

		今後の認知症施策の方向性について 平成24年6月18日		オレンジプラン 平成24年9月5日	
		【現状・課題】	【基本的な対応方針】	【具体的な対応方針】	【平成25年度から29年度までの計画】
1 標準的な認知症ケアのの流れ		○早期診断・早期対応の遅れ、行動・心理症状等への不適切な対応などにより、不必要な施設入所や精神科病院への入院が増えている。	認知症の人ができる限り住み慣れた自宅で暮らし続け、また、認知症の人やその家族が安心できるよう、標準的な認知症ケアパス(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)の作成と普及を推進する。	○認知症の人やその家族が、認知症と疑われる症状が発生した場合に、医療や介護サービスへのアクセス方法やどのような支援を受けることができるのかを早めに理解することが、その後の生活に対する安心感につながる。このため、標準的な認知症ケアパスの作成を進めていくこととする。 ○標準的なケアパスとは、認知症を発症したときから、生活機能障害が進行していく中で、その進行状況にあわせていつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのかあらかじめ標準的に決めておくものである。 ○標準的な認知症ケアパスについては、今後、国としてその調査・研究を行うが、その概念図は(参考資料1★)のとおりである。 ○なお、国が行う研究を踏まえて、市町村で、地域の実情に応じて、その地域ごとの認知症ケアパスの作成・普及を進めていく。いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのか、具体的な機関名やケア内容等が、あらかじめ、認知症の人とその家族に提示されるようにする。	○「認知症ケアパス」(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)の作成・普及 ・平成24～25年度 調査・研究を実施 ・平成25～26年度 各市町村において、「認知症ケアパス」の作成を推進 ・平成27年度以降 介護保険事業計画(市町村)に反映
	2 早期診断・早期対応の課題	○かかりつけ医には、認知症の早期発見とその状態の変化の把握、認知症の人への日常的な診療や家族への助言を行うことが期待されている。現在、「かかりつけ医研修」を実施しているものの修了者数が不足している。 ○早期対応の遅れから、行動・心理症状が生じてからの受診になるケースが散見されている。 ○早期の診断を一層促進するためには、より身近に、かかりつけ医と連携して、その支援を担う地域の認知症医療の拠点を整備することが必要である。 ○認知症の人に対するケアマネジメントが不十分なケアプランが見られる。	○認知症の人の日常の医療をかかりつけ医が担うよう、その認知症対応力の向上を図る。 ○認知症の人や家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を地域包括支援センター等に配置し、モデル的に実施する。 ○かかりつけ医と連携し、そのバックアップを担う「身近型認知症疾患医療センター」を整備し、早期診断と介護との連携を確保する。 ○適切なケアマネジメント、「地域ケア会議」の開催により、包括的な医療・介護サービスの提供を行い、地域での生活を可能とする。	①かかりつけ医の認知症対応力の向上 ・かかりつけ医は、高齢者の身体的な身体疾患への対応や健康管理などを通じて、その状態をいち早くキャッチすることが可能である。認知症の早期段階で専門医療機関への受診勧奨を通じて、早期診断等へ寄与することが期待できる。 ・そのため、現在実施している「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を充実し、レベルアップを図る。また、必要に応じて「身近型認知症疾患医療センター」からアドバイスを受けることが可能となる体制を整備する。 ・認知症サポート医については、その役割について再検討を行う。 ・また、かかりつけ医が、認知症の人とその家族や介護従事者等への適切なアドバイスをを行うとともに、医療と介護の橋渡しの役割を担うため、「医師のための認知症患者及び家族への対応ガイドライン」を作成する。 ②「認知症集中支援チーム」の設置(参考資料3★参照) ・このチームは、家庭訪問を行い、生活場面で詳細な情報を収集して本人や家族に対する初期のアセスメントを実施するとともに、本人や家族への認知症の症状や病気の進行状況に沿った対応等についての説明、所期の在宅での具体的なケアの提供、家族に対するアドバイスなどを行い、一定期間、集中的に本人と家族に関わるものとする。また、医師の参加を得て、「チーム会議」を開催し、ケア方針の決定や医療機関への紹介の有無等について検討するものとする。 ・なお、一定期間経過後は、ケアマネジャー、介護サービス事業者、かかりつけ医等に引き継ぐ役割を担うものとするが、その後も、ケアマネジャーやかかりつけ医等に対する専門的なアドバイスやサポートの役割を果たすことが期待される。 ・チームの整備については、モデル事業に着手し、今後、具体的な取組について検討を行うこととする。 ③アセスメントのための間便なツールの検討・普及 ・アセスメントについて、介護従事者や家族などでも間便に活用することができ、認知症の重症度の推測、早期受診につながるツールの検討・普及を行う。 ④早期診断等を担う「身近型認知症疾患医療センター」の整備 ・外科的な治療等の治療可能な認知症かどうかを早期に診断することが重要である。 ・確な診断やかかりつけ医や地域包括支援センター等との連携・支援を担う「身近型認知症疾患医療センター」を2次医療圏に1か所以上、高齢者人口6万人に1か所程度整備することを目標とする。 ・専門医療機関の情報を地域住民にもわかりやすく情報提供する。 ・また「身近型認知症疾患医療センター」の医師が、一般病院や介護保険施設・事業所に訪問して、行動・心理症状の認知症の人に対する専門的な医療を提供すること等により、行動・心理症状の増悪による転院や入院の回避を支援する。 ⑤認知症の人の適切なケアプラン作成のための体制の整備 ・地域で早期から継続的に包括的な医療・介護サービスを提供する仕組みを構築するためには、多職種の連携による適切なケアプランの作成が行われる必要がある。 具体的には、 →ケアマネジャーが、在宅の認知症の人について、その症状や家族の抱える不安などの状況把握を行うとともに、専門医療機関での確定診断やかかりつけ医等からの情報提供を受け、対象者の認知症の重症度、状態等についてのアセスメントを行う。 →アセスメント結果や地域ごとに作成した標準的な認知症ケアパスを活用し、ケアマネジャーがケアプラン(将来的に状態が変化し重症となった場合や緊急時対応等を含む。)を作成する。 →ケアマネジャーが作成したケアプランを基に、地域包括支援センター等を中心として、医療・介護従事者、行政機関、家族等の支援に携わる者が一堂に会する「地域ケア会議」を開催し、アセスメント結果を活用したケアプランの検討・検証を行う体制が全国で構築されるよう推進していく。(参考資料4★)	○かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数(累計) 平成24年度末見込35,000人→平成29年度末50,000人 【考え方】高齢者人口約600人(認知症高齢者60人)に対して、1人のかかりつけ医が受講。 ※後述の「認知症の薬物療法に関するガイドライン」も活用して研修を実施 ○認知症サポート医養成研修の受講者数(累計) 平成24年度末見込2,500人→平成29年度末4,000人 ○「認知症初期集中支援チーム」の設置 ・平成24年度 モデル事業のスキームを検討 ・平成25年度 全国10か所程度でモデル事業を実施 ・平成26年度 全国20か所程度でモデル事業を実施 ・平成27年度以降 モデル事業の実施状況等を検証し、全国普及のための制度化を検討 ○早期診断等を担う医療機関の数 ・平成24～29年度 認知症の早期診断等を行う医療機関を約500か所整備する。 【考え方】認知症疾患医療センターを含めて、二次医療圏に1か所以上。 ※いわゆる「身近型認知症疾患医療センター」の機能(早期診断・早期支援、危機回避支援)については、平成25年度までに、認知症サポート医の活動状況等も含めた調査を行い、それを踏まえて検証する。 ○地域包括支援センターにおける包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の一環として多職種協働で実施される「地域ケア会議」の普及・定着 ・平成24年度 「地域ケア会議運営マニュアル」作成、「地域ケア多職種協働推進等事業」による「地域ケア会議」の推進 ・平成27年度以降 すべての市町村で実施
3 地域での生活を支える医療サービスの構築	○認知症の精神症状に対する抗精神病薬の投与については、ガイドライン等が策定されていない。 ○一般病院で、職員の認知症への理解や対応力の不足から、身体疾患の合併等により手術や処置等が必要となる認知症の人の入院の受入等を促進する。 ○身近型認知症疾患医療センターの職員が一般病院に訪問して専門的な医療を提供するなどの業務の充実を図る。 ○精神科病院に入院が必要な状態像の明確化の調査、研究を行う。 ○精神科病院に入院した認知症の人の50%が退院できるまでの期間を平成32年度までに2ヶ月に短縮するための、退院・在宅復帰の支援を行う。	①「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定 ・認知症に対する薬物の影響や行動・心理症状に対する適切な薬物治療と非薬物治療についての検証、ならびに実践的なガイドラインを策定し普及を図る。 ②一般病院での認知症の人の手術、処置等の実施の確保 ・在宅や施設等で生活している認知症の人が身体疾患の合併症により手術や処置等で入院が必要となった場合、一般病院での入院を確保することが重要である。そのため、一般病院勤務の医師、看護師をはじめとする医療従事者が、認知症ケアについて理解し適切な対応ができるよう研修を拡充する。 ③一般病院での認知症対応力の向上 ・「身近型認知症疾患医療センター」の職員や医師が、一般病院の職員に対して、アドバイスや研修を行う。また、必要に応じて一般病院に訪問して、行動・心理症状等の専門的な医療を提供する。 ④精神科病院に入院が必要な状態像の明確化 ・有識者等により調査、研究を行い、コンセンサスの形成に努める。 ⑤精神科病院からの円滑な退院・在宅復帰の支援 ・平成32年度までに2か月に(現在は6か月)ことを目標とする。 ・このため、精神科病院からの「退院支援・地域連携クリティカルパス(退院に向けての診療計画)」の作成等を通じて、退院後に必要な介護サービス等が円滑に提供できる仕組みづくりを推進する。 ・地域での受入れの体制づくりや人材の育成については、平成25年度予算に反映する。また、第6期介護保険事業計画期間(平成27年度から29年度まで)以降の各自自治体の計画等への反映方法、医療計画や障害福祉計画との連携について検討する。	○「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定 ・平成24年度 ガイドラインの策定 ・平成25年度以降 医師向けの研修等で活用 ○精神科病院に入院が必要な状態像の明確化 ・平成24年度～ 調査・研究を実施 ○「退院支援・地域連携クリティカルパス(退院に向けての診療計画)」の作成 ・平成24年度 クリティカルパスの作成 ・平成25～26年度 クリティカルパスについて、医療従事者向けの研修会等を通じて普及。あわせて、退院見込者に必要となる介護サービスの整備を介護保険事業計画に反映する方法を検討 ・平成27年度以降 介護保険事業計画に反映		

今後の認知症施策の方向性について 平成24年6月18日			オレンジプラン 平成24年9月5日
【現状・課題】	【基本的な対応方針】	【具体的な対応方針】	【平成25年度から29年度までの計画】
<p>4 地域での生活を支える介護サービスの構築</p>	<p>○認知症ケアにおいては、介護と医療の連携体制の構築が重要であるが、多くの自治体では、その取組が遅れている。</p> <p>○市町村の認知症に係る課題やサービスの把握・分析が遅れている。</p> <p>○今後、認知症の人が増加していくことが見込まれるなかで、今までの提供水準の居住系サービスや在宅サービスの介護サービスでは、十分に対応できないおそれがある。</p> <p>○在宅での認知症ケアを推進していくために、グループホームが地域の認知症ケアの拠点となつてはどうか。また、入所者の重度化への対応が十分でない現状。</p> <p>○介護保険施設・事業所の職員の認知症への理解の不足から、認知症の人の入所・利用を拒否するなどの問題が生じている。</p> <p>○介護保険施設等で、行動・心理症状への対応ができていないため、精神科病院に入院する</p>	<p>①医療・介護サービスの円滑な連携と認知症施策の推進 ・介護保険事業(支援)計画(市町村・都道府県)や医療計画で、地域の実情に応じて、医療と介護の連携体制について位置づける。例えば、専門医療機関と地域包括支援センターとの連携、介護サービス事業者と医療機関との連携を位置付けることにより、各地域で積極的に連携体制を構築する。 また、介護保険事業計画(市町村)で、認知症に係る課題や必要となるサービスの把握・分析を行い、認知症施策を位置付ける。 ・平成23年度から実施している「在宅医療連携拠点事業」では、認知症への対応も含めた好事例の情報を広く関係者に提供していくことなどにより、在宅医療の取組に関する全国的な質の向上を図る。</p> <p>②認知症にふさわしい介護サービスの整備 ・グループホーム、小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応サービス」などを始めとした地域密着型サービスの拡充を図る。</p> <p>③地域の認知症ケアの拠点としての「グループホーム」の活用の推進 ・グループホームで行われる「共用型認知症対応型通所介護」やグループホームの空床を利用した「短期利用共同生活介護」により、在宅で生活する認知症の人やその家族及び、病院や介護保険施設から在宅へ復帰した認知症の人やその家族への相談や支援を行うことを推進する。 ・また、グループホーム入所者の重度化や看取り対応を強化する観点から「医療連携体制加算」や「看取り介護加算」として評価しており、この評価を継続して実施する。</p> <p>④行動・心理症状等が原因で在宅生活が困難となった場合の介護保険施設等での対応 ・在宅での対応が困難となった場合には、精神科病院への入院に頼ることなく、地域の介護サービスがその担い手となることを推進していく。 具体的には、介護保険の短期入所系サービスや介護保険施設で「認知症行動・心理症状緊急対応加算」として、期間を限定した形で緊急的な対応を評価しており、この評価を継続して実施する。 ・また、認知症人がなるべく早く在宅生活に復帰するためには、介護保険施設からの退所前に入所者の居宅を訪問し、退所後の生活を想定したケアを提供することやサービス内容等について家族と連携することが重要であり、多職種協働による体制の整備を推進する。</p> <p>⑤介護保険施設等での認知症対応力の向上 ・「身近型認知症疾患医療センター」の職員や医師が、介護保険施設・事業所の職員に対してアドバイスや、研修を行ったり、必要に応じて、介護保険施設等に訪問して、行動・心理症状等の認知症の人に対する専門的な医療を提供する。</p>	<p>○認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活するために、必要な介護サービスの整備を進める。</p>
<p>5 地域での日常生活・家族の支援の強化</p>	<p>○認知機能低下予防プログラムを盛り込んだ介護予防マニュアルを全市町村に配布する。</p> <p>○全国の市町村で、本庁や地域包括支援センター等に介護と医療の連携強化や、認知症施策の推進役を担う「認知症地域支援推進員」の設置を推進する。</p> <p>○地域で認知症の人とその家族を支援し、見守る体制を強化するため「認知症サポーター」の養成等を引き続き進めるとともに、地域での互助組織等の活動を支援する。</p> <p>○また、権利擁護の確保や、市民後見人の育成と市町村による活動支援を推進する。</p> <p>○高齢者の権利擁護、虐待防止の取組は推進されているところであるが、不十分な状況である。</p> <p>○認知症の人や独居高齢者の増加を踏まえると、日常生活に関わりの深い身上監護(介護サービスの利用契約の手助け等)に係る成年後見の必要性が高まることが予想される。今後、市民も含めて後見人を確保していくことが必要となる。</p> <p>○認知症の人や家族に対しては、認知症の知識や介護技術、精神面など様々な支援が必要であるが、現行施策は、コールセンターの設置や交流会の開催などの支援にとどまっている。</p>	<p>①認知症に関する介護予防の推進 ・定期的な運動により、認知機能低下の予防につながる効果検証が行われており、こうした研究成果を活用し、介護予防事業の取組を推進する。 ・このため、認知機能低下予防プログラムを盛り込んだ介護予防マニュアルを全市町村に配布し、認知機能低下予防の取組を進める。</p> <p>②全国の市町村で、介護と医療の連携強化や、認知症施策の推進役を担う「認知症地域支援推進員」を設置する。</p> <p>③地域で認知症の人を支える互助組織等の活動への支援 ・地域で認知症の人やその家族を支える互助組織等の活動を支援していくことは、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることにつながると考えられる。 ・地域で、認知症の人の徘徊事案に対応するため、警察のみならず、幅広く市民が参加する徘徊高齢者の捜索・発見・通報・保護や見守りに関するネットワークを構築するための「徘徊見守りSOSネットワーク構築事業」や、地域の人材やサービス拠点についての情報を収集し、整理した「地域資源マップ」を作成するなど、地域の実情に応じた取組を推進していく。</p> <p>④「認知症サポーターキャラバン」の継続的な実施 ・また、認知症サポーターとして養成された人々の自主的な活動が、認知症の人を支える地域づくりへと広がりを見せるよう、自治体はその活動を支援していく。</p> <p>⑤高齢者の虐待防止などの権利擁護の取組の推進 ・一般住民への市町村の対応窓口の再周知や、対応マニュアルの作成、ネットワークの構築の推進等について積極的な取組を行う。 ・また、市町村に対する都道府県の支援が重要であり、市町村に対し、虐待対応事例の収集・提供を行う取組や、弁護士等による専門職チームなどを活用した権利擁護窓口の設置の強化を図る。</p> <p>⑥市民後見人の育成と活動支援 ・市民後見人の育成と活動支援などの取組が、全国の自治体で実施されるよう、その取組の強化を図る。</p> <p>⑦家族に対する支援 ・認知症の人の介護を行うことは、その家族にとって相当な負担となっており、認知症の人と家族などとの関係性によっては、認知症の人に悪影響を与えるおそれが生じる。 このため、地域包括支援センター職員やケアマネジャーなどが、認知症の人のアセスメントを行う際に、認知症の人だけでなく、家族との関係性の中に生ずる問題にも十分焦点を当てるとともに、その理解や対応を通じて、家族の過重な負担の軽減につながる可能性も踏まえて行うよう徹底する。 また、家族などの介護者への支援の視点も含めたサービス提供が行われるようにする。 なお、当面、モデル的に実施する「認知症初期集中支援チーム」でも、家族などの介護者への支援の視点も含めたサービス提供を行う。 ・国の予算補助事業である「認知症対策普及・相談・支援事業」や地域支援事業で行われている「家族介護支援事業」において、一部の地域で実施されている「家族教室」(認知症に関する知識の習得や情報共有を図る場)や「認知症カフェ」(認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、集う場)の普及など内容の充実等を図る。</p>	<p>○地域支援推進員の人数 平成24年度末見込 175人 → 平成29年度末 700人 【考え方】5つの中学校区当たり1人配置(合計約2,200人)、当面5年間で700人配置。</p> <p>○認知症サポーターの人数(累計) 平成24年度末見込 350万人 → 平成29年度末 600万人</p> <p>○市民後見人の育成・支援組織の体制を整備している市町村数 平成24年度見込 40市町村 将来的に、全ての市町村(約1,700)での体制整備</p> <p>○認知症の人やその家族等に対する支援 ・平成24年度 調査・研究を実施 ・平成25年度以降「認知症カフェ」(認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、集う場)の普及などにより、認知症の人やその家族等に対する支援を推進</p>

		今後の認知症施策の方向性について 平成24年6月18日		オレンジプラン 平成24年9月5日	
		【現状・課題】	【基本的な対応方針】	【具体的な対応方針】	【平成25年度から29年度までの計画】
6	若年性認知症施策の課題	<p>○若年性認知症については、「診断されたが、どこへ相談したら良いのかわからない」など本人や家族からの意見がある。</p> <p>○また、本人や関係者等が地域で交流できる居場所が不足している状況にある。</p> <p>○若年性認知症の人の支援は、一般的に介護保険サービスの利用にいたるまでの期間が長い。就労支援、障害福祉サービスの活用、インフォーマルサービスの活用が必要である。</p>	<p>○若年性認知症の特性に配慮し、支援のためのハンドブックを作成し、配付するとともに、本人や関係者等が交流できる居場所づくりの設置等を促進する。</p>	<p>①若年性認知症支援のハンドブック作成 ・発症初期の段階からその状態に応じた適切なサービスの利用を可能とするため、若年性認知症支援のハンドブックを作成し、医療機関や自治体窓口など若年性認知症と診断された人が訪れやすい場所で配付する。</p> <p>②若年性認知症の人の居場所づくり ・特性に配慮した就労支援や社会参加の支援、本人や関係者等が交流できる居場所づくりについて、障害福祉・介護保険に関する施策や、その他の若年性認知症施策の活用促進を図る。</p> <p>③若年性認知症の人のニーズ把握等の取組の推進 ・国の予算補助事業である「若年性認知症対策総合推進事業」により、「都道府県内における若年性認知症実態調査及びニーズ把握のための意見交換会の開催」や「若年性認知症の人の自立支援のための関係者のネットワーク構築に資する事業」等の強化を図る。</p> <p>④若年性認知症の人の就労等の支援 ・雇用継続や就労の支援など障害者施策との連携の取組の強化を図る。</p>	<p>○若年性認知症支援のハンドブックの作成 ・平成24年度～ ハンドブックの作成。医療機関、市町村窓口等で若年性認知症と診断された人とその家族に配布</p> <p>○若年性認知症の人の意見交換会開催などの事業実施 都道府県数 平成24年度見込 17都道府県→平成29年度 47都道府県</p>
7	医療・介護サービスを担う人材の育成	<p>○これまでの認知症の人に対するケアは、サービス種類別に個別に行われていたりする傾向にあり、認知症の人の生活全体を支える視点が不足していた。</p> <p>○医療・介護従事者に対する研修が別々に行われており、同一地域に勤務していても顔を合わせる機会が少なく、認知症ケアの現場で、連携がとれた対応ができていないとの指摘がある。</p> <p>○介護従事者に対しては、特に在宅サービスの介護事業所に勤務する従事者を中心として、研修の機会が少ないとの指摘がある。</p> <p>○医療従事者に対しては、一般病院勤務の医師や看護師をはじめとする医療従事者に対する研修の機会は不十分である。</p>	<p>○認知症の人への医療・介護を含む一体的な生活支援としての「認知症ライフサポートモデル」(認知症ケアモデル)の策定を行う。</p> <p>○「認知症ライフサポートモデル」の研究成果を基に、標準的な医療・介護従事者の協働研修のためのカリキュラムの開発と研修体系の整備を行い、医療従事者・介護従事者の研修の機会の確保に一層努める。</p>	<p>①「認知症ライフサポートモデル」の策定 ・認知症ケアに携わる様々な専門職は、これまで、高齢者の尊厳の保持やQOLの向上に向けて試行錯誤を続け、医療職は認知症という疾患に焦点を当てたアプローチ、介護職は認知症の人の人生や生活に焦点をあてたアプローチを主な方法論としてきた。そのため、医療と介護は連携がとりにくく、それぞれが得た情報はそれぞれの領域のみに活用され、結果的にばらばらの対応となっていた。 ・今後は、科学的根拠に基づいた一体的かつ継続的な質の高いケアを提供していくために、認知症の人のケアモデルの構築を図ることが急務である。 ・認知症ケアについては、医療と介護を別々に提供するのではなく、ケアの主体である「認知症の本人」に対する理解(本人の意思の尊重)や原因疾患、症状を踏まえつつ、認知症の人の生活全般をサポートしていく視点が重要である。また、認知症ケアについては、高い個別性が求められることを前提とした上で、優れた認知症ケア現場の経験と知見から、最低限の規範にすべき理念や方法論を抽出し整理する必要がある。 ・このような点に留意し、認知症の人への医療・介護を含む一体的な生活の支援として「認知症ライフサポートモデル」(認知症ケアモデル)を策定する。</p> <p>②認知症ケアに携わる医療、介護従事者に対する研修の充実 ・認知症ライフサポートモデルの策定を踏まえ、研修カリキュラムやテキスト開発についての検討を行い、研修内容の一層の充実とケアの標準化を図る。 ・特に、医療、介護従事者の双方が共通して理解しておくべき基礎的知識に関する研修を合同で行うことが重要であり、標準的なカリキュラムを医療、介護双方の有識者が連携して策定するとともに、現在の医療、介護従事者別の研修について、多職種協働の研修とするよう転換を図る。 ・また、研修内容は実務に即したものとするとともに、集合研修だけではなく、介護現場の現地での研修とするなど、実践的で効果的なものとする。</p> <p>③介護従事者への研修の実施 ・在宅サービスの介護事業所に勤務する従事者やケアマネジャーも含めて認知症に対応できる人材を育成するための方策について検討する。現在実施している「認知症介護実践者研修」、「認知症介護実践リーダー研修」、「認知症介護指導者養成研修」等の研修体系、研修内容を見直すとともに、現場で実務を行いながらでも受講しやすい研修にする。</p> <p>④医療従事者への研修の実施 ・「かかりつけ医認知症対応力向上研修」や「認知症サポート医養成研修」を拡充するとともに、一般病院勤務の医師、看護師や訪問看護師をはじめとする医療従事者向けの認知症に係る研修を拡充する。</p>	<p>○「認知症ライフサポートモデル」(認知症ケアモデル)の策定 ・平成24年度 前年度に引き続き調査・研究を実施 ・平成25年度以降 認知症ケアに携わる従事者向けの多職種協働研修等で活用</p> <p>○認知症介護実践リーダー研修の受講者数(累計) 平成24年度末見込 2.6万人 → 平成29年度末 4万人 【考え方】すべての介護保険施設(約15,000)とグループホーム(約14,000)の職員1人ずつが受講。加えて、小規模多機能型居宅介護事業所、訪問介護事業所、通所介護事業所等の職員については、すべての中学校区(約11,000)内で1人ずつが受講</p> <p>○認知症介護指導者養成研修の受講者数(累計) 平成24年度末見込1,600人→平成29年度末2,200人 【考え方】5つの中学校区当たり1人が受講。</p> <p>○一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修の受講者数(累計) 新規→平成29年度末87,000人 【考え方】病院(約8,700)1か所当たり10人(医師2人、看護師8人)の医療従事者が受講。</p>