

## 調査

# 安心して暮らせる長寿社会の実現に向けて～いばらきの認知症対策を考える～

高齢化の急速な進展に伴い、認知症高齢者数が増加している。厚生労働省研究班によると、全国の65歳以上の認知症患者数は2012年時点で推計462万人であり、さらに認知症予備軍といわれるMCI（軽度認知障害）患者数を合わせると800万人超とされる。これは、高齢者の約4人に1人がすでに認知症か、認知症予備軍であることを示している。

認知症高齢者が徘徊等で方向不明となるケースも相次いでおり、認知症高齢者への対応は社会的課題となっている。近年は、介護する家族や介護サービス事業者、医療機関等に加え、自治体や企業、NPO等、地域全体で認知症高齢者の生活支援を進める動きがみられる。

本号では、県内における認知症への取り組みについて調査を行う。アンケート等により、県内の認知症対応の現状を整理する。また、県内外の新たな認知症予防の取り組みや、地域連携の動きについてヒアリングを行い、各主体に求められる効果的な認知症対策の方向性を考える（本調査は、14年10月24日現在で利用可能なデータ等に基づき記述しています）。

※本調査では、高齢者人口を「高齢者数」、認知症患者数は「認知症高齢者数」と統一して表記する。

## 第1章 認知症の主な症状と統計データの整理

### 1. 認知症とはどんな病気か

はじめに、認知症とは医学的にどのような病気なのか整理する。

#### 認知症の定義

厚生労働省では、認知症を「生後いったん正常に発達した種々の精神機能が慢性的に減退・消失することで、日常生活・社会生活を営めない状態」と定義している。心や体をコントロールする脳が正常に動かなくなるとともに、その症状が患者の日常生活に支障を及ぼす状況にあることが、認知症と診断される基準となっている。

また、認知症の中には、治療可能なものもある。例えば、何らかの病気が原因で認知症を発症して

図表 1-1 認知症を引き起こす疾患

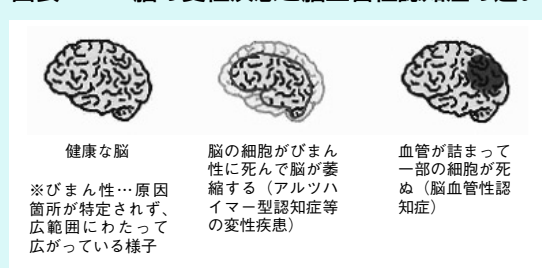
|               |                                                       |                                          |
|---------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 脳神経細胞の変性によるもの | ・アルツハイマー型認知症<br>・パーキンソン病<br>・大脳皮質基底核変性症<br>・ハンチントン舞蹈病 | ・レビー小体型認知症<br>・前頭側頭型認知症<br>・進行性核上性麻痺     |
| 血管障害によるもの     | ・脳梗塞<br>・脳出血                                          | ・ビンスワンガー病<br>・アミロイドアンギオパチー               |
| その他           | ・アルコール脳症<br>・脳炎・髄膜炎<br>・進行麻痺                          | ・有機溶剤などの薬物中毒<br>・クロイツフェルト・ヤコブ病           |
| 治療や改善が望めるもの   | ・慢性硬膜下血腫<br>・甲状腺機能障害<br>・良性脳腫瘍                        | ・正常圧水頭症<br>・肝性脳症<br>・ビタミンB1、B12、ニコチン酸の欠乏 |

飯島裕一著「認知症を知る」（講談社現代新書、2014年）をもとにARC作成

#### 認知症の原因となる病気

認知症とは特有の症例を示す状態の総称であり、認知症の原因となる病気が存在する。最も多いのは、脳の神経細胞が死滅し、脳が萎縮する「脳の变性疾患」で、アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症等が該当する（図表1-1）。そのほか、脳梗塞や脳出血等の血管障害や、アルコール脳症等も認知症の原因となる（図表1-2）。

図表 1-2 脳の変性疾患と脳血管性認知症の違い



認知症サポーター養成講座標準教材（特定非営利活動法人 全国キャラバンメイト連絡協議会作成）をもとにARC作成

も、脳の神経細胞死まで至っていなければ、外科的な処置で認知機能の改善が期待できるケース等がある。

## 2. 認知症の症状

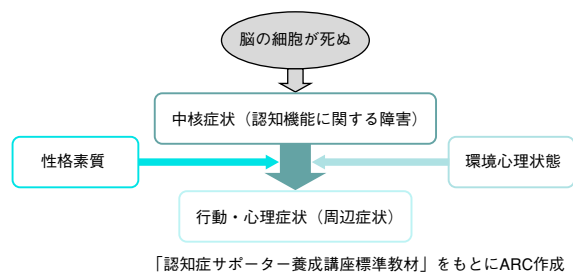
### 様々な認知症の症状

認知症の症状は、「中核症状」と「行動・心理症状（周辺症状）」の2つに分けられる（図表1-3）。

「中核症状」とは、記憶や理解等の認知機能に関する障害で、脳の細胞が障害を受けることで生じる。代表的な症状に、記憶障害や見当識（自分が現在置かれている環境を理解する能力）障害があり、全ての患者にいずれかの症状が必ず現れる。

一方、「行動・心理症状」は、本人がもともと持っている性格、環境、人間関係等、様々な要因が絡み合って生じる。うつ状態や幻覚・妄想等の精神症状や、徘徊等の日常生活への適応を困難にする行動上の問題がこれにあたる。患者によって発現の度合いに差があり、必ず発症するわけではない（図表1-4）。

図表 1-3 認知症の症状



図表 1-4 主な中核症状、行動・心理症状の主なもの

| 中核症状    |                             |
|---------|-----------------------------|
| 記憶障害    | 最近の記憶や出来事、行動を忘れる            |
| 見当識障害   | 現在の日付、時間、場所等が分からなくなる        |
| 失認      | 品物等が分からなくなる                 |
| 失語      | 物や人の名前が出てこなくなる              |
| 失行      | 服の着方や道具の使い方が分からなくなる         |
| 実行機能障害  | 段取りや計画が立てられなくなる             |
| 行動・心理症状 |                             |
| 妄想      | 財布や物が盗まれた等と言う「もの盗られ妄想」等     |
| 幻覚      | 現実には無いものを見たり聞いたりする          |
| 不安・依存   | 落ち着かなくなる、一人でいられない           |
| 徘徊      | 道順を覚えられず道に迷う、歩き回る           |
| 暴言・暴力   | 納得がいかないこと等があると大声をあげたり暴力をふるう |
| 抑うつ     | 意欲の低下、何もしたくなくなる             |
| 介護拒否    | 入浴や着替え等を嫌がる                 |
| 異食      | 食べられないものでも口にする              |
| 不眠      | 夜眠れなくなる、反動で日中うたた寝をする        |

茨城県長寿福祉課HPをもとにARC作成

### 加齢によるもの忘れとの違い

加齢によるもの忘れの場合、体験の一部を忘れるにとどまる。一方、認知症による記憶障害は、体験そのものを忘れてしまうことが顕著である。また、もの忘れの症状に対する自覚の有無も両者で異なる（図表1-5）。

図表 1-5 もの忘れの症状の違い

| 加齢に伴うもの忘れ              | 認知症に伴うもの忘れ                       |
|------------------------|----------------------------------|
| 何を食べたか思い出せない           | 食事したこと自体を忘れる                     |
| 目の前の人の名前が思い出せない        | 目の前の人が誰なのか分らない                   |
| 物の置き場所を思い出せない          | 物を置いたこと自体を忘れる                    |
| 物覚えが悪くなったように感じる（自覚がある） | 深刻ではない（自覚に乏しい）<br>ただし、病感があることもある |
| 学習する能力などは保持            | 新しいことを覚えられない                     |

各種認知症関連資料をもとにARC作成

## 3. 認知症に対する治療

### 認知症の治療薬

認知症の根本的な治療薬は、現在まで見つからない。ただし、アルツハイマー型認知症に関しては、中核症状の進行抑制、症状の改善に効果のある薬が4種類開発されている（図表1-6）。

このうち、最も代表的な薬である「アリセプト」は、エーザイ(株)が開発した進行抑制剤で、99年に国内で初めて使用が認められた。

図表 1-6 アルツハイマー型認知症の進行を抑制させる薬剤

| 商品名     | アリセプト                                                                            | レミニール        | イクセロン、リバスタッチ | メマリー                                                    |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|---------------------------------------------------------|
| 一般名     | ドネペジル塩酸塩                                                                         | ガラントミン臭化水素酸塩 | リバスタグミン      | メマンチン塩酸塩                                                |
| 発売年月    | 1999年11月                                                                         | 2011年3月      | 2011年7月      | 2011年6月                                                 |
| 作用メカニズム | ※記憶や学習、意欲向上に関係する神経伝達物質「アセチルコリン」を分解する酵素「アセチルコリンエステラーゼ」の働きを阻害することにより、認知機能の低下を遅らせる。 |              |              | ※興奮を伝達する作用を持ち、過剰になると神経細胞を破壊してしまう神経伝達物質「グルタミン酸」の働きを抑制する。 |
| 対象者     | 軽度～高度                                                                            | 軽度～中等度       | 軽度～中等度       | 中等度～高度                                                  |
| 販売会社    | エーザイ、ファイザー                                                                       | ヤンセン、武田      | ノバルティス、小野    | 第一三共                                                    |

飯島裕一著「認知症を知る」（講談社現代新書、2014年）をもとにARC作成

### 行動・心理症状状況に応じた療法

幻覚、妄想等の行動・心理症状には、その原因や状況に応じて、薬物療法や心理療法、環境の調整等を行う。症状には一時的なものもあるため、医師は個々の症状の性質を見極めた上で、治療方針を決定する。

## 〈主な認知症〉※飯島裕一著「認知症を知る」(講談社現代新書、2014年)等をもとにARC記載

### アルツハイマー型認知症

世界、日本を問わず、最も発症者が多いといわれる。新しいことを覚えたり以前の記憶を思い出すことができなくなる記憶障害に加えて、4つの認知機能障害(言語障害、失行、失認、実行機能障害)のうち少なくとも一つが持続的に存在するもの、と定義される。

### レビー小体型認知症

レビー小体という特殊なタンパク質が脳神経細胞に現れ、認知機能障害が起こる。認知機能障害の他には、幻視や手足の筋肉のこわばり等の症状が特徴。

### 前頭側頭型認知症

前頭葉や側頭葉前方が萎縮することで発症する。前頭葉は意思、思考、感情や行動のコントロールを司る機能をもつため、性格の変化や社交性の

消失が現れやすい一方、もの忘れ等の記憶障害が現れにくい点が特徴の一つ。症例が少ない。

### 脳血管性認知症(血管障害による認知症)

脳の血管が詰まったり破れたりすることで、その先の組織に血流が不足し、神経細胞が壊れ、発症する。脳梗塞や脳出血等の脳血管障害を起こした後、後遺症的に発症することが多い。障害を受けた血管の場所によって、認知症の程度や症状も異なるものの、認知機能障害や行動・心理症状は、アルツハイマー型認知症の場合と似ており、実際に2つを併発することもある。

### 軽度認知障害(MCI: Mild Cognitive Impairment)

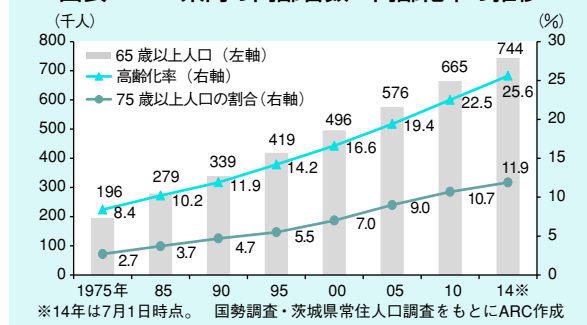
健常者と認知症の人の中間にあたる。認知機能に障害が生じているものの、日常生活に支障は来していない状態。発症後、認知症に進行する場合が多く、認知症予備軍として注目されている。

## 4. 県内の高齢者・認知症高齢者の状況

### 県内の高齢者数、高齢化率は増加傾向

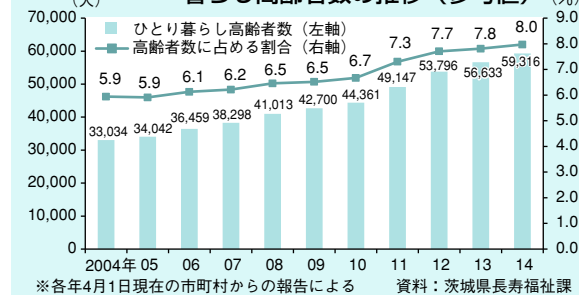
県内の高齢者数(65歳以上人口)は、1975年以降は一貫して増加しており、14年7月1日現在で74万4千人、高齢化率は25.6%となっている(図表1-7)。

図表 1-7 県内の高齢者数・高齢化率の推移



また、認知症の進行が見過ごされがちである、ひとり暮らし高齢者数は、14年4月1日現在で59,316人となっている(図表1-8)。高齢者数に占める割合も年々上昇し、14年には8.0%に達している。

図表 1-8 県内の高齢者数に占めるひとり暮らし高齢者数の推移(参考値)



県内の認知症高齢者数は、12年推計が7万人、25年推計が11万人

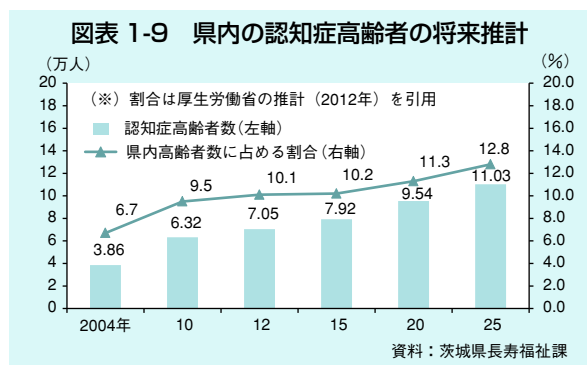
厚生労働省の推計によると、高齢者数に占める「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ」(※)以上の高齢者数の割合は、12年時点で10.1%である。

茨城県は、この割合をもとに12年の県内の認知症高齢者数を約7万500人と試算している。また、団塊の世代が75歳以上となる25年には、認知症高齢者数は11万300人(高齢者数の12.8%)に達すると試算

(※) 認知症高齢者の日常生活自立度：認知症の程度を踏まえた日常生活における自立度の程度を表す指標。介護保険における要介護認定調査や主治医意見書で利用され、一般的に自立度がⅡ以上の場合に認知症と判断される。

算している（図表1-9）。

なお、この試算は、要介護（要支援）認定を受けている高齢者数等に基づいた推計値であり、県内の潜在的な認知症高齢者数は、これを上回っているとみられる。

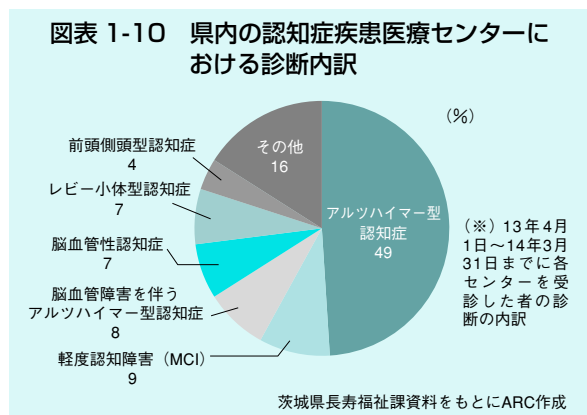


13年6月に厚労省研究班が発表した「認知症有病率等調査」では、12年時点で65歳以上人口の認知症の有病率は15%、認知症予備軍とされる軽度認知障害の有病率は13%となっている。

これをもとに推計すると、茨城県における14年7月1日現在の認知症高齢者数は11万2,000人、軽度認知障害者は9万7,000人、合計20万9,000人と試算される。

#### 診断内訳ではアルツハイマー型認知症が最多

県内の認知症疾患医療センターにおける、13年度の診断内訳をみると、最も多いのはアルツハイマー型認知症で49%、次いで軽度認知障害が9%、脳血管障害を伴うアルツハイマー型認知症が8%となっている（図表1-10）。



## 5. 認知症高齢者の増加に関係した社会的課題

認知症高齢者の増加に伴い、社会に影響する様々な課題も浮上している。これに関する全国のデータをまとめた。

### (1) 認知症が原因による行方不明

#### 13年度の行方不明者数は全国で1万人

認知症が原因とされる13年度の行方不明者数は、全国で10,322人、行方不明者全体に占める割合は12.3%に上る（図表1-11）。

なお、県内の市町村高齢福祉担当課が把握する13年の行方不明者数は141名で、うち125名は親族等に取り戻されたものの、11名が死亡、5名が未だ行方不明となっている（図表1-12）。

**図表 1-11 認知症による行方不明者数（全国）**

|               | 2012年 | 2013年  | 前年比  |
|---------------|-------|--------|------|
| 認知症※による行方不明者数 | 9,607 | 10,322 | +715 |
| 行方不明者全体に占める割合 | 11.8  | 12.3   | +0.5 |

※「認知症」は、行方不明受理時に届出人から、認知症または認知症の疑いにより行方不明になった旨の申し出のあった者を計上（12年度データより計上）。

資料：警察庁生活安全局生活安全企画課

**図表 1-12 県内の認知症高齢者の行方不明者の状況**

|                             | 2011年 | 2012年 | 2013年 |
|-----------------------------|-------|-------|-------|
| 認知症高齢者の行方不明者数               | 67    | 133   | 141   |
| 内訳                          |       |       |       |
| 親族等に取り戻された者（緊急一時保護を含む）      | 62    | 122   | 125   |
| 死亡者                         | 2     | 9     | 11    |
| 身元不明のまま生活保護に移行した者（長期の施設入所者） | 0     | 0     | 0     |
| 未だ行方不明の者                    | 3     | 2     | 5     |

※市町村高齢福祉担当課が把握している数のため、警察庁の公表数値とは異なる  
茨城県長寿福祉課資料をもとにARC作成

### (2) 認知症高齢者の消費者被害

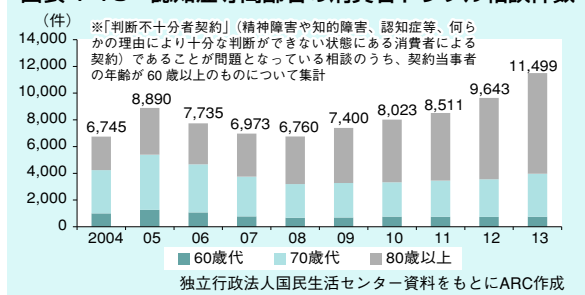
#### 80歳以上の被害が最も多い

13年度に（独）国民生活センターに寄せられた認知症等高齢者の消費者トラブル相談件数は、11,499件で過去最多となっている（図表1-13）。

年齢別にみると、80歳以上の被害件数が7,532件と最も多く、全体の65%を占めている。特に、ひとり暮らしの認知症等高齢者は、周囲が気付かないうちに、訪問販売等の被害に遭うケースが多い。



図表 1-13 認知症等高齢者の消費者トラブル相談件数



### (3)認知症高齢者の財産管理

#### 成年後見制度・市民後見人とは

成年後見制度は、認知症等の判断能力が不十分な人の財産管理等を目的とし、00年の介護保険制度の導入とともに開始された。

家庭裁判所によって選ばれた成年後見人等（成年後見人、保佐人、補助人）は、本人に代わって不動産や預貯金等の財産管理や、介護施設等への入所に関する契約締結等を行う（図表1-14）。

図表 1-14 成年後見制度の概要

|          | 後 見                                                               | 保 佐                            | 補 助        |
|----------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------|
| 対象者      | 判断能力が欠けているのが通常の状態の者                                               | 判断能力が著しく不十分な者                  | 判断能力が不十分な者 |
| 申立てが可能な者 | 本人、配偶者、四親等内の親族、検察官、市区町村長等（注：本人以外が保佐、補助開始の請求をする際、本人の同意が必要となる場合がある） |                                |            |
| 代理権の範囲   | 財産に関するすべての法律行為                                                    | 申立ての範囲内で家庭裁判所が審判で定める「特定の法律行為」※ |            |

※民法13条1項では、借金、訴訟行為、相続の承認・放棄等が挙げられている。法務省HPをもとにARC作成

成年後見人等には、本人の親族以外に、弁護士や社会福祉士、社会福祉協議会等の法人、市民後見人等を第三者後見人とすることもできる。

市民後見人とは、国家資格ではないものの、自治体等が実施する講習を受講し、成年後見に関する一定の知識・態度を身につけた候補者を指す。

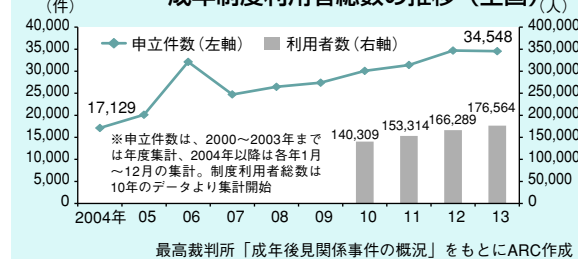
なお、12年の老人福祉法改正では、自治体に市民後見人養成に係る努力規定が設けられている。

#### 成年後見等申立件数は増加傾向

成年後見等開始審判の申立件数は、障害者自立支援法が施行した06年に急増した後、一時減少したものの、08年以降再び増加している。13年の申立件数は34,548件となっている（図表1-15）。

制度利用者総数も、集計を開始した10年以降、年々増加しており、13年は176,564人に達した。

図表 1-15 成年後見等開始審判の申立件数および成年制度利用者総数の推移（全国）

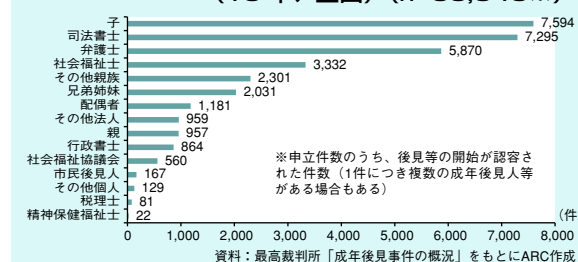


#### 子が成年後見人等となるケースが最多

成年後見人等と本人との関係をみると、子が7,594人と最多で、司法書士、弁護士、社会福祉士等の専門職と続いている（図表1-16）。

一方、各自治体が養成に取り組んでいる市民後見人は167人と、全体の0.5%に止まっている。

図表 1-16 成年後見人等と本人との関係（13年、全国）（n=33,343※）

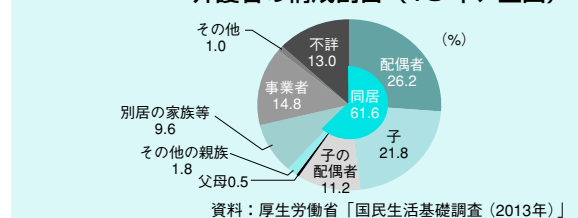


### (4)家族による介護負担

#### 同居家族による介護が約6割

要介護（要支援）認定を受けた認知症高齢者等を在宅で介護している場合の介護者は、配偶者が26.2%と最多で、子21.8%、子の配偶者11.2%と続いている（図表1-17）。同居家族による介護は全体の61.6%に上り、事業者の14.8%を大きく上回っている。

図表 1-17 要介護者等との続柄別にみた主な介護者の構成割合（13年、全国）



## 第2章 県内住民の認知症に対する理解度等の実態

本章では、県内住民に対するアンケート調査の回答をもとに、住民の認知症に対する理解度や、認知症施策に関する意向等の実態を確認する。

### 調査日・調査対象・調査方法

14年8月11日～12日（2日間）にかけて、県内に居住する20歳以上のモニターを対象にインターネット調査を実施した。

### 配信数・有効回答数

17,578人に配信し、2,069人から回答を得た。有効回答率は11.8%である（図表2-1）。

また、認知症の人の介護経験の有無（以下、「介護経験の有無」とする）に関する結果を併記した。

図表 2-1 回答者の属性（県内住民アンケート）

| 【性別】            | 男性      | 女性                        |                 |                       |                         | 合計    |
|-----------------|---------|---------------------------|-----------------|-----------------------|-------------------------|-------|
| 人数              | 1,157   | 912                       |                 |                       |                         | 2,069 |
| (%)             | 55.9    | 44.1                      |                 |                       |                         | 100.0 |
| 【年齢】            | 20歳～29歳 | 30歳～39歳                   | 40歳～49歳         | 50歳～59歳               | 60歳以上                   | 合計    |
| 人数              | 295     | 519                       | 629             | 312                   | 314                     | 2,069 |
| (%)             | 14.2    | 25.1                      | 30.4            | 15.1                  | 15.2                    | 100.0 |
| 【居住地域】          | 県北地域    | 県央地域                      | 鹿行地域            | 県西地域                  | 県南地域                    | 合計    |
| 人数              | 414     | 355                       | 158             | 868                   | 274                     | 2,069 |
| (%)             | 20.0    | 17.2                      | 7.6             | 42.0                  | 13.2                    | 100.0 |
| 【認知症の人の介護経験の有無】 | 介護経験なし  |                           | 介護経験あり          |                       |                         | 合計    |
|                 | 経験はない   | 経験はないが、認知症の人と関わりを持ったことがある | 仕事やボランティアで経験がある | 家族など身近な人の介護で、過去に経験がある | 家族など身近な人の介護で、現在も介護をしている |       |
| 人数              | 1,437   | 255                       | 96              | 190                   | 91                      | 2,069 |
| (%)             | 69.5    | 12.3                      | 4.6             | 9.2                   | 4.4                     | 100.0 |

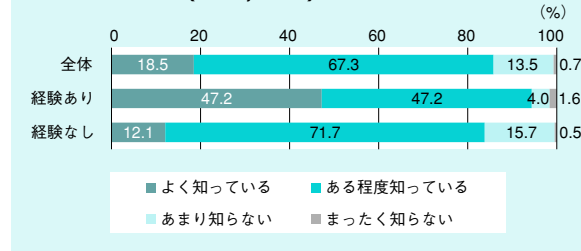
### 1. 認知症に対する理解度

#### 8割以上が「知っている」と回答

認知症に対する理解度についてみると、「ある程度知っている」が67.3%と最も高く、「よく知っている」（18.5%）と合わせ、85.8%が認知症を「知っている」と回答した（図表2-2）。

介護経験の有無別にみると、経験者は「よく知っている」、「ある程度知っている」がともに47.2%となり、合計94.4%が認知症を知っていると回答した。一方、未経験者は「ある程度知っている」が71.7%、「よく知っている」が12.1%となり、合計83.8%が認知症を知っていると回答した。

図表 2-2 県内住民の認知症に対する理解度（n=2,069）



### 2. 認知症だと思う症状

#### 主要な症状を認知症とする回答は7割以上

認知症だと思う症状では、認知症の症状である10項目に対し6項目について、50%以上が認知症であると回答した（図表2-3）。特に「現在の日付、時間、

場所、人の名前等が分からなくなる」(見当識障害)が86.7%、「慣れた道でも迷うようになる」(徘徊)が77.2%、「財布や物が盗まれた等と言うようになる」(妄想)が74.9%と高く、認知症の代表的な症状が一般に広く認識されている。

一方で、加齢によるもの忘れの症状と考えられる「食事で何を食べたのか思い出せなくなる」、「置き忘れ・しまい忘れが目立つようになる」、「知っている人の名前が出てこなくなる」についても、60%以上が認知症の症状として回答している。

介護経験の有無別にみると、経験者、未経験者とも回答の上位は、「現在の日付、時間、場所、人の名前等が分からなくなる」、「財布や物が盗まれた等と言

うようになる」等、全体と同じであった。他方、「ささいなことでおこりっぽくなる」、「現実には無いものを見たり聞いたりする」、「眠れなくなる」については、経験者と未経験者との間で認識の差が大きかった。

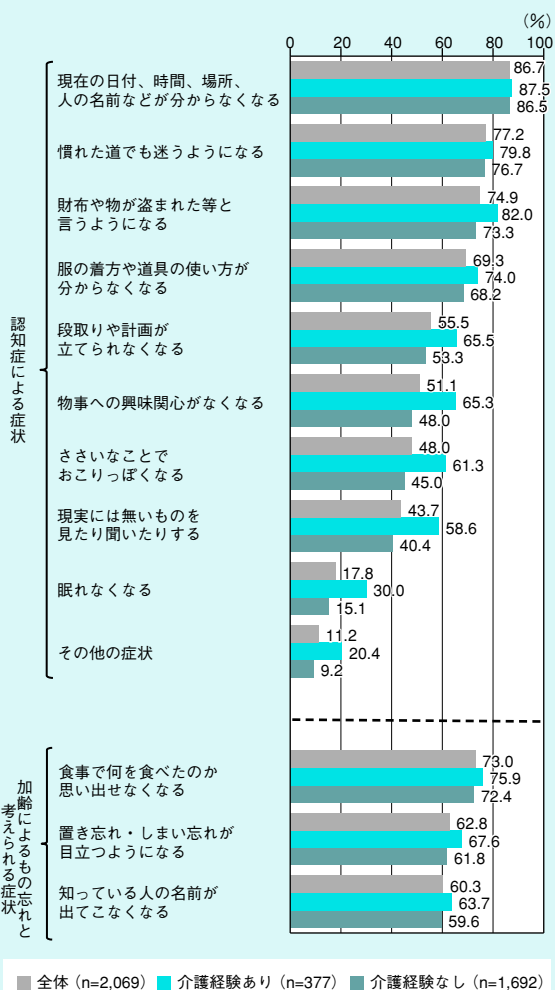
### 3. 認知症予防について

#### 自宅でできる簡単な予防への興味が高い

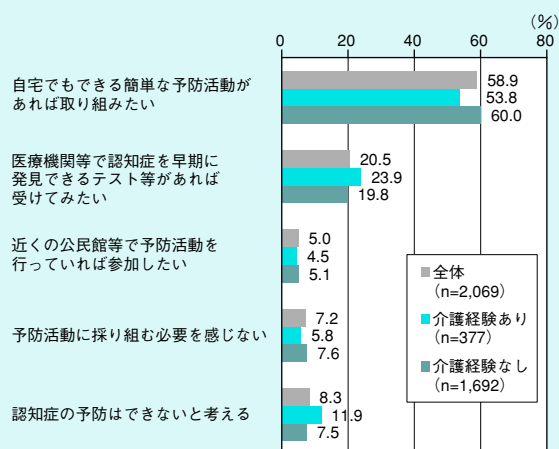
認知症予防についてみると、「自宅でもできる簡単な予防活動があれば取り組みたい」が58.9%と最も高く、次いで「医療機関等で認知症を早期に発見できるテスト等があれば受けてみたい」が20.5%であった(図表2-4)。全体として認知症予防への関心が高いとみられる一方、「認知症の予防はできないと考える」も8.3%に上った。

介護経験の有無別にみると、経験者は未経験者よりも「医療機関等で認知症を早期に発見できるテスト等があれば受けてみたい」、「認知症の予防はできないと考える」と回答した割合が高い。

図表 2-3 認知症だと思う症状(複数回答)



図表 2-4 認知症の予防について



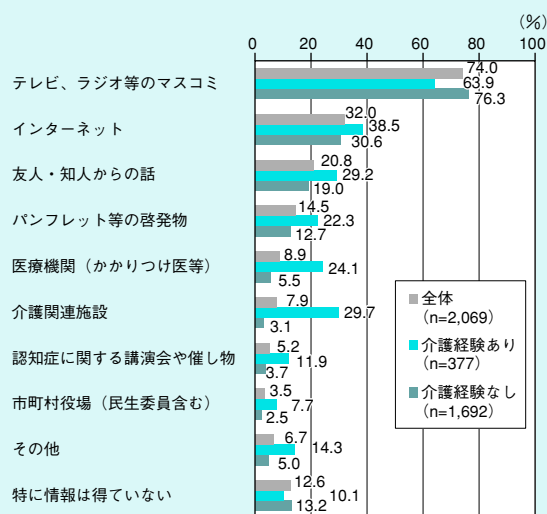
### 4. 認知症に関する情報源・相談窓口

#### テレビ、ラジオ等のマスコミが最多

認知症についての情報源については、「テレビ、ラジオ等のマスコミ」が74.0%と最も高く、次いで「インターネット」が32.0%、「友人・知人からの話」が20.8%であった(図表2-5)。また、「特に情報は得ていない」は12.6%であった。

介護経験の有無別にみると、経験者は未経験者よりも「介護関連施設」、「医療機関（かかりつけ医等）」の割合が高い。

図表 2-5 認知症についての情報源（複数回答）

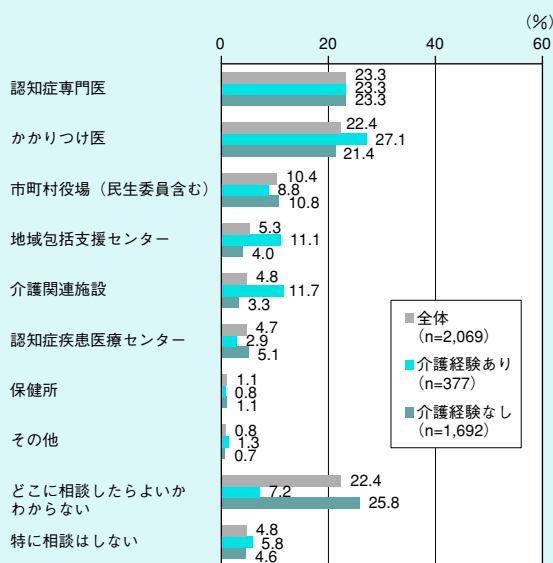


## 5. 認知症に関する相談先について

介護未経験者は「どこに相談したらよいかわからない」が最多

認知症に関する相談先についてみると、「認知症専門医」が23.3%、「かかりつけ医」が22.4%と、医療機関が上位を占めた（図表2-6）。一方、「どこに

図表 2-6 認知症に関する相談先



相談したらよいかわからない」も22.4%に上った。

介護経験の有無別にみると、経験者の上位は「地域包括支援センター」、「介護関連施設」がそれぞれ10%を超えており、未経験者と比較し相談先を幅広く認識していることがわかる。一方、未経験者は「どこに相談したらよいかわからない」が25.8%と最も高く、経験者（7.2%）との差も大きい。

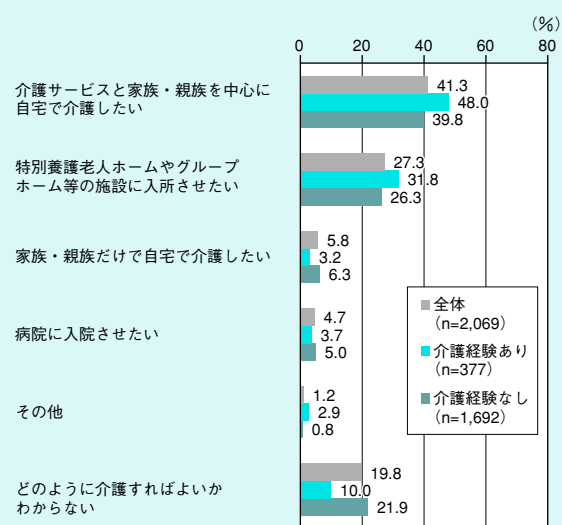
## 6. 希望する介護方法

家族が認知症の場合、在宅サービス利用を希望

家族が認知症になった場合に希望する介護方法は、「介護サービスと家族・親族を中心に自宅で介護したい」が41.3%と最も高く、次いで「特別養護老人ホームやグループホーム等の施設に入所させたい」が27.3%、「家族・親族だけで自宅で介護したい」が5.8%であった（図表2-7）。

介護経験の有無別にみると、未経験者では「どのように介護すればよいかわからない」が21.9%となっており、経験者の10.0%を上回っている。

図表 2-7 家族が認知症になった場合に希望する介護方法



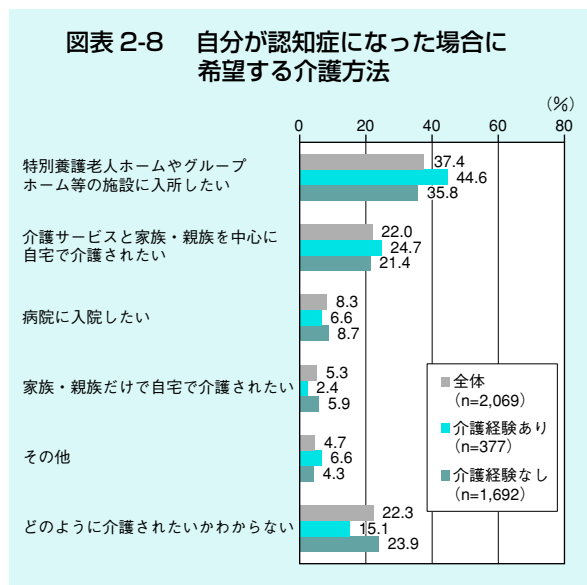
自分が認知症になった場合、施設への入所を希望

自分が認知症になった場合に希望する介護方法は、「特別養護老人ホームやグループホーム等の施設に入所したい」が37.4%と最も高く、次いで「介



「介護サービスと家族・親族を中心に自宅で介護されたい」が22.0%、「病院に入院したい」が8.3%であった（図表2-8）。また、「どのように介護されたいかわからない」も22.3%に上る。

介護経験の有無別にみると、経験者では44.6%が「特別養護老人ホームやグループホーム等の施設に入所したい」と回答し、未経験者の35.8%を上回った。



## 7. 今後重要だと思う認知症施策

### 安心して入所できる施設や住まいの充実が最多

今後重要だと思う認知症施策については、「認知症の人が安心して入所できる施設や住まい」が57.4%と最も高く、次いで「早期発見・早期治療につながる取り組み」が35.0%、「家族の外出時に認知症の人を見守る支援」が34.3%であった（図表2-9）。

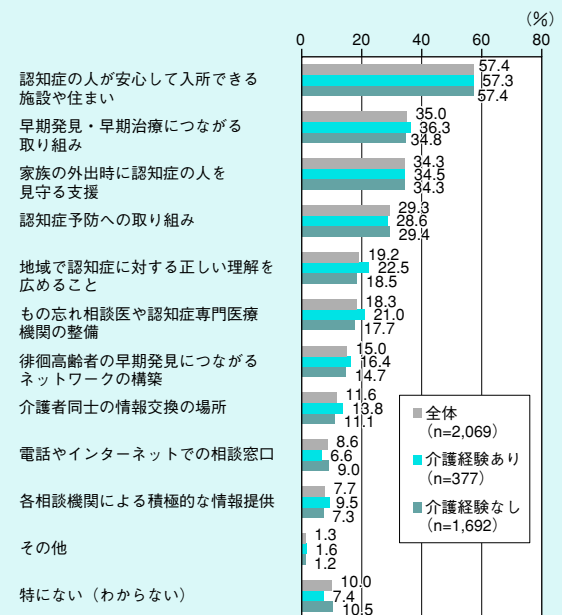
介護経験の有無別にみると、各項目とも経験者と未経験者の差はほとんどない。

## 8. まとめ

県内住民へのアンケートのポイントは、以下の通りとなる。

・認知症については、8割以上が「知っている」、「ある程度知っている」と回答した。また、症状につ

**図表 2-9 今後重要だと思う認知症施策（複数回答）**



いても、徘徊や妄想等の主要な症状は認知度が高く、県内住民の認知症に対する関心は高いと考えられる。一方で、加齢によるもの忘れの症状と区別できていない点もある等、必ずしも認知症について正確に理解されているとは言えない。

- ・認知症予防については、自宅でできる予防活動等への興味が高く、県内住民の予防に関する一定の意欲が窺える。
- ・認知症に関する情報は、テレビ、ラジオ等のマスコミから得ることが多い。
- ・相談先としては、認知症専門医等の医療機関が比較的浸透しているものの、相談窓口がわからない人も多い。
- ・希望する介護方法は、家族が認知症の場合には在宅サービスを利用しながらの自宅介護を、自分が認知症になった場合には、施設への入所を希望する者が多い等、家族と自分とで違いがみられる。
- ・今後の認知症施策について、施設や住まいの整備や早期発見・早期治療への取り組み、家族の外出時の見守りの充実への希望が多い。

# 第3章 行政による認知症対策

本章では、国及び県の認知症施策を整理するとともに、アンケートをもとに、県内市町村の認知症対策の現状と課題をみていく。また、県内の複数の市町村に、施策展開や医療機関、介護事業者、地域住民等との連携の実態について話を伺った。

## 1. 国における認知症対策の動向

「痴呆」から「認知症」へ

認知症は、法令等を含め長く「痴呆」と表現されてきた。しかし、「痴呆」という用語は、侮蔑的な表現である上に、早期発見・早期診断等の取り組みの支障となっていたため、国は04年度に「認知症」と表現を改めた。05年度からは、「認知症を知り地域をつくる10カ年」の構想を打ち出し、認知症サポーターの養成等、普及啓発事業を実施している。

### 認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）

厚生労働省は、12年6月に認知症施策検討プロジェクトチームが示した「今後の認知症施策の方向

性について」に基づき、同年9月に「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」を策定した。

オレンジプランでは、これまでの病院・施設を中心とした施策から、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けられる在宅中心の施策へとシフトすることを目的に、「標準的な認知症ケアパスの作成・普及」、「早期診断・早期対応」等の7つの指針が示されている。

具体的なプランの内容は、図表3-1の通りである。

### 地域医療・介護総合確保推進法

14年6月、医療法や介護保険法、地域介護施設整備促進法等の一部改正から構成される「地域医療・介護総合確保推進法」が施行された。概要は、図表

図表 3-1 認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）の概要

| 事 項                  | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①標準的な認知症ケアパスの作成・普及   | ○標準的な認知症ケアパス（※1）の作成・普及<br>（※1）認知症の進行状況にあわせて、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいかを標準的に示すもの。各市町村単位で作成することになっている。                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ②早期診断・早期対応           | ○かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数<br>○認知症サポート医（※2）養成研修の受講者数<br>（※2）認知症患者の診療に習熟しており、かかりつけ医への助言その他の支援を行うことができ、専門医療機関や市町村等、地域との連携の推進役となる専門医を指す。各都道府県及び指定都市単位で養成する。<br>○「認知症初期集中支援チーム（※3）」の設置<br>（※3）地域包括支援センター等、各市町村に設置。介護職・医療職等から成り、認知症の早期から家庭訪問を行い、認知症の人のアセスメントや、家族の支援などを行うチーム<br>○早期診断等を担う医療機関の数<br>○「地域ケア会議（※4）」の普及・定着<br>（※4）地域包括支援センターにおいて、医療・介護等多職種協働で実施される、個別支援の充実を目的とした会議 |
| ③地域での生活を支える医療サービスの構築 | ○「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定<br>○精神病院に入院が必要な患者の状態像の明確化<br>○「退院支援・地域連携クリティカルパス（退院に向けての診療計画）（※5）」の作成<br>（※5）検査や症状の経過、服薬状況等の情報を、本人や家族、医療機関、介護事業者等で共有するための連絡票                                                                                                                                                                                                                |
| ④地域での生活を支える介護サービスの構築 | ○可能な限り住み慣れた地域で生活を続けられるよう、必要なサービスを整備                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| ⑤地域での日常生活・家族の支援の強化   | ○認知症地域支援推進員（※6）の人数<br>（※6）介護と医療の連携強化を図るため、調整役として各市町村に配置<br>○認知症サポーターの人数<br>○市民後見人の育成・支援組織の体制整備<br>○「認知症カフェ（※7）」の普及<br>（※7）認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、情報交換を行う場所                                                                                                                                                                                                       |
| ⑥若年性認知症施策の強化         | ○若年性認知症支援のハンドブックの作成<br>○本人が参加できる意見交換会等の事業実施                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ⑦医療・介護サービスを担う人材の育成   | ○「認知症ライフサポートモデル（認知症ケアモデル）」の策定<br>○認知症介護実践リーダー研修・認知症介護指導者養成研修の受講者数の拡大<br>○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実施                                                                                                                                                                                                                                                               |

厚生労働省・茨城県長寿福祉課HPをもとにARC作成

3-2の通りである。

図表 3-2 地域医療・介護総合確保推進法の概要

|                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------|
| 1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法等関係）                                      |
| ①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置 |
| ②医療と介護の連携強化のための方針を策定                                                        |
| 2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係 14年10月以降）                                 |
| ①医療機関の病床の医療機能等の報告をもとに、都道府県が地域医療構想（ビジョン）を医療計画において策定                          |
| ②医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け                                             |
| 3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係 15年4月以降）                                  |
| ①低所得者の保険料軽減を拡充                                                              |
| ②一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ（月額上限あり）                                          |
| ③特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化                                 |
| ④全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村事業に移行し、多様化                                         |
| ⑤低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産等を追加                                      |

厚生労働省事業説明資料をもとにARC作成

このうち、介護保険法の改正は、25年を目指した地域包括ケアシステム（※）構築の推進と利用者負担の公平化を、主な目的としている。

改正のポイントは、以下の通りである。

- ・低所得者の保険料軽減を拡充する一方、一定以上の所得がある利用者の自己負担を、現行の1割から2割へ引上げる。
- ・特別養護老人ホームへの新規入所基準を原則要介護3以上に限る。
- ・要支援者向けの訪問介護・通所介護サービスを市町村事業とする。

今回の法改正は、各市町村の担うサービスの役割を増やすとともに、認知症ケアのあり方にも大きな影響を与えるとみられている。

## 2. 茨城県における認知症対策の推進

茨城県は、認知症になっても安心して住み慣れた地域で生活できるよう、認知症の人と家族を地域で支える環境づくりに取り組んでいる。12年3月に策定した「第5期いばらき高齢者プラン21」において、「認知症への対応と高齢者の尊厳の保持」を施策の柱のひとつとし、14年度までの重点施策及び数値目標を下記のとおり掲げている（図表3-3）。

（※）地域包括ケアシステム：高齢者が可能な限り住み慣れた地域で生活できるよう、地域で医療・介護・介護予防・住まい・生活支援が一体的に提供される体制。

○認知症高齢者等への正しい理解の普及・啓発

- ・9月を「茨城県認知症を知る月間」とし、街頭啓発活動を実施。
- ・認知症を正しく理解し、認知症の人や家族を見守る認知症サポーターの養成や、認知症フォーラムの開催。

○認知症の本人と介護家族への支援

- ・介護する家族の精神的負担等を軽減するため、介護経験を持つ家族同士の交流集会の開催。

○早期発見、早期診断・治療の推進

- ・かかりつけ医に対する研修や、かかりつけ医への助言を行う「認知症サポート医」の養成。
- ・認知症疾患医療センターの整備。

○認知症ケアの質の向上

- ・介護実務者を対象に、認知症介護に関する知識・技術の習得を目的とする研修の開催。

○若年性認知症（65歳未満で発症する認知症）対策の推進

- ・若年性認知症に関する正しい情報や社会への関心が高まる啓発活動。

図表 3-3 第5期いばらき高齢者プラン21の数値目標（認知症関係）

| 目標項目                                            | 現状値<br>(プラン策定時・13年度末)          | 目標値          |
|-------------------------------------------------|--------------------------------|--------------|
| ・認知症サポーター養成者数                                   | ・11年度：48,092人<br>・13年度：83,788人 | 14年度：93,000人 |
| ・認知症アドバイザー※養成者数<br>※認知症サポーター養成講座の講師役（キャラバン・メイト） | ・11年度：601人<br>・13年度：970人       | 14年度：870人    |
| ・認知症サポート医の数                                     | ・11年度：16人<br>・13年度：21人         | 14年度：25人     |
| ・認知症疾患医療センター数                                   | ・11年度：2カ所<br>・13年度：7カ所         | 14年度：6カ所     |

茨城県長寿福祉課「第5期いばらき高齢者プラン21」及び提供資料をもとにARC作成

## 徘徊高齢者等SOSネットワークの構築

認知症高齢者等（若年性認知症を含む）が徘徊等により行方不明になった際に、早期発見・保護につながる「徘徊高齢者等SOSネットワーク」を、14年7月から開始した。県内全市町村はもとより、近隣都県とも行方不明者の情報を共有し、連携して捜索する体制を整備した。

## 〈主な相談機関〉

### 地域包括支援センター

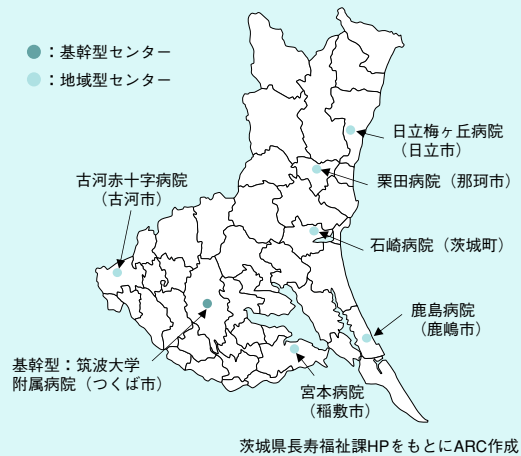
認知症及び高齢者虐待の相談・助言・指導を行う機関として、各市町村に設置されている。保健師・社会福祉士・主任介護専門員の専門職を配置し、住民からの相談や、医療機関や介護事業者との連携体制の構築に向けた調整を行う。14年4月現在、県内に計58カ所設置。

### 認知症疾患医療センター

各都道府県が指定する認知症専門の医療機関。専門医による鑑別診断（症状がどのような疾患に由来するか見極める）や急性精神症状への対応、身体合併症を有する患者への対応を行う。地域における認知症医療の中核的機関として、専門職研修会や連携協議会の開催、専門的な相談を通して、医療機関と介護サービス提供事業所等との連携強化を図っている。14年9月現在、県内には、

センターの中で中核となる「基幹型センター」1カ所、地域毎の連携体制をつくる「地域型センター」6カ所の計7センターを指定している（図表3-4）。

図表 3-4 県内の認知症疾患医療センター



## 【Topics 1 県内の認知症サポーター養成の現状】

認知症サポーター養成事業は、厚生労働省の「認知症を知り地域をつくる10カ年」事業の一つとして05年に始まり、全国の自治体や企業等が養成に取り組んでいる。14年9月末現在、全国でおよそ540万人のサポーターが養成されている。

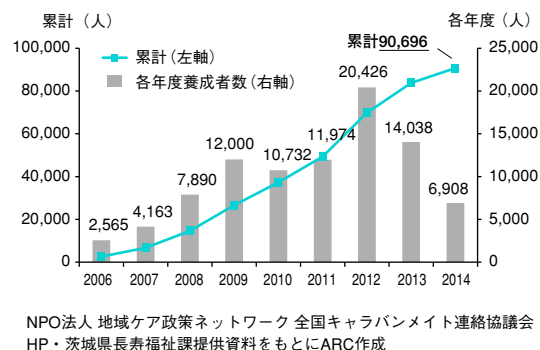
認知症サポーターとは、「認知症について正しく理解し、できる範囲で認知症の人やその家族を支援する応援者」とされており、周囲の高齢者の異変に気付いた時、行政機関へ連絡する等の役割が期待されている。

90分の講座を受講することで誰でもサポーターとなることができ、受講者には、オレンジリング（ブレスレット）が与えられる。

茨城県内では、06年よりサポーターの養成が始まり、14年9月末現在のサポーター数は、90,696人に上る（図表3-5）。

また、県では、11年より「認知症普及啓発企業連携事業」を開始し、14年9月末までに6企業と

図表 3-5 認知症サポーター数  
（累計および各年度養成者数）（県内）



協定を締結している。

協定を締結している企業は、従業員や地域住民に対して養成講座を開催し、県が講師の派遣や開催周知に協力する。県は、今後も広く講座開催を呼びかけ、14年度末までに県内で93,000人のサポーターの養成を目標としている。



### 3. アンケートからみる市町村の認知症対策

多くの認知症施策において、主体となるのが市町村である。ここでは、各市町村の認知症対策に関するアンケート調査結果をまとめた。

#### 調査日・調査対象・調査方法

14年8月1日～9月9日にかけて、県内44市町村の認知症施策担当部署に、郵送によるアンケートを実施し、全市町村から回答を得た。

#### (1) 認知症高齢者に対する実態調査の実施

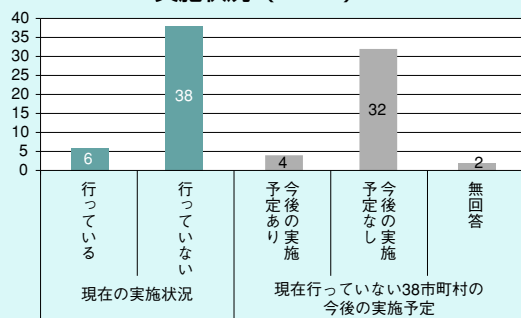
##### 実施市町村は6市町村のみ

認知症高齢者数等、認知症高齢者の実態把握に取り組んでいる市町村は6市町村であった（図表3-6）。

実施自治体における調査方法は、独自に設けたものではなく、民生委員による聞き取りや介護保険利用申請に必要となる主治医の意見書、介護保険事業計画を策定する際に実施する「日常生活圏域ニーズ調査（※）」等での把握であった。

また、実施していない38市町村のうち、今後実施予定があると回答したのは4市町村にとどまった。

図表 3-6 認知症高齢者に対する実態調査の実施状況 (n=44)



#### (2) 事業計画上の位置付け

##### 9割以上が介護保険事業計画に対策を記載

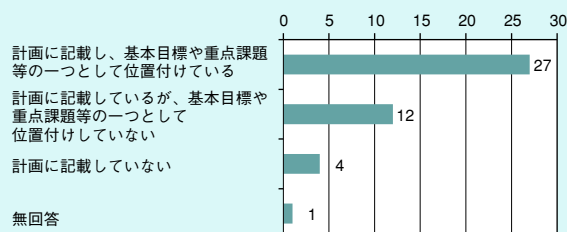
認知症に関する個別計画を策定している市町村は現時点ではない。しかし、今後策定する予定であ

る市町村は12市町村に上った。

全市町村が策定する介護保険事業計画（3年ごとに更新）における認知症施策の位置付けについては、「記載し、基本目標や重点課題の一つとして位置付けている」が27市町村、「記載のみ」が12市町村、「記載なし」が4市町村となった（図表3-7）。

また、現在策定中である第6期（15～17年度）計画では、9割弱の市町村が認知症施策について記載予定としている。第6期計画の記載内容については、国のオレンジプランに記載のある認知症ケアパスや、認知症初期集中支援チーム、認知症サポーター養成事業等の回答が多かった。

図表 3-7 現在の介護保険事業計画における認知症施策の位置付け (n=44)



#### (3) 現在実施している認知症施策

地域包括支援センターでの相談受付や認知症サポーターの養成等が上位

現在実施している認知症施策については、「地域包括支援センターでの相談受付」が全市町村で実施されていた（地域包括支援センターでの相談業務は介護保険法に定められている）（図表3-8）。続いて、住民に対する普及啓発として「認知症サポーターの養成」が43市町村、「成年後見制度の利用支援」が35市町村、「予防教室の開催」、「虐待防止普及啓発」、「徘徊等に備えた警察等とのネットワーク形成」が29市町村で実施されていた。

認知症サポーターの養成について、自由回答で開催場所を尋ねたところ、自治会や高齢者クラブの他、小中学生、民生委員、自治体職員等に対し養成

（※）日常生活圏域ニーズ調査：市町村が介護保険事業計画を策定する際に、必要に応じて実施する要介護者等の実態に関する調査。区域ごとに被保険者の心身の状況や置かれている環境等が調査項目となる。介護サービス等の需要を把握する手段の一つ。

一方、「関係課連携会議の運営」、「認知症に係る事業費の増額」といった行政関係課間の連携や組織体制の充実については、取り組む市町村がない、あるいはごく少数であった。「徘徊模擬訓練(※)」や「市民後見人の育成」は2～3市町村、「医療・介護従事者関係」についても過半数を超えた項目がなく、取り組みはあまり進んでいないとみられる。

| 施策                | 件数 |
|-------------------|----|
| 認知症予防関係           | 29 |
| 権利擁護・虐待防止関係       | 24 |
| 認知症高齢者見守り関係       | 35 |
| 相談受付・介護家族支援関係     | 29 |
| 医療・介護従事者関係        | 29 |
| 住民啓発関係            | 26 |
| 行政組織関係            | 10 |
| 認知症に係る事業費の増額      | 44 |
| 関係講座・研修の開催        | 24 |
| 関係家族の集い           | 18 |
| 相談受付（保健センター・介護施設） | 11 |
| 相談受付（地域包括支援センター）  | 4  |
| 医療・介護従事者のための研修    | 21 |
| 医療・介護従事者の間の連携促進   | 15 |
| 認知症サポーターの養成       | 14 |
| 認知症サポーターの組織化・活用   | 43 |
| 学校・社会での啓発事業       | 14 |
| 住民向け啓発行事の開催       | 10 |
| サポーターの増員          | 4  |
| 担当部署・係等の新設        | 3  |
| 関係症に係る事業費の増額      | 2  |
| 関係講座・研修の開催        | 1  |

## 行政組織体制の充実や他職種との連携に課題

上位4項目は、回答数に大きな差がなく、かつそれぞれ過半数を超える市町村が回答していることから、多くの自治体で共通の課題として認識されて

| 課題                             | 件数 |
|--------------------------------|----|
| 施策全般に係る対応職員数・事業予算の不足           | 27 |
| 個別ケース対応に向けた福祉・医療関係者との連携体制の構築   | 27 |
| 認知症高齢者の徘徊等に対応するための地域内ネットワークの構築 | 25 |
| 管内の認知症高齢者の実態把握                 | 25 |
| 若年性認知症への対応                     | 12 |
| 管内の医療施設、介護施設の整備状況              | 4  |
| その他                            | 1  |

市町村アンケートのポイントは、以下の通りとなる。

- ・ 認知症高齢者の実態調査を実施している市町村は、全体の1割強にとどまった。
- ・ 認知症に関する個別計画を策定している市町村はないものの、今後策定予定である市町村は3割弱に上った。一方、市町村によっては現在の介護保険事業計画に認知症施策の記載がなく、計画上の施策の位置付けには差がみられる。
- ・ 現在実施している施策では、地域包括支援センターでの相談受付や、認知症サポーターの養成が多かった。他方、関係課連携会議の運営や担当部署・係等の増員等、行政の組織内部に係る取り組みはほとんど実施されていない。
- ・ 今後の施策展開について、対応職員数や事業予算の不足、関係機関との連携体制の構築等、事業運営に係る点を課題とする市町村が多かった。
- ・ 認知症関連の事業が増える中、多くの市町村が現行の組織体制での対応に不安を抱え、福祉・医療関係者等との連携を主な課題としている。

25

## 4. 市町村の認知症対策の状況

### 徘徊に対応したSOSネットワークの構築と模擬訓練の実施に取り組む ～東海村

|               |           |          |          |         |
|---------------|-----------|----------|----------|---------|
| 東海村介護福祉課      | 課長        | 丸山 由美子 氏 | 介護保険室 室長 | 小川 満 氏  |
| 東海村地域包括支援センター | 主任介護支援専門員 | 藤田 朋子 氏  | 社会福祉士    | 檜山 香織 氏 |

#### あんしん・おかえりネットワーク

東海村は、高齢化率が22.9%（14年7月1日現在）と県平均より低いものの、08年の介護保険推進全国サミットの開催や、県のモデル事業の実施を契機に、認知症対策に早くから力を入れてきました。

10年から開始した「あんしん・おかえりネットワーク」事業もその一つです。あんしん・おかえりネットワークは、高齢者が行方不明となった際、協力者や協力企業（村内の店舗、コンビニ、銀行、郵便局等）に対し、当該高齢者の情報についてメール、FAXを送信し、早期発見を促すシステムです。

配信内容は行方不明高齢者等の年齢、住まい、性別、服装、容姿、所持品等についてです。1件の事例につき、配信回数は、行方不明時・何か情報が入った時・発見保護時の3回程度です。協力者は、行方不明者に関する情報があれば、地域包括支援センターへ連絡をします。

協力者数は14年9月現在で314名に上り、この2年間で100名程度増えました。実際の発見事例等については、村の広報誌でも紹介しています。

#### 徘徊等を想定した模擬訓練の実施

あんしん・おかえりネットワークと一緒に始まったのが、高齢者の行方不明を想定した模擬訓練です。年1回、村内の6学区を順に回る形で、開催しています。

実際の行方不明発生時と同様に、防災無線だけでなく、あんしん・おかえりネットワークシステムを利用しメール、FAXも送信します。

訓練は、主に平日の午後に実施しているため、参

加者は高齢者や主婦が中心です。当初は、訓練の実施について村民からの反発もありましたが、説明会や報告会を開催することで理解を得られるようになりました。

現在では、自治会だけでなく、警察や、地区社協、民生委員、高齢者クラブ等の連携を深める良いきっかけとなっています。

#### 見守り協定の締結

12年からは、要援護者の見守り活動に関する協定を村と各事業者との間で締結しています。高齢者等の異変を発見したら、地域包括支援センターに連絡をする仕組みです。締結団体は、生協や金融機関、水道会社等の生活関連企業を中心に、14年9月現在で23カ所に上ります。

金融機関から「何度も通帳を再発行している高齢者がいる」といった情報が寄せられる等、高齢者に不審な点があったら地域包括支援センターに連絡する、という意識が浸透しつつあります。

#### 見守りは認知症の早期発見・受診につながる

認知症に関する地域包括支援センターへの相談では、症状が重度に進行しているケースも目立ちます。

地域における高齢者の見守りは、認知症の早期発見・早期受診を促すとともに、近年増える孤独死の防止にもつながります。今後も、住民が地域で具体的な役割を持って取り組める事業を展開していく予定です。

## 活発なボランティア活動を認知症高齢者の支援に活かす ～つくば市

つくば市地域包括支援課 課長 津野 義章 氏 保健師 森田 明美 氏  
保健師 石田 美奈 氏 社会福祉士 井形 秀人 氏  
社会福祉士（認知症地域支援推進員） 益子 奈津子 氏

### 組織編制の見直し

地域包括支援課は、13年度より組織改編で室から課となりました。臨時職員や社会福祉協議会からの派遣を含め、現在の職員数は19名です。事業の拡大に対応するため、14年度からは、保健師を2名増員しました。

### 権利擁護に関する意識の高まり

近年、市内では、成年後見制度に関する相談が増えています。つくば市には法務局が設置されているため、市内には司法書士や弁護士等の専門家が多く、制度の普及啓発のために司法書士を講師とした研修会を毎年開催しています。

また、虐待に関する相談も増えています。13年度の県への報告件数は41件でした。金銭的、性的等、様々な虐待のうち、最も多いのは身体的虐待で、全体の65.5%を占めています。虐待防止に関しても普及啓発を行っており、ケアマネジャーや訪問介護事業者、医療機関、住民等、様々な方から情報が寄せられるようになりました。

### 5,000人の認知症サポーターを活用した見守り

13年度より、認知症高齢者の徘徊等を想定した徘徊SOSネットワークを開始しました。また、ネットワークだけで見守りをするのではなく、市内約5,000人の認知症サポーターによる見守りにも力を入れています。市民のほか、企業、店舗等、市内に気づきの視点を持つ多数のサポーターがいることで、地域包括支援センターへは多くの情報が寄せられます。より多くのサポーターの養成につなげよう

と、13年からは課内に、各講座開催の調整を行う認知症地域支援推進員を配置しました。

### 14年度より介護支援ボランティア制度を開始

つくば市は以前よりボランティアの活動が盛んな地域です。特に民生委員・児童委員の活躍は大きく、地域の見守りには欠かせない存在となっています。

活動に役立てていただくため、市では、毎年、市内の保健福祉サービス・高齢者関連サービスの情報をまとめた冊子を作成し、民生委員・児童委員や介護の専門職に配布しています。情報の更新は大変な作業ですが、配布先からは大変好評です。

介護予防の一環として、14年6月から介護支援ボランティア制度を始めました。要介護（要支援）認定を受けていない高齢者を対象に、介護施設等でボランティアを行っていただく制度です。事業に御参加された高齢者は「げんき応援ポイント手帳」にポイントを押してもらい、ポイント数に応じて、市より最大5,000円の交付金が受給されます。14年10月現在で、約100名の登録があります。

### ボランティア活動を認知症予防につなげる

介護保険制度の改正により、今後、市内のNPOやボランティア団体の重要度が増してくると思われます。介護支援ボランティアや認知症サポーター等、これまでボランティア活動をしていた高齢者に御参加いただくことで、認知症高齢者への支援、高齢者自身の閉じこもり予防、ひいては認知症の予防につながればと考えています。



## 認知症への理解の普及と幅広い予防活動から市民の意識付けに取り組む ～神戸市

神戸市役所地域包括支援課 神戸市地域包括支援センター 課長補佐 滑川 里美 氏  
社会福祉士 三浦 和 氏

### 市内各圏域で高齢化の状況が異なる

神戸市は60年代からの鹿島開発により、若い世代の移住者が多く、高齢化率は19.8%（14年7月1日現在）と、県内でも低い市町村の一つです。しかし、市南部の波崎地区の一部では、高齢化率が30%を超えており、市内の高齢化の状況にばらつきがあります。また、転入者の多い市北部・中部地域は、地域のつながりも少なく、男性の一人暮らしも目立ちます。

### 市内各所でサポーター養成講座を実施

市では、12年度より、「認知症になっても安心して暮らせるまちづくり」を目指し、認知症に対する正しい理解と予防の意識を高めるための事業を展開しています。

認知症についての理解の普及啓発として、認知症サポーター養成講座に取り組んでいます。当初は、市民の間で認知症に対する偏見もあり、開催数が伸びませんでした。そこで、高齢化率の高い南部地域を中心に町内会等での講座開催を促し、現在では、小中学校や自治会、企業等で幅広い年齢層が講座を受講しています。

### 本人・家族ともに支える やすらぎ支援推進員

02年より「やすらぎ支援推進員」の養成に取り組んでいます。やすらぎ支援推進員は、在宅の認知症高齢者を対象とした傾聴ボランティアです。13年度までに165名を養成しています。推進員は認知症高齢者の家を訪問し、本人だけでなく介護家族の話にも耳を傾けてくれると、大変好評です。

また、講座修了者が中心となって立ち上げた「劇団ぼん太」は、笑いを交えた寸劇で、認知症への理解を広めるというユニークな活動をしています。高

齢者サロンや小学校等、多くの認知症サポーター講座で活躍しています。

### 多様なメニューから個人に合った予防活動を

県が推進するシルバーリハビリ体操や生涯学習事業をはじめとして、様々な介護予防事業にも取り組んでいます。

14年度からは、国のモデル事業を実施した経験を活かし、高齢者が自由に活動できる憩いの場「いこいこかみす」「こいこいはさき」を設置しました。希望者は、茶菓代100円で、ゲームや歌、料理、手芸、体操等に参加できます。「こいこいはさき」は空き民家を活用してできた施設で、参加者は庭で野菜づくりも行っています。今後、こうした高齢者の居場所を、中学校区に1つ程度設置していきたいと考えています。

### 医療との連携が課題

市内には認知症の専門機関である精神科病院がないため、市では月1回精神科医や臨床心理士による相談窓口を設けています。窓口で受診が必要と判断された場合、市が地域型の認知症疾患医療センターと連絡を取り、高齢者の受診の支援を行います。

### 市民の意識の高まりに期待

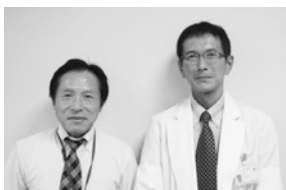
職員数も限られる中、今後、認知症高齢者がさらに増加していくと、全て行政主導で対応することは難しくなります。

そのため、行政が幅広い予防サービスや制度整備を進めることはもちろんですが、多くの市民に認知症サポーターとなってもらい、認知症に対する意識を高めていただくことを期待しています。

## 第4章 各関係機関の認知症対策への取り組み

本章では、県内で認知症施策に携わる医療機関や介護事業者、NPO法人、全国で認知症対策に取り組む企業等にヒアリングを行った。また、現在、全国的な基準となっている基幹型・地域型認知症疾患医療センターの二層型モデルを構築した熊本県認知症対策・地域ケア推進課、及びそのモデル考案者である熊本大学大学院の池田教授に、認知症対策に係る医療・介護・地域の連携等について話を伺った。

### 1. 医療機関



#### 県内で唯一の一般病院による認知症疾患医療センター

古河赤十字病院認知症疾患医療センター（古河市）      センター長 山田 武氏（右）  
課長      小柴 正則氏（左）

#### 13年度に認知症疾患医療センターに指定

当院は、53年に猿島赤十字病院として開院し、13年4月に県より地域型認知症疾患医療センターの指定を受けました。県内の地域型6センターのうち、一般病院は当院のみです。センターには、認知症専門医や臨床心理士、精神保健福祉士、保健師等で構成されています。

#### 認知症初期段階の受診者が多い

指定からこれまでの初診患者の数は、県内の認知症疾患医療センターの中でもトップクラスです。また、茨城、栃木、埼玉、群馬4県の県境に位置するため、他県からの受診も多くなっています。

受診者は認知症でも軽度の方や認知症の前段階である軽度認知障害（MCI）の方の割合が高くなっています。軽症のうちに治療が開始されれば、その後のケアも円滑に進み、症状が進行した際にも家族が対応に困るケースは少なくなります。

#### 治療は薬物・非薬物療法を組み合わせる

受診者は、まず内科医の診察を受け、神経心理検査やMRI、血液検査といった検査を経て、脳神経外科等で鑑別診断（専門医による診断）を受けます。これらの結果を踏まえ、担当者が個別の療養計画書を作成します。

治療は薬物療法と非薬物療法の両方が重要です。認知症の進行を抑制する薬の処方その他、非薬物療法では介護保険の利用を勧め、認知機能のリハビリプログラムにも取り組んでいます。

#### 患者や家族を対象にした勉強会を開催

当院では、かかりつけ医への研修会開催のほか、3ヶ月に1回、もの忘れ外来の受診者と家族が対象の勉強会「オレンジ教室」を開催しています。勉強会では、専門医が薬や症状等、患者や家族が抱える不安等について話します。

また、脳の器質的な異常（出血・梗塞等）に関する検査や、認知機能の評価等を行う「もの忘れドック」を設け、MCIや認知症の早期発見に努めています。費用は約5万円で、希望者は誰でも受診できます。

#### 他院や行政機関との連携

当院には精神病床がなく、重症となった患者が入院できない点は課題です。これに対しては、地域の精神科医療機関と密接に連携し対応を図っています。

認知症疾患医療センターや行政機関が参加する連絡協議会では、各機関の取り組み等について、意見交換を行います。地域の認知症高齢者への早期支援につながるよう、今後も連携を深めていきます。

## 2. 介護事業者



### 農村部と都市部の双方でサービスを提供

社会福祉法人<sup>ちみやま</sup>樅山会（鉾田市） 特別養護老人ホーム樅の木荘

施設長 坪 真毅 氏（左）

生活相談員 中井 和也 氏（右）

#### 村営の診療所として事業をスタート

当法人は、私（坪氏）の祖父が開設した樅山診療所が始まりです。当時、この地域は無医村地帯で、村営の診療所として設立されました。

地域に根差した診療所として往診を中心に事業を行ってきましたが、今後の介護に対する地域のニーズを鑑み、88年に社会福祉法人を設立し、翌年特別養護老人ホーム樅の木荘を開設しました。

現在は、介護老人保健施設コミュニティケアセンター樅山、高齢者グループホーム和みの家の施設運営に加え、居宅介護支援事業、在宅介護支援センター事業、介護輸送サービス事業も行っています。特養と老健はそれぞれ50名、グループホームは18名の定員です。

#### 地域の介護福祉のセーフティネット

施設の入所者は、8割以上が地元（旧旭村）の高齢者です。以前から診療所に通っていた方や、デイサービス、デイケアを利用していた方が多く入所しています。特養樅の木荘は、従来型多床室で、比較的低料金で入所できます。そのため、生活保護受給者や措置入所者、緊急性の高い方も入所しており、地域のセーフティネットの役割も果たしています。

#### 水戸市にカフェ型デイサービスを開設

一方、長年地域で事業を行ってきた経験を活かし、水戸市にデイサービス施設「デイサロン千波山」を本年4月に開設しました。食事、入浴サービスに加え、コーヒーの提供やアロマの香りを楽しめるハンド・フットケア等を取り入れた新しいカフェ型デイサービスをコンセプトとしており、利用者は各メニューから自分に合ったサービスを選択できます。水戸市近隣の高齢者の方を中心にご利用いただいております。認知症高齢者の方にも落ち着いた環境で

サービスを提供しています。

#### 本人と家族の間に入ることも施設の役目



デイサロン千波山

入居者に占める認知症高齢者の割合は、年々増えていると感じています。入所相談のあった高齢者の8～9割は認知症です。家族の多くは、ケアマネジャーやかかりつけ医等から施設への入所を勧められて相談する場合が多く、具体的な対応の手順もわかっていません。

また、家族は、病気になる前の本人の様子を知っている分、認知症をなかなか受け入れることができません。本人と家族の間に入り、双方の不安を和らげることも、介護施設の重要な役目です。

#### 若者の介護職離れは今後深刻な問題に

介護の現場は離職率が高く、転職も多いため、各々の介護観でケアを行いがちです。約120名の職員全員が当法人の理念である「共生・共感・共創」に基づいたケアを実践できるよう、職場の人間関係や雰囲気づくりに気を配っています。

また、メディア等の影響で、介護の仕事についてマイナスのイメージを持つ若者は少なくありません。介護事業への就職者が減ってしまえば、今後の認知症高齢者の増加に対応できません。

若者に介護に興味をもってもらうため、当法人でも教育現場でのボランティア体験や職場体験等に積極的に協力していきたいと考えています。

### 3. NPO法人等



#### 認知症ケアの在り方を研究し、広く伝える

NPO法人認知症ケア研究所（水戸市）

統括管理者 高橋 克佳 氏（右）  
看護師・介護支援専門員 松岡 佳美 氏（左）

#### 研究、研修、相談等、多岐にわたる事業

当法人は、質の高い認知症ケアの在り方の研究と普及を目的に、02年に現在の代表理事である六角僚子が設立したNPO法人です。医療・介護の専門職や介護家族を対象にした研究会や、介護職員向けの研修、県の外部機関として介護事業所の外部評価を実施する他、認知症ケアに悩む介護者からの相談にも応じています。

07年からは介護事業を開始し、現在、水戸市と茨城県に民家型デイサービス施設「デイサービスセンターお多福」を開所しています。

#### 世代間交流を取り入れたデイサービス

お多福では、小・中学生を対象とした就業体験「お多福キッズ&ジュニアヘルパー」事業を09年から実施しています。子どもたちとの交流は、高齢者に予想以上に大きなエネルギーを与えていました。一方、高齢者と接する機会の少ない子どもたちにとっても、昔話を聞ける等、良い影響がありました。

そこで、認可外保育園「お多福キッズガーデン」を施設の隣に開設し、保育所とデイサービスの利用者が日常的に世代間交流を行えるようにしました。

子どもの親も高齢者から子育てのアドバイスを受け等、昭和の家族さながらの様子ですが、これが新しい認知症ケアの1つの形だと考えています。



デイサービスでの世代間交流

#### 認知症は本人だけでなく家族の問題

一般向けの認知症の普及啓発は遅れています。多

くの人は、認知症を単なるもの忘れと考え、症状を深刻に捉えていません。

そのため、親が認知症となった場合に、同居家族と離れて暮らす家族との間で、共通理解が持てないといった問題が起こっています。

医療、介護サービスにかかる費用面の苦慮や、暴れて困らせるといった普段の様子等、同居家族が抱える悩みを、離れて暮らす家族は目の当たりにすることがありません。このため、双方の家族間でいざこざが生じやすいのです。

認知症は本人だけでなく、家族にとって大きな問題となります。介護のため正社員の仕事を辞め、パートに就く例も多くあります。あるいは、介護サービスが高くて利用できないことから在宅で介護し続けた結果、精神的苦痛から虐待に至ったケースもあります。

#### 近所付き合いにも目を向けたプランの作成を

認知症の問題を家族だけの負担とせず、地域で認知症の方を支えていくためには、地域のコミュニケーションが大切となります。昔から近所付き合いがあったものの、介護サービスの利用をきっかけに、疎遠になってしまう認知症の高齢者もいます。

そのため、介護保険サービスのケアプランを作成する際には、家族構成や症状等のフォーマルな情報だけでなく、昔からの付き合いの様子等、インフォーマルな情報にも目を向ける必要があります。そういった点では、ケアマネジャー等の介護職員が担う役割は大きく、大変な負担を抱えています。

当法人では、今後も家族だけでなく、介護職員の悩みにも対応できるよう、相談体制の強化等、各方面への支援の取り組みを続けてまいります。



## 【医療現場が指摘する認知症対策の課題】

認知症対策に係る医療現場の問題点について、NPO法人認知症ケア研究所顧問であり、認知症介護研究・研修東京センター長・厚生労働省社会保障審議会介護保険部会臨時委員を務める本間医師に話を伺った。

お多福もの忘れクリニック（水戸市） 院長 医学博士 本間 昭氏

認知症800万人時代ともいわれていますが、私は、現在の認知症対策についての課題を、以下のように考えています。

### 1. 早期発見・受診に対する一般の意識の低さ

認知症の疑いがある方には、まず受診してもらうことが第一です。しかし、認知症に関する全国の意識調査では、親の認知症の症状に気付いても、子の2割以上はどこにも相談をしません。茨城県はこの割合が6割弱に上り、全国で最も高くなっています。

認知症に関する知識があっても、家族の行動に結びついていません。症状が軽い段階から治療できれば、介護者の負担は減りますが、「どうせ病院に行っても認知症は治らない」という考えが、まだまだ多いのではないのでしょうか。

### 2. 服薬率が低い

薬の服薬率（指示された薬のうち実際に服用した割合）は、上げる必要があります。高齢者の部屋から、飲み残した薬が大量に発見される例もしばしば経験されます。医師は飲みやすい薬の処方もある必要があります。

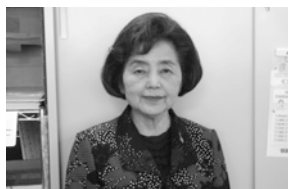
### 3. 介護施設関係者の積極的な協力

当院には、施設に入所する認知症の人も通院していますが、付き添いの約8割は家族です。しかし、本人の状況を把握しているのは、日常的に接している施設職員です。正確な状況が把握できなければ効果的な治療は難しく、施設関係者の積極的な協力が重要です。

### 4. 関係者間のコミュニケーションの不足

認知症の人の医療は、診察室の中だけでは完結しません。認知症の医療であってもケアであっても、目標は生活するための機能をできるだけ維持することです。その目的を達成するためには、医師、介護支援専門員、介護保険のサービスを提供する事業所の職員、行政担当者、家族、場合によっては本人も含めた関係者間で、目標が共有されることが必要です。目標が共有されなければ、関係者の足並みが揃いません。

これらの課題に対応するためオレンジプランが策定され、15年度から始まる第6次介護保険事業計画に反映させることが全国の自治体に求められています。一朝一夕に解決できる課題ではありませんが、まず関係者が課題を共有し解決に向けて一步一步進むことが必要でしょう。



## 認知症本人・介護家族に寄り添う心構えで支援

公益社団法人 認知症の人と家族の会茨城県支部（つくば市）

代表 宮原 節子氏

### 認知症本人・家族の交流を目的に発足

当法人は、認知症本人、家族同士の交流を目的に、80年に設立されました。本部がある京都府をはじめ、47都道府県すべてに支部が設置されています。

茨城県支部は、03年に全国41番目の県支部として発足しました。家族の会の各事業は、世話人と呼ば

れる介護家族やOB等が、ボランティアで担っています。

### 悩みや情報交換を行う場である「つどい」

茨城県支部事業のメインは、「つどい」の開催と「電話相談」、「会報発行」の3つです。「つどい」は、認知症本人や介護家族が集まり、日頃の悩みや情報

交換を行う場です。水戸市とつくば市で月1回ずつ開催し、各30名程度の方が参加します。本人を含む介護家族を中心としていますが、認知症に関心のある方であれば誰でも参加でき、外郭には行政や施設関係者、製薬会社の方も参加することがあります。

#### 電話相談ではリピーターを大切にする

電話相談は、週5日で対応しています。相談は無料で、現在は、月に20件弱の相談があります。家族からの相談が中心で、本人の症状についてや、「どこの病院に受診すればよいのか」、「本人の受診拒否で困っている」等、内容は様々です。家族が認知症であることを隠したがる傾向も強く、早期診断早期対応が遅れてしまいます。

家族の中でも悩みを話す相手がいない相談者の方が多くいます。そのため、何度も電話をしてくるリピーターは重要です。また、つどい、コールセンターとともに家族や本人に安心してもらうため、相手に寄り添う思いを大切に対応します。

#### 認知症本人の方が集うカフェを開催

県支部では、認知症の人や家族、地域住民の交流の場である「オレンジカフェ」を、月1回、牛久市で開催しています。カフェは、認知症の方がゆっくりと社会参加していくことを目的としています。利

用者は他の方とお話するだけでなく、軽い体操やゲーム、馴染みの歌を唄って楽しんでいます。また、介護家族が気軽に相談できる場所でもあります。

#### 地域住民に対する正しい理解の普及が課題

認知症高齢者は近い将来、予備軍を含め全国で1,000万人に達するでしょう。認知症関係者だけでなく、地域住民・一般の方が認知症を正しく理解する普及啓発は喫緊の課題です。徘徊者に遭遇した時に「あの人は認知症ではないか」と、周囲がキャッチできるようになれば、本人も家族も安心して暮らすことができます。しかし、施設利用も難しく、加えて、家族が認知症であることを隠したがることも影響し、追い込まれた状態になってから医療機関等を受診する場合が少なくないのが実態です。

#### 今後は県内各地での交流をめざして

家族の会では、認知症に対する正しい理解がより一層広まるよう、フォーラムの開催や9月の「世界アルツハイマーデー」に合わせた普及活動を行っています。また、自宅が遠く、「つどい」に参加できない方のために、オレンジカフェを各地域に普及させたいと考えています。県内各地での交流会実施や、介護家族のために、より広域での活動を目指していきます。

## 4. 県内企業



### 生協ならではの視点で高齢者支援を実施

いばらきコープ生活協同組合（小美玉市）

専務補佐

総合企画室渉外広報担当課 課長

総合企画室室長 根本 浩則氏（左）

藤田 和久氏（右）

#### 県内で最大規模の生協

当組合は、71年に水戸市で設立され、組合員からの出資金をもとに、宅配・店舗事業、保障事業、介護事業等を行っています。現在の組合員数は32万人で、県内の生協では最大規模です。

最近では、高齢者を中心に、12年から開始した週5回の配食サービスや料理キットの宅配が好評を得ています。

#### 福祉政策の策定を契機に見守り協定を締結

当組合では、今後の高齢化社会における生協のあり方を示した、日本生活協同組合連合会の報告書をもとに、「いばらきコープ福祉政策」を策定しました。宅配事業や移動店舗事業等を通じた買い物弱者への対応や、行方不明高齢者の発見保護への協力等を示しています。

これをもとに、12年3月の高萩市を皮切りに、14

年9月現在、県及び36の市町村と、地域の見守り協定を締結しています。協定は、商品配送等の業務中に要援護者の異変に気付いた際に各行政機関に通報するという内容です。

#### 協定締結は配達職員の自覚醸成につながる

協定締結前にも、配達時に高齢者等の異変を発見した例はありましたが、協定を締結したことで、どこに連絡すればよいか明確となりました。また、配達職員の「地域を見守っている」という自覚の醸成にもつながっています。

協定に基づき、これまでに14件の連絡を行いました。配達先の組合員より体調がすぐれない等の訴えがあり、地域包括支援センター等へ連絡を行ったケースが多くなっています。

#### 会員同士が助け合う「くらしの助け合いの会」

また、当組合が長年続けている取り組みに、「くらしの助け合いの会」事業があります。これは、子どもの見守り・送迎、高齢者宅の掃除や話し相手等の暮らしのなかでの困りごとを組合員同士が助け合う、生協ならではの家事援助活動です。活動会員には、被援助会員から1時間につき600～700円の活動費と交通費が支払われます。高齢者の場合、介護保険適用サービス外の、日常の話し相手や庭の草木の剪定等を依頼することが多いようです。

介護保険法の改正により一部のサービスが市町村事業へと移行することで、NPOやボランティア団体だけでは、サービスの担い手が不足することが

懸念されています。当組合の活動は、該当サービスを援助できるのではないかと考えており、行政が実施主体を募集する際には、ぜひ参加協力したいと思います。

#### 10年からは認知症サポーターの養成を開始

10年からは、店舗、本部を含めた全職員を対象に、認知症サポーターの養成を行っています。14年9月現在、全職員の約7割にあたる1,088名がサポーターとなっています。講師役となるキャラバン・メイトも、組合内のセンター長・店長を中心に29名います。認知症に対する職員の意識を高めることで、業務中の高齢者等の異変にも気づきやすくなると考えています。

#### 見守りに加え、買い物支援、居場所づくりも重要に

今後の高齢者支援として、見守りに加え、買い物支援と居場所づくりが重要と考えています。山間地域のみならず、都市部でも独居の高齢者等、買い物に困っている人は多く、すでに水戸市と牛久市で行っている移動販売へのニーズは高まっていると感じます。

また、移動販売の停留所は、人が集まるコミュニティとしての役割も果たしています。地域での孤立死を防ぐためには、買い物支援だけでなく、高齢者が生き活きと集まって活躍できる居場所づくりも今後の課題となるでしょう。

今後も生協だからこそできる高齢者支援活動を続けてまいります。

## 5. 県外企業



### 高齢者の介護予防・機能訓練をサポートするシステムを開発

株式会社 第一興商（東京都品川区）

執行役員 営業統括本部 エルダー事業開発部長 戸塚 圭介氏（写真）  
営業統括本部 エルダー事業開発部 エルダー企画課 課長 山岸 正人氏

#### DKエルダーシステムの開発について

当社は、73年に創立した、業務用カラオケ事業やカラオケ・飲食店舗事業等を中心とする「歌と音楽」のエンターテインメント企業です。

当社では01年より、健康産業の一環として、高齢者の健康づくりと介護予防を目的に、歌や音楽によるコンテンツの研究開発に取り組み、生活総合機能改善機器である「DKエルダーシステム」を開発しま

した。現在、全国の介護施設を中心に15,000以上の施設で導入され、茨城県内でも約400カ所の施設で利用されています。

#### 認知症予防・口腔機能改善に高い効果

DKエルダーシステムの柱は、①カラオケの効果効能の証左（産学共同研究）、②エビデンスに基づくプログラム開発、③プログラムを効果的に提供するためのインストラクター養成の3つです。

東北福祉大学との共同研究では、元気高齢者から要介護高齢者まで、対象者毎にシステムを活用した教室を開催、脳機能の活性化や認知症予防に効果があることが確認されました。また、鶴見大学との共同研究では、歌の好き嫌いに問わず、歌を唄うこと自体が口腔機能の改善やストレス軽減に効果があることが確認されています。



DKエルダーシステム

システムには、現在、音楽・体操・映像・カラオケを用いた300以上の介護予防、機能訓練プログラムとして、東北福祉大学監修の「みんなの元気塾」、東京都健康長寿医療センター監修の「はつらつ教室」等、専門機関によって開発されたプレミアムコンテンツが搭載されています。

#### 専門インストラクターの資格制度を創設

システムが効果を発揮するには、導入施設でも、システムの意図・目的を理解し、一人ひとりにあった運動を高齢者に提供していただくことが大切です。

そこで、社内で専門の指導員（インストラクター）を養成し効果的なプログラム提供に努めています。



#### 認知症の改善・予防につながる学習療法を開発・普及

株式会社 日本公文教育研究会くもん学習療法センター（東京都港区）

代表 大竹 洋司 氏

#### 学習療法と脳の健康教室事業を実施

当センターは、「公文式」で知られるKUMONが

この7月には（一社）「日本音楽健康協会」を設立、音楽健康指導士という資格制度を創設し、普及を進めていく予定です。

#### 区と協働で高齢者のコミュニティの場を創出

また、東京都中野区と共同で地域コミュニティの創出を目的とした「あらいエンジョイ広場」を運営しています。ここでは、カラオケの場を提供するだけでなく、地域高齢者を対象に、介護予防教室「中野元気塾」も開催しています。

この1年で、自治体関連施設へのシステムの導入が急激に増えています。各自治体とも、医療費・介護費の適正化や住民の健康寿命の延伸が課題ですが、介護予防教室等への参加者が少ないといった悩みを抱えています。そのなかで、当社が提供する歌と音楽を活用した教室開催は、その有効な解決策として高い評価を得ています。



システムを利用し体操を行う参加者

#### カラオケの「楽しさ」が健康につながる

カラオケのメリットは、何より「楽しさを提供できる」ことです。高齢者に楽しんでもらうことで参加意欲が増し、認知症予防や健康維持につながります。歌と音楽の力によって元気な高齢者が増え、地域で積極的に活躍できる場を提供していきたいと考えています。

グループの中の事業部門の1つです。

04年に設立され、認知症高齢者の脳機能維持・改



善のための「くもん学習療法」と、認知症予防のための「脳の健康教室」の研究開発・普及事業を行っています。

### 東北大学川島教授との共同研究

学習療法は、東北大学加齢医学研究所の川島隆太教授との共同研究で生まれました。川島教授が、98年に「簡単な音読や計算によって脳機能は活性化する」との仮説を発表した際、公文式に関して言及があったことから、弊社から教授に連絡を取り、共同研究が始まりました。

仮説を検証するため、01年9月から、科学技術振興機構（JST）の補助を受け、福岡県大川市の高齢者介護施設において、全国で初めて認知症高齢者を対象としたモデル研究を開始しました。認知症高齢者を学習群と非学習群に分け、6カ月後に機能検査を実施し学習前と比較した結果、学習群では高齢者の脳機能が維持・改善されたことがわかりました。その後、他の施設での実証や学習用教材の改良、教材を介したコミュニケーションのあり方の検討を経て、学習療法システムが完成しました。

### 全国で13,000人の認知症高齢者が取り組む

学習療法では、簡単な「読み書き」、「計算」と「すうじ盤」を、コミュニケーションを取りながら1日30分程度、週5日を基本として実施します。現在、全国約1,600の施設で、約13,000名の高齢者が学習療法に取り組んでいます。

読み書き教材は、高齢者にとって懐かしく親しみのある内容を取り入れています。また、教材のサイズは大きく、目に優しいくすんだ色の用紙を選択する等、高齢者の負担にならないよう、様々な工夫を凝らしています。

学習療法を施設で導入していただく際には、学習支援を行うスタッフに対し、弊社担当者が研修を行い、学習療法の進め方を学んでいただきます。高齢者一人ひとりに合った学習課題を選ぶ必要があり、また、学習後のコミュニケーションも大切なので、スタッフへの研修は重視しています。

### 介護の質の向上にもつながる

学習療法は、脳機能の維持・改善だけでなく、笑顔が多くなる、リハビリに積極的に取り組む、一人で食事ができるようになる等、高齢者の生活向上にも効果があります。こうした利用者の変化は、施設の介護職員の「やりがい」や利用者の変化に対する「気づき」にもつながっています。

茨城県内では、学習療法を取り入れている施設の有志が集まり、茨城県学習療法研究会『ミントの会』を立ち上げる等、学習療法を契機とした認知症ケアに関する施設間の交流も生まれています。



学習療法の様子

### 脳の健康教室は全国43都道府県で実施

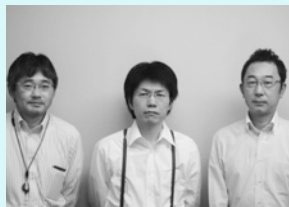
脳の健康教室は、学習療法の効果を、認知症予防にも活かす目的で開始しました。現在、43都道府県の約240の自治体で、介護予防事業の一環として取り組んでもらっています。学習内容は学習療法と同様ですが、設問の難易度や学習回数等に違いがあります。認知症予防の効果だけでなく、教室に通い友達ができただけで、高齢者の積極的な社会参加につながった等、当初私たちが想像していなかった効果も生まれています。

### 世界に広がる学習療法

学習療法は、現在、アメリカの高齢者施設でも導入されています。日本同様、アメリカの認知症高齢者にも脳機能の維持・改善効果があり、学習療法の効果が国籍や人種を問わず証明できたことはうれしく思います。

最も高齢化が進んだ日本こそ、世界に高齢化社会の先端モデルを示していくべきです。これからも、日本式の学習療法を世界レベルで広めていきたいと思っています。

## 【Topics2 成年後見制度について】



### 大学の研究成果を活かし成年後見制度の普及啓発を行う

東京大学政策ビジョン研究センター（東京都文京区） 市民後見研究実証プロジェクト

特任研究員 飯間 敏弘 氏（中央）

学術支援専門職員 金原 和也 氏（左）

学術支援専門職員 宮崎 進一 氏（右）

#### 制度利用者数は潜在的ニーズの2%にとどまる

認知症高齢者等、判断能力が不十分な人は、2012年時点で全国に約900万人に上ります。しかし、後見制度を利用している人は約18万人（13年度）と、そのわずか2%に過ぎません。

後見人等は基本的には親族申立てが基本ですが、近年は独居高齢者等、親族の中で担い手がないケースが増えています。また、弁護士や司法書士、介護福祉士等の専門職は、絶対数が少ない上に、利用者の経済的な理由から利用されにくい実態があります。

#### 「市民後見研究実証プロジェクト」について

そこで注目されているのが、市民後見人です。必要な知識さえ身につければ、誰でも後見人を務めることができるので、養成事業に取り組む自治体や団体が増えています。

当センターでは、10年より「市民後見研究実証プロジェクト」を開始しました。このプロジェクトでは、市民後見人養成講座の開催や後見活動に関する調査研究・シンポジウムの開催、地域の後見活動に関する支援・相談受付等を行っています。

市民後見人養成講座の修了者数は、14年4月現在で2,303名に上ります。最近では、社会貢献を考える退職したシニアや介護・医療職の方の受講が増えています。修了者の中には、親族の後見人のほか、地域の社会福祉協議会等でボランティアとして活躍された方、市民後見NPO法人を設立された方もいます。

#### 専門職でも後見制度への誤解は多い

養成事業に取り組む自治体や社協等の団体は増えつつあります。しかし、自治体の養成への取り組みには温度差がみられます。後見制度自体への理解もあまり進んでいません。一般の方だけでなく、医師や銀行員でも、後見制度を「資産がある人のための制度」と誤解している方がいます。介護職員でも、後見制度を勧めることで、利用者から面倒と思われることを懸念し、制度についてあえて触れない方がいます。

#### 権利擁護にとどまらない制度利用のメリット

後見制度の意義は、適切な財産管理による高齢者の権利擁護だけではありません。例えば、介護事業者の場合、制度利用により介護サービスの利用料が徴収できないケースが減るというメリットが考えられます。

国内における高齢者の個人金融資産は、900兆円規模に上ります。高齢者の15%を占める認知症高齢者が安心して消費できるということは、地域経済の活性化にもつながります。また、認知症高齢者の少なからぬ人が被害に遭っている、詐欺等への資金の流出を、制度の利用によって防止できます。

#### 他制度を組み合わせたモデルの開発

現在、当センターでは、自治体の新たな事業実施へのアドバイスのほか、市民後見制度と民事信託や地域生活サポート（介護保険適用外の家事支援サービス等）を組み合わせたモデルの開発に取り組んでいます。今後も、市民後見制度のより良いあり方について、研究を続けていきます。

## 6. 県外事例

### 県をあげて認知症対策に取り組む

熊本県健康福祉部長寿社会局 認知症対策・地域ケア推進課 主幹 藤田 誠 氏

#### 熊本県は全国有数の長寿県

本県は、高齢化率が27.2%（13年）、人口10万人に占める100歳以上の長寿者割合が全国7位（14年）と、全国有数の長寿県です。長寿県であることは、認知症高齢者が多いことも意味します。実際に、認知症高齢者数（介護認定を受けた人のうち日常生活自立度Ⅱ以上の人）は、12年現在で約58,000人と推計され、県内の高齢者の8人に1人が認知症であると考えられます。

#### 認知症対策を県の重点施策に位置付け

現在の蒲島県知事は、母親が認知症であった経験から、08年の就任当初より認知症対策に力を入れています。同年から、「長寿を恐れない社会」を目指し、認知症対策を県の重点施策に位置付けました。同時に県庁内の組織改編にも取り組み、10年4月、認知症対策・地域ケア推進課を設置しました。「認知症」という名称を課名に付けた例は、本県が全国初です。

現在、認知症対策は、課内の認知症対策班で担当しており、職員数は5名です。職員配置数は、全国的にみても多いのではないかと思います。

#### 医療・介護・地域支援の体制で施策を実施

熊本県の認知症対策は、①医療（早期発見・診療体制の整備）、②介護（適切なケアマネジメント、ケアの向上）、③地域支援（認知症サポーターの養成及び活動活性化、相談窓口の設置等）の3つに分けられます。各分野の体制を充実させるとともに、その連携を促進することが行政の役割と考えています。

#### 各センターに連携担当者を配置

熊本県では、全国で初めて、地域の拠点機能を担う地域型と、県全体を統括する基幹型の2層構造による認知症疾患医療センターを整備しました（図表4-1）。基幹型センターは、地域型センターに対して困難ケースの指導・助言を行う他、認知症専門医の

派遣、年6回の事例検討会の開催等の役割を担っています。

各センターには、顔の見える関係づくりを目的に、相談対応および各関係機関との連携強化に取り組むための連携担当者を配置しています。

基幹型センター・地域型センター・かかりつけ医（地域）という連携体制の仕組みも、最近では定着しつつあり、地域型センターが1年間に診た新規患者における、かかりつけ医からの患者紹介率も66.2%（13年時点）に達しました。

#### 指導者が施設に直接出向いて研修を実施

認知症介護のケア向上については、12年より認知症ケア・アドバイザー派遣事業を実施しています。これは、認知症介護指導者を希望施設に派遣し、施設全体に対し研修を実施するもので、14年度は20施設に講師を派遣する予定です。

一般的な集合型の研修は、受講後、各施設に戻っても一人では職場改善を行いにくいという声がありました。この研修では、直接、指導者が施設に出向いて職員全員に研修を行うため、施設全体のケア技術の底上げにつながっています。

#### 認知症サポーター数は人口比率で日本一

地域支援の重点施策である認知症サポーターの養成については、14年9月末時点で203,779人を養成し、対人口比率では全国一です。

市町村が積極的に、金融機関、小売企業、バス会社、警備会社等の生活関連企業を中心に、サポーター養成に働きかけを行っています。また、本県では、認知症サポーターの活動を促進するため、サポーターが高齢者の生活支援を行うボランティア団体を立ち上げた場合等に、1団体15万円を上限に補助金を交付しています。

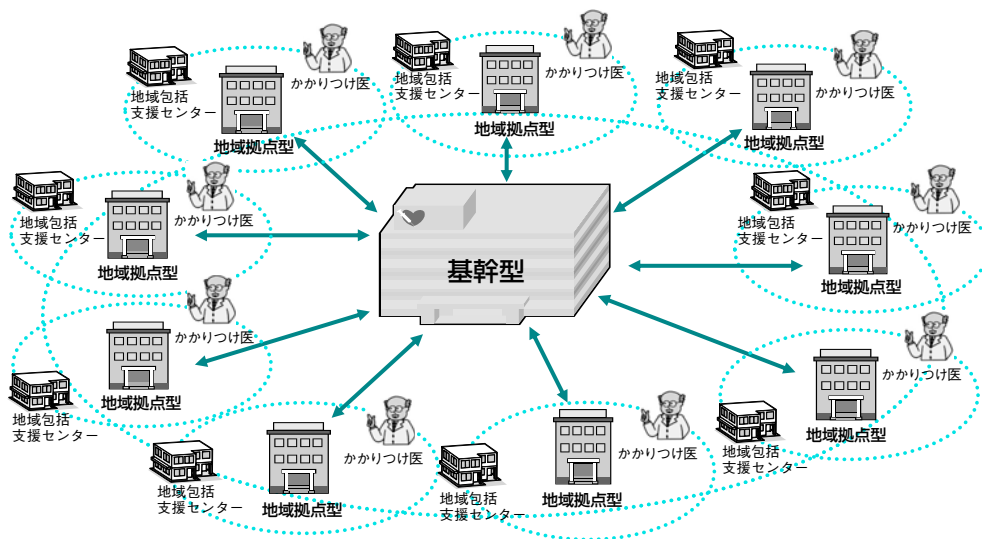
#### 連携を支える活発な主体間の交流

熊本県で認知症対策が広まった要因は、蒲島知事の就任と熊本大学大学院の池田教授の来県という

2つのタイミングが重なったことに加え、認知症疾患医療センターの連携担当者や介護職員、行政担当者等、各主体が積極的に外に出て、互いがやりとりしやすい人間関係を築く機会を設けてきたことが功を奏していると感じています。

認知症対策に、実際に取り組むのは、医療、介護、市町村、住民等の各主体です。県は、それぞれが専門性や役割意識を高めながら、スムーズに連携できるよう、今後も尽力していきたいと思っています。

図表 4-1 基幹型センターと地域型センターの関係



資料：熊本県認知症対策・地域ケア推進課提供



## 基幹型センターと地域型センターの2層構造モデルを構築

熊本大学大学院生命科学研究部 神経精神医学分野 教授 池田 学 氏

### 地域間の医療連携体制を考案

私は、認知症医療に関して、前任地の愛媛大学に在籍中から、地域の核となる医療機関がかかりつけ医や介護施設をバックアップし、一方で詳細な認知機能検査や身体合併症の重症者の対応については、大学病院が地域の医療機関を支援する、という組織づくりを行っていました。熊本に来て、08年に県の担当者から認知症疾患医療センターの設置に関して相談があった際、このネットワークを活かしてセンターの基盤にできないかと考えました。

### 2層型センター「熊本モデル」の全国への波及

当初、国では県内1～2カ所程度の設置を想定し

ていました。時間をかけて交渉し、熊本県は例外的に、基幹型センター（大学病院）1カ所、地域型センター7カ所（民間の医療機関）の計8カ所の指定の許可を得ました。

09年より1年間業務を行ったところ、非常にうまくいったため、次年度からは、国が、基幹型と地域型で役割を2分割する熊本のモデルを、全国に推奨するようになりました。その後、11年に、空白地帯を埋めるため、2カ所の地域型センターを追加指定し、現在は基幹型1カ所、地域型9カ所の計10カ所がセンターに指定されています。



## 基幹型センターのメイン業務は人材育成

基幹型センターの地域型センターへの支援体制として、専門医の派遣が挙げられます。継続的な派遣により専門外来が充実するだけでなく、地域の認知症医療の最前線の場に、大学病院の若い医師を同行させることで、彼らのトレーニングにもなります。

また、地域医療の問題として、どこ地域でも、一生懸命な医師はいるものの、その医師が転勤となったとたんに、取り組みが終わってしまう例が多い点が挙げられます。今後、認知症高齢者が急増することを考えると、どうしてもそれは避けたいと思い、教育機関でもある大学病院の特性を活かし、基幹型センターが各センターの人材育成に取り組んでいます。

## 事例検討会を通じセンターのレベルを均一化

まずは、2ヶ月に1回開催される事例検討会で、10カ所のセンターの医療の質を均一化することから始めました。事例検討会では、各センターが2ヶ月間に対処した中で最も悩んだ事例について、30分～1時間程度のディスカッションを実施します。事例は、担当医師が診断に困った例もあれば、ごみ屋敷に住む認知症高齢者の事例等、多岐に亘ります。

事例検討会は、レベルの均一化を目的とするため、各センターの担当医師とソーシャルワーカーには毎回同じ人に出席してもらい、よほどの場合でなければ欠席できません。私もどんなに学会が忙しくても、この検討会は休んだことがありません。事例検討会は今年で5年目を迎え、確実にレベルは上がってきたと感じています。



事例検討会の様子

## かかりつけ医等へ県独自の研修を実施

そのほか、かかりつけ医への研修や、認知症サポート医に対しても、全国統一の研修に加え、独自

のフォローアップ研修を、基幹型センターの監修の下で行っています。また、各地域型センターでも、かかりつけ医や行政、民生委員、介護家族等が参加し、難しい事例について検討会を実施しています。

## 人材育成とネットワーク構築の重要性

私は、当初より、地域全体をどうするかという視点と、人材育成をどうするかという視点を大切にしていました。センターのような施設ばかり増えても、人が育たなければ意味がありません。また、認知症は一人の医師が頑張っただけで済むような病気ではないのです。県内の6万人の患者を相手にしようと思うと、知恵を絞り、ネットワークをつくっていくことが必要になります。

## 地域のニーズに合ったネットワークの構築

基幹型センターと地域型センターの関係性は全国共通ですが、各地域における連携のネットワークは、それぞれ特性があります。熊本県でも、医療機関は偏在しており、地域によって状況はかなり異なります。そのため、今ある資源でいかにネットワークを構築していくか、各地域が分析しながら進めることが重要となります。県や基幹型センターが画一的に行うよりも、地域型センター、行政、医師会等、それぞれの主導役が地元に着し、地域の総合病院や他の関係機関と相談しながら、ネットワークをつくっていったほうが、本当にニーズに合ったシステムを構築できるでしょう。

## 地域の認知症医療の問題は支援体制と組織化

今後、高齢化がますます進行することを考えると、地域医療に一生懸命取り組んでいる医師にとっては、例え専門外であっても、認知症は避けられないテーマだと思います。地域の医師が、認知症医療に貢献するというのは、当然の流れです。熊本県の場合、それを大学病院がバックアップしたことで、活動しやすくなったかもしれません。

私は、日本の認知症医療や介護技術は、北欧よりも総じて優れていると思います。地域には、有能な人材も多く、問題解決の鍵はそうした人材をどう支援し、どう組織化していくかということにかかっています。

## 第5章 安心して暮らせる長寿社会の実現に向けて

### 1 認知症対策の現状と課題の整理

#### 認知症高齢者や家族にとっての課題

認知症は、加齢に伴い発症率が高まるとされる。つまり、誰にでも起こりうる病気である。今後、高齢者の増加に伴い、県内でも認知症高齢者数の増加も避けられないと考えられる。

認知症は患者の日常生活に支障を及ぼし、患者本人の尊厳が失われることさえある。介護家族には、心配や不安が常につきまとう。家族が心身ともに疲弊し、虐待に発展するケースもある他、医療・介護サービスの利用等にかかる金銭的な負担も大きい。また、認知症高齢者の徘徊や失踪による事故、店舗等での対応の問題が起こっている。

さらに、認知症は発症しなければわからない問題が多い。介護の負担や周囲に与える影響の大きさは、当事者にならなければ理解しづらい。

#### 現在の認知症対策の課題

次に、認知症高齢者への対応の課題について、主体毎に考えていきたい。

##### (1)医療・介護

#### 認知症への対応力と従事者の不足が問題

認知症は、現時点では根本的な治療法が確立されておらず、原因や症状が多岐に亘るため、医師や介護職員等の専門職にとっても、診断や対応が難しい病気である。治療にあたる医師は、医療的アプローチだけでなく、介護サービスや家族の負担等、多くの点を考慮しなければならない。介護職員には、個人に応じたケアの実践の他、家族や医療機関と本人との間に入り、スムーズな連絡調整に努めることも求められる。そのため、医師や介護職員の対応力向上が必要との見方もある。

また、現場の人材不足も懸念される。県内の医師数は、長年、全国水準を大きく下回っている。一方、県内の介護職員の離職率も全国と比較して高

く、転職も多いため、技術がなかなか身につかない実態がある。

##### (2)介護家族

#### 誤解、ショック等から早期診断に結びつかない

県内住民へのアンケートからも明らかなように、認知症の相談窓口がわからない等、家族が認知症になったときの対応方法を知らない住民は多い。

相談先を知っていたとしても、誤解や家族が認知症であることのショック等、様々な理由から早期の相談に結びつかないことが多い。

##### (3)行政

#### 今後の対応準備への不安

施策を推進する行政では、認知症対策の重要性は理解しつつも、足もとの業務に追われ、全ての問題を把握できていないという意見があった。実際に、県内市町村における認知症対策は、現段階では介護保険事業計画内の位置付けにとどまり、個別計画を策定している市町村はない。

来年度の介護保険法改正に伴い、行政の事業はますます増え、他主体との連携も必要となる。しかし、市町村へのアンケートからは、対応職員数や予算不足等、現在の組織体制に対する不安が窺える。

さらに、各市町村が実施する認知症予防（介護予防）事業に関して、市町村からは、「予防に効果的なプログラムを実施しても、介護予防教室等に人が集まりにくい」という声があった。一律のプログラムでは満足しない等、高齢者の価値観の多様化も背景にあるとみられる。

### 2 課題・問題点解決の方向性

これらの課題・問題点に対して、各主体にはどのような対応が求められるだろうか。以下では、「潜在力」、「デザイン力」、「連携力」の3つの視点から、各主体に望まれる今後の方向性を考える。

## (1)潜在力

### 社会の関心の高まりを普及啓発へ活かす

認知症に関する世間の関心は高まっている。メディア等での報道が増え、住民自身もその予防方法等に高い関心を寄せている。

こうした関心の高まりは、普及啓発を促進させるチャンスでもある。普及啓発の主要事業である認知症サポーター養成について、県内のサポーター数は、事業開始以降、順調に伸び続けているものの、県内総人口に占める割合は、全国と比較すると低い。県が推進する企業との連携の他、希望者による開催依頼を待つのではなく、地域において、自治会や教育現場等へ積極的に開催を働きかける姿勢が求められるだろう。

### NPO法人等や民間企業への期待

県内のNPO法人や民間団体では、介護家族や介護職員を対象とした相談受付や、交流会を開催している。しかし、県内の活動団体数は僅かで、介護家族等のニーズに応えきれていないとの指摘もある。活動団体数を増やすためには、熊本県で実施するような、高齢者支援を行うNPO法人等の設立に対する補助の実施も一案だろう。また、(公社)認知症のひとと家族の会茨城県支部が実施する認知症カフェ（オレンジカフェ）のように、本人の社会参加の場の広がりも期待される。

民間企業にとって、認知症高齢者支援は、社会貢献による企業価値の向上とともに、ビジネスチャンスにもなり得る。(株)第一興商や、くもん学習療法センターでは、これまでの事業や研究を活かし、認知症予防・改善事業に取り組んでいる。介護予防教室等への参加者の少なさに悩む行政は、企業が考案した、高齢者に親しみやすいプログラムを導入することで、参加者の増加につなげることができる。

### 高度な研究機関の集積

茨城県には筑波大学をはじめ、認知症医療に関する高度な研究機関が存在する。これは、当県における認知症対策の大きな潜在力の一つである。今後は、研究の成果を施策に活かすための、具体的な取

り組みが期待される。

### 地域の見守りの推進にはシニアの活用を

地域の見守りには、企業による協力の他、認知症サポーターやボランティア等として、草の根的に活動できる推進役が必要となる。

その推進役には、社会貢献意欲の高い元気な高齢者が適任であろう。推進役の高齢者が見守りの担い手として積極的に外に出ることは、認知症高齢者のためだけでなく、本人の生きがいや健康維持にもつながる。

## (2)デザイン力

### 各主体の役割分担を明確にする

施策に関わる主体が数多く存在する中で、効果的に対策を進めるためには、それぞれの役割分担を明確にすることが求められる。

熊本県では、事業を医療、介護、地域支援の3つに分け、施策を推進している。また、主体間同士の役割分担だけでなく、例えば、医療分野では、認知症疾患医療センターの運営で、基幹型と地域型という2層型モデルを構築し、業務の分担と緊急度に応じた患者の振り分けを図っている。

茨城県でも、この2層型モデルはすでに取り入れられている。次のステップは、このモデルをいかに活用していくかだ。県では、(かかりつけ医等への助言を担う)認知症サポート医を、来年度より開始される認知症初期集中支援チームの「相談役」と位置付ける予定である。こうした具体的な役割を与えられることで、これまで以上に積極的な活動が可能となるだろう。

### 地域に合った支援体制の構築

地域における支援体制の構築には、いかに地域の実態に沿った体制が構築できるかがポイントとなる。今後の認知症施策を含む介護保険業務は、市町村を中心に展開される。負担は増えるが、市町村にとっては、独自の施策方針を打ち出す好機である。例えば、各市町村が作成する「認知症ケアパス(P.10 図表3-1参照)」は、認知症高齢者の支援に必要なサービスを、症状の段階に応じて示すものであ

り、地域の実態を把握しながら、今後の支援体制の基礎資料となるよう作成することが重要だろう。

また、国や県が進めるモデル事業への積極的な取り組みは、その市町村の認知症対策のレベルアップとともに、他主体とのつながりを持つ良い機会となる。また、モデル事業への取り組みが全国的に知られるようになれば、熊本県のように自治体の存在価値向上にもつながるだろう。

### (3)連携力

#### 連携力が高まれば患者の振り分けが可能になる

医療分野では、県内でも、県や各認知症疾患医療センターが、かかりつけ医等に対する研修を実施している。しかし、対応力は短期間で身に付くものではない。熊本県では、実例を用いた事例検討会を継続的に実施することで、関係者からも「レベルが上がった」との声が多く聞かれている。本県においても、現場の声を取り入れた研修を地道に続けることが対応力の向上には不可欠だろう。

認知症高齢者が増えるといっても、全ての医師が認知症への対応だけに時間を割けるわけではない。病院間の連携力を高め、重症な場合には専門医が診る等、症状に応じた患者の振り分けが求められる。

#### 介護事業者同士のつながりを深め、対応力を向上

介護分野は、認知症高齢者本人と家族を支える最前線の役割を担っている。介護技術の向上、家族への対応、また、個人に応じたケアプランの作成等、実例がなければ悩むことも多い。これには、多くの事例を情報交換し合う等、介護事業者同士のつながりを深めて対応力を向上させていくことが最善で

あろう。茨城県学習療法研究会『ミントの会』のように、認知症ケアに関する事業者同士の交流が広がることが望まれる。

人材不足への対応は、介護報酬の問題もあり、早期の改善は難しいものの、県社会福祉協議会等で行っている福祉職専門のマッチングサービス等の利用も、有効な解決策の一つである。

#### 情報や想いを共有する機会を設け、連携を深める

県内における認知症対策の旗振り役となる県には、研修や検討会等の実施による各主体のレベルアップと、顔の見える関係づくりの構築が求められる。

医師や介護職員等の人材育成等には、時間も必要であり、将来を見据えた長期的な視点で事業を進めていかなければならない。互いがやりとりしやすい関係性も、一朝一夕に構築できるものではない。しかし、情報や想いを共有する機会を提供することで、主体間の連携力は深まるだろう。

#### 終わりに

認知症対策が今後進展していくためには、認知症に対する正しい理解が住民に浸透し、地域ぐるみの認知症対策の必要性を理解する人が増えていくことが必要である。高齢者の異変に気付いたときに地域包括支援センターに連絡する、という意識が広がるだけでも、認知症高齢者と家族にとって大きな安心をもたらすはずだ。

認知症高齢者と家族が暮らしやすい地域は、将来の私たちが安心して暮らせる地域でもある。小さな意識の変化が、地域にもたらす効用の大きさに期待したい。

(大川・荒澤)

### 【県内の認知症関連のイベント開催予定】

#### ・認知症をあきらめない茨城！ミニシンポジウム

日時：2014年11月21日（金）10時～15時

場所：ひたちなか市勤労者総合福祉センター  
ワークプラザ多目的ホール

内容：講演「高齢社会と認知症について」

映画上映「僕がジョンと呼ばれるまで」

主催：茨城県学習療法研究会「ミントの会」

問合せ先：(029) 354-3210（プロスペクトガーデンひたちなか）

#### ・第13回認知症フォーラム in いばらき

日時：2014年12月7日（日）13時～16時30分

場所：坂東市民音楽ホール Belle Foret

内容：講演「認知症の理解と援助」

「認知力アップディケアの考え方と実際」

体験発表（認知症家族介護者）

主催：茨城県・（公社）認知症の人と家族の会茨城県支部

問合せ先：(029) 879-0808（家族の会事務所）