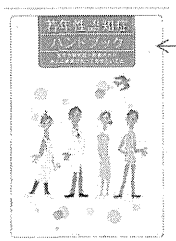
認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

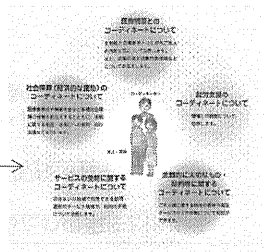
3 若年性認知症施策の強化

●若年性認知症の人が発症初期の段階から適切な支援を受けられるよう、医療機関や市町村窓口等を通じて、若年性認知症と診断された人やその家族に、若年性認知症支援のハンドブックを配布。
●都道府県ごとに若年性認知症の人やその家族からの相談の窓口を設置し、関係者のネットワークの調整役を担う者を配置するほか、以下の取組を実施。
・若年性認知症の人との意見交換会の開催等を通じた若年性認知症の人のニーズ把握
・若年性認知症の人やその家族が交流できる居場所づくり
・事業主に対する若年性認知症の人の就労について理解を図るための周知
・若年性認知症の人がハローワークによる支援等が利用可能であることの周知　等　【厚生労働省】



※「若年性認知症ハンドブック」
（認知症介護研究・研修大府センター）

※ネットワーク調整役の配置（例）
「東京都若年性認知症総合支援センター」パンフレットより抜粋



【事業名】若年性認知症施策総合推進事業
【実績と目標値】2015（平成27）年度見込み　31都道府県　⇒　2017（平成29）年度末　47都道府県

21

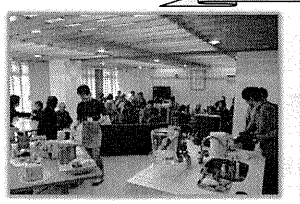
認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

4 認知症の人の介護者への支援

＜認知症の人の介護者の負担軽減＞＜介護者たる家族等への支援＞

●　認知症の人の介護者の負担を軽減するため、認知症初期集中支援チーム等による早期診断・早期対応を行うほか、認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し、お互いを理解し合う認知症カフェ等の設置を推進。
●　また、家族向けの認知症介護教室等の取組について、好事例を収集して全国に紹介し、その普及を進める。【厚生労働省】

認知症カフェの様子



夜のカフェの様子

○　1～2回／月程度の頻度で開催（2時間程度／回）
○　通所介護施設や公民館の空き時間を活用
○　活動内容は、特別なプログラムは用意されていなく、利用者が主体的に活動。
○効果
・認知症の人　→　自ら活動し、楽しめる場所
・家族　→　わかり合える人と出会う場所
・専門職　→　人としてふれあえる場所（認知症の人の体調の把握が可能）
・地域住民　→　つながりの再構築の場所（住民同士としての交流の場や、認知症に対する理解を深める場）

【事業名】認知症地域支援・ケア向上推進事業
【目標値】2013（平成25）年度　国の財政支援を開始⇒　2018（平成30）年度～　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

22

新 Ⅴ　認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進

①　生活の支援（ソフト面）
・家事支援、配食、買物弱者への宅配の提供等の支援
・高齢者サロン等の設置の推進
・高齢者が利用しやすい商品の開発の支援
・新しい介護食品（スマイルケア食）を高齢者が手軽に活用できる環境整備

②　生活しやすい環境（ハード面）の整備
・多様な高齢者向け住まいの確保
・高齢者の生活支援を行う施設の住宅団地等への併設の促進
・バリアフリー化の推進
・高齢者が自ら運転しなくても移動手段を確保できるよう公共交通を充実

③　就労・社会参加支援
・就労、地域活動、ボランティア活動等の社会参加の促進
・若年性認知症の人が通常の事業所での雇用が困難な場合の就労継続支援（障害福祉サービス）

④　安全確保
・独居高齢者の安全確認や行方不明者の早期発見・保護を含めた地域での見守り体制の整備
・高齢歩行者や運転能力の評価に応じた高齢運転者の交通安全の確保
・詐欺などの消費者被害の防止
・成年後見制度（特に市民後見人）や法テラスの活用促進
・高齢者の虐待防止

23

新 Ⅵ　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

・　高品質・高効率なコホートを全国に展開するための研究等を推進
・　認知症の人が容易に研究に参加登録できるような仕組みを構築
・　ロボット技術やICT技術を活用した機器等の開発支援・普及促進
・　ビッグデータを活用して地域全体で認知症予防に取り組むスキームを開発

Ⅶ　認知症の人やその家族の視点の重視

新 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　（再掲）

新 ②　初期段階の認知症の人のニーズ把握や生きがい支援
・　認知症の人が必要と感じていることについて実態調査を実施
※　認知症の初期の段階では、診断を受けても必ずしもまだ介護が必要な状態にはなく、むしろ本人が求める今後の生活に係る様々なサポートが十分に受けられないとの声もある。
・　認知症の人の生きがいづくりを支援する取組を推進

新 ③　認知症施策の企画・立案や評価への認知症の人やその家族の参画
・　認知症の人やその家族の視点を認知症施策の企画・立案や評価に反映させるための好事例の収集や方法論の研究

24

終わりに

○ 認知症高齢者等にやさしい地域の実現には、国を挙げた取組みが必要。
⇒ 関係省庁の連携はもとより、行政だけでなく民間セクターや地域住民自らなど、様々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。

○ 認知症への対応に当たっては、常に一歩先んじて何らかの手を打つという意識を、社会全体で共有していかなければならない。

○ 認知症高齢者等にやさしい地域は、決して認知症の人だけにやさしい地域ではない。
⇒ コミュニティーの繋がりこそがその基盤。認知症高齢者等にやさしい地域づくりを通じ地域を再生するという視点も重要。

○ 認知症への対応は今や世界共通の課題。
⇒ 認知症ケアや予防に向けた取組についての好事例の国際発信や国際連携を進めることで、認知症高齢者等にやさしい地域づくりを世界的に推進。

○ 本戦略の進捗状況は、認知症の人やその家族の意見を聞きながら随時点検。
○ 医療・介護サービス等の提供に関し、個々の資源の整備に係る数値目標だけでなく、これらの施策のアウトカム指標の在り方についても検討し、できる限りの定量的評価を目指す。
⇒ これらの点検・評価を踏まえ、本戦略の不断の見直しを実施。

25

認知症高齢者等にやさしい地域づくりのための施策の推進

○ 現在、65歳以上高齢者の約4人に1人が認知症の人又は予備群と言われ、更に増加することが見込まれる中で、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環境整備を行っていくことが必要。

○「認知症施策推進総合戦略」(新オレンジプラン)に基づき、早期診断・早期対応を軸とした、認知症の容態に応じた切れ目のない適時・適切な医療・介護等の提供が図られる仕組みを構築するなど、認知症高齢者等にやさしい地域づくりを推進する。

[①②③の合計額]
平成27年度予算額 約48億円 → 平成28年度要求額 約57億円

主な認知症施策関連予算

①認知症に係る地域支援事業 事項要求※ (27予算額28億円(公費56億円))
・認知症初期集中支援チームの設置
・認知症地域支援推進員の設置等

②認知症施策等総合支援事業 約13億円⇒約16億円
・認知症疾患医療センターの整備(366か所⇒433か所)
・認知症総合戦略加速化推進事業(新規)
・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)
・若年性認知症支援コーディネーターの設置の推進(一部新規)
・認知症高齢者等の権利擁護に関する取組の推進 等

③認知症政策研究・研究開発 約7億円⇒約12億円
・コホート研究の全国展開と疾患登録に基づくデータ等を活用して、有効な予防法、革新的な診断・治療法等の開発を進めるとともに、臨床研究の実施を支援する体制の整備を推進

④地域医療介護総合確保基金事業(介護分) 事項要求※ (27予算額483億円(公費724億円)の内数)
・介護サービス基盤の整備
・介護、権利擁護等に関する人材の確保
－歯科医師・薬剤師・看護職員の認知症対応力向上研修(仮称)の実施(新規)
－認知症介護基礎研修(仮称)の実施(新規)

⑤医療・介護保険制度等
・医療・介護保険制度による医療・介護給付費等

※ 平成28年度の「社会保障の充実」は事項要求の取扱いとし、予算編成過程で検討する。

※ 厚生労働省では、上記の医療・介護分野以外でも、介護者の仕事と介護の両立支援、ハローワークによる就労参加支援などにより、認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりを推進。
※ さらに、関係省庁においても、生活の支援(ソフト面)、生活しやすい環境(ハード面)の整備、就労・社会参加支援、安全確保等の観点から、認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりのための施策が行われている。

26

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　2015/10/07

生活障害としての認知症

石川県立高松病院
北村　立

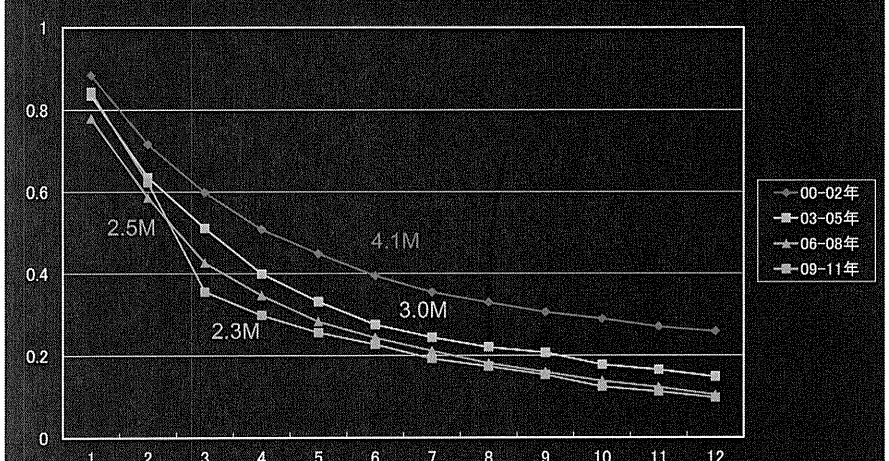
石川県立高松病院

400床　単科精神科病院

＜2つの柱＞
精神科急性期・救急医療
認知症を含む老年期精神科医療

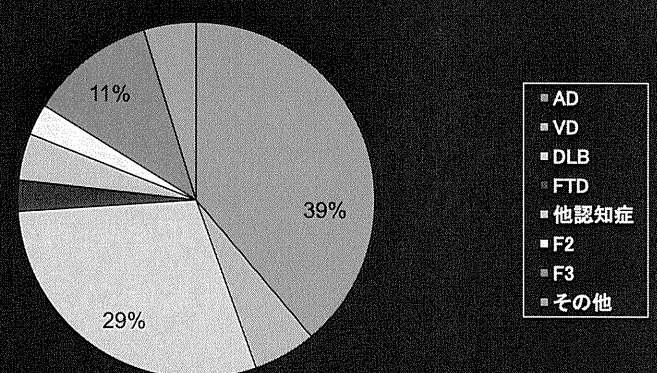
成人病棟　:5病棟　250床
高齢者病棟　:3病棟　150床

東1病棟の残存曲線



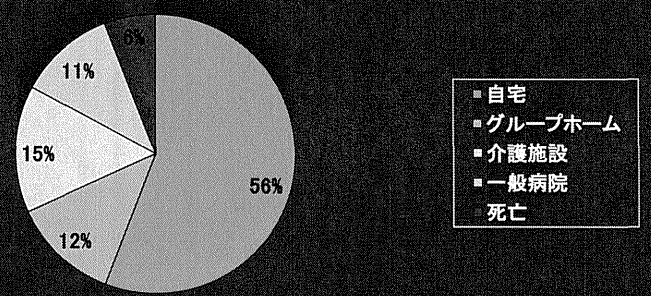
東1入院患者の診断（2012年度）

n=211



東1退院先（2012年度）

n=170



早期に自宅へ退院させるために

1. 標的症状の明確化
2. ADLの維持向上（特に移動能力）
3. 身体状況の綿密な観察
4. 適切な薬物使用　種類・量・期間
5. 再入院の保証
6. 地域との連携（ケア会議、訪問看護）

Predictors of time to discharge in patients hospitalized for behavioral and psychological symptoms of dementia.

T.Kitamura, et. al. : Dement Geriatr Cogn Disord Extra 2013; 3:86-95

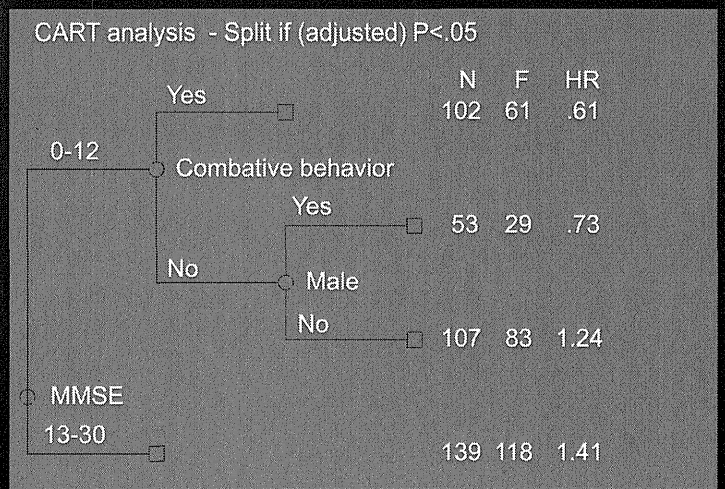
【方法】2006年4月～2009年11月の間に石川県立高松病院認知症治療病棟へ入院した患者402人（男性167人）の、年齢、診断、居所（自宅、施設など）、世帯構成、介護者、MMSE得点、N-ADL得点、入院理由、BPSDについて診療録を後方視的に調査した。自宅や地域の介護施設への退院をfavorable discharge (FD)とし、FDまでの期間とそれに与える要因をCox 比例ハザードモデル、CART分析を用いて検討した。

Multivariate Cox's proportional hazard regression for time to favorable discharge

Variable†	Hazard ratio	95% CI	*P*-value
Male	0.70	0.54–0.92	0.010
Age	1.02	1.00–1.04	0.065
Residency : Own home	1.34	1.04–1.73	0.024
Patients living alone	0.64	0.46–0.88	0.006
Caregiver : Son or daughter	0.73	0.54–0.97	0.033
MMSE score	1.03	1.01–1.05	0.000
Combative behavior	0.75	0.58–0.97	0.026

†Variables with $P < 0.10$ are listed.

Classification and regression tree analysis for time to favorable discharge



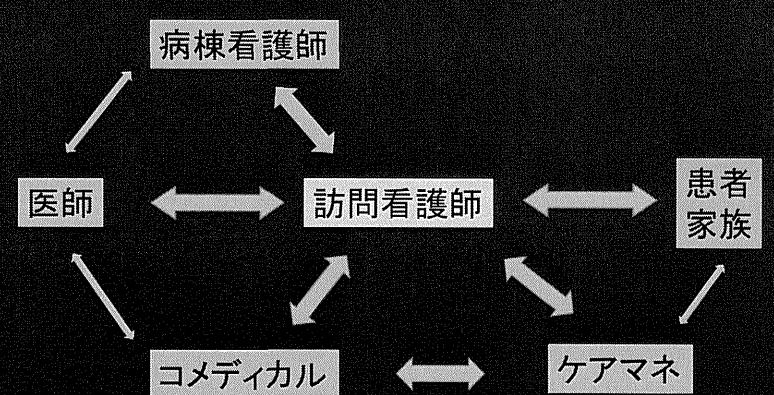
当院の認知症医療の考え方

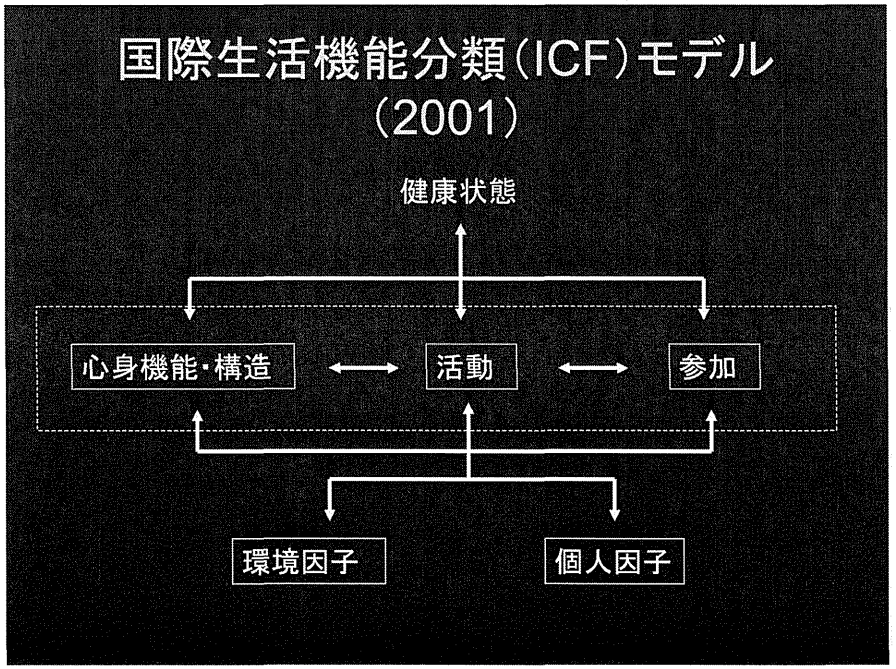
- 認知症が高度、攻撃的、男性
  - 一旦入院したら退院し難い
  - ⇒入院させたくない
  - ⇒早期からの受診推奨
- 生活機能の維持、先手先手の介護サービス
- 家族への支援
  - ⇒訪問看護
- 入院中心 ⇒ 外来中心の対応

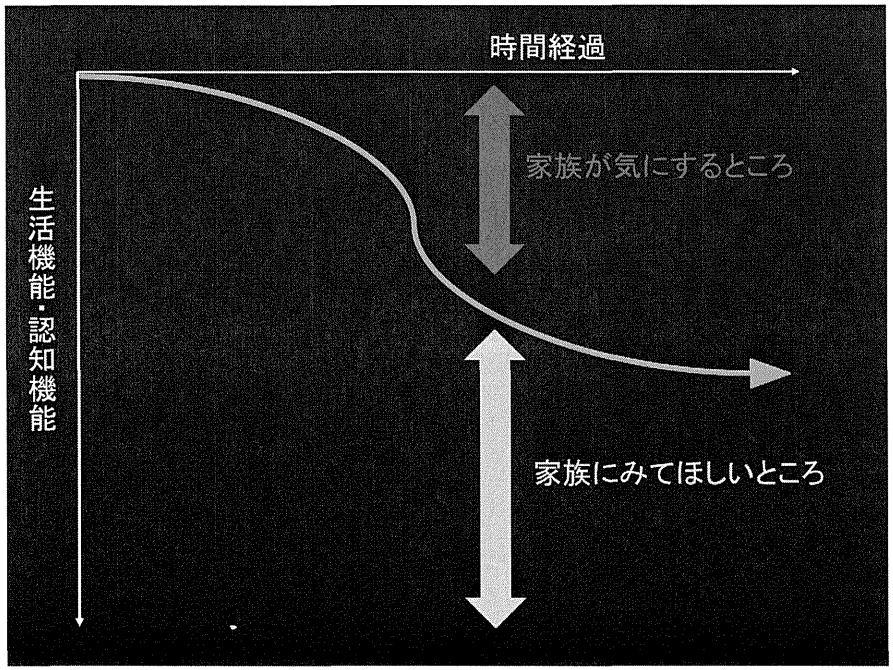
アドミラルナース（英）

- コミュニティにおいて、他の職種と協働し、認知症の人や家族の生活の質の改善を図る。特にコミュニケーションや対人関係の維持に努める
- 民間団体（Dementia UK）が寄付金で養成
- 英国で約100人
- 認知症の国家戦略が注目し、病院での採用を奨励

訪問看護師をHUBとした連携







家族の態度

- 批判や叱責は本人を動揺させる
- 「危ないから何もしなくてよい」
  役割、張り合いを奪い　自己肯定感を弱める
- 「治ってほしい」気持ちは　認知症を悪くする

認知症を診るということ

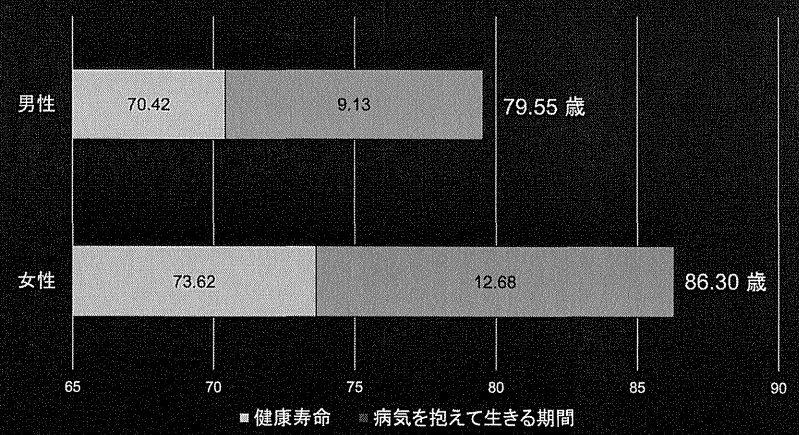
- 外来に通院することで患者さんも家族も認知症であることを少しずつ受け入れ，さまざまな生活場面で生じる支障についてアドバイスを受けながら，少しずつ生活障害の理解を深め，本人家族とも上手にこれに対応できる能力を身につけていくのである。「認知症を患った人はどのように生きて(死んで)いけばよいか」，「家族はどのように受け止めればよいか」を考え，認知症の人や家族と語らいながら診療することが大切で，検査や処方に頼った大病院的な診療は不適切である。

(北村　立:精神科医の立場からこれからの高齢者医療を考える. 自治医科大学年報第41号)

専門医の役割

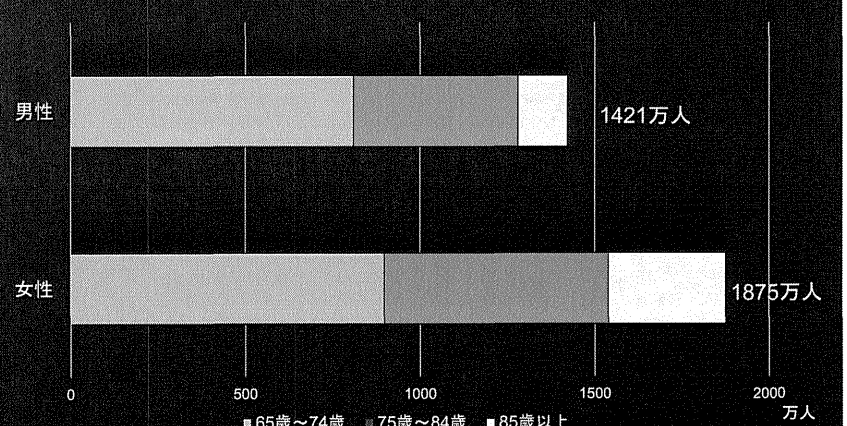
1. 正しい診断
2. 適切な治療
　本人や家族の希望をきき、その人たちの生活機能を踏まえた上で、治療方針、介護方針をたてる。当然薬物治療を行わない場合もある。長期的な視点も重要
3. 本人と家族への説明、指導
　家族への心理的なサポートは重要だが、本人の話を聴くことも重要
4. 多職種との連携

平均寿命・健康寿命の性差



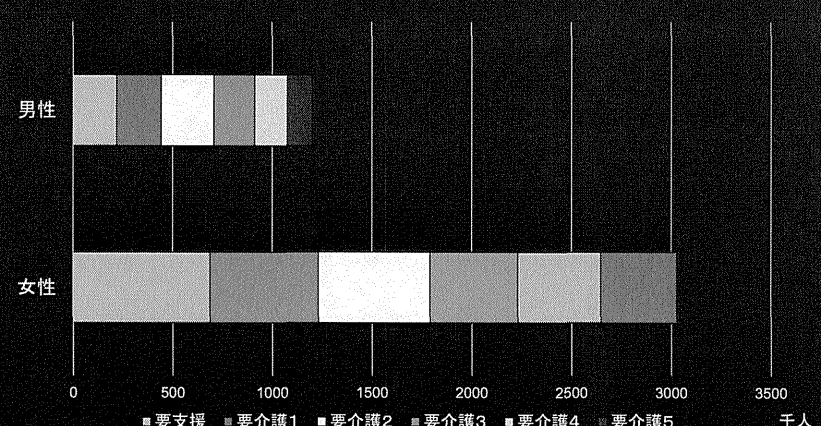
平成22年度「健康日本21」より

高齢者人口の性差



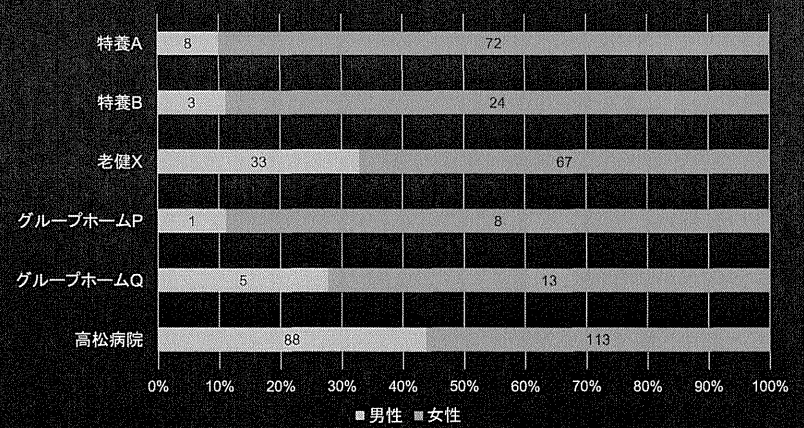
平成26年9月現在

介護サービス受給者の性差

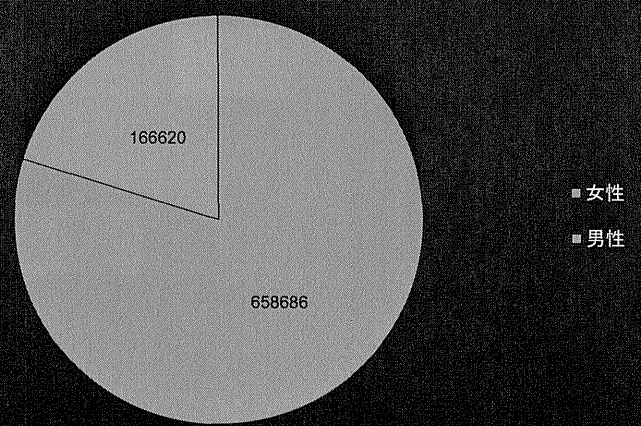


厚労省「介護給付費実態調査」（平成24年1月審査分）

施設入所者の性差



介護従事者の性差



平成22年　介護従事者調査

介護保険は女性優遇の制度

- 男性は体格・体力の面で介護の手間がかかるが、要介護認定で性差は考慮されない。
- 男性は介護サービスを利用しにくい？
  - 利用者　女性が男性の2.5倍
  - 介護従事者　80%が女性
  - 施設のベッド　圧倒的に女性が多い
- 男性向けの介護サービスを考えてみたら？

趣味ボランティア

- 訪問介護は、身体介護(ADL)と生活援助(IADLの一部)に限られている
- 家族的サポートは公的制度では得られない

クラブハウス・モデル

- 精神障害者の自助グループから発展した、精神障害者のための心理社会リハビリテーションの一方式
- メンバーとスタッフがそれぞれの責任を分担して、クラブハウスを共同で運営する
- 仲間とお互い助け合うことを通して、自信と誇りを取り戻し、地域での過渡的雇用を経て自立生活を獲得することもできる

認知症入院患者における性差の検討

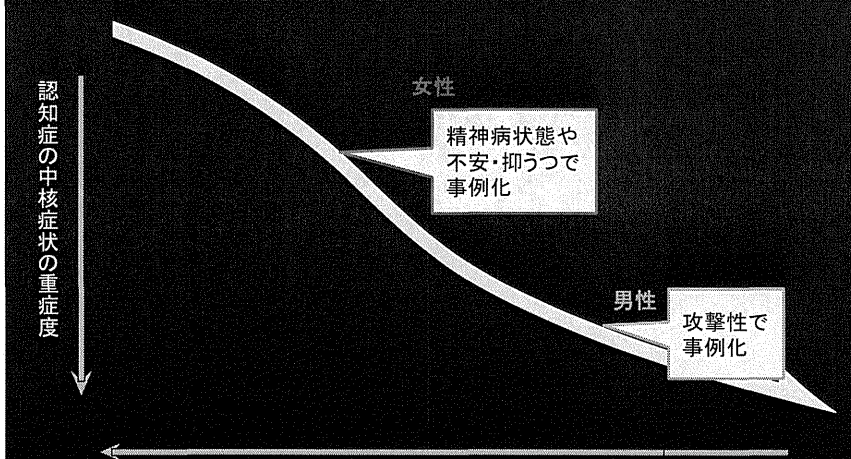
- 2006年4月1日～08年3月31日の2年間に，石川県立高松病院の認知症治療病棟へ初回入院した292人（男性122人，女性170人）の診療録を調査し、社会的背景、入院時の状態、臨床症状、経過を男女で比較
- Propensity score を用いて、年齢、入院前居所、世帯、主介護者、MMSE得点、N-ADL得点、診断をMatchingし、男性100人：女性100人で検討

Tatsuru Kitamura, et al: Gender Differences in Clinical Manifestations and Outcomes Among Hospitalized Patients With BPSD. J Clin Psychiatry73(12);1548-1554, 2012.

結果

- 男性の主介護者の56%は配偶者、女性は46%が子供世代であった。
- 男性は女性よりMMSE、N-ADL得点が低かった。
- 入院期間に差はなかった。退院先は女性がグループホーム、男性が一般病院と死亡が多かった。
- 精神症状として、女性では幻覚、妄想、うつ、不安が多く、男性は攻撃性のみが多かった。これはマッチング後も変わらなかった。

認知症の経過と精神科病院への入院



認知症の性差モデル

◆女性　　精神障害モデル
グループホーム
本人の生活支援、地域定着支援

◆男性　　終末期モデル
療養型病床
妻の心理的支援
ショートステイやレスパイト入院

超高齢入院患者の臨床的特徴

北村立他：第34回日本認知症学会学術集会. 2015.10.3.

石川県立高松病院の高齢者専用急性期病棟に2013年4月1日から2015年3月31日までに新規に入院した認知症患者235名を対象とし、その臨床的特徴を後方視的に調査した。

結果

全体の45%が超高齢群であった

超高齢群は対照群に比べ、下記の特徴がみられた

1. 男性が多い（超高齢群の68%）
2. 入院時の認知機能に差はない
3. 要介護度が高く、ADLも全般的に低い
4. 身体的治療の必要度が高い
5. NPI得点では幻覚、抑うつ、夜間の行動が多く、総得点に差はない
6. 抗精神病薬の使用頻度に差はなく、用量は低い
7. 入院期間に差はない
8. 退院先は死亡退院が多いが、自宅へ33%が退院している

考察

- 85歳以上の高齢になっても、85歳未満と同程度のBPSDがあり、精神科病院への入院が必要なケースが多く存在する
- しかも彼らはADLが低く、身体的治療の必要度も高いので、一般病院でも精神科病院でも介護施設でも対応が困難な一群である
- いわゆる循環型医療介護連携の仕組みを考えた場合、精神科病院における身体合併症対応能力を高めるか、特養ホームでの医師の常勤を考えるのが効率的と思われる。
- 今回の結果で男性が多かったことは注目すべきである。介護施設での受け入れには明らかに性差があるので、これからの高齢者施策においては性差を考慮する必要がある。
- 単施設の調査なので、今後は施設数、症例数を増やして検討する必要がある。

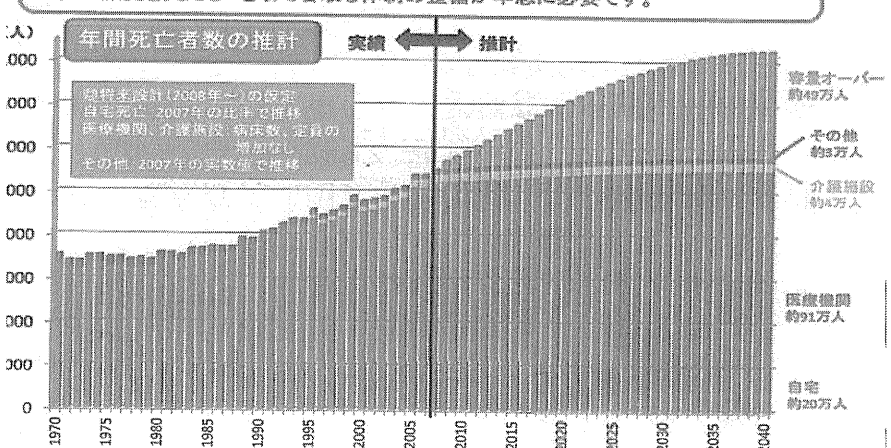
地域とともに生きるを支援

地域包括ケアイノベーションフォーラム

NPO法人　たんがく
理事長　樋口千恵子

今後の日本は「高齢・多死社会」

●今後の日本は「高齢・多死社会」を迎えます。
●医療機関や介護施設のベッド数は、今後大きく増える見込みはありません。
●在宅療養を支える・地域で看取る体制の整備が早急に必要です。



央社会保険医療協議会（平成23年5月18日）資料「わが国の医療についての基本資料」
07年までは「人口動態統計」、2008年以降は「将来人口推計」に基づき、推計

1

自己紹介

昭和51年　昭和大学医学部付属看護学校　卒業
　　看護師免許　取得
昭和52年　神奈川県立看護教育大学校保健学科卒業
　　保健師免許　取得
　　京都西陣健康会 堀川病院 居宅療養部
昭和55年　北野町役場　健康課
平成17年　久留米市役所　長寿介護課
平成20年　久留米市保健所　健康推進課
平成22年　NPO法人たんがく　理事長

事業の紹介

平成21年から畑作業事業をスタート

目的：知的障害児と共に畑での農作業を行い、達成感・生産活動の喜びを育成。

平成23年1月から地域介護事業をスタート

- 訪問看護事業：訪問看護ステーションたんがく
- 居宅支援事業：ケアプランセンターたんがく
- 訪問介護事業：ヘルパーステーションたんがく
- **在宅ホスピス事業：ホームホスピスたんがくの家**

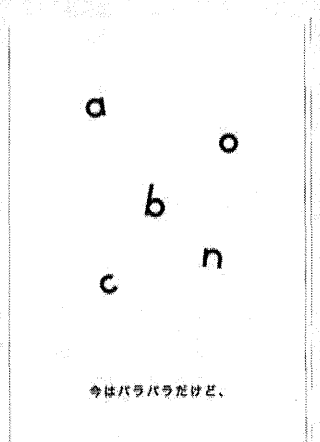
ホームホスピス『たんがくの家』

- 保健師・看護師・理学療法士・介護士による、その方が“自分らしく生ききる”ための 終末期ケア（end of life）
- “たんがく『田楽』”とは、福岡県南部八女地方の方言で『蛙』の意味。
- 私達は、お年寄りから子供まで地域の方々と楽しく、わいわい、がやがや語り合う場にしたいと考え『たんがく』と名付けた。

地域との協働事業

- 平成22年度
- トヨタ財団財団地域社会プログラム
- **“応援するばい！あなたの命、**
- **わたしの命、みんなの命！”**
- ～ホームホスピス事業を通して支え合うコミュニティづくり～

全国791件の応募中37件に採択



banco

そろって、集まって

一つになって、大きな縁台を作ろう

誰が欠けてもいけない

みんなが必要とされるコミュニティ

そうやって、

誰かの笑顔を育てるコミュニティ

banco no kai

たんがく 畑

14

地域のみなさんとＰＣ教室

たんがくの畑で収穫した大豆でご近所さんと味噌つくり

複合型サービス上村座　誕生！

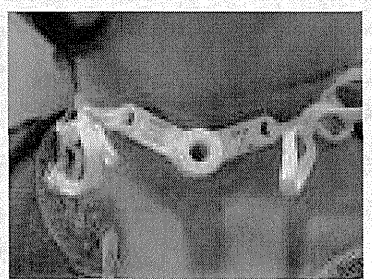
平成25年4月　開業

【上村座の由来】

この地で、20年来開催されている「美婆会」開催時に掲げられていた看板。もともとこの地域は、上津町上村（かみつまちかんむら）と呼ばれ、上村の方々が楽しく集うところという意味を込め上村座とされたそうです。今回、その意の継承と活動への敬意を込め地域密着複合型サービス開業にあたり、上村座のお名前を使わせていただくものです。

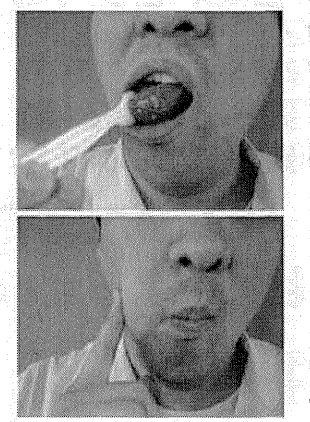
医療処置を利用している方

- 胃瘻、気管切開、カテーテル類の交換



リハビリが必要な方

- 飲み込みの訓練、車いすへの移動、歩行訓練



褥瘡（床ずれ）などがある方

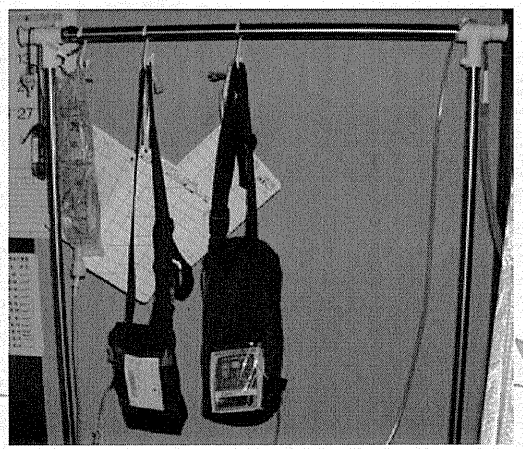
- 創傷の処置、悪化の防止

認知症の方

- 生活リズムの調整、認知症状への看護や介護相談

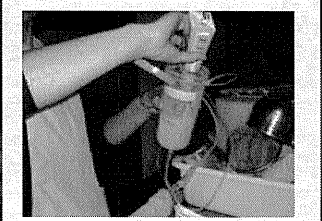
終末期の方（がん、老衰）

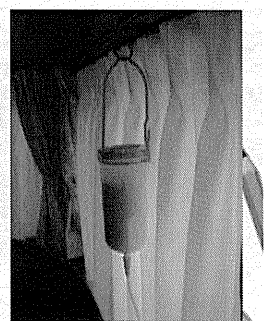
- 苦痛の緩和、精神的な支援、看取り

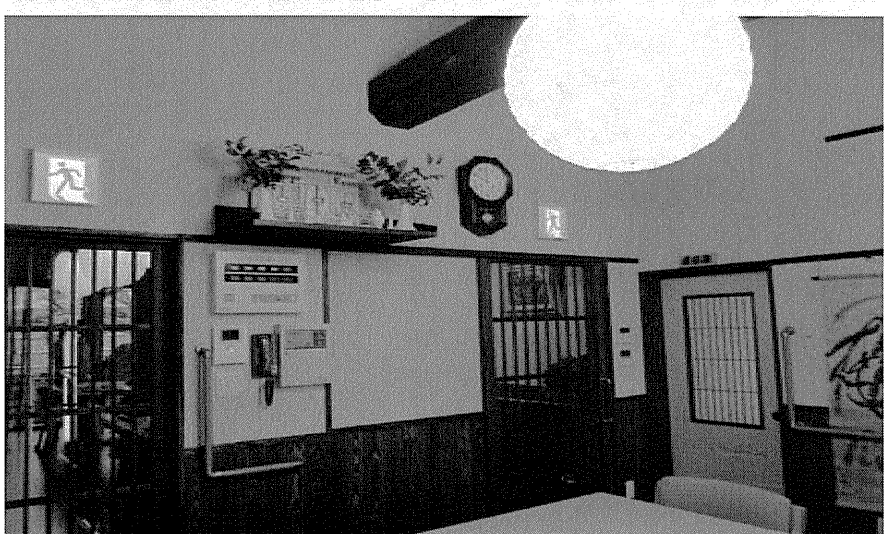


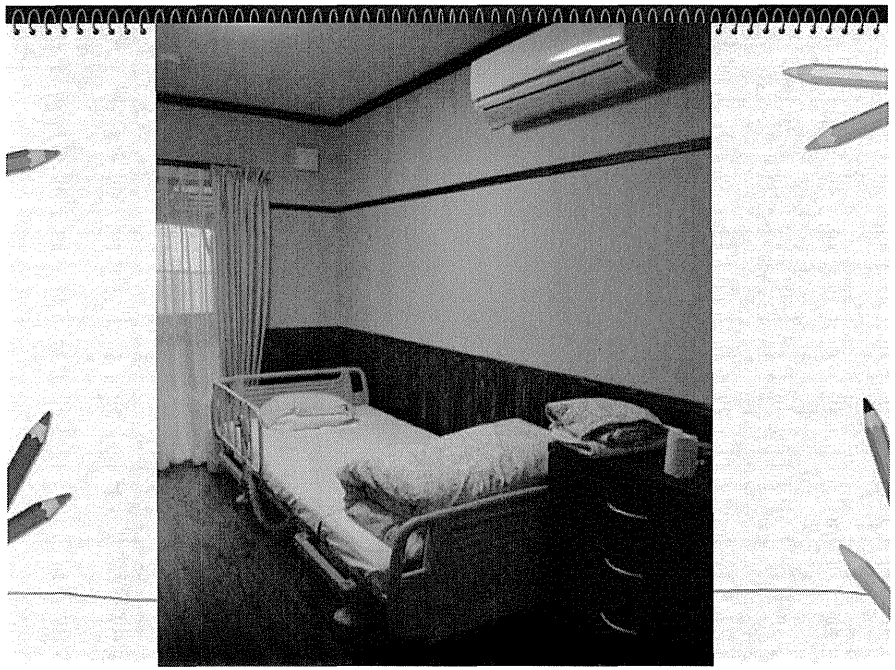
ご家族や介護者の方

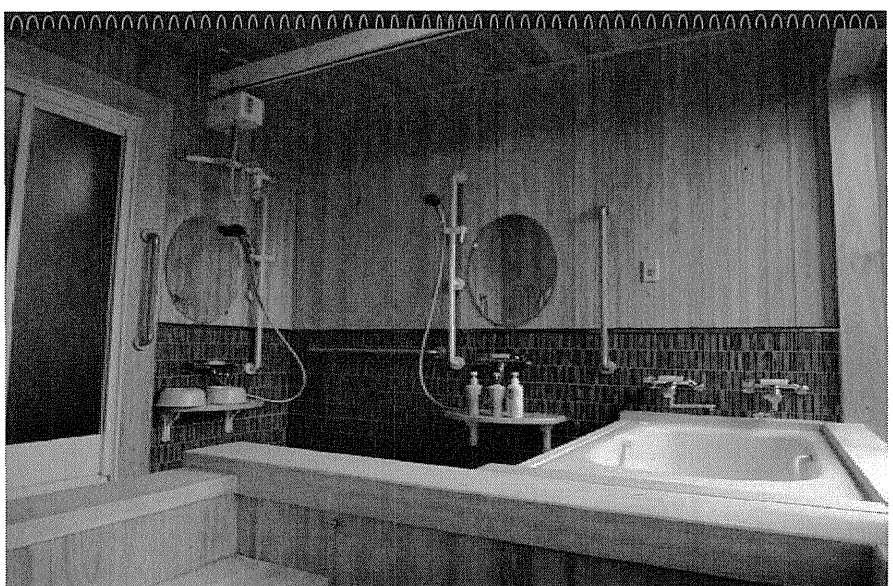
- 医療機器の取り扱いや介護の指導、相談、精神的な支援

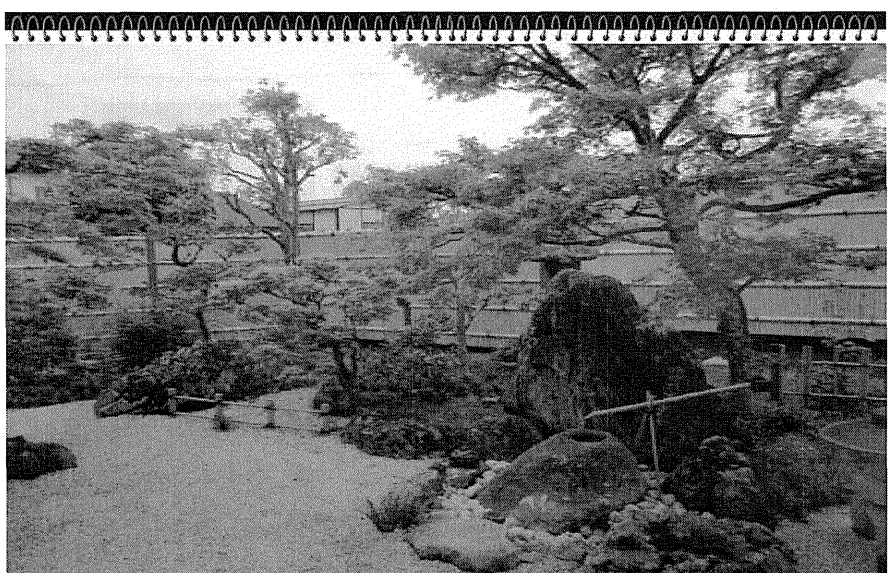












ちょっと
お茶
駄菓子
野菜
アイス

夏緑

地域交流拠点

ちょっとよってていかんの（久留米市上津1丁目）

楽

老若男女がふれあう場

2013年9月12日　西日本新聞

みんなで見守らにゃ！

事例1：８５歳 女性　アルツハイマー型認知症
独居、元美婆会メンバー
忘れものが多く、家事ができなくなり
家の中が散乱、火の消し忘れが多い。
攻撃的。

事例2：86歳 男性　認知症？、うつ病？
独居、玄関前の狭いところでゴミを燃やす。

記念講演会の前座①

美婆会によるコーラス
→

↓美婆会と保育園児による合唱