

平成 22 年度厚生労働省 老人保健健康増進等事業

地域包括支援センターにおける 認知症連携ガイドライン

平成 23 年 3 月

社会福祉法人浴風会

認知症介護研究・研修東京センター

はじめに

2008 年 7 月に『「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」が厚生労働省から発表された。これは今後の我が国における認知症対策の根幹をなすものとして注目される。このプロジェクトの基本方針は、認知症の病因の解明、新薬開発、早期発見、適切な医療の提供、適切なケアの普及、若年性認知症対策、本人・家族支援等で、これらに対して積極的に総合的な施策を推進することである。そして平成 21 年度の老人保健福祉関係予算概算要求を見ると、平成 21 年度認知症対策等総合支援事業予算概算要求額は、平成 20 年度の約 2.3 倍の 37 億円と大幅に増額された。中でも新規事業として、全国 150 箇所の「認知症疾患医療センター」の設置と地域サービスの連携業務を担う認知症連携担当者の配置に関する事業に最も多い 12 億 2 千万円の予算が当てられた。

認知症医療の充実は欠かせないし、医療と地域介護サービスとの連携の重要性は言うまでもない。このプロジェクトは、認知症医療・介護の現状を踏まえて緊急に対応が求められる施策が示されたものであるが、なかでも「認知症疾患医療センター」は 1989 年に創設された「老人性痴呆疾患センター」を発展させるもので、地域の中核医療センターとかかりつけ医や地域包括センターとの連携を認知症連携担当者を介して強化するものである。同時に、認知症医療の発展強化支援を救急の課題として打ち出し、地域医療と介護が一体になって認知症者とその家族を支援するものである。

2001 年に WHO は 20 年ぶりに改定された「国際生活機能分類—国際障害分類改訂版—：International Classification of Functioning, Disability and Health(ICF)」では、障害者の考え方を医学的観点や社会的観点といった一方向の見方ではなく、それらを身体、個人、社会といった統合的な視点から捉え支援する方向性を提案した。ICF の理念で考えると、認知症者も病める個人であると同時に一生活者でもあるので、「2015 年の高齢者介護」にある尊厳を支えるケアの理念を明確にした総合的な支援が必要となる。それゆえ、認知症医療体制の強化、医療・介護連携に加えて、現状で最も緊急の課題は、認知症のケアに携わる優秀な専門職の育成と雇用確保であり、また認知症者の社会参加や社会活動を支える地域の基盤づくりである。

本ガイドラインは、地域包括支援センターにおける認知症者への支援強化の為に厚生労働省 2009 年度老人健康増進等事業の助成を受けて作成したもので、地域包括支援センターと全国 150 箇所に設置が予定されている認知症医療疾患センターとの認知症連携強化事業に役立つ事を期待する。

2010 年 3 月

認知症介護研究研修東京センター 研修部長／副センター長 今井幸充

目次

はじめに	i
目次	ii
本ガイドラインの活用方法	1
第 1 章 認知症者支援のための連携の考え方	3
第 1 節 なぜ認知症者に支援が必要か	3
第 2 節 認知症者の医療と介護	6
第 3 節 地域での認知症支援	8
第 4 節 認知症の多職種連携の考え方	12
第 2 章 地域包括ケアにおける認知症連携担当者と	
認知症疾患医療センター	16
第 1 節 認知症連携担当者の役割と現状	16
第 2 節 認知症疾患医療センター	23
第 3 章 認知症ケアにおける医療連携	33
第 1 節 認知症医療の現状	33
第 2 節 認知症者が地域で生活し続けるための医療的障壁は何か	34
第 3 節 医療連携の 2 つのアプローチ	52
第 4 節 まとめ	52
第 4 章 高齢者虐待防止と権利擁護の実際	54
第 1 節 高齢者の人権と権利、権利擁護	54
第 2 節 成年後見制度の仕組みと利用方法	57
第 3 節 高齢者虐待の防止について	65
第 5 章 若年性認知症者への支援	76
第 1 節 若年認知症者とは	76
第 2 節 若年認知症者に対する支援と制度	78
第 6 章 認知症者のケアマネジメント	91
第 1 節 ケアマネジメントの基本的考え方	92
第 2 節 認知症者のアセスメント及びケアプラン作成のポイント	98
第 3 節 認知症ケアの基本的考え方 ～生活リズムを整え心身ともに豊かに過ごすために～	104
第 7 章 認知症ケアに関連する専門職	110
第 1 節 認知症ケアの専門性	110
第 2 節 認知症ケアの専門職	114
第 3 節 認知症介護実践研修	119

第 8 章	認知症ケアにかかわる機関・事業	122
第 1 節	認知症介護実践者等養成事業	122
第 2 節	認知症サポート医養成研修と かかりつけ医対応力向上研修	130
第 3 節	認知症サポーター100 万人キャラバン	133
第 4 節	認知症介護研究・研修センター	135
第 5 節	認知症地域支援体制構築等推進事業	136
第 6 節	認知症でもだいじょうぶ町づくりキャンペーン	137
第 6 節	認知症ケア高度化推進事業	137
巻末資料		139
1.	認知症対策連携強化事業実施要項	139
2.	認知症疾患医療センター実施事業要項(一部抜粋)	143
3.	市町村認知症施策総合推進事業	147
4.	認知症介護に関連する書籍・資料・ホームページ	149
5.	地域医療機関に対する認知症医療に関するアンケート調査票例	155
執筆者一覧		159

本ガイドラインの活用方法

1. 本ガイドラインの目的

本ガイドラインは、地域包括支援センターの専門職などが参照することにより、認知症者の支援において必要な知識や考え方を提供することを目的としている。地域包括支援センターの職員に対する認知症関連の研修等の仕組みは必ずしも充実しているとは言えない状況にある。同時に予防給付関連の業務の比率が高い地域包括支援センターも多く、地域において認知症の人を支える体制について地域包括支援センターを中心に構築することが困難な場合も多い。本ガイドラインはそのような現状を打破し、認知症者が尊厳を保ち、住み慣れた地域で自分の能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるような街づくりの一助となることを目指している。

2. 本ガイドラインの対象

本ガイドラインの読者として想定されているのは、地域包括支援センターの社会福祉士、保健師、主任介護支援専門員であり、地域の認知症介護の支援に関する連携体制を構築し、効果的に機能するように活動する「認知症連携担当者」である。しかし、地域包括支援センターの職員に限らず、地域の施設・事業所で勤務する専門職が認知症者の理解や多職種で連携しながら認知症者を支援するために活用することもできる。

3. 本ガイドラインの活用方法

本ガイドラインは、認知症者の支援のための情報が詰め込まれている。活用することによって、効果的な支援の実現が期待できる。しかし、本ガイドラインはあくまで参考書である。認知症者は一人ひとり、異なる個性を持つ大人であり、認知症の症状は認知症者によって、また認知症の進行状況によって常に変化する。また、支援を行う地域や施設・事業所で働く専門職、施設・事業所の設備や職場風土も一つ一つ異なっている。本ガイドラインは、それらの特徴に合わせて、使いやすいように加筆修正しながら、活用していただきたい。例えば、本ガイドラインには、地域の医療機関に対して認知症者の診療についてどの程度対応できるかを情報収集するためのアンケート調査票の例を示している。調査票は、このままでも十分活用できるが、使用する際にチームで活用しながら使いやすいものにアレンジしていくことでより

効果を発揮すると言える。そのような改良のプロセスをチームで共有することが、チームで支援の方向性を統一し連携を図る一つの手段ではないだろうか。

このガイドラインが参考書として活用され、よりよいものに改良されながら。チームの財産になることを願っている。

第1章 認知症者支援のための連携の考え方

はじめに

認知症者は、記憶障害と共に認知機能が障害され、これまでのような日常生活が営めなくなる。それ故、ケアが必要となるが、それには医療、介護、福祉、法律などの専門職による連携が重要となる。この連携とは、各種の専門職が認知症ケアの旗のもとでそれぞれの専門性を発揮するために、他の専門職と協働しながらサービスを展開することである。

第1節 なぜ認知症者に支援が必要か

《ガイドライン》

- 認知症の中核症状は、記憶障害を伴った認知機能の障害であり、これにより日常生活が営めなくなりケアが必要になる。
- 認知症は、中核症状にともない周辺症状として行動・心理症状や日常生活動作の障害が見られるが、これらが介護者の介護負担に繋がる。
- 認知症者の家族介護者は、介護に伴う慢性的なストレスに晒される事で、心身の異常を訴えることが多い。これらが介護破綻に繋がる。
- 認知症の家族介護者は隠れた患者であり、認知症者のみならず、家族介護者のメンタルケアや健康管理が重要である。

【解 説】

1. 認知症者側の理由

認知症は、脳の病気であり、記憶障害に伴って認知機能といわれる生活に必要な様々な能力が障害されるために独りでは生活できなくなる。それ故、認知症者にはケアが必要となるが、その代表的疾患がアルツハイマー型認知

症や脳血管性認知症である。

認知機能は、知能とほぼ同じと考えられるが、判断、理解、知識、会話、記憶など人間が日常生活を営むに必要な能力全般をいい、コミュニケーション機能の中核をなす能力である。それゆえ、この機能が障害されると、的確な判断に欠けた行動や物事を正しく理解することができず、日常生活で混乱が生じ、また他者との交流もうまくいかず社会生活にも支障をきたす。このように認知機能障害は、認知症の中核症状を成す。

認知症は、行動・心理症状（BPSD）と日常生活動作（ADL）障害も伴う。BPSDは、全ての認知症者に見られるのではなく、アルツハイマー型認知症の約80%に出現すると言われている。具体的には、徘徊、攻撃、暴言・暴力、拒否、収集、失禁、弄便などの行動の異常や幻覚・妄想、不安、イライラ、抑うつ、強迫、不眠などの精神症状を言う。中でも破局反応と言われる突然の興奮や怒り、叫び、罵しり、蹴る、殴る、咬むといった介護者に大きな負担を強いる症状は、BPSDのある認知症者の約40%に見られ、これらが介護者の介護破綻や虐待に繋がる。その要因は、脳の障害に伴い生じるものと、環境や対応が原因で生じる状況因によるものがあるが、その区別はつきづらい。日常生活動作には、移動、摂食、排泄、入浴、身辺整理などの要素的なADLと、家事、買い物、料理やその他生活一般に係わるさまざまな複雑な生活動作である手段的ADLがある。ごく初期の認知症者は、記憶障害が中心で要素的ADLは無論のこと手段的ADLも保たれていることが多いが、認知症の進行に伴い、社会や家庭で手段的ADLが障害され、その後に要素的ADLが障害されると介護なしでは日常生活が営めなくなる。

このように認知症に冒されると、①認知機能、②行動、③日常生活動作の3つの領域が障害され、日常生活が営めなくなり、介護が必要となる。そこに④介護負担が生じ、それが介護破綻に繋がる。それゆえ、認知症者の支援ではこれら4つの課題に対しての支援が必要となる〔図1〕。

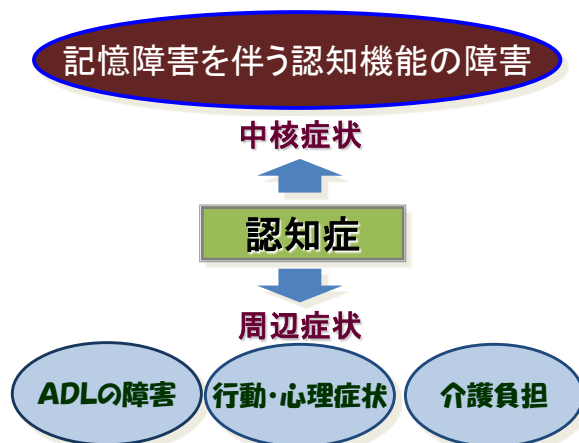


図1 認知症の病態

2. 家族介護者側の要因

BPSDや日常生活動作（ADL）の障害は、家族介護者にとって介護負担となるが、住宅環境、経済的負担、親族関係の問題なども介護者の認知症者に対する陰性感情を増強させる要因となる。これらが介護者に抑うつ感、イライラ、無気力、判断力や思考力の低下などの精神症状や不眠、全身倦怠感、食欲不振などの身体症状をひき起こし、在宅介護を破綻させる要因となる。アルツハイマー病患者を介護している家族の55%に抑うつ症状がみられたと報告があるように¹⁾、その家族にとって精神的負担は大きく、そしてFengler and Goodrich²⁾ が言うように家族は「The hidden patients」、すなわち「隠れた患者」なのである。それゆえ、認知症者の家族介護者に生じる身体的あるいは精神的ストレスの軽減とその管理は、認知症者の支援には欠かせない。

第2節 認知症者の医療と介護支援

《ガイドライン》

- 認知症者の支援には、医療と介護が欠かせない。両者の連携には、それぞれの専門性を理解する必要がある。
- 認知症の医療支援は、認知症の発症予防、早期発見、早期対応、そして重症化の予防を核に、本人や家族自身が持っている回復能力を十分に発揮して、彼ら自身が健康生活を整える事に対して支援することである。
- 認知症看護の目的は、認知症に冒され本人に医療の視点から彼らの自然治癒力に注目し、自らの残された能力を活用した認知症の症状軽減方法、健康生活の維持、そして安らかな死を迎えるための支援である。
- 認知症の介護は、認知症者とその家族がこれまで獲得してきた生活に視点をおいた支援行為であり、そのためにはクライアントが日々の生活の中で自立するための能力に注目して支援することである。

【解 説】

1. 認知症の医療支援

認知症の医療は、認知症の発症予防、早期発見、早期対応、そして重症化の予防を核に、本人や家族自身が持っている回復能力を十分に発揮して、彼ら自身が健康生活を整える事に対して支援することである。それには根拠に基づく医療を行うことが求められる。そこで、認知症の医療支援の具体的な目的を下記に挙げてみる。

- ① 認知症診断、重症化阻止の為の治療そして身体合併症などに対する医療行為に認知症者とその家族が積極的に関われるように支援する。
- ② 記憶障害を伴う認知機能障害により日常生活動作が営めなくなることや、BPSDに伴う生活の混乱、家族の介護負担等、本人やその家族の失われた能力を代償し生活の安定を図ることを支援する。
- ③ 認知症者の行動や思考の異常は、認知症によるものであり本人の本来の性格や能力から生じたものでないことを家族等に十分説明し、本人の行動や

心理に対し共感し、本人の人権を擁護する支援をおこなう。

- ④ 認知機能が冒されても、日常生活に生かすことができる本人の残された能力に注目することで、本人の理解や判断を尊重し、できるだけ本人の意向に沿った支援をおこなうように努める。
- ⑤ 本人や家族の認知症による心理的負担を軽減し、彼らに安寧と健康生活を提供する支援をおこなう。

2. 認知症の看護

認知症看護の目的は、認知症という病気に冒され本人に医療の視点から彼らの自然治癒力に注目し、自らの残された能力を活用した認知症の症状軽減方法、健康生活の維持、そして安らかな死を迎えるための支援である。また家族には、認知症が病気であることの認識を持たせ、薬物の管理や合併症などの身体ケアの指導を行う。その一方で日常の家族の介護負担に対して傾聴し、介護の大変さに共感し、適切な介護方法や家族自身の健康管理のための介護休息などのアドバイスなど、心理的サポートを実施する。

3. 認知症の介護

「介護」と「ケア」は、ほぼ同意語であり、両者の違いは、明確に定義されていない。本稿でも両者は同意語として使用しているが、あえて区別するのであれば、介護は直接的な身体的援助行為であり、ケアは間接的な援助を含んだ広い意味での生活支援と解釈できる。

認知症の介護は、認知症者とその家族がこれまで獲得してきた生活に視点をおいた支援行為であり、そのために彼らが日々の生活の中で自立するための残された能力に注目して支援することである。すなわち認知症介護は、「認知症を持った人が自立した生活を送れることができるように彼らの生活を整えることを目的にした日常生活の支援行為で、そこにはその人らしさを中心におく尊厳を支える支援と、認知症高齢者自身の力を十分に発揮できるような支援を行うこと」である³⁾

認知症者介護と身体介護の違いは、認知機能障害と BPSD への対応である。認知症の生活の混乱が理解、判断、適応力を始め、記憶、見当識、会話、知識などの障害による適切な行為の遂行が不可能になった状態であることを理解した対応と、BPSD の要因を明らかにした上での対応が求められている。さらに、認知症者は自分の意思・意向を明確に示すことが困難で、さまざまな判断ができなくなる状況から、彼らの人権を擁護する意味での対応も求められる。

第3節 地域での認知症支援

《ガイドライン》

- 認知症者ならびにその家族介護者への支援には、公的機関が行うサービスをよって給付されるフォーマルなサービスと、家族、隣人やボランティアなどによるインフォーマルな支援がある。
- 地域で実施している認知症者の支援の中核となる機関は、地域包括支援センターと医療機関である。
- 地域包括支援センターは、認知症者が住みなれた地域で末長く生活を継続していくために地域の介護サービスが一丸となって支援するための地域包括支援センター、的ケアマネジメントを実践する地域の中核機関である。
- 地域の医療機関は、認知症の早期発見、専門医療機関への受診誘導、認知症者の身体疾患対応と健康管理、家族介護者のメンタルケア、地域介護保険サービス諸機関との連携、などの実践を行っている。

【解 説】

1. フォーマルな支援

認知症者ならびにその家族介護者への支援には、公的機関や民間組織によって提供されるのがフォーマルサービスで、具体的には介護保険や医療保健で給付されるサービスである。介護保険サービスは、2000年4月より実施されたサービスで、保険者である各自治体で様々なサービスを整備してきた。具体的には、居宅サービスとして訪問サービス、通所サービス、短期入所サービスがあり、2006年からは地域密着型介護サービスが創設された。また施設サービスや各市町村が実施する地域支援事業があり、その内容も充実してきた。これらの介護保険サービスの理念は①在宅を重視し、一人暮らしや高齢者のみの世帯でも可能な限り在宅生活を続けられるような支援、②認知症をはじめ重度の心身の障害を持つ高齢者や一人暮らしの要介護高齢者が24時間対応のサービスが受けられる仕組み、③ケアマネジメントシステムで一元化されたサービスの提供、④在宅サービスと施設サービスの効率運営、であり、介護支援専門員（介護支援専門員）が様々なサービス利用の調整役を担

い、この日本型介護保険制度の要として実践に当たっている。

介護認定を受けた全ての被保険者の居宅介護サービス利用状況は、介護保険創設時の2000年4月が149万人であったのに対して2009年4月には158%増の384万人となった（図2）。施設サービスの利用者は、52万人から83万人と60%の増加が見られている。

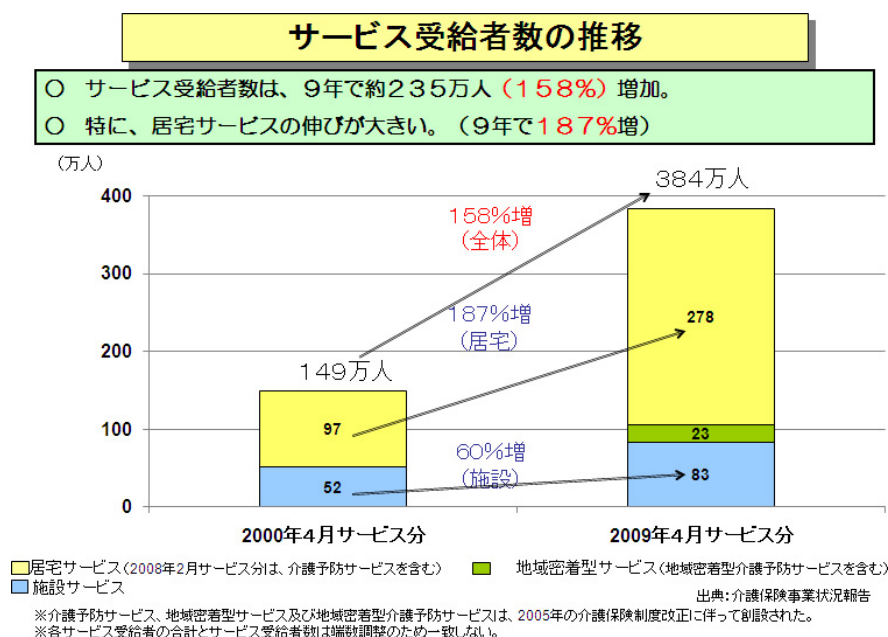


図2 サービス受給者の推移

2. インフォーマル・サポート

最も身近なインフォーマル・サポートは、家族である。しかし、認知症者家族の介護負担は大きい。第3回神奈川県調査⁴⁾では、何らかの身体症状を訴えた介護者は、85.1%とそのほとんどに見られ、その内の半数以上は肩こりや腰痛を訴え、また易疲労感、不眠、眼が疲れる、頭重、頭痛などを訴えていた。また、腹が立つ、不安、怒りを感じる、憂うつなどの陰性感情や精神症状を訴える介護者は72.4%に及んだ。

家族介護者の多くは、妻、嫁、娘といった女性であるが、年齢、続柄、住居環境、補助介護者の有無、就業の有無、などそれぞれの介護環境が異なるのでその介護負担の種類や度合いもさまざまである。しかし、家族介護者が介護に負担を感じる要因としては、認知症の重症度化や行動障害の出現と言った認知症者自身の問題よりもむしろ家族介護者側の問題である①介護者の健康状態、②補助介護者の存在、③認知症者との以前からの人間関係、の3

つに大きく影響すると言われている⁵⁾。

家族介護者の介護負担に対して、近年さまざまなボランティアグループが支援活動を行っている。家事援助、デイサービス、病院等への輸送サービスなどフォーマルなサービスとは異なる独自の活動や、独居老人への訪問話し相手サービスや買物サービスなど、工夫を凝らしたサービスを展開している。今後は、これらの活動がフォーマルサービスと連携していくシステムの構築が課題であり、そのための地域ネットワーク作りは欠かせない。

3. 地域で行う認知症支援

地域で行う認知症ケアとは、地域の資源を有効に活用しながら地域で認知症の人を支援する介護のサポート体制である。そのためには、在宅介護サービスの整備とサービスの総合提供、在宅生活を可能する環境の整備、近隣住民の参加によるボランティア活動の構築とその社会的支援体制づくり、などの生活環境の整備が必須である。その中で、2000年度から施行された介護保険制度や2006年度からの地域包括支援センターを拠点とした認知症ケアの地域連携が重要な位置付けとなる。

認知症者やその家族がさまざまな支援を必要とした時、どこに行けば迅速で的確なサービスが受けられるのか明確にする必要がある。それが地域に活動拠点を置く「地域包括支援センター」と誰もが一度は利用したことのある「医療機関（診療所や病院）」である。

1) 地域包括支援センター

地域で行う認知症ケアの実践では、医師をはじめ看護師、保健師、介護福祉士、理学療法士、介護支援専門員、社会福祉士など多職種がそれぞれの専門性を活かした生活支援を行っているが、その実践をより大きな力にするためには、多職種間の地域包括支援センター、的・継続的な連携と、地域のインフォーマルな社会資源を有効に活用しながら支援する総合的サポート体制が必要である。認知症者が住みなれた地域で末長く生活を継続していくには、地域の介護サービスが一丸となって支援するシステムが必要で、この認知症者の地域包括支援センター、的・継続的ケアマネジメントを実践する中核となる機関が「地域包括支援センター」である。

「地域包括支援センター」では、主任介護支援専門員、保健師、社会福祉士の資格を有している専門職が勤務し、以下の業務を担っている。また、2009年4月から認知症疾患医療センターが設置されている地域ならびに周辺地域の地域包括支援センターに認知症介護連携担当者の配置されることが決まっ

た。この役割については、第 2 章に委ねる。

- ① 地域での予防推進：認知症のハイリスカーである軽度認知機能障害（Mild cognitive Impairment: MCI）、閉じこもり、抑うつ状態の高齢者の認知症予防を推進。
- ② 早期発見・早期対応：医療や地域のネットワークを通しての認知症の早期発見とその対応
- ③ 地域連携・ネットワーク作り：地域介護支援専門員、医療機関、居宅介護事業所、介護施設、その他のインフォーマルな支援機関、行政等との連携・ネットワークづくり。
- ④ 総合相談・スーパーバイザー：認知症ケアに関する一般相談ならびに行動障害や環境により在宅での介護が困難な状況がある例などの対応に対する助言、指導など
- ⑤ 虐待防止・早期発見、人権擁護：在宅あるいは施設の認知症患者への虐待状況をいち早く把握し虐待を回避するためのマネジメントの実施。また後見制度の利用促進等の人権擁護に関するケアマネジメント。
- ⑥ 地域包括支援センター、的・継続的ケアマネジメント：公平・中立の立場から地域ネットワーク社会資源を有効に活用し、個々の認知症患者に対して、地域包括支援センター、的・継続的なケアマネジメントを実施する

2) 医療機関

2006 年度に国が実施する認知症地域医療支援事業では、地域の診療所等に勤務する医師（かかりつけ医）を対象とした「かかりつけ医認知症対応力向上研修」と、この研修の講師をはじめスーパーバイザーの役割を果たす専門医を養成する認知症サポート医養成研修事業とその普及啓発に努める。かかりつけ医認知症対応力向上研修は、認知症診療に関する適切な知識・技術を修得し、家族の介護上の話や悩みを聞く姿勢を修得するための研修を実施している。具体的には、①認知症の早期発見、②専門医療機関への受診誘導、③認知症高齢者の身体疾患対応、健康管理、④家族介護者の介護負担、不安の理解、⑤地域介護保険サービス諸機関との連携、に関する研修である。

地域における認知症患者支援体制を実現させるためには、かかりつけ医の役割は重要で、かかりつけ医が地域で活躍することで認知症のプライマリーケアの充実が期待できる。

2008 年より都道府県等が実施主体となる「認知症疾患医療センター」が創設され、将来的に全国に 150 箇所設置を予定している。この医療センターの

目的は、認知症疾患に関する鑑別診断や急性期治療、専門医療相談等を実施するとともに、研修等を行うことにより、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している。

第4節 認知症の多職種連携の考え方

《ガイドライン》

- 認知症ケアは、学際的であり、多職種の専門家が協働し、実践することが望まれる。そこで実際に多職種が連携する上で重要なことは、それぞれの専門分野の独自性を生かした他の専門職と協働である。
- 認知症ケアでの多職種連携は、医療職をはじめ介護、福祉、法律、環境などの専門職が認知症ケアの旗のもとでそれぞれの専門性を生かし、また他の専門性と協働しながらサービスを展開することである。
- 認知症ケアに関わる専門職が多職種連携を実践する上で必要な能力は、様々な分野における情報を収集しそれを実践で有効に活用する能力、他の専門職との連携を実践で生かせる能力、そして様々な処遇が困難な事態に対して適切な対応を持って解決に導ける能力が求められる。

【解 説】

1. 医療、看護と介護の独自性

認知症ケアは、学際的であり、多職種の専門家が協働し、実践することが望まれる。そこで実際に多職種が連携する上で重要なことは、それぞれの専門分野の独自性を生かした他の専門職と協働である。例えば、看護と介護が独自性を持つと同時に共通点もある。金井は、看護の独自性は病人のケア、すなわち“医療的ケア”で、介護の独自性は社会に適応できない人のケア、すなわち“福祉的ケア”と述べ、それぞれが共通する独自性は“・・・生活過程を整える実践活動”と説明している⁶⁾。確かに介護と看護の行為に共通することは多いが、両者の目的は異なる。例えば、同じ嚥下障害を持つ患者の食事介助でも、看護の目的は、栄養管理と健康維持等の医療ケアであるが、

介護の目的は毎日の生活の中での食事摂取の維持で、生活ケアである。すなわち看護師は、医学的な観点から食事摂取のケアを行い、介護士は、本人がこれまでと同じ日常の生活行為として食事を摂り、毎日の生活が満足できるように支援することがその目的である。

すなわち看護と介護のそれぞれの目的は異なり、看護は、認知症者が自身の持つ能力で認知症を軽減、改善しようとすることを支援することであり、介護は、認知症者が自身の能力で自らの生活をより良く過ごし、これまでの生活を維持できるように支援することである。

2. 多職種連携とは

認知症ケアでの多職種連携は、医療職をはじめ介護、福祉、法律、環境などの専門職が認知症ケアの旗のもとでそれぞれの専門性を生かし、また他の専門性と協働しながらサービスを展開することである。この目的は、これまでの社会参加、社会活動をできるだけ維持できるように支援する事で、また認知症者は病める個人であると同時に一生活者でもあることを前提にした生活支援であり、彼らの人権擁護のための倫理的配慮の基盤を優先にした支援である。すなわち、認知症者の「生活を支える」共通目的の下で、多種の専門職が互いの専門性を十分理解したうえで、それぞれの独自性を生かし、協働するシステムである（図3）。

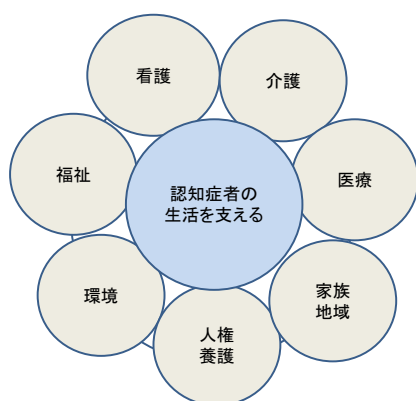


図3 認知症者の生活を支える連携

3. 多職種連携に必要なスキル

認知症ケアに関わる専門職が多職種連携を実践する上で必要な能力は、様々な分野における情報を収集しそれを実践で有効に活用する能力、他の専門職との連携を実践で生かせる能力、そして様々な処遇が困難な事態に対して適切な対応を持って解決に導ける能力が求められる。具体的な能力を以下

に挙げる。

- ① 認知症の人の人権擁護やエンパワーメントを基本としたケアの理念を持ち、尊厳を支える援助が実践できる。
- ② 認知症を病気として理解し、認知症の診断方法、治療法（薬物療法、リハビリテーション、非薬物療法など）、など、医療・保健に関する最新の知識を理解し説明できる。
- ③ 認知症の人の身体状況や心理的側面（BPSD）、取り巻く環境、社会資源、さらには高齢者福祉など知識を独自の専門性に生かし、実践に役立てることができる。
- ④ 認知症の人やその家族介護者の持っている力と彼らのニーズを明らかにする手段と、それをもとにした各専門分野でのケアプランを作成し、ケアの現場でそれを実践できる。
- ⑤ それぞれの専門分野のモデルケアプランを豊富に有し、それをいつでも実践に活用できる。
- ⑥ 他の専門分野の専門性を十分に理解し、それらと密接な連携が持つ手段を有し実践に生かせる。
- ⑦ 実施したケアの効果を検証し、それをもとに新たなケアプランを作成し実践に生かすことができる。

おわりに

認知症は、記憶障害とともに認知機能が障害され、同時に行動・心理症状や日常生活動作の障害が見られ、やがて生活そのものが営めなくなるために家族や専門職による介護が必要となる。認知症者の支援を充実させる為には、医療をはじめ看護や介護等の専門職との連携は欠かせないが、それには互いの専門性を理解すると同時に、それぞれの独自性を明確にした上での協働が求められる。多職種間連携の目的は、認知症者の健康管理と生活の質の維持向上であるが、その為には認知症者やその家族の生活ニーズを明らかにし、それらを医療、看護、介護、福祉、環境、法律等の専門職の立場から専門的なスキルを持って問題解決に当たり、社会参加、社会活動をできるだけ維持できる生活が送れるように支援する事が求められる。

<引用・参考文献>

- 1) Cohen D. and Eisdorfer C. Depression in family members caring for a relative with Alzheimer's disease. JAGS 36:885-889, 1988。
- 2) Fengler A. and Goodrich N. Wives of elderly disabled men: The hidden patients. Gerontologist 19:175-183, 1979.
- 3) 今井幸充：痴呆の人に適したアセスメントとケアプランを考える。老年精神医学雑誌 15：1353—1361
- 4) 神奈川県：神奈川県老人健康実態調査（専門調査）、平成5年3月。神奈川県。
- 5) 今井幸充：日本における痴呆性老人家族介護者の意識と態度。老年精神医学雑誌 9：151-157, 1998
- 6) 金井一薫：序章：KOMI 理論に流れる思想特性。KOMI 理論、(著者) 金井一薫、19—30、現代社、東京、2004 年

第2章 地域包括支援センター、ケアにおける 認知症連携担当者と認知症疾患医療センター

第1節 認知症連携担当者の役割と現状

《ガイドライン》

- 認知症連携担当者は、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」を背景として設置されることとなった。
 - 認知症連携担当者は
 - ①地域におけるネットワーク体制の構築
 - ②医療センターにおいて認知症の確定診断を受けた者に対する支援を行うこと
 - ③他の地域包括支援センターに対する支援を行うこと
 - ④若年性認知症者に対する支援を行うこと
- が役割として位置付けられている
- 認知症連携担当者が位置付けられている認知症連携強化事業は、平成23年度より、市町村認知症施策総合推進事業へと再編成される。

【解説】

1. 認知症連携担当者設置の背景

たとえ認知症になったとしても住み慣れた地域での自立した生活を継続できることを支援するため、これまで地域包括支援センターを中核として、地域密着サービスや地域住民、その他の社会資源が協働して行う地域づくりが進められてきた。

しかし、認知症の早期に確定診断が的確に行われなかったり、その後の医療と介護の連携が不十分であったりしたために適切な治療や介護の提供が行われなかった事例もある。

このような背景を踏まえ、厚生労働省は「認知症の医療と生活の質を高

める緊急プロジェクト」を立ち上げ、今後の認知症対策の具体的内容として、①実態把握、②研究開発の加速、③早期診断の推進と適切な医療の提供、④適切なケアの普及及び本人・家族支援、⑤若年性認知症対策の推進などの必要性を指摘し、その実現のために取り組みが進められている。¹⁾

特に、「適切なケアの普及」という観点からは、認知症の早期発見・医療との連携を含めた地域包括支援センター、ケア体制の強化のために、全国 150 か所の地域包括支援センターに認知症疾患医療センターと連携する認知症連携担当者が配置されることとなり、現在その整備が進められている。

認知症連携担当者は、認知症介護に関連する専門職及び地域のインフォーマル・サポートと認知症者及び家族との橋渡し役となるため、認知症介護に関する豊富な知識と連携を促進するための技術を修得しておく必要がある。

2. 認知症連携担当者の役割

認知症連携担当者（以下、連携担当者）とは、厚生労働省の実施する「認知症対策連携強化事業」において、「地域における認知症ケア体制及び医療との連携体制を強化し、認知症の医療と介護の切れ目ない提供等を行うこと」を目的に、地域包括支援センターに配置することが位置付けられている。対象要件は①認知症介護指導者養成研修修了者（受講見込み者を含む）、②認知症介護実践リーダー研修修了者、③上記①、②以外で認知症の介護や医療における専門的知識及び経験を有する者として都道府県が認めた者となっている。

連携担当者の配置される地域包括支援センターにおいては、以下の 4 つの事業を行うこととされている。すなわち①地域におけるネットワーク体制の構築、②医療センターにおいて認知症の確定診断を受けた者に対する支援、③他の地域包括支援センターに対する支援、④若年性認知症者に対する支援である。

それぞれの事業内容については、さらに具体的な内容が位置付けられている。

「①地域におけるネットワーク体制の構築」については、医療センター、権利擁護に係る関係団体等との密接なネットワークを構築や医療センターの連携担当者等との情報交換及び日常的な連絡調整に努めることが位置付けられている。

「②医療センターにおいて認知症の確定診断を受けた者に対する支援」については、医療センターにおいて認知症の確定診断を受けた者であって、支援にかかわる情報提供について同意を得られた者の情報を定期的に入手することや、認知症の確定診断を受けた者やその家族に対する在宅介護・保健医療サービスの情報提供その他の支援を行うこと、担当地域外の認知症者については、認知症者の居住区域を担当する地域包括支援センターに情報を提供することなどが位置付けられている。なお、医療連携を進めていくためには、地域の医療機関の認知症介護に関する診断・治療の体制について情報収集することが望ましいが、そのための調査票として、堺市で行われた調査の調査票を、巻末資料で示した。

「③他の地域包括支援センターに対する支援」としては、他の地域包括支援センターからの認知症に関する医療や介護の相談に助言等を行うこと、他の地域包括支援センターから受けた相談内容が専門医療の判断の必要なケースである場合、医療機関の紹介等を行うことなどが位置付けられている。

「④若年性認知症者に対する支援」については、若年性認知症者やその家族に介護サービス等の情報提供を行うこと、就労支援や障害者福祉サービスの利用が必要な場合には、必要な機関と連携し具体的なサービスにつなげること、障害者就労支援ネットワークに参画し、その資源を活用しながら若年性認知症者のネットワークを構築することなどが位置付けられている。

また、連携担当者は、「地域包括支援センターの3職種と共動して事業の実施に取り組むこと」とされ、実施主体である認知症疾患医療センターが設置されている市町村は、市町村及び都道府県の関係部局との連携のもとに事業に対する協力、支援体制を整備することとされている。以上の内容は、厚生労働省老健局長通知「認知症対策等総合支援事業の実施について」（老発第0602006号、平成21年6月2日）における別添5「認知症対策連携強化事業実施要綱」に示されているので参照されたい。（巻末資料1参照）

認知症介護研究・研修東京センターが平成21・22年度に行った認知症連携担当者の業務内容に関する調査では、図2-1～2-4、表2-1のような取組が行われていることが明らかになった。

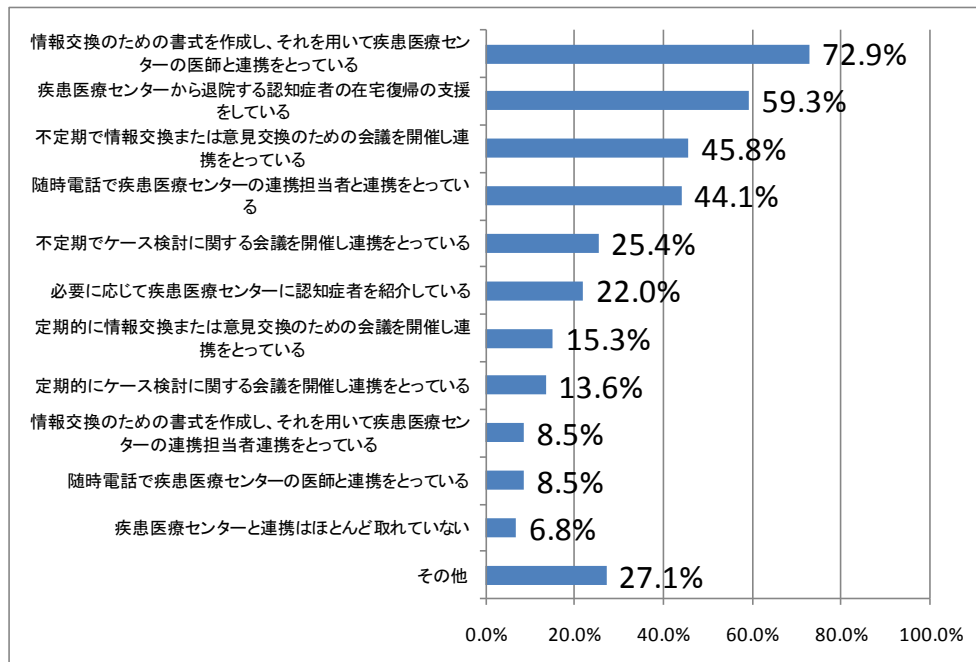


図 2－1 認知症疾患医療センターとの連携状況（N＝59）

* H22 年度連携担当者研修受講者に活動の実施の有無を調査

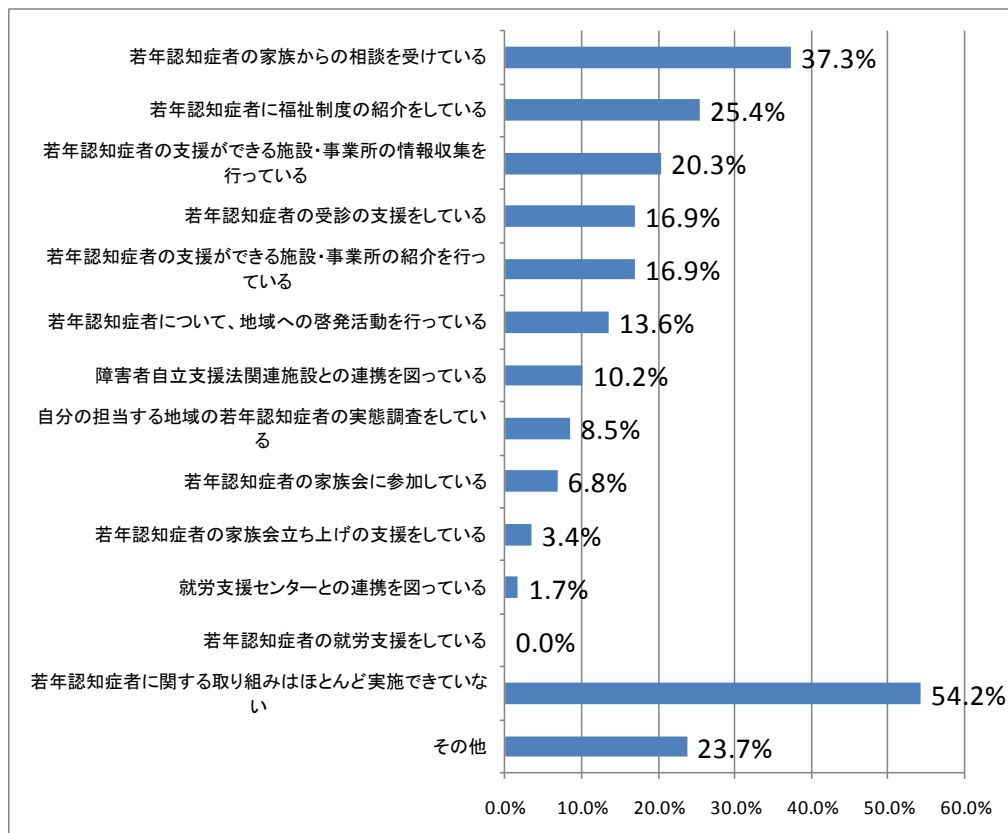


図 2－2 若年性認知症者の支援について

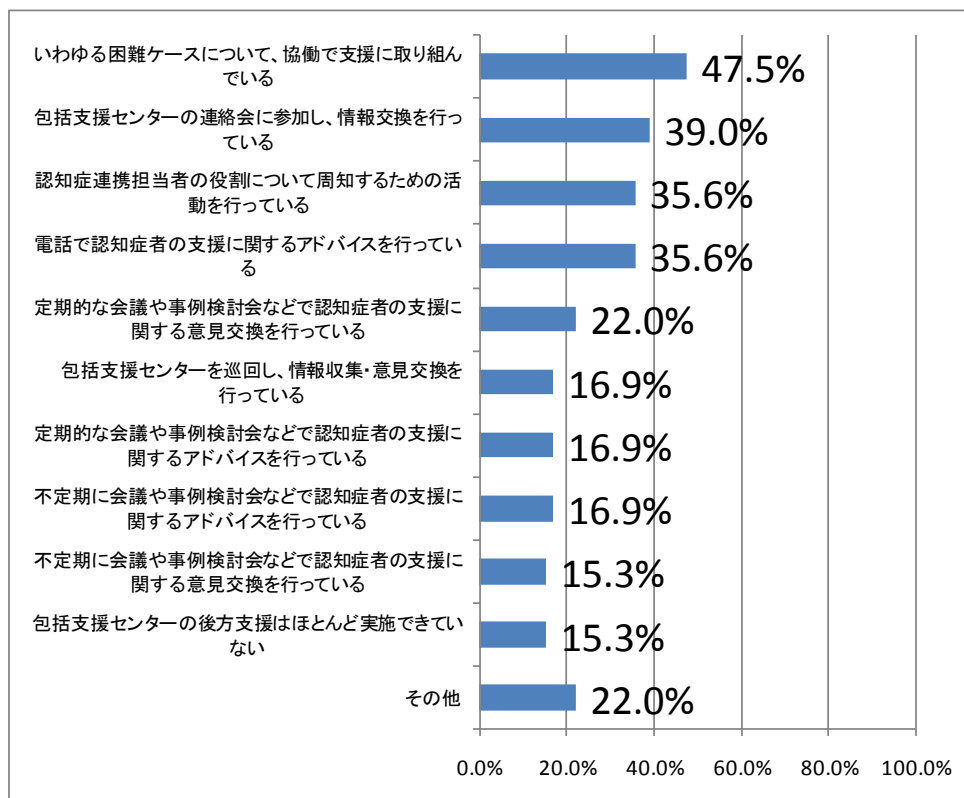


図 2-3 包括支援センターの後方支援について

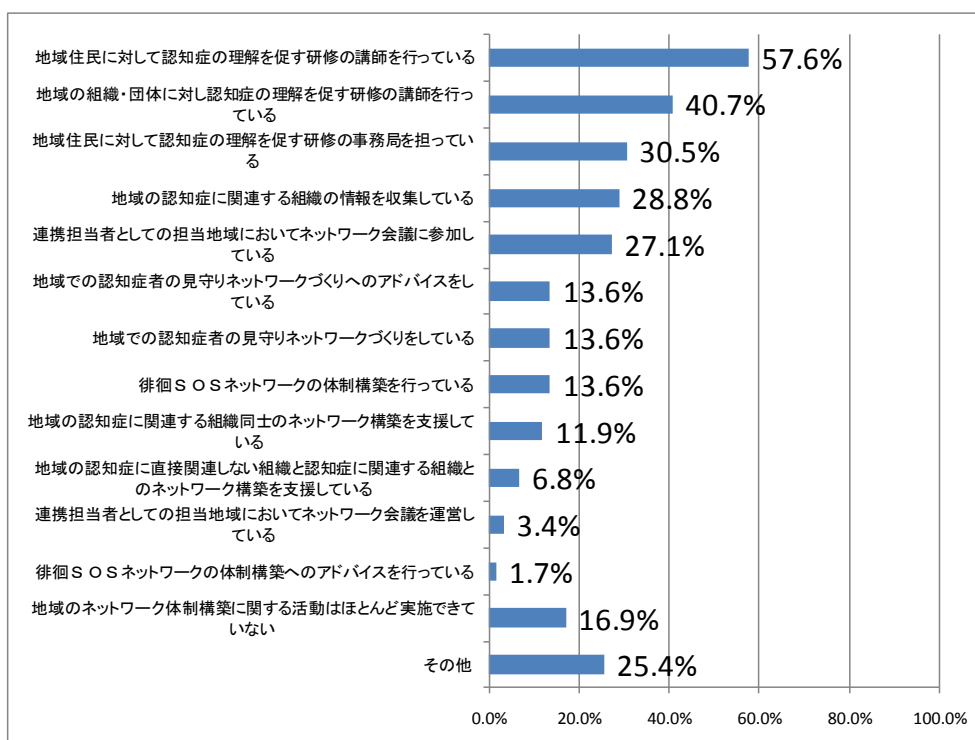


図 2-4 ネットワーク体制の構築について

表 2－1 連携担当者の役割ごとの具体的活動内容

○ 地域におけるネットワーク体制の構築 ・ 疾患医療センターの事例検討会に毎回参加 ・ 民生委員、介護支援専門員の会議に参加 ・ 民生委員、嘱託員、介護支援専門員、サービス事業所、認知症疾患医療センター、婦人会、老人会、3 障がい支援センターなどに呼び掛け認知症支援部会などを設立 ・ 認知症専用相談電話を設置 ・ 認知症対策についてマップやチャート図の作成 ・ 電気、水道、ガス、商店、ショッピングセンター、新聞店、郵便局、記入機関、司法書士、地域の部会…地域ネットワークの立ち上げ ・ 徘徊 S O S ネットワークへ参加し情報交換 ・ エリア内の医療機関に対する認知症の診療及び治療についての受け入れ方針の情報収集
○ 医療センターにおいて認知症の確定診断を受けた者に対する支援 ・ 定例（週 1 回～月 1 回）の会議を認知症疾患医療センターと開催する ・ 曜日を決めて疾患医療センターを訪問し情報交換をする ・ 地域にいる医療につながらない認知症者の相談を定例会にて行う ・ 認知症疾患医療センター利用後の認知症者の情報を認知症疾患医療センターに提供する ・ 相談のあったケースの中で支援の必要なケースを挙げ、受診の支援や家族支援の打ち合わせを行う ・ 受診のための連携シートを共同で作成し、活用しながら連携している
○ 他の地域包括支援センターに対する支援 ・ 地域包括支援センター社会福祉士連絡会議に定期的に参加し意見交換 ・ エリア内の地域包括支援センターの連絡会に参加 ・ 地域包括支援センターとの勉強会の開催（ひもときネット、センター方式） ・ 地域包括支援センター主催の研修会に参加。地域の情報把握や情報交換 ・ 地域包括支援センター、ケア会議での事業説明 ・ 認知症疾患医療センターからの情報を提供 ・ 情報共有のため、基本情報シートや相談記録の会欄を行う
○ 若年性認知症者に対する支援 ・ 障害者職業センター、ハローワークの障害者担当者、認知症疾患医療センターの連携担当者とともに情報交換の会議を開催 ・ 疾患医療センターを利用した若年性認知症者の相談を受ける ・ 地域で介護認定を受けている若年性認知症者の実態把握 ・ 若年性認知症者の家族会に参加し定期的に情報収集する ・ 若年性認知症者の家族からの相談を受けサービスを紹介する ・ 精神障害者就労支援ネットワーク会議に参加し、情報共有を図っている ・ 地域包括支援センターに対し若年性認知症者の情報提供 ・ 認知症の人と家族の会の若年期つどいに参加し情報収集

3. 連携担当者研修のカリキュラム

認知症連携担当者の所持資格等の背景はさまざまである。認知症連携担当者と連携をとる際に、どのようなカリキュラムで学んでいるかを参考にすると良い。表2-2は、平成22年度に実施された認知症連携担当者研修のカリキュラムである。

表2-2 平成22年度第1回認知症連携担当者研修カリキュラム

日付	単元名	形態	時間	担当
9月15日 (水)	開講式・オリエンテーション		10:00~10:20	東京センター
	1 研修の位置づけと連携担当者の役割	講義	10:20~11:00	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
			11:05~11:50	東京センター 永田久美子
			11:50~12:00	東京センター 今井幸亮
	2 若年認知症を支える社会制度と支援	講義・演習	13:00~15:00	大府センター 小長谷陽子氏
	3 認知症者の社会参加・社会活動を支える地域連携のあり方	講義	15:10~16:40	NPO法人やじろべー 代表 中澤純一 氏
	4 情報が持つ意味を踏まえて認知症者本人と資源の強みを生かす 振り返りと学びの共有	講義・演習	16:40~17:40	東京センター 大島憲子
9月16日 (木)	本日の研修のねらい、諸連絡		9:00~ 9:10	東京センター
	5 認知症介護における地域医療の実践と今後の方向性	講義	9:10~10:40 10:50~12:20	社団法人地域医療振興協会 市立伊東市民病院 臨床研修センター長 八森淳 氏
	6 認知症連携担当者に期待すること	講義	13:30~14:20	東京センター センター長 本間昭
	7 認知症ケアの理念・倫理に基づいた虐待防止と権利擁護	講義	14:30~16:20	いけだ後見支援ネット 池田 恵利子 氏
	振り返りと学びの共有	演習	16:30~17:30	東京センター
9月17日 (金)	本日の研修のねらい、諸連絡		9:00~ 9:10	東京センター
	8 連携担当者の活動状況	講義	9:10~9:40	東京センター 中村考一・渡辺浩文
	9 認知症疾患医療センターと地域包括支援センターの 連携担当者の連携のあり方	講義・演習	9:40~12:20 13:20~15:00	東京センター 大島憲子・今井幸亮
	学びの共有と振り返り用紙の記入		15:00~15:15	東京センター
	修了式		15:30~15:40	東京センター

第2節 認知症疾患医療センター

《ガイドライン》

- 認知症疾患医療センターは、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」を踏まえ、「認知症における専門医療の提供、介護との連携の中核機関」として設置された。
- 認知症疾患医療センターの事業内容は
 - (1) 専門医療相談
 - (2) 鑑別診断とそれに基づく初期対応
 - (3) 合併症・周辺症状への急性期対応
 - (4) かかりつけ医等への研修会の開催
 - (5) 認知症疾患医療連携協議会の開催
 - (6) 情報発信とされている。
- 認知症疾患医療センターに配置される認知症連携担当者は、地域包括支援センターに配置される認知症連携担当者と連携をとりながら、業務を遂行することが求められる。

1. 認知症疾患医療センターとは

平成20年7月に厚生労働省により「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」（以下「緊急プロジェクト」）の報告書がまとめられた。「緊急プロジェクト」では、「実態の把握」「研究開発の促進」「早期診断の推進と適切な医療の提供」「適切なケアの普及及び本人・家族支援」「若年性認知症対策」を認知症対策の基本方針として打ち出し、「早期診断の推進と適切な医療の提供」の対策の一つとして、認知症疾患医療センターを中核とした認知症医療の体制強化を掲げ、「認知症における専門医療の提供、介護との連携の中核機関」として認知症疾患医療センターを全国150箇所程度に設置するとした。その中で、医療と介護の連携を強化するための連携担当者を配置することや、自治体の積極的な関与の下に地域の認知症医療における連携体制を構築すること、鑑別診断やBPSDの急性期対応の強化などが謳われている。つまり、認知症疾患医療センターは「保健医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断、周辺症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者

への研修を行うことにより、地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図る」ことを目的に都道府県及び政令指定都市に指定されている医療機関である。(障発第 0422003 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」)

2. 認知症疾患医療センターの役割と機能

「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱」によると、事業内容は(1) 専門医療相談(2) 鑑別診断とそれに基づく初期対応(3) 合併症・周辺症状への急性期対応(4) かかりつけ医等への研修会の開催(5) 認知症疾患医療連携協議会の開催(6) 情報発信とされている。また、設置基準が設けられ、「①専門医療機関としての機能」「②地域連携の機能」の2つの機能が付与されている。まず①専門医療機関としての機能については、「専門医療相談ができる医療相談室を配置し、専門医療相談窓口、専用電話等の必要な設備を整備しその体制を確保すること」「人員配置として専門医としての臨床経験を5年以上有した医師が1名以上配置されていること」「専任の臨床心理技術者が1名以上配置されていること」「精神保健福祉士または保健師等が2名以上配置されていること。うち1名は常勤専従で地域包括支援センターとの連絡調整業務を担当すること」「鑑別診断の検査体制としてCT、MRIを有し、SPECTを活用できる医療機関と連携が取れていること」「周辺症状、身体合併症に対する急性期入院治療を行える一般病床、精神病床を有していること」などが求められている。(詳細は巻末資料2「認知症疾患医療センター事業実施要綱」参照)

また、「②地域連携の機能」については、「情報センター機能」として、普及啓発や住民からの相談に対応し、「研修会、連絡協議会」機能としてサポート医研修やかかりつけ医研修の状況等を踏まえつつ、研修を自ら行い、又は他の主体の実施する研修に協力すること、地域の連携体制強化のための認知症疾患医療連携協議会を組織し開催することなどが挙げられている。これらの事業の概要について図2-1に示した。

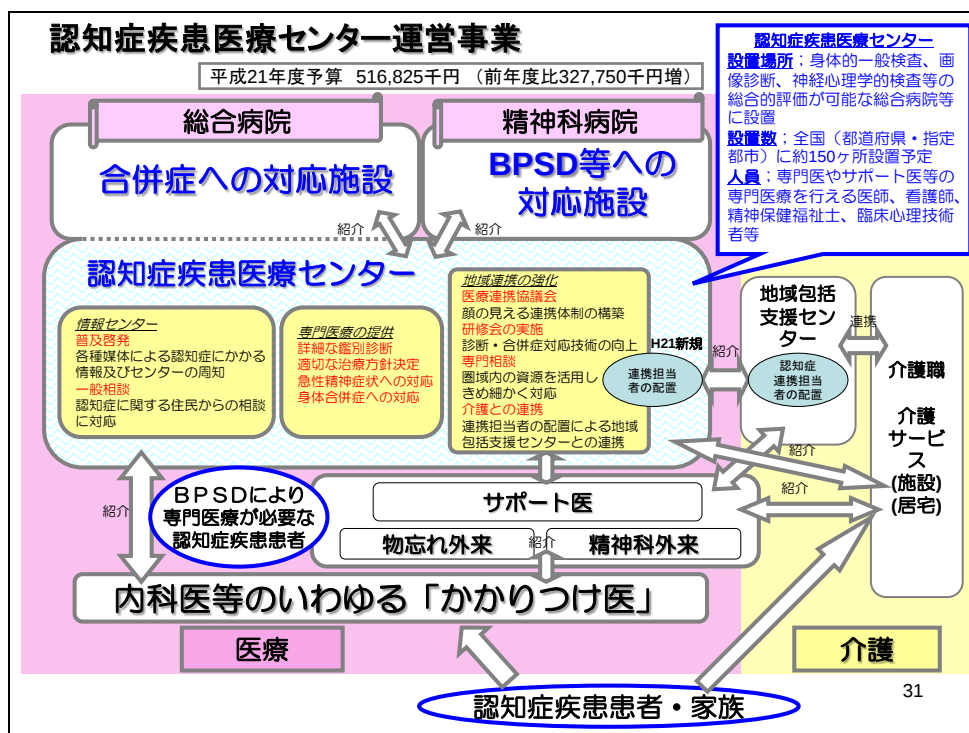


図 2 - 1 認知症疾患医療センター運営事業

3. 認知症疾患医療センターにおける連携担当者の役割

認知症認知症疾患医療センターには、常勤専従で地域包括支援センターとの連絡調整業務を担当する「連携担当者」が配置される。認知症疾患医療センターに配置される連携担当者は、地域包括支援センターに配置される連携担当者と連携をとりながら、認知症疾患医療センターにおいて業務を遂行する。認知症疾患医療センターに配置されている連携担当者の業務に関する具体例として、大阪府堺市の浅香山病院における取り組みを表 2 - 3 にまとめた。また特に浅香山病院認知症疾患医療センターでは、相談対応マニュアルを作成している。認知症相談対応マニュアルについては表 2 - 4 に示す。なお、認知症相談対応マニュアルは、連携担当者が、認知症に関する相談を受ける際に確認すべき情報を医師・看護師・精神保健福祉士等と確認し作成されている。

表 2－3 浅香山病院認知症疾患医療センター(堺市)連携担当者業務一覧

1. 専門医療相談

(ア) 受診相談

電話・面接でインテークを行い、必要に応じて鑑別診断や受診の予約を取る。
場合によっては、介護支援専門員・地域包括支援センター・かかりつけ医などへ情報提供を行う。(注 1)

(イ) 入院相談

インテークを行い、かかりつけ医からの診療情報提供書や看護・介護サマリーを取り寄せ、担当医に相談の上、入院の調整を行う。

(ウ) 介護相談

認知症者・家族に対する介護保険等の説明、申請に関わる支援、サービス利用に関わる支援や助言を行う。必要に応じて、地域包括支援センター等へ情報提供を行う。(注 2)

(エ) 権利擁護に関する相談

認知症者・家族に対する成年後見制度、地域権利擁護事業等の説明、申請に関わる支援や助言を行う。また、虐待事例等への対応。(避難的入院の検討など)(注 3)

(オ) 年金・手帳等社会資源に関する相談

2. 地域包括支援センター連携担当者との連携

(ア) 鑑別診断受診者の情報提供

3 ヶ月に 1 回、鑑別診断受診者の統計を取り、地域包括支援センター連携担当者へ報告を行う。(資料「認知症連携強化事業マニュアル」参照)

若年性認知症者への支援

認知症者・家族と面接を行い、就労・経済・生活・介護等の相談に応じる。
地域包括支援センターへ介入を依頼し、介護サービス等の導入について支援や助言を行う。地域包括支援センター連携担当者へ情報提供を行う。

(イ) 要支援程度の者、困難事例への支援

認知症者・家族・介護支援専門員等と面接を行い、必要に応じて地域包括支援センターへ介入を依頼し、介護等への助言を行う。地域包括支援センター連携担当者へ情報提供を行う。

3. 認知症疾患医療連携協議会の開催

地域連携を円滑に図るため、地域の保健福祉、医療、介護関係者との連携協議会をもち、年 2 回程度の会議を開催する。(注 4)

表 2－3 浅香山病院認知症疾患医療センター(堺市)連携担当者業務一覧つづき

4. 実務担当者会議の開催

顔の見える関係づくり、連携協議会への議題提案等を行うため、認知症関連分野の実務担当者にて年 6 回程度の会議を開催する。

5. 地域包括支援センターとの事例検討会の開催

具体的な事例を通じてそれぞれの役割の相互理解を深め、お互いの情報交換・共有を行うことで連携の強化を行い、認知症にかかわる相談支援のスキルアップを図る。また、事例から地域課題を見出し、解決できるよう働きかけを行う。(注 5)

6. 研修会の開催

医療・介護・福祉に従事している職員向けに、認知症の理解を深めスキルアップが図れるような研修会を企画・開催する。(注 6)

7. 関連する会議、研修会等への参加

他の認知症疾患医療センターが開催する研修会等への参加 (注 7)

8. 実績報告

相談経路、相談件数、相談者居住地、鑑別診断件数、診断名、入院者数等統計・分析を行い、堺市へ報告書を提出する。

9. 講師派遣

かかりつけ医研修等への講師派遣の調整

(注 1) 例えば、「本人の介護により、家族が疲弊している場合など、ショートステイ等について情報提供し、希望があれば、介護支援専門員へ状況を伝え、ショートステイ等の調整を依頼する」「近隣の方や友人等からの相談で、本人は独居の場合などで、生活に支障が出ており介護サービス等が必要ではないかと思われる場合、地域包括支援センター、へ連絡し訪問などを検討してもらう。」「認知症により生活に支障が出ているが、かかりつけ医からは年相応と言われており、紹介状を書いてもらえない場合、認知症疾患医療センターよりかかりつけ医に連絡し、状況を伝え、診療情報の提供を得る。」といったケースが挙げられる。

(注 2) 例えば、「介護認定が未申請であるが、生活への支障が大きく、結果が出るまでサービスなしでは生活が支えられないようなケースについて、みなし認定でのサービス導入が必要である旨地域包括支援センター、へ連絡し、その後の支援を依頼。」「これから申請を予定しているケースで、要支援程度と思われるケースの場合、地域包括

支援センター、に連絡し、介護支援専門員の紹介（＊堺市では、地域包括支援センターの介護支援専門員が予防プランを立てる場合と地域の介護支援専門員に予防プランを依頼する場合とがある）、今後のケアプランなど依頼する。」

(注3) 「相談の内容から虐待が疑われるケース（例えば、同居しているにも関わらず本人の状態を殆ど知らず放置していると思われるケース、本人の状態をよく聞くと全身にけがをしているケースなど）について、家族の了解を得て地域包括支援センターに連絡し、訪問を依頼。」のような場合がある。（家族が虐待をしているという意識がなく、介護負担などから本人に手をあげてしまったり、どうしていいかわからず放置してしまっているような例もあり、電話（面接）相談の段階で、家族に相談窓口があることなどを伝えると支援や介入を希望されるケースがほとんどである。恐らく、一般的なイメージにある虐待事例は、虐待している家族や本人が虐待を隠そうとするため発覚が難しかったり、虐待している当事者である家族から相談が入る事はほとんどなと考えられるが、ここで挙げた例は専門医療相談に家族が電話もしくは来院されたケースであるため、家族の了解が取れなかったことはこれまで1件もない。）また「独居、高齢者世帯で双方が認知症などのケースで、本人が地域包括支援センターに出向く事が困難であると考えられるケースについて、地域包括支援センターへ連絡し、訪問などを依頼。」のようなケースが挙げられる。

(注4) これまでに「かかりつけ医と専門医療機関の診療情報提供書の書式の検討、運用の方法について」「堺市内の専門医療機関を把握するためのアンケートの実施について」などの議題で協議会を実施。

(注5) 堺市では、事例検討会を2カ月に1回、2時間程度実施している。2時間の時間配分は、事例報告・質疑45分、意見交換45分、まとめ・その他報告事項など30分としている。事例検討会の役割分担は、司会を福祉公社の担当者、書記を認知症疾患医療センター担当者とし、事例提供者を地域包括支援センター・認知症疾患医療センター・在宅介護支援センターで持ち回りで行うこととしている。

(注6) これまでに、かかりつけ医、行政職員、地域包括支援センター、介護関係施設、医療従事者などを対象に、「若年性認知症について」「認知症連携における医療と介護の共通知識」などのテーマで研修会を実施している。

(注7) 認知症関連の各種会議について必要に応じて認知症疾患医療センターの連携担当者が参加している。

表 2－4 浅香山病院における認知症相談対応マニュアル

認知症相談マニュアル

1 患者情報

氏名・生年月日・住所（郵便番号も確認しておくとう便利です）・電話番号

当院受診歴の有無を確認 分れば、ID を確認

家族構成（同居家族は誰か、配偶者はいるかなど）

2 相談者の情報

本人との関係

氏名（事業所名）・電話番号・（予約票の送付を相談者にする場合）住所

3 本人の状態

- ・いつ頃からどのような症状が気になっているか（数年前から物忘れがひどい、3 ヶ月前に脳梗塞で入院して以来うつのような症状があるなど）
- ・具体的に生活にどのような支障をきたしているか（物忘れがひどく通帳をしょつちゅうなくす、調理はできるが献立が立てられないなど）
- ・認知症の診断や精神科医の診察、頭部の画像診断などを受けたことがあるか（いつ、どこで、その時の Dr の指示は？など）→検査データがあれば持参してもらうこと
（3 ヶ月以内のデータなら当院での検査を省略できる可能性あり）
- ・かかりつけ医はどのように考えているか（相談していない、相談したが年相応と言われた、精神科受診をすすめられているなど）→紹介状を持参してもらうこと
- ・ADL
- ・合併症（特に糖尿病の有無、糖尿病の場合はインシュリンが必要か、心臓ペースメーカーの有無、透析・在宅酸素など継続的な治療を要する合併症の有無）

4 介護サービス等について

- ・家族状況の確認（同居家族の就労状況、近隣に家族がいるかなど）
- ・介護保険サービスの利用状況（介護度、利用しているサービスの内容・頻度など）
- ・介護支援専門員・デイサービスなどの事業所・担当者名
- ・地域包括支援センター等の介入の有無
- ・サービス利用中の様子（終始徘徊しているがスタッフからは特に何も言われていない、ショートステイを利用しているが夜寝ないので困ると言われているなど）

5 受診の目的

- ・鑑別診断、入院、成年後見鑑定、介護保険主治医意見書作成など
- ・相談の経路（誰に勧められたか具体的に確認すること）

6 その他

『キャンセルの連絡は早目に下さい』と必ず伝える事。また、キャンセルがあれば、関連部署に速やかに連絡を入れること！

※注意事項※

◎鑑別診断

- ・症状について
「いつ頃から」あるのか必ず聞くこと
物忘れ、物とられ妄想、抑うつ、易怒性、幻視、妄想、パーキンソニズム、人格の変化、常同行動、反社会的行為などの有無→具体的エピソードを聞くこと
- ・過去の受診歴・検査歴
→3ヶ月以内の検査データを持参できる場合、当院での検査を省略できるか医師に相談すること
- ・MRIが可能かどうか
→心臓ペースメーカーの有無、頭部の手術歴、体に金属が入っていないかどうか等
- ・糖尿病の有無
- ・若年性認知症疑い、他院にて鑑別困難事例に関しては、特別な検査の指示が必要かどうか専門医に相談すること

◎入院

- ・合併症
糖尿病の場合インシュリンの有無、バルーン・ストマ・在宅酸素などの有無、進行ガンや血液関係の疾患の有無など
- ・ADL
独歩可能かどうか、車椅子使用ならトランスファー自立か、立ち上がり可能かなど

◎成年後見鑑定

- ・なぜ成年後見申し立てが必要なのか（経済的問題についてなど具体的に聞くこと）
- ・申立人は誰か
- ・誰が後見人になるのか

◎介護保険主治医意見書作成

- ・前回の意見書をどこで作成してもらったか
- ・介護認定の有効期限
- ・基本的にはかかりつけ医にて作成してもらうものであることを説明すること

4. 認知症疾患医療センターとの連携上のポイント

1) 認知症疾患医療センターの役割と機能を理解する

認知症疾患医療センターと連携する際には、これまで示したような認知症疾患医療センターの役割と機能について理解しておくことが求められる。ただし、認知症疾患医療センターのあり方は、病院の規模や組織、設備等によってさまざまである。

認知症疾患医療センターとの連携をスムーズにするためには、まず地域の医療体制がどうなっているかを知る事が必要である。どこにどのよ

うな病院があり、どのような機能を持っているのか、地域においてどのような役割を担っているのかなどを押さえるとともに、認知症疾患医療センターの指定を受けた病院の位置づけを知り、何がどの程度できるのかを把握し共通認識を得ておくことにより、より円滑な連携ができると考えられる。

なお、ここまでに示した業務一覧や認知症相談マニュアルはあくまで実践の一例である。各地域でこのような書式を関連する専門職の共通認識の下、作成するプロセス自体が連携のために重要である。

2) 本人及び家族に早期受診を促す

認知症者の在宅支援において、身体合併症や激しい BPSD を家族が抱え込みすぎてしまい、認知症疾患医療センターにつながった時には、すでに家族は疲れ切っており、在宅復帰につながらないというケースが報告されている。家族も介護支援専門員等の専門職も負担が少ないうちに受診し、早めに症状をコントロールし、早期に在宅復帰を目指すサイクルを作ることが望ましい。

そのためには、どのタイミングで受診を勧めればよいのか、また、受診の際にはどのような情報が必要となるのか、どのような手順で受診が可能なのかなどを予めかかりつけ医や認知症疾患医療センターと確認しあうことが不可欠である。やみくもにただ受診を勧めればよいというものではなく、しっかりとしたアセスメントを行ったうえで、正確な情報提供を行う事でスムーズに医療に繋ぐ事ができる。

3) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律における入院の形態を理解する

認知症者の BPSD の治療の際の入院は精神科となることが多い。そのため、連携担当者は精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法）において定められている入院形態などについて、一定の知識を有していることが望ましい。

精神科に入院する際、基本的には本人の同意による「任意入院」という形態をとる。しかしながら、本人の同意が得られない場合、精神保健指定医の判断により保護者の同意による「医療保護入院」という形態をとることがある。この場合、「保護者」の同意が必要となるが、精神保健福祉法における保護者とは、「後見人又は保佐人」「配偶者」「親権を行う者」「扶養義務者」であり、優先順位は「①後見人又は保佐人」「②配偶

者」「③親権を行う者」「④扶養義務者」となる。また、①②③以外の扶養義務者が保護者となる場合には、家庭裁判所において「保護者の選任審判」を受けなければならないこともある。

以上のように、精神科に入院する際には煩雑な手続きを要する場合があるため、あらかじめ入院する病院の担当者と綿密な情報交換を行い、本人はもちろん、家族との調整も行う必要がある。また、本人の意思とは無関係に医療が施されるという事は、本人の基本的な人権に大きく関わることであり、人権侵害が行われないよう十分に検討すべきである。

4) 退院にあたって利用できる地域の社会資源を把握する

認知症疾患医療センター等への受診・入院後、認知症者の在宅生活の継続・在宅復帰をめざすためには、認知症者やその家族に対し、受診・入院した認知症者の居住地における社会資源に関する情報を提供できることが求められる。在宅復帰の支援を行う専門職が、認知症者が入院前にどのような生活を行っていたか、すなわち「地域のどのような人や機関」と「どのような関係を持っていたか」という情報を収集し、それを認知症疾患医療センターの連携担当者等と情報共有することによって、在宅復帰の可能性を具体的に検討することができる。

また、それと同時に本人とまだつながっていない社会資源に関する情報を収集し整理しておくことも重要である。例えば、家族会の発足・活動の状況、地域の医師の認知症の診断・治療の実施状況・医療設備の状況、ショートステイやデイサービスの実施状況、民生・児童委員の認知症に関する知識や取り組みの状況、自治会などでの認知症サポーター養成研修の実施状況、地域での認知症者の居住状況など、地域の社会資源について情報を収集し整理しておくことにより在宅生活の可能性を具体的に検討することができる。

<引用・参考文献>

- 1) 認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告書」(2008)

第3章 認知症ケアにおける医療連携

第1節 認知症医療の現状

認知症の有病率は年代別の人口構成にもよるが、高齢者のおよそ6～10%と推定される。5歳刻みの年齢段階別出現率は、65～69歳1.5%、70～74歳3.6%、75～79歳7.1%、80～84歳14.6%、85歳以上27.3%と高頻度である（老人保健福祉計画策定に当たっての痴呆老人の把握方法等について」平成4年2月老計第29号、老健14号）。このように有病率が高い疾患であることから、認知症は日常的な疾患（common disease）としての認識が定着しつつある。頻度が高い日常的な疾患は一般的にはプライマリーケアの守備範囲と考えられるが、過去においては、精神科などの特別な疾患と考えられ、プライマリーケアに携わるいわゆるかかりつけ医の守備範囲外に置かれてきた経緯がある。しかしながら、アルツハイマー型認知症の進行抑制薬であるドネペジル塩酸塩の登場とともに、薬剤介入ができる疾患になったこと、社会的な課題として認知症者の様々な問題がクローズアップされる中、厚生労働省によるかかりつけ医認知症対応力向上研修や、製薬企業によるかかりつけ医の診療能力向上と地域連携の研修プログラムの提供などもあり、かかりつけ医への啓発が進んできている。今では、認知症はかかりつけ医がみる疾患としてとらえられるようになってきつつある。しかしながら、地域差があるものの、その診断、治療について時間や労力を割き、対応しているかかりつけ医は、認知症の有病率からみるとまだ十分とは言えない状況にある。

一方、一般に認知症の専門診療科といわれる精神科、神経内科、脳神経外科でも全ての医療機関で認知症を専門とし診療しているわけではない。しかも専門医療機関だけでは到底診療できるくらいの有病率ではないのは明らかである。また、専門診療科、特に病院における専門診療の場では、その生活背景まで配慮し、地域の生活支援者（介護保険サービスなども含む）と協調しての医療を行うことは今のところ難しいのが現状といえる。それは、専門医療機関が必ずしも認知症者が住んでいる生活圏にあるわけではないし、また、専門診療科はむしろ疾患中心のアプローチにならざるを得ない現状がある。生活の在り方、生活の支援を必要とするという疾患の特徴的な部分に対応するのは、専門医療機関だけでは難しい。

認知症に対する医療は、認知症という疾患の診断、認知機能の判定、認知機能に基づく生活上の困難性との関係の解釈、その生活障害を抱えた人の医療とケアとのつなぎをする役割、他の身体疾患の併存、BPSD への対応など、多くの役割や機能を必要とする。

これら全てを満たしていくためには、専門医だけでも、かかりつけ医だけでも成り立たず、また、認知症者本人の状況を考えると、生活支援と医療的支援のそれぞれが必要で、また、それらが連携することが重要である。このような全体的視点、認知症者や家族を主体とした視点で医療連携、地域連携の在り方を考え、しかもその方法を明らかにし、実行することが重要である。

第2節 認知症者が地域で生活し続けるための医療的障壁は何か

認知症者が最期まで適切に医療のサポートを受けるということは、認知症者にだれかが気付き、医療機関につながり、必要な方に医療的支援が行われ、そして認知症は慢性の疾患なので、他の併存症の状況にも対応し、生活を支えるという流れがあることと考えることができる。医療的な言葉でいうと、早期発見、早期診断、早期治療、継続治療、そして看取りが生活支援とともに提供される流れがあることと言い換えることができる。

これらの流れの中のどこかでうまく対応ができなかった時に、認知症者は生活が困難になり、同時に介護者に大きな負担がのしかかることになる。いろいろな地域の状況をみると、図3-1に示すように、**3つのボトルネック**が考えられる。皆さんの地域ではこのボトルネックが起きていないか、起きそうな状況にはないかを確認する上で、次の3つの点について考えてみてはどうだろうか。

- 1) 啓発の機会が多く、健診、地域での発見、地域包括支援センターからの紹介など医療につながる多様なチャンネルが存在しているか。相談窓口は周知されているか。
- 2) 診断の機能において専門医に負担がかかりすぎていないか、かかりつけ医の診断がどの程度の割合に達しているか。
- 3) BPSD が発症したときの対応が本人や介護者の ADL や QOL を見落とさない形で行われているか。そして BPSD も頻繁におこる問題であることから、これにかかりつけ医が介護や生活支援の職種とチームとしてどれだけ関わっているか。この3点である。

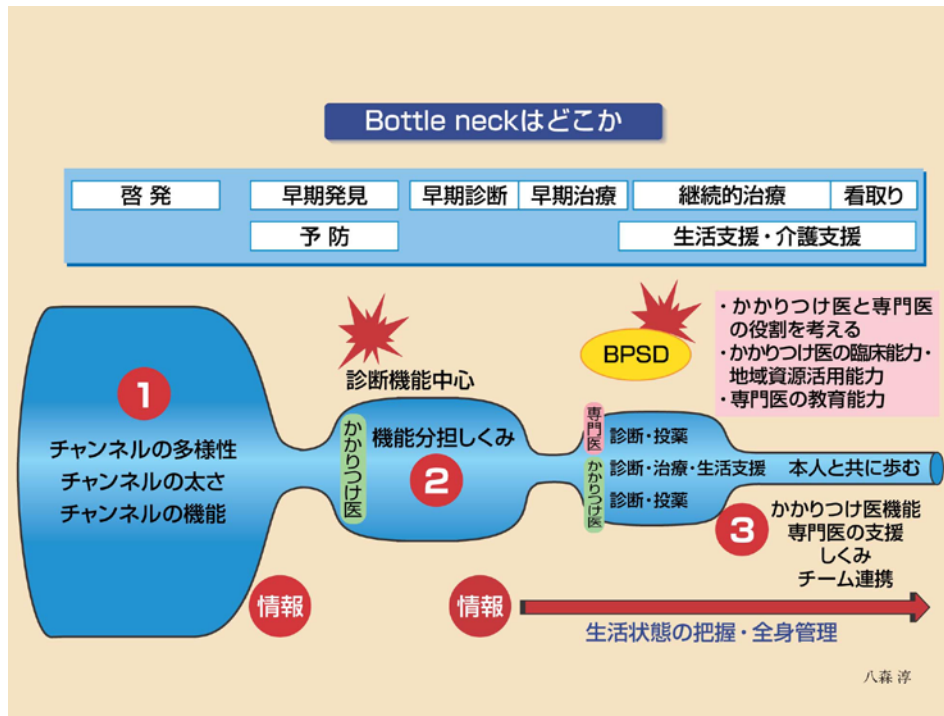


図 3－1 ボトルネックはどこか

1. Bottle neck 1: どう拾い上げるか～医療につながるために～

- 1) 啓発の機会が多く、健診、地域での発見、地域包括支援センターからの紹介など医療につながる多様なチャンネルが存在しているか。相談窓口は周知されているか。

認知症者の 4 割程度はまだ潜在化しているといわれ、毎年新たな発症があることも考えると、継続的な啓発が市民、専門職、そして地域のつなぎ役に必要である。地域のつなぎ役は地域ごとに違いはあるにせよ、民生児童委員、町内会や自治会の役員、最近では生活支援に関わるボランティアグループや NPO もその役割を担ってくれることもある。さらには、専門職ではない市民キャラバンメイト、認知症サポーターというような方々があげられる。特に生活に密着した交通機関、コンビニエンスストア、スーパーマーケット、商店街、理美容院など人が集まるところ全てが認知症の知識を得ることにより、大切なつなぎ役になってくれる。これら地域のつなぎ役が早期発見の役割を担い、地域包括支援センターや行政窓口につながり、医療機関に受診することも増えてきている。医療につながるための、拾い上げのこの部分が実は最

も大きなボトルネックになっていることを、医療者や地域包括支援センター、行政、そして認知症連携担当者は意識しておく必要がある。認知症ということが早く顕在化されることが、重度化するまで進行し、認知症者も介護者も負担が大きくなってから受診するという状況をつくらなくて済むことになる最も重要な部分であることを意識して、どの立場においても啓発の重要性を認識する必要がある。そのような視点に立った時に、医療者や認知症連携担当者、地域包括支援センターが関わっている方々が、本来支援を必要としている人の一部であることが見えてきて、いろいろな住民団体とつながり、地域づくりや地域の中での情報共有の在り方などについても関心が持てたりするようになってくる。この視点が、地域アプローチの第一歩になり、そこから、広い視野に立った地域連携の全体像が見えてくる。

そこで具体的な地域介入、地域住民との連携の方法論として、上記のつなぎ役の方々との意見交換の場づくり、地域の認知症者が相談しやすい環境づくりなど地域の実情に合わせた取り組みが見えてくる。認知症者に気付き、支援者、医療者につなぐネットワーク構築は、実はそのまま認知症者を地域で支えるためのネットワークづくりに直結している。これらの過程で時々問題になることが**個人情報についての取り扱い**である。過度な個人情報保護のもと、地域では認知症者の話題が噂話で独り歩きして大きな問題になっているにも関わらず、行政や医療者など適切なところにだけ情報が届かないという弊害になっている事例は少なくない。このような、個人の情報が適切な支援者にだけ届かず、個人が守られない状況を克服するためにも地域においてしっかりとしたコンセンサスづくりを行う必要がある。ならびに、行政職員や地域包括支援センターなど公的な職務の中で守秘義務をもって相談を受け、援助を行う職員に情報が届かないのは、単に個人情報保護の問題だけではないように思える。気付いた人が適切な経路で、支援者に情報を届けられるしくみを地域でつくっていくには、**行政、地域包括支援センター、認知症連携担当者、医療者、介護職などの専門職ばかりではなく、地域の住民とこれらの問題を考える場を持つことが重要**と思われる。そのような場づくりの提案も地域包括支援センターの職員と協同した認知症連携担当者の役割といえる。

2. Bottle neck 2: 診断をどこで行うか

- 2) 診断の機能において専門医に負担がかかりすぎていないか、かかりつけ医の診断がどの程度の割合に達しているか。

認知症の診療能力を向上させる目的でかかりつけ医認知症対応力向上研修などが行われているが、認知症の診断をだれが行うかについては地域ごとに大きく状況が異なっている可能性がある。専門医療機関がなければ診断がされず放置されているかという点と必ずしもそうではなく、むしろ専門医療機関があることにより、診断機能が専門医療機関に集中してしまい診断のための待ち期間が長くなったり、診断を任せた専門医療機関にそのまま外来通院したりすることになってしまう例も珍しくない。認知症の地域での有病率をみたときに、一部の患者だけが診断や継続治療の恩恵を受ける構造になりかねないという危険をはらんでいる。これは医療機関の問題ばかりではなく、利用する患者側の要因も多分に働いていると思われるが、このように地域全体を見たときに医療サービスの利用者がごく限られた方になってしまうことのないしくみづくりが必要である。認知症疾患医療センターも、診断機能、困難な BPSD 対応など、地域の一般病院では難しい役割を担う場所だけに、地域の中でセンターがどんな役割で、どんな連携の中の位置づけなのかを整理し、医療機関や住民に周知する必要がある。連携担当者はまさに、そのような情報発信と、全体の流れの中での各医療機関の役割がどうあるべきか、それをどう活用すべきかを考え、活用し、地域の連携の要になることになることが期待される。

診断について地域連携パスをつくり、専門医療機関で、専門的な認知機能検査や心理検査、画像診断などを受けたり、専門医による診察を受けることで確定診断が得られたりするしくみづくりも必要と思われるが、認知症の診断にある程度関われる医師がかかりつけ医の中にもいると、その後のフォローアップの際に、よりきめ細やかに対応しやすい。つまり、診断の際にはいろいろな認知機能について（例えば、記憶、失語、実行機能、視空間認知、見当識など）領域別に状況を把握するなどの作業が行われる。このような認知機能領域の変化について判断しながら状況を追うことで、ケアの仕方についてアドバイスをしやすくなるなど、生活支援という意味においても重要な役割を担うことができるようになる。また、一般的に認知症の診断にある程度携わる医師は BPSD の評価や、原因の判断、薬物介入も含めた関わりを行える傾向が高いこともあり、ある程度の臨床診断がつけられるように、今後も

かかりつけ医が診療能力をあげることが重要である。画像診断は、確定診断にも有用ではあるが、それ以上に、水頭症や慢性硬膜下血腫などの頭蓋内占拠性病変や脳血管疾患を除外するために特に有用なため、病診連携によるこれら画像検査が受けられるしくみは診療能力の程度に関わらず今後も必要である。専門医療機関をどのように活用するか、全ての患者について診断機能のある専門医療機関が関わるのかどうかは、診断までの待ち状況や、予測される認知症者の数と現在のカバー率、医療機関の受け入れ許容量などから検討していく必要がある。これは、ひとつひとつの医療機関についての需給バランスの論理も必要だが、地域全体の需給バランス、カバー率などの視点で今後の計画や連携の方法を検討していくことも必要である。それらのにズの状態を認知症疾患医療センターと、実際に地域の連携の真ただ中に入っている連携担当者が中心になり、医師会、地域の病院、地域包括支援センター、行政などの協力を得て、地域連携の在り方を考えていく必要がある。そこには、いつも認知症者と家族の視点に立ち、今受診できていない、潜在的なにズに対しても考慮する必要がある。

このような状況の中で、診療報酬の改定では、専門医療機関の認知症に対する入院医療に対して加算が手厚くなっている。専門医療機関と診療所の連携においても加算が認められたが、診療所の加算は少なく、遠くの医療機関に行けないような状態の労力を要する認知症者の診療における診療所の医療評価はまだ十分とは言えない。そのため、かかりつけ医の地域における認知症医療への取り組みが進みきれない要因になっている可能性もある。専門医療機関で認知症の診断をし、治療計画を作成するということは診療報酬で加算対象であるが、全ての認知症者がこの流れに乗るとすると、容量オーバーにならないような専門医療機関の診療体制の強化が望まれる。一般的に認知症の高齢者の場合、認知症のない高齢者と同様、多くの併存症を持ち、これら身体疾患とBPSDの関係が密接であることなどから、認知症の専門医療機関ではかなり幅広い診療科の知識をもった受け皿が必要になる。地域の各専門医療機関の診療の状況やかかりつけ医の認知症診療の現状に合わせて、各地域での認知症に対する医療と併存する身体疾患を総合的にみて判断し、しかも、生活支援に結び付けていく連携体制を構築していく必要がある。連携担当者は、身体疾患＋認知症の事例に対して、これらの問題が総合的に取り扱われ、生活支援（介護サービスなど）への医療的アドバイスが行われているのか、生活状況や家族支援や社会支援状況に応じた医療提供がなされているのかについて状況を分析し、必要な機会に提言したり、意見共有できるようにしておく必要がある。

＜病診連携でありがちな問題＞

上述のように、かかりつけ医も認知症の診断をある程度行おうという医師も増えてきている。それぞれの医師によって、診断や治療、BPSD に対してどの程度まで関わるかの立ち位置が異なっている。例えば、**診断については、ある程度の診断はできているが確定診断を得るために専門医に一度紹介しようという医師、画像診断だけ得られれば自分でほとんど診断を行う医師、診断については自信がないので専門医に診断のほとんどをお任せしたい医師、認知症については自院では診療しないという医師などに類型化**できる。治療についても、自分で治療を開始する医師、専門医の処方をもとに継続治療を行う医師、必要なときには自分で処方を変更する医師と専門医の判断を仰ぐ医師などに分けることができる。診断にしても治療にしても、全ての医師が全ての患者に同じ方法をとるのではなく、当然、家庭の事情や病状によってある程度の幅を持たせて対応しているのが一般的である。医療連携というと、例えば医師会と専門医療機関（病院）でのしくみを考えて動きだすと、これらの幅が制約されたり、病院としてはしくみの中でどちらかというところと一定のルールに従って行うほうが病院自体の対応がしやすいことも多い。そんな中で、上記のように認知症の診療に幅があるため、誤解が生じることがある。日本での「紹介」は「Consult（当該問題に対して、不明なところを補ってもらって、自分が主体的に関わっていくという立ち位置）」と「Referral（少なくとも現状で当該問題に対して、主体的に関わる医師は自分ではなく、相手をお願いするという立ち位置）」の両方を同じ言葉で扱っていることがほとんどである。これが、どうやらお互いの誤解を生む原因になっていることがある。

「紹介」元は Consult のつもりでお願いしたら、患者が帰って来なくなった。患者をとられたような思いになってしまった。というような例である。「紹介」先は Referral ととったかもしれないし、医療機関によっては診断確定のために時間経過を重視し、3 か月から半年預かりたいと思う医療機関もあるがそのあたりがお互いに了解が得られていなかった。とか、治療が安定したことを確認してからと思うとやはり数カ月かかってしまう。あるいは、患者と家族が専門医療機関での加療を両医師の意思に反して希望してしまった。などの状況が実際にあったりする。

逆に「紹介」元は自分の手に負えなかったり、診療負担が大きかったりして Referral のつもりでお願いしたら、診断をつけてもらい、処方指示があり帰ってきてしまった。なんで「紹介」したのに返すのだろう。といった具合

である。

これらはともに、診療について一方の要求と他方の捉え方が一致していなかったことによる行き違いである。紹介状に具体的に何をして欲しくて何をして欲しくないのかを明確にする必要がある。上述の類型までのことを述べるかは別としても、ある程度同じような行き違いがあったり、お互いの診療内容や専門領域を理解していない場合は、紹介状や連携シートなどに、診断、治療(処方)、BPSD 対応などについて、ある程度自分が中心にみて主に Consult なのか、それとも Referral なのかが明記されるとお互い分かりやすくなる。**連携での問題が生じるときに、それがうまくいかない原因がどこにあるのかをしっかりと見ていくことによって、このような、互いに同じ言葉（今回は「紹介状」）が実はお互い違うものを意味していたなどの、コミュニケーションでおきやすい問題に気付く。**連携担当者は、コミュニケーションにおけるこのような問題に今後遭遇することもあると思うが、問題の根本がどこにあるのか分析すると、対策も講じやすくなる。

＜かかりつけ医のメリットを活かした認知症診療～地域連携による診方～＞

認知症は有病率が高く、生活障害そのものが症状であり、地域の介護サービスや近所や地域の社会支援を活用した生活援助が必要になってくる。そのような資源と連携を取りながら、認知症者の生活に近い場で医療的なサポートを行える医師が関わることを望ましい。このようなことを考えるとやはり認知症診療におけるかかりつけ医の役割は大きくなることが期待される。しかしながら、かかりつけ医も幅広い診療と多くの患者の診療に当たるため、正直なところ認知症者の診療に十分な時間を割いて情報を収集し、整理し、家族へのアドバイスを行えるだけの余裕が十分にあるとは言い難い。しかも、診療報酬上も認知症について特段の配慮がなされているわけでもない。このような状況の中で、かかりつけ医が生活状況を容易に把握し、それを認知機能の状況を類推できるものとし整理し、自らが診断あるいは専門医療機関との連携による診断のもと早く適切な診療計画がなされるように情報が提供できるようにするための一つの鍵が地域連携にある。逆に地域からの情報がなく、家族や本人からの病歴聴取や医療機関での診察だけの情報で診断したことで、実は家庭や地域で非常に多くの行動異常や心理症状があるにも関わらず見逃され診断が誤ってしまう事例は、専門医療機関でもおこっている。このような状況を考えると、認知症の診断にあたっては家族以外からの情報収

集が診断の鍵になることがあり、地域の把握している情報によるとすでにかなり以前から症状があったことが容易に推察できることもある。そう考えると、**地域包括支援センターに報告される生活情報や、相談を受けた介護支援専門員からの情報などをうまく活用することで、診断に必要な多くの情報を集め、整理することができることに気づく。**実際に、認知症診療において、家族支援や社会支援の状況、生活障害の状況など病歴や背景の情報収集に時間がかかるため、この部分を地域連携で簡便に情報を得るしくみなどが行われている。これにより、かかりつけ医が長い病歴聴取を少しでも短くすることで、診療時間を短縮し、しかも的確な情報把握につながる。具体的には、地域包括支援センター、介護支援専門員などとかかりつけ医の連絡票などを用いることで、情報が明確になり診断につながり、相談しやすい状況をつくることができる。情報連携のための書式やツールを作成し活用していくことで連携がうまくいきやすくなることもある。連絡票の例を表3-1に示す。また、このようなものを、関係者で検討してつくること自体によりそれぞれが必要な情報を整理し、相手を理解した連携につながっていくので**作成過程に関係者を交えて意見交換するというプロセス自体が重要**であるため、連携担当者はそのようなプロセスにおいて、ファシリテーターとしての役割を果たすことが望まれる。

表 3－1 もの忘れ相談連絡箋

もの忘れ相談連絡箋 平成 年 月 日 AM / PM (送付先:)			
用件: ☐ 受診希望 ☐ 主治医意見書作成にあたり ☐ 状況(経過)報告 ☐ その他()			
発信者	所属 _____ 氏名 _____	FAX _____	TEL _____
対象者	氏名 _____ 年齢 _____ 性: 男・女 _____ 住所: _____		
介護保険サービス	有・無・申請中 _____	同居人数(本人含) _____	
他医療機関利用	有・無 _____	(主な医療機関) _____	
☐ 最近あったできごとを忘れる ☐ 同じことを聞き返すようになった ☐ 同じものを何度も買う、いつも大きいお金で支払う ☐ 正しい年齢がわからない(3歳以上食い違う) ☐ 時間、曜日、日付などの感覚がおかしい ☐ 外出して戻れないことがある。道に迷う。 ☐ 家事をしなくなった(料理・洗濯・掃除等) ☐ 薬の管理ができない ☐ 洋服を選んで着れない、適切に着れない ☐ 一人で入浴できない ☐ トイレでの失敗があったり、漏らしたりするようになった ☐ 何度も食べようとする ☐ 意欲がなくなった。以前楽しめたことが楽しくない ☐ 抑うつ的だったり、涙もろくなったりしている ☐ 日中ぼーっとしていることがある ☐ はっきりとしている時とはっきりしないことがある ☐ 体が硬くなり、動作が遅かったり歩きが小股になった ☐ ないものが見えたり聞こえたりするようだ(幻視・幻聴) ☐ 夜中にうなされたり、おやっと思う行動をしたりする ☐ もの・お金を盗られたという ☐ 火の不始末がある(タバコの火の不始末・鍋焦がし等) ☐ 落ち着きがなくなったり、座っていられない ☐ 徘徊する ☐ 暴力・暴言がある。怒りっぽい。			
困っていること・生活の様子・過去の生活や職業など		気になる症状は 年 月頃から (春・夏・秋・冬から)	
		家族図	
家族のとらえ方 ☐ 認知症だと思っている ☐ 認知症かもしれないと思っている ☐ 認知症とっていない		家族の介護に対する思い ☐ 今のところ家族で介護しようと思っている ☐ 介護の継続を悩んでいる ☐ 家庭での介護は無理だと思っている	
連絡の希望・希望内容など			

ATUSHI HACHIMORI 2009

3. Bottle neck 3: BPSD の受け皿をどうつくるか¹⁾

- 3) BPSD が発症したときの対応が本人や介護者の ADL や QOL を見落とさない形で行われているか。そして BPSD も頻繁におこる問題であることから、これにかかりつけ医が介護や生活支援の職種とチームとしてどれだけ関わられているか。

地域の BPSD の現状についてはこれまで調査が少ないが、国内外の論文によると認知症者の約 7 割から 9 割に BPSD の症状が出現するといわれている^{2) 3) 4)}。認知症は有病率が高い日常的な疾患であると述べたが、そのほとんどが BPSD の症状をもつことから、BPSD 自体が日常的なありふれた病態といえる。

また、精神科病棟入院時における BPSD の出現頻度の報告^{5) 6)} において、不眠、易刺激性、多動および徘徊といった症状が入院患者の 50% 以上で認められおり、BPSD の出現により認知症者が精神科病棟に入院する大きな要因となっていると考えられ、BPSD を改善することが在宅での生活を継続するために重要と考えられる。

さらに、2002 年の要介護（要支援）高齢者における認知症高齢者の推計⁷⁾ によると、314 万人の要介護、要支援高齢者のうち 66.9% が在宅で生活をしているが、認知症高齢者自立度 II 以上の認知症の高齢者は 49.0%、さらに自立度 III 以上になると 35.4% の方しか在宅での生活ができていない状態にあった。認知症の自立度は中核症状ならびに BPSD によって規定されるが、恐らく在宅の生活が続けられなくなる要因の多くの部分を BPSD が占めると思われる。

このようなことから、BPSD に対する地域の受け皿として、大きく 2 つの方法が考えられる。①在宅での BPSD 対応の充実（外来診療と訪問診療）、②在宅で対応困難な BPSD の入院対応の充実である。後者に関しては、認知症疾患医療センターの重要な役割となり、また医療保険点数上も加算が設けられている。この場合、かかりつけ医や認知症連携担当者の大きな役割は、本人の状況があまり悪くならないうちに、あるいは家族が疲弊してしまう前にこのような入院加療できる医療機関に早くつなぐことである。BPSD の症状が強く、特に夜間に家族が眠られない日が続くようになると在宅での生活に対して介護者が自信をなくしてしまい、再度 BPSD が改善された状態になろうとも在宅での介護に不安を感じ、施設入所や入院治療の継続希望が出やすくなる。そうなる前に、外来診療を介護サービスを駆使して対応するか、難しい状況なら早めに入院加療が可能な医療機関で治療を受けるようなつなぎを行う必要がある。そのためにも、認知症疾患医療センターの入院患者の退院先の受け

皿をしっかりとつくっておく必要がある。つまり、在宅復帰できるようなかかりつけ医の受け皿、家族の受け皿（これには結局、入院前にあまり家族に負担をかけすぎない状況をつくっておく必要がある）、あるいは入所施設の受け皿をつくっておくことである。地域によっては介護老人保健施設が短期的なその受け皿になる可能性があるが、認知症も頻度が高く、BPSD 自体が頻度が高いことから、やはり、各施設や在宅でかかわる医師が BPSD に対してのある程度の対応や初期アセスメントができることが重要になってくる。結局、かかりつけ医など生活に近い場で BPSD に対する医療体制ができていることが、疾患医療センターの機能を活かすための条件にもなってくる。

＜BPSD への対応は生活に近い場で行われる必要がある＞

これまで BPSD への対応は、主に精神科を中心とした専門医により行われてきたと思われる。また、これまでの医療連携の中で BPSD に対する医療は取り扱う医師が限られていたこともあり、病院での対応が中心であった可能性が高い。地域の BPSD の実態調査は多くはないが、訪問診療あるいは診療所の症例を中心とした BPSD 症例の調査がある。認知症の「周辺症状」(BPSD)に対する医療と介護の実態調査と BPSD に対するチームアプローチ研修事業の指針策定報告書（ぼけ予防協会，東京，2008）によると、コントロールがつかず在宅で生活していた 134 例において、BPSD への対応を行い、BPSD の症状の軽減、生活のしづらさの改善などが得られた割合は 90%以上であった。今回の対象の前医療機関が精神科（33.8%）、神経内科（19.5%）、脳外科（9.1%）などの専門医療機関だった割合は 57.5%であった。これら専門医療期間での医療を受けながらも実際に生活改善に至っていない BPSD の症状がある方は地域に多くいることが推察される。専門医療機関で対応できない BPSD の症状がある方が在宅には多くいるとするとなぜだろうか。3つの大きな理由が想定される。1つは、病院などの外来では、頻繁におこる BPSD に対するモニタリングがなされにくいこと、2つ目は BPSD の原因として多くの身体疾患が関わり対応が難しいこと、3つ目は BPSD への治療や対応が確立していないことである。

BPSD が在宅で解決されにくいこの3つの理由について考えてみる。1つ目は病院などの外来管理において BPSD に対するモニタリングが十分になされにくいという課題である。同調査において、BPSD が1日1回以上起こる割合が55%、週に1回以上起こる割合は84%にも及んでいた（表3-2）。また、非薬物療法を行うにしても、薬物療法を行うにしても対象者により症状の変

動があったり、薬物の副作用があったりなど少なくとも日単位でのモニタリングと対応が必要な場合があり、家族だけにそのモニタリングを委ねることが難しい状況も多い。これらのモニタリングにおいて、介護スタッフや医療従事者からの確認などが頻繁に行われることが望ましいが病院での対応はなかなか難しいのが一般的である。そういう意味でも、訪問診療や地域の身近な医療機関として医療を行う診療所主体の医療機関が今回多く含まれたことも、治療や対応の成果が上がった要因と考えられる。より生活の場に近いところで BPSD への医療が行われることで成果が出ることが予想される。

表 3－2 BPSD の頻度（複数回答可）

(高)		BPSD の頻度					(低)		
BPSD の種類		4. 日に 1 回以上	3. 週に 数回	2. 月に 数回	1. 月に 1 回	0. なし	未回 答	計	
↑ ↓	(多い)	妄想	28	15	4	1	0	2	50
		攻撃的言動	32	8	2	1	0	4	47
		その他	22	11	2	2	1	3	41
		幻覚	23	14	1	1	0	1	40
		睡眠障害	16	21	2	0	0	1	40
		徘徊	14	5	3	1	0	2	25
		不安	12	6	1	0	0	0	19
		介護への抵抗	9	5	0	0	0	3	17
		抑うつ	8	4	1	0	0	0	13
		焦燥	7	2	1	0	0	0	10
		心気	5	1	3	0	0	0	9
		性的な行動の障 害	0	3	0	1	0	1	5
		ろう便（不潔行 為）	2	0	2	0	0	1	5
		依存	2	1	0	0	0	0	3
		過食	1	0	1	0	0	1	3
		仮性作業	1	0	1	0	0	0	2
		異食	0	2	0	0	0	0	2
	(少ない)	易怒性	0	0	0	1	0	0	1
計		182	98	24	8	1	19	332	

認知症の「周辺症状」(BPSD)に対する医療と介護の実態調査と BPSD に対する
チームアプローチ研修事業の指針策定報告書. ぼけ予防協会, 東京 (2008)

2つ目は、殆どの BPSD を有する認知症者が何かしらの併存する身体疾患をもっており、しかも同調査において BPSD の原因として身体合併症が 23.0% であり、身体疾患や BPSD に対して使われた薬剤によるものが 37.7% であった。多科受診により薬剤が増えていったことや、いろいろな症状や疾患に対して使われた薬剤を調整する機能が働きにくくなっていると考えられる。その人にとって全体として有益な薬剤管理を行う役割が必要である。そういう意味では、かかりつけ医がその人の全体の問題を調整、管理する役割を果たすことでこれらの問題が解決する可能性がある。いろいろな健康問題をもつ高齢者の医療、特に BPSD という形で表現されるいろいろな原因についてのアプローチにはかかりつけ医あるいは「主治医機能」が必要である。認知症をはじめ各疾患領域の専門家と連携し、最終的に全体のコーディネーションと生活の管理のできる医師がやはり今後も求められる。

認知症連携担当者は、対象となる認知症者が、認知症に対する医療と身体に関する医療が分断されず、認知症と身体疾患の関係性、それらの治療の関係性について総合的に扱われているかどうかを見極め、生活の状態、身体疾患の治療状況、認知症の治療状況について少なくとも医療情報が共有されているかどうか、されていなければそれら医療情報の共有がされるように情報提供書を求めるなどのつなぎ役としての役割が求められる。また、生活支援としての介護サービスや家族介護がこれら医療的な視点から支えられているかどうかをモニタリングする必要がある。

3つ目は、BPSD への治療や対応が確立されておらず、専門医療機関でもその対応が必ずしも一定しないことが挙げられる。生活の場に近い医師の関わりが必要なことを考えると専門医療機関のみならず、プライマリーケアにあたるかかりつけ医と、地域の現場にいるケアスタッフやコメディカルスタッフなどとチームで行う BPSD への対応のためのガイドラインや実質的な研修が今後望まれる。現在、NPO 法人地域認知症サポートブリッジ (<http://www.dsbridge.or.jp/>) では、これらのニーズから BPSD に対する薬物治療とチーム介入の研修を行っており、今後も認知症の専門医、地域で BPSD に関わるかかりつけ医、コメディカルやケアスタッフ、介護者などと共同してさらに実質的な介入方法が確立されてくるとと思われるが、このような研修の機会は十分とは言えず、今後、認知症疾患医療センターがその受け皿になり、地域のチーム医療における研修などを行っていく必要がある。そのような援助として NPO 法人地域認知症サポートブリッジなどの外部の支援組織が必要になってくるのかもしれない。

＜介入の目標をどこに置くか＞

チームアプローチでは目標の共有が重要になる。その際、介入の目標をどこに置くかを確認しておく必要がある⁸⁾。BPSD の症状ひとつひとつに目が向いてしまい、例えば、今ある幻視や幻聴などの幻覚をすべて消そうと考えて過鎮静に陥ってしまったのでは、結局本人は「生活がむしろしにくい状態」になってしまい、何のための介入なのかが分からなくなってしまう。パーソン・センタード・ケアといわれるように BPSD による本人の生活しにくさが改善されることを目標としつつ、介護者である家族の生活しやすさにも配慮した介入の在り方を考える必要がある。また、非定型抗精神病薬投与により 1.6～1.7 倍死亡が増えるという結果があり FDA（アメリカ食品医薬品局）から勧告が出されている（FDA Public Health Advisory. Deaths with Antipsychotics in Elderly Patients with Behavioral Disturbances.

<http://www.fda.gov/cder/drug/advisory/antipsychotics.htm>）が、非薬物的アプローチを優先させ、低用量、短期投与を初期目標として介入することが望まれる。また、非定型抗精神病薬は定型抗精神病薬に対して錐体外路症状が少ないといわれるが、それでも錐体外路症状の発症がありできれば減量、中止することを前提として、非薬物療法を重視することが原則になる。家族介護なしに在宅生活が困難なこともあり、つい介護者主体の介入になりがちになるため、限られた視点での判断とならないため、倫理的観点からも認知症者本人を中心に据えた介入になるように、家族も含めたチームで介入目標の確認をする必要がある。認知症連携担当者は、パーソン・センタード・ケアの視点から認知症者の現状を把握し、必要に応じて治療の場を在宅から一度 BPSD 対応のできる専門医療機関の入院加療に切り替えるなど、つなぎ役としての役割が期待される。

＜BPSD 医療での主治医の役割＞

BPSD の症状をもった方は、おそらく受診さえ困難な方が多いことは容易に想像できる。この「そもそも受診できない方に対応することから BPSD 医療は始まる」ことを念頭に置く必要がある。状態が不安定な時期など、必要に応じて訪問診療や往診での対応など、在宅を基盤とした医療がある程度求められる。また、身体疾患や薬剤の影響による BPSD が多いことから、高齢者に頻発する日常的な疾患や病態について対応する必要がある。また、医師は単に

薬物療法を行うだけの役目ではなく、あくまで本人の生活のしづらさの改善のために、環境面、日常生活でのケアについて、認知症やその原因疾患やその時の認知機能の状況においてアドバイスできることが望ましい。あるいは、そのようなケアの仕方や環境などについては地域包括支援センターや介護支援専門員などと連携して対応し、医師はコメディカル、介護保険サービス提供者や関わる職員と連携していることを本人や家族に伝え、チームでサポートしていることを説明することで本人や家族が安心できるように配慮する必要がある。チーム連携の技術は、薬剤の選択に匹敵するかそれ以上に重要な治療要素であると考えられる。

一方薬物介入についての重要な点は、薬剤の投与というよりも、BPSD やせん妄、あるいは認知機能悪化の原因となる薬剤が投与されていないか確認することから始まる。抗精神病薬の過剰投与が BPSD の悪化要因となっていることもあるし、定型抗精神病薬、非定型抗精神病薬に関わらず錐体外路症状の有無については配慮する必要がある。アカシジア（静座不能）、ジストニア、ジスキネジアなどの症状は ADL の低下につながり QOL を損なう。抗精神病薬等による過鎮静や睡眠剤の翌日への持ち越しによる日中傾眠なども他スタッフや家族の協力を得て症状のモニタリングを行い、避けなくてはならない。状態に応じて薬剤の減量を意識しておくことが重要で漫然と継続的投与がされないように配慮する必要がある。他に注意が必要な薬剤として抗不安薬、抗てんかん薬、抗パーキンソン薬、抗ヒスタミン薬、H₂ 受容体拮抗薬、頻尿・尿失禁治療薬、一部の胃腸機能調整薬などが挙げられる。また、例えばアルツハイマー型認知症へのドネペジル塩酸塩（アリセプト）の効果も薬剤を整理したうえで投与するとより効果が得られることも経験されている⁹⁾。

<BPSD へのチーム医療の実際（表 3－3 参照）>

BPSD へのチーム医療の実際についての確認項目を表 3－3 に示した。実際のチームでの介入方法について、今後医師も含めたチームでそれぞれの役割、共有すべき情報の内容や共有の仕方、個々の症例への柔軟な対応と、介入目標の共有の仕方など具体的な研修プログラムが必要と考えられる。NPO 地域認知症サポートブリッジ (<http://www.dsbridge.or.jp/>) では、チームによる薬物介入を含む BPSD への対応についての研修プログラムを現在展開中であり、表 3－3 にはその一部を示した。

また、ケアスタッフや地域包括支援センターなどが認知症を疑った場合に医師に効率的に情報を提供し診断につなげるためにはいくつかの方法が考えられるが、情報の連絡箋などがあると、情報の漏れがなく、しかも簡潔に医師に情報が伝えられ、ケアスタッフと医療側の連携にも役立つと思われる。これにより医師も病歴聴取の時間が軽減されたり、家族の意向をあらかじめ知った上で診察や説明ができるため、本人や家族の状態や考えに配慮した医療につながられたりする。また、ケアスタッフや地域包括支援センターなどの生活状態をよく知ったスタッフからの情報には外来では見いだせない情報があるため重要である。このような連絡ツールなどを使うことで連携がしやすいメリットもあるため何かしらの情報伝達手段を共有しておくことが望ましい。このような生活の場（介護スタッフや家族、近所、地域包括支援センターなど）からの情報をかかりつけ医が把握していると、認知症疾患医療センターや他の専門医療機関との連携においても非常に有用な情報となる。このような情報連携の在り方について、認知症連携担当者も検討し、地域の関係者と作成するなどの取り組みが期待される。

表 3-3 チーム医療における確認事項

※以下のプロセスで担当スタッフを決めておく（医師、看護師、薬剤師、ケアマネジャー、ヘルパーなど）

(1)受診前～初診

- ☐ 生活情報の収集（家族、チームメンバーから）
- ☐ 初診時の役割を分担
 - ☐ 「生活の困難さ」を聞く（担当スタッフ：_____）
 - ☐ 家族の生活状況、負担度、理解度を聞く（担当スタッフ：_____）
 - ☐ キーパーソンを読み取る（担当スタッフ：_____）
 - ☐ 外来、訪問診療の予定を組みこむ（担当スタッフ：_____）
 - ☐ 家族と本人を分けて診療する（担当スタッフ：_____）
 - ☐ 本人が認識する受診理由を確認する（担当スタッフ：_____）
 - ☐ 病歴聴取と介護者の思いを聞く（担当スタッフ：_____）
 - ☐ これまでの治療状況を確認する（担当スタッフ：_____）
 - ☐ 併存する身体疾患、原因となる身体疾患を確認する（医師）

(2)初診～治療導入

- ☐ 評価スケール、検査項目の設定
 - ☐ 認知機能検査,その他の心理テストを行う（担当スタッフ：_____）
 - ☐ 画像検査をどこまで行うのかの決定する（医師）
 - ☐ BPSD の評価（DBD, NPI など）を行う（担当スタッフ：_____）

※DBD: Dementia Behavior Disturbance Scale , NPI: Neuropsychiatric Inventory

- ☐ 非薬物介入に対するアドバイス（担当スタッフ：_____）
- ☐ 薬物介入に対する説明（医師、薬剤師、看護師など）
- ☐ モニタリング（担当スタッフ：_____）
 - ・ モニタリング項目

- ・ 薬剤（例：非定型抗精神病薬）の効果と副作用
 - ・ 錐体外路症状（アカシジア、ジストニア、ジスキネジアなど）
 - ・ 抗コリン作用（尿閉、便秘、ひどい口渇など）
 - ・ **ADL** の状況（嚥下の状況）、ふらつきの状況 ・ 過鎮静がないか
 - ・ 悪性症候群（減量・中止時）の兆候 ・ **BPSD** のコントロール状況
 - ・ 認知機能の評価 など

(3)維持・調整期

- ☐ 薬物療法と非薬物療法の両面からのアプローチを再検討（モニタリング項目は継続）
 - ☐ 薬剤減量の可能性を検討する、非薬物療法の再検討する（医師）
 - ☐ 身体疾患、薬剤による影響の再アセスメントする（医師、薬剤師）
 - ☐ 介護者、家族への対応のアドバイスを行う（担当スタッフ：_____）
 - ☐ 介護者の介護負担を評価し、対応する（担当スタッフ：_____）
 - ☐ 生活環境の評価をする（担当スタッフ：_____）
 - ☐ 緊張させる刺激はないか ☐ 安心できる居場所はどこか ☐ 心地よい刺激は何か
 - ☐ 認知機能に応じた役割の検討 ☐ 見当識を強化する場所（トイレ、部屋、季節感）
 - ☐ 古い記憶に働きかける など
- ☐ チーム内での情報の共有（本人、家族、チームメンバー）
 - ☐ 対処する **BPSD** は何か、「生活しにくさ」の原因は何かを再確認する
 - ☐ 今後の方針、利用できる制度・サービス、経済的状況を共有する

八森 淳

第3節 医療連携の2つのアプローチ

ここまで、認知症者が最期まで地域で医療の支援を受けられにくくする3つのbottle neckについて述べ、認知症連携担当者の役割について触れたが、医療連携、地域連携の2つのアプローチについて示す。

従来から行われ、一般的なアプローチは対象となる全地域に対するアプローチといえる。これに対して、今後地域での生活重視のアプローチとして考えたいのが、生活圏域別のアプローチである。

全地域に対するアプローチは、医師会、疾患医療センター、行政、地域包括支援センターなど各職域の代表者が集まり、そのしくみを検討して、該当地域に対して一斉にしくみとして行うアプローチである。広く同じ方法でしくみを導入できるため、運用上わかりやすいというメリットがある。多くの専門職を巻き込み、広く底上げ効果が期待できる。また、うまく稼働すれば、その分効果は大きく、住民にもそのしくみを説明しやすい。ただ、組織として大きなものを動かすため時間、労力、しくみ設定の費用などがかかる可能性がある。

一方、**生活圏域別アプローチ**は、地域包括支援センター単位で、例えば訪問診療をしてくれる医師、認知症診療に携わってくれる医師などを中心に、地域の困難事例などを共有し対応策を考えるなどの場を設けて、実際に顔の見える生活圏域内での連携を目標にするアプローチである。認知症者の生活や顔が見える中でのチームづくりに直結しやすく効果が出やすい。この生活圏域内の連携チームと必要に応じて、専門医療機関や認知症疾患医療センターとの連携を図っていくというモデルで、牽引力のある担当者や医師がいれば即効的に動き出すことができる。

この両アプローチはどちらをやればいいというのではなく、両アプローチが動くことが必要だが、地域の実情に応じて、どちらのアプローチからスタートするか、あるいは両アプローチをどのように計画的に行っていくかなどについては、地域包括支援センター、行政などとも協調しながら、認知症疾患医療センターとともに考えていくことが期待される。

第4節 まとめ

認知症の地域連携、医療連携が医療機関や支援者主体的な連携モデルにならないように、あくまで認知症者の生活状況の改善と、それに伴う家族の生活状況改善を目的としたものであることを確認しながら進むことが重要である。

地域の認知症者のどれだけの人が医療につながり、どのくらいの人が潜在化しているか、どのような状態で潜在化しているかを把握することが大切である。そして、地域のつなぎ役、地域包括支援センターなどの行政窓口、かかりつけ医、専門医療機関、認知症疾患医療センター、入所施設などがうまく機能し活用されることで、認知症者がその時々で生活しやすい状況になり、地域全体として必要な人が必要なサービスを受けられるような地域の連携のしくみを構築する必要がある。認知症連携担当者はそれら連携の要になるため、多くの医療者、地域資源と協調し、しくみづくりや援助にあたる必要がある。

<引用・参考文献>

- 1) 八森淳:認知症のBPSDを地域で支える 一医療機関、職種間連携のあり方一, 老年精神医学雑誌, 20 : 82-90, 2009.
- 2) Ferri CP et al.: Behavioral and psychological symptoms of dementia in developing countries. Int Psychogeriatr. 2004 Dec; 16(4): 441-59
- 3) Suh GH et al.: Behavioral and Psychological Signs and Symptoms of Dementia (BPSD) in antipsychotic-naïve Alzheimer's Disease patients. Int Psychogeriatr. 2004 Sep; 16(3): 337-50
- 4) 本間 昭ら: 痴呆における精神症状と行動障害の特徴. 老年精神医学雑誌 1998 ; 9(9) : 1019-24
- 5) 納富昭人, 田北昌史, 古賀 寛, 他: 老年期痴呆におけるleukoaraisosisの臨床的意義. 老年精神医学雑誌, 3:187-191, 1992
- 6) 田北昌史: 高度ADにおけるBPSD治療の考え方. 老年精神医学雑誌, 19増刊号 -I:115-118, 2008.
- 7) 高齢者介護研究会報告書. 2015 年の高齢者介護 ～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～ 2003 : 72-3
- 8) 八森 淳: チーム医療からみたもの忘れ外来. Progress in Medicine 24(10): 2459-2464, 2004.
- 9) 認知症の「周辺症状」(BPSD)に対する医療と介護の実態調査とBPSDに対するチームアプローチ研修事業の指針策定報告書. ぼけ予防協会, 東京 (2008)

第4章 高齢者虐待防止と権利擁護の実践

はじめに

人権とは、どんな国に生まれても男か女かまた身分や税金を払っているかなどの義務とは関係なく、人間としてもっている基本的な権利である。生命を守られ生きていく権利（生存権）そして自分の人生の主体として「どこでどのように暮らし生きていくか」を決めることのできる権利（自由権）などがその典型的なものである。高齢期になっても、いや人生の最後に近くなつてからの高齢期だからこそ、「尊厳ある生」を目指して支えたい。

第1節 高齢者の人権と権利、権利擁護

《ガイドライン》

- わが国の憲法第25条では国民に国が「最低限度の健康で文化的な生活」を保障する（生存権）とある。しかし現在は、その憲法第25条の生存権だけでなく、それとともに憲法第13条にある「すべての国民は個人として尊重される」（個人の尊重、幸福追求権）を保障することが求められている。
- たとえ高齢になり認知症になったとしても、それぞれ自分にとって幸福と感じられるもの、価値を感じて大事にしているものを求める、幸福追求の権利は人として平等に認められるものである。
- そしてその個別的な人の価値観、私らしさ、を大切にすることが尊厳の尊重につながる。
- ケア関係者は、人権として人間の根源的な願いである「自分の人生の主人公として、介護や福祉等の社会サービスを使いながらも、自分らしい生活と人生を地域社会で続けたい」という本人意思に基づく自立した生活と人生を支える職である。

【解 説】

1. 人権・権利の擁護

たとえば介護をする際にも、介護を必要とする方のこれまでの長い人生の中で培ってきた価値観、幸福感、を無視せずにその方が大事にしている価値観等を壊さずに共感していくことがケア関係者には求められるのである。

人間として生まれてきたら誰でもが人として住み慣れた地域で「その人らしい暮らし」ができるように社会で支える。それが人権の保障につながり、そのことに関しての市民として義務も権利も理解して、自立した「個人」が他の「個」と連帯し互いを認め合い支えあうことができるのが今後の福祉社会のあり方だといえよう。ケア関係者はまずこのような考え方に照らして自分の人間観や価値観、倫理観について自ら問い直し、自分と同様に他人の人権や権利についての意識を高め認めていくことの重要性を理解する必要がある。それは、介護や福祉という、人が人として生き、生活し人生を全うすることを支える職についている者の務めでもある。

介護保険制度等自己決定自己責任の制度はややこしくてわかりにくいという人も多く存在する。合理的な考え方と行動力がある人には利用できても、判断能力の低下した認知症高齢者等については、自立した生活を営めるような権利擁護が必要となるのである。

認知症であったとしても自立した生活をおくりたいというような願いは必ずあるもので、本人意思を確認し尊厳ある介護を心がけたい。また、もし認知症者の尊厳や権利が侵されている場合、それに気づきやすい立場を自覚し、介護福祉関係者等は必要に応じて相談支援体制の一員として係わっていく事が求められるのである。

2. 自分らしく生きるためのサポート

事例①

A子さんは86歳、要介護1の一人暮らし。亡くなったご主人と築き上げた家と庭がご自慢でせつせと庭木の手入れをしている方であったが、三年位前より認知症が出始め脊椎管狭窄症もある。家事は自分でできるからとデイサービスの利用のみをしていた。最近、火の始末の問題がありご近所から「そろそろ施設で生活していただいた方が良いのでは」と民生委員に連絡があった。顔見知りの民生委員が訪問し、それとなく「一人暮らしは大変でしょう。寂しいのでは」と話をすると「いえ、この家でこの庭を見て暮すことが私の最後の望み」と言われたと民生委員は役所に相談をした。「介護保険になる前だったら措置制度で施設入所していただけたけれど、今はそれも難しいから」と、自治体は地域包括支援センターに連絡し、あらためて職員がケアマネジャーと一緒に訪問し、本人意思の確認をして権利擁護の視点を持った今後の支援策を考えることになった。現在は、認知症がすすんだことから要介護3が出ており、一日一回のスポットでヘルパーが毎日介護訪問員として入り、その連携の中で見守られている。また遠方ではあるが係わっていただける姪との連絡もとれ、地域には見守りのネットワークもでき金銭管理には日常生活自立支援事業を利用している。日常生活自立支援事業は社会福祉協議会等により判断能力が低下し始めた方等へ①福祉サービスの利用援助②日常金銭管理③書類預かりサービス等を地域生活維持のために提供する事業である。

A子さんは以前のように適切な植木への手入れは出来なくなったものの「やっぱり家の梅は日本一よね」と言いながら、ご自宅での生活が続けられることで心理的にも安定しご自身らしい生活を続けられている。

事例研究

高齢者で一人暮らしであると、地域では火の始末への不安等から近隣等より施設入所をすすめるなどの声があがりやすい。それに対しては本人自身の意思を十分に確認し、サービス利用やネットワークの構築などでしっかりと見守り体制をつくるなどにより、なかなか自分の希望を主張できない高齢者の意思を確認し尊重することが人権面からも重要である。

第2節 成年後見制度の仕組みと利用方法

《ガイドライン》

- 成年後見制度とは認知症高齢者を例に考えれば、判断力が低下し人生の最後を「どこでどのように暮らすか」等に関して自分自身で適切に情報を集め決定し契約という手続きを出来なくなった時に、その大事な決定を勝手に他者に決められないよう、また財産をただ子孫に残すためでなく「本人のために使う」ことができる制度と考えられる。
- 成年後見制度の活用により、生活をする上で必要な契約（法律行為）を代わって行ってもらえることで、生活者としての権利が護られ、これまでのような自分らしい生活が目指せる。

【解 説】

1. 法制度のあらまし

介護保険と車の両輪として2000年の成年後見制度創設に際し掲げられた理念は、「自己決定の尊重」「残存能力の活用」「ノーマライゼーション」と「本人の保護」の調和であり、これは介護保険制度に通じるものである。

成年後見制度の法定後見の概要は表4-1の通りであるが、新しく作られた民法第858条には以下のような成年後見人の身上配慮義務が新しく明文化されており、これは財産管理や法律行為を行う際の指導理念であるとされる。

身上配慮義務 民法第858条

「成年後見人は、成年被後見人の生活、療養看護及び財産の管理に関する事務を行うにあたっては、成年被後見人の意思を尊重し、かつ、その心身の状態及び生活の状況に配慮しなければならない。」

成年後見制度には今後、本来のノーマライゼーションや自己決定の尊重にふさわしいサポートとしての権利擁護（代弁機能）が期待される。

表 4－1 法定後見の概要

		補助	保佐	後見
開始 手続	判断能力	判断能力が不十分な者	著しく不十分な者	欠く状況にある者
	申立権者	本人、配偶者、四親等内親族、検察官等、任意後見受任者、任意後見人、任意後見監督人、市町村長		
	本人同意	必要	不要	不要
同意見 取消権	付与対象	申立ての範囲内で家庭裁判所が定める「特定の法律行為」	民法 13 条 1 項所定の行為	日常生活に関する以外の行為
	付与手続	補助開始の審判＋同意見付与の審判＋本人の同意	保佐開始の審判	後見開始の審判
	取消権者	本人・補助人	本人・保佐人	本人・成年後見人
代理権	付与対象	申立の範囲内で家庭裁判所が定める「特定の法律行為」	申立の範囲内で家庭裁判所が定める「特定の法律行為」	財産に関するすべての法律行為
	付与手続	補助開始の審判＋代理権付与の審判＋本人の同意	保佐開始の審判＋代理権付与の審判＋本人の同意	後見開始の審判
	本人同意	必要	必要	不要
責務	身上配慮義務	後見人等は、被後見人等の心身の状態及び生活の状況に配慮する義務がある		

成年後見制度の特色

①任意後見制度の新設

本人の意思尊重に一番かなう制度として、本人の判断能力が低下する前に、誰にどのような権限をもってもらうかを公正証書として作成、登記し、能力低下後、あらためて監督人を申立し、初めて発効する。「自分の老後は自分で決めておく」を可能にする制度として任意後見制度が創設された。

②補助制度の新設

本人がすでに認知症や知的障がい、精神障がい等の状態にある場合は法定後見となる。法定後見には、本人の判断能力の程度に応じ、これまでの禁治産制度にほぼ相当する能力程度の方を対象とした後見、準禁治産制度にほぼ相当する能力程度の方を対象とした保佐、その他に鑑定書が必要とされない補助（新設）の三類型がある。

③制度の充実のために改定した事項

ア複数または法人で後見することが可能となった。

イ戸籍への記載は廃止となった 従来の「禁治産」「準禁治産」の宣告は、その事項が本人の戸籍に記載され、制度利用への抵抗感があったが、それを廃止し、成年後見人などの権限や任意後見契約の内容を登記して公示する成年後見登記制度が新設された。

ウ後見監督制度を充実した

エ民法第858条の身上配慮義務の明文化がされた

オ市町村長の申立てが可能となった 身寄りがない者、家族から虐待を受けている者などについて自治体が申し立てすることができる。厚生労働省は通知でその場合に二親等まで調べればよいとしている。

2. 利用の実際（手続きの流れ、費用、報酬、期間）

a. 申立て先 本人住所地の家庭裁判所

b. 申立て人は 本人（補助、保佐なら可能）配偶者、四親等内の親族、市町村長、未成年後見人、未成年後見監督人、保佐人、保佐監督人、補助人、補助監督人、検察官 ※市町村長申し立てで介護保険又は支援費制度

を利用する場合、成年後見制度利用支援事業（厚労省老健局、生活支援事業）が使えます。

c. 申立て書類、診断書フォーム等を家庭裁判所のインターネットで入手可能

d. その他必要書類 本人の戸籍謄本と附票、
登記事項証明書（各都道府県にある。申請書をインターネットで取り出し
郵送で依頼・取得できる）

e. 書類への記入と調査 申立ての理由をご本人の生活全般を知っている
福祉関係者等が助言するのが有効である。

f. 後見人候補者欄の記入 家族が敵対関係などにあり問題がある場合などには、第三者後見人も考えた方がよい場合もある。家庭裁判所では記入がなくとも適当な者を推薦してくれるが、事前に候補者をえたい場合、各地の弁護士会、リーガルサポート（全国の窓口03-3359-0541）社会福祉士会「ぱあとなあ」（全国の窓口03-5275-3694）等に照会するとよい。

g. 費用・報酬

申立てに関し費用 1万1千円程度 鑑定 5～10万円程度
報酬 被後見人の資産高と職務の内容により家庭裁判所が後見人より報酬付与の申し立てがあった場合に決める。資産がない方の場合、また後見人が報酬付与の申立てをしなければ結果的に報酬無しもありえる。

h. 審判までの期間

審判までの期間3ヶ月以内が約75%（家庭裁判所18年度統計）

3. 後見人の職務と制度活用

1) 制度活用のメリット

a. 永続的な支援を行ってくれる支援者をもつことになる

本人にとり、生涯の最期まで生活全般に関し入院入所などの契約にとど

まらず各種の社会サービス(医療・保健・福祉・介護・居住環境、交通等)利用等の契約を通し、「本人の最善の利益」を代弁する永続性のある支援者を持つこととなる。契約の履行状況をチェックするという意味で、施設や病院でのご本人の状況を確認し拘束や虐待への対策がとられることもある。選択と決定をご本人側で後見人が共にし、本人以外の声や力の強い他者に従わされることのないようにする。

b. 資産活用

経済的な問題に関し、現在の資産管理と活用に今後の見通しをもって責任ある関与が成年後見人に期待される。高齢者自身の為に資産を使え、生活維持と質の向上のため支出を伴うサービス利用も可能となる。

c. 其々の立場性の確保

「契約」の問題だけでなく、本人の代弁者・法的代理人として成年後見人がいることにより民法上からも事業者・サービス提供者と、本人側の立場にたつ「個人」が対等な立場で相談、連携することが可能となる。この点はリスクマネジメントや説明責任(アカウンタビリティ)の面からも重要である。

以上のようなことから、家族がいないもしくは本人のために期待したい家族機能が果たされない場合、遵法性において問題なく事業者が安心してケアに専念し「本人の利益」を護るために活用されるべき制度である。

2) 成年後見人の職務

よほど生活に関係ない資産を持っている方でなければ、身上監護事項と財産管理はきれいに分けられるものではない。財産管理に比べ判りにくい身上監護であるが**身上監護事項**とは 以下のような事柄を行なうことである。

- ① 健康診断等の受診、治療・入院等に関する契約【医療契約】その費用の支払等
- ② 本人の住居の確保に関する契約の締結、修繕、暖冷房等居住環境の手配契約、費用支払い等
- ③ 福祉施設等の入退所に関する選択、契約の締結、費用の支払い、処遇の監視・ケアプランの同意・異議申立て等
- ④ 介護・生活維持に関連するサービスや制度の利用の検討と選択、手配、

契約、ケアプランの同意、処遇に関する異議申立て、費用の支払等

- ⑤ 年金等社会保障給付の利用、手続き
- ⑥ 教育・リハビリ・雇用に関する契約の締結・費用の支払い等
- ⑦ レクリエーション・旅行などの手配、契約、費用の支払い等
- ⑧ 郵便物・文書の管理や処理等
- ⑨ 印鑑登録、住民票の届出等

見守り（契約等を本人状況に応じ決定するため、後見人が自分で把握していかなくてはならない）・（法律行為として行われる異議申し立て等の公法上の行為）・（代弁【アドボカシー】）高齢者が施設や病院にいても身上配慮義務や身上監護は必要である。契約に伴う費用支払いに際し履行状況をチェックし、プライバシー侵害や、拘束、虐待、薬漬け、個人の意思無視、ケアプランへの同意や異議の申し立て等について、後見人は高齢者の立場に立って確認しはじめて支払いをする。

☆後見人の権限が及ばないこと、職務にふくまれていないこと

結婚、離婚、養子縁組（一身専属事項と言います）

医療行為への同意（手術や麻酔注射の同意など）

死後の事務（葬儀やお墓に関することなど）

実際の介護、身元保証人や身元引受人になること

3) 身寄りのない方や低所得者の利用について

この制度は全ての権利擁護の制度がそうであるように、必要な方ほど制度を理解しにくくまた手続きも自分でできないものである。特に身寄りのない方については、身近な介護福祉士や介護支援専門員などが地域包括支援センターの権利擁護事業窓口につなげ市町村長申立てにつなぐなどの、社会的なサポートが必要である。

また、ご本人に後見制度申し立ての費用や報酬などを自費でまかなう資産の無い場合の制度利用については、**成年後見制度利用支援事業（厚生労働省老健局）**がある。

成年後見制度利用支援事業とは…成年後見制度の利用にあたり、必要となる費用を負担することが困難な為に市町村が助成するもので、その要件は主に

以下のようになっている。

- ①介護保険サービスもしくは支援費制度を利用又は利用しようとしている者
- ②成年後見制度の利用が費用や報酬の点で困難な者
- ③四親等内の親族がいなか申立てを拒否したり音信普通であったり、虐待等の理由で 関わるのが適切でない場合

ケア関係者は認知症者の一番身近にいてその生活実態を理解しやすい立場にいる。権利擁護の制度を理解し利用できるようなつなぎ、最後まで本人が尊厳ある生を全うできるように支える意識を持つことが重要である。

事例②

B 夫さん（79 歳）は奥さん（81 歳）と二人暮らしで子どもはいません。奥さんの介護を一週間に一度の訪問介護の利用をしながら続けていたのですが、B 夫さんに認知症が出始めて介護が困難になり奥さんは近くの病院に入院しました。その後も B 夫さんは近くの病院に毎日奥さんに会いに行っていたのですが、新聞は読まないのに三誌も契約し高額な布団を購入させられたりということが続きました。そのことに気付いたヘルパーからケアマネジャーに相談があり、地域包括支援センターと連携しながら消費者相談センターでクーリングオフの手続きの支援を受け、今後のために成年後見制度の利用につなぐことにしました。地域包括の職員とヘルパーの援助で年賀状から探し出せたご親戚に申立て人になっていただき、診断書も介護保険のかかりつけ医に書いてもらい（5 千円）、申立て費用（約 1 万五千元）も本人が出しました。鑑定についてもかかりつけ医に実施していただき（鑑定費用 5 万円）、裁判所からの訪問調査にも介護福祉士に付き添われて本人がこたえ保佐の審判が約一ヶ月半で出ました。保佐人には地域の社会福祉士が家庭裁判所の名簿から選任されました。その直後に奥さんが亡くなると、ケアマネジャーと保佐人とが本人と相談し知人の多いこの地域で暮したいという願いをもとに、まだまだ地域の人との交流ができるように地域にある施設やグループホームを本人と保佐人で見て回りました。B 夫さんは公営住宅に住んでいたため不動産はありませんが、毎月約 12 万円の年金と貯金が 500 万円ほどありました。後見人は、B 夫さんの財産と今後の出費の予想をしながらグループホームを利用しても生活できることを確認し、本人が一番気に入った平屋建てのこじんまりしたグループホームと契約をしました。また、これまでの家財をホームに運ぶ幾つかを残してその他は処分し公営住宅も返還手続きをし、その他年金や介護保険等また減免手続きなども行ないました。その後 B 夫さんは、グループホームで認知症ケアに詳しいヘルパーなどのサポートを得て、以前からなじみの店に買い物に出かけたり地域の行事に参加するなど穏やかな生活を続けていました。また保佐人も職員から本人の状況についてケアプランの説明などをうけながら、必要な財産管理や手続きに必要な文書管理等を行っていました。しかしその後、風邪をこじらして入院するなどが続き、そのたびに保佐人は入退院の手続きや支払いなどのために病院を訪れ、本人とともに医師から病状の説明を受けるなどしました。そして四度目の入院が長引き医療ニーズが大きくなる中で、グループホームの退所と老人保健施設の利用申込みを行ないました。今後、ターミナルケアや経済的な条件等を考えながら転退所をしていくことになりました。

第3節 高齢者虐待の防止について

《ガイドライン》

○2006年4月より「高齢者に対する虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」が施行された。この法律は65歳以上の高齢者を対象にしており、在宅のみでなく介護施設従事者等による虐待もその対象にしている。

○虐待の種類は以下の5つである

・経済的虐待・身体的虐待・心理的虐待・性的虐待・放棄・放任

○虐待の要因は、高齢者と虐待者のこれまでの人間関係や、認知症による言動の混乱、経済的困窮などが考えられる。しかし、要因が「虐待者の性格や人格」にあるとみるのではなく、何等かの事情が虐待者の性格や人格に影響を及ぼし、虐待を引き起こしていると考えの方が、養護者の支援につながる。

【解説】

1. 虐待の防止、施設と地域

1) 法の成立と知っておくべきこと

法の内容の概略については別表の通りであるが、同法の第五条には「介護関係職等に早期発見努力・協力があり、第七条では、高齢者の生命又は身体に重大な危険が生じている場合、発見者には市町村に通報する義務があり守秘義務はこの通報に関しては免除されるとある。

ケア関係者は、家庭内における虐待等について第一発見者になりやすい立場にあり、その早期発見への協力とその後の支援が期待される。表4-2のチェックリスト等を参考にぜひ早期発見に努めてほしい。

しかし、高齢者虐待は養護者によるものだけでなく訪問介護や施設等においてもおこりうるものである。利用者である高齢者自身で状況を判断し自分自身で「ノー」と加害者に言うことができ、他の人に訴えることができるならば、その虐待はやめさせることができるかもしれない。しかし訴える力が低下している方々だからこそ、権利侵害としての虐待が発生する可能性があるのである。介護福祉関係者は、常に高齢者一人一人と向き合い納得を得ているかを確認しつつサービス提供することが大切だと理解しなければならない。利用者自身やご本人側の代弁者に対して必ず説明責任を果たし、理解し

承認をえる姿勢を持つことは、専門職として今後のサービス提供にとって大変重要な権利擁護の視点でありリスクマネジメントにもつながるものなのである。

今回の介護保険制度の改正に際して、介護保険法第1条の目的には、人間としての「尊厳の保持」が明確に掲げられた。虐待はその人間の尊厳が著しく損なわれた状態とも考えられる。実際に家族でも介護職員でも介護に当たっている者にとっては、一時も休めないというようなストレスフルな日々の現実の中で、虐待というようなことをおこさないためには、どうすればよいのかを真剣に問われなければならない。

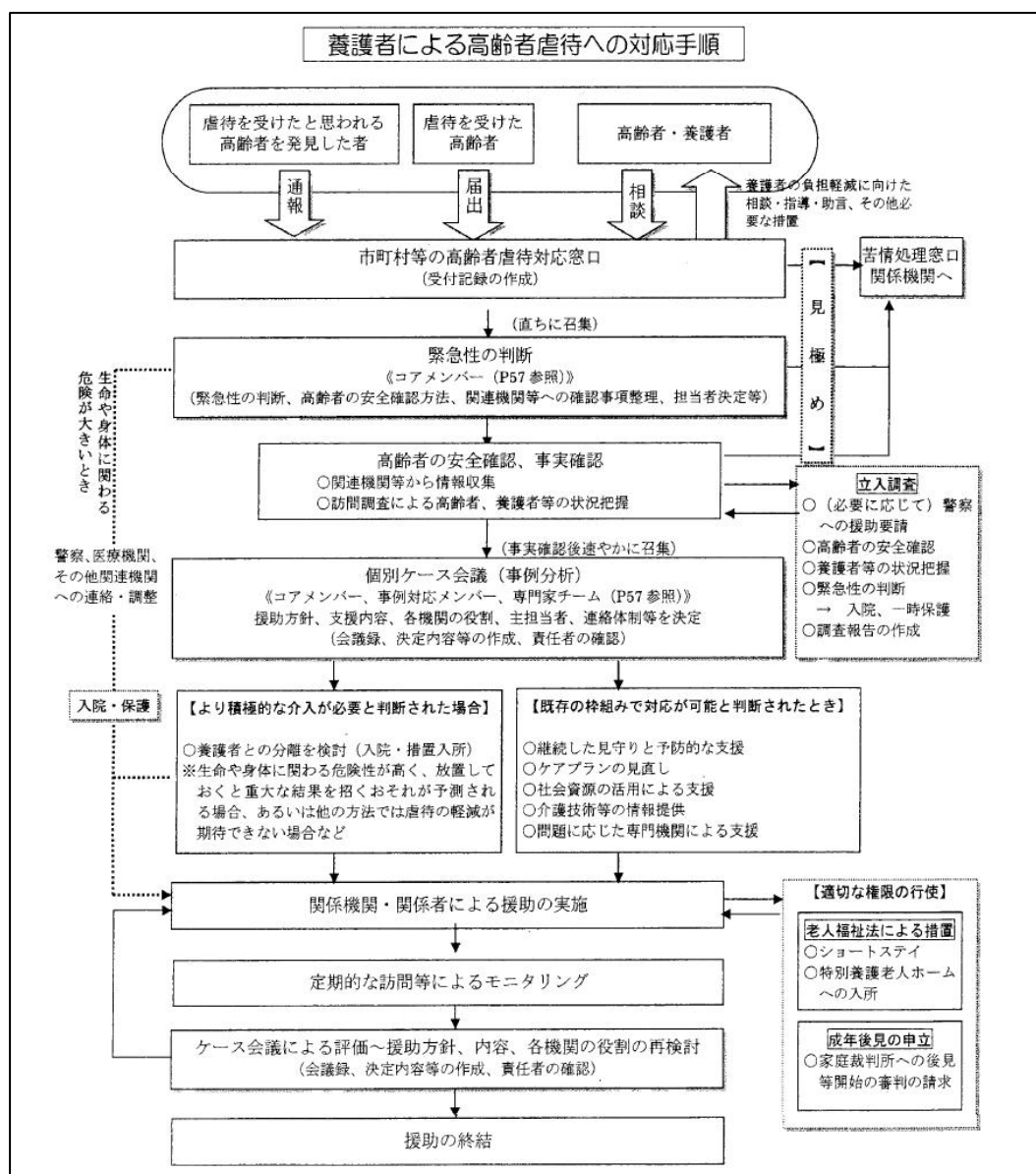


図4-1 養護者による虐待への対応

表 4－2 地域住民チェックシート

高齢者と家族の幸せのために

- 地域住民だからできる高齢者虐待防止の取り組み -

地域には必要な支援を受けることができずに、人権、生活、健康などが守られていない高齢者がいます。大きな問題が発生する前に支援するためには、地域住民の皆様からの情報提供が不可欠です。下記のような高齢者に気づいた場合には、ぜひ、ご連絡下さい。

○印	ご近所に、こんな高齢者はいませんか？
	1. 暴力を受けている、どなられる、年金を取られるなどと訴えている
	2. あざや傷があるのに理由を聞いてもはっきりしない
	3. 家族が介護でとても疲れていたり、高齢者の悪口を言っている
	4. 介護や病気について相談する人がいないようだ
	5. 一人暮らしや高齢夫婦世帯で、最近、姿を見かけなくなった
	6. 高齢者を訪ねると家族に嫌がられたり、会わせてもらえない
	7. 昼間でも雨戸がしまっている
	8. 家の周囲にゴミが放置されたり、異臭がする
	9. 郵便受けが新聞や手紙で一杯になっている
	10. 家から怒鳴り声や泣き声が聞こえたり、大きな物音がする
	11. 暑い日や寒い日、雨の日なのに高齢者が長時間外にいる
	12. 高齢者が道路に座り込んだり、徘徊していることがある
	13. 介護が必要なのに、サービスを利用している様子がない
	14. 高齢者の服が汚れていたり、お風呂に入っている様子がない
	15. 最近、セールスや営業の車が来るようになった
	16. 家族がいるのに、いつもコンビニなどで一人分のお弁当を買っている

- が付いた項目が多いほど、支援の必要性が高い状態です。下記にご連絡をお願いします。
- ご連絡を頂いた方のお名前が漏れることはありません。ご安心ください。

〔連絡先〕

2) 虐待とは？

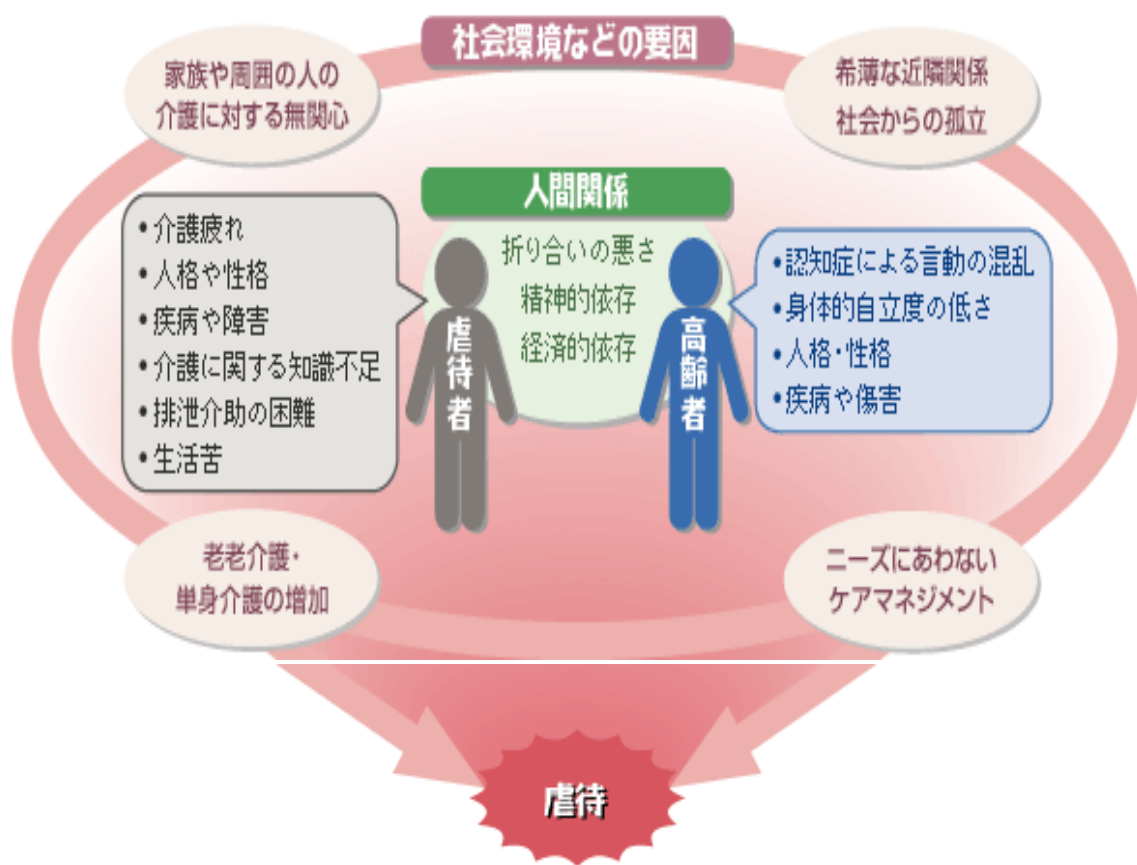
身体的虐待は、平手うち、殴る、ける、やけどをさせる、薬漬けにする等、そしてベッドに縛りつけるなどの抑制も身体的虐待として捉えられる。

放棄・放任は、消極的な怠慢や資源の供給を怠ること。家族が本人に必要な介護や生活の世話を放棄し放任し、ごみや汚物など劣悪な生活環境の中で清潔が保てないまま、医療や介護等必要なサービスも利用させてもらえず、水や食事が十分でないまま放置されている状況など。家族が自覚なく起こしている虐待で一番多いのがこの類型である。

心理的虐待には、「死んでしまえ」「この役立たず」など言葉で罵倒する、侮辱する、無視するなどは、高齢者が生きる気力を失ったり、投げやりになっていったりにつながる。

性的虐待は、キスや性的関係の強要などだけでなく、排泄の失敗のみせしめの為に下半身を出したまま放置するなども含まれる。

経済的虐待とは、高齢者の年金や収入を勝手に使い高齢者の生活に使わない、高齢者の土地や家屋を勝手に売却する等である。一家の定期的な現金収入は高齢者の年金だけで一家の生活費に充てられているという場合も多い。このような問題や、新聞紙面をにぎわすリフォーム詐欺や悪徳商法などに関しても、第一に気付くのはヘルパーや介護支援専門員等が多い。今回の高齢者の虐待防止・高齢者の養護者の支援に関する法律では、こうした被害にあった場合には速やかに地域包括支援センターを通してもしくは直接消費生活センター等と連携して解決に当たることが求められている。発見したり疑わしいと思える場合は、今後の支援に繋げるためにまずは地域包括支援センター等の通報窓口相談をすることが必要である。虐待の事実確認は、決してご家族を裁いたりとがめたりするためのものではなく、高齢者を支えるための支援体制を新たに築くためのものである。図4-2に示す虐待にいたる要因を考えつつ、支援者としての介護福祉士はその発見と防止、そして支援の立位置を認識してほしい。



資料：東京都福祉保健局高齢社会対策部「『高齢者虐待防止』パンフレット」

図 4－2 虐待にいたる要因

事例③家族からの虐待に介護福祉士が気づいた事例

山田D子 82歳、要介護3、脊椎管狭窄症、認知症があり、最近では失禁もある。夫が八年前に死亡し、娘夫婦と同居し孫の面倒などをみてきた。認知症がでてきて家事などが出来なくなり一年前に娘が交通事故で死亡してから家事は婿と中学生の息子が分担して行なってきた。家の中は乱雑で、食事もその時々のおいしさが主の様子。介護保険の利用の申請は亡き娘がしたが、娘の死亡後婿から「週一回だけでいい」と電話があった。**ヘルパー**は朝に支援に入っていたが、婿も中学生の孫も家に居る事があった。D子さんはほとんど着たきりで前週に着ていた物をそのまま着ていることが多い。また、洗濯物を干す際、D子も手伝おうとするが二の腕の内側に青あざが認められる事が重なった。「どうしたの?」と聞いても満足な答えが返ってこない。また、失禁の後なのか婿が「このくそばばあ、死んじゃえ」とどなっている声も聞いており、事業所の日誌等にはその記録を残していた。しかし時によっては、家族三人で仲良く婿のこしらえた味噌汁とご飯で食事をしている光景も見られた。だが最近、D子の認知症の進みと共に事態は深刻化しているようにも思え、ケアマネジャーとも相談の結果、地域包括支援センターに通報し今後の支援策を検討することとした。

地域包括支援センターでは信頼関係のある**ヘルパー**を中心に情報収集した後、D子宅を訪問し本人と家族にあった上で虐待の事実を確認した。そのため新しい支援体制について検討しケア会議を招集した。

①家族はD子を嫌っているわけではなく虐待の自覚は持っていない。②D子本人も家族との同居を望んでいる③認知症の介護について家族の理解がほとんどなく適切な対応がとられていない④特に排泄や入浴が適切に出来ておらず家族自身が負担に思っていること⑤娘がなくなってから地域で孤立している等を共通理解とした。その上で、経済的にはD子の年金は本人のために使え、もう少しサービス利用することで支援が可能ではないのかと検討。その結果、各種の減免制度等を紹介しつつデイサービスの利用などを利用し訪問介護を増やすこととなった。また地域のネットワークの構築とともに民生委員にも見守りをお願いし具体的な役割を整理した。

担当の**ヘルパー**は、その後も毎週二回の訪問時に、D子や家族にもできるだけ声をかけ、いつでも家族が相談したりしやすいようにした。また具体的な援助の仕方などについて、それとなく教えるようにしていった。近隣等においても民生委員等の努力で「何かあったら声をかけて下さいね」というような働きかけがあった。その後、経済的な問題でサービスの調整が少しあったが、デイサービスの家族会にも参加する等の変化も見られ、アザ跡は現在では見られなくなった。

事例研究

一家の中心であったであろう娘の死後、一家は孤立しており近所や介護福祉士等ともあまり交流がなかった。また家族は、D子の認知症について知識がなく援助方法もわからないままの状況であった。その様な中で、D子の排泄の失敗などに際し、つい怒鳴りつけ手を上げてしまうなどが重なり、介護者もいらいらしていたのである。ヘルパーが、D子の様子等から察しケアマネジャーや地域包括支援センターにつないだことにより、新たな大きな輪での支援体制が組むことが出来た。

虐待はそれぞれの家族が抱える固有の問題だけでなく近隣や支援者の環がないまま孤立してしまうことによって大きくなる可能性が高いものである。ヘルパー等信頼関係があり家族や本人の状態を良く知るものが一人で悩んで抱え込まず、新たな支援体制へつなぐことが必要であり、この事例はそれが功を奏したといえる。

3) 施設内における虐待と拘束

(1) 施設における構造的虐待

虐待は決して密室化した家庭内だけで起こるものではない。老人福祉施設などでも、集団的な生活の中で高齢者の個別的な「声」としての主張や願いが無視され、「不適切な処遇」として慢性的な虐待や放任がなされている可能性は残念ながら否定できず、構造的虐待と言われることがある。その代表的なものとして、例えば以下のようなものがあげられている。

①身体的なこと

入浴介護が同性にて行なわれない。

食事に時間がかかっていると無理やり食べさせる。

薬を飲むのが苦手な高齢者に怒鳴って無理やり飲ませる。

徘徊のある高齢者に鍵のかかる部屋に閉じ込め、拘束する。

②精神的なこと

「くさい」「汚い」「早くしてよ」「またなの」などの言葉を恒常的に使う。

訴えを無視し耳を傾けない。

③不適切な処遇

食事が終わっていないのに下膳する。

時間をかければ自分で食べられるのにすべて混ぜ合わせて食べさせる。

排泄介助でカーテンなどもせず丸見えでも気にしない。

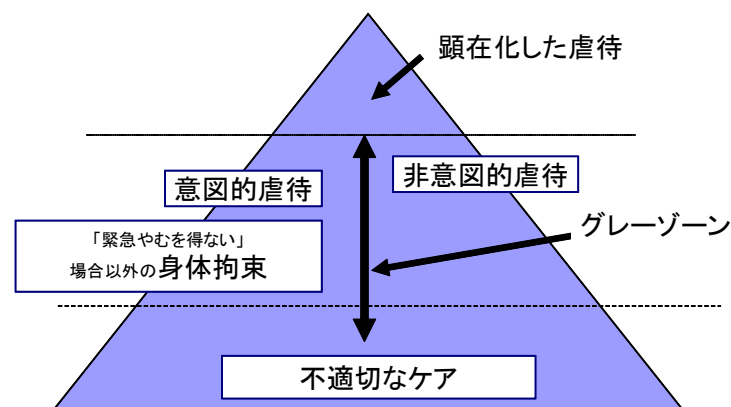
これら、人としての尊厳を軽んじる行いが高じていく中で、虐待として市町村等機関に通報される事態が生じている現実に着目しなければならない。

事例

ホームでの昼食時、ヘルパーが介助しながらもあまりにも時間がかかりすぎるので、ついせかせて他の人の援助をして戻ったがまだ食べていない。つい残っていたご飯とおかずを混ぜあわせて口に運んでしまった。しかし、その後本人から施設のオンブズマンに「機械的に食べさせられて、私はもうモノと同じ扱いなのだと思った。家族にも見捨てられ私はもう生きている甲斐がない、生きているのがつらいから死んでもいいって思った」という声が出され、施設で問題になってしまった。

このように、毎日の仕事の中でつい「しかたがない」としていたことに、高齢者の言葉に「はっ」とさせられるというようなことはないであろうか。明確に言葉で意思表示できない認知症者などの場合は、ちょっとした気の緩みが虐待にあたるような行動を招いてしまっている、介護者本人が気付かされることはまれである。家族のみでなくオンブズマンや後見人など第三者によるチェックも必要と考えられる。

「不適切なケア」を底辺とする「高齢者虐待」の概念図



「高齢者虐待を考える」養介護施設従事者等による高齢者虐待防止のための事例集（認知症介護研究・研修（仙台・東京・大阪）センターより）

（２）身体拘束

施設や病院における身体拘束も身体的虐待の一種とされる。身体拘束は、介護保険の指定基準では以下の具体的な行為が禁止事項となっている。

＜禁止の対象となる具体的な行為＞

- １． 徘徊しないように、車イスやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等でしばる
- ２． 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等でしばる
- ３． 自分で降りられないようにベッドを柵で囲む
- ４． 点滴、経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等でしばる
- ５． 点滴、経管栄養等のチューブを抜かないように、又は皮膚をかきむしらないように手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける
- ６． 車イス等からずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Ｙ字型抑制帯や腰ベルト、車イステーブルをつける
- ７． 立ち上がり能力のある人の立ち上がりを妨げるようなイスを使用する
- ８． 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる
- ９． 他人への迷惑行為を防ぐため、ベッドなどに体幹や四肢をひも等でしばる
- １０． 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる
- １１． 自分の意思であけることのできない居室等に隔離する

これらの身体拘束は、身体的弊害として、身体拘縮や筋力低下を招く、食欲や心肺機能の低下につながりかえって事故になることが考えられる。また精神的弊害としては、本人にとって不安や怒り、屈辱、あきらめなどの精神的苦痛により、かえって認知症等を進行させることが考えられる。また見過ごされがちであるが、社会的弊害として、ケアスタッフの士気の低下や社会的な不信感が募ることがあげられる。「こんなものさ」「しょうがないんだ」という思いは、よいケアに取り組む気持ちを萎えさせるものである。

拘束を緊急やむを得ない対応として認められるには、以下の三つの要件すべてを満たし、その上で家族や本人に詳細に説明し、その都度ごとに記録をつけることになっている。

- 1 **切迫性** 本人もしくは他の利用者の生命や身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合
- 2 **非代替性** 他に介護方法がないこと
- 3 **一時性** 身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること

慢性的な身体拘束は、施設側の人手が十分でないということを理由にしたケアの怠慢であることも考えられる。これらについては介護福祉士等が一致し施設全体でその廃止に向かって取り組むことが求められるものである。

3. 虐待や権利侵害の予防と防止 権利擁護の視点

虐待には、要介護者と介護者の力（パワー）の差（パワーインバランス）の問題があり、その関係は対等とはなりにくいことに、介護福祉関係者自身が気付くことが必要である。「人間の尊厳」を支える職業であるべき介護福祉関係者は、あまりにも高齢者本人の身近に居りこれまでかえって人権とか本人の権利ということについて意識が薄く「人間の尊厳」を傷つける立場にも一番近くあることに気づかない場合がある。パワーインバランスのある中では高齢者本人からは「ノー」という意思表示はされにくいものであって、ノーと言われないから良いものではない。施設などであれば、一歩処遇面まで踏み込んで第三者の目を入れる第三者評価や入居者の声を直接聞くオンブズマン、法的代理人として本人側の権利擁護者でもある成年後見人等を積極的に活用し、風通しが良い中で利用者が「声なき声」にならない工夫が必要である。

☆悪徳商法・リフォーム詐欺などへの注意

2005年には、埼玉県在住の認知症姉妹が5000万円ものリフォーム詐欺被害に会い自宅を競売にかけられそうになっていたという報道をきっかけに、各新聞雑誌テレビなどがさかんにリフォーム詐欺や悪徳商法をとりあげた。

高齢者を標的にした悪質な訪問販売などの被害は後を絶たない。リフォーム詐欺も「無料点検」などと言って家にあがり「アスベストが使われていて危険」とか「このままでは屋根が崩れ落ちる」等と、高齢者の「自宅に住み続けたい」という願いを逆手に不安をあおる等悪質な事例が多発している。被害にあわないためには、高齢者自身が次のようなこと守ることが有効であ

る。

- ①無料点検などと言われてもすぐに玄関を開けて家に上げない
- ②工事等の契約は一人ではしない、すぐにはしない
- ③業者の説明をうのみにせず、家族や身近な人に相談する。
- ④契約してしまってもあきらめず、クーリングオフや民事ルール強化による救済などの 利用をする。

一番良いトラブル予防策は、高齢者自身がきっぱりと断ることです。しかし、なかなかそう出来にくい高齢者に関しては、介護福祉関係者など身近な者が見慣れない人の出入りや、リフォーム工事の形跡等に気をつけることも重要である。また、独立行政法人国民生活センターや全国の消費生活センターでは、高齢者の消費者被害についての啓発や成年後見制度の活用についても啓発を行っている。連携が重要である。

4. 一般市民への啓発活動

高齢者虐待については、これまで日本の伝統的な文化の中で高齢者に対しての虐待はないと思われがちであったが、介護保険の導入により家庭内のことであつてもある程度の把握ができるようになり顕在化してきている。

虐待の問題は家族に期待してきた家庭機能が低下しつつある現在、どこにでもまた誰にでも起こりうる問題としてとらえ、早期に発見し防止に努めるため一般市民の協力が必要である。その啓発については、自治体に責任の所在を認めているが、実際に虐待に至るような事情をかかえている方に直接語りかけることは困難であり、地域住民の連帯と協力そしてなによりもヘルパー事業所等の協力が求められる。広く市民に、高齢者とその家族のかかえている困難について注意を促し、それとともに認知症への理解をすすめる事が必要である

第5章 若年性認知症者への支援

第1節 若年性認知症とは

《ガイドライン》

- 若年性認知症とは 18 歳から 64 歳までに発症する認知症のことをさす。
- 若年性認知症は、本人にとっては就労の問題、治療の問題、サービス利用の問題、社会制度の問題等幅広い影響を与えるとともに、家族に対しても、心理的・経済的・身体的負担がかかる可能性がある。

1. 若年性認知症の定義

認知症とは、世界保健機関（WHO）による国際疾病分類第10版（ICD-10）によると「認知症は、脳疾患による症候群であり、通常は慢性あるいは進行性で、記憶、思考、見当識、理解、計算、学習能力、言語、判断を含む多数の高次皮質機能障害を示す。意識の混濁はない。」と定義されている。すなわち認知症は、病気ではなく症状・状態を指すものである。また認知症は、知能の発育段階で障害を受ける精神遅滞とは区別される。

若年性認知症とは、18歳から64歳までの若年期又は初老期に起こる認知症を指す。

2. 若年性認知症の実態

我が国における若年性認知症者の数は、「若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究」によると、全国における若年性認知症者数は3.78万人であり、18－64歳人口における人口10万人当たり若年性認知症者数は男性57.8人、女性36.7人と推計され、基礎疾患としては、脳血管性認知症（39.8%）、アルツハイマー病（25.4%）、頭部外傷後遺症（7.7%）、前頭側頭葉変性症（3.7%）、アルコール性認知症（3.5%）、レビー小体型認知症（3.0%）の順であったことが報告された。¹⁾

3. 若年性認知症者の抱える問題

若年性認知症者の抱える問題について宮永は、その著書の中で「高齢者の認知症と若い人の認知症の際立った違いは、病気の種類というよりも、個人の年齢的な問題からくる本人の社会的な立場や役割、そして周りの環境の違いということではないかと思います」と指摘している²⁾。若年性認知症は、本人や配偶者がいわゆる現役世代であり、社会制度の整備が不十分であることも重なり、退職に至り経済的に困窮する場合や、子育てにおいて心理的な負担をかけるということや親の介護と合わせて家族の負担が増大するというように大きな問題に発展していくケースがある。また支援においても高齢者支援の施策と障害者支援の施策のはざまに位置づけられる状況であり、適切に必要な制度を選択して支援につなげることができる専門職も少ない状況である。

若年性認知症者とその家族が抱える問題について整理すると以下のようになるだろう。

<本人にとっての問題>

- ① 就労の継続が難しい。
- ② 本人は就労が困難になり、配偶者が介護に当たるため、経済的に困窮しやすい。
- ③ 若年性認知症が適切に診断されない場合がある。結果早期の治療を逃したり、本人への病名の告知が難しくなる。
- ④ 介護保険制度によるデイサービス・施設は入居者の世代が大きく異なり、なじみにくい。また、介護職員が若年性認知症者の支援に慣れていない場合が多い。
- ⑤ 若年性認知症者の支援という観点からの社会制度を熟知している専門職が少ない。
- ⑥ 退職後の社会参加の方法に関する情報提供の機会が少ない。

<家族にとっての問題>

- ① 家族が認知症になったことに対する不安や混乱が起こる場合が多い。
- ② 家庭内の家事・育児・介護等を一人でこなさなければならなくなる。
- ③ 介護により、退職を余儀なくされたり、家計を維持できるほど働けなくなる場合がある。
- ④ 就労が困難になる結果経済的に困窮しやすい。
- ⑤ 家族としての不安や不満を吐露する場が少ない

＊認知症介護研究・研修大府センター・認知症介護研究・研修東京センター・認知症介護研究・研修仙台センター「平成 19 年度 老人保健健康増進等事業による研究報告書～三センター合同研究 若年性認知症支援ハンドブック」を参考に作成

第 2 節 若年性認知症者に対する支援と制度

はじめに

本節では、若年性認知症者に対する支援について、医療、就労、経済的支援、介護、社会参加の側面から概要を整理する。詳しくは、認知症介護研究・研修センターで作成した「若年性認知症支援ハンドブック」などを参考にされたい。

《ガイドライン》

- 若年性認知症の診断においては、日本老年精神医学会認定の「高齢者の心の病と認知症に関する専門医」や日本認知症学会の「日本認知症学会認定専門医」認知症疾患医療センターなどにアクセスすると良い。
- 若年認知症者の就労支援は、労働基準法関連の施策から障害者自立支援法に関連する施策、介護保険法による施策という流れで継続的な支援を行うことが考えられる。
- 若年認知症者が利用できる支援としては、就労支援だけでなく、経済的支援もあり、状況に応じて利用することにより効果的に支援を行うことができる。

1. 若年性認知症の診断について

認知症の診断については、地域のかかりつけ医のレベルではまだ十分に熟知されているとは言い難い状況である。地域でもの忘れ外来を標榜している医療機関とともに、第 6 章で述べる認知症サポート医や認知症かかりつけ医対応力向上研修を修了した医師が地域にいる場合があるので、それらの医師

に相談する方法がある。また、日本老年精神医学会認定の「高齢者の心の病と認知症に関する専門医」や日本認知症学会の「日本認知症学会認定専門医」などがある場合があるので、参考にするとよい。

さらに、認知症疾患医療センターは、認知症に関する診断・治療を適切に行うことができる医療機関であり、若年性認知症が疑われる場合は利用を検討するとよい。

若年性認知症の診断について「若年性認知症支援ハンドブック」では、認知症状の悪化による抑うつ状態が出た際に病院を受診してうつ病と診断される、更年期障害と考えて婦人科を受診しその通りに診断される、脳外科を受診しても初期のため MRI で脳の委縮がまだ明らかでなく、異常なしと診断されてしまうなど、早期発見・早期診療ができないケースがあることが指摘されている。認知症の疑いがある場合には、極力専門医の診断を受けることが望ましい。³⁾

2. 就労支援

若年性認知症者の就労に関する制度は、雇用施策と福祉施策の側面から位置づけられている。雇用施策のうち若年性認知症者と関連する可能性のある主な制度としては、地域障害者職業センターにおけるジョブコーチ派遣等の施策、障害者就業・生活支援センターにおける支援、障害者職業能力開発校等における公共職業訓練などがある。

福祉施策の観点から若年性認知症者と関連する可能性のある主な制度は、障害者自立支援法における就労移行支援、就労継続支援（A 型 B 型）、などがある。ここからは、これらの制度について概説する。なお、厚生労働省のホームページに「障害者の雇用を促進するための施策」も整理され示されているので参考にされたい。また精神障害者授産施設、身体障害者授産施設、知的障害者授産施設など旧法における施設福祉的就労に関連するサービスは、障害者の平成 24 年までに段階的に自立支援法の枠組みの中でのサービスに切り替わることとなっている。

「障害者の雇用を促進するための施策」

URL:<http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyou/shougaisha/06.html>

1) ジョブコーチ派遣

(1) ジョブコーチとは

ジョブコーチとは、障害者の就労にあたり、職場内外の支援環境を整え、障害者が円滑に就労することを支援する者のことである。

「障害者の雇用の促進等に関する法律」における「職場適応援助者助成金制度」では、「就職又は職場定着に課題を有する障害者に対して、円滑に職場に適応できるように職場適応援助者（ジョブコーチ）による援助を行う社会福祉法人等及び事業主に対してその費用の一部を助成する」仕組みが構築されている。

(2) ジョブコーチが行う支援

職場適応援助者の実施する支援は、本人・事業主・家族に対する支援に大別される。本人に対しては、①人間関係及び職場内コミュニケーションに関する支援（連絡・報告・相談、職場内の慣習などについての支援）、②基本的労働習慣に関する支援（勤務規則に関する支援）、③職務遂行に関する支援（業務内容の理解、効率化の支援）、④通勤に関する支援、⑤社会生活技能、余暇活動等に関する支援などを行う。また、事業主に対しては、①障害に係る知識に関する支援、②職務内容の設定に関する支援、③職務遂行に係る指導方法に関する支援、④職場の従業員の障害者との関わり方に関する事項、⑤家族との連絡及び連携体制の確立に関する支援などが位置付けられている。また、家族に対しては、①障害に係る知識に関する支援、②就業生活を支えるために必要な知識及び家族での支援体制に関する事項、③事業主との連絡及び連携体制の確立に関する支援などが必要に応じて行われる。

(3) ジョブコーチとの連携

本制度においてジョブコーチの派遣は独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構の地域障害者職業センターにより行われる。地域障害者職業センターの所在地等の情報は、同法人のホームページで調べることができる。

2) 障害者就業・生活支援センターによる支援

(1) 障害者就業・生活支援センターとは

障害者就業・生活支援センターとは、「障害者の雇用の促進等に関する法律」に基づき、都道府県知事が指定する法人に設置され、就職や職場へ

の定着が困難な障害者を対象として、身近な地域で、雇用、福祉、教育等の関係機関との連携の拠点として連絡調整等を積極的に行いながら、就業及びこれに伴う日常生活、社会生活上の支援を一体的に行うことを目的とした施設である。

（２） 障害者就業・生活支援センターの事業

障害者就業・生活支援センターの事業には、次の６項目が挙げられている。

- ① 障害者からの相談に応じ、その就業及びこれに伴う日常生活上の問題について、必要な指導及び助言その他の援助を行うこと。
- ② 事業主に対して、障害者の就職後の雇用管理に係る助言等を行うこと。
- ③ 障害者に対して、地域障害者職業センター又は事業主により行われる職業準備訓練を受けること及び職場実習を行うことについてあっせんすること。
- ④ 障害者雇用支援者に関する情報の収集及び提供、障害者雇用支援者に対する研修を行うこと。
- ⑤ 生活支援を専門に担当する職員を配置し、支援対象障害者の家庭等を訪問すること等により、支援対象障害者の生活上の相談等に応ずるなど就業及びこれに伴う日常生活又は社会生活に必要な支援を行うこと。
- ⑥ 公共職業安定所、地域障害者職業センター、社会福祉施設、医療施設、盲学校、聾学校、養護学校、当事者団体等の関係機関との連携を図り、情報交換を行うこと。

（３） 障害者就業・生活支援センターとの連携

障害者就業・生活支援センターとの連携に際しては、各県のホームページから障害者就業・生活支援センターの所在地及び連絡先が確認できる。又は厚生労働省のホームページにおいて、センターの所在地等の情報が公表されている。

平成 21 年度障害者就業・生活支援センター一覧(平成 21 年 4 月 1 日現在)

URL:<http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyou/shougaisha02/pdf/10.pdf>

3) 職業能力開発校の委託訓練

委託訓練とは、企業、社会福祉法人、NPO 法人、民間教育訓練機関等の地域の多様な委託訓練先を開拓し、様々な障害の態様に応じた公共職業訓練を実施する事業である。職業能力開発促進法により位置づけられている職業能力開発校の中から、障害者委託訓練実施拠点校が決められ、障害者委託訓練実施拠点校から委託され実施されている。詳しくは、管轄地域のハローワークに問い合わせるとよい。

4) 就労移行支援

就労移行支援とは、障害者自立支援法に位置づけられる支援であり、一般企業等での就労を希望する障害者に対し、生産活動その他の活動の機会の提供を通じて、就労に必要な知識及び能力の向上のために、必要な訓練等を行うことである。

独立行政法人福祉医療機構のホームページである WAMNET の「障害福祉サービス事業者情報」から地域の就労移行支援事業所の情報を取得できる。

「障害福祉サービス事業者情報」

URL:<http://www.wam.go.jp/shofukupub/>

5) 就労継続支援（A 型）

就労継続支援 A 型とは、一般企業での就労が困難な障害者に対し、事業所と雇用契約を締結し、就労の機会や生産活動の機会を提供し、知識や能力向上のために必要な訓練を行うことである。就労継続支援（雇用量）と呼ばれる場合もある。例えば、「就労移行支援事業を利用したが、企業の雇用に結びつかなかった者」「企業等を離職した者等就労経験のある者で、現に雇用関係がない者」などが利用する。

独立行政法人福祉医療機構のホームページである WAMNET の「障害福祉サービス事業者情報」から地域の就労継続支援 A 型事業所の情報を取得できる。

6) 就労継続支援（B 型）

就労継続支援 B 型とは、一般企業での就労が困難な障害者に対し、就労の機会や生産活動の機会を提供し、知識や能力向上のために必要な訓練を行う

ことである。ただし、A型と異なり、事業所と雇用契約を締結することはない。例えば、「企業等や就労継続支援事業（雇用型）での就労経験があるものであって、年齢や体力の面で雇用されることが困難となった者」などが利用する。就労継続支援（非雇用型）と呼ばれる場合もある。

3. 経済的支援（就労支援以外）

経済的支援については、様々な制度が展開されている。対象者の状況に応じて活用することができるが、ここでは若年性認知症者が活用する可能性があると考えられる制度について概観したい。

1) 傷病手当金

傷病手当金とは、被保険者が病気やけがのために働くことができず、会社を休んだ日が連続して3日間あったうえで、4日目以降、休んだ日に対して支給される給付金である。ただし、休んだ期間について事業主から傷病手当金の額より多い報酬額の支給を受けた場合には、傷病手当金は支給されない。なお、健康保険、共済組合については、それぞれの法律の中で、傷病手当金が位置付けられているが、国民健康保険においては、自治体ごとに条例や規約において定めることとなっており、自治体によっては傷病手当金の制度が位置付けられていない場合があるため、市町村または国民健康保険組合の窓口を確認する必要がある。

問合せ先：勤務先、健康保険組合、国民健康保険組合、社会保険事務所など

2) 自立支援医療制度における精神通院医療

自立支援医療制度とは、「心身の障害を除去・軽減するための医療について、医療費の自己負担額を軽減する公費負担医療制度」である。若年性認知症者については、この中でも精神保健福祉法第5条に規定する統合失調症などの精神疾患を有する者で、通院による精神医療を継続的に要する者を対象とした「精神通院医療」が利用できる。

精神通院医療は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第5条に規定する統合失調症、精神作用物質による急性中毒、その他の精神疾患（てんかんを含む。）を有する者で、通院による精神医療を継続的に要する病状にある者に対し、その通院医療に係る自立支援医療費の支給を行うものであり、実施主体は都道府県・指定都市となる。自己負担については、1割の定率負担となっており、定率負担が過大なものとならないよう、所得に応じて1月

当たりの負担限度額が定められている。利用方法については、実施主体である都道府県・政令市のホームページ等で紹介されているので参照されたい。

3) 高額療養費制度

高額療養費制度とは、国民健康保険法、健康保険法などで定められている制度であり、長期入院や治療が長引く場合などで、1か月の医療費の自己負担額が高額となった場合に、自己負担限度額を超えた部分が払い戻される制度である。ただし、差額ベッド代や食事代などには適用されないので注意が必要である。

なお高額療養費制度は、自己負担をした後、申請により払い戻されるのが原則であるが、自己負担を超える額を一時負担する高額医療費貸付制度が条例で定められている。

また、高額療養費制度に関する問い合わせは、加入している医療保険の保険者ごとに異なるので確認が必要である。

4) 障害基礎年金・障害厚生年金

年金加入者が、病気やケガで障害が残ったときに受取れる年金であり、加入していた年金の種類によって受け取れる年金の種類が変わる。

障害基礎年金の支給要件は、「保険料納付済期間(保険料免除期間を含む。)が加入期間の3分の2以上ある者の障害」「20歳未満のときに初めて医師の診療を受けた者が、障害の状態にあつて20歳に達したとき、または20歳に達した後に障害の状態となったとき」であり、**障害厚生年金の支給要件**は、「加入期間中に初めて医師の診療を受けた傷病による障害」「ただし、障害基礎年金の支給要件を満たしている者であること」となっている。それぞれ障害の等級が分かれており、障害基礎年金は1級～2級、障害厚生年金は1級～3級となっている。問い合わせ先は国民年金のみ加入の人は市区町村の国民年金課、厚生年金加入期間がある人は社会保険事務所となる。

5) その他の制度

その他、医療関係においては、確定申告で手続きをすると、税が軽減される「医療費の所得税控除」や、社会福祉法人が運営する医療機関において、世帯の収支が概ね生活保護程度の人を対象に自己負担金が減免される「無料低額診療制度」などもある。また、都道府県社会福祉協議会により実施されている低所得者世帯、障害者世帯、高齢者世帯などを対象に生活福祉資金貸

付制度も実施されている（問い合わせ先は市町村社会福祉協議会）。なお、手帳制度については事項で概説する。

4. 手帳制度

若年性認知症者が取得できる可能性のある手帳として、まず精神障害者保健福祉手帳が挙げられる。精神障害者保健福祉手帳は、精神保健福祉法に規定されている手帳で、手帳を持っていることにより、様々な税の減免や、割引制度、加算制度などを利用することができる。手帳を利用した場合のメリットとして東京都の例を、表 5－1 に示す。

精神障害者保健福祉手帳は、障害の程度によって等級が分かれており、厚生労働省の局長通知「精神障害者保健福祉手帳の障害等級の判定基準について（健医発第 1133 号、最終改正：平成 18 年 9 月 29 日障発第 0929004 号）」において、その区分が位置付けられている。

申請は、居住地の市町村の障害福祉所管課となるが、自治体によって異なる場合があるのでインターネット等で事前に確認するとよい。

申請の際は障害者手帳申請書とともに、初診から 6 回月以上経過したのちに作成された診断書及び本人の写真などが必要となる。有効期限は 2 年であり、更新の場合は更新手続きが必要となる。

また、若年性認知症の進行による障害や以前からの傷病等による障害で、身体障害者手帳についても、取得できる場合がある。医師と相談し、市町村の窓口申請する。

手帳制度は地域の様々な施設利用等に関連している。地域ごとに利用できる施設や機関の情報収集が行われることにより、充実した社会生活の支援につながる可能性がある。

表 5－1 東京都における精神障害者保健福祉手帳取得のメリット（税の減免を除く）

●都営交通乗車証の発行 ●都内路線バスの運賃の割引 ●生活保護の障害者加算（１級及び２級） ●都営住宅の入居、特別減額（特別減額は１級及び２級）及び使用継承制度 ●都立施設の無料利用 ●都立公園内駐車場の無料利用 ●休養ホーム利用料の助成 ●NTTの電話番号案内の無料利用（ふれあい案内） ●携帯電話の割引利用 ●NHK受信料の減免について ●生活福祉資金貸付制度 ●駐車禁止規制の除外
--

*パンフレット「あなたは知っていますか？この制度！精神障害者保健福祉手帳制度」（東京都）を基に作成

5. 自立支援法における介護給付

日常生活に対する介護の支援としては、介護保険法による介護給付の他、自立支援法における介護給付とが想定できる。ただし、介護保険サービスの利用においては 40 歳を超えていることが必要となる。若年性認知症者の支援においては、自立支援法の介護給付についても把握しておきたい。

自立支援法におけるサービスは大きく、介護給付、訓練等給付、地域生活支援事業に分かれる。介護給付としては、「居宅介護」「重度訪問介護」「行動援護」「重度障害者等地域包括支援センター、支援」「児童デイサービス」「短期入所」「療養介護」「生活介護」「共同生活介護」「施設入所支援」という 10 のサービスが位置付けられている。それぞれの内容について、表 5－2 に示した。利用の流れは、市町村や相談支援事業者に申し込みを行い、それを受けて、障害区分の判定が行われ、勘案事項調査及びサービスの利用意向の聴取のちに給付が決定するという流れである。利用料は、一割の定率負担が基本であり、所得に応じて負担上限額が設定されている。

なお、自立支援法における自立支援給付と介護保険との関係については「障害者自立支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等につい

て（障企発第0328002号、障障発第0328002号）」「介護扶助と障害者自立支援法に基づく自立支援給付との適用関係等について（社援保発第0329004号）」が発出されているので参考にされたい。

表5-2 自立支援法における介護給付の内容

サービス名	内容
居宅介護	自宅で、入浴、排せつ、食事の介護等を行う
重度訪問介護	重度の肢体不自由者で常に介護を必要とする者に、自宅で、入浴、排せつ、食事の介護、外出時における移動支援などを総合的に行う
行動援護	自己判断能力が制限されている者が行動するときに、危険を回避するために必要な支援、外出支援を行う
療養介護	医療を必要とする者で且つ常時介護を必要とする者に対し、主として昼間に、機能訓練、療養上の管理、看護、介護及び日常生活の世話をを行う
生活介護	常時介護を必要とする者に対し、主として昼間に入浴、排せつ、食事の介護、創作的活動、または生産活動の機会の提供を行う
児童デイサービス	障害児に、日常生活における基本的な動作の指導、集団生活への適応訓練等を行う
短期入所	自宅で介護する者の疾病等により短期間、夜間も含め、入浴、排せつ、食事の介護等を行う
重度障害者等地域包括支援センター、支援	介護の必要性が著しく高い者に、居宅介護等複数のサービスを地域包括支援センター、的に行う
共同生活介護	夜間や休日、共同生活を行う住居で、入浴、排せつ、食事の介護等を行う
施設入所支援	施設に入所する者に、主として夜間において入浴、排せつ、食事等の介護を行う

6. 若年性認知症コールセンター

1) 若年性認知症コールセンターとは

「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」においては、

若年性認知症施策として、全国に1カ所「若年性認知症に係わる相談コールセンター」を設置することが決定された。その決定を根拠として、若年性認知症コールセンターが、平成21年10月1日から認知症介護研究・研修大府センターに開設されている。若年性認知症コールセンターでは、専門的教育を受けた相談員が、若年性認知症に関係する医療や介護、生活支援、就労支援などの面での相談を受け、医療や福祉の専門機関への紹介等、若年性認知症者の状態に応じた支援につなげる役割を果たしている。

2) 若年性認知症コールセンターの活用方法

コールセンターの活動時間に以下の電話番号に電話することで利用できる。

窓口番号：0800-100-2707（フリーダイヤル）

開設時間：月曜日～土曜日（年末年始・祝日除く）

10:00～15:00

URL: <http://y-ninchisyotel.net/index.html>

7. 家族会や当事者ネットワークの構築

若年性認知症者同士、または家族のネットワークは、まだ十分広がっていないとは言えない状況である。しかし若年性認知症者の置かれている支援環境・制度の環境は十分とは言えずだからこそ、本人・家族のネットワークが重要になる。

地域包括支援センターが、地域の若年性認知症者と関係を持ち若年性認知症者のネットワークや家族のネットワークを構築するということが必要になってくる場合もある。当事者の集いの例としては「認知症本人ネットワーク」における取り組みなどが挙げられる。ホームページである「だいじょうぶネット」では、認知症者本人の集いの開催に向けた情報を提供したり、認知症者同士の交流を促進するブログなども開設されているので参考にされたい。

また、若年性認知症者の家族会として「彩星の会（ほしのかい）」「愛都の会（あーとのかい）」「日々草の会（にちにちそうのかい）」「朱雀の会（すじやくのかい）」「天神オアシスクラブ虹の会（福岡市）」「北海道若年性認知症の人と家族の会（通称：北海道ひまわりの会）」「柏・若年性認知症家族会（千葉県柏市）」など取り組みが進められている団体もある。

だいじょうぶネット URL : <http://www.dai-jobu.net/>

8. 参考資料

若年性認知症に関しては、認知症介護研究・研修大府センターが先駆的な研究を実施している。最新の資料の URL は以下のとおりである。

- 平成 21 年度老人保健健康増進等事業報告書「若年性認知症に対する効果的な支援に関する研究事業」
 - 若年性認知症の社会的支援
 - 企業内での若年性認知症に関する研修
 - 若年性認知症ネットワークとしての交流会
 - 「若年性認知症を知るセミナー」の開催とアンケート結果
 - 若年性認知症に対するデイケアプログラム（達成感療法）の効果に関する研究
 - 認知症の人と家族を地域で支えるための買い物支援プログラム開発など

URL : http://www.dcnet.gr.jp/kaigokenkyu/kaigokenkyu_06_002g_06.html

- 平成 21 年度老人保健健康増進等事業報告書「若年性認知症相談支援体制構築にかかる調査研究事業」

URL : http://www.dcnet.gr.jp/kaigokenkyu/pdf/oobu_h21/o_h21jyakunen_al1.pdf

<引用・参考文献>

- 1) 平成 21 年 3 月 19 日厚生労働省発表「若年性認知症の実態等に関する調査結果の概要及び厚生労働省の若年性認知症対策について」

- 2) 宮永和夫「若年性認知症とは何か『隠す』認知症から『共に生きる』認知症へ」筒井書房（2005）p20
- 3) 認知症介護研究・研修大府センター、認知症介護研究・研修東京センター、認知症介護研究・研修仙台センター「平成 19 年度 老人保健健康増進等事業による研究報告書～三センター合同研究 若年性認知症支援ハンドブック」

第6章 認知症者のケアマネジメント

はじめに

認知症者の支援においては、その時その場の認知症者の行動や発言をありのままに受け止めてそれに答えることが求められる場合がある。

例えば、認知症者が、見当識障害により、現在自宅にいるのに、自宅にいるということが分からず、「自宅に帰ります」と援助者に声をかけてきたとき、「ここが家じゃないですか。ここにいて下さい。」などと答えた場合、認知症者に「この人(援助者)は今いるこの場所から私を外に出さないつもりではないか」という不信感を与えたり、「私はここは家ではないと思っているが、私はまちがっているのだろうか？」という不安を感じさせたりする場合がある。そのため、本人をあからさまに否定せず、一旦外出してまた帰ってくるといった対応がなされる場合がある。このように認知症者が捉えている現状を受け止め否定しないことによって、認知症者との信頼関係を構築することができるという側面がある。

しかし、一方で、そのようなその場しのぎの対応では、「認知症者が自宅にいるのに自宅だと分からずに困っている状況」は、いつまでたっても改善されない。すなわち、その時その場のかかわりにおいて認知症者を否定しない関わりを大切にしながらも「認知症者がどのような中核症状によって、どのように困っているのか」を明らかにし、その困りごとを軽減するような支援を提供することが求められる。本章では、そのような認知症者のアセスメントとそれを基にしたケアプラン作成のあり方について概観する。

認知症者は、認知機能障害を持っているからこそ、自分が今どのようなことに困っているかということを自分で他者に正確に伝達することが難しい。そのため、認知症に伴う行動・心理症状（BPSD）が発症した場合、ケアによるアプローチを行わないままに、薬物等による対応に偏るということがたびたび起こる。本章を参照しながら、認知症者の支援において認知症者を深く理解し、認知症者が困っていることを支えるアプローチを検討できる力量を身につけて欲しい。

第1節 ケアマネジメントの基本的考え方

1. サービス利用手続きとしてのケアマネジメント

認知症者の多くは、介護保険制度における要介護認定の要支援ないしは要介護状態に該当する（若年性認知症でも特定疾病に該当する）ため介護保険の給付（サービス）を利用することとなる。したがってこの「ケアマネジメントの基本的考え方」は、介護保険制度でのケアマネジメントについて記述することとなるものである。

介護保険制度下のケアマネジメントは、狭義には保険給付（サービス）の利用手続きとしてとらえられる。介護保険制度でのサービスの基本的な利用手続きはおおむね3段階に区分して整理することができる。

第1段階は、被保険者がサービスを受ける要件を満たしているか否かを確認するための「要介護認定・要支援認定（要介護認定等）」の段階である。そして、第2段階は、要介護認定等を受けた被保険者（要介護者等）に対して行われる「居宅サービス計画（居宅ケアプラン）や施設サービス計画（施設ケアプラン）の作成」の段階である。更に、第3段階は、要介護者等がケアプラン（ケアプランに基づき整合性をもって作成される個別援助計画を含む。）に沿って「継続的な状況把握のもとで実際にサービスを受ける」段階である。具体的には、第1段階は要介護認定等の過程であり、第2段階と第3段階は介護支援サービス（ケアマネジメント）の過程であるといえることができる。

（介護支援サービス）

介護保険制度におけるケアマネジメント機能は、居宅でサービスを受ける要介護者等に対して行われるものと介護保険施設に入所・入院してサービスを受ける要介護者等に対して行われるものの両者があり、いずれの業務も介護支援専門員によって行われるが、介護保険法上この両者を統合した適語がなく、こうしたケアマネジメントは「介護支援サービス」といわれている。

また、これらの保険給付（サービス）の利用手続きは概ね次図6-1のとおりである。

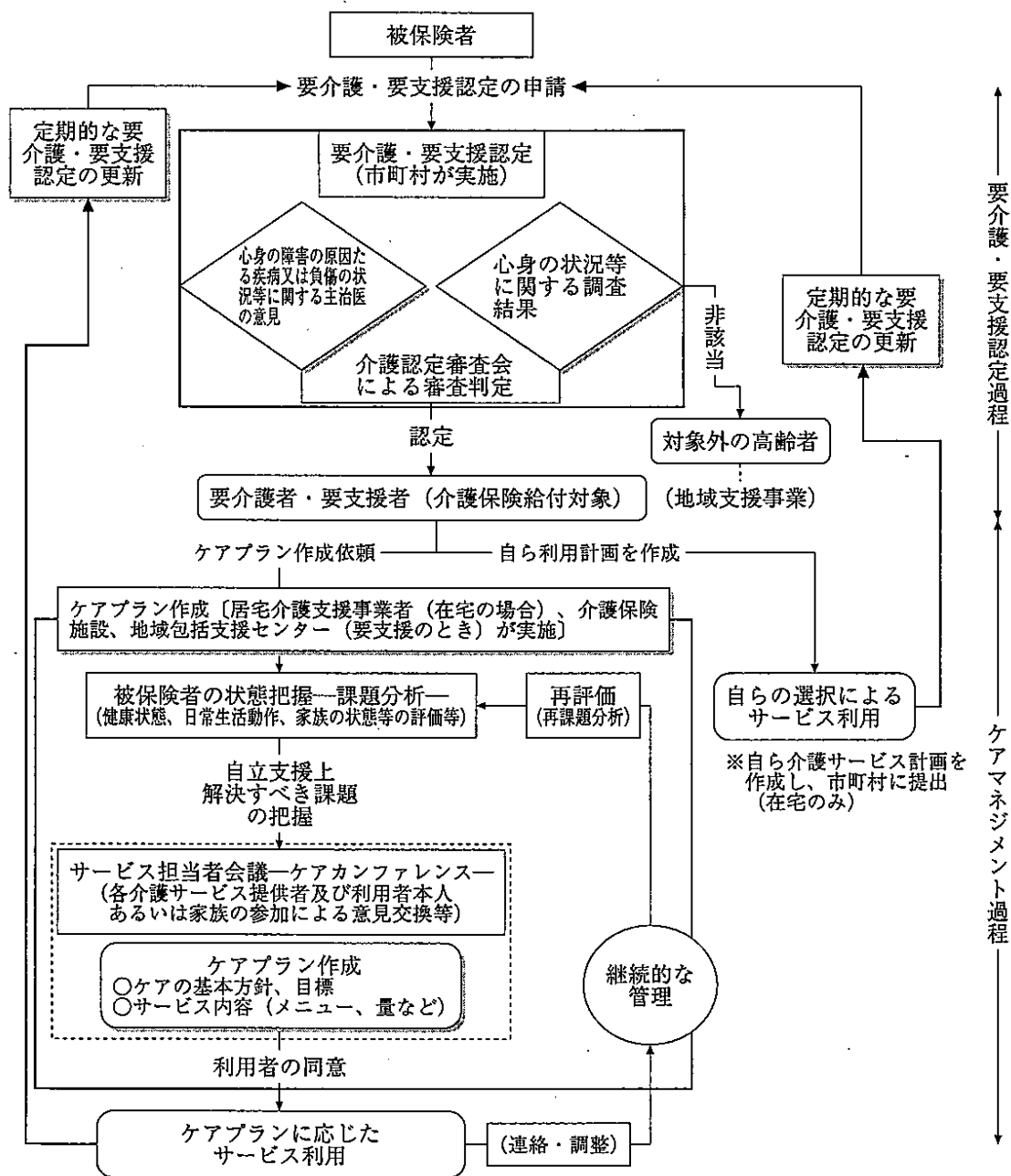


図 6-1 介護保険制度におけるサービス利用までの流れ

2. 介護保険制度へのケアマネジメントの導入

介護保険制度においては、保険給付の対象者である要介護者等に対し、それぞれの生活全般の解決すべき課題(にズ)に即したサービスが適切かつ効果的に提供されるよう、多様なサービス提供主体による保健・医療・福祉にわたる各種サービスが総合的、一体的、効率的に提供されるサービス体系を確立することとされており、このためにサービス提供の手法としてケアマネジメントの機能を制度的に位置づけた。

なお、ケアマネジメントとは、簡略に言えば、“多様な生活全般の解決すべき課題”と“保健、医療、福祉サービスを統合した幅広い対応するサービス”の継続的な連結を主眼とするもので、以前からその機能の必要性が指摘されてきたものであり、介護保険制度においてのみ成立する機能ではないが、介護保険制度におけるケアマネジメントでは、その対象を要介護者等に限定するという特質を持っていることになる。

従来は、制度上異なった縦割りのサービス体系、指揮系統の下で価値観や専門性の相違をもって縦割りで個々単独に行われやすかった“多分野多職種”のサービスをサービス利用者である要介護者等の元に、連携のとれた“ひとまとまりのサービス”として届けることは容易ではなかったのである。これに対して要介護者等の生活全般の状況を総合的に把握し、生活全般の解決すべき課題に応じたサービスを一体的に提供する機能を果たす“人や機関”の必要性を認め、ケアマネジメントをサービスの利用手続きとして制度的に位置づけ、いわゆる福祉・保健・医療の連携の仕組みを作ったところに介護保険制度の大きな意義のひとつがある。

【参考】 介護保険制度にケアマネジメントを導入すべきとした意見

○ 高齢者介護・自立支援システム研究会報告

厚生省（当時）に設けられた「高齢者介護・自立支援システム研究会」は、介護問題に関する様々な分野について議論を重ね平成6年12月に「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」という報告をまとめた。その報告書では、社会保険方式の導入を中心とした新しい介護システムとして介護保険制度の創設を提言し、今後の介護の基本理念は「高齢者の自立支援」であること、すなわち、高齢者が自らの意思に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるように支援することが重要であり、サービスは何よりも「利用者の立場に立って」利用者本位で提供されるべきであると述べた。そして、こうした利用者本位のサービス提供の具体的なシステムとして求められたのが「ケアマネジメント」であった。

○ 老人保健福祉審議会報告

上の「高齢者介護・自立支援システム研究会報告」を踏まえ、国の老人保健福祉審議会では、介護保険制度創設についての本格的な検討を行い、その最終報告「高齢者介護保険制度の創設について（平成8年4月22日）」においても、サービス（保険給付）は利用者の希望を尊重し、その人らしい、自立した生活を送ることができるように社会的に支援するよう行うことを目標とし、利用者自身がサービスを選択することを基本に、専門職が連携して身近な地域で利用者及びその家族を支援する仕組みとしての「ケアマネジメント」の確立を提言した。

こうして、介護保険制度では、高齢者の自立支援のための利用者本位のサービス提供を基本理念とし、これを実現するサービス提供の手法としてケアマネジメントを制度的に位置づけたのである。

3. 自立支援のケアマネジメント

介護保険制度上「自立」とは何かを直接示す規定はない。しかし「自立」とは、人が要支援・要介護の状態になっても“可能な限りできる範囲で、可能な限り自分らしい生活を営むこと、自分の人生に主体的・積極的に参画し自分の人生を自分自身で創っていくこと”を指すものと考えられる。また、そのことに価値を見出し、それを「支援」すること、すなわち「自立支援」という考え方こそが介護保険制度の基本理念であり、それを実行するためにケアマネジメントに与えた機能である。

介護保険制度は、利用者が自立した日常生活を営むことができることを目的としており、具体的には保険給付で「被保険者（利用者）」が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に

応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮する」こととされている。保険給付（サービス）は「利用者の自立を支援する」ために行われるということである。

4. 認知症者のケアプラン

ケアマネジメント中核は、ケアプランであり、いかに自立支援型のケアプランを作成するかが問題である。この際、自立支援といっても、認知症の者の場合には、希望や意思の表明が困難な場合が多い。認知症という疾病によって、通常の判断力やコミュにケーション、希望の表明ができない場合に、どのようにケアプランを作成するかが問題となろう。具体的には、ケアプランの中の「生活全般の解決すべき課題（にズ）」や「(被保険者自身のものとしての) 長期・短期の目標」どのように捉えて書くかということである。

この場合、被保険者本人から生活に対する主体的で積極的な意思表示がなされず、その意味の理解・納得が困難な状態であっても、「(したがって) サービスは提供しない」ということにはならない。介護支援専門員が徹底したアセスメントや家族、関係者などとの相談を踏まえてアドボカシー機能を發揮して、具体的なサービス（家族本位ではなく、あくまで利用者本位に）につなげていくケアプランを作成・実行していくことが必要となる。

この際に注意したいのは、「生活全般の解決すべき課題（にズ）」や「長期目標」、「短期目標」の書き方である。ケアプランは、サービス導入の根拠であるから、“それが誰の考えなのか” が明らかにされなければならない。具体的には、次図6-2のように、利用者の意向ではなく家族の意向であり介護支援専門員の専門的判断にも沿っている場合や家族と介護支援専門員、その他の支援関係者が相談した結果である場合など、記載した内容が“誰の考えなのか”を文頭でも、あるいは文末にでも明らかに表示することが重要である。

【参考】 第 2 表の記入の一部例

対応	生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	(本人) わからない。。。。 (家族) 安心して落ち着いて楽しく暮らせるようになりたい。
	長期目標	(家族・専門員) 楽しみを見つけ積極的に参加して充実した毎日を送る。
	短期目標	(家族・専門員) 安心して落ち着いていられる時間を増やす。
対応	サービス内容	①安心して落ち着いていられるのはどのような条件のときか観察し検討する。 ②専門的助言を受ける。 ③○○○○○○○○
	サービス種別	①医師、薬剤師 ②デイケア ③家族 ④○○○○ ⑤○○○○○○○○

図 6 - 2 第 2 表の記入の一部例

第2節 認知症者のアセスメント及びケアプラン作成のポイント

1. アセスメントとケアプラン作成に求められる視点（認知症者にとっての事実を捉える）

1) 事実とその解釈を意識的に分けて考える

認知症者とその家族のニーズを捉える際、認知症者と家族の事実を事実として把握・表現し、かつ利用者・家族にとっての事実とアセスメントする専門職自身の価値づけ、判断を区別することが求められる。例えば、「Aさんがおにぎりをパクパク食べている」という状況に対し、「Aさんはおにぎりが好きな人だ」と解釈できるであろうか。もしかすると、Aさんはそもそもおにぎりを勢いよく食べる人であったのかもしれない。あるいは、何か急ぎの用事があったのかもしれない。さらに、解釈した本人がもっとゆっくりとご飯を食べる人だったのかもしれない。

アセスメントでは、情報を収集し、その情報に対し評価・解釈を行う。しかし、そこには自分の解釈を正当化するための事実を選択的に集めてしまう、収集された情報を自分の解釈したいように解釈してしまう可能性が常にあることに自覚的でなければならない。

こうしたことを避けるためには、事実とその解釈を意識的に分けて考える必要がある。また、事実を解釈するために必要な情報を満たしているか見直す必要がある。

2) 認知症の中核症状によって認知症者がどのような体験をしているのかを深く考える

利用者中心の認知症ケアを行う大前提として、認知症者は中核症状があることで困っているが、それを自分で何とか乗り越え、生活しようとしていることを理解することが必要である。また、中核症状を抱えているがゆえの困っていること、苦悩をしっかりと受け止め、認知症者が困らないように、認知症者本人が力を発揮できるようにかかわることが必要である。認知症の中核症状には以下のものがある。

- (1) 記憶障害（新しい情報を学習したり、以前に学習した情報を想起したりする能力の障害；特に短期記憶障害、体験全体を忘れる）
- (2) 見当識障害（時間、場所、人物の見当をつける能力の障害）
- (3) 失語（言語の障害）

- (4) 失行（運動機能が損なわれていないにもかかわらず動作を遂行する能力の障害）
- (5) 失認（感覚機能が損なわれていないにもかかわらず、対象を認識または同定する能力の障害）
- (6) 実行機能障害（計画を立てる、組織化する、順序立てる、抽象化することの障害）

例えば、認知症がある短期入所生活介護を利用している人が「帰ります」と声をかけてきた場面を考えてみよう。こうした状況は、認知症の中核症状から影響をうけて生活の中で困っているのに、そのことをわかって助けてくれる人が誰もいない状況から生まれている。認知症の中核症状によって認知症者がどのようなことに困っているのか考えてみると、例えば、「なぜ私がここにいることになったのかどうしても思い出せない（記憶障害）」「今、違う場所で人を待たせてしまっているかもしれない（時間の見当識障害）」「こんな知らない場所ではなくて、よく知っている場所に戻りたい（場所の見当識障害）」「知らない人ばかりいる場所ではなく、知っている人がいる場所に戻りたい（人物の見当識障害）」「周りの人が話していることを理解できない、自分の気持ちをきちんと言葉に表現できない（失語）」「やることなすことが上手くいかない（失行）」「知らないもの、わからないものばかりある、囲まれてしまった（失認）」「この次何をしたらよいかわからないので、周りの人に迷惑をかけてしまう（実行機能障害）」といったことが考えられるだろう。これにより、不安感や焦燥感に駆られている状況が考えられる。このように「帰ります」という言葉の背景にある認知症者の体験を深く考える姿勢が認知症者のニーズを把握する上で必要なのである。²⁾

3) 国際生活機能分（ICF）の視点を大切にする。人間は意欲を持って様々な種類とレベルの生活機能を環境と相互作用しながら発揮し、生活しているという視点を大切にする。

(1) 生活機能の考え方をを使って認知症者を理解する。

国際生活機能分類（International Classification of Functioning Disability and Health: ICF）とは世界保健機関（WHO）による生活機能に関する分類法を指している。³⁾ 生活機能とは、人間が生活する上で使っている全ての機能を指す。具体例として手と腕の生活機能を

あげると、「引く」「押す」「手を伸ばす」「投げる」「つかまえる」「にぎる」「たたく」「なでる」「ノックする」「つぶす」「つかむ」「ふる」「しぼる」「つまむ」「もむ」「つつく」といった手と腕が生活上で使用されるあらゆる機能を指す。ICF において生活機能は、「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の三つの要素で構成されており、それらの生活機能に支障がある状態を障害ととらえている。また、生活機能と障害の状態は、健康状態や環境因子等と相互に影響しあっていると考えられている。

表 6－1 生活機能の 3 つの要素

心身機能・身体構造 生物レベル (生命レベル)	活 動 個人レベル (生活レベル)	参 加 社会レベル (人生レベル)
体の働きや精神の働き、 また体の一部分の構造 のこと。	生きていくのに役立つ 様々な生活行為のこと。	社会的な出来事に関与し たり、役割を果たすこと。
心身機能・身体構造の障害	活動制限	参加制約

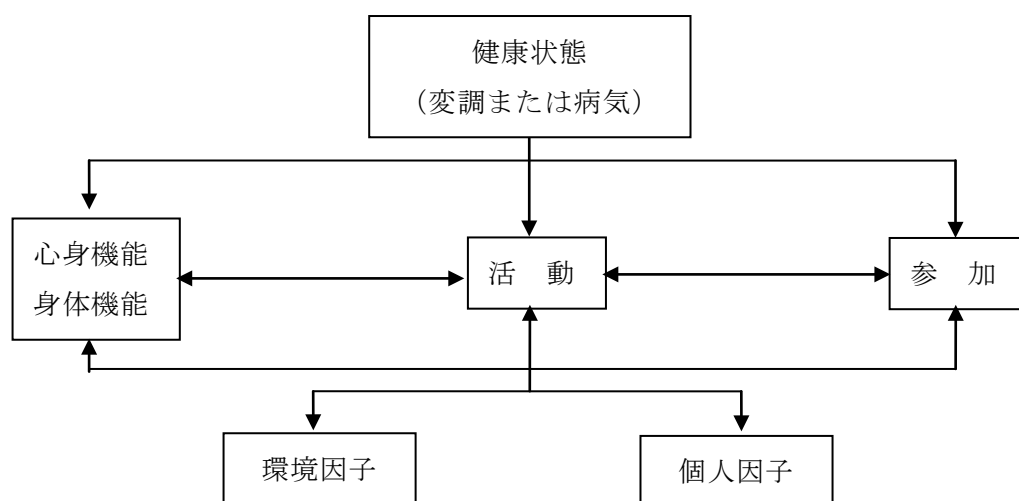


図 6－3 ICF の構成要素間の相互作用

(2) 医学/社会モデルを統合して認知症者のニーズを捉える

認知症者へのケアマネジメントにおけるアセスメントやケアプラン作成時は、障害の内容に応じて、医学モデル、社会モデルの二つのモデルを統合し使いこなすことが重要である。ICFはこの両者のモデルの統合に基づいているのである。医学モデルとは、認知症の人の病変部位や障害そのものを治そうという立場をとる。一方、社会モデルでは、認知症の人本人以外の環境（サービス提供者も環境の一部）を変えることで認知症の人の生活機能を発揮しやすくしよう、また、生活機能が低下していても（障害があっても）本人が困らないようにしようという立場である。認知症の人からみた場合、医学モデルは受動的なモデルであり、社会モデルは能動的な支援のモデルであるといえよう。（表6－2参照）

障害とは身体的な問題であると同時に社会的な現象でもある。すなわち、医学モデル及び社会モデルのいずれのモデルも単独では障害という複雑な現象を十分にとらえきれない。認知症者のニーズを捉えようとするときこの二つのモデルを統合して活用していくことが必要である。

表6－2 医学モデルと社会モデル

	医学モデル	社会モデル
障害とは	身体疾患や身体の変調によって起こる	社会・環境によって起こる
克服手段	治療・リハビリによる	社会・環境の側の改善による
アセスメントとケアプランのための思考タイプ	問題志向型	目標志向型

(3) ICFの視点から認知症者のストレングスを把握する。

認知症者はどの生活機能が低下（障害）しているか、そして何をどう困っているのか、でもどうしたいと思い、今あるどの生活機能を発揮しているか、そしてそれを発揮できている環境とはいかなるものなのかを考える必要がある。

さらに、認知症の人を深く理解しようとするとともに、連携する

一人ひとり、一つ一つの機関も深く理解しなければならない。それぞれの専門職、機関が発揮している、あるいは発揮できるであろう強みを理解し、活用していく必要がある。

(4) 国際生活機能分（ICF）の視点を大切にした認知症者の理解

では、国際生活機能分（ICF）の視点から認知症者を捉えるとどのようになるだろうか。例えば、家族の協力を得ながらデイサービスに通っている80代男性の認知症者への支援を、生活機能という視点から表してみると次の図6-4のようになるだろう。生活機能という点からみれば、この男性がデイサービスに通っているということは、心身機能・身体機能としては、健康状態で認知症・高血圧がありながらも、血圧の管理や残存機能の維持という機能が発揮され、外出の準備が行えることによって、デイサービスに通うという生活機能が発揮されているとみることができる。それらの機能が発揮されるには、環境因子としての家族の支援体制が重要であろう。この男性は、家族の協力体制が大きな強みとして機能しているといえよう。したがって支援にあたっては家族の協力体制がうまく機能していくようにどう働きかけるかも重要な視点となる。医学モデルでいえば、この男性の支援には血圧の管理と認知症の進行の予防という支援の方向性が見出されようが、社会モデルの点から考えれば、男性のデイサービス利用を促進するため家族の協力体制という機能をどううまく発揮できるようにしていくかといった点や、そうした目標に対し本人とどう取り組んでいくかといった点からのアプローチがあろう。この両モデルはどちらも重要であり、両モデルを統合することによってより深くこの男性の支援の方向性を見出すことができる。（図6-4参照）

こうしたICFを共通言語としながら、認知症者を理解し、支援の方向性を見出していくことが他職種との連携において、非常に重要である。

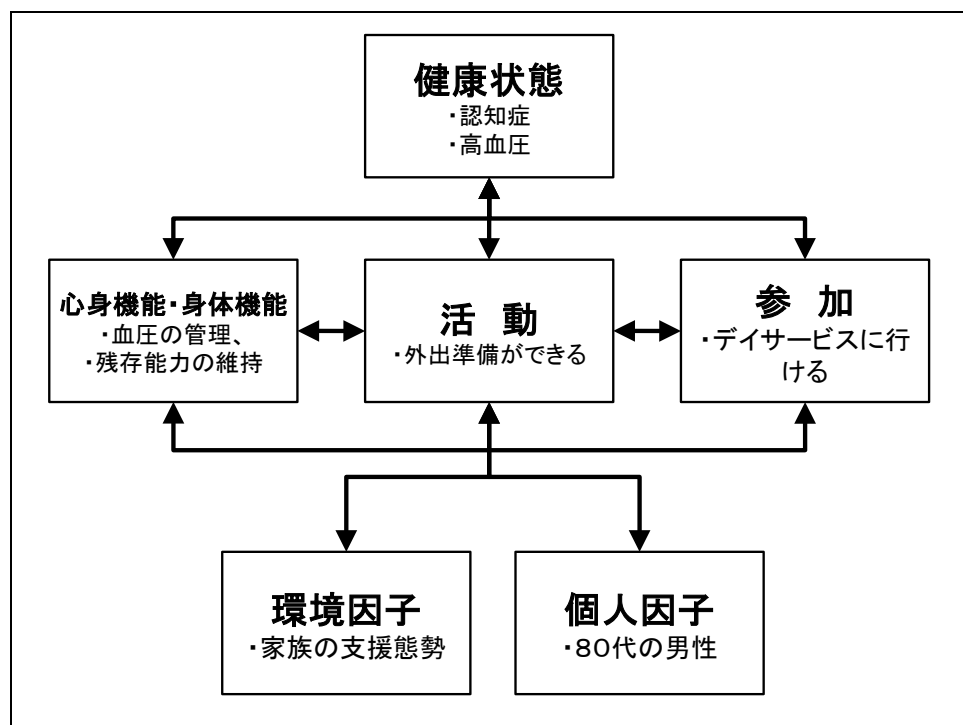


図 6 - 4

2. 連携担当者の見立てを利用者の訴えと統合して真のニーズを見出す。

認知症者と家族の意欲・希望・思いを尊重する態度を持つことは支援者の前提条件である。しかし、認知症者本人の訴えはそのまま本人のニーズを表現したものではない。「認知症の人の訴えていることは、どのような中核症状により何に困っているから発生しているのか」、「認知症の人の BPSD は、どのような中核症状により何に困っているから発生しているのか」、また「本人の困りごとを困りごとと判断したのは、どんな事実を根拠としているか」、このような思考の過程で導き出された専門職の見立てを利用者の訴えと統合して真のニーズを見出していかなければならない。

3. ケアプランでは、適切かつ的確な表現を用いる。

連携をとるときに理解のずれがないように、いつどこでだれが何をどうすることか分かるような表現を用いて表記することが大切である。また、具体的に理解のずれない表現を用いることが必要である。例えば、「見守り」とは誰が何をどのようにみることなのか、「連携」「情報交換」「医療につなぐ」

「状態の把握」とは、いつ誰が何をどうすることなのか分かるように表記することが大事である。加えて、「信頼関係を構築する」「その人らしさを大切にすること」「尊厳を守る」「連携をとる」「自立できるよう支援する」といった表記をして、聞こえのいい言葉でわかった気にならないように注意しなければならない。

第3節 認知症ケアの基本的考え方

～生活リズムを整え心身ともに豊かに過ごすために⁴⁾

秋山⁵⁾によると、高齢者の薬物療法においては、「可能な限り非薬物療法を用いる」とこととされている。これは認知症者の支援においてもあてはまるが、実際にはBPSDに対し、ケアによる働きかけを行わないままに薬物を使用してしまっている場合もある。本節では、医療との連携を適切に行うための前提としての認知症者のケアのあり方について認知症者の生活リズムを整えるケアを例に挙げて具体的に説明する。

認知症者にとって生活リズムが整うことは大切である。生活リズムを整えるために必要な3つの要件「時刻の見当がつく」「食事を規則正しくとる」「日中に日光を浴びる」を理解し、生活リズム障害の中でも睡眠障害の予防とケアを実践して、認知症者とご家族の心身が安定し、より豊かに生活できることを目指していかなければならない。

1. 生活リズムと生活リズム障害とは

人間は24時間の周期で刻まれている生体リズムを持っているが、「時刻の見当がつく」「食事を規則正しくとる」「日中に日光を浴びる」ということによって、睡眠・覚醒、活動・休息、食事・排泄などが24時間の周期で繰り返されている。これが生活リズムであり、そのリズムが乱れ、自律的に修正できなくなるのが生活リズム障害である。具体的には、過活動、低活動、概日リズム障害が発生する。

1) 過活動

過活動とは、様々な心身の要因や環境要因および環境との相互作用によって個人の活動が過剰となり、脱抑制、興奮、暴力、不眠、せん妄などの精神

運動症状によって健康障害や参加の制限が生じている状態をいう。

2) 低活動

低活動とは、様々な要因や環境との相互作用によって個人の活動が低下し、疲労、無気力、過鎮静、傾眠が生じ、健康障害や参加の制限が生じている状態をいう

3) 概日リズム障害

概日リズム障害は2つに大きく分類される。

- ① 体内時計を昼夜24時間の環境に合わせることができないことが主原因となっている病態。この中には睡眠時刻の後退、前進、あるいはヒトの体内時計固有の周期である約25時間で交代する睡眠・覚醒リズムなど。
- ② 体内時計の機能は正常に働いているが、社会的要請から体内時計のリズムとは異なった時間帯に睡眠をとろうとする場合に起こる障害。交代勤務や時差のある地域へ急速に移動した時にみられる入眠障害やこれに伴う身体症状。

2. 睡眠障害とは

睡眠障害は、生活リズム障害の中でも重要である。睡眠障害には、①入眠障害：寝付けない②中途覚醒：夜中に目が覚める③早朝覚醒：朝早く目が覚めてしまうの3つがある。睡眠障害による人間への主な影響としては、①日中の眠気が強く、覚醒していることができなくなる②注意機能、記憶機能、意欲、思考力が低下する③気分が不安定になってイライラするといったものが考えられる。

睡眠障害のある認知症者の日常生活での様子をみると、日中ウトウトして眠り込んでしまう、周囲の様子に適切に注意を向けて状況がどうなっているのか、危険なものはあるのかなどを把握することが難しくなる、普段に比べて物覚えが悪くなり、考えもまとまらないので、適切なコミュにケーションや行為ができなくなる、気分がイライラして周囲の人や物に当たってしまうといったような状況がみられる。睡眠障害への対処法として、薬物療法、非薬物療法があるが、薬物療法に頼る前にできるだけケアの力による非薬物療法を試みる必要がある。

3. 睡眠障害の予防の具体的方法

1) 認知症者が時間の見当がつけやすくなるための工夫

- ① 家族やケア専門職から時間を伝える
- ② 「おはようございます」「こんにちは」など、時間を告げるあいさつをする
- ③ 時計やカレンダーを視野に入るところに置く
- ④ 時刻や季節を感じることでできる外の景色が見えるようにする
- ⑤ 習慣になっていることを、いつ行う習慣であったのかを考慮して行えるようにする
- ⑥ 適切に調整されためがね、補聴器を準備し、使用できるようにする

2) 食事をその人なりに規則正しくとるための工夫

- ① 習慣を大切にしながら、その人にとっての適切な食事時間を検討し、その人なりに規則正しく食事をとれるようにする
- ② 適切な食事時間を検討する際に、体調、体力、本人やまわりの人の一日の過ごし方、もともとの習慣などを考慮に入れる
- ③ 本人がおいしそうと思える料理、使われている食材や味がわかりやすい料理を大切にする。彩り、香り、盛りつけ、温度、食器なども工夫する
- ④ ゆっくり落ちついて食べることでできる環境を整える
- ⑤ 食べ方を言葉や動作で伝える。本人にとってわかりにくいようであれば、ふたや透明のラップなどをあらかじめ取り除いておく

3) 日中に光を浴びることができるようになるための工夫：メラトニン産出のしくみを踏まえてー

- ① カーテンを開けて、朝日を取り入れる
- ② 特に午前中、日光を浴びることのできる活動をする
- ③ 屋外や窓辺の近くで、日光を浴びながら楽しんで活動できるようにする
- ④ 屋外や窓辺の近くで過ごすことができるようベンチやソファなどをしつらえる（ただし、熱中症、日焼け、脱水症に注意しながら行う）
- ⑤ 夜間のトイレ誘導やオムツ交換の時、まぶしい照明にはしない

***メラトニン産出のしくみ**

人間は午前中に日光を浴びてからおよそ14～16時間後に眠気を作り出すメラトニンというホルモンが分泌されはじめ、その2～3時間後に眠気をもよおすようにできている。夜間に浴びる光の量が増えてしまうと、メラトニン分泌量が減ってしまうことが明らかになっている。

4) 日中、すっきり覚醒していただけるようにする工夫

- ① 朝、起床後、嗜好を考慮しながら、日本茶やコーヒーなどカフェインを含む飲み物をとる
- ② 興味・関心を持てること、趣味活動を取り入れることで日中の覚醒を促し、楽しく充実した過ごし方ができるようにする
- ③ デイサービス・デイケアに通う
- ④ 興味・関心を持てる物や趣味活動に必要な物や人（ボランティアを含めて）整える
- ⑤ デイサービス以外のインフォーマル・サポートを活用して日中、充実した過ごし方ができるか工夫する

5) 睡眠を促す環境を整える工夫

- ① 就寝前に入浴や足浴を行えるようにして深部体温を上昇させ、その後急激な体温降下が起こって入眠につながるようにする
- ② 室温（日中は18～25℃、夜間は13～17℃程度）、湿度（60%程度）、光（印刷物の文字が何とか読める30ルクス未満）、音（テレビや話し声）におい（不快なにおいは？心地よい香りは？）に気をつける。
- ③ 寝衣・寝具（清潔さ、材質、大きさ、重さ、硬さ、高さ、保温は？）
- ④ 睡眠の深さからもトイレ誘導のタイミングを検討する

6) 安心・信頼できて、リラックスできる人間関係を作る工夫

- ① 睡眠障害の予防を行う時には本人のこちよさ、興味・関心を大切に
する
- ② 嘘をついたり騙したりしない人々に囲まれていると本人が感じることが
できているかふりかえる

- ③言語によるメッセージと非言語的によるメッセージが一致するようにコミュニケーションする
- ④周囲の人々の穏やかな表情や速すぎることのない（わかりやすい）動きに留意する
- ⑤その時どのような気持ちでいるのかを大切にするコミュニケーションをやりとりする
- ⑥緊張する必要なく、現実の見当識を高めてくれるコミュニケーションをやりとりする

4. 睡眠障害のケア

睡眠障害の予防の具体的方法が確実に実施されているか確認する。その上で、睡眠障害の原因を踏まえてケアを行う。

1) 睡眠障害の原因となっている疾患のコントロール

睡眠障害の原因となっている疾患が適切にコントロールされているか確認する。

* 睡眠障害の原因となっている疾患主な疾患

①せん妄 パーキンソン病：筋固縮、不随意運動 ②高血圧 ③糖尿病：夜間の口渇、発汗、神経痛 ④不整脈、夜間狭心症 ⑤喘息発作、慢性閉塞性肺疾患による肺泡低換気 ⑥むずむず脚症候群 など

2) 睡眠障害の原因となっている症状の緩和

睡眠障害の原因となっている症状を緩和することでケアを行う。

* 睡眠障害の原因となっている主な症状

- 疼痛：腰痛、関節痛、神経痛、口腔内の痛み歯痛、頭痛、胸部痛、腹痛など
- 掻痒感：ドライスキン、皮膚汚染（排泄物、汗）衣類やオムツ類、洗剤などの刺激
- 夜間頻尿：夕方から夜間の飲水量過多（特に、利尿作用のある飲み物利尿剤、冷え）
- 便秘

3) 睡眠薬使用時のケア

- ① 睡眠薬が適切に内服されているかについて以下の点を確認する。
 - 嚥下障害
 - 飲み忘れ、飲み過ぎ
 - 手指の巧緻性の低下
 - 適切な内服を管理できる知識を持った介護者の存在
 - 適切な内服管理についての指導
- ② 睡眠薬の効果について眠障害、中途覚醒、早朝覚醒は改善したか確認する。
- ③ 睡眠薬の副作用が起こっていないか以下の点を確認する。副作用や持ち越し効果が起こった場合は、必ず医師に相談する。
 - 持ち越し効果が起こっていないか
 - ・自分から起きてこない、起こしても起きない
 - ・日中の眠気、ふらつき、脱力、頭痛、倦怠感
 - 興奮や攻撃性が起こっていないか

<参考・引用文献>

- 2) 諏訪さゆり「ICFの視点を活かしたケアプラン実践ガイド」日総研（2007）
p 90
- 3) 障害者福祉研究会編「ICF国際生活機能分類―国際障害分類改訂版―」中央法規出版（2002）
- 4) 諏訪さゆり「認知症ケアの基本―生活リズムを整え心身ともに豊かに過ごすために―」認知症連携担当者研修講義資料（2009）
- 5) 秋山雅弘「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」日本老年精神医学会誌、44,
31－34（2007）

第7章 認知症ケアに関連する専門職

はじめに

認知症ケアの専門性をもった人材には、専門医をはじめ医療、看護、介護あるいは福祉の分野で数多く存在する。また、それぞれの地域では、認知症ケアの専門的知識を修得するための様々な研修が行われている。介護保険制度の施行により、我が国の認知症ケアの環境は大いに進展したが、未だ保険・医療・福祉の連携体制の構築がスムーズに行われていない実態もある。認知症者は、病める個人であると同時に一生活者でもあることから、認知症者の生活支援に視点を置き、医療をはじめ看護、OT・PT、ケアマネジャー、介護福祉士、社会福祉士等の専門職が同じ方向を向いた支援体制が必要であり、それが認知症ケアの専門性である。

第1節 認知症ケアの専門性

《ガイドライン》

- 「2015 年の高齢者介護—高齢者の尊厳を支えるケアの確立—」では、高齢者の尊厳を支えるケアの確立のために 2015 年までに取り組むべき課題を示した。
- 認知症ケアは、認知症者の日常生活の適応と行動変容を目標とした治療的関わりと、認知症者が自由に活動でき、制限なく社会活動に参加できるように環境を整えることである。
- 認知症ケアの専門性とは、認知症ケアに関する確かな知識と技術を実践の場で有効に活用でき、また他の専門職との協働、困難な課題に対する解決力に秀でた能力を有することである。
- 認知症ケアに関する専門資格制度としては、「認知症ケア専門士」、「認知症高齢者看護認定看護師 CEN」がある。また認知症介護指導者養成研修では、認知症ケアの教育実践者を養成している。

【解 説】

1. 「2015 年の高齢者介護」が求めるもの

「2015 年の高齢者介護—高齢者の尊厳を支えるケアの確立—」¹⁾では、高齢者の尊厳を支えるケアの確立のために2015年までに取り組むべき課題として、①介護予防・リハビリテーションの充実、②生活の継続性を維持するための新しい介護サービス体系、③新しいケアモデルの確立：認知症者のケア、④サービスの質の確保と向上、の4点を挙げた。なかでも認知症高齢者自立度Ⅱ以上の要介護高齢者数は2015年に250万人に達し、2025年には323万人と推定されることから、この提言では「高齢者の精神上的障害による要介護状態についての取組は、遅れていると言わざるを得ない」とし、「その課題は認知症高齢者ケアの確立で、認知症高齢者のケアの推進は、高齢者のケアモデル全体を新たな次元へと進展させることになる」と、要介護高齢者ケアの中でも認知症ケアの重要性を強調している。

現状では、この提言を受けグループホーム、小規模・多機能サービス、ユニットケアなど、認知症者一人ひとりの生活を支援していく地域支援体制の構築や認知症者の環境整備、ニーズを捉える評価表の開発、介護者の教育などの幅広い分野での総合的な認知症ケアの確立を目指し、さまざまな施策が展開されている。またサービスの質の確保と「ケアの標準化」を図るために優秀な人材確保が欠かせないことから、認知症介護指導者養成研修をはじめ認知症介護実践研修（実践者研修・実践リーダー研修）、認知症対応型サービス事業管理者研修、小規模多機能型サービス等計各区作成担当者研修、認知症介護サービス事業開設者研修などが都道府県・指定都市を事業主として実施されている²⁾。

2. 認知症ケアとは

わが国で認知症ケアの理念を初めて明確に提唱したのがおそらく室伏であろう。室伏の著書『痴呆老人の理解とケア』³⁾の中で、認知症ケアは「理にかなった介護」で、認知症者への尊厳とその人の生活、生き方を支えるケアを行うために日々の認知症者同士の会話や仲間関係の観察から、彼らの安寧や良好な「なじみの関係」を見だし、それをケアに積極的に取り入れる必要性を説いた。また長谷川⁴⁾は、認知症者の尊厳を支える介護の重要性をTom Kitwoodのパーソン・センタード・ケアの理念から説明したが、20年前の室伏の「その心を知って」が長谷川氏の「個別的な人間存在」に、「生きれる人間」が「自分らしさ、ユニークな個性をもって生きていこうとする」と、その表現が変わっても基本的理念は変わらない。

認知症ケアの理念には、今井が⁵⁾指摘するように「生活主体」、「エンパワーメント」「尊厳」のキーワードが欠かせない。すなわち、認知症ケアは、認知症者の日常生活の適応と行動変容を目標とした治療的関わりと、認知症者が自由に活動でき、制限なく日常生活・社会生活に参加できるような環境を提供することである。そして医療・介護関係者等は、認知症者とその家族に対し、一方的な情報提供や助言・援助の押し売りでなく、彼らが持っている力を最大限に活用し、自身で問題を解決していくパワーを発揮できる方向に導くエンパワーメントが必要である。また医療・介護現場では、本人や家族のニーズ、権利を明確にし、それを最大限に尊重したケアの提供と代弁者として彼らの権利を守るアドボケイトであることを表明することである。

3. 認定認知症ケアの専門性とは

認知症ケアの専門性とは、認知症ケアに関する確かな知識と技術を実践の場で有効に活用でき、また他の専門職との協働、困難な課題に対する解決力に秀でた能力を有することである。具体的には、以下の7つの能力と著者は考える。

- ① 認知症ケアの原理・原則を理解し、認知症者の人権擁護やエンパワーメントを含めた尊厳を支えるケアの理念の基で認知症ケアを実践できる能力。
- ② 認知症を病気として理解し、認知症の診断方法、治療法（薬物療法、リハビリテーション、非薬物療法など）、口腔ケアやターミナルケアなど、医療保健に関する最新の知識を理解し説明できる能力。
- ③ 認知症者の身体状況や心理的側面、取り巻く環境、社会資源、さらには高齢者福祉など学際的な知識をケアに役立てることができる能力。
- ④ 認知症者への支援に当たり、彼らやその家族介護者のニーズを明らかにする手段と、それを基に専門分野別のケアプランを作成し、実行する能力。
- ⑤ それぞれの専門分野で活用できる豊富なモデルケアプランを有している。
- ⑥ 他の専門分野と密接な連携が持てる能力。
- ⑦ 実施したケアの効果を検証できる能力。

すなわち、認知症ケアには、認知症の病態を十分に把握した上で認知症者やその家族のニーズに即した生活支援が行える能力と、そのためのアセスメントやケアプランがスムーズに実施できる能力が必要である。

4. 認知症ケアの専門資格制度

専門資格の代表的なものが種々の国家資格であるが、現状では認知症ケアに関わる国家資格はない。現在、医学会を始め多くの学会では、それぞ

れの分野で専門資格制度を設け、その会員が一定の要件を満たすことで専門資格を与えている。この資格制度では、その分野の専門的な知識や能力を評価するために認定試験や講習会を実施し、評価基準としている。しかし、多くの認定資格では、一定の技能の修得をどのように評価するかが課題とされている。

現在のところ認知症ケアに関する専門資格制度としては、日本認知症ケア学会が認定する「認知症ケア専門士」と日本看護協会認定の「認知症高齢者看護認定看護師 CEN」がある。資格制度とは異なるが、研修を受けることでその技能を習得できる研修制度に、高齢者認知症介護研究・研修センター（大府センター、東京センター、仙台センター）が実施している認知症介護指導者養成研修があり、ここでは認知症ケアの実践者ならびに実践者を養成する人材を育成している。また、地域の診療所等に勤務する医師（かかりつけ医）を対象とした「かかりつけ医認知症対応力向上研修」とこの研修の講師をはじめスーパーバイザーの役割を果たす専門医を養成する認知症サポート医養成研修がある。この2つの研修は、認知症の医療、介護の質の向上のための研修制度で都道府県・指定市が事業主体として行っている。

第2節 認知症ケアの専門職

《ガイドライン》

- 認知症ケアの専門性をもつ人とは、認知症ケアに関する知識と技能（あるいは能力）が、他の人と比較して秀でたものを持つ人で、専門職としての倫理に基づく自己統制を基盤とする人をいう。
- 認知症の専門職には、認知症専門医、かかりつけ医、保健師、看護師、ケアマネジャー〔介護支援専門員〕、社会福祉士、介護福祉士、認知症ケア専門士がある。

1. 専門性をもつ人とは

認知症ケアの専門性をもつ人とは、認知症ケアに関する知識と技能（あるいは能力）が、他の人と比較して秀でたものを持つ人で、専門職としての倫理に基づく自己統制を基盤とする人をいう。一般に専門性とは、国家資格など、実際にその知識や技能が一定の水準以上に達している事を客観的に評価されているものを言うが、そのような資格を有さなくとも、周囲がその人の能力を認めた時に専門家という事も多い。そこで、認知症ケアの専門性を持つ人をここに挙げてみる。

1) 認知症専門医

認知症の専門医制度には、平成12年4月に創設された日本老年精神医学会の専門医制度があるが、この認定医は認知症に限らず老年精神医学の専門医を認定している。そしてその専門医が「高齢者のこころの病と認知症に関する専門医」として登録され、インターネットで紹介し、認知症患者ならびにその家族に医療情報を提供している。同じような医療情報をクライアントにネット上公開しているのが「アルツハイマー型認知症研究会」のサイトである。また、日本認知症学会では、2009年に認知症専門医制度を創設し専門医を認定している。

認知症専門医の明確な規定はないが、一般には、認知症の病態、診断や治療に関しての最新知識と高度な技能を有する者で、地域医療の指導者でもある。さらに認知症医療で重要なことは、認知症者の生活に主眼に置いた医療支援の提供であり、このような実践を地域で企てるリーダー的役割を担う者を

専門医という。

2) かかりつけ医

平成18年度の認知症対策推進事業の一つである認知症地域医療支援事業では、地域の診療所等に勤務する医師（かかりつけ医）を対象とした「かかりつけ医認知症対応力向上研修」と、この研修の講師をはじめスーパーバイザーの役割を果たす専門医を養成する「認知症サポート医養成研修」を実施した。この研修の目的は、地域の診療所等のかかりつけ医が認知症診療に関する適切な知識・技術を修得し、また介護者である家族からの介護上の話や悩みを聞く姿勢を修得することである。具体的には、①認知症の早期発見、②専門医療機関への受診誘導、③認知症高齢者の身体疾患対応、健康管理、④家族介護者の介護負担、不安の理解、⑤地域介護保険サービス諸機関との連携、等の能力を養うための研修である。

平成18年介護保険制度改定の際に示された地域の認知症高齢者支援体制を実現させるためには、かかりつけ医の役割は大きい。認知症者の早期発見、またすでに認知症と診断された高齢者が住み慣れた地域で生活が継続できるような他職種との連携を企てるなど、かかりつけ医が認知症者の在宅生活支援の中心的役割を果たすことが求められている。すなわち、認知症に冒されても彼らの日常生活が豊かなものになる為の医療サービスを実践する“認知症の Disease Management”が重要となる⁶⁾。

3) 保健師、看護師

認知症者支援に関わる保健師の多くは、地域包括支援センターに勤務する。ここでの保健師は、主に介護予防事業と新予防給付に関わる業務全般を行う。市町村(自治体)は、地域医療の協力の下で要支援・要介護状態に移行する可能性の高い65歳以上のハイリスク高齢者をスクリーニングし、これらに対して地域支援事業の一環として介護予防のための支援を行う。この介護予防事業には、「通所型」と「訪問型」があり、この事業の中心的役割を担っているのが保健師である。通所型は、20人から30人の集団にたいし、運動機能向上のためのトレーニング教室や転倒予防教室、栄養改善や口腔機能向上などの教室等を実施する。訪問型は、「閉じこもり」「うつ状態」「認知症」などの高齢者に対し、予防プランを作成する。事業者がそれを受けて予防のための支援を実施するが、その後の再アセスメントは保健師が行い、個人の生活やライフスタイルに応じた目標を達成するためのプロセスの検証を行う。

認知症ケアの専門性を有する看護師として認知症看護認定看護師を日本看

護協会認定している。認定看護師は、保健師、助産師、看護師の資格取得後、通算5年以上実務研修し、そのうち通算3年以上は特定の認定看護分野の実務研修を行った者に受験資格が与えられ、日本看護協会が定める認定試験に合格した者を言う。この認定看護師は、認知症者の権利擁護として意思表示能力を補完し、認知症の周辺症状を悪化させる要因への働きかけによる行動障害の予防、緩和につとめ、認知症者の状態把握を含む心身状態の総合的なアセスメント及びケアサポートシステムの立案ができるものとしている。

4) ケアマネジャー〔介護支援専門員〕

ケアマネジャーは、要介護者のニーズや心身の状況に応じて適切な介護プランを作成し、地域の介護保険サービス等との連絡調整を行うことが主な仕事で、2000年4月から始まった介護保険制度のケアマネジメントを実践する要である。主な役割は、①サービスの情報伝達と公平かつ有効な利用、②潜在的要介護者の発見、③サービスの円滑利用、④各種サービスとの連携、⑤要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態の防止、⑥要介護者の変化するニーズへの対応、⑦要介護者の自立生活の支援、⑧新たな社会資源の開発、などである。

地域包括支援センターに所属する主任介護支援専門員（主任ケアマネジャー）は、ケアマネジメントのスーパーバイザーの役割を有し、担当地域におけるケアマネジメントの質を管理する役割を持つ。また、地域の困難事例に関わるケアマネジャーへの助言やケアマネジャーのネットワークづくりを行う。

ケアマネジャーは、認知症者にみられる機能障害や日常生活上の問題点、介護者のニーズを十分に把握した上でケアプランを作成して行くが、家族介護者にとっては在宅介護支援のためのキーパーソンでもある。すなわち、ケアマネジャーは、ケアマネジメントサービスを実践すると同時に、認知症者の生活支援と介護者の介護負担の軽減を支援する役割をもつ。

5) 社会福祉士

社会福祉士とは、昭和62年に制定された社会福祉業務に携わる国家資格で、「専門的知識と技術を持って、身体上もしくは精神上の障害があること、または環境上の理由で日常生活を営むことに障害がある人の福祉に関する相談に応じ、助言、指導、その他の支援を行うことを業となす者」である。地域包括支援センターでは、社会福祉士が介護サービス利用者の権利擁護や虐待防止などの相談窓口となり、高齢者や家族からの相談に応じている。またその状況に応じて行政、医療、保健所、法的機関などへの引継ぎ的な役割も担い、

問題解決のための支援を行う。このように社会福祉士は、高齢者虐待防止法成立に基づき、高齢者の虐待の早期発見し、緊急時には他の機関と連携し高齢者の生命を守る役割があるが、更に認知症高齢者の消費者被害や様々な権利侵害に関する問題、契約や金銭に関する相談を対応し、関係機関と連携を密にする。

6) 介護福祉士

介護福祉士は、昭和 62 年 5 月に「社会福祉士及び介護福祉士法」が公布され、同法に基づく名称独占の資格である。この法律は平成 19 年 8 月に改定され「専門的知識及び技術をもって、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき心身の状況に応じた介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うことを業とする者」と定義規定が見直された。

資格獲得には、厚生労働大臣が指定する介護養成施設を卒業した者、あるいは 3 年間以上介護業務に従事していたものが介護福祉士国家試験に合格した者が、介護福祉士として登録される。平成 20 年 2 月現在、約 64 万人の介護福祉士が登録されている。

7) 認知症介護指導者

東京、仙台、大府にある認知症介護研究・研修センターで養成している認知症介護指導者は、もともと医師、保健師、社会福祉士などの有資格者で、介護保険施設・事業等の従事者、福祉系大学や養成校等の指導的立場にある者、民間企業で認知症介護教育に携わっている。その使命は、都道府県、政令都市が実施している実践研修・実践リーダー研修の企画・立案に参画又は講師として従事する者で、同時に地域の認知症ケアの質向上を推進する役割を持つ。。

指導者養成研修では、認知症ケアのスキルアップの為の実践研修の企画（トレーナー）、講義・演習・実習の指導（トレーナー）ならびに地域や事業所の認知症介護質向上の指導・助言者（アドバイザー）の養成が目的であるので、指導者は、「認知症対応型サービス事業管理者研修」「小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修」「認知症介護サービス事業開設者研修」「認知症キャラバンメイト研修」等に携わっている。

8) 認知症ケア専門士

認知症ケア専門士は、日本認知症ケア学会が認定する専門資格で、認知症ケアの質の向上や学会会員自身の認知症ケア技術の向上のために創設した制度である。2005 年度に第 1 回認定試験が実施され、認知症ケア専門士として 2,419 名が登録された。そして 2010 年度までに約 20,000 名の認知症ケア専門士が誕生し、都道府県別では東京都の約 1,700 名を筆頭に 42 都道府県の全てに認知症ケア専門士が登録され、またその職種は、介護支援専門員をはじめ、介護福祉士、看護師等であった（図 7-1）。

また 2009 年から「上級認知症ケア専門士」の認定制度が開始したが、その役割は認知症ケア教育のリーダーとしてチームアプローチやスーパーバイザーの能力を身につけ、また認知症ケア専門士のための生涯学習に関わるプログラムの作成とその実施の為にプラン作成など認知症ケアのスーパーバイザーとしての位置づけを目指している。

認知症ケア専門士取得資格

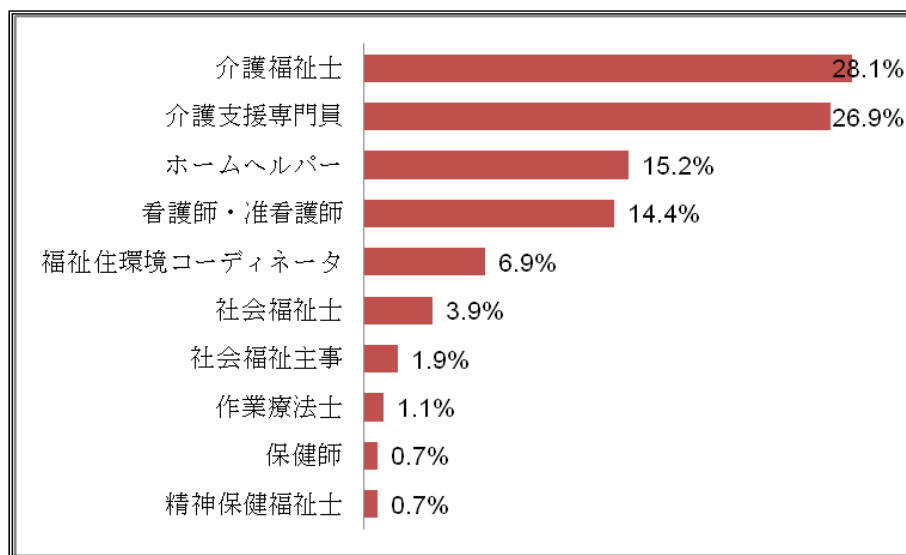


図 7-1 認知症ケア専門士の基礎資格

第3節 認知症介護実践研修

《ガイドライン》

- 認知症介護に関する組織的な研修事業に都道府県ならびに政令都市が実施主体として行っている認知症介護実践研修がある。また、認知症介護指導者養成研修は、認知症介護研究・研修センターで行っている研修で、実践研修の企画、カリキュラムの立案や講師となる認知症介護指導者を養成している。

【解 説】

(ア) 認知症介護実践研修

平成 13 年より都道府県ならびに政令指定都市が実施主体で「痴呆介護実務者研修 基礎課程」と「痴呆介護実務者研修 専門課程」の研修が行われてきたが、平成 17 年度からこれらが「認知症介護実践研修 実践者研修」、「認知症介護実践研修 実践リーダー研修」と名称が変更され、カリキュラムも改定された。実践者研修の受講資格は、認知症に関し介護福祉士等の知識を習得しているものであり、かつ介護現場経験が 2 年以上の者とし、実践者研修の目的は「認知症高齢者がその有する能力に応じて自立した生活を営むことを支援できる実践的な認知症介護の知識と技術を身につけること」である。

「実践リーダー研修」の研修対象者は、実践者研修を修了した者で介護現場で認知症介護の実践リーダー役（具体的には介護主任、ケアワーカー長など）の立場にある者もしくはそれを現場で補佐しており、次にその役を担う予定が具体的にある者、としている。その目的は、「介護現場の実践リーダーとして他の職員を指導し、支援し、チームケアのための調整役を行い、認知症介護の質の向上の推進役となること。その際に、認知症介護の理念を現場の実践において展開できること」と謳っている。

(イ) 認知症介護指導者養成研修

認知症介護指導者養成研修は、前述した認知症介護指導者の養成のための研修である。受講資格は、都道府県ならびに政令指定市からの推薦を受けた「実践リーダー研修」修了あるいはそれに匹敵する能力、実践力を有した医師、保健師、社会福祉士などの有資格者である。研修の目的は、地域における認知症介護実践研修の企画、講義・演習・実習の指導の養成であるが、最近

では、地域の認知症ケアの質向上を担う指導者としての期待が大きいことから、認知症のチームケアや地域ケアの技能養成にも力を入れている。

(ウ) サービス事業管理者等養成

現在、認知症者に対する介護サービスの充実を図るために、介護サービス事業の管理者等に認知症の知識や技術を修得させるために以下の研修を行っている。

- ① 認知症対応型サービス事業管理者研修：認知症高齢者グループホームや小規模多機能型サービス事業の管理者におこなう認知症研修
- ② 小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修：小規模多機能型サービスの利用者に対する計画作成担当者を対象とした研修。
- ③ 認知症対応型サービス事業開設者研修：事業所を開設する者への研修。

おわりに

ここに挙げた認知症ケアの専門職は、ごく一部に過ぎない。このほかに建築家、法律家、環境コーディネーター、栄養者、PT・OTなど多くの専門家が関わっている。認知症者の支援は、彼らの日常生活の維持とその質の向上のための支援であり、さまざまな専門知識と技術が求められる。また、他の専門職の役割や支援の内容について十分な理解を持つには、彼らの専門性を知ることである。すなわち、認知症ケアの多職種連携とは、自己の専門性を高めるために、他者の専門技術を理解し、自己の支援活動に生かすことで、他の専門職に支援を押しつけることではない。認知症ケアに携わる専門職は、この多職種連携の意味を十分に理解し、実践に役立てて欲しい。

<引用・参考文献>

- 1) 高齢者介護研究会報告：2015年の高齢者介護—高齢者の尊厳を支えるケアも確立に向けて。法研、東京、2003年
- 2) 今井幸充：認知症を地域で支える—専門グループの役割。老年精神医学誌 17:523-529、2006
- 3) 室伏君士編「痴呆老人の理解とケア」、1984年、今剛出版、東京
- 4) 長谷川和夫：認知症ケアの理念。日本認知症ケア学会編、認知症ケア標準テキスト「認知症ケアの基礎」、19～28頁、ワールドプランニング、2006年、東京
- 5) 今井幸充：地域における痴呆ケアモデル—家族・ケアスタッフの介護負担軽減の視点から—。老年精神医学誌 15:911-920、2004

- 6) 今井幸充：もの忘れ外来・認知症外来の現状—認知症疾患の治療・介護システムのなかでの位置づけ—。老年精神医学誌 16、1337-1343、2005

第8章 認知症ケアにかかわる機関・事業

はじめに

本章では、認知症介護にかかわる機関や事業について紹介する。認知症者の地域包括ケアにおいては、専門職だけでなく地域住民や地域の組織・施設についてもインフォーマル・サポートとして連携を求め、認知症者の問題を地域の課題として理解できるようにコーディネートが進められる。そういった意味では、地域に存在する人や組織は資源となりうるものであり、地域のインフォーマル・サポートを発見・構築する視点は欠くことができないが、本章では認知症者の支援について特に専門的な立場から支援の環境づくりを進めている人や機関を紹介したい。地域の住民・組織はそれぞれの関心に基づいて地域での活動を行っている。まずは、認知症者の支援に対する目的をもった人材や組織を理解しておくことが求められる。

《ガイドライン》

- 認知症者にかかわる機関や事業として「認知症介護実践者等養成事業」「認知症サポート医研修」「認知症かかりつけ医対応力向上研修」「認知症サポーター100万人キャラバン」「認知症介護研究・研修センター」「認知症地域支援体制構築等推進事業」「認知症でもだいじょうぶ町づくりキャンペーン」「認知症ケア高度化推進事業」などが実施されている。
- 認知症者の地域生活支援においては、目的に応じ、これらの事業や事業の成果を活用することが求められる。

第1節 認知症介護実践者等養成事業

1. 認知症介護実践者等養成事業とは

認知症介護実践者等養成事業とは、「高齢者介護実務者及びその指導的立場にある者に対し、認知症高齢者の介護に関する実践的研修を実施すること、また、認知症介護を提供する事業所を管理する立場にある者等に対し、適切なサービスの提供に関する知識等を修得させるための研修を実施することに

より、認知症介護技術の向上を図り、認知症介護の専門職員を養成し、もって認知症高齢者に対する介護サービスの充実を図ること」と目的とし、平成13年より実施されている国の研修事業である。（厚生労働省老健局局長通知「認知症介護実践者等養成事業の実施について」老発第0326004号）

認知症者の支援は、その時その場の認知症者の抱えている問題を的確に把握し、対応する個別ケアのスキルが求められる。しかし、これまでの研修はケアに対する知識の提供を中心にカリキュラムが構築されており、研修後受講者が得られた知識をどのように活用しながら実践に活かしていくかという点に課題があった。実践者等養成事業における研修では、受講者に対し、知識に付与だけでなく演習や実習及び職場研修などを通して、知識を実際の現場に活用するスキルの習得が目指される。

実践者等養成事業における主な研修としては認知症介護実践者研修（以下、実践者研修）と認知症介護実践リーダー研修（以下、リーダー研修）及び認知症介護指導者養成研修（以下、指導者研修）がある。これらの研修の修了者は認知症介護に関する一定の知識と技術を有し、高い意欲を以て認知症介護にあたっており、地域の認知症介護の質向上を目指し、連携すべき人材として位置付けられる。

2. 認知症介護実践者研修と実践リーダー研修

1) 認知症介護実践者研修の概要とカリキュラム

認知症介護実践者研修は、「認知症介護の理念、知識及び技術を修得させること」を研修のねらいとして、各都道府県政令市が実施主体となり展開されている。研修の対象者は、「原則として身体介護に関する基本的知識・技術を修得している者であって、概ね実務経験2年程度の者」とされている。

研修は、講義・演習が36時間、他施設実習が1日、職場研修（※1）が4週間、実習のまとめが1日という構成である。実践者研修のカリキュラムを表8-1に示す。実践者研修修了者との連携を図る際には、表8-1のカリキュラムについて学んでいることを前提に連携をとると良い。実践者研修修了者は現在、全国で約12万人（平成21年度）に達する。

（※1）職場研修では、受講者が研修での学びを踏まえ、自施設・事業所又は自分自身の認知症介護の質向上に関する計画を作成し、自職場で展開してその結果を報告するという取り組みが行われる。

表 8－1 実践者研修標準的カリキュラム（「認知症介護実践者等養成事業の円滑な運営について」の一部改正について（老計発第 0 3 2 6 0 0 4 号）を一部修正し作成）

教科名	時間数
1. 認知症介護の理念	
（１）認知症介護実践研修のねらい	6 0 分
（２）新しい認知症介護の理念の構築	3 0 0 分
（３）研修の自己課題の設定	6 0 分
2. 認知症高齢者の理解と生活のとらえ方	
（１）医学的理解	6 0 分
（２）心理的理解	6 0 分
（３）生活のとらえ方	1 2 0 分
（４）家族の理解・高齢者との関係の理解	9 0 分
（５）意思決定支援と権利擁護	6 0 分
（６）生活の質の保障とリスクマネジメント	6 0 分
（７）認知症高齢者の理解に基づいた生活のアセスメント	1 2 0 分
（８）事例演習	1 2 0 分
3. 認知症高齢者の生活支援の方法	
（１）援助者の位置づけと人間関係論	9 0 分
（２）コミュニケーションの本質と方法	9 0 分
（３）援助関係を築く演習	1 2 0 分
（４）人的環境と住環境を考える	1 2 0 分
（５）地域社会環境を考える	1 2 0 分
（６）生活環境を考える演習	1 2 0 分
（７）生活支援の方法	9 0 分
4. 実習	
（１）実習課題設定	2 4 0 分
（２）実習１：外部実習	1 日
（３）実習２：職場実習	4 週間
（４）実習結果報告・まとめ	1 日

2) 認知症介護実践リーダー研修の概要とカリキュラム

認知症介護実践リーダー研修は、「実践者研修で得られた知識・技術をさらに深め、施設・事業所において、ケアチームを効果的・効率的に機能させる能力を有した指導者を養成すること」を研修のねらいとして、各都道府県政令市が実施主体となり展開されている。研修の対象者は、「介護業務に概ね5年以上従事した経験を有している者であって、実践者研修を修了し1年以上経過している者」とされている。

研修は、講義・演習が57時間、他施設実習が3日以上、職場研修が4週間、実習のまとめが1日という構成である。実践リーダー研修のカリキュラムを表8-2に示す。実践リーダー研修修了者との連携を図る際には、表8-2のカリキュラムについて学んでいることを前提に連携をとると良い。実践リーダー研修修了者は現在、全国で約1万2千人に達する。

なお、実践リーダー研修修了者は介護保険における認知症専門ケア加算（Ⅰ）（Ⅱ）の算定要件に組み込まれている。

認知症専門ケア加算Ⅱ 4単位／日

1. 認知症専門ケア加算Ⅰの要件を満たし、かつ、認知症介護指導者養成研修修了者を1名以上配置（認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が10人未満の場合は実践リーダー研修修了者と指導者研修修了者は同一人で可）
2. 介護・看護職員ごとの研修計画を作成し、実施

20

認知症専門ケア加算Ⅰ 3単位／日

1. 認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が、入所者・入居者の1/2以上
2. 認知症介護実践リーダー研修修了者を、認知症日常生活自立度Ⅲ以上の者が20人未満の場合は1名以上配置し、20人以上の場合は10又はその端数を増やすごとに1名以上を配置
3. 職員間での認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導会議を定期的実施

19

表 8－2 実践リーダー研修標準的カリキュラム

教科名	時間数
1. 認知症介護の理念	
(1) 認知症介護実践研修のねらい	60分
(2) 生活支援のための認知症介護のあり方	300分
(3) 介護現場の介護理念の構築	180分
(4) 介護現場の認知症介護のあり方に関するアセスメント	180分
(5) 研修参加中の自己課題の設定	60分
2. 認知症介護のための組織論	
(1) 実践リーダー研修の役割と視点	120分
(2) サービス展開のためのリスクマネジメント	180分
(3) 高齢者支援のための家族支援	180分
(4) 介護現場の環境を考える方策	180分
(5) 地域資源の活用と展開	180分
3. 人材育成のための技法	
(1) 人材育成の考え方	90分
(2) 効果的なケースカンファレンスの持ち方	240分
(3) スーパービジョンとコーチング	300分
(4) 人材育成の企画立案と伝達・表現方法	180分
(5) 事例演習 1	180分
(6) 事例演習 2	180分
4. チームケアのための事例演習	
(1) 事例演習展開のための講義	90分
(2) 事例演習 1	300分
(3) 事例演習 2	300分
5. 実習	
(1) 実習課題設定	120分
(2) 実習 1：外部実習	3日以上
(3) 実習 2：職場実習	4時間
(4) 実習結果報告を通してのまとめ	1日

3. 認知症介護指導者養成研修

認知症介護指導者養成研修は、「認知症介護実践研修を企画・立案し、講義、演習、実習を担当することができる能力を身につけるとともに、介護保険施設・事業者等における介護の質の改善について指導することができる者を養成すること」を研修のねらいとして、全国に3か所設置されている認知症介護研究・研修センターにおいて実施されている。

研修の対象者は、「実践リーダー研修修了者」であり、「医師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、言語聴覚士若しくは精神保健福祉士のいずれかの資格を有する者又はこれに準ずる者」「介護保険施設・事業所等に従事している者等で概ね5年以上の認知症介護の経験を有する者」とされている。研修を修了した者は、各都道府県政令市で行われる実践者研修やリーダー研修のカリキュラム立案、講師、実習指導者などとして、実践研修に関与することが求められる。

研修は、前期研修15日間、職場研修が4週間、後期研修10日間という構成である。指導者研修のカリキュラムを表8-3に示す。認知症介護指導者養成研修修了者は認知症介護指導者と呼称される。認知症介護指導者との連携を図る際には、表8-3のカリキュラムについて学んでいることを前提に連携をとると良い。指導者研修修了者は現在、全国で約1300人に達する。認知症介護指導者の活動の例について表8-4に示した。認知症介護指導者はこれらの活動すべてを行っているのではなく、自分自身の所属施設や職位及び所持資格に応じて、地域の認知症介護指導者同士で連携をとりながら、それぞれの判断で独自に活動をしている。地域の認知症介護指導者を把握しておくことにより、認知症者の支援に関する連携の幅が広がる可能性がある。認知症介護指導者の活動は、都道府県政令市が取りまとめているため、指導者と連携をとりたい場合には、都道府県政令市の認知症介護指導者養成研修担当窓口に問い合わせる方法がある。ただし、認知症介護指導者は基本的に地域の社会福祉法人等の組織に所属しており、そのような所属施設・事業所の了解を得ながら協力を求めていく必要がある。また、認知症介護指導者養成研修を実施している認知症介護研究・研修センターのホームページである「認知症介護情報ネットワーク（DCnet）」においては、一部の認知症介護指導者の情報を公開している。

以上の認知症介護実践者等養成事業について概要を図8-1にまとめた。

表 8－3 認知症介護指導者養成研修標準的カリキュラム

教科名	時間数
1 認知症介護研修総論	
研修オリエンテーション・自己紹介・グループ形成	7 時間
認知症介護指導者間ネットワークについて	1 時間
介護理念の重要性の理解と展開方法	2 時間
倫理と認知症介護	2 時間
研修目標の設定及び面接・研修総括	6 時間
認知症介護に関連する法制度の理解	2 時間
認知症介護指導者の役割と理解	3 時間
成人教育・生涯教育論	3 時間
DC ネットの理解	1 時間
2 人材育成と教育実践	
人材育成論	3 時間
研修企画と評価	15 時間
実践指導方法論	32 時間
授業設計法	32 時間
3 地域ケアの実践	
地域連携の理解	5 時間
地域における高齢者虐待防止と権利擁護	3 時間
相談と支援のためのコミュニケーション	3 時間
地域・介護現場における課題解決の実践	32 時間
4 課題解決の実践	
介護実践の研究法・評価方法	8 時間
自職場における課題解決のための実習の準備・まとめ	40 時間
自職場における課題解決のための実習	4 週間

表 8－4 認知症介護指導者の活動（例）

● 認知症介護実践研修の講師やファシリテーターを行う
● 地域住民に対する講座や研修会の講師を担う（認知症サポーター養成講座、人権研修会、認知症の予防やケアのあり方、介護保険制度学習会など）
● 地域住民に対する講座や研修会の企画・運営を行う
● 市町村の介護保険事業計画の立案に参加する
● 実践研修修了者からの認知症介護に関する相談に答える
● 大学や高校で認知症に関する講義の講師役割を担う
● 地域の認知症介護に関する事例検討会にコーディネーターとして参加する
● 関係機関と連携し新しい仕組み構築（サポートリーダー育成等）を進める
● ネットワーク作りの世話人や事務局を担当する

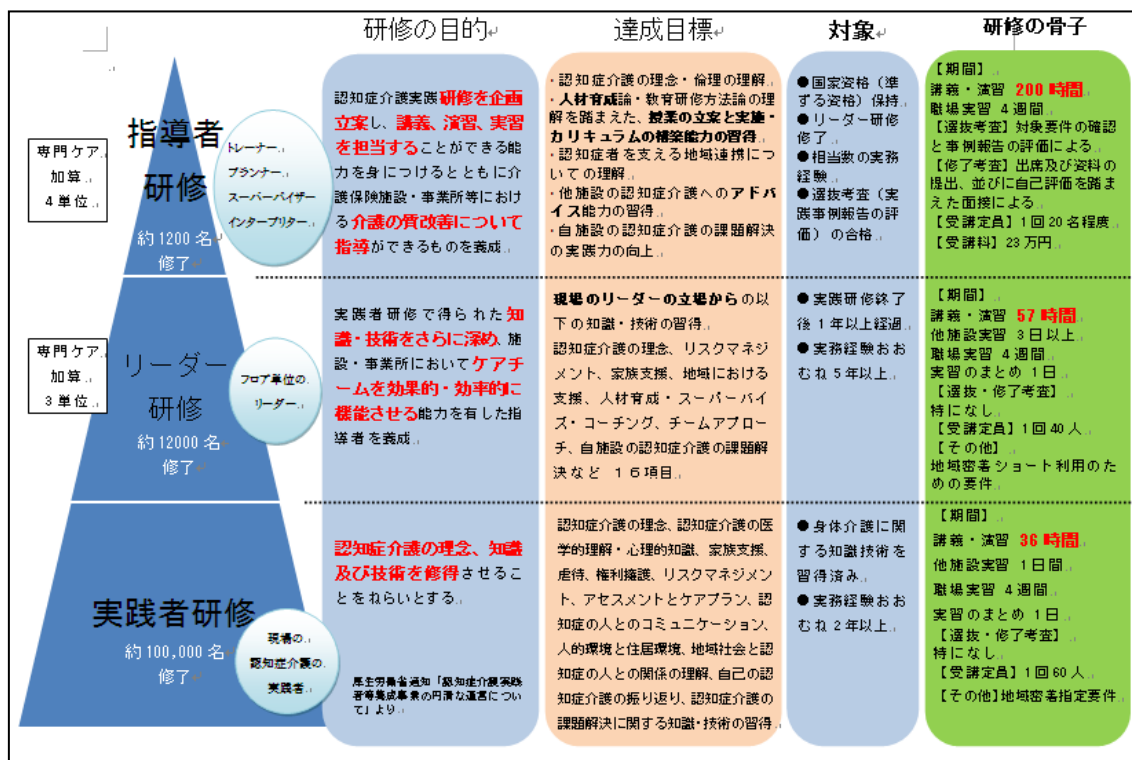


図 8－1 認知症介護実践者等養成事業の概要

第2節 認知症サポート医養成研修とかかりつけ医対応力向上研修

1. 認知症サポート医とは

認知症サポート医とは、厚生労働省の局長通知「認知症対策等総合支援事業の実施について（老発第 0602006 号）」の別添1「認知症地域医療支援事業実施要綱」に基づき実施されている「認知症サポート医養成研修」を修了した医師のことである。

認知症サポート医は、かかりつけ医の認知症診断等に関する相談・アドバイザー役となるほか、他の認知症サポート医と連携体制を構築し、かかりつけ医を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画立案及び講師を担う。すなわち、地域における認知症連携の推進役割を期待されている人材の一人である。なお、各都道府県政令市の認知症サポート医は、各自治体のホームページにおいて紹介されている場合がある。

2. 認知症サポート医養成研修

認知症サポート医養成研修は、国立長寿医療センターにおいて実施されている。受講対象者は、実施主体である都道府県政令市が都道府県政令市医師会と相談の上、地域において認知症の診療に携わっている、又は認知症サポート医の役割を担えるという条件のいずれかを満たし、適当であると認めた医師である。

3. かかりつけ医認知症対応力向上研修

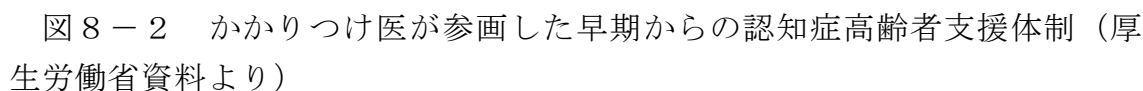
かかりつけ医認知症対応力向上研修とは、「高齢者が日頃より受診する診療所等の主治医（かかりつけ医）に対し、適切な認知症診断の知識・技術や家族からの話や悩みを聞く姿勢を修得するための研修を実施することにより、認知症サポート医（推進医師）との連携の下、各地域において、認知症の発症初期から状況に応じて、医療と介護が一体となった認知症の人への支援体制の構築を図ること」を目的とし、都道府県政令市により実施されている研修である。

かかりつけ医対応力向上研修では表8－5に整理した。

表 8－5 かかりつけ医認知症対応力向上研修標準的カリキュラム

ねらい	到達目標
I 基本知識編 60 分	
認知症の早期発見・診断及び早期対応におけるかかりつけ医の役割を理解する。	1 認知症とはどういうものか、患者・家族にある程度説明することができる 2 認知症の考え方(捉え方)、中核症状と周辺症状、原因疾患、鑑別すべき疾患、状態についてある程度説明することができる 3 アルツハイマー型認知症の病態、一般的な経過、及び今後の見通しについて、患者・家族にある程度説明することができる
II 診断編 60 分	
認知症診断の原則を理解する	1 認知症の早期発見・早期診断に役に立つ重要な初期症状や日常生活上の行動の変化について述べる 2 認知症の診断の意義と診断手順について説明することができる
III 治療とケア編 60 分	
認知症治療とケアの原則を理解する	1 治療開始にあたっては、患者及び家族へ心理的な配慮をすることができる 2 中核症状に対する薬物療法について適応症、効果、注意点について説明することができる 3 周辺症状に対する対応の原則を、ある適度説明することができる 4 認知症高齢者の特性とケアの基本について、ある程度説明することができる
IV 連携編 70 分	
1 認知症高齢者の療養生活を支えるための医療と介護の連携の重要性について考察する 2 認知症高齢者の尊厳を守る制度を理解する	1 介護保険におけるかかりつけ医の役割について理解する 2 介護保険制度で利用できるサービスについて、患者・家族にある程度説明することができる 3 よう支援・要介護認定及び特定高齢者のスクリーニングの仕組みについて理解する 4 成年後見制度、高齢者虐待防止法の概要を説明することができる

これまで整理した通り、認知症サポート医は①都道府県・指定都市医師会を単位とした、かかりつけ医を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画立案、②かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役・アドバイザーとなるほか、他の認知症サポート医（推進医師）との連携体制の構築、③各地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力を行い、地域における連携の推進役となる。一方かかりつけ医は、認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域で認知症の人や家族を支援することができる医師であり、具体的には、①早期段階での発見・気づき、②日常的な身体疾患対応、健康管理、③家族の介護負担、不安への理解、④専門医療機関への受診誘導といった医療連携の側面と⑤地域の認知症介護サービス諸機関との連携という多機関との連携が求められる。なお、サポート医は必ずしも専門医であるとは限らない。そのため地域の専門医療機関とかかりつけ医及び認知症サポート医が連携をとりながら本人・家族の医療面を支援する枠組みの構築が必要になる。もちろん医療面の支援においても、地域包括支援センターや地域のケアマネジャーなどとの連携も不可欠である。これらの側面から見た認知症者の支援イメージを図8-2に示す。



第3節 認知症サポーター100万人キャラバン

1. 認知症サポーター100万人キャラバンとは

認知症サポーター100万人キャラバンとは、「認知症の人と家族への応援者である認知症サポーターを全国で100万人養成し、認知症になっても安心して暮らせるまちを目指し」全国キャラバンメイト連絡協議会を本部として、全国で行われている研修会のことである。認知症サポーター100万人キャラバンにおいて実施されるキャラバンメイト養成研修を修了したキャラバンメイトが、認知症サポーター養成講座を開催し、認知症サポーターを養成する。認知症サポーターにはオレンジリング（オレンジのゴム製ブレスレット）が配られ、サポーターは認知症についての正しい知識を踏まえた上で自分のできる範囲で地域の認知症者のために活動する。そのような取り組みによって認知症者にとって暮らしやすい街を作ることが目指されている。認知症サポーターは、平成23年1月31日現在で2,345,286名であり、すでに目標の230万人を突破している状況である。

2. キャラバンメイト研修

キャラバンメイト研修は、厚生労働省の老健局課長通知「認知症サポーター等養成事業に実施について（老計発第0602001号）」を根拠として実施されている。研修対象者は、「①認知症介護指導者養成研修修了者、②認知症介護実践リーダー研修修了者、③介護相談員、④社団法人認知症の人と家族の会会員、⑤その他の認知症に関する基本的な知識や介護経験があり、キャラバンメイトの業務を適切に実施できる者として実施主体が認めた者」のいずれかの要件を満たし、原則として「認知症サポーター養成講座」を年間10回程度開催することができる者となっている。キャラバンメイトの学習内容は、研修カリキュラム（例）として、表8-6のように示されている。また、さらにそれを踏まえ、認知症サポーター100万人キャラバンホームページにおいては、キャラバンメイトの学習内容として表8-7のようなカリキュラムが示されている。

表 8-6 キャラバンメイト研修カリキュラム (例 1) 老健局課長通知「認知症サポーター等養成事業に実施について (老計発第 0602001 号)」を参考に作成

研修内容	標準時間
認知症サポーターの役割、認知症対策におけるサポーター養成事業の位置づけの理解等	0.5 時間
認知症に関する基礎知識の習得、認知症の人や家族と接する際の基本的姿勢の理解、認知症サポーターとしての支援内容の理解等	2.5 時間
認知症サポーター養成講座の運営方法 (グループワーク含む) 等	3.0 時間

表 8-7 キャラバンメイト研修カリキュラム (例 2) 認知症サポーター 100 万人キャラバンホームページ」を参考に作成

カリキュラム (例)			
内容	目的	標準時間	テキストの該当章
【オリエンテーション】 1 研修主催自治体のキャラバン事業の取り組みについて 2 キャンペーンビデオ (13 分) 3 認知症サポーター 100 万人キャラバンとは 4 研修のねらい	①キャラバン、事業展開の趣旨を理解する。 ②自治体としての事業の位置づけの理解徹底。	30 分	序章
Ⅱ認知症サポーターに伝えたいこと 1 認知症を理解する ・ 認知症とはどういうものか？ ・ 認知症の症状 ・ 中核症状 ・ 周辺症状とその支援 ・ 認知症の診断・治療 ・ 認知症の予防についての考えかた ・ 認知症の人と接するときの心がまえ ・ 認知症介護をしている人の気持ちを理解する	①認知症サポーター養成講座でサポーターに伝える内容について学習する。 ②認知症とはどういう病気なのか、認知症の人や介護をしている人をどう支援したらよいのかを理解する。	120 分	第 1 章
Ⅲ認知症サポーター養成講座の運営方法 1 認知症の人を地域で支える グループワーク 1 こんなとき、どこにつなげたらいいか考えてみよう ①地域ケアシステムで支える SOS 便利帳を作ろう 地域包括支援センター、地域の社会資源をおさえる	①認知症の人を地域で支える視点。 ②認知症の人の助けになる地域の社会資源やネットワークをおさえる。	30 分	第 3 章
2 キャラバン・メイトの役割と講座運営の実際 ①各地のサポーター講座の様子 (便宜)		15 分	
②サポーター養成講座の企画・運営ポイント グループワーク 2 講座の展開に協力してもらえそうな機関等はどこだろう … 講座の開催先を考える	①キャラバン・メイトの役割の理解とサポーター養成講座の対象者の検討。 ②サポーター養成講座を展開するうえで協力してもらえそうな機関の洗い出し。 ③グループワーク ②③の中で、認知症サポーターとしてできること (第 2 章該当) を押さえる。	150 分	第 2 章 第 4 章
グループワーク 3 受講者に合わせたカリキュラムをつくってみよう	①サポーター養成講座の運営方法を確認する。 ②サポーター養成講座の企画や講座のポイントについて理解する。 ③サポーター養成講座受講対象者別カリキュラムの作成。		
Ⅳ事務連絡 キャラバン・メイト登録について アンケート回収 オレンジリング・修了証 授与		15 分	テキスト 後掲 必要書式

※休憩時間を適宜はさむ

(計 360 分) = 6 時間

3. 認知症サポーター養成講座

認知症サポーター養成講座は、キャラバンメイト研修と同様に厚生労働省の老健局課長通知「認知症サポーター等養成事業に実施について（老計発第0602001号）」を根拠として実施されている。

対象者は、「地域、職域、学校等において、認知症の人と家族を支える意欲を持つ者であって、実施主体が適当と認めた者」である。ただし、「一般の住民等を対象としたものであることから、介護サービス事業者が従事者に対して実施する研修は、認知症サポーター養成講座として位置づけることはできない」こととなっている。（厚生労働省の老健局課長通知「認知症サポーター等養成事業に実施について（老計発第0602001号）」）

認知症サポーター養成講座は、概ね90分程度とされ、表8-8のようなカリキュラムが研修カリキュラム例として示されている。キャラバンメイト研修や認知症サポーター養成講座を効果的に活用して、地域の認知症者に対する支援の意識向上を行うことにより、認知症者の地域生活の支援を円滑に行うことができる可能性がある。

表8-8 サポーター研修標準カリキュラム

研修内容	標準時間
認知症の基礎知識（認知症とは何か、認知症の症状とは）、早期診断・治療の重要性、権利擁護等	90分
認知症の人への対応、家族支援、サポーターとしてできること等	30分

4. キャラバンメイトとの連携

キャラバンメイトの情報は研修の実施主体が把握している。主な実施主体として都道府県政令市や市町村の自治体がホームページ等で問合せ先を掲示している場合が多いのでそれを参考にアクセスする方法が考えられる。

第4節 認知症介護研究・研修センター

認知症介護研究・研修センターとは、①認知症介護の実践研究の体系的な推進、②研修成果の普及・実用化、③認知症介護指導者の養成、フォローアップ、④認知症介護に関する情報の収集、提供、⑤認知症介護に関する

人材交流の場の提供などを目的に全国3か所（東京・杉並区、宮城県・仙台市、愛知県・大府市）に設置されている。

認知症介護研究・研修センターでは、認知症介護指導者養成研修や認知症連携担当者研修を実施し、それらの研修の修了者と密に連携をとりながら研究・研修を進めている。

また、認知症介護研究・研修センターにおいては、認知症介護に関する研修や研究について、成果をホームページである「認知症介護情報ネットワーク（通称 DCnet）」で公表しており、それらを参考にしながら研修や実践を行うことができる。

第5節 認知症地域支援体制構築等推進事業

認知症地域支援体制構築等推進事業とは、厚生労働省老健局長通知「認知症対策等総合支援事業の実施について（老発第 0602006 号）」を基に、全国の各都道府県政令市で実施されている事業であり、「地域において、認知症高齢者等と家族を支えるためには、認知症への対応（予防、早期発見、ケア等）を行うマンパワーや拠点などの『地域資源』をネットワーク化し、相互に連携しながら有効な支援を行う体制を構築することが必要であることから、各都道府県内にモデル地域を設定して、先駆的に支援体制を構築し、都道府県内の各地域にその成果を普及させること」を目的としている。

認知症地域支援体制構築等推進事業では、モデル地域が設定され、モデル地域ごとに「地域資源マップの作成」「ネットワークの構築」「徘徊 SOS ネットワークの構築」「もの忘れ相談の実施」「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式を活用した事例検討会」などを実施しながら、認知症者の支援体制が構築される。また、実施主体のもとに推進会議が設置され、モデル地域の取り組み情報の地域への発信や事業の成果評価などが行われる。

事業の成果については、地域づくりの事例として分析が行われ、報告書が作成されている。地域の特性に応じた事例も紹介されていることから街づくりの事例として参考にすることができる。認知症地域支援体制構築等推進事業の報告書は、認知症介護研究・研修センターのホームページである DCnet からダウンロードできる。

URL:http://www.dcnnet.gr.jp/kaigokenkyu/kaigokenkyu_06_001f_05.html

なお、認知症地域支援体制構築等推進事業は、平成 23 年より「市町村認知症対策総合推進事業」に再編成される。「市町村認知症対策総合推進事業」については、資料 3「市町村認知症対策総合推進事業について」を参照。

第 6 節 認知症でもたいじょうぶ町づくりキャンペーン

認知症でもだいじょうぶ街づくりキャンペーンとは、厚生労働省の「認知症を知り 地域をつくる 10 ヶ年」の構想のもと、認知症者とその家族を地域の中で支える「地域づくり」をめざし、民間の有識者や団体を中心とした「認知症になっても安心して暮らせる町づくり 100 人会議」の支援を受け、平成 17 年度から全国で展開されている事業である。

キャンペーンには、認知症者を知るための取り組みや、認知症者同士が話し合い地域に参加する活動、地域の組織（商店街、交通機関、銀行など）が参画する取り組み、地域と行政が協働する取り組みなど、様々な街づくりの事例が具体的に紹介されている。

それぞれの事例は、「街づくり事例データベース」で公表されており、地域包括支援センターを中心とした街づくりの参考としても活用できる。ホームページの URL は以下のとおりである。

URL:<http://ninchisho100.net/archive/index.html>

第 7 節 認知症ケア高度化推進事業

認知症ケア高度化推進事業は、厚生労働省の「認知症ケア高度化推進事業の実施について」（平成20年5月15日老発第0515008号通知）に基づき実施される事業であり、認知症者やその家族のニーズに適切に対応するため、国内外の認知症ケア実践例及びその効果に関する情報の集積、分析評価、情報発信を行い、認知症介護の現場における認知症ケアの標準化・高度化を図ることを目的としている。

事業は、認知症介護研究・研修東京センターを中心に、平成20年4月より実施されており、「個別訪問相談援助事業」「事例研究」「海外調査」という3つの柱から構成されている。

事業のホームページである「ひもときねっと」では、認知症介護における気づきを目指す学習コンテンツや認知症介護の参考とするための実践事例が

紹介されている。認知症に関する専門職の学習支援ツールや困難事例への対応を検討する際の参考として活用することができる。

ひもときねっと URL

<http://www.dcnet.gr.jp/retrieve/>

資料編

1. 認知症対策連携強化事業実施要綱

1 目的

認知症施策については、早期の段階からの適切な診断と対応・認知症に関する正しい知識と理解に基づく本人や家族に対する支援などを通じ・地域において総合的かつ継続的な支援体制を確立していくことが必要である。

今般、認知症の専門的な医療を提供する認知症疾患医療センターと緊密に連携する地域包括支援センターに認知症連携担当者を配置し、地域における認知症ケア体制及び医療との連携体制を強化し、認知症の医療と介護の切れ目のない提供等を行うことを目的とする。

2 実施主体等

(1) 実施主体

ア 本事業の実施主体は、原則として認知症疾患医療センターが設置されている市町村とする。ただし、現在、市町村（特別区含む。以下同じ。）内に認知症疾患医療センターはないが、認知症疾患医療センターへの確実な移行を予定している老人性認知症疾患センターが設置されている市町村についても設置可能とする。

イ 認知症疾患医療センター設置市町村で事業実施しない場合については、認知症疾患医療センター設置市町村と都道府県との協議の上、認知症疾患医療センター設置市町村が認めた場合に限り、認知症疾患医療センター設置市町村以外の同一都道府県内の市町村又は都道府県の実施を可能とする。

ウ 都道府県が設定する圏域等において認知症疾患医療センター又は老人性認知症疾患センターが設置されていない場合であっても、認知症疾患医療センターの設置計画等がある程度見込まれており、それまでの間に認知症の専門的な医療を提供する医療機関の代替により4の事業内容の実施が可能な場合等には、当該医療機関設置市町村との協議の上、都道府県の実施を可能とする。

エ 本事業においては、認知症疾患医療センター・老人性認知症疾患センター及びその他の認知症の専門的な医療を提供する医療機関（以下「医療センター」という。1か所に対して認知症連携担当者を配置する地域包括支援センターは1か

所とする。

(2) その他

ア 実施主体は、事業の運営の全部又は一部を適切な事業運営が確保できると認められる団体等に委託することができるものとする。

イ 都道府県は、本事業の実施に当たって事業を実施する市町村等に対し指導・助言及び事業間の連絡調整を行うものとする。

3 認知症連携担当者の配置等

(1) 認知症連携担当者等の配置

実施主体は、地域包括支援センターに次に掲げる職員を配置し、本事業を実施するものとする。なお、認知症連携担当者については、別途、認知症連携担当者研修を受講するものとする。

ア 認知症連携担当者 以下のいずれかの要件を満たす者が常勤換算で1人以上

①認知症介護指導者養成研修修了者（受講見込者を含む）

②認知症介護実践リーダー研修修了者（受講見込者を含む）

③上記①、②以外で認知症の介護や医療における専門的知識及び経験を有する者として都道府県が認めた者

イ 嘱託医

認知症サポート医養成研修を修了した者又はこれに準ずる者 1人以上（嘱託可）

(2) 従業者の責務

本事業に携わる従業者は、個人情報保護法の規定等を踏まえ、利用者及び利用世帯の個人情報やプライバシーの尊重、保護に万全を期すものとし、正当な理由がなく、その業務に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

4 事業内容

(1) 地域におけるネットワーク体制の構築

ア 医療センター、権利擁護に関係する関係団体等との密接なネットワークを構築すること。

イ 医療センターの連携担当者等との情報交換及び日常的な連絡調整に努めること。

(2) 医療センターにおいて認知症の確定診断を受けた者に対する支援を行うこと。

ア 医療センターにおいて認知症の確定診断を受けた者であって当該者の支援に係

わる情報提供について同意した者の情報を定期的に入手すること。

- イ 医療センターから提供された情報に基づき、認知症の確定診断を受けた者及びその家族等に対し、電話や訪問等により、在宅介護の方法や地域の保健医療サービス及び介護サービス等に関する情報を提供するとともに、必要なサービスの利用に関する相談に応じ、必要な支援を行うこと。なお、当該認知症者が認知症連携担当者の担当区域外に居住する場合は、当該認知症者の居住する区域を担当する地域包括支援センターに情報を提供する等の連携を図ること。

(3) 他の地域包括支援センターに対する支援を行うこと。

- ア 他の地域包括支援センターから認知症の医療や介護等に関する各種の相談があった場合には、認知症介護に係る専門的な助言等必要な支援を行うこと。
- イ 他の地域包括支援センターから受けた相談内容が専門医療に基づく判断を必要とする場合には、医療センターと協議の上、地域の医療機関の紹介等必要なサービスの利用調整を行うこと。

(4) 若年性認知症者に関する支援を行うこと。

- ア 医療センターから提供された情報に基づき、若年性認知症(65歳未満であって、脳血管障害やアルツハイマー病等による認知症のために日常生活を営むのに支障がある者)の確定診断を受けた者及びその家族に対し、電話や訪問等により、在宅介護の方法や地域の保健医療サービス及び介護サービス等に関する情報を提供するとともに、必要なサービスの利用に関する相談に応じ、必要な支援を行うこと。なお、当該若年性認知症者が認知症連携担当者の担当区域外に居住する場合は、当該若年性認知症者の居住する区域を担当する地域包括支援センターに情報を提供する等の連携を図ること。
- イ 就労継続に関する支援や障害福祉サービスの利用等介護サービス以外の支援が必要な場合は、ハローワーク、都道府県障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター、障害福祉サービスの相談支援事業所、就労移行支援事業所等若年性認知症者の状態や本人・家族の要望等を踏まえ、適切な支援機関と連携し、具体的なサービスにつなげること。
- ウ 都道府県等が設置する障害者就労支援ネットワークに参画し・当該ネットワークの資源を活用して若年性認知症自立支援ネットワークを構築すること。
また、当該ネットワークの定期的な開催により、若年性認知症者一人ひとりの状態に応じた適切な支援につなげること。

(5) その他地域における認知症ケア体制及び医療との連携体制の構築に資する取組みを

行うこと。

5 事業実施上の留意点

- (1) 認知症連携担当者は、地域包括支援センターの3職種と共働して事業の実施に取り組むこと。
- (2) 実施主体は、本事業の趣旨に鑑み、市町村及び都道府県の関係部局との連携の下に、本事業に対する協力、支援体制を整備するものとする。
- (3) 実施主体は、認知症連携担当者等の資質の向上のため、その研修の機会を確保しなければならない。
- (4) 実施主体は、事業の実施について、管内の地域包括支援センター等に対して、周知を図るものとする。
- (5) 実施主体は、本事業を委託した場合は、委託先に対し本事業の適正かつ積極的な運営を確保するため、相談内容、処理状況等について、年1回以上定期的な事業実施状況の報告を求めるとともに、定期的に事業実施状況の調査を行うものとする。
また、調査の結果、公的サービスとしての本事業の機能が十分に果たすことができないと認められる場合は、委託契約を解除するものとする。
- (6) 実施主体は、この事業に係る経理と他の事業に係る経理とを明確に区分するものとする。

2. 認知症疾患医療センター事業実施要綱（一部抜粋）

1 目 的

この事業は、都道府県及び指定都市が認知症疾患医療センター（以下、「センター」という。）を設置し、保健医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断、周辺症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者への研修等を行うことにより、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。

2 実施主体

本事業の実施主体は都道府県及び指定都市とし、都道府県知事又は指定都市市長が指定した病院で、事業を行うものとする。ただし、当該病院は、事業の内容に応じて、その一部を適切な事業運営が確保できると認められる団体等に委託することができるものとする。

なお、指定の際には厚生労働大臣あて届け出るものとする。

3 設置基準

センターは、平日、週5日の稼働を原則とし、以下（1）及び（2）の基準を満たすものとする。

（1）専門医療機関としての機能

ア 専門医療相談が実施できる専門の部門（以下「医療相談室」という。）を配置し、専門医療相談窓口、専用電話等必要な設備を整備し、その態勢が確保されていること。

イ 人員配置について、以下の（ア）から（ウ）を満たしていること。

（ア）専任の日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験（具体的な業務経験については届出時に明記すること。）を有する医師が1名以上配置されていること。

（イ）専任の臨床心理技術者が1名以上配置されていること。

（ウ）医療相談室に、精神保健福祉士又は保健師等が2名以上配置されていること。なお、医療相談室は、専門医療施設との調整、地域包括支援センターとの連絡調整、専門医療に係る情報提供、退院時の調整など、個々の患者の専門医療相談を行う機能を持つものとする。

また、精神保健福祉士又は保健師等のうち1名は常勤専従で地域包括支

援センターとの連絡調整業務を担当することとし、他の1名以上は専任で他の業務を担当することとする。ただし、地域包括支援センターとの連絡調整業務に限り、精神保健福祉士又は保健師等を補助する専従の職員を配置することができるものとする。

ウ 検査体制について、以下を満たしていること。

鑑別診断に係る検査体制については、当該センターにおいて、血液検査、尿一般検査、心電図検査、神経心理検査が実施できる体制を確保するとともに、神経画像検査の体制として、コンピュータ断層撮影装置(CT)又は磁気共鳴画像装置(MRI)を有していること。ただし、コンピュータ断層撮影装置(CT)を有している場合であっても、磁気共鳴画像装置(MRI)を活用できる体制(他の医療機関との連携体制(具体的な連携体制については届出時に明記すること)を含む。)が整備されていること。なお、コンピュータ断層撮影装置(CT)については、原則として、同一法人かつ同一敷地内にあり、実質一体的な医療提供を行っている医療機関との連携体制が整備されている場合は、当該センターがコンピュータ断層撮影装置(CT)を有しているとみなすこととする。また、上記に加え、脳血流シンチグラフィ(SPECT)を活用できる体制(他の医療機関との連携体制(具体的な連携体制については届出時に明記すること)を含む。)が整備されていること。

エ 認知症疾患の周辺症状と身体合併症に対する急性期入院治療を行える一般病床と精神病床を有していること。

ただし、同一施設において、一般病床と精神病床の確保が困難な場合は、以下の(ア)又は(イ)のいずれかを満たしていること。

(ア) 認知症疾患の周辺症状に対する急性期入院治療を行うことができる精神病床を、有する病院であり、重篤な身体合併症に対して、入院医療等を行うことができる

他の医療機関との連携体制がとれていること(具体的な連携体制については届出時に明記すること。))。

(イ) 身体合併症に対する急性期入院治療を行うことができる一般病床を有する病院であり、認知症疾患の周辺症状に対する精神病床における入院医療等を行うことができる他の医療機関との連携体制がとれていること(具体的な連携体制については届出時に明記すること。))。

(2) 地域連携の機能

ア 情報センター機能

鑑別診断や入院医療の必要な患者の入院の調整等において、地域の認知症医療

に関する連携の中核として機能していること。

イ 研修会、連携協議会

サポート医研修や、かかりつけ医研修の実施状況等を踏まえつつ、研修を自ら行い、又は他の主体の実施する研修に協力するなど、地域における認知症の専門医療に係る研修に積極的に取り組んでいること。また、地域の連携体制強化のための認知症疾患医療連携協議会を組織し、開催していること。

4 事業内容

(1) 専門医療相談

ア 初診前医療相談

(ア) 患者家族等の電話・面談照会

(イ) 医療機関等紹介

イ 情報収集・提供

保健所、福祉事務所等との連絡・調整

ウ 地域包括支援センターとの連絡調整

(2) 鑑別診断とそれに基づく初期対応

ア 初期診断

イ 鑑別診断

ウ 治療方針の選定

エ 入院先紹介

(3) 合併症・周辺症状への急性期対応

ア 合併症・周辺症状の初期診断・治療（急性期入院医療を含む。）

イ 合併症及び周辺症状の急性期入院医療を要する認知症疾患患者のための病床として、連携する医療機関の空床情報を把握

(4) かかりつけ医等への研修会の開催

かかりつけ医を始めとする保健医療関係者等への認知症に関する知識の向上を図るための研修を実施

(5) 認知症疾患医療連携協議会の開催

地域の保健医療関係者、福祉関係者、地域包括支援センターなど介護関係者、有

識者等から組織された協議会の開催

(6) 情報発信

認知症医療に関する情報発信

5 事業の分担

都道府県知事又は指定都市市長が複数の病院を当該センターに指定する場合、4 (4) 及び (5) の事業については、指定され左当該センターのうちその一部で実施することも可能とする。

また、都道府県又は指定都市において、4・(5) と同様の機能を有する会議等を設置、運営している場合は、その会議等を活用して差し支えない。

6 実績報告

実施主体の長は、以下の (1) から (3) に係る年間の実績を、別紙様式により翌年度の4月末までに、厚生労働大臣あてに報告するものとする。

(1) 認知症疾患に係る外来件数及び鑑別診断件数

(2) 入院件数（センターを運営している病院における入院及び連携先の病院における入院（センターを運営している病院との連携による入院に限る。）それぞれの件数）

(3) 専門医療相談件数（電話による相談及び面接による相談それぞれの件数）

7 国の補助

国は、この実施要綱に基づき都道府県知事又は指定都市市長が指定した病院の開設者が運営するセンターの運営に必要な経費（診療報酬により支出される内容は除く）については、厚生労働大臣が別に定める、「精神保健費等国庫負担（補助）金交付要綱」に基づき、毎年度予算の範囲内で国庫補助を行うことができるものとする。

8 その他

平成元年7月11日付け健医発第850号厚生労働省保健医療局長通知「老人性認知症センター事業実施要綱について」に基づき指定されている老人性認知症センターは、平成22年度末を目途に、本実施要綱に基づく機能となるよう努めるものとする。

また、平成20年3月31日付け障発第0331009号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱について」に基づき指定されている認知症疾患医療センターについては、本一部改正通知発出後1年以内に4(1)ウの事業を実施できるようにすること。

3. 市町村認知症施策総合推進事業について

a 目的

認知症になっても住み慣れた地域で生活を継続するためには、医療・介護や生活支援を行うサービスが有機的に連携したネットワークを形成し、認知症の人への効果的な支援を行うことが重要である。

このため、市町村において医療機関・介護サービスや地域の支援機関をつなぐコーディネーターとしての役割を担う認知症地域支援推進員を配置し、当該推進員を中心として、介護と医療の連携強化や、地域における支援体制を構築を図ることとする。

b 実施主体

(a) 本事業の実施主体は、市町村(特別区を含む。以下同じ)とする。

(b) 市町村は、地域の実情に応じ、事業の全部または一部を適切な事業運営が確保できると認められる団体に委託することができる。

c 認知症地域支援推進員の配置等について

実施主体は、認知症地域支援推進員を地域包括支援センター、市町村本超など本事業を実施するにあたり適切な場所に配置することを原則とする。

(a) 認知症地域支援推進員の配置 以下のいずれかの要件を満たす者 1 人以上

① 認知症の医療や介護における専門的知識及び経験を有する医師、保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士

② 上記①以外で認知症の介護や医療における専門的知識及び経験を有する者として市町村が認めた者（例 認知症介護指導者養成研修修了者 等）

なお、認知症地域支援推進員は、各市町村の実情により、一人の者を配置することだけでなく、複数の者をもって配置することを可能とする。

*平成 22 年度まで認知症対策連携強化事業において配置された認知症連携担当者については、上記①もしくは②の要件を満たす場合に認知症地域支援推進員の要件を満たすこととする。

(b) その他、医療と介護の連携を図るため、必要に応じ、認知症サポート医養成研修修了者（以下「認知症サポート医」という。）等の医師の配置（嘱託可）を可能とする。

d 事業内容

(a) 認知症の人に対し、状況にお維持他適切なサービスが提供されるよう、地域包括支援センター、認知症疾患医療センター等の認知症専門医療機関、介護サービス従

事者や認知症サポーターなど、地域において認知症の人を支援する関係者の連携を図る。

(取組例)

- 認知症の人やその家族が、状況に応じて必要な医療や介護等のサービスが受けられるよう関係機関へのつなぎや連絡調整の支援
- 地域において認知症の人への支援を行う関係者が、情報交換や支援事例の検討などを行う連絡会議の設置
- 医師会や認知症サポート医等とのネットワークの形成 等

(b) 認知症地域支援推進員を中心に地域の実情に応じて各市町村内の認知症の人やその家族を支援する事業を実施する。

(取組例)

- 認知症の人と家族を支える地域の人材やサービス拠点についての情報収集（地域資源マップの作成・普及・更新）
- 若年性認知症の人本人の状況に応じた適切な支援の検討及び実施
- 在宅介護サービス従事者に対する認知症研修の実施
- 多職種が参加する認知症の人の支援のための研修会・事例検討会の開催
- 認知症の人を介護する当事者間のネットワーク構築を目的とした交流会等の実施 等

e 補助率 国 10/10

f その他の留意事項

- (a) 認知症地域支援推進員の人選にあたっては、平成 22 年度まで認知症対策連携強化事業において配置された認知症連携担当者の活用に努めること。
- (b) 実施主体は、本事業の実施にあたって、医師会や認知症サポート医等との連携に努めること。
- (c) 実施主体は、本事業の趣旨に鑑み、近隣市町村及び都道府県の関係部局との連携の下に、本事業に対する協力、支援体制を整備するものとする。

4. 認知症介護に関連する書籍・資料・ホームページの紹介

【認知症介護全般に関する情報】

1) 認知症介護情報ネットワーク(DCnet)

認知症介護研究・研修センター(東京・仙台・大府)のホームページである。認知症介護に関する研究情報・法令通知や WEB 学習等認知症介護に関する情報を提供している。本ガイドラインもダウンロード可能である。

URL:<http://www.dcnnet.gr.jp/>

- 研究情報へのアクセス：トップページ下の「認知症介護研究情報」をクリック
- WEB 学習へのアクセス：ページ中央の「知ってなるほど塾」をクリック
- 認知症介護の法令・通知：行政情報のタブをクリック
- 認知症地域支援体制構築等推進事業報告書：認知症介護研究情報をクリック→東京センターの平成20年度事業報告書の一覧よりダウンロード

2) 厚生労働省ホームページ

「認知症への取り組み」のページで認知症施策について概観することができる。厚生労働省のホームページ、右下のバナーから入ることもできる。

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/index.html>

3) 認知症介護実践研修テキストシリーズ3 図表で学ぶ認知症の基礎知識

認知症介護研究・研修センター監修の認知症介護実践研修のテキストであり、認知症介護に関する基礎知識が整理されている。2008年発行。出版会社は中央法規である。

4) ひもときねっとホームページ

認知症ケア高度化推進事業で収集した事例をもとに、認知症介護について学び、BPSD に対する関わりの事例などを参照することによってケアのヒントを得ることができるホームページである。

URL:<http://www.dcnet.gr.jp/retrieve/>

5) いつどこネット

認知症介護研究・研修東京センターのケアマネジメント推進室における「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式」のホームページである。センター方式を活用した地域支援の実践事例や認知症者に対する具体的なケアの事例、認知症者を中心とした連携体制の構築の事例など、認知症介護に関する実践事例について、センター方式を活用した事例を中心に報告している。また、各種研修会の案内なども提示されている。地域づくりの実践事例のダウンロードもできる。

URL:<http://itsu-doko.net/index.html>

6) 認知症ケア総合情報館（日本認知症ケア学会公式ホームページ）

日本認知症ケア学会の公式ホームページである。学会のスケジュールの他、認知症ケア専門士検索ができる。また、講義の動画配信やネットカンファレンスなども企画されている。

URL:<http://www.chihoucare.org/>

7) 日本老年精神医学会ホームページ

日本老年精神医学会のホームページであり、認知症に関する専門医や認知症の診断・治療が可能な病院の検索機能がある。

URL:<http://www.rounen.org/>

8) 日本認知症学会ホームページ

日本認知症学会のホームページであり、日本認知症学会の認定専門医が検索できる。

URL:<http://dementia.prit.go.jp/g1.html>

9) とうきょう認知症ナビ

東京都作成のホームページであり、認知症に関する基礎知識の紹介や認知症かかりつけ医、サポート医検索(東京都のみ)などができる。

URL:

http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/zaishien/ninchishou_navi/index.html

【地域包括支援センターに関する情報】

10) 地域包括支援センター業務マニュアル

地域包括支援センターの事業と対応させ、業務内容について説明してある資料である。WAMNET 等からダウンロードできる。

URL:<http://www.nenrin.or.jp/chiiki/sonota/manual.html>

11) 大府センター式コミュニケーションパック

地域包括支援センター職員が、介護家族との相談場面で活用することを目的に作成されたコミュニケーションツール。

URL:<http://cp.o-dcrc.net/>

【虐待防止に関する情報】

1 2) 東京都高齢者虐待対応マニュアル

東京都が作成した高齢者虐待の対応マニュアルであり、虐待対応の仕組みの構築、虐待対応の基本姿勢等について詳細に解説してある資料である。東京都のホームページよりダウンロードできる。

http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/ninchi/taio_manual/index.html

1 3) 介護現場のための高齢者虐待防止教育システム

認知症介護研究・研修仙台センターにより作成された、虐待防止の教材集であり、教授者用と学習者用の教材がダウンロードできる。

http://www.dcnnet.gr.jp/kaigokenkyu/kaigokenkyu_06_003f_01.html

【地域づくりに関する情報】

1 4) 認知症でも大丈夫街づくり事例データベース

認知症でも大丈夫街づくりキャンペーンに寄せられた事例を紹介するホームページである。検索機能が付いており、テーマやフリーワードなどで検索できる。

URL:<http://www.ninchisho100.net/archive/index.html>

【若年性認知症に関連する情報】

1 5) 彩星の会ホームページ

若年性認知症者を支える家族会である彩星の会のホームページである。

URL: <http://www5.ocn.ne.jp/~star2003/>

1 6) 若年性認知症コールセンターホームページ

若年性認知症に関する情報が掲載されている。コンテンツとして「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」「若年性認知症活動ひろば」などがある。

URL : <http://y-ninchisyotel.net/index.html>

1 7) 地域就労支援における情報の取得と活用のガイドブック

障害者職業総合センター研究部門における「地域関係機関の就労支援を支える情報支援のあり方に関する研究（平成 19～20 年度）」の成果として、地域関係機関の就労支援、地域連携、情報共有を一体的に支えるための情報支援ツールの一つとして開発されたものである。

<http://www.nivr.jeed.or.jp/research/kyouzai/27.html>

1 8) 精神障害者相談窓口ガイドブック

ガイドブックを作製した障害者職業総合センターによると「平成 11 年度に旧労働省が作成したハローワークの「精神障害者相談窓口ハンドブック」を全面改訂し、精神障害の障害特性や支援制度を説明した「基礎編」、ハローワークでの窓口相談を進める際の留意点や参考事例、関係機関との連携の仕方等を説明した「相談実務編」から構成されています。主としてハローワークの職員向けに作成されたものですが、医療・保健・福祉領域の支援者にも参

考となるよう、就労支援を行う際の基本的なスキルやハローワークとの連携の仕方等が分かりやすく記載されており、領域の異なる支援者が合同で研修を行うときの参考資料としても活用できます」とされている。

URL:<http://www.nivr.jeed.or.jp/research/kyouzai/29.html>

19) はたらきパーク (WAMNET)

独立行政法人福祉医療機構のホームページである WAMNET において、障害者の就労支援情報として、先進事例や連携の事例などを紹介している。

URL:<http://www.wam.go.jp/ca30/shuroshien/c01.html>

20) 障害者自立支援法のサービス利用について(平成 21 年 4 月版)

厚生労働省及び全国社会福祉協議会により出されている、「障害者自立支援法のサービス利用について」において、障害者自立支援法の概要が解説されている。

URL: <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/dl/9.pdf>

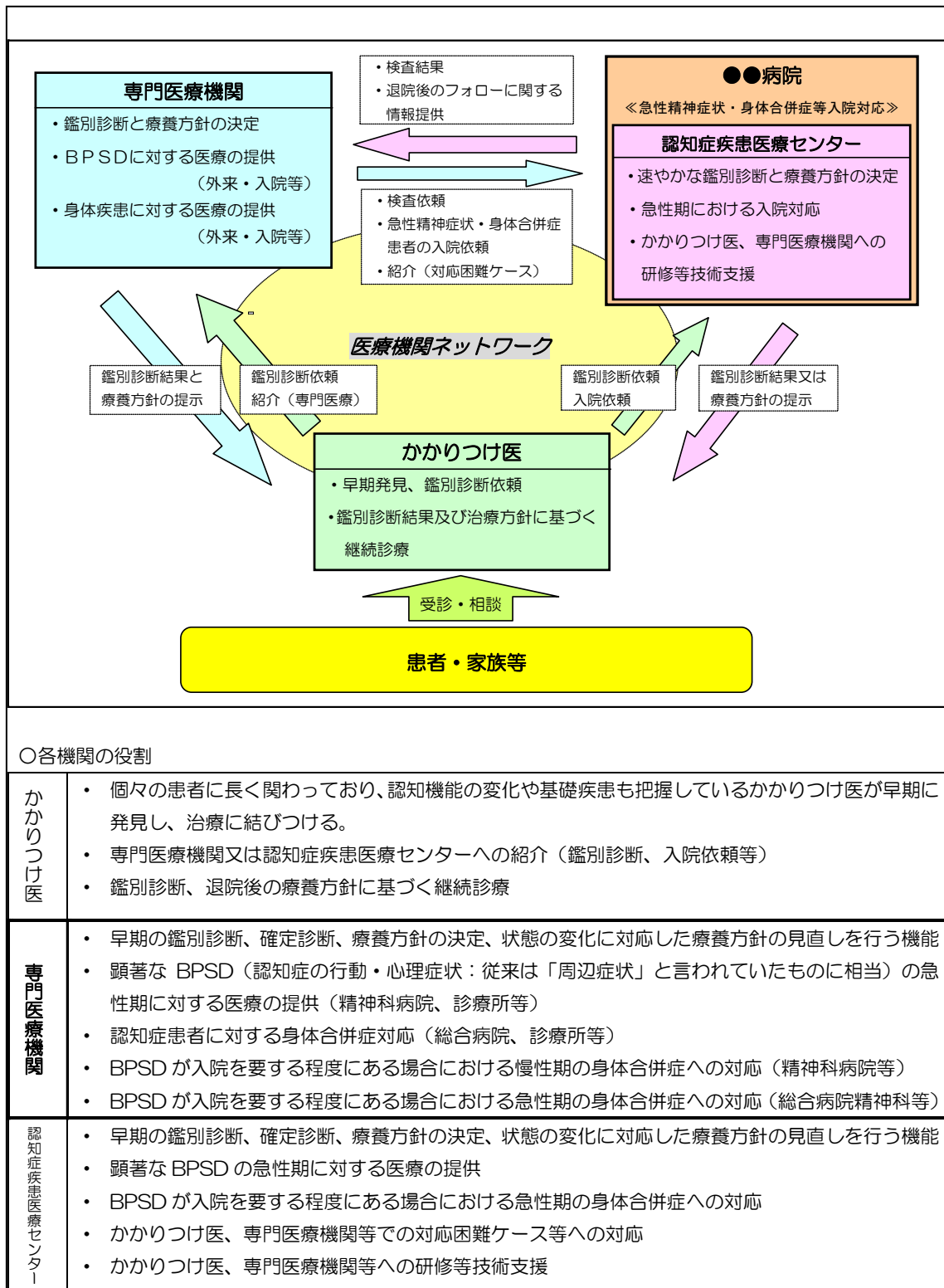
21) 障害者自立支援法早わかりガイド (WAMNET)

独立行政法人福祉医療機構のホームページである WAMNET において、障害者自立支援法と同法におけるサービスの利用方法について解説してあるページである。

URL:http://www.wam.jp/shienhou_guide/

5. 地域医療機関に対する認知症医療に関するアンケート調査票例

	発刊番号 第〇〇号 平成●●年10月26日
各医療機関の長様	
市長 ●●●● （公印省略）	
認知症の診療に関するアンケート調査について（ご依頼）	
平素は、本市精神保健福祉行政につきまして、格別のご協力を賜り厚くお礼申し上げます。 さて、●市では国の「認知症疾患医療センター運営事業実施要綱」に基づき平成20年12月1日付けで●●病院を認知症疾患医療センターとして指定いたしました。同要綱では当該センターを中心とした認知症疾患医療に関する地域連携の強化が謳われています。 また、昨今の急激な高齢化等の背景により、認知症患者も増加傾向にあります。認知症に関しては、早期の段階からの適切な診断と対応が必要であり、地域医療の支え手であるかかりつけ医としての先生方の役割は大きく、その後の鑑別診断や治療を行ううえでは、認知症疾患に関する専門医療機関との連携も重要となってきます。 そこで、認知症疾患に関する専門医療機関の情報を把握するために、この度、●市医師会、●●精神科病院協会、●●精神科診療所協会のご協力を得まして、アンケート調査を実施させていただくことになりました。 つきましては、ご多忙の折誠に恐縮ですが、趣旨をご理解の上、ご協力くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。なお、記入いただきました情報は、●市医師会の協力の下、●市医師会ホームページに掲載させていただくとともに、認知症に関する相談窓口等関係機関への情報提供を考えております。 何卒ご協力の程、よろしくお願い申し上げます。	
○ アンケート用紙	別紙（両面）1部
○ 提出期限	平成●●年●月●日（●曜日） ※ 同封の返信用封筒にてご返送ください。
<お問い合わせ及び返送先> 〒●●●● 住所 ●市健康福祉局健康部 精神保健福祉課 保健医療係（担当：●●・●●） 電話：●●●—●●● FAX：●●—●●●	



○各機関の役割

かかりつけ医	・ 個々の患者に長く関わっており、認知機能の変化や基礎疾患も把握しているかかりつけ医が早期に発見し、治療に結びつける。 ・ 専門医療機関又は認知症疾患医療センターへの紹介（鑑別診断、入院依頼等） ・ 鑑別診断、退院後の療養方針に基づく継続診療
専門医療機関	・ 早期の鑑別診断、確定診断、療養方針の決定、状態の変化に対応した療養方針の見直しを行う機能 ・ 顕著な BPSD（認知症の行動・心理症状：従来は「周辺症状」と言われていたものに相当）の急性期に対する医療の提供（精神科病院、診療所等） ・ 認知症患者に対する身体合併症対応（総合病院、診療所等） ・ BPSD が入院を要する程度にある場合における慢性期の身体合併症への対応（精神科病院等） ・ BPSD が入院を要する程度にある場合における急性期の身体合併症への対応（総合病院精神科等）
認知症疾患医療センター	・ 早期の鑑別診断、確定診断、療養方針の決定、状態の変化に対応した療養方針の見直しを行う機能 ・ 顕著な BPSD の急性期に対する医療の提供 ・ BPSD が入院を要する程度にある場合における急性期の身体合併症への対応 ・ かかりつけ医、専門医療機関等での対応困難ケース等への対応 ・ かかりつけ医、専門医療機関等への研修等技術支援

認知症専門医療機関へのアンケート

医療機関の名称 _____

記入者 職： _____ 氏名： _____

◇ 該当するものにチェック及び○をつけ、必要事項について記入してください。

● 専門医について

- ・日本精神神経学会精神科専門医の有無

☐ 有 ☐ 無

- ・日本認知症学会専門医の有無

☐ 有 ☐ 無

- ・日本老年精神医学会専門医の有無

☐ 有 ☐ 無

- ・認知症疾患の鑑別診断等の専門医療に係る臨床経験を5年以上有する医師の有無

☐ 有 ☐ 無

● 鑑別診断

☐ 実施している（外来で・入院で）

➢ 施行可能な検査（心理検査 CT MRI SPECT 脳波 血液検査）

☐ 他院との連携等で実施している（外来で・入院で）

➢ 連携等により施行可能な検査（心理検査 CT MRI SPECT 脳波 血液検査）

➢ 連携している医療機関名（ ）

☐ 実施していない

● BPSD（認知症の行動・心理症状：従来は「周辺症状」と言われていたものに相当）の治療

☐ 対応可能（外来で・入院で・往診で）

➢ 条件（ ）

☐ 対応不可

➢ 理由（ ）

裏面へ続く

● **身体合併症の治療**

☐ 外来で対応している

（ 内科 ・ 外科 ・ 脳神経外科 ・ 整形外科 ・ 泌尿器科 ・ 眼科
耳鼻科 ・ 婦人科 ・ 皮膚科 ・ その他（ ） ）

☐ 入院で対応している

☐ 急性期

（ 内科 ・ 外科 ・ 脳神経外科 ・ 整形外科 ・ 泌尿器科 ・ 眼科
耳鼻科 ・ 婦人科 ・ 皮膚科 ・ その他（ ） ）

☐ 慢性期

（ 内科 ・ 外科 ・ 脳神経外科 ・ 整形外科 ・ 泌尿器科 ・ 眼科
耳鼻科 ・ 婦人科 ・ 皮膚科 ・ その他（ ） ）

➤ 条件（ ）

☐ 往診で対応している

☐ 対応不可

● **若年性認知症の治療**

☐ 対応可能（ 外来で ・ 入院で ・ 往診で ）

☐ 対応不可

● **医療福祉相談の対応**

☐ 対応している

☐ 対応していない

※ 上記の情報を市民向けの冊子等に掲載することについて

○ 市民への情報提供（ 許可します ・ 許可しません ）

以上です。ご協力ありがとうございました。

執筆者一覧

氏名	所属	担当
今井幸充	認知症介護研究・研修東京センター 副センター長兼研修部長	第1章 第7章
八森淳	公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研修センター副センター長 市立伊東市民病院臨床研修センター長	第3章
池田恵利子	いけだ後見支援ネット 代表	第4章
佐藤信人	武蔵野大学 教授	第6章第1節
山本めぐみ	浅香山病院 認知症疾患医療センター 認知症連携担当者	第2章第2節
諏訪さゆり	千葉大学大学院看護学研究科 教授	第6章第2節第3節
渡邊浩文	認知症介護研究・研修東京センター 研究主幹	第6章第2節第3節
中村考一	認知症介護研究・研修東京センター 研修主幹	第2章第1節 第5章 第8章

平成22年度厚生労働省 老人保健健康増進等事業 認知症地域包括ケアのあり方に関する検討委員会 名簿

氏名	所属
佐藤 信人	武蔵野大学
八森 淳	市立伊東市民病院 臨床研修センター
室谷 牧子	堺市福祉サービス公社 北地域包括支援センター
黄瀬 忠博	浅川山病院 認知症疾患医療センター
佐々木 勝則	社会福祉法人桜井の里福祉会 特別養護老人ホーム桜井の里
池田 恵利子	いけだ後見支援ネット
畦元 智恵子	杉並区介護予防課
内田 孝子	社会福祉法人 横浜市社会福祉協議会 横浜市豊田地域ケアプラザ 地域包括支援センター
今井 幸充	認知症介護研究・研修東京センター
大島 憲子	認知症介護研究・研修東京センター
中村 考一	認知症介護研究・研修東京センター
齊藤 祐介	認知症介護研究・研修東京センター

報告書名

平成 22 年度厚生労働省 老人保健健康増進等事業
地域包括支援センターにおける認知症ケアガイドライン

発行元

社会福祉法人浴風会
認知症介護研究・研修東京センター
TOKYO Dementia Care Research and Training Center
〒168-0071 東京都杉並区高井戸西 1-12-1
電話：03（3334）2173 Fax：03（3334）2718
URL：<http://www.dcnnet.gr.jp>

発行年月

平成 23（2011）年 3 月