

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。

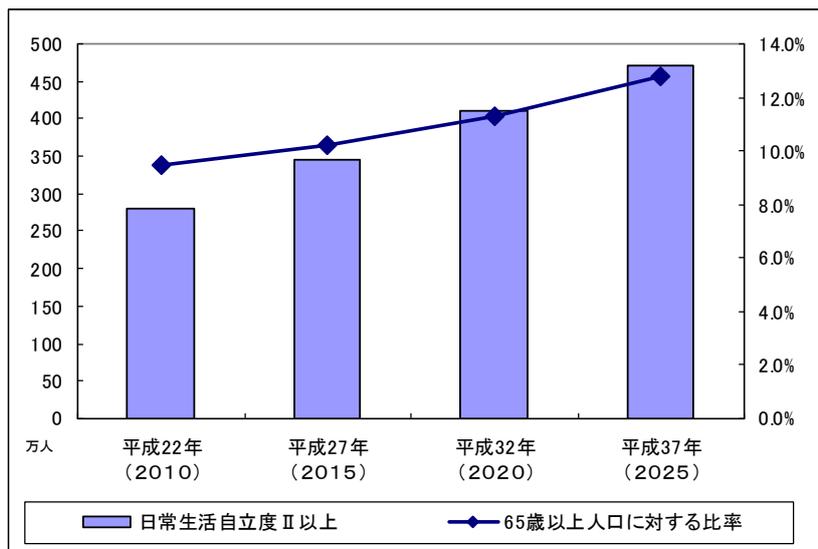


図 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者数の推移
(左軸：日常生活自立度Ⅱ以上の人数、右軸：65歳以上人口に対する比率)

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－「ケアの流れ」を変える－】

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

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

この、「ケアの流れ」を変えるという基本目標を実現するために、医療、介護サービス、見守り等の日常生活の支援サービスが地域で包括的に提供することができる体制を目指し、以下の7つの視点に立つて、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

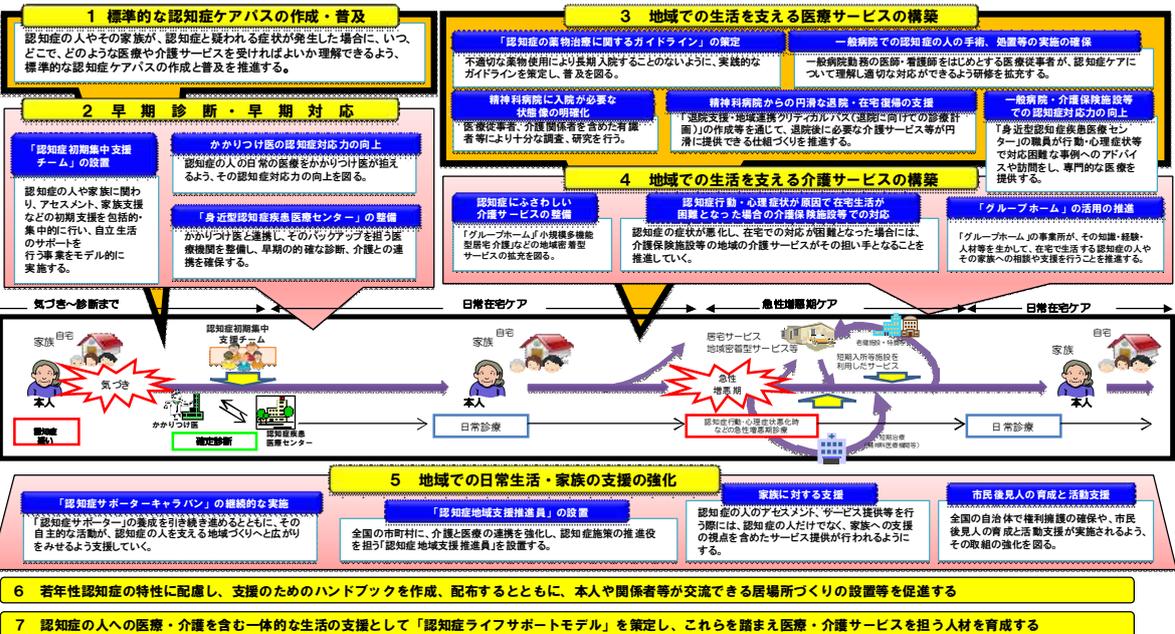
- ① 「認知症ライフサポートモデル」の策定
- ② 認知症ケアに携わる医療、介護従事者に対する研修の充実
- ③ 介護従事者への研修の実施
- ④ 医療従事者への研修の実施

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

『今後の認知症施策の方向性について』の概要

今後目指すべき基本目標－ケアの流れを変える－

- 「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」の実現を目指す。
- この実現のため、新たな視点に立った施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする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）を構築することを、基本目標とする。



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ような支援を受けることができるのかを早めに理解することが、その後の生活に対する安心感につながる。このため、標準的な認知症ケアパスの作成を進めていくこととする。
 - 標準的な認知症ケアパスとは、認知症の人が認知症を発症したときから、生活機能障害が進行していく中で、その進行状況にあわせていつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのかをあらかじめ標準的に決めておくものである。
 - 標準的な認知症ケアパスの作成に当たっては、「認知症の人は施設に入所するか精神科病院に入院する」という従来の考えを改め、「施設への入所や精神科病院への入院を前提とせず、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続ける」という考え方を基本とする必要がある。
- （中略）
- なお、国が行う標準的な認知症ケアパスの調査・研究を踏まえて、市町村で、地域の実情に応じて、その地域ごとの認知症ケアパスの作成・普及を進めていく。地域ごとの認知症ケアパスでは、認知症の人の生活機能障害の進行にあわせて、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのか、具体的な機関名やケア内容等が、あらかじめ、認知症の人とその家族に提示されるようにする。

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

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

地域包括ケア（地域における介護・医療・福祉の一体的提供）の推進について

- 第3期計画以降は、
 - ① 急速な高齢化の進展（特に、独居高齢者、認知症高齢者の増加等）、

② 高齢者像と地域特性の多様化、

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

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

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

3. 手引書の位置づけ

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

4. 「認知症ケアパス」と「社会資源」

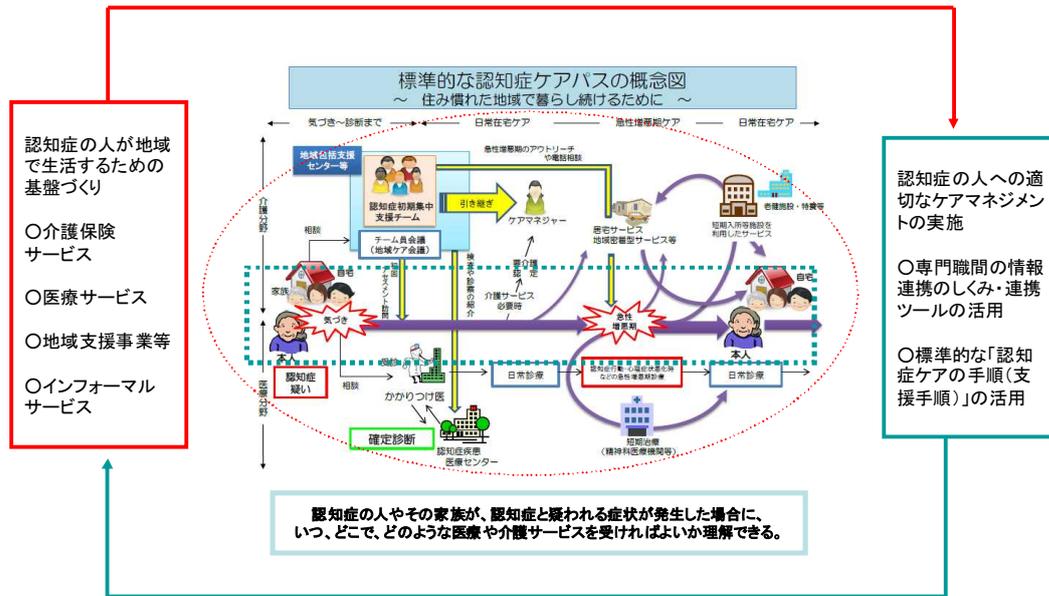
「認知症ケアパス」という言葉は、これまでさまざまな意味合いで用いられてきましたが、この手引書では厚生労働省の「認知症施策検討プロジェクトチーム」の報告書に則り、「認知症ケアパス」を「認知症の人の状態に応じた適切なサービス提供の流れ」とします。また、認知症の人を支えるさまざまなサービス（介護保険法定サービス、自治体独自サービス、民間サービス、地域住民によるサービス等）を総称し、「社会資源⁴」とします。

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つたり、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し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せることで「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かうというわけではありません。それぞれの地域においてすでに医療、介護、福祉の現場やボランティア、地域住民、民生委員等が、様々な事業、取組みを通じて認知症の人の生活を支えています。認知症ケアパスの策定において自治体/介護保険者に求められているのは、これまで地域で培われてきた「認知症の人を支える取り組み」を整理し、認知症の人やご家族、地域住民に対して、認知症の生活機能障害に応じて体系的に紹介すると同時に、それぞれの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://www.hakusyo.mhlw.go.jp/wpdocs/hpaz200001/b0054.html>
(情報検索日：平成 25 年 1 月 24 日)

地域ごとの認知症ケアパスを策定するために
～自治体/介護保険者として取り組むこと～

<地域ごとの標準的な認知症ケアパスの策定>

認知症の人の生活機能障害の進行にあわせて、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受けることができるのか、具体的な機関名やケア内容等を、あらかじめ、認知症の人とその家族に提示する

資料：第6回検討委員会資料より抜粋、一部改変

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

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

認知症は、進行と同時に身体機能も低下していく傾向が見られます。つまり、疾患の進行にともなって、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の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、こういった状態の方がこういった介護保険サービスを利用されているのかがわかります。こういった、「高齢者の状態像」を把握することが、認知症ケアパス策定の第一段階となります。

というのも、地域の高齢者の状態像をきちんと把握しなければ、その地域に必要な社会資源が何かの確につかめないからです。地域に必要な社会資源を整備しても、利用者側のニーズにできていないため、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（GPS）

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。	
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。	
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿等が上手にできない・時間がかかる、やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

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

これらの指標ごとに、地域に何名ぐらいの高齢者がお住まいかを把握しましょう。

<例>

A 地区における認知機能障害の程度別高齢者数

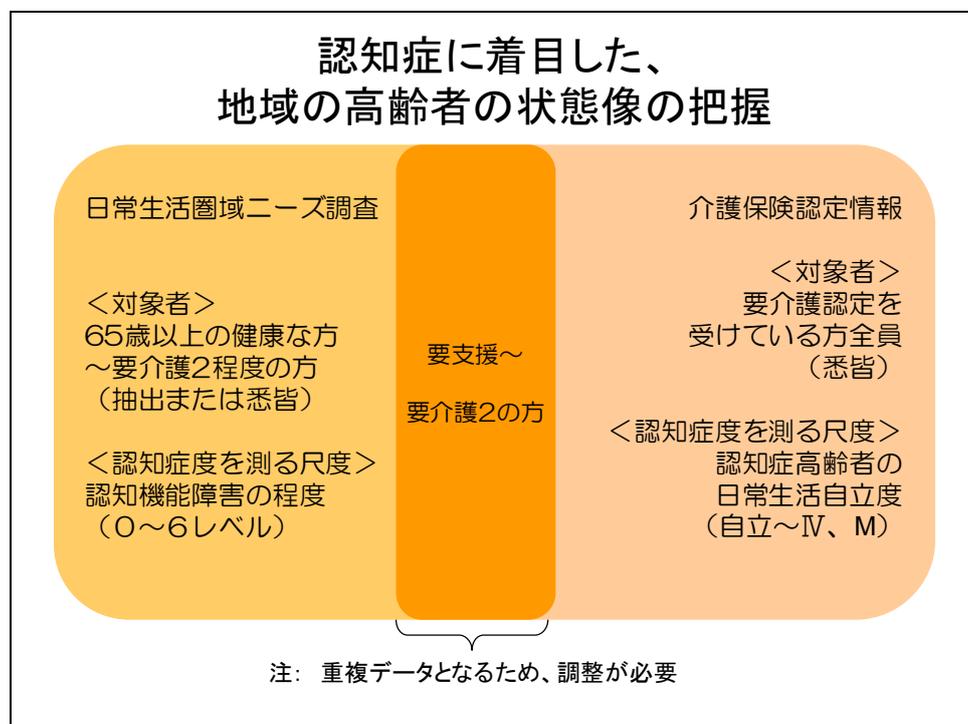
	0レベル	1レベル	2レベル	3レベル	4レベル	5レベル	6レベル
人数	4,523	728	421	42	6	3	0

A 地区における認知症高齢者の日常生活自立度

	自立	I	II a	II b	III a	III b	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ことよいのですが、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。

<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。

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りますが、ケースバイケースであることにご注意ください。

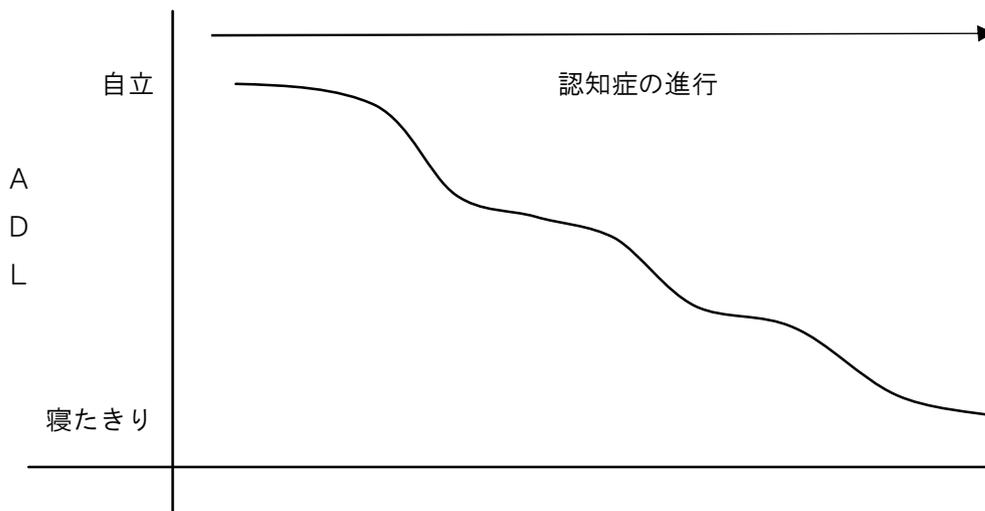


図 認知症の進行と ADL（* 認知症を主たる疾患とする場合）

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：BPSD¹²）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。

認知症の人のニーズ(例)

初期支援

私の変化に気づいてくれる
私の不安や悩みを理解してくれる
私や家族を孤立させないでくれる

家事支援

私ができることを続けられる
私ができない家事を手伝ってくれる

外出・買い物支援

私が外出したいときに出かけられる
行きたいところに安全に出かけられる
自分で選んで買い物できる

介護予防・健康づくり

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

介護

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

困りごと支援

私が困っていることに気づいてくれる
自宅で困ったときに支援が受けられる
外出先で困ったときに支援が受けられる

つながり支援

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

安否確認・見守り

定期的に私の様子を見に来てくれる
必要時に迅速に支援につないでくれる

仕事・役割支援

私の能力を活かした仕事や役割がある
私が意欲を保ち続けることができる
生きがいや喜びを感じることができる

継続相談支援

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

医療支援

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

家族支援

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

資料：佐藤委員作成の資料を基に、ニッセイ基礎研究所作成

第 1 章第 3 項

認知症の人を支える社会資源の把握

3. 認知症の人を支える社会資源

1. 地域の社会資源の利用状況を把握する

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

前項で認知症の人の状態像について触れましたが、そこで把握した状態像の方々が、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ることが重要ですし、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。

認知症に着目した、 地域の社会資源利用状況の把握

日常生活圏域ニーズ調査

<対象者>
65歳以上の健康な方
～要介護2程度の方
(抽出または悉皆)

<社会資源利用状況>
在宅サービスの利用状況
地域支援事業等の
利用状況

要支援～
要介護2の方

介護保険認定情報

<対象者>
要介護認定を
受けている方全員
(悉皆)

<社会資源利用状況>
介護サービスの利用状況

注: 重複データとなるため、調整が必要

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。

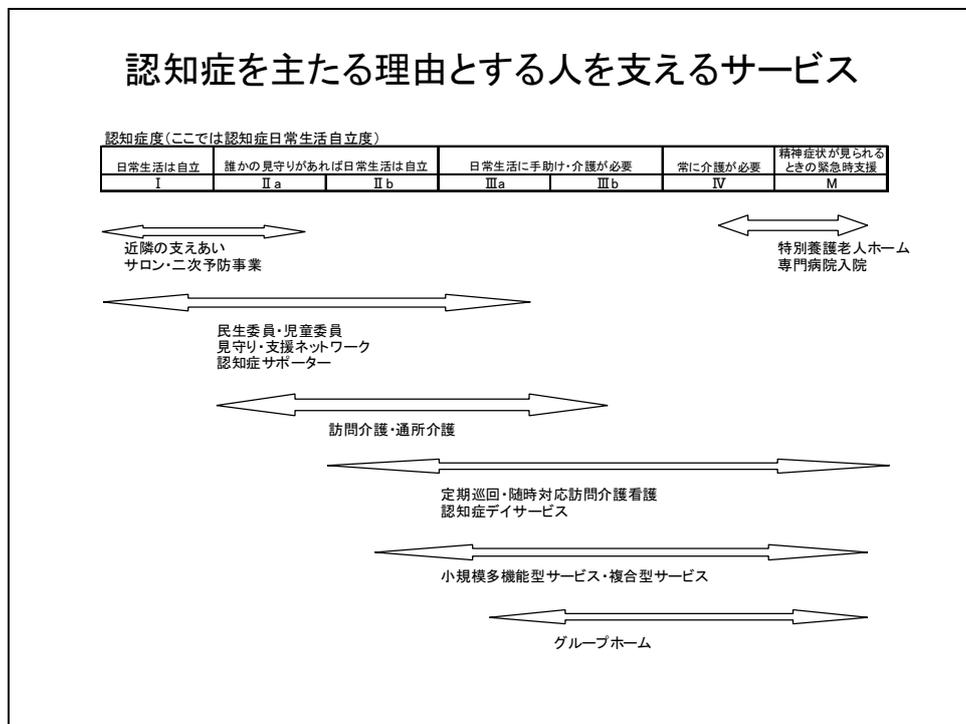
* 介護保険給付分析

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。

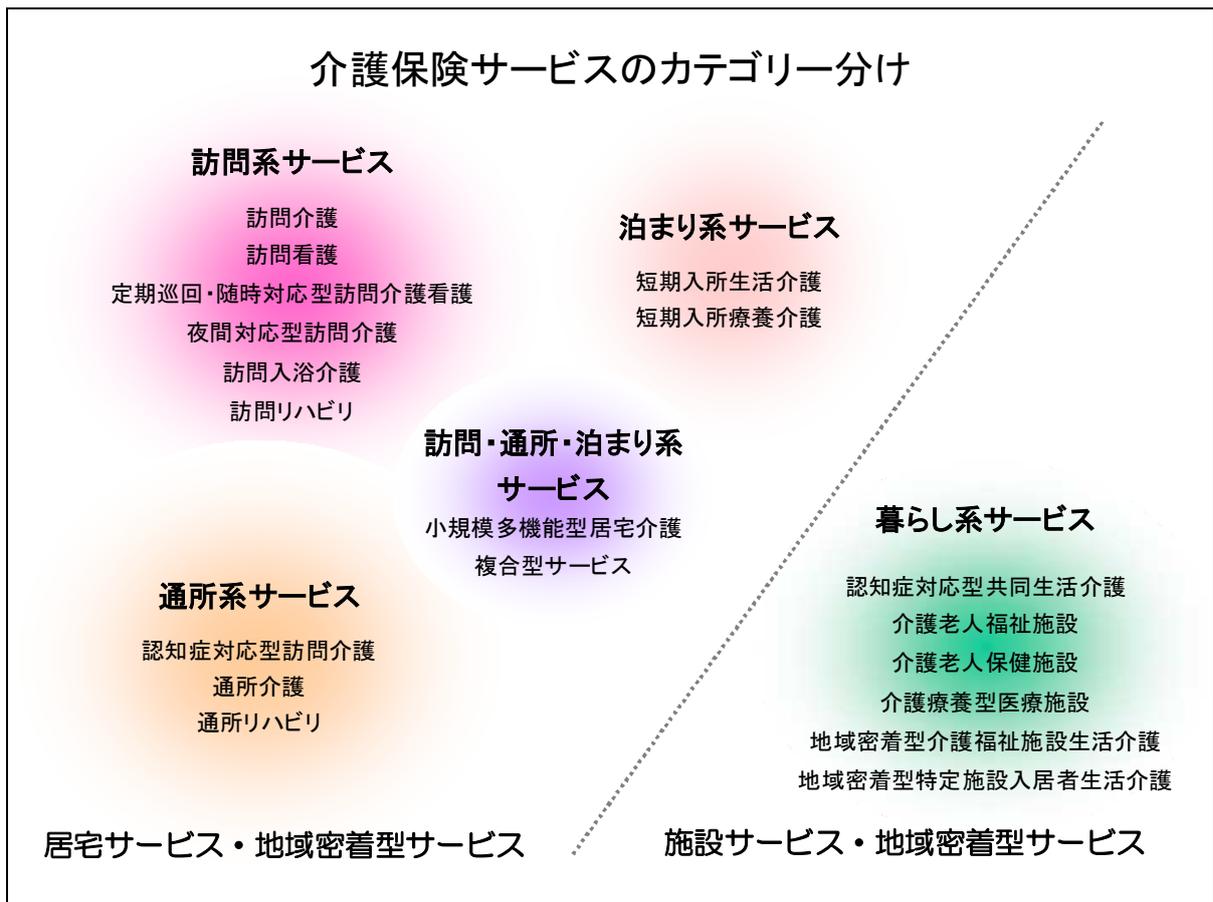
4. 社会資源の利用状況の把握のために：サービス種類別社会資源

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り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、取り組みの内容として、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、社会福祉協議会その他、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がちですが、介護保険以外の制度もあります。特に若年性認知症の方に対しては、就労時から利用できる様々な制度があることから、介護保険制度に縛られることなく、その人の状況に合わせて、適切と思われるサービスや制度を利用すると良いでしょう。

表 介護保険制度以外のサービスの種類と制度、内容

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

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

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

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

