


第8回 大府センター 認知症フォーラム

認知症の疾患別ケア


— 医療と介護の連携 —




日時 平成25年**3月15日(金)**

開演 14:00~17:15

場所 **ウインクあいち 大ホール**
(愛知県産業労働センター)



主催：社会福祉法人 仁至会 認知症介護研究・研修大府センター
後援：愛知県・名古屋市・国立長寿医療研究センター・中日新聞・公益財団法人 長寿科学振興財団・
日本認知症ケア学会・認知症介護指導者大府ネットワーク



第8回 大府センター 認知症フォーラム

プログラム

14:00~14:10

開会挨拶

祖父江 逸郎 (社会福祉法人 仁至会 理事長)

14:10~15:40

特別講演

認知症の疾患別治療とケア

— 医療と介護の連携 —

池田 学 先生 (熊本大学大学院 生命科学研究部 神経精神医学分野 教授)
座長: 祖父江 逸郎 (社会福祉法人 仁至会 理事長)

15:40~15:55

休憩

15:55~16:35

講演1

介護現場における専門医との 連携の重要性

宮島 渡 氏 (社会福祉法人 恵仁福祉協会 高齢者総合福祉施設アザレアנסなだ 総合施設長)
座長: 柳 務 (認知症介護研究・研修大府センター センター長)

16:35~17:15

講演2

今後の認知症施策の方向性を踏まえた 医療と介護の連携と地域づくり

武田 章敬 先生 (独立行政法人 国立長寿医療研究センター 脳機能診療部 第二脳機能診療科 医長)
座長: 柳 務 (認知症介護研究・研修大府センター センター長)

17:15

閉演挨拶

柳 務 (認知症介護研究・研修大府センター センター長)

特別講演 14:10~15:40

認知症の疾患別治療とケア — 医療と介護の連携 —

池田 学 先生

(熊本大学大学院 生命科学研究部 神経精神医学分野 教授)

座長：祖父江 逸郎 (社会福祉法人 仁至会 理事長)

池田 学 (いけだ まなぶ)

所属：熊本大学大学院生命科学研究部 神経精神医学分野：神経精神科

役職：教授

略歴：1984年 東京大学理学部卒業

1988年 大阪大学医学部卒業

1993年 大阪大学大学院医学研究科(精神医学)にて博士号取得

1993年 東京都精神医学総合研究所に国内留学、神経病理学研究に従事

1994年 兵庫県立高齢者脳機能研究センター研究員兼医長

1996年 愛媛大学医学部精神科神経科助手

2000年 ケンブリッジ大学精神科に国外留学、認知症性疾患の神経心理学研究に従事

2007年 熊本大学大学院生命科学研究部神経精神医学分野教授

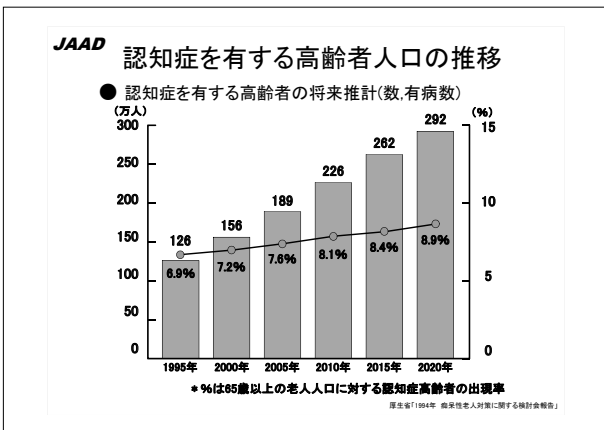
所属学会：

- ・日本老年精神医学会 (理事)
- ・日本神経心理学会 (理事)
- ・日本高次脳機能学会 (理事)
- ・World Federation of Neurology: Research Group of Aphasia and Cognitive Disorders (a regular member)
- ・International Psychogeriatric Association (理事)
- ・日本神経精神医学会 (評議員)
- ・日本精神神経学会 (理事)
- ・日本認知症学会 (理事)
- ・日本認知症ケア学会 (理事)



認知症医療に求められている課題

- 正確な早期診断
- 的確な治療・介護計画の立案（介護との連携）
- 精神症状や行動障害（BPSD）の治療
- 身体合併症への対応



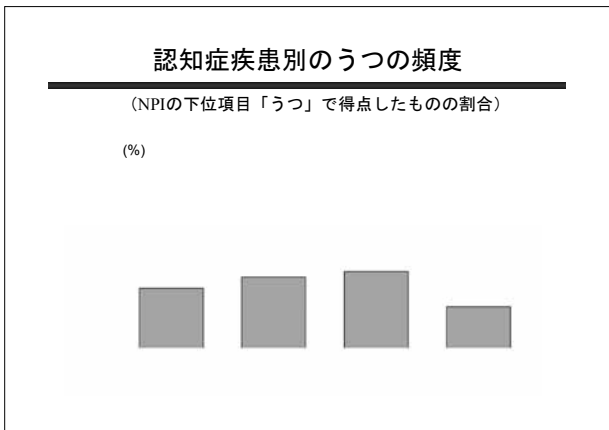
認知症の診断と治療

- 認知症であるか否かの診断
 - 認知症とまちがえやすい状態(正常老化による物忘れ, うつ病, せん妄, 健忘症, 失語症, 精神遅滞など)を認知症と鑑別
- 認知症の診断と治療
 - 認知症の原因となった病気の診断
 - 疾患別の治療とケア
- 病態(障害)の診断とケア
 - 病態(障害の内容)を詳細に評価
 - 包括的なマネージメント

高齢者のうつ病

- 喪失体験が続く — 単極型うつ病
- 心氣的, 身体的訴えが多い
- 悲哀を訴えることが少ない
- 遷延化しやすい
- 認知機能障害を伴いやすい
- 自殺率が高い

* 仮性認知症 pseudodementia (Kiloh, 1961)



専門外来連続50症例における「せん妄」

せん妄例: 19/50 (38%) せん妄のみ : 6/19
 せん妄+認知症: 13/19

主たる要因

昼夜逆転	8
薬剤誘発性	4
服薬遵守の障害	4
アルコール	2
身体疾患	1
不明	1

薬剤性せん妄の原因となる薬物

- 神経系作用薬
 - 抗パーキンソン薬, 抗コリン薬
 - 抗不安薬(安定剤・睡眠薬)
 - 抗うつ薬
- 循環器用薬
 - ジギタリス, β 遮断薬, 利尿剤
- 消化器用薬
 - H2遮断薬
- 抗癌剤
- ホルモン剤
 - ステロイド

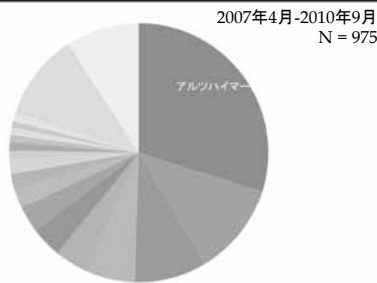
認知症の診断と治療

- 認知症であるか否かの診断
 - 認知症とまちがえやすい状態(正常老化による物忘れ, うつ病, せん妄, 健忘症, 失語症, 精神遅滞など)を認知症と鑑別
- 認知症の診断と治療
 - 認知症の原因となった病気の診断
 - 疾患別の治療とケア
- 病態(障害)の診断とケア
 - 病態(障害の内容)を詳細に評価
 - 包括的なマネージメント

認知症の原因疾患

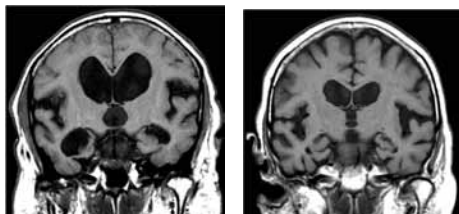
- 治療が困難な疾患
 - アルツハイマー病, レビー小体型認知症, 前頭側頭葉変性症(ピック病), 脊髄小脳変性症などの変性性疾患
- 予防が重要な疾患
 - 多発性脳梗塞, 脳出血, ビンスワンガー病などの血管障害
- 治療が可能な疾患
 - 正常圧水頭症, 慢性硬膜下血腫, 脳腫瘍などの外科的疾患
 - 甲状腺機能低下症, ビタミン欠乏症などの代謝性疾患
 - 脳炎, 髄膜炎などの炎症性疾患
 - 廃用症候群(これは他の認知症に合併することが多いので注意が必要)

熊本大学神経精神科専門外来受診患者の診断内訳



根治の可能性がある認知症

特発性正常圧水頭症のMRI画像

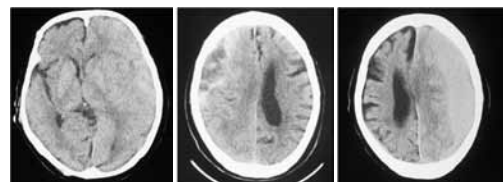


正常圧水頭症

アルツハイマー病

慢性硬膜下血腫

頭部CT(単純)



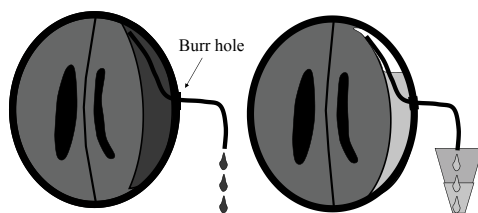
isodensity

low densityと high densityが混在

均一なhigh density

(済生会みずみ病院藤岡正導先生のご厚意による)

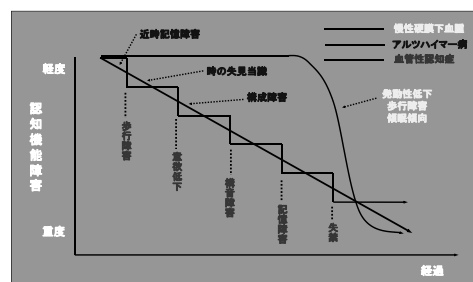
穿頭血腫除去・ドレナージ術

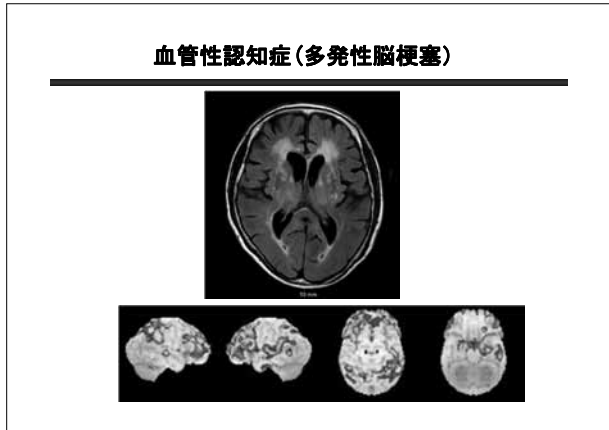


- ドレナージチューブを挿入し血腫を排除
- 血腫腔内を生理食塩水で洗浄
- 内部の空気を生理食塩水に置換

- 術後1~2日間ドレナージを留置
- CT確認後ドレナージ抜去

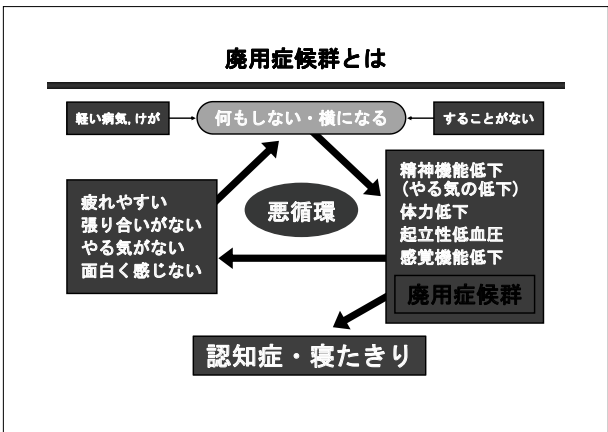
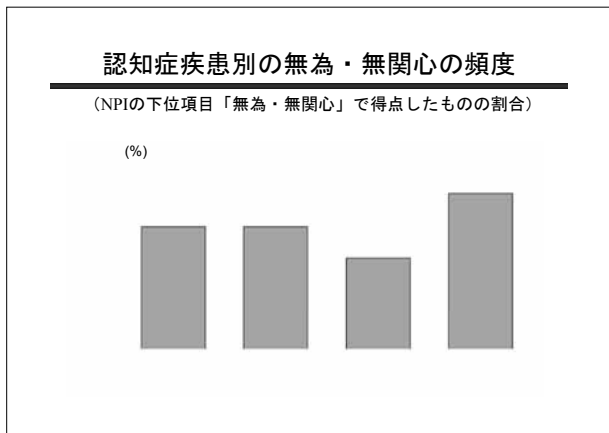
慢性硬膜下血腫の経過





初期 血管性認知症の精神症状と認知機能

- 無関心、意欲低下（アパシー）
 - 社会生活範囲の狭小化
- 道具的機能の維持
 - 記憶障害は比較的軽度
(想起は困難でも、再認は可能)



- 血管障害の危険因子**
- 喫煙
 - 大酒
 - 高血圧
 - 糖尿病
 - 高コレステロール血症
 - 心臓病
 - 痛風など

血管性認知症の予防・治療のポイント

危険因子の管理
高血圧・糖尿病など

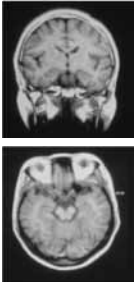
⇒

環境調整
廃用症候群の予防
デイケア・
デイサービスの利用

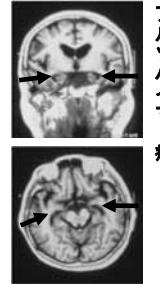


健常人とアルツハイマー病のMRI

正常



アルツハイマー病




初期 Alzheimer 病の認知機能障害

- 近時記憶障害
 - 最近の出来事が思い出せない, 新しい事柄が学習できない
 - 診察ポイント: 主治医の名札を見せて名前を覚えさせ, 机の引き出しに隠す. 5分後に名前と名札を隠した場所を問う. 昨夜の夕食の献立を尋ねる
- 時の失見当
 - 時 → 場所 → (人物)
 - 診察のポイント: 今日の日付, 今の季節や時間を問う
- 構成障害
 - 診察のポイント: 立方体の模写. 鳩の形の指模倣

初期 Alzheimer 病の精神症状, 行動特徴

- 取り繕い
 - 病識の低下, 社会性の維持
- 無関心
 - 社会生活範囲の狭小化
- 抑うつ
 - 若年性AD
- 物盗られ妄想
 - 独居, 女性, 単純な世俗的内容

アルツハイマー病の物盗られ妄想の特徴



- 妄想の対象
介護者・隣人
- 妄想の内容
具体的・世俗的
財布
通帳
印鑑
- 女性に多い
- 病初期に出現

(痴呆性老人の心理と対応 西村健監修より)

物盗られ妄想に対する介入

・ 介護者に対する教育

↓

・ デイサービス・デイケアの利用による物理的接触の減少

↓

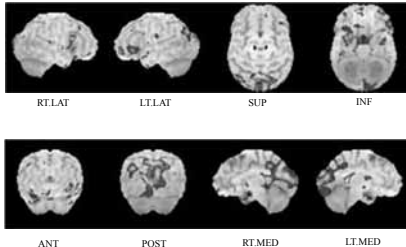
・ リスペリドンによる薬物療法

アルツハイマー病の治療

- 記憶障害などの認知機能障害に対して
 - AchE阻害薬の早期からの投与
- 精神症状・行動障害に対して
 - 昼夜のリズムを整える
 - 物盗られ妄想に対して, 家族教育, デイケアの利用, リスペリドンの少量投与
- 廃用症候群の予防
 - デイケア, デイサービスの利用

レビー小体型認知症

レビー小体型認知症 3D SSP SPECT (123I-IMP)

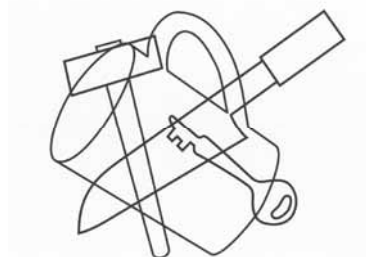


RT.LAT L.LLAT SUP INF
ANT POST RT.MED LT.MED

初期 DLBの認知機能障害

- 症状の変動（介護者の観察と診察・検査場面から）
- 視覚認知，視覚構成，視覚性注意の障害
- 記憶・見当識は比較的保たれる

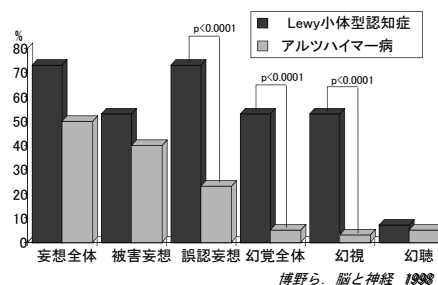
錯綜図



DLBの精神症状，行動特徴

- 幻覚
- 妄想
- 興奮
- 抑うつ
- RBD

幻覚・妄想の種類



DLB患者の転倒事故

- 1997年から3年間の軽症から中等症の認知症の連続入院例
- 平均40日の入院中の転倒事故による外傷
 - DLB 3/28例 (10.7%)
 - AD 4/362例 (1.1%) p<0.001
- DLBの外傷の機序
 - パーキンソニズム，姿勢制御困難，向精神薬投与は関連なかった
 - 認知障害の悪い時期に生じている

Imamura et al. Eur J Neurol, 2000

DLB患者の食行動異常

(Shinagawa et al, 2009)

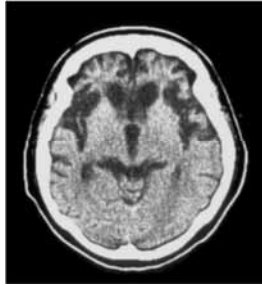
- 2005年6月から9月までの専門外来の連続例
- DLB 27例と年齢，MMSEを統制したAD 33例
- 食行動評価尺度 (Ikeda M et al: JNNP, 2004) に嚥下障害の項目を追加
 - AD群と比較すると，嚥下障害，食欲低下，摂食時の援助・見守りの必要性，便秘が有意に高頻度に認められた。
 - 嚥下障害は錐体外路症状と，食欲低下は精神症状との関連が示唆された。

レビー小体型認知症の治療とケア

- 精神症状・行動障害に対して
 - 塩酸ドネペジル・抑肝散の投与
- 作業療法
 - 認知機能の変動に合わせて
- 介護上の注意
 - 転倒！

前頭側頭葉変性症

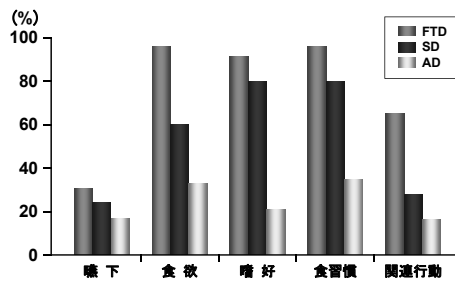
前頭側頭型認知症



前頭側頭型認知症の精神症状・行動障害

- 病識の欠如
- 感情・情動変化
- 脱抑制・反社会的行動
- 自発性の低下
- 無関心
- 常同行動
- 食行動異常
- 被影響性の亢進
- 転導性の亢進

食行動異常の頻度

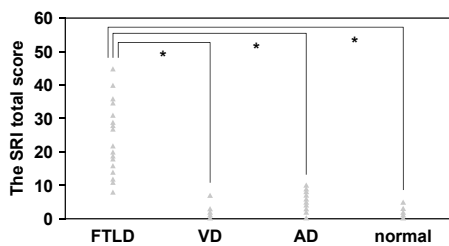


(Ikeda et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2002)

時刻表的生活

時間	11月	12月	1月	2月	3月	4月
4:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床
5:00	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食
6:00	洗濯	洗濯	洗濯	洗濯	洗濯	洗濯
7:00	通勤	通勤	通勤	通勤	通勤	通勤
8:00	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務	勤務
9:00	通勤	通勤	通勤	通勤	通勤	通勤
10:00	帰宅	帰宅	帰宅	帰宅	帰宅	帰宅
11:00	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食	夕食
12:00	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝	就寝
1:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床
2:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床
3:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床
4:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床
5:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床
6:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床
7:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床
8:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床
9:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床
10:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床
11:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床
12:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床

FTLD, VD, AD, ならびに健常群の常同行動



* P<0.000

(Shigenobu et al. Psychiatry Research, 2002)

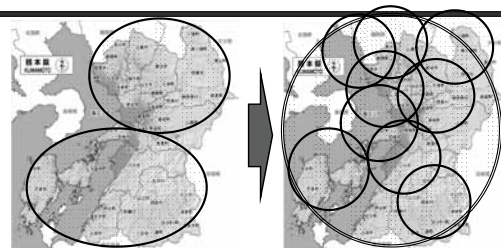
前頭側頭型認知症の治療と介護のポイント

- 保たれている機能の強化
 - 基本的な日常生活活動 (ADL)
- 異常行動の変容
 - 適応的行動を時刻表的行動パターンに
 - 認知症専門病棟での短期・集中的治療
 - 常同行動や食行動異常などに対する SSRI の投与
- 家族支援
 - 初老期発症例が多い

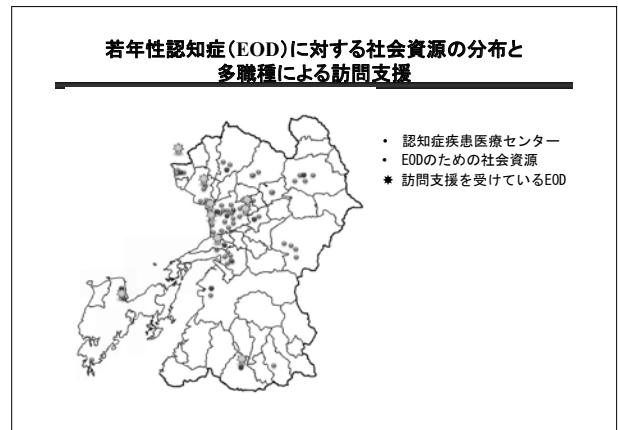
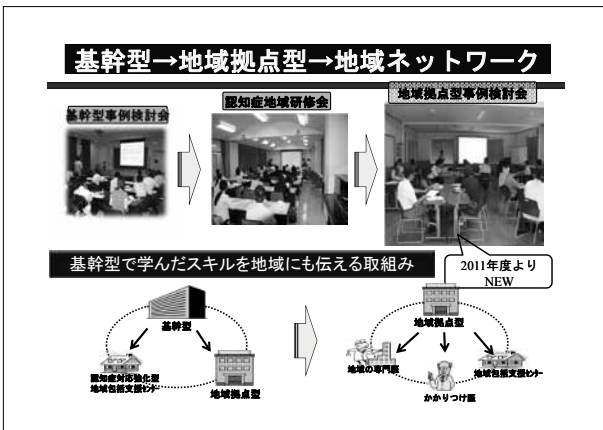
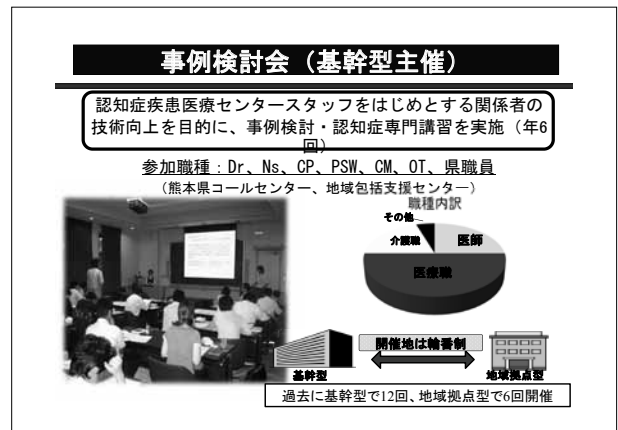
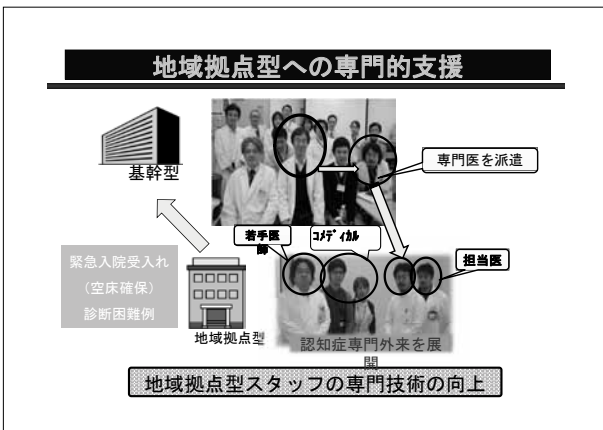
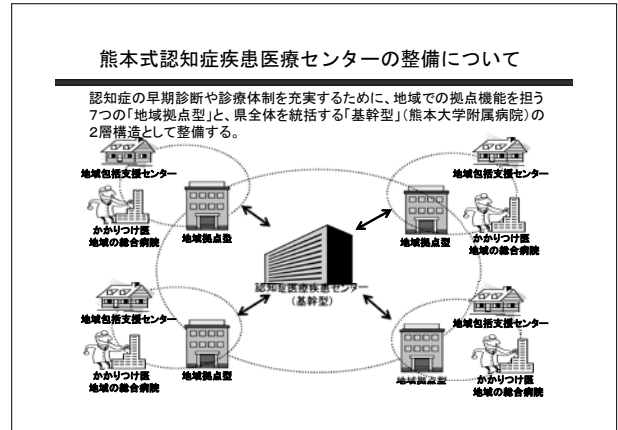
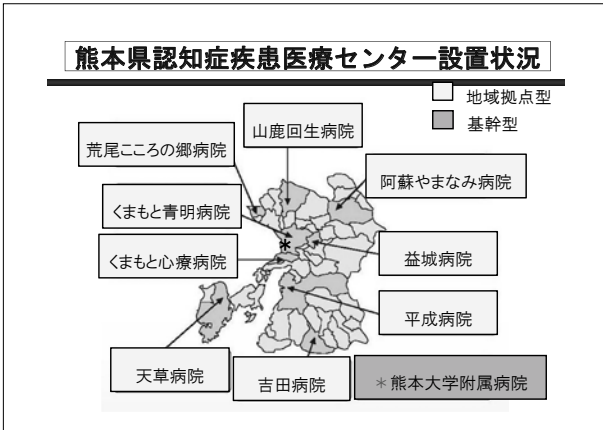
認知症の診断と治療

- 認知症であるか否かの診断
 - 認知症とまちがえやすい状態 (正常老化による物忘れ, うつ病, せん妄, 健忘症, 失語症, 精神遅滞など) を認知症と鑑別
- 認知症の診断と治療
 - 認知症の原因となった病気の診断
 - 疾患別の治療とケア
- 病態 (障害) の診断とケア
 - 病態 (障害の内容) を詳細に評価
 - 包括的なマネージメント

“熊本モデル”



利用者の利便性、センターの負担軽減のために複数設置
一定水準以上の専門医療の提供するために、基幹型の設置



FTLDの訪問支援：症例1

63歳 女性 右利き 教育歴14年
夫と二人暮らし

【主訴】
言葉が出てこない

【現病歴】
X-2年から友人の顔がわからなくなっている事に夫が気づいた。X-1年頃から、花や果物、野菜の名前を思い出しにくくなった。X年8月近医を受診したところ、意味性認知症が疑われ、X年9月精査目的で当科外来を受診した。X+1年4月訪問支援開始。


症例

【MRI画像】
右側優位に側頭葉の限局性萎縮あり

【神経心理検査】
MMSE : 28/30 CDR : 0.5
Zarit : 17/88 GDS : 12/15
RCPM : 31/36
ROCF : copy 36/36, delay 15/36
90words task : naming 53/90, matching 82/90
エピソード記憶は良好

症例 訪問支援～言語面～

本人：言葉がでてこない
夫：何度も同じことを尋ねられて困る





介入：自宅にある物品を用いた
言語訓練の導入
訓練品の選定（訪問）→訓練（来院・訪問）→実物品にて評価（訪問）

結果：訓練した語が日常生活で使えるようになった
夫に物品名を尋ねる回数が減少した
→本人だけではなく家族のQOLも向上した

症例 訪問支援～生活面～

本人：献立が思いつかない。
材料を見ても切り方が分からない。

介入：宅食サービスの調理セットの提案
調理セットは難易度ごとにタイプがある
(材料だけ届くタイプ、温めるだけのタイプ)
→本人の能力に合わせて選択


結果：食事を用意することができるようになった
→主婦としての役割を再獲得できたことで、
本人の自信につながった

退院前訪問による生活指導

目的：認知症検査入院後の患者が退院後に
安全で質の高い生活を送ることができる

24年4月～12月までに15名の軽度認知症患者の
退院前訪問を実施



対象：男性 3名 女性 12名
(独居者 9名はすべて女性)



訪問者：作業療法士、精神保健福祉士、
認知症看護認定看護師がペアで訪問
家族とケアマネージャーにも同伴を依頼


生活指導の1例

78歳 女性 DLB MMSE 22
マンションで独居 要介護1
ケアマネージャーも参加

安全面の指導

火の国あんしん受診手帳



参考文献

- 池田 学：中公新書 認知症，中央公論新社，東京，2010
- 小阪憲司，池田 学：神経心理学コレクション レビー小体型認知症の臨床。医学書院，東京，2010
- 池田 学（編集）：専門医のための精神科 リュミエール 前頭側頭型認知症の臨床。中山書店，東京，2010
- 池田 学（編集）：認知症 臨床の最前線。医歯薬出版，東京，2012

講演1 15:55～16:35

介護現場における 専門医との連携の重要性

宮島 渡 氏

(社会福祉法人恵仁福祉協会 高齢者総合福祉施設アザレアンさなだ 総合施設長)

座長：柳 務（認知症介護研究・研修大府センター センター長）

宮島 渡（みやじま わたる）

所属：社会福祉法人恵仁福祉協会
高齢者総合福祉施設アザレアンさなだ総合施設長

学歴：日本大学商学部会計学科卒
筑波大学院人間総合科学研究科生涯発達専攻カウンセリングコース修了

略歴：

- ・医療法人恵仁会 老人保健施設安寿苑
- ・社会福祉法人恵仁福祉協会 特別養護老人ホームアザレアンさなだ
- ・長野大学非常勤講師 社会福祉学部 「地域福祉計画論」「福祉サービス運営管理論」
- ・上田福祉敬愛学院 「介護保険制度論」「福祉倫理」(現在)
- ・松本短期大学 介護福祉士養成学科「認知症の理解」(現在)
- ・社会福祉事業大学専門職大学院 非常勤講師
- ・認知症介護指導者研修(東京センター、大府センター)
- ・介護福祉士ファーストステップ研修講師(長野、大阪、群馬、石川、富山、福井)

主な役職・委員：

- ・平成 15 年度 「ユニットケアにおけるケアのあり方と職員研修カリキュラムに関する研究」
「痴呆性高齢者の暮らしを支える新たな地域ケアサービス体系の構築に関する調査研究」
- ・平成 16 年度 「小規模多機能ケアの質の確保に関する研究」
- ・平成 18 年度 「介護サービス従事者の研修体系のあり方について」
- ・平成 19 年度 「地域密着型サービスの質の確保と向上に向けた調査研究事業」
- ・平成 20 年度 「介護老人福祉施設等の管理者等の職務課題の明確化と幹部養成プログラム開発に関する調査研究事業」
- ・平成 20、21 年度 「介護サービス基盤の整備方針に関する調査研究」
- ・平成 20～22 年度 認知症ケア高度化推進事業 ワーキング座長
- ・平成 23 年度 「認知症サービス提供の現場からみたケアモデル研究会」
- ・平成 24 年度 「認知症ライフサポートモデル検討委員会」
- ・平成 24 年度 「認知症ケアバス研究会」
- ・平成 7～13 年度 長野県社会福祉士会会長
- ・平成 14～15 年度 長野県社会福祉会顧問
- ・平成 8～12 年度 長野県デイサービスセンター協議会会長
- ・平成 11～21 年度 NPO 長野県宅老所・GH 連絡会副会長
- ・平成 22 年度～ NPO 長野県宅老所・GH 連絡会理事長
- ・平成 13～20 年度 NPO 長野県高齢者福祉協会副会長
- ・平成 15～20 年度 長野県社会福祉審議会委員
- ・平成 20～ NPO 地域生活サポートセンター理事
- ・高齢者福祉プラン策定委員(第3期)

主な著書：

- 「地域でねばる」(筒井書房)
- 「利用者の生活を支えるユニットケア」(認知症介護研究・研修東京センター 共著)
- 「生活施設のケアプラン実践」(中央法規 共著)
- 「認知症の理解」(中央法規 共著)
- 「認知症に対する介護技術」(第一法規 共著)

MEMO

講演2 16:35~17:15

今後の認知症施策の方向性を踏まえた 医療と介護の連携と地域づくり

武田 章敬 先生

(独立行政法人 国立長寿医療研究センター 脳機能診療部 第二脳機能診療科 医長)

座長：柳 務（認知症介護研究・研修大府センター センター長）

武田 章敬（たけだ あきのり）

所属：独立行政法人国立長寿医療研究センター

役職：第二脳機能診療科医長

- 1989年 名古屋大学医学部卒業
- 1989年 名古屋掖済会病院勤務
- 1995年 小山田記念温泉病院勤務
- 1999年 名古屋大学医学部附属病院勤務
- 2004年 国立長寿医療センター勤務
- 2006年 名古屋大学大学院医学研究科非常勤講師（併任）
- 2008年 厚生労働省老健局勤務
- 2010年 独立行政法人国立長寿医療研究センター勤務

所属学会

日本神経学会（専門医）、日本老年医学会、日本認知症ケア学会（代議員）、
日本内科学会（認定医）、日本認知症学会（評議員）

平成25年3月15日

今後の認知症施策の方向性を踏まえた 医療と介護の連携と地域づくり

国立長寿医療研究センター
第二脳機能診療科
武田章敬

1

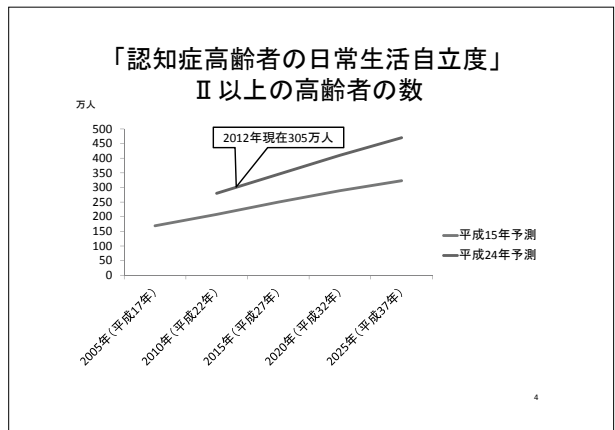
本日のお話の内容

- 認知症施策の流れ
- 医療と介護の連携の実態と課題
- 現在の取り組み
- 認知症の治療について
- 認知症の疾患別対応
- BPSDの治療に関する問題
- 地域づくりのために

2

認知症施策の流れ

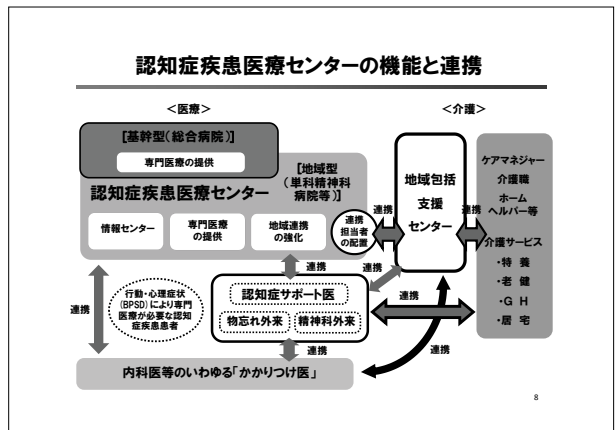
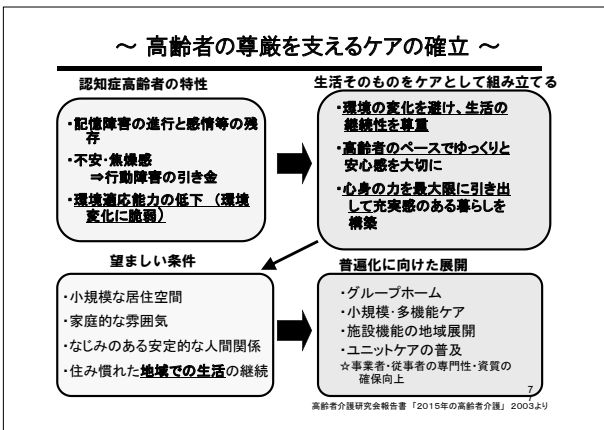
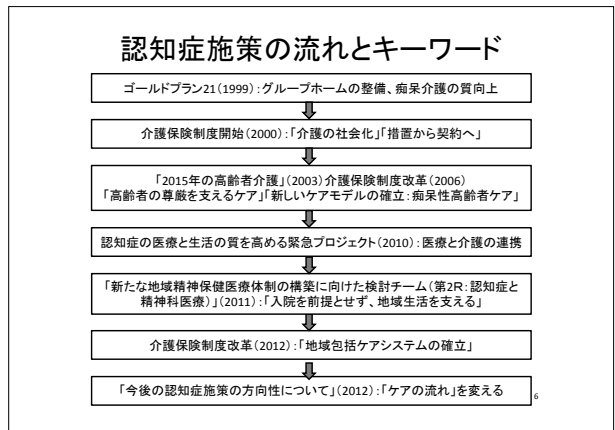
3

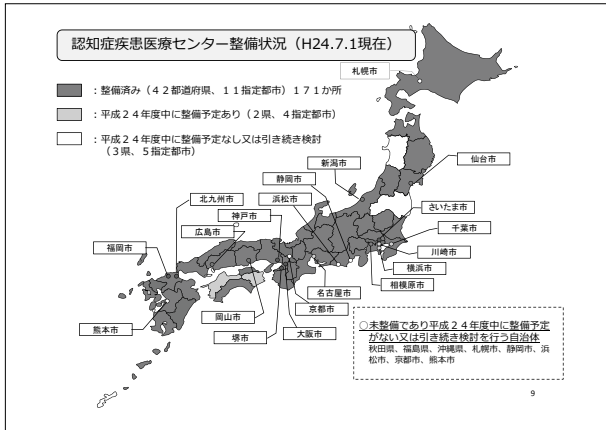


わが国の認知症施策の流れ

年	施策	医療	介護・地域支援
1987年(昭和62年)			日本初の痴呆専門科
1988年(昭和63年)	商業性老人対策推進本部	老人性痴呆疾患治療病棟の新設、重慶痴呆患者デイケアの創設	
1989年(平成元年)		老人性痴呆疾患センター	
1991年(平成3年)			日本初の痴呆性高齢者QH
1999年(平成11年)	ゴールドプラン21		
2000年(平成12年)	介護保険制度開始		高齢者痴呆介護研究・研修センター設立
2003年(平成15年)	2015年の高齢者介護 痴呆一掃計画		
2004年(平成16年)			
2005年(平成17年)		認知症サポート医養成研修	認知症サポーター100万人キャラバン
2006年(平成18年)	介護保険制度改革	かかりつけ医認知症対応力向上研修	地域密着型サービス、地域包括支援センター
2008年(平成20年)	認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト		認知症疾患医療センター
2009年(平成21年)			認知症連携推進員
2011年(平成23年)	新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム(第2R:認知症と精神科医療)介護保険制度改革		認知症地域支援推進員
2012年(平成24年)	今後の認知症施策の方向性について 認知症施策推進5か年計画		定額訪問・随時対応型訪問介護看護、複合型サービス

5





認知症地域医療支援事業

○実施主体: 都道府県、指定都市
 ○事業内容

(1) 認知症サポート医養成研修事業
 ・認知症にかかる地域医療体制構築の中核的な役割を担う「認知症サポート医」の養成
 ※国立長寿医療研究センターに委託して実施。
 平成17~23年度で2,149名のサポート医を養成

(2) かかりつけ医認知症対応力向上研修事業
 ・認知症サポート医が都道府県医師会等と連携して地域のかかりつけ医に対し、認知症に関する知識・技術や、本人や家族支援のための地域資源との連携等について研修を行う。
 ※平成18~22年度で29,150名が受講

「認知症サポーター100万人キャラバン」の実施状況

《キャラバンメイト養成研修》
 ○実施主体: 都道府県、市町村、全国的な職域団体等
 ○目的: 地域、職域における「認知症サポーター養成講座」の講師役である「キャラバンメイト」を養成
 ○内容: 認知症の基礎知識等のほか、サポーター養成講座の展開方法、対象別の企画手法、カリキュラム、協力機関の探し方をグループワークで学ぶ。

《認知症サポーター養成講座》
 ○実施主体: 都道府県、市町村、職域団体等
 ○対象者:
 (住民) 自治会、老人クラブ、民生委員、家族会、防災・防犯組織等
 (職域) 企業、銀行等金融機関、消防、警察、スーパーマーケット、コンビニエンスストア、宅配業、公文書連携等
 (学校) 小中高等学校、教職員、PTA等

※ メイト・サポーター合計
 3,902,790人 (平成24年12月31日現在)

地域包括ケアシステム ~ 人口1万人規模の場合 ~

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

グループホーム (16 ⇒ 37人分)
 小規模多機能 (0.25 ⇒ 2ヵ所) デイサービス など
 介護人材 (207 ⇒ 356 ~375人)
 24時間対応の定期巡回・随時対応サービス(15人分)

生活支援・介護予防
 老人クラブ・自治会・介護予防・生活支援 等

※地域包括ケアは、人口1万人程度の中学校区を単位として想定
 厚労省資料を一部改変 ※数字は現状は2011年、目標は2025年

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

○ 日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が一体的または密接に連携
 ○ 短時間の定期巡回型訪問と随時の対応を行う

※ 訪問看護についての医師の指示書が必要であり、地域の医療機関との連携が重要
 ※ 地域密着型サービスとして位置づけ、市町村が主体となり圏域ごとにサービスを整備

複合型サービス

○ 複数の居宅サービスや地域密着型サービスを組み合わせ提供されるサービスを創設する。(まずは、小規模多機能型居宅介護と訪問看護の組合せとする)
 ○ 利用者は、医療・看護ニーズにも対応した小規模多機能型サービスなどを活用できるようになる。

※訪問看護については医師の指示書が必要 ※地域密着型サービスとする

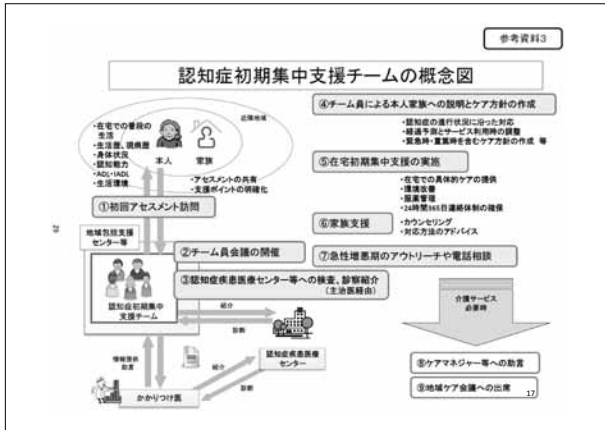
小規模多機能型居宅介護と訪問看護が一体的に提供できることから、医療依存度の高い在宅の要介護者への支援が可能。

「今後の認知症施策の方向性について」

- 平成24年(2012年)6月18日厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームが取りまとめ
- 基本方針は「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での暮らし続けることができる社会」の実現を目指す
- これまでの「自宅→グループホーム→施設あるいは一般病院、精神科病院」というような不適切な「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を構築する
- 7つの視点から具体的施策を提言
 - 標準的な認知症ケアパスの作成・普及
 - 早期診断・早期対応
 - 地域での生活を支える医療サービスの構築
 - 地域での生活を支える介護サービスの構築
 - 地域での日常生活・家族の支援の強化
 - 若年性認知症施策の強化
 - 医療・介護サービスを担う人材の育成

具体的な取組み

- 標準的な認知症ケアパスの作成・普及
- 早期診断・早期対応
 認知症初期集中支援チーム、身近型認知症疾患医療センター
- 地域での生活を支える医療サービスの構築
 一般病院での認知症対応力向上、精神科病院からの円滑な退院・在宅復帰の支援
- 地域での生活を支える介護サービスの構築
 認知症にふさわしい介護サービスの整備、グループホームの活用
- 地域での日常生活・家族の支援の強化
 認知症地域支援推進員、認知症サポーター
- 若年性認知症施策の強化
- 医療・介護サービスを担う人材の育成
 介護・医療従事者への研修



認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン) (平成25年度から29年度までの計画)

平成24年9月5日発表

	平成24年度末見込	平成25年度	平成26年度	平成29年度末
かかりつけ医認知症対応力向上研修受講者	35,000人			50,000人
認知症サポーター養成研修受講者	2,500人			4,000人
認知症初期集中支援チーム		全国10ヶ所	全国20ヶ所	
早期診断等を行う医療機関				500ヶ所
認知症地域支援推進員	175人			700人
認知症サポーター	350万人			600万人
認知症介護実践リーダー研修受講者	2.6万人			4万人
認知症介護指導者研修受講者	1,600人			2,200人
一般病院の医療従事者に対する研修受講者				87,000人

医療と介護の連携の実態と課題

19

居宅介護支援事業所を対象とした認知症の 介護と医療の連携に関する調査

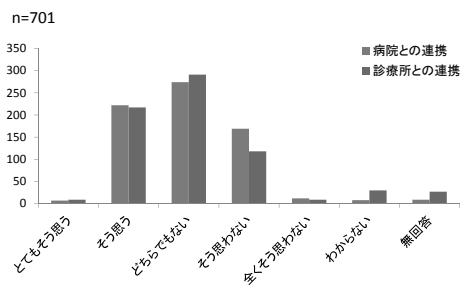
【対象】
 愛知県内で指定を受けている居宅介護支援事業所
 (1,512ヶ所)を対象施設とし、そこで働く職員1名を対象者とする。

【方法】
 医師(専門病院及び地域のかかりつけ医)、看護師、研究者、認知症を介護する家族、愛知県及び名古屋市の行政担当者と協議して作成した原案を、少数例の予備的調査を行い確定させた「居宅介護支援事業所を対象とした認知症の介護と医療の連携に関する調査」調査票を郵送し、回答後返送してもらった。(24年6月～8月)

【結果】
 回答数701名(回答率46.4%)
 (男性149名、女性551名。年齢48.2±9.2歳)

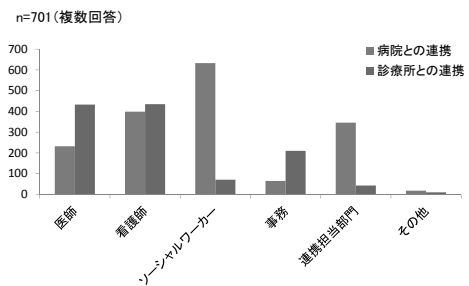
20

日常の業務において病院/診療所との連携が うまくいっていると思いますか？



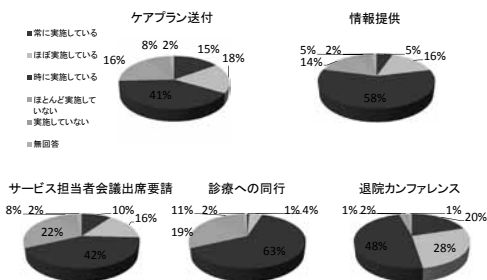
21

病院/診療所と連携する場合に 連絡する相手の職種



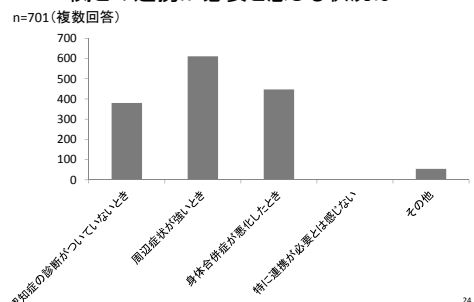
22

連携に関する日常業務の状況(n=701)

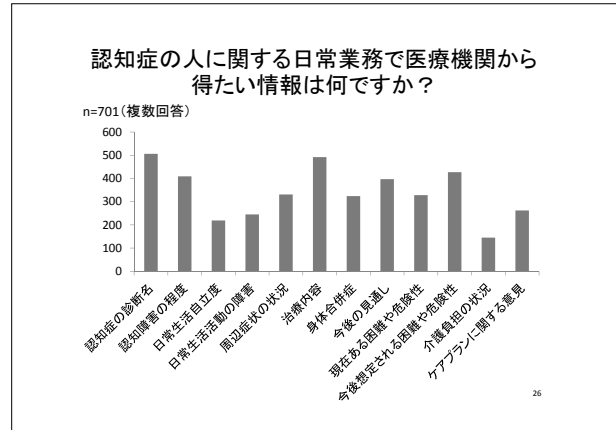
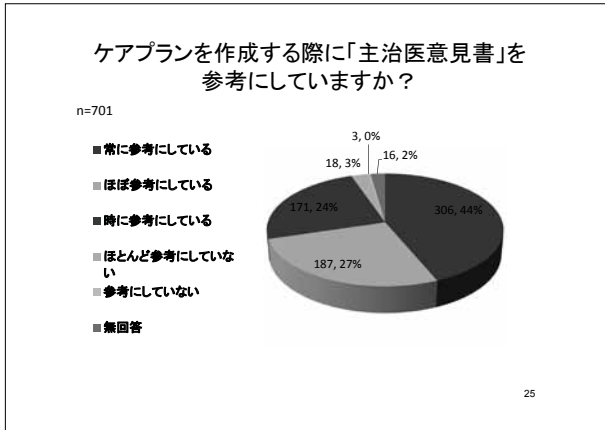


23

認知症の人に関する日常業務において医療機 関との連携が必要と感じる状況は？



24



- ### ご意見・ご希望(1)
- 【医師の認知症に関する知識・理解・診療に関するもの】
- 認知症の知識と理解に乏しい医師が多い(12名)
 - 周辺症状に合わせた治療を行ってほしい(新薬の処方を含め)(11名)
 - 適切に診断してほしい(過少、過剰診断)(9名)
 - 介護保険・ケアマネに関する理解がない(7名)
 - 日常生活を考慮し、適切な支援をしてほしい(5名)
 - 日常診療において認知症を確実に見つけ、サービスにつないでほしい(4名)
 - かかりつけ医は専門医への受診を勧めてほしい(4名)

- ### ご意見・ご希望(2)
- 【医療システムに関すること】
- 認知症の専門医が少ない(5名)
 - 認知症の入院の受け入れが可能な病院が少ない(3名)
 - 重度認知症を受け入れる病院が少ない(2名)
 - 往診のできる専門医が少ない(2名)
 - 周辺症状を適切な治療に結び付けられるシステム作り(2名)

- ### ご意見・ご希望(3)
- 【主治医意見書に関するもの】
- 主治医意見書の日常生活自立度と実際の状態にずれがある(11名)
 - 介護認定更新時にHDS-R等認知機能評価をしてほしい(2名)
 - 意見書が遅い(1名)
 - 主治医意見書を開示しない医師がいる(1名)
 - 主治医意見書にケアプランへの具体的なアドバイスがほしい(1名)

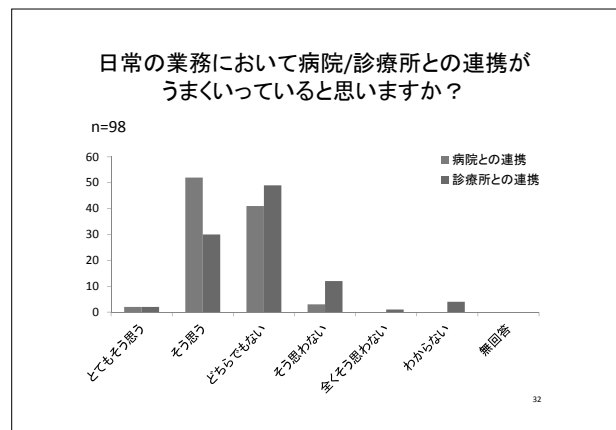
- ### ご意見・ご希望(4)
- 【連携に関するもの】
- 連携はとれるようになってきた(退院時カンファなど)(5名)
 - 主治医への連絡方法や連絡時間で悩むことがある(2名)
 - 医療機関からも連絡してほしい(1名)
 - 病院の医師に直接会うことが難しい(1名)
 - 連携が病院主導で行われる場合に都合を合わせるのが大変(1名)
 - 医師が欲しい情報がわからない(1名)

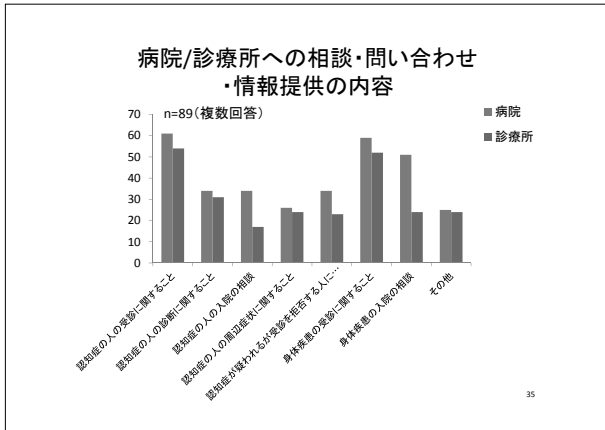
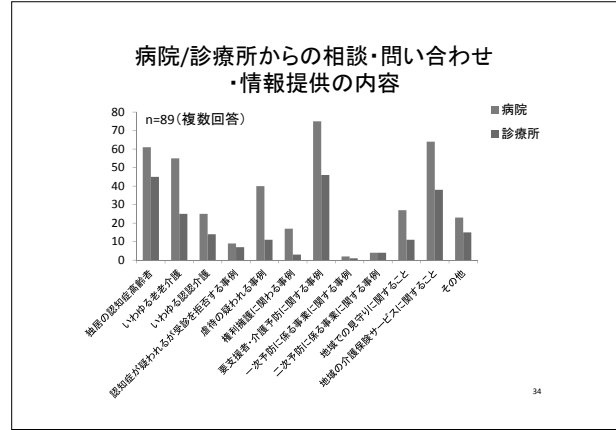
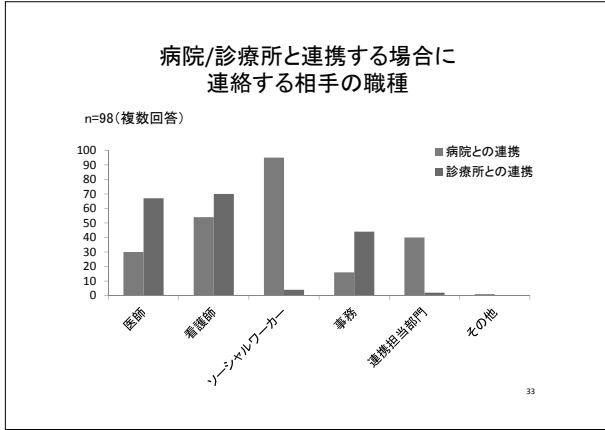
地域包括支援センターを対象とした認知症の介護と医療の連携に関する調査

【対象】
愛知県内の地域包括支援センター(185ヶ所)を対象施設とし、そこで働く職員1名を対象者とする。

【方法】
医師(専門病院及び地域のかかりつけ医)、看護師、研究者、認知症を介護する家族、愛知県及び名古屋市の行政担当者と協議して作成した原案を、少数例の予備的調査を行い確定させた「地域包括支援センターを対象とした医療機関との連携等に関する調査」調査票を郵送し、回答後返送してもらった。(24年6月～7月)

【結果】
94ヶ所の地域包括支援センターから回答を得た(回答率50.8%)。うち1ヶ所から5名の回答を得たため、98名の回答について解析を行った。





ご意見・ご希望(1)

【連携に関するもの】

- 退院間近の相談が多い(8名)
- 共通の連携シートがあると情報共有ができるのでは(3名)
- 医療機関の敷居を高く感じて消極的になる(2名)
- 病院の相談室が周知されておらず、問題があるのに退院している患者がいる(1名)
- 同行には時間がかかる(1名)
- 入院中の人との連携はとりやすいが外来通院中の人との連携は難しい(1名)

ご意見・ご希望(2)

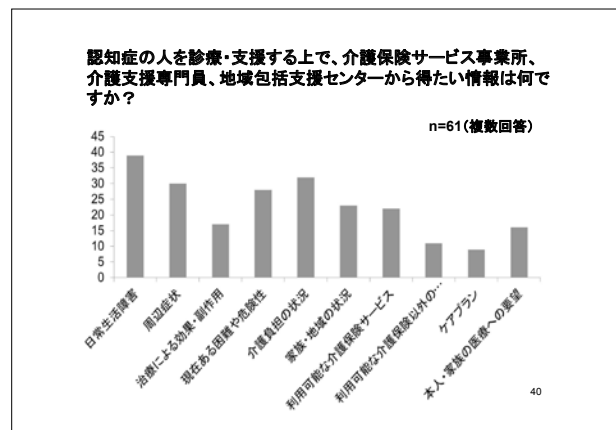
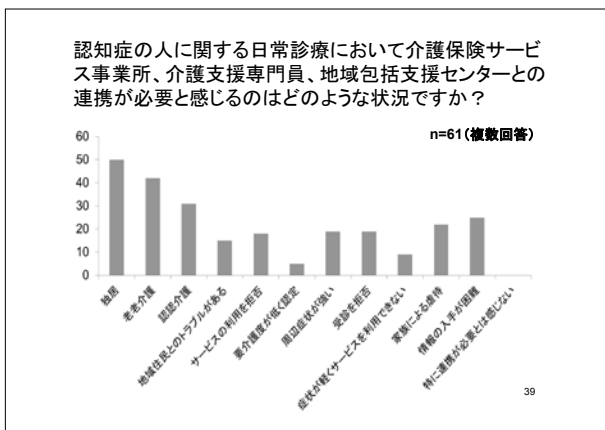
【医療関係者への要望】

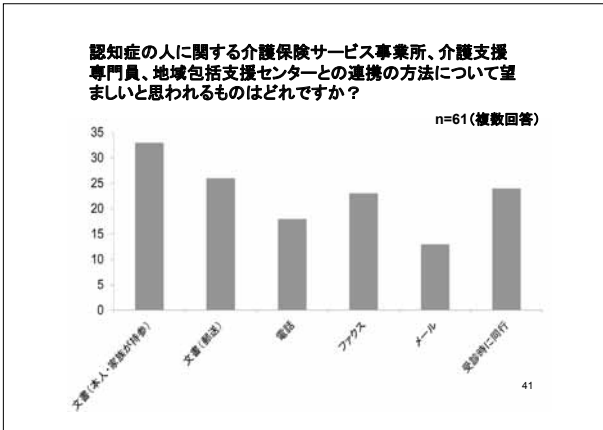
- 医療関係者の介護保険への理解が乏しい(4名)
- 地域包括の仕事の理解不足(3名)
- 診療所から専門医療機関への紹介が少ない(3名)
- 連携の重要性を理解してほしい(2名)
- 大きい病院ほど連携担当窓口の役割を明確にしてほしい(2名)
- 地域医師会の理解と協力が必要(2名)
- 医師への直接的なコンタクトが困難(2名)
- 医師が多忙で連絡をとりにくい(2名)
- 総合病院の医師とは意思疎通がとりにくい(2名)
- 連携の窓口があると連携しやすい(2名)
- 病院は退院させることに重点を置いており、地域での生活の視点が乏しいことがある(1名)

知多北部地域の医療機関の認知症の連携に関する調査

【対象】
知多北部地域(3市2町)にある全医療機関(205ヶ所)

【方法】
医師、看護師、研究者、介護家族、行政担当者と協議して作成した作成したアンケート用紙を郵送し、回答後返送してもらう。
(平成25年1~2月)





ご意見・ご希望(1)

【連携の際の要望】

- 同行の際には前もって目的を知らせてほしい(7名)。
- 出来れば通常の診療時間を外してほしい。
- 受診に同行されるのは構いませんが急に「話を聞きたい」と言うような事は避けていただきたい。
- 来院月日、時間、問題点を前もってFAXにて御連絡頂けると助かります。
- 電話では相手のことが見ええない為、実際に会って話をすることが望ましいと思われる(2名)。
- 患者さんの病状、服薬状況、生活状況、問題点等を要点をまとめて教えて頂ければそれによいと思います。

ご意見・ご希望(2)

【専門医療機関の受診に関して】

- 家族と相談し、専門病院へ紹介するに至る時、独断で主治医との相談なく勧めることが多い。よって不信感を認めます。
- かかりつけ医を無視した専門医受診のすすめなどして困る症例(全く貴院への受診を私が知らなかったケース)があった。

現在の取り組み

質問

アルツハイマー型認知症の人で次のどちらの人がより「高度」でしょうか。

1.MMSE16点、内服管理・買い物はできず、更衣も不適切だが、周辺症状はない。

2.MMSE20点、買い物はできないがその他の日常生活は自立している。時に夜間に家の外に出て行ってしまい、帰って来れない。

FASTによるアルツハイマー型認知症の重症度のアセスメント

1. 正常	
2. 年相応	物の置き忘れなど
3. 境界状態	熟練を要する仕事の場面では、機能低下が同僚によって認められる。新しい場所に旅行することは困難。
4. 軽度のアルツハイマー型認知症	夕食に箸を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買物をしたりする程度の仕事でも支障をきたす。
5. 中等度のアルツハイマー型認知症	介助なしでは適切な洋服を選んで着ることができない。入浴させるときにもなんとか、なだめすかして脱着することが必要なこともある。
6. やや高度のアルツハイマー型認知症	不適切な着衣。入浴に介助を要する。入浴を嫌がる。トイレの水を流せなくなる。失禁。
7. 高度のアルツハイマー型認知症	最大約6語に限定された言語機能の低下。理解しうる言葉はただ1つの単語となる。歩行能力の喪失。着座能力の喪失。笑う能力の喪失。昏迷および昏睡。

Risberg B et al: Functional staging of dementia of the Alzheimer type. Ann NY Acad Sci 1984; 435: 481-483

<連携-2>

認知症高齢者の日常生活自立度

I	認知症を有するが、家庭内・社会で日常生活は自立
II	生活に支障ある症状等があるが、他者の注意あれば自立 a: 家庭外で、上記の状態がみられる b: 家庭内でも、上記の状態がみられる
III	日常生活に支障ある症状等があり、介護が必要 a: 日中を中心として、上記の状態がみられる b: 夜間を中心として、上記の状態がみられる
IV	日常生活に支障ある症状等が頻繁にあり、常時の介護要
M	著しい精神症状・問題行動等がみられ、専門医療が必要

日常生活自立度のイメージ図

BPSD	著しい精神症状等	M	M	M	M	M
夜間を中心	IIIb	IIIb	IIIb	IIIb	IV	
日中を中心	IIIa	IIIa	IIIa	IIIa	IV	
なし	I	IIa	IIb	IIIa	IV	
	自立	家庭外で支障	家庭内で支障	介護を必要とする	常に介護が必要	
						ADL

主治医意見書記載のための視点

(1) 認知機能

(例: HDS-R15/30、記憶と見当識の障害が高度、全く意思疎通ができない)

(2) 日常生活活動

(例: 薬の飲み忘れが多い、トイレがわからず部屋の中で排泄する)

(3) 周辺症状(行動・心理症状)

(例: 不安が強い。ひとりで外出し戻って来られず警察に保護される)

(4) 処方内容とその影響

(例: 少量の抗精神病薬を使用したところ歩行困難となり、中止した)

(5) 現在受けている支援及び今後必要な支援

(例: 現在デイサービスを週3回利用している、今後ショートステイの利用にて介護負担を減らす必要がある)

(「主治医意見書記載ガイドブック(特記すべき事項の充実のために)」より一部改変)

(6) 生活環境

(例: 独居、公団の4階に住んでいてあまり外出しない)

(7) 家族の状況と介護負担

(例: 認知症の妻と二人暮らしである。主介護者である長男の嫁がもたれられ妄想の対象となっており、その対応に疲弊している)

(8) 経過・頻度

(例: ADLは悪化しつつある。徘徊の頻度は増加している。)

(9) 現在ある困難や危険性及び今後予想される困難や危険性

(例: しばしば経済被害を受けている。今後、家人へ暴力をふるう危険がある)

(10) 身体合併症

(例: 肺炎を来したが認知症のため外来で点滴治療を行っている)

(11) 評価に際しての留意事項

(例: 症状は1日のうちでも大きく変動している。とりつくりのために正常にみられる)

(「主治医意見書記載ガイドブック(特記すべき事項の充実のために)」より一部改変)

地域づくりのために

51

認知症の方の地域での生活のしやすさや 便利さに関する実態調査

【対象】

- ・「認知症の人と家族の会」愛知県支部会員650名
- ・愛知県内の地域包括支援センター182ヶ所
- ・愛知県内の居宅介護支援事業所1,412ヶ所

【方法】

研究者、家族会、行政職等と検討し、作成したアンケート用紙を郵送し、回答後返送してもらう。
(平成22年9月～12月)

平成22年度長寿医療研究開発費「認知症地域連携マップの作成」報告書

調査票の主なアンケート項目

問1 その「地域」は認知症の方やその家族にとって生活しやすい、又は生活に便利な地域だと思いますか。

問2 その「地域」は認知症の方のための医療資源(病院や診療所など)に恵まれていると思いますか。

問3 その「地域」は認知症の方のための介護サービス資源(デイサービスやショートステイ、グループホームなど)に恵まれていると思いますか。

問4 その「地域」に住む人たちが働いている人たち(スーパーや店の従業員など)は認知症の方やその家族に対して協力的だと思いますか。

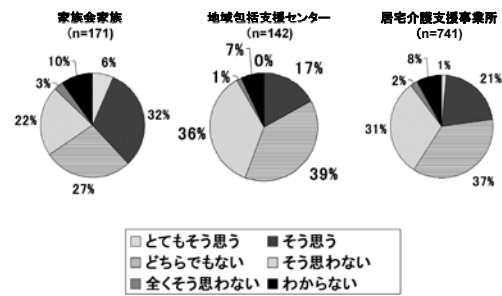
問5 その「地域」において認知症の人やその家族を支援する情報は手に入りやすいと思いますか。

問6 その「地域」の自治体(行政、役所)や地域包括支援センターは認知症の方やその家族を支援することに積極的だと思いますか。

問7 認知症の人やその家族を支援するサービス資源が記されたマップ(例「認知症地域資源マップ」など)がその「地域」にありますか。

53

問1. その「地域」は認知症の人やその家族にとって生活しやすい、又は生活に便利な地域だと思いますか



家族会家族は「生活しやすい生活に便利」と回答する傾向

54

その「地域」の生活のしやすさや 便利さは何と関係が深いか。

(アンケートの回答の相関)

	病院	介護	住民	情報	自治体	マップ
家族会家族 (n=171)	0.453*	0.354*	0.498*	0.387*	0.329*	-0.080
地域包括支援センター (n=141)	0.367*	0.451*	0.370*	0.326*	0.305*	0.068
居宅介護支援事業所 (n=741)	0.434*	0.404*	0.402*	0.442*	0.377*	0.250*

Spearmanの順位相関係数。* p<0.001

生活しやすいや便利さに関する回答は、家族会家族では地域に住む人や働く人の協力、地域包括支援センターは介護サービス資源の整備、居宅介護支援事業所は情報の得やすさと最も相関していた。

55

家族会家族が「生活しやすい」「生活に便利」に関して評価した理由

「とてもそう思う」「そう思う」

- ・ 近くに認知症の専門医療機関がある
- ・ 生まれた時から住み慣れた場所。顔なじみの人々がまだいる
- ・ ご近所に認知症について理解がある方がいる
- ・ 地域包括支援センターが熱心、協力しようと講習会やボランティアに参加している人が多い

「そう思わない」「全くそう思わない」

- ・ 施設及びサービスが少ない
- ・ 地域の中で認知症についての理解度が低い→飲食店などであからさまに嫌な顔をされる場合がある
- ・ 交通不便、バスも電車もない

56

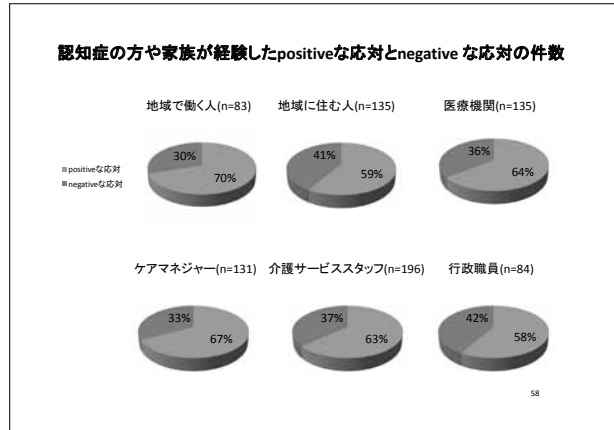
認知症の方や家族が希望する接し方に関する調査

【対象】
「認知症の人と家族の会」愛知県支部会員(619名)

【方法】
医師(専門病院及び地域のかかりつけ医)、看護師、研究者、認知症の方を介護する家族、行政担当者と協議して作成した原案を、少数例の予備的調査を行い確定させたアンケート用紙を送付し、記入後返送してもらった。
(23年9月)

【結果】
有効回答147名(回答率23.7%)

57



認知症の方のご家族が経験した、嬉しかったり感謝したい地域で働く人の具体的な応対①

【スーパー店員】

- ・ 店員さんが進んで品物を袋に入れてくれた。妻が他へ行こうとしたら手をつないで止めてくれた。
- ・ 買物に2人で行った時、店内が広く近くに妻の姿が無く店員さんも一緒に探してくれた。
- ・ 介護者に大変ですねと一声かけてくれるのが、心にしみる。

【コンビニ店員】

- ・ 以前毎日のように出掛けした時、店員が心得ていて親切に対応してくれて私が行くといろいろと有様を報告してくれた。糖尿病だのにソーセージやホットドッグを買いたがり、そういう時になだめてくれる。うれしかった。「近頃みえないね〜。」と、気に掛けてくれる。

59

認知症の方のご家族が経験した、嬉しかったり感謝したい地域で働く人の具体的な応対②

【喫茶店・飲食店店員】

- ・ 少し段があるお店ですが、姿を見かけるといつも手伝って下さり嬉しかったです。
- ・ 温かいまなざしで、認知症の母を尊敬して下さる。いつもいつ行ってもほっとさせてもらう。

【美容院・床屋】

- ・ 美容院へ連れて行きましたが、だんだん足が動かなくなり介護する側の事も考えて、家まで行ってあげるよと言って下さった。

【銀行員】

- ・ 本人の通帳を作る時に窓口の人が認知症と察して、あまり本人を連れて行かないでも柔軟な対応をしてくれた。

60

認知症の方のご家族が経験した、残念に思ったり、憤りを感じた地域で働く人の具体的な応対

【銀行員】

- ・ 100%母(認知症)が悪いのですが・・・窓口で訳のわからない事を言う母に、「警察を呼びますよ。」と言った。
- ・ プライバシー保護とか言って、印鑑無くしてと説明し、私では本人じゃないから無くす前の印鑑も教えられないと、探しようがないし、お金出せない、暗証番号も分からないし、病気になるまで怖くてもう行けません。お金も出せません。悔しいし、かたがたバカにしてる。

【郵便局員】

- ・ まだまだ病気についての理解度が低く、変な目で見られる事があった。また、保険や貯金を下ろす時等、代筆するのに本人と一緒にいっても病気の証明書が必要で時間がかかり困った。

61

認知症の方のご家族が経験した、嬉しかったり感謝したい地域に住む人の具体的な応対①

<声掛け>

- ・ 顔を合わせた時に声を掛けてくれる。(元気がいいね。おはよう。散歩に行くの。等)見て見ぬふりでない事に感謝する。

<ねぎらい>

- ・ 日常の挨拶後に、父・母のことを話したら、「本人運も施設に世話になった方があんきだよ。今まで良くやってみえて、あんたえらいわ。」と、言われホッとした。

<話し相手など>

- ・ 母が歩いていると、見かけてすぐ寄って来て、母の話を聞いてくれる。一緒に歩いて私の家まで連れて来て下さる。本当に少しだけでも私(介護者)にとってほっとできるのです。

62

認知症の方のご家族が経験した、嬉しかったり感謝したい地域に住む人の具体的な応対②

<行事への参加の勧誘>

- ・ 町内のお祭り、運動会の行事に役員として参加していた時、認知症の夫の事を話したら皆で見守りするから一緒に参加して下さいと言われ、本人がとっても楽しんで嬉しい笑顔を見れた。今もどうですかと話しかけて下さるので、感謝している。

<徘徊>

- ・ 徘徊した時、数回一緒に探してくれた。また保護してくれた時もあった。
- ・ 本人が倒れる時を見かけた小学生。近くの民家に通報してくれた。

63

認知症の方のご家族が経験した、残念に思ったり、憤りを感じた地域に住む人の具体的な応対

<不用意な発言>

- ・ ゴミ当番での近所の方の話。娘の私がいることに気がつかず、「あんなふうになったら、おしまいだね。」と、言われた。私は聞こえないふりをした。
- ・ 「デイサービスの利用、ショートの利用は可哀想。家でゆっくりさせてあげたら？」等、言われる事。
- ・ 道で行き違った時、「お母さん、しっかりしておられるじゃないの。」と、声を掛けられた時。

<理解不足>

- ・ 認知症の症状に対する無理解により、認知症本人の行動を見て、その場で大笑いされた事が悲しかった。

<疎外感>

- ・ 皆さん離れて行かれます。

64

認知症の方のご家族が経験した、嬉しかったり感謝したいケアマネジャーの具体的な対応

- <対応の的確さ・迅速さ>
- どんなことでも相談するとすぐ対処してくれる。
- <話をよく聞いてくれる>
- すぐ笑顔で対応して下さるので、本人も良くて下さる方という認識があると思います。私も安心して、いろいろ話ができます。
- <介護者への配慮>
- 本人だけでなく介護者の負担をいつも考えて下さったこと

65

認知症の方のご家族が経験した、残念に思ったり、憤りを感じたケアマネジャーの具体的な対応

- <話を聞かない(コミュニケーション不足)>
- 要望しなければ、毎月ケアプランに押印を求めるだけの対応。
- <思い込みの対応>
- 一人暮らしだからと、父の考えや行動をあまりよく確認しないで、一人暮らしの為のゴミ収集サービスの利用を勧められた。一人で十分やれているのに・・・
- <知識不足>
- 認知症に対する手助けする方法等、あまりに知識が不足している。

66

認知症の方のご家族が経験した、嬉しかったり感謝したい介護サービススタッフの具体的な対応

- 連絡帳に「楽しくしてくれる」など褒め言葉を記入してくれていたの、母に伝えて喜ばせることができた。
- スタッフが明るく、こまめに声をかけて話してくれる。
- スタッフさんがよく話しかけてくださり(母が)知らない地域にもすぐになじむ事ができた事。
- 主人の弟達や友達が来たりしてつれて行っても、いやな顔もせず部屋に入れて、イスを用意してくれたり、いつ行っても感じ良く接してもらいます。

67

認知症の方のご家族が経験した、残念に思ったり、憤りを感じた介護サービススタッフの具体的な対応

- 行けない夫がだめなのですが、行けるように・・・誘ってほしい。
- デイの帰り、車から降りれない(自宅と思っていない)時、「また訳の分からない事が始まった」と家族の前で言った。
- 行事見学に行った際、全てにおいて待てない母に手厳しい口調で叱っているのを見た時。
- 連絡帳に本人がスタッフを手こずらした事しか記入しない。

68

認知症の方のご家族が経験した、嬉しかったり感謝したい行政職員の具体的な対応

- 【地域包括支援センター】
- 最初相談に行った時、親身になって対応してくれた。その後すぐ区役所の担当者が家に相談に来た。迅速な対応に感謝である。
- 【役所】
- 分からない事を聞きに行った時、親切に対応して下さい、書類もすぐ揃えて下さいました。
- 【民生委員】
- 月に1度は民生委員さんが訪ねてくれ、体調を伺ってくれたり、電報を打つ時、目の悪い母の為に代筆をしてくれた。
 - ケアマネに勧められ、近隣の方にはなかなか母の事を話せないうちの父が、民生委員に話をしたところ、とても親切に定期的に通ってくれて、色々な世間話も含めて話をしてくれて父も感謝している様子。

69

認知症の方のご家族が経験した、残念に思ったり、憤りを感じた行政職員の具体的な対応

- 【地域包括支援センター】
- 年齢は母と同じくらい上ぐらいなのに、話しかけ方が冷たい。子供扱いと言うか、見下したようにも思えた。
- 【役所】
- 良く分からないから必死に質問すればそんな事も分からんのか、介護する資格は無いなあと小声で言われた事。
- 【民生委員】
- 自分の家族に対する事ではなかったのですが、他の認知症の家族の事を、他の方々に他言されているのを聞いた時、不快に感じた。

70

認知症の人を支えるために、
今ここでできること

- 認知症に関する正しい知識と理解を持った上で普通に接すること。
- 対応の一番の基本は「安心してもらう」こと。
(「大丈夫」、ゆっくりと、穏やかに、笑顔で)
- 介護している家族にも心配りを。
(「気にしないで」「お互い様ですから」)

71

本日のお話の内容

- 認知症施策の流れ
- 医療と介護の連携の実態と課題
- 現在の取り組み
- 認知症の治療について
- 認知症の疾患別対応
- BPSDの治療に関する問題
- 地域づくりのために

72

調査研究にご協力頂いた皆様(敬称略)

- ・ 「認知症の人と家族の会」愛知県支部および会員の皆様
- ・ あいち介護予防支援センター
- ・ 愛知県内の地域包括支援センター
- ・ 愛知県居宅介護支援事業者連絡協議会
- ・ 愛知県内の居宅介護支援事業所の皆様
- ・ 知多郡医師会
- ・ 東海市医師会
- ・ 愛知県健康福祉部高齢福祉課介護予防・認知症グループ
- ・ 名古屋市健康福祉局高齢福祉部認知症対策・地域ケア推進室
- ・ 鈴木亮子(名古屋大学大学院教育発達科学研究科)
- ・ 平成22~24年度長寿医療研究開発費「認知症地域連携マップの作成」班
池田 学(熊本大学大学院医学薬学研究部神経精神科)
尾之内直美(認知症の人と家族の会愛知県支部)
木之下 徹(こだまクリニック)
高橋 智(岩手医科大学神経内科・老年科)
永田久美子(認知症介護研究・研修東京センター)

73

MEMO

■ 若年性認知症コールセンター広報ポスターおよびホームページリニューアルのお知らせ

ひとりで悩んでいませんか？

若年性認知症 コールセンター

「若年性認知症」とは？

認知症は、加齢とともに発症するリスクが高くなる疾患です。しかし年齢が若くても発症することがあり、65歳未満で発症した場合は「若年性認知症」といいます。働き盛りの世代にも起こる認知症は、本人だけでなく家族の生活に与える影響は高齢者の発症に比べ大きく、社会的にも重大な問題となっています。

「認知症介護研究・研修大府センター」は、若年性認知症の研究と支援に取り組んでいます。

「働き盛り世代の発症」は周辺にも大きな影響を及ぼします。

配偶者への影響

家事ができなくなる。夫は仕事に十分に続けられなくなる。

↓

家庭内の経済的負担や家事・介護の負担などが発生します。

子供への影響

心理的影響が大きい。中学生・高校生は親を頼りにする時期です。

↓

思春期の子供が受け入れるのが困難です。

仕事への影響

記憶力の低下によるミス増加。納期やスケジュール管理などの対応の遅れ。

↓

仕事を続けるのが困難な状況となります。

若年性認知症コールセンター | 月～土曜日 (年末年始を除く) 10:00～15:00

は無料です。フリーコール(有料)まで

0800-100-2707

情報は厳守します

社会福祉法人 仁至会 認知症介護研究・研修大府センター 〒474-0037 愛知県大府市半月町3丁目294番地

若年性認知症コールセンター 検索

<http://y-ninchisyotel.net/>

近日

若年性認知症コールセンターのホームページ **リニューアル予定**

認知症介護研究・研修大府センターの情報や最新ニュースをより早く、わかりやすくお伝えできるよう、さまざまなコンテンツの準備をしています。リニューアルまでしばらくお待ちください！

本のご紹介

若年性認知症とは？

若年性認知症 Q&A

若年性認知症 サポート インフォメーション

パンフレットダウンロード

若年性認知症活動ひろば

「認知症介護研究・研修大府センター」は、若年性認知症の研究と支援に取り組んでいます。

ひとりで悩んでいませんか？

ホームページをご覧ください <http://y-ninchisyotel.net/>

■ 認知症介護情報ネットワークホームページのお知らせ

認知症介護情報ネットワーク
Dementia Care Information Network

www.dcnet.gr.jp

認知症介護のことならDCnet

認知症はどんな病気? 認知症介護情報ネットワーク
よく解る認知症シリーズ

- 認知症を知る
- もの忘れ外来って何?
- スクリーニングテストとは?
- 認知症予防!あれこれ
- 若年性認知症の支援について
- アルツハイマー病治療薬について

認知症について

認知症を知る

- 認知症を知る
- もの忘れ外来って何?
- スクリーニングテストとは?
- 認知症予防!あれこれ
- パーソンセンタードケアについて
- 若年性認知症の支援について
- アルツハイマー病治療薬について

動画で学ぶ認知症

- 認知症の基礎知識
- 認知症に伴う行動及び心理症状
- その人らしさを支えるための理解

動画で学ぶ認知症とケア

認知症の方にはどう接するの?
動画で学ぶ認知症「知ってるほど塾」

- 認知症の基礎知識
- 認知症に伴う行動及び心理状態の理解
- その人らしさを支えるための理解

研修情報

- 認知症介護指導者とは
- 認知症介護指導者養成研修について
- 認知症介護指導者の紹介

Mapperとは

- 認知症ケアマッピング(DCM)法研修

家族支援に向けたスキルアップ研修

ひとときシート研修

学習支援情報

- 学習教材
- 高齢者虐待防止関連

相談先リンク

- 認知症の介護・医療関係団体等
- 介護の資格と仕事
- 介護保険制度

学習教材

研修教材

65歳以上の10人に1人は認知症!(厚労省推計)

DCnetは認知症介護研究・研修センターが運営するホームページです。認知症介護の専門職員養成のための研修情報や、最新の研究成果について情報提供しています。

■「パーソン・センタード・ケアと認知症ケアマッピング」のホームページ開設のお知らせ

2013年4月上旬より

「パーソン・センタード・ケアと 認知症ケアマッピング」の ホームページを開設します。

本サイトは、DCM研修の内容やDCM研修に関する情報発信をします。
又、DCMの使用者であるマッパーの皆さんの交流の活性化を目指します。



DCMについて

今は亡きトム・キッドウッド博士が提唱されたパーソン・センタード・ケアを実践するために、考えられたのが認知症ケアマッピング法 (DCM: Dementia Care Mapping) です。

DCM研修情報

DCM研修はDCM基礎コースとDCM上級コースがあります。DCMを使用するためには、研修を受講する必要があります。

研修のお申し込み

本サイトの研修のお申し込みより必要書類をダウンロードしていただき、FAXか郵送にてお申し込みいただけます。又、研修開催等のスケジュールもお知らせしています。

DCMに関する資料など

書籍や研究情報パンフレットなどの資料があります。

詳しくはコチラへ! <http://www.dcm-obu.jp>



認知症介護研究・研修大府センター

社会福祉法人 仁至会 〒474-0037 愛知県大府市半月町 3-294
TEL 0562-44-5551 FAX 0562-44-5831 e-mail: jimubu.o-dcrc@dcnet.gr.jp



**社会福祉法人 仁至会
認知症介護研究・研修大府センター**

〒474-0037 愛知県大府市半月町3丁目294番地
TEL 0562-44-5551 FAX 0562-44-5831
<http://www.dcnnet.gr.jp/>