

事 務 連 絡

平成26年7月25日

各都道府県精神保健福祉御担当者 殿

各指定都市精神保健福祉御担当者 殿

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部

精神・障害保健課

「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会」取りまとめについて

精神保健福祉行政の推進につきまして、日頃より御協力賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本年3月に告示された「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」において検討課題とされた地域の受け皿づくりの在り方等に係る具体的な方策について、今般、「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会」で、別添のとおり具体的方策の今後の方向性が取りまとめられましたので、情報提供いたします。

厚生労働省としては、今後、この取りまとめで示された方向性を踏まえ、方策の具体化に取り組む予定ですが、各都道府県等におかれましても、精神障害者に関する施策を総合的に推進するため、保健・医療・福祉・介護等を担当する部署との連携を図っていただきますようお願いいたします。また、管下の市区町村、関係機関等への周知を図っていただきますようお願いいたします。

担当：厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部

精神・障害保健課 企画法令係

TEL：03-5253-1111（内線：3055、2297）

長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性  
(長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会取りまとめ)

～目次～

1. 総論

- (1) 精神障害者の地域移行及び入院医療のこれまでと現状
- (2) 長期入院精神障害者の地域移行及び精神医療の将来像
- (3) 将来像実現のための病院の構造改革
- (4) その他

2. 長期入院精神障害者本人に対する支援の具体的方策の方向性

[ア] 退院に向けた支援

[ア-1] 退院に向けた意欲の喚起

- (1) 病院スタッフからの働きかけの促進
- (2) 外部の支援者等との関わりの確保

[ア-2] 本人の意向に沿った移行支援（本人の状況に応じた移行先への「つなぎ」機能の強化）

- (1) 地域移行後の生活準備に向けた支援
- (2) 地域移行に向けたステップとしての支援
- (3) 外部の支援者等との関わりの確保【再掲】

[イ] 地域生活の支援

- (1) 居住の場の確保
- (2) 地域生活を支えるサービスの確保
- (3) その他

[ウ] 関係行政機関の役割

3. 病院の構造改革の方向性

- (1) 病院の構造改革に向けて
- (2) 急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床において地域移行支援機能を強化する方策
- (3) 精神障害者の地域生活支援や段階的な地域移行のための病院資源の活用

長期入院精神障害者（1年以上精神疾患により入院している精神障害者をいう。以下同じ。）の地域移行に向けた具体的方策については、本検討会において平成26年3月以降、4回の検討会、5回の作業チームを開催し、議論を重ねた。議論に基づく長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性について以下のとおり取りまとめた。

## 1. 総論

### (1) 精神障害者の地域移行及び入院医療のこれまでと現状

○精神障害者の地域移行については、平成16年9月に策定した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に基づき、様々な施策を行ってきたものの、精神科入院医療の現状は以下のとおりとなっており、依然課題が多い。

- ・精神病床の人員配置基準は、医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）上、一般病床よりも低く設定されている。
- ・1年以上の長期入院精神障害者は約20万人（入院中の精神障害者全体の約3分の2）であり、そのうち毎年約5万人が退院しているが、新たに毎年約5万人の精神障害者が1年以上の長期入院に移行している。
- ・長期入院精神障害者は減少傾向にあるが、65歳以上の長期入院精神障害者は増加傾向となっている。
- ・死亡による退院が増加傾向となっている。（年間1万人超の長期入院精神障害者が死亡により退院）

○こうした現状を踏まえ、精神障害者の地域生活への移行を促進するため、平成25年6月に成立した改正精神保健福祉法（※）に基づき、以下の取組を行ったところである。

※精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律（平成25年法律第47号。）以下同じ。

- ・改正精神保健福祉法に基づく告示として、指針（※）を定め、指針において、急性期の精神障害者を対象とする精神病床においては医師及び看護職員の配置を一般病床と同等とすることを目指すこと、新たに入院する精神障害者は原則1年未満で退院する体制を確保すること等を記載した。

※良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供に関する指針（平成26年厚生労働省告示第65号）。以下同じ。

- ・医療保護入院者を中心として退院促進のための措置を講ずることを精神科病院の管理者に義務づけた

○また、第4期障害福祉計画（平成27～29年）に係る国の基本指針（※）においては、1年以上の長期在院者数の減少等に係る成果目標を設定した。

※障害福祉サービス及び相談支援並びに市町村及び都道府県の地域生活支援事業の提供体制の整備並びに自立支援給付及び地域生活支援事業の円滑な実施を確保するための基本的な指針（平成18年厚生労働省告示第395号）。以下同じ。

## **(2) 長期入院精神障害者の地域移行及び精神医療の将来像**

- 指針においては、長期入院精神障害者の地域移行を更に進めるための地域の受け皿づくりの在り方等の具体的な方策の在り方について、引き続きの検討課題とした。
- これを受け、本検討会においては、以下を基本的考え方としながら議論を行った。
  - ・長期入院精神障害者本人の意向を最大限尊重しながら検討する。
  - ・地域生活に直接移行することが最も重要な視点であるが、新たな選択肢も含め、地域移行を一層推進するための取組を幅広い観点から検討する。
- また、本検討会においては、議論を進めるに当たって、以下のような長期入院精神障害者の地域移行及び精神医療の将来像を共有した。
  - ①長期入院精神障害者の地域移行を進めるため、本人に対する支援として
    - ◆病院スタッフからの働きかけの促進等の「退院に向けた意欲の喚起（退院支援意欲の喚起を含む。以下同じ。）」
    - ◆地域移行後の生活準備に向けた支援等の「本人の意向に沿った移行支援」
    - ◆居住の場の確保や地域生活を支える医療の充実等の「地域生活の支援」を徹底して実施する。
  - ②精神医療の質を一般医療と同等に良質かつ適切なものとし、新たな長期入院精神障害者が生じることを防ぐため、精神科救急・急性期について、一般病床と同等の手厚さとなるよう医師等を集約するとともに、地域生活を支えるための医療を充実し、併せて、回復期及び重度かつ慢性の症状を有する精神障害者の病床について、それぞれその機能及び特性に応じた人員配置及び環境を整備する。
- これらを前提として議論を行い、長期入院精神障害者本人に対する支援の具体的方策の方向性について、詳しくは、2. のとおり取りまとめた。

## **(3) 将来像実現のための病院の構造改革**

- (2) に掲げた将来像のうち、②を実現するには、精神病床を適正化し、将来的に不必要となる病床を削減するといった病院の構造改革が必要となる。
- 病院の構造改革の方向性について、詳しくは、3. のとおり取りまとめた。
- 病院の構造改革の実現のためには、必要な医療に人員と治療機能を集約できる財政的な方策が併せて必要である。
- なお、2. に取りまとめた長期入院精神障害者本人に対する支援の具体的方策の方向性と3. に取りまとめた病院の構造改革の方向性については、2. [ア] の「退院に向けた支援」を進めるとともに、2. [イ] の「地域生活の支援」により長期入院から地域移行した精神障害者が、退院後の地域生活を維持・継続するための医療の充実が図られるよう、3. の病院の構造改革を進めていくことが必要という関係にある。

## **(4) その他**

- 長期入院精神障害者の地域移行が計画的に推進されるよう、国は、第4期障害福祉

計画に係る基本指針等に基づき、各都道府県で人材育成の中核となる官民の指導者を養成するための研修を行う等の措置を講ずる。併せて、長期入院精神障害者の地域移行方策及び病院の構造改革の効果的な実施手法について、検証する。

## **2. 長期入院精神障害者本人に対する支援の具体的方策の方向性**

○長期入院精神障害者本人に対する支援について、以下に掲げる地域移行の段階ごとに議論し、具体的方策の方向性について取りまとめた。

〔ア〕退院に向けた支援

〔ア－１〕退院に向けた意欲の喚起

〔ア－２〕本人の意向に沿った移行支援

〔イ〕地域生活の支援

〔ウ〕関係行政機関の役割

○長期入院精神障害者の地域移行のため、これらの具体的方策の方向性が実現されるよう、必要な検討を行った上で、取組を進めていくことが重要である。

○国は、ここで取りまとめた長期入院精神障害者本人に対する地域生活の維持・継続を支援するための具体的方策を講じていくため、併せて、必要な財政的方策を講じるよう努めることが必要である。

### **〔ア〕退院に向けた支援**

#### **〔ア－１〕退院に向けた意欲の喚起**

##### **(1) 病院スタッフからの働きかけの促進**

###### **① 病院スタッフの地域移行に関する理解の促進**

- ・病院、当該地域の保健所及び市町村、外部の支援者、ピアサポーター等が協力し、精神障害者がどのような地域生活を送っているかを実際に体験すること等を含む病院スタッフに対する研修を促進する。
- ・医師、看護師等の基礎教育において、教員、学生等が精神障害者の地域移行の重要性について理解を深められるよう、情報提供を行うこととし、また、医師、看護師等もその重要性について理解を深められるよう、卒後の研修について検討する。

###### **② 退院意欲の喚起を行うことができる環境の整備**

- ・指針で示された方向性に沿った精神病床の機能分化を進め、精神病床の地域移行支援機能を強化する。
- ・病院の医師、看護師等が地域生活を支えるための医療に移行できる環境の整備を推進する。

##### **(2) 外部の支援者等との関わりの確保**

- ① ピアサポート等の更なる活用
- ・ピアサポートの活用状況に関し、これまでの予算事業での実績等について検証を行い、ピアサポーターの育成や活用を図る。
  - ・入院中の精神障害者が、病棟プログラムや作業療法への参加、交流会の開催等を通して、本人の意向に沿って、ピアサポーターや外部の支援者等と交流できる機会等の増加を図る。
- ② 地域の障害福祉事業者等の更なる活用
- ・国の補助事業としては廃止された地域体制整備コーディネーターについて、都道府県が独自に実施しているものも含め、これまでの活動内容や実績を改めて評価し、地域体制整備の在り方について検討する。
  - ・退院の意思が明確でない精神障害者に対し、早期に地域移行に向けた支援が図られるよう、障害者総合支援法（※）に基づく地域移行支援の柔軟な活用について検討する。  
 ※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）
- ③ 関係行政機関の役割
- ・改正精神保健福祉法に基づき新たに設けられた退院後生活環境相談員及び地域援助事業者の活動状況や医療保護入院者退院支援委員会の実施状況について、実態調査により把握する。
  - ・「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」に基づく、保健所及び市町村の役割としてのコーディネート機能を強化するため、事業所との連携の在り方を含めその手法を検討する。
  - ・都道府県等（※）、市町村により入院中の精神障害者の実態把握を行うことを促進し、都道府県及び市町村において、介護保険事業（支援）計画を策定するに当たって算出する必要サービス量を見込む際に、入院中の精神障害者のニーズを踏まえたものとするよう取り組む。  
 ※都道府県、保健所及び精神保健福祉センター。以下同じ。
  - ・非自発的入院について、保健所及び市町村が、精神障害者の入院後も継続的に関与し、退院後生活環境相談員及び地域援助事業者等と協働し、地域移行支援を担うことを推進する。
- ④ その他
- ・精神科病院が社会に開かれたものとなるようにするための環境の整備（見舞いに訪ねやすくする、外出をしやすくする等）を推進する。

## 〔ア－２〕 本人の意向に沿った移行支援（本人の状況に応じた移行先への「つなぎ」機能の強化）

### （１）地域移行後の生活準備に向けた支援

- ・精神科病院は、身体的機能に係るリハビリテーションの必要性も含めたアセ

メントを行い、本人の意向に沿った支援計画を作成する。

- ・精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援に関し、地域生活に関する情報提供や支援を行う精神障害者との関係作りなどの外部の支援者からの関わりとともに、院内における対応の在り方について、引き続き多様な検討を行う。
- ・入院中の精神障害者が、入院中から、精神障害者保健福祉手帳等申請、障害年金の受給に向けた支援、社会福祉協議会の日常生活自立支援事業や成年後見制度を活用するための支援、退院後に利用可能な障害福祉サービス、介護保険サービス等について検討と準備（障害支援区分認定等を含む支給決定の申請手続、要介護認定の申請手続の周知等）ができるよう、取組を進める。
- ・入院中の精神障害者に対し退院の意思が明確でない段階から、グループホーム等での地域生活を体験する機会を確保するよう取り組むとともに、そのような機会に病院スタッフが同行することが促進されるような支援を病院、地域移行支援を行う事業者が行える体制作りを推進する。

## （２）地域移行に向けたステップとしての支援

- ・入院中の精神障害者に対してより実際の地域生活につながるような生活能力を身につけるための支援の方法について検討する。
- ・地域移行に向けた調整を行うに際し、退院後生活環境相談員等が、退院する者の状況に応じた障害福祉サービス、介護保険サービスを利用できるようマネジメントを実施する。
- ・〔ア－１〕及び〔ア－２〕の取組を徹底して実施してもなお、本人の自由意思として退院意欲が喚起されない精神障害者について、地域生活に向けた段階的な支援が受けられるよう取り組む。（地域生活に向けた段階的な支援を行うための方策については３．（３）において詳述）

## （３）外部の支援者等との関わりの確保【再掲】

〔ア－１〕（２）の取組を、移行支援においても引き続き実施する。

### **〔イ〕 地域生活の支援**

#### （１）居住の場の確保

長期入院精神障害者の地域移行を進める上で、地域生活の基盤となる居住の場を確保することが必要であり、その際、長期入院精神障害者の過半数が65歳以上の高齢者であることを踏まえると、高齢の精神障害者に配慮した住まいの確保に向けた取組を進めることが特に重要である。

具体的に、長期入院精神障害者の退院後の居住先としては、次のような居住の場が考えられる。精神障害者が生活障害を持つ場合や要介護状態にある場合等においても受入れられるよう、それぞれの居住の場ごとに課題の解消を図ることが必要である。

① 障害福祉サービスにおける住まい

- ・グループホーム（サテライト型住居を含む）

※高齢や重度の精神障害者を受け入れているグループホームに精神保健福祉士、介護福祉士や看護師等の専門職が配置できるよう報酬上の評価が必要であり、実態調査等を行い基本報酬の見直しの必要性も含めて検討することが必要である。

※グループホームについての運用を含む防災基準の周知について、消防庁と連携して取り組むことが必要である。

② 高齢者向け住まい

- ・特別養護老人ホーム
- ・養護老人ホーム
- ・軽費老人ホーム
- ・認知症高齢者グループホーム
- ・有料老人ホーム
- ・サービス付き高齢者向け住宅

※退院後生活環境相談員は、必要に応じて市町村と連携し、養護老人ホーム、軽費老人ホームの活用による地域移行を促進する。

③ その他

a. 一般住宅の活用

- ・地域の実情を踏まえ、単身の精神障害者の優先入居等、公営住宅の活用を促進する。
- ・長期入院精神障害者の退院後の居住先の確保に関し、空室・空家の有効活用のための取組や、高齢者、ひとり親、生活保護受給者、DV被害者等への居住支援策との連携を図る。
- ・障害保健福祉担当部局において、退院後生活環境相談員等に精神障害者の居住先の確保に有用な住宅施策について周知を進める。
- ・（自立支援）協議会が居住支援協議会（※）と連携し、精神障害者に住宅を提供する際に必要な情報の提供（一般財団法人高齢者住宅財団による賃貸住宅の家賃債務保証制度の利用を含む。）を貸主に対して行うこと等を通じて、精神障害者の具体的な地域生活の調整を図る。

※住宅確保要配慮者（精神障害者含む）の民間賃貸住宅への円滑な入居の促進に関し必要な措置について協議するために地方公共団体、宅地建物取引業者、賃貸住宅管理業者及び居住支援団体等により構成される住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給の促進に関する法律（平成19年法律第112号）に規定する協議会

- ・一般住宅への入居希望が実現できるよう、保証人の確保や緊急時等の対応等を推進する。

b. その他

- ・生活保護受給中の長期入院精神障害者について、障害保健福祉担当部局と生活保護担当部局との連携を強化することや、直ちに一般住宅で生活を行うことが困難な者が救護・更生施設等の活用すること等により地域移行を促進す

る。

- ・生活保護自立支援プログラムとして取り組まれてきた精神障害者退院促進事業は一定の効果があったことから、改めて福祉事務所等への退院推進員やコーディネーターの配置強化等が重要である。

## (2) 地域生活を支えるサービスの確保

精神障害者本人の意向に寄り添い、医療と福祉が協働して、地域生活を支えるサービスを継続的に提供すること、再発・再入院を防ぎ、地域生活を維持・継続するための医療・福祉サービスの充実を図ることが必要である。

### ① 医療サービス

- ・地域生活を送る上で効果的な外来医療やデイケア等の在り方について、検討する。
- ・アウトリーチ（多職種チームによる訪問支援）の充実を推進するため、保健所等が行うアウトリーチにより退院後の医療へのアクセスの確保を図るとともに、病院が行うアウトリーチについては、退院後の継続的な支援を行うことができるよう、外部の支援者との連携を図る。
- ・往診や訪問診療の充実を推進する。
- ・訪問看護ステーション等で行われる精神科訪問看護の充実を図る。
- ・退院後の居住先や障害福祉サービスを行う事業所等においても、継続的に病院のスタッフが訪問することで、支援を受けることができるようにする。
- ・病院と診療所及び障害福祉サービス事業所との連携を強化する。

### ② 障害福祉サービス

- ・地域移行後の生活が安定的に維持・継続できるよう、常時の連絡体制の確保や緊急時の相談等の支援を行う地域定着支援の活用を進める。
- ・居宅介護従業者等が精神障害者に対してその特性に応じた適切な支援を行えるよう、自治体や保健所、精神保健福祉センター等が連携して研修を実施する等、従業者の支援能力の向上を図る。
- ・医療ケアの必要な精神障害者の短期入所への受け入れを推進するため、病院等でのモデル事業を実施して、検証を行い、短期入所の更なる活用を図る。
- ・自治体に対し、地域の実情に応じて、（自立支援）協議会に地域移行や居住支援などの課題に対応した役割を担う専門部会を設置すること等の働きかけを行い、関係機関で精神障害者が地域で生活する上での課題解決等に関する情報共有等を行う。
- ・長期入院患者で退院直後のため通所による生活訓練を利用することが困難な者等に対して、訪問による生活訓練を活用した地域生活支援の在り方について研究事業を実施する。
- ・本人中心の相談支援を確実に実施できるよう、相談支援専門員の質と量の確保を推進する。
- ・現在宿泊型自立訓練では夜間の防災体制や常時の連絡体制の確保について評価されているが、夜間職員の配置といった夜間の対応の評価について検討す

る。

### (3) その他

- ・緊急時を含め、本人や家族が必要な相談を行える機関のうち、拠点となる機関について検討する。(精神保健福祉センター、保健所、相談支援事業所等)
- ・地域生活を支えるためのサービスや精神障害者及びその家族への相談支援等に関し、医療及び福祉サービス等が総合的に提供される方策について検討する。

### **〔ウ〕 関係行政機関の役割**

○長期入院精神障害者の地域移行が計画的に推進されるよう、国は、第4期障害福祉計画に係る基本指針等に基づき、各都道府県で人材育成の中核となる官民の指導者を養成するための研修を行う等の措置を講ずる。併せて、長期入院精神障害者の地域移行方策及び病院の構造改革の効果的な実施手法について、検証する。

#### **【再掲】**

- 都道府県等及び市町村は、必要なサービス量を見込みながら定める医療計画、障害福祉計画、介護保険事業（支援）計画その他の精神障害者に関連する分野の計画等について、整合性を図るとともに、これらの計画を踏まえながら、PDCAサイクルにより長期入院精神障害者の地域移行を確実に実行していくための推進体制を構築する。
- 都道府県等は、改正精神保健福祉法及び指針の趣旨に基づく医療機関の地域移行に関する取組が効果的なものとなるよう、その取組状況を把握・確認し、必要な助言や支援に努める。
- 都道府県等及び市町村は、ア－1（2）③の取組について実施する。
- 都道府県は、精神障害者の保健・医療・福祉・労働に関する施策を総合的に推進するため、関係部署が連携し、組織横断的に地域移行支援を推進するとともに、効果的な人材育成の仕組みについて検討することが必要である。
- 市町村は、都道府県と連携しながら、地域包括支援センターを通じて、高齢の精神障害者に対する相談支援を行う。

## **3. 病院の構造改革の方向性**

### **（1）病院の構造改革に向けて**

○精神病床については、精神科救急・急性期・回復期の精神障害者、重度かつ慢性の症状を有する精神障害者といった入院医療が必要な精神障害者が利用している病床と、急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用している病床とを分けて考えることが必要。

※重度かつ慢性の定義は現在検討中

※身体合併症のある精神障害者については、病状等が様々であることからその入院医

療の在り方については別途検討が必要

※新たに入院する精神障害者が原則1年未満で退院するための体制整備により、現在の入院医療の必要性が低い精神障害者が利用している病床にはできる限り新たな精神障害者が流入しないことが前提。そのため、回復期の病床の在り方について早急に検討が必要

- 病院は医療を提供する場であることから、入院医療については、精神科救急・急性期・回復期の精神障害者及び重度かつ慢性の症状を有する精神障害者に対するもの等に人員・治療機能を集約することが原則であり、これに向けた構造改革が必要。
- 急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者については、2.の各種方策を徹底して実施することにより、これまで以上に地域移行を進める。
- その上で、急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用している病床については、適正化され将来的に削減されることとなるが、
  - ・急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床において地域移行支援機能を強化する方策
  - ・精神障害者の地域生活支援や段階的な地域移行のための病院資源の活用について議論し、取りまとめた。
- なお、こうした構造改革のためには、必要な医療に人員と治療機能を集約できる財政的な方策が併せて必要。
- このような方策を進め、病床の適正化により将来的に不必要となった建物設備や、医療法人等として保有する敷地等の病院資源は、精神科救急・急性期・回復期、重度かつ慢性の入院機能、外来・デイケア・アウトリーチ等の機能又はその他の地域生活を支えるための医療の充実、地域生活支援や段階的な地域移行のために向けられることとなる。
- また、第4期障害福祉計画に係る国の基本指針においては、1年以上の長期在院者数について、平成29年6月末時点で平成24年6月末時点と比べて18%以上削減することを目標値としており、併せて、医療計画における精神病床に係る基準病床数の見直しを進めることとしている。
- 精神疾患に係る医療計画に関しては、障害福祉計画に基づく取組や、病院の構造改革を踏まえ、基準病床数の設定や各地域ごとの医療機能の在り方について検討する。
- また、精神病床数の将来目標については、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の評価等を踏まえ、平成27年度以降に医療計画に反映することについて、今後検討する。

## **(2) 急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床において地域移行支援機能を強化する方策**

病床が適正化され削減されるまでの過程において、当該病床を利用する精神障害者の地域移行をより一層進めるため、以下の方策を検討する。なお、この強化する方策は、医療法施行規則（病院に置くべき医師等の員数の標準）に沿った範囲で行うこととする。

### ① スタッフの配置等

- ・地域移行への支援や訓練に必要な職種を厚く配置する。
- ・病院の管理者及びスタッフが積極的に地域移行支援に関われるよう、病院の管理者及びスタッフ等に、地域移行に関する研修を行う。

## ② ハード面での方策

- ・外部との交流を推進する観点から、病院内外の者が集える場所を設ける。
- ・病院内設備については、より地域生活に即した形にする。

## ③ ソフト面での方策

### a. 外部との交流

- ・精神障害者本人の意向を踏まえ、例えば保健所スタッフ、地域の相談支援事業者、ピアサポーター等が精神障害者と面談を行う等外部との交流を推進する。

### b. 訓練等（地域移行に向けた訓練や支援をいう。）の進め方

- ・本人中心の支援チームをつくり、医療と地域の役割分担ではなく、協働による支援体制をつくる。
- ・訓練等については、既存の医療サービスの他、既存の福祉サービスについても積極的に活用する。
- ・計画的な訓練や、退院に向けたクリティカルパスの作成などにより可能な限り早期に退院できるように支援を行う。
- ・訓練等の実施場所については、病院外施設を積極的に活用することとするが、地域における体制整備が不十分な場合は院内で行う。

### c. 訓練等の内容

- ・訓練等については、より実際の地域生活につながる内容になるよう充実を図り、訓練の場も生活の場となる地域(院外)を積極的に利用するようにし、本人の退院意欲を向上させ、地域生活への移行を強力に促すものを中心に行う。
- ・精神障害者自身が病状を適切に把握し、再発を予防できるようにする観点から、適切にインフォームドコンセントを行うこと等により、自身の病気に関する理解を促すとともに、適切な服薬や、困ったときの相談、病状悪化時の通院等ができるようになるといった自己管理のための訓練も行う。
- ・リハビリテーションプログラム（作業療法を含む。）については、地域移行に必要な能力の向上等を図るため、本人中心の支援を基本としつつ、地域住民、外部の支援者、ピアサポーター等と交流する機会の提供や、地域生活の実践的なプログラム（外部体験、内部職員やピアサポーター等による同行支援による外出等）等を積極的に行う。
- ・デイケアが必要な精神障害者については、地域移行を支援する観点から、地域生活を送る精神障害者と同程度に受けられる機会を確保する。
- ・高齢者等の運動能力の低下が危惧される精神障害者の訓練については、運動能力の維持向上を図るため、理学療法等の身体的リハビリテーションを実施できる体制であるかを考慮する。

### d. その他

- ・病院は精神障害者の地域移行を積極的に支援する（経済的な自立、退院後の居住先の選定等）。
- ・入院中の精神障害者が、退院後に利用可能な障害福祉サービス、介護保険サービスについて検討と準備（障害支援区分認定等を含む支給決定の申請手続及び要介護認定の申請手続の周知等）ができるよう支援を行う。

### (3) 精神障害者の地域生活支援や段階的な地域移行のための病院資源の活用

- 2. [ア] の退院に向けた支援を徹底して実施することにより、長期入院精神障害者が地域移行していくことで、地域生活を支えるための医療の充実が必要となる。
- 2. [ア] の退院に向けた支援を徹底して実施してもなお、高齢等の理由により移動に否定的な意向を持つ人や、病院の敷地内なら安心して生活できるという意向を持つ人など、本人の自由意思として退院意欲が固まらない人が存在するという現実がある。
- 急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が、生活の場ではない、病院という医療の場を居住の場としている状態は、精神障害者本人の権利擁護の観点、精神医療の適正化の観点から、本来のあるべき姿ではない。また、長期入院精神障害者の半数以上が65歳以上であることを踏まえると、こうした状態を一刻も早く改善することが必要である。
- これらの、急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が地域移行する際には、地域生活に直接移行することが原則であるが退院に向けた支援を徹底して行ってもなお入院したままとなるのであれば、段階的な移行も含めて、入院医療の場から生活の場に居住の場を移すことが必要である。
- これについて、医療法人等として保有する敷地等の資源や、病床の適正化により将来的に不必要となった建物設備を、精神障害者の段階的な地域移行や地域生活支援のために活用することについて検討した。
- これらの病院資源の有効活用については、病院の判断により、医療法等の関係法令を遵守した上で、以下 a～c のいずれの選択肢も取り得る。
  - a. 医療を提供する施設等としての活用（精神科救急・急性期病床、重度かつ慢性等の精神障害者に医療を提供する病床、外来・デイケア、アウトリーチ、訪問診療・訪問看護等の施設）
  - b. 医療を提供する施設等以外としての活用（居住の場）
    - ※グループホームのほか、精神障害者以外の人も含めた住まいとして、軽費老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、民間の賃貸住宅等が考えられる。
    - なお、医療法人は、基本的に明確に病院と区分した上で、グループホーム、軽費老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等の設置を検討できる。それ以外の場合は、基本的に明確に病院と区分した上で、病院の開設者と別の者が居住の場として施設を開設する必要がある。
  - c. 医療を提供する施設等以外としての活用（居住の場以外）
    - ※宿泊型自立訓練事業所・短期入所事業所等の障害福祉サービス事業所、介護保険サービス事業所、地域コミュニティのための施設等が考えられる。
    - なお、医療法人は、基本的に明確に病院と区分した上で、宿泊型自立訓練事業所・短期入所事業所等の障害福祉サービス事業所、介護保険サービス事業所等の設置を検討できる。それ以外の場合は、基本的に明確に病院と区分した上で、病院の開設者と別の者が居住の場以外の施設を開設する必要がある。
- こうした中、a. の医療を提供する施設としての活用又は c. の医療を提供する施設等以外としての活用（居住の場以外）については、現行法令に則って適宜行われるべきものであるが、こうした活用のされ方が病院の構造改革の流れの中で、地域生活を支え

るための医療・福祉の充実の観点や地域コミュニティとの関係を深める観点からより推進されるようにすべきとの意見があった。

- b. 医療を提供する施設等以外としての活用（居住の場）については、医療法人等として保有する敷地等の資源や、病床の適正化により将来的に不必要となった建物設備を居住の場として活用することが、現行法令下でも多くは可能であるが、グループホームの活用のように現行法令下での規制では認められない方法を新たに認める場合には、地域生活により近い生活が送れるよう、本人の自由意思の担保、自由な生活の担保、第三者の関与、利用期間の設定等一定の条件の下に認めるべきとの意見が多かった。一方、いかなる条件においても認めるべきでないという意見もあった。
- 可とする主な理由をまとめると、前述のような退院に向けた支援を徹底して実施してもなお本人の自由意思として退院意欲が固まらない人が存在することから、
  - ・本人の意向に沿った選択肢の1つとして、
  - ・本来目指すべき地域生活への段階的な移行を進めるための手段の1つとして、認めるべきという意見であった。
- 他方、否とする主な理由をまとめると、
  - ・精神障害者は病院と同じ建物内や敷地内である限り、その自由意思は担保されず、入院中と何ら変わらず地域生活とは言えない生活を強要される懸念があるため、認めるべきではない
  - ・病院による精神障害者の抱え込みとなる懸念があるため、認めるべきではないという意見であった。
- いずれの立場においても、精神障害者が本来の居住の場でないところで暮らしているという現状を改善することが必要であるとの認識は一致しており、現状を改善するためには、選択肢を増やすことが重要である。
- したがって、医療法人等として保有する敷地等の資源や、将来的に不必要となった建物設備等の居住の場としての活用のうち、当該居住の場が共同生活援助の指定を受ける選択肢を可能とするために、既存の地域移行型ホームに関する基準を参考としつつ、障害者権利条約に基づく精神障害者の権利擁護の観点も踏まえ、以下のような条件付けを行うという留保をつけた上で、病床削減を行った場合に敷地内への設置を認めることとし、グループホームの立地に係る規制（※）の見直し等必要な現行制度の見直しを行うべきこと、また、見直し後の事業を自治体と連携して試行的に実施し、運用状況を検証するべきことが多くの構成員の一致した考え方であった。  
※グループホームについては、現行においては、「住宅地又は住宅地と同程度に利用者の家族や地域住民との交流の機会が確保される地域にあり、かつ、入所施設又は病院の敷地外にあるようにしなければならない」とされている。なお、各自治体が地域の実情に応じて条例において別の定めをすることが可能。
- また、現行法令下でも設置可能な居住の場については、これらの条件を踏まえた運営が行われるよう十分配慮されることが望まれる。
- 検討会においては、構成員25名のうち精神障害当事者2名を含む構成員から、あくまでも居住の場としての活用は否との強い意見があった。

**【共同生活援助としての指定を受けることを認めるための条件】**

- ・既存のグループホームの人員、設備及び運営に関する基準（※上記による見直しを

行う部分を除く)を遵守すること

- ・精神障害者本人の自由意思に基づく選択の自由が担保されること  
例えば、当該居住の場の選択は精神障害者本人の自由意思で行われ、その他の選択肢が示された上で選択がなされるようにすること
- ・地域社会に包容され、参加する機会が確保されること  
例えば、居住の場が病院と明確に区別されるとともに、外出の自由が確保され、外部からの自由な訪問が可能である等地域に近い環境にあること
- ・プライバシーが尊重されること
- ・地域移行に向けたステップとしての支援とし、基本的な利用期間を設けること

※なお、具体的な条件については、別紙に掲げる「活用の場合に必要な条件として検討すべき事項（例）」に挙げた事項等について検討するとともに、①運営者が病院と同一法人であるか他法人又は個人であるか、②活用場所が入院機能も残っている建物内か入院機能とは別の建物か、に応じた更なる条件について検討することが必要である。

## <別紙>

### <居住の場としての活用も可との意見>

#### 【活用の前提】

- ・現行法令下でも、精神障害者に限定せず、精神障害者以外の人の利用を含めた居住の場としての活用は可能。グループホームを含め、精神障害者が居住の場として利用する場合は、権利擁護の観点からも人権侵害や不必要な管理等の行うべきではない制限や規則などを明確にすべき。

#### 【活用の場合に必要な条件として検討すべき事項（例）】

- ・本人意向の最大限尊重、契約行為が前提であり、本人の自由意思を担保する仕組みを設けるべき。（入居後も継続的に意向確認すべき）
- ・精神障害者の入居時は第三者が関与すべき。
- ・原則として利用対象者を現時点での長期入院精神障害者に限定すべき。
- ・外部との面会や外出を自由にすべき。
- ・食事、日中活動の場等の自由を担保すべき。
- ・居住の場のスタッフについて、病院スタッフとの兼務は認めないこととすべき。
- ・利用期間を限定すべき。
- ・運営に係る第三者評価を行うべき。
- ・入居後も本人の意思に沿った地域移行を促すべき。
- ・地域における居住資源が不足している場合に限定して設置を認めるべき。
- ・病院が地域から孤立していない場合に限定して設置を認めるべき。
- ・高齢で介護を必要としている精神障害者向けの支援として検討すべき。
- ・時限的な施設とすべき。（第三者が設置した場合は除く。）
- ・構造的に病院から一定の独立性を確保すべき（外階段など）。

### <居住の場としての活用は否との意見>

- ・治療関係という主従関係をベースとした場所に居住の場を作ると、権利侵害が起きる可能性が高い。権利侵害が起きる可能性は厳に回避すべき。
- ・障害者権利条約から考えて、居住施設は認めるべきではないという前提のもと、居住の場以外の議論をしっかりと行うべき。
- ・不必要となった建物設備を居住の場として使うのは、医療による精神障害者の抱え込みの構図である。

# 長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性（概要）

## 1. 長期入院精神障害者の地域移行及び精神医療の将来像

- 長期入院精神障害者の地域移行を進めるため、本人に対する支援として、「退院に向けた意欲の喚起（退院支援意欲の喚起を含む）」**「本人の意向に沿った移行支援」「地域生活の支援」**を徹底して実施。
- 精神医療の質を一般医療と同等に良質かつ適切なものとするため、**精神病床を適正化し、将来的に不必要となる病床を削減する**といった病院の構造改革が必要。

## 2. 長期入院精神障害者本人に対する支援

### 〔ア〕退院に向けた支援

#### 〔ア-1〕退院に向けた意欲の喚起

- ・病院スタッフからの働きかけの促進
- ・外部の支援者等との関わりの確保 等

#### 〔ア-2〕本人の意向に沿った移行支援

- ・地域移行後の生活準備に向けた支援
- ・地域移行に向けたステップとしての支援（退院意欲が喚起されない精神障害者への地域生活に向けた段階的な支援） 等

### 〔イ〕地域生活の支援

- ・居住の場の確保（公営住宅の活用促進等）
- ・地域生活を支えるサービスの確保（地域生活を支える医療・福祉サービスの充実） 等

### 〔ウ〕関係行政機関の役割

都道府県等は、医療機関の地域移行に関する取組が効果的なものとなるよう助言・支援に努める。

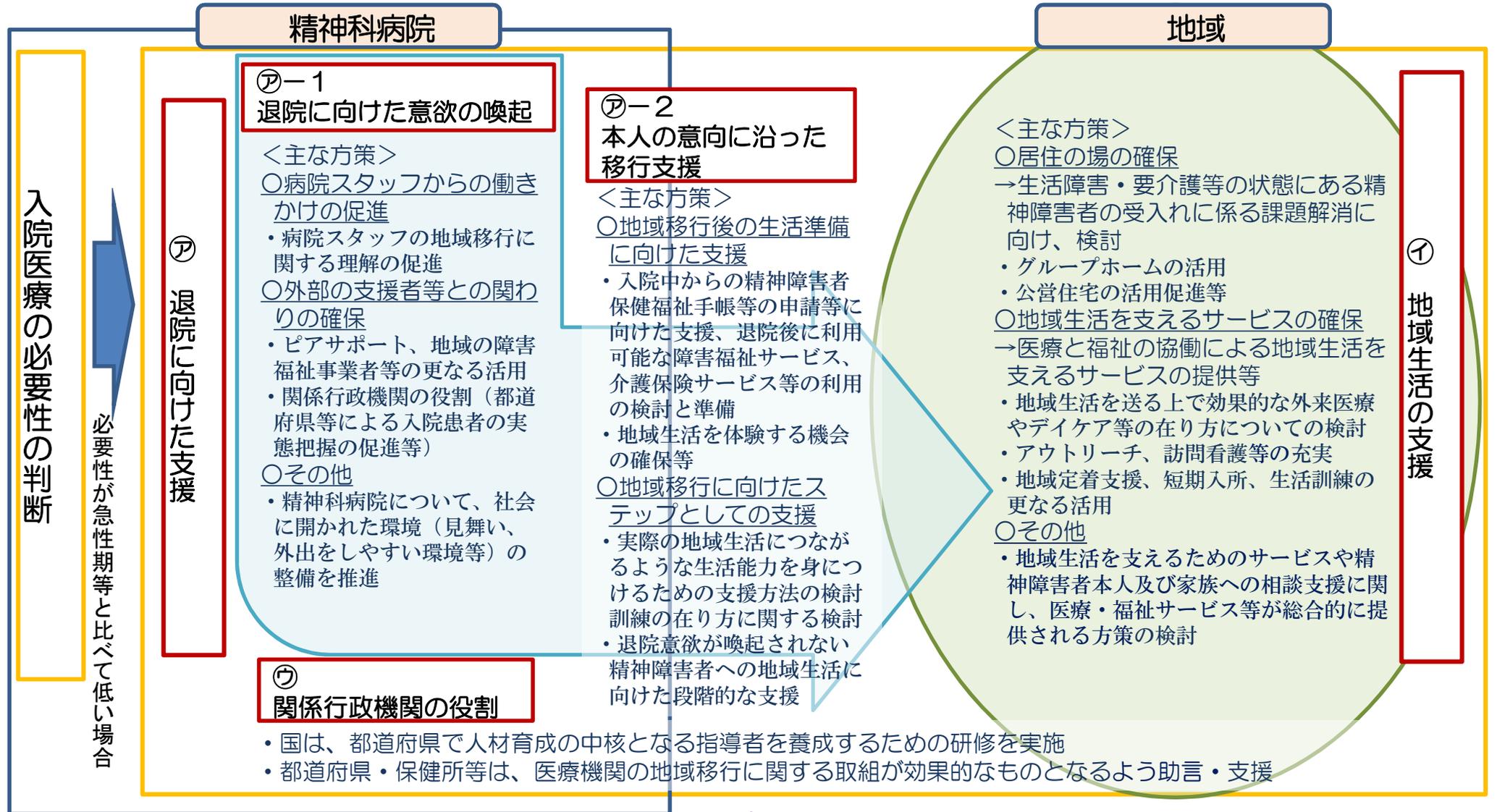
## 3. 病院の構造改革

- 病院は医療を提供する場であり、生活の場であるべきではない。
- 入院医療については、**精神科救急等地域生活を支えるための医療等に人員・治療機能を集約することが原則であり、これに向けた構造改革が必要。**（財政的な方策も併せて必要）
- 2. に掲げる支援を徹底して実施し、**これまで以上に地域移行を進めることにより、病床は適正化され、将来的に削減。**
- 急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床においては、**地域移行支援機能を強化する。**
- 将来的に不必要となった建物設備や医療法人等として保有する敷地等の病院資源は、**地域移行した精神障害者が退院後の地域生活を維持・継続するための医療の充実等地域生活支援や段階的な地域移行のために活用することも可能とする。**

## <病院資源のグループホームとしての活用について>

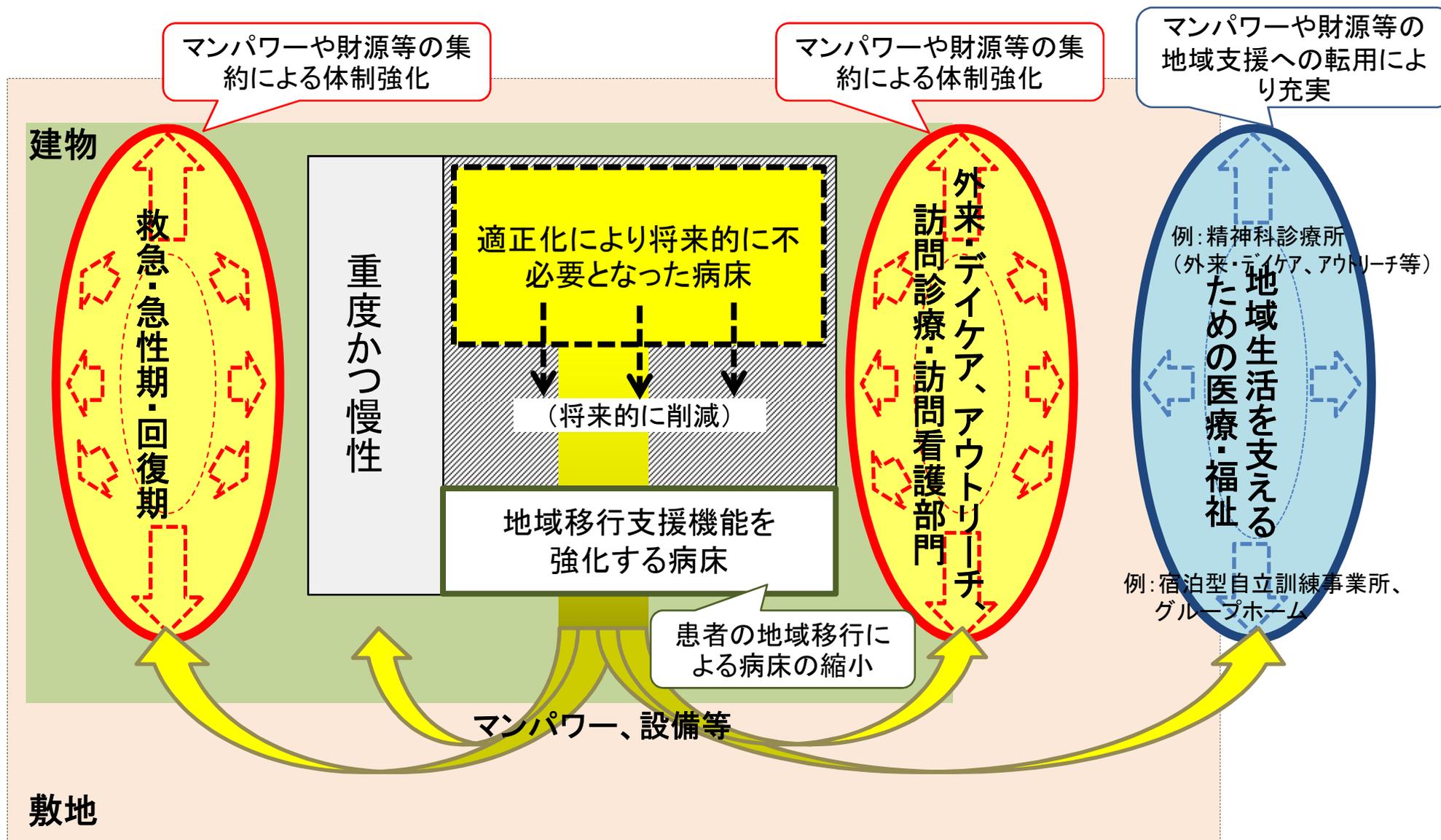
- 地域移行する際には、**地域生活に直接移行することが原則**
- 退院に向けた支援を徹底して実施してもなお退院意欲が固まらない人に対しては、本人の権利擁護の観点、精神医療の適正化の観点から、**段階的な移行も含めて、入院医療の場から生活の場に居住の場を移すことが必要。**
- その選択肢の一つとして、**病院資源をグループホームとして活用することを可能とするために、障害者権利条約に基づく権利擁護の観点も踏まえ、一定の条件付け（※）を行った上で、病床削減を行った場合に敷地内への設置を認めることとし、必要な現行制度の見直しを行うべきこと、また、見直し後の事業を試行的に実施し、運用状況を検証するべきことが多くの構成員の一致した考え方（※※）。**
  - ※「本人の自由意思に基づく選択の自由を担保する」、「外部との自由な交流等を確保しつつ、病院とは明確に区別された環境とする」、「地域移行に向けたステップとしての支援とし、基本的な利用期間を設ける」等
  - ※※あくまでも居住の場としての活用は否との強い意見があった。

# 長期入院精神障害者の地域移行の流れと主な方策



病院が病床削減できるための構造改革

# 構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）



# 第4期長野県障害福祉計画（案）の概要

障がい者支援課

## 長野県障害者プラン2012（H24～H29）

＜重点施策＞

障がいへの理解と権利擁護の推進

雇用・就労支援の強化

地域生活の充実

人にやさしい福祉のまちづくり

重度障がいや多様な障がいに対する支援

＜数値目標を定めた項目（抜粋）＞

項目	基準値	年度	実績	
			H24	H25
・成年後見支援センターの設置	3か所	H22	5か所	7か所
・福祉施設から一般就労への移行 ※障害福祉計画	96人	H17	138人	180人
・福祉就労月額平均工賃	12,290円	H22	13,686円	14,074円
・福祉施設入所者の地域生活への移行 ※障害福祉計画	899人	H18～H23	948人	974人
・グループホーム定員数 ※障害福祉計画	2,029人	H22	2,390人	2,529人
・要介護者避難支援計画の策定	57市町村	H22	62市町村	63市町村
・福祉避難所の指定	—	—	—	—
・発達障がいに関する普及啓発（サポーターの養成）	—	—	74人	2,483人
・健診での発達障がい等早期発見項目の導入	6市町村	H22	18市町村	21市町村

目標

数値	最終年度
10か所	H29
230人	H26
22,000円	H29
1,185人	H26
2,731人	H26
77市町村	H29
77市町村	H29
10,000人	H29
77市町村	H29

連動

成果目標	第3期障害福祉計画			
	H24（実績）	H25（実績）	H26（見込）	
福祉施設入所者の地域生活への移行	<H18～累計> 948人 (+49人)	<H18～累計> 974人 (+26人)	<H18～累計> 1,052人 (+63人)	
施設入所者の減少数	<H18～累計> 532人 (+69人)	<H18～累計> 625人 (+93人)	<H18～累計> 676人 (+51人)	
入院中の精神障がい者の地域生活への移行に関すること	平均退院率 (新規入院した患者の中で、1年を超えずに退院に至った者の割合を月ごとに平均したもの)			
	73.9%	75.5%	75.5%	
福祉施設から一般就労への移行	入院期間が5年以上かつ65歳以上の精神障がい者の退院者数 ※国調査未公表			
	144人	144人	132人	
地域生活の支援	144人	180人	230人	
活動指標 (利用者数のみ抜粋)	訪問系サービス	2,793人	2,977人	3,160人
	日中活動系サービス	10,401人	11,051人	11,553人
	グループホーム	2,058人	2,162人	2,287人
	相談支援	553人	1,645人	2,409人

第4期障害福祉計画			
H27（目標）	H28（目標）	H29（目標）	目標設定方法
<H26～累計> <b>132人</b> (+71人)	<H26～累計> <b>214人</b> (+82人)	<H26～累計> <b>312人</b> (+98人)	市町村計画の積算
<H26～累計> <b>73人</b> (+32人)	<H26～累計> <b>105人</b> (+32人)	<H26～累計> <b>155人</b> (+50人)	
改 平成29年度における入院後3か月時点での退院率 ( <H24> 62.6% <H25> 61.9% <H26> 調査中 )			過去の実績に基づき県が算出
改 平成29年度における入院後1年時点での退院率 ( <H24> 90.7% <H25> 91.3% <H26> 調査中 )			
改 平成29年度における入院期間が1年以上の精神障がい者数 ( <H24> 2,683人 (-122人) <H25> 2,537人 (-146人) <H26> 2,564人 (+27人) )			市町村計画の積算
改 平成29年度における入院期間が1年以上の精神障がい者数 ( -65人 ) ( -65人 ) ( -64人 )			
<b>254人</b>	<b>278人</b>	<b>306人</b>	市町村計画の積算
新 平成29年度末までに、各圏域において地域生活支援の体制を整備する			県が設定
<b>3,342人</b>	<b>3,525人</b>	<b>3,703人</b>	市町村計画の積算
<b>12,054人</b>	<b>12,624人</b>	<b>13,205人</b>	
<b>2,412人</b>	<b>2,523人</b>	<b>2,638人</b>	
<b>3,173人</b>	<b>3,363人</b>	<b>3,511人</b>	

＜サービス等の確保策＞

- \*圏域単位で不足しているサービスについて、十分な量が確保できるよう事業所の指定を促進。
- \*サービス提供基盤の整備を計画的に支援。等

＜支援の質の向上＞

- \*人材研修の実施。
- \*サービスの第三者評価、実地指導の実施。
- \*障がい者虐待防止研修の実施。等

障がいのある人もない人も、お互いに個性を尊重し、支え合いながら一人ひとりが地域社会の一員として「居場所と出番」を見出すことができる。

“共に生かす長野県”を指す

# 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～の概要

資料1

- ・ 高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群。高齢化の進展に伴い、認知症の人はさらに増加 2012(平成24)年 462万人(約7人に1人) (新) 2025(平成37)年 約700万人(約5人に1人)
- ・ 認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要。

### 新オレンジプランの基本的考え方

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す。

- ・ 厚生労働省が関係府省庁(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)と共同して策定
- ・ 新プランの対象期間は団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年だが、数値目標は介護保険に合わせて2017(平成29)年度末等
- ・ 策定に当たり認知症の人やその家族など様々な関係者から幅広く意見を聴取

### 七つの柱

認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進  
認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供  
若年性認知症施策の強化  
認知症の人の介護者への支援  
認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進  
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  
認知症の人やその家族の視点の重視

# 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

## 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実施

- 新・ 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  
認知症の人が自らの言葉で語る姿等を積極的に発信

## 認知症サポーターの養成と活動の支援

- 認知症サポーターを量的に養成するだけでなく、活動の任意性を維持しながら、**認知症サポーターが様々な場面で活躍**してもらうことに重点を置く
- 新・ 認知症サポーター養成講座を修了した者が復習も兼ねて学習する機会を設け、より上級な講座など、**地域や職域の実情に応じた取組を推進**

【認知症サポーターの人数】(目標引上げ)

現行プラン:2017(平成29)年度末 600万人

新プラン:800万人

## 学校教育等における認知症の人を含む高齢者への理解の推進

- 学校で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
- 小・中学校で認知症サポーター養成講座を開催
- 大学等で学生がボランティアとして認知症高齢者等と関わる取組を推進

# 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】

- 容態の変化に応じて医療・介護等が有機的に連携し、適時・適切に切れ目なく提供
- 
- 早期診断・早期対応を軸とし、妄想・うつ・徘徊等の行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等が見られても、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組み

## 本人主体の医療・介護等の徹底

## 発症予防の推進

## 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、認知症サポート医の養成等
- 新 歯科医師・薬剤師の認知症対応力向上
- 認知症疾患医療センター等の整備
- 認知症初期集中支援チームの設置

【かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数(累計)】(目標引上げ)

現行プラン: 2017(平成29)年度末 50,000人 新プラン: 60,000人

【認知症サポート医養成研修の受講者数(累計)】(目標引上げ)

現行プラン: 2017(平成29)年度末 4,000人 新プラン: 5,000人

【認知症初期集中支援チームの設置市町村数】(目標引上げ)

新プラン: 2018(平成30)年度からすべての市町村で実施

## 行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等への適切な対応

- ・ 医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築
- ・ 行動・心理症状(BPSD)への適切な対応
- ・ 身体合併症等に対応する一般病院の医療従事者の認知症対応力向上
- 新・ 看護職員の認知症対応力向上 ・ 認知症リハビリテーションの推進

## 認知症の人の生活を支える介護の提供

- ・ 介護サービス基盤の整備
- ・ 認知症介護の実践者 実践リーダー 指導者の研修の充実
- 新・ 新任の介護職員等向けの認知症介護基礎研修(仮称)の実施

## 人生の最終段階を支える医療・介護等の連携

### 医療・介護等の有機的な連携の推進

- ・ 認知症ケアパス(認知症の容態に応じた適切なサービス提供の流れ)の積極的活用
- ・ 医療・介護関係者等との間の情報共有の推進
- 新・ 医療・介護連携のマネジメントのための情報連携ツールの例を提示  
地域ケア会議で認知症に関わる地域資源の共有・発掘や連携を推進
- ・ 認知症地域支援推進員の配置、認知症ライフサポート研修の積極的活用
- ・ 地域包括支援センターと認知症疾患医療センターとの連携の推進

【認知症地域支援推進員の人数】(目標引上げ)

新プラン: 2018(平成30)年度からすべての市町村で実施

## 若年性認知症施策の強化

- ・ 若年性認知症の人やその家族に支援のハンドブックを配布
- ・ 都道府県の相談窓口支援関係者のネットワークの調整役を配置
- ・ 若年性認知症の人の居場所づくり、就労・社会参加等を支援

## 認知症の人の介護者への支援

### 認知症の人の介護者の負担軽減

- ・ 認知症初期集中支援チーム等による早期診断・早期対応
- ・ 認知症カフェ等の設置

【認知症カフェ等の設置】(目標新設)

新プラン: 2018(平成30)年度からすべての市町村に配置される認知症地域支援推進員等の企画により、地域の実情に応じ実施

### 介護者たる家族等への支援

- ・ 家族向けの認知症介護教室等の普及促進

### 介護者の負担軽減や仕事と介護の両立

- ・ 介護ロボット、歩行支援機器等の開発支援
- ・ 仕事と介護が両立できる職場環境の整備  
(「介護離職を予防するための職場環境モデル」の普及のための研修等)

## 生活の支援(ソフト面)

- ・家事支援、配食、買物弱者への宅配の提供等の支援
- ・高齢者サロン等の設置の推進
- ・高齢者が利用しやすい商品の開発の支援
- ・新しい介護食品(スマイルケア食)を高齢者が手軽に活用できる環境整備

生活しやすい環境  
(ハード面)の整備

- ・多様な高齢者向け住まいの確保
- ・高齢者の生活支援を行う施設の住宅団地等への併設の促進
- ・バリアフリー化の推進
- ・高齢者が自ら運転しなくても移動手段を確保できるよう公共交通を充実

## 就労・社会参加支援

- ・就労、地域活動、ボランティア活動等の社会参加の促進
- ・若年性認知症の人が通常の事業所での雇用が困難な場合の就労継続支援(障害福祉サービス)

## 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・保護を含めた地域での見守り体制の整備
- ・高齢歩行者や運転能力の評価に応じた高齢運転者の交通安全の確保
- ・詐欺などの消費者被害の防止
- ・成年後見制度(特に市民後見人)や法テラスの活用促進
- ・高齢者の虐待防止

新

## 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

- ・ 高品質・高効率なコホートを全国に展開するための研究等を推進
- ・ 認知症の人が容易に研究に参加登録できるような仕組みを構築
- ・ ロボット技術やICT技術を活用した機器等の開発支援・普及促進
- ・ ビッグデータを活用して地域全体で認知症予防に取り組むスキームを開発

## 認知症の人やその家族の視点の重視

新

### 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実施 (再掲)

新

### 初期段階の認知症の人のニーズ把握や生きがい支援

- ・ 認知症の人が必要と感じていることについて**実態調査**を実施  
認知症の初期の段階では、診断を受けても必ずしもまだ介護が必要な状態にはなく、むしろ本人が求める今後の生活に係る様々なサポートが十分に受けられないとの声もある。
- ・ 認知症の人の**生きがいづくり**を支援する取組を推進

新

### 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

- ・ **認知症の人やその家族の視点を認知症施策の企画・立案や評価に反映**させるための好事例の収集や方法論の研究

## 終わりに

認知症高齢者等にやさしい地域の実現には、**国を挙げた取組み**が必要。

関係省庁の連携はもとより、**行政だけでなく民間セクターや地域住民自らなど、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る。**

認知症への対応に当たっては、**常に一步先んじて何らかの手を打つという意識を、社会全体で共有していかなければならない。**

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ない。

コミュニティの繋がりこそがその基盤。認知症高齢者等にやさしい地域づくりを通じ**地域を再生するという視点も重要。**

認知症への対応は今や世界共通の課題。

認知症ケアや予防に向けた取組についての好事例の**国際発信や国際連携を進めることで、認知症高齢者等にやさしい地域づくりを世界的に推進。**

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。**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。**

## 【参考】 認知症の人の将来推計について

- 長期の縦断的な認知症の有病率調査を行っている久山町研究のデータから、新たに推計した認知症の有病率(2025年)。
- ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降一定と仮定した場合:19%。
- ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降も糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合:20.6%。

久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病(糖尿病)の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。

- 本推計の結果を、平成25年筑波大学発表の研究報告による2012年における認知症の有病者数462万人にあてはめた場合、2025年の認知症の有病者数は約700万人となる。

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)	平成42年 (2030)	平成52年 (2040)	平成62年 (2050)	平成72年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/(率)	462万人 15.0%	517万人 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計 人数/(率)		525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3%

(案)

(平成 27-29 年度)

# 長野県高齢者プラン

長野県老人福祉計画  
第 6 期 介護保険事業支援計画



しあわせ信州

## 第6期プランの達成目標

高齢者を取り巻く状況と「2025年の長野県の姿」を踏まえ、第6期プランにおいて重点化する取組と施策展開を設定します。

### 第1節 第6期計画の位置付け

第6期計画は、平成37年（2025年）の地域包括ケア体制の確立へ向けて、高齢者の生活に最も近い市町村が各地域における地域包括ケアの方向性を設計し、新しい介護予防・日常生活支援総合事業などを導入していく重要な3年間となります。



### 第2節 第6期計画で取り組むべき主な課題

第6期計画において重点的に取り組むべき課題を以下に示します。

#### (1) 地域包括ケア体制の構築に向けた取組の本格化

地域包括ケア体制の構築のためには介護・医療・コミュニティの活動主体間での意識共有と連携が欠かせません。意識共有のためには、地域包括ケア体制の構成要素や構築の方向性を関係者が把握する必要がありますが、地域のビジョンを確立している市町村は少数に留まっており、関係者が現状と目標を正確に認識できていない状況にあります。

一方、体制構築のために重要な役割を果たす「地域ケア会議」を開催している市町村は4分の3を超えましたが、体制が整わないことから未開催の市町村もあります。

#### (2) 医療と介護の連携強化による在宅療養環境の構築

要介護認定者の増加に加え、在宅復帰を促進する医療制度改革によって増加が見込まれる在宅療養者の対応のため、医療と介護の連携と在宅療養を支援する環境の整備を促進する必要があります。

現状では、在宅療養者を支える24時間サービスは僅かしかなく、今後、地域の状況に応じて整備を促進していくことが必要です。また、訪問看護の充実や病診連携による円滑な入退院の仕組みを確立することで、県民が安心して在宅生活をおくることのできる体制を構築していく必要があります。

#### (3) 生活支援サービスの充実

一人暮らしや高齢者のみの世帯、認知症の高齢者が増加する中、多様な生活支援のニーズを持った高齢者が地域での生活を継続していくためには、社会福祉法人、民間企業、NPO、ボランティアなどの多様な主体による多様な生活支援サービスの提供体制を整えていくことが必要です。また、事業主体間のネットワークの構築や高齢者のニーズと地域資源とのマッチングなどを行う体制を整備する必要があります。

#### (4) 認知症高齢者ケア体制の一層の整備

認知症高齢者の数は年々増加しており、今後も増加していく見通しです。これまでに県では、認知症の診療体制の構築、認知症対応型の介護サービス拠点の整備、コールセンターの設置等により、認知症高齢者及びその家族のケアを推進してきました。今後は、地域で在宅生活をおくる認知症高齢者の増加に対応するため、医療・介護・家庭・地域連携した支援体制を各市町村に構築するための支援を強化し、認知症高齢者とその家族が安心して暮らせる環境を広げていく必要があります。

#### (5) 医療・介護人材の不足への対応

人口の層の厚い団塊の世代の高齢化によって、介護保険サービスの利用者が増加していくことが確実な見通しとなっています。これに伴い医療・介護人材の増員が必要となりますが、人材の確保と定着が課題となっています。介護職員については、実態と異なるイメージの流布やキャリア・パスが不明確といった課題があり、こうした課題を是正することによって人材の確保と定着を図っていく必要があります。

#### (6) 高齢者の多様な施設・住まいの創出

第5期計画期間中に施設整備を推進したことにより、特別養護老人ホームの重度者（要介護4・5）の待機期間を2か月程度短縮し、また待機者数の削減等を図ることができました。しかし、依然として1年程度の待機期間と在宅で5,000人弱の待機者がいることから、今後とも在宅サービスとのバランスを考慮した計画的な整備が必要です。ニーズの高い地域密着型の小規模特養は特養全体の1割を超えましたが、引き続き整備を進めていく必要があります。

また、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅など的高齢者の住まいについては、指針に基づいた指導・助言によって施設の安全性やサービスの質を確保していくことが必要です。

#### (7) 人生二毛作・生涯現役社会の実現

生産年齢人口が減少していく中で、高齢者が社会の支え手として様々な活動に参加し、活躍することが期待されています。また、元気なシニア世代が生きがいを持って働き、社会参加することのできる環境づくりが求められています。このため、シニア・シルバー世代がその培ってきた知識と経験を活かして、積極的に就業や社会参加することができる「人生二毛作・生涯現役社会」を実現することが必要です。

#### (8) 健康長寿の継続・発展へ向けた取組の推進

本県は、平均寿命及び就業率が全国トップの水準にある健康長寿県です。しかしながら、全国に比べて脳卒中による死亡率が高いことや、中高年の身体活動量（歩行数）が低下していること等が課題としてあげられます。先人達が築き上げてきた健康長寿を将来にわたって継続・発展させるために、県民参加による生活習慣病予防の取組を進めていくことが必要です。

### 第3節 第6期計画の重点的取組

第6期計画において、市町村、医療・介護関係事業者、NPO・市民活動団体、県民等と連携して推進する重点施策の概要を以下に示します。

#### (1) 地域包括ケア体制の構築に向けた取組の本格化

地域包括ケア体制の構築に中心的な役割を果たす「地域ケア会議」の全日常生活圏域での開催を支援します。

地域ケア会議の実施	125 圏域 → 全 (155) 日常生活圏域
-----------	-------------------------

#### (2) 医療と介護の連携強化による在宅療養環境の構築

医療と介護の連携により、在宅療養者の増加に適切に応えられる体制の整備を推進します。

24 時間対応介護サービスの実施	4 事業所 → 10 事業所
在宅ケアに向けた退院調整ルールの策定	0 → 全 (10) 二次医療圏
訪問看護ステーションの看護師数	863 人 → 950 人

#### (3) 生活支援サービスの充実

要支援認定者をはじめ、日常生活に支援が必要な状態になっても、住み慣れた地域で暮らし続けられる支援体制の整備を推進します。

通院・買物支援・配食サービス等の実施	61 市町村 → 全 (77) 市町村
--------------------	---------------------

#### (4) 認知症高齢者ケア体制の整備

市町村が認知症初期集中支援チームを導入するために必要な指導的な役割を担う医師の養成と、設置運営の進め方に関するノウハウ等の情報を共有する機会を提供します。

認知症初期集中支援チームの設置	2 市 → 全 (77) 市町村
-----------------	------------------

#### (5) 医療・介護人材の養成・確保

平成 37 年 (2025 年) までの介護サービス見込量の推計による介護人材の需給推計に基づき、就労支援、人材育成等によって人材の確保に努めます。また、従業者の処遇状況など事業所の公表項目を拡充することにより、就業環境の透明性の向上を促進します。

介護職員数	3.4 万人 → 4.1 万人
事業所による処遇状況などの公表の実施	0 → 全 (3,850) 事業所

#### (6) 高齢者の多様な施設・住まいの創出

入所希望の多い特別養護老人ホームを始め、地域の実情に応じた計画的な整備を推進します。

特別養護老人ホームの整備 (小規模含む)	12,221 床 → 13,876 床
----------------------	---------------------

(7) **人生二毛作・生涯現役社会の実現**

高齢者が生きがいを持って、支え手として活躍できる環境をつくるため、意欲を持った高齢者が社会参加できる仕組みづくりを支援します。

65 歳以上高齢者の週 1 回以上収入のある仕事への参加率	19.8% → 増加
65 歳以上高齢者の月 1 回以上ボランティアへの参加率	11.4% → 増加

(8) **健康長寿の継続・発展へ向けた取組の推進**

生活習慣病予防の重点項目である「運動習慣の定着」「健診・受診の促進」「食生活の改善」に県民参加で取り組み、青壮年期から健康増進を意識し、行動する社会づくりを進めます。

運動や食生活に関する取組を行っている人の割合	運 動 64.4% → 72.0%
	食生活 87.2% → 維持・向上

## 第4節 施策の体系

第6期プランでは、以下の施策を展開します。

### 基本目標

生涯現役で居場所と出番があり、  
健康長寿の喜びを実感できる社会

誰もが自分らしく安心して  
住み慣れた地域で生活できる社会

### 重点的な取組

- |                          |                       |
|--------------------------|-----------------------|
| ① 地域包括ケア体制の構築に向けた取組の本格化  | ⑤ 医療・介護人材の養成・確保       |
| ② 医療と介護の連携強化による在宅療養環境の構築 | ⑥ 高齢者の多様な施設・住まいの創出    |
| ③ 生活支援サービスの充実            | ⑦ 人生二毛作・生涯現役社会の実現     |
| ④ 認知症高齢者ケア体制の整備          | ⑧ 健康長寿の継続・発展へ向けた取組の推進 |

### 施策の展開

#### 第1章 高齢者がいきいきと活動的に生活できる社会づくり

- 第1節 「人生二毛作・生涯現役」社会の実現
- 第2節 健康づくりの総合的な推進
- 第3節 介護予防の推進

#### 第2章 住み慣れた自宅や地域で安心して暮らし続けられる支援体制の整備

- 第1節 地域包括ケア体制の構築に向けた環境整備
- 第2節 医療と介護との連携の強化
- 第3節 在宅生活を支援するサービスの充実
- 第4節 認知症高齢者ケアの推進
- 第5節 医療・介護人材の養成・確保

#### 第3章 一人ひとりのニーズに応じた多様な施設・住まいの創出

- 第1節 特別養護老人ホーム等施設の整備
- 第2節 高齢者の多様な住まい方への支援

#### 第4章 安全・安心な暮らしの確保

- 第1節 高齢者の権利擁護
- 第2節 消費生活の安定と向上
- 第3節 交通安全対策の推進
- 第4節 要配慮者対策の推進

#### 第5章 介護保険制度の適切な運営(安心してサービスを利用できるように)

- 第1節 事業者に対する指導・支援
- 第2節 サービス利用者に対する支援
- 第3節 事業者情報の提供とサービス評価の実施
- 第4節 保険財政への支援と低所得者の負担軽減等
- 第5節 介護給付適正化の推進



## 第4節 認知症高齢者ケアの推進

### 現状と課題

- ・ 高齢化の進展とともに認知症高齢者の数は過去の将来推計を上回る速度で増加しており、平成 37 年（2025 年）には県内の認知症高齢者数は 12.2～13.2 万人程になると推計されます。
- ・ 65 歳以上の高齢者の 4 人に 1 人は認知機能に何らかの障がいがあるとされており、地域や介護の現場において認知症は特別な状態像ではなく、高齢者の特性のひとつとして捉える意識の転換が必要であり、すべての医療・介護の場において、専門職の対応力の水準の向上が求められています。
- ・ 認知症の方の介護は認知症の進行状態により、常時見守りが必要であったり、本人が必要な支援を拒否するなど介護者の心身両面での負担が大きくなっています。しかし、認知症の方や介護する家族に対しても認知症の正しい知識や認知症の方や家族が利用できる制度や仕組みに関する情報が十分届いていない状況があります。
- ・ 平成 25 年の県内における認知症が原因で行方不明となり警察に届け出があった者は 129 人で、このうち死者は 11 人、所在が確認できていない者は 4 人おり、認知症高齢者の徘徊の防止や徘徊による行方不明者対策が求められています。
- ・ 県内の若年性認知症（65 歳未満で発症する認知症の総称）の人の数はおよそ 570 人と推計されていますが、高齢者の認知症と違い現役世代で発症し、病状の進行が早いため、就労が困難となり退職を余儀なくされたり、本人の介護や子育てへの対応など家族の生活にも大きく影響を及ぼすなど若年性認知症に対する社会全体の理解や必要な支援が不十分な状態です。

### 関連データ

#### ■認知症高齢者の推計

年	平成 24 年 (2012)	平成 27 年 (2015)	平成 32 年 (2020)	平成 37 年 (2025)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計人数/ (率)	8.8 万人	9.8 万人	11.1 万人	12.2 万人
		15.7%	17.2%	19.0%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計人数/ (率)	15.0%	10.0 万人	11.6 万人	13.2 万人
		16.0%	18.0%	20.6%

注：長野県の認知症高齢者数は、本県の高齢者数の将来推計（国立社会保障・人口問題研究所）に全国の高齢者に占める認知症高齢者の割合を乗じて算出

#### ■生活機能基本チェックリストによる二次予防事業対象者の状況

##### [認知機能の低下]

区分	平成 23 年度		平成 24 年度	
	人数(人)	基本チェックリスト実施者に占める割合(%)	人数(人)	基本チェックリスト実施者に占める割合(%)
全国	1,309,331	12.6	1,222,031	12.5
長野県	27,951	12.1	32,639	13.4

出典：介護支援課

■市町村における認知症高齢者の徘徊防止や行方不明対策実施状況

事業内容	徘徊見守りネットワーク		認知症サポーター養成	GPSの貸与、補助等	見守り支援員等の派遣
	実施	実施予定			
実施市町村数	15	20	64	23	9

出典：保健・疾病対策課 平成26年度（国・県）調査

■若年性認知症者の状況

	18-64歳人口	有病率(10万対)	長野県の推計患者数
総数(人)	1,197,628	47.6	570.1
男(人)	604,268	57.8	349.3
女(人)	593,360	36.7	217.8

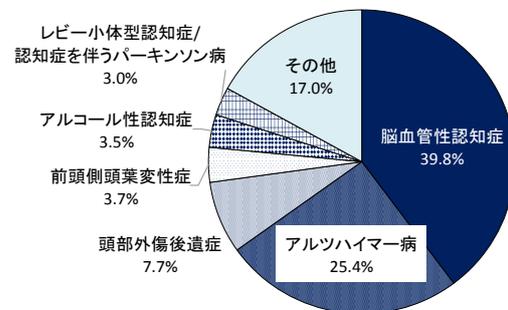
注：長野県の若年性認知症者数は、本県の平成24年4月1日現在の「18-64歳人口」に厚生労働省の調査結果に基づく有病率を乗じて算出

若年性認知症

認知症は、一般的には高齢者に多い病気ですが、65歳未満で発症した場合、「若年性認知症」とされます。全国における若年性認知症者数は3.78万人と推計されています。

本人や配偶者が現役世代なので、認知症になって職を失うと、経済的に困ることになります。また、親の病気が子どもに与える心理的影響も大きく、教育、就職、結婚などの子どもの人生設計が変わる場合もあります。

(図) 若年性認知症の基礎疾患の内訳

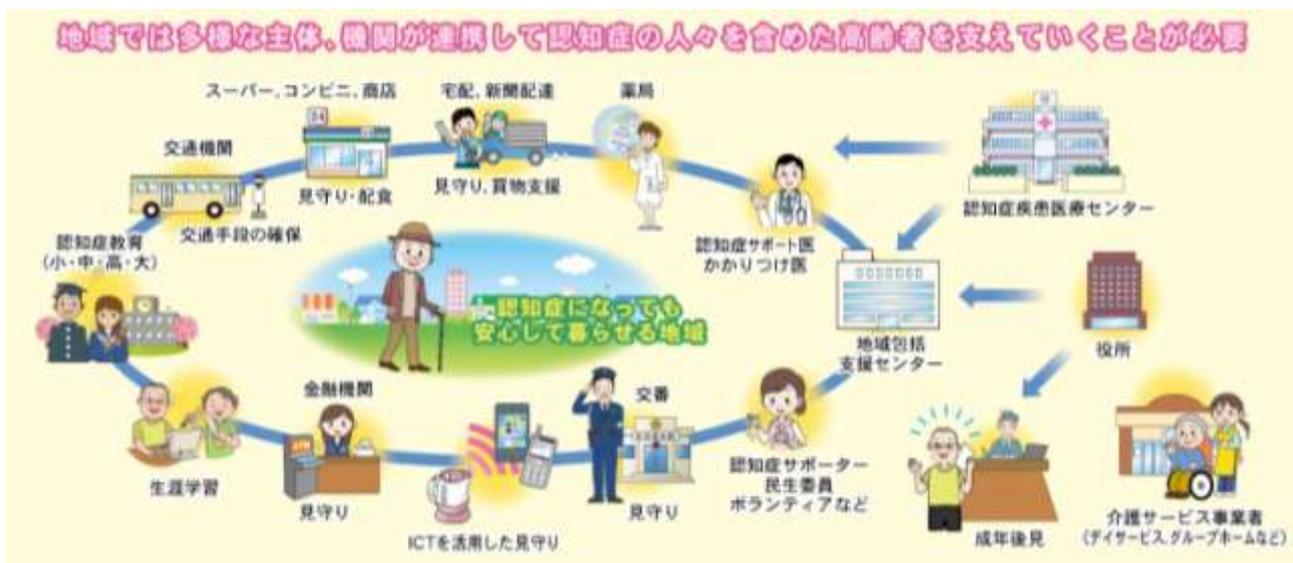


「若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究」班、主任研究者筑波大学大学院人間総合科学研究科 朝田 隆教授

目標

- 認知症高齢者等が本人の意思が尊重され、地域包括支援センター等を中心とした医療・介護・福祉の連携や地域住民の理解や協力による総合的な支援を受けながら、住み慣れた地域で安心して暮らせる社会を目指します。

社会全体で認知症の人びとを支える



## 【達成目標】

指標名	現状			目標
	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	(平成 29 年度)
認知症疾患医療センター設置数 (か所)	3	3	3	4
認知症地域連携クリティカルパスの利用医療機関数 (か所)	病院 7 診療所 6	病院 11 診療所 19	今後調査	病院 11 以上 診療所 19 以上
認知症初期集中支援チームが活動する市町村数 (市町村)	—	1	2	77
認知症初期集中支援を助言・指導する医師の養成数 (累計・人)	—	2	3	78
病院勤務の医療従事者向け研修修了者数 (累計・人)	—	—	134	1,000
認知症ケアパス作成市町村数 (作成中含む) (市町村)	—	6	23	77
認知症サポーター・キャラバンメイトの養成数 (年度末累計・人)	82,217	97,261	H27.3 末	119,000

## 【施策の展開】

### <医療・介護・福祉の連携体制の推進>

- 医療機関、介護サービス事業所、地域の支援機関をつなぐ連携支援や認知症の人とその家族を支援する相談業務等を行う認知症地域支援推進員の配置、初期段階で適切な支援に結びつける認知症初期集中支援体制構築を全ての市町村が整備できるよう必要な人材の養成等を行うとともに市町村連絡会等の開催により資質の向上を図ります。
- 地域医療介護総合確保基金を活用し、日常的な診療やケアの場で、かかりつけ医やケアマネジャー、介護従事者等が、認知症の人に対して継続的なアセスメントを行い、認知症ケアの適切な提供につなげる認知症診断ネットワーク等の構築の推進を支援します。
- 何らかの認知機能に障害があっても普通に地域の中でケアしていくことができる地域包括システムの仕組みづくりを市町村が推進するにあたり、県は市町村が取り組む認知症施策の体制整備に必要な情報の提供、人材の育成、医療体制の整備等により支援します。

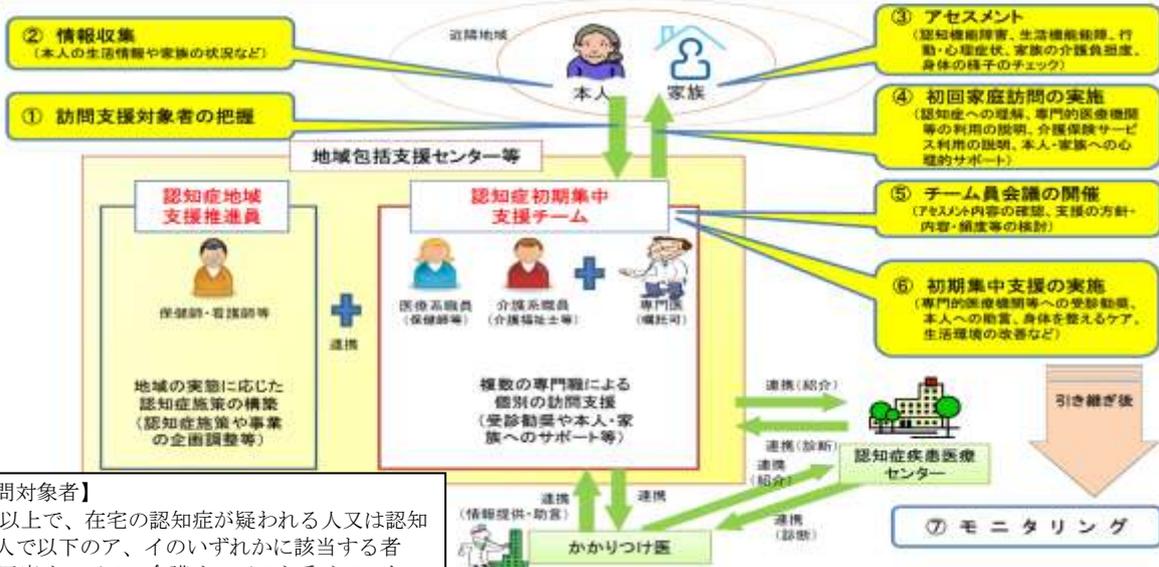
### <早期診断・早期対応>

- 鑑別診断や行動・心理症状や身体合併症を持つ認知症高齢者等の対応担う認知症疾患医療センターを東北中南信の各ブロックに設置し、認知症が疑われる高齢者やその家族を医療と介護の専門家が訪問し、認知症や生活障がいに関するアセスメントを行い、医療・介護サービスへつなげるための初期集中支援を担う認知症初期集中支援チームと認知症の人の日常の医療を担うかかりつけ医等との連携体制を構築することで、切れ目のない適切な医療の提供を目指します。
- 市町村が認知症の初期集中支援体制の整備を進めるにあたり、初期集中支援チームの一員として認知症の早期発見・早期対応にあたる医師をすべての市町村に配置できるよう養成に取り組みます。

## 認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について

以下の体制を地域包括支援センター等に配置

- 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、認知症の人とその家族を訪問し、アセスメント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。
- 認知症地域支援推進員—認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、認知症施策や事業の企画調整等を行う。



【訪問対象者】  
40歳以上で、在宅の認知症が疑われる人又は認知症の人で以下のア、イのいずれかに該当する者  
ア. 医療サービス、介護サービスを受けていない者、又は中断している者（別途基準あり）  
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者

出典：厚生労働省

### <住民の啓発>

- 認知症に対する県民の理解を深めるための普及啓発の実施や市町村の認知症サポーター養成、認知症の人の見守りや家族を支援する住民活動を促進します。

### <認知症高齢者の日常生活・家族の支援>

- 住民がそれぞれの地域において、認知症の進行状況に応じた医療と介護のサービスの活用について住民がイメージできるよう市町村が作成するその地域の認知症の医療と介護サービスの流れを紹介した認知症ケアパスの作成・普及を支援します。
- 認知症高齢者の徘徊見守りや行方不明時の情報共有を行う認知症見守りSOSネットワーク等の整備に向けて、徘徊者捜索訓練など県内市町村の先進的な実践事例を紹介し、市町村の体制整備を進めていきます。また、一部の高齢者は居住地外の地域で発見保護されていることから、より広域的なネットワークを市町村のSOSネットワーク事務局等の関係機関と連携協力し整備します。
- 市町村から情報提供のあった身元不明保護者の情報を県のホームページに掲載し、厚生労働省の特設サイトとリンクすることで、都道府県の圏域を越えた検索活動に資するよう、情報公開を行います。
- 家族の介護不安や孤立感、認知症介護に不慣れなことによる介護の悩みを回避するため、市町村における認知症の介護教室、家族会（介護者交流会）の開催や認知症カフェの開設を促進するとともに現在あるサロン等の活性化を図るため、市町村に先進事例を紹介したり、介護保険地域支援事業の活用を働きかけます。
- 家族が必要な時にショートステイ等を利用し、心身のリフレッシュ等ができるよう社会資源の充実を図ります。

- 介護の現場において、認知症介護の家族等が周りから思わぬ偏見や誤解を受けることがないように、介護中であることを周囲に理解してもらうための「介護マーク」の普及を進めます。



介護マーク

徘徊見守りネットワークと徘徊模擬訓練 ～御代田町の例～

<徘徊模擬訓練の様子>

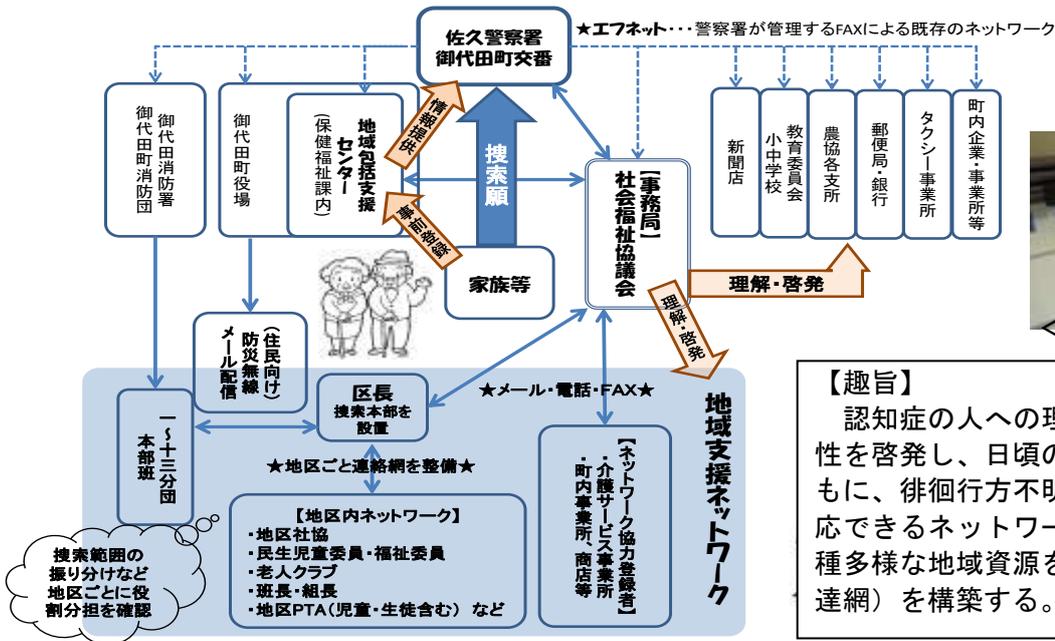


<地区の方が声かけ>



<区長は公民館で情報収集>

御代田町高齢者SOSネットワーク

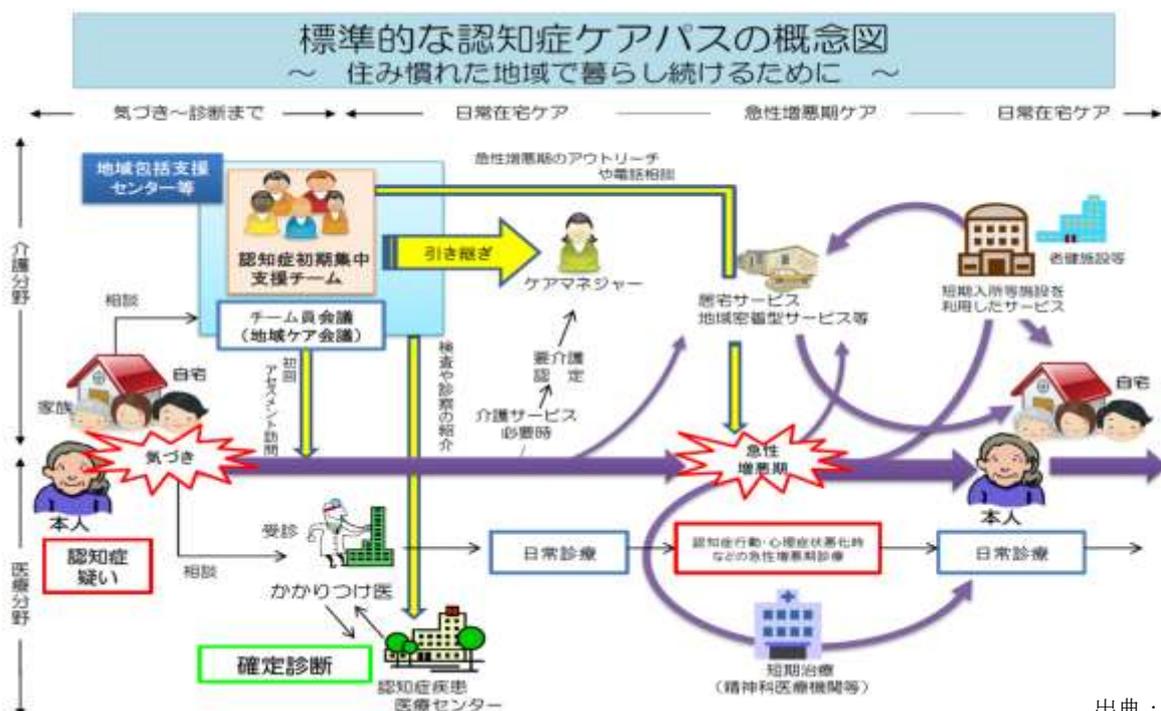


**【趣旨】**  
 認知症の人への理解と見守りの重要性を啓発し、日頃の意識を高めるとともに、徘徊行方不明発生時に迅速に対応できるネットワーク（住民を含む多種多様な地域資源を巻き込んだ情報伝達網）を構築する。

資料提供：御代田町

認知症ケアパス

それぞれの地域における、認知症の進行状況に応じた医療と介護のサービスの流れを紹介



出典：厚生労働省

## 認知症の人の家族に対する支援の推進 －認知症カフェの取組み－

### 認知症カフェの取組の一例

(K市地域包括支援センターの取組)

- 1～2回／月程度の頻度で開催(2時間程度／回)
- 通所介護施設や公民館の空き時間を活用
- 活動内容は、特別なプログラムは用意されていなく、利用者が主体的に活動。
- 効果
  - ・認知症の人 → 自ら活動し、楽しめる場所
  - ・家族 → わかり合える人と出会う場所
  - ・専門職 → 人としてふれあえる場所(認知症の人の体調の把握が可能)
  - ・地域住民 → つながりの再構築の場所(住民同士としての交流の場や、認知症に対する理解を深める場)

#### 認知症カフェの様子



夜のカフェの様子

出典：厚生労働省

### <若年性認知症の取組>

- ・ 若年性認知症に関する理解を深めるため、県民に対する啓発や医療・介護従事者に対する研修会を実施するとともに、当事者の交流会や意見聴取の機会を設けたり、県認知症施策推進協議会等においてモデル的な取組等の支援方策について検討を進めます。

### <認知症予防の取組>

- ・ 増加する認知症の発症を予防するため、認知症を防ぐ生活習慣の普及を図ります。
- ・ 生活機能チェックで二次予防対象者に選定された高齢者が認知機能低下予防教室に参加できるよう、市町村の予防事業の実施を支援します。

【主な事業】

事業名	事業内容	実施主体			
		県民	民間	市町村等	県
連携体制の推進	地域包括ケア体制構築の整備 (地域包括ケア体制の構築に記載)			◎	○
	認知症地域支援推進員の設置			◎	○
	認知症診断ネットワークの構築		◎		○
早期診断・早期対応	認知症初期集中支援体制の整備			◎	○
	認知症疾患医療センターの設置・運営		◎		◎
	医療従事者の人材の育成		○		◎
認知症高齢者を支える体制づくり	介護施設職員に対する研修事業 (第5節医療・介護人材の養成・確保に記載)		◎	○	◎
	認知症高齢者グループホーム等施設整備、運営		◎	◎	○
認知症高齢者の日常生活・家族の支援	認知症の正しい知識と理解の普及啓発	○	○	◎	◎
	認知症カフェや家族教室等の普及	○	○	◎	○
	地域における見守り活動の実施	○	○	◎	○
若年性認知症の取組	若年性認知症に対する理解の促進		○	○	◎
認知症予防の取組	認知症を予防する生活習慣の普及啓発			◎	○
	認知機能低下予防教室の実施			◎	○

注：◎実施主体 ○支援

