

令和7年度認知症介護指導者 フォローアップ研修実施報告書

令和8年3月



社会福祉法人 東北福祉会
認知症介護研究・研修仙台センター

1. 研修の概要

1) 認知症介護指導者フォローアップ研修開催の経緯

平成 12 年度から認知症介護指導者養成研修は実施されたが、修了者の間では当初からセンターでの養成研修修了後、地域の実務者研修（現在は「実践研修」、以下同じ。）を実施する上で継続的な研修と情報交換の場の必要性がささやかれていた。特に平成 12 年度、13 年度に関しては、標準カリキュラムは提示されていても、各地域とも新しい形態による研修スタイルの具体的なイメージがつかないまま、手探りの状態で研修の企画・運営を行っていた。

そのような状況の中で、修了者の有志が集まって実務者研修の実施状況を情報交換していこうと、平成 14 年 8 月に青森県で仙台センター指導者養成研修修了者による自主的な継続研修が実施された。これは実際に青森県における当時の基礎課程の日程と平行して行い、参加者は基礎課程の見学もしながら、お互いに都道府県・政令市の研修状況や課題を報告して行うというものであった。その後、平成 14 年 10 月に第 2 回研修（北海道帯広市）、平成 14 年 12 月に第 3 回研修（広島県）が行われるなど、自主的な研修が広がっていった。内容も情報交換だけではなく、研修内容や具体的な展開方法についての話し合いが中心になっていった。さらに平成 15 年 8 月に第 4 回研修（徳島県）、平成 15 年 11 月に第 5 回研修（宮城県仙台市）が、テーマを決めた講義と分科会形式で実施され、熱心な討議が行われた。

こうした修了者の自主的な研修の動きと、継続的な研修の必要性について、仙台センターとしても国へ働きかけていった結果、「認知症介護の効果的研修システムの開発～認知症介護研究フォローアップ体制の構築～」として、平成 16 年 3 月に認知症介護研究・研修東京センターにおいて、モデル事業であるフォローアップ研修が実施され、平成 16 年度よりフォローアップ研修は制度的研修として本格的に実施されることとなった。

それと同時に、フォローアップ研修の実施にあたって、その効果的なカリキュラム、研修方法及び評価方法の検討を行うため、仙台センターにフォローアップ研修カリキュラム等検討委員会を設置することとし、認知症介護指導者養成研修修了者にも委員として参画してもらうことで、修了者のニーズに基づいた研修の実施を進めている。

2)令和7年度認知症介護指導者フォローアップ研修の目的と達成目標

目的

本研修は、認知症介護指導者養成研修修了者に対し、一定期間ごとに最新の認知症介護に関する高度な専門的知識等を修得させるとともに教育技術等の向上を図ることにより、第一線の認知症介護従事者に対して最新の専門的な認知症介護技術を的確に伝授できる体制を整備することを目的とする。

「認知症介護実践者等養成事業の実施について」（平成28年3月31日老発第0331第2号厚生労働省老健局長一部改正通知）の別紙「認知症介護実践者等養成事業実施要綱」4（6）による

フォローアップ研修の達成目標

- （1）最新の認知症介護の知識と指導方法について理解を深める。
- （2）チームアプローチとリーダーシップ、スーパーバイズ、コーチングを中心に、認知症介護における人材育成方法を修得する。
- （3）認知症介護における課題解決の具体的方法を修得する。
- （4）認知症介護研修における効果的な授業の企画・運営のあり方、研修の教育評価方法を修得する。

3)認知症介護指導者フォローアップ研修カリキュラム等検討委員会の設置

研修の実施にあたって、修了者のニーズに基づいた研修を行うために、仙台センターの修了者を含めたフォローアップ研修カリキュラム等検討委員会を設置することとした（P3「フォローアップ研修カリキュラム等検討委員会設置規程」参照）。

検討委員は、認知症介護指導者ネットワーク会員より2名、今年度本研修を受講する認知症介護指導者2名、認知症介護研究・研修東京センター1名、認知症介護研究・研修大府センター1名、有識者1名、および仙台センター研究・研修部スタッフ8名の構成とした（P4「カリキュラム等検討委員会委員名簿」参照）。その役割としては、①効果的なカリキュラム ②研修方法 ③評価方法 ④その他フォローアップ研修に関する必要な事項について検討することとした。

検討委員会の設置規定と令和7年度の検討委員名簿は次の通りである。

4)認知症介護指導者フォローアップ研修カリキュラム等検討委員会設置規定

認知症介護研究・研修仙台センター

(目的及び設置)

第1条 認知症介護研究・研修仙台センター（以下、「仙台センター」という。）における認知症介護指導者養成研修修了者を対象とした認知症介護指導者フォローアップ研修を実施するに当たり、その効果的なカリキュラム、研修方法及び評価方法の検討を行なうため、仙台センターに認知症介護指導者フォローアップ研修カリキュラム等検討委員会（以下、「検討委員会」という。）を設置する。

(構成員)

第2条 検討委員会は、次に掲げる者を委員として構成する。

(1) 仙台センター

センター長、副センター長、研究部長、研修部長、専任研究員、研修指導専門職、研修推進係長、研修指導係長、研修指導主任、研修指導係、研修推進係

(2) 認知症介護指導者養成研修修了者

(3) 有識者

2 前項第2号第3号の委員は、センター長が委嘱する。

(委員長及び副委員長)

第3条 検討委員会に委員長及び副委員長1人を置き、委員の互選により定める。ただし、委員長は仙台センターより選出する。

2 委員長は、検討委員会の会務を掌理する。

3 副委員長は、委員長を補佐し委員長に事故あるときは、その職務を代行する。

(所掌事務)

第4条 検討委員会は、仙台センターにおける認知症介護指導者フォローアップ研修に関し、次の事項について検討する。

(1) 効果的なカリキュラム

(2) 研修方法

(3) 評価方法

(4) その他、認知症介護指導者フォローアップ研修に関し必要な事項

(会 議)

第5条 検討委員会は、その年度内に3回程度開催するものとする。

2 検討委員会は、仙台センター長が招集する。

3 委員長は、必要があると認めるときは、会議に委員以外の者の出席を求め、その意見を聴き、又は説明を求めることができる。

(庶 務)

第6条 検討委員会の庶務は、仙台センター研修部で処理する。

附 則

この規程は平成16年7月28日から施行する。

平成17年4月1日一部改正

平成18年4月1日一部改正

平成20年4月1日一部改正

平成22年4月1日一部改正

平成30年4月1日一部改正

令和3年4月1日一部改正

令和4年4月1日一部改正

令和6年4月1日一部改正

令和7年4月1日一部改正

5) 認知症介護指導者フォローアップ研修カリキュラム等検討委員会【委員名簿】

認知症介護研究・研修仙台センター

令和7年度認知症介護指導者フォローアップ研修カリキュラム等検討委員会【委員名簿】

時 田 学	有識者	日本大学
○安 井 健	(43期生・山形県)	指定介護老人福祉施設ながまち荘
木 元 国 友	(42期生・北海道)	介護相談センターSun
渡 邊 真 徳	(42期生・愛媛県)	定期巡回いきいき
廣 木 佑 介	(42期生・広島市)	看護小規模多機能ホームなごみの郷
滝 口 優 子		認知症介護研究・研修東京センター
山 口 友 佑		認知症介護研究・研修大府センター
加 藤 伸 司		認知症介護研究・研修仙台センター
◎阿 部 哲 也		認知症介護研究・研修仙台センター
吉 川 悠 貴		認知症介護研究・研修仙台センター
森 下 久 美		認知症介護研究・研修仙台センター
合 川 央 志		認知症介護研究・研修仙台センター
田 村 みどり		認知症介護研究・研修仙台センター
佐々木 昌 治		認知症介護研究・研修仙台センター
高 田 志 津		認知症介護研究・研修仙台センター

◎委員長 ○副委員長

※敬称略

2. 令和7年度認知症介護指導者フォローアップ研修の実施状況

1) 令和7年度第1回認知症介護指導者フォローアップ研修の日程とカリキュラム

(オンライン及び仙台センター)

日	時間	科目名	講師名	概要
10/29 (水) オン ライ ン	9:00～ 9:20	開講式	仙台センター	
	9:20～ 9:50	事務連絡 科目アンケートの説明 フォローアップ研修のね らい	高田 志津 佐々木 昌治 合川 央志	フォローアップ研修の全体像を理解し、研修へ の動機づけを高める。
	10:00 ～ 10:50	最新の認知症介護知識 ～これまでのケアと これからのケア教育～	加藤 伸司 (仙台センター)	認知症ケアの歴史を振り返り、これからの認知 症ケアの進むべき方向性について理解する。
	11:00～ 14:45	最新の認知症介護知識 ～認知症の人の 意思決定支援～	川崎 裕彰 (かわさき社会福祉 士事務所)	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について理解を深める。
	14:50～ 15:20	グループワーク 質疑応答		
	15:30～ 17:10	最新の認知症介護知識 ～認知症医療の最新知識 ～	加知 輝彦 (社会福祉法人 仁至会)	認知症の原因疾患、若年認知症、早期発見、ワ クチン等の最新知識を理解する。実際の実践研 修場面での課題についてディスカッションを通 し理解する。
17:20～ 18:00	グループワーク 質疑応答			
10/31 (金) オン ライ ン	9:00～ 9:30	認知症介護における 人材育成方法 ～実践研修企画と運営～	合川 央志 (仙台センター)	実践研修科目の検討について概要を理解する。 希望により、実践者科目担当と実践リーダー科 目担当に分かれて、検討する科目を確定する。
	9:30～ 12:00	認知症介護における 人材育成方法 ～実践者・実践リーダー・ 基礎研修の概要説明～	阿部 哲也 (仙台センター)	新カリに伴う、実践者及び実践リーダー研修の 概要と流れを理解する。 基礎研修のeラーニングに関する情報提供
	13:00～ 14:00	認知症介護における課題 解決の具体的方法 ～実践研修の報告(情報交 換)～	田村 みどり (仙台センター)	道県市で実施されている実践研修の状況等 についてグループワークにて共有する。
	14:00～ 17:00	認知症介護における効果 的な授業開発 ～実践研修科目の検討～ (科目内容の検討)	(検討委員) 仙台センター	実際に各地域で行われる予定の実践研修科目 (新カリキュラム科目)の内容について作成す る。(個人作業)(グループに分かれて進捗状況 等の中間報告の時間を含む)
	17:00～ 18:00	認知症介護における課題 解決の具体的な方法 振り返り	仙台センター	本日の研修内容をグループで振り返る。

日	時間	科目名	講師名	概要
11/10 (月) 仙 台 セ ン タ ー	9:00～ 14:20	認知症介護における効果的な授業開発～授業法～	上條 晴夫 (東北福祉大学)	効果的な授業法の理解と解りやすく伝えるための方法および講義・演習計画を作成する上でのポイントを学ぶ。
	14:25～ 15:00	グループワーク 質疑応答		
	15:10～ 17:00	認知症介護における効果的な授業開発～実践研修科目の検討～(科目内容の検討)	(検討委員) 仙台センター	実際に各地域で行われる予定の実践研修科目(新カリキュラム科目)の内容について作成する。
	17:00～ 18:00	認知症介護における課題解決の具体的な方法 振り返り	仙台センター	本日の研修内容をグループで振り返る。
11/11 (火) 仙 台 セ ン タ ー	9:00～ 14:20	認知症介護における人材育成方法～演習技法～	後藤 美香 (アライブ・ワン)	多様な演習技法を学び、実践研修等で効果的に活用できる演習技法について検討する。
	14:25～ 15:00	グループワーク 質疑応答		
	15:10～ 17:00	認知症介護における効果的な授業開発～実践研修科目の検討～(科目内容の検討)	(検討委員) 仙台センター	実際に各地域で行われる予定の実践研修科目(新カリキュラム科目)の内容について作成する。
	17:00～ 18:00	認知症介護における課題解決の具体的な方法 振り返り	仙台センター	本日の研修内容をグループで振り返る。
11/12 (水) 仙 台 セ ン タ ー	9:00～ 15:30	認知症介護における課題解決の具体的な方法～実践研修の授業設計～ ～科目検討内容報告～	時田 学 (日本大学) (検討委員)	作成した講義演習計画書についての報告を行い、共有を図る。 実践研修科目の最終的な内容をふまえ、より効果的な授業を実施する上でのポイントや、解りやすく伝えるための講義・演習方法を理解する。
	15:40～ 16:00	認知症介護における課題解決の具体的な方法～研修事業の評価～	吉川 悠貴 (仙台センター)	研修の評価に関する情報提供
	16:05～ 17:00	認知症介護における課題解決の具体的な方法～実践研修の報告(情報交換)～	田村 みどり (仙台センター)	道州市で実施されている実践研修の状況等についてグループワークにて共有する。
	17:10～ 17:40	認知症介護における課題解決の具体的な方法 研修総括	仙台センター	アンケート記入
	17:45～	修了式	仙台センター	

2)令和7年度第2回認知症介護指導者フォローアップ研修の日程とカリキュラム

(オンラインZoom)

日	時間	科目名	講師名	概要
1/14 (水)	9:00～ 9:20	開講式	仙台センター	
	9:20～ 9:50	事務連絡 科目アンケートの説明 フォローアップ研修のねらい	高田 志津 佐々木 昌治 合川 央志	フォローアップ研修の全体像を理解し、研修への動機づけを高める。
	10:00～ 11:00	最新の認知症介護知識 ～これまでのケアと これからのケア教育～	加藤 伸司 (仙台センター)	認知症ケアの歴史を振り返り、これからの認知症ケアの進むべき方向性について理解する。
	11:10～ 12:00	認知症介護における課題解決の具体的方法 ～指導者としての活動共有～	田村 みどり (仙台センター)	各地域での指導者としての活動内容に関する情報交換をグループワークにて行い、指導者の役割等についての理解を深める。
	13:00～ 15:30	最新の認知症介護知識 ～認知症の人の 意思決定支援～	川崎 裕彰 (かわさき社会福祉士事務所)	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について理解を深める。
	15:40～ 16:30	グループワーク 質疑応答		GWにて講義内容に関する気づき、疑問点、質問内容を整理し、講師への質疑応答にて理解を深める。
16:40～ 17:00	認知症介護における効果的な授業開発 振り返り	(仙台センター)	本日の研修内容をグループで振り返る。	
1/16 (金)	9:00～ 15:00	認知症介護における課題解決の具体的方法 ～高齢者虐待防止研修の方法～	吉川 悠貴 (仙台センター)	令和6年度かの「高齢者虐待防止の推進」に係る義務化に伴い、高齢者虐待防止及び身体拘束禁止に関する研修の方法について学び、事業所職員の知識と意識を高める方法を理解する。
	15:10～ 16:00	グループワーク 質疑応答		講義で学んだ内容について、実践研修講師、サポーター等地域活動や職場教育での場面等での活用方法について個人ワークを行い、その後GWにて共有後、講師との質疑応答を行う。
1/20 (火)	9:00～ 16:15	認知症介護における効果的な授業開発 ～授業法～	上條 晴夫 (東北福祉大学)	効果的な授業法の理解と解りやすく伝えるための方法および講義・演習計画を作成する上でのポイントを学ぶ。オンラインでの授業の工夫点について理解する。
	16:20～ 17:00	グループワーク 質疑応答	(仙台センター)	講義で学んだ内容について、実践研修講師、サポーター等地域活動や職場教育での場面等での活用方法について個人ワークを行い、その後GWにて共有後、講師との質疑応答を行う。

日	時間	科目名	講師名	概要
1/23 (金)	9:00～ 11:20	認知症介護における課題解決の具体的方法 ～人材育成の方法(リーダーの育成)～	井戸 和弘 (株式会社 IDO)	次世代及び現リーダー等に対し、モチベーションを持たせながら、職場を辞めない組織づくりと人材育成の方法について理解する。
	11:25～ 12:00	グループワーク 質疑応答		GWにて講義内容に関する気づき、疑問点、質問内容を整理し、講師への質疑応答にて理解を深める。
	13:00～ 14:40	最新の認知症介護知識 ～認知症医療の最新知識～	加知 輝彦 (社会福祉法人 仁至会)	認知症の原因疾患、若年認知症、早期発見、ワクチン等の最新知識を理解する。
	14:50～ 15:30	グループワーク 質疑応答		GWにて講義内容に関する気づき、疑問点、質問内容を整理し、講師への質疑応答にて理解を深める。
	15:40～ 16:00	認知症介護における効果的な授業開発 振り返り	(仙台センター)	
1/27 (火)	9:00～ 16:15	認知症介護における人材育成方法 ～演習技法～	後藤 美香 (アライブ・ワン)	多様な演習技法を学び、実践研修等で効果的に活用できる演習技法について検討する。
	16:20～ 17:00	グループワーク 質疑応答		講義で学んだ内容について、実践研修講師、サポーター等地域活動や職場教育での場面等での活用方法について個人ワークを行い、その後GWにて共有後、講師との質疑応答を行う。
1/30 (金)	9:00～ 12:00	認知症介護における効果的な授業開発 ～実践者・実践リーダー・ ～基礎研修の概要説明～	阿部 哲也 合川 央志 (仙台センター)	新カリキュラムに伴う、実践者及び実践リーダー研修の概要と流れを理解する。 基礎研修の改定内容に関する情報提供
	13:00～ 14:00	グループワーク 質疑応答		GWにて講義内容に関する気づき、疑問点、質問内容を整理し、講師への質疑応答にて理解を深める。
	14:10～ 14:30	認知症介護における人材育成方法 ～研修事業の評価～	吉川 悠貴 (仙台センター)	研修の評価に関する情報提供
	14:40～ 15:50	認知症介護における課題解決の具体的方法 ～指導者の活動課題解決～	田村 みどり (仙台センター)	今後の指導者としての活動に向けた課題についてグループワークにて情報共有し、解決方法について検討する。自自治体への指導者に対して、研修内容を伝える内容を整理する。
	16:00～ 16:40	認知症介護における人材育成方法 研修総括	仙台センター	アンケート記入
	16:45～ 17:00	修了式	仙台センター	

3)令和7年度第1回・第2回認知症介護指導者フォローアップ研修の評価

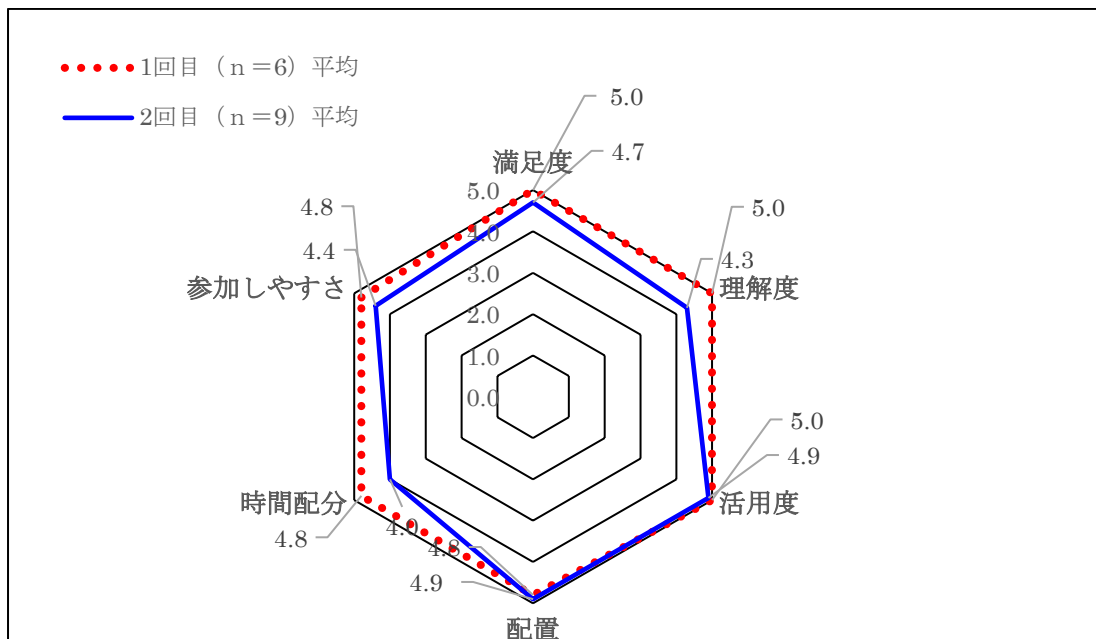


図1 令和7年度フォローアップ研修全体アンケートの結果（第1回目・2回目比較）

・今年度は、昨年度同様第1回目をオンライン（2日間）と集合型（3日間）のブレンド型と、第2回目はオンライン（Zoom）で開催した。今年度の初の試みとして、第1回目のオンラインと集合の間に1週間のインターバルを設けたことと、第2回目のオンラインは週2日の3週間開催と研修期間に余裕を持たせての開催とした。

また、指導者の対象を、第1回を従来どおりの実践研修等の講師役を務めている指導者を対象とし、講義計画作成の実践的内容、第2回を主に地域での活動や事業所等での人材育成の役割を担っている指導者を対象とした内容をとって、「高齢者虐待防止研修の方法」や「人材育成の方法」の科目を取り入れて、受講者が希望する内容を選択して受講できる開催方法とした。

- ・研修内容の満足度は第1回目・2回目共に高い結果であった。「基本法の理解が深まり、指導者の役割が見えた」「意思決定支援や授業法など、指導者として知っておくべきことの理解が深まったと思う」などの意見や、第2回目の「高齢者虐待防止研修の方法」や「人材育成の方法」では、理解が深まっただけではなく、現場ですぐに活用できる学びが多かったとの意見が多くあった。
- ・研修内容の活用度は第1回目・2回目共に高い結果であった。「指導者養成研修の時とは違って、一つ一つの科目を理解でき、これからの研修講義に活用したいと思った」「講義の組み立て方が良く分かったので、今後の活動に活用できると思った」等の意見が見られた。
- ・各科目の配置(順番)時間配分に関して、第2回目が低い傾向が見られたのは、科目の内容によって時間が短いと感じた意見が聞かれており、このことが要因として考えられる。
- ・参加しやすさに関して、第1回目は概ね高い評価であった。特に第1回目のブレンド型は集合までにインターバルで時間が空くので、やることの準備や頭の整理ができて良かったとの意見が多く見られた。また、オンラインであれば参加がしやすいとの意見も多く見られた。第2回目は若干低い傾向が見られた。3週間の研修期間が、良いと感じる受講者と長すぎると感じた受講生と意見が分かれた結果が考えられる。

■自由記述結果抜粋

【1】「今回の研修内容に満足はできましたか」(検討が必要と思われる点と解決方法)

【第1回目自由記述内容抜粋】

勉強になり実りのある研修となりましたので内容がとてもよかったです。

新カリの内容を知れたのはよかったが、今カリの内容を課題検討していたため、どこかのタイミングで省略した内容を周知してくれたらよかったと思う。(最後の振り返りで少し聞けたのでよかった)

全体の内容に特に意見はありません。やはり集合し研修を行う事のメリットは大きいと実感しました。

講義全体の流れを各地域で実践している指導者自身が理解する必要があると感じた。イニシアチブがとれる人がいない県等では、講義が単発で終わっているということも問題だと思う。内政干渉になるとのことだったので、難しいと思いますが、何か講義全体を繋がりが持てる仕組み(モデルとなる県の仕組み等)を紹介するなどができれば良いのではないかと感じた。

各科目の流れが良かった。もう少し課題設定等を学びたい。

研修全体でも、夕方からの交流会時間に、情報交換する時が多かったようです。授業設計では、他県の取り組みに付いて、もう少し情報交換できる時間があるとよいかと思いました。折角の機会ですので、6人の人数は良かったです。

【第2回目自由記述内容抜粋】

zoom研修が初めてだったため慣れるので精いっぱいでした。

常に情報も更新されていくため、最新知識を踏まえた学びは貴重であると改めて感じました。

フォローアップ研修なので、実際のシラバスにそった講義・演習計画の作成や実際の講義をグループで実践しあう等、指導者活動に特化した講義があってもいいのではないかと感じた。また、地域での活動内容の共有等が少なかったため、そのような講義や意見交換ができる機会があるとより実践に繋がると考えました

今後の指導者の活動だけでなく、職場の課題や改善すべきことが明確になった。

内容についてはとても満足のいく内容でありました。ブレイクアウトルームでの演習もグループの人数もちょうどよく、楽しんで参加する事ができました。休憩時間に他の地域の方々とお話しできたこともとても良かったです。

3週間の研修で、1週間に2日ずつの受講のサイクルは、現場の仕事にもあまり、支障なく受講ができたと思います。あまり、心身ともに負担にならずに参加ができました。

【2】「研修内容に関して理解を深めることができましたか」(検討が必要と思われる点と解決方法)

【第1回目自由記述内容抜粋】

指導者研修で知れていたら、今より少し自信をもって講師ができたのではないかと思った。フォローアップ研修で目からウロコの情報があつたため、今の自分のスキルでは十分な内容でした

理解を深める事として、何について学びたいかしっかり明確化している事が必要であると思います。自分で学びたいと思っていないと、記憶の定着にも繋がりません。精神論的になりますが、目的を明確にし参加する必要があると思います。

今回のように、計画書を作成し、考え、更に修正していくというスタイルは非常に学びになる。継続してほしい。

演習は、自分たちの今の状況を取り入れてもらいながら、が理解が深まりやすいの、アナウンスと時間があればよいかと思います。

【第2回目自由記述内容抜粋】

資料を再度見直し現在の講義を思い浮かべながら学びを深める

「質問を考える」ということが必ず最後に入っていましたが、初めて経験する流れでした。

研修の間隔が長く感じ、振り返りや学習したという感覚より、一日を終わらせたという感覚が強くなってしまった。価値観や感覚で個別性が大きいことなので研修の間隔としては致し方ないと思うが、一日の振り返りかたや学んだことをアウトプットする場面がもう少し工夫されているといいのではないかと考えた(質問をグループで考えたが、必要な科目と不必要な科目があるように感じました)。質問という聞き方より個人的にはわからなかった部分やイメージできなかったところがどこなのかという聞き方の方が意見がしやすいと感じました。講師の方がなんでも答えられるとは思わないので、素直に質問があっても躊躇するところがありました。

研修内容については良いと思います。自身の理解の問題だと思いました。

振り返りの時間の使い方

この度の研修では、先生方から最新の知識や技術を学ぶことができました。これは、すぐに講義や実践に活用できると思いますので、大変ありがたく受講させて頂きました。

【3】「研修内容は今後の活動に活用できるものでしたか」(検討が必要と思われる点と解決方法)

【第1回目自由記述内容抜粋】

今回検討報告した科目以外に担当している科目も、今回知り得た情報をもとにブラッシュアップしていきたい

再度教育について学べたことが今後の活用に大きく活かせると感じています。自分の担当する科目をベースに考えましたが、他の科目にも繋がることが多いと思います。受講生がしっかり理解し事業所へ持ち帰れるよう活かしていきたいです。

新しい講義手法を実践したい。受講者との距離感を縮めて、親近感がもてるようにすること。受講者との距離感を自分自身で作ってきたい。

演習の取入れかた、時間配分。

新しい情報が早くに入ると、今後の活動への用意や準備もしやすいです。今回の新カリの情報のようなものがあれば積極的に参加した、活かそうかと思えます。
また、シラバスのどこに比重をおいた演習計画とするか、といった具体的テーマについての話が聞けると思うと研修に参加して、積極的に活用しようかと思えます。

【第2回目自由記述内容抜粋】

学んだことを同県の指導者に伝達し内容を正確に共有する

知識も重要ですが、より実践的な手法や技術的な内容は特に興味深かったです。

実践者研修やリーダー研修のシラバス等に即した内容は少なかったのが、すぐに活用できるものは少なかったが、今後の講義・演習計画に盛り込んだり、実践してみようと思うものはありました(ZOOMで遊ぶ。講師ができること等)。活動に活用するためには、もう少しアウトプットの具体が意見交換できるといいのではないかと思います

自身での内容の復習の時間を作る

学びの方法が、教えやすさから、学びやすさに転換してきているというお話からも、今までの自分の講義方法を根本から見直さなければならないと特に感じました。リーダーの育成と演習技法に関してはとても反省も多く、また、学びも多かった講義でありました。カリキュラム変更にあたり、演習などの受講生さん自身に考えてもらうという時間がとても重要視されているように感じましたので、演習技法を学ぶ事、学ぶだけでなく、実践していく事の必要性を感じ、新年度にむけて頑張っていきたいです。

この度は9名の受講者でしたが、個人的には丁度いい人数だと感じました。グループ演習や全体発表に関しても、話しやすく、他グループの発表内容もしっかりと聞くことができました。多すぎると、時間の縛りも出てくると思いますので、少人数のほうがより深く学びに繋がるのではないかと感じました。

【4】「各科目の配置(順番)は適切でしたか」(検討が必要と思われる点と解決方法)

【第1回目自由記述内容抜粋】

どれも興味深かった

科目については問題ないように感じます。

配置については、現状が良いと思います。この研修はぜひ、他の人も参加したいと思うと思います。他の指導者に伝え、参加を促したい。

「評価」はなんとなく付け足しみたいな位置づけにあったので、改善したほうが良いかと思っています。

【第2回目自由記述内容抜粋】

知識の部分とスキルや考える部分が混在していて、整理や切り替えが難しかったので、知識(最新情報や医療的知識)と実践(授業法や演習技法)をわけていただくと受講しやすいと感じる(個人的な見解です)

科目でリンクする内容もあり、科目の順番は適切だったと感じる

授業の順番については、講義中心と、演習中心とでしたので、苦痛なく受講できることができたかなと思います。各講義のつながりも私なりに理解できたと思っています。

科目の順番については、適切だと感じました。ありがとうございます。

【5】「各科目の時間配分は適切でしたか」(検討が必要と思われる点と解決方法)

【第1回目自由記述内容抜粋】

研修内容が興味を持つものであり時間が少なく感じました。現在の時間配分で問題ないように思います。

時間配分は適切だった。

授業設計の時間をもう少し長くても良かった。

同上で「評価科目」はちょっと残念な時間配分かと思います。
【第 2 回目自由記述内容抜粋】
個人的関心等でもう少し聞きたい。少し長いという程度の感想ですので、検討が必要とまでは考えません
新カリ(案)のご説明の時間が短いように思いました。
演習技法に関しては1日みっちり時間を使っていたのはとても良かったです。また、16時と少し早めに終わる日もあって嬉しかったです。
オンラインの講義であり、最長17時までの内容もありましたが、演習中心で先生方講義内容を作成して頂いたおかげで、あっという間に終了時間になりました。講義中心であれば、かなり辛かったですし、学びに繋がらなかったかなと感じました。 共有の時間もありませんでしたので、深く学びになりました。

【6】 フォローアップ研修の中で、今後必要とされる内容について
【第 1 回目自由記述内容抜粋】
全体の流れを見据えた授業の作り方
できれば精神や心理なども学べたら良かったと思います。
新しい加算が出た時にフォローアップ研修でとりあげてほしい。
現在のシラバスにおける時間配分に置いて演習時間をどれくらい取って組み立てをするべきかがわかると計画作成しやすいのでご教示ください。
【第 2 回目自由記述内容抜粋】
引き続き最新知識・講義・演習に関わる技術的な内容、具体的な展開方法など
実際の活動(カフェの運営や指導者として講義・演習等)に直結していることをブラッシュアップしたり、手法が深まり身につく研修を期待します
第 1 回では行われていたと思うが、実際に担当する講義の授業計画書の作成なども行ってみて良かったです。ZOOM では難しいのかもしれませんが。
今すぐに考えがまとまらなかったもので、今後気づきとしてありましたらまたご連絡させてください。申し訳ありません。

【7】 研修形態(ハイブリット・オンラインのみ)について、参加しやすいと思うか(そう感じた理由と、改善点)
【第 1 回目自由記述内容抜粋】
集合することにより、違う県・違う期の方たちと交流し情報交換できてよかった
集合でしか得る事のできないものがあります。学びが一番深まるスタイルであると思います。前半の講義メインであれば今回の zoom は有効であると思います。全て集合にすることで学びを深めることもできるように思います。

オンラインと集合のバランスがよかった。現在の仕組みはちょうど良い。
ZOOMがあると参加しやすいが、学ぶ事では集合が良かった。
事前確認として練習があったので、安心して参加できました。
【第2回目自由記述内容抜粋】
パーソナルな空間で学べたのは新鮮でした
実務との兼ね合いは非常に重要かと思えます。6日間事業所を離れる研修は、有給扱いになることも併せて非常に負担が大きいです。オンラインでしたので通常勤務内で受講することができました。また、オンラインの場合の講義のポイントを聞いた点も良かったです。
ZOOMで聞いている時はわかったと感じるが記憶や知識が教室より定着していないと感じる(個人的見解)。すぐに実践してみようと思える情報が今回は少なかったと感じる。改善点は個人の感性や価値観等によることなので、それに合わせることは難しく、受講生が慣れていく事も必要だと考える
時期的なことが一番ですが、仙台での受講が望ましいですがオンラインであったからこそ参加できたと思えます。
本来はセンターに行き研修を受けたいと考えていましたが、都合がつかずオンラインにしました。センターに行けなくても研修を受けることができる点は参加しやすいと感じます。資料も事前にファイリングしていただけて、研修に入りやすいと感じました。また、一日の時間や日にちの感覚なども調整していただけていて、1日はあっという間に終わる感覚で受けやすかったと思えます。週3日を経験したことがないのですが、週2日の3週間だと全体的に長く感じてしまうので、もう少し全体で見たときに期間が短いほうがいいのかも感じました。センターに行った方が、情報共有や交流ももっとできたと思えますが、昼休みにブレイクアウトルームで交流の場を作っていただけて良かったです。
職場を必要以上にあげずに、参加できたため
全科目オンラインという事でとても参加しやすかったです。週2回の開催は私個人的には、日々の業務に支障が出づらく、その点はとても良かったと思えます。研修がぶつ切りになり、仙台センターでの数日かけての研修よりは学んだという実感が若干乏しいようには感じました。
事業所から参加ができることと、週2日の受講のサイクルであり、参加がしやすかったです。
オンラインだとは感じないほど、充実したグループワークができた。

【8】フォローアップ研修についてのご意見・ご要望等について

【第1回目自由記述内容抜粋】

また機会があれば参加したいです。

あっという間の集合3日間でした。また、この場所に来れる日がくることを願っています！

自分の知識を増やす事に繋がったと思えます。今回学んだものをしっかり活かせるように意識しながら取り組んでいきたいと思えます。また機会があれば参加したいと思えます。

本当にセンターの皆様、講師の方に感謝しています。

また参加したいです

法制度の改正やシラバスの改定など、もっと具体的内容が参加前にわかると、参加のモチベーションが上がると
思います。よろしくご検討ください。

ありがとうございました。

岡山で皆さんのお越しをお待ちしています。

【第2回目自由記述内容抜粋】

指導者に数年ぶりに復活させていただき、全国に優秀な指導者が沢山増えていることに頼もしさを感じました。
画面越しでしたが他県の方と交流することができ楽しい時間を過ごせました。講義に関しては受講生が学びを
持ち帰り実践したくなるようなものを提供できるように。また高知県民として困りごとを抱えている方が済みや
すい社会になるよう協力出来ることを見つけ貢献出来たらと思います。

週2日というバランスは、実務との両立が図りやすかったです。特に終了が16:00の日は、時間内での業務対
応が可能で助かりました。大変学びの多い6日間でした。ありがとうございました。

6日間、企画や運営される方が大変だと思いました。受講生が学べるように考えてくださっていることが十分に
伝わる6日間でした。その為、自分の力量不足を感じることはありませんが、このことを学びに変えて、これか
らの実践の中で知識やスキルに繋げていきたいと考えています。貴重な体験と時間をありがとうございました。
感謝しております。

6日間の貴重な研修の機会を頂きありがとうございました。

まず、6回3週間の日程についてですが、とても参加しやすく思いました。週単位で考えると2日間が妥当だ
と思いましたが、初日のことを忘れてしまうほど長くは感じませんでした。

指導者フォローアップ研修については、第一回目と第二回目では内容を変えているとお聞きしたと思います。今
年度の受講については第一回目の日程では参加できなかったため第二回目となりましたが、内容が違うのであ
れば事前に内容を把握でき、選択できるほうが良かったと思えました。

指導者として、最新の知識を知り、講義を通じて受講者にどう伝えたらよいのか、具体的に、そして専門的に学
ぶことができました。オンラインでも、実践的な内容を経験でき、講義の組み立てかたや人材育成の方法等、深く
学ぶことができました。

広島市では現在は集合研修メインですが、オンライン研修も行うことがありましたら、この度のフォローアップ研
修で学んだことをしっかりと反映させていきたいと感じました。

オンラインでの受講をはじめは不安に感じていた。

たった6日間の受講で、仙台での指導者研修の51期の時とはまた違った新たな仲間と、一緒に考え意見が言
い合えたところ、参考になったところ、何より画面越しなのに楽しく抗議が受けられたことは、先生方をはじめ、
仲間の存在だと感じました。画面だけではなく、会ってもっともっというろんな話をし、教えて欲しい、またへーそ
うなんだと情報の交換が出来たら嬉しいなと感じました。

この出会いに感謝です。

認知症介護指導者フォローアップ研修カリキュラム等検討委員会委員から

令和7年度の認知症介護指導者フォローアップ研修においては、「研修対象者に対して、最新の認知症介護に関する高度な専門的知識及び技術を修得させるとともに、高齢者介護実務者に対する研修プログラム作成方法及び教育技術の向上を図る」ことを目的といたしまして研修が開催されました。

第1回は令和7年10月と11月、第2回は令和8年1月に開催され、第1回は認知症介護実践研修を実践されている指導者を主として、オンラインをと集合研修のブレンド型で5日間の日程で6名の受講で開催されました。第2回は、地域での活動及び事業所における人材育成を実践されている指導者へ、オンライン型で6日間の日程で9名の受講で開催されました。第1回と第2回の共通科目として「これまでのケアとこれからのケア教育」、「認知症の意思決定支援」、「認知症医療の最新知識」、「認知症介護における効果的な授業開発～授業法～」、「認知症介護における人材育成方法～演習方法～」が実践されました。共通科目以外では、第1回は受講認知症介護実践者・実践リーダー研修の科目において実際に講義計画を立てプレゼンをおこなう内容で実施いたしました。第2回は「高齢者虐待防止研修の方法」、「人材育成の方法」の内容で実施されました。研修に参加された指導者の皆様は最新の情報や指導者の活動報告、授業法や演習技法等を、グループワークを通じながら、今後の活動への大きな成果が得られておりました。参加されました指導者の皆様が認知症介護指導者として今後の活動において、ご活躍を心よりお祈りしております。

令和7年度認知症介護指導者フォローアップ研修カリキュラム等検討委員会は、阿部哲也委員長をはじめとした、仙台センターの諸先生方、東京センター、大府センター、認知症介護指導者及び有識者が委員としてされました。研修の時期、研修内容やあり方等、幅広い視点で検討いたしました。また今年度の良い点と今後の課題を踏まて、令和8年度に向けたフォローアップ研修の内容についても検討しております。

最後に、今年度の認知症介護フォローアップ研修実施報告書の内容を精読し、認知症介護指導者の活動における実践者研修、リーダー研修また地域等で活用していただけたらさいわいです。

令和8年3月

認知症介護指導者フォローアップ研修カリキュラム等検討委員会 副委員長 安井 健

これまでのケアとこれからのケア教育

認知症介護研究・研修仙台センター 加藤伸司

1. 認知症の人のとらえ方はどのように変わってきたのか

認知症当事者の呼び方の変遷

- | | |
|---|---|
| <p>医学(診断)的な呼び方</p> <ul style="list-style-type: none"> ・痴狂 痴獣(重度) ・痴呆(明治初期)
吳秀三がDementiaを翻訳 ・認知症(2004年) ・神経認知障害(2013DSM5) ・日本では「認知症」 | <p>一般的な呼び方</p> <ul style="list-style-type: none"> ・耄碌した老人 ・恍惚の人(有吉佐和子) ・呆け老人、痴呆老人 ・痴呆性老人 ・認知症患者 ・認知症の人
※全人格が認知症というイメージになるので不適切という意見もある ・認知症と共にある人
(Person with dementia) |
|---|---|

認知症の人のとらえ方の変遷

- 【第1期:何も分からなくなった人】
 - ・隔離・収容・拘束・本人の能力を無視
 - 【第2期:精神の病気の人】
 - ・医療・治療対象・症状緩和・能力に関わらない
○○療法など
 - 【第3期:介護の対象の人】
 - ・介護・生活支援の対象・能力の尊重
 - 【第4期:普通の人】
 - ・主体的に生きることへの支援
- 宮崎和加子「認知症の人の歴史を学びませんか」

2. 認知症ケアのこれまでとこれから

●認知症をめぐる社会状況と認知症ケアの変遷●

[老人福祉法制定以前1800年代~]	
社会状況	認知症ケアの流れ
<ul style="list-style-type: none"> ・京都癲狂院認可(1872)その後いくつかの癲狂院を中心に認知症の人を処遇 ・精神病患者監護法(1900) ・Dementiaを「痴呆」と翻訳(1908) 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症は人に迷惑をかける恥ずべき病気 ・私宅監置室における監禁や精神病院への収容
[1960年代~1970年代(昭和35年~54年)]	
社会状況	認知症ケアの流れ
<ul style="list-style-type: none"> ・日本老年学会誕生(1959) ・老人福祉法制定により特養等施設の体系化(1963) ・家庭奉仕員派遣事業着手(1963) ・敬老の日が定められる(1966) ・有吉佐和子の「恍惚の人」が社会的話題に(1972) ・老人医療費無料化(1973)により、全国に多くの老人病院が開設され、認知症の人の受け皿となる 	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の介護は身体ケア中心の時代 ・認知症のケアについての明確な理念や方向性もなく、場当たりのケアが行われていた ・BPSDは問題行動と呼ばれ、ケアは対処的なもので、投薬、身体拘束などが中心 ・国立療養所菊地病院に認知症高齢者の専門病棟新設(CureからCareへの転換)

[1 9 8 0 年代 (昭和 5 5 年～平成元年)]	
社会状況	認知症ケアの流れ
<ul style="list-style-type: none"> ・ ぼけ老人を抱える家族の会発足(1980) ・ 「痴呆性老人処遇技術研修」が開始される(1984) ・ 厚生省に痴呆性老人対策推進本部設置(1986) ・ 社会福祉士および介護福祉士法制定(1987) ・ 老人保健施設が本格実施(1988) ・ 老人性痴呆疾患治療病棟および老人性痴呆疾患デイケア施設の創設(1988) ・ 老人性痴呆疾患センター創設(1989) ・ 高齢者保健福祉 10 ヶ年戦略：ゴールドプラン(1989) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 施設等でレクリエーション活動が取り入れられるようになる。 ・ 徘徊などの周辺症状の背景や意味を考え始めるようになり、個別対応を模索するようになった時期。 ・ 研修として初めて痴呆性老人処遇技術研修が体系化 ・ 認知症ケアに有効な建築構造として回廊式が流行。 ・ その後環境の重要性が認識され始め、一部の先駆者達によるグループホームや宅老所が試行的に始まった時代。
[1 9 9 0 年代 (平成 2 年～平成 1 1 年)]	
社会状況	認知症ケアの流れ
<ul style="list-style-type: none"> ・ 老人保健施設痴呆専門棟の創設(1991) ・ デイサービスセンターE型の創設(1992) ・ 「寝たきり老人ゼロ作戦」の推進(1993) ・ 在宅介護支援センターの法定化(1994) ・ 高齢者保健福祉 5 ヶ年計画：新ゴールドプラン(1994) ・ 国庫補助事業のグループホーム本格開始(1997) ・ 日本看護協会認定「専門看護師」誕生(1996) ・ 「認定看護師」誕生(1997) ・ ゴールドプラン 21 策定。認知症支援対策の推進(1999) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 北欧諸国のグループホームが注目されるようになる(90年代前半) ・ 認知症の人の環境に関する研究が活発に行われるようになる(90年代後半) ・ 小規模化したケアの有効性が主張されるようになり、大型施設にもユニットケアが取り入れられ始める。 ・ 問題行動の用語に代わる「行動・心理症状(BPSD)」という概念が紹介される。 ・ キットウッドのパーソンセンタードケアという考え方が紹介され始める ・ 役割のある生活や尊厳のある生活など、生活の質に目を向けたケアが模索されるようになる(90年代後半) ・ 介護保険を前に様々なアセスメントツールが開発

[2000年～2004年 (平成12年～平成16年)]	
社会状況	認知症ケアの流れ
<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険法施行(2000)措置から契約へ ・グループホームが介護保険サービスに位置づけられる。 ・介護保険施設等での身体拘束が禁止され身体拘束ゼロ作戦が推進される(2000) ・「ゴールドプラン21」痴呆性高齢者支援対策の推進が取り上げられる ・成年後見制度施行(2000) ・高齢者痴呆介護研究・研修センターの創設(2001) ・痴呆介護実務者研修基礎課程、専門課程、痴呆介護指導者養成研修開始(2001) ・日本痴呆ケア学会(現日本認知症ケア学会)誕生(2001) ・グループホームのサービス評価制度開始(2001) ・自己評価・第三者評価等の評価事業の本格稼働(2002) ・個室・ユニットケアによる新型特養の推進(2002) ・「2015年の高齢者介護」が報告される(2003) 高齢者ケアは認知症ケアが標準モデル ・国際アルツハイマー病協会「第20回会議」が京都で開催(2004) ・「痴呆」という名称が「認知症」に変わる(2004) 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険導入に伴い、与えられるサービスから選べるサービスへ変化 ・介護保険により、認知症ケアは制度上でも重視される ・現在の認知症介護実践者研修・実践リーダー研修・指導者養成研修の前身である、「痴呆介護実務者研修基礎課程」「痴呆介護実務者研修専門課程」「痴呆介護指導者養成研修」が全国一斉に始まる(2001) ・認知症ケアは学会レベルでも重視されるようになる ・トム・キットウッドの「パーソンセンタードケア」という用語が一般化し、認知症の人を中心にしたケアの考え方が広がり始める ・バリデーションセラピーやディメンシア・ケア・マッピングなどが盛んに紹介されるようになる。 ・2004年10月に京都で開催された国際アルツハイマー病協会「第20回会議」では、国内外の認知症の当事者による講演が行われ、反響を呼ぶ
[2005年～2009年 (平成17年～平成21年)]	
社会状況	認知症ケアの流れ
<ul style="list-style-type: none"> ・「認知症を知り地域を作る10カ年」(2005) ・「認知症サポーター100万人キャラバン」 ・「認知症でもだいじょうぶ町づくりキャンペーン」「認知症の人本人ネットワーク支援」 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の当事者である人たちの「本人ネットワーク」、認知症の人の本人会議(2006)など、当事者による活動が活発化する

<p>「認知症の人や家族の力を活かしたケアマネジメントの推進」などが展開されるようになる(2005)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症ケア学会認定「認知症ケア専門士」誕生(2005) ・高齢者虐待防止法の制定(2006) ・地域密着型サービス制定(2006) ・小規模多機能型居宅介護の制度化(2006) ・介護保険：新予防給付の創設(2006) ・地域包括支援センター発足(2008) 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の人のためのアセスメントシートであるセンター方式が開発されるなど、新しいケアの流れが浸透し始める(2008)
[2010年～2014年(平成22年～平成26年)]	
社会状況	認知症ケアの流れ
<ul style="list-style-type: none"> ・認知症施策推進5か年計画：オレンジプラン(2012) ・アメリカ精神医学会のDSM-5で、Dementiaの用語がNeurocognitive Disorders(神経認知障害)に変わる(2013) ・認知症介護基礎研修開始(2014) 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症カフェが紹介され始める(2012) ・2013年ころよりユマニチュードがブームになる ・「日本認知症ワーキンググループ」が発足(2014)
[2015年～2019年(平成27年～平成31：R元年)]	
社会状況	認知症ケアの流れ
<ul style="list-style-type: none"> ・認知症施策推進総合戦略：新オレンジプラン(2015) ・国際アルツハイマー病協会「第32回会議」が京都で開催(2017) ・認知症施策推進大綱発表。認知症基本法の動き(2019) ・認知症の方々を認知症に関する普及啓発を行う希望大使として任命(厚労省2019) 	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症カフェ全国に650カ所(2015) ・日本認知症ワーキンググループによって、「認知症の本人からの提案」が厚生労働省老健局長に提出(2016) ・認知症の当事者達による講演や、学会などでの特別講演などが増え、当事者達による運動が広がりをみせている ・認知症カフェ全国に7,023カ所(2018)
[2020年(令和2年)～]	
社会状況	認知症ケアの流れ
<ul style="list-style-type: none"> ・認知症介護基礎研修受講義務化(2021)(基礎研修の完全eラーニング化) ・認知症修飾薬レカネマブ認可(2023)、ドナマブ認可(2024) ・認知症基本法成立(2023)2024.1.施行2024.12.基本計画発表 	<ul style="list-style-type: none"> ・新型コロナの影響で、様々な制限(2020) ・認知症カフェも休止が相次ぐ ・「認知症の人と家族への一体的支援事業」が地域支援事業に位置付けられる(2022) ・コロナ5類になり、認知症カフェの数は復活

3. 認知症介護教育に関する全国的な研修システム

■ 1984年（昭和59年）

「痴呆性老人処遇技術研修事業」

各都道府県・政令指定都市に痴呆性高齢者を多数処遇している特養を県1，市1単位で指定。管内施設のケアワーカーを対象に実践的研修を始める。

・・・・・・・・・・ 約15年が経過して

＊2001年（平成13年） 全国研修開始＊

- ・痴呆介護実務者研修（基礎過程・専門課程）
- ・痴呆介護指導者養成研修

→ その後認知症介護実践者研修、リーダー研修、指導者養成研修に・・・

4. 認知症ケアの歴史

（6）認知症ケアの歴史とパーソンセンタードケア

第1の段階：オールド・カルチャー (old culture)	第2の段階：ニュー・カルチャー (new culture)
認知症を治らない病気としてとらえ、正確な診断と医療的な認知症ケアが中心だった時代。様々な行動を問題ととらえ、その対応を重視した時期。	認知症への関わり方を重視し、本人の苦しみや不安、周囲の人に何を求めているのかを知り、それに応えていくことの大切さに気づいた時期。

Culture とは、単に文化という意味だけではなく、社会の風潮や組織風土などを含む広い概念。

5. これまでの認知症ケアの問題点

（問題対処型のケアを行ってきたこと）

- 認知症のケアについての明確な理念や方向性もなく、場当たりのケアを行ってきたこと。
- 徘徊、妄想、攻撃的言動などを問題ととらえ、その問題に対する対処を中心に考えてきたこと
- 認知症高齢者の行動だけを見て、その原因や行動が起こる背景を考えずに対処してきたこと

6. 認知症の人のとらえ方とこれからの認知症ケア

●認知症の人の「認知症」と「人」を理解する

1) 「認知症」を理解するということ

- ・脳の障害によって起こる病気を理解する（専門職として必須の知識）
 - ①原因疾患の特徴を理解する（原因と臨床的特徴）
 - ②原因疾患別のケアのあり方を理解する

2) 「人」を理解するということ

- ・性格傾向の理解：気質、能力、対処スタイル
- ・生活歴の理解する：本人の人生の歴史を理解する（物語を理解する）

- ・健康状態・感覚機能（視力や聴力等）の理解
- ・その人をめぐる社会心理学的状況の理解：社会との関わり、人間関係のパターン

【パーソンセンタードケアの基本的な考え方】(T.Kitwood)

- ・疾病や症状ではなく、その人自身の体験や、その人が体験している生活に向き合い、その人とコミュニケーションすることを重視する考え方
- ・サービス提供者側が選択するのではなく、利用者の感じているニーズを中心に選択するケア
- ・ **Personhood（人間性）**：本人の生きてきた歴史（本人の物語）をケアの中心に置き、その人が今体験していることを聴くことにケアの原点を置く考え方。その人の人間性を尊重したケア(T.Kitwood)
- ・ **Personhood（人間性）とは何か**

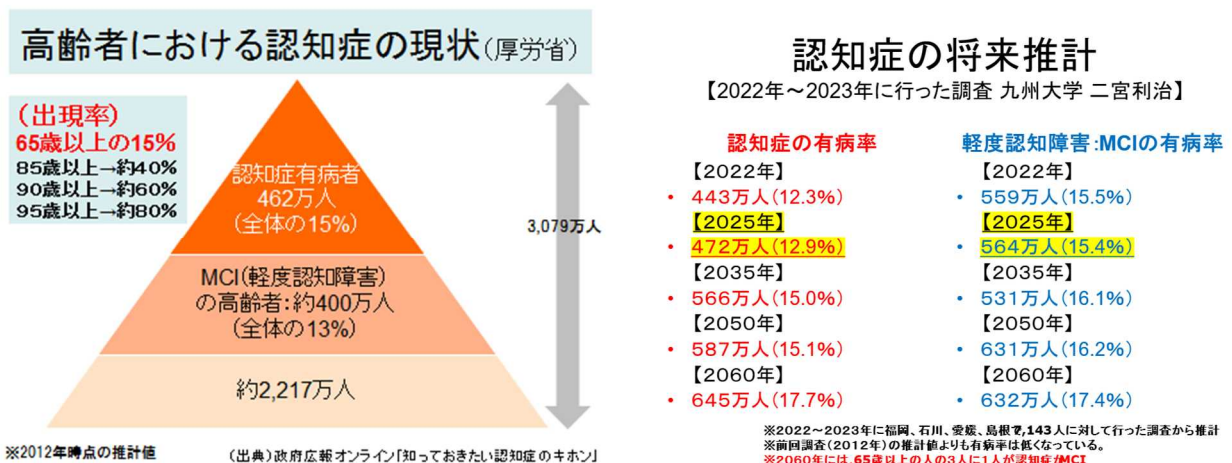
その人の個性を尊重し、その人ができることを伸ばすことと、その人が一人の人として周囲に受け入れられ、尊重されることに加えて、**認知症の人が周囲から自分のことを受け入れられている、尊重されている（役に立たない人間ではない）と認知症の人自らが思える気持ちのこと。**

*認知症だけをとりえるとケアの限界が見える。人ととりえるとケアの可能性が広がる

3) 目的や原因対処型のケアを行うこと

- 徘徊、妄想、攻撃的言動などがおこる原因や背景を考え、その原因や本人なりの目的に対応したケアを考えていくこと。
- 現実世界での対処を考えるのではなく、認知症高齢者の内的世界を理解し、その世界の中で安心できるような対応を考えること。

7. 明らかになった認知症高齢者の実態



【認知症及び MCI の将来推計】

令和 4（2022）年の認知症の高齢者数は約 443 万人、MCI の高齢者数は約 559 万人と推計され、その合計は 1,000 万人を超え、高齢者の約 3.6 人に 1 人が認知症又はその予備群と言える状況にある。有病率が今後も一定と仮定すると令和 22（2040）年にはその人数が約 1,200 万人（認知症約 584 万人、軽度認知障害約 613 万人）、高齢者の約 3.3 人に 1 人になると見込まれる。また、令和 4（2022）年の若年性認知症の人は約 3.6 万人、18～64 歳人口 10 万人当たり約 50.9 人と推計。

【前回調査より人数が減った理由】

2025年に **675万人** (730万) の推計 (2012年発表)

→2025年に **472万人** の推計 (2024年発表)

認知症リスクが回避されてきた結果の可能性

喫煙率低下、糖尿病や高血圧などの生活習慣病の予防と治療法の発展

これらの事によって認知機能の低下が抑制された可能性があると考えられる。

8. 気になるMCIの存在

●Mild Cognitive Impairment (MCI)

本来アルツハイマー病 (AD) など認知症とはいえないが、知的に正常ともいえない状態を指す。最近ではアルツハイマー型認知症の前駆状態を意味する用語と捉える人が多い。

MCIの考え方

Petersen らの定義 (1996)	臨床・認知機能面からの診断基準
<ul style="list-style-type: none"> 主観的なもの忘れの訴え 年齢に比し記憶力が低下 (記憶検査で平均値の1.5SD以下) 日常生活動作は正常 一般的な認知機能は正常 認知症は認めない 	<ul style="list-style-type: none"> 本来の認知機能レベルから低下していることが本人、周りの人、医師から申告される。 記憶など、1つ以上の認知領域での障害があることが客観的に示される。 生活機能が自立している。 認知症とはいえない。

※認知症との違いは、日常生活が自立しているかどうか

MCI 4つのタイプ

記憶障害のある健忘型		記憶障害を認めない非健忘型	
①健忘型MCI (Amnesic MCI)	②健忘型MCI (Amnesic MCI)	③非健忘型MCI (Non-amnesic MCI)	④非健忘型MCI (Non-amnesic MCI)
単一領域の認知機能障害があるタイプ (Single Domain)	複数領域の認知機能障害があるタイプ (Multiple Domain)	単一領域の認知機能障害があるタイプ (Single Domain)	複数領域の認知機能障害があるタイプ (Multiple Domain)
アルツハイマー型認知症 (AD) の前駆状態の大部分は健忘型MCIに含まれる。またうつ病は記憶障害、注意障害、逆行機能障害などを認める場合があり、健忘型の一因である。		前頭側頭型認知症 (FTD) は言語機能あるいは逆行機能の障害で発症しやすいこと、またレビー小体型認知症 (DLB) の初期には注意障害と視空間認知障害をしばしば認めることから、それぞれ非健忘型MCIの代表的な下人疾患に挙げられる。	

●MCI から認知症への移行

- ・MCIを放置すると1年間で10%~15%、4年間で約50%の人が認知症を発症する。
- ・一方認知機能が正常化する「リバート」は年間で10%~40%であり全体の20%~30%の人は回復する。
- ・認知症になってからではなくMCIの段階で診断するメリットは、本人が病気のことをよりきちんと理解できるという点。個人差はあるが、病気を受け止められると、予防に取り組む意欲につながりやすい (本間昭)

9. 若年認知症の最新の調査

若年認知症調査の比較

順位	3,78万人 (朝田2009)		3,57万人 (粟田2020)	
1	血管性認知症	39.8%	アルツハイマー型認知症	52.6%
2	アルツハイマー型認知症	25.4%	血管性認知症	17.0%
3	頭部外傷による認知症	7.7%	前頭側頭型認知症	9.4%
4	前頭側頭型認知症	3.7%	頭部外傷による認知症	4.2%
5	アルコール性認知症	3.5%	レビー小体型認知症	4.1%
6	レビー小体型認知症	3.0%	アルコール性認知症	2.8%

いずれの調査でも若年認知症は男性に多い。
2020年度調査の推定値が低いのは、65歳未満人口の減少によるもの。
※若年認知症は、認知症全体の0.6%

(朝田2009)「若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究」報告書
(粟田2020)「若年性認知症の有病率・生活実態把握と多角的データ共有システム」報告書

認知症の原因疾患別割合

順位	高齢期の認知症 (朝田2013)		若年認知症 (粟田2020)	
1	アルツハイマー型認知症	67.6%	アルツハイマー型認知症	52.6%
2	血管性認知症	19.5%	血管性認知症	17.1%
3	レビー小体型認知症	4.3%	前頭側頭型認知症	9.4%
4	前頭側頭型認知症	1.0%	頭部外傷による認知症	4.2%
5	その他・未診断	7.6%	レビー小体型認知症	4.1%

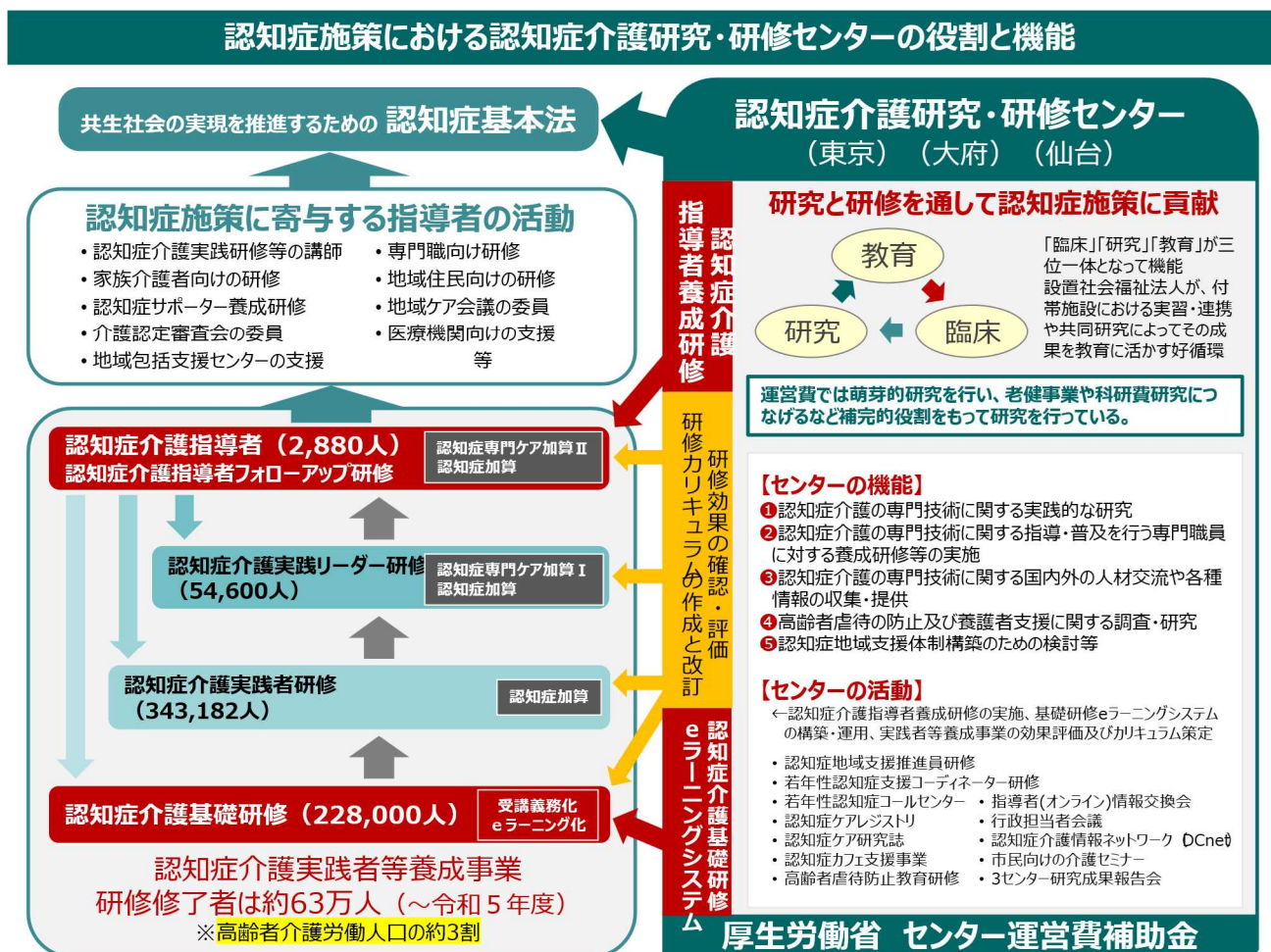
高齢期の認知症も若年認知症もアルツハイマー型認知症が最も多く、次に血管性認知症の順になっている。
若年認知症では、前頭側頭型認知症が3番目、頭部外傷が4番目に入っているのが特徴。

(朝田2013)「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」総合研究報告書
(粟田2020)「若年性認知症の有病率・生活実態把握と多角的データ共有システム」報告書

2009年の朝田の推計値は、3.78万人であったが、2020年の粟田の推計値は3.57万人。

- ①最初に気づいた症状はもの忘れ（66.6%）とともに、職場や家事などでのミス（38.8%）が多い
- ②約6割は発症時点で就労していたが、そのうち7割が調査時点で退職している。
- ③約6割が世帯収入の減少を感じており、主な収入源は約4割が障害年金、約1割が生活保護
- ④約3割は介護保険の申請をしていない

10. 認知症介護における人材育成（2023：R5年度までの実績）



11. 認知症の普及啓発（認知症サポーター養成研修）

*サポーターは、2025年6月末現在で16,352,626人

（国民の10人に1人以上は認知症サポーター）

10代以下が最も多く、次いで70代以上が多い

20代までのサポーターと60代以上のサポーターで約7割を占める。女性はサポーターの6割以上であり、すべての年齢層で女性が多い。

12. 認知症トピックス（共生社会の実現を推進するための認知症基本法）

認知症基本法の目的（第一条）

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

7つの基本理念（第三条）

- 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。

12の基本的施策（第14条～第25条）

1. 認知症の人に関する国民の理解の増進等
2. 認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進
3. 認知症の人の社会参加の機会の確保等
4. 認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護
5. 保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等
6. 相談体制の整備等
7. 研究等の推進等
8. 認知症の予防等
9. 認知症施策の策定に必要な調査の実施
10. 多様な主体の連携
11. 地方公共団体に対する支援
12. 国際協力

13. 認知症施策推進基本計画（案）のポイント

【基本計画の前文】

- ・痴呆から認知症に変更されたが、認知症になると何もわからなくなり、できなくなるという考え方が根強く残っており、認知症になることを受け入れることが難しい状況がある。
- ・認知症の人が社会的に孤立したり、認知症の人の意思が十分に尊重されない状況が未だにみられる。
- ・国民一人一人が認知症を自分のこととして理解し、自分自身や家族が認知症であることを、周囲に伝え、自分らしい暮らしを続けていくためにはどうすべきか、考える時代がきている。

・「新しい認知症観」の理解促進

※認知症になったら何もできなくなるのではなく、認知症になってからも、一人一人が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等とつながりながら、希望をもって自分らしく暮らし続けることができるという考え方。・・・国民一人一人が理解する。※キャラバンメイトの役割は重要

- ・支える対象ではなく、尊厳のある個人としてとらえ、共に支えあって生きる。
- ・当事者と家族の意見を聴き、対話しながら認知症施策の立案を行っていく
(当事者と家族が行政等と共に立案、実施、評価のプロセスに参画する)
- ・認知症の人や家族の地域生活継続のために、行政・地方公共団体や企業等が連携・協働する。

【認知症施策推進基本計画】

- ・基本計画は、認知症施策の総合的かつ計画的な推進を図るため、政府として策定するものであり、政府が講ずる認知症施策の最も基本的な計画として位置付けられる。
- ・基本計画に定める施策は、具体的な目標と達成の時期を定め、達成状況を調査し、認知症施策の効果に関する評価を行う。
- ・基本計画は、地方公共団体が策定する都道府県計画及び市町村計画の基本となるよう定め、地域の実情や特性に応じた認知症施策が推進されるようにする。
- ・計画期間は、2029年度までの概ね5年間を対象とする（5年目を目途に見直しの検討）

【基本法で求められる専門職像】

- ・認知症の人が個性と能力を発揮し、国民全員が相互に人格と個性を尊重し支えあう共生社会の在り方を理解している
- ・本人の意思による円滑な日常生活および社会生活の支援ができる
- ・認知症の人の理解を踏まえて認知症を正しく理解している
- ・地域・社会において個性や能力に応じた地域・社会への参画や活動の支援ができる
- ・本人の意思を尊重し、尊厳を保持できるよう支援することができる
- ・家族が安心して生活できるよう支援することができる
- ・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ができる

最新の情報症介護知識

～認知症の人の
意思決定支援～

かわさき社会福祉士事務所
川崎裕彰
rsa61129@icloud.com

1

本科目の内容

- はじめに
- 意思決定支援の必要性
- 「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（第2版）」について
- まとめ

• 個人・ペアでの課題の取組や発表による共有を予定しています
• 積極的なご参加をお願いいたします

2



3



4

認知症の人の「決める」場面で 支援をした経験を思い出してみてください

- ① **対象者・状態**
どのような人、その時の

- ② **場所(環境等)**
周辺・生活

- ③ **決める内容・項目**
決める対象・程度

- ④ **実施した具体的支援**
どのような支援

- ⑤ **工夫や配慮したこと**
視点や行為、なぜ必要だと?

- ⑥ **想起した今の感想等**
今、思い起こしてみた率直な感想等

5

意思の尊重

決めてあげる

この方が良いでしょう

私が一番この利用者さんのことわかっている

私の価値観が影響していないか

本人に聞いた?

6

愚行権

判断能力のある大人なら、
自分の生命、身体、財産など
あらゆる“自分のもの”に関して、
他人に危害を及ぼさない限り、
たとえその決定が本人にとって
不利益なことでも、
自己決定の権限をもつ

判断能力のある大人は、
他者から見て愚かだが、
他者に危害を及ぼさない
行動を取ることができる
という権利

ジョン・S・ミル『自由論』

人権を護っているはずが
権利侵害をする側に
なってしまうことも・・・

(加藤尚武『現代倫理学入門』講談社、1997.p.5)

11

7



8

共生社会の実現を推進 するための認知症基本法

- (目的) 第一条 この法律は、我が国における急速な高齢化の進展に伴い認知症である者（以下「認知症の人」という。）が増加している現状等に鑑み、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、認知症に関する施策（以下「認知症施策」という。）に関し、基本理念を定め、国、地方公共団体等の責務を明らかにし、及び認知症施策の推進に関する計画の策定について定めるとともに、認知症施策の基本となる事項を定めること等により、認知症施策を総合的かつ計画的に推進し、もって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（以下「共生社会」という。）の実現を推進することを目的とする。
- (基本理念) 第三条 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、次に掲げる事項を基本理念として行われなければならない。
- 四 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こと。

9

介護保険法

□ (目的) 第一条

この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する機能に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図る事を目的とする。

10

10

「尊厳」とは

- ▣ 理性的存在者の自律（自己立法）こそ人間存在およびあらゆる理性的存在者の尊厳の根拠なのである
(カント著・白井成允訳・小倉貞秀訳『道徳哲学』岩波文書1954年)
- ▣ 理性を持って自律的に生きる人間という存在は、尊厳を内に有している
- ▣ 尊厳という尊ばれるものは、これを尊ぶ行為によって創造される
(ロバート・グッディン)
- ▣ 尊厳は元々から対象に内在しているのではなく、外部から別の者がこれを尊ぶことをもって始めて尊厳は創造される
(近藤良樹)
- ▣ 他者がその対象を尊厳あるものとして扱うかによる
- ▣ 尊くおごそかなこと。気高く犯しがたいこと また、そのさま
(広辞苑)
- ▣ 簡単に侵害されてしまう危険性がある
- ▣ 護るための努力を怠ってはいけない

13



14

支援を受ける（必要とする） 高齢者等の置かれがちな状況例

1) 喪失体験による自己肯定感の低下 「居場所」のない思い

自分で決めることができず周囲に依存しがち

劣等感が強く、自分に自信が持てない

ネガティブな言葉と思考が癖になっている

「自分を大切に」に思いにくく、目標を持ちにくい

2) 「介護・支援を受けなければ生活できない」という 力関係の不均衡であるパワーインバランスの中での生活

- 意思決定の支配、その影響を受けやすくなる
- 「遠慮」「気兼ね」「諦め」を持ちやすい
- 主張を大切にされにくい（エイジズム）・・・時に、意思・意向をも確認されないことも

3) 介護保険制度や福祉サービスは「契約」により利用する サービス

- サービスの利用に**多くの情報・選択肢・契約の理解と判断**を必要（要求）とする
- サービス内容等が複雑でわかりにくい

15

15

例) 認知症の人の意思決定の難しさ

認知機能障害による意思決定の難しさ

記憶障害： 必要な情報の記憶が難しい

実行機能障害： 見通しがたてづらい

複雑性注意の障害： 集中が難しい

言語障害： 言葉の理解が難しくなる

社会的認知： 表情や場の雰囲気がかみにくい・読みにくい

認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修－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－テキストより引用し一部改変

16

16

自己決定 (Self-determination) と 意思決定支援 (Supported decision making)

- 「**自己決定**」は本人の持つ権利【**自己決定権**】である。
- 自己決定権は、憲法における**基本的人権**の一つ。
- どんなに判断能力が低下しようとも、**本人には「意思」がある**。
- 本人の意思決定を、**他者が支援することは**、本人の**自己決定権を侵害**することとなる。
- 支援者が支援することは、本人の権利を侵害するという意識を持ち、**必要最小限の範囲に留める**ことが重要。

17

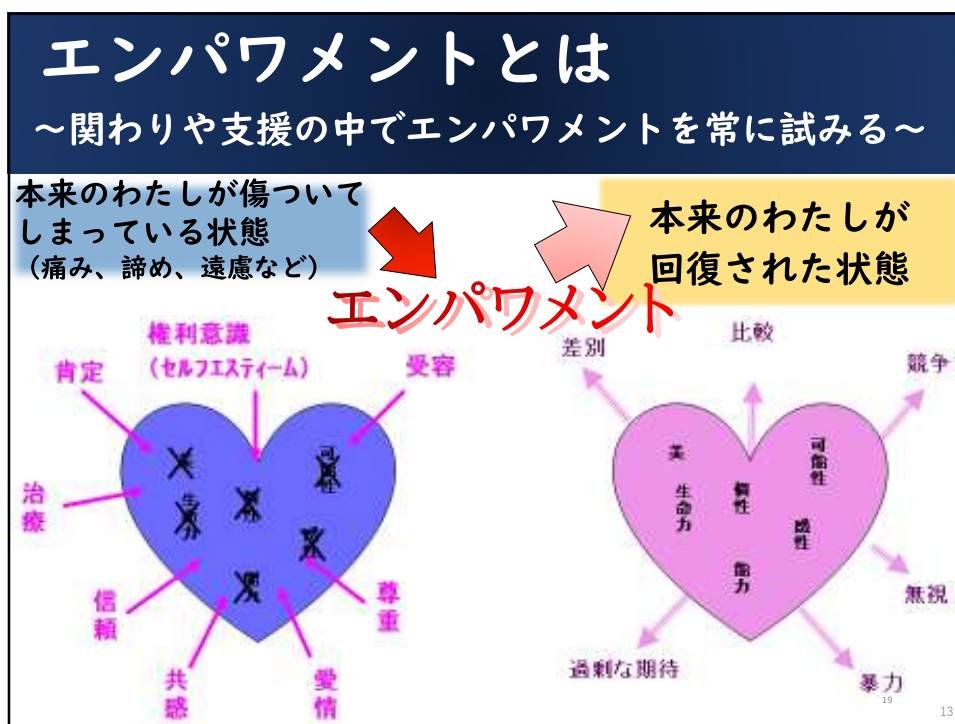
17

意思決定に関する各ガイドラインが示す 意思決定支援のポイント

- **自己決定の尊重**に基づき行うことが原則である
- まずは、本人の表明した**意思・選好を確認**する
- 本人の意思は、**変化し得る**ものである
- 本人の意思を**繰り返し確認**する
- **チームで継続的に**取り組んでいく
- その都度**記録**を残す

他者による本人への「意思決定支援」は、
本人の**自己決定権**をできる限り**侵害しない**形で、
他者が**本人の権利を守る**という介入手法

18



19

意思決定支援に関する各種ガイドライン一覧

策定年	ガイドラインタイトル	発行
H29.3	「 障害福祉サービスの利用 等にあたっての意思決定支援ガイドライン」	厚生労働省社会・援護局
H19 H30.3改訂	「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」	厚生労働省
R1.5	「 身寄りがいない人の入院及び医療 にかかる意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」	「医療現場における成年後見制度への理解及び病院が身元保証人に求める役割等の実態把握に関する研究」班
R2.10.30	「意思決定支援を踏まえた 後見事務 のガイドライン」	意思決定支援ワーキング・グループ※ ※最高裁判所、厚生労働省及び専門職団体（日本弁護士連合会、日本司法書士会連合会、公益社団法人成年後見センター・リーガルサポート及び公益社団法人日本社会福祉士会）
H30.6 R7.3改訂	「 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」（第2版）	厚生労働省

20

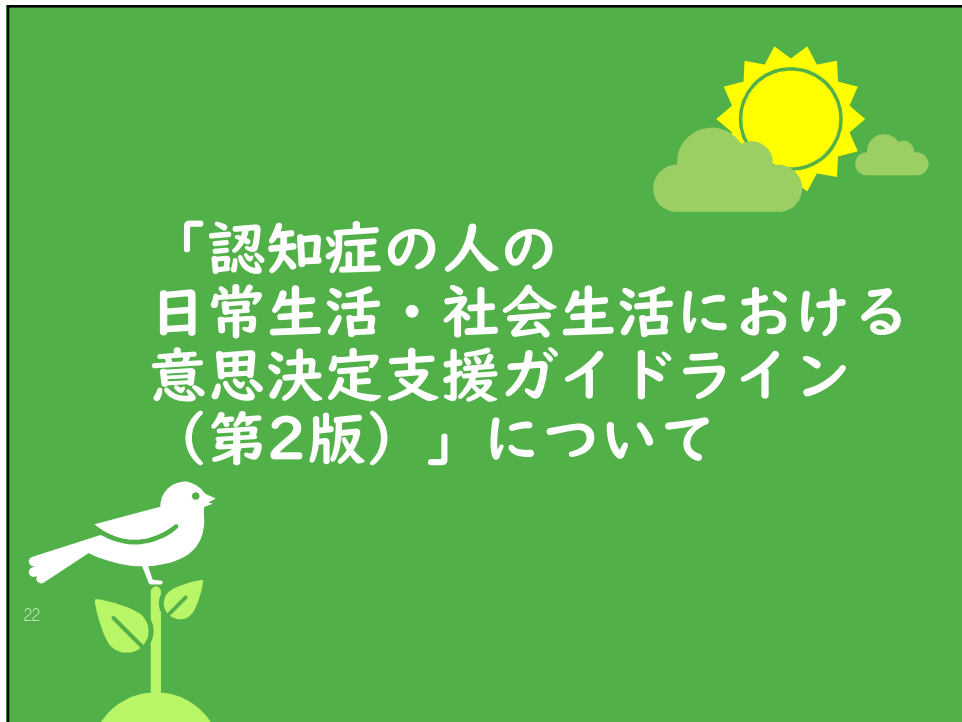
20

各種意思決定支援ガイドラインの定義等の一部比較

ガイドライン タイトル	障害福祉 サービスの利用等にあ つての意思決定支援ガ 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	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	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	意思決定支援を踏まえ た 後見事務 のガイドライン
策定年	H29.3	H30.6 R7.3 (第2版)	H19 H30.3改訂	R1.5	R2.10.30
対 象	障害者で 障害福祉 サービス を利用する人	認知症の人、認知症 と診断された場合に限り ず、認知機能の低下が 疑われ、意思決定に 支援を必要とする 人を含める	人生の 最終段階 を生きる人 (予後が長くても2〜3 か月と予測できる場 合等の本人の状態を 踏まえ、医療・ケアチ ームの判断)の 医療・ケア	医療に係る 意思決定が 困難な人	成年 被後見人等
場 面	①日常生活 ②社会生活	①日常生活 ②社会生活	人生の 最終段階 の 医療・ケア	入院及び医療を 要するが身寄り がないと考え られる人に加えて ① 家族や親類へ連絡が つかない状況にある人 ② 家族の支援が得られない 人	重大な影響を与え る 法律行為 等 (例①居所 変更②高額資産 の法律行為③贈 与等)

厚労省「意思決定支援等に係る各種ガイドラインの比較について」R2.10<https://www.mhlw.go.jp/content/000689414.pdf> (2025/8/21) と
厚労省「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 (第2版)」R7.3を参考に作成

21



22

「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」第1版と第2版の比較等	
第1版（2018年6月公表）	第2版（2025年3月改訂）
「新オレンジプラン」（2015） 成年後見制度利用促進計画を背景に策定	認知症基本法（2024年4月施行）推進基本計画（2024/12）・各種ガイドラインの共通理（LIFE）を示し、「LIFE 意思決定支援の基本的考え方」を明記
意思決定支援という考え方を「認知症の人」への支援の中で整理し提示	本人の 権利擁護と合理的配慮 を強調 国際的潮流（CRPD＝ 障害者権利条約 ）表現の更新・整理：例、1版「態度」「立ち会う人」⇒2版「姿勢」「意思表示の相手方」言換え、支援場面での関わり方を踏まえ分かりやすいよう変更
構成としては、「原則（本人の意思尊重・能力への配慮・チームによる支援）」「プロセス（環境整備 → 意思形成 → 意思表示 → 意思実現）」「家族・チーム・日常・社会生活における支援」などが柱	事例集の充実・別冊化： 1版では本編中に「事例」によるポイント記載 2版では別冊の“事例集”として 支援現場で具体的に活用しやすさへ配慮 した
意思決定支援を「誰が」「どんな流れで」「どんな配慮をして」行うか、比較的体系的に整理	チェック・振り返りしやすくした 例、「時間をかけて」「何度も確認」「非言語を読み取る」「焦らせない」など、支援者が現場で気をつける点等を整理

23

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¹⁾

目的

認知症の有する人²⁾が、自ら持つ能力を最大限に活かし、**都合判断**を支援者が行わないよう、自らの意思に基づいた生活を送れるよう支援すること。

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、支援の視点は支援者のみの視点や目線ではなく、「本人目線、視点」に立つこと。

基本事項

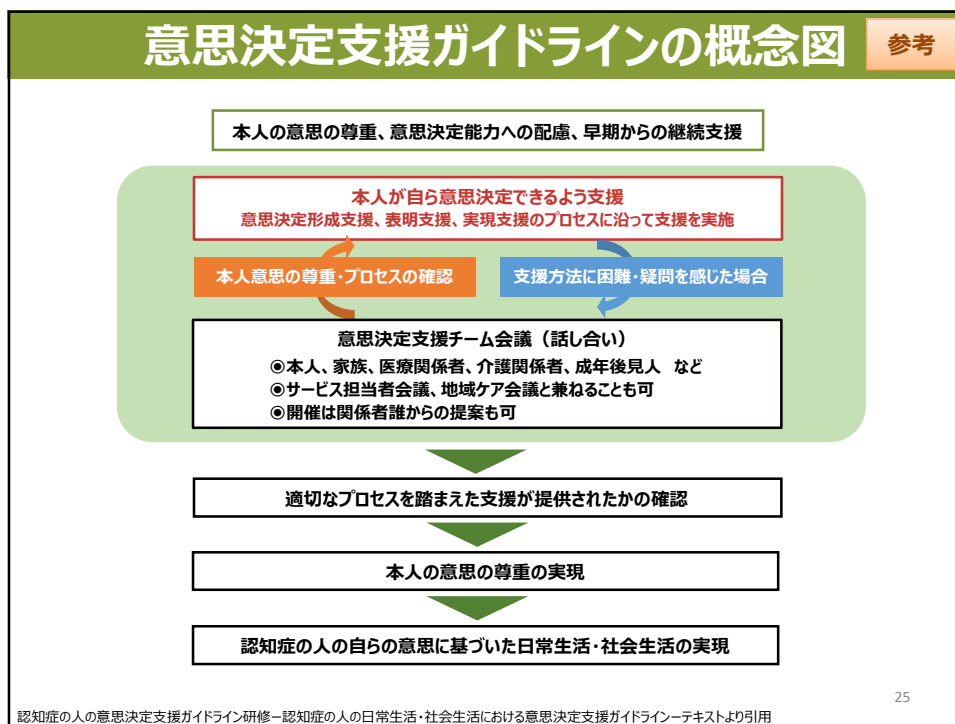
誰のため **認知症の人**（認知症と診断された場合に限らず、**認知機能の低下が疑われ、意思決定に支援を必要とする人**を含む。）

誰による **意思決定支援者**（認知症の人の意思決定支援に関わる全ての人）
例)専門職、行政職員、**家族、成年後見人等**、地域近隣において見守り活動を行う人、本人と接し本人をよく知る人、**ピアサポート活動を行う当事者等**

支援とは 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、意思表示支援、意思実現支援**)

1)「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「認知症基本法」という)の中で、「認知症の人」と表現
2)世界的にはpersons with dementiaと表現が定着傾向、その日本語訳として「認知症を有する人」と記載されることもある

24



25


意思決定支援における基本的ルールの重要点①

◎“前提”私たちは、普段何気なく
日常のこと・社会参加や活動に関することを決めていく時
自らどうしたいのか【意思】を【考え【形成】、【伝え【表明】】している。

その時、**相手や周囲から【その意思に基づく自己実現への取組】は**（成し遂げられなくとも）**【尊重されている【実現のための支援】】。**

そのこと【プロセス・要素】が**重要なことは誰もが認識している。**

そして、このことは**認知症を有する人も同様**
【個人の尊厳や **認知症になっても、自分らしく暮らせるために**
自己決定の尊重】 **“決める・伝える・実行する”を支える**



公益財団法人長寿科学振興財団ホームページ「健康長寿ネット」（2025/8/10）
「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の解説」編纂一人（2024/8/13）を参考に作成 26

26

意思決定支援における基本的ルールの重要点②

◎ 本人の表明した意思の確認・尊重

① 意向や選好、好み等

② 確認が難しい場合には推定意思

代理・代行決定

(第三者が意思決定)

本ガイドラインの対象外
他のガイドライン検討を

◎ **支援者の視点で** (意向や選好等) **を評価したり、意思決定支援を「する」「しない」を決めたりしない。**

◎ 意思決定が困難と思われる場合でも

本人』を自己決定の権利を持つ人、

それを (場合により支援をすることで)

実行 (行使) できる人と信じて関わる

私たちが常に意識することで、**態度や支援の**

姿勢等に現れ、『尊厳』が伝えられることもあります。



27

27

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

【基本原則】

本人の意思の表出

- ・ 意思決定をする多様な場面の理解
- ・ その人の意思決定過程とその傾向の理解
- ・ 今までの意思・意志を知る人、支え手を知る

本人の意思の尊重

- ・ 意思決定をしながら尊厳を持って暮らしていくことの重要性の認識
- ・ 理解できるように説明
- ・ 表明した意思・選好の尊重(表情等非言語にも注視)

意思決定能力への配慮

- ・ 本人には意思があり、**意思決定能力を有する**という前提に立つ
- ・ **能力を引き出す働きかけ**を行う
- ・ 支援者の支援力によっても変化する

チームによる早期からの継続的支援

- ・ チーム員の構成への配慮と早期結成
- ・ **早期からの具体的な記録と継続的に支援する体制**
- ・ 本人の意思の**繰り返し確認**、理解・過程・判断等のチェック
- ・ リスク等の共有や対応への備え、連携を行う

厚労省「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」第2版を参考に作成

28

28

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

【プロセス】 ◎困難や疑問が生じた場合はチームによる会議の実施
◎記録、確認、振り返りを行う

【支援の前提】人的・物的環境の整備

- ①意思決定支援者の姿勢(安心感が持てる言動、家族関係や生活史の理解等、過剰な支援への注意、症状等での判断で支援の履行・不履行がないよう注意)
- ②信頼関係・意思表示の相手方との関係性への配慮(相手に対する本人の心情、遠慮等への心配り)
- ③環境(本人の緊張や混乱の軽減・なじみの場・時間的ゆとり・支援場面の人数や疲労への配慮等)

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)

- ①必要な情報の選択と理解可能な説明手段、事実の認識確認、②開かれた質問や繰り返し説明、選択しやすいよう図や文字等を用いた説明、③本人理解や判断の確認など

+

意思表示支援(形成された意思を適切に表明や表出することへの支援)

- ①人的・物的環境の確認や配慮、②表明時期・タイミングの考慮(焦らせない・前の表明に縛られない等)、③表明内容を時間を置き、複数人で確認、④信条、生活歴、価値観等の周辺情報等の整合性の確認など

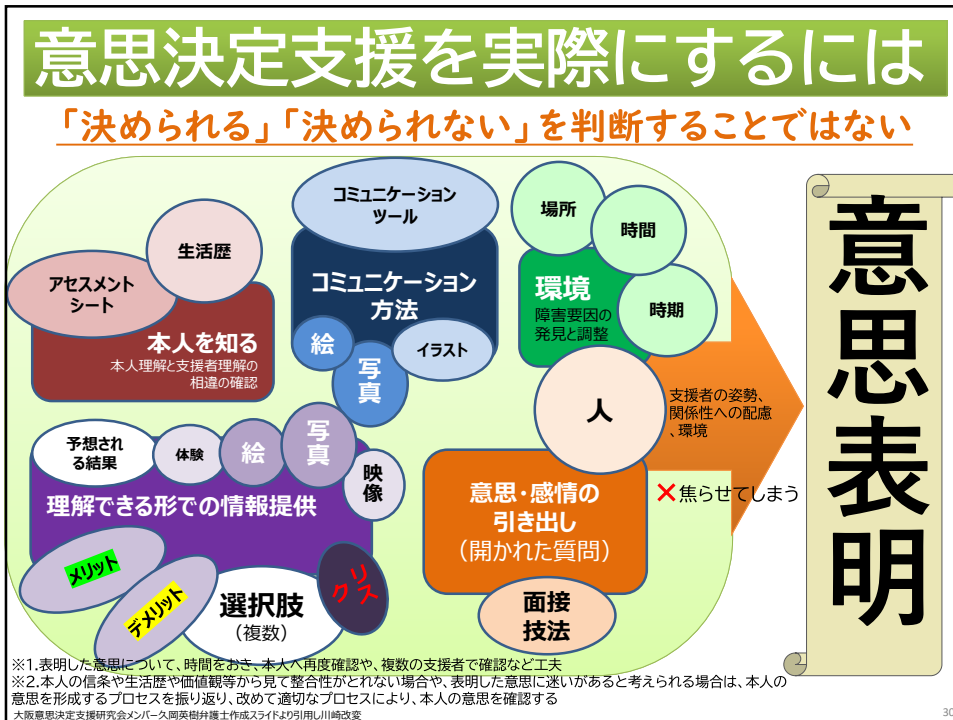
+

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)

- ①本人の能力を最大限に生かすことへの配慮(体験を経て意思の変化が生じる場合も)、②多職種で協働し、社会資源の利用や活用への手段の検討などのチーム支援、③形成・表明された意思の客観的合理性に関する慎重な検討と配慮(本人意思の変化に対し、本人にとって無理のない体験の提案)など

厚労省「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」第2版を参考に作成 29

29



30

認知症の特性への配慮

- 決定する上で**必要な情報**を、認知症の人が有する認知能力に応じて、**理解できるように説明する**
(理解度の把握や思考などを知るにも「開かれた質問」は非常に有効、本人が困惑しない程度に積極的な活用を)
- 言語による表示だけではなく、**非言語表現（身振り手振り、表情）**の変化も読み取る
- 認知症の人が抱える困りごと（覚えにくい・展開が予想しにくい等）に、**メリット・デメリットも分かりやすく、不利益情報には回復方法など安心できる情報も同時に、より具体的に伝えることが大事**

認知症の人の意思決定の難しさ

認知機能障害による意思決定の難しさ

- 記憶障害：必要な情報の記憶が難しい
- 実行機能障害：見通しがたてづらい
- 複雑性注意の障害：集中が難しい
- 言語障害：言葉の理解が難しくなる
- 社会的認知：表情や場の雰囲気がつかみにくい

認知症の人の意思決定支援ガイドライン研修-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-テキストより引用

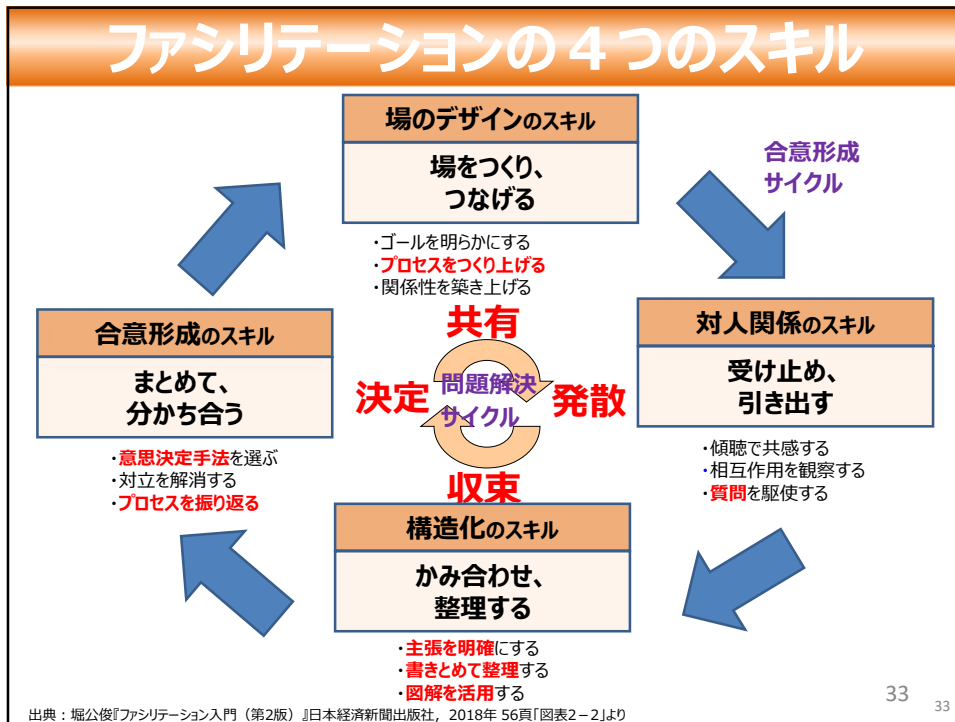
31

31

- コミュニケーション方法
- 理解できる形での情報提供

ファシリテーション、
ファシリテーション・グラフィックを活用した
意思決定支援プロセス例

32



33

意思決定支援

退院後の生活に向けた体制構築

希望・心配

項目と優先順位・手順

妥協

34


ファシリテーション・グラフィックのポイント

□ ペンの色の使い分け

- (黒) 基本情報 (固定情報等)
- (青) 気になる情報や変動する情報
- (赤) 決定事項や注目する情報
- (緑) 異質な情報 ※経済情報等

□ 注意点

- 議論の流れがわかるように **書いたら消さない** (書き直しO)
- 書いたモノ (紙やホワイトボード等) は、**常に見えるように配置** (並べる、重ねない、裏返しにしない)
- アンダーラインや **(丸で囲む)**
- 「●●」や **吹出** などでの強調することも有効



家庭内のお金の流れや
力関係などがわかりやすくなる

35

35

ファシリテーション・グラフィックのポイント

□ ペンの色の持ち方

- (よくご覧ください)





裏うつらないペン

ファシ・グラ持ち

書いたらペンも
戻す

忘れていると
次は(書かない)

36

36



37

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	
場面における意思決定支援のあり方	
日常生活	社会生活
<ul style="list-style-type: none"> • 例えば、食事、入浴、被服、外出、排せつ、プログラム参加等 • 生活史や価値観が強く反映される • 原則として、これまでの過ごしてきた生活が確保されることを尊重する • 意思決定支援チームで、情報を集め・共有し、意思（意向や好み）を理解する • 手段で補える部分を優先して検討する • 支援や評価は「決められる」「決められない」を判断するためではない • 日常の記録の中でも、生活に影響を与えるような支援を行うごとに記録を残し会議等で共有する 	<ul style="list-style-type: none"> • 例えば、住まいの場を決める、サービス利用、財産の処分等 • 本人にとって見過ごすことができない重大な影響が生じる場合、適切な支援のプロセスを踏まえているか、十分な判断材料を得た上で検討する • 意思決定支援チームを活用して選ぶ • プロセスで話し合った内容は、都度記録を残す • 支援をした状況、意向を判断した根拠を明確に記録する

38

重大な影響が懸念される場合

以下の視点で検討する

- ◎ 明らかに不利益を生じる
- ◎ いったん発生すると回復が困難な重大な影響がある
- ◎ 問題の発生に蓋然性がある

例)

- ▷ 本人が基本的な日常生活も維持できない場合
- ▷ 財産の処分の結果、日常生活が維持できない

認知症の人の意思決定支援ガイドライン 研修—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—テキストより引用

39

39

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

プロセスにおける家族

家族がチームの一員になることも考えられる。その家族にも必要な情報を丁寧に説明する必要がある。

家族も、本人が自発的に意思を形成・表明できるように接することを意識し、その意思を尊重する姿勢を持つことが重要である。

若年性認知症の人は子どもの養育やローン、経済面を含む就労などの複合的な課題を抱えやすいなどに配慮が要する。

家族は、本人の意思に向き合いながら、どうしたらよいか悩んだり、場合によっては、本人の意思と家族の意思が対立する場合もある。こうした場合、意思決定支援者（この場合は、主として専門職や行政職員等）は、その家族としての悩みや対立の理由・原因を十分に確認した上で、本人の意思を尊重し、家族の意思との調和を図っていく。なお、調和を図るために、社会資源等について調査検討することも考えられる。

本人と意見が分かれたり、本人が過去に表明した見解について、本人と家族が異なる記憶であったり、社会資源等を受け入れる必要性の判断について見解が異なる場合は、意思決定支援者（主として専門職や行政職員等）は、家族に対して、本人の意思決定を支援するのに必要な情報を丁寧に説明したり、家族が不安を抱かないように支援をすることも必要である。

厚労省「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」第2版を参考に作成

40

40

「家族」関係の中での権利

「高齢者・障害者」と「家族」は、「成人」と「成人」の関係

家族が高齢者・障害者の意向を無視して、また今の意思・意向を確認せず、当然のように本人のことを決めていい【**権限**】は、法的にはない。

✓「**無権代理**」状態の家族が多い（親族後見人は法的代理人）

介護保険・福祉サービス等の契約の多くが、家族によって行われているように見える。しかし、被保険者・受給者が高齢者・障害者本人であるように、サービス利用者である**契約者は「高齢者・障害者本人」**である。

✓家族はサービス利用の契約者ではなく「代筆」「代行」といえる。

**本人にとっての「尊厳の保持」、
そのための家族・介護者支援**

他のガイド
ライン活用
の検討

本人理解のために欠かせない存在（本人にとって良いことをしてくれる人、本人の大切な人への支援）という視点での関わりが重要⁴¹

①事前に意向の違いを整理しておく②代理・代行決定はどの部分、どの時点から

41

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

意思決定支援会議

本人の意思決定能力の評価や、支援方法に困難や疑問を感じ、また、本人の意思を日常・社会生活に反映した場合に、他者を害する恐れがあったり、本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合や本人のできること・やりたいことの実現に向け、チームで情報を共有し、チームで検討する。この場合も、再度、適切な意思決定支援のプロセスを踏まえて、本人の意思決定支援の方法について話し合う（意思決定支援チームのメンバーを中心として開かれる話し合いを「意思決定支援会議」という）。

意思決定支援会議では、本人の参加が原則である。もともと、認知症の人は、周囲の雰囲気をつかむのが苦手な、知らない大勢に囲まれると、かえって意見を出せなくなる場合があることに配慮しなければならない。

意思決定支援会議では、意思決定支援の参考となる情報や記録が十分に収集されているのか、意思決定能力を踏まえた適切な支援がなされているのか、参加者の構成は適切かどうかなど、意思決定支援のプロセスは適切であるかを確認することが必要である。

意思決定支援会議は、地域ケア会議、サービス担当者会議等と兼ねることは可能である。

意思決定支援会議の開催は、意思決定支援チームの誰からでも提案できるようにし、会議では、情報を共有した上で、多職種のそれぞれの視点を尊重し、根拠を明確にしながら進めていくことが必要である。その際の話し合った内容は、その都度文書として残すことが必要である。

意思決定支援会議に参加する専門職や行政職員等は、適切な意思決定支援プロセスを踏まえているか確認するとともに、プロセスごとの内容や結果を記録し、適切に評価を行い、質の向上につながる役割もある。


本人の意思は変化することもあるので、意思決定支援チームでの事後の振り返り（例えば、本人が体験等を通して、意思が変わる場合がある）や、意思を複数回確認することが求められる。

注意点

- ・会議と会議の間にも支援は展開する（見落とし、意思の変化はないか）
- ・会議ですべての点を検討できるわけではない

厚労省「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」第2版を参考に作成

42

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（第2版）【研修受講後】チェックリスト（案）	
チェック項目（第1版→第2版での変更点を含む）	確認（☑）
A. 環境・関係づくり	
支援者が本人の意思を尊重する姿勢で関わっている（第2版では「態度」→「姿勢」）	<input type="checkbox"/>
本人が安心して話せる環境を整えている（人的・物的環境の整備）	<input type="checkbox"/>
意思表示の相手方（誰と話すか）に配慮している（1版の「立ち会う人」から変更）	<input type="checkbox"/>
チーム・関係者で情報共有・記録・振り返りができる体制をもつ（普及・研修章の追加に対応）	<input type="checkbox"/>
B. 意思形成支援（本人が考える）	
本人の生活歴・価値観・好みを理解している	<input type="checkbox"/>
本人に分かりやすい説明・情報提供をしている（視覚資料・時間配慮など）	<input type="checkbox"/>
焦らず、時間をかけて考える機会を確保している	<input type="checkbox"/>
本人が『決めない』ことも選択肢として尊重している	<input type="checkbox"/>
C. 意思表示支援（本人が伝える）	
本人が表明しやすい方法（言葉・ジェスチャー・絵など）を支援している	<input type="checkbox"/>
意思と生活歴・価値観の整合性を確認している	<input type="checkbox"/>
重要な決定は時間をおいて再確認している（複数支援者で）	<input type="checkbox"/>
D. 意思実現支援（暮らしに反映）	
本人の意思を生活・契約・地域活動に反映できるようにしている	<input type="checkbox"/>
社会資源・制度を活用して意思を実現している	<input type="checkbox"/>
支援の結果・経過を記録し、必要時に見直している	<input type="checkbox"/>
E. 運用・継続性	
チーム・地域で第2版ガイドラインを共有・研修している	<input type="checkbox"/>
定期的に体制・関係性を振り返る機会を設けている	<input type="checkbox"/>
支援者が本人ペースを尊重し、焦らない姿勢を維持している	<input type="checkbox"/>
引用: ChatGPT(OpenAI, GPT-5, 2025/10/24活用し川崎作成 Web上から無料でA4判がダウンロードができます。研修受講後の活用や普及・体制に関するチェックで改めて環境の確認・把握等にご活用いただけたら幸いです。 https://www.dropbox.com/s/cl/fi/s66sg5xbc7smuxy8f44wl/-2--A4.docx?rlkey=6w8pqqziazrajxol2z7lynpt&st=vz5qfh9j&dl=0	
 43	

43

セルフ・ネグレクト状態「自己放任」の例

- 家の前や室内に、ごみ(に見えるもの)が散乱した中で生活
- 極端に汚れている衣類を着用したり、失禁したまま放置
- 自宅の窓や壁などに穴が開いていたり、構造が傾いている家にそのまま住み続けている
- 生活に必要な最低限度の制度、介護、福祉サービスの利用を拒否する
- 重度のけがを負っている、あるいは治療が必要な病気があるにもかかわらず、受診・治療を拒否する
- 当該対象者の言動や生活、住環境により、近隣住民の生命・身体・生活・財産に影響がある

(公社) あい権利擁護支援ネット「セルフ・ネグレクトや消費者被害等の犯罪被害と認知症との関連に関する調査研究事業」調査票より引用 44

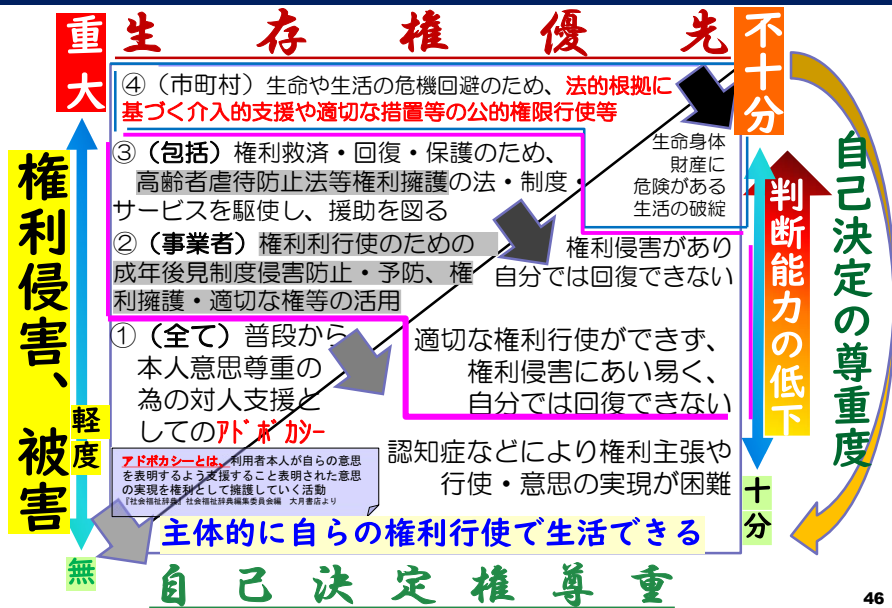
44

セルフ・ネグレクト状態にある人への権利擁護の必要性の理解

- セルフ・ネグレクト状態にある人は
- 「支援を受け入れる力を失っている」状況にある
 - それまでの生活歴(家族からの刷り込み等)、疾病・障害により「自分に必要な支援を求めることができなくなった人」
 - これまでの生活において、他者からの支援を受けた等の経験がないため「その選択をすることができない人」
- 支援においては、虐待防止法の規定にないため「法に準じた対応」をする
 - 例)介護保険法(権利擁護)、老人福祉法(措置等)
- 対応の基本は「権利擁護(アドボカシー)」での関わり
 - 「自分ひとりの力で自分の権利を護ることができない状態に置かれている人への権利擁護」

45

権利擁護の全体像 (介入から終結まで)



46



47

ワークシート

今後、認知症の人の「決める」場面で支援を試みようと思うことはどのような場面ですか？

日常生活	社会生活
<ul style="list-style-type: none"> 例えば、食事、入浴、被服、外出、排せつ、プログラム参加等 	<ul style="list-style-type: none"> 例えば、住まいの場を決める、サービス利用、財産の処分等
<p>どのような工夫や配慮をしますか？</p>	

48

48



49

各専門職倫理綱領 権利擁護

介護福祉士は、すべての人々の基本的人権を擁護し、一人ひとりの住民が心豊かな暮らしと老後が送れるよう利用者本位の立場から自己決定を最大限尊重し、自立に向けた介護福祉サービスを提供していきます。

私たち**介護支援専門員**は、常に最善の方法を用いて、利用者の利益と権利を擁護していきます。

看護職は、人々の権利を尊重し、人々が自らの意向や価値観にそった選択が、できるよう支援する。

社会福祉士は、クライアントの権利を擁護し、その権利の行使を促進する。
ソーシャルワーカーは、クライアントの権利を擁護し、その権利の行使を促進する。

精神保健福祉士は、クライアントの基本的人権を尊重し、個人としての尊厳、法の下での平等、健康で文化的な生活を営む権利を擁護する。

理学療法士は、全ての人の尊厳と権利を尊重する。

歯科衛生士は、人々の知る権利および自己決定の権利を尊重し、擁護する。

管理栄養士・栄養士は、その免許によって「栄養の指導」を実践する権限を与えられた者であり、実践にあたっては、人びとの生きる権利、尊厳を保つ権利、等しく支援を受ける権利などの人権を尊重することが求められる。

医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るよう努める。

50

権利擁護とは

- ・「**個人が侵されている、諦めさせられている、奪われている**主体性・目標・選択（肢）・権利・自立性・相互支援力・自治（力）を自覚し、明確にするとともに、その心理的・組織的・社会的・経済的・政治的等の**阻害要因と対決して、問題解決する力を高め、さまざまな支援を活用する力を高めること**」であり、本人が自立して**自分らしく生きる力を高めるための手段**。私たちは手段に関与する社会資源の一つ。
- ・成年後見制度や日常生活自立支援事業などの制度を利用する事のみをいうものではない。

51

意思の尊重と意思決定を引出し支える
意思決定支援とは、

「その人らしさを知り、本人を中心に
『声なき声を聴く』ために、意思を引き出し、
その意思をかなえていくための支援」

日々の私たちの援助が、意思決定支援を踏まえた関りができていたのか。時には、足を止め、本人と向き合い、本人との対話や語りに耳を傾け、本人の湧き出てくる要望を聴き、その実現に向かって取組もうとしていたか。

私が「目指していた」「したいと思っていた」
援助（実践）は、その過程や結果にある。

52

認知症介護指導者フォローアップ研修 認知症医療の最新知識



2025.10.29

社会福祉法人 仁至会

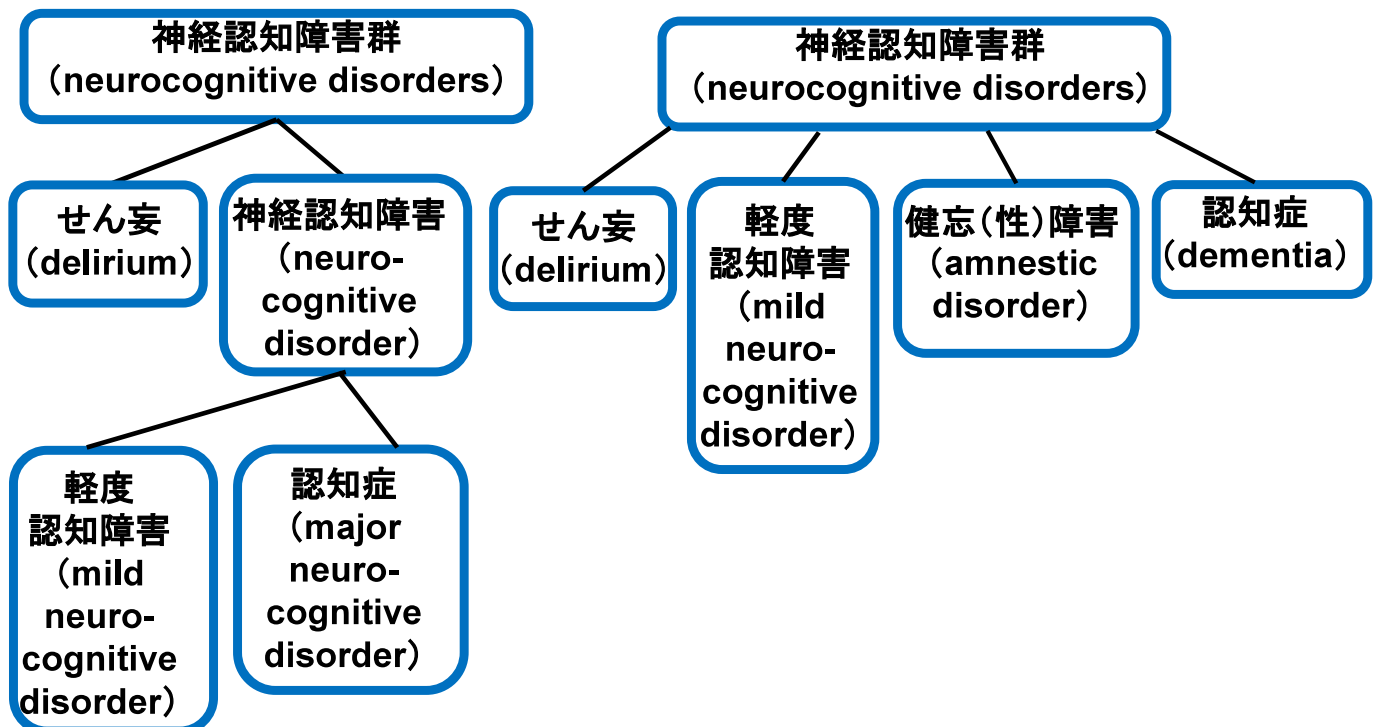
加知 輝彦

1

DSM-V-TR と ICD-11

米国精神医学会
(DSM-V-TR, 2023)

世界保健機関 (WHO)
(ICD-11, 2018)



2

①Major neurocognitive disorder
②Mild neurocognitive disorder の診断基準
(DSM-V-TR,2023)

A. 認知領域の少なくとも1つが以前の行為水準から有意な低下があることが以下から認められる。

(1) 本人、情報提供者、臨床家

(2) 定量化により実証された認知機能障害

認知領域：複合的注意、遂行機能、学習および記憶、
言語、知覚-運動、社会的認知

B. 日常活動において自立が障害され①る②ない。

(手段的日常生活動作が障害され①る②ない。)

C. せん妄だけでは説明できない。

D. 他の精神疾患によってうまく説明できない。

3

世界保健機関(WHO)

Dementiaとは(description) (ICD-11, 2018)

- 認知領域の2つ以上が以前の行為水準から有意に低下した後天的な脳症状。
(認知領域：記憶、遂行機能、注意、言語、社会的認知および判断、精神運動速度、視覚および視空間認知能力等)
- 認知障害は正常加齢に帰せられるものではなく、日常活動における自立を阻害する。
- 有効な根拠に基づき、認知障害は脳を侵す神経あるいは内科的状态、外傷、栄養障害、特定物質・薬物の慢性的使用、重金属等の毒物の暴露に起因あるいは推測される。
- 以下の状態の否定：こん睡、せん妄、知的発達障害、神経発達障害、昏迷、老化

※日本語は仮訳

4

従来の認知症治療薬の特徴

薬剤名	塩酸ドネペジル (アリセプト)	ガランタミン (レミニール)	リバスチグミン (リバスタッチ/ イクセロンパッチ)	塩酸メマンチン (メマリー)
作用機序	AChE阻害	AChE阻害 ACh受容体刺激	AChE阻害 BuChE阻害	グルタミン酸受容体阻害
適応症	AD全病期 DLB	AD軽度～中等度	AD軽度～中等度	AD中等度～高度
剤形	錠剤 ゼリー DS 口腔内崩壊錠	錠剤 液剤	貼付剤	錠剤
半減期	長い	短い	やや長い	長い
用法	1回/日 漸増	2回/日 漸増	1回/日 漸増	1回/日 漸増
代謝	肝	肝	腎	肝
主な有害事象	食欲不振、嘔気・嘔吐、下痢、心伝導障害、興奮	同左	同左	めまい、頭痛、傾眠 肝機能障害

5

アデュカヌマブの登場

エーザイ(株)とバイオジェンが共同開発
凝集した脳内 β アミロイドを除去

2019年3月 効果不十分で治験中止
→高用量で再治験→有効

2021年6月 米国 条件付き承認

2021年12月 EU 十分な効果と安全性が証明できず不承認

2021年12月 日本 有効性を明確に判断できず承認見送り

2022年4月 米国 高齢者向け保険適用せず

6

アデュカヌマブの後継レカネマブ

エーザイ(株)とバイオジェンの共同開発

凝集した脳内 β アミロイドを除去

アルツハイマー型認知症の症状進行を遅延(約7.5か月)

米国:FDAへ申請→2023年1月 迅速承認
→2023年7月 正式承認

日本:2023年1月 PMDAへ申請→2023年8月承認
2023年12月 (健康)保険適用
12月25日 使用開始

7

レカネマブ使用にあたっての注意(抄)

有害事象:脳浮腫、微小脳出血等

適応疾患(病態):MCIまたは軽度のアルツハイマー病
($MMSE \geq 22/30$, $CDR=0.5 \sim 1$ etc.)

薬物投与方法:点滴注射 1回/隔週 価格:298万円/年
→2025年11月 薬価改定(↓)

診断:アミロイド蛋白凝集の証明

※ アミロイドPET ※ 髄液検査

投与後、厳密な追跡調査

⇒高度な専門性

<ガイドライン>

専門医(日本神経学会、日本精神神経学会、日本脳神経外科学会、日本老年医学会)

研修医2年間終了後10年以上認知症診療経験のある

常勤専門医(投与開始時は複数名)

薬剤使用前の研修必須

など

8

新しい薬剤 ドナネマブ

イーライリリーが開発

凝集した脳内 β アミロイドを除去

点滴注射: 1回/4週

アルツハイマー型認知症の症状進行を遅延(約7.5か月)

米国: FDAへ申請→2024年7月 承認

日本: PMDAへ申請→2024年9月承認

2024年11月19日 最適使用推進ガイドライン通知
11月29日 使用開始

9

ドナネマブ使用にあたっての注意(抄)

有害事象: 脳浮腫、微小脳出血等

適応疾患(病態): MCIまたは軽度のアルツハイマー病
($20/30 \leq \text{MMSE} \leq 28/30$, $\text{CDR}=0.5 \sim 1$ etc.)

薬物投与方法: 点滴注射 **1回/4週** 価格: 308万円/年

診断: アミロイド蛋白凝集の証明

※ アミロイドPET ※ 髄液検査

投与後、厳密な追跡調査

⇒高度な専門性

<ガイドライン>

専門医(日本神経学会、日本精神神経学会、日本脳神経外科学会、日本老年医学会)

研修医2年間終了後10年以上認知症診療経験のある

常勤専門医(投与開始時は複数名)

薬剤使用前の研修必須

など

10

新しい治療開発の方向



11

今後の課題

継続治療を行う医療機関の確保

治療終了の判断

投与方法の改善(点滴以外)

タウ蛋白へのアプローチ

発症前治療

12

BPSDとは

国際老年精神医学会(1999)

認知症患者にしばしばみられる知覚、思考内容、気分または行動の障害による症状

幻覚・誤認
妄想
抑うつ・不安
繰り返し行動
攻撃的行動
“徘徊”・不穏
など

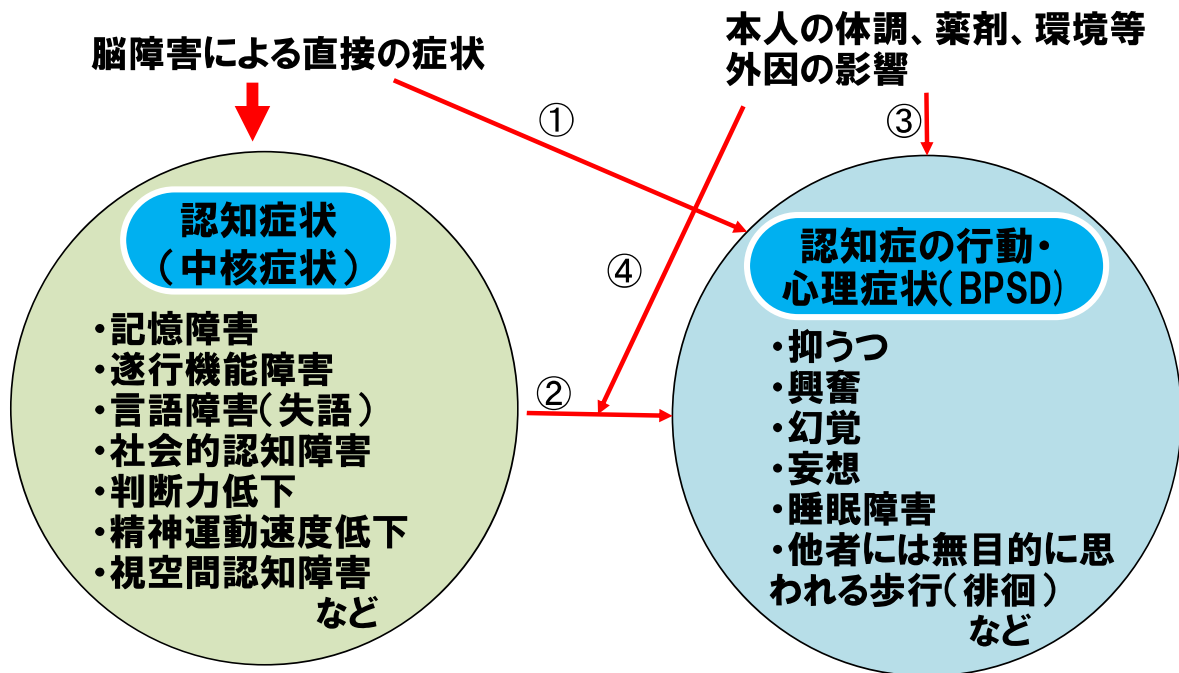
13

認知症の行動・心理症状(BPSD)の例

- ①疾患そのものの症状
レビー小体型認知症の幻視(BPSD)
- ②認知症状(中核症状)自体に起因するもの
社会的認知障害(認知症状)のある前頭側頭型認知症の人がコンビニで気に入った物を”失敬”する。(BPSD)
- ③本人の体調、薬物等に起因するもの
認知症の人がドネペジルを服用する。(薬物の影響)
→興奮して大声でどなる。(BPSD)
- ④環境により誘発されるもの
もの忘れ、視空間認知障害、判断力低下(認知症状)
→引っ越し(環境要因)
→近所に出向いて歩き回る。(BPSD)

14

認知症の症状



WHO: International Classification of Diseases (ICD)-11, 2018 を参考に作図

15

BPSDに対する向精神薬の使用

基本姿勢は「まずは非薬物介入」である。

BPSDに対する向精神薬の多くは適応外使用である。

使用した場合には転倒に十分注意する。

BPSDを予防する薬は知られていない。

16

BPSDへの対応

かかりつけ医のための

BPSDに対応する非薬物療法ガイドライン(第2版)

本ガイドライン作成の背景と目的

平成27年度厚生労働省科学研究費助成事業によるかかりつけ医500人の調査では、家庭がもっとも困る症状は「幻覚・妄想・攻撃性」であり、かかりつけ医の半数以上がそれらに対して非薬物療法を処方しているとの結果であった。しかし、本ガイドラインを策定しているかかりつけ医は約10%のみであり、非薬物療法が適切でなく薬物療法に依存しているかかりつけ医は28%であることも明らかとなった。

認知症に対する非薬物療法は認知症の原因や病状の進行を遅延させる効果は期待できず、必要に応じて認知症ケアセンターなどの専門医療機関との連携のもとに、認知症性のかかりつけ医が適切に処方することで認知症の人のQOL向上につながると考えられる。今回は、非薬物療法の有効性と副作用について明確に把握するための調査を中心としてガイドライン第2版を作成した。

ガイドライン第2版の利便にあたって

- 今回の改訂は地域別ガイドラインや各病態の有効性と副作用を中心に分かりやすく記載した改訂であり、従来のガイドライン(仮版)の構成はそのまま維持するが、認知症の病態から第2版の改訂を従属する。
- FAMIに基づき認知症治療ガイドラインは既に日本神経学会を中心とまとめたものがあるが、ここではそのエビデンスを踏まえてより実践的なガイドラインを作成を意図した。
- まずは非薬物療法を優先してかかりつけ医と検討し実施すること、それ以上でもなければ薬物療法を必要とする場合に、かかりつけ医と連携して処方方針を決定して使用されることを推奨する。
- 重篤なBPSDと診断して本人や介護者の生命や健康を脅かす可能性がある場合は、急性期の認知症診療センターとの連携や、また常に急変する場合には精神科救急システムとの連携を推奨する。
- 本ガイドラインに基づく治療を実施する中で病状が変化していると思われる場合は、認知症を専門とする医師や認知症ケアセンターとの連携を推奨することとする。
- 認知症性BPSDが持続している場合でも、薬物・中止の必要性に際しては、必要に応じて薬物・中止を断念し、できる限り非薬物療法を続けることを勧める。ただし、BPSDが重症化した段階での薬物療法の薬量・中止に関しては、進行性認知症でも考慮し、また中止後に認知症が顕著化した場合は必要に応じて、必要に応じて薬物療法のもとで本人や介護者の健康を脅かすから慎重に行うことを勧める。

BPSD治療アルゴリズム まずアルゴリズムにより対応方針を確認すること

非薬物療法の介入を優先する
出現時間、経過、環境要因などの特徴を探り、家族や介護スタッフとその改善を促す。デイサービスなどの導入も検討する。

↓
確認要件

- 他に身体的原因はない
(特に、感染症、脱水、各種の痛み、視覚・聴覚障害など)
- 他の薬物の作用と関係ない(注1)
- 服薬遵守に問題ない
- ご家族等との間で適応外使用に関するインフォームドコンセントが得られている(注2)

注1：薬物、攻撃性、妄想、幻覚、抑うつ、情動不安、等の精神症状は服用中の薬剤で引き起こされる可能性もある(特に、抗認知症薬(コリン分解酵素阻害薬、メマンチン)、H2ブロッカー、第一世代抗ヒスタミン薬、ベンゾジアゼピン系薬剤、三環系抗うつ薬、その他の抗コリン作用のある薬剤)。開通が疑われる場合には投与を中止するなどを処方文書に書いた適切な処置を行うこと。薬物については「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015(日本老年医学会)」を、非薬物療法については「認知症の診療ガイドライン2015(日本認知症学会)」を参照されたい。

↓
<抗認知症薬を含め保険適応外使用が多いので、次ページ以降の各薬剤の解説を参照すること>

幻覚、妄想、 焦燥、攻撃性 抗認知症薬の副作用を否定した上で、保険適用上の最大用量以下もしくは未服用の場合には、メマンチンやコリン分解酵素阻害薬の増量もしくは投与開始も検討可能だが、逆に増悪させることもあるので注意が必要である。これらに必要でない場合は、その薬剤は減量・中止の上、抗精神病薬、抑肝散や気分安定薬(注3)の使用を検討する。なお、抗認知症薬は重症度によって保険適用量が異なるので注意すること(次頁参照)。	抑うつ症状 アパシー(無為) コリン分解酵素阻害薬を用い、改善しない場合抗うつ薬の使用を検討する。	不安、緊張 易刺激性 抗精神病薬、抗不安薬、抗うつ薬の有効性が示唆されているが、抗不安薬は中等度以上の認知症では使用しない。	睡眠障害 睡眠薬・抗認知症薬の確立のための環境調整を行ったうえで、病態に合った睡眠導入剤/抗うつ薬/抗精神病薬の使用を検討する。	過食、異食、徘徊 介護への抵抗 非薬物療法の有効性を示唆するエビデンスは不十分で科学的根拠に乏しい。
--	---	--	--	--

↓
低用量で開始し、症状をみながら漸増する
・どの薬剤でも添付文書の最高用量を超えないこと
・薬物相互作用に注意すること
・用量の設定では、年齢、体重、肝・腎機能などの身体的状況を勘案すること

↓
日常生活のチェック (必ずチェックしてから薬物投与を開始して下さい。)

注2：かかりつけ医は、まずなるべく平明な表現でもって、薬剤使用の一般的な利便・不利益を説明し、本人の意向を把握するよう努める必要がある。平明な表現で説明してもなお本人の理解が及ばない場合や、本人の意向が確認できない場合、または妄想などと関連して自己の医療についての利益・不利益を判断する実質的能力を明らかに欠く場合には、本人の同意以外に治療上の根拠を採るべきである。具体的には、第一に事前指示書の有無を確認する必要がある。事前指示書により代理人の指定がある場合には、本人が指定した代理人に対してインフォームドコンセントを行う。事前指示書などによる事前の代理人指定がない場合には、適当な家族(本人との間に信頼関係があることが望ましい)に対してインフォームドコンセントを行うことが適当である。(白鳥昭彦・老年精

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000140619.pdf>

認知症(BPSDを含む)に対する非薬物療法

日本医療研究開発機構(AMED)研究:

「ヘルスケアサービス利用者・事業者も使用可能な認知症に対する非薬物療法指針」

委員長: 数井裕光(高知大)

日本認知症学会 日本老年精神医学会 日本老年医学会
日本神経治療学会 日本神経学会 日本精神神経学会

運動療法
栄養療法
認知訓練

https://healthcare-service.amed.go.jp/assets24/pdf/guidelines4healthcare_services_D.pdf

BPSDに対する非薬物療法

強く推奨する（多くのエビデンスあり）
なし

提案する（かなりのエビデンスあり）
運動療法（抑うつ症状）
認知訓練（抑うつ症状、アパシー）
音楽療法（抑うつ症状、不安）
回想療法（抑うつ症状）
精神療法（抑うつ症状）

保留（エビデンスに乏しい）
栄養療法
現実見当識訓練
包括介入

数井裕光 他：ヘルスケアサービス利用者・事業者も使用可能な認知症に対する非薬物療法指針、
日本医療研究開発機構(AMED)ヘルスケア社会実装基盤整備事業報告書, 2025

19

認知症施策を巡る動き

- 2008年 認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト（厚生労働省）
- 2012年 認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）（厚生労働省）
- 2015年 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）（日本政府）
- 2019年 認知症施策推進大綱（内閣府）
- 2023年 共生社会の実現を推進するための認知症基本法
- 2024年 認知症施策推進基本計画（12月 閣議承認）

20

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）

21

5. 基本的施策

- ①【認知症の人に関する国民の理解の増進等】
国民が共生社会の実現の推進の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られるようにする施策
 - ②【認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進】
 - ・ 認知症の人が自立して、かつ、安心して他の人々と共に暮らすことのできる安全な地域作りの推進のための施策
 - ・ 認知症の人が自立した日常生活・社会生活を営むことができるようにするための施策
 - ③【認知症の人の社会参加の機会の確保等】
 - ・ 認知症の人が生きがいや希望を持って暮らすことができるようにするための施策
 - ・ **若年性認知症の人（65歳未満で認知症となった者）**その他の認知症の人の意欲及び能力に応じた雇用の継続、円滑な就職等に資する施策
 - ④【認知症の人の意思決定の支援及び権利利益の保護】
認知症の人の意思決定の適切な支援及び権利利益の保護を図るための施策
 - ⑤【保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等】
 - ・ 認知症の人がその居住する地域にかかわらず等しくその状況に応じた適切な医療を受けることができるための施策
 - ・ 認知症の人に対し良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスを適時にかつ切れ目なく提供するための施策
 - ・ 個々の認知症の人の状況に応じた良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが提供されるための施策
 - ⑥【相談体制の整備等】
 - ・ 認知症の人又は家族等からの各種の相談に対し、個々の認知症の人の状況又は家族等の状況にそれぞれ配慮しつつ総合的に応ずることができるようにするために必要な体制の整備
 - ・ 認知症の人又は家族等が孤立することがないようにするための施策
 - ⑦【研究等の推進等】
 - ・ 認知症の本態解明、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等の基礎研究及び臨床研究、成果の普及等
 - ・ 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、他の人々と支え合いながら共生できる社会環境の整備等の調査研究、成果の活用等
 - ⑧【認知症の予防等】
 - ・ 希望する者が科学的知見に基づく予防に取り組むことができるようにするための施策
 - ・ 早期発見、早期診断及び早期対応の推進のための施策
- ※ その他認知症施策の策定に必要な調査の実施、多様な主体の連携、地方公共団体に対する支援、国際協力

6. 認知症施策推進本部

内閣に内閣総理大臣を本部長とする**認知症施策推進本部**を設置。基本計画の案の作成・実施の推進等をつかさどる。

※基本計画の策定に当たっては、本部に、**認知症の人及び家族等**により構成される**関係者会議**を設置し、意見を聴く。

※ 施行期日等：公布の日から起算して1年を超えない範囲内で施行、施行後5年を目途とした検討

22

重点目標・評価指標

重点目標	プロセス指標	アウトプット指標	アウトカム指標
①国民一人一人が「新しい認知症観」を理解している	<ul style="list-style-type: none"> 地域の中で認知症の人と出会い、その当事者活動を支援している地方公共団体の数 認知症サポーターの養成研修に認知症の人が参画している地方公共団体の数 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症希望大使等の本人発信等の取組を行っている地方公共団体の数 認知症サポーターの養成者数及び認知症サポーターが参画しているチームオレンジの数 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症や認知症の人に関する国民の基本的な知識の理解度 国民における「新しい認知症観」の理解とそれに基づく振る舞いの状況
②認知症の人の生活においてその意思等が尊重されている	<ul style="list-style-type: none"> ピアサポート活動への支援を実施している地方公共団体の数 行政職員が参画する本人ミーティングを実施している地方公共団体の数 医療・介護従事者等に、認知症の人の意思決定支援の重要性の理解を促す研修を実施している地方公共団体の数とその参加者数 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症施策に関して、ピアサポート活動等を通じて得られる認知症の人の意見を反映している地方公共団体の数 認知症施策に関して、ピアサポート活動等を通じて得られる家族等の意見を反映している地方公共団体の数 	<ul style="list-style-type: none"> 地域生活の様々な場面において、認知症の人の意思が尊重され、本人が望む生活が継続できていると考えている認知症の人及び国民の割合
③認知症の人・家族等が他の人々と支え合いながら地域で安心して暮らすことができる	<ul style="list-style-type: none"> 部署横断的に認知症施策の検討を実施している地方公共団体の数 認知症の人と家族等が参画して認知症施策の計画を策定し、その計画に達成すべき目標及び関連指標（KPI）を設定している地方公共団体の数 医療・介護従事者に対して実施している認知症対応力向上研修の受講者数 	<ul style="list-style-type: none"> 就労支援も含めて個別の相談・支援を実施していることを明示した認知症地域支援推進員や若年性認知症支援コーディネーターを設置している地方公共団体の数 認知症バリアフリー宣言を行っている事業者の数 製品・サービスの開発に参画している認知症の人と家族等の人数 基本法の趣旨を踏まえた認知症ケアパスの作成・更新・周知を行っている市町村の数 認知症疾患医療センターにおける認知症関連疾患の鑑別診断件数 	<ul style="list-style-type: none"> 自分の思いを伝えることができる家族、友人、仲間がいると感じている認知症の人の割合 地域で役割を果たしていると感じている認知症の人の割合 認知症の人が自分らしく暮らせると考えている認知症の人及び国民の割合 認知症の人の希望に沿った、保健医療サービス及び福祉サービスを受けていると考えている認知症の人の割合
④国民が認知症に関する新たな知見や技術を活用できる	<ul style="list-style-type: none"> 国が支援・実施する、認知症の人と家族等の意見を反映させている認知症に関する研究事業に係る計画の数 	<ul style="list-style-type: none"> 国が支援・実施する、認知症の人と家族等の意見を反映させている認知症に関する研究事業の数 	<ul style="list-style-type: none"> 国が支援・実施する、認知症に関する研究事業の成果が社会実装されている数

3

23

若年性認知症とは

65歳未満で発症した認知症

「疾患名」ではない

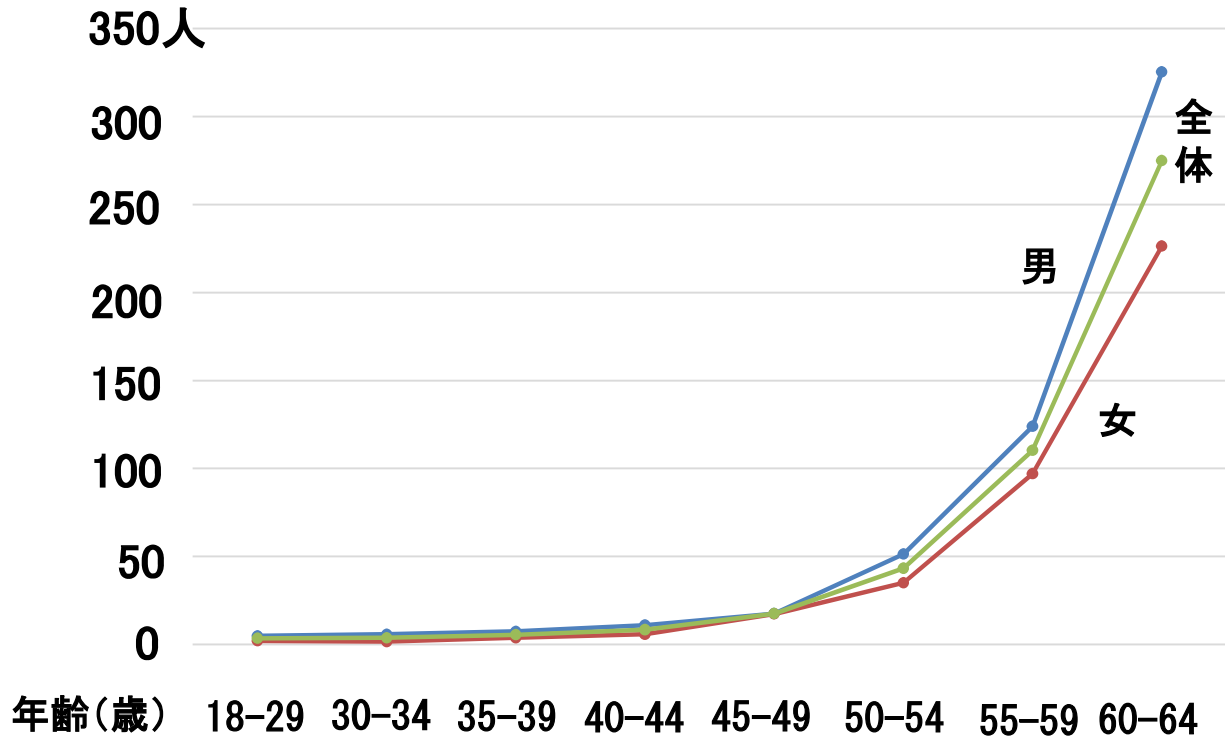
原因疾患分類は高齢者の認知症と同じ

全国に約35,700人

粟田主一：わが国における若年性認知症の有病率と生活実態調査. 精神医学 2020;62:1429-1444

24

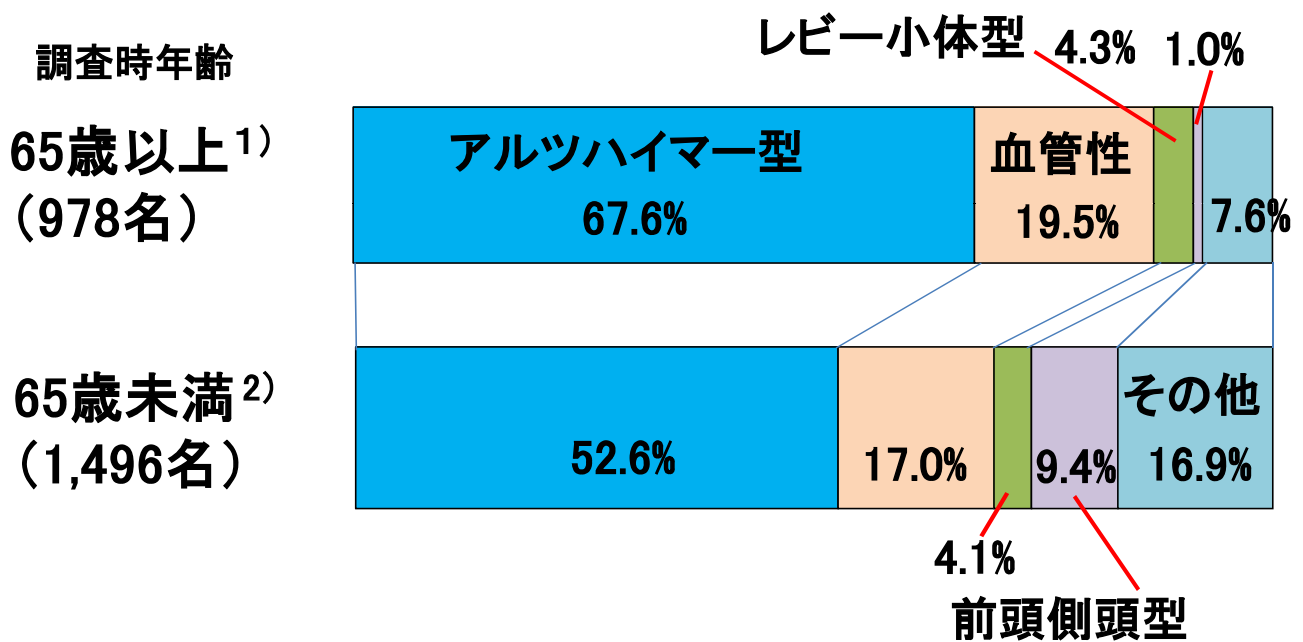
若年性認知症の有病率(/10万人)



栗田主一:わが国における若年性認知症の有病率と生活実態調査. 精神医学 2020;62:1429-1444 より作図

25

原因疾患

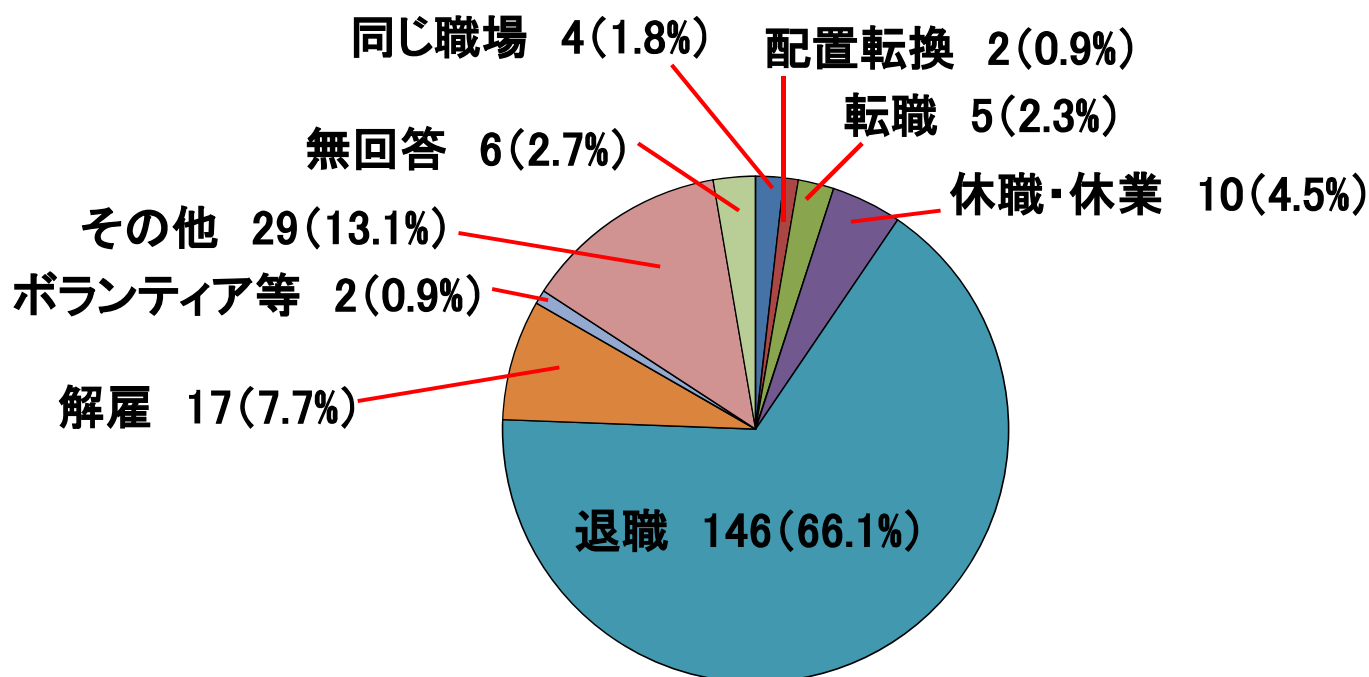


1) 朝田隆:厚生労働研究費補助金(認知症対策総合研究事業「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」平成23年度~平成24年度総合研究報告書. 2013年3月

2) 栗田主一:わが国における若年性認知症の有病率と生活実態調査. 精神医学 2020;62:1429-1444

26

若年性認知症者の就労状況(221名)

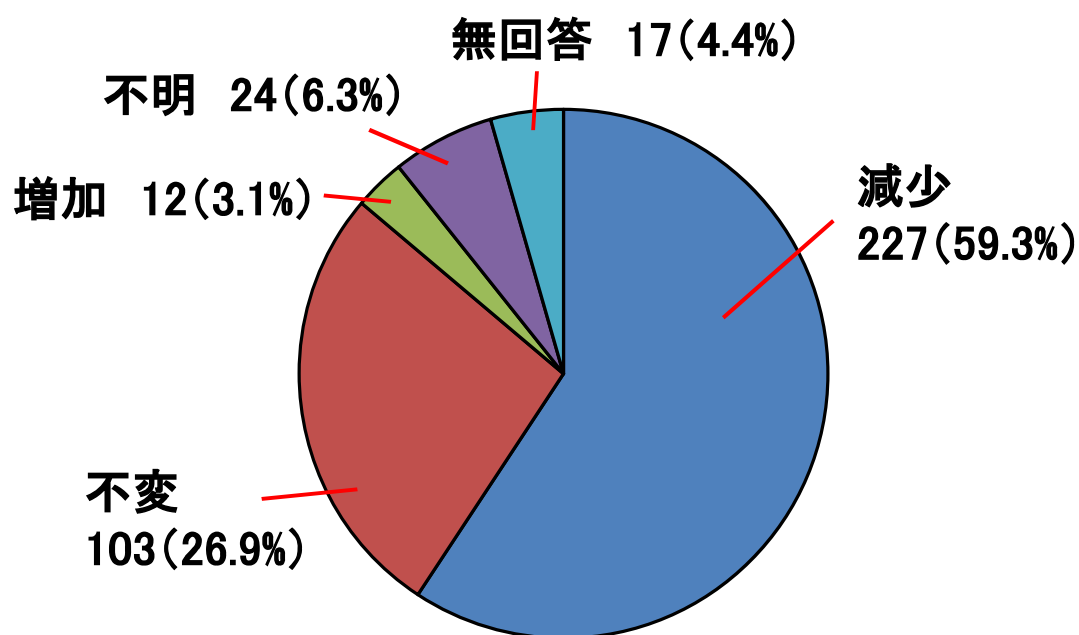


認知症介護研究・研修大府センター:平成26年度老人保健健康増進等事業「若年認知症の社会的支援策に関する研究事業」報告書, 2015年3月

27

本人が認知症となつてからの世帯の収入

n=383

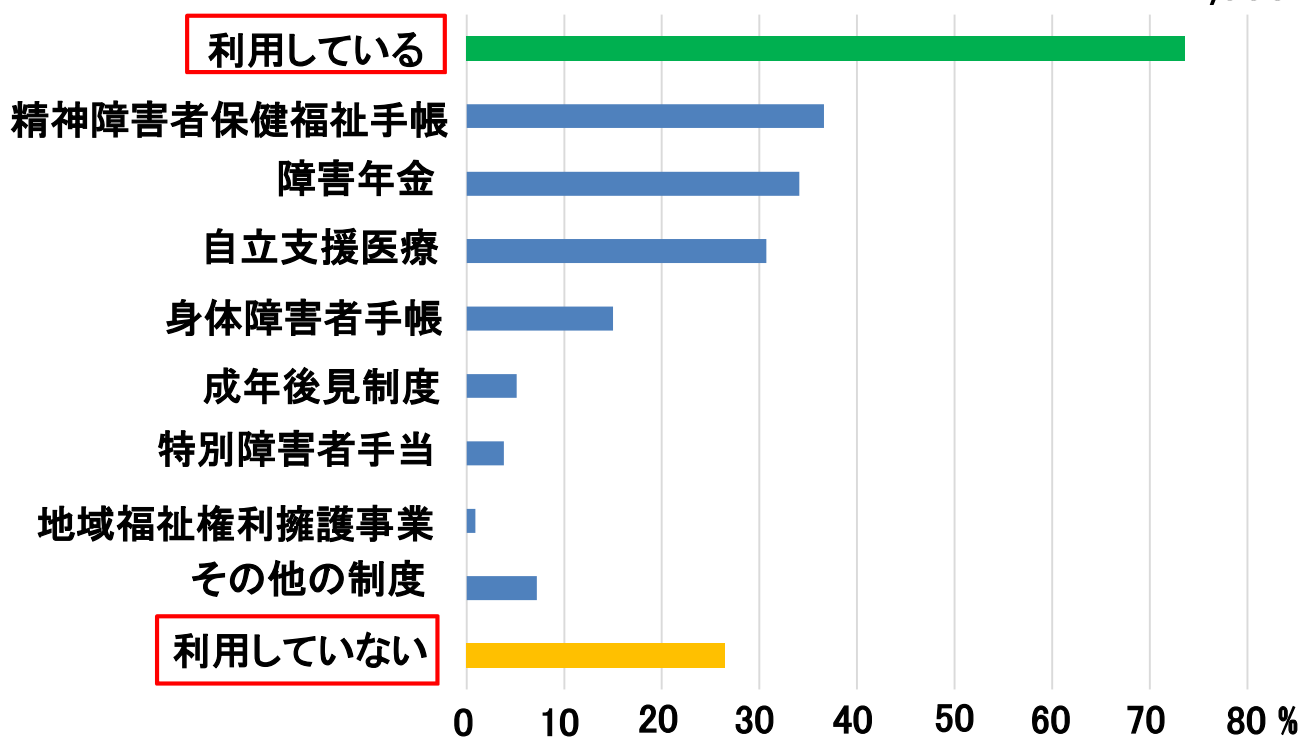


認知症介護研究・研修大府センター:平成26年度老人保健健康増進等事業「若年認知症の社会的支援策に関する研究事業」報告書, 2015年3月

28

利用している制度（申請中を含む）

n=1,035



2) 粟田主一: わが国における若年性認知症の有病率と生活実態調査. 精神医学 2020; 62: 1429-1444

29

若年性認知症支援施策

- 若年性認知症の人やその家族からの相談に対応する窓口を設置（都道府県）
→若年性認知症の人や家族の支援
- 若年性認知症の人の自立支援に関わる関係者のネットワークの調整役（**若年性認知症支援コーディネーター**）を配置
→若年性認知症の人の視点に立った支援の拡充

30

全国若年性認知症支援センターの設置

2018年4月

- 全国規模の企業や業界団体に対し、若年性認知症の理解促進のための研修や相談支援を実施
- 先進自治体の取り組み等の情報を収集し、研修やホームページを通じて提供
- 若年性認知症コールセンターを通じた本人や家族の相談、関係機関への連絡調整

31

全国の若年性認知症支援コーディネーター



全国各地の専門相談窓口

若年性認知症に関する相談窓口

都道府県（一部指定都市）ごとに若年性認知症の人やその家族からの相談の窓口を設置し、そこに若年性認知症支援コーディネーターを配置することにより、若年性認知症の人の視点に立ったサポートを進めることとしています。

『若年性認知症支援コーディネーターの主な役割』

- 若年性認知症の人やその家族、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
- 等をはじめとした支援を進めます。

相談窓口の一覧は下記バナーよりダウンロードいただけます！

 「若年性認知症に関する相談窓口一覧表」印刷はこちらから



<https://y-ninchishyotei/contact/>

32