

れるところですよ。そういう関係性があるからこそ、今は美婆会に参加してないんですけども、家事ができなくなると。そういう人なんか、「よし、私が朝見に行く」と。「昼は、たんがく見に行かんね。夜は私が見に行く」。「薬はちゃんと飲ませよったの」とか。そういうことをみんなです。みんなで見守らなきゃという気運があります。

そうすると、うつ病とか認知症とかで、よく分からなかったんですけども、独居の方で、玄関前の狭いところでごみを燃やす人がいました。こういう人も地域の、美婆会だけじゃなくて、公民館の館長さんとかですね。こういう方も一緒になって見る素地があるところですよ。

たんがくの家では、毎年干し柿作りをやります。干し柿作りをやるのは、次、日本の大きなセレモニーは何かを皆さんに思い出してほしいですね。干し柿を作ったら、次はお正月が来ますよね。そういうことを思い出してほしい。認知症の方も、たんがくに入ってからしゃる方も、それから地域の方も一緒にやるんです。一緒に作るんです。そのときに、たんがくで病気があって認知症がある方も、「干し柿はな、こうやってむいたら、みんなの手のあかが付いたら。こうやって熱いお湯にぱっと通すとよかとばい」とか。「焼酎ば、しゅっしゅと霧吹きで吹っかくとよかばい」。「10日ぐらいしたら、これはこうもむと、青くなるもの」と。そういうことを知っとらっしゃるとですよ。それを地域の方に教えていただける。「ああ、ことし、あんたがおったけんが、ほんとう甘い、本当においしく干し柿ができたばい」と言われ、そしたら、「あんたがおったけんよかった」と言われたら、何か存在する意味があるじゃないですか。生きてる意味があります。お互いの存在を認め合える関係性。これを私はいろんな機会に、地域の皆さんと一緒に経験をしたい。そういうものをいっぱい作りたいと思ってます。そやけん、やっています。

そいで、たんがく村を育てる会ちゅうのができました。NPO 法人たんがくは、たんがく村を今建設中です。たんがくの母屋、離れ、それからお隣ができました。きのうから入居が始まりました。今年度、本家棟を造ります。ぜひ、いらしてください、皆さん。1,500 円持ってきてください。たんがく村を育てる会のメンバーはボランティアに、交通費、ちょっと足代だけでも援助しようと思ってます。2,500 円やろうと思ってますんで、視察に来られる方、善意の皆さんから1人1,500 円。お菓子は要りません。1,500 円で、学生さんと地域の方々は500 円です。そういうの、ぜひお願いしときます。

それから、たんがく村を育てる会は、ホームホスピスや有料老人ホームに届けを出しなさいと厚労省から指導がございました。それで届けを出したんですけども、ホームホスピスたんがくの家には、65 歳以下の方が8人もいらっしゃいます。何かおかしかばいと。有料老人ホーム、ちょっと違うばい。訪問に来るのも赤ちゃんもいっぱいいてるじゃんのと。そういう子たちが、いつ来るか分かりません。そういうのに有料老人ホームと名前が付いているのは、非常に違和感が強いと。

そういうことはさせんめということで、もう届けは出しましたけど、たんがく村を育てる会っていうのは地域からできたんです。よくいろんな、私も行政におりましたので、よく地域を巻き込んでというお話をよくいたしますが、私ども地域から巻き込まれております。「樋口さん、どげんすんのじゃ。こげん広か空き地があるばい。あんた、こいばどげんかせん」と。「あんたが買いらんなら、私が買って貸してやる」と。そういう方がおましてですね。

たんがく村を育てる会、2カ月に一遍やっております。もう5回終わりました。地域の皆さん、卒業生の皆さん、それから主婦の皆さん、会社員、いろんな方が参加して、誰もが背伸びせずに、今の自分にできること。お互いの存在を認め合える関係性をいろんな場で、いろんなシチュエーションでつくっていかうという話を今しています。

どんなことをやってるかっていうと、美婆会の活動だとか、たんがくカフェを造ります。そして、そこにコーシーを売ります。コーヒーじゃないですよ。コーシーです。で、独居老人とか高齢者、もう1人の男の世帯とか、いっぱい近くにあります。そういう方たちが今から九州場所が始まりますけども、寒いとこですね。こたつ一丁つけて、こうして頑張って、ああ、どげんやか。今度白鳳はどげんやかと思って一生懸命応援しちょっとやなしに、「あ、あそこ、たんがくカフェができたばい」と。100 円持って助べじいちゃんが助べ心を出して、「きょう、僕の話聞いてもらおう」と思って100 円持って来るんですよ。居場所づくりなんですよ。

行ったら、誰かが私に話し掛けてくれる。「あんた入院しちよったげなの。よかやんの。顔色よかじゃん」と。「元気しとらんば。また会おうの」って言うてもらったら、うれしいですよ。1人でじーっと、こうしとるよりよかですよ。「また会おうの」って言うてもろたら、「あ、そう

して話したら聞いてくれたたい。また行きたい」と。ウェイトレスもたんがく村のカフェの中にいるんですね。ウェイトレスは、たんがく村を育てる会の美人どころから3人決まりました。もうユニフォームも決まりました。真っ白いエプロンをして。そがいにあるような真っ白いエプロンを着るそうです。すてきな、きれいな方が3人いらっしやる。その3人の美女に会うために、近所のじいちゃん来てくれるんですね。で、こういうことを話し合ってます。

皆さん、さっき言った1,500円、どうぞお持ちくださいと。ここに、たんがく村の本家棟を建設予定です。私どものホームページでございます。

きょう申し上げたいのは、本当にお互いの存在価値を認め合う関係性。そして、「あんたがおってよかった」と。「何か、ここほっとするよね」というような雰囲気づくり、居場所。地域の中にそういう居場所が1つ、公民館以外があってもいいんじゃないでしょうか。そういう活動をやっております。

【司会】 ありがとうございます。樋口さんのお話にも高校生を巻き込みましょうっていうのがありましたけれども、最後は井庭さんから、認知症の人やご家族と大学生、いろいろな立場の方々の対話から、認知症とともによりよく生きる知恵を学び合おうという「旅のことば」のご紹介をしていただきたいと思います。本をお返し致します。

【井庭】 慶応大学の井庭と申します。私は看護や医療の立場ではない立場から臨床に関わっております。その紹介をさせていただきます。パターン・ランゲージという方法を今研究してまして。これは、物事を、何かを実践するときの知恵とか工夫とか、そういったものをどうやって他の人と共有するかという研究分野です。

この「旅のことば」という「認知症とともによりよく生きるためのヒント」という本を出しましたが、その前に出した本は、プレゼンテーションの仕方の秘訣（ひけつ）であったり、あるいは学び方をどうやって他の人と共有するか。そういったようなことを研究しております。

昨年、この「認知症とともによりよく生きるためのヒント」と「旅のことば」というものを作成いたしました。ことし5月に出版いたしました。ワークショップ等で使うカードも作っております。そして先日、オレンジアクトさんの方から認知症フレンドリーアワード大賞というのを頂きました。あるいはグッドデザイン賞というのも頂きまして、ちょっと毛色の違う支援ということで知っていただければと思います。

これは、認知症と診断されて、家で生活をしてるときに、まだ特に軽度、初期の場合には、「認知症になった。もう終わりだ」みたいな形で暗くなってしまっ、なかなか前向きに生きれない。あるいは、ちょっと不安なので、周囲も1人で歩かせないとか、そういったことになってしまいがちなところを、前向きにかなり生きてる方々がいらっしやいます。メディアでいろいろ登場される方なんかもいますけれども、そういった方は、どんな工夫をしているのかということをごさんと共有したいと。しかもそれは、ご本人の秘訣（ひけつ）、工夫と家族の工夫と周囲の工夫、そういったものを共有しまして、それで社会的な対話を促進したいということです。

これ、3つの立場のものが、それぞれ秘訣（ひけつ）が15個ぐらいずつあります。具体的に紹介していくと、1つ「なじみの居場所」という、これご本人向けの工夫なんですけれども。まず、外に出るよりも家にいることが多くなりましたと。そういうときに、認知症だからといってずっと家の中にいるのは気がめいってしまう。だんだん出無精になっていってしまうと、そういう問題が生じがちです。

そこで、どういうふうにしている方がいるかということ、自分が1人で行って家族も知っている行きつけの場所をつくります。そこで、ご本人が認知症だということも分かっているの、もし何か金銭上のトラブルだったり、帰り道が分からないといったら連絡が来るような、そういう、ちょっと地域の中に安心の場所があることで、家からちょっと出ていって行くということが可能になるっていうことですね。その結果、こういうような豊かな時間を過ごすことができますというふうなケースです。

これがどういうふうにとまとまっているかということ、どういう状況のときにどういう問題が生じがちで、それをどううまく解決してる人がいるのか。その結果どうなるのかということが書かれています。そういう秘訣（ひけつ）に名前を付けています。これが今、「なじみの居場所」というものです。

これ今、ご本人のものですけど、他には自己紹介グッズで、自分たちの自己紹介を、自分の紹

介するとき、名前とかいろんなことを忘れてしまって、「あっ」ってなってしまって、対人的に初めての人と自己紹介のときにつまずいてしまうと、もう次から知らない人に会うのやだなと思ってしまうりする。でもそれを、ちょっとした写真や何かメモなんかを持ってるだけで、それを見ながら他の人と話すことで、会話が途切れない。こういう工夫をされてる方もいました。

今お手元に、こういうカードを1枚ずつ配ってあります。これはきょう、実際のこの「旅のことば」カードから、ばらして皆さんに1個1個お渡ししますので、隣の方とかなり、全然違うカードがあります。ここ、左側に家族、本人、みんなというのがありまして、ちょっとそれぞれ。この一番上に書いてあるのが、「旅のことば」という名前になります。

こういったものがご本人に、例えば「できることリスト」、これは佐藤雅彦さんが、すごくよくおっしゃってるんですが、「できることリスト」とか、「自分の日課」をつくりましょうとか。あるいは、「なじみの居場所」もあれば、「自己紹介グッズ」、「自分なりの表現」、こういったようなご本人の生活上のですね。介護ではなくて医療でもなくて、生活上のちょっとした工夫ってことです。

あるいは、家族のことばの中には、1人で抱え込まないとか、ずーっと介護をしながら疲れてしまわないために、皆さんがどういうことをされているかということであったりとか、どういうふうに知識を取り入れていくか、あるいはどういうふうに特別な日をつくったり、イベントをして、その生活上豊かに暮らしていくか。そういったような工夫があります。

あと、「みんな」というのは、これ実は一緒に作ったのがNPOや企業の方々と一緒に作ったんですけども、それぞれの立場から、自分たちは何ができるんだろうかということを探索されている方々があります。イギリスの例とか、いろんな社会的な取り組みありますけども、日本の中でもそういったふうに自分たちが何ができるのかということで、まだまだちょっと少ないんですけども、それぞれの立場から。家族や本人という立場じゃなくて、認知症のところにどういふふうにサポートができるのか。そういったような秘訣（ひけつ）になっています。

これがそれぞれ、1冊にまとまっていることが重要で、本人だけ頑張っても駄目、家族だけ頑張っても駄目、周りだけ頑張っても駄目と。みんながそれぞれ、ちょっとした工夫をすることで底上げがされていく。そういうようなイメージになっています。

それぞれ1個1個が1つずつ取り入れられる工夫なんですけれども、相互に関係があります。本の中には右下のページのところに、「関連のことば」というのが入ってまして、それを全体で表してみると、すごく密なネットワークになっています。それぞれ、本人のためのものだったり家族のもの、みんなのもっているのが相互に関係し合っていて、これが全体として底上げをする。そういうふうな設計になっているわけです。

これで、これまで共有されてこなかった、なかなかちょっとこう、生活のちょっとした工夫なので、なかなか共有されてこなかったということを取り入れたりすることができる。これ、抽象的に書かれて、取り入れやすいんですが抽象的に書かれていますので、それぞれの状況や自分に合わせて、どうやってやろうかということを考えることができます。

そしてこれ、名前が付いていますので、これを言葉を使って他の方とお話することができる。これ、後ほどワークショップとか対話の場で使ってる例をお見せしますが、例えば「なじみの居場所」。「私は、ここ。あそこをなじみの居場所にしたんだけど、誰々さんはどこどこなんだって。あなたは？」みたいなふうに例えばお話ができるようになるということです。短い名前が、新しい共通言語をつくらうということです。

「旅のことば」というのはコンセプトで、これからの認知症になったとき、共によりよく生きるという人生を旅として捉えて、旅は自分たちで設計して、よりよくなることもあれば、あるいはちょっとした突発的なことが起きて、予定外のこと起きる。だけれども、その旅の仲間と共に一緒にによりよくしていく。そういうようなコンセプト、捉え方で捉えていくことで、より前向きにいけるんじゃないか。こういったものを行っています。

この記述形式について、ちょっとご紹介したいんですね。パターン・ランゲージという専門分野があります。これは何かを作るとき、実践するときの状況に応じた判断を共有する。状況に応じた判断ですので、マニュアル化できません。このとおりやればうまくいくというわけではなくて、いろんな状況において、状況における判断、もしくは意志決定をしていくような必要があるものに対して、このパターン・ランゲージという方法で知恵や工夫を共有し合うという、そういうためのものです。過去の成功に潜む共通パターンを言語化するので、パターン・ランゲージと

言っていると思っていただければいいと思います。本当は多義的な意味なんですけども。最終的には、生き生きとした質を生み出すということを考えていく。この場合は、生活の質、QOL を高めていくということになります。

1 個 1 個のパターン、これ「旅のことは」というふうに。書籍ではあんまり「パターン」という言葉を出すと専門的に見えてしまいますので、ずっと「ことは」、「ことは」と。「旅のことは」ということを言っていますが、専門的に言うとパターンというものになっています。

これは問題発見、解決のパターンが書かれているんです。どういう状況のときに、どういう問題が生じやすいのか。そしてそれをどう解決すればいいのかという、この状況問題解決のフレームで書かれています。これが1つ1つのパターン、言葉はそうなっているんですが、それをたくさん用意するわけです。これが、今回は40個あると。大体、物事は1個か3つか5つか7つぐらいにまとめると、よくまとまってる感じがするので、40って多くないですかって言われるんですけども、それだけ小さい、ちょっとしたことにたくさん名前が付いているということなんです。なので、小さいので自分にも取り入れやすいし、いろんな細かいことについていると。そういうようなものをやっている。これをランゲージというわけですね。

これ実は、1970年代に提案された方法で、もともとは建築分野のものです。建築の分野で、よりよい町をどうやってつくるのかということをも住民と建築家で共同で、本当にコラボレーションしながら町づくりを進めていくためのもので、当時253のパターン、よりよい町をつくるための共通言語がつけられました。

これが後に、10年ぐらいたってソフトウェアの分野に応用されてきて、ソフトウェアの分野で爆発的にブレイクします。ソフトウェアの分野ではデザインパターンという名前なんですけれども、設計のノウハウ、秘訣（ひけつ）を共有する。プログラムも建築と同じように、設計がうまい、下手がありますので、そのうまい設計はどんなような考え方で作られているのか。なぜそれをしなきゃいけないのか。問題を書くということは Why を問うということなので、なぜその秘訣（ひけつ）が重要なのか。どんな問題が起きないために必要なのかということがあるわけです。

こういったことをソフトウェアの分野で展開されました。もう22年ぐらい国際学会がアメリカ、ヨーロッパ、日本、南米、北欧、あとは最近だとインドなんかでも始まりましたが、世界、毎年毎年たくさんの論文が書かれています。

この分野の中で、教育の方法であったりとか、組織の変革とか、そういったことにも応用できるんじゃないかと。つまり、デザインというものは広いので、捉えようによっては広いので、建築やソフトウェアのデザインだけではなくて教え方とか、組織のあり方とか、そういったものにも。もう広い意味でのデザインであるということで、こういうような本が書かれています。

『FEARLESS CHANGE と』という下の本は、組織に新しいアイデアを導入するためのもので、そういったものが日本語にも翻訳されています。

私の研究室は、ここ7年から10年ぐらいの間に、学び方とかプレゼンテーション、コラボレーション、あるいは社会変革の秘訣（ひけつ）、あるいは防災——備えや緊急時の行動ですね。そういったもののパターン・ランゲージをつくってきております。この「旅のことは」も、その1つのテーマとして具体的に作ってきたというものです。ちょっとここ飛ばします。

それで、どんなふうで作ってきたかということなんですけれども。メンバーとしては、慶応大学の私たちの学生と一緒に作りまして、あとは認知症フレンドリージャパン・イニシアチブの方々や企業の方々、他の大学の方々と一緒に作ってきました。

まず、認知症のご本人と家族の方にインタビューをします。マイニング・インタビューという私たちが開発した特殊なインタビュー方法なんですけども、3時間びっちり、どんな秘訣（ひけつ）があって、どんな問題、それを解決してるのかっていうことを聞いていくインタビューをしていきます。

こういったものを次々と展開して行って、その中で、ここの今付箋に書かれているものは、ごく1人、もしくは家庭の中での秘訣（ひけつ）なんです。それを似たようなものを集めて行って、KJ法をしていきます。KJ法で集めて行って、最終的に他の方々の知恵、こだわり、秘訣（ひけつ）みたいなもの、工夫をまとめていったものが、今のパターン、「旅のことは」の1個1個。「なじみの居場所」とかですね。そういうパターンになっていくわけです。

それを状況問題解決の形式で書いて行って、それに名前を付けていくということをやります。大体、暗黙的ではわっとしてしますので、暗黙値ですので、そこをところを言語化すると、大体違

ってるんですね。言葉にすると違う。だから、すごくシンプルなんですけど、これ4カ月ぐらい練りに練って、この1語をひねり出しているというようなプロセスでして、そういうのを4カ月、5カ月、毎週毎週集まって、あのメンバーと共に精査していくということをしています。

イラストも自分たちで描いておまして、このイラストも、この内容と一緒にどういう、これ単なる挿絵ではなくて、この名前と一緒に。言葉と同じように重要なので、これはどんなイメージが一番いいのか、前向きなのか。これはにっこりしてたり、誰でも、男なのか女なのか分からないという、そういうようなイラストになってまして、といったようなことも描いて、徹底的に描いて、描き直してっていうことをしていきます。

本に最終的になってまして、カードになってますが、この装丁デザインも自分たちで全部やっております。どのくらいの文字のサイズがいいのか、どんな色合いがポジティブなイメージになるのか。そういったことも全部自分たちで作らして、この表紙のデザインなんかも、出版社のデザイナーさんではなくて、自分たちでデザインしたものをちょっとだけ最後、出版向けにアレンジしていただいているという状況です。

これで最終的に完成しました。なので一緒に作ったメンバー、企業の方々と、あと弱冠二十歳前後の学生たちと一緒に作ったということになります。ちょっとこれ、記者会見のときに佐藤雅彦さんにも来ていただいたので、こうやって写真撮っていますが、こういうような形になります。

これは昨年、企業ブースの方で、G8、G7の認知症サミットの方で紹介させていただきました。そこでいろんな感想を頂いて、研究で刷ったものが500部あったという間になくなってしまったので、その感想を基に出版社にお話をし、これ、より多くの人に手に取ってほしいのでということで、出版もいたしました。

各種メディア、朝日新聞さん、サンケイ新聞さん、神奈川新聞、シルバー新報さん、『おはよう21』と、いろんなところで早速取り上げていただいています、ちょっとずつ知られているという状態ではあります。

これを使って何をやるのかということも最後、3分ぐらいでお話ししたいんですが、まず1つは、自分たちの経験を語り合うことができます。これ、読んで取り入れるってこともできるんですけども、もうちょっとコミュニケーションの方に寄せていきたい。これを使って、例えばいろんな世代っていうので、何か自分たちで会を持ったことがあるかっていうようなことを。例えばですね。このカードを介して他の人と話し合うと、「あ、私、こういうのもそうなのかしら」とか言って話が出てきて、「ああ、そうかもしれない。だったら、あれもそうかな」なんていうふうに話ができるわけです。

この対話ワークショップというのも、パターン・ランゲージの世界で僕が7年ぐらい前に開発した方法で、今、慶応大学の湘南藤沢キャンパスで学び方のパターン・ランゲージを使って、毎年900人が対話のワークショップをして5年間続けています。なので、4,000人ぐらいがこのワークショップを、違うテーマではやっています。

これは先日の認知症フレンドリージャパン・サミットで「旅のことば」カードを用いて、自分たちの経験談を語り合う。これはご本人やご家族ではなくて、それをサポートされてる方々の対話なんですけども、そういった形で自分たちの経験談を話し合うということもしました。

あと、これは、鎌倉にあるケアサロンさくらさんというところでは、オレンジカフェを開催したときに、いつも最後の締めくくりとして、1つこの「旅のことば」を選んで、ポジティブな気持ちになれるということで、そういったことを読んで、何か取り入れられますかねっていうことを皆さんで共有して終わるとい、そういうことを活用されています。

あとこれは、ちょっと違った使い方なんですけども、発想ワークショップですね。新しいアイデアをどうやって生めるか。これは慶応大学の僕の授業で70人の学生たちと主にやったものなんですけれども、こういうふうなことをされようとしてる方がいるならば、どんなサービスや仕組みや商品があれば、この方々をもっと支援できるだろうかというアイデアを考えるというものです。

パターンには、そもそもソリューションが書かれていますので、これを実行しますという。ご本人や家族がですね。それを支えるような商品やサービスは何か考えられるかっていうことを考えるか、もしくは認知症の方、家族が、こういう問題に陥りやすいつてことが書かれていますので、そういう問題にならないような商品やサービス、仕組みっていうのはないだろうかという発想をしていきます。それを1個1個、パターンのカードを見ながら、そこに付箋を貼っていきます。

なのでブレインストーミングをしてくんですけども、緩やかな強制発想法みたいな。テーマが決まっておりますので、それでそれに対してアイデアを出せると。

そうすると、この授業、全く看護とか介護と関係ない学生たちですので、ほとんどが認知症の家族や親族が近くにはないと。なんで、リアリティーあまり分からないという学生たちでしたが、その中で自分たちが、ちょっとでも何か新しいアイデアを持ち込めるんだっていうことをみんな考えていて、非常にユニークなもの、もしくは既にされているけど知らなかったものっていうのが、車輪の再発明的なものも出てきますが、1つの全く関係ない若い世代とかを一緒に考えるための方法にもなっています。

あとは、慶応に看護医療学部っていうのがあるんですけども、太田喜久子先生、先日まで学部長されていましたが、老年医学の授業で、やはりこの70人ぐらいの学生たちに、看護師に、看護教育ですので、その中でケアの方法について、どんなことが自分たちならできるかっていうことを学生たちで対話しながら考えていく。左下は、できることリストのパターンから、それをどんなふうにサポートできるかってことを考えています。

あとは先日の、認知症フレンドリージャパン・サミットで、どんな、自分たちの現場に、じゃあこの対話を持ち込もうとすると、こういうものを使ってどんな対話ができるかの、その場づくりの設計をしましょう。例えば30分なのか1時間なのか、それをこういうシートを使いながら、イントロがあって、最初に何を結局対応するのか。そして、どんなふうに締めくくるといふか。ということ話をしたりしています。

こういうような応用がちょっとずつ始まっていますが、まだまだ知られていないですし、この考え方を知っていただかないと。多分これ読んで「ふーん」っていう感じだと思うんです。でも実は、そういうパターン・ランゲージという設計の支援、あるいは創造性の支援の方法ですので、それを生活をよりよくするための各人のデザインという。あるいは家族のデザイン、そういったことに使っていただければと思っております。

これもう最後になりますが、40個今回取り上げましたが、これは別に全てだとは思っていませんので、これをきっかけに「あ、何だ。こういうふうにとまとめればいいんだ」ってことが知れれば、家族の方やご本人の方、もしくは介護のやり方、そういったちょっとした秘訣（ひけつ）をみんなで集めていけると、より集合的に日本全体、もしくは世界全体で、こういったような、よりよく生きるための支援ができるんじゃないかと考えております。

## 2. ディスカッション

【司会】 ありがとうございます。それでは後半は、4人の講師の先生方、前にお出ましましたきまして、同じ慶応義塾大学の田中先生座長でディスカッションを進めていただければと思います。

【田中】 同じ慶應でも、息子世代が頑張っているのが嬉しいです。いつものように会場の皆さん講師の方々との討論だけでなく、みんなで意見あるいはアイデアを出し合っていきたいと思えます。では、お手をお上げください。

【発言者 A】 金沢〇〇ケアセンターの理学療法士の〇〇です。特にケアマネジメントについて水谷先生にお尋ねします。発症から急性増悪までが大きなポイントになるとのこと、北村先生のお話も、僕の取り違えだったら申し訳ないんですけど、やっぱり初期から介入してできるだけおうちでつなぐような形をしながら、末期でも地域でみられるようにと考えていらっしゃるのかなと思いました。

ただ、いま老健にいて、それでもやっぱり、どうしてもおうちで見きれない人たちも出てくると思うんです。そういう人たちに対するいろんなアプローチとか考え方があったら教えていただきたい。

【水谷】 早くから関わるということで、人生の最終段階も含めて、いい準備ができるということにつながるのではないかと考えています。早い段階から関わることで、認知症の進行を遅らせることができるかもしれないと言われてるし、また、人生の最終段階に至ったとき、様々な意思決定——例えば延命的な医療をどうするかといった選択の問題もあるわけですが、早くから多職種で関わっていることによって、いざ、そういう決断をしなければならないときに、「ああ、この人だったらこう考えるだろう」という推定が、多職種でより正確に推測することができるというのがあるのではないかと思います。

【北村】 結局、認知症になってもよりよく生きるっていうのは非常に大事なんですけど、人間はいつか死ぬので。今は、その死に方っていうところには誰もあんまり目を向けてないんだと思うんですけど。地域のケアマネージャーとか見ていても、結局地域で支えるのはいいですけども、最後の最後になって、入院させてくれと。ケアマネージャーの最後の目標は、老人ホームに入れることなのね。特養に。で、特養に入るでしょう。入ってからが、はっきり言ってあんまり分からないっていうか、どういうことが行われているか。ものすごく、職員は頑張るとるのは分かるんですけど、それがどうなのかっていうのは、あんまり表に出てきてませんよね。

だからやっぱり、今はまだ認知症を早めに対応して、なるべく自然な形で老いていくのを支えるっていうことが大事だと思うんですけど、ヨーロッパなんかでは、緩和ケアの一番のメインは、もうアルツハイマーとパーキンソンじゃないですか。日本だけでしょう。そもそも緩和とあって、痛みだからがん、とまだまだ位置付けているところって。よりよい死に方の話をもっと国民的な話にしていかなければいけないと思ってます。

男性は、さっきちょっと言いましたけど、ある程度もうなったら、俺はもういいぞって言ったときに、あえてデイサービスに引っ張り回されたり、大きなお世話だと。家で殺してくれと。という人が多いんじゃないかなと思うので。行きたい人は頑張ればいいと思うんですけど。

【樋口】 早く発見するっていう意味では、地域の皆さん、ひとことと比べて認知症は閉鎖的ではないと思うんですよ。「最近、うちのじいちゃん、ちょっと認知症やんね。認知機能低下してきてるもんね」と。それを公表なさるところが多いですよ。そういう中で地域が見守ってあげる。本当に向こう三軒両隣で、「最近ちょっと、間違えが多いよね」と。「あの人、歩きよらっしゃるけど、どこ行きよらっしゃるやろか」とかですね。ちょっと見守る関係性。そういうのが地域にしっかり根付いてくると、先生の言われるように、早く発見することも可能ですし、その人が最期のときに、その方らしく尊厳を持って生き抜くことができるんじゃないかなと思います。

【井庭】 「旅のことば」は、かなり初期の方の支援なんですよ。結局、進めば進むほど医療や介護の世界になってくと思うので何ですが。僕がちょっと「なるほど」と思ったのは、お医者さんに昨年、「すごくこれは、ありがたい」って言われたんですよ。何かって言うと、早期の診断をしたときに、結局その後しばらく診なくなるので、家に帰すときに、後ろめたいとは言わないけれども、何のサポートもできないっていうところに。だからロビーに置いて「1冊ずつ持ってください」みたいなことをしたいって言われて。

なので、そういうトータルで見たときの中での最初で。後半が重ければ重いほど、前半の気持ちをどう前向きにするかってあたりがあるかなって思いました。僕はそういった観点のフェーズをやっているという感じですが。

【発言者 A】 特に今の北村先生のお話聞いてて、多分、先生がおっしゃろうとしたこと、そのまますごく感じるところがあって。認知症の方のためにいろんなサービスができて、早い時期からサービスを使っている人もいます。でもそこでいっぱいいっぱいになって施設に入ってくる人たちが非常に多いんですけど、施設に入ると、全く世界が変わります。

そういう方々が集まっている病棟があって、その中で、職員が一生懸命頑張ってるけども、あっちで立ち、こっちで立ち、向こうで転んで、そっちで骨折して。そこにまた家族からクレーム来てって。みんな余裕がない。職員が余裕ないと、認知症の人はすぐ感じますから、余計病棟全体が不穏になってくる。これってどう脱却すればいいんだろうって、すごい難しい問題というのが1つと、あと個人的に特に男性の方、攻撃的な方、状態が悪くなると、家に帰れるんですよ。だから、元気なうち、いろいろ自分らしいものがあるときって押し込められて、動けなくなって、もう寝たきりに近くてなると帰れるっていう人が出てくるっていうのも、どうなのかなというところがあったり。感想というか悩みでした。

【発言者 B】 成年後見の団体に関わってるんで、その関連でお聞きしたいんですけど。つまり認知症になった場合、社会生活のところで非常に大きな問題になってくるのは、契約行為ができなくなるわけですよ。一定段階以上になってくると。だから認知症ケアの場合は、ある意味で、弁護士とか司法書士とか社会福祉士とか、契約関係のことでサポートするような人たちが、もうちょっと地域包括支援センターや施設だとか、あるいは在宅サービスのチームにメンバーとして参加した方がいいと思うんですけど、その辺はいかがなんでしょうか。



【田中】 室長にお願いしましょうか。

【水谷】 介護保険が始まったとき、厚生労働省は、介護保険と成年後見は車の両輪だと言っていました。こうやって15年たって振り返ってみると、介護保険はそれなりの形でできた一方で、成年後見については、まだそこまで胸を張って言えるほど進んではないように思います。実際問題として、専門職の後見だけでニーズをカバーすることは、なかなか正直難しいですし、私どもとしては、親族後見のほか、専門職後見以外に市民後見人の養成を進めています。

しかし、市民後見人として養成された方のうち、実際に候補者として裁判所への推薦名簿に載っている人は、その3~4分の1ぐらい、実際に市民後見人として専任されて活動されているのは、さらにその6分の1ぐらいとか、そんなイメージです。市民後見人の方が活動されるときに、これをバックアップする機関が重要だと考えておまして、引き続き、市民後見人の養成とその活動を支援する機関の整備を進めていきたいと思っています。

一般財源の事業でこのような取組を進めてきていますが、取り組んでいただいているのは平成26年度で約160市町村です。平成27年度からは、地域医療介護総合確保基金の中で、成年後見だけではなくて、日常生活自立支援事業と言われているものですが、成年後見までは必要ないけれど、日常的な金銭管理のようなものにサポートが必要といったところから、継続的にサポートできるような仕組みの構築を目指しています。我が国では、成年後見の中でも保佐、補助、後見という3類型がある中で、後見だけに偏っていて、軽い段階の人は、もしかしたら後見に押しやられてしまっているのではないかと、といった指摘もあります。後見だけではなくて、そこに至るまで切れ目なく支援できるような形をもう少し一般的に見えるような形で作っていくために、基金の中でこのような事業に取り組んでいただきたいとお願ひしています。どれぐらいの市町村で実際に取り組んでいただいているかを、今まさに調査しているところです。

このような取組をきっかけとして、後見だけではなくて、意思能力がある程度欠缺(けんけつ)している方に対するサポートというものが、今後、ごく普通に必要になることであるということについて、取組を進めていきたいと思っています。

【北村】 成年後見は契約とかに関しては任せられるんで、入院とかの契約まではできますけど、医療同意ができないですね。病院で一番困るのは、その医療同意に関して、今は一応家族に聞くっていうことになってますけど、でも家族の話が必ずしも本人の意思を反映してるものじゃなくてね。年金が高いから胃ろうを付けてくれとかって言われたら、こっち拒否できないですから。そのようなこと、いっぱいあるので。リビング・ウィルかアドバンス・ディレクティブか分かりませんが、こんだけもう超高齢になってるんだから、その人たちの意思決定についてもう少し枠組みを考えていかなきゃいけないと思います。

【水谷】 今、北村先生がおっしゃった話は、まさに議論としてあると認識しています。特に今、現場で一番困っておられるのは、医療同意の場面とお聞きしていて、医療同意の権限を成年後見人に与えるべきであるというようなご意見の方もいらっしゃいます。慎重なご意見もありまして、家族でも重い医療同意のような判断を成年後見人の権限として与えるということになると、果たしてそういった重い決断をできるのか、という考えの方もいらっしゃいます。

あえてシニカルな言い方をされて、医療現場では、誰か同意してくれる人を求めているのではないかと、ということをおっしゃる方もいます。では医療同意とは法的に何なのかと問われたときに、医療法ではインフォームドコンセントは努力義務として書かれているだけで、例えば同意がなければ手術してはならないとは書かれていない。もちろん、万が一何かあったときに違法性阻却されるように、手続き的に同意を求める、という現場のニーズはよく分かります。

しかし、このような位置付けの中で、成年後見人に同意の権限を与えるというやり方が、果たしアプローチとして正しいのか。それとも今北村先生がおっしゃったように、アドバンス・ケア・プランニングといったような、多職種で事前に意思を聴取しておいて、もちろん前にした意思表示がそのときの意思とは限らないのですが、でも過去の意思表示も参考にしながら多職種で、そのときの意思決定をサポートするようなアプローチ。現場では、このような取り組みが進められていると思うのですが、制度論としてきちっと成年後見人の権限で対応するという発想と、今申し上げた現場の取組のようなアプローチと。幅広い観点からの議論が必要な問題であるという印象を持っております。

【田中】 この問題、よろしいですか。制度化するルートだと、きっと10年もかかるだろうから間に合わないでしょうね。



【発言者 C】 大阪の永寿福祉会の〇〇と申します。今、DNRとかアドバンス・ディレクティブという話が出たんですけど、ちょっと海外で仕事したことがあります。例えば、DNRというのは医師の指示なんですね。要は、時期やタイミングによって変遷するものではあるんですけど、カルテに記載されますので、記録としてはもう変わることがない。それに従うか従わないかっていうことで、そのときの判断がされていくというような環境がありました。

いま特養や老健で仕事をしているんですが、例えば、そういうことは今後どういうふうな形で求められてくるようになるのかなと思っています。外部受診に入所の方が行かれたときに、DNRはどうするんですかって聞かれるんですね。意思是こういうふうに確認はしてますけどもというふうにも言えないわけです。家族さんでないと、そこははっきりさせられない、遺書として公的な文書で認められたものでないっていうことがある中で、軽々しく言えない。しかし聞かれてしまうという中で、毎回毎回やってるわけなんですけども。そのあたり、いかがでしょうか。

【水谷】 正直なところ、全く答えを持ち合わせておりません。同意や指示など、必ずしも位置付けが明確でないものが制度の中にあって、例えばそこをぎりぎり詰めていって、実は今行われていることの大半が行えなくなるような詰め方も一方で可能だと思うのですが、それは必ずしも現実に即したものではないと思うので、あえて申し上げますと、整理した方がいい部分と、あえて整理しない方がいい部分というのがあるような気がしています。抽象的な言い方しかできないのですが、そんなような感想を持っております。

【発言者 D】 私の義理の父親が100歳で、2度ばかり救急車で運ばれて、もうほとんど昏睡状態なんですよ。あと何日生きるか、何カ月生きるかって、医者も分かんないっていう状態なんで、困っちゃって、机を探したんです。1冊出てきたんですよ。そうしたら70代のときに、「一切の治療は要らない」とか、簡単な3行くらいで、捺印はないですけど署名と月日だけあるものができました。

そういうのがあると、家族も、いいだろう。それでいこう。それから施設というか、病院の方も、それで1つの手がかりになりますよね。だからやっぱり制度的にどうするこうするというふうに今、サプライヤーというのか専門職が考えるのと、もう一つやっぱり国民というんですか、自分たちの死をどうするかっていうのをもっとももっとしっかり考える、そういう気運をつくっていった方がいいのではにあかと。もちろん制度的な、法的な問題も重要なんじゃないかなとは思ってますけど。

【田中】 ありがとうございます。地域包括ケアシステムの植木鉢図の皿に書いた「本人と家族の選択と心構え」はまさにそれを意味しています。

【発言者 E】 薬のことでお伺いしたいんですけども。私自身は、ケアマネジャーを現任でやっていますし、自分の母親も今要介護5で、家族的には要介護7ぐらいな感じなんですけども、ものすごい大変です。

もともと認知症の薬は飲んでなかったんですけども、治療ができないってことで、入院した内科の方の先生の方から受診しなさいってことで飲み始めたんですが、やはり受診をすると必ず薬が出るので、ちょっと症状が悪くなると増えていって、今、逆に薬のせいで翻弄されちゃっています。薬のせいで振戦もすごい、歩けなかったり、発語がない、出れば暴言になる、暴力になるということでも困っています。

きょう、たまたま午後、認知症の薬のことで研修があって認知症の薬はある一定以上の量を出さないと報酬にならないとか、あるいは増やしていく仕組みがあると聞いて驚いたんですが、あと、用量っていうのも、40歳の成人が基準であって、高齢者は基準になっていないので多過ぎるのかなという実感もあります。薬について少しご意見をうかがいたい。

居場所づくりのお話もありますけども進んでくるとデイも受けてくれない、病院もほとんど強制退院なんですね。5回ぐらい入院して4回強制退院で、デイサービスの方も、そろそろもういいんじゃないでしょうかみたいなことをいわれます。やはり家族としても家でみたいと思ってもなかなかそうさせてくれないし、ケアマネジャーとしてもこちらはなるべく在宅の限界点を上げてみようと思ってるんですが、今度は医師から「無理ですよ」と言われてしまうと、家族は「先生が言うなら無理だよ」ってなってくるような現状です。

【北村】 多分、お母さんが薬やめたら、7割、8割の確率でよくなります。認知症治療薬の増量規定については、ちょっと違うと思うんですけど。

認知症治療薬について云々という話は、いっぱいあります。みんな内科の先生は、「アルツハイ

マーだから飲まなきゃいけないだろう」って言うんですけど、あの薬は多分、恐らく耐用年数があって、軽い段階のときはいいんですけど、アルツハイマーとか進んで前頭葉機能が落ちてきたら、余計刺激的になって怒りっぽくなるので、そのときに普通の医者は、そこから向精神病薬、ぽかぽか、ぽかぽか足して、どんどんひどくしていくんですけど、認知症治療薬をやめた方が多分よくなる。

その話よりももっと深刻なのは、石川県なんかでは、かかりつけ医にかかればいいのに、総合病院にかかりたがるんですね。お年寄りが。そうすると、初めは糖尿病で内分泌内科だけに行くとる人が、ちょっと胸が痛いって言ったら、「じゃあ、循環器内科に行って」って。今度、ちょっと胃が悪いから、じゃあ消化器内科行って」、整形外科とか泌尿器科とか行って、もう5つぐらいかかっているんですね。ほんで、それぞれの専門医が、もうお年だから、そんなたくさん薬駄目でしようとかって言うんだけど、3つずつ出したら15個になるじゃないですか。そして、それを整理する人が全然いないんですよ。

でも逆に僕ら医者からすると、家族や本人がそれを希望するっていうか。だから僕なんか、薬要りませんとかって言ったら、非常に不審がられる。CT撮ってくださいって、「そんなの医療費の無駄遣い」って言ったら、非常に不審がられるんですよ。だから、そういうふうな国民の、何でも「してくれ、してくれ」っていう、そこも非常に問題があると思うし、その薬神話を崩した方が、特に高齢者の場合は絶対よくなりますよ。20個とか飲んどる人おるもん。もう訳も分からず。全部やめたらよくなりますよ、恐らく。

【田中】 薬の問題に関して、なにか会場からご発言がありますか。

【発言者 F】 東京の北区で家庭医をやっています。まさに私たちも苦勞しているところで、お年寄りたちが大病院志向で結構いろんなところに行くんですけども、だんだん通えなくなると、私たち町でやってる診療所にあれもこれも全部まとめて診てくれていらして薬を見ると、まさしく膨大な薬があります。だんだん切っていくと、最初すごい不安がられるんですね。「あれ、意味があって飲んでたんじゃないんですか」とか言われるんですけども。でも、結局整理していくと、案外シンプルになって、その方がずっと快適そうにやっていて、それでとてもいいことがあります。

ただ、そういう方が、家族はどうかやってるんですけども、調子が悪くなって入院すると、今度はせん妄になったりすると、入院継続ができないから薬をたっぷり盛られて帰ってくる。そういうことと日々戦っています。家庭医が全国にいっぱいいて、本当に優れた薬を出さない志向の専門医とうまく連携できたらいいなと日々思いながらやっています。

あと、家庭医の仕事の1つに、熱心過ぎる専門医から患者を守るっていうのがあって。それをときどき、かみしめることがあります。

【北村】 まさしくそのとおりで、一番の問題は、医学教育のあり方が間違っていると思うんです。医学教育と専門医、今専門医制度できるから、もっとひどいことになるので。

僕は自治医大卒業なので、ずっと田舎に行っていましたから、どっちかっていうと、かなり異端な考え方なんですけど。今の大学病院の先生らも研修医も、初め学生ときは家庭医みたいなことしたいって言う人は多いんだけど、上級医の、要するに7年目、8年目とかの医者が、「そんなもんになって、どうなるんだ」と。「やっぱり専門を立てんと医者になれんぞ」と言うんですよ。

僕ら、学生には、家庭医とか総合医したいのなら、陸上競技に例えるなら近代10種競技をせないかんと。だから100メートルも走らないかんし、砲丸投げもせんといかんし、いろいろせないかんと。ところが、専門にになるために100メートル競争だけ10年やったら、もう近代10種できないでしょうと言うんですけど、それが全然通じないんですね。だから、今もうますます専門医志向が、われわれが学生るときよりも、もっと強まっています。世の中は、総合医が必要だとか家庭医が必要だとか言っているんだけど、当の医者のお卵たちは、もう全然そんな気なくて。

昔は内科医だったのに、今は消化器内科っていったら消化器しか診ませんからね。そのうち消化器の中でも胃しか診ないとかね。そのうち肛門しか診ない医者とかね。消化器内科で。外科か、そりゃ。そんな人ばかりになって。それは、どっかで切り放さんといかんと思いますけど、僕のカじゃどうにもなりません。それはあると思います。

【発言者 A】 すみません。いま、患者・家族や医師のことが話題になりましたけど、現場ではあとひとつ。今日も多くいらしたら申し訳ないのですが、看護師さんも壁になることがあります。

私は老健にいて、制度上は薬は抑えたほうが儲かる仕組みになっているんですが、医師が減らそうとすると入居者や家族が不安とってくる。その窓口になる看護師が、「先生、こんなに嫌がって不安がってるのに、出さないってどういうことなんですか」とか、詰め寄ってくるという現実もあったりします。

【発言者 G】 それは黙っていられません。聖路加国際大学の〇〇です。きっと樋口さんもそう思っているんじゃないかと思いますが、介護施設の多くの看護師がたくさんの薬を整理したいと思っているんですが、そういう権限がない。薬を減らしたいと思っている看護師がやはり一般的で、いまおっしゃったような看護師はとも少数だと私は思っています。

【田中】 それでは次の方、どうぞ。

【発言者 H】 話題が変わりますが、富士通の〇〇です。高齢者と移動というのを考えていただいて皆さんに2点おうかがいしたい。ひとつめは帰宅困難に対する施策。もう一つは先ほどもいくつかお話がありましたが、高齢者対策・認知症対策についてさらにどうやって若者を巻き込んでいくかということです。

【田中】 若者を巻き込む話からいきましょうか。井庭先生がお得意でしょう。

【井庭】 問題を解決していこうといったときに、もちろん専門的な知見も重要だと思うんですけども、今の企業の視点とか、あるいは若い視点とかをどうやって出していくか、世界で共通の課題です。そのときに、いわゆる福祉のためにボランティアだっていう話とはまた別に、先ほどの発想ワークショップっていうの、まさにそれで、商品やサービスの開発だと。それこそデザイン思考とか、いろんなイノベーションとか、そういう興味がある方向で、その解決の問題が認知症や社会問題の話にいつているという、そういうような形でうまく組み合わせていくことで、いいと。

やり始めると、そういうことなのかとか、そういえば地域でいたとか、おじいちゃんがこうだったとか、そういうことがすぐ出てくると思うんですね。なので、そういった形で一緒に考えていき、分かんないこともたくさんあると思うので、そういう専門的みたいなものあり得ないとか、あるいは、そういうのは既にあるよってものがある中で、1%でも5%でも、すごく「あ、そういう発想、あんまなかったな」っていうものが出てくるとよんじゃないかな。そこに貢献すると、恐らくそういった領域でもっと活躍したいと思ってくれる若者が増えてくるんじゃないかなと思っています。

【樋口】 認知症だけにこだわらずに、うちではいろんな年代の方たちがタッグを組んでいます。さっき申し上げましたように、高校生をひっ捕まえてアイスを配って、ボランティアし放題いと。お友達、どんどん連れてこいと。そういうことをやったり、今度幼稚園の、保育園の子たちにですね。今度たんがく村を育てる会の中で、今度お茶の教室をします。お点前の教室をします。そしてそれは、ホームホスピスや複合型サービスの利用者と一緒にやるんですよ。そういうことで、ちびっ子なりに、何か「僕がきょうお年寄りと、おじいちゃん、おばあちゃんとお話して、おじいちゃん、おばあちゃんがにっこりしてくれた」と。そういう喜びを味わってほしい。それがいつの日か大きくなったときに、いろんなボランティアをやるうとか、自分自身の存在を認めるための活動を起こしてくれる。発動してくれる。そういうもんになりはしないかなと思っています。

それから、帰宅困難は、施設にいてうちへ帰れないってことですかね。私どもでもあります。私どもは、ホームホスピスをやっておりますけども、なかなか帰ることができない方、いっぱいいらっしゃいます。でも、1年に1回か2回ぐらいは、家族みんな集まる時があるでしょうと。お正月、みんな集まるでしょうと。そしたら、皆さんいらっしゃれば、誰か手が貸せますから、1回ぐらいはおうちへ帰って一緒に。皆さんと一緒にお正月雰囲気味わってくださいっていうようなことを私言います。

ときどき、私のところでも、「樋口さん、私はもうよかて。子どもは東京におります」と。「私はもう、そーと死んでいくごたつと。何も言わんでくれ。死んでしもて、息が切れてから連絡をしてやってくれ」って。子どもにですよ。そうおっしゃる。「何がでしょうか」と怒ります。私は。みんな一生懸命お国のために、国のため、家庭のために一生懸命今まで働いてきたでしょうが。全部財産、全部子どもにつぎ込んできたんでしょうが。働いた分はね。最期ぐらい、自分らしくわがまま言わんねって言います。「言いきらんもん」って言わっしゃるんです。私は電話をします。息子さんに。そんで、息子さんに電話して、来いとは言いませんよ。お母様が、いつも息

子さんのお話をなさいますと。今度おいでになったら、とてもお喜びになると思いますと。あの笑顔を、私たちにを見せてくださる、あの笑顔と同じ笑顔がまた、多分息子さん見れると思いますから、いらっしゃいませんか、お出掛けになりませんかとお話をします。なるべく私どもも、そういうふうなことをやっております。

先ほど後見のお話が出てましたが、かあさんの家、宮崎市はエンディングノートを配ってます。市民の皆さんに。どこでどう死にたいかとか、生き抜きたいか。どんな生き方をしたいか。自分で書くんですね。それを市民の皆さんに配ってらっしゃいます。宮崎市、すばらしい活動をなさってます。ご紹介しときます。

【井庭】 1つ言い忘れたんですけども「旅のこぼ」を見ていただくと、40のうち、かなりが認知症の方じゃなくても、やったらよりよくなるだろうなというのがあるんですね。なので、実際こう若い世代が、20代前後が見ても、「あ、これ私もやったらいいと思う」とか、「分かる」というようなことがあるんです。

そういうものとか、あと他の、先日ちょっと出会った方で、がんの緩和ケアの方をやってる方が、がんでもかなり共通だと。だからこれを、認知症をがんに読み替えて使っているかと言われて、いいと思いますと。つまり、先ほどあった壁の向こう、こっちみたいな1-0の世界から、かなり重なりがあるってことに気付く。そうすると、同じ例えば「旅のこぼ」のカードの内容1個を取って、本人や家族や、もしくは全然違う感じの人が体験談を話したり共感を持って、そういう口を作るといふか。そういうインターフェースを作るといふようなやり方で、「あ、何だ、特別じゃない」壁の向こう、こっちじゃないっていう感覚が、1つ若い世代なんかも入ってくるきっかけかなと。

やっぱり、どうしても高齢化社会とか、あるいは病気とか、そういうことになってくると、向こうとこっちみたいな。若い世代と上の世代の年金の問題とか、そういう対立が結構クローズアップされる中で、共感の可能性の部分を開いていくというのは、すごく具体的なレベルでできるんじゃないかなと、今思ってます。

【北村】 帰宅困難って、施設から帰れないっていう意味ですか。徘徊して迷子という意味ですか。

【発言者H】 迷子のほうです。

【北村】 厚労省もいろいろやってますけど、基本的には難しいですよ。だからGPSとか持たせればいいんですけど、物を持って歩く習慣をまず付けないことにはいけないのと、靴に何か今仕込んであるなんてのもあります。6万円とかする。なかなか歩きにくいし、これはちょっと具合悪いなとか、いろいろあります。

ただ、アルツハイマーっていうのは、ものの見え方とかがすごく変わってくるので、本当に家と家の隙間に入り込んで。ずーっと入り込んでって、頭がこんなふうに挟まって、方向転換できなくてそのまま死ぬとかね。そういうこともあるので、基本的にいろんなところで見守って、早く探すシステムを作るとか、その程度しかとりあえずないんじゃないかなと思うんですが。

ただし、今の認知症の真っ盛りのお年頃の人たちは、みんなすごく働き者なので、いろいろ何かせないかんって言って動き回りますけど、もう少しすると、多分徘徊も減ってくるし。それから、今の75歳だったら、多分携帯電話みんな使えますから。もうすぐその携帯でいろいろやるっていう時代になると思うので。厚労省は、徘徊をものすごく頑張ってますけど、もうあと5年ぐらいで、そんな問題なくなるんじゃないかな。だって、もうみんな持っているでしょう、携帯電話。持つのが普通なので、今の75歳なら。だからあと5年ぐらいでもう解決すると考えてます。

それからあともう一つ。ちょっとそれですけど、自動車運転の問題なんですけど。都会では車に乗らんくなればそれでいいかもしれないけど、田舎はもう深刻な問題で。高齢者、認知症になってもペーパードライバーいまして。でも、近所の店に行ったり、自分の畑に行ったり、ほんの1キロの範囲とか、そのぐらいで事足りる人がいっぱいいるんですよ。免許取り上げますと、もうたちどころに衰えていきますから。だからそれについては、僕はもう自動運転の自動車しかないと思うんですけど。

せいぜい5キロ範囲ぐらいで動けばいい自動車で、8割、9割の人は賄えるっていうか。それに乗って北海道まで行くような、そんな自動運転じゃなくたって、近所だけで行けるやつ。日本の技術なら、そんなもんはすぐできるんじゃないかなと期待しております。

【水谷】 北村さんの想像力のあるお話から、私は少しつまらない話になってしまうのですが、徘徊して行方不明になられるような方の対策としては、地域で見守りネットワークをつくっていただくとか、また、今の技術の世界で申しますと、GPS もありますし、あるいは QR コードは今かなり小さくして、例えば爪とかに貼れるようになっていて、これを読み込むと連絡先が出てくるようなものとかもあります。

私どもは、いろいろな形があつていいと思っており、地域の実情に応じてやっていただくようお願いしています。

それから、民間の力、若者の力ということについて申し上げますと、新オレンジプランの中では、行政だけでなく民間セクターや地域住民など、さまざまな主体がそれぞれの役割を果たしていくことが求められると書かれています。何か責任放棄しているようにもみえるかもしれませんが、決してそのようなことではなくて、やはり国だけで考えているとできないことも多くあります。例えば、きょうの先生のお話なんかを聞かせていただくと、こういうものは役所の発想ではなかなか出てこないと感じます。実際、去年、11月に認知症サミット日本後継イベントを開催したときに、サイドイベントで、民間イベントを日本医療政策研究機構を中心にやっていただきました。そこでは、ロボットをはじめとして、必ずしも認知症ダイレクトではないのですが、様々な分野の民間の方の取組が TED 方式で発表されていました。非常にありがたいと思いました。

実際、われわれがすることというのは、医療サービスや介護サービス、私のイメージでは正方形の四角のパズルをいっぱい作ってことで、これは行政の1つの役割だと思うのですが、結局、これだけだときちんと埋まってくなくて、私は伸縮自在という言葉が好きなのですが、そういう隙間を埋める伸縮自在なもの、それは民間の発想だったり、地域住民の取組だったりするのですが、そういうものも重要だと思うので、われわれとしても後押ししていきたいと思っています。両方が相まっていくことが重要だと思うので、特に若い発想、民間の発想でご提案いただけるのは、大変ありがたいなと思います。

【田中】 日本文化の例でいうと、美しい石垣を造る技法ですよね。大きい石だけじゃなくて、隙間に入れたり、三角形の石を逆さまに入れたりしていく。それを言われたわけですね。帰宅困難について、九州のお医者さんと東北のお医者さんが行方不明患者をどうするか話している場にあったことがあって、九州のお医者さんは次の日に探しに行けばいいと。東北の人は、凍え死んではいけないから、すぐ探しに行かなくてはならないそうです。そういう地域差もあるのですよね。次の方、どうぞ。

【発言者 1】 調布市で小規模多機能診療所を目指して頑張ってます〇〇と申します。先ほど、水谷室長のお話に、早期診断のお話がありまして、今、その初期集中支援の話が盛んに出てますけども、これも先ほどおっしゃってたように、早期に診断しても診察室を出て家に帰って、誰がそこでサポートしていくのかっていうところが非常に問題だと思うんですよ。これを誰がやっていけばいいのか。地域包括でもなさそうだし、ケアマネでもなさそうだし、医者でもなさそうですし。何かスコットランドのリンクワーカーみたいな、何かいいモデルができればいいなと思ってるんですけども。そこら辺を厚労省は、どうお考えなのか。

私も、自分のところで診断してお帰しするのが非常につらいんです。自分のところにそういう専門性の高いワーカーさんを持ってサポートしていかないといけないんだろうけども、なかなかそれを生業としてやっていくには、難しいところもあるということになりまして、室長、何かあれば教えていただきたいんですが。

【水谷】 まさに、同じ問題意識を持っています。スコットランドはリンクワーカーを設置する取組が行われていますが、我が国では、今、認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員を平成 30 年度までに全市町村に置く取組を進めています。そういう中で、さらに今度また別のリンクワーカーを置いてくださいとか、あるいは生活支援コーディネーターもいたよね、ということになると、結局、市町村にしてみれば、また新しい人を置いて何か訳が分からなくなってしまうか、あるいは同じ人が何枚も帽子かぶっているということにもなりかねないという感じもあり、そこはもう少し慎重に考えたいなと思っています。

初期段階の認知症の方のニーズ把握や生きがい支援のような部分については、もう少し認知症の方の声を聞きながら問題点をあぶり出していきたいと思っています。今、認知症カフェであったり、認知症初期集中支援チームによる介入であったり、様々な資源づくりを進めている中で、もう少しそういう状況を見ながら、我が国でどういう形をとっていくのがいいのか、考えていき

たいと思っています。

先日、福島県の奥会津の昭和村に出張で行って来ました。高齢化率 50%を超えていて、多分日本で 5 本の指に入るようなところですよ。行ってみたら、非常にお年寄りが生き生きとされていて、古くからつながりがある中で生活しておられました。

そこでお年寄りがおっしゃっていたのが、逆に介護保険のサービスを使い始めると、そのお年寄りの顔が見えなくなってしまうということです。われわれが一生懸命サービスとしてつくろうとしている部分というのは、それはそれでコアな部分として必要だと思うのですが、例えば初期の段階で認知症の診断を受けて、医療・介護のようなサービスではなく、人とのつながり、誰かに相談に乗ってほしいとか、専門性でいえばコンサルテーションということになるのかもしれないのですが、そういったものをどのように位置付けていくのか、何か制度にはまるのか、そういうところが難しい。

逆に言うと、私は昭和村に行きって思ったのは、ああいうつながりのあるところの方が逆にやりやすく、これからはむしろ都会の方がそういうベースとなるつながりが全くないのではないかと。医師から認知症の診断を受けて、もし放り出されてしまったら、自分はどうしたらよいだろうかという気分になると思います。ましてや独り暮らしだったら、隣にも相談する人がいないし、地域に誰がいるかも分からないという状況かもしれません。むしろ田舎の方が、例えば普及・啓発が進んでももう少しオープンな世界になっていけば、「いや、認知症って言われちゃったけど、どうすりゃいい」、「いや、そんなん大丈夫や」とか、そういう方が隣にいらしゃれば安心できるような気がします。自分の中でも、リンクワーカーという制度にぼんと落とすのがいいのか、もう少し地域づくりのような発想の中から何かやってくるのがいいのか、自分でもまだ結論が出ていない、そんな感じでおります。

【田中】 最後に後ろの方、どうぞ。

【発言者 J】 日本赤十字看護大学の〇〇と申します。樋口先生に質問です。先生が地域づくりというのを、看護の専門職として果たされているということに、今日すごく元気を頂きましたし理想像を見せて頂きました。私も日々、看護職がどう地域づくりに貢献できるかって考えてるんですが、大半のナースが病院の中で、個のケアで深く狭く掘り下げていくのはみんな得意なんですけど、連携力とか、面で支える、人を巻き込んでっていうところはあまり得意でない。先生は保健師も看護師もなさってということで、予防段階からどうやって看護職が役割を果たせるか、それから看護小規模多機能で最期まで責任を持って地域で支えるところまで展開なさっていてこれも看護の役割発揮の場で、そういう方を増やしていくために、ご自身で振り返られて、どんなふうにするのかを果たされるような考え方になられたのかっていうあたりを教えてくださいたらと思います。

【樋口】 過分に評価いただきまして、ありがとうございます。ちょっとさっき言ったんですけども、原点はやはり京都堀川病院にあったと思います。畳の上で死のうということ、当時、地域医療はまだ始まったばかりで、長野の佐久総合病院さんとか堀川病院とかですね。地域に出ました。介護保険まだないときです。在宅で家族にみとられて、なじみの顔を見ながら、なじみの人たちの手を取って逝かせてあげようということ。当時は、人工呼吸器なんかはバードレスピレーターを病院から持って行ってですね。医師が月水金行って、間をナースが埋めると。居宅療養部っていうのがありましたので、その保健師が訪問しておりました。地域の中で生き死にを見ていくっていうことを堀川病院では教えてもらいました。それは私ども医療者が立ち会うんじゃないで、もう人が逝かれるとき、亡くなられるときっていうのは、もう医療の限界を超えたところがございまして。それをどう家族が、本当に自分たちが一生懸命介護したと。満足感を持って送り出せるか。お成道に行ったときに、自分の家族が用意してくれたなど。家族も本当にお悔やみなんか行きましたよ、みんな笑顔なんです。たんがくの家も、今そうです。堀川病院でも、そうでした。「見て、看護師さん。こんなきれいな顔してよ、うちのおばあちゃん。ちょっと見て」って。喜んで死に顔を見せてくれるんです。そういう満足感を私ども、ケアスタッフと、それから家族がどうやったら味わえるか。その辺にかかってたんだと思います。

決して、医療の中から家族を排除することは、堀川病院はしませんでした。最期の本当に命が危ないと。最期、やっぱ人工呼吸ぐらい、胸の心マッサージぐらいやります。そのときなんか、家族が入ってくるんですよ。病室の中に。医療者だけではなく。家族と一緒に、家族ができること。アンビバックをこうやったりですね。家族ができること、自分たちも一生懸命やった

けども、やっぱりもう逝く命だったってことを分かってもらうために、そういうことを一緒にやります。

今の、それが原点にありまして。長いこと行政におりましたけども、行政におりまして、そういう思いがふつつつとしておりました。かあさんの家に出会いまして、もう看護の集大成だと思いました。もう、すばらしい事業だなと思いました。本当に、もう普通の家なんですよ。普通の空き家なんです。そこで、決してきれいでもありません。医療が整ってるわけでもない。でも、その方らしく、本当にうちにいるように、穏やかに亡くなっていく。生を全うしていく。とも暮らしの関係性を入居者と一緒に味わえて。家族も一緒に共暮らしをするんですよ。うちでも、本当にホームホスピスの中から家族は、朝出勤されます。もう悪いってときには、泊まってるんですね。ご飯を食べて出勤なさいます。きょうも、たんがくの家で家族が泊まられておりました。「お風呂入らんね。はよご飯食べんね」。みんなで家族を支援しながら、終末期を見ていってます。

私は保健師ですから、地域に出ることは前からやっておりました。看護職の皆さん、どうぞ。臨床もとても大事なことだと思うんです。でも、臨床、ある程度、もういいかなと思われたら、ぜひ地域も魅力的なところですよ。なかなか地域に出るナース、少ないんですけども、今から包括ケアシステムの根底をなす一番大事な私、存在は、ナースじゃないかなと思ってます。

それから、地域を支えるのは、介護と看護だと思ってます。地域の、今介護保険制度、医療保険制度がございまして、本当に地域で、包括ケアシステムで地域で、その方をその方らしく最期まで見るには、介護保険制度。介護保険は、訪問看護入っちゃいかんと思うんですよ。訪問看護は医療保険でやってほしい。介護保険は、これは介護士さん、それから住宅改修、それから福祉用具。これに使ってほしいと、ぜひそう思います。

そうしないと、本当にケアマネージャー、計画立てるときに、介護保険制度の限度額いっぱいおのときに足りなくなるんですね。もう一回この人は訪問に、ヘルパーさん行きたいと思っても行けません。それでケアマネージャーが、そこで考えるのは、インフォーマルサービスです。インフォーマルサービス。地域のいろんなボランティアさんをお願いをします。ところが、「あなた、何月何日の何時に行ってくださいね」と。で、「結果、必ず私に報告してくださいね」と。そういうのは、もう無理ですよ。不可能に近いことです。

であれば、本当にこれから先、30年に、きょうは厚労省もいらっしゃいますので、ぜひきょうお願いしたいんですが、一体改革があるときには、訪問看護は、これは医療保険で行かせてほしい。そうすれば、介護保険の範疇で、限度額いっぱい生活を支援することができると思います。そういうふうな制度改革も一緒に必要なんじゃないかなと思います。

私どもホームホスピスは全国に今23カ所ございます。いろんな仲間が、いっぱい発信をしておりますので、何か機会がありましたら、ぜひ学生さんたちにもお知らせ願えればと思っております。ありがとうございます。

【田中】 ありがとうございます。今まで勉強してきた地域包括ケアに関わる他の分野に比べると、認知症ケアはまだ発展途上で、みんなが手探りであることが逆によく伝わりました。その中でとても進んでらっしゃる方々のお話を聞いたわけですが、会場の皆さんの地元にとってもまた発展途上なのだと思います。それぞれの地域での新しい展開をお待ちします。

— 了 —



# 地域包括ケアイノベーションフォーラム 第10回ワークショップ

## 認知症施策推進総合戦略が 目指す医療・介護等の連携

平成27年10月7日



厚生労働省 老健局 総務課  
認知症施策推進室長 水谷 忠由

### 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) ～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～の概要

- ・ 高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群。高齢化の進展に伴い、認知症の人はさらに増加  
2012(平成24)年462万人(約7人に1人) ⇒(新)2025(平成37)年約700万人(約5人に1人)
- ・ 認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要。

### 新オレンジプランの基本的考え方

認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

- ・ 厚生労働省が関係府省庁(内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省)と共同して策定
- ・ 新プランの対象期間は団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年だが、数値目標は介護保険に合わせて2017(平成29)年度末等
- ・ 策定に当たり認知症の人やその家族など様々な関係者から幅広く意見を聴取

七つの柱

- ① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③ 若年性認知症施策の強化
- ④ 認知症の人の介護者への支援
- ⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

## 我が国の認知症施策を加速するための新たな戦略の策定について

認知症サミット日本後継イベント【平成26年11月6日】

～安倍総理大臣の挨拶より～

そこで、私は本日ここで、我が国の認知症施策を加速するための新たな戦略を策定するよう、厚生労働大臣に指示をいたします。我が国では、2012年に認知症施策推進5か年計画を策定し、医療・介護等の基盤整備を進めてきましたが、新たな戦略は、厚生労働省だけでなく、政府一丸となって生活全体を支えるよう取り組むものとします。

～塩崎厚生労働大臣の挨拶より～

[新たな戦略の策定に当たっての基本的な考え方]

- ① 早期診断・早期対応とともに、医療・介護サービスが有機的に連携し、認知症の容態に応じて切れ目なく提供できる循環型のシステムを構築すること
- ② 認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて、省庁横断的な総合的な戦略とすること
- ③ 認知症の方御本人やその御家族の視点に立った施策を推進すること

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)【平成27年1月27日】

### 【参考】 認知症の人の将来推計について

- 長期の縦断的な認知症の有病率調査を行っている久山町研究のデータから、新たに推計した認知症の有病率(2025年)。
  - ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降一定と仮定した場合:19%。
  - ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降も糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合:20.6%。
- ※ 久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病(糖尿病)の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。  
本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。
- 本推計の結果を、平成25年筑波大学発表の研究報告による2012年における認知症の有病者数462万人にあてはめた場合、2025年の認知症の有病者数は約700万人となる。

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)	平成42年 (2030)	平成52年 (2040)	平成62年 (2050)	平成72年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計人数(千人)	462	517	602	675	744	802	797	850
	15.7%	15.7%	17.2%	19.0%	20.8%	21.4%	21.8%	25.3%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計人数(千人)	462	525	631	730	830	953	1016	1154
	15.0%	16.0%	18.0%	20.6%	23.2%	25.4%	27.8%	34.3%

## I 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

### ① 認知症の人の視点に立って認知症への社会の理解を深めるキャンペーンの実施

- 新・ 認知症への社会の理解を深めるための全国的なキャンペーンを展開  
→ 認知症の人が自らの言葉で語る姿等を積極的に発信

### ② 認知症サポーターの養成と活動の支援

・ 認知症サポーターを量的に養成するだけでなく、活動の任意性を維持しながら、認知症サポーターが様々な場面で活躍してもらうことに重点を置く

- 新・ 認知症サポーター養成講座を修了した者が復習も兼ねて学習する機会を設け、より上級な講座など、地域や職域の実情に応じた取組を推進

【認知症サポーターの人数】(目標引上げ)

現行プラン: 2017(平成29)年度末 600万人 → 新プラン: 800万人

### ③ 学校教育等における認知症の人を含む高齢者への理解の推進

- ・ 学校で認知症の人を含む高齢者への理解を深めるような教育を推進
- ・ 小・中学校で認知症サポーター養成講座を開催
- ・ 大学等で学生がボランティアとして認知症高齢者等と関わる取組を推進

5

## II 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

### 【基本的考え方】

- ・ 容態の変化に応じて医療・介護等有機的に連携し、適時・適切に切れ目なく提供

発症予防 → 発症初期 → 急性増悪時 → 中期 → 人生の最終段階

- ・ 早期診断・早期対応を軸とし、妄想・うつ・徘徊等の行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等が見られても、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組み

### ① 本人主体の医療・介護等の徹底

### ② 発症予防の推進

### ③ 早期診断・早期対応のための体制整備

- ・ かかりつけ医の認知症対応力向上、認知症サポート医の養成等
- 新・ 歯科医師・薬剤師の認知症対応力向上
- ・ 認知症疾患医療センター等の整備
- ・ 認知症初期集中支援チームの設置

【かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数(累計)】(目標引上げ)

現行プラン: 2017(平成29)年度末 50,000人 → 新プラン: 60,000人

【認知症サポート医養成研修の受講者数(累計)】(目標引上げ)

現行プラン: 2017(平成29)年度末 4,000人 → 新プラン: 5,000人

【認知症初期集中支援チームの設置市町村数】(目標引上げ)

新プラン: 2018(平成30)年度からすべての市町村で実施

7

## 認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

### 1 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

#### (2) 認知症サポーターの養成と活動の支援

- 地域や職域で認知症サポーターの養成を進めるとともに、活動の任意性は維持しつつ、養成された認知症サポーターが認知症高齢者等にやさしい地域づくりに加速するために様々な場面で活躍してもらえるようにする。【厚生労働省】

(認知症サポーター)

- 認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の人や家族に対してできる範囲での手助けをする人

○キャラバンメイト養成研修

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



○認知症サポーター養成講座

実施主体: 都道府県、市町村、職域団体等  
対象者:  
(住民) 自治会、老人クラブ、民生委員、家族会、防災・防犯組織等  
(職域) 企業、銀行等金融機関、消防、警察、スーパーマーケット  
コンビニエンスストア、宅配業、公共交通機関等  
(学校) 小中高等学校、教職員、PTA等



【実績と目標値】

サポーター人数: 2015(平成27)年6月末実績 634万人 → 2017(平成29)年度末 800万人

※ さらに、平成27年度にサポーター養成講座を修了した者が復習も兼ねて学習する手法の見本を検討するとともに、平成28年度以降、地域や職域の実情に応じた取組を推進

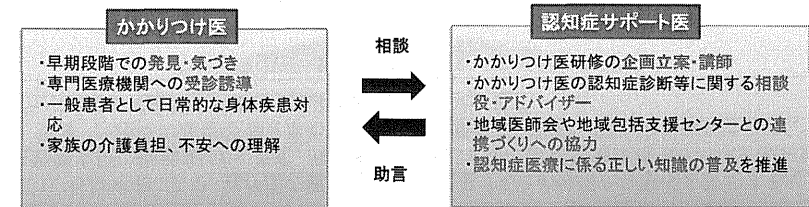
6

## 認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

### 2 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービス等の提供

#### (3) 早期診断・早期対応のための体制整備<かかりつけ医・認知症サポート医等>

- 身近なかかりつけ医が認知症に対する対応力を高め、必要に応じて適切な医療機関に繋ぐことが重要。かかりつけ医の認知症対応力を向上させるための研修や、かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役等の役割を担う認知症サポート医の養成を進める。さらに、関係学会における認知症に関する専門医、認定医等について、数値目標を定めて具体的に養成を拡充するよう、関係各学会等と協力して取り組む。【厚生労働省】



【事業名】 かかりつけ医等の対応力向上研修、認知症サポート医の養成研修事業

【実績と目標値】

かかりつけ医: 2014(平成26)年度末実績 42,057人 → 2017(平成29)年度末 60,000人

認知症サポート医: 2014(平成26)年度末実績 3,895人 → 2017(平成29)年度末 5,000人

8

## 認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

### 2 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービス等の提供

#### (3) 早期診断・早期対応のための体制整備<認知症疾患医療センター等の整備>

- 認知症の疑いがある人については、速やかに鑑別診断が行われることが必要。認知症疾患医療センターについては、都道府県ごとに地域の中で担うべき機能を明らかにした上で、認知症疾患医療センター以外の鑑別診断を行うことができる医療機関と併せて、計画的に整備を図っていく。【厚生労働省】

	基幹型	地域型	診療所型
設置医療機関	病院(総合病院)	病院(単科精神科病院等)	診療所
設置数(平成27年8月末現在)	14か所	302か所	19か所
基本的活動圏域	都道府県圏域	二次医療圏域	
鑑別診断等	認知症の鑑別診断及び専門医療相談		
専門的医療機能	人員配置 ・専門医(1名以上) ・専任の臨床心理技術者(1名) ・専任のPSW又は保健師等(2名以上)	・専門医(1名以上) ・専任の臨床心理技術者(1名) ・専任のPSW又は保健師等(2名以上)	・専門医(1名以上) ・臨床心理技術者(1名、兼務可) ・専任のPSW又は保健師等(1名以上、兼務可)
検査体制(※他の医療機関との連携確保対応可)	・CT ・MRI ・SPECT(※)	・CT ・MRI(※) ・SPECT(※)	・CT(※) ・MRI(※) ・SPECT(※)
BPSD・身体合併症対応	空床を確保	急性期入院治療を行える医療機関との連携体制を確保	
医療相談室の設置	必須	-	

【事業名】 認知症疾患医療センター運営事業

【実績と目標値】 2015(平成27)年8月末現在 335か所 ⇒ 2017(平成29)年度末 約500か所

※ 基幹型、地域型及び診療所型の3類型の機能やその連携の在り方を見直し、地域の実情に応じて柔軟に対応できるようにする。

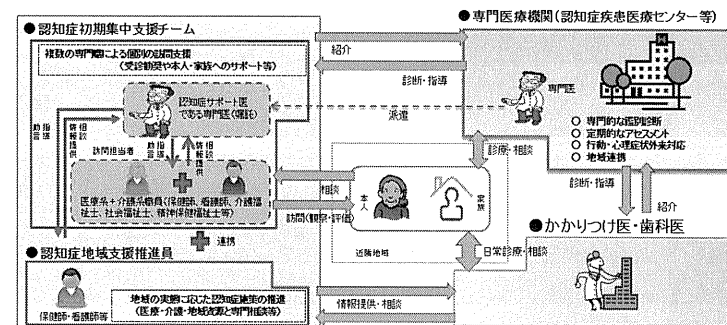
9

## 認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

### 2 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービス等の提供

#### (3) 早期診断・早期対応のための体制整備<認知症初期集中支援チームの設置>

- 早期に認知症の鑑別診断が行われ、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期の対応体制が構築されるよう、認知症初期集中支援チームの設置を推進。  
このほか、早期診断の際に地域の当事者組織の連絡先を紹介するなど、地域の実情に応じ、認知症の人やその家族の視点に立った取組を推進。【厚生労働省】



【事業名】 認知症初期集中支援推進事業

【実績と目標値】 2015(平成27)年度見込み 306市町村 ⇒ 2018(平成30)年度～ すべての市町村で実施

10

#### ④ 行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等への適切な対応

- ・ 医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築
- ・ 行動・心理症状(BPSD)への適切な対応
- ・ 身体合併症等に対応する一般病院の医療従事者の認知症対応力向上
- 新・ 看護職員の認知症対応力向上 ・ 認知症リハビリテーションの推進

#### ⑤ 認知症の人の生活を支える介護の提供

- ・ 介護サービス基盤の整備
- ・ 認知症介護の実践者⇒実践リーダー⇒指導者の研修の充実
- 新・ 新任の介護職員等向けの認知症介護基礎研修(仮称)の実施

#### ⑥ 人生の最終段階を支える医療・介護等の連携

#### ⑦ 医療・介護等の有機的な連携の推進

- ・ 認知症ケアパス(認知症の容態に応じた適切なサービス提供の流れ)の積極的活用
- ・ 医療・介護関係者等との間の情報共有の推進
- 新 ⇒ 医療・介護連携のマネジメントのための情報連携ツールの例を提示
- ・ 地域ケア会議で認知症に関わる地域資源の共有・発掘や連携を推進
- ・ 認知症地域支援推進員の配置、認知症ライフサポート研修の積極的活用
- ・ 地域包括支援センターと認知症疾患医療センターとの連携の推進

【認知症地域支援推進員の人数】(目標引上げ)

新プラン: 2018(平成30)年度からすべての市町村で実施

11

## 認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

### 2 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービス等の提供

#### (4) 行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等への適切な対応<BPSDへの対応>

- 認知症の人に行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等が見られた場合にも、医療機関・介護施設等で適切な治療やリハビリテーションが実施されるとともに、当該医療機関・介護施設等での対応を固定化されないように、退院・退所後もそのときの容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築。その際、認知症の専門医療の機能分化を図りながら、医療・介護の役割分担と連携を進める。【厚生労働省】

##### ①行動・心理症状(BPSD)

- 行動・心理症状(BPSD)は身体的要因や環境要因が関与することもある。
- 早期診断とその後の本人主体の医療・介護等を通じて行動・心理症状(BPSD)を予防。行動・心理症状(BPSD)が見られた場合も的確なアセスメントを行った上で非薬物的介入を対応の第一選択とするのが原則。
- 専門的医療サービスを必要に応じて集中的に提供する場と長期的・継続的な生活支援サービスを提供する場の適切な役割分担が望まれる。
- 入院が必要な状態を一律に明確化することは困難であるが、①妄想(被害妄想など)や幻覚(幻視、幻聴など)が目立つ、②些細なことで怒りだし、暴力などの興奮行動に繋がる、③落ち込みや不安・苛立ちが目立つこと等により、本人等の生活が阻害され、専門医による医療が必要とされる場合が考えられる。

##### ②身体合併症

- 認知症の人の身体合併症等への対応を行う急性期病院等では、認知症の人の個別性に合わせたゆとりある対応が後回しにされ、身体合併症への対応は行われても、認知症の症状が急速に悪化してしまうような事例も見られる。
- 入院、外来、訪問等を通じて認知症の人と関わる看護職員は、医療における認知症への対応力を高める。

【事業名】 一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修事業

【実績と目標値】 2014(平成26)年度末実績 22,096人 ⇒ 2017(平成29)年度末 87,000人

- 「かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン」等の普及
- 地域における退院支援・地域連携クリティカルパスの作成を進め、精神科病院等からの円滑な退院や在宅復帰を支援
- 一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修を推進
- 介護老人保健施設等の先進的な取組を収集し、全国に紹介することで、認知症リハビリテーションを推進

##### 【目標】(新設)

- (27年度) 看護職員の認知症対応力向上を図るための研修の在り方について検討
- (28年度以降) 関係団体の協力を得て研修実施

12

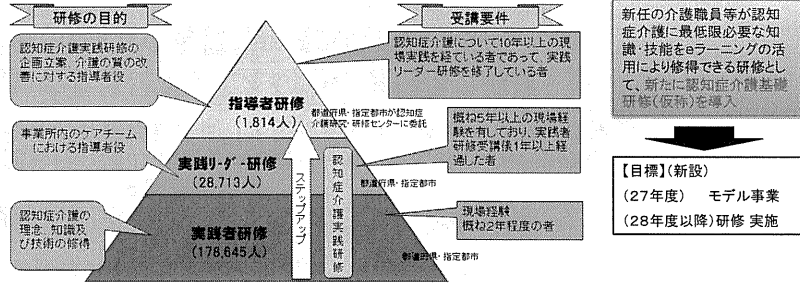


## 認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

### 2 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービス等の提供

#### (5) 認知症の人の生活を支える介護の提供<良質な介護を担う人材の確保>

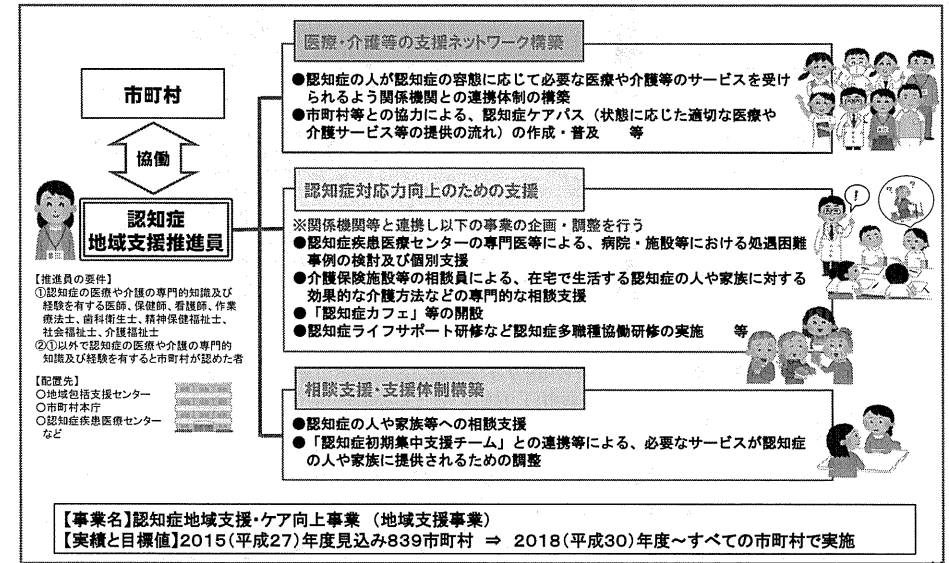
- 本人主体の介護を行うことで、できる限り認知症の進行を緩徐化させ、行動・心理症状(BPSD)を予防できるような、良質な介護を担うことができる人材を質・量ともに確保していく。【厚生労働省】



【事業名】 認知症介護指導者養成研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護実践者研修  
 【実績と目標値】 指導者養成研修: 2014(平成26)年度末実績 1,942人 ⇒ 2017(平成29)年度末 2,200人  
 実践リーダー研修: 2014(平成26)年度末実績 3.2万人 ⇒ 2017(平成29)年度末 4万人  
 実践者研修: 2014(平成26)年度末実績 19.7万人 ⇒ 2017(平成29)年度末 24万人

13

## 認知症地域支援推進員

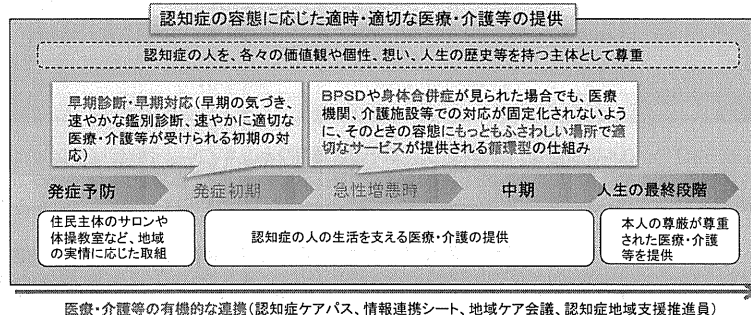


14

## 認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

### 2 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

- 本人主体の医療・介護等を基本に据えて医療・介護等有機的に連携し、認知症の容態の変化に応じて適時・適切に切れ目なく、早期診断・早期対応を軸とし、行動・心理症状(BPSD)や身体合併症等が見られた場合にも、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないよう、退院・退所後もそのときの容態にもっともふさわしい場所で提供される循環型の仕組みを構築。その際、入院・外来による認知症の専門医療も循環型の仕組みの一環であるとの認識の下、その機能分化を図りながら、医療・介護の役割分担と連携を進める。また、介護現場の能力を高め、介護で対応できる範囲を広げるためには、精神科や老年科等の専門科による、医療の専門性を活かした介護サービス事業者等への後方支援と司令塔機能が重要であり、その質の向上と効率化を図っていく。【厚生労働省】



### 「認知症の人の行動・心理症状(BPSD)や身体合併症対応など循環型の医療介護等の提供のあり方に関する調査研究事業」について (平成27年度 老人保健健康増進等事業)

#### 【目的】

認知症の人ができる限り地域での生活を継続していけるようにするために必要な、行動・心理症状(BPSD)や身体合併症への対応や入退所・入院における、医療・介護等の有機的な連携を行う循環型の仕組みの在り方について、関係の有識者や医療・介護従事者等から成る研究会にて検討・整理する。

#### 【事業内容】

認知症の医療・介護関係の専門家、有識者からなる研究会での議論・検討等により、関係者が実践できる医療・介護等の連携の仕組み(循環型の仕組み)について認識・見解等の集約を図り、提案をまとめる。

以下のようなテーマについて検討することを想定。

1. 診断～BPSDへの対応など、種々の場面での認知症専門医療の具体的な関わり方や役割
2. 一般病院等における身体合併症への治療に際して、精神科医リエゾンなど専門科の協力

「認知症の医療介護連携、情報共有ツールの開発に関する調査研究事業」について（平成27年度 老人保健健康増進等事業）

【目的】

認知症の容態の変化（発症予防～人生の最終段階）に応じて認知症の方の支援に関わる関係者が情報共有の上、医療・介護等が適時・適切に提供されるよう医療・介護連携のための情報共有ツールの雛形を提示する。

【事業内容】

認知症の医療・介護関係の専門家、有識者からなる研究会での議論・検討等により、医療・介護の連携と情報共有のためのツールについて検討し、雛形の案をまとめる。

【新オレンジプランの記載】

「認知症は今や一般的な病気（Common Disease）であり、診療科を超えて連携して対応していく必要があるほか、介護による生活の支援がないと医療での対応だけでは支援が成り立たないという特徴がある～様々な主体が関わることから、医療・介護関係者等の間の情報共有が重要である。」「このため、認知症に関わる医療・介護連携のマネジメントを行う上で必要な情報連携ツールの例を提示することなどを通じて、地域の実情に応じた医療・介護関係者等の連携の取組を推進する。」

第4回認知症医療介護推進会議資料より

平成25年度老人保健健康増進等事業「行動・心理症状等が増悪した認知症の人の在宅支援のあり方に関する調査研究事業」より

3. できる限り住み慣れた地域で暮らし続けるための条件とは

地域での生活を支え、介護を支援する医療の体制

- ・ 診断・相談等への対応
- ・ 標準的な認知症の治療内容の広報・普及
- ・ 早期診断・早期対応の体制への積極的関与
- ・ 退院支援
- ・ アウトリーチ（訪問）の拡大

身体合併症に対する医療体制

- ・ 精神科リエゾン
- ・ 医師や看護師等への研修

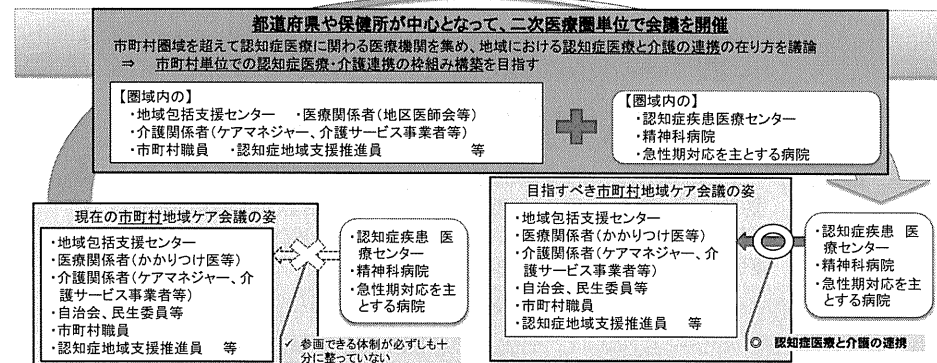
地域での生活を支える介護体制

- ・ 介護の専門性・質の向上
- ・ 早期対応が可能な体制
- ・ 地域移行・居宅復帰の支援
- ・ 家族への支援
- ・ 地域づくり

認知症医療・介護連携の枠組み構築のためのモデル事業（新規）

平成28年度概算要求額  
51,630千円

- 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）では、認知症の容態に応じて適時・適切な医療・介護等が提供される循環型の仕組み（\*）の構築を目指している。  
\* 早期診断・早期対応を軸とし、行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等が見られた場合にも、医療機関・介護施設等での対応が円滑化されないように、退院・退所後もそのときの容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスが提供される仕組み
- 市町村の地域ケア会議に、認知症の鑑別診断やBPSD対応を行う専門医療機関や身体合併症への対応を行う医療機関が必要に応じて参画し、個別事例から浮かび上がる認知症に関する地域課題の検討・解決を行うことが望ましいが、これら認知症に関わる医療機関が参画できる体制は必ずしも十分に整っていない状況にある。
- このため、都道府県や保健所が中心となって、二次医療圏単位で認知症に関わる医療機関と圏域内の市町村の地域包括支援センター等が集まる場を設け、地域における情報連携シート等、認知症医療と介護の連携の在り方を議論することを通じて連携の枠組みを構築し、市町村の地域ケア会議で適切に認知症医療・介護連携がなされるように促す。



III 若年性認知症施策の強化

- ・ 若年性認知症の人やその家族に支援のハンドブックを配布
- ・ 都道府県の相談窓口支援関係者のネットワークの調整役を配置
- ・ 若年性認知症の人の居場所づくり、就労・社会参加等を支援

IV 認知症の人の介護者への支援

① 認知症の人の介護者の負担軽減

- ・ 認知症初期集中支援チーム等による早期診断・早期対応
- ・ 認知症カフェ等の設置

【認知症カフェ等の設置】（目標新設）

新プラン：2018（平成30）年度からすべての市町村に配置される認知症地域支援推進員等の企画により、地域の実情に応じ実施

② 介護者たる家族等への支援

- ・ 家族向けの認知症介護教室等の普及促進

③ 介護者の負担軽減や仕事と介護の両立

- ・ 介護ロボット、歩行支援機器等の開発支援
- ・ 仕事と介護が両立できる職場環境の整備  
（「介護離職を予防するための職場環境モデル」の普及のための研修等）