

第7章 保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等

【目指すべき姿】

都民一人ひとりが、認知症になってからも自身の考えや気持ちを十分に尊重されて、適切な治療や介護などのサービスを切れ目なく受けることができる。

現状と課題

<認知症に係る医療・介護の提供体制>

- 認知症になってからも、居住する地域に関わらず、自らの意向が十分に尊重され、望む場で質の高い保健医療及び福祉サービスを適時にかつ切れ目なく利用できるよう、地域の実情に応じたサービス提供体制と連携体制を整備し、認知症のある人やその家族等の声も聴きながら人材育成を進める必要があります。
- 認知症は原因疾患や進行段階により症状等が異なるため、鑑別診断¹後、その進行段階等に応じた適切な医療の提供が必要です。
- 身体合併症²や行動・心理症状を発症する認知症のある人が多いことから、地域の多くの医療機関がその機能や特性に応じて、連携して対応するほか、症状が悪化したときに適切に対応できる診療体制の整備が必要です。
- 東京都は、平成24年度に、二次保健医療圏（島しょ地域を除く。）を単位として、12か所の認知症疾患医療センター（現在の「地域拠点型認知症疾患医療センター」）を指定しました。さらに、平成27年度から、区市町村（島しょ地域等を除く。）を単位として地域連携型認知症疾患医療センターの整備を進め、40か所を指定しています。
- 認知症疾患医療センターは、専門医療機関、地域連携の推進機関、人材育成機関としての役割を担っており、地域の認知症に関する医療提供体制の中核として、認知症の専門医療相談や鑑別診断、身体合併症や行動・心理症状への対応、区市町村の認知症施策への協力、地域の医療従事者等の育成、認知症のある人と家族介護者等を支援する取組などを行っています。
- 地域拠点型認知症疾患医療センターは、上記の取組に加え、認知症アウトリーチチームの配置、二次保健医療圏内の医療・介護従事者等の認知症対応力向上を図るための研修の実施、二次保健医療圏における地域連携の推進に向けた取組として「認知症疾患医療・介護連携協議会」を実施しています。

¹ 認知症の原因疾患と認知症の症状に類似する他の疾患（せん妄、うつ病等）とを見分けること

² 認知症の症状に加え、肺炎や骨折、がん等の身体疾患を併発した状態

- 認知症サポート医養成研修の修了者（令和5年度末現在1,748人）は、かかりつけ医の認知症診断に対する相談・支援等を行う役割を担っていますが、地域の医療資源として十分に活用されておらず、地域の関係機関と連携して本人や家族等を支える認知症サポート医の活動を更に活性化していく必要があります。
- 島しょ地域については、認知症の専門医療を提供できる医療機関や人材の確保が厳しい状況にあります。
- 認知症高齢者グループホーム（認知症対応型共同生活介護）などの地域密着型サービス事業者には、支援ノウハウを活かした地域における認知症ケアの拠点としての役割のほか、地域に開かれた透明性の高い事業運営を期待されており、国は令和3年度に「認知症伴走型支援事業」を創設しました。（再掲）
- 東京都は、平成21年度から「認知症地域支援ネットワーク事業」により、認知症支援拠点として地域の認知症のある人と家族等を支える介護サービス事業者の取組を促進する区市町村を支援しています。（再掲）

＜新たな治療法＞

- 令和5年12月から、アルツハイマー病の原因とされるアミロイドβを取り除き、アルツハイマー病の進行を抑制することが期待される認知症抗体医薬「レカネマブ」が販売開始されました。
- また、令和6年11月からは、国内2例目となる認知症抗体医薬「ドナネマブ」が販売開始されました。近年、こうした新たな治療薬の実用化が進んでいます。
- これらの認知症抗体医薬については、対象が早期のアルツハイマー病に限定されていることや、投与開始前に必要となる検査、投与開始後の頻繁なフォローアップ等ができる医療機関に限られること、治療の対象とならない方や治療を選択しない方への適切な配慮が必要なこと等の課題があります。

＜医療従事者・介護従事者等の人材育成、認知症のある人へのケア＞

- かかりつけ医による健康管理やかかりつけ歯科医による口腔機能の管理、かかりつけ薬局における服薬指導、病院や診療所・自宅等への訪問等の場面における医師、看護師等による本人・家族等への支援等の場において、認知症の疑いがある人に早期に気づいて適切に対応していくことが重要です。
- 地域の医療機関、認知症疾患医療センター、地域包括支援センター等との日常的な連携機能を有する歯科医療機関や薬局等にも、認知症の早期診断・早期支援における役割が期待されています。
- 認知症になってからも住み慣れた地域で適切な支援を受けられるよう、認知症対応

型サービス事業者だけでなく、全ての介護サービス事業者が、認知症のある人の意思を尊重するとともに、認知症介護の基本的知識やノウハウを学ぶ必要があります。

- 認知症介護指導者（令和 5 年度末現在 117 人）や認知症介護実践リーダー研修修了者（令和 5 年度末現在 2,258 人）等には、自施設・事業所内における認知症支援のリーダー役を担うほか、事業者同士の連携を図るなど、地域の社会資源を活用して認知症のある人を支援していくことが期待されています。
- 認知症のある人は、脳細胞の損傷などにより直接的に引き起こされる認知機能の障害のほかに、身体の状態や生活の環境などの様々な要因が影響して、精神症状や行動上の支障が起きる行動・心理症状を発症することがありますが、行動・心理症状は、環境を整えたり、関わり方の工夫をしたりすること等により、症状の軽減が期待できます。

東京都では、公益財団法人東京都医学総合研究所と協働して、スウェーデンのケアプログラムを基に、「日本版 B P S D ケアプログラム（※）」を開発し、平成 30 年度から普及を図っています。

- ※ 「日本版 B P S D ケアプログラム」は、介護保険事業所や地域において、認知症ケアの質の向上のための取組を推進する人材を養成するとともに、行動・心理症状を「見える化」するオンラインシステムを活用し、ケアに関わる担当者の情報共有や一貫したケアの提供をサポートするプログラムです。

＜家族介護者等への支援＞

- 認知症になってからも家族と安心して暮らせるようにするためには、身近な地域で、必要な医療・介護・生活支援等を受けることができ、家族介護者等の負担も軽減されることが重要です。（再掲）
- 国は、令和 4 年度から、区市町村が実施する「認知症の人と家族への一体的支援事業」を認知症地域支援推進員の役割の一つに位置付けました。この事業は、認知症の本人と家族が一緒に参加するプログラムを提供することにより、認知症のある人の自信や意欲の向上、家族の介護負担感の軽減、これらを通じた家族関係の再構築を図ることを目的とするもので、令和 5 年度は、都内 11 区市町村で実施しています。

施策の方向

＜認知症に係る医療・介護提供体制の整備＞

- 居宅サービスや施設サービス、地域密着型サービスなど介護サービス基盤をバランスよく整備し、単身世帯を含め、認知症になって介護が必要になっても住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう取り組みます。

- 今後一層の増加が見込まれる介護ニーズや、生産年齢人口の減少に適切に対応していくため、多様な人材が介護の仕事に就くことを希望し、仕事に就いた後もやりがいを持って働ける環境を整備することで、質の高い介護人材の確保に取り組みます。
- 東京の地域特性を踏まえ、地域の多様な人的資源・社会資源によるネットワークづくりを進め、単身世帯を含む認知症のある人が社会に継続的につながることや家族会の活動など認知症のある人と家族等を支える地域づくりを支援します。(再掲)
- また、介護者支援の拠点となる医療機関と連携した認知症カフェの設置や家族会の活動の支援など、地域の実情に応じて、認知症のある人と家族等の支援に取り組む区市町村を支援します。(再掲)
- 高齢者が、自らが望む生活を自立的に送れるよう、地域住民の力に加え、NPO法人等の活動とも連携・協働し、認知症のある人を含む高齢者やその家族等を地域で支え、ニーズに応じた生活支援サービス等が提供されるよう取り組みます。
- 地域における支援体制を構築するため、各区市町村(島しょ地域等を除く。)に設置した認知症疾患医療センターにおいて、専門医療を提供するとともに医療機関同士及び医療・介護の連携を推進していきます。(再掲)
- また、認知症の医療・介護・生活支援等に関する専門的な知識や情報を持ち、個別ケース支援のバックアップ等を担う認知症支援コーディネーターを配置する区市町村を支援することにより、地域の認知症対応力向上を図っていきます。(再掲)
- 認知症疾患医療センターが、かかりつけ医や看護師等、地域の医療従事者等に向けた研修を実施するとともに、区市町村や地区医師会等の関係機関が実施する研修への協力を行うことにより、地域における認知症医療の充実と認知症対応力の向上を図っていきます。
- 地域拠点型認知症疾患医療センターでは、認知症疾患医療・介護連携協議会の開催、地域の医療・介護従事者向け研修の実施等により、認知症があり、身体合併症や行動・心理症状を有する人も地域で暮らし続けられるよう体制づくりを進めていきます。

また、認知症専門医³、看護師、精神保健福祉士等で構成する認知症アウトリーチチームを配置し、認知症支援コーディネーター等の依頼に応じて、認知症初期集中支援チームでは対応が難しい場合に、自宅への訪問などにより本人や家族等に必要な情報を提供するほか、適切なサービス等につなげる取組を推進していきます。

併せて、認知症アウトリーチチームが培った訪問支援のノウハウを生かし、認知症初期集中支援チームの円滑な活動を支援していきます。(再掲)

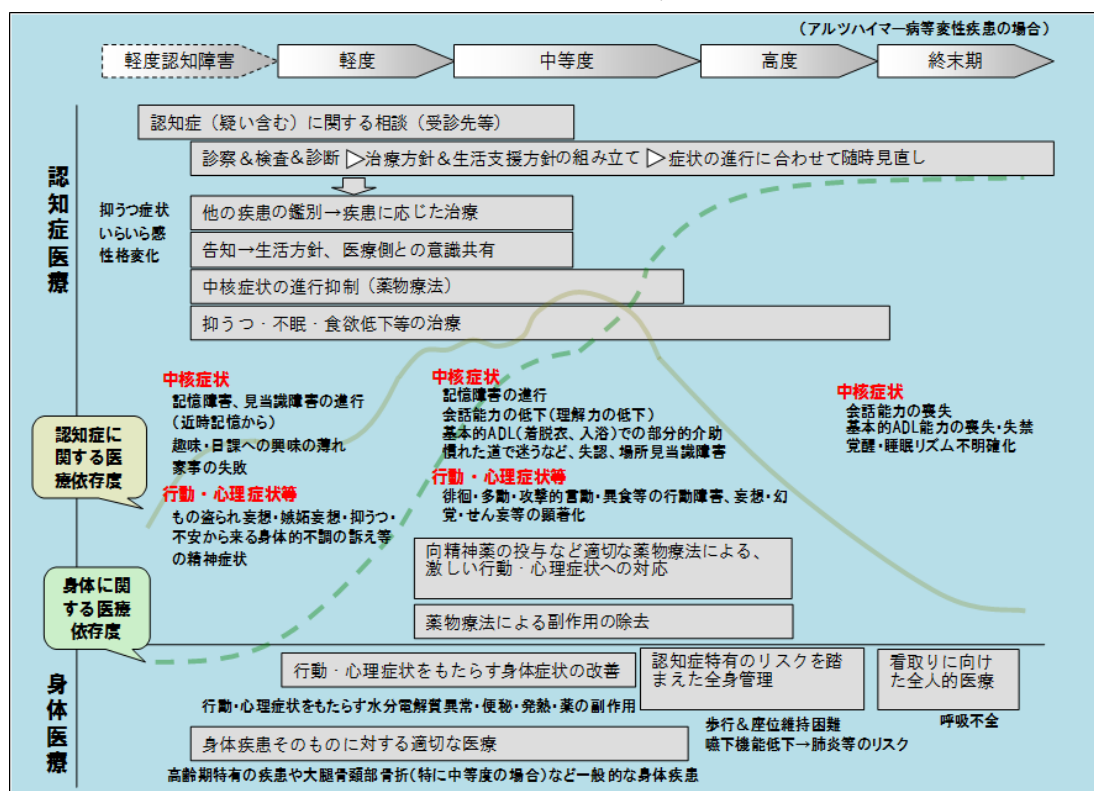
³ 日本老年精神医学会若しくは日本認知症学会の定める専門医又は認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師

- 身近な地域における医療・介護の一層の連携と認知症対応力の向上を図るため、地域包括支援センター等と積極的に連携する認知症サポート医を「とうきょうオレンジドクター」に認定するなど、認知症サポート医の活動の活性化を図るとともに、とうきょうオレンジドクターとの連携を促進する取組を行う区市町村を支援していきます。
- 島しょ地域等の認知症疾患医療センター未設置地域（以下「未設置地域」という。）については、地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターに設置した「認知症支援推進センター」の認知症専門医等が未設置地域の医療従事者等に対して行う相談支援、未設置地域を訪問して認知症の対応力向上を目的とした研修会等を実施し、未設置地域における認知症のある人と家族等への支援体制の充実を図ります。
- 今後、認知症のある高齢者の増加が見込まれる中、都内の認知症医療の実態も把握しながら、認知症専門病院について検討していきます。

＜新たな治療法への対応＞

- 新たな治療薬である認知症抗体医薬による治療について、都民の正しい理解の促進及び専門職の人材育成等を進めることに加え、希望する方がタイミングを逃さず治療につながるよう、早期の気づき、早期診断・早期支援の取組を促進していきます。

認知症の経過と医療依存度



資料：東京都福祉保健局「東京都認知症対策推進会議 医療支援部会報告書」（平成 21 年 3 月）

都における認知症患者医療センターの指定状況



地域連携型（40か所指定）

＜医療従事者・介護従事者等の認知症対応力向上、認知症ケアの質の向上＞

- 認知症支援推進センターにおいて、認知症サポート医等の専門職に対し、診療技術の向上等に資する実践的な研修を実施する等、地域において認知症ケアに携わる医療専門職等の人材を育成します。
- 認知症のある人の身体合併症等への対応を行う急性期病院等において、行動・心理症状等への対応力を高め、適切な対応が行われるよう、指導的立場にある看護師を対象とした研修を実施します。
- 認知症の疑いのある人に早期に気づき、早期診断・早期支援、医療の提供等のための地域のネットワークの中で重要な役割を担う、病院以外の診療所・訪問看護ステーション・介護事業所等に勤務する医療従事者等に対する認知症対応力向上研修を実施します。
- 全ての区市町村が設置する認知症初期集中支援チーム及び認知症地域支援推進員が円滑に活動できるよう、必要な知識・技術を習得するための研修の受講促進を図ります。
- 高齢者と接する機会の多い歯科医師や薬剤師が、認知症の疑いがある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応するとともに、認知症のある人の状況に応じた適切な口腔管理や服薬指導が行えるよう、研修を実施します。
- 介護従事者に対して認知症介護に関する基礎的及び実践的な研修を実施するとともに、地域密着型サービス事業所の管理者等に対して適切なサービス提供に関する知識を修得させるための研修を実施します。
- 認知症介護指導者や認知症介護実践リーダーを引き続き養成し、認知症ケアの質の向上を図るとともに、地域における活用が進むよう検討していきます。
- 認知症支援拠点として地域の認知症のある人と家族等を支える介護サービス事業者の取組を促進する区市町村を支援します。（再掲）
- 認知症になっても住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、公益財団法人東京都医学総合研究所と協働して、「日本版BPSDケアプログラム」の都内全域への普及を図ります。

＜家族介護者等の負担軽減＞

- 小規模多機能型居宅介護や看護小規模多機能型居宅介護、認知症対応型通所介護、特別養護老人ホーム等に併設されるショートステイについて整備費補助を行うなど、認知症のある人の家族を含め、家族介護者等も安心して暮らせるよう、介護サービス基盤の整備を支援します。
- 東京の地域特性を踏まえ、地域の多様な人的資源・社会資源によるネットワークづ

くりを進め、認知症のある人が社会に継続的につながることや家族会の活動など認知症のある人と家族等を支える地域づくりを支援します。(再掲)

- 介護者支援の拠点となる医療機関と連携した認知症カフェの設置や家族会の活動の支援など、地域の実情に応じて、認知症のある人と家族等の支援に取り組む区市町村を支援します。(再掲)

【主な施策】

・認知症疾患医療センター運営事業〈再掲〉〔福祉局〕

東京都が指定する「認知症疾患医療センター」において、認知症の診断、身体合併症と行動・心理症状への対応、専門医療相談等を実施するとともに、地域の医療・介護関係者等との連携の推進、認知症のある人と家族介護者等への支援、人材の育成等を行うことにより、認知症のある人の地域生活を支える医療体制の構築を図ります。

また、地域拠点型認知症疾患医療センターに、区市町村と連携して、受診困難な認知症のある人等への訪問支援を行う認知症アウトリーチチームを配置します。

・認知症支援コーディネーター事業〔高齢包括〕〈再掲〉〔福祉局〕

地域における認知症の専門家であり、認知症の医療・介護・生活支援等の専門的な知識や情報を持ち、個別ケース支援のバックアップ等を担う「認知症支援コーディネーター」を配置する区市町村を支援します。

・認知症サポート医地域連携促進事業〔福祉局〕

身近な地域における医療・介護の一層の連携と認知症対応力の向上を図るため、地域包括支援センター等と積極的に連携する認知症サポート医を「とうきょうオレンジドクター」に認定し、都民及び区市町村等に広く周知する等により認知症サポート医の活動の活性化を図るとともに、とうきょうオレンジドクターとの連携を促進する取組を行う区市町村を支援します。

・認知症支援推進センター運営事業〔福祉局〕

医療従事者等の認知症対応力向上の支援拠点として地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターに設置した「認知症支援推進センター」において、認知症サポート医フォローアップ研修等の専門職向けの研修や、区市町村において認知症ケアに携わる医療専門職等の人材の育成を行うとともに、認知症疾患医療センター未設置地域の医療従事者等への認知症に関する支援を実施します。

・認知症抗体医薬対応支援事業〔福祉局〕

認知症抗体医薬による治療について、都民の正しい理解の促進を図るとともに、専門職への相談窓口等の設置、認知症疾患医療センター職員等を対象とした研修を実施します。

また、認知症抗体医薬の実用化後の、都内における認知症抗体医薬治療における課題を分析し、対応策を検討します。

・認知症初期集中支援チーム員等研修事業〈再掲〉〔福祉局〕

認知症初期集中支援チーム員及び認知症地域支援推進員が、その役割を担うための知識・技能を習得するための研修の受講促進を図ります。

・歯科医師・薬剤師・看護職員認知症対応力向上研修事業〈再掲〉〔福祉局〕

歯科医師や薬剤師、病院勤務以外の看護師等医療従事者に対し、認知症のある人への対応力の向上や関係機関との連携の促進等に関する研修を実施するほか、認知症のある人の意向を尊重した適切な医療・ケアが提供できるよう、地域の医療従事

者を対象とした意思決定支援の知識・手法を学ぶ研修を実施します。

また、病院等で指導的な役割にある看護職員に対し、認知症ケアの実践的な対応やマネジメントに関する研修を実施し、病院等の認知症対応力の向上を図ります。

・**認知症介護研修事業〔福祉局〕**

介護従事者及びその指導的立場にある者に対し、認知症介護に関する基礎的及び実践的な研修を実施し、技術の向上を図ります。

・**認知症とともに暮らす地域あんしん事業〔一部高齢包括〕〈再掲〉〔福祉局〕**

軽度の認知機能障害から認知症の初期、中・重度までの段階に応じて、適切な支援が受けられる体制を構築するため、以下の取組を実施します。

- ① 地域の実情に応じた認知症に関する正しい知識の普及を進めるとともに、認知症検診と地域における検診後のサポートを推進します。
- ② 軽度の認知機能障害や認知症の初期段階から継続的な支援ができる地域づくりを推進する区市町村の支援を行います。
- ③ 公益財団法人東京都医学総合研究所と協働し、行動・心理症状の改善が期待される「日本版 BPSD ケアプログラム」の普及を図ります。

・**認知症のある人と家族を支える医療機関連携型介護者支援事業〔高齢包括〕〈再掲〉〔福祉局〕**

医療機関周辺に認知症介護者支援の拠点を設け、医療機関の専門職と連携した介護者支援のための講座や交流会を開催し、介護者の孤立化防止等を図る区市町村の取組を支援します。

・**認知症高齢者グループホーム整備促進事業〔福祉局〕**

認知症のある高齢者が専門的なケアを受けながら家庭的な環境の中で暮らしていけるよう、社会福祉法人や株式会社等が行う認知症高齢者グループホームの整備費について補助します。整備状況が十分でない地域に設置する場合の加算補助を行い、また、建築費高騰への対応として、物価変動分を補助額に反映します。さらに、老朽化した施設の改修を進めるため、経費の一部について補助します。

・**地域密着型サービス等整備推進事業〔福祉局〕**

地域の介護ニーズに対応するため、地域密着型サービスの整備費について補助します。小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所、地域密着型特別養護老人ホーム等については、定員に応じた東京都独自の加算補助や建築費高騰への対応として物価変動分の反映を行うほか、老朽化した施設の改修経費の一部について補助します。

公益財団法人東京都医学総合研究所（日本版BPSDケアプログラム）

主な活動内容

公益財団法人東京都医学総合研究所は、平成23年に3つの研究所を統合し、新たな研究所として発足しました。都が重点的に取り組んでいる保健医療施策を支える研究の推進、医療現場と連携した研究の推進による、新たな診断法の開発や診断精度の向上、研究成果の早期実用化や臨床応用の推進により、都民の医療と福祉の向上に寄与することを目指しています。

研究等の推進に向けた取組

日本版BPSDケアプログラムの開発・普及

- 認知症のある人は、脳細胞が損傷を受けたり働きが悪くなることで直接的に引き起こされる認知機能の障害のほかに、身体の状態や生活の環境などの様々な要因が影響して、精神症状や行動上の支障が起きる「行動・心理症状」（BPSD）を発症することがあります。
- 行動・心理症状は、認知症のある人の在宅生活の継続を困難にする大きな要因となりますが、環境を整えたり、関わり方の工夫をしたりすること等により、症状を軽減できることがあります。
- スウェーデンのケアプログラムをもとに、東京都医学総合研究所と東京都が協働して、認知症になってからも住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、認知症ケアの質の向上を図る「日本版BPSDケアプログラム」を開発し、普及に取り組んでいます。

【日本版BPSDケアプログラムの流れ】



日本版BPSD ケアプログラムの 概要

- ✓ 日本版BPSDケアプログラムは、介護事業者等において認知症ケアの質の向上を推進するとともに、行動・心理症状を「見える化」するオンラインシステムを活用し、ケアに関わる担当者の情報共有や一貫したケアの提供をサポートするプログラムです。
- ✓ 東京都は、本プログラムのアドミニストレーター養成研修を、令和6年度介護報酬改定において新設された「認知症チームケア推進加算」の算定要件であるチームケア推進研修として実施しています。

日本版BPSDケアプログラムの特徴・効果

- 認知症は環境の影響によって状態が大きく変わるため、認知症のある人を取り巻く社会環境を整える必要があります。そのため、認知症を「社会モデル」として捉える視点が重要です。
- 本プログラムでは、行動・心理症状を「問題行動」ではなく、「患者の切実なSOS」と捉え、本人へのケアのあり方の見直しにつなげます。行動・心理症状が生じたときには、本人の問題としてではなく、環境が本人のニーズと合致していないため、本人がSOSを発信していると捉えることが必要です。
- 複数の試験結果のほか、本プログラムを導入した介護事業者等による実践の場において、行動・心理症状の減少効果が証明されています。
- 本プログラムでは、症状を定量的に可視化し、指標としてケアにかかわる担当者のチームで共有します。チームで可視化された指標の推移を確認しながら取組を行うことで、チーム全体で効果を実感でき、認知症ケアをチームで実践する体制の構築にもつながっています。
- 本プログラムの普及・実践を通じて、介護事業者等における認知症ケアの質を向上させることは、認知症基本法が目指す共生社会の実現に大いに貢献するものと考えています。

執筆協力、画像提供：公益財団法人東京都医学総合研究所

有限会社心のひろば 地域ケアサポート館福わ家

主な活動内容

心のひろば 地域ケアサポート館福わ家（小規模多機能型居宅介護、グループホーム）では、たとえ認知症になり、様々な場面で困難が生じたとしても、住み慣れた自宅・地域の中で、自分らしく尊厳ある生活を続けていけるように支援しています。「日本版BPSDケアプログラム」を取り入れることで、チームとして「誰も気づけられなかったニーズ」に着目したケアを行っています。

認知症のある人に関する理解の増進等に向けた取組

ケアプログラムに関する取組の状況

- これまで、介護現場では長きに渡り、個々のスタッフの価値観・経験に基づき、ケアが行われてきました。また、介護業界には様々な介護手法があるものの、パソコンやデスクに長時間向き合えないと実施できないものが多く、かつ効果を実感しにくい場合が多いという課題がありました。ケアプログラムは「非常に簡単に現場に取り入れることができる」「成果が見えやすい」ことが特長で、根拠に基づいたケアの提供を可能にします。
- 法人代表自身がケアプログラムのインストラクター（アドミニストレーターを養成する役割を担うケアプログラムの推進役）となり、職員に「法人として取り組む」ことを意識付けながら伝授し、日常の介護に取り入れています。
- アドミニストレーター（事業所においてケアプログラムを実践する上での中心となる役割を担う者）は、週1回程度の頻度で、職員のミーティングにてケアに関する具体的な話をしています。アドミニストレーターの役割として、他の介護者のケアの視点を変えていくことが挙げられます。スタッフ間の議論を通じてケアを主観的に捉えている介護者の視点が変わり、ケアの向上に繋がっています。
- さらに、インストラクターとして地域のアドミニストレーターを育成するために、法人内での活動以外に、青梅市や羽村市に所在するアドミニストレーターを集めて、情報共有も行っています。

普及のポイント

- ✓ ケアプログラムの取組を現場で根付かせるためには、「アドミニストレーター」を孤立させないことが重要です。地域ケアサポート館福わ家では、小規模多機能型居宅介護とグループホームで合わせて20名程度アドミニストレーターを育成し、アドミニストレーター同士で情報共有することを心がけています。

ケアプログラムを実践することによる効果やメリット

- これまで、「どのくらい元気になったのか」といった点は職員ごとの主観による評価しかできませんでしたが、ケアプログラムの利用を通じて、利用者への客観的な効果が目に見えるようになりました。本人にとっても、根拠にもとづき、一貫したケアを受けられるようになりました。
- これまで本人でも気がつかなかったニーズが見える化され、真に必要なケアを常に受けられるようになりました。
- 認知症のある人へのケアでは、自身の意思をうまく伝えられない人に、どのようにケアを提供するかが重要です。要介護度という尺度では、認知症のある人のニーズを十分に捉えることはできません。ケアプログラムの活用が一つの指標になり、介護者間でケアの視点を合わせ、良いチームを構築することが出来るようになりました。
- 過去、認知症のある人には何をしても意味がないとの誤った認識もあり、日々、利用者の環境を整えている介護従事者側に問題が生じていても、しばしば見過ごされてきました。ケアプログラムの導入により、介護従事者が日々のケアの中で、利用者の状態の小さな改善が目に見えて実感できるようになりました。そのことにより、介護従事者側も日々のケアの中で、介護者としての喜び、尊厳や生きがいを感じるようになりました。実際に、ミーティングで活発な意見交換を行う姿や、生き生きとした顔の表情を目にするようになりました。
- 介護従事者側が、ケアプログラムを通じて介護者として自己実現できるようになることで、離職率の低下にもつながっています。

執筆協力:有限会社心のひろば 地域ケアサポート館福わ家

吉野内科クリニック

主な活動内容

板橋区の吉野内科クリニックの吉野正俊院長は、地域包括支援センター等と積極的に連携する認知症サポート医として、「とうきょうオレンジドクター」に認定されています。行政や地域包括支援センター・板橋区医師会・区内の様々な専門職の方々、区民の方々と協力しながら、地域で認知症のある人を支える医療支援体制の充実にに向けた取組を推進しています。

保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等に向けた取組

板橋区における認知症サポート医と認知症初期集中支援チームを中核とした体制構築

- 板橋区では、認知症サポート医の指導のもとで、認知症初期集中支援チームが認知症が疑われる人を訪問し、観察や評価を行い、包括的・集中的な初期支援につなげることで、自立支援のサポートを行う体制を構築しています。これにより、認知症の疑いがあるが受診が難しい方や、医療や介護サービスをうまく利用できていない方、支援方法に困っている方等への支援を提供しています。
- 初期集中支援の実践に当たっては、軽度から中等度の認知症例を主な対象として、身体疾患も含めた見立てを行い、かかりつけ医や医療機関につなげることに主眼を置いています。
- 区内の認知症サポート医が中心となって、2015年から体制構築に着手し、2019年には区内19か所すべての地域包括支援センター（おとしり相談センター）に認知症初期集中支援チームの配置が完了し、認知症であっても安心して生活できる地域づくりへの取組を着実に進めています。認知症サポート医と地域包括支援センターの看護職や福祉職の多職種が連携して活動することにより、顔の見える関係ができています。

認知症のある人を見守ることができる地域づくり

- 日常生活の中で認知症のある人を見守ることができる地域づくりを進めています。住民が認知症に対して関心を持つことで、認知症のある人の立場で物事を見ることができるようになります。そのため、地域づくりにあたっては、認知症に関心を持ってもらうための普及啓発が重要になります。
- 普及啓発では、「認知症は誰でもなりうるものである」という考え方が重要です。「一緒に認知症に関して取り組んでいこう、考えていこう」という姿勢で取組を進めています。

都独自の認知症サポート医認定制度「とうきょうオレンジドクター」

【「とうきょうオレンジドクター」とは】

- ✓ 地域包括支援センター等と連携して、地域で活躍している認知症サポート医を、都が「とうきょうオレンジドクター」に認定しています。

【「とうきょうオレンジドクター」新規認定要件】

- ア 認知症診療歴を5年以上有すること。
- イ 下記の（ア）または（イ）の実績を有すること。
 - （ア）認知症または認知症疑いの方の診療件数が1月あたり10名以上である。
 - （イ）認知症または認知症疑いの方の在宅医療件数が1月あたり3名以上である。
- ウ 認定申請を行う年度の前々年度の4月1日から認定申請を行うまでの間に、認知症支援推進センターが実施する認知症サポート医等フォローアップ研修を3回以上修了していること。
- エ 都内の地域包括支援センターとの間で合意書を取り交わしていること。
- オ 都が行う調査において、地域包括支援センターからの相談への対応、認知症初期集中支援チーム・認知症検診・認知症カフェへの参加、研修講師としての協力の各項目につき、すべてに対応可能または参加可能と回答し、かつ公表に同意し「とうきょうオレンジドクター」ポスターていること。



執筆協力、画像提供:吉野内科クリニック

社会福祉法人こうほうえん ケアホーム西大井こうほうえん

主な活動内容

社会福祉法人こうほうえんケアホーム西大井こうほうえん（サービス付き高齢者向け住宅）（以下「こうほうえん」という。）は、平成21年に小学校を改修して創設された複合施設です。同一敷地内に介護予防拠点（老人福祉センター）と認可保育園を併設しています。組織を挙げてユマニチュードの実践に取り組んでいます。

その他

ユマニチュードのブロンズ認証の取組

- ケアホーム西大井こうほうえんは2019年からユマニチュードを学び、試行錯誤しながらよいケアとは何かを皆で考えてきました。令和5年8月にユマニチュード認証審査を受審し、令和6年2月には、日本で5事業所目のユマニチュード認証のブロンズ認証※を取得しました。

※ ユマニチュードの5原則（ユマニチュードが目指す「よいケア・よい生活の場」を形に表したもの）と生活労働憲章（入居者・患者、職員、経営者3者それぞれの価値観・振舞い・役割を表したもの）に基づく認証基準を満たした組織を一般社団法人日本ユマニチュード学会が認証することを目的とする制度。「ブロンズ」「シルバー」「ゴールド(国際認証)」3段階で認証する。

ユマニチュードの実践にあたって大切にしていること

- ユマニチュードの目指す「よいケア・よい生活の場」を形にした5つの原則を大切にしています。
- 「強制ケアをゼロにする、しかし、ケアを諦めない」こともその1つです。本人が嫌がるからケアをしない、ではケアができませんが、どうやったらできるか、成功体験や困り事を共有し、みんなで考えることを大切にしています。
- 「生活の場・やりたいことが実現する場をつくる」ことも大切にしています。本人のやりたいことをプランに組み込み、こうほうえんの「住民」を中心としつつ、職員にも働き甲斐があり、全員が幸せになる場所を目指しています。

【ユマニチュードを実践している職員からの声】

- 一方的に介護するのではなく、相手を認め、反応を待ちながら、ともにすることで、相手もケアを受け入れてくれるようになりました。元々自分らしさを隠していた住民の方も、段々とその人らしさを見せてくれるようになりました。
- 相手のできないことをケアするのではなく、相手の状況ややりたいことなどに合わせてケアすることを心掛けることで、本人へのアセスメントがより丁寧になり、個々の住民に合った個別援助計画を作成できるようになりました。
- いつも「嫌だ」と言われていましたが、少しだけ声色変えてみたら「良いよ」と言われました。そういったちょっとした積み重ねが、「こうしたらこの人は良いと言ってくれるんだ…」と気づき、それを職員みんなで共有することで、「この人のケアはこうすれば大変じゃなかった…」と共感することができました。次第に、「どうしたら良いか」を考えること自体も楽しくなりました。また、ちょっとした時間に、些細なことでも職員同士で共有し合うようにすることで、職員同士のコミュニケーションも円滑になりました。

ユマニチュードとは？

- ✓「ユマニチュード」はフランスの2人の体育学の専門家が開発したケアの技法です。
- ✓コミュニケーション時には、無意識に「言葉による」または「言葉によらない」メッセージを伝えますが、とりわけ「言葉によらない」メッセージが重要な役割を果たしています。
- ✓ユマニチュードを実践することで、ケアをする人とケアを受ける人が良い関係を築くことができます。具体的には、あなたを大切に思っていることが相手にわかるように伝える技術、4つの柱と5つのステップを用います。

4つの柱



「見る」技術



「話す」技術



「触れる」技術



「立つ」技術

5つのステップ

Step1
「出会いの準備」



自分の来訪を告げ、相手の領域に入って良いと許可を得る

Step2
「ケアの準備」



ケアの会意を得る

Step3
「知覚の連結」



いわゆるケア

Step4
「感情の固定」



ケアの場で共に良い時間を過ごしたことを振り返る

Step5
「再会の約束」



次のケアを受け入れてもらうための準備

執筆協力:ケアホーム西大井こうほうえん、画像提供:日本ユマニチュード学会