

## ケアマネジメントを取り巻く環境変化と期待される役割

－多職種・多主体の力を総結集して、本人の望む暮らしの実現に貢献すること－

### 【内容】

1. ケアマネジメントを取り巻く環境変化  
－人口構造の変化に伴うニーズの変化を意識する－
2. 地域包括ケアシステムにおけるケアマネジメントの位置づけと期待される役割
3. 多職種協働ケアマネジメントの機能強化に向けた制度改革の動向

令和5年11月7日

埼玉県立大学大学院／研究開発センター

川越雅弘

# 1. ケアマネジメントを取り巻く環境変化

## ー人口構造の変化とそれに伴うニーズの変化ー

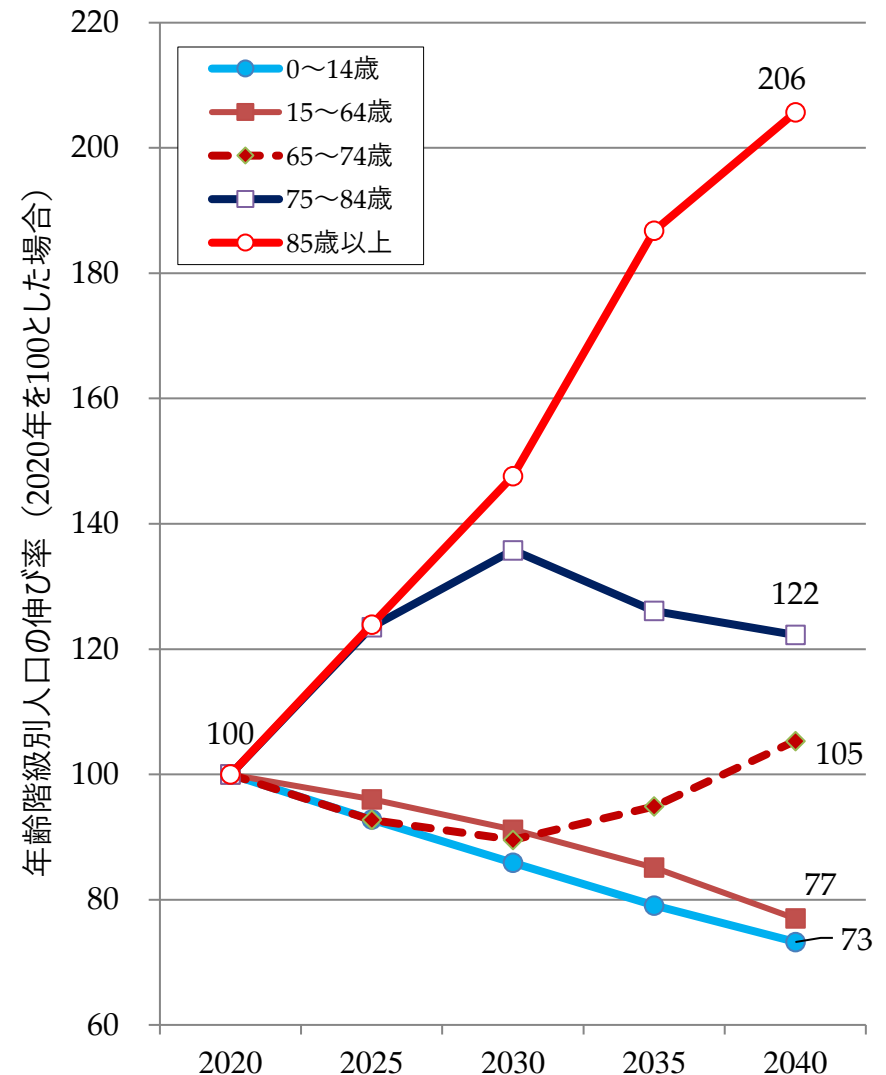
# 2020～2040年間の人口構造の変化（仙台市）

## －85歳以上人口の増加と生産年齢人口減少の同時進行－

2020年と2040年の年齢階級別人口の変化

	2020		2040		変化量
	(人)	(%)	(人)	(%)	
総数	1,084,620	100.0	972,871	100.0	-111,749 (-10.3%)
0-14歳	126,017	11.6	92,304	9.5	-33,713 (-26.8%)
15-64歳	678,413	62.5	522,426	53.7	-155,987 (-23.0%)
65-74歳	139,747	12.9	147,211	15.1	7,464 (5.3%)
75-84歳	93,417	8.6	114,208	11.7	20,791 (22.3%)
85歳以上	47,026	4.3	96,722	9.9	49,696 (105.7%)
再掲) 65歳以上	280,190	25.8	358,141	36.8	77,951 (27.8%)
再掲) 75歳以上	140,443	12.9	210,930	21.7	70,487 (50.2%)

年齢階級別人口の伸び率の推移



# 人口構造の変化が ケアマネジメントに及ぼす影響とは

# 人口構造の変化がケアマネジメントに及ぼす影響①

(認定率の高い85歳以上人口の増加⇒認定者数の増加と高齢化)

図. 性別年齢階級別にみた認定率の状況  
(宮城県、2023年1月1日時点)

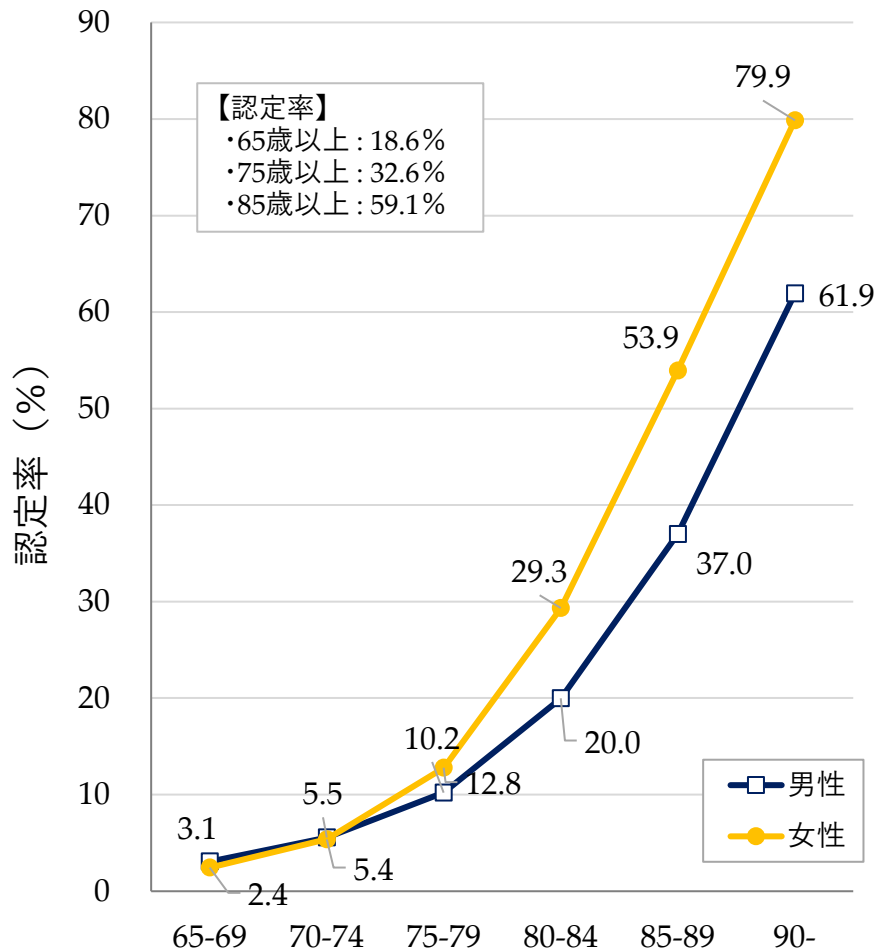
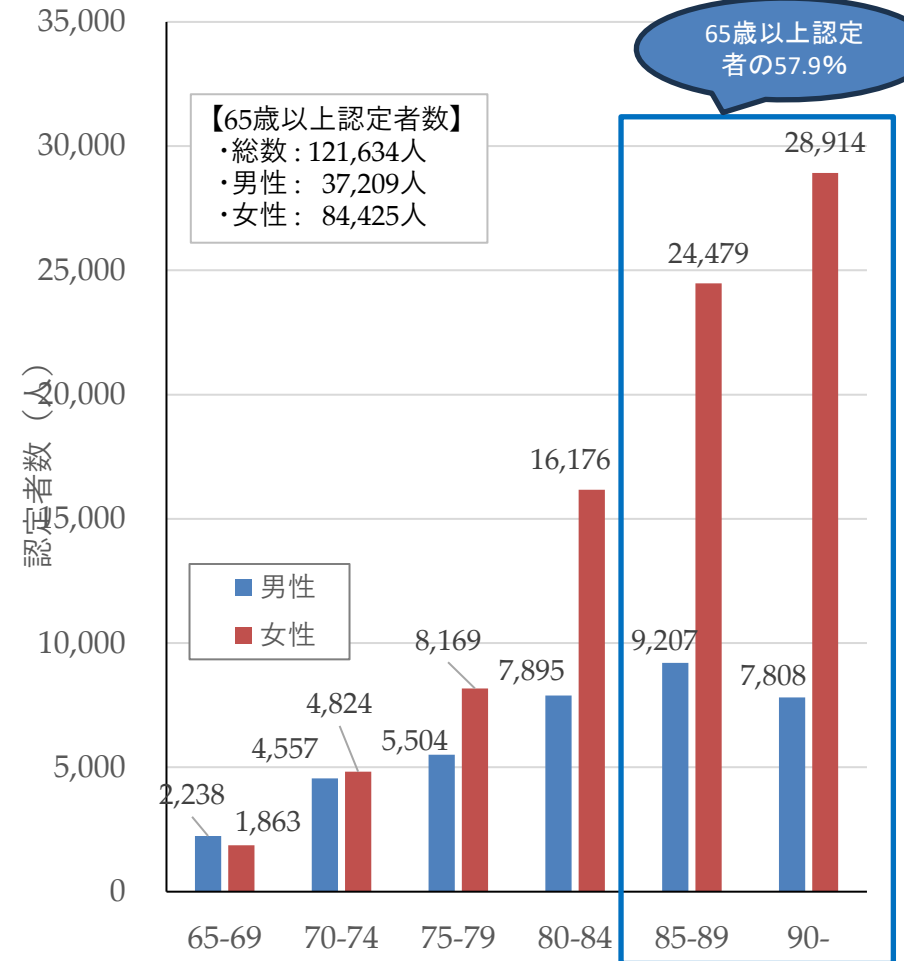


図. 性別年齢階級別にみた認定者数  
(宮城県、2022年12月末時点)



出所) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」令和4年12月分、令和5年1月1日住民基本台帳年齢階級別人口をもとに作成。

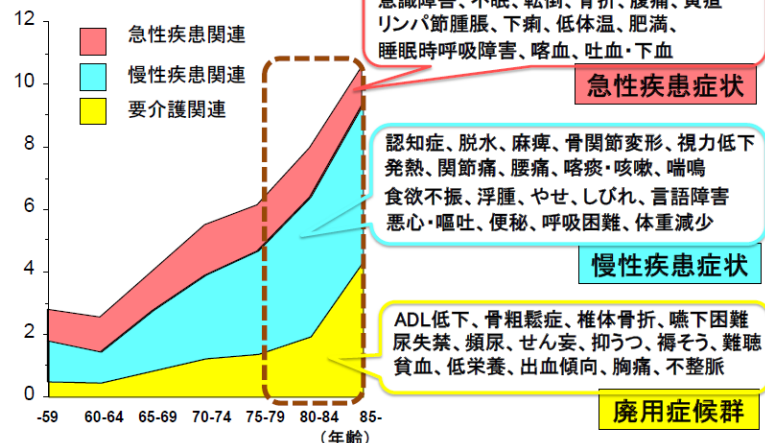
出所) 厚生労働省「介護保険事業状況報告」令和4年12月分をもとに作成。

# 人口構造の変化がケアマネジメントに及ぼす影響②

(病床削減・入院期間短縮化の中で、複数疾患、医療・介護ニーズを有する高齢者が増加  
⇒ 病院・主治医との連携強化、医介連携を促す機能の強化)

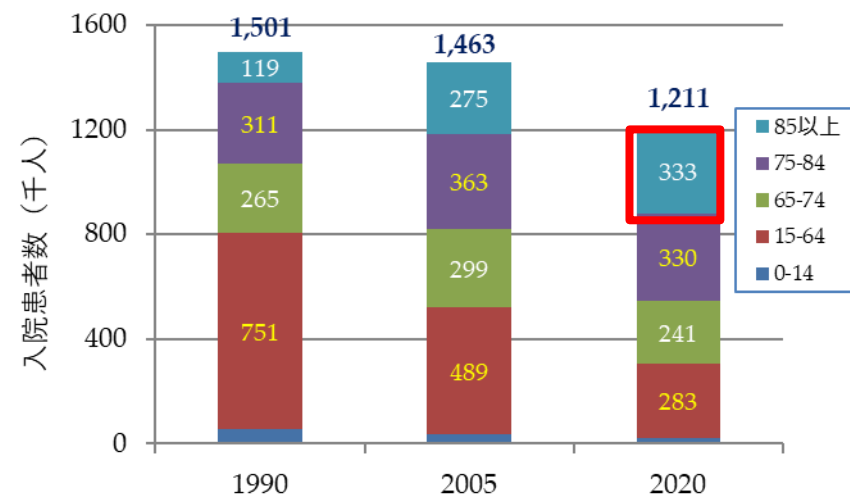
## 医療と介護の両方のニーズを有する高齢者の増加

老年症候群数



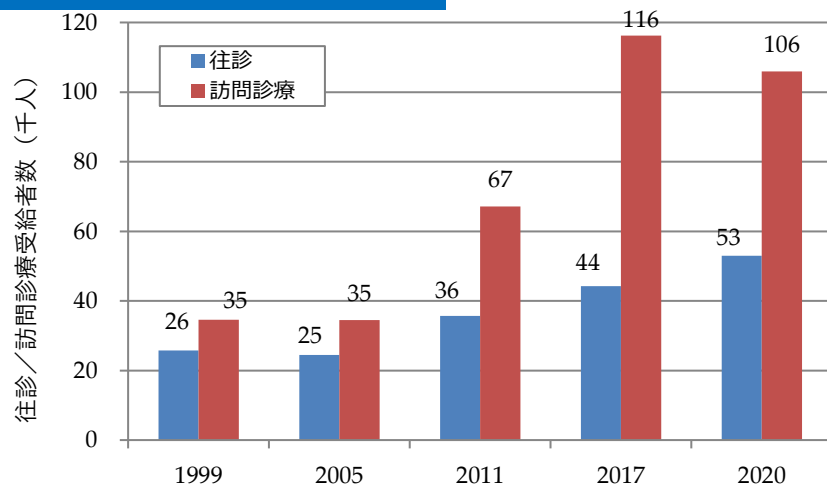
出所) 鳥羽研二：高齢者のニーズに応える在宅医療、平成25年度在宅医療・介護連携推進事業研修会  
(国立長寿医療研究センター主催、2013年10月22日開催)、資料より引用

## 85歳以上の入院患者の増加



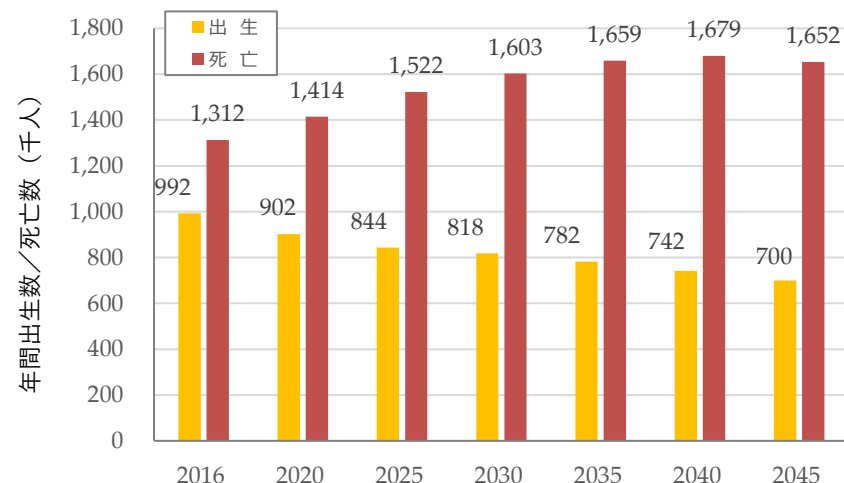
出所) 厚生労働省「患者調査」より作成

## 在宅医療のニーズ増大



出所) 厚生労働省「患者調査」より作成

## 年間死亡者数の増加



出所) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口 (平成29年推計) より作成

# 人口構造の変化がケアマネジメントに及ぼす影響③

(認知症有病率が高い85歳以上人口の増加⇒認知症の人への対応力強化、家族支援の強化、生活支援コーディネーターを含む生活支援チームとの連携強化)

図. 認知症の有病率

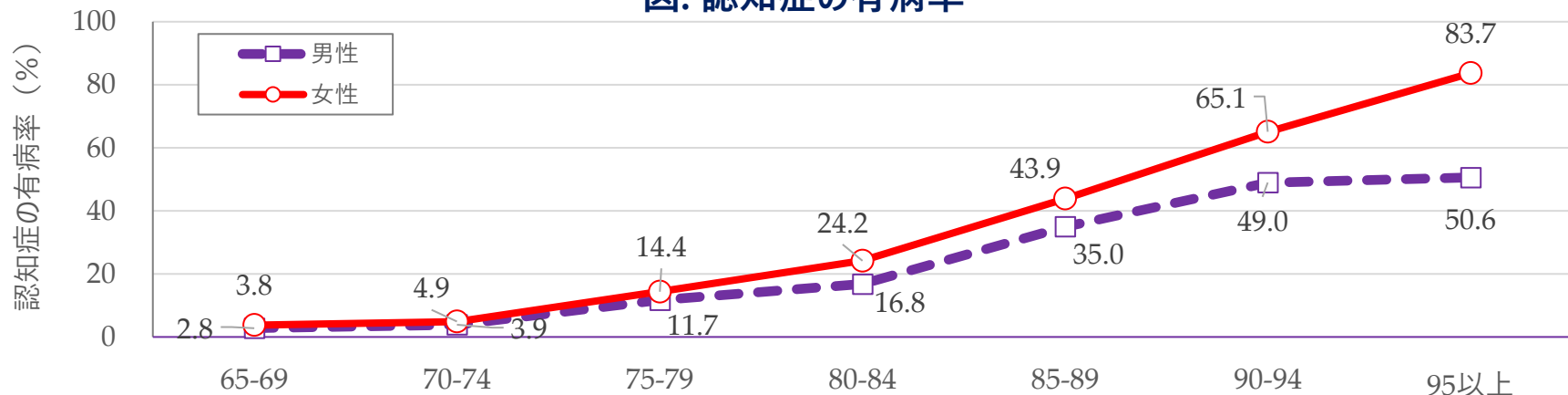
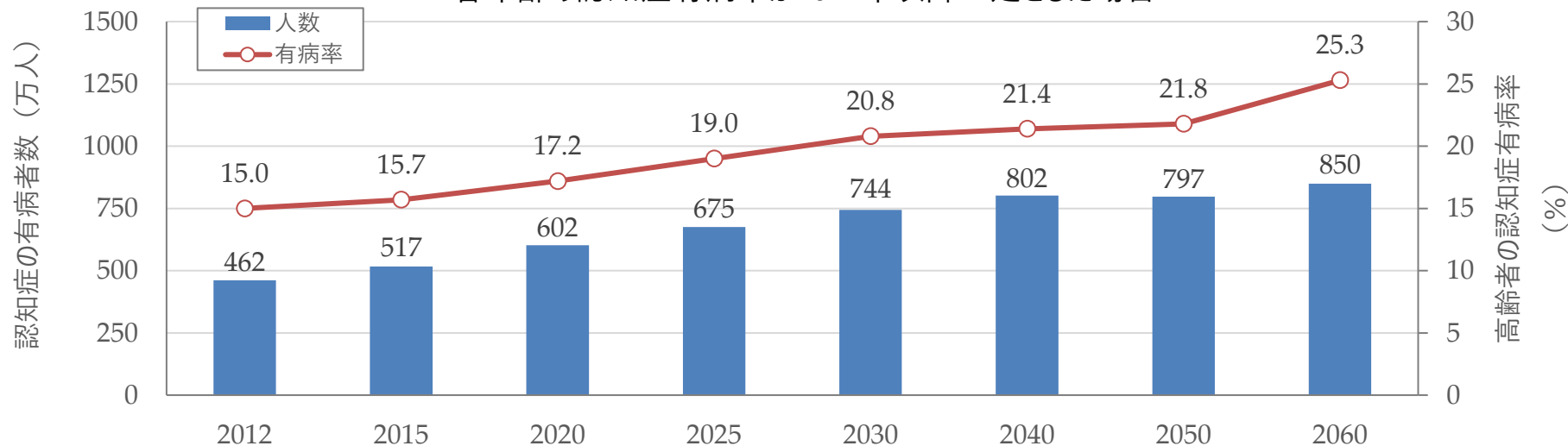


図. 認知症の有病者数および高齢者の認知症有病率の将来推計

—各年齢の認知症有病率が2012年以降一定とした場合—



# 人口構造の変化がケアマネジメントに及ぼす影響④

(複合課題を持つ高齢者の増加⇒多職種・多主体の力を総動員したケアマネジメントの推進)

図. ICF (国際生活機能分類) の構成図

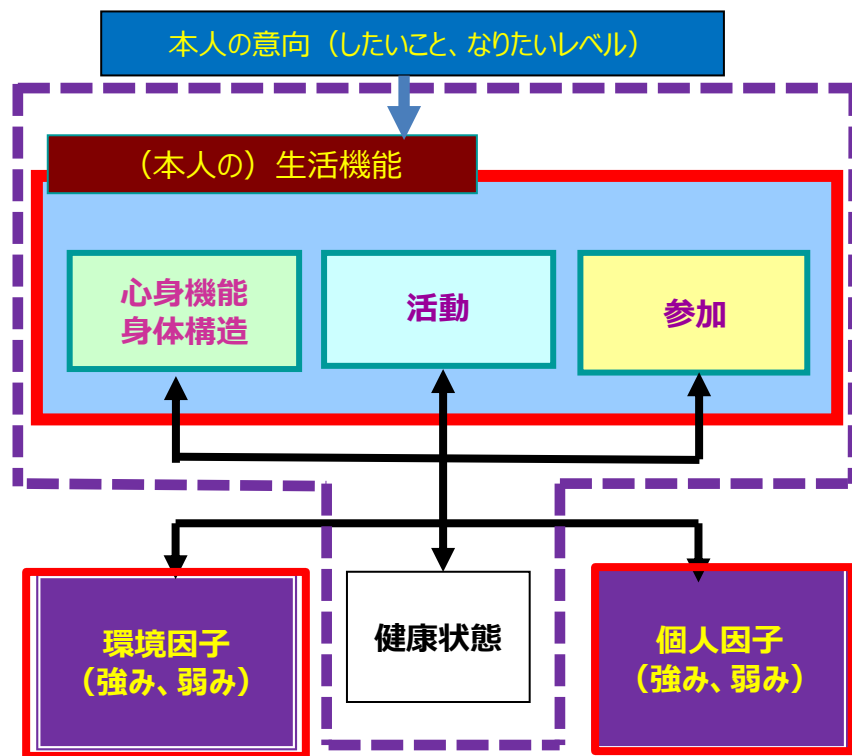
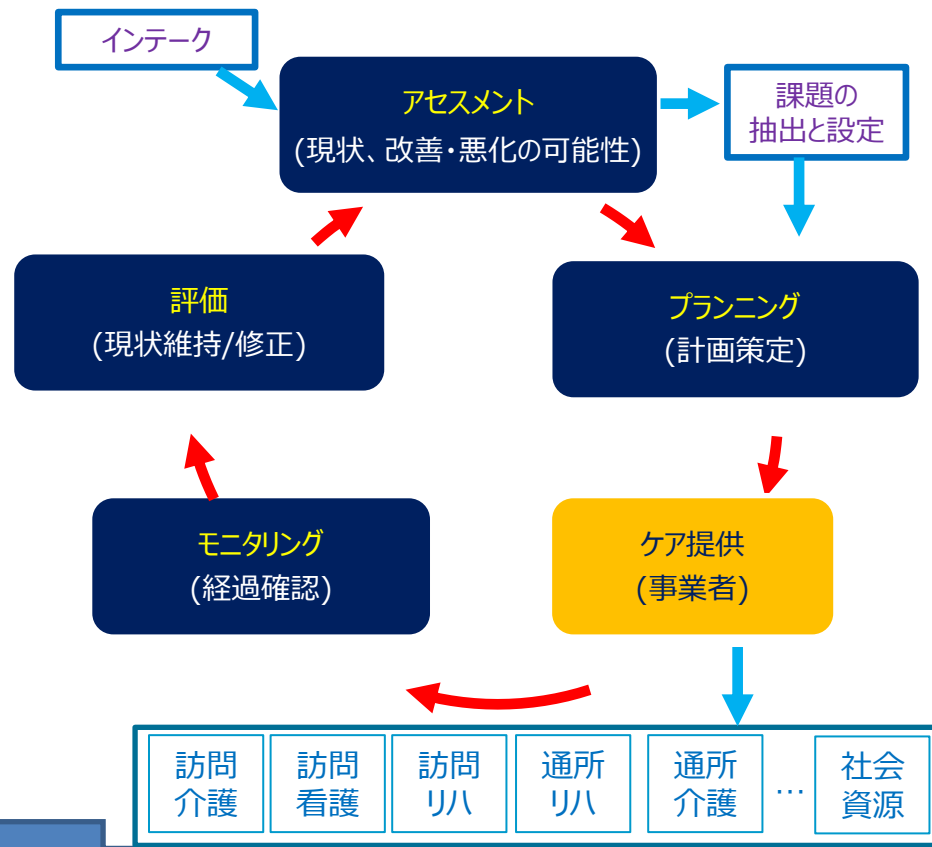


図. マネジメントプロセスとは



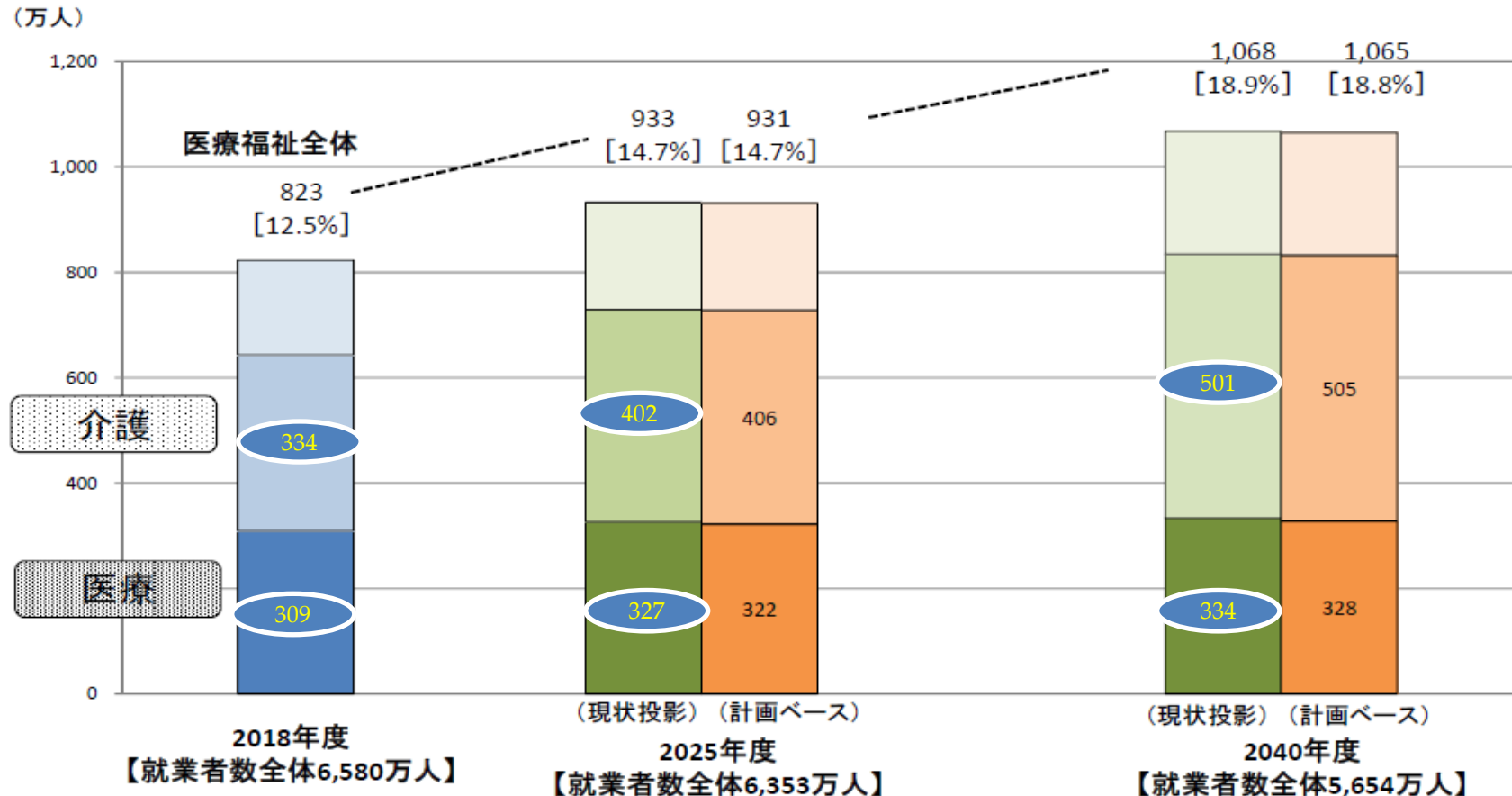
85歳以上高齢者の場合、①医療と介護を併せたニーズを有する、②複数の慢性疾患を有する、③ADLが低下しやすい、④個人／環境因子に個人差が大きい、⑤生活への支援が必要などの特徴を有する。  
⇒こうした特徴を持つ高齢者のマネジメント／医療／ケア関係者には、**個人・環境因子、健康状態、心身機能、ADL等を総合的に捉えた上での多職種による関与が求められる。**



# 人口構造の変化がケアマネジメントに及ぼす影響⑤

(サービス受給者増と15-64歳人口減の同時進行⇒介護予防の強化、効果的・効率的なサービス提供の推進、住民によるサービス提供・支援の強化、ICT活用・業務負担軽減)

## 医療福祉分野の就業者数の将来推計



(注1) [ ]内は就業者数全体に対する割合。

(注2) 医療福祉分野における就業者の見通しについては、①医療・介護分野の就業者数については、それぞれの需要の変化に応じて就業者数が変化すると仮定して就業者数を計算。②その他の福祉分野を含めた医療福祉分野全体の就業者数については、医療・介護分野の就業者数の変化率を用いて機械的に計算。③医療福祉分野の短時間雇用者の比率等の雇用形態別の状況等については、現状のまま推移すると仮定して計算。

(注3) 就業者数全体は、2018年度は内閣府「経済見通しと経済財政運営の基本的態度」、2025年度以降は、独立行政法人労働政策研究・研修機構「平成27年 労働力需給の推計」および国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」(出生中位(死亡中位)推計)を元に機械的に算出している。

# ケアマネジメントの機能強化が求められる背景

ー人口構造の変化とその影響の視点からー

## 人口構造の変化

- 2040年にかけて、85歳以上人口が増加する。  
⇒その結果、独居高齢者や認知症高齢者が増えていく。



## ニーズの変化

- 医療と介護の両方のニーズを有する高齢者が増加していく。
- 85歳以上の入院患者が増加していく。
- 死亡者数も2040年頃まで増加していく。
- 生活支援に対するニーズを有する高齢者が増加していく。



## ケアマネジメントへの影響

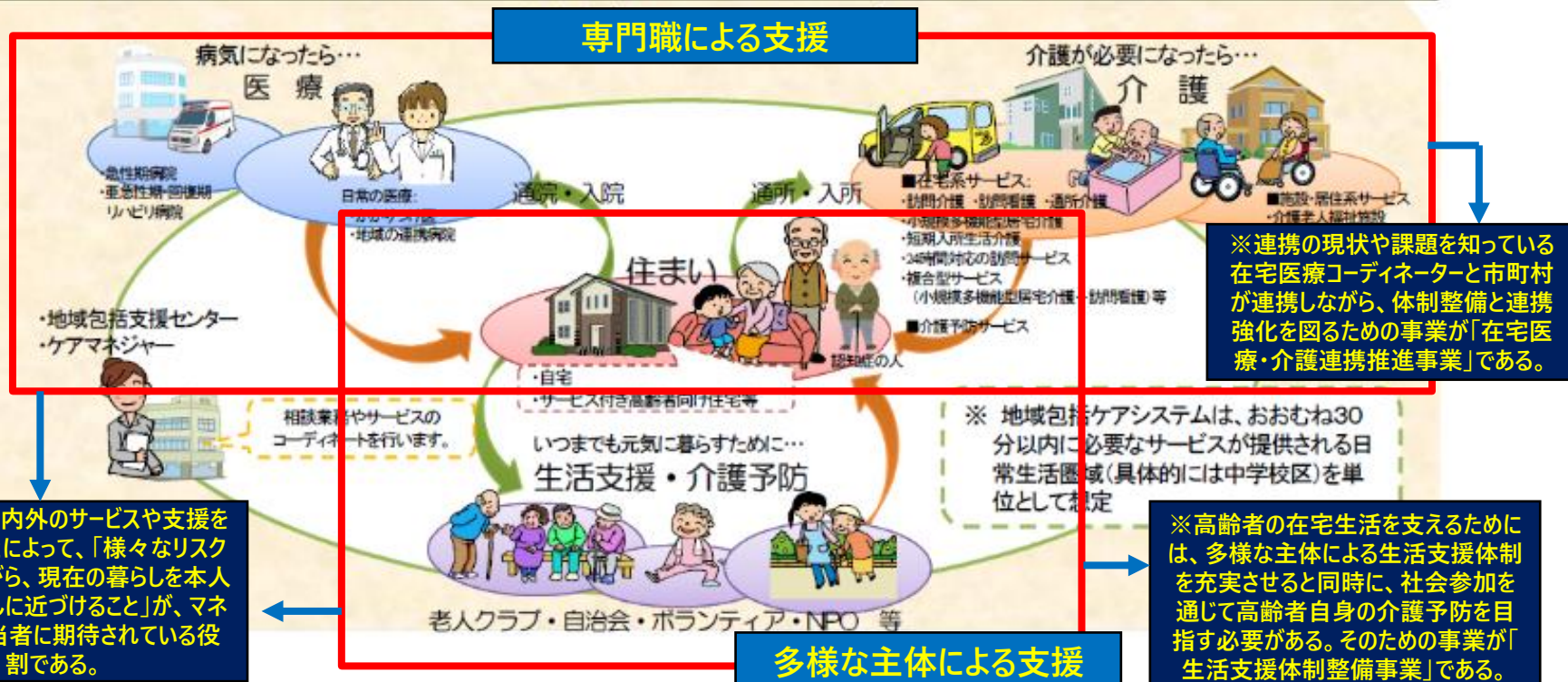
- 多様な場面（日常療養時／急変時／入退院時／看取り期）で、①医療と連携・協働を図ること（CM自身の問題として）、②医療と介護の連携を促進する（指示内容の意味や意図を通訳するなど）といった役割が求められる。
- 専門職と専門職以外が有する力を統合し、課題解決に結び付けていくといった役割が求められる（保険と保険外サービスの融合や統合を図る）。

## 2. 地域包括ケアシステムにおける ケアマネジメントの位置づけと期待される役割

# 地域包括ケアシステムの目的とケアマネジメントに期待される役割

(専門職と多様な主体による支援を統合して、現在の暮らしを本人が望む暮らしに近づけること)

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、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後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。**





# 在宅生活継続には、フレイルの進行や重度化・再発予防が必要

(身体・精神・社会的フレイル進行、再発予防のためには、専門職や地域との連携が必要)

- 高齢者は、**病気の発症や再発**により、要支援・要介護状態になりやすい。また、身体的・精神的・社会的側面に問題を抱えている場合も多く、これらが相互に作用し、いわゆる「**フレイル(虚弱)**」な状態になりやすい状況にある。
- こうした高齢者が、住み慣れた地域や自宅で、今までと同じような暮らし・生活を本人らしく送ってもらうためには、「**疾病予防(発症・再発)**」と「**生活機能の維持・向上**」の両面へのアプローチが必要となる。
- フレイルを引き起こす要因としては、①身体的、②心理的・認知的、③社会的要因がある。フレイルの進行を予防するためには、単に運動等で身体機能を高めるだけでなく、「**人や社会とつながっている**」、「**何らかの役割を持つ**」など、**社会的フレイルへのアプローチが非常に重要**となる。

図. 要介護にいたる「疾病モデル」と「フレイルモデル」

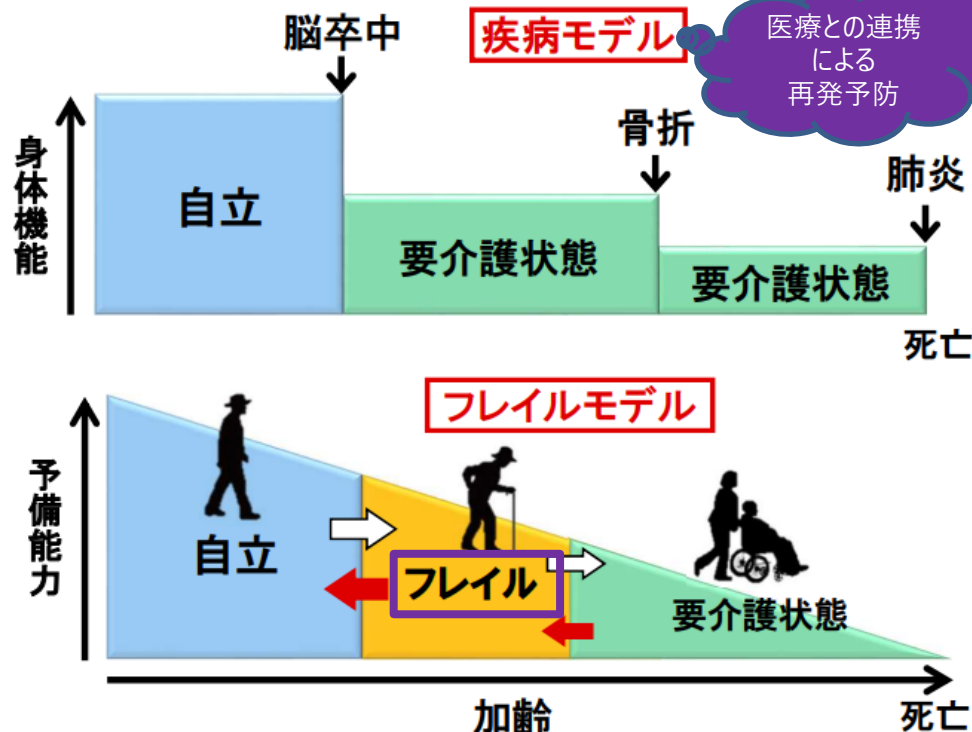


図. フレイルを引き起こす3つの要因



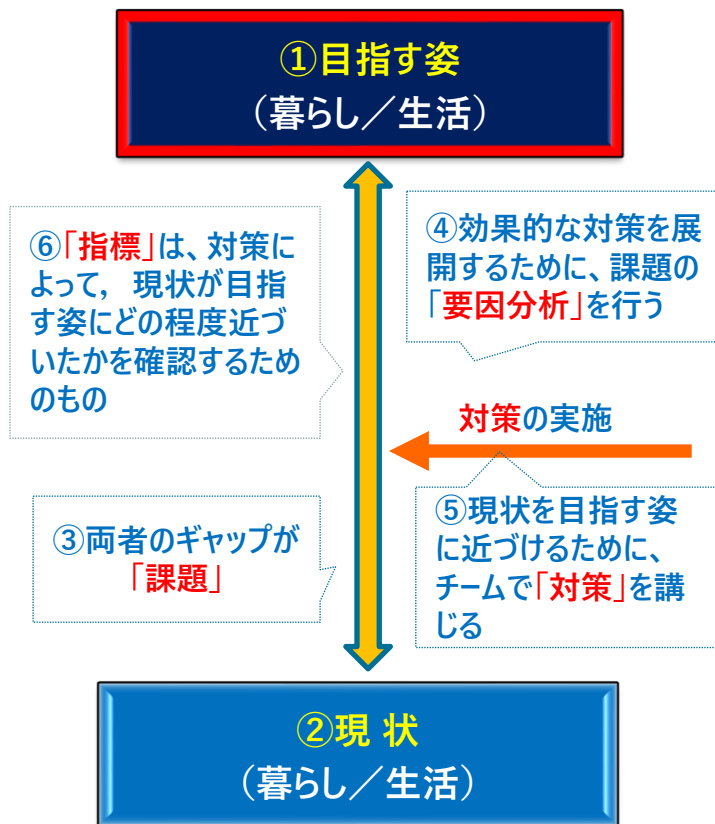
出所) 葛谷雅文：高齢者における栄養の特性と課題、フレイルと栄養の関係、日本人の食事摂取基準策定検討会(2018.5.31開催)、資料1を一部改変

出所) 葛谷雅文：老年医学におけるSarcopenia&Frailtyの重要性、日老医誌、46、279-285、2009を一部改変

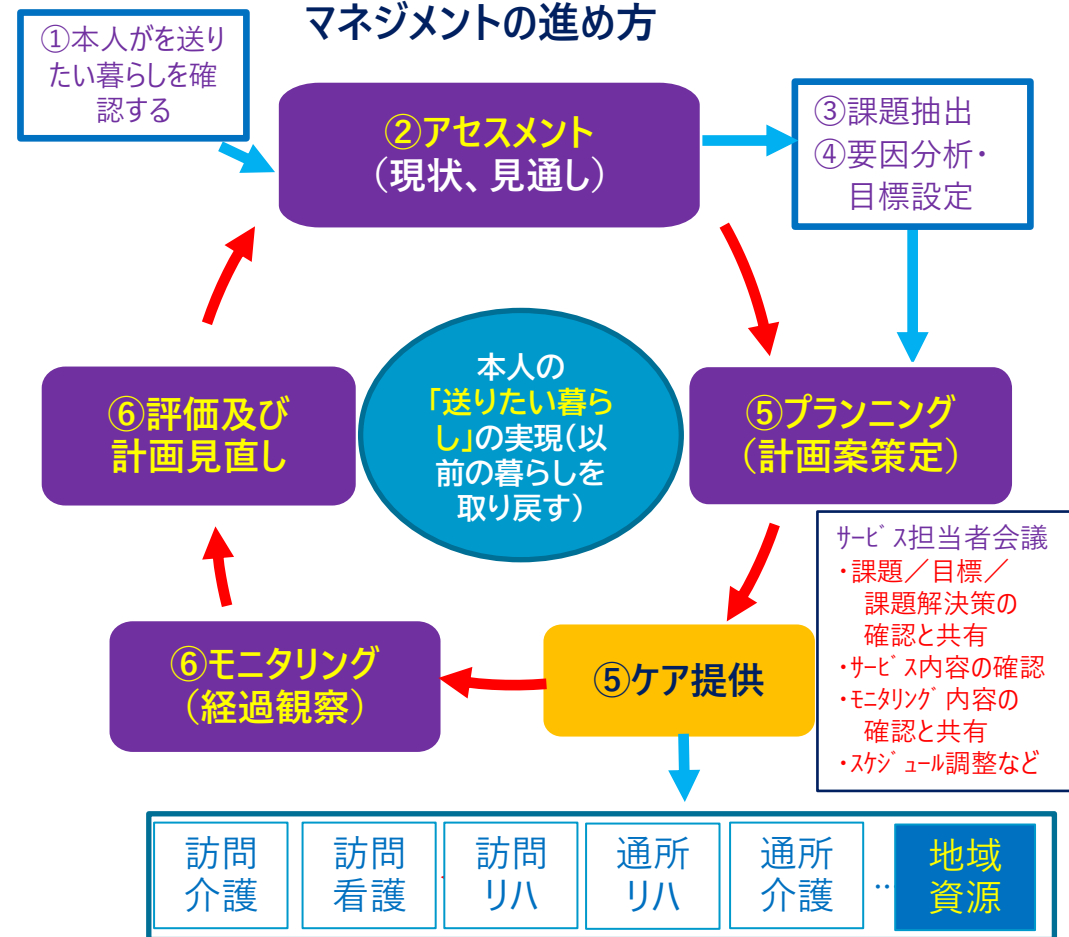
### 3. 多職種協働ケアマネジメントの機能強化に向けた 制度改正の動向

# 多職種協働ケアマネジメントの理想的な展開方法とは

## 課題と対策の関係性



## マネジメントの進め方



## ケアマネジメントの理想的展開を実現するための主な対策

- ① 課題解決に向けたケアマネジャーの思考力の強化
- ② サービス提供者のマネジメント力強化
- ③ サービス提供者同士の連携強化
- ④ 同一職種間の縦の連携強化(入退院時連携など)
- ⑤ 統合化されたアセスメント情報に基づく個別援助計画の質の向上
- ⑥ 社会参加の促進による生活機能の維持・向上の推進

## 【国の対策①】

課題解決に向けたケアマネジャーの思考力の強化



# ケアマネジメントの質の向上に向けて

－「介護支援専門員の資質向上と今後のあり方に関する検討会」中間的な整理（2013年1月7日）より抜粋－

## I アセスメントの重要性と課題抽出プロセスの明確化

- アセスメントは、「解決すべき課題」を把握するための重要プロセスである。
- 課題や目標を導き出したプロセスを明らかにすることは、介護支援専門員のアセスメント能力を高めるために重要である。
- これにより、サービス担当者会議において「考え方の共有」がなされ、その結果、サービス内容の検討が円滑に進むことが期待される。
- 利用者の生活全般の解決すべき課題（ニーズ）をどのような考えで導き出したかを明確にするため、課題抽出のための新たな様式の活用を進める。

## II サービス担当者会議の機能強化

- 居宅サービス計画原案内容について、多職種による専門的な見地からの議論を行い、より質の高い原案への修正を図っていくことが重要。

## III モニタリングにおける適切な評価の推進

- 短期目標の達成状況を総括し、ケアプランの適切な見直しに資するよう、評価のための新たな様式の活用を図る。

# 参考) 課題整理総括表とは

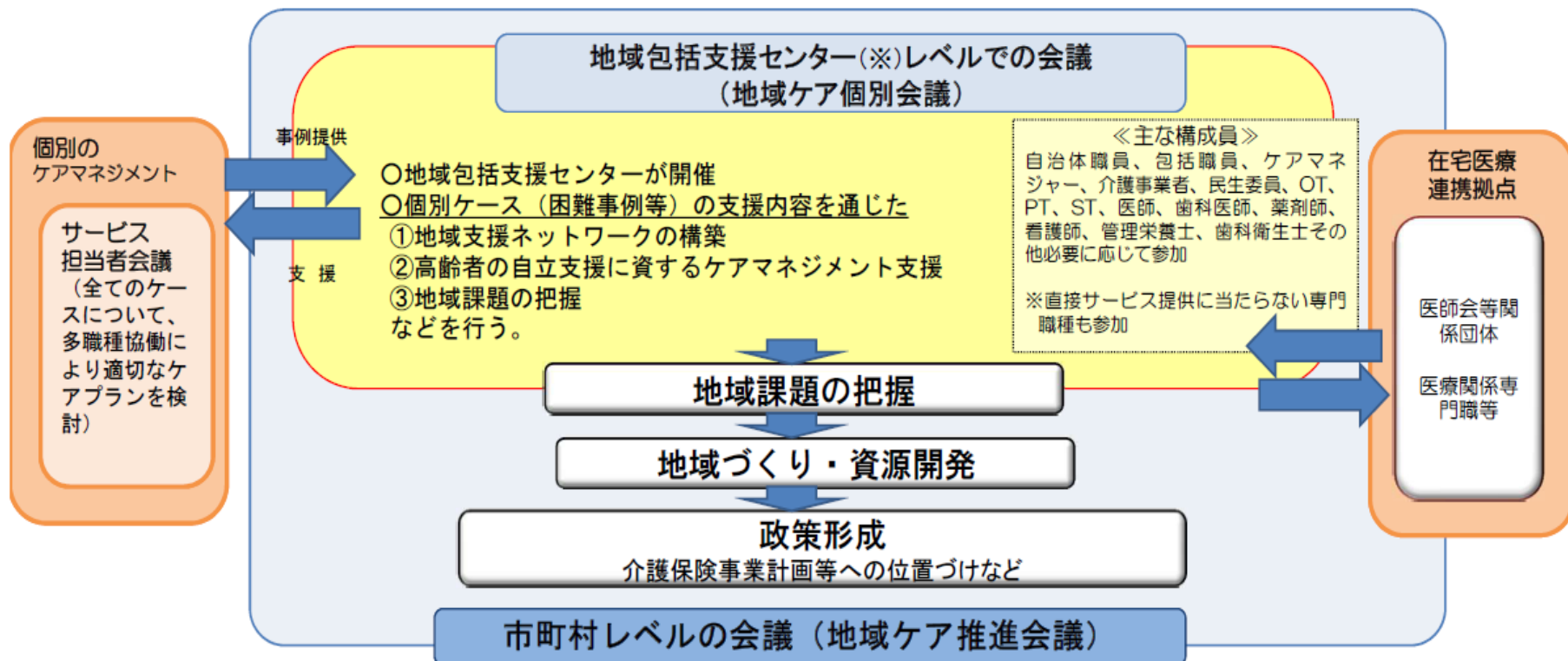
(本人の意向⇒現状⇒課題抽出⇒今後の見通しに基づく目標設定⇒要因分析)

利用者名	⑤				殿	作成日	/	/
自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)	①				②	③	利用者及び家族の 生活に対する意向	
	④				⑤	⑥	①	
状況の事実	② 現在				要因	改善/維持の可能性	備考 (状況・支援内容等)	④ 見 通 し
移動 室内移動	自立	見守り	一部介助	全介助		改善 維持 悪化		③ 生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)
屋外移動	自立	見守り	一部介助	全介助		改善 維持 悪化		
食事 食事内容	支障なし 支障あり					改善 維持 悪化		
食事摂取	自立	見守り	一部介助	全介助		改善 維持 悪化		
調理	自立	見守り	一部介助	全介助		改善 維持 悪化		
排泄 排尿・排便	支障なし 支障あり					改善 維持 悪化		
排泄動作	自立	見守り	一部介助	全介助		改善 維持 悪化		
口腔 口腔衛生	支障なし 支障あり					改善 維持 悪化		
口腔ケア	自立	見守り	一部介助	全介助		改善 維持 悪化		
服薬	自立	見守り	一部介助	全介助		改善 維持 悪化		
入浴	自立	見守り	一部介助	全介助		改善 維持 悪化		
更衣	自立	見守り	一部介助	全介助		改善 維持 悪化		
掃除	自立	見守り	一部介助	全介助		改善 維持 悪化		
洗濯	自立	見守り	一部介助	全介助		改善 維持 悪化		
整理・物品の管理	自立	見守り	一部介助	全介助		改善 維持 悪化		
金銭管理	自立	見守り	一部介助	全介助		改善 維持 悪化		
買物	自立	見守り	一部介助	全介助		改善 維持 悪化		
コミュニケーション能力	支障なし 支障あり					改善 維持 悪化		
認知	支障なし 支障あり					改善 維持 悪化		
社会との関わり	支障なし 支障あり					改善 維持 悪化		
褥瘡・皮膚の問題	支障なし 支障あり					改善 維持 悪化		
行動・心理症状(BPSD)	支障なし 支障あり					改善 維持 悪化		
介護力 (家族関係含む)	支障なし 支障あり					改善 維持 悪化		
居住環境	支障なし 支障あり					改善 維持 悪化		

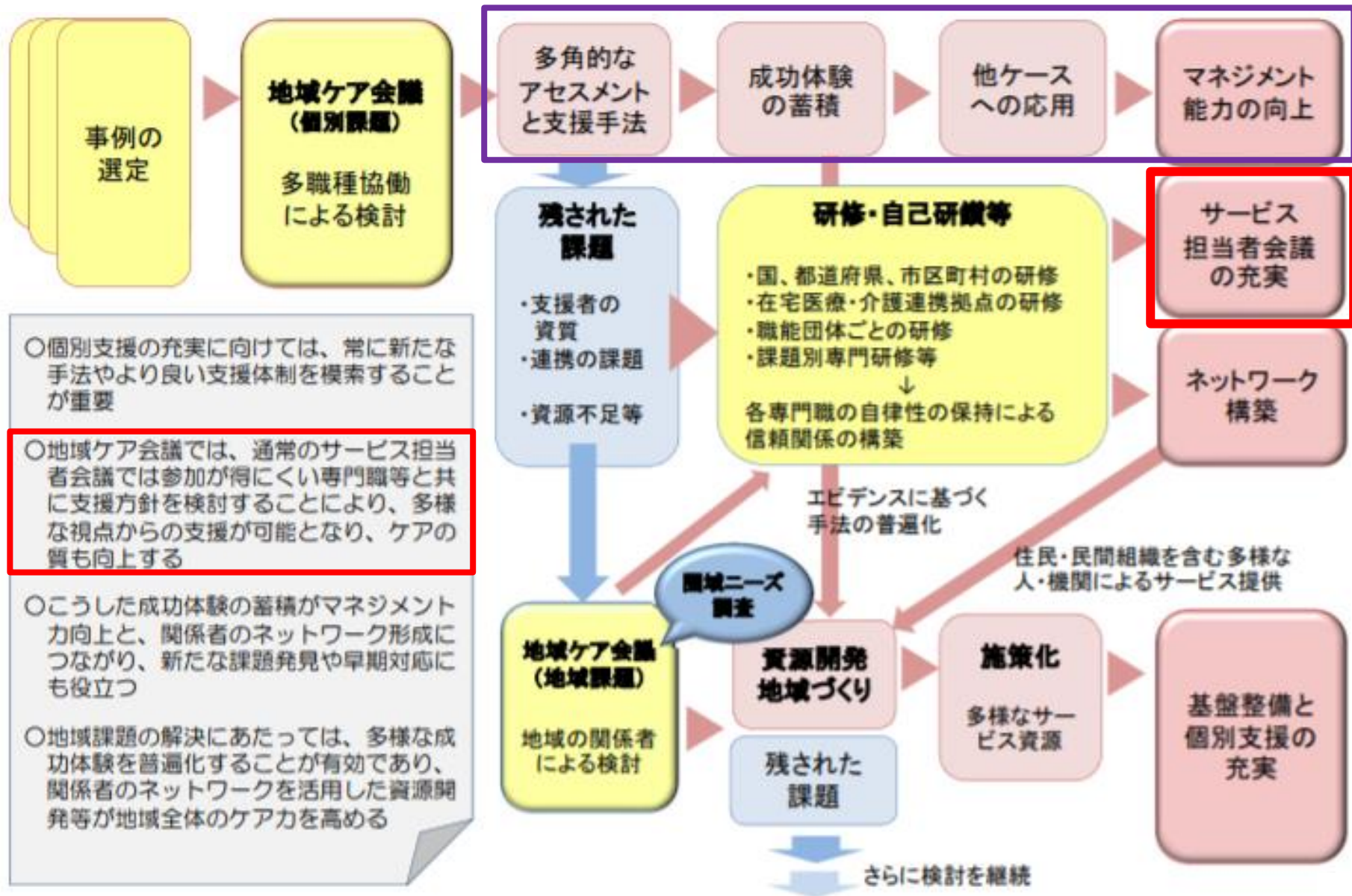
# 多職種の視点を学ぶための「地域ケア個別会議」 (多職種検討のメリットと方法の体験⇒サービス担当者会議の質の向上へ)

- 地域ケア会議は、
  - ・多職種の第三者による専門的視点を交えて、ケアマネジメントの質の向上を図り、
  - ・また、個別ケースの課題分析等の積み重ねにより、地域課題を発見し、
  - ・地域に必要な資源開発や地域づくり、さらには介護保険事業計画への反映などの政策形成につなげる、地域包括ケアシステムの実現に向けたツール。
- 個別ケースを検討する「地域ケア個別会議」は、市町村内の圏域単位での地域包括支援センターが開催。一方、地域づくりや政策形成等につなげる「地域ケア推進会議」は市町村レベルで開催
- 平成24年度から本格的に推進を開始。
- 平成24年6月現在、1,202保険者で実施されているが、その主催者、介護の内容、参加者等は様々であり、個別ケースの検討を基本としている会議は多くない現状にある。

※平成24年4月末現在の地域包括支援センターの箇所数:4,328ヶ所(センター・プラチ・サブセンター合計7,072ヶ所)



# 地域ケア会議に期待した波及効果



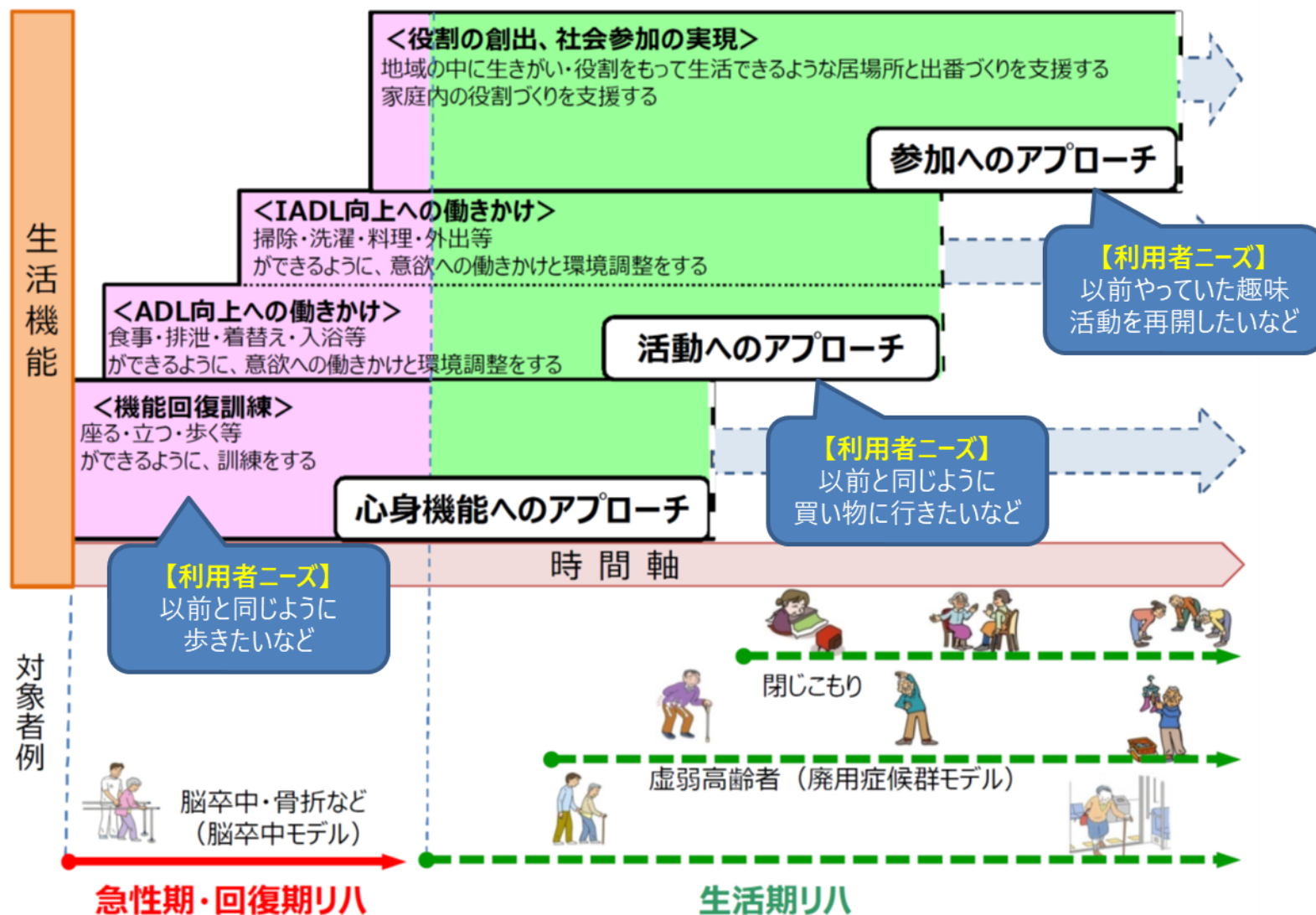
## 【国の対策②】

サービス提供者のマネジメント力の強化  
ーリハ職を例にー



# ニーズに応じたりハ提供の推進

○急性期では心身機能へのアプローチが重要となるが、生活期では、活動や参加へのアプローチがより重要となる。本人が送りたい生活は何かを意識しながら生活期リハを提供していく必要がある。



# 利用者の生活目標達成に向けたリハマネジメントの推進 (2015年度介護報酬改定)

## 見直しのポイント

本人が送りたい暮らし・  
生活は何かをおさえる

### (1) 利用者主体の日常生活に着目した目標設定

- 利用者の意向に基づく適切な目標の設定
- 以前の不自由のない生活機能と現在の低下した生活機能との差を受け止め、自分の持つ能力の限界と可能性を理解(受容)するために、医師による通所・訪問リハビリテーション計画の説明と同意を徹底

### (2) 多職種協働を実現するための具体的な仕組みの導入

- 日常生活に着目した具体的なアセスメント結果や支援方針など目標や期間等を定めた計画の共有
- 介護支援専門員や訪問介護などの他の居宅サービス提供者が参加する「リハビリテーションカンファレンス」機能を強化し、アセスメント結果などの情報を共有するとともに、協働に向けた支援方針や計画の検討の場として活用

### (3) プロセスマネジメントの導入

- リハビリテーション提供の行程管理を徹底するためのプロセス票を導入し、プロセスの明確化と共有を図る

## Survey(初回調査)

- ・ ニーズ調査票 様式A
- ・ アセスメント票 様式B

## Plan(計画)

- ・ リハ計画書 様式C
- ・ カンファレンス記録 様式D

## Do(サービス提供)

## Check(評価)

- ・ アセスメント票 様式B
- ・ プロセス票 様式E

## 見直し後のリハビリテーションマネジメントの流れ

### ○リハビリテーション開始前の情報収集

- ・ サービス担当者会議への参画
- ・ 医師からの診療情報提供書
- ・ 介護支援専門員からのケアマネジメント連絡用紙
- ・ 居宅訪問による本人・家族のニーズの把握(様式A)

通所・訪問リハビリテーション事業所

### ○暫定リハビリテーションサービスの提供

- 医師の診察
- アセスメント(様式B)

### ○リハビリテーションカンファレンスの強化

- ・ 協働: 本人・家族、医師、PT、OT、ST、看護職、介護職
- ・ 通所・訪問リハビリテーション計画の作成(様式C)

医師による本人と家族への説明・同意

○リハビリテーションサービス提供  
利用者のニーズや状態に基づき作成された計画に従って提供される

Act  
(改善)

- 利用者のモニタリング(評価) (様式A、様式B)
- PDCAサイクルの管理 (様式Eの活用)

### ○サービス提供終了時の情報提供

- ・ 医師への診療情報提供書
- ・ 介護支援専門員等へのケアマネジメント連絡用紙
- ・ サービス提供終了後に利用を予定するサービス(通所介護等)の提供者への情報提供 (様式A、様式B、様式C)

○ 通所と訪問の協働や他のサービス事業所間・専門職間の協働を高め、利用者に対して一体的・総合的な居宅サービスを提供することがサービスの効果・効率を高めるために重要である。その実現には各関係者が当該利用者・家族の意向やアセスメント結果、訓練目標などを共有し、同じ方針・目標に向かって居宅サービスを提供することが必要である。

**短期目標**  
**以前と同じように**  
**家族に料理を作りたい**

事業所A  
通所リハ計画

事業所B  
訪問介護計画

有護・介護

介護計画

## 利用者の一日のタイムスケジュール（例）

[illegible]

短期目標	具体的内容	期限
料理が自立できる	①心身機能⇒・握力向上訓練 ・メニュー等段取りを考える訓練 ②活動訓練⇒・運搬練習 ・包丁操作練習 ・一連の料理行為練習 ③社会参加訓練⇒・自宅環境での料理練習 ※他の居宅サービスとの協働 ・訪問介護との協働⇒料理時の見守り支援	3月まで ※2月過ぎ 週1訪問を実施。 同時に訪問 介護と同行 訪問



### 【国の対策③】

アセスメント情報の統合とそれに基づく個別援助計画の質の向上  
～データに基づく科学的介護の推進～

# 科学的介護の実現

－自立支援・重度化防止に向けて－

- 科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護を実現するため、**科学的分析に必要なデータを新たに収集し、世界に例のないデータベースをゼロから構築。**
- データベースを分析し、**科学的に自立支援等の効果が裏付けられたサービスを国民に提示。**
- 2018（平成30）年度介護報酬改定から、**自立支援に向けたインセンティブを検討。**

## 高齢者個々人に関するデータ

### 高齢者の状態

#### 従来取得していたデータ

- 要介護認定情報
- 日常生活動作（ADL）
- 認知機能

#### 新たに取得していくデータ

- 身長、体重
- 血液検査
- 筋力、関節可動域
- 骨密度
- 開眼片脚起立時間
- 握力計測
- 心機能検査
- 肺機能検査

⋮

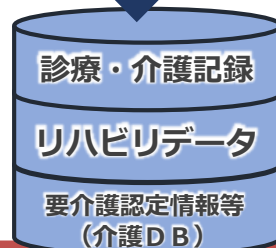
### 提供されたサービス

#### 従来取得していたデータ

- 介護サービスの種別

#### 新たに取得していくデータ

- 医療、リハビリテーション、介護の具体的なサービス内容



保健医療データ  
プラットフォーム

科学的分析に必要な  
データを新たに収集

## 科学的に自立支援等の効果が裏付けられたサービスの具体化

- 国立長寿医療研究センター等の研究機関を活用して、サービスが利用者の状態に与えた効果を分析。
- 科学的に自立支援等の効果が裏付けられた介護の具体像を国民に提示。

（分析のイメージ）

脳卒中に伴う左脚の  
麻痺により3メートル  
しか自力で歩行できない



サービス  
提供前の状態



どのようなサービスが有効か  
科学的に分析、提示

杖を用いれば  
自力歩行が  
20メートル可能



屋内で自由に  
歩行が可能に

提供された  
サービス

サービス  
提供後の状態

## 国民に対する見える化

介護報酬上の評価を用いて、科学的に効果が裏付けられたサービスを受けられる事業所を、厚生労働省のウェブサイト等において公表。

# 科学的介護の実現に向けた展開について (内閣府：未来投資戦略2017)

## ④ 自立支援・重度化防止に向けた科学的介護の実現

- ・次期介護報酬改定において、効果のある自立支援について評価を行う。
- ・どのような状態に対してどのような支援をすれば自立につながるか明らかにし、自立支援等の効果が科学的に裏付けられた介護を実現するため、必要なデータを収集・分析するためのデータベースを構築する。

本年度中にケアの分類法等のデータ収集様式を作成し、来年度中にデータベースの構築を開始し、2019 年度に試行運用を行い、2020 年度の本格運用開始を目指す。

- ・データ分析による科学的な効果が裏付けられた介護サービスについては、2021 年度以降の介護報酬改定で評価するとともに、そうしたサービスが受けられる事業所を厚生労働省のウェブサイト等で公表し、国民に対する「見える化」を進める。

# 介護関連データベースの整備の促進（VISIT + CHASE）

## 介護関連データ

要介護認定情報・  
介護レセプト等情報



通所・訪問リハビリ情報  
(VISIT情報)

高齢者の状態やケアの内容等情報  
(CHASE情報)

地域支援事業情報  
(基本チェックリスト情報等)

### 要介護認定情報・介護レセプト等情報（介護保険総合データベース（介護DB）として運用）

- ・ 市町村から要介護認定情報(2009年度～)、介護レセプト等情報(2012年度～)を収集。
- ・ 2018年度より介護保険法に基づきデータ提供義務化。
- ・ 2018年度に「要介護認定情報・介護レセプト等情報の提供に関するガイドライン」を発出し、データの第三者提供を開始。
- ・ 地域包括ケア「見える化」システムにも活用。

### 通所・訪問リハビリテーションの質の評価データ収集等事業の情報

- ・ 通称“VISIT” (monitoring & eValuation for rehabilitation Services for long-Term care)
- ・ 通所・訪問リハビリテーション事業所から、リハビリテーション計画書等の情報を収集(2017年度～)。
- ・ 2018年度介護報酬改定で、データ提出を評価するリハビリマネジメント加算（Ⅳ）を新設。
- ・ 2020年3月末時点で631事業所が参加。
- ・ 利用者単位のフィードバックに加えて、2019年3月より事業所単位でのフィードバックを開始。

### 上記を補完する高齢者の状態・ケアの内容等の情報

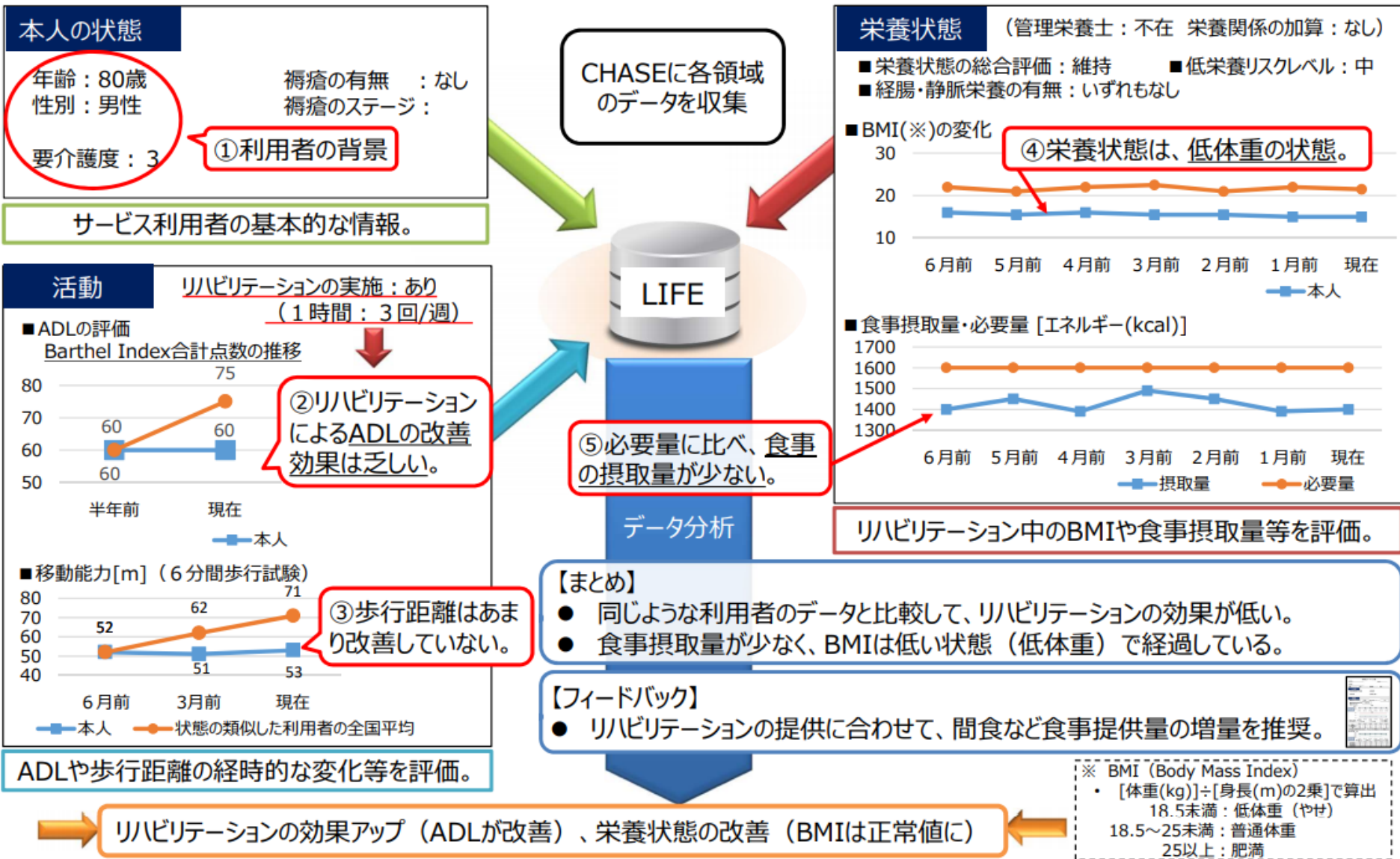
- ・ 通称“CHASE” (Care, HeAlth Status & Events)
  - ・ 「科学的裏付けに基づく介護に係る検討会」において具体的な内容を検討し、2018年3月の中間報告で、データベースに用いる初期項目（265項目）を選定。
  - ・ 2019年3月より検討会を再開し、収集項目の整理等について再検討を行い、2019年7月の取りまとめで、基本的な項目（30項目）を選定。
  - ・ 2019年度にシステムの開発を行い、2020年度から運用を開始。
- 介護サービス利用者の状態像やサービス内容等の可視化
- 介護レセプトの情報等とも組み合わせ、事業所・施設の取組等の評価について解析等を進めることによる自立支援・重度化防止に資する科学的根拠に基づく質の高い介護を実現することを目的。

### 地域支援事業の利用者に関する情報

- ・ 市町村が保有する介護予防・日常生活支援総合事業の基本チェックリスト（現在、総合事業の対象者の該当性を判断するために用いているもの。）の情報等を想定。
- ・ 具体的な内容としては、「階段を手すりや壁をつたわずに上っていますか」、「口の渇きが気になりますか」、「今日が何月何日かわからない時がありますか」等の25の質問に対する二択の回答。



# 統合化されたアセスメント情報に基づく効果的なリハ提供の推進 (自身と他職種のアセスメント情報を統合しながら、より効果的なリハ介入を検討する)



## 【国の対策④】

社会参加の促進による生活機能の維持・向上の推進

－認知症施策を例に－

# 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）

## 【基本的考え方】

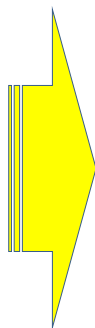
認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指し認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」※を車の両輪として施策を推進

※1：「共生」とは、認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きるという意味

※2：「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」「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味

## 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なども含め、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を向き、力を活かしていくことで極力それを減らし、住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、自分らしく暮らし続けることができる社会を目指す。
- 運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、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を踏まえ、予防に関するエビデンスを収集・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。



## 具体的な施策の5つの柱

### ① 普及啓発・本人発信支援

- ・企業・職域での認知症サポーター養成の推進
- ・「認知症とともに生きる希望宣言」の展開 など

### ② 予防

- ・高齢者等が身近で通える場「通いの場」の拡充
- ・エビデンスの収集・普及 など

### ③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

- ・早期発見・早期対応の体制の質の向上、連携強化
- ・家族教室や家族同士のピア活動等の推進 など

### 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

- ・認知症になっても利用しやすい生活環境づくり
- ・企業認証・表彰の仕組みの検討
- ・社会参加活動等の推進 など

### ⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

- ・薬剤治験に即応できるコホートの構築 など

認知症の人や家族の視pointsの重視

## 介護サービス事業所における 地域での社会参加活動の推進



# 介護事業所における認知症の人の社会参加の促進 (DAYS BLG! (町田市))

## 基本情報

- 地域密着型通所介護事業所。所要時間7時間以上9時間未満の報酬を算定。若年性認知症利用者受入加算、認知症加算を算定。
- 認知症の方が9割、高次脳機能障害の方が1割の構成。認知症と診断された初期の段階の方、認知症の症状が初期の方を対象。

## 基本的な理念

### ① 1日の過ごし方をメンバーが選択

- ・ 大切にしていることは、一日の過ごし方や食べるものをメンバーが選択。一日をどこで何をして過ごすか本人が選ぶことが生きる満足感に。

### ② 地域との連携、社会参加支援

- ・ 「介護する側／される側」の分け隔てがなく、スタッフも利用者、子ども、来客がごちゃ混ぜにいる場であって、出来ないことを出来る人が助け合いながら 1日を過ごす場。

## 1日の流れ

時間	内容	時間	内容
9:00	到着	13:00	コーヒータイム
9:45	バイタルチェック&水分補給	13:15	午後の予定選択 (例)野菜配達、洗車、ボランティア活動、公園散策 他
10:00	午前の予定選択 (例)営業、ボランティア活動、弁当等の買い物、庭掃除 他	15:50	ティータイム
10:30	各メンバーが選択した活動	16:10	本日の振り返り
12:00	昼食(例)弁当、外食	16:30	メンバーさんからの締めあいさつ

# デイ参加者によるボランティアの例

## 取組のきっかけ

### (例①)有償ボランティア:仕事

- ・ 自動車ディーラーでの洗車業務、レストラン等に提供する玉ねぎの皮むき、カラオケ店の敷地草取り、保育園の雑巾縫い等で、「できること」の範囲で働き、労働の対価として「謝礼」を受け取っている



### (例②)無償ボランティア:社会における役割

- ・ 保育園から「子ども達に読み聞かせをしてほしい」との要望を受けて、学童保育や保育園での紙芝居の読み聞かせなどを行う。



### (参考:有償ボランティアの謝礼)

野菜の配達	450円／1時間
自動車ディーラーの営業車輛の洗車	10,000円／1ヶ月
商店街自治会の花壇整備	1,000円／1回
コミュニティ情報誌のポスティング	4円／1枚×320部(1週間)
地域の高齢者宅の庭整備	5,000円／3日
門松制作	20,000円／3か月
ボールペン袋詰め	1円／1本(合計1,000本)
認知症講演会	不定