

平成23年度

圏域地对協研修会

「認知症早期発見・早期ケア ～安心して暮らせるまちに～」

日 時 平成24年 2月12日(日)

場 所 呉市文化ホール

主 催 呉地域保健対策協議会・広島県地域保健対策協議会

総合司会 堀江正憲 広島県地域保健対策協議会 (広島県医師会常任理事)

参加者 595名 (医師・看護師・行政・家族の会等)

開会挨拶



広島県地域保健対策協議会会長
(広島県医師会会長)

碓井 静 照

この研修会は、平成7年度からその時々の課題をテーマに盛り込んで毎年開催しているが、回を重ねるごとに、中身の充実した研修会として発展していることは、関係者一同の並々ならぬご努力の賜物と厚く感謝申し上げます。

昨年は東日本大震災など、いろいろあったが、広島県の医療を取り巻く環境も厳しさを増している。医師の絶対数不足、地域偏在、勤務医の過酷な勤務環境など喫緊に解決を図らなければならない多くの課題を抱えている。

しかしながら、広島県には全国に誇るべき地域保健対策協議会があり、行政、大学、医師会との連携の歴史と長い間の蓄積がある。ぜひともこの協議会の場を有効に活用していただきたい。

県医師会では、二葉の里へ新会館建設に向けて検討を進めている。中山間地域の医師不足対策や湯崎英彦県知事の掲げる「がん対策日本一」に向けて、われわれ医療者も一丸となって取り組んでいる。

また、今年は第20回 I P P N W核戦争防止国際医師会議世界大会を8月24日から広島市で開催し、核廃絶を訴える広島の声の世界に発信したい。

本日の基調講演やシンポジウムでは、それぞれの立場から認知症への取り組みなどについて講演いただき、その後の討議ではフロアからも発言いただくようお願い申し上げます。

最後に、今日の研修会にあたり、担当圏域の豊田秀三呉地域保健対策協議会会長をはじめ、関係団体のご努力に厚く御礼申し上げます。



呉地域保健対策協議会会長
(呉市医師会会長)

豊田 秀 三

呉地区は、平成19年・20年度にモデル地区として認知症の指定を受け2年間取り組んできた。その後、認知症に対してどのように取り組んでいくかいろいろ努力してきた。尾道市は10年前から取り組んでおられるが、われわれはまだ取り組んで時間があまりないが、一生懸命取り組んできた。それを踏まえて今日の研修会で皆さんが勉強して帰っていただけたらと願っている。

広島県健康福祉局長 佐々木 昌 弘

地对協と県行政に絡んで3つのことを申し上げます。まず、本日の研修会のテーマである認知症は、平成24年度予算の重点事業の1つとして取り上げた。認知症患者の伸びを考えると本年度を挟むこの5年間で一番患者数が増加する。第一次ベビーブームが後期高齢者になるよりも、むしろ今が一番多い。ここで手を打たないといけないということで、平成24年度予算の重点事業に急いで取入れた。ただ具体的な各論はまだ詰めていない。なぜならば、今日の研修会をもとにより具体的、かつ実行可能な形で詰めていくのが現実的だと考えている。その意味で本日の研修会は大変期待している。

2つ目は、国の事業に基づいて策定した地域医療再生計画で、昨年6月に国に提出した第2弾新地域医療再生計画が、広島県が一番高い評

価を得た。個々の事業を考えていく中で地対協という下敷があるのとないとでは全然熟度の違う事業の計画になるからである。昭和44年1月に発足したこの地対協の重さがあったからこそ、広島県が全国で一番高い評価を得たと思う。また、この新しい地域医療再生計画の策定に当たっては、県内すべての圏域地対協で意見交換をさせていただいた。来年度も何らかの形でそれぞれの圏域地対協で意見交換をしていきたい。

3つ目は、地域医療再生計画の第1弾(平成22年1月)で策定した、地域の医師等の確保のための財団法人の設立は、昨年7月に地域保健医療推進機構を立ち上げた。当初、地域医療再生計画では地域医療推進機構という仮称だったが、この地域保健対策協議会の「保健」の字を入れなければ広島県の特徴を表せないと考え「地域保健医療推進機構」という名称にした。

この財団法人広島県地域保健医療推進機構が今後活動していくに当たり、皆さんのお力添えなくして地域の保健医療、そして介護福祉との連携も含めて解決しないと思っている。ぜひお力添えいただきたい。

これら3つの背景を含めて、広島県は引き続き地対協、そして各圏域地対協と力を合わせて進めていきたいのでよろしくお願い申し上げます。

呉市長 小村 和年

本日は、各地区からご出席いただき心から感謝申し上げます。また、それぞれの地域で医療・保健・福祉の分野で大きな安心感に繋がっていることに心から敬意を表すと共に感謝を申し上げます。

今回のテーマが認知症の総合的な対策・対応ということで、呉市は特に高齢化率が高いことから、数年前から認知症に対して地域全体で見守ることを市政の方針の柱の1つに掲げて対応してきた。

今日の研修会で得られた成果がそれぞれの地域で高齢化しても安心して暮らしていけるというようなまちづくりに役立てばと思う。

基調講演 I

座長：呉地域保健対策協議会副会長

(佐伯地区医師会理事)

澤 裕 幸

「次世代の認知症対策 早期発見から予防へ」

鳥取大学医学部保健学科生体制御学講座

環境保健学分野教授 浦上 克哉

アリセプトという薬が世にでて12年が経過した。そういう中で認知症医療は随分進歩してきたように感じる。現在の課題として、このように進歩はしてきたが、まだまだ大きな課題が残されている。これはわれわれ医療従事者も含めて一般の市民まで認知症が正しく理解されていないからである。

認知症という言葉はすごく広く認知されてきた。本当に認知症とはどんな病気なのか、どんな対策が必要なのか私は大いに疑問を持っている。今朝もあるテレビ番組で、あるトレーニングをやったら認知症予防になるという話をしていた。これもあいさつができるようになったとか、少し元気になったとかいうことで認知症予防ができているというような、誤解を招くような番組や新聞・テレビ報道がある。正しく伝わることがまだまだ不十分に感じる。

また、せっかく薬ができて、必ずしも早期発見・早期治療ということに結びついていない。次世代の対策として考えるべき予防について触れていきたい。

認知症が正しく理解されていないということで、市民に尋ねると、多くは「認知症は怖い病気である」と思っている。私は認知症とは、もの忘れのために日常生活や社会生活に支障をきたす病気非常に緩やかに経過していく、そんなに怖い病気ではないと考えている。

一般的に認知症が怖いと言われる理由としては、やはり徘徊とか、いろいろ困った行動を起こし、周りから見てこんなにはなりたくないという気持ちになってしまうからである。周りに迷惑をかけたくない、認知症にはなりたくないという思いである。これは認知症という病気が正しく理解されていない。また認知症に対して早期発見ができてないを考える。

また、一般の方が特に理解されていないのは、いわゆる年齢からくるもの忘れである。老化現象に伴って起こってくるもの忘れと認知症によるもの忘れの違いがよく分かっていない。いわゆる老化現象による単なるもの忘れと呼んでい

る。こういうものは決して認知症によるもの忘れではなく、日常生活に大いなる差し支えをきたしてくることはない。ただ、こういった単なるもの忘れを心配して、不必要に病院を受診するケースも多くある。一方では、本当は病気によるもの忘れであって病院受診が必要なのに「わしゃしとらん、わしゃどこも悪うない」と言って病院へ行かないという矛盾したケースも生じている。

こういった課題はこの12年間経ても、大きな変化はしてないように感じる。そこで『あなたのもの忘れ「いわゆるボケ」ですか「認知症」ですか?』というタイトルで、昨年、本を出版した。

次にビデオを見ていただきたい。

～ビデオ～

浦上「こんにちは。スズキさん」

スズキ「こんにちは」

浦上「私、浦上と申しますのでよろしく願いいたします」

スズキ「よろしく願いいたします」

浦上「今日はどういうことでこちらにいらっしやいました」

スズキ「あ、今日は、あの…私がちょっと、んー、もの忘れがひどいから、心配だからって、あのー、息子にここへ連れてこられたんです」

浦上「ああ、そうですか」

スズキ「はい」

浦上「もの忘れは、どんなことを忘れられますか」

スズキ「あたしゃそんなに、あの、うん、忘れてると思わないですけどもね。まあ、でも、70過ぎたら誰でも1つや2つ皆忘れますよね」

浦上「そうですね」

スズキ「名前覚えられなかったり、買い物に行行って忘れて帰ってきたり。その程度です。はい」

浦上「何か大事なものがね、行方不明になって困ったりとか、そんなことはございませんか」

スズキ「大事なものなんか持っていませんからね。そんなことはありません。はい(笑)」

浦上「そうですか。あと電話とかね、伝言を頼まれたりして、ご家族の方にお伝えするのを忘れてたりとかね、そういうことでちょっとご迷惑かけちゃったとかそんなことはないですか」

スズキ「あー…、1回か2回ぐらいは何か嫁に言うの忘れたこともあったかもしれませんが、でも、そうしょっちゅう、しょっちゅう、迷惑はかけてないと思ってます」

浦上「そんなに困ることはないわけですね」

スズキ「ええ。ええ。ありません。はい」

浦上「うん、そうですか」

浦上「ここまでどうやって来られましたか」

スズキ「バスに乗ってきました」

浦上「バスに乗って来られました?」

スズキ「ええ。ええ。いつもバスで来てます」

浦上「そうですね」

スズキ「はい」

浦上「でも、今日は息子さんとご一緒だから息子さんに乗せてきてもらったとか」

スズキ「あ?」

息子「今日は僕が運転して、はい、一緒に来ましたので」

浦上「そうですね」

スズキ「あんたの車で来たんだっけ?」

息子「今日はそうでしょ」

スズキ「あ、そうでした(笑)」

浦上「そうですね」

スズキ「息子の車で来たんです」

浦上「あと昨日のね、夜はどんなご飯食べられましたかね」

スズキ「昨日の夜のご飯はね…、ご飯でしょ、おみそ汁と、お新香と…、あ、サンマの焼いたの。え。です。焼き魚でした」

浦上「焼き魚でしたか」

スズキ「ね」

浦上「違いますか」

スズキ「ん?」

浦上「何を食べられました? 昨日は。夜」

息子「昨日はカレーライスだったんですけど」

浦上「あ、カレーライスでしたか」

息子「覚えてない?」

スズキ「カレーなんか食べてないよ。カレーじゃないの。サンマ」

息子「おかわりしたでしょう」

スズキ「あら」

息子「覚えてない?」

スズキ「カレーだったの?」

息子「うん」

スズキ「じゃ、サンマは一昨日だ」

息子「いや違う」

スズキ「ああ(笑)、そうでした。はい」

息子「カレーライスだったんですけどね」

ビデオ終了

このビデオの方は、本物の患者ではなく模擬患者で、患者のまねを上手にさせていただける方をお願いした。私との会話は、本物の患者がした会話を忠実に再現したもので、決してフィクションではない。

この患者は、典型的なアルツハイマー型認知症で、正常な高齢者でもなく、軽度認知障害でもない。実はもう中等度を越えたアルツハイマー型認知症である。このような中等度を既に超えていても外来には一人で来て診察室で会話をされる。前半のビデオではほとんど気が付かない、分からない状況である。よって早期発見が非常に難しいわけである。ただ、ビデオの後半で家族がついてきて、家族の話を聞いてすぐ気が付くわけだが、かかりつけ医にかかる際にわざわざ家族が付いていくことはほとんどない。

やはり家族がおかしいと思われた方や、あるいは地域で介護福祉に携わっている方は、少しでもおかしいと思ったら、ぜひかかりつけ医に連絡して情報提供してもらいたい。

ビデオの方でさえ中等度でこのような状況であり、もっと軽い方を見逃すのは日常茶飯事になっている。その早期発見を考えていかないといけない。

認知症のきたしている病気はいろいろあるが、認知症の半数はアルツハイマー型認知症である。こういった方について、医師に医療現場で何が一番困るかといったアンケートを取って、8割方の先生が答えられたのが、もの取られ妄想のような、いわゆる周辺症状である。BPSDという言い方も今ではされているが、こういった症状への対応に困ると言われている。

実はもうこのような症状の相談がくるまでに対応すべきところが対応できてないからこういうことで相談を受けているわけである。一方では今、こういう周辺症状やBPSDへの対応に大変苦慮しているから、これに対する方策をしっかりと考えないといけない。しかし、私から言わせればこういった幻覚・妄想をはじめとした周辺症状、BPSDなどから始まる認知症はない。認知症というのは必ず中核症状、もの忘れから起こり、次に周辺症状が起こるため、早期発見をして早期治療、あるいは早期対応、早期ケアを行えば、事前に防げるものなのである。よって私は早期発見が非常に重要であると考えている。

また、アルツハイマー型認知症という病気においては治療薬がある。先ほどアリセプトとい

う薬の名前を挙げたが、この薬も大体中等度過ぎてから投与すると、1年ほどの経過しかよい期間がなく、それ以降はゆっくりと悪くなってくる。しかしながら薬を飲まない場合よりは明らかにいいわけで、進行抑制効果があるために医療現場では使っている。しかしこれをもっと早い段階、中等度以上ではなくて早期の段階から使えば、当然もっと効果があり、長く経過が持続すると考えられるわけで、既に欧米ではこういったエビデンスのあるデータが出されてきている。

さらに昨年アリセプト以外にレミニール、リバスチグミンパッチ、メマリーの3種類の新薬が出てきた。折角このような新薬が出てきているのだから、もっと早く見つけてこれらの薬をより有効に活用していく努力をすべきと考えている。

また、アルツハイマー型認知症という病気について、これらの4種類の薬は対症療法薬と言われるもので、根本治療薬ではない。しかし、それも今や夢物語ではない時代に入っている。

ただ、これらの根本治療薬ができれば、われわれはもう手放しで喜んでいけばよいのかと言えば、決してそうではない。

アルツハイマー型認知症という病気はどのようにして起こるかはある程度解明されている。まず、脳の中にアミロイドβ蛋白という物質がたまり、たまるところから病気がスタートして、次にリン酸化タウ蛋白がたまる。この後に神経細胞が死んでいく。

われわれは、神経細胞が死んできて初めてもの忘れという症状により気が付くわけである。しかしもの忘れが出るよりもずっと前からアミロイドβ蛋白という物質はたまっており、先ほどご紹介した根本治療薬とは、アミロイドβ蛋白をたまらないようにするお薬である。よって、もの忘れが起こってからアミロイドを溶かしても効果がなく、根本治療薬ができたからといって早期発見、早期治療という原則は全く変わらないわけである。

また、ケアの分野でも注目されているデータが出ている。これは、アルツハイマー型認知症のモデルマウスを使った実験で、普通の環境とよい環境でこのマウスを飼うと劇的な変化が見られた。

普通の環境では、海馬にアミロイドβ蛋白がたまっているが、これをよい環境に移して生活をさせると、たまっていたアミロイドがほとんどなくなってしまったのである。

アミロイドβ蛋白というのは、以前は1度たまったままそのままだんどんたまり続けるものだと考えられていたが、このようなデータからアミロイドも特に早い段階であれば、1度たまったものを溶かすことができるということが分かってきた。

これまでアルツハイマー型認知症というのは治らない病気で、一度神経の編成過程が進んでしまうとどうしようもないと言われていたが、決してそうではない。早い段階であれば、このように1度たまったアミロイドも溶かすことができる。これはまさに認知症の予防ができるということを示唆するデータといえる。

では、認知症予防対象者が、今日本全国にどのくらいいるかという、国が出してきたこれまでのデータは約200万人と言われている。しかし、これは介護保険をもとにしたデータで実数を反映してないと考えられる。最近の厚生労働省の研究班のデータでは、約300万~400万人ほどではないかといわれており、私もこの数字が妥当ではないかと思っている。

では、その氷山の下にいる認知症予備軍はどのくらいか。恐らく、少なくとも2倍から3倍、つまりほぼ1,000万人であると考えられる。よって、一番先手を打ってやるべきことは、この予備軍の方を少しでも認知症にならないように予防することではないかと私は考えている。

具体的な手段として私が考えたのは、やはり早期発見のためには健診という方法である。こういった取り組みを、実は鳥取県の琴浦町という場所で始めている。町の地域包括支援センターの方のお手伝いという形で、平成15年からスタートしている。

地域の公民館をくまなく回り、われわれが開発したもの忘れ相談プログラムという機械を用いて、健診を行う。

15点満点で、13点以下の方を2次健診をお勧めするようにしている。2次健診では、タッチパネル式ADASという、同じくタッチパネル式コンピューターを使った検査(TDAS)をして、医師による診察を行う。大体30%の方が2次健診に来られる。

TDASについては、もともとADASという世界的に最も信頼性が高いと言われる治療評価法がある。これは当然介入した場合の評価にも使えるのだが、この方法は臨床心理士のような専門職が必要であり、実施に1時間ほどかかる。これではとても地域の健診で使うことは不可能であるため、私はタッチパネル式コン

ピューターを用いて、専門職がない場合でも実施でき、所用時間も1時間から20分に短縮したものを作成した。

2次健診後の対応についてはマニュアルを作成しており、TDASの点数が6点以下の場合、点数が少ないほどよいので、ほぼ正常と考えてよい。こういう方が大体5%いらっしゃる。14点以上の方は認知症の疑いが濃厚ということで専門医療機関へ紹介する。

問題はこの間の7~13点の方についてで、認知症予備軍に該当し、こういう方を予防教室へお勧めする。大体15%である。

予防教室での大きな柱は運動と学習で、週1回2時間程度、このほかにもレクリエーションやいろいろな楽しい企画を組んで、3カ月間実施するだけであるが、TDASを用いて前後で評価すると、3カ月間で有意に改善を示している。

また、この後の3年間の経過を追跡しても、一度よくなった方はよい経過を継続しているということが分かった。これまでの欧米や日本でのデータを見ると、自然経過の場合、認知症予備軍の方は概ね3年以内に認知症に移行するという一致した見解が得られている。つまり、こういった認知症予備軍だった方が3年間たっても悪くならず経過しているということは、認知症予防ができたと考えてよい結果であると考えている。

また、認知症予備軍の方が認知症にならないようにすることができれば、当然介護保険の利用を減らすことができるわけである。例えば在宅生活を送っておられた方が通所サービスを利用しなくてよく、通所サービスを利用すれば、入所しなくてもよくなり、在宅で継続した生活ができる。そういったことから、平成16年、琴浦町では2,360万円の介護保険費用削減効果を得ることができた。

この取り組みは年々精度が上がっており、平成20年には7,800万円の介護保険の費用削減効果を得るに至っている。実際、琴浦町でこの事業のために使う費用は400万円であるため、明らかに費用対効果は優れているということが言える。

また、介護保険は減ったが医療保険が増えていたのではないかとよく言われるが、実際この琴浦町は医療保険も鳥取県内で最も低い町である。また当然のことながら、在宅率も鳥取県内で最も高い町で、こういった取り組みは、ご本人も認知症にならずに済み、医療費や介護保険

費用の削減にもつながるといふ、まさに一石二鳥の対策である。

このような経済効果により、琴浦町で始まった取り組みが鳥取県内に広がっており、米子市、あ倉吉市、鳥取市でもモデル地区でのスタートがなされたという現状である。

また、こういった鳥取県内での取り組みは、現在鳥取県外にも広がってきており、北は青森県から南は福岡県や大分県など九州に広がっている。広島県では、私が知っている限りでは、まだこのような活動が本格的にスタートしていない状況だが、ぜひこういった機会を通して広島県、特にこの呉市で取り組んでいただきたいと、強く希望している。

今、国は、「認知症になっても安心して暮らせるまちづくり」を掲げているが、これについて私は大賛成で、とても重要なことと考えている。ただ一般市民の方に伺ってみると、なっても安心ではなく始めからなりたくないといったことをおっしゃる。このようなニーズに応えるためには、認知症予防のできるまちづくりをやっていかないといけない。

私はこういった取り組みを、学問的にも学術的にもエビデンスをしっかりと出してサポートすべきと考えている。そういったことから、昨年、日本認知症予防学会を新たに立ち上げ、第1回の学術大会を2011年の9月9日から11日まで「認知症予防時代の幕明け」という大会テーマで、米子コンベンションセンターにて開催した。これには本日の主催者のお一人である豊田会長にもご参加いただき、大変盛り上がった会となった。

当日は、北は北海道から南は沖縄石垣島まで大勢の方に集まっていただき、大変よいスタートを切ることができた。

昨年の7月にパリで開催された国際アルツハイマー会議では、認知症予防に関する一般演題数がものすごく増えていたというのが私の印象である。

私はこの学会に出て、世界の流れも既に認知症予防に向いていることを強く実感した次第である。昨年、認知症予防学会を日本で立ち上げたことは、まさにタイムリーなことであったと実感した。

第2回の日本認知症予防学会学術総会は、2012年9月7日から9日にかけて北九州国際会議場(小倉市)で、認知症予防のエビデンスをしっかりと出していく第2回の会にしたいと考えている。

最後に、予防に役立つ物質について、われわれの研究成果を紹介したい。

先ほど、アルツハイマー型認知症はもの忘れから起こるといふ話をしたが、実はもの忘れよりも前に匂いが分からなくなるという症状が先行している。これは一般にはあまり知られていないが、私は二十数年前にこの事実をつかんでいた。

現在、匂いが分からなくなる原因である球神経の障害が先行するということは、専門医の間では常識である。よって、当然嗅覚機能検査をやれば早期診断に役立つことになるが、人間というのは残念ながら、長い間餌を取って生活するという習慣がなくなり、嗅覚機能が極めて退化している。このため、なかなか自分で匂いが分からなくなっているということに気が付かない。

例えば田舎に娘さんが帰ってきた。お母さんがどんな生活をしているんだろうかと思ひ冷蔵庫を開けると、冷蔵庫からものすごい腐敗臭がした。もう賞味期限が切れたものを平気で冷蔵庫の中に入れて、冷蔵庫の中で腐っているわけである。しかし、その腐っている匂いに気が付かない。これはまさに匂いが分からなくなっているからである。

最も理想的なのは、海馬の神経がやられてももの忘れが起こるより前に、嗅覚機能がやられただけの段階で対応できれば、究極の予防となると考えられる。私は何か球神経を効果的に刺激する方法はないかとずっと考えていたが、なかなかいいアイデアが思いつかなかった。

しかし数年前、アロマセラピーが効果的ではないかと考えアプローチしたところ、アルツハイマーの方は、コントロール器官はほとんど変化がないが、アロマをやったところ、ぐっとよくなるというデータを得た。

ただ、アロマなら何でもよいかというところではなくて、いろいろなアロマを調べてみたところ、昼間には認知機能改善を目的として行う場合に、ローズマリーとレモンを配合したものが最も効果的で、夜には昼間疲れた神経細胞を癒やすために、真正ラベンダーとオレンジの配合が最も効果的であるということを見出した。

そこで鳥取大学発ベンチャー企業を設立し、アロマオイル「リ・ブレイン」、これはローズマリーとレモンを配合した昼用と、真正ラベンダーとオレンジを配合した夜用があるが、こういったものを現在販売し、皆さんに手軽に使っていただける状況となっている。

この使い方は、昼用はペンダントの中にアロマオイルを入れ、ぶら下げておく。これにより移動中でも効果的に嗅神経を刺激することができる。夜用は置き型タイプで、ファンが回って香りが部屋に循環する仕組みになっている。こういったものも1つ予防の方法として活用していただければいいと思う。

昨今、いろいろな認知症予防に役立つものが出回っているが、残念ながら本当に専門家が検討したデータに基づいた予防の物質というのは、ほとんどない。よって、私は学会を通してきちんとしたエビデンスに基づいたものを皆さんに紹介していける仕組みも併せて作っていきたいと思っている。

基調講演Ⅱ

座長：呉地域保健対策協議会理事
(安芸地区医師会副会長)

八 田 和 彦

「アウトカムから見た認知症ケアの基本・ 認知症の人の基本的な生活課題を中心に」

認知症介護指導者 有限会社プレム・ダン
代表取締役 益 岡 賢 示

私は介護の立場からお話をさせていただきます。

ケアの立場からすると勉強する機会がなかなかないが、今では、映画等、認知症にかかわる映像がたくさん出てきている。作り手の意図によっていろいろあるが、なかなかよくできているものも多く、こういうものを見て学ぶのもいいかと思う。特に介護現場で働く職員というのは、相当ストレスが高くて、中には一生懸命頑張るけどバーンアウトするという方々も多い。堅苦しい研修会に参加すると非常に疲れるため、学ぶ方法はいろいろあるということで、こういったものもご紹介している。

医療の分野では、従来からエビデンスに基づいた実践が行われてきた。一方、ケアの現場ではどちらかというとエビデンスにあまり基づいてこなかったという過去の歴史もあるかと思う。

ただ、例えば感覚や感情、雰囲気など、いわゆるエビデンスが十分でないものをケアでは大事にする側面が非常に強いが、また一方で、ここ10年ほど前から、ケアの分野でも急速にエビデンスに基づいた、あるいはアウトカムから導き出すという手法を用いる傾向が出てきた。

私が10年余りに初めて参加した、認知症ケ

ア学会や老年精神医学会、老年精神医科学会などの学会も、正直10年余りに私のようなケアの立場の人間がお邪魔しても、ほとんど見向きもされなかったというのが実態だった。しかしこの10年余りの間に非常に多くの医療関係者や研究者、教員の方々に、ケアの現場にあるエビデンスが欲しいということで、手を差し伸べていただき、今ではさまざまな形で連携をしてケアの現場にあるエビデンスやアウトカムを拾い上げていくことが少しずつできるようになってきたと思う。

皆さまのお手元に配布されている『初めての認知症介護』という本の内容では、国が今から12年前に東京と仙台と愛知県大府に認知症のための研究・研修のセンターを作ったことを書いてある。(スライド1)



(スライド1)

I部では認知症の基本的な理解と食事・入浴・排せつについてのポイント説明が、概説として書かれている。II部では、その食事・入浴・排せつ、3つの場面におけるケアの具体的な説明、解説がされている。認知症介護チェック表というのは現場の職員が日々の仕事を終えた後に、あるいはカンファレンスのときなどに具体的にツールとして、チェックをして使っていただくという流れになっている。(スライド2、3)

初めての認知症介護—解説集—

I部 概説 (page14~33)

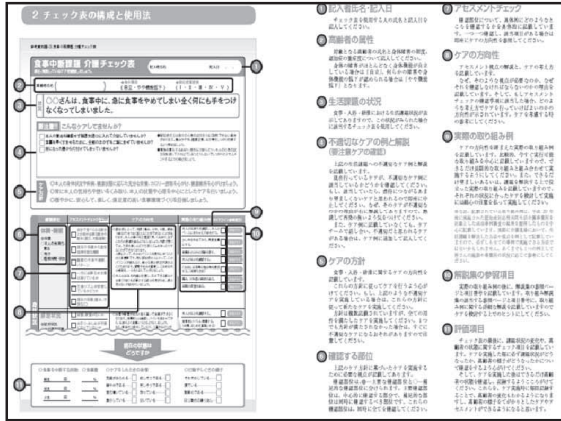
認知症の基本的な理解と「食事・入浴・排泄」
についてのポイントの説明

II部 取り組みの解説 (page36~176)

食事・入浴・排泄場面におけるケアの具体的
な解説

・認知症介護チェック表

(スライド2)



(スライド3)

まず食事・入浴・排せつ、それぞれについて一般高齢者の場合と認知症の方の場合というように分けて説明している。なぜ、この食事・入浴・排せつの3つに絞ったかということ、まず食事について、認知症ケアの現場では、やはり1日3回プラスおやつ等というのは非常に重要なポイントである。それから入浴について、認知症の方の場合、過剰に入り過ぎる方も時々はおられるが、圧倒的に入浴を拒否する方が多いということで、現場では非常に困難な事例として入浴というのはよく挙がる。それから排せつについて、きちんと対応がされないとなかなか生活がうまく組み立てられないということで、ケアの現場において食事と入浴、排せつというのは必ず最も重要なカテゴリーだということでこの3つに絞っている。(スライド4)

I部 概説 (page14~33)

認知症の基本的な理解と「食事・入浴・排せつ」についてのポイントの説明

食事における重要性
(一般高齢者の場合・認知症の人の場合)

入浴における重要性
(一般高齢者の場合・認知症の人の場合)

排せつにおける重要性
(一般高齢者の場合・認知症の人の場合)

(スライド4)

その3つをそれぞれさらに3分割をして、食事拒否、あるいは食事の過剰摂取、食事の中断という具合に、3つに細分化したものが作られている。入浴であれば、入浴拒否、清拭の拒否、洗髪拒否。排せつは排せつ拒否、排せつ誘導拒否、放尿などで、これはケアの現場でたびたび目にする。(スライド5)

II部 解説 (page44~176)

9つの生活課題別に「実際の取組例」をカテゴリごとに整理してある

9つの生活課題

- ・食事拒否課題
- ・食事過剰要求課題
- ・食事中断課題
- ・入浴拒否課題
- ・清拭拒否課題
- ・洗髪拒否課題
- ・排泄拒否課題
- ・排泄誘導拒否課題
- ・放尿課題

(スライド5)

もともとこの本が何をベースにして作られたかということ、平成20年度に仙台センターで全国のグループホーム約1,500カ所に調査をかけた。その中では、グループホームの現場で取り組んで成功した事例を教えてくださいと尋ねた。例えばこのようにしたら食事拒否の人がよく食べてもらえるようになったとか、あるいは入浴拒否をする方に対して、このように誘導したらうまくいったという成功事例を挙げてくださいということで事例を集めた。

それを、分析して頻度の高い順にケアを抽出し、このテキストは作り出された。よって、頭の中で思い描いて作ったテキストではなく、実際に全国のグループホームでうまくいった事例をもとに作成されたというツールである。もともとこのツールを開発しようという話になったのは一昨年、21年だが、そのときに皆が考えたのは、どうすれば新人の職員に早く一人前に近くなってもらうかであった。

日本では年間約23~25万人の介護労働者が必要だと言われている。介護福祉士等の専門の学校を出てくるのはそのうちわずか3~5万人と言われる。つまり、もともとこの業界ではない人たちに20万人近くを負わなければならないのが、この業界の実態である。例えば私のところの事業所で職員を募集するとき、介護経験も問わずとすると、さまざまな業界からさまざまな年齢層の方がやってこられる。

このように、介護の現場で全くの素人に近い方々が、その日から利用者の方の食事介助や入浴介助に入っていかなざるを得ない実情、現状がずっとある。しかもこれはまだ、あと10年、20年は間違いなく延々と続く。いわゆる団塊の世代の方々が高齢期に差し掛かってくるのがこれから先のことなので、そういった点では早く一人前の職員になってもらわないと困るというこ

とである。

そのためには、例えばいわゆるOFF-JTと呼ばれる集合型の研修を実施しているが、それでも追いつかないということで、新人の方々が自分で学べるようなツールを作ろうというのが、ももとの発端である。

それからもう一方では、いわゆる中堅以上の職員が、自分のところの新人や新任の職員を教えるときに使えるのではないかとということでこれは作られた。ケアができていない人でも、そのケアがなぜ必要だとか、どうしているからできているということを説明するというのは難しい。これは勉強で言えば、自分で問題を解くことはできるけど、その解き方を人に教えられるかと言ったら別の問題だということと同じである。よって、中堅以上の職員は自分である程度ケアはできても、それをほかの人に教える、まして新人に教えることについては、なかなか十分ではないという側面がある。

それから、これをベースにしてやることで、どの先輩が教えても同じようなことを教えられる。現場の新人が困るのは、先輩によってやり方が違うということである。やり方が違うと現場は大混乱になる。

今日お越しの方はこれを持って帰っていただいて、ぜひお使いいただきたい。特にチェック表は、現場ではカンファレンスをする前のミーティングの段階でよく使っている。今現在本をお持ちでない方が手に入れる方法は、認知症介護研究・研修仙台センターのホームページがある。そこにすべてPDFファイルの形でアップされている。

これからの話では、認知症ケアの基本的な考え方についてお聞きいただきたいと思う。

認知症ケアの変遷を示す。これが必ずしも正確なものではないかもしれないが、現在は地域、小規模、当り前の生活といわれ、皆さんもよくお聞きになると思う。ただ、過去がどうであったかを学ぶことは、実はケアに当たる方々にとってはとても大事なことである。(スライド6)

例えば、先ほど浦上先生のお話にもあったが、80年代後半から90年代の環境アプローチの時代では、日本では建築工学関係の先生方からのご提案もあって、急速に進んでいた。また、マウスのお話にもあったが、やはりわれわれ人間も環境によって非常に大きく左右される。しかし、80年代以前では、どちらかと言うと閉じ込められて鍵をかけられていた時代と考えたほうがよ

認知症ケアの変遷	
1970年代～1980年頃	理念・方法論が皆無 魔の3ロック(「行動制限」「收容」「隔離」)
1980年前後～85年頃	本人の可能性志向ケアの時代 集団療法・個別支援の可能性を志向
1985年頃～90年頃	環境アプローチの時代 環境に配慮することが志向された
1990年頃～95年頃	ノーマライゼーション思想の時代 ノーマライゼーション思想に立脚
1995年頃～2000年頃	全人的ケアの時代 可能性の最大限の発揮などを志向
2000年頃以降	地域・小規模・当り前の生活 地域の中に認知症を包含する考え方など

(スライド6)

いかと思う。

さすがに今、監獄のように鍵をかけている病院・施設があることはまずないと思うが、目に見えにくいロックというのはある。魔の3ロックと言って、スピーチロック、ドラッグロック、フィジカルロックが挙げられる。

私はよく研修会でそれにスイーツロックとドリンクロックを付け加えて、魔の5ロックと呼んでいる。現場では大体4時か4時半ぐらいになると、日本全国どこのグループホーム、特養、老健でもお茶飲みケアが始まる。これは、帰ると言い出した方を帰らせるわけにはいかないため、おいしいお茶でドリンクロック、それが効かなくなるとおいしいおやつでスイーツロックというわけである。もし万が一日本で夕方4時になって、どこの施設に行ってもお茶飲みませんかコールが始まったら、これは大変なことである。

今、認知症ケアの現場では今日ご紹介したような解説書をはじめとして、さまざまなツールが次から次へと作り出されている。古いものをすべて悪いとは思わないが、認知症ケアは今ものすごいスピードで進化している最中である。例えば10年以上前に書かれた認知症介護の本には、今の認知症ケアのことはほとんど触れていない。10年前の介護の本というのは、今読むと時代錯誤的な内容になっている。

グループホーム、地域密着型サービス、今年、実は介護保険もこの1月の終わりに仮報酬単価というのが示されて、4月以降の制度変更について大枠が出た。これは特養や老健、デイサービス、ホームヘルプ等、どの事業体も基本的にはすべてマイナスである。国では、公表した中では、介護報酬はプラス1.2%だと言っているが、実は介護職員には2年ほど前から給付金が出ている。つまり補助金である。ところが、

今回、4月からはそれを介護報酬の加算に入れた。これが実は介護報酬全体に対して2.2%であるので、実は介護保険全体ではマイナス0.8%となる。医療保険も非常に厳しい数字が出ていると聞いているが、ますます現場は厳しい状況を迫られている。

ここに示すのは、今までの古いケアである。認知症になると本人は何も分からない、できない。あるいは本人は分からないから環境は最低でいいなどと10年、15年前には言われていた。(スライド7)

これまでの古い認知症ケア
・問題対処型・諦めのケア

- ・認知症になると本人は何もわからない、できない
- ・問題に対処するのが「ケア」
- ・本人はわからないから環境は最低でいい
- ・危険だから外には出さない
- ・家族や一部のケアの職員が抱え込んで
- ・取りあえずその場しのぎを

永田久美子先生資料より

(スライド7)

これからは、ご本人の尊厳や自立を目指して支援することがケアである。そしてなじみのあるところで力を発揮する環境が鍵であると言われる。今、認知症の人に、その人が担える役割を持たせてあげることがとても大事と言われている。(スライド8)

これからの新しい認知症ケア
可能性、人間性志向のケア

- ・認知症でも感情や心身の力は豊かに残っている
- ・認知症でも利用者本位、尊厳と自立を目指して支援することが「ケア」
- ・「なじみ」があり、力を触発する環境が鍵
- ・なじんだ自然や地域の中で
- ・地域の人々や多様な専門職が一緒に
- ・初期から最後まで関係者で継続ケアを

ケアマネジメントの重要性

(スライド8)

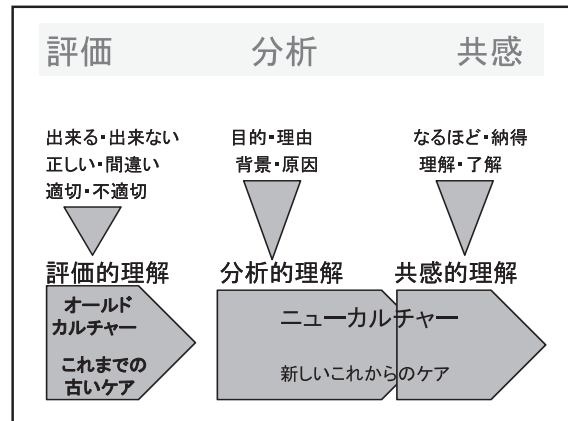
例えばグループホームなどにおいて生活をしている方、特養、老健では、選択することがほとんどできないか、もしくは全くできないかに近いのが、今の日本の施設の現状であろう。選ぶことのできない生活というのは、非常にストレスを生

むが、そのストレスがどうも人の健康に大きく影響している。

よって、これは認知症ケアで言えば、施設やグループホーム等において利用者の方が選ぶことがどれほどできているかということに思い当たった。うちのデイサービスでは、おやつのときに何を飲みたいかとか聞くとちゃんと選んでくださる。選ぶことのできる状況を作れるかどうかというのは、われわれケアに当たる人間に課せられている大きな仕事だと思う。

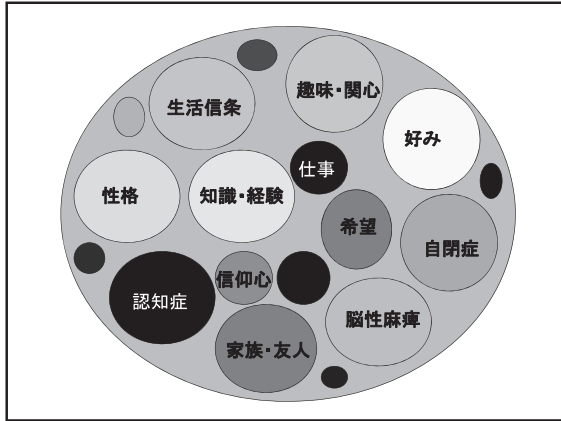
今までわれわれは、利用者の方の行為行動を、できる・できない、正しい・間違い、適切・不適切といった形で評価している。それでは今までの古いケアとなるが、評価ではなく共感的な理解を示してケアに当たるべきだと今は言われる。ただ、多くの方の話では、評価からいきなり共感に飛ぶが、現場ではなかなかそうはいかない。

共感が必要なわけだが、そのためには、なぜこういう行動、行為をするのかという目的や理由、原因、背景等が分からないと共感できない。よって、この分析というステップを踏んで初めて共感的理解に至ることができると今は考えられ始めている。このように具体的な形にして示しているのはここわずか2~3年のことで、それまでは分からなかった。(スライド9)



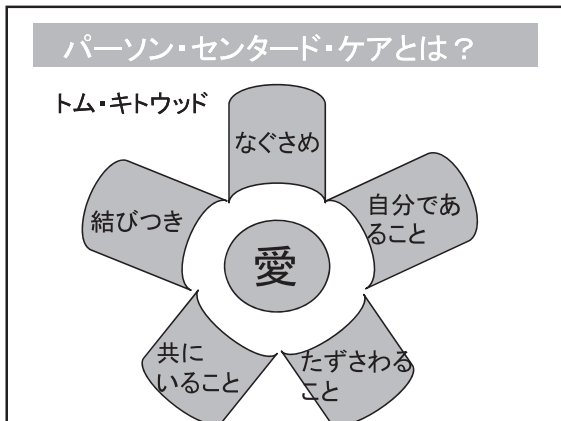
(スライド9)

ある人の中には、性格や生活信条、趣味、関心、好み、知識、経験、あるいは希望や家族、友人、信仰など様々なものがあるはずである。その中に1つとして認知症もあるんだという考え方で、これが今の新しい認知症ケアのベースになっている。(スライド10)

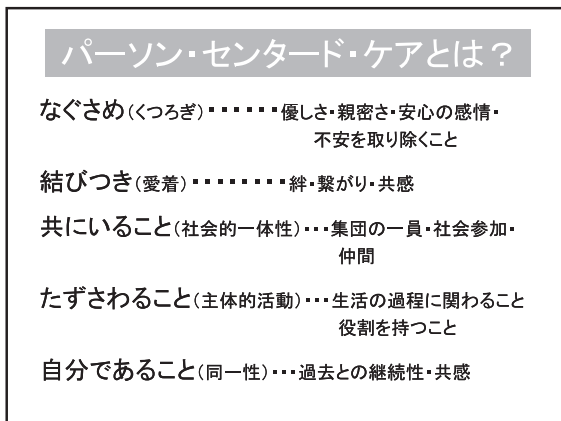


(スライド10)

認知症のAさんではなくて、Aさんの認知症はというように考えていく。これがまさに今よく言われるパーソン・センタード・ケアである。パーソン・センタード・ケアとは、イギリスの社会心理学者のトム・キットウッドが95年ぐらいから提唱したもので、よく5つの花びらで表わされる。愛を中心に5つの要件がパーソン・センタード・ケアには重要だということである。(スライド11、12)



(スライド11)



(スライド12)

これは、アメリカのカリフォルニアにあるクリスチャン・ヘリテージ・ガーデンというナーシ

ングホームに書いてあることである。doing から being へというように価値の転換が必要だということである。これは理解しにくいと思うが、doing、つまり何かできるということに価値を置くと、認知症の人たちはどんどん価値を失う。そういう価値を持った社会ではいけないということで、being、つまり存在すること、そこにいてあることそのものに価値を見出す社会であるべきだということである。日本でも障害者運動の中でそう言われてきており、認知症の人たちもまさにそのとおりである。そういう価値に転換していかないと、認知症の人たちも生きていくことが難しいということである。(スライド13)

援助者のかかわり方
(1) 価値の再構築

① 全人的理解に基づくかわり方

- ① 私のことを我慢してください
- ② 私に話しかけてください
- ③ 私に親切にしてください
- ④ 私の感情を考えてください
- ⑤ 人間としての尊厳と尊敬をもって接ってください
- ⑥ 私の過去を思い出してください
- ⑦ 私の今を知ってください
- ⑧ 私の将来を思ってください
- ⑨ 私のために祈ってください
- ⑩ 私を愛してください

(※・カリフォルニア州クリスチャン・ヘリテージガーデンのパンフレットより)

② doing(できること)からbeing(ある「存在する」こと)へ == 価値の転換 ==

(スライド13)

最後に、今から3年ほど前にある認知症の方が言われた言葉を紹介します。「介護する人たちはそれらを全部私たちの代わりにやってしまうのだ。彼らはお年寄りを大切にするという考え方をはき違えている。私たちのような人を大事にするということは、私たちに代わって何もかもやることではないんだ。」ということである。つまり、これは、私たちにできることを奪わないでほしいという彼らから私たちへのメッセージである。今は認知症の人自身が自らの言葉で話をしてくれることが多くなった。(スライド14)

～ 私の願い ～

専門家の皆様へ
これは私の心からの叫び、世の中に伝えたい願いだ。
ごみを集めるというのは、私の...どう言えはいいかなあ? ...「使命」とでも言うべきものだ。私に関する限り、それはサイクル活動のようなものだ。でも、介護する人の間では「収集癖」と呼ばれ、厄介なことと見られている。
私のような年寄りには、一般に「ボケ」と呼ばれている。私が理解しているところでは、専門用語は「認知症高齢者」だ。だが、知っているかい? 私たちはまだ考えることができるし、まだ感じることもできるし、活動力だってあるんだ。でも、介護する人たちはそれらを全部私たちの代わりにやってしまうのだ。彼らはお年寄りを大切にするという考え方を、はき違えている。私たちがそのような人を大事にするとは、私たちに代わって何もかもやることではないんだ。
私たちが人間というのは、楽なことに慣れてしまう...それが私たちの本質的な弱さだ。それは素直に認めよう。でも、そうした機会を私たちが奪わないでほしい。
随分昔、私はブリキ職人だった。自分でできることは何でも自分でやったものだ。だが、年を取ると記憶がたびたび定まらなくなった。でも、自分でしたいという願望は今でもなくなっていない。私は、ブリキ職人だったころに使っていた道具で、ごみからあらゆるものを作った。私たちができることを奪わないでほしい。できればあなた方の専門性を使って、どうしたら私たちの能力を最大限に引き出せるのかを研究してほしい。いつかあなた方も私たちと同じ状況になるかもしれないから。これが私の願いだ。頑張っている年寄りもいることをぜひ覚えておいてほしい。
お手紙を読んでいただけで、ありがとうございました。お体をご愛ください。

(スライド14)

私たちはやはり現場にいて、認知症の人自身から学ぶことを最も大切にし、そしてまた同じく関係者である医療あるいは保健の方々と手を携えて仕事を進めていくことが最も大事なことで、私はいつも思っている。

シンポジウム

「認知症早期発見・早期ケア 安心して暮らせるまちに」

座長：鳥取大学医学部保健学科生体制御学講座
環境保健学分野 浦上 克哉
呉地域保健対策協議会会長
豊田 秀三

「認知症を生きて」

認知症の人と家族の会広島県支部世話人

松本 恭子

家族の立場から、本人の立場から、困っていることを全部出して、その上でどう対策を取り組んでいるのかということ进行讨论しやすいようにということで、始めにお話しさせていただく。

認知症の人と家族の会は県内を各ブロックに分かれて、本人の声、家族の困ったことなどの情報や活動、苦悩などすべてケア中心で、横のサポートを取り合っている。

私の主人は今から11年前に52歳で若天性アルツハイマー症と宣告された。その後の11年間をまとめる形で、こんなときにこんなことで困っているということをお話したい。

認知症は進行する病気で、あんなに元気だった主人が、今はもう要介護4まで進んでいる。進行性、退行性の脳の障害だと思っているが、不安と恐怖の時空間をずっと生きている主人に、穏やかな日常をどう提供していくかというのが私の課題となっている。

進行する病気のため、常にその人の進行、その人の全体を見ていなければならない。そんな中で主人が進行初期に困ったことは、まず医療に対して、認知症当事者を一般の人間として見過ぎたのか、それともわけの分からないと人間と見過ぎたのか、ばかにされていると感じた主人は、もうお医者さんの前に二度と行こうとしなかった。治療が遅れて、アリセプトを飲むのが2年ほど遅れた。医療関係者の方は、今日の浦上先生の話にもあったが、どう言葉かけをしながら診察していくかということをもう1度考えてほしい。

行政福祉の問題について、介護保険や障害年

金制度、ヘルパー制度、2003年の段階でまだ働き盛りの私たち2人には、こんな制度があるとは知らなかった。行政からいろいろ取り組まれていることを全然分からない中で私が参考にしたのは家族の会だった。ただ、これは私が勉強したから取り組めた。一人暮らしの認知症患者の場合はどうだったかということで、地域の問題、行政の問題というのがここに出てくるかと思う。

そのうち、進行中期になり、神経内科ではない病気で受診するときには、医療関係者の無理解に本当に困った。黙って手を取って血圧を計ろうとする。薬を飲ませようとする。一つ一つの所作は医療行為として妥当な行為だと思うが、認知症患者にとっては非常に困り、アルツハイマー症のほうも進行したが、もう1つの疾患のほうもなかなか治らなかった。認知症の専門以外の医療関係者の方には勉強してほしい。

行政について、私達は成年後見制度申請を始めてすぐ取り組んだ。在宅支援介護施設の効果的な利用にも取り組んだ。ここで困ったことは、介護職の方がすぐどころどころ変わる。また、成年後見制度の場合は、書類の書き方、申請の仕方について、私と主治医で取り組んだが、もう少し分かりやすくできないのかという思いが残っている。

介護専門職の方の報酬の問題について、これは私が教育の場に身を置くからだが、昭和30年代日本では、これからのためには教育が必要だということで教員の給与を上げる特例法ができた。今回、これから日本は福祉社会だと言っている限りにおいては、国は介護専門職の給料を上げることによってどう取り組むかということが、最もこれからの日本を救うものになるのではないかと思う。

主人は、頭は病気、体は元気だしやる気ということで、とにかくできることをみつきたい。感謝される喜び、認められる喜びを見つけるため、デイサービスに出掛け、お金を払って働いた。コミュニケーションも地域の人、元職場の同僚などいろいろなところと取り、言語情報を避けるように訴えて、映像刺激を与えてきた。言葉をどんどん失っていくので、主人とのコミュニケーションは目でコンタクト、指でコンタクト、体でボディタッチといった具合に取ってきた。

しかし、それに反して進行はいつの間にかもう後期になっていた。家族の会として皆が頑張っているのは、いつかは根本治療薬ができる

と信じてきたからである。本日浦上先生の話で、もうそろそろだとお聞きしたので、それを信用したいと思う。

認知症は病気である。社会的な問題で、行政、医療、福祉、地域、それぞれにそれぞれの責任がある。偏見の中に私たちの家族はいて、家族会に集まる人の中には認知症だと言えないという方もいる。それは社会や地域の方々が、認知症がどんな病気か知らないからで、それを知らせ、分かりやすく伝えることを行政に求めていきたい。

本能の子育て、生まれたときから動物でも誰でも子育てはできる。しかし、親育て、介護は勉強しなければできない人間としての営みだと思っている。本日の研修会から皆さんの地域に持ち帰って、笑顔が伝わるあったかい広島県を作るため。皆で取り組めたらいいと思っている。

「認知症早期発見・早期ケア」

中国労災病院神経内科部長 片岡 敏

皆さん、ご存じのように人間の成長と知能の発達というのは、体の発達とともに知能が成長し、そして衰えていくという過程がある。それが途中から知能が急激に落ちてしまう。不幸にもそういう疾患があるわけである。病的認知障害とは、アルツハイマー型認知症、前頭側頭型認知症、びまん性のレビー小体病、脳血管性の痴呆といった疾患が非常に多いが、ここでこういった認知症が発症する場合にどのように見分けるかということをお話ししたい。

高齢者になると、良性の健忘症などいろいろなものがあるが、その中で病的な健忘というものについては、体験自体を忘れてしまう、ヒントがあってもなかなか思い出さない、時間や場所の感覚がなくなってしまうといったことがある。これが日常生活に支障を及ぼす場合、そしてご自身の自覚がなく、症状の進行が速いという場合には危険信号で、要注意というわけである。

OLDという観察リストは、幾つかの項目からなっている。「記憶・忘れっぽさ」、「語彙・会話の繰り返し」、「会話の組み立て能力と文脈の理解ができない」、「見当識、作話依存」といったものについて、ご本人にあてはまるかどうかということで簡単に確認することができる。4項目以上の該当で認知症の疑いということが言えるので、日ごろの日常生活で活用できるのではないかと思う。

軽度認知症機能障害 (MCI : Mild Cogni-

tive Impairment) という言葉が、10年ほど前に提唱されるようになり、これはご本人の自覚的な記憶障害の訴えがあるということ、客観的にも記憶障害が存在するということが、すなわち、記憶障害以外の高次機能障害がないということである。また、日常生活動作は保たれていること、認知症の診断基準を満たさないこと (CDRというスケールで0.5点ぐらいである状態) が挙げられ、こういった状態になると、やはりこれから先、認知機能の障害が進行するかどうか気がなるわけである。

現在までのデータでは、MCIの状態の方が年間12%ぐらいはアルツハイマー型の認知症に進行するということが分かっており、4年から5年にかけてほぼ半分の方がアルツハイマー病に進行するということが言われている。こういった状態になると、やはり認知障害が進むのを予防する手立てを考えたほうがよいことになる。

アルツハイマー病のファースト分類による2~3という状態で、MCIが発見されるが、最近ではもともとあったドネペジルという薬剤に加え、リバスチグミン、ガランタミン、メマンチンという薬が昨年から使えるようになってきた。こういったものは認知症の症状を改善する可能性のある薬剤であるということで、世に出てきた。

2005年に出たデータでは、早期のMCIにドネペジルを投与すれば、発症してから約1年から1年半まではある程度効果が見込めるという結果が出てきた。最近出てきたメマンチンとドネペジルの併用を見ても、興奮、攻撃性、易刺激性、不安定性、夜間の異常行動といった行動精神症状 (BPSD) と呼ばれる症状を、ある程度抑える効果が出てくるのが期待されるようになってきている。

BPSDに対する対応は薬物だけではなく、ご本人の自尊心を尊重すること、行動の背景にある心理を洞察することが大切である。いらいら落ち着かない、ちょっとしたことで怒るといった場合に、全部こういったものがBPSDかという、時には尿路感染を起こしていて落ち着きがないということもあるし、全身の疾患によってそういう症状が出てくる場合もある。

それから本人のペースに合わせて生活リズムを整えることと、全身的な健康管理を行うことが非常に、薬物療法以外にも大切になってくる。

認知症の高齢者に対するメンタルケアとしては、寛容な人間関係を保つこと、生活環境を整

備すること、ご本人が生活する上で目標を持たせてあげることが重要になる。

今後の認知症診療における医療サイドの課題としては、こういった薬物治療を正しく選択して、その薬物治療の適用と限界を知ること、それからBPSDに対する適切な対応をすること、診療連携を構築することがある。それから認知症患者と介護者の方々の精神的な負担を軽減すること。そしてわれわれ医療サイド、福祉サイドの認知症に対する教育を充実させて行うことが今後の課題になるかと思う。

「成年後見制度について」

司法書士おおしま事務所 大島 博志

「成年後見制度とは」ということだが、対象となる方は、認知症、知的障害、あるいは精神障害などの判断能力が低下された方ということになる。判断能力が不十分な成人の方を法律で保護し、支えるための制度が成年後見制度である。(スライド1)

成年後見制度とは...

対象となる人

- 認知症
- 知的障害
- 精神障害 など

判断能力が低下された人

判断能力が不十分な成人を、
法律で保護し、支えるための制度

(スライド1)

成年後見制度には法定後見制度と、任意後見制度の2種類がある。

法定後見制度とは、既に判断能力が低下した方についての制度である。任意後見制度とは、まだ自立が可能な方が自立している間に自分で後見人を定め、その内容もあらかじめ決めておくという内容の制度である。

法定後見とは、判断能力が低下した後にお医者さんの診断書をつけて家庭裁判所に申し立てをして、後見人等を選任してもらうことにより開始する。選任された方は本人の希望を尊重し、家庭環境や生活状況、体力や精神状態を配慮して本人にとって最も良い方法を選び、支援する。(スライド2)

そしてこの法定後見は成年後見、保佐、補助の3種類に分かれている。成年後見とは、もう

成年後見制度

- 法定後見

家庭裁判所に申立をおこない、支援してくれる人を選任してもらいます。

選任された人は、本人の希望を尊重し、家庭環境や生活状況、体力や精神状態を配慮して、本人にとって、もっともよい方法を選び支援します。

(スライド2)

自分の財産の管理処分をすることが全くできない方、保佐とは、管理処分について常に援助が必要な方、補助とは、自己の財産を管理処分することについて援助が必要な場合があるという形になる。これも医師の診断書、あるいは後の鑑定によって分類される。(スライド3)

法定後見とは...

- 成年後見 自己の財産を管理・処分することができない
- 保 佐 自己の財産を管理・処分するには、常に援助が必要
- 補 助 自己の財産を管理・処分するには、援助が必要な場合がある。

(スライド3)

判断能力が低下するに従って支援の量は増えるということになる。支援の量が増えるということは逆に言うと、自分の権利、能力を制限されることもあるため、結局それを決めていく医師の診断書、それから後の鑑定は非常に重要となる。(スライド4)

法定後見の3つの類型

↑ 判 断 能 力 ↓	[支援の量]				↑ 支 援 の 量 ↓
	[自立]				
	[補助]				
	[保佐]				
	[後見]				

(スライド4)

法定後見の申し立てができる人は決まっている。本人、配偶者、4親等以内の親族等、市町村長もできる。誰が成年後見人になるのかということについては、事情に応じて家庭裁判所が成年後見人等を選任するが、普通は親族、弁護士や司法書士、社会福祉士などの法律・福祉の専門家、福祉関係の公益法人などの方が選ばれたりもする。複数の場合もある。(スライド5)

法定後見の申立は？

- 申立ができる人は？
本人、配偶者、4親等以内の親族、検察官、任意後見受任者、任意後見人、任意後見監督人、市町村長等
- 成年後見人等には誰がなるの？
事情に応じて、家庭裁判所が選任します。親族以外にも、法律・福祉の専門家（弁護士・司法書士）や、福祉関係の公益法人などが選ばれたり、成年後見人等を複数選ぶこともあります。

(スライド5)

成年後見人の仕事は、主に「身上監護」で、本人の生活、本人の身の回りの世話をすることである。また「財産管理」で、本人の財産、契約や法律行為を行うことである。それから裁判所への「報告」などがある。成年後見人が誰になるかによって、得意分野、不得意分野というのが出てくると思う。私たちのような法律家であれば財産管理は結構得意な分野である。ただし、身上監護になるとほとんど素人に近いため、施設に任せているといったことになる。ただし財産管理、すなわち相続やその人の居住用財産を売るといったことについては別段何の負担もない。そういったところで誰が後見人になるかという問題が幾つかあると思っている。(スライド6)

成年後見人の仕事は？

- 身上監護 本人の生活・医療・介護・福祉など、本人の身の回りの事柄に目を配りながら本人を保護・支援
- 財産管理 本人の財産管理や契約などの法律行為
- 報 告 成年後見人として行った事務について家庭裁判所に報告

(スライド6)

法定後見にかかる費用について、申し立て費用、登記費用、郵便切手、鑑定料、その他例えば4親等内の親族を証明するための戸籍謄抄本などがかかるようになる。(スライド7)

法定後見申立にかかる費用

- 申立手数料
- 登記手数料
- 連絡用の郵便切手
- 鑑定料
- その他、必要書類を入手するための費用

後見人等に対する報酬が必要な場合があります。

(スライド7)

任意後見制度とは、転ばぬ先の杖、先ほども申したように、能力がある間にその内容と後見人を定めておくことである。この契約は公証役場で行うことが必要となる。その後、本人の能力が低下したときに新たに裁判所に後見監督人というのを定めてもらい、その後見監督人の監督の下に後見人が契約どおりの内容を遂行していくという内容のものである。(スライド8)

任意後見制度

- 転ばぬ先の杖・・・託したい人と契約
判断能力が充分にあるうちに、将来のために自分のことを援助してもらう人や内容、それに対する報酬をあらかじめ決めておく制度

法定後見と違い、公証役場で契約を締結します。

(スライド8)

任意後見の場合は、任意後見契約だけでなく委任事務契約や公正証書遺言を決めていく場面もある。委任事務契約とは、まだしっかりしているうちに少しお手伝いをする中で、本人の判断能力が低下しているかどうかを見守りながら、もう低下したと判断した場合に後見監督人の選任を求めて、それから任意後見契約の内容を遂行していくということになる。公正証書遺言とは本人が亡くなった後、財産をどうするかといったことを定めておくものである。(スライド9)

任意後見3点セット

- 任意後見契約 判断能力が低下した後の支援内容について定める。
- 委任事務契約 判断能力はあるが、身体面や精神面で支援してほしい内容を定める。
- 公正証書遺言 死後のことを定める。

※最近、尊厳死宣言公正証書というものもあります。

(スライド9)

報酬については、法定後見は本人の財産から若干費用が決められる。任意後見では契約の時に費用が定められている。(スライド10)

報酬はどれくらいかかりますか

- 法定後見 後見人等に選任された人が、一定期間ごとに家庭裁判所に報酬付与の申立てをすることで報酬が発生します。報酬額は、本人の財産と生活にかかる費用を鑑み、裁判官が決定します。
- 任意後見 契約時に両者の合意で決定します。

後見人等の仕事は報酬が発生する業務です。被後見人等の財産を不正に使用したら業務上横領として訴えられます。特に、法定後見の場合は、大きな財産を動かす場合は、家庭裁判所の許可が必要です。

(スライド10)

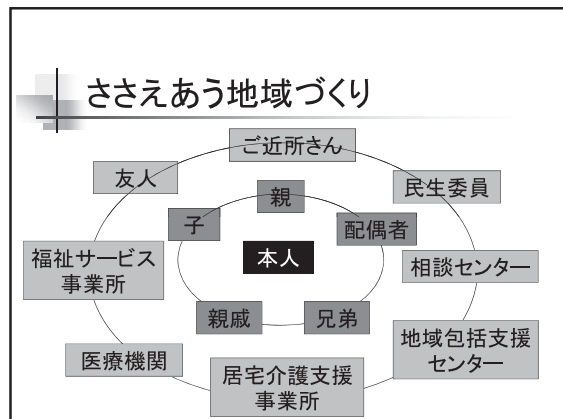
「呉市権利擁護センター成年後見制度を上手に利用するために」

呉市社会福祉協議会地域福祉課主任

越智 順子

私のほうからは、社会福祉協議会がなぜ権利擁護に取り組むのか、権利擁護センターを立ち上げた経緯も含めて説明をさせていただきます。

高齢者を取り巻く人々は、多くの場合はこの図のようになっている。(スライド1)



(スライド1)

しかし、配偶者が亡くなり1人になった・子どもはない・親族とは疎遠といった環境であっても住み慣れた地域で暮らし続けたいという願いは、ほとんどの方がお持ちである。

社会福祉協議会は地域福祉を推進する団体である。住み慣れた地域でできるだけ住み続けたいという願いをかなえるためには介護サービスを利用することも大切だが、家族や親族はもちろろん、ご近所さんをはじめとする地域の人たちと互いに支え合っていくことができる関係づくりが必要だと思っている。その地域の絆を強くしていくことをお手伝いするのが社会福祉協議会の仕事であり、そのための1つの手法が権利擁護事業であると思う。

呉市社会福祉協議会では、いくつかの権利擁護事業を行っている。(スライド2)

呉市社会福祉協議会が行っている権利擁護事業

- 日常生活自立支援事業「かけはし」
- 成年後見制度利用支援事業
- 法人後見
- 財産保全管理事業

(スライド2)

まず、日常生活自立支援事業「かけはし」の運営である。判断能力が低下したことで福祉サービスの利用の手続きや金銭管理に不安がある方で、この制度のことを理解し、契約することができる人が対象である。本人に代わって金融機関でお金を下ろし、必要な支払いを代行し、福祉サービスの利用の相談にも応じている。(スライド3)

日常生活自立支援事業「かけはし」

- 認知症高齢者、知的障害者、精神障害者などにより、判断能力が不十分な方が、地域で生活する上で必要な福祉サービスの利用手続きや日常的な金銭管理の支援を行います。
- 専門員が、本人の状況を把握し、支援計画を立てます。
- 個別の支援は、生活支援員が行います。

(スライド3)

次に、成年後見制度の利用支援事業である。成年後見制度の相談事業や講演会、また生活支援員、後見支援員の養成研修などを行っている。分かりにくい成年後見制度の説明をしたり、個別相談を行ったり、その人に合った利用方法の助言や申し立てのお手伝いをしている。(スライド4)

成年後見制度利用支援事業

- 成年後見制度相談事業
 - 一般相談(月～金 8:30～17:00)
 - 専門相談(毎月第3木曜日13:00～16:00
前日正午までに要予約)
- 成年後見制度講演会
- 生活(後見)支援員養成研修

(スライド4)

次に法人後見についてだが、平成16年7月に、初めて呉市社会福祉協議会という法人として後見人を受任した。現在まで28件を受任して、現在稼働しているのは21件である。ほとんどの方が施設や病院で生活しておられるが、中には自宅で生活しておられる方もいる。(スライド5)

法人後見

- 専門家と協働して行います。
弁護士・司法書士・税理士・社会福祉士
社会保険労務士・行政書士
- 受任要件・・・呉市内在住
 - ・市長申立
 - ・若い知的障害・精神障害等
 - ・保有財産が少なく
後見人報酬を支払うことが困難な人

(スライド5)

財産保全管理事業については、「かけはし」の契約や成年後見制度を利用するまでの間、また急な入院などで本人以外の誰かが財産を管理しなければならなくなった時、管理する人がみつかるまでの間、社会福祉協議会で一時的にお預かりする事業である。(スライド6)

成年後見制度の相談事業は、その人の状態やニーズに合った利用方法を一緒に考え、必要に応じて申立書の作成をお手伝いしたり、審判後の手続きの方法をご説明したりしている。特に、

財産保全管理

- 本人に判断能力はあるため「かけはし」や成年後見制度に該当しないが、障害などで、自分が財産を管理できず、親族から金銭搾取等がされているケース
- 成年後見申立準備中だが、本人の物とられ妄想等で、親族の一時的管理が難しいケース

等々

(スライド6)

成年後見制度は必ず利用しなければならない制度ではなく、利用することで不利益を被ってしまうこともある。本当にその人に成年後見制度が必要なのかどうかも一緒に考えている。(スライド7、8)

成年後見制度相談事業

銀行で成年後見制度の利用をすすめられたけど...

子どもに重度の障害があるので、親亡き後が心配...

祖母の金銭管理をしているけれど叔父・叔母から疑われてしまう。

最近物忘れが激しい。身内がなくこれからの暮らしが不安...

(スライド7)

成年後見制度相談事業

- 成年後見制度の説明
- 利用における、メリット・デメリット
- 「かけはし」との選択
- 申立書作成支援
- 審判後の手続き方法
- 報告書の作成方法

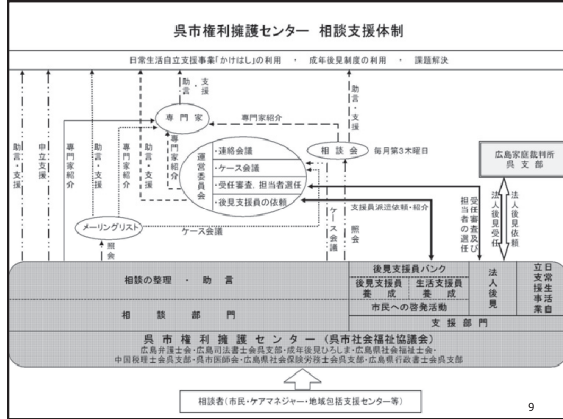
等々

(スライド8)

実は、呉市権利擁護センターはこの相談事業を進める中で生まれてきたものである。個人の抱えている課題は法律、医療、福祉などさまざまな問題が複雑に絡み合ったものがあり、専門外のところは説明しにくい。

呉市権利擁護センターはこの図にあるように、

弁護士会、司法書士会、成年後見ひろしまといった専門の団体が手をつないで、平成22年から本格的に相談支援体制を整えた。相談件数は年300件、受任件数も年10件を超えるほどになった。（スライド9）



(スライド9)

一方で新しい課題も見えてきた。その1つが保証人制度への取り組みである。病院への入院や施設への入所時に身元引受人や連帯保証人の確保は後見人の職務ではないと言われており、どうすればいいのか現在話し合っている。

もう1つの課題は市民後見である。親族が身近にいない場合はどうしても第三者後見、親族以外の方に頼るしかないが、申し立て件数は毎年増加しており、今後も十分に確保できるかどうか不安が残る。

実は、平成23年は一部の専門家の間で市民後見元年と言われており、その理由は、介護保険法の一部が改正されたこと、そしてそれによって老人福祉法32条の2という規定が新設されたことである。この規定で、市町村は市民後見人の養成研修を行って、研修修了者を市民後見人と、候補者として登録し、就任支援を行って、その後活動支援をバックアップする体制を取らなければならない。

もう1つの理由は、厚生労働省の市民後見制推進事業がスタートしたことによる。財産管理に主眼が置かれていた後見業務を、身上監護が大切だと視点が変わってきた。

呉市において本格的に市民後見人を養成するのがいつになるかは、まだ不透明だが、今から少しずつ準備をしていく必要があると考えている。

最後になるが、我々はこのように体制を整え、これからのいろいろなニーズに対応できるように活動するが、住み慣れた地域で安心して、よ

り長く過ごしていくためには、日ごろから身近な人と友達関係を築いてお互いさまの気持ちで助け合い、地域の人たちが見守り、声をかけ合うことが最も大切なことだと思っている。そのお手伝いを、権利擁護センターの活動を通じてしていきたいと思っている。（スライド10）

住みなれた地域で、安心してより長く暮らすために

- 身近な人と友だちに・・・
- お互いさまの気持ちをもって・・・
- 地域の人たちの見守り、声かけ

(スライド10)

「認知症 呉医療圏による取り組み」

呉市医師会会長 豊田 秀三

呉市は広島県が平成19年、20年度に行うモデル事業に指定された。15名で推進会議を作り、様々な機関と協力して4つの事業を展開することにした。（スライド1、2）

広島県のモデル事業指定

「認知症にやさしい地域づくり支援事業」
(呉市で平成19～20年度にかけ行われる)

平成20年1月に呉市が指定される

↓

医療・介護・地域等の関係者15名で推進会議

↓

約1年をかけ行政と関係機関地域の協力・連携で実施

(スライド1)

4事業の展開

1. 地域資源マップの作成
2. 認知症ケア・虐待防止サポート
3. 徘徊SOSネットワークの構築
4. 地域認知症介護支援体制の構築

(スライド2)

まず、ホームページ版マップ、保存版マップ、認知症の高齢者あんしんガイドブックを作った。(スライド3、4)



(スライド3)



(スライド4)

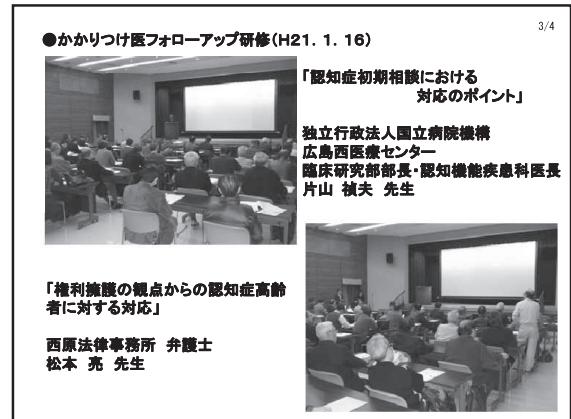
2つめに、認知症ケア・虐待防止のサポートの取り組みを行った。内容としては、認知症ケア講演会や個別相談の実施、地域包括支援センターの職員研修の実施、かかりつけ医フォローアップ研修の実施、認知症介護アドバイザーの連絡会の立ち上げ、認知症ケア指導者研修の実施という5つが挙げられる。(スライド5、6、7、8)



(スライド5)



(スライド6)



(スライド7)



(スライド8)

3つめに、徘徊SOSネットワークの構築として、対応マニュアル等の整備、高齢者事前登録制の整備、模擬訓練の実施を行った。(スライド9)

4つめに、地域認知症介護支援体制の構築として、普及啓発、認知症サポーターの活動支援、地域における多職種の連携を行った。(スライド10、11、12)

これらの事業を認知症講演会、県が行った講演会で講演をしたり、日本認知症ケア学会で発表したりして、モデル事業を終了した。

その後、我々としてはこれで良かったのか、

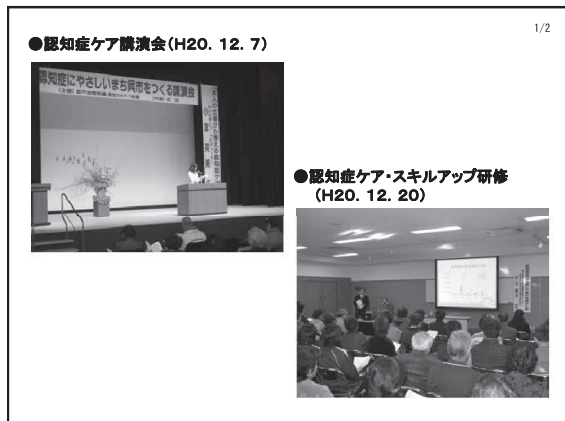


(スライド9)

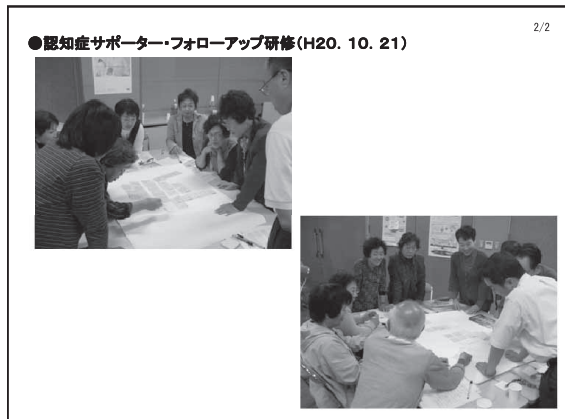
■取組4 地域認知症介護支援体制の構築

1. 普及啓発
2. 認知症サポーターの活動支援
 - ①認知症サポーターフォローアップ研修
 - ②認知症サポーターステッカーの作成
 - ③認知症サポーターの登録・管理
 - ④認知症サポーター受入体制検討事業
3. 地域における多職種の連携
 - ①認知症ケア・スキルアップ研修
 - ②認知症ケアネットワークの構築

(スライド10)



(スライド11)



(スライド12)

その後何をしたらいいのかについて考えた。

地域資源マップの問題点として、市民がホームページの活用が十分でないということ、認知症の専門医はどこにいるのかという質問が多いこと、オレンジドクターの認知度が上がらないことが挙げられる。これらの対策については、市民公開講座等で繰り返し訴えるより方法がない。(スライド13、14)

1. 地域資源マップの問題点

1. 市民のホームページ活用が十分でない
2. 認知症専門医は「どこに」の質問が多い
福祉関係者でも講演会の講師をされる方だけが専門医とと思っている人が多い
3. オレンジドクターの認知度が上がらない
医師、患者家族ともに病状の長い経過の中でかかりつけ医、専門医の連携の重要性の認識が薄い

(スライド13)

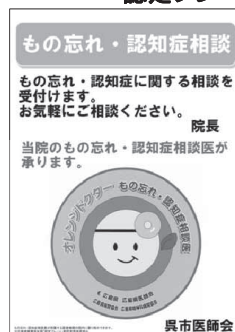
1. 地域資源マップの対策

1. 市民公開講座等で繰り返し訴える
2. オレンジドクター・ステッカーの改善
3. 認知症パスの作成
かかりつけ医と専門医の連携
4. ホームページの定期的更新

(スライド14)

また、オレンジドクターのステッカーが小さくてよく分からないと言われることがあったため、県にお願いし、このようなプレートポスターを作った。(スライド15)

オレンジドクター(もの忘れ・認知症相談医) 認定プレートポスター

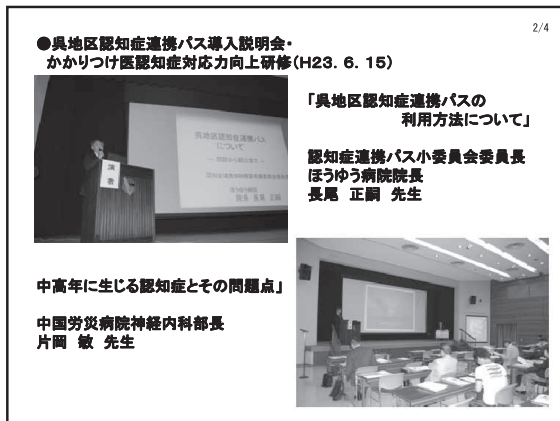


もの忘れ・認知症相談医が所属する医療機関の受付窓口や待合室等の院内に掲示。

広島県健康福祉局「認定プレート」意匠使用承諾済み。

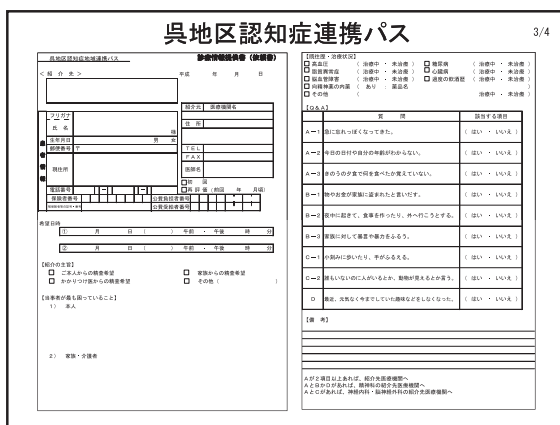
(スライド15)

また、かかりつけ医と専門医の連携を目的に、認知症パスの作成とパスの講演会をした。(スライド16)

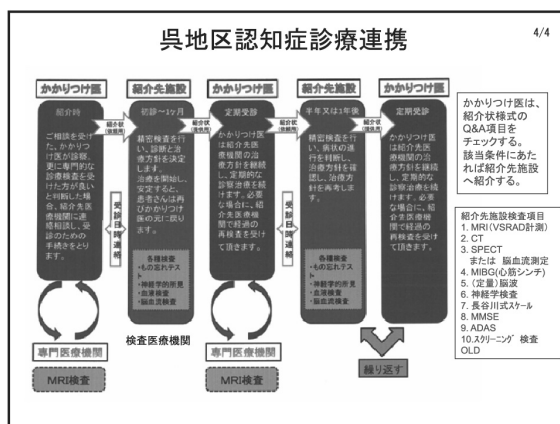


(スライド16)

これが今のパスで、オレンジドクターの方々と話をして、かかりつけ医と照会先の専門医で6カ月ぐらいの周期で順番にパスを動かすこととなった。(スライド17、18)



(スライド17)



(スライド18)

また、ホームページの定期的更新を行った。認知症ケア・虐待防止のサポートについては、1～5番目の研修が行われている。これは県庁の高齢福祉課と広島県医師会が非常に細やかに

実施されている。(スライド19)

2. 認知症ケア・虐待防止のサポート (認知症相談体制の充実)

1. 認知症ケア講演会・個別相談会
2. 地域包括支援センター職員研修
3. かかりつけ医フォローアップ研修
4. 認知症介護アドバイザー連絡会
5. 認知症ケア指導者研修

上記研修は広島県庁及び広島県医師会が非常に細やかに実施され充実していると考えられる

(スライド19)

徘徊SOSネットワークについては、その後も呉の安浦地区、音戸・倉橋地区で実施しているが、このネットワークにも問題点がある。1つとしては個人のプライバシー意識の高まり、2つめは個人情報保護法など社会の意識の変化、3つめは、これが最も問題だが、声かけの難しさがある。このことは九州の大牟田が熱心に取り組んでおられる。また、4つめに形骸化の問題があり、善意のつながりであるために、担当者の交代で波が生じやすい。ネットワーク構成者の役割があいまいになって住民に周知されなくなり、消滅することがある。(スライド20、21)

3. 徘徊SOSネットワーク

●模擬訓練(H22. 3. 13 呉市安浦町)

●模擬訓練事前説明会(H22. 11. 30 呉市音戸・倉橋町)

(スライド20)

徘徊SOSネットワークの問題点

1. 個人のプライバシー意識の高まり
2. 個人情報保護法など社会の意識の変化
3. 声かけの難しさ
4. 形骸化の問題
 - ①善意のつながりであるため、担当者の交代等で波が生じやすい。
 - ②ネットワーク構成者の役割が曖昧になり、住民に周知されなくなり、消滅する。

(スライド21)

地域認知症介護支援体制の構築について、まず、普及啓発としては、認知症の早期発見による早期治療とケアのため、浦上先生が開発されたもの忘れ相談プログラムを呉みなと祭り、教育祭などで実施した。毎回100名を超す人の申し込みがあり、大盛況であった。こちらは看護協会の協力を得て実施している。(スライド22、23)

4 地域認知症介護支援体制の構築

1. 普及啓発
2. 認知症サポーターの活動支援
 - ①認知症サポーターフォローアップ研修
 - ②認知症サポーターステッカーの作成
 - ③認知症サポーターの登録・管理
 - ④認知症サポーター受入体制検討事業
3. 地域における多職種連携
 - ①認知症ケア・スキルアップ研修
 - ②認知症ケアネットワークの構築

(スライド22)

①認知症の早期発見による早期治療とケア

●呉市での脳の健康チェック(物忘れ相談プログラム)実施・認知症相談窓口
呉みなと祭り(H23. 4. 29)・呉市医師会健康セミナー(H23. 10. 2)
呉市健康の日ウォーキング大会(H23. 10. 15)・広地区教育祭(H23. 11. 23)



(スライド23)

また、認知症の介護アドバイザーの方々にお願いして、定期的に相談窓口を行っている。(スライド24)

●物忘れ・認知症介護相談窓口の開設

物忘れ・認知症介護相談窓口のご案内

認知症の方を介護していて、お一人で悩んでおられませんか?
認知症介護アドバイザーによる定期的な個別相談窓口を開設しております。

- 対象 認知症の方を介護している方
日時 毎月第4土曜日 10時~12時
場所 呉ベタニアホーム(呉市本通4-3-21)
申込 呉ベタニアホーム
電話 0823-25-1140 FAX 0823-24-1570
※事前にご連絡ください。
相談日時等を調整の上お受けいたします。
- 料金 無料
問合せ 呉市健康増進課 電話 0823-25-3546

(スライド24)

のケアの重要性と薬物療法の研修を実施した。さらに、福祉関係者を対象に認知症の基礎知識研修とセンター方式ケアの研修を行い、市民公開講座も開催した。(スライド25~29)

また、認知症サポーターの活動支援として、サポーターのフォローアップ研修を実施した。8包括圏域で17回実施して713名が受講しており、サポーター約1万名を目標にしている。キャラバンメイトも育成して現在の養成数は380人いる。(平成23年11月末)(スライド30)

②かかりつけ医、医療従事者研修

●かかりつけ医認知症対応力向上研修(H23. 6. 23)



「アルツハイマー型認知症の早期診断からフルステージ治療に向けて」

鳥取大学医学部保健学科生体制御学講座
環境保健学分野教授
浦上克哉 先生



(スライド25)

●医療従事者 成年後見制度研修会(H23. 8. 29)



I「成年後見制度の概要」
広島家庭裁判所呉支部主任書記官
曾根川 寛 氏

II「成年後見制度の取り扱いに関する留意事項」
松林・大島登記測量台同事務所
司法書士 大島 博志 先生

III「呉市権利擁護センターの取り組みについて」

呉市社会福祉協議会地域福祉課主任
越智 順子 氏



(スライド26)

③福祉関係者研修

●医療・介護・福祉従事者 認知症対応力向上研修(H23. 7. 30)



I「認知症をきたす疾患への正しい理解と今後の医療・福祉・ケアのあり方」

鳥取大学医学部保健学科生体制御学講座
環境保健学分野教授
浦上 克哉 先生

II「アウトカムから見た認知症ケアの基本ー認知症の人の基本的な生活課題を中心にー」
認知症介護指導者
有限会社プレム・ダン代表取締役
益岡 賢示 先生



(スライド27)

かかりつけ医、医療従事者を対象に患者中心

●医療・介護・福祉従事者 認知症サポーター養成講座(H23. 9. 13) 3/3

I「認知症サポーター養成講座」
認知症サポーターキャラバンメイト
呉市中央地域包括支援センター
萩山 直子 氏

II「呉市の認知症に対する取り組み」
呉市福祉保健部健康増進課
林 信二 氏

(スライド28)

これからの課題

1. 早期発見の努力
脳健康チェックの積極的活用
2. 軽度認知障害か認知症かの診断
治療の早期開始
3. 認知症患者家族のケア指導
認知症介護アドバイザーの活用による
患者中心のケアに対する理解と実践

(スライド31)

④市民公開講座の開催 1/1

●呉市医師会 第34回健康セミナー(H23. 10. 2)
テーマ「認知症早期発見・早期ケア～安心して暮らせるまちに～」

I「認知症を理解して、
お互いに笑顔になりますように」
独立行政法人国立病院機構
広島西医療センター
臨床研究部部长・認知機能疾患科医長
片山 積夫 先生

II「夢の架け橋 介護・家族・人生観」
歌手 橋 幸夫 氏

(スライド29)

2. 認知症サポーターの活動支援 2/3

呉市の認知症サポーター数 8,935人
(平成23年11月末)

○呉市認知症サポーター養成事業 実施状況 (単位:人)

年度別	サポーター養成講座					メイト養成修習		年度末現在数 (1+2+3)	備考	
	講座回数	1. 住民	2. 介護施設	3. 学校	4. 行政	講座回数	修習人数			
H18年度	0	0	0	0	0	1	10	10		
H19年度	1	22	0	0	0	1	16	38	48	
H20年度	64	1554	307	204	103	2	109	2277	2325	
H21年度	101	2400	808	121	23	3352	0	0	3352	
H22年度	66	932	621	13	114	1680	1	191	1770	7447
H23年度	38	1007	686	10	10	1713	1	54	1736	9183
累計	270	8915	2422	348	250	8935	6	380	9185	

※1+2+3+4+5+6+7+8+9+10+11+12+13+14+15+16+17+18+19+20+21+22+23+24+25+26+27+28+29+30+31+32+33+34+35+36+37+38+39+40+41+42+43+44+45+46+47+48+49+50+51+52+53+54+55+56+57+58+59+60+61+62+63+64+65+66+67+68+69+70+71+72+73+74+75+76+77+78+79+80+81+82+83+84+85+86+87+88+89+90+91+92+93+94+95+96+97+98+99+100

(スライド30)

また、多職種の連携も行っている。

これからの課題として、早期発見の努力のため脳健康チェックを積極的に活用していきたいと思っている。次に軽度認知障害か認知症かの診断により、早めの治療の開始に重点を置きたい。

最後に認知症患者家族のケア指導として、認知症介護アドバイザーの活用による患者中心のケアに対する理解と実践をこれからも心がけていきたい。(スライド31)

指定発言

広島県健康福祉局長 佐々木 昌 弘

本日お話しいただいたように、認知症については、学問、ケア、家族、医療、成年後見、社協、地域、それぞれの立場から皆さんが頑張ってください。一生懸命にやっただけの方々がどれだけ社会にプロデュースできるかが県の仕事だと思っており、オレンジリングの認知症サポーター講習会等実施しており先日は満員御礼となった。

また、来年度以降、広島県は認知症疾患医療センターをすべての2次医療圏を置く予定で、これは全国で熊本に次いで二番目となり、そしてそれを追い越して全国一の体制を目指している。われわれはどうやって陰から支えられるのか、どうやって間と間を埋めていけるのか。そして場合によってはリードする立場、けん引する役割を担わせていただけるのか。といった視点で行政を進めている。

質疑応答

質問1：私は地域での見守りを行っているが、認知症に対するご家族の方があまり公にされないということは大きな課題である。それをなくすための研修会をしていただきたいと思う。そういう苦悩が民生児童委員にはあり、徘徊されて亡くなった方も出ているので、地域で子どもから高齢者までが一丸となって、認知症の方を発見したら知らせるということに取り組もうとしている。

回答 (広島県健康福祉局長：佐々木 昌弘)

まさにおっしゃっていただいたとおりで、われわれも認知症対策をするのではなく、どうい

う社会を作っていくのかということ、今、県庁内で取り組んでいる。そうしたときに社会が今どういう状況にあるのかというと、世代間も地域の関係も含めて、昔に比べると分断されている中で、相対的に民生委員、児童委員の皆さんにお願いしている内容も変化している。

社会をどうするかという視点の中で今のご指摘は取り入れていきたいと思う。

質問2: 私は認知症サポート医も拝命しており、かかりつけ医の先生方や専門医の先生方との連携を模索するべく活動しているところである。認知症サポート医の先生方と研修会等で話す場合、よく話に上るのが、1つはかかりつけ医の先生の役割をどのようにモチベートしていくかということである。

今日はご家族の方、司法書士の方々がいるので、かかりつけ医に期待することをもう1度お話しいただきたい。

それともう1点、ケアマネジャーの役割について、併せてご私見で結構なので教えていただきたい。

回答(司法書士おおしま事務所:大島 博志)

医師方をはじめ、皆さん、いろいろなことで問題点は抱えておられるが、その問題点が私たちのところまで届いていないのではないかという危惧がある。無料相談会なども行っているが、やはりそこへ足を運ばなければならないし、時間的な制約もあり、全員が来られるわけではない。

法律面や身体面などの困っていることを、何らかのルートで私たちに伝えてもらいたい。社会福祉協議会とタイアップをして相談会を行う、あるいはケアマネジャーやヘルパーなどのいろいろな方々が持ってきてくれた問題点を私たちが解決するためのネットワークづくりというのが、今まさに早急にやらなければならないところだと思う。

回答(認知症の人と家族の会広島県支部世話人:松本 恭子)

かかりつけ医の方に、いま本当に期待しているのは、アリセプトやメモリー処方などの薬の処方だけしかないように思うが、何かあったときに時間外でも診てもらえることや相談においてと言ってもらえることは精神的な支えとして、この10年間大きかったと思う。

また、違う病気になったときにどう対応して

もらえるのかなど、かかりつけ医の先生からの情報は、つながっていることが実感でき大きかったと思う。

また、孤立感なく生活をしていくためには、ケアマネジャーが一番の精神的な支えとなった。孤立してしまう家族が多いとあるが、まず横のつながりを作ってもらうためには、ケアマネジャーやかかりつけ医から家族の会をすすめる一言が踏み出す1歩になると思う。

私も2年間引きこもりであった。外に出ることを通して生きていく意味を見つけることができたのは、家族の会であり、かかりつけ医であり、ケアマネジャーであった。孤立させない取り組みが認知症になっても笑顔で暮らせる社会にする工夫の1つになると思う。

質問3: アミロイドβの沈着はMC Iや認知症が発症する何年ぐらい前から出ているのか。

回答(鳥取大学医学部保健学科:浦上 克哉)

データによって違うが、短いものではアルツハイマーを発症する10年前、あるいは20年前というようないろいろなデータがある。少なくともかなり前からということは間違いはないと思う。

質問4: 認知症疾患医療センターについて、具体的にどういう内容で何年以内を計画しているのか。

回答(広島県健康福祉局長:佐々木 昌弘)

既にメープルヒル病院、三原病院、そして広島市の指定として草津病院がある。基本的には24年度で5病院としているので、できるだけ早くと考えているが、ポイントとなるのは先行3病院のレビューをきっちりすることである。もともとは国の制度で始まったが、県、または圏域にはそれぞれの事情があり、どれだけ組み込んでいけるのかということについては時間を取りたいと思う。

次期開催圏域地対協 挨拶

備北地域保健対策協議会会長

(三次地区医師会会長)

星田 昌吾

次期、24年度の地対協研修会のテーマは救急医療とした。救急医療については休日夜間救急センターなど各県、各地域にあるが、決して十分な運営がされているわけではなく、まだまだ問題があり、医師会も行政も努力する点がある

と思っている。

開催日は10月21日とした。なぜ10月かという
と、三次は雪が降り寒い。そういう配慮によっ
て秋になった。三次の秋は霧もあるシカエデも
モミジもある。水もありお酒もうまい。全部を
皆さんに提供することは難しいが、来たる10月
21日にはふるってご参加いただくことを希望と
して、私のあいさつとさせていただきます。

閉会挨拶

広島県地域保健対策協議会常任理事
(広島大学大学院分子内科学教授)

河野 修 興

認知症の問題は非常に大きく重要な問題であ
るが、来年度のテーマである救急医療、また、
自殺の対処など重い課題もたくさんある。広島

県は医師不足が急速に進んでおり、あと20年ぐ
らいすると日本で一番の人口当たりの医者が少
なくなると言われている。呉は人口当たりの医
師数が広島県で一番多いところであるが、そん
なに増えてはいないので将来は非常に危ういと
ころもある。

頼山陽がこの地区ともかかわりが強いと思
うが、三好長慶が老いて病み恍惚として人を
知らずというところで、『恍惚の人』という
のを有吉佐和子さんが書かれたが、これに
対していろいろな批判があった。それから
40年たって、湯崎知事はイクメンとして
お嬢さんの面倒などを見ておられるとい
うことで、社会的なすべての問題を解
決していかねければと今日強く感じた。
医療側あるいは行政側だけではなく、住
民側の強い意志というものを示して行政
や医師を動かしていただきたいと思う。

平成23年度 圏域地对協研修会 <プログラム>

総司会 広島県地域保健対策協議会常任理事(広島県医師会常任理事) 堀 江 正 憲

12:15 開会挨拶

広島県地域保健対策協議会会長 (広島県医師会会長)	碓 井 静 照
呉地域保健対策協議会会長 (呉市医師会会長)	豊 田 秀 三
広島県地域保健対策協議会副会長(広島県健康福祉局長)	佐々木 昌 弘
呉 市 長 (開催地市長)	小 村 和 年

12:30 基調講演

I 演 題 「次世代の認知症対策 ～早期発見から予防へ～」
座 長 呉地域保健対策協議会副会長(佐伯地区医師会理事) 澤 裕 幸
講 師 鳥取大学医学部保健学科 生体制御学講座 環境保健学分野教授 浦 上 克 哉

II 演 題 「アウトカムから見た認知症ケアの基本-認知症の人の基本的な生活課題を中心に-」
座 長 呉地域保健対策協議会理事(安芸地区医師会副会長) 八 田 和 彦
講 師 認知症介護指導者 有限会社プレム・ダン代表取締役 益 岡 賢 示

14:00 休 憩

14:10 シンポジウム「認知症早期発見・早期ケア ～安心して暮らせるまちに～」

座 長 鳥取大学医学部保健学科 生体制御学講座 環境保健学分野教授 浦 上 克 哉
呉地域保健対策協議会会長(呉市医師会会長) 豊 田 秀 三

シンポジスト

認知症を生きて	認知症の人と家族の会広島県支部世話人	松 本 恭 子
認知症早期発見・早期ケア	中国労災病院神経内科部長	片 岡 敏
成年後見制度について	司法書士おおしま事務所	大 島 博 志
呉市権利擁護センター成年後見制度を上手に利用するために	呉市社会福祉協議会地域福祉課主任	越 智 順 子
認知症 呉医療圏による取り組み	呉市医師会会長	豊 田 秀 三
指定発言者	広島県健康福祉局長	佐々木 昌 弘

15:30 次期開催圏域地对協会長挨拶

備北地域保健対策協議会会長(三次地区医師会会長) 星 田 昌 吾

15:35 閉会挨拶

広島県地域保健対策協議会常任理事(広島大学大学院分子内科学教授) 河 野 修 興

16:15~17:30 参加者交流会

場所: 呉阪急ホテル4階 おうじょう 皇城 (呉市中央1-1-1)

