

[資料編]



## 資 料 目 次

資料 1-(1)	「新オレンジプラン」(概要) .....	87
資料 1-(3)-①	「今後の認知症施策の方向性について」(平成 24 年 6 月 18 日厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム) <抜粋> .....	94
資料 1-(3)-②	「オレンジプラン」 .....	95
資料 1-(3)-③	「認知症施策推進大綱」(概要)(令和元年 6 月 18 日認知症施策推進関係閣僚会議決定) .....	98
資料 1-(3)-④	保険者機能強化推進交付金の概要 .....	99
資料 2-(1)-①	「地域支援事業実施要綱」<認知症初期集中支援推進事業の目的に係る記載部分の抜粋> .....	100
資料 2-(1)-②	「地域支援事業実施要綱」<支援チームの実施体制に係る記載部分の抜粋> .....	100
資料 2-(1)-③	「新オレンジプラン」<支援チームに係る記載部分の抜粋> .....	101
資料 2-(1)-④	「地域支援事業実施要綱」<訪問支援対象者に係る記載部分の抜粋> ..	102
資料 2-(1)-⑤	「地域支援事業実施要綱」<認知症初期集中支援の実施に係る記載部分の抜粋> .....	102
資料 2-(1)-⑥	「地域支援事業実施要綱」<地域包括支援センターの総合相談支援業務に係る記載部分の抜粋> .....	103
資料 2-(1)-⑦	「認知症初期集中支援チーム員研修テキスト」(平成 30 年度版) <抜粋> .....	104
資料 2-(1)-⑧	「認知症施策推進大綱」(令和元年 6 月 18 日認知症施策推進関係閣僚会議決定) <支援チームに係る記載部分の抜粋> .....	104
資料 2-(1)-⑨	保険者機能強化推進交付金(市町村分)に係る評価指標の内容 .....	105
資料 2-(2)-①	「医療センター実施要綱」<医療センターの設置基準に係る記載部分の抜粋> .....	107
資料 2-(2)-②	医療センターの指定状況(令和 2 年 2 月現在) .....	110
資料 2-(2)-③	「医療センター実施要綱」<医療センターの事業内容に係る記載部分の抜粋> .....	110
資料 2-(2)-④	「医療センター実施要綱」<医療センターの都道府県の責務に係る記載部分の抜粋> .....	111
資料 2-(2)-⑤	「医療センター実施要綱」<医療センターの事業評価に係る記載部分の抜粋> .....	111
資料 2-(2)-⑥	事業評価において都道府県等が設定している独自の評価シートの具体的な評価項目の例 .....	113
資料 2-(2)-⑦	「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」<医療体制の評価に係る記載部分等の抜粋> .....	118
資料 2-(2)-⑧	「難病特別対策推進事業実施要綱」<医療体制の評価に係る記載部分	

等の抜粋> .....	123
資料 2-(2)-⑨ 「平成 28 年度調査研究事業報告書」<実績報告書の様式及び記入上の留意事項（項目解説）の抜粋> .....	125
資料 3-(1)-① 「地域支援事業実施要綱」<認知症地域支援・ケア向上事業の目的部分の抜粋> .....	127
資料 3-(1)-② 「地域支援事業実施要綱」<推進員の配置関係部分の抜粋> .....	127
資料 3-(1)-③ 「地域支援事業実施要綱」<推進員の業務関係部分の抜粋> .....	128
資料 3-(1)-④ 「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料」（平成 28 年 3 月 7 日）<推進員が実施する具体的な取組関係部分の抜粋> .....	129
資料 3-(2)-① 「新オレンジプラン」<地域での見守り体制の整備関係部分の抜粋> ..	130
資料 3-(2)-② 「認知症施策推進大綱」（令和元年 6 月 18 日認知症施策推進関係閣僚会議決定）<地域支援体制の強化関係部分の抜粋> .....	130
資料 3-(2)-③ 「地域支援事業実施要綱」<認知症高齢者見守り事業関係部分の抜粋> .....	131
資料 3-(2)-④ 「地域支援事業実施要綱」<認知症地域支援・ケア向上事業におけるボランティアが認知症高齢者の居宅を訪問する取組関係部分の抜粋> ..	132
資料 3-(2)-⑤ 「地域支援事業実施要綱」<介護予防・生活支援サービス事業関係部分の抜粋> .....	132
資料 3-(2)-⑥ 「新オレンジプラン」<認知症サポーター関係部分の抜粋> .....	135



## 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～

### はじめに

○わが国の認知症高齢者の数は、2012(平成24)年で462万人と推計されており、2025(平成37)年には約700万人、65歳以上の高齢者の約5人に1人に達することが見込まれています。今や認知症は誰もが関わる可能性のある身近な病気です。

○厚生労働省では、団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年を見据え、認知症の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自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指し、新たに「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン)を関係府省庁と共同で策定(平成27年1月27日)し、その後、数値目標の更新や施策を効果的に実行するための改訂をしました(平成29年7月5日)。

【関係府省庁  
内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、  
法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省】



### 新オレンジプランの7つの柱

○「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」を推進していくため、以下の7つの柱に沿って、施策を総合的に推進していきます。

#### 認知症高齢者等にやさしい地域づくりの推進

I 普及・啓発

II 医療・介護等

III 若年性認知症

IV 介護者支援

V 認知症など高齢者にやさしい地域づくり

VI 研究開発

VII 認知症の人やご家族の視点の重視

「VII 認知症の人やご家族の視点の重視」は、他の6つの柱に共通するプラン全体の理念でもあります。



## 新オレンジプランの具体的な施策

### I 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

#### 【基本的な考え方】

認知症は皆にとって身近な病気であることを、普及・啓発等を通じて改めて社会全体として確認していきます。



- (1) 広告等を通じ認知症への社会の理解を深めるための全国的なキャンペーンを展開します。その際には、認知症の人が自らの言葉でメッセージを語る姿等を積極的に発信していきます。
- (2) 認知症サポーター※1の養成を進めるとともに、地域や職域など様々な場面で活躍できるような取組を推進していきます。
- (3) 学校において、高齢者との交流活動など、高齢社会の現状や認知症の人を含む高齢者への理解を深めるような教育を推進します。

【新オレンジプランにおける目標】

★認知症サポーターの人数（目標引上げ）

2017（平成 29）年度末      2020（平成 32）年度末  
800 万人 →                      1200 万人



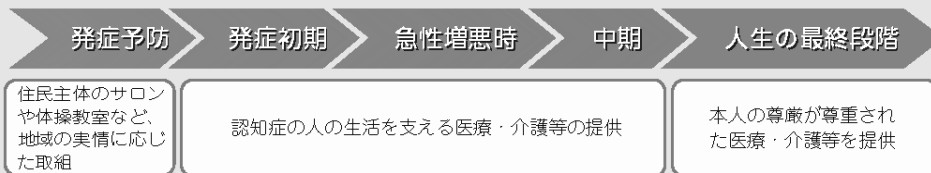
※1 認知症サポーターとは？

認知症について正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守り、支援する応援者です。市町村や職場などで実施されている「認知症サポーター養成講座」を受講した人が「認知症サポーター」となります。受講したい人は、お住まいの市区町村へお問い合わせ下さい。

### II 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

#### 【基本的な考え方】

早期診断・早期対応を軸に、「本人主体」を基本とした医療・介護等の有機的連携により、認知症の容態の変化に応じて、適時・適切に切れ目なく、その時の容態にもっともふさわしい場所で医療・介護等が提供される循環型の仕組みを実現します。



～容態の変化に応じもっともふさわしい場所で医療・介護等が提供される循環型の仕組みの実現～

### (1) 本人主体の医療・介護等の徹底

認知症の人がもつ力を最大限に活かしながら、地域社会の中でなじみの暮らしや関係が継続できるように支援していくことは、本人主体の医療・介護等の原則、基本理念です。そのことを、改めて認知症の医療・介護等に携わるすべての者が共有し、医療・介護等の質の向上を図っていきます。

### (2) 発症予防の推進

運動、口腔機能の向上、趣味活動など日常生活における取組が認知機能低下の予防に繋がる可能性が高いことを踏まえ、住民主体の運営によるサロンなど地域の実情に応じた取組を推進していきます。

### (3) 早期診断・早期対応のための体制整備

- かかりつけ医の認知症対応力向上のための研修や、**認知症サポート医**<sup>※2</sup>の養成を、一層推進します。
- 認知症に関する**専門医、認定医等**の養成の拡充に関係学会等と協力して取り組みます。
- 地域の**歯科医師・薬剤師**の認知症対応力向上のための研修を実施します。
- 認知症疾患医療センター**<sup>※3</sup>の計画的な整備を進めます。
- 市町村ごとに設置される**認知症初期集中支援チーム**<sup>※4</sup>により、早期診断後のサポート体制を整備します。



#### ※2 認知症サポート医とは？

地域でかかりつけ医の認知症診断等に関する相談役等の役割を担う医師です。

#### ※3 認知症疾患医療センターとは？

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、専門医療相談、関係機関との連携、研修会の開催等の役割を担います。

#### ※4 認知症初期集中支援チームとは？

医療・介護の専門職が家族の相談等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、必要な医療や介護の導入・調整や、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うチームです。

#### (4) 行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等への適切な対応

- 早期診断と本人主体の医療・介護等を通じて行動・心理症状（BPSD）<sup>※5</sup>の予防を図り、BPSDが見られた場合にも、的確なアセスメントを行い、薬によらない対応を第一選択とすることを原則とします。
- 認知症の人が、その時の心身の状態に応じ、在宅・医療機関・介護施設等の最もふさわしい場所で適切なサービスが受けられる**循環型の仕組みを構築**します。
- 身体合併症への対応を行う一般病院の医療従事者や、看護職員の認知症対応力向上を図るための研修を実施します。



##### ※5 行動・心理症状（BPSD）とは？

認知症の主な症状である記憶障害等の進展と関連しながら、身体的要因や環境要因等が関わって現れる、抑うつ・興奮・徘徊・妄想などの症状のことをいいます。



#### (5) 認知症の人の生活を支える介護の提供

- 各自治体の介護保険事業計画及び介護保険事業支援計画に沿って、介護サービス基盤の整備を進めます。
- 良質な介護を担う人材を質・量ともに確保していくため、「**認知症介護実践者研修**」→「**認知症介護実践リーダー研修**」→「**認知症介護指導者養成研修**」というステップアップ研修や新任の介護職員等向けに導入された「**認知症介護基礎研修**」の充実を図ります。



#### (6) 人生の最終段階を支える医療・介護等の連携

人生の最終段階においても、本人の尊厳が尊重された医療・介護等が提供されることが重要であり、認知症の人の意思決定支援の在り方に関する検討等を進めていきます。

#### (7) 医療・介護等の有機的な連携の推進

- 地域ごとに「**認知症ケアパス**」<sup>※6</sup>を確立し、認知症の人やその家族、医療・介護関係者等の中で共有され、サービスが切れ目なく提供されるようにその活用を推進します。
- 医療・介護関係者等間の情報共有の推進を図るため、**情報連携ツール（連携シート等）**を活用するなど、地域の実情に応じた医療・介護関係者等の連携を推進します。
- 市町村ごとに**認知症地域支援推進員**を配置し、医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の連携の支援や、認知症の人やその家族等への相談支援を行います。





#### ※6 認知症ケアパスとは？

発症予防から人生の最終段階まで、生活機能障害の進行状況に合わせ、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、これらの流れをあらかじめ標準的に示したものです。

### Ⅲ

## 若年性認知症施策の強化

#### 【基本的な考え方】

65歳未満で発症する認知症を「若年性認知症」といい、全国で4万人近くいると言われていています。

若年性認知症の人は、就労や生活費等の経済的問題が大きいことから、居場所づくり等の様々な分野にわたる支援を総合的に講じていきます。



○普及啓発を進め、早期診断・早期対応へ繋げていきます。そのために、医療機関や市町村窓口等を通じて、若年性認知症と診断された人やその家族に対して「若年性認知症支援ハンドブック」を配布します。

○都道府県の相談窓口に自立支援に関わる関係者のネットワークの調整役を配置し、若年性認知症の人やその家族が交流できる居場所づくり、若年性認知症の人が働き続けられるよう治療と仕事の両立支援の取組の促進等、**若年性認知症の特性に配慮した就労・社会参加支援等を推進**していきます。

### Ⅳ

## 認知症の人の介護者への支援

#### 【基本的な考え方】

認知症の人の介護者への支援を行うことは、認知症の人の生活の質の改善にも繋がるため、家族など介護者の精神的身体的な負担の軽減や、生活と介護の両立を支援する取組を推進します。



○認知症初期集中支援チーム等による早期診断・早期対応を行うほか、認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う**認知症カフェ**等の設置を推進し、**認知症の人の介護者の負担軽減**を図ります。

○介護者の身体的負担を軽減するため、介護ロボット等の開発を支援します。

## V 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進

### 【基本的な考え方】

生活の支援（ソフト面）、生活しやすい環境（ハード面）の整備、就労・社会参加支援及び安全確保を行い、認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりを推進します。

#### （１）生活の支援（ソフト面）

一人暮らし高齢者や夫婦二人のみ世帯が増加するため、買い物、掃除などの家事、買物弱者への宅配等のサービス提供の支援、高齢者サロン等の設置を推進します。

#### （２）生活しやすい環境（ハード面）の整備

サービス付き高齢者向け住宅など、多様な高齢者向け住まいの確保の支援、公共交通施設や建築物等のさらなるバリアフリー化の推進及び公共交通の充実等による高齢者の移動手段の確保の推進を図ります。



#### （３）就労・社会参加支援

高齢者の方が生きがいを持って生活できるよう、就労、地域活動やボランティア活動等の社会参加を促進します。

#### （４）安全確保

独居高齢者の安全確認や行方不明者の早期発見・保護、詐欺などの消費者被害の防止を目的に、地域での見守り体制を整備します。また、認知症の人や認知機能が低下している人による交通事故を未然に防止するための制度の充実、交通安全の確保を推進します。

さらに、高齢者の尊厳保持のため、高齢者虐待の防止と身体拘束ゼロの推進を図るとともに、認知症の人や高齢者の権利擁護のため、成年後見制度等の周知や利用促進を行います。



## VI 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

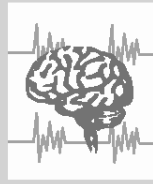
### 【基本的な考え方】

認知症の原因となる疾患<sup>\*7</sup>それぞれの病態解明や行動・心理症状（BPSD）等を起こすメカニズムの解明を通じて、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を推進します。

○認知症の病態解明は未だ不十分であり、根本的治療薬や予防法は十分には確立され

ていません。認知症の病態等の解明を進め、早期発見や診断法の確立、さらに、根本的治療薬や効果的な症状改善法、有効な予防法の開発に繋げていきます。

- 認知症の人の自立支援や介護者の負担軽減を図るため、**ロボット技術やICT技術を活用した機器、AI**等の研究、開発支援・普及促進を行います。



#### ※7 認知症の原因となる疾患とは？

認知症は、様々な原因となる疾患により認知機能（記憶力・判断力・見当識など）が低下し、生活に支障が出ている状態をいいます。認知症の原因となる主な疾患は、アルツハイマー型認知症、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症などです。

## Ⅶ 認知症の人やその家族の視点の重視

### 【基本的な考え方】

これまでの認知症施策は、ともすれば認知症の人を支える側の視点に偏りがちであったという観点から、認知症の人やその家族の視点の重視をプランの柱の一つとして掲げました。これは他の6つの柱のすべてに共通する、プラン全体の理念でもあります。

- 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ほか、**初期段階の認知症の人のニーズ把握や生きがい支援、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**など、認知症の人やその家族の視点を重視した取組を進めていきます。

### おわりに

- この総合戦略は、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・介護予防・住まい・生活支援が包括的に確保される「**地域包括ケアシステム**」の実現を目指す中で、認知症について社会を挙げた取組のモデルを示していくものです。
- 認知症高齢者等にやさしい地域の実現には、**行政、民間、地域住民など様々な主体がそれぞれの役割を果たしていくことが**求められています。また、認知症高齢者等にやさしい地域は、決して認知症の人だけにやさしい地域ではありません。困っている人がいれば、その人の尊厳を尊重しつつ手助けをするという**コミュニティの繋がりこそが**、その基盤であり、認知症高齢者等にやさしい地域づくりを通じて**地域を再生するという視点も**重要です。
- 本戦略の進捗状況は、**認知症の人やその家族の意見を聞きながら随時点検**します。また、医療・介護サービス等の提供に関し、個々の資源の整備に係る数値目標だけでなく、これらの**施策のアウトカム指標の在り方についても検討し、できる限りの定量的評価を目指します**。これらの点検・評価を踏まえ、本戦略の**不断の見直しを実施**します。

(注) 厚生労働省の資料による。

資料 1-(3)-① 「今後の認知症施策の方向性について」(平成 24 年 6 月 18 日厚生労働省認知症  
施策検討プロジェクトチーム) <抜粋>

I これからの認知症施策の基本的な考え方

【これまでの認知症施策を再検証する】

(略)

【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。

この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「自宅→グループホーム→施設あるいは一般病院・精神科病院」というような不適切な「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、基本目標とするものである。

【7つの視点からの取組】

- 上記の基本目標(「ケアの流れ」を変える)の実現のために、現在行われている施策について、多くの意見や批判を踏まえて、見直しやバージョンアップを図ることにした。新規施策と合わせて、地域で医療、介護サービス、見守り等の日常生活の支援サービスが包括的に提供される体制を目指し、具体的には、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にする。

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

- ① 認知症の状態に応じた適切なサービスの提供

2. 早期診断・早期対応

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

3. 地域での生活を支える医療サービスの構築

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

4. 地域での生活を支える介護サービスの構築

- ① 医療・介護サービスの円滑な連携と認知症施策の推進
- ② 認知症にふさわしい介護サービスの整備
- ③ 地域の認知症ケアの拠点としての「グループホーム」の活用の推進
- 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

#### 【新たな「ケアの流れ」】

- これまでのケアは、認知症の人が認知症行動・心理症状（以下、「行動・心理症状」という。）等により「危機」が発生してからの「事後的な対応」が主眼となっていたと言える。
  - これに対し、今後目指すべきケアは、新たに「早期支援機能」と「危機回避支援機能」を整備し、これにより、「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置くものである。
  - 「早期支援機能」として期待されるのが、「認知症初期集中支援チーム」である。このチームは、地域での生活が可能な限り維持できるようにするための初期集中支援を、発症後できる限り早い段階で包括的に提供するものであり、新たな認知症ケアパスの「起点」に位置づけられる。
- (略)

#### 【今後の取組】

- 今後、この報告書に基づき、省内関係部局（医政局、社会・援護局障害保健福祉部、老健局、保険局）、関係省庁、地方公共団体、関係団体等と連携して、計画的に認知症施策を推進していくことにする。
- (略)

### 資料 1-(3)-② 「オレンジプラン」

#### 1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

- 「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・普及
  - ・平成 24～25 年度 調査・研究を実施
  - ・平成 25～26 年度 各市町村において、「認知症ケアパス」の作成を推進
  - ・平成 27 年度以降 介護保険事業計画（市町村）に反映

#### 2. 早期診断・早期対応

- かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数（累計）  
平成 24 年度末見込 35,000 人 → 平成 29 年度末 50,000 人  
【考え方】高齢者人口約 600 人（認知症高齢者約 60 人）に対して、1 人のかかりつけ医が受講。  
※ 後述の「認知症の薬物治療に関するガイドライン」も活用して研修を実施
- 認知症サポート医養成研修の受講者数（累計）  
平成 24 年度末見込 2,500 人 → 平成 29 年度末 4,000 人  
【考え方】一般診療所（約 10 万）25 か所に対して、1 人のサポート医を配置。
- 「認知症初期集中支援チーム」の設置

- ・平成 24 年度 モデル事業のスキームを検討
- ・平成 25 年度 全国 10 か所程度でモデル事業を実施
- ・平成 26 年度 全国 20 か所程度でモデル事業を実施
- ・平成 27 年度以降 モデル事業の実施状況等を検証し、全国普及のための制度化を検討
- ※ 「認知症初期集中支援チーム」は、地域包括支援センター等に配置し、家庭訪問を行い、アセスメント、家族支援等を行うもの。
- 早期診断等を担う医療機関の数
  - ・平成 24～29 年度 認知症の早期診断等を行う医療機関を、約 500 か所整備する。
  - 【考え方】 認知症疾患医療センターを含めて、二次医療圏に 1 か所以上。
  - ※ いわゆる「身近型認知症疾患医療センター」の機能（早期診断・早期支援、危機回避支援）については、平成 25 年度までに、認知症サポート医の活動状況等も含めた調査を行い、それを踏まえて検証する。
- 地域包括支援センターにおける包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の一環として多職種協働で実施される「地域ケア会議」の普及・定着
  - ・平成 24 年度 「地域ケア会議運営マニュアル」作成、「地域ケア多職種協働推進等事業」による「地域ケア会議」の推進
  - ・平成 27 年度以降 すべての市町村で実施

### 3. 地域での生活を支える医療サービスの構築

- 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
  - ・平成 24 年度 ガイドラインの策定
  - ・平成 25 年度以降 医師向けの研修等で活用
- 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化
  - ・平成 24 年度～ 調査・研究を実施
- 「退院支援・地域連携クリティカルパス（退院に向けての診療計画）」の作成
  - ・平成 24 年度 クリティカルパスの作成
  - ・平成 25～26 年度 クリティカルパスについて、医療従事者向けの研修会等を通じて普及。あわせて、退院見込者に必要となる介護サービスの整備を介護保険事業計画に反映する方法を検討
  - ・平成 27 年度以降 介護保険事業計画に反映

### 4. 地域での生活を支える介護サービスの構築

- 認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくために、必要な介護サービスの整備を進める。（別紙参照）

### 5. 地域での日常生活・家族の支援の強化

- 認知症地域支援推進員の人数
  - 平成 24 年度末見込 175 人 → 平成 29 年度末 700 人
  - 【考え方】 5 つの中学校区当たり 1 人配置（合計約 2,200 人）、当面 5 年間で 700 人配置。
  - ※ 各市町村で地域の実情に応じて、認知症地域支援推進員を中心として、認知症の人やその家族を支援するための各種事業を実施
- 認知症サポーターの人数（累計）
  - 平成 24 年度末見込 350 万人 → 平成 29 年度末 600 万人
- 市民後見人の育成・支援組織の体制を整備している市町村数
  - 平成 24 年度見込 40 市町村
  - 将来的に、すべての市町村（約 1,700）での体制整備
- 認知症の人やその家族等に対する支援
  - ・平成 24 年度 調査・研究を実施
  - ・平成 25 年度以降 「認知症カフェ」（認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、集う場）の普及などにより、認知症の人やその家族等に対する支援を推進

### 6. 若年性認知症施策の強化

- 若年性認知症支援のハンドブックの作成
  - ・平成 24 年度～ ハンドブックの作成。医療機関、市町村窓口等で若年性認知症と診断された人とその家族に配付
- 若年性認知症の人の意見交換会開催などの事業実施都道府県数  
平成 24 年度見込 17 都道府県 → 平成 29 年度 47 都道府県

## 7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

- 「認知症ライフサポートモデル」(認知症ケアモデル) の策定
  - ・平成 24 年度 前年度に引き続き調査・研究を実施
  - ・平成 25 年度以降 認知症ケアに携わる従事者向けの多職種協働研修等で活用
- 認知症介護実践リーダー研修の受講者数 (累計)  
平成 24 年度末見込 2.6 万人 → 平成 29 年度末 4 万人  
【考え方】すべての介護保険施設 (約 15,000) とグループホーム (約 14,000) の職員 1 人ずつが受講。加えて、小規模多機能型居宅介護事業所、訪問介護事業所、通所介護事業所等の職員については、すべての中学校区 (約 11,000) 内で 1 人ずつが受講
- 認知症介護指導者養成研修の受講者数 (累計)  
平成 24 年度末見込 1,600 人 → 平成 29 年度末 2,200 人  
【考え方】5 つの中学校区当たり 1 人が受講。
- 一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修の受講者数 (累計)  
新規 → 平成 29 年度末 87,000 人  
【考え方】病院 (約 8,700) 1 か所当たり 10 人 (医師 2 人、看護師 8 人) の医療従事者が受講。

(別紙)

## 認知症高齢者の介護サービス利用について (5年後の推計)

認知症高齢者数の居場所別内訳	平成24年度 (2012)	平成29年度 (2017)
	認知症高齢者数	305
在宅介護	149	186
うち小規模多機能型居宅介護	5	14
うち定期巡回・随時対応型サービス	0	3
居住系サービス	28	44
特定施設入居者生活介護	11	19
認知症対応型共同生活介護	17	25
介護施設	89	105
介護老人福祉施設	48	58
介護老人保健施設等 (介護療養型医療施設を含む。)	41	46
医療機関	38	38

※端数処理の関係で積み上げは一致しない。

### 【推計の考え方】

- 各年度の「認知症高齢者数」については、将来推計人口 (国立社会保障・人口問題研究所: H24.1 推計。死亡中位出生中位) に、平成 22 年 9 月末現在の「認知症高齢者の日常生活自立度」II 以上の認知症高齢者割合を性別年齢階級別に乘じて推計。
- 平成 22 年 9 月末現在の「認知症高齢者の日常生活自立度」II 以上の認知症高齢者の居場所別内訳を基に、「社会保障に係る費用の将来推計の改定について (平成 24 年 3 月) (以下、「一体改革試算」という。)) における各サービスごとの利用者増加率等 (※) を乘じて推計した。  
(※) 増加率等には、平成 22 年度に対する各サービス別利用者数増加率に次の要素を含めて補正している。  
[平成 24 年度] 介護施設の入所者に占める認知症割合を増加。  
[平成 29 年度] 認知症高齢者数の増加 (平成 22 年度: 208 万人 → 280 万人) 及び精神科病院からの退院者の受入増に対応するため、以下の①～③の整備等を行う。  
① 認知症対応型共同生活介護及び特定施設入居者生活介護については一体改革試算より更に整備を促進。  
② 特定施設入居者生活介護及び介護施設の入所者に占める認知症割合を増加。  
③ 在宅介護においても、小規模多機能型居宅介護の整備を更に促進するなど、認知症に対応可能なサービスを整備する。
- 「医療機関」の認知症高齢者数は、副傷病名に認知症がある者を含む。

(注) 医療機関の内訳 (一般病院、精神科病院等) の認知症者数については、「認知症高齢者の日常生活自立度」II 以上の高齢者数データがないことから推計ができない。

なお、精神科病院に入院している認知症患者数は、平成 20 年約 5 万人 (患者調査) となっている。認知症高齢者が同割合で精神科病院に入院すると仮定すれば、平成 29 年は約 7 万人と推計される。今回の推計では、介護サービスの整備拡充等による精神科病院からの退院者の受入増分を約 2 万人と見込んでいるので、精神科病院の認知症患者数は平成 29 年約 5 万人と推計される。

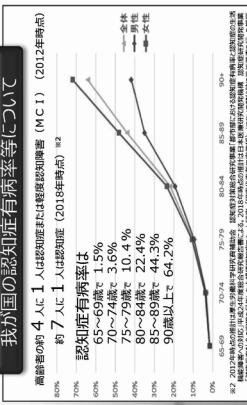
認知症施策推進大綱(令和元年6月18日認知症施策推進関係協議会議決定) (概要)

社会保険審議会  
介護保険部会 (第78回)  
令和元年6月20日  
参考資料  
2-2

【基本的考え方】

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」※1を車の両輪として施策を推進  
※1 「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても生活を穏やかにする」という意味

世界の認知症戦略  
英国  
○国家認知症戦略  
○2009年に国家認知症を5年計画として発表。2015-2019年に国家認知症計画を公表。2012年に同法に基づき計画を公表。  
フランス  
○神経認知症に関する国家構想  
○2009年に国家認知症を5年計画として発表。2015-2019年に国家認知症計画を公表。2012年に同法に基づき計画を公表。  
米国  
○国家認知症計画  
○2009年に国家認知症を5年計画として発表。2015-2019年に国家認知症計画を公表。2012年に同法に基づき計画を公表。  
オーストラリア  
○認知症に関する国家構想  
○2009年に国家認知症を5年計画として発表。2015-2019年に国家認知症計画を公表。2012年に同法に基づき計画を公表。



コンセプト

○認知症は誰もがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることも含め、多くの人にとって身近なものとなっている。

○生活上の困難が生じた場合でも、重症化を予防しつつ、周囲や地域の理解と協力の下、本人が希望を持って前向き、力を入れて地域の中で尊厳が守られ、自分らしく暮らすことができることを目指す。

○運動不足の改善、糖化血红蛋白の低下、生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症の発症を遅らせることができる可能性が示唆されていること。また、認知症に関するエビデンスを収集し、普及し、正しい理解に基づき、予防を含めた認知症への「備え」としての取組を促す。結果として70歳代での発症を10年間で1歳遅らせることを目指す。また、認知症の発症や進行の仕組みの解明や予防法・診断法・治療法等の研究開発を進める。

具体的な施策

認知機能の低下のない人、フレグニカル期  
認知症発症を遅らせる取組  
(一次予防※3)の推進

① 普及啓発・本人発信支援  
・認知症に関する理解促進  
・認知症サポーター養成の推進  
・子供への理解促進

② 予防  
・認知症予防に関するエビデンスの収集の推進  
・予防に関するエビデンスの収集の推進

③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援  
・早期発見・早期対応、医療体制の整備  
・介護従事者等の認知症対応力向上の促進  
・医療・介護の手法の普及・開発

④ 認知症ハリアアリーへの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援  
・ハリアアリーへのまちづくりの推進  
・移動手段の確保の推進  
・交通安全の確保の推進  
・住宅の確保の推進  
・地域支援体制の強化  
・地域の見守り体制の構築支援  
・見守り・探索に関する連携  
・地方自治体等の取組支援  
・認知症に関する取組を牽引している企業等の認知症サポーターが認知症の人やその家族への支援を行う仕組み(「チーム・オムロン」)の構築  
・認知症に関する取組を牽引している企業等の認知症サポーターが認知症の人やその家族への支援を行う仕組み(「チーム・オムロン」)の構築

⑤ 研究開発・産業促進・国際展開  
・認知症発症や進行の仕組みの解明、予防法・診断法、リハビリテーション、介護モデル等の研究開発等と、様々な病態やステージを対象に研究開発を推進  
・認知症の予防法やケアに関する技術・サービス、機器等の検証、評価指標の確立

具体的な施策

認知機能の低下のある人(軽度認知障害(MCI)含む)  
早期発見・早期対応(二次予防)、発症後の  
進行を遅らせる取組(三次予防※4)の推進

① 普及啓発・本人発信支援  
・企業・職場等の認知症サポーター養成(約40万人)  
・世界ワットアップキャンペーン(2009年)による普及啓発、啓発イベント等の開催  
・認知症サポーター及び月間における普及啓発、啓発イベント等の開催  
・認知症に関する相談窓口の増加を行っている

② 予防  
・介護予防に関するエビデンスを整理し活動の手引書の作成  
・介護保険給付をターゲットとするCHASIEによるデータ収集・分析し、科学的に自立支援や認知症予防等の効果を検証するためのサービスを提供している

③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援  
・認知症対策チームにおける医療・介護サービスにつなげた連携の構築  
・市町村における認知症ケアパス(作成率:100%)  
・BPSD予防に関するガイドラインや治療指針の作成、周知  
・BPSD予防のための、家族・介護者対象のオンライン教育プログラムの開発、効果検証

④ 認知症ハリアアリーへの推進・若年性認知症の人への支援  
・社会参加支援  
・若年性認知症支援チーム・ディネーターの体制検討  
・若年性認知症支援センターのネットワーキング構築支援  
・若年性認知症センターの運営  
・若年性認知症の支援事業所の委託把握等  
・若年性認知症の要配慮把握  
・社会参加活動や社会貢献の促進  
・介護サービス事業者利用者の社会参加の促進

⑤ 研究開発・産業促進・国際展開  
・認知症のバイオマーカーの開発・確立(POC試験が件以上)  
・日本発の認知症の診断法・治療法等の評価指標の確立  
・認知症の予防法やケアに関する技術・サービス、機器等の検証、評価指標の確立  
・認知症の予防法やケアに関する技術・サービス、機器等の検証、評価指標の確立

具体的な施策

認知症の人  
認知症の本人、本人の視点に立った  
「認知症ハリアアリー」の推進

① 普及啓発・本人発信支援  
・企業・職場等の認知症サポーター養成(約40万人)  
・世界ワットアップキャンペーン(2009年)による普及啓発、啓発イベント等の開催  
・認知症サポーター及び月間における普及啓発、啓発イベント等の開催  
・認知症に関する相談窓口の増加を行っている

② 予防  
・介護予防に関するエビデンスを整理し活動の手引書の作成  
・介護保険給付をターゲットとするCHASIEによるデータ収集・分析し、科学的に自立支援や認知症予防等の効果を検証するためのサービスを提供している

③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援  
・認知症対策チームにおける医療・介護サービスにつなげた連携の構築  
・市町村における認知症ケアパス(作成率:100%)  
・BPSD予防に関するガイドラインや治療指針の作成、周知  
・BPSD予防のための、家族・介護者対象のオンライン教育プログラムの開発、効果検証

④ 認知症ハリアアリーへの推進・若年性認知症の人への支援  
・社会参加支援  
・若年性認知症支援チーム・ディネーターの体制検討  
・若年性認知症センターのネットワーキング構築支援  
・若年性認知症センターの運営  
・若年性認知症の支援事業所の委託把握等  
・若年性認知症の要配慮把握  
・社会参加活動や社会貢献の促進  
・介護サービス事業者利用者の社会参加の促進

⑤ 研究開発・産業促進・国際展開  
・認知症のバイオマーカーの開発・確立(POC試験が件以上)  
・日本発の認知症の診断法・治療法等の評価指標の確立  
・認知症の予防法やケアに関する技術・サービス、機器等の検証、評価指標の確立  
・認知症の予防法やケアに関する技術・サービス、機器等の検証、評価指標の確立

具体的な施策

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会

① 普及啓発・本人発信支援  
・企業・職場等の認知症サポーター養成(約40万人)  
・世界ワットアップキャンペーン(2009年)による普及啓発、啓発イベント等の開催  
・認知症サポーター及び月間における普及啓発、啓発イベント等の開催  
・認知症に関する相談窓口の増加を行っている

② 予防  
・介護予防に関するエビデンスを整理し活動の手引書の作成  
・介護保険給付をターゲットとするCHASIEによるデータ収集・分析し、科学的に自立支援や認知症予防等の効果を検証するためのサービスを提供している

③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援  
・認知症対策チームにおける医療・介護サービスにつなげた連携の構築  
・市町村における認知症ケアパス(作成率:100%)  
・BPSD予防に関するガイドラインや治療指針の作成、周知  
・BPSD予防のための、家族・介護者対象のオンライン教育プログラムの開発、効果検証

④ 認知症ハリアアリーへの推進・若年性認知症の人への支援  
・社会参加支援  
・若年性認知症支援チーム・ディネーターの体制検討  
・若年性認知症センターのネットワーキング構築支援  
・若年性認知症センターの運営  
・若年性認知症の支援事業所の委託把握等  
・若年性認知症の要配慮把握  
・社会参加活動や社会貢献の促進  
・介護サービス事業者利用者の社会参加の促進

⑤ 研究開発・産業促進・国際展開  
・認知症のバイオマーカーの開発・確立(POC試験が件以上)  
・日本発の認知症の診断法・治療法等の評価指標の確立  
・認知症の予防法やケアに関する技術・サービス、機器等の検証、評価指標の確立  
・認知症の予防法やケアに関する技術・サービス、機器等の検証、評価指標の確立

具体的な施策

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会

① 普及啓発・本人発信支援  
・企業・職場等の認知症サポーター養成(約40万人)  
・世界ワットアップキャンペーン(2009年)による普及啓発、啓発イベント等の開催  
・認知症サポーター及び月間における普及啓発、啓発イベント等の開催  
・認知症に関する相談窓口の増加を行っている

② 予防  
・介護予防に関するエビデンスを整理し活動の手引書の作成  
・介護保険給付をターゲットとするCHASIEによるデータ収集・分析し、科学的に自立支援や認知症予防等の効果を検証するためのサービスを提供している

③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援  
・認知症対策チームにおける医療・介護サービスにつなげた連携の構築  
・市町村における認知症ケアパス(作成率:100%)  
・BPSD予防に関するガイドラインや治療指針の作成、周知  
・BPSD予防のための、家族・介護者対象のオンライン教育プログラムの開発、効果検証

④ 認知症ハリアアリーへの推進・若年性認知症の人への支援  
・社会参加支援  
・若年性認知症支援チーム・ディネーターの体制検討  
・若年性認知症センターのネットワーキング構築支援  
・若年性認知症センターの運営  
・若年性認知症の支援事業所の委託把握等  
・若年性認知症の要配慮把握  
・社会参加活動や社会貢献の促進  
・介護サービス事業者利用者の社会参加の促進

⑤ 研究開発・産業促進・国際展開  
・認知症のバイオマーカーの開発・確立(POC試験が件以上)  
・日本発の認知症の診断法・治療法等の評価指標の確立  
・認知症の予防法やケアに関する技術・サービス、機器等の検証、評価指標の確立  
・認知症の予防法やケアに関する技術・サービス、機器等の検証、評価指標の確立

期間：2025年まで

赤字：新設、拡充施策  
※3 認知症の発症遅延や発症リスク低減  
※4 重症化予防、機能維持、行動・心理症状の予防・対応

# 保険者機能強化推進交付金(介護保険における自治体への財政的インセンティブ)

平成31年度予算案 200億円

## 趣旨

- 平成29年地域包括ケア強化法において、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組や都道府県による保険者支援の取組が全国で実施されるよう、PDCAサイクルによる取組を制度化
- この一環として、自治体への財政的インセンティブとして、市町村や都道府県の様々な取組の達成状況を評価できるような客観的な指標を設定し、市町村や都道府県の高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を推進するための新たな交付金を創設

## 概要

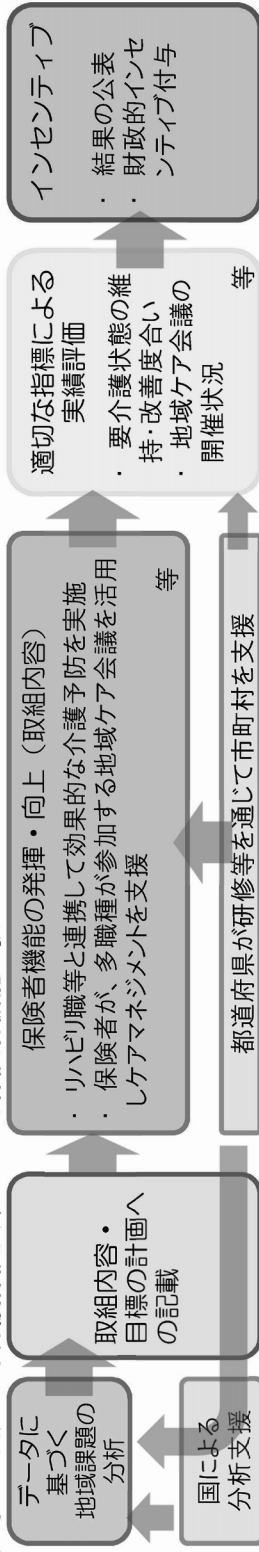
＜市町村分(200億円のうち190億円程度)＞

- 1 交付対象 市町村(特別区、広域連合及び一部事務組合を含む。)
- 2 評価指標の達成状況(評価指標の総合得点)に応じて分配
- 3 活用方法 国、都道府県、市町村及び第2号保険料の法定負担割合に加えて、介護保険特別会計に充当  
なお、交付金は、高齢者の市町村の自立支援・重度化防止等に向けた取組を支援し、一層推進することを趣旨としていることも踏まえ、各保険者におかれましては、交付金を活用し、地域支援事業、市町村特別給付、保健福祉事業を充実し、高齢者の自立支援、重度化防止、介護予防等に必要なお取組を進めていくことが重要

＜都道府県分(200億円のうち10億円程度)＞

- 1 交付対象 都道府県
- 2 評価指標の達成状況(評価指標の総合得点)に応じて分配
- 3 活用方法 高齢者の自立支援・重度化防止等に向けて市町村を支援する各種事業(市町村に対する研修事業や、リハビリ専門職等の派遣事業等)の事業費に充当

## ＜参考1＞平成29年介護保険法改正による保険者機能の強化



## ＜参考2＞市町村 評価指標 ※主な評価指標

- ① PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化
  - 地域包括ケア「見える化」システムを活用して他の保険者と比較する等、地域の介護保険事業の特徴を把握しているか 等
  - ケアマネジメントの質の向上
    - ケアマネとして、ケアマネジメントに関する保険者の基本方針を、ケアマネジャーに対して伝えているか 等
  - ③ 多職種連携による地域ケア会議の活性化
    - 地域ケア会議において多職種が連携し、自立支援・重度化防止等に資する観点から個別事例の検討を行い、対応策を講じているか
    - 地域ケア会議における個別事例の検討件数割合はどの程度か 等

## ④ 介護予防の推進

- 介護予防の場にリハビリ専門職が関与する仕組みを設けているか
- 介護予防に資する住民主体の通いの場への65歳以上の方の参加者数などの程度か 等

## ⑤ 介護給付適正化事業の推進

- ケアプラン点検をどの程度実施しているか
- 福祉用具や住宅改修の利用に際してリハビリ専門職等が関与する仕組みを設けているか 等

## ⑥ 要介護状態の維持・改善の度合い

- 要介護認定者の要介護認定の変化率はどの程度か

※ 都道府県指標については、管内の地域分析や課題の把握、市町村向けの研修の実施、リハビリ専門職等の派遣状況等を設定

(注) 第4回厚生労働省一般介護予防事業等の推進方策に関する検討会(令和元年8月7日)資料2「PDCAサイクルに沿った推進方策について」から抜粋した。

**資料 2-(1)-① 「地域支援事業実施要綱」＜認知症初期集中支援推進事業の目的に係る記載部分の抜粋＞**

別記 3 包括的支援事業（社会保障充実分）

3 認知症総合支援事業（法第 115 条の 45 第 2 項第 6 号）

(1) 認知症初期集中支援推進事業

ア 目的

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られるために、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」（以下「支援チーム」という。）を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的とする。

（以下略）

**資料 2-(1)-② 「地域支援事業実施要綱」＜支援チームの実施体制に係る記載部分の抜粋＞**

(ア) 実施体制

a 支援チームの配置と役割

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を含む病院・診療所等に配置することとし、認知症に係る専門的な知識・技能を有する医師の指導の下、複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人（以下「訪問支援対象者」という。）及びその家族を訪問、観察・評価、家族支援等の初期の支援を包括的、集中的に行い、自立生活のサポートを行うものとする。また、地域包括支援センター職員や市町村保健師、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、認知症サポート医、認知症に係る専門的な知識・技能を有する医師、認知症疾患医療センター職員、介護事業者との連携を常に意識し、情報が共有できる仕組みを確保すること。

b 認知症初期集中支援チーム員の構成

認知症初期集中支援チーム員（以下「チーム員」という。）は、以下の①を満たす専門職2名以上、②を満たす専門医（(ウ)b④において単に「専門医」という。）1名の計3名以上の専門職にて編成する。

① 以下の要件をすべて満たす者2名以上とする。

- ・ 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、精神保健福祉士、介護支援専門員又はこれらに準じる者であり、かつ、認知症の医療や介護における専門的知識及び経験を有すると市町村が認めたもの
- ・ 認知症ケアや在宅ケアの実務・相談業務等に3年以上携わった経験がある者

また、チーム員は国が別途定める「認知症初期集中支援チーム員研修」を受講し、必要な知識・技能を修得するものとする。

ただし、やむを得ない場合には、国が定める研修を受講したチーム員が受講内容を共有することを条件として、同研修を受講していないチーム員の事業参加も可能とする。

② 日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は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のいずれかに該当し、かつ認知症サポート医である医師1名とする。

ただし、上記医師の確保が困難な場合には、当分の間、以下の医師も認めることとする。

- ・ 日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は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であって、今後5年間で認知症サポート医研修を受講する予定のあるもの
- ・ 認知症サポート医であって、認知症疾患の診断・治療に5年以上従事した経験を有するもの（認知症疾患医療センター等の専門医と連携を図っている場合に限る。）

c チーム員の役割

bの①を満たす専門職は、目的を果たすために訪問支援対象者の認知症の包括的観察・評価に

基づく初期集中支援を行うために訪問活動等を行う。

bの②を満たす専門医は、他のチーム員をバックアップし、認知症に関して専門的見識から指導・助言等を行う。また、必要に応じてチーム員とともに訪問し相談に応需する。

なお、訪問する場合のチーム員数は、初回の観察・評価の訪問は原則として医療系職員と介護系職員それぞれ1名以上の計2名以上で訪問することとする。また、観察・評価票の記入は、チーム員である保健師又は看護師の行うことが望ましいが、チーム員でない地域包括支援センター、認知症疾患医療センター等の保健師又は看護師が訪問した上で行っても差し支えない。

d 認知症初期集中支援チーム検討委員会の設置等  
(以下略)

(注) 下線は当省が付した。

### 資料 2-(1)-③ 「新オレンジプラン」〈支援チームに係る記載部分の抜粋〉

#### 第 2. 具体的な施策

1. (略)

2. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

##### 【基本的考え方】

2025（平成37）年を目指して、早期診断・早期対応を軸とする循環型の仕組みを構築することで、本人主体の医療・介護等を基本に据えて医療・介護等が有機的に連携し、発症予防⇒発症初期⇒急性増悪時⇒中期⇒人生の最終段階という認知症の容態の変化に応じて適時・適切に切れ目なく、そのときの容態にもっともふさわしい場所で提供される仕組みを実現する。

(1)～(2) (略)

(3) 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)

- 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が構築されるよう、認知症初期集中支援チームの設置を推進する。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き、認知症専門医の指導の下、複数の専門職が認知症が疑われる人又は認知症の人やその家族を訪問し、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・集中的に行い、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、自立生活のサポートを行う。

##### 【認知症初期集中支援チームの設置市町村数】（目標引上げ）

2014（平成26）年度見込み 41市町村

⇒ 2018（平成30）年度～ すべての市町村で実施

- \* 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号。以下「医療介護総合確保推進法」という。）を踏まえ、新たに目標を設定。

(以下略)

(注) 下線は当省が付した。

**資料 2-(1)-④ 「地域支援事業実施要綱」＜訪問支援対象者に係る記載部分の抜粋＞**

(イ) 訪問支援対象者

訪問支援対象者は、原則として、40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で以下のa、bのいずれかの基準に該当する者とする。なお、訪問支援対象者の選定の際には、bに偏らないよう留意すること。

- a 医療サービス、介護サービスを受けていない者、または中断している者で以下のいずれかに該当する者
  - ① 認知症疾患の臨床診断を受けていない者
  - ② 継続的な医療サービスを受けていない者
  - ③ 適切な介護サービスに結び付いていない者
  - ④ 介護サービスが中断している者
- b 医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している者

(注) 下線は当省が付した。

**資料 2-(1)-⑤ 「地域支援事業実施要綱」＜認知症初期集中支援の実施に係る記載部分の抜粋＞**

(ウ) 事業の実施内容

以下のaからcについていずれも実施するものとする。なお、cについては市町村が自ら実施すること。

- a 支援チームに関する普及啓発  
(略)
- b 認知症初期集中支援の実施
  - ① 訪問支援対象者の把握  
訪問支援対象者の把握については、支援チームが必ず地域包括支援センター及び認知症疾患医療センター経由で訪問支援対象者に関する情報を入手できるように配慮すること。チーム員が直接訪問支援対象者に関する情報を知り得た場合においても、地域包括支援センター及び認知症疾患医療センターと情報共有を図ること。
  - ② 情報収集及び観察・評価  
本人のほか家族等のあらかじめ協力の得られる人が同席できるよう調整を行い、本人の現病歴、既往歴、生活情報等に加え家族の状況等を情報収集すること。  
また、信頼性・妥当性の検証がされた観察・評価票を用いて、認知症の包括的観察・評価を行うこと。
  - ③ 初回訪問時の支援  
初回訪問時に、認知症の包括的観察・評価、基本的な認知症に関する正しい情報の提供、専門的医療機関への受診や介護保険サービスの利用の効果に関する説明及び訪問支援対象者やその家族の心理的サポートや助言等を行う。(おおむね2時間以内)
  - ④ 専門医を含めたチーム員会議の開催  
初回訪問後、訪問支援対象者毎に、観察・評価内容を総合的に確認し、支援方針、支援内容、支援頻度等を検討するため、専門医も含めたチーム員会議を行う。必要に応じて、訪問支援対象者のかかりつけ医、介護支援専門員、市町村関係課職員等の参加も依頼する。
  - ⑤ 初期集中支援の実施  
医療機関への受診が必要な場合の訪問支援対象者への動機付けや継続的な医療サービスの利用に至るまでの支援、介護サービスの利用等の勧奨・誘導、認知症の重症度に応じた助言、身体を整えるケア、生活環境等の改善等の支援を行う。(訪問支援対象者が医療サービスや介護サービスによる安定的な支援に移行するまでの間とし、概ね最長で6か月)
  - ⑥ 引き継ぎ後のモニタリング  
初期集中支援の終了をチーム員会議で判断した場合、認知症疾患医療センター、地域包括支援センターの職員や担当介護支援専門員等と同行訪問を行う等の方法で円滑に引き継ぎを行うこと。



また、チーム員会議において、引き継ぎの2か月後に、サービスの利用状況等を評価し、必要性を判断の上、随時モニタリングを行うこと。

なお、訪問支援対象者に関する情報、観察・評価結果、初期集中支援の内容等を記録した書類は5年間保管しておくこと。

⑦ 支援実施中の情報の共有について

訪問支援対象者の情報を地域包括支援センター等の関係機関が把握した場合には、認知症初期集中支援チーム及び認知症疾患医療センターに情報を提供する等して情報共有を図り、事業実施すること。

c 認知症初期集中支援チーム検討委員会の設置  
(略)

(注) 下線は当省が付した。

資料 2-(1)-⑥ 「地域支援事業実施要綱」<地域包括支援センターの総合相談支援業務に係る記載部分の抜粋>

別記 2 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）

1 包括的支援事業（地域包括支援センターの運営）の内容

(1) (略)

(2) 総合相談支援業務（法第 115 条の 45 第 2 項第 1 号）

ア 目的

総合相談支援業務は、地域の高齢者が住み慣れた地域で安心してその人らしい生活を継続していくことができるよう、地域における関係者のネットワークを構築するとともに、高齢者の心身の状況や生活の実態、必要な支援等を幅広く把握し、相談を受け、地域における適切な保健・医療・福祉サービス、機関又は制度の利用につなげる等の支援を行うことを目的とする。

イ 事業内容

(ア) 地域におけるネットワークの構築

地域包括支援センターは、支援を必要とする高齢者を見い出し、保健・医療・福祉サービスをはじめとする適切な支援へのつなぎ、継続的な見守りを行い、更なる問題の発生を防止するため、介護サービス事業者、医療機関、民生委員、高齢者の日常生活支援に関する活動に携わるボランティア等、地域における様々な関係者のネットワークの構築を図る。

(イ) 実態把握

(ア) で構築したネットワークを活用するほか、様々な社会資源との連携、高齢者世帯への個別訪問、同居していない家族や近隣住民からの情報収集等により、高齢者や家族の状況等についての実態把握を行うものとする。特に、地域から孤立している要介護（支援）者のいる世帯や介護を含めた重層的な課題を抱えている世帯等、支援が必要な世帯を把握し、当該世帯の高齢者や家族への支援につなげることができるように留意するものとする。

(ウ) 総合相談支援

① 初期段階の相談対応

本人、家族、近隣の住民、地域のネットワーク等を通じた様々な相談を受けて、的確な状況把握等を行い、専門的・継続的な関与又は緊急の対応の必要性を判断する。

適切な情報提供を行うことにより相談者自身が解決することができると判断した場合には、相談内容に則したサービス又は制度に関する情報提供、関係機関の紹介等を行う。

② 継続的・専門的な相談支援

①の対応により、専門的・継続的な関与又は緊急の対応が必要と判断した場合には、より詳細な情報収集を行い、個別の支援計画を策定する。

支援計画に基づき、適切なサービスや制度につなぐとともに、定期的に情報収集を行い、期待された効果の有無を確認する。

(エ) 家族を介護するものに対する相談支援の留意点

地域における高齢者の在宅生活を支えるに当たっては、介護を行う家族に対する支援も重要である。家族を介護する者が求めている支援としては、相談援助・支援、介護に関する情報や知識・技術の提供、家族介護者同士の支え合いの場の確保、家族介護者に関する周囲の理解の促進などがあり、地域包括支援センターにおいて、家族を介護する者に対する総合支援を実施する場合には、これらのニーズを踏まえ、育児と介護を同時期に担う方にも配慮しつつ、別記4の任意事業における家族介護支援事業と連携して支援を行う。

(注) 下線は当省が付した。

**資料 2-(1)-⑦ 「認知症初期集中支援チーム員研修テキスト」(平成 30 年度版) <抜粋>**

Ⅲ章 認知症初期集中支援チーム員の役割

1 認知症初期集中支援チーム活動の前提になるもの

(1) 定義

認知症初期集中支援チームの「初期」という言葉の意味は、①認知症の発症後のステージとしての病気の早期段階の意味だけでなく、②認知症の人への関わりの初期(ファーストタッチ)という意味を持つ。すなわち、対象となる認知症の人は初期とは限らず、中期であっても医療や介護との接触がこれまでなかった人も含まれる。

また、「集中的」の意味は概ね6ヶ月を目安に本格的な介護チームや医療につなげていくことを意味している。

活動開始時については②が中心となるが、将来的に早期対応、早期支援機能が充実するなど、地域のケアパスが定着すれば①の対象者が中心となってくることが予想される。

**資料 2-(1)-⑧ 「認知症施策推進大綱」(令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定) <支援チームに係る記載部分の抜粋>**

第1. 基本的な考え方 (略)

第2. 具体的な施策

1. ~2. (略)

3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

【基本的考え方】

認知症医療・介護等に携わる者は、認知症の人を個性、想い、人生の歴史等を持つ主体として尊重し、できる限り各々の意思や価値観に共感し、できないことではなく、できることやできる可能性のあることに目を向けて、本人が有する力を最大限に活かしながら、地域社会の中で本人のなじみの暮らし方やなじみの関係が継続できるよう、伴走者として支援していくことが重要である。

このような本人主体の医療・介護の原則は、その提供に携わるすべての者が、認知症の人が置かれた環境の下で、認知症の種類や進行段階を十分理解し、容態の変化に応じた全ての期間を通じて共有すべき基本理念であることを改めて徹底し、医療・介護等の質の向上を図っていく。

また、一人暮らしの高齢者の増加に伴い、今後一人暮らしの認知症高齢者も増加することが予想される。一人暮らしの認知症高齢者においては、介護者や身元保証人の不在のために医療・ケアの提供が困難になること、消費者被害や孤独死の危険性など含めて多くの課題が指摘されていることから、その実態を把握し、課題を整理し対応を検討するとともに、先進的な取組について事例を収集し横展開を図る。

認知機能低下のある人(軽度認知障害(MCI)含む。以下同じ。)や、認知症の人に対して、早期発見・早期対応が行えるよう、かかりつけ医、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センター等の更なる質の向上を図るとともに、これらの間の連携を強化する。その際、本人のなじみの人や地域の関係者等との連携も考慮しながら取組を進める。

医療・介護従事者の認知症対応力を向上するため研修を実施する。ICT化、作成文書の見直し

等による介護事業所における生産性の向上や「介護現場革新会議」の基本方針に基づく取組等により、介護現場の業務効率化や環境改善等を進め、介護人材の確保・定着を図る。

BPSDの対応ガイドラインを作成し周知するなどにより、BPSDの予防や適切な対応を推進する。

認知症の人及びその介護者となった家族等が集う認知症カフェ、家族教室や家族同士のピア活動等の取組を推進し、家族等の負担軽減を図る。

(1) 早期発見・早期対応、医療体制の整備

- 認知機能低下のある人や、認知症の人の早期発見・早期対応のためには、地域の関係機関間の日頃からの有機的な連携が必要である。そのため、地域包括支援センター、かかりつけ医等の地域機関は、関係機関間のネットワークの中で、認知症疾患医療センター等の専門機関と連携し、認知症の疑いがある人に早期に気付いて本人が安心して暮らしていけるよう適切に対応するとともに、認知症と診断された後の本人・家族等に対する支援につなげるよう努める。また、本人自身が早く気づき、早期対応できるように情報提供や支援を行う視点も重要である。各機関においては、以下の事項に取り組む。

(認知症初期集中支援チーム)

- 複数の専門職が、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、観察・評価を行った上で、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う認知症初期集中支援チームは、ほぼ全ての市町村に設置された。今後は、医療・介護サービスの利用を本人が希望しない等により社会から孤立している状態にある人への対応も含め、適切な医療・介護サービス等に速やかにつなぐ取組を強化するため、先進的な活動事例を収集し全国に横展開するとともに、それらをもとに、チームの質の評価や向上のための方策について検討する。

(以下略)

KPI / 目標

- 認知症初期集中支援チームの先進的な活動事例集作成
- 初期集中支援チームにおける訪問実人数全国で年間 40,000 件  
医療・介護サービスにつながった者の割合 65%

(注) 下線は当省が付した。

資料 2-(1)-⑨ 保険者機能強化推進交付金（市町村分）に係る評価指標の内容

指標	趣旨・考え方	留意点
支援チームは、推進員に支援事例について情報提供し、具体的な支援方法の検討を行う等、定期的に情報連携する体制を構築しているか。	・認知症支援に係る適切な体制を評価するもの	—
地区医師会等の医療関係団体と調整し、認知症のおそれがある人に対して、 <u>かかりつけ医と医療センター等専門医療機関との連携により、早期診断・早期対応に繋げる体制を構築しているか。</u>	・認知症支援に係る医療との連携の重要性に鑑み、医療関係者との連携を評価するもの	・支援チームの設置だけでは該当しない。 ・体制を構築するにあたり、地区医師会等の医療関係団体に協力依頼していること。ただし、都道府県と連携して協力依頼している場合も対象（都道府県が行っている事業との連携により実施している場合も対象） ・保険者として取り組んでいないものは該当しない。ただし、情報連携ツールなど他団体等が作成したが、市町村内での活用を団体と調整し、

指標	趣旨・考え方	留意点
		活用している場合など、関係団体と調整している場合は対象 ・体制の構築は具体的には例えば以下のものを想定 ・関係者間の連携ルールの策定・活用（情報連携ツールや認知症ケアパスの使用ルールの共有等） ・認知症に対応できるかかりつけ医や医療センターを把握しリストを公表 ・物忘れ相談会などの実施によるスクリーニング

(注) 「平成 30 年度における保険者機能強化推進交付金（市町村分）について」（平成 30 年 2 月 28 日付け厚生労働省老健局介護保険計画課事務連絡）の別紙「平成 30 年度保険者機能強化推進交付金（市町村分）に係る評価指標」に基づき、当省が作成した。なお、令和元年度の評価指標も同内容である。

## 資料 2-(2)-① 「医療センター実施要綱」〈医療センターの設置基準に係る記載部分の抜粋〉

### 3 設置基準

センターは、次のいずれかの（診療所については、(3)の）基準を満たすものとする。

#### (1) 基幹型

基幹型は、平日、週5日の稼働を原則とし、以下のとおりとするが、イに係る稼働についてはこの限りではない。

##### ア 専門医療機関としての要件

(ア) 専門医療相談が実施できる専門の部門（以下「医療相談室」という。）を配置し、専門医療相談窓口、専用電話等必要な設備を整備し、その態勢が確保されていること。

(イ) 人員配置について、以下のaからcを満たしていること。

a 専任の日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は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（具体的な業務経験については届出時に明記すること。）を有する医師が1名以上配置されていること。

b 専任の臨床心理技術者が1名以上配置されていること。

c 医療相談室に、精神保健福祉士又は保健師等が2名以上配置されていること。

なお、医療相談室は、院内における精神科及び一般身体科の連携の確保、専門医療施設との調整、地域包括支援センターとの連絡調整、専門医療に係る情報提供、退院時の調整など、個々の患者の専門医療相談を行う機能を持つものとする。

また、精神保健福祉士又は保健師等のうち1名は常勤専従で地域包括支援センターとの連絡調整業務を担当することとし、他の1名以上は専任で医療相談室の他の業務を担当することとする。

ただし、地域包括支援センターとの連絡調整業務に限り、精神保健福祉士又は保健師等を補助する専従の職員を配置することができるものとする。

(ウ) 検査体制について、以下を満たしていること。

a 鑑別診断に係る検査体制については、当該センターにおいて、血液検査、尿一般検査、心電図検査、神経心理検査が実施できる体制を確保するとともに、神経画像検査の体制として、コンピュータ断層撮影装置(CT)及び磁気共鳴画像装置(MRI)を有していること。

b 脳血流シンチグラフィ(SPECT)を活用できる体制（他の医療機関との連携体制（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）を含む。）が整備されていること。

(エ) 認知症疾患の周辺症状と身体合併症に対する急性期入院治療を行える一般病床と精神病床を有していること。

##### イ 身体合併症に対する救急医療機関としての要件

(ア) 身体合併症に対する救急・急性期医療に対応することが可能な体制が確保されていること。具体的には、救命救急センターを有するなど、身体合併症に係る三次救急医療又は二次救急医療について地域の中核としての機能を有すると都道府県知事又は指定都市市長が認めるものとする。

(イ) ア(ア)に定める医療相談室が中核となって、認知症患者に対する救急医療の支援、リエゾンチーム等による一般病床に入院する認知症高齢者への精神科的ケースワークの実施、院内における研修会の開催等を通じて、精神科と一般身体科との院内連携が確保されていること。

(ウ) 上記の体制が確保されていることを前提として、休日、夜間における身体合併症や徘徊、妄想等の重篤な行動・心理症状を有する救急・急性期患者に対応するため、空床（当該病院の実状に応じ精神病床、一般病床のいずれも可とする）を確保すること。

##### ウ 地域連携推進機関としての要件

(ア) 地域の連携体制強化のため、都道府県医師会・指定都市医師会・郡市医師会などの保健医療関係者、地域包括支援センターなど介護保険関係者、認知症医療に関する有識者等から組織された認知症疾患医療連携協議会（都道府県又は指定都市において、同様の機能を有する会議等を設置、運営している場合は、当該会議の活用で可）を組織し、地域の認知症に関する支援体制づくりに関する検討等を行うほか、地域への認知症医療に関する情報発信や、認知症に関する理解を促す普及啓発等を必要に応じて行うほか、地域住民からの

認知症に関する一般相談対応等を行うこと。

- (イ) 都道府県又は指定都市が実施する認知症サポート医養成研修や、かかりつけ医等に対する研修の実施状況等を踏まえつつ、こうした認知症医療従事者に対する研修や、地域包括支援センター職員等の関係機関、認知症患者の家族や地域住民等を対象とする研修を自ら行い、又は他の主体の実施する研修に協力するなど、地域における認知症の専門医療に係る研修に積極的に取り組んでいること。

(2) 地域型

地域型は、平日、週5日の稼働を原則とし、以下のとおりとする。

ア 専門医療機関としての要件

- (ア) 医療相談室を配置し、専門医療相談窓口、専用電話等必要な設備を整備し、その体制が確保されていること。

- (イ) 人員配置について、以下の a から c を満たしていること。

- a 専任の日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は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（具体的な業務経験については届出時に明記すること。）を有する医師が1名以上配置されていること。
- b 専任の臨床心理技術者が1名以上配置されていること。
- c 医療相談室に、精神保健福祉士又は保健師等が2名以上配置されていること。

なお、医療相談室は、専門医療施設との調整、地域包括支援センターとの連絡調整、専門医療に係る情報提供、退院時の調整など、個々の患者の専門医療相談を行う機能を持つものとする。

また、精神保健福祉士又は保健師等のうち1名は常勤専従で地域包括支援センターとの連絡調整業務を担当することとし、他の1名以上は専任で医療相談室の他の業務を担当することとする。

ただし、地域包括支援センターとの連絡調整業務に限り、精神保健福祉士又は保健師等を補助する専従の職員を配置することができるものとする。

- (ウ) 検査体制について、以下を満たしていること。

鑑別診断に係る検査体制については、当該センターにおいて、血液検査、尿一般検査、心電図検査、神経心理検査が実施できる体制を確保するとともに、神経画像検査の体制として、コンピュータ断層撮影装置(CT)及び磁気共鳴画像装置(MRI)を有していること。

ただし、磁気共鳴画像装置(MRI)を有していない場合は、それを活用できる体制（他の医療機関との連携体制（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）を含む。）が整備されていること。

なお、コンピュータ断層撮影装置(CT)については、原則として、同一法人かつ同一敷地内にあり、実質一体的な医療提供を行っている医療機関との連携体制が整備されている場合は、当該センターがコンピュータ断層撮影装置(CT)を有しているとみなすこととする。

また、上記に加え、脳血流シンチグラフィ(SPECT)を活用できる体制（他の医療機関との連携体制（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）を含む。）が整備されていること。

- (エ) 認知症疾患の周辺症状と身体合併症に対する急性期入院治療を行える一般病床と精神病床を有していること。

ただし、同一施設において、一般病床と精神病床の確保が困難な場合は、以下の a 又は b のいずれかを満たしていること。

- a 認知症疾患の周辺症状に対する急性期入院治療を行うことができる精神病床を有する病院であり、重篤な身体合併症に対して、入院医療等を行うことができる他の医療機関との連携体制がとれていること（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）。
- b 身体合併症に対する急性期入院治療を行うことができる一般病床を有する病院であり、認知症疾患の周辺症状に対する精神病床における入院医療等を行うことができる

他の医療機関との連携体制がとれていること（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）。

イ 地域連携推進機関としての要件

(1)ウと同様の要件を満たすこと。なお、基幹型との連携体制の確保により同様の機能を有する場合には、この限りではない。

(3) 連携型

連携型は、平日、週5日の稼働を原則とし、以下のとおりとする。

ア 専門医療機関としての要件

(ア) 専門医療相談が実施できる体制が確保されていること。

(イ) 人員配置について、以下の要件を満たしていること。

a 専任の日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は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（具体的な業務経験については届出時に明記すること。）を有する医師が1名以上配置されていること。

b 認知症の専門医療相談や神経心理検査等について一定程度の知識及び技術を修得している看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等が1名以上配置されていること。

(ウ) 検査体制について、以下の要件を満たしていること。

鑑別診断に係る検査体制については、当該センターにおいて、血液検査、尿一般検査、心電図検査、神経心理検査が実施できる体制を確保するとともに、神経画像検査の体制としてのコンピュータ断層撮影装置(CT)、磁気共鳴画像装置(MRI)及び脳血流シンチグラフィ(SPECT)を他の医療機関との連携体制（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）により活用できる体制が整備されていること。

(エ) 連携体制について、以下の要件を満たしていること。

認知症疾患の周辺症状と身体合併症に対する急性期入院治療を行える一般病院又は精神科病院との連携体制（具体的な連携体制については届出時に明記すること。）を確保していること。

イ 地域連携拠点としての要件

(1)ウと同様の要件を満たすこと。なお、基幹型又は地域型との連携体制の確保により同様の機能を有する場合には、この限りではない。

資料 2-(2)-② 医療センターの指定状況（令和 2 年 2 月現在）

都道府 県名	二次医 療圏数 (a)	医療セ ンター 設置医 療圏数 (b)	設置率 (b/a)	医療セ ンター 数
北海道	21	10	47.6	19
青森県	6	6	100	6
岩手県	9	5	55.6	5
宮城県	4	4	100	11
秋田県	8	8	100	9
山形県	4	4	100	5
福島県	6	6	100	10
茨城県	9	9	100	13
栃木県	6	6	100	10
群馬県	10	9	90.0	13
埼玉県	10	10	100	10
千葉県	9	9	100	11
東京都	13	12	92.3	52
神奈川県	9	9	100	12
新潟県	7	7	100	9
富山県	4	4	100	4
石川県	4	3	75.0	3
福井県	4	2	50.0	2
山梨県	4	4	100	4
長野県	10	7	70.0	7
岐阜県	5	5	100	8
静岡県	8	8	100	15
愛知県	11	10	90.9	12
三重県	4	4	100	9
滋賀県	7	6	85.7	8

都道府 県名	二次医 療圏数 (a)	医療セ ンター 設置医 療圏数 (b)	設置率 (b/a)	医療セ ンター 数
京都府	6	6	100	9
大阪府	8	8	100	14
兵庫県	8	8	100	24
奈良県	5	3	60.0	4
和歌山県	7	6	85.7	6
鳥取県	3	3	100	5
島根県	7	7	100	8
岡山県	5	5	100	9
広島県	7	7	100	9
山口県	8	8	100	8
徳島県	3	3	100	3
香川県	3	3	100	6
愛媛県	6	6	100	7
高知県	4	4	100	5
福岡県	13	13	100	17
佐賀県	5	4	80.0	4
長崎県	8	8	100	9
熊本県	10	10	100	12
大分県	6	6	100	8
宮崎県	7	5	71.4	5
鹿児島県	9	9	100	11
沖縄県	5	4	80.0	6
計	335	303	90.4	456

(注) 厚生労働省の資料による。

資料 2-(2)-③ 「医療センター実施要綱」＜医療センターの事業内容に係る記載部分の抜粋＞

<p>4 事業内容</p> <p>(1) 専門的医療機能</p> <p>ア 鑑別診断とそれに基づく初期対応</p> <p>(ア) 初期診断</p> <p>(イ) 鑑別診断</p> <p>(ウ) 治療方針の選定</p> <p>(エ) 入院先紹介</p> <p>イ 周辺症状と身体合併症への急性期対応</p> <p>(ア) 周辺症状・身体合併症の初期診断・治療（急性期入院医療を含む。）</p> <p>(イ) 周辺症状及び身体合併症の急性期入院医療を要する認知症疾患患者のための病床として、連携する医療機関の空床情報の把握（基幹型においては、空床の確保による休日、夜間の対応を含む。）</p> <p>ウ 専門医療相談</p> <p>(ア) 初診前医療相談</p>
---



<ul style="list-style-type: none"> <li>a 患者家族等の電話・面談照会</li> <li>b 医療機関等紹介</li> </ul> <p>(イ) 情報収集・提供</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a 保健所、福祉事務所等との連絡調整</li> <li>b 地域包括支援センターとの連絡調整</li> <li>c 認知症初期集中支援チームとの連絡調整</li> </ul> <p>(2) 地域連携拠点機能</p> <p>ア 認知症疾患医療連携協議会の設置及び運営 都道府県医師会・指定都市医師会・郡市医師会など地域の保健医療関係者、地域包括支援センター、認知症初期集中支援チームなどの介護保険関係者、認知症医療に関する有識者等から組織された協議会の設置及び運営</p> <p>イ 研修会の開催 地域の認知症医療従事者に対する研修や、地域包括支援センター職員等の関係機関、認知症患者の家族や地域住民等を対象とする研修の開催及び他の主体の実施する認知症医療に関する研修への協力等</p> <p>(3) 日常生活支援機能</p> <p>(1)及び(2)を実施するほか、認知症の人や家族が、診断後に円滑な日常生活を過ごせるよう、かかりつけ医等の医療機関や地域包括支援センター等地域の関係機関と連携の上、認知症疾患医療センターは必要に応じて、以下のような取組を行う。</p> <p>ア 診断後の認知症の人や家族に対する相談支援 診断後等、認知症の人や家族における、今後の生活や認知症に対する不安の軽減が図られるよう、社会福祉士、精神保健福祉士等の必要と認められる能力を有する専門的職員を認知症疾患医療センターに配置し、日常生活を円滑に送るための相談支援を実施</p> <p>イ 当事者等によるピア活動や交流会の開催 既に認知症と診断された当事者による、ピアカウンセリングなどのピアサポート活動の実施</p>
--

**資料 2-(2)-④ 「医療センター実施要綱」＜医療センターの都道府県の責務に係る記載部分の抜粋＞**

<p>5 都道府県の責務等</p> <p>(1) 連携体制の構築</p> <p>都道府県は指定都市がある場合は指定都市との連携体制を構築した上で、都道府県内の認知症疾患医療センターについて、都道府県医師会・指定都市医師会・郡市医師会などの保健医療関係者、地域包括支援センターなど介護保険関係者、認知症医療に関する有識者等から組織された「<u>都道府県認知症疾患医療連携協議会</u>」を設置し、各認知症疾患医療センターにおける<u>地域連携体制の支援を行うこと</u>。</p> <p>なお、既に同様の機能を有する会議等を設置、運営している場合は、その会議等を活用して差し支えない。</p>
---

(注) 下線は当省が付した。

**資料 2-(2)-⑤ 「医療センター実施要綱」＜医療センターの事業評価に係る記載部分の抜粋＞**

<p>5 都道府県の責務等</p> <p>(2) 事業評価の実施</p> <p>都道府県及び指定都市は、自ら指定した認知症疾患医療センターに対し、4の事業内容について、以下の点に着目し、事業評価を行うこと。</p> <p>(事業評価上の留意点)</p> <p>a 専門的医療機関としての機能</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 認知症原因疾患別の鑑別診断の実施</li> </ul>
--

- 治療方針の選定に関すること（投薬、他医療機関への紹介等を含む）
- 記録・データ管理等に関すること（介護保険主治医意見書への記載等を含む）
- 周辺症状と身体合併症の急性期対応に関すること（基幹型の場合は、空床確保及びその利用状況を含む）
- 専門医療相談の実施
  - ・ 相談方法（電話、面接、訪問別相談の実施等）
  - ・ 相談件数
  - ・ 相談応需マニュアルの整備等
- b 地域連携拠点としての機能
  - 認知症疾患医療連携協議会の運営状況
  - 研修会の開催状況

資料 2-(2)-⑥ 事業評価において都道府県等が設定している独自の評価シートの具体的な評価項目の例

別紙

認知症疾患医療センター運営事業評価シート（案）

<病院名: >

1 自己評価

○平成 27～29 年度の状況について、自己評価を行ってください。

評価は◎、○、△、×を記入することにより行うものとし、達成できていれば◎、概ね達成できていれば○、不十分な場合は△、達成できていない場合は×としてください。

大項目	中項目	小項目	評価区分 (◎・○・△・×)
a 専門的医療機関としての機能	1 認知症原因疾患別の鑑別診断の実施	認知症の原因となる疾患の診断ができているか	
		認知症以外の疾患との鑑別ができているか	
		鑑別診断の実施までの待機期間が長期間になっていないか	
	2 治療方針の選定に関する事	認知症確定診断者に対して認知症について十分に説明を行っているか	
		認知症確定診断者の家族に対して認知症について十分に説明を行っているか	
		治療方針を決定した後、安定期の医療ケアについて、適切にかかりつけ医に対応を依頼しているか	
		介護サービス等が必要な場合には、 <span style="background-color: black; color: black;">                    </span> センター等につなげているか	
	3 記録・データ管理等に関する事	記録・データ管理について、院内で決まりがあり、遵守しているか	
		個人情報の取り扱いについて法令等を遵守しているか	
	4 周辺症状と身体合併症の急性期対応に関する事	周辺症状に対する急性期治療を適切に行っているか、又は、他の対応可能な医療機関との連携が確保され、責任を持って対応できているか	
		身体合併症に対する急性期治療を適切に行っているか、又は、他の対応可能な医療機関との連携が確保され、責任を持って対応できているか	
		満床時など入院対応ができない場合に備えて、日頃から他の専門医療機関との連携に努めているか	
	5 専門医療相談の実施	専門医療相談が実施できる体制が確保され、電話、面談等により相談が適切に実施されているか	
		本人や家族等からの相談に対し、医療の提供が必要な場合には医療機関を、介護サービスや福祉サービスの提供が必要な場合には <span style="background-color: black; color: black;">                    </span> 課 <span style="background-color: black; color: black;">                    </span> 保健所、 <span style="background-color: black; color: black;">                    </span> 等を紹介しているか	
		平日の昼間に相談できない方にも対応するため、必要に応じて土曜日等にも相談窓口を開設しているか	
		相談応需マニュアルを整備しているか	
<span style="background-color: black; color: black;">                    </span> 課 <span style="background-color: black; color: black;">                    </span> 保健所、 <span style="background-color: black; color: black;">                    </span> 等との連絡調整が円滑に行われているか			

大項目	中項目	小項目	評価区分 (◎・○・△・×)
b 地域連携拠点としての機能	1 認知症疾患医療連携協議会の運営状況 ( 〇〇〇〇 懇談会への参画)	〇〇〇〇 懇談会に、適切な頻度で参画しているか	
		〇〇〇〇 懇談会へ参画することで、地域の認知症に関する支援体制づくりに関する検討等ができていますか	
	2 研修会の開催状況	かかりつけ医や看護職員等の医療関係者に対する研修を適切に実施しているか	
		医療関係者に対する研修の内容は、認知症対応力の向上や地域連携能力に優れた医療関係者の養成等、市域全体の認知症疾患医療の質の向上に資するものとなっているか	
		〇〇〇〇等の関係機関、認知症患者の家族や地域住民等を対象とする研修を開催しているか	
		他の主体の実施する認知症医療に関する研修へ協力しているか	
	3 普及啓発	認知症に関する最新情報や、認知症に関するイベントの情報等を積極的に収集・発信できているか	
		認知症に関する理解を促す普及啓発等を必要に応じて行っているか	
	4 社会資源との連携	〇〇〇〇センターやその他の医療機関との連携に努めているか	
		〇〇〇〇医師会が運営する「〇〇〇〇プロジェクト」との連携に努めているか	
		〇〇〇〇救急医療システムとの連携に努めているか	
		〇〇〇〇等の介護保険関係者との連携に努めているか	
〇〇〇〇課 〇〇〇〇保健所等の福祉関係者との連携に努めているか			
c その他	1 実績報告	実績報告を毎月期日までにできているか	
		実績報告を正確にできているか	
	2 事故発生時及び苦情への対応	事故発生時に迅速・適切な対応ができていますか	
		苦情に対し、適切に処理できていますか	

## 2 実施状況

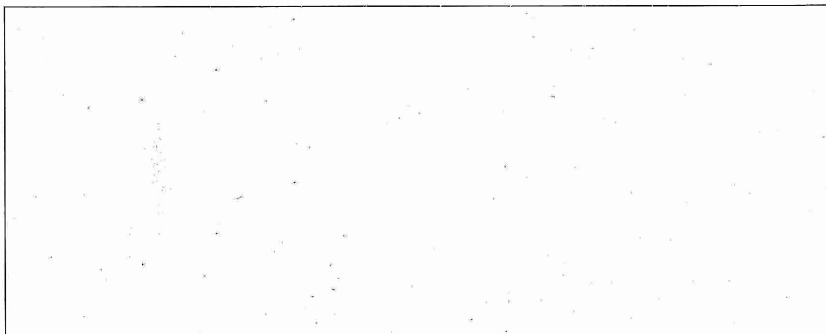
○以下の項目について、1の小項目の内容を踏まえ、実施状況をできるだけ具体的に記入してください。

また、記入内容に関する参考資料等があれば、提出時に適宜添付してください。

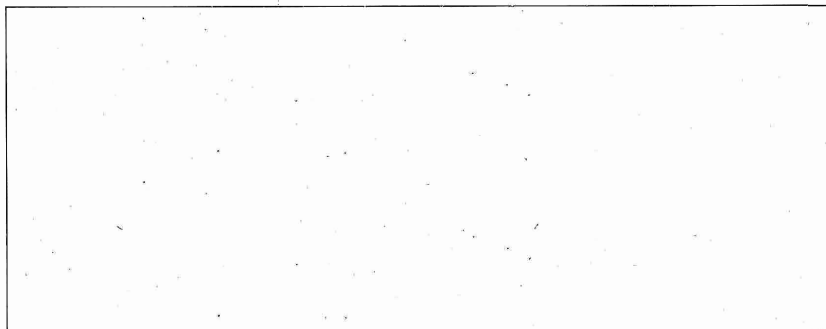
なお、別添資料により記入内容の代わりとしていただいても差し支えありません。

### a 専門的医療機関としての機能

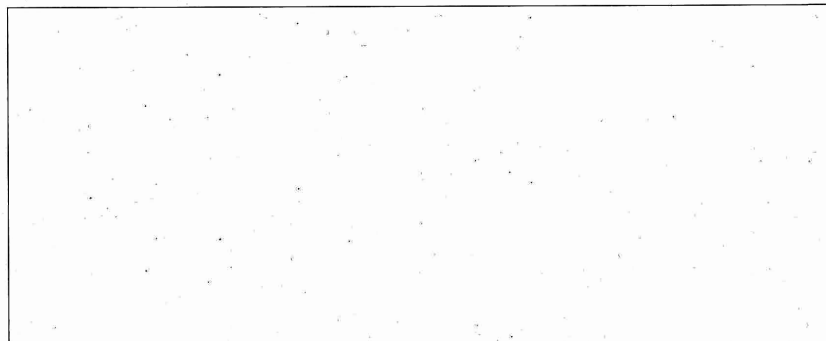
#### 1 認知症原因疾患別の鑑別診断の実施



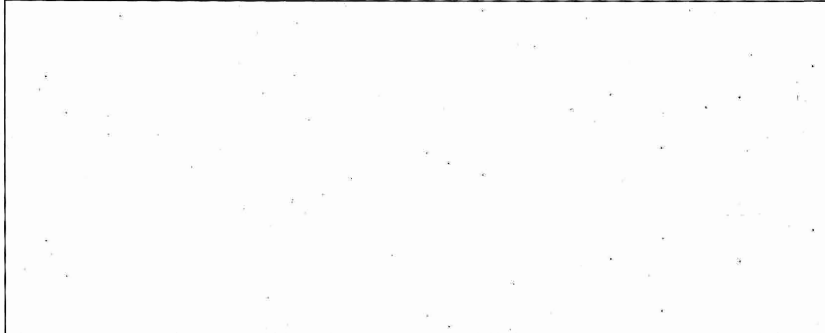
#### 2 治療方針の選定に関すること



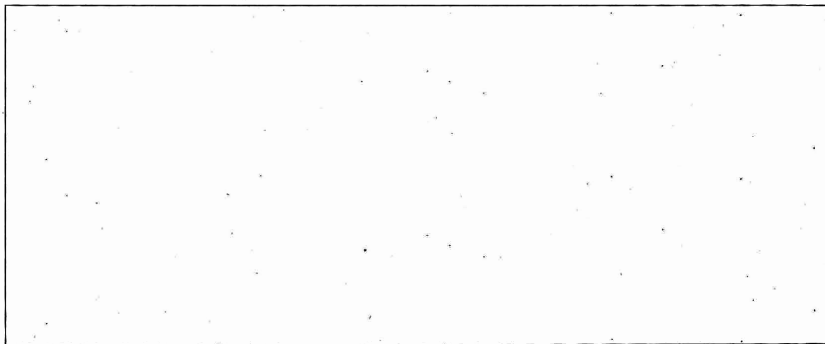
#### 3 記録・データ管理等に関すること



4 周辺症状と身体合併症の急性期対応に関すること

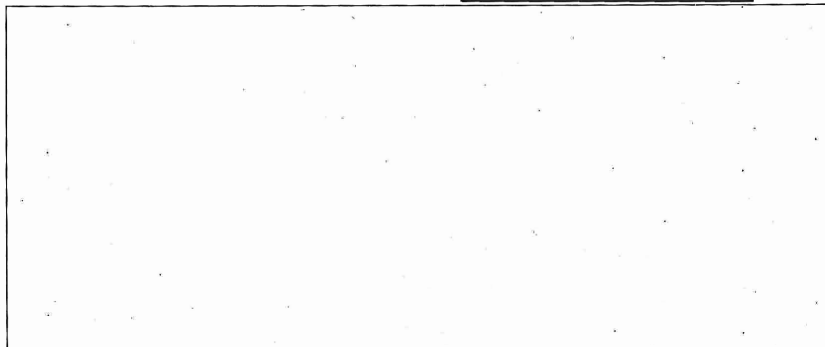


5 専門医療相談の実施



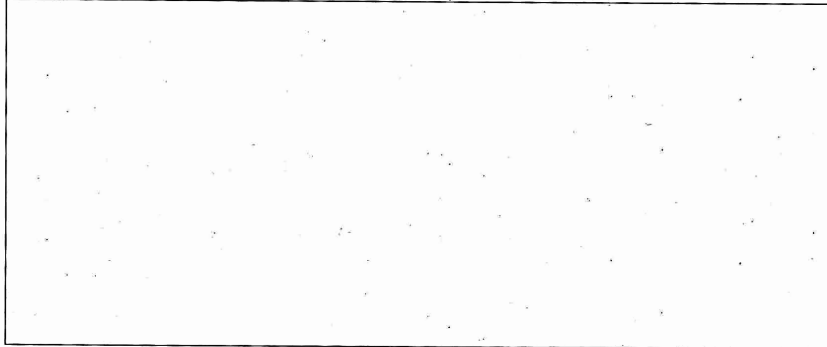
b 地域連携拠点としての機能

1 認知症疾患医療連携協議会の運営状況 (  懇談会への参画)

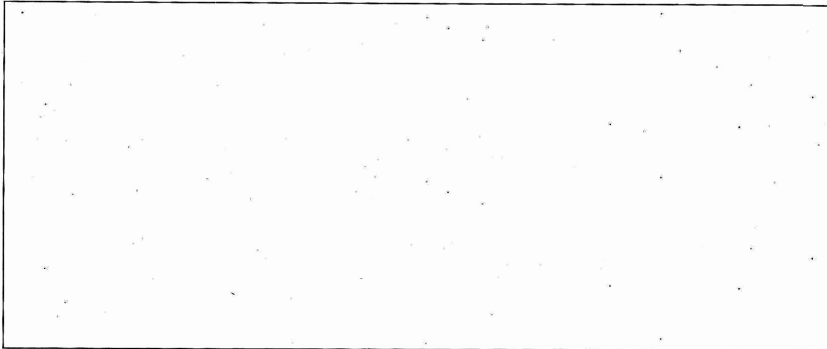


c その他

1 実績報告

A large rectangular box with a black border, completely empty, indicating that the performance report content has been redacted.

2 事故発生時及び苦情への対応

A large rectangular box with a black border, completely empty, indicating that the response to accidents and complaints content has been redacted.

(注) 都道府県等名が特定される部分については、黒塗りにしている。

資料 2-(2)-⑦ 「精神科救急医療体制整備事業実施要綱」＜医療体制の評価に係る記載部分等の抜粋＞

1 目的

精神科救急医療体制整備事業（以下「本事業」という。）は、緊急な医療を必要とする全ての精神障害者等が、迅速かつ適正な医療を受けられるように、都道府県又は指定都市（以下「都道府県等」という。）が、精神科救急医療体制を確保することを目的とする。

精神科救急医療体制については、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 26 年法律第 123 号。以下「法」という。）が一部改正され、精神保健指定医の精神科救急医療体制の確保に対する協力義務が規定されるとともに、都道府県に対しては精神科救急医療体制整備の努力義務が規定され、平成 24 年 4 月 1 日から施行されたところである。

そのため、都道府県等は、精神医療相談、精神科救急情報センター、搬送体制、精神科救急医療、身体合併症救急医療等を地域で確保できるように本事業を用いて整備を行うものとする。

なお、体制整備に当たっては、精神科救急医療体制連絡調整委員会等の意見を聴くこと等により、地域の実情に十分配慮するものとする。

2 事業の実施主体

本事業の実施主体は、都道府県等とする。ただし、事業の内容に応じて、その一部を都道府県等が適当と認める団体に委託できるものとする。

なお、管内に指定都市のある道府県においては、当該市と有機的連携をもって本事業の実施に努めるものとする。

3 事業の内容

本事業は、一般の救急医療体制の中で実施することを原則とするが、精神科医療施設の分布状況等を勘案し、地域の実情に応じて実施できることとし、概ね以下の内容を有する精神科救急医療体制を構築するものとする。

また、医療計画等における救急医療の確保に関する事業に係る医療連携体制として、一般の救急医療機関や精神科以外の診療科を有する医療機関との連携を図るものとする。

(1) 精神科救急医療体制連絡調整委員会等

精神科救急医療体制の円滑な運営を図るための精神科救急医療体制連絡調整委員会等を必ず設けること。この委員会等は、都道府県、指定都市、医師会、精神科病院協会、精神神経科診療所協会、消防機関、一般救急医療機関等の関係者によって構成されるものであり、委員会等は、医療計画等に基づく救急医療対策における関係機関による連絡会議等との間で、精神障害者等の移送の実施体制や身体科と精神科との連携体制の構築を含め、十分な連携及び調整を図るため、次の取組を通じて精神科救急医療圏域（以下「圏域」という。）毎の精神科救急医療体制の状況について事業の評価・検証を行い、圏域毎の実態に応じた精神疾患を有しながら身体合併症を有する患者（以下「身体合併症患者」という。）を含む精神科救急医療体制機能の整備を図るとともに、圏域毎の精神科救急医療体制について関係者間の相互理解を深めること。また、特定の医療機関に負担が集中しないように、例えば、夜間休日における精神科救急外来（初期救急医療）と精神科救急入院（第二次救急医療、第三次救急医療）を区分して受入体制を構築する等、地域の実情を踏まえて連携体制を検討すること。

ア 都道府県等精神科救急医療体制連絡調整委員会

都道府県等における各年度の精神科救急患者や身体合併症患者の状況、圏域の人口、地理的状況等を総合的に評価した上で圏域を設定するとともに、圏域毎において確保した精神科救急医療体制を総合的に評価することとし、圏域毎の救急医療提供体制の検討につなげること。

イ 圏域毎の精神科救急医療体制及び身体合併症患者の医療提供体制に係る検討部会

アで設定した圏域毎に、精神科救急医療に関する地域資源を把握するとともに、精神科病院協会及び都道府県等内における身体合併症患者に関する地域資源や夜間・休日の対応を行っている精神科を標榜する診療所を十分把握し、より効果的かつ効率的な連携体制について検討し、運用ルール等の策定や地域の課題抽出を行うこと。



ウ 精神科救急医療体制研修事業

関係機関（警察、消防、一般救急等）の実務者等に対して、本委員会等で検討し取り決めた精神科救急医療体制の運用上のルール周知徹底を図ること。

また、個別事例の検討やグループワーク等を通じて地域の精神科救急医療体制の実情を関係者間で共有し相互理解を深めること。

(2)～(6) (省略)

4 報告

都道府県等により指定された精神科救急医療施設等は、月単位で都道府県等に別紙様式 1 により報告することとする。また、都道府県等は、報告内容に基づき各医療機関の稼働状況を把握するとともに、別紙様式 2 及び 3 を用いて、精神科救急医療体制連絡調整委員会などに対して適宜提示すること。なお、各都道府県等は、翌年度 4 月末までに、都道府県等における精神科救急医療体制の年報を別紙様式 4～7 を用いて状況を厚生労働省に報告すること。



(都道府県等) 精神科救急医療体制整備事業施設月報 ( 年 月 )  
 医療施設名 ( )

救急当番日 (該当する日に ○を記載して ください。)	受診件数		受診者のうち入院した者 (通院中の患者か否かを問わず)																						
	合計 (夜間・ 休日の 昼間に 限る)	うち 夜間	うち 休日 の 昼間	合計 (夜間・ 休日の 昼間に 限る)	うち 夜間 入院 件数	(入 院 形 式)						うち 休日 の 昼間 入院 件数	(入 院 形 式)												
						うち 緊急 措置 入院	うち 措置 入院	うち 応急 入院	うち 医療 保護	うち 任意 入院	うち その他		うち 緊急 措置 入院	うち 措置 入院	うち 応急 入院	うち 医療 保護	うち 任意 入院	うち その他							
1日																									
2日																									
3日																									
4日																									
5日																									
6日																									
7日																									
8日																									
9日																									
10日																									
11日																									
12日																									
13日																									
14日																									
15日																									
16日																									
17日																									
18日																									
19日																									
20日																									
21日																									
22日																									
23日																									
24日																									
25日																									
26日																									
27日																									
28日																									
29日																									
30日																									
31日																									
合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

\* 夜間・休日の昼間に本事業を利用したケースに限定して集計して下さい。

\* 当番日以外にも本事業を支援したケースがあれば、該当欄に件数を記入して下さい。

\* 外来対応施設については、受診件数のみ記載してください。

\* 毎月 ( ex. 第2週末 ) までに、前月分のデータを FAX ( )、  
 もしくはファイルを添付した電子メール ( ) にて、 ( 都道府県等の担当課 ) へ提出願います。

(都道府県等) 精神科救急医療体制整備事業施設月報 ( 年 月 )

医療施設名 ( )

※様式 1-1 で集計されたケースのうち、既に同院で通院加療中であったケースに限定して集計して下さい。

救急当番日 (該当する日に ○を記載して ください。)	受診件数		受診者のうち入院した者 (通院中の患者のみ)																	
	合計 (夜間・ 休日の 昼間に 限る)	うち 夜間 の 休日 の 昼間	合計 (夜間・ 休日の 昼間に 限る)	(入 院 形 式)							うち 休日 の 昼間 入院 件数	(入 院 形 式)								
				うち 夜間 入院 件数	うち 緊急 措置	うち 措置 入院	うち 応急 入院	うち 医療 保護	うち 任意 入院	うち その他		うち 緊急 措置	うち 措置 入院	うち 応急 入院	うち 医療 保護	うち 任意 入院	うち その他			
1日																				
2日																				
3日																				
4日																				
5日																				
6日																				
7日																				
8日																				
9日																				
10日																				
11日																				
12日																				
13日																				
14日																				
15日																				
16日																				
17日																				
18日																				
19日																				
20日																				
21日																				
22日																				
23日																				
24日																				
25日																				
26日																				
27日																				
28日																				
29日																				
30日																				
31日																				
合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

\* 夜間・休日の昼間に本事業を利用したケースに限定して集計して下さい。

\* 当番日以外にも本事業を支援したケースがあれば、該当欄に件数を記入して下さい。

\* 外来対応施設については、受診件数のみ記載してください。

\* 毎月 ( ex. 第 2 週末 ) までに、前月分のデータを FAX ( )、  
もしくはファイルを添付した電子メール ( ) にて、( 都道府県等の担当課 ) へ提出願いま  
す。

(都道府県等) 精神科救急医療体制整備事業圏域別月報 ( 年 月 )

圏域(地区)名		受診件数		受診者のうち入院した者(通院中の患者か否かを問わず)															
病院名	当番日数 (当番日の合計)	合計 (夜間・休日の 昼間に限る)	うち 夜間	うち 休日の昼間	合計 (夜間・休日の 昼間に限る)	入院形式							入院形式						
						うち 夜間 入院 件数	うち 緊急 措置	うち 措置 入院	うち 応急 入院	うち 医療 保護	うち 任意 入院	うち その他	うち 休日の 昼間 入院 件数	うち 緊急 措置	うち 措置 入院	うち 応急 入院	うち 医療 保護	うち 任意 入院	うち その他
<輸番型>																			
1	〇〇病院																		
2																			
	小計																		
<常時対応型>																			
3	〇〇病院																		
4																			
	小計																		
<身体合併症対応>																			
5	〇〇病院																		
	小計																		
<輸番+身体合併症>																			
6	〇〇病院																		
	小計																		
<常時+身体合併症>																			
7	〇〇病院																		
	小計																		
	合計																		

- \* 別紙様式 1-1 の施設月報 (圏域内の精神科救急医療施設からの月報) を集計した圏域別の月報です。
- \* 精神科救急医療圏域の圏域数分をコピー (もしくはエクセル上でワークシートをコピーして増設) のうえ、1 圏域 1 シートで記入してください。
- \* 常時救急を受け入れる常時対応施設の場合、当番日数 (他の病院との重複もあります。) は当月の全日数を記入して下さい。  
(当番日以外にも本事業を支援したケースがあれば、当番日数、受診件数等に含める。)
- \* 施設の類型ごと (精神科救急医療施設 (輸番型、常時対応型)、外来対応施設、身体合併症対応施設、地域搬送受入対応施設等) に分けて記入してください。同一病院において、複数の類型を指定している場合は、その類型により記載してください。(例: 精神科救急医療施設の輸番型であり、身体合併症対応施設でもある場合→「輸番+身体合併症」等。)
- \* 圏域内の精神科救急医療施設数が10を超える場合は、本紙をコピー (もしくはエクセル上に行を追加) して記入願います。
- \* 夜間・休日の昼間に本事業を利用したケースに限定して集計して下さい。

(都道府県等) 精神科救急医療体制整備事業圏域別月報 ( 年 月 )

※様式 2-1 で集計されたケースのうち、既に同院で通院加療中であったケースに限定して集計して下さい。

圏域(地区)名		受診件数		受診者のうち入院した者(通院中の患者のみ)															
病院名	当番日数 (当番日の合計)	合計 (夜間・休日の 昼間に限る)	うち 夜間	うち 休日の昼間	合計 (夜間・休日の 昼間に限る)	入院形式							入院形式						
						うち 夜間 入院 件数	うち 緊急 措置	うち 措置 入院	うち 応急 入院	うち 医療 保護	うち 任意 入院	うち その他	うち 休日の 昼間 入院 件数	うち 緊急 措置	うち 措置 入院	うち 応急 入院	うち 医療 保護	うち 任意 入院	うち その他
<輸番型>																			
1	〇〇病院																		
2																			
	小計																		
<常時対応型>																			
3	〇〇病院																		
4																			
	小計																		
<身体合併症対応>																			
5	〇〇病院																		
	小計																		
<輸番+身体合併症>																			
6	〇〇病院																		
	小計																		
<常時+身体合併症>																			
7	〇〇病院																		
	小計																		
	合計																		

- \* 別紙様式 1-2 の施設月報 (圏域内の精神科救急医療施設からの月報) を集計した圏域別の月報です。
- \* 精神科救急医療圏域の圏域数分をコピー (もしくはエクセル上でワークシートをコピーして増設) のうえ、1 圏域 1 シートで記入してください。
- \* 常時救急を受け入れる常時対応施設の場合、当番日数 (他の病院との重複もあります。) は当月の全日数を記入して下さい。  
(当番日以外にも本事業を支援したケースがあれば、当番日数、受診件数等に含める。)
- \* 施設の類型ごと (精神科救急医療施設 (輸番型、常時対応型)、外来対応施設、身体合併症対応施設、地域搬送受入対応施設等) に分けて記入してください。同一病院において、複数の類型を指定している場合は、その類型により記載してください。(例: 精神科救急医療施設の輸番型であり、身体合併症対応施設でもある場合→「輸番+身体合併症」等。)
- \* 圏域内の精神科救急医療施設数が10を超える場合は、本紙をコピー (もしくはエクセル上に行を追加) して記入願います。
- \* 夜間・休日の昼間に本事業を利用したケースに限定して集計して下さい。

※様式 3-1 で集計されたケースのうち、既に同院で通院加療中であったケースに限定して集計して下さい。

圏域名	受診件数		受診者のうち入院した者（通院中の患者のみ）																					
	合計 (夜間・休日 の昼間に限 る)	うち 夜間	合計 (夜間・休日 の昼間に限 る)	うち 夜間 入院 件数	入院形式						うち 休日の 昼間 入院 件数	入院形式												
					うち 緊急 措置	うち 措置 入院	うち 応急 入院	うち 医療 保護	うち 任意 入院	うち その他		うち 緊急 措置	うち 措置 入院	うち 応急 入院	うち 医療 保護	うち 任意 入院	うち その他							
<輪番型>																								
〇〇〇圏域																								
〇〇〇圏域																								
小計																								
<常時対応型>																								
〇〇〇圏域																								
〇〇〇圏域																								
小計																								
<身体合併対応>																								
〇〇〇圏域																								
〇〇〇圏域																								
小計																								
合計																								

\*別紙様式 2-2 の圏域別月報を集計した都道府県等全域の月報です。

\*圏域数が10を超える場合は、本紙をコピー（ないしエクセル上に行を追加）して記入願います。

\*夜間・休日の昼間に本事業を利用したケースに限定して集計して下さい。

(以下省略)

(注) 下線は当省が付した。

## 資料 2-(2)-⑧ 「難病特別対策推進事業実施要綱」 &lt;医療体制の評価に係る記載部分等の抜粋&gt;

## 第 1 目的

難病特別対策推進事業は、難病の患者に対する難病の医療提供体制の確保を図るとともに、在宅療養支援、難病指定医等の研修及び指定難病審査会の運営等を行うことにより、難病の患者に対する良質かつ適切な医療の確保を図るとともに、難病の患者及びその家族（以下「患者等」という。）が地域で安心して暮らすことができるよう環境を整えることを目的とする。

## 第 2 難病医療提供体制整備事業等

## 1 難病医療提供体制整備事業

## (1) 概要

(略)

## (2) 実施主体

実施主体は、都道府県とする。

## (3) 実施方法

## ア 難病の医療提供体制の構築

都道府県における難病の医療提供体制の構築については、以下の役割分担のもとに行うものとする。

## ① 都道府県の役割

## (ア) 難病医療連絡協議会の設置

都道府県は、地域の実状に応じた難病の医療提供体制の検討・協議・評価等を行うため、管内の中核となる医療機関（難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院及び難病医療協力病院（以下「拠点病院等」という。））保健所、関係市区町村等の関係者によって構成される難病医療連絡協議会を設置するものとする。なお、既に地域

において同様の組織がある場合には、これを活用して差し支えない。

(イ) 情報収集・調整

難病医療連絡協議会における検討に資するため、患者動向や医療資源・連携等の必要な情報の収集・整理及び関係機関との調整を行う。

(ウ) 拠点病院等の指定

難病医療連絡協議会における検討を踏まえ、拠点病院等を指定する。

(エ) 周知・広報・報告

都道府県における難病の医療提供体制について、管内の医療機関等の関係機関及び患者等への周知・広報を行うとともに、難病医療支援ネットワークを通じて、全国の都道府県と共有する。

(オ) 進捗状況・実態の把握・報告

難病医療連絡協議会における進捗の評価や、体制の更新等の検討に資するよう、定期的に難病の医療提供に係る連携状況等について、実態把握等の調査を行う。また、別に定める方法により難病医療支援ネットワークへ進捗状況の報告を行う。

② 難病医療連絡協議会の役割

(ア) 検討・協議

手引き「第3 難病の医療提供体制における各医療機能と連携の在り方（モデルケース）」を参考に、患者動向や医療資源その他の地域の実情を踏まえ、都道府県における拠点病院等や難病の医療提供体制の在り方を検討するとともに、連携の手順・その具体的方策等について関係者間で協議する。必要に応じ、連携を円滑に進めるための具体的な調整・周知等のための実務者による連絡会議を開催する。

(イ) 進捗状況の評価

難病医療連絡協議会は、定期的に連携状況等の難病の医療提供体制について評価を行い、必要に応じ見直し等の検討を行う。

イ 難病の医療提供体制の推進

アにより構築された難病の医療提供体制を推進するため、拠点病院等はアに掲げる役割を担うものとし、それに従事する者として、イ及びウに掲げる難病診療連携コーディネーター及び難病診療カウンセラーを配置する。なお、難病診療連携コーディネーターと難病診療カウンセラーは兼任しても差し支えない。また、①の(エ)については、④に定めるところによることとする。

① 拠点病院等の役割

(ア) 都道府県の行う難病の医療提供に係る連携状況等に関する情報収集への協力  
(以下省略)

(注) 下線は当省が付した。

資料 2-(2)-⑨ 「平成 28 年度調査研究事業報告書」 <実績報告書の様式及び記入上の留意事項 (項目解説) の抜粋>

<実績報告書の様式 (専門的医療機能及び地域連携拠点機能部分抜粋) >

【専門的医療機関としての要件と機能】												
稼働日数	週	日	年間	日								
医師配置状況	日本老年精神医学会若しくは認知症学会の定める専門医										名	
	上記以外で、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										名	
医師以外の 人員配置	精神保健福祉士	専従	名	兼務	名							
	保健師	専従	名	兼務	名							
	臨床心理技術者	専従	名	兼務	名							
	連携推進補助員	専従	名	兼務	名							
	その他	(職種)		専従	名	兼務	名					
	(職種)		専従	名	兼務	名						
検査体制	血液検査	自施設		連携先		尿一般検査	自施設		連携先			
	心電図検査	自施設		連携先		神経心理検査	自施設		連携先			
	CT検査	自施設		連携先		MRI検査	自施設		連携先			
	SPECT検査	自施設		連携先								
保有機器	CT	台	MRI	台	SPECT	台						
相談件数 (注3)	電話	件	面接	件	訪問	件						
	その他	(方法)		件	(方法)		件					
鑑別診断件数(実数) * 過去1年間の新規 (注4、5)							全数	内、65歳未満				
1. 正常または健常							件	件				
2. 軽度認知障害(MCI)							件	件				
3. アルツハイマー型認知症(G30,F00)							件	件				
4. 血管性認知症(F01)							件	件				
5. レビー小体型認知症(G31,F02)							件	件				
6. 前頭側頭型認知症(行動障害型・言語障害型を含む G31,F02)							件	件				
7. 外傷性脳損傷による認知症(S06.2,F02)							件	件				
8. 物質・医薬品誘発性による認知症(アルコール関連障害による認知症を含む)							件	件				
9. HIV感染による認知症(B20,F02)							件	件				
10. プリオン病による認知症(A81,F02)							件	件				
11. パーキンソン病による認知症(G20,F02)							件	件				
12. ハンチントン病による認知症(G10,F02)							件	件				
13. 正常圧水頭症(G91)							件	件				
14. 他の医学的疾患による認知症(F02)							件	件				
15. 複数の病因による認知症(F02)							件	件				
16. 詳細不明の認知症(F03)(上記3~15に該当しないもの)							件	件				
17. 上記2~16以外の症状性を含む器質性精神障害							件	件				
18. 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害(F2)							件	件				
19. 気分(感情)障害(F3)							件	件				
20. てんかん(G47)							件	件				
21. 神経発達障害(知的発達障害を含む)(F7-F9)							件	件				
22. 上記のいずれにも含まれない精神疾患							件	件				
23. 上記のいずれにも含まれない神経疾患							件	件				
24. 上記のいずれにも含まれない疾患							件	件				
25. 診断保留							件	件				
							合計	0 件	0 件			
紹介・逆紹介(注6)	紹介	件	逆紹介	件								
初診までの待機日数(注7)												
診療報酬	認知症専門診断管理料1	算定の有無		算定件数(年間)		件						
	認知症専門診断管理料2	算定の有無		算定件数(年間)		件						
	認知症ケア加算1	算定の有無		算定件数(年間)		件						
	認知症ケア加算2	算定の有無		算定件数(年間)		件						

【地域連携推進機関としての要件と機能】

認知症疾患医療連携協議会の開催 (注12)	開催の形態		開催回数	年間	回	
研修会の開催 (注13)	医療従事者対象	開催の有無	開催回数	年間	回	
	(うちかかりつけ医対象)	開催の有無	開催回数	年間	回	
	地域包括支援センター職員等対象	開催の有無	開催回数	年間	回	
	家族・地域住民等対象	開催の有無	開催回数	年間	回	
地域への認知症医療に関する情報発信の取組の有無(注14)						
地域への認知症に関する理解を促す普及啓発の取組の有無(注15)						
他の主体の実施する研修会への協力・講師派遣の有無(注16)			実施回数	年間	回	
初期集中支援チームへの関与 (注17)	センター内にチームを設置(受託)		チーム員として参加		後方支援	

<実績報告書の記入上の留意事項(項目解説)>

(略)

【専門的医療機関としての要件と機能(抜粋)】

注3	相談件数	ここでの「相談」は診療報酬のないものをいい、延べ回数をカウントする。相談元は患者、家族、介護者、地域包括支援センター職員、かかりつけ医等の区別は問わない。	
		面接	院内他科からの相談、自院開催による認知症カフェ等も含めてよい。
		訪問	認知症初期集中支援や物忘れ相談会、他施設で行う認知症カフェ等、院外に出向いて実施した相談も含めてよい。
		その他	メールやFAXによる相談が想定される。
注4	鑑別診断件数	<ul style="list-style-type: none"> <li>・継続・更新予定センターは28年度実績、新規指定予定センターは29年度実施見込みを記入する(※)。</li> <li>・主たる病名を選択し、重複しないようにする。</li> </ul>	

(注) 下線は当省が付した。



資料 3-(1)-① 「地域支援事業実施要綱」＜認知症地域支援・ケア向上事業の目的部分の抜粋＞

別記 3 包括的支援事業（社会保障充実分）

3 認知症総合支援事業（法第 115 条の 45 第 2 項第 6 号）

(2) 認知症地域支援・ケア向上事業

ア 目的

認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、認知症の容態の変化に応じ、すべての期間を通じて、必要な医療、介護及び生活支援を行うサービスが有機的に連携したネットワークを形成し、認知症の人に対して効果的な支援が行われる体制を構築するとともに、地域の実情に応じて、認知症ケアの向上を図るための取組を推進することが重要である。

このため、市町村において認知症疾患医療センターを含む医療機関や介護サービス及び地域の支援機関の間の連携を図るための支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務、地域において「生きがい」をもった生活を送れるよう社会参加活動のための体制整備等を行う認知症地域支援推進員（以下「推進員」という。）を配置し、当該推進員を中心として、医療・介護等の連携強化等による、地域における支援体制の構築と認知症ケアの向上を図ることを目的とする。

イ～エ （略）

資料 3-(1)-② 「地域支援事業実施要綱」＜推進員の配置関係部分の抜粋＞

別記 3 包括的支援事業（社会保障充実分）

3 認知症総合支援事業（法第 115 条の 45 第 2 項第 6 号）

(2) 認知症地域支援・ケア向上事業

ア・イ （略）

ウ 事業内容

(ア) 実施体制

a 推進員の配置

推進員は、地域包括支援センター、市町村本庁、認知症疾患医療センター等に配置することとし、以下のいずれかの要件を満たす者を 1 人以上配置するものとする。

① 認知症の医療や介護における専門的知識及び経験を有する医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、精神保健福祉士又は介護支援専門員

② 上記①以外で認知症の介護や医療における専門的知識及び経験を有する者として市町村が認めた者（例：認知症介護指導者養成研修修了者等）

また、市町村は、必要に応じて都道府県と連携しながら、研修会や関係者によるネットワーク会議等の機会を通じて、推進員の活動を行う上で有すべき知識の確認と資質の向上に取り組むものとする。

b （略）

(イ) （略）

エ （略）

資料 3-(1)-③ 「地域支援事業実施要綱」＜推進員の業務関係部分の抜粋＞

別記 3 包括的支援事業（社会保障充実分）

3 認知症総合支援事業（法第 115 条の 45 第 2 項第 6 号）

(2) 認知症地域支援・ケア向上事業

ア・イ (略)

ウ 事業内容

(ア) (略)

(イ) 推進員の業務内容

以下のa及びbを実施するとともに、地域の実情に応じて、cも実施するものとする。

a 認知症の人に対し、状態に応じた適切なサービスが提供されるよう、地域包括支援センター、認知症疾患医療センターを含む医療機関や、介護サービス事業者や認知症サポーター等地域において認知症の人を支援する関係者の連携を図るための取組

(具体例)

- ・ 認知症の人やその家族が状況に応じて必要な医療や介護等のサービスが受けられるような関係機関との連携体制を構築する。
- ・ 地元医師会や認知症サポート医、認知症疾患医療センターの専門医等とのネットワークを形成する。
- ・ 認知症ケアパス(状態に応じた適切な医療や介護サービス提供の流れ)の作成・普及における主導的役割を担う。
- ・ 推進員が配置されていない他の地域包括支援センターに対する認知症対応力向上のための支援を行う。

b 認知症地域支援推進員を中心に地域の実情に応じて、地域における認知症の人とその家族を支援する相談支援や支援体制を構築するための取組

(具体例)

- ・ 認知症の人やその家族等から相談があった際、その知識・経験を活かした相談支援を実施する。
- ・ 認知症の本人のニーズを地域で共有する取組の実施や、好事例の収集、方法論を研究する。
- ・ 「認知症初期集中支援推進事業」で設置する「認知症初期集中支援チーム」と連携を図る等により、状況に応じた必要なサービスが提供されるよう調整する。

c 以下の①から⑤までの事業実施に関する企画及び調整

① 病院・介護保険施設等で認知症対応力向上を図るための支援事業

病院や介護保険施設等の職員の認知症への理解を深め、対応力を高めるために、認知症疾患医療センター等の専門医等が処遇困難事例に対しては事例検討を行い個別支援を実施する。

② 地域密着型サービス事業所・介護保険施設等での在宅生活継続のための相談・支援事業

認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくために、認知症対応型共同生活介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、特別養護老人ホーム等が、相談員を配置し、当該事業所等が有する知識・経験・人材を活用し、在宅で生活する認知症の人やその家族に対して効果的な介護方法等の専門的な相談支援等を行う。

③ 認知症の人の家族に対する支援事業

市町村又は市町村が適当と認める者が、「認知症カフェ」等を開設することにより、認知症の人とその家族、地域住民、専門職が集い、認知症の人を支えるつながりを支援し、認知症の人の家族の介護負担の軽減等を図るため、

- ・ 認知症の人とその家族、地域住民、専門職がカフェ等の形態で集う取組（以下「認知症カフェ」という。）等の開催

- ・ 認知症カフェ等を通じて顔なじみになったボランティアが「認とも」として、認知症の人の居宅を訪問して一緒に過ごす取組の実施
- ・ 認知症の人の家族向けの介護教室の開催等を行う。
- ④ 認知症ケアに携わる多職種協働のための研修事業  
医療も介護も生活支援の一部であることを十分に意識し、医療と介護等が相互の役割・機能を理解しながら、統合的なケアにつなげていくため、認知症ケアにおける多職種協働の重要性等を修得する認知症多職種協働研修を実施する。
- ⑤ 認知症高齢者をはじめとする高齢者や若年性認知症の人の社会参加活動の体制整備事業  
認知症高齢者をはじめとする高齢者や若年性認知症の人が、地域において役割を担い、「生きがい」をもった生活を送れるよう、高齢者等の希望に応じ、これまでの経験や残された能力を活かして、農作業や商品の製造・販売、食堂の運営、その他の軽作業、地域活動等、社会参加活動を行うための体制を整備する。

エ (略)

**資料 3-(1)-④ 「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料」(平成 28 年 3 月 7 日)**  
**<推進員が実施する具体的な取組関係部分の抜粋>**

1. 地域支援事業(認知症総合支援事業)の推進について

- (1) 略
- (2) 認知症の人やその家族に対する支援体制の充実等について
  - ① 略
  - ② 略
  - ③ 推進員が実施する具体的な取組について

推進員の具体的な業務内容については、想定される役割の全てを推進員の業務として位置づけるものではなく、各市町村の認知症施策における課題への対応を前提として、社会資源の状況、人員、地域包括支援センター等との業務の棲み分けや配置形態を勘案の上、設定していくことが重要である。昨年5月に発出した「認知症地域支援推進員活動の手引き」では、各地域の推進員の活動内容の事例を紹介しており、各都道府県におかれては、管内市町村が手引きの取組を参考にしつつ、推進員と関係機関との役割を明確にするとともに、推進員の配置、役割、業務内容を関係機関に周知し、認知症高齢者やその家族に対して重層的な支援体制が構築されるよう助言されたい。

また、推進員が行う業務として、介護保険など公的なサービスだけでは対応できないようなものも含め、特に初期段階の認知症の人やその家族のニーズを把握し、これにきめ細かく対応していくことは特に重要なものである。そのためには、認知症カフェに限らず、広く認知症の人やその家族が集う場づくりを支援していくことが重要である。具体的には、例えば当事者が集い話し合いながら、地域の一員として主体的な活動を行っていくための場を設けることや、既存の認知症カフェに特定のテーマを話し合う機会を設けることなどが考えられる。推進員として、既存の社会資源やニーズを把握の上、個人情報の取扱に配慮しつつ地域包括支援センターと情報を共有しながら、このような場づくりを支援していただき、認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて具体的な悩みやニーズを捉えるための工夫を関係機関と協働の上、検討されたい。

(注) 下線は当省が付した。

### 資料 3-(2)-① 「新オレンジプラン」＜地域での見守り体制の整備関係部分の抜粋＞

#### 第 2. 具体的な施策

1. ～4. (略)

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

【基本的考え方】 (略)

(1)～(3) (略)

(4) 安全確保

(地域での見守り体制の整備)

- 全国どこの地域においても、認知症の人やその家族が安心して暮らすためには、地域によるさりげない見守り体制づくりが重要であることから、独居高齢者の安全確認や行方不明者の早期発見・保護に加えて、広域的な連携や地域ネットワークの構築を含め、地域での見守り体制を整備する。

また、行方不明となってしまった認知症高齢者等については、厚生労働省ホームページ上の特設サイトの活用等により、家族等が地方自治体に保護されている身元不明の認知症高齢者等の情報にアクセスできるようにしていく。

(以下略)

(注) 下線は当省が付した。

### 資料 3-(2)-② 「認知症施策推進大綱」(令和元年 6 月 18 日認知症施策推進関係閣僚会議決定) ＜地域支援体制の強化関係部分の抜粋＞

#### 第 1. 基本的な考え方 (略)

#### 第 2. 具体的な施策

1. ～3. (略)

4. 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

【基本的考え方】

認知症の人も含め、様々な生きづらさを抱えていても、一人ひとりが尊重され、その本人に合った形で社会参加が可能となる「地域共生社会」に向けた取組を進めることが重要である。認知症の人の多くが、認知症になることで、買い物や移動、趣味活動など地域の様々な場面で、外出や交流の機会を減らしている実態がある。このため、移動、消費、金融手続き、公共施設など、生活のあらゆる場面で、認知症になってからもできる限り住み慣れた地域で普通に暮らし続けていくための障壁を減らしていく「認知症バリアフリー」の取組を推進する。また、認知症に関する取組を実施している企業等に対する認証や表彰制度の創設を検討するとともに、認知症バリアフリーな商品・サービスの開発を促す。このほか、交通安全、地域支援の強化、成年後見制度の利用促進、消費者被害防止、虐待防止等の施策を推進する。なお、この際、官民あがての取組として、経済団体、産業団体、地方団体、専門職団体、関係学会と当事者組織等との協働による取組を促進するとともに、各地域における地域の实情に応じた「地域共生社会」に向けた産学官民連携の先進的な取組事例についても支援するための方策について検討する。

若年性認知症支援コーディネーターの充実等により、若年性認知症の人への支援や相談に的確に応じるようにするとともに、企業やハローワーク等と連携した就労継続の支援を行う。

介護保険法に基づく地域支援事業等の活用等により、認知症の人の社会参加活動を促進する。

(1) 「認知症バリアフリー」の推進

①～④ (略)

⑤ 地域支援体制の強化

- 認知症地域支援推進員等が中心となって地域資源をつなぎ、「認知症ケアパス」の作成・活用の促進、認知症カフェを活用した取組の実施、社会参加活動促進等を通じた地域支援体制の構築を行う。また、認知症サポーターによる認知症の人の見守り活動、居住支援協議会・居住支援法人(注2)、地域運営組織(注3)による高齢者等の見守りや生活支援に関する活動の支援等を通じて、地域の見守り体制の構築を支援する。

- 認知症の人が安全に外出できる地域の見守り体制づくりとともに、行方不明者になった際に、早期発見・保護ができるよう、既存の検索システムを把握し、広域検索時の連携体制を構築するとともに、検索ネットワークづくりやICTを活用した検索システムの普及を図る。  
行方不明者については、引き続き厚生労働省ホームページ上の特設サイトの活用により、家族等が地方自治体に保護されている身元不明の認知症高齢者等の情報にアクセスできるようにする。
- 地域共生社会の実現に向けて、地域共生に資する多様な地域活動の普及・促進を図るとともに、断らない相談支援、伴走型支援を行う包括的な支援体制等について検討する。
- 自治体による介護予防、日常生活支援の事例等をまとめた「これからの地域づくり戦略」の冊子を活用し、自治体との意見交換を行いつつ地域づくりを推進する。
- 緊急連絡先や必要な支援内容などが記載され、日常生活で困った際に、周囲の理解や支援を求めるためのヘルプカードを自治体に対し周知し、利用を促進する。
- 認知症サポーターの量的な拡大を図ることに加え、今後は養成するだけでなく、できる範囲で手助けを行うという活動の任意性は維持しつつ、ステップアップ講座を受講した認知症サポーター等が支援チームを作り、認知症の人やその家族の支援ニーズに合った具体的な支援につなげる仕組み（「チームオレンジ」）を地域ごとに構築する。

(以下略)

KPI／目標

- 全市町村で、本人・家族のニーズと認知症サポーターを中心とした支援を繋ぐ仕組み（チームオレンジなど）を整備

(注) 1 下線は当省が付した。

- 2 「居住支援協議会」とは、住宅セーフティネット法に基づき、地方公共団体、不動産関係団体、居住支援団体等が一堂に会し、高齢者の見守り等に関する情報交換等を行う協議会をいう。
- 3 「居住支援法人」とは、住宅セーフティネット法に基づき、住居確保や入居後の見守り等の居住支援を行う法人として、都道府県が指定するものをいう。
- 4 「地域運営組織」とは、地域住民が中心となって送迎、声掛け・見守り、買い物支援など地域課題解決に向けた取組を実践する組織をいう。

**資料3-(2)-③ 「地域支援事業実施要綱」<認知症高齢者見守り事業関係部分の抜粋>**

別記4 任意事業

1・2 (略)

3 事業内容

(1) 介護給付等費用適正化事業 (略)

(2) 家族介護支援事業

ア (略)

イ 認知症高齢者見守り事業

地域における認知症高齢者の見守り体制の構築を目的とした、認知症に関する広報・啓発活動、徘徊高齢者を早期発見できる仕組みの構築・運用、認知症高齢者に関する知識のあるボランティア等による見守りのための訪問等を行う。

(以下略)

(注) 下線は当省が付した。

**資料 3-(2)-④ 「地域支援事業実施要綱」＜認知症地域支援・ケア向上事業におけるボランティアが認知症高齢者の居宅を訪問する取組関係部分の抜粋＞**

別記 3 包括的支援事業（社会保障充実分） 1・2 （略） 3 認知症総合支援事業（法第 115 条の 45 第 2 項第 6 号） (1) 認知症初期集中支援推進事業 （略） (2) 認知症地域支援・ケア向上事業 ア・イ （略） ウ 事業内容 (ア) 実施体制 （略） (イ) 推進員の業務内容 a・b （略） c 以下の①から④までの <u>事業実施に関する企画及び調整</u> ①・② （略） ③ 認知症の人の家族に対する支援事業 市町村又は市町村が適当と認める者が、「認知症カフェ」等を開設することにより、認知症の人とその家族、地域住民、専門職が集い、認知症の人を支えるつながりを支援し、認知症の人の家族の介護負担の軽減等を図るため、 ・ 認知症の人とその家族、地域住民、専門職がカフェ等の形態で集う取組（以下「認知症カフェ」という。）等の開催 ・ <u>認知症カフェ等を通じて顔なじみになったボランティアが「認とも」として、認知症の人の居宅を訪問して一緒に過ごす取組の実施</u> ・ 認知症の人の家族向けの介護教室の開催等を行う。  (以下略)
--

(注) 下線は当省が付した。

**資料 3-(2)-⑤ 「地域支援事業実施要綱」＜介護予防・生活支援サービス事業関係部分の抜粋＞**

別記 1 総合事業 (1) 介護予防・生活支援サービス事業（法第 115 条の 45 第 1 項第 1 号に基づく事業） ア 総則 (ア) 目的 介護予防・生活支援サービス事業は、要支援者等に対して、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止及び地域における自立した日常生活の支援を実施することにより、一人ひとりの生きがいや自己実現のための取組を支援し、活動的で生きがいのある生活や人生を送ることができるよう支援することを目的として実施する。また、要支援者等の多様な生活支援のニーズに対して、旧介護予防訪問介護等により提供されていた専門的なサービスに加え住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とし、地域の支え合いの体制づくりを推進することを目的とする。 その目的を達成するため、事業の実施に際しては、法第 115 条の 45 第 1 項第 1 号ニに規定する第 1 号介護予防支援事業（以下「介護予防ケアマネジメント」という。）により、個々の要支援者等の心身の状況、その置かれている環境その他の状況（以下「心身の状況等」という。）に応じて、要支援者等の選択に基づき、適切な事業を包括的かつ効率的に実施するものとする。 介護予防・生活支援サービス事業については、介護サービス事業者、ボランティア、地縁組織、NPO法人、民生委員、シルバー人材センター等、地域における多様な主体を積極的に活用するとともに、公民館、自治会館、保健センター等、地域の多様な社会資源を積極的に活用しながら実施するものとする。 (イ) 介護予防・生活支援サービス事業の構成
--

介護予防・生活支援サービス事業は、法第 115 条の 45 第 1 項第 1 号イに規定する第 1 号訪問事業（以下「訪問型サービス」という。）、同号ロに規定する第 1 号通所事業（以下「通所型サービス」という。）、同号ハに規定する第 1 号生活支援事業（以下「その他生活支援サービス」という。）及び介護予防ケアマネジメントから構成される。

(ウ) 対象者

法第 115 条の 45 第 1 項第 1 号に規定する居宅要支援被保険者等（居宅要支援被保険者及び介護保険法施行規則第 140 条の 62 の 4 第 2 号の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準（平成 27 年厚生労働省告示第 197 号）に掲げる様式第 1（以下「基本チェックリスト」という。）の記入内容が同基準様式第 2 に掲げるいずれかの基準に該当した者（以下「事業対象者」という。）を対象に実施する。

(エ)～(ス) (略)

イ 各論

(ア) 訪問型サービス

主に①から⑤までのようなサービス類型が想定される。

① 旧介護予防訪問介護に相当するサービス（以下「訪問介護員等によるサービス」という。）

(a) 定義

以下の 3 つのサービスをいう。

- a 省令第 140 条の 63 の 6 第 1 号イに規定するサービス（旧介護予防訪問介護に相当するサービス）
- b 省令第 140 条の 63 の 6 第 1 号ロに規定するサービス（旧介護予防訪問介護における基準該当サービスに相当するサービス）
- c 省令第 140 条の 63 の 6 第 1 号ハに規定するサービス（旧介護予防訪問介護における離島等におけるサービスに相当するサービス）

(b) サービス内容

要支援者等の居宅において、介護予防を目的として、訪問介護員等により行われる入浴、排せつ、食事等の身体介護や生活援助を行うものである。また、短時間の身体介護といったサービス内容も含まれる。

(c)～(e) (略)

② 主に雇用されている労働者により提供される、旧介護予防訪問介護に係る基準よりも緩和した基準によるサービス（以下「訪問型サービス A」という。）

(a) 定義

省令第 140 条の 63 の 6 第 2 号に規定する基準又は市町村の定める基準に基づき、実施指針第 2 の 4(1)に規定する主に雇用されている労働者により提供される旧介護予防訪問介護に係る基準よりも緩和した基準によるサービス

(b) サービス内容

要支援者等の居宅において、介護予防を目的として、主に雇用される労働者（訪問介護員又は一定の研修受講者）が行う生活援助等のサービス。「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」（平成 12 年 3 月 17 日老計第 10 号）等旧介護予防訪問介護等のサービス内容の範囲内で、利用者の状態や地域の実情等に応じて柔軟にサービスを提供することが可能であり、サービスの具体例としては、以下のようものが考えられる。

(例)

- ・ 調理、掃除等やその一部介助
- ・ ゴミの分別やゴミ出し
- ・ 重い物の買い物代行や同行

(c)～(e) (略)

③ 有償・無償のボランティア等により提供される住民主体による支援（以下「訪問型サービス B」という。）

(a) 定義

市町村の定める基準に基づき、実施指針第2の4(1)に規定する有償・無償のボランティア等により提供される住民主体による支援

(b) 支援内容

要支援者等の居宅において、介護予防を目的として、主に住民ボランティア等、住民主体の自主活動として行う生活援助等の多様な支援。例えば以下のような支援等が考えられる。

(例)

- ・ 買い物代行、調理、ゴミ出し、電球の交換
- ・ 布団干し、階段の掃除

なお、訪問型サービスBの実施に当たっては、多様な高齢者の生活上の困りごとへの支援を柔軟に行うことが重要である。

また、住民相互による支え合いの支援を基本とする観点及び高齢者の社会参加を促進していく観点から、積極的に地域の高齢者自身が支援の担い手として参加できるような取組を行うことが望ましい。

(c)～(e) (略)

④ 保健・医療の専門職により提供される、3～6か月の短期間で行われるサービス（以下「訪問型サービスC」という。）

(a) 定義

市町村の定める基準に基づき、実施指針第2の4(1)に規定する保健・医療の専門職により提供される支援で、3～6か月の短期間で行われるサービス

(b) サービス内容

特に閉じこもり等の心身の状況のために通所による事業への参加が困難で、訪問による介護予防の取り組みが必要と認められる者を対象に、保健・医療専門職がその者の居宅を訪問して、その生活機能に関する問題を総合的に把握、評価し、社会参加を高めるために必要な相談・指導等を実施する短期集中予防サービスである。その際、サービス終了後も引き続き活動や参加が維持されるよう、地域の通いの場や通所型サービス等社会参加に資する取組に結びつくよう配慮すること。また、当該サービスは、効果的な取り組みができると判断される場合には、通所型サービスCと組み合わせて実施することができる。

なお、当該サービスにおける保健・医療専門職とは、保健師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士等である。

(c)～(f) (略)

⑤ 介護予防・生活支援サービス事業と一体的に行われる移動支援や移送前後の生活支援（以下「訪問型サービスD」という。）

(a) 定義

市町村の定める基準に基づき、実施指針第2の4(1)に規定する介護予防・生活支援サービス事業と一体的に行われる移動支援や移送前後の生活支援

(b) サービス内容

- a 通院等をする場合における送迎前後の付き添い支援
- b (イ)に定める通所型サービスや(2)に定める一般介護予防事業における送迎を別主体が実施する場合の送迎

(c)～(e) (略)

(イ) 通所型サービス (略)

(ウ) その他生活支援サービス

① 定義

法第115条の45第1号ハに規定するサービス。

② サービス内容

要支援者等の地域における自立した日常生活の支援のための事業であって、訪問型サービスや通所型サービスと一体的に行われる場合に効果があると認められるものとし、具体的には、以下のサービスとする。



- (a) 栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者に対する見守りとともに行う配食等
- (b) 定期的な安否確認及び緊急時の対応、住民ボランティア等が行う訪問による見守り
- (c) その他、訪問型サービス及び通所型サービスの一体的提供等地域における自立した日常生活の支援に資するサービスとして市町村が定める生活支援

③～⑤ (略)

(以下略)

(注) 下線は当省が付した。

### 資料 3-(2)-⑥ 「新オレンジプラン」＜認知症サポーター関係部分の抜粋＞

#### 第 2. 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

【基本的考え方】 (略)

(1) (略)

(2) 認知症サポーターの養成と活動の支援

- 認知症サポーターの養成システムは、我が国が世界に誇る普及・啓発の取組であり、引き続き、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の養成を進める。

【認知症サポーターの人数（累計）】（目標引上げ）

2016（平成 28）年度末実績 880 万人 ⇒ 2020（平成 32）年度末 1200 万人

\* 近年の養成動向を踏まえ、2020（平成 32）年度末の目標を 1200 万人に設定。

- また、今後は、認知症サポーターを量的に養成するだけでなく、あくまでもできる範囲で手助けを行うという活動の任意性は維持しつつ、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してもらえるようにすることに、これまで以上に重点を置く。

(以下略)

(注) 下線は当省が付した。