

# 認知症医療介護推進会議 第1回連携推進ワーキンググループ 議事次第

日 時：平成29年10月23日（月）

16:00～19:00

場 所：ステーションコンファレンス東京  
5階503

## 1. 開 会

## 2. 議 事

当事者および家族からみた医療介護の連携の課題について

## 3. 閉 会

### 【配布資料】

- 各委員から提出していただいた資料
- 新オレンジプランの7つの柱
- 事務局整理資料
- 第5回認知症医療介護推進会議議事録(概要)

## 認知症の本人からの提案

～どこで暮らしていても、尊厳と希望をもってよりよく暮らしていけるために～

一般社団法人日本認知症本人ワーキンググループ（JDWG）

1. 「本人の意思の尊重」を率先して実行を
  - 「認知症の人の意思を尊重」「認知症の人の視点の重視」が新オレンジプラン（認知症施策推進総合戦略）で掲げられています。その方針が地域社会に浸透して実現されていくよう、専門職としての医療と介護が率先してそれらを実行し、そのための連携であってほしいです。
  
2. 「本人とともにつくる」医療と介護に
  - 「意思の尊重」を標榜していても、実際はそうではないといった声が本人から多数あがっています。
  - 「意思の尊重」を具体的に実行するには、医療・介護の取組みを「本人抜きで進めない」ことの徹底が必要です。医療や介護の一方的提供ではなく、何をする際にも「本人とともに」をこれからの医療・介護の活動原則として掲げてほしいです。
  - 「認知症の人は無理」と見なさず、認知症に関する医療や介護のどんなテーマや取組みでも、「企画(プラン作成)の段階」から私たちを加えてください。
  - わかりやすく説明してもらえれば、私たちもわかります。わかれば、やりたいことや意思を表せます。「わかりやすく」する工夫や意見を出せるためのプロセスを大事にしていきたいです。
  - 本人の意見や講演を聞いておしまいではなく、話し合いを重ね、信頼関係を築きながら、本人にとって本当に役立つこと、これからの社会全体にとって真に価値あることを一緒に創っていくメンバーとして私たちを入れて下さい。
  - 本人参加のやり方を、国レベルで率先してやり、そのスタイルを都道府県や市区町村の医療・介護の関係者にモデルとして示してほしいです。

### 3. 偏見を解消して、一人ひとりが自分ごととして

- 認知症についての正しい理解は少しずつ進んできています。
- しかし、「認知症」の知識を知っても、偏見が根強く残ったままの医療・介護の専門職が少なくありません。
- 認知症として、またその診断名、症状で本人をひとくくりにしないでください。
- 専門職一人ひとりが、自分ごととして考え、真剣に取り組んでほしいです。

### 4. 問題対処ではなく、よりよく暮らせるための医療・介護に

- 医療や介護は何を目指して実践・研究するのか、その目標を、(表面的な)問題対処ではなく、私たちが「よりよく暮らせること」にしっかりと照準を定めてください。
- 「よりよく暮らす」ことを目標にすることで、医療と介護の連携の実質が向上し、価値が高まると思います。

### 5. 全国どこでも、本人が必要とする医療・相談等に確実につながる流れ(仕組み)を

- 早期診断・治療が推進されるようになりましたが、暮らしている身近な地域で、本人が安心して受診ができわかりやすい(やさしい)説明を受けながら納得して治療を受けられるようには、まだまだなっていません。
- 専門医療機関はもちろん、地域にあるすべての医療機関が、本人や家族にわかりやすく(やさしく)適切な対応をできるようになる実践的な研修等を拡充してください。
- 受診し診断を受けたものの、その後をどのように暮らしていったらいいのか、本人がその後の暮らし方について具体的に相談できる人につないでもらえず、まだまだ力のあたる初期の時期に、絶望してひきこもったり、諸制度やその地域にある支援を知らないまま、生活や心身の具合が一気に悪くなってしまった無念な体験をしている人がたくさんいます。
- 私たちには、診断・治療、ケアと同時に親身になって話しを聴いてくれ、話し合いながら一人ひとりにあった制度や支援をつないでくれる存在が不可欠です。
- 私たちが希望を失わず、その後をよりよく暮らしていけるために必要な医療や相談、介護に確実につながれるよう、各市町村で本人の話しをよく聴きながらそれぞれの市区町村なりの流れ(しくみ)を丁寧に作っていくことを、医療・介護専門職が働きかけて下さい。

#### <日本認知症本人ワーキンググループについて>

認知症の本人をメンバーとし、認知症の人と社会のために認知症の人自身が活動していく日本初の独立した組織として、平成26年10月14日に発足しました。海外で先駆的な活動を進めている各国の「認知症ワーキンググループ」と連携し、国内の認知症関連の諸団体と友好的な関係を築きながら、認知症とともによりよく暮らしていける地域社会を築いていくための提案や活動を行っています。

(平成29年9月29日、一般社団法人へと移行しました。)

問合せ先:一般社団法人 日本認知症本人ワーキンググループ 事務局

メール:[contact@jdwg.org](mailto:contact@jdwg.org) ホームページ:<http://www.jdwg.org>



## 新しい施策を進めていくにあたっての連携推進の課題、論点

日本認知症ケア学会理事長／和光病院院長 今井幸充

### I 連携推進の課題

1. 1998年WHOが提案した「健康の定義の修正案」に基づき、認知症の人の健康生活を考えると、『認知症の人が病気ではないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、スピリチュアル的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた躍動的な生活を送ること』である。これからの認知症施策においては、認知症の人の「健康生活の創生」を課題とする。
2. 医療介護連携の課題には、①家族や地域と共に生活することの支援、②介護施設等で質の高い生活を送ることの支援、③PBSDを軽減するための速やかな医療的介入と環境調節のための支援。これらの課題の方略を示し、具体的な行動目標に基づいてその活動を推進する。
3. 認知症は、進行性の慢性疾患であるので、その進行過程において、家族を含めた介護支援の方法が異なる。軽度認知障害からターミナルまでのそれぞれのステージに即した継時的な支援のあり方を提言する必要がある。それには、家族を含めて、多職種との連携を念頭に置いた認知症の人のためのエンド・オブ・ライフ・ケア（EOL）の推進と、その方法を確立する。

### II 連携推進の課題解決のための方略と論点

- 認知症の人の健康生活を具体的に定義する。そして、健康生活を支援するための多職種連携の具体的な方略を提案する。

（論点1）これまでの障害者支援に視点を置いた施策の考えから、認知症になっても健康な生活を送るための方略とその実践のために、家族、地域、専門職の連携の在り方について議論する

（論点2）新オレンジプランの7つの課題の中の「やさしい地域づくり」「認知症の人やその家族の視点の重視」に注目し、これまでの活動成果を整理する。そこから、認知症の人の健康生活に欠かせない身体健康支援、精神生活支援、社会活動・参加支援の方略を見直す。



- 「スピリチュアル的に満たされた躍動的な生活」とは何かを提言する。そのためには、認知症の人の精神性に視点を置いたケアの教育、実践を提案する。

(論点1) 認知症の人の生きている意味や課題についての関心や懸念に関わっていくケアとは何かを議論し、スピリチュアルケアの実践力向上の戦略について議論する

- 上記課題2で示した医療介護連携の3つの課題について、これまでの認知症施策の成果も踏まえて、新たな制度作りを議論する。

(論点1) 住み慣れた地域の社会資源と、医療介護福祉専門職との連携構築に関し、これまでの施策の成果を整理し、地域主体の連携システムを提案する。例えば、オレンジカフェ、地域ケア会議、認知症初期集中支援事業等の活動から、その課題抽出と連携推進効果を整理し、地域活動を主体とした多職種連携と、その拠点を明確にしたシステムを提案する。

(論点2) BPSDに関わる医療と生活支援のあり方につて、これまでの施策の成果を鑑みながら議論する。特に医療保険と介護保険の狭間は、医療職と介護職両者のスムーズな連携の足かせとなっているか否かを議論し、保険制度の抜本的な見直しも視野に入れ議論する。

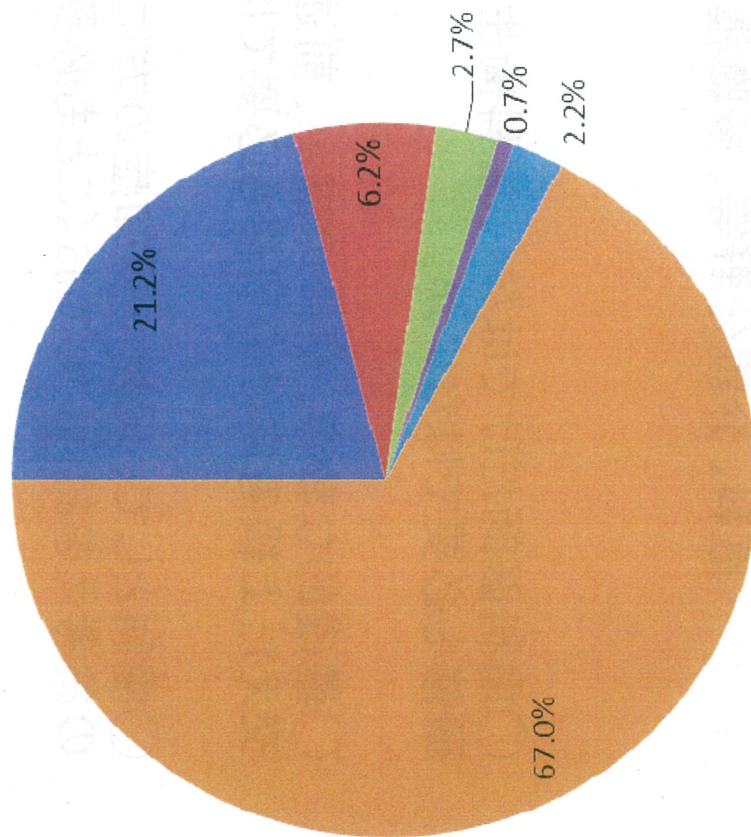
(論点3) 介護施設入所者の医療保険利用の課題として、上記と同様な医療保険・介護保険の両者のスムーズ利用（混合保険制度）を考慮すべきである。

- 認知症の人のエンド・オブ・ライフ・ケア（EOL）の実践方法を明確にし、生涯渡って生活支援を継続できるシステムを確立する。

(論点1) EOLの課題、その方法論を議論し、生涯にわたっての認知症の人の支援について議論する。EOLの実践には、家族介護者の援助なくして実行不可能であると同時に、家族の精神負担や経済負担を念頭に入れた **Advance care Planning** が欠かせない。

## 認知症対応力向上研修受講者アンケート集計結果(概要)

○認知症を疑った事例で相談等を行いましたか？



- 1. 他者に相談等した⇒具体的な相手先家族
- 1. 他者に相談等した⇒具体的な相手先ケアマネジャー
- 1. 他者に相談等した⇒具体的な相手先かかりつけ医
- 1. 他者に相談等した⇒具体的な相手先サポート医
- 1. 他者に相談等した⇒具体的な相手先その他
- 2. 何もしなかった

## 医科、介護分野等、多職種連携に向けた課題整理(案)

- 歯科医師だけではなく、歯科衛生士等はもちろん、多職種連携を踏まえた研修も必要ではないか。
- 基礎的な教育、研修のほか、前述の多職種連携を考慮する等、より実践を交えた上級者向けの研修も必要ではないか。
- 歯科として、現場で認知症の方に接していらっしゃる医科、介護分野の方々のお考えをお伺いしておくことも必要ではないか。



## 認知症対応型共同生活介護（口腔機能の管理①）

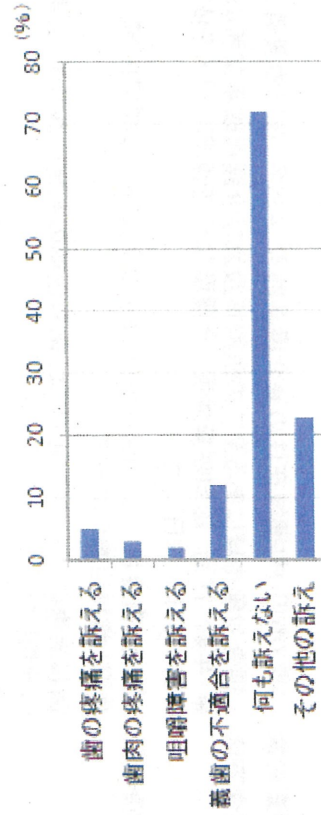
- 認知症高齢者本人による歯や口腔の問題の訴えは少ない一方、歯科専門職のアセスメントでは歯科的な問題を抱えている者が多くいる。
- 認知症の重度化等により歯磨きの介助が必要になった利用者や義歯の清掃状態が不十分な利用者は、発熱の既往の割合が高い傾向にある。

対象：11都道府県の認知症高齢者グループホーム23施設の利用者381名（男性75名、女性274名、平均年齢83.1歳）

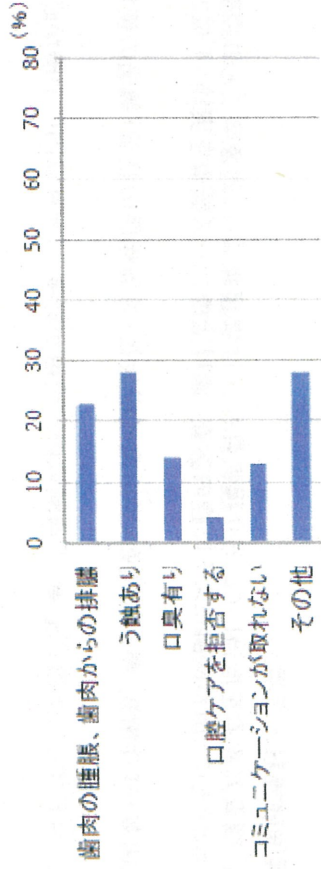
方法：全身的项目を施設職員が確認、歯科的项目を歯科衛生士が口腔内状況等を確認（調査期間平成16年9月～平成17年2月）

発熱の有無については、調査前6ヶ月間の状況。

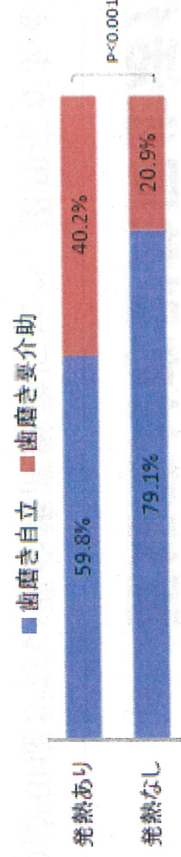
本人による歯や口腔の問題の訴え（複数回答）(n=321)



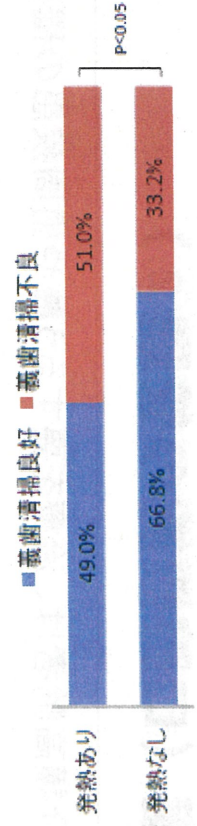
歯科衛生士のアセスメントによる歯や口腔の状態確認（複数回答）(n=329)



歯磨きの自立と発熱の有無



義歯清掃状態と発熱の有無



出典：日本歯科衛生士会「痴呆性高齢者の口腔ケアに関する調査及びマニュアル作成事業調査報告」平成17年3月



## 認知症対応型共同生活介護（口腔機能の管理②）

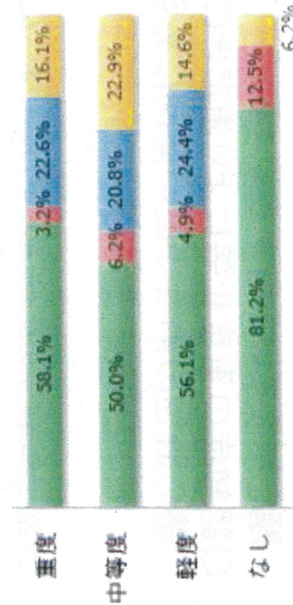
○認知症がない要介護高齢者に比べ、認知症がある要介護高齢者は、治療を要するう蝕や歯周疾患の罹患率が高く、義歯の使用の必要性についても高い傾向がみられる。

調査対象 A県Y市旧O町圏域在住の要介護高齢者 425名（在宅療養者、介護保険施設入所者）

調査方法 調査対象地域にある全ての医療施設及び介護保険事業所の職員（調査対象者を担当している介護職員もしくは看護職員）に対象者ごとの調査票（年齢、性別、認知症重症度、介護度など）を配布し記入を依頼するとともに、歯科医師による口腔内診査、歯科治療ニーズ調査を実施（平成24年3月13日～17日）した。

調査項目 認知症重症度：Clinical Dementia Rating(CDR)、口腔内診査（機能歯数・残存歯数・要治療歯数・歯周疾患の状況・義歯の使用状況、歯科治療のニーズ）  
 歯科治療のニーズについては、歯科医師の判定に基づき、必要なし、今日すぐに治療が必要、1週間以内に治療が必要、1ヶ月以内に治療が必要に分類した。

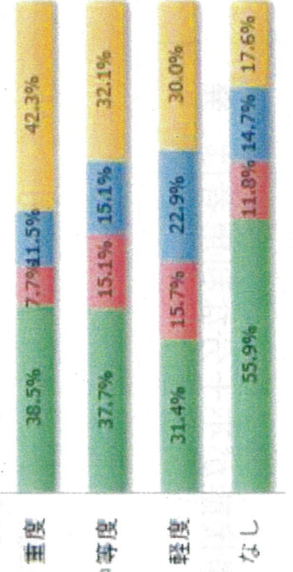
### う蝕×認知症重症度



### 歯周疾患×認知症重症度



### 義歯×認知症重症度





## 認知症対応型共同生活介護（口腔機能の管理③）

- 協力歯科医療機関と連携した口腔衛生管理に取り組んでいる認知症対応型グループホームの利用者は、平均機能歯数が多く、食事形態についても常食の割合が多かった。
- 協力歯科医療機関の歯科専門職から入所者の口腔内状態に応じた個人単位の口腔ケアの方法について介護職員が助言指導を受けている認知症対応型グループホームの利用者は、口腔衛生状態が良好であり、口腔軟組織の炎症も少なかった。

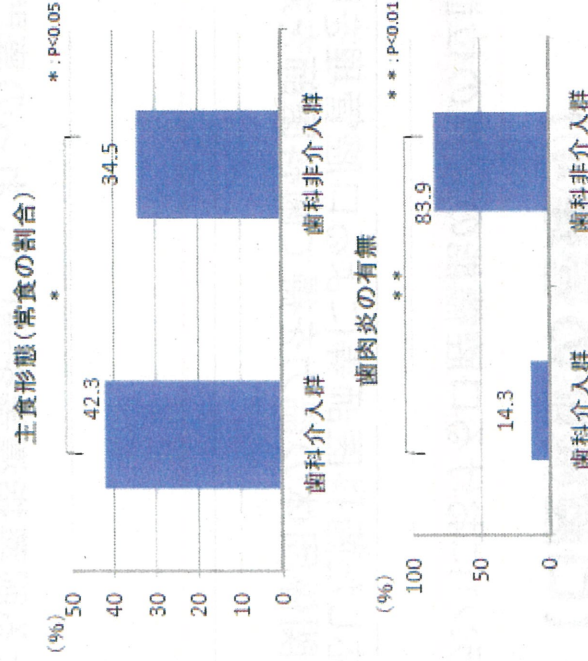
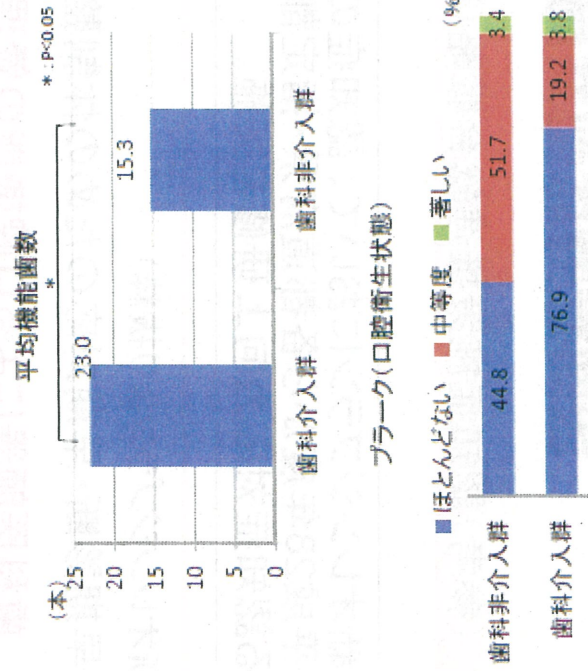
対象：A県及びB県の認知症高齢者グループホーム15施設の利用者84名（要介護4以上の男性11名、女性73名、平均年齢86.6歳、）

方法：食事情報等の基礎情報については施設職員から取得、口腔関連項目については歯科医師による対面調査（調査時期：平成27年2月）

協力歯科医療機関介入群：歯科医師による定期的な入所者全員の口腔内状況の確認、入所者個人毎の口腔ケアについて職員へ助言指導

その他（定期的な訪問歯科診療等）

協力歯科医療機関非介入群：主訴があった場合の歯科治療対応のみ



出典：平成28年度老人保健健康増進等事業「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）等における認知症高齢者に対する適切な口腔ケア及び経口維持支援のあり方に関する調査研究事業」



## 認知症対応型共同生活介護（口腔機能の管理④）

（参考）認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）における口腔機能の管理の位置づけ

- 新オレンジプランにおいて、認知症の人の状況に応じた歯科医師等による口腔管理を明記。
- 平成28年度から各道府県・指定都市において、関係団体の協力を得て歯科医師を対象とする認知症対応力向上研修を実施。

（新オレンジプランより抜粋）

### 【早期診断・早期対応のための体制整備】

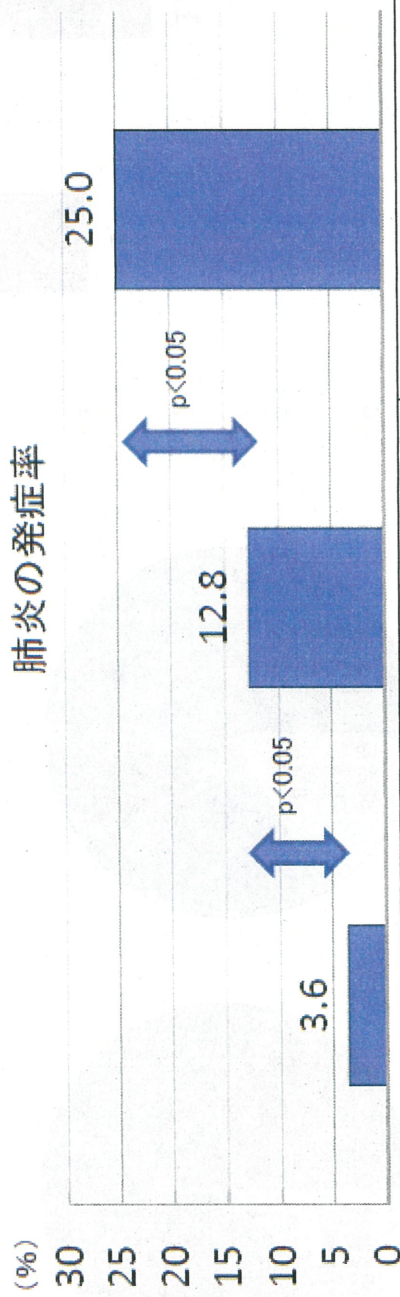
**歯科医師等による口腔機能の管理**や薬剤師による服薬指導等を通じてこれらの専門家が高齢者等と接する中で、認知症の疑いがある人に早期に気付き、かかりつけ医等と連携して対応するとともに、その後も**認知症の人の状況に応じた口腔機能の管理**や**服薬指導等を適切に行うことを推進する。**

歯科医師向け認知症対応力向上研修事業	
実施主体	各道府県・指定都市 （事業運営の一部を適切な事業運営が確保できると認められる関係団体等に委託することができる）
研修対象者	各道府県及び指定都市管内で勤務（開業を含む）する歯科医師
標準カリキュラム	1) 基礎知識(30分) 2) かかりつけ歯科医師の役割(90分) 3) 連携・制度(90分)
その他	・本事業の実施に当たっては、認知症歯科医療に精通した歯科医師等の協力の下行うものとする。 ・研修受講者の募集に当たっては、各道府県歯科医師会、関係団体等の協力を得て行うものとする。



## 歯科専門職の評価に基づく口腔衛生管理の効果

○介護保険施設入所者に対し、歯科医師または歯科衛生士の評価に基づく口腔ケア・マネジメン  
ト及び歯科衛生士による週1回の専門的口腔ケアを組み合わせた実施群が、介護施設職員によ  
る口腔ケア群に比べて、肺炎の発症率が低かった。



	歯科専門職による介入群A	歯科専門職による介入群B	介護施設職員による口腔ケア群
歯科医師または 歯科衛生士の評 価に基づく口腔 ケア・マネジメン	○ 口腔ケア・マネジメントを実施した2施設 に入居する高齢者のうち、無作為抽出 した28名(平均年齢82.8±8.4歳)	○ 口腔ケア・マネジメントを実施した2施設 に入居する高齢者のうち、無作為抽出 した30名(平均年齢84.1±10.44歳)	○ 歯科専門職の介入のない3施設に入居 する高齢者のうち、無作為抽出した40名 (平均年齢84.8±6.1歳)
歯科衛生士によ る専門的口腔 ケア(週1回)	○	○	-
介護施設職員に よる日常的口腔 ケア	○ 介護施設職員は歯科衛生士によ る口腔ケアの指導に基づき口腔ケ アを実施	○ 介護施設職員は歯科衛生士によ る口腔ケアの指導に基づき口腔ケ アを実施	○

東京都内の介護老人福祉施設(5施設)に入所してい  
る高齢者290名から抽出し  
た対象者を、口腔ケア・マネ  
ジメント及び歯科衛生士に  
よる専門的口腔ケア、介  
護施設職員による日常的口  
腔ケアの実施状況により、  
歯科専門職による介入群A  
とB、施設職員による口腔ケ  
アを実施した群に分け、3  
年間(H18年4月～H21年3  
月)にわたる肺炎の発症の  
有無を比較した研究

※口腔ケア・マネジメント:  
歯科衛生士が個々の対象  
者の口腔内状況などをアセ  
スメントし、アセスメント結果  
に応じた口腔ケアプランを  
立案し、多職種共同で口腔  
ケアを実施すること

出典: 福井智子、菊谷 武ほか: 介護老人福祉施設における口腔ケア・マネジメントの効果—肺炎発症を指標として(日本老年歯科医学会誌, 24: 158-159, 2009.)



## 要介護高齢者の低栄養リスクと咀嚼機能（咬合支持の有無）との関係

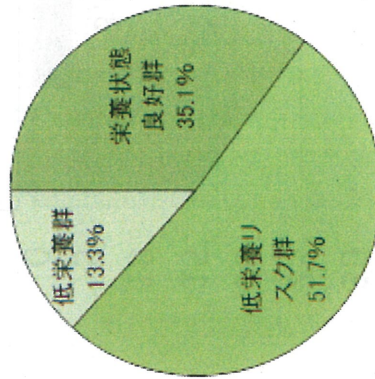
- 在宅療養中の高齢者のうち、低栄養および低栄養リスクであった者は64.9%であった。
- 天然歯咬合群に比べて、義歯咬合群は1.70倍、咬合なし群は3.19倍低栄養リスクが高かった。

対象：在宅で療養中の要介護高齢者716名（男性240名、女性476名、平均年齢83.2±8.6歳）

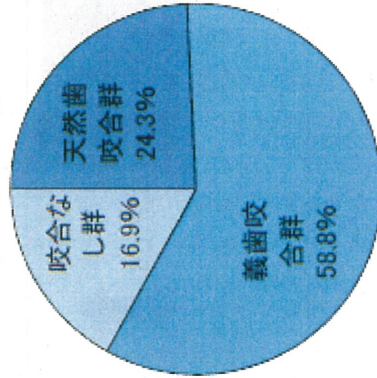
栄養状態：MNA-SFを用いて評価 ①栄養状態良好群 ②低栄養リスク群 ③低栄養群

咬合状態：①天然歯咬合群：天然歯で咬合が維持されている群 ②義歯咬合群：義歯により咬合が維持されている群  
③咬合なし群：義歯もなく咬合が維持されていない群

栄養状態

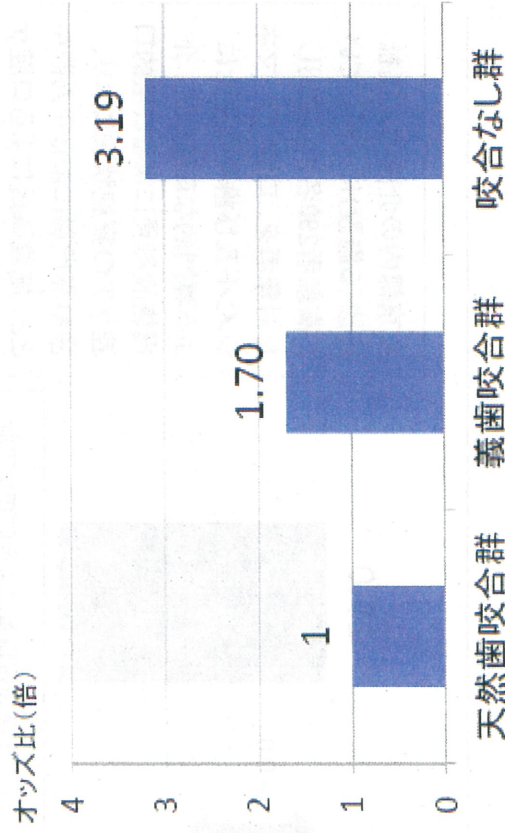


咬合状態



- ・在宅療養中の高齢者のうち、低栄養および低栄養リスクであった者は64.9%であった。
- ・咬合支持については、75.7%が天然歯による咬合支持を失っており、16.9%は義歯もなく咬合が維持されていない状態であった。

低栄養のリスクと咬合状態の関係



- ・天然歯咬合群に比べて義歯咬合群は、1.70倍(95% CI: 1.01-2.86)、咬合なし群は、3.19倍(95% CI: 1.44-7.08)低栄養リスクが高かった



## 連携推進の課題・論点について

公益社団法人日本薬剤師会  
常務理事 有澤賢二

タイトル	課題
<p>地域における薬剤師・薬局の活用について</p>	<p>薬局の薬剤師は、薬に関する専門的な知識の上で、地域住民の生活や心身のコンディションに接する職種であり、また、地域住民の様々なライフスタイルに応じた接点を持つ機会がある。そして、薬局は地域保健の拠点としての役割を担っている。</p> <p>しかしながら、薬剤師・薬局の活用が進まない課題として、以下の問題が挙げられる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○「地域ケア会議」や「初期集中支援」への十分な参加の機会がないこと。</li> <li>○新オレンジプランに示された認知症対応力向上研修の達成に向けて全国で事業展開を行っているが、取組については地域差があること。</li> <li>○認知対応について多職種連携を交えた研修が望まれるが、これらにも開催頻度や内容に地域差がある。</li> <li>○薬物療法を継続するための多職種との連携の方策を、具体的に示すことが必要（地域の資源や実情が異なることも踏まえ、いくつかのケースごとに示すべき）。</li> <li>○特に初期症状の段階で専門医に繋ぐ事に時間がかかる事例が多い。専門医が偏在あるいは少ないまたは情報が共有されていない。</li> <li>○老々世帯、独居等の場合、服用コンプライアンスがかなり低下する事例が多く、薬剤師の介入が改善に繋がると思われるが、多職種間での薬剤師の活用に対する認識に差がある。</li> <li>○服用薬の種類が多いほど副作用、BPSDの発現、認知機能の低下の可能性が高くなる事から、特に認知症患者にあっては服用薬の継続的・一元的把握が必要であるが、その周知・啓発が不足している。</li> </ul>

公益社団法人 全日本病院協会（西澤委員）

## 連携推進ワーキンググループの課題と論点

### 課題 1. 認知症を持った患者の入院時の情報共有

#### （論点）

認知症を持った方が医療機関に入院した場合、その方のご自宅でどのような日常生活をされていたか等を把握するうえで、利用していた介護事業所等からの情報や、ご家族はもちろん、民生委員等をはじめとする地域住民からの情報が有効。しかし、現状では医療、介護の共通のアセスメントシートなど明確な物は無く、あったとしても一部の地域の医療、介護機関の努力により使用されているのが現状。入院時にも活用できる、医療と介護で情報を一元化した仕組みの構築が必要。

### 課題 2. 認知症を持った入院患者の在宅復帰・退院支援

#### （論点）

認知症患者では入院が長期化すれば ADL・認知機能への悪影響が懸念。

一方、地域での受け入れ態勢などから退院困難となることがあり得る。

入院当初から退院後を見越した退院支援が必要。

入院中からケアマネージャー、地域の介護・福祉スタッフ等との情報の共有化と協議の仕組みが必要。（退院時カンファレンスも含む）

認知症医療介護推進会議 連携推進ワーキンググループ

公益社団法人日本認知症グループホーム協会会長 河崎 茂子

○連携推進の課題、論点

タイトル	議論すべき主な内容（課題）
全国に 900 万人以上いる認知症サポーターを医療と介護の連携場面で活躍してもらおうようにしてはどうか。	早期診断・早期対応のためには認知症の疑いがある人に早期に気付いて適切に対応していくことができるような体制の構築が必要であるが、認知症サポーターが認知症カフェや他職種連携の場に参加する機会を増やすなど、医療と介護の連携場面に積極的に参加できる取組みを進めていくことが必要ではないか。



新しい施策を進めていくにあたっての連携推進の課題・論点等

一般社団法人日本介護支援専門員協会  
会 長 柴口 里則

タイトル	議論すべき主な内容（課題）
認知症初期集中支援チームの整備と有効活用について	全国にまんべんなく整備するためのさらなる促進と、アウトリーチによる支援の効果的手法の標準的促進を図る必要があるのではないかな。
若年性認知症者の社会参加の場作りの整備について	若年性認知症者は介護保険の適用にはなるものの、適切な社会資源が乏しく、社会参加の妨げになっているのではないかな。個別特有の社会資源の開発を行う必要があるのではないかな。
地域で認知症者を支えるためのセーフティネットの整備について	平成 19 年の愛知県大府市での列車事故のようなことが今後も起こる可能性は高い。もはや個人の問題ではなく、パーソン・センタード・ケアを促進しつつも、地域でのセーフティネット作りの議論も両論で行う必要があるのではないかな

## 認知症介護研究・研修センター（加知委員）

### 連携推進の課題

タイトル：

認知症施策に関わる人材の効果的な連携

#### 議論すべき主な内容（課題）

現在、国の施策に基づいて育成され、地域の認知症施策に関わる人材として

- ① 認知症サポート医およびかかりつけ医
- ② 認知症地域支援推進員
- ③ 認知症介護指導者
- ④ 若年性認知症支援コーディネーター

などがある。

しかし、それらの人材育成に関わる主体（自治体）がそれぞれ異なり（都道府県、都道府県＋政令指定都市、市町村等）、また、自治体の中でも人材育成とその人材を「活用」する部署とが異なることが多く、担当以外の人材の存在を知らない場合すらある。

公費で養成した人材については、できるだけ居場所、活動などを透明化して、育成主体に関わらず、地域包括支援センターも含め、お互いに連携、協力していく必要がある。



## 認知症医療介護推進会議 連携推進ワーキンググループ

～連携推進の課題・論点など～

公益社団法人全国老人保健施設協会  
副会長 三根 浩一郎

タイトル	議論すべき主な内容(課題)
認知症の合併症やBPSDの出現において、診断に必要な共通の情報の認識を、どの様に連携するのか	ケアマネジャーは医療情報が欲しく、医師は家庭等での生活情報を最も欲している。しかし、介護するご家族や介護職員は各状況や疾患において日常生活上の変化や、どの情報を医師に伝えたらよいかを、的確には把握していない人が多い。言い換えると、家庭・介護現場と医療との共通言語がない。そこで、認知症のBPSDや合併症において、どの様な症状の観察を行い、どの様に医師に報告しなければならないか等が理解できるシート・表等を作成したらどうか。
認知症高齢者が複数の医療機関を受診している場合、家族も、かかり付け医も投与薬の詳細を理解することが困難	責任を持ち薬剤管理を行う者は、認知症高齢者か、家族か、かかり付け医か、施設なのか。
医療・介護連携に資する情報共有システムが多数開発されているが、専門職間の連携を目的としたものに限られている	地域包括ケアシステムに資する目的で、クラウドなど ICT を利用した情報共有システムが多数開発されつつあるが、事業所の専門職間での利用目的にとどまっている感がある。当事者である利用者・家族も、ともに情報発信・共有できる仕組み作りが求められることから、既存システムを利用者目線で評価するといった試みを行ってはどうか。

## 新オレンジプランの7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

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
2. 認知症サポーターの養成と活動の支援
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促進

### ②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

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
4. 行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等への適切な対応
5. 認知症の人の生活を支える介護の提供
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

### 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

1. 認知症の人の介護者の負担軽減
2. 介護者たる家族等への支援
3. 介護者の負担軽減や仕事と介護の両立

### 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

1. 生活の支援（ソフト面）
2. 生活しやすい環境（ハード面）の整備
3. 就労・社会参加支援
4. 安全確保

### 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

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
2. 初期段階の認知症の人のニーズ把握や生きがい支援
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



事務局整理資料

新オレンジプランの7つの柱	考えられる連携の例（→ 連携先の一例）	課題
<p>①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>2. 認知症サポーターの養成と活動の支援</li> <li>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促進</li> </ol>	<p>○認知症への社会の理解を深めるキャンペーン → 本人、行政、医療機関、介護保険サービス事業所、アカデミア、企業 等</p> <p>○認知症サポーター養成講座の開催／学校教育における高齢者への理解の促進 → キャラバンメイト、本人、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、小学校、中学校、高校、大学、企業・団体 等</p> <p>○認知症サポーターの活用 → 本人、家族、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員 等</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 技術革新を通じて、社会に根強く横たっている認知症をめぐる偏見が解消され、認知症があっても職場や地域社会で活躍できたり、地域に自由に出かけて心豊かに暮らせる社会が実現することを期待（本人 WG）</li> <li>・ 認知症カフェや多職種連携における認知症サポーターの活用（河崎委員）</li> </ul>
<p>②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本人主体の医療・介護等の徹底</li> <li>2. 発症予防の推進</li> <li>3. 早期診断・早期対応のための体制整備</li> <li>4. 行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等への適切な対応</li> <li>5. 認知症の人の生活を支える介護の提供</li> <li>6. 人生の最終段階を支える医療・介護等の連携</li> <li>7. 医療・介護等の有機的な連携の推進</li> </ol>	<p>○本人の意思確認 → 本人、家族、医療介護福祉専門職、ケアマネジャー、弁護士 等</p> <p>○情報共有 → 本人、家族、ケアマネジャー、医療機関、介護保険サービス事業所、等</p> <p>○発症予防に関する講座等の開催 → 行政、地域包括支援センター、認知症疾患医療センター、医療機関、介護保険サービス事業所、認知症地域支援推進員、等</p> <p>○認知症初期集中支援チームやもの忘れ相談等による早期発見、早期対応 → 行政、地域包括支援センター、認知症疾患医療センター、認知症サポート医、医療機関、介護保険サービス事業所、見守りネットワーク、民生委員、等</p> <p>○行動・心理症状や身体合併症が発生した時の対応 → 認知症疾患医療センター、医療機関、精神科病院、介護保険サービス事業所、家族 等</p> <p>○行動・心理症状や身体合併症を発生させない対応 → 介護保険サービス事業所、認知症介護指導者、家族 等</p> <p>○人生の最終段階に向けた End of Life Care → 本人、家族、かかりつけ医、訪問看護、介護保険サービス事業所 等</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療や介護の一方的提供ではなく、何をする際にも「本人とともに」をこれからの医療・介護の活動原則に挙げてほしい（本人 WG）</li> <li>・ 認知症として、またその診断名、症状で本人をひとくりにしないでほしい（本人 WG）</li> <li>・ 医療や介護は何を目指して実践・研究するのか、その目標を、私たちが「よりよく暮らせること」にしっかりと照準を定めてほしい（WG）</li> <li>・ 専門職一人ひとりが、自分ごととして考え、取り組んでほしい（本人 WG）</li> <li>・ 認知症になっても健康的な生活を送るための方略とその実践のために、家族、地域、専門職の連携の在り方について議論（今井委員）</li> <li>・ 認知症の人の健康生活に欠かせない身体健康支援、精神生活支援、社会活動・参加支援の方略を見直す（今井委員）</li> <li>・ 軽度認知障害からターミナルまでのそれぞれのステージに即した経時的な支援の在り方の提言（今井委員）</li> <li>・ 診断・治療、ケアと同時に親身になって話を聞いてくれ、話し合いながら一人ひとりにあった制度や支援をつないでくれる存在が不可欠（本人 WG）</li> <li>・ 入院された際に、介護事業所や家族、民生委員等をはじめとする地域住民からの情報が有効。それらの情報を一元化した仕組みの構築（西澤委員）</li> <li>・ 入院が長期化すれば ADL・認知機能への悪影響が懸念。地域での受け入れ態勢などから退院困難となることがあり得るため、入院当初から退院後を見越した支援が必要（西澤委員）</li> <li>・ 初期集中支援チーム整備の促進（柴口委員）</li> <li>・ 初期集中支援への薬剤師の参加（有澤委員）</li> <li>・ 専門医が偏在あるいは少ない（有澤委員）</li> <li>・ 多職種間で、薬剤師の活用に対する認識に差がある（有澤委員）</li> <li>・ 服用薬の種類が多いほど、副作用、BPSD の発現、認知機能の低下の可能性が高くなるため、服用薬の継続的・一元的把握が必要（有澤委員）</li> <li>・ 介護施設等で質の高い生活を送ることの支援（今井委員）</li> <li>・ BPSD を軽減するための速やかな医療的介入と環境調整のための支援（今井委員）</li> <li>・ 医療保険と介護保険の狭間は、医療職と介護職両者のスムーズな連携の足かせとなっているか否かを議論（今井委員）</li> <li>・ 混合保険制度を考慮すべき（今井委員）</li> <li>・ 認知症に特化した研修を受講した専門職の可視化（加知委員）</li> <li>・ 多職種連携を踏まえた研修が必要（小玉委員）</li> <li>・ 基礎的な教育、研修のほか、前述の多職種連携を考慮する等、より実践を交えた上級者向けの研修が必要（小玉委員）</li> <li>・ 歯科として、医科、介護分野の方々の考えをお伺いしておくことも必要（小玉委員）</li> </ul>
<p>③若年性認知症施策の強化</p>	<p>○就労支援 → 行政、地域包括支援センター、ハローワーク、企業・団体、本人、家族 等</p> <p>○相談窓口の充実 → 行政、地域包括支援センター、認知症疾患医療センター、認知症地域支援推進員、法テラス、本人、家族 等</p> <p>○本人のニーズに沿った社会資源の開発 → 本人、家族、行政、医療介護福祉専門職、地域の関係機関、企業 等</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 適切な社会資源が乏しい（柴口委員）</li> </ul>



<p>④認知症の人の介護者への支援</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 認知症の人の介護者の負担軽減</li> <li>2. 介護者たる家族等への支援</li> <li>3. 介護者の負担軽減や仕事と介護の両立</li> </ol>	<p>○認知症初期集中支援チーム等による早期対応 → 認知症初期集中支援チーム、行政、地域包括支援センター、認知症疾患医療センター、医療機関、介護保険サービス事業所 等</p> <p>○企業等への認知症に関する普及・啓発 → 行政、地域包括支援センター、キャラバンメイト、企業・団体、本人 等</p> <p>○認知症カフェや家族会等の開催 → 本人、家族、地域包括支援センター、介護保険サービス事業所、認知症サポーター、認知症疾患医療センター、医療介護福祉専門職 等</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症カフェ等での認知症サポーターの活用（河崎委員）</li> <li>・ 家族の精神負担や経済負担を念頭に入れた Advance care planning（今井委員）</li> </ul>
<p>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</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 生活の支援（ソフト面）</li> <li>2. 生活しやすい環境（ハード面）の整備</li> <li>3. 就労・社会参加支援</li> <li>4. 安全確保</li> </ol>	<p>○認知症の人の生活支援（ソフト面） → 本人、介護支援専門員、介護保険サービス事業所、民生委員、企業 等</p> <p>○住宅、交通等インフラの整備、改良やわかりやすい表示の提案等 → 本人、行政、警察、ハウスメーカー、UR、管理会社、ロボット等制作会社、アカデミア 等</p> <p>○就労・社会参加支援 → 行政、ハローワーク、地域包括支援センター、企業・団体、本人、家族 等</p> <p>○行方不明、消費者被害、自動車運転、詐欺、火の元管理等、安全確保 → 行政、警察、消防、法テラス・弁護士、アカデミア、企業、本人、家族 等</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 技術革新を通じて、認知症があっても職場や地域社会で活躍できたり、地域に自由に出かけて心豊かに暮らせる社会が実現することを期待（日本認知症本人 WG）</li> <li>・ 技術革新を進めるうえで、本人抜きで進めてしまわず、企画段階から私たちが参加させてほしい（日本認知症本人 WG）</li> <li>・ 開発されているものの中には、目をそむけたいような人間性を無視した機器や不安や混乱、絶望を招くような機器・ネーミングのものも少なくない（日本認知症本人 WG）</li> <li>・ 新たなものを開発する技術革新も期待するが、すでにあるものを認知症およびなりそうな人向けに技術革新することが非常に重要と思う（電話や ICT 車、住居など）（日本認知症本人 WG）</li> <li>・ 地域でのセーフティネット作り（柴口委員）</li> <li>・ 家族や地域と共に生活することの支援（今井委員）</li> <li>・ これまでの施策の成果を整理し、地域主体の連携システムを提案（今井委員）</li> </ul>
<p>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</p>	<p>○研究開発及び成果の普及 → 本人、家族、アカデミア、製薬会社、病院、介護保険サービス事業所 等</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症に関連して生じる問題に対処するための機器開発が中心であったが、これからは本人が「よりよく暮らして」可能性を伸ばすための技術開発を重点的に進めてほしい（日本認知症本人 WG）</li> <li>・ 医療や介護は何を目指して実践・研究するのか、その目標を、私たちが「よりよく暮らせること」にしっかりと照準を定めてほしい（日本認知症本人 WG。再掲）</li> </ul>
<p>⑦認知症の人やその家族の視点の重視</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>2. 初期段階の認知症の人のニーズ把握や生きがい支援</li> <li>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</li> </ol>	<p>○社会の理解を深めるキャンペーンの実施 → 行政、地域包括支援センター、本人、家族 等</p> <p>○講演会等の開催や施策の企画・立案、評価等 → 行政、地域包括支援センター、認知症疾患医療センター、本人、家族 等</p> <p>○本人ミーティングの開催 → 本人、認知症地域支援推進員、地域包括支援センター、NPO 等、支援者団体、認知症サポーター 等</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 新オレンジプランの方針が地域社会に浸透して実現されていくよう、専門職としての医療と介護が率先してそれらを実行し、そのための連携であってほしい（日本認知症本人 WG）</li> <li>・ 「認知症の人は無理」と見なさず、「企画（プラン作成）の段階」から私たちが加えてほしい（日本認知症本人 WG）</li> <li>・ 「わかりやすく」する工夫や意見を出させるためのプロセスを大事にしてほしい（日本認知症本人 WG）</li> <li>・ よりよく暮らしていけるために必要な医療や相談、介護に確実につながれるよう、各市町村で本人の話をよく聴きながらそれぞれの市区町村なりの流れ（しくみ）を丁寧につけていくことを、医療・介護専門職が働きかけてほしい（日本認知症本人 WG）</li> <li>・ 話し合いを重ね、信頼関係を築きながら、本人にとって本当に役立つこと、これからの社会全体にとって真に価値のあることを一緒に創っていくメンバーとして入れてほしい（日本認知症本人 WG）</li> <li>・ 認知症の人の「健康生活の創生」（今井委員）</li> <li>・ 認知症の人の生きている意味や課題についての関心や懸念に関わっていくケアとは何かを議論し、スピリチュアルケアの実践力向上の戦略について議論する（今井委員）</li> </ul>



## 第5回認知症医療介護推進会議(議事概要抜粋)

### ● 新オレンジプラン推進における課題

#### 1. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

##### 1) サービス提供側における課題

###### (1) 医療の受け入れ

- ・ 認知症の診療科として[認知症科]の検討が必要(武久委員:日慢協)
- ・ 急性増悪期や中期の対応は[精神科][老年科]が望ましい(淵野委員:日精協)
- ・ BPSDへの適切な対応:「認知症の専門医療機関が認知症疾患医療センターだけ」といった誤解を与えないように、各医療機関の機能の明確化が必要(淵野委員:日精協)
- ・ 一般医療機関に認知症の人が身体疾患で入院する場合、①抗精神薬投与が好まれる[精神科病院は一般病院・一般科より抗精神薬投与が著しく低い]、② 認知症ケア加算の新設によりせん妄対応として[身体拘束が実施されやすくなった](淵野委員:日精協)
- ・ 一般病院、急性期医療での看護職員などの対応力向上(西澤委員:全日病)
- ・ 時期に応じた対応として、①急性期における身体拘束ゼロ対応が課題、②BPSDは精神科での対応が必要(三根委員:全老健)

###### (2) 予防的視点での課題

- ・ 転倒骨折、誤嚥性肺炎の予防など、外来通院時から老年科医師の対応が重要(羽生委員:老年医学会)

###### (3) 発症から看取りまでの障壁をクリアするための課題への取り組みとしての研修

- ・ かかりつけ医の対応力(トリアージなど)向上のための「日医かかりつけ医機能研修制度:H28年5月実施、6,000人以上が受講」を数年間内に実施予定、認知症サポート医はかかりつけ医師をサポートする役割が期待される(鈴木委員:日医)

##### 2) サービスを受ける側からみた課題

###### (1) 体制の課題

- ・ 特養における医療機能の確保、医療ができるようにすることが必要。認知症の人は環境変化によるダメージが大きいため、肺炎や骨折の治療が必要な場合は[施設での応・往診(点滴等)]を実施(鴻江委員:全老協)
- ・ 施設では夜間看護師不在、これでは施設でよいケアを実施していても身体合併症出現時の対応が不十分。自施設にて看護師の夜間当直を実施しているが、それに対する評価はなし、これでは、施設看取りが進まない(武久委員:日慢協)
- ・ 診療報酬・介護報酬の同時改定で見直しが必要[配置医の業務や報酬の大幅な見直しが要](鈴木委員:日医)
- ・ ターミナルまでの看取りには、家族の覚悟、開業医、訪問看護との連携、本人と家族がサービスを選択できるように制度の分かりやすさ、が重要(河崎委員:GH協会)

###### (2) 人材育成

- ・ 介護指導者の養成が課題、認知症地域支援推進員の確保が大変であり保健師の活用の要検討、社会資源として有機的に結びついていないと管轄部署の連携が必要(加知委員:研修センター)
- ・ 現レベルでいかに増員するか[介護職の増員は20万人くらいで、認知症ケアの教育を受けた1割にも満たない]、また、CNS、認知症看護認定看護師、認知症地域支援推進員、介護指導者との間のコミュニケーションが乏しいことが問題では(本間委員:認知症ケア学会)

### (3) 医療・介護等の有機的な連携の推進

- ・ 家族の支えとしての介護職員を増やしたいが、認知症サポーター770万人の活用方法が不明(認知症サポーターが何をしているか・しているのか?) (河崎委員:GH 協会)  
→A:まずはサポーター講習を受けてもらうことが大事。その先として、例えば、職域では、警察官など、コンビニ店員などそれぞれの職場で活かしていただいているが、それ以外にも、さらに、地域でもご活躍いただくように進めて行く。(宮腰室長:厚労省)
- ・ 介護支援専門員が在宅のBPSDのマネジメントなどの認知症の人の生活の場面で見えにくく、ケアマネジメントにいき詰まっている。また、介護支援専門員がどこにも助けを出せずに介護疲労が蓄積している(助川委員:CM 協会)
- ・ 現レベルでいかに増員するか[介護職の増員は20万人くらいで、認知症ケアの教育を受けた1割にも満たない]、また、CNS、認知症看護認定看護師、認知症地域支援推進員、介護指導者との間のコミュニケーションは乏しいこと(本間委員:認知症ケア学会)

## 2. 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

- ・ 認知症治療薬開発は欧米が進んでおり、予防薬開発、日本の先進医療を行う医療機関の活動を推進する研究を進めて欲しい(秋山委員:認知症学会)
- ・ 認知症を何科が診るか?: 現在様々な科で診ているが、必ずしも認知症専門医ではないため、様々な科の医師も参加して認知症専門医を増やしたい(認知症学会)
- ・ 認知症の予防に有用なプラットフォーム開発を開始[IROOP:H28年7月~3,500人/月登録](水澤委員:NCNP)
- ・ 精神科と一般病床の連携による役に立つ研究の推進:①介護者へのケア[認知行動療法に関する研究→精神疾患加算に結び付くように]、②NCNPが基礎から臨床を一体化したOne stopで対応可能な仕組みづくり(水澤委員:NCNP)
- ・ 介護者の介護負担軽減の非薬物療法による効果のエビデンスづくり:家族教室[家族への教育、認知症への理解など、医師・看護師・ソーシャルワーカーから講義と自由討議等、1時間コースを6回/3ヶ月実施 →抑うつ・介護負担は各々有意に↓、精神症状↓傾向]を実施し効果が得られている。現在はボランティア的な活動のため、今後は国から何らかのインセンティブをつけることが必要(羽生委員:老年医学会)

## 3. 総合討議

### 1) 目標設定とその評価について

- ・ 医療・介護の連携がうまくいっていない、目標値[養成人数がアウトカムではない]は手段ではなく、どう取り組んでいくか[取り組みの中味]と、そのアウトカム検証が重要。また、制度・施策の縦割りの弊害は担当省庁・課内で共有して欲しい(西澤委員:全日病)

### 2) 政策展開と市町村レベル

- ・ 新オレンジプランのおかげで意識は高まったが、中味がどうなっていくのかは精神論となっていないか?、国主体というより、市町村(地域)に事業としてばらまく・やらせている感が強い(高見委員:認知症の人と家族の会)。
- ・ 市町村でバラバラ、隣の市町村でも全く違う(河崎委員:GH 協会)
- ・ よい影響として早期発見もある(鴻江委員:全老協)

### 3) 医療と介護の連携

- ・ 新オレンジプランにより認知症医療介護について、一般市民への周知ができた。次に、



BPSD を医療だけではなく介護でも対応するために、通常は介護が対応し、大変な時は医療が介護にどのようにバックアップするのか？、単に数だけではなく機能としてみる必要があり、そのことで介護職の離職防止に繋がるのではないか(助川委員:GH 協会)

- ・ 医療と介護の連携は、①どのように活動し、②成果を出していくか/出せるか〔話し合う場があるか、また、話し合っどうするか〕が重要(鈴木委員:日医)

## 連携推進ワーキンググループ委員名簿

団体名	役職	委員名
公益社団法人 日本老年精神医学会	理事長	新井 平伊
公益社団法人 日本看護協会	常任理事	荒木 暁子
公益社団法人 日本薬剤師会	常務理事	有澤 賢二
一般社団法人 日本認知症ケア学会	理事長	今井 幸充
公益社団法人 日本介護福祉士会	副会長	及川 ゆりこ
社会福祉法人 仁至会 認知症介護研究・研修大府センター	副センター長	加知 輝彦
公益社団法人 日本認知症グループホーム協会	会長	河崎 茂子
公益社団法人 全国老人福祉施設協議会	理事・老施協総研運営委員会認知症ケア推進戦略本部長	鴻江 圭子
公益社団法人 日本歯科医師会	常務理事	小玉 剛
国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター	もの忘れセンター長	櫻井 孝
一般社団法人 日本介護支援専門員協会	会長	柴口 里則
公益社団法人 日本医師会	常任理事	鈴木 邦彦
公益社団法人 認知症の人と家族の会	代表理事	鈴木 森夫
一般社団法人 日本慢性期医療協会	会長	武久 洋三
国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター	理事長	鳥羽 研二
公益社団法人 全日本病院協会	名誉会長	西澤 寛俊
一般社団法人 日本老年医学会	理事	羽生 春夫
公益社団法人 日本精神科病院協会	常務理事	瀧野 勝弘
一般社団法人 日本老年看護学会	理事長	堀内 ふき
国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター	理事長	水澤 英洋
公益社団法人 全国老人保健施設協会	副会長	三根 浩一郎
国際医療福祉大学大学院	教授	渡辺 俊介