

# 2012 京都文書



京都式認知症ケアを考えるつどい実行委員会

# ～ 目 次 ～

目次	-----	1
I 2012 京都文書全文	-----	2
II 「2012 京都文書」の位置 ～京都文書作成に至る背景と経緯～	-----	12
III 実行委員会の議論と提出資料 ～認知症ケアの現在と今後への道筋～	-----	14
付録 京都式認知症ケアの定義十箇条	-----	34

# I 2012 京都文書

## □ 認知症の疾病観を変えることから始める

家族介護とそれが限界を迎えたときの入院・入所しかなかった時代、既に多くのものを失ってからしか医療やケアとの出会いはなかった。そんな従来の認知症の疾病観は極論すれば、認知症の終末像を中心に構築されたと言うことができる。しかし、終末像のイメージしか持たない疾病観というものはアイデアとしての貧困であり、医療にとってもケアにとっても、ときとして有害である。人としての尊厳が守られないケア、たとえば老人病院でベッドに縛られるといった風景は、こうした疾病観と無縁ではなかった。一方、私たちの社会が準備できているケアは中等度と重度の認知症に中心があり、初期で軽度の認知症に対するケアが欠落している。この欠落が時に取り返しのできない破綻と絶望を生む。癌などの他の疾病が「死の宣告」から「生きるための告知」に転換していった過程に習って、初期の疾患イメージが変わることが重要になる。そして、そのために必要な認知症の全体像を手に入れるためには、起点から始めて疾病過程に順行して全経過をフォローすべきである。おそらくそこから、新しい認知症ケアや養生の仕方、そして希望と楽観も生まれてくるはずである。多くの疾患がそうであったように、初期の疾患イメージと手当の方法が確立すると、終末期の姿が大きく変化していく。認知症の人が今よりもっと豊かな人生を生きることができるようになることで、認知症の疾病観は確実に変わっていく。

## □ 認知症の疾病観を変えるためには（出会いのポイントを前に倒す）

認知症の疾病観を変えるためには、つまり初期の疾患イメージと手当の方法を確立するためには、出会いのポイントを前にずらすことが必要になる。家族や周囲との関係を含め、すべてを失い、すべてが壊れた後に医療やケアと出会うと、その出会いは多くの場合侵襲的なものにならざるをえない。彼らの生活の連続性を断ち、生活を根こそぎにする形で始まる医療やケアとの出会いはお互いの不幸である。せめて生活を奪わない医療やケアでありたい。医療やケアの侵襲性を最小限にするためには、失う前、壊れる前に彼らと出会う必要がある。そこで浮上してくるのが入口問題である。

## □ 入口問題とは何か（アクセスからの排除）

出会いのポイントを前に倒すには、医療やケアと出会う部分、つまり医療やケアへのアクセスがスムーズに行われる必要がある。この部分を担う両輪として期待されているのがかかりつけ医と地域包括支援センターであり、サポート医の創設やかかりつけ医認知症対

応力向上研修もその一環に位置する。もちろん、こうしたシステムは必須であるが、それだけでは出会いのポイントを前に倒すことはできない。つまり、入口問題とは、単にアクセスポイントの有無だけに留まらず、社会経済的問題を含んだ「アクセスからの排除」をもたらす要因のことである。しかし、これまではこの問題に明確な焦点があてられることがなかったために、きちんとした分析がなされることなく放置されてきた。入口問題を解決するためには、まずはこの問題を描き出すところから始めなければならない。

入口問題は、医療やケアに「アクセスする側の要因」と「アクセスを受ける側の要因」に大別される。たとえば独居、社会的孤立、支援拒否、貧困、複合的家族問題といった要因があると、医療やケアへのアクセスが困難になり生活が破綻してから事例化するリスクが高くなる。アクセスする側の要因とは、つまるところ認知症の本人および家族が有する様々なレベルにおける「虚弱性」の問題として整理することも可能である。「アクセスを受ける側の要因」としては、たとえば早期発見するシステムの未整備、アウトリーチ機能の未成熟、医療とケアとの連携不足といった問題が浮上してくる。ここには、認知症の人やその課題を発見するところから対応を開始するところまでが含まれるので、医療・ケア・行政・制度などの広い範囲に渡って要因を整理する作業が必要になる。

ところで、社会全体としては入口問題に光があてられることがなかった時代、いち早くこの領域の問題の重要性に気づき、入口問題に対する先駆的な取り組みを継続してきたのが「認知症の人と家族の会」をはじめとする当事者組織である。これらは、電話相談やつどいの開催により、入口部分で迷い、途方に暮れる人たちの支援者として重要な機能を担ってきた。いま、こうして入口問題を検討することができるのも、その源流は当事者組織にある。

## □ 入口問題の解決に向けた道筋

認知症を生きる人たちが援助者と出会っていく流れに沿って入口問題の解決に向けた道筋を描いてみる。自らアクセスしない（できない）人たちの最大のリスクは発見が遅れることなので、地域という「面」を対象にした、早期に発見できる仕組みを検討する必要がある。ここには、民生委員など地域で見守り活動をする人たちとの協働体制の構築や、地域全体への認知症サポーター養成講座の浸透など、「地域づくり」に向けた取り組みが含まれる。次の段階、つまり出会いが「発見」になるためには、関与する人たちの認知症に対する感度を上げる努力が必要になる。この問題は認知症の疾病観とも深く関与する。そして、入口問題への中心的な役割を期待される地域包括支援センターは、支援を拒否する困難事例への「訪問相談」を担えるよう体制を強化する。そこには人的・技術的・制度的支援が含まれる。また、ともに入口部分を担うかかりつけ医とは、「顔の見える関係」をつくることで日常的な連携を可能にしたい。本人・家族・ケアワーカーが、かかりつけ医に対し専門医への紹介を気兼ねなく依頼できるよう、かかりつけ医と専門医との連携も重要である。どうしても受診が困難な事例には、専門医の訪問診療や訪問看護が切り札になりうる。こうした広範囲にまたがる多職種連携体制を構築するためには、医師会と行政

の関与が不可欠となる。

以上、今後の課題を提示してみたが、既に先行した実践がある。認知症サポート医連絡会のスタートによって、京都の認知症専門医（サポート医）とかかりつけ医が一堂に会することが可能になった。認知症専門医全員を対象にした見晴らしのよさと、サポート医とかかりつけ医とが直接顔の見える関係を構築できるという開放性は、「連携」を深化させる上で画期的な意味を持つ。いくつかの行政区では、地区医師会が中心となって認知症ケアに関する多職種協働の地域連携協議会・地域づくりが進められている。こうした試みが京都全体に浸透していくことで、入口問題の大きな前進が期待できる。行政では宇治市の取り組みがモデルになる。地域包括支援センターをサポートするために認知症ケアのネットワークを主宰し、宇治久世医師会と連携ツール（物忘れ連絡シート）を共同作成し、地域包括支援センターと一緒に 96 の医療機関に戸別訪問して交流と連携ツールの浸透を図っている。そして、事例検討を重ねて「事例集」をまとめ、その分析作業に着手している。こうした事例集作成は、京都市地域包括支援センター・在宅介護支援センター協議会が先鞭をつけたものであり、「入口問題」を検討する重要な資料となる。ただ、忘れてはいけないのは、こうした取り組みが、突出した個人や団体に依存するのではなく、どこの地域へも移植可能（トランスミッシブル）なシステムとして結実することである。

#### □ 認知症医療の問題（ケアとの相互補完的關係）

認知症の全体像と医療との関係を検討すると、医療が認知症に対して抱えている問題は「認知症の医療」の問題と「医療のなかでの認知症」（合併症問題）の二つに大別される。認知症の医療の問題は大きくいえば、ひとつは医療モデル単独での有効性の低さであり、今ひとつには、医療化（medicalization）のもつ侵襲性である。たとえば、初診の場面を考えてみる。早期診断・早期治療の場面では、本人・家族が初めて認知症と向き合う場でもあることを考えると、認知症をいかに受けとめてもらい、いかに適切なケアに結び付けるかということが重要になる。認知症を生きる本人への支援、彼・彼女と一对の家族に対する支援、家族の会やケアとの距離感、そして医療提供者自身がそれに伴走する姿勢が重要になる。つまり、認知症治療薬を処方するだけでなく、認知症の人を治療するとはどういうことかをよく考える必要がある。そして医療とケアは相互補完的關係にあるので、ケアと連携する能力が必須になる。ケアと連携する技術・知識・姿勢を、医療の「標準装備」としたい。また、医療とケアとを「横の連携」と考えるなら、かかりつけ医と専門医とは「縦の連携」になる。二つの連携は、横糸と縦糸を使って一枚の布を織り上げる作業に似る。「点から線へ、線から面へ」と関係者の連携を編み上げていけば、認知症を生きる人たちが必要な医療から排除されたり、反対に過剰な医療化を受けることを防ぐことができる。

「医療の中での認知症」（合併症問題）については、たとえば、認知症の人が身体疾患を合併した時に総合病院から入院を断られるといった問題が含まれる。そうした現状を分析した上で、認知症を生きる人たちに必要な医療と暮らしの両方を保証するための道筋を

探らなければならない。急性期病院の環境は認知症の人たちには過酷な面があることを考えると、認知症の人たちに対する医療は暮らしの場で提供されることが基本となるべきであろう。そのためには病院から暮らしの場に医療の重心をシフトすること、つまり訪問看護と訪問診療を中心にした医療の構築が前提となる。地域医療が確立すると、病院は地域医療との協働と役割分担を担保にして、必要な入院を断らない体制を準備することが可能になる。その場合、急性期病院は、認知症ケアの専門チームを配置してケアの相談に応じる体制を整えたり、入院期間を最短化するとともに、地域連携室や退院調整部門を中心にして地域と一体になった病棟運営を構築するなど、認知症の人に焦点をあてた新しい工夫が必要になる。そして、暮らしの場に戻すためには、提供しようとしている医療が、認知症の人の生活にどう影響するのかを問う視点が不可欠となる。病院と地域との信頼関係が深まれば、急性期病院への精神科医の往診も可能になる。認知症人口を考えれば、地域毎に身体疾患を合併した認知症の人たちに対する医療を検討する必要があるが、2012年に京都でスタートした在宅療養あんしん病院登録システムは、病院と地域の連携を構築する上でよい機会になりうる。在宅・施設・病院看護師がともに認知症ケアを学ぶ場を地域単位で形成できると、連携は容易になる。

#### □ 認知症ケアの問題（守備範囲を拡大する）

ケアの世界は、この10年で大きな転換を遂げた。それは一斉介護方式と呼ばれた集団ケアから個別ケアへの転換であり、大規模・多床室から小規模・ユニット型個室への転換であった。ケア理念としてのパーソンセンタードケアは、2006年の「地域密着型サービス」を生みだし、住み慣れた暮らしの場で切れ目のない連続したケアを提供することが追求されるようになった。では、認知症ケアの現在はどうだろうか。

認知症の全体像とケアとの関係を見ると、依然として軽度の時期のケアは不在であり、重度に至っても運動能力と体力が保たれている人のケアは不十分なレベルに留まっている。まず、初期段階におけるケアの不在を検討すると、この課題については相談窓口の充実や地域づくりの進展、ケアスタッフの学習機会の増加、地域密着型サービス（小規模多機能、グループホーム、認知症デイ等）の浸透に期待できる。たとえば、小規模多機能の「訪問と通いと泊まりを、利用者の事情に応じて縦横無尽に使い分ける」という方法は、入口問題やケアを拒否する事例への対応を容易にする。地域密着型サービスとケアマネジャーが地域包括支援センターと連携して動けば、入口問題への対応は容易になる。また、「暮らしの場を動かさない」「同じ職員が対応する」という小規模多機能の特徴は、ケアを拒否する事例への侵襲性を小さくする。認知症を生きるということは、できないことが増えていくだけではなく、そのことにより周囲との関係性が崩れていくということでもあるので、ケアは「できなくなったこと」を援助するだけではなく、「できなくなったことへの援助を通して周囲の人との関係を繋ぎなおす」という側面を併せ持つ。そうした水準へとケアを飛躍させる可能性がある。

次に、重度に至っても運動能力が高く、対応が難しい人のケアについて検討する。グル

ープホームやユニットケアは、感情機能が良好で親和性の高いアルツハイマー病を中心にケアを提供してきた歴史がある。依然として、もっとも頻度が高いアルツハイマー病に対するケアの確立が急務であるが、アルツハイマー病以外の人たちや対応の難しい人たちにも守備範囲を拡大していくためには、医療との連携や環境調整が必須になる。また、複数の人で特養の居室を相互利用するホームシェアリングという制度は、家族支援の強力な武器になり、対応の困難な人を在宅で支える可能性を拡大した。小規模多機能、グループホーム、ユニットケアなどの類型毎の特色を分析し、類型毎の一定の水準を示した「ケア標準と到達目標」のようなものが作成できると、ケアの技術化を具体的に検討する手がかりが得られる。サービス類型の垣根を越えて一緒に検討する場が必要になる。

身体疾患を合併するケースへの対応は、ケアの場に訪問診療が上乘せされればさらに多くのことが可能になり、特養などのケア施設における看取りの問題も更に議論が進むであろう。再検討が必要となる。

#### □ 都市型と地域型（地域特性に応じた認知症地域包括ケア）

京都は南北に長く、京都市など人口密度が高く医療資源も豊富な地域と、高齢化が進み人口も少ない地域を含んでいるが、この二つの地域では認知症医療やケアをめぐる事情も大きく異なっている。両者は同一には論じられない部分も多いことから、「都市型」と「地域型」といった類型を措定して地域特性に応じた議論が必要になる。たとえば、かかりつけ医と専門医との連携ひとつをとっても、認知症専門医や認知症専門医療機関は都市部に偏在しているために、地域型においては専門医へのアクセス自体に困難を伴う場合も多い。また、医療資源の種類や数が限られるため、機能分化による役割分担は期待できないことも多い。その一方で、社会資源が限られている地域型においては、関係機関相互の親密さや、「顔の見える関係」を前提とした医療とケアの連携においてアドバンテージがある。それぞれに固有の「強み」と「弱み」があるので、認知症に関する地域包括ケアの形成方法についても戦略を異にするはずである。京都全体の認知症地域包括ケアを論ずるためには、「都市型」、「地域型」それぞれにモデルを追求する試みが必要になる。「都市型」モデルの構築においては、多数ある医療・介護資源のはざままでサービスが届かない人が出ないよう気をつける必要があるだろう。一方で「地域型」モデルでは、乏しい医療サービスを少しでも補完する工夫が必要になるだろう。そこでは、医師以外の医療職である心理士、作業療法士、理学療法士、言語療法士の認知症医療への参画を進めることを一つの解決策として提案したい。

## □ 地域包括ケアから排除されやすい人たち（排除の要因は多因子）

これまで、地域から排除された認知症の行く末をきちんと検証した議論は少なかったように思う。彼らはどこでどうしているのか……。頻度は少なく極端な事例になるが、これまでのケアや医療の限界を踏まえてシミュレーションしたものを、反論、反発、困惑を承知であえてことばにしてみる。

たとえば、排除される若年性認知症の場合。軽度の時期、中等度の時期を経て重度の時期に入り、失語・失行・失認を伴うようになって介護抵抗が激しくなった時。いよいよ家族介護が危機的段階を迎えると、こういう時にこそ頼りになるはずのケアは、介護抵抗を理由に本人と家族を置き去りして身を退いていき、在宅は不可能と進言する。孤立した本人と家族は絶望的な状況に追い込まれ、やむをえず行動を制限できる精神科病院への入院が選択される。この時点で在宅は断念され、地域社会の住人ではなくなる場合が多い。しかし、歴史的に統合失調症を中心に診てきた精神科病院には、薬物療法以外にこのタイプの認知症に対する特別のケア技術がある訳ではない。そして地域のケアスタッフ以上に精神科のスタッフに時間的ゆとりがある訳ではなく、病床は50床を超えることが多い。慣れない環境は彼・彼女に一層の混乱をもたらすので、必要と判断されれば、薬物療法の他に、保護室への隔離や、時には身体拘束が選択されていく。そうしたことの結果として、身体的にも精神的にも急激に解体していく様子は、家族の足を精神科病院からますます遠ざける。社会からも家族からも孤立した彼・彼女は、一定期間を精神科病院で過ごした後、さらに別の長期療養が可能な病院に移り、そこで最期を迎える。

ケアの側は、精神科病院に入院させた段階で苦闘から解放され、安堵とともにフォローを中止する。入口部分を担った医師は、重度になった段階で転医を選択せざるを得なくなり、自分の役割を終了させる。ケアも医師も彼・彼女の行く末に関心を持ち続けることは難しい。精神科病院は社会で生きていた彼・彼女の姿を知らないし、終末期を引き受けた病院は、もはや彼・彼女の姿から「その人らしさ」を読みとることは困難になっている。

あらためて全体を眺め直してみると、彼・彼女の認知症の全過程を見届けた人はどこにも存在しない。彼・彼女が生きた認知症の全体像は、遂に一度も明らかにされることがないまま、彼・彼女の存在とともに忘れ去られていく。誰もこの問題に関心を持たないので、現状は変わることなく再生産される。すなわち、地域から排除され忘れ去られる本人、このような現実にも直面しても他に選択肢を持たず絶望に追いやられる家族。こうした光景は解決されることなく反復される。

地域包括ケアから排除される認知症については、忘れ去られて誰からも関心を持たれないところに最大の問題がある。存在が認識されなければ、排除自体も認識されな



い。そのために、この領域の問題は誰からも分析されることなく放置されてしまう。認知症を生きる人からみた地域包括ケアを語ることは、排除の諸相を明らかにすることでもある。シミュレーションは、地域のケア提供者に始まり家族も含めてすべての関係者のなにかの負い目を描写しているが、排除の問題は、私たちの医療やケアが認知症を生きる人たちを包摂できていない領域で生み出される。まずは、記述するところから新しい技術と希望が生まれる。

当然のことながら、排除されやすいのは行動化の激しい若年性認知症に限らない。ここには、ケアにアクセスするがケアの対応力が及ばず、ケアに包摂できないすべての認知症の人が含まれる。この問題も入口問題同様「ケアを受ける側の要因」と「ケアを提供する側の要因」に大別されるが、背景には複雑な要因が絡んでおり、解決への道筋も異なるため、要因別の丁寧な分析が出発点となる。たとえば、「ケアを受ける側の要因」には、本人・家族の複合的な家庭要因が含まれるので、この問題を検討しようとするれば、事例検討と事例集の作成を重ねて丁寧に分析を継続する作業やケースワークを含むソーシャルワークの充実が必要になる。そして「認知症の身体合併症」の問題。ここには二重の排除があり、医療依存度が高い認知症は、ケアの側からは「身体疾患」を理由に、医療の側からは「認知症」を理由に対応を拒否されやすい。解決の道筋は自ずと明らかで、自宅・施設・病院を問わず、「医療」と「ケア」の両方を提供することである。細部は、「認知症医療の問題」の項に記した。

#### □ 若年性認知症問題は多くのことを提起する（若年性認知症は二度排除される）

若年性認知症は二度排除される。一度目は認知症の初期段階においてサービスが存在しないことによってであり、二度目は認知症が重度になった段階においてサービスを断られることによってである。若年性認知症に対するケアが未確立であることにより、激しい介護抵抗に対応できない施設が多い。結果として家族もまたサポートから排除される。介護の長期化、介護抵抗、孤立、経済的問題などにより配偶者の疲弊とストレスは深刻だが、本当にケアが必要な時期に入ると、対応困難を理由に従来利用してきたサービスさえ断られることが多い。孤立無援の状況での疲労と先行きの展望のなさは、しばしば配偶者にうつ病の発症をもたらす。こうした状況を直視すれば、私たちの「早期発見・早期診断」の主張は再検討が必要になる。診断だけがあってケアやサポートが不在であれば、診断は告知ではなく宣告になる。「切れ目なく連続したケア」というスローガンも実態と大きく乖離する。こうしてみると、若年性認知症問題は、認知症ケアの試金石と言えるかもしれない。初期の若年性認知症に対するケアの確立は、高齢者を含むすべての初期の認知症に対するケアにも役立つことが多い。そして、後期の若年性認知症に対するケアの確立は、排除されやすい認知症の人たちすべてのケアに福音をもたらす。つまり、若年性認知症問題を解決すれば、認知症問題・本人支援・家族支援の問題の多くを解決することが可能になる。若年性認知症に焦点をあてた試みを開始すべきである。既に、守山市の藤本クリニックをはじめ優れた実践がある。京都においても機は熟している。

## □ 大変な人がいるのではなく大変な時期があるだけ

先にシミュレーションした若年性認知症の事例。ここは医療の責任が大きい。医療は即応性を保障することで本人・家族とケアを全面的にバックアップするとともに、入院治療を引き受けたときには必ず地域に返す姿勢と入院期間を短縮する姿勢を維持する必要がある。入院が長期化すると、生活の場を失うことが多い。そして、医療は、身体拘束や隔離を最小限にする姿勢とそれを可能にする技術を身につける。医療は、隔離拘束などの行動制限を伴う治療モデルから離陸し、身体拘束を禁止されているケア施設でも応用可能な新しい治療モデル（ケアモデル）を開発することで、家族やケア施設をサポートすることを追求する。ケアの側は、その人が入院によって目の前から消えて安堵するのではなく、必ず暮らしの場に取り戻すという文化を持つ。対応の難しい人たちを、丁寧な連携によって一緒にサポートしていくことで、医療もケアも少しずつ技術を蓄積していくことが可能となる。

大変な人がいるのではなく大変な時期があるだけに過ぎない。そして、この大変な時期は想像されるよりもずっと短い。横断面での大変さについて目を奪われがちになるが、縦断的な視点を持てるようになると治療もケアも自信を回復できる。一時的に地域ケアの外に置かれることはあっても、再包摂する経験を積むことによって、医療もケアも、そして社会も、認知症の全体像を獲得していくことが可能になる。このように手当の方法が確立していけば、若年性認知症を含め認知症の疾病観の変更も可能となり、終末期の姿も大きく変化していく。

認知症を生きる人たちからみた地域包括ケア、それは認知症の人を地域から排除しないケアのこともである。それは既に私たちの射程に入っており、それを京都式地域包括ケアの中で形にしていくことが私たちの責務である。私たち一人一人の力を合わせれば、京都の認知症ケアを変えることができる。それは、認知症ケアの確立を希求する連綿とした流れが本日のつどいへと収斂していく過程を経て、私たちの中に形成されていった確信である。

2012年2月12日 京都式認知症ケアを考えるつどい  
(同志社大学室町キャンパス寒梅館ハーディーホール)

この京都文書は2012年2月12日に同志社大学寒梅館ハーディーホールに集まった1,003人の拍手によって採択されたものを基に作成したものである。

**【京都式認知症ケアを考えるつどい呼びかけ人】（賛同表明順）**

- ・ 森 俊夫（京都府立洛南病院・認知症疾患医療センター）
- ・ 高見国生（認知症の人と家族の会代表理事）
- ・ 荒牧敦子（認知症の人と家族の会京都府支部代表）
- ・ 武地 一（京都大学医学部附属病院老年内科）
- ・ 辻 輝之（中京区認知症連携の会・中京東部医師会副会長）
- ・ 杉原優子（京都府介護福祉士会会長）
- ・ 福富昌城（京都社会福祉士会会長）
- ・ 吉田 巖（老人保健施設 じゅんぷう施設長）
- ・ 宇都宮宏子（京都大学医学部附属病院地域ネットワーク医療部退院調整看護師）
- ・ 高木俊介（ACT-K 代表 たかぎクリニック）
- ・ 北尾勝美（さきょう認知症を考える会）
- ・ 山田尋志（京都地域密着型サービス事業所協議会会長）
- ・ 細井恵美子（山城ぬくもりの里施設長、元京都南病院総婦長）
- ・ 中村重信（洛和会京都治験・臨床試験支援センター所長）
- ・ 出野平恵（京都府認知症グループホーム協議会理事長）
- ・ 宋 仁浩（北山通ソウクリニック院長）
- ・ 松本善則（京都府介護支援専門員会常任理事）
- ・ 井上 基（京都府介護支援専門員会常任理事）
- ・ 小林孝子（京都府認知症グループホーム協議会副理事長）
- ・ 村田才司（滋賀県淡海グループホーム協議会会長）
- ・ 空閑浩人（同志社大学社会学部社会福祉学科教授）
- ・ 成本 迅（京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学）
- ・ 塚本忠司（西京区認知症地域ケア協議会・社団法人西京医師会理事）
- ・ 大藪 博（西京区認知症地域ケア協議会会長・西京医師会会長）
- ・ 北村裕展（西京区認知症地域ケア協議会代表世話人）
- ・ 畑山 博（中京東部医師会会長）

**【京都式認知症ケアを考えるつどい実行委員会構成団体】（法人名略・順不同）**

- ・ポストセミナー  
(日本病院・地域精神医学会京都総会「認知症セミナー」の継続)
- ・認知症の人と家族の会
- ・認知症の人と家族の会京都府支部
- ・京都府介護福祉士会
- ・中京区認知症連携の会
- ・京都社会福祉士会
- ・西京区認知症地域ケア協議会
- ・京都市地域包括支援センター・在宅介護支援センター連絡協議会
- ・京都地域密着型サービス事業所協議会
- ・京都市老人福祉施設協議会
- ・京都府認知症グループホーム協議会
- ・京都府老人福祉施設協議会
- ・京都市デイサービスセンター協議会
- ・中京区在宅医療センター／中京西部医師会
- ・北山通ソウクリニック
- ・京都府作業療法士会
- ・京都市社会福祉協議会
- ・上京区通所介護・小規模多機能事業所連絡会「ささえ愛の会」
- ・京都府看護協会
- ・京都府理学療法士会
- ・京都府立洛南病院認知症疾患医療センター

## Ⅱ 「2012 京都文書」の位置

～京都文書作成に至る背景と経緯～

2025 年問題。団塊世代の最後が 75 歳を迎える年であり、超高齢社会の到来を象徴する言葉でもあります。その 2025 年に向けた社会の仕組みづくりの骨格を示したものが「地域包括ケア研究会報告書」(2010 年)であり、誰もが住み慣れた地域で包括的なケアを受けられる社会が目指されています。そして京都では、それと連動して「京都式地域包括ケア」の構築が始まりました。いま京都が大きく動こうとしています。

そうした重要な局面を迎えるにあたり、気になることがあります。それは「認知症を生きる彼・彼女からみた地域包括ケア」といったものは未だ十分に言語化されていないことです。ここに言葉を与えていくことが、京都で認知症に関与している者の喫緊の課題となりました。時間はあまり残されていません。

### □ 認知症を生きる彼・彼女からみた地域包括ケア

「これまで私が見てきた資料は、すべてアルツハイマー病の介護者のために書かれ、出版されている。残念なことに、私たち、現実にアルツハイマー病を病む者が忘れられているように思えてならない」と書いたのは、オーストラリアの認知症当事者、クリスティーンでした。2003 年の彼女の来日から 9 年の時を経た今、私たちには認知症の医療やケアに関する十分な蓄積があります。それらを集大成できれば、「認知症を生きる彼・彼女からみた地域包括ケア」の言語化も可能に思えます。

それは、そんなに難しいことではありません。まずは京都の認知症医療およびケアの現状をできるだけ正確にデッサンすることです(ステップ①)。私たちは、すべての認知症の人たちにうまく対応できているわけではなく、現在の医療およびケアから排除されやすい認知症の人たちがあります。その「排除されやすい認知症の人たち」の輪郭を明確な言葉で描いてみるのが二番目の作業になります(ステップ②)。その上で、排除されやすい認知症の人たちを地域包括ケアの中に包摂するための道筋を描くことです(ステップ③)。残念ながら、「地域包括ケア研究会報告書」(2010 年)の中には、排除されやすい認知症の人たちの具体的な記述はありません。課題の提示がなければ、解決への道筋が描かれることもありません。

### □ 京都式認知症ケアを考えるつどい実行委員会での作業

どこにもなければ、私たち自身でつくるよりありません。その作業を担うための新しい「場」の形成が必要でした。まずは、京都で認知症の医療やケアに関与する人たちが広く参加できる実行委員会を結成し、ステップ①からステップ③の基礎作業を行いました。準備会開催が 2011 年 11 月 27 日、第一回実行委員会開催が 2011 年 12 月 25 日でしたから、準備会から数えても 2 ヶ月半、第一回実行委員会からはわずか 1 ヶ月半で今日の「つどい」当日を迎えています。小さな呼びかけで始まった流れは、すぐに奔流となって瞬く間に 21

団体に膨れあがりました。多くの作業が同時進行で進められ、まだその途上にあります。主要な作業は以下の4つから構成されます。

- ① 三回のアンケート調査と分析（本日の基調講演）
- ② 事例からみた医療・ケアの分析（本日のパネルディスカッション）
- ③ 入口問題・連携に関するワーキングチームの作業（継続中）
- ④ 介護施設・ケアの在り方を考えるワーキングチームの作業（継続中）

認知症ケアのプロセスは、「入口部分（アクセス）」「認知症医療」「認知症ケア」から構成されます。その流れに沿って現状と課題を整理することで認知症ケアの全体像を描き上げることを構想しました。さらに地域・社会・制度といった認知症ケアをとりまく要因も含め、現時点で「できていること」と「できていないこと」を明示することも試みました。私たちの到達点を再確認しておくためです。そして、「入口問題」と「排除されやすい認知症」については、「アクセスする側の要因」と「アクセスを受ける側の要因」、「ケアを受ける側の要因」と「ケアを提供する側の要因」に分けて類型化を試みることで、要因別に解決の道筋を探ることを提案しています。認知症の医療やケアをめぐる状況には未解決のままになっている困難な問題がたくさん存在します。しかし、一連の作業を終えた今、それらは決して解決不能ではないという確信があります。まだ吟味検討しなければならない部分を残しますが、入口問題の解決および認知症医療・ケア確立への見通しについて、Ⅲ．実行委員会の議論と提出資料～認知症ケアの現在と今後への道筋～「認知症ケアの現在と今後への道筋」（資料）の中に記しました。

#### □ 2012 京都文書作成作業

この「2012 京都文書」（案）は、実行委員会での現段階までの作業を言葉にしたものです。それを公開の場で議論するのは、認知症の人たちが暮らしやすい京都をつくるためには机上の作文ではなく京都で認知症に関与しているすべての人たちとの共同作業を追求する必要があるからです。①認知症について、医療・介護・家族・当事者・府民が、垣根を越えて横断的に議論できる場を創出すること、②そのコンセンサスを京都文書としてまとめること、こうした試みは、おそらく京都では初めての経験になります。その作業自体が「連携の水準」を別次元へと飛躍させる契機になり、「京都の認知症医療・ケアの水準」を向上させる可能性をはらみます。その第一歩が2012年2月12日のつどいになります。認知症を生きる人たちが疎外されないケアは、家族や医療介護従事者も疎外されないケアに他なりません。それは同時に京都府民が暮らしやすい社会を構築していく作業にもつながるはずです。

京都で認知症に関与するすべての人たち、その一人一人の力を結集すれば、京都の認知症ケアを変えることはそれほど難しいことではありません。

# Ⅲ 実行委員会の議論と提出資料

～認知症ケアの現在と今後への道筋～

私たちは京都文書 2012 という、認知症を生きる彼、彼女、共に生きる家族、そして、共に歩む専門職の立場を表わす文書を作成していきませんが、それを描くデッサンの資料として「認知症ケアの現在と今後への道筋」を提示します。

この資料文書は、長年認知症ケアに携わってきた専門職と本人を支えてきた家族が集まり、現在の認知症ケアの現在の水準や認知症を生きる彼・彼女の思い、そして、私たちが歩むべき道筋を話し合ってきた中から作成したものです。約 30 人の専門職と家族がデルファイ法という方法を用いて 3 回の質問票に答えることにより編み上げてきたものです。

認知症を生きる人々やその家族、認知症ケアに携わる人々にとって毎日の生活や今後の仕事の指針となることを願っています。

2012.2.12

京都式認知症ケアを考えるつどい 実行委員会

## 目 次

1. デルファイ法による調査・分析の説明
2. 認知症を生きる彼・彼女の思い（当事者の声、家族の声）、彼・彼女の希望、そして、満たされていないニーズについて ～常日頃、認知症の人と接する専門家が代弁者として感じることから～
3. 認知症を生きる人からみた地域包括ケアという観点から、「できていること」「できていないこと」
4. 地域包括ケアに包摂されない可能性のある認知症の人
5. 入口問題への対策と認知症医療やケア確立への道筋

## 1. デルファイ法による調査・分析の説明

### 【はじめに】

今回、「認知症を生きる人からみた地域包括ケア」を考えるにあたり、私たちはデルファイ法という分析手法を用いた。この分析手法はもともとアメリカのランド研究所で開発された専門家の意見を集約するための手法である。数値的なデータの集計だけでは難しい社会的な事象を、数値的なデータに還元して分析するのに優れた方法で、当該分野に精通した専門職などの集団に対して複数回の質問票による調査とコンセンサス会議を重ねることで対象となる事象を明確にするものである。

認知症ケアは、当事者である本人・家族はもちろんのこと医療、介護、福祉、地域住民、行政など幅広い分野の人々がかかわり、例えば医療だけをとりても総合病院の専門医、かかりつけ医、精神科病院での入院などそれぞれの場面で当事者の抱える問題点も違ってくるが多く、一人の専門職がその全体像をイメージすることは困難である。そこで、私たちは、今回のテーマへのアプローチとして、京都で長年認知症のケアに携わってきた専門職と当事者家族、約 30 名を対象にデルファイ法による分析を行うことにした。

### 【デルファイ法による調査・分析の実際】

①実際の調査を行うにあたり、どのような質問項目が「認知症を生きる人からみた地域包括ケア」の全貌を描くのに適切であるか、実行委員会準備会での議論を踏まえて検討を行い、以下の 9 つの質問項目を選んだ。なお、この文書では質問 9 を最初に、次に質問 1 と 2 を、その次に質問 3～5、最後に質問 6～8 を提示している。

- 1 認知症を生きる人からみた地域包括ケアという観点から、「できていること」
- 2 認知症を生きる人からみた地域包括ケアという観点から、「できていないこと」
- 3 現在認知症ケアから排除されている（不十分な対応しかなされていない）あるいは、地域包括ケアから排除される可能性のある認知症の人
- 4 認知症の人およびその家族への取り組みの中で、対応がうまくできていないと思われる事例、あるいは対応が困難な事例
- 5 認知症医療やケアへのアクセスが遅れて生活が破綻してから初めて事例化する（入口問題）ケースはどのような場合に起こりやすいか。あるいはその事例や原因。
- 6 入口問題、すなわち医療やケアの行き届かない、あるいは、医療やケアの場面にたどりつかない（場合によってはたどりつこうとしない）認知症の人への対策について
- 7 認知症医療確立への道筋について、何が必要か、思いつくこと
- 8 認知症ケア確立への道筋について、何が必要か、思いつくこと
- 9 認知症を生きる彼・彼女の思い（当事者の声、家族の声）について、彼・彼女の希望は何かなど考えながら、満たされていないニーズについて

②第 1 回の記述式質問票では 9 つの質問に対し、各回答者にそれぞれ 5 つ以上 10 個以内で約 80 字以内の記述を求め、合計約 1350 の記述が集まった。



③その中から意味合いの似たものを1つにまとめ477項目に集約した。

④第2回目の質問票として9つの質問、477項目に対し、それぞれの項目の記載に対し、『7：強く同意する、6：同意する、5：少し同意する、4：どちらでもない、3：あまり同意しない、2：同意しない1：全く同意しない、0：そのことについては知らないので判断できない』のどれにあたるか回答してもらった。

⑤項目ごとに回答を集計し、平均値（この値の取りうる範囲は1～7）と標準偏差を求め、平均-2 x 標準偏差が4.0以上であった場合、回答者の合意が得られたものと判断した。477項目中、136項目で合意が得られた。

⑥2011年12月25日に第1回コンセンサス会議を行い、その場で、結果を提示し、その内容について議論を行った。

⑦第2回質問票で合意に至らなかった341項目に対し、第2回質問票の結果と第1回コンセンサス会議での議論を踏まえ、第3回質問票として、再度、上記8段階の中からの回答を求めた。

⑧その結果、100項目で追加の合意が得られ、477項目中236項目で同意が得られた。2012年1月22日に第2回コンセンサス会議を行い、その内容について議論を行った。2回目の評価でも合意にいたらなかったが、合意に相当すべき項目については議論の結果、追加記載の形とすることにした。

#### **注意事項**（合意に至らなかった項目の重要性と合意に至った項目の意義）

認知症をわずらった人には、非常に幅広い分野の専門職が、様々な病気の種類や段階で出会うことになるが、その違いにより意見が異なることは十分考えられる。一部の専門職には力強い萌芽として認識されることも、他の専門職には非常に未熟な状態に見えることがあったりする。ある専門職には対応困難と思われる場合も他の専門職にはなんとか切り抜けることが可能と思われる場合もある。

そのように考えると、提示はされたが合意に至らなかった項目は、萌芽的あるいは見かたや経験によって左右される項目ということができ、今後の動向を見守る上で重要である。

一方、逆に、合意に至った項目は、それらの要因を考えても合意されたということであり、個々の項目が強いメッセージを持っているということができる。

## 2. 認知症を生きる彼・彼女の思い（当事者の声、家族の声）、彼・彼女の希望、そして、満たされていないニーズについて

～常日頃、認知症の人と接する専門家が代弁者として感じることから～

### 私たちの思い

- ・できることはしたい。できることを奪わないでほしい。
- ・できないことをサポートしてほしい
- ・自尊心が傷ついているのを知ってほしい
- ・不安感を取り除いてほしい
- ・不安な時には寄り添ってほしい
- ・もっと話を聞いてほしい
- ・認めてほしい。バカにしないでほしい
- ・人権意識を持って、接してほしい
- ・言葉で説明できないことがあるのをわかってほしい
- ・個別性を理解してほしい
- ・生活史や価値観を理解してほしい
- ・これまでの趣味や仕事を生かしたい
- ・社会の中の一員として、孤立させないでほしい
- ・何か役割を果たしたい
- ・可能なら働きたい
- ・決定権がほしい
- ・自由に外出したい

### こういう仕組みや工夫がほしい

- ・病気を理解して一緒に行動してくれるケアパートナーがほしい
- ・少しのあいだとか、家族がでかける時に代わりをしてくれる人がほしい
- ・病気の改善に役立つ医療やケアの情報をより早く届けてほしい
- ・免許を返納した後の交通手段がほしい
- ・夜間の対応もできるようにしてほしい
- ・医療や介護の費用負担の軽減を図ってほしい
- ・若年性に対応したデイがほしい
- ・短時間のデイがもっとほしい
- ・なじみのデイやショートを利用したい
- ・安心して居られる場所がほしい

- ・行きたくなるようなインフォーマルなサロンがほしい
- ・行きたくなるようなレスパイトやショートがほしい
- ・身近なところに相談窓口がほしい
- ・身近な相談窓口でなんでも相談できるようにしてほしい
- ・身近なところに緊急相談できる場がほしい

#### 専門職の方々への頼みごと

- ・地域の専門職ネットワークを作り、ケアを充実させてほしい
- ・地域の専門職ネットワークを作り、右往左往させないでほしい
- ・認知症についての研修をきちんとしてほしい
- ・認知症に対応できる専門職を増やしてほしい
- ・正しい診断や治療が受けたい
- ・精神病院には特別な時以外は入れないでほしい
- ・穏やかでやわらかな医療や介護をお願いしたい
- ・抗認知症薬を開発し、治してほしい
- ・初期からターミナルまで切れ目のないケアをお願いしたい
- ・対応できずに排除しても、再び迎え入れてほしい

#### 家族に関して

- ・家族の負担を軽減してほしい
- ・家族の相談に応じたり話を聞き、アドバイスをしてほしい
- ・家族介護者同士が交流できる場がほしい
- ・家族の意向ですべてを決めないでほしい

### 3a. 認知症を生きる人からみた地域包括ケアという観点から、「できていること」

項目番号の字が白抜きされたものが合意された項目で、その他の項目は、できている面も出てきているが、「できている」とは合意されず、むしろ否定的な意見も多く見られた。

- 1 市民の認知症についての理解
- 2 市民の「認知症が病気である」という理解
- 3 市民の「認知症は病院で診てもらえる」という認識

#### **4** 介護保険制度の市民への浸透

- 5 認知症にも薬があるという市民の理解
- 6 市民に対する認知症の知識提供が行われている
- 7 認知症サポーターの養成
- 8 認知症サポーターの活動
- 9 誰にでも起こり得るという市民の認識
- 10 認知症を地域で見守ろうという姿勢
- 11 小中学生に認知症の理解を促す活動

#### **12** 認知症という名称の普及

- 13 認知症について市民が情報を得る機会や手段
- 14 マスメディアの認知症への関心度アップ
- 15 これから認知症が増えるという市民の認識
- 16 認知症専門医・専門医療機関の存在
- 17 専門医療機関での認知症診断
- 18 認知症の早期診断
- 19 専門医療機関での適切な対応
- 20 認知症に対する治療薬の普及
- 21 認知症の人の BPSD への適切な薬剤介入
- 22 認知症の人の精神科への入院を防ぐ取り組み
- 23 かかりつけ医の中で認知症に取り組む人の存在
- 24 かかりつけ医の認知症への意識変化
- 25 薬局・薬剤師の認知症への取り組み
- 26 認知症の人への在宅歯科診療
- 27 認知症に対するパーソンセンタードケア
- 28 その人らしさを大切にした認知症ケア
- 29 認知症本人の意向をできるだけ聞く姿勢
- 30 認知症に照準を合わせたケア確立の動き
- 31 地域包括などが認知症相談の窓口になった

- 32 認知症の相談を行う場所の存在
- 33 認知症の人に対する要介護認定
- 34 認知症に関する介護保険の利用
- 35 認知症に対する介護サービスの整備
- 36 在宅可能な認知症の幅が広がった
- 37 グループホームやユニットケアの普及
- 38 入所施設における生活環境の充実
- 39 デイサービス・デイケアでの認知症の人の受け入れ
- 40 小規模多機能や地域密着サービスの普及
- 41 ケアの選択肢の広がり
- 42 認知症に対する専門サービスの普及
- 43 在宅と施設等との介護サービス間の調整
- 44 在宅復帰をめざす活動
- 45 ケアスタッフへの認知症教育の機会
- 46 ケアスタッフの認知症に関する技能向上
- 47 介護業界での認知症ケア重要性の認識
- 48 認知症ケア知識や技術の専門性の理解
- 49 虐待・身体拘束ゼロのケア
- 50 医療とケアの連携
- 51 地域での専門職交流
- 52 地域資源との関わり
- 53 地域における認知症サポートネットワーク
- 54 認知症をわずらった場合の住まいの多様性
- 55 認知症の人と家族の会の活動の周知
- 56 介護者同士での交流や相談の場所
- 57 レスパイトなど家族支援の必要性の理解
- 58 認知症本人への理解や支援必要性の認識
- 59 認知症の当事者本人の発言の機会
- 60 若年性認知症へのケア
- 61 若年性認知症の家族交流
- 62 成年後見制度の利用
- 63 日常生活自立支援事業（地域権利擁護事業）の利用
- 64 徘徊などに対する警察・消防の理解
- 65 国際的な認知症ケアに関する交流

3b. 認知症を生きる人からみた地域包括ケアという観点から、「できていないこと」  
項目番号の字が白抜きされたものが合意された項目で、その他の項目も、「できていない」  
という意見が多いが、できている面もあるため、「できていない」との合意はされなかった。

- 1 一般市民の意識改革
- 2 一般市民への認知症教育や啓発
- 3 地域の中で認知症の人を支えようとする市民の活動
- 4 独居・老老世帯での認知症へのアプローチ
- 5 認知症対策を含む高齢者参加型の社会作り**
- 6 認知症介護をする家族への支援やその負担除去
- 7 介護家族への教育・研修
- 8 介護家族への金銭的援助や就労支援**
- 9 介護家族の急用や緊急的な負担軽減に対応できるデイやショート
- 10 当事者や家族の社会参加**
- 11 本人への理解や本人の意見を聞くこと
- 12 本人の尊厳の保持
- 13 認知症への政策
- 14 認知症診療に必要な診療報酬システム**
- 15 認知症の人の権利擁護（後見制度や日常生活自立支援事業）
- 16 認知症理解への広報
- 17 早期発見のためのシステム作り
- 18 認知症予防や進行阻止に関する科学的根拠
- 19 早期対応のための医療のアウトリーチ機能**
- 20 認知症の人が意思決定できない状態での医療提供のあり方**
- 21 よくなる病態としての BPSD や廃用症候の理解**
- 22 専門医・専門医療機関の数**
- 23 専門医リストの周知や専門医へのアプローチシステム**
- 24 専門医とかかりつけ医の連携
- 25 病院看護師の認知症理解**
- 26 身体合併症で入院の際の対応**
- 27 認知症診断時点でのケアへの連携
- 28 認知症診断時点での本人・家族への助言や説明
- 29 認知症の BPSD 治療を行える医療機関・医師
- 30 認知症の BPSD 治療を行える入院可能な医療機関**

- 31** 暮らしを奪わない認知症医療の考え方
- 32 かかりつけ医の認知症に対する理解
- 33 かかりつけ医の認知症診断
- 34 かかりつけ医の認知症治療
- 35 かかりつけ医の認知症の人への処方薬の種類や量の配慮
- 36** 病院医師（専門医以外）の認知症に対する理解
- 37** 医師に対する認知症教育
- 38 医師の老年医学あるいは高齢者の心と身体への理解
- 39 認知症に対する薬物開発
- 40 認知症の対する行政の取り組み
- 41 地域包括の取り組み
- 42 認知症の相談窓口およびその周知
- 43** 地域包括への人員配置
- 44 力量のあるグループホームや特養
- 45** 施設間格差を少なくすること
- 46 認知症対応デイの専門性
- 47 小規模多機能施設の普及
- 48 ケアスタッフへの教育
- 49 ケアスタッフのケアスキル
- 50 ケアスタッフの BPSD 対応
- 51 ケアの場合での身体合併症への理解・対応
- 52 ケアマネジャーのアセスメント・マネジメント能力
- 53** 認知症の進行に伴ったケア提供の連続性
- 54** 在宅の場合の 24 時間支援体制
- 55 要介護認定における認知症での認定
- 56 疾患や病状にあわせたケア
- 57** ケアスタッフの定着や給与改善
- 58** 軽度認知症に対するケアやサービス
- 59** 若年性認知症に対するサポート体制
- 60 医療とケアの連携
- 61** 地域における認知症サポートネットワーク
- 62** 市民や本人・家族の参加した地域ケア体制
- 63** 地域におけるケースワーク的対応

#### 4. 地域包括ケアに包摂されない可能性のある認知症の人（広義の入口問題）

“包摂されない”とは、最初から認知症ケアに辿り着くことができない可能性がある場合、あるいは、普通の認知症ケアでの対応が難しく、そこから排除されてしまう可能性がある場合や、実際に専門職がかかわってもケアが困難と思われている場合を示している。

1つ目は、ケアへのアクセスが不全なため包摂できない場合であり、2つ目と3つ目はケアにはアクセスするがケアの対応力が及ばずにケアに包摂できない場合である。地域包括ケアに包摂されない認知症の人を作らないためには、この両者を描きだし、対策を考える必要がある。

##### ケアへのアクセスが不全なため、包摂できない場合（狭義の入口問題）

これには更に大きく分けて2つの場合考えられる。1つは、アクセスする側の要因、すなわち本人・家族要因であり、2つ目はアクセスを受ける側の要因、すなわち、医療・ケア・行政・制度・地域などの要因である。

##### アクセスする側（認知症の人やその家族）の要因

以下の幾つかの観点での「虚弱性」とも言える要因が関係していることが推測される。これらは、本人・家族の体力や情報感度、理解力、社会性、経済的要因、パーソナリティなどが絡んだ結果である。

- ・独居（近隣とのつながりが少ない場合）、キーパーソンの不在
- ・老老世帯（現代の制度や社会の動きから遠い場合）
- ・家族の無関心、家族の危機管理機能が低い場合
- ・家族の知識不足や抱え込み・隠し続け
- ・支援に対する拒否、地域となじめていない場合や地域からの孤立
- ・介護者が周囲・社会から孤立
- ・貧困
- ・精神障害等がもともとある複合的なケース
- ・病前性格が難しい場合、アルコール依存のある場合

##### アクセスを受ける側（専門職、市民、行政など）の要因

アクセスを受ける側は広く捉えると、認知症の人やその課題を発見するところから発見された認知症の人やその課題への対応を開始するところまでが含まれる。そして、これらには、医療・ケア・行政・制度・地域などの要因が潜んでいる。

- ・アウトリーチ機能の未成熟・不在



- ・最初の受診をサポートするサービスの不在
- ・かかりつけ医の認識・知識不足
- ・認知症と診断されたのちの対応の不明確さ
- ・地域包括支援センターの経験・技術不足や感度不足
- ・地域包括支援センターの役割についての制度的問題
- ・地域包括支援センターに対するサポート機能の不足
- ・ケースワークを行う機関の不在
- ・行政の無関心や本気さの欠如
- ・早期発見するシステムの未整備
- ・地域の医療・ケア・行政・住民の連携不足
- ・地域の見守り体制の不足や地域の機能不全
- ・新興住宅地など地域力の不足

これらを読み解いてみると、以下の3つにわけることができ、それぞれ対応への道筋が見えてくるように思われる。

**★医療やケアの立場の人が主に工夫・解決すべき点（制度的な点も一部含まれる）**

- ・医療やケアの立場でアウトリーチする機能が未成熟・不在であること
- ・最初の受診をサポートする仕組みやサービスの不在
- ・最初のアクセス場所になる可能性が高い、かかりつけ医の認識・知識不足や地域包括支援センターの経験・技術不足や感度不足
- ・認知症の診断は行ってもケアへの意識・つながり・連携が不十分でケアにアクセスできない場合

**★制度・行政・自治体レベルの関与が望ましい点**

- ・最初の相談場所になる可能性が高い地域包括支援センターがその機能の割に十分な人的配置を行われていないという制度的問題、あるいは、その働きを補うためのサポート機能の不足。
- ・複合的なケースワークを行える機関の不在
- ・それらをコーディネートするための行政の無関心や本気さの欠如

**★地域全体の課題として**

- ・早期発見するシステムの未整備
- ・地域の医療・ケア・行政・住民の連携不足
- ・地域の見守り体制の不足や地域の機能不全、新興住宅地など地域力の不足

ケアにはアクセスするが、ケアの対応力が及ばずにケアに包摂できない可能性がある場合

### ケアを受ける側（認知症の人と家族）の要因

この場合も前述したように、狭義の入口問題と共通の要因が多数見られるが、詳細に見ると、違いも多い。狭義の入口問題と最も異なるのは、アクセスは無事に行われたのちに包摂できない、あるいは排除されるという点から容易に想像されるように、本人の疾患・症状の因子が加わることで、本人・家族の複合的家庭要因についても発見されない以上の複雑な問題をはらんでいることである。

#### ★本人・家族の複合的家庭要因

- ・虐待がある時や、殺意をほのめかすケース
- ・家族の理解がなく間違った対応を続け暴力等がある
- ・認知症以前に家族との関係が悪く修復困難
- ・近隣・地域とのトラブルがもともとあり、こじれていたり孤立したりしているケース
- ・家族にも病気・うつなどがあり、本人への対応が難しい
- ・介護者の疲労への対応
- ・認認介護、老老介護、独居、周囲に支援者や身寄りのない人
- ・経済的問題を抱えた人、貧困層の認知症の人
- ・家族の中心であった人が認知症になり、家族機能が働かない
- ・キーパーソンに対し、他の家族・親族の理解がない
- ・ケア関係者の訪問を拒否する

#### ★本人の症状に主に起因する要因（自傷他害的な症状への対応の必要性）

- ・易怒性・暴力・衝動的行動・ずっと叫び続ける・性的なエピソードなどへの対応が難しいケース
- ・脱抑制や無頓着な行動パターン（盗食、放尿など）が目立つ人
- ・動きや声に反射的に反応して暴力の出る人
- ・前頭側頭型認知症（ピック病）等、万引きや反社会的行動への対応が難しいケース
- ・失語・失行・失認があり行動が激しいケース
- ・徘徊を繰り返す、夜間の問題への対応が必要な人
- ・自動車運転をやめてもらうことができないケース
- ・火の不始末の危険性があるが、喫煙・調理などを続けるケース
- ・BPSD への薬物療法に反応しにくい人

★本人の症状に主に起因する要因（活動性・個別性へのケアの必要性）

- ・若年性認知症の人
- ・軽度認知障害や初期の認知症の人

★本人の症状に主に起因する要因（身体合併症への対応の必要性）

- ・身体合併症のある人の緊急ショート利用
- ・医療依存度が高い・身体合併症が重篤な人
- ・医療的処置のため介護施設を利用できない人

ケアを提供する側（医療、ケア、地域等）の要因

★医療の因子

- ・適切な診断、治療が受けられていない人
- ・在宅主治医が家族の訴え通りに処方を行い転倒などを起こす
- ・在宅主治医が専門医への受診を拒む

★ケア・地域・社会の因子

- ・状態像に合わないケアが行われている、適切なケアマネジメントが受けられなかった人
- ・地域包括支援センターの動きが弱い地域の人
- ・介護サービスが不足している地域の人
- ・災害時等イレギュラーな事態に置かれた場合の認知症の人

## 5. 入口問題への対策と認知症医療やケア確立への道筋

入口問題や排除される認知症の人、対応困難事例について考察したのを受けて、デルファイ法で得られたその対策と認知症医療やケア確立への道筋について見ていく。

これらに共通する特徴は「多次元」ということである。どこか1か所に焦点があるわけではなく、多角的なアプローチが求められている。真にブレークスルーとなるポイントはその中の1点かもしれないが、おそらく多角的なアプローチを行うことが重要と思われる。場合によっては、様々なアプローチを行ううちに、その中の1点が先導となる形も考えられるが、それぞれの場所での小さな一歩が大切と思われる。

### 狭義の入口問題への対応に関する要約

この問題に対して、まず最も強いコンセンサスが得られたのは、医療とケアの連携である。この部分だけでも多次元の連携の必要性が示唆されている。

- ・地域包括支援センターと専門医・専門医療機関とのシステム構築
- ・かかりつけ医と地域包括の連携強化
- ・かかりつけ医と専門医の連携強化
- ・専門医同士の広域での連携強化
- ・医師が認知症ケアに参加する仕組みづくり

更に、訪問型の医療やケアの必要性への示唆がなされている。

- ・訪問型認知症疾患医療センターの新設
- ・専門医の訪問診療
- ・専門福祉職などの訪問・アウトリーチ機能の強化

また、最初の対応窓口になる可能性の高いかかりつけ医の感度アップや医師への教育の必要性が求められている。

- ・かかりつけ医への研修義務化
- ・かかりつけ医への早期発見チェックリストなどの配布
- ・医学教育の中での認知症・地域医療カリキュラムの充実

認知症の人の症状が顕在化する場として、あるいは身体合併症治療に絡んだ場としての病院での対応も求められている。

- ・病院に認知症のマネジメントができる職種の配置
- ・病院勤務医師・看護師の研修義務化

家庭環境の複雑な事例、経済的問題、本人あるいは家族の精神的疾患やアルコール問題などが関係するため、ケースワーク的な対応の確立も必要と考えられている。

- ・ ケースワークを行う中心の明確化
- ・ 行政・自治体の保健師・福祉事務所職員などの関与
- ・ 地域包括支援センターの機能強化

そして市民あるいは地域の総合的な啓発、相互扶助、見守り、地域づくりと言った視点での取り組みが求められている。

- ・ 認知症啓発の一層の強化
- ・ 認知症の初期症状・病気であることの社会的共有の促進
- ・ 認知症になっても暮らしやすい町を住民に提示
- ・ 初期認知症の人が地域で過ごせる場を作る
- ・ 日常的な見守り機能の確立
- ・ 地域で見守る人や団体への個人情報提供（高齢者台帳など）
- ・ 見守る立場ではなく、自分や家族が認知症になった時の立場での研修
- ・ 企業や学校での研修・教育義務化
- ・ 早期発見のシステム作り
- ・ 警察、消防との連携強化

しかし、ひと口に市民あるいは地域の活動と言っても、上記の課題は多層的でリーダーシップの所在が不明確である。地域によって、行政、社会福祉協議会、医師会、ケア関係者、住民組織など異なったリーダーシップがあるかもしれない。それぞれが呼応し合って牽引していくことも考えられるが、どこからも機運が起こってこなければ何も始まらない。明確なピラミッド型の伝達経路にならないことに留意が必要である。

その他に相談窓口のありかの明確化も大切である。

- ・ 地域包括支援センターを相談窓口として周知
- ・ 認知症の人と家族の会の相談窓口としての周知

また、入口問題に関して以下の2点もコンセンサスが得られている。

- ・ 認知症ケア技術の向上
- ・ 認知症対応職員配置のための介護報酬アップ

さらに、ケアスタッフの基本的な技術や地位の確立が、ケアの文化の向上に重要と考えられる。

## 認知症医療確立への道筋についての要約

まず、認知症医療に関する基本的な理念や考え方が重要であるとの認識が挙げられている。

- ・ 認知症医療における専門性とありふれた病気という両面を理解した専門医・かかりつけ医連携
- ・ 認知症のうち BPSD や廃用症候は良くなるという知識の共有
- ・ 認知症治療薬を処方するだけでなく、認知症の人を治療するということはどういうことかよく考えること
- ・ 生活を奪わない医療という理念の共有

かかりつけ医、専門医、ケアなどの連携構築の重要性が示唆されている。

- ・ かかりつけ医と専門医の連携
- ・ かかりつけ医と地域包括支援センターの連携
- ・ 専門医と地域包括支援センターの連携
- ・ 専門医同士の連携
- ・ 専門医の公表
- ・ 専門医とケアの連携・情報提供
- ・ 医療からケアへの情報提供の充実

医師のスキルあるいは医療の中での視点として以下の 2 点の重要性が示唆されている。

- ・ 診断とともに日常生活でのアドバイスをすることができる医師の養成
- ・ 初期の認知症の人への対応の充実

アウトリーチ機能あるいは包括的な医療的ケアのアプローチも求められている。

- ・ 受診拒否や受診できない人への訪問診療
- ・ 家庭医の充実
- ・ 訪問看護や保健師の充実とスキルアップ

医師に対する啓発も今後更に必要と考えられている。

- ・ かかりつけ医の研修
- ・ 認知症に関する医学教育の充実

医療と市民双方が認識を深めることも重要と考えられる。

- ・ 認知症健診の実施とその結果の家族との共有
- ・ 広報活動による受診へのイメージを良くすること

- ・ どうして高齢者を大切にすることの子供への教育

病院あるいは身体合併症への治療についても様々な改善の必要性が挙げられている。

- ・ 身体合併症での入院医療に際しての対応向上
- ・ 看護師など病院スタッフへの研修義務化
- ・ 認知症というだけで入院を断らないような仕組みづくり
- ・ 中核病院に認知症対策チーム（医師・看護師・ソーシャルワーカー）を置く
- ・ 身体合併症治療についてガイドライン作成
- ・ 急性期病院への精神科医の訪問診療や相談の強化

また、コンセンサスには達していないが、コンセンサス会議で以下の点について真摯に議論すべきことが認識された。

- ・ 身体合併症での入院時の付き添いヘルパーサービス

この点については回答中、多くの支持があったが、コンセンサスに至らなかった。現在の看護の仕組みなどとの整合性が問われるものと思われるが、認知症の人とその家族の視点から見た認知症ケアの視点に立って対応策の検討が必要であろうと思われる。

医療機関の受け入れ態勢も検討課題として示唆されている。

- ・ 急に周辺症状が強くなった時の早期の検査受診受け入れ
- ・ 症状の激しい時に速やかに入院・入所して治療できる医療介護連携

認知症の人の終末期に関する課題も検討が必要である。

- ・ 認知症の人の終末期医療・看取りへの対応法確立
- ・ 胃ろうなど避けるため、早い時期での本人の意思確認

認知症診療の制度的課題にも十分検討が必要と考えられる点がある。

- ・ 認知症診療への適切な診療報酬や人員配置
- ・ 低所得者に対する医療費の補助
- ・ 重度認知症デイケアへの支援と重度者の医療モデルの確立

診断と治療法開発への要望も強く示されている。

- ・ 認知症治療薬の開発
- ・ 初期診断を行いやすくするためのツールの開発

認知症医療確立への道筋に関して、以下の項目はコンセンサスには至らなかったが、コンセンサス会議で今後の課題としての重要性が議論された。

「認知症の人への抗精神病薬使用の制限」については合意の程度はそれほど高いものではなく、適切な使用による意味が認識されていると考えられたが、下記の下3つの点については、合意の意見も多く、コンセンサスに至らなかったのは、現状での様々なやむを得ない事情が考慮されたものと思われる。

- ・ 認知症の人への抗精神病薬使用の制限
- ・ 認知症に関する精神科入院医療は最小限とすること
- ・ 認知症診療は外来を基本とする理念の共有
- ・ 精神科入院時の隔離・拘束・過鎮静は原則禁止

#### 認知症ケア確立への道筋についての要約

認知症ケアについてもまずその理念についての重要性が確認された。

- ・ 介護職は支え役に回り、本人と家族の自律性を引き出す
- ・ 相手の立場を考えたり、本人の不安を言葉に出してもらえるケア
- ・ 生活歴の把握や今までの暮らしを尊重したケア
- ・ パーソンセンタードケアの実施
- ・ 方法や方式にとらわれず現場での問題点を拾い上げ、次に生かす視点
- ・ 尊重ややさしさという言葉ではなく、その意味や行動に表わすことを考える
- ・ 不穏・興奮・暴力という記述は禁止し、その背景にある本人の感情を考える
- ・ 認知症があっても役割のある暮らしを考える
- ・ その日その日の生活を大切にする

ケアに関する教育や研修、専門性の確立などについても必要性が認識されている。

- ・ 認知症ケア専門職の養成や専門性の向上
- ・ ケアスタッフへの専門医からのアドバイスや医学的知識の伝授
- ・ ケアスタッフの教育・研修の充実
- ・ 疾患ごと、重症度ごとのケアを学び、実践する
- ・ 事例分析を通じた類型化と対応策の共有
- ・ ケアマネジャーのアセスメント力向上

ケアに関する様々な新しい仕組みや取り組みの必要性も示唆されている。

- ・ 入所・退所をスムーズに行える老健・特養の仕組みづくり
- ・ 見守りヘルパー・認知症ガイドヘルパーの普及
- ・ 若年や初期認知症に対応できるデイの普及
- ・ 認知症と診断後に本人・家族が受けられる教育プログラム



幅広くマネジメントできる仕組みの重要性も示唆されている。

- ・家族や地域と関われるソーシャルワーク機能の強化
- ・困難事例での介護職・ケアマネへのサポート体制の強化
- ・自治体における認知症担当者の明確化と交流
- ・自治体における若年性認知症担当者・部署の明確化
- ・若年性認知症への就労支援
- ・在宅から施設まで継続してマネジメントできる考え方・ツールの普及

新規の取り組みが行われる中、既存の介護サービスについての見直しや機能強化、人事交流の重要性が認識されている。

- ・デイ・特養・小規模など施設ごとの守備範囲の再検討
- ・グループホームのあり方の再評価
- ・ユニット型特養とグループホームの人員配置などに基づく比較・分析と改良
- ・グループホームにおける夜勤職員の強化
- ・違うタイプの介護サービス間のスタッフ交流
- ・看取りまでできる入所施設の普及
- ・介護職の待遇改善や地位向上

認知症ケアの確立と住民活動のリンクが重要との認識も存在している。

- ・地域住民のボランティア活動の充実やその教育
- ・地域住民への地道な啓発
- ・学校での認知症教育による生きること・老化などの学び
- ・認知症になっても社会に存在していると実感できる居場所作りや介護のあり方
- ・介護施設の見学促進と介護法の伝授などを通じた地域交流
- ・介護サービスと地域活動・NPO 法人などのインフォーマルサービスの交流
- ・独居・老老世帯でも安心して暮らせる地域づくり
- ・認知症になっても自由に暮らせる地域づくりや地域資源の明確化

その他、認知症の人の住まい方、ケアを支える経済的な課題、ケアを確立する視点での医療への要望等がコンセンサスに至っている。

- ・高齢者専用賃貸などでの認知症に配慮した構造・人員配置の指導
- ・認知症の症状に対応した建物の構造への理解と対応
- ・介護報酬での認知症や医療ニーズの高い人への報酬見直し
- ・貧困・経済的問題を抱える人への支援強化
- ・医師が認知症を持った人の生き方や介護・福祉の領域を理解する
- ・医師が認知症に配慮した処方・検査などを考える

最初にも述べたように多くの焦点がある。しかし、ほとんどの場合、それらは遠くの星にあるわけではなく、今までの積み重ねによって照準の中に入ってきている。いかに皆が一步前に進むか、それが大切と思われる。

## 【付録】

### 京都式認知症ケアの定義十箇条（案）

1. 現状の課題をしっかりと分析し、それを踏まえたケア
2. 現実にはアルツハイマーを病む彼・彼女らの思いを常に忘れず包摂したケア
3. 入り口問題を意識し焦点をあてたケア
4. 経済的支援やソーシャルワークを通じて虚弱な家族を支えることができるケア
5. 今までの生活や人とのつながりを大事にして暮らしを支えるケア
6. 地域力や専門職連携を充実させ地域から排除される認知症の人を作らないケア
7. ハード・ソフト両面からの環境整備を通じて自宅に近い環境を整えたケア
8. 身体疾患を持っていても必要な医療が受けられるケア
9. 若年性や初期認知症の人とその家族に対し十分な対応力を持ったケア
10. 認知症の人にかかわる専門職の待遇を保障したケア

**【お問い合わせ先】**

京都式認知症ケアを考えるつどい実行委員会事務局  
〒601-1371 京都府京都市伏見区醍醐上ノ山町 11 番地  
社会福祉法人同和園内（橋本・孫）  
TEL：075-571-0010／FAX：075-571-0473  
Mail：d-hashimoto@dowaen.jp