

平成 25 年度 厚生労働省
老人保健健康増進等事業

認知症国家戦略の国際動向と
我が国の制度によるサービスモデルの国際比較研究
報告書

平成26年3月

公益財団法人東京都医学総合研究所

研究組織

研究統括

飛鳥井 望 公益財団法人東京都医学総合研究所

研究班

萱間 真美 聖路加看護大学
近藤 伸介 東京大学医学部
佐渡 充洋 慶應義塾大医学部
堀田 聡子 独立行政法人労働政策研究・研修機構

研究協力

西田 征治 県立広島大学
稲垣 康次 富士宮市保健福祉部福祉総合相談課
梅本 政隆 大牟田市保健福祉部長寿社会推進課
高橋 裕子 世田谷区地域福祉部介護予防・地域支援課

研究アシスタント

太田 美智子 公益財団法人東京都医学総合研究所

事務局

佐久間 浩 公益財団法人東京都医学総合研究所
笹原 秀夫 公益財団法人東京都医学総合研究所

目次

本研究の概略書 p 1

第1章 認知症日米戦略カンファレンス

認知症日米戦略カンファレンス 概要： p 7

認知症日米戦略カンファレンス プログラム： p 8

第1部 米国とニューヨーク市における認知症の取組み

ファシリテーター 佐渡 充洋 慶應義塾大学医学部

1. 米国の認知症国家戦略 p 9

Ruth Katz 米国保健・福祉省立案評価局 副局長（障害・高齢化・介護政策室）

2. ニューヨーク市における認知症関連のプログラムとサービス p 22

Jed A. Levine 米国アルツハイマー協会ニューヨーク市支部 副代表

第2部 日本と東京における認知症の取組み

ファシリテーター 近藤 伸介 東京大学医学部

3. 日本の認知症国家戦略と都市部の取組み p 39

原 勝則 厚生労働省 老健局長

4. 東京都における認知症への取組み p 47

栗田 主一 東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長

第3部 パネルディスカッション『認知症国家戦略と大都市の取組み』

ファシリテーター 飛鳥井 望 東京都医学総合研究所

堀田 聰子 労働政策研究・研修機構

指定発言 p 58

1. 東京都における認知症対策の現状と課題

中山政昭 東京都福祉保健局 高齢社会対策部長

| | |
|---------------------|------|
| 2. 世田谷区認知症在宅支援の取組み | p 63 |
| 秋山由美子 世田谷区 副区長 | |
| 3. 米国および日本における現場の状況 | p 68 |
| 認知症介護研究・研修センター 研究主幹 | |
| パネルディスカッション | p 72 |

第2章 オーストラリア DBMAS 視察報告

| | |
|---------------------------------------|------|
| 視察報告 | p 89 |
| オーストラリアにおける認知症の行動マネジメント助言サービス (DBMAS) | |
| 萱間 真美 聖路加看護大学 | |
| 西田 征治 県立広島大学 | |
| 太田 美智子 公益財団法人東京都医学総合研究所 | |

第3章 国内モデル地域調査報告

| | |
|---------------------------|-------|
| 調査報告 | p 113 |
| 富士宮市・大牟田市・世田谷区玉川地域 | |
| 飛鳥井 望 公益財団法人東京都医学総合研究所 | |
| 別表 (地域別・対象者属性別インタビュー回答結果) | p 137 |

事業概略

認知症国家戦略の国際動向と我が国の制度によるサービスモデルの 国際比較研究事業

公益財団法人東京都医学総合研究所 事業概略書

事業目的

人口高齢化にともなう認知症高齢者の急激な増加に際し、近年、先進各国では、認知症を社会保障政策の最優先課題と位置付けたうえで包括的な国家戦略を示し、集中的な制度・サービス改革を推し進めている。各国の国家戦略の詳細を分析するとともに、それに基づくサービスモデルの開発と構築、地域実践を推進する仕組み等に関する状況を把握する。それにより認知症政策と地域実践の国際動向を明らかにし、我が国の代表的な自治体での実践状況と比較しながら、今後の我が国における認知症政策への示唆を得ることを目的とする。

事業概要

本事業では、上記の目的のために以下の3項目について研究実施した。

1. 認知症日米戦略カンファレンス～認知症国家戦略と大都市の取組み

表記をテーマとして、平成25年12月19日、東京都医学総合研究所講堂において上記カンファレンスを開催した。講演者として、米国より米国保健・福祉省立案評価局副局長 ルース・カツツ氏、米国アルツハイマー協会ニューヨーク市支部副代表ジェド・レヴァイン氏を招聘し、また国内から、厚生労働省老健局長 原勝則氏、東京都健康長寿医療センター研究部長 栗田主一氏を招聘した。講演者を含めたパネルディスカッションでは、指定発言者として、東京都福祉保健局高齢社会対策部長 中山政昭氏、世田谷区副区長 秋山由美子氏、認知症介護研究・研修センター研究主幹 進藤由美氏が参加され、国、都、区のレベルでの関係者が一堂に集まって討議を行った。

2. オーストラリア DBMAS 視察報告

オーストラリアの高齢者ケア施策の重点は、1980年代、従来のナーシングホーム増設から在宅支援に舵を切った。1985年には地域在宅ケア法が制定され、在宅ケアサービスの提供が開始された。各地にアルツハイマー協会が設立されたのもこの頃である。

DBMAS（認知症行動マネジメント助言サービス）は、行動心理症状（BPSD）による介護の破たんを回避するために2007年から連邦政府予算で全国に導入された、他国に例のないユニークなオーストラリアのサービスである。そこで、メルボルン市（ビクトリア州）において、平成25年10月の約1週間、DBMASの視察を行った。サービス提供事業者は競争入札方式で選定され、各州の実情に応じて提供される。DBMASチームは看護師、心理士、作業療法士、理学療法士など多職種からなり、24時間年中無休でBPSDに苦慮する家族や介護施設職員などからの電話相談に応じ、原因のアセスメントや助言をする。必要に応じてアウトリーチや短期間のケースマネジメントも行っている。

3. 国内モデル地域調査報告（富士宮市・大牟田市・世田谷区玉川地域）

本調査では、認知症を支える取組みを先進的に行っている地域の中から、人口規模と調査実施可能性等を勘案し、静岡県富士宮市（調査日：平成25年11月）、福岡県大牟田市（調査日：平成25年12月）、東京都世田谷区玉川地域（調査日：平成25年8月、平成26年1月）の3か所をモデル地域として選び、そこに共通する特性や、地域の実情による違いをあきらかにすることを目的に、それぞれの地域における認知症への取組みに関して、さまざまな属性の関係者を対象とする個別インタビュー調査を実施した。対象者の属性は、行政担当者、地域包括支援センター、社会福祉協議会、住民自治会、かかりつけ医及び家族（ケアラー）である。

事業結果

1. 認知症日米戦略カンファレンス～認知症国家戦略と大都市の取組み

米国保健・福祉省のカッツ氏からは、オバマケアと称される「医療費負担適正化法（ACA）」、「国家アルツハイマープロジェクト法（NAPA）」、およびNAPAに基づく国家アルツハイマープランについて紹介がなされた。国家プランのゴールは5つあり、①2025年までにアルツハイマー病を予防し効果的に治療すること、②ケアの質と効率を最大化すること、③アルツハイマー病の人と家族の支援を充実すること、④アルツハイマー病に対する国民の理解と関心を広げること、⑤これらゴールに向けての進捗を追跡していくこと、である。また、同プランは連邦政府のプランではなく、国家プランとして、すべての当事者、すべての現場に重点が置かれていることが強調された。

アルツハイマー協会ニューヨーク市支部のレヴァイン氏からは、アルツハイマー協会がニューヨーク市において展開している、さまざまなサービスについて紹介がなされた。24 時間無料電話相談、支援グループ運営、ケア相談、教育研修、メディック・アラート（徘徊対策）、早期支援プログラムなどである。最近では終末期ケアにも取り組んでいる。またとくに同市は多様な文化をもつ人々が暮らすために、それぞれの文化に合わせ母国語で情報提供も行われている。その他にも、認知症の人が文化芸術と接し楽しむことができるように、美術館と協働のプログラムも実施され、当事者から好評を得ている。最後には、認知症に対する理解と問題意識の向上の重要性を強調された。

厚生労働省老健局の原氏からは、現在のわが国の高齢化対策の現状と地域包括ケアシステムの考え方が紹介された。さらに「今後の認知症施策の方向性～ケアの流れを変える～」の柱と関連して、認知症初期集中支援チームの来年度からの全国展開、地域における助け合い、生きがいつくりと社会参加、トータルで地域の中で認知症の方を支えていく地域づくりを目指すことが述べられた。また都市部では、在宅医療・介護の徹底、小規模多機能型居宅介護サービスやグループホームが有用であること、そして4年後には600万人の認知症サポーター養成を目標とすることを強調された。

東京都健康長寿医療センターの栗田氏からは、東京都における認知症への取り組みについて、東京都としての4つの目標が紹介された。それらは、認知症疾患医療センターの整備、早期発見・早期診断推進事業（認知症初期集中支援チームと地域包括支援センターとの協力）、人材育成（一般病院看護師対象の認知症対応力向上研修）、地域での生活・家族支援の強化である。さらに見守り事業や、高齢化が進んでいるホームレスを支援するNPO団体の活動についても述べられた。

パネルディスカッションでは、①認知症ケアを推進する上で大都市に特徴的な困難（あるいは利点）と、それに対する課題解決の方向性、②国 - 都道府県（州）- 区市町村は、認知症ケアの推進に向けてどのように役割を分担することが望ましいか、③認知症の人が安心して暮らせるために、多様なステークホルダーを巻き込んだ地域住民主体の取り組みと町づくりをどのように実現するか、の3つの論点をめぐって討議された。

論点①の中では、高齢者に対する相談と情報提供について、日本では地域包括支援センターの機能強化の必要性、米国ではアルツハイマー協会が認知症に関する知識センターとして当事者やケア提供者に情報提供し力を与えていることが述べられた。論点②の中では、国・都・区の役割分担に関しては、区は住民同士の互助・共助も大事にしながらさまざまな生活支援サービスを工夫できるので、都には医療体制整備や人材育成を、国には法的整備や研究に加えて認知症に対するポジティブなキャンペーンを推進することが要望された。論点③の中では、最後に各パネリストから、認知症の人が安心して暮らせるように地域の温かい目を育てていくこと、家族介護者を一人で悩ませないこと、介護者が物事をオープンにして支援が得られるようにすること、高齢者に優しい町づくりに米国の多くの地域が取り組んでいること、常に認知症の人や家族の声に耳を傾ける

ことなどが強調された。

2. オーストラリア DBMAS 視察報告

今回視察したビクトリア州メルボルン市では、州の「高齢者精神科訪問サービス」のケースマネジャーが在宅や施設で生活する、問題を抱える高齢者のケースマネジメントを行っており、特に介護施設職員が入居者の行動（behaviours of concern）に難渋している場合には「施設支援プログラム」スタッフが短期集中的に介入するなど、充実したアウトリーチ活動を展開している。同州の DBMAS は既存のサービスを補完する形で導入され、看護師や作業療法士ら計 13 名が電話相談に応じ、必要時には老年精神科医が薬剤相談に応じることもある。DBMAS スタッフは介護職が認知症の人の視点にたつて BPSD と言われる行動を理解できるように助言し、介護者のケアスキルの向上を目標としていることが強く感じられた。ことに DBMAS では作業療法理論に基づいて、感覚を刺激するアイテムをさまざまに工夫して活用していることも大いに参考になるところである。

BPSD は認知症の人が何らかの要因によって脅かされた結果として出現し、介護者にとっても大きなストレスとなって、しばしば介護破綻につながる。一方で、認知症の人に BPSD が起こった文脈を理解し、安全が感じられる環境を作り出すことは、同じ地域に暮らす人々の安心を確保することにもつながり得る。DBMAS の多職種専門家によるタイムリーな助言・介入サービスは、日本でも自宅や施設での認知症の人の暮らし、そして市民の暮らしに大きな助けとなると思われた。オーストラリア国内でも州によって DBMAS の形を変えているように、日本の実情に合わせつつ BPSD に対する助言マネジメント機能が導入されることが望まれた。

3. 国内モデル地域調査報告（富士宮市・大牟田市・世田谷区玉川地域）

表記 3 地域の行政担当者、地域包括支援センター、社会福祉協議会、住民自治会、かかりつけ医及び家族（ケアラー）を対象として計 18 件の個別インタビュー（半構造化面接）を、下記 10 項目の設問の順に実施した。

1. 早い段階での気づき 2. 日々の暮らしの中での困難の見極め 3. ケアや支援の内容についての説明と相談 4. かかりつけ医の役割 5. かかりつけ医と専門医の連携 6. 地域ぐるみの支え 7. 医療・介護・地域の連携 8. 行動・心理症状（BPSD）への対応 9. 終末期から看取りについて 10. 地域の認知症への取組み推進

インタビューの内容はすべて録音し、テープ起こしの上、テキストデータを作成した。得られたテキストデータから、各設問に対して意味ある回答と思われるセンテンス群を抜きだし、地域別、回答者の属性別に別表にまとめた。さらにその内容から、上記 10 項目の設問ごとに、3 つの地域の共通特性と、各地域の実情に応じた違いを検討した。

今回調査した 3 つのモデル地域のそれぞれで、認知症への取組みに対して、関係者の

熱意溢れる創意と工夫ならびに敬服すべき尽力が積み重ねられており、この10年間でいずれも大きな進展が得られている。しかしながら、医療基盤や社会基盤の個別実情による制約からは、引き続きチャレンジしなければならない課題も浮き彫りにされているようである。各地域の実情の違いを越えて、明らかに3つのモデル地域に共通して強く意識されているのは、第一に、地域住民に対する、さまざまな機会を利用した継続的でたゆまぬ普及啓発である。そして第二に、地域包括ケアシステムの中において、地域包括支援センターを要とする、医療、介護、地域、行政の機能的連携の推進である。基礎自治体とその社会を構成する人々が主導する、認知症への取組みの日本型コミュニティ・イニシアティブ・モデルは、今後ともこの二点を根幹とした上で、さまざまなサービスや事業の目的と役割を明確にし、組み込んでいくことが望まれるものと思われた。

地域住民や介護者への認知症理解のための普及啓発の推進と、多職種協働によるケアの質の向上は、いずれの国でも強調されていることである。アルツハイマー協会ニューヨーク市支部が取り組んでいる、相談活動と情報提供、より良い終末期ケア、文化的活動による当事者の生きがいと社会参加、都市部での徘徊対策、多様な文化をもつ人々へのサービスなどはわが国でも参考とできるものである。オーストラリア独自のDBMASは、BPSDに関する介護者教育や作業療法理論によるアイテム活用など、その介入技法は示唆に富むものである。その多職種専門家によるタイムリーな助言・介入サービスは、きわめて有効なBPSD対策でもある。国内モデル地域調査からは、介護保険制度を土台とした地域包括ケアシステムは、世界をリードするポテンシャルをもつ、わが国独自の優れた認知症対策であることが理解できる。本事業の結果、海外の優れたサービスを我が国のそれぞれの地域における包括的ケアシステムの実情に合わせつつ、組み入れることができれば、地域包括ケアシステムのさらなる機能強化が期待できると考えられた。

第1章 認知症日米戦略カンファレンス

認知症日米戦略カンファレンス 概要

(平成 25 年 12 月 19 日 東京)

日 時：平成 25 年 12 月 19 日 (木) 午後 1 時 30 分～午後 6 時

場 所：公益財団法人東京都医学総合研究所 講堂

テーマ：認知症日米戦略カンファレンス「認知症国家戦略と大都市の取組み」
(プログラムは次頁)

海外招聘者

Ruth Katz 米国保健福祉省立案評価局 副局長 (障害・高齢化・介護政策室)

Jed A Levine 米国アルツハイマー協会ニューヨーク市支部 副代表
プログラム&サービス・ディレクター

国内参加者 (五十音順)

秋山 由美子 世田谷区 副区長

飛鳥井 望 東京都医学総合研究所 副所長

栗田 圭一 東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長

勝又 浜子 厚生労働省老健局高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室長

近藤 伸介 東京大学医学部

佐渡 充洋 慶應義塾大学医学部

進藤 由美 認知症介護研究・研修東京センター 研究主幹

中山 政昭 東京都福祉保健局 高齢社会対策部長

原 勝則 厚生労働省 老健局長

堀田 聡子 労働政策研究・研修機構





厚生労働省平成25年度老人保健事業推進費等補助金
「認知症国家戦略の国際動向と我が国の制度によるサービスモデルの国際比較研究事業」



主催 公益財団法人 東京都医学総合研究所

認知症日米戦略カンファレンス 「認知症国家戦略と大都市の取組み」

*The Japan-U.S. Conference on Dementia Strategy
"National Dementia Strategy & Metropolitan Challenges"*

平成25年12月19日（木）午後1時30分～午後6時
公益財団法人東京都医学総合研究所 講堂

13:30～ 開会 進行 飛鳥井 望 東京都医学総合研究所 副所長

主催者挨拶 前田 秀雄 東京都医学総合研究所 理事長

歓迎の挨拶 川澄 俊文 東京都福祉保健局 局長

13:40～ 『米国とニューヨーク市における認知症の取組み』

ファシリテーター 佐渡 充洋 慶應義塾大学医学部

講演1 Ruth Katz 『米国の認知症国家戦略』

米国保健・福祉省立案評価局 副局長（障害・高齢化・介護政策室）

講演2 Jed A. Levine 『ニューヨーク市における認知症関連のプログラムとサービス』

米国アルツハイマー協会ニューヨーク市支部 副代表

休憩 15:15～15:25

15:25～ 『日本と東京都における認知症の取組み』

ファシリテーター 近藤 伸介 東京大学医学部

講演3 原 勝則 『日本の認知症国家戦略と都市部の取組み』

厚生労働省 老健局長

講演4 粟田 圭一 『東京都における認知症への取組み』

東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長

休憩 16:10～16:30

16:30～ パネルディスカッション『認知症国家戦略と大都市の取組み』

ファシリテーター 飛鳥井 望 東京都医学総合研究所 堀田 聡子 労働政策研究・研修機構

指定発言1 中山 政昭 東京都福祉保健局 高齢社会対策部長 『東京都における認知症対策の現状と課題』

2 秋山由美子 世田谷区 副区長 『世田谷区認知症在宅支援の取り組み』

3 進藤 由美 認知症介護研究・研修東京センター 研究主幹 『米国および日本における現場の状況』

パネリスト

Ruth Katz 米国保健・福祉省立案評価局 副局長（障害・高齢化・介護政策室）

Jed Levine 米国アルツハイマー協会ニューヨーク市支部 副代表 プログラム&サービス・ディレクター

勝又 浜子 厚生労働省老健局高齢者支援課 認知症・虐待防止対策推進室長

中山 政昭 東京都福祉保健局 高齢社会対策部長

秋山由美子 世田谷区 副区長

粟田 圭一 東京都健康長寿医療センター研究所 研究部長

進藤 由美 認知症介護研究・研修東京センター 研究主幹

近藤 伸介 東京大学医学部

佐渡 充洋 慶應義塾大学医学部

18:00 閉会

アルツハイマー病に関する米国の国家プラン

日米認知症戦略カンファレンス

2013年12月19日

Ruth Katz
米国保健・福祉省立案評価局 副局長 (障害・高齢化・介護政策室)
NAPAウェブサイト: <http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/>

オバマ大統領のビジョン

何百万ものアメリカ人が、愛する人がアルツハイマー病に苦しむ姿を見るつらさ、胸が引き裂かれる思いを痛いほどよく知っています。そして、アルツハイマー病は我が国の高齢者とご家族の重荷となり、その数は増え続けています。したがって、我々は、この病による国民の健康への挑戦に立ち向かわねばならないのです。

2012年5月 バラク・オバマ大統領

概要

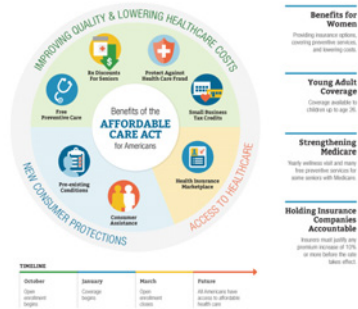
- ▶ はじめに
- ▶ 米国における高齢化
- ▶ アルツハイマー病および関連する認知症
- ▶ 国家アルツハイマープロジェクト法(NAPA)
- ▶ 即時の行動
- ▶ 諮問委員会
- ▶ 国家プラン
- ▶ 所見

はじめに: 米国の状況

- ▶ 医療制度改革に関するアクション
- ▶ 人口の高齢化
- ▶ アルツハイマー病および関連する認知症(AD/RD)
- ▶ リーダーシップのコミットメント
- ▶ 多様な利害関係者を一つにまとめる
- ▶ 研究と自立した生活に焦点
- ▶ 国家アルツハイマープロジェクト法(NAPA)の制定

Affordable Care Act (医療費負担適正化法: ACA)の特徴

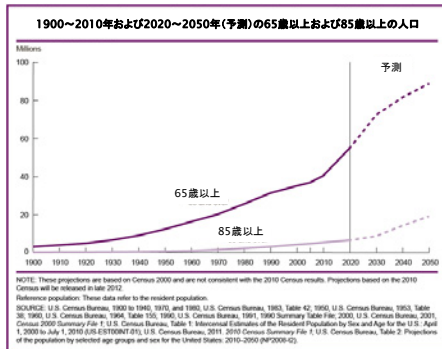
2010年3月23日、オバマ大統領はAffordable Care Actに署名した。本法は、今後4年間(およびそれ以降)に展開する包括的健康保険改革に関するものである。



ACAと高齢者

- ▶ 無料の予防サービス
 - 1年ごとの認知機能評価を含む
- ▶ 介護サービス支援
- ▶ 統合ケアの重視
- ▶ 処方薬へのアクセス改善
- ▶ メディケアの強化

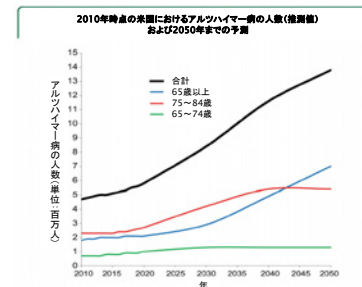
米国における人口の高齢化



NAPA WEBSITE:
<http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/>

7

アルツハイマー病の増加予測



Source: Hebert LE, Weuve J, Scherr PA, Evans DA. Alzheimer's disease in the United States (2010-2050) estimated using the 2010 census. *Neurol.* 2013; 80: 1778-1783

NAPA WEBSITE:
<http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/>

8

米国におけるアルツハイマー病および関連する認知症(AD/RD)

- ▶ 500万人がアルツハイマー病または関連する認知症を有している
 - 米国では85歳以上の人口が増加していることから、AD/RDの人も相当数、増加すると専門家予測
- ▶ AD/RDの人の医療と長期介護にかかる年間コストは、\$1,090億、うち大半は長期介護コストと推定されている
- ▶ 家族や友人によるケアのコスト(推定値)
 - 所得の損失額: 500億ドル
 - 家族や友人によるケアを民間市場で支払う場合: 1,060億ドル以上と考えられる

Source: Hurd et al. *N Engl J Med* 2013;368:1326-34.

NAPA WEBSITE:
<http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/>

9

AD/RDに対する主な投資とリソース: NAPA以前

- ▶ 2010年の研究予算: 5億200万ドル
 - 分子病態学と生理学、診断・評価・疾患監視、トランスレーショナルリサーチと臨床介入、疫学、ケア・サポート・医療経済学、研究リソース
 - 大半の4億5700万ドルは、米国国立衛生研究所(NIH)からの予算
- ▶ 臨床ケア
 - 発見および診断
 - 治療とケアのコーディネート
 - 研修
- ▶ 介護ケア
 - 入所基準を満たす人々のためのナーシングホーム給付
 - 高齢者向けサービス提供事業者の全米ネットワークを支援する小規模プログラム

NAPA WEBSITE:
<http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/>

10

アルツハイマー病における主な課題

- ▶ 現在、AD/RDの予防・治療・治癒する手段が存在しない
- ▶ ケアの質の評価方法およびスタッフのトレーニングの改善が必要
- ▶ 家族など介護者に対する支援が必要
- ▶ スティグマと誤った認識の蔓延
- ▶ 官民の取り組みにおけるコーディネーションと追跡が必要

NAPA WEBSITE:
<http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/>

11

国家アルツハイマープロジェクト法(NAPA): 主な特徴

米国保健・福祉省(HHS)長官に対し、下記の目的を遂行するための国家アルツハイマープロジェクト設置を求め、2011年1月4日に署名:

- ▶ アルツハイマーを克服するための統合的な国家プランの策定と維持
- ▶ 連邦政府の全省庁横断的な研究およびサービスのコーディネーション
- ▶ 予防し、進行を止め、進行を戻す可能性のある治療法の開発促進
- ▶ 早期診断率およびケアと治療のコーディネーション向上
- ▶ 高リスクの民族的・人種的マイノリティの人々のアウトカム改善
- ▶ 地球規模でアルツハイマーとの闘いを進めるための、国際組織との協調
- ▶ 国家プランの内容と実施をレビューし、論評する諮問委員会の設置

NAPA WEBSITE:
<http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/>

12

原則

- ▶ 既存リソースの最大限の活用、進行中の取り組みの改善とコーディネーション
- ▶ 諮問委員会との協議の下での官民パートナーシップ支援
- ▶ アルツハイマー病に対するアプローチの方法の転換
- ▶ 国家プランであって、単なる連邦政府プランではない
- ▶ 行動とは、即時の行動、近時および長期の目標を指す
- ▶ 官と民の関係者の関与を求める
- ▶ 前進への道は、リソース、科学の進歩、コラボレーション次第
- ▶ 今後のプランにおいては、米国防健・福祉省は諮問委員会および関係者と協働し、さらなる行動を起こす

NAPA WEBSITE:
<http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/>

13

オバマ大統領の投資: 即時のアクション

国家プランに対する議会の決定や支援を待つことなく、アルツハイマー病に対して即時の行動を起こすべくデザインされた投資

- ▶ アルツハイマー病に対する研究資金の増加。国立衛生研究所(NIH)は直ちに、2012会計年度に5000万ドルを追加投資
- ▶ 2013会計年度には新規のアルツハイマー病研究資金として予算8000万ドルが提案された
 - この提案は実現しなかったものの、NIH所長のFrancis Collinsは2013会計年度の新規アルツハイマー病研究を支援するため、4000万ドルを所長が裁量権を持つ資金(Director's Fund)から供与
- ▶ アルツハイマー病の人とその家族の支援および国民・医療従事者の啓発
 - アルツハイマー病に対する国民の理解を深めるための啓発とアウトリーチ
 - 医療従事者の認知症に対する知識を深めるためのアウトリーチ

NAPA WEBSITE:
<http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/>

14

ADRDに関わる部局間グループ:

ギャップ、機会、アクションステップを明らかにする

- | | | |
|----------------|------------------------------|------------------------------|
| ▶ 米国国立衛生研究所 | ▶ メディケア・アンド・メディケイド・サービス・センター | ▶ メディケア・アンド・メディケイド・サービス・センター |
| ▶ 米国疾病対策予防センター | ▶ 保健資源サービス局 | ▶ 高齢者局 |
| ▶ 医療品質研究調査機構 | ▶ 退役軍人省 | ▶ 立案評価局 |
| ▶ 退役軍人省 | ▶ インディアン保健サービス | ▶ 退役軍人省 |
| ▶ 食品医薬品局 | | ▶ 薬物乱用・精神保健サービス局 |

研究

臨床ケア

介護サービスと支援

NAPA WEBSITE:
<http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/>

15

諮問委員会メンバー

(諮問委員会のウェブサイト:

<http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/#Council>)

- ▶ 座長 -- Ronald Petersen, メイヨークリニック医師、医学博士
- ▶ 保健・福祉省
- ▶ 防衛省
- ▶ 13人の委員は下記の代表で構成:
 - アルツハイマー病の当事者
 - 介護者
 - サービス提供者
 - 州政府
 - 各自治体政府
 - 研究者
 - アドボカシー団体
- ▶ 米国国立科学財団
- ▶ 退役軍人省

パブリック

連邦政府

NAPA WEBSITE:
<http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/>

16

早期の活動

- ▶ 連邦政府の省庁間ワーキンググループおよび諮問委員会の設置
- ▶ 研究、臨床ケア、LTSSIに関する小委員会設置
- ▶ 諮問委員会による年4回の公式会議およびワーキンググループと小委員会の臨時会議
- ▶ アルツハイマー病の人と介護者のための既存のプログラム改善と、新たな取り組みを行うための作業
- ▶ 版を重ねてのプランづくり
 - 2012年1月に枠組み案を公表
 - 2012年2月に第一次プラン草案を公表
 - 2012年4月に第二次プラン草案を公表
 - 2012年5月に最終プランを発表:
<http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/NatlPlan.shtml>
 - 2013年6月に2013年改訂版を発表

NAPA WEBSITE:
<http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/>

17

ゴール

1. 2025年までにアルツハイマー病の予防と効果的な治療を実現する
2. ケアの質と効率性を最大限に高める
3. アルツハイマー病の人と家族のための支援の充実
4. 国民の理解と関わりを深める
5. 進捗を追跡し、さらなる改善への原動力とする

National Plan
to Address
Alzheimer's Disease



NAPA WEBSITE:
<http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/>

18

国家プラン

- ▶ 認知症の人と家族が今、必要とするケアと治療に対して、バランスよく取り組む
- ▶ 国家プランであって、単なる連邦政府プランではない。官民セクターの関係者による関与を必要とする。
- ▶ 長期目標、それらの目標を達成するための戦略、即時の行動
- ▶ 進捗に関する報告の透明性:
 - 付属資料に実施スケジュール
 - 諮問委員会に対する進捗状況報告は年2回
- ▶ 随時、プランを更新: 1年ごとに改訂
 - 2013年6月に2013年改訂版を発表:
<http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/NatlPlan2013.shtml>
 - 2014年4月に2014年改訂版を発表

NAPA WEBSITE:
<http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/>

19

ゴール1: 2025年までにアルツハイマー病の予防と効果的な治療を実現する

- ▶ **戦略1.A:** 研究の優先順位とマイルストーンの決定
- ▶ **戦略1.B:** アルツハイマー病の予防と治療を目指した研究の充実
- ▶ **戦略1.C:** 早期および発症前のアルツハイマー病同定技術の開発促進
- ▶ **戦略1.D:** 国際的な官民組織との研究協力
- ▶ **戦略1.E:** 医療および公衆衛生プログラムへの知見のトランスレーションを促進

NAPA WEBSITE:
<http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/>

ゴール2: ケアの質と効率性を最大限に高める

- ▶ **戦略2.A:** 質の高いケアを提供できるスキルを持った人材の育成
- ▶ **戦略2.B:** タイムリーで正確な診断率を高める
- ▶ **戦略2.C:** 診断直後から、アルツハイマー病の人とその家族に情報を提供し支援する
- ▶ **戦略2.D:** 様々なケア現場に即した、質の高い認知症ケアのガイドラインと評価法を特定する

NAPA WEBSITE:
<http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/>

ゴール2 (続き)

- ▶ **戦略2.E:** アルツハイマー病の人のための新しいケアモデルの有効性を探る
- ▶ **戦略2.F:** アルツハイマー病の人がケア現場と制度の間を安全で効果的に行き来できるよう図る
- ▶ **戦略2.G:** アルツハイマーの人のための医療と介護のコーディネーションと統合を高める
- ▶ **戦略2.H:** アルツハイマー病の発症率が特に高い人々およびケア不足の問題に直面している人々のためのケアを改善する

NAPA WEBSITE:
<http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/>

ゴール3: アルツハイマー病の人と家族のための支援の充実

- ▶ **戦略3.A:** 民族文化に配慮した教育・研修・支援のための情報を受け取ることができるようにする
- ▶ **戦略3.B:** 家族介護者が自身の健康とウェルビーイングを維持しながら介護を続けられるようにする
- ▶ **戦略3.C:** 将来必要となるケアを考え、家族が計画できるよう支援
- ▶ **戦略3.D:** アルツハイマー病の人の尊厳、安全、権利の保持
- ▶ **戦略3.E:** アルツハイマー病の人の住まいに関するニーズを評価し対応する

NAPA WEBSITE:
<http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/>

ゴール 4: 国民に理解と関わりを深める

- ▶ **戦略4.A:** アルツハイマー病に対する国民の理解を深める
- ▶ **戦略4.B:** 州政府、部族政府、地方政府と協働してコーディネーションを高め、各政府の全管轄でアルツハイマー病に対する理解を深める先進的モデルをつくる
- ▶ **戦略4.C:** 米国と世界各国が、協力してそれぞれの取り組みを向上させる

NAPA WEBSITE:
<http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/>

ゴール5: 進捗を追跡し、さらなる改善への原動力とする

- ▶ **戦略5.A:** 連邦政府による進捗追跡能力を高める
- ▶ **戦略5.B:** ナショナルプランの進捗をモニターする

NAPA WEBSITE:
<http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/>

プランの発表

- ▶ 米国保健・福祉省のSebelius長官が5月15日、米国国立衛生研究所での国際研究サミット開催中に発表
- ▶ 新しい研究プロジェクトへの助成を発表
- ▶ サービス提供事業者教育交付金の被交付者の発表
- ▶ 啓発キャンペーンの発表
 - ウェブサイト開設 www.alzheimers.gov
 - テレビおよび紙媒体での広告 (クリックをご覧ください www.youtube.com/watch?v=Oy-dz2xS21M)

NAPA WEBSITE:
<http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/>

26

プランの始動



NAPA WEBSITE:
<http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/>

27

現在までの進捗状況

- ▶ 研究の進歩を最善にするためのリコメンデーションを策定:
[Alzheimer's Disease Research Summit 2012: Path to Treatment and Prevention](#)
- ▶ 新規の2大臨床試験(遺伝子シーケンシングおよび革新的な新規細胞モデル開発) など、新しい研究プロジェクトに対する助成
- ▶ 2025年の目標に到達するための研究のマイルストーンに関する文書の作成:
<http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/milestones/milestones.shtml>
- ▶ 認知症の診断から効果的な行動マネジメントまで、10,000人以上の医療従事者をトレーニングするためのリソースの提供
- ▶ 国民の啓発と、認知症の診断を受けた人々と介護者を重要なリソースにつなげることを目的に、ウェブサイト www.alzheimers.gov を開設
- ▶ 進展した認知症に関するパネル

NAPA WEBSITE:
<http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/>

28

進捗状況 (続き)

- ▶ CMSおよびNIHは、認知機能障害の簡易評価ツールを明らかにした
- ▶ 臨床試験の登録に関するAoA/NIAのウェブセミナー、研究者による家族と患者への打診の支援
- ▶ ACL、Alliance for Aging Research、MetLife財団による報告書『革新をインパクトに変える: アルツハイマー病の人と介護者を住み慣れた地域で、自宅で支えるためのエビデンスに基づく介入について (“Translating Innovation to Impact: Evidence-Based Interventions to Support People with Alzheimer's Disease and Their Caregivers at Home and in Their Communities”)』
- ▶ アルツハイマー病による負担が特に高い人々が直面している特有の課題を明らかにする、個別集団タスクフォース。6月24日に報告書を公表。
- ▶ ダウン症候群の人々とアルツハイマー病に関するNIH会議開催 (2013年4月)
- ▶ 他の認知症に関するNIH研究サミット開催(2013年5月)

NAPA WEBSITE:
<http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/>

29

主な国際的活動

- ▶ 投資を最大化するための研究協力の改善
- ▶ ケアと介護者支援に関する他国の成功に学ぶ
- ▶ イギリス、カナダ、フランスとの二国間協議

NAPA WEBSITE:
<http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/>

30

G8認知症サミット

- ▶ 多国間の取り組み
- ▶ 極めて支援的なコミットメント
 - 研究および優先順位決定に関する情報共有
 - 国際行動計画の策定
- ▶ フォローアップ会議
 - 社会的インパクトに対する投資 - イギリス
 - 新しい介護と予防モデル - 日本
 - 産学パートナーシップ - カナダおよびフランス
 - 1年間の追跡 - 米国
 - ・ 米国国立衛生研究所にて2015年2月まで

NAPA WEBSITE:
<http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/>

31

所見: 有効だった取り組み

- ▶ 政治による支援
- ▶ 明確なミッション
- ▶ 情熱を持って尽力した連邦政府職員
 - 新たな予算付けがなくても、新たな活動や仕事を遂行
 - 保健・福祉省と他省庁において、担当職員の異動なし
- ▶ 機会とギャップに的を絞った探索
- ▶ 使えるツールはすべて活用
- ▶ すべての当事者、すべての現場に重点
- ▶ 研究と、認知症とともに生きること - この両方に焦点
- ▶ プランにおける各行動ステップの説明責任(accountability)
- ▶ アドボカシー団体との協働 - 相互尊重と継続的対話

NAPA WEBSITE:
<http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/>

32

所見: 改善が望まれる点

- ▶ より時間をかけた取り組み
- ▶ 経済環境の改善 - 業務遂行のためのより多くの資金および支援スタッフ
- ▶ 州政府および民間セクターとのパートナーシップを緊密化させるための継続的な取り組み - 連邦政府単独では達成できない

NAPA WEBSITE:
<http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/>

33

リソース: 追加情報

- ▶ <http://www.alzheimers.gov>
- ▶ NAPAウェブサイト: <http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/>
- ▶ 国立高齢化研究所 (National Institute on Aging): <http://www.nia.nih.gov/alzheimers>
- ▶ 高齢者ケア検索サイト: <http://www.eldercare.gov/eldercare.net/public/Index.aspx>
- ▶ ADSSPプログラム: http://www.aoa.gov/AoA_Programs/HPW/Alz_Grants/
- ▶ 全国家族介護者支援プログラム: http://www.aoa.gov/AoA_programs/HCLTC/Caregiver/index.aspx

NAPA WEBSITE:
<http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/>

34

ありがとうございます!
ご質問は?

Ruth.Katz@HHS.gov
(202) 690-5766

NAPA WEBSITE:
<http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/>

35

「アルツハイマー病に関する米国の国家プラン」

Ruth Katz 米連邦政府保健福祉省立案評価局 副局長（障害・高齢化・介護政策室）

米連邦政府保健福祉省立案評価局の Ruth Katz です。政策の分析と研究を行う立案評価局のうち、私の部署では 25 人の職員が障害、高齢化、介護問題を担当し、保健福祉省長官を通じて大統領に助言しています。国家アルツハイマープランは我々が策定作業を担当しましたので、本日、皆さんにご紹介できることを大変嬉しく思います。



バラク・オバマ大統領は認知症の問題に強い関心を持って対応しています。最初のアルツハイマープランを発表した時、オバマ大統領は次のように話しました。

「何百万ものアメリカ人が、愛する人がアルツハイマー病に苦しむ姿を見るつらさ、胸が引き裂かれる思いを痛いほどよく知っています。そして、アルツハイマー病は我が国の高齢者と家族の重荷となり、その数は増え続けています。したがって、我々は、この病による国民の健康への挑戦に立ち向かわねばならないのです」。

大統領のこのような発言には、大きな影響力があります。

はじめに、医療制度改革について簡単にご紹介します。2010年3月23日、オバマケアとも呼ばれる Affordable Care Act（医療費負担適正化法）が制定されました。ご存じの通り、米国には無保険の人も多数いますので、この法律はできる限り多くの人に医療保険を拡大することが主な目的です。高齢者はメディケアでカバーされるためオバマケアの主な対象ではありませんが、オバマケアには高齢者にも有用な施策もあります。

特にアルツハイマーに関係しているものは、65歳以上の高齢者を対象とした年1回の認知機能評価の新規導入です。費用は全額メディケアで負担します。これはアルツハイマーの早期発見につながる非常に重要な施策です。

介護に関する小さな条項が他にもありますが、介護費用は連邦政府による負担はほとんどありません。日本のように政府がすべての人をカバーする制度があればよいのですが、米国ではそうではないのです。

ご存じの通り、米国では急速に高齢化が進んでいます。2010年には65歳以上の人口は4,000万人でしたが、2030年までに65歳以上は全人口の20%に上る見込みです。日本はまさに今、その状態ですが、我々もそこに向かって進んでいます。世界のどの国も同じ方向に向かって進んでいます。ただ、健康で長生きできていることは素晴らしく、心から誇りに思うべきです。しかし、今日ここに私たちが集まっているように、話し合えるべき課題もあります。

高齢者数の増加に伴って、認知症の人の数も増えていくことが予想されています。現

在、米国では9人に1人、約520万人がアルツハイマーですが、2050年には約1,300万人になると見込まれています。また、診断されない人々もいます。認知症にかかる医療と介護の年間コストの推計値はさまざまありますが、政府が用いている数値では、昨年の費用は約1,090億ドルでした。ほとんどが介護費用で、多くは家族が負担しています。全国で介護している人は1,500万人に上り、そのほとんどが家族です。家族は無償で介護をしていますが、金銭の授受が発生していないだけで、本当はコストがかかっています。例えば、介護のために500億ドルの給与が失われています。昨年、家族が提供した介護に値段をつけるとしたら、1,060億ドルにも上ると言われています。

アルツハイマーに関して米国と日本が抱える問題は、ほぼ共通しています。予防法も治療法もありませんから、ケアの質を測定するためのよりよい尺度、人材育成のよりよい方法、家族介護者と有償介護者への支援が必要です。大きなスティグマ（stigma: 恥・不名誉）があり、介護者が外部になかなか助けを求められないという現状もあります。また、これまでの進捗を測定し、追跡する方法も必要です。

国家アルツハイマープロジェクト法（NAPA）は2011年1月4日に署名されました。NAPAは、アルツハイマーを克服するための統合的な国家プランの策定と維持を目標とした法律です。2025年までに根治薬をつくることを目指すとしています。非常に高い目標ですが、政府の全省庁横断的に研究とサービスをコーディネートすること、治療薬の開発促進、疾患を予防し、進行抑制し、または逆行させること、早期診断率の向上、ケアのコーディネート、認知症の発症率が特に高いラテン系やアフリカ系アメリカ人など民族的マイノリティのアウトカム改善などの達成目標を掲げています。

国際的な組織との協調も必要です。どの国も単独では前に進むことはできません。共通の課題を抱えていますから、解決策も共有する必要があります。また、国家プランの策定と実施において協働する国家諮問委員会も設置されました。

NAPAを施行した当時、我々は基本原則が必要だと考えました。1つは、既存のリソースを最大限に活用し、現在進行中の事業をコーディネートすることです。すべてをNAPAの目指す方向に向けています。諮問委員会と一緒に官民パートナーシップを支援すること、アルツハイマーに対する見方を変えること、政府として国として全体としてのアプローチを変えることです。また、これは皆が関与する国家プランであって、連邦政府が主体の連邦プランではないということも重要です。

即時の取り組み、短期的・中期的・長期的の取り組みがあります。包括的なプランを実行するには、官民両セクターによる関与が必要です。リソース、科学の進歩、協働がなければ前進することはできません。とくに協働がカギです。また、進捗にしたがって毎年、プランを更新することも必要です。諮問委員会とも協働しています。

オバマ大統領はいつも、「今やろう」と言います。「プランを待つことはしない。今すぐに前進する。今、予算を変える。何をやろうとしているか分かっている」と。ですか

ら、我々はすぐに資金を得て着手し、実行に専念することができます。

最初に、我々は政府内のすべての関係者を組織しました。メンバーは主に保健福祉省内のさまざまな部局の担当者です。彼らを研究担当班、臨床ケア担当班、介護サービスと支援担当班に班分けしました。

一部の諮問委員会メンバーについては、指名制で選出しました。連邦法に諮問委員会について明記されています。何千通もの推薦が寄せられた結果、座長には高名な医師の Dr. Ronald Petersen が選ばれ、他にも民間から 13 名の委員が選ばれました。例えば早期のアルツハイマー病の人やインフォーマルケアを行っている人、家族介護者、介護職、医師、州政府や地方政府の職員、研究者、アドボカシー団体代表などです。このほか、連邦政府の 4 省庁の上級職員もメンバーになっています。

このように、あらゆる部局にまたがる作業部会をつくり、諮問委員会をつくり、政府職員で研究・臨床ケア・介護担当班をつくり、諮問委員会も設置しました。年 4 回、公開で大規模な諮問委員会を開催します。一般の人もパネル討議に参加することができ、情報伝達の大変有効な機会にもなります。そこで、進行中のプログラムや新しい施策、新たなアイデアについて話し合います。

第 1 次国家プランについては何度も草稿を重ね、最終的には 2012 年 5 月に発表されました。以降、毎年春に更新していきます。ゴールは、①2025 年までにアルツハイマー病の予防と効果的な治療法の実現、②ケアの質と効率の最大化、③アルツハイマー病の人と家族への支援の充実、④アルツハイマー病に対する国民の理解と関心の拡大、⑤これらのゴールに向けての進捗状況の追跡、という 5 つを掲げています。

国家プランですから、きちんと焦点を絞り、進捗に注意を払うことはとても大切です。また、治療薬の発見のために研究室の中で行われるべき仕事や臨床試験など科学の側面と、現在、認知症に直面している家族のケアニーズのバランスをとることが非常に大きな課題です。

繰り返しますが、これは国家プランであって連邦政府プランではありません。長期目標と即時行動の両面があり、進捗について透明性のある報告が求められています。また、この国家プランは毎年更新していくものですから、我々は「living document (生きた文書)」と呼んでいます。

国家プランの目標について、簡単にご説明します。

第 1 のゴール「2025 年までにアルツハイマー病の予防と効果的な治療法の実現」の戦略として、米国国立衛生研究所 (NIH) での研究の優先順位とマイルストーンの決定、予防と治療を目指した研究の拡充があります。我々はそのための会議を開き、臨床試験への参加を呼びかける報告書をまとめました。臨床試験に参加をためらう人が多いのですが、アルツハイマー病になった人にも健康な人にも試験に参加して頂かなければなり

ません。

発症や診断の 10 年も前から病気が進行しているケースもありますから、早期発見の研究を加速させることも戦略の 1 つに挙げています。そして、我々は国際組織や官・民の組織との研究コーディネーションと、研究から得られた知見の臨床応用の促進を後押しします。新薬が開発されたり、新しいエビデンスに基づく治療法ができたり、家族支援の新たな方法が分かっても、行政機関が採用するには長い時間がかかることが往々にしてありますが、お役所仕事を解消して、新しいものを早く世に出そうという戦略です。

第 2 のゴール「ケアの質と効率性を最大限に高める」ための戦略の 1 つは、対応力の高い人材の育成です。これは非常に重要な課題です。ナーシングホームの職員やホームヘルパーとして働く介護人材は現在、約 200 万人いますが、現在に比べて今後 10 年以内にナーシングホームの介護人材は 20%、ホームヘルパー人材は 60% 増やすことが必要です。しかし、大変なエネルギーや資源が必要な仕事なのに賃金が安く、離職者も多いので、現在のニーズを満たすのにも難渋しているのが現状です。

また、タイムリーで正確な診断を促進するためには、診断時に必要な情報につなぐことも必要です。日本とは異なり、米国には一本化された窓口がないので、どこに行っても誰に聞けばいいのかわからない、という事態も起こります。そのようなことが起きないように、診断直後に認知症の人やご家族を教育し支援することが必要です。

質の高いガイドラインと独立した機関によって検証された評価法も必要です。具体的には「生活の質（QOL）とは何か」「その人の機能的状態とは何か」を測る尺度が必要です。さもなければ、今やっていることがよいのか悪いのかを測ることができないからです。

新しいケアモデルの探索も極めて重要です。医療制度改革のおかげで、統合されたケアに関する様々な新しいモデルも生まれてきました。

また、アルツハイマー病の人には多くの併存疾患を抱える人も多く、複数の医師や医療関係者にかかり、病院に行き、ナーシングホームに行き、自宅に行き、ホームヘルパーと会うといった状況が珍しくありません。このような様々な場面を安全かつスムーズに、容易に行き来できるようにすることが必要です。医療職や介護職の人と会うたびに同じ質問に答える必要がないように、健康情報をうまく共有することも必要です。

今回の医療制度改革で規定されているように、医療と介護のコーディネーションと統合性を高めること、アルツハイマー病の発症率が特に高い少数民族やダウン症候群などの人々へのケアを向上することも必要です。

第 3 のゴールは「アルツハイマー病の人とご家族に対する支援の拡充」です。米国は多民族国家ですから、情報提供にも文化への配慮が大切です。また、家族が介護を続けられなくなるきっかけは、肩痛や腰痛、金銭的ストレスなど物理的な問題であることが分かっていますから、家族介護者が自分の健康を維持しながら介護を続けられるように

する戦略も必要です。そうでなければ、家族は「もうこれ以上は無理。今すぐにナーシングホームに入れてほしい」と言うことになります。ですから、高齢者の自宅での暮らしを家族が支え続けられるように、休息を提供することが重要なのです。

残念ながら、米国には介護に関する国家プランがありません。したがって、家族が将来に備えて計画をたてられるよう支援することが必要です。自立生活が難しくなってから計画するのは大変ですから、前もって計画するよう促すことが必要です。

また、アルツハイマー病の人の尊厳と安全と権利を保持すること、住まいのニーズに対応することも必要です。

第4のゴールは「国民の理解と関わりを深めること」です。多くの方はアルツハイマー病の名前を知っていても、ただ怖いと思うばかりです。怖れなくてはもよいということ、アルツハイマー病になった人が利用できるリソースがあるということを知ってほしいと思います。また、州政府やインディアン部族政府と協働すること、協働による利点について明らかにすることも大切です。それから、グローバルコミュニティとのコーディネートも極めて重要です。

第5のゴール「進捗を追跡し、さらなる改善への原動力とする」ですが、プランの進捗を評価するとさらなる改善につながりますから、進捗の評価はとても大切です。

国家アルツハイマープランは2012年5月15日、保健福祉省長官が発表しました。同日、新しい研究プロジェクトも発表されました。サービス提供事業者への新たな教育助成金や啓発キャンペーンも発表されました。スライドにYouTubeのURLを記載していますので、ご興味がある方はそのサイトから少しご覧頂くことができます。

すでに一部を皆さまにご紹介しました通り、現在までに様々に前進してきました。進捗に関する調査資料を発表しましたし、新たな研究プロジェクトに予算をつけました。この予算は国家アルツハイマープロジェクト法（NAPA）がなければ実現しなかったかもしれないと思います。

研究に関するマイルストーンを定めた新しい資料もあります。研究者たちによって設定されたゴールです。達成期限を定めたマイルストーンについても、スライドにURLを記載しています。

直接ケアに関わる医療従事者向けの研修リソースも提供してきました。それから、alzheimers.gov というウェブサイトもつくりました。家族でも地域の人でもコミュニティセンターの人でも医師でも、誰でもアルツハイマー病について情報を得ることができるウェブサイトです。

また、今年は「Advanced Dementia（進展した認知症）」という委員会にも助成しました。実はこれは終末期に関する委員会です。倫理的・政治的・宗教的にさまざまな課題や難題がありますが、政府や政府系研究機関の外でこれらの問題を検討する機会となっています。

医師が使用できる評価尺度も特定しました。臨床試験への参加を促すために、臨床試験の登録に関するウェブセミナーもいくつか行いました。特定集団タスクフォースとしてダウン症候群に関するミーティングや研究サミットを行いました。

大変重要な国際的な活動について、いくつかご紹介したいと思います。研究への投資を最大化するにはコーディネーションが大切です。誰かが薬理的な答えを発見すれば、皆がその恩恵に与ることができます。これは誰もが分かっていることです。また、ケア技術に関しても、成功事例からも学ぶことが大切です。

先週、G8 サミットが開催されました。信じられないほど高い関心が寄せられ、各国とも多国間協力で熱心な姿勢を示し、大変素晴らしい会議でした。G8 がアルツハイマー病について話し合ったなんて、信じられるでしょうか。研究について情報を共有し、研究における優先順位を明らかにし、お互いの取り組みから皆が恩恵を受けられるように役割分担をしたのです。本当に素晴らしいことです。

ご存知の通り、今後もフォローアップ会議が開かれる予定です。1つは社会的インパクトに対する投資に関する会議です。つまり、民間の投資家が株式に対して投資するように社会的プログラムに対して投資ができて、その投資が成功すれば利益が見込めるといえるものです。米国では様々な住居に関する事業やサービス付き住居に関する事業で、このような投資を行っています。

それから、新しいケアと予防モデルに関する会議も1年以内に日本で開催が予定されています。カナダとフランスは研究産業パートナーシップに関する会議を2015年2月に開催予定ですし、米国はNIHでフォローアップ会議を予定しています。

最後に、国家アルツハイマープランに関して、これまでに有効だった点と、改善が望まれる点についてご紹介したいと思います。まず、有効だったのは、オバマ大統領や保健福祉省長官などトップレベルの政治家からの支持があったことです。議会からの支持も得て、進めることができました。リーダーが音頭をとれば、実現するものです。

明確なミッションがあり、誰もが目的を理解していました。2011年から現在まで連邦政府の同じメンバーが変わることなく担当しています。皆が強い責任感を持ち、経験を積んでこの問題の専門家となり、現在も取り組んでいます。彼らは、既存の事業の中でアルツハイマー病に関連する事業と、アルツハイマー病の名前はついていなくとも活用できる事業を検討して、活用できる資源を見つけました。使えるものはすべて使おうという方針をたて、それが有効でした。

それから、すべての当事者、すべての現場が重要です。州政府や連邦政府が何をするかという問題ではありません。官も民も当事者として、誰もが持てるものを持ち寄るのです。また、根治のための研究と、病とともに生きることを支えるケアの双方が重要です。国家プランには説明責任があり、毎年、ゴールを達成したかどうかを明らかにしま

す。それから、アドボカシー団体との協働も、政府が正直であるために有効です。

改善が望まれる点としては、とにかく時間が足りなかったということがあります。しかし、今後の高齢化や認知症の人の数を考えると、時間が足りるということはないでしょう。資金もさらに必要です。連邦政府と州政府や民間セクターとのパートナーシップを改善していくことも必要だと思います。

認知症の人の家族に支援の手を届けること、医療と介護と住居を統合した新しいサービスモデルの構築、啓発の必要性について、今日、ここにいらっしゃる皆さんと共有できることを嬉しく思います。ご清聴ありがとうございました。

注記：

米国では「Alzheimer's (disease)」という場合、アルツハイマー型認知症だけでなく総称としての認知症を指すことも多いが、本報告書では英語の「Alzheimer's (disease)」を訳す場合、敢えて「認知症」とは言い換えていない。

日米認知症戦略カンファレンス ニューヨーク市における 認知症関連のプログラムとサービス

Jed A. Levine, M.A.
アルツハイマー協会
ニューヨーク市支部 副代表
プログラム&サービス・ディレクター

2013年12月19日

1
New York City Chapter

alzheimer's association®

ニューヨーク市における アルツハイマー病の状況

- ニューヨーク市の人口は830万人
- 65歳以上の人口は100万人弱
2030年までに130万人に増加する見込み
- アルツハイマー病の人は25万人以上
- 認知症の人1人につき、少なくとも介護者が1人

2
New York City Chapter

alzheimer's association®

アルツハイマー協会とは

すべてのサービスは、
認知症の人とその家族に無料で提供されている

- 78の支部と300のサービス提供拠点を持つ全米組織
- 民間では最大の研究資金提供機関
- ケア・支援・啓発・研究・アドボカシーを行う最大級の組織

3
New York City Chapter

alzheimer's association®

家族と介護職に対するニューヨーク市支部のサービス

- 情報提供と紹介(24時間電話相談受付 800-272-3900)
- 支援グループ: 市内の全5区に計120以上のグループ。専門のトレーニングを受けたリーダーによる運営
- 家族や当事者向けの民間ケア相談
- 教育・研修
- MedicAlert®+アルツハイマー協会 Safe Return®プログラム
- 早期サービス
- アルツハイマー協会の TrialMatch
- アルツハイマー & 認知症介護者センター (情報やヒントをウェブサイトで提供)
- 進行した認知症に対する緩和ケア: 研修・実施プログラム
- 多様なコミュニティへのアウトリーチ

4
New York City Chapter

alzheimer's association®

24時間の電話相談サービス

- 1.800.272.3900(電話番号)
- 年中無休、1日24時間対応
- 介護専門職に心配事を相談できる
- 認知症の人や介護者、家族、友人のための講座情報が得られる
- もの忘れ(memory loss)、認知症、アルツハイマー病について、よりよい理解が得られる
- リソースを見つけ、つながる



5
New York City Chapter

alzheimer's association®

介護者と認知症 の人のための 地域リソース

あなたの地域のリソースを見つけよう

| Diagnostic Centers | Home Care Agencies | Adult Day Care Programs |
|---|---|--|
| A differential diagnosis of Alzheimer's disease requires a complete medical, neurological, and psychiatric evaluation, as well as neuropsychological tests. | Provides health care services in the residence of the patient. It allows a person to remain in the comfort of their surroundings throughout the course of the disease. | Community-based group programs designed to meet the needs of functionally and/or cognitively impaired adults through a care plan. |
| Select Locations: • Manhattan • Brooklyn • Bronx • Queens • Staten Island | Home Care Agencies That Serve: • Manhattan • Brooklyn • Bronx • Queens • Staten Island • Westchester • Rockland • Suffolk | Select Locations: • Manhattan • Brooklyn • Bronx • Queens • Staten Island |
| Hospice Hospice is a special kind of care for the terminally ill. The focus is on caring, not curing. In most cases care is provided in the patient's home, although care can also be provided in hospice/inpatient centers. | Legal and Financial Services Legal and financial planning should begin soon after the diagnosis of Alzheimer's or related dementia has been made. As the disease progresses they will need to rely on others to act in their best interests. | Respite Services Respite services provide temporary, time-limited care when family members or service providers are unavailable. In-home health providers home care workers to supervise the person with dementia. |
| Select Locations: • Manhattan • Brooklyn • Bronx • Queens • Staten Island | Select Locations: • Manhattan • Brooklyn • Bronx • Queens • Staten Island | Select Locations: • Manhattan • Brooklyn • Bronx • Queens • Staten Island |
| Early Stage Services Here you can find information about Mild Cognitive Impairment (MCI), Alzheimer's disease (AD), and other types of dementia. You can also learn about ways to cope and live successfully with the challenges that a diagnosis of dementia can bring. Visit our Early Stage Services website. | Connect 2 Culture The New York City Chapter's cultural arts program which teaches caregivers how to utilize art to stimulate conversation and emotion. We collaborate with a variety of museums and organizations such as The American Museum of Natural History, The Museum of Modern Art, The Metropolitan Museum of Art, The Rubin Museum. Visit our Connect2Culture website. | |

6
New York City Chapter

alzheimer's association®

ケアに関する相談

- 認知症の人や家族のための短期的カウンセリングと支援
- 給付と資格: メディケイドのプランニングとケアに対する支払い
- 家族間の対立や問題への援助
- 遠隔地に住む介護者への支援
- 地域サービスへの紹介

7

New York City Chapter

alzheimer's association®

家族介護者に対する支援グループ

アルツハイマー協会の介護者支援グループは、定期開催のミーティングを通じ、介護者に感情的・教育的・社会的支援を提供。

参加者が悩みやストレスに対処する方法を身に着け、介護を続けながら心身の健康を維持し、認知症の人に最善のケアができるよう支援。

8

New York City Chapter

alzheimer's association®

教育・研修

- 教育講座
 - 月1回の教育講座
 - 認知症を理解する
 - 法律および金銭に関するセミナー
 - メディケイド・ホームケア・セミナー
 - マンデーナイト・教育ミーティング
 - ナーシングホームへの入居について
- 家族と介護職向けの研修プログラム
 - 家族介護者のためのワークショップ
 - 介護職向け50時間認知症ケア研修
 - 英語、スペイン語、中国語



50時間認知症ケア研修クラス

9

New York City Chapter

alzheimer's association®

alzheimer's association
New York City Chapter

SEARCH FOR AIDES | ABOUT US | CONTACT US | LOGIN

Dementia Aides

Start your search for aides here

About Dementia Aides

Making Home Care Work For You

Alzheimer's Association 50-hour Dementia Care Training for Professionals

www.dementiaaides.org

10

New York City Chapter

alzheimer's association®

様々な早期サービス

THE HARRY AND JEANETTE WEINBERG
early stage center

Early Stage Services

- MC, AD, & other dementia
- Living with your diagnosis
- Telling Others
- Communication
- Challenges You May Face
- Legal and Financial Planning
- Treatment and Medications
- Visit Our Early Stage Center
- More Information

To speak with someone about Early Stage Services, please call 646-744-2977

Go Back to the Early Stage Services

11

New York City Chapter

alzheimer's association®

connect 2 culture

- 美術館・博物館
- [アメリカン・フォークアート美術館](#)
 - [ブルックリン美術館](#)
 - [クロイスタース美術館](#)
 - [イントレピッド海上航空宇宙博物館](#)
 - [近代美術館\(MOMA\)](#)
 - [メトロポリタン美術館](#)
 - [ルビン美術館](#)
 - [スタジオミュージアム・イン・ハーレム](#)
 - [ユダヤ博物館](#)

- ソーシャルイベント
- [Rhythm Break Cares](#)
 - [Tea Dance Social](#)
 - [WE SING](#)



12

New York City Chapter

alzheimer's association®

13
New York City Chapter

alzheimer's association®

MedicAlert®+アルツハイマー協会 Safe Return®

- ・ 認知症の人は徘徊することがある
- ・ 24時間以内に発見・保護されなければ、50%の人は重傷を負うか死に至る
- ・ 安全のための国家登録プログラム
- ・ 認知症の人と介護者のためのID付きブレスレット
- ・ 行方がわからなくなった人が出た場合（および発見時）に、病院、シェルター、EMS、警察の各所管区、監察医、交通機関の事務所などにファックスで通知
- ・ NY市警およびメディアとの協力体制
- ・ 発生時の家族支援
- ・ シルバー・アラート: NY市警、市緊急管理局、市高齢局

14
New York City Chapter

alzheimer's association®

医療従事者および医師のアウトリーチ

- ・ アルツハイマー協会ニューヨーク市支部の各種サービス情報を医師や医療従事者に提供
- ・ 医師は患者と家族に対して、医師によるケアプランを支部がいかに構うことができるかを説明するよう奨励

15
New York City Chapter

alzheimer's association®

終末期 ケアリソース

16
New York City Chapter

alzheimer's association®

ナーシングホームと施設ケア

- ・ ナーシングホーム・タスクフォース
- ・ ナーシングホーム職員のための年次カンファレンス
- ・ “ADvancing Care”
- ・ “Care Advocate”
- ・ 介護職および家族のための緩和ケアリソース

For Professionals:
Center for the Advancement of Palliative Care, an organization which works with providers to promote excellence in palliative care, www.capc.org.

For Family members, persons with dementia:
www.getpalliativecare.org

17
New York City Chapter

alzheimer's association®

進行した認知症のための緩和ケア: 研修・実施プログラム

- ・ Comfort Firstモデルはピアティテュード・キャンパスに由来
- ・ 市内のナーシングホーム3施設とホスピスがパートナー
- ・ 組織全体での導入
- ・ 自由な食事
- ・ 睡眠・覚醒パターン
- ・ 刺激のコントロール
- ・ 痛み

18
New York City Chapter

alzheimer's association®

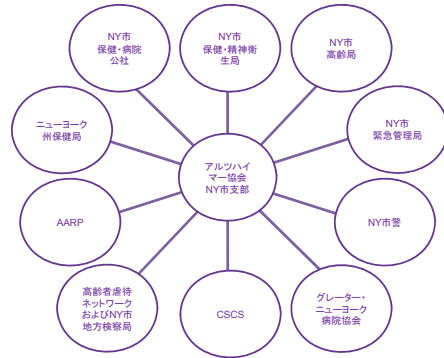
ニューヨーク市支部のスタッフ



19
New York City Chapter

alzheimer's association

官民パートナーシップ



20
New York City Chapter

alzheimer's association

連邦政府の優先事項

- 2013年一般教書演説:
- オバマ大統領は一般教書演説の中で、アルツハイマー病に関連する課題に言及
 - 大統領の「Brain Activity Mapping Project」は、オバマ政権によるニューロサイエンス分野への注力を確認するもの

- アルツハイマー協会が支援する取り組み:
- オバマ大統領はアルツハイマー病の研究およびケアに対して1億ドルの予算を配分。8千万ドルが研究費に、2千万ドルがケアに振り分けられた。
 - HOPE for Alzheimer's Act (S.709/ H.R. 1507) の再導入と第113回議会における新たな法制
 - 国家アルツハイマー病プロジェクト法 (NAPA)

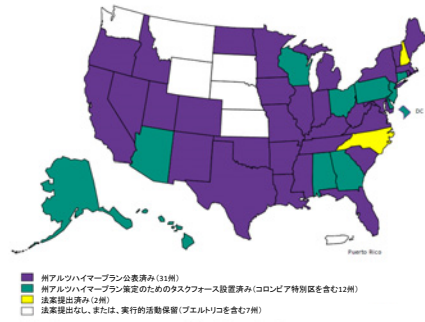


21
New York City Chapter

alzheimer's association

州政府によるアルツハイマー病プラン整備状況

州政府のアルツハイマー病プラン



22
New York City Chapter

alzheimer's association

ニューヨーク市の介護に関する報告書



ニューヨーク市のアルツハイマー病に関する計画の基礎となる報告書

23
New York City Chapter

alzheimer's association

介護者センター: 災害への備え

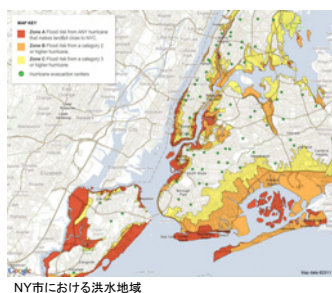


24
New York City Chapter

alzheimer's association

巨大ハリケーン「サンディ」の事例

- 死者**43人**のうち**26人**が高齢者
- 65歳以上の高齢者が1人以上いる**67,967世帯**が巨大ハリケーン「サンディ」により被害を受けた(被害のあった全世帯の32%)
- 被害のあった全世帯のうち**12.1%**が単身高齢者世帯
- NY市の24時間相談電話には、スタテン島、ロッカウェイズ、ブルックリンから避難を余儀なくされた家族からの電話が相次いだ
- 高齢者、要介護者、精神障害およびその他の障害者は、「ゾーンA」の居住率が過度に高い
- ナーシングホーム、成人用ホーム、精神障害者施設は、ゾーンAに所在する割合が過度に高い



NY市における洪水地域

ディスカッション

Jed A. Levine
Email: jlevine@alznyc.org

「ニューヨーク市における認知症関連プログラムとサービス」

Jed A. Levine アルツハイマー協会ニューヨーク市支部副代表 プログラム&サービス・ディレクター

私は 1980 年にボランティアとしてアルツハイマー協会のニューヨーク市支部で働き始めました。当時はまだ全国組織はなかったのですが、その後、各地の団体が協力して現在の全国組織を設立しました。以来、大きな成長と変化を遂げてきました。支部の主な事業は、教育・情報・当事者と家族への支援・複雑なケアサービスのナビゲーションなどの提供です。どのようなサービスがあり、どうすれば利用できるのかを家族が理解するには支援が必要ですが、米国ではそのようなナビゲーション費用を公的な介護予算では賄えないからです。



ニューヨーク市は米国最大の都市です。人口 830 万人のうち 65 歳以上は現在 100 万人近く、2030 年までに 130 万人に増加すると予測されています。疫学研究によると、現在 25~26 万 5,000 人が認知症で、認知症の人 1 人あたり介護する人は通常 1 人以上おり、認知症の人と同居しているか介護している市民は 50 万人と見込まれます。認知症の予防法か発症を遅らせる方法か、可能性は低いかもしれませんがいつか根治薬を発見できなければ、2050 年までにニューヨーク市民の 5 人に 1 人は自身がアルツハイマー病になるか介護者になると予測されています。ですから、非常に大きな問題です。

アルツハイマー協会はこの問題に対応するため、地域レベルで発足して全国組織を設立しました。地道な草の根活動を進め、現在は全国に 78 支部、300 以上のサービス提供拠点を持っています。民間としては最大規模の研究資金提供組織であり、ケア・支援・啓発・研究・アドボカシーの各分野においても中心的役割を果たしています。協会の設立当初から、研究が必要だと考える人とケアや支援の提供が必要だという人の間で緊張関係があったため、2 つとも協会の使命としています。

研究が最も重要であることは分かっています。しかし、アルツハイマー病の人たちは我々が差し出さうものすべてを必要としています。ここにお集まりの皆さまは専門家ですが、アルツハイマー病のご家族の立場でもある方も多いと思います。もしそのご経験がなければ、たとえ専門家であっても、家族としてアルツハイマー病の人をケアするとはどういうことか、本当には分からないものです。どれほど注意が必要で、気がかりで、一刻の猶予もなく、常に肩に重みがかかっているものか。専門家の方々に私が話をするときには、いつもこのことを繰り返し申し上げています。

残念ながら、一般に、アルツハイマー病を取り巻く人々には無力感と絶望感がありま

す。確かに医学的な解決策はありませんが、この病を持つ人々をケアすること、よいケアを続けられるよう家族や介護者をケアすることに関しては、とても多くのことが分かっています。ですから、我々は発信するメッセージを変える必要があります。決して絶望的な病ではないこと、アルツハイマー病になった人がその人らしく QOL (生活の質) を保ち、病とともに最良の人生を生きるために、我々にできることがたくさんある、というメッセージです。

アルツハイマー協会は様々なサービスを提供しています。全国のすべての支部で提供しているのは、24 時間無料の電話相談サービス、支援グループ運営、ケア相談、教育・研修、MedicAlert®+アルツハイマー協会「安全な帰宅支援プログラム (Safe Return Program)」、早期サービス (early stage services) です。

ニューヨーク市支部では、多様な文化を持つ人が暮らす大都市の特徴に合わせた形でサービスを提供しています。私がプログラム・ディレクターになったのは 13~14 年前で、当時の私の優先事項は、協会が持つ情報を必要とするすべての市民に、それぞれの人の文化にあった文脈で、それぞれの人の母国語で届けることでした。

先ほど Katz さんも触れていましたが、白人高齢者に比べて、アフリカ系アメリカ人のアルツハイマー病発症リスクは 2 倍、ラテン系は 1.5 倍と、人種による発症リスク差があります。ですので、我々はスペイン語や中国語のプログラムの他、アフリカ系アメリカ人コミュニティ向けのプログラムも提供しています。

中国人はアルツハイマー病について大っぴらに話をしないので、アルツハイマー病の人が実際にどれくらいいるのか分かりません。文化的タブーが非常に強く、その病名を口にすると病にかかってしまうとか、前世の報いであると考えているようです。それでも我々の取り組みもかなり前進していて、現在は中国語を話す家族のための支援グループが 3 つあります。中国語のニュースレターも発行していますし、月に 2 回のラジオ番組では、北京語と広東語で 1 回ずつ放送しています。5 年前には中国系のサービス利用者はいませんでした。我々の支援の手が彼らに届き始めています。

ロシア系住民も増加していますので、我々のサービスを届けつつあります。数は少ないのですが、ユダヤ正統主義の人たちもいます。周囲との接触が少なく、ホロコーストを生き延びた彼らは認知症によって恐怖の時代に戻ってしまい、とてもつらい思いをしています。特別な問題を抱えている人たちですが、彼らのコミュニティにもサービスを届けています。

ニューヨーク市支部にはプログラム評価を担当するフルタイム職員もいます。プログラムによる効果を見て、我々が今やっていることを定量化し、アウトカムを判定するのです。このような職員がいるのはおそらく我々の支部だけですが、非常に重要な役割を果たしてもらっています。

全国展開しているものに、Trial Match Program があります。人と臨床試験をマッチングさせるプログラムです。試験への登録を考えている家族に、地元の病院や研究施設で

どのような試験が行われているのかを分かりやすく紹介しています。費用はかかりません。我々のサービスはすべて、アルツハイマー病の人と家族が無料で利用できます。

我々のサービスへの最大の窓口は 24 時間の電話相談です。日中は支部の事務所に 3 人常駐しています。そのほかにも、交代要員が 3 人いますし、スペイン語や中国語で対応できる人もいます。相談者からは「電話してよかった。でも 3~4 年前、いや 5 年前に電話しなかったのが残念」と言われることがよくあります。この電話相談がすべてのサービスへの窓口となって、アルツハイマー病のご本人やご家族を地域のリソースにつなげます。ウェブサイトにはそのためのデータベースもありますし、相談者には協会の情報セットを送ります。登録した人にはニュースレターも送ります。ニュースレターは英語版、スペイン語版、簡易の中国語版もあります。情報によって誤解や迷信が解かれたり、家族にとって大きな力になります。いったん情報の基盤ができると、その上に蓄積していくことができ、よいケアにつながるのです。

何から手をつければよいのか、どうすれば情報にアクセスできるのかを知らない家族が大勢います。サービスの存在も知りません。ですから、いかに多くの人に協会のサービスを知ってもらうかが、我々の課題です。

電話相談カードを使って大がかりなマーケティングキャンペーンをしたことがあります。ソーシャルワーカーが無料で家族間の対立や家族の精神的問題にも対応しつつ、複雑な制度を読み解き、利用可能なサービスのナビゲーションを行います。ニューヨーク市内の認知症に関するすべての物事を中心に、アルツハイマー協会が在るべきだと考えてきましたし、その意味で成功してきたと思います。

支援グループは市内の 5 つの区に 120 以上あります。参加費はすべて無料です。協会が支援グループのリーダーに 4 日間の研修を行うほか、随時、リーダーに対するサポートも行っています。リーダーは全員ボランティアですが、多くは専門職です。

ある参加者は、「経験に溺れてしまうことなく、水面から頭を上げ続けるために」参加していると言います。認知症の家族が集まる支援グループでは、他のどの分野でも得られない理解を他者から得ることができます。そもそもアルツハイマー協会は家族が互いにつながり、団結して「助け合いが必要だ」というところからスタートしていますから、このような事業を行うことが我々にとって最も重要なのです。

教育も非常に重要です。当事者、家族、訪問介護職、施設や病院の介護職を対象に、様々な研修を行っています。訪問介護職向けの認知症ケア研修は 50 時間のプログラムです。訪問介護の仕事に就いている人のほとんどは移民の女性で、給与も低く、教育水準も低い傾向にあります。1 回の研修参加者は 18~20 人に絞っています。30 年前に開発して以来、常に改良を加えてきており、当事者と訪問介護職の双方に非常によい成果が出ています。英語とスペイン語のコースのほか、中国語の短期コースもあります。

家族介護者向けのプログラムも行っています。病気に関する基本的な知識、コミュニケーションの方法、行動の変化に関する理解のほか、介護者自身のケアもテーマの1つです。

我々の事業は拡張しています。グランドセントラル駅から1ブロック先のマンハッタンのミッドタウンに事務所を構えているのですが、昨年3月には同じビル内にもう1フロアを借りて、研修室3室を備えた研修センター、支援グループ室2室を備えた支援グループセンター、早期センターを新たにオープンし、電話相談ラインも増やしました。サービスに対するニーズも高いですから、人員も倍増しました。

訪問介護職の研修修了者とよい認知症ケアができるホームヘルパーを必要としている家族とのマッチングを助けるため、dementiaaides.org というウェブサイトを開設しました。このサイトに研修修了者がプロフィールを掲載し、ホームヘルパーを探している家族が気に入った人を選び、自己責任で雇用契約を結ぶシステムです。サイトのオープンから2ヵ月で、すでに2人のヘルパーの雇用が成立しています。

早期サービス (early stage services) は現在、開発中ですが、事の始まりは1991年に私がニューヨーク市支部初の当事者支援グループの共同リーダーになったことでした。病を得た人たちにとって、互いに顔をあわせ、自分たちに起きていることを話し合い、スティグマから抜け出し、再び自分を理解してもらうことが必要だったのです。

現在は認知機能を刺激するプログラムや言葉ゲームをしたり、ボランティア活動をしたりしています。今行っているボランティアは、動物虐待防止協会 (ASPCA) の病気の子猫や子犬のための小さなおもちゃ作りです。また、アルツハイマー協会が提供するチラシや小冊子などのセット組みもします。これには参加者意識を持つ効果があります。認知症の人たちが人生に意味や目的を持てることが大切です。何をやりたいのか、常に彼らからアドバイスを得ています。早期の方やMCI(軽度認知障害)の方がいますので、彼らのためにプログラムを用意することと、認知症以外の社会 (non-dementia world) の一員として参加したいという彼らのニーズとの正しいバランスを見出すために、我々は学び、取り組みを続けています。

文化施設に恵まれたニューヨークの利点を生かして、数年前からそのような施設と共同で開発しているプログラムが「connect2culture (文化につながる)」です。人間は認知するだけの存在ではなく、社会と関わり、文化や芸術を楽しみ、創造する、スピリチュアルな存在です。特にスピリチュアルな面は認知症になっても損なわれることがない部分です。そして、認知症の人や家族も、病気になる前にしてきたことと同じことをしたいという望みを持っています。

「connect2culture」は、近代美術館 (MoMA) やブルックリン美術館などに行って、特別な活動に参加できるプログラムです。

他にも、家族やホームヘルパーが美術館のガイドや学芸員から文化資源の活用方法について学ぶプログラムもありますし、**Rhythm Break Cares** というプロの社交ダンスグループにダンスを習い、2 ヶ月に 1 回ダンス大会も開催しています。

特にご紹介したいのが、**Music & Memory** です。iPod に自分用の演奏リストを作って聞くプログラムで、我々の仲間である **Dan Cohen** が考案者です。このプログラムのために、古くなった iPod の寄付を市民に呼びかけています。かなり認知症が進行した人でも、昔から好きだったビーチボーイズの曲やカントリー音楽、バッハのロ単調ミサ曲などを聞くと、まるで生き返ったように生き生きし、心が動くのです。

音楽団体の協力を得て、ギタリストやピアニストなど若手の音楽家が認知症の人の自宅を訪問して生演奏してもらったりもしていますが、iPod からの音楽は直接、耳や脳に入りますから、特に非常に進行した認知症の人に伝わりやすく、とてもよいと思います。

来年 1 月のサンダンス映画祭で、先行上映される予定のドキュメンタリー「**Alive Inside**」は、このプログラムを撮影したもので、非常に注目されています。今年 4 月にルビン美術館で先行上映を 4 回行い、チケットは完売しました。インターネットで「**Alive Inside**」と検索してみてください。反応がないように見えた人たちが「自分の音楽を持つ」ようになって、生気を取り戻すさまは本当に驚きです。

近代美術館 (MoMA) の「**meet me**」プロジェクトにも我々が協力しています。MoMA が素晴らしいガイドをオンライン版と印刷版で作成していますので、関心のある方はぜひご覧ください。

MedicAlert® + Safe Return プログラムは、徘徊する人に ID を持ってもらおうというもので、1990 年に私が協会職員として働き始めて最初に取り組んだプロジェクトです。現在は連邦政府司法省から予算を託され、全国展開しています。6 年ほど前、医療 ID システムを提供している **MedicAlert** 財団と提携しました。同財団は、例えばペニシリンにアレルギーのある人や糖尿病の人に、そのことを示すブレスレットを提供しています。我々とは、徘徊する可能性のある認知症の人のためのブレスレットを提供しています。現在、ニューヨーク市で 2 万人以上が登録しています。通常は 1 人 62 ドルかかりますが、市や民間から資金提供があるおかげで、ブレスレットを希望する市民には誰にでも無料で渡しています。市から初めて資金助成を受けた年の登録は、前年比 117% 増と倍増しましたから、費用が阻害要因だったのだと分かります。

ニューヨーク市警とも緊密に連携しています。市警の行方不明者担当チームの中にアルツハイマー協会担当者が配置されています。最近、新しく担当になった刑事はとても熱心で頼りになる人物です。

ブレスレットは、ごくシンプルな ID ブレスレットです。登録はウェブサイトか紙の書類に必要事項を記入するだけで、とても簡単です。登録後、誰かが行方不明になった

時に、例えば「母がいなくなりました」と私の事務所に電話がかかってくると、私は情報を聞いて、電話を切って待つよう伝え、警察に連絡します。それから、すべての病院の救急室、シェルター、死体安置所、港湾局、交通局に行方不明者の速報を送り、注意喚起します。

我々は2年前、ニューヨーク市で **Silver Alert** 法案を通過させ、1年前にはニューヨーク州でも通過に漕ぎ着けました。その結果、認知機能障害のある高齢者の行方が分からなくなると、市の全機関に知らせるプロトコルができました。さらなる改善に取り組んでいるところですが、よいシステムだと思います。

通報システムを稼働させる一方で、見つかるまでの間、家族の支援もします。認知機能に障害のある人が行方不明になると、特にニューヨーク市のような大都会ではどこに行ってしまうか分かりませんから、家族はとても怖ろしい思いをします。このプログラムもとてもうまくいっていて、充実しつつあります。

このプログラムで素晴らしいのは成功率が 99%だということです。プログラムに登録して行方不明になった人が見つかる可能性がほぼ 100%ですから、素晴らしいと思います。

また、徘徊に備えて、**GPS** 機能のある **Comfort Zone** という追跡機器を利用する家族もいます。**GPS** が必ずしも頼りにはなる訳ではなく、購入費用に加えて月々の利用料もかかりますが、このような方法もあります。

繰り返しになりますが、アルツハイマー協会の存在と、協会がどのような役に立てるかを市民に広く知ってもらうことが大切です。ニューヨーク市支部には、市内の全医師と連絡をとる仕事をしているスタッフもいます。医師は医療に関しては専門家ですが、介護者のニーズや利用できる資源やサービスについては知識がなく、無償でカウンセリングする可能性も低いですし、そもそも時間がありません。ですから、彼らに我々の存在を知らせることが非常に重要です。

我々には時間があります。実際、電話相談の時間は平均 40 分です。ですから、医師が認知症の人についてご家族から相談を受けた時、ケアのための処方箋 (スライド 15) を出して、「ここに書いてある電話相談に電話するか、あるいはウェブサイト (alz.org/nyc) を見なさい」と言ってもらいたいのです。ウェブサイトも家族には非常に大切な情報源ですから。

医師から認知症の人やご家族にアルツハイマー協会を紹介してもらうようになることが、我々の長年の課題です。1度紹介して、患者さんやご家族から「情報がたくさん得られ、利用できるリソースも分かって、とても助かった」と感想を言われれば、その医師はさらに多くの人に協会を紹介してくれるようになるということがよくあります。ただ、最初の1回がなかなか難しいのです。

認知症の人は、発症後の時間の約 40%は進行した状態で過ごすと言われていています。

ですから、我々は進行した認知症の人のケアに関する情報を豊富にウェブサイトや教育プログラムや支援グループ、電話相談を通じて提供しています。

ナーシングホームでのケアをできる限り最善のものにするために協会支部として何ができるか、長年、試行錯誤を続けてきました。20年以上介護に携わってきた Ann Wyatt をコンサルタントとして雇い、ナーシングホームの仲間と特別委員会をつくり、毎年、会議を開催しています。

Ann のアイデアの1つが、ナーシングホームの職員向けニュースレター「ADvancing Care」の発行です。記事には、ケアのヒントとなるような情報を盛り込んでいます。というのは、ナーシングホームで働く人たちはよいケアをしたいと思っても、知識の基盤がなく、どうすればよいケアができるかを知らなかったり、能力が伴っていなかったりするということが、我々が行った調査から明らかになったからです。ニュースレターはナーシングホームに郵送していますし、ウェブサイトに登録して購読することもできます。また、ナーシングホームに住む認知症の人の家族向けのニュースレター「Care ADvocate」も発行しています。同じような内容で、とても好評です。

もう1つ、やはり Ann のとても興味深いアイデアは、アリゾナ州フェニックスのピアティテュード・キャンパスによる非常に優れた緩和ケアモデルの検討です。ピアティテュード・キャンパスでは、終末期の認知症の人に本当の癒しのケア（comfort care）を提供しています。

終末期の認知症の人たちは痛みがあっても、疲れていても、空腹でも、不快を感じていても、言葉で伝えることができません。そこで、ピアティテュード・キャンパスのホームがケアの方法を変えたところ、体重減少もなくなり、栄養補助食品も不要になりました。夕方になると混乱や興奮が起きたり、動揺が強まったりする、いわゆる夕暮れ症候群（日没症候群）も、非常にシンプルなケアによってなくなったのです。

そのケアとは、お腹の空いた人には食べ物を与える、疲れている人はデイルームで無理に椅子に座らせたままにせず、休息できるようにする。毎朝10時まで寝る人は、10時まで寝かせておきます。痛みがあるのに訴えられない人には、その痛みを知る手が必要が必要です。これが最も大切な特徴です。

ある看護師から聞いた話をご紹介します。ナーシングホームに入居していたある女性は、触ろうとする人を叩いたり噛みついたりと徹底的に抵抗するので、誰も彼女のケアができませんでした。服を着替えなければならぬのに、できなかったのです。看護師がカルテを確認したところ、その女性は昔、背中に大けがを負い、何年も鎮痛剤を服用していたことが分かりました。看護師は医師に相談して、ごく少量の鎮痛パッチ（貼付薬）を処方してもらったところ、介護者にとって悩ましい行動は完全になくなったのです。苦痛が取り除かれたからでした。

アルツハイマー病になると、確かに混乱するかもしれませんが認知機能が障害されるかもしれません。しかし、自分自身の快不快については本人こそが専門家です。そして、彼らは劇的な結果を示して見せてくれます。

ピアティテュード・キャンパスのやり方をそのまま一般の施設の制度の中で実現するのはなかなか難しいです。が、どうすれば制度の範囲内で取り入れることができるのか、現在3つのナーシングホームの協力を得て、検討しています。プロジェクトの実施費用として、約70万ドルの民間資金を調達しました。実施期間は30ヵ月で、今ちょうど半分を過ぎたところです。

主要評価項目は、入居者の転帰と職員の意識です。職員の意識については、認知症に関する意識と知識の評価尺度であるqPAD（Questionnaire on Palliative Care for Advanced Dementia）を用いています。qPADには日本語版もあると思います。その他、費用や薬理効果も検討しています。この研究の責任者は私で、Annがプログラムマネジャーです。ナーシングホームでのケア方法を変えようという革命的な取り組みですから、とてもエキサイティングです。

ニューヨーク市内の認知症棟のほとんどは、よいケアをしようとしているにもかかわらず、「助けて！助けて！」と叫ぶ声、ドアや壁をバンバン叩く音、悲痛な嘆き声などがあちこちから聞こえてきます。人はそれが彼らの常態だと言うかもしれませんが、それは間違いです。これらの行動は、何らかの苦悩を示す意思表示なのです。それをきちんと評価し、苦悩の原因に対処し、解決するか否かは、我々にかかっています。苦悩の原因を取り除けば、皆がもっとハッピーになります。

ある女性が私に言いました。「夫は彼の人生を取り戻しました。そして、私も私の人生を取り戻しました」と。彼女の夫は以前、行動に問題があるとして精神科病院に送られました。その後、我々と協力しているナーシングホームにたどり着いたのです。「夫をここに入れてくれてありがとう」とお礼を言われました。彼女もようやく生活の平穏をいくらか取り戻すことができたそうです。とてもドラマチックで、とてもエキサイティングでした。

あと15ヵ月間研究を続けてすべてのデータを解析した後、規模が大きく多文化の大都市のナーシングホームでピアティテュード・キャンパスの実践を取り入れるためのマニュアルづくりに取り掛かります。米国のナーシングホームは平均100床ですが、我々の研究に協力してくれているナーシングホームは、それぞれ720床、450床、320床からです。研究は各ホームの1棟で実施しています。この研究は、非常に献身的で勤勉で熱心な協会の役員たちが牽引しています。

支部の事業は、官民パートナーシップの下で実施しています。市の高齢化対策局、州の保健局、市の保健局、公立病院公社、ニューヨーク市緊急管理局、市警、民間病院協

会、高齢者虐待ネットワーク、地方検察局などです。認知症高齢者への虐待の問題を認識してもらうため、我々も検察局の判事を対象に講演と研修を行いました。ちなみに、ニューヨーク市保健局のウェブサイトではアルツハイマー病についてまったく触れられていないのが現状で、私の指摘を受けて早急に変更すると言っています。

米国最大の高齢者団体である全米退職者協会（AARP）、ニューヨークの国際長寿センター（ILC）、連合病院基金、ヘルパーのアドボカシーグループであり組合でもあるPHIなどの各団体とも連携しています。自分たちだけで何かをしようとせず、我々や認知症の専門家が取り組みの真ん中にいて、ほかの人たちを教育しエンパワーし、彼らのパートナーとなって取り組んでいくのが我々のやり方です。

連邦政府の取り組みを、地方レベルで地方議員とともに支援しています。市民にはアドボケート（応援団）として登録するよう呼びかけています。アドボケートになって連邦議会議員に「アルツハイマー病は国の優先事項である」と言い続けてもらうためです。

我々の推計では、賃金や生産性など労働損失とケアの費用を含め、アルツハイマー病のコストは2,030億ドルです。これに対して、研究に投じられているのはわずかに5億ドルで、大きく乖離しています。心疾患や脳卒中、HIV/AIDSといった分野における研究には年間何十億ドルも投じられ、死亡率は2000年から2010年までに顕著に低下しているのに、同時期、米国でのアルツハイマー病による死亡率は68%上昇しています。ですから、投資と研究が必要なのです。連邦政府の人たちがこの認識を共有するように、市民にアドボケートするよう呼びかけています。

州政府との協働も大切です。現在、コロンビア特別区を含めて32州に州プランがあります。私も「ニューヨーク州アルツハイマー病および関連疾患調整評議会」の一員として、州プランの策定に携わりました。州内各地域で市民公聴会を8回開き、家族や専門職らから直接、彼らのニーズや、何があれば彼らの暮らしや日々が楽になるのか、何がなされていないのかを聞きました。このようにして集めたすべての情報やデータを整理し、よいプランを策定することができました。ただ残念なことに、州はまだ、研修やケアへのアクセス改善をはじめとするどのリコメンデーションにも予算をつけていません。

2年前からマンハッタンの区長室と共同で調査を行い、500人を超える介護者から回答を得て、4日前に報告書をメディアに発表しました。調査結果によると、回答者の35%以上がナーシングホームやデイケアセンターなどのサービスや支援は満足ではないと答えています。また、半数近くがアルツハイマー病のケアに費やす時間が週40時間近くに上ると答えています。ほぼフルタイムの仕事に相当します。驚くほど労働時間の損失があることも分かりました。家族のケアのために、年に21日以上仕事を休んだ人が17.5%もいたのです。週5日勤務の仕事を4週以上休んだことになり、家族の負担の大

きさが示されています。そして、実に 95%もの人がニューヨーク市としてのアルツハイマープランが必要だと回答しています。

この結果を受けて、来年1月から政府や非営利団体などの関係者を集めて作業グループをつくり、全市をカバーするアルツハイマープランの策定に着手します。現時点では、基礎自治体としてプランを持っているのは、2009年に策定したサンフランシスコだけです。

最後に、災害に対する備えについてお話しします。2005年のハリケーン・カトリナによる大災害以来、私は全国諮問団の一員として、また9.11（米国同時多発テロ）後はその悲劇の後遺症の問題にも取り組んでいます。特に認知症の人と家族向けに災害に備えた情報を用意するのは、認知症の人たちは大きなストレスがかかる状況に弱く、回復が非常に難しいからです。昨年ハリケーン・サンディによる死者のうち半数以上は高齢者でした。そのうち認知症の人がどれくらいかは分かりませんが、洪水が起き家屋が倒壊した時に、スタテン島やブルックリンのナーシングホームに住めなくなった人たちの家族から、多数の電話相談を受けました。

認知機能に障害があり、自分で自分のことを話せない人が、災害のためにそれまで暮らしていたナーシングホームから別のナーシングホームに移されたものの、新しいホームではその人の名前や診断名、アレルギーの有無、服薬中の薬などに関する情報がまったくないというような状況がありました。このような時でも、MedicAlert[®]+Safe Returnプログラムに参加してブレスレットをつけていれば、事実上の電子カルテの役割を果たしますし、家族とも容易に再会することができます。

ニューヨーク市支部では以上のようなプログラムを展開していますが、やはり認知症に対する理解と問題意識を高めることが何よりも重要です。例えばニューヨーク医学アカデミーのある委員会で、高齢者のネットワークに関して具体的なリコメンデーションづくりを検討する時、我々が参加していてさえも、誰もアルツハイマー病に関して取り上げようとしなないというようなことが、まだ現状としてあります。ですから、我々はこの問題の認知度を上げる努力を続けることが必要です。

ご清聴ありがとうございました。

質疑応答

会場からの質問 1（精神科医）

日本では幻覚、妄想、興奮などのBPSDが増悪した時の治療に焦点があてられることが多いのですが、このような場合も米国ではナーシングホームですべて管理できるものでしょうか。それとも一時的にせよ入院治療するのでしょうか。また、認知症の終末期

に対して治療はどこで行われますか。

Levine 終末期に関しては、我々は緩和ケアの専門医を利用します。また、どのような選択肢があるかについて、家族に教育も行います。それから、我々は「癒しのケア (comfort care) : 介護施設に暮らす認知症の家族を持つ人のためのガイド」を作成しています。このガイドには、人工栄養補給や水分補給のメリット・デメリット、認知症の人が繰り返し肺炎になっている場合は抗生物質を使用しているかどうかを尋ねてみることで、「あなたのお母さんが自分の希望を話すことができたとしたら、何と言うだろうか」と考えること、スティグマを解消するための情報などが記載されています。

とても繊細な問題ですが、どの家族も痛みを苦しむことなく、快適に過ごしてほしいと思っています。そのようなケアがナーシングホームでできれば、病院に連れて行くこともありません。というのは、移動や病院内での体験そのものが認知症の人にとってはトラウマになりうるからです。このように、家族、ナーシングホームの介護職や管理職を教育し、緩和ケア専門医と協力することによって、認知症が進行して終末期にある人たちに高い QOL (生活の質) を提供することができます。

それから、深刻な行動表現がある場合、その行動はなんらかの苦痛を表現するコミュニケーションであると、介護職の人たちを教育します。例えば、朝起こそうとすると、けんか腰になって職員を殴る男性がいました。それが毎朝続くので彼の妻に話を聞いたところ、「夫はいつも夜間シフトで働いて夜中に帰宅していた。朝 4 時頃にスナックなどを食べてから就寝し、起きるのは昼の 12 時か 1 時頃だった」と言われました。そこで、1 日のスケジュールを彼のニーズにあわせてみたところ、彼のけんか腰の行動はすっかり消えてしまったのです。

また、CMS (米保健省内のメディケアおよびメディケイドの運営組織) から認知症の人に対する抗精神病薬の不適切な使用を無くし、使用量を減らすことを義務付けられていますので、このような非薬物的介入を活用すること、行動の理由を理解し、どうすればその原因を解消できるかを考えることがとても有用です。

Katz 終末期のケアなどについて、自分が希望すること、希望しないことを言葉にできる段階で明らかにする事前意思表示 (advanced directive) の作成にも力を入れています。これもとても有効です。感謝祭やクリスマスなどの休暇で家族が集まったときに話し合うよう呼びかけています。

会場からの質問 2 (医療ジャーナリスト / 認知症の人の家族)

Katz さんもおっしゃった通り、アルツハイマー病を予防・治療・治癒する手段が存在

しないのが現状ですが、それでも早期診断をしたほうが良いとよく言われます。確かに早期診断によるメリットもありますが、治療方法も見えない中で本人が大変なショックやダメージを受け、家族も診断後のいろいろな混乱の中に放り出されてしまいます。このようにとても大きなデメリットがあるにもかかわらず、それでも早期診断を受けたほうが良いと言えるエビデンスとありますか、どういう根拠付けがあるのでしょうか。

Katz おっしゃる通りだと思います。確かに、早期診断によってサービスにつながる事ができる、スティグマを減らして助けを求めることができるというメリットがあり、公式見解として「早期診断を促進しなければならない」と誰もが言います。しかし、いったん診断が下って病名がつき、サービスにつながると、いかにも病人になってしまって余命が短くなるというようなデータを見たこともあります。これは、医療倫理の分野で掘り下げられるべき問題だろうと思います。

Levine 私は長年、早期の MCI（軽度認知障害）の人たちのグループを支援してきましたが、多くの方は診断された時にある種の安心感を持ったと言います。「ああ、それで分かった。私が愚かなのでも仕事ができないのでもない。その原因には名前があったのだ」と。診断によってリソースにもアクセスできますし、前もって計画を立てることができます。あまり遅くなってからでは、自分が計画づくりに参加できなくなってしまいます。事前意思表示（advanced directive）をしたり、医療に関する委任状を作ったり、自分が望んでいるケアについても、家族と話し合う機会を失ってしまいます。

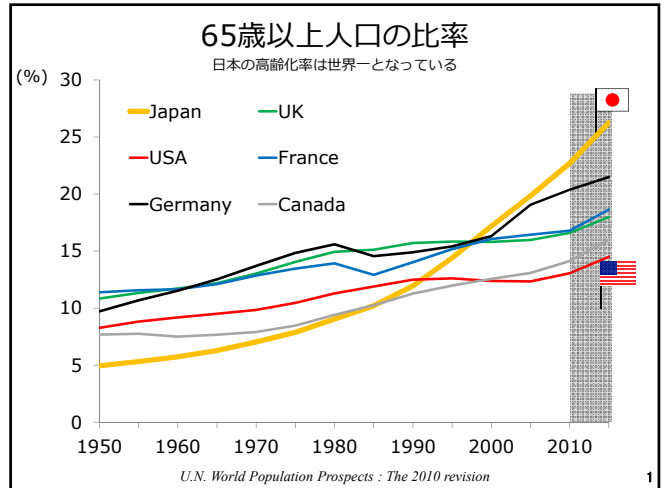
今ある薬は完璧ではありませんが、最も効果を発揮するタイミングは早期です。完璧ではなくとも、それよりもよいものがない以上、今あるリソースにアクセスする機会を逸しないことが大切です。それから、多くの治験には早期の人の参加が求められています。というのは、進行してしまうと、脳の障害が進みすぎて薬が十分に作用しなくなると考えられるからです。

確かにメリットとデメリットの両面からの議論があります。しかし、早期に診断されてケアにつながり、早くから支援を受けることができると、医療費を 30%減らすことができるという研究結果もあります。ミッドウエストの退役軍人局が行った研究では、早期の発見とケア、早期からの支援によって、生活の質が顕著に改善されるだけでなく、施設入所の時期も遅らせられることが示されています。

それから、実は多くの方が何かおかしいと気づいていて、そのためにとても悩んでいます。ですから、その状態に名前がつくことが大きな助けになる場合もあるのです。ただ、一人ひとり違いますから、これが誰にでもあてはまる訳ではありません。

日本の認知症国家戦略と都市部における取組

原 勝則
厚生労働省老健局長



日本の今後の高齢化の見通し

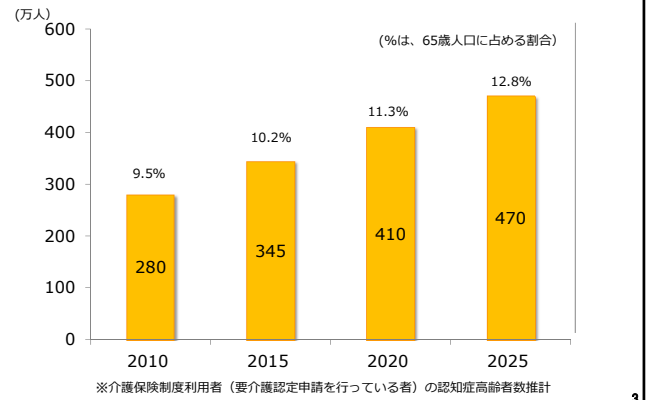
- 75歳以上高齢者の割合は、2012年で11.8%となっており、さらに**2025年には20%近くになる**。
 - 単独世帯や夫婦のみの高齢者世帯が増加し、**2025年には4世帯に1世帯以上となる**。
 - 一方、介護が必要となった場合に、**自宅で介護を受けたいという希望を持つ人は74%**となっている。
- ➡ 介護が必要になっても、**自宅で介護が受けられるような体制を整える**ことが必要。

【高齢者人口及びその割合の予測】

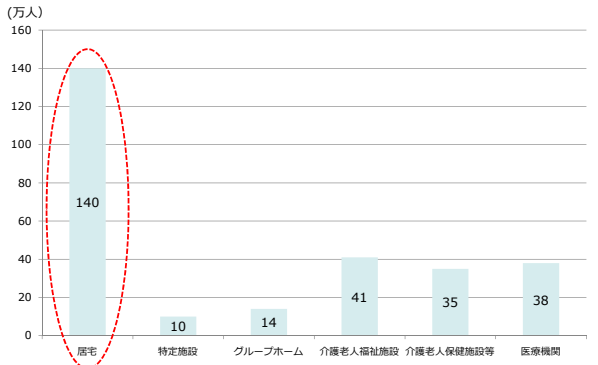
| | 2012年8月 | 2015年 | 2025年 |
|----------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 65歳以上高齢者人口(割合) | 3,058万人 (24.0%) | 3,395万人 (26.8%) | 3,657万人 (30.3%) |
| 75歳以上高齢者人口(割合) | 1,511万人 (11.8%) | 1,646万人 (13.0%) | 2,179万人 (18.1%) |

「認知症高齢者の日常生活自立度」II以上(※)の高齢者数推計

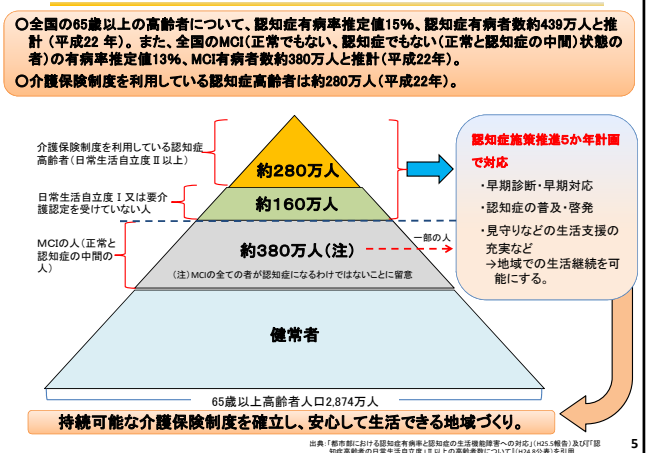
認知症高齢者は、今後15年以上にわたって増加し続けると推計されている



「認知症高齢者の日常生活自立度」II以上の認知症高齢者の居場所別内訳



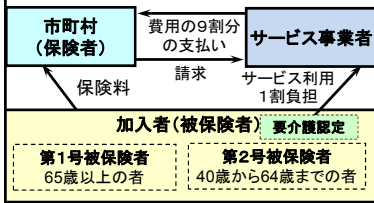
認知症高齢者の現状(平成22年)



介護保険のしくみ -高齢者の介護を支える-

- 日本では、2000年4月に介護保険制度を創設
- 介護保険の加入者(被保険者)は、**65歳以上の高齢者と40歳から64歳までの医療保険加入者**で構成。
- 利用者は、介護を受ける状態と認定(要介護認定)され介護サービスを利用する場合、**費用の1割を自己負担**。費用の残りの9割は介護保険から給付。

【介護保険制度の仕組み】



【サービスの種類の例】

- 訪問介護
※ホームヘルパーによる介護
- 訪問看護
※看護師による療養
- 通所介護
※デイサービスセンターに通って行われる介護
- 有料老人ホーム
- 認知症グループホーム
- 特別養護老人ホーム

6

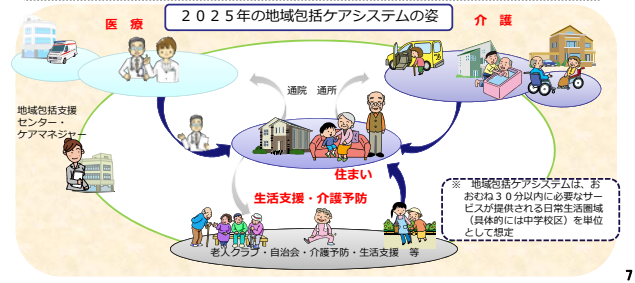
介護の将来像 (地域包括ケアシステム)

- 住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになる。

【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目のないサービス提供)に行われることが必要。

- ①医療との連携強化
- ②介護サービスの充実強化
- ③予防の推進
- ④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など
- ⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まひの整備(国交省と連携)



7

認知症に関して今まだ残る課題

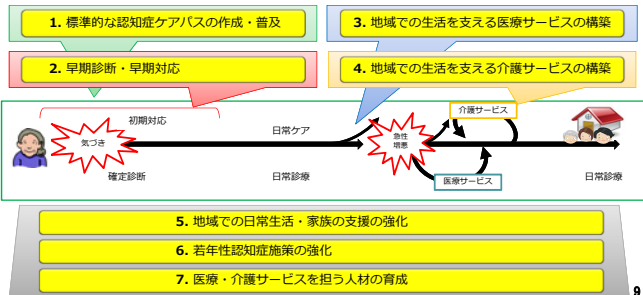
- 早期受診・対応の遅れによる認知症症状の悪化
- 精神科病院に認知症の人が長期入院している
- 一般病院において認知症の人の入院が拒否されるケースがある
- 認知症の人が住み慣れた地域で可能な限り生活を続けていくための介護サービスが量、質の両面から不足
- 地域で認知症の人とその家族を支援する体制が不十分
- 医療・介護従事者が現場で連携がとれた対応が出来ていないケースがある

8

今後の認知症施策の方向性

～ ケアの流れを変える ～ (平成24年6月18日 厚生労働省認知症施策検討会'07)外4)

- 「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指す。
- この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする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)を構築することを、基本目標とする。



9

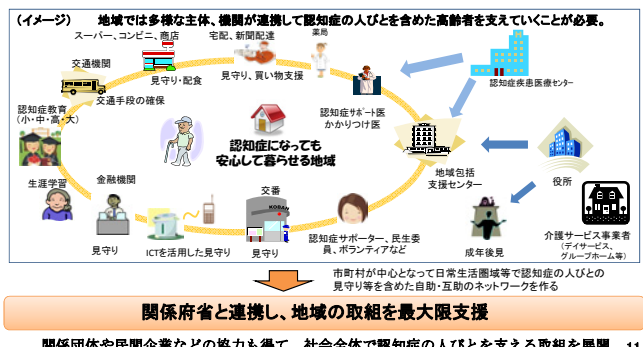
認知症施策推進5か年計画

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及 (2013-2017)
調査研究一市町村で推進一介護保険事業計画に反映
2. 早期診断・早期対応
認知症初期集中支援チーム創設、早期診断を担う医療機関の充実等
3. 地域での生活を支える医療サービスの構築
認知症の薬物使用に関するガイドライン策定、精神科病院に入院が必要な状態像の明確化、「退院支援・地域連携クリティカルパス」の作成等
4. 地域での生活を支える介護サービスの構築
認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくために、必要な介護サービスを整備
5. 地域での日常生活・家族の支援強化
認知地域支援推進員の普及、認知症サポーターの養成、市民後見人の養成、本人家族支援
6. 若年性認知症施策の強化
支援ハンドブックの作成、若年性認知症の人の意見交換会実施自治体の増加
7. 医療・介護サービスを担う人材の育成
認知症ケアモデル策定、認知症介護関連研修、一般病院勤務の医療従事者に対する対応力向上研修

10

社会全体で認知症の人びとを支える

- 社会全体で認知症の人びとを支えるため、介護サービスだけでなく、地域の自助・互助を最大限活用することが必要。



11

都道府県別の高齢者(75歳以上)人口の推移

| | 2010年時点の 高齢者人口(万人) | 2025年時点の 高齢者人口(万人) | 増加数 (万人) | 増加率 | 順位 |
|------|-----------------------|-----------------------|-------------|-------|----|
| 東京都 | 123.4 | 197.7 | 74.3 | +60% | 1 |
| 神奈川県 | 79.4 | 148.5 | 69.2 | +87% | 2 |
| 大阪府 | 84.3 | 152.8 | 68.5 | +81% | 3 |
| 埼玉県 | 58.9 | 117.7 | 58.8 | +100% | 4 |
| 千葉県 | 56.3 | 108.2 | 52.0 | +92% | 5 |
| 愛知県 | 66.0 | 116.6 | 50.6 | +77% | 6 |
| 佐賀県 | 11.4 | 14.3 | 2.9 | +26% | 43 |
| 高知県 | 12.2 | 14.9 | 2.7 | +22% | 44 |
| 山形県 | 18.1 | 20.7 | 2.6 | +14% | 45 |
| 鳥取県 | 8.6 | 10.5 | 1.9 | +22% | 46 |
| 島根県 | 11.9 | 13.7 | 1.8 | +15% | 47 |
| 全国 | 1,419.4 | 2,178.6 | 759.2 | +53% | |

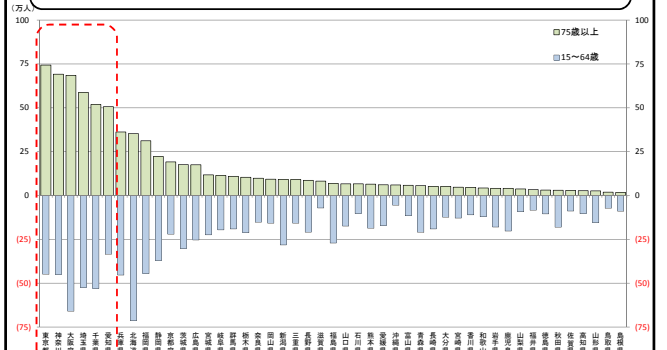
【資料】2010年高齢者人口：「平成22年国勢調査」(総務省統計局)
2025年高齢者人口：「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)

(出典)都市部の高齢化対策に関する検討会報告書

12

都道府県別 高齢者人口及び現役世代人口の増減(2010年~2025年)

- 2010年から2025年の都市部6都府県(東京、神奈川、大阪、埼玉、千葉、愛知)の75歳以上高齢者人口の増加数は、約373.4万人。
- 同期間の都市部6都府県の15歳から64歳人口は、約295.1万人の減少。



資料：「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)」(国立社会保障・人口問題研究所) ※都市部6都府県…埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、愛知県、大阪府。

(出典)都市部の高齢化対策に関する検討会報告書

13

日本の都市部を取り巻く状況

※都市部高齢化対策を考える前提として3点について整理

①都市部の地域特性

- 都市部の地域特性を踏まえた対応が必要
- ・ 兼住(高い人口密度)
- ・ 充実した生活インフラ(交通網、活発な企業活動、住宅等)
- 一方で、多くの空家の存在も
- ・ 団地等で起きる一斉の高齢化
- ・ 高い地価を背景に低い施設整備率
- ・ 更なる充実が求められる在宅サービス
- ・ 厳しい介護人材の確保(高い介護職種有効求人倍率)
- ・ 強い職場とのつながり、弱い地域とのつながり
- ・ 高い平均所得の一方、多くの低所得者・生活困難者も

②2025年の高齢者像

- 職歴の変化の象徴と称される「団塊の世代」(1947~49年生まれの卒業時期のピークとほぼ一致して、人口が都市部に向け大きく移動。~この大量の若年労働力の増加に支えられ、日本経済は高度成長のピーク。)
- ・ この時期に、年功賃金・長期雇用を柱とした「日本的雇用慣行」が普及・定着
- ・ 団塊の世代の成長は、消費と流行を牽引し、多様な生活スタイルを形成
- ・ 主な収入源は年金、幅のある世帯年収
- ・ 高い持家率と今の家に住み続けたいという強い意向
- ・ 在宅医療・介護に対する高いニーズ
- ・ 高い退職後の就業意欲と社会活動への参加の意向

③2025年における医療・介護サービス提供体制の姿

- 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療と地域包括ケアシステムの構築へ

出典：都市部の高齢化対策に関する検討会 報告書より抜粋

14

都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築

2025年の「高齢者像の変化」と「医療・介護サービス提供体制の姿」とを併せ考えれば、**都市部はその強み(兼住、多様な人材、整備された生活インフラ、活発な企業活動等)を活かした地域包括ケアシステムの構築を目指すべき**

- 1. 在宅医療・介護を徹底して追求する**
 - 在宅生活の限界点を高めるため、24時間定期巡回サービス、複合型サービス、小規模多機能型居宅介護、訪問診療、訪問看護等の普及促進。認知症高齢者に対する初期段階からの対応の充実
 - 都市部に多く存在する施設を運営する社会福祉法人による24時間定期巡回サービス等の在宅サービスへの取組促進
 - 事業者間の提携、複数の法人間の連携など、地域全体で面的な支援を推進。地域全体としての効果的な人員配置を検討
 - 市区町村が主体となった在宅医療・介護連携の推進。ICTを活用し、必要な情報を相互に共有するための環境整備 等
- 2. 住まいの新たな展開を図る**
 - 多様な住まい、住まい方の実現。住み替え先としてのサービス付き高齢者向け住宅(サ高住)や有料老人ホームの整備促進
 - 一斉に高齢化が進む団地等の改築・再開発の際には、医療・介護サービスの提供を組み合わせた街づくり
 - 都市部でも増加する「空家」を活用し、低所得・低資産の高齢者向けの低廉な住まいの確保・生活支援の推進 等
- 3. 地域づくりの観点から介護予防を推進する**
 - 都市部で今後多く見込まれる退職者の就労や社会参加を推進し、介護予防事業や生活支援サービスの担い手に
 - 多様な地域資源が存在する都市部の強みを活かし、多様な主体を巻き込んだ地域づくり 等
- 4. 多様なサービスを活用して生活を支える**
 - 都市部における幅広い多様な生活支援ニーズを満たすため、多様な主体から様々なサービス提供
 - 都市部には様々な民間企業がサービスを提供しているため、最大限活用(市区町村がこれらのサービスも情報提供)

出典：都市部の高齢化対策に関する検討会 報告書より抜粋

15

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

- **看護と介護が必要な在宅介護高齢者を24時間支える仕組みとして**

- ① 日中・夜間を通じて
- ② 訪問介護と訪問看護の両方を提供
- ③ 定期巡回と随時の対応を行う

「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を創設(2012年4月)

<定期巡回、随時対応サービス>



<サービス提供の例>

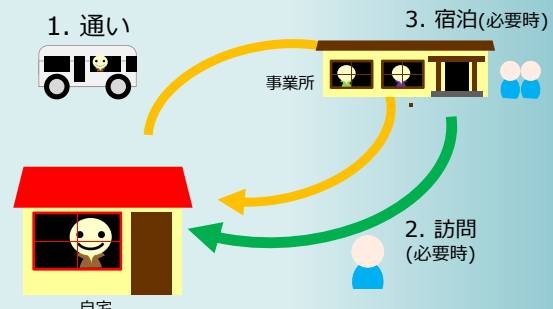


16

小規模多機能型居宅介護

(3,800ヶ所)

通いを基本とし、訪問や泊まりを柔軟に組み合わせることで、認知症の人が地域で暮らし続けることを支援するのに適している(最大定員25名)



17

**認知症対応型共同生活介護
(グループホーム)** (11,000ヶ所)

少人数の家庭的な環境と地域住民との交流のもと、日常生活上の世話と機能訓練を受け、
認知症の人が能力に応じ自立した日常生活を営むことを支援する

18


認知症サポーター (2005年～)

全国で、400万人以上の認知症サポーターが養成されている

認知症サポーターとは
認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の人や家族
に対して出来る範囲での手助けをする人

認知症サポーター養成講座 (90分)
4,193,093 人 (2013年6月30日現在)

キャラバンメイト養成研修 (6時間)
サポーター養成講座の講師役を養成
86,217 人 (2013年6月30日現在)



認知症施策推進5か年計画の目標 2017年度末 600万人

19

「日本の認知症国家戦略と都市部の取組み」

原 勝則 厚生労働省老健局長

先日、G8 の認知症サミットがロンドンで開かれ、日本からも土屋厚生労働副大臣が出席しました。世界的に認知症の方が増えている中、先進国が調査研究や認知症対策に協力して取り組んでいこうという認識を共有できたことには大きな意義がありますし、日本も一定の役割を果たしていかなばと考えております。本日は米国の様々な取組みを学ばせていただきましたので、G8 の中でも日米が協力して進めていければと思っております。



さて、私からは「日本の認知症国家戦略と都市部における取組み」について、ご説明します。

65 歳以上の人口比率の国際比較を見ますと（スライド 1）、2010 年の時点で日本は 22.7%と先進国の中でも最も高く、米国は 13.1%という状況です。しかし、日本における問題は、単なる高齢化率の高さにとどまらず、高齢化が短期間のうちに急速に進んでいくことだと言えます。

日本と中国と韓国は、政府の高齢者対策担当局長の会議を定期的を開催しております、今年は 7 月に上海で開かれました。中国や韓国はこれから日本以上に急激な高齢化を迎えるため、両国ともに今後の介護対策について非常に心配されておられます。ですから、高齢化先進国とも言うべき日本の取組みや経験が、今後、急激に高齢化が進む国々のモデルとなるよう、しっかりと取り組んでいく必要があるだろうと思っております。

特に介護サービスを考える場合、65 歳以上よりもむしろ 75 歳以上の人口を見ていくことが大事ですが、2025 年には 75 歳以上の人口は全体の 20%近くを占めると予測されます。

また、介護保険ができましたが、まだまだ家族による介護が中心となっているという問題が現実としてあります。家族介護力を考えますと、2025 年には単身世帯や夫婦のみの高齢者世帯が 4 世帯のうち 1 世帯以上、25%を占めると見込まれます。

そして、施設よりも自宅で介護を受けたいと希望される方が全体の 74%もいるといった状況を考えますと、自宅で介護が受けられるような体制を整えていくことが、今後、ますます重要であろうと思っております。

要介護高齢者、特に認知症の方が増加することによって、ケアの方法や技術はもちろん、サービスの提供体制や介護保険制度のあり方にも非常に大きく影響しますので、認知症施策は非常に重要なテーマとなります。

わが国において介護保険の要介護認定を受けた方のうち、認知症の高齢者は 2010 年において 280 万人で、2025 年には 470 万人まで増えるの見込まれます。その 280 万人のうちの半数は、在宅で生活をされています。

また、認知症の医療を受けていても要介護認定を受けていない方が 160 万人いることが研究で明らかにされました。したがって、これらを合わせますと認知症の有病率は 65 歳以上人口の 15%という高い数字になります。

さらに、軽度認知障害（MCI）の有病率は 65 歳人口の 13%であるという推計も出ており、高齢化の進展に伴って認知症の人は非常に多くなることが予想されています。

わが国では社会保険システムを活用して、2000 年に介護保険制度を導入しました。保険による費用負担の仕組みができたことで、大変大きな成果が上がり、国民の間にもよく定着してきております。介護保険制度は、対象者のカバー率と給付水準のいずれにおいても、世界的に非常に高いレベルの制度であると言えます。

この介護保険によって、ここ（スライド 6）にありますようなサービスが確実に全国民に提供される体制が、ほぼでき上がっているのです。

将来を見ますと、欧米も同様ですが、第 2 次世界大戦後に各国で起きたいわゆるベビーブーム、日本では 1947 年から 1949 年生まれの「団塊の世代」が 2025 年に介護サービスを受ける可能性が高まる 75 歳以上になることから、「2025 年問題」が指摘されています。

この 2025 年に向けて地域包括ケアシステムを確立しようということが、様々な議論の末、政府の目標となりました。

地域包括ケアシステムは、①住まい・医療・介護・予防・生活支援の 5 つのサービスを包括的・統合的に提供するということ、②これらのサービスを日常生活圏域の中で提供する、という 2 つの考え方からなっています。

しかし、地域によって様々な違いがあります。後ほど申し上げますが、大都市部では地方以上に高齢化が短期間に進みます。逆に、地方の中にはすでに高齢化が進んだ結果、これからは 75 歳以上の高齢者が減ってくる地域もあります。このように、高齢化の進展には非常に大きな地域差があります。また、資源にも大きな地域差があります。病院や特別養護老人ホーム、施設がたくさんある地域もあれば、そうでない地域もあります。したがって、高齢化の状況と地域資源の活用という 2 つの観点から、市町村が中心になって地域包括ケアシステムを具体的に作っていくことがとても重要だろうと思います。

わが国では、認知症についてはかなり早くから取り組みを進めてきました。ちょうど 50 年前に老人福祉法ができ、1987 年には厚生省の中に、当時は「痴呆」という言葉を使っていたけれども、認知症の方に対する対策本部ができました。そして 2004 年には少し侮蔑的なニュアンスのあった「痴呆」という言葉を法律も含めて「認知症」と

という言葉に改めました。それから何といても 2000 年に介護保険制度ができて、要介護になった全国民に確実に介護サービスが提供されることになりました。これは素晴らしいことだと思います。

しかし、認知症に関してわが国の問題点を考えますと、受診・対応の遅れによって認知症症状が悪化する、という状況があります。なかなかご本人もご家族も認知症を認めたくないし、隠そうとしてしまわれる。あるいは認知症は診断が難しい病気ですので、早期診断体制が十分ではない中で、いわゆる BPSD が発症してから慌てて精神科病院に入院させる。入院してしまうと、今度は地域の中で受け入れるための在宅サービス態勢が不十分なために入院期間が長くなっていく。これがわが国における一番の問題だろうと思っております。

そこで、昨年、厚生労働省の中にプロジェクトチームを作り、『今後の認知症施策の方向性について』という報告書をまとめました。その中で「今後目指すべき基本目標」を『ケアの流れ』を変えるとしています。この意味は、まさに私が今、申し上げたように、BPSD 等が発症して慌てて対応するという事後的な対応から、事前に対応することによって、できるだけ「問題行動」が起きないようにする。「問題行動」が起きなければ、その方は住み慣れた地域やご自宅で長く生活ができる。それが本人のニーズにも合っている。このようにケアの流れを変えるシステムを作っていきたいという内容の報告書でございます。

そのための施策は 7 つの柱から成っております。その 1 つが、今申し上げた事前に対応にあたる、認知症初期集中支援チームです。今年度は全国 14 の市町村でモデル事業を行っておりまして、来年度から全国的に展開をしていきたいと考えています。

簡単にご紹介しますと、保健師などの医療職と社会福祉士などの介護職に、医師の協力を得たチームが地域に出かけていく、いわゆるアウトリーチをしていただいて、できるだけ早めの対応、早めの診断につなげていくという役割を担うチームを市町村に作るということです。

最終的なゴールは、認知症の方を公的なサービスだけでケアするということは到底無理ですので、隣近所での支え合い、地域における支え合い、あるいはインフォーマルサービスの活用などを広めることによって、互助の取り組みを進めていくこと。それから、ご本人の生きがいづくりや社会参加による自助を広めること。例えば近くのサロンで趣味の活動をして頂いたり、友人とお話しして頂くようなことから、もうちょっと進めてボランティア活動をして頂いたり、もっと元気な方は生きがい就労というようなこともやって頂く。このような幅のある社会参加というものの場づくりを、私たちは地域の中に「居場所と出番をつくる」と言っております。そのような社会参加の場を広めていきながら、介護保険によるサービスを中心として、トータルで地域の中で認知症の方を支えていこうという地域づくり、町づくりを目指そうというのが、私たちの今の考え方で

さて、都市部についてお話しします。大都市圏ではこれから急激に75歳以上の高齢者が増えてまいります。その対応について、今年9月に厚生労働省で検討会を開催し報告書をまとめました。

これ（スライド14～15）がその概要です。都市部の地域特性としては、土地が少ないので施設が作りにくいとか、他の産業もたくさんあるので人材確保が難しいといったデメリットもある一方で、都市部ならではの強みもあります。例えば、高い人口密度、あるいは集住です。これは効率的なサービスの実施には非常に有利です。それから、交通網など充実した生活インフラ。様々なサービスを提供している企業があって、それらが利用できるといったメリットもあります。このような強みを生かしたシステムを作っていくことができるだろうと思っています。

また、2025年は団塊世代の方々が75歳以上になります。その高齢者像は、従来、私たちが考えていた高齢者とは違うイメージです。そういう方々のニーズや特性にあったサービスを考えていかなければなりません。

具体的な対策の柱は4つ。その1つは特に都市部で必要なのが、在宅医療・介護を徹底して追求することです。確かに施設を作っていくことも大事ですが、都市部では土地もなく、特に東京では制約があります。具体的には3つほど考えています。1つは平成24年から始めている定期巡回随時対応型の訪問介護看護サービス。24時間、ニーズに応じてホームヘルパーあるいは看護師がご自宅に駆けつける、あるいは電話等の相談に応じるサービスを提供しようというものです。

2つ目が、小規模多機能型居宅介護サービスです。小規模な施設というのでしょうか、事業所があって、そこにデイサービスとして通ったり、その事業所からヘルパーや看護師がご自宅に訪問したり、あるいは何かあった時にはその事業所にお泊まりいただくという、通いと訪問と宿泊が一体となったサービスを小規模な単位で地域の中に展開していこうというものです。これをぜひ進めていきたい。

それから3つ目が、認知症ケアにとって非常に有効だといわれているグループホームです。今、1万1,000カ所ございますけれども、これを広めていきたいと考えています。

最後に、このようなサービスも大事ですが、地域の中で認知症の方を支えるためには、何といても周りの方々が認知症について正しい理解を持ち、一緒に生活していく、支え合って生活していくこと、そのための啓発をやっていかなければ、認知症施策は十分とは言えないと思っています。ですので、2005年から認知症サポーター制度を推進しています。現在420万人の方がサポーターになっていただいております、4年後には600万人を目指しています。私からのご報告は以上です。ありがとうございました。

東京都における認知症への取り組み

東京都健康長寿医療センター研究所

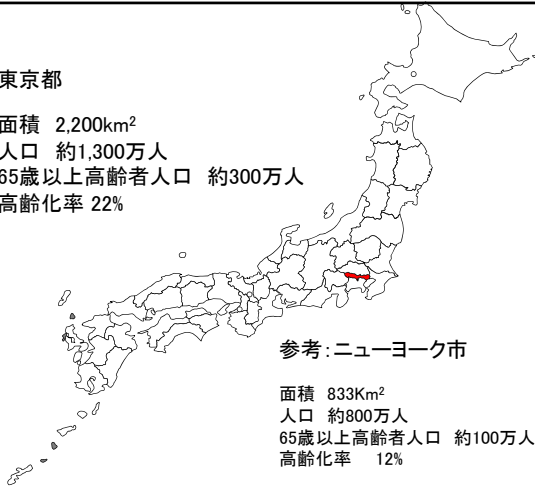
粟田 圭一

大都市の課題

東京都の高齢化

東京都

面積 2,200km²
人口 約1,300万人
65歳以上高齢者人口 約300万人
高齢化率 22%



東京都の高齢化の特徴(2010年のデータ) 47都道府県平均との比較

| | 47都道府県平均 | 東京都 |
|--------------------------|----------|---------------|
| 面積(km ²) | 8,042 | 2,200 |
| 人口 | 272万 | 1,316万 |
| 人口密度(人/km ²) | 339 | 5,982 |
| 高齢者人口 | 63万 | 268万 |
| 高齢化率(%) | 23 | 20 |
| 後期高齢者人口 | 30万 | 123万 |
| 後期高齢化率(%) | 11 | 9 |
| 認知症高齢者人口* | 6万 | 23万 |

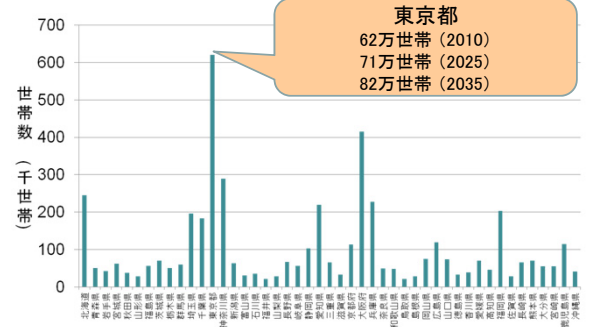
* 要介護認定における認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の人口
資料: 国立社会保障人口問題研究所「日本の都道府県別将来推計人口(平成25年3月推計)」

東京都の高齢化の変化(2010年~2025年) 47都道府県平均との比較

| | 47都道府県平均 | 東京都 |
|--------------------------|-----------|-------------------|
| 面積(km ²) | 8,042 | 2,200 |
| 人口 | 272万→256万 | 1,316万→1,318万 |
| 人口密度(人/km ²) | 339→319 | 5,982→5,990 |
| 高齢者人口 | 63万→78万 | 268万→ 332万 |
| 高齢化率(%) | 23→30 | 20→ 25 |
| 後期高齢者人口 | 30万→46万 | 123万→ 198万 |
| 後期高齢化率(%) | 11→18 | 9→ 15 |
| 認知症高齢者人口* | 6万→10万 | 23万→ 38万 |

* 要介護認定における認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上
資料: 国立社会保障人口問題研究所「日本の都道府県別将来推計人口(平成25年3月推計)」

世帯主65歳以上の単独世帯数 (2010年, 都道府県別)



国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(都道府県別)」(2009年12月推計)

都道府県別の住宅地の平均地価

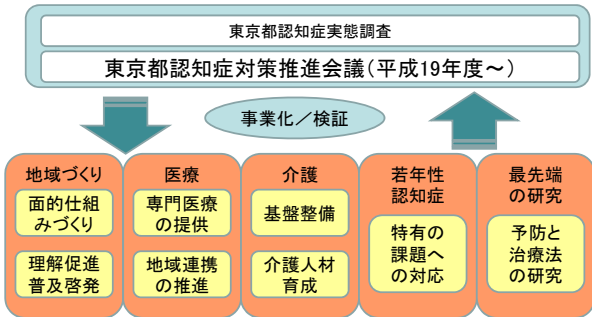


資料：平成25年度都道府県地価調査。国土交通省

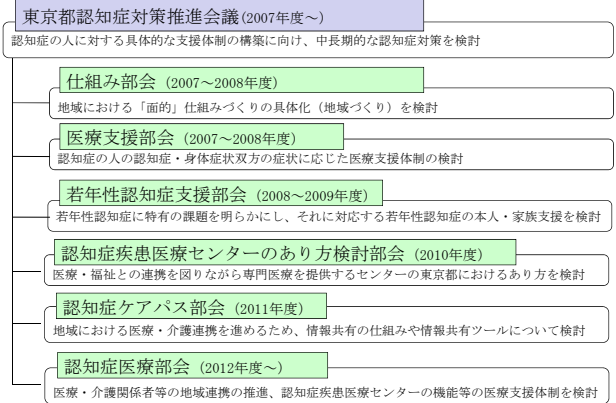
大都市の認知症戦略 東京都の認知症施策

東京都の認知症施策

目標：認知症の人とその家族が地域で安心して暮らせるまちづくりの推進



東京都認知症対策推進会議と部会



東京都保健医療計画における認知症施策

東京都保健医療計画
平成25年度～平成29年度

5 精神疾患医療の取組
5-(2) 認知症対策の強化

基本目標

認知症の人と家族が地域で安心して生活できるよう、認知症の早期発見・診断・対応に取り組むほか、地域の医療・介護関係者等の連携を推進し、認知症の人が状態に応じて適切な医療・福祉・介護の支援を受けることができる体制を構築する。

目標1: 地域連携の推進と専門医療の提供

目標2: 早期発見・診断・対応を可能とする取組の推進

目標3: 専門医療や介護、地域連携を支える人材の育成

目標4: 地域での生活・家族の支援の強化

目標1: 地域連携の推進と専門医療の提供 認知症疾患医療センターの整備

認知症疾患医療センター

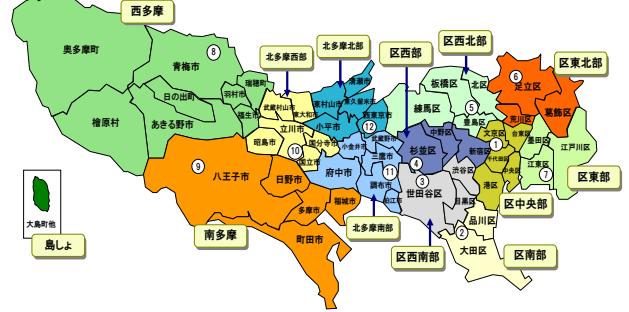
概要

- 平成20年度にスタートした、都道府県・指定都市を対象とする国庫補助事業
- 地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図ることを目的とする専門医療サービス
- 現在237か所が指定されている。



東京都認知症疾患医療センター

2次保健医療圏ごとに1か所、計12か所設置されている



| | | | |
|------|------------------------|-------|--------------------|
| 区中央部 | ① 順天堂大学医学部附属順天堂医院 | 区東部 | ⑦ 順天堂東京江東高齢者医療センター |
| 区南部 | ② 公益財団法人東京都保健医療公社 荏原病院 | 西多摩 | ⑧ 青南成木台病院 |
| 区西南部 | ③ 東京都立松沢病院 | 南多摩 | ⑨ 平川病院 |
| 区西部 | ④ 浴風会病院 | 北多摩西部 | ⑩ 国家公務員共済組合連合会立川病院 |
| 区西北部 | ⑤ 東京都健康長寿医療センター | 北多摩南部 | ⑪ 杏林大学医学部付属病院 |
| 区東北部 | ⑥ 大内病院 | 北多摩北部 | ⑫ 嵐風会山田病院 |
| | | 区東部 | ⑬ 順天堂東京江東高齢者医療センター |
| | | 西多摩 | ⑭ 青南成木台病院 |
| | | 南多摩 | ⑮ 平川病院 |
| | | 北多摩西部 | ⑯ 国家公務員共済組合連合会立川病院 |
| | | 北多摩南部 | ⑰ 杏林大学医学部付属病院 |
| | | 北多摩北部 | ⑱ 嵐風会山田病院 |

東京都認知症疾患医療センター

3つの役割

- ① 専門医療機関としての役割
- ② 地域連携推進機関としての役割
- ③ 人材育成機関としての役割

6つの事業

- 専門医療相談の実施
- 認知症の診断と対応
- 身体合併症・行動心理症状への対応
- 地域連携の推進
- 専門医療・地域連携を支える人材の育成
- 情報発信

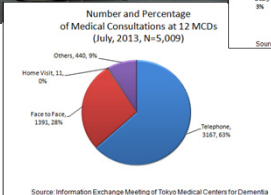
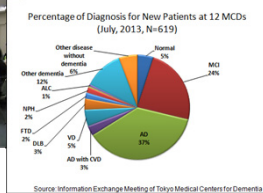
東京都健康長寿医療センター病院・研究所



昭和47年、東京都老人医療センターと東京都老人総合研究所として設立
平成24年、認知症疾患医療センターの指定を受ける
平成25年、新施設が完成
4センター、36診療科
許可病床579(一般539, 精神40)

専門医療相談室
精神保健福祉士2名、臨床心理士2名
認知症認定看護師1名、事務職員1名
①受療相談、②介護相談、③困難事例についての相談、④退院支援、⑤認知症に関する情報発信などを行っている。

認知症疾患医療センター情報交換会



目標2: 早期発見・診断・対応を可能とする取組の推進

早期発見・早期診断推進事業

認知症早期発見・早期診断推進事業

- 概要
 - 国の「認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業」を大都市の実状に合わせて設計しなおしたモデル事業。
 - 認知症の人と家族介護者が、住みなれた地域の中で生活の質を保持し、安全な暮らしを続けられるようにするために、認知症が疑われ、かつ受診が困難な高齢者に対して、地域包括支援センターが、認知症疾患医療センターと協働して、初期集中支援を提供する事業。

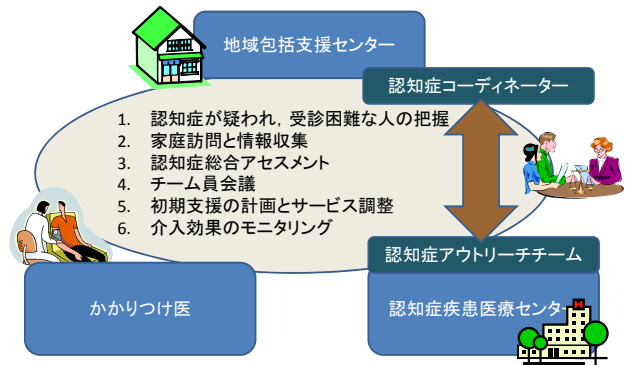
地域包括支援センター（平成18年度～）

- 地域包括ケアシステムの理念を実現するために日常生活圏域単位に設置された実践的調整機関
 - 現在全国に約4,000か所設置されている。
- 業務内容
 - 総合相談支援業務
 - 権利擁護業務
 - 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務
 - 介護予防ケアマネジメント業務

東京都の地域包括支援センター配置状況



認知症早期発見・早期診断推進事業



家庭訪問とチーム員会議

（板橋区と東京都健康長寿医療センターが連携して実施）

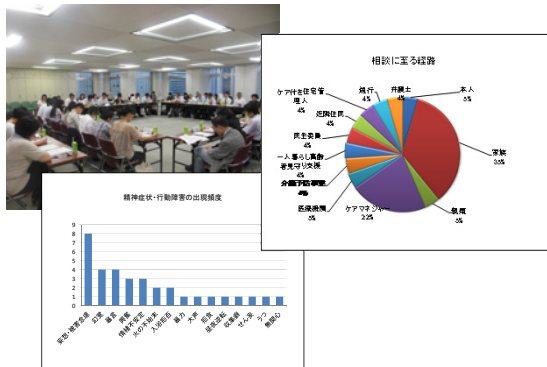


認知症早期発見・早期診断推進事業を実施している区市町村



（平成25年12月現在）

東京都認知症早期発見・早期診断推進事業 に関する情報交換会



目標3:医療や介護, 地域連携を支える人材
の育成
医療従事者等の認知症対応力向上研修

看護師認知症対応力向上研修

概要

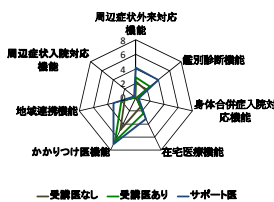
高齢者が、たとえ認知症になっても、一般病院で必要な治療が受けられるようにするとともに、退院後ももとの生活に戻ることができるように、急性期医療に関わる一般病院の看護師が、入院から退院後の在宅生活までを視野にいれた認知症ケアの知識と技能を学ぶ。

研修の企画・運営は、認知症疾患医療センターが行う。



研修会で使用されるテキスト

かかりつけ医の認知症対応力向上研修



かかりつけ医の役割

- ① 認知症の気づき
- ② 診断のために専門医療機関へ紹介
- ③ 地域包括支援センターと連携して介護サービスを導入する
- ④ 日常的な健康管理
- ⑤ 家族の介護負担の理解と支援

サポート医の役割

- ① 研修会の企画・運営
- ② かかりつけ医への助言
- ③ 地域連携の推進

プライマリケア医の認知症対応力の比較
認知症対応力はMSD-28を用いて評価した。東京都の診療所1,887施設を対象とする調査(Awata S, Geriatr. Med. 51: 35-38, 2013)。

多職種が一堂に会した研修会の実施



「認知症の総合アセスメント」テキストブック(東京都健康長寿医療センターで作成)



認知症早期発見・早期診断推進事業に参加する多職種の研修会

認知症ケアに関わる多職種協働研修

目標4:地域での生活・家族支援の強化
認知症の人と家族介護者を支える地域
包括ケアシステムの構築に向けて

地域包括ケアシステムとは？



平成24年度老人保健健康増進等事業「持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業」報告書より引用(平成25年3月)

区市町村の取組への支援

区市町村

区市町村の様々な高齢者施策

高齢者の見守り事業
緊急通報システム
給食・配食・会食サービス
家族介護者等への支援
介護基盤の整備等

認知症関連施策

・認知症の人を地域で支える事業
(ネットワークづくり、介護者支援等)
・認知症の普及啓発事業
・認知症の予防事業 等

都

高齢社会対策区市町村包括補助事業

平成25年度当初予算額 37.8億円

「高齢者等見守りガイドブックの作成」 「見守りサポーター養成研修」

地域全体で高齢者を支える見守りネットワークの構築に向けて、「区市町村の高齢者見守り体制充実に向けた関係者会議」を設置。

「高齢者等見守りガイドブック」作成。

地域で緩やかな見守りを行うことで、高齢者等の異変に早期に気づき、地域包括支援センターやシルバー交番に「つなぐ(相談・連絡する)」役割を担う人材を育成・確保するため、地域住民を対象に、ガイドブックを活用した研修を実施する。



さまざまな障害をもつ生活困窮者に、「住まい」と「日常生活支援」を提供しているNPO団体。

支援の対象となっている生活困窮者の多くは高齢者であり、認知症をもつ高齢者も多い。



<http://www.hurusatonokai.jp/PDF/jigyougaiyou.pdf>

国、東京都、区市町村の認知症施策の関係 地域の認知症戦略の策定に向けて

国と東京都の認知症施策の関係

国

東京都

1.標準的な認知症ケアパスの作成・普及

2.早期診断・早期対応

3.地域で生活を支える医療サービスの構築

4.地域で生活を支える介護サービスの構築

5.地域での日常生活・家族の支援の強化

6.若年性認知症施策の強化

7.医療・介護サービスを担う人材の育成

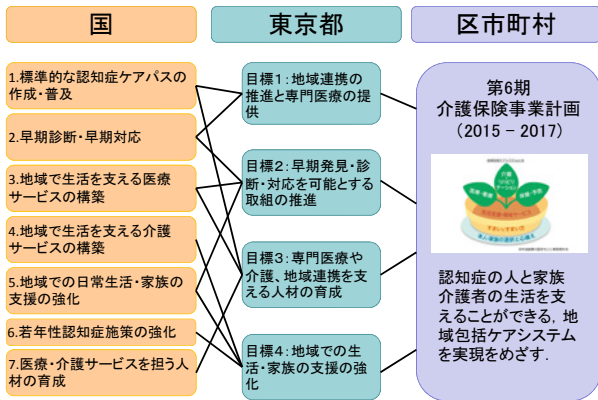
目標1:地域連携の推進と専門医療の提供

目標2:早期発見・診断・対応を可能とする取組の推進

目標3:専門医療や介護、地域連携を支える人材の育成

目標4:地域での生活・家族の支援の強化

国と東京都と区市町村の認知症施策の関係



すべての認知症の人と家族介護者が、
安心して暮らせる街をつくるのが
東京都の認知症施策の目標です。

ご清聴ありがとうございました。

「東京都における認知症への取り組み」

東京都健康長寿医療センター研究所 栗田主一 研究部長

日本には 47 の都道府県がございまして、東京はこの真ん中の一番小さいところです。日本の国土の約 170 分の 1 の面積に、全人口の約 1 割が住んでいます。このような大都市の最大の特徴は、人口が突出して高く、人口密度も突出して高い、したがって高齢者人口、75 歳以上の後期高齢者人口も突出して高くなり、認知症の方も非常に多いということです。全都道府県の平均に比べて、東京には約 4 倍の認知症の方が住んでいらっしゃる。



しかも高齢化の勢いが大変大きく、2010 年から 2025 年の間に 65 歳以上の高齢者の割合が 20%から 25%に増え、4 人に 1 人が 65 歳以上の高齢者になります。75 歳以上の後期高齢者は 6 人に 1 人となります。認知症高齢者の数は 23 万人から 38 万人と、毎年 1 万人ずつ増えていくということになります。先ほど、厚生労働省の原局長がお話しになった通り、これは介護保険の要介護認定調査に基づく数ですので、実際の疫学調査データから推計しますと、この約 1.5 倍になると考えられます。

また、大都市の特徴として、一人暮らしの高齢者が非常に多い。2010 年の段階で 65 歳以上の単独世帯数は 62 万世帯ですが、15 年後には 10 万増の 71 万世帯、さらにその後の 10 年間で 82 万世帯に増える見込みです。2035 年の認知症高齢者数は、2010 年に比べてほぼ倍増すると推計されています。

一人暮らしの認知症の方も増えます。この方々を地域で支えるためには、まず住まいをきちんと確保しなくてはなりません。東京都の住宅地の平均地価は、全都道府県平均の 6.3 倍です。一人暮らしの認知症の方は必然的に経済的に非常に厳しい状況におかれる傾向にありますが、東京の地価の高さは、住み慣れた地域での暮らしを阻む重大な要因になります。

さて、東京都の認知症施策についてご紹介します。東京都は平成 19 年に認知症対策推進会議を立ち上げ、実態調査などを踏まえて、認知症に関連する施策を 5 つの領域(地域づくり、医療、介護、若年性認知症、最先端の研究) で作り上げてきました。これら 5 つの領域で事業を作り、検証を通して政策決定する仕組みを構築してきました。

東京都認知症対策推進会議では、認知症に関する様々な課題ごとに部会を立ち上げ、解決策を検討してきました。現在は認知症医療部会が東京都保健医療計画における認知症施策を立案しています。保健医療計画というのは、各 47 都道府県が重大な 5 つの疾病について適正に医療を確保する体制を整備するために、国の医療法で策定が義務付けられているものです。認知症については平成 25 年度から策定が求められています。

東京都では、「認知症の人と家族が地域で安心して生活できること」を基本目標として、4つの目標を設定しています。つまり、地域連携の推進と専門医療の提供（目標1）、早期発見・診断・対応を可能とする取り組みの推進（目標2）。先ほど、早期診断の意味はどうかという、大変良い質問がありました。それに対するお答えを後でしたいと思います。専門医療や介護、地域連携を支える人材の育成（目標3）、そしてこれが大変大きな課題ですが、地域での生活と家族の支援の強化（目標4）です。これらの目標を実現することによって、認知症の人が状態に応じて適切な医療・福祉・介護の支援を受けることができる体制を作ろうというものです。

目標1の代表的な事業は、認知症疾患医療センターの整備です。平成20年度にスタートした都道府県指定都市対象の国庫補助事業で地域における認知症疾患の保健医療水準向上を目的とした専門医療サービスで、現在、全国に237カ所指定されています。

東京都は島しょ部を含めて13の医療圏、62の区市町村があります。このうち、島しょ部を除く12の2次保健医療圏域に1つずつ認知症疾患医療センターを設置しています。認知症疾患医療センターは、専門医療機関、地域連携推進機関、人材育成機関という3つの役割と、専門的な相談、診断と対応、身体合併症と行動心理症状への対応、地域連携への推進、人材の育成、情報の発信という6つの事業を担っています。

私が勤務しております東京都健康長寿医療センターの認知症疾患医療センターでは、診断と治療のほか、専門医療相談室があり、精神保健福祉士や臨床心理士らが地域のさまざまな相談に応じています。また、地域の行政と連携して、地域連携体制づくりに積極的に関与しつつ、人材育成も図っています。

都内12の認知症疾患医療センターは定期的集まって、さまざまな課題を分析したり、議論したりしています。これ（スライド17）は、認知症疾患医療センターでの診断分類の割合と、相談方法の割合に関するデータです。

目標2の代表的な事業は早期発見・早期診断推進事業です。先ほど原局長が説明された認知症初期集中支援チームという国のモデル事業を、東京都の実情に合わせて設計しなおしたモデル事業です。

具体的には、地域包括支援センターと認知症疾患医療センターが協力して、診断と支援を行っています。地域包括支援センターというのは、平成18年度に介護保険法のもと、地域包括ケアシステムの理念を実現するために日常生活圏域、つまり人口2~3万人くらいの地域ごとに1カ所ずつ設置されています。現在、全国に約4,300カ所設置されており、相談業務や権利擁護、介護保険のケアマネジメント支援、介護予防の支援などを行っています。

ただ、非常に業務が多くて認知症の支援に手が回っていないという現実があります。そこで、なんとかこの機能を補うために、都内382カ所の地域包括支援センターと認知

症疾患医療センターが連携して認知症の初期支援を実施しようというのが、都の早期発見・早期診断推進事業の目標です。ここでは地域包括支援センターに認知症コーディネーターを配置し、認知症疾患医療センターにはアウトリーチチームを配置し、認知症が疑われるけれども、自らや家族の力では受診することができない人たちの家庭を訪問して情報収集とアセスメントを行い、多職種で会議をして、適切な支援を導入していけるよう事業が設計されています。

実はわが国では、適切な時に診断を受けられないために支援が受けられず、身体合併症や精神症状が悪化し、地域の中でトラブルが起きたり、経済的被害を受けたり、時には虐待にあったり、孤立したりといった、さまざまな不利益が起きるケースが少なからずあります。そうならないように、適切な時に診断をして支援を入れられるようにしようというものです。

実際、我々の認知症疾患医療センターのアウトリーチチームと、センターのある板橋区の地域包括支援センターのスタッフは、認知症総合アセスメント表を使ってアセスメントしながら支援を提供しています。この事業は現在、都内の12の区市町村で実施しておりまして、定期的に関係者で集まって情報交換し、現状ではどのような実績が上がっているか、どのような課題があるかを相談しながら、より良い方法を検討しています。

目標3の人材育成ですが、一般病院に勤務する看護師を対象に、認知症の対応力向上研修を行っています。身体合併症の治療が必要なのに、認知症があるために一般病院がなかなか受け入れてくれない、ということがあります。また、いったん入院するとADL（日常生活動作）がどんどん低下してしまっていて、元の生活に戻れなくなることも起きています。このような事態を防止するために、看護師に入院から退院後の在宅生活までを視野に入れた認知症ケアの知識と技能を身に付けてもらおうという研修事業です。

また、国の事業の一環ですが、かかりつけ医（プライマリケア医）の先生方に認知症の健康管理をしていくための技術を学んで頂く研修も行っています。研修を受けることによって、プライマリケアの機能が高まっていくという調査結果も出ています。

また、職種によって異なる専門用語が使われているために、職種間で情報共有が難しいという問題もあります。この問題を解消して、多職種で情報を共有し、さまざまなサービスを一体的に提供していこうと、多職種が集まって一緒に研修を行うという取り組みもあります。

そして、目標4の地域での生活・家族支援の強化ですが、これはまさに認知症の人と家族介護者を支える地域包括ケアシステムの構築に、直接関連しています。これ（スライド31）は、今年の3月に地域包括ケア研究会が提示した地域包括ケアシステムのシンボルです。植木鉢があって、草花が咲いている様子を表していますが、一番大事なものは住まいである植木鉢です。この住まいの中によく肥えた土、つまり生活支援や家族が

あって、その上に初めて医療や介護や保健予防といった、いわばフォーマルなサービスが育っていく。これらを一体的に提供していこうということです。それにつけても一番大切なのは、本人と家族の選択・心構えを表す、植木鉢の下のお皿です。これを基盤として区市町村の単位で全体を作り上げていくことが、介護保険法で定められています。これに対して、東京都による予算補助のもと、様々な事業が行われています。

その1つに、見守り事業があります。これは、特に一人暮らしの認知症の方をきちんと見守ることができるように、区市町村の中で関係者会議、あるいはネットワークを作ること、見守りのためのガイドブックを作ること、それに基づいて見守りができる人材を地域の中で育成することを目指した事業です。

また、ホームレスを支援する NPO 団体「ふるさとの会」による事業もあります。今やホームレスにも高齢化が進んでいて、ふるさとの会が支援している 1,300 人のうち半数以上は 65 歳以上の高齢者で、認知症の方もたくさんいらっしゃいます。このような方々に「住まい」と、通常は家族が提供している支援に相当する「生活支援」を一緒に提供していこうという取り組みです。

これら様々な支援を全て統合していくために、国の認知症施策推進 5 ヵ年計画（オレンジプラン）と連動させながら、東京都が掲げる 4 つの目標に基づく施策が計画されています。また、2015～2017 年には認知症の人を地域で支えることができるような地域包括ケアシステムづくりを目標とした第 6 期の介護保険事業計画を立てることになっています。

以上、東京都における認知症への取り組みをご紹介します。

東京都における 認知症対策の現状と課題



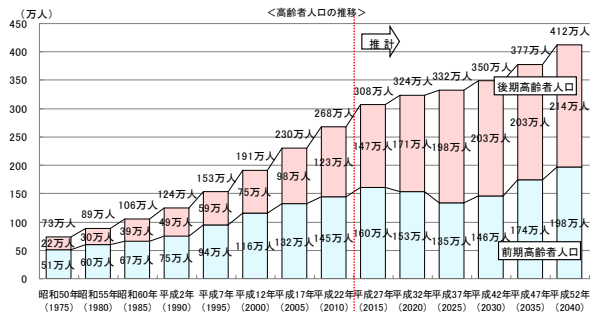
2013年12月19日

東京都福祉保健局 高齢社会対策部長
中山 政昭

1

東京の高齢者を取り巻く状況：人口構造

2020年には、後期高齢者の数が前期高齢者の数を上回ることが見込まれる

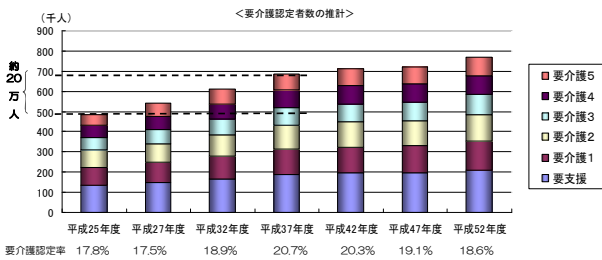


資料：総務省「国勢調査」[昭和50年～平成22年]
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」(平成25年3月推計)[平成27年～平成52年]

2

東京の高齢者を取り巻く状況：要介護認定者数の推移

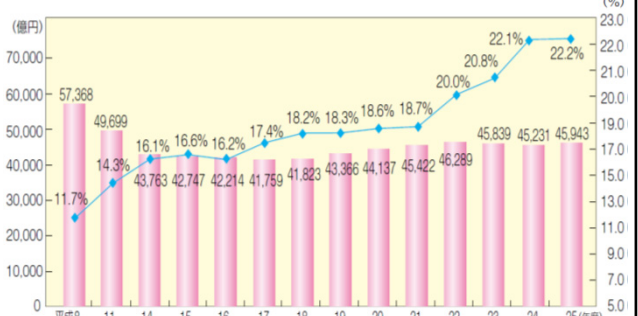
- 高齢者人口の増加に伴い、要介護（要支援）認定者数は増加
- 平成37年（2025年）には平成25年（2013年）時点から約20万人要介護（要支援）認定者が増加する見込



資料：H25は東京都福祉保健局「介護保険事業状況報告（月報）」による実数。
H27以降は国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口」(H25年3月推計)に、24年12月時点の前期・後期高齢者別の要介護認定率を掛け合わせて、推算。

3

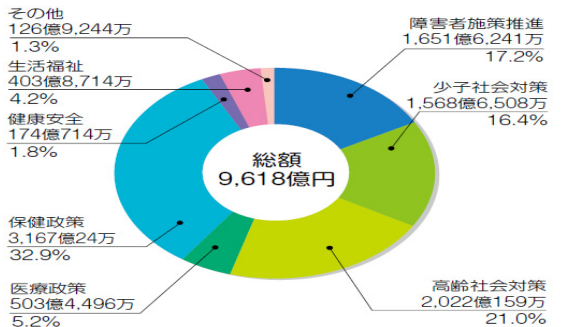
東京都の当初予算一般歳出額に占める 「福祉と保健」の構成比



資料：東京都福祉保健局「2013東京の福祉保健」

4

福祉保健局予算(2013年度一般歳出)



資料：東京都福祉保健局「2013東京の福祉保健」

5

東京都保健医療計画(平成25～29年度) 「認知症対策の強化」

（目標1）地域連携の推進と専門医療の提供 ◆は平成25年度新規事業、○は既存事業

○東京都認知症疾患医療センターの運営(12か所)

二次保健医療圏に1か所設置。専門医療相談、鑑別診断、身体合併症と行動・心理症状への対応、地域連携の推進（認知症疾患医療・介護連携協議会の開催等）、人材育成等を実施

（目標2）認知症の早期発見・診断・対応を可能とする取組の推進

◆（新）認知症早期発見・早期診断推進事業

①認知症コーディネーターの配置

看護師や保健師等の医療職を区市町村の地域包括支援センター等に配置し、かかりつけ医や介護事業者等と連携して認知症の疑いのある高齢者を訪問するなど、認知症の早期発見施策を推進

②認知症アウトリーチチームの配置

認知症疾患医療センター等に医師、看護師、精神保健福祉士等で構成するチームを配置し、認知症の疑いのある受診困難者を訪問して診断を行うなど、早期診断・早期対応の取組を推進

③認知症に対する都民の理解と受診の促進

本人や家族が簡単にチェックして認知症の疑いを判別できるチェックシートを作成し、パンフレットに盛り込んで広く配布するなど、認知症に関する普及啓発を充実

認知症早期発見・早期診断推進事業の実施地域

～準備の整った地域より、平成25年8月から順次開始～

| 二次保健医療圏 | 認知症コーディネーター配置区市 | 認知症アウトリーチチーム配置医療機関 |
|---------|-----------------|--------------------------------|
| 区中央部 | 千代田区 | 順天堂大学医学部附属 順天堂医院 |
| | 港区 | |
| 区南部 | 品川区 | 公益財団法人東京都保健医療公社 荏原病院 |
| | 大田区 | |
| 区西部 | 杉並区 | 社会福祉法人浴風会 浴風会病院 |
| 区西北部 | 板橋区 | 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター |
| 区東北部 | 荒川区 | 医療法人社団大和会 大内病院 |
| | 足立区 | |
| 区東部 | 墨田区 | 順天堂大学医学部附属 順天堂東京江東高齢者医療センター |
| | 江東区 | |
| | 江戸川区 | |
| 南多摩 | 八王子市 | 医療法人社団光生会 平川病院 |

7

◆は平成25年度新規事業、○は既存事業

(目標3) 専門医療や介護、地域連携を支える人材の育成

◆(新) 医療従事者等の認知症対応力向上支援事業

東京都健康長寿医療センターを都内の認知症医療従事者等向け研修の拠点と位置付け、多職種協働研修の実施に向けた検討や、各認知症疾患医療センターの地域での円滑な研修実施を支援

○かかりつけ医、看護師向けの認知症対応力向上研修の実施

○認知症サポート医の養成 ○認知症介護研修の実施

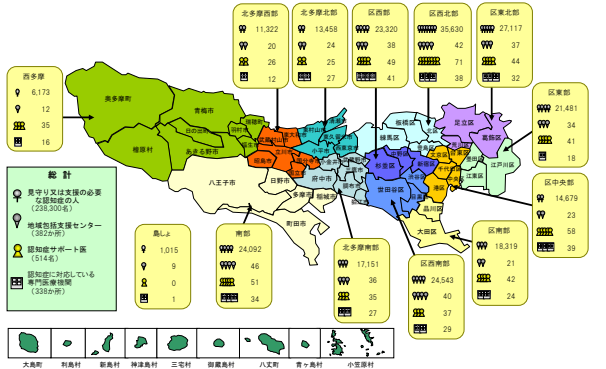
(目標4) 地域での生活・家族の支援の強化

◆(新) 認知症の人の家族を支える医療機関連携型介護者支援事業(高齢社会対策包括補助)

認知症疾患医療センター等の医療機関の専門職と連携した介護者支援の会の取組を支援

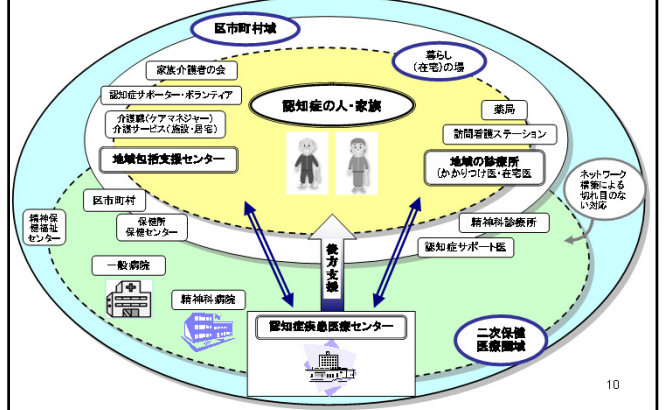
- 東京都若年性認知症総合支援センターの運営
- 高齢者権利擁護推進事業
- 認知症高齢者グループホームの整備
- 区市町村における認知症の人を支える地域づくりへの支援(高齢社会対策包括補助)
- 在宅療養支援のための取組推進(医療政策部事業)
- 認知症の予防・治療法の研究開発の支援(東京都健康長寿医療センター等)

二次保健医療圏ごとの認知症の人・地域包括支援センター・認知症サポート医等の状況



9

地域連携のイメージ

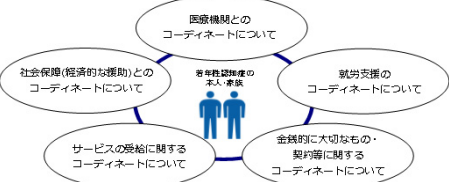


10

東京都若年性認知症総合支援センターの設置

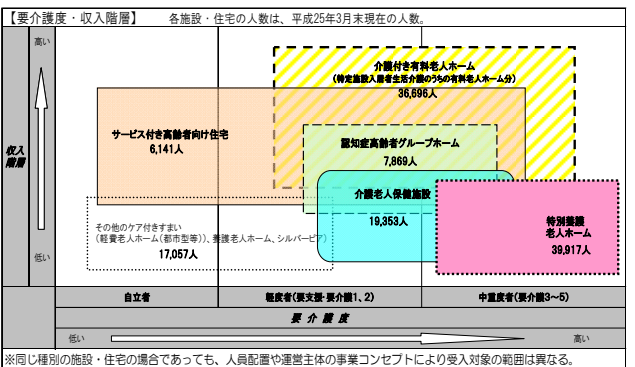
[平成24年5月開設、運営法人：特定非営利活動法人いきいき福祉ネットワークセンター]

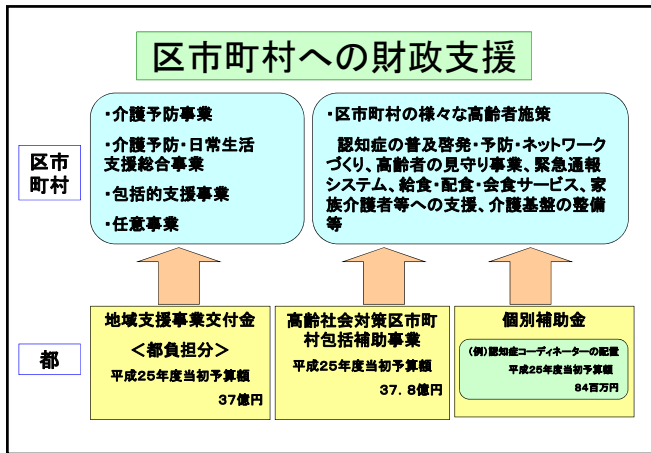
- ・ 全国で初めて、若年性認知症の人に必要多様な支援(就労継続、介護、年金等)のワンストップ相談受付窓口を開設。
- ・ 地域包括支援センターなどの関係機関と連携し、地域での生活を支援。



場所：東京都目黒区碑文谷5-12-1 TS碑文谷ビル1F・3F
 電話番号：03-3713-8205 FAX：03-6808-8576

高齢者のための住まい(住宅・施設)





認知症の人の家族を支える医療機関連携型介護者支援事業

◆目的
認知症の鑑別診断後、認知症の人と家族が速やかに介護者の会につながり、介護や治療についての必要な情報や、介護者の会のネットワーク支援を得ることで、介護者の孤立を防ぎ、できる限り住み慣れた地域で生活できるように支援を図る。

◆内容
認知症疾患医療センター等の認知症の鑑別診断を行っている医療機関の周辺に介護者の会の拠点を設け、医療機関の専門職と連携して、講座や交流会を開催する。

↓脳トレ(指の体操)



←認知症疾患医療センター認知症認定看護師の講義



グループワーク




シルバー交番設置事業

在宅高齢者などからの相談にワンストップで対応するとともに、訪問や安否確認などにより、住み慣れた地域で安心・安全に暮らし続けられる環境を提供する、地域包括支援センターと連携した取組

主な機能

- 高齢者や家族等からの相談窓口
- 緊急通報システム等を活用して24時間365日の安心を提供
- 在宅高齢者の生活実態の把握
- 地域の組織・住民と連携した高齢者見守りの実施

＜相談の様子＞



15

東京都の認知症ポータルサイト「とうきょう認知症ナビ」

このサイトは、「認知症になっても認知症の人と家族が地域で安心して暮らせるまちづくり」の推進を目的とする、東京都の公式サイトです。

とうきょう認知症ナビ

サイトマップ リンクについて

最新の報道発表 過去の報道発表

2013年7月29日
認知症早期発見・早期診断推進事業がスタートします

2013年7月26日
「東京都認知症対策推進会議 認知症医療部会(第4回)」の開催について
認知症シンポジウム「認知症の予防をめざすからだづくり」を開催します。

2013年4月19日
「東京都認知症対策推進会議 認知症医療部会(第3回)」の開催について

認知症について知ってほしい

原因疾患や症状、支援制度について分かりやすく解説しています。また、若年性認知症に関する取組についても紹介しています。

医療機関のご案内

認知症に対応可能な医師の名簿、認知症疾患医療センターの一覧を掲載し、認知症の相談先・受診先等を探すための情報を提供しています。

認知症サポーター養成講座

・・・ご清聴ありがとうございました・・・

16

パネルディスカッション『認知症国家戦略と大都市の取り組み』

指定発言1 「東京都における認知症対策の現状と課題」

東京都福祉保健局高齢社会対策部 中山政昭 部長

東京の高齢者人口は、2010年（平成22年）の268万人から、東京オリンピックが開催される2020年には324万人に増えます。しかも、2020年には後期高齢者の数が前期高齢者の数を上回ると見込まれています。まさにわが国の高齢社会を象徴しているような年ですので、東京オリンピックの開催コンセプトも当然それを睨んだものとしていく必要があるかと思っております。

要介護認定者数は、平成25年から12年間で一挙に20万人増えると見込まれています。このような状況ですから、介護基盤、介護サービスの整備を急ピッチで進める必要があります。

東京都の福祉・保健関係予算額とその全体に占める構成比は、高齢化の進展により母数が増えますので、当然ながら上がっていきます。構成比率は都の全体予算の2割を超えているという状況でございます。

今年度の福祉保健局の一般会計予算の歳出ですが、総額は9,618億円と、1兆円近くなっています。分野別の予算額を見ますと、高齢社会対策で2,022億円、割合は21.0%です。このうち認知症対策費としては32億8,500万円を計上しています。この分野別で一番構成比率が高いのが保健政策の分野で3,167億円です。東京都は医療費の自己負担部分を助成するという独特の仕組みを持っておりまして、その予算がすべてここに入っていますので、保健政策費が一番高いという構成でございます。

さて、東京都保健医療計画には「認知症対策の強化」を盛り込んでいます。現在、来年度予算の編成を行っているところですが、今年度から新しく事業化した取り組みを含め、認知症につきまちは施策の充実、予算の増額といったものを東京都として考えているところでございます。

早期発見・早期診断推進事業では、今年8月から条件が整ったところから順次、開始しております。アウトリーチチームが実際にご家庭を訪問し必要な支援を行ったのは、10月時点で6区において約30ケースです。

先ほどもご説明いただいた目標4「地域での生活・家族の支援の強化」についても、継続・新規事業がございますが、そのうち認知症高齢者グループホームの整備につきましては、在宅で生活を支えるための重要なツールと考えておりまして、都内では現在定員8,000人分を整備しております。2年後の平成26年度末までには、1万人規模にしていきたいと考えております。

認知症の方を地域全体で支えるイメージ図（スライド10）ですけれども、認知症疾患医療センターが後方から支援をするというイメージでございます。大都市部の強みで

ある地域の資源を総動員して、見守り等の仕組み、必要な支援を行う仕組みをこれからも充実をさせていきたいと考えております。

東京都の先進的な取り組みとしまして、若年性認知症の方の総合支援センターを目黒区内に1ヵ所、昨年5月に開設しました。65歳未満で認知症を発症された若年性認知症の方が都内には約4,000人おられると推定されていますが、開設以前は、この方々に対する支援の相談窓口や支援ツールがほとんどない状態でした。こうした方に対するワンストップの窓口を設け、必要な支援につなげていくという仕組みでございます。

これ（スライド12）は、横軸が要介護の程度、縦軸がその方の収入の多寡を示した図です。それらに応じて、利用が考えられる住まい（住宅・施設）の現在の整備数を掲げています。東京においては、いずれの施設も今後さらに増やしていく必要があります。


区市町村が主体的に行われるさまざまな取り組みに対して、広域的自治体として東京都は柔軟な補助の仕組みを持って、財政支援を致しております。

先ほどもご紹介がありましたが、認知症の人の家族を支える取り組みは、認知症疾患医療センターと家族の方が連携をしながら、さまざまな講座や交流会を開催するものです。これも区市町村が主体となって行うものを東京都が包括補助という仕組みで支援しています。

また、独自の「シルバー交番」という取り組みも行っています。地域包括支援センターなどと連携して、地域の認知症の方を含む高齢者の安心安全の見守り体制を推進していくという事業でございます。

最後に、認知症ポータルサイトとして、「とうきょう認知症ナビ」を開設しておりますので、ご活用いただきたいと存じます。簡単でございますが、以上、最初の指定発言とさせていただきます。

せたがや
SETAGAYA CITY

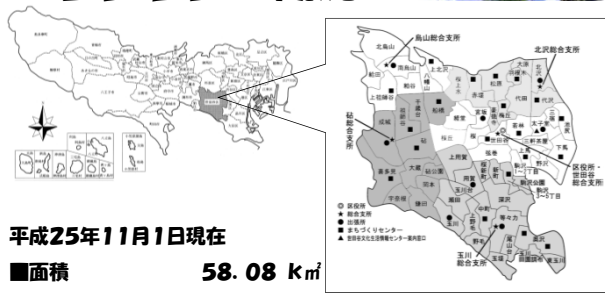


世田谷区認知症在宅支援の取組み

世田谷区 副区長
秋山由美子

せたがや
SETAGAYA CITY


世田谷区の概況



平成25年11月1日現在

- 面積 58.08 km²
- 総人口 867,481人
- 65歳以上人口 168,863人(19.5%)

せたがや
SETAGAYA CITY

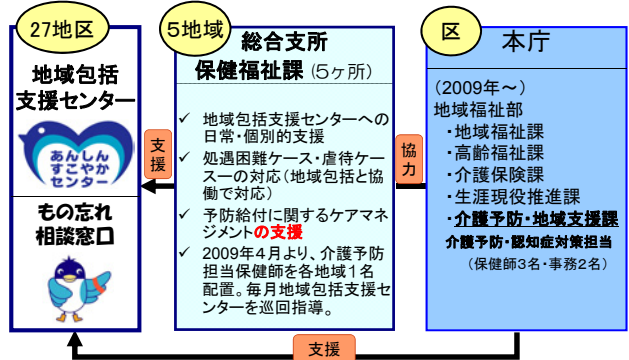


世田谷区の認知症施策に関する基本的考え方

- 認知症になっても、住み慣れた地域で安心して暮らせる世田谷の実現

せたがや
SETAGAYA CITY

世田谷区の認知症施策関連組織




27地区
地域包括支援センター
あんしんすこやかセンター
もの忘れ相談窓口

5地域
総合支所
保健福祉課 (5ヶ所)

- ✓ 地域包括支援センターへの日常・個別的支援
- ✓ 処遇困難ケース・虐待ケースの対応(地域包括と協働で対応)
- ✓ 予防給付に関するケアマネジメントの支援
- ✓ 2009年4月より、介護予防担当保健師を各地域1名配置。毎月地域包括支援センターを巡回指導。

区 本庁
(2009年～)
地域福祉部
・地域福祉課
・高齢福祉課
・介護保険課
・生涯現役推進課
・介護予防・地域支援課
介護予防・認知症対策担当
(保健師3名・事務2名)

せたがや
SETAGAYA CITY




認知症をとりまく世田谷区の状況

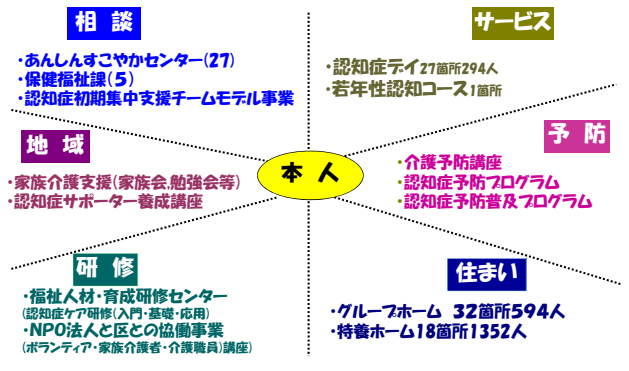
- 平成25年4月1日現在
- 介護保険の要支援・要介護認定者数 約34,000人
- うち、認知症の症状があり何らかの介護を必要とする人の数 約18,000人

※平成20年以降、毎年平均して 約1,000人ずつ増加

せたがや
SETAGAYA CITY



認知症の世田谷区の取り組み



相談

- ・あんしんすこやかセンター(27)
- ・保健福祉課(5)
- ・認知症初期集中支援チームモデル事業

サービス

- ・認知症デイ27箇所294人
- ・若年性認知症コース1箇所

地域

- ・家族介護支援(家族会、勉強会等)
- ・認知症サポーター養成講座

本人

- ・介護予防講座
- ・認知症予防プログラム
- ・認知症予防普及プログラム

研修

- ・福祉人材・育成研修センター(認知症ケア研修(入門・基礎・応用))
- ・NPO法人と区との協働事業(ボランティア・家族介護者・介護職員)講座

住まい

- ・グループホーム 32箇所594人
- ・特養ホーム18箇所1352人

予防

認知症をとりまく世田谷区の状況

- 首都圏で加速度的に高齢化が進む。
 - 区で、ひとり暮らしや高齢者のみの世帯が増え、**老老介護**や**認知介護**の増加が予想される。
- ↓
- あんしんすこやかセンター（地域包括支援センター）だけで認知症の人の相談支援を展開することには**困難**が伴う。
 - 認知症に関する先駆的な取り組みやあんしんすこやかセンター等への**後方支援**を担う、**区の専門的・中核的機関**が必要

世田谷区の新たな取り組み①

認知症在宅生活サポートセンター 構想

- 平成24年度から検討を開始
- 認知症の人の早期対応体制の確立や、医療・福祉の連携推進、実務的な人材育成、家族支援の充実、情報発信等を行う**専門的かつ中核的**な拠点を設置
- 平成25年11月に構想を策定

世田谷区の新たな取り組み②

認知症初期集中支援チーム

- 平成25年度国のモデル事業の採択を受けて開始。
- 看護師や医師、作業療法士等の**専門家**からなるチームが、認知症の人や家族を訪問し、**専門医療の確保**や**介護サービス**等の利用につなげ、**自立生活のサポート**を行う。
- 区では認知症在宅生活サポートセンターの**アウトリーチ機能**として位置づけ、**国の制度化**にあわせ、**事業として継続**する予定。



ご清聴ありがとうございました

指定発言 2 「世田谷区認知症在宅支援の取り組み」

世田谷区 秋山由美子 副区長

認知症の方を在宅で支援をしていくための世田谷区の取り組みについて、お話しさせていただきます。

世田谷区の概況でございますが、人口は公式には 86 万 7,000 人、住民登録をしていない方も含めた人口は 88 万人とみられます。65 歳以上の方は 17 万人弱。東京都の中でも最も人口が多い区です。区内を 5 つの地域に分け、さらに 27 の地区に分けて事業を行っております。

世田谷区の認知症施策に関する基本的な考え方として、「認知症になっても、住み慣れた地域で安心して暮らせる世田谷の実現」を謳っております。尊厳を重んじましょう、認知症の方々がこれまで歩んできたことを大切にしていきたい、本人やご家族が背負う負担を少しでも軽くしていきたい、そしてより良い環境で生活できることを目指したい、と思っております。先ほど、ニューヨークの Levine さんから、「本人の歩んできたことを大切にしたいんだ」というお話がありました。世田谷区もまさに本人のことにしっかり視点を置いていきたいと思っております。

世田谷区の認知症施策関連組織ですが、先ほど申し上げました 27 の地区に「あんしんすこやかセンター」を設けております。国でいう地域包括支援センターの役目を負った組織で、健康、予防、福祉、サービスの利用、権利擁護など 65 歳以上の高齢者のあらゆる相談にのる、第一義的な窓口となっています。平成 21 年度からもの忘れ相談窓口も開設をしております。センターで受けた相談については、広域の 5 つの地域がしっかりサポートしています。例えば介護予防に関するケアマネジメントの支援も行いますし、虐待のケースがあれば、総合支所の保健福祉課が支援のサポートをすることで、27 地区が孤立しないような態勢をとっています。

認知症を取り巻く世田谷区の状況ですが、平成 25 年 4 月 1 日現在の介護保険の要支援・要介護認定者数が約 34,000 人。うち認知症の症状がある人が 18,000 人で、全体の 53%を占めます。つまり、介護認定を受けている人の半分は何らかの認知症の症状があるということになります。平成 20 年度以降、毎年平均して約 1,000 人ずつ認知症の方が増加しており、今後はさらに増えていくと思われれます。

認知症に関する世田谷区の取り組みの 1 つは、予防です。認知症にならない生活を送ってほしいということで、講座やプログラムを開催しています。住まいについては、先ほど東京都からお話がありました通り、グループホームも整備していこうと思っておりますし、サービス付き高齢者住宅で生活している方も含めて、定期巡回や小規模多機能の訪問介護・訪問看護、小規模多機能の通所サービスなどを利用して頂こうと思っております。

そして、人材育成が何よりも大切だと思っています。ケアの仕方によって認知症の症状は改善すると思いますので、そのようなケアができる介護職を育てていくことが大変重要なポイントとして、研修事業に取り組んでいます。併せて、家族介護者の人たちをいかに支えるかというテーマの講座も行っています。

地域の方を対象とした認知症サポーター養成講座も行っています。私が今、左手首にしているオレンジリングが修了者の印です。そして、認知症サポーター養成講座で学んだ人たちが、今度は教える側になるという形になっています。

区民の方々からの様々な相談は、あんしんすこやかセンターを中心に受けていますし、今年度から開始している認知症の初期集中支援チームでも相談を受けています。サービスとしては、若年性認知症コースや認知症デイがあります。

首都圏では加速度的に高齢化が進むことが先ほどから指摘されていますが、世田谷区も例外ではありません。一人暮らしや高齢者のみ世帯が増え続けています。高齢者のみ世帯については、「老老介護」はまだよくて、「認認介護」という、少し軽い認知症の方が認知症の家族の介護をしているという現実があります。

このような状況をこれから先どうしていくのかということ、あんしんすこやかセンターだけでは認知症の相談支援を展開するには限界がありますので、あんしんすこやかセンターや認知症に関する先駆的な取り組みなどの後方支援を行う、区の専門的・中核的機関が必要だろうと考えております。そこで考えているのが、認知症在宅生活サポートセンター構想です。平成 24 年度から検討を開始しまして、認知症の人の早期対応体制の確立、医療・福祉の連携推進、実務的な人材育成、家族支援の充実、情報発信などを行う専門的かつ中核的な拠点という位置づけで、認知症在宅生活サポートセンターを設置したいと考えております。

認知症の方へのアウトリーチ機能は、初期集中支援チームが担います。あんしんすこやかセンターが認知症の人の対応に困ったときに、初期集中支援チームや在宅生活サポートセンターのバックアップを受けて安心してケアに入れるようにしたいということで、平成 25 年 11 月に構想を策定致しました。

来年 4 月には在宅生活サポート準備室を立ち上げながら、初期集中支援チームによる展開など、できるところから取り組んでいきます。翌年にはサポート室に格上げして事業を行う中で、サポートセンターを設置していきたいと考えているところです。

認知症初期集中支援チームは、平成 25 年度の国のモデル事業採択を受けて開始しました。看護師や医師、作業療法士の専門家からなるチームが認知症の人や家族の自宅を訪問して、専門医療の確保や介護サービスの利用につなげる、自立生活をサポートする、というものです。

今年度からのモデル事業を私たちがすぐに開始できたのは、3 年前から認知症高齢者見守り訪問看護事業というものを実施してきたことが背景にあります。あんしんすこや

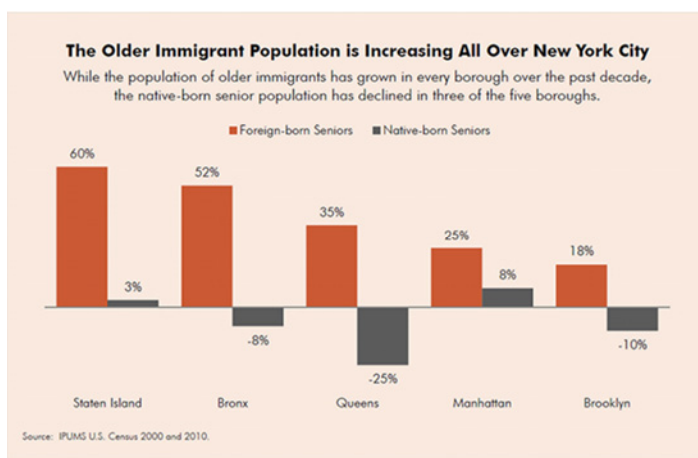
かセンターで認知症の困ったケースがあると訪問看護師に協力を仰ぎ、6ヵ月間ぐらいかけて訪問しサービスにつなげる、という事業です。この経験があったので、国のモデル事業もぜひやろうと手を挙げ、今、動いているところです。このアウトリーチ機能は、国の制度化に合わせて事業として継続していきたいと思っています。

最後に、高齢になっても認知症の人たちもどこか遠くの施設に入るのではなく、世田谷の町で四季折々の風景に触れながら地域の中で生活をしていける、そんな社会を作っていきたいと思っています。以上でございます。



米国および日本における現場の状況
 ～ニューヨーク市と東京の似ている点と異なる点～
 認知症介護研究・研修東京センター 進藤由美

1. ニューヨーク市と東京の似ている点
 - 1人暮らし、賃貸集合住宅暮らしの高齢者が多い
 - 認知症高齢者の急増
2. ニューヨーク市における課題（東京と異なる点）
 - 医療保険は複雑であり、Medicare は長期にわたる療養・介護をカバーしない
 - ニューヨーク市は多民族国家であり、「移民高齢者」が増加している（高齢者人口の46%¹⁾）
 - 「言葉が通じない」「生活習慣が違う」高齢者をいかに支えていくか



ニューヨーク市全体において、移民高齢者が増加している

オレンジ：外国生まれの高齢者
 グレー：アメリカ生まれの高齢者

*左から、スタテンアイランド、ブロンクス、クイーンズ、マンハッタン、ブルックリン（地域）

Center for an Urban Future, "The New Face of New York's Seniors." July 2013, p5

3. 民族、文化、生活習慣、言語等の違いをふまえた支援のために
 - 情報提供 + 本人の意向を聞く
 - 介護職の確保と認知症の症状（孤立やうつ）に焦点を当てた研修の開催（多言語）
 - 民族や宗教別のグループ、アドボカーショングループ（主にNPO）等が多数あり、医療、介護や認知症に関する情報提供や相談会の開催等を行っている。

<例> ニューヨーク日系人会(www.jaany.org)における高齢者向けの活動

敬老会（月1回）、無料相談会（月1回/予約で随時）、お弁当の配達（月1回）、友愛訪問（随時）、シニアウィーク（年1回）、サクラヘルスウィーク（年1回）、インターネットでの情報提供

- ◎ 利用者にとっての利点
 - ・自分の言語で相談できる
 - ・様々な情報を第三者的視点で収集、整理、提供してくれる
 - ・直接的、間接的に、「守ってくれる」
- ◎ 医療・介護サービス提供団体にとっての利点
 - ・通訳をお願いできる
 - ・利用者の生活習慣や価値観について相談できる

4. 日本の利点とニューヨーク市における取組みから学べること
 - 日本の利点：医療、介護保険が整備されており、安価である
 - 学べる部分：老後の計画を早めに立てる（予防を含め）、第三者的視点での情報整理・提供

¹ Center for an Urban Future, "The New Face of New York's Seniors." July 2013, p3

指定発言3 「米国および日本における現場の状況」

認知症介護研究・研修東京センター 進藤由美 研究主幹

先ほどからお話がありました通り、ニューヨーク市と東京は、一人暮らしの高齢者や賃貸集合住宅に暮らす高齢者が多い点で共通しています。ニューヨーク市における65歳以上の単身世帯の割合は、2012年の段階で10.7%でした。同じく東京23区の65歳以上の単身世帯の割合は2012年のデータで10.2%と、非常に近い値です。持ち家率はニューヨーク市32.6%（2010年）、東京23区36.8%（2008年）と、やはり近い数字となっております。ニューヨークと東京は、今後、高齢者数が急増するのに伴って、認知症高齢者の数が増えていく点も、共によく指摘されているところです。

東京とは異なるニューヨーク市の課題の1つは、医療保険が複雑なことです。例えば、マンハッタンに住んでいらっしゃる方がメディケアのパートDという処方箋薬をカバーするプランに入ろうと思って調べますと、26ぐらいのプランが出てまいります。その中から自分に合ったものを選びねばなりません。これは、選択の自由がそれだけ保障されているとも言えます。

メディケアが長期にわたる療養介護をカバーしないことも課題です。メディケアのパートAといわれる部分で病院やナーシングホームにおけるケアがカバーされており、その詳細はここでは割愛しますが、大体年間1疾病あたり90日間までで、その期間を過ぎると自己負担になります。ニューヨーク市内のナーシングホームの1日あたりの平均滞在費は450ドル、日本円では1ドル100円として約4万5千円とされていますので、長期にわたる療養・介護をカバーする保険を選ぶことが一つの大きな課題になってくるかと思えます。

また、ニューヨーク市は多民族社会で、移民高齢者が急増しております。お手元の資料にありますグラフは、オレンジが外国生まれの高齢者、グレーが米国生まれの高齢者の割合を、左からスタテン島、ブロンクス、クイーンズ、マンハッタン、ブルックリンの地区別に示しています。これを見ますと、全ての地区において移民の高齢者が増えていることが分かります。

現在、高齢者人口の46%は外国生まれの方であると言われております。ニューヨークでたくさん的高齢者とお話していて気づいたのですが、やはりお年を召してこられると英語が出なくなって、会話が難しくなってきます。耳が遠くなられて、相手の話が聞きとりにくいということもあるとは思いますが、英語が出てこなくなってくるのです。このように言葉が通じない、民族文化が違う、生活習慣が違う高齢者の方をいかに支えていくかということが、ニューヨーク市における1つの大きなチャレンジとなっております。

民族、文化、生活習慣、言語などの違いを踏まえた支援を行うためには、やはり情報

をきちんと提供をしていくことが重要です。そして、本人の意向を聞くこと。実はニューヨークの場合、介護をする人と介護を受ける人の民族や言語が違うケースは珍しくありませんので、介護をする側の人は介護を受ける方に対して、「これでいいですか？」「どちらがよろしいですか？」と確認しながら介護するということは当然なのです。

先ほど、Levine さんも紹介されていましたが、米国では在宅の高齢者が個人的に介護者を雇うことがあります。となると、おひとりの高齢者におひとりの介護職の方がつく形になりますから、介護職の確保は非常に重要な課題です。また、認知症の方によく見られる、孤立やうつなどに焦点をあてた研修も、各地で、多言語で介護職を対象に行われています。民族や宗教別のグループやアドボカーショングループなども多数ございますので、それらのグループが医療や介護、認知症に関する情報提供や相談会などを開催しています。

私が働いておりましたニューヨーク日系人会の例をご紹介します。毎月 1 回、敬老会を行っていて、昼食サービスをメインにししながら、併せて医療や介護に関する情報提供であるとか、落語や日本舞踊などちょっとした余興も行っています。無料の生活相談会も月 1 回定例で開いていますし、その他にも予約があれば随時行っています。日本食のお弁当の配達や友愛訪問もありますし、シニアウィークやサクラヘルスウィークと銘打った情報提供の機会も年 1 回ずつ大々的に行っていて、その中で認知症のサポーター養成講座も開いておりますし、インターネットによる情報提供も行っています。

このようなサービスを民族別・宗教別の団体が行うことによるメリットは、利用者にとっては自分の言語で相談できる、特に宗教的な団体であれば自分の宗教観に合った方に相談できる、ということがあります。また、このような団体は、第三者的な視点で様々な情報を収集・整理・提供しています。先ほど処方箋薬のプランが 26 種類あるという話を致しましたが、26 種類のプランを見せられて、「さあ選んでください」と言われても、正直なかなかなか難しいです。けれども、その中で「カバー率は低いけれども保険料も安い」というプラン、「カバー率はとてもいいけれども保険料も高い」プラン、その中間的なプランなど、整理した形で、しかも母語でいくつか提示すると、より選択しやすくなるだろうと思います。

また、直接的・間接的に「守ってくれる」という点も、特に重要だと思われれます。例えば病院に行くときに通訳や見守りを兼ねた付き添いをしたり、ナーシングホームなどに入居されている認知症の方を定期的に訪問したりしています。そうすることによって、認知症の方の後ろ盾としての存在をアピールすることができます。医療介護サービスを提供する側も、何かその認知症の方に関して困ったことが起きたときに通訳を依頼したり、その方の生活習慣や価値観について相談することができます。このように、認知症の方を中心として、第三者のグループが関わり、何をすることがその方にとってよりよ

いのかを相談しながら、ケアを提供してくとすることができます。

日本の利点として、医療や介護保険制度が整備されており、米国の高価な医療保険に比べると安価なことが挙げられますが、老後の計画を早めに立てることについては、ニューヨーク市での取り組みから学べることだと思います。ニューヨーク日系人会等が開催しているイベントは、認知症になる前、高齢者になる前から様々な情報に接する機会となり、「あそこに行けば情報が手に入る」ということに気づくことができますので、これはとても大事であると思います。また、こういった様々な活動を展開してはおりませんが、ニューヨーク日系人会は非常に小さな団体で、フルタイムの職員は1名、パートタイムが1~2名ですが、100名くらいのボランティアが参加・協力し、第三者的な視点で情報を整理して提供し、判断しやすくするためのお手伝いをしております。以上です。



パネルディスカッション

飛鳥井 パネルディスカッションでは、3つの論点についてご討議頂きたいと思います。論点1は「認知症ケアを推進する上で、大都市に特徴的な困難と利点、それらに対する課題解決の方向性は何か」、論点2は「国、都道府県または州、区市町村は、認知症ケアの推進に向けてどのように役割を分担することが望ましいか」、そしてメインである論点3は「認知症の人が安心して暮らせるために、多様なステークホルダーを巻き込んだ地域住民主体の取り組みと町づくりをどのように実現するか」です。

堀田 まず、ここまでお聞き頂きました日本における認知症施策の国レベルでの方向性、そして東京都と世田谷区の取り組みについて、KatzさんとLevineさんの印象やご感想をお聞かせください。

Katz 認知症の問題に対する東京都の積極的な取り組みには、非常に感銘を受けました。問題認識においても取り組みにおいても、東京都は世界の中でかなり先を行っているという印象を受けました。それから、国の介護保険制度ができてすべてが変わったというご指摘には、とても説得力がありました。確かに、介護保険という形でサービスが整備され提供されるようになったことで、素晴らしい変化をもたらされたのだろうと思います。

Levine 私も、現在および将来の認知症の人のニーズを満たすべく東京都が計画されてこられたことに、大きな感銘を受けました。また、大規模な施設ケアから、地域ケアや小規模なグループホームでのケアモデルに移行してこられた点も、素晴らしいと思いました。我々もグループホームのケアモデルを米国に導入しようとしていまして、実際に何ヵ所か実施しているところがあります。ナーシングホームにも初めて導入しました。建物は大きいままですが、各ユニットを小規模にしたもので、グリーンハウス・モデルと呼ばれています。我々と協働しているニューヨーク市内のホームにもこのモデルを導入しつつありますので、今後の成果が楽しみです。

また、特にニューヨーク市では家族と離れ、一人暮らしの方もたくさんおられます。社会から孤立しているために、発見してサービスにつなげ、安全とケアを確保することがなかなか難しいという問題があります。ですから、日本での取り組みを伺っていて、とても感銘を受けました。

■論点 1

「認知症ケアを推進する上で、大都市に特徴的な困難と利点、それらに対する課題解決の方向性は何か」

堀田 論点 1 に入ります。日本と米国の制度は大きく異なりますが、課題は共通しています。特に大都市ならではの特徴として、認知症の方の数が多いこと、今後増加していく規模が大きくスピードも早いと見込まれること、一人暮らしの方が多いということ、難しさとして地価が高いことによる住まい確保、利点として高い人口密度と多様な資源があるということ等が挙げられていました。このような大都市ならではの強みと難しさを踏まえたうえで、大都市におけるケアをいかに考えていくのか。

まず、住まいの問題を取り上げましょう。居場所である住まいがないと暮らしが成り立たないため、日本の地域包括ケアシステムの絵のなかでも、住まいは「植木鉢」として位置づけられます。その中に生活支援・福祉サービスという「土」が入ります。米国では、NORC (Naturally Occurring Retirement Communities) と呼ばれる自然発生的な退職者コミュニティ、1つの住まいをコミュニティとして助け合いが生まれ、サービスが付加されていくという取り組みが起きているとのことですので、Katz さんにご紹介頂きたいと思います。

Katz 住まいの問題はとても大きな問題です。在宅サービスや地域をベースとしたサービスについて話をしているのですから、サービスを受けるためにもまず住まいが必要です。

大都市では建物の密集地があり、人口の高齢化が顕著です。そして、例えばホームヘルパーの人たちが様々な事業所から1つのアパートにやってきます。虚弱で、自宅で転倒する高齢者もいれば、ちょっとした支援が必要なだけの人もいます。孤立しているために救急医療を利用する人や、本来の必要以上に病院を利用する人もいます。皆、そこに住み続けていますし、「自然にできあがった高齢者のための入居施設のようだ」と言われています。

そこで、サービス事業者がそのアパート内にサービスを持ち込み始めたのです。デイサービスや医療もあれば、モニタリングだけのサービスもあります。例えば、「今日はちょっとめまいがする」というような時に、すぐに病院に行く代わりに、階下にいる看護師に会うといった具合です。これが自然発生的退職者コミュニティと言われるものです。

堀田 もともと集合住宅で住まいを共にしている人たちが次第に老いていくなかで自発的に動き始め、住民の志による助け合いのネットワークができ、その実践に基づいて必要なサービスを発見し、取り込んでいくというプロセスがあるとうかがっています。ありがとうございます。

栗田さんからは、「ふるさとの会」が東京で住まいがなく困っている方々に、住まいと生

活支援をセットで提供して自立を促しているという取り組みのご紹介がありました。これについて、もう少し詳しくお話し頂けますか。

栗田 住まいというテーマが出ましたが、敢えて、もう1つの生活支援の方からお話しします。先ほどから言われていますように、日本の医療保険や介護保険の制度は経済的に困っている人も、誰でも医療保険や介護保険のサービスが受けられるという点で、大変優れています。しかしながら、実はわが国の医療保険や介護保険、福祉制度は、家族がいることが前提になっています。日々の生活で、例えば誰が病気に気づいてくれるのか、誰が病院に連れて行ってくれるのか、困ったときに誰が相談に乗ってくれるのか、寂しいときに誰がそばにいてくれるのか。これはみんな家族がやる。この家族がいるからこそ、医療保険制度や介護保険制度を使える、という前提があります。

ところが、これからの東京都ではその家族がいない高齢者、特に認知症高齢者がたくさん増えてきますので、ここをどうするかということが大変大きな課題になるわけです。なかなか今の保険制度ではカバーできないところです。この、言わば「家族的な支援」を新たなサービスとするために、敢えて「生活支援」と名づけられているわけですが、これはなかなかフォーマルな制度に乗りにくい。

そこで、必要に迫られて、やはり自然発生的に NPO が出てきています。東日本大震災があつて、多くの高齢者が孤立した状態で暮らしている東北地方にも、自然発生的にそのような動きが出てきています。これからは大都市でもそのような生活支援がまずないと、特に認知症の一人暮らしの方は生きていくことができません。つまり、家を用意することが仮にできたとしても、生活支援がなければ、残念ながら認知症の人は生きていくことができません。

「ふるさとの会」という NPO 法人は、ホームレスの人をどうやってホームレスの状態で助けていくかということからスタートしています。つまり、生活支援がまず大事。それにしても家がないと、住民票がないと制度的なサービスも受けられないので、家を確保しなければならない。ところが東京は地価が非常に高いので、お金がない人たちに東京都が家を確保していくのは大変です。介護保険施設の建設費も高くかかりますし、介護保険料も払わないといけないので、施設の建設費も簡単には増やせない。

でも、実は東京都には空き家がたくさんあります。大家さんは誰かに貸したいけれどもリスクはとりたくない。まして保証人がいない人には貸せないで空き家になったままです。そこで、この「ふるさとの会」は保証人にもなるし、何かトラブルがあったときにはそのサポートもするし、生活支援も入れる。大きな家は複数の人で共同生活をするなど安く入居できるように工夫しながら何とか家を借り上げて、生活支援をして認知症の人の暮らしを支えるという団体です。

堀田 さて、大都市にはサービスを必要とする人だけでなく、サービスを提供する人もた

くさんいます。フォーマルにもインフォーマルにもサービスにかかわる選択肢は豊かであり得ます。そうしたなかで、適時適切に情報やサービスを届けるためにどのような努力をしているのかについて、中山さんにお聞きしたいと思います。

中山 東京都として現在進行形の施策を PR することはもちろん大事ですが、やはり私どもが一番必要だと思っているのは、区市町村の総合相談的な機能を高めていくことに尽きます。高齢者の介護の分野では、地域包括支援センターが都内では約 380 カ所ございます。このセンターが高齢者等からの相談を受ける機能を基本として、同時に、必要とする住民に情報を提供・発信する機能を今後もっと高めていくことが必要だと思います。要するに、地域包括支援センターの機能強化を図る必要がある。そのために、国も、広域的自治体である東京都もこれまで以上にバックアップしていく必要があると考えております。

堀田 この論点の最後に、Levine さんにお聞きします。日本にも小さな草の根の動きはたくさんありますが、ニューヨークにおけるアルツハイマー協会のように、支援においては初期から終末期まで、さらに教育・研修もアドボカシーも行うような組織は今のところありません。どうやって草の根のさまざまな資源や取り組みをつないで、このような包括的なプログラムやサービスを作り上げてくることができたのでしょうか。美術館や博物館など大都市ならではの豊かな文化的資源を含めたパートナーシップへの道のりをお教えください。

Levine 35 年前にアルツハイマー協会が活動を開始した当初は、情報を必要とする少数の家族が集った草の根の運動でした。当時、同じようなグループが 6 つか 7 つありました。ビジョンとモチベーションがあり、正しい環境をつくることのできる 1 人が組織を成長させるとよく言われますが、アルツハイマー協会の場合は 2 人いました。1 人は著名な老年科医の Dr. Robert Butler です。彼は国立高齢化研究所 (National Institute of Aging) の初代所長であり、いずれ大勢の人が認知症になることを知っていました。もう 1 人はシカゴの Jerry Stone です。彼には認知症の家族がいたので、それが家族にどれほどの影響を与えるのかを身を持って知っていました。そして、各地域で個別にがんばるだけではなく、結集して全国的に何かしなければならぬと言って、全国組織をつくったのです。

大勢の人間がたくさんの努力と仕事をしたのは確かですが、ビジョンを持ち、お膳立てをして、多数の参加を募り、協働する方法を交渉できるリーダーを見出だすことが、しばしば組織の成長のカギになると思います。アルツハイマー協会は、全国組織もニューヨーク市支部も、ともにこのモデルで成長を遂げました。いろいろ変化もありました。よい時ばかりではありませんが、使命を指針として持ち続けてきたことがよかったのだ

と思います。ニューヨーク市支部では官民パートナーシップとして、様々な機関との協働モデルも構築してきました。自分たちだけですべてはできませんし、そうしたいとも思っていません。しかし、認知症に関する専門知識センターとして、ケアを直接提供する他の組織の人たちに情報を提供し力を与えたいと思っています。

■論点2

「国、都道府県（州）、区市町村は、認知症ケアの推進に向けてどのように役割を分担することが望ましいか」

堀田 論点2にうつります。国レベルの戦略を地域と共有、浸透、実現していくためには、都道府県や州、そして区市町村がそれぞれ役割を果たしていくことが求められます。そこで、住民に最も近い立場で認知症ケアに取り組んでいらっしゃる世田谷区の秋山さんに、区としての認知症ケアに関する基本的な考え方、さらに都道府県や国への期待について、お話し頂きたいと思います。

秋山 区としては、住民同士の互助や共助がとても大切だと考えています。その取り組みの一例ですが、区内だけでも空き家が3万4,000戸あると推定されています。その空き家を活用した事業を募集したところ、認知症カフェをやりたいと手を上げた事業所がありましたので、来年3月までの開設を目指して準備が進められています。

このように、区民は何かやりたいという力を持っているのですが、何をどうしていいのか分からない。一方で、さまざまな社会資源も地域にはある。区がそれらの社会資源をしっかりと認識して、区民の力と結びつけていくことが大切であると思っています。

それから、生活支援サービスについても、区民の力をもっと活用したいと考えています。来年度には、例えばワンコイン、500円で買い物の支援をしたり、ヘルパーさんではなく、もうちょっと簡単な家事援助に力を貸して頂くシステムも始める予定です。そうしていかないと、やはり認知症の人たちは支えられないと思っています。このように区民に身近なところで施策を展開していくことが一番必要ですので、来年度後半の実現に向けて、今計画を立てています。

東京都や国へのお願いですが、東京都にはやはり医療体制の確保をお願いしたい。認知症に関して診断や支援を含めて携わってくださる医師も増えてきてはいますが、まだまだ一緒に出向いてくださるところまでは至っていません。地域を包括的に支えるためには、医療なくしては支えられないと思いますので、地域に出向いて頂けるお医者さんの確保を含めた医療体制づくりを担って頂けるとありがたいです。

もう1つは人材です。もちろん区も一生懸命やりますし事業者もそうですが、やはり医療福祉の人材は東京都にも担って頂きたいと思っています。

国には、法的整備や研究はもちろんですが、私は「認知症は良いケアがあれば絶対大

丈夫なんだよ、心配しなくてもいいんだよ」というキャンペーンを張ってほしいと思っています。例えば国民年金についてテレビで誰か有名な人が言うと、翌日から世田谷区の国民年金の電話は鳴りっぱなし、ということがあります。ですから大きな影響力を持つテレビで「認知症は決して怖くないだよ、良いケアがあれば大丈夫なんだよ。良いケアのためには地域の力、介護の人材が大切ですよ」というキャンペーンを国が張ってくれたら嬉しいなと思います。

堀田 昨年度の厚生労働省老健事業の一環で東京都医学総合研究所が1月に開催された国際政策シンポジウムでも、各国の認知症国家戦略実施責任者やアルツハイマー協会の代表者の方々が、認知症の方々が、認知症とつきあいながら、いかにその人らしく暮らしているかという良い「物語」を広めていくことがとても大事であると強調されました。国内各地でもそのようなご意見をお聞きしています。

医療体制に関しては、都道府県が地域保健医療計画を立てることになっていますが、今後、在宅医療については、市町村レベルでの体制充実が重要になっていくといわれているところです。秋山さんから期待が寄せられた医療体制の充実、人材確保について、都道府県としての取り組みの方向性を中山さんにお聞きしたいと思います。

中山 秋山さんからご注文を頂いた通りだと思います。東京都はこれまで基礎自治体のように施策をいろいろやってきましたが、これからは事業の実施主体は区市町村が基本となり、都道府県は自治体間の広域的な調整を図りながら、側面から財政的・技術的支援をしっかりとやっていくことが求められています。区市町村が単体では担えない、まさに医療や人材の確保・育成支援は、東京都が責任を持ってやっていくべきことだと認識しています。さまざまな都の施策の充実につきましては、これからも力を入れて、予算もたくさん付けていきたいと思っていますのでございます。

堀田 心強いお言葉、ありがとうございます。さて、先ほどKatzさんから、米国では長期目標と戦略を立てて進捗管理をしっかりと行っているというお話がありました。日本では、どのようにオレンジプランを推進していこうとしているのか、そのアウトカムをどのように見ていこうとしているのかについて、勝又さんにお聞きしたいと思います。

勝又 まず、地域包括ケアシステムを、一番身近な自治体である市町村で達成して頂けるようお願いしたいと思います。都道府県につきましては、市町村の後方支援をお願いしたいと思います。また、介護の人材は介護保険制度施行以降10年間で倍増していますが、2025年にはさらに1.5倍以上必要であると推計されていますので、さらなる介護の人材の育成・確保の役割を担って頂きたいと思います。認知症疾患医療センターの配置数は今年度、250ヵ所と整備が進んでいますので、広域的な医療の確保に関しては

都道府県でご検討・ご対応頂きたいと思っています。

国は一昨年、プロジェクトチームを立ち上げまして、認知症になっても本人の意志が尊重されて、できる限り地域の中で生活していけるようにということを基本的な方向性と致しました。その方向性に基づいて「認知症施策推進5ヵ年計画」、通称オレンジプランを立て、平成25年度から、例えば認知症疾患医療センターを5年後には500ヵ所に増やすなど、具体的に数値を定めて推進しているところでございます。

今後、国としては、地域の中での生活を続けられるような認知症施策の基本的な方向性をしっかりと打ち出すとともに、達成のための制度設計、研究、財源確保を行うことが大きな役割でないかと考えています。厚生労働省の認知症施策の予算は、昨年度はわずか22億円、今年度は32億円で東京都と同じ金額です。国の役割としては、今後さらなる財源確保もしていく必要があるだろうと考えています。

広報の件につきましては、いろいろ当たっておりまして、来年度はできれば政府広報を使って、認知症の方の明るいイメージを全面に打ち出していく必要があると考えております。

堀田 財源確保のお話が出ましたが、各国では認知症の方々がこれからどれぐらい増えていくのか、それに伴ってどれぐらいのコストがかかるのか、対策を行うことによってどれだけコストの増加を抑えられる可能性があるのかといった観点から、さまざまな推計が行われています。日本では社会的経済的影響に関する研究は始まったばかりですが、臨床医であり、かつ医療経済学者でもある佐渡さんに、認知症ケアにかかるコストの推計について、現状をご紹介頂きたいと思います。

佐渡 皆さんがおっしゃる通り、よいケア、よい体制を作っていくことが非常に重要であり、何より優先されるべきことだろうと思います。同時に、その実現には一定の財源が必要になることも避けられません。しかし、財源はこれから非常に厳しくなってきます。

私は臨床家で臨床研究もしていますが、同時に、今後どれぐらいのコストを使ってどういったサービスをやれば限られた資源を最大限効率的に使えるかという経済評価が、ますます必要になってくるだろうと思います。

現状としては認知症による社会的損失がどれぐらいかというデータも、まだ日本にはありません。今年から厚労省の補助金を受けまして、私たちのグループでまずそこから取り組み、次に費用対効果研究の実現につなげていく必要があると考えているところです。

堀田 ありがとうございます。栗田さんは全国さまざまな地域の認知症ケアについてご存知ですが、区市町村ごとに温度差があると思います。それぞれの地域に合った形で、

より良いケアが模索されていくためには何が課題だと思われるでしょうか。地域包括ケアシステムの推進にも関連づけながら、お話し頂ければと思います。

栗田 まさに区市町村ごとに全く違います。東京都の中だけ見ましても、隣あった町同士で意識もやっていることも水準もまったく違う、ということが現実としてあります。

これからの認知症施策は高齢者が暮らしている、その地域の特性に応じたサービス提供体制を作っていかななくてはいけないので、なんと言っても区市町村がきちんと意識を持ち、計画を立てていく力を持たないと、認知症の施策が成功しないと思います。

そうは言いながら、ところが意外にそうでなかったりするところもあります。実は私、東北でも仕事をしているのですが、2011年の東日本大震災で市町村機能が全てダウンしてしまって、それこそ認知症施策どころじゃなくなってしまった市町村がたくさんありました。でも、そこにも認知症の人がたくさん暮らしています。そうすると、必要に迫られて、地域に暮らしている人たちが力を合わせて支え合っていこうという動きが出てきたのです。

これはやはり人間のすごいところですね。気がついてみると、例えば廃校になった小学校がサービス付きの高齢者住宅として機能していて、そこに地域の人が集まってきていろんな支援について一生懸命考えたり、一人暮らしの高齢者のお宅に行き行って認知症の人を支えるようなこともやれる範囲でやってみたりとか、いろんなことが出てくる。自治体はやらなきゃいけないということは分かっているけども動けないという状況でも、地域ではそういう動きが出てきています。

行政は、そのような動きがあるときに、それを支えていくことが大事です。そのためには、NPOの活動、地域住民たちの活動をきちんと見ていて、気づくことも大切です。それによって、相互作用と言いますか、自治体が弱いときには住民が頑張り、住民が弱いときには自治体が頑張っていて、だんだんと盛り上がってくるのだと思います。ですから、行政も地域の住民もしっかり意識を持って、お互いに影響し合いながら行動していくというやり方がとても大事だと思います。

また、秋山さんがおっしゃった「こういうケアをすれば認知症は大丈夫なんだよ」というキャンペーンをやることも、とても重要だと思います。認知症の啓発事業として「認知症になったら大変なことになるよ、だから何とかしましょう」というのはやはりだめでして、「きちんとしたケアをすれば認知症になっても安心して暮らせるよ」というキャンペーンが、認知症に対するスティグマも解消する、一番の重要な方法であろうと思います。

堀田 そうしますと、基礎自治体には、フォーマル、インフォーマルを通じて、住まい、生活支援、予防、介護、医療と、地域のニーズに応じたさまざまな資源を発見してつなげていく地域マネジメントの力が求められることになります。

どうやって基礎自治体の地域マネジメント力を高めていくか。米国には「Strong Cities, Strong Communities」というプロジェクトがあるとお聞きしました。Katzさん、ご紹介頂けますか。

Katz 連邦政府が人々の自宅や街で何かすることを考えるのは、なかなか難しいことですが、現政権が行ったことの1つに、省庁の垣根を越えた協力があります。そして、現政権では特に、従来の「ワシントンにいる我々がトップダウンで物事を進めるのだ」という意識ではなく、「住宅サービス、社会保障、介護サービス、医療サービスなどの施策の先には利用する人々がいる。しかも、1人の人が政府の様々な部署が管轄する様々なサービスの利用者なのだ」という認識を持って、思考を尽くし検討しました。このように、現政権では連邦レベルでは部署の垣根を越えて仕事に取り組み、施策の先にいる人々をいかに支援することができるかを考えてきたと言えます。

そして、これまでに取り組んできたプロジェクトの1つが、認知症に限ったものではありませんが、「必要とされている分野で何ができるか」を第1に考える、「Strong Cities, Strong Communities (SC2)」と呼ばれるプロジェクトです。オバマ大統領はシカゴに長く住んでいました。彼の支持者も大勢シカゴにいます。ですから、シカゴという市の課題、市に住む人々という視点を強く持っているのだと思います。それで、地方が直面するすべての課題に対処するよう、政府の部署の垣根を越えて、また地方自治体とも緊密な関係で取り組んでほしいと、大統領が我々に頼んだのだと思います。「Strong Cities, Strong Communities (SC2)」プロジェクトの対象となる市は、ハリケーン・カトリーナ以来、現在も地域崩壊が顕著なニューオーリンズ、貧困や失業、ホームレスに苦悩しているデトロイト、あらゆる問題が一挙に押し寄せているカリフォルニア州フレズノなどです。

堀田 連邦政府内で省庁間の垣根を超えるだけでなく、国・州・市の間でもミッションを共有していくということですね。どうやって、横も縦も共有を進めたのでしょうか。

Katz 例えば住まいの問題ですが、米政府には公営住宅を管轄する住宅都市開発省と、私の所属する保健福祉省があります。それぞれにサービス利用の適格基準が異なっていて、それぞれに待機者リストを持っていました。まったく別々に住宅施策を行っていたのです。まるで片方は木星にいて、もう片方は火星にいるかのごとくでした。

ところが数年前、保健福祉省と住宅都市開発省の長官が一緒に昼食をとったある日、ふたりは「待てよ。全国には保健福祉省のサービスを利用して、公営住宅に住む人がたくさんいるのだから、一緒に仕事をしようじゃないか」という話になったのです。手始めに、複数の助成金を異なる住宅プロジェクトに提供して、高齢化してますます虚弱化し、サービスを必要とする人々に、真に意味のある方法でサービスを持ち込み、提供す

る方法を考える機会にしました。

これは一例です。助成金制度を導入し、何がうまくいき、何がうまくいかないのか、いかにして物事を前進させるべきかを知るために、研究も導入したいと思います。

■論点3

「認知症の人が安心して暮らせるために、多様なステークホルダーを巻き込んだ地域住民主体の取り組みと町づくりをどのように実現するか」

堀田 論点3ではまず、多職種協働による切れ目ない認知症ケアの推進という観点から、専門職の教育研修に関してお聞きしたいと思います。近藤さんは大学で医師の教育にも携わっていらっしゃいます。今、認知症サポート医研修などさまざまな取り組みがなされていますけれども、特に Levine さんのご報告にもありました緩和ケアや終末期ケアに関連して、どのような教育が行われようとしているか、あるいは今後の課題なのか、ご紹介ください。

近藤 一言で言いますと今後の課題という側面が大きいと思います。けれども決して悲観的ではなくて、医学部卒業後2年間、主要な科をローテートする臨床研修制度が必修化され、その間に科を超えて共に学んだ仲間がそれぞれの科に進んだ後も横のつながりを作りますので、情報の風通しがずっと良くなったように思います。

私がいる大学病院には医学生が毎年100人以上、研修医も100人以上がやってきます。教育病院としての啓発の影響力はすごく大きいと思います。しかし、病院には機能も人材も集約され、教育効果は高いのですが、普通のコミュニティにおける暮らしとは全く違う空間です。ですので、病院にしかできないことがある一方で、病院に全くできないこと、病院の限界もあります。今、2年間の研修の中に地域医療が必修として入っていますので、病院を離れ地域医療に必ず研修医がローテートする形になっています。そこで、病院だけがすばらしいのではなくて、病院にはできないものを地域・へき地で感じることができるかと思っています。

専門分化が進みすぎたことに強い違和感を持つ若手も増えています。国民のニーズに合わないのではないかという問題意識を持って、ジェネラリスト診療を志向する若手が増えてきていますので、10年後にはジェネラリストの意識を持って、今はがん一辺倒の緩和ケアも認知症、高齢者、皆さんに本来あてはまるものだという柔軟な思考の医師がこれからどんどん増えていくのではないかと感じております。

堀田 これから総合診療専門医も養成されていこうとしていますし、治すだけではなく生活の質も支えていくお医者さんの活躍に期待したいところです。

先ほど栗田さんから、かかりつけ医や看護師さん向けの研修、さらに多職種の研修につ

いてご紹介がありました。とりわけ多職種で認知症に関する考え方を共有していこうということについて、認知症ライフサポートモデルというものが開発されてきています。これに関して、勝又さんにご紹介頂きたいと思います。

勝又 一昨年、私が認知症室長を拝命したときに前局長から指示を受け、医療や介護分野の方々と研究班を立ち上げ、認知症のケアモデル策定に向けて話し合っています。医療の人は認知症という疾患に焦点を当ててお話をされますし、介護の人は認知症の人の人生や生活に焦点を当ててアプローチをしているというふうに、それぞれがバラバラで認知症のケアに当たっていることが明らかになりました。

診断についても最初にあるべきか後からでもよいのかなど、様々な議論がなされた結果、最終的には認知症の人の生活のしづらさを解消すること、生活全般への支援を医療と介護の人が一体的に提供する「認知症ライフサポートモデル」をやっていこうということになりました。そして今、市町村の、特に日常生活圏域ごとに医療と介護の人がライフサポートモデルと一緒に研修するプログラムが始まったところです。国からもいろいろな形で支援できると思いますので、市町村にもこのような研修を広めて頂きたいと考えております。

堀田 日本は介護保険制度のもとで在宅ケアに従事する人は、少なくとも概ね訪問介護員2級の130時間の研修を受講していることが求められていますが、米国の場合は、現段階では無資格でもケアを提供できるようになっていきます。Levineさんがご講演の中でお話された、アルツハイマー協会によるヘルパーさん向けの50時間の研修について、もう少しご説明頂けますか。

Levine 我々が行っている50時間の研修プログラムは、認知症ケアに特化したものです。以前は、家事援助や身体介護を行う人々向けに、基本的なケアの仕方や感染予防に関する一般的な注意事項、入浴援助の方法、身体移動といった内容の別の研修が行われていました。

現在、我々が行っているプログラムの柱は4つです。1つ目は認知症の人の脳では何が起きているのかという病気に関する知識、2つ目は様々な経過や状態にある認知症の人との効果的なコミュニケーション方法、3つ目は認知症の人の介護や食事づくりといった支援に従事している人たちが、その活動を楽しみ、さらに積極的に活動に参加するための課題、4つ目は、有償の介護職対象の研修としては珍しいのですが、自分自身をケアする方法です。例えばヨガの先生を招いて呼吸法や瞑想法について学びます。認知症や一人暮らしの人の介護で大きなストレスを抱えても、すぐに電話して相談できる上司もいませんから、在宅ケアに従事する人にはセルフケアの大切さを教えています。

また、長年介護の経験を積んできた人の中には、「今さら学べることなんてあるだろ

うか？」と思いながら参加する人もいます。我々は彼らの経験や判断、直感的知識を尊重しますが、実際、研修が終わる頃には「新しい道具を手にした大工のような気分です。これまで以上によい仕事ができそう」という感想が寄せられます。このように、我々は家事援助や身体介護を行っている人々のスキルや地位を向上させるために活動しています。

堀田 ここまで、主に多職種で認知症の方々を支えていくための専門職に対する研修について伺いましたが、適切な時期に支援につなげ、その人らしい暮らしを実現していくうえでは、地域住民の方々の学びが極めて重要です。

日本で全国 440 万人もの認知症サポーターが養成されていることは世界的にも注目されています。認知症についての理解を深めたうえで、自分のこととして考え、行動していくことも期待されているところです。世田谷区でも熱心に養成されていますが、認知症サポーターの養成を、まち全体を巻き込んだ地域づくりにどうつなげていこうとされているのでしょうか。家族介護者の支援に関する取り組みとあわせて秋山さんにご紹介頂ければと思います。

秋山 今、世田谷区に認知症サポーターは約 1 万 2,000 人います。世田谷区で広がった背景には、学校、中学生や高校生、大学生を巻き込んだこと、それから企業を巻き込んだことが挙げられます。特に信用金庫など金融機関は高齢者のお宅を訪問して財産について話し合ったりしますが、対応に迷うことがあるそうです。このように、高齢者と接する機会の多い企業の人たちをみんな巻き込んでいますので、広がっているのだと思います。

「あの人、認知症らしい」となったときに、「火事を出しはしないか」「何だかもう汚くて臭くていやだ」と、地域はものすごく冷たい目になることが珍しくありません。地域の温かい目があれば認知症の人は地域で暮らせると思いますが、地域の冷たい目を認知症の人たちは一番敏感に感じます。かといって、「冷たい目じゃなくて温かい目を」と言っても難しい。でも、「何かあったらあんしんすこやかセンターに相談すればいいですよ。あなたは都合のいいときだけ見てくださればいいんですよ」となると、地域の住民はみな優しいですから、「じゃあ私、この時間帯だけだったらあの人のは見ることができ」「気が向いたときだけでいいのなら私もやれる」となることがあります。一朝一夕には進みませんが、このようにして広げていくことが大切ですし、サポーター養成にも取り組んでいるところです。

家族介護者に対しては、「1 人で悩まないでね」というのが一番のメッセージです。地域には NPO を含めていろいろな資源があり、家族介護者の人たちがお茶会などをやっています。社会福祉協議会が中心になって展開している「ふれあい・いきいきサロン」は、現在、世田谷区内に約 700 グループあります。そのうちのいくつかは認知症の人た

ちも参加して、自宅や区民施設などに集まって、数時間おしゃべりをして過ごすというように取り組んでいて、そこには区からも金銭面も含めて少し支援しています。

家族会にもレビー小体型認知症の家族会などさまざまありますが、世田谷区が旗を上げて「ここに集まってください」と呼びかけるのではなく、区民が立ち上げて下さったものを支援していくという形で進めています。今後も家族会などの取り組みをさらに地域に広げていきたいと考えています。

堀田 まさに地域から「生えてきた」取り組みをしっかりと支援なさるということですね。サポーター養成に関しては学校や一般の事業所を巻き込んでいくというのは、世代や立場を越えた支えあいのまちづくりを目指すうえでも非常に重要な観点だと思います。

続けまして、Katz さんに、認知症の方に限らず、どうやったら年を重ねても、あるいは何らかの病気や障害を持っても暮らしやすい地域を作るかということで、「elder friendly community（高齢者にやさしいコミュニティ）」の取り組みについてご紹介を頂ければと思います。

Katz 最初に一言申し上げたいのですが、これまで皆さんのお話にあったように、物事をオープンにすることは、高齢者虐待という非常に大きな問題への取り組みとしても有効だろうと思います。介護職の人たちは犯罪者ではありませんし、悪い人たちでもありません。ただ、とても大きなストレスがかかります。ですから、物事をオープンにして支援が得られるようにすること、いろんな人たちの目があるようにすることで、虐待の抑止に少しはつながるだろうと思います。

Elder friendly community には多くの地域が取り組んでいます。この取り組みの推進には、大規模な非営利組織 AARP (American Association of Retired Person: 全米退職者協会) の果たしてきた役割が非常に大きいです。また、約 20 年前に制定された「アメリカ障害者法 (Americans with Disabilities Act)」によるところも大きいと思われます。具体的には、curb cuts (車道と歩道の段差をなくす) の導入、野菜の宅配、インターネット上での金銭管理、地域を高齢者にやさしい場所にするといったようなことです。つまり、ただ単に高齢者のためのサービスを導入するというのではなくて、高齢者をもっと歓迎するような地域にするという取り組みです。

Curb cuts (車道と歩道の段差がなくす) はとてもよい例だと思います。と言いますのも、これは車イスを利用している人の可動性の問題を解消するために設けられたものですが、ベビーカーを押している人にとっても、また身体のバランスがとりづらく転倒しやすい人にとっても非常によいものであることが分かりました。ですから、障害のある人たちが暮らしやすい地域づくりはとてもよいことなのです。障害のある人たちが地域の一員であり続けることが可能となり、今までよりも長く地域で暮らすことができますし、彼らが街に出かけ、その姿を目にすることで、地域に溶け込むことができます。

堀田 ありがとうございます。先ほど進藤さんからのご報告で、第三者的視点での情報整理と提供についてお話がありました。この「第三者的視点」について、もう少し詳細にお話し頂けますか。

進藤 米国では連邦政府や州政府、市政府のほかにさまざまなアドボケーションのグループがあり、さまざまな新しい情報が毎月あるいは毎週のように提供されます。ただ、そのような情報を読んでも、制度等の仕組みがわかっているなければ理解するのはなかなか難しいです。特に 65 歳以上になって、メディケアとか年金のことを初めて聞く方もたくさんいて、専門的な英語がなかなか理解できないということがあります。

このようなさまざまな情報の中で、「これは日系人の方に有用であろう」と思われるものをある程度ふるいにかけていくような役割を、第三者的視点に立ち、ニューヨーク日系人会などがやっています。

先ほどニューヨーク日系人会はいろいろな活動をしていると申し上げました。活動自体はそれぞれ月に 1 回くらいです。少ないと思われるかもしれませんが、もともとは文化的な支援を行っている団体で、落語のセッションを試みたり、ヨガや書道のクラスを開いてみたり、日本の本の貸し出しなどを行ってきました。ところが、地域で高齢者サービスを提供している機関の方から、「こういう日本人の方がいるのですが、あなたのところではサービスは提供していませんか？」というような問い合わせの電話を受けるうちに、会としてできるのは何なのか、他の団体にやってもらうものはどこまでか、といったことを話し合い、その人にとって必要と思われる情報を日系人会で整理してお渡しするようになりました。

堀田 地域全体としてさまざまな取り組みを充実させても、利用したい人がたどり着くのはなかなか難しい、何が自分にとって大事なものが分かりづらいこともあるということですね。一人ひとりのニーズと一緒に見極めながら、必要な情報を整理して提供することは改めて重要で、アルツハイマー協会は、まさにそのような役割も果たしていらっしゃると思います。

最後に Levine さんにおうかがいします。アルツハイマー協会においてさまざまな活動を効果的に展開されていくうえで、いかに認知症の方ご本人あるいは介護者の方々のニーズや声に耳を傾け続けていらっしゃるのでしょうか。前回の国際会議の中でも、イギリスの“I statement”について紹介があり、日本でもご本人の視点を中心に施策をつくり、その成果を評価することへの関心も高まっています。「認知症の人基本法」をつくらうという動きもあります。ご本人と介護者の声に根ざした活動をしていくうえでの工夫について、お聞かせ頂ければと思います。

Levine アルツハイマー協会は家族介護者の声から設立されました。ところが、ある時、我々が開いた家族介護者の会議で、若い男性が立ち上がって言いました。55 歳ぐらいの人でした。「あなたたちは家族向けにはこれだけたくさんのサービスを取り揃えているけれども、私のためには何があるのか教えてほしい。私はアルツハイマー病です」と。若年発症の方だったのです。もう 23~24 年前のことです。これが、認知症である人にもっと注意を向け、彼らのチャンスを確保するようにしなければならないと気づいたきっかけでした。ですから、我々のアドボカシーの活動においては、早期発症のアルツハイマー病の人たちをはじめ、誰もがアドボケートの役割を担うことができます。

公聴会や公共ホールで我々が証言する時に、誰かが立ち上がって「私はアルツハイマー病です。時間との競争の只中にいます。政府が 20 億ドルを拠出するのを待ってはられません。今、治療薬が必要なんです」と発言しているのを耳にすると、とても印象的です。人を動かす非常に強い力があります。

ご家族も同様です。ある上院議員の事務所に 25 歳の若い女性と訪問したことがあります。彼女の母親は 52 歳でアルツハイマー病のために亡くなったばかりでした。アルツハイマー病は高齢者の病気だと思われていますが、誰でもなる可能性があります。ですから、我々は彼らが声を上げられる機会をつくろうと努力していますし、我々の活動を人々に紹介するだけでなく、アルツハイマー協会の政策を理解してもらい、その政策に沿った活動推進への協力を求めています。

アルツハイマー協会が全国で提供しているサービスの全利用者を対象とした、公式の調査があります。そこで、満足度の報告を受け、注意深く追跡し、どうすればよりよいサービスが可能かを知ることができます。このように、利用者の声を公式・非公式の方法で聞き取る方法を持っていますし、常に認知症の人や家族の声に耳を傾けるようにしています。我々の活動は、そのためのものだからです。

堀田 一人ひとり、私たちがそれぞれの地域でどのように暮らしていきたいのか、どのように支えあいながら生きていきたいのか考えること。常にご本人やご家族の声に耳を傾け、対話を重ねながら、社会全体としてビジョンを共有して進んでいくことが重要だという示唆を頂きました。以上でパネルディスカッションを終わります。

ありがとうございました。

閉会挨拶

飛鳥井 望 公益財団法人東京都医学総合研究所 副所長

昨年度の老健事業で開催させて頂いた国際政策シンポジウムで、国家戦略はトップダウンで始まってすぐボトムアップにシフトするということが各国で共通に言われていました。今年度老健事業の日米カンファレンスは、そこを出発点として組み立てて頂きま

した。

Katz さんが最初に「国家戦略というのは政府の戦略ではないんだ」と言われましたが、まさに国家全体、国家を構成する全ての人に関わるものであるということ、そして結局は人であるといったお言葉もありました。また、今日は世田谷区の秋山副区長にいらして頂きましたけれども、やはり基礎自治体が本当に一人ひとりの市民をどう支えるか、自治体の力が足りないときは、地域住民がいかに自分たちで支え合うかといったような、まさにボトムアップのお話もありました。本日のテーマの「国家戦略と大都市の取り組み」ということですが、やはりトップダウンからボトムアップに尽きていくというお話だったと思います。

時間の関係上、取り上げることができなかったテーマの 1 つがインターネットです。英語で Alzheimer と入力しますと、アルツハイマー協会の素晴らしいウェブサイトが出てまいります。英語圏の人は皆、これを利用できるのかと思うと本当にうらやましいような充実ぶりです。これから認知症になっていく人たちは完全なインターネット世代ですので、このような IT をいかに利用するかということも課題であると思います。

また、教育の問題が出ましたけれども、おそらく最もパワフルなキャンペーンは初等・中等教育の福祉教育の中で認知症の問題を取り上げるということ。これが 10 年 20 年後に必ず生きてくるような強力なキャンペーンだと思います。このような課題、チャレンジがまだいろいろありますので、引き続き皆さんと一緒に考える機会があればと思います。



第2章 オーストラリア DBMAS 視察報告

視察報告

オーストラリアにおける認知症の 行動マネジメント助言サービス (DBMAS)

萱間 真美 聖路加看護大学

西田 征治 県立広島大学

太田美智子 公益財団法人東京都医学総合研究所

“Living Longer. Living Better.”

オーストラリアは現在、高齢者ケア制度改革の只中にある。2012年4月20日、連邦政府は10カ年の包括的高齢者ケア制度改革「Living Longer. Living Better.」を発表した。国民のニーズに応えきれなくなった既存の複雑なサービスを整理統合し、今後さらに進む高齢化に備えて拡充することを目的としている。改革は9分野にわたって実施され、当初5カ年の予算は約37億ドル(約3,400億円。1豪ドル=92円換算)である(表1)。

改革の焦点は、高齢者の在宅生活を支えること。在宅支援の分野には総額の25%にあたる9億5,540万ドルを充て、在宅ケアサービスの拡充、選択肢の充実と消費者主導のケア(Consumer Directed Care)、ケア費用の応能負担、統合された在宅支援プログラムの提供を目指している。

従来、連邦政府が提供してきた在宅支援サービスには、「地域在宅ケア(Home and Community

Care: HACC)」「在宅高齢者ケアパッケージ(Community Aged Care Packages: CACP)」「長期在宅高齢者ケア(Extended Aged Care at Home: EACH)」、認知症の人を対象としたEACH-Dなどがあった。このうち、HACCを除く3つのプログラムは、2013年8月から「在宅ケアパッケージ(Home Care Packages)」に統合された。CACP、EACH、EACH-Dと同様、在宅ケアパッケージは医師、看護師、ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士などで構成される「高齢者ケア判定チーム(Aged Care Assessment Team: ACAT)」のアセスメントを受け、4段階のケアの必要度に応じてサービスを提供する(表2)。

ACATによる詳細なアセスメントを必要としない、ちょっとした手助け的なサービスが提供されるHACCは存続している。例えば、家事援助(洗濯やアイロンがけ)、身体

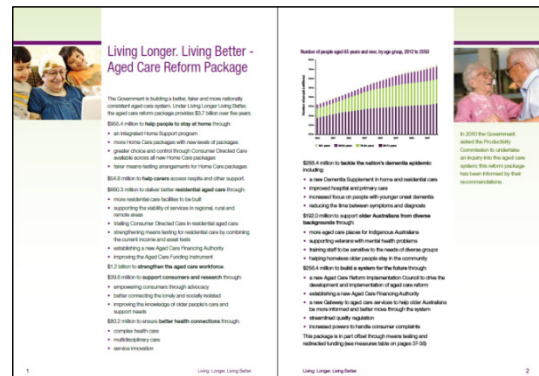


表 1. “Living Longer. Living Better.”の主な施策と当初 5 ヶ年予算

| |
|---|
| <p>在宅支援：9 億 5,540 万ドル</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 統合された在宅支援プログラム ● 在宅ケアパッケージの拡充 ● 在宅ケアパッケージ全般での消費者主導のケア選択と選択肢の充実 ● 在宅ケアパッケージに対する公平な応能負担 |
| <p>介護者支援：5,480 万ドル</p> <ul style="list-style-type: none"> ● レスパイトなどケアラーを対象とした支援の強化 |
| <p>施設ケア：6 億 6,030 万ドル</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ケアが受けられる入居施設の建設 ● 人口密度の低い地方でのサービス支援 ● 高齢者施設ケアにおける消費者主導ケアの試行 ● 施設ケアに対する応能負担の強化 ● 高齢者ケア資金調達機関（Aged Care Financing Authority）の新設 ● 高齢者ケア補助金制度（Aged Care Funding Instrument）の改善 |
| <p>人材：11 億 8,890 万ドル</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者ケアに携わる人材の拡充 |
| <p>消費者支援&研究：3,980 万ドル</p> <ul style="list-style-type: none"> ● アドボカシーによる消費者の権利強化 ● 社会から孤立した孤独な人を社会とつなぐ ● 高齢者ケアおよび支援ニーズに対する知識の向上 |
| <p>切れ目のない医療：8,020 万ドル</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 予防から緩和ケアまで ● 多職種によるケア ● サービス革新 |
| <p>認知症への取り組み：2 億 6,840 万ドル</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在宅および施設ケアにおける認知症加算の新設 ● 病院ケアおよびプライマリケアの向上 ● 若年性認知症の人々への支援強化 ● 発症から診断までの迅速化 |
| <p>多様な背景を持つ人々への対応：1 億 9,200 万ドル</p> <ul style="list-style-type: none"> ● オーストラリア先住民のための高齢者ケア施設を増やす ● 精神疾患のある退役軍人への支援 ● 文化的に多様な人々のニーズに対する介護職の意識向上 ● ホームレスの高齢者を地域で支える |
| <p>将来に向けたシステム構築：2 億 5,640 万ドル</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 新設の高齢者ケア改革実施協議会（Aged Care Reform Implementation Council）による高齢者ケア改革の推進 ● 高齢者ケア資金調達機関（Aged Care Financing Authority）の新設 ● 高齢者ケアサービスのナビゲーション窓口の新設 ● 質管理の効率化 ● 消費者の苦情対応の権限強化 |

注) 予算総額 36 億 9,620 万ドルのうち既存サービスからの付け替え 25 億 5,800 万ドル、利用者負担 5 億 6,100 万ドル。したがって改革による増分は 5 億 7,690 万ドルの見込み。

介護（入浴やトイレの介助、着替え）、ソーシャルサポート（買い物同行、話し相手）、訪問看護（包帯の取り替え、排泄アドバイス）、食事サービスなどがある。

なお、サービス提供の効率化を目指し、2015年7月には、やはり ACAT によるアセスメントを必要としない「全国介護者レスパイトプログラム (National Respite for Carers Program: NRCP)」「デイ・セラピーセンタープログラム」「高齢者住宅プログラム」とともに、「連邦在宅支援プログラム (Commonwealth Home Support Program)」に一本化される予定である。

表 2. 在宅ケアパッケージにおける 4 段階のケアの必要度

| | |
|-----------|------------------------------------|
| レベル 1 (新) | 基本レベルのケアニーズ |
| レベル 2 | 低レベルのケアニーズ。従来の CACP に相当 |
| レベル 3 (新) | 中レベルのケアニーズ |
| レベル 4 | 高レベルのケアニーズ。従来の EACH および EACH-D に相当 |

Home Care Packages, myagedcare: <http://www.myagedcare.gov.au/home-care-packages>

「消費者主導のケア」概念の導入

在宅ケアパッケージの重要な特徴として、「消費者主導のケア (Consumer Directed Care: CDC)」概念の導入が挙げられる。消費者主導のケアとは、サービスを利用する本人がケア選択の中心に在り、必要とするケアの種類やそのケアの受け方の決定過程にしっかり関与するというものである。

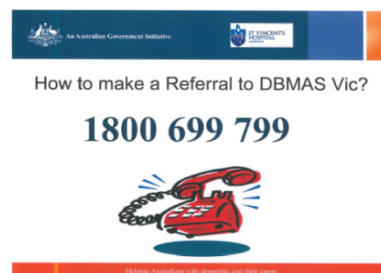
具体的には、ケアプラン作成時に消費者（高齢者）がケア支援によって実現したい目標と、受けるケアに対してどの程度、自分でコントロールしたいかを明らかにし、話し合いの下で提供事業者がケアプランをたてることが掲げられている。また、消費者主導のケアに必須とされているのが個人予算 (individualised budget) である。個人予算とは、収入(ケアの必要度に応じた政府補助金額と本人負担額などを合計した金額)と支出(合意されたケアプランに基づくケアサービス費、事務費、ケースマネジメント費の合計)を明らかにし、毎月、消費者に収入・支出・差引額が報告され、透明性を高めようというものだ。

在宅ケアパッケージへの CDC の全面導入は 2015 年 7 月からだが、新規サービスにはすでに導入されているほか、2010～2012 年には約 1,000 のサービスに試験導入されており、地域活動に参加するなど社会との関わりを持つ機会や、子や友人宅を訪問する機会が増え、在宅生活の質・健康・ウェルビーイングが改善されたという成果が報告されている。

DBMAS について

認知症行動マネジメント助言サービス（Dementia Behaviour Management Advisory Service: DBMAS）は、いわゆる行動心理症状（BPSD）による介護の破綻を回避するために 2007 年から連邦政府予算で全国に導入された非薬物介入による支援サービスである。DBMAS の提供事業者は競争入札方式で選定され、各州の地理的・人口的条件や既存の医療福祉サービスなどの実情に応じて提供されている。

DBMAS チームは看護師、心理士、作業療法士、理学療法士など多職種から成り、BPSD に苦慮する家族や介護施設の職員などからの電話相談を毎日 24 時間無料で受ける。相談内容に応じて、相談者以外の家族やサービス事業者、かかりつけの医師などから情報を収集して BPSD の原因をアセスメントし、助言する。また、必要時にはアウトリーチを行い、短期間ケースマネジメントを行うケースもある（図 1）。



DBMAS の重要な目的は、有償・無償を問わず認知症の人の介護に関わる人の理解とケア力を向上することである。それにより、認知症の人と介護者の QOL が改善され、より長い在宅生活の継続に結びつけることが可能となる。したがって、DBMAS では個別の事例について直接的なアドバイスやケースマネジメントを行うだけでなく、相談事例を通じて認知症や BPSD に対する理解を深めるための情報提供も積極的に行っている。

なお、DBMAS に対する 2009～2010 年の連邦政府支出は約 1,000 万ドル、2010～2011 年の電話相談件数は全国で 9,924 件であった¹。

DBMAS スタッフの行動マネジメント原則

- BPSD を呈する認知症の人の権利を認識し、擁護すること
- 治療やマネジメントの目標は、最小限の制限環境下で、認知症の人の生活（人生）の質と安全を最大化することである
- 認知症の人の行動は、コミュニケーション方法の 1 つであると認識すること
- BPSD による認知症の人自身、家族、介護スタッフへの影響を認識すること
- BPSD への望ましい対応は、関係するすべての人と協力することである

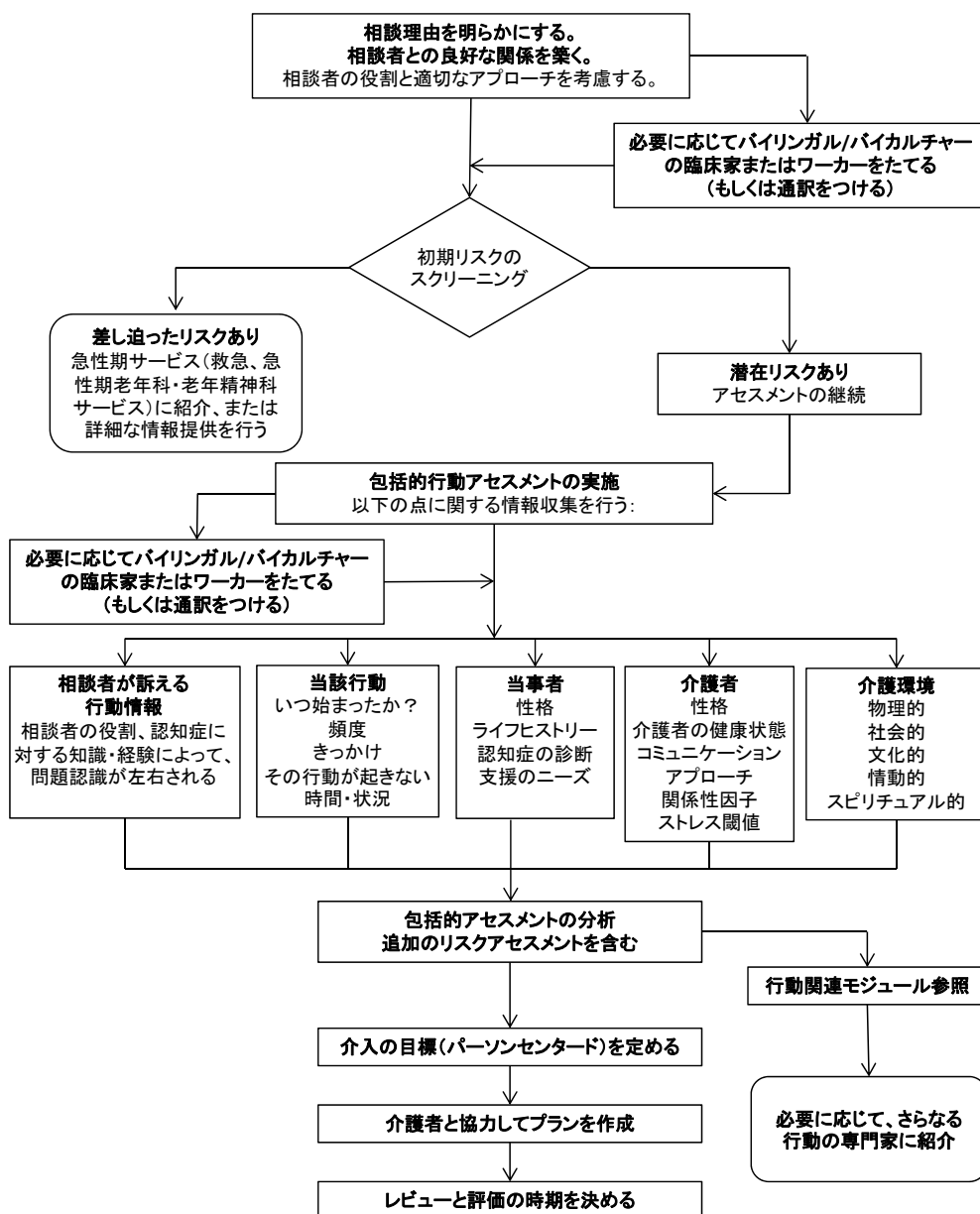
“Behaviour Management – A Guide to Good Practice–,” by Dementia Collaborative Research Centre – Assessment and Better Care (DCRC-ABC). May 2012

¹ Dementia in Australia. Australian Institute of Health and Welfare 2012. Dementia in Australia. Cat. no. AGE 70. Canberra: AIHW

政権交代と認知症施策

DBMAS を導入したのは 2007 年当時の労働党政権だが、2013 年の選挙に勝利した自由党政権もすんなり事業の継続を決定した。その背景には、アドボカシー団体などが与野党を問わず、認知症施策の重要性を求めて活発にロビー活動を展開していることが挙げられる。また、新政権は選挙時から認知症分野の研究に今後 5 年間で新たに 2 億ドル投入するとの公約を発表した。

図 1
DBMASの行動マネジメントの流れ



ビクトリア州の DBMAS 視察報告

視察先： DBMAS Vic、セントビンセント 高齢者精神科サービス
(ビクトリア州メルボルン、セントジョージ病院内)

視察期間： 2013 年 10 月 27 日 (日) ～2013 年 11 月 3 日 (日)

ビクトリア州の DBMAS

オーストラリア南東部に位置するビクトリア州はタスマニアを除くと最も面積の小さいが、人口は 2 番目に多い。日本と比べると極めて人口密度の低いオーストラリアにおいては、人口密集地域といえる(ただし、同州の面積は 22.7 万平方キロメートルで日本の本州に相当し、州人口は約 570 万人)。



比較的人口が密集している地理上の利点を生かし、ビクトリア州は 1980 年代後半から精神科の訪問 (アウトリーチ) サービスを整備してきた。現在でも国内で最も充実しており、連邦政府が企図した DBMAS の訪問およびケースマネジメント機能は州政府の高齢者精神科サービスにより、すでに提供されていた。したがって、DBMAS Vic (DBMAS ビクトリア) は訪問を含まず、電話やメールなど遠隔サービスに特化する一方で、州による既存の訪問サービスと協働する方式をとっている。DBMAS Vic の実施主体も、州の高齢者精神科サービス、アルツハイマー協会ビクトリア州支部、National Ageing Research Institute (NARI) などが共同事業体として受託している。

したがって、今回、我々は州都メルボルンのセントジョージ病院を訪れ、同病院を拠点として州の高齢者精神科訪問サービスを担うセントビンセントと DBMAS Vic の双方の活動について同行視察やインタビューを行うことにより、ビクトリア州における「DBMAS」のあり方を調査した。



セントジョージ病院。メルボルンの高齢者精神科サービスを提供する「セントビンセント」および DBMAS の拠点がある。





セントジョージ病院の敷地内にある DBMAS と RSP (施設支援プログラム) のオフィス棟。

セントビンセントの高齢者精神科訪問サービス（Aged Psychiatry Assessment and Treatment Team: APATT）は、メルボルン市内の Yarra 区および Boroondara 区を管轄とする。同地域の 65 歳以上の人口は 45,000 人弱、APATT の人員はフルタイム換算で 19 名、専門は精神科看護師、作業療法士（OT）、ソーシャルワーカー、神経心理学士である（事務スタッフを含む）。このほか、精神科医がコンサルタント医として APATT の活動を支援している。

DBMAS Vic は我々の訪問時、組織変更の過渡期であったが、訪問時点の人員は認知症ケアの経験を有する看護師（精神科看護師を含む）と OT の計 13 名（セントジョージ病院を拠点とする「ハブ」担当者 7 名、周辺地域担当者 6 名）。加えて、薬剤に関する電話相談に老年精神科医が応じるケースもある。

地域による DBMAS 機能の相違

萱間は 2012 年度、西オーストラリア州パース市の DBMAS WA を見学した。ビクトリア州の DBMAS Vic とはバックグラウンドが対照的であった。今回の視察において、双方のチームでの勤務経験を持つメルボルン大学研究ユニットの Prof. Nicola Lautenschlager と、NARI の Executive Director である Prof. David Ames にインタビューする機会を得たため、以下に概要を説明する。

| WA vs VIC DBMAS チームの相違 | |
|--|--|
| <p><WA></p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ コンベで AA が受託 ✦ ケアマネジメント機能も DBMAS が一部実施 ✦ 医療機関とは離れた立地 ✦ チーム精神科医は週 1 日出向 ✦ デイケア、スタッフ教育、ケアラー教育を中心に実施 | <div style="text-align: center;">  </div> <p><VIC></p> <ul style="list-style-type: none"> ✦ コンベで病院と研究機関のコンソーシアムが受託 ✦ ケアマネジメントは APATT が実施（病院の APATT チーム） ✦ 急性期病棟との連携によるスタッフ教育プログラムを展開 ✦ チーム精神科医が病棟も担当（担当患者は 13 名！） 常勤は VIC 唯一 <div style="text-align: center;">  </div> |

ビクトリア州は 1988 年、病院を拠点とする地域メンタルヘルスシステムが整備された。このシステムで認知症の BPSD への対応も可能であったため、DBMAS の導入は国内で最も遅かった。「他の州よりも優れたサービスがすでにある。既存のサービスと重複せず、補完するような DBMAS をつくる必要があることを連邦政府に納得してもらうのに時間がかかった」からだ。ようやく連邦政府の理解を得て、DBMAS の訪問・ケアマネジメント機能は従来通り、APATT が担っている。APATT はチームを支援する複数の精神科医に日常的にコンサルテーションしているため、処方調整を含めてかなり迅速に対応している。

一方、パース市にはこのような基盤が充実していない。DBMAS はアルツハイマー協

会が受託し、ケアマネジメントを含めて対応している。

日本における適用を考えた時、病院を活用するモデルではメルボルン市に類似したモデルを構築することは、精神科医の活用という意味では可能かもしれない。しかし、もともと基盤となるアウトリーチの文化や資源は整備されていないという意味では、パース市に近い役割を担うことになると考えられる。

DBMAS の事例

DBMAS の具体的な事例について、精神科看護師と作業療法士の各 1 名から聞き取り調査を行った。

事例①（精神科看護師による対応例）

【相談者】

85 歳男性。妻は 3 年前から認知症の症状が現われ、現在ナーシングホームに入所している。今回、かかりつけの病院で DBMAS の小冊子を見つけ、電話をかけてきた。



相談電話に応える DBMAS スタッフ

【相談内容】

毎日、妻のいるナーシングホームを訪問している。妻はもともと活動的で社交的な人だったが、現在は興味を失っていることを心配している。また、妻は家に帰りたいたいが、叶えてあげられないことをストレスに感じている。自分が何をしてあげられるのか分からない。

【助言内容】

- 活動を通して楽しい時間を過ごす。具体的な提案内容は：
 - － 妻の手を握ったり、ハンドマッサージをしてあげる。
 - － 回想法のハンドブックを送るので、それを使って若いときのことや楽しかった思い出を妻と話してみる。
 - － 馴染みのある好きだった活動を単純化して行う。そうすることで、スタッフに関わることに以外に楽しみが得られる。
- うつの評価と治療
 - － うつ尺度を用いて看護スタッフに評価してもらい、抑うつの程度を話し合ってもらう。うつの治療について、かかりつけ医から助言を受ける。
 - － うつ尺度には次の 2 つが使われる。

Cornell Scale for Depression in Dementia (Alexopoulos et al., 1998)

Hayes and Lohse Non-verbal Depression scale (Hayes et al., 1991)

- 看護スタッフに DBMAS に電話をかけてもらい、あなたが妻を心配していることや彼女のうつについて話し合う。

【全体を通して】

今回の電話相談の時間は約 15 分間だった。初回の相談だったこともあり、相談者が話したいことを遮らずに聞くことを優先していた。例えば、妻が「お母さんはどこ？」と繰り返し聞くのに対し、相談者は「お母さんは亡くなった」と繰り返し答えているという。対応した精神科看護師によると、通常は「お母さんに会ったら話したいことは何」と尋ねるように助言するが、今回は相談者が助言を求める以上に話を聞いてほしい様子が強かったため、あまり話を遮らないようにしたと言う。相談者が求めていることは何か、彼が妻にできることは何かを探っていた。終了後、彼はできることがあると分かり、声の調子が少し明るくなっていたとのことである。

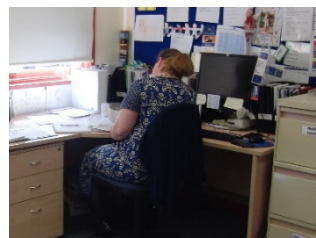
事例②（作業療法士による対応例）

【相談者】

ナーシングホームのケアコーディネーター（看護師）

【相談内容】

1 年前にナーシングホームに入居した 86 歳のアルツハイマー型認知症の女性に、介護抵抗、徘徊、不安、物盗られ妄想、大声が認められる。特に自分の衣服を職員に盗られているという思い込みが強い。他人との接触を避け、臥床傾向にある。彼女のケアについて助言が欲しい。



【助言内容】

- うつの可能性がある。うつのスクリーニングを行い、かかりつけ医に判定と老年精神科医の紹介を依頼する。
- 朝 7 時の起床、身支度、昼食後の休憩、午後のグループ活動など取り入れ、規則正しい生活リズムをつくる。
- 職員が自分の衣服を盗っているのではないかと疑う理由として、視空間認知機能の低下により、自分で必要な衣服を見つけられないことが考えられる。したがって、物事をシンプルにすることが大切。例えば、彼女のクローゼットの中の衣服を 5 セットに減らし、必要なものを見つけやすくする。また、衣服の収納場所が分かるよう、クローゼットに衣服のイラストを描いたラベルを貼る。
- その他の視空間認知機能の低下への対応策：特にバスルームなど、壁・洗面台・便器・浴槽のすべてが白、タオルも白っぽい色だと見分けるのが難しい。壁の色を塗

り替えられればよいが、できない場合は、取り外し可能な絵を壁にかけて壁の存在を強調したり、タオルや便座の色を目立つ色にして、認知を助けるよう工夫する。

- 感覚刺激を求めて反復行動（洋服の出し入れ、徘徊）している可能性もある。彼女が好む道具や手触り、色のついたもの（手芸が趣味であればカラフルなボタンや生地など）を集めた箱（「感覚ボックス」）をつくり、触って刺激を得られるようにする。
- 介護職員のコミュニケーション法としては、「心配ない。衣服は全部あるよ」と説得するより、「それは大変。もし私が衣服を盗られたら同じように動揺するわ」と共感を示す。



鮮やかな色の壁で、洗面台や床とのコントラストを高めた例。



目立つように、スプレー塗料で赤く着色した便座。

「尿失禁などトイレ問題が介護破綻の大きな原因」と話す DBMAS Vic チーム、作業療法士の Wendy Hall さん。

「せっかくバスルームに行っても、壁も便器も白だと、トイレを探しているうちに失禁してしまうことも少なくない」という。

【全体を通して】

上記の相談事例に対して、DBMAS スタッフは様々な助言や提案を記述した文書を相談者宛てに作成していた。個別事例に対する具体的な方策の提案に加えて、認知症の人にみられる機能障害や不便を説明し、介護職が認知症の人の視点にたって BPSD と言われる行動を理解できるよう助言しており、同時に、介護者の認知症ケアスキル向上という DBMAS の掲げる目標に向けての助言であることが強く感じられた。

DBMAS に関する資料

連邦政府の DBMAS に関するウェブサイトに BPSD のマネジメントガイドなど様々な資料が公開されている。関心のある方は、下記の URL をご参照頂きたい。

http://dbmas.org.au/Want_to_know_more_/Resources1.aspx

感覚を刺激するアイテムの活用

上述した「感覚ボックス」のように、認知症の人が好み慣れ親しんだ活動になぞらえて手触りや音楽などで五感を刺激すると、退屈が避けられたり、安心感が得られて落ち

着く効果があると言われている。オーストラリアでは感覚を刺激するアイテムも積極的に活用されており、DBMASでも紹介している（図2）。

様々な感触の生地やボール、ボタン、ヒモなどが縫い付けられたエプロン、やはり様々な感触の生地がパッチワークされ、ひざの上におくと重みで安心感が得られるひざ掛け、いくつものオルゴールが付けられた音楽ボックスなどである。人によって好みの手触りや刺激は異なるが、DBMASでは貸し出しも行っており、気に入った場合は購入したり手作りすることも提案している。

図2 感覚を刺激するアイテムも活用されている



エプロン



ひざ掛け



音楽ボックス

セントビンセント・ヘルスにおける高齢者精神科サービス

図3は、セントビンセントの高齢者精神科および周辺サービスの全体像である。

図3

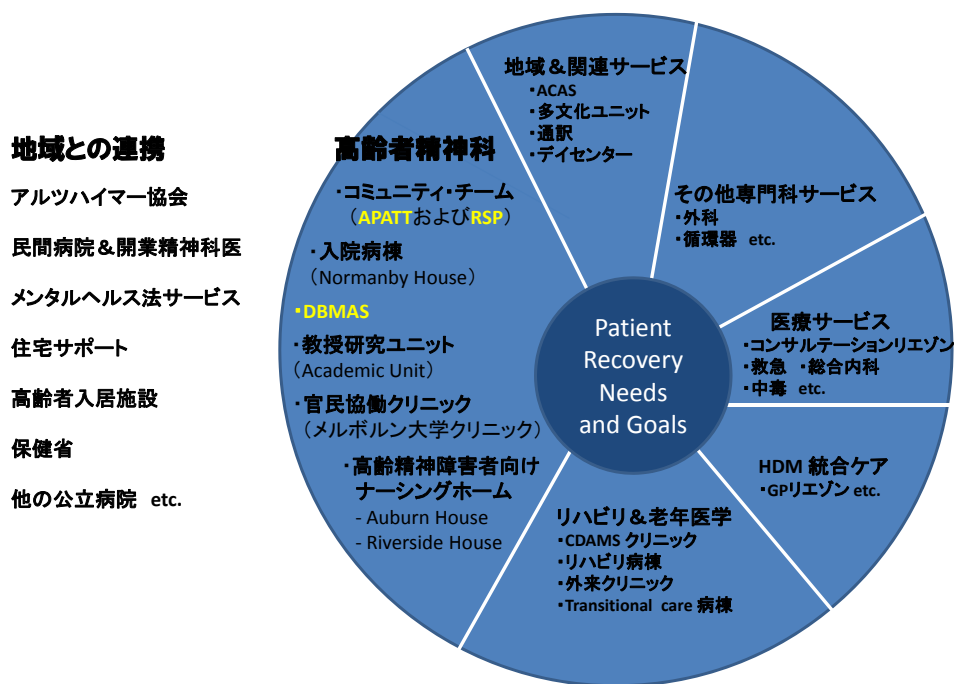
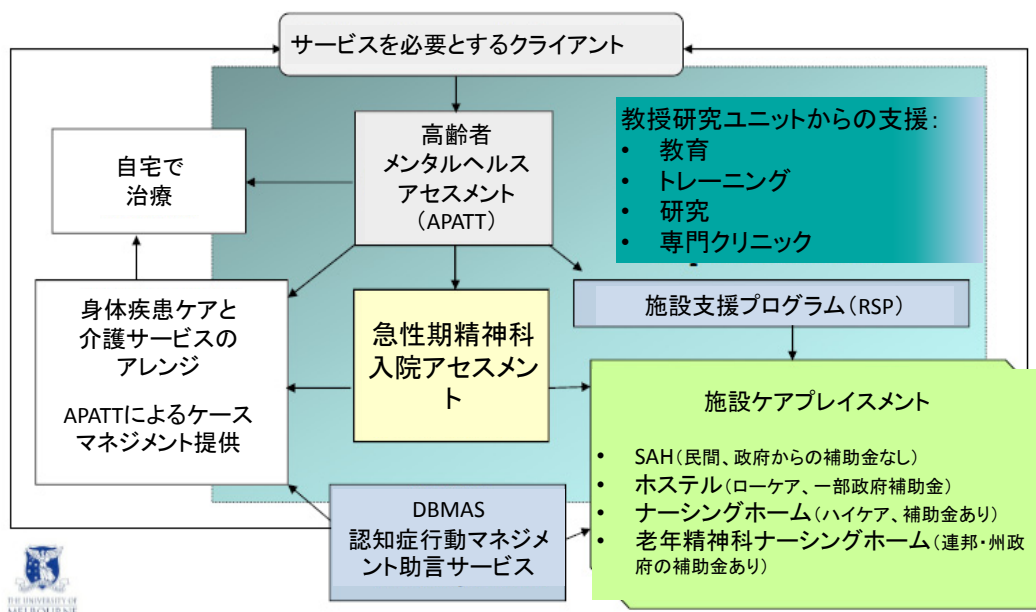


図 4 セントビンセントにおける高齢者精神科サービスの流れ



Demystifying Mental Health Service System, Chris Harrison 一部改変

セントビンセントが提供する高齢者メンタルヘルスサービスの流れ（図 4）の中で、APATT は以下を担っている：

- 電話によるアドバイスとトリアージ
- 精神疾患に関するアドバイス、権利擁護、教育、他の適切なサービスへの橋渡し
- 自宅でのアセスメント、診断、コンサルテーション、治療、ケースマネジメント
- 急性期病院入院や精神科ケア施設入所前のアセスメント
- ケア施設入所者の困難な行動や複雑なケアニーズのマネジメントを支援する施設支援プログラム（Residential Support Program: RSP）

問題を抱える高齢者の入居施設や自宅を訪問し、薬物やサービスの調整、助言などを行う APATT のケースマネジャーたち



| | | |
|---|---|--|
|  |  |  |
| <p>セントビンセント APATT マネジャーで、精神科看護師の Chris Harrison さん。</p> | <p>骨粗しょう症で骨折した大腿部が痛み、介護抵抗を示す女性の新しい入居施設を訪問。女性の様子を見た後、担当職員に説明し配慮を促す。</p> | <p>APATT のコンサルタント精神科医が対象者の薬物療法をチェックする。過剰な投薬が問題行動の原因となっていることも多い。</p> |

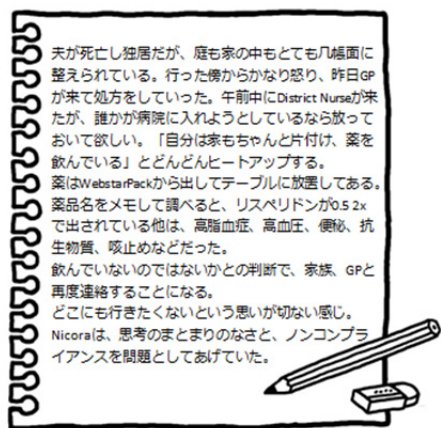
APATT の訪問事例

一軒家に独居の 70 代女性。肺炎で入院した際に精神的な問題がみられたため、入院時の主治医から APATT に訪問依頼が出された。認知症とは特定されておらず、生活の場における精神症状全般をアセスメントするため、APATT の精神保健福祉士と看護師が訪問した。

ちなみに、こうしたケースはパース市では DBMAS が訪問していた。APATT に該当する機能がないためである。少しでも認知症に関連する場合には DBMAS がアウトリーチ機能を果たすことになるパース市と、認知症の確定診断が出た後の対応に特化できるメルボルン市の相違が反映されている。

APATT事例
入院時の主治医から照会

- ❖ 70代女性 一軒家に独居
- ❖ ホームヘルプサービス (1回/4日) 庭の手入れやハウスキーピング、GPの訪問診療を受けている
- ❖ 肺炎で入院時、研修医に対する被害感と攻撃性があり、主治医がAPATTおよびDistrict Nurseの訪問、CT検査を依頼
- ❖ 初回訪問では、薬物療法の経過および本人の状態をアセスメントする
- ❖ 次回チーム精神科医が訪問予定



夫が死亡し独居だが、庭も家の中もとても几帳面に整えられている。行った傍からかなり怒り、昨日GPが来て処方をしていった。午前中にDistrict Nurseが来たが、誰かが病院に入れようとしているなら放っておいて欲しい。「自分は家もちゃんと片付け、薬を飲んでいる」ととどんどんヒートアップする。薬はWebstarPackから出してテーブルに放置してある。薬品名をメモして調べると、リスペリドンが0.5 2xで出されている他は、高脂血症、高血圧、便秘、抗生物質、咳止めなどだった。飲んでいないのではないかの判断で、家族、GPと再度連絡することになる。どこにも行きたくないという思いが切ない感じ。Nicoralは、思考のまとまりのなさと、ノンコンプライアンスを問題としてあげていた。

この女性は、GP と訪問看護師 (District Nurse) の訪問も受けていた。リスペリドンが処方され、Webstar Pack (写真) に分包されていたが、服用できていないことが判明した。本人が激昂するため、APATT の初回訪問時は現状把握で終え、翌日、精神

Webstaer Pack
(訪問スタッフ相互で情報が把握しやすい分包)



科医に訪問してもらい、必要時に GP と処方について話し合ってもらったこととした。

処方にはナーシングホーム入所中の対象者を含めて地域の GP が行き、精神科医はコンサルテーションのみを担当する。ナーシングホームへの精神科医訪問にも同行したが、かなりきめ細やかなコンサルテーションが行われていた。

なお、2012 年 11 月～2013 年 10 月末までの 1 年間に APATT がケースマネジメントを実施した内訳は、下記の通り。

- ケースマネジメント数：計 453 例
- 主診断が認知症：108 例（アルツハイマー型 58 例）
- 住まいの形態：施設 205 例、独居 118 例、その他 130 例（家族と同居、ホームレス等）

RSP (Residential Support Program: 施設支援プログラム)

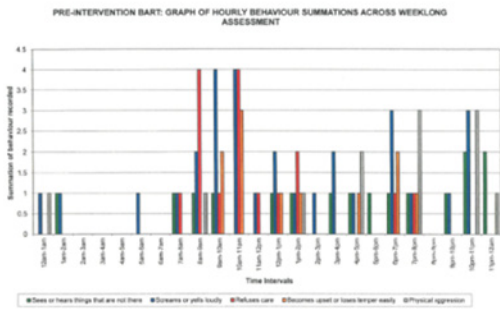
図 3 および図 4 に示した通り、RSP は APATT と同じく、ビクトリア州の高齢者精神科サービスの訪問チームである。介護施設で暮らす 65 歳以上の高齢者で、中等度～重度の BPSD やその他の精神症状により「気がかりな行動 (behaviours of concern)」が続く人の行動マネジメントを目的に介入する。

RSP の特徴は、①非薬物介入、②短期集中 (6～8 週間)、③APATT による紹介を要する、④老年精神科での経験豊富な多職種チーム (作業療法士、精神科看護師、リクリエーションセラピスト) である。

RSP の介入は、次のように行われる：紹介理由となった「気がかりな行動」が高頻度に発生する時間帯を把握するため、介護職員に 1 日 24 時間 1 週間にわたって行動評価シート (Behaviour Assessment Reporting Tool: BART) に記録してもらい、記録を元に行動別に色分けし、発生時間帯ごとにグラフ化する。同時に、自記式質問票を用いて入居者の行動による介護職員のストレスレベルも調査する。高頻度で介護者のストレスが大きい行動が現れやすい時間帯に、RSP スタッフが施設を訪問して行動の観察を繰り返す。職員や家族からも対面や電話で聞き取り調査を行う。観察と聞き取り調査から、行動の原因を探り、改善策を提案する。

DBMAS や APATT 同様、RSP の活動の重要な柱は、個別事例に有効な対応策を講じることに加えて、介護職員の知識を増やし、理解を深め、スキルを高めることである。とくに非薬物介入に特化した RSP によるマネジメントの成否は、高齢者がその人にとって「意味ある活動」をして過ごせるようにし、問題となる行動の引き金を介護者がいかに排除できるかにかかっている。実際、我々が行った聞き取り調査では、RSP スタッフの口から繰り返し「介護者教育」という言葉が聞かれた。

Pre-BART 11/9/13-17/9/13



上図. 介護職員の記録をもとに、どのような行動がどの時間帯に多いかをグラフ化。

BATHING PLAN for XXXXX

- Set up**
 - Ensure 2 staff attend to Joyce
 - Collect and set up all necessary items before approaching Joyce for bathing
 - Ensure bathroom is at the appropriate temp, as Joyce feels the cold quickly when she is undressed
 - Fully awake - Ensure she is fully awake before attempting to bathe. Approach at another time if she is still asleep
- Communication**
 - Joyce has vision and hearing impairment
 - Speak close to her left ear - Joyce's hearing is better on her left ear
 - Gentle touch - Joyce responds well to touch
 - Calm and friendly approach - Joyce can pick up on staff members tone of voice, and will sense if a staff member is annoyed, angry etc. Keep interaction with Joyce positive by maintaining a calm and relaxed approach
 - Inform Joyce of the steps - Keep the information simple and provide reassuring words
- Aggression Management**
 - Show calm - Try to remain easy to staff, reassure that Joyce's needs
 - 2 staff - Work as a team and communicate along the way the task each one will be doing
 - Plan issues - Joyce has 2 locked left hip and left knee, avoiding pushing/pulling these areas during transfers
 - Medication - Ensure she has her morning medication before bathing. Approach her 30-60 min after medication
- Medication Management**
 - Test a range of strategies to encourage Joyce to accept her medication including
 - Give medication with her breakfast
 - Ensure she is fully awake
 - Build support by talking about Joyce's family, bathroom cleaning, cooking and travels. Provide comforting words
 - Go down to her eye level. Explain what you are doing and what you want her to do
 - If she refuses, return at another time or have another staff member approach her

左図. 詳細なアセスメントの結果、作成した改善策は、簡潔な言葉で1枚の紙にまとめ、高齢者の居室の壁に貼る。担当者が変わっても、毎回、接し方を確認できるからだ。

Normanby Unit (高齢精神障害者入院棟)

DBMASの建物の近くにある高齢精神障害者入院棟。閉鎖病棟で10名のユニットが3つあり、そのうち1つが認知症の人のためのユニットとなっている。施設の中には「ほとんど使っていない」個室施錠の部屋が1つある。外来機能がありメルボルン大学の研究ユニットにもなっている。



Auburn House (BPSDのある認知症の人のためのナーシングホーム)

BPSDが強まり、一般のナーシングホームでの生活を継続することができなくなった認知症の人のための入居施設。認知症による入院を最小限・短期に抑えるため、入院までは必要のない人やNormanby Unitを退院した人などが一時的に入居する。落ち着きを取り戻すことができた人は、介護者や家族とのコンサルテーションを行い、一般のナーシングホームに転居する。定員30人(10人ずつの3ユニット)。



中庭にはタイヤの外された車が駐車してあった。車好きの男性入居者が手入れしている。



回想を助けるツールを集めたコーナー。昔の有名人の写真、レコード、古い電話など。



意味ある活動の1つ、「納屋プロジェクト」。入居者と作業や工具のリスクアセスメントをそれぞれ行い、職員の監督の下、様々な道具を使って作業する。



「納屋プロジェクト」では、もちろん工具も使う。管理のため、壁に工具の形を描いている。紛失せず元通り片づけられているかが一目瞭然。

同様に、認知症以外の精神疾患があり一般のナーシングホームよりも高度なケアが必要な高齢者のための入居施設「Riverside House」もある。やはり状態が改善すれば一般のナーシングホームに転居することを前提としている。

考察と日本への示唆

オーストラリアの高齢者ケア施策の重点は、1980年代、従来のナーシングホーム増設から在宅支援に舵を切った²。1985年には地域在宅ケア法（HACC Act）が制定され、HACCによる在宅ケアサービスの提供が開始された。各地に自助組織としてアルツハイマー協会が設立されたのもこの頃である。

1989年に全国組織となったアルツハイマー協会は2000年以降、連邦政府からの資金を得て存在感を増し、全国共通番号による無料電話相談「全国認知症ヘルプライン」を実施するなど、様々なサービスを提供してきた。この「ヘルプライン」は広く知られ、認知症に関して情報を得る第一歩として利用する人も多い。今回インタビューした Prof. Ames や Prof. Lautenschlager も、認知症と診断すると、本人や家族に「まずアルツハイマー協会に電話するよう勧める」という。電話相談に加えて、教育支援プログラムや地域との連携など、同協会は医療の専門家にはない資源や情報があり、相談者に提供しているからである³。

² 下院歳出調査常任委員会（Leo McLeay 座長）が1982年に提出した報告書「At Home or in a Home（自宅か、あるいはホームか）」が契機であった。高齢者の多くは自宅で暮らし続けたいと望んでいるにも関わらず、適切な在宅ケアがないために不必要に早くホームへの入居を余儀なくされていると指摘し、施設ケアへの予算偏重を是正するよう議会に求めた。

³ アルツハイマー協会の活動は地域の人々への啓発も意図されており、それ自体が認知症を持つ人と共に暮らすための地域の資源となる可能性を持っている。

BPSDに苦慮する介護者から「ヘルプライン」に相談があり、専門的な支援が必要と判断されると、DBMASに紹介される。さらに、ビクトリア州では緊急度が高いケースや複雑な支援が必要なケースは、APATTに紹介されるという仕組みである。

本章でも述べた通り、ビクトリア州のDBMASは、既存の高齢者精神科サービスを補完する形で始まった。同州の精神科サービス（小児・思春期、成人、高齢者の各対象別に提供されている）は、1970年代に英国で始まった地域精神科ケアのサービスモデルに学んだProf. Amesらが州政府とともに作り上げてきたものである。

これが、今回みてきたように、機動性の高いAPATTケースマネジャーによるきめ細やかで伴走型のケースマネジメント、RSPによる詳細なアセスメントに基づく非薬物介入、精神科医によるコンサルティング、急性期の入院治療など、多職種による重層的な支援システムを背景に、認知症をはじめ精神障害のある高齢者の在宅生活やナーシングホームでの生活を支えている。

DBMASでは、BPSDは認知機能の低下が大きな原因となっているものの、認知症の人が「何も分からなくなった」結果としてではなく、むしろ文脈（context）の中で生じるものであり、本人にとっては理に適った反応や行動であるとの理解から、多様なリスク因子が考慮され、因子の除去が図られる。ナーシングホームでは様々なスタッフが働き、教育背景も異なるため、どのレベルのスタッフも理解しやすく、ケアの一貫性を保てるよう情報を共有しようという工夫も随所にみられた。

BPSDは認知症の人が何らかの要因によって脅かされた結果として出現し、介護者にとっても大きなストレスとなって、しばしば介護破綻につながる。一方で、認知症の人にBPSDが起こった文脈を理解し、安全が感じられる環境を作り出すことは、同じ地域に暮らす人々の安心を確保することにもつながり得る。多職種の専門家によるタイムリーな助言・介入サービスは、日本でも自宅や施設での認知症の人の暮らし、そして市民の暮らしに大きな助けとなると思われる。ビクトリア州の地域精神科サービスやアルツハイマー協会など、持てる資源の異なる日本にDBMASのシステムを直ちに導入することは困難かもしれないが、オーストラリア国内でも州によってDBMASの形を変えているように、日本の実情にあわせつつBPSDに対する助言マネジメント機能が導入されることが望まれる。

主要参考文献：

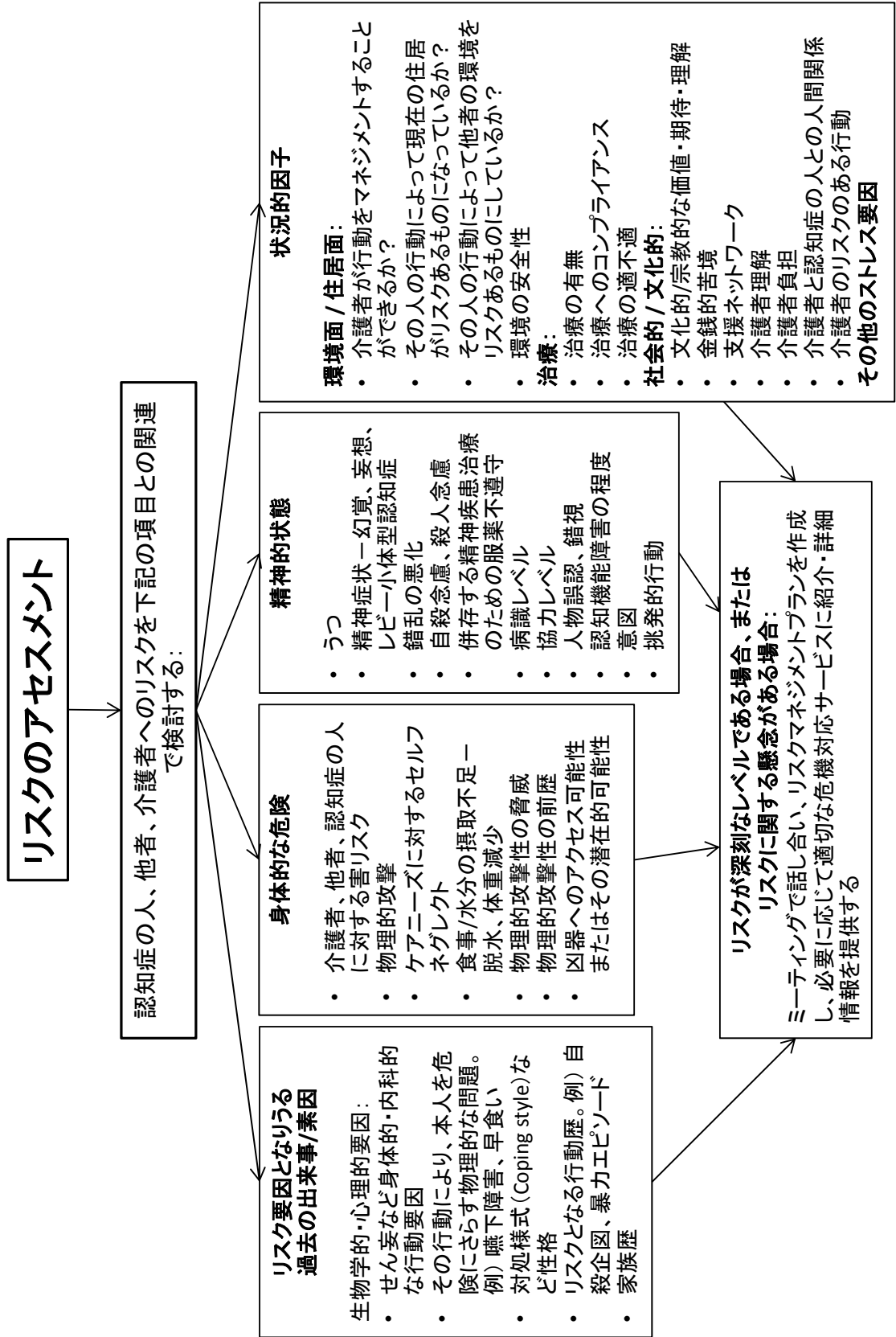
Living Longer. Living Better. April 2012 ©Commonwealth of Australia 2012

Delivering Consumer Directed Care Conference. 21 May 2013 – Judge Soulio

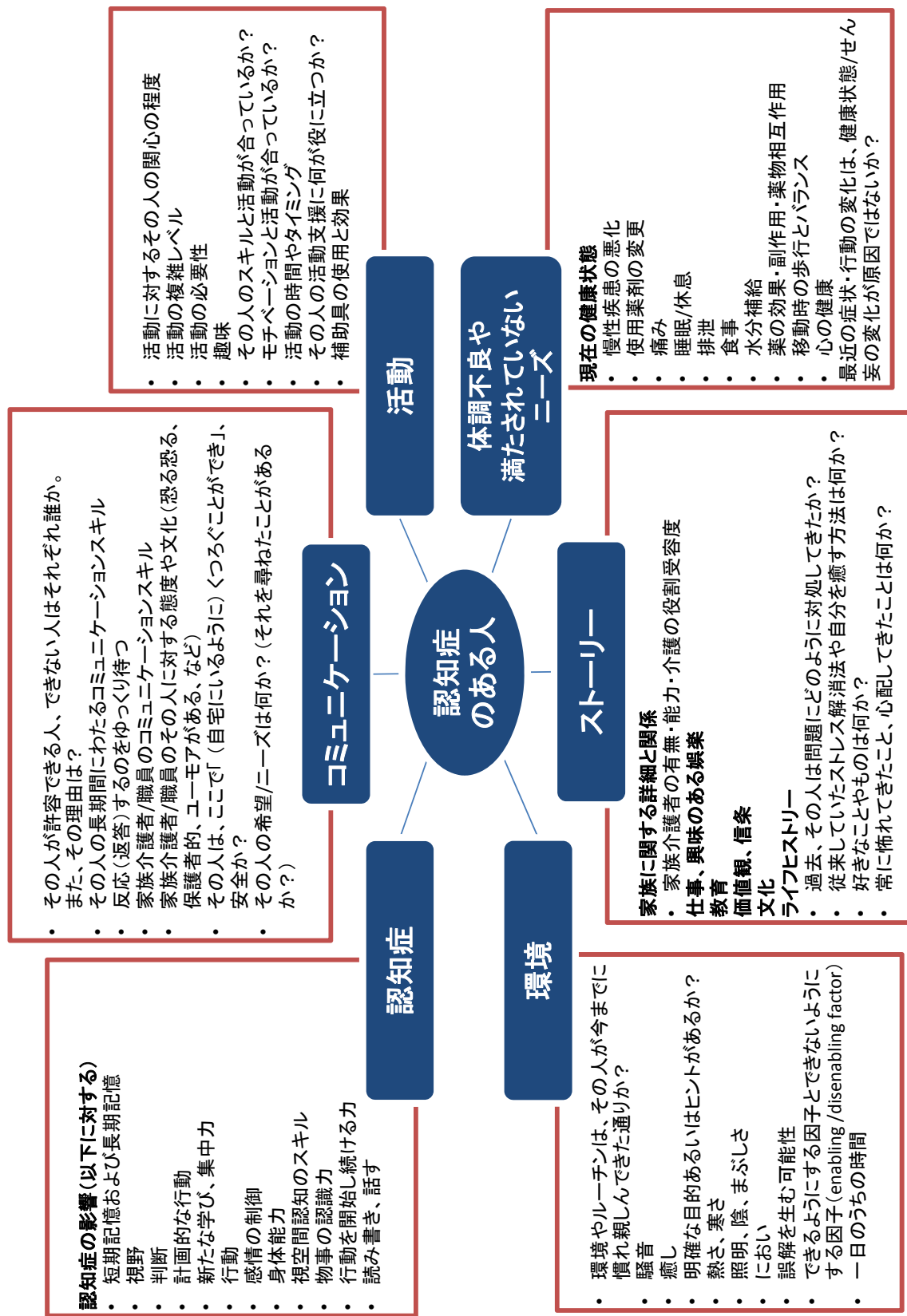
Behaviour Management – A Guide to Good Practice. May 2012. © Dementia Collaborative

Research Centre – Assessment and Better Care (DCRC-ABC) at the University of New South Wales 2012

DBMAS VicのBPSDリスクアセスメントの流れ：Better Practice



問題解決アプローチを用いたBPSDの総合アセスメント



Aberdeen, S.M., Leggat, S.G. and Barraclough, S. (2010): Concept mapping. A process to promote staff learning and problem-solving in residential dementia care. *Dementia* Vol 9(1) 129-151 and *Alzheimer's Australia Victoria* (2006): *Dementia Care Essentials*. Dementia care skills for aged care workers

参考：リスクとなりうる要素

| 身体的/精神的健康面 | 身体面 | 環境面 |
|---|--|---|
| <p>身体的問題</p> <ul style="list-style-type: none"> • せん妄 • 尿路感染 • 無症状感染 • 便秘 • 痛みやその他の症状を知識できない/訴えられない • 食欲低下、食物摂取や水分摂取の低下による脱水、栄養失調、電解質バランス異常 • 通常の病像を呈しない、非定型な症状発現 • 多剤併用 • 服薬非遵守、過量服薬ないし中毒 • 併存疾患 • 他の慢性疾患の存在 • アルコール乱用 <p>精神的問題/併存疾患</p> <ul style="list-style-type: none"> • うつ • 自殺念慮 • 精神病 • 精神疾患歴 • 心的外傷後ストレス障害(PTSD) • 不安 | <p>認知症の人に対する潜在的身体的な害</p> <ul style="list-style-type: none"> • 危険察知の欠如 • 他者または器物に対する乱暴によるケガ • ケアされている場所から付き添いなしでの徘徊 • 知覚の変化 • 環境(他の人々を含む)に対する誤った解釈 • 転倒リスクの増加 • 暴力につながる介護者の極度のストレス • 身体的・金銭的・性的なネグレクトまたは虐待 • 自己破壊的行動 • 衝動的行動 <p>認知症の人の行動の結果として他者への潜在的身体的な害</p> <ul style="list-style-type: none"> • 暴力 • 性的脱抑制 • 妄想または幻覚に対する反応 • アルコールによって悪化している状況 • 身体的虐待 | <p>安全でない環境</p> <ul style="list-style-type: none"> • ケア環境における安全上の問題 • 介護者自身の病気や支援の欠如により、介護者の能力や忍耐の低下 • 回避可能な入院は、錯乱や見当識障害の増悪を招く • 物理的環境の変化 • 安全が確保されないまま自宅から離れること • 見知らぬ人を自宅に入れること <p>認知症の人の行動の結果として住居を失う潜在的可能性</p> <ul style="list-style-type: none"> • 現在の住居からの移動 • より多くの制限が課せられるケア現場への移動 |

参考：BPSD を起こしうる因子

| 認知症の人 | コミュニケーション | 日常生活の活動 | ケア環境 |
|---|---|--|---|
| <p>ライフヒストリー:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 家族と友人 • ペット • 重大な出来事 • 記念日 • セクシュアリティ • 移民または難民の経験 • 文化的背景に即した伝統や出来事 • 過去のトラウマ: <ul style="list-style-type: none"> ◦ 戦時の経験 ◦ 盗まれた世代(アボリジニの子供を親から隔離した政策) ◦ 国および文化から引き離されること ◦ 世代間トラウマ ◦ 家族・家・土地/国の喪失 <p>身体的/知覚的健康:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 発熱 • 口腔内痛 • 認識されていない/治療されていない痛み • 便秘 • 尿路感染 • 胸部感染 • その他の疾患 • 薬物療法の有害作用 • 睡眠不良、中途覚醒 • 頭痛 • 疲労 • 視力障害(矯正なし) • 聴力障害(矯正なし) | <ul style="list-style-type: none"> • 早口で話す • 憐れんだり、恩着せがましい態度 • 必要な時に目線を合わせない(アイコンタクトをとらない) • 認知症の人の名前や呼称(Mr/Mrs/Ms/Dr 等)をつけて呼ばない • 認知症の人と言いつつ • 認知症の人の間違いを正して、失敗を意識させる • 認知症の人を説得しようとする • 認知症の人にとって好ましくない言葉遣いをする • ふさわしい文化的プロトコルに従わないコミュニケーション • ふさわしくない態度やマナーで接する • コミュニケーションに家族の関与が皆無またはほとんどない • 認知症の人の母国語で話す人が他にいない <ul style="list-style-type: none"> ◦ 孤独 ◦ 孤立 ◦ フラストレーション | <p>食事:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 乱雑なテーブルセッティング • 一度に複数のコース料理 • 食事時間がフレキシブルではない • 一緒に食事をとる人が刺激し攻撃性を誘発する • スタッフなど人員が変わる • 認識されていない口腔内の痛みがある • その人が食べる場所がはっきり決まっていない • テーブルクロスと食器の色が似通っていてコントラスト不足 • 苦手な食べ物、あるいは文化的に不適切な食べ物 <p>身体ケアの提供の仕方:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ケアプラン通りに実行されていない • ケアの仕方が慌ただしい • 穏やかさに欠ける • 関わるスタッフの数が多すぎる • 性別にあった役割分担になっていない • 本人が関与していない • 浴室が快適できない。 | <p>屋内環境:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 圧倒的なサイズ • 見当識のヒントとなるものがない • 太陽や電灯の光が強すぎる • 乱雑な環境 • 光と陰のコントラストのある表面 • 騒々しい環境 • 他者が多すぎる、またはグループ内で孤立している • パーソナルスペースがパーソナルなものになっていない • 部屋が見つけにくい • 文化的・スピリチュアル的に不適切または不快感を及ぼす物品がある • 祈りや、スピリチュアルな/宗教的な活動を行う場所がない <p>室外環境:</p> <ul style="list-style-type: none"> • プライバシーがない • 関心を持てるポイントや色がない • 十分な日陰がない • 座りやすい環境ではない • 歩きやすい環境ではない • 室内から見づらい • 室内から外に出づらい • 何らかの活動ができるように工夫されていない • 物理的に安全ではない |

| | | | |
|--|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • 刺激性の痒み <p>精神健康:</p> <ul style="list-style-type: none"> • うつ • 不安 • PTSD • その他の精神健康上の問題 <p>感情やスピリチュアル面の健康(全人的健康):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 土地/国への愛着 • スピリチュアルな喪失、スピリチュアルなものの探索 • スピリチュアル/宗教的な信条。例) 認知症やBPSDの原因として、外的な力が悪をなしている、呪いや報いであるといった考え。 | | <p>例) 寒い、閉所恐怖症、騒々しい</p> <ul style="list-style-type: none"> • 選択肢がない、あるいは選択肢が複雑または不適切である • 個人の清潔保持のための選択肢が少ない。例) シャワーよりもベッド付きのお風呂の方が適している場合もある • 以前の清潔保持の方法は過去の環境に関連し、リソースが利用可能であるかもしれない • 以前の歯科の清潔保持法が無視されている • スタッフの能力に対する過剰/過少な期待 • スタッフが本人の頭ごしに話している • 痛みを伴うような手足の動かせ方をしている • 必要な時にバイリンガルまたは文化的な背景を理解できるスタッフがいない • 文化的・スピリチュアル的なニーズがケアに統合されていない | <ul style="list-style-type: none"> • 庭の小道がストレスのため行き止まりになっている • アボリジニーまたはトレス海峡諸島の人々—自分たちの土地や国から引き離されている • 以前のライフスタイルでは屋内よりも屋外で過ごす時間の方が圧倒的に多かった <p>刺激レベル</p> <ul style="list-style-type: none"> • 構造化された身体的活動の不足 • 日中の疲労 • 退屈や意味ある活動の欠如 • 過剰な刺激 • 環境中の刺激が乏しい/刺激がまったくない • 仲間がいない • 家族、地域、国から引き離されている |
|--|--|---|--|

参考：拘束の代替選択肢（Barnes & Price, 2004; 238 より）

| | |
|----------------------|---|
| <p>物理的環境面</p> | <p>プライベートスペース：</p> <ul style="list-style-type: none"> • ベッドの高さを個人のニーズに合わせて低くする。ベッドの車輪を外すかブレーキを確実に掛けるようにする。移動補助具は手の届くところに据える。 • 自宅から慣れ親しんだ物を備える（写真、家具など） • 一人ひとりの入居者のニーズに合ったシーティング（seating） • 安全が確保されていない場所に入居者が出るなど、リスクのある状況を職員に知らせる適切な警報システム <p>屋内：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 施設の廊下は、できるだけ余計な物を置かず、まぶしい電灯は避ける • 人がよく出入りする場所にはすべりにくい床材を用いるか、じゅうたんを敷く。 • 見当識のヒントとなるよう、適切な標識や視覚記号をつける。 • 入居者が歩きまわることのできる安全な場所を確保する。 • 静かな場所を確保する。可能であれば騒音や明るい電灯などによる過剰刺激を減らす。 <p>屋外：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 屋外の安全が確保された場所へのアクセスを高める |
| <p>社会・情緒面</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 施設外からの訪問を促す（必要であれば訪問日時をずらして調整）、職員と入居者の適切な関わりを促す。 • 同じ（顔触れの）職員が接するように配慮する • セラピューティック・タッチやマッサージなどリラクスのための活動 • リアリティ・オリエンテーション（現実見当識訓練） • 感覚補助具や適切な刺激を用いる • 刺激の過負荷を減らす |
| <p>心理社会面</p> | <p>一人ひとりに合わせて心理社会的対策をたて、実施する</p> <ul style="list-style-type: none"> • リハビリテーションおよび/またはエクササイズ • 失禁対策プログラム • 理学療法、作業療法、リクリエーションセラピー • 夜間活動 • 個人あるいは小グループの社交活動（ソーシャルアクティビティ） • 獲得したスキルを用いて成功体験を積む活動（ガーデニング、洗濯物をたたむなど） • 安全に歩きまわることができるように環境を整える • 1人で動くことのできない入居者のために、本人の同意を得て、定期的にシーティングを調整する • 転倒防止プログラム |
| <p>ケア方法</p> | <ul style="list-style-type: none"> • すべての職種の職員による見守りと観察 • 行動変化の原因となる状況を定期的に評価しモニタリングする |

| | |
|-----|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • パーソンセンタードケア(入居者一人ひとりが個人であることを理解する) • 個人に合わせ、かつ構造化したルーチン(排泄介助、昼寝など) • 「リスクのある」入居者の様子を定期的にチェックする • コミュニケーション法の改善 |
| 生理面 | <ul style="list-style-type: none"> • 総合的な健診 • 使用している薬剤すべてをレビューする • 感染症の治療 • 疼痛管理 • 鎮静剤の代替選択肢(温かい牛乳、心を落ち着かせる音楽など) |

Behaviour Management – A Guide to Good Practice

第3章 国内モデル地域調査報告 (富士宮市・大牟田市・世田谷区玉川地域)

国内モデル地域調査報告

(富士宮市・大牟田市・世田谷区玉川地域)

飛鳥井 望 公益財団法人東京都医学総合研究所

【調査の目的】

「認知症になっても安心して暮らせる町づくり」をどのように推進できるかは、高齢化が進む日本社会全体にとってきわめて大きな課題である。実際に、国や都道府県事業の後押しを受けながら、これまで国内の多くの基礎自治体において、それぞれの創意工夫による町づくりの試みが取組まれ、紹介もされてきた。しかしながらそのような試みの中で育まれた創意工夫が、国内で広く共有されるまでにはいまだいたっていない。

そこで本調査では、認知症を支える取組みを先進的に行っている地域の中から、人口規模と調査実施可能性等を勘案し、静岡県富士宮市、福岡県大牟田市、東京都世田谷区玉川地域の3か所をモデル地域として選び、そこに共通する特性や、地域の実情による違いをあきらかにすることを目的に、それぞれの地域における認知症への取組みに関して、さまざまな属性の関係者を対象とする半構造化面接調査を実施した。

なお本調査は各地域の活動紹介が直接の目的ではないため、各地域における認知症を支える取組みの実際に関しては、それぞれの自治体のウェブサイトには詳しいレポート等が掲載されているので別途参照されたい。

【調査の方法】

調査対象とした3地域の人口および65歳以上の高齢化率と、現地でインタビュー(半構造化面接)調査を実施した日は以下の通りである。

○静岡県富士宮市 (人口約13万6千人、高齢化率22.5%)

調査日：平成25年11月13日、15日

○福岡県大牟田市 (人口約12万3千人、高齢化率31.6%)

調査日：平成25年12月4日、5日

○東京都世田谷区玉川地域 (人口約21万5千人、高齢化率19.0%)

調査日：平成25年8月22日、平成26年1月20日、22日、23日

(世田谷区内には行政単位として5地域がある。)

調査にあたっては、まず各地域の行政担当者に調査趣意書とインタビュー項目を記載

したインタビューガイドを事前に送付し、協力の同意を取りつけた。その上で、行政担当者に各地域のインタビュー対象者の推薦と協力依頼を要請した。対象者の属性は、行政担当者、地域包括支援センター、社会福祉協議会、住民自治会、かかりつけ医及び家族（ケアラー）である（図）。

各インタビューの回答者は原則として一人であるが、場合によっては複数名が同席し回答した。すべてのインタビューを研究代表者の飛鳥井が実施し、アシスタントとして太田が陪席した。1回のインタビューに要した時間はおおむね60～90分である。その中で、あらかじめ呈示したインタビューガイドに沿って、まずインタビューワーが各設問について簡単に説明し、回答を求めた。

インタビューガイドの内容は、研究班メンバーおよび各地域で窓口となった行政担当者の意見も反映した上で作成した。実際の調査では、まず世田谷区の行政担当者を対象としてインタビューを試行した上で、再度内容を調整した。

インタビューの設問は以下の10項目である。

1. 早い段階での気づき
2. 日々の暮らしの中での困難の見極め
3. ケアや支援の内容についての説明と相談
4. かかりつけ医の役割
5. かかりつけ医と専門医の連携
6. 地域ぐるみの支え
7. 医療・介護・地域の連携
8. 行動・心理症状（BPSD）への対応
9. 終末期から看取りについて
10. 地域の認知症への取組み推進のために

インタビューの内容はすべて録音し、テープ起こしの上、テキストデータを作成した。得られたテキストデータから、各設問に対して意味ある回答と思われるセンテンス群を抜きだし、地域別、回答者の属性別に別表にまとめた。さらにその内容から、上記10項目の設問ごとに、3つの地域の共通特性と、各地域の実情に応じた違いを検討した。

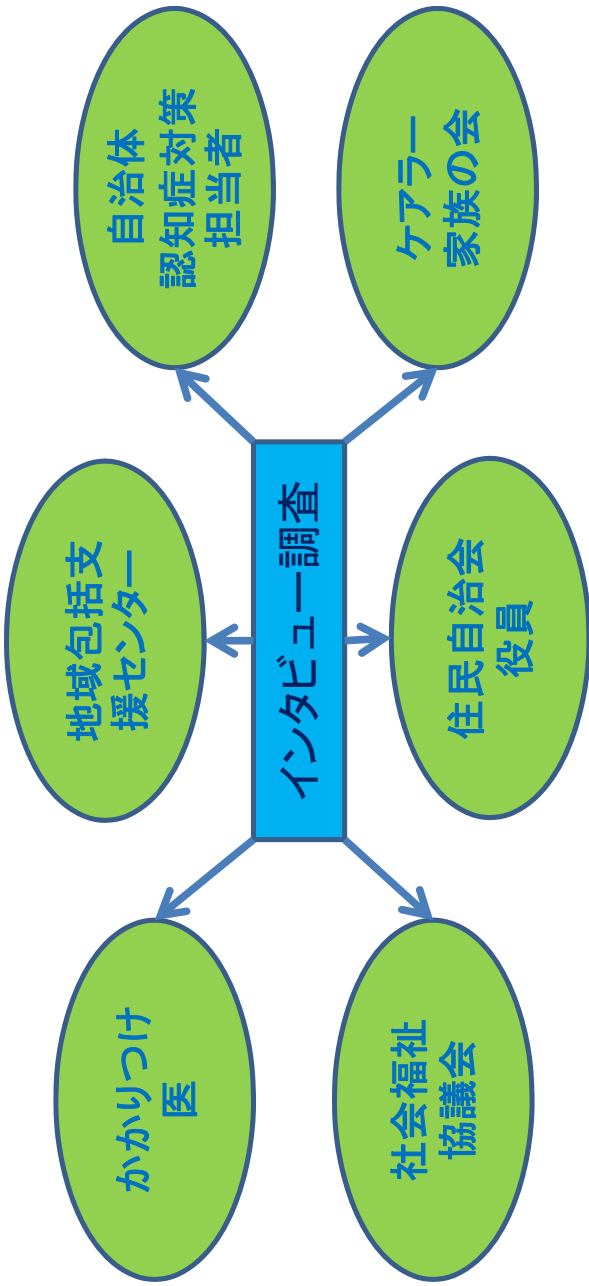
【調査結果の説明の妥当性評価】

それぞれの地域で調査協力窓口を担当された、富士宮市役所 稲垣康次氏、大牟田市役所 梅本政隆氏、世田谷区役所 高橋裕子氏に、後述の調査結果に対する説明内容の妥当性の評価を依頼し、妥当性に問題のないことを確認した。

モデル地域とインタビュー対象者の属性



医療・介護・地域を含む対象者
(全地域共通)



共通の протоколによる個別インタビュー



モデル地域の普遍的特性の抽出 日本型 *Community Initiative Model*

(H25 老健事業: 認知症国家戦略の国際動向と我が国のサービスの国際比較研究事業)

【インタビュー対象者】

| 属性 | 富士宮市 | 大牟田市 | 世田谷区玉川地域 |
|--|---|---|--|
| 行政担当者 | 富士宮市 福祉総合相談課 稲垣康次氏 | 大牟田市 長寿社会推進課 梅本政隆氏 | 世田谷区介護予防・ 地域支援課 高橋裕子氏 玉川総合支所保健師 長谷川順子氏 樋口めぐみ氏 |
| 地域包括支援 センター | 富士宮市地域包括支 援センター 保健師 久保田絵美子氏 | 大牟田市駿馬・勝立 地区地域包括支援セ ンター 主任介護支援専門員 平田悠介氏 | 世田谷区奥沢あんし んすこやかセンター 社会福祉士 内藤麻里氏 |
| 社会福祉協議会 | 富士宮市 社会福祉協議会 小野田正樹氏 | 大牟田市 社会福祉協議会 内田勉氏 | 世田谷区社会福祉協 議会・玉川地域社会 福祉協議会 江口卓氏 |
| 住民自治会 | 富士宮市富士根南 地区社会福祉協議会 会長 川原崎仁氏 | 大牟田市駿馬南地区 会長 汐待律子氏 | 世田谷区奥沢地区 会長 小林喜美江氏 東玉川地区 会長 増田キヨ子氏 |
| かかりつけ医 | 医療法人社団一就会 理事長 東静岡神経センター 院長 土居一丞氏 | 医療法人親仁会 みさき病院 院長 田中清貴氏 | 医療法人社団青い鳥 会 上田クリニック (在宅療養支援診療所) 院長 斉藤康洋氏 |
| 家族 (ケアラー) | 佐野明美氏 | 家族会 「集い・語らう会」 横尾總子氏 | 在宅介護家族の会 「フェロー会」 高橋聰子氏 |
| <p>(備考) 上記の対象者の他、大牟田市では、同市の認知症ライフサポート研究会の代表であり、「グループホームふぁみりえ」施設長の太谷るみ子氏にもインタビューに協力いただいた。また富士宮市では、当事者の佐野光孝氏も佐野明美氏のインタビューに同席し協力いただいた。この両氏の回答主旨は、他の対象者のいずれかの回答内容とおおむね重なるものであった。そのため3地域の対象者属性の整合性を考慮し、両氏へのインタビューは参考意見とした上で、今回の結果解析に直接は含めなかった。なお、世田谷区行政担当者の面接で使用したインタビューガイド試行版には「地域ぐるみの支え」の設問は含まれていなかったため、後日メールでの追加回答を得た。</p> | | | |

インタビューガイド

「認知症になっても安心して暮らせる町づくり」に向けた取組みに関連して、次の 10 のテーマについてお訊きします。

一般論ではなく、それぞれのお立場から見た地域の実情に照らして、お答えください。

1. 早い段階での気づき

認知症への取組みでは、症状が重くなってからではなく、早い段階で問題に気づき、支援を開始することが重要と言われています。ご本人やご家族あるいは近隣の人々が認知症の可能性に気づき、受診や相談につなげる上で：

(ア) これまで有効であった取組みはどのようなものですか

(イ) どのようなことが問題点となりましたか、苦心や工夫されたことはどのようなことでしたか

(ウ) 現在あるいは今後とも重視している取組みのポイントは何か

2. 日々の暮らしの中での困難*の見極め

認知症の人への支援を開始するためには、日々の暮らしの中でどのような困難が現在あるか、あるいはこれから予想されるかを、できるだけ正確に見極めなければなりません。日々の暮らしの中での困難を適切にタイミングよく見極める上で：

*日々の暮らしの中での困難とは、衣服の着替え、入浴・歯磨きなどの清潔保持、食事、歩行、意思伝達など、日常生活に必要なことが、以前のようにはできなくなることです。

(ア) これまで有効であった取組みはどのようなものですか

(イ) どのようなことが問題点となりましたか、苦心や工夫されたことはどのようなことでしたか

(ウ) 現在あるいは今後とも重視している取組みのポイントは何か

3. ケアや支援の内容についての説明と相談

認知症であることがあきらかとなった早い段階で、ご本人やご家族が理解できるように、誰がどのようにケアや利用できる支援の内容を伝え相談に応じるのがよいか、それによって早期支援や気持ちを支えることができるようになる上で：

(ア) これまで有効であった取組みはどのようなものですか

(イ) どのようなことが問題点となりましたか、苦心や工夫されたことはどのようなことでしたか

(ウ) 現在あるいは今後とも重視している取組みのポイントは何か

4. かかりつけ医の役割

認知症の診断やケアには、地域で診療されている「かかりつけ医」の果たす役割やスキルアップがとても期待されています。「かかりつけ医」が認知症を的確に早期診断し、適切なケアにつなげることができるようになる上で：

- (ア) これまで有効であった取組みはどのようなものですか
- (イ) どのようなことが問題点となりましたか、苦心や工夫されたことはどのようなことでしたか
- (ウ) 現在あるいは今後とも重視している取組みのポイントは何か

5. かかりつけ医と専門医の連携

「かかりつけ医」が診断に迷うケースや、どのタイプの認知症か（アルツハイマー型、脳血管性、レビー小体型、前頭側頭型など）を正確に見分けるためには、認知症専門医への紹介やコンサルテーションがしばしば必要です。地域の「かかりつけ医」と認知症専門医がスムーズに連携する上で：

- (ア) これまで有効であった取組みはどのようなものですか
- (イ) どのようなことが問題点となりましたか、苦心や工夫されたことはどのようなことでしたか
- (ウ) 現在あるいは今後とも重視している取組みのポイントは何か

6. 地域ぐるみの支え

認知症の人や介護するご家族の暮らしを地域ぐるみで実際に支えていく上で：

- (ア) これまで有効であった取組みはどのようなものですか
- (イ) どのようなことが問題点となりましたか、苦心や工夫されたことはどのようなことでしたか
- (ウ) 現在あるいは今後とも重視している取組みのポイントは何か

7. 医療・介護・地域の連携

地域で暮らす認知症の人を支えるために、医療・介護・地域のそれぞれで関わる人々の切れ目ない連携を実現する上で：

- (ア) これまで有効であった取組みはどのようなものですか
- (イ) どのようなことが問題点となりましたか、苦心や工夫されたことはどのようなことでしたか
- (ウ) 現在あるいは今後とも重視している取組みのポイントは何か

8. 行動・心理症状（BPSD）*への対応

認知症の人が地域で暮らし続ける上で、また認知症の人の介護者にとって、最も大きな問題となるのが行動・心理症状（BPSD）と言われています。最近では、対応をいろいろ工夫することで問題を小さくする取組みがされるようになりました。このBPSDに対処する上で：

*BPSD とは、認知症の進行に伴って出現する、徘徊、攻撃的行為、排せつに伴う不潔行為、不眠や昼夜逆転、物盗られ妄想、抑うつなどを指します。

- (ア) これまで有効であった取組みはどのようなものですか
- (イ) どのようなことが問題点となりましたか、苦心や工夫されたことはどのようなことでしたか
- (ウ) 現在あるいは今後とも重視している取組みのポイントは何か

9. 終末期から看取りについて

終末期から看取りにいたる中で、認知症の人に最期までより良いケアをする上で：

- (ア) これまで有効であった取組みはどのようなものですか
- (イ) どのようなことが問題点となりましたか、苦心や工夫されたことはどのようなことでしたか
- (ウ) 現在あるいは今後とも重視している取組みのポイントは何か

10. 地域の認知症への取組み推進のために

認知症への取組みを進める上で、ご自身が関わっておられる地域にとって、今後もっとも整備が必要と思われることを3つ、挙げてください。

- (1)
- (2)
- (3)

【調査結果の説明】

以下、地域別、属性別に回答を抜粋要約した内容（末尾別表）に基づき、インタビュー項目の順に沿って、結果の説明を述べる。

1. 早い段階での気づき

- 認知症の早期発見・早期診断には、家族など周囲の者の気づきが大きな役割を果たす。なぜならば当事者本人の自覚による相談・受診行動を期待しにくいためである。したがって周囲の者の気づきを広く促すために、地域住民に対する認知症理解のための知識の普及啓発がなによりも重要となる。3つのモデル地域に共通するのは、このような普及啓発の重要性が、行政的立場にとどまらず、地域住民のリーダー層にも浸透していることである。また発見を支援・ケアへとつなげるために、住民リーダー（自治会役員、民生委員など）と、社会福祉協議会や地域包括支援センターなど専門職との積極的な連携体制が各地域とも構築されている。
- ・ 大牟田・行政 <1番、やっぱり有効だと感じてるのは、啓発なんですよ。・・・地域の住民の方に、頻回に認知症のお話をさせていただいたりするんですけど。そこで、民生委員さんなら民生委員さんが、あの人はそうかもしれないとかっていう普段の関わりの中での気づきとかですね。家族の方がそうやって気づききっかけを得るっていうところが、1番早い気づきっていう部分では、有効じゃないかと>
- ・ 富士宮・地域包括 <本当に普及啓発がやっぱり大事なんだろうなっていうようには思っています・・・社協さんと一緒に、その地域にそういう、たとえば認知症の理解だったりっていうのをわかってもらうためには、地域の中で頑張ってくれている方とつながりを一緒につけていって形をやっていないかと>
- ・ 富士宮・社協 <自分たち自身がどんなことができるのかっていうことを、専門職と、それから地域の人と一緒に膝を交えて、検討し合うということが、今のところ成果があがってきて、次につながる見守り活動だとか、サロン活動にそういう人たちも同じ住民として、認識してもらって、とらえてもらって、そこをバックアップしてもらおうようなことにつながってきてる>
- ・ 富士宮・自治会 <地域包括と社会福祉とうちの地域で、地域支援といわゆるケア会議っていうのを毎月開くことにしたんですよ・・・底力を上げるっていうのは、やっぱり我々がどんどん入ってって、一般の人たちを、教育していくしかないなと>
- ・ 大牟田・自治会 <私どもは、素人でありながら、気軽に相談を受けられるような、私たちは、それを受けて、専門分野につないでいってっていうようなことを強くしようと。それが地域力を強めることじゃないだろうかっていうふうに思ったわけです>
- ・ 玉川・社協 <なかなか当人のところから出てくることっていうのは少ないなという形で・・・ケースに入ってるボランティアの方から、たとえば、物忘れが最近激しくなってるのか、ちょっとひどくなってるというようなことが聞かれることもあったりする。やはり、周囲からの気づきっていうのが、大きなテーマになるのかなというところ・・・そういった意味では、当人というよりも、周囲の、地域の住民の方々への啓発っていうのが、たぶん重要になってくるんだろうなと>

- ・ 玉川・自治会 <あんすこ(あんしんすこやかセンター(地域包括支援センター)) さんで認知症の勉強会をよく開いていただいていますけど。地域みんなが当たり前にかかっていただければいいことですし。受け入れていただければいいかなと思います・・・ここ10年ぐらいの間に、地域の方も認知症に関して、すごくやわらかい感じで受け入れてらっしゃるなど・・・だから、やっぱり啓発活動っていうのを絶えず絶えずやってくることかなっていうふうには思うんですけど>
- 地域の福祉やボランティア活動として行われるサロンやサークル活動など、高齢者が集まるさまざまな機会の中での気づきも、認知症の早期発見・早期診断からケアにつながる重要なルートである。それが有効となるために、3つのモデル地域とも、地域包括などの専門職が、上手につないでもらう連携関係を築いている。
 - ・ 大牟田・社協 <サロンというのがあるんですが、サロンに認知症のコーディネーターがいて、・・・この方はちょっと認知症が進んでいるかなという方には、介護予防・相談センターとかいうのもありますので、ちょっと訪問してもらおうとか、「こういうのがあるけど、受けてみない?」とか>
 - ・ 玉川・地域包括 <ふれあいルームのようなところに出てこられている方については、やはり日々、目をかけてくださってる方がいらっしゃるんで、そこで、「あれ?ちょっとおかしいな」という情報は、とてもタイムリーに入ってくるんですね>
 - ・ 富士宮・社協 <小地域で、展開しているサロン活動。地域寄り合い処という活動なんです。そういう活動の中に、定期的に専門職の方に来ていただいて、直接、参加者と対話をする中で、困ってるニーズなんかを、また投げかけていただいたりとか。そこをまた早期に、包括支援センターやブランチの地域型支援センターにつなぐ>
 - ・ 玉川・社協 <社会福祉協議会としては、地域のグループ活動の支援。サロン活動というか、ミニデイという活動をやってますので・・・スタッフの方々に啓発。やっぱり単にグループ活動の中でも、見守り的な機能を持ってもらうというところで、進められたらいいのかなと考えてます>
 - ・ 玉川・自治会 <町会と婦人会で、サロンのことをしてるんですね。歌の会とか、体操とか・・・そういうとこいらして、帰る道がわからなくなるんですね。それが、一番最初の気づきですね・・・ご自分も認知症とは思ってらっしゃらないので、上手にあんすこさんとなげながら、給食一緒に行ってみましょうかとか、会食行きましょうかとかする。そういう形でつなげて>
- 十分に優れた効率性をもって早期発見・早期診断を可能とする「ゴールドスタンダード」になるような単一の手法はないようである。そのため複数の手法を組み合わせることで、発見・診断効率の向上が目指されている。実際的には、「高齢者を対象とした住民検診や物忘れ相談」と「自記式チェックリストによる悉皆調査と訪問によるフォロー」である。しかしながら、どちらの手法も一定の有効性はあるものの、限界もかかえている。
 - 行政主導による、地域に在住する一定年齢の高齢者全体を対象とした「住民検診」の受診率は3~4割程度にとどまり、受診率の限界が大きい。また認知症の早期診断を目的として直接かかげたような検診では、受診に対する心理的抵抗感をさらに強めてしまいがちである。検診の結果、要受診となった段階で、受診を拒否されてしまうこともある。

- 住民検診を補うものとして、自記式チェックリストの配布による悉皆調査と、回答結果による要フォロー者と未回答者を対象とした、地域包括等の訪問フォローが有効である。要フォロー者への訪問が認知症の発見につながることもある。しかしながら、チェックリストの回答率も6~7割にとどまる。また訪問フォローのコンプライアンスにも難があり、拒否者が少なくない。
- 早期発見・早期診断のためのアプローチ手法は、3つのモデル地域で異なり、実情に応じてそれぞれ工夫がなされている。
 - 富士宮市は、数多くの認知症サポーターを養成することで、広範な市民参加を強力に推進し、各地区での見守りネットワークや、住民参加の小地域ケア会議での気づきに重点を置いている。
 - 大牟田市は、検診受診率向上をはかるため、「もの忘れ予防・相談検診」として、予防をうたった相談・検診とすることで、心理的抵抗感を和らげる工夫を行い、また日常生活圏域ニーズ調査を組み合わせている。
 - 世田谷区は、検診による把握は取りやめ、地元医師の協力による「もの忘れ相談会」と、二次予防事業対象者把握を郵送自記式調査に切り替えている。
 - ・ 大牟田・行政 <もの忘れ検診とかもしてはいるんですけど、実は検診は、来ていただく方って、全体の高齢者人口にしてみれば、そこまで多くないんですよ>
 - ・ 大牟田・地域包括 <(検診を)開催して、来てくださっていても、やっぱり来ない人は来ないんですよ。なので、検診とは別に普段の包括としての業務の中で有効なのは、日常生活圏域ニーズ調査って、市役所のほうでやってる・・・その中で心配がありそうだという方のお宅に訪問して、・・・ちょっと怪しいなとか、心配だなという方が、ちょこちょこ発見されるというのがあるので。これも早期発見という意味では、たしかに有効な手段なのかなというふうには思ってます>
 - ・ 玉川・行政 <もの忘れチェック相談会というのを去年から始めているんですけど・・・地域の病院の先生にご協力いただいて個別相談会をやってるんですけど・・・4割近くが「心配だ」という所見があって・・・さらに、その内の大体6~7割ぐらいが有所見で返ってきたんです。私たちもびっくりして>
 - ・ 玉川・行政 <検診はどうしても受診率が3~4割だったんです。郵送調査で、3年に1回でいいと国が言っているので、3歳刻みで郵送調査をお送りしているんですけど、回答率、去年7割ぐらい。今年も6割ぐらい>
 - ・ 玉川・行政 <(二次予防事業対象者把握を)郵送調査方式に変えたんです。それまで検診で把握していたものを・・・それで未回答の方とか、回答の中で心配な方を、包括のほうで全戸訪問するというようなことをやっていて・・・早期の認知症の症状が出てきているような感じの人は、あんしんすこやかセンターのほうで、医療とかのお勧めをしたり、相談を受けることもしているので、これは有効かな>
 - ・ 玉川・地域包括 <71歳で未回答みたいな人は、働いてる人もまだ多いんですね。あとは、会えない人。拒否。そこで把握するっていうのは、なかなか難しいです。会え

ない方が、多いですね。電話でも断られる。「元気だから、来ないでいいです」とか
っていうのは多いです>

- 「かかりつけ医」が、診察場面で初期段階の認知症を見抜くことは、本人から申し
出ることが乏しいために、限界がある。それを補うためには、受付窓口や薬局など
で様子がおかしいことに気づかれたり、家族やヘルパー、ケアマネジャーなどから
寄せられる情報を、「かかりつけ医」が適切にキャッチすることである。

- ・ 富士宮・かかりつけ医 <一人で来たときは、あんまりはっきりしたものが診られない
ことが多いんです・・・家族につき添われてみえたときは、大体家族の人が言う>
- ・ 玉川・行政 <かかりつけ医はいるんです、みんな。血圧診てもらってたりしてるんで
すけど、自分のもの忘れは1回も相談してないんです>
- ・ 玉川・行政 <薬剤師さんたちが気がついて先生に電話してくれてるんです。「おかし
いですよ」って。先生もいろいろそれで情報もらって、「これはまずい」ってなると・・・
先生が包括に連絡くれて「ちょっと最近変みたいだから、様子見てくれない？」って
いうようなことが、最近ぼちぼち出てきて>
- ・ 玉川・かかりつけ医 <どんだけその先生に「ちょっと気になるんですけど」ってい
うのを言いやすい環境を医師がつくれているかっていうのが、大きいかなと思います>

- 早期発見・早期診断のためのさまざまな対策を行ったとしても、地域にも溶け込ん
でいない拒否的な単身者や、家族が抱え込んでいるようなケースでは、早期からの
介入はきわめて困難となることが避けられない。実際にケアにつながるまで年単位
で長期間かかることがあるが、関係が切れないように地域と協力して見守りや声か
けを続けることがポイントとなる。この認識も3つのモデル地域で共通している。

- ・ 富士宮・社協 <制度やサービスにつながらない人たちっていうのは、当然いますので。
そういった人たちへの、継続的な働きかけをしてく上で、専門職だけの働きかけだけ
では、なかなかそこがクリアになってかないということ。その中間に、民生委員だ
とか、見守り活動をやってるボランティアさんだとか。あるいは、地区社協の推進委
員の皆さんだとか、そういうところが重なり合って、ようやく1年半とか2年経って、
高齢の方たちの集まる集いに参加できたとか、寄り合い処に参加できたとか>
- ・ 大牟田・かかりつけ医 <行政なら行政、ケアマネならケアマネで、特定の人が繰り返
し繰り返し、顔なじみの関係つくっていくっていうようなことが、うまくいってるよ
うな部分もありますし。大牟田の包括のほうで、ずっとかよっていたらうちに、
なんかいつの間にかつながったという方法もありますし>
- ・ 玉川・地域包括 <地域の方も、いろんな網の目を使ってるっていうことだったんです
が。そこに入らない人たちというのは、たくさんやっぱりいるんですね。地域との関
わりもお嫌だったとか、そういう活動にも入ってこないという方も、たくさんいる
ので。そういう方で、ちょっとおかしいなって思っても、家族・ご本人が閉じてしま
っていると、やはりなかなか入れないっていうおうちは、あります。初期の段階では、
入りにくくて、結局、ご家族が対応できなくなってからの相談になるですとか>

2. 日々の暮らしの中での困難の見極め

- 日々の生活の中での困難のアセスメントに関しては、各モデル地域とも、地域包括支援センター（及び富士宮市ではランチの地域支援型センター）が中心的役割を担い、ケアマネジャーのサポートもしている。また、いろいろなルート、医療機関、民生委員、ケアマネジャーなどから地域包括へとつながるシステムが円滑に機能している。なお、大牟田市では「認知症コーディネーター」、世田谷区では「認知症専門相談員」を、各地域包括のスタッフの一人として配属している。
 - ・ 富士宮・地域包括 <ケアマネさんが、こういう人がいてっていうのは、包括のほうに聞いていただく中で、「じゃあ、もう次の段階はこういうことが考えられるよね」なんて話も、ちょっと一緒にさせていただきながら。次どうしていいのかなっていう形できたので>
 - ・ 大牟田・地域包括 <ていねいなアセスメントをおこなって行って、いろんな方からの情報収集をやっていくという形が、一番有効だというふうには思っている。もうそれしか方法はないのかなというふうには思っているんですけど>
 - ・ 大牟田・地域包括 <地域包括支援センターにもコーディネーター研修の修了生もいますし。とにかく包括支援センターにつながると、うまく乗っていくんですけど>
 - ・ 玉川・地域包括 <こちらにつながって、来ていただけるような仕組みが、今、民生委員さんだったりとかというところでもつながって。そこをもう少し広く啓発、あんしんすこやかセンターにつないでいくということ。ここでつながれば、状況によって、ケアマネジャーさんにつないだりとか、何かしらのこととつないでいけるかなっていうところなので>
 - ・ 玉川・地域包括 <包括の職員の中に1人、認知症専門相談員という看板掲げる職員さんを1人設けてもらってますけど、彼らに研修をちょっとやって、みんなでこれは職員さんにも伝えてもらって、日常業務の中で、「できて、疑わしい、ほとんどできて」とか当たりを付けると、生活の障害がどのくらい重いか軽いか、何ができて、できてないというのが大体分かってくるので>
 - ・ 玉川・行政 <1つ作っていただいたアセスメントツールは共通の仕様で健康問題とか、生活障害、社会性とかいろんな項目立てに整理されていて、かかわりの初期とその後経過を見られる1つの指標で、これは皆さん活用されて>

3. ケアや支援の内容についての説明と相談

- 家族にとっても専門職にとっても、中心的役割を果たしているのは地域包括支援センターとケアマネジャーであり、各地域とも、両者のスムーズな連携を進めている。比較的シンプルなケースでは、地域包括は初期相談対応のみで手が離れ、ケアマネジャーが、その後はキーパーソンとなる。複雑なケースでは地域包括とケアマネジャーが協力してケアを行う。虐待など複雑困難なケースではさらに行政の保健師などの援助も必要となる。ただし、地域包括に負担が集中しすぎる懸念は、どのモデル地域にもあり、ケアマネジャーとの役割分担と、地域包括を行政、医療、地域が支える仕組みが欠かせない。

- ・ 富士宮・家族 <認知症になったら、自分で抱え込まないで、包括に行こうって。そんなだけの知識でいいから、知ってるのと違うのかなって>
- ・ 富士宮・かかりつけ医 <ケアマネジャーが、どこまでやってくれるかという。・・・ケアマネジャーもご存知のように、いろんな方がいらっしゃるんで。その中で、いいケアマネジャーを選んで、どうしてもそういう人たちに頼ってしまうんですね。・・・何かあったら、包括ということは、言ってるんですけど。見てると、最近の包括の人たちは、大変ですね。だから、そんなに全部はできませんというところがあって。特別な、難しい人に関しては、本当にやってもらえるんですけど。やさしい人は、そんなに包括のところ、必要ないというか、行かないですけどね。難しい人が、やっぱり包括行ってもらって>
- ・ 大牟田・かかりつけ医 <そこら辺のコーディネーターは、ケアマネと包括だと思います。・・・医者はそういう説明をする時間は、もうないです、基本的に。だから、そういった方が、やっていただいているのかなと現実に思います>
- ・ 玉川・かかりつけ医 <地域の包括支援センターだというふうに、あんしんすこやかセンターというふうに思っています。ただそれが、・・・ほんとにそれを明確にして、周知して、共有するというレベルまでいってるかというところ、まだ、もう一歩かなというのが印象です・・・あんすこっていう部分の中に、他職種がもう少し取り組まれていくというか、そこはあくまでもプラットホームみたいな形であって、そこに僕らもきつと、もうちょっと出入りしながら地域を見るような形がいいのかなという。それが、たぶん地域包括ケアという意味合いの一つでもあると思うんですけど>
- ・ 玉川・地域包括 <一般のケースは、認知症の方で、要介護になられて引き継いだら、そのあと、そんなに開くってことは、時々、ご家族が何かの申請で来られたときに、近況報告ぐらいで終わってしまうのがほとんどです。・・・虐待のケースだったりとか、そういう困難ケースで、ケアマネさんを主体にして、こちらが後方支援で会議に出るとかのところで開くとか。身寄りがなくて、後見人につながらなきゃいけないというところ、間に入るとか・・・虐待ケースだったりしたら、区のほうと方針を一緒にして動いていきます。身寄りのない方の後見なんかも区と動きますし、難しいケースっていうのは、こちらで抱えないほうがいいかなって思っていますので。そこは、一緒に動くというスタンスでやらせていただいています>

4. かかりつけ医の役割

- かかりつけ医に求められる大きな役割は、地域包括支援センターなどに「つなぐ」ことと、診断と治療内容が決まれば、あとは日常生活能力の変化を見ることである。各モデル地域において、かかりつけ医から地域包括（及びブランチ）につながる例は確実に増えつつある。ただし開業医よりも大病院の外来通院者がむしろ抜け落ちてしまうことがある。
- ・ 富士宮・家族 <私たちは先生を信じるので、先生が、認知症になったら、こういうふうにしなさいとか、こんな医療あるとか。そういうアドバイスを、先生がしっかり覚えててしてくれると助かります。やっぱ病気になると、私たち病気のこと全然わからないので、先生が頼りなので>
- ・ 玉川・家族 <サービスがどういったものがあるのかとか、役所からとか介護保険のつながりとか、介護サービスをどういったものがあるという資料を、かかりつけ医の先生

に置いてくだされば、こういうものがありますよっていうふうに。資料提供をしてくださると、嬉しいのかなとか、あとは、地域包括に行ってくださいとか、そういうふうに言ってくださるとか

- ・ 大牟田・行政 <つながるっていうことがとても重要で、その先生がいくらいろんな知識を用いたとしても、つながらないと見えないし、先生だけで支えられるものではないので。在宅のサービスの支援者とか、私たちとうまくつながるっていうところでは、やっぱり私たちに期待するのは、つながるかどうかな。ちゃんとコミュニケーションが取れるかどうか>
- ・ 玉川・地域包括 <つないではほしいですね、やっぱり。「介護保険を申請してきたほうがいいよ」とかって、声かけてはいただきたいですね。そういったふうに声かけてきていただきましたっていう人も、増えてはいる気がしますが。・・・少し大きい病院で、外来で行っている方が抜けちゃうかなっていう感じがします。開業医の先生よりは>
- ・ 大牟田・かかりつけ医 <一番のポイントは、かかりつけの先生は、診断能力というよりも、生活を見る能力を、どうお伝えしていくかっていうことになると思います。どういうふうにしてその人の生活を見ていくのか、危険を察知していくのかっていうことを、やっぱり見極めるっていうところを、どうにか広めていければなどは思ってます・・・生活場面の能力を評価してほしいですし、診断がついてしまえば、あとはその生活場面で起こっていることを、ずっと確認していつてるだけです。外来でも>

■ かかりつけ医のスキルアップのためには、研修会と多職種による事例検討会を重ねることが共通して強調されている。知識だけでなく、コミュニケーション能力も求められる。また専門医からのフィードバックも技能向上につながる。

- ・ 富士宮・かかりつけ医 <勉強会が一番。症例検討会、また勉強会。それから、あとは地域の介護施設のスタッフとか、そういう人たちの集まりにどんどん出てって、みんな、いろんな話をして、質問してもらって>
- ・ 大牟田・かかりつけ医 <(かかりつけ医を対象とした)講演会、学習会でしょうか。・・・繰り返しやっていくっていうのが、有効じゃないかなと思います。・・・診療情報提供書のやり取り、患者さんのやり取りが、かかりつけの先生を変えたいと思います。今度、(認知症患者)医療センターっていう、相談できるところが逆にできたですから、そこの患者さんのやり取りの中で、新しい病気を知ったり、新しい治療法を知ったりすることができます。とにかく学習講演活動と、患者さんのやり取り、診療情報提供書の充実に尽きる>
- ・ 玉川・かかりつけ医 <かかりつけ医の役割としては、どんだけ聞き出せるかなんですね・・・コミュニケーションのスキルというものが要求されると思うんです。認知症、認知症のご家族との場合には・・・身につけるためのなんらかの方法があつて。実際にうまいコミュニケーションしている先生を見るっていうのは一つかもしれないですし、シナリオをもとに、自分たちでロールプレイみたいに、ちょっとやり方を工夫しないといけないだろうと思いますけど>
- ・ 玉川・かかりつけ医 <有効なのは、やっぱり個々のケースでの多職種の事例検討は有用だと思いますね>

5. かかりつけ医と専門医の連携

- かかりつけ医と専門医のスムーズな連携をはかるための連携パスは有用である。ただし交通網が発達し、周辺に大病院の多い都市部では、アクセスの利便性が優先され、連携パスはかならずしも十分に機能しない面もある。また、専門医への受診は、地域包括やコーディネーターが介入し仲介している場合も少なくない。
 - ・ 玉川・行政 <医師会さんの方が先行して病診連携パスを作ってやってくださってるので、地域の先生が、自分の知ってる病院に紹介状で出してるケースもいっぱいありますけど、パスの仕組みを使おうという場合には、区内に8か所、連携病院として決まってるところがあるので、そちらの方に指定書式で連携室とかを通じて「精密検査をお願いします」みたいなことやってらっしゃいます。それぞれ診断がついた後で、・・・結果みたいなのがちゃんと返って来るという仕組みはもちろんあります>
 - ・ 玉川・行政 <問題は行かない人ですね・・・1回は行ったけど、っていう人はいますね。その後、かかりつけ医も中断しちゃうっていう人はいましたね>
 - ・ 玉川・かかりつけ医 <クリティカルパスを使うことで、期待したほどの数がこなせてないっていう部分はあるんですが、実際に使ったケースに関しては、やっぱり診断をきちんとやっていただいて、それをどこまで病院がフォローするか、あるいはこっちでフォローするかっていうのは、一部の先生とはできてると思います。ただ、その先生たちの考え方が、みんな一緒ではないので、その辺でこっちも使いわけるっていうふうな、そういうのがうまくやれる先生と、どうしてもやっていきがちにはなるんですけど>
 - ・ 玉川・かかりつけ医 <内科医としてやってきたこともあって、多少のものはこっちでみて、手に負えないものであったり、迷うケースはやっぱり相談するっていうのが、一般的なやり方です。ただ、どうしても画像診断っていうところが入ってくるので、それはどっかのタイミングでやらなくてはいけないと。それを、こういったパスを使って画像診断をやるのか、最近では都市部では、画像だけやってくれるクリニックっていうところがあるので、そこを利用するのかっていうのは、患者さんと相談して、「どっちでもいいよ。でもどっちがいい？」って言うと、簡単、簡便なほうを選ぶことが多いですね>
 - ・ 玉川・地域包括 <先生の意識の差はあるかなっていうのはありますけれども。以前よりは診断してきて、また戻ってきて、そこでお薬を出してっていうことで、見ていただいているっていうケースが、以前よりは増えている気がしますね・・・こちらで本当に、大変な方ですとかは、松沢病院さんとかのほうに予約して、こちらのほうでご連絡してみたいな方もおりますし。先生のほうで、うまくつないでもらってうまくいくケースもあれば、なかなかそこがっていうのは>
 - ・ 大牟田・かかりつけ医 <かかりつけの先生と専門医の連携についていえば、包括の人たちと認知症コーディネーターの存在というのは、大きいのかなと思います。なかなか医師自身が紹介するっていうのは、いまだに少ない気がします>
 - ・ 大牟田・地域包括 <認知症で困ったら、どここの専門医に紹介して、そこで検査して、診断を受けて、薬出してもらって、指示を仰いで、それを実施して、サービスにつなげていけばというのが、成功体験を実感していただいて。そのあと生きてくるというのが、実感としてはあるのかなと思いますね>

6. 地域ぐるみの支え

- 認知症の人や介護する家族の暮らしを地域ぐるみで実際に支えていく上で、各モデル地域でそれぞれ特色のある方策が行われている。
- 富士宮市で特筆すべきことは、行政主導のもとで、地域住民、地元各業界・団体、学校生徒などを対象として、数多く（約1万人）の認知症サポーターを養成してきたことである。またサポーター養成にあたっては、受講者が、実際に地域で暮らす認知症の人の支え手となれるような行動変容を起こすことを主眼に置いている。
- 大牟田市で特筆すべきことは、子どもから大人まで多くの市民（約2千人）が参加する年1回の徘徊模擬訓練である。行事のために、各地域で実行委員会を立ち上げ、住民、専門職、行政が協働して訓練課題の検討をすることや、事前に認知症の勉強会を義務付けていることが、地域ぐるみの支えを育む上で大きな効果をもたらしている。ただし行事のための行事とならるように、いかに地域の課題に見合ったものにするかの努力が求められる。
- 世田谷区玉川は、もともと自分たちの地域のためという意識が強い風土があり、自分達のは自分達で考えて行こうという姿勢が強い。また地元の玉川医師会が、認知症に関して意識が高く、積極的に活動している。しかしながら、そのような地域であっても、大都市ならではの問題として、「地域ぐるみ」となれる方策が見出しにくく模索されている。
- 普及啓発や行事に、青少年世代を取り込むことが、長期的に見て最終的には地域ぐるみの支えの大きな力となることが期待されている。
- ・ 富士宮・行政 <住民に伝えるべきことは、病気の話ではなくて、認知症の人が地域で何に困っているのかということ、伝えなきゃならないわけで・・・地域で困っていることをしっかり分析して、それをしっかり住民に伝えて、住民ができることをワーキングする。それを、サポーター養成講座としようというふうに位置づけて、住民に行動変容が起きるようなサポーター養成講座を、商店街だとか、ドラッグストアだとか、消防団とか、そういったところで展開していったっていいことですよ>
- ・ 富士宮・社協 <実は自分たちの地域の中で、こんなことが起きてるっていう話をたくさん出してっただですよ。その中で、地域の人たちから、自分たちも頑張るけど、じゃあ、行政や関係機関は、どう自分たちをサポートしてくれるんだと・・・やっぱり実例を発しないと、なんか客観的な、どこかにある事例を投げかけても、なかなか理解を示してくれないんですよ。実際にやっぱり起きている事例をあげてくることが、すごく効果があるんじゃないかなっていうふうには思います>
- ・ 大牟田 行政 <それが、徘徊模擬訓練なんだと思います。地域によっては、商店とか、交番とか、いろいろなところを巻き込みながらやってるんですけど。それに参加することで、本当に意識ががらっと変わって、本当にそこは、有効だなと思いますね・・・日常生活圏域の中で、実行委員会をつくるんです。地域の役員さんとか、そこに認知症コーディネーターの修了生とか、事業所とか入って。もちろん、行政職員も入りますし、地域包括支援センターの職員も入ります。その中に実行委員会をつかって、一つのルールとして、事前の勉強会をしましょうと。認知症に対する対応の仕方とか、

声掛けの仕方とかっていう勉強会をするってのは、一応、事前準備の一つとして項目があるので、必ず1回はするんですね

- ・ 大牟田・自治会 <いろんな訓練もやりますけれども、これは地域のやはり課題に合った訓練でなければ生きてこないというふうに思います。こうあるべきだということと並べても、これは自分の地域にそぐわないことであつたとすれば、それは住民のためには、あまりなっていない>
- ・ 玉川・社協 <都会で人口も多い、世代も多世代に渡る中で、現実的に、これをやればいいんだっていう方策っていうのは、何やるにしても、見えてないっていうのが、正直なところ>
- ・ 玉川・かかりつけ医 <最初、従来やってたトップダウンの形で、何かを決めて、それをみんなに普及させていくっていうような手法をイメージしていたんですが、難しい。それはどこがトップになろうと難しい。なので、逆にもうボトムアップでいいんじゃないか。・・・全部が一緒にじゃなくて、できるところ、たとえば、もう、奥沢のあんすこと、うちとでやって、そこがケア会議にせよ、形ができてきたと。それ真似してやってみようっていうのが、できてきたって。そういうボトムアップで、どんどん普及していくほうが、手法としてはいいかもね、というような現状に、今は達しています>
- ・ 大牟田・家族 <今は間に合わないかもしれないけれど・・・若い人たちを取りこまないと、本当の家族の年代っていうのは、来る時間もないし、きっかけもないんじゃないか・・・やっぱり学校教育じゃないかなと思うんですよ、最終的には>

7. 医療・介護・地域の連携

- 医療・介護・地域の連携に関しては、各モデル地域とも個別の連携は行われているが、機関連携という点では、3地域でそれぞれ特色がある。
 - 富士宮市では「地域ケア会議」として、社協、地区社協、地域包括、行政とで定例会議がもたれており、全体協議のほか、個別ケースについての話し合いも行われている。しかしながら医療の参画はまだ少ない。
 - 大牟田市では、医療・介護・地域の連携が、さまざまな場面で実現している。ことに、多くの関係者が協働する「徘徊模擬訓練」、複数の認知症の専門医や認知症疾患医療センターの医師と認知症コーディネーター（介護・看護職）、行政担当者からなる「地域認知症サポートチーム」、地域密着型サービスに併設し、地域に開放する「地域交流施設」が果たしている役割が大きい。それらのすべてで、2年間の研修を修了した認知症コーディネーター（修了生も含む）が支えとなっている。
 - 世田谷区玉川地域では、地域包括と地域の個別の連携は進んでいる。また医師会主導による連携会ももたれているが、地域の参画は少ない。
 - 医療・介護・地域の連携は、専門職によるケアの観点からだけでなく、当事者の生きがいにつながる社会参加の実現においても力を発揮する。
- ・ 富士宮 社協 <一般住民の人たちを交えた地域ケア会議もやってるんですが、行政と

地域包括支援センターと、そのブランチのワーカー、私たち社会福祉協議会、地区社協。そういうメンバーで、定期的に連携会議を3年ぐらいやってまして>

- ・ 大牟田・行政 <地域の人が、介護とか、医療のことを認めるのっていうのは、やっぱり自分たちの地域のためにどんだけしてくれるのかっていう、そこがないと認めないですよ・・・なので、(徘徊模擬訓練の)実行委員会の中で協働作業するというのが、この3者が連携するという意味では、有効な取組み>
- ・ 大牟田・かかりつけ医 <何かの行事を立ち上げて、そこで協働作業をするっていうのは、すごくいいなと思います・・・そのときに、本当にお互いに連携できるなというふうに思いました>
- ・ 大牟田・地域包括 <地域包括支援センターの職員とかが集まって、大体定例で事例をもとにカンファレンスをやって、いろんな立場からの助言とかをして、援助方針とかを一緒に考えていくというのをやってる・・・関わってる事例に登場してる方たちに、一堂に集まっていたいただいて・・・そのために、定例カンファとかを活用していただくと、一番手っ取り早くいくのかなと思います>
- ・ 大牟田・社協 <介護、養護、グループホームと、小規模多機能には、地域交流施設を併設してくださいって義務づけてますよね。そこが結構、会議の場になったりとかします>
- ・ 大牟田・地域包括 <認知症コーディネーターというのが、たしかに連携という意味ではすごく大きいなというふうに思ってます・・・ほとんどの方が、連携しなきゃという意識は持ってらっしゃるんですよ。ただ、その仕方がわからないとか・・・そういったときにコーディネーターとつながってれば、うまくいくという場合もあります>
- ・ 玉川・地域包括 <玉川医師会の主催で年に2回ぐらい、連携会っていうのをやっているんですけども。そこでも、ちょっと地域ケア会議っていうことで・・・医師会と歯科医師会と薬剤師会と、あとは訪問看護とケアマネジャーとっていうような会を・・・会議体での連携っていう形でやってる>
- ・ 富士宮・家族 <病気になって、仕事辞めちゃったけど。病気になっても、生きがいのために、自分のできることをやるっていうのが、「働いてたときと同じように、生きがいになる」って言ってましたけどね。達成感みたいのがあるみたいです>

8. 行動・心理症状（BPSD）への対応

- BPSD への対応は、「家族のケアの改善」「地域の見守り」「精神科入院を含む医療対応」の3点であり、3つのモデル地域のいずれでも、このすべてのアプローチが必要とされている。
 - 医師を含めた多職種カンファレンスが BPSD の対応には有効である。
 - 第一には、ケアの問題である。家族に疾患の説明と病状の理解を促すことがポイントであり、それだけで BPSD が解決することも多い。またたとえば本人が怒る原因を探したり、対応の工夫をすることがきわめて有効である。デイサービスやショートステイの利用が解決につながることもある。

- 近隣住民に対しても同様で、病気の症状として理解を得てもらうことが有効であり、地域での見守りにつながるが、これは地域住民だけでは困難であり専門職の支えが必須である。
- 単身者や家族が拒否的（あるいはネグレクト）な場合の BPSD 対応には困難が伴う。こういった場合には、地域包括、かかりつけ医、ケアマネジャーなどでは対応が困難であり、行政による介入が必要とされる。
- 医療対応では、症状内容に合わせた投薬を必要とすることもある一方で、服用薬の副作用として BPSD 症状を生じていることもかなり多い。とくに興奮作用のある薬剤を中止することで症状の改善にいたることはまれではない。その他、BPSD が身体的原因から生じている可能性にも留意しなければならない。
- 以上のような各種の工夫や対応を充実したとしても、ケースによっては、精神科専門病院への入院を必要とするほどの BPSD が生じることは避けられない。ことに興奮や暴力の問題は、介護や見守りで対応を続けることがきわめて困難となりがちである。
- 精神科入院にいたったケースで重要なことは、退院前に地域スタッフをまじえてのカンファレンスを行うことである。そのためには、病院と地域のスタッフとの連携がかかせない。
- BPSD と向き合っている家族のケアは重要である。しかし本人から目を離すことができずに、相談や家族会に出向くこともままならない。家族を支えるシステムが必要である。
- ・ 大牟田・行政 <仕組みとして有効だなんて思うのは、カンファレンスなんですね・・・事例を医師も含めて検討することで。もちろん、コーディネーターも入った中で検討するんですけど・・・BPSD に対する評価と、それに対するアプローチ方法を検討できるので>
- ・ 大牟田・地域包括 <コーディネーター養成研修で、2年間じっくり学ばせていただいたというのが、一番有効だったって思うんですけど・・・その行動に至ってる原因を知ろうというふうなことに繋がってるのかなというふうに思います>
- ・ 富士宮・かかりつけ医 <BPSD の人たちを見たら・・・そのご本人の環境はどうなんだったというのは、やっぱり大きいと思います。これ、一番ですよ>
- ・ 大牟田・かかりつけ医 <家族が疾患の性質について知ることが、BPSD の予防にやっぱり一番つながると思います。BPSD で、うちを受診される方が多いんですけども、疾患の性質について説明しただけで、結構な確率で、薬使わなくても、介護保険サービスとかいろいろ言わなくてもおさまります>
- ・ 大牟田・かかりつけ医 <疾患の性質と、対応法について、きちんと家族なり、施設職員さんなりを学習してもらうことが、実は一番の BPSD の防止法なのかなと思います・・・事例の集積っていうのが、とっても BPSD の対応には有効なのかなと思いました>

- ・ 玉川・かかりつけ医 <薬物的なアプローチをするのは、まず医療としては主だと思
うんですが。それ以上に有効なのは、やっぱりご家族が、どれぐらいご本人の状況が
受け入れられているかどうかっていうところだと思うんです・・・家族の受け入れの
部分で大きく変わってくるので、家族自身へのアプローチは、大事にしています>
- ・ 大牟田・かかりつけ医 <(薬物の副作用でのBPSD) 多いですね。結構あると思いま
す。ですからそこは、開業の先生との連携ですね。信頼関係がどれだけ取れてるかに
よって、「先生、これやめてください」って言って、きちんと聞いてくれる先生とやっ
ぱり無理な先生がいらっしゃるんです>
- ・ 大牟田・かかりつけ医 <ご家族に対して有効なのが、やっぱり家族会です。家族会に
行くことだけで、BPSD が落ち着くというのは、多いでしょう・・・家族が落ち着くと、
患者さんも落ち着きます>
- ・ 富士宮・自治会 <ケア会議で、その人を題材にみなで、地域で考えようと。この人
をもとに、地域が福祉のことに考えようとか、そういうふうにしていったんだけど・・・
そうすると、いろいろ意見出てくるんですよ>
- ・ 富士宮・社協 <認知症の中のこういう症状であって、それがこういう行動で・・・
そこをていねいに情報発信してくるという作業をしてかないと、なかなか地域の中
では受け入れていただけない>
- ・ 大牟田・社協 <認知症抱える家族を一人にしないということかな。いつでも相談でき
ますよってというような、相談窓口を開けとかんと・・・地域住民だけじゃできない、
いろんな介護施設とか、構成員を入れてるんですね。町づくりが地域住民だけじゃ、
やっぱり駄目なんですね>
- ・ 玉川・地域包括 <ケースバイケースで、医療的なところが入らないとどうしようもな
いってということで、入院につなげたりっていうケースもありましたし。その時々でや
っぱりお医者さんだったりとか、ケアの部分でなんとかとか、徘徊なんかは地域で、
取組みがあったり>
- ・ 玉川・地域包括 <お一人だったり、拒否があったりっていう方については、やっぱ
り苦勞というか、どうしてあげようもないってようなことが何年も続いてしまっ
たり・・・ご家族自身がもう抱え込んじゃったりってということで、大変だけど抱え込
んじゃったりってということで。ただ、それがやっぱり、そこから虐待につながっちゃ
ったりとかってということも、やっぱりありますので。とにかく関係をとぎらせない>
- ・ 玉川・地域包括 <言われことを真に受けて、どんどん興奮させちゃうようなご家族
もいて、それはやっぱりケアの問題だなと思うんですけど。そうではなくて、本当に
興奮してしまってもう手がつけられないっていうか、突然もう怒り出したら暴力がと
かっていうと、やっぱり医療のところ>
- ・ 富士宮・地域包括 <暴力的になってしまう方を、なんか今、うまくいった事例って
いうのがないので、やっぱり基本、今、入院してもらっているパターンが多いなって
思います>
- ・ 大牟田・行政 <そういうことが起こったときには、包括支援センターに現状は相談が
来ていて・・・それから、そのサポートチームにいるドクターのところに行って、場
合によってはいったん入院>

- ・ 玉川・地域包括 <退院前というか、1か月ぐらいでカンファレンスがあって、そのときには声かけていただいて、ケアマネジャーだったりとか、関係者がいて・・・松沢病院とかでは、大体カンファレンスが必ず>
- ・ 玉川・自治会 <家族のケアっていうのも、本当に必要だなんて・・・ずっと、見てあげようと思えば思うほど、どんどん大変になってくわけですから、進みますからね。だから、家族のケアもとっても必要だなんて思います>
- ・ 玉川・家族 <一番は(家族の)気持ちを聞くっていうことで、聞いてもらうことで、ずいぶん楽になる場合。解決できなくても、聞いてもらうことによって、気持ちが楽になる。その本人が気づきができるんですよ>

9. 終末期から看取りについて

- 終末期から看取りの段階で中心的役割を果たすのは、在宅医療と訪問看護であるが、事実上、在宅医療は各地域で普及しつつある。ただし3つのモデル地域のいずれも、行政として仕組みづくりに取り組んでいるところはまだなく、これからの課題である。在宅医療を受けている場合でも、看取りの大多数は施設で行われており、自宅での看取りは一部に限られている。
 - 在宅での終末期は、自宅と施設(小規模多機能型居宅介護や介護老人保健施設)を行き来する中で、家族の意向と介護力に応じて、いずれかで最期を迎えることになるが、そのための施設の受け入れ整備や、在宅医療との連携体制などが今後の課題である。
 - 最期をどこでどのように迎えるのかについては、家族の多くが心配していることであり、それに関して学習する機会がもたれる必要がある。また何よりも介護を終えた家族の体験談が有益である。
 - より良い最期とは、本人の尊厳が守られていることとともに、看取る家族の心の平安につながるものでなくてはならない。食事が摂れなくなり、胃ろうや経管栄養を行うか自然死かの選択を迫られる家族は、いずれを選ぶにせよ判断に正解はなく、その判断を共感的にサポートされ、かかりつけ医や介護職員の説明と寄り添いが必要となる。家族会でのサポートも有益である。
 - 認知症は死に至る病であることや、そこにいたる想定されるプロセスを、診断確定後の早い段階から医師が家族に伝えることが、よい最期を迎える上でのポイントのひとつともなる。
 - 急性期の治療にあたる医療関係者も含めて、あえて医療を施さない看取りの医療を学習する必要がある。
 - 単身者や家族が非協力的な場合の看取りをどこで行うかの判断には、難しさがある。

- ・ 富士宮・行政 <訪問診療をやってくれていて。お願いすると来てくれるって先生が、結構多いんですね。そうした中で、グループホームなんかは、話しやすい先生に協力をしてもらって、来て、看取りをやっているというケースがあるんですけども。行政として、その仕組みとして、組み立てがまだできていない>
- ・ 大牟田 行政 <在宅での看取りっていう部分では、小規模多機能を利用しながら・・・訪問看護と連携しながら、看取りをするっていう事例が少しずつ出てきてるぐらいで。仕組みとしては、なかなか、ここには今、タッチできていない>
- ・ 玉川・行政 <在支診（在宅療養支援診療所）の先生たちで、お看取りやるときって、（訪問看護）ステーションが絶対必須だと思っているので、ステーションで強化型の在支診でお看取りの医療体制取っていただける所がベースにあって、看取れる体制を作れるかどうかというのがすごく大きくて・・・お看取りができる医療体制がまだ十分じゃないんです>
- ・ 玉川・地域包括 <亡くなるときの状況ってどんな感じになったのかとかっていう、先の見通しを心配される方は多いですし、OBの方が入ってくださってることで、・・・その体験談を話していただいて、そういうふうな選択肢があるんだなっていうのを、ご家族が聞いて、参考にさせていただいてるっていうことがあるんですけど。家族会でそういうことを話してくださる方がいるので、そこは、ご家族の先の見通しを立てるという上では、有効になってるかな>
- ・ 玉川・地域包括 <自然と食べれなくなって亡くなっていくっていうこともあるし、胃ろうになって食べられるように栄養が入っていくっていうところで、そういうふうになったときにどういうことが想定されるかって、したらどうなるか、しなかったらどうなるかっていうところをよく聞いて、どちらが正解っていうことはないからっていうことは、お話をよくして納得した上で、・・・納得してないのに書いてしまうと、やはりあとあと後悔するからっていうことは、お話はするんですけども>
- ・ 玉川・かかりつけ医 <基本的に伴走ですね。もう横に寄り添って、・・・それは本当に正解がないので、どちらの方向でも基本的に支えますよっていうスタンスで。ただ、本当に迷って道がわからなくなったときに、医学的な見地からのアドバイスは、もちろんします>
- ・ 大牟田・かかりつけ医 <認知症ってのは、死に至る疾患だっていうのは、やっぱりみんなに認識してもらおうことが、その人のよい最期っていうのにつながるんやないかなと思ってます・・・初診のときには、なかなか言えないけれども、2回目、3回目のときは死に至る病気であるっていうことを必ず説明しますし。あとは、介護職員さんたちも、死に至る病気だっていうことを少しずつ認識してきてるように思います。そういうところを、まず認識でき始めたっていうところが、よい最期っていうのを迎える人が出てきたことに、つながってるのかな>
- ・ 富士宮・地域包括 <本当にお一人暮らしだったりとか、家族がいても、本当に非協力的なご家族を、この方の終末っていうのをどこでどう迎えればいいのかっていうのを、考えていかなきゃいけないっていうのは、難しいなっていうのは、思うところでした>

10. 地域の認知症への取組み推進のために

- 各モデル地域における今後の認知症への取組み推進に向けて、トップとなる課題3

つの回答を求めたところ、それぞれの回答者から「医療連携」「地域包括支援センターの機能の充実」「認知症への理解を促す普及啓発」「権利擁護」「専門職のマンパワー充実とスキル向上」「レスパイトを含む家族支援」「当事者の社会参加支援」などが広く挙げられた。

- 医療連携は富士宮市と大牟田市で課題となっていた。ことに富士宮市では、医師会との連携を一番の課題とする声が複数あり、認知症ケアを支える上での医療基盤の充実が喫緊の問題であることがうかがわれる。大牟田市でも医療連携の充実がなお必要とされている。
- ただし医師に求められているのは多職種協働ケアの一員としての積極参加とコミュニケーションである。
 - ・ 富士宮・地域包括 <やっぱり、医療連携・・・本当に医師会との、今後、つながりだったりってところが、一番にはなるのかなっていうところですよ>
 - ・ 富士宮・かかりつけ医 <地域の医師会の先生方が、協力っていうか、みんなで一緒にやっていきたいと思いますという地域の医師会の連携>
 - ・ 富士宮・自治会 <医療関係とか、そういったことの連携とか、そういう人たちの地域の講演会みたいなところで、より知らしめる>
 - ・ 大牟田・行政 <もの忘れ相談医を今から増やしていくんですけど。そこと定期的に連絡を、それこそ日常的なコミュニケーション>
 - ・ 大牟田・地域包括 <やっぱり先生と、かかりつけ医との連携>
 - ・ 富士宮・行政 <医療現場の医師がケアラーとして、フラットな関係で、一人の人の支援をみんなで考えられるような。病院のワーカーも、薬剤師さんも含めて、フラットな関係で議論をできるような環境整備>
 - ・ 大牟田・かかりつけ医 <1番が、やっぱり医師を含めた医師主導じゃないカンファの充実>
- 地域包括支援センターの充実も各地域で課題として挙げられているように、地域包括は、今後とも医療・介護・地域の連携において、中心的役割を果たすことが期待されている。地域包括がその機能を十分に発揮するためには、一方で医療連携による支えが必須であるとともに、他方では、地域住民のリーダーとの円滑な連携が欠かせない。したがって、地域活動の担い手を育て続けることができるかどうか、将来の地域包括の機能に少なからぬ影響を及ぼすことにつながる。
 - ・ 大牟田・かかりつけ医 <包括のやっぱり充実っていうのが、大切なかなど>
 - ・ 玉川・かかりつけ医 <地域の包括支援センターをどう生かせるか。機能面でもだし、マンパワーの面でも・・・単に仕事を投げかけるだけではなくて、そこが力を発揮できるようにつくっていけるかだと思いますね>
 - ・ 玉川・地域包括 <次世代の育成っていうか・・・40～50代ぐらいからですかね・・・地域の基盤を継続できる人材の発掘といいますか、今の頑張ってる方が、た

ぶんももう少しで引退したあとに、またそれが続けられるかなっていうところが、やっぱり今からも少しずつ担い手を育てていかなきゃいけない時期

おわりに

今回調査した 3 つのモデル地域のそれぞれで、認知症への取組みに対して、関係者の熱意溢れる創意と工夫ならびに敬服すべき尽力が積み重ねられており、この 10 年間でいずれも大きな進展が得られている。しかしながら、医療基盤や社会基盤の個別実情による制約からは、引き続きチャレンジしなければならない課題も浮き彫りにされているようである。各地域の実情の違いを越えて、明らかに 3 つのモデル地域に共通して強く意識されているのは、第一に、地域住民に対する、さまざまな機会を利用しての継続的でたゆまぬ普及啓発である。そして第二に、地域包括支援センターを要とする、医療、介護、地域、行政の機能的連携の推進である。基礎自治体とその社会を構成する人々が主導する、認知症への取組みの日本型コミュニティ・イニシアティブ・モデルは、今後ともこの二点を根幹とした上で、さまざまなサービスや事業の目的と役割を明確にし、組み込んでいくことが望まれるであろう。

(以上)

第3章 国内モデル地域調査報告

(富士宮市・大牟田市・世田谷区玉川地域)

別 表

地域別・対象者属性別インタビュー回答結果

1. 早い段階での気づき

| | 富士宮市 | 大牟田市 | 世田谷区 玉川 |
|----|--|---|---|
| 行政 | <p>富士宮 行政 <人がほとんどに簡単に相談にできる場所、相談できるというところが、ポイントとして大きい></p> | <p>大牟田 行政 <1番、やっぱり有効だと感じてるのは、啓発なんですよ。大牟田では認知症サポーター講座という形で啓発もありますけど。徘徊模擬訓練の前に、地域に入行って、参加される住民とか、その地域の住民の方に、頻回に認知症のお話をさせていたたりするんですけど。そこで、民生委員さんなら民生委員さんが、あの人はそうかもしれないとかっていう普段の関わりの中で気づきとかですね。家族の方がそうやって気づきかけを得るっていうところが、1番早い気づきかけっていう部分では、有効じゃないかと></p> | <p>玉川 行政 <一人暮らしの人とか高齢者のみ世帯の方が結構多いんです。しかも、地域とのつながりがあるりなかつたりする方も多いいので、気づいてもらええる環境にいらつしやらない方が多いかな></p> |
| | <p><住民レベルの中で、福祉なんでも相談とか。要は、地域の人たちの民生委員さんのところだとか、そういういた方々が地域レベルで、住民レベルの相談場所を開設して、そこへ相談に行つて、そこでキキッと></p> | <p><もの忘れ検診とかもしてはいるんですけど、実は検診は、来ていただく方って、全体の高齢者人口にしてみれば、そこまで多くないんですよ></p> | <p><もの忘れチェック相談会というのを去年から始めているんですけど・・・地域の病院の先生にご協力いただいて個別相談会をやってるんです></p> |
| | <p><包括支援センター機能と地区社協機能が一對になつて動けるような環境整備をしないと。そうはいつても、やっぱり専門職にいくところは、敷居が高いところもあるもんですから、住民の中の地区社協機能の中で窓口を開設してもらつて、住民が行きやすい環境をとった上で、そこから情報が専門職、包括、医療をつなげていく></p> | <p><徘徊模擬訓練っていう1つのきっかけの毎に、地域に入っていくんだってプロセスがあるの。そのときにしつかり啓発をしていくついで。今流れになってるので、それに合わせてほかの銀行だったり、関係するような機関もそこです></p> | <p><家族がいると家族が最初に「このまま放っておかない方がいいんじゃないか」って言って、「相談に行こう」と連れて来るケースが多いかと思う></p> |

1. 早い段階での気づき

| | | | |
|-------------|--|---|---|
| <p>行政</p> | <p>＜1万人のところの圏域の中で、どれくらい目が行き届くかかっていったら目が行き届かない＞</p> | <p>＜地域でやっってる会議に出向いてたりするんです。そこで30分時間をもらうとか。とにかく認知症という病気があって、こういう症状があるわけじゃないんだとか、周りの対応の仕方、病状が変わってくるよというふうな話ぐらしかできないんですかね。とにかく病気の存在を知ってもらおう。そのときにどこに相談したらいいかっていうことを知ってもらおうって、そこだけですね＞</p> | <p>＜かかりつけ医はいるんです、みんな。血圧診てもらったりしてらるんですけど、自分のもの忘れは1回も相談してないんです・・・かかりつけ医にちゃんと相談ができてないというのが、結構ネックかなと思っっています＞</p> |
| <p>情報</p> | <p>＜情報の目が行き届くところから、情報の連鎖が行われていて、ご近所の関係性があれば、ご近所がアプローチしていきければいいし、ご近所が入れないところだったら、情報をつないでくれて行政が行く＞</p> | <p>＜子どもたちへの啓発もだいぶ力入れてやっってるんですけど。やっぱり伝えることで、認知症ってことをすごい特別なものにしてしまっってるんじゃない＞</p> | <p>＜家族が気づいていければ相談は早い。気づいて相談に来る人の中で、結構、有所見の人が・・・た、かかりつけ医には案内、相談してない＞</p> |
| <p>メンター</p> | <p>＜いかにマネージメントの連鎖をしつかりつくれるかというのが重要で。やっぱり住民の人もしつかり自分が心配になつたときに、ちよつとした相談に行けて、それがしつかり行政の専門職の窓口までつながっていくっていう仕組みを、やっぱり体系づけてつくり上げていくってことが大事＞</p> | <p>＜よく絵本教室とかで使うのは、絵本の中に当事者の方が発言してるメッセージがあるんですけど、あね。そういうメッセージを読むこととか、あと映像を必ず使ってます。認知症の方がこんなふうに住んでるよっていう映像を絵本として、必ず最後に流すんです。そうすること、病気で暮らしてるといふのが見えるので。全然、思ってた認知症っていうものが大きくなって、子どもたちの中で化け物みたいに大きくなってるのが、少し和らぐのになんかいいのは、工夫としてはしてはいます＞</p> | <p>＜郵送調査方式に変えたんです。それまで健診だったものを・・・それで未回答の方とか、回答の中で心配な方を、包括のほうで全戸訪問するというのをやっついて、それで結構フォローする必要性のある方というのを出てくるので、その中で、早期の認知症の症状が出てきているような感じの人は、あんしんすこやかセンターのほうで、医療とかのお勧めをしたり、相談を受けることもしているんで、これは有効かなあ＞</p> |

1. 早い段階での気づき

| | | | |
|-------------|--|---|--|
| <p>行政</p> | <p>〈要は早期発見とかがついでということになると、もう専門職が直に介入する話とか、そういう話になつてしまうので、やっぱそこついでというのは、やっぱ要は福祉相談全般で見ても、人がちよつと自分が、みんなわけがわからず相談に行くんですから、「認知症が心配で」なんて相談に来るんです。最近ちよつと心配事があるんです。」ついで相談に行くもんですから。それを本当にちよつとした相談先のところ、ご近所から、しつかりそこからキヤッチされたものから、しつかりながつてくるついで、そういう仕組みを、まずつくる〉</p> | <p>〈一つやつてるのは、認知症なんでも相談室っていう、地域包括支援センターの総合センターは別に重なる部分が多いんですけど、それとは別に認知症の相談っていうことで、常に広報誌に掲載をして、ほかのいろいろな各種相談と同じように並べることによって、やっぱ認知症に関する相談って、必要になつたとか、当事者になつたときに初めてそういうものに目を向けるものなので、そんなときに困つたときに行きようがないものを、常に用意しておくっていうのが一つ〉</p> | <p>〈昨年から郵送調査方式に変えました。検診はどうしても受診率が3〜4割だったんです。郵送調査で、3年に1回でいいと国が言っているので、3歳刻みで郵送調査をお送りしているんですけど、回答率、去年7割ぐらい。今年も6割ぐらい〉</p> |
| | | <p>〈絵本教室に関していえば、必ず子どもたちには家に帰つたら、「お父さん、お母さんに今日の話を伝えてね」っていうふうにお願いをします。子どもは、たぶん半分ぐらいの子は伝えてくれてるんですよ〉</p> | |
| | | <p>〈もの忘れ検診っていう検診のあり方を、より広くもの忘れだけに限らない場で、ほかのいろいろな身体的なロコモティブシンドロームみたいなところの予防のところにも、もの忘れの部分を組み合わせて。今でもしている〉</p> | |
| | | <p>〈高校生に対してのアプローチっていうのも、高校生だとまたいろいろなことがわかる年代になつてますし、社会人のちよつと一歩手前みたいなところなので。そこで、お伝えしていくつてのはありかなというふうには思っていますね〉</p> | |
| <p>地域包括</p> | <p>富士宮 地域包括 〈本当に普及啓発がやっぱり大事なんだろうなついでというふうには思っています〉</p> | <p>大牟田 地域包括 〈特に有効な手段として、今やつてるものの中で思いつくのは、もの忘れ予防相談検診ですね。特に一番有効的なのかなというふうには思っていますね〉</p> | <p>玉川 地域包括 〈ふれあいルームのようなところに出てこられてる方については、やはり日々、目をかけてくださつてくれる方がいらつしやるので、そこで、「あれ？ちよつとおかしいな」っていう情報は、とてもタイムリーに入つてくるんですね〉</p> |

1. 早い段階での気づき

| | | | |
|------------------|--|---|---|
| <p>地域 包括</p> | <p>＜社協さんが、地域づくりに関しては、ものすごく頑張ってくれてますので。うちだけで、たぶん単独で動いてたら、たぶんいつまで経ってもそこってつながつてこない部分だったと思うんですね＞</p> <p>＜社協さんと一緒に、その地域にそういう、たとえば認知症の理解だったりっていうのをわかっけてもらおうためのには、地域の中で頑張ってくれている方とつながりと一緒につけていくって形をやっついていかないと。なかなか、たとえれば、地域住民に対してっていう展開は、やっばり難しい部分はあるなっていうのは＞</p> <p>＜出前地域ケア会議とかって、あそこはやっばり、結構認知症の方を事例で、話を一緒に。各地域、富士根南が16区あるんですけど、本当に各区ごとで＞</p> | <p>＜やっばり受診率が、結構話題にはなってきたんですけどね。なかなか受診率を上げていくにはどうしたらいいかっていうのがあったんですけども＞</p> <p>＜やっばりもの忘れっていう印象が、地域の方、住民にとっちはあまり認知症っていうのが、やっばり悪いっていうのもあるので予防っていうのを前面に出していきっていくのと＞</p> <p>＜気軽に簡単に受けられるような開催の仕方っていうのを考えたほうがいいかなっていったところがある。今は1次検診と2次検診と分けて開催するようになったんです＞</p> <p>＜認知症のイメージを変えようという努力っていうか。どうしても隠したいとか、認めたくないっていう風潮がありますので、それをなりたいな認識であれば、早く予防しようというふうな認識に変えていくような啓発を続けていかなきゃいけないかなと＞</p> | <p>＜やっばりそこから、私たちもそこに行ったり、ふれあいルームのほうに行ったり。私どもは、何もない方でも、65歳以上の方は、実態把握訪問ということで、訪問してますので、認知症かどうか、誰かから通報があったとかいうことではなくて、一般の65歳以上の方の訪問＞</p> <p>＜今は、世田谷区の方で、毎年1回、71歳、74歳、75歳以上の方に、郵送調査をしてるんですね＞</p> <p>＜郵送調査の中で、未回答だった方と。あと、ちよっとチェック項目が多くて、訪問したら、リスクが高いだろうという方について、訪問してるんですね＞</p> <p>＜それとは別に、お一人暮らしの方とか、ちよつと高齢の方ですとかは、行くようにはしてるとか。でも「訪問してまよ」っていうようなお知らせをポスティングして、訪問させているの。基本チャェックリストやったりしているの。全然関わりのない方は、そこから入ったりですとか、ふれあいルームにいるときに、ちよつと声をかけたりとかいうところ、入つて。そこから、うまくサービスになつたり、お医者さんになつたり、ご家族になつたりとか、うまくサービスは、うまくいくケースなんですから＞</p> |
|------------------|--|---|---|

1. 早い段階での気づき

| | | | |
|------------------|--|---|--|
| <p>地域 包括</p> | <p>〈開催して、来てくださっていても、やっぱり来ない人は来ないですね。なので、検診とは別に普段の包括としての業務の中で有効なのは、日常生活圏域ニーズ調査って、市役所のほうでやってる〉</p> | <p>〈地域の方も、いろんな網の目を使ってるっていうことだったんですが。そこに入らない人たちというのは、たくさんやっばりいるんですね。地域との関わりもお嫌だったとか、そういう活動にも入ってこないという方も、たくさんいるので。そういう方で、ちよつとおかしいなって思っても、家族・ご本人が閉じてしまつてると、やはりなかなか入れないっていうおうちには、あります。初期の段階では、入りにくくて、結局、ご家族が対応できなくなつてからの相談になるですか〉</p> | <p>〈あとは、一応、見守り事業というのをやって、見守りを定期的に、ちよつとこちらで。ただ介護保険まではいかないけど、ちよつと定期的に見といたほうがいいなっていう方については、一応、フォローリストじゃないですけど。把握をしているよなことでしているの、何か月後かに、またちよつと訪問するだつたりとか、様子をうかがうということはしてはいる〉</p> |
| | <p>〈アンケートに答えていただいたいて、その中で心配がありそうだとお宅に訪問して、2次予防事業とかどんなですかっていう声かけをさせていただけだということも。やっばりちよつと怪しいなというか、心配だなという方が、ちよこちよこ発見されるというのがあるの。こつちのほうはどちらかかという、もう地道に足で稼ぐという方法なんですけども、これも早期発見という意味では、たしかに有効な手段なのかというふうには思ってます〉</p> | <p>〈アトピーに答えていただいたいて、その中で心配がありそうだとお宅に訪問して、2次予防事業とかどんなですかっていう声かけをさせていただけだということも。やっばりちよつと怪しいなというか、心配だなという方が、ちよこちよこ発見されるというのがあるの。こつちのほうはどちらかかという、もう地道に足で稼ぐという方法なんですけども、これも早期発見という意味では、たしかに有効な手段なのかというふうには思ってます〉</p> | <p>〈やはり全部把握できているかという、なかなか早期で、こちらからの発掘だけではないのは、なかなか難しいんじゃないかなと思う〉</p> |
| | <p>〈二次予防事業がこういう予防活動があつてますよとか、健康に関心を持たれる方は、結構いらつしやるので、どうい活動の日頃心がけていますかというのをやっばりいられると、もつとね。こういうことをやっばりいられると、もつといいですよとか言つて、そこからちよつと関係ができてから。あと、周りとの協力者ができあがつてから、認知症のほうへの支援に入っていく〉</p> | <p>〈二次予防事業がこういう予防活動があつてますよとか、健康に関心を持たれる方は、結構いらつしやるので、どうい活動の日頃心がけていますかというのをやっばりいられると、もつとね。こういうことをやっばりいられると、もつといいですよとか言つて、そこからちよつと関係ができてから。あと、周りとの協力者ができあがつてから、認知症のほうへの支援に入っていく〉</p> | <p>〈未回啓の方よりも、やっばり高リスクの人のほうが、多いんですね〉</p> |

1. 早い段階での気づき

| | | | |
|----------|--|---|---|
| 地域 包括 | | <p>〈ご近所さん、一番関わり、すごく力を発揮していただいているのは、民生委員さんになるかなと思います〉</p> <p>〈民生委員さんは、ご近所の方からそういう情報いただいで、相談に、こちらに行くという形な人ですけども。包括支援センターが専門の相談窓口だというふうに思っていた部分があるもので、些細なことでもすぐ情報提供というか、教えていただく形になります〉</p> | <p>〈71歳で、未回答みたいなのは、働いてる人もまだ多いんですね。あとは、会えない人。拒否。なので、そこで把握するっていうのは、なかなか難しいです。会えない方が、多いですね。電話でも断られる。「元気だから、来ないでいいですとかかっていうのは多いです〉</p> <p>〈拒否がハイレスタでははないんですけども。何年かして、あのとき、すごい拒否をされた方がやはり具合が悪くなって、つながってくるっていうことは、ありますね〉</p> <p>〈ただ、それが、本当に元気だし、まだ働いてるし、いいわよっていう方もいますし。それは、一概にはいえません〉</p> <p>〈認知症のことを、いろいろなテレビとかで知ってくださってる方は、増えているんですけど。私も、家族会をやっている中で、あのとき、やっぱりおかしかったのよねって思い返してみればっていうのは、多いんですよ。そうすると、まだ若い方だったりとか、ご家族のぐらいの娘さんとか、そのぐらいの方の啓発っていうのは、まだまだ必要なのかなというふうには思えますね〉</p> <p>〈自分はまだ元気だったたり、そんなこと関係ないわって思ってる方には、やっぱり目につかないものなんですよ。なので、やはりご家族ぐらいの、娘さん、息子さんぐらいの代からの啓発っていうのは、やっぱりまだこれからかなって思っていますね〉</p> |
|----------|--|---|---|

1. 早い段階での気づき

| | | | |
|------------------|---|--|---|
| <p>地域 包括</p> | | | <p><認知症サポーター講座なんかやるにしても、必要だと思ってる団体さんからのお問い合わせ、紹介だったりとかというところ、民生委員さんぐらの代から上の方だったり。ご家族が、すでに介護されて、ちよつと勉強したいとかついでに、何かしら関わりのある方なんですよね。もう少し若い世代の方にも、どこかやっばり学校だったり、PTAだったりとか、そのあたりからのアプローチが、もう少しできるといいのかなとは思ってるんですけど、まだ取り組めない課題ですね></p> |
| <p>社協</p> | <p>富士宮 社協 <富士宮に、14の中学校エリアごとに14の地区社協っていう、地域福祉の基礎組織を立ち上げてるもんですから。それぞれの地域の中で、住民の人たちに向けて、認知症についての理解ですとか。あるいは、福祉に関するいろいろ困りごととか。相談ごとなんかは、どこの誰にみたいなところのお話をしていたら、あるいは、していくつというふうなことを繰り返しながら、やってはいるんですけども></p> | <p>大牟田 社協 <認知症のコーディネーターさんが、今、小規模多機能とか、グループホームに必ず必置という形になってますので。大牟田市には、そのようなグループホームや小規模多機能が、まんべんなく校区にあるわけですね。そういう人たちを校区の構成員にしてくださいというお願いをしています。校区の構成員になったところもあります。そういう関係を築いておくと、民生委員さんがこの人はもしやというふうな場合に、そこにつないでくれる></p> | <p>玉川 社協 <ご本人というよりも、周りの気づきっていうのが、大きな役割になるのかなという中で、いろいろ話していくと、物忘れと、やっばり認知症の連いという部分で、やっばり高齢の方とお話すると、「物忘れがひどくてね」とか、忘れっぽいついていうような話は、よく聞くついでに、ここです。そこ認知症って病気、症状的な部分との違いの部分で、なかなか当人のところから出てくることっていうのは少ないなという形。周りで、たとえ、個別のケースに入ってるボランテイアの方から、たとえ、物忘れが最近激しくなつてるとか、ちよつとひどくなつたりするついでに、やっばり聞かれることもあつたりするついでに、やっばり、周圀からの気づきっていうのが、大きなテーマになるのかなというところ></p> |
| <p>社協</p> | <p><小地域で、展開しているサロン活動。地域寄り合い処という活動なんです。そういう活動の中に、定期的に専門職の方に来ていただいて、直接、参加者と対話をする中で、困ってるニーズなんかを、また投げかけていたたりとか。そこをまた早期に、包括支援センターやボランティアの地域型支援センターにつなぐというふうな、そういう役割。コーディネートの部分ですよね></p> | <p><もの忘れ相談検診とかありますので、そういうのも、あんまり本人のプライドを傷つけないように、緩やかに持つていくついでに、やっばり家族の偏見も変わつてきましたね。だいぶ昔に比べるとですね。病氣なんだと、これは病氣なんだと></p> | <p><そういう意味では、当人というよりも、周圀の、地域の住民の方々への啓発っていうのが、たぶん重要になってくるんだらうな></p> |

1. 早い段階での気づき

| | | | |
|--|--|---|---|
| <p>社協</p> | <p>〈かなり富士宮市の場合は、認知症についての啓蒙・啓発ができてくるもんですから、そういう認識がかなり浸透してきているんじゃないかなという感じがしています。なので、地区社協で取り組むいろんなふれあい活動とか、ふれあい交流の活動ですか、サロン活動に参加につながるというところは、やはりそういう福祉学習で、認知症に対する啓蒙・啓発が、効果的に、今、来てるんじゃないかなという感触が〉</p> | <p>〈完全にできなくすこととはできないけど、緩やかにすることはできるんですよというふうな形を。要は対応の仕方によって、その方が重度になるか、緩やかにエンディングを迎えるかというの、家族次第なんですよつちゅうふうな勉強の仕方を、やっぱり学習の仕方をやってくるので、対応の仕方ですね。その辺がやっぱり大きいんですよね。そういうふうな、地域包括とか、校区の介護事業所のところにも相談するルートをつくったことつちゅうのは、大きいと思います〉</p> | <p>〈以前よりも同じ話の繰り返しが多いというようなことの語があったりして。こちらのほうで、じゃあちよつと職員が行ってみますねというところで、活動してるところにおじやまして、ご本人さんと話をしたりする中で、ご心配なところが、やっぱり見受けられれば、また機関について〉</p> |
| <p>関係者の役員だとか、地区社協に関係してる人たちが集まる中で、いろんな地域の中の情報共有をする場面です、その対応ですよ。初期対応の部分、どうしたらいいかみたりなところを、ちよつと投げかけてもらったりとか。いろんな情報がある中で、認知症の話、対応をするための助言をしていただいたりとか。かなりこちらの包括支援センターのスタッフと、私たち社会福祉協議会の職員が、連携しながら動ける場面が、いろんな場面で動けるような形にはなってます。いろんな場面で動けるような形にはなってます。対応をスムーズにつなぐ流れが、今できつつある。そんな感じですよ〉</p> | <p>〈大牟田市にサロンというのがあるんですが、サロンにそういうふうな認知症のコーディネーターがいて、もの忘れ相談検診じゃないですけど、ちよつとしたゲーム感覚でやって、この方はちよつと認知症が進んでいるかなという方には、また、今、市内に介護予防相談センターとかいうのもありますので、ちよつと訪問してみたい？とか〉</p> | <p>〈私たちもそういう年に1回程度ではあるんですけど、そういうボランティアの方向けに、集まる機会を設けたりして、そのときに、また、認知症に限らずなんですけど、その方について気づいたことがあれば教えてくださいますねというところで〉</p> | <p>〈個別の接点の中で、実際入っていくボランティアの方々に対して、知識の啓発っていうのを進めていく必要があるということ、連絡のルートっていうのは、もう一度しつかり持ってもらうっていうのがあると思います〉</p> |
| <p>大きな研修会ですと、なかなか出ないんですが。やっぱサロン活動ですとか、いろいろ会議が終わったあとに、問い合わせをしていただくとか、相談をもらおうとか、そういうケースはありますよ</p> | <p>〈その方と人間関係つくくるまでが、結構時間かかったりもするんすよね。家族とですね。まず相談なんすよね。なかなか有効的な部分っていうか、本人のプライドを傷つけないというところから始まりますのね。あなた受けたほうがいいとかいうんじゃないすよね。そこら辺が難しいところなんすよね〉</p> | <p>〈大牟田市にサロンというのがあるんですが、サロンにそういうふうな認知症のコーディネーターがいて、もの忘れ相談検診じゃないですけど、ちよつとしたゲーム感覚でやって、この方はちよつと認知症が進んでいるかなという方には、また、今、市内に介護予防相談センターとかいうのもありますので、ちよつと訪問してみたい？とか〉</p> | <p>〈個別の接点の中で、実際入っていくボランティアの方々に対して、知識の啓発っていうのを進めていく必要があるということ、連絡のルートっていうのは、もう一度しつかり持ってもらうっていうのがあると思います〉</p> |

1. 早い段階での気づき

| | | | |
|-----------|---|--|--|
| <p>社協</p> | <p>〈いろいろな制度やサービスにつながらない人たちがいて、当然だと思います。そういった人たちへの、継続的な働きかけをしていく上で、専門職だけの働きかけだけでは、なかなかそこがクリアになってくれないということ。その間に、民生委員だとか、見守り活動をやってるボランティアさんだとか、あるいは、地区社協の推進委員の皆さんだとか、そういうところが重なり合って、ようやく1年半とか2年経つて、高齢の方たちの集まる集いに参加できたとか、寄り合い処に参加できたとか〉</p> | <p>〈時間はかかるかもしれないけど、認知症を正しく理解していくつちゅうか、認知症は病気だということ、正しく理解していくための周知啓発を地域の中でおこなって行く。これによって家族が、うちのお父さんとはとか、うちのおじいちゃん、おばあちゃんとはつちゅうふうなおことで、受診を勧めていく〉</p> | <p>〈社会福祉協議会としては、地域のグループ活動の支援。サロン活動とか、ミニデイという活動をやってますので、そういった機会もスタッフの方々に、認知症に限らずなんですけど、参加者さんを見守る目と持っていたら、社協、ご心配のあるケースとかが出てくれば、社協福祉協議会に、いったんつかないでもらうようなルートを持つということ、スタッフの方々に啓発。やっぱり単にグループ活動の中でも、見守り的な機能を持つてもらおうということ、進められたらいいのかなと考えてます〉</p> |
| <p>社協</p> | <p>〈そこから、さらにフォーマルなサービスや制度につながらなくてかすね。もうちよつとインフォーマルな領域、地元の人たちとか、地域の行事なんかと一緒に参加したとか。そういう広がりが、徐々にできるようになってくる〉</p> | <p>〈包括とか介護予防相談センターもそうなんですけど、事業所とかに認知症のコーディネーターさんが入れるってこと。365日24時間、気軽に相談できるようなシステムをつくる必要があるかなと思ってることすね〉</p> | <p>〈何か関わってたり、グループの活動に出てきていただいた方っていうのは、逆にそこでキヤッチできる可能性というのは、多分にあるかと思ってるんですけど。逆にやっぱり地域で孤立してたり、引きこもってたりとかかかっていたり方々の中でも、やっぱりそういう認知症が出たりすると、逆に発見が遅れたりとかかかっていたりするところがあるかと思ってる〉</p> |
| <p>社協</p> | <p>〈長年生きてきた過程の中で、人との接触、接点を持つていく人たちがすね、孤立傾向にあった人へのアプローチっていうのは、多くの人たちの協力を得ないと、なかなか解決に至るまでの方向性が見えてこないんじゃないかなというふうに思います〉</p> | <p>〈社協のほうでも、単身の方でも認知症にもちらちらなりますので、お金の管理が全くできないという人もいるわけですね。だから、日常生活自立支援事業で、軽度の認知症の方は、うちが通帳預かって、なおかつお金の出し入れ、定期的な生活費ですすよというふうな生活支援委員さんがするといことすね〉</p> | <p>〈これは認知症に限らずとは思いますが、そういう方々へのアプローチとか、何がきつかけにできるのかっていうところから、やっぱり今、いろんな方と話してても、やっぱり出てこない方をどうするかっていうのは、一つ大きな課題であり、壁になっているところがある。やっぱりそこが今後、どうしていかなくていいところかなと〉</p> |
| <p>社協</p> | <p>〈事前に行政や包括支援センターと協議の場をつくって、その中で、その人のいろんな問題について、協議をして、そしてそのあとの支援につなげていくという住民を巻き込んだ形の地域ケア会議を、区とか、町内単位ぐらいの範囲で、今、展開をしているところ〉</p> | <p>〈ほかの市町村の取り組みとは、ちよつと違うようなところ。生活介護支援サポーターというのが、いらつしやいます。我々は、今日、大牟田市では、キャロットサービスということがあるんですが、そういうふうな形で、ちよつととしてお手伝いをしていくるか〉</p> | <p>〈直接の本人の接点とともてないままでも、やっぱり、明らかに異常な事態がみえたときに、たとえば、ゴミ屋敷とかあれじゃやないですけど。やっぱり、外見からでも気づけるような、郵便物がうーんとたまたまつちやつてるとかでもいいし、異臭がするとかいう、せめて、その段階の部分では気づく人がいて、やっぱりつなげる人がいるっていうふうなところのアプローチ〉</p> |

1. 早い段階での気づき

| | | | |
|-----------|--|--|--|
| <p>社協</p> | <p>〈事前講座とか、福祉学習とか、いろんな認知症をテーマにした研修会とか、そういったことを、一方で伝える側と聞く側の関係の中での場面設定をつくってきたんですけど。今取り組んで、グループワーク、ワークセッションを通して、その人の問題について検討し合う〉</p> | | <p>〈やっぱり一件一件のケースとしっかり向き合えないといけないというのがある。これは地域の方、やっぱり協議会でも含めて、ほかの専門職の方たちでも、やっぱりマンパワー的には相当限界があると思うので。やっぱり地域の方とのスクラムを組んでやっていくというところが、どうしても必要になるかなと考えています〉</p> |
| <p>社協</p> | <p>〈そういう要因で、いろんなこういう問題行動や、つながらない要因があったんだということや、ひも解きながら、じゃあ、自分たち自身が多様なことができるのかっていうことを、専門職と、それから地域の人と一緒に膝を交えて、検討し合うということが、今のところ成果があるが、サロンの活動にそういう人たちも同じ住民として、認識してもらって、とらえようなことが、これをバックスアップして、今のは、これをちよつと広げていくやり方を行政と包括支援センターと、ちよつと連携をしながら、取り組んでいきたいかなんていうふうには思っています〉</p> | | |
| <p>社協</p> | <p>〈それぐらいやっぱり深刻な、地域の中では深刻な問題として、今取り上げなきゃならないという段階までできちゃってるケースもあるものだから。そこを最終的には、施設の入所だったか、サービスにならなければ、そこでよかつたっていうことではなしに、やはりその状態を、やっぱりできるだけ地域の中で維持しながら、そういう人であっていきましょつて、地域を一緒に考えていきましょつて、そういう投げかけをさせてもらっている〉</p> | | |

1. 早い段階での気づき

| | | | |
|------------|---|---|--|
| <p>自治会</p> | <p>富士宮 自治会 (地区社協) <うちの地区も見守りネットワークついているのを始めたんなんですけどね。富士宮市が認知症サポーターの養成講座とか、そういうキヤラバン・メイトとか、その辺の活動から></p> | <p>大牟田 自治会 (民生委員) <そのときに思ったのが、決して、閉鎖的に考えるのではなくて、地域の中でそういうものを理解するような、そういう地域の体制をつくらないにやならんというふうに思いました></p> | <p>玉川 自治会 (民生委員) <サロン活動の中で、人のいろんな意見を拾うっていうのもありますし。うちのほうの町会ですと、たとえば、一人暮らしで高齢者の方の要援護者の方ですね。やっぱりちよつと心配な方たちに対して、町会で2人ずつ、ご近所の方、お願ひしてらるんですよ。災害時のみっていうことで、お願ひはしております></p> |
| <p></p> | <p><23年からこの地域包括と、社会福祉と、うちの地域で、地域支援と、いわゆるケア会議っていうのを毎月開くことにしたんですよ></p> | <p><なんとかが機会があればということだと思っております。またら、ちよつと平成12年、13年頃でございました。痴呆とか、ぼけとかかいうのは、一種の病気である」というふうに言われて。だから、これを一つ勉強しませんかというふうなお誘いを、役所のほうからうかがった></p> | <p><災害時のみと申し上げても、やっぱり自分の担当になってる人って気になりますので。なんかあると、またお知らせいただいたりするんですね。だから、それがまた広げるといふことでもありますし></p> |
| <p></p> | <p><我々もAさんっていう人を見たときに、「最近、あいさつが返って来ないね」とか、「急に老人っぽくなるんですけど。私より若いのに」っていうのはあるんですけど、そういう運動をしてなかつたときはそういう見方しないんじゃないすよ。やっぱり見方をしやいなんじゃないか。そういう見方をしやいなんじゃないか。かつたところ、ちよつと視点を変えよう。見方を変えようっていうことを、区長さんたちにも言った></p> | <p><地域の中には、団体の代表者さんたちが、いっぱいおられるので、これは、子どもたちも一緒に理解せにやと思いましたが、少年センターの指導員さんとか、警察の補導員さんとか、そういうところまで声をかけて、「一緒に勉強しませんか」ということで、お声かけをさせましたらったわけですよ></p> | <p><認知症の方っていうのは、ご家族がいらっしゃると、やっぱりご家族の見方がありますので、私たちから見たら、ちよつと入ってらっしゃるんじゃないかなと思つても、ご家族がいいとおっしゃられれば、違ひますよとおっしゃられれば、そういうことですよ。そこのとところが難しい></p> |
| <p></p> | <p><地域包括と、定期的に会合。うららの会なんていう会を開きましてね></p> | <p><1年とちよつとぐらひの期間、勉強会をさせていただきました。そして、勉強する中で、やはりこれは人ごとではない。明日は我が身かもしれないというふうな、そういう切羽詰まったようなところを学んだわけですよ。病気だから、いつ、誰に出るかわからないということ。やはりネットワークが必要だろうというふうに思つて、私どものところに、立ち上げておりますのが、「駿馬南人情ネットワーク」というのでございませう></p> | <p><町会と婦人会で、サロンのことをしてらるんですね。歌の会とか、体操とか、子育てなんかもしてらるんですけども。そういうところ、ふれあいルームに来れなくて、ちよつと足が悪くて、ここまで通えないっていう方が、逆にそういうところいらして、帰る道がわからなくなってますね。それが、一番最初の気づきですね></p> |

1. 早い段階での気づき

| | | | |
|------------|--|--|--|
| <p>自治会</p> | <p>＜地域包括支援センターから、たとえば、認知症であるとか、精神疾患とか、そういう人たちの話をネットワークで助け合いませんかとかいう話をしてきたんですよね。そういう話を、地域に持ってきたり＞</p> | <p>＜私たち自身も、気軽に相談をされるような、頼られるような人材になろうねっていうことを、常に話し合っておりました。そして、人情ネットワークが、16年の2月22日に立ち上がりましては、素人でありながら、気軽に相談を受けられるような、私たちが、それを受けて、専門分野にないでいくっていうようなことを強くしようとか。それが地域力を強めることじやないだろうかっていうふうな思ってたわけですよ＞</p> | <p>＜ここは、あんしんすこやかセンターさんとは、すぐくうまく私たち、情報を共有するっていうのか、連絡とってるんですね。ですから、ちよつとそちらのほうからのご案内をしていただけませんかっていうような形。いい形で訪問を見守りという形で、いつも入っていたいていますので、そういう形でちよつとつなげて、また入って＞</p> |
| <p></p> | <p>＜地域っていうのは、毎日隣り合わせで煮炊きしてる。洗濯してる。電気がつく。洗濯が干してある。そういうのがわかるわけですよ。もうそうなら、近所と連携して、助けを求めるときかないんじゃないかっていう話も聞いてきたもんですから、そういう人たちに個人情報ばっかりでやっていると、地域で見守ることをやめるから、家族の同意なんかも求めながら、その人をさ、守っていきましょうよ＞</p> | <p>＜校区内にある施設の協働というのは、どうしても、専門分野が必要だと思います。私も、素人でありながら、気軽に相談を受けられるような、私たちが、それを受けて、専門分野にないでいくっていうようなことを強くしようとか。それが地域力を強めることじやないだろうかっていうふうな思ってたわけですよ＞</p> | <p>＜それにご案内してくださるんです。ここにちよつとどうですかって。前にどんだん進まないうためにも、やはり外での活動を、皆さんとの刺激は大切なことですよ。体のほうも、頭のほうも、やっぱりそれは必要なことと、頭のこと、刺激が必要なこととということ、あんすこさんもよくご紹介をくださって、お連れいたしたいりするんです＞</p> |
| <p></p> | <p>＜そうすると、参加した30人ぐらいの区民の人たちは、最初は、なかなか地域になじまないのに、なんであの人を見守るんだっていう話から、グループワーク入ってくんだけど、最後に各グループ7～8人のメンバーに分けるんですけど、発表してもらおうと、みんな急に出しても、発表してもらおうと、みんな急に助けてくなくなっていくことを表明されると、この地域、日本人みんなそうだと、人はみんなそうだと、思っただけ。助けてくださって言うこと、あつ、彼は認知症だったんだか、あの人は認知症だったんだか。じゃあ、病気がそういうふうじゃないかっていうふうなほうに変わっちゃうんですよ＞</p> | <p>＜現在は、立ち上げましてから10年になりました。住民の意識が、非常に変わってまいりました。認知症の方とその家族を、地域で支えたいこうという大きな柱のもとに、ネットワークは立ち上げましたけれども、最初の頃は、「このためのネットワークですよ」って申し上げても、なかなかスムーズにはあんまりいらしたしやらない相談してくださることばかりは思いました。だから、地域も、今、非常に変わってまいりました。これが、これから先もおおおこれを、認知症に対する理解を深めていく。そして、そういう方が大事だろうというふうな思っております＞</p> | <p>＜ご自分も認知症とは思ってらっしゃらないので、上手にあんすこさんとなつながら、じゃあ、給食一緒に行ってみようかとか、会食行きましようかとか。そういう形で見えてますから、そういうこととお互いに連携とります＞</p> |

1. 早い段階での気づき

| | | | |
|--|---|--|--|
| <p>自治会</p> | <p>＜我々が押しつけてるんじゃないかと、自然発生的にそういうことを言ってくれるような、地域に持ってくっついていうか、福祉の力を＞</p> | | <p>＜拒否される方はずっと何年間、玄関からと隙間からという方もいらっしゃると思いますけれども。何年かかって、この方はうまく調整ができたかなって。行政が入ろうと思っただって、絶対開けない方いらっしゃると思いますから＞</p> |
| <p>＜底力を上げるっていうのは。やっぱり我々がどんどん入ってって、やっぱり一般の人たちを、教育していくしかないなと＞</p> | | <p>＜あんすこさんで認知症の勉強会をよく開いていただいていますけど。地域のみんなが当たり前にわかっていただけはいいいことですよ。自分もいざわかれはわかりませんが、ていうことが皆さんがわかっていたらいいと思います＞</p> | |
| <p>＜地域でなんとかその認知症の人を、声を出さなくともいいから、遠目でも電気がついたよとか、毎日元気がよっていうようなことを見ていくっていうふうにしてしましようよとか＞</p> | | <p>＜でも、ここ10年ぐらいの間に、地域の方も認知症に関して、すごくやわらかい感じで受け入れられてるんですよ。皆さんもたとえば、サロンしてても、お仲間、ちよっととおかしいよね」って、「認知症だね」っていうことがわかると、上手に、関わってくださるんです。来ての方たちも同じこと言う。違うことおっしゃられても、上手にお話の中で、おしゃべりの会であっても、全然違うことを何回でもおっしゃられても、それ上手にみんな吸収して、いざわかれはっていうところは、この頃すごくそれは、私は感じておりませうね＞</p> | |
| <p>＜もう必ず、その人と顔を合わせて、あいさつするとか、そういう高いハードルを求めないでね。まず、さりげなく見てくるっていうふうなふうにしてね＞</p> | | <p>＜だから、やっぱり啓発活動っていうのを絶えず絶えずやってくることかなっていうふうには思ってます＞</p> | |
| <p>＜変わります。非常に変わります。びっくりしました。最初なんかは、なんであえてそんなことやるんだとか、我々が教育受けているからそれだけいいじゃないかとか、なんで地域住民まで下ろしてくるんだっていうような話をしますね＞</p> | | | |

1. 早い段階での気づき

| | | | |
|---------------|---|---|--|
| <p>自治会</p> | <p><だけど、病気になるとか、年取るとか、そういうのは皆さんなるんだから、あなたたちだけ言っても駄目じゃん。皆さん、より広いボトムの人たちをやんなきゃいけないじゃないかっていう。そういう説得から始まりましたね。だけど、スタートしちゃったら></p> | | |
| | <p><だから、たとえば、ここがいいとなったら、ここにこういふところがぼつぼつやってくわけですよ、我々も。そうすると、お城じゃないけど、どんだん外堀も埋まってくると、だんだん不安になってくるんですよ。うちのところもやんなきゃいけねえぞ></p> | | |
| | <p><それに、市の職員が夜でも来ていただいたいて、各テーブルに入って助言するよなシステムをつくったんですよ。役割をね。地区社協でいろんなことをしやべって、その辺のフオローで発表に至るまでの助言とか。誘導するんじゃないよ。なんて、その人たちの意見をなんでもいうことをやってもいいから出しましよっていうことをやってるわけですね。そして、変わりましたね></p> | | |
| <p>かかりつけ医</p> | <p>富士宮 かかりつけ医 <一人で来たときは、あんまりはつきりしたものが診られないことが多いんです。MCIの可能性、当然あるんですが。そういう意味で、3か月～半年ぐらいで、もう一度診せてくださいというところで、お返しします。家族につき添われてみえたときは、大体家族の人が言うんですけども></p> | <p>大牟田 かかりつけ医 <やっぱり大牟田市でやってる検診でしようか。もの忘れ検診></p> | <p>玉川 かかりつけ医 <世田谷区で去年から取り組んでいて、認知症の物忘れ相談みたいな窓口を置いていて、それに私も相談員として参加して受ける相談の印象だと、自分のクリニックで受ける相談の印象が違ってたんですね></p> |
| | <p><家族の人。私が聞くと、30分ぐらいかかるんですけど。ちよつとあまりにも長過ぎるんで。うちに、認知症ケア専門士が3人いるんで、その人たちに当番制で、1日いてもらう。大体その人たちに聞いてもらって、みえた方に、まず聞いてもらおう。全部病歴を聞いてもらって></p> | <p><個人的にも、あつちこつちで、同じ法人の中の仲間と検診をして。そこでも、かなり高い確率で認知症の方が見つかるなっていうのは></p> | <p><クリニックの場合には、なかなか、こつちが聞き出さないと家族も言つてこない。実は認知症で困つてて相談してくる人は、そうそうなくつて、相談してくるっていうのは、よっぽど困つてるときでないと相談してこないですね></p> |

1. 早い段階での気づき

| | | | |
|---------------|--|--|---|
| <p>かかりつけ医</p> | <p>〈看護師が、看護的なことと、できればHDS、長谷川式をやってもらおうんですが。ほとんど看護師か、ケア専門士にやってもらおうんですね。それで、大体のところをつかんで、私のところへ来てもらおうんですね〉</p> | <p>〈もの忘れ検診とその検診というのは、早期発見には、つながるのかなとは思いました〉</p> | <p>〈一方で、そういう相談窓口のところに来る場合には、結構バリエーションがあって、まず本人が気にしている場合。自分は、そういうテレビとか見て大丈夫かしら。それから家族が、ここだったからそういうことを相談していいんだというつもりで、ご家族と一緒に、あるいはご家族のみですね、本人は嫌がるんだけど、ご家族だけで相談できるっていうのが、一つのメリットっていう。診療機関だと、どうしてもご本人がいて初めてという部分があるので、ご家族だけでも受診するっていうことはあまりない。そこが大きな違いかなと思いますね〉</p> |
| <p></p> | <p>〈どうやって気づいて、かかるっていうと、やはり認知症は、あそこはやっつてよというのが、やっばり知られてくると、近所の方が紹介してくれちゃいますね。これが、口コミが、大きいですよ〉</p> | <p>〈住民の方広くやると、いろいろトラブルが起こりますので、ある程度素性の知れた人たち。老人会とか、あるいは、病院にかかっている人たちの友の会みたいな感じのところとか、そういう方々を対象に、行政じゃないですね。あんまり広くやりすぎると、わけわからなくなりますが〉</p> | <p>〈かかりつけ医であるかどうかっていう大きな違い。年単位の変化で、ちよつとやっばり以前とは違うなということと、ご家族に「どう？この辺違う？」って形ができるっていうのが、かかりつけ医のメリットかなと思いますね〉</p> |
| <p></p> | <p>〈町に出て、「うちには、認知症やっつてよ」っていうところですかね。キャラバン・メイトの講習を、私も受けて。私もキャラバン・メイトになつて、町へ出て、いろいろお話ししたり、そういうことをするんですね。そういうので知ってもらえらるってことですかね。その辺が、やっばり一番大きいことですかね〉</p> | <p>〈地域の中で認知症の話をすることで、認知症の早期発見につながるっていうのも、結構多いと思います。家族が、こういつたことは認知症の症状なのかどうか、わかんない人がいらつしやるみたいで、そういつた、いわゆる広報活動っていうか、学習の活動ですね〉</p> | <p>〈通常は、ご本人だけの診療がほとんどなので、ご本人の変化でこつちは察するんですが。やっばり日常生活で、ご家族がおかしいなと思つているときには、一緒にそのときに来ていただいて、ご家族からの情報が入ることと、だいた見方が変わつてくると思つたので。なんとかがご家族が、診察に同行していただくアクションがあると、だいぶ違うのかなと思いますね〉</p> |
| <p></p> | <p>〈相談されるのが、BPSDの人たちばかりなんですすよ。だから、早期発見の意味では、町へ出て活動するとか、紹介してもらおうとか、口コミで行くとかしかかないですかね〉</p> | <p>〈老人会とか、あるいは、病院の友の会とか。あるいは地域公民館で呼ばれて、そういつたときに話をさせていたいただいたあとなつたがるっていうようなこともありました〉</p> | <p>〈コミュニケーションの問題で、医師がどれぐらいい、コミュニケーションを頑張つて、ほかの職種とつとつていけるか。あるいは、言いやすい環境をつくれるかについていうところはありますね〉</p> |

1. 早い段階での気づき

| | | | |
|---------------|--|--|--|
| <p>かかりつけ医</p> | <p>〈認知症をどうやって診ていこうか連携を取っていきましようという、医師の会をつくったんですね。つくったのはいいんですが、1年ぐらいい、全く動かないんで。「これは、まじやうよ」という話をして。「さあ、やりましよう」ということになって、私たちは、物忘れ検討会を3年前に開きました。それで、そこで、最近わかった症例検討とかですな〉</p> | <p>〈ケアマネさんとか、ケアワーカーさんに学習会をして、そこで認知症の初期症状っていうのにながらるってのが、まだあるよな気がします。まだ、ケアマネさんとか、ケアワーカーさんも認知症たくさん見てる人ばかりじゃなからいですね。そうじゃない人たちが気づいてくれるよな学習会を設定すると、結構、早期発見につながるよな思います〉</p> | <p>〈通常は、クリニックがあつたとしても、外の事業所とのやりとりがほとんどなんで、そうすると、ただけその先生に「ちよつと気になるんですけど」っていうの言いやすい環境を医師がつくれているかっているのが、大きいかなと思います〉</p> |
| <p></p> | <p>〈何かしないと、全然動かないもんですから。そうでない、一番困るのは、全部私とこへ、認知症の人たちが集まってきた。私は、神経内科も、ほかの患者さんがすごく困つてらつたりや。なぜかつていうと、時間が遅くなつて。それは、一番困りますな〉</p> | <p>〈自分たちで検診を行うときの問題点っていうのが、実際に見つかつても、明らかに異常であるんじゃないか判断しても、なかなか医療とか、介護、地域と結びつけることができなすよ〉</p> | <p>〈少なくとも介護職の人たち、家族に、医師が、そういう情報を欲しているっていうことは伝える必要があると思つた。先生に、こういうこと言つていいのかわるか、逆に気にされる方のほうが多い印象があるので。僕らはそういう、皆さんの気になる情報があるので。僕らはそれが暗に病気になるなというのを聞きたいと、投げかけてきてくれるのを受けますよっていうのを伝える必要があると思つたな〉</p> |
| <p></p> | <p>〈やっぱり年だろろうとかいうことで、診ないんですな。診ないけど、家族の人が気づいて、連れてくるというところが、ほとんどですな。診てくれないっていうような言い方をするんです。診てくれないのか、気づいてても、あんまりやってもよくなかないからだろろうという感じがしますな〉</p> | <p>〈そこがちよつと問題になつて、長い間ずつと難渋してたんですけれど、少し長寿の方とか、包括の方と相談して、そういつたところ早くから見つけたら、そこにお知らせすよつていうような承諾書を先にとつて、民間の検診でもとつて、そこにつなげるようにすることで、少なくとも放置されるっていうことは少なかつたのかなと思つたな〉</p> | <p>〈現状では行政の役割が大きいと思つたな。要するに、そこに積極的に介入していく強制力というか、そういうのがなかなかない。たとえば、うちにも、時々、相談が来るのは、そういう人たちの健康診断をやつて、そこでまた、拾い上げてほしいとか。もう、ある意味、無理やり口実をつけて、そういう方々の、医療機関に行きたがらない方が多いので、そこを覚えて、なんらかの強制力というか、それに準じたものをもつて医療機関に結びつけていくという仕組みは、少なからず必要かなと思つたな〉</p> |

1. 早い段階での気づき

| | | | |
|---------------|---|---|--|
| <p>かかりつけ医</p> | | <p>〈認知症の広報するときに、こういう怖い病気なんだよってことばっかり伝えよったら、正直いえば、なかなか心に広がらないんです。薬とか、予防教室とか、いろんな進行抑制の方法がありますよってことと。もう一つは、今からこういう手を打つたら、一般的に予防っていうことですね。予防が行えますよっていうような話を組み入れた話は、すごく受けがいいし、あとで心に残るみたいですよ〉</p> | |
| | <p>〈たとえば、行政なら行政、ケアマネならケアマネで、特定の人が繰り返し繰り返し、介護保険につながらなくても顔なじみの関係つくっていいかっていうより、うまくなることが、うまくなるといっていい部分もあります。大牟田の包括のほうで、ずっとかよっていただいていたといううちに、なんかいつの間にかつながったという方法もありますし。あとは、結構医師が出向くと、来てもらおうじやなくて、出向くと受け入れてくれるんですよ〉</p> | | |
| | <p>〈往診をするっていうのが、一番医療に結びつくんじゃないかなっていう気がします〉</p> | | |
| | <p>〈自ら来られる方は、私たちの病院のレベルでは少ないです。やっぱり連れて来られます。もうそれでも来ない方は、訪問して。いまだに〉</p> | | |
| | <p>〈もう最初の2回ぐらいが、残念ながらこっこの完全な持ち出しになるんですよ〉</p> | | |
| | <p>〈一番重視したいなと思うのは、検診、広報も大切なんですけれど。やっぱり行政の力をもっと発揮していただきたい。発揮できるように、行政との連携を深めたいなと思ってます〉</p> | | |

1. 早い段階での気づき

| | | | |
|---------------|--|---|--|
| <p>かかりつけ医</p> | | <p>＜行政の連携、力っていうのは、たとえば、一人暮らしで孤立してわからなくなっている状態の方に、いろんなその人の個人情報にアクセスできる立場に＞</p> <p>＜そこに介入してもらって、たとえば家族とか、そういう場所の連携をとるとか。あるいは、医療機関としての連携と共に、行政っていうのがやっぱり信頼度高いですよね。行政から来ましたっていうことで、患者さんのその入り口を開けてもらう。連携をとって持ち回らうっていう意味で、その包括とか、行政との連携っていうのが、やっぱり欠かせないのかなと思います＞</p> <p>＜逆に行政がいつてもいけない人は、今度医療が向うとかがかですね。お互いのやり取りがうまくできたら、もっといいなと思います＞</p> | |
| <p>家族</p> | <p>富士宮 家族 ＜一緒に関わってる上司が計算間違いや、注文間違いや、普段、全然やれてたのが、やれないうつてのが。普段接してるのが、会社の人たちなので、そこで、それを通り過ぎないで、ちよつと心配してくれただのが、私たちに一番。初期段階で発見してくれたので、助かりました。家族が発見すると、もっと遅くなつてたと思います＞</p> | <p>大牟田 家族 ＜母が巻き爪で。そこに連れていったら、その先生は、とつてもまご親切で、巻き爪です。で、2～3か月間置いて受診するわけですね。それを、何回かしているときに、「お母さんの様子がちよつとおかしいよ」と。「気がついてるね？」とおつしやつたので、えつという事で。そして、「大牟田市立病院に、もの忘れ外来ができてる」と。「だから、即、受診させなさい」と。「そして、早く対応すれば、進んだらいいからね」ということを、教えていただきました＞</p> | <p>玉川 家族 ＜認知症であつても、病気ですからつていうことで、今は、いろいろと言われてますけども。私の場合から申し上げると、家族が、ほかの人に、こつういうふうに言いたくないこととありましたし。それから、認めたくないこととありましたので＞</p> |

1. 早い段階での気づき

| | | | | |
|-----------|---|--|--|---|
| <p>家族</p> | <p>＜私たちの家族のいろんな事情を知ってる友だちが一人いて、その人にすぐ言っ、「病気になるっちゃった」って言ったから、いろんなアドバイスをその子がくれたんです。だから、その子のおかげで前向きになれました。本当は暗い性格なので、本当に暗く、うちに引っ込むような感じなんですけど、その人が救ってくれたって＞</p> <p>＜主人と二人で抱え込んで暗くなるよりは、治したいほいなので、誰かに相談しようって。誰でもいいんですよ、相談できる人。自分たちの、もう本当に、全部を話さなきゃいけないので、家計から何から。そういう友だちって、人がたまたま私にはいたので＞</p> <p>＜隠さないってこと。うちの中の全部を出さなくちゃいけないんで、ここでみんなは止まっちゃうんですけど。治すには、それを止めたらできないんで、もう出して、どうして、助けてって言える勇気は＞</p> | <p>＜それまでは、市役所の市政だよりで、認知症の勉強会とか、認知症ユーザーとかかかっていう言葉は知ってましたけど。私のほうは、勉強はしてましたけど、認知症はつながらなかったんですね、その時点で母の認知とはです。質初めと一緒に受診をして、母が自分でずつと質問をされるときに、半分以上答えられなかったんですよ＞</p> <p>＜うつになっているのかわからないという気はあったんですけど、それがいわゆる認知症につながっているという気は全然なかったですね＞</p> <p>＜帰ると冷蔵庫開けても減っていないんですよ。「どうして食べなかったの」って言うたら、「いや、年取ってるから、全然ひもじくないから」っていう意欲の低下、意欲の低下が起きてきたかなとは思ったんですよ＞</p> <p>＜家族会に見えては、2、3回来てよかったですよ。いながら、また消えていかれるわけです。そういう方の繰り返しです。もう3周目ぐらいになつてると思っています＞</p> | <p>＜周りからこういうふうに言われてみても、実際にやるのは、私、本人なんです。そうすると、なかなか動けなかったりといったことがあります＞</p> <p>＜家族会でも、いろいろと悩んでらっしゃって、いろいろお話をしてるんですけども。そうすると、介護してる人は、言われていることはわかるんですけど。いざ、病院につなげるっていうことが難しい＞</p> <p>＜要するに、介護されている人が、「絶対嫌だ」と言ったときに、お連れすることの難しさがありませんよ＞</p> | <p>＜対象者となる方が、頑として、いうことを聞かない場合に、内側から言っていると、頑というこ</p> <p>＜本人が行かないっていうことは、家族とすれば、業を煮やしてるところなんですが、もう八十何歳になったら、必ず行かなくなっちゃいけないという、義務付けられると、なかなか行きやすいんじゃないかとかね。内側から言うよりも、外から言うてもらったほうがいいのかなっていう提案はしてますね＞</p> |
|-----------|---|--|--|---|

1. 早い段階での気づき

| | | | |
|-----------|--|--|---|
| <p>家族</p> | | <p>〈近所の方がちよつと上がりこんで、2～3時間面倒を見らんでも話しておかしくて、お茶飲みながら、休んどいてあげようから、あなたつながりじやないかなと思ふんできどね。だから、そういう意味では、やっばり赤の他人で、しかもそのプロの方が行かされると、すごく簡潔にはできるかもしれないけれど、相手方が求めることには、ちよつとほど遠いかも思ふんできどね〉</p> | <p>〈家族会を松沢病院で開きましよう。世田谷区のフェロー会と、目黒区のこの会かしら？渋谷区のハラッパーズかしら。その3つの会の30人近くが集まって〉</p> |
|-----------|--|--|---|

2. 日々の暮らしの中での困難の見極め

| | | | |
|----|--|---|--|
| 行政 | <p>富士宮 行政 <受診・相談に繋がっているという気づきは、一方で医療機関の連携というのがありますから、認知症の相談窓口の一覧表をつくって啓発したり、また、そのもの忘れ相談連絡票で、要は相談機関に連絡したら、アセスメントをして、それを保持して初期受診をするついでに、その流れが、しくみが二つあるのです。それを医師と一緒につくり上げていくものから、それがやっばり定着するような動きを、また市内全域に広がるような、そういう動きをしていくつのが、課題ですかね></p> | <p>大牟田 行政 <認知症コーディネーター研修が、一番有効だったんじゃないかなと思います></p> | <p>世田谷区 玉川 玉川 行政 <1つ作っていただいたアセスメントツールは共通の仕様で健康問題とか、生活障害、社会性とかいろんな項目立てに整理されていて、かかわりの初期とその後経過を見られる1つの指標で、これは皆さん活用されて></p> |
| | <p><福祉で困ったら、ここに来ればいいんだね> がついてみるから、まず情報がつながって、アセスメントの初期が生まれるんですね></p> | <p>大牟田 行政 <毎月1回サポートチームのメンバーと、そこにケアマネとか、いろいろな人たちを多職種、医療機関とかドクターも入れて、定例のカンファレンスを開催してらるんですが。そのカンファレンスでさらに、どうしてもコーディネーター研修にケアマネとかいるんですけど、医療的な知識やっぱり不足する、医療的な視点が不足します。ここをカンファレンスの場で補ってもらえます。そういうケースにはこういう医学的な視点も、必要なんだ。困難の見極めつてのが、スキルが上がついていくんだと思います></p> | <p><1個先生に協力していただいてCDRをベースにして生活機能評価ができるようなものを1個指標としようか、ツールを作ったんです></p> |

2. 日々の暮らしの中での困難の見極め

| | | | |
|---|---|---|--|
| <p>行政</p> | <p><1つは主訴が不明確な相談。なんで困っているのかを聞き取るってことが重要></p> | <p><地域包括支援センターにもコーデイネーター研修の修了生もいますし。とにかく包括支援センターに乗っていくんですけど、その入り口が、直、在宅介護支援事業のケアマネジャーにいたりとかすると、僕らの支援してる、目指そうとしてるルートがちょっと外れたりしていくケースが></p> | <p><27か所の包括の職員の中に1人、認知症専門相談員という看板掲げる職員さんを1人設けてもらってますけど、彼らに研修をちよつとやって、みんなこれは職員さんにも伝えてもらって、日常業務の中で、「できて、疑わしい、ほとんどできてない」とか当たるとか軽いか、何生活の障害がどのぐらい重いとか大体分かっていますので、認知機能低下が疑われる人にはこれを試しにやっつて、「可視化してほしい」ということをお願いしているんです></p> |
| <p><2つ目は、要は、多重な問題を抱えている。そこを世帯でしつかり聞き取って、年齢の壁も全部取っ払って、世帯で全部聞き取って、そこから使える制度を精査して、つなぐ機能></p> | <p><やっぱり認知症発症してから、相談に来るまでとか、私たちがつながるまで、4年、5年かかったりとか、ケースがあったりして。どこに相談していいかわかんなかったとか、家族でなにかみていたとかですね。そういう部分では、家族がずっと苦労しながら、何年間みているってケースもありました></p> | <p><いろいろな生活の障害が起こってるんですけど、実際、じゃあ何ができて何ができてなくて、この後マネジメントしてプランニングしていくのになんかというアプローチをする必要があるのかというの、包括の職員と実際スーパービジョンしてくれる、例えばは助言者の先生方と、あと支所の職員と私たち本所の職員が一同に可視化して見れるツールが何もなく、かなり包括の職員の主観によるとところが多かつたんです></p> | <p><なので、ちよつと客観視できるものがほしいということ、見守り訪問看護という事業だったんですけど、その見守り訪問看護の事業をやる中で、こういうものを1個作ろうと考えると、先生に助言していただいて、その3年間の中で作ってきたのがこれなんです></p> |
| <p><前さばきがあって、初めてアセスメント機能がある></p> | <p><コーデイネーター研修は、今、85人修了していますけど。どこまでやるんだって言われるんですけどね。おそろく近い将来、「どこがゴールだ？」って言われると思うんですけど。答えとしては、全事業所に一人ずつは、やっぱり300事業所ある中では、全事業所に一人ずついるってのが答えになるんじゃないかなって思うので。多くの事業所に、その研修を受けた人がいて、しかも理念も共有しているところがある、一つです></p> | <p><コーデイネーター研修は、今、85人修了していますけど。どこまでやるんだって言われるんですけどね。おそろく近い将来、「どこがゴールだ？」って言われると思うんですけど。答えとしては、全事業所に一人ずつは、やっぱり300事業所ある中では、全事業所に一人ずついるってのが答えになるんじゃないかなって思うので。多くの事業所に、その研修を受けた人がいて、しかも理念も共有しているところがある、一つです></p> | <p><なので、ちよつと客観視できるものがほしいということ、見守り訪問看護という事業だったんですけど、その見守り訪問看護の事業をやる中で、こういうものを1個作ろうと考えると、先生に助言していただいて、その3年間の中で作ってきたのがこれなんです></p> |

2. 日々の暮らしの中での困難の見極め

| | | | |
|-----------|---|---|--|
| <p>行政</p> | <p>〈保健師、主任ケアマネ、社会福祉士、みんな実態把握に動くんですけれども。そこでしつかり実態を共有したら、週1回、チームアプロで情報共有して、その支援でいいかどうか確認をしっかりとやって、必要であれば医療の力を借りる。権利擁護の力を借りるっていうレベルの専門職連携についていく〉</p> | <p>〈このサポートチームを、もう少しうまく活用できたらいいなっていうふうに思っています。地域包括支援センターに、ケアマネジャーからの相談が入ってきて、地域包括支援センターにいるケアマネジャーとかが対応してうまくいくケースももちろんあるんですけど。まだそれはいいほうで、地域包括支援センターにながらないと、やっぱりその事例って落ちていくこともあったりするのです〉</p> | <p>〈共通で可視化できるアセスメントツールって、やっぱりあるといいなと思うた〉</p> |
| <p></p> | <p>〈小規模事業所は難しい部分も、実はある。そうはいっても、やっぱり月2回研修で派遣するのって、その間、現場は手薄になる。本当に10人規模ぐらいの小規模の事業所は、たぶん出せないです、今の体制では〉</p> | <p>〈地域包括支援センターによるんですけど、居宅介護支援事業所を回っているって、困っていることはないですがやっつけている事業所もありませんし。会交換という形でそういう事業所、ケアマネにも集まってもらって、そこで話し合いをしたら。もうそれは一方的にその研修という形で集まってもらって、研修したりとかっていうところは、それぞれ各センターで独自に考えてやっています〉</p> | <p>〈診断される前であつても関わりの初期の段階で、この人に今後医療に、認知症なので受診と診断が必須だと思ってるんですけど、受診、診断になつて前の段階であつても、今ご本人がどういう状態にいるのかとか早めにトリアジしてほしいと思ってるので、関わりの初期の段階では1回これをやってみてほしいということ。包括の職員に話しています〉</p> |
| <p></p> | <p>〈一番難しかったのは、チームアプロですよね、専門職の。専門職を仲よくするっていうのは、非常に難しい問題で。そこを、専門職をしつかり事例共有して、みんなですべてチームアプロでできるような環境づくり〉</p> | <p>〈最初の段階で包括の窓口の職員がトリアジする機能がないと、初期集中にまづつなげるといふところがしつかり包括ができないと、あの事業、生きないんだと思ってるんです〉</p> | <p></p> |

2. 日々の暮らしの中の困難の見極め

| | | | |
|------|--|---|---|
| 行政 | <p>〈しつかりチームアプローチがもつともっと、みんなが風通しよくできるような環境を、しつかりつくっていくことかかってますね。人が変わっていくので、やっぱり継続させていく問題が大事〉</p> | | |
| 地域包括 | <p>富士宮 地域包括 〈ヘルパーさんが本当に介入してもらって、毎日の中を支援してもらってという形だったんですけど。介護保険のヘルパーさんが、この人はどこがどうできなくなってきたりやあって、今こういう状況になってきたりやつて中であつていうところを、見極めをさせてもらいながら〉</p> | <p>大牟田 地域包括 〈私たちの立場でできるとすれば、やっぱりいろいろなアセスメントをおこなって行って、いろいろな方からの情報収集をやっているという形が、一番有効だというふうには思っています。もうそれしか方法はないのかなというふうに思っているんですけども〉</p> | <p>玉川 地域包括 〈相談があったときに、訪問をさせていただいて、おうちの状況だったりとかを聞いて。ご家族がいれば、そこら辺は、ご家族とのお話の中で、見極めていってついでというところ、しかるべきサービスにつないでいくというところがあるんですけども〉</p> |
| | <p>〈ケアマネさんが、皆さんが皆さんが皆さんつってわけにもいけないんですが、こういう人がいてついでというのは、包括のほうに聞いていた中で、「じゃあ、もう次の段階はこういうことが考えられるよね」なんて話も、ちよつと一緒になさされていたんですが。その方もケアマネさん家族の協力も得られないとかついでで、次どうしていいかわからないとかついでで、「一緒にまじは病院行って、受診をやつていかなければならないかな。つながつてきて〉</p> | <p>〈元気なうちに。何かあつたらここに相談に行こうというふうな形ができるとわかなくなつてからじゃなくて、早く見つかると〉</p> | <p>〈お一人の方だつたりすると、なかなかそこは、やっぱりこちらのほうで、つながつるとか、できていないのか〉</p> |

2. 日々の暮らしの中での困難の見極め

| | | |
|----------|--|--|
| 地域 包括 | | <p>＜今、認知症の専門相談員というのが、世田谷区は、1人置きなさいよということ、初期集中のモデル事業なんかもやってるんですけども。そういうところ、ちよつと認知症の初期だけけれども、まだサービスタフがないんだよという方を、ちよつとモデルにして、入っていく支援を＞</p> |
| | | <p>＜もの忘れ相談ということ、誰でも、うちの職員は、聞くような体制なんですけど。一応、認知症の相談の取りまとめという担当の職員を、一人置いてるという形です。そのモデル事業をやったりもして、早くとつなげる。そのままでの間の支援をしていくというところが、特にお一人の方に必要で＞</p> |
| | | <p>＜診断から。まず、お医者さんからかかってないなということもあると、お医者さんにつなげていくところからのスタートであつて。どのぐらいのことができていくのかというのを、関わりの中で見極めていくかな＞</p> |
| | | <p>＜病院に行くにしても、一人で行つても、認知症の状況とかは、お伝えができませんので、そこから辺のところを、状況を見ながら、一緒に行つて、状況をお話するとつなぐということ、お一人の方の場合はしてまます＞</p> |

2. 日々の暮らしの中の困難の見極め

| | | |
|------------------|--|---|
| <p>地域 包括</p> | | <p>くちらにながって、来ていただけような仕 組みが、今、民生委員さんだったりとかという ところでもつながって、来ていただけると すけれども。そこをもう少し広く啓発、あんし んすこやかセンターにしないというところ と。ここでつなげれば、状況によって、ケアマ ネージャーさんにつないでいけるかなというところ なので</p> |
| | | <p>くご家族が抱え込んじゃってたりとか、やっぱり 認知症だとか、介護のお世話になるとかかってい うことを恥ずかしく思ったりとか、隠したいと 思う方も、まだまだいるんですね。そうなっ てくると、なかなかそこに入り込んでいけな かったりとか。やっぱり私たちでは、このぐら いのサービスが誰かしら入ったほうがいいと か、デイサービスに行ったほうがいいとかって いうふうにも思っても、どうしてもやっぱりご家 族、ひいきめに、まだまだそんなことはない。 お元気だっと思いたいとか</p> |
| | | <p>くあとは、お子さんの代。息子さんとかだと、ど うしても、元気なときのお母さんのイメージが あって。お仕事なんかしていると、全然関われな くて、現状が見えてなくて、もうお薬の管理と かも自分でできてないんだけど、できるだろ うというふうになっただけで、今。今の いろいろな暮らしの中の困難さは、こちらが 感じてても、それをご家族にうまく、「整理が 必要なんだよ」って伝えてくるところ を、取り組む。支援のポイントとしてはあるの かなというところですよ</p> |

2. 日々の暮らしの中での困難の見極め

| | | | |
|------------|--|---|--|
| <p>社協</p> | <p>富士宮 社協 <アセスメントをとった中身の部分の情報共有がさちんとされたいので、その専門機関の中での情報だけであって。そこをやはりケア会議にしても、専門職のみとかですね。実際にやっぱりその人に近い近隣の人だとか、受け入れてもらえそうなか、ちよつと離れて住んでいるところの友人だとか。そういう人たちの情報も含めた形でプランニングしていかないと、やはり解決難しいと思いますし。持っているデータが、やっぱり見える部分だけのデータのところが多いので></p> | <p>大牟田 社協 <我々としては、市の社協の立場としては、やはりもちろん行政とも、介護事業所とも一緒にになりながら、やっぱり市民に周知啓発を進めていく以外、なかなかこの辺はないんですよね></p> <p><たとえば、スーパーの職員に認知症のサポート養成講座をするとか、銀行マンにサポート養成講座をする。郵便局にサポート養成講座をする。ある意味、お坊さんに対して、サポート養成講座をする。お坊さん、自宅に行かれまますから></p> | <p>玉川 社協 <実際、どの程度、日常の生活上で、できることとできないことができてしまっているのかっていうのが、私たちの接点では、なかなかか生活を見ているわけではないので、なかなか見極めにくくっていったらいいのが一つあって></p> |
| <p>自治会</p> | <p>富士宮 自治会(地区社協) <結局、その辺は民生委員であり、地域包括であり、地域支援型とか、ケアマネージャーの領分だ></p> | <p><やっぱり人と接して、気づいてやるつちゆうのが、非常に大事なのかなという感じですよね></p> | <p><連絡があったりすると、ご本人にお会いしてみても、ご本人のお話とご連絡いただいたボランティアの方との話の段で、やっぱり心配だとなつていくことがあれば、ご家族がいらっしゃればちよつとご家族に認知症ということではないんです。こういう、ちよつとお話があったんで、どうですかというような連絡をしたり。また地域包括とかいうところにこのケースについて何か知っていることはないかということと、ちよつと尋ねてみたりということと進めていて></p> |
| <p>自治会</p> | <p>玉川 自治会(民生委員) <季節外れですか、何枚でも着てしまおうとかね。それは、もうすぐわかることなんです。わかるけれど、それを私たちが着せ替えられるかっていったら、それはちよつとできないというところがあります。それは、お身内の方とどうにかこれをお話ししないと前に進めれないなって、いつも思う></p> | <p>玉川 自治会(民生委員) <季節外れですか、何枚でも着てしまおうとかね。それは、もうすぐわかることなんです。わかるけれど、それを私たちが着せ替えられるかっていったら、それはちよつとできないというところがあります。それは、お身内の方とどうにかこれをお話ししないと前に進めれないなって、いつも思う></p> | <p><連絡があったりすると、ご本人にお会いしてみても、ご本人のお話とご連絡いただいたボランティアの方との話の段で、やっぱり心配だとなつていくことがあれば、ご家族がいらっしゃればちよつとご家族に認知症ということではないんです。こういう、ちよつとお話があったんで、どうですかというような連絡をしたり。また地域包括とかいうところにこのケースについて何か知っていることはないかということと、ちよつと尋ねてみたりということと進めていて></p> |

2. 日々の暮らしの中での困難の見極め

| | | | |
|------------|--|--|--|
| <p>自治会</p> | <p><日常の気づきについてのは、我々の地域なものですから、その辺に徹底しましょう。サービスのことや、その辺のことは、立ち入らないようにしましよと。そうしないと持っていくと、何、そこまでするの。だから、まずさげないといんだけど、そういう表現でお願いしてる></p> | <p><包括センターにお願いをして、専門的な目で、この方が本当に認知症なのか、それがどのくらい進んでいくのかについているのを、ある程度長期の期間でも、訪問していただいている見たいだくつていうふうには、つないでおきます></p> | <p><区のほうへ行っても、現場のこととわかってないわけですから。この現場と現場がつながりながら区に上げるというような形をとらさしていただいているんですね。だから、よそと比べて、お話を聞いている限りでは、ものすごく、さっきのあんすこさんと包括支援センターとうまくつながりをもたせていただいておりますね></p> |
| <p></p> | <p><動いてますね。逆に、その辺を私たちも、毎月定例の会議とか、その辺で進行状況とかを聞いてるわけですね></p> | <p><認知症を支えていくという問題は、地域が本当にそれに向かい合えんとできません。この地域よそごとのようにして言葉だけでは、もうこれは、支えることはできません。真正面から向かい合って、この方をどうするのか。この家族は、じゃあ、どうなるのかについていうところまでは、まあ、もうそこは絶対最後まで、その方々の真剣に、立たなければ、救うことはできないと、思っています></p> | <p><「どう」って、「ご存じ」って言いながら、「私たちこういうふうにあれだけ、どうですか」、「あんすこさんわかっていますか」とかさ、「あんすこさん今、この方どう」って、「お会いになったことありますか」っていうような感じでの情報交換しながら前に進めていくっていう。サービスを、あんすこさんのほうでこんなサービスありましていいながらに出していただくといいながら></p> |
| <p></p> | <p><いきなりハードル高くしないで、逆にそういうことよって、福祉のレベルが上がって、自然発生的にこの辺まで地域でできるんじゃないとか、向こうから提案が出てくるんです。その辺ができてきつつかあるというところじゃないですか。まず、あんまり期待しないで></p> | <p><地域とご本人だけ、家族だけではできない。これは、限りがありますので。とにかく、公的な立場の、包括センターみたいなそういうところも一緒に巻き込んでいく></p> | <p></p> |
| <p></p> | <p></p> | <p><地域の中の隅々には、いろんな支援を待ってる方もいらっしゃるしやいますし、そういう方々の声は、やはり地域がここに届けないければ、本当の意味での支えにはなっていないと、いうふうには思っています。まず、包括と地域は、やっぱ一体になっておくことが必要だろうというふうには思っています></p> | <p></p> |

2. 日々の暮らしの中の困難の見極め

| | | | |
|---------------|---|---|---|
| <p>かかりつけ医</p> | <p>富士宮 かかりつけ医 <最初というか、あまり進んでない人たちにとつては、介護保険に結びつけていくというのが、一つの手だと思うんですが、それに対して、困ることというのは、やっぱり本人が嫌がるというところですかね。それを、やはりいろんな人に、周りの人に勧められて。そして、この方も知ってるお友だちがいて、その友だちに勧めてもらおうというようなきき込み方をして、やってみるんですけれど。大体は、最初は嫌がるけど、大体は行くよ></p> | <p>大牟田 かかりつけ医 <診断プラスアルファっていうことでは、その外来の場面でいけば、外来の場面でいけば、やっぱりついでにご家族とか、親族の方。あるいは、近所の方でもたまたまについてくるんですけれど。そういうふうな展開を見せましますよ。先、このいうふうな展開を見せましますよ。それによつとよくな表をつくつておきますよ。それも季節感がなく渡して。たとえば、洋服が、どうも季節感がなくなつてきたときには、水分がとれているとか、食事のとれるのかとか、そういう物にはちやんと行けてくささいとか、そういうことをチェックして、まず一つは、お伝えするよ。こういう方策があります。それとも一つ、やっぱり一番医者にとつて有効なのは、実際に患者さんの方に、やっば行くことなんですよ></p> | <p>玉川 かかりつけ医 <困難かどうかっていうのは、ご本人、ご家族の受け止め方によっても変わるし。僕らの尺度だと、これができるできないが困難の尺度、あれになるんですが。ご家族にとつては、それも誰かが補ってあげられてれば、決して困難にはなつてなかつたりするので、そのギャップは、やっぱこつちが意識する必要があると思うんですね。こつちがそれを困難だと思っても困難と感ぜなければ、困難でない可能性も。逆にこつちが困難と思つてないものも、その環境だと非常に困難になつてきているケースがあるので、医師の物差しだけで困難を決めつけないほうがいいかなと></p> |
| <p></p> | <p><家族の人も、本当の意味で協力してくれるのか、自分たちが見なくて済むからなのか、経済的な問題なのかというところも、こちら、こつちやっば、話す中で、聞きながらいろいろありますよ。なかなか家族の人って、いろんな見えてくれないとね。本当に協力的な人と、ほとんど見えてくれないという、極端な人、両方。だから、真ん中の人たちは、ある程度、流されて。強く言つて、やっばもうようようにしています。そうすると、大体やっばくれまますかね、その辺の人は></p> | <p>くうちにいったら、もう生活が成立しているから、してないかというの、ある程度わかるところで、家に行くというの、ただ、なかなかそれが時間的な問題でかかわらないから、やっばりこれは、もう包括とか、ケアマネとか、ソーシャルワーカーの方に行つてもらう。そこで、生活が成立しているか、していないかを、やっばり見てもらうっていうのが、一番必要。></p> | <p>くもう実際の本人、あるいはご家族が何が困つて、なぜそれ困つてるかというところまでつて、んでいかないと、困難が見えてこないというところがありますね。こつちが予想もしなかつたことが困難になつていたりということ></p> |
| <p></p> | <p></p> | <p><非常に恵まれているんだろうと思ふんですけれども、ソーシャルワーカーとか、看護師に、「そこら辺、ちょっとこの人の生活状況についてうか、連携状況調べてね」って言うたら、ソーシャルワーカーのほうで、ずつとそこら辺、段取りつけてくれて、情報収集してくれました></p> | <p><どんだけ当事者のことをうまう聞いて引き出せるか。ほんとに何が困つてるか。こつちが「これ困つてるでしょ」っていう姿勢よりも、「何がどう困つてるの？」っていう形の関係性にもつていけるかですかね></p> |

2. 日々の暮らしの中の困難の見極め

| | | | |
|---------------|--|---|---|
| <p>かかりつけ医</p> | | <p>〈ソーシャルワーカーは3人いるんですけど、3人ともそれなりにしつかりと高く見極めてると思います。たとえば、「もうこの人、受診不要じゃないかなと考えます」って意見まで、言ってくれます。「もうちよつと待ってもいいかもしれません」と。その代わり、手放さずに定期的に経過見ますので。包括は力量高いです。大牟田はものすごく高いと思います。ケアマネジャーも、本当に人それぞれです〉</p> | <p>〈一番やりやすいのは、ヘルパーさんだと思います。ヘルパーさんが、一番身近にいて、ご家族とご本人の両方がある意味客観的に見て、かつ介護に必要な要素がある程度、知識としても持っているので、ヘルパーさんの機能っていうのは大きいと思います。うちの中でも、ヘルパーさんが僕ら医師にそういうの投げかけてくるケースは多々あります〉</p> |
| | | <p>〈たぶん、ここまですーシャルワーカーなんかはやってくれているのっていうのは、たぶん残念ながら、うちだけだと思います。だけど、包括にいくつかの法人が、人出しているんじゃないですか。包括に人出している法人のところでは、人が育っています〉</p> | <p>〈経験が浅い方はやっぱり目の前に生じた困難になりますし、経験がある方はもうその一歩先をたぶん、この先はここが困難になるだろうというところまで、やっぱし視野を、ちよつと広い傾向があると思います〉</p> |
| | | <p>〈そういういった人間を、できるだけたくさんつくっていくことなのかと思います。あとは、小規模の人たちを、大牟田市内にいっぱいあるようなところを、きちんとしていって見極めができるようになってくると、すごく入り口としていいのかなと思います〉</p> | |
| | | <p>〈みんなで事例検討一緒にできる人間をどんどん増やしていくっていうことなのかと思います。大牟田で今やっている、認知症のサポートチームのカンファ。ああいったものが、本当は地域でどんでんできるよになると、力量がいぶん上がって〉</p> | |
| | | <p>〈医師が参加する必要性が、本当はあると思うんですよ。ただ、医師が参加すると、医師主導になり方みたいなのを、みんなで勉強できればなと思うんですけども〉</p> | |
| | | <p>〈医者も、もう横からちよこ言葉掛けする程度のカンファになればいいなと思うんですけどね〉</p> | |

2. 日々の暮らしの中での困難の見極め

| | | | |
|--|---|--|---|
| <p>家族</p> | <p>富士宮 家族 <やっでいきながら、ここ、できなくなっちゃったんだなっていうときは、友だちに聞いて。たとえは、「今までは、下着を自分で引き出しから出さずけど、最近、ぐじやぐじやうみになつて出すけど、また履いたのも入れちやうみしたいな感じでなってるよ」つて言ったときに、友だちに聞いて、「どうしてフオローしてつたらいいの？」みたいなのを聞いて、もしたら、じゃあ、「名前を書きなさい」とか></p> | <p>大牟田 家族 <施設への連絡票で随分救われました。どんなこと書いてたかなと思っで見たら、最後亡くなるまで12冊か13冊書き上げてますけど、「5冊目で、やっこのイライラを皆さんのおかげで卒業できたとよになりました」と表紙に書いてるからですね。最初の2冊目、3冊目ぐらいのときは、もう私の怒りと悩み、そういうのを書きながら、毎日連絡票じやなくて、私の愚痴を書いてもらう、聞いてもらおう></p> | <p>玉川 家族 <自分では、認知症は病気なんだよっていうのは、わかっでますけども、毎日、四六時中、一緒に生活してると、自分自身が見えなくなっちゃやうというか、主人には、「おふくろさん、病気のなに、君は冷たいね」とか、そういうふうに言われてしまったりとか、難しい。なかなか自分自身が切り替えることが、難しかったっていうことですね></p> |
| <p><でも、プライドがあるので、嫌だつて言われたので、じゃあ、名前書かないで、引き出しから出したときフオローが間違つたら、私が直せばいいんだつて感じて自分で変えて。そういうふうに一つ一つやっで、友だちに聞いて、そのやり方をやっで、主人には合わかつたら、じゃあ、こんな感じで普通やっでるのを、私が自分でフオローすれば主人は傷つかないだろうつて、一個一個、一回駄目だったのを、主人の方向で変えていったんですね></p> | <p><やっばり書き綴る、そして、それを誰かにちよつと見ってもらつてひと言声をかけてもらね。それでわい私は恵まれてたんだと思っで母の現実を、ある程度受け入れられたから、母の周りの状態でいいか、基本核の状態で済んだかもの忘れ的なこと、そういうことと済んだかなつて思っですね></p> | <p><私たちはその当時、暴力したり、徘徊をしたり、トイレの粗相をしたりとか、ああいうことが認知症と私も最初思っでました。だから、生活の日々の中での今までできてきたことが、できなくなつてるとか。日常できてきたこと、その具体例をあけてですよ。そして、こういうことでもできなくなつてのは、認知症の初期の状態ですよつていうことを教えてもらつて、私も、その時点でずいぶんけんかしないで済んだと思っですよね></p> | <p><結局自分では、母が認知症になつたつていうのはわかっではいるんだけれども、わかりきれてないというところがある。なんつていうところの、ずつと積み重ねたんですね></p> |
| <p><先生にも相談し、友だちにも相談して、主人にあった方法を選んだ、私が。嫌だつて言うから、じゃあ違う方法のほうがいいんかだつて。やっばり性格とか、いろんな知ってるのは私だから、みんなは普通のアドバイスを私に教えてくれたけど></p> | <p><今は介護保険というのがありますから、そのときは、やはり、頼むと母に対して申しわけないとか、そういうことが頭にありましたので、なんとか自分でやろうということでしたから></p> | <p><今は介護保険というのがありますから、そのときは、やはり、頼むと母に対して申しわけないとか、そういうことが頭にありましたので、なんとか自分でやろうということでしたから></p> | <p><今は介護保険というのがありますから、そのときは、やはり、頼むと母に対して申しわけないとか、そういうことが頭にありましたので、なんとか自分でやろうということでしたから></p> |

2. 日々の暮らしの中での困難の見極め

| | | | |
|-----------|--|---|---|
| <p>家族</p> | <p>＜試行錯誤。失敗したおかげで、主人とつき合っ てくやり方が自分なりにできたのかなって。本 当にいつぱいあるけど＞</p> <p>＜知識は一応は聞いたけど、やっぱり現実と違 うので、こんなときにどうしようっていう相談 相手の電話でもいいから、そういう人がいたほ うが、まだ私的にはいいかなって思います。＞</p> | <p>＜内科とか、整形とかには連れていって そこでは、そういうお話しがで この先生が行きやすいと思 きつとやっばいお話しがで 族が連れていこうと思 連れていけ」とか 年寄りも信頼してあると思</p> | <p>＜一週間たつたときに迎えにいくと、なんで早く 来なかつたのよって言うから、そこでまた落ち 込むわけですよね。帰りは、また、一週間戦場 が始まるんだなっていう暗い気持ちで帰って くつて、やはり自分ごとが何回もありません ども、やっばい自分で、気持ちを切り替えてい しかならないってことは、ぶつかったときに初め てわかるということ＞</p> <p>＜もう少し、地域包括なり行政なりが、介護保険 を自由に使って、それで気晴らしをしていいん ですよって言うことを、もうちょっととアピル することがいいのかなと思います＞</p> <p>＜一番救いになったのは、家族会の仲間ですね。 たった月に1回だけでも、集まったこととお互 いに言い合える、その言ったことで、自分より もっと大変な人がいるんだってことがわかっ たってことと、それから、自分のことがもっと大変 なんだなってことですね。いろんなお友だちとかいろ んな方から、「頑張ってるね」とか。「大変です ね」って言ってくださるんだけれども、心に響 かないんですよ。やっばり、やっばり、やっばり 言ってくれてくれることで心に響くという＞</p> |
|-----------|--|---|---|

3. 地域で利用できる支援やケアの説明や相談

| | 富士宮市 | 大牟田市 | 世田谷区 玉川 |
|----|--|---|---|
| 行政 | <p>富士宮 行政 <医師の告知のところだとか、上手にそのケアに、上手にスムーズにつないでいたたく・・・「アルツハイマーです」で終わっちゃうような、医者が結構いる></p> | <p>大牟田 行政 <地域包括支援センターが初期の相談が入ってくる感じで、そういう部分では、最初にどれだけ示せるかというか、それもただ単に示せばいいわけではないところでは、その方の状態に合わせて示さなければならないところでは、一つ有効なのと></p> | <p>玉川 行政 <進行していくというこことだけがすごく大きくあって、「どうしよう」っていう></p> |
| | <p><要は医師にもっともつと、認知症の方が地域の支援を受けて、自分たちでいい暮らしができるんだよっていう実態を医師に伝えていくってことだが、ものすごい大切だと思っんですよ></p> | <p><もう一つ、やっぱり医療機関の役割っていうのは大きいんだと思ってるんですね。最初に認知症かどうかを判断してもらった場合には、かかりつけ医にしろ、専門医にしろ、そこでどこに相談に行ったらいいよとか、こういう仕組みがあるからねとか、今後こういうことが起こらいいよ。だから、そういうときにはこうしたらいいよみたいな。たぶん最初だから、あれでも、ある程度最初には思うんですけど、それでも、またいいのかなというふうに思っていますね></p> | <p><介護保険の説明をして、認知の症状が進行していく中で心配なこととかがあれば、ケアマネさんが付けばケアマネさんでしてはいただけませんが、こちら「相談窓口としてはいつでもありますよ」、「包括も身近で相談受けられますよ」とお伝えすると「相談窓口がそれだけあるんですもん」ということで、少し安心していただける方も大勢いらっしゃる></p> |
| | <p><去年のネットワークショップでは、ほとんどの医師がケア現場の情報をキヤッチして、診療するんだっていうことを、皆さんおっしゃってくださったので、やっぱり情報をしっかりと伝え続けることだと思っいます></p> | <p><もう一つ、最近有効だな思ってるのは、家族の会。集い語らうの会があるんですけど、この毎月開いてる中で、去年からなんですけど、学習コースっていう計5回の、交流ではなくて学びを中心にした短期集中のコースがあつて。それも、やっぱり学びたいという家族が、結構参加されて、好評もいただいていたので。その中で制度のこととか、認知症っていう病気のこととか、薬、医療的なこととか、そういうことを知識として学ぶっていう部分では有効だなというふうに思っう></p> | <p><本人が話をしつかり聞けるかどうかというのがすごく大事で、初期の認知症の方だと自分の思いが語れる方が多いので、ご自身の思いをしつかり支援者が聞いて、どうしたいと思っいるかというところを聞いて、一緒に……やっばりケアマネージメントと同じですよ。どういうプランニングでどういう優先順位で何から始める。そこが話せていると結構、大変な状態にはありませんけど、完全に絶望みたいな感じにはならなくていいのかなというの、何人かの方のお話聞いていて思っました></p> |
| | <p><情報を伝えると、医師もやっぱり「あつ、こういう可能性があるんだ」ってわかってくたさると、全然違っいますよね></p> | <p><小規模多機能型居宅介護が各小学校区に1か所ずつあつて、その管理者クラスは、必ずコーデイネーター研修を受けなければいけないことにしています></p> | <p><地域の医療機関の先生には「認知症とか、もの忘れは包括にご連絡ください」っていうことは病院にもお願っいをしてる></p> |

3. 地域で利用できる支援やケアの説明や相談

| | | | |
|------|--|--|--|
| 行政 | <p>〈一番大事なものは、ケアの現場で伴走型の支援があるってことが大事で〉</p> <p>〈伴走型支援を、行政の責任として、どういうふうに住民一人一人にしっかりとついでいけるかっていうところ。あと、うちの自治体規模だと一般の事務の職員が配置されてワーカーになるので、そこに専門職がどうやってアプローチをかけていて、支援していかけるのかっていうのが重要です〉</p> | <p>〈もう一つ、そこに地域交流施設を設置して、そこには元気な地域の高齢者が、結構集うんですよね。そうすると、住民の方ってどこに相談するかって、いきなり包摂に来るわけではなくて、そのグループの仲間に相談をしたり、あとは福祉施設。たとえば、住民の方でいきなりデイサービスに相談に行っちゃったりするわけですよ。なんかうちの人行けないとか。そういう形で、その小規模多機能の職員に相談すること、結構あるんですよ〉</p> <p>〈そこに、コーディネーターがいたりするっていうことは、やっぱりそこで、最初の相談が実は始まっている。専門相談が始まる入り口になるので。たぶんそういう事例も、実は多いんじゃないかなって思う〉</p> | <p>〈診断後にということであれば、一番はお医者さんなんで、お医者さんからの情報提供がどのくらい分かりやすくしていただけるかによるのかと思うんです。「あんしんすこやかセンター、とにかく行ってください」って言うだけだと、よく分からないから、行かないっていう〉</p> <p>〈世田谷区内の先生方は包摂をご存じなので、もの忘れのことは、サービスとかどうしたらいいかっていうことは「包摂に相談に行く」というよ」と言ってくたさる所はいろいろあると思うんですけど、世田谷区の方で、必ずしも区内の医療機関だけに行ってるわけではないので、都心に行っちゃる方がいらつしやるので、そこをおしなべて皆さんに等しく情報が伝わるように、あるいは、つながりまくるよいくよという、結構大変だなというのが正直あります〉</p> |
| 地域包摂 | <p>富士宮 地域包摂</p> <p>〈一番接点が多くなってきているのは、ケアマネさんだった。ケアマネさんも、認知症のどんな進行していったらいい方とか、やっぱ難しい対応あんまり慣れてないようなときには、一緒に本当にのりながらっていう形でやっ</p> | <p>大牟田 地域包摂</p> <p>〈その方が地域で暮らしていくっていう意味では、結構協力いただくのに有効なのが、地域の方たちの見守りっていうか、理解していただいている方がどのくらい増えるかっていうところが、結構大きいですね〉</p> | <p>玉川 地域包摂</p> <p>〈家族会を月1回のペースでやってまして。同じような経験をたてた方で、ずっと長く介護されて、お看取りまで終わったOBの方が来てくださってるんです。その中で、自分の体験を話していただくことで、私たちが説明するよりも、もっと共有できる部分があるっていうところでは、家族会は、かなり有効だなというふう</p> |
| | <p>〈サロンっていうのは、本当に住民の方々が自主的に集まって、ときには民生委員さんやお世話をしてる場合もあります。集まって、自分たちで運営している集まりで。場所は交流施設のことでもあれば、地域の自治公民館というか、集会所みたいなところでもあるので〉</p> | <p>〈認知症と診断されたら、それだけじゃなくて、その同じ医療の場面でフォローしていただけたら、ようなのがあればなと〉</p> | |

3. 地域で利用できる支援やケアの説明や相談

| | | | |
|------------------|--|---|---|
| <p>地域 包括</p> | <p>〈やっぱり先生がバグについていたただきますと助かるなところ、一緒になって先生のところにご家族と行きながら、今後の進行はどんな形でとかわかっていうのは、お話を聞かさせて頂いたければ、やっぱり心強くできるだろうなっていうのは、思っばいいです〉</p> | <p>〈認知症だというふうにいわれたときのシヨックの大きさを、カバーするとかいって意味で考えると、もの忘れ相談室、なんでも相談室というのが、結構有効だったとかあるんです〉</p> | <p>〈だんだんネグレクトになったりとか、少し虐待とかかかってしまったとか。それでも、なかなかサマービスが入れない方については、こちらがケアマネさんとの相談の中で関わっていくというふうなこともあります〉</p> |
| <p></p> | <p>〈このケアマネさんだったら、ここまでは大丈夫だなんて人もいますし、この人まだ新人さんなので、いろんなところで逆に聞いてきてくれたりする方もいるので、そこは一緒に、次はこうなっていくよねとか、そういう進行の話とかも一緒に考えながらできますね。ケアマネさん次第になってきますね〉</p> | <p>〈病院から電話があるのは、どちらかといえば困難なときが多いかもしれないですけどもね。ただ心配、こういう患者さんがいて心配だから情報提供するって教えてくださった意味ではやりやすいかなというふうには思います〉</p> | <p>〈ケアマネさんだけでは、判断できないときはご相談があって、こちらのほうでちよつと入院できる施設のご紹介をしたりとか。何回かお会いしている家族のときに、ご家族と直接、こちらのほうも連絡を取りながらお話聞いたり。一緒に訪問して、お話をしたりとかっていうふうなことで、一緒に関わっていくケースはあります〉</p> |
| <p></p> | <p>〈なんか要支援のプラン見ても、この人は大丈夫だなんて思う人と、この人はちよつといつも同じ状況しか持ってこないから大丈夫かななんて思う。本当はアセスメントの力なんだろうなっていうのは思うんですけど、そこは思っばいいです〉</p> | <p></p> | <p>〈興沢のあんしんすこやかセンターと、お隣の九品仏のあんしんすこやかセンターと、合同で月1回、他職種連携会やっているんですけど。そこでお話だったりしていることで、相談のしやすい関わり。そこは、主任ケアマネージャーが、企画してやっているんですけども、そこで顔の見える関係があったりですか〉</p> |
| <p></p> | <p>〈一番は、やっぱりアセスメント力っていうところが大事なのかなっていうのを、こっちサイドで一緒に考えながら〉</p> | <p></p> | <p>〈こちら申請だったりとか、何か区のもの受付窓口になっていきますので、ケアマネさんがよく来てくださったりということでの関わりはあるので、顔の見える方だと、こちらもどういうケアマネさんかわかるので、「こういう認知症の方だったら、この方にお願いと合いますか」とか「こういうのもなんとかわかりませうか」とか「ご相談しやすかったですか」とか〉</p> |

3. 地域で利用できる支援やケアの説明や相談

| | | | |
|------------------|--|--|---|
| <p>地域 包括</p> | | | <p>＜最初の入口は、私どももなくなってくるんですけどね。やはり必要な、お医者さんにかかっているかどうかから入って、介護保険の入口のところまでは、私どももやっているんですけども。そのあとサービスが組み立てられていくっていうところにシフトしていくっていうのは、それです。多くの方にはそれで、私たちは手を離れてしまおう。ケアマネさんに引き継いでいきますけど＞</p> <p>＜ただそれだけでうまくいかない方もやっぱりいるので、そこでうまくいかなくて、こちらにご家族が相談に来られたりとか、ケアマネさんに相談に来られたりとかしたら、こちらが出ていったりという、後方支援という形で出ていくとか＞</p> <p>＜要支援の最初の段階で私たちは関わらんんですけど、その介護になった先々でも、やっぱりすごく長いスパンでも本当に、重度になるまでのところ、何かあったらここにまた来ればいいのかかっていうところが、あんしんすこやかセンター＞</p> <p>＜一般のケースは、認知症の方で、要介護になられて引き継いだら、そのあと、そんなに聞わられてきたことは、時々、ご家族が何かの申請で来られたときに、「今こんないで終わってしまっている話で、近況報告ぐらいで終わってしまっているとか、家族間のトラブルだったりとかっていうのは、そんなに数としては、多くないんですけど、虐待のケースだったりとか、そういう困難ケースで、ケアマネさんを主体にして、こちらが後方支援で会議に出るとかのところに関わるとか。身寄りがなくて、後見人にならないうかがいけなくていうところの間に入るとか。やっぱり直接的支援でいうところは、介護になつてくると難しいかな＞</p> |
|------------------|--|--|---|

3. 地域で利用できる支援やケアの説明や相談

| | | | |
|------------------|--|--|---|
| <p>地域 包括</p> | <p>富士宮 社協 <今のところ富士宮市ですと、包括支援センターか、あるいは、エリアを担当しているブランチのソーシャルワーカーが、コーディネートだとか、専門職のコーディネーターだとか、インフォーマルな部分のコーディネーターをやってくれてるんです></p> | <p>大牟田 社協 <まず、6 地域包括支援センターと10の介護予防相談センター。それと地域と事業所は、そういう関係はつくったりつあつああるんですね。ある校区には、こういう特徴があつて、ある校区には、こういう老健があつてとか。その関係をつくりつつありまますから、そこに相談員さんとか、認知症コーナーネイターさんとかもいらつしやる></p> | <p><虐待ケースだったりしたら、区のほうと方針を一緒にして動いていきます。身寄りのない方の後見なんかも区と動きますし、難しいケースっていうのは、こちらで抱えないほうがいいかなって思っていますので。そこは、一緒に動くというスタンスでやらせていただいています></p> |
| <p>社協</p> | <p>玉川 社協 <介護保険含めた福祉制度についてよくご存知の方はいろいろ調べてご存知なんですけど、逆に知らない方は全然知らないです。一回社会福祉協議会と接点を持った方は、必要があれば、他の福祉情報についても案内する。私どものふれあいサービスに希望があつた方でも、状況をお聞きした中で、初めの段階でも介護保険のほうに適当ではないかということには、先にそうやら聞いてみることもいいです。そういうふうなご案内することもあるんです。そういった意味での情報提供なり、福祉のことに関して何かあれば、とにかく相談くださいということではあります></p> | <p>玉川 社協 <介護保険につながらなかった方に関しては、ケアマネさんにバトンタッチできているというケースがあるんです。介護保険に至らないままの方ですか、あるいは、客観的には該当ではないかと思うんですけど、国の制度をあんまり使いたくないというふうな趣旨のもとで、うちの協議会のサービスがいいんだということでも、使つてらっしゃる方に関しては、どうしてもこちらのほうがキーになつてやっていると、なかなかほかにつなげないという部分もありますんで、私どものサービスの中で対応して、日常生活はそれとのかか回つていて、範囲内で対応を継続している形になります></p> | <p><そういうところに相談をされたりとかいうのは、ある意味、認知症の取り組みをする中で、介護施設、病院。それが、地域と、もう溶け込んでいるんですね></p> |

3. 地域で利用できる支援やケアの説明や相談

| | | | |
|-----------|--|--|---|
| <p>社協</p> | <p>＜地元の民生委員さんだとか、見守りネットワークで動いているボランティアの方ですか、あつた日は、直接、私たちのような地域支援にあつた日に誰も訪問ができませんね。そんなことは補完的には対処。何かあれば、まずそこは動いてほしい。たとえれば、土日なんかは、窓口がお休みです。私どもは土日は土日もやりますので、そういう隙間の部分の対応なんかはさせてもらえます。そこはすぐに動けるようなスタッフはとります。それがらやります。トータルの支援というものは、そういういろいろな関係機関の専門職の組織が、連携しながらという、そんな形で動けるのかかなんて思うんですけども＞</p> | <p>＜PTAの会長さんとか、民生委員さんとか、公民館の館長さんとか、自治会長さんとか、体育指導員さんとか、そういうような感じで、校區社協が構成されてる。これに、その病院とか、施設の職員が、名を連ねることになってきた。だから、わざわざ行政に言わなくても、ここには、まず相談をする。そういう人間関係が、つくれるようになってきたわけですね＞</p> | <p>＜ご家族様から依頼があつて、アセスメント行くとか、ご本人はサービスは一切いらないうようなケースはまた別であつて。ご本人がかけてきたケースに関してはご本人自身が納得してらるんで。ただ、そういうた公的の制度であつたりつていうのはやだというふうな方も一定数いらつしやいますね＞</p> |
| | | <p>＜目に見えることから、一緒にやつた。河川浄化もやつたとか、休んでる田んぼをみんなで耕して、芋植えたとか。それこそ収穫祭をしたこととか、地域の人と一緒にやつて、そういうことよつて、やっぱ地域との関係が、きちんとできてきた。そういうふうになりつてあるんです、施設とか、病院が＞</p> | <p>＜一部の方だと思つたんですけど、介護保険つてイメージが、寝たきりになつたら使うみたいないイメージを持たれてたりとかいうところがあるんで、私まだまじやないよつていうふうな話をされる方もいらつしやるんで、一通りご案内はするんですが。強制もちよつとかなかなかできないんで、あとは、その方の判断であつて、ご家族様の判断に最終的には委ねる形にはなつてますね＞</p> |

3. 地域で利用できる支援やケアの説明や相談

| | | | |
|------------|--|---|---|
| <p>社協</p> | | | <p>このふれあいサービスというサービス、要は介護保険未満だけれども、ちよつと困りごとが出た方ってというのは支援して、なるべく自立をしようとしていたんですよ。支援がきかないかというところがあるものですから。まず、そういうところ方々で、増えたりとかって、か、洗濯とかって、直接的支援、掃除とか、話し合っている、仕事の支援だけじゃない、話している、メンタルなところも含めた支援というの。そういう中で、単に仕事があてがわれて、それをやっておしまいで、その中で生まれるコミュニケーションから、いろんな困りごととかいうのを汲み取って、それをまたリターンしていくというように、そのころの充実しているのがやられるのかなというふうに考えてます</p> |
| <p>自治会</p> | <p>富士宮 自治会（地区社協） <その人たちを地域で守っている会議をつくって、家族もお願いしましたね></p> | <p>大牟田 自治会（民生委員） <この校区には、11の町内は隣組がそこに10とか、20とか。大きな所帯には、もう25ぐらいの隣組がありますけれども、その隣組には隣組長さんが必ずいらしてやって></p> | <p>玉川 自治会（民生委員） <介護保険をはじめ、要は家事とか支援を、サービスとして受けて使っている中では、比較的ハードルが低くなってきている中では、ある意味、さっぱりしている人は本当にもう、手伝って終わらしてみたいなことを求める方も以前に比べるといろいろやるかなと、なんとなく感じる部分もあるんですけど、逆にそういう物理的なものもなくて、話し相手だけでも来てほしいという方もいらつしやるんで。本個人差がっていうのはあるかなと思ってます></p> |

3. 地域で利用できる支援やケアの説明や相談

| | | | | | | |
|-----|--|---|--|--|--|--|
| 自治会 | | <p>〈そうすると、非常にそこが、隣組長さんは自分の周辺です、なんでも早く見つけられるし、情報も早く入るわけですね。ですから、その隣組長さんを、その自分の隣組の長さんです、そこにお願いをしています。そして、そこから、「ちよつとしたことでもいいから、自分の隣組の中の異変があつたら、公民館長、あるいは民生委員に知らせてください」っていう、四六時中ここに、その民生委員だつて、Aさんのうちで四六時中へばりついでおくと、いきまじと、その周辺の隣組長さんに見ていただく、大体隣組長さんは10軒から14~15軒ぐらゐ受け持たれるわけですね。ですから、かなところまわりますので、非常にきめ細かというふうな隣組長さんを、言葉は悪いんですが、利用させていたでいるっていうようなところがございませう〉</p> | | <p>〈難しいことは専門的なところにお尋ねすればいいわけだから。日常生活の中でちよつと困つたというふうなことは、組長さんに相談してください。そして、組長さんは自分でわからんときには、民生委員に上げてください。それから、公民館長に言つてください〉</p> | | <p>〈通報があつたときに、それを今度はブックスで流れてきますので、そうすると、私どもがそれをもらつて、ネットワーク、連絡網をつくつてますので〉</p> |
|-----|--|---|--|--|--|--|

3. 地域で利用できる支援やケアの説明や相談

| | | | |
|--------|---|---|--|
| 自治会 | | <p><大牟田市では、三池とか久福木とか、あつちのほうの方が、うちの校区で保護されるっていうのがあって。だから、私どもは、大体自分の校区の認知症の方と、その家族をも地域で支えたいこということが大きな柱で立ち上げましたけど。2年半になつたら、えーって。不思議なその現象に気づいて></p> | |
| かかりつけ医 | <p>富士宮 かかりつけ医 <やっぱりケアマネージャーが、どこまでやってくれるかという。ケアマネージャーとの連携は、絶対必要だと思ふよ。だから、それを、ケアマネージャーもご存知のように、いろんな方がいらつしやるんで。その中で、私たちが自分の周りにいる、いいケアマネージャーを選んで、どうしてもそういう人たちに頼つてしまふんですよ。だから、その人と家族との相性が、大切だと思ふよ></p> | <p>大牟田 かかりつけ医 <やっぱりそこら辺のコーディネートは、ケアマネと包括だと思ふよ。ソーシャルワーカーのいる意味は、そこが少しづつ説明したりしますけれどもね。医者はそういう説明をする時間は、もうないです、基本的に。だから、そういつた方が、やっていただいているのかなと現実には思ふよ></p> | <p>玉川 かかりつけ医 <やっぱり地域の包括支援センターだというふうには、あんしんすこやかセンターというふうには思ふよ。ただそれが、おそらくそれとも一般的には、それに近いイメージの方が多く思ふよ。共有して、ほんとにそれを明確にして、周知して、共有してというレベルまでいつてるかと、まだ、もう一歩かなというのが印象です></p> |
| | <p><デイには出してくれるけども、ほとんど関わわりを持ちたくないという人たちです。そういう家族に対して、呼んでも、なかなかみえてくれませんから。ケアマネとお話。家族はケアマネとは話さず、ケアマネとの話の中で聞いていく></p> | <p><特に初診の段階だつたら、介護保険の申請方法から説明しないかんです。そこら辺だつたら、今度は看護ができるんすよ。こういうふうな数がおるからですね、看護は。看護がそこら辺を説明するつていうこともできまふし、事務もできるんすよ></p> | <p><彼らは非常に頑張つてるんですけども、世田谷区の場合には、区からの委託という形で、こういう仕事をしてくれていう部分と、自分たちでこういうことをしたいつていう部分との、かみあいがうまくいつてるかという部分と。その仕事の内容が、あまりにも次から次へと膨大にふりかかつてくるので、今のマンパワーでは消化しきれないつていうのが印象としてはあります></p> |

3. 地域で利用できる支援やケアの説明や相談

| | | | |
|---------------|--|---|---|
| <p>かかりつけ医</p> | <p>〈すぐ包括ですよ。何かあったら、包括ということは、言ってるんです。包括の人たちは、大変本當、見てると、最近の包括の人たちは、大変ですね。だから、そんなに全部はでききれないというところがあって。特別な、難しい人に関しては、本當にやってもええんです。やさしい人は、そんなに包括んところ、必要ないというか、行かないです。難しい人が、やっぱり包括行ってもらって〉</p> | <p>〈ですから、そういったことを、どの、多くの医療機関での看護、事務も制度の導入の説明ができるようになって、すごくいいなと思うんですけどもね〉</p> | <p>〈たぶん、あんすこつていう部分の中に、他職種がもう少し取り組まれていくというか、そこはあくまでもプラットフォームみたいな形であって、そこに僕らもきつと、もうちよつと出入りしながら地域を見るような形がいいのかなという。それが、たぶん地域包括ケアという意味合いの一つでもあると思ってます。別々だったものが少し僕らも中に溶け込んでいく必要があるかなという気はします〉</p> |
| | | <p>〈看護に入ってきてもらって、じゃあちよつと導入の説明とか、デイサービスとデイケアとそういった介護サービスの説明しとってください。今度、そこから包括に飛んでいたり、もう直接介護事業所に、もうつながりがあったら飛んで行ったりといった感じになってます〉</p> | <p>〈そうするとそこをマネージメントしていくのが、誰がキーパーソンになって、どうやって。それはたぶん、いろんなその地域、地域での形があるので、必ずしも医師がリーダーになる必要はないと思うんですが。でも、つくつていかなくちやいけなくて、誰かがそれをマネージしていく形を模索していかなくちやいけないと思いますね。〉</p> |
| | | <p>〈たとえば大規模病院の神経内科、脳神経、脳外の先生たちは、やっぱり診断のところまで、あとどうしたらいいのかっていうのまでは、ナビゲーションしない〉</p> | |
| | | <p>〈どういうふうナビゲーションするかっていうのが、率直なことをいえば、お金の問題が関わってくるんです。お金の問題っていうのは、自分の事業所に開業の先生たちも来てほしいわけじゃないですか。やっぱり患者さんはほしいっていう側面はあるんですよ。困り込みですね〉</p> | |
| | | <p>〈ただ、そうしないための工夫が、なかなか展開されてないですね。実はうちも、ほしいのはほしいんですけども、困り込んだら、もうそれっきり地域からの信頼を失うから、包括とか、ケアマネに振ってます〉</p> | |

3. 地域で利用できる支援やケアの説明や相談

| | | | |
|---------------|--|---|--|
| <p>かかりつけ医</p> | | <p>〈医療機関として抱え込むというのは、たとえば自分の診療所にかかっている患者さんは自分のところのデイケアにやりたいわけですね。それは、みんなできるんですよ。けれども、たとえばこの患者さんは、自分のところよりもほかのところがいいんじゃないかっていうのは、問題が起きてからじゃないと取り組まないし、逆に問題が起きたら放り出すような感じのところも、残念なことがありますね〉</p> <p>〈地域の中で認知症、たぶんどの医療機関も診てると思うんですけど。ほかのサービスにほとんど関わっていないっていうのが、少し難しい部分もあるのかなと〉</p> <p>〈ケアマネが独立してると、ここら辺、ものすごくいきなりするんですけど、ケアマネにない点で、特定の医療機関とのリンクができないっていう問題があると思うんですよ。制度的な問題ですけどね。医療機関としてもケアマネを持ってるところは、結局、それ期待しているわけなんですよね。ケアプランセンター、毎月赤字なんですもん、独立採算にしてると。そこがよっつと解決されないと、あと包括ってことになっちゃうからですね〉</p> <p>〈緩和する方策があるとすれば、医師がそういうケアカンファアに出ていって、広い視点を持つていくっていうのは、大切だと思います。うちでうまくいかなかったも、こっちはうまくいく。逆に自分の持っている介護施設の立ち位置っていうのが、明確化できると思っています〉</p> <p>〈やっぱり説明、介護保険の制度そのものをきちんと広報していくっていうのと。あとは、もう身近なところでいえば、何回も学習繰り返し、説明できる人を増やすしかないと思います〉</p> | |
|---------------|--|---|--|

3. 地域で利用できる支援やケアの説明や相談

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>かかりつけ医</p> | | <p>〈看護師さんたちが認知症のことを、認知症じゃなくて介護保険のことをもつとわかって、認知症の制度を知ることができたら、お医者さんに直接アクセスできなくてもいいんじゃないかな〉</p> | |
| <p>家族</p> | <p>富士宮 家族 〈病気のことは先生わかるけど、生活していく上で地域のどこに行って、どんなケアがあって、どんな支援があるかってのを、先に教えてもらったら〉</p> | <p>大牟田 家族 〈なかなか一人の人でっていうことは、やっぱりできかねると思いますのね。やっぱり地区、家庭生活の支援なり、あるいは病的なものへの、お医者さんとか、その施設へのつなげる方、やっぱりそういうコーディネーター的な方が〉</p> | <p>玉川 家族 〈今は地域包括ですよ。地域包括の方がいろいろと、こちらから言うんではなくて、向こうから言うてくださると、割と聞きやすいのかなっていうところもありますし。それから、先ほど申し上げた家族の会とか、あとは、地域を一番担っているのは、やはり民生委員ではないかと思っと思っていますね〉</p> |
| <p>〈だから、方向づけを病院の先生がしてくれたら、私たちはいいかなって思う〉</p> | <p>〈そういうのを担当みたいにして、定期的に周遊されて、「問題ないですか」、「どんなですか」というような声をかけられるような、専門的な。そして、こんな悩みもあるということ、で、つなげていただくというよう。地域といても民生委員ですかね〉</p> | <p>〈民生委員はつなぎ役なんですよ。夜はやはり民生委員なんですよ。連絡するのは〉</p> | |
| <p>〈地域でここに行きなさいって。したら、そこで私たちが、今、何が困ってて、「こんなのでしたいです」っていうのを言えるので〉</p> | <p>〈せめて、70歳以上とか、75歳以上という人たちを把握して。そして、それをいわゆるお友だち的な感覚で出入りされるというような有志の方っていうか。それは、ボランティアだけではできないかもしれないけど、やっぱりある程度の研修なりを積み重ねないと全体の把握っていうのは、できないかもしれない〉</p> | <p>〈やはり、動けるのはやはり夜は民生委員なんですよ。ですから、そのままじゃなくてもいいんじゃないのっていう仲間もいましたけども、ほんとにないですよ。やっぱり、ですから、そういつたこともありませんし、だから、そうですね。地域包括で、今は24時間対応しているということですから、今のほうがいいのかというふうには思っています〉</p> | |

3. 地域で利用できる支援やケアの説明や相談

| | | | |
|--|---|--|---|
| <p>家族</p> | <p>〈たとえば認知症になったら、病院で教えてもらえなかつたら、やっぱり自分が知識、最初持つてなきやいけないじゃないですか。認知症になつたら、市役所来たほうが教えてくれるみたいいな。だから、病気になる前に、そういう知識がみんなに伝わっているといいのかなって〉</p> | <p>〈やっぱり地域包括センターがありますよとか、いろいろご相談くださいとか、家族会のお知らせでさえ、なかなか届きませんもんね〉</p> | <p>〈周りがいろいろと言っていてくださっても、本人、介護している人が聞く耳持たないと、なかなか難しいということがまず一つですね。家族会とか、そういったところいろいろとお話をしますが、つなぎにしかならないですね。一番説得力があるっていうのは、やはり地域包括が一番かなということを思っています。何でもかんでも地域包括になると、地域包括も人数少ないので、パンクしている状態だと思いませんので、なかなかそれは難しいですよ。つなげるといふことも〉</p> |
| <p>〈認知症になったら、自分で抱え込まないで、包括に行こうって。それだけの知識でいいから、知っていると違ふのかなって〉</p> | <p>〈地域の人が入り込んで、それをピックアップしてつなげてあげて、専門職の人が入り込むという〉</p> | <p>〈周りがみんな、協力しているんですよ。周知する取り組みを、もう少しわかりやすく周知することが一番かなと思います。今、世田谷区でも、一生懸命行政が取り組んでくださっています。それが、それを何とか、地域とかお医者様と関わっていくかということ、わかりやすく周知することが一番かなと思いますね〉</p> | |

4. かかりつけ医の役割

| | 富士宮市 | 大牟田市 | 世田谷区 玉川 |
|----|--|--|--|
| 行政 | <p>富士宮 行政 <「まずは富士宮としての専門医って決めてください」とお願いしたら、「じゃあ、精神科と神経内科の先生、5人専門医」って言ってください。それで今度は、「じゃあ、専門医の中からリーダーの先生決めてください」って言うから、ある先生が、「じゃあ、なるよ」って言うてくれた。「じゃあ、今度は、役割を確認してください」って言って。その先生にアンケートをつくって言って。認知症かかりつけ医の先生に、全部、記述でアンケートとってもらって、研修を組み立てていくのが生まれていて、少し役割が見えてきたっていうのがあるんです。></p> | <p>大牟田 行政 <かかりつけ医とのワークショップを何回かやってきたんですよね。ステージアプローチについて、その方のステージにおいてどんなアプローチが必要かっていうこととか、自動車運転のときとかでもやったりしたんですけど。そのときに、コメディカルの他職種とかかかりつけ医の先生も入ってグループをたくさんつくって、協議するグループをたくさんつくって、協議するワークショップをやったんですけど。そういうところに出てくる先生とはつながるんです、そのあとも></p> | <p>玉川 行政 <もう少し質問してもらおう項目を先生にも認知の部分で1つでも2つでもいいので「これはできますか？」とか、していたんだけど、少し出て来る部分もあるんじゃないかと。いつも通りの診察の場面ということになると難しいのかなというふうには思います></p> |
| | | <p><一つ大事なのは、つながるっていうことがとても重要で、その先生がいけるいろいろな知識を用いたとしてもつながらないと見えないので、先生だけで支えられるものではないので。在宅のサビスの支援者とか、私たちとうまくつながっているところでは、やっぱり私たちに期待するのは、つながるかどうか。ちゃんとコミュニケーションが取れるかどうか></p> | <p><認知機能が低下し始めてもまだそんなに生活障害とか近時記憶の障害が重くないと、外來で本人様取り繕えちやうので、変な話、先生の前でぼろが出ないので、診療場面で先生が気づくというのには正直厳しいというの、傍から見てても思います></p> |
| | | <p><4回シリーズの研修会を今、医療センターがやって、それを修了した人、以前、ワークショップをやった先生方を、もの忘れ相談医としますというところで、市民にもアピールして欲しいんですけど。もの忘れ相談医を増やそうというのを、今してきて。とにかく、認知症のこの知識があつて、本当に難しい事例は、どこに相談をつないだらいいか。疾患医療センターとかにつなぐとかっていうことがわかって。あとは、大牟田がこんな取り組みをしてるんだってことも理解していただく。コミュニケーションを取れる先生を増やそうっていうのが、今のちょっと取り組みをしている最中ですね></p> | <p><薬剤師さんたちが気が付いて先生に電話してくれてるんです。「おかしいですよ」。先生もいろいろそれで情報ももらって、「これはまずい」ってなると、自分とこ来て、だけれど対応できないから、先生が包括に連絡してくれて「ちよっと最近変みたいだから、様子見てくれない？」っていうようなことが、最近ばちち出てきてて></p> |

4. かかりつけ医の役割

| | | | |
|----|--|--|---|
| 行政 | | <p>〈カンファレンスの取り組みとかも、まだ、かかりつけの先生方には十分浸透してない。医師会には伝えてはいるんですけど、やっぱりなかなか浸透してなくて。やっぱり相談、検討する事例はかかりつけ医がいるんですよ、ちゃんとも、その先生は、まだ、カンファレンスに出てきたりとか、先生は少ないので、その先生方にいかにかこうやってやることをお伝えして、来てもらおうかっていうのは、これは行政の役割なので。そこを本当は力を入れたいなと思ってるんですけど、なかなかそこまで手が回らないっていうのが、今、課題になっているところですね〉</p> | |
| | | <p>〈もう少し普段から日常的なコミュニケーションを取っていかないと、いつまでもそういうことってというのは続いていくだろうなと思って〉</p> | <p>〈医療機関から認知症の相談持ち込まれて来てるっていうケースが微増で今増えてきてるんですけど、先生たちが気が付いてつなげてくれたケースがわずかでですけど、増えてきた〉</p> |
| | | <p>〈医師とのコミュニケーションの取り方ってあると思うんですけど、そのコミュニケーションの取り方が、やっぱり得意な人っていうのは、ほとんどケンマネジャーの中とか、包括の中でも少なくなっていて。やっぱり以前から、ずっと看護師として長年経験してきた人は、やっぱり医者といわれる人たちとのコミュニケーションの取り方って心得ていたり〉</p> | <p>〈包括が主催で医療連携ということで、地域の先生、ケンマネさんと呼んで一緒に会議をする場面があるんですけど、そういうところで、認知の方の問題とか、こんなことで困っているとか、どういふふうにつなげていけばよいかというような相談が、ケンマネジャーさんもちろんならっしゃるので、ケアする立場の方と医療の先生とが話しができてみる場があるのと、「気を付けて診察場面でも診てみましよう」というような話し合いができてきたりするので、あれは割と、私は出てみて有効だったかなと思っ</p> |

4. かかりつけ医の役割

| | | | |
|-----------|--|--|--|
| <p>行政</p> | | <p><介護現場から来た人とか、そういう経験がない、医療現場でない人とかは、だから話してしまったりとか、どうして必要かっていうことを言わずに、「専門医に行ったらほうがいいですよ」とかっていう話をしてしまったりするで。そういう直接的に言ってしまったりすると、難しいんですけど。そのコミュニケーションの仕方についてを身につけたりとか、高めていかなくちゃいけないっていうのも思いますし></p> | <p><包括さんによっっては、近隣の開業医の先生のところは毎月広報誌をお持ちして、事業のご案内とか、先生の方で気にしていただいている方の話を聞いて来られたりというところまでつなぐことができる場所もあると思います></p> |
| | | <p><行政としてそういう医師会とか、かかりつけ医といわれるような医療機関の先生方とコミュニケーションを取るような、部署なり担当者といふのをつきつけて、ここでコミュニケーションをとるとか、今、こんなことやってるっていうこととか></p> | <p><例えば、「行政から自分たちに期待する役割はなんだ」とかいうことはお聞きになるんです。どんなこととするのか、誰にどう期待して、自分たちに何をやらせたいと思っているか、ということとは、行政として行ったときには聞かれます></p> |
| | | <p><毎月やってる定例カンファレンスとか、今度、サポートチームが実際に介入していく中で、一つの事例をもとにやってみようというのが、一番回りのようにだけ、近道なんじゃないかなっていう気はするんですけどよ></p> | <p><自分たちが役割を取らなきゃいけないだろうとは思ってくださっているんで、それに対して、それができる体制をいかに作るかということの仕組みは1個必要></p> |
| | | <p><定例カンファレンスにしても、もう3年間ぐらいつとやってみよう、毎月。サポートチームも同じぐらいいの、十分じゃないけど、継続はしてはいる。継続しとくと、それに興味があるドクターは、「参加したい」と言ってくるんですよ。少しずつですけど、ドクターの参加も増えてきて、2か月に1回ぐらいいは、一人ずつ増えてきた感じがして。そういう意味では、やり続けるってことは大事なんじゃないかなと思います></p> | <p><新しく毎年入って来られる先生たちに教育の機会がコンスタントにあるというのは、必要なんじゃないかと思えます></p> |
| | | | <p><大きな全体の会議をする中で顔つきをしないで、ただで連携をしやすくすると。個別のケア会議には出て来れないけども、それでも連携を取りやすくするという意味ではすごく有効かと思うので・・・通称「地区包括ケア会議」></p> |

4. かかりつけ医の役割

| | | | |
|--|---|--|---|
| <p>地域包括</p> | <p>富士宮 地域包括 <「見える事例検討会」について、一枚のシートの中で事例展開ができるというのを。富士宮でもちよつとそれを使って、先生と専門職とか、地域の皆さんで一枚の紙で、事例共有ができるツールという形でやってみようというものは、今年、仕掛けていく形になるかと思います></p> | <p>大牟田 地域包括 <お医者さんによっては、専門外だからという感じになられる先生も、やっぱりいらっしゃるのと。あとは、たとえばご家族の方が、かかりつけ医の先生に相談されて「最近もの忘れが」とか、いろいろ相談されるんですけども。「もう年だから、しょうがない」のひと言で終わってしまふとかいうのは、やっぱりちよこちよこと></p> | <p>玉川 地域包括 <やはりつないでくださる先生と、つないでくださらない先生というのが、やっぱりあって、うまくつないで画像診断とかに、大きな病院に つないでくださる先生もいるんですけど、そうではなくて、まだ「年のせいだから」とか、「まだまだ大丈夫」って言って、そこで止めちやう先生と。あとは、診断なくお薬出してしまふ先生ですね></p> |
| <p><なんかちよつとご家族で困ってらっしゃるようだと、「包括に行け」って言うていただけないけど来ました、「なんだかよかわからないけど来ました」って言うご家族が、最近いらっしゃるんですけど。やっぱり先生のところ、すごい助かるなって思いますし、先生のとこだけだとちよつとやりきれないので、その家族の困りごととか、介護保険のこととか、いろんなことについて、ちよつと相談に行きやすいというひと言が、「包括に行ってらっしゃい」というようなひと言になってきてるんだらうなと思って思うんですけど></p> | <p><実際、私たちがお会いしてみても、「いや、この方は、ちよつと専門の診断があったほうが」とか、「薬、始めたほうが」というふうなことを感じることもあるんですけども。せつかくかかりつけの先生に相談してても、そうなるのかかったりとかいうのが、やっぱりあるのですね></p> | <p><かかりつけの先生が、もうちよつと理解してくださってたらというふうに思うことについていうのが、やっぱり正直あるというのが></p> | <p><アリセプトとかを、ご家族の言われるとおりに「ああ、じゃあ、認知症ですね。はい」って出されてしまつたりっていうことで。それで、普通の周辺症状とかが出ていて、ちよつと不穏だつたりして、ちやんと認知症の病名を、何かついても、なかなかご家族から見えてほしくて思つて、お話ができないかつかつていうことがあつたり、「大きな病院につないでほしい」って言つても、「そんなの必要ないよ」って先生に言われちやうと、ご家族かそれから先に進めないっていうふうなこともあつて、そこが難しいところで、こちらが間に入つていける感じにはならない></p> |
| <p><富士宮の一番の課題は、本当にお医者さんだなつていうのは、なかなか医療とのつながりが、まだ。本当これからだつていうのが思つてまして、なかなか難しいです></p> | <p><生活を支えていくにあたっては、医療との連携は、かなりのパーセンテージ占めると思つてるんですけども。症状の悪化とかを予防するには、生活と医療と思つてらるんですけど。だから、そのためには、確定診断がおりて、適切な医療のスタートがあつて、生活支援が合体していくというのが、一番理想的だと思つてらるんですけども。最初のところでは、ね返されたときは、結構苦労するかな></p> | <p><地域の開業医の先生で、顔が見えている先生で、ここだつたら受けてくれるかなつていう。もし、かかりつけ医がいない場合ですね。ここだつたらお願いできやすいかなつていうところ。に、私もお願いしていきつていうところがあつたりとか。認知症の方で、開業医の先生でも画像診断とかしてくださる先生も、ちよつと出てきているので、そういうところにも初回をお願いするっていうことはあります。一番難しいのは、なかなか認知症の知識がない先生で、つないでもらえるのも難しいだらうなつて></p> | <p><病院同行して、状況をちよつと紙に書いたりで、すとか、あとはちよつとご家族でなかなか説明が難しいような方で、間に入つたりつていうこととは></p> |

4. かかりつけ医の役割

| | | | |
|----------|--|--|---|
| 地域 包括 | <p>〈診断をしてほしいわけではないんですよ、かかりつけ医の先生にですね。ただ、診断をどっかでしてもらったとして、それに合わせた治療方針とかが出ると思うので、それを本人さんに提供していただけるようになって。日頃の生活状況を把握していただければよいかな先生になつてくださると、すごく助かるなというのがあります〉</p> | <p>〈でも、その先生は内科の先生で、内科の疾患については、すごい強い先生なんです、がんを見つけてもらったからとかっていうことで長くかかっている、やっぱその先生に信頼を置いてるんですね。そうすると、その先生が言ったことが絶対なので、「年のせいだと言われたから」って言われたら、「じゃあ、大丈夫」って、ご家族が思ってしまうと、やっぱ周りからはちやんと診てもらったほうがいいんじゃないかと思って思っても、なかなかそこにつないでいくのが難しかったり〉</p> | <p>〈もしそういうふうに言われたとしても、こつちにこういう病院もあるのっていう情報提供はできるので、あとはご家族の判断で動いていただくといいことですね。あまり間に入り込み過ぎてしまうと、やはりあんしんすこやかセンターも先生との関わりがありますので〉</p> |
| | <p>〈ご家族とか、私たちの相談を受けていただいで、それをここで判断していただいてもいいですし、そのあと、専門医につなげていただいで、また、ご本人さんにもお伝えしていただくといい形でもいいのかと思います〉</p> | <p>〈開業医の先生で、認知症の相談とかをしてくださる、認知症に強い先生とか、あとは自分のもとで写真が撮れる先生とか、紹介がなくなっても、ちよつと診てもらえそうかというようにところをご紹介したりとか〉</p> | <p>〈開業医の先生で、認知症の相談とかをしてくださる、認知症に強い先生とか、あとは自分のもとで写真が撮れる先生とか、紹介がなくなっても、ちよつと診てもらえそうかというようにところをご紹介したりとか〉</p> |
| | | | <p>〈診断がついてお薬が出てから、また戻つてきて、そのお薬を出していただくとかしてほしいなど。でも、いつときよりはできただけですけれども〉</p> |
| | | | <p>〈だいぶ、あんしんすこやかセンターに先生から相談。「ここに来なさい」とか、「ケアマネージャーをつけてもらいなさい」とかというふうに言われてきましていうのが、増えてきたようには思いませんね〉</p> |

4. かかりつけ医の役割

| | | | |
|----------|--|--|---|
| 地域 包括 | | | <p><開業医の先生のほうが親身になってあれなんですけど。大きな病院だと、先生が週によって違ったりとか、何回も何回もお薬をもらいにいらっしゃる方、お一人の方と違っていろいろな情報を、なかなかいただけないんですよ></p> <p><大きめの病院って、いろいろな薬いっぱいあっていて、おうちの中、こんな袋いっぱいあったり。ちよつと怪しいなっていう人を、特に大きめの病院は、教えてほしいなっていうのはありますね。そこら辺の情報が早い段階でもらえると、私たちも入りやすい></p> <p><つないではほしいですね、やっぱり。「介護保険を申請してきてほしいよ」とかって、声かけてはいただきたいですね。そういったふうに声かけてきていただきましたっていう人も、増えはいる気がするが></p> <p><やはり少し大きい病院で、外来で行っている方が抜けちやうかなっていう感じがします。開業医の先生よりは></p> |
| 社協 | <p>富士宮 社協 <医療分野の関係者とか、医師とかだと、ちよつと敷居が高いとか、接点があるんですけど、今ネットワークの必要性はあるんですけど、それども。そんな今、状況にあるものから。そこをもうちよつと見える形で、情報共有もできるところと見えないのは、もうちよつとくっついていかなきゃいけないんじゃないかなんていうふうには感じています></p> | <p>大牟田 社協 <結構大牟田のかかりつけ医の先生は、勉強されてますので、そういうふうな勉強会とかもやっていますので、結構ほかの自治体に比べると、その辺は進んでるのかなと、接し方とかですね></p> | <p>玉川 社協 <病状等々によって、継続的に大きい病院のみの診察になってるとかというふうな方もいらっしゃる。医療機関と、お一人お一人との関係っていろいろはどうしても個別の関係になっちゃうので、その方がどこを選んだかによってのつながりがベースになっているかという中で、近いからって選ぶ方がいいかと思うんですが、地域という視点というのはあんまり強くないのかな></p> |

4. かかりつけ医の役割

| | | | |
|-----------|--|--|--|
| <p>社協</p> | <p>〈そして、かかりつけ医で判断されて、この人は、ちよつと予備軍とか、この人は、ちよつと完全に認知症とか。予備軍のもありまですの、そこら辺に流してもらうとかいうふうな部分はあるんでしょね。だから、予防教室とか、ほかのドクターは知らないかもしれせんけど。かかりつけ医は、予防教室とかも知っておりますので、薬とか、一応、服用とか〉</p> | <p>〈ずっと地元でいらつしやる方はお馴染みの先生とか、あつたりするかと思うんですけど。転居してきてという方に関しては、その辺のつながらりもないようなケースも多いので、地域とお医者さんというところの接点というのがあるまに見えにくくなつていく。あと、お医者さんも数が結構あるので選択肢も。世田谷あたりで都心も行けなくは全然ない距離、大学病院とかいろんな病院も行く距離なので。私たちも通院の付き添い派遣することもあるんですけど。都心の病院のほうに送り、半日仕事になるんですけど、行つたりついでにケースも〉</p> | <p>〈認知症の方のときに、服薬確認を依頼されることがある。ご家族がいて、きつちりカレンダー形式に分けていただいている方はいいんです。どうも葉を飲まれているのか、ご本人様からなかなか出てこないときがある。何か注意することがあるのか、正確な情報を得られると、こちらとしても対応に心配はないかなというところ。それをこちらがお医者さんに尋ねるついでに、なかなか、どのタイミングで、どうやればいいのか。大体は、ケアマネージャーさんがついてるんで、ケアマネージャーさんに話をしようかな形にはなるんですけど〉</p> |
| | <p>〈介護サービス事業者協議会の役員のドクターも、うちの理事であつたりとかもしましたね。そういう意味では、ある程度、なんかあつたときに相談。そういうルートは、ありまですよね〉</p> | | <p>〈私たちがお手伝いをする中で、作業的な面だけじゃなくて、ケアする面についても出てくるかと思うので。その方に対しての注意事項とか、こつこつ見守つてほしいとか、認知症の方なんかに関しては、こつこつにポイントおいて見てほしいというところ、もういつたところがあれば、実際の手伝いの方もそういつた視点を持つように伝えたりすることはできるかなというところで〉</p> |
| | | | <p>〈ケース会議ついでにも、年に何回か、ケアマネさん主体にはなるかと思うんですけど〉</p> |

4. かかりつけ医の役割

| | | | |
|-----|--|---|---|
| 社協 | | | <p>〈お声がかかれば出て、私どものお手伝いの方が一番時間的に入っていたりするケースもあるんです。ご当人の様子を一番見ているというようなケースもあるんで、そういう情報をもっていったりとか〉</p> <p>〈関わってるケース、全部が全部、そんなにそういったものを必要としてるわけじゃないと思うんで。やっぱり、そのまま必要とするケースっていうのはまた、そんなに数としても多くないかと思うんで、この部分に絞っての個別のケースに関する情報の共有っていうのは対応できる範囲内かなっていうふうには考えてますね〉</p> |
| 自治会 | <p>富士宮 自治会 (地区社協) 〈私たち地域なもんですから、行政とか、社会福祉協議会とか、そういうところとの関わり合いは、できたらんですけど、いわゆる専門分野。たとえば、見守りに行ったときやときに警察であるとか、病院とか、その辺がちょっとまた、あまるところと定期的に入っているよ。ほんとは、そういうところ、連携が薄いの入っているよ。ほんとは、そういうところ、弁護士さんであるとか、そういう人たちも含めて、全体的なケア会議に入れたいですね。せいぜい市と、社協と、私ら地域っていうふうな感じで、話はして〉</p> | <p>大牟田 自治会 (民生委員) 〈包括センターっていう、本当に私どもにとつては、非常に一番身近な、そして一番頼りになる相談窓口があって、とてもいいなっていうふうなことに今思っています。・・・だから、とにかくどんなことでもいいから、まずは、お年寄りの問題で、包括センターに相談しようねっていうことで、今、私ども民生委員の会議の中でいつも言ってます〉</p> | <p>玉川 自治会 (民生委員) 〈母親が、認知症っていう診断を受けてから一切外に出さない。お嬢さんを見てるんですけど、それを何年越しにずつと。お医者さんにも最初は連れて行ったらいいんですけど、連れて行かないとか・・・薬を飲んででも治らないだろう。そばですべてを見てやりたいということ。なかなか何度訪問しても会えないので、5年ぐら行って、やつと「お顔だけお会いしたい」と言ってます〉</p> |
| | <p>〈まだまだ、うちも最近、病院に認知症外来みたいなのができただけで・・・ほんとにそういう関係が、まだできただけでびっくりなんですからね。その辺を知ったばかりなもんですから、どういふふうに対処していくのかとか〉</p> | <p>〈お薬の出し方、それから飲み方のきれいな説明は、完全にできなかつたか、そういう工夫をしてもらいたいと思います。お年寄りは、当たり前の考え方では、通じないのが年寄りです。お年寄りによく理解できるようなお薬の出し方を、切にお願ひしたいと思います〉</p> | <p>〈私たちは。お医者さんと認知症の方って、お薬いただけに行つてらつしやる。それくらいのことです、それがどうこうっていう話はないかないです〉</p> |

4. かかりつけ医の役割

| | | | |
|------------|--|--|--|
| 自治会 | | <p>〈やっぱりお医者さんっていうのは、本当にす がっていくわけですから、やはり励ましの言 葉。「大丈夫ですよ」って、「必ずいい方向に 向かいますよ」とかという希望を持てるよう なひと言がほしいというふうに思います〉</p> | <p>〈認知症のかかりつけ医っていても、普段か かかってらっしゃるお医者さんに行ってるわけ ですから、よくよくわかかってらっしゃるお医者さん との関わりですので、そんなトラブ的なお 話はうかがうことはないですね〉</p> |
| かかり つけ医 | <p>富士宮 かかりつけ医 〈自分自身がそういう認知症の講師、講習、講演 を受けに行って、それをみんなに伝達して。今 日みたいな、今日やるような検討会をやって、 症例を出し合ったり、そういうことをし合っ て、結構来てくれるんですよ、先生方が。だか ら、その先生方は本当に毎月のように患者さん を紹介してくれて、それで、そのことに対して 検討会議を、またやるっていうふうにしてるん ですけど〉</p> | <p>大牟田 かかりつけ医 〈一つは、(かかりつけ医を対象とした) 講演 会、学習会でしようか。それまたぶんですね、 1か所の医療機関とかの先生だけではなくて、 地域の何か所かの医療機関で繰り返していか く。人間は関わって、繰り返していかくって いくのが、有効じゃないかかと思えます。ま あ、医師会の講演会とかでもいいです、国立 病院さんがやっていたいていう、かかりつけ 医の向上研修〉</p> | <p>玉川 かかりつけ医 〈かかりつけ医の役割としては、ただ聞き出 せるかなんです。向こうに本当はあるもの を、ただ聞かせるか聞き出すかという意 味では、コミュニケーションのスキルというも のが要求されると思います。認知症、認知症 のご家族との場合には、そこはスキルとして少 し学んだり、身につける必要があるかな。でな いとい医師のキャラクターに大きく左右される部 分はあるので。多少そこは補わないと、せつか く知識のある先生でも、そのコミュニケーション の部分が伴わないために、うまく家族と かみ合わないっていうのはある気がします〉</p> |
| | <p>〈勉強会が一番。症例検討会、また勉強会。それ から、あとは地域の介護施設のスタッフとか、 そういう人たちの集まりにどんどん出てって、 みんな、いろいろな話をして、質問してもらって〉</p> | <p>〈診療情報提供書のやり取り、患者さんのやり取 りが、かかりつけの先生を変えたいと思います。 自分もかかりつけの立場で、今度医療セン ターっていう、相談できるところが逆にでき たんですから、そことの患者さんのやり取りの中 で、新しい病気を知ったり、新しい治療法を 知ったりすることができまます。ですから、診 かく学習講演活動と、患者さんのやり取り、診 療情報提供書の充実に尽きる〉</p> | <p>〈コミュニケーションスキルって本当に難しく て、座学でなかなか身につけられるものではない です。コミュニケーション身につけるためのな んらかの方法があつて。実際にうまいコミュニ ケーションしている先生の見方っていうのは 一つかもしれないです、シナリオをもとに、 自分たちでロールプレイしてみたいに、ちよつとや り方を工夫しないといけないだろうと思いま すけど〉</p> |
| | <p>〈単なるアルツハイマー病の普通のタイプの何も 問題ない人たちは、何も、それこそ本当に、た だ診ていただけでいい。物忘れですから、物忘 れに対して、フォローしてあげればいいという ところで、やっぱり問題なのは、BPSDだと思 いますね〉</p> | <p>〈アルツハイマーは、ここ10年の間に理解が深 まったと思います。ただ、アルツハイマー以外 の病氣、レビー、FTD。あと、嗜銀顆粒性認知症 とか、神経原繊維型認知症とか。それじゃな いかなと思われような疾患に対して、やっぱり うまくいってないのかなかと思いました〉</p> | <p>〈有効なのは、やっぱり個々のケースでの多職種 の事例検討は有用だと思えますね〉</p> |

4. かかりつけ医の役割

| | | | |
|--|---|---|---|
| <p>かかりつけ医</p> | <p>〈市役所が集めてくれたメンバーが、ほとんど全く何もなかったのです。やっぱり地域の医師会を、理事会で言ったんですよね。それで初めて皆さんが少しこっつちを向いてくれて、「じゃあ、やりますか」っていうことになったんですね。それも数名の人たちでしたけど。やろうということになったんで〉</p> | <p>〈難しい、まだそういう段階ですけど、ただ10年前の無理解の状態とは違うような気がします。それは、もうやっぱ学習会とかの結果だと思います〉</p> | <p>〈むしろ、日々現場で起こっている、このAさんの困難になっているっていうときに集まる。いわゆる、それがケア会議になるのかもしれないですけど、それがどんだんだけ小まめに行えるかっていうところかなと思いますね〉</p> |
| <p>〈知らないことには、本当に診るの大変ですよ。病気を知らない。知って、初めて診れるんです。普通の先生が診るって言われたら、困るんじゃないかと思う。そのぐらい、知らないで診れないと思います〉</p> | <p>〈人数的に言えば、患者さんの人数的に言えば、かかりつけ医の先生のスキルアップを図る以外にはないような気がします〉</p> | <p>〈人数的に言えば、患者さんの人数的に言えば、かかりつけ医の先生のスキルアップを図る以外にはないような気がします〉</p> | <p>〈世田谷区の認知症のクリティカルパスっていうのは、数年前からあって、全然機能していないわけではないです。でも、思ったより機能してないっていうのは、いくつかつかたぶん理由が。みんなの共通認識は思ったほどうまく進まない〉</p> |
| <p></p> | <p>〈パンクすると思いますし、なんせコストがかかりますもんね、専門医受診すると。その負担に耐えられる人がどれくらいいるか。スペクトルとかまでフルコースでやったら、何万かかかりますもんね。そういう意味では、かかりつけの先生のところを、私もその中に部分的に入りますけど、できるだけスキルアップしていくっていうのが、実際のなんじやないかなと思います〉</p> | <p>〈パンクすると思いますし、なんせコストがかかりますもんね、専門医受診すると。その負担に耐えられる人がどれくらいいるか。スペクトルとかまでフルコースでやったら、何万かかかりますもんね。そういう意味では、かかりつけの先生のところを、私もその中に部分的に入りますけど、できるだけスキルアップしていくっていうのが、実際のなんじやないかなと思います〉</p> | <p>〈まず一つは、都市部の難しさっていうのがあると思います。世田谷区で、こんだけの病院があるんですが、地域のほうも、かなり遍在性があります。玉川地域から病院に紹介しようと思うと、かなり遠くの病院になってしまいます。移動だけでも、工夫しなきゃいけない。一方で、たとえば、基幹となる病院の周辺のクリニックの人は、やっぱり使い勝手がいいので、そこを使うという意味で、地理的な問題が一つ大きくある気がします〉</p> |
| <p></p> | <p></p> | <p></p> | <p>〈やっぱり、地図上の形で考えていかなくちやいけない。あと、交通のネットワークで考えていかなくちやいけない〉</p> |

4. かかりつけ医の役割

| | | | |
|---------------|--|--|---|
| <p>かかりつけ医</p> | | <p>〈専門医療機関は、介護のところまで入り込めないし、日々での暮らしの中での困難についていうのを、見極めきれないんですよ〉</p> | <p>〈それからもう1個は、各病院でフォーマットはそろえ、このフォーマットで共通でやりましょう。やるとしても、窓口であったり、そこに相談する経路であったりっていうのは、それぞれバラバラなんです。どこに電話したらいいのかわかってなくて、1個1個調べていかなくてはいけませんので、近くで慣れるとところはここだけなんです、結局のところは、ネットワークというのは、こことあまの直線のやり取りっていうのは、従来とあまり変わらないんですね。だから、たとえれば、窓口はどっかに1個あって、そこにアクセスして、あと、こつちとつなげてくれるんであれば〉</p> |
| | | <p>〈そこをやればスキルアップしていったって、逆に専門医療機関は、もう大牟田内であれば、1か所あれば十分かかってきます。逆にその細かい診断までできるようなところは、そんなにたくさんはいらないのかなと〉</p> | <p>〈フォーマット同じで、1個1個とやり取りしてくださいっていうのだと、あまり恩恵は大きくない。フォーマットは結局使いづらから、自分とこのフォーマットでもいいですかっていう形になって、現状はそうなんです。結局、自分とこのフォーマットで。だから、そこは大きいかないかと思えます〉</p> |
| | | <p>〈医師会の取り組みとしてはなかなかそうならないんですけれども。ただ個別では、かなりそういうところで深くタッチしていただいで、公平に割り振っていただいでいた。介護保険のところも、深くご理解いただいで、いろいろ指導いただいでいた。いろいろな、かかりつけの先生がそういうことに組み出しているところなんだろうとは思いますが、それは将来的にはだんだんと、可能になってくるのかなと思えます〉</p> | <p>〈たとえば、医師会なりに、その窓口があつて、そこにアクセスすれば、その振り分けはそつちでやりまますっていうぐらいでないと、結局、各病院とやってくてくださいでは、あまり意味がないかなと思えます〉</p> |
| | | <p>〈一番のポイントは、かかりつけの先生は、診断能力というよりも、生活を見る能力を、どうお伝えしていくかかっていうことになると思いますが。どういふふうにしてその人の生活を見ているのか、危険を察知していくのかっていうことを、やっぱり見極めるっていうところを、どうにか広げていければなとは思ってます〉</p> | <p>〈これは都市部の問題として大きいですね。地方だと、基幹病院の大きいところがあつて、その周辺にクリニックという形がわりとつくりやすい〉</p> |

4. かかりつけ医の役割

| | | | |
|---------------|--|---|---|
| <p>かかりつけ医</p> | | <p>〈たとえば、かかりつけの先生にお伝えして、うまくいったというのが、靴下脱がせてくださっているという説明したんですよ。靴下脱がせて、足のケアがうまくできてなかつたらちよつとやばいかもしれませんねとかです〉</p> <p>〈かかりつけの先生にやっていたらだききたいなと思う部分があるとすれば、一つは往診医療なんです。看護師さんと一緒に、ちよつと往診して、家の状況、生活場面を見られている意味合いでの往診をして。破綻が起きてるようだったら、もちろん自分たちで解決能力があればいいんですけども、なければやっぱり包括に相談をする〉</p> <p>〈生活場面の能力を評価してほしいですし、診断がついてしまえば、あとはその生活場面で起こっていることを、ずっと確認していつてるだけですから。外来でも〉</p> | <p>〈都市部はこんななあって、かつ隣の区に、またこんな病院があるとなると、無尽蔵にいろんな形がとれますので〉</p> <p>〈なるべくこれを意識しても、結局、患者さんの利便性ですか、私はそっちがいいってなれば、そっちを優先します〉</p> <p>〈一般的によく耳にするのは、まだ比較的恵まれている地域だというふうに、在宅で見えてくれる先生が比較的多いというふうには聞いています。病院との連携についても、僕がここで在宅を、勤務医辞めてやるようになって6年になるんですけど、この6年で、もう環境が変わってきています〉</p> <p>〈一つは病院に、まず相談の窓口を置くところが大部分になつたというところと、その相談の窓口が、前はソーシャルワーカーだけだったのが、ソーシャルワーカーに看護師も入って、退院支援という形が多くなるので、本来に言語のと介護の両方が入ってくるので、本当に言語のやり取りがやりやすくなつたという環境の変化はあると思いますね〉</p> <p>〈どんだけ、やはり介護側の人たちと仲よくできるかっていうところで。医者側がそんなに壁はないよと思つても、向こうの人たちは、かなりの壁を感じてるのが一般的だと思うし、その垣根をどんだけ減らせるか一つかと思つてますね〉</p> |
|---------------|--|---|---|

4. かかりつけ医の役割

| | | | |
|---------------|--|--|---|
| <p>かかりつけ医</p> | | | <p>くたぶん、顔合わせのチャンスが少ないので、それを増やすだけでも違うと思いますね。都の医師会からの助成事業でやっただんですけども。訪問診療をやっている医者に行きたくらいか、訪問のケアマネージャーさんですとか、訪問看護師さんとか、それを少し組んでみたんだね></p> |
| | | | <p>くあとの感想を聞くと、先生の、今まで気づかなかったところが、こういうふうで考えてるんだとか、単に電話で情報をやり取りするだけじゃなくて、人間性がみえたりとところ、やっぱり大きいみたいで、それはたぶんお互いだと思うんですけど、その人の人間性までみえるのでは、全然変わってくるので。顔を合わせる機会、よく顔の見える関係でいるんですけど、顔を合わせる機会をどんどんつけてくれるかっていうのは、大きいかなと思いますね></p> |
| <p>家族</p> | <p>富士宮 家族 <私たちは先生を信じるので、やはり先生が、認知症になったら、こういうふうにしなさいとか、こんな医療あるとか。そういうアドバイスを、先生がしっかり覚えて、してくれれば助かります。やっぱり病気になる、私たちが病気になる、全然わかんないで、先生が頼りなので、先生に先に言ってもらっても。だって、聞けないで></p> | <p>大牟田 家族 <診療科に関わらず、やっぱりドクターたちにも、今から高齢化が進んでいく場合はそういうことを患者。あるいは、その家族にちよつと助言をしてもらえような雰囲気な医師会なりなんなりでの申し合わせみたいなのができると></p> | <p>玉川 家族 <かかりつけの先生が、脳血管性の認知症というのは診断してくださったんですけどね。それはすぐくありがたかったんですけど、病院に診察に行きたときに、いろいろと「こういうのがありますよ」「ああいうのがありますよ」っていうことは教えてくださらないんですけどね。いろいろと周りの方に聞くと、お医者さまから言われて。こおむつとか、そういうのが利用できるとか、こういうのがあったらいいよって教えてくれた、教えてくれたかな></p> |

4. かかりつけ医の役割

| | | | |
|-----------|---|--|---|
| <p>家族</p> | <p>＜最初の病院では認知症って言われたけど、何もケアはなかつたんだからね。ただ、薬を飲んで終わつたら来なさいだから＞</p> | <p>＜専門的な知識がない先生であれば、たとえば、家族が私であれば、単なるもの忘れ、あるいはうつ的な状態になつてると思い込んでるのも、「いや、ひよととしてたら、こういう認知症というの幅広く症状あるから、一つ専門医のところに行つたほうがいいよ」とずばりと言われると家族も傷つくと思うので。「一度専門医のところと家族も傷つかね」というような誘導的なもの言っていたら」と受けやすいかなと思つておね＞</p> | <p>＜かかりつけ医っていうのは、やっぱり内科医ですよね。内科医の先生が、どの程度認知症っていうのを理解できているかというところが、すごく疑問なところがありますね。先生方も認知症の勉強に関して取り組んでいらつしやるのがわかるんですけど、よく聞くことは、連れて行くのと年相応ではないかと。それから、認知症ではありませぬよとか、明らかに家族は「こういうところがおかしい」っていうふうになんかついていても、病院に行くと、「年相応だから心配ない」と。それで、検査も必要ないといふふうに言われてしまうと、そこから先行けないんですよ。もう少しおかしいな先生のほうから、「ちよつとおかしいね」っていうことを言つていただく方がありがたい。「こういう病院紹介しますから」というふうに行つてくださるほうが、家族としては行きやすいのかなと思つています＞</p> |
| <p></p> | <p>＜やはりそこでも、向こうの先生みたくて、こんなアドバイスしてくれたり、あたしは向こうには行かなかつたかもしれない。ただ薬を飲むだけだつたら、たぶん今思うと、進んで困つたかもしれないし。その病院でも、やつぱりういうアドバイスがほしかつたかなつて。それで先生ができなかつたら、また、もつとよりいい、いい病院を紹介してくれるとか＞</p> | <p></p> | <p>＜そこでわかる範囲内の情報をこういうところにつなげたほうがいいのか、地域包括に行つてくださるか、そういった最低限でもいいから、情報提供していただけると、家族の人たちは、戸惑わなくてすむのではないのかなと思つています＞</p> |
| <p></p> | <p></p> | <p></p> | <p>＜認知症の初期の場合は、他人様にごく張り切るわけですよね。介護している人に対して、家族に対して、地を出すわけじゃないですか。それで大変な思いしているのに、いざ病院に連れて行くとき、認知症の検査のときでも、普段できなくてできちゃつたりとか、そういうときがありますよね＞</p> |

4. かかりつけ医の役割

| | | | |
|-----------|--|--|---|
| <p>家族</p> | | | <p>〈取りつくりくろってしまいますので、ああ、わかっているんじゃないかなという診断をしてしまうという感じなので、家族の方には病院に行くとき、それから、認知症の検査の介護保険の申請のとき、そのメモを作成しておいて、箇条書きでいから大きめに書いたものをプリントして、お医者様にそれを提出すると〉</p> |
| | | | <p>〈かかりつけ医というのは内科の先生ですから、やはり、そういったところまでご紹介をしていただけたら、それで、紹介状を書いていただけたら、その病院にまでつなげていただけたら。こういうところがありませんよ、ただ、その、今盛んに世田谷区でも言っている、連携プレーですよね〉</p> |
| | | | <p>〈こういうところがありますよって言うってくださるだけだと、家族はそれを本人に言っても「そんなところはないわよ」とか、「なんで私はほけてないのに」とか、それから、その家族も、わかっているけれども「お母さんはほけてないわよ」とか、そういうことまでなかなか理解できない場合もありますので、やはり地域の連携プレーをしっかりとやっていたら、家族としてはありがたい話です〉</p> |
| | | | <p>〈サービスがどういったものがあるのかとか、役所からとか介護保険のつなぎとか、介護サービスをこつて医の先生に置いてくださる、かかっている医の先生に置いてくださる、こういうものがあるよ、嬉しいのかとか、あとも、地域包括に行ってくださいとか、そういうふうに行ってくださいとか〉</p> |

5. かかりつけ医と専門医の連携

| 行政 | 富士宮市 | 大牟田市 | 世田谷区 玉川 |
|---|--|--|--|
| <p>富士宮 行政 <要は自分のやりたいことを伝えて、一人一人の先生でも、一人一人から聞き取って、それを整理して、また伝えていく・・・一人一人聞くと、「認知症の課題をなんとかしなきゃなねんだ」とか、「富士宮の医師会は駄目だ」とかいう先生って、やっぱり最後にいるんですよ></p> | <p>大牟田 行政 <医師会主催で臨床認知症研究会があつて、年1、2回、医療の講演会をするんですよ。そこに認知症ケア研究会の運営委員とかも呼んでもらえて、参加はするんですけど。そこで、この専門のドクターにつなげばいいんじゃないかと思うんですよ></p> | <p>玉川 行政 <医師会さんの方が先行して病診連携パスを作つてやってくださつてるので、地域の先生が、自分の知つてる病院に紹介状を出してるケースもいっぱいありますけど、パスの仕組みをしようという場合には、区内に8か所、連携病院として決まつているところがあるんですけど、そちらの方に指定書式で連携室とかを通じて「精密検査をお願いします」みたいなことややつてらつたりやいます。それぞれ診察がついた後で、病院の方からまたきたらちゃんと回答が先生方の所に戻つてきて、いわゆる確定診断というか、鑑別診断の結果みたいなのがあります。それは来てという仕組みはもろろあります。それは地区医師会を基にした連携パスなんですけど></p> | <p><松沢病院はちよつと遠いので、ここから。品川区の荏原病院さんをお願いされてるケースも結構あると聞いてます。荏原のソーシャルワーカーさんに、「いつもお世話になってます」と言つたら、「品川区内から来る紹介教よりも玉川の医療機関や包括から相談されてお願いされるケースの方が多し」つて言つてました></p> |
| <p><事例検討会を重ねながら、情報共有のプロセスをしっかりとつくりつていって、そこから医師会の内部の連携を考えていけばいいんじゃないですか></p> | <p><その先生たちが動けるように、医師会と連携しながら環境づくりするつてことが、大切かなつて思ってます></p> | <p><もの忘れ相談医というふうに、すでに35人ぐらいいろアツプされているんですよ。その方々を、全員僕らが紹介はできないんですよ、やっぱり先生方が、ただ単に研修を受けたというだけなので。そのあとコミュニケーションが取れるつていうところが大事なので。今、紹介できるのは、このサポーターチームに登録していただいている6人の先生方は、安心して、市民の方にも紹介できますよ。研修を受けた先生方で、一定のご理解がありますよつていうこととぐらいいしか言えないんじゃないかなつて思ってます></p> | <p><問題は行かない人ですね・・・1回は行つたけど、つていう人はいますね。その後、かかりつけ医も中断しちゃうつていう人はいましたね></p> |
| <p><サポーター医の役割が、みんなわからないつて・・・サポーター医が、本当に包括から相談にいくかどうか、いろんな相談だとか、個別事例の対応だとか、そういうたのも含めて、医療機関のそういう連携機能に、やっぱりしっかりと機能できるような環境を整えていく></p> | | | <p><ケアマネさんがいれば、ケアマネさんと一緒に動きまわすし、包括の方で見守り訪問しながら、またタイミングを見計らつて受診行動につなげて行くように、長いスパンですつて見守りを></p> |

5. かかりつけ医と専門医の連携

| | | | |
|----------|--|--|---|
| 地域 包括 | <p>〈やっぱり土居先生頼みだなって話で、なかなかこの辺の先生で、やっぱり診断できるお医者さんっていらっしやらないなっていうところの事情なのかなっていうところです〉</p> | <p>〈重要な鍵になるのは、かかりつけ医の先生の意識が、どこまで高まっていく。当たり前のルートができていけばというのが、一番かなと思うんです。ご本人さんが、なかなか病院に行こうとされないという方もたくさんいらっしゃるの、いきなり専門の先生にとというのは、ハードルが高いとかかりつけ医の先生からという道筋が、もつとあると〉</p> | |
| 社協 | <p>富士宮 社協 〈最近、訪問医療みたいな部分で、すごく重要だなってことで、いろいろ報道されてるんですけども。そういうところも、なるべく受診につながらない、本人、ご本人自身が、なかなか医療機関に足が向かないとか、なかなか利用できないっていうケースもあるの、たとええ〉</p> | <p>大牟田 社協 〈患者さんとドクターの間は、要するに診察を受けて、初めてその関係が成り立ちますので、この間に、たとええば看護師とか、MSWとかいますよね。MSWが、認知症のコーディネーターであると、なお、スムーズにいくところがあると思うんですよ〉</p> | <p>玉川 社協 〈診察受ける時間っていうのは生活の中の一部で、家庭での場面と違う状況での接点、そういったところでケアマネジャーさんとか、専門家の人たちを活用しての情報の吸い上げっていうのがうまく流れれば、お医者さんの診察に的確性が加わって、しやすくなるのかなと思うんですけど〉</p> |
| | | <p>〈いきなり患者さんとドクターで、ぼんつと結びつけてても、ここで話すときに、ものすごく時間かかったりするわけですね。だから、その間にMSW、看護師が、そういうふうな認知症のコーディネーター研修を受けていければ、もつとドクターに対して、「この方は、こういう状況です」というとこまで〉</p> | <p>〈こちらから物忘れのほうもかかってみてはっていうのも、ちよつと伝えにくい部分があるの、そういうときに、ケアマネさんに関わっていけば、物忘れの情報だけは伝えられます。本人には自覚がなかったり、行く気がなかつたりする中で、物忘れの症状の診察がうまく流れていくようなところの、連携が見えにくかつたり〉</p> |
| | | | <p>〈物忘れとか認知症の程度が、進行がまだそこまできていない段階では、結構、つながついていないケース。身体の方の部分での受診が続いている。プラスで、そういう物忘れのほうについて、受診しているというようことは聞かれないケースというのは、結構あるかなという印象は、あります〉</p> |

5. かかりつけ医と専門医の連携

| | | | |
|---------------|--|---|--|
| <p>社協</p> | <p>富士宮 自治会 (地区社協) <今週、うつ病と認知症というテーマで、講座をやるんですよ。包括の人が来たりするんですけれど。住民が演劇をやるんですよ。中学生も入れています。そのキャラバン隊の中に、脳神経内科の先生と一緒に活動してるんですよ、その人も、今回初めて私らも、そういう人たちと福祉講座を開いて、どのぐらい集まるか。最低300人ぐらいほしいなと思って。その先生も皆さんに紹介することによつて。今まで点であるようなシステムを、面識のネットでもつながるようなシステムを、面識を持つことによつて、これからどういうふうなこと、関心持ってる先生ですから、我々の動きなんかにも、たぶん聞いてると思うんでね></p> | <p>大牟田 自治会 (民生委員) <病院にも忘れの忘れの相談とかなんとかからそういうふう割り出されて、その国立病院に行つて、相談してください、受診してくださいというふうに言われたら、やっぱりじゃあ一緒に行きましょうかというところで、私の時間に合わせてもここに寄ったわけですよ。包括センターに></p> | <p><物忘れがあつて、それに関して、受診するっていうのは、ご本人、周りも含めて、結構、ハードルが。それを受容して、診察を受けに行くっていうところっていうのは、なかなか踏み切れない方っていうのも、結構、いらつしやるのかな></p> |
| <p>自治会</p> | <p>玉川 自治会 (民生委員) <そこから紹介していただいて、どこかの病院に行きましてたつていうお話は聞きますけど。大体かかりつけ医のほうとは、いつも普段やつぱりそれだけの関係を持つてらつしやいますので、そんなにそれでかかりつけ医がうんぬんということはないかな。あまり聞かないですね></p> | <p>大牟田 自治会 (民生委員) <そして、まず包括センターの意見を聞くことが先やろと思つて、そして病院にはいつでもいけるけんと思つて、病院に行つてからここを聞くよりも、この話を聞いて病院に、やつぱりそれがいいだろうということになれば、そうしていいかなと思つて></p> | <p><いつも行つてらる方ですと、こちらが紹介してほし いていいたら、すぐ病院もありますし></p> |
| <p>かかりつけ医</p> | <p>富士宮 かかりつけ医 <症例検討をやつていてるんですけれど。もう二つぐらい、そういう小さな会をつくつて、認知症を勉強しましょつていう。たとえば、BPSDだけの統計を取つてつていうような、そういう会をつくつてやつてつてるんですけれど。それは富士の先生とやつてつてるんですけれど></p> | <p>大牟田 かかりつけ医 <かかりつけの先生と専門医の連携についていえば、包括の人たちと認知症ケアコーディネーターの存在というの、大きいのかなと思つています。なかなか医師自身が紹介するつていうのは、いまだに少ない気がします。それと、ケアマネージャーさんの学習ですね。ケアマネージャーさんとかか学習会してるんですけれど、特定の病気の学習会をしたあとは、ワッとそその病気が来ます></p> | <p>玉川 かかりつけ医 <クリティカルパスを使うことで、期待したほどの数がこなせてないつていう部分はあるんですが。実際に使つたケースに関して、やつぱり診断をきちんとやつていただいて、それをどこまで病院がフォローするか、あるいはこつちでフォローするかつていうのは、一部の先生とはできてると思つています。ただ、その先生たちの考え方が、みんな一緒ではないので、その辺でこつちも使いわけるつていうふうな、そういうのがうまくなるんですと、どうしてもやつていきがちにはなるんですけれど></p> |

5. かかりつけ医と専門医の連携

| | | | |
|---------------|--|--|--|
| <p>かかりつけ医</p> | | <p>〈かかりつけ医と専門医との連携のところ、一番有効なのは、そのケアマネージャーとか、介護の専門職の教育っていうのが、連携が一番有効なのかなと感じました〉</p> | <p>〈僕の場合でいうと、内科医としてやってきたこともあって、多少のものはこっちでみて、手に負えないものであったり、迷うケースはやっぱり相談するっていうのが、一般的なやり方です。ただ、どうしても画像診断っていうところが入ってくるので、それはどっかのタイミンでやらなくてはいけないと。それを、こういったパスを使って画像診断をやるのか、最近では都市部では、画像だけやってくれくるクリニックっていうのがあって、そこを利用していかっていうのは、患者さんと相談して、「どっちでもいいよ。でもどっちがいい？」っていうと、簡単、簡便なほうを選ぶことが多いですね〉</p> |
| | | <p>〈誰かがきっかけを入れてくれることによって、専門医自身にながっているんやないかかっていう気もします。本場に必要な人が〉</p> | <p>〈一般的に、アルツハイマーかレビーかだろうなっていうところあたりと、それ以前に、本当にいかわゆる認知症の範ちゅうなのか。それとも、ほかの疾患があつてのものなのか。そこはある程度、最初に区別しないといけないので。急激に症状が進行してるものは、いわゆる一般的な認知症以外のものをルーアルアウトする手段が必要になると思います〉</p> |
| | | | <p>〈専門医の先生に、これ以外でよく相談するケースは、レスパイトであつたり、家族が困難になつていくときですね。ご本人もさながら、家族もひつくるめて、このままではもう破綻してしまつていようような状況のときに、一時的にでも、やっぱり避難させ、なんらかの環境を変えななきゃいけないっていうときに、特に松沢病院さんに、ちよつとここまで来ちゃつてるんで、一旦なんとかならないかかっていうのを相談するケースは、多々出てきています〉</p> |
| | | | <p>〈施設の場合は、もう一歩手前の部分では使つて、ショートステイであるとか、デイサービス。最近やっぱり使い勝手がいいのは、小規模多機能ですね。それは非常に柔軟に対応できるので、そのあたりを考慮しても駄目だつたっていうところがやっぱり、最終的に病院〉</p> |

5. かかりつけ医と専門医の連携

| | | | |
|---------------|--|---|---|
| <p>かかりつけ医</p> | | | <p>＜もう一つは、医療であれば受け入れてくれる。それはご本人の場合もあれば、ご家族の場合も。医療という名目でなら、受け入れてくださるといふところがありませんね＞</p> |
| <p>家族</p> | <p>富士宮 家族 最初の病院では認知症って言われたけど、何もケアはなかったですね。ただ薬を飲んで終わってからはなにかいって。その病院でも、やっぱりそういうアドバイスがほしかったかかって。それで先生がでさかかたら、また、もつとよりよい、いい病院を紹介してくれと</p> | <p>大牟田 家族 専門医っていうのは、市立病院のもの忘れ外来で診断を受けただけで、ちよつとアセスメントをいっただきましたけど。そのあとは、ご縁はないわけですけど。ほかの方、いろんな方で対応してきたんですけど</p> | <p>玉川 家族 世田谷区でも盛んに検討してますけども、連携プレーですかね。専門の先生にながって探して、そういう足がかりを家族のほうで探して探して探して、やはりかかりつけ医の方が</p> |
| | <p>＜そういう連携っていうかな。なんかがあれば、僕んところはできなくても、ほかでできるといいな、そういうのも教えてもらおうと助かりましたね。自分たちで探さなくてもいいから＞</p> | <p>＜家族会の中での話を聞いてると、やっぱり先生を変わりにくいか、お薬の処方抗うつ剤とかいろいろ出されても、なかなか合っていないんじゃないかなと思つても、それを言いにくいとかついでいうようなことが、おつしやつてる方がおられましたもんね＞</p> | |
| | | <p>＜先生によってはぶつきらばうに、「なら変わればよかった」というようなことを言われて、ちよつとショックだったとかつていう話も、それは人のことなんですけど、聞きまじったから。専門的な知識はちよつと先生のおろろしている家族の気持ちもくんだ、先生方のちよつと助言があるといいかないかと思つてますけど＞</p> | |
| | | | <p>＜今それを育成する段階がある程度終わつてきて、どう活用するっていうフェーズに入つてきてると思ふますね。ただ、その活用の仕方を、それぞれは、まじ、どうしようっていうところで、一番は、やっぱ、誰がイニシアチブをとつて、それをやるかというところだと思ふんですが、もちろん、医師会という方法もあれば、行政という方法もあれば、両方が組んでと。僕自身は、やっぱ、組んで、せつかく要請したものを活用するっていう形を、もつと模索していかうがいいと＞</p> |

6. 地域ぐるみでの支え

| 行政 | 富士宮市 | 大牟田市 | 世田谷区 玉川 |
|----|---|--|---|
| | <p>富士宮 行政 <包括の専門職に聞いても、市民がなんで困っているのか、よくわかんなかったんですよ。こんなんで、支援の政策なんて立てられるのかなと思っ 思っ。まずは、包括の専門職に相談に来た人の分析。それと、家族が困っていること、分析。そこに社協も巻き込んだり、分析するよな仕組みをつくって、整理をしていったら、地域でみんな困って、生活してると、地域で困っていることがわかる></p> <p><住民に伝えるべきことは、病気の話ではなくて、認知症の人が地域で何に困っているのかというのを、伝えなきゃならないわけ。その根拠が、包括のスタッフには持っていないということなんですよ></p> | <p>大牟田 行政 <それが、徘徊模擬訓練なんだと思います。地域によつては、商店とか、交番とか、いろいろなところを巻き込みながらやってみるんですけど、それに参加することで、本当に意識ががらんと変わって、本当にそこは、有効だと思えますね></p> <p><(徘徊模擬訓練では)一つの小学校区、日常生活圏域の中で、実行委員会をつくるんです。地域の役員さんとか、そこに認知症コーディネーターの修了生とか、事業所とか入って。もちろん、行政職員も入りますし、地域包括支援センターの職員も入ります。その中に実行委員会をつくって、一つのルールとして、事前の勉強会をしまして、一方と。認知症に対する対応の仕方とか、声掛けの仕方とかかっていう勉強会をするのは、一応、事前準備の一つとして項目があるので、必ず1回はするんですね></p> | <p>玉川 行政 (メール回答) <玉川地域は、人口構成からみてもファミリー層が多く、例えば玉川地域のみで1つの地区医師会が形成されているように、自治の精神に富み、歴史的にも早くから現在の東急沿線が開発され、ハード面からも街づくりが進んできた経緯があります></p> <p><「自分たちで必要だと思えることは始めよう」という進取の意識が特に感じられるのが、玉川地域ではないかと思われま</p> |
| | <p><地域で困っていることをしつかり分析して、それをしつかり住民に伝えて、住民ができることをワーキングする。それを、サポーター養成講座としてというふうな位置づけで、住民に行動変容が起きるようなサポーター養成講座を、商店街だとか、ドラッグストアだとか、消防団とか、そういったところで展開していったということですよ></p> | <p><実際に地域は地域の連絡網で、また市が流した情報を、地域の連絡網に流していくんです。そこから先は、地域の訓練なんです。自分の地域で、来た情報を流して、みんなどう探して、声かけるかっていうところのアレンジは、もう地域でしていただくということになってるので・・・それぞれの校区で、自分たち、それぞれ課題があるので、その課題をどう解決しようかっていうことで、目標決めて></p> | <p><町会・自治会や民生委員の方々、家族会の方々等は、地域でリーダーシップを発揮する方々でもありますので、このような方々の自治的活動が盛んな地域では、勢いコンビニや金融機関・商店街などが、地域貢献活動において区民に触発・牽引されていきます></p> |

6. 地域ぐるみでの支え

| | | | |
|--|---|---|--|
| 行政 | <p>〈公的サービスで配置されているワーカーとか、マネージャーが、地域のインフォーマルなサポーターと個別ケースを通じて、出会う場をセッティングさせないと、仕組みとして1本の線にならないです〉</p> | <p>〈大体30件ぐらい、SOSネットワークに入れて、大體見つかるんですね。見つかり方が、「愛情ねつと」を見て、見つかるっていうのは、半分ぐらいですかね・・・行政職員が捜しに行ったり、包括職員が捜しに行ったり、ここで見つかるという。なんらかの関係者が見つけるのが半分ぐらい。残り半分は、市民の人が見つけてくれるぐらい〉</p> | <p>〈玉川地域は近年開発が進み、集合住宅が増加したり、相続による宅地の細分化など、近隣の交流が乏しくなる要素がみられます〉</p> |
| <p>〈やっぱり風土づくりにやらなきゃ駄目なんだって〉</p> | <p>〈平成24年のときは、警察が、認知症高齢者を保護したケースって、170件あるんです。要は、140件ぐらいは、家族が捜索願を出す前に、市民の人が発見してくれてる。その件数って、年々高まっているので、SOSネットワークだけでそうなったわけではなくて。おそらく、模擬訓練っていうことをずっと通じてやってきたことが、そういう数字に表れてるんですね〉</p> | <p>〈近隣の顔見知りの関係が希薄になると、認知症対策で心配されるのは、徘徊高齢者です。例えば徘徊高齢者の広域捜索に関する東京都への依頼件数は、区内でも玉川地域が多くなって（平成24年度）います〉</p> | <p>〈近隣の顔見知りの関係が希薄になると、認知症対策で心配されるのは、徘徊高齢者です。例えば徘徊高齢者の広域捜索に関する東京都への依頼件数は、区内でも玉川地域が多くなって（平成24年度）います〉</p> |
| <p>〈仕組みをつくって、それを上から降ろしてくようなものというのは、必ずボタンのかけ違いがあるなというのがある。やっぱり実態把握と、環境づくりに進めていって、それをルーティン化とか、スタンダード化とか、そういったものにするときに、自然の状態で仕組みに向かわせるっていうところを、最近、なんとなくわかかった気がしていて〉</p> | <p>〈地域包括支援センターに相談に来るような、徘徊を繰り返すような事例に対して、どう支えていくかということに、うまくつなげたいんですね・・・そういう事例に対して、一つずついねいにカンファレンスを、会議をしていって。家族とか、地域のひととかと確認をしていくという作業をいねいにやっていく必要があるなというふうに思っています〉</p> | <p>〈平成24年のときは、警察が、認知症高齢者を保護したケースって、170件あるんです。要は、140件ぐらいは、家族が捜索願を出す前に、市民の人が発見してくれてる。その件数って、年々高まっているので、SOSネットワークだけでそうなったわけではなくて。おそらく、模擬訓練っていうことをずっと通じてやってきたことが、そういう数字に表れてるんですね〉</p> | <p>〈近隣の人が気づいて、遠くまで行かないうちに無事に保護された事例もいくつかありましたが、将来的に地域の見守りに依存してばかりはいられないことも同えます〉</p> |

6. 地域ぐるみでの支え

| | | | |
|---|---|---|---|
| <p>地域 包括</p> | <p>〈市民みんなが情報を寄せてくれる環境をどうしてつくれるといいのかなっていったら、メール登録してもらえぬ形を、今してしまっている。広報無線を、メール配信できるようにするのですね。これをして、介護保険の事業所の皆さんに、ぜひ登録してください。こちらには、広報富士宮をします。「本日、何時ぐらいにどこどこの町のお歳ぐらいのおばあさんが、こんな服を着ています」と、「今、探してます」っていう情報をおばあさんが、ちよつと今、行方不明です。広報無線で流れるようになります。あと、メール配信が、今、できるようになっていて、それをほんとは皆さんぜひ登録していただくという投げかけを、いろんなところで、お願いをしています〉</p> | <p>〈模擬訓練の一番よかった意味は、徘徊者が行方不明になったときに、捜索するうんぬんとかいうよりも、認知症のことを理解していただいたという、そつちのほうに本当に重要だったのかなと思つています〉</p> | <p>〈商店街のところも、日々のところ、認知症のことというよりは、いろいろなお祭りのところだったとか、社協さんだったり、民生委員さんだったりとかの、地域のいろいろなイベントに、私たちも積極的に参加して一緒に出させてもらっている中で、商店街さんのお顔がわかるようになってくる場所で、やはり相談が、こんな人に来ていてとかつていう相談が、やはり入るようになるつていうことがあるので〉</p> |
| <p>1 広報無線は、みんな聞いているんですけど。1 回聞いただけの情報だとわかんなくなっちゃうので、ぜひ文字でも読んでもらいたくないなというところ、介護保険の事業所とか、民生委員さんとか、あとは見守り安心事業、新聞屋さんとかつていうところ、登録してるところもあるんで、そういう方々にも、登録してもらってほしいよつていうよう投げかけをしましたという形でやったり〉</p> | <p>〈広報無線の中で、「徘徊イコールじやない」と言いつつも、徘徊すると、すぐ発見しなさいとか、見つけて、おうちに届けて、もう迷子にならないのと同じに見張つてないといけないかなというふうにはしていかないといいなというふうに思う〉</p> | <p>〈東玉川のほうのお米屋さんとかね。そういう方は、やはり訪問しているの、いろいろ配達して。その中でやつぱり、「あれ？」つていうことを連絡してきてくださったつたりとか〉</p> | <p>〈元々の基盤があるので、私たちもそこで支えていたで、いろいろあるところもあるんですけど。地域の基盤、連携といつても、いろいろな取り組みがなんにもないところも。あまり取り組まないところつていうのは、それをつくるところからしていかなくやいやいけなかつたり、町会がたくさんあつたりすると、今度はそれ全部を私たちも回つていかなくやいやいけないところ。やはり連携がうまいくつていっている地域と、なかなかそこにまだ入り込むのが難しい、あんしんすこやかセンターもあつて、いろいろ聞いてますけれども〉</p> |

6. 地域ぐるみでの支え

| | | | |
|---|---|--|---|
| <p>地域 包括</p> | <p><地域の中で、もし展開をしていきたいよっていったときには、こういう見守りのマップの様式をちよつとつくって、こういう形で地域で一緒に、包括と一緒に、お願いをしていくこともできるよってということだったりとか></p> | | <p><サポーター講座は、そうですね。結構、主要なところはほとんどやっていて。やっぱりちよつと今課題ってなってるのは、学校とか、PTAとか、もう少し層の下の方、年齢層の下の方にどうやってやっただけで、なかなか取り組みが課題ではあるところがあるんですが></p> |
| <p><医療連携が、やっぱりできないっていうところが、なかなか難しく></p> | <p><とりあえずアリエプト飲んでれば、どうにかなるって問題じゃなくて、アリエプト飲ませるにも、家族も誰もいない中で、どう飲ませればいいのかだったりとか。もうそんな状況じゃなくて、もうおうちの中がこんな状況になっちゃってる中で、次の在宅にどこまでやっばり、どういう支えがあるんだろっかというのを一緒に、やっぱり考えてもらえたらなるってところ></p> | | <p><今すごいこの地域、パワフルな方が多くて、いろいろな民生委員さんとか、先ほどのふれあいルームだったりと、町会の動きっていろいろの、すごい活発なんですけども。やっぱり今の層の人たちの下の代になつていくってところが、これからの地域の課題でもあって、我々も次の人材を発掘して、育てていくってところが、今の課題じゃないかなって></p> |
| <p><本当は寄り添ってほしいなって。だから、じゃあ、第2の解決。なんかこれが駄目ならこういうのもあるよって一緒に、なんか地域の生活の中、その状況をやっぱり一緒に考えてくれるお医者さんがいると助かるなっていうのは思ってますけど、なかなかそのお医者さんが></p> | <p><とにか、顔が見えるような形で、私たちは地域の活動にどんどん積極的に出ていきましょつこと。認知症だけじゃなくて、本当に高齢の方との支援ってところ。結構、体操の講座だったりとかも、自主的な地域の活動がとて多い地域なんです。そこに私たちも顔を出して、お手伝いできることはちよつとお手伝いしたりとかっていいこと></p> | | <p><ふれあいルームの運営協議会、月1回あるところに出てくとか、地区社協のところに出ていくつていうと、大体、民生委員さん、町会の理事もとか、一人二役、三役やってたりとか、あと地区社協の会に行くとか、商店街の方も入ってたりとか、お祭りの話し合いをするのに、本当に地域の主要なメンバーが集まるんですね></p> |

6. 地域ぐるみでの支え

| | | | |
|------------------|---|--|--|
| <p>地域 包括</p> | <p>〈やっぱり薬だけじゃないっていうか、若年性の認知症の方だって、なんかこういうこと考え、生活しているんだよ。やっぱ薬だけじゃなく、その方の生活実態っていうのを見ていた。たくさんで、いろいろ生活支援を一緒に考えたいっていう形ですね〉</p> | | <p>〈私たちが、それを主催して集めるっていうと、また一つ会議が増えちゃうと、地域の方としては負担になってしまふので。やはり今、見守りの会議もそうなんですけれども、そういうところ、会議のあとにちよつと時間をもらうとかっていう話法じゃないと、なかなか難しいよねって話。あ、あんしんすこやかセンターのほうでも、まちづくりセンターのほうでも、話し合っている〉</p> |
| <p>社協</p> | <p>富士宮 社協 〈実は自分たちの地域の中で、こんなことが起きてるっていう話をたくさん出してたんです。その中で、地域の人たちから、自分たちも頑張るけど、じゃあ、行政や関係機関は、どう自分たちをサポートしてくれるんだと。社会福祉協議会の立場で、私はずっと住民の人たちと、いろいろな問題を協議する中に入り込んでいたんですけど、そういう姿が見えないと〉</p> | <p>大牟田 社協 〈大牟田ほど地域に対して認知症の講座をしてるところは、そうないと思いますね。いろんなところで、もちろん徘徊模擬訓練をする前に認知症サポート研修を必ずしてまふので。そういう意味では、他の自治体に比べると地域の中で認知症の話は、結構やってる。これまでもどおり、やっぱりその周知・啓発を進めていく必要があるかなと思いますね〉</p> | <p>玉川 社協 〈地域で支えるというのが、結構、言われているんですが。なかなか具体的なアプローチで動いている部分っていうのは、まだそんなに多くないかなって〉</p> |
| | | | <p>〈世田谷区のほうは、実績とかで、そういう会を一回やりましたっていうほうが、望んでるのかも知れないですけど。地域の方に見ても、そういうのが一つ増えると、また負担だし。地域の方、高齢の方だけじゃなくて、午前中、子育てのほうをやっけてきたとか、子どものほうもやっけてきたとか、本当に全部を見ても、そういうなってくると、なかなかこれ以上負担をかけたくなってしまうと思うところ。地域ぐるみで支えていくっていうことについては、私たちが顔を売っていくっていうところが一番で、何かあったときには、すぐに動きまふよっていう姿勢ですかね〉</p> |

6. 地域ぐるみでの支え

| | | | |
|-----------|--|---|--|
| <p>社協</p> | <p>〈一つのケースの中に、新聞がかなりたまってたよという情報が、近隣の人からありまして。実際に、どういう家に住んでいて、その新聞がたまってた状況は、どんなポストに入ってたかというのや、実際に現場に行ったらわかってたよ。それらは、これはたまたまってたらわかるよなっていうことで、新聞配達をすする人が、これはたくさん気に気づかないのは、変じやないかということを投げかけさせてもらって。じゃあ、市内の新聞店と市がちよつと協定を結んで、早期発見の対応をしてこつじやないかということ。それで、認知症サポーターの養成講座を、新聞店でやつてもらつたりとか〉</p> | <p>〈重度になつてくると地域で支えるのも非常に厳しくなつていきまふし、もちろん小規模多機能とグループホームは、認知症のコアディネーターさんを配置してまふすので、ほかの自治体と比べると認知症の人に対しての尊厳つていうのは、ほかの自治体と比べると強いと思つてます〉</p> | <p>〈郵便物がたまつちやつてるとか、いつも買い物して人が来ないよとかつていう部分は、地区包括さんも含めて、アプローチしてある面があるかと思つてすけど。地域の人と話して、「ちよつと心配な人がいる」つていうような話は、聞いたりすることもあるんですが。近隣に住んでるんで、その方を知つていてる状況あるかと思つてすけど。実際に何かアプローチするのは見守つてるかというのと、明確にこれつていうのではないかなつていうのが、状況として思つ〉</p> |
| | <p>〈やっぱり事例を発しない、なんか客観的な、どこかにある事例を投げかけても、なかなか理解を示してくれないんですね。実際にやつぱり起きている事例をあげてくつていうことが、すごく効果があるんじゃないか思つていうふうには思つてます〉</p> | <p>〈認知症であつても、心はやつぱり生きてるんだというふうな意味合いで、対応の仕方からならんから。結構虐待とか、施設の方でも、虐待とかいふふうな起きている中で、大牟田の場合は、その辺は非常に認知症の勉強とか、認知症に対する人の接し方とかいふのも、結構職員が勉強してまふすので〉</p> | <p>〈その方が、物忘れとか心配だつていう面が目立つて見えてくると、近隣の方もやつぱりそれに気付いて。それなりというか、ちよつと遠く離れて見守つていてるような面は、あるかと思つてすけど。うちのほうは、近隣の方々と、何かタッグを組んで、具体的にアプローチしてつていうふうなところまでは、まだちよつとつてないですかね〉</p> |
| | | <p>〈徘徊者が出たりするときに、結構、高校生が見つけたりとか。もちろん、それは、認知症の絵本教室とかで学んでるから。専門職とか、我々事業所の職員じゃなくて、地域住民が結構探してくれる、通報してくる、メールとかにですな〉</p> | <p>〈制度的に何かつくとか、引つぱつてくるのは、なかなか難しかつたり、地域の方もそれに乗つたかというのと、またハードルが上がつたりすると思つてす。やつぱり日常のご自身の生活の中、営みながら、そういう地域で認知症の方とか、お1人暮らしで困つてる方とか出たときに、見守れるよつなところの意識づきつていうか、地域づきつていうのが、進められればいいかなというふうな思つてるんですが〉</p> |

6. 地域ぐるみでの支え

| | | | |
|-----|--|---|---|
| 社協 | | <p>〈そこは、ほかの自治体と違うところ。ちよつとこの人はおかしいな、この暑い中、長靴をはいて国道を歩いていかれてるっていわれても、ほかの自治体は、変な人だなと見過ごしているかもしれないけど、我々の地域の人が、やっぱ声をかけてくれる〉</p> | <p>〈都会で人口も多い、世代も多世代に渡る中で、現実的に、これをやってあげたいんだっていう方策っていうのは、何やるところで、見えてないっていうのが、正直なところ。ある程度システムを構築しないと、啓発とあってても、なかなか進まない面もあるのかなと考えたり。かといって、どんなシステムを、じゃあ、つくればいいし、それに乗っかってくれる人がどれだけいるかっていうのも、正直、なかなか難しいので〉</p> |
| | | <p>〈声のかけ方一つも、違うんですね。見て「今、何時頃ですかね」とか言ったりすると、普通やったら時間がわかりますよね。「ちよつと時計を持ってないんですけど、今、何時ですかね」とか言われても、認知症の人だったら、もう時間もわからぬ。この辺は、ちよつとおかしいなと思った場合は、ひよつとすると徘徊されているかもしれない。そうしたら、携帯とかに徘徊情報が入ってきますとか、通報があったりとかしますね。包括に電話があったりとか〉</p> | <p>〈地域の方々にとってもメリットがないと、なかなか飛びつきにくいという部分はあるかと思うので。認知症とか、誰にとつても話ではあるんですけど、やはりまだ先の話っていうことも正直あるかと思うので。この辺で自分に自分たちが何かしなきゃというの、災害とか、そういうほうが、まだアプローチャとしては、大震災以降、少し意識というのがあるのかなと思ってるんですけど。やっぱ地域の人な困ってる方々を支えていくという部分では、なかなか浸透させていくというのは、難しい面がまだまだ課題であり。方策も、ちよつと考えても、なかなかというのがある〉</p> |
| | | <p>〈年に1回必ず徘徊模擬訓練をやりましますからね。やっぱり民生委員さんとか、校区社協も、公民館関係、自分たちのものとして考えていきますので、その辺は模擬訓練をせんといかんと。要するに、火災訓練とか、防災訓練のときと同じような形で模擬訓練をせにやいかんというような意識は、持っておりますね〉</p> | <p>〈地区包括さんと組んで、認知症サポーターの講座を包括さんのほうで組み込んで、やつてもらってケースも、1つか2つはあるんですが。ほかでちよつとアプローチャしたほうがいい。学校さんのほうで、まだ認知症のほうは早いというような話もあつたりとか〉</p> |
| 自治会 | <p>富士宮 自治会 (地区社協) 〈ケア会議をやったときに、こんな意見が出てきたんですよ。認知症のお母さんがいなくなつたもんで探し回つたら、小学生が、ちよつとふうたいの変わつたおばさんが、さつきこつち歩いてたとか。いわゆる小学生の情報も必要なんですよね〉</p> | <p>大牟田 自治会 (民生委員) 〈基本的には、地域の中に認知症に対する理解者を広めていくっていうのが、これは絶対これだろうと。地域で支えていくには、理解しなければ支えられませんでね〉</p> | <p>玉川 自治会 (民生委員) 〈昔みたいに、すべてが町会の人たちがね、町会がみんなであつていうと、町会に入らないっていう方が、結構多いわけですよ。そんな勝手にそこちよつと支えてることでしょうっていうところも、そういう方もいらつしやるわけですよ〉</p> |

6. 地域ぐるみでの支え

| | | | |
|---|---|---|---|
| <p>自治会</p> | <p>〈小学生3年生ぐらいい以上になつてくると、もうそういう福祉の話をしたほうがいいんじゃないかな。まさにこれが、福祉教育じゃないのかな。自然発生的にちよつとおかしいようなおばちゃんとか、おじちゃんがいたら、なんか気にかけてくれて。そういうところへ、もし、なんか放送があったりなんかにしたら、「さっき見たよ」とか、お母さんに言うとか、お父さんに言うとか。そのうちのおじいちゃんに言つて、なんか連絡できるようなシステム〉</p> | <p>〈勉強会をして、認知症ってこういう病気なんだよ、こういうことをすれば、非常に恐怖感を与えられることにながりますよとかというようにことを勉強して。それを住民がやっばり理解してくれる〉</p> | <p>〈だから、地域ぐるみっていつでも、なかなか難しいなというところですけど。この地域は、それでも町会の入会率も多いですし、町会でみんなが地域の人守りましようねっていう機運が、私たちは、この地域はあるもんですから。絶えずそれは、多少よそよりかは発信してるかなって、私は思ってますよ〉</p> |
| <p>〈そうすると、ほんどにいろんなところ、子どもの目からもできるんじゃないかな。それで、早く見つかつたわけですよ。そういうことも、ケア会議やるといういろいろ出てくるわけですよ。いわゆる小学生が、結構、教えてくれたよとか〉</p> | <p>〈いろんな訓練もやりますけれども、これは地域のやはり課題に合った訓練でなければ生きてこないというふうに思います。こうあるべきだということとを並べても、これは自分の地域にそぐわないこととであつたとして、それは住民のためには、あまりならない〉</p> | <p>〈町会の話ですと。月に1回、理事会があるんです。そのときに、必ず終わりに、理事会の議題終了つたあとに要援護者の委員会っていうのを必ず、たとえ10分でもします。そこで変化があつた、グループ分けしてるんですね。だから、たとえば、一丁目を3つに分け、二丁目も3つ、三丁目も3つに分けてのグループ分けで集まつて、理事会も席座つていたか、そこでなんか変化があつたかどうか、そこで情報交換してくださいつていうこと、必ずいたします。なんかが入つてきたらそこでつていておりますよ。なにかちよつとすすよるよにしておりますよ。〉</p> | |
| <p>〈そうすると、やっばり中学生と小学生連携するの大事じゃない。そのことから、ちよつと子どもから、いろんな3世代交流とかも。司会を全部中学生にやらせたんですよ、今年。だから、すごい好評だつたんですよ〉</p> | <p>〈こういう町に住みたいという町の像、住みたい像をまず目標をつくつて。そして、それに向かつてやっばり努力しようつていうことで、目標がないなら努力のしようがないじゃないのつていうことで、住みたい地域をイメージして、やつていけるわけですよ〉</p> | | |
| <p>〈学校のほうに言つたら、ぜひ、使つてくださいつてことで、これにも来たし、今度これにも出演が、学校長が、「ぜひ、出させてください。こんなにいい勉強会はないです」と〉</p> | | | |
| <p>〈我々だから、いかに地域住民を。住民ですよ。ね。住民の福祉教育ですよ。できれば、コラボしている学校とか、そういう人たちとは、親とか。それはできるんだだけ〉</p> | | | |

6. 地域ぐるみでの支え

| | | | |
|---------------|---|---|--|
| <p>自治会</p> | <p>くうちのほうから23年度に孤独死が2つ出ちゃったんです。新聞がいわいたって。この定例会で、それはおかしいだろう。配達員は、自分のお客さんの状況を知らないって。1週間も取らないと、こんないっばいになっちゃうんですよ。これをまた詰め込みという心理がおかしい。こういうことで市長まで動かし、我々がこのテーブルで議論が市長まで動いて、いわゆる新聞配達員の教育に始まって、郵便局。今、包括がいろいろなところへ、おうちコースもいろいろなところで、今はねってまますよ</p> | <p>大牟田 かかりつけ医 <家族の会とか、本人の会の存在っていうのは、特に若年性の場合は助かります。それとあと、徘徊模範訓練が年についてペンなんですけど、すごくなにか、地域の方を認知症に目を向ける役に立っているみたいなんです></p> | <p>玉川 かかりつけ医 <まだまだ、いわゆるモデルとなっていていうのは地域のところからすると、玉川地区はそういうのは未熟だというふうに思うし、自分たちがつくってきかないとは思いますが。たとえば、おそらく交番の警察の方だつて、地域の情報はきつと何かしら持つてると思いますが、民生委員の方々も、あんすこの方々も持つてると思いますが、それをどう、本当にうまく共有していかつていうのは、課題だと思えます></p> |
| <p>かかりつけ医</p> | <p>富士宮 かかりつけ医 <私自身は、たとえば、講演の依頼っていうのが多いのが、マッサージ師とか、柔道整復師だとか、薬剤師とか。そうだった、少し医師とちよつと別の人たちが、講演依頼が来て、その人たちのところへ行つて、いろいろな講演をしたり、認知症の話をして。それで、結構質問もあるし、講演の人たちは。町の人たちのほうで、医師よりも関心が高いです。そういうような感じがしますよ></p> | <p>大牟田 かかりつけ医 <徘徊模範訓練の前に、それぞれの校区で認知症の学習会をしているんです。それがやっぱり、最初の早い段階での気づきのところにもつながります。たとえば、徘徊模範訓練のときにコンビニとかにずっと呼びかけをしているんです。そういつたことでも、コンビニとかの方の認知症に対する意識っていうのが、変わってきているのかなと思えます></p> | <p>玉川 かかりつけ医 <誰が本当にマネージメントをするかというところを、杓子定規で考えないっていうところですね></p> |
| <p>自治会</p> | <p>キヤラバン・メイトが多いっていうところじゃないですか。すごい多いんですよ。富士宮は。かなり多いんで。それで、キヤラバン・メイトが、私が、もう5～6回やってますかね。私じゃなくて、うちのグループがキヤラバン・メイトとして、町へ出ていって、公民館で、そういうところで集まってるのをかなりやります></p> | <p>大牟田 かかりつけ医 <あとはもう、これは大牟田独特の取り組みじゃないと思ふんですけど、境界領域の方にとつて、サロンっていうのは、非常に大きな存在になってます。手鎌地区だけで十何か所かかっていてました。だから、そういうことか、すごく地域ぐるみで支えていくっていう上では、いいなと思えます></p> | <p>玉川 かかりつけ医 <たぶんそのキーとなるのは、まず場所としての、あんしんすこやかセンターと、そのあんなすこやかセンターの場を活用して集まる中で、自然にできていけば、きつといいんじゃないかなと思えます></p> |

6. 地域ぐるみでの支え

| | | | |
|---------------|---|---|---|
| <p>かかりつけ医</p> | | <p>〈あとは、地域についていうことでは、やっぱ民生委員さんの意欲があるかないかで、ずいぶん違います。民生委員さんが変わった途端に、ちよつとごちやちやになっちゃやうとかです。見守りが全然できなくなっちゃったとか〉</p> | <p>〈最初、従来やってたトップダウンの形で、何かを決めて、それをみんなに普及させていくっていうような手法をイメージしていたんですが、難しい。それはどこがトップになろうと難しい。なので、逆にもうボトムアップでいいんじゃないか。しかも、あんすも十何個ある中で、全部が一緒にじゃなくて、できるところ、たとえば、奥沢のあんすこと、うちとやって、そこがケア会議にせよ、形ができてきたと。それ真似してやってみようっていうのが、できてきたって。そういうボトムアップで、どんだん普及していくほうが、手法としてはいいかもね、というように現状に、今は達しています〉</p> |
| <p>家族</p> | | <p>〈介護の職員と地域の距離が、まだちよつと遠いんです。地域包括ケアについていってるけれども、実は介護の専門職・医療職と地域との距離が、まだちよつと遠い。だから、介護の専門職が、そういう地域への活動を入れるような場が、もったくさんあればなと〉</p> | <p>〈そういう中で、誰がキーを握るかというところ、あんすこの人と医師会のドクターが一つ組んで、そしてまた、ほかの職種を引っ張ってくるっていうやり方のほうが、簡便かなとは思いますが〉</p> |
| <p>家族</p> | <p>富士宮 家族 〈私は隠さないで、地域の人たちもお世話になるので、とりあえず全員に話さないで、一番身近な、いつも親しい近所の人たちに、記憶の部分がちよつと弱いので、一つのことしか覚えてられないので、なんかあっても普通に対応していただけてます。かかってことを、最初に近所の方の方に言って、過ぎてきて〉</p> | <p>大牟田 家族 〈ここは徘徊ネットをしますから、それが第一義だとは思いますが。私もほとんど会があるたびに参加してまますよ。結局参加される方は同じ人なんです〉</p> | <p>玉川 家族 〈あんすこやかセンターだけでやるのはとても難しいです。用賀と瀬田と二子玉川と3つの地域が連携して、社会福祉協議会と町会、民生委員、それから、まち街づくりセンター、その仲間とで運営委員会をつくってまして、そこで、いろいろと企画したりやってますけども、そういうところでももう少し認知症に関する取り組みをやっている方がいいかなと思ってます〉</p> |
| <p>家族</p> | <p>〈それから、自分たちが班長なることで、今度は皆さんの前で。班長はやりまますけど、認知症で記憶の部分が、みんなよりもよくないので、2つあっても1つしか覚えてられないので、それでもよければ、みんなと一緒に班長やらせてもらって、できない部分をみんなが助けてくださるって、そういうことを、近所の人たちに言っておかげで、挨拶は普通にしてくれて、お話しさ〉</p> | <p>〈徘徊ネットのことでも、ほかのことには熱心な方も、「そんなの、そういうことなの」という奥さんたちが何人もいらつしやるんです。「そんなものには行かないわ」とか、親御さんが認知的なことがあつては思わうんとしておられるか。だから、今は間に合わないけど、やっぱ学校教育じゃないかなと思わうんです。最終的には〉</p> | <p>〈いかに行政と、それから地域包括と社会福祉協議会と、家族会が一つになつていこうのが理想的です。けども、なかなか難しいところかなと、人集めを伸び悩んでるのもそこかなと〉</p> |

6. 地域ぐるみでの支え

| | | | |
|-----------|--|---|---|
| <p>家族</p> | <p>〈歯医者さんだけは一人で行ってたので、歯医者さんの先生はわかかって来て、新たに看護婦さん、新しくなっても「主人認知症なので、一人でいきますけど、電話で頼みます」と言ってくれました。次の予約もうちへ電話くれたので、それは助かって、周りの人たちは対応してくれて〉</p> | <p>〈今は間に合わないかもしれないけれど、ここであれば米生中とか、駒馬の小学校とかが、やっぱり一緒に徘徊訓練。それから、高専、大学生も一緒にボランティアで訓練に関わってるわけです。そういう若い人たちを取りこまないで、本当の家族の年代っていうのは、来る時間もないし、きっかけもないんじゃないか〉</p> | <p>〈やはり、すぐばつとは来れない、抱えてる人だから、なかなか来れないっていうことですよ。一番きてほしい人に来てもらえないっていうところもありませんし、1度きてしまえば、家族会の大切さってのをわかりませんが、そういつたつな切りが、なかなか難しいかかって思ってます〉</p> |
| | <p>〈なんか班の集まりのときに、認知症の勉強しませうみたいな感じで、ちよつとだけ、話すだけでも違おうと思います。それを今、みんながやってくれてるんで、わざわざ話すと私たちも出にくくなっちゃうんで〉</p> | <p>〈最終的にたどりついたらのは、学校に出前教育をしようということ。一般の高校、中学校の校長先生を巻き込んで、OBの方を巻き込んでやったら、学校の先生方が、「この制度って、こんなに大事なもので知らなかった」と、まっずおっしゃる。やっぱりこの認知症自体の取り組みが理解されれば、これは、やっぱり人間教育につながると思うんですけどね。そういう中で思いやりとか、助け合いとか、そういうのが、中学生ぐらいから、小学生にはちよつと早いかもしれないとは思いますが、学生にだけ〉</p> | |

7. 医療・介護・地域の連携

| | 富士宮市 | 大牟田市 | 世田谷区 玉川 |
|----|--|--|---|
| 行政 | <p>富士宮 行政 <地域の中で、役割を組み立てられるようなプロジェクトを通して、役割を精査していく動きを市町村レベルでつくり上げていかなければならぬ> 目がない。それが、ケアパスづくりなのかもしれない></p> <p><まずは実態を把握する、市町村が。それぞれの個別事例から、しっかりと全体のそれぞれの団体の役割を確認していく。それを、みんなで共有していく。それを、事業計画に反映させて、長期と短期で見えていく。これを、絶対やらならない></p> <p><介護保険制度と特定健診で、要は保健領域が分断されちゃっている。だから、富士宮独自として、要は、市民の健康という観点から、認知症の方の健康対策も含めて、もう一回、健康部門に位置づけて。その保健師を、このチームアプローチに参加させて、地域に出向かせるのか。それは初期集中支援チームの動きにも、関連すると思ってるんですけれど。そのところの仕組みを、庁内体制でつくれるかどうかというのが、大事></p> | <p>大牟田 行政 <医療、介護、地域、それぞれの人たちが、連携するとか、それぞれの存在を認識しないといけないと思うんですね。この医療機関は、こういう思いでいる理事長と院長先生がいてとか、スタッフがこういう人がいてとかって、そこを認めるとか、気づかない限りは、なかなか次に連携というのものないと思っでいて></p> <p><徘徊模擬訓練の実行委員会の中に、医療機関が入ってくる。介護施設が入ってきて、そこで。地域の人が、介護とか、医療のことを認めるのってだけするのは、やっぱり自分たちの地域のために認めないんですよ。そうじゃないと、あくまでも、ただ単に困ったときに行き場所、病気になるタイミングに行き場所でしかないから、連携にはならないですね。なので、実行委員会の中で協働作業するというのが、一つの、この3者が連携するということでは、有効な取り組みかかなと></p> <p><医療機関が、それを持っている地域交流施設が、それを受けて、実際に地域の中に入っていくことで。最初は、地域の人たちも、「なんで、民間の医療機関のためだけに、自分たちが便宜を図らなきゃいけないんだ」って言ってる、懐疑的な見方をしていたりとか、そういう意見も出たんですけど。そこに、やっぱいいいぶ行政側も一緒に入ってきて、「こういう意図でやってるんですよ」という説明をしながら、していった></p> | <p>玉川 行政 <医療介護連携やろうと思うと、一番のネックは時間だなと、私は思っでいて。介護スタッフの人たちは、日中、連携連絡というのは時間が担保されるんで、業務時間内です。業務時間内です。医療系は、ほんとに日中は連絡がつかない。></p> <p><医師会の方でも考えてくださって、「ケアマネタイム」という仕組みを世田谷の場合は作ってくださってるんです。医療介護連携の方で。それだけの先生たちがリストラ化してあって、「A先生は何時から何時に電話とかアタックしてくれば、ケアマネさんからの質問とか相談とか対応する」とか、仕組みを作っでくださってると、それは非常にありがたいんですけど、顔の見えない関係を作ろうと思っで、みんな集まっで話し合っでしようと思っで、夜じやないと不可能な></p> <p><この地域は、お医者さんが独自に、旗をあげて勉強会をしてるっていうのが、奥沢地区に一つ、九品仏地域に一つ。先生の会っでいるのがあ</p> |

7. 医療・介護・地域の連携

| | | | |
|------------------|--|--|--|
| <p>地域 包括</p> | <p>富士宮 地域包括 (医療連携が、今の地域での課題という事です。土居かね)。<はい。なってますねという。土居先生、今、中心に仕掛けをして。本当に困るんです。けど、本当に土居先生頼みのところが></p> | <p>大牟田 地域包括 <認知症コーディネーターというの、たしかに連携という意味ではすごく大きいなというふうに入ってます></p> | <p>玉川 地域包括 <一つはケアマネジャーさんと医療訪問とかの集まり。もう一つは多職種。ちよっと地域の方が入ってないんですね。医療職と介護職></p> |
| | | <p><ほとんどの方が、連携しなきやという意識は持ってらっしゃるんですよ。ただ、その仕方がわからないとか、どういうときにどう活用していったらいいかわからないというの、あるみたいなので。そういつたときにコーディネーターとながってれば、うまくいくという場合もあります。ずっと1人で抱え込んでいかれるというのがあるかと思えますね></p> | <p><核となる先生らが独自でやっってるっていう感じですね。玉川医師会の主催で年に2回ぐらい、連携会っていうのをやっているんですけども。そこでも、ちよっと地域ケア会議っていうことで、玉川地域で取り組んだことを、ちよっと紹介して、グループワークをやったりとかして。それも、医師会と歯科医師会と薬剤師会と、あとは訪問看護とケアマネジャーとっていうような会を1回やっってるんですけども。そんな会をしたりとかやってるんですが、会議体での連携っていう形でやっってるんですけども></p> |
| | | <p><サポートチームというのがあるので、そこにコネクトするものを、自分が持っているか、持っていないかですよ></p> | |
| | | <p><研究会ですね。研究会のメンバーの中に、コーディネーターがいますので。あと、地域包括支援センターの職員とかが集まって、大体定例で事例をもとにカンファレンスをやって、いろんな立場からの助言とかをして、援助方針とかを一緒に考えていくというのをやってる></p> | |
| | | <p><大きい研修会とかを開いても、なかなか進んでいかないのが、今までの実感かなと思うので。実際、医療と介護の連携の中、意見交換会みたいなこととか、毎年してるんですけども。話し合いの中で、いろいろお話ができて、実際の仕事の場面になると、そうはいかないというのがあります。一番有効というか、力を入れていかなきやいけないと思ってるのは、1つの事例></p> | |

7. 医療・介護・地域の連携

| | | | |
|----------|--|---|---|
| 地域 包括 | | <p>〈実際、自分が関わってる事例に登場しての方たちには、一堂に集まっていたらいい。そこで、どうするかというのを経験していただく場をつくっていくというのが、いいんじゃないかなと思います。そのために、定例カンファとかを活用していただくのと、一番手っ取り早くいくのかなと思います〉</p> | |
| 社協 | <p>富士宮 社協 〈一般住民の人たちを交えた地域ケア会議もやってるんですが、行政と地域包括支援センターと、そのプランチのワーカー、私たち社会福祉協議会、地区社協。そういうメンバーで、定期的に連携会議を3年ぐらやってまして〉</p> | <p>大牟田 社協 〈認知症を切り口としたネットワークというか、町づくりという意味では、医療と介護と地域がうまく具合に絡み合っているというか。要するに、地域組織の中に、医療関係者、介護関係者を構成員として入れているというところについては、連携は取れているなど。地域差はあるんですが〉</p> | <p>玉川 社協 〈医療との連携に関しては、私たちとしては、ケアマネージャーさんを経由して、その先でたぶん連携を取っていただいているかというところ。私たちがどこでは、協議会とケアマネージャーさんであったり、他の機関との連携というところでは、うちのほうで得た情報を伝えるというところの中で、情報を共有してもらおうというところであったり〉</p> |
| | <p>〈毎月、そういう会議を富士根南地区の関係者と、今お話ししたメンバーで継続してやってみて。その中で個別のケースの問題で、あるいは地域の動きなんかを情報発信しても良かったり、それぞれが考えている方向性を示して、そこをまた合わせていかって。あとは、定期的にその会議を開く前段階の調整なんかは当然にさせてもらって、その会議である程度の方角性が出せるような形を、今とつて〉</p> | <p>〈スタッフを出すと、地域のいろんな話し合いに、自分たちの会議室を貸すとか。介護、養護、グループホームと、小規模多機能には、地域交流施設を併設していただくという場がいろいろありますね。そこで結構、会議の場がいろいろと。ほかの自治体とは違うところでしょうね。だから、そこら辺は、連携。医療機関と介護事業所の職員が、地域との顔見知りとかに変わる〉</p> | <p>〈できれば、協議会だけでなく、ご心配な面があれば、地区包括さんとか、いろんなところにも関わってもらいたい。また、場合によっては、民生委員さんにも知っというところとかかかっていうふうにあるんですが。個人情報の問題を、勝手にこちらからどんどんというわけにもいかないの、そのあたりは。基本は、ご自身の、やっぱりご意思を確認しながらというところ。緊急の場合には、民生委員さん、包括さんとかと話をさせてもらおう場合はあるんですが〉</p> |

7. 医療・介護・地域の連携

| | | | |
|--------------------|--|---|--|
| <p>社協</p> | <p>＜最初は、うちの社協と包括だけでやっていたんですけど、そこに現場の情報を持って地区社協の関係者だとか。一生懸命、個の支援にあたってくれている福祉の専門職の人だとか。そういう人たちも、やっぱり同じテーブルで、同じ情報を共有することが、必要じゃないかっていうことで、そのメンバーを徐々に広げていくメッセージで、今、進めているんですけど、常になイメージでやっていたんですけど＞</p> | <p>＜地域と施設を橋渡しをする人でしようね。やっぱりそれが、人によって変わってきますけどね。ものすごく施設長さんとかが、ものすごく地域に理解がある方に、うちの職場使ってくださいとかいうふうなところはいいんですけど、そこを動かすという理解がない人だったら、そこは動かすことが難しい＞</p> | <p>＜協議会がケース会議をやっちゃいけないということはないとは思いますが。私たちも、ちょっと踏み切れないということがあるのと。本来的には、ケースの必要に応じては、私たちがあつたり、専門機関とか、行政とかも含めて、情報のやりとりができていて、お互い、安心な面も含めてあるかなと思います＞</p> |
| <p>組織の中では、同じ話が</p> | <p>＜組織の中では、同じ話ができる担当では話がついても、所属する長が、そこは必要性がないってことであらば、そこはつながらないんですけど。担当間では、いろいろ日常的な業務の中で連携を取る。そこを実績を報告してもらいながら、そういうメンバーに加わってもらう。そんな形がいいのかなっていうことで、とにかく、その連携が途切れないようには、心がけて＞</p> | | <p>＜個別の流れってというのは、電話等でのやりとりであつたりとか。あと個人情報問題どこまで触れるかというのがあるかと思うんですけど。私たちも、地区包括さんとか、行政の方とは、比較的、顔も知れるような関係があるので。比較的取れているかなというところはあります＞</p> |
| <p>自治会</p> | <p>＜その前に、それぞれの所属する長の許可というか、ちゃんと得られない段階があったもんだから、じゃあ、裏の会でやろうと＞</p> | | <p>＜医療機関であつたり、ケアマネージャーさん、個々。たくさんいらっしゃるんで、知ってる方は、もちろんいらっしゃるんですけど。知らない方もいらっしゃるというところの中で、どうも。個々のつながりも、もちろん必要かとは思いますが、やはり個人個人というところも、機関との連携を持って、全体としてつなげるというところが、どうしても必要になると思うところ＞</p> |
| <p>自治会</p> | <p>富士宮 自治会 (地区社協) ＜たとえば、医療問題もそうですし、たとえば、警察。孤独死の関係なんかは、我々が入れないもんで、警察から警察が介入するとか。あと、ゴミ屋敷問題なんかも、やっぱり我々が行くともめちゃうんですよ＞</p> | <p>大牟田 自治会 (民生委員) ＜人情ネットワークの中に、とにかく、去年できた施設もありまして、施設の方は全部事務局のほうに入っていました。そういう申し合わせをしております。そうすると、いろんなところに結局入所されている方は、通所は別ですけど、入所されている方は、この駒馬南校区の住民になってらっしゃいますので、そういう施設に入所されている方も、私たちの校区の住民だという考え方に立とうということ＞</p> | <p>玉川 自治会 (民生委員) ＜連携が、私たちこの地域ではどうにかいってかかって。とにかく、このあんすさんは、うまく本当によく動いていただいていますので。それは、うまくいってると思っています＞</p> |

7. 医療・介護・地域の連携

| | | | |
|------------|--|--|---|
| <p>自治会</p> | <p>〈ところが、警察が入ってきたりすると、地域型の。いわゆる交番の人とか、そういう人たち、やっぱりうまいですからね、入り方が。高圧的じゃないですから、今の警察官は〉</p> | <p>〈入院患者ももちろん大事でしようけれども。地域には、お医者さんと看護婦さんがちよつと走ってきて、「ここで診てくださいますか」というような、そういうのも厚かましくお願いしてきますで、病院も快く、「地域のためなら、非常に心強いです」〉</p> | <p>〈地域の中でも、たとえば、みんな、連絡は来ますので、来るようになってますので、それが非常に、こつちからこつちに来たら、こつちからこつちらに連携をとれるような形がとれます〉</p> |
| <p></p> | <p>〈ネットワーク会議っていうのを年4回やるんですけど。そのときに、必ず市のそういう専門家とか、医療の専門家とか、今回は警察官を呼んだんですよ、生活安全課の〉</p> | <p></p> | <p>〈なんか困ったことがあったら、まちづくり出張所で構いませんっていうんです。あんなにすぐやかセーターでも構いませんっていう。とりあえず、その高齢者のことに関しては、そこにまず自分の行きたい、行ける、自分が行きやすいところ、まず行ってください。そこから、またそこに回していただけてますので、まずそれを私いっても言うんですね〉</p> |
| <p></p> | <p>〈いわゆる高齢者に対する犯罪とか、そういうのから、まず警察と連携しようかな。だから、徘徊なんかもそうすよ。まさに警察と地域、住民が連携して一緒に探っていくことがかなり発生してきてるもので、警察と連携をとろうかなと〉</p> | <p></p> | <p>〈心配事があったら皆さんたとえば、相談でもなんでも、私たちがなくても、相談あるんだから、区報がいつも出てます。区報って月に何回か出ます。あれで区のサービスはすべて載ってますから。あれを絶えず、捨てないで、あれ持ってます。あそこ全部載ってますよ〉</p> |
| <p></p> | <p>〈まだ医療関係がこれからですから、どういふふうになるのかわからないですけどね。やっぱり難しいのは、家族の説得ですよ〉</p> | <p></p> | <p>〈そうすれば、迷うことなく、まずそこから足がかりで、そこから順番に行けばいいことですので。どこかがあればいいと思ってますので、自分のかけやすいところでもいいですよ、行きやすいところでもいいですよって申し上げるんですけど〉</p> |

7. 医療・介護・地域の連携

| | | | |
|--|---|--|---|
| 自治会 | <p>〈報告は、口頭だけとか、書類だけなもんで、実際の大変さがわかかってないから、時々、お願いをして、「じゃあ、一緒に回らして」。どういう見守り方法をやっているかというのを、行くことにしてるんですよ。・・・そうすることによって、回ってる人たちの大変さを知らうと見守りについて考えてくれるのか、どういう印象で受けるのかっていうことも肌でわかります。聞こえてきますし、そういうことも含めて、我々はお出向く〉</p> | | <p>〈前はスーパーまでお買いもの行けたんだけど、今いけなくて、電話でお願いして、トイレもスーパーでもなんでも持つてきていただく。その商店、昔から知ってるので、安心なんですよね、その方を見ると。なんでも電話で注文して、そのところにお届けしたり、何回も何回も声をかけてくれる、やつとおかしいよと。ちよつとのぞいで、ちよつとおかしいよと。ちよつとのぞいでみてとかつていう、そういう情報は入りませぬ〉</p> |
| <p>〈もう本当に大変な。民生委員も回ってるところもあるんですよ。だから、市の包括とか、福祉企画課なんて、民生委員をいろいろ登録して、教育している人たちにも常々言うんですよ、私らね。民生のやつて。どんな大変なことやってるからつていうの、嫌われてるからつか。民生委員だからつて、好かれてるばかりじゃないんだよ〉</p> | | | |
| <p>〈我々も、言うからには、自分たちも報告ばっかりがつかつてることばかりじゃなくて、自分たちで見えてくる。それを勧めます〉</p> | | | |

7. 医療・介護・地域の連携

| | | | |
|--------------------|---|--|--|
| <p>自治会</p> | <p>いろいろな事例は、本当に大変なことやっ てるのは。もう本当です。見守って ら、もう糞まみれだとか。量が、もうトイレ行 かないから、尿のおいでうちが充滿してると か。ドア開けたら、近所の人が徘徊してたも んで、そのうちに連れてつたら、部屋に押し込 めようとしたら、もうとともじやない、いたま れないとか。あれ、こんな人が生活して だっというような</p> | <p>大牟田 かかりつけ医 <何かの行事を立ち上げて、そこで協働作業をす るっていうのは、すごくいいなと思いますし。手 鎌でいえば、徘徊模擬訓練と、あと防災訓練って あるんですよ。そのときが、本当にお互いに連携 できるなというふうに思いました></p> | <p>玉川 かかりつけ医 <月並みなんですけども、支える側の人たちがだ けで集まってもしょうがないので、最終的にはそ この中に、実際に当事者の患者さんであったり、 患者さんのご家族であったりっていうのが、常に 何かの形で関わらなければならないのは、意識 しないといけないだろうなって思うんですね。つ い医療者側っていうのは、やっあってあげると いう立場で立つので、そうすると本来転倒になっ ちやうっていうところはあると思います></p> |
| <p>かかり つけ医</p> | <p>富士宮 かかりつけ医 <市の人たちが、引っ張ってくれました。今はこ ちら(市)にいらっしやる人たちもみんな非常 に熱心で、もうなんでも手伝いますよ。たとえ ば、こういう印刷物とかやってくれて。やっぱ り市をあげてやってるっていうのが、一番で しよるかね。それが、やっぱりつながります></p> | <p><あと、地域の人たちと施設を近づける手段とし て、実はサロンのなものも、結構役に立って なっ気があります。手鎌っていうと ころであれば、施設の中でサロンしてるん よ、1か所が。それと、あとはたとえ、大牟田 でいろいろ整備してる地域交流拠点></p> | <p><まずはそれを誰がつくっていくっていうのを明 確にしないことには、いつまでもやもやしたま まなので、僕はもう、あんしんすこやかセンタ でそれをやっていきまっすっていうのを、きさんと 行政も明示してやっていきまっすっていうのを合 師会も一緒につくっていきまっすっていうのを合 せてアピールするっていうか。そういう形、 それぞれで、やってるっていうので終わって まっす></p> |

7. 医療・介護・地域の連携

| | | | |
|---------------|---|--|--|
| <p>かかりつけ医</p> | <p>〈やっばり医師との関わりが。医師のほうが少ないんで。まだ、今でも、ケアマネが患者さんについていくと怒る医師が、結構いますからね。その辺はちよつと苦労ですよね〉</p> | <p>〈強いて地域の連携っていうことではあります。自身は模擬訓練に参加してはあります。それと、月いっぱい、勝手に名前つけて、アザレア茶話会っていう、医療の話じゃないんですけども、いろんな雑談。医療の話になることもありますが、肥料の話になることもあります(笑)。雑談を地域の人たちとやっています〉</p> | <p>〈その地域包括ケアの玉川の形っていうのは、こういうものなんですよっていうのを、たぶん、いろいろ協議をしながらですね。事前に医師会、行政っていうのはきちんと認識を一緒にして、アピールするっていう必要があると思います〉</p> |
| | | <p>〈通り開業医って、大牟田多いんですよ。そういう先生方、地域とのつながりが失われてきている側面もあるんですよ。だから、地域の中で医師を招いて、月にいっぺんずつでもいいから。医師にとっては負担になるかもしれないけれども、何か順繰りに、そういう雑談会みたいなものができたらなとは思っていますよ〉</p> | |
| | | <p>〈ここで集まって、私に関わっているのが、1時間ぐらいで、前1時間で体操をして、1時間で雑談会をして、そのあと「よらんカー」っていう、移動販売車が来るんですよ。野菜とか、雑貨とかを売りにきて。これは、もうそこに参加して人たちが、適当に工夫して・・・そうなんです、認知症はほとんど表に出さないけれども〉</p> | |
| <p>家族</p> | <p>富士宮 家族 〈信頼がないと、家族も行けないから。常にその人と接し、たとえは包括の人、行って駄目でも、また行つてみてみたいな感じで、信頼関係ができてくると、その人も自分たちが困っていること、どんどん言ってくれれると思う。やっばり人間って、信頼しないと〉</p> | <p>大牟田 家族 〈やっばりまだ、認知症のことは、これだけ取り上げられてはいるけど、まだ、病気とは頭じやわかってるけど、心では、やっばりうちの親はならない〉</p> | <p>玉川 家族 〈いくら行政なり、周りの地域なり、いろいろと言つても、一番やはり心に家族の方に響く周知の仕方については、模索中なんですよ。そこまですべて浸透しきれていないっていうところは、やはり周知が足りないのかなっていうところなのかなって思っています、難しい〉</p> |

7. 医療・介護・地域の連携

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>家族</p> | <p>〈たとえは私が1か所に来て、この病氣に対して、いろんなあるから、そこをやってくれて、動いてくれるといいなって・・・もう病氣治すことが精一杯なので。看ることが精一杯なので、家族は。だから、この人に頼めば、いろんな制度も教えてくれたり、いろんなことを〉</p> | <p>〈ひょっとしたららと思っても、うちの親は違うんだって、そこに偏見の壁があると思ってるよ。それが、徘徊訓練でもうちは関係ないというところになががが強調されるじゃないですか。徘徊をいして手には負えないとか、暴言だの、すごく手がいるとか、そうならない前の、小さな事柄を、みんなによく理解してもらって〉</p> | <p>〈行きたくても行けない現状ですよね。一番そこです。ね。たぶんこういう情報とか、いろいろあるのはわかっているからおいて出られないとか、行きたいけど抱えてるからおいて出られないとか、そういうところもありませんから、やはり出られるように預けると思いますが、もう少し、なかなか難しいとは思いますが、介護してて一番思ったときは、ちょっと必要なきに、母親を預けて出かけることは、なかなか難しかったです〉</p> |
| <p>〈キャラバンメイトさんと出会い、そこから、主人の行動が広がっていったんですけど。介護施設ボランティアがきたり、ギターのボランティアができてきたり。いろんなのが、また広がっていったんですけど。先生とか、お友だちとか、ここに来て、稲垣さんに出会って、キャラバンメイトさんと知り合い、土居先生にも知り合って、またそこから、また、いろんな枝分かれして、また知り合って〉</p> | | | |
| <p>〈自分たちがばっばって発信したのが、それが、枝が分かれてって、やっぱり発信しないと、枝は広がらないんだなって。自分たちで、ここで止まっちゃってたら、もうそのまんま、市役所にも来ないし、本当にどうしてたかわかんない。私なりのリハビリを、主人と2人でやっていたかもしれない〉</p> | | | |
| <p>〈病氣になって、仕事辞めちゃったけど。病氣になっても、生きがいのために、自分のできるところをやっているのが、「働いてたときと同じように、生きがいになる」って言ってましたよね。達成感みたいのがあるみたいです〉</p> | | | |

8. 行動・心理症状 (BPSD) への対応

| | 富士宮市 | 大牟田市 | 世田谷区 玉川 |
|----|---|--|--|
| 行政 | <p>富士宮 行政 <困ったときには、やっぱりみんな鷹岡病院（精神科病院）に連絡してですね></p> | <p>大牟田 行政 <仕組みとして有効だなって思うのは、カンファレンスなんですね。やっぱり定例、毎月やるカンファレンスの中に出てくる事例を医師も含めて検討すること。もちろん、コーディネーターも入った中で検討するんですけど。両面から、今その場で起っているBPSDに対する評価と、それに対するアプローチ方法を検討できるので、ここがそのカンファレンスの場が有効なんだかなというふうには思いますがね></p> | <p>玉川 行政 <一番よく聞く問題としては、「徘徊で困っています」という相談です></p> |
| | <p><家族間の人間関係から生まれてくるようなBPSDを、そういう起こり得る現状を、当事者、家族だけでなく、専門職集団の中でも、そこを啓発していったって、考えたいなということ></p> | <p><そういうことが起こったときには、包括支援センターに現状は相談が来ていて。そこと、そこからサポートチームに来ているのかな。それから、そのサポートチームにいるドクターのところに行って、場合によってはいったん入院></p> | <p><徘徊を止めることはできないので、どうやって見守っていけばいいんだろなという。見守るといよりは、地域の方にも気が付いてもらって、食い止めるではないですけど、「ちよっとここで一服していきなさいよ」でもいいのですが、そういう目があるような環境、地域というのができればいいのだけだなあと></p> |
| | <p><縦列の関係性が出たケア会議をやっても意味がないと思ってるんですよ。医師も、たとえば行政だって、ケア現場だって、包括だって、民生委員だって、フラットな関係で議論が共有できたり></p> | <p><ケアマネの困難事例をサポートするように、包括の主任ケアマネージャーと、地域による主任ケアマネージャーが2人チームになって。行政が、たとえば、今度、お宅の事業所にうかがいますよって。「そのときに困難な事例あったら、ぜひ用意しておいてくださいね」って言うて、そこに訪問して行って、事例を聞いて、その事例の中から、この間もカンファレンスに上がってきた事例もあるの。地域包括で上がって来ると、それは地域包括も待てるだけじゃなく、出向いていくような事業もあったりするの></p> | <p><これだけ広い自治体なのに広域捜索の件数ってそんなになくて、案外区内で見つかっている></p> |
| | | | <p><誰が徘徊者かと気づくのって、かなり都市部だと大変なんで、どうしようかなと></p> |

8. 行動・心理症状 (BPSD) への対応

| | | | |
|------|---|--|--|
| 行政 | | | <p><認知症は初期の段階から中等度ぐらいいまで移行する途中でBPSDが深刻化するケースが多いと思われ、アセスメント、認知症の症状にばかり家族もケアする職員も目が行ってしまっていて、高齢者の身体機能を含めた全体のコンディショニングを整えないといけないこと、よく言われることなので、もう1回、その基本に立ち返った、介護職員なり家族なりの教育というの必要なのかなということをおっしゃいます></p> <p><コンディショニングを整えることで、ある程度予防できるBPSDというのがあるので、それは1つ自分たちで今日から変えられることなので、やる必要があるという話を、今しているところですよ></p> <p><疾患医療センターの方でも、もちろんBPSD対策が一番疾患医療センターの中でも大事なことだと先生方も言ってくださっているんで、早期に相談ができればよい体制で持っていきたいなと思っております></p> <p><包括にしる、支所にしる、できるだけ把握したあまみ煮詰まらないうちにSOSを病院の方に相談させていたただいて、入院の適用かどうかというところを含めて相談をしてるみたいなので、それは今ままで通り継続的にやらせていたかどうかかな></p> |
| 地域包括 | <p>富士宮 地域包括 <本日は一緒に事例検討したいなところができていけば、またやるから、3か月で出るにしたとしても、次にやるから。たとえ、支援をどういう形で病院と連携しながらやってみたいかな話ができればいいなとは思ってますけども。まだ、ちょっとそういうつながりまでは></p> | <p>大牟田 地域包括 <コーディネーター養成研修で、2年間じっくり学ばせていただいたというの、一番有効だったと思うんですけど。そこで得られた知識とか、じっくり考え方とか、本人理解のこととか、じっくり教えていただいたというのがある。たまたま、出現してらっしゃる方に会ったときも、その裏というふうか、その行動に至る原因を知らうというふうか、思いまさかな></p> | <p>玉川 地域包括 <これもケースバイケースで、医療的などころが入らないとどうしようもないってことで、松沢病院さんとか、入院につなげたりっていうケースもありましたし。その時々でやっぱりお医者さんだったりとか、ケアの部分でなるとかとか、徘徊なんかは地域で、あそこで見たわよとかっていうことで、取り組みがあったりとかっていうことなんですよ></p> |

8. 行動・心理症状 (BPSD) への対応

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>地域 包括</p> | <p>＜地域の方を味方にできるのかっていうか、そのキーンの方を、こつちのことを本当に理解してもらいながら、地域でどこまで受け止められるとか、受け止められないとかっていう部分を、一緒に話しながらできるっていうのは、やりやすいなっていうのは思っています＞</p> | <p>＜正直、BPSDが原因で入院したっていうのが、あまり私は経験がなくて。うちの職場でも、それが原因で入院したっていう方って、たぶん一人思いつくのがあるんですけども。それが、なんでそんなに少ない＞</p> | <p>＜だから家の中で、だましました見守りながら、サービスが入れる介入を待ってるっていう方については、まだ余裕があるといえますか。大変だけど、まだご自宅で、ご家族もなんとか自分で張りたいて思っているのと、地域の見守りでなんとか暮らしている、ぎりぎりのところで暮らしているみたいない方で。やっぱり判断能力が、本当にもうかなり落ちてくると、以前はデイサービスとか、サービス拒否で、もう少し進んでくれると入れたりして。それで、それが安心感にながって入れるんですけど＞</p> |
| <p>＜やっぱり殴っちゃったりとかで、暴力沙汰になっちゃってしまってる状況の方とかを、入院しなにかなっちゃっていったときには、そこを入院だけかかっていわれちゃうとあれなんですけど。やっぱりそこがしてもらえないか、もらえないか、は・・・はい、違いますね。ある程度、抑えられないと抑えてももう一回戻してはすげえ助かるっていうところが、一番私としてはすげえ助かるっていうところは思っています＞</p> | <p>＜あとは、小規模多機能のほうに短期間、そのときだけではなとか＞</p> | <p>＜そこが、その方のご性格だったっていうところもあるんですけども。なかなか入れないっていう期間が長い方もいて。あとは、ご家族自身ももう抱え込んじゃったりっていうことで、大変だけど抱え込んじゃったりっていうことで。ただ、それがやっぱ、そこから虐待にながっちゃったりとかかっていうことも、やっぱありますので。とにかく関係をとぎらせないといいですか。家族会だったり、ちよつとこちららのもうでも時々、お電話したり、訪問したりとかってことで、関係を＞</p> | |
| <p>＜数が上がってきて、BPSDだけじゃなくて言われちゃうとなんともいえないんですけど。数的にはどこも、どこの精神科も、やっぱ認知症の部分でっていうのは、対応は、やっぱ増えています＞</p> | | <p>＜やっぱおうちの中で、徘徊もそうですし、トイレのことだったりとか、なかなか、もの取られ妄想なんかは、本当にご家族傷ついたりやうなこともありますので、相談があつて＞</p> | |
| <p>＜妄想性の方って難しいですね。妄想性障害の方で、暴力的にならないぐらいの、小人さんがいるぐらいの妄想の方であれば、別に地域でそんな問題なくいられますでしょうし。ご本人さんが、暮らして、不安でなければ、たぶん地域の中で住んでいられますでしょうけれど。暴力系になつてしまつてしまつて、うまきつた事例っていうのがないので、やっぱ基本、今、入院してもらっているパターンが多いなつて思いますが＞</p> | | <p>＜ただ、やっぱそれで、たとえば医療機関にもうつながつたりとか、入院にながつたりっていうことじやなくて、家で頑張りたいていうご家族も多かつたり、病院につなぐみたいなのも入院させちゃうんで、そこら辺は、その方のご家族の意向を聞きながら、一緒にお聞きしていくっていうところかなとは思ってますけれども＞</p> | |

8. 行動・心理症状 (BPSD) への対応

| | | | |
|----------|--|--|---|
| 地域 包括 | <p>＜そういう部分を、薬だけじゃなくて、なんか読 み取ってあげられる力があれば、もうちよつと 変わってこれる可能性はあるんじゃないかなつ て思うんですけど。まだそういうお医者さんに 私、出会えていないもので、それはもしかして 心理の方なのかとも思ったりもするんですけど。 ど。やっぱりその部分を、やっぱり薬だけ じゃないアプローチは、本当はしてあってあげ なければ、変わりが無いんじゃないかな。 でも、そこができるのは、精神科の領域で臨床 心理士さんと一緒にできているならば、なんかもう ちよつとやわらかいお父さんになっていても ならないかなんていうのは、薬と併用には なっていないんですけど＞</p> | | <p>＜大体、退院前というか、1か月ぐらいでカン フラレンスがあったって、そのときには声かけてい ただいて、ケアマネジャーだったりとか、関 係者がいて、その方は施設に入られたんですけど れども＞</p> |
| | | | <p>＜特に認知症の方、松沢病院とかでは、大体カン フラレンスが必要＞</p> |
| | | | <p>＜本当にこれは。適切な医療にかかれてるかどうかどう かっていうところもあるんですけど、やっぱり 適切に病院に通えてない方も、明らかにケアの 問題で興奮させちゃってるんだなっていう方も いるんですけど、やっぱり。特にご夫婦の場合 とかだと、やはり娘さん、お嫁さんの代だと、 ある程度認知症のことができて、それに対応し てっていうことだったりして奥様が介護者だっ たり、ご主人が介護者だったりすると、言われ たり、ご家族もいて、それはやっぱりケアの問 題だなと思うんですけど。そうではなくて、本 当に興奮してしまってもう手がつけられない うか、突然もう怒り出したところからい うと、やっぱり医療のところ＞</p> |

8. 行動・心理症状 (BPSD) への対応

| | | | |
|--|--|--|---|
| <p>社協</p> | <p>〈今の状況を、改善する努力を専門職の側もして るんだという姿とか、情報を、なかなか伝わら ないという姿とかな〉</p> | <p>〈その人はそういう人で、こういうことがある んです。ですから、病気で、病気で止めてくだ さいね」と言うたら、「ああ、そうだったんで すか」っていうような形で、受け止めてもらえ てますので、そういうケースもやっぱ、あちこ ちで本当あります〉</p> | <p>〈ボランティアの方から相談があつて、どうした らいいのかっていう話で。もちろんちよつど訪 問してではあるんですけど、言つて聞かせてど うこうつていうところでは、なかなか対応がで きないので。当面の対応としては、ボランタイ アの方に、こういう病状の中の症状で、という ようなところで出直してもらうんですけど。や はりまた職務とは違つて、ボランティア的な活 動について、攻撃的なあれを受けちやうと、 気持ちが悪く感じやうと、継続が不可能に なつてしまふやうな方もすね〉</p> |
| <p>〈伝わりにくい部分を、中間で私たちのような ワーカーが、住民サイドに情報発信したりと か、理解してもらえらるようになつて役割を 果たす部分になつてくる〉</p> | <p>〈対処する方法というか、家族がいたりもしま すので、認知症を抱える家族を一人にしない ことかな。いつでも相談できよつてというよ うな、相談窓口を開けよつて、一人で抱え込 んでしまつて、どうにもできないうつていう それこそ、介護の人が起きよつてくる。そう いうふうな、いつでも相談できよつてくるよ うな体制だけ 取つておく〉</p> | <p>〈地域住民だけじゃできない、いろんな介護施設 とか、構成員を入れてるんです。町づくりが 地域住民だけじゃ、やっぱ駄目なんです。多 種の人たちと一緒に多職種、多分野、地域 種の人たちが一緒になつてやらなければ、地 域は構成できませんね〉</p> | <p>〈やっぱ、ちよつとシヨックでやめられるつて 方には、説明等でフォローはした上で、最終的 にはご自身で判断していただいてということ ろではさせてもらつてるんですけど。それつきり 会員自体やめちやう人がいらつしやるんで〉</p> |
| <p>〈最初は、完全にシャットアウトしていた関係性 が、先日も会議の中で、ある地区の住民リー ダーの方がそうだったのかと。そういうこと あれば、同じ地域に住んでるんだから、受け入 れてくれないなど。できるかぎりそういう努 力を専門職の人たちもしてきてるんだから、 それは自分たちも、そういう姿勢で、その人 を支えてこつてみるような発言をしてきたこと よつて、周りの民生委員や見守りネットワーク のボランティアの人たちが、またちよつと動 きやすいつていうんですかね。中にはそういう 理 解のある人たちがいるんです〉</p> | <p>〈その役割が、私たち社協のワーカーの役割か ななんというふうな、認識してます〉</p> | <p>〈私たちもね、登録のときに1度研修つていうの は設けてはいるんですけど。どちらかというと、 事務手続き等含めたものが主体になつて、 ちよつと知識啓発つていうのはあまり多くない 部分。触れてはいるんですけど〉</p> | <p>〈反省しなさいいけないよな感じで。そう いう可能性つていうのがあるつていうのを、 しつかり知つていただいた上で、そういう場 面に遭遇したら、たぶん、シヨック度も違 う面が あつたのかつていうとこで〉</p> |

8. 行動・心理症状 (BPSD) への対応

| | | | |
|------------|---|--|---|
| <p>社協</p> | | | <p>〈個々のケース、実際に依頼するときにはこのケースの方はこういう病気を持っていると、症状の方でいうのは伝えるんですが。長年中で物忘れが進んでるうちに、進行してしまっても、こういった症状が出るっていうのはわかっても、こういう症状が出るっていうのはわかっても、フロローを、私たちもどの段でどこまでがっていうのが、見えにくい部分もあって、できていない部分があったかと思うんですけど。やはり、そういった意味ではお手伝いする方へも継続的な支援という形っていうのは必要で。特にこの認知症をはじめとした、高齢者に起きやすい状況の伝達っていうのは、知識啓発っていうのは重要になってくるのかなと〉</p> |
| <p>自治会</p> | <p>富士宮 自治会(地区社協) 〈こういうケア会議をやったことによって、いろんな問題が、どこどこ出るわけですよ、各テーブルから。それを持ち上げて、じゃあっていうことで、被害にあった人たち、包括もそんなことなんですけど、家族も謝罪にもう行ったんですけどね。「すいません、これは認知症がやりましたことなんです」と。そうしたら、態度が変わったんですよ。病気でこういうことをするんだ。だから、全部その辺でいろいろなほうに作用してる〉</p> | <p>大牟田 自治会 (民生委員) 〈地域住民が、認知症は、よその方の病気だ。自分には、関係ないっていうふうな無関心であることが、安心して暮らせる地域をつくっていくためには、そういうことではできないというふうなふうに思ってます。だから、何回も申し上げますけれども、この病気に対する理解者を、一人でも多く増やしていく〉</p> | <p>玉川 自治会 (民生委員) 〈やっぱ、火の始末が心配っていうことと。・・・それから、片づけられなくてごみ屋敷で、ねずみから何かみんないますよっていうところから、あまりましね・・・お風呂も入らないから、本当にとても一緒にいられない。我が家に来ていただけでも、浴室から、みんなにおいが残ってしまっで〉</p> |
| <p>社協</p> | <p>〈ケア会議で、その人を題材にみないで、地域で考えよう。この人をもとに、地域が福祉のことに考えようとか、そういうふうにしていったんだけども、あの人をどうふうにしたほうがいいかなっていうふうな。そうすると、いろいろ意見出てくるんですよ〉</p> | <p>〈そして、子どもたちにも、きちつと認知症っていう病気を、やっぱ「こういう病気なんだよ」っていうことを、学校の中でも、福祉教育の中で教えていただく〉</p> | <p>〈それは、それこそ、ちようど病気になつていたかどうか。それこそ、なんかのけがもされたのをきつかけにとか、それも、ありましたけど。それしか、身動き取れないっていうところまで、やっぱ〉</p> |

8. 行動・心理症状 (BPSD) への対応

| | | | |
|---------------|---|--|--|
| <p>自治会</p> | <p>＜私も被害にあった人が、たまたま知ってる人なもんで、「悪いね、ごめんね」って。「彼かりまは、こういう病気なんだよ」って。「わかりましたよ」。子ども同士が同級生だとか、そんなこと出てくるんですよ。まさかあの子の親とは知らなかったとか。そういうこともわかっていると、人って無碍にできなくなってくるんだね。そんなのが、この対応として出てきてる＞</p> <p>＜もしその人が出たら、やっぱり交通事故あわないうぐらいに、近所の人、たとえば、名札とか。名札は取っちやうもんですから、後ろにつけるとか。なんかわかるよなものをつけて、いざというときに見つけやすいようにしててくれとか、そういうのがケア会議ではいっばい出てきますね＞</p> | <p>＜地域は、福祉教育の実践の場になりましょうというところで、各学校にも、そういうふうにし上げてますので、一人暮らしの方の訪問とか、一人一人、そのときも地域住民がご案内して。「ここが、誰々さんのうち」っていうふうに誘導してまいりますので＞</p> <p>＜変わりました。自分のほうから、「うちの母は、こうなんです」っていうことを、隣近所に打ち明けて、お願いをされるっていうことは、本当に以前、考えられないことです＞</p> | <p>＜家族のケアっていうのも、本当に必要だとなつて、すごく。ずっと、見てあげようと思えば思うほど、どんどん大変になってくわけですから、進みますからね。だから、家族のケアもとつても必要だなって思いますし＞</p> <p>＜うまくお話がちゃんとわかっていただけばいんんですけれど。やはり認知症も進んでることもありますし。もともとが、そういうことが嫌。病院行くのも嫌。人とそんなことするのも嫌。病院内のことや、警らしてきた人が、変わるわけではないわけなんです。認知症になれば、余計それが強くなるわけですね。だから、そこそことところが、非常に難しいですね＞</p> |
| <p>かかりつけ医</p> | <p>＜だから、徘徊について、止めるっていうことはなかなか難しいと思うんですね。だから、逆に自分のところへ来たら、各区でその人の回覧板みたいのをつくって、各家庭に。たとえば、玄関のドアに貼っとくと。手配写真じゃないんですとか、より遠く行かないように、より早く連絡先とか、より遠く行かないように、より危なくならないように、やろうかっていうことは、各地域で言ってくれてる＞</p> | <p>大牟田 かかりつけ医 ＜患者さん自身の家族が疾患の性質について知ることが、BPSDの予防にやっぱり一番つながると思います。BPSDで、うちを受診される方が多いんですけども、疾患の性質について説明しただけで、結構な確率で、薬使わなくても、介護保険サービスとかいろいろ言わなくてもおさまります＞</p> | <p>玉川 かかりつけ医 ＜薬物的なアプローチをするのは、まず医療としては主だと思っんですが。それ以上に有効なのは、やっぱり、ご家族が、どれぐらいご本人の状況が受け入れられているかどうかっていうところだと思っんですが。つまり同じ症状、たとえば、徘徊、妄想であったとしても、ご家族がそれを許容してる分には、あまり困難にはならないんですが。ちよつとしたものでも、ご家族がそれを、もう受け入れられないと、もう非常に大ききな困難になるので、ご家族のその許容の幅をどんだだけ広げてあげられるかっていうのが、大きいかなと思っますね＞</p> |

8. 行動・心理症状 (BPSD) への対応

| | | | |
|---|--|---|---|
| <p>かかりつけ医</p> | <p>〈やっばり薬が効く人がいますので、そういう人たちは薬でもって、徘徊だとか、そういう暴行だとか、そんなのがおさまっていく人が結構いるので、そういう人たちはいいと思いますよ。それができなくなるときは、今度はやっばり精神科の先生と仲よくして。いつも、会で話してますんで。電話すると、取ってくれます。どうしようもないからお願ひしてるんですけど〉</p> | <p>〈たぶん患者さんの家族自身が、今起こっていることを、正体がなんなのかっていうのが、たぶんわからなないんだと思います。で、その正体をきちんと家族介護している方に知らせることによって、BPSDのほうは、おさまっていくと思います〉</p> | <p>〈現状が受容できるかどうか。そもそも、ご本人が認知症であることすら受け入れられないっていう患者さんのご家族は、結構多いので、そこにどうサポートできるか〉</p> |
| <p>〈アリセプトとか、どっちかつつうと、興奮性の薬物に関しては、攻撃的な人とかには、アリセプトを逆に切ったりなりなしたほうが、診ていく上ではいいかもしんないですね〉</p> | <p>〈たとえば施設単位で学習会とか、ずっとやっていくことあるんですよ。で、施設単位で学習会をやると、やっばりその施設でBPSDが解決します。だから、まだきちんとどういった形で伝えないですけれども、なんかそこら辺の疾患の性質と、対応法について、きちん家族なり、施設職員さんなりを学習してもらおうことが、実は一番のBPSDの防止法なのかなと思います〉</p> | <p>〈これは対話というか、困ってることを聞いて、それを解釈して、どう、医療的な部分も含めて伝えるかっていう作業を、繰り返し繰り返す。それでもやっばりご家族は、受け入れられないことは多いんですね。でもそれは繰り返すという返しやりながら、ときには、違う人がそういう話を何回かやっていくうち。もう一つは、患者さんご家族が自分たちだけじゃなくって、患者さんと認識したときに、大きく動かしていいことあります。これってうちだけかと思ってるっていうのが、どこかでつながると、「ああ、やっばりそうなんだ、だからそうなんだ」っていうふうな思考回路が変わっていく〉</p> | <p>〈現状が受容できるかどうか。そもそも、ご本人が認知症であることすら受け入れられないっていう患者さんのご家族は、結構多いので、そこにどうサポートできるか〉</p> |
| <p>〈実際にBPSDが見られてる人に対しても、家族の人たちの理解が、もう最初からいい人もいますよ。だから、それでも出ることは出るんですけど、強くやりまらねって。これは、我慢が強い人たちに理解してもらおう〉</p> | <p>〈たとえば、洋服の着替えの問題とかでも、言葉で言うんじやなくて、風呂に入るときに、こそと今の状態だっただけ入れ替えて置いとったら、たぶんいっぺんに着ちやいますよって、それ脱がせるの大変でしよって、そこで怒るでしよとか〉</p> | <p>〈しんどいと言われるのは、やっばり夜間、寝れない。気がもうおさまらない。なんで、そういう方の場合はもちろんお薬を使ってるような状態についていうのもあるし、あるいはショートステイみたいなので、家族の睡眠を確保するっていうのはありますね〉</p> | <p>〈現状が受容できるかどうか。そもそも、ご本人が認知症であることすら受け入れられないっていう患者さんのご家族は、結構多いので、そこにどうサポートできるか〉</p> |

8. 行動・心理症状 (BPSD) への対応

| | | | |
|---------------|--|--|--|
| <p>かかりつけ医</p> | <p>〈やっぱり家族っていうのは遠慮がないもんですから、どうしてもなんだかんだって言うんですよね。それで、実際問題言ってるやとりを聞かしてくれって言うって。そうすると、本当に乱暴な言葉で、「さっき言っただろう」とか、そういう話で、言葉の使い方がいいか、やっぱり難しいんですからね。でも、どうしても言ってしまうんですよね〉</p> | <p>〈たとえば施設職員さんなんかだったら、風呂に入れるのが大変だっていうようなときに、じゃあ、どうするかですかですね。じゃあちよつこの軟膏を塗って、軟膏を落とすために風呂に入りましようとかです。なんかそういう事例の集積っていろいろのが、とってもBPSDの対応には有効なのかなと思います〉</p> | <p>〈今週、先週で立て続けに2件、徘徊の問題が起こつて、1件は翌朝まで見つからなくて、救命センターに低体温で運ばれて。もう一人はやっぱり見つからなくて、見つかったときに、ちよつと具合が悪くなって入院になったと。それを経験したので、これはちよつと考えなきやなと思ひ始めてるとこなんです。付け焼刃的なとこで、これは、そういうリスクのある方には、靴にGPSがついているとか、居場所がわかるような手段っていうのは、なんらかの工夫が必要かなとは思いました〉</p> |
| <p></p> | <p>〈家族の人、私一人じゃなくて、うちの訪問看護師とか。それから、ケアマネージャーとか、そういう人たちに入ってもらって。あるいは、施設の介護職の方たちに入ってもらって、家族を休ませてあげるとかですね〉</p> | <p>〈ご家族に対して有効なのが、やっぱり家族会で。家族会に行くことだけで、BPSDを落ち着くっていうのは、多いでしょう〉</p> | <p>〈(徘徊模擬訓練など) やればばいいんですけど、なかなか都市部の現状をかんがえて、その徘徊の人も、警察に探してもらったりしたんですけど。管轄がここ、世田谷区と目黒区のある(境)なので、ここの警察に言っても、駄目というね、そういう難しさもあるのです〉</p> |
| <p></p> | <p>〈周りの環境じゃないかなと思うんですね。その人の置かれてる立場っていうのが一番じゃないかと。それをいかに見つけて、それをうまく治せていく〉</p> | <p>〈家族が落ち着くと、患者さんも落ち着きます。逆に落ち着かないところは、家族になんらかの問題を抱えてる場合も、結構あります〉</p> | <p>〈家族の受け入れの部分で大きく変わってくるので、家族自身へのアプローチは、大事にしてます。家族が病状を受け入れられない限りは、かなり些細な症状でもかなり不安定になるのですが、家族が病状を受け入れてくると、多少のBPSDでも、大丈夫なんです。だから家族へのアプローチは本当に大事だと思います〉</p> |
| <p></p> | <p>〈この人、BPSDなりそうだなっていうのが。そういう人たちがいるんで、もうそういう人たちには、最初から気をつけて環境整備をしていくっていうのが、やっぱり必要だと思う〉</p> | <p>〈介護者の学習会。在宅介護者の会みたいなどでの学習会を受けた方、やっぱり随分と違ってます〉</p> | <p></p> |

8. 行動・心理症状 (BPSD) への対応

| | | | |
|--------|---|--|--|
| かかりつけ医 | <p>〈何言ったら怒りますかとか、その辺のチェックですよね。まず最初、その辺をチェックして、喜ぶことはなんなんだとか、趣味ですね。ご本人の持った趣味はなんですか。これは、伸ばしていきましょうっていうのかな。本当ですかね。好きなものを食べに行くとか。だから、その趣味をやめないで〉</p> | <p>〈詳細にBPSDの内容を決めて、幻覚系なのか、妄想系なのか、脱抑制なのか、情動行動なのかについていうことで、ある程度見極めをつけて薬を出します。そのときにも必要なのが、介護者の観察なんです。怒りつつも必要なる理由っていうのは、こういういくつかの原因があるから、どれなのかよと次まで探してみようかしら、その場かについて探したり。あるいは、その場で答えてもらったりして、それに合わせて薬物療法します〉</p> | |
| | <p>〈精神科に送って、これは入院させてくださいっていうのは、本当にこの何年間。たとえば、今年1年で、一人か二人ですね〉</p> | <p>〈(薬物の副作用でのBPSD) 多いですね。結構あると思います。ですからそこは、開業の先生との連携ですね。信頼関係がどれだけ取れているかによって、「先生、これやめてください」って言つて、きちんと聞いてくれる先生とやっぱ無理な先生がいらっしゃるんですよ〉</p> | |
| 家族 | <p>富士宮 家族 〈知恵というか、それは、家族会に入ってる、こういう毎月来るあれでは、見えますけど。でも、私は、私なりにやります。ヒントは、ここにあるので〉</p> | <p>〈興奮することは多いです、ベンゾジアゼピン。意外な盲点で、呼吸器系の。大牟田は、結構呼吸器疾患多いですから、テオファイリンとかが、やっぱ多いです〉</p> | |
| 家族 | <p>大牟田 家族 〈今、振り返ってみると、安心感だと思ってるんですよ、最終的には。いつもわかってるよって、私がおおるよ、大丈夫よと〉</p> | <p>玉川 家族 〈四六時中、目が離せないんですよ、家族にとつては。有効なのは私がやってる電話相談だと思えます。そういうところがまず一つ。話を聞いてもらって一つ。それからやり方とか楽しんでるって一つ。それからやります。気持ちを楽にするって一つ。それから昼夜逆転とか、不眠とかそういうものはやはりかかりつけ医の先生なり、精神科の先生なりにつなげていくっていうことですね〉</p> | |

8. 行動・心理症状 (BPSD) への対応

| | | | |
|-----------|--|---|--|
| <p>家族</p> | <p>〈徘徊するの、みんな聞いてますけど。徘徊するには、理由があるので、何か自分が言葉に出せなかつたり、自分の思いが、思い通りにならないと、そうなるんじゃないかなってのは、聞いてたんで。じゃあ、お父さんは、今、何をしたいのかなとか、そういうのを理解してあげれば、それもなくなくなるのかってのは、自分で思ってたので。「なるべく本人のやりたいうようにさせて、不満を持たせない、ストレスを持たせない」って、前から先生に言われてるので、そういうことをしなければ、徘徊はないかなって思ってたので。不満を持たせせないとか、否定言葉をあままり使わないで、ストレスを持たせないうって、同じですけど。そういうのをしなればばいいのかなって思ってたので〉</p> | <p>〈安心感。やっぱそれが一番こういう、それだけでは収まらないけれど。やっぱ必要なんじゃないかなって、今にして、やっぱ思いますね。あのときに、だから、何をするのにしても、いつも手は握っとったですよ。なんて声かけても言葉がよくわからないと、どうかしたら、手を握っとく。そうすると、どうかしたらしっかり手握り返したりしてましたから〉</p> | <p>〈あとはデイサービスなり、ショートステイなりをつなげていって、家族の負担を軽くしてそれから、ショートステイ行くことによつて、日常的なサイクルついでいうのが、すごく元に戻る・・・やはり目いっぱいになるわけですよ。ですから、ショートステイ行くことで、少し生活リズムができて、その本人も落ち着いてくるってことでもありますので、そういうった利用〉</p> |
| | <p>〈「背中、ちよつと見せて」って言って。「じゃあ、汗かいてるんじゃない」って言って、脱がせると。本人は、「そうじゃない」って言うけど。触らせもするんじゃないかと、その感覚がたぶんわからなかつたり、着替えさせたりしなうたよ」って言いながら納得させて、着替えさせたり〉</p> | <p>〈やっぱ休む時間が、せめて睡眠なんか取れると、そのいらいらとかも理解できれば収まると思うんですけど。やっぱ睡眠が取れないと、じゃないかなと思いますけどね〉</p> | <p>〈一番は (家族の) 気持ちを開くってことで、聞いてもらうことで、すいぶん楽になる場合。解決できなくとも、聞いてもらうことによつて、気持ちが楽になる。その本人が気づきができるんですよ。電話することによつて、整理ができる。「ああ、そうだ」っていうことでわかってくれてることと、それから、どうしようふうにした方がいいかっていうのを、ある程度わかれば、情報をお教えすることと、それから、どういうふうにつなげていかとか、わからないときは、専門の先生のところ行っていただくさいとか、そういうところにつなげることができるとのことです〉</p> |
| | | | <p>〈家族がいろんなところに、行政がやるところとか、その地域包括が、社会福祉協議会とか、いろいろと研修会とか、そういうのをやるところに出向いてく人はいろいろの症状も、出向けない人に、やはり認知症の症状は、こういう場合は、こういう対応した方がいいかとか、こういったところは、こういうところと相談のつてた方がいいとか、そういうマニキュアみたいなものがあればいいなと思つてます。出向けない人が、結構、いらつしやうな思つてますよ〉</p> |

8. 行動・心理症状 (BPSD) への対応

| | | | |
|-----------|--|--|--|
| <p>家族</p> | | | <p><勉強してる人は、ある程度わかりますが、やはりわかりやすい言葉で、こういう場合はこういうふうにしていいというガイドみたいなものが、いろいろと出てくるか、いいね。だけでも、それが浸透してるとか、うと、そこらもありませんし、出していいと、そこらもないところもあるんじゃないかと。もちろんです></p> <p><みなさんそれぞれ、認知症だから、理解を示さなくちゃいけないことは、重々わかっているんですよ、いろんな情報で。わかっているんですけども、日常生活の中で、不満なんかあったり、でも、やってみると、それが爆発しちゃったり、でも、やってみると、相手が病気になるんですよ、やってみると、それを何回も繰り返してるときに、ふっと落ちるときがあります。だから、あきらめないで頑張ってくださいね。介護が終った人はわかるんですよ。だけれども、介護してる真ん中の人は、聞く耳持たないんですよ。それがなかなか難しい。ぶつかったときに、あ、どうしよう」つて。そこで、こういうもの（ガイド）を広げてみるということじゃないかと思えますね></p> <p><だから、周りはやはり根気強く、こういうふうに関わっていくことではないか、こういふふうね。目覚めるのは、なかなか難しいですね。それから、わかっているけど、ほっといてほしいところもありませんし、ほっといてくれとところもありませんし></p> |
|-----------|--|--|--|

9. 終末期からお看取りについて

| | 富士宮市 | 大牟田市 | 世田谷区 玉川 |
|------|--|---|---|
| 行政 | <p>富士宮 行政 <60ぐらい医療機関があるんですけど、34か5ぐらいの医療機関で訪問診療をやってくれていて。お願いすると来てくれるって先生が、結構多いんですけどね。そうしただ中で、グループホームなんかは、話しやすい先生に協力をしてもらって、来て、看取りをやっているというケースがあるんですけども。正直いうと、まだその実態とか、そういう把握はまだまだできてないし、行政として、その仕組みとして、組み立てがまだできていない></p> | <p>大牟田 行政 <在宅での看取りっていう部分では、小規模多機能を利用しながら、看取り、小規模多機能が、訪問看護と連携しながら、看取りをするっていう事例が少しずつ出てきてるぐらいで。仕組みとしては、なかなか、ここには今、タッチできていない></p> | <p>玉川 行政 <機能強化型の在支診が全部で31ぐらいある></p> |
| 地域包括 | <p>富士宮 地域包括 <うちの包括の中で、問題になってきちゃうのは、一人暮らしの方で、家族の協力も何も得られないような方の中で、それで、認知症で判断能力がなくなっていくってしまっただ方は、いったいどこまで在宅で生活ができるんだらうかっていうところの見極めの部分っていうのが、難しいなっていうのが思うところで></p> | <p>大牟田 地域包括 <あんまり経験がなくて。たぶん要介護状態でケアマネさんが関わってらっしゃるというのがほとんどだと思ってるんで、こちらに直接かかるっていうのがない。今のところろないですね></p> | <p>玉川 地域包括 <亡くなるときの状況ってどんな感じになったのかとかかっていう、先の見通しを心配される方は多いです、OBの方が入ってくさってること、その方は、義理のお母さんは施設で看取って、義理のお父さんはご自宅で看取ってて両方経験されてるの、その体験を話していただいて、そういうふうな選択肢があるんだなっていうのを、ご家族が聞いて、参考にさせていただいてるっていうことがあるんですけど。やはりそれは、すごい皆さん気にされてるといいますか、心配されてるといいますし、判断材料が、今ちようど家族会でそういうことを話してくださる方がいるので、そこは、今ちようどご家族の先の見通しを立てるといいう上では、有効になってるかな></p> |
| | | | <p><在宅か、それがたまたま老健かもしれないけど、どっちかでお看取りができるといいなと思っています></p> |

9. 終末期からお看取りについて

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>地域 包括</p> | <p>「じゃあ、このお母さんはどうします」っていう、90のお母さんだったんですけど、「どうします」って言うのと、「母は家で死にたいって言うってますから、もう、その状態でいいです」っていう。で、結局、「うんこまみれになつていようが、どういう、何も服も着ていなかろうが、別にその状態でほっといてくれ。それが母の本望だ」ってしか言わない息子がいて</p> | <p>結構苦勞されるっていう方が多いっていうのは、よく聞きますのと。認知症に限らずですけども、ご家族の方たちの苦勞が、結構あるなというのは感じてます</p> | <p>入院したあとと治療のところ、胃ろうにしないともう退院をしないといけないって言われてるんだとか、そのあと施設を選ぶときに、どういろいろ医療的な行為があるけど、どうするんだらうとかっていう、終末期、どこで最期介護をするか取っついていうところ、施設にするのか、おうちに引き取るのかっていうところだったので、特</p> |
| <p>でも、家族が、このお母さんは、本当はこの状態でもいいのかっていう判断を、結局してもらえないっていう、ケースがあつたんです。お母さんは、本当にそれを願っているのかどうだか、セルフネグレクトの話じゃないんですけど、見極めていく部分っていうのが、こつちとして本當に判断して迷うところ。で、お母さんの願ひではあつたんですけど、こつち悲慘な状態になつた中で、ご本人さんの幸ひが、やっぱりお母さんの、ご本人さんの幸せではないだろうかというところの部分で、「やっぱりこの人は、もう施設利用にならな</p> | <p>いしくないよね」なんていう話になりました</p> | <p>胃ろうのこととかも、迷われてる方については、先生からこういうふうに言われてしまつて、もうそのときに、もうそれじゃないと退院だとか、結構もうせつまつたところに来られてる方が多いんですね</p> | <p>胃ろうのこととかも、迷われてる方については、先生からこういうふうに言われてしまつて、もうそのときに、もうそれじゃないと退院だとか、結構もうせつまつたところに来られてる方が多いんですね</p> |

9. 終末期からお看取りについて

| | | | |
|------------------|--|---|---|
| <p>地域 包括</p> | <p>＜本当にお一人暮らしだったりとか、家族がいても、本当に非協力的なご家族を、この方の終末になって迎えられるか、考えていかなきゃいけないところではないか、難しいなところでは、思っているところではないか＞</p> | <p>＜（胃ろうを）してしまっからこれでよかつたんだらうかっというご相談もあつたりするんですけど。やっぱりどちがいいとは私たちは言えないです。いろいろな決断をしてしまつた方については、そこをフオーロしてあげるといふ方法しかないかなつていうところ。私たちも「こちがいいですよ、こちがいいですよ」つていうことは、なかなか言えないので、こちだつたらこういふことが考えられるし、でも、それも聞いてらつていふ方も多いんですよ。聞いても迷つていふことあるもので、判断をサポートする＞</p> | <p>＜実際、やっぱり介護していく中で、ご家族の方は気にされてるポイント、もうほかの方はどうしてるのかしらつていうとか、どんなことが考えられるのかしらつていふのは、よく聞かれます＞</p> |
| | | | <p>＜絶対胃ろうはしないつて言つても、その場になつたらやっぱり長く生きてほしいつて思つてさるつていふつて、されて。でも、してから、食べれなくなつて弱つていく状態を見て、これでよかつたのかしらつて、また後悔してつていふ状況を見ると、やっぱりどちにしたのかわつてし、どちにしてもこれよかつたのかわつて思つては思つてくれども、そういうことを聞く機会があるのとなじや、またちよつと違ふのかな＞</p> |
| | | | <p>＜お話をとにかくお聞きして、これでよかつたのかしらつていふところをまずは受け止めて。でも、そのときの判断としては、やっぱり長く生きてほしいつていふ思つたら、そのところをちよつと後押しをしてあげるといふところかなつていふところ＞</p> |

9. 終末期からお看取りについて

| | | | |
|-----|--|---|---|
| 社協 | | <p><今うちのほうでも50人弱ぐらいの利用者がいらつやいます。日常生活でも対応できなくて、通帳も40人分ぐらい預かってるんでね。生活支援員さんが渡して、お金を貸してくると、すべてできませんからね。完全できなくなつてくると、もう後見人のほうに移行させます></p> | <p><私たち職員はどうしても異動等で変わってしまうんですけど。お手伝いの方はご事情悪くならないう限り継続して、10年単位でやるよな方もいらつやするんで></p> |
| 自治会 | <p>富士宮 自治会 (地区社協) そういう人たちが、特別養護とか、いろんなどこへ、病院入つちやつてるもんですから、住所移されてるとか、「最近、あの人がいないね」とかという話になつて。で、人生終わって、地域でお葬式を出そうってんだなっていう感じですか、やっぱり亡くなつていって、初めて、その辺の終末のときのことか、もう専門分野のところで></p> | <p>大牟田 自治会 (民生委員) <最期は、やっぱりまだ、家族の方は、施設に入れたり、そういうふうな家族から離れて生活をさせるということ、大変いいことは申しませんが、大変な自分自身に責める部分があつて、そういう気持ちがある方も大変多うございます、まだいまだにです></p> | <p><開いた方では、お亡くなりになって、悲しさもある反面しつかり見送ることができたっていう、ある程度高齢になられてお亡くなりになられたっていうところも含めて、それを受け入れてしつかり最後まで自分でやることはできていたう></p> |
| 自治会 | | <p>玉川 自治会 (民生委員) <今は、地域の者が、終末期から看取りに至るまで、認知症の方と関わることははないです、それは></p> | <p><そういうときには、ここに、あなたたちと一緒に、最期までおることは、幸せなことかもしれんけれども。一方では、最期は、やっぱり本場にきかない。これは、特殊な話ではないんで。今の時代は、やっぱりそういうことも、一つ選択に入れられたほうが、よかつちやなかでしようかねって、皆さん、そげんよになさるって></p> |

9. 終末期からお看取りについて

| | | | |
|--------|---|--|---|
| 自治会 | | <p>〈ただ、やじ馬みたいないな感じの言い方ではなくて、しっかりその人の身の身になって、相談してあげて、ということ、やっぱり大事なことだろうというふうな思っています〉</p> | |
| かかりつけ医 | <p>富士宮 かかりつけ医 〈認知症の人の一番困るのは、やっぱり栄養ですね。食事を摂れなくなってしまう。これをどうやって診ていくか。最終的にどういうふうにするか。家族との関わりの中で話して、どんなになっても生かすよ。そういう人は、胃ろうとか、そういうのをつけていくんですけど、そういう人は少ないんですけど、いるんですけど、そういう方もね〉</p> | <p>大牟田 かかりつけ医 〈認知症ってのは、死に至る疾患だということ、それは、やっぱりみんなに認識してもらおうことが、その人のよい最期っていうのにながらるんやないかなと思っています〉</p> | <p>玉川 かかりつけ医 〈ご家族のほうから、もう透析をやめて、それが結果的にお看取りにつながるが、それで仕方ないです。何回も何回も話をすううちにそう結論に達して、それに沿っておうちでお看取りをしたっていうケースは非常に印象深かったです〉</p> |
| | <p>〈最終的に一番困るのは、もう食べれない、飲めない、薬も飲めない。こういう人で、BPSDとか、そういう問題じゃなくて、もう本当に衰弱して〉</p> | <p>〈それぞれステージがあって、最期には歩行障害が起こって、嚥下障害が起こって、肺炎を起こして、胃ろうをつくるか、つくらんか別にして、胃ろうをつくったとしても、最終的には肺炎で亡くなりますよ。そういうプロセスを、いかにみんななりに共有できてくるように思うんですよ〉</p> | <p>〈基本的に伴走ですね。もう横に寄り添って、どっちの方向に行くことが、それは本当に正解がないので、どっちの方向でも基本的に支えますよ。っていうスタンスで。ただ、本当に迷って道がわからなくなるときに、医学的な見地からのアドバイスは、もちろんします。その上で、また判断してもらって、こっちは進んで言ったら一緒にまた走っていきみたいいなスタンスです〉</p> |
| | <p>〈やっぱり家族とのお話が、一番ですかね。明るい家族もいるし、面倒見のあんまりよくない家族も。面倒見のよくない家族の場合は、ちよつと大変ですけどね、訪問看護なんかも。私たちがうれしいのは、家族の人がきちんとやってくれるのが一番うれしいですね〉</p> | <p>〈家族とかも含めてですね。ずっと地域で学習会してんので、それと初診のときには、なかなか言えないけれども、2回目、3回目を必ず説明します。あとは、介護職員さんたちも、死に至る病気だということ、少くも、死に至る病気に思っています。そういうところを、まず認識でき始める人が出てきたら、つなげていくのがいいかなと〉</p> | <p>〈うちで150件くらい訪問診療やって、年間、在宅でお看取りの方が30から40ぐらいです。認知症の方の転機っていうのは、現状では、8割、9割は施設に最後行かれる方が。それはやり方にもあると思うんですが、要するに、おうちでお看取りまると思いますが、本当に認知症の終末期のところもおうちで見られるっていう方は、決して多くないです。そこが今後、どうなっていくかというところはあります〉</p> |

9. 終末期からお看取りについて

| | | | |
|---------------|--|---|---|
| <p>かかりつけ医</p> | <p>〈本当のターミナルの段階に至ったときに、ご本人がたぶん希望してないであつたらう延命行為をやるか、しないかとかの判断を、家族ができるようになってきたっていうことと〉</p> | <p>〈家族の思いですね。もう、家族が「もう無理です」って言えば、もちろん施設になりますし、家族がどんな形で、うちで看ますっていうことであれ、たぶんその比率は1割か2割はいかないだらうなうって言ってますね〉</p> | <p>〈胃ろうを選択しなければ、やはり、お看取りに近づいていきますので、そこも含めて許容できる、受容できるっていう場合には、おうちでそのままだし。そこがもう受け入れられない。やっぱり胃ろうってなると、胃ろうをつけて、あるいは管が入って、それをうちで見っていくかどうか。うちで見っていく方も、それが、やりながら疲勞困で、やっぱり施設っていうケースはありますね〉</p> |
| | <p>〈あとは、そういう過程を経るっていうことを知ってるからそこ病院じゃなくて、施設、あるいは在宅で亡くなるっていう人が、増えてきたのかなと思います。病院ではないところでの死ですね。家も含めた〉</p> | <p>〈一つは死に至る経過の説明ですね。医者って、死について勉強しないんですよね、ほとんど。今の医者はわからないうえに、私たちの世代は、少なくとも死については勉強してないんです。逆に介護職員っていうのは、教育課程の中で死について、かなり長い間勉強してるんですよ。ですから、そこからフィードバック受けて、じゃあ死についてのことについて医者のほうも勉強して、それをきちんと言葉で提供できるようにしてきたっていうのは、大きいのかな〉</p> | <p>〈ただ、単身者で認知症ってなると、ほぼやっぱい施設に行かれるでしょうね〉</p> |
| | | | |
| | <p>〈医療を適用するっていう判断が、今まで医者に求められてきたんですけれども、適用しないっていう判断ですよ。これが発信としては適正だよっていうメッセージを発信できるようになるというのと、たぶん在宅医療、本気でやってる先生は、そこら辺勘どころでわかってる〉</p> | | |

9. 終末期からお看取りについて

| | | | |
|---------------|--|--|---|
| <p>かかりつけ医</p> | | <p>〈一つ重要視して、これから取り組まなきやいけ ないと思うのは、急性期の医者。たとえ、今う ちで多いのが、「もう延命治療は望みません」 と、胃ろうの説明するときには言われるんですけ ど。もう経鼻入れてきてるんですよ〉</p> | |
| <p>家族</p> | <p>富士宮 家族 〈友だちにも言われて、探して。「目安は、して おいたほうがいいんじゃない」って言われて。 預けなくても、そういうところが、探しくい いんじゃないって〉</p> | <p>大牟田 家族 〈(在宅での看取り) やっぱりそれも、家族の余 力のあつてのことじゃないかなと思うんですよ 〉</p> | <p>玉川 家族 〈誤嚥性肺炎というところで、1週間たつたとき に、もう誤嚥性肺炎、治りました。これからど うしますかって言われたときに、冷たい言い方を されたんですよ。水も与えない、食べ物も与え ない、自然死という方法があるんですよ。ねえ 言われたときに、私はすごく然としたんですよ よね。まだ、現に母は生きてるんですよ。娘の私 はそれではできませんか？ そうですね。だか ら、何かいい方法ないんですか？ 言ったら、気 管支を切開するとか、そういうことはする必要は ないけれども、最低限のことはできますよ。か 聞いたときに、経管栄養がありますよ。い んです。でも、それ、やるまで難しいんですよ ね。言っている方がいらっしやるんですよ。ね 結構、やっていると、その経管栄養ができて 言われたときに、その経管栄養ができて、母の場 合、経管栄養をしたんですよ〉</p> |

9. 終末期からお看取りについて

| | | | |
|-----------|---|---|---|
| <p>家族</p> | <p>〈やっぱり主人が、日頃行つてれば、違和感なく、そこに行けるんじゃないかって。だから、ボランテニアは必要だなって、その〉</p> <p>〈慣れてれば、たとえば「ごめん」と言つて。「今日一日、半日でもいいからいて」つて言えが、そこだつたほうでいいかなつていうようなところが、見つかつたはずだ。すぐだと、みんな拒否するじゃないよ。お迎えに来て、もう今日は、行きたくないよ。お迎えのほうは、もういい。せいいから、関わりが思つて、みんないる見にいけるなつて。だから、たほうがスムーズアは、必要だなつて〉</p> | <p>〈だから、したくても、やっぱり昼間いなかつたり、家族の手がなれば施設にしか預けることはできない。でも、預けたところに、やっぱり家族の、その人に対する思いがどれだけあるかがパロメーターになるかなという気が〉</p> | <p>〈それが終わつたときに、とにかく出てくたさいつていうわけですよ。病院から。急性期の治療は終わりまじつたから、出てくたさいつて言われたときに、施設っていうところを探してくれただんですが、個室しかありませんで言われたときに、1日2万5000円か3万円つて言われたんですよ〉</p> <p>〈経管栄養は自宅でもできますよつて言われたんですよ。だけど、私は、もう、できないと思つてます。誤嚥性肺炎になる前に家族で見ると、して、ちよつと夜中でもなんでも、目を白黒されて、ちよつと危ないしよつと思つたときに、本当に夜中どうしようと思つたときに、朝になつたときに、病院に連れて行けばいいつていうふうな思つていたから、病院に朝になつて連れて行くと、異常なかつたというところが何回かあつて、日中も主人とえ、子どもたちがいるときも、車いすに落ちたとき、36kgになつたときでも、車いすに戻すときに、一人でやる大変さというの、本当大変だつたですね。もう、やつとの思いで車いすに乗せてつていう、何回も経験があつて、それで在宅でもできますよつて言われたときに、なんて冷たい言い方かなつて私は思つて、これ以上、私は、もう、できないなつて思つたので、もうとにかく病院か施設かしないなつて、これ以上、もうとにかく病院か施設かしないなつて、なかなか大変ですよ。在宅で看取る、よく、今、在宅で看取る人もいますよ〉</p> |
|-----------|---|---|---|

10. 地域の認知症への取り組み推進のために（トップ3）

| | | | |
|---|---|--|---|
| 行政 | | | <p>③<家族の会が、いろいろな包括単位でもやったりするんですけど、介護される家族の立場というか、ご本人にとって娘さんだったりお嫁さんだったり、いろんな立場の方がいらつしやるかと思いませんし、日中お仕事をされている方、されていないう方、いろいろな家族の方の状況、属性があると思うので、属性ごとの会とか、そういうものもあると、より参加しやすいのかなと思います></p> |
| 地域包括 | <p>富士宮 地域包括 ①<やっばり、医療連携・・・本当に医師会との、今後、つながりだっているところか、一番にはなるのかなってところですよ></p> | <p>大牟田 地域包括 ①<1番が、やっばり先生と、かかりつけ医との連携></p> | <p>玉川 地域包括 ①<次世代の育成っていうか、認知症の啓発の部分でもう少し若い世代からの啓発っていうところがあるといいか。それは、取り組んでいきたいなっていうところが、一つ・・・40～50代ぐらいからですかね。そのぐらいかからもう少し、やはり出てくる方。認知症サポーター、今やって募っていくと、若くて50～60代の方から70代ぐらいの方が主になってますので></p> |
| | <p>②<あとは、普及啓発をどういう形でやっばりいければいいのかなってところ。・・・認知症になって、「みんななるんじゃないの。何が悪いの」ぐらいい言えるような環境ができていかないと、やっばり進んでいかないと、なってるかなって></p> | <p>②<2番目が、早期発見と支援が本当の意味で実現できるネットワークですね。・・・ずっと私感じてるのは、やっばり普段、住民の方たちの認知症に対するイメージが、やっばり変わるか、変わらないうかだというふうに思ってます。・・・なりたいと思うんですが、たぶん変わらないか、だるうと思ってる。だから、認めないとか、隠したいとかいうふうになっか、どうにか変えられないうふうになっか></p> | <p><だんだん介護の世代に入ってくるじゃないですか。やっばり初期の入り口のところでの基礎知識っていうところが、もう少し上の層の人よりも若い人たちのほうがまだないので、初期のところでの入り口だったりとか、理解っていうところが、高齢の方の病気とかに接する機会が少くない分、発見も遅れてるでしょうし></p> |
| <p>③<もう一個は本人が、なんか望むことが実現できればいいなっていうところを思って・・・安心してしやべれるような、当事者の支援の場所っていうのが、すごい大事なところなんじゃないか、自分も思ってた・・・自分はこれでいいんだよっていう部分を認めてあげながら、自分の気持ちだつたりとか、プラス楽しい空間みたいな場所っていうのが、必要な中で、そういう形でこの旅行が行けたら、すらすらさうさう、楽しくお話ができたんだらうかなって思ったので。うちの包括支援センターが、目指しているところの部分になっか、どうでしょう></p> | | <p>③<3番目が地域の理解と認知の促進ですね。啓発ネットワークでいえば、いろんな認知症ネットワークを通しての勉強会とか、毎年やっばり通っているので、そこに来られる方たちはいいんですけれども、新しい方たちが、なかなか広がって来られないとかいったところがあるんで、そこをもっとすす野を広げようっていうふうにやっばりけたらいいんだらうけど、そこがなかなか広がりが実感できないっていうのが、現状としてあるのかなと思います></p> | <p>②<やっばり私は、家族支援っていうところが課題かなって。入り口のところと、こちらで相談をしたあと、長い経過で、ケアマネジャーさんには引き続きでいくんですけど、やっばりケアマネジャーさんとサービスの話はしても、ゆっくりにケアの悩みだつたりとかっていうのが、どこまでフォローができていくのかとか、デイサービスの方も、ご本人さんのケアはしても、ご家族のケアまでどこまでしきれてるかかっていうところ></p> |

10. 地域の認知症への取り組み推進のために（トップ3）

| | | | |
|----------|---|--|--|
| 地域 包括 | | | <p><今、家族会とかいっぱいできてきてますけど・・・やっぱりなかなか出てこれないんですよ、家族会やっても。デイサービスのタイミンが9か月ぶりに来まして。電話での毎月お誘いはしてるんですけど、それで近況を聞いて></p> <p><一番大変なときに、お話を聞いてもらって本当によかったからって、また近況報告によって来てくださるんですけど、やっぱりなかなか出てこれないので、その家族支援っていうところが、どんな形でっていうのが。たとえば、ご家族が、デイサービスのほうでみる間とかで、ちよつと集まれる機会があるとか></p> <p>③<地域づくりっていうところは、すごい地域の基盤ができてるんですけども、そこに出てきてる人はいいんですけども、そうじゃない人たちもやっぱりたくさんいるので。地域で、住民同士で支えていくっていうところが、今後も継続できる仕組みづくりっていうのかな・・・地域の基盤を継続できる人材の発掘といいますか、今の頑張らっしゃる方が、たぶんもう少しで引退したあとに、またそれが続けられるかなっていうところが、やっぱり今から少しずつ担い手を育てていかなきゃいけない時期なんだろうなっていうところでは、課題></p> |
| 社協 | <p>富士宮 社協</p> <p>①<認知症であるということ、実際のやっぱり自分の家族だとか。自分自身、家族、地域近隣の中にいる人の情報を、やはり見える形にしていくっていうことを意識しながら、いろんな場面を設定していくことが大事じゃないかなというふうに、一つは思いますね></p> | <p>大牟田 社協</p> <p>①<やっぱり認知症という病気の周知徹底と理解ですね。これは大きいですね。認知症は病気なんです。誰も、あなただも将来かかるかもしれないんですよということ></p> | <p>玉川 社協</p> <p>①<私たち協議会も含めて、認知症の方が暮らせる地域づくりっていうのを、どういうビジョンで進めていくかっていうところで。地域で見守るとかあっていう、大枠はあるかと思っただけ。それを具体化していくところの取り組みっていうのが、やっぱり重要になってくるのかなっていうのが一つ思います></p> |

10. 地域の認知症への取り組み推進のために（トップ3）

| | | | |
|--|--|---|---|
| <p>社協</p> | <p>＜そういう機会を、いろんな場面を設定していくってことが大切かなって思っています。そこに、そういう場面をつくっていくところに、いろんな関係者、住民の人たちを含めた、いろんな関係者でもって、企画を考え、検討し、実践していくっていう。いわゆるその協働だとか、連携だとかっていうところを、実践の場にしていくっていうプロセスが、重要なことだと思います＞</p> | <p>②＜認知症を抱える家族支援ですね。相談とか、レスパイトケアとか、家族会の交流とか、情報交換とか。この辺がやっぱ大事でしょうね＞</p> | <p>②＜認知症っていうところなっただときに、医療機関としてどこにいけばいいのかわからない方が、なかなか地域の方で、すばつと、わからない方もいらっしゃるの病院とかついで、またハードルが上院が専門の病院とかついで、また心理的にわからな院が地域にご自身の家からあんまり遠くないところにあるに、あつたらいいのかなというところが一つ思います＞</p> |
| <p>②＜こういう窓口だけではなくて、実際にいろんな見守り活動をやる住民の方から、市役所の窓口を対応する専門職まで含めて、窓口を実際に来なくても、気軽に困りごとを相談できる、そういうアウトリーチの徹底みたいなところは、これから大事にしてかなきゃならない部分かなと思います＞</p> | <p>③＜認知症予防のためのサロン。一人暮らしだったり、1日誰とも話さないとか、隣近所のつき合いか、誰かといふふうな適度な運動とか、やっぱサロンのかでは、そういうふうな、一緒にご飯を食べたりとか、一緒に旅行したりとか、そういうのが、結果それが予防につながっていくんですけど。生きがいにつながっていくんですけど。孤独感の解消につなげていくふうに思っています。ただここできたいなものは、女性はいいいんです。男性が駄目な問題なんです＞</p> | <p>③＜子どもとか若い世代への取り組みっていうのが、一つ重要になるかなというところで。やはりこれから地域で長く生活していく人たちに、地域の実情というか、地域にはそういう方もいるっていうことを、しっかりと把握してもらっているのが、重要なポイントに今後なっていくのかっていう＞</p> | |
| <p>＜気軽に相談を受けつけて、それがつながっていくような仕組み。いわゆる、地域包括ケアの描いた部分だけではなくて、それが実践化していくっていうことをやってく、取り組んでくることが大事かなと＞</p> | | | |

10. 地域の認知症への取り組み推進のために（トップ3）

| | | | |
|------------|---|---|--|
| <p>社協</p> | <p>＜周りの人たちの異変や、困っていることをキャッチして、とにかく、聞いて受け入れてくっついていうような人たちを育成していく。富士宮市社協では、福祉のまちづくりサポーターとして、一般住民の人たちの、そういういろんな地域福祉のボランティアを育成する講座をずっとやっています。今、二百何十人いるんですが、その人たちのフォローアップ講座を先月やっていたら、その中で自分たちがもつと、レベルアップを図って、うまく活用してくれみたいな話があるんですよ。そういう人たちは、もう少しレベルアップする、自分としてはパーソナルサポーターみたいなところになんては思っています＞</p> | | |
| <p>自治会</p> | <p>富士宮 自治会（地区社協） ①＜医療関係とか、そういうこと連携とか、そういう人たちの地域の講演会みたいなところで、より知らしめるっていうか、我々が語るところだ嘘っぽいんですけど、専門家も連れてきて、認知症であるとか、そういうのを身近に語ってもらおう。今までに認知症のケア。いわゆるサポーター養成も全部、市役所であり、我々が選んだんですよ。我々の仲間がやっていると、そういう専門医＞</p> | <p>大牟田 自治会（民生委員） ①＜一番大事なのは、地域の中の危険箇所を、住民が共有しておくことが、やはり一番だろうというふうに思います＞</p> | <p>玉川 自治会（民生委員） ①＜みんなが、もつと認知症の人も当たり前っていうのを受け入れる地域に、私たちが啓蒙をして・・・地域でその方たちが気持ちよく過ごしていただけるようにならうに、みんなで自分のこととして受け止めていただけたらいいな、私たちもお話ししていただければ一番いいかなと思っております＞</p> |

10. 地域の認知症への取り組み推進のために（トップ3）

| | | | |
|---------------|---|---|---|
| <p>自治会</p> | <p>②<やっばり整備ですね。特別養護であるとか、そういう施設が、やっばりまだまだでしょうね。入りたいたい人が、まだいっぱいいますから。その辺を逆に、入りたいんだけど、その入りたいていって叫んでる家族の声が聞こえないんですよ></p> | <p>②<2番目には、引きこもり等をつくらないために、顔の見える関係を、地域の中でなるべく多く考えていくべきだろうというふうに思っております。それは、地域の動きに高齢者の方も関心を持ってもらおうことが、一番だろうというふうにも思いますし、やっばり見えること、関心を持ってもらうことは、非常に見えることであって。見えることは、支援につながっていくと思ってます></p> | <p>②③<見守りを、みんなで、地域でしましょうということだと思おうんですけれどね・・・私たちは、地域のほうで、それは、75歳以上にしてるんですけれど。75歳以上の方のうちは、全部回りまですの></p> |
| | <p>③<まず16の地域をまんべんなくということ。まずそこをやるのかと思ってしまうけどね。まずそこでもエネルギーいっぱいなんですから、題材探しから、家族の同意。あと、区長さんたちに説明をやるんできや駄目ですよ。回覧板をつくらせて、か、やるんできや駄目ですよ。回覧板をつくらせての段階で></p> | <p>③<3つ目には、近隣の市町村との行動連携ですね。うちの認知症になった方が、どこに徘徊されてるのかという大きな疑問。大きな現象にぶつかりましたので、ここを考えると、やっばり近隣のもの。こつちは、荒尾市ですけれども。荒尾市（熊本県）も、県を越えてのそういうつながり、持っているおかげでなければならぬということ></p> | <p><手挙げ方式で、230名ぐらいの方を・・・不由っていうのか、心配な方ですね。そういうような形で、とにかく皆さんで見守りましょうねっていうのを広げるために、たとえばそれでやってるわけです。「みんな強制的に、あれこれしてください」と言っていると、なかなかあれこれというところやあって。まず一つ、「災害だけでいいですよ」って言いながら、いろいろ見守っていただく方法なんですけれど、一つのね></p> |
| <p>かかりつけ医</p> | <p>富士宮 かかりつけ医 ①<地域の医師会の先生方が、協力っていうか、みんなと一緒にやっばりいきましたよという地域の医師会の連携ですかね></p> | <p>大牟田 かかりつけ医 ①<1番が、やっばり医師を含めた医師主導じゃないカンファアの充実っていう></p> | <p><(奥沢、東玉川とも町会入会率は70%くらい、認知症の方の把握は) 大体私たちは、わかっているはず。この地域は、ある程度は></p> <p>玉川 かかりつけ医 ①<トップ1は、世田谷区と医師会がどう、そこを共有するか。もう仕組みのつくり方から、普及の仕方から。本当に行政と医師会がどう組めるかにかかっているかなと思います></p> |

10. 地域の認知症への取り組み推進のために（トップ3）

| | | | |
|---------------|--|--|--|
| <p>かかりつけ医</p> | <p>②<それから、そういう人たちとの勉強会、症例検討会とか、そういうものを含めた勉強会></p> | <p>②<あとは、やっぱり行政の果たす役割って、すごく介入する上でおっきいんですよ。包括のやっぱり充実っていうのが、大切なのかなと></p> | <p>②<第2番は、地域の包括支援センターをどう生かせるか。機能面でもだし、マンパワーの面でも、そこをどううまく。本当に、単に仕事を投げかけるだけではなくて、そこが力を発揮できるようにつくっていかざるを得ないかと思いますね></p> |
| <p></p> | <p>③<それから、もう一つは、サポート医を養成っていうか。たとえば、この地域にも20人ぐらいは必要だと思うんですよ></p> | <p><充実っていうのは、事務的体制ですね。今の包括でも市が指定する人員よりプラス1ぐらいで、どこも置いてるんですよ。プラス1とか、プラス2とか。いわゆる補助金の額で、想定される額よりもプラス1か2つというところも、置いて頑張ってるんですよ。だけど、それでも足りないです></p> | <p>③<3番目は、ご家族をどう支えられるか、だと思えます。本人ももちろんなんですけど、ご家族を支えられるだけで、ご本人が頑張れる度合いが広がるので。だと思いますね></p> |
| <p></p> | <p><(サポート医) 20人はいる。私一人で何もできないです。サポート医同士の連携もできないし、町へ出てって活動する、これでもできない。・・・かかりつけ医の向上研修会みたいなのがあって。それを受けたい人たちは、ここは23人ぐらいいるんですよ、富士宮だけ。その人たち、希望すればサポート医になれるという、そういうシステムをつくってもらいたいんですよ。そうするとやる気になるんですよ、みんな></p> | <p><で、やっぱり感覚としては、今の2倍ぐらい。あるいは包括の担当区域をせばめて、包括の数を今の6包括から12包括にする。できれば、地域包括ケアの中で、もう各小学校区ぐらいに包括があるといいなと思うんですよ。で、広い区域担当するとかかんないんですよ。だから、もうほんとに時間かかるから。だから、そこは、もうほんとに希望としては、やっぱり包括の数を増やしてほしいんですよ></p> | <p></p> |
| <p></p> | <p><このサポート医の話をぜひ広めていただきたいと思うんですけど。これ、本当に駄目ですよ。これ、全国的に駄目だと思ってるんですけど・・・サポート医ってなんなんだろうというのが、一番なんですよ。サポート医っていうのの役割っていうのが、いまだに問題なんです、全然サポート医の役割がなんだかわかってないんですよ。私もわからないんですよ。審議・質問しても、なんかいろいろなこと調べてくれるんですけど、本当にわからない></p> | <p>③<No.3は、やっぱり訪問診療をなんかチームでやっていききたいなと></p> | <p></p> |

10. 地域の認知症への取り組み推進のために（トップ3）

| | | | |
|---------------|--|--|--|
| <p>かかりつけ医</p> | | <p>＜医師同士で、たとえば連携し合って。今、うち、医師同士で連携し合って、24時間やっただけど、法人の中の連携なんです。だから、それをやっばりほんともう、また医師会のお話が出てくるんです。医師会の中で、大牟田で、たぶん夜2人おれば、24時間体制で回せると思います、在宅。1人か、2人、当直すれば。そしてうまくいくのかなと＞</p> | |
| <p>家族</p> | <p>富士宮 家族 ①＜一番は、地域の人たちが、この病気のお勉強してもらいたい。理解しなくてもいいから勉強してほしい。そうしないと進まないと思いたす・・・普通に挨拶してくれたり。私なんか言おうと、本当、普通の生活してくれれば、普通の、病気になるって普通に通って接してくれれば、それが一番。関わるとかそういう。だから、お勉強をしていて、あとは、普通に接してほしい。行かなくなるんじゃない＞</p> | <p>＜看護師さんが、そこにそれぞれの診療所で自分たちの患者さん把握してて、その看護師さんと一緒に往診に行く。あるいは、施設に行つたときには、それを把握している職員さんがいるということ、で、往診。別にカルテ共有しなくても往診成立させてます＞</p> | |
| <p>家族</p> | <p>大牟田 家族 ①＜第一は認知症の症状の、具体例の周知ですね。症状がわからないうちで、やっぱり思い込みみたいなところ、偏見のものもあるかなと思いたすよ＞</p> | <p>＜連携懇親会とかで飲み会するとか、地域で雑談するっていうのも、すごくいいんですけれども。対等な立場でのカンファだと思いたす。もう、とにかくそこが充実していくことが、介護職員の技量も医師の技量も改善するんじゃないかなというふうに考えてます＞</p> | <p>玉川 家族 ①＜玉川地域の中で、5地域あるんですが、用賀地域もいろいろなところで、地区社協っていうのが、町会と社協と行政と民生委員と関わっているいろんな取り組みをしてるわけなんです、地域全体のことも取り組んでるわけなんです、もう少しフオーロー知組の患者さんに関しても、もう少し充実していかなくちゃいけないかなってこと、これを大にしていかなきゃいけないかなってこと＞</p> |

10. 地域の認知症への取り組み推進のために（トップ3）

| | | | |
|--|---|---|--|
| <p>家族</p> | <p>②<私たちが地域で暮らしていくには、病院の先生とか、いろんな周りの人たちの関わりがないと、暮らしてけないので。町ぐるみで、そういうのに取り組みないと駄目なのかなって。まずは、自分たちの住んでる町内の人たちに理解してもらわないと、そこを出れないから。それで、そこから、みんな地域の人たちとかが、町づくりで見守るような、そういうのができれば、いいのかな。そういう感じがな></p> | <p><たとえれば、あなたのお父さんなり、お母さんが今までどんなこととしてまってきたかどうかっていうのはチェックとかですね。だから、うちの母の場合は、よく放射線科の先生が、新聞取りには行ってはりますかとか、聞いていかせましたね。」「新聞は、必ず歩いて取りにいかにせました」とかって言ってますから。そういうふうな一つの具体症状></p> | <p>②<家族会がもう少し、みんな連携して、家族会の充実というところにも一つですね・・・もう少し家族会、既存のところにもうちよと厚くやっばりやってほしいなっていうとこです。新しいところにはいろいろとやっばり、やっばり、いままであるところにもうちよと手厚く、やっばりやっばりしていただければ、やりやすいのかなという希望ですね></p> |
| <p><見守りしててくれる。そこで、なんかあったときに、関わってくれれば。だから、たまたまに見に来てくれるみたいなの、一人暮らしの人と、私たちがいるから、私が相談に行ったりとかなんかできるときは、やっばり見守りでやってくれれば、安心するのかな></p> | <p><認知症の初期の症状とは、そういうものが入口だということも理解していただく。何も、最初から徘徊だの、暴言だの、そういうことではないというところも理解してもらおうと、もつと関わりやすくなるんじゃないでしょうか></p> | <p>玉川 家族 ③<3つ目というのは、なかなか難しいことだと思いますが、全体で町会とかさういったところにも、呼びかけていかなくちゃいけないのかなと思いますね></p> | |
| <p>③<若年性の人たちは、社会参加もできなくて、そういう場所がほしいですね。自分たちで探さないで、場所、なかなか見つからないから、普通の社会参加の人たちに理解してもらえないとできないんですけれど、そういう理解も必要かなって。そうすれば、若年性の人たちが地域、あとは社会とか会社、もしくははそう思います></p> | <p>②<2番目は、それは、地域の方も知った上で、やっばり家族の余裕の時間をつくるために。そして、その方の症状の見極めのために、やっばり地域の人のお友だち、いわゆる見守りっていうか、お茶飲み友だちみたいな仲間づくり></p> | | |
| | <p>③<市の職員の人がもつと働いてほしいと思うんですよ。市の職員として、市役所で働くんじゃないか、地域に戻ったときに、自分がその地域の一人として、旗振り役になってほしいと思うんですよ。それで私も、公務してたときに、よく言っていたんですよ。「なんも、やっばり言っていたらんと。OBが地域に戻って、そこで草の根運動すりゃいいんだ」って言ってね></p> | | |

平成 25 年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業

認知症国家戦略の国際動向と我が国の制度によるサービスモデルの国際比較研究
報告書

平成 26 年 3 月

発 行 公益財団法人東京都医学総合研究所

編集担当 飛鳥井 望 太田美智子

公益財団法人東京都医学総合研究所 心の健康プロジェクト