

資料 2

「認知症対策等総合支援事業の実施について」 (平成23年6月6日老発0606第1号厚生労働省老健局長通知) 新旧対照表 (案)

改正前	改正後 (案)
<p style="text-align: right;">老 発 0 6 0 6 第 1 号 平成23年6月6日</p> <p>各 都道府県知事 殿 指定都市市長</p> <p style="text-align: right;">厚生労働省老健局長</p> <p style="text-align: center;">認知症対策等総合支援事業の実施について</p> <p>認知症対策については、早期の段階からの適切な診断と対応、認知症に関する正しい知識と理解に基づく本人や家族への支援などを通して地域単位での総合的かつ継続的な支援体制を確立していくことが必要である。</p> <p>今般、認知症の人やその家族に対する支援を地域の実情に応じた効果的に推進するため、市町村が認知症施策について、可能な限り裁量を持ちつつ必要な事業を実施できる環境の整備を図り、市町村圏域を中心とした施策の展開を推進する観点から、従来の認知症関連予算事業を再編して「認知症対策等総合支援事業」を</p>	<p style="text-align: right;">老 発 0 6 0 6 第 1 号 平成23年6月6日 老 発 0 4 0 5 第 1 4 号 平成24年4月5日 <u>一部改正 老発 第 号</u> <u>平成25年 月 日</u></p> <p>各 都道府県知事 殿 指定都市市長</p> <p style="text-align: right;">厚生労働省老健局長</p> <p style="text-align: center;">認知症対策等総合支援事業の実施について</p> <p>認知症対策については、早期の段階からの適切な診断と対応、認知症に関する正しい知識と理解に基づく本人や家族への支援などを通して地域単位での総合的かつ継続的な支援体制を確立していくことが必要である。</p> <p>今般、認知症の人やその家族に対する支援を地域の実情に応じた効果的に推進するため、市町村が認知症施策について、可能な限り裁量を持ちつつ必要な事業を実施できる環境の整備を図り、市町村圏域を中心とした施策の展開を推進する観点から、従来の認知症関連予算事業を再編して「認知症対策等総合支援事業」を</p>

下記の10事業により構成するものとし、別添のとおり各実施要綱を定め、平成23年4月1日から適用することとしたので通知する。

各都道府県・指定都市におかれては、関係団体等との連携の下、各地域における認知症の方への支援の充実並びに適切な事業実施にご協力願いたい。

なお、本通知の施行に伴い、「認知症対策等総合支援事業の実施について」（平成18年5月30日付老発第0530002号本職通知）及び「認知症ケア高度化推進事業の実施について」（平成20年5月15日老発第0515008号本職通知）は廃止する。

記

(1) 認知症対応型サービス事業管理者等養成事業

認知症介護の質の向上を図るため、認知症高齢者グループホームの管理者や開設者、小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者等に対する研修を行う事業であるが、本事業については、下記の通知に基づき都道府県・指定都市が実施するものとする。

「認知症介護実践者等養成事業実施要綱」（平成21年3月26日老発第0326003号本職通知）（4（1）及び（5）の事業を除く）

(2) 認知症地域医療支援事業（別添1）

(3) 認知症介護研究・研修センター運営事業

認知症介護の質の向上を図るための研究や研修を行う「認知症介護研究・研修センター」の運営を行う事業であり、認知症介護研究・研修センターを設置する都県市（東京都・愛知県・仙台市）において、下記の通知に基づき実施するものとする。

「認知症介護研究・研修センター運営事業の実施について」（平成12年5月8日老発第477号厚生省老人保健福祉局長通知）

下記の11事業により構成するものとし、別添のとおり各実施要綱を定め、平成23年4月1日から適用することとしたので通知する。

各都道府県・指定都市におかれては、関係団体等との連携の下、各地域における認知症の方への支援の充実並びに適切な事業実施にご協力願いたい。

なお、本通知の施行に伴い、「認知症対策等総合支援事業の実施について」（平成18年5月30日付老発第0530002号本職通知）及び「認知症ケア高度化推進事業の実施について」（平成20年5月15日老発第0515008号本職通知）は廃止する。

記

(1) 認知症対応型サービス事業管理者等養成事業

認知症介護の質の向上を図るため、認知症高齢者グループホームの管理者や開設者、小規模多機能型居宅介護事業所の計画作成担当者等に対する研修を行う事業であるが、本事業については、下記の通知に基づき都道府県・指定都市が実施するものとする。

「認知症介護実践者等養成事業実施要綱」（平成21年3月26日老発第0326003号本職通知）（4（1）及び（5）の事業を除く）

(2) 認知症地域医療支援事業（別添1）

(3) 認知症介護研究・研修センター運営事業

認知症介護の質の向上を図るための研究や研修を行う「認知症介護研究・研修センター」の運営を行う事業であり、認知症介護研究・研修センターを設置する都県市（東京都・愛知県・仙台市）において、下記の通知に基づき実施するものとする。

「認知症介護研究・研修センター運営事業の実施について」（平成12年5月8日老発第477号厚生省老人保健福祉局長通知）

- (4) 認知症**対策**普及・相談・支援事業（別添2）
- (5) 市町村認知症施策総合推進事業（別添3）
- (6) 都道府県認知症施策推進事業（別添4）
- (7) 認知症地域資源連携検討事業

認知症地域支援の取組の先進事例等を収集し、その効果、課題等の整理・分析を行い、自治体に地域資源の連携のあり方を提示することで、効果的な認知症地域支援体制の構築の取組についての普及や環境整備を図る事業であり、認知症介護研究・研修東京センターを設置する東京都において、下記の通知に基づき実施するものとする。

「認知症地域資源連携検討事業について」

（平成23年6月6日老発0606第6号本職通知）

- (8) 高齢者権利擁護等推進事業（別添5）
- (9) 市民後見推進事業（別添6）
- (10) 若年性認知症**対策**総合推進事業

ア 都道府県事業（別添7）

イ 若年性認知症コールセンター運営事業

若年性認知症に関する疑問や悩み、今後の支援等について適切に対応するため、若年性認知症の総合相談窓口を設置する事業であり、認知症介護研究・研修大府センターを設置する愛知県において、下記の通知に基づき実施するものとする。

「若年性認知症コールセンター事業の実施について」

（平成21年6月2日老発第0602006号本職通知）

(別添1)

認知症地域医療支援事業実施要綱

第1 認知症サポート医養成研修事業

- (4) 認知症**施策**普及・相談・支援事業（別添2）
- (5) 市町村認知症施策総合推進事業（別添3）
- (6) 都道府県認知症施策推進事業（別添4）
- (7) 認知症地域資源連携検討事業

認知症地域支援の取組の先進事例等を収集し、その効果、課題等の整理・分析を行い、自治体に地域資源の連携のあり方を提示することで、効果的な認知症地域支援体制の構築の取組についての普及や環境整備を図る事業であり、認知症介護研究・研修東京センターを設置する東京都において、下記の通知に基づき実施するものとする。

「認知症地域資源連携検討事業について」

（平成23年6月6日老発0606第6号本職通知）

- (8) 高齢者権利擁護等推進事業（別添5）
- (9) 市民後見推進事業（別添6）
- (10) 若年性認知症**施策**総合推進事業

ア 都道府県事業（別添7）

イ 若年性認知症コールセンター運営事業

若年性認知症に関する疑問や悩み、今後の支援等について適切に対応するため、若年性認知症の総合相談窓口を設置する事業であり、認知症介護研究・研修大府センターを設置する愛知県において、下記の通知に基づき実施するものとする。

「若年性認知症コールセンター事業の実施について」

（平成21年6月2日老発第0602006号本職通知）

(11) 認知症疾患医療センター運営事業（別添8）

(別添1)

認知症地域医療支援事業実施要綱

第1 認知症サポート医養成研修事業

1 認知症サポート医養成研修

(1) 目的

認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医への助言その他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる認知症サポート医(推進医師)を養成することにより、各地域において、認知症の発症初期から状況に応じて、医療と介護が一体となった認知症の人への支援体制の構築を図ることを目的とする。

(2) 認知症サポート医(推進医師)の役割

認知症サポート医(推進医師)は、次の役割を担う。

ア かかりつけ医の認知症診断等に関する相談・アドバイザー役となるほか、他の認知症サポート医(推進医師)との連携体制の構築

イ (略)

ウ 都道府県・指定都市医師会を単位とした、かかりつけ医を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画立案及び講師

(3) (略)

(4) 研修対象者

実施主体の長が、都道府県・指定都市医師会と相談の上、下記のいずれかの条件を満たし適当と認めた医師とする。

ア (略)

イ 「(2) 認知症サポート医(推進医師)の役割」を適切に担える医師

なお、本研修修了後には(2)の役割を担うことについて、各医師に対して十分な説明を行い、了承を得るものとする。

(5) 研修内容

認知症サポート医(推進医師)として必要な、

ア かかりつけ医に対する認知症対応力向上研修の企画立案

1 認知症サポート医養成研修

(1) 目的

認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医等への助言その他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる認知症サポート医を養成することにより、各地域において、認知症の発症初期から状況に応じて、医療と介護が一体となった認知症の人への支援体制の構築を図ることを目的とする。

(2) 認知症サポート医の役割

認知症サポート医は、次の役割を担う。

ア かかりつけ医等の認知症診断等に関する相談・アドバイザー役となるほか、他の認知症サポート医との連携体制の構築

イ (略)

ウ 都道府県・指定都市医師会を単位とした、かかりつけ医等を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画立案及び講師

(3) 実施主体 (略)

(4) 研修対象者

実施主体の長が、都道府県・指定都市医師会と相談の上、下記のいずれかの条件を満たし適当と認めた医師とする。

ア (略)

イ 「(2) 認知症サポート医の役割」を適切に担える医師

なお、本研修修了後には(2)の役割を担うことについて、各医師に対して十分な説明を行い、了承を得るものとする。

(5) 研修内容

認知症サポート医として必要な、

ア かかりつけ医等に対する認知症対応力向上研修の企画立案

に必要な知識及び効果的な教育技術

イ (略)

などの修得に資する内容とする。

(6) (略)

(7) 修了証書の交付等

ア (略)

イ (略)

ウ 実施主体の長は、研修修了者の情報について、各都道府県医師会及び指定都市医師会と連携し、本事業実施要綱第1の3「普及啓発推進事業」等を活用し、研修修了者の同意を得た上で、研修修了者のリスト等を作成・更新し、各市町村や各市町村が設置する地域包括支援センターに配布するなど、管内の認知症の人及びその家族等の受診の利便性に資するものとする。

(8) その他

ア 実施主体の長は、認知症サポート医(推進医師)が行う研修の企画立案等の作業に協力するとともに、企画された内容についても可能な限り、実施に努めるものとする。

イ 実施主体の長は、本研修修了者について、本事業実施要綱第1の3「普及啓発推進事業」及び別添3の「市町村認知症施策総合推進事業」等への参画を図るなど、地域における認知症の人への支援体制の構築に向けて積極的に活用するよう努めるものとする。

2 認知症サポート医フォローアップ研修

(1) 目的

本研修事業は認知症サポート医(推進医師)等が、認知症の診断・治療・ケア等に関する研修、症例検討、グループ討議等を通じて、地域における認知症の人への支援体制の充実・強化を図ること、また、本研修の機会を活用し、地域におけ

案に必要な知識及び効果的な教育技術

イ (略)

などの修得に資する内容とする。

(6) (略)

(7) 修了証書の交付等

ア (略)

イ (略)

ウ 実施主体の長は、研修修了者の情報について、各都道府県医師会及び指定都市医師会と連携し、本事業実施要綱第4「普及啓発推進事業」等を活用し、研修修了者の同意を得た上で、研修修了者のリスト等を作成・更新し、各市町村や各市町村が設置する地域包括支援センターに配布するなど、管内の認知症の人及びその家族等の受診の利便性に資するものとする。

(8) その他

ア 実施主体の長は、認知症サポート医が行う研修の企画立案等の作業に協力するとともに、企画された内容についても可能な限り、実施に努めるものとする。

イ 実施主体の長は、本研修修了者について、本事業実施要綱第4「普及啓発推進事業」及び別添3の「市町村認知症施策総合推進事業」等への参画を図るなど、地域における認知症の人への支援体制の構築に向けて積極的に活用するよう努めるものとする。

2 認知症サポート医フォローアップ研修

(1) 目的

本研修事業は認知症サポート医等が、認知症の診断・治療・ケア等に関する研修、症例検討、グループ討議等を通じて、地域における認知症の人への支援体制の充実・強化を図ること、また、本研修の機会を活用し、地域における認知症サポ

る認知症サポート医等の連携強化を図ることを目的とする。

(2) (略)

(3) 研修対象者

認知症サポート医 (推進医師) 及び地域においてかかりつけ医認知症対応力向上研修の企画・立案等に協力している医師、その他地域において認知症医療体制構築に向けて取り組んでいる医師として実施主体の長が適当と認めた者とする。

(4) (略)

(5) (略)

(6) (略)

3 普及啓発推進事業

(1) 目的

認知症の人に対し、早期に適切なサービス提供を行うためには、認知症の早期発見及び早期診断を普及することが重要であることから、認知症サポート医(推進医師)を中心として、地域住民、認知症の人の家族や介護サービス関係者等に対し、認知症の医療に係る正しい知識の普及を推進することを目的とする。

(2) 実施主体

本事業の実施主体は都道府県及び指定都市とする。

(3) 事業内容

実施主体は、本事業の目的を達成するため、講演会・シンポジウムの開催やパンフレットの作成配布など、各地域の実情に応じた取組を行うものとする。

なお、事業の実施に当たっては、都道府県・指定都市医師会と連携を図るものとする。

ート医等の連携強化を図ることを目的とする。

(2) (略)

(3) 研修対象者

認知症サポート医及び地域においてかかりつけ医認知症対応力向上研修等の企画・立案等に協力している医師、その他地域において認知症医療体制構築に向けて取り組んでいる医師として実施主体の長が適当と認めた者とする。

(4) (略)

(5) (略)

(6) (略)

(様式1)

修了証書	第 号
氏 名	
生年月日	昭和 年 月 日
あなたは、厚生労働省の定める認知症サポート医養成研修を修了したことを証します。	
平成 年 月 日	
独立行政法人国立長寿医療研究センター総長	
○ ○ ○ ○	

第2 かかりつけ医認知症対応力向上研修

(1) 目的

高齢者が日頃より受診する診療所等の主治医（かかりつけ医）に対し、適切な認知症診療の知識・技術や認知症の本人とその家族を支える知識と方法を習得するための研修を実施することにより、認知症サポート医（推進医師）との連携の下、各地域において、認知症の発症初期から状況に応じた認知症の人への支援体制の構築を図ることを目的とする。

(2) (略)

(3) (略)

(4) 研修内容

研修受講者に対し、標準的なカリキュラム(別記)に基づき、かかりつけ医として必要で適切な認知症診療の知識・技術などの修得に資する内容とする。

(様式1)

修了証書	第 号
氏 名	
生年月日	年 月 日
あなたは、厚生労働省の定める認知症サポート医養成研修を修了したことを証します。	
平成 年 月 日	
独立行政法人国立長寿医療研究センター総長	
○ ○ ○ ○	

第2 かかりつけ医認知症対応力向上研修事業

(1) 目的

高齢者が日頃より受診する診療所等の主治医（かかりつけ医）に対し、適切な認知症診療の知識・技術や認知症の本人とその家族を支える知識と方法を習得するための研修を実施することにより、認知症サポート医との連携の下、各地域において、認知症の発症初期から状況に応じた認知症の人への支援体制の構築を図ることを目的とする。

(2) (略)

(3) (略)

(4) 研修内容

研修受講者に対し、標準的なカリキュラム(別記1)に基づき、かかりつけ医として必要で適切な認知症診療の知識・技術などの修得に資する内容とする。

(5) (略)

(6) 修了証書等の交付等

ア (略)

イ (略)

ウ 実施主体の長は、研修修了者の情報について、各都道府県医師会及び指定都市医師会と連携し、本事業実施要綱第 1 の 3 「普及啓発推進事業」等を活用し、研修修了者の同意を得た上で、研修修了者のリスト等を作成・更新し、各市町村や各市町村が設置する地域包括支援センターに配布するなど、管内の認知症の人及びその家族等の受診の利便性に資するものとする。

(7) その他

ア 実施主体の長は、本事業の実施に当たっては、認知症サポート医の協力の下に行うものとし、本事業の実施を関係団体等に委託する場合については、当該団体と密接な連携を図るものとする。

イ 実施主体の長は、研修受講者の募集に当たっては、各都道府県・指定都市医師会を通じ、郡市医師会の協力を得て行うものとする。また、研修修了者の情報については地域の認知症医療体制の推進に資するよう、各市町村が設置する地域包括支援センター等に提供するなどの措置を講ずるものとする。

(別記) 標準的なカリキュラム (略)

(様式2)

第 号	
修 了 証 書	
氏 名	

(5) (略)

(6) 修了証書等の交付等

ア (略)

イ (略)

ウ 実施主体の長は、研修修了者の情報について、各都道府県医師会及び指定都市医師会と連携し、本事業実施要綱第 4 「普及啓発推進事業」等を活用し、研修修了者の同意を得た上で、研修修了者のリスト等を作成・更新し、各市町村や各市町村が設置する地域包括支援センターに配布するなど、地域の認知症医療体制の推進及び管内の認知症の人及びその家族等の受診の利便性に資するものとする。

(7) その他

ア 実施主体の長は、本事業の実施に当たっては、認知症サポート医の協力の下に行うものとし、本事業の実施を関係団体等に委託する場合については、当該団体と密接な連携を図るものとする。

イ 実施主体の長は、研修受講者の募集に当たっては、各都道府県・指定都市医師会を通じ、郡市医師会の協力を得て行うものとする。

(別記 1) 標準的なカリキュラム (略)

(様式2)

第 号	
修 了 証 書	
氏 名	

生年月日 昭和 年 月 日

あなたは、厚生労働省の定めるかかりつけ医認知症対応力向上研修を修了したことを証します。

平成 年 月 日

実施主体の長
○ ○ ○ ○

生年月日 年 月 日

あなたは、厚生労働省の定めるかかりつけ医認知症対応力向上研修を修了したことを証します。

平成 年 月 日

実施主体の長
○ ○ ○ ○

第3 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修事業

(1) 目的

病院勤務の医師、看護師等の医療従事者に対し、認知症の人や家族を支えるために必要な基本知識や、医療と介護の連携の重要性、認知症ケアの原則等の知識について修得するための研修を実施することにより、病院での認知症の人の手術や処置等の適切な実施の確保を図ることを目的とする。

(2) 実施主体

本事業の実施主体は都道府県及び指定都市とする。ただし、事業運営の一部を適切な事業運営が確保できると認められる関係団体等に委託することができるものとする。

(3) 研修対象者

各都道府県及び指定都市管内の病院で勤務する医師、看護師等の医療従事者とする。

(4) 研修内容

研修受講者に対し、標準的なカリキュラム(別記2)に基づき、病院勤務の医療従事者として必要な認知症ケアの原則等の知識の修得に資する内容とする。

(5) 受講の手続き等

実施主体又は研修実施受託団体の募集要綱に基づくものと

する。

(6) 修了証書等の交付等

ア 実施主体の長は、研修修了者に対し、別途定める様式（様式3）により修了証書を交付する。

イ 実施主体の長は、研修修了者について、修了証書番号、修了年月日、氏名、生年月日等必要事項を記入した名簿を作成し、管理するものとする。

ウ 実施主体の長は、研修修了者の情報について、各都道府県医師会及び指定都市医師会、各都道府県看護協会、病院関係団体等と連携し、本事業実施要綱第4「普及啓発推進事業」等を活用し、研修修了者の同意を得た上で、研修修了者のリスト等を作成・更新し、各市町村や各市町村が設置する地域包括支援センターに配布するなど、地域の認知症医療体制の推進及び管内の認知症の人及びその家族等の受診の利便性に資するものとする。

(7) その他

ア 実施主体の長は、本事業の実施に当たっては、認知症サポート医や、認知症ケアに精通した看護師等の協力の下に行うものとし、本事業の実施を関係団体等に委託する場合には、当該団体と密接な連携を図るものとする。

イ 実施主体の長は、研修受講者の募集に当たっては、各都道府県・指定都市医師会、各都道府県看護協会、病院関係団体等の協力を得て行うものとする。

(別記2)

		研修内容
1 知識	ねらい	認知症の人の入院に際して、認知症とケアの基本を理解する。

	<u>(30分)</u>	<u>到達目標</u>	<u>1 研修の目的を理解する</u> <u>2 認知症の人が入院すること、の全体像を理解する</u> <u>3 認知症の人の特徴とケアの基本を理解する</u>
		<u>主な内容</u>	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>認知症の人の理解</u> ① <u>認知症について</u> ・ <u>認知症ケア</u> ① <u>コミュニケーションの工夫やBPSDへの対応</u> ② <u>病棟において重要なケアの視点</u>
	<u>2 対応力</u>	<u>ねらい</u>	<u>認知症の人のアセスメント、入院中の対応の基本を習得する。</u>
	<u>(50分)</u>	<u>到達目標</u>	<u>1 認知症の人の入院時に行うアセスメントのポイントを理解する</u> <u>2 入院生活における認知症の人の行動の特徴を理解する</u> <u>3 入院中に問題になりやすい場面の対応方法について習得する</u>
		<u>主な内容</u>	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>アセスメント</u> ① <u>アセスメントの目的、留意点</u> ・ <u>対応力</u> ① <u>対応の基本</u> ② <u>コミュニケーションのとり方(ポイント、事例)</u>

		<u>③ 処置・術後の対応、せん妄、身体拘束、転倒</u>
<u>3 連携等</u> <u>(10分)</u>	<u>ねらい</u>	<u>1 院内・院外の多職種・他職種連携の意義を理解する</u> <u>2 管理者として取り組む体制や環境整備の意義を理解する</u>
	<u>到達目標</u>	<u>1 院内・院外の連携における認知症の人と自身のメリットを理解する</u> <u>2 入退院の場面と院外の連携相手について理解する</u> <u>3 管理者としての体制と環境作りについて理解する</u>
	<u>主な内容</u>	<u>・ 院内外連携</u> <u>① 連携により期待される効果</u> <u>② 病院と地域資源との連携、地域の連携相手</u> <u>・ 管理者</u> <u>① 管理者として行ってほしいこと</u>

(様式3)

第 <u> </u> 号
<u>修 了 証 書</u>
氏 名
<u>生年月日</u> 年 月 日

あなたは、厚生労働省の定める病院勤務の医療従事者向け
認知症対応力向上研修を修了したことを証します。

平成 年 月 日

実施主体の長

○ ○ ○ ○

第4 普及啓発推進事業

(1) 目的

認知症の人に対し、早期に適切なサービス提供をおこなう
ためには、認知症の早期発見及び早期診断を普及することが
重要であることから、認知症サポート医を中心として、地域
住民、認知症の人の家族や介護サービス関係者等に対し、認
知症医療に係る正しい知識の普及を推進することを目的とす
る。

(2) 実施主体

本事業の実施主体は都道府県及び指定都市とする。ただし、
事業運営の一部を適切な事業運営が確保できると認められる
関係団体等に委託できるものとする。

(3) 事業内容

実施主体は、本事業の目的を達成するため、講演会・シン
ポジウムの開催やパンフレットの作成配布など、各地域の実
情に応じた取組を行うものとする。

なお、事業の実施に当たっては、都道府県・指定都市医師
会と連携を図るものとする。

<p>(別添 2) 認知症<u>対策</u>普及・相談・支援事業実施要綱 (略)</p>	<p>(別添 2) 認知症<u>施策</u>普及・相談・支援事業実施要綱 (略)</p>
<p>(別添 3) 市町村認知症施策総合推進事業実施要綱 (略)</p> <p>1 (略) 2 (略) 3 認知症地域支援推進員の配置等 (1) 認知症地域支援推進員の配置 実施主体は、認知症地域支援推進員を地域包括支援センター、市町村本庁など本事業を実施するにあたり適切な場所に配置し、本事業を実施するものとする。また、認知症地域支援推進員については、別途、認知症地域支援推進員研修を受講するものとする。 認知症地域支援推進員 以下のいずれかの要件を満たす者 1人以上 ① (略) ② (略) (2) 嘱託医の配置 実施主体は、医療と介護の連携を図るため、次のような活動を行う認知症サポート医養成研修修了者（以下「認知症サポート医」という。）等の医師を地域包括支援センター、市町村本庁など本事業を実施するにあたり適切な場所に配置（嘱託可）することが望まれる。 <u>(嘱託医の活動の例)</u> ・ 地域支援推進員等からの相談に対する医療的見地からの</p>	<p>(別添 3) 市町村認知症施策総合推進事業実施要綱</p> <p>第1 認知症地域支援推進員等設置促進事業 1 (略) 2 (略) 3 認知症地域支援推進員の配置等 (1) 認知症地域支援推進員の配置 実施主体は、認知症地域支援推進員を地域包括支援センター、市町村本庁など本事業を実施するにあたり適切な場所に配置し、本事業を実施するものとする。また、認知症地域支援推進員については、別途、認知症地域支援推進員研修を受講するものとする。 認知症地域支援推進員は以下のいずれかの要件を満たす者を1人以上<u>配置するものとする。</u> ① (略) ② (略) (2) 嘱託医の配置 実施主体は、医療と介護の連携を図るため、次のような活動を行う認知症サポート医養成研修修了者（以下「認知症サポート医」という。）等の医師を地域包括支援センター、市町村本庁など本事業を実施するにあたり適切な場所に配置（嘱託可）<u>し、以下の活動等を実施</u>することが望まれる。 ・ <u>認知症</u>地域支援推進員等からの相談に対する医療的見地</p>

助言

- ・ 認知症の人を専門医療機関につなぐための関係機関との調整
- ・ 地域において認知症の人への支援を行う関係者の会議への出席・助言 等

(3) (略)

4 事業内容

本事業については下記(1)、(2)についていずれも実施するものとする。

(1) 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等の認知症専門医療機関、介護サービス従業者や認知症サポーターなど、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。

(取組例)

- ・ 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関係機関へのつながりや連絡調整の支援
- ・ 地域において認知症の人への支援を行う関係者が、情報交換や支援事例の検討などを行う連絡会議の設置
- ・ 地元医師会や認知症サポート医等とのネットワークの形成 等

(2) 認知症地域支援推進員を中心に地域の实情に応じて認知症の人やその家族を支援する事業を実施する。

(取組例)

- ・ 認知症の人と家族を支える地域の人材やサービス拠点についての情報収集(地域資源マップの作成・普及・更新)
- ・ 若年性認知症の人本人の状況に応じた適切な支援の検討

からの助言

- ・ 認知症の人を専門医療機関につなぐための関係機関との調整
- ・ 地域において認知症の人への支援を行う関係者の会議への出席・助言 等

(3) (略)

4 事業内容

本事業については下記(1)、(2)についていずれも実施するものとする。

(1) 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等の認知症専門医療機関、介護サービス従業者や認知症サポーターなど、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、次の事業を実施する。

- ・ 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関係機関へのつながりや連絡調整の支援
- ・ 地域において認知症の人への支援を行う関係者が、情報交換や支援事例の検討などを行う連絡会議の設置
- ・ 地元医師会や認知症サポート医等とのネットワークの形成 等

(2) 認知症地域支援推進員を中心に地域の实情に応じて、地域における認知症の人とその家族への支援体制を構築するため、次の事業を実施する。

- ・ 本実施要綱第2「認知症ケアパス等作成・普及事業」で規定する「認知症ケアパス」の作成・普及
- ・ 本実施要綱第3「認知症施策推進5か年計画促進支援メ

及び実施

- ・ 在宅介護サービス従業者に対する認知症研修の実施
- ・ 認知症の人を介護する家族等のネットワーク構築を目的とした交流会の実施
- ・ 多職種が参加する認知症の人の支援のための研修会・事例検討会の開催 等

5 (略)

ニュー事業」で規定する各種事業の実施のための企画・調整

- ・ 認知症の人と家族を支える地域の人材やサービス拠点についての情報収集（地域資源マップの作成・普及・更新）
- ・ 若年性認知症の人本人の状況に応じた適切な支援の検討及び実施
- ・ 在宅介護サービス従業者に対する認知症研修の実施 等

5 (略)

第2 認知症ケアパス等作成・普及事業

1 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ることができる社会の実現を目指すために、認知症の人が、認知症を発症したときから、生活機能障害が進行していく中で、その進行状況にあわせていつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのかをあらかじめ標準的に決めておく認知症ケアパスを作成・普及し、認知症の人やその家族が、認知症と疑われる症状が発生した場合に、医療や介護サービスへのアクセス方法やどの様な支援を受けることができるのかを早めに理解できることを目的とする。

2 実施主体

本事業の実施主体は、市町村（特別区を含む。以下同じ）とする。ただし、3（2）については、実施主体は、事業の一部を適切な事業運営が確保できると認められる団体に委託することができるものとする。

3 事業内容

本事業については、下記（１）～（４）についていずれも実施するものとする。

（１）認知症ケアパス作成検討委員会の設置

市町村内の認知症施策にかかる医療・介護・福祉等の関係者が参加し、当該市町村における認知症ケアパスを作成するための検討委員会を設置する。なお、同様の機能を有する会議等を設置している場合は、その会議等を活用して差し支えない。

（２）認知症の人の実態調査

地域における標準的な認知症ケアパスを作成するためには、認知症の人の実態把握が必要不可欠である。そのため、認知症の人の生活機能障害の程度、居住場所、サービス受給状況、今後のサービス需要等に留意した実態調査を実施する。

（３）認知症ケアパスの作成

（２）で実施した実態調査の結果及び日常生活圏域ニーズ調査の結果等を参考として、（１）で設置した委員会を中心に、

① 不足している社会資源（地域において認知症の人を支えていく様々なサービス（介護保険サービス、地域支援事業、医療サービス、インフォーマルサービス等））の整備方針

② 認知症の人を地域で支える人材（医師、看護師、介護福祉士、認知症サポーター等）の確保等について、議論・検討を行った上で、地域における標準的な認知症ケアパスを作成すること。

（４）認知症ケアパスの普及

本事業の目的は（３）で作成した認知症ケアパスについて、認知症の人やその家族が理解し、活用できることが前提となる。そのため、実施主体は作成した認知症ケアパスについて、ホームページ等に公開し誰でも活用できるようにするとともに、広く地域住民に対して説明会等を実施し、その周知を図るこ

と。

また、管内の地域包括支援センター等に対しても周知を図ること。

4 市町村介護保険事業計画への反映

実施主体は、作成した認知症ケアパスの内容を介護保険法（平成9年法律123号）で定める市町村介護保険事業計画に反映するよう努めること。

5 実施上の留意事項

(1) 本事業の実施に当たっては、「認知症ケアパス作成のための検討委員会報告書」（平成24年度老人保健健康増進等事業）を参考とすること。

(2) 実施主体は、本事業実施要綱第1「認知症地域支援推進員等設置促進等事業」を実施する場合は、認知症地域支援推進員を3（1）「認知症ケアパス作成検討委員会の設置」で規定する委員会の委員とするなど、その活用に努めること。

(3) 実施主体は、本事業の実施に当たって、地元医師会、医療機関、介護サービス事業所、認知症サポート医等の関係機関との連携に努めること。

(4) 実施主体は、別添4「都道府県認知症施策推進事業」の3（1）の都道府県認知症施策推進会議を通じ、「認知症地域資源連携検討事業について」（平成23年6月6日老発0606第6号老健局長通知）の「認知症地域資源連携検討事業」に対する情報提供について協力すること。

(5) 実施主体は、3（2）「認知症の人の実態調査」について委託を行った場合、本事業の適正かつ積極的な運営を確保するため、委託先に対し、1回以上、事業実施状況の報告を求めるとともに、事業実施状況の調査を行うこと。

また、調査の結果、公的サービスとしての本事業の機能が

十分に果たすことができないと認められる場合は、委託契約を解除すること。

(6) 実施主体は、この事業に係る経理と他の事業に係る経理とを明確に区分すること。

6 実績報告

実施主体は、作成した認知症ケアパス及び3(2)「認知症の人の実態調査」で実施した調査結果の概要について、翌年度の4月末までに当局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室あてに報告すること。

第3 認知症施策推進5か年計画促進支援メニュー事業

1 目的

平成24年9月に策定した「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」を着実に実施するためには、認知症の人とその家族への支援に最も身近な基礎的自治体である市町村（特別区含む。以下同じ）が積極的に取り組むことが重要である。

そのため、地域の実情に応じて、認知症の人やその家族等を支援するための各種事業を実施し、「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」を実現することを目的とする。

2 実施主体

本事業の実施主体は、市町村とする。ただし、実施主体は、事業の全部又は一部を適切な事業運営が確保できると認められる団体に委託することができるものとする。

3 認知症地域支援推進員の配置

本事業を実施するに当たっては、地域の医療機関や介護サービス事業所及び地域の支援機関をつなぐコーディネーターの存

在が重要となるため、本事業実施要綱第1「認知症地域支援推進員設置促進事業」に規定する「認知症地域支援推進員」、もしくは実施主体がそれと同等の機能を有すると認める者を必ず配置すること。

4 事業内容

本事業については下記(1)～(5)について、地域の実情に応じて選択し、実施すること。

(1) 病院・介護保険施設などでの認知症対応力向上の推進

病院や介護保険施設などの職員の認知症への理解や対応力を深め、行動・心理症状の増悪による転院や入院を防ぐため、認知症地域支援推進員等の企画に基づき、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実施主体の長が認めた者が、病院や介護保険施設などを訪問し、当該病院等の職員に対して、行動・心理症状等に対応困難な事例への助言等の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・支援の推進

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などが、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などの専門的な相談支援等を行う。

(3) 高齢者虐待防止対応の推進

高齢者虐待防止対応のための体制整備を進めるため、地域の実情に応じて、独自の高齢者虐待対応マニュアルの作成や、民生委員、住民、社会福祉協議会等から構成される「早期発見・見守りネットワーク」の構築等の高齢者の虐待防止を図るための事業を実施する。

(4) 認知症の人の家族に対する支援の推進

認知症の人の家族の介護の負担の軽減を図るため、地域の実情に応じて、認知症の人とその家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき集う「認知症カフェ」等を開設する。

(5) 認知症ケアに携わる多職種協働研修の推進

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。なお、研修の実施に当たっては、地域の実情に応じて、本研修の実施が可能であると実施主体の長が認めた講師のもとで、標準的なカリキュラム（別記）に基づき実施するものとする。

5 実施上の留意事項

(1) 4 (3) 「高齢者虐待防止対応の推進」を実施するに当たっては、「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」（平成18年厚生労働省老健局）及び毎年度実施している「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結果」（厚生労働省老健局）を参考とすること。

(2) 4 (5) 「認知症ケアに携わる多職種協働研修の推進」を実施するに当たっては、「認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会報告書」（平成23年度老人保健健康増進等事業）及び「認知症ライフサポートモデルの具体的な検討と多職種協働の基盤作りに関する研究事業報告書」（平成24年度老人保健健康増進等事業）を参考とすること。

(3) 実施主体は、本事業の趣旨に鑑み、実施主体内の関係部局及び関係団体との連携の下に、本事業に対する協力、支援体制を整備すること。

(4) 実施主体は、事業の実施について、管内の地域包括支援セ

ンター等に対して周知を図ること。

(5) 実施主体は、本事業を委託した場合は、本事業の適正かつ積極的な運営を確保するため、委託先に対し、年1回以上定期的な事業実施状況の報告を求めるとともに、定期的に事業実施状況の調査を行うこと。

また、調査の結果、公的サービスとしての本事業の機能が十分に果たすことができないと認められる場合は、委託契約を解除すること。

(6) 実施主体は、別添4「都道府県認知症施策推進事業」の3(1)の都道府県認知症施策推進会議を通じ、「認知症地域資源連携検討事業について」(平成23年6月6日老発0606第6号老健局長通知)の「認知症地域資源連携検討事業」に対する情報提供について協力すること。

(7) 実施主体は「4 事業内容」に規定するそれぞれの事業に係る経理について、他の事業に係る経理とを明確に区分すること。

(別記) 標準的なカリキュラム

達成目標

- ① 認知症の人のニーズを捉える「2つの視点」を学び、多職種協働の大切さに気づくこと
認知症を理解する上では、本人が有する病態に関する視点(医療が担ってきた領域)と、認知症の人の思いを捉えながら総合的、継続的に生活・人生を支えていく視点(介護が担ってきた領域)の二つの基本的な視点が必要であることを学び、多職種協働やチームケアの重要性に気づくこと。
- ② 多職種協働のプロセスを理解し、実際の多職種協働の実践に結びつけること

認知症ライフサポート研修における、多職種協働のためのプロセス（①認知症の人の情報やニーズに関する情報共有、②「継続的な課題に対する目標」の設定・共有、③「直近の課題に対する目標」の設定・共有、④専門職ごとの役割分担と協働）を理解し、地域の実情に応じた、実際の多職種協働やチームケアにつなげていくこと。

③ 認知症ケアの理念・目的を多職種間で共有し、医療と介護を含む統合的な認知症ケアを提供できること

認知症の人への「自己決定の支援」「自己資源の活用」「継続性のある暮らし」を心がけながら、それぞれの専門職が同じ目的や目標に向けて機能を発揮し、医療と介護とを含む統合的なケアを実践できるようになること。

<p>単元</p>	<p>単元1 「認知症ライフサポートモデル」の考え方</p> <p>1 「認知症ライフサポートモデル」とは</p> <p>2 「認知症ライフサポート」の視点から見る認知症の捉え方</p>	<p>70分</p>
	<p>単元2 それぞれの役割とチームケア</p> <p>1 多職種協働のプロセス</p> <p>2 事例を用いた演習の流れを理解</p>	<p>50分</p>
	<p>単元3 演習（グループワーク）</p>	<p>120分</p>

第4 認知症初期集中支援チーム等設置促進事業

1 認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業

(1) 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」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。

(2) 定義

① 認知症初期集中支援チーム（以下「支援チーム」という。）

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し、アセスメント、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をいう。

② 訪問支援対象者

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、以下のア、イのいずれかの基準に該当する者とする。

ア 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

(ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない者

(イ) 継続的な医療サービスを受けていない者

(ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない者

(エ) 診断されたが介護サービスが中断している者

イ 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

(3) 実施主体

本事業の実施主体は、市町村（特別区を含む。以下同じ）とする。ただし、実施主体は、事業の一部を適切な事業運営が確保できると認められる団体等に委託することができるものとする。

(4) 実施計画

実施主体は、事業の実施にあたり別に定める様式により作成した事業協議書を厚生労働省に提出し、承認を受けなければならない。

(5) 実施機関

本事業を実施する団体等は、緊急時の対応等の場合も想定し、支援チームと訪問支援対象者及びその家族との緊急時の連絡体制の確保ができる体制を整備している地域包括支援センター、診療所等の機関とする。

(6) 認知症初期集中支援チームの構成

① 認知症初期集中支援チーム員の配置

実施主体は、認知症初期集中支援チーム員（以下チーム員という。）を地域包括支援センター、診療所等に配置するものとする。

② チーム員の配置人数と職種

チーム員は、以下のアを満たす専門職2名以上、イを満たす専門医1名の計3名以上の専門職にて編成する。

ア 以下の要件をすべて満たす者2名以上とする

(ア) 「保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、

介護福祉士」等の医療保健福祉に関する国家資格を有する者

(イ) 認知症ケア実務経験 3 年以上又は在宅ケア実務経験 3 年以上を有する者

(ウ) 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、試験に合格した者

イ 日本老年精神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、認知症の確定診断を行うことのできる認知症サポート医である医師(嘱託可) 1名とする。

(7) チーム員の役割

(6) ②アのチーム員は、目的を果たすために訪問支援対象者の認知症の包括的アセスメントに基づく初期集中支援を行うために訪問活動等を行う。

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2名以上とし、医療系職員と介護系職員それぞれ1名以上で訪問する。

(8) 事業内容

下記①、②、③についていずれも実施するものとする。

① 普及啓発推進事業

実施主体は、本事業の目的を達成するために、地域住民や関係機関、関係団体等に対し、支援チームの役割や機能について広報活動を行うなど、各地域の実情に応じた取り組みを行うものとする。

② 認知症初期集中支援の実施

ア 訪問支援対象者の把握

実施主体は、地域の実情に応じて本事業の訪問支援対象者の把握に努めるとともに、支援チームが必ず地域包括支援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。なお、訪問支援対象者の把握において、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と情報共有のうえ訪問すること。

イ 情報収集

訪問時には十分な情報を得るために、家族など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などを収集する。

なお、情報は本人や家族からの提供を基本とするが、これまでに要介護認定を受けている場合や医療機関を受診している場合については、重複した質問を防ぐために要介護認定時の情報、サービス利用に至らなかった経過等の情報及びアセスメント内容などをあらかじめ確認すること。

ウ アセスメント

認知症の包括的アセスメントを行うために、本事業では以下の（ア）～（エ）すべてのアセスメントツールを用いることとする。

（ア）地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート（Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System : DASC）

（イ）認知症行動障害尺度（Dementia Behavior Disturbance Scale : DBD 13）

（ウ）Zarit介護負担尺度日本語版のうち8項目（Zarit Burden Interview :

J-ZBI_8)

(エ) 身体の様子をチェック票

なお、上記の (ア) ~ (エ) に加えて、他のアセスメントツールを利用することは差し支えない。

エ 初回家庭訪問の実施

初回訪問はおおむね2時間以内とし、訪問支援対象者ごとに優先順位をつけ、以下の基本的支援を行う。

(ア) 支援チームの役割と計画的関与を行うことの説明

(イ) 基本的な認知症に関する正しい情報の提供

(ウ) 専門的医療機関への受診や介護保険サービスの利用が、本人、家族にとってメリットのあることについて説明

(エ) 訪問支援対象者及び家族の心理的サポートと助言など

オ チーム員会議の開催

訪問支援対象者毎にアセスメント内容を総合的に確認し、支援方針、支援内容や支援頻度等の検討を行うために、専門医も含めたチーム員会議を初回訪問後に行い、その後は適宜開催するものとする。

なお、必要に応じて訪問支援対象者のかかりつけ医、訪問支援対象者を担当する介護支援専門員、市町村関係課職員等の参加を依頼するものとする。

カ 初期集中支援の実施

認知症初期集中支援は、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ヶ月とする。

初期集中支援の内容は、以下のとおりとする。

(ア) 医療機関への受診や検査が必要な場合は、訪問支援対象者に適切な医療機関の専門受診に向けた動機

付けを行い、継続的な医療支援に至るまで支援を行う。

(イ) 訪問支援対象者の状態像に合わせた適切な介護サービスの利用が可能となるように、必要に応じて介護サービスの利用の勧奨・誘導を行う。

(ウ) 認知症の重症度に応じた助言

(エ) 身体を整えるケア

(オ) 生活環境の改善 など

キ チームでの訪問活動等における関係機関等との連携
実施主体及びチームは、地域包括支援センター職員、市町村保健師やかかりつけ医、認知症サポート医、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。

ク 初期集中支援の終了とその後のモニタリング

認知症初期集中支援の終了をチーム員会議で判断した場合は、地域包括支援センターや担当介護支援専門員等と同行訪問を行う等の方法で、円滑に引継ぎを行うこと。

支援チームは、引継ぎ後2ヶ月毎に引き継ぎ後も医療や介護サービスが十分継続しているか等評価するために、訪問支援対象者について訪問する又は介護支援専門員への聞き取り等の方法で、当分の間モニタリングを行うこと。

ケ 初期集中支援に関する記録

訪問支援対象者に関する情報、アセスメント結果、初期集中支援の内容等を記録した書類は保管しておくこと。

③ 「認知症初期集中支援チーム検討委員会」の設置

実施主体は、当該事業の実施に際し、医療・保健・福祉に携わる関係者等から構成される「認知症初期集中支援チーム検討委員会」（以下「検討委員会」という。）を設置すること（既存の委員会等の活用でも可。）。

検討委員会では、支援チームの設置及び活動状況について検討し、当該活動を行う日常生活圏域を含む地域の関係機関や関係団体と、一体的に当該事業を推進していくための合意が得られる場となるように努めること。

(9) 実施上の留意事項

ア チーム員は、個人情報保護法の規定等を踏まえ、訪問支援対象者及び対象者世帯の個人情報やプライバシーの尊重、保護に万全を期すものとし、正当な理由がなくその業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

イ 実施主体の担当者及びチーム員は、国が別に定める「認知症初期集中支援チーム員研修」に参加すること。

ウ 実施主体は、本実施要綱第1「認知症地域支援推進員等設置促進事業」及び本実施要綱第4の2「認知症医療支援診療所（仮称）地域連携モデル事業」を実施する場合には、認知症地域支援推進員等と支援チームが効率的かつ有機的に連携できるように調整を行い、定期的な情報交換ができるような環境をつくるように努めること。

エ 実施主体は、地元医師会、認知症サポート医等との連携に努めること。

オ 事業の実施区域外の情報提供を得た場合においても、当該訪問支援対象者の支援に関わる情報提供について同意を得た上で、当該訪問支援対象者が居住する日常生活圏域を担当する地域包括支援センターに情報を提供する等の連携を図ること。

カ 実施主体は、別添4「都道府県認知症施策推進事業」の3(1)の都道府県認知症施策推進会議を通じ、「認知症地域資源連携検討事業について」（平成23年6月6日老発0606第6号老健局長通知）の「認知症地域資源連携検討事業」に対する情報提供について協力すること。

キ 実施主体は、本事業の適正かつ積極的な運営を確保するために、支援チームの活動状況等について、支援チームを配置している機関に3ヶ月毎に事業実施状況の報告を求めるとともに、必要に応じて国等における事業実施状況に関する調査に協力するものとする。

ク 実施主体は、本事業に係る経理と他の事業に係る経理を明確に区分すること。

(10) 事業報告

実施主体は、別に定める事業報告書により試行的実施の実施状況とその効果等のデータについて、当局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室あてに報告を行うこと。

2 認知症医療支援診療所（仮称）地域連携モデル事業

(1) 目的

認知症の人への早期診断・早期対応及び危機回避支援（認知症ケアに関する地域の対応力を高めるためのバックアップ）を行う認知症疾患医療センター（認知症医療支援診療所（仮称））の試行的実施を通じて、認知症の人に対する地域包括支援体制として、かかりつけ医、認知症サポート医、地域包括支援センターと有機的に機能した認知症医療体制づくりを目指すための調査及び検証を行うことを目的とする。

(2) 実施主体

市町村（特別区を含む。以下同じ。）とする。ただし、事業の一部を適切な事業運営が確保できると認められる団体等に委託できるものとする。

(3) モデル事業の実施形態

本モデル事業については、以下の2タイプのいずれかについて

て、必ず都道府県との連携の下で実施することとする。

I 複数市町村による共同実施

原則として同一の二次医療圏内の複数市町村により当該モデル事業を実施する場合。なお、実施において共同実施する市町村のうち、いずれか1つの市町村を幹事市町村とすること。

II 単独市町村による実施

(4) 事業計画

実施主体は、事業の実施にあたり別に定める事業協議書について都道府県との協議の上作成し、厚生労働省への提出及び承認を受けなくてはならない。

(5) モデル実施機関

ア 認知症医療支援診療所（仮称）

認知症医療支援診療所（仮称）は、より身近な地域において、早期診断・早期対応及び危機回避支援機能を有する診療所であって、当該機能を発揮する地域を有する市町村の長により委託を受けた医療機関とする。

(ア) 選定要件

実施主体は、以下の委託要件を満たす診療所を、認知症医療支援診療所（仮称）として選定を行うものとする。

a. 人員体制に関する要件

(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年以上の臨床経験を有する医師であり、かつ、認知症の確定診断を行うことのできる認知症サポート医である医師
：1名以上

(b) 検査・相談・連絡調整等を行う者

認知症の鑑別診断に係る神経心理検査（MMSE、CDR等）について一定程度の知識及び技術を修得している者である看護師、保健師、精神保健福祉士等：1名以上

b. 検査体制に関する要件

鑑別診断に係る検査体制については、当該診療所において、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）等を他の医療機関との連携体制により活用できる体制が整備されていること。

c. 連携体制に関する要件

(a) 当該活動地域の市町村医師会、郡市医師会及び都道府県を通じて都道府県医師会との支援協力体制を確保していること。

(b) 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を確保していること。なお、当該診療所が所在する二次医療圏域内に設置されている認知症疾患医療センターとの連携体制を通じて確保される場合はこの限りでない。

(6) 事業内容

ア 認知症医療支援診療所（仮称）地域連携モデル実施委員会の設置及び運営

(ア) 実施主体は、当該市町村担当部局及び当該認知症医療支援診療所（仮称）の関係者のほか、市町村医師会、郡市医師会、市町村圏域内のかかりつけ医、認知症サポー

ト医、地域包括支援センター関係者、都道府県の認知症疾患医療センター担当部局、二次医療圏内の認知症疾患医療センター関係者、その他の関係者等で構成した「認知症医療支援診療所（仮称）地域連携モデル実施委員会」（以下、「モデル実施委員会」という。）を設置すること。

（イ）モデル実施委員会は、当該モデル事業に関する以下の取り組みについて、検討を行うとともに、その責務を担うものであること・モデル実施委員会に関する規程整備に関すること。

- ・認知症医療支援診療所（仮称）の選定に関すること。
- ・認知症医療支援診療所（仮称）、かかりつけ医、認知症サポート医、地域包括支援センター等の実施活動の把握等に関すること。
- ・認知症医療支援診療所（仮称）の試行的実施状況等の調査・検証、その他当該実施地域における必要な調査及び検証を踏まえ、認知症の人に対する地域包括支援体制における医療体制のあり方の検討に関すること。
- ・その他必要な事項に関すること。

（ウ）モデル実施委員会は、認知症医療支援診療所（仮称）の試行的実施状況等の調査・検証については、別途定める「認知症医療支援診療所（仮称）地域連携モデル事業～実施の手引き～（後日提示予定）」を踏まえ評価・分析を行うこと。

イ 認知症医療支援診療所（仮称）における早期診断・早期対応及び危機回避支援の試行的実施

認知症医療支援診療所（仮称）は、以下の（ア）～（エ）について実施するとともに、必要に応じて、連携医療機関等での継続支援につなげていくこと。

（ア）鑑別診断及び専門医療相談

a. 初期診断

b. 鑑別診断

c. 患者家族等の電話・面談照会

d. 医療機関等紹介

(イ) 認知症初期対応体制に対する支援

地域内のかかりつけ医、認知症サポート医及び地域包括支援センターとの連携体制を構築し、あわせて地域包括支援センター等を中心に構成される認知症の人に対する早期診断・早期対応体制へ積極的に関与するとともに、必要に応じて、認知症の人の自宅訪問、地域ケア会議等への参画、認知症の鑑別診断等に関する専門的指示・助言等について行うこと。

(ウ) 医療機関・介護施設等に対する専門的支援

地域内の一般病院等の医療機関・介護保険施設・介護サービス事業所等に対して、認知症医療支援診療所（仮称）がアドバイスや訪問することによって、行動・心理症状のある認知症の人に対して、のぞましい医療の提供を行うことができる体制を構築し、もって行動・心理症状の憎悪の転院・入院の回避支援を行うこと。

(エ) 試行的実施に関する記録管理等

上記の（ア）～（ウ）の支援活動全般及びモデル実施委員会において定めた事項等について記録及び記録管理を行うとともに、モデル実施委員会の求めに応じ報告と協力を行うこと。

(7) 実施上の留意事項

ア 実施主体は、当該診療所に配置されている認知症サポート医以外の他の認知症サポート医等との連携強化にも努めること。

イ 実施主体は、当該モデル事業の実施にあたっては、都道府県の認知症施策の担当部局の協力を得て、事業計画の策定か

	<p><u>ら試行的実施状況等の評価・分析に至るまでの連携を図ること。</u></p> <p><u>ウ 実施主体は、当該モデル事業の実施にあたっては、モデル実施委員会への参画如何に関わらず、市町村圏域内外の関係団体及び隣接市町村等の行政機関に対しても、当該モデル事業実施に関する説明し理解を得るとともに、必要に応じて協力を得られるような施策実施のための環境づくりについて努めること。</u></p> <p><u>エ 実施主体は、当該試行事業に係る経理と他の事業に関する経理を明確に区分すること。</u></p> <p><u>(8) 事業報告</u></p> <p><u>実施主体は、別に定める事業報告書により試行的実施の実施状況とその効果等のデータについて、当局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室あてに報告を行うこと。</u></p> <p><u>(9) その他</u></p> <p><u>国は、市町村がこの実施要綱に基づき実施する経費については、厚生労働大臣が別途定める介護保険事業費補助金交付要綱」に基づき、予算の範囲内で補助を行うことができるものとする。(ただし、医療保険、介護保険、自立支援給付等の既存制度で請求可能な支援と重複する支援内容については、本事業の対象とはならない。)</u></p>
<p>(別添4)</p> <p>都道府県認知症施策推進事業実施要綱</p> <p>1 (略)</p> <p>2 (略)</p>	<p>(別添4)</p> <p>都道府県認知症施策推進事業実施要綱</p> <p>1 (略)</p> <p>2 (略)</p>

- 3 (略)
- 4 実施上の留意事項
- (1) 本事業の実施に当たっては、地域の実情や必要に応じて、都道府県や市町村が実施する認知症対策等総合支援事業の各事業と効果的な連携を図ること。なお、管内市町村が別添3「市町村認知症施策総合支援事業」を実施する場合は、医療と介護の連携などについて当該事業の円滑な実施が図られるよう、関係機関及び事業間の連絡調整を行うものとする。

- 3 (略)
- 4 実施上の留意事項
- (1) 本事業の実施に当たっては、地域の実情や必要に応じて、都道府県や市町村が実施する認知症対策等総合支援事業の各事業と効果的な連携を図ること。なお、管内市町村が別添3「市町村認知症施策総合推進事業」を実施する場合は、医療と介護の連携などについて当該事業の円滑な実施が図られるよう、関係機関及び事業間の連絡調整を行うものとする。

(別添5)

高齢者権利擁護等推進事業実施要綱

- 1 目的 (略)
- 2 実施主体 (略)
- 3 事業内容 (略)

(別紙1) 権利擁護推進員養成研修事業の実施について

(1) ~ (5) (略)

(別記)

1 ~ 3 (略)

4 標準的な修了証書様式

(別添5)

高齢者権利擁護等推進事業実施要綱

- 1 目的 (略)
- 2 実施主体 (略)
- 3 事業内容 (略)

(別紙1) 権利擁護推進員養成研修事業の実施について

(1) ~ (5) (略)

(別記)

1 ~ 3 (略)

4 標準的な修了証書様式

修 了 証 書 第 号

氏 名

生年月日 昭和 年 月 日

あなたは、厚生労働省の定める権利擁護推進員養成研修を

修 了 証 書 第 号

氏 名

生年月日 年 月 日

あなたは、厚生労働省の定める権利擁護推進員養成研修を

修了したことを証します。

平成 年 月 日

〇 〇 県知事
〇 〇 〇 〇

修了したことを証します。

平成 年 月 日

〇 〇 県知事
〇 〇 〇 〇

(別紙2) 看護職員研修事業の実施について (略)

1～2 (略)

(別記) 看護実務者研修における標準的な研修カリキュラム例

1～3 (略)

4 標準的な修了証書様式

〇 看護指導者養成研修修了証書様式

(別紙2) 看護職員研修事業の実施について (略)

1～2 (略)

(別記) 看護実務者研修における標準的な研修カリキュラム例

1～3 (略)

4 標準的な修了証書様式

〇 看護指導者養成研修修了証書様式

第 号
修 了 証 書

氏 名
生年月日 昭和 年 月 日

あなたは、厚生労働省の定める看護指導者養成研修を修了したことを証します。

平成 年 月 日

〇 〇 県知事
〇 〇 〇 〇

第 号
修 了 証 書

氏 名
生年月日 年 月 日

あなたは、厚生労働省の定める看護指導者養成研修を修了したことを証します。

平成 年 月 日

〇 〇 県知事
〇 〇 〇 〇

〇 看護実務者研修修了書様式

第 号

〇 看護実務者研修修了書様式

第 号

<p style="text-align: center;">修 了 証 書</p> <p style="text-align: center;">氏 名 生年月日 <u>昭和</u> 年 月 日</p> <p>あなたは、厚生労働省の定める看護実務者研修を修了したことを証します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">○ ○ 県知事 ○ ○ ○ ○</p>	<p style="text-align: center;">修 了 証 書</p> <p style="text-align: center;">氏 名 生年月日 年 月 日</p> <p>あなたは、厚生労働省の定める看護実務者研修を修了したことを証します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">○ ○ 県知事 ○ ○ ○ ○</p>
<p>(別添6)</p> <p style="text-align: center;">市民後見推進事業実施要綱 (略)</p>	<p>(別添6)</p> <p style="text-align: center;">市民後見推進事業実施要綱 (略)</p>
<p>(別添7)</p> <p style="text-align: center;">若年性認知症<u>対策</u>総合推進事業実施要綱 (略)</p>	<p>(別添7)</p> <p style="text-align: center;">若年性認知症<u>施策</u>総合推進事業実施要綱 (略)</p>
	<p><u>(別添8)</u></p> <p style="text-align: center;"><u>認知症疾患医療センター運営事業</u></p> <p><u>1 目的</u></p> <p><u>この事業は、都道府県及び指定都市が認知症疾患医療センター（以下「センター」という。）を設置し、保健医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断、周辺症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施</u></p>

するとともに、地域保健医療・介護関係者への研修等を行うことにより、地域における認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要な医療を提供できる機能体制の構築を図ることを目的とする。

2 実施主体

本事業の実施主体は都道府県及び指定都市とし、都道府県知事又は指定都市市長が指定した病院で、事業を行うものとする。ただし、当該病院は、事業の内容に応じて、その一部を適切な事業運営が確保できると認められる団体等に委託することができるものとする。

なお、指定の際には厚生労働大臣あて届け出るものとする。

3 設置基準

センターは、以下（１）及び（２）の基準を満たすものとする。

（１）基幹型センターの基準について

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

ア 身体合併症に対する救急医療機関としての機能

（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態勢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）イ（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BPSD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。

イ 専門医療機関としての機能

(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。

ウ 地域連携の機能

(ア) 情報センター機能

鑑別診断や入院医療の必要な患者の入院の調整等において、地域の認知症医療に関する連携の中核として機能していること。

(イ) 研修会、連携協議会

サポート医研修や、かかりつけ医研修の実施状況等を踏まえつつ、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。

また、地域の連携体制強化のための認知症疾患医療連携協議会を組織し、開催していること。（ただし、5（3）による場合は、その会議等に参画していること。）

（2）地域型センターの基準について

地域型センターは、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機能

（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、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 地域連携の機能

(ア) 情報センター機能

鑑別診断や入院医療の必要な患者の入院の調整等において、地域の認知症医療に関する連携の中核として機能していること。

(イ) 研修会、連携協議会

サポート医研修や、かかりつけ医研修の実施状況等を踏まえつつ、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。

また、地域の連携体制強化のための認知症疾患医療連携協議会を組織し、開催していること。（ただし、5（3）による場合は、その会議等に参画していること。）

4 事業内容

(1) 救急・急性期対応

空床の確保による休日、夜間の対応

(2) 専門医療相談

ア 初診前医療相談

(ア) 患者家族等の電話・面談照会

(イ) 医療機関等紹介

イ 情報収集・提供

保健所、福祉事務所等との連絡・調整

ウ 地域包括支援センターとの連絡調整

(3) 鑑別診断とそれに基づく初期対応

ア 初期診断

イ 鑑別診断

ウ 治療方針の選定

エ 入院先紹介

(4) 合併症・周辺症状への急性期対応

ア 合併症・周辺症状の初期診断・治療(急性期入院医療を含む。)

イ 合併症及び周辺症状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を把握

(5) かかりつけ医等への研修会の開催

かかりつけ医を始めとする保健医療関係者等への認知症に関する知識の向上を図るための研修を実施

(6) 認知症疾患医療連携協議会の開催

地域の保健医療関係者、福祉関係者、地域包括支援センターなど介護関係者、有識者等から組織された協議会の開催

(7) 情報発信

認知症医療に関する情報発信

5 事業の分担

(1) 都道府県知事及び指定都市市長が基幹型センター並びに地域型センターをそれぞれ指定する場合、4 (5) 及び(6)の事業については、基幹型センターのみで実施することも可能とし、その際は各センター間の連携強化にも努めることと

する。

また、この場合、4（2）ウの事業については、地域型センターのみで実施することも可能とする。

（2）都道府県知事及び指定都市市長が地域型センターのみを複数指定する場合、4（5）及び（6）の事業については、指定された当該センターのうちその一部で実施することも可能とする。

（3）都道府県又は指定都市において、4（6）と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。

6 実績報告

実施主体の長は、以下の（1）から（3）に係る年間の実績を、別紙様式により翌年度の4月末までに、厚生労働大臣あてに報告するものとする。

（1）認知症疾患に係る外来件数及び鑑別診断件数

（2）入院件数（センターを運営している病院における入院及び連携先の病院における入院（センターを運営している病院との連携による入院に限る。）それぞれの件数）

（3）専門医療相談件数（電話による相談及び面接による相談それぞれの件数）

7 国の補助

国は、この実施要綱に基づき都道府県知事又は指定都市市長が指定した病院の開設者が運営するセンターの運営に必要な経費（診療報酬により支出される内容は除く。）については、厚生労働大臣が別に定める「介護保険事業費補助金交付要綱」に基づき、毎年度予算の範囲内で国庫補助を行うことができるものとする。