

参考

本報告書の第1における認知症高齢者の推計値及び個別報告書における認知症高齢者の日常生活自立度については、次の1及び2のとおりである。

1 認知症高齢者の推計値

平成23年から平成24年まで行われた65歳以上の高齢者を対象とした認知症の有病率に関する調査から、平成24年時点における認知症有病者数が約462万人と推計された¹。さらに別の調査では、この推計値に基づき、平成37年の認知症有病者数が約700万人と推計された²。

2 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は、認知症で見られる症状・行動に基づき、表参考-1のとおり5段階に設定されている。これは、介護保険の要介護認定を行う際の参考の一つとされており、「日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる」状態である日常生活自立度Ⅱ以上であれば、概ね認知症と判定される。

【表 参考-1 認知症高齢者の日常生活自立度】

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記Ⅱの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記Ⅱの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応などひとりで留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・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、性的異常行動等
III b	夜間を中心として上記Ⅲの状態が見られる。	ランクⅢaに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意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

出典：「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9月厚生労働省発表）

¹ 厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」（平成25年5月）。従来の予想よりも高い推計値となり、その要因として、「急激な高齢者人口の増加」及び「平均寿命の伸びと診断方法の相違が寄与していると思われる」とされている。

² 厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年5月）。同調査では、昭和60年から平成24年にかけて福岡県久山町を経時的に調査した結果に、註1の調査結果である平成24年における認知症有病者数約462万人を当てはめて平成37年の認知症有病者数を導き出した。

3 新オレンジプランの全体像

新オレンジプランでは、7つの柱と具体的な施策を示している。

【表 参考-2 新オレンジプラン（7つの柱と具体的な施策）】

1. 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進	
(1) 認知症の人の視点に立って認知症への社会の理解を深めるキャンペーンの実施	
(2) 認知症サポーターの養成と活動の支援	
(3) 学校教育等における認知症の人を含む高齢者への理解の推進	
2. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供	
(1) 本人主体の医療・介護等の徹底	
(2) 発症予防の推進	
(3) 早期診断・早期対応のための体制整備	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医等の対応力向上や認知症サポート医の養成等 ・認知症疾患医療センター等の整備 ・認知症初期集中支援チームの設置 ・早期診断後の適切な対応体制の整備
(4) 行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等への適切な対応	<ul style="list-style-type: none"> ・循環型の仕組みの構築 ・行動・心理症状(BPSD)への適切な対応 ・身体合併症等への適切な対応 ・適切な認知症リハビリテーションの推進
(5) 認知症の人の生活を支える介護の提供	<ul style="list-style-type: none"> ・介護サービス基盤の整備 ・良質な介護を担う人材の確保
(6) 人生の最終段階を支える医療・介護等の連携	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症ケアバスの確立
(7) 医療・介護等の有機的な連携の推進	<ul style="list-style-type: none"> ・医療・介護関係者等の間の情報共有の推進 ・認知症地域支援推進員の配置 ・地域包括支援センターと認知症疾患医療センターとの連携の推進
3. 若年性認知症施策の強化	
4. 認知症の人の介護者への支援	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の人の介護者の負担軽減 ・介護者たる家族等への支援 ・介護者の負担軽減や仕事と介護の両立
5. 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進	
(1) 生活の支援	
(2) 生活しやすい環境(ハード面)の整備	
(3) 就労・社会参加支援	
(4) 安全確保	<ul style="list-style-type: none"> ・地域での見守り体制の整備 ・交通安全の確保 ・詐欺などの消費者被害の防止 ・権利擁護 ・虐待防止
6. 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進	
7. 認知症の人やその家族の視点の重視	
(1) 認知症の人の視点に立って認知症への社会の理解を深めるキャンペーンの実施	
(2) 初期段階の認知症の人のニーズ把握や生きがい支援	
(3) 認知症施策の企画・立案や評価への認知症の人やその家族の参画	
(4) その他	<ul style="list-style-type: none"> ・早期診断後の適切な対応体制の整備 ・若年性認知症施策の強化

出典：新オレンジプラン本文よりアフターサービス推進室作成

4 新オレンジプランに示されている取組のうち調査対象としたものの概要

新オレンジプランでは、認知症の人の生活を地域で支えていくための取組、目標等の基本的な考え方が示されている。調査対象とした主な取組については、以下のとおりである。

① 認知症サポーターの養成と活動の支援

【表 参考-3 認知症サポーターの養成と活動の支援】

目的と取組内容	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症に関する正しい知識と理解を持って地域や職域で認知症の人やその家族を手助けする認知症サポーターを養成する。 ・養成された認知症サポーターが認知症高齢者等にやさしい地域づくりを加速するために、様々な場面で活躍できるよう、認知症サポーター養成講座を修了した者が復習も兼ねて学習する機会を設ける。 ・座学だけでなくサポーター同士の発表・討議も含めた講座など、地域や職域の実情に応じた取組を推進する。
目標	・国として、平成29年度末までに800万人の養成を目標としている。

出典：新オレンジプラン本文よりアフターサービス推進室作成

新オレンジプランでは、認知症サポーターは、認知症に関する正しい知識と理解を持って、地域や職域で認知症の人やその家族をできる範囲で手助けし、認知症高齢者等にやさしい地域づくりを推進することとされている。

これについて、全国の自治体では、認知症の症状に関する基礎知識を学び、認知症の人への対応等に生かすことを目的とするサポーター養成講座を実施しており、また、サポーター養成講座の企画・立案及び講師を務めるキャラバン・メイトの育成も進められている。

サポーター養成講座は、都道府県、指定都市、市区町村、職域団体及び企業が実施主体となり、地域ごとに開催場所や日時を設定し、開催している³。認知症サポーターとキャラバン・メイトの養成講座については、表参考-4のとおり、基本的な講座内容を示し

ており、サポーター養成講座は、平成28年3月末時点で1,742の自治体で開催され、750万3,883人が養成されている⁴。受講者には、認知症を支援する目印としてオレンジのリングが配布されている。

【表 参考-4 認知症サポーター／キャラバン・メイト養成講座の内容】

養成講座名	研修内容	標準時間
認知症サポーター養成講座 カリキュラム例	認知症の基礎知識（認知症とは何か、認知症の症状とは） 早期診断・治療の重要性 権利擁護等	60分
	認知症の人への対応 家族の支援 サポーターとしてできること等	30分
キャラバン・メイト養成講座 カリキュラム例	認知症サポーターの役割 認知症施策におけるサポーター養成事業の位置づけの理解等	30分
	認知症に関する基礎知識の習得 認知症の人や家族と接する際の基本的姿勢の理解 認知症サポーターとしての支援内容の理解等	150分
	講座の運営方法（グループワークを含む）等	180分

出典：老計発第0712001号厚生労働省老健局計画課長通知（平成28年1月一部改正）よりアフターサービス推進室作成

³ 実施の詳細については「認知症サポーター等養成事業の実施について」老計発第0712001号厚生労働省老健局長計画課長通知（平成28年1月一部改正）を参考とした。

⁴ 同時点でキャラバン・メイトは12万5,179人。以上、特定非営利活動法人地域ケア政策ネットワーク調べ。

② 認知症初期集中支援チームの設置

【表 参考-5 早期診断・早期対応のための体制整備（認知症初期集中支援チームの設置）】

目的と取組内容	<ul style="list-style-type: none"> ・早期に認知症の鑑別診断が行われ、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期の対応体制を構築する。 ・市町村が地域包括支援センターや認知症疾患医療センターを含む病院・診療所等にチームを置く。 ・認知症専門医の指導の下、複数の専門職が認知症の疑われる人、認知症の人やその家族を訪問する。 ・観察・評価を行った上で家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行う。 ・かかりつけ医と連携しながら認知症に対する適切な治療に繋げ、自立生活をサポートする。
目標	<ul style="list-style-type: none"> ・平成30年度以降、すべての市町村で認知症初期集中支援チームを設置することを目標としている。

出典：新オレンジプラン本文よりアフターサービス推進室作成

集中支援チームの設置は、表参考-5のとおり、新オレンジプランにおいて、適切な医療・介護等の支援が受けられる対応体制の構築を目的としている。

認知症初期集中支援推進事業⁵において、集中支援チームは、地域包括支援センター、認知症疾患医療センター⁶等に配置され、医療・介護の専門職が支援対象者とその家族を訪問し、家族支援を含む初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活をサポートすることとされている⁷。

集中支援チームのチーム員は、認知症サポート医⁸等の認知症専門医⁹1人、医療・介護の専門職（保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士等）2人以上で編成され、地域包括支援センター職員、市町村保健師、かかりつけ医、かかりつけ歯科医等と情報を共有できる仕組みを確保することとされている。支援の期間は、支援対象者が医療・介護サービスによる安定した支援に移行するまでの最長6か月間を目安とし、支援を移行した概ね2か月後に医療・介護のサービスについて、集中支援チーム員会議において利用状況等を評価し、随時モニタリングを行うこととされている。

⁵ 当該事業では集中支援チームの設置のほか、地域住民や関係機関・団体に対し、集中支援チームの役割や機能について広報活動や協力依頼を行うなど地域の実情に応じた取組を行うものとしている。ここで言う「初期」とは、(i)認知症の発症後の早期段階、(ii)認知症の人への関わりの初期を意味する。

⁶ 認知症の速やかな鑑別診断や行動・心理症状（BPSD）と身体合併症に対する急性期医療、専門医相談、関係機関との連携、研修会の開催等の役割を担う。

⁷ 「地域支援事業の実施について」老発0115第1号厚生労働省老健局長通知（平成28年1月一部改正）。

⁸ 地域における認知症の人を支えるために必要な介護分野等の知識や、地域医師会・地域包括支援センター等の関係機関との連携づくりなどに必要な知識・技術を持つ医師。都道府県・指定都市が実施する認知症サポート医養成研修を受けて認定される。

⁹ 認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師等で、今後5年間で認知症サポート医養成研修を受講する予定のある者を含む。

【表 参考-6 認知症初期集中支援の流れ】

1	<p>対象者の把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人、家族、町内会などから地域包括支援センターに認知症が疑われる内容の相談等による把握。 ・要介護認定を受けているが、介護サービスの利用に至っていない人の選定による把握等。
2	<p>情報収集</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者の状況（認知症高齢者の日常生活自立度、住宅環境等）、家族等の状況、既往歴、生活状況（地域との関係等）を確認する。
3	<p>初回訪問・アセスメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・集中支援チームが対象者を訪問の上、現状を確認するとともに訪問の目的と、計画的に関わり支援することを説明する。 ・専門的医療機関への受診や介護保険のサービスの利用が、本人と家族にとってメリットのあることを説明する。 ・集中支援チームは対象者の身体と生活全般の状況確認等をする。
4	<p>チーム員会議</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者の情報（認知症の状態確認等）を伝え、アセスメント内容の総合チェックを行う。 ・対象者及び介護者に必要な医療・介護サービスを検討し、支援計画を立案する。
5	<p>具体的な支援の実施（概ね6か月間を目途とする）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医または、認知症疾患医療センターへの受診の勧奨と調整、介護サービス利用の案内と勧奨、生活全般や介護に関する助言等。 ・身体を整えるケア（水分摂取、食事摂取、排泄、運動などの助言等）、生活環境の改善などの支援等。 ・服薬管理、介護保険サービスが必要な場合の調整、介護保険サービス以外の社会資源の活用、権利擁護に向けた調整等。
6	<p>支援の終了</p> <ul style="list-style-type: none"> ・集中支援チームとしての遂行業務について、一定の目的が達せられたことなどがチーム員会議で判断された場合。 ・集中支援チームから、介護支援専門員（介護サービスの利用を支援）、地域包括支援センターに支援を引き継ぐ。
7	<p>引き継ぎ後のモニタリング</p> <ul style="list-style-type: none"> ・支援対象者の状況を把握（本人宅への訪問の実施、引き継いだ介護支援専門員への聞き取り等）し、チーム員会議で情報を共有する。 ・引き継ぎ後の状況に課題が生じているとチーム員会議で判断された場合には、介護支援専門員に報告、助言をする。

出典：国立研究開発法人国立長寿医療研究センター「平成27年度認知症初期集中支援チーム員研修テキスト」よりアフターサービス推進室作成

③ 医療・介護関係者等との間の情報共有の推進

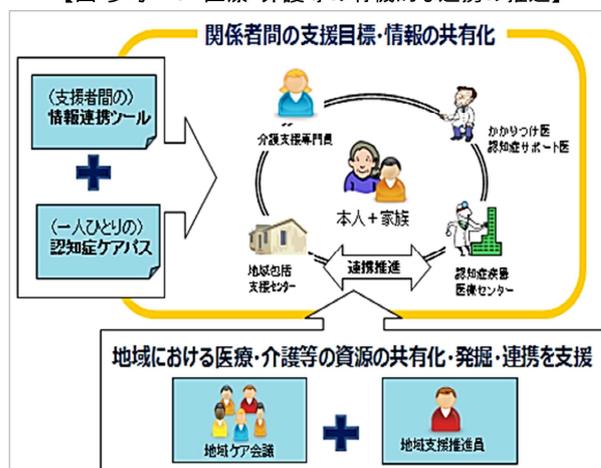
【表 参考-7 医療・介護等の有機的な連携の推進（医療・介護関係者等との間の情報共有の推進）】

目的と取組内容	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症は診療科を超えて連携して対応していく必要があるほか、介護による生活の支援が必要とされている。特に、早期診断・早期対応や行動・心理症状(BPSD)、身体合併症等への対応においては、医療・介護関係者等との間の情報共有が重要とされているため。 ・かかりつけ医等と介護支援専門員等を中心として、医療・介護関係者が顔の見える関係の構築を通じて、医療・介護等の連携に資する。 ・認知症に関わる医療・介護連携を行う上で必要な情報連携ツールの例を提示し、地域の実情に応じた医療・介護関係者等の連携の取組を推進する。 ・使いやすい情報連携ツールに関して、地域ごとに認知症の医療・介護等に携わる関係者が集まり、議論を交わす。 ・地域ケア会議において、認知症に関わる地域資源の共有・発掘や連携を推進する。
現状	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の実情に応じた認知症情報連携シートの活用を推進する。

出典：新オレンジプラン本文よりアフターサービス推進室作成

新オレンジプランにおいて、医療・介護関係者等の有機的な連携を推進するための取り組みのひとつとして、情報連携シートを活用することとされている。情報連携シートは、主に認知症の人とその家族、医療・介護関係者（医師・看護師等、介護事業所や介護支援専門員等）、薬剤師等の間で、認知症の人に関する情報を共有するためのツールである（本報告書では調査先における主な呼称に合わせ、「情報連携ツール」の用語を使用している。）。

【図 参考-1 医療・介護等の有機的な連携の推進】



出典：「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）～認知症高齢等にやさしい地域づくりに向けて～」参考資料集（厚生労働省平成27年1月発表）

④ 地域での見守り体制の整備

【表 参考-8 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進（安全確保）（地域での見守り体制の整備）】

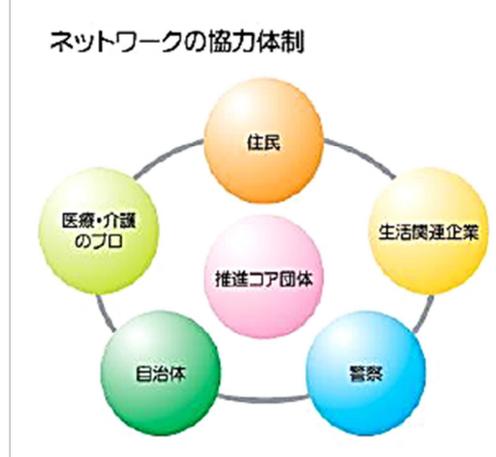
目的と	・認知症の人やその家族が安心して暮らすための地域によるさりげない見守り体制をつくる。
取組内容	・1人暮らし高齢者の安全確認や行方不明者の早期発見・保護を含め、地域での見守り体制を整備する。

出典：新オレンジプラン本文よりアフターサービス推進室作成

新オレンジプランでは、認知症の人やその家族が安心して暮らすために、ひとり暮らし高齢者の安全確認や行方不明者の早期発見・保護を含め、地域での見守り体制を整備することとしている。

認知症高齢者が行方不明になった場合の早期発見・保護への対応としては、全国的に徘徊者捜索模擬訓練等の取組が行われており、自治体が主催しているほか、独自に地域や地区、校区ごとに実施している。

【図 参考-2 高齢者の見守り・SOSネットワークのイメージ】



出典：「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」参考資料集（厚生労働省平成27年1月発表）

5 認知症の人とその家族に対する支援事例

調査先の自治体において把握した集中支援チームによる支援と情報連携ツールを活用した支援の事例を以下に記した。なお、個人情報の保護のため、内容を一部改変している。

(1) 認知症初期集中支援チームによる支援事例

- ① **地域包括支援センターへ夫（70代）が相談に来る。**
主訴：妻（70代）に認知症の症状があり、ひきこもりとなっている。3～4年前から風呂に入らず、茶の間で寝ている状態だった。
 - ② **チーム員2人(主任介護支援専門員、認知症看護認定看護師)が訪問し、妻の身体状況を確認した。**
(身体状況：肩が硬直して動かず、血圧は200超)
 - ③ **チーム員会議にて状況を報告し、支援内容を検討した。**
(支援内容：かかりつけ医による往診とデイサービスの支援)
 - ④ **認知症疾患医療センターから、妻のかかりつけ医へ往診の依頼をした。**
 - ⑤ **かかりつけ医が応諾し、往診、薬の処方への支援へとつながった。**
 - ⑥ **主任介護支援専門員が訪問し、要介護2の認定となり、入浴介助の支援を実施した。**
(入浴介助の初回は、通所介護の事業所が自宅前に乗りつけ、通所介護事業所職員等に誘導され、乗車した。自宅を出る際は、数年ぶりの外出だったため、支度などに1時間ほどの時間を要した。さらに、夫は「妻が支援を受け、嫌がる所を見たくない」との思いから、妻の支度中を夫が直視しないで済むよう、通所介護事業所の職員が夫と話していた。)
- 【その後の支援により、現在はリハビリを受け身体状況が改善し、入浴介助を定期的に受けている。外出の支度に要す時間も短縮された。】

ア 集中支援チームによる支援の特徴

認知症サポート医、認知症看護認定看護師、主任介護支援専門員等、専門職が協働して支援することで、医療と介護による効果的な支援が行われた。

イ 支援の具体的なポイント

- (i) 数年間、入浴の機会がなく、介護の支援を受けたことがないという生活環境を踏まえ、主任介護支援専門員が入浴介助の必要を判断した。
⇒長年介護者であった夫の心情に配慮し、通所介護事業所と協力しながら、入浴介助を行った。
- (ii) チーム員が身体状況を確認し、認知症サポート医に伝えたことで、高血圧の対策として投薬が効果的であると判断した。
⇒認知症サポート医の適切な判断に基づいて、協力体制にある地域のかかりつけ医に依頼し、往診がスムーズに行われた。

(2) 医療介護情報連携ツールの活用による支援事例

- ① 女性（70代）が独居で生活、要介護1で通所介護を受ける。
- ② 本人に病識がなく、物盗られ妄想があるため、ホームヘルパーの支援を受けられな
いでいた。
(デイサービスは利用していたが、サービスの記録は介護支援専門員が主治医へ情報提供していた。)
- ③ 医療介護情報連携ツールを主治医の診療の際に導入することとし、受診の30分前
に病院受付に提出した。
- ④ 介護支援専門員の同行による受診の際に、医師は既に内容を確認しており、本人の
状態を把握していたため、診療がスムーズに進んだ。

ア 医療介護情報連携ツールの活用による支援の特徴

医療介護情報連携ツールを介して、本人の状態を正確に伝え、診察の記録を医師が記
入する双方向の支援が行われ、状況に応じた細やかな支援が行われた。

イ 支援の具体的なポイント

- (i) 日頃の状態を医師へ正確に伝えるために医療介護情報連携ツールの使用が望ま
しいが、物盗られ妄想があるため、本人の所有物と認識しているものを受診の場
で他者に渡すことが難しい。
⇒受診前に受付に提出することで、日頃の状態を踏まえた往診が可能になった。
- (ii) 医師から介護支援専門員に話があるときは、本人は別室にて血圧を再測定する。
⇒本人が医療介護情報連携ツールの自宅からの持ち出しに気がつかないようにす
るため、医師、看護師による配慮があった。