

令和元年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)

認知症対応力向上研修のあり方 に関する調査研究事業

報告書

令和2年3月

地域活性化協同組合 フロンティア

まえがき

2019 年 6 月に「認知症施策推進大綱」が公表され、これまでの、オレンジプラン、新オレンジプランと引き継がれてきた基本的な施策の流れに、今日的な要素が加えられ、2025 年までの進むべき方向性が示されました。

認知症対応力向上研修を中心に展開されてきた「医療従事者等の認知症対応力向上の促進」についても、修了者目標数の更新を含め、継続的に同大綱に位置付けられています。

本年度の事業では、これまで職種別に順次拡大されてきた研修全般の振り返りと課題整理を行った昨年度事業を受け、以下の 2 点に着目しました。

① 認知症対応力向上研修の修了者のフォローアップ

② 病院勤務医に対する普及啓発・情報提供

①は、研修修了者が研修の成果をいかに地域に還元していくかの観点から、これまで多くの地域でバラバラであった「かかりつけ医」・「歯科医師」・「薬剤師」の研修修了者が、地域で連携していくきっかけとして、共通のテーマによる『演習』教材の作成を目指しました。

②は、これまで認知症対応力向上研修を受講する機会が少なかったであろう勤務医の先生方に、まずは、一般病院における認知症対応について情報提供することを目指しました。

両者はいずれも試行的な側面があります。必ずしも、在宅の 3 研修修了者向けの演習（グループワーク）を実施しなければならないものではありませんし（①）、勤務医向けの必須の研修教材でも在りません（②）。本成果物は、都道府県・指定都市に報告されるとともに、実施主体のホームページ等で公表され、広く活用できるものとしています。認知症対応力向上研修の枠組みにとらわれず、地域連携の研修などに利用されることが期待されます。

多くの方々の目に触れ、情報が共有されることで、認知症対応力向上研修のすそ野拡大の両輪としての修了者の地域還元、活動促進の一助となれば幸いです。

令和 2 年 3 月

令和元年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
認知症対応力向上研修のあり方に関する調査研究事業

委員会委員長 遠藤 英俊

令和元年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
認知症対応力向上研修のあり方に関する調査研究事業
報告書

目 次

I 事業概要	1
II 在宅分科会（かかりつけ医・歯科医師・薬剤師研修）	5
1 演習編教材作成	5
1.1 制作趣旨・全体像（5）	
1.2 演習教材制作（映像教材制作・スライド作成）（7）	
2 「連携編」等のスライド修正	24
III 病院分科会（病院医療従事者）	30
1.1 制作趣旨（30）	
1.2 勤務医向け情報提供・啓発ツール（31）	
IV 教材説明会の実施	40
1.1 実施概要（40）	
1.2 説明会資料（40）	
V 考察	73

I 事業概要

1 事業名

認知症対応力向上研修のあり方に関する調査研究事業

2 事業目的

- (1)認知症対応力向上研修（かかりつけ医、歯科医師、薬剤師）修了者の実践的な活動に資するよう、「連携編」の改訂によって、多職種連携についての知識や言葉、場面の共有を図ることを目指す。
- (2)病院勤務の医療従事者、看護職員向けの認知症対応力研修については、研修修了者の院内活動（研修の実践）の充実に資するよう、スタッフを指導・下支えする勤務医向けの啓発教材を作成することを目指す。
- (3)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を対象とした認知症対応力向上研修についての検討を行う。

3 実施体制

全体の方向性を示す委員会(親)と、研修修了者の活動場所別に分けた作業会（在宅分科会、病院分科会）を設置して、それぞれ検討・制作を行う体制とする。

4 実施期間

令和元年 6 月 7 日（内示日）～ 令和 2 年 3 月 31 日

5 事業内容

5-1 事業の具体的な内容

- (1)委員会：全体方向性承認、各分科会の作業内容・成果物の確認、課題整理
- (2)作業分科会：分科会ごとの作業内容は以下の通り（委員会の承認を経て確定させる）
 - ①在宅分科会 → **かかりつけ医・歯科医師・薬剤師** 個別の教材修正と 3 研修共通の連携編教材の検討と作成
 - ②病院分科会 → **病院医療従事者・看護職員** 各研修教材の修正と勤務医向け啓発・情報提供ツールの作成

5-2 委員会体制および開催状況

【委員会】

〈50音順、敬称略〉 ●は委員長

氏名	団体・所属	役職
鵜飼 典男	公益社団法人 日本薬剤師会	理事
江澤 和彦	公益社団法人 日本医師会	常任理事
●遠藤 英俊	国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター	長寿医療研修センター長
小川 聡子	公益社団法人 全日本病院協会	理事
小玉 剛	公益社団法人 日本歯科医師会	常務理事
森 小律恵	公益社団法人 日本看護協会	看護研修学校 認定看護師教育課程教員

【在宅分科会】かかりつけ医・歯科医師・薬剤師研修

◎は分科会座長

氏名	団体・所属	役職
◎遠藤 英俊(兼)	国立長寿医療研究センター	長寿医療研修センター長
枝広 あや子	東京都健康長寿医療センター研究所	研究員（歯科医師）
沖田 裕子	NPO 法人 認知症の人とみんなのサポートセンター	代表
佐藤 克哉	神奈川県薬剤師会 (有)OFFICE ORANGE 薬局	常務理事 代表取締役
畠中 千春	(有)トーキング 在宅支援センターたつのこ	管理者 ケアマネジャー
深澤 隆	八戸市医師会 医療法人青仁会青南病院	理事 病院長

【病院分科会】病院勤務医療従事者・看護職員研修

◎は分科会座長

氏名	団体・所属	役職
◎小川 朝生	国立がん研究センター東病院	精神腫瘍科長
桑原 良子	聖路加国際大学大学院看護学研究科	老年看護学 助教
高道 香織	国立病院機構 医王病院	看護師長 地域医療連携係長
山口 潔	医療法人社団創福会 ふくろうクリニック等々力	理事長／院長

〈オブザーバー〉 厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室

〈事務局〉 地域活性化協同組合フロンティア

[会議]

第1回 親委員会

日時 令和元年9月2日（月） 18:30～ 於：TKP東京駅セントラルカンファレンスセンター

- 議事
- 1 事業概要・計画案について
 - 2 実施体制（各分科会の作業範囲）と成果物について
 - 3 ご意見交換

第1回 在宅分科会

日時 令和元年10月1日（火） 18:30～ 於：島嶼会館

- 議事
- 1 事業概要・計画案について（委員会の振り返り含む）
 - 2 分科会の作業範囲と成果物案について
 - 3 ご意見交換

第1回 病院分科会

日時 令和元年10月15日（火） 18:00～ 於：島嶼会館

- 議事
- 1 事業概要・計画案について（委員会の振り返り含む）
 - 2 分科会の作業範囲と成果物案について
 - 3 ご意見交換

第2回 在宅分科会

日時 令和元年11月27日（水） 18:00～ 於：島嶼会館

- 議事
- 1 分科会作業全体像について
 - 2 演習用映像教材の制作について
 - 3 各研修「連携編」等のスライド修正について

第2回 病院分科会

日時 令和2年1月27日（月） 18:00～ 於：リロ会議室

- 議事
- 1 勤務医向けツールの制作について（報告）
 - 2 制作全体像の確認（振り返り）
 - 3 現時点の成果物案の確認（ご意見収集）
 - ㊦ 本人映像等
 - ㊧ ミニレク部分スライド案
 - ㊨ インタビュー部分のQA案
 - 4 勤務医向けツールの普及・展開について（ご意見交換）

第3回 在宅分科会

日時 令和2年2月9日（日）17:30～ 於：島嶼会館

- 議事
- 1 分科会作業全体像について
 - 2 演習用映像教材の制作について
 - 3 各研修「連携編」等のスライド修正について

第2回 親委員会

日時 令和2年3月9日（月） 18:30～ 於：東京八重洲ホール

- 議事
- 1 在宅分科会・病院分科会の作業確認
 - 2 認知症対応力向上研修の課題整理
 - 3 ご意見交換

4-3 事業スケジュール

委員会、教材制作（DVD 制作、スライド修正等）の事業は、概ね以下のスケジュールで進行した。

図表 事業スケジュール（交付申請書面を更新）

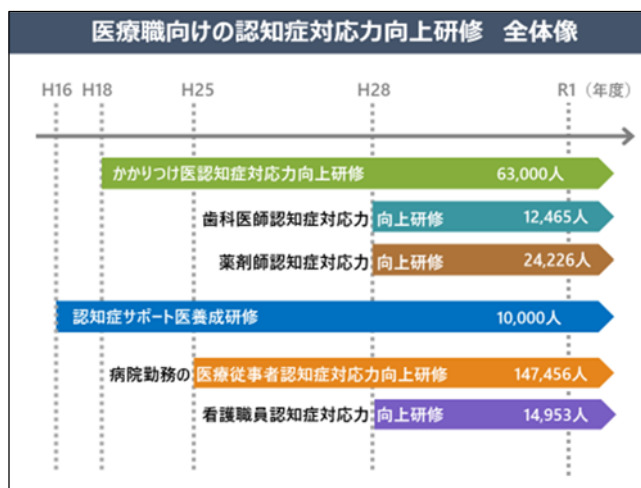
	平成 31 年 4 月	令和元年 5 月	6 月	7 月	8 月	9 月
事業実施内容	委員会等 事業計画調整 ● 第 1 回委員会					
	10 月	11 月	12 月	令和 2 年 1 月	2 月	3 月
事業実施内容	◆ 第 1 回在宅分科会	◆ 第 2 回在宅分科会		◆ 第 3 回在宅分科会		
	← 新演習編 映像教材・講師ガイドスライドの制作 →					
	← かかりつけ医・歯科医師・薬剤師 現行「連携編」スライド修正作業 →					
	▲ 第 1 回病院分科会			▲ 第 2 回病院分科会		
	← 勤務医向け情報提供ツールの検討、映像制作・編集 →					
					◎ 教材説明会	
						← 成果物(報告書)作成・配布 →

II 在宅分科会(かかりつけ医・歯科医師・薬剤師研修)

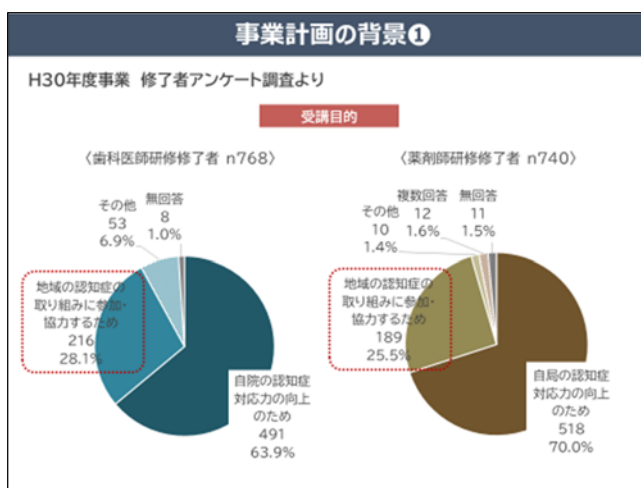
1 演習編教材作成

1.1 制作趣旨・全体像

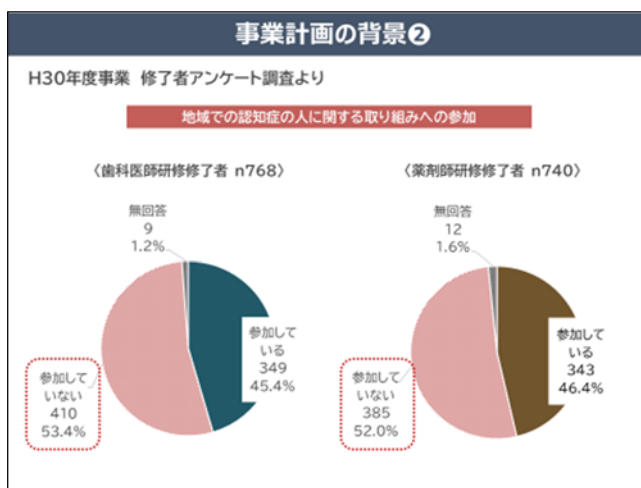
- 現在、認知症地域医療支援事業実施要綱の枠組みで展開されている認知症対応力向上研修は、かかりつけ医認知症対応力向上研修をはじめ6種類がある。修了者目標は、新オレンジプランから認知症施策推進大綱に引き継がれ、都道府県・指定都市において、達成に向けて推進されている。



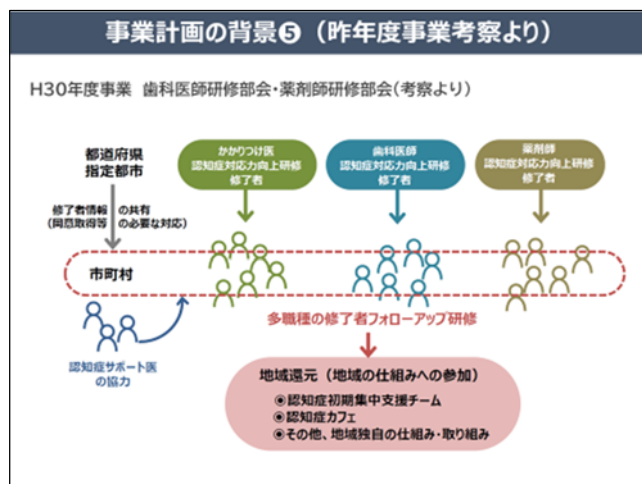
- もっとも、昨年度の同研修にかかる老健事業において、各研修の修了者に対するアンケートを実施したところ、活動都道府県単位で実施される研修を受講した後、通常の活動地域においては、他の研修修了者をはじめ多職種での連携になかなか参加できない等の意見がみられた。



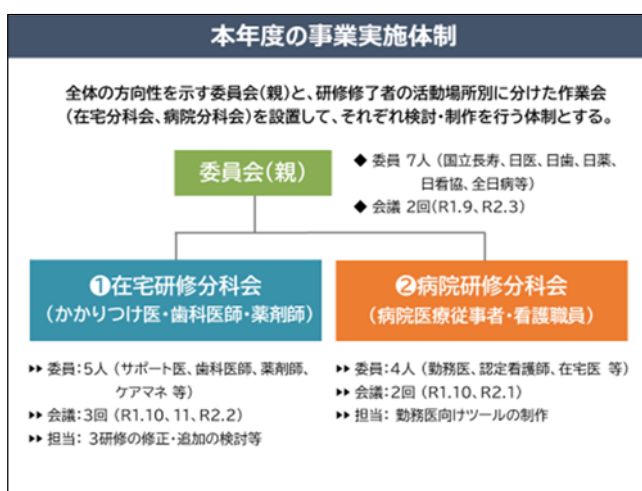
特に、認知症初期集中支援チームへの参加や、認知症カフェへの協力をはじめとする地域の認知症の人に関する取り組みについても、「参加していない」とした修了者が過半数という結果であった。



- 昨年度事業では、そのような実態に鑑み、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師の各研修修了者が、都道府県単位または実際の活動地域単位において、フォローアップ的にグループワーク等の研修を行うことで、横の連携を図り、地域における多職種連携に発展させることが考察・提案された。

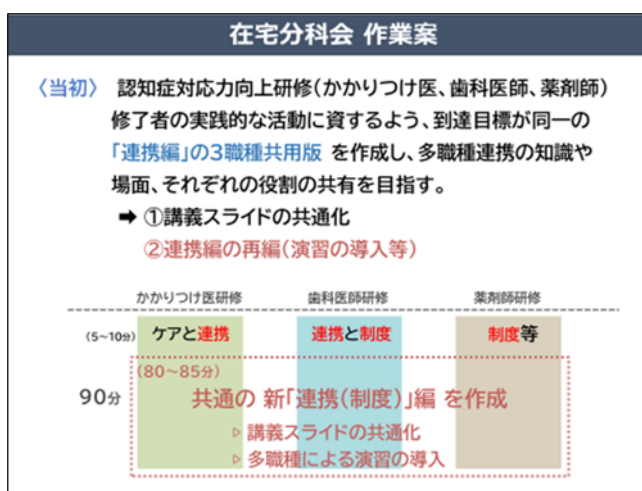


- 本年度は、そのような背景をベースに、事業内に「在宅(研修)分科会」を設置して、かかりつけ医・歯科医師・薬剤師の認知症対応力向上研修を対象に、3 職種を中心とした教材を追加開発することを目的として事業を設計をした。



- 在宅(研修)分科会では、3 研修の現行のカリキュラムのうち、共通項の多い『連携』のパート（かかりつけ医研修は「ケアと連携」、歯科医師研修は「連携と制度」、薬剤師研修は「制度等」）について、グループワークを含む 新「連携編」を作成することを企画した。

具体的には、共通するスライドが多い講義部分を共通化し、3 職種が参加する場面を想定したグループワーク用のビデオ教材等、演習を導入することを目指した。



○ キックオフの委員会において、事業計画の説明を行ったところ、①各研修が地域の専門職団体等の協力の下で、それぞれ展開されている現状、②かかりつけ医・歯科医師・薬剤師による演習実施の具体的なイメージが持ちにくい等の意見が出され、各研修の『連携』パートの共通化については慎重に検討を行うべき、との方向性となった。

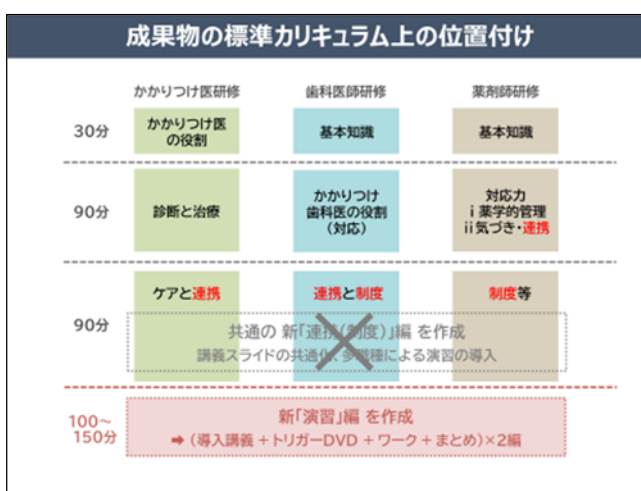
在宅分科会 作業について

＜軌道修正＞

1-1 各研修の現行の連携編に代わる新連携編は作成しない
 ⇒ 現行版も、新規も、どちらも選択的に“連携編として”使用可能という考え方を修正

1-2 在宅分科会では、任意実施の追加カリキュラムとして、**「演習編」教材を作成する**
 ⇒ 3研修(修了者)に共通の追加教材とすることで、“3職種共同”の考え方は維持
 ⇒ 実施のイメージは、
 ①各研修修了者の共同フォローアップ研修として
 ②対応力向上研修の任意メニューとして(別日程等)などを想定

○ 第 1 回委員会において示された方向性に基づいて、在宅(研修)分科会での教材制作については、①現行の標準カリキュラム(講義 210 分)は現状維持、②かかりつけ医・歯科医師・薬剤師を対象とする演習編の教材を作成し、その位置付けは標準カリキュラムへの任意追加(任意実施)とすることが確認された。



1.2 演習教材制作(映像教材制作・スライド作成)

前述の制作趣旨を踏まえて、在宅研修分科会において、3職種、主に認知症対応力向上研修を受講したかかりつけ医・歯科医師・薬剤師のフォローアップをイメージした、「演習編」の教材制作を行った。

具体的なコンテンツは、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師が中心に関わるようなシチュエーションの動画を視聴した後、多職種でのグループワークを行うものとした。

教材は、内容的に「認知症初期で、これからかかりつけ医、歯科医師、薬剤師との連携を視野に入れていくようなシンプルなもの(ケースA)」と、「認知症の進行に伴って、既に多職種による支援がある中で、かかりつけ医・歯科医師・薬剤師が更に連携を進めていくようなもの(ケースB)」を設定し、ワークの題材となるトリガー動画を中心に制作した。

なお、演習実施にあたって、講師およびファシリテーターによる進行を支援する目的で、ガイドスライドも作成し、教材の付属とした。

次ページ以降に、トリガー動画のシナリオとガイドスライドを掲載する。

～「一人でできる！」独居女性にどう接するか ～

〈初動期の支援・連携のために必要なこと〉

★出演者

- 主人公： 山崎 千枝 （79）
- 息子： 山崎 二郎 （50）
- 息子の妻：山崎 明子 （47）
- かかりつけ医： 深沢 順 （48）
- ケアマネジャー： 西川智 子（45）
- 地域包括支援センター職員 須藤 菜穂（28）
- デイサービス看護師：浜田 久美子（37）
- デイサービス相談員：山田 みか （28）

主人公:山崎千枝さんの属性・プロフィール

- 山崎千枝さんは 79 歳、若い頃は会社員のご主人との共働き
保険外交員をしながらも二人の息子を育てあげた。
- その 47 年間連れ添ったご主人も 6 年前に他界、以来、ひとり暮らし。
- 現在 子供たちも、それぞれに独立し、近所に長男の息子家族が暮らしている。
- 本人は、嫁などに気を使うより一人暮らしのほうが良いと思っているし
何よりも今まで自分一人で なんでもやってきたとの自負もあり、世話にはなりたくない。
- 趣味 社交ダンス
- 最近、とみに物忘れが激しくなってきたと本人も感じてはいるが、それは 歳のせいだ仕方ないと思っている
- 長男は、時折訪ねると綺麗好きだった母親の部屋が、散らかり始め、趣味の社交ダンスも行かなくなったことが気
になっている
- ADL はほぼ自立しているが、糖尿病で通院中。 服薬は経口薬のみ。

画 面 /テロップ	音 声
1：主人公（プロフィール・属性）紹介	
 <p>山崎 千枝 (79歳)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●現在独居/元保険外交員 ●趣味：社交ダンス ●息子夫婦が同市内に暮らす ●47年間連れ添った夫は6年前に他界 ●ADLはほぼ自立・軽度認知症（軽度のみ）  <p>山崎千枝(79)</p>	<p><※ナレーション></p> <p>山崎千枝さんはひとり暮らし。近所には息子夫婦が暮らしています。</p> <p>千恵さんは最近、もの忘れもとみに酷くなり、友人との約束事を忘れたり糖尿病の薬も飲み忘れたりすることが多くなっています</p> <p>息子さんは昔 きれい好きだった母親が、部屋の片付けも近頃しなくなり、あれほどのめり込んでいた趣味の社交ダンスにも行かなくなったことを心配しています。</p> <p>特に最近は引きこもりがちで、家で過ごすようになり、何をするにも億劫なようです。</p>
2：母がドアに鍵を刺したまま外出…	
 <p>息子 山崎二郎</p>   	<p><※ナレーション></p> <p>そんなある日 息子さんが母親の家を訪ねると…</p> <p>ドアには鍵が刺さったまま</p> <p>母親は家に居らず…そして</p> <p>30 分ほどして…</p> <p>息子「どうしたの！ 母さん！」</p> <p>千枝「どうしたのって！？ 近所のスーパーへ！」</p> <p>息子「もう玄関は開けっぱなしだしさ（母親の鍵 手に見せて）</p> <p>ほら、鍵だって つけっぱなしだったよ」</p>

3：地域包括支援センターに連絡し、動き始める…



地域包括支援センター職員
須藤 菜穂

<※ナレーション>

そこで息子さんは、本人と自分の妻も連れて、地域包括支援センターに相談に行きました

職員「山崎さん 要介護認定だけは、一応受けておいたほうが
いいですよ。そんなに手間もかかりませんし・・・」

千枝「でもねえ、私一人で ずうっとやってきておりますので」

息子「そんなこと言わないでさ 母さん 一度申請しようよ」



かかりつけ医 深沢 順

<※ナレーション>

息子さん夫婦は何とか本人を説得し、かかりつけ医の深沢先生のもとで改訂長谷川式のスクリーニング検査を受けました。



<※ナレーション>

診断の結果、千枝さんの得点は19点。

その後、かかりつけ医よりサポート医でもある専門医を紹介され、画像検査などの結果からアルツハイマー型認知症と診断され、やがて要介護1の認定が本人に出ました。

4：要介護認定は出たものの…食事は毎日・・・！？



ケアマネジャー
西川 智子

<※ナレーション>

そして後日、千枝さんについてのケアマネジャーの西川さんが訪ねると・・・、

千枝さんは一人でお昼の食事中。

その食事は、メロンパンとスーパーのお弁当でした。



ケアマネ心の声：（先日訪ねた時も確かパンとスーパーの

お弁当だった気がするけど、お昼の時間もずれているし 千枝さんは 毎日こんな食事なのかしら？）

 	<p><※ナレーション></p> <p>この日のことを、ケアマネジャーは かかりつけ医に相談に行きました</p> <p>医師「そろそろ自宅に訪問看護やヘルパーについてもらうのは どうでしょう？ 息子さん夫婦の協力も本人が頑なに拒否しているようですし、それに最近、頓に多くなった薬の飲み忘れも 薬剤師にも相談してみてもはどうでしょう？」</p> <p><※ナレーション></p> <p>ケアマネジャーの西川さんは、かかりつけ医の提案を息子さんに 伝え、そして本人を交えたサービス担当者会議を開きました。</p>
<p>5：デイサービスの看護師からの電話…</p>	
<p>約一ヶ月後</p>    <p>どのような連携が、必要か！</p>	<p>電話口 ケアマネ</p> <p>「あ、その入れ歯でしたら、何年か前にかかりつけの 歯医者さんで作ってもらったと聞いています」</p> <p>電話口 看護師</p> <p>「最近口臭が強いんですよ」</p> <p>電話口 ケアマネ</p> <p>「口臭…そうですか…」</p> <p><※ナレーション></p> <p>さて！この先、どのような連携が必要になるのでしょうか？</p>

初動期の支援・連携のために必要なこと ～「一人で行える！」独居女性にどう接するか～

- ▶ このスライドは、演習編の講師・ファシリテーターの進行ガイドで、演習編のおおよその流れを把握する参考資料です。
- ▶ 「教材のねらい」、「グループワークの主題サンプル」、「まとめ」のスライドなど、演習の冒頭やまとめにおいて、会場で投影して利用することも可能です。
- ▶ 動画教材(DVD)の視聴の前に、グループワークの“目的”や“テーマ”などをあらかじめ提示しておくこと、受講者が効果的に情報収集でき、より良いグループワークになります。

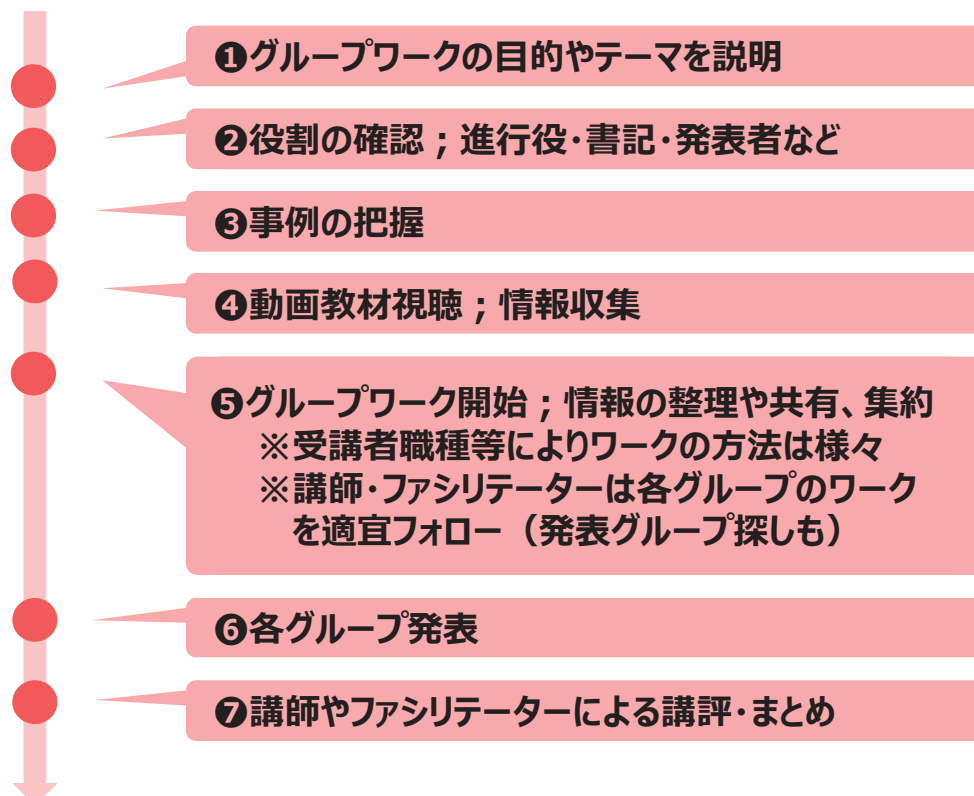
はじめに

- ◆ 多職種協働チームによる課題解決は、本人の主体性を尊重しながら、その人なりの実現可能性のある課題解決に向けて、チーム員が一体となって、本人や家族とともに歩んでいこうとするアプローチです。
- ◆ 多職種協働グループワークの目標は、多職種が協働して、必要な支援の一体的提供を実現させる能力を身につけることです。そのためには、多職種が、多職種協働の意義について共通の認識をもち、同じ土俵の上で、公平に、自由にコミュニケーションしながら、情報を共有し、解決策を案出し、意思決定を行い、支援計画を立て、役割を分担して、支援を実践するという上記に述べたプロセスを円滑に進めていく技能が必要です。
- ◆ 支援対象に対する敬意、自己決定を消して失わないようにし、解決の方向性を探るプロセス、学び合うプロセスを大事にすること、視点の多様性を尊重することが重要であり、ファシリテーターは参加者にもそのように伝えることが必要です。

進行の要点

- ▶▶ ファシリテーター(進行係)は、グループを「模擬カンファレンス」として進めてください。バランスよく参加できるように留意し、特定の人ばかりが発言しないように、発言が少ない人、控えめな人にも発言しやすいよう促し、話しやすいポジティブな雰囲気をつくります。
- ▶▶ ファシリテーターは時間内に目的に到達するように、適宜軌道修正を行ってください。各職種の専門用語は適宜説明を促してください。
- ▶▶ その場にはいない職種が必要であれば、具体的な依頼経路を想定し、その職種についてそれぞれが知りうる情報を共有してください。特定の職種でない参加者は、支援対象の家族の立ち位置を想定して参加してください。
- ▶▶ 必要な社会資源は利用できる、という想定で進行してください。その地域の中で確保が難しい資源は、代替案や確保策なども併せて検討してください。
- ▶▶ ファシリテーターはグループの力を信じて多くの情報を与えないようにしてください。

グループワークの流れの例



教材のねらい

- ✓ 多職種が集まったグループで、その地域における人間関係を構築する。
- ✓ その地域においてそれぞれの職種が抱える事情、地域連携の窓口の情報を共有する。
- ✓ 支援対象が、認知症をもちながら本人の希望する暮らしを安心して続けるためにそれぞれの職種が支援できることは何かを議論・共有し、新たな視点を発見する。
- ✓ 支援対象の希望する暮らしを継続するために、あらかじめ準備できること、そのための適時適切かつ具体的な段取りやストラテジーを議論する。
- ✓ 地域で認知症対応力向上研修の修了者が、地域包括ケアを支える一因として、連携して在宅医療を行うための今後の可能性について討論する。

グループワークの主題サンプル

【活用例】 受講者に合わせて、この中から選択して、グループワークのテーマとして提示

- ✓ 支援対象の初動期支援の中での課題はなにか、連携体制を構築すべき職種は、どの職種で、連携を取るには具体的にいつ、誰から、どのように依頼すればよいか。また自分は何をするか。
- ✓ 支援対象の医学的な課題とその具体的な支援方法、連携相手はなにか。自分が支援する際に出来ることは何か。
- ✓ 支援対象や家族に今後生じるであろう生活上の課題は、どのようなことが考えられるか、またそのために準備出来ること、具体的な策はどのようなことか。
- ✓ 支援対象へのサービス担当者会議を行う想定で、それぞれの職種が考える課題と対応策、支援の整理はどのように行うか。

動画教材の主人公プロフィールと場面背景

～「一人でできる！」独居女性にどう接するか～



- ◆ 山崎千枝さんは79歳。若い頃は会社員のご主人との共働き保険外交員をしながらも二人の息子を育てあげた。
- ◆ その47年間連れ添ったご主人も6年前に他界し、以来、ひとり暮らし。
- ◆ 現在 子供たちも、それぞれに独立し、近所に長男の息子家族が暮らしている。
- ◆ 本人は、嫁などに気を使うより一人暮らしのほうが良いと思っているし、何よりも“今まで自分一人でなんでもやってきた”との自負もあり、息子や嫁の世話にはなりたくない。
- ◆ 趣味 社交ダンス
- ◆ 最近、とみに物忘れが多くなってきたと本人も感じてはいるが、それは“歳のせいでは仕方ない”と思っている
- ◆ 長男は、時折訪ねると綺麗好きだった母親の部屋が、散らかり始め、趣味の社交ダンスも行かなくなったことが気になっている
- ◆ ADLはほぼ自立しているが、糖尿病で通院中。服薬は経口薬のみ。

論点の例

グループワーク後の
講評・まとめで使用

【医学的課題】

- 血糖値、HbA1cが上昇している可能性はないか？
- 栄養摂取量が減少しているにもかかわらず同量の服薬を続けていて低血糖の可能性はないか？
- 抗認知症薬は適切な内服をしているのか？
- 適切な服薬管理の方法はないか？
- サービス担当者会議の必要性は？
- 食事の準備や栄養管理の介入の必要はあるか？
- 認知症の進行によって生じる可能性のある課題は？

【生活課題】

- 本人の意思、希望に配慮するには？
- 信頼関係の構築を多職種が行うには？
- 服薬管理に対して近所に住む息子夫婦は協力可能か？
- 買い物や調理に支援が必要か？支援ニーズは？
- 定期受診は本人一人の受診を継続して問題ないか？
- サービス担当者会議の必要性は？
- 活動量の維持向上をするにはどうするか？
- 社会との接点、役割、本人の希望する生き方とは？

【歯科的課題】

- 口腔内の痛み、食欲低下、口臭について考えられる可能性は何か？
- 糖尿病と口腔疾患の関係について情報提供は？
- 定期的な歯科受診を支援する方法は？
- 口腔ケアや義歯の管理は本人任せで十分か？

【薬剤管理上の課題】

- 服薬管理は本人に任せて問題ないか？
- 服薬管理を依頼する職種は？具体的な提案は？
- 残薬の確認が必要か？
- 服薬管理、処方の適正化は必要か？

まとめ（伝えたいこと）

- ◆ 専門職間の連携をより深めるために、話しやすく情報共有しやすい「顔の見える関係」を構築することが重要である。
- ◆ 地域においてそれぞれの職種の事情を理解し、支援可能なことを互いに情報共有したうえで、地域の事情に合った適切な連携のあり方を生み出していく。
- ◆ 認知症の人の継続的に変化していく容態に合わせて、適時適切な対応が可能になるよう、相談しやすく顔の見える関係を市町村(各地域)レベルで構築する。
- ◆ 「認知症の人や家族の視点」等に基づいて支援を構築し、具体的な段取りを有機的かつ包括的に議論できる関係を作る。

～ 老々介護の夫婦、、、どう支えるか ～
〈専門職間の連携の進め方〉

★出演者

- 主人公：内田 明夫 (75)
- 妻 ：内田 美智子(70)
- かかりつけ医：深沢 順 (48)
- ケアマネ ：西川 智子(45)
- 訪問看護師：大塚 佳奈(35)
- 薬剤師 ：安藤 国近(44)
- 訪問歯科医：坂口 由紀(38)

主人公：内田明夫さんの属性・プロフィール

- 内田明夫さんは 75 歳 元市役所職員。70 歳の奥さんとの二人暮らし。
- 定年退職後、しばらくは夫婦揃って各地を旅行などして廻ったが、現在は一日中、家にいることが多い。
- 奥さんは、近くに住む娘夫婦の子供が幼稚園に通っており、その孫の世話に追われている。
そのせいか、夫の認知症への理解はあまりできていない。
- 要介護 2
- 3 年前にレビー小体型認知症と診断され服薬を続けている。
- 幻視や被害妄想、夜間の異常行動などの影響で生活に支障あり。
- 他の持病は高血圧と便秘
- 内服薬は、認知症および高血圧、便秘(緩下剤)の薬。

画 面 /テロップ	音 声
1：主人公 （プロフィール・属性）紹介	
  内田 明夫(75)	<p><※ナレーション></p> <p>75 歳の内田明夫さんは要介護 2。70 歳の奥さんとの二人暮らしです。三年前に専門医でレビー小体型認知症と診断され、現在はかかりつけ医で薬物治療を継続しています。</p> <p>長年、市役所の職員として働いていましたが 10 年前に定年退職。そして、現在は年金生活を送っています。</p> <p>退職直後は妻とよく旅行にも行ったりもしましたが、今は一日中、家にいることが多いようです</p>
2：訪問看護師が残薬を発見！	
 受診日が近いのに残薬が・・・ 	<p><※ナレーション></p> <p>そんなある日、訪問看護師の大塚さんが、部屋のテーブルの上に、認知症の薬や高血圧、便秘薬などの内服薬が、まだ多く残っていることに気づきました。</p> <p><※ナレーション></p> <p>看護師は、かかりつけ医の深沢先生に連絡。 深沢先生は内服薬の管理については薬剤師に訪問を依頼しました。</p>
3：薬剤師 一包化を提案！	
 薬剤師 安藤 国近	<p><※ナレーション></p> <p>連絡を受けた薬剤師の安藤さんが、内田さん宅を訪ねました</p> <p>薬剤師「ご覧ください。何種類かの薬を、このように一包みにしまして、朝昼晩と印字してお渡ししようと思います。 こうすることで飲み忘れも防げるのではないかと」</p>

4：一包化対策は功を奏したかに見えたが～ 幻視回想シーンへ

約二週間後



一包化したにも関わらず残薬がが



薬剤師「内田さん・・・あの・・・ちゃんと 飲んでますか？」

内田 「おかしいなあ、結構マメに飲んでいるんだけどなあ」

妻 「あなた・・・ちゃんと飲んでないわよ！

ボーっとしてて忘れていないじゃない！」

内田「なにに！ボーっとして忘れていたとは 何だ！」

<※ナレーション>

内田さんは、薬剤師の安藤さんの前で突然 奥さんの言葉に、怒り出しました

妻「それがね毎日ボーっとしているかっていうと、

そうでもなくて普通の時もあるみたい」

妻の声のみ

(主人が 最近 夜中に突然大声を出すんですよ)

(寝ぼけているようで大声で叫ぶんですよ)

なんか犬が走ってるって言うし・・・

知らない子供が居るって言うんです

<※ナレーション>

安藤さんは、夫の明夫さんとは別に、時々もの忘れするようになってきた妻の美智子さんのこともかかりつけ医に伝えました。

5：あれから2週間後、ティッシュに吐血！？

2週間後・・・



妻「主人 歩くのが遅くなって、食事や水飲む時に むせることが多くなって、昨日も尻もちついたんですよ。

せっかくアタシが料理を作っても食べ残しも多くなって・・・

それと、ティッシュに唾をしょっちゅう吐くんですけど

それが、なんか茶色っぽくてなんか血みたいなんですよ！」

<※ナレーション>

大塚看護師が ご主人の部屋に行き 本人の口の中を見てみると・・・



看護師「大きく開けてください。触りますよ。」

はい、次カチンとイー、あー、口の中に出血はないんですけど、歯茎が少し腫れてますね。



このことは看護師の大塚さんから、ケアマネジャーへ、そしてかかりつけ医にも伝わりました



歯科医 坂口 由紀

<※ナレーション>

後日、深沢先生から かかりつけ医の歯科医に連絡がきました。

6：訪問歯科医による診断は・・・



どのような連携が、必要か！

<※ナレーション>

そして後日、ケアマネジャーは内田さんのお宅へ歯科医を同行
歯科医「内田さん、大きく、あ〜んと開けてください。」

<※ナレーション>

さてこの先、どのような連携が必要になるのでしょうか？

専門職間の連携の進め方 ～老々介護の夫婦... どう支えるか？～

- ▶ このスライドは、演習編の講師・ファシリテーターの進行ガイドで、演習編のおおよその流れを把握する参考資料です。
- ▶ 「教材のねらい」、「グループワークの主題サンプル」、「まとめ」のスライドなど、演習の冒頭やまとめにおいて、会場で投影して利用することも可能です。
- ▶ 動画教材(DVD)の視聴の前に、グループワークの“目的”や“テーマ”などをあらかじめ提示しておくこと、受講者が効果的に情報収集でき、より良いグループワークになります。

教材のねらい

- ✓ 多職種のその地域における連携関係・人間関係がある程度、構築できている場合を想定したうえで、それぞれの職種が支援できる具体的な支援を共有する。
- ✓ 支援対象が、認知症をもちながら本人の希望する暮らしを安心して続けるためにそれぞれの職種が支援できることは何かを議論・共有し、新たな視点を発見する。
- ✓ 地域包括ケアシステムを活用して、本人が自分らしい暮らしを続けるためには、どの時点で、こういった議論をし、どの職種が支援できるか、などの具体的な段取りや連携方法を提案できる力を養う。
- ✓ 認知症施策推進大綱、認知症の人の意思決定支援ガイドライン等の考えも参考に、本人の権利や希望、尊厳を意識した議論をする

グループワークの主題サンプル

【活用例】 受講者に合わせて、この中から選択して、グループワークのテーマとして提示

- ✓ 支援対象および家族の困りごとを抽出して共有し、本人の希望は何か、不足している支援は何かを整理する
- ✓ 支援対象が、認知症をもちながら本人の希望する暮らしを安心して続けるために、それぞれの職種が支援できることは何かを提示し共有する。さらに具体的な連携の方法論について議論する
- ✓ その地域で実装されている地域包括ケアシステムの中で、様々なインフラストラクチャーを活用して自分らしい暮らしを続けるためにはどうしたら良いか？を議論する
- ✓ 認知症施策推進大綱、認知症の人の意思決定支援ガイドライン等の考えを踏まえたうえで、模擬地域ケア個別会議や模擬担当者会議として議論する

主人公プロフィールと場面背景 ～老々介護の夫婦... どう支えるか～



- ◆ 内田明夫さんは75歳 元市役所職員。70歳の奥さんとの二人暮らし
- ◆ 定年退職後、しばらくは夫婦揃って各地を旅行などして廻ったが、現在は一日中、家にいることが多い
- ◆ 奥さんは、近くに住む娘夫婦の子供が幼稚園に通っており、その孫の世話に追われている。そのせいか、夫の認知症への理解はあまりできていない
- ◆ 要介護2の認定を受けている
- ◆ 3年前にレビー小体型認知症(DLB)と診断され服薬を続けている
- ◆ 幻視や被害妄想、夜間の行動などの影響で生活に支障あり。奥さんは理解が出来ない部分が多く戸惑っている
- ◆ 他の持病は高血圧と便秘
- ◆ 内服薬は、認知症および高血圧、便秘(緩下剤)の薬

- 本人が怒りっぽくなった！？
→ DLBの薬の副作用では？
- 血を吐いた原因は
→ 潰瘍、肺結核、口腔結核などの可能性は？
- 吐出物は本当に血であったのか？
- 残薬を防止のため、薬剤服用時にトロミ茶で
口をゆすぐ提案は？
- なぜ残薬がでるのか？ 残薬の確認が必要か？
- 内服薬の調整、剤型の変更などは必要か？
- 適切な服薬管理の方法はないか？
- 服薬管理を依頼する職種は？具体的な提案は？
- 服薬による精神症状の軽減は？
- 薬が飲み切れずに口腔内に残ってしまう対策は？
- BPSDの対応について認知症サポート医や
認知症専門医との連携は？
- 義歯調整の必要性は？
- 摂食嚥下指導の導入は必要か？
- 排便のコントロールは出来ているか？

- 食事や栄養指導、食支援などは？
- 食事の準備や栄養管理の介入の必要はあるか？
- 活動量の維持向上をするにはどうするか？
- 寝室のベッドの配置は？手すりの設置や段差の
解消は？
- 妻への支援やもしくは認知症のチェックや精査は？
- 社会との接点、役割、本人の希望する生き方とは？
- サービス担当者会議の必要性は？
- 介護給付(介護保険サービス)は？
- 認知症サポーターの支援は？
- 「認知症カフェ」等への参加は？
- 行政のサポートは本人、家族が理解しているか？
- 多職種が連携する場合、誰が情報を一元的に管理
するか？ その情報をどのように共有するか？

まとめ（伝えたいこと）

- ◆ 専門職間の連携をより進める(深める)ためには、その地域においてそれぞれの職
種が出来る事を理解し、情報を共有 することが必須だが、そのためには、「顔の見え
る関係」を構築する
- ◆ 連携のスタイル、システムは、地域によって様々であるので、市町村(各地域)レベ
ルで各々で構築する
- ◆ 認知症施策推進大綱にも示されている「認知症の人や家族の視点」等に基づいて
考える

2 「連携編」等のスライド修正

- 前述の通り、在宅研修分科会では、標準カリキュラムに追加実施することを想定した演習編の教材制作を中心に行ったが、一方で、かかりつけ医・歯科医師・薬剤師の各認知症対応力向上研修の講義スライドについては、一部、情報やデータ更新が必要なもの、制度や施策の変更に伴い加除修正が必要なもの、受講者等からの意見のあったものなどがあり、その一部の修正を行った。

具体的には、3 研修に共通する講義スライドが多い、『連携』にかかるパートの一部の講義スライドについて修正を行った。

- もっとも、研修の全体構成を含めた検討を要する講義スライドの構成の変更を伴うものや、スライドそのものの変更等にあって十分な検討を要するものなどについては、その検討・作業・確認等に当たる十分な体制が取れない関係から、次年度以降の課題として現状のままとすることとした。
- 次ページに、修正・差替えを行った各研修の『連携』パートの講義スライドのタイトル一覧を示し、続いて、具体的な修正スライドを掲載する（左側が修正後）。

連携(制度)編スライドタイトルと修正・更新候補

(カテゴリ)	かかりつけ医認知症対応力向上研修		歯科医師認知症対応力向上研修		薬剤師認知症対応力向上研修
多職種連携	連・制1	「多職種連携」のかかりつけ医にとっての意味（再掲）	連携1	かかりつけ歯科医にとっての「多職種連携」の意味	対19 多職種連携の意義
	連・制2	サービス担当者会議でのかかりつけ医の役割	連携2	サービス担当者会議でのかかりつけ歯科医の役割	対21 カンファレンス等での薬局・薬剤師の役割
	連・制3	ケアマネジャーとの連携	連携3	ケアマネジャーとの連携	制度4 ケアマネジャーとの連携
	連・制4	ケアマネジャーがかかりつけ医に望むこと			制度5 ケアマネジャーが薬局・薬剤師に望むこと
	連・制5	訪問看護との連携			制度6 訪問看護(師)とは
	連・制6	社会福祉士・介護福祉士等の役割	連携4	社会福祉士・精神保健福祉士・介護福祉士等との連携	制度7 社会福祉士・介護福祉士とは
	連・制7	地域包括支援センター	連携5	地域包括支援センター	制度10 地域包括支援センター
	連・制8	地域包括支援センターとの連携	連携6	地域包括支援センターとの連携	
	連・制9	地域ケア会議	連携7	地域ケア会議	制度11 地域ケア会議
	連・制10	専門医がかかりつけ医に望むこと(情報)			制度9 専門医が薬剤師に望むこと
	連・制11	認知症サポート医の機能・役割	連携8	認知症サポート医	制度8 認知症サポート医とは
	連・制12	認知症疾患医療センターの機能と連携	連携9	認知症疾患医療センター	
ケア・支援体制	連・制13	認知症の人の医療とケアの目標	連携10	認知症の人の医療とケアの目標	
	連・制14	認知症高齢者ケアの基本～尊厳を支えるケアの確立～	連携11	認知症ケアの基本～尊厳を支えるケアの確立～	制度13 認知症ケアの基本 ～尊厳を支えるケアの確立～
	連・制15	認知症高齢者ケアの基本～サービスのあり方～	連携12	認知症ケアの基本～サービスのあり方～	制度14 認知症ケアの基本 ～サービスのあり方～
	連・制16	認知症の人への支援体制	連携13	認知症の人への支援体制	制度15 認知症の人への支援体制
	連・制17	相談窓口	連携14	地域の相談窓口	制度12 相談窓口
介護保険サービス	連・制18	介護保険制度の仕組み（再掲）	連携15	介護サービスの利用の手続き（再掲）	制度2 介護サービスの利用の手続き
	連・制19	介護給付（介護保険サービス）	連携16	介護給付（介護保険サービス）	制度16 介護給付（介護保険サービス）
	連・制20	予防給付と地域支援事業	連携17	予防給付と地域支援事業	制度18 予防給付と地域支援事業
	連・制21	地域密着型サービス	連携18	地域密着型サービス	制度17 地域密着型サービス
	連・制22	小規模多機能型居宅介護	連携19	小規模多機能型居宅介護	
	連・制23	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	連携20	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	
	連・制24	看護小規模多機能型居宅介護	連携21	看護小規模多機能型居宅介護	
認知症施策	(追加)	認知症施策推進大綱	(追加)	認知症施策推進大綱	(追加) 認知症施策推進大綱
	連・制25	認知症ケアパス	連携22	認知症ケアパス	制度19 認知症ケアパス
	連・制26	認知症疾患医療センター			
	連・制27	認知症初期集中支援チーム	連携23	認知症初期集中支援チーム	制度20 認知症初期集中支援チーム
	連・制28	認知症地域支援推進員	連携24	認知症地域支援推進員	制度21 認知症地域支援推進員
	連・制29	若年性認知症の特徴と現状	連携25	若年性認知症の特徴と現状	制度22 若年性認知症の特徴と現状
	連・制30	若年性認知症の人への支援（制度）	連携26	若年性認知症の人への支援（制度）	
	連・制31	認知症の人と運転	連携27	認知症の人と運転	制度23 認知症の人と運転
	連・制32	75歳以上の運転者の免許証更新 手続きの流れ			
	(追加)	認知症の人の意思決定支援ガイドライン①	(追加)	認知症の人の意思決定支援ガイドライン①	(追加) 認知症の人の意思決定支援ガイドライン①
	(追加)	認知症の人の意思決定支援ガイドライン②	(追加)	認知症の人の意思決定支援ガイドライン②	(追加) 認知症の人の意思決定支援ガイドライン②
	連・制33	認知症と成年後見制度			
	連・制34	成年後見制度の仕組み	連携28	成年後見制度の仕組み	制度24 成年後見制度の仕組み
	連・制35	日常生活自立支援事業	連携29	日常生活自立支援事業	制度25 日常生活自立支援事業
	連・制36	高齢者虐待の現状	連携30	高齢者虐待の現状	制度26 高齢者虐待の現状と薬局・薬剤師の役割
	連・制37	高齢者虐待防止におけるかかりつけ医の役割			
	連・制38	認知症サポーター	連携31	認知症サポーター	制度27 認知症サポーター
	連・制39	地域啓発のポイント	連携32	認知症支援を通じた地域作りの視点	制度28 認知症支援を通じた地域作りの視点

認知症施策推進大綱の概要

～令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定～

基本的考え方

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

具体的な施策の5つの柱

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・介護者への支援

▶▶ 医療従事者等の認知症対応力向上の促進

④ 認知症バリアフリーの推進・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

認知症の人や家族の視点を重視

[旧スライド]

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)の概要 ～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向け～

新オレンジプランの基本的考え方

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) 早期診断・早期対応のための体制整備
歯科医師・薬剤師の認知症対応力向上研修 創設

③ 若年性認知症施策の強化

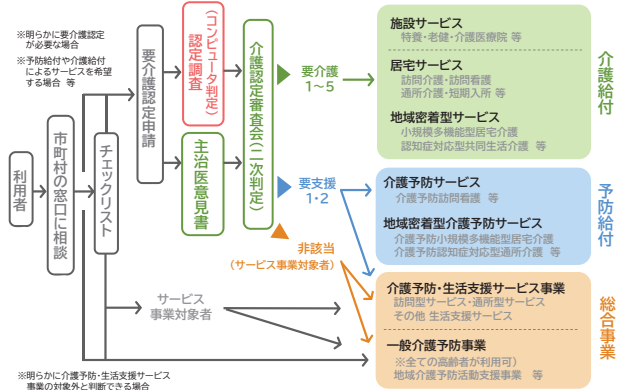
④ 認知症の人の介護者への支援

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

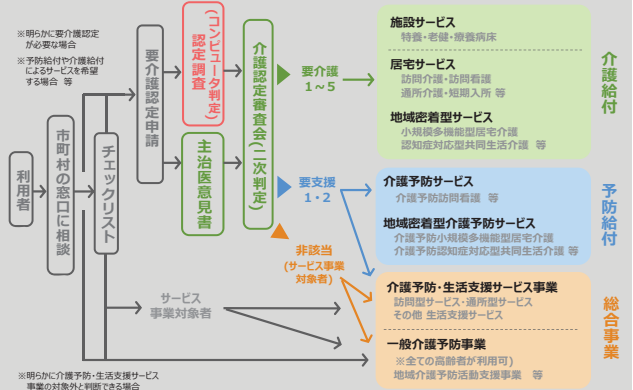
⑦ 認知症の人やその家族の視点を重視

介護サービスの利用の手続き



[旧スライド]

介護サービスの利用の手続き



介護給付(介護保険サービス)

居宅サービス

訪問サービス、通所サービス
短期入所サービス、福祉用具貸与サービス
福祉用具と住宅改修に関する費用支給 など

地域密着型サービス

定期巡回・随時対応型訪問介護看護
小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護
認知症対応型通所介護、地域密着型通所介護(H28～)
認知症対応型共同生活介護(グループホーム) など

施設サービス

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院(H30～)
介護療養型医療施設(～R5)

[旧スライド]

介護給付(介護保険サービス)

●居宅サービス

訪問サービス、通所サービス
短期入所サービス、福祉用具貸与サービス
福祉用具と住宅改修に関する費用支給 など

●地域密着型サービス

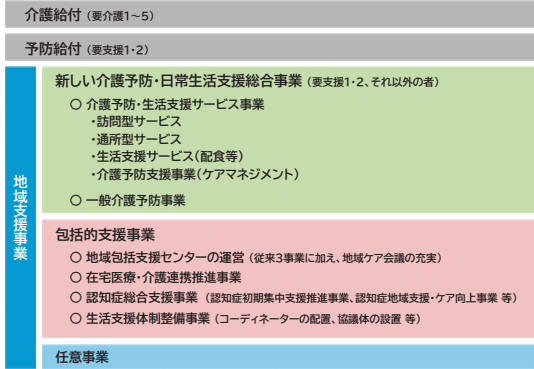
定期巡回・随時対応型訪問介護看護
看護小規模多機能型居宅介護(小規模多機能+訪問看護)
小規模多機能型居宅介護
地域密着型通所介護(H28.4～)
認知症対応型共同生活介護(グループホーム) など

●施設サービス

介護老人福祉施設、介護老人保健施設、
介護療養型医療施設(～H30.3末)

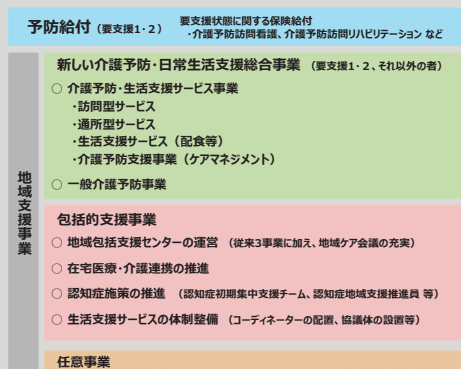
予防給付と地域支援事業

令和元年度修正



[旧スライド]

予防給付と地域支援事業



地域密着型サービス

令和元年度修正

1. 市区町村長が事業者の指定・指導監督
2. 原則、市区町村の被保険者が利用可能
3. 住民に身近な生活圏域単位で整備
4. 地域ごとの指定基準、介護報酬設定が可能

- ▶▶ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ▶▶ 夜間対応型訪問介護
- ▶▶ 地域密着型通所介護
- ▶▶ 認知症対応型通所介護
- ▶▶ 小規模多機能型居宅介護
- ▶▶ 看護小規模多機能型居宅介護
- ▶▶ 認知症対応型共同生活介護
- ▶▶ 地域密着型特定施設入居者生活介護
- ▶▶ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

[旧スライド]

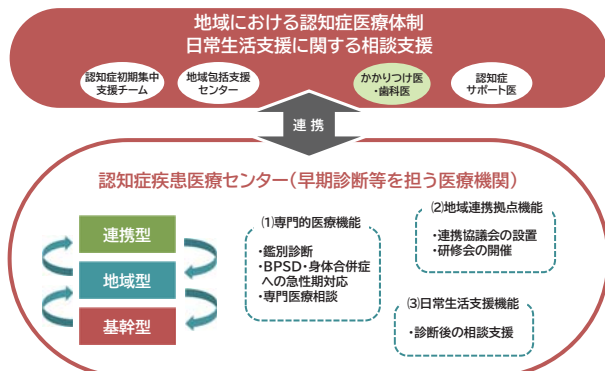
地域密着型サービス

1. 市区町村長が事業者の指定・指導監督
2. 原則、市区町村の被保険者が利用可能
3. 住民に身近な生活圏域単位で整備
4. 地域ごとの指定基準、介護報酬が設定可能

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- 夜間対応型訪問介護
- 地域密着型通所介護（小規模デイサービス 18名以下）
- 認知症対応型通所介護
- 小規模多機能型居宅介護
- 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
- 地域密着型特定施設入居者生活介護（29名以下）
- 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（29名以下）
- 看護小規模多機能型居宅介護（小規模多機能＋訪問）

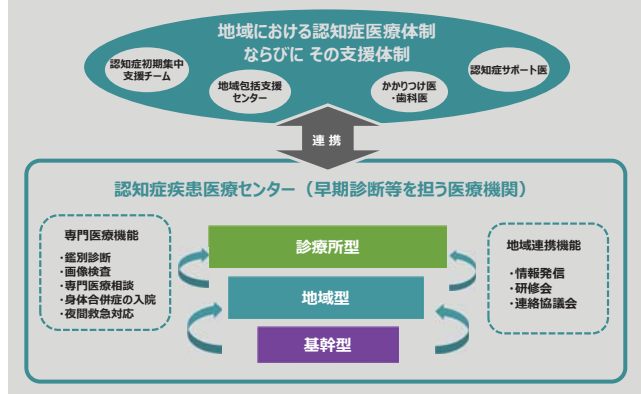
認知症疾患医療センター

令和元年度修正



[旧スライド]

認知症疾患医療センター



若年性認知症の人への支援(制度)

- 精神通院医療費の助成(自立支援医療)
- 精神障害者保健福祉手帳／身体障害者手帳
 - ・税制上の優遇措置の他、自治体により種々の助成制度
- 障害者雇用施策を活用した雇用継続等の支援
- 障害者総合支援法によるサービス・支援
 - ・就労支援サービスや外出支援サービス等がある
- 介護保険の在宅・施設サービス
 - ・第2号被保険者(40～64歳)の特定疾病に該当する
- 障害年金
 - ・年金加入者が一定の障害状態になった場合に支給
- 若年性認知症支援コーディネーター
- 若年性認知症コールセンター
- 公益社団法人 認知症の人と家族の会(各都道府県支部等)

若年性認知症の人への支援(制度)

- 精神通院医療費の助成(自立支援医療)
- 精神障害者保健福祉手帳／身体障害者手帳
 - ・税制上の優遇措置の他、自治体により種々の助成制度
- 障害者雇用施策を活用した雇用継続等の支援
- 障害者総合支援法によるサービス・支援
 - ・就労支援サービスや外出支援サービス等がある
- 介護保険の在宅・施設サービス
 - ・第2号被保険者(40～64歳)の特定疾病に該当する
- 障害年金
 - ・年金加入者が一定の障害状態になった場合に支給
- 若年性認知症コールセンター
- 公益社団法人 認知症の人と家族の会(各都道府県支部等)

認知症の人の日常生活・社会生活における 意思決定支援ガイドライン

趣旨

認知症の人を支える周囲の人において行われる意思決定支援の基本的考え方(理念)や姿勢、方法、配慮すべき事柄等を整理して示し、これにより、認知症の人が、自らの意思に基づいた日常生活・社会生活を送れることを目指すもの。

誰のための誰による意思決定支援か

認知症の人を支援するためのガイドラインであり、また、特定の職種や特定の場面に限定されるものではなく、認知症の人の意思決定支援に関わる全ての人による意思決定を行う際のガイドラインとなっている。

意思決定支援の基本原則

認知症の人が、意思決定が困難と思われる場合であっても、意思決定しながら尊厳をもって暮らしていくことの重要性について認識することが必要。
本人の示した意思は、それが他者を害する場合や本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生ずる場合でない限り尊重される。
また、意思決定支援にあたっては、身近な信頼できる関係者等がチームとなつて必要な支援を行う体制(意思決定支援チーム)が必要である。

現行版 なし

意思決定支援のプロセス

人的・物的環境の整備

- ◎ 意思決定支援者の態度
- ◎ 意思決定支援者との信頼関係、立ち会う者との関係性への配慮
- ◎ 意思決定支援と環境

意思形成支援

：適切な情報、認識、環境の下で意思が形成されることへの支援

+

意思表明支援

：形成された意思を適切に表明・表出することへの支援

+

意思実現支援

：本人の意思を日常生活・社会生活に反映することへの支援

意思決定支援のプロセスの記録、確認、振り返り

各プロセスは重複・同時発生し、場合によりチームでの会議も併用活用

現行版 なし

成年後見制度の仕組み

令和元年度修正

○任意後見制度

本人が契約の締結に必要な判断能力を有している間に、将来、判断能力が不十分となった場合に備え、「誰に」「どのように」支援してもらうかをあらかじめ契約により決めておく制度

○法定後見制度（下表参照）

本人の判断能力に応じて、「後見」、「保佐」、「補助」の3つの類型がある。家庭裁判所に審判の申立てを行い、家庭裁判所によって、援助者として成年後見人・保佐人・補助人が選ばれる制度

		後 見	保 佐	補 助
対象者		判断能力が全くない	判断能力が著しく不十分	判断能力が不十分
申立て権者		本人・配偶者・4親等内の親族、検察官、市区町村長など		
成年後見人等の権限	必ず与えられる権限	財産管理についての全般的な代理権、取消権（日常生活行為を除く）	特定の事項 ^{※1} についての同意権 ^{※2} 、取消権（日常生活行為を除く）	—
	申立てにより与えられる権限	—	▶ 特定事項 ^{※1} 以外の事項についての同意権 ^{※2} 、取消権（日常生活行為を除く） ▶ 特定法律行為 ^{※3} についての代理権	▶ 特定事項 ^{※1} の一部についての同意権 ^{※2} 、取消権（日常生活行為を除く） ▶ 特定法律行為 ^{※3} についての代理権

※1 借入金、訴訟行為、相続の承認・放棄等の事項（民131）

※2 特定の法律行為を行う場合に、本人に不利益がない場合の同意権限

※3 民131に挙げられる、要同意の行為に限定されない

[旧スライド]

成年後見制度の仕組み

○任意後見制度

本人が契約の締結に必要な判断能力を有している間に、将来、判断能力が不十分となった場合に備え、「誰に」「どのように」支援してもらうかをあらかじめ契約により決めておく制度

○法定後見制度（下表参照）

本人の判断能力に応じて、「後見」、「保佐」、「補助」の3つの類型がある。家庭裁判所に審判の申立てを行い、家庭裁判所によって、援助者として成年後見人・保佐人・補助人が選ばれる制度

		後 見	保 佐	補 助
対象者		判断能力が全くない	判断能力が著しく不十分	判断能力が不十分
申立て権者		本人・配偶者・4親等内の親族、検察官、市区町村長など		
成年後見人等の権限	必ず与えられる権限	財産管理についての全般的な代理権、取消権（日常生活行為を除く）	特定の事項 ^{※1} についての同意権 ^{※2} 、取消権（日常生活行為を除く）	—
	申立てにより与えられる権限	—	● 特定事項 ^{※1} 以外の事項についての同意権 ^{※2} 、取消権（日常生活行為を除く） ● 特定法律行為 ^{※3} についての代理権	● 特定事項 ^{※1} の一部についての同意権 ^{※2} 、取消権（日常生活行為を除く） ● 特定法律行為 ^{※3} についての代理権
制度利用の場合の資格等の制限		医師、税理士等の資格や会社役員、公務員等の地位を失う	医師、税理士等の資格や会社役員、公務員等の地位を失う	—

※1 借入金、訴訟行為、相続の承認・放棄等の事項（民131）

※2 特定の法律行為を行う場合に、本人に不利益がない場合の同意権限

※3 民131に挙げられる、要同意の行為に限定されない

【法務省ホームページより】

高齢者虐待の現状

令和元年度修正

- 被虐待高齢者のうち、要介護認定を受けている者が67.7%であり、さらにそのうち、**認知症の日常生活自立度がⅡ以上（見守りや援助が必要）の人が71.7%**であった。
- 虐待の種別・類型（複数回答）では、身体的虐待 67.8% が最も多く、以下 心理的虐待 39.5%、介護等の放棄19.9%、経済的虐待 17.6% の順に多い。
- 市町村の対応窓口の住民への周知が約85%で実施されている一方で、虐待防止ネットワークの構築の取組については、保健医療福祉サービス介入支援ネットワーク、関係専門機関介入ネットワークとも、約半数にとどまっていた。

厚生労働省：「平成30年度 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果」より

[旧スライド]

高齢者虐待の現状

- 被虐待高齢者のうち、要介護認定を受けている者が67.1%であり、さらにそのうち、**認知症の日常生活自立度がⅡ以上（見守りや援助が必要）の人が69.9%**であった。
- 虐待の種別・類型（複数回答）では、身体的虐待 66.9% が最も多く、以下 心理的虐待 42.1%、介護等の放棄22.1%、経済的虐待 20.9% の順に多い。
- 高齢者の権利擁護、介護者（養護者）の支援に向けて、**早期発見・見守り機能に加え、相談・介護支援を中心とした一次的な虐待対応機能、専門的な虐待対応機能**など、地域の重層的な仕組みが必要

厚生労働省：「平成26年度 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果」より

認知症サポーター

令和元年度修正

【定義】

認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職場で認知症の人や家族に対してできる範囲での手助けをする人

【キャラバンメイト養成研修】

実施主体
：都道府県、市町村、全国的な職域団体等

目的
：地域、職場における「認知症サポーター養成講座」の講師役である「キャラバンメイト」を養成

内容
：認知症の基礎知識等のほか、サポーター養成講座の展開方法、対象別の企画手法、カリキュラム等をグループワークで学ぶ。

【認知症サポーター養成講座】

実施主体
：都道府県、市町村、職域団体等

対象者
：〈住民〉自治会、老人クラブ、民生委員、家族会、防災・防犯組織等
〈職域〉企業、銀行等金融機関、消防、警察、スーパーマーケット、コンビニエンスストア、宅配業、公共交通機関等
〈学校〉小中高等学校、教職員、PTA等



[旧スライド]

認知症サポーター

【目的】

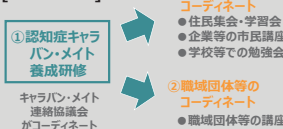
認知症を理解し、地域の中で認知症の人や家族をできる範囲内で見守り支援する人（サポーター）を育成し、地域のさまざまな生活場面において実践する



【展開方法】

- ① 認知症キャラバン・メイト養成研修を受けた者が、
- ② 地域や職場、学校などに出向き、認知症に関するミニ学習会を開催、
- ③ 地域の「認知症サポーター」を育成

【展開イメージ】



（地域での暮らしの応援者）

③ 認知症サポーターの誕生

役割は、
① 各生活場面で直接サポート
② 様々な社会資源との窓口
③ まちづくりの担い手 …… など

Ⅲ 病院分科会(病院医療従事者)

1.1 勤務医啓発ツールの制作趣旨

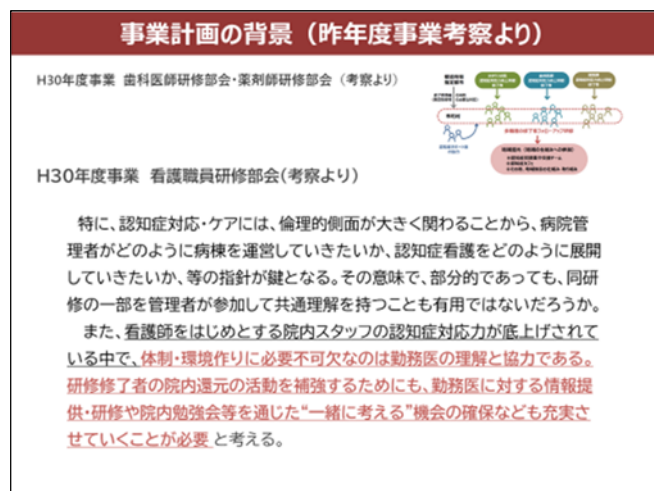
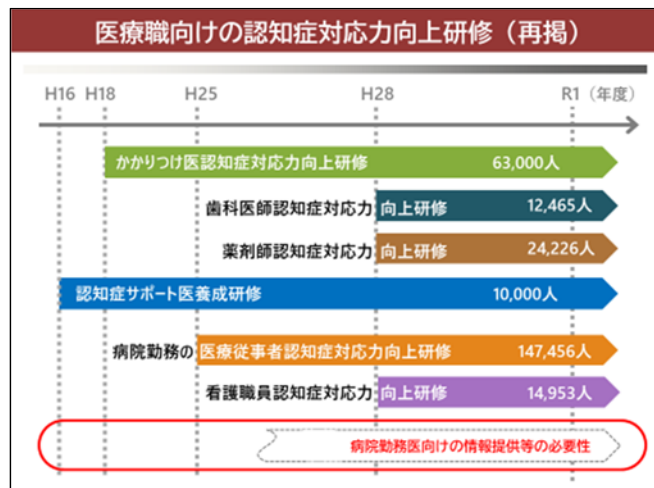
- 前述の通り、認知症サポート医養成研修を含む6種類の認知症対応力向上研修が実施されている。

病院スタッフを対象とする研修は、「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」があるが、受講者の主な職種は看護職員であり、医師の受講が必ずしも進んでいない状況にあった。

※看護職員認知症対応力向上研修は、看護師長等の管理的立場にある看護職員を対象にする研修内容であり、他の病院スタッフの受講は想定されていない。

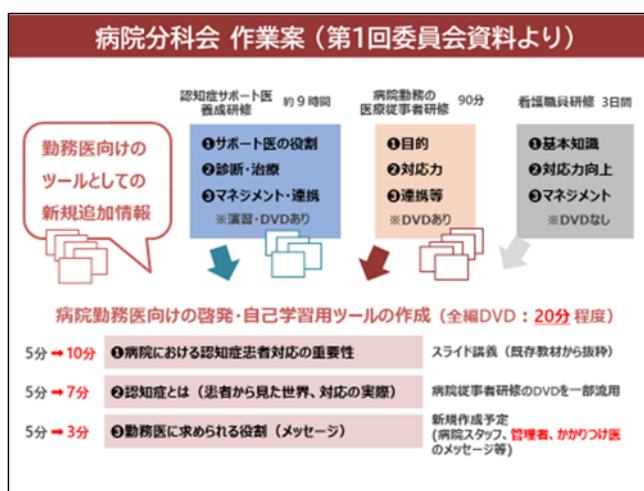
- 昨年度の老健事業では、看護職員認知症対応力向上研修の実施主体（自治体や委託を受けた都道府県看護協会等）へのヒアリング調査を行ったが、認知症対応力向上研修の修了者を中心とする体制作りには、勤務医の理解と協力が不可欠との意見があった。

- 本年度は、そのような背景をベースに、事業内に「病院(研修)分科会」を設置して、勤務医を対象にした、認知症対応に関する情報提供・啓発のDVDツールを開発することを目的として事業を設計した。



- 病院(研修)分科会では、病院の勤務医向けに、「研修」との位置付けではなく、あくまで病院内での認知症対応の啓発のための情報提供を行うことを目的としたツールを作成することを方針とした。

具体的には、既存の他の研修の教材から動画や講義スライド等を利活用して、15～20 分程度の動画コンテンツを作成し、時間や場所にかかわらず、広く勤務医の視聴が可能な媒体とすることを旨とした。



- 勤務医向けの情報提供・啓発ツールとしての動画の内容・構成は、「気づき」、「身に講義」、「メッセージ」で構成し、病院における認知症対応の重要性・必要性とともに、自身の診療継続にも役立つものであることを端的に伝えられるシンプルなものとするのが検討された。

計画では、既存の他研修の素材を利活用することで省力化を図る予定であったが、勤務医の視聴を導くコンテンツ作りを目指すため、結果的に全て新規に作成・撮影等を行った。

病院勤務医向けツール(仮称)の構成と主な内容

パート		主な内容
I：気づき	5分	こんなご経験はありませんか？
II：ミニ講義	8分	i 一般病院でも認知症は無視できない
		ii 日常診療に役立つ認知症対応のポイント
		iii 認知症患者の倫理的課題
III：メッセージ	2分	i 在宅医の立場から
		ii 病棟看護師の立場から

1.2 ①気づき、②ミニ講義、③メッセージ

前述の制作背景・趣旨を踏まえて、勤務医向けの情報提供・啓発ツール（約 14 分の動画）を作成した。

具体的なコンテンツは、①「気づき」では、勤務医が遭遇するよくある場面を 3 場面紹介し、②「ミニ講義」では、認知症対応の重要性・必要性、日常診療との関係、今日的な課題など、勤務医が関心を持てるテーマと結び付けたレクチャを、③「メッセージ」では、在宅医の立場から、また、病棟の看護師の立場から、勤務医に向けたメッセージで構成した。

次ページ以降に、②ミニ講義で用いたスライドを中心に掲載する。

(気づきの動画)

こんなご経験はありませんか？

(ミニ講義)

一般病院でも
認知症は無視できない

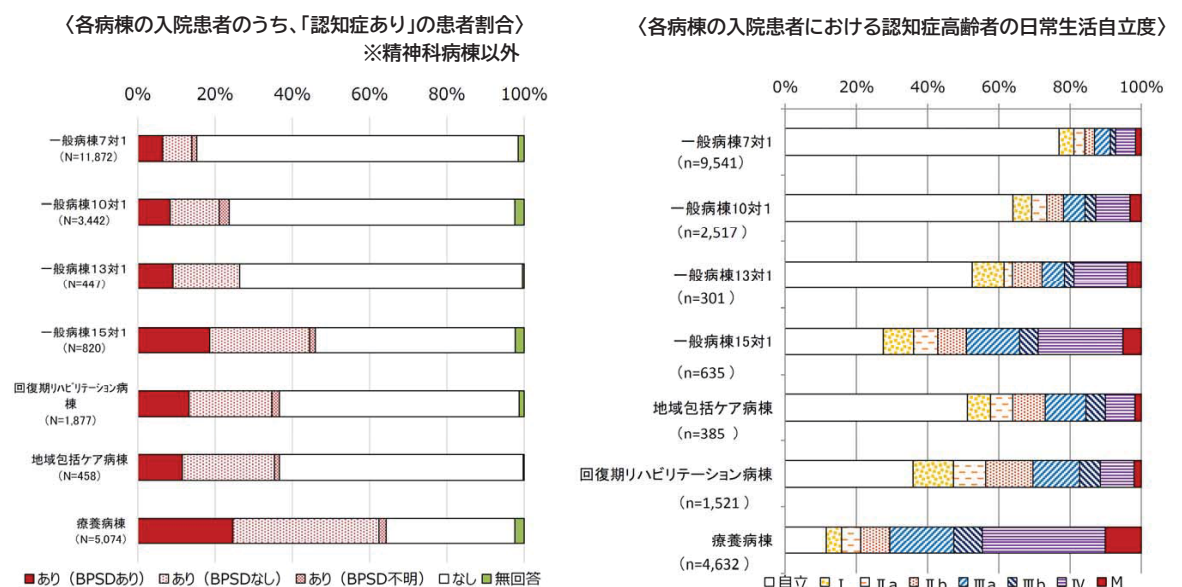
【講義担当】

国立がん研究センター 先端医療開発センター
分野長 小川 朝生

〈認知症対応力向上研修に関する調査研究事業 病院分科会座長〉

認知症をもつ入院患者の比率

わが国では、施設のもつ背景によって異なるものの、おおよそ**20%の患者が認知症・軽度認知機能障害**である可能性がある



出典：平成26年度入院医療等の調査(患者票)

治療をすすめる上でのポイント

認知症に気づく

● 身体機能を落とさない

→ ADLを落とさない

〔疼痛、栄養管理・脱水予防、感染予防、服薬管理、セルフケア指導・支援〕

● 精神機能を落とさない

→ せん妄・BPSDの予防

● 確実に地域につなげる

→ 再入院予防（認知症を考慮した退院支援）

治療を確実に遂行し、地域に戻す

日常診療に役立つ 認知症対応のポイント

認知症初期の発見ポイント

1. 最近血圧や糖尿病のコントロールが急に悪くなった、本人に確認しても薬はきちんと飲んでいるという。
2. 予約の日をまちがえたり、しばしば連絡なくキャンセルする。
3. 不定の訴えが増え、受診のたびに訴えるが検査しても客観的な異常がみいだせない。
4. 検査や新しい治療に対して、わけもなく拒否的であったり、パニックになる。
5. 前回行った検査を全く覚えていない。
6. 受診のたびに同じ話を繰り返す。
7. 入院すると不穏になる。
8. 原因不明の失神発作や睡眠中の異常行動がある。

一般病院において注意したい点

- 痛み
- 脱水
- せん妄

認知機能障害により、自覚症状をうまく伝えることが苦手になる
医療者が積極的に拾い上げる姿勢が大事

痛みの緩和

- 認知症の人は、痛みを的確に伝えることが苦手

例

- ◆ 突然痛みが来るとパニックになって泣き叫んでしまう
- ◆ 痛みの強さをNRSやVASで表現できない
- ◆ 痛いピークを過ぎると痛かったことを忘れてしまう

- 結果として認知症の人の痛みは見落とされたり、
BPSDとして不適切な対応がなされてしまう危険がある

脱 水

- 認知症のある入院患者の20～50%に脱水が影響している（DAA Malnutrition Guideline,2009）
- 認知症高齢者は**セルフケア能力の低下**により、脱水を起こしやすい
 - ・ 飲水量の低下
→ 遂行機能障害や運動機能障害から飲水行動が減る
 - ・ 不感蒸泄の増加
→ 環境適応能力の低下から室温や衣類による調整が困難
 - ・ 発見が遅れやすい
→ 認知機能障害から自覚症状をうまく伝えられない
- 脱水は**せん妄の誘因**になり、悪化すると死に至る

せん妄

せん妄は、中枢神経系の脆弱性があるところに、身体的・環境的な負荷が加わり、脳が機能的な破綻をきたした状態。

- 一般的に見られるにもかかわらず、30～60%が見過され、不適切な治療を受けている
- 入院患者の20～30%に合併する
- 認知症をもつ患者では頻度が高まる
- せん妄は多臓器不全の一種
- せん妄を見逃すと、全身状態の重篤化、予後の悪化につながりやすい

せん妄の対策

予防(発症予防)

調整可能な因子を可能な限り除去

多職種による複合的な介入により、せん妄の発症率・重症率の低下、転倒・転落の減少、退院時の身体機能低下が減少するエビデンスがある。

- ー 環境調整
疼痛コントロールの強化
離床の促進
- ー 脱水の予防
薬剤
感染対策

治療・ケア

早期発見・早期治療

● 直接原因への対処

- ・ 水分・電解質、酸素化などの保持、基礎疾患の治療
- ・ 直接原因となる薬物の特定と減量・中止の検討

● 促進・誘発因子への対処

- ・ 痛みや苦痛の軽減
- ・ 睡眠－覚醒リズムの改善
- ・ 過剰な刺激や感覚遮断の改善
- ・ 身体拘束や体動の制限の改善

● 薬物療法

- ・ 専門医と相談し、少量の抗精神病薬を投与する場合もある

認知症患者の倫理的課題

意思決定の支援

- 病状の説明は、「個人の尊厳への尊重」、「自己決定権の保障」として重要
- 中等度までの認知症であれば、希望を表明することはほとんどの場合可能である
- 認知機能障害に配慮をした説明をする
 - － 静かで落ち着いた環境
 - － 分かりやすい言葉、ゆっくりとした語りかけ
 - － 表情や身振りなど非言語的なメッセージにも注意を払う

一般病棟における身体拘束の現状と対策

- 一般病院の入院患者14.6%、認知症疑いの患者の44.8%が調査日時点で身体拘束を受けている

身体拘束の行為

- ①ベッド柵 68.6%
- ②拘束帯・ベルト 28.0%
- ③抜去等防止の手袋 25.6%

拘束理由

- ①転落のリスクがある 47.4%
- ②自己抜去のリスクがある 14.0%
- ③自己抜去をした 9.6%

- 拘束の実施と身体機能低下、せん妄の増悪と関連
- 認知症ケア加算で身体拘束の実施率は低くなるが、効果は限定的
- 身体拘束最小化の対策
 - ・ せん妄の予防
 - ・ 多職種で取り組む
 - ・ やりっぱなしは防ぐ

(iii メッセージ)

- ① 在宅医の立場から
- ② 病棟看護師の立場から

まとめ

- ▶▶ 認知症対応は国としての取り組み
- ▶▶ 認知症の理解は日常診療に役立つ
- ▶▶ 認知症対応の基本は本人理解
- ▶▶ チーム・地域との連携を高める

IV 教材説明会の実施

1.1 実施概要

各分科会で作成した、演習教材（在宅(研修)分科会）、勤務医向け情報提供・啓発ツール（病院(研修)分科会）について、認知症対応力向上研修の実施主体である都道府県・指定都市の自治体担当者および講師予定者を対象に、教材説明会を企画・実施した。講師、ファシリテーターは、各分科会の委員を中心に構成した。参加者は 68 名、うち、自治体担当者 33 名、講師予定者等 31 名であった。

作成した教材は、既存の研修教材の改訂ではなく、いずれも新しいコンテンツであるため、制作趣旨・経緯なども十分な時間をとって説明を行った。

〈日程〉

日程 令和 2 年 2 月 22 日(土) 13:00 ～ 16:30（開場 12:30～）
会場 フクラシア品川クリスタルスクエア 3 階 会議室 G

〈時間割〉

start	所要時間	内容
13:00	5	事務連絡
13:05	5	開会挨拶 国立長寿医療研究センター 研修センター長 遠藤英俊
13:10	15	認知症施策の動向について 厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室 主査 唐川祐一
13:25	25	作業趣旨について ～在宅分科会の作業～ 一般社団法人八戸市医師会 理事 医療法人青仁会青南病院 病院長 深澤 隆
13:50	55	演習編 ケース A（初動期の支援・連携のために必要なこと） 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員 枝広あや子
14:45	15	休憩
15:00	50	演習編 ケース B（専門職間の連携の進め方） 公益社団法人神奈川県薬剤師会 常務理事 佐藤克哉
15:50	20	勤務医向け普及・啓発用ツール(仮称) 国立がん研究センター 先端医療開発センター分野長 小川朝生
16:10	15	質疑応答
16:25	5	アンケート記入・事務連絡・閉会

1.2 説明会資料等

次ページ以降に、説明会当日の配布資料、および、参加者アンケートの結果を掲載する。

教材説明会 日程表

〈日程〉

日程 令和 2 年 2 月 22 日(土) 13:00 ～ 16:30 (開場 12:30～)
会場 フクラシア品川クリスタルスクエア 3 階 会議室 G
〒108-0075 東京都港区港南 1-6-41

〈時間割〉

start	所要時間	内容
13:00	5	事務連絡
13:05	5	開会挨拶 国立長寿医療研究センター 研修センター長 遠藤英俊
13:10	15	認知症施策の動向について 厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室 主査 唐川祐一
13:25	25	作業趣旨について ～在宅分科会の作業～ 一般社団法人八戸市医師会 理事 深澤 隆 医療法人青仁会青南病院 病院長
13:50	55	演習編 ケース A (初動期の支援・連携のために必要なこと) 東京都健康長寿医療センター研究所 研究員 枝広あや子 ▶ グループワークの進め方 ▶ 導入講義 ▶ DVD 視聴 + 模擬グループワーク ▶ まとめ方
14:45	15	休憩
15:00	50	演習編 ケース B (専門職間の連携の進め方) 公益社団法人神奈川県薬剤師会 常務理事 佐藤克哉 ▶ 導入講義 ▶ DVD 視聴 + 模擬グループワーク ▶ まとめ方
15:50	20	勤務医向け普及・啓発用ツール(仮称) 国立がん研究センター 先端医療開発センター分野長 小川朝生
16:10	15	質疑応答
16:25	5	アンケート記入・事務連絡・閉会

教材説明会 資料

- ◆ 認知症施策の動向について 1
- ◆ 作業趣旨について ～在宅分科会の作業～ 7
- ◆ 演習(グループワーク)
 - 演習編 ケース A 23
 - 演習編 ケース B 35
- ◆ 勤務医向け普及・啓発用ツール(仮称) 45

令和2年 2 月 22 日(土)

於:フクラシア品川クリスタルスクエア 3 階 会議室 G



認知症施策の動向について

令和2年2月22日

厚生労働省総務課老健局認知症施策推進室

認知症施策の動向について

(厚生労働省総務課老健局認知症施策推進室)

認知症施策の総合的な推進について

- 平成27年に「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者施策にやさしい地域づくりに向け～」(新オレンジプラン)を策定し、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で自分らしく暮らし続けることが出来る社会の実現に向けた取組みを進めてきた。
- 平成30年12月には、認知症に係る課題について、関係行政機関の緊密な連携の下、政府一体となって総合的に対策を推進することを目的として「認知症施策推進関係閣僚会議」が設置され、本年6月18日に「認知症施策推進大綱」が取りまとめられた。

認知症施策推進大綱(概要)(令和元年6月18日認知症施策推進関係閣僚会議決定)

【基本的考え方】
認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持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抱える課題を重視しながら「共生」と「予防」※を重んじ、認知症の予防と認知症の人や家族の抱える課題を重視する。また、認知症があっても安心して暮らせる社会を目指す。また、認知症があっても安心して暮らせる社会を目指す。また、認知症があっても安心して暮らせる社会を目指す。

※1 「共生」とは、認知症の人や家族の抱える課題を重視する。また、認知症があっても安心して暮らせる社会を目指す。また、認知症があっても安心して暮らせる社会を目指す。

※2 「予防」とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になっても安心して暮らせる社会を目指す。また、認知症があっても安心して暮らせる社会を目指す。また、認知症があっても安心して暮らせる社会を目指す。」という意味。

具体的な施策の5つの柱

- 普及啓発・本人・家族支援
・企業・地域での認知症サポーター養成の推進等
・「認知症とともに生きる希望宣言」の展開
- 予防
・高齢者等が身近で通える場「通いの場」の拡充等
・エビデンスの収集・普及
- 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
・早期発見・早期対応の体制の向上、連携強化
・認知症ケア専門士の育成等の推進等
- 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援
・認知症になっても利用しやすい生活環境づくり
・企業認定・表彰の仕組みの検討等
・社会参加活動等の推進
- 研究開発・産業促進・国際展開
・薬物治療に即応できるコホートの構築等

○ 認知症は誰もがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることも含め、多くの人がとって身近なものとなっている。

○ 生活上の困難が生じた場合でも、重症化を予防しつつ、周囲や地域の理解と協力の下、本人が希望を持って前向きに力を活かしていることを、働きかけを促し、生活の質を向上させることが目指され、自分らしく暮らし続けることができる社会を目指す。

○ 運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等が、認知症の発症を遅らせることができる可能性が示唆されていることを踏まえ、予防に関するエビデンスを収集・普及し、正しい理解に基づき、予防を含めた認知症への「働きかけ」としての取組を促す。結果として、70歳代の発症率は認知症で高齢者の割合を占める約6割を占める。認知症の発症率を減らすことが、認知症の予防につながる。

法・診断法、治療法の研究開発を進める。

＜認知症施策推進大綱（抜粋）＞

3 医療・ケア・介護サービスマ・介護者への支援 基本的な考え方

- 認知機能低下のある人（軽度認知障害（MCI）含む。以下同じ。）や、認知症の人に対して、早期発見・早期対応が行えるよう、かかりつけ医、地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センター等の更なる質の向上を図るとともに、これらの間の連携を強化する。
- 医療・介護従事者の認知症対応力を向上するため研修を実施する。ICT化、作成文書の見直し等による介護事業所における生産性の向上や「介護現場革新会議」の基本方針に基づく取組等により、介護現場の業務効率化や環境改善等を進め、介護人材の確保・定着を図る。
- BPSDの対応ガイドラインを作成し周知するなどにより、BPSDの予防や適切な対応を推進する。
- 認知症の人及びその介護者となった家族等が集う認知症カフェ、家族教室や家族同士のピア活動等の取組を推進し、家族等の負担軽減を図る。

認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

【基本的考え方】

- ・ 容態の変化に応じて医療・介護等が有機的に連携し、適時・適切に切れ目なく提供
- ・ 発症予防 発症初期 急性増悪期 中期 人生の最終段階
- ・ 早期診断・早期対応を軸とし、妄想・うつ・徘徊等の行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等が現れても、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、最もふさわしい場所で適切なサービスマが提供される循環型の仕組み

① 本人主体の医療・介護等の徹底

③ 早期診断・早期対応のための体制整備

- ・ かかりつけ医の認知症対応力向上、認知症サポート医の養成等
- ・ 歯科医師・薬剤師の認知症対応力向上
- ・ 認知症疾患医療センター等の整備
- ・ 認知症初期集中支援チームの設置

【かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数（累計）】

目標：90万人（2025（令和7）年度末） 進捗状況：6.3万人（2018年度末）
（歯科医師認知症対応力向上研修の受講者数）

目標：40万人（2025（令和7）年度末） 進捗状況：1.2万人（2018年度末）
【薬剤師認知症対応力向上研修の受講者数】

目標：60万人（2025（令和7）年度末） 進捗状況：1.2万人（2018年度末）

4

認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービスマ等の提供

早期診断・早期対応のための体制整備＜かかりつけ医・認知症サポート医等＞

- 身近なかかりつけ医が認知症に対する対応力を高め、必要に応じて適切な医療機関に繋ぐことが重要。かかりつけ医の認知症対応力を向上させるための研修や、かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役等の役割を担う認知症サポート医の養成を進める。さらに、関係学会における認知症に関する専門医、認定医等について、数値目標を定めて具体的に養成を拡充するよう、関係各学会等と協力して取り組む。【厚生労働省】



【事業名】 かかりつけ医等の対応力向上研修、認知症サポート医の養成研修事業

【実績と目標値】

かかりつけ医：2018（平成30）年度末 6.3万人 ⇒ 2025（令和7）年度末 9.0万人
認知症サポート医：2018（平成30）年度末 1.0万人 ⇒ 2025（令和7）年度末 1.6万人

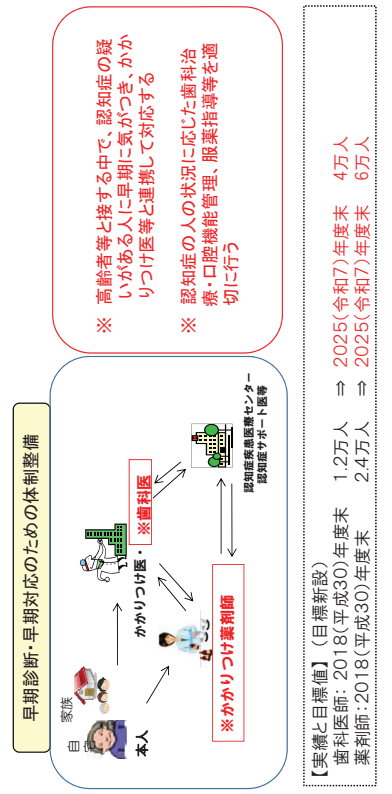
3

5

認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護サービスマ等の提供

早期診断・早期対応のための体制整備＜歯科医師・薬剤師認知症対応力向上研修事業＞

歯科医師や薬剤師の認知症対応力を向上させるための研修を、関係団体の協力を得ながら実施する。



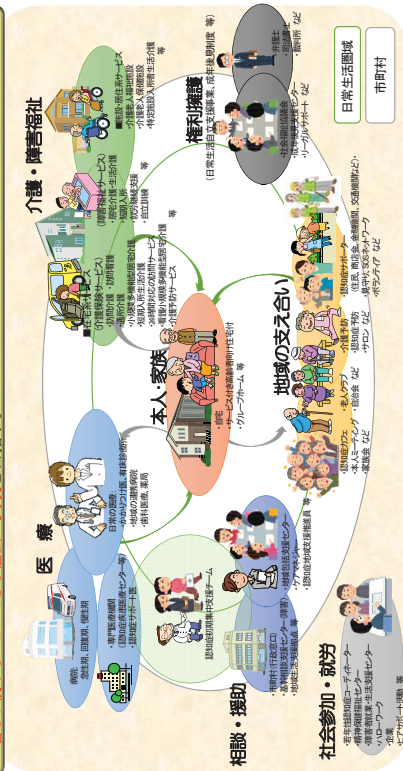
【実績と目標値】（目標新設）

歯科医師：2018（平成30）年度末 1.2万人 ⇒ 2025（令和7）年度末 4万人
薬剤師：2018（平成30）年度末 2.4万人 ⇒ 2025（令和7）年度末 6万人

6

認知症施策の推進について

- 高齢化の進展に伴い、団塊の世代が75歳以上となる2025年には、認知症の人は約700万人(65歳以上高齢者の約5人に1人)となる見込み。
- 認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、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な環境整備が必要。
- 2025年に向け、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。

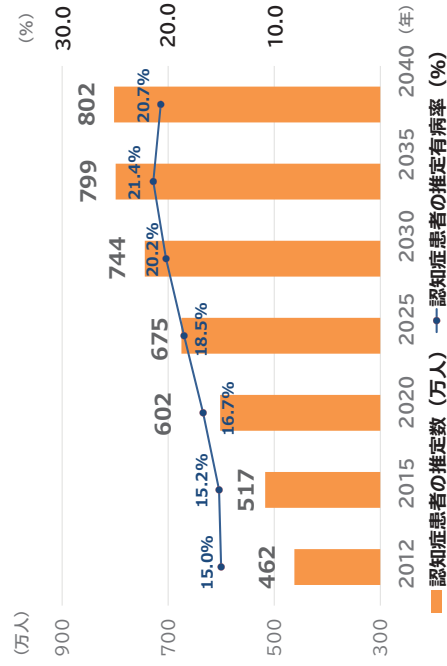


作業趣旨について ～在宅分科会の作業～

7

一般社団法人八戸市医師会 理事 / 医療法人青仁会青南病院 病院長
(在宅分科会委員) 深澤 隆

認知症高齢者数の将来推計



「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」総括研究報告書
(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮敦俊)より作成
(各年齢層の認知症有病率が2012年以降一定と仮定した場合の推計)

1

認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)の概要

～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～

新オレンジプランの基本的考え方

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。

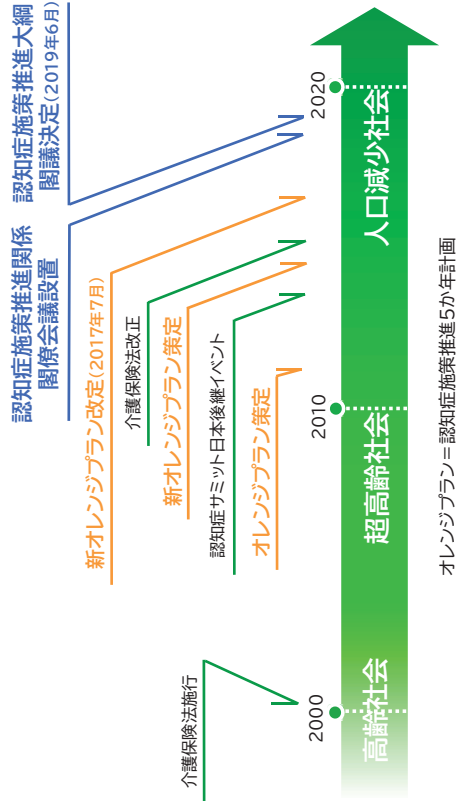
7つの柱

- 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

2

新オレンジプランから認知症施策推進大綱へ

2025年まで新たな大綱に基づいた取り組みが推進される。



3

新オレンジプランから認知症施策推進大綱へ

認知症になっても希望を持って日常生活を過ごせる社会を目指して認知症の人や家族の視点を重視する。

共生

予防

『認知症と言う病気と共に』 『70代の発症を10年間で1歳遅らせる』

『同じ社会と共に』 『認知症の進行を緩やかにする』

認知症施策推進大綱 令和元年6月18日より抜粋

4

認知症施策推進大綱の5つの柱

基本的考え方

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望を持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していく。

- 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・介護者への支援
- ④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人の支援・社会参加支援
- ⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

認知症の人と家族の視点の重視

認知症施策推進大綱 令和元年6月18日より抜粋

5

認知症施策推進大綱 ①

③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

- (1) 早期発見・早期対応、医療体制の整備
- (2) 医療従事者等の認知症対応力向上の促進
- (3) 介護サービス基盤整備・介護人材確保・介護従事者の認知症対応力向上の促進
- (4) 医療・介護の手法の普及・開発
- (5) 認知症の人の介護者の負担軽減の推進

認知症施策推進大綱 令和元年6月18日より抜粋

6

認知症施策推進大綱 ②

(1) 早期発見・早期対応、医療体制の整備

(かかりつけ医、認知症サポート医及び歯科医師、薬剤師、看護師等)

○ 認知症の症状や認知症の早期発見・早期対応、軽度認知障害に関する知識の普及啓発を進め、本人や家族が小さな異常を感じたときに速やかに適切な機関に相談できるようにする。また、**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付いて適切に対応していくことが重要である。

○ **かかりつけ医**は、認知症の人の日常診療を行うとともに、適宜、**かかりつけ医**の認知症診断等に関する相談役等の役割を担う**認知症サポート医**の支援を受けながら、認知症の疑いがある人や認知症の人に適切に対応し、必要がある場合は、適切な医療機関等につなぐ。

認知症施策推進大綱 令和元年6月18日より抜粋

7

認知症施策推進大綱 ③

(1) 早期発見・早期対応、医療体制の整備

(かかりつけ医、認知症サポート医及び歯科医師、薬剤師、看護師等)

○ また、かかりつけ機能に加えて地域の医療機関、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**も、認知症の早期発見・早期対応における役割が期待される。これらの専門職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、服薬指導、本人や家族への支援等を適切に行うことを推進する。

○ **かかりつけ薬剤師・薬局**による継続的な薬学管理と患者支援を推進するとともに、**かかりつけ医等**と協働して高齢者のポリファーマシー対策をはじめとした薬物療法の適正化のための取組を推進する。

認知症施策推進大綱 令和元年6月18日より抜粋

8

(2) 医療従事者等の認知症対応力向上の促進

- 認知症の早期発見・早期対応、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、**かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護師等に対する認知症対応力向上研修、かかりつけ医を適切に支援する認知症サポート医養成のための研修**を実施する。
- 認知症の人の身体合併症等への対応を行う急性期病院等では、身体合併症への早期対応と認知症への適切な対応のバランスのとれた対応が求められる。身体合併症対応等を行う医療機関での認知症への対応力の向上を図る観点から、関係団体による研修も積極的に活用し、**一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修**の受講を進める。

認知症施策推進大綱 令和元年6月18日より抜粋

9

(2) 医療従事者等の認知症対応力向上の促進

- 急性期病院をはじめとして、入院、外来、訪問等を通じて認知症の人と関わる看護師等は、医療における認知症への対応力を高める鍵となる。既存の関係団体の研修に加え、広く看護師等が認知症への対応に必要な知識・技能を修得することができるよう、**関係団体の協力を得ながら研修**を実施する。
- また、**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を対象とした認知症対応力向上研修**の実施についても検討する。
- **医療従事者等の認知症対応力向上研修**においては、認知症の人を尊重し尊厳を守ることの重要性を受講者が理解するよう努めるとともに、医学の進歩や医療・介護提供体制の変化に対応するため適宜、必要な見直しを行う。

認知症施策推進大綱 令和元年6月18日より抜粋

10

- ・ **早期受診・対応の遅れ**による認知症症状の悪化
- ・ 一般病院で認知症の人の受け入れ拒否
- ・ 地域で生活を続けていくための**医療・介護サービスが量・質ともに不足**し、地域差が大きい
- ・ 認知症の人と家族を**支援する体制が不十分**
- ・ **医療・介護従事者間の現場での連携不備**

「認知症カフェとコミュニティカフェ」 第1回コミュニティスペースフォーラム 厚生労働省・老健局・高齢者支援課

11

【認知症初期集中支援事業実施上のポイント】

1. 地域での活動基盤となるシステムづくり
 - ・ 対象者の把握、介入・支援体制の地域の連携システム。
 - ・ 地域の意思統一が図れるための仕組みづくり。
2. チーム員会議の機能と効果的運営
 - ・ 効率的な検討が可能となる会議の資料の作成。
 - ・ アセスメントを基に必要な支援を迅速に判断し、適切なサービスの提供に結びつけるための会議のフォーマット。

3. 情報共有と顔が見えるネットワーク

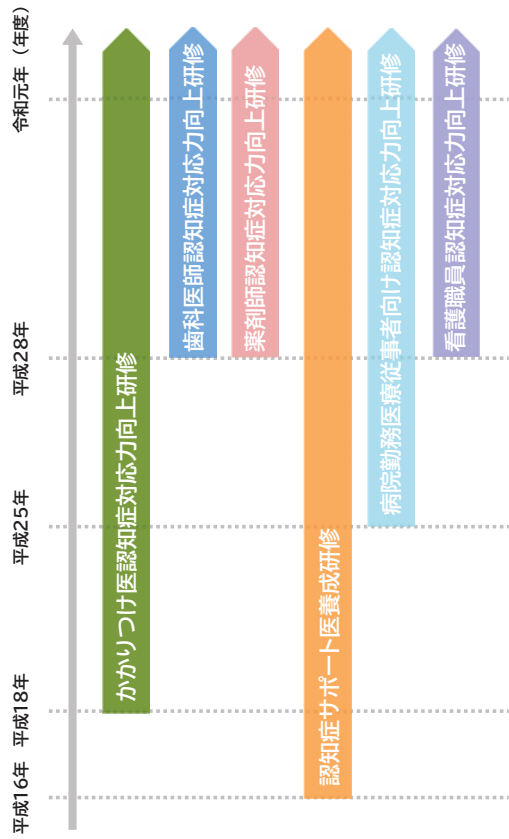
- ・ 適時・適切な対応が可能となる情報の共有と連携

認知症初期集中支援チーム員研修テキストより引用・一部追加

12

医療職向けの認知症対応力向上研修 ①

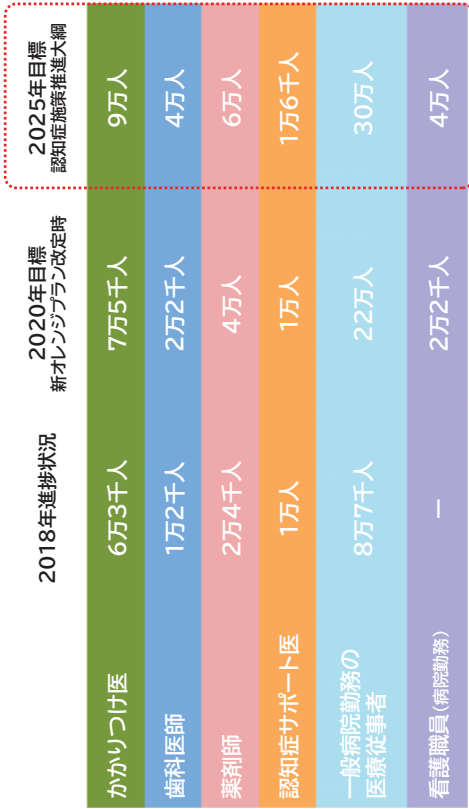
【各認知症対応力向上研修の開始年度】



13

医療職向けの認知症対応力向上研修 ②

【各認知症対応力向上研修受講者数の進捗と目標】

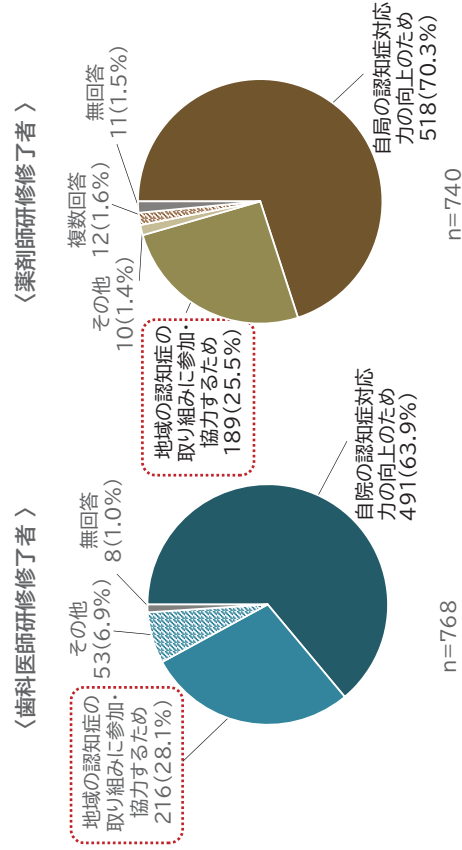


認知症施策推進大綱 令和元年6月18日より抜粋

14

事業計画の背景 ①

認知症対応力向上研修受講目的

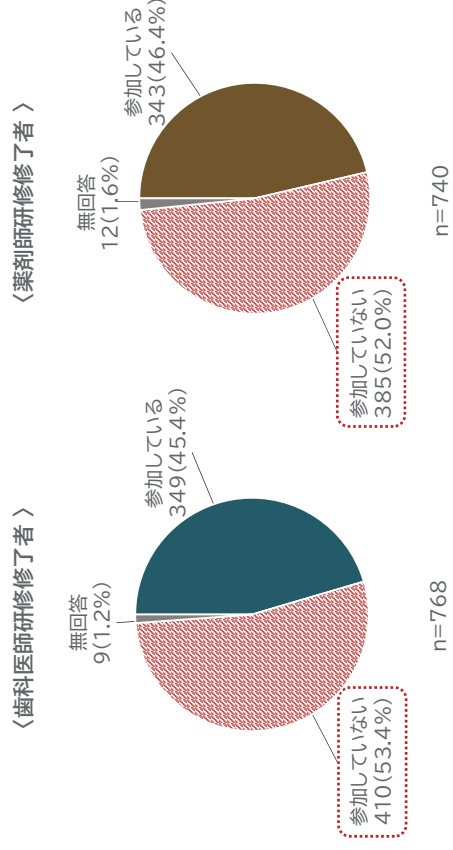


平成30年度事業 各認知症対応力向上研修修了者アンケート調査より

15

事業計画の背景 ②

地域での認知症の人に関する取り組みへの参加



平成30年度事業 各認知症対応力向上研修修了者アンケート調査より

16

事業計画の背景 ③

認知症初期集中支援チームについて

〈歯科医師研修修了者〉

認知症初期集中支援事業について
「知っている」29.7%

(自地域のチームを)
知らない
16(1.7%)

協力・参加した
ことがある
25(11.0%)

(自地域のチームを)
知らない
21(9.8%)

協力・参加した
ことがある
26(12.1%)

無回答
3(1.4%)

認知症初期集中支援事業について
「知っている」29.1%

協力・参加した
ことがある
26(12.1%)

知らない
21(9.8%)

無回答
3(1.4%)

n = 768

n = 740

平成30年度事業 各認知症対応力向上研修修了者アンケート調査より

17

事業計画の背景 ④

【歯科医師研修】受講後のフォローアップ、継続研修(学習)について、要望やご意見

2	地区でのミニ研修会
5	有志の小さい勉強会を作ったらどうか→これから認知症の人は多くなるのだから、もっと勉強する時間が必要だと思う。
7	自分の地域の地域包括支援センターにつなげる事例も欲しい。継続は具体的ににはわからないがもっと歯科診療に近い(直結)ものを聞きたい
8	実技をともなう研修を学習後取り入れたい。基本から応用へシリアズ化が大事と考える。
17	ただ認知症の事を理解するだけでなく、認知症の歯科治療においてどうしていけばよいのか、具体的なやり方について注意すべきところなどを知りたい
18	各職種が別に研修を行っているが、各職種の横断的な研修がないために、他職種がどのような取り組み・スキルがあるかわからない、また歯科の必要性についても理解してもらう機会も少ない。
19	多職種の方々でワークショップを行い、広い視野で対応できるように経験値を上げて行きたい。
27	継続研修は必要だと思っています。その機会を多く作っていただきたいものと思います。特にグループワーク・演習等ができれば考えます。
34	事例紹介、多職種によるグループワーク
37	病態等に関しては履修できたが、対応としての社会資源やネットワークなどについて、理解できていないと思います。

平成30年度事業 認知症対応力向上研修修了者アンケート調査より

18

事業計画の背景 ⑤

【薬剤師研修】受講後のフォローアップ、継続研修(学習)について、要望やご意見

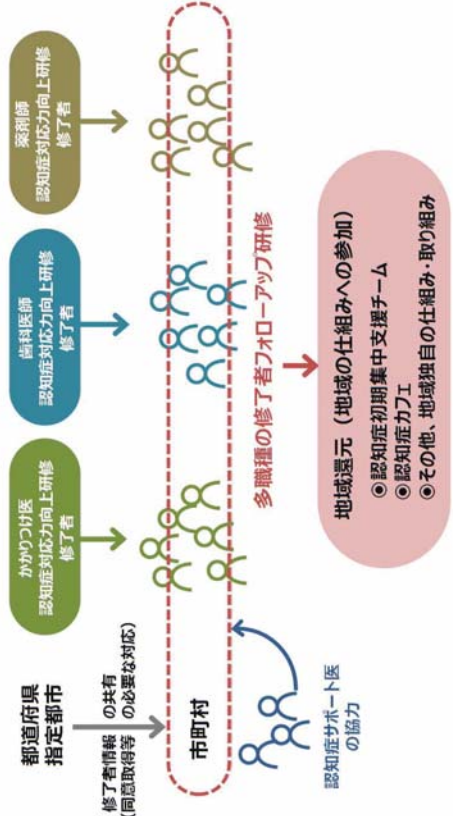
6	今後の各地区・各ブロックでの研修が必要だと思う
8	実際の事例・症例・ケースについて学習したい。今圏域だったり県市単位で行われている認知症予防・早期発見の活動を知りたい。各部門やそのチームができることを知りたい。
9	認知症初期集中支援チームや認知症カフェ等において、薬剤師が関わることで成功した事例やそのノウハウ等の共有ができる仕組みがあるように思う。
11	受講したら終わりとなっているように思う。次のステップ(市町村内、地域での取り組み)が確立されていない
12	フォローアップ継続研修は必要だと思います。現時点でもほんの入り口にしかすぎず、連携に至ってはまだ機能しているとは言えない状況。今後本格運用によって珍しい事例でなくなっているからでも、継続研修は必須です。
16	研修に参加した後も、情報交換の場も兼ねて継続研修を年1回でもあるとよいと感じます
21	認知症の人がいる家族は、非常に大きなストレスに長期間さらされます。認知症ご本人より家族が心の余裕を持てるように助けることが、認知症の方のためにもつながります。家族を支えるための内容の研修が欲しいと思います。
22	座学でなく、活動・取り組みに参加型の研修があるとうい
24	受講した内容を実際に活かせるよう、多職種での症例検討会等に発展させることができれば、受講したことが有意義なものになるかと思っています
30	継続的に行う。各回で事例報告など交えながら、医師・看護師・介護の話を知りたい。

平成30年度事業 認知症対応力向上研修修了者アンケート調査より

19

事業計画の背景 ⑥

【平成30年度事業 歯科医師研修部会・薬剤師研修部会における検討より】



平成30年度事業 歯科医師研修部会・薬剤師研修部会

20

事業実施体制

- ・ 全体の方向性を示す委員会(親)と、研修修了者の活動場所別に分けた作業会(在宅分科会、病院分科会)を設置して、それぞれ検討・制作を行う体制とする。



令和元年度 老人保健健康増進等事業 認知症対応力向上研修のあり方に関する調査研究事業

21

23

認知症対応力向上研修のあり方事業 ①

〈当初〉

認知症対応力向上研修(かかりつけ医、歯科医師、薬剤師)修了者の実践的な活動に資するよう、到達目標が同一の「連携編」の3職種共用版を作成し、多職種連携の知識や場面、それぞれの役割の共有を目指す。

- ➡ ① 3職種の講義スライドの共通化(連携編)
- ② 連携編の再編(多職種での演習の導入等)

令和元年度 老人保健健康増進等事業 認知症対応力向上研修のあり方に関する調査研究事業

22

認知症対応力向上研修のあり方事業 ②

【当初の作業イメージ】

	かかりつけ医研修	歯科医研修	薬剤師研修
30分	かかりつけ医の役割	基本知識	基本知識
90分	診断と治療	かかりつけ歯科医の役割(対応)	対応力 1. 薬学的管理 2. 気づき・連携
90分	ケアと連携	連携と制度	制度等
90分	共通の新「連携・制度」編を作成 ・ 講義スライドの共通化 ・ 多職種による演習の導入		

認知症対応力向上研修のあり方事業 ③

〈軌道修正〉

- 1 各研修の現行の連携編に代わる新連携編は作成しない。
➡ 現行版も、新規も、どちらも選択的に“連携編として”使用可能という考え方を修正した。
- 2 在宅分科会では、任意実施の追加カリキュラムとして、「演習編」教材を作成する。
➡ 3研修(修了者)に共通の追加教材とすることで、“3職種共同”の考え方は維持する。
➡ 実施のイメージは、以下を想定した教材を作成する。
① 各研修修了者の共同フォローアップ研修として
② 対応力向上研修の任意メニューとして(別日程等)

令和元年度 老人保健健康増進等事業 認知症対応力向上研修のあり方に関する調査研究事業

24

④ 認知症対応力向上研修のあり方事業

【軌道修正後の標準カリキュラム上の位置付けイメージ】

	かかりつけ医研修	歯科医研修	薬剤師研修
30分	かかりつけ医 の役割	基本知識	基本知識
90分	診断と治療	かかりつけ歯科医 の役割(対応)	対応力 薬学の管理 1. 気づき・連携 2.
90分	ケアと連携	連携と制度	制度等
	共通の新「連携・制度」編を作成 ・講義スライドの共通化 ・多職種による演習の導入		

多職種による演習のために『新演習編』を作成
→ (導入資料+トリガーDVD+ワーク+まとめ) × 2題

100～
150分

25

グループワーク①（この後、実際に）

比較的初期段階で、かかりつけ医を中心に、今後、歯科医師や薬剤師との連携の要否・タイミングなどを検討していく事例

段階で、かかりつけ医 今後、歯科医師や薬剤 の要否・タイミングな ていく事例

令和元年度 老人保健健康増進等事業 認知症対応力向上研修のあり方に関する調査研究事業

グループワーク②（この後、実際に）

認知症の程度等も少し進み、一定の多職種連携によって生活が維持されているものの、新たな課題への対応として、連携強化を考える事例

度等も少し進み、一定の場によって生活が維持されるもの、新たな課題として、連携強化を考え

令和元年度 老人保健健康増進等事業 認知症対応力向上研修のあり方に関する調査研究事業

27

多職種連携とは

各職種が専門性を活かし、目的と情報を共有し役割を分担するとともに、互いに連携・補完しあい、状況に応じた質の高いサービスを提供する。



病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修資料より引用

26

- チームで臨む目標が定まり、状況の安定化・好転に対し、相乗的效果がある。
- チームで情報共有することで関わり方を共有できる。
- 各職種の専門的な知識が発揮され、認知症の人と家族に生じる複雑なニーズに対応できる。
- 院内の認知症ケア実施提供体制やシステム構築の検討の場となる。



病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修資料より引用

29

認知症医療の特殊性と望まれる対応

- 認知症に対する誤解と偏見が根深い。
 - ➡ 地域や医療現場での啓発や気づき
- 早期の診断や鑑別診断が難しい場合がある。
 - ➡ 医師の専門性を生かした医療連携
- 増加する患者さんに対し専門医療機関が少ない。
 - ➡ かかりつけ医での治療と医療連携
- 医療のみでの対応は限界がある。
 - ➡ 歯科医、薬剤師、介護や行政、地域との連携

- ・ 医療介護従事者を含む全ての人が正しい知識を持つ。
- ・ 地域の事情に合わせた医療介護連携を構築する。

30

演習編 ケースA

初動期の支援・連携のために必要なこと

東京都健康長寿医療センター研究所 研究員

(在宅分科会委員) 枝広 あや子

- ▶▶ 講義スライド
- ▶▶ DVD シナリオ

グループワークの前に

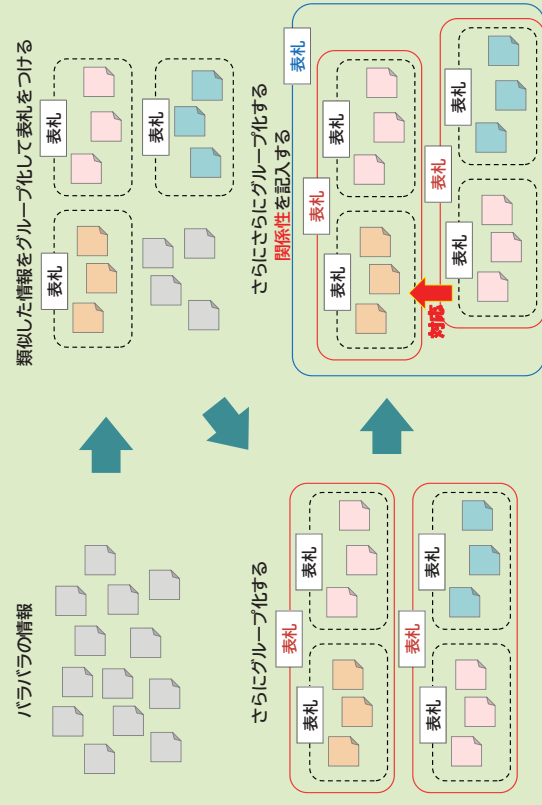
- 1) 事例を把握する
- 2) グループワーク
 - (1) 支援の対象が誰なのか確認
 - (2) チーム内で情報を整理、共有する
 - (3) 課題を明確化する
 - (4) 問題解決に向けた支援案を計画する
- 3) まとめを発表する

ブレイン・ストーミングの原則

- ① 絶対に批判しない
- ② 自由奔放に意見を出す：その意見は尊重される
- ③ 質よりも量を重視する
 - ：判断を先送りにし、考えが出尽くされるまでは決定しない。その方が良いアイデアが得られる「数の原理」と「判断延期の原理」
- ④ アイデアを発展させる：可視化する、発展させる
- ⑤ 自らが解決できそうな課題を優先的にまとめていく

グループワークの流れ

情報集約の手順



初動期の支援・連携のために必要なこと ～「一人でできる！」独居女性にどう接するか～

教材のねらい

- ✓ 多職種で集まったグループで、その地域における人間関係を構築する。
- ✓ その地域においてそれぞれの職種が抱える事情、地域連携の窓口の情報を共有する。
- ✓ 支援対象が、認知症をもちながら本人の希望する暮らしを安心して続けるためにそれぞれの職種が支援できることは何かを議論・共有し、新たな視点を発見する。
- ✓ 支援対象の希望する暮らしを継続するために、あらかじめ準備できること、そのための適時適切な具体的な段取りやストラテジーを議論する。
- ✓ 地域で認知症対応力向上研修を受講した者が、地域包括ケアを支える一因として、連携して在宅医療を行うための今後の可能性について討論する。

ファシリテーターガイド はじめに

- ◆ 多職種協働チームによる課題解決は、本人の主体性を尊重しながら、その人なりの実現可能性のある課題解決に向けて、チーム員が一体となって、本人や家族とともに歩んでいくとするアプローチである。
- ◆ 多職種協働グループワークの目標は、多職種が協働して、必要な支援の一体的提供を実現させる能力を身につけることにある。そのためには、多職種が、多職種協働の意義について共通の認識をもち、同じ土俵の上で、公平に、自由にコミュニケーションしながら、情報を共有し、解決策を案出し、意思決定を行い、支援計画を立て、役割を分担して、支援を実践するという上記に述べたプロセスを円滑に進めていく技能が必要である。
- ◆ 支援対象に対する敬意、自己決定を消して失わないようにし、解決の方向性を探るプロセス、学び合うプロセスを大事にすること、視点の多様性を尊重することが重要であり、ファシリテーターは参加者にもそのように伝えることが必要である。

ファシリテーターガイド 進行の要点

- ▶ ファシリテーター（進行係）は、グループを「模擬カンファレンス」として進めてください。バランスよく参加できるように留意し、特定の人ばかりが発言しないように、発言が少ない人、控えめな人にも発言しやすいよう促し、話しやすいポジティブな雰囲気をつくります。
- ▶ ファシリテーターは時間内に目的に到達するように、適宜軌道修正を行ってください。各職種の専門用語は適宜説明を促してください。
- ▶ その場にはない職種が必要であれば、具体的な依頼経路を想定し、その職種についてそれぞれが知りうる情報を共有してください。特定の職種でない参加者は、支援対象の家族の立ち位置を想定して参加してください。
- ▶ 必要な社会資源は利用できる、という想定で進行してください。その地域の中で確保が難しい資源については、代替案や確保策なども併せて検討してください。
- ▶ ファシリテーターはグループの力を信じて多くの情報を与えないようにしてください。

グループワークの主題サンプル

- ✓ 支援対象の初動期支援の中での課題はなにか、連携体制を構築すべき職種は、どの職種で、連携を取るには具体的にいつ、誰から、どのように依頼すればよいか。また自分は何をするか。

本日の模擬ワーク

- ✓ 支援対象の医学的な課題とその具体的な支援方法、連携相手はなにか。自分が支援する際に出来ることは何か。
- ✓ 今後生じるであろう支援対象の生活上の課題は、どのようなことが考えられるか、またそのために準備出来ること、具体的な策はどのようなことか。
- ✓ 支援対象へのサービス担当者会議を行う想定で、それぞれの職種が考える課題と対応策、支援の整理はどのように行うか。

9

演習編(ケースA)

主人公プロフィールと場面背景

～「一人でできる！」独居女性にどう接するか～

- ◆ 山崎千枝さんは79歳。若い頃は会社員のご主人との共働き保険外交員をしながらも二人の息子を育てあげた。
- ◆ その47年間連れ添ったご主人も6年前に他界し、以来、ひとり暮らし。
- ◆ 現在 子供たちも、それぞれに独立し、近所に長男の息子家族が暮らしている。
- ◆ 本人は、嫁などに気を使うより一人暮らしのほうが良いと思っているし、何よりも“今まで自分一人でもやってきた”との自負もあり、息子や嫁の世話にはなりたくない。
- ◆ 趣味 社交ダンス
- ◆ 最近、とみに物忘れが多くなってきたと本人も感じてはいるが、それは“歳のせいでは仕方ない”と思っている
- ◆ 長男は、時折訪ねると綺麗好きだった母親の部屋が、散らかり始め、趣味の社交ダンスも行かなくなったことが気になっている
- ◆ ADLはほぼ自立しているが、糖尿病で通院中。服薬は経口薬のみ。



10

まとめ（伝えたいこと）

- ◆ 専門職間の連携をより深めるために、話しやすく情報共有しやすい「顔の見える関係」を構築することが重要である。
- ◆ 地域においてそれぞれの職種の事情を理解し、支援可能なことを互いに情報共有したうえで、地域の事情に合った適切な連携のあり方を生み出していく。
- ◆ 認知症の人の継続的に変化していく容態に合わせて、適時適切な対応が可能になるよう、相談しやすく顔の見える関係を市町村(各地域)レベルで構築する。
- ◆ 「認知症の人や家族の視点」等に基づいて支援を構築し、具体的な段取りを有機的かつ包括的に議論できる関係を作る。

11

ファシリテーターガイド（論点の例）

映写のみ
(後出し)

【医学的課題】

- 血糖値、HbA1cが上昇している可能性はないか？
- 栄養摂取量が減少しているにもかかわらず同量の服薬を続けていて低血糖の可能性はないか？
- 抗認知症薬は適切な内服をしているのか？
- 適切な服薬管理の方法はないか？
- サービス担当者会議の必要性は？
- 食事の準備や栄養管理の介入の必要はあるか？
- 認知症の進行によって生じる可能性のある課題は？

【歯科的課題】

- 口腔内の痛み、食欲低下、口臭について考えられる可能性は何か？
- 糖尿病と口腔疾患の関係について情報提供は？
- 定期的な歯科受診を支援する方法は？
- 口腔ケアや歯槽の管理は本人任せで十分か？

【生活課題】

- 本人の意思、希望に配慮するには？
- 信頼関係の構築を多職種が行うには？
- 服薬管理に対して近所に住む息子夫婦は協力可能か？
- 買い物や調理に支援が必要か？支援ニーズは？
- 定期受診は本人一人の受診を継続して問題ないか？
- サービス担当者会議の必要性は？
- 活動量の維持向上をするにはどうするか？
- 社会との接点、役割、本人の希望する生き方とは？

【薬剤管理上の課題】

- 服薬管理は本人に任せて問題ないか？
- 服薬管理を依頼する職種は？具体的な提案は？
- 残薬の確認が必要か？
- 服薬管理、処方の適正化は必要か？

トリガービデオ《ケース:A》 シナリオ抜粋

『ひとりできるといふ独居女性にどう接するか？』

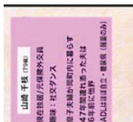




～初動期支援・信頼関係をいかに築くか！～





★出演者

- 主人公： 山崎 千枝 (79)
- 息子： 山崎 二郎 (50)
- 息子の妻：山崎 明子 (47)
- かかりつけ医： 深沢 順 (48)
- ケアマネジャー： 西川智 子 (45)
- 地域包括支援センター職員 須藤 菜穂(28)
- デイサービス看護師：浜田 久美子 (37)
- デイサービス相談員：山田 みか (28)

主人公:山崎千枝さんの属性・プロフィール

- 山崎千枝さんは79歳、若い頃は会社員のご主人との共働き保険外交員をしながらも二人の息子を育てあげた。
- その47年間連れ添ったご主人も6年前に他界、以来、ひとり暮らし。
- 現在 子供たちも、それぞれに独立し、近所に長男の息子家族が暮らしている。
- 本人は、嫁などに気を使うより一人暮らしのほうが良いと思っているし何よりも自分で自分一人で なんでもやってきたとの自負もあり、世話にはなりたくない。
- 趣味 社交ダンス
- 最近、とみに物忘れが激しくなってきたと本人も感じてはいるが、それは 歳のせいでは仕方ないと思っている
- 長男は、時折訪ねると綺麗好きだった母親の部屋が、散らかり始め、趣味の社交ダンスも行かなくなることが気になっている
- ADL はほぼ自立しているが、糖尿病で通院中。 服薬は経口薬のみ。

画 面 / テロップ	音 声
<p>1：主人公（プロフィール・属性）紹介</p>  <p>山崎 千枝 79歳</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 糖尿病 / 高血圧 / 高脂血症 ● 肥満 / 腰痛 / 膝痛 ● 在宅介護 / 介護施設入居 ● 在宅介護 / 介護施設入居 ● 在宅介護 / 介護施設入居 ● 在宅介護 / 介護施設入居 	<p><※ナレーション></p> <p>山崎千枝さんはひとり暮らし。近所には息子夫婦が暮らしています。</p> <p>千恵さんは最近、もの忘れもとみに酷くなり、友人との約束事を忘れたら糖尿病の薬も飲み忘れたりすることが多くなっています</p> <p>息子さんは昔、きれいな好きだった母親が、部屋の片付けも近頃しなくなり、あれほどのめり込んでいた趣味の社交ダンスにも行かなくなっことを心配しています。</p> <p>特に最近引きこもりがちで、家で過ごすようになり、何をすることも億劫なようです。</p>
<p>2：母がドアに鍵を刺したまま外出…</p>  <p>息子 山崎二郎</p>   	<p><※ナレーション></p> <p>そんなある日 息子さんが母親の家を訪ねると…</p> <p>ドアには鍵が刺さったまま</p> <p>母親は家に居らず…そして</p> <p>30 分ほどして…</p> <p>息子「どうしたの！ 母さん！」</p> <p>千枝「どうしたのって！？ 近所のスーパーへ！」</p> <p>息子「もう玄関は開けっぱなしだしさ（母親の鍵 手に見せて）ほら、鍵だって つけっぱなしだったよ」</p>

	<p><※ナレーション> この日のことを、ケアマネジャーは かかりつけ医に相談に行きました</p> <p>医師「そろそろ自宅に訪問看護やヘルパーについてもらうのはどうでしょう？ 息子さん夫婦の協力も本人が頑なに拒否しているようですし、それに最近、頓に多くなった薬の飲み忘れも薬剤師にも相談してみてもどうでしょう？」</p> <p><※ナレーション> ケアマネジャーの西川さんは、かかりつけ医の提案を息子さんに伝え、そして本人を交えたサービス担当者会議を開きました。</p>
<p>5：デイサービスの看護師からの電話…</p> <p>約一ヶ月後</p>   	<p>電話口 ケアマネ 「あ、その入れ歯でしたら、何年か前にかかりつけの歯医者さんで作ってもらったと聞いています」</p> <p>電話口 看護師 「最近口臭が強いんですよ」</p> <p>電話口 ケアマネ 「口臭…そうですか…」</p> <p><※ナレーション> さて！この先、どのような連携が必要になるのでしょうか？</p>

演習編 ケースB 専門職間の連携の進め方

公益社団法人神奈川県薬剤師会 常務理事
(在宅分科会委員) 佐藤 克哉

▶▶ 講義スライド
▶▶ DVD シナリオ

専門職間の連携の進め方 ～老々介護の夫婦... どう支えるか？～

教材のねらい

- ✓ 多職種のその地域における人間関係がある程度、構築できている場合を想定
- ✓ 支援対象が、認知症をもちながら本人の希望する暮らしを安心して続けるためにそれぞれの職種が支援できることを洗い出し、どのように連携していくか？を議論する
- ✓ 地域包括ケアシステムを活用して、本人が自分らしい暮らしを続けるためにはどうしたら良いかを議論する
- ✓ 認知症施策推進大綱、認知症の人の意思決定支援ガイドライン等の考えも参考に議論する

ファシリテーターガイド 進行の要点

- ▶ ファシリテーター(進行係)は、グループを「模擬カンファレンス」として進めてください。バランスよく参加できるように留意し、特定の人ばかりが発言しないように、発言が少ない人、控えめな人にも発言しやすいよう促し、話しやすいポジティブな雰囲気をつくります。
- ▶ ファシリテーターは時間内に目的に到達するように、適宜軌道修正を行ってください。各職種の専門用語は適宜説明を促してください。
- ▶ その場にはない職種が必要であれば、具体的な依頼経路を想定し、その職種についてそれぞれが知りうる情報を共有してください。特定の職種でない参加者は、支援対象の家族の立ち位置を想定して参加してください。
- ▶ 必要な社会資源は利用できる、という想定で進行してください。その地域の中で確保が難しい資源については、代替案や確保策なども併せて検討してください。
- ▶ ファシリテーターはグループの力を信じて多くの情報を与えないようにしてください。

グループワークの主題サンプル

- ✓ 多職種のその地域における人間関係がある程度、構築できている場合を想定
- ✓ 支援対象が、認知症をもちながら本人の希望する暮らしを安心して続けるためにそれぞれの職種が支援できることを洗い出し、どのように連携していくか？を議論する
本日の模擬ワーク
- ✓ 地域包括ケアシステムを活用して自分らしい暮らしを続けるためにはどうしたら良いか？
- ✓ 認知症施策推進大綱、認知症の人の意思決定支援ガイドライン等の考えを含んで議論する

主人公プロフィールと場面背景 ～老々介護の夫婦... どう支えるか～

- ◆ 内田明夫さんは75歳 元市役所職員。70歳の奥さんとの二人暮らし
- ◆ 定年退職後、しばらくは夫婦揃って各地を旅行などして廻ったが、現在は一日中、家にいることが多い
- ◆ 奥さんは、近くに住む娘夫婦の子供が幼稚園に通っており、その孫の世話に追われている。そのせいか、夫の認知症への理解はあまりできていない
- ◆ 要介護2の認定を受けている
- ◆ 3年前にレビーン体型認知症 (DLB)と診断され服薬を続けている
- ◆ 幻視や被害妄想、夜間の異常行動などの影響で生活に支障あり。奥さんは理解が出来ない部分が多く戸惑っている
- ◆ 他の持病は高血圧と便秘
- ◆ 内服薬は、認知症および高血圧、便秘(緩下剤)の薬



5

ファシリテーターガイド (論点の例)

映写のみ
(後出し)

- 本人が怒りっぽくなった！？
 - ➔ DLBの薬の副作用では？
 - 血を吐いた原因は
 - ➔ 潰瘍、肺結核、口腔結核などの可能性は？
 - なぜ残薬がでるのか？
 - 残薬を防止のため、薬利服用時にトロミ茶で口をゆすぐ提案は？
 - 内服薬の調整、剤型の変更などは必要か？
 - 排便のコントロールは出来ているか？
 - 服薬による精神症状の軽減は？
 - BPSDの対応について認知症サポーター医や認知症専門医との連携は？
 - 食事や栄養指導、食支援などは？
 - 薬物調整の必要性は？
 - 摂食嚥下指導の導入は必要か？
 - 薬が飲み切れずに口腔内に残ってしまう対策は？
 - 妻への支援やもしくは認知症のチェックや精査は？
 - 認知症サポーターに出来る事は？
 - サービス担当者会議の必要性は？
- 適切な服薬管理の方法はないか？
 - 食事の準備や栄養管理の介入の必要はあるか？
 - 活動量の維持向上をするにはどうするか？
 - 社会との接点、役割、本人の希望する生き方とは？
 - 服薬管理を依頼する職種は？具体的な提案は？
 - 残薬の確認が必要か？
 - 服薬管理、処方での通正化は必要か？
 - 認知症サポーターの支援は？
 - 「認知症カフェ」等への参加は？
 - 行政のサポートは本人、家族が理解しているか？
 - 介護給付(介護保険サービス)は？
 - 寝室のベッドの配置は？手すりの設置や段差の解消は？
 - キーパーソンの妻に対しての支援は？
 - 多職種が連携する場合、誰が情報を一元的に管理するか？ その情報をどのように共有するか？

まとめ (伝えたいこと)

- ◆ 専門職間の連携をより進める(深める)ためには、その地域においてそれぞれの職種が出来る事を理解し、情報を共有することが必須だが、そのためには、「顔の見える関係」を構築する
- ◆ 連携のスタイル、システムは、地域によって様々であるので、市町村(各地域)レベルで各々で構築する
- ◆ 認知症施策推進大綱にも示されている「認知症の人や家族の視点」等に基づいて考える

6

『老々介護の夫婦・・・どう支えるか?』
～専門職間の連携の進め方～

★出演者
○主人公：内田 明夫 (75)
○妻：内田 美智子(70)
○かかりつけ医：深沢 順 (48)
○ケアマネ：西川 智子(45)
○訪問看護師：大塚 佳奈(35)
○薬剤師：安藤 国近(44)
○訪問歯科医：坂口 由紀(38)

主人公：内田明夫さんの属性・プロフィール
<ul style="list-style-type: none">●内田明夫さんは75歳 元市役所職員。70歳の奥さんとの二人暮らし。●定年退職後、しばらくは夫婦揃って各地を旅行などして廻ったが、現在は一日中、家にいることが多い。●奥さんは、近くに住む娘夫婦の子どもが幼稚園に通っており、その孫の世話に追われている。 そのせいか、夫の認知症への理解はあまりできていない。
<ul style="list-style-type: none">●要介護 2●3年前にレビー小体型認知症と診断され服薬を続けている。●幻視や被害妄想、夜間の異常行動などの影響で生活に支障あり。●他の持病は高血圧と便秘●内服薬は、認知症および高血圧、便秘(緩下剤)の薬。

画面 /テロップ	音 声
1：主人公 (プロフィール・属性) 紹介	
 内田 明夫(75)	<p><※ナレーション></p> <p>75歳の内田明夫さんは要介護2。70歳の奥さんとの二人暮らしです。三年前に専門医でレビー小体型認知症と診断され、現在はかかりつけ医で薬物治療を継続しています。</p> <p>長年、市役所の職員として働いていましたが 10年前に定年退職。そして、現在は年金生活を送っています。</p> <p>退職直後は妻とよく旅行にも行ったりもしましたが、今は一日中、家にいることが多いようです</p>
2：訪問看護師が残薬を発見！	<p><※ナレーション></p> <p>そんなある日、訪問看護師の大塚さんが、部屋のテーブルの上に、認知症の薬や高血圧、便秘薬などの内服薬が、まだ多く残っていることに気づきました。</p> <p><※ナレーション></p> <p>看護師は、かかりつけ医の深沢先生に連絡。 深沢先生は内服薬の管理については薬剤師に訪問を依頼しました。</p>
3：薬剤師 一包化を提案！	<p><※ナレーション></p> <p>連絡を受けた薬剤師の安藤さんが、内田さん宅を訪ねました</p> <p>薬剤師「ご覧ください。何種類かの薬を、このように一包みにしまして、朝星晩と印字してお渡ししようと思います。 こうすることで飲み忘れも防げるのではないかと」</p>

<p>4：一包化対策は功を奏したかに見えたが～ 幻視回想シーンへ</p>	<p>約二週間後</p>  <p>一包化したにも関わらず残薬が</p>     <p>薬剤師「内田さん・・・あの…ちゃんと 飲んでますか？」</p> <p>内田 「おかしいなあ、結構ママに飲んでるんだけどなあ」</p> <p>妻 「あなた…ちゃんと飲んでないわよ！ ポーンとして忘れてるじゃない！」</p> <p>内田 「なに！ポーンとして忘れていたとは 何だ！」</p> <p><※ナレーション></p> <p>内田さんは、薬剤師の安藤さんの前で突然 奥さんの言葉に、怒り出しました</p> <p>妻「それがね毎日ポーンとしていてるかっていうと、 そうでもなくて普通の時もあるみたい」</p> <p>妻の声のみ</p> <p>(主人が 最近 夜中に突然大声を出すんですよ) (寝ぼけているようで大声で叫ぶんですよ なんか犬が走ってるって言うし・・・ 知らない子供が居るって言うんです</p> <p><※ナレーション></p> <p>安藤さんは、夫の明夫さんとは別に、時々もの忘れするようにな ってきた妻の美智子さんのこともかかりつけ医に伝えました。</p>	<p>5：あれから2週間後、ディッシュに吐血！？</p> <p>2週間後…</p>   <p>妻「主人 歩くのが遅くなって、食事や水飲む時に むせること が多くなって、昨日も尻もちついたんですよ。 せつかくアタシが料理を作っても食べ残しも多くなって… それと、ディッシュに唾をしょっちゅう吐くんですけど それが、なんか紫色っぽくてなんか血みたいなんですよ！」</p> <p><※ナレーション></p> <p>大塚看護師が ご主人の部屋に行き 本人の口の中を 見てみると…</p>
--------------------------------------	--	---

 	<p>看護師「大きく開けてください。触りますよ。 はい、次カチンとイー、あー、口の中に出血はないんで すけど、歯茎が少し腫れてますね。</p> <p>このことは看護師の大塚さんから、ケアマネジャーへ、 そしてかかりつけ医にも伝わりました</p>	<p><※ナレーション></p> <p>後日、深沢先生から かかりつけ医の歯科医に 連絡がきました。</p>
<p>6：訪問歯科医による診断は・・・</p> <p>歯科医 坂口 由紀</p>		<p><※ナレーション></p> <p>そして後日、ケアマネジャーは内田さんのお宅へ歯科医を同行 歯科医「内田さん、大きく、あーんと開けてください。」</p> <p><※ナレーション></p> <p>さてこの先、どのような連携が必要になるでしょうか？</p> <p>どのような連携が、必要か！</p>

(気づきの動画)

こんなご経験はありませんか？

勤務医向け普及・啓発ツール(仮称)

国立がん研究センター 先端医療開発センター
(病院分科会座長) 小川 朝生

(三二講義)

一般病院でも
認知症は無視できない

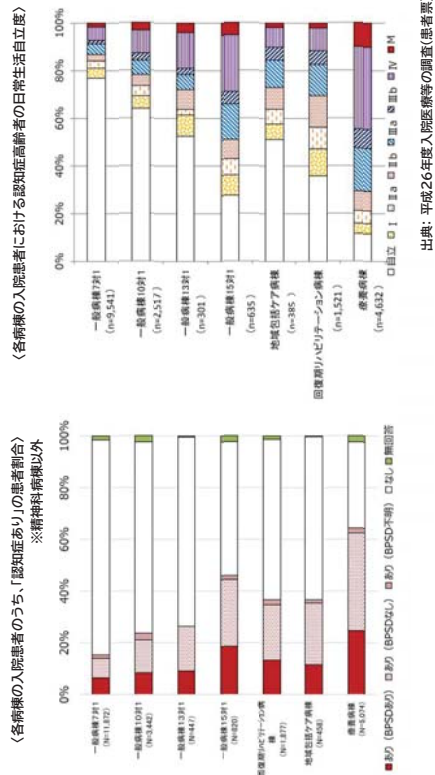
【講義担当】

国立がん研究センター 先端医療開発センター
分野長 小川 朝生

〈認知症対応力向上研修に関する調査研究事業 病院分科会座長〉

認知症をもつ入院患者の比率

わが国では、施設のもつ背景によって異なるものの、およそ**20%の患者が認知症・軽度認知機能障害**である可能性がある



日常診療に役立つ 認知症対応のポイント

治療をすすめる上でのポイント

認知症に気づく

- **身体機能を落とさない**
→ ADLを落とさない
〔疼痛、栄養管理・脱水予防、感染予防、服薬管理、セルフケア指導・支援〕
- **精神機能を落とさない**
→ せん妄・BPSDの予防
- **確実に地域につなげる**
→ 再入院予防（認知症を考慮した退院支援）

治療を確実に遂行し、地域に戻す

認知症初期の発見ポイント

1. 最近血圧や糖尿病のコントロールが急に悪くなった、本人に確認しても薬はきちんと飲んでいるという。
2. 予約の日をまちがえたり、しばしば連絡なくキャンセルする。
3. 不定の訴えが増え、受診のたびに訴えるが検査しても客観的な異常がみいだせない。
4. 検査や新しい治療に対して、わけもなく拒否的であったり、パニックになる。
5. 前に行った検査を全く覚えていない。
6. 受診のたびに同じ話を繰り返す。
7. 入院すると不穏になる。
8. 原因不明の失神発作や睡眠中の異常行動がある。

一般病院において注意したい点

- 痛み
- 脱水
- せん妄

認知機能障害により、自覚症状をうまく伝えることが苦手になる
医療者が積極的に拾い上げる姿勢が大事

痛みの緩和

- 認知症の人は、痛みを的確に伝えることが苦手

例

- ◆ 突然痛みが来るとパニックになって泣き叫んでしまう
- ◆ 痛みの強さをNRSやVASで表現できない
- ◆ 痛いピークを過ぎると痛かったことを忘れてしまう

- 結果として認知症の人の痛みは見落とされたり、
BPSDとして不適切な対応がなされてしまう危険がある

脱水

- 認知症のある入院患者の20～50%に脱水が影響している (DAA Malnutrition Guideline, 2009)
- 認知症高齢者は**セルフケア能力の低下**により、脱水を起こしやすい
 - ・ 飲水量の低下
 - 遂行機能障害や運動機能障害から飲水行動が減る
 - ・ 不感蒸泄の増加
 - 環境適応能力の低下から室温や衣類による調整が困難
 - ・ 発見が遅れやすい
 - 認知機能障害から自覚症状をうまく伝えられない
- 脱水は**せん妄の誘因**になり、悪化すると死に至る

せん妄

せん妄は、中枢神経系の脆弱性があるところに、身体的・環境的な負荷が加わり、脳が機能的な破綻をきたした状態。

- 一般的に見られるにもかかわらず、30～60%が見過され、不適切な治療を受けている
- 入院患者の20～30%に合併する
- 認知症をもつ患者では頻度が高まる
- せん妄は多臓器不全の一種
- せん妄を見逃すと、全身状態の重篤化、予後の悪化につながりやすい

せん妄の対策

予防(発症予防)

調整可能な因子を可能な限り除去
多職種による複合的な介入により、せん妄の発症率・重症率の低下、転倒・転落の減少、退院時の身体機能低下が減少するエビデンスがある。

- 環境調整
- 疼痛コントロールの強化
- 離床の促進
- 脱水の予防
- 薬剤
- 感染対策

治療・ケア

早期発見・早期治療

●直接原因への対処

- 水分・電解質、酸化化などの保持、基礎疾患の治療
- 直接原因となる薬物の特定と減量・中止の検討

●促進・誘発因子への対処

- 痛みや苦痛の軽減
- 睡眠－覚醒リズムの改善
- 過剰な刺激や感覚遮断の改善
- 身体拘束や体動の制限の改善

●薬物療法

- 専門医と相談し、少量の抗精神病薬を投与する場合もある

認知症患者の倫理的課題

意思決定の支援

- 病状の説明は、「個人の尊厳への尊重」、「自己決定権の保障」として重要
- 中等度までの認知症であれば、希望を表明することは ほとんどの場合可能である
- 認知機能障害に配慮をした説明をする
 - － 静かで落ち着いた環境
 - － 分かりやすい言葉、ゆっくりとした語りかけ
 - － 表情や身振りなど非言語的なメッセージにも注意を払う

一般病棟における身体拘束の現状と対策

- 一般病院の入院患者14.6%、認知症疑いの患者の44.8%が調査日時点で身体拘束を受けている

身体拘束の行方

- ①ベッド柵 68.6%
- ②拘束帯・ベルト 28.0%
- ③抜去等防止の手袋 25.6%

拘束理由

- ①転落のリスクがある 47.4%
- ②自己抜去のリスクがある 14.0%
- ③自己抜去をした 9.6%

- 拘束の実施と身体機能低下、せん妄の増悪と関連
- 認知症ケア加算で身体拘束の実施率は低くなるが、効果は限定的
- 身体拘束最小化の対策
 - ・せん妄の予防
 - ・多職種で取り組む
 - ・やりっぱなしは防ぐ

(iii メッセージ)

- ① 在宅医の立場から
- ② 病棟看護師の立場から

まとめ

- ▶▶ 認知症対応は国としての取り組み
- ▶▶ 認知症の理解は日常診療に役立つ
- ▶▶ 認知症対応の基本は本人理解
- ▶▶ チーム・地域との連携を高める

令和元年度 老人保健健康増進等事業
認知症対応力向上研修のあり方に関する調査研究事業

教材説明会 資料

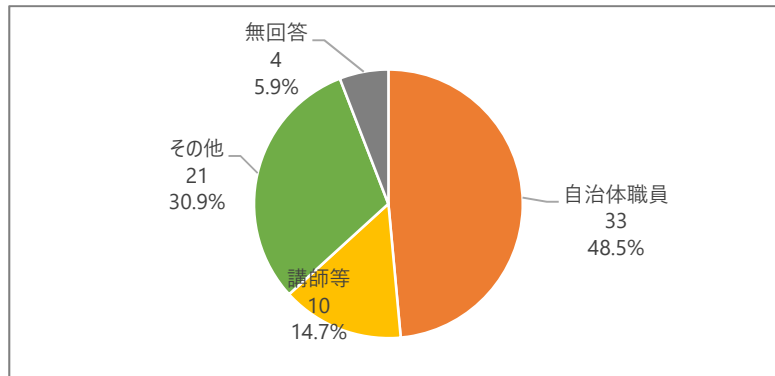
令和2年2月
禁断転載

資料編集・事務局：地域活性化協同組合フロンティア

HP <https://frontier-rc.org/>

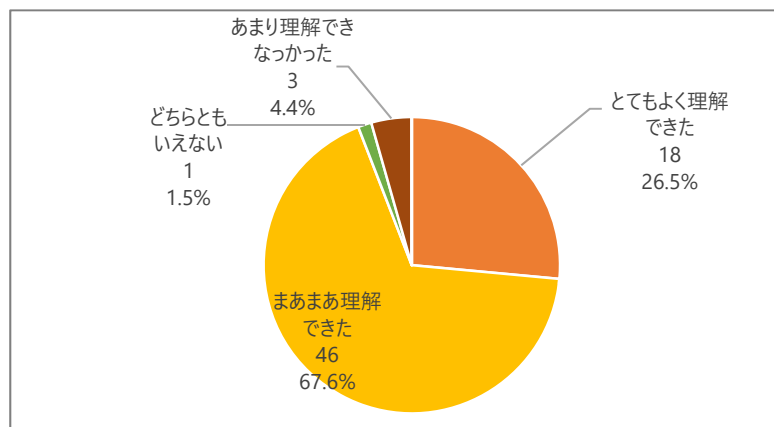
教材説明会参加者アンケート集計

参加者属性(68 人)

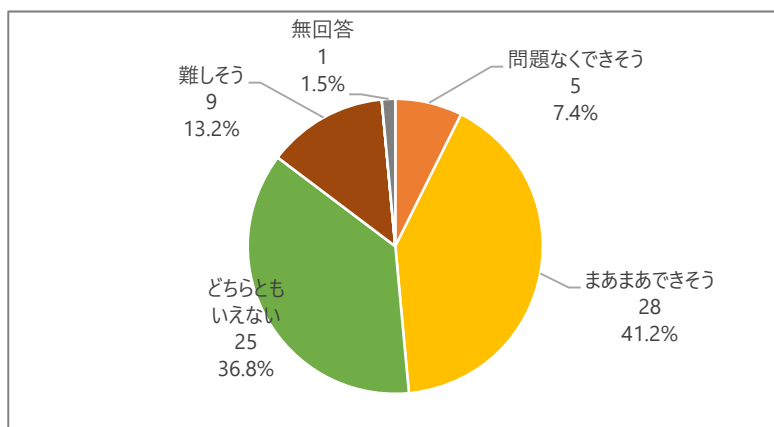


1.「演習編」教材について

(1) 教材の内容の理解できたか

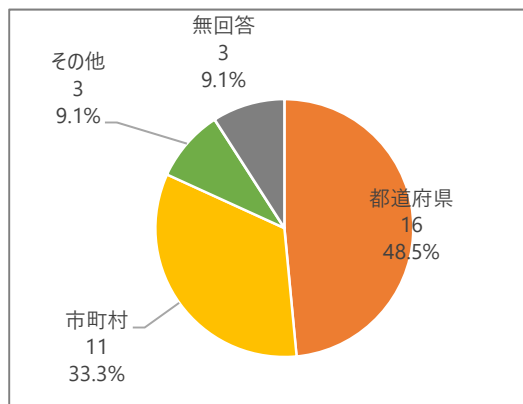


(2) 来年度の実施等の検討できそうか

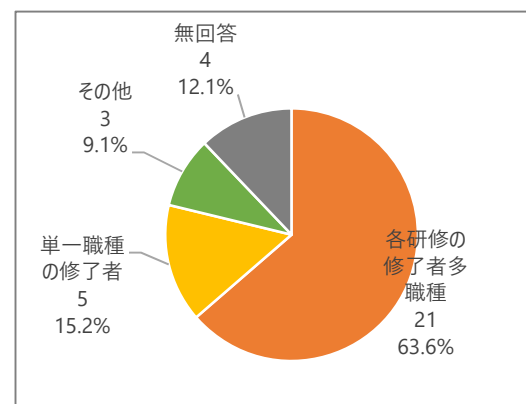


- ▶「問題なくできそう」5、「まあまあできそう」28 の計 33 について、どのように実施したいと考えているか。

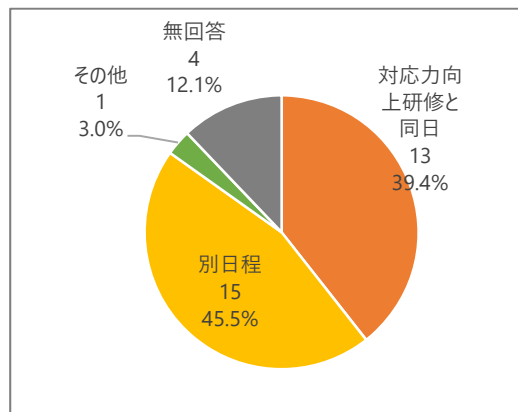
㊦実施単位



㊧対象



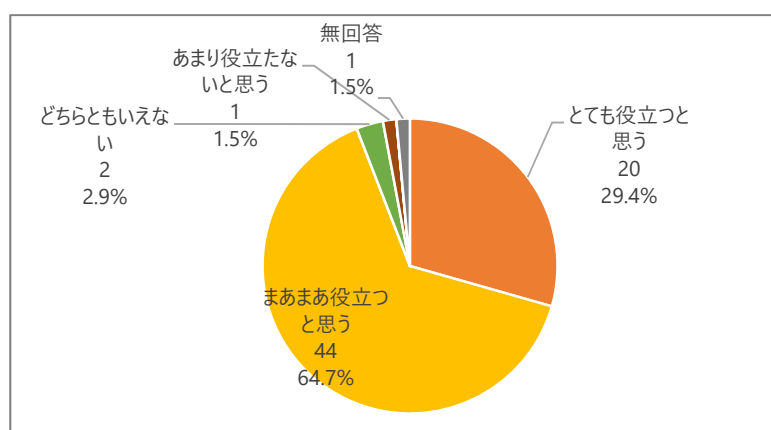
㊨日程



- ▶「難しそう」9 について、そう思う理由や実施上の課題は何ですか。

1	予算と委託先との調整
2	医師会、薬剤師会、歯科医師がばらばらで実施すると、グループワークが同じ意見だけ出てしまいます。三医師会合同で行う等の工夫が必要と思われます。
3	歯科医師会所属だが、医師、歯科医師、薬剤師等が一会場で行うのは困難と思われる。
4	もう少しそれぞれの職種に合った内容の演習にすると自分ごととして取り組みやすいのではないかと思います。今日取り組んだ内容だと、実際にどう連携を図っていくとよいか、そういうところまで見えにくかった。
5	受講者の年齢が総じて高く、このような演習形式に慣れていない方が多いことが想定される（全体のファシリテーションに相当な力量が必要） ※それを乗り越えることができれば、とても良い教材になると思います。
6	時間、人的余裕がない。 また、来年度の予算が決定しており事業計画に載せていないため。
7	「グループワークあり」にすると、参加を渋る人がかなり出てくる。
8	関係機関の調整
9	3 職種を集めるのが困難。

(3) 修了者の連携実践に役立つか



2. 認知症対応力向上研修についてのご意見等

1	研修にどのように組み込むかの検討を十分に行ってから研修を行ってほしい。
2	運用方法については行政の者ではないので、行政にもフィードバックしていただきたいです。
3	カリキュラム（教材）の修正、よろしくお願いいたします。
4	研修を受けた人が地域に分かりやすくするための対策がほしい⇒地域他職種からの相談が受けやすいようにしたい。
5	かかりつけ医研修の内容（テキスト）をもっと医師が知りたい興味のある内容に変えてほしい。もしくはアレンジする裁量を上げてほしい。
6	<ul style="list-style-type: none"> ・スライドデータが古いので早く改訂してほしい。 ・新規受講者が少ない（特に医師）。報酬に反映されるとか何かしら「受けなければ！」という動機づけがないと厳しい。 ・事業が多い中、研修ではなく専門職の教育課程に入れてほしい。
7	内容の更新、待ちに待っていましたので、大変嬉しいです。今後ともよろしくお願いします。
8	薬剤師向け認知症対応力向上研修修了者から継続研修、アドバンス研修の希望が多数寄せられていました。今後も新たな資料があれば、より充実した研修ができると思います。
9	演習の想定論点は答え合わせにしてスライドに入れてほしい。グループワークの結果、しっかりした論点が設定されてなかったということがある。
10	大綱で目標値が上昇しましたが目標設定の考え方は示されるのですか？
11	地域連携についてと多職種協働が一番大切な内容だと思いますが、各職種の受講者数を増やすには工夫が必要になります（興味が薄い部分）。
12	新しいプログラムを別に配布するのではなく、まずそれぞれの教材を見直し、その中に組み込んでいただけるとありがたいです。
13	今回の「演習編」は、今までのカリキュラムの多職種連携とは場面が違いすぎると思います。「共生」「予防」ともずれていると思います。もう少し検討していただくと、つなぎの場面からの方がよいのではないかと思います。
14	<ul style="list-style-type: none"> ・歯科・薬剤師の研修講師の養成研修は、もうないのでしょうか。依頼する先生が偏ってしまい困っています。 ・勤務医向けの研修を高齢福祉部門が行うのはかなり困難と考えます。

15	・演習を通して、日々の実践に活かせるような働きかけは重要だと思うので、標準カリキュラムの中に盛り込んでもらいたい。ただ、研修時間をこれ以上伸ばすと、参加者が集まりにくくなると思うので、今の時間数でお願いしたい。
16	・それぞれの研修した後の評価：アウトプット指標により、研修の検証をすることが課題です。 ・看護職員認知症対応力向上研修のフォローアップ研修を各県どのようにしているか情報提供をお願いします。
17	・グループワークの必要性が分かってよいと思います。ディスカッションを受け入れるきっかけになると 思います。 ・勤務医向けの DVD、病院向けにはよいと思いました。
18	実施主体により、ある程度研修内容（時間配分等含む）をアレンジできると良いと思います。
19	多職種による演習をかかりつけ医・歯科医師・薬剤師合同でやるべきだと思うが、各々の現在カリキュラムとどう対応させていくかが気になりました。
20	2、3 部の 90 分を 30 分ずつ削って、60 分のスモールグループディスカッションに充てると今回の教材は使えるのではないのでしょうか？
21	歯科医、薬剤師で制度部分の講義を行っているが、スライドの流れが悪く、説明を続けにくい箇所が多々ある。内容の更新をお願いしたい。
22	今後もケーススタディを増やしていった下さい。
23	進行例への具体的な対応等、ステップアップした研修に進めていく必要があると思います。
24	医療、行政、他職種とのグループワークで、視点が違うので新鮮な意見が大変勉強になりました。
25	・毎年受講される先生方に新しい情報を提供できていない。 ・本編の内容が古い。DLB の診断基準もかかりつけ医 BPSD 向精神薬ガイドラインなど明らかに版の古いものは使用できない。
26	・国要綱への組み込みがあるか説明なし→実際に運営するにあたってのスキームが不明瞭。これでは実施に踏み込めないです。 ・ロードマップ作って、この追加教材の立ち位置を明確化した方がいい。
27	標準カリキュラムに追加する形での研修となるため、令和 2 年度からの実施は予算的にも難しいと感じました。 3 師だけでなく多職種の検討会で使用できるようになっているので、地域の研修等では活用しやすいと思います。
28	意思決定支援や大綱、基本法の主旨を踏まえた標準テキストを早急に作成してほしい。
29	どんなサービスがあるかわからない職種もいると思うので、サービス担当者会議のように、演習時にもケアマネさんがいるとよいと思いました。
30	多職種でのフォローアップ研修もやっていきたいと思いました。
31	・ケース A の動画で医師が「血中のたんぱくが…」とあるが「血糖値 or BAIC」に言及してほしい。 ・テキスト P.28 スライド 10 番「長男の息子家族」（孫か？）の表現がおかしい。
32	研修修了者を増やしていくことが大変苦労しております。
33	勤務医向け普及・啓発用ツール わかりやすくてよかったです。
34	とても分かりやすい研修会でした。ありがとうございました。
35	動画が分かりやすい。
36	テキストの内容が古くなっているので改訂してほしい。

自治体名 _____ (1 自治体職員 2 講師等 3 その他)

1. 「演習編」の教材について

(1) 本日の説明のあった「演習編」の教材について、内容(目的や使い方)を理解できましたか。

1	2	3	4	5
_____	_____	_____	_____	_____
とてもよく 理解できた	まあまあ 理解できた	どちらとも いえない	あまり理解 できなかった	理解でき なかった

(2) 「演習編」教材について、来年度の実施等を検討できそうですか。

1	2	3	4	5
_____	_____	_____	_____	_____
問題なく できそう	まあまあ できそう	どちらとも いえない	難しそう	とても 難しそう

➡ 「問題なくできそう」、「まあまあできそう」とした場合、どのように実施したい・しようとお考えですか。(㊦～㊩それぞれ1つ選んで下さい、現時点の見込みで結構です)

- ㊦実施単位 ☐ 都道府県(指定都市)単位 ☐ 市町村単位
☐ その他 ()
- ㊧対象 ☐ 各研修の修了者を多職種で ☐ 職種ごとの(単一)修了者で
☐ その他 ()
- ㊨日程 ☐ 認知症対応力向上研修と同時に ☐ 同研修とは別日程で
☐ その他 ()

➡ 「難しそう」、「とても難しそう」とした場合、そう思う理由や実施上の課題は何ですか。
(現時点の状況で結構です)

[]

(3) 「演習編」教材は、認知症対応力向上研修の修了者の連携実践に役立つと思いますか。

1	2	3	4	5
_____	_____	_____	_____	_____
とても 役立つと思う	まあまあ 役立つと思う	どちらとも いえない	あまり役立た ないと思う	役立た ないと思う

2. 認知症対応力向上研修について

かかりつけ医等向けの認知症対応力向上研修について、ご意見等があれば自由にご記入ください。

[]

—— 本日は大変お疲れ様でした。また、アンケート回答にご協力をありがとうございました。

V 考察

1 演習編教材の実施要綱上の取扱い等について

1.1 標準カリキュラムとの関係について

かかりつけ医・歯科医師・薬剤師の認知症対応力向上研修の際に、また、各研修の修了者へのフォローアップ的な実施を想定して作成した「演習編」教材は、標準カリキュラム上は任意実施の位置付けとされている。主な理由としては、①都道府県・指定都市単位で、職種別の研修ごとに展開されている現行において、演習編の企画・実施には十分な調整期間が必要であること、②演習の内容として、それぞれの研修を受講し、一定の基礎的な情報を得た修了者によることがより効果的と思われること、などが挙げられる。

もっとも、各研修の修了者に期待される地域還元等の役割に鑑みれば、同研修において、地域の多職種連携に積極的に参加するイメージ・模擬体験まで含めることは重要であり、演習編の教材を充実させるとともに、標準カリキュラムの一部とする等の位置付けについて検討することが望まれる。

1.2 当面の取扱いの案について

任意実施の位置付けとなる次年度においては、次のような取扱いが想定される。

- ① 都道府県・指定都市において、かかりつけ医・歯科医師・薬剤師の認知症対応力向上研修の修了者向けのフォローアップ研修として実施
- ② 各研修の修了者の活動が、市町村単位となるであろうことから、演習編の教材を（希望のある）市町村等に提供し、修了者を含む多職種研修の実施を推進

2 勤務医向け情報提供・啓発ツールの取扱いについて

2.1 勤務医向け情報提供・啓発ツールの提供

勤務医向けの情報提供・啓発ツールについては、研修教材としての位置付けではなく、あくまで、病院勤務医の任意の視聴から、他の認知症関連の研修受講等へのつなぎ役を果たすことを想定している。

そのため、本年度事業の成果物として、都道府県・指定都市に DVD として提供する他、実施主体である当組合のホームページに掲載し、広く視聴機会を確保することを予定している。

現在、都道府県・指定都市においては、病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修について集合研修の形で展開されていると思われるが、その際に、本ツールについて併せて放映して頂き、さらに個別視聴のための URL（上記ホームページ）の紹介を頂くなど、案内・広報していくことも考えられる。また、都道府県等の病院関係団体、管内の一般病院への情報提供として、同様にツールとアクセス方法を周知して頂くこともひとつの方法と思われる。

2.2 勤務医向け研修の必要性

前述の通り、本ツールは内容的にも形態としても、勤務医向けの研修教材ではないが、一般病院の勤務医に対する認知症対応力向上にかかる研修機会の提供は検討すべき課題と考える。

もっとも、研修の内容（時間数等の量的な面、その中で盛り込むべき内容の質的な面）はもちろんのこと、実施や受講の方法論についても課題は多く、継続的な検討を行い、受講しやすく、かつ効果的な研修として実施することで、病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修の修了者とともに、一般病院における認知症対応力の向上を図ることが望まれる。

3 認知症対応力向上研修全般について

3.1 教材改訂の優先順位

昨年度事業の修了者アンケートにおいても、また、本年度で実施した教材説明会参加者アンケートでも、既存の認知症対応力向上研修の教材改訂に対する希望・意見が多く寄せられた。特に、一定の小規模改訂を経ているものの、現行教材になってからの期間が一番長くなっている「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の教材改訂の要望が強いことが把握できた。

現在、現行の 5 研修（かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、病院勤務の医療従事者、看護職員）のフォローは、1 事業の枠組みで実施することが求められているが、作業期間や費用の面からは、全ての教材を一斉に改訂することは現実的ではない状況にある。そのため、改訂が最も急がれ、かつ、その作業内容を他に波及させることが可能な、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」について改訂作業が行われることが適当と考える。

3.2 修了者の活動に資するフォローアップの目標

本年度作成の「演習編」が想定する利用方法の 1 つとして、かかりつけ医・歯科医師・薬剤師各研修の修了者へのフォローアップ研修を提案している。もっとも、現在、認知症サポート医養成研修以外の認知症対応力向上研修については、認知症地域医療支援事業実施要綱上で、フォローアップ研修は求められていないため、実施の現状は地域で濃淡があると思われる。

しかし、認知症対応力向上研修の修了者による地域還元（地域における多職種連携への参加等）が重要であり、同時に修了者のニーズでもある点に鑑みれば、実施主体や予算などの事務的な面を整理した上で、何らかの目標設定等を行い、実施が推進される道筋が求められると考える。

3.3 現行の 5 職種向け研修以外の他職種向け研修の展開

認知症の人への取組の一環として地域の多職種連携に関わる職種が共通の知識や考え方をもつことは重要であり、現行の 5 つの職種の他、例えば、診療所の看護職員、施設の看護職員向けの研修が検討・準備されることが望ましいと考える。

令和元年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

認知症対応力向上研修のあり方
に関する調査研究事業
報告書

令和 2 年 3 月
地域活性化協同組合フロンティア

〒108-0014 東京都港区芝 5-27-3-401

禁無断転載
