令和8年度
香川県薬剤師認知症対応力向上研修会

地域・生活における実践

香川県健康政策課

共生社会の実現を推進するための認知症基本法 概要

1.目的

認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進

⇒ 認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）の実現を推進

～共生社会の実現の推進という目的に向け、基本理念等に基づき認知症施策を国・地方が一体となって講じていく～

2.基本理念

認知症施策は、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、①～⑦を基本理念として行う。

① 全ての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができる。

② 国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めることができる。

③ 認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるものを除去することにより、全ての認知症の人が、社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができるとともに、自己に直接関係する事項に関して意見を表明する機会及び社会のあらゆる分野における活動に参画する機会の確保を通じてその個性と能力を十分に発揮することができる。

④ 認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供される。

⑤ 認知症の人のみならず家族等に対する支援により、認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができる。

⑥ 共生社会の実現に資する研究等を推進するとともに、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる社会環境の整備その他の事項に関する科学的知見に基づく研究等の成果を広く国民が享受できる環境を整備。

⑦ 教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の各関連分野における総合的な取組として行われる。

3.国・地方公共団体等の責務等

国・地方公共団体は、基本理念にのっとり、認知症施策を策定・実施する責務を有する。

国民は、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深め、共生社会の実現に寄与するよう努める。

政府は、認知症施策を実施するため必要な法制上又は財政上の措置その他の措置を講ずる。

※その他保健医療・福祉サービス提供者、生活基盤サービス提供事業者の責務を規定

4.認知症施策推進基本計画等

政府は、認知症施策推進基本計画を策定（認知症の人及び家族等により構成される関係者会議の意見を聴く。）

都道府県・市町村は、それぞれ都道府県計画・市町村計画を策定（認知症の人及び家族等の意見を聴く。）（努力義務）

認知症施策推進基本計画の概要

【位置付け】共生社会の実現を推進するための認知症基本法（令和５年法律第65号。以下「基本法」という。）に基づく国の認知症施策の基本計画。これに基づき、地方自治体は推進計画を策定（努力義務）。

前文／Ⅰ 認知症施策推進基本計画について／Ⅱ 基本的な方向性

- 基本法に明記された共生社会の実現を目指す。
- 認知症の人本人の声を尊重し、「新しい認知症観」※に基づき施策を推進する。
  ※①誰もが認知症になり得ることを前提に、国民一人一人が自分ごととして理解する。②個人としてできること･やりたいことがあり、住み慣れた地域で仲間と共に、希望を持って自分らしく暮らすことができる。

⇒ ①「新しい認知症観」に立つ、②自分ごととして考える、③認知症の人等の参画･対話、④多様な主体の連携･協働

Ⅲ 基本的施策

- 施策は、認知症の人の声を起点とし、認知症の人の視点に立って、認知症の人や家族等と共に推進する。

⇒ 以下の12項目を設定：①国民の理解、②バリアフリー、③社会参加、④意思決定支援・権利擁護、⑤保健医療･福祉、⑥相談体制、⑦研究、⑧予防、⑨調査、⑩多様な主体の連携、⑪地方公共団体への支援、⑫国際協力

Ⅳ 第１期基本計画中に達成すべき重点目標等

- 次の４つの重点目標に即した評価指標を設定：①「新しい認知症観」の理解、②認知症の人の意思の尊重、③認知症の人・家族等の地域での安心な暮らし、④新たな知見や技術の活用
- 評価指標は、重点目標に即して、プロセス指標、アウトプット指標、アウトカム指標を設定

Ⅴ 推進体制等

- 地方自治体において、地域の実情や特性に即した取組を創意工夫しながら実施
- 地方自治体の計画策定に際しての柔軟な運用（既存の介護保険事業計画等との一体的な策定など）
- ①行政職員が、認知症カフェ等様々な接点を通じて、認知症の人や家族等と出会い･対話する、②ピアサポート活動や本人ミーティング等の当事者活動を支援する、③認知症の人や家族等の意見を起点として、施策を立案、実施、評価する。

1　高齢化の状況（全国）

総人口	1億2,298万人
高齢者（65歳以上）数	3,619万人

高齢化率　総人口の29.4％

総務省「人口推計」令和8（2026）年6月1日現在

認知症には誰もがなり得る　-高齢化の状況-

＜市町別＞
65歳以上人口の割合

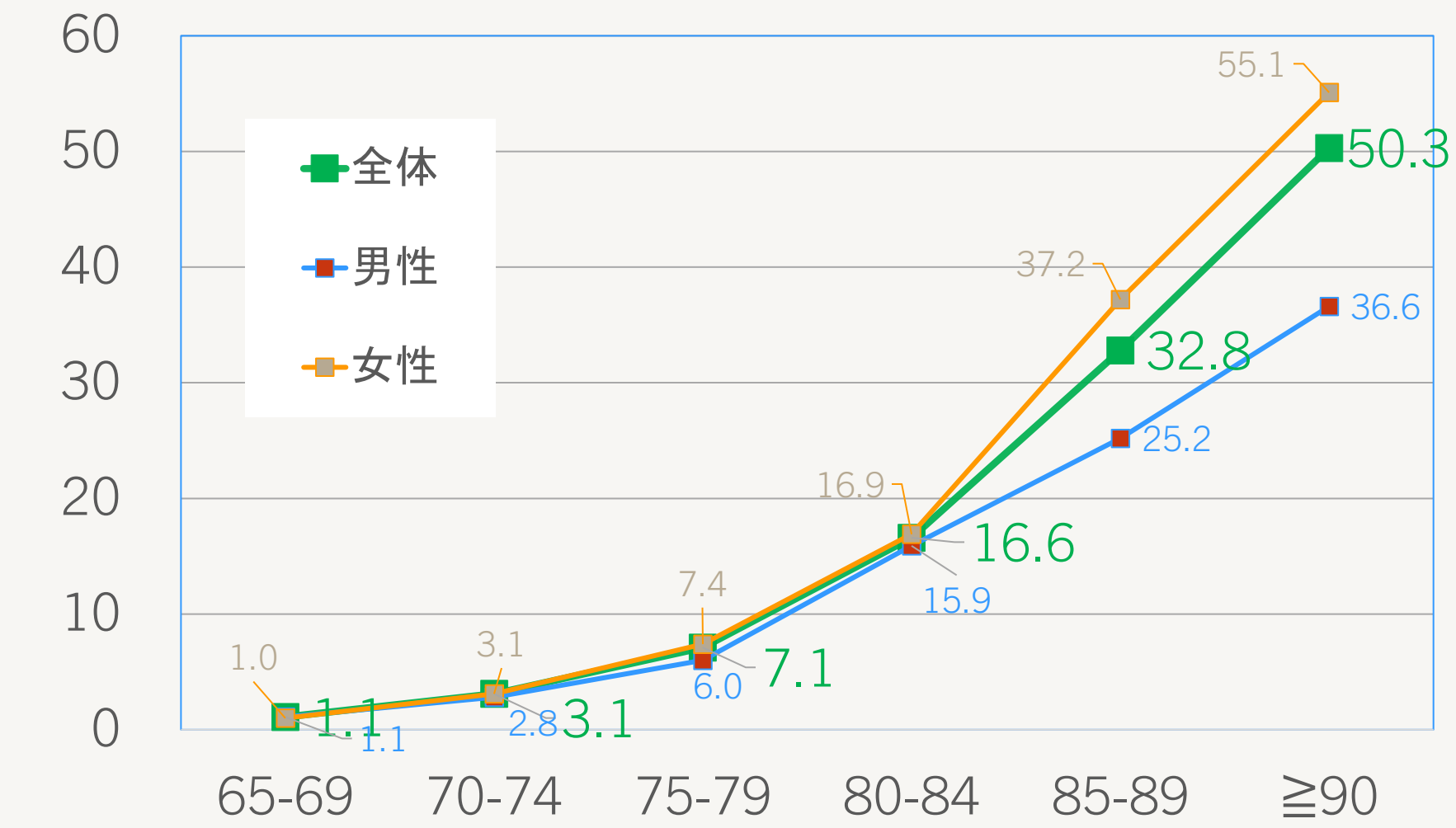
＜県全体＞32. 8%

宇多津町	22.8%
高松市	29.3%
丸亀市	29.8%
善通寺市	32.0%
直島町	32.9%
三木町	33.5%
多度津町	33.8%
観音寺市	35.2%
坂出市	36.7%
綾川町	37.9%
三豊市	38.5%
まんのう町	40.0%
さぬき市	40.3%
琴平町	42.7%
東かがわ市	45.0%
土庄町	45.9%
小豆島町	46.1%

R7.10.1現在（令和7年国勢調査　人口等基本集計）

Classified as Microsoft Confidential

認知症の年齢階級別有病率（2022－2023年調査）

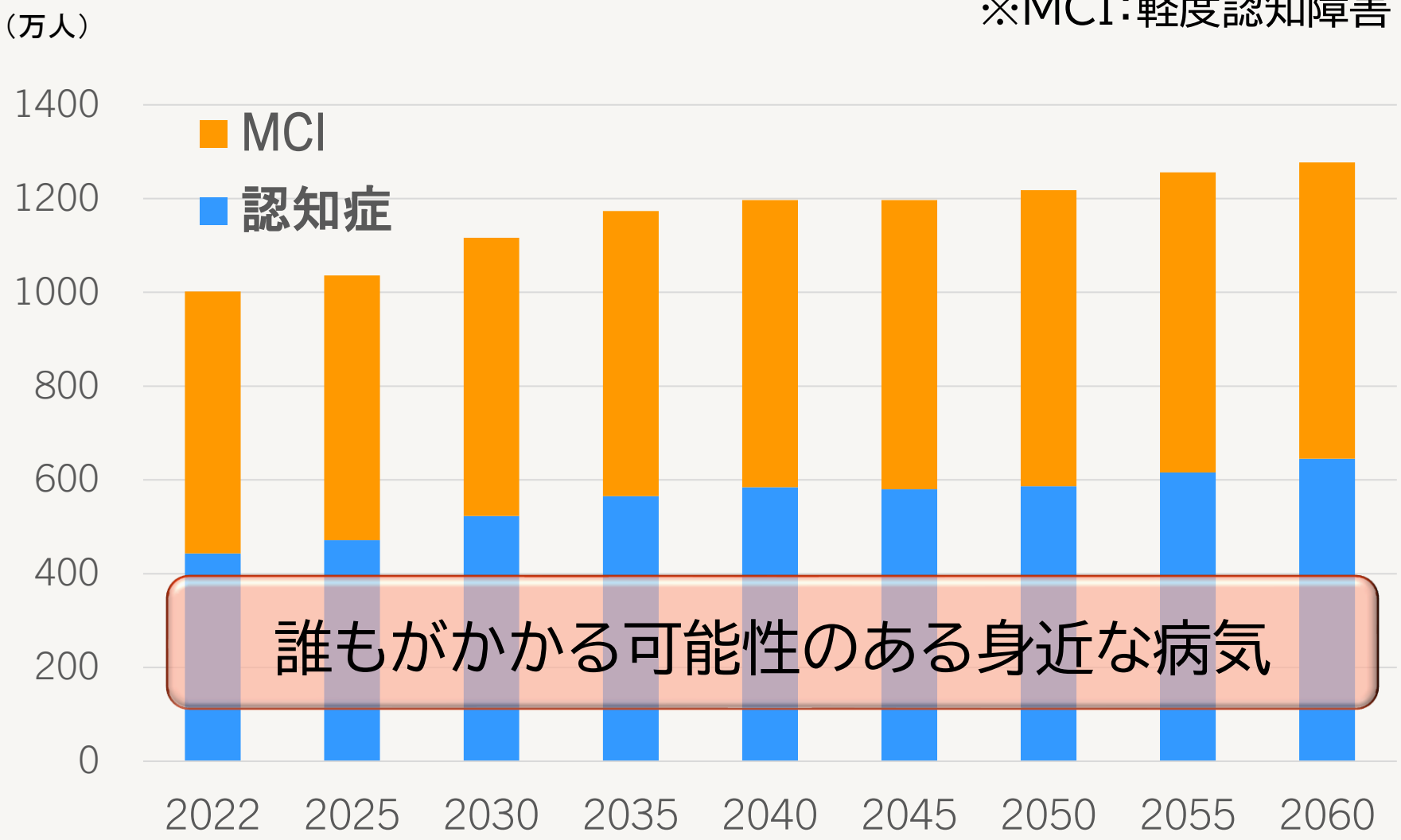


【出典】 認知症施策推進関係者会議における厚生労働省研究班資料（令和6年5月8日）

Classified as Microsoft Confidential

認知症およびMCIの患者数の将来推計

※MCI：軽度認知障害



誰もがかかる可能性のある身近な病気

【出典】 認知症施策推進関係者会議における厚生労働省研究班資料（令和6年5月8日）

Classified as Microsoft Confidential

認知症には誰もがなり得る

誰もが当事者！

自分や自分の大切な人が認知症になった時、
どんなまちであれば生きやすい？

ケアする側　と　ケアされる側　ではなく、
ともに地域で暮らす仲間として考えていくこと

認知症になってからの生き方、認知症への向き合い方が
大きく変化してきている

認知症になっても
住み慣れた地域で
自分にできることをして、
仲間とともにいきいきと暮らす

認知症になると
何もできなくなる、
周りには知られたくない、
地域では暮らせない

活力の維持
症状の進行を抑制

閉じこもりがち
症状の進行が加速

希望を持って
暮らす
認知症の本人の
声と姿

令和6年1月施行

共生社会の実現を推進するための

認知症基本法

本県の主な認知症施策

認知症疾患医療センターの設置・運営

「認知症疾患医療センター」

認知症の専門医療の提供と連携による地域の医療水準の向上を図るため、鑑別診断、専門医療相談、身体合併症対応、医療情報の提供を行うとともに、介護との連携や医療従事者への研修等を行う医療機関（県内６医療機関を指定）

保健医療圏域	設置数	指定病院
小豆	1	小豆島病院
東部	3	香川大学医学部附属病院、三光病院、いわき病院
西部	2	こころの医療センター五色台、西香川病院

認知症サポート医と もの忘れ相談医の養成

「認知症サポート医」

かかりつけ医への研修・助言をはじめ、認知症初期集中支援チームなど地域の認知症に係る地域医療体制の中核的な役割を担う医師

（令和８年３月３１日現在　113名（うち１名は、県外でサポート医研修を受講））

「もの忘れ相談医」

高齢者が慢性疾患などの治療のために受診する診療所等の主治医（かかりつけ医）で、認知症サポート医が講師となる研修を受講した者

（令和８年３月３１日現在　６３名※）

「認知症専門医療機関」

精神科・心療内科等を標榜する医療機関であって、専門的な認知症の診断や治療が可能な医療機関

（令和８年３月３１日現在　８１医療機関※）

※県のホームページに医療機関名、所在地等を掲載

認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員の養成

「認知症初期集中支援チーム」

各市町に設置され、認知症サポート医等が中心となり、看護師・社会福祉士等の複数の専門職で構成され、認知症の人や家族に早期に関わり、適切かつ集中的（概ね６ヶ月）に支援するもの

「地域支援推進員」

認知症の方やその家族の相談業務や、関係者の連携等の推進役（各市町に配置）

運転免許更新時における認知症の早期発見・早期対応

- 高齢者の運転免許更新時の認知機能検査等を活用して、認知症のおそれがある高齢者の早期発見、早期対応を図るため、令和元年５月、県、警察及び全市町にて、「認知症高齢者等の情報提供及び支援に関する協定」を締結

- 運転免許更新時の認知機能検査等で認知機能の低下が認められ、それを理由に免許の自主返納を行った者等に対し、運転免許センターに新たに配置した看護師等が面談を行い、同意を得た者の情報を各市町（地域包括支援センター）に提供

- 連絡を受けた市町（地域包括支援センター）は、訪問や相談等の支援を実施

認知症サポーターの養成

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**「認知症サポーター」**養成、養成講座の講師役である**「キャラバン・メイト」**を養成

小・中学校、福祉施設、商店・スーパー、銀行・郵便局、交通機関等でも、認知症サポーター養成講座を実施

令和８年３月末現在

	合計サポーター数 （キャラバン・メイト ＋ 認知症サポーター）
県内	147,898人
全国	16,081,332人

若年性認知症の人への支援

特　性

- 若年性認知症は、65歳未満で発症した認知症で、医学的には高齢者の認知症とは違いはない。
- 生計中心者が発症した場合、離職等に伴う収入減少による子どもの教育費、家のローン等への経済的影響が大きい。
- 親の介護と重なる場合、介護負担がさらに大きくなる。
- 主介護者が配偶者となることが多く、配偶者も仕事の継続が困難となる場合がある

県の取組み

- いわき病院（高松市）に**相談窓口**を設置し、若年性認知症の人や家族等相談、支援に関わる関係者ネットワークの調整を行う「若年性認知症支援コーディネーター」を１名配置

香川県若年性認知症支援相談窓口　（相談無料）　080-4719-5073
月～金 9：00～16:00　ご本人・ご家族、企業・行政機関等からの相談に応じます。

地域・生活における実践　編

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

到達目標：

- 認知症ケアの考え方とかかりつけ薬剤師の役割を理解する
- 認知症の人が医療・介護等の施策や制度を活用するために必要な情報やポイントを理解する

高齢者に対する適切な医療提供の指針
～認知症高齢者の医療とケアの基本～

〔地域実践1〕

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

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業），高齢者に対する適切な医療提供に関する研究（H22-長寿-指定-009）研究班，「高齢者に対する適切な医療提供の指針」を参照して作成

認知症の人の医療とケアの目標

〔地域実践2〕

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

認知症の人のケアとコミュニケーション

〔地域実践3〕

パーソンセンタードケア

- 認知症の人の“その人らしさ”を尊重し、その人の視点や立場に立って理解し、ケアを行おうとする基本的な認知症ケアの視点
- 認知症をもつ人の行動や状態を、疾患、性格傾向、生活背景、健康状態、心理、社会的背景など多角的な面から捉えて理解しようとする

バリデーション療法

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

ユマニチュード

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

認知症の介護者への注意点やアドバイス

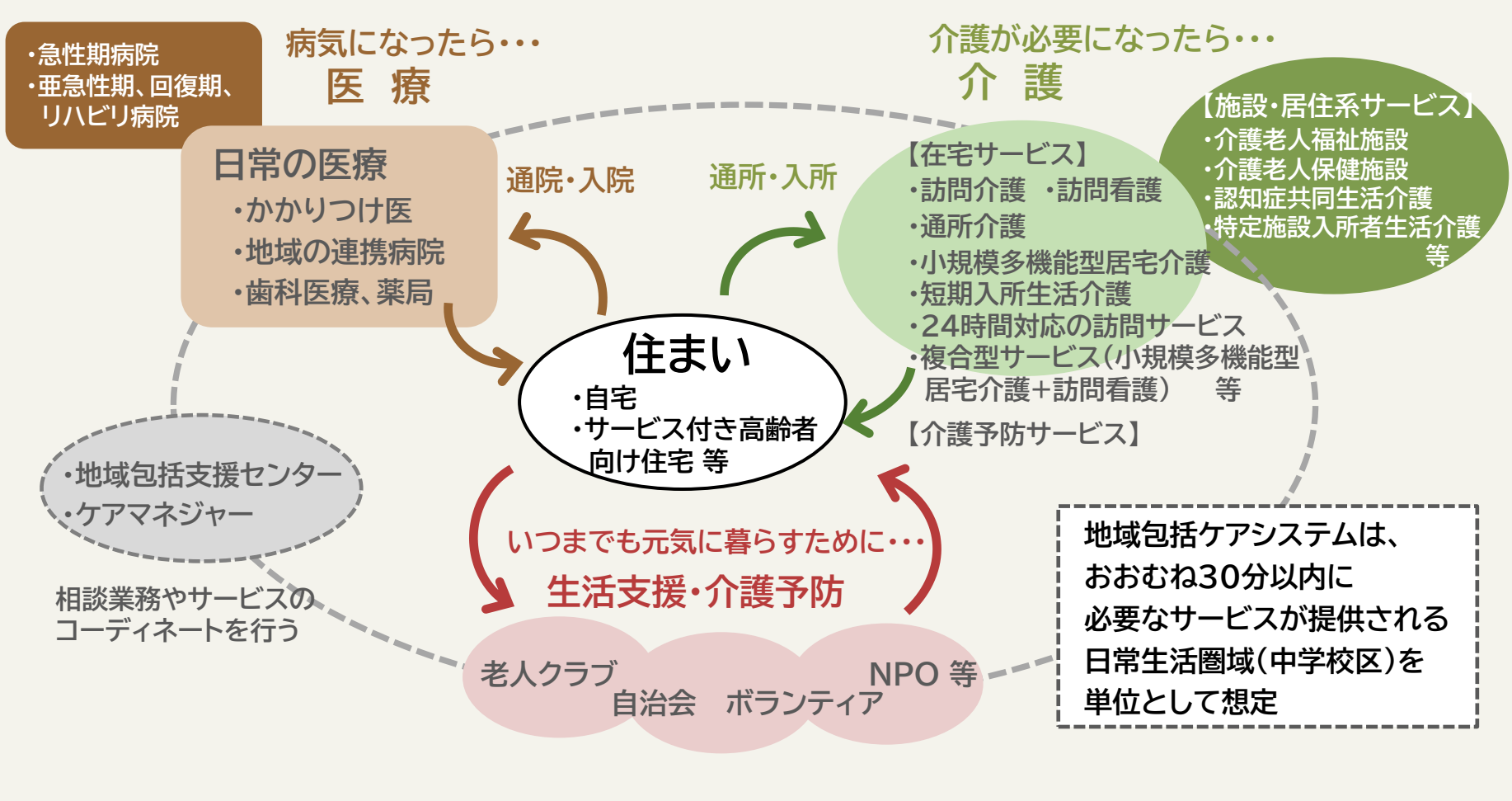
〔地域実践4〕

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

地域包括ケアシステム

〔地域実践5〕

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



香川県地域包括ケアシステム学会　概要

- **設立**：平成31年1月設立
- **目的**：地域包括ケアシステムに携わる方々が一堂に会する機会を設け、「顔が見える関係」を作り、情報交換・情報共有、意識向上を促進することにより、本県における地域包括ケアシステムの構築推進に寄与する。
- **学会長**：久米川 啓 氏（香川県医師会 会長）／ **事務局**：香川県医師会
- **参画**：県医師会を中心に、**県薬剤師会**、県歯科医師会、県看護協会、香川大学など、県内の医療・保健・福祉・介護に関する概ね全ての職能団体・大学等で構成。
- **これまでの主な活動実績**
- **令和３～４年度：介護予防多職種連携推進事業**

  ⇒ 通いの場等における多職種連携体制の検討、教材作成等
- **令和５年度：チームオレンジ設立支援事業**

  ⇒ 認知症サポーター等を活用した早期支援ネットワークの基盤づくり
- **令和６年度：認知症予防プログラム開発・実証事業**

  ⇒ 医療・介護多職種による認知症予防プログラムの開発と地域実証
- **令和７年度：認知症予防プログラム普及および認知症共生社会実現に向けた支援モデル検討業務**
- **県の関わり**
- 香川県（健康政策課・長寿社会対策課）として、設立・運営を支援するとともに、多職種連携の推進母体として事業を委託。

香川県地域包括ケアシステム学会　令和8年度活動

認知症予防プログラムとは、香川県医師会の地域包括ケアシステム学会の協力を得て、令和6年度に県独自で開発。座学・運動・知的活動を組み合わせることによる知識の習得に加え、運動や知的活動により参加者同士の交流が図られるなど、効果的な認知症予防に繋がる内容となっている。

- **認知症予防プログラム普及に係る専門職派遣**

※市町が実施する介護予防教室等に各分野の講師を派遣

派遣回数14市町　計69回（うち、薬剤師は14回）

- **認知症予防プログラム普及に係る人材育成研修**

「新しい認知症観」への理解を医療専門職間で共有するとともに、認知症予防プログラムをはじめ、香川県地域包括ケアシステム学会に委託して開発した認知症予防を目的とした教材を活用し、講師として地域で活躍する専門職を養成するための研修を実施。

開催日：令和８年８月30日(日)　13：30～16：40

参加者：75名　（うち、薬剤師18名）

認知症の人への支援体制
～医療・介護・地域の連携～

〔地域実践6〕

認知症の人やその家族の暮らしを支えるサービスは多方面にわたり展開

本人・家族

医　療

（適切な医療の提供）

○もの忘れ相談の実施

○かかりつけ医、認知症サポート医による適切な医療や介護サービスへのつなぎ

○認知症疾患医療センター等の専門医療機関による確定診断

○かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師における医療、気づきと連携　等

介　護

（専門的なケアやサービスの相談と提供）

○認知症予防のための地域支援事業

○本人の状態に合わせた介護サービス

・認知症対応型通所介護
・小規模多機能型居宅介護
・グループホーム　等

地　域

（本人の権利擁護や見守り、家族支援）

○認知症サポーター・民生委員等による見守り

○見守り、配食などの生活支援サービスや権利擁護などの地域支援事業の活用

○住民参加型在宅福祉サービス・認知症カフェ・通いの場等のインフォーマルな活動からの情報

○認知症の方やその家族に対する支援団体による電話相談や交流会の実施　等

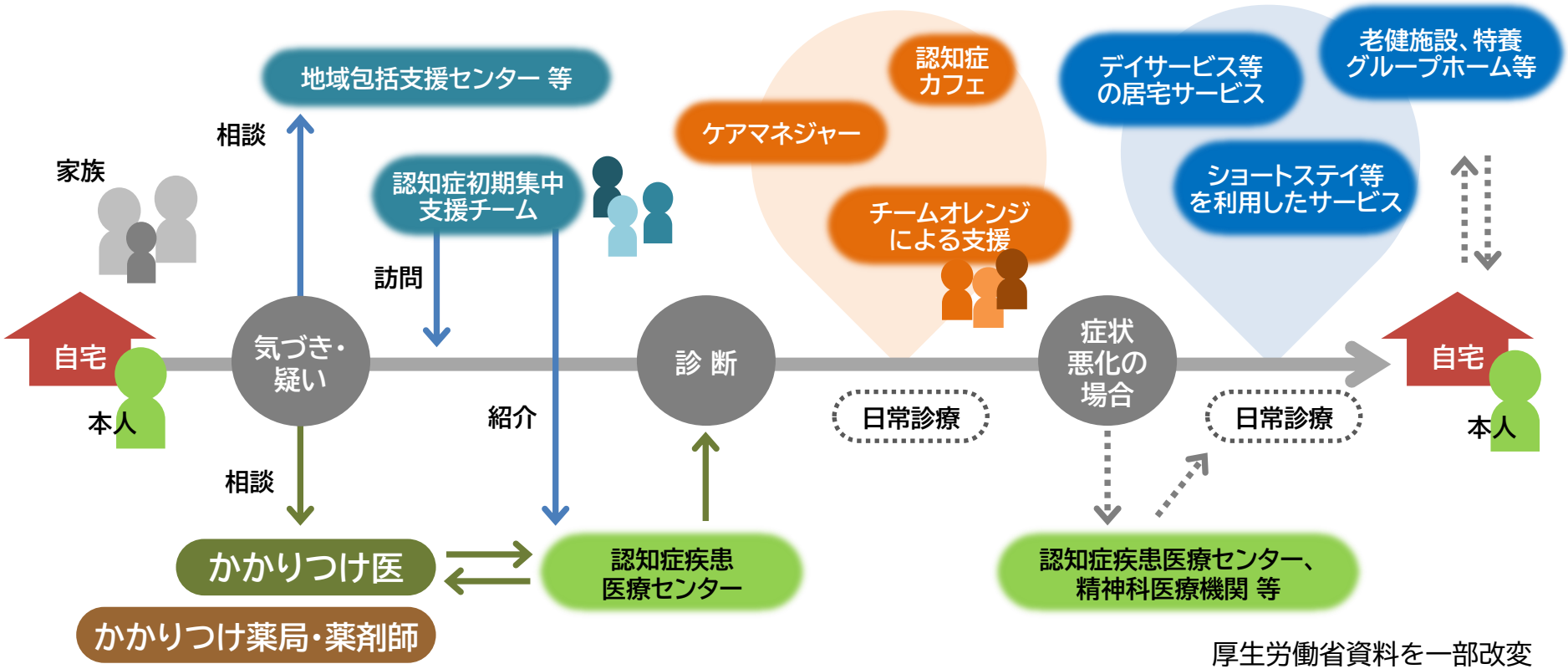
市町村は必要な介護サービスを確保するとともに、それぞれの分野の活動支援、推進を図る

認知症ケアパス

〔地域実践7〕

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

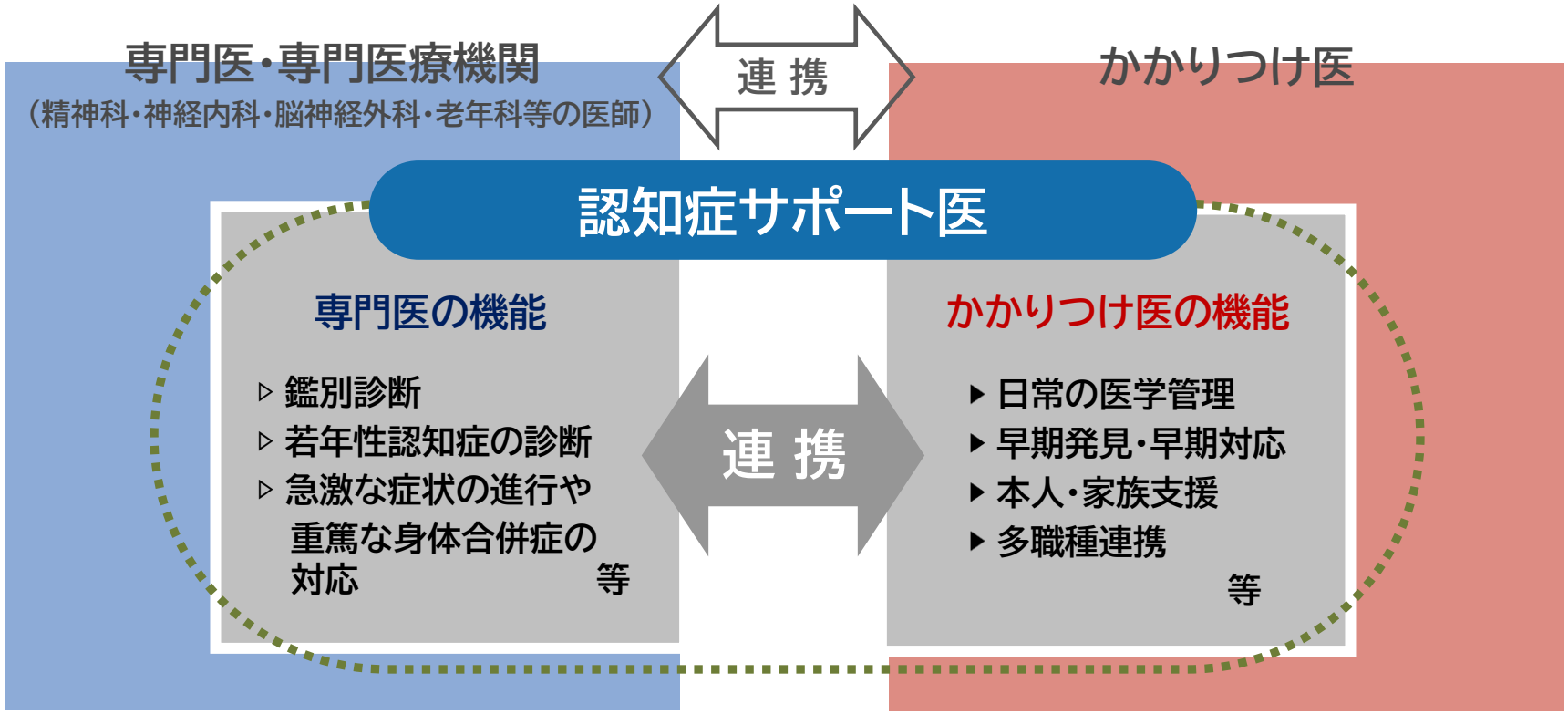
認知症ケアパスのイメージ（一例）



厚生労働省資料を一部改変

認知症サポート医

〔地域実践8〕



認知症サポート医の機能・役割

① 認知症の人の医療・介護に関わるかかりつけ医や介護専門職に対するサポート

② 地域包括支援センターを中心とした多職種の連携作り

③ かかりつけ医認知症対応力向上研修の講師や住民等への啓発

認知症疾患医療センター

〔地域実践9〕

地域における認知症医療体制・日常生活支援に関する相談支援

- 認知症初期集中支援チーム
- 地域包括支援センター
- かかりつけ医・歯科医・薬剤師
- 認知症サポート医

連 携

認知症疾患医療センター（早期診断等を担う医療機関）

- 連携型
- 地域型
- 基幹型

(1)専門的医療機能

- 速やかな鑑別診断
- 診断後のフォロー
- 症状増悪期の対応
- BPSD・身体合併症への急性期対応
- 専門医療相談

(2)地域連携拠点機能

- 連携協議会の設置
- 研修会の開催

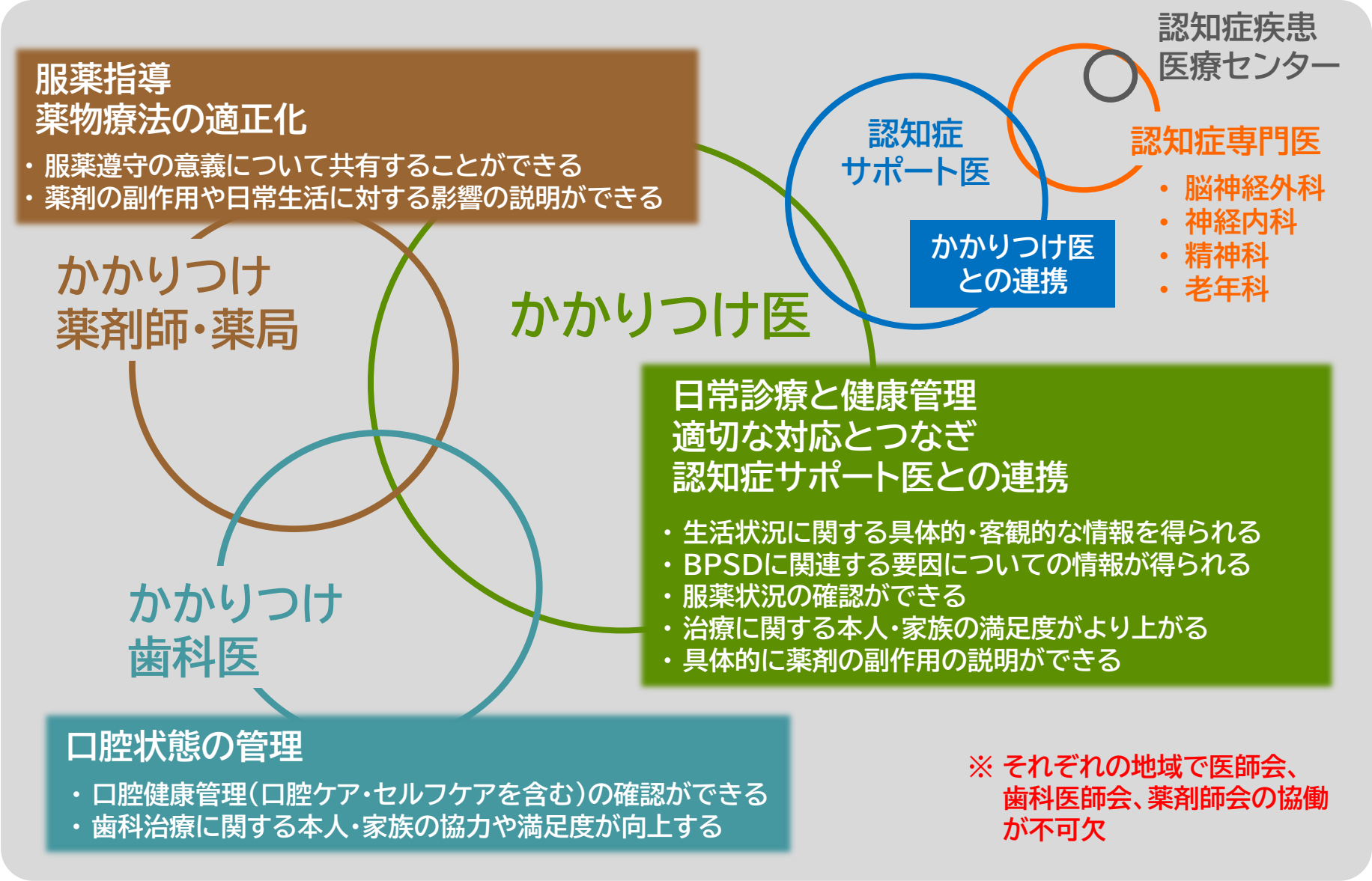
(3)日常生活支援機能

- 診断後の相談支援

地域の医療提供体制の中核

認知症医療連携のイメージと意義

〔地域実践10〕



介護保険サービス

〔地域実践11〕

居宅サービス

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

地域密着型サービス

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

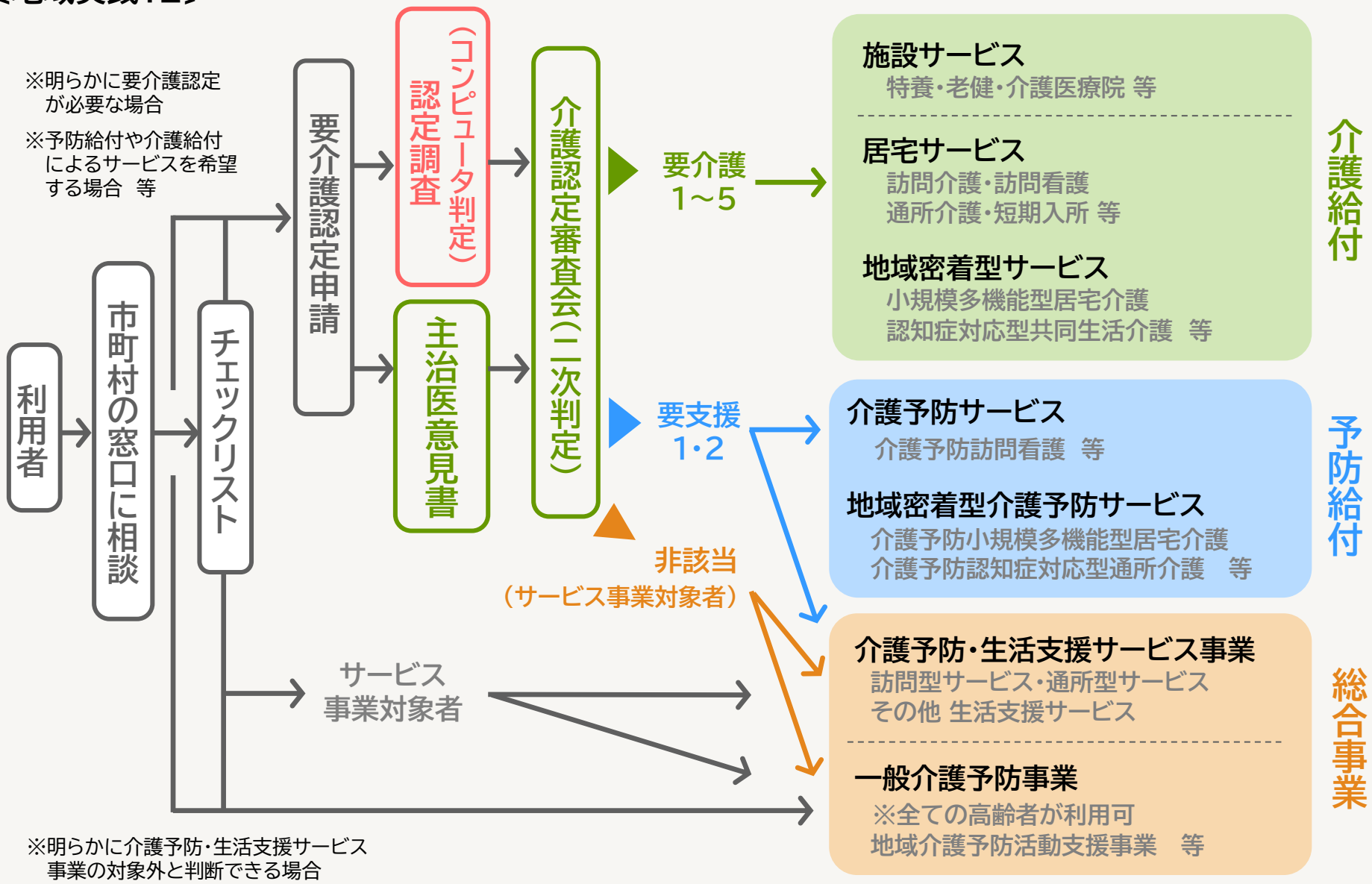
【特徴】
- ⦿ 市区町村長が事業者の指定・指導監督
- ⦿ 原則、市区町村の被保険者が利用可能
- ⦿ 住民に身近な生活圏域単位で整備
- ⦿ 地域ごとの指定基準、介護報酬設定が可能

施設サービス

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院（H30～）

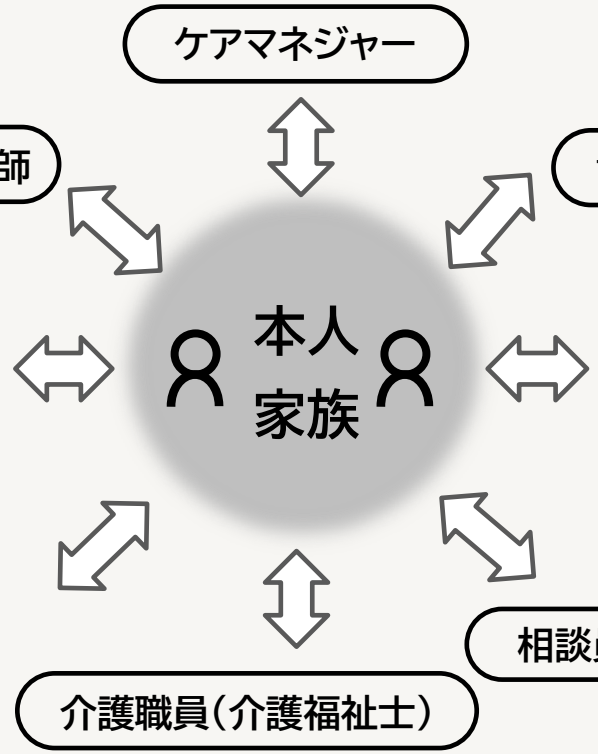
介護サービスの利用の流れ

〔地域実践12〕



地域の多職種の主な役割

〔地域実践13〕



ケアマネジャー

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

(訪問)看護師

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

歯科医師

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

かかりつけ医

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

薬剤師

⊙認知機能低下についての薬剤の影響の確認、服薬アドヒアランスの確認
⊙服薬指導を含む薬剤管理支援
⊙薬物療法の効果・副作用の確認　など

リハ職(OT、PT等)

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

介護職員(介護福祉士)

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

相談員(社会福祉士・精神保健福祉士)

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

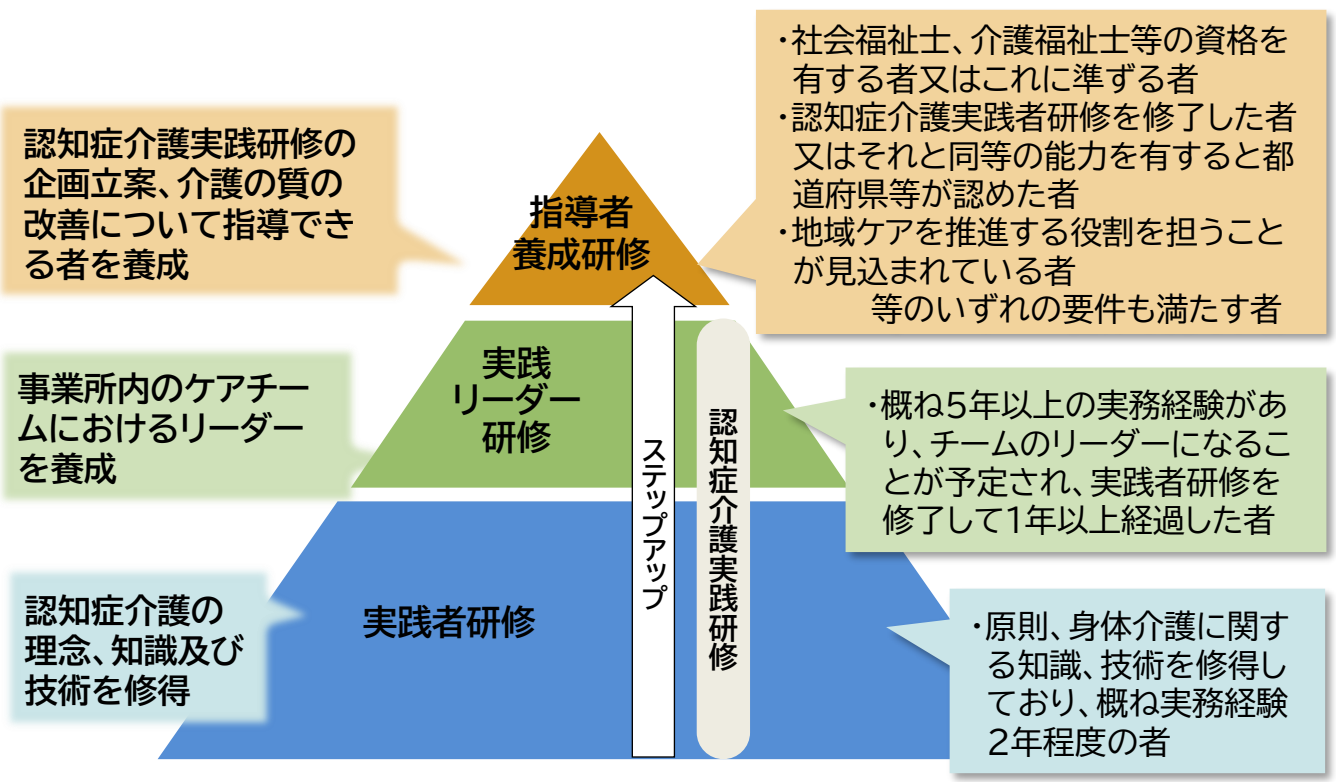
介護従事者等の認知症対応力向上に向けた研修体系

〔地域実践14〕

認知症介護指導者養成研修／認知症介護実践リーダー研修／認知症介護実践者研修

研修の目的

受講要件



認知症介護基礎研修

新任の介護職員等が認知症介護に最低限必要な知識、技能を修得

情報共有ツール

〔地域実践15〕

認知症の医療介護連携の推進のための情報共有ツールのひな形

「情報共有ツール」のコンセプト

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

情報項目

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

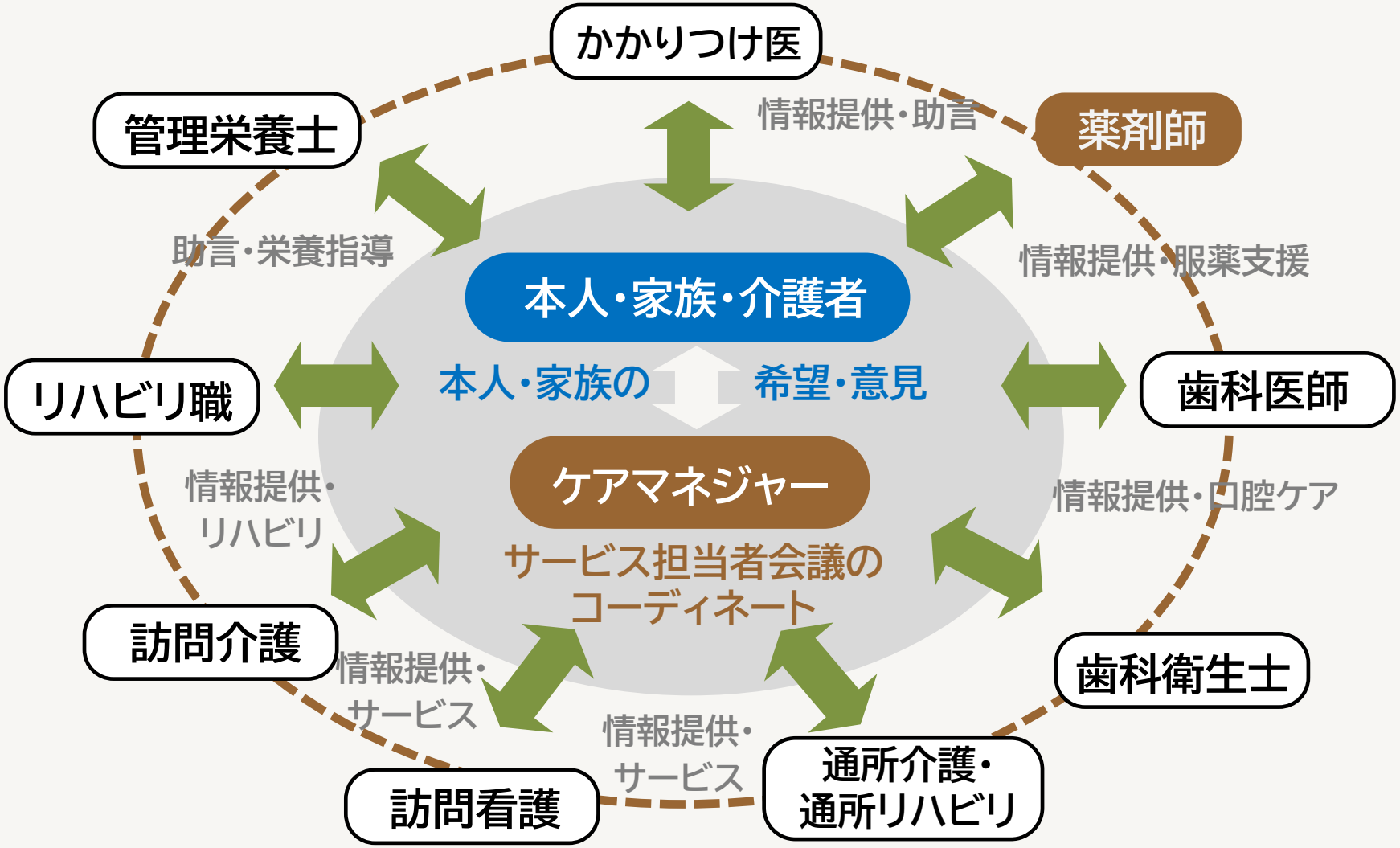
※情報共有ツール等は 国立長寿医療研究センターのホームページからダウンロード可能
https://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/jouhourenkei-all.pdf

平成27年度老人保健健康増進等事業
「認知症の医療介護連携、情報共有ツールの開発に関する調査研究事業」報告書

ケアマネジャーと多職種の連携

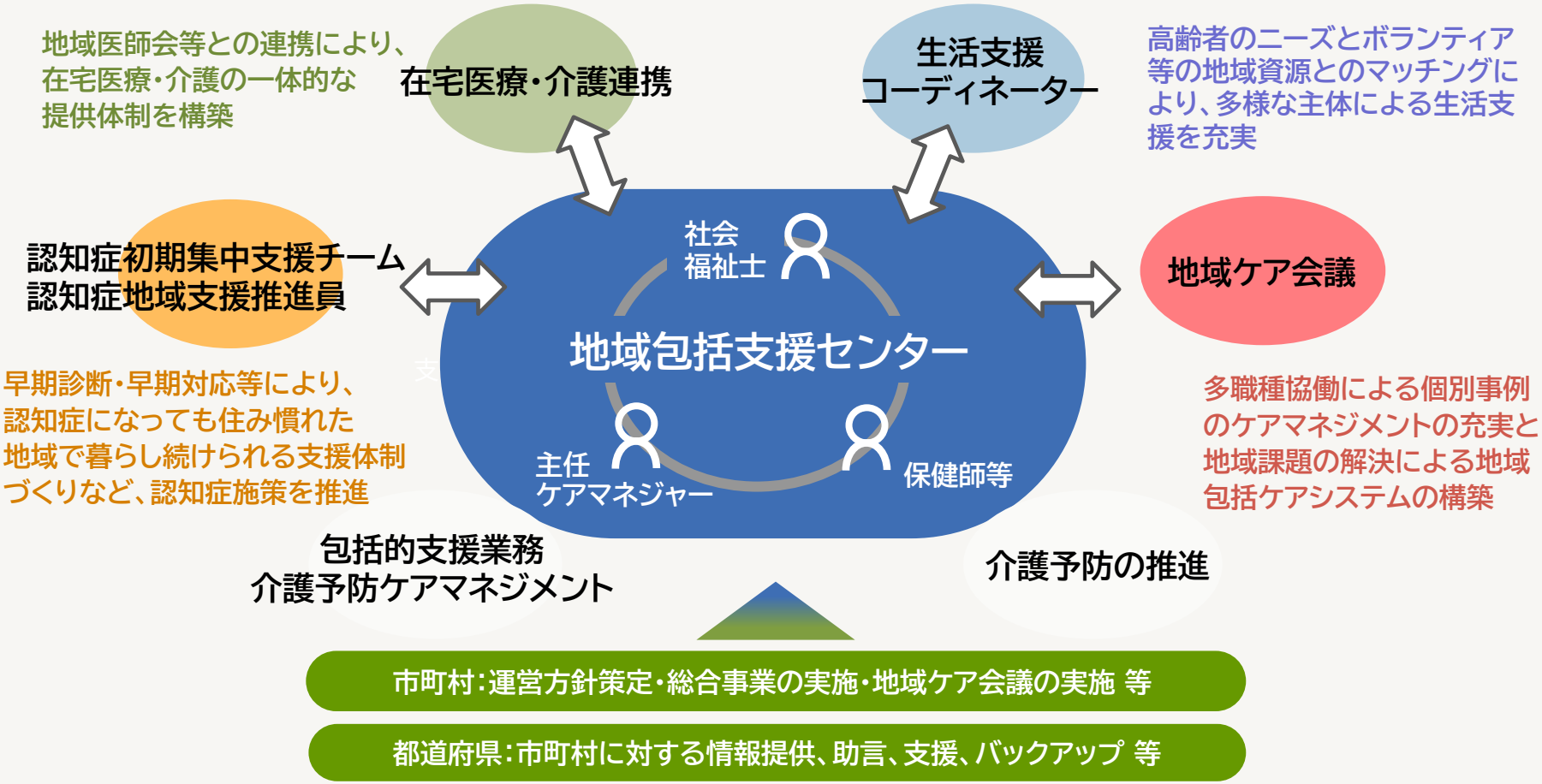
〔地域実践16〕

サービス担当者会議での情報共有と多職種の協働が重要



地域包括支援センター

〔地域実践17〕



市町村：運営方針策定・総合事業の実施・地域ケア会議の実施 等

都道府県：市町村に対する情報提供、助言、支援、バックアップ 等

地域包括支援センターの機能強化に向けて

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

地域ケア会議

〔地域実践18〕

地域包括支援センターレベルでの会議（地域ケア個別会議）

○地域包括支援センターが開催

○個別ケース（困難事例等）の支援内容を通じた
①地域支援ネットワークの構築
②高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援
③地域課題の把握　などを行う。

※幅広い視点から、直接サービス提供に当たらない専門職種も参加
※行政職員は、会議の内容を把握し、地域課題の集約などに活かす

《主な構成員》

医療・介護の専門職種等
医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、PT、OT、ST、管理栄養士、ケアマネジャー、介護サービス事業者　など

地域の支援者
自治会、民生委員、ボランティア、NPOなど

その他必要に応じて参加

個別のケアマネジメント

サービス担当者会議
（全てのケースについて、多職種協働により適切なケアプランを検討）

事例提供

支援

在宅医療・介護連携を支援する相談窓口
地域医師会等
連携を支援する専門職等

生活支援体制整備
生活支援コーディネーター
協議体

認知症施策
認知症初期集中支援チーム
認知症地域支援推進員

地域課題の把握

地域づくり・資源開発

政策形成
介護保険事業計画等への位置付けなど

市町村レベルの会議（地域ケア推進会議）

認知症初期集中支援チーム

〔地域実践19〕

- 複数の専門職が家族の訴え等により 認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族 支援等の初期の支援を包括的・集中的（おおむね6ヶ月）に行い、自立生活のサポートを行うチームのこと
- 全ての市町村に設置されている
- 認知症初期集中支援チームのメンバー

医療と介護の専門職
（保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士 等）

認知症サポート医である医師（嘱託）

- 配置場所

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

【支援対象者】

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

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

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

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

認知症地域支援推進員

〔地域実践20〕

【推進員の要件】

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

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

【配置先】

○ 地域包括支援センター
○ 市町村本庁
○ 認知症疾患医療センター など

市町村 協働 **認知症地域支援推進員**

医療・介護等の支援ネットワーク構築

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

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

関係機関と連携した事業の企画・調整

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

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

●「認知症カフェ」等の開設

●認知症多職種協働研修の実施・支援　等

相談支援・支援体制構築

●認知症の人や家族等への相談支援

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

●認知症の人が相談につながるための支援

●認知症の人が相談した後の支援

予防給付と地域支援事業

〔地域実践21〕

介護給付（要介護1～5）

予防給付（要支援1・2）

地域支援事業

対象：身体介護・機能訓練等を必要としない要支援高齢者

新しい介護予防・日常生活支援総合事業（要支援1・2、それ以外の者）

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

○ 一般介護予防事業

包括的支援事業

○ 地域包括支援センターの運営（従来3事業に加え、地域ケア会議の充実）

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

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

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

任意事業

認知症カフェ・ピア活動

〔地域実践22〕

認知症カフェ

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

家族介護教室や家族同士のピア活動

○ 認知症の人と家族の会

○ その他の家族支援・介護者支援の会

認知症の人同士のピア活動

○ 認知症の本人交流会、本人ミーティング

○ 認知症の本人が認知症の人の相談にのる活動

認知症の人と家族への支援

〔地域実践23〕

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

認知症サポーター/キャラバン・メイト/チームオレンジ

〔地域実践24〕

【認知症サポーターとは】

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

【キャラバン・メイト養成研修】

実施主体：

都道府県、市町村、全国的な職域団体等

目的：

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

内容：

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

認知症サポーターキャラバン

【認知症サポーター養成講座】

実施主体：

都道府県、市町村、職域団体等

対象者：

〈住民〉自治会、老人クラブ、民生委員、家族会、防災・防犯組織等

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

〈学校〉小中高等学校、教職員、PTA等

【チームオレンジとは】

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

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン

〔地域実践25〕

趣旨

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

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

基本事項（誰のための・誰による・支援なのか）

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

○ 認知症の人の意思決定支援に関わる全ての人による
（意思決定支援者）

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

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

生活支援としての意思決定支援

〔地域実践26〕

本人の意思の尊重、意思決定能力への配慮、早期からの継続支援

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

本人意思の尊重・プロセスの確認

支援方法に困難・疑問を感じた場合

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

適切な意思決定プロセスの確保

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

適切なプロセスを踏まえた支援が提供されたかの確認

本人の意思の尊重の実現

認知症の人の自らの意思に基づいた日常生活・社会生活の実現

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン（平成30年6月）
に一部追記

意思決定支援のプロセス

〔地域実践27〕

人的・物的環境の整備

◎ 意思決定支援者の態度
◎ 意思決定支援者との信頼関係、立ち会う者との関係性への配慮
◎ 意思決定支援と環境

意思形成支援
:適切な情報、認識、環境の下で意思が形成されることへの支援

＋

意思表明支援
:形成された意思を適切に表明・表出することへの支援

＋

意思実現支援
:本人の意思を日常生活・社会生活に反映することへの支援

チームでの会議も併用・活用

意思決定支援のプロセスの記録、確認、振り返り

認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン（平成30年6月）

各意思決定支援ガイドライン

〔地域実践28〕

【意思決定支援ガイドラインの策定等推進の背景】

◉ 障害者の権利に関する条約

◉ 成年後見制度の利用の促進に関する法律（平成28年法律第29号）

◉ 第2期成年後見制度利用促進基本計画（令和4年3月閣議決定）

【公表されている5つの意思決定支援ガイドライン】

- 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（改訂）
- 身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン
- 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン
- 障害福祉サービス等の提供に係る意思決定支援ガイドライン
- 意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン

医政局　老健局　社会・援護局 障害保健福祉部　最高裁・厚労省 専門職団体

Advance Care Planning（ACP）

〔地域実践29〕

ACPとは

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

ACPの目標

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

ACPの原則（主体は患者さん本人）

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

○ 認知症の特性に考慮したACPの啓発・普及が課題である

○ かかりつけ医が多職種と共に患者さんの意思に寄り添うことが理想である

日本医師会，終末期医療アドバンス・ケア・プランニング（ACP）から考える，2018
より引用（一部抜粋）

成年後見制度利用促進基本計画

〔地域実践30〕

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

〈計画のポイント〉

⑴ 利用者がメリットを実感できる制度・運用の改善

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

⑵ 権利擁護支援の地域連携ネットワークづくり

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

⑶ 不正防止の徹底と利用しやすさとの調和

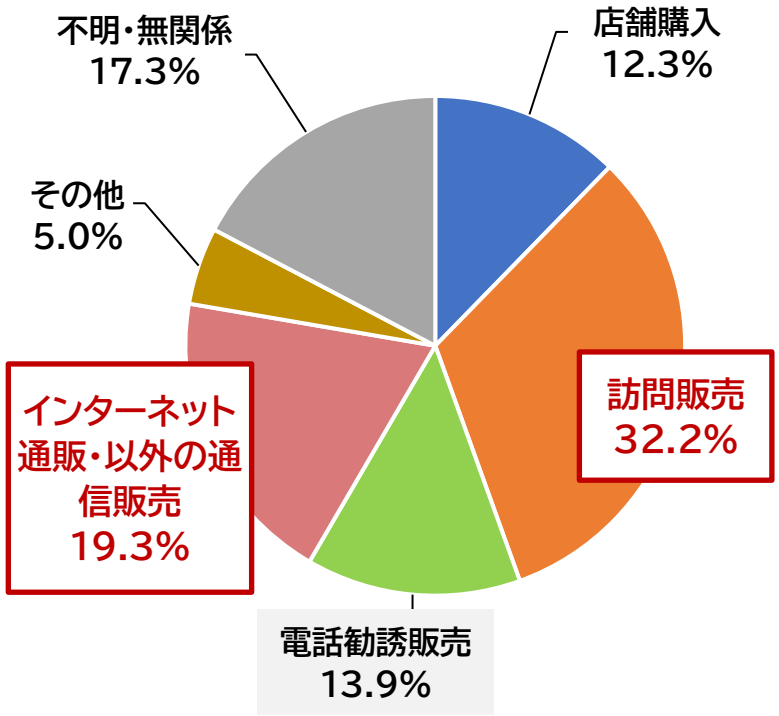
- 後見制度支援信託に並立・代替する新たな方策の検討

消費者被害の現状

〔地域実践31〕

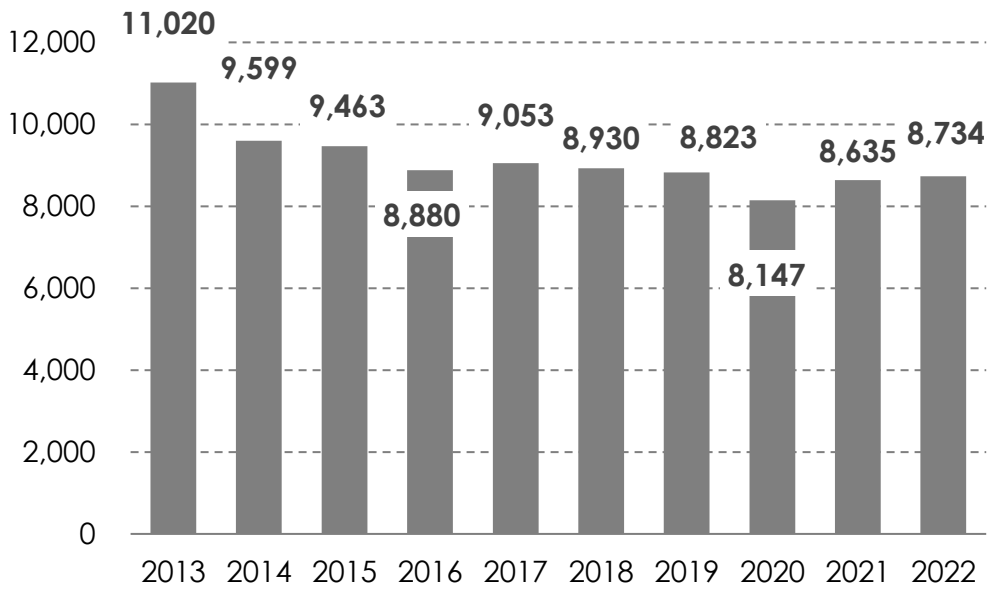
認知症等高齢者の販売購入形態別消費生活相談割合

〇訪問販売とインターネット通販・以外の通信販売が半数以上



認知症等の高齢者に関する消費生活相談件数

〇高齢者の相談は全体の約30%
〇相談1件あたりの平均契約購入額 109.1万円
〇約8割で相談者と契約者が異なる



消費者庁「令和5年版消費者白書」より作成

日常生活自立支援事業と成年後見制度

〔地域実践32〕

日常生活自立支援事業と成年後見制度は、判断能力が不十分となった場合に利用できる制度であり、下表の内容となっている

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

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

本人の不動産や預貯金などの財産を管理したり、本人の希望や身体の状態、生活の様子等を考慮して、必要な福祉サービスや医療が受けられるよう、契約の締結や支払などを行う

若年性認知症の特徴と現状

〔地域実践33〕

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

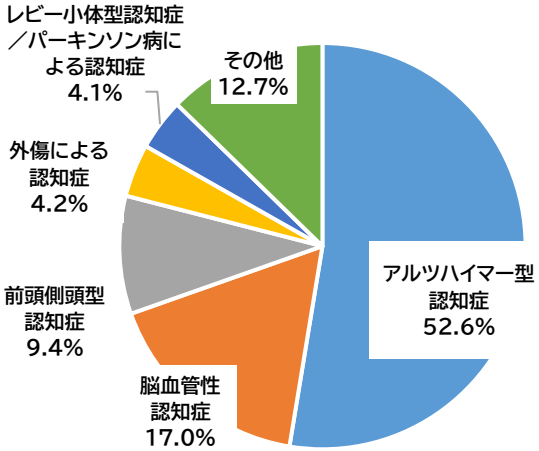
○18-64歳人口における人口10万人当たり若年性認知症者数(有病率)は、50.9人 （前回調査(H21.3)47.6人）

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

(表) 年齢階層別若年性認知症者有病率(推計)

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

(図)若年性認知症(調査時65歳未満)の基礎疾患の内訳



主な調査結果

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

調査対象及び方法

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

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

若年性認知症の人への支援

〔地域実践34〕

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

○ 早期診断・治療、適切な支援や相談機関や支援機関へのつなぎなどが重要

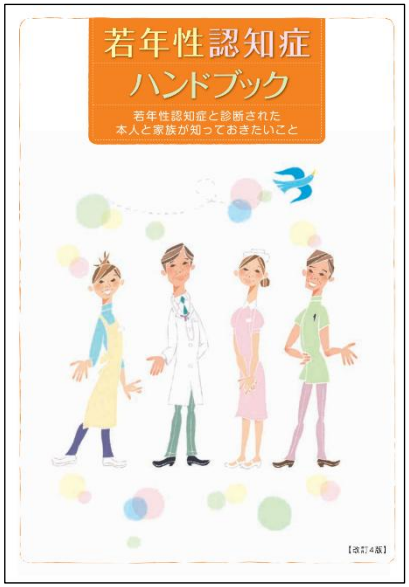
○ 若年性認知症支援ガイドブック等の配布、都道府県ごとの専門相談窓口設置や相談窓口への若年性認知症支援コーディネーターの配置、若年性認知症コールセンターの周知などが重要

【若年性認知症支援コーディネーターの役割】

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

専門職向け

本人・家族向け



若年性認知症の人への支援のネットワーク

〔地域実践35〕

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

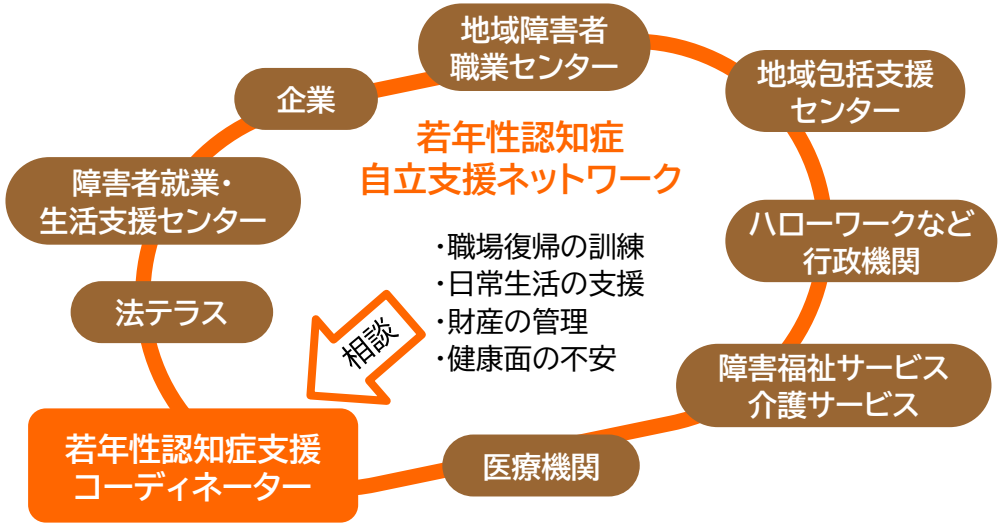
《 相談（相談窓口）》
① 本人や家族との悩みの共有
② 同行受診を含む受診勧奨
③ 利用できる制度、サービスの紹介や手続き支援
④ 本人、家族が交流できる居場所づくり

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

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

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

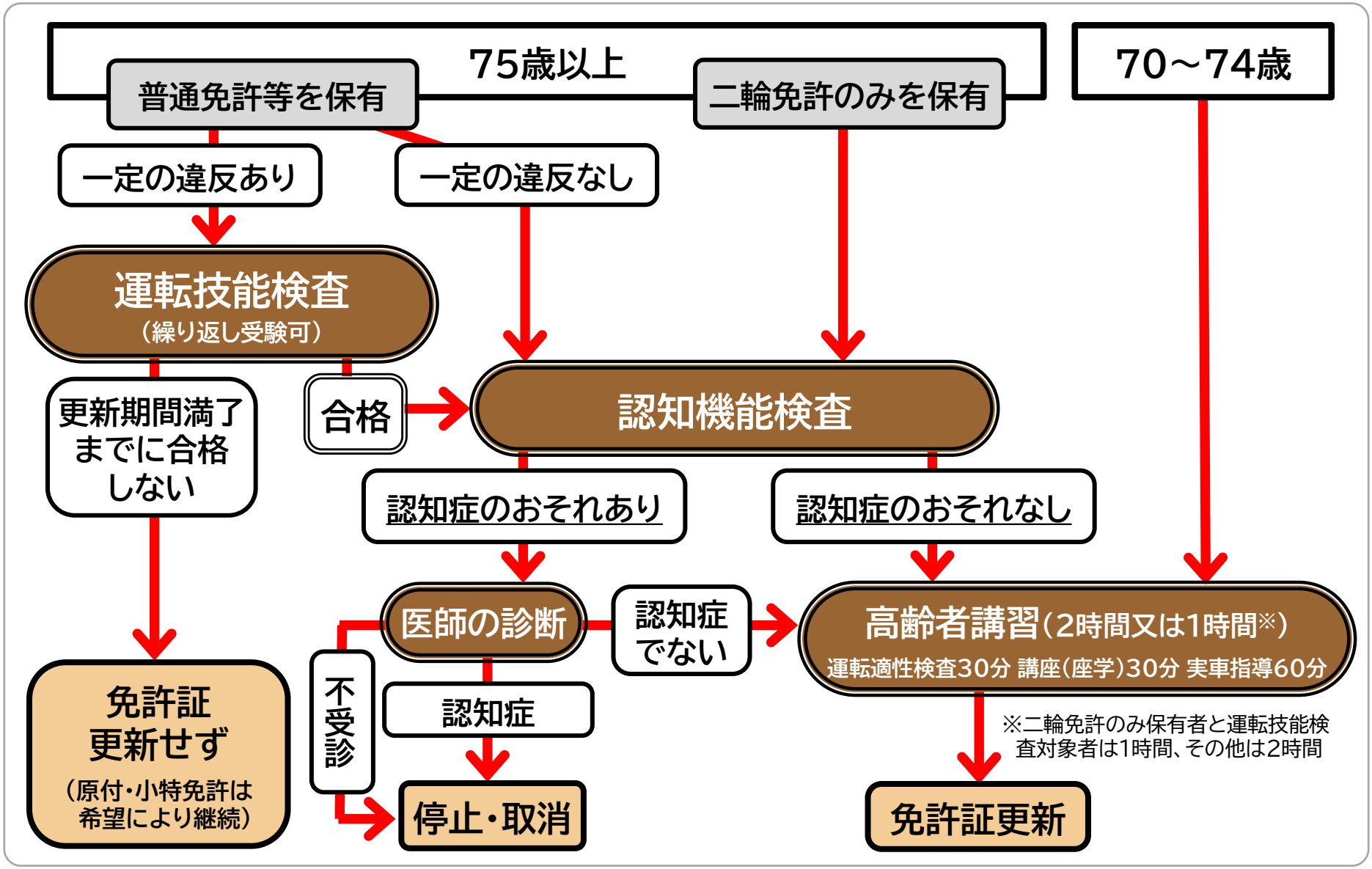
若年性認知症の特性に配慮した就労・社会参加支援
❶ 若年性認知症の人との意見交換会の開催等を通じた若年性認知症の人のニーズ把握
❷ 若年性認知症の人やその家族が交流できる居場所づくり
❸ 産業医や事業主に対する若年性認知症の人の特性や就労についての周知
❹ 企業における就業上の措置等の適切な実施など治療と仕事の両立支援の取組の推進
❺ 若年性認知症の人がハローワークによる支援等が利用可能であることの周知　等



道路交通法の改正後の流れ

〔地域実践36〕

令和4年5月13日施行



養護者による高齢者虐待の現状

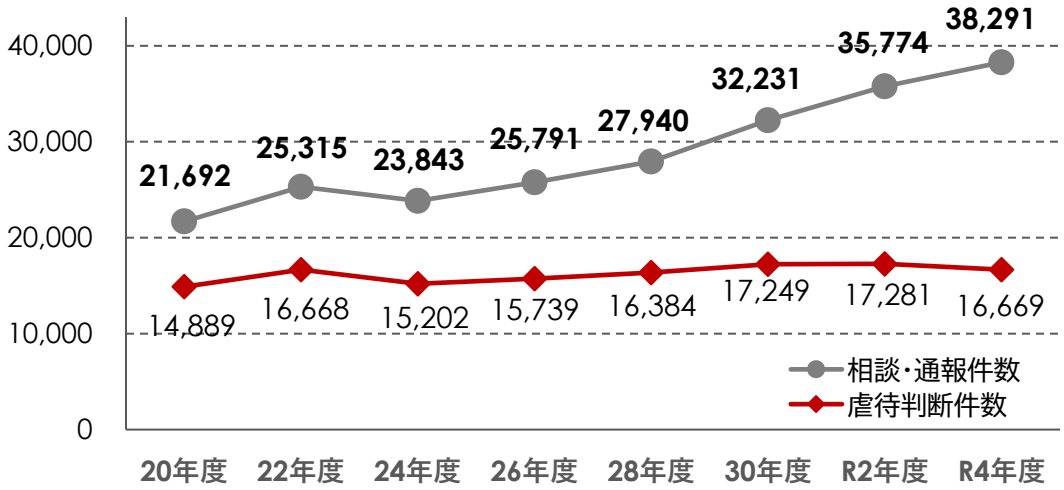
〔地域実践37〕

○養護者による高齢者虐待の相談・通報は年々増加、虐待判断は1.6万件前後で推移している

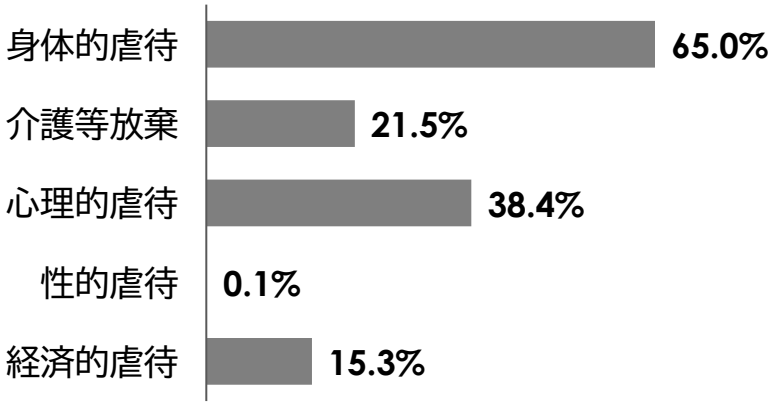
○被虐待高齢者に重度の認知症がある場合は「介護放棄」「経済的虐待」を受ける割合が高い

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

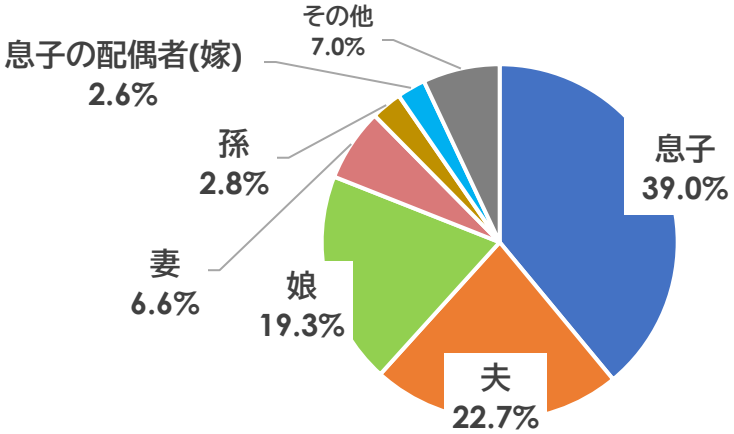
養護者による高齢者虐待の相談・通報件数と虐待判断件数の推移



虐待の種類の割合



被虐待高齢者からみた虐待者の続柄



令和4年度「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づく対応状況等に関する調査より作成

認知症支援を通じた地域作りに向けて

〔地域実践38〕

- 認知症は脳の疾患によって起こる
- 早期発見・早期対応により、可逆性の疾患の治療ができる
- 進行性の疾患であっても、本人の症状（特に、行動・心理症状）を緩和し、本人の苦痛や家族の介護負担を軽減することが期待できる
- 認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らすためには、本人と介護者を地域全体で支えていく必要がある

薬剤師認知症対応力向上研修
まとめ

〔地域実践39〕

- かかりつけ薬剤師は、認知症の人や家族の伴走者として支援していく姿勢が重要である
- かかりつけ薬剤師には、認知症の人や家族の視点を重視した、医療・介護・地域の連携を担うつなぎ手としての活動が求められている
- かかりつけ薬剤師には、認知症の人や家族に身近な多職種連携の一員としての役割が期待されている
- 地域で開催される多職種合同研修、フォローアップ研修などへの積極的な参加や地域での啓発活動の継続などが望まれている

私たちは、認知症とともに暮らしています。
日々いろんなことが起き、不安や心配はつきませんが、
いろいろな可能性があることも見えてきました。
一度きりしかない自分の人生をあきらめないで、
希望を持って自分らしく暮らし続けたい。
次に続く人たちが、暗いトンネルに迷い込まずにもっと楽に、
いい人生を送ってほしい。
私たちは、自分たちの体験と意志をもとに
「認知症とともに生きる希望宣言」をします。
この宣言をスタートに、自分も希望を持って暮らしていこうという人、
そしてよりよい社会を一緒につくっていこうという
人の輪が広がることを願っています。

『認知症とともに生きる希望宣言』より

日本認知症本人ワーキンググループ（JDWG）ホームページ（http://www.jdwg.org/statement/）
を参照して作成