

脳の健康

みえる手帳



様

医療機関を受診する時、介護保険サービス機関を利用する時は、必ずこの手帳をお出してください。

開始日： 年 月 日

目 次

項目	ページ	記入者
目次	1	
はじめに	2	
「脳の健康みえる手帳」発行について	3・4	
◆家族・ケアマネジャー		
同意書	5	本人・家族 ケアマネジャー・ その他
医療と福祉の支援体制および連絡先	6	
介護保険情報	7	
基本情報	8	
家族構成	9	
健康管理の情報	10・11	
わたしの思い・家族の思い	12	
わたしの年表(生活歴)	13	
症状チェック表	14～17	
身体の変化の気づき	18	
◆医療機関		
かかりつけ医の先生方へ	19	
診療報酬について(平成28年4月時点)	20	
検査結果 貼り付けページ	21・22	
お薬手帳ポケット		
◆連絡メモ		
情報交換ページ	23～26	
◆参考資料		
介護保険の申請から認定までの流れ	27	
要介護認定のめやす	28	
介護保険サービスの種類	29～31	
介護予防・日常生活支援総合事業	32	
認知症高齢者の日常生活自立度判定基準	33	
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準	34	
日常生活自立支援事業について	35	
成年後見制度について	36	
主な相談窓口機関	37	
三重県内の地域包括支援センター一覧	38・39	

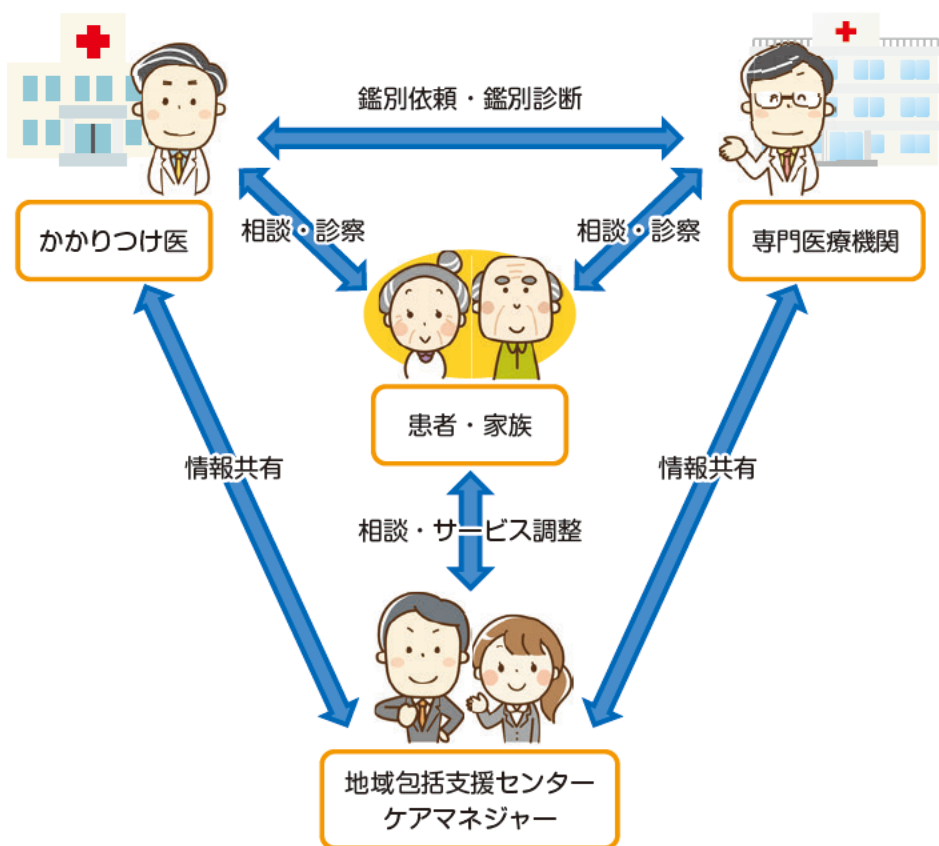
はじめに

◆手帳をお使いになる皆様へ

この手帳は、あなたやご家族が地域で安心して生活できることを目的とし、医療機関を受診したり、介護サービスを受けたりする際に、あなたの情報を知っていただくためのものです。受診の時や、介護サービスを受ける時にはこの手帳を持参して関係者に見せて下さい。

◆医療・介護・福祉等関係者の皆様へ

この手帳は、関係者の皆様にもご記入いただくことで、関係機関の連携が円滑にできることを目的にしています。ご協力いただきますようお願いいたします。



「脳の健康みえる手帳」発行について



Q 手帳はどこでもらえますか？



A 認知症の診断がでた方に渡されます。医療機関や初期集中支援チーム、地域包括支援センターにて配布しています。



Q 手帳は誰が記入するのですか？



A ご本人やご家族で記入してください。担当ケアマネジャーがいる場合は、記入のお手伝いをお願いします。また、必要に応じて、医療機関スタッフも記入をお願いします。全項目の記入をしなくても構いませんので、分かる範囲でご記入ください。



Q 手帳は誰が管理するのですか？



A 基本的には、ご本人やご家族の管理になります。個人情報への管理には十分ご注意ください。
※ P 5 同意書に署名・捺印をお願いします。





手帳はどんな時に使用するのですか？



❖医療機関に受診する時

検査結果等の医療情報の記録をファイリングしてください (P.21・22)

❖介護サービスを利用する時

ケアマネジャーや介護サービスを利用する時に、情報共有のためにご利用ください。(P5～P18) また、介護サービスをご利用の方は、利用時の連絡帳としての活用もおすすめ致します。(P23～P26)

❖入退院の時

医療機関同士の情報共有 (P19～P22) や、在宅・施設生活での様子などを把握する (P23～P26) 場合などにご活用ください。



同意書

年 月 日

私は本手帳に記載されている個人情報を、医療機関や介護サービス事業所などへ
情報提供することに同意いたします。

この手帳は、私・家族等で責任を持って保管いたします。

ご本人

氏名：

印

.....

住所：

.....

連絡先：

.....

ご家族

氏名：

印（続柄）

.....

住所：

.....

連絡先：

.....

成年後見人

氏名：

印

.....

住所：

.....

連絡先：

.....



医療と福祉の支援体制および連絡先

記入日： 年 月 日

	機 関 名	担 当 者	連 絡 先
医 療 機 関			
歯 科			
薬 局			
地 域 包 括 支 援 セ ン タ ー			
介 護 支 援 専 門 員 (ケアマネジャー)			
看 護 ・ 介 護 サービス事業所			
民 生 委 員	(地区)		
そ の 他			



介護保険情報

認定有効期間	認定結果	居宅介護支援事業所	ケアマネジャー	サービス利用の有無
年 月 日～				あり・なし
年 月 日				
年 月 日～				あり・なし
年 月 日				
年 月 日～				あり・なし
年 月 日				
年 月 日～				あり・なし
年 月 日				
年 月 日～				あり・なし
年 月 日				
年 月 日～				あり・なし
年 月 日				



基本情報

記入日： 年 月 日

ふりがな				性別	生 年 月 日		
氏 名				<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 明治	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和
				<input type="checkbox"/> 女	(年 月 日 歳)		
住 所							
生 活 状 況							
電 話							
緊急時 連絡先 ①	ふりがな				続 柄		
	名 前						
	連絡先						
緊急時 連絡先 ②	ふりがな				続 柄		
	名 前						
	連絡先						
備 考							



家族構成

記入日： 年 月 日

氏名	続柄	1. 同居 2. 別居	住所	連絡先
		1・2		
		1・2		
		1・2		
		1・2		
		1・2		

<input type="checkbox"/> 家族構成図 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 (◎本人) <input checked="" type="checkbox"/> ●死亡 ☆キーパーソン 同居者は○で囲む	特記事項



健康管理の情報

◆現在治療中の病気

病 名	いつ頃 (歳)	病 院 名

◆これまでにかかった主な病気

病 名	いつ頃 (歳)	病 院 名

※服用中の薬については、お薬手帳でご確認ください

記入日： 年 月 日

身長	cm	体重	kg	<input type="checkbox"/> 減 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 増
視力	<input type="checkbox"/> みえる <input type="checkbox"/> 大きな文字・形はみえる <input type="checkbox"/> みえない <input type="checkbox"/> 不明			
聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 大きな声でゆっくりだと聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 補聴器（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）			
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（薬： 食べ物： ）			
飲酒	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 週2～3回 <input type="checkbox"/> 機会飲酒）			
喫煙	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 20本以上 <input type="checkbox"/> 10～20本 <input type="checkbox"/> 10本未満）			
運転免許	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 現在運転している <input type="checkbox"/> 現在運転していない）			
性格	<input type="checkbox"/> 陽気 <input type="checkbox"/> 陰気 <input type="checkbox"/> まじめ <input type="checkbox"/> 社交的 <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> わがまま <input type="checkbox"/> 神経質 <input type="checkbox"/> 優柔不断 <input type="checkbox"/> せっかち <input type="checkbox"/> その他			
習慣				



わたしの思い

記入日： 年 月 日

医療に望むこと	
介護に望むこと	



家族の思い

記入日： 年 月 日

医療に望むこと	
介護に望むこと	



わたしの年表（生活歴）

出身地、ご家族のこと、子供の頃の思い出、就職、結婚等、今までの自分のことについてまとめてみましょう。

年 月	出 来 事



症状チェック表

※所見があれば○を入れて下さい

	確認する症状	年 月 日
の時間や場所 の見当識	今日が何月何日か分からない時がある	
	現在の季節や、自分のいる場所が分からなくなることがある	
	道に迷って家に帰ってこれなくなることがある	
	配偶者や子供の顔が分からないことがある	
会 話	日常の会話には困らないが、とりつくりをする	
	何度も同じ内容の話を繰り返すことがある	
	たのみごとをしても理解できなくなった	
	自分の気持ちを言葉で表現できないことがある	
性格・情緒	些細なことで怒りっぽくなった	
	周囲への気遣いがなくなり頑固になった	
	ものごとに対する不安感が強い	
	ふさぎ込んで何をするのも億劫がる	
入浴	お風呂にはいる準備ができない (お風呂の温度や調節ができない)	
	声掛け・見守りがなければお風呂に入ることができない	
	介助がなければお風呂に入ることができない	
着衣	季節や状況に合った服を自分で選ぶことができない	
	声掛け・見守りがなければ自分で服を着ることができない	
	介助がなければ自分で服を着ることができない	
トイレ	トイレの水を流したり、きちんと拭くなどの後始末ができない	
	尿失禁、便失禁するようになった	
食事	声掛け・見守りがなければ食事をすることができない	
	介助がなければ食事をすることができない	
服薬	声掛け・見守りがなければ内服することができない	
	介助がなければ内服することができない	
周 辺 症 状		<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行動

年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行動	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行動	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行動	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行動



症状チェック表

※所見があれば○を入れて下さい

	確認する症状	年 月 日
の時間や場所 の見当識	今日が何月何日か分からない時がある	
	現在の季節や、自分のいる場所が分からなくなることがある	
	道に迷って家に帰ってこれなくなることがある	
	配偶者や子供の顔が分からないことがある	
会 話	日常の会話には困らないが、とりつくるいをする	
	何度も同じ内容の話を繰り返すことがある	
	たのみごとをしても理解できなくなった	
	自分の気持ちを言葉で表現できないことがある	
性格・情緒	些細なことで怒りっぽくなった	
	周囲への気遣いがなくなり頑固になった	
	ものごとに対する不安感が強い	
	ふさぎ込んで何をするのも億劫がる	
入浴	お風呂にはいる準備ができない (お風呂の温度や調節ができない)	
	声掛け・見守りがなければお風呂に入ることができない	
	介助がなければお風呂に入ることができない	
着衣	季節や状況に合った服を自分で選ぶことができない	
	声掛け・見守りがなければ自分で服を着ることができない	
	介助がなければ自分で服を着ることができない	
トイレ	トイレの水を流したり、きちんと拭くなどの後始末ができない	
	尿失禁、便失禁するようになった	
食事	声掛け・見守りがなければ食事をすることができない	
	介助がなければ食事をすることができない	
服薬	声掛け・見守りがなければ内服することができない	
	介助がなければ内服することができない	
周 辺 症 状		<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行動

年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行動	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行動	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行動	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 性的問題行動



身体の変化の気づき

お身体のことでは変化を感じたことがあれば、主なものを書いてみましょう。
受診したり、相談したことも記入して下さい。

		年 月	身体の変化、症状、受診など
本 人 用			
家 族 用			



かかりつけ医の先生方へ

◆紹介状作成にあたってのお願い

専門医療機関および、認知症疾患医療センターへ認知症の鑑別診断依頼で紹介状を作成いただく際には、下記の情報をご記入いただくと、診療の参考にさせていただきます。

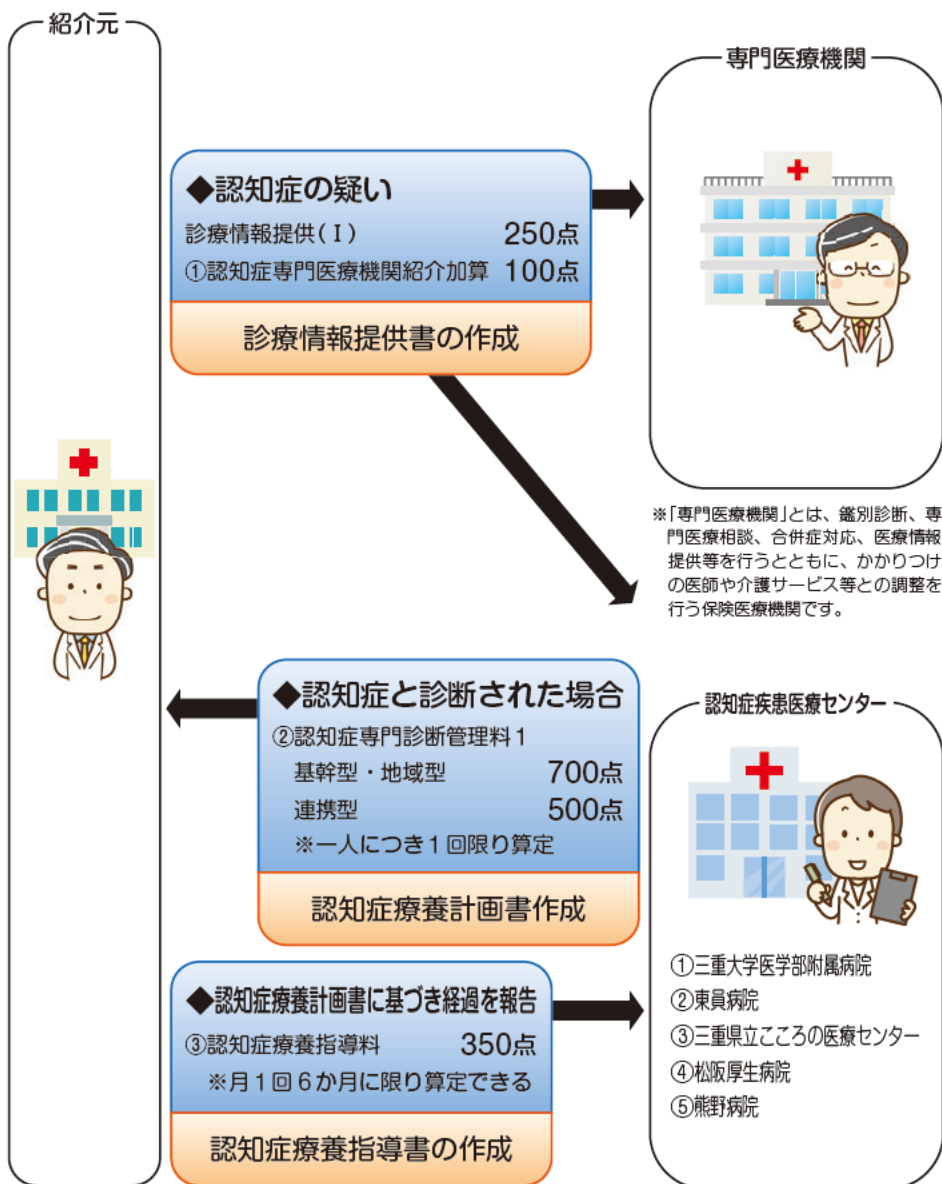
●紹介時に参考にさせていただく内容

※必須項目ではございませんので、分かる範囲でのご記入で結構です。

- 既往歴、現病歴の治療経過
- 血液検査データの有無（データがあれば添付してください）
- 神経心理検査の結果（データがあればご記入ください）
- 内服薬の情報
- 物忘れ等を自覚または周囲が気付いた時期、エピソード
- ご家族が認知症に対してどのように考えていらっしゃるのか 等々



◆診療報酬について



参考)「医科点数表の解釈 平成28年4月版」



検査結果・診療情報提供書を貼りつけてください

必要に応じて、ポケットファイルをご活用下さい

検査結果・診療情報提供書を貼りつけてください

必要に応じて、ポケットファイルをご活用下さい

情報交換ページ

✍ 記入者 ()

日 付	内 容

✍ 記入者 ()

日 付	内 容

情報交換ページ

 記入者 ()

日 付	内 容

 記入者 ()

日 付	内 容

情報交換ページ

記入者 ()

日 付	内 容

記入者 ()

日 付	内 容

情報交換ページ

✎ 記入者 ()

日付	内容

✎ 記入者 ()

日付	内容



介護保険の申請から認定までの流れ

介護保険は65歳から申請できます。(認知症の場合は40歳から申請できます。)

申請 介護保険サービスの利用を希望する時は、介護保険を担当する市町に申請してください。

- | | |
|---------------|------------------|
| ◆申請に必要なもの | (第2号被保険者の場合) |
| ①要介護・要支援認定申請書 | ④介護保険の対象となる特定疾病名 |
| ②介護保険被保険者証 | ⑤医療保険被保険者証の写し |
| ③申請者および、本人の印鑑 | |

訪問調査

認定調査員が自宅や入所施設を訪問し、本人の心身の状況を聞き取り調査します。

主治医の意見書

主治医からの医学的な意見書の作成を依頼します。



訪問調査の結果（一次判定）

訪問調査で調査した項目を全国統一の基準で判定します。その項目のほかに、調査で聞き取った内容を「特記事項」としてまとめます。

審査判定（二次判定）

訪問調査の結果と主治医意見書をもとに、「介護認定審査会」で要介護度を判定します。
※介護認定審査会…保健、医療、福祉の専門家で構成されています。

認定結果の通知

結果に基づき、市区町村が要介護（要支援）認定区分などを決定し、申請者に通知します。要介護認定の結果に不満があるときは、都道府県に設置されている「介護保険審査会」に申し出て裁決を受けることができます。

要支援1・2、要介護1～5の人
ケアプランの作成 ⇒ サービス利用
ケアマネジャーや地域包括支援センターへご相談下さい。

非該当（自立）、要支援1・2
・介護予防・生活支援サービス事業
・一般介護予防事業
地域包括支援センターへご相談ください

◆要介護認定のめやす

要介護度	介護認定の心身の状態（例）
要支援 1	排泄や食事はほとんど自分ひとりでできるが、要介護状態とならないように身の回りの世話の一部に何らかの介助（見守りや手助け）を必要とする。
要支援 2	排泄や食事はほとんど自分ひとりでできるが、身の回りの世話に何らかの介助（見守りや手助け）を必要とし、状態の維持又は改善の可能性はある。
要介護 1	排泄や食事はほとんど自分ひとりでできるが、身の回りの世話に何らかの介助（見守りや手助け）を必要とする。
要介護 2	排泄や食事に何らかの介助（見守りや手助け）を必要とすることがあり、身の回りの世話の全般に何らかの介助を必要とする。歩行や移動の動作に何らかの支えを必要とする。
要介護 3	身の回りの世話や排泄が自分ひとりでできない。移動等の動作や立位保持が自分でできないことがある。いくつかの問題行動や理解の低下が見られることがある。
要介護 4	身の回りの世話や排泄がほとんどできない。移動等の動作や立位保持が自分ひとりではできない。多くの問題行動や全般的な理解の低下が見られることがある。
要介護 5	排泄や食事がほとんどできない。身の回りの世話や移動等の動作や立位保持がほとんどできない。多くの問題行動や全般的な理解の低下が見られることがある。



介護保険サービスの種類

分類	サービスの種類	サービス内容	
居宅サービス	訪問介護 (介護予防訪問介護)	訪問介護員（ホームヘルパーなど）がご自宅を訪問し、食事、入浴、排せつの介助や日常生活上の世話をします。	
	訪問入浴介護 (介護予防訪問入浴介護)	寝たきりの高齢者などの家庭を、入浴設備や簡易浴槽を積んだ移動入浴車などで訪問し、入浴の介助を行います。	
	訪問看護 (介護予防訪問看護)	訪問看護ステーションなどの看護師や保健師などが訪問し、主治医と連絡をとりながら、病状を観察したり、療養の世話、診療の補助などを行います。	
	訪問リハビリテーション (介護予防訪問リハビリテーション)	理学療法士や作業療法士などがご自宅を訪問し、日常生活の自立を助けるためのリハビリテーションを行います。	
	通所サービス	通所介護 (介護予防通所介護)	デイサービスセンターに通い、食事・入浴などの介護サービスや日常動作訓練、レクリエーションなどを行います。
		通所リハビリテーション (介護予防通所リハビリテーション)	介護老人保健施設や病院・診療所などに通い、理学療法士や作業療法士によるリハビリテーションなどを行います。
短期入所サービス	短期入所生活介護 (介護予防短期入所生活介護)	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）などに短期間入所して、食事、入浴、排せつなどの日常生活上のお世話をします。	
	短期入所療養介護 (介護予防短期入所療養介護)	介護老人保健施設などに短期間入所して、医学的な管理の下、医療上のケアを含む介護や機能訓練を行います。	

分類	サービスの種類	サービス内容
居宅サービス その他	特定施設入居者生活介護 (介護予防特定施設入居者生活介護)	有料老人ホームなどに入居している高齢者に、日常生活上の支援や介護を提供します。
	特定福祉用具販売 (介護予防福祉用具販売)	排泄や入浴に使われる福祉用具を指定された事業所から購入する場合に購入費用を支給する制度です。
	福祉用具貸与 (介護予防福祉用具貸与)	日常生活の自立を助けるための福祉用具が借りられます。
	住宅改修費支給 (介護予防住宅改修費支給)	手すりの取り付けや段差解消などの住宅改修をする際、費用が支給されます。 ※事前協議の手続きが必要となります。
	居宅療養管理指導	医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士などが居宅を訪問し、療養上の管理や指導を行います。
	居宅介護支援	ケアマネジャーが利用者にあった「ケアプラン」を作成し、サービス利用ができるように支援します。
施設サービス	介護老人福祉施設	常時介護が必要で、居宅での生活が困難な人に、日常生活上の支援や介護を行います。
	介護老人保健施設	状態が安定している方が在宅復帰できるよう、リハビリテーションを中心としたケアを行います。
	介護療養型医療施設	長期の療養を必要とする人のための医療施設で、医療、看護、介護、リハビリテーションを行います。

分類	サービスの種類	サービス内容	
地域密着型サービス	訪問・通所サービス	夜間対応型訪問介護	夜間の定期的な訪問や、緊急時の随時訪問による介護を行う。
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護	日中・夜間を通じて定期的な巡回による訪問介護と、随時の通報による訪問看護を行う。
		小規模多機能型居宅介護 (介護予防小規模多機能型居宅介護)	1つの事業所で訪問・通所・短期入所の全サービスを提供する。
		看護小規模多機能型居宅介護	小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせ、サービスを柔軟に提供します。
		地域密着型通所介護	定員が18名以下の小規模な通所介護施設で、日常生活上の世話や機能訓練などを提供します。
	認知症対応型サービス	認知症対応型通所介護 (介護予防認知症対応型通所介護)	認知症の方を対象に、日常生活上の支援などを日帰りで行い、専門的なケアを提供します。
		認知症対応型共同生活介護 (介護予防認知症対応型共同生活介護)	認知症の人が共同生活する住宅で、日常生活上の支援や機能訓練などを行います。
	施設・特定施設型サービス	地域密着型特定施設 入居者生活介護	定員が29名以下の小規模な有料老人ホームなどに入居している人に、日常生活上の支援や介護を提供します。
		地域密着型介護老人福祉施設 入居者生活介護	定員が29名以下の小規模な介護老人福祉施設で、日常生活の支援や介護を行います。

◆介護予防・日常生活支援総合事業

※お住まいの地域の地域包括支援センターへご相談ください。

◎介護予防・生活支援サービス事業

要支援1・2の認定を受けた人や基本チェックリストにより生活機能の低下がみられた人が利用できます。

訪問型サービス	現行の訪問介護相当のサービス、住民主体による支援、移動支援等
通所型サービス	現行の通所介護相当のサービス、住民主体による支援等
その他の生活支援サービス	栄養改善を目的とした配食、住民ボランティア等が行う見守り、自立支援に資する生活支援等
介護予防支援	ケアプラン（介護予防サービス計画）の作成、サービスの連絡・調整

◎一般介護予防事業

第一号被保険者（65歳以上）の全ての人が利用できます。

介護予防把握事業	自宅での閉じこもりやうつ病、栄養不足など何らかの問題を抱えた高齢者を早期に把握し、介護予防活動へ繋げることを目的としています。
介護予防普及啓発事業	介護予防教室や専門職を講師とした運動教室等。
地域介護予防活動支援事業	介護予防の知識を有した住民ボランティアの育成や活動支援など、ボランティアが地域でより有意義な活動ができるよう支援する事業。
一般介護予防事業評価事業	住民ボランティア活動への参加状況や認知度などの評価。
地域リハビリテーション活動支援事業	リハビリ専門職等による介護予防に向けた具体的な助言を実施する事業。

◆認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項及び提供されるサービスの例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、訪問指導を実施したり、日中の在宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。
II a	家庭外で上記 II の状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ等	
II b	家庭内でも上記 II の状態がみられる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応等一人で留守番ができない等	
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。		日常生活に支障を来たすような行動や意思疎通の困難さがランク II より重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、訪問指導や、夜間の利用も含めた在宅サービスを利用しこれらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。
III a	日常を中心として上記 III の状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a に同じ	
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III に同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランク III と同じであるが、頻度の違いにより区分される。家族の介護力等の在宅基盤の強弱により在宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する周辺症状が継続する状態等	ランク I ～ IV と判定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

◆障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準

生活自立	ランクJ	<p>何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランクA	<p>屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクB	<p>屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベット上での生活が主体であるが、座位を保つ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
	ランクC	<p>1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうたない





日常生活自立支援事業について



❓ **どのような人が利用できますか？**



必要な福祉サービスについて適切に判断することに不安のある方（認知症高齢者、知的障がい者、精神障がい者などの方）が対象です。本人の利用意思と契約内容への理解が必要です。



❓ **どのようなサービスがありますか？**



- ①福祉サービスの利用援助（基本サービス）
福祉サービスの利用に関する助言や、その手続きのお手伝いをします。
- ②日常的金銭管理サービス（追加サービス①）
日常生活に必要な預貯金の払戻し、預入れ、各種支払いのお手伝いをします。
- ③書類等預かりサービス（追加サービス②）
大切な書類を金庫にて保管します。



❓ **利用するにはどうしたらいいですか？**



- ①相談受付
心配ごと、悩みごとなどについてお話を伺います。
- ②訪問調査・打合せ
専門員がご自宅を訪問し、詳しくお話を伺います。
- ③契約締結
本人と契約を結びます。
- ④支援開始
生活支援員が支援計画に基づいて本人を訪問し、お手伝いをします。

お問合せ先

社会福祉法人 三重県社会福祉協議会

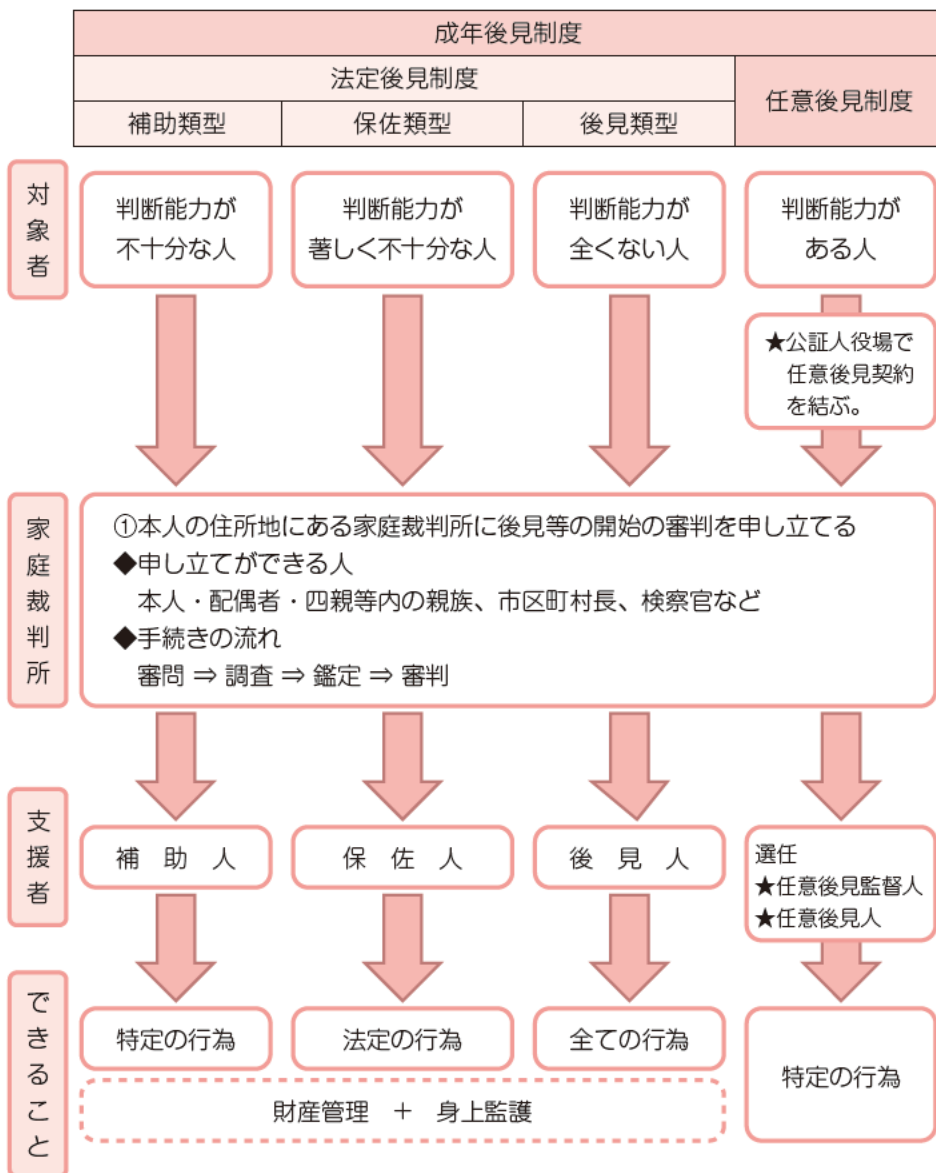
三重県日常生活自立支援センター

電話：059-213-1223



成年後見制度について

判断能力が不十分になった方をサポートする制度です。





主な相談窓口機関

●認知症疾患医療センター

医療機関	住 所	電 話
三重大学医学部附属病院	津市江戸橋2-174	(059) 231-6027
東員病院	員弁郡東員町大字穴太2400	(0594) 41-2383
三重県立こころの医療センター	津市城山1丁目12-1	(059) 235-2125
松阪厚生病院	松阪市久保町1927-2	(0598) 29-4522
熊野病院	熊野市久生屋町868	(0597) 88-1123

●認知症診療に関する医療機関をお探しの方へ

基幹型認知症疾患医療センターHP

<https://www.m-dementiaiw.com/>

三重県長寿介護課HP（認知症サポート医を検索）

<http://www.pref.mie.lg.jp/CHOJUS/HP/46926022907.htm>

●電話相談

名 称	電 話	利用時間
三重県認知症コールセンター	(059)235-4165	月・火・木・金・土曜日 午前10時～午後6時 (祝日・年末年始を除く)
若年性認知症電話相談	090-5459-0960	月曜日から金曜日 午前9時～午後5時 (祝日及び年末年始12/29～1/3を除く)
認知症の人と家族の会三重県支部	電話 & FAX (059)227-8787	月曜日から金曜日 午前10時～午後3時 (上記以外の時間帯はFAXにて対応)
基幹型認知症疾患医療センター	(059)231-6029	月曜日から金曜日 (祝日・年末年始を除く) 午前10時～午後12時30分 午後1時30分～午後3時30分

◆三重県内の地域包括支援センター一覧

(平成29年4月1日現在)

	機 関 名	連 絡 先	担 当 地 域
北 勢 地 域	介 護 予 防 支 援 室	0594-24-5104	桑名市全域
	桑名市東部地域包括支援センター	0594-24-8080	精義・立教・城東・修徳・大成
	桑名市西部地域包括支援センター	0594-25-8660	桑部・在良・七和・久米
	桑名市南部地域包括支援センター	0594-25-1011	日進・益世・城南
	桑名市北部西地域包括支援センター	0594-49-2031	筒尾・松ノ木・大山田・星見ヶ丘・野田・藤が丘・陽だまりの丘・多度
	福祉なんでも相談センター	0594-41-2114	
	桑名市北部東地域包括支援センター	0594-42-2119	大和・新西方・深谷・長島
	いなべ市地域包括支援センター	0594-82-1616	いなべ市全域
	木曽岬町地域包括支援センター	0567-68-8183	木曽岬町全域
	東員町地域包括支援センター	0594-86-2856	東員町全域
	四日市市北地域包括支援センター	059-365-6215	海蔵・羽津・大矢知・富田・富洲原・八郷・下野・保々
	四日市市中地域包括支援センター	059-354-8346	中部・橋北・川島・神前・三重・桜・泉
	四日市市南地域包括支援センター	059-328-2618	小山田・水沢・河原田・四郷・日永・常盤・橋・塩浜・内部
	菟野町地域包括支援センター	059-391-2220	菟野町全域
	朝日町地域包括支援センター	059-377-2941	朝日町全域
	川越町地域包括支援センター	059-365-9999	川越町全域
	鈴鹿西部地域包括支援センター	059-370-3751	庄野・加佐登・牧田・石薬師・井田川・久間田・椿・深伊沢・鈴峰・庄内
	鈴鹿北部地域包括支援センター	059-384-4165	神戸・一ノ宮・河曲・玉垣・飯野・箕田
	鈴鹿中部地域包括支援センター	059-382-5233	国府・飯野・玉垣・若松
鈴鹿南部地域包括支援センター	059-380-5280	白子・稲生・南若松・栄・天名・合川	
亀山地域包括支援センター	0595-83-3575	亀山市全域	
中 勢 ・ 伊 賀 地 域	津市地域包括支援センター	059-229-3294	津市全域
	津中部中地域包括支援センター	059-271-6535	養正・安東・櫛形・栗真町屋町の一部(志登茂団地)・大里窪田町の一部(一身田枝町)
	津中部北地域包括支援センター	059-213-3181	北立誠・南立誠・敬和
	津中部東地域包括支援センター	059-213-8115	修成・育成・藤水・南が丘
	津中部西地域包括支援センター	059-237-2018	美里全域・片田・半田・神戸・緑が丘・野田・新町
	津中部南地域包括支援センター	059-238-6511	香良洲町全域・高茶屋・雲出

	機 関 名	連 絡 先	担 当 地 域
中 勢 ・ 伊 賀 地 域	津北部東地域包括支援センター	059-245-6666	河芸全域・栗真・白塚
	津北部西地域包括支援センター	059-267-1125	芸濃全域・安濃全域・大里・高野尾・豊が丘
	津久居地域包括支援センター	059-254-4165	久居全域
	津一志地域包括支援センター	059-262-7295	一志全域・白山全域・美杉全域
	名張市地域包括支援センター	0595-63-7833	名張市全域
	伊賀市地域包括支援センター	0595-26-1521	伊賀市全域
南 勢 ・ 志 摩 地 域	松阪市第一地域包括支援センター	0598-25-1070	殿町・久保中学校区等
	松阪市第二地域包括支援センター	0598-42-7255	嬉野・三雲・西中学校区等
	松阪市第三地域包括支援センター	0598-32-5083	飯南・飯高東・飯高西中学校区等
	松阪市第四地域包括支援センター	0598-51-5885	鎌田・東部中学校区等
	松阪市第五地域包括支援センター	0598-25-4300	中部・大江・多気中学校区等
	多気町地域包括支援センター	0598-38-8092	多気町全域
	明和町地域包括支援センター	0596-52-7127	明和町全域
	大台町地域包括支援センター	0598-82-3160	大台町全域
	伊勢市中部地域包括支援センター	0596-27-2424	倉田山(有禰・神田久志本・神久)・厚生・御園
	伊勢市西地域包括支援センター	0596-20-5055	豊浜・北浜・城田・小俣町
	伊勢市東地域包括支援センター	0596-44-1165	二見・湊・五十鈴
	伊勢市南地域包括支援センター	0596-21-0080	倉田山(明倫・豊川)宮川・宮本・沼木
	鳥羽市地域包括支援センター	0599-25-1182	鳥羽市全域
	志摩市地域包括支援センター	0599-44-0284	志摩市全域
	玉城町地域包括支援センター	0596-58-7373	玉城町全域
度会町地域包括支援センター	0596-62-1118	度会町全域	
大紀町地域包括支援センター	0598-84-8050	大紀町全域	
南伊勢町地域包括支援センター	0599-66-1162	南伊勢町全域	
東 紀 州 地 域	尾鷲市地域包括支援センター	0597-22-3003	尾鷲市全域
	紀北町地域包括支援センター	0597-47-0517	紀北町全域
	熊野市地域包括支援センター	0597-89-5811	熊野市全域
	御浜町地域包括支援センター	05979-3-0514	御浜町全域
	紀宝町地域包括支援センター	0735-33-0175	紀宝町全域

MEMO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



脳の健康 **みえる手帳** (三重県認知症連携バス)

発行：2017年9月

作成：基幹型認知症疾患医療センター

(三重大学医学部附属病院内)

公益社団法人 三重県医師会

三重県