 2 つの調査＞

＊　日常生活圏域ニーズ調査

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

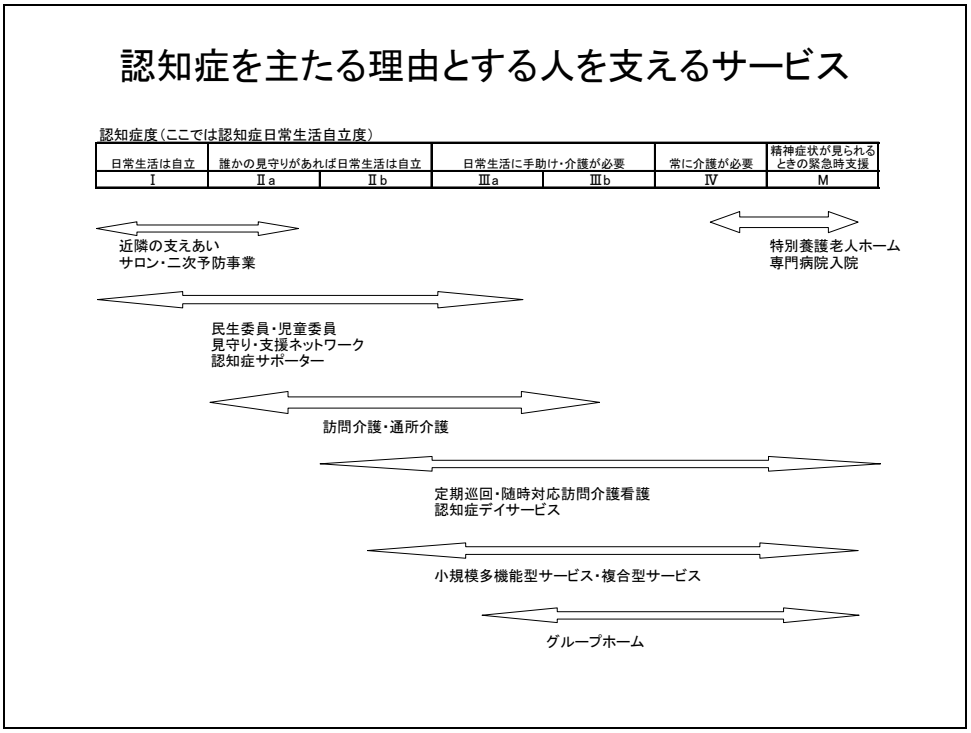
＊　介護保険給付分析

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

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

3. 認知症の人の生活機能障害にあわせた社会資源の整理

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



例：認知症の人を支える地域資源（Ａ市の場合）

資料：東内委員長作成（一部改変）

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

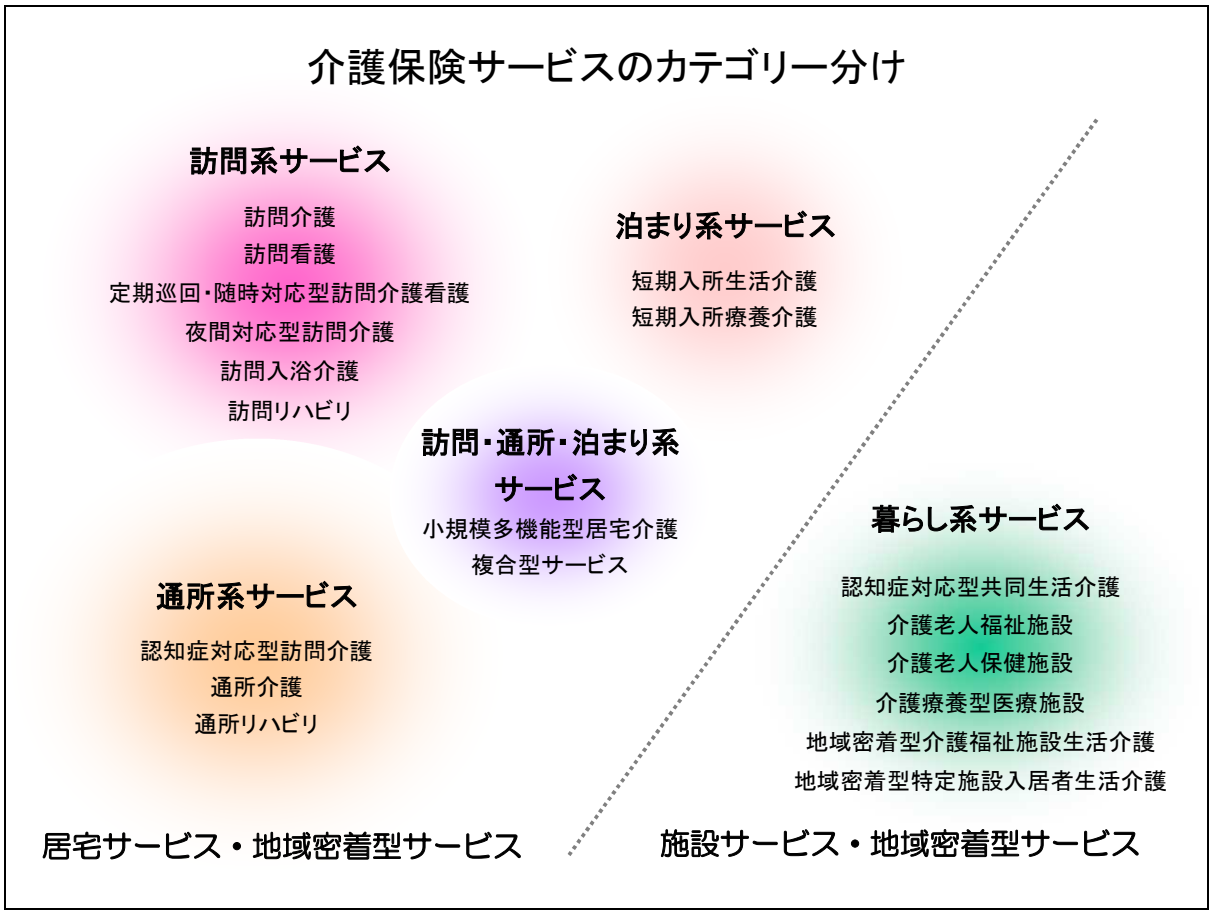
4.　社会資源の利用状況の把握のために：サービス種類別社会資源

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

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

～介護保険サービス～

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



資料：ニッセイ基礎研究所作成

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

[13] この他、福祉用具貸与や居宅療養管理指導があります。

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

～医療サービス～

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

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

表　医療サービスの名称と説明

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

資料：数井委員監修、ニッセイ基礎研究所作成（一部改変）

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

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

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

表　地域支援事業等のサービスの名称と対象者、説明

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

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

資料：ニッセイ基礎研究所作成

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

～介護保険制度以外のサービス～

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

表　介護保険制度以外のサービスの種類と制度、内容

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

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

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

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

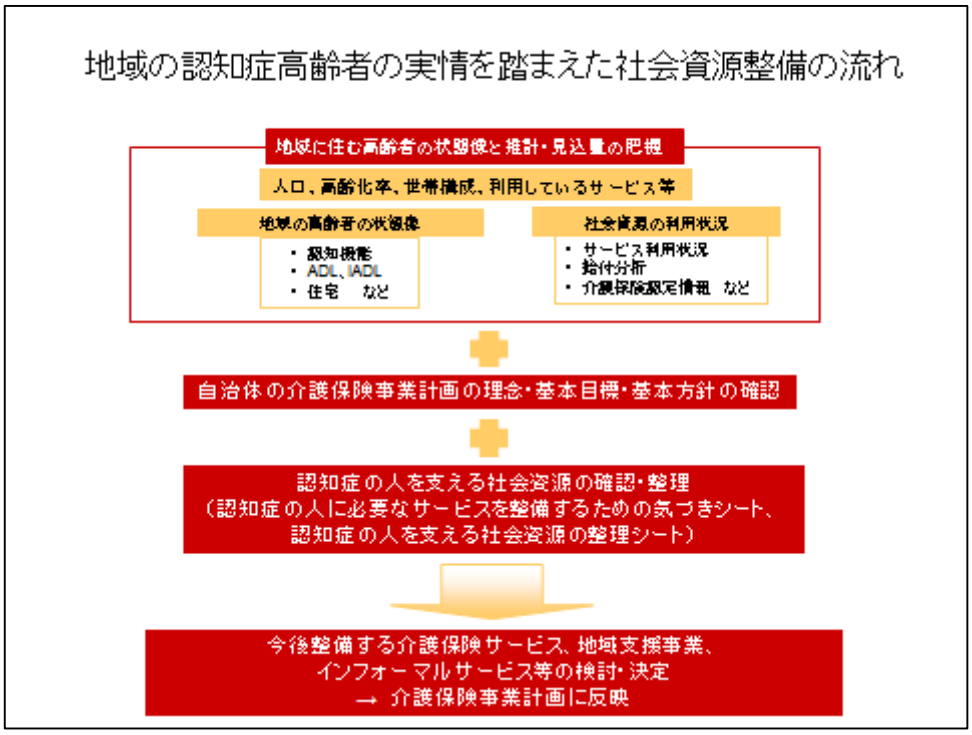
第２章第１項

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

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

1.　地域の実情に合わせた認知症ケアパス策定のために

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



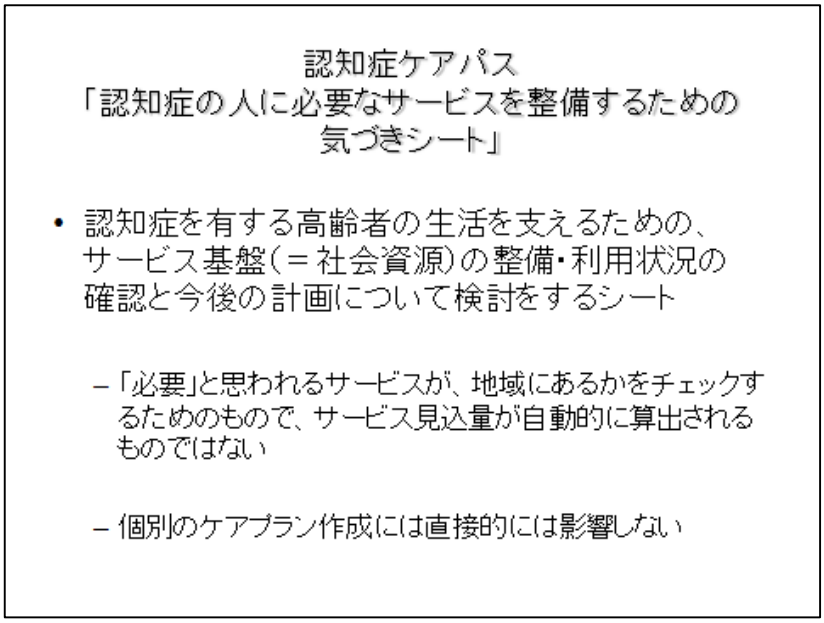
資料：第 4 回委員会提出資料（一部改変）

＜留意点＞

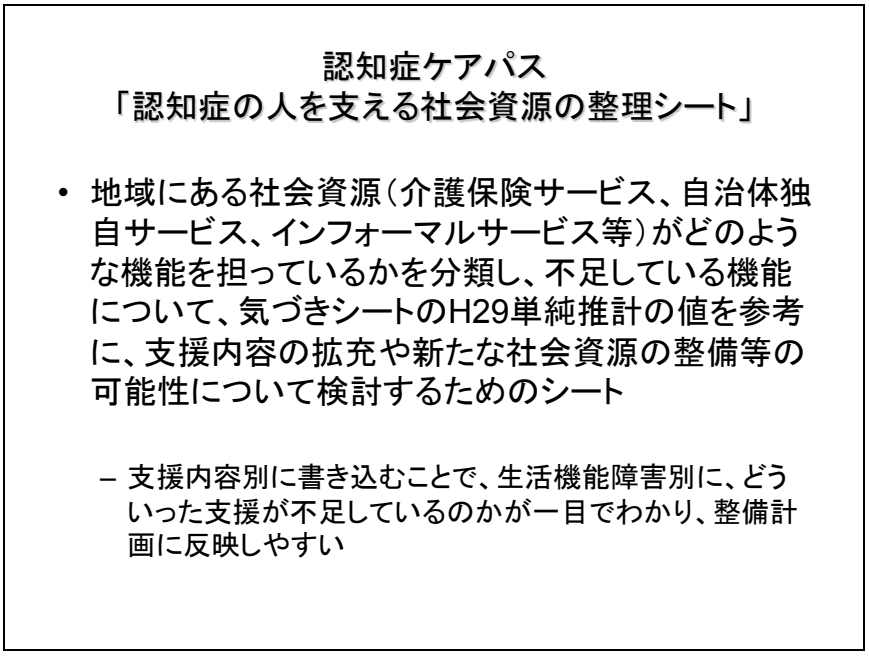
✓　若年性認知症の場合には、就労継続支援等、障害者総合支援法に基づくサービスや制度があります。必要に応じて活用されているかを確認しましょう（詳細は第 1 章第 2 項をご参照ください）。

2. 「気づきシート」と「社会資源シート」

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



資料：第 4 回検討委員会資料、一部改変



資料：第 6 回検討委員会資料、一部改編

＜認知症の人に必要なサービスを整備するための気づきシート＞

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

作成：　平成　25年　7月　15日
日常生活圏域：　　○×△　　地区

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

人口	28,785	人
65歳以上人口	6,887	人
高齢化率	23.9	%
高齢者のみ世帯数	2,148	世帯
要介護認定者数（二号保険者含）	1,225	人
若年性認知症推定数 ＊18～64歳人口10万人に対し、47.6人	9	人

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

65歳以上で要介護認定を受けていない方

認知機能の障害程度（CPS）		0			1			2			3			4			5			6		
現数トータル	H29推計	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標
5,723	6,181	4,523	4,885	4,912	728	786	786	421	455	450	42	45	30	6	6	3	3	3	0	0	0	0

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

要介護認定を受けている方（二号保険者含）

認知症高齢者の日常生活自立度		自立			I			IIa			IIb			IIIa			IIIb			IV			M		
現数トータル	H29推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標
1,225	1,323	1,247	298	322	334	222	240	248	132	143	150	241	260	250	177	191	186	54	58	54	74	80	76	27	29	25

	サービス項目	認知症高齢者の日常生活自立度 現在の利用者数	H29単純推計	必要数	自立 現数	自立 H29単純推計	自立 必要数	I 現数	I H29単純推計	I 必要数	IIa 現数	IIa H29単純推計	IIa 必要数	IIb 現数	IIb H29単純推計	IIb 必要数	IIIa 現数	IIIa H29単純推計	IIIa 必要数	IIIb 現数	IIIb H29単純推計	IIIb 必要数	IV 現数	IV H29単純推計	IV 必要数	M 現数	M H29単純推計	M 必要数
介護保険サービス以外（配食サービス、見守りサービス、緊急通報装置、サロン、他）	いきいきふれあいサロン	30	32	56	18	19	30	12	13	18		0	5		0	3		0			0			0			0	
	配食見守りサービス	79	85	105	23	25	34	28	30	37	18	19	25	6	6	9	4	4			0			0			0	
	高年者クラブ	62	67	89	42	45	60	18	19	25	2	2	4		0			0			0			0			0	
	緊急通報装置	373	403	408	130	140	145	132	143	145	45	49	49	32	35	35	18	19	19	11	12	12	2	2	2	3	3	3
	認知症SOSネットワーク	24	26	27		0			0		5	5	5	7	8	8	8	9	14	4	4			0			0	
	認知症カフェ	0	0	64		0			0			0	15		0	25		0	19		0	5						
	認知症サポーターによるサロン	0	0	21		0			0			0			0	5		0	10		0	6		0	7		0	
	服薬確認電話サービス	0	0	125		0			0			0	50		0	75		0			0			0			0	
	サービス付き高齢者住宅	26	28	27	16	17	17	6	6	6	3	3	3	1	1	1		0	0		0	0		0	0		0	0
介護保険サービス	訪問介護	388	419	416	106	114	110	86	93	90	47	51	53	81	87	89	41	44	46	12	13	14	13	14	12	2	2	2
	通所介護	408	441	398	72	78	72	70	76	70	60	65	61	112	121	110	68	73	65	11	12	8	14	15	12	1	1	0
	短期入所生活介護	54	58	50	1	1	1	3	3	3	4	4	3	23	25	23	15	16	13	2	2	2	5	5	4	1	1	1
	定期巡回随時対応訪問介護看護	0	0	11		0	1			1		0	1		0	2		0	3		0	1		0	2		0	
	認知症対応型通所介護	13	14	44	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	2	13	5	5	13	3	3	7	3	3	6	0	0	1
	小規模多機能型居宅介護	11	12	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	6	7	8	10	0	0	2	0	0	2	0	0	0
	認知症対応型共同生活介護	23	25	22	0	0	0	0	0	0	1	1	1	9	10	9	6	6	6	3	3	2	3	3	3	1	1	1
	介護老人保健施設	54	58	51	4	4	3	10	11	9	5	5	4	9	10	9	19	21	19	2	2	2	3	3	3	2	2	2
	介護老人福祉施設	60	65	57	3	3	2	2	2	1	6	6	5	4	4	4	20	22	20	10	11	10	14	15	14	1	1	1
	特定施設	99	107	116	28	30	32	49	53	55	12	13	16	8	9	11	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	〃																											
	二次予防																											
	未利用	288	311	299	109	118	123	52	56	59	27	29	32	47	51	45	19	20	16	9	10	6	12	13	10	12	13	8

医療の整備状況

認知症の診断がある入院患者数		
（国民健康保険、後期高齢者医療保険加入者）	28	人

相談窓口

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

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

人材の育成 ～オレンジプラン～

認知症に特化した研修	研修名	研修修了者数（現数）		H29年度目標数		国の目標値（参考）
	かかりつけ医認知症対応力向上研修	4	人	11	人	高齢者人口600人に対して1人
	認知症サポート医養成研修	0	人	1	人	一般診療所25か所に対して1人
	認知症サポーター	118	人	143	人	全国で600万人
	認知症地域支援推進員	0	人	2	人	5つの中学校区あたり1人
	認知症介護指導者	1	人	2	人	5つの中学校区あたり1人
	認知症介護実践リーダー研修		人		人	
	一般病院認知症対応力向上研修		人		人	病院1か所あたり、医師2人 看護師8人が受講
			人		人	

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

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

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

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

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

＜認知症の人を支える社会資源の整理シート：例は「H25 年７月現在」版＞

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

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

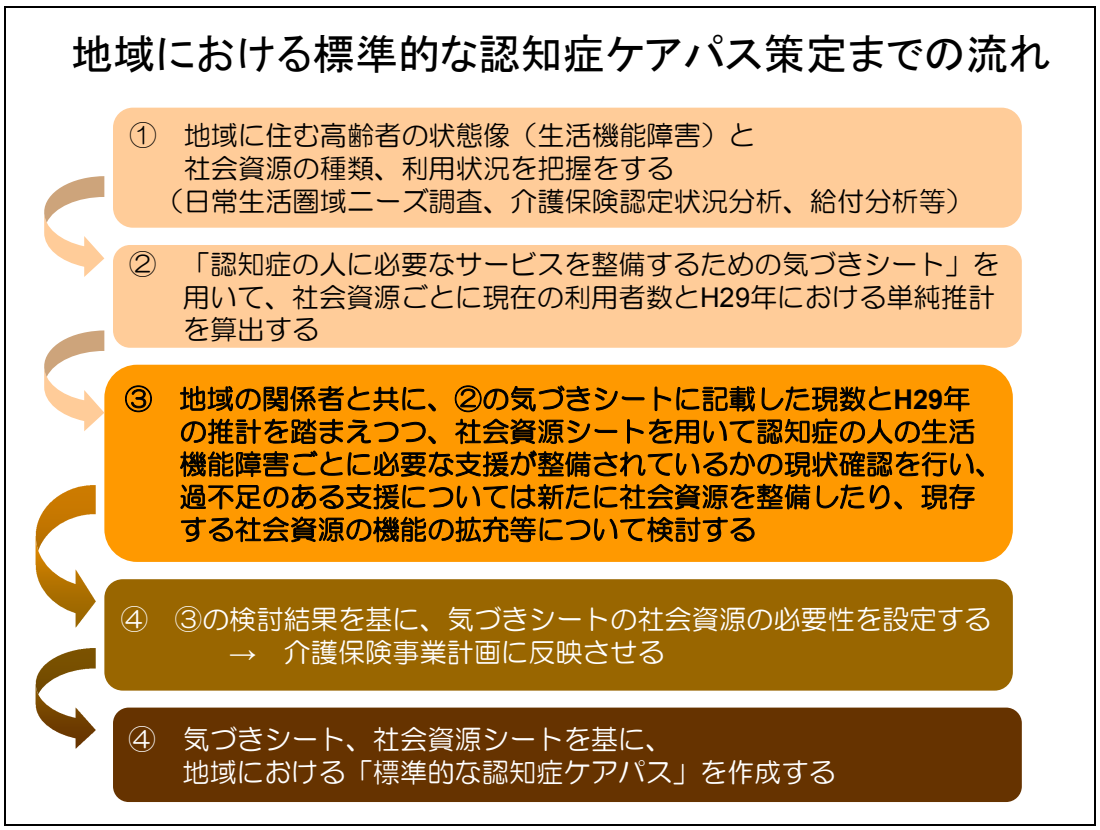
地域にある社会資源（介護保険サービス、自治体独自サービス、インフォーマルサービス等）を、どういった状態の認知症の人に対し、どういう支援を行っているのか、生活機能別・支援の内容別に分類してみましょう。

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

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

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

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



資料：第 6 回検討委員会資料、一部改変

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

3. 「気づきシート」に用いるデータについて

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

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

表　気づきシートを使用する際に用いる調査・分析とデータ

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

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

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

調査結果を可視化させ、地域に住む高齢者全体の状態像を把握する

資料：第４回委員会資料、一部改変

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

＜留意点＞

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

～　要介護度と気づきシートの関係　～

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

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

ます。

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

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

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

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

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

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

4.　気づきシートの使い方

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

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

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

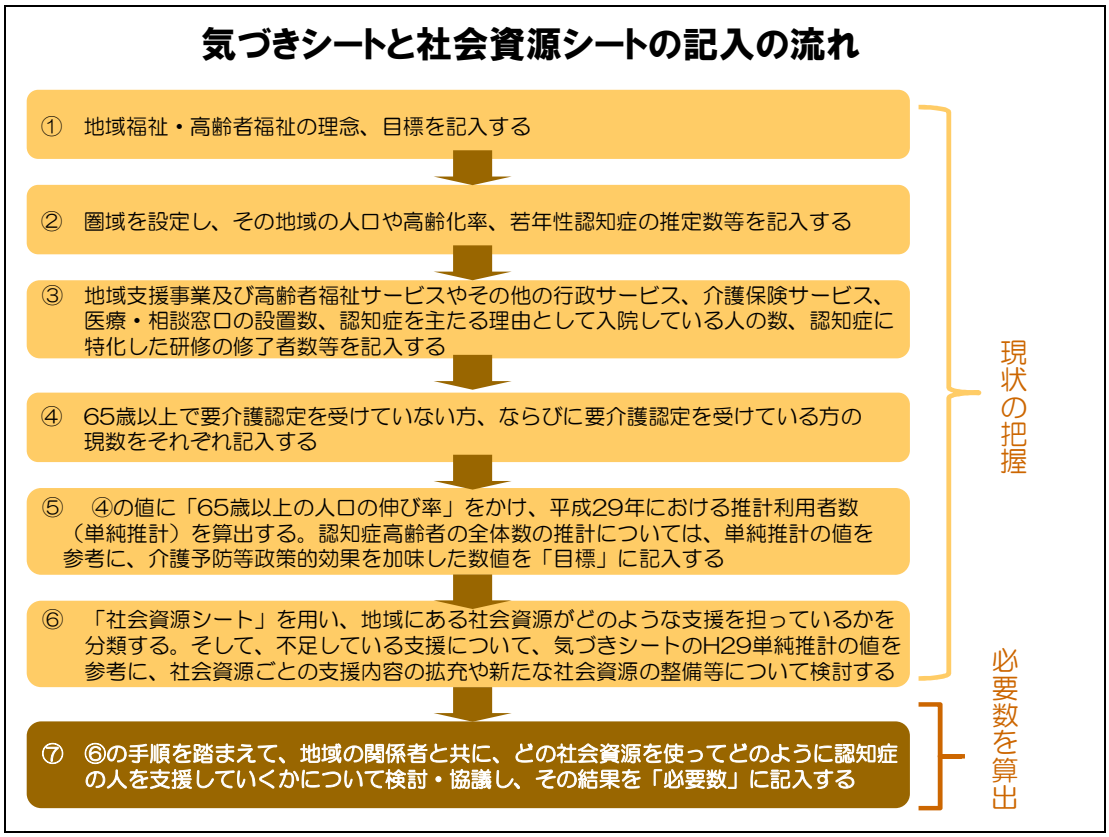


図　気づきシート記入の流れ

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

＜認知症の人に必要なサービスを整備するための気づきシート＞

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

作成：　平成　②　15日
日常生活圏域　②　×△　地区

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

①

人口	28,785	人
65歳以上人口	6,887	人
高齢化率	23.9	%
高齢者のみ世帯数	2,148	世帯
要介護認定者数（二号保険者含）	1,225	人
若年性認知症推定数 ＊18～64歳人口10万人に対し、47.6人	9	人

②

＜気づきシート記入上の注意点＞
＊ このシートは、認知症の人の生活機能障害にあわせ、地域で支えていくためのサービスについて、以下の点を確認するためのものです。
① 現在ある社会資源（介護保険サービス、自治体独自サービス、インフォーマルサービス等）の把握
② 現在ある社会資源を、どのような状態像の人が利用されているかの把握
③ H29年度の単純推計に対し、どの社会資源が不足・過剰になると考えられるか
④ 認知症の人の生活機能障害に対し、どのサービスで、どのように支援をしていくのかの協議・検討
＊ H29単純推計の求め方は、現数・現在利用者数に介護保険事業計画に用いる65歳以上人口の伸び率をかけ、算出しましょう。
＊ 「必要数」には、H29単　④　関係者で社会資源の整備に関する今日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　④　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　④　を把握できるようにしていきましょう。

65歳以上で要介護認定を受けていない方

認知機能の障害程度（CPS） 現数トータル	H29推計	0 現数	0 H29単純推計	0 目標	1 現数	1 H29単純推計	1 目標	2 現数	2 H29単純推計	2 目標	3 現数	3 H29単純推計	3 目標	4 現数	4 H29単純推計	4 目標	5 現数	5 H29単純推計	5 目標	6 現数	6 H29単純推計	6 目標
5,723	6,181	4,523	4,885	4,912	728	786	786	421	455	450	42	45	30	6	6	3	3	3	0	0	0	0

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

要介護認定を受けている方（二号保険者含）

認知症高齢者の日常生活自立度 現数トータル	H29推計	目標	自立 現数	自立 H29単純推計	自立 目標	I 現数	I H29単純推計	I 目標	IIa 現数	IIa H29単純推計	IIa 目標	IIb 現数	IIb H29単純推計	IIb 目標	IIIa 現数	IIIa H29単純推計	IIIa 目標	IIIb 現数	IIIb H29単純推計	IIIb 目標	IV 現数	IV H29単純推計	IV 目標	M 現数	M H29単純推計	M 目標
1,225	1,323	1,247	298	322	334	222	240	248	132	143	150	241	260	250	177	191	186	54	58	54	74	80	76	27	29	25

	サービス項目	現在の利用者数	H29単純推計	必要数	自立 現数	自立 H29単純推計	自立 必要数	I 現数	I H29単純推計	I 必要数	IIa 現数	IIa H29単純推計	IIa 必要数	IIb 現数	IIb H29単純推計	IIb 必要数	IIIa 現数	IIIa H29単純推計	IIIa 必要数	IIIb 現数	IIIb H29単純推計	IIIb 必要数	IV 現数	IV H29単純推計	IV 必要数	M 現数	M H29単純推計	M 必要数
介護保険サービス以外 （配食サービス、見守りサービス、緊急通報装置、サロン、他）	いきいきふれあいサロン	30	32	56	18	19	30	12	13	18		0	5		0	3		0			0			0			0	
	配食見守りサービス	79	85	105	23	25	34	28	30	37	18	19	25	6	6	9	4	4			0			0			0	
	高年者クラブ	62	67	89	42	45	60	18	19	25	2	2	4		0			0			0			0			0	
	緊急通報装置	373	403	408	130	140	145	132	143	145	45	49	49	32	35	35	18	19	19	11	12	12	2	2	2	3	3	3
	認知症SOSネットワーク	24	26	27		0			0		5	5	5	7	8	8	8	9	14	4	4			0			0	
	認知症カフェ	0	0	64		0			0			0	15		0	25		0	19		0	5						
	認知症サポーターによるサロン	0	0	21		0			0			0			0	5		0	10		0	6		0	7		0	
	服薬確認電話サービス	0	0	125		0			0			0	50		0	75		0			0			0			0	
	サービス付き高齢者住宅	26	28	27	16	17	17	6	6	6	3	3	3	1	1	1		0	0		0	0		0	0		0	0
介護保険サービス	訪問介　③	388	419	416	106	114	110	86	93	90	47	51	53	81	87	89	41	44	46	12	13	14	13	14	12	2	2	2
	通所介護	408	441	398	72	78	72	70	76	70	60	65	61	112	121	110	68	73	65	11	12	8	14	15	12	1	1	0
	短期入所生活介護	54	58	50	1	1	1	3	3	3	4	4	3	23	25	23	15	16	13	2	2	2	5	5	4	1	1	1
	定期巡回随時対応訪問介護看護	0	0	11		0	1			1		0	1		0	2		0	3		0	1		0	2		0	
	認知症対応型通所介護	13	14	44	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	2	13	5	5	13	3	3	7	3	3	6	0	0	1
	小規模多機能型居宅介護	11	12	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	6	7	8	10	0	0	2	0	0	2	0	0	0
	認知症対応型共同生活介護	23	25	22	0	0	0	0	0	0	1	1	1	9	10	9	6	6	6	3	3	2	3	3	3	1	1	1
	介護老人保健施設	54	58	51	4	4	3	10	11	9	5	5	4	9	10	9	19	21	19	2	2	2	3	3	3	2	2	2
	介護老人福祉施設	60	65	57	3	3	2	2	2	1	6	6	5	4	4	4	20	22	20	10	11	10	14	15	14	1	1	1
	特定施設	99	107	116	28	30	32	49	53	55	12	13	16	8	9	11	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	”																											
	二次予防																											
	未利用	288	311	299	109	118	123	52	56	59	27	29	32	47	51	45	19	20	16	9	10	6	12	13	10	12	13	8

③

医療の整備状況

認知症の診断がある入院患者数 （国民健康保険、後期高齢者医療保険加入者）	28	人

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

相談窓口

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

人材の育成～オレンジプラン～

③

認知症に特化した研修 研修名	研修修了者数（現数）		H29年度目標数		国の目標値（参考）
かかりつけ医認知症対応力向上研修	4	人	11	人	高齢者人口600人に対して1人
認知症サポート医養成研修	0	人	1	人	一般診療所25か所に対して1人
認知症サポーター	118	人	143	人	全国で600万人
認知症地域支援推進員	0	人	2	人	5つの中学校区あたり1人
認知症介護指導者	1	人	2	人	5つの中学校区あたり1人
認知症介護実践リーダー研修		人		人	
一般病院認知症対応力向上研修		人		人	病院1か所あたり、医師2人看護師8人が受講
		人		人	

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

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

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

①　地域福祉・高齢者福祉の理念・目標を記入する

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

②　圏域を設定し、その圏域の人口・高齢化率・若年性認知症推定数等を記入する

（ポイント）　気付きシートでとらえる圏域を設定します。基本は「日常生活圏域」がよろしいかと思いますが、地域によっては広すぎてしまったり、集合住宅に多くの高齢者が住んでいるため、圏域よりも一地域でとらえた方がよいなど、特徴があると思います。適宜圏域設定の工夫をしましょう。

また、圏域ごとの特徴を見るため、人口等をそれぞれの圏域ごとに記入しましょう。高齢化率の高い地域や要介護認定者数の多い地域などが浮かび上がってきます。

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

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

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

（ポイント）　認知症の人の生活機能障害ごとに、どのようなサービスを利用しているのかを可視化させましょう。利用者数が把握できていないサービスは空欄のままで結構ですが、今後どのようにすると利用者数の把握ができるか、考えてみましょう。

⑤へ

⑤

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

⑦

⑥

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

認知症の生活機能障害 / 支援の内容	認知症の疑い 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みられるが、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
介護予防・悪化予防	一次予防、二次予防 いきいきふれあいサロン	一次予防、二次予防 いきいきふれあいサロン	通所介護	通所介護	訪問介護
つながり支援	いきいきふれあいサロン 高年者クラブ	高年者クラブ	通所介護	通所介護	訪問介護
仕事・役割支援	高年者クラブ	高年者クラブ	通所介護	通所介護	訪問介護
安否確認・見守り	SOSネットワーク 緊急通報装置 配食見守りサービス 認知症サポーター	SOSネットワーク 緊急通報装置 配食見守りサービス 認知症サポーター	SOSネットワーク 緊急通報装置 配食見守りサービス	緊急通報装置 訪問介護	緊急通報装置 訪問介護
生活支援	配食見守りサービス 高年者クラブ	配食見守りサービス	訪問介護 通所介護	訪問介護 通所介護	訪問介護 通所介護
身体介護			通所介護 訪問介護	通所介護 訪問介護	通所介護 訪問介護
医療	かかりつけ医 ○○市民病院	かかりつけ医 ○○市民病院	かかりつけ医 ○○市民病院	かかりつけ医 ○○市民病院 定期巡回随時対応訪問介護看護	かかりつけ医 ○○市民病院 定期巡回随時対応訪問介護看護
家族支援	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター
緊急時支援 （精神症状がみられる等）	○○市民病院	○○市民病院 小規模多機能型居宅介護 短期入所生活介護	○○市民病院 小規模多機能型居宅介護	○○市民病院 小規模多機能型居宅介護	○○市民病院 小規模多機能型居宅介護
住まい サービス付き高齢者住宅等	△△高齢者住宅	△△高齢者住宅			
グループホーム、介護老人福祉施設等居住系サービス			認知症対応型共同生活介護	認知症対応型共同生活介護 介護老人福祉施設	認知症対応型共同生活介護 介護老人福祉施設

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

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

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

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

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

＜手順１＞

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

作成：　平成　25年　7月　15日
日常生活圏域：　○×△　地区

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

①

人口	28,785	人
65歳以上人口	6,887	人
高齢化率	23.9	%
高齢者のみ世帯数	2,148	世帯
要介護認定者数（二号保険者含）	1,225	人
若年性認知症推定数 ※18~64歳人口10万人に対し、47.6人	9	人

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

65歳以上で要介護認定を受けていない方

認知機能の障害程度（CPS）		0			1			2			3			4			5			6		
現数トータル	H29推計	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標
5,723	6,181	4,523	4,885	4,912	728	786	786	421	455	450	42	45	30	6	6	3	3	3	0	0	0	0

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

要介護認定を受けている方（二号保険者含）

認知症高齢者の日常生活自立度			自立			I			IIa			IIb			IIIa			IIIb			IV			M		
現数トータル	H29推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標
1,225	1,323	1,247	298	322	334	222	240	248	132	143	150	241	260	250	177	191	186	54	58	54	74	80	76	27	29	25

		認知症高齢者の日常生活自立度			自立			I			IIa			IIb			IIIa			IIIb			IV			M		
	サービス項目	現在の利用者数	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	現数	H29単純推計	必要数	現数	H29単純推計	必要数
介護保険サービス以外（配食サービス、見守りサービス、緊急通報装置、サロン、他）	いきいきふれあいサロン	30	32	56	18	19	30	12	13	18		0	5		0	3		0			0			0			0	
	配食見守りサービス	79	85	105	23	25	34	28	30	37	18	19	25	6	6	9	4	4			0			0			0	
	高年者クラブ	62	67	89	42	45	60	18	19	25	2	2	4		0			0			0			0			0	
	緊急通報装置	373	403	408	130	140	145	132	143	145	45	49	49	32	35	35	18	19	19	11	12	12	2	2	2	3	3	3
	認知症SOSネットワーク	24	26	27		0			0		5	5	5	7	8	8	8	9	14	4	4			0			0	
	認知症カフェ	0	0	64		0			0			0	15		0	25		0	19		0	5						
	認知症サポーターによるサロン	0	0	21		0			0			0			0	5		0	10		0	6		0	7		0	
	服薬確認電話サービス	0	0	125		0			0			0	50		0	75		0			0			0			0	
	サービス付き高齢者住宅	26	28	27	16	17	17	6	6	6	3	3	3	1	1	1		0	0		0	0		0	0		0	0
介護保険サービス	訪問介護	388	419	416	106	114	110	86	93	90	47	51	53	81	87	89	41	44	46	12	13	14	13	14	12	2	2	2
	通所介護	408	441	398	72	78	72	70	76	70	60	65	61	112	121	110	68	73	65	11	12	8	14	15	12	1	1	0
	短期入所生活介護	54	58	50	1	1	1	3	3	3	4	4	3	23	25	23	15	16	13	2	2	2	5	5	4	1	1	1
	定期巡回随時対応訪問介護看護	0	0	11		0	1			1		0	1		0	2		0	3		0	1		0	2		0	
	認知症対応型通所介護	13	14	44	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	2	13	5	5	13	3	3	7	3	3	6	0	0	1
	小規模多機能型居宅介護	11	12	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	6	7	8	10	0	0	2	0	0	2	0	0	0
	認知症対応型共同生活介護	23	25	22	0	0	0	0	0	0	1	1	1	9	10	9	6	6	6	3	3	2	3	3	3	1	1	1
	介護老人保健施設	54	58	51	4	4	3	10	11	9	5	5	4	9	10	9	19	21	19	2	2	2	3	3	3	2	2	2
	介護老人福祉施設	60	65	57	3	3	2	2	2	1	6	6	5	4	4	4	20	22	20	10	11	10	14	15	14	1	1	1
	特定施設	99	107	116	28	30	32	49	53	55	12	13	16	8	9	11	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	〃																											
	二次予防																											
	未利用	288	311	299	109	118	123	52	56	59	27	29	32	47	51	45	19	20	16	9	10	6	12	13	10	12	13	8

医療の整備状況

認知症の診断がある入院患者数（国民健康保険、後期高齢者医療保険加入者）	28	人

相談窓口

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

医療

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

人材の育成 ～オレンジプラン～

認知症に特化した研修

研修名	研修修了者数（現数）		H29年度目標数		国の目標値（参考）
かかりつけ医認知症対応力向上研修	4	人	11	人	高齢者人口600人に対して1人
認知症サポート医養成研修	0	人	1	人	一般診療所25か所に対して1人
認知症サポーター	118	人	143	人	全国で500万人
認知症地域支援推進員	0	人	2	人	5つの中学校区あたり1人
認知症介護指導者	1	人	2	人	5つの中学校区あたり1人
認知症介護実践リーダー研修		人		人	
一般病院認知症対応力向上研修		人		人	病院1か所あたり、医師2人看護師8人が受講
		人		人	

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

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

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

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

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

＜手順 1＞　地域福祉・高齢者福祉の理念・目標を記入する

（この例の場合）

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

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

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

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

＜留意点＞

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

＜手順 2＞

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

作成：　平成　年　月　15日
日常生活圏域　②　×△　地区

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

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

②

＊18～64歳人口10万人に対し、47.6人

＜気づきシート記入上の注意点＞
＊このシートは、認知症の人の生活機能障害にあわせ、地域で支えていくためのサービスについて、以下の点を確認するためのものです。
①　現在ある社会資源（介護保険サービス、自治体独自サービス、インフォーマルサービス等）の把握
②　現在ある社会資源を、どのような状態像の人が利用されているかの把握
③　H29年度の単純推計に対し、どの社会資源が不足・過剰になると考えられるか
④　認知症の人の生活機能障害に対し、どのサービスで、どのように支援をしていくかの協議・検討
＊H29単純推計の求め方は、現数・現在利用者数に介護保険重要財源に用いる6.5歳以上人口の伸び率をかけ、算出しましょう。
＊「必要数」には、H29単純推計の値を基に、関係者で社会資源の整備に関する今日をした結果を反映した数字を記入しましょう。
＊このシートの数値は、わかる範囲で埋めていくようにしましょう。もしわからないところがあれば、空欄でも結構です。
＊空欄の部分に関しては、今後できるだけ数字を把握できるようにしていきましょう。

65歳以上で要介護認定を受けていない方

認知機能の障害程度（CPS）		0			1			2			3			4			5			6		
現数トータル	H29推計	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標
5,723	6,181	4,523	4,885	4,912	728	786	786	421	455	450	42	45	30	6	6	3	3	3	0	0	0	0

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

要介護認定を受けている方（二号保険者含）

認知症高齢者の日常生活自立度		自立			Ⅰ			Ⅱa			Ⅱb			Ⅲa			Ⅲb			Ⅳ			M		
現数トータル	H29推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標
1,225	1,323	1,247	298	322	334	222	240	248	132	143	150	241	260	250	177	191	186	54	58	54	74	80	76	27	29	25

	サービス項目	認知症高齢者の日常生活自立度 現在の利用者数	H29単純推計	必要数	自立 現数	H29単純推計	必要数	Ⅰ 現数	H29単純推計	必要数	Ⅱa 現数	H29単純推計	必要数	Ⅱb 現数	H29単純推計	必要数	Ⅲa 現数	H29単純推計	必要数	Ⅲb 現数	H29単純推計	必要数	Ⅳ 現数	H29単純推計	必要数	M 現数	H29単純推計	必要数
介護保険サービス以外（配食サービス、見守りサービス、緊急通報装置、サロン、他）	いきいきふれあいサロン	30	32	56	18	19	30	12	13	18		0	5		0	3		0			0			0		
	配食見守りサービス	79	85	105	23	25	34	28	30	37	18	19	25	6	6	9	4	4			0			0		
	高年者クラブ	62	67	89	42	45	60	18	19	25	2	2	4		0			0			0			0		
	緊急通報装置	373	403	408	130	140	145	132	143	145	45	49	49	32	35	35	18	19	19	11	12	12	2	2	2	3	3	3
	認知症SOSネットワーク	24	26	27		0			0		5	5	5	7	8	8	8	9	14	4	4			0			0	
	認知症カフェ	0	0	64		0			0			0	15		0	25		0	19		0	5						
	認知症サポーターによるサロン	0	0	21		0			0			0			0	5		0	10		0	6		0	7		0	
	服薬確認電話サービス	0	0	125		0			0			0	50		0	75		0			0			0			0	
	サービス付き高齢者住宅	26	28	27	16	17	17	6	6	6	3	3	3	1	1	1		0	0		0	0		0	0		0	0
介護保険サービス	訪問介護	388	419	416	106	114	110	86	93	90	47	51	53	81	87	89	41	44	46	12	13	14	13	14	12	2	2	2
	通所介護	408	441	398	72	78	72	70	76	70	60	65	61	112	121	110	68	73	65	11	12	8	14	15	12	1	1	0
	短期入所生活介護	54	58	50	1	1	1	3	3	3	4	4	3	23	25	23	15	16	13	2	2	2	5	5	4	1	1	1
	定期巡回随時対応訪問介護看護	0	0	11		0	1			1		0	1		0	2		0	3		0	1		0	2		0	
	認知症対応型通所介護	13	14	44	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	2	13	5	5	13	3	3	7	3	3	6	0	0	1
	小規模多機能型居宅介護	11	12	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	6	7	8	10	0	0	2	0	0	2	0	0	0
	認知症対応型共同生活介護	23	25	22	0	0	0	0	0	0	1	1	1	9	10	9	6	6	6	3	3	2	3	3	3	1	1	1
	介護老人保健施設	54	58	51	4	4	3	10	11	9	5	5	4	9	10	9	19	21	19	2	2	2	3	3	3	2	2	2
	介護老人福祉施設	60	65	57	3	3	2	2	2	1	6	6	5	4	4	4	20	22	20	10	11	10	14	15	14	1	1	1
	特定施設	99	107	116	28	30	32	49	53	55	12	13	16	8	9	11	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	〃																											
	二次予防																											
	未利用	288	311	299	109	118	123	52	56	59	27	29	32	47	51	45	19	20	16	9	10	6	12	13	10	12	13	8

医療の整備状況

認知症の診断がある入院患者数	
（国民健康保険、後期高齢者医療保険加入者）	28 人

相談窓口

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

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

人材の育成 ～オレンジプラン～

認知症に特化した研修	研修名	研修修了者数（現数）		H29年度目標数		国の目標値（参考）
	かかりつけ医認知症対応力向上研修	4	人	11	人	高齢者人口600人に対して1人
	認知症サポート医養成研修	0	人	1	人	一般診療所25か所に対して1人
	認知症サポーター	118	人	143	人	全国で600万人
	認知症地域支援推進員	0	人	2	人	5つの中学校区あたり1人
	認知症介護指導者	1	人	2	人	5つの中学校区あたり1人
	認知症介護実践リーダー研修		人		人	
	一般病院認知症対応力向上研修		人		人	病院1か所あたり、医師2人看護師8人が受講
			人		人	

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

＊若年性認知症の有病率（人）：筑波大学大学院人間総合科学研究科　朝田隆教授「若年性認知症の実態と対応の基盤構に関する研究（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

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

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

（この例の場合）

〇×△地区を選出。

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

高齢化率：23.9%、要介護認定者数（二号保険者含）：1,225 人

若年性認知症推定数：９人

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

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

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

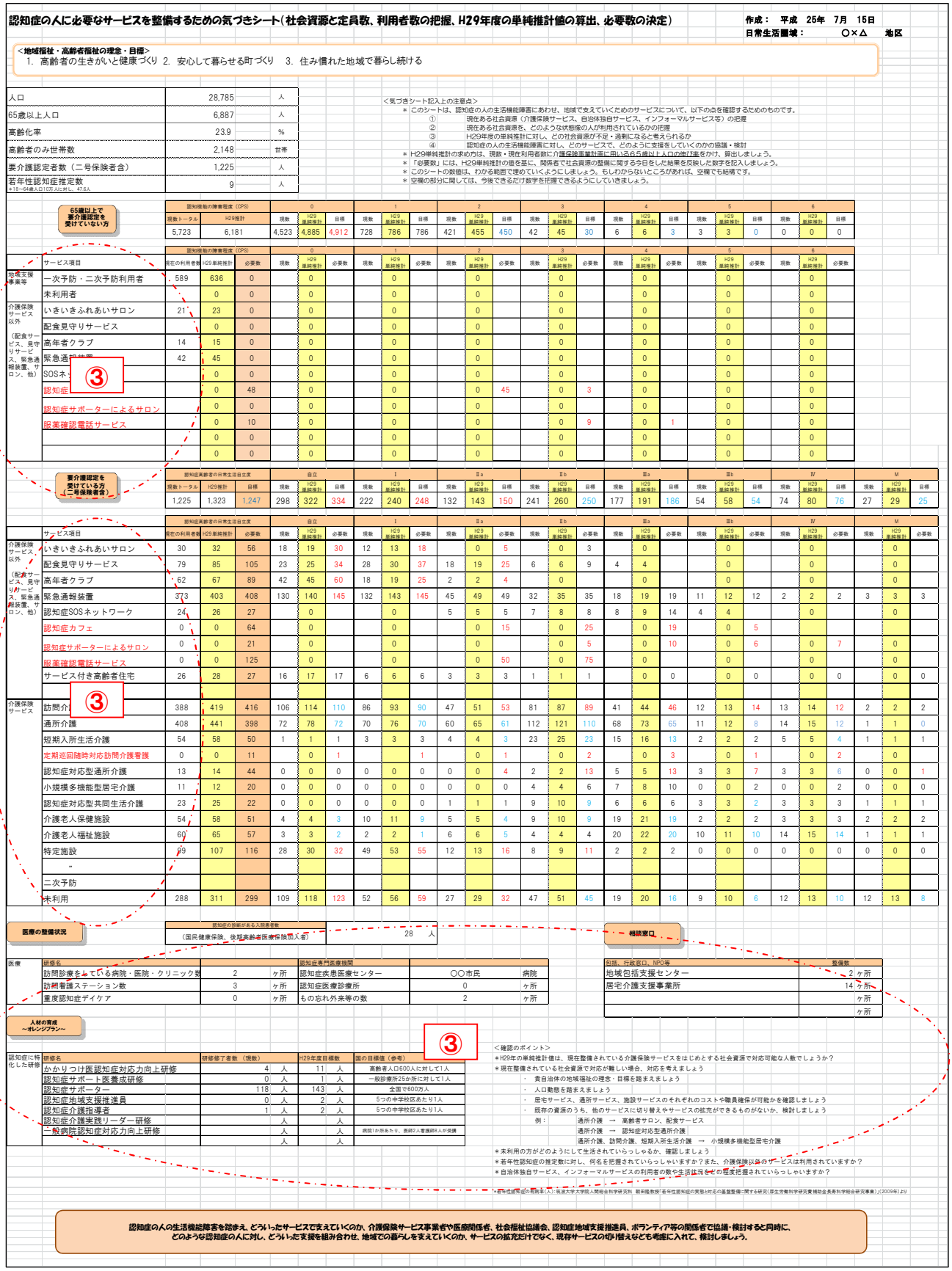
＜留意点＞

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

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

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

<手順 3>



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

作成： 平成 25年 7月 15日
日常生活圏域： ○×△ 地区

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

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

※18～64歳人口10万人に対し、47.6人

＜気づきシート記入上の注意点＞
＊このシートは、認知症の人の生活機能障害にあわせ、地域で支えていくためのサービスについて、以下の点を確認するためのものです。
① 現在ある社会資源（介護保険サービス、自治体独自サービス、インフォーマルサービス等）の把握
② 現在ある社会資源を、どのような状態像の人が利用されているかの把握
③ H29年度の単純推計に対し、どの社会資源が不足・過剰になると考えられるか
④ 認知症の人の生活機能障害に対し、どのサービスで、どのように支援をしていくのかの協議・検討
＊H29単純推計の求め方は、現数・現在利用者数に介護保険重要財源に用いる各5歳以上人口の伸び率をかけ、算出しましょう。
＊「必要数」には、H29単純推計の値を基に、関係者で社会資源の整備に関する今日をした結果を反映した数字を記入しましょう。
＊このシートの数値は、わかる範囲で埋めていくようにしましょう。もしわからないところがあれば、空欄でも結構です。
＊空欄の部分に関しては、今後できるだけ数字を把握できるようにしていきましょう。

65歳以上で要介護認定を受けていない方

認知機能の障害程度（CPS）		0			1			2			3			4			5			6		
現数トータル	H29推計	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標
5,723	6,181	4,523	4,885	4,912	728	786	786	421	455	450	42	45	30	6	6	3	3	3	0	0	0	0

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

要介護認定を受けている方（二号保険者含）

認知症高齢者の日常生活自立度		自立			I			IIa			IIb			IIIa			IIIb			IV			M		
現数トータル	H29推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標
1,225	1,323	1,247	298	322	334	222	240	248	132	143	150	241	260	250	177	191	186	54	58	54	74	80	76	27	29	25

	サービス項目	現在の利用者数	H29単純推計	必要数	自立 現数	自立 H29単純推計	自立 必要数	I 現数	I H29単純推計	I 必要数	IIa 現数	IIa H29単純推計	IIa 必要数	IIb 現数	IIb H29単純推計	IIb 必要数	IIIa 現数	IIIa H29単純推計	IIIa 必要数	IIIb 現数	IIIb H29単純推計	IIIb 必要数	IV 現数	IV H29単純推計	IV 必要数	M 現数	M H29単純推計	M 必要数
介護保険サービス以外（配食サービス、見守りサービス、緊急通報装置、サロン、他）	いきいきふれあいサロン	30	32	56	18	19	30	12	13	18		0	5		0	3		0			0			0			0	
	配食見守りサービス	79	85	105	23	25	34	28	30	37	18	19	25	6	6	9	4	4			0			0			0	
	高年者クラブ	62	67	89	42	45	60	18	19	25	2	2	4		0			0			0			0			0	
	緊急通報装置	373	403	408	130	140	145	132	143	145	45	49	49	32	35	35	18	19	19	11	12	12	2	2	2	3	3	3
	認知症SOSネットワーク	24	26	27		0			0		5	5	5	7	8	8	8	9	14	4	4			0			0	
	認知症カフェ	0	0	64		0			0			0	15		0	25		0	19		0	5						
	認知症サポーターによるサロン	0	0	21		0			0			0			0	5		0	10		0	6		0	7		0	
	服薬確認電話サービス	0	0	125		0			0			0	50		0	75		0			0			0			0	
	サービス付き高齢者住宅	26	28	27	16	17	17	6	6	6	3	3	3	1	1	1		0	0		0	0		0	0		0	0
介護保険サービス	訪問介護	388	419	416	106	114	110	86	93	90	47	51	53	81	87	89	41	44	46	12	13	14	13	14	12	2	2	2
	通所介護	408	441	398	72	78	72	70	76	70	60	65	61	112	121	110	68	73	65	11	12	8	14	15	12	1	1	0
	短期入所生活介護	54	58	50	1	1	1	3	3	3	4	4	3	23	25	23	15	16	13	2	2	2	5	5	4	1	1	1
	定期巡回随時対応訪問介護看護	0	0	11		0	1			1		0	1		0	2		0	3		0	1		0	2		0	
	認知症対応型通所介護	13	14	44	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	2	13	5	5	13	3	3	7	3	3	6	0	0	1
	小規模多機能型居宅介護	11	12	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	6	7	8	10	0	0	2	0	0	2	0	0	0
	認知症対応型共同生活介護	23	25	22	0	0	0	0	0	0	1	1	1	9	10	9	6	6	6	3	3	2	3	3	3	1	1	1
	介護老人保健施設	54	58	51	4	4	3	10	11	9	5	5	4	9	10	9	19	21	19	2	2	2	3	3	3	2	2	2
	介護老人福祉施設	60	65	57	3	3	2	2	2	1	6	6	5	4	4	4	20	22	20	10	11	10	14	15	14	1	1	1
	特定施設	99	107	116	28	30	32	49	53	55	12	13	16	8	9	11	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	〃																											
	二次予防																											
	未利用	288	311	299	109	118	123	52	56	59	27	29	32	47	51	45	19	20	16	9	10	6	12	13	10	12	13	8

医療の整備状況

認知症の診断がある入院患者数	
（国民健康保険、後期高齢者医療保険加入者）	28 人

相談窓口

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

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

人材の育成 ～オレンジプラン～

認知症に特化した研修	研修名	研修修了者数（現数）		H29年度目標数		国の目標値（参考）
	かかりつけ医認知症対応力向上研修	4	人	11	人	高齢者人口600人に対して1人
	認知症サポート医養成研修	0	人	1	人	一般診療所25か所に対して1人
	認知症サポーター	118	人	143	人	全国で600万人
	認知症地域支援推進員	0	人	2	人	5つの中学校区あたり1人
	認知症介護指導者	1	人	2	人	5つの中学校区あたり1人
	認知症介護実践リーダー研修		人		人	
	一般病院認知症対応力向上研修		人		人	病院1か所あたり、医師2人看護師8人が受講
			人		人	

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

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

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

③

るなど、各地域で様々な取組みが始まっています。

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

（この例の場合）

サービス項目：地域にあるサービス名を記入します

・介護保険サービス以外

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

・介護保険サービス

訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、定期巡回随時対応訪問介護看護、その他

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

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

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

＜留意点＞

- ✓ 介護保険以外のサービスには、認知症サポーターや見守り支援員等様々なものがあると思います。わかる範囲で利用者数を記入しましょう。もし利用者数がわからない場合には空欄でも結構です。その場合には、次回以降データが埋められるよう、データ収集の方法について検討しましょう。
- ✓ サービスの区分けは「訪問介護」、「グループホーム」、「見守り支援」といった、カテゴリーでくくってもいいですし、「〇〇訪問介護ステーション」、「××ケアセンター」、「グループホーム△△」といった個別の名称を入れても結構です。
- ✓ 個別の事業所名を入れると、大規模な自治体では、例えば「通所介護」だけでも日常生活圏域に 10 数件の事業所がある、ということがあると思われます。しかし、同じ「通所介護」でも、認知症の人が多く通う事業所や、認知症の人がほとんど利用していない事業所があるなど、事業所ごとの利用者の特徴をみることができます。こういった違いを把握することが、地域包括ケアを進めていく上で大変重要な情報となります。
- ✓ 支援の内容と認知症の生活機能障害の組み合わせによっては、担当している事業者・団体等がない場合もあります。この段階では、あくまでも現状を把握することを目的としていますので、空欄のままにしておきましょう。

＜手順4＞

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

作成：　平成　25年　7月　15日
日常生活圏域：　　○×△　　地区

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

人口	28,785	人
65歳以上人口	6,887	人
高齢化率	23.9	%
高齢者のみ世帯数	2,148	世帯
要介護認定者数（二号保険者含）	1,225	人
若年性認知症推定数 ＊18～64歳人口10万人に対し、47.6人	9	人

＜気づきシート記入上の注意点＞
＊ このシートは、認知症の人の生活機能障害にあわせ、地域で支えていくためのサービスについて、以下の点を確認するためのものです。
① 現在ある社会資源（介護保険サービス、自治体独自サービス、インフォーマルサービス等）の把握
② 現在ある社会資源を、どのような状態像の人が利用されているかの把握
③ H29年度の単純推計に対し、どの社会資源が不足・過剰になると考えられるか
④ 認　　　能障害に対し、どのサービスで、どのように支援をしていくのかの協議・検討
＊ H29単純推計の求め　　利用者数に介護保険事業計画に用いる６５歳以上人口の伸び率をかけ、算出しましょう。
＊ 「必要数」には、H2　　基に、関係者で社会資源の整備に関する今日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　　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。

④

65歳以上で要介護認定を受けていない方

認知機能の障害程度（CPS）		0			1			2			3			4			5			6		
現数トータル	H29推計	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標
5,723	6,181	4,523	4,885	4,912	728	786	786	421	455	450	42	45	30	6	6	3	3	3	0	0	0	0

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

要介護認定を受けている方（二号保険者含）

認知症高齢者の日常生活自立度			自立			I			IIa			IIb			IIIa			IIIb			IV			M		
現数トータル	H29推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標
1,225	1,323	1,247	298	322	334	222	240	248	132	143	150	241	260	250	177	191	186	54	58	54	74	80	76	27	29	25

	認知症高齢者の日常生活自立度				自立			I			IIa			IIb			IIIa			IIIb			IV			M		
	サービス項目	現在の利用者数	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	現数	H29単純推計	必要数	現数	H29単純推計	必要数
介護保険サービス以外 （配食サービス、見守りサービス、緊急通報装置、サロン、他）	いきいきふれあいサロン	30	32	56	18	19	30	12	13	18		0	5		0	3		0			0			0			0	
	配食見守りサービス	79	85	105	23	25	34	28	30	37	18	19	25	6	6	9	4	4			0			0			0	
	高年者クラブ	62	67	89	42	45	60	18	19	25	2	2	4		0			0			0			0			0	
	緊急通報装置	373	403	408	130	140	145	132	143	145	45	49	49	32	35	35	18	19	19	11	12	12	2	2	2	3	3	3
	認知症SOSネットワーク	24	26	27		0			0		5	5	5	7	8	8	8	9	14	4	4			0			0	
	認知症カフェ	0	0	64		0			0			0	15		0	25		0	19		0	5						
	認知症サポーターによるサロン	0	0	21		0			0			0			0	5		0	10		0	6		0	7		0	
	服薬確認電話サービス	0	0	125		0			0			0	50		0	75		0			0			0			0	
	サービス付き高齢者住宅	26	28	27	16	17	17	6	6	6	3	3	3	1	1	1		0	0		0	0		0	0		0	0
介護保険サービス	訪問介護	388	419	416	106	114	110	86	93	90	47	51	53	81	87	89	41	44	46	12	13	14	13	14	12	2	2	2
	通所介護	408	441	398	72	78	72	70	76	70	60	65	61	112	121	110	68	73	65	11	12	8	14	15	12	1	1	0
	短期入所生活介護	54	58	50	1	1	1	3	3	3	4	4	3	23	25	23	15	16	13	2	2	2	5	5	4	1	1	1
	定期巡回随時対応訪問介護看護	0	0	11		0	1			1		0	1		0	2		0	3		0	1		0	2		0	
	認知症対応型通所介護	13	14	44	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	2	13	5	5	13	3	3	7	3	3	6	0	0	1
	小規模多機能型居宅介護	11	12	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	6	7	8	10	0	0	2	0	0	2	0	0	0
	認知症対応型共同生活介護	23	25	22	0	0	0	0	0	0	1	1	1	9	10	9	6	6	6	3	3	2	3	3	3	1	1	1
	介護老人保健施設	54	58	51	4	4	3	10	11	9	5	5	4	9	10	9	19	21	19	2	2	2	3	3	3	2	2	2
	介護老人福祉施設	60	65	57	3	3	2	2	2	1	6	6	5	4	4	4	20	22	20	10	11	10	14	15	14	1	1	1
	特定施設	99	107	116	28	30	32	49	53	55	12	13	16	8	9	11	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	〃																											
	二次予防																											
	未利用	288	311	299	109	118	123	52	56	59	27	29	32	47	51	45	19	20	16	9	10	6	12	13	10	12	13	8

医療の整備状況

認知症の診断がある入院患者数		
（国民健康保険、後期高齢者医療保険加入者）	28	人

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

相談窓口

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

人材の育成～オレンジプラン～

	研修名	研修修了者数（現数）		H29年度目標数		国の目標値（参考）
認知症に特化した研修	かかりつけ医認知症対応力向上研修	4	人	11	人	高齢者人口600人に対して1人
	認知症サポート医養成研修	0	人	1	人	一般診療所25か所に対して1人
	認知症サポーター	118	人	143	人	全国で600万人
	認知症地域支援推進員	0	人	2	人	5つの中学校区あたり1人
	認知症介護指導者	1	人	2	人	5つの中学校区あたり1人
	認知症介護実践リーダー研修		人		人	
	一般病院認知症対応力向上研修		人		人	病院1か所あたり、医師2人看護師8人が受講
			人		人	

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

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

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

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

（この例の場合）

認知機能の障害程度（CPS）の「1」レベルの人：728 人

認知症高齢者の日常生活自立度の「Ⅱa」レベルの人：132 人

うち、配食見守りサービスを使っている人：18 人

高年者クラブに通っている人：2 名

訪問介護を使っている人：47 名

通所介護を使っている人 60 名　　など

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

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

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

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

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

＜留意点＞

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

＜手順 5＞

＊気づきシートの一部を拡大　（数字は例）

⑤

65歳以上で要介護認定を受けていない方

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

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

要介護認定を受けている方（二号保険者含）

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

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

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

（この例の場合）

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

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

「現数×介護保険事業計画に用いる 65 歳以上人口の伸び率*」

＊　介護保険事業計画において人口推計を出す際に用いる方法を使ってください。

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

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

＜留意点＞

- ✓ 介護保険事業計画では、サービス見込量の推計手順のワークシートがあります。ワークシートでは施設サービス利用者数や居宅系サービス利用者数等の見込みの設定を行いますが、ここでは単純に現数に 65 歳以上の人口の伸び率をかけて、推計人口を算出しましょう。
- ✓ 推計人口は参考値のため、機械的に求めて大丈夫ですが、どうみても推計値が異なるであろうと思われる場合には、適宜修正してください。
- ✓ 介護保険以外のサービス等、現数がわからなかったところはそのままで結構です（シートには数式が埋め込んであるので、空欄は「0」として表記されます）。ただし、「推計利用者 0 人」ではありません。ご注意ください。

＜手順 6＞

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

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

認知症の生活機能障害 / 支援の内容	認知症の疑い 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みられるが、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
介護予防・悪化予防	一次予防、二次予防 いきいきふれあいサロン	一次予防、二次予防 いきいきふれあいサロン	通所介護	通所介護	訪問介護
つながり支援	いきいきふれあいサロン 高年者クラブ	高年者クラブ	通所介護	通所介護	訪問介護
仕事・役割支援	高年者クラブ	高年者クラブ	通所介護	通所介護	訪問介護
安否確認・見守り	SOSネットワーク 緊急通報装置 配食見守りサービス 認知症サポーター	SOSネットワーク 緊急通報装置 配食見守りサービス 認知症サポーター	SOSネットワーク 緊急通報装置 配食見守りサービス	緊急通報装置 訪問介護	緊急通報装置 訪問介護
生活支援	配食見守りサービス 高年者クラブ	配食見守りサービス	訪問介護 通所介護	訪問介護 通所介護	訪問介護 通所介護
身体介護			通所介護 訪問介護	通所介護 訪問介護	通所介護 訪問介護
医療	かかりつけ医 ○○市民病院	かかりつけ医 ○○市民病院	かかりつけ医 ○○市民病院	かかりつけ医 ○○市民病院 定期巡回随時対応訪問介護看護	かかりつけ医 ○○市民病院 定期巡回随時対応訪問介護看護
家族支援	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター	地域包括支援センター
緊急時支援 （精神症状がみられる等）	○○市民病院	○○市民病院 小規模多機能型居宅介護 短期入所生活介護	○○市民病院 小規模多機能型居宅介護	○○市民病院 小規模多機能型居宅介護	○○市民病院 小規模多機能型居宅介護
住まい サービス付き高齢者住宅等	△△高齢者住宅	△△高齢者住宅			
グループホーム、介護老人福祉施設等居住系サービス	特定施設	特定施設	認知症対応型共同生活介護 特定施設	認知症対応型共同生活介護 介護老人福祉施設	認知症対応型共同生活介護 介護老人福祉施設

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

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

（この例の場合）

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

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

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

＜留意点＞

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

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

認知症の人を支える社会資源の整理シート:H29年版　　A　市　○×△　地区

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

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

＊赤字は検討の結果、機能の拡充、新規事業の立ち上げを行うサービス項目

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

（この例の場合）

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

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

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

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

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

＜手順 7＞

＊気づきシートの一部を拡大

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

		認知症高齢者の日常生活自立度			自立			Ⅰ			Ⅱa		
要介護認定を受けている方（二号保険者含）		現数トータル	H29推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標
		1,225	1,323	1,247	298	322	334	222	240	248	132	143	150
		認知症高齢者の日常生活自立度			自立			Ⅰ			Ⅱa		
	サービス項目	現在の利用者数	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
介護保険サービス以外（配食サービス、見守りサービス、緊急通報装置、サロン、他）	いきいきふれあいサロン	30	32	56	18	19	30	12	13	18		0	5
	配食見守りサービス	79	85	105	23	25	34	28	30	37	18	19	25
	高年者クラブ	62	67	89	42	45	60	18	19	25	2	2	4
	緊急通報装置	373	403	408	130	140	145	132	143	145	45	49	49
	認知症SOSネットワーク	24	26	27		0			0		5	5	5
	認知症カフェ	0	0	64		0			0			0	15
	認知症サポーターによるサロン	0	0	21		0			0			0	
	服薬確認電話サービス	0	0	125		0			0			0	50
	サービス付き高齢者住宅	26	28	27	16	17	17	6	6	6	3	3	3
介護保険サービス	訪問介護	388	419	416	106	114	110	86	93	90	47	51	53
	通所介護	408	441	398	72	78	72	70	76	70	60	65	61
	短期入所生活介護	54	58	50	1	1	1	3	3	3	4	4	3
	定期巡回随時対応訪問介護看護	0	0	11		0	1			1		0	1
	認知症対応型通所介護	13	14	44	0	0	0	0	0	0	0	0	4
	小規模多機能型居宅介護	11	12	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	認知症対応型共同生活介護	23	25	22	0	0	0	0	0	0	1	1	1
	介護老人保健施設	54	58	51	4	4	3	10	11	9	5	5	4
	介護老人福祉施設	60	65	57	3	3	2	2	2	1	6	6	5
	特定施設	99	107	116	28	30	32	49	53	55	12	13	16
	〃												
	二次予防												
	未利用	288	311	299	109	118	123	52	56	59	27	29	32

⑦ ⑦ ⑦

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

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

（この例の場合）

（H29 単純推計の状況）

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

（確認事項）

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

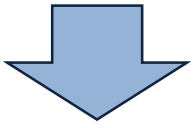
⑧市町村外からの利用者や、市町村外のサービスを利用している人もいる。この人たちの人数は気づきシートには記載されていないが、数を把握しておく。

（目標人数）

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

（具体的対応）

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



これらの対応方針を踏まえ、必要数を記入します。

手順７における検討・協議の際に確認すべき項目は、以下となります。

①　自治体の地域福祉・高齢者福祉の理念・目標 （ポイント）　地域における標準的な認知症ケアパス策定のための方向性です。
②　どういった生活機能障害を持った認知症の人の数が多いか （ポイント）　認知症の生活機能障害ごとに、必要な支援は異なります。
③　「社会資源シート」で確認した、現在ある社会資源の種類とそれぞれが担っている機能と不足している機能 （ポイント）　社会資源はそれぞれ複合的な機能を持っています。気づきシートの手順 5 で確認した現数ならびに H29 単純推計の値から、どういった機能を持った社会資源が今後必要になるのかを考えましょう。
④　介護保険サービスを整備する場合、介護保険料への影響 （ポイント）　介護保険料は年々増加の一途をたどっています。必要な介護保険サービスが整備されないというのは困りますが、必要以上に整備することがないよう、サービスの稼働率を意識してみましょう。
⑤　予防の効果 （ポイント）　認知症予防、介護予防、悪化予防といった、予防事業の効果を確認し、その結果を反映させましょう。
⑥　家族支援の充実 （ポイント）　認知症の人を地域で支えていくためには、家族の協力が必須です。同居、別居を問わず、家族がストレスをため込んだり、無理をして体調を崩したり、認知症への理解がなく不適切な対応をしてしまうといったことがないよう、家族支援を充実させていきましょう。その際、介護家族の状況（就労しているか、老齢か、子供の数、家族関係等）に配慮し、適切な支援が提供するようにしましょう。
⑦　認知症が主たる理由の入院患者数 （ポイント）　認知症が主たる理由で入院している人について、国は積極的に退院させ、地域で暮らせる環境を整えることを目指しています。今回は国民健康保険、後期高齢者医療保険の情報から、認知症を主たる理由として入院している人の数を把握しましたが、その人たちを積極的に退院させるには、地域にそれだけの受け皿がなければなりません。入院先に面会に行く、家族に話を聞くなどして、状態を把握し、どういった支援があれば地域で暮らせるかを検討しましょう。
⑧　市町村外からの利用者数や、市町村外にある施設や介護事業所を利用している住民数 （ポイント）　市町村外にある施設や介護事業所を利用している人の数が多い場合には、その機能を担うサービスを整備しましょう。

これらの確認事項を踏まえつつ、検討・協議を進めていきます。その結果は、「どのサービスで、どういった生活機能障害をお持ちの認知症の方を、何人支援していくか」という具体的な数値として、「必要数」に落とし込みます。

＜留意点＞

- ✓ この検討・協議には、行政や地域包括支援センター、介護保険サービス事業者等の職員だけでなく、民生委員や認知症の人を支える取組みを行っている地域住民、認知症に特化した研修を修了した人等、多くの関係者に参加をしていただき、地域にお住まいの高齢者の状態像の把握と必要なニーズをつかむようにしましょう。
- ✓ 暮らし系のサービスについては、自治体の整備計画があれば、それを考慮して必要数をご記入ください。

＜確認＞　○×△地区における社会資源の整備

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

作成：　平成　25年　7月　15日
日常生活圏域：　　○×△　　地区

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

人口	28,785	人
65歳以上人口	6,887	人
高齢化率	23.9	%
高齢者のみ世帯数	2,148	世帯
要介護認定者数（二号保険者含）	1,225	人
若年性認知症推定数 ＊18～64歳人口10万人に対し、47.6人	9	人

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

65歳以上で要介護認定を受けていない方

認知症高齢者の日常生活自立度			自立			I			IIa			IIb			IIIa			IIIb			IV			M		
現数トータル	H29推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標
5,723	6,181		4,523	4,885	4,912	728	786	786	421	455	450	42	45	30	6	6	3	3	3	0	0	0	0			

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

要介護認定を受けている方（二号保険者含）

認知症高齢者の日常生活自立度			自立			I			IIa			IIb			IIIa			IIIb			IV			M		
現数トータル	H29推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標
1,225	1,323	1,247	298	322	334	222	240	248	132	143	150	241	260	250	177	191	186	54	58	54	74	80	76	27	29	25

	サービス項目	現在の利用者数	H29単純推計	必要数	自立 現数	自立 H29単純推計	自立 必要数	I 現数	I H29単純推計	I 必要数	IIa 現数	IIa H29単純推計	IIa 必要数	IIb 現数	IIb H29単純推計	IIb 必要数	IIIa 現数	IIIa H29単純推計	IIIa 必要数	IIIb 現数	IIIb H29単純推計	IIIb 必要数	IV 現数	IV H29単純推計	IV 必要数	M 現数	M H29単純推計	M 必要数
介護保険サービス以外（配食サービス、見守りサービス、緊急通報装置、サロン、他）	いきいきふれあいサロン	30	32	56	18	19	30	12	13	18		0	5		0	3		0			0			0			0	
	配食見守りサービス	79	85	105	23	25	34	28	30	37	18	19	25	6	6	9	4	4			0			0			0	
	高年者クラブ	62	67	89	42	45	60	18	19	25	2	2	4		0			0			0			0			0	
	緊急通報装置	373	403	408	130	140	145	132	143	145	45	49	49	32	35	35	18	19	19	11	12	12	2	2	2	3	3	3
	認知症SOSネットワーク	24	26	27		0			0		5	5	5	7	8	8	8	9	14	4	4			0			0	
	認知症カフェ	0	0	64		0			0			0	15		0	25		0	19		0	5						
	認知症サポーターによるサロン	0	0	21		0			0			0			0	5		0	10		0	6		0	7		0	
	服薬確認電話サービス	0	0	125		0			0			0	50		0	75		0			0			0			0	
	サービス付き高齢者住宅	26	28	27	16	17	17	6	6	6	3	3	3	1	1	1		0	0		0	0		0	0		0	0
介護保険サービス	訪問介護	388	419	416	106	114	110	86	93	90	47	51	53	81	87	89	41	44	46	12	13	14	13	14	12	2	2	2
	通所介護	408	441	398	72	78	72	70	76	70	60	65	61	112	121	110	68	73	65	11	12	8	14	15	12	1	1	0
	短期入所生活介護	54	58	50	1	1	1	3	3	3	4	4	3	23	25	23	15	16	13	2	2	2	5	5	4	1	1	1
	定期巡回随時対応訪問介護看護	0	0	11		0	1			1		0	1		0	2		0	3		0	1		0	2		0	
	認知症対応型通所介護	13	14	44	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	2	13	5	5	13	3	3	7	3	3	6	0	0	1
	小規模多機能型居宅介護	11	12	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	6	7	8	10	0	0	2	0	0	2	0	0	0
	認知症対応型共同生活介護	23	25	22	0	0	0	0	0	0	1	1	1	9	10	9	6	6	6	3	3	2	3	3	3	1	1	1
	介護老人保健施設	54	58	51	4	4	3	10	11	9	5	5	4	9	10	9	19	21	19	2	2	2	3	3	3	2	2	2
	介護老人福祉施設	60	65	57	3	3	2	2	2	1	6	6	5	4	4	4	20	22	20	10	11	10	14	15	14	1	1	1
	特定施設	99	107	116	28	30	32	49	53	55	12	13	16	8	9	11	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	〃																											
	二次予防																											
	未利用	288	311	299	109	118	123	52	56	59	27	29	32	47	51	45	19	20	16	9	10	6	12	13	10	12	13	8

医療の整備状況

認知症の診断がある入院患者数		
（国民健康保険、後期高齢者医療保険加入者）	28	人

相談窓口

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

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

人材の育成 ～オレンジプラン～

認知症に特化した研修	研修名	研修修了者数（現数）		H29年度目標数		国の目標値（参考）
	かかりつけ医認知症対応力向上研修	4	人	11	人	高齢者人口600人に対して1人
	認知症サポート医養成研修	0	人	1	人	一般診療所25か所に対して1人
	認知症サポーター	118	人	143	人	全国で600万人
	認知症地域支援推進員	0	人	2	人	5つの中学校区あたり1人
	認知症介護指導者	1	人	2	人	5つの中学校区あたり1人
	認知症介護実践リーダー研修		人		人	
	一般病院認知症対応力向上研修		人		人	病院1か所あたり、医師2人 看護師3人が受講
			人		人	

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

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

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

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

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

＜確認＞　気づきシート全体を確認し、認知症ケアパスの「流れ」をつかむ

必要数の記入が終わったら、完成した気づきシートを確認しましょう。どのような特徴が見えてくるでしょうか？

左記の例では、認知症の人の生活機能障害別にみると、障害が軽い人ほど人数が多いことがわかります。

＊認知機能の障害程度（CPS）

認知機能の障害程度（CPS）		0			1			2			3			4			5			6		
現数トータル	H29推計	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標
5,723	6,181	4,523	4,885	4,912	728	786	786	421	455	450	42	45	30	6	6	3	3	3	0	0	0	0

＊認知症高齢者の日常生活自立度

認知症高齢者の日常生活自立度		自立			Ⅰ			Ⅱa			Ⅱb			Ⅲa			Ⅲb			Ⅳ			M		
現数トータル	H29推計	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標	現数	H29単純推計	目標
1,225	1,323	298	322	334	222	240	248	132	143	150	241	260	250	177	191	186	54	58	54	74	80	76	27	29	25

つまり、今後、認知症の人の数はますます増えていきますが、そもそも認知症の人は重度の人よりも認知症の疑いや軽度の人数の方が圧倒的に多いのです。つまり、認知症の軽度の人を支える社会資源の整備が急務であり、また、「認知症の疑い～認知症を有するが日常生活は自立」の段階から中度・重度に移行しないための取り組み（例：認知症予防、悪化予防）を積極的に行うことで、認知症の人の地域生活の継続を支援することができますし、何より、要介護度の悪化を防ぐことで、介護保険料の上昇を抑えることができるのです。

このように、今後ますます増加する認知症の人に適切なサービスの提供の流れを作るために、まず地域に住む高齢者の状態と社会資源（特にそれが担っている機能）を把握し、人口の伸び率に合わせて適切な社会資源を整備していくことが、自治体に求められる役割の一つなのです。

～社会資源シートと気づきシートを用いて、認知症ケアの流れを変える～

- 気づきシートでは、あくまでも現数と推計値を用いています。つまり、それぞれの社会資源が提供しているサービスの質については、残念ながら含まれておりません。しかし、認知症の人の日常生活を支えていく上で、サービスの質は非常に重要です。

- 何をもって「サービスの質が高い」とするかについては、様々な議論があり、一概には言えませんが、利用者・家族からの情報や、関係者からの聞き取り、地域での評判等を参考にしていくことで、おおよそのことがわかります。

- 重要なことは、これからの地域福祉を行政、事業所、地域住民等が協力し合って作り上げていく、という姿勢です。

- これからの地域福祉は、住み慣れた地域（日常生活圏域）で必要なサービスを受けられる「地域包括ケア」を目指しています。そのため、もし圏域の高齢者が他圏域の社会資源を多く利用しているようであれば、その社会資源を地域に整備できないかを検討してみましょう。ただし、費用面や人手の確保などで整備が難しいこともあります。その場合には、他のサービスの組み合わせで対応できないか、インフォーマルサービスで代用できないかなど、様々な角度から検討してみましょう。

- 「認知症ケアパス」は、地域全体（マクロ）としての「ケアパス」と、個々の高齢者（ミクロ）の「ケアパス」の 2 種類があります。気づきシートと社会資源シートで取り上げるのは「地域全体（マクロ）としての認知症ケアパス」であり、個々人の認知症の人のケアパスとは若干異なります。しかし、個々人のケアパスは、地域のケアパスの上に成り立っていますし、個々人のケアパスが積みあがることで、地域全体のケアパスが成り立っていることから、両者は非常に近いものと言えます。

- 個々の認知症の人のケアパスは、その人の生活歴やニーズ、家族の状況、経済状況等、様々な要素を踏まえ、検討していくものです。今回取り上げた「地域全体としての認知症ケアパス」では、そういった個々人の認知症の人の状況の情報は取り入れていませんが、それをないがしろにしてよいというものではなく、むしろ地域のケアマネジャーや医師、看護師、介護職といった専門家や、民生委員、認知症地域支援推進員等から情報を得るなどして、地域の実情をできるだけ把握するようにしましょう。

巻末資料

～認知症の理解～

～認知症の人の生活機能障害別、期待される支援～

～介護保険サービスの内容～

～地域包括ケアの視点に基づく、サービス名や具体例一覧～

～（演習）地域における支援の具体例をあげてみましょう～

～認知症の理解～

認知症の症状を引き起こす疾患には様々なものがあり、認知症の疾患によって、出現しやすい症状が異なります。

表　認知症の疾患名と出現しやすい症状

認知症の疾患名	出現しやすい症状
アルツハイマー病	認知症の原因となる病気のうち、最も多いもので、記憶の障害が目立ち、物を置き忘れたり、同じ事を何度も言ったりする。自分が物忘れしていることに気づきにくい。
レビー小体病	幻視や歩行障害が目立つ。周囲の状況をよく理解できるときと出来ないときの差が激しい。特に夕方～夜に悪くなることが多い。記憶は比較的保たれている。
前頭側頭型認知症 （ピック病）	色々なことを我慢できず、問題となりうる行動でもしてしまう。同じ事をし続けることもある。
血管性認知症	脳梗塞や脳出血によっておこり、症状は脳のどの部分がどのように障がいされたかによって異なる。手足の麻痺や構音障害、飲み込みの障害、感覚障害などの神経症状を伴いやすい。
治療可能な認知症 正常圧水頭症 慢性硬膜下血腫	正常圧水頭症は、髄液という脳の周りを流れている液体がたまって、脳が圧迫される病気。自発性の低下や動作や思考がゆっくりになる、足元がふらつく、小股でよちよち歩く、尿失禁の 3 つが特徴的な症状。 慢性硬膜下血腫は、頭を打撲した後、しばらくしてから頭の中に血がたまって脳が圧迫される病気。気がつかないくらいの打撲に寄ることもある。物忘れが目立つ、足を引きずる、手が挙がりにくい、失禁等の症状が見られる。

資料：数井委員作成

～認知症の人の生活機能障害別、期待される支援～

認知症の人は、その生活機能障害別に、期待される支援が少しずつ異なります。

表　認知症の人の生活機能障害と見られる症状・行動の例、期待される支援

生活機能障害	見られる症状・行動の例	期待される支援
認知症の疑い	物忘れはあるが、金銭管理や買い物、書類作成等を含め、日常生活は自立している	➢ 周囲による気づき ➢ 地域包括支援センターや役所の相談窓口等につなぐ ➢ 適切な診断
認知症を有するが日常生活は自立	（認知症日常生活自立度Ⅰレベル） 買い物や事務、金銭管理等にミスがみられるが、日常生活はほぼ自立している	➢ 生活上の困難に対する支援 ➢ できることを活かす支援 ➢ 一人で外出した際の安全の確保
誰かの見守りがあれば、日常生活は自立	（認知症日常生活自立度Ⅱレベル） 服薬管理ができない、電話の応対や訪問者の対応などが１人では難しい	➢ 安全の確保 ➢ 本人の「できること」を活かした支援 ➢ 必要な医療処置の提供 ➢ 急変時への対応
日常生活に手助け・介護が必要	（認知症日常生活自立度Ⅲレベル） 着替えや食事、トイレ等がうまくできない	➢ 安全の確保 ➢ 適切なアセスメントに基づくケア ➢ 本人の「できること」を活かした支援 ➢ 必要な医療処置の提供 ➢ 急変時への対応
常に介護が必要	（認知症日常生活自立度Ⅳレベル） ほぼ寝たきりで意思の疎通が困難である	➢ 合併症の予防 ➢ 適切なアセスメントに基づくケア ➢ 本人の「できること」を活かした支援 ➢ 必要な医療処置の提供 ➢ 急変時への対応
行動心理症状（BPSD）	（認知症日常生活自立度Ｍレベル） 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を要する	➢ 安全の確保 ➢ 必要な医療処置の提供

＊生活機能障害に関わらず、期待される支援として、「本人の気持ちの傾聴」、「相談」、「家族支援」が挙げられます。

資料：ニッセイ基礎研究所作成

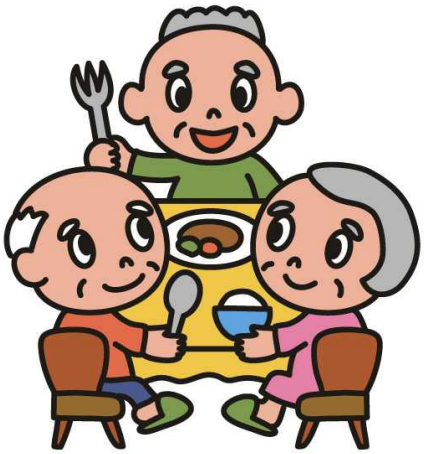
～介護保険サービスの内容～

介護保険サービスは居宅サービス、施設サービス、地域密着型サービスの 3 種類に分かれています。認知症の人のニーズにあわせ、また生活機能障害にあわせ、必要なサービスを組み合わせて利用ができるよう、地域の高齢者の状態像を把握し、適切な整備をしていきましょう。

	種類	サービス名称	サービスの主な内容
居宅サービス	訪問	訪問介護	訪問介護員（介護福祉士、ホームヘルパー）が訪問し、身体介護や調理などの家事援助を行う。
	訪問	訪問看護	看護師等が訪問し、療養の世話や診療補助を行う（医療依存度が高い場合には、医療保険の対象）。
	訪問	訪問入浴介護	看護師や介護員が巡回入浴者等で訪問し、入浴介助・支援を行う。
	訪問	訪問リハビリ	理学療法士、作業療法士が訪問し、機能回復訓練を行う。
	通所	通所介護	デイサービスセンター等において、日帰りで入浴・食事の提供とその介助、日常生活の世話と機能訓練を行う。
	通所	通所リハビリ	日帰りで、理学療法・作業療法等の必要なリハビリテーションを行う。
	泊まり	短期入所 生活介護	家族が病気や休養などで一時的に介護ができないときなど、短期間の入所で入浴・食事の提供とその介助、日常生活の世話等を行う。特別養護老人ホーム等が行う。
	泊まり	短期入所 療養介護	短期間の入所で入浴・食事の提供とその介助、療養上の世話、機能訓練等を行う。介護老人保健施設、介護療養型医療施設、医療法上の療養病床等が行う。
	貸与	福祉用具貸与	介護ベッド、車椅子などの貸与を行う。
	暮らす	特定施設入居者生活介護	有料老人ホームやケアハウスなどで入浴・食事の提供とその介助、日常生活の世話等を行う。必要に応じて外部の訪問サービスの調整も行う。
施設サービス	暮らす	介護老人 福祉施設	常時介護が必要で居宅での生活がむずかしい要介護者を対象に、介護サービスと日常生活の場を提供する。
	暮らす	介護老人 保健施設	入院治療の必要ない要介護者を対象に、介護、看護、リハビリ等を行う。医療施設と福祉施設・在宅の中間施設と位置づけられる。
	暮らす	介護療養型 医療施設	慢性疾患等により長期療養を必要とする要介護者を対象に、医学的管理や看護等を行う（2018 年 3 月まで）。
地域密着型サービス	訪問	定期巡回・ 随時対応型訪問介護看護	日中・夜間を通じて、1 日複数回の定期訪問と随時の対応を介護・看護が一体的または連携して行う。
	訪問	夜間対応型 訪問介護	定期の夜間巡回や緊急（通報）対応型の短時間訪問を行う。
	通所	認知症対応型 通所介護	認知症要介護者を対象に、日帰りで入浴・食事の提供とその介助、日常生活の世話と機能訓練を行う。
	訪問/ 通所/ 泊まり	小規模多機能 型居宅介護	住み慣れた自宅・地域、また、馴染みのスタッフや環境の中で、通所サービスを中心に、訪問や短期入所を組み合わせ、日常生活の世話等を行う。
	暮らす	認知症対応型	比較的安定状態にある認知症要介護者を対象に、共同生活の中で入浴・

		共同生活介護	食事の提供とその介助、日常生活の世話を行う。
	暮らす	地域密着型 特定施設入居 者生活介護	小規模型（定員 30 人未満）の特定施設において、住み慣れた地域での生活を維持しつつ、入浴・食事の提供とその介助、日常生活・療養上の世話を行う。
	暮らす	地域密着型 介護福祉施設 生活介護	小規模型（定員 30 人未満）の特別養護老人ホームにおいて、住み慣れた地域での生活を維持しつつ、入浴･食事の提供とその介助、日常生活･療養上の世話を行う。
	訪問/ 通所/ 泊まり	複合型 サービス	小規模多機能型居宅介護に訪問看護の機能を加え、通所サービスや訪問（介護・看護）、短期入所を組み合わせ、日常生活・療養上の世話を行う。

資料：阿部崇監修「介護報酬パーフェクトガイド　2012-14 年版」医学通信社、2012 年 7 月、p5 より抜粋、一部改変



～地域包括ケアの視点に基づく、サービス名や具体例一覧～

気づきシートの作成や、認知症の人の状態別にどのような支援があるかを考える際、ぜひこちらの表をご参照ください。皆様の地域でも、すでに多くの取り組みがなされていると思いますので、ぜひそのサービス名を気づきシートにご記入ください。

＜①　医療との連携強化＞

支援	認知症の人のニーズ	実施主体･提供者（例）	サービス名（例）や具体例
医療	私の病気を正しく診断してくれる 私の病気について、私にわかりやすく説明してくれる 病気の進行や症状の悪化を可能な限り防いでくれる 私の苦しさを和らげる治療・服薬調整をしてくれる できるだけ入院に拠らず治療をしてくれる 合併症や身体疾患の治療が適切に受けられる 初期から終末期まで切れ目なく看てくれる 自己選択・自己決定が保障されている	行政・民間 介護保険 医療保険給付	認知症疾患医療センター 認知症の診断・治療のできる医療機関（ものわすれ外来） 認知症サポート医 かかりつけ医 居宅療養管理指導 訪問看護 老健・療養型医療サービス 訪問診療 訪問歯科診療 訪問服薬管理指導 訪問看護 訪問リハ 認知症デイケア 訪問栄養指導

＜②　介護サービスの充実強化＞

支援	認知症の人のニーズ	実施主体･提供者（例）	サービス名（例）や具体例
介護	私の希望やニーズを的確にアセスメントしてくれる 私の能力を引き出し、活かす支援をしてくれる 私の暮らし方に応じた最適なケアを提供してくれる 私の日々の変化に合わせて柔軟にケアを提供してくれる 私の生活リズムや体調を整えてくれる 私の症状や心身機能の悪化を可能な限り防いでくれる 私の不安や混乱を解消してくれる 自己決定が保障されている	介護保険給付 自立支援 民間業者等	訪問介護 訪問入浴 通所介護・通所リハ 短期入所 定期巡回・随時対応訪問看護介護 認知症対応型通所介護 グループホーム 小規模多機能型居宅介護 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 特定施設 自立支援法による介護給付 有料介護サービス 訪問理美容サービス

＜③　予防の促進＞

支援	認知症の人のニーズ	実施主体・提供者 （例）	サービス名（例）や具体例
介護予防・健康づくり	私の心身機能の低下を予防できる 私に起こりやすい疾病を予防できる 私が望む活動に参加を続けることができる	市町村 地域住民 行政・企業 家族・友人	通所型介護予防事業 訪問型介護予防事業 認知症予防教室 運動教室 口腔ケア教室・栄養改善教室 介護予防啓発講演会や出前講座 特定健診・後期高齢者健診等 予防接種 老人クラブやいきいきサロン 健康サークル活動 スポーツクラブ等 様々な場に誘いかける・共に参加する

＜④　見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など＞

支援	認知症の人のニーズ	実施主体・提供者 （例）	サービス名（例）や具体例
仕事・役割支援	私の能力を活かした仕事・役割がある 私が意欲を保ち続けることができる 生きがいや喜びを感じることができる	家族や支援者 自立支援給付 民間企業・事業所 介護保険 市町村 地域住民、NPO、ボランティア等	自宅での役割の継続 自立訓練・就労支援等 就労継続支援 サービス事業所による役割支援 各種介護予防事業、生きがい活動支援 しごと支援活動 老人クラブやサロン活動 ボランティアサークル 生涯学習活動・趣味活動
つながり支援	家族や友人と良い関係を保つことができる 私が住む地域の人とのつながりが保てる 安心して共にすごせる仲間がいる	市町村等 介護保険等 地域住民・ボランティア	地域包括支援センターによる関づくり支援 ケアマネジャーによる関係づくり支援 各サービス事業所による関係づくり支援 訪問・サロン活動 傾聴ボランティア 本人のつどい 趣味サークル等 地域のイベントや行事 日常の声かけ支援
安否認・見守り	定期的に様子を見に来てくれたり、支援の必要性を確認してくれる 必要時には迅速に支援につないでくれる	介護保険 市町村 地域住民、社協、NPO等	訪問系サービス 緊急通報システム 位置検索サービス 生活支援サポーター 配食サービス 民生委員や福祉協力員による訪問 徘徊 SOS ネットワーク 地域見守りネットワーク 地域防災組織 老人クラブによる友愛訪問 認知症サポーターや各種ボランティア団体 日常の声かけ支援
経済的支援	経済的に安定した生活が維持できる	公的年金・手当等 医療費助成 民間	各種年金・障害年金・特別障害者手当て・税の軽減・生活保護等 自立支援医療・医療扶助 民間介護保険

家事支援	私ができることを続けることができる 私ができない家事を手伝ってくれる	介護保険給付 自立支援 市町村 民間 NPO・ボランティア等	訪問介護（家事援助） 小規模多機能型居宅介護・グループホーム・ユニット型特養等での支援 生活介護・自立訓練等 軽度生活援助サービス シルバー人材センター家事サービス 生活支援サポート 有料家事サービス 配送・配達サービス 家事支援ボランティア
食事支援	私がおいしく食べられる 私に必要な栄養バランスがとれる	介護保険 市町村 NPO・ボランティア等 民間	訪問介護 通所系サービス・小規模多機能型居宅介護・グループホーム・施設サービス 配食サービス 配食サービス・食事会 民間業者の宅食サービス 地域の食堂やレストラン
外出支援	私が外出したいときに出かけられる 行きたいところに安全に出かけることができる	介護保険 自立支援 市町村 民間 地域住民等	訪問介護・移送サービス 小規模多機能型居宅介護・グループホーム等 移動支援 外出支援サービス コミュニティバス・乗合タクシー 福祉タクシー・有償移送サービス 外出支援ボランティア
買い物支援	私が自分で選んで買い物ができる	介護保険 市町村 民間・生協等 スーパー等 地域住民	訪問介護・移送サービス 買い物支援サービス 宅配サービス・移動販売等 店舗内買い物支援 買い物支援ボランティア
困りごと支援	私が「困っている」ことに気づいてくれる人がいる 自宅で困ったときに支援が受けられる 外出先で困ったときに支援が受けられる	介護保険給付 市町村 地域住民・ボランティア 企業・団体 事業者や商店等	随時対応訪問介護 緊急通報システム ご近所お助け隊 日常の声かけ支援 認知症サポーターによる声かけ 各種訪問サービスや声かけ支援
緊急時支援（危機介入）	私に起こりやすい危機への適切な緊急対応をしてくれる	介護保険 医療保険 市町村 地域住民 民間	緊急時に使える短期入所 小規模多機能型居宅介護（泊まり） 定期巡回・随時対応訪問サービス 入院可能な病院 訪問診療・往診 地域包括支援センターによる支援 虐待時の一時保護・措置 緊急通報システム 徘徊 SOS ネットワーク（警察・消防含む） 災害時要援護者支援ネットワーク 虐待防止ネットワーク 成年後見制度の活用 自主防災組織 民間の緊急通報システム
権利擁護	私の権利や財産が守られる 虐待や身体拘束を受けることがない	市町村 社協・NPO・団体等 介護保険・医療保険	地域包括支援センター・在宅介護支援センター 人権相談 消費生活相談 虐待防止ネットワーク 成年後見センター 日常生活自立支援事業 法テラス・リーガルサポート、市民後見人等 身体拘束をしないケア ケアマネジャーの活動 サービスの外部評価・第三者評価・情報公開
地域ネットワーク（認知症の人を中心とした医療・介護・社会資	私に対する支援の方針が関係者間で共有されている 支援の方針を私や家族も共有している 関係者がそれぞれの役割が果たされている 初期から終末期まで切れ目なくつながっている 私や家族が安心して生活できる環境が整って	市町村 介護給付	地域ケア会議 適切なケアマネジメント（ケアマネジャー、地域包括） サービス担当者会議 地域密着型サービス運営推進会議

源のネットワーク）	いる		

＜⑤　高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備＞

支援	認知症の人のニーズ	実施主体・提供者（例）	サービス名（例）や具体例
住まい	私にとって居心地の良い場所である 安全かつできるだけ自立した生活ができる 暮らしの継続性が守られる プライバシーが守られる 終末期まで過ごすことができる 自己選択・自己決定が保障されている	介護保険 市町村 民間	住宅改修 福祉用具貸与・購入 グループホーム 特別養護老人ホーム 特定施設 住宅改修助成 高齢者向け公営住宅 養護老人ホーム 軽費老人ホーム・ケアハウス 有料老人ホーム サービス付高齢者住宅 高齢者向け住宅

＜⑥　初期から終末期までの継続した相談支援＞

支援	認知症の人のニーズ	実施主体・提供者（例）	サービス名（例）や具体例
初期支援	私の変化に気づいてくれる 私の不安や悩みを理解してくれる 私の自尊心を傷つけないかかわりをしてくれる 私が必要とする支援に適切につないでくれる 自己選択・自己決定が保障されている 家族の不安や悩みを理解してくれる 私や家族を孤立させないでくれる	地域住民等 医療機関等 行政・社協等	家族・友人・近隣の知人 職場の人・趣味仲間・サロンの仲間等 民生委員・福祉協力員等 認知症サポーター（地域・職域・事業所等） かかりつけ医・看護師等のスタッフ かかりつけ薬局 地域包括支援センター・在宅介護支援センター 認知症コールセンター等の電話相談 保健所・保健センター等での健康相談 行政窓口・消費生活相談・心配ごと相談等
継続相談支援	継続して私や家族の相談相手になってくれる その時々の私の不安や悩みを理解してくれる その時々の私の状態に合った支援やサービスを紹介してくれる 私の価値観や自尊心を守ってくれる 自己選択・自己決定が保障されている 私が安心感を得ることができる 家族や周囲が安心感を得ることができる	市町村・委託 介護保険 社協その他専門機関 医療機関等 家族の会等 地域住民	地域包括支援センター・在宅介護支援センターの相談支援 障害者相談支援事業 介護支援専門員の相談支援 サービス事業所での相談支援 日常生活自立支援事業 成年後見センター等による相談 疾患医療センターやかかりつけ医による相談 薬局での相談 民生委員や福祉協力員 本人のつどい・家族のつどい 認知症コールセンター 民生委員や福祉協力員 認知症サポーター・キャラバンメイト 市民後見人 介護相談員

資料：佐藤委員作成、ニッセイ基礎研究所が一部改変

～（演習）地域における支援の具体例をあげてみましょう～

認知症の人への支援の種類には様々なものがあり、自治体は地域に住む認知症の人の状態に応じて適切な支援を提供できる社会資源を整えていくことが求められます。ここでは、認知症の人の生活機能障害に応じ、皆様の地域にどういった支援の組み合わせがあるのか、以下の 4 つのケースを通じて確認してみましょう。

A さん（女性、70 代後半）

①　認知症を有するが日常生活は自立

A さんは農家の次女として生まれ、サラリーマンの夫と結婚後、市内で専業主婦をしていました。二人の子供はすでに独立し、長男は外国で、長女は隣の県で暮らしています。昨年春に A さんの夫ががんで亡くなり、以来一軒家に一人暮らしとなりました。

このところ、大好きだった合唱クラブに顔を出さなくなり、お友達と出かける様子も見られません。また、買い物に出たときに同じものをいくつも買っている様子が見られたり、家の中も片付いていないような様子です。

A さんの言葉：「合唱クラブに行く日を忘れちゃうことがあって・・・
でも、特に困ったことはありませんよ。毎日元気です。」

＜A さんのようなケースに対し、貴自治体ではどのようなサービス・支援がありますか？＞

②　誰かの見守りがあれば日常生活は自立

A さんの長女が月に 2 度ほど、家の片付けや買い物の支援、食事の準備等に来てくれるようになりましたが、普段は A さん一人で生活をしています。しかし、最近昼頃にならないと部屋のカーテンが開けられなかったり、夜中まで電気がついていたりすることがあるようです。

また、先日買い物の途中で道がわからなくなり、警察に保護されました。

A さんの言葉：「長女はたまに来てくれるけど、忙しい子なの。迷惑をかけたくないわ。」

＜A さんのようなケースに対し、貴自治体ではどのようなサービス・支援がありますか？＞

③　日常生活に手助け・介護が必要

Ａさんは認知症が進行するにつれ、家事をすることが大変になってきました。特に食事は自分で作ることができず、お風呂も一人で入るのは心配な状態です。

また、最近は同じ話の繰り返しが多く、特に住んでいる家を建てたときの苦労話が多いです。

２週に１度の通院は、これまで長女が訪問したときに一緒に行っていましたが、主治医の先生はこれから毎週来たほうが良いだろうといっています。

長女は自分の家の近くにＡさんを引き取りたいといっています。

Ａさんの言葉：「このお家はね、お父さんと結婚して５年後に建てたのよ。」

＜A さんのようなケースに対し、貴自治体ではどのようなサービス・支援がありますか？＞

④　常に介護が必要

Ａさんは現在、ほぼ寝たきりです。食事の時にはベッド上に座りますが、一人では食べられず、誰かの介助が必要です。また、座っている時間は 30～40 分程度が限界です。

日中は食事後に数分、うとうとしていますが、そのほかはテレビを見たり、介護者の話を聞いているようです。車椅子で外出することがあり、そのときは道端の花や下校途中の子供たちをじっと見つめています。

このところ、Ａさんが言葉を発することがほとんどなくなりました。

Ａさんの言葉：「・・・」

＜A さんのようなケースに対し、貴自治体ではどのようなサービス・支援がありますか？＞

＜留意点＞

- ✓ A さんのケースに対し、貴自治体にはどのような社会資源がありましたか？介護保険サービスにのみ偏っていませんか？
- ✓ 実際には、近所や親戚の方々と A さんとの関係や、家の構造・状況（市の中心部にあるのか、郊外か、一軒家か集合住宅か等）、経済状況、身体疾患の状況といった様々な背景を考えながら、社会資源を組み合わせていくことになります。
- ✓ 社会資源の整備には、そういった個々の背景を踏まえつつ、同時に日常生活圏域という一つの「まとまり」として地域を捉えていく必要があります。その際には、個別の A さん、B さんに何が必要かということだけでなく、「こんな生活機能障害を抱えた認知症の人には、こういうサービスが必要だろう」といった、「推測」が必要になってきます。
- ✓ 推測をする際には、「自分だったらこういうサービスが欲しい」「自分の親だったらこうして欲しい」というように、今ある社会資源にとらわれず、自分や自分の親が支援を受けることを想定し、サービスの組み合わせを考えてみましょう。