

令和5年度地域包括ケア応援セミナー

認知症の「空白の期間」への支援の重要性

認知症介護研究・研修東京センター

栗田 圭一

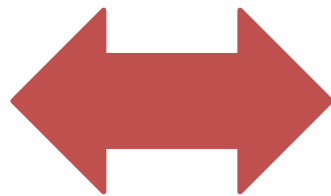
本日の話のポイント

1. 「空白の期間」と診断後支援
2. 認知症疾患医療センター運営事業の事業内容の変遷
3. ソーシャルワークとしての診断後支援
4. 精神療法的なアプローチとしての診断後支援
5. 権利実現支援(アドボカシー)としての診断後支援
6. 当事者のエンパワメントをめざす診断後支援
7. 「空白の期間」と社会的孤立
8. 認知症フレンドリー社会をつくる
9. 共生社会を共創しよう

本日の話のポイント

1. 「空白の期間」と診断後支援
2. 認知症疾患医療センター運営事業の事業内容の変遷
3. ソーシャルワークとしての診断後支援
4. 精神療法的なアプローチとしての診断後支援
5. 権利実現支援(アドボカシー)としての診断後支援
6. 当事者のエンパワメントをめざす診断後支援
7. 「空白の期間」と社会的孤立
8. 認知症フレンドリー社会をつくる
9. 共生社会を共創しよう

空白の期間



診断後支援

日本認知症本人ワーキンググループが発足

(2014年10月11日)

「認知症になってからも希望と尊厳をもって暮らし続けることができ、よりよく生きていける社会を創り出していくこと」



認知症サミット日本後継イベント

(2014年11月5日～7日)



「空白の期間」に絶望してしまう人が数多くいます。これは私のようにまだ年齢が若い人だけではなく、高齢になった人も同じです。「空白の期間」の解消は、これから認知症になる可能性のある、すべての人にとって現実のものであり深刻かつ切実な問題です。

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

(2015年1月27日)

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。

7本の柱

- 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

本人ミーティング



認知症の本人が集い，本人同士が主体となって，自らの体験や希望，必要としていることを語り合い，自分たちのこれからのよりよい暮らし，暮らしやすい地域のあり方を一緒に話し合う場



認知症の本人による、認知症の本人のためのガイド (2018年3月)

本人 にとっての ガイド

よりよい暮らし

一足先に認知症になった私たちからあなたへ

自分にとって「大切なこと」をつたえよう

- 自分なりに生きてきて、今があります。これからも自分の人生たち自身です。
- 私たち一人ひとりには、かけがえのない「大切なこと」があり、これまでの歩み（生活の歴史）や思い出、大切にしてきたもの、好きなこと・嫌いなこと、大切な人、つながり……。これ、自分が元気で楽しく暮らしていくための「自分の宝」です。
- しかし、「自分の大切なことは？」と聞かれても、自分にはあてもよくわからなかったりします。自分でわかるうちに、「自分を振り返り、書き留めておくこと、誰かに伝えておくこと、と
- それらを家族でも知らないことがあります。自分が考えたことを、早めに家族に伝えて話し合ってみましょう。
- 家族よりも別の人に伝えておきたい場合があります。友人や信じて伝える場合も増えてきています。

地域の集りで気軽に話そう

笑顔で生きていきたい、自分

やりたいことにチャレンジ！楽しい日々を

人間、やりたいことだと、思いがけない底力がでできます。私たちは今、一人ひとりのやりたいことをあきらめず、いろんなチャレンジしています。

*たとえば、楽園の演奏、農園づくり、書道、将棋、子守り、旅行無理、と自分自身で決めつけず、やってみたいことの夢をふくら

*たとえば、長年、やっていたけど、やめてしまっていたこと、なってやっていたこと、前からやってみたいと思っていたけど、なかったこと、これまでまったくやっていなかったけれど、やれが

夢を町の味方や仲間と話し合ってみると、一つずつ夢がかない始め、そんな私たちの姿をみて、町の人たちや医療・介護の専門職の人

あなたも「やってみたいこと」に、いっしょにチャレンジを！

四季折々、自然の中で汗を流す

旅に出よう！各地の特産と出会おう！

ゆっくり、

何が起きて、何が必要か、自分から話してみよう

- 認知症は外からは見えにくい障害です。周囲になかなかわかってもらえず、つらい思いをしたり、誤解されてしまう残念な場合もしばしばあります。「なぜわかってくれない」と嘆いたり、怒っていると、ますます周りとの仲が悪くなってしまいがちです。
- 「何が起きて、何が必要か」、それを知っているのは自分だけです。自分から口に出して伝えないと、わかってもらえません。
- 「言ってはまずい」、「言ってもいいか」と思いがちですが、わたしたちが伝えると、周りの人も「なんだ、そうだったのか」と理解しやすくなって、助かります。
- うまく言うことができなくても、自分の思いや必要なことを、ふだんの中で言うようにしていると、だんだんとうまく言えるようになります。
- 紙やカードに書いて普段から持ち歩くのも一つの方法です。あなたも、ちょっと勇気を出して、まずは身近な人（馴染みの人や友達）に思いや悩みを話してみよう。

思いを口に出してみよう

ちょっと助けてほしいことを書いたヘルプカードが役立つ

本日の話のポイント

1. 「空白の期間」と診断後支援
2. 認知症疾患医療センター運営事業の事業内容の変遷
3. ソーシャルワークとしての診断後支援
4. 精神療法的なアプローチとしての診断後支援
5. 権利実現支援(アドボカシー)としての診断後支援
6. 当事者のエンパワメントをめざす診断後支援
7. 「空白の期間」と社会的孤立
8. 認知症フレンドリー社会をつくる
9. 共生社会を共創しよう

認知症疾患医療センター
運営事業
事業内容の歴史的変遷

年度	事業内容
2008年度	<ol style="list-style-type: none"> 1. 専門医療相談 2. 鑑別診断とそれに基づく初期対応 3. 合併症・周辺症状への急性期対応 4. かかりつけ医等への研修会の開催 5. 認知症疾患医療連携協議会の開催 6. 情報発信
2017年度	<ol style="list-style-type: none"> 1. 専門的医療機能 2. 地域連携拠点機能
2019年度	<ol style="list-style-type: none"> 1. 専門的医療機能 2. 地域連携拠点機能 3. 日常生活支援機能
2021年度	<ol style="list-style-type: none"> 1. 専門的医療機能 2. 地域連携拠点機能 3. 診断後等支援機能 4. 事業の着実な実施に向けた取組の推進
2023年度	<ol style="list-style-type: none"> 1. 専門的医療機能 2. 地域連携拠点機能 3. 診断後等支援機能 4. 事業の着実な実施に向けた取組の推進 5. 実施状況の報告

診断後等支援機能

(令和5年度認知症疾患医療センター運営事業実施要綱より)

認知症の人や家族が、診断後であっても、今後の生活や認知症に対する不安の軽減が図られるとともに円滑な日常生活を過ごせるよう、かかりつけ医等の医療機関の他、介護支援専門員等地域の介護に関する関係機関、地域包括支援センター等との連携の推進を図るため、センターは地域の実情や必要に応じて、以下①・②のいずれか又はその両方の取組を行う。

① 診断後等の認知症の人や家族に対する相談支援

かかりつけ医等の医療機関や地域包括支援センター等の地域の関係機関と連携の上、地域の実情や必要に応じて、診断後や症状増悪時において、認知症の人や家族における、今後の生活や認知症に対する不安の軽減が図られるよう、社会福祉士、精神保健福祉士等の必要と認められる能力を有する専門的職員を認知症疾患医療センターに配置し、必要な相談支援を実施。

② 当事者等によるピア活動や交流会の開催

既に認知症と診断された認知症の人やその家族による、ピアカウンセリングなどのピアサポート活動の実施

「診断後等支援機能」が事業内容に追加された背景

- ◆ 認知症疾患医療センターでは、認知症の診断は行うが、診断後支援は行われていないのではないかと。
- ◆ 相談室が中心となって、認知症と診断された本人・家族が診断後も安定的な生活を送れるように、地域包括支援センターや介護保険サービス事業所等と連携して、多様な支援を展開している。にも関わらず、そのことが実施要綱の事業内容に明示されていないために適切な評価を受けていないのではないかと。つまり、そのような業務を担っている相談員の人件費が適正に算定されていないのではないかと。



「診断後のソーシャルワーク」という意味での診断後支援

本日の話のポイント

1. 「空白の期間」と診断後支援
2. 認知症疾患医療センター運営事業の事業内容の変遷
3. ソーシャルワークとしての診断後支援
4. 精神療法的なアプローチとしての診断後支援
5. 権利実現支援(アドボカシー)としての診断後支援
6. 当事者のエンパワメントをめざす診断後支援
7. 「空白の期間」と社会的孤立
8. 認知症フレンドリー社会をつくる
9. 共生社会を共創しよう

認知症疾患医療センターにおける若年性認知症の診断後支援

カテゴリー		サブカテゴリー		定性的コード	診断後支援要旨(どのような支援をしているか)		
1	情緒的・情動的な支援	1.1	情緒的支援	思いや不安を受け止める	受診の際にソーシャルワーカーが積極的に当事者や家族へ声を掛けて面談をする。 認知症へのスティグマがないか確認する。 当事者や家族の話聞き、思いや不安を受け止める。		
		1.2	情動的支援	基礎知識の提供 自動車運転に関する情報提供	パンフレットやハンドブックを使って丁寧に病気や家族の接し方について説明をする。 運転機能の評価をしつつ運転免許の返納について説明する。		
2	医療に関する支援	2.1	適切な医療につなぐ支援	適切な診断を受けるための支援	より専門性の高い検査等が必要な場合は、可能な医療機関を紹介する。 BPSDが強いケースは、精神科で先にBPSDの治療を行う。		
				継続医療の質向上のための支援	かかりつけ医に逆紹介する際に総合的な情報提供を行う。 認知症疾患医療センターで継続医療を行う場合は、かかりつけ医に随時情報提供を行う。		
3	就労に関する支援	3.1	現状のアセスメント	当事者や家族の就労に関する現状をアセスメントする	当事者の現在の就労状況、家族の状況、世帯の経済状況などをアセスメントする。 必要な社会的支援を当事者、家族と一緒に探す。		
				3.2	再就職のための支援	若年性認知症コーディネーターと連携して仕事に繋ぐ	再就職を希望する人には、若年性認知症コーディネーターと連携し、当事者ができる仕事に繋ぐ。
				3.3	就労を継続するための支援	勤務先との情報共有により就労が継続できるよう支援する。	職場の要望があれば、当事者・家族の同意のもとで人事部と情報共有し、適正な職務内容や配置等を協議する。 当事者、家族、および企業の人事担当者と、就労継続のための話し合いを定期的に行う。 職場の担当者や主治医との面談を調整する。 企業に対する若年性認知症の普及啓発活動をする。
				3.4	福祉的就労への移行支援	精神障害者保健福祉手帳の情報提供を行い、福祉的就労の支援を行う	一般就労からの退職後には、障害者就労支援を行う。 障害福祉サービスに関する情報提供をする。 さらに就労を希望する場合は精神障害者保健福祉手帳の取得支援を行う。
4	経済的な支援	4.1	経済状況のアセスメント	経済状況のアセスメント	当事者及び世帯の経済状況を把握しアセスメントする。 当事者の経済的役割を把握する。 扶養者の場合は収入が減少することが世帯の経済に与える影響を検討する。 被扶養者であれば当事者が担っていた家事等をサービスで代行する経済的影響の検討をする。 住宅ローン等、返済義務がある借入金の返済状況を把握する。 今後の当事者の医療・介護費用、子の進学、親の医療介護費用等、将来的な家計の動きについても想定する。		
				4.2	経済支援の情報提供や申請手続き支援	関係機関と連携して経済支援の情報提供や申請手続きを支援する	自立支援医療、難病医療、傷病手当、障害者手当、特定疾患認定、障害年金、生活保護等の制度の適応を確認し、当事者、家族に情報提供を行う。 該当する制度がある場合は地域包括支援センターや若年性認知症コーディネーター等と連携して申請手続きを支援する。 加入している任意保険がある場合、請求手続きを支援する。 住宅ローン返済が困難なケースでは、高度障害として免除申請を支援する。
				4.3	生活状況のアセスメント	当事者・家族の生活状況を把握しアセスメントする	当事者の病状と家族の介護力のバランスをアセスメントする。 当事者と家族の日常生活における困りごとの情報収集とアセスメントを行う。
5	障害福祉や介護保険サービスの利用支援	5.1	障害福祉や介護保険サービスの情報提供と利用支援	障害福祉や介護保険サービスの情報提供と利用支援をする	精神障害者保健福祉手帳、障害者総合支援法の制度、都医療費助成、自立支援医療(精神通院)介護保険サービスについて情報提供する。		
		5.2	地域の相談機関の情報提供と利用支援	地域の相談機関の情報を提供し、利用支援を行う	当事者・家族に対して、若年性認知症支援コーディネーター、認知症地域支援推進員、若年性認知症支援コーディネーター等の情報を提供する。 地域包括支援センター、若年性認知症支援コーディネーター、認知症地域支援推進員、若年性認知症支援コーディネーター等と、当事者の情報を共有する。 当事者、家族、地域包括支援センター、ケアマネジャーと認知症疾患医療センター相談員が1つのチームとなり、定期的なカンファレンスを実施する。		
6	ピアサポートの活用支援	6.1	インフォーマルサービスの利用支援	ニーズをアセスメントし、インフォーマルサービスの利用も提案する	現在の支援体制をアセスメントする。 必要に応じてインフォーマルサービスを提案し利用支援を行う。		
		6.2	インフォーマルサポートの担い手になる支援	インフォーマルサービスのスタッフとして活動する支援を行う	インフォーマルサービスの運営スタッフとして活動するための支援を行う。 講師やピアカウンセラーとして活動するための支援を行う。		
		6.3	ピアサポートの場の創出	ピアサポートの場の創出	悩みを相談し、知識・情報交換をする場として、家族会や認知症カフェ、当事者ミーティングなどのピアカウンセリングができる会を作り、運営する。		

認知症疾患医療センターにおける 若年性認知症の診断後支援

1. 情緒的・情動的な支援

- 相談員が受診時に声をかけたり、同席したり、対話を通して本人・家族の不安の軽減を図る。
- パンフレットやハンドブックを利用しながら病気の知識に関する情報提供や心理教育を行う。
- 家族にケアの方法を助言したり、本人・家族に道路交通法の情報を提供する。

2. 医療の受療に関する支援

- さらなる検査や身体合併症がある場合、入院を含め必要な医療が受けられるように調整する。
- 継続医療の確保に向けて、かかりつけ医と情報共有を行い連携する。

3. 就労に関する支援

- 現在就労している人に対しては、本人の同意を得て職場の関係者と面接して情報を共有し、現在の職場で就労を継続するための工夫、働きやすい環境づくりについて話し合う。
- 新たに就労を希望する人に対しては、障害福祉サービスの就労継続支援等の情報を提供し、サービス利用を支援する。

4. 経済的な支援

- 本人及び世帯の経済状況をアセスメントする。
- 該当する場合には、自立支援医療、難病医療、傷病手当、障害者手当、障害年金、生活保護等の情報提供を行い、申請手続きを支援する。

5. 障害福祉や介護保険サービスの利用支援

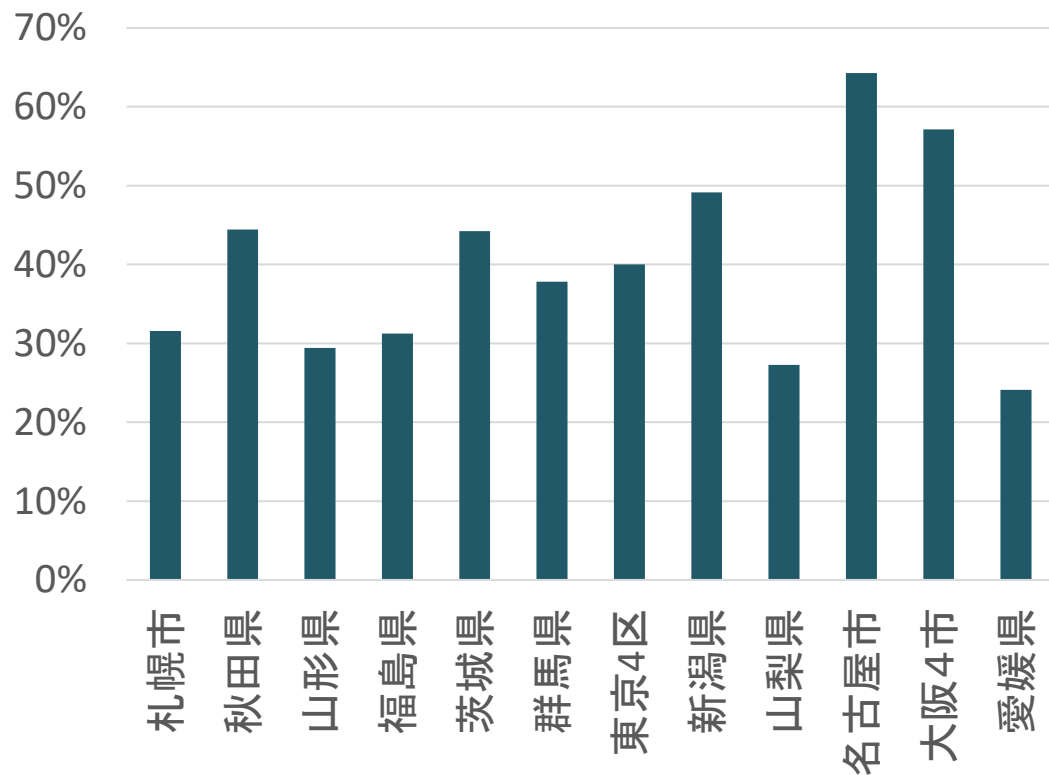
- 本人・家族の生活状況をアセスメントし、必要に応じて、障害福祉手帳、障害福祉サービス、介護保険サービスの情報提供と利用支援を行う。
- 地域の相談機関(例:地域包括支援センター、若年性認知症支援コーディネーター、認知症地域支援推進員、若年性認知症相談センター)の情報提供と利用支援を行う。

6. ピア・サポートやインフォーマル・サポートの利用支援

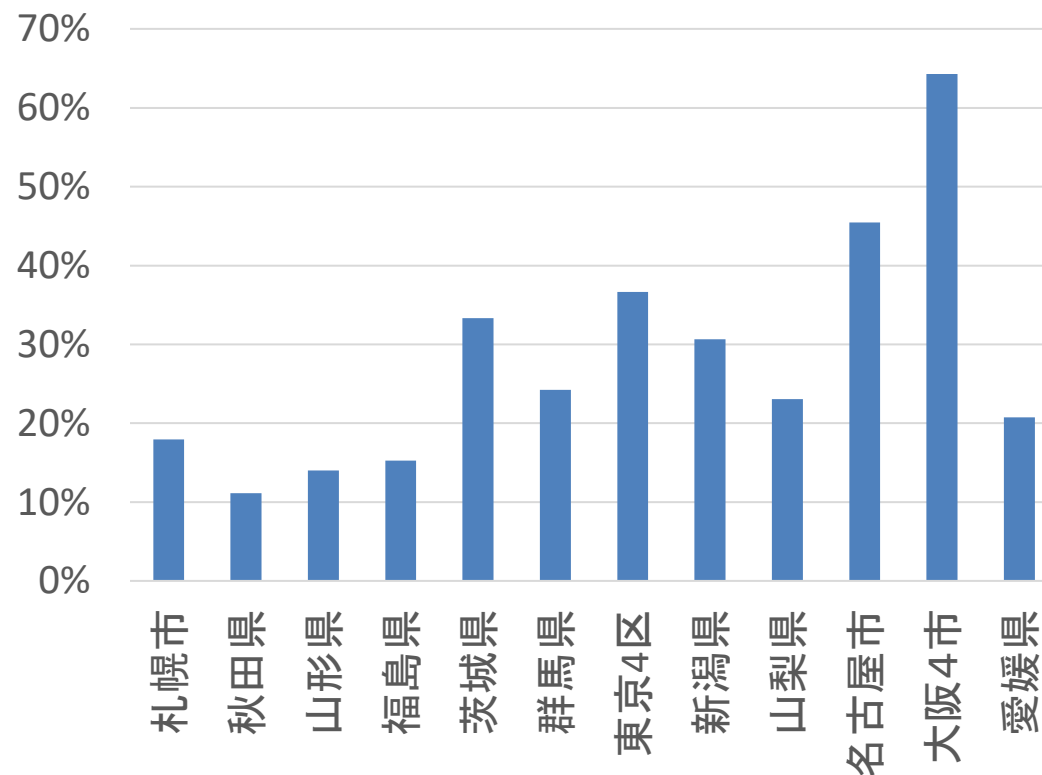
- 当事者の会、家族会、認知症カフェなど、認知症の本人・家族によるピアサポート活動について情報提供と利用支援を行う。
- 若年性認知症の社会参加支援等、地域で展開されている多様なインフォーマルサポートの情報提供と利用支援を行う。

若年性認知症者の自立支援医療の地域別利用率

調査時65歳未満



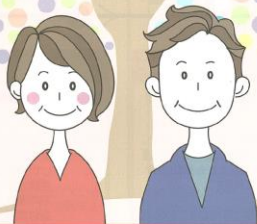
調査時65歳以上



世田谷区のパンフレット

若年性認知症の方へ

ご本人とご家族のための制度とサービスの紹介



65歳未満で発症する認知症を「若年性認知症」といいます。ご本人やご家族、地域や職場の方々を知っていただくとともに必要なサービスや支援をご利用いただけるようこのパンフレットを作成しました。

世田谷区



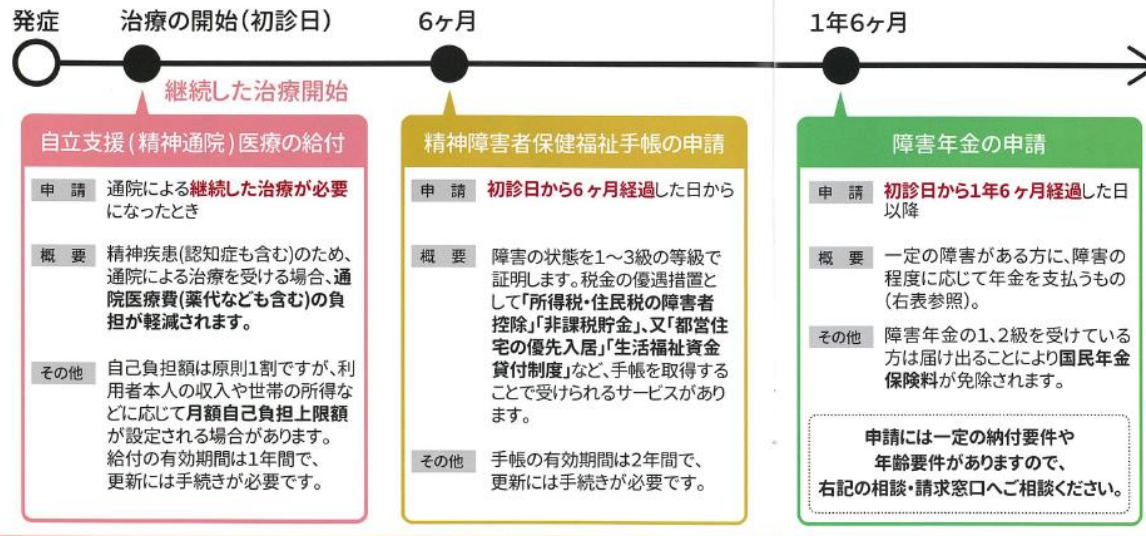
[若年性認知症について]

認知症とは、脳の疾患により、記憶、思考、見当識、言語、判断などの認知機能の低下した状態をいいます。主な原因疾患には、脳血管性認知症、アルツハイマー型認知症、前頭側頭型認知症、レビー小体型認知症などがあります。現在の医学では、まだ根本的な治療法がなく、進行を遅らせる薬が4種類認可されています。現役世代で発症する「若年性認知症」では、本人や家族にとって、医療費や仕事上の困難による経済的な負担、心理的影響などが生じてきます。



しっかり申請! ご利用いただける制度

医療・障害者手帳・年金



自立支援(精神通院)医療の給付

申請 通院による継続した治療が必要になったとき

概要 精神疾患(認知症も含む)のため、通院による治療を受ける場合、通院医療費(薬代なども含む)の負担が軽減されます。

その他 自己負担額は原則1割ですが、利用者本人の収入や世帯の所得などに応じて月額自己負担上限額が設定される場合があります。給付の有効期間は1年間で、更新には手続きが必要です。

精神障害者保健福祉手帳の申請

申請 初診日から6ヶ月経過した日から

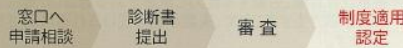
概要 障害の状態を1~3級の等級で証明します。税金の優遇措置として「所得税・住民税の障害者控除」「非課税貯金」、又「都営住宅の優先入居」「生活福祉資金貸付制度」など、手帳を取得することで受けられるサービスがあります。

その他 手帳の有効期間は2年間で、更新には手続きが必要です。

[医療の給付制度等の利用について]

若年性認知症の人が利用できる医療給付及び精神障害者保健福祉手帳の制度は、精神障害者施策の適用となっています。サービスの利用には障害の認定を受けていただく必要があります。脳血管性やレビー小体型では、身体障害者手帳に該当する場合があります。

▶ 主な流れ



※申請には診断書などが必要で、給付制度は審査・認定後のご利用となります。まずは主治医にご相談ください。

お気軽にご相談下さい!



障害年金の相談・請求窓口

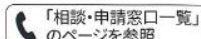
初診日における状況	問合せ先
国民年金第1号加入中※	国保・年金課 国民年金係 03-5432-2356
60歳以上65歳未満※	
厚生年金加入中	世田谷年金事務所 03-6880-3456
国民年金第3号加入中	
共済組合加入中	各共済組合

※状況により、世田谷年金事務所での相談・請求となる場合があります。

受給要件 いずれも納付要件あり

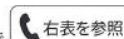
問合せ

1 自立支援(精神通院)医療の給付 ならびに 精神障害者保健福祉手帳の申請 についてのご相談・お問合せは、各総合支所 保健福祉センター 健康づくり課まで



2 障害年金の申請 についてのご相談・お問合せは

「障害年金の相談・請求窓口」に記載の該当する問合せ先まで



若年性認知症の人のニーズに合ったサービスの開発



東京都が作成

https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/ninchishou_navi/torikumi/manual_text/jakunen_guidebook/index.html

Step 1 居場所を作る

- 主体性が尊重される
- 仲間と出会える
- 役割がある
- 働くことができる
- 空間が配慮されている

Step 2 症状の進行に備える

- 医療と連携する
- 家族と連携する
- 介護保険サービスと障害福祉サービスの使い分けを工夫する
- 同じ事業所内で支援を継続するための工夫をする

Step 3 プログラムのさらなる発展に向けて

- ケアの場の移行を検討する
- しごとをつくる
- 支え合う関係をつくる
- 本人同士や家族同士がつながる場をつくる

通所介護サービスのプログラム開発



DAYS BLG!(地域密着型通所介護)では、朝礼の後、本人の選択でその日の活動が始まります。地元のディーラーと提携して行っている洗車(報酬のある”しごと“)もその一つです。



練馬若年認知症サポートセンター(地域密着型通所介護)では、練馬区や社協のボランティアに団体登録しており、日課として施設周辺の掃除やたばこの吸い殻拾いの美化活動を行ったり、在宅高齢者の見守りを兼ねた配食ボランティアの宅配班として、近隣エリアのお宅に作り立てのお弁当をお届けしています。



いきいき*がくたい(地域密着型通所介護)では、ちんすこうの製造販売を行っています。味、作り方、包装、値段などは、自分たちでミーティングをして決めています。

本人同士や家族同士がつながる場

ほし
若年性認知症家族会・彩星の会



- 定例会は、専門職による知識の提供と本人・家族の交流会の2部構成
- 交流会は本人と家族が分かれて行っている。
- 毎年、本人と家族と一緒に一泊旅行を企画。旅行中はサポーターが本人の見守り担当

若年性認知症ねりまの会
MARINE



- 本人支援と家族支援はクルマの両輪
- 定例会のほか、家族中心の集まり、子ども世代の集まりを開催。
- 同じ病気や生活課題をもつ仲間同士が、互いに経験や思いを共有しながら交流

本日の話のポイント

1. 「空白の期間」と診断後支援
2. 認知症疾患医療センター運営事業の事業内容の変遷
3. ソーシャルワークとしての診断後支援
4. 精神療法的なアプローチとしての診断後支援
5. 権利実現支援(アドボカシー)としての診断後支援
6. 当事者のエンパワメントをめざす診断後支援
7. 「空白の期間」と社会的孤立
8. 認知症フレンドリー社会をつくる
9. 共生社会を共創しよう

事例：70代でアルツハイマー型認知症と診断された女性

- 50代で夫と死別してから独居.
- 69歳頃より約束を忘れることが頻繁になり, 自分でも物忘れを強く自覚するようになる.
- 70歳のとき母と死別. 不安・抑うつ症状が強まり受診. 諸検査の結果, 「不安・抑うつを伴うMCI」と診断. 通院加療を開始.
- 71歳のとき, 家族が本人の記憶力低下の進行と服薬管理の支障に気づく. アルツハイマー型認知症(初期)と診断. 要支援1の認定を受ける.
- 72歳のとき, 「家に誰かが入ってくる」「財産をもっていかれた」と訴えるようになり, 不安に怯え, 不眠が続くようになる. 受診時には地域包括支援センターの職員が同伴するようになる.
- 73歳のとき, 記憶障害はさらに進行し, 要介護1の認定を受け, 受診時は居宅介護支援専門員が同伴し, その後, 訪問介護による通院同行のサービスを利用するようになる.

72歳のときの本人の思い: ずっと不安です。家にいるのがいやです。若い男の人が家に入ってきて、家に置いてあった現金が盗まれました。娘にそのことを話したのですが金額が大きいので信じてもらえませんでした。人が家に入ってくるのがこわい。それで娘の家の方に避難したりしたのですが、狭いし迷惑かけるので今は自宅で過ごしています。

本人を中心に、遠方に暮らす長女、医師、PSW、地域包括職員、居宅介護支援専門員、訪問介護士、訪問看護師が相互に連携し、本人の思いを聴き、信頼関係をつくりだしながら、本人の暮らしをサポートできる環境づくりを継続・・・

73歳のときの本人の思い: なんか急に不安がでてきたり、あっという間にそれが治まったりするんです。なんで落ち着いたのかもわからないし、なんでこわかったのかもわかりません。なんかスイッチがあるようです。きっとたわいないことだと思いますが。それでも今は普通のときの方が多し。一時期はあんなに不安だったのに、それは治まっています。

本人から, さまざまな体験が語られるが・・・

- 認知機能低下や認知症の進行に伴う不安
- 失敗の連続⇒戸惑い・困惑・自信喪失
- 周囲の人になかなかわかってもらえない感じ
- 気軽に話せる仲間がいない感じ
- 居場所がない感じ
- 閉じこもり
- 孤立と孤独

多職種チームで
精神療法的な
アプローチ

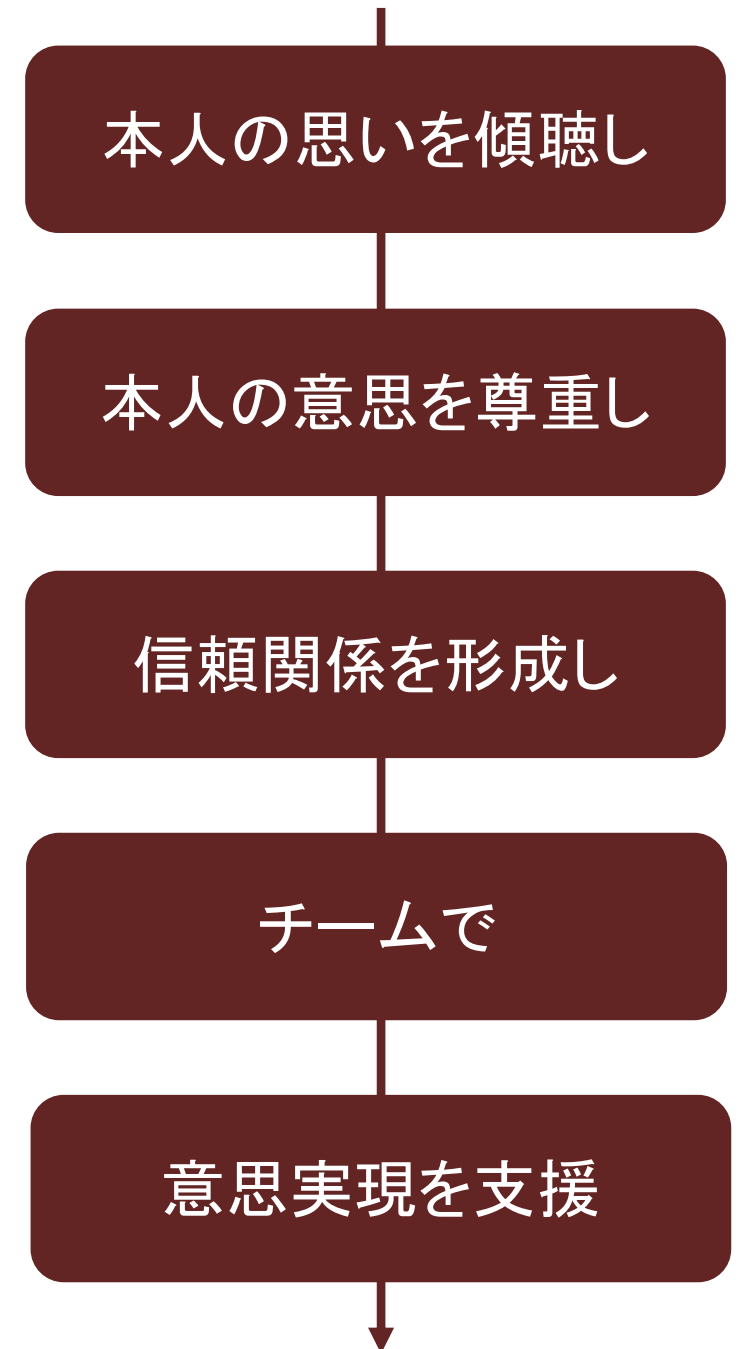
は, 普遍的な体験かもしれない・・・

本日の話のポイント

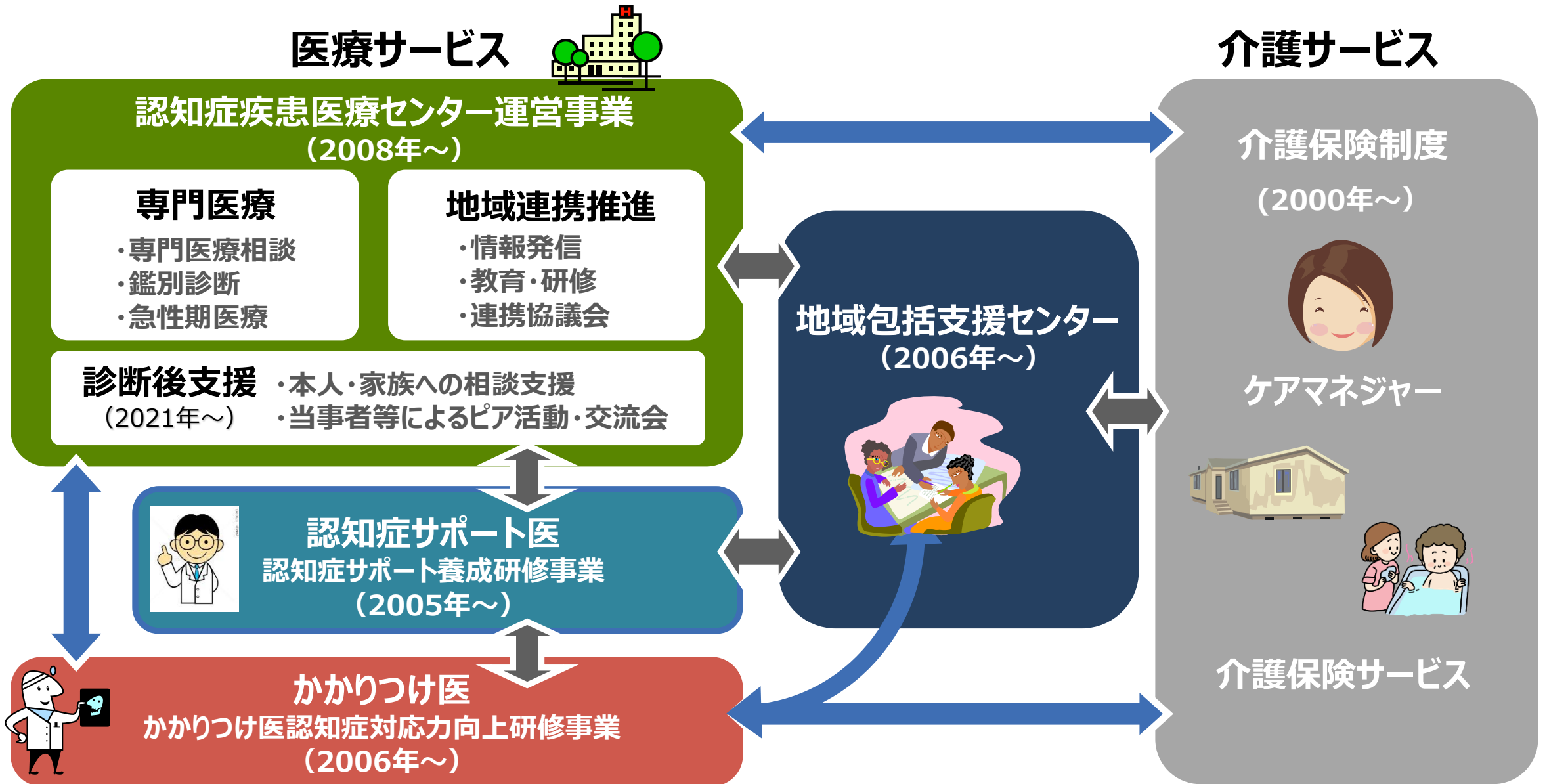
1. 「空白の期間」と診断後支援
2. 認知症疾患医療センター運営事業の事業内容の変遷
3. ソーシャルワークとしての診断後支援
4. 精神療法的なアプローチとしての診断後支援
5. 権利実現支援(アドボカシー)としての診断後支援
6. 当事者のエンパワメントをめざす診断後支援
7. 「空白の期間」と社会的孤立
8. 認知症フレンドリー社会をつくる
9. 共生社会を共創しよう

意思決定支援ガイドラインの概要

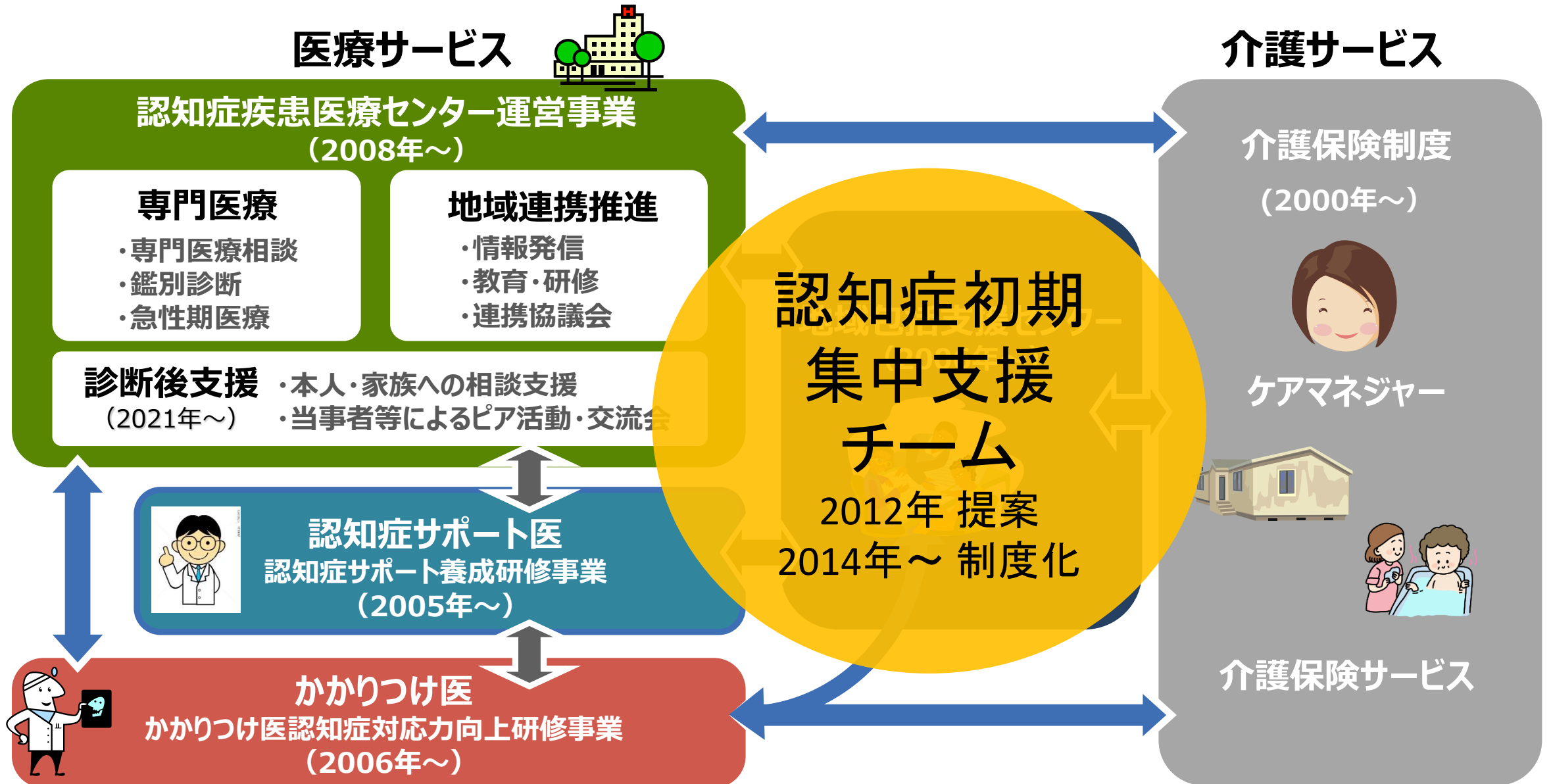
I. 意思決定支援とは何か
II. 意思決定支援の基本原則
1. 本人の意思を尊重すること
2. 本人の意思決定能力に配慮すること
3. チームによる継続的支援を行うこと
III. 意思決定支援のプロセス
1. 前提: 人的・物的環境を整備すること
①意思決定支援者の態度
②信頼関係の形成
③配慮のある環境
2. 適切なプロセスの確保
①意思形成支援
②意思表示支援
③意思実現支援
3. 家族への支援



認知症の保健・医療・介護サービスの提供システム



認知症の保健・医療・介護サービスの提供システム



本日の話のポイント

1. 「空白の期間」と診断後支援
2. 認知症疾患医療センター運営事業の事業内容の変遷
3. ソーシャルワークとしての診断後支援
4. 精神療法的なアプローチとしての診断後支援
5. 権利実現支援(アドボカシー)としての診断後支援
6. 当事者のエンパワメントをめざす診断後支援
7. 「空白の期間」と社会的孤立
8. 認知症フレンドリー社会をつくる
9. 共生社会を共創しよう

本人ミーティング



認知症である本人同士が集い
本人同士が主体となって
自らの体験や希望
必要としていることを語り合い
自分たちのこれからのよりよい暮らし
暮らしやすい地域のあり方を
一緒に話し合う場

本人同士の対話の中で繰り返し語られている体験

- 認知症と診断され、絶望し、家に閉じこもるようになった。
- しかし、当事者同士の出会いによって勇気づけられ、元気になった。
- 仲間同士の出会いがとても大切。
- 病気をカミングアウトしたら、周囲の人に「助けて」と言いやすくなった。
- カミングアウトできるような社会であってほしい。

希望のリレー



ヘルプカードを入手するには⇒<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000170500.html>

認知症本人大使「希望大使」の誕生

2020年1月20日



全国版

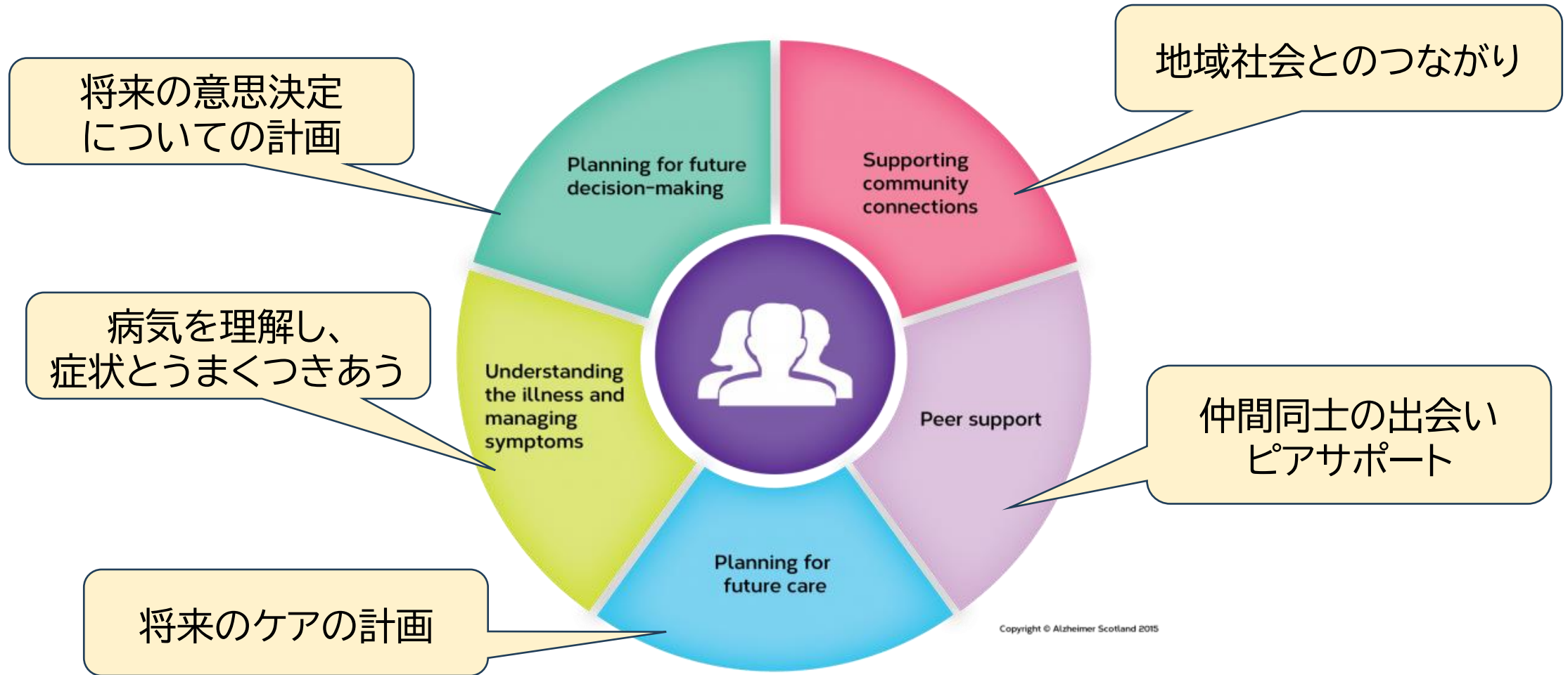


地域版

診断後支援という観点から見た「空白の期間」への支援



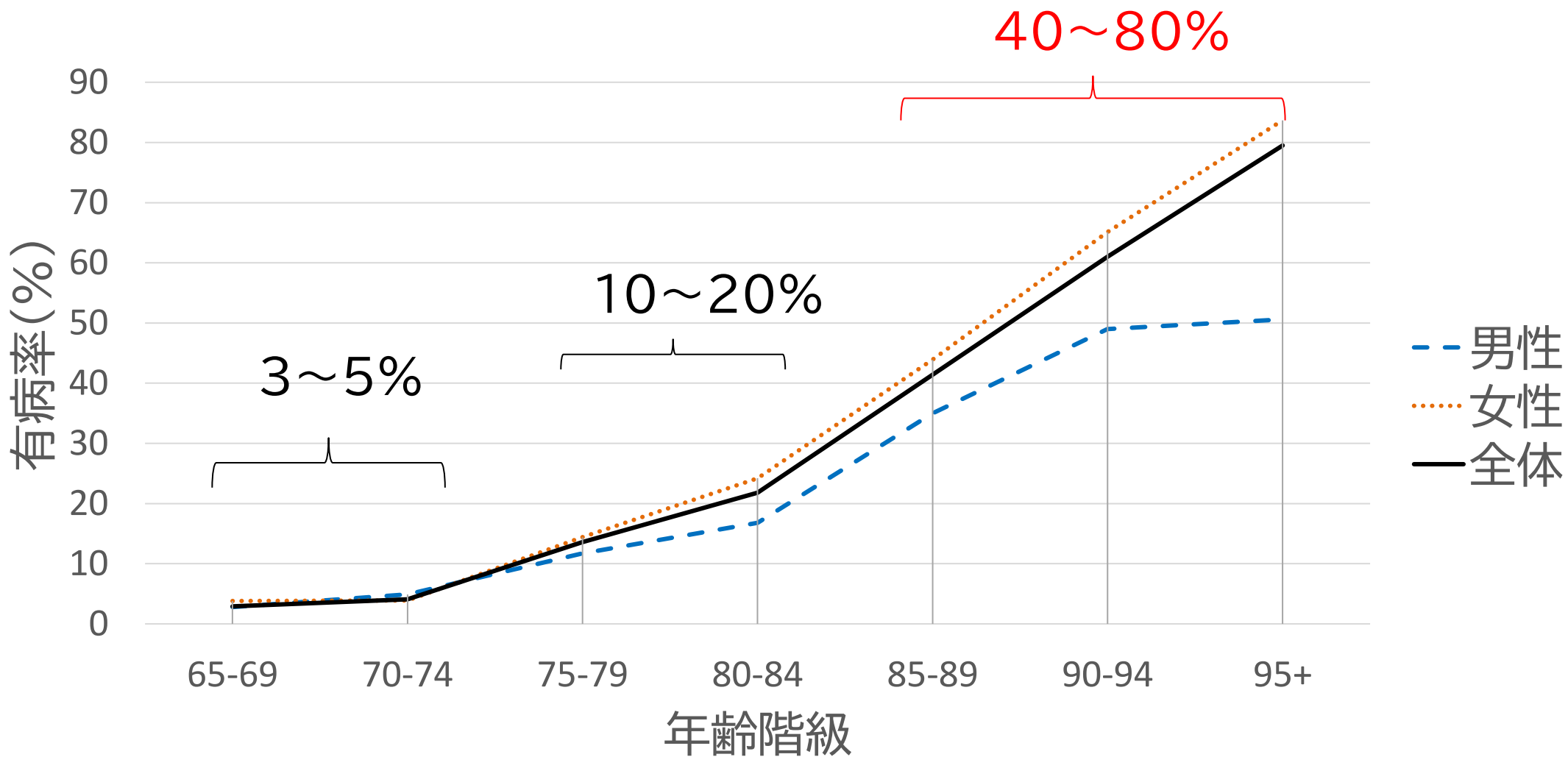
スコットランド認知症国家戦略に採用された 認知症の診断後支援の5本柱(Five Pillar Model)



本日の話のポイント

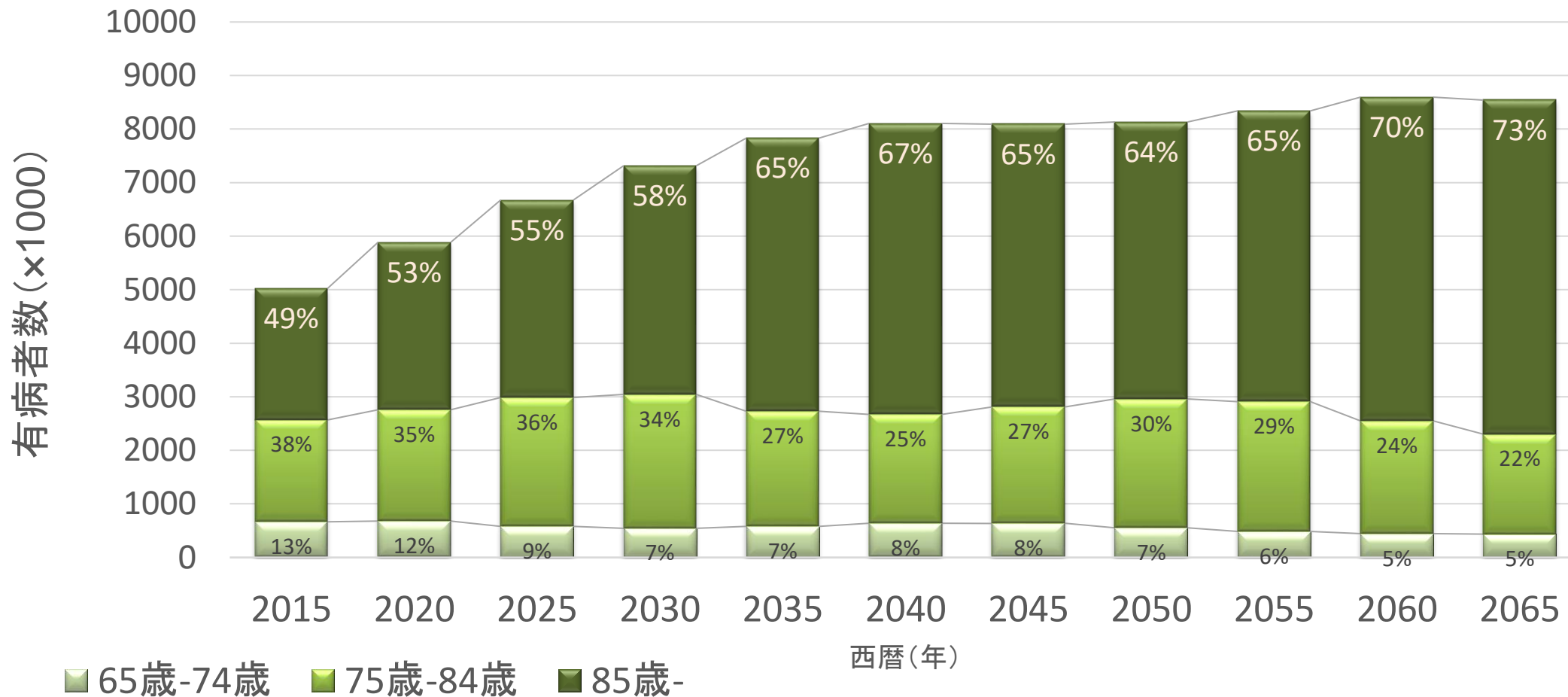
1. 「空白の期間」と診断後支援
2. 認知症疾患医療センター運営事業の事業内容の変遷
3. ソーシャルワークとしての診断後支援
4. 精神療法的なアプローチとしての診断後支援
5. 権利実現支援(アドボカシー)としての診断後支援
6. 当事者のエンパワメントをめざす診断後支援
7. 「空白の期間」と社会的孤立
8. 認知症フレンドリー社会をつくる
9. 共生社会を共創しよう

高齢者における認知症の年齢階級別有病率



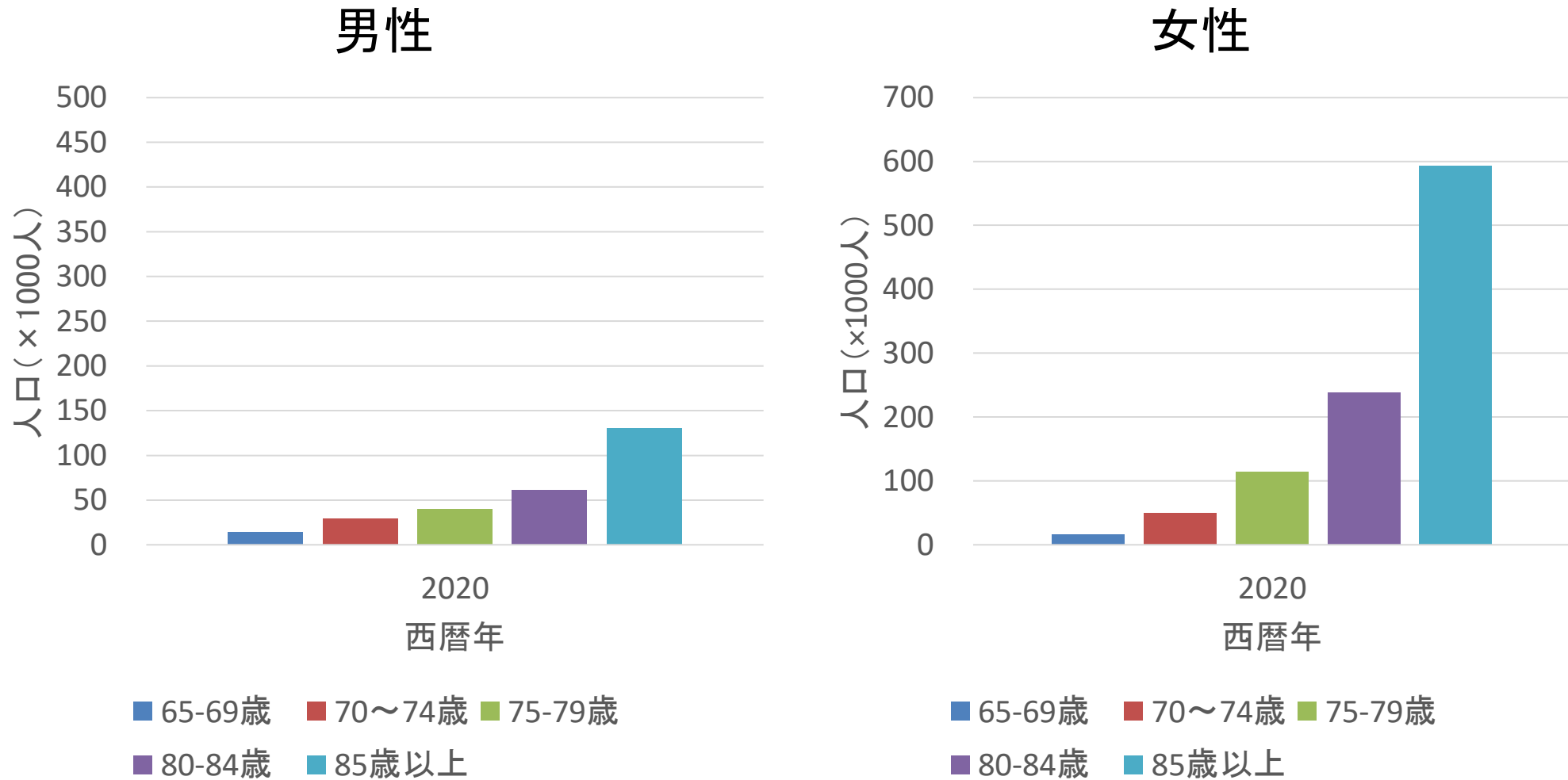
朝田隆:都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応. 平成24年度厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業(研究代表者朝田隆)報告書より作成

認知症高齢者数の将来推計と年齢階級別構成比



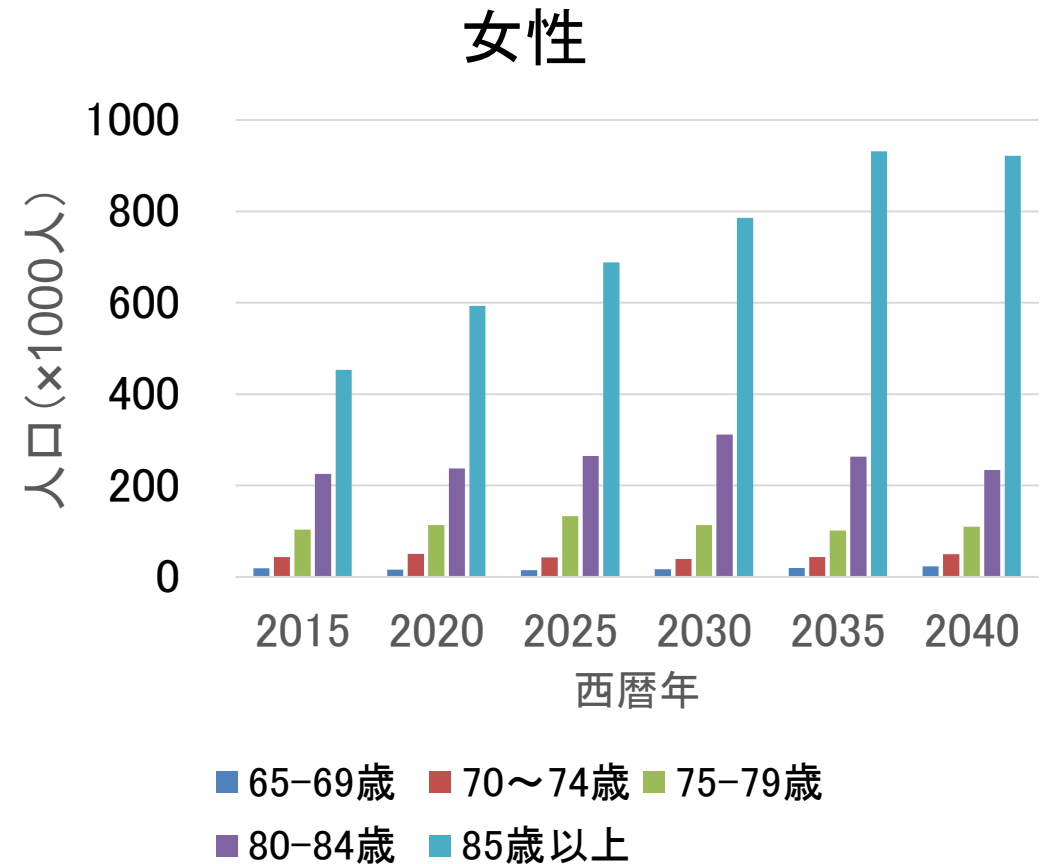
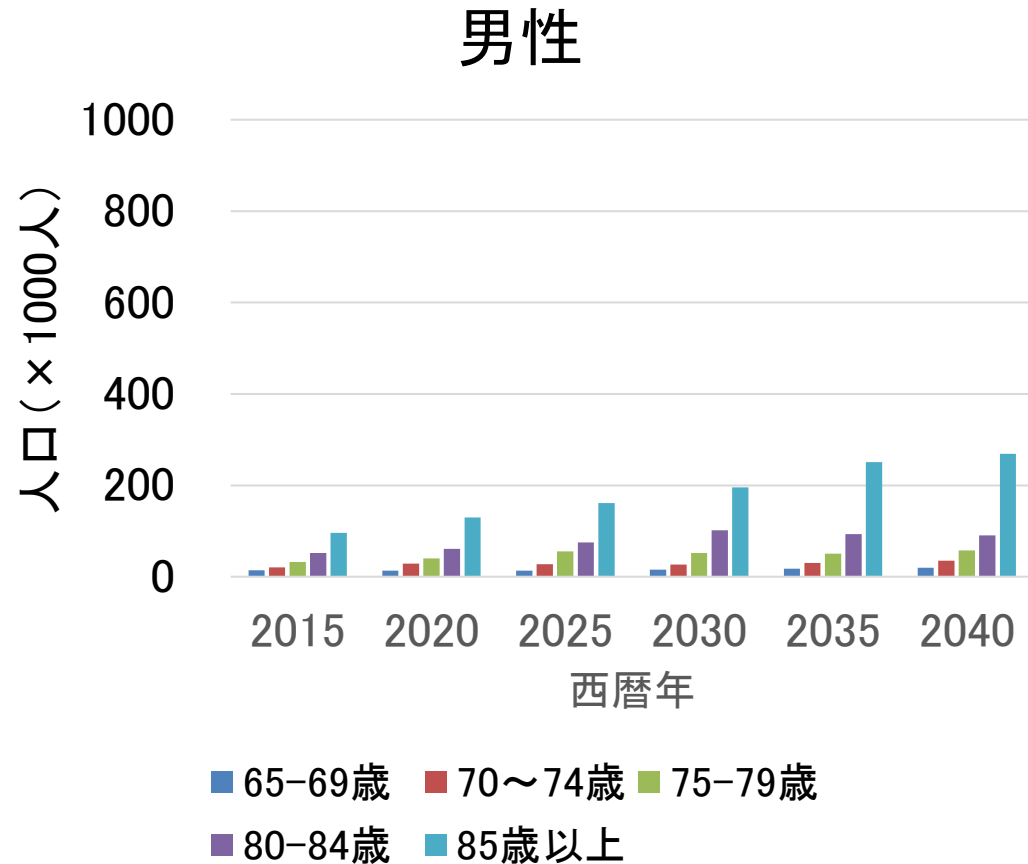
各年齢層の認知症有病率が一定と仮定し、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)・出生中位(死亡中位)推計」を用いて算出した。栗田：超高齢期の認知症の疫学と社会状況。老年精神医学雑誌30:238-244,2019

性・年齢階級別独居認知症高齢者数



性・年齢階級別認知症有病率と国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計」による性・年齢階級別単独世帯高齢者数(2020年)を掛け合わせて算出した. 栗田主一:一人暮らし, 認知症, 社会的孤立. 老年精神医学雑誌31: 451-459, 2020

性・年齢階級別単独世帯認知症高齢者数の将来推計



性・年齢階級別認知症有病率と国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計」による性・年齢階級別単独世帯高齢者数(2015年~2040年)を掛け合わせて算出した。栗田主一:一人暮らし, 認知症, 社会的孤立. 老年精神医学雑誌31: 451-459, 2020

高島平スタディ

(70歳以上高齢者7614名の悉皆調査と縦断調査:2016年～)



東京都板橋区高島平

昭和40年代に造成された大規模住宅地域. 高齢化率が高く, 単身世帯が多い.

認知機能低下と身体的健康

従属変数	有意確率	Exp(B)	Exp(B) の 95% 信頼区間	
			下限	上限
主観的聴力不良(大きな声であれば聞こえる, 聞こえない)	0.02	1.51	1.07	2.12
主観的視力不良(顔がわかる程度, 見えない)	0.00	2.26	1.50	3.40
歩行機能が低下し, 自由に外出できない	0.00	2.54	1.52	4.24
椅子から何もつかまらず立ち上がりができない	0.01	1.52	1.10	2.08
15分間続けて歩く	0.02	1.81	1.25	2.62
ブクブクうがいができない	0.00	1.66	1.18	2.35
かかりつけ歯科医がない	0.02	1.44	1.06	1.95
過去1年間歯科受診していない	0.02	1.53	1.17	2.01
糖尿病の既往	0.00	1.66	1.19	2.31
血液免疫疾患の既往	0.04	1.83	1.02	3.27

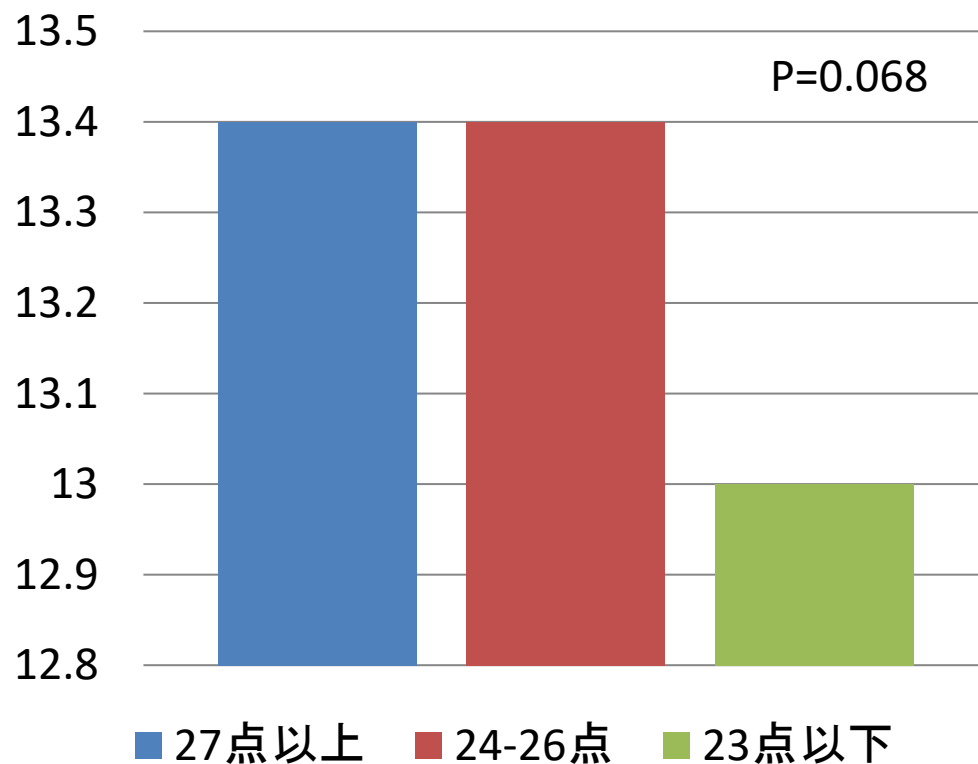
独立変数: 認知機能低下(MMSE24点未満)

性, 年齢, 教育年数, 世帯類型(独居)を共変量に投入にした二項ロジスティック回帰分析

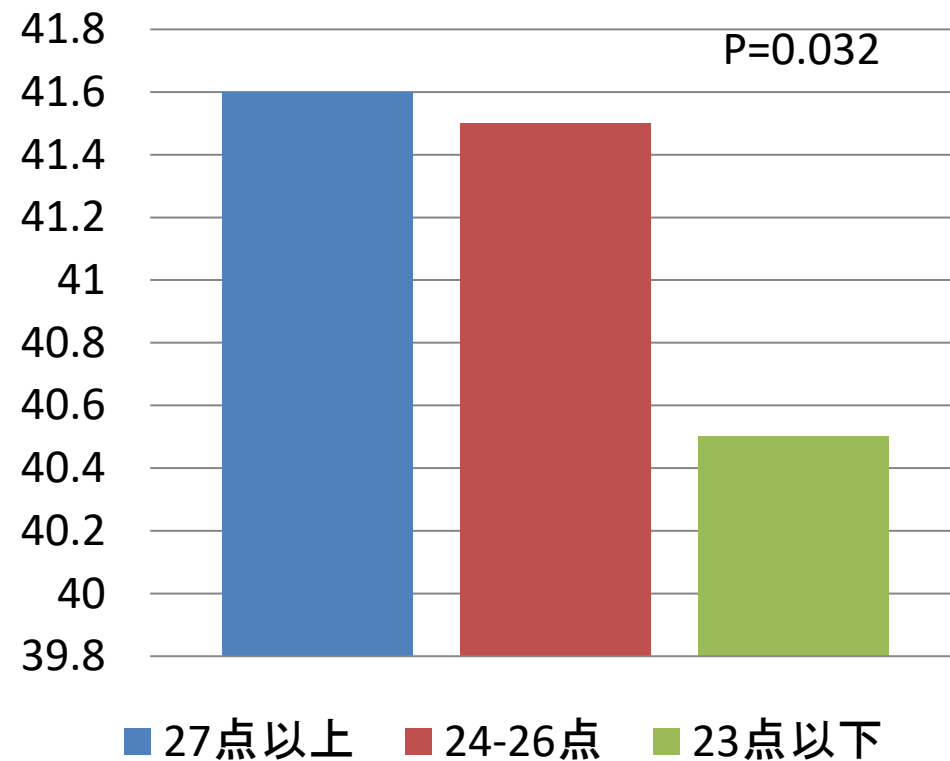
認知機能低下と貧血との関連

(会場調査に参加した70歳以上高齢者, N=1,195)

ヘモグロビン (g/dl)



ヘマトクリット (%)



認知機能低下と社会的・精神的健康

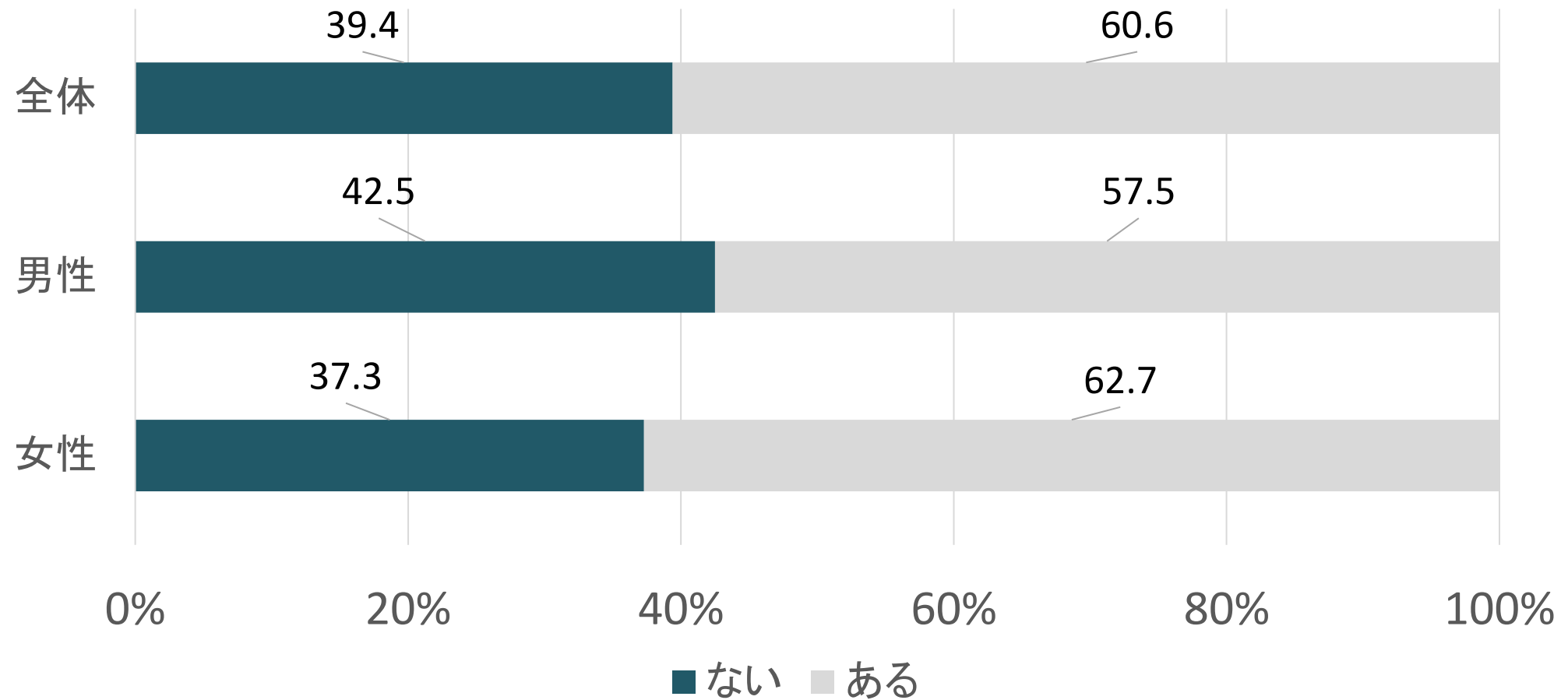
従属変数	有意確率	Exp(B)	EXP(B) の 95% 信頼 区間	
			下限	上限
外出が月1回未満	0.00	2.98	1.99	4.47
友人・知人と会って話すのは月1回未満	0.00	1.62	1.23	2.12
友人・知人と電話で話すのは月1回未満	0.00	1.88	1.43	2.47
家族と会うのは月1回未満	0.15	1.22	0.93	1.58
家族と電話で話すのは月1回未満	0.00	1.77	1.34	2.34
社会活動にまったく参加していない	0.00	2.70	1.92	3.80
年収100万円未満	0.00	2.21	1.52	3.21
抑うつ症状(GDS短縮版5点以上)	0.00	1.74	1.34	2.26
うつ病の既往	0.00	2.36	1.41	3.97

独立変数: 認知機能低下(MMSE24点未満)

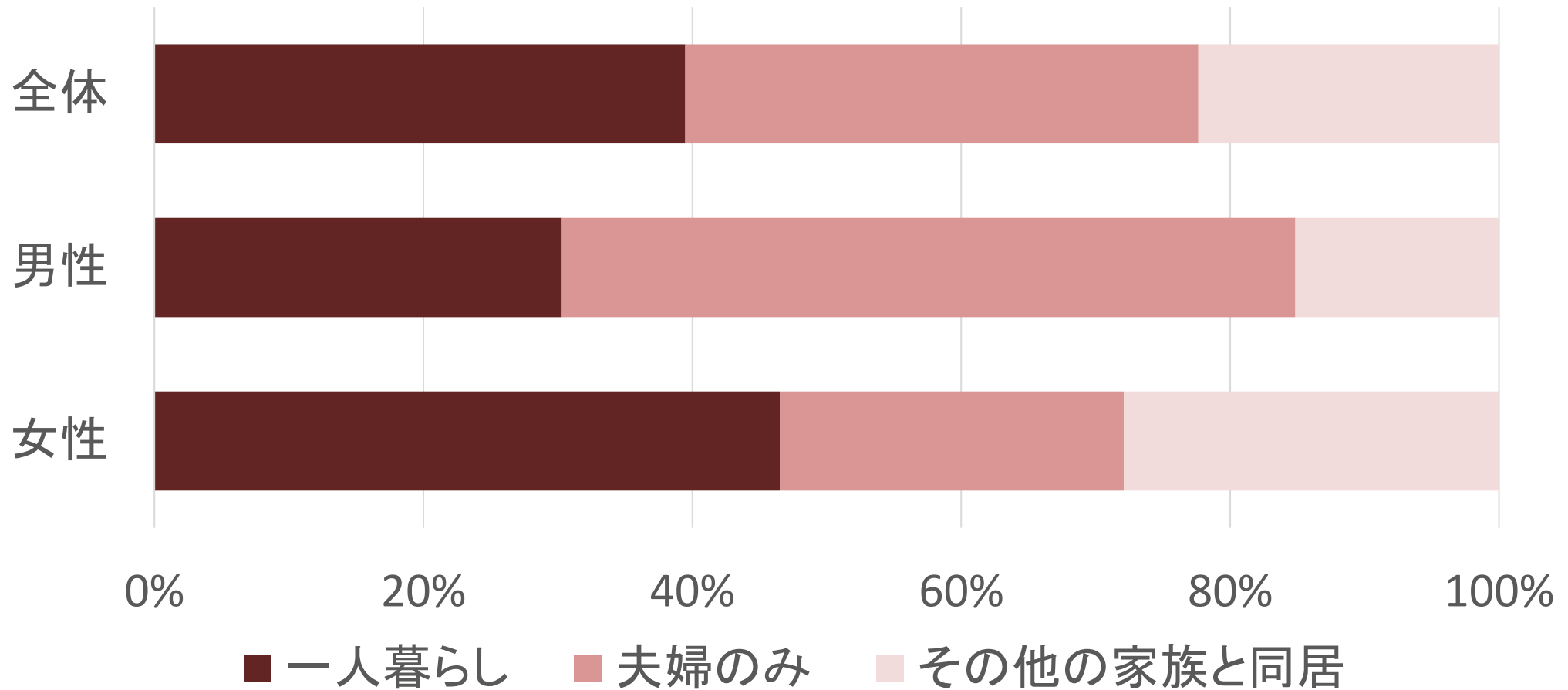
性, 年齢, 教育年数, 世帯類型(独居)を共変量に投入にした二項ロジスティック回帰分析

認知症の状態にある高齢者の割合は？

MMSE 24点未満の70歳以上高齢者, N=198

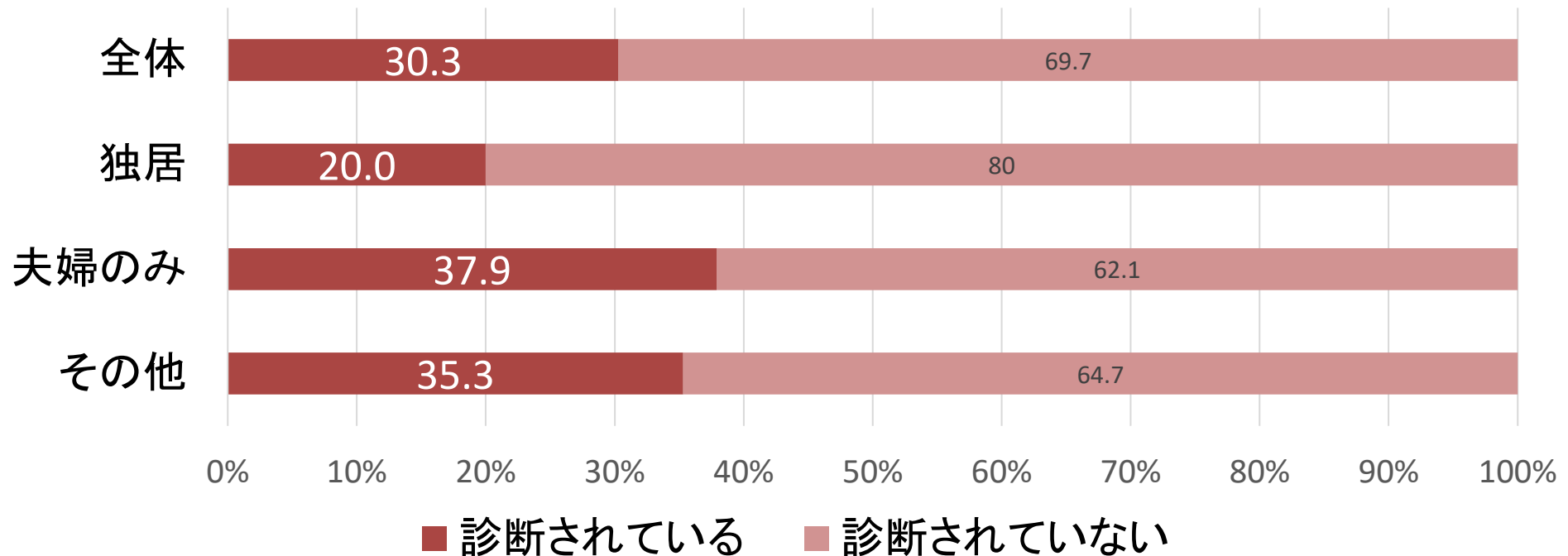


「認知症の状態にある」高齢者の約4割は一人暮らし (女性では約5割が一人暮らし)



認知症の状態にある高齢者は
認知症の既診断率：世帯類型別比較
(認知症の状態にある高齢者：N=76, 世帯類型欠損値：N=2)

認知症疾患が診断されているか

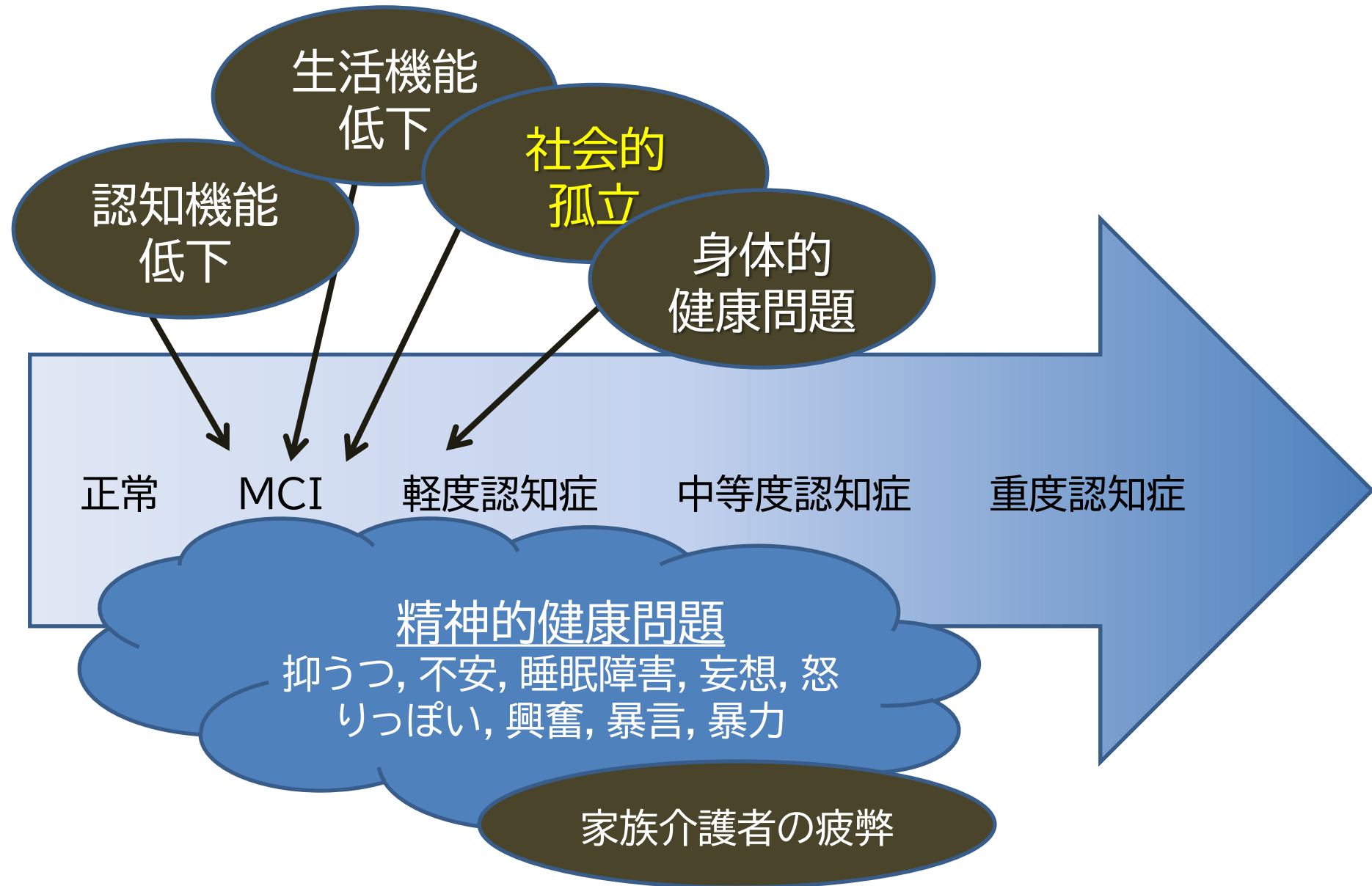


カイ2乗検定：P=0.285

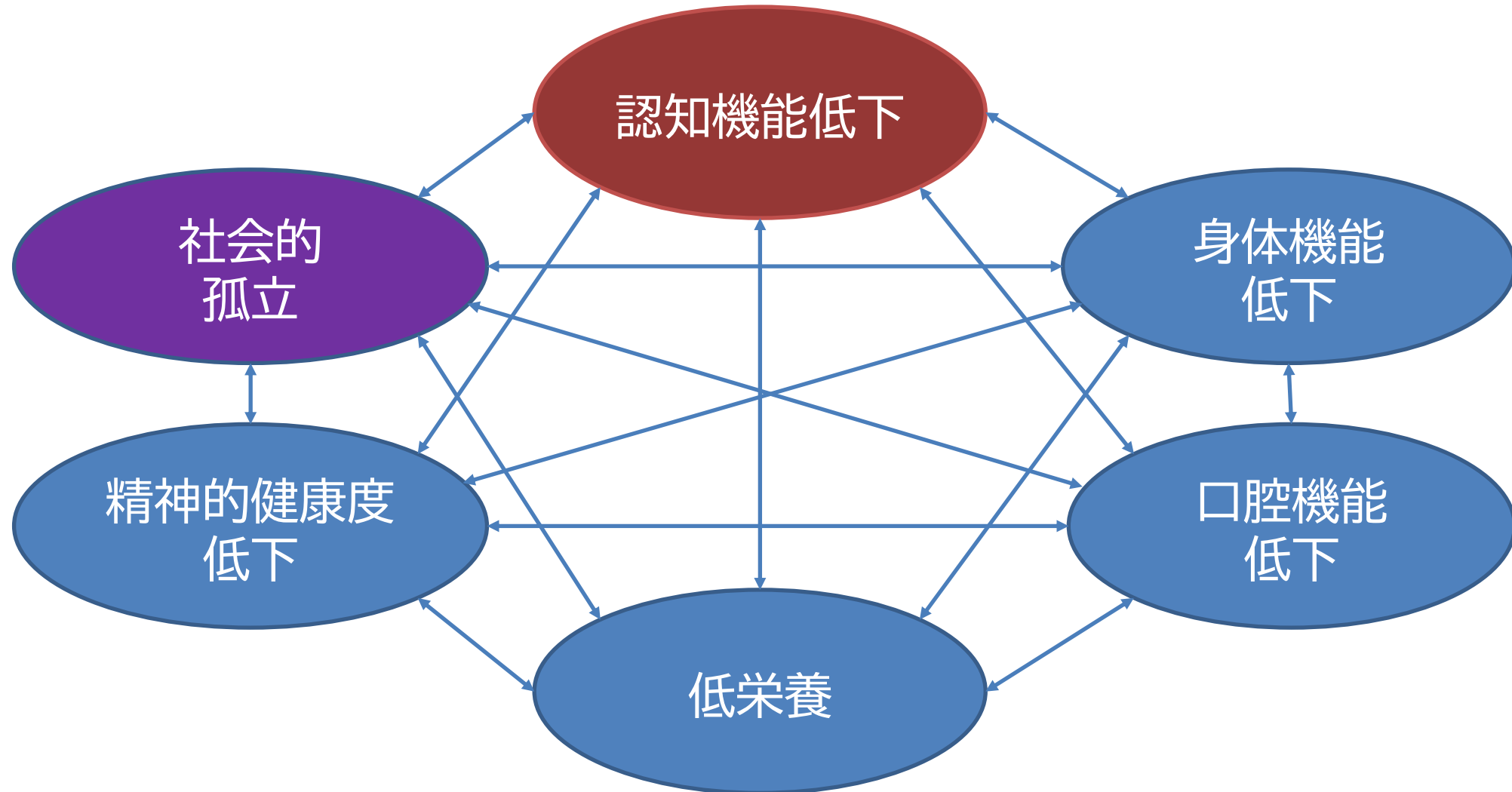
訪問調査員(看護師)のメモの抜粋

- 81歳女性, 独居, 昨年秋に退院して家に帰ってきたがどうやって帰ってきたかわからない, いろいろなことがわからなくなってボーっとしている.
- 78歳女性, 独居, 抗認知症薬を服用しているが薬手帳のシールはバラバラ. 転倒して顔面外傷, 通行人に助けられて帰宅したことがある. 介護保険を申請しているが中断している.
- 90歳女性, 独居, 抗認知症薬を服用しているが薬手帳のシールは7月以降貼られていない. カーテンフックが3か所はずれているが, そこから頻繁に泥棒に入られるという.
- 88歳女性, 娘と2人暮らしであるが, MMSEは10点. しかし, 認知症に関する情報はまったく知らない. 本人は「これからどうなるのかしら」と不安がっている.
- 82歳女性, 娘と2人暮らしであるが, 通院頻度と残薬が合わない, 服薬内容と病名も合わない. 介護保険証は期限切れ.
- 79歳男性, 独居. 1~2年前からガスのつけっぱなしで鍋焦がしがある. 本人は「火事を出さないように気をつけている」というが訪問当日も薬缶をかけっぱなしで調査員が気づいた.
- 83歳男性, 独居. 物忘れがひどくなったので娘が近隣に転居して世話をするようになったが, 本人は受診したがらない. 介護保険も未申請.
- 90歳男性, 独居. 妻とは死別. 部屋全体がアンモニア臭, 清掃はされておらず汚れがひどい. 食事は息子が運んでくる. サービスも拒否, 受診も拒否, しかし話し相手は欲しいよう.
- 77歳男性, 独居. 物忘れの自覚あり, 体力の衰えも気にしており外出もほとんどしていない. 経済的な不安も大きい.
- 77歳男性, 夫婦同居. 異食があり目が離せない. 介護負担大きい. 経済的理由から医療機関を受診しておらず未診断.

複雑化のプロセスは認知症の初期段階ではじまる



認知機能低下と身体的・精神的・社会的健康問題との関連



社会的孤立の概念

- 社会的孤立の共通の特徴は“意味のある”社会的ネットワークが欠如しているということである。
- “意味のある”とは個人の社会的ニーズが充足されるということである。

Ludwien Meeuwesen (2009)

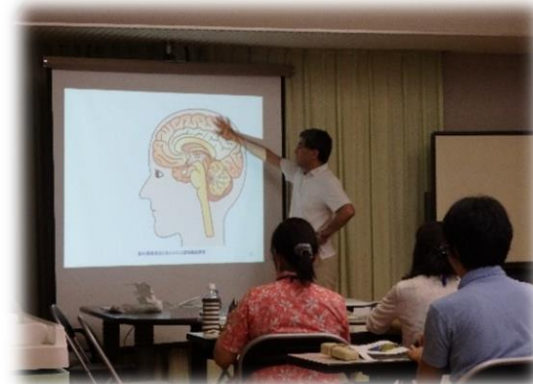
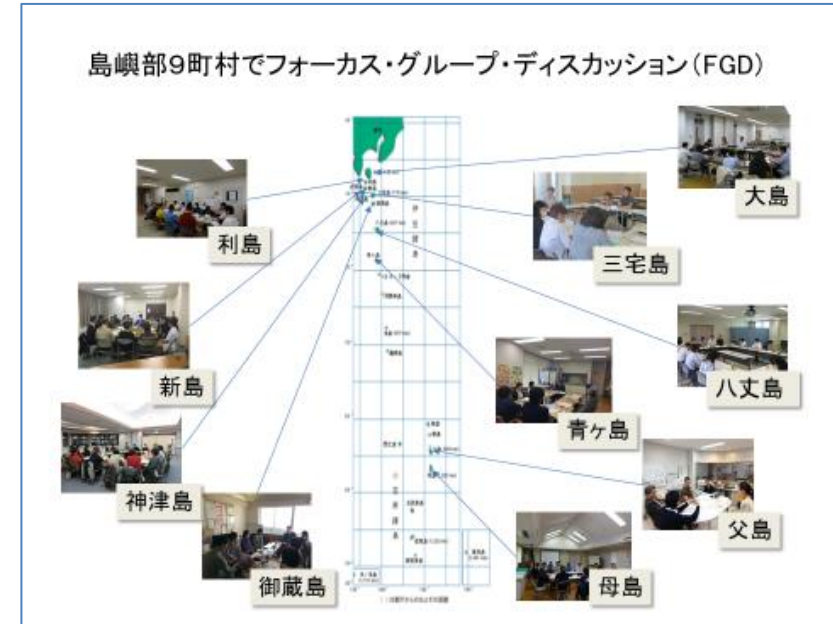


社会的孤立とは、個人において、社会的支援の利用を可能とするネットワークが欠如していることである。

社会的支援へのアクセシビリティを高める環境づくり



都市における環境づくり



離島における環境づくり

① 居場所としての機能

認知症の有無に関わらず，障害の有無に関わらず，誰もが居心地よく，自由に過ごすことができる。



② 相談に応じられる

- 定年退職した経験のある保健・福祉等の専門職がいる。
- 特定の日には、**認知症サポート医**などが相談にのってくれる。
- 地域包括支援センターとつながっている。
- 多様な生活課題をもって暮らす人が気軽に相談に来られ、必要に応じて適切な社会資源につながるができる。



③差別や偏見を解消し、社会参加を促進する 共に学び、共に活動し、共に楽しむことができる。



認知症の勉強会



口腔保健の勉強会



筋骨格系の健康教室



僧侶の講話を聴く会



落語を楽しむ会



弦楽三重奏を楽しむ会

事例: 夫との死別により, 突然一人暮らしとなった80代の女性

- 夫と2人暮らし, 子はいない.
- 2年前より健忘が目立ち, 金銭管理, 買い物, 家事にも支障を来し, 夫が支えていた. 夫は地域包括支援センターに相談し受診を勧められていたが, 本人の同意は得られず, 受診させることはできなかった.
- この頃から, 本人と夫は, 地域包括支援センターに隣接する「地域の居場所」に立ち寄っており, スタッフと顔見知りになっていた.
- ところが1カ月後に夫が急逝, 本人は混乱状態に陥ってしまった. 旧知の民生委員と地域包括支援センターの職員が奔走し, 30年間会っていなかった姪の所在を突き留めて連絡. 無事, 葬儀を行った.
- その後は, 姪がキーパーソンとなり, 本人を説得して受診させ, アルツハイマー型認知症の診断を受け, 要介護認定を受けて居宅サービスを利用するようになった.

事例の続き

- ところで本人の収入は年金のみ(月10万円). 家賃7万円. これでは現在の住居に住み続けることができない.
- 幸い年金は厚生年金であったので, 姪の支援を得て遺族厚生年金を受け取る手続きを行うことができ, 年金収入額を月16万円に増額することができた.
- さらに本人の同意を得て通帳は姪が管理し, 2週間に1回生活費を本人に手渡すようにした.
- しかし, 日常の金銭管理は困難であり, 財布をすぐに紛失してしまう. やがて, 本人は姪に対して物盗られ妄想をもつようになった.

事例の続き

- 「地域の居場所」のスタッフは、夫の急逝以来、本人の自宅を頻回に訪問して、本人との信頼関係の形成に努めていた。
- スタッフに誘われ、本人は日中、「地域の居場所」で過ごすようになり、食事会など、地域の中で展開されているさまざまな活動にも参加するようになった。
- やがて、月水金を「地域の居場所」、火木土を小規模多機能型居宅介護事業所のデイサービスで過ごすという生活パターンがつくられ、姪も週1回訪問してその都度財布にお金を入れ、食材を冷蔵庫などに入れておくことにし、夕食は配食サービスを利用するようになった。
- やがて姪に対する物盗られ妄想も解消し、良好な関係が形成されるようになった。
- ところが・・・

事例の続き

- 食事会に参加するためには、その都度ワンコイン(500円)を支払う必要があるが、本人はたびたび忘れてしまうために、食事会に誘ってくれた友人が立て替えてくれていた。
- しかし、本人は立て替えてもらったことを忘れてしまい、友人がお金を返してといっても「本人は借りていない」というので、友人との関係がうまくいかなくなった。
- そこで、「地域の居場所」のスタッフ、本人、家族が話し合い、「地域の居場所」で少額の金銭を預かることにして、それで食事会のお金を払えるようにした。
- 友人も認知症を理解するようになり、次第に関係も回復した。

事例の続き

- ある日、本人が膝関節の疼痛を訴え、足を引きずって「地域の居場所」にやってきた。そこで「地域の居場所」のスタッフが家族に連絡して整形外科を受診。変形性膝関節症の診断を受け、消炎鎮痛剤と湿布薬を処方された。
- しかし、本人は服薬管理ができない。そこで、「地域の居場所」と通所介護事業所で処方薬を預かることとし、月水金は拠点で、火木土はデイサービスで服薬管理と湿布を行うことにした……

ニーズに対応した日常生活支援を生み出すには・・・

認知症を生きる当事者ととともに日常生活を体験し

その中で日常生活支援ニーズを知り

そのニーズに対応できるような日常生活支援を

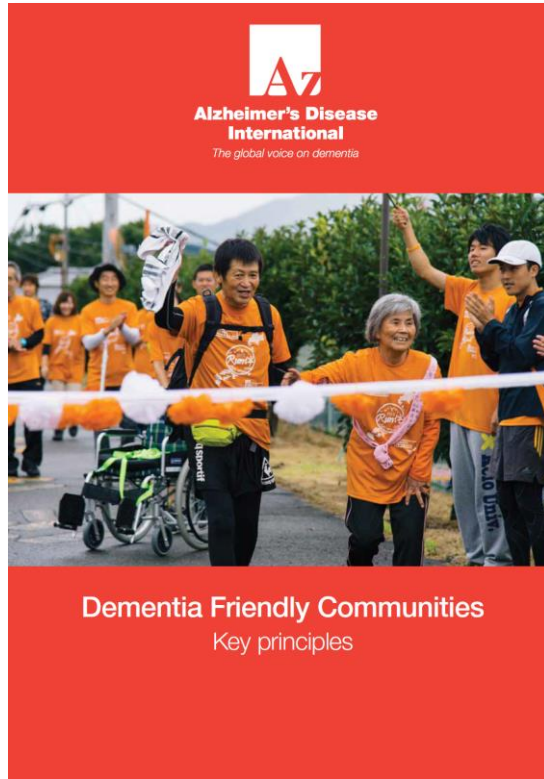
認知症である当事者ととともに

地域社会の中に創り出していく歩みが必要ではないか

本日の話のポイント

1. 「空白の期間」と診断後支援
2. 認知症疾患医療センター運営事業の事業内容の変遷
3. ソーシャルワークとしての診断後支援
4. 精神療法的なアプローチとしての診断後支援
5. 権利実現支援(アドボカシー)としての診断後支援
6. 当事者のエンパワメントをめざす診断後支援
7. 「空白の期間」と社会的孤立
8. 認知症フレンドリー社会をつくる
9. 共生社会を共創しよう

認知症フレンドリー社会とは何か



2017年

認知症フレンドリー社会とは、認知症である本人と介護者が、かづけられ、支援され、社会に包摂され、その人々の権利が人々に理解され、その人々がもつ力が人々に認識されている場であり、文化である。

ADI: Alzheimer's Disease International (国際アルツハイマー病協会)

訳: 栗田主一

認知症フレンドリー社会の基本原則

◆ 人々 (People)

認知症とともに生きる人々を尊重し、尊厳を守り、本人の求めていることを理解するためには、当事者の参画が不可欠である。

◆ 地域 (Community)

認知症に関連する偏見や社会的孤立と戦い、本人のニーズに合った活動やサービスを利用できるようにする必要がある。

◆ 組織・機関 (Organization)

さまざまな組織・機関において、認知症フレンドリーなアプローチを確立する必要がある。

◆ パートナーシップ (Partnership)

個別の組織・機関だけではなく、社会全体を変化させるには、官民連携を含む領域横断的な協働が必要である。



東急電鉄株式会社



城南信用金庫



ネコサポ(ヤマト運輸株式会社)



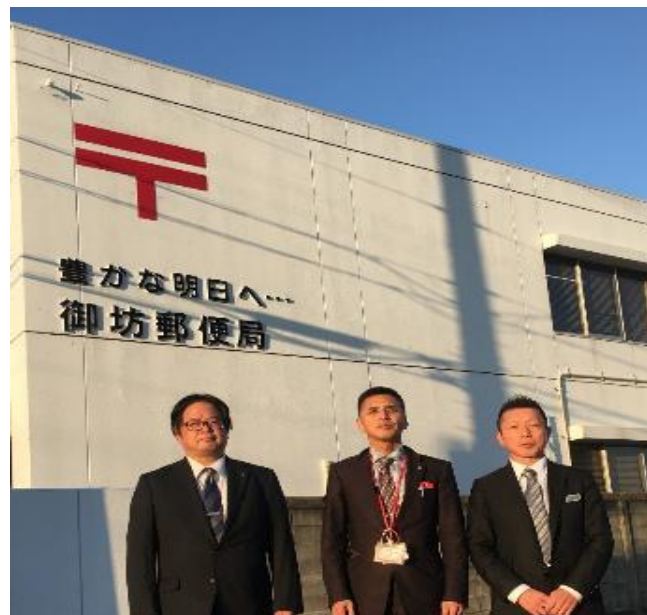
ケアローソン(株式会社ローソン)



移動スーパーとくし丸



スローショッピング



御坊郵便局



働ける介護保険サービス



マンション管理員向けの手引き



目次

1. マンションと認知症
2. 関係者との連携
デイサービスや訪問介護 / 地域包括支援センター
連携のために必要なこと
3. 管理組合との関係
4. 事例集
ケース① 同じ話を何度も繰り返す
ケース② ゴミ出しの日を間違える
ケース③ 部屋がわからず、うろうろする（いわゆる徘徊）
ケース④ オートロックが開錠できない
ケース⑤ 「物がとられた」と妄想を言う
ケース⑥ 共用部分での不潔行為
5. 好事例の紹介
6. 認知症の種類
①アルツハイマー型認知症
②レビー小体型認知症
③前頭側頭型変性症
④血管性認知症
7. 若年性認知症
8. 社内の相談窓口

【認知症マニュアル(管理職用の補足)】

1. ケース(事例)の補足
2. 管理員に認知症が疑われる場合



認知症フレンドリー社会の実現に向けたパートナーシップ形成

- 日本認知症官民協議会(2019年)
<https://ninchisho-kanmin.or.jp/>



認知症バリアフリーの取り組みや認知症分野でのイノベーション創出を官民一体となって進めることを目的に、経済界、産業界、医療・介護業界、学会や関係省庁など101団体が参加して創設



認知症フレンドリー社会の実現に向けた パートナーシップ形成への動き

- 高齢者の特性を踏まえたサービスのあり方検討会（東京都）
<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/kiban/shisaku/koureikentou/index.html>
- 認知症にやさしい異業種連携協議会（京都府）
<http://www.pref.kyoto.jp/kourei-engou/181210.html>
- 認知症フレンドリーシティプロジェクト（福岡市）
<https://www.city.fukuoka.lg.jp/hofuku/dementia/health/00/04/ninchisyounfriendlycity/ninchisyounfriendlycity.html>



認知症にやさしい異業種連携協議会
（京都府）



認知症フレンドリーシティの実現に向けたパートナーシップ（福岡市）

本日の話のポイント

1. 「空白の期間」と診断後支援
2. 認知症疾患医療センター運営事業の事業内容の変遷
3. ソーシャルワークとしての診断後支援
4. 精神療法的なアプローチとしての診断後支援
5. 権利実現支援(アドボカシー)としての診断後支援
6. 当事者のエンパワメントをめざす診断後支援
7. 「空白の期間」と社会的孤立
8. 認知症フレンドリー社会をつくる
9. 共生社会を共創しよう



藤田和子さん

現在もなお、「認知症になると何もできなくなる」「認知症になりたくない」といった絶望的なイメージが根強く残っています。いくら認知症について学び、サービスやケアを増やしたとしても、そうしたイメージが残る限り、認知症の人が自分らしく、幸せな人生を送ることはできません。この絶望というバリアを一日も早く取り払い、希望を持って生きていくことが当たり前の中になっ
て欲しい。そんな地域社会をつくりたい。これこそが、私たち希望大使の願いであり、ミッションです。

支援する人, 支援される人という敷居を越えて
希望と尊厳をもって暮らせる社会を
共に創りだしていきたい

という切実な思いがある……