

第3章 認知症の人の在宅生活に関する知識

第1節 在宅での認知症の人と家族等介護者の現状

ポイント

- 1 自宅での認知症の人の生活を想像することから始める。
- 2 家族等介護者の変化の現状を理解する。
- 3 認知症の人と生活する家族等介護者の心情を理解し、支援する。

1 在宅で生活する認知症の人

(1) 認知症の人にとって入院は、人生の中での通過点である

地域包括ケアシステムが推進され、地域と病院の間の切れ目のないケアの継続が重要視されている。入院は、自宅で家族・介護者の支援のもと生活していた、または、ひとりで何とか工夫をして生活していた認知症の人にとって、身体的な苦痛と共に急な環境変化から、生活障害を助長させてしまう。何らかの症状があり治療の必要性があって入院する場合、医療者はまず患者の示す症状に目が向いてしまう。そして、入院前の状態が把握されないために、本来の認知機能より低く見積もられやすい。元の生活に戻るためには、医療者がその人の本来の認知機能や生活の中でその人が行ってきた工夫などを把握する必要がある。本人から情報が得られない場合は、家族や支援者から生活状況を聞きとる。本人の持ち物や言動から、本人の生活を推し量り、その生活を想像する。改まって問いかけなくても、その人がどのような持ち物を持っているか、どのように物を使用しているか、医療者や家族とどのように関わっているかなどから情報は得られる。家族が面会に来ないとわからないということはない。医療者に認知機能を低く見積もられたまま、退院先が決定されると、その後の生活や人生までもが変わってしまうことがある。そのようなことから認知症の人の望みが絶たれてしまうようなことがあってはならない。

また、病院は、安全のためや施設の都合で時間が管理され、「認知症だとできないだろう」という思い込みから、食事介助が必要でない人に介助がされる、歩ける人に車いすが使用されるなど過剰な介助や医療者のペースで物事が進められる。そのことによって、認知症の人の本来の生活リズムは乱れ、できることを奪われていってしまう現状がある。

(2) 認知症の人の生活

認知症は、病状の進行とともに、できていたことが徐々にできなくなるという特徴がある。

薬の内服や受診日を忘れてしまう、体の調子を崩していることに気づかず、適切な対処ができなくなってしまうなどのほか、普通に行ってきた料理や掃除が上手くできない、人との約束なども忘れ、自分でもおかしいと感じながら、今までできていた生活が徐々に出来なくなっていく不安は計り知れない。それでも、自分なりに対処しながらできることは続けて生活をしている。失敗はあるかもしれないが、周囲の理解や支援でできることもある。そうすることで、アイデンティティと生活機能を保っている。

独居の認知症高齢者の中には、家の中にゴミが散乱しており、火災や衛生的に心配であると近隣より言われる方がいる。しかし、老化による影響やそれまでの生活から考えると、臭いがわからなくてゴミだと気づいていない、ほこりが見えなくて汚れたままになっていることもある。確かに、ごみを出す日が分からないなどの認知機能低下が要因の一つとなっている場合もあるが、中には、「無駄はできない、まだ使える」とお弁当の容器をいくつも捨てずに節約家な一面を保つことで、今までの生活の継続、安心感となり、暮らしやすさになっている。また、介護者・家族が認知症の人が同じ話をくりかえしてもいつもと変わらず答え、忘れてしまうこともユーモアで受け答えしていたり、料理などもできるところだけすればいいと手伝いながら一緒に時間を過ごす、認知症になって迷わないようにと夫婦で毎日散歩に出かけるようになった、友達が待っているからと楽しみにデイサービスに行くなどという姿は、認知症になって得られた新たな関係性ではないだろうか。

2 家族の変化

単独世帯が増加し、高齢者が高齢者を介護する、認知症の当事者同士が介護をし合う世帯も増加している。そのことは、介護者・家族の危機の表在化が遅れることにつながる。さらに、認知症かもしれないと身近にいる家族が気付くことが多いが、単独世帯や認知症の当事者同士の世帯などでは、認知症への早期介入も行いにくくなる可能性がある。

3 認知症の人の家族等介護者の支援

(1) 家族等介護者の心理

認知症は、進行していくという特徴があるため、家族等介護者（以下、家族等）の苦悩はステージごとに異なり、ひとつ解決しても、また新たな問題が生じ、先が見えずに不安になる。また、認知症の人はふとした時に見せる以前の姿に、また元の姿に戻ってほしいという思いや一生懸命介護していても報われない感情、否定してはいけないとわかっていてもそれができない自己嫌悪など、家族等はさまざまな感情を抱く。家族等に認知症の知識があってもそれを理解しながら、認知症のために変わりゆくその人を受け入れていくのは簡単なことではない。自分のことを忘れてしまう、自分の力になってくれたのに自分を困らせる、家族として存在はしているけれども、今までのイメージとは異なり、関係性も変わってしまう。そのようなあいまいな喪失（身体的に存在しているが、心理的に不在であると認知されることにより経験される喪失）に悲嘆し、不安や無力感を感じる。

（２）自動車の運転に関する本人と家族等の思い

自動車の運転は手続き記憶であるため、かなり重度の認知症であっても運転はできる。しかし、自動車の運転は様々なところに注意を払い続け、瞬時の判断と操作が必要である。それは認知症が進行すると困難になってくる。そのために、例えば逆走や信号無視など危険な運転になってしまう。一方、自動車を運転できないと生活が継続できないような地域もある。また、運転できることがその人にとって一種のステータスになっていることもある。そのため、自動車の運転ができないと生活上困るだけでなく、自分自身の能力の一部を喪失したかのように感じたり、自尊心の低下が著しくなったりすることがある。自分の運転が危うくなっていることに気づいていても、それを認められない、認めたくない認知症の人もある。

そのような気持ちや生活の不便さがわかる家族等は、危険とわかっているけれども運転を止めることができない。一方で、運転が危険になり、他者を事故に巻き込むようなことになってはいけないうと、なんとかして運転を止めさせたいと思う家族もある。しかし、家族の意見を受け入れてくれない認知症の人の場合、どのようにしたら運転を止めてもらえるか悩むことも多くなる。このような悩みに対し、認知症の人と家族の会などで同じ経験した人の意見を聞くことは有効である。また、実際的な対応について運転免許センターや警察署で相談することもできる。生活のために自動車が必要な場合は、地域での助け合いができないか、近隣や市町村に相談してもよいだろう。

（３）家族等に対するケアの支援

家族だから介護するのは当然と思い、周囲もそれを期待する。そして、他の誰かに頼らず抱え込んでしまうことがある。また、介護を劳われる機会がなく、また、「いつまで続くのだろうか」と先が見えない状況に疲弊してしまう。認知症の人にとって家族等は、頼りになる人、心のよりどころとなる存在である。しかし、認知症の人本人にも感謝する余裕がなく、反対に感情を素直に表現できる対象であるがゆえに、認知症の人の辛い思いを身近な家族等にぶつけてしまう場合も多い。そのため、専門職としてケアを提供する者は、家族等もケアを受けるべき対象者と言える。

家族等に対するケアとして、まず介護の経過を語る機会をつくることがある。今までの介護は本当に良かったのかと思う家族等を労う。そして、介護の方法を伝えるのではなく、今までの介護について聞き、いったんそれを受け止める。

さらに、現在の認知症の状態を伝え、今後起こることを伝えていく。認知症の多くは高齢者であり、心身の脆弱さから、いつ何が起こるかかわからない。また、家族等も様々な意思決定を迫られる。それらのことも踏まえて、家族等の願いや本人の願いを聞き、今までの人生を振り返り最期の時に心の準備ができるように支援する。

日常の中で、悪くなったところ・失われたところだけでなく本人が家族等介護者を思っているところやできているところ、ユーモアのある一面など、違った側面にも目を向けられるように家族等に伝えていく。今までの介護に後悔や無力感を抱き、先が見えない不安を抱える家族・介護者にとっては、必要なケアになる。

誰かに助けを求めることや頼ることをしたくないと思う家族等がいる。一人で抱え込むのではなく、周囲に支援を求められるようまずは信頼関係をつくる。そして、利用できるサービスや相談できる人などの情報を提供する。デイサービスやショートステイなどを利用し始めて、介護が楽になったと話す家族等も多い。家族・介護者が孤立しないように、地域の相支援者（地域包括支援センター、ケアマネジャー）と連携をとって支援していく。

参考文献

- (1) 安武綾編：認知症 plus 家族支援 地域でくらすために、日本館協会出版、2020.
- (2) 矢吹知之編：認知症の人の家族支援 家族支援に関わる人へ、ワールドプランニング、2015.
- (3) 桑田美代子他編：超高齢者の緩和ケア、南山堂、2022.
- (4) 公益社団法人認知症の人と家族の会：認知症と自動車運転、https://www.alzheimer.or.jp/?page_id=10399

第2節 様々な人が支える在宅生活

ポイント

- 1 在宅支援は介護、医療の連携によって支えられている。
- 2 在宅支援の情報を提示することで在宅生活の不安を軽減する。

認知症の示す症状や生活上の支障は、家族やケアスタッフの対応によって異なる。認知症の人が呈する症状や生活上の支障、BPSDは認知症の人のサインである。それをいかにキャッチし、適切な物理的・人的環境になるよう調整するかが重要である。

地域に暮らす認知症の人の支援には、地域包括支援センターを中心に様々な関係機関やサービスが存在する。それぞれが相互に連携し合い、「認知症の人の尊厳を守り、その人らしい生きがいを持てる生活」の支援を行っている。サービスを提供する機関・人の連携を図るにはお互いの専門性への理解、情報の共有が不可欠である。

1 認知症の人を支える社会の仕組み

(1) 地域包括ケアシステム

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられる社会を実現するため、医療や介護の公的な保険サービスに加え、住民の自発的な活動などインフォーマルなサービスも含めて、必要なときに必要なサービスを誰もが継続的に利用できることを目指す「地域包括ケアシステム」の構築が進められている。

地域包括ケアシステムの構築に向けた中核的な機関として、地域包括支援センターが各区市町村に設置されている。地域包括支援センターは、地域支援事業の包括的支援事業(①介護予防ケアマネジメント、②総合相談支援業務、③権利擁護業務、④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務)を一体的に実施し、地域住民の心身の健康の保持と生活の安定のために必要な援助を行う。

認知症の人の在宅生活の支援にあたっては、これらの社会の仕組みを理解し、関係機関と連携して支援を行っていくことが重要となる。(詳細は第3章第5節「認知症の人を支える地域連携に向けた施策」P120～127参照)

(2) 在宅生活を支える様々な支援

認知症の精神障害や行動障害の状態はそれぞれ異なり、本人を取り巻く環境も個別性がある。認知症の人を地域で支えるには、個別のニーズに則したケアをマネジメントする必要がある。

個別のニーズに則したケアとは介護保険制度に基づくサービスだけではなく、区市町村の福祉サービスや、医療機関、地域住民、ボランティア等の協力などを含めた支援を含む(図3-1)。

図3-1 在宅生活を支える様々な支援



①介護保険サービス

介護保険制度に基づくサービスには在宅サービス、施設サービス、地域密着型サービス、地域支援事業などがある。認知症に対応したサービスとしては、地域密着型サービスの認知症対応型通所介護や認知症対応型共同生活介護がある（付録「介護保険制度について」P166～180を参照）。

また、地域支援事業においては、認知症の人やその家族に早期に関わり、訪問支援等を行う認知症初期集中支援チームを全区市町村に配置することとされている（詳細は第3章第5節「認知症の人を支える地域連携に向けた施策」P120～127を参照）。

②医療機関

認知症以外の併発する疾病が加療の必要な状態となった場合、どうしても改善できない症状やBPSDに対して精神科医療の適応となった場合の入院がある。

日頃近隣で受診できる診療所やクリニックは体調の管理などを行っている。大きな体調変化があり集中的な治療が必要な場合、適切な医療機関へつなぐという役割がある。患者は日頃見知った医師が診療所等に存在することで、不安なく定期的な受診をすることができる。

また、東京都では認知症の専門医療機関である認知症疾患医療センターが指定され、認知症の専門医療相談、鑑別診断と初期対応、身体合併症や行動・心理症状への対応等を行っている（詳細は第3章第5節「認知症の人を支える地域連携に向けた施策」P120～127を参照）。

③ボランティアや地域の住民、民生委員、企業

各ボランティアグループは社会福祉協議会等に登録していることが多く、申込みを行い、派遣可能か判断される。

地域住民は患者、家族との信頼関係の下、安否の確認や緊急時の連絡先となるなどの支援が可能である。

民生委員とは民生委員法に基づき、社会奉仕の精神をもち、住民の立場に立って、相談や必要な援助を行う民間の奉仕者である。各自治体において職務に関して指導を行っている。その地域における援助が必要な人たちに対し、必要な情報を提供するほか、援助が必要になった人が速やかに支援に結びつくよう、情報を地域包括支援センターなどに提供する。

小売・交通・金融・生活サービス等の企業も、日常業務の中での支援を行うとともに、行方不明者等 SOS ネットワークシステムの一員として早期発見への協力等を行っている。

厚生労働省は 2005 年から認知症サポーターやキャラバン・メイトの養成を推進している。これは、認知症の人と家族の応援者である認知症サポーターを全国で養成する事業である。「キャラバン・メイト養成研修」を受講したキャラバン・メイトが「認知症サポーター養成講座」の講師役を担う。認知症サポーターは、認知症について正しく理解し、偏見を持たず、認知症の人や家族を温かい目で見守る「応援者」となり、その上で、自分のできる範囲で活動する。近所で気になることがあればさりげなく見守る、まちなかで困っている人がいたら手助けするなど立派な活動のひとつとされる。認知症サポーターは 2023 年9月末で約 1482 万人養成されている。また、「認知症サポーター養成講座」を受講した企業にはステッカーが渡され店頭などに貼られているため、認知症の人やその家族等が助けを求める場合の目印にもなっている。

2 退院後の生活を安心して迎えることができるための在宅支援

退院を控えた家族から「トイレに自分で行っていたのに行けなくなった」「前は自分で食事を食べていたのに今は食べさせてもらっている」「夜、騒いでいると聞いた」等の話がよく聞かれる。また病棟の看護師からみて1人の生活は難しいと思われるケースも多々あるであろう。入院中に起こった変化は認知症の人及び家族にとって退院後の生活に不安をもたらす。食べることや飲むこと、排泄すること、眠ること、動くこと、話すこと、記憶や考えること、これらのことは生きるうえで重要なことであるため、遂行に支障が生じれば何らかの支援が必要となる。逆を言えば、退院後に適切な支援を受けることができれば、それまでと同様の生活が可能になるはずである。

例えば、食事について、入院前は用意しておけば食事の時間に自分で食べることができたが、今は促すことが必要な場合、食事の時間に訪問介護を導入し食事のセッティングと促しというケア導入を行うという方法がある。また睡眠が不安定で昼夜逆転している場合などは、日中の活動の場としてデイサービスの利用を検討するなどの方法がある。デイサービスには認知症対応型デイサービスがあり、認知症の方への適切なケアが提供されている。誤嚥^{えん}を繰り返している場合などは、往診や訪問看護の導入により、予防のための看護ケアや早期に

対処することで重症化を防ぐことができる。

地域に存在するサービスを知り、その情報を提供することは、在宅生活を不安に思う認知症の人および家族に選択肢を増やし、自己決定を促す援助につながっていく。自ら選び決定していくことで生活のイメージ化ができ、生活することへの不安感が軽減していく。

認知症の人の在宅生活への支援においては、その人が持つ信念や価値観が生活環境の中に反映されていることが重要である。病院関係者が地域の状況を知らずに「認知症だから在宅生活は無理」「独居は無理」と決めつけず、可能性を探ってほしい。

参考文献

- (1) 厚生労働省統計協会：国民衛生の動向 2012 / 2013、構成の指標増刊、928 号、2012.
- (2) 認知症介護研究・研修東京センター監修：認知症地域ケアガイドブック 早期発見から看取りまで、ワールドプランニング、2012.
- (3) 松下由美子：認知症高齢者の一人暮らしを支える訪問看護師の援助、聖路加看護学会誌、16 (2)、17-24 頁、2012.
- (4) 認知症サポーターキャラバン (caravanmate.com)

第3節 ケア連携の方法

ポイント

- 1 退院前カンファレンスでは患者及び家族の意向を明らかにし、ケアの方向性を統一する。
- 2 病院でのケアに継続性を持たせるためにはケアを簡便にして提案する。
- 3 患者の行動の特徴や対処の仕方の個別性を確認する。

現在、日本の保健医療福祉の提供体制は専門分化・機能分化している。それらが連携強化されることによって、今後の地域ケアシステムがより国民のケアニーズに即していくと考えられている。

ケア連携とは施設から在宅へつながること、そしてつながったケアは在宅サービスを担うメンバーが相互に連続性のあるケアにしていくことである。

1 施設から在宅へ ～退院前カンファレンス～

退院前カンファレンスは、病院、診療所、又は介護老人保健施設に入院（入所）している認知症の人や家族に対して、退院（退所）に当たって入院（入所）施設の主治医やそのほかの職員と在宅療養を支えるケアチームが一堂に会して、退院（退所）後の生活における療養上必要な指導やケアの継続を目的として開かれる。

退院後の生活については認知症の人自身がどこでどのように過ごしたいと考えているのかの希望を軸に考えていく必要がある。本人が入院前の生活を思い起こし、自身の気持ちを表出できるような環境の中で意思を確認し、退院前カンファレンスにおいて自分の希望を伝えられるように支援する。

また、退院前カンファレンスは、認知症の人や家族が自らの希望を関係者に伝えるとともに不安な点の明確化や問題となる点の解決策を見出す機会ともなる。

入院中の医療を在宅や療養施設で継続するために、処置を簡便化したり薬の調整がされたりする。療養上の世話においては生活に密着した入浴や排泄、食事については各々の生活スタイルに合った形で提供されるように調整する。

また、認知機能障害やBPSDが具体的にどのように表出されているか、さらに対処方法等についても確認する。夜間の睡眠の状態が安定しているかの確認は大切である。24時間介護する家族にとって睡眠時間の確保は疲弊しない介護をするために重要なポイントといえる。

2 在宅ケアの連続性を保つ ～サービス担当者会議～

サービス担当者会議とは、ケアマネジャーが中心となって本人、家族、関係者が一堂に会し、本人の意向を尊重しながら安定した生活ができるよう調整をするための会議である。

ケアマネジャーは在宅療養者のニーズから生活課題をアセスメントし、具体的な方法を立案する。必要なサービスを抽出し、各種サービスの内容を計画する。各々のサービス事業者は具体的にどのような方法でサービスを提供するか、計画書を提示する義務がある。各々のサービス事業者はその専門的な立場から、再検討が必要な点については述べ、不明な点は確認するなど、情報共有を効果的かつ機能的に行う機会となる。

＜どのようなときにサービス担当者会議を開催するか＞

- ①要介護認定が更新されたとき
- ②新しいサービスが導入されたとき
- ③身体状況や介護状況が変化したとき

参考文献

- (1) 勝又浜子：今後の認知症施策の方向性について、日本認知症ケア学会誌、11（4）、749-757 頁、2013.
- (2) 小森栄作：「退院前カンファレンス」を活用して病院に積極的なアプローチを、コミュニティケア、14（9）、55-59 頁、2012.
- (3) 鷺見よしみ：サービス担当者会議 サービスの質向上という視点、総合ケア、16（11）、44-48 頁、2006.
- (4) 佐藤信人：改正介護保険で見直されたサービス担当者会議の意義と展望、総合ケア、16（11）、12-17 頁、2006.
- (5) 佐瀬真粧美、酒井郁子：退院に向けて病院看護師が他組織と連携をすすめるために必要な要素と課題、千葉看護学会会誌、16（1）、77-85 頁、2010.

第4節 在宅以外の生活の場

ポイント

- 1 自宅以外の療養・生活の場を知る。
- 2 退院先である施設と連携し、医療・ケアを継続できるようにする。

1 自宅以外の生活の場

一般病院から退院した後の患者の生活の場には、自宅のほかに表3-1に示すさまざまな施設や住宅がある。これは、入居する人の要介護度や費用、認知症の有無などによってさまざまなタイプに分けられる。

表3-1 高齢者のための住まい（住宅・施設）

区 分		名 称	概 要
施 設	介護保険施設	特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）	常時介護が必要で家庭での生活が困難な人が、介護や身の回りの世話を受けながら生活する施設
		介護老人保健施設	病状が安定し、病院から退院した人などが、リハビリテーションを中心とする医療的ケアと介護を受ける施設
		介護医療院	「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナルケア」等の機能と、「生活施設」としての機能とを兼ね備えた施設
	その他	認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）	認知症高齢者が、5～9人の少人数で、家庭的な雰囲気のもとで介護や身の回りの世話を受けながら共同生活を送る住まい
		養護老人ホーム	環境上の理由と経済的理由により、居宅で生活することが困難な高齢者が区市町村の措置により入所し、社会復帰の促進及び自立のために必要な指導及び訓練その他の援助を行う施設
		軽費老人ホーム（ケアハウス）	本人の収入に応じて低額な費用で日常生活上必要なサービスを受けながら、自立した生活を送ることができる住まい
		介護付有料老人ホーム	特定施設入居者生活介護の指定を受けた有料老人ホーム。元気な人も入居可能なものや、入居を介護が必要な人に限るものがあるなど、様々なタイプがある。

区 分		名 称	概 要
		住宅型有料老人ホーム	食事等の日常生活上のサービスは付くが、介護サービスは別契約で外部の事業所を利用する有料老人ホーム
住 宅		サービス付き 高齢者向け住宅	バリアフリー化され、安否確認サービス、緊急時対応サービス、生活相談サービス等の付いた住宅として、「高齢者の居住の安全保障に関する法律」に基づき、都道府県等に登録された住宅。収入に応じて家賃減額を受けられる住宅もある。有料老人ホームに該当するものは、特定施設入居者生活介護の事業者指定を受けることも可能。

※東京都福祉局高齢者施策推進部作成

2 療養施設との連携

(1) 退院後の生活の場の選択

急性期病院から退院する際、自宅へ戻る前に一時的に入所する場合や終の住居として施設を選択する場合がある。認知症の人本人も自宅への退院を希望する人ばかりではなく、不安を抱えて暮らすよりも施設の暮らしを希望することもある。そのため、認知症の人の生活の先を見据えて選択できるように医療者は、選択肢を提示する必要がある。また、本人が自宅退院を希望しても、疾患の進行やケアの体制、心身の状況や経済状況などから施設を選択した方が、実は本人の望む生活に近くなる場合もある。その際の意思決定には、本人の参加、本人の意思確認が望ましい。それが難しい場合は、家族や近親者による本人の推定意思による判断、あるいは多職種による本人の推定意思に基づく最善の決定をする必要がある。(第2章9節「End of Lifeを見据えたケア—意思決定支援—」P101～P106参照)

(2) ケアをつなぐ

急性期病院から長期療養施設への退院も在宅と同様に生活の場に戻ることに変わりはないが、必要な医療やケア、生活の支援状況は違ってくる。そのため、医療者は、退院先施設の生活環境はもちろんのこと、医療提供環境、人員体制などを、早期に把握する必要がある。退院先の施設によっては、使用できる薬や処置に制限があり、病院と同じ対応が困難な場合も少なくない。病院での医療やケアは、入院時から看護師をはじめ、多職種が関わり、個別性を重視しながら検討を繰り返し実施している。退院先の生活状況をできるだけ早期に把握し、さまざまな制限がある中で各職種が協働し、過不足のない医療やケアを最善の形にして継続できるようにしていく必要がある。

ケアを引き継ぐツールとしては、診療情報提供書、看護サマリー、リハビリテーションサマリーなど、各施設で工夫されているものがあるが、次の施設へ伝える内容として、病態・身体状況・ADL・IADLだけでなく、認知症の人自身への特有の接し方や環境調整、大事にしていることなどについて共有できるようにする。

参考文献

- (1) 東京都医療ソーシャルワーカー協会：<https://www.tokyo-msw.com/ym-top.html>

第3章全体についての参考文献

- (1) 栗田圭一編：特別企画 認知症—地域で支える、こころの科学 通巻161号、日本評論社、2012.
- (2) 高橋紘士編：地域包括ケアシステム、オーム社、2012.
- (3) 太田喜久子他著：老年看護学、医歯薬出版、2012.
- (4) 吉本照子、酒井郁子、杉田由加里：地域高齢者のための看護システムマネジメント、2009.
- (5) 木下由美子：新版在宅看護論、医歯薬出版、2009.

第5節 認知症の人を支える地域連携に向けた施策

ポイント

- 1 地域包括ケアシステムの考え方によって、介護を必要とする人々を支え続ける仕組みを構築しつつある。地域包括支援センターがその中核となる。病院も地域包括ケアシステムの一部である。
- 2 新オレンジプランによって、認知症の人を地域で支えるための取り組みが推進されている。
- 3 認知症の容態に応じた適時・適切な医療の提供に向け、地域の関係機関との連携を強化して、認知症の人への支援を行っていく。
- 4 認知症施策推進大綱、認知症基本法の内容について理解し、看護師として「共生社会」の実現に寄与する。
- 5 道路交通法の改正内容を踏まえて、認知症の人と家族に必要な援助を行う。

地域包括ケアシステムや新オレンジプランの考え方にに基づき、認知症の人や要介護状態の人、これまで生活してきた地域で暮らし続けることを目指して、環境整備が推進されつつある。認知症の人を支える地域の仕組みや組織を理解し、その現状を踏まえて退院支援を行う。また、認知症の人が地域生活においてQOLを高めることができるよう、地域や行政との協力を行っていく。そして、認知症施策推進大綱の施策を理解して踏まえること。認知症基本法の施行においては、共生社会を実現するために看護師には二つの責務が生じたことを知っておく必要がある。ひとつ目は、一国民としての責務であり、二つ目は、医療サービスを提供するものとしての責務である。

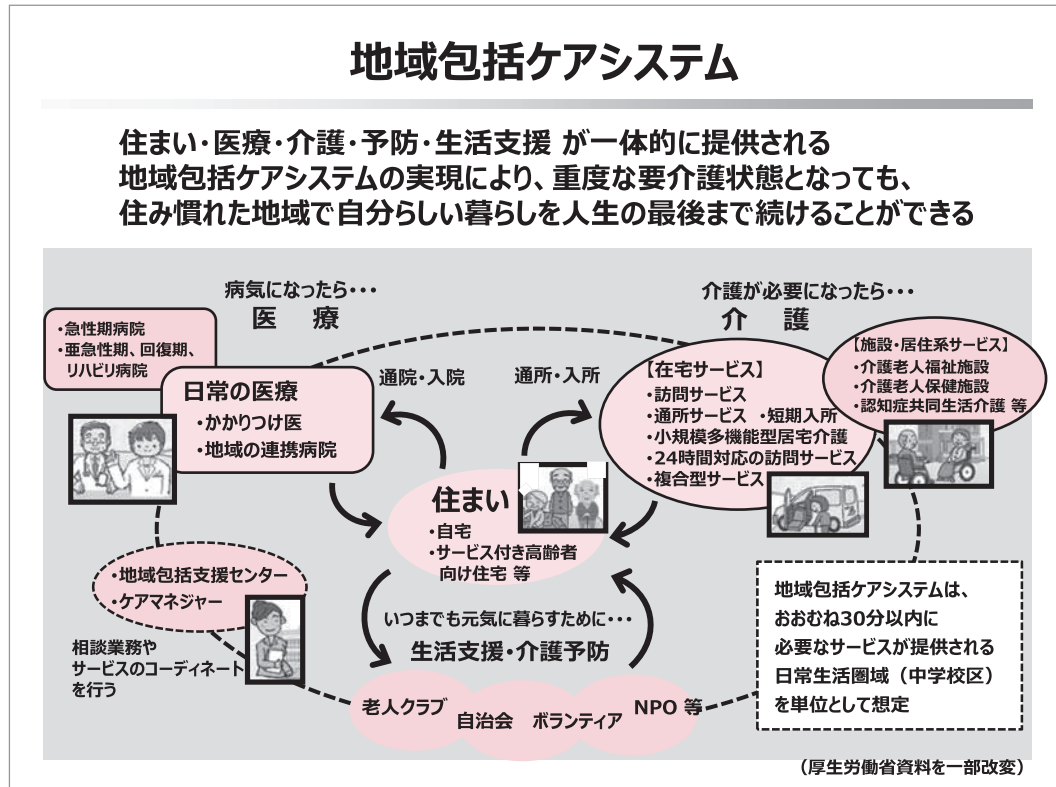
さらに、道路交通法の改訂内容について把握し、免許返納に対するメリット・デメリットなどを踏まえて必要な援助を行っていく。

1 地域包括ケアシステム

高齢者が、可能な限り住みなれた地域で生活するために、適切な住まいが確保され、医療や介護、介護予防や生活支援サービスが、日常生活の場で一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が進められている。

地域包括ケアシステムにおいて、医療機関は、医療が必要な高齢者や重度の要介護高齢者等であっても、可能な限り在宅で生活できるよう支える役割を担っている。そのために、入院後の円滑な退院、在宅での看取り、利用者や家族のQOLの確保に向けた支援が必要となる。

図3-2 地域包括ケアシステムの仕組み



※出典：「東京都かかりつけ医認知症研修テキスト」（令和5年6月）より

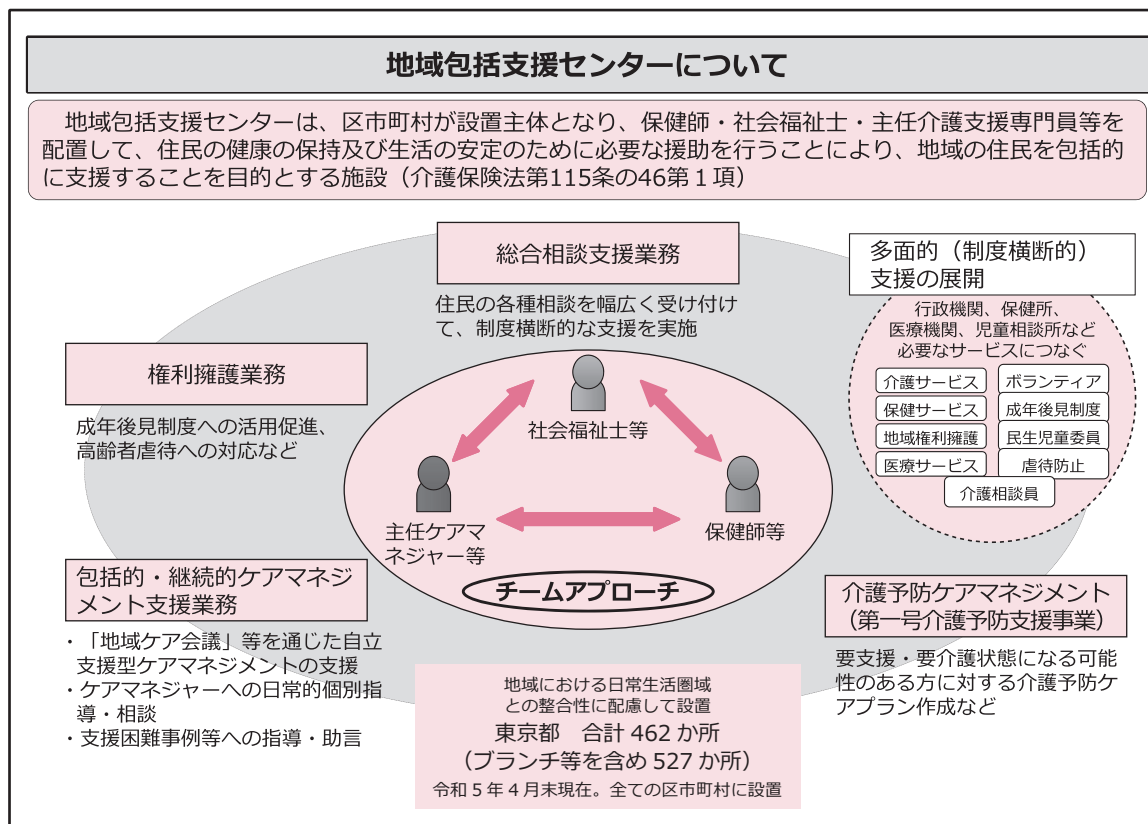
2 地域包括支援センター

地域包括支援センターは、地域支援事業の包括的支援事業を一体的に実施し、地域住民の心身の健康の保持と生活の安定のために必要な援助を行うことにより、保健医療の向上・福祉の増進を包括的に支援することを目的として区市町村が設置している。

地域包括支援センターは、地域で暮らす高齢者の支援の要とも言える。その役割を理解し、連携を図ることは、認知症の人が望む生活を支える上で重要となる。

医療機関においては、認知症の人の在宅生活継続に向けた支援を行うにあたり、地域包括支援センターと連携していくことが求められている。

図3-3 地域包括支援センターの業務



※厚生労働省公表資料に基づき東京都福祉局高齢者施策推進部作成

3 新オレンジプラン（認知症施策推進総合戦略）の策定

厚生労働省は、2015年1月に「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～（新オレンジプラン）」を発表し、「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」という基本的な考え方を示した。

新オレンジプランは、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）で構成されており、認知症の人やその家族の視点に立って、関係府省庁が共同で策定したものとなっている。

4 認知症の早期診断・早期対応のための体制

新オレンジプランにおいては、「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供」に向け、早期診断・早期対応のための体制を整備していくこととしている。東京都においても、これらの体制整備に向け、認知症疾患医療センターの整備や、区市町村による認知症初期集中支援チームの配置が進められている。医療機関は、認知症疾患医療センター等の関係

機関と連携し、認知症の人への支援を行っていくことが望まれる。

（１）東京都認知症疾患医療センター

東京都認知症疾患医療センターは、専門医療機関として認知症の専門医療相談の実施、鑑別診断と初期対応、身体合併症や行動・心理症状への対応等を行うとともに、地域連携の推進、人材の育成等の役割を担っている。

このうち、二次保健医療圏域における認知症医療・介護連携の拠点として位置づけている12か所の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、身体合併症や行動・心理症状を有する認知症の人を地域で受け入れる体制づくりを進めている。

図3-4 都における認知症疾患医療センターの類型

類型	指定基準	設置機関	位置づけ	指定数 (R6.4.1 現在)
地域拠点型 認知症疾患 医療センター	二次保健医療圏域 ごとに1か所 (島しょ地域を除く)	病院	所在する二次保健医療圏の 認知症に係る医療・介護連携 の拠点 * 所在する区市町村における 「地域連携型」の機能も兼ねる	12か所
地域連携型 認知症疾患 医療センター	区市町村ごとに1か所 (島しょ地域・地域拠点型 設置地域を除く)	病院 又は 診療所	所在する区市町村における 認知症に係る医療・介護連携 の推進役	40か所

※東京都福祉局高齢者施策推進部作成

（２）認知症初期集中支援チーム

新オレンジプランでは、全ての市区町村において、2018年4月までに、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を地域包括支援センター等に配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することとされている。

認知症初期集中支援チームは、医療と介護の専門職（保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士等）及び専門医（認知症サポート医等）から構成される。チーム員は、家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的（おおむね6ヶ月）に行い、自立生活のサポートを行う。

5 認知症施策推進大綱

認知症施策推進大綱は、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進するという基本的な考え方をもとに2019年6月18日に認知症施策推進関係閣僚会議で決定された。

これを実現するために、①普及啓発・本人発信支援、②予防、③医療・ケア・介護サービスへの支援、④認知症バリアフリー推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援、⑤研究開発・産業促進・国際展開を5つの柱として、そのすべてにおいて認知症の人やその家族の視点を重視するという具体的な施策をたて、2025年までを対象期間とした目標を示した。

ここでいう共生とは、「認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症と共に生きる」、また、「認知症があっても無くても同じ社会で共に生きる」という意味で、予防とは、単に「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」、「認知症になっても進行を緩やかにする」という意味であり、この大綱の内容は、看護師としても押さえておく必要がある。

(1) チームオレンジ

認知症施策推進大綱の施策のひとつで、認知症サポーター活動促進・地域づくり推進事業として、「本人・家族のニーズと認知症サポーターを中心とした支援をつなぐ仕組み」を2025年までに全区市町村に整備することを目標としている。

チームオレンジとは、各自治体が養成した認知症サポーターやステップアップ講習を受けたものが当事者をより積極的に支援をしようとする人たちの集まりの名称であり、認知症の当事者の人も入ることを原則として、認知症の人と家族の困りごとを早期から継続して支援できるように様々な活動が行われている。

良い事例として清瀬市では、空き家を活用した交流拠点「中清戸オレンジハウス」でサロン活動や菜園ボランティアを実施している。その他にも、チーム員が当事者の得意なことや好きなことに耳を傾け、本人のやりたいことに取り組んでいる。

※出典：厚生労働省



この法律の施行により私達は、一国民として「共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めること（第八条一部抜粋）」と、保健医療サービスを提供する者として「認知症施策に協力するとともに、良質かつ適切な保健医療サービスを提供するよう努めなければならない。（第六条一部抜粋）」という二つの責務を担うことになった。また、国（第四条）、地方公共団体（第五条）の責務は「認

知症施策を総合的かつ計画的に策定し、及び実施する」となっているので、今後の法律に基づいた施策計画にも注視していく必要がある。そして、認知症の人、その支援をする人、それ以外の人が垣根を越えて、基本理念の基に共生社会の実現を目指していくことになる。

(P173巻末付録「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」参照)

図3-6 認知症基本法 基本的施策

- ①認知症の人に関する国民の理解の増進等
- ②認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進
- ③認知症の人の社会参加の機会の確保等
- ④認知症の人の意思決定支援及び権利利益の保護
- ⑤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
- ⑥相談体制の整備等
- ⑦研究等の推進等
- ⑧認知症の予防等

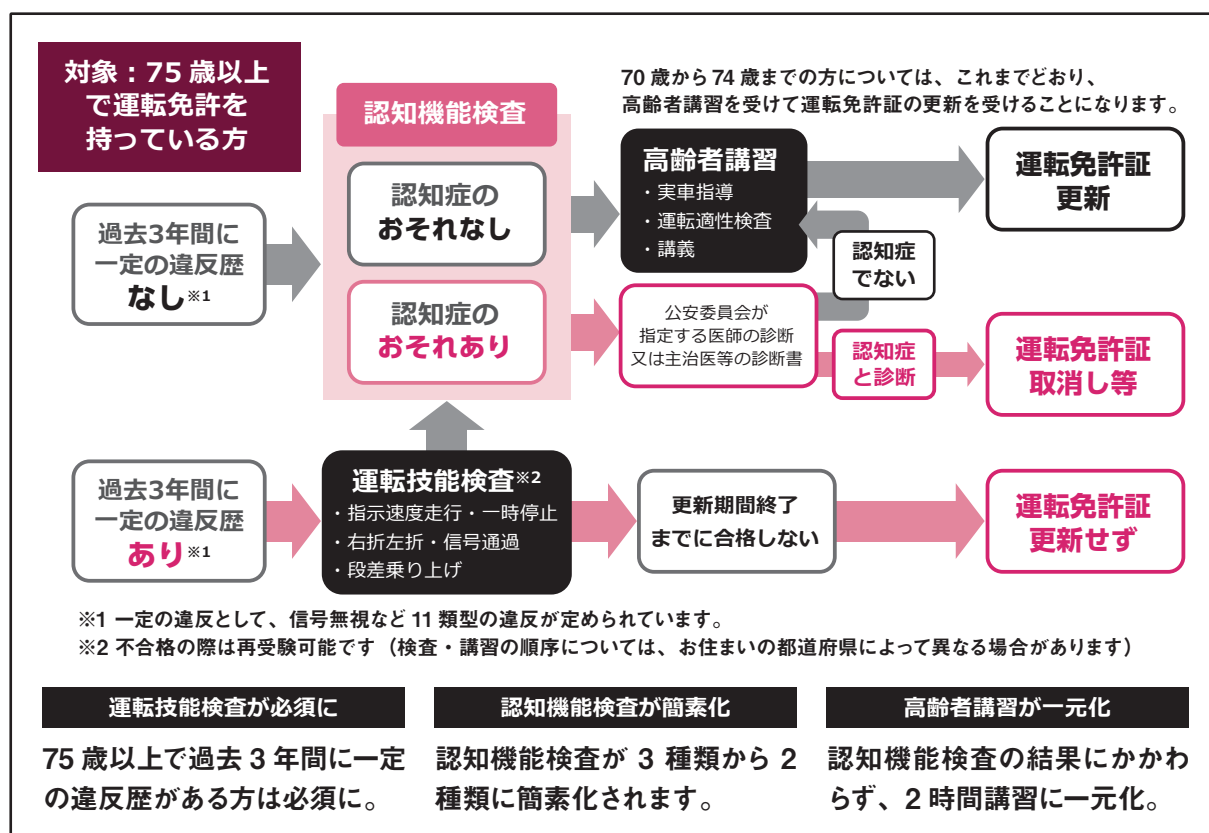
7 道路交通法の改正

近年、高齢運転者による交通ルール違反やそれに伴う事故が社会問題となっている。このような交通事故を防止するため、これまでも高齢運転者に係る運転免許制度について1997年に運転免許自主返納制度及び高齢者講習の新設から2015年の臨時認知機能検査及び臨時高齢者講習の導入に至るまで数度にわたり道路交通法の改正が行われてきた。最近でも、高齢者の移動手段の確保など社会全体で高齢者の生活を支える体制の整備と並行して更なる見直しが進められている。2022年5月13日より施行された改正では、過去3年間に一定の交通違反歴のある75歳以上のドライバーを対象として免許証更新時の運転技能検査が義務化された。更新期間満了までに合格できない場合は、免許証が更新されない。

公共交通機関が整備されている都市部に暮らしている、又は、移動手段などのサポート体制が整っている高齢者については、免許証を失っても大きな問題とならない場合もある。その一方で、免許証が無くなると日々の買い物や受診などの移動手段を失う高齢者は、日常生活に大きな支障が出るため、大事に至らなければ多少の違反や事故があっても自主返納を控える傾向にあるのではないだろうか。これを裏付けるように免許証の自主返納率に地域差が生じていて、高齢者の事故や違反の件数は決して少なくはない。

このような状況を踏まえて認知症の人を地域で支えるためのポイントとしては、免許証を失う方への心のケアを基盤として、自治体や企業などが行っている各種特典や利用できるサービスなどの情報提供、代替の交通手段や生きがいと一緒に考えるなどにより引きこもりの防止を図ることである。そして、安全の確保をした上での社会生活支援が重要となる。

図3-7 高齢者の運転免許証更新制度



※警視庁 令和4年5月13日施行改正道路交通法について公表資料により作成

参考文献

- (1) 認知症施策推進大綱 認知症施策推進関係閣僚会議 令和元年6月18日
 「中清戸オレンジハウス」清瀬市ホームページより
<https://www.city.kiyose.lg.jp/kenkouiryouhukusi/koureisien/ninchisyousien/1010558.html>
- (2) 共生社会の実現を推進するための認知症基本法について（厚生労働省 老健局）
 平成29年度 運転免許証の自主返納制度等に関する世論調査（内閣府）
 交通統計・交通事故発生状況 高齢者の交通人身事故発生状況（警視庁）