
認知症コールセンターマニュアル 「別冊」の発行にあたって

認知症コールセンター（認知症の本人や家族が気軽に利用できる電話相談）は、厚生労働省の「認知症対策普及・相談・支援事業実施要綱」に則り、2009年度から、都道府県及び指定都市を単位として開始されました。

これに先立ち、厚生労働省は、初めてコールセンターを実施する自治体の手引書として、また全国のコールセンターの均質化を図るものとして、マニュアルを作成することとし、30年間の認知症電話相談の経験を有する「家族の会」にその企画立案作成が任されました。

「家族の会」は、長谷川和夫認知症介護研究・研修東京センター長（当時）を委員長とし、学者・研究者、医師、自治体、電話相談機関、認知症関連の専門職などを委員とする作成委員会を設けて作業を行い、2009年3月に、「認知症コールセンターマニュアル2009年版」を発行しました。

このマニュアルは、ただちに全国の都道府県、指定都市に配布するとともに、2009年度から開始した認知症コールセンター相談員研修会の受講者に提供してテキストとして使用してきました。

コールセンターは、2011年度には、30都道府県、7指定都市で実施されるようになっており、この間の研修受講者は、延べ53団体、752人（2011年度予定者含む）になっています。マニュアル2009年版は、それらの人たちの手引書として活用されています。

本書は、本年4月から改正介護保険法が施行されることや、昨年には認知症治療薬が相次いで発売されたことなどで、相談員にも新しい情報や知識が必要なため、コールセンターマニュアル「別冊」として発行するものです。

別冊発行にあたっては、新しい情報・知識だけでなく、2009年版では不足していたり十分でなかったと思われる知識や相談の対応方法についても、追加することとしました。

2009年版と合わせて、全国のコールセンターの現場で役立つことを願っています。

2012年1月

公益社団法人 認知症の人と家族の会
代表理事 高見国生

CONTENTS

認知症に関する最新情報と知識

- 新薬の特徴・効果・副作用 アルツハイマー型認知症の新しい治療薬について…………… 3
- 歯みがきと歯科受診のポイント…………… 5
- 医療処置について（胃ろう、カテーテル、ストーマ）…………… 8
- 前頭側頭型認知症（ピック病）の症状と対応について…………… 13
- レビー小体型認知症…………… 17
- 介護保険法改正の概要…………… 20
- 若年性認知症施策の推進について…………… 30
- 「介護マーク」の普及について…………… 34

よくある相談と対応事例

- 対応に苦慮する相談事例…………… 37
- 個別の相談事例…………… 39
 - ①前頭側頭型認知症（ピック病）への対応…………… 39
 - ②レビー小体型認知症への対応…………… 39
 - ③暴言・暴力 ― 夫の暴力に困っています…………… 40
 - ④抗精神薬の副作用について…………… 40
 - ⑤成年後見制度など権利擁護について…………… 41
 - ・後見人を辞めたい…………… 41
 - ・後見人を辞めさせたい…………… 41
 - ・金融商品の勧誘…………… 42
 - ・一人暮らしの母の金銭管理…………… 42
 - ⑥施設入所後に関わる問題について…………… 43
 - ・薬のこと…………… 43
 - ・ケアマネジャーのこと…………… 43

東日本大震災を経験して…………… 44

資料

- 2010年度認知症の人と家族の暮らしに関するアンケート調査報告書（抜粋）…………… 48
- 認知症の人も家族も安心して暮らせるための要望書…………… 62
- 介護家族の立場からみた家族支援のあり方に関するアンケート調査（中間報告）…………… 70
- 各種機関の連絡先…………… 72
- 認知症の人と家族の会支部の連絡先…………… 72

認知症コールセンターマニュアル別冊作成 ワーキングチーム委員名簿…………… 74

新薬の特徴・効果・副作用

アルツハイマー型認知症の新しい治療薬について

※認知症の人と家族の会の会報「ぼ〜れぼ〜れ」から転載

川崎幸クリニック院長

杉山 孝博
Sugiyama Takahiro

1999年から使われていたアリセプト（塩酸ドネペジル）に加えて、2011年になって、メマリー錠（メマンチン塩酸塩）、レミニール（ガラントミン臭化水素酸塩）、リバスタッチおよびイクセロン（リバスチグミン）の3種類の治療薬が保険診療で使用可能となりました。

これら4種類の薬はすでに世界70以上の国と地域で承認されていますので、日本もやっと世界と同じレベルに達したといえましょう。

まず、注意しなければならないことは次の通りです。

- ①治療薬というものの、アルツハイマー病の原因であるベータ・アミロイドの沈着を予防したり除去するものではなく、認知症の症状をある程度改善する効果しかないこと
- ②新薬の場合、薬価収載許可の翌月から1年を経過するまでは処方は1回14日を限度とされているため、受診回数が多くなること
- ③アリセプト、レミニール、リバスタッチ・イクセロンは、同系統の薬剤なので併用できないこと。したがって、アリセプトの服用をしていた人が他の薬剤に変更する場合は、アリセプトを中止して、その薬剤の開始量から始めて維持量まで持っていくことになるため、薬剤の効果が切れてしまう期間が生じること
- ④有効量に達するまでに、アリセプトは1週間、メマリーは3週間、レミニールは4週間、リバスタッチ・イクセロンは12週間かかること

- ⑤副作用としては、アリセプト、レミニール、リバスタッチ・イクセロンでは吐き気や嘔吐、食欲不振、下痢、腹痛など消化器症状が主で、メマリーでは消化器症状はなくて、めまい、便秘、体重減少、頭痛などがあること。リバスタッチ・イクセロンでは貼付部位のかぶれもあること
- ⑥メマリーはアリセプトなどと併用することでより効果をあげるといわれていること

次に、それぞれの薬剤について、主な特徴を説明します。

① アリセプト（塩酸ドネペジル）

脳内のアセチルコリン分解酵素に選択的に働き、その作用を阻害、脳内のアセチルコリンの量を増すことによって、記憶障害など、アルツハイマー型認知症の症状の改善に効果を示します。軽度、中等度、高度のアルツハイマー型認知症に使われます。

これまであった錠剤、口内溶解錠に加えて、細粒、内服ゼリーが加わりました。

1日1回3mgから開始。1週間後に5mgに増量。高度認知症では、5mgで4週間以上経過後、10mgに増量します。

② メマリー錠（メマンチン塩酸塩）

中等度及び高度認知症に対して、認知機能障

害の進行を抑制し、言語、注意、実行および視空間能力などの悪化を防ぎ、また攻撃性、行動障害などの行動・心理症状の進行を抑制する効果をもたらす。作用機序は、アリセプトなどと異なって、神経細胞の保護作用によります。通常、成人には1日1回5mgから開始し、1週間に5mgずつ増量し、維持量として1日1回20mgを経口投与します。

アリセプトなど併用することでより良い効果が得られるといわれています。

③ レミニール（ガランタミン臭化水素酸塩）

軽度、中程度に対して記憶、注意及び集中力を改善します。1日8mg（1回4mgを1日2回）から開始し、4週間後に1日16mg（1回8mg

を1日2回）に増量し、経口投与します。錠剤、口内溶解錠のほかに水溶液があって、食べ物や飲み物に混ぜることもできて便利です。

④ リバスタッチおよびイクセロン（リバスタッチ）

軽度及び中等度のアルツハイマー型認知症における認知症症状の進行抑制の効果があります。円形の貼り薬で、ゆっくり吸収されるため胃腸障害などの副作用が少ないといわれています。内服ができない場合に便利です。

4.5mg〔4週間〕→9mg〔4週間〕→13.5mg〔4週間〕→18mg＝維持量となります。

なお、アリセプト、レミニール、リバスタッチ・イクセロンは、同系統の薬剤なので併用できません。

認知症に関する新薬

【国内処方薬】												
	タイプ	一般名 (製品名)	会社	適応	作用 機序	効能	増量 期間	服用回 数/日	開始 容量	維持 量		主な副 作用
アルツハイマー型認知症	アセチルコリン分解酵素阻害薬	塩酸ドネペジル (アリセプト)	エーザイ/ファイザー	軽・中・高度		認知症症状の進行抑制	2週間	1回朝	3mg	5mg・10mg	2・3段階に増量	消化器症状
		ガランタミン臭化水素酸塩 (レミニール)	ヤンセンファーマ/武田薬品工業	軽・中等度	ニコチン性アセチルコリン受容体 (nAChR) へのアロステリック増強作用	認知症症状の進行抑制	4週間	2回朝、夕	8mg	16 (24) mg	2 (3) 段階に増量	消化器症状
		リバスタッチ (イクセロン・パッチ) (リバスタッチ・パッチ)	ノバルティスファーマ/小野薬品工業	軽・中等度	ブチリルコリンエステラーゼ (BuChE) 作用	認知症症状の進行抑制	4週間	1回いつでも	4.5mg	18mg	4段階に増量	皮膚症状
	NMDA受容体拮抗剤 (N-メチル-D-アスパラギン酸)	メマンチン塩酸塩 (メマリー)	第一三共	中・高度		認知症症状の進行抑制	1週間	1回朝	5mg	20mg	4段階に増量	めまい

【国内臨床治験薬】												
	タイプ	一般名 (製品名)	会社	適応	作用 機序	効能	増量 期間	服用回 数/日	開始 容量	維持 量		主な副 作用
アルツハイマー病	抗βアミロイド抗体	バピネズマブ (第2/3相)	ファイザー	軽・中等度	免疫療法	認知症症状の進行抑制		3ヵ月1回点滴	アポE遺伝子多型により異なる			脳血管周囲浮腫
		ソラネズマブ (第3相)	イーライ・リリー	軽・中等度	免疫療法	認知症症状の進行抑制		3ヵ月1回点滴				
レビー小体型認知症	アセチルコリン分解酵素阻害薬	塩酸ドネペジル (第3相)	エーザイ	軽・中度		認知症症状の進行抑制		1回朝	3・5・10mg			消化器症状

歯みがきと歯科受診のポイント

京都まちづくり口元気塾塾長
歯科衛生士／口腔介護アドバイザー

金子みどり
Kaneko Midori

① ご本人らしい生活を保ち続けるために

口の健康は「食べる」ことに直結し「生きる源」です。歯科医療管理や口腔ケアにより、口の機能は長く維持されます。認知症があっても、しっかり食べることができ、栄養の確保や全身状態の安定を得られると、ご本人らしい生活の継続が可能となります。

② 毎日の口腔ケアの重要性

「口腔ケア」とは、家庭で出来る「歯みがきやうがい」により、「きれいな口」「元気な口」を維持向上することです。歯科受診による歯の治療や入れ歯の作成なども含めます。毎日の口腔ケアは虫歯・歯周病などの予防や気道感染の予防と共に、食べる口の機能を保ち続けるために大きな効果をもっています。

③ 初期の歯みがきをしない（できない）場合の対応

認知症による行動の障害が「歯みがき行動」にも出る場合があります。歯みがきが一度に出来なくなる訳ではなく、一連の歯みがき行動の中で「ぼつぼつとひとつずつ抜け落ちる」のです。

例) 「洗面所へいけない」「いつみがけばよいか判断できない」「歯ブラシがどこにあるか忘れている」「歯ブラシを持つが歯をみがかない」「入れ歯を外さない」「うがいの水

を飲んでしまう」など。

【対応】 解決の糸口は、「助け舟」支援です。「出来るところはどこか、どこが抜け落ちているか」に合わせ確かめておきましょう。

「洗面所へいけない」なら時間を見計らって一緒に連れて行く。

「歯ブラシを持つが歯をみがかない」なら二人で向き合いジェスチャーで歯みがきをみせて誘導する。

「入れ歯を外さない」なら入れ歯に指を添えるようにして自分で外すよう促す。

※一人一人認知症状は違いますから、ご本人の行動を良く観察し、滞るところをみて自然に促し誘導してください。

④ 歯みがきを嫌がる場合の対応

歯みがきを嫌がる理由はいろいろあります。その原因をいろいろな視点から探りだして対応を検討し直す必要性があります。歯みがきを嫌がる原因の一番は、認知症による行動の障害からです。「歯みがきの必要性を理解できていない」「歯をみがく部位がしっかり把握できない」「歯みがきの声かけで混乱する」「今、歯みがきをしていることを忘れてしまう」などです。ご家族にはこれらをよく理解いただいた上で対応してもらうことが大事です。

解決の糸口は、ご本人のプライドを立てながら「歯みがき」「お願いします」とゆっくり

単語で相槌を得ながら、歯ブラシを見せ洗面所の方を指で示す、ご本人の行動リズムに合わせながらの促し誘導は有効です。行動を誘導する方法は一人一人違います。日々の排泄・入浴・食事などの対応と合わせながら、歯みがきの誘導を見直し対応してください。その他には、「身体状況」「精神状況」「口の状態」にも注意して、日々と違う顔の状態やイライラ行動などの変化を丁寧に観察し問題がないか確認しましょう。必要なときは主治医や歯科医師に相談しましょう。

こんな対応は逆効果です

※「早く歯みがきをしてきなさい」と指示する。

※歯みがき時間が早いことに対して「もっときれいにしないとだめでしょう！だから口が臭いのよ」と否定する。

※歯ブラシを口にウロウロしだすと「歯みがきしないで虫歯で困るのはあなたでしょう」「痛んでも知りませんよ」等、ご本人に良かれと思ってしている言葉かけ。

※声かけの言葉数が多いと混乱の原因になり、声のトーンや厳しい顔の表情は不快感情につながります。

⑤ うがいの誘導のポイント

認知症の進行により食べる機能が落ちてくると食べカスが溜まりやすくなります。うがいの促しで困ることには以下の2つがあります。

● 「うがい水を含むとすぐに吐き出す」

【対応】→誘導は、先ず水を含むことからです。「い～ち・に～・さ～ん」とカウントし、吐き出す。繰り返しできたらカウントを5まで

延ばし口に含める時間を安定させます。次にジェスチャーでグチュグチュと音を出して見せてから、させてみます。

● 「うがいの水を飲んでしまう」

【対応】→うがいで洗い流されるのは今食べた食べ物のカスですから飲んでも問題がないでしょう。またうがいの水も「飲んでも良いお茶や飲める水を用意」すれば問題はなくなります。歯みがきの後に飲む時は、歯みがき剤を使用しないことです。

⑥ 歯医者さんを受診する際のヒント

ご本人に口の痛みが出て「口の中をみてほしい」「歯科を受診したい」などと助けを求められません。それは行動の障害として「イライラと落ち着きがなくなる」「好きな物を食べなくなる」「食べるよう勧めると拒否する」「入れ歯を外して食べる」「入れ歯を隠し失くしてしまう」のように現れます。ご家族が「行動の問題が口の問題から出ているかも」と気づくことが大切です。

虫歯や歯周病、合わない義歯は痛みを伴い、自然回復することはありません。口の状態を改善するには歯科を受診する必要があります。ご本人もご家族も不安な状況の中で、上手に受診し、治療が受けられるためのヒントを少しご紹介しましょう。

①かかりつけ歯科医院を受診しましょう。

▶ご本人のこれまでの記録があり、馴染みの場所であり、信頼できる先生・スタッフによる対応は、きっと安心して受診されるでしょう。

▶予約時には認知症であることを伝えておきましょう。玄関の前まで来て拒まれることもあります。スタッフの声かけでスムー

ズに診療室に入れた事例もあります。

- ▶ かかりつけ歯科医院がない場合は、主治医やケアマネジャー、地域包括支援センターや地域の歯科医師会などに相談しましょう。通院が困難な場合は、歯科医師や歯科衛生士が在宅・施設・病院へ訪問するシステムがあります。地域により担当する所やサービスは異なります。まずは地域の歯科医師会や地域包括支援センターなどにご相談ください。

②身近な家族や日々関わるケアスタッフが、受診の目的を書きとめましょう。

例)

- ▶ 頬をおさえ痛みがあるようです。口臭もあり困ります。
- ▶ 入れ歯を入れているようですが、自分では外しません。
- ▶ 本人が拒否して、家族は入れ歯を外せません。
- ▶ 仕上げみがきや入れ歯の着脱の仕方を教えてほしい。

書きとめたメモは受診にも役立ちます。その他にも「どのような認知症症状があるか」はご本人を理解してもらうのに役立ちます。他の疾患や服薬情報、かかりつけ医師やケアマネさんの連絡先など。診療室で、ご本人を交えて家族や先生が穏やかに笑顔で情報交換されることで、ご本人は信頼され安心して受

診されるでしょう。

③付き添いは、身近な家族や介護士がよいでしょう。

ご本人への声かけや促し誘導には個別性があります。「どのような声かけをしたら一緒に出かけられるか」「どう誘導すれば口を開けてくれるか」など介護の仕方を一番良く知っておられるからです。先生が普段どおり「お口を開けてください」と指示を出されても「口を開けない」ことはよくあります。言葉の指示だけでは伝わらないのですね。日頃の誘導方法は「ああ〜」なのか、ジェスチャーなのか、また違う方法なのか、身近な方のサポートが必要なのです。

④「治療ができる」のは、先生や医院の雰囲気慣れてから。

認知症症状により、今まで出来ていたことが出来なくなることは少なくありません。記憶が途切れて全てが初めての状況になる認知症症状を先生にお伝えしておきましょう。

例えば、治療イスに「座る」から「横になる」不安はないか、「鼻呼吸」して「口を開けていられるか」、「口の中に治療器具」を入れ「ライト」をあてても大丈夫か、毎回はじめて行うように、ご本人を促し確かめながら、笑顔で快感情を持てるように、一段一段ゆっくり進めてもらいましょう。

医療処置について

看護師
認知症のひと家族の会滋賀県支部

林家 清子
Hayashiya Kiyoko

① 胃ろう (PEG) について

胃ろうとは胃に穴を開けチューブを留置し、直接、胃内に栄養を補給することです (PEG: Percutaneous Endoscopic Gastrostomy と略称されます)。胃ろうは医療処置でつくる必要があります。内視鏡を胃内に挿入し、空気を送り込み胃を膨らませた後、局所麻酔をして、腹部から胃内に針を挿入します。その小腸 (空腸) に穴を開ける (空腸ろう) 場合もあります。胃ろうカテーテルには図1のように4つのタイプがあります。それぞれメリット、デメリットがあります。バンパー型ボタンタイプは抜けにくい、栄養剤の通過距離が短くカテーテルの汚染が少ない、交換の頻度が少ない (4~6カ月に1回) 等のメリットがあり、最近はこのタイプが増えています。

(1) 胃ろうを造ることが必要なとき

口から食べることは、人間にとって基本です。これは、単に栄養を口から補給することにとどまらず、食べる喜びや幸福感、また免疫力の維持・向上などさまざまな意味を持っています。しかし、疾患や治療によって口から食べることができなくなり、生きていくために必要な食事量を口から摂ることが出来ない人もいます。このような状態の人への栄養補給法として経管栄養法があります。まず、経鼻経管栄養法が適応ですが、その使用が6週間以上となる場合に胃ろうが薦められます。

(2) 胃ろうを造るメリット

- 経鼻経管チューブの留置に伴う不快感がありません。
- 鼻腔、口腔内、咽頭、喉頭を傷つけることなく、本人によるチューブの引き抜きが避けられます。
- 口腔ケアがし易くなり、口臭をなくし、味覚や臭覚の異常が起らないようにし、細菌の増殖を抑え肺炎の予防ができます。
- 摂食や嚥下機能回復訓練が安全かつ効果的に出来て、再び口から食べることが出来るようになります。
- がん等で幽門部以下の消化管の狭窄がある時の消化液の排出を行い、むかつきや嘔吐を避けることが出来ます。
- 経鼻管栄養チューブは2週間に1回の交換が必要ですが、胃ろうは4~5カ月に1回の交換となります。
- 長期の栄養補給方法には、点滴や中心静脈栄養などの方法では直接血管に針を刺して補液をする方法もありますが、針を留置する苦痛が伴う上、本人の消化器機能を使いません。胃ろうでは本人の消化器を通じて栄養を吸収するため、本人の機能を維持することにもつながります。

ろう孔からの漏れ、下痢の防止等に有効であると注目されています。

- その他にチューブが閉塞、脱落、抜去することがありますので、チューブの管理や栄養の管理（エネルギー、水分補給、電解質）が重要です。医師や看護師の指示や説明を聞きながら行う必要があります。

※在宅ではかかりつけ医に相談し、訪問看護を利用して、胃ろうの管理や注入方法の指導を受けると良いでしょう。

② 尿道留置カテーテルについて

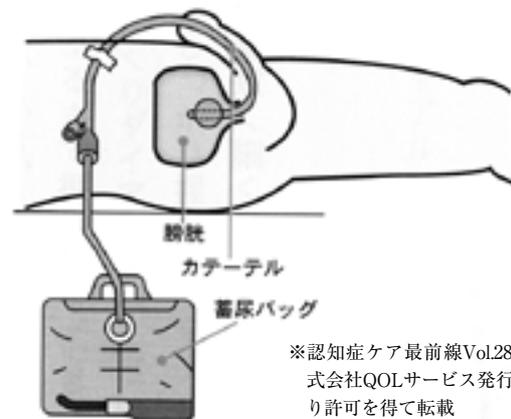
尿道カテーテルは膀胱がん、前立腺肥大、前立腺がん、尿道狭窄、神経因性膀胱等の疾患で尿の出方が悪くなる排尿困難や尿が出なくなる尿閉になる時に、カテーテルを尿道から膀胱へ挿入して、尿を排出させることを目的に留置されます(図2)。そこで、不快感、苦痛、不眠などの辛い症状を除き、尿路感染症や水腎症、腎不全、膀胱破裂など命取りになる状態を回避することが出来ます。また、手術後

には安静、創部の汚染防止、正確な尿量の測定等でカテーテルを挿入することもあります。

カテーテル留置には、メリットも多くありますが尿路感染の防止等のカテーテル管理が必要です。また、カテーテル挿入の違和感、不快感、固定部の皮膚ただれ等があり、カテーテルを自己抜去し、尿道の損傷、出血等のトラブルが起るデメリットもあります。

尿管カテーテル留置後は合併症やトラブルを避けるために、可能な限り早い時期に抜去

図2 留置カテーテルの図



胃ろうと家族の悩み

現在、胃ろうは全国で推定40万人が導入しています。近年、高齢者の体に負担や苦痛を伴い、人工的な延命につながりかねない場合があると指摘が出ています。試案では、生命維持の効果がない場合だけでなく、維持できても苦痛を与えるだけで、本人の人生に「益」とならなければ、人工栄養法の導入をしない選択肢もあることを患者や家族に示すとの考え方を示しています。苦痛もなく次第に衰え、自然に死に向かっているときは導入せず、口から可能な限り水分や栄養を補給するなどにとどめるとしています。

一方で、本人の残された能力を改善し、よりよい生活が実現されそうな場合や家族も本人の人生がもう少し延びることが本人にとてもよいと考える場合には、導入が適当であるとしています。

また、患者の苦痛が多い場合などは中止や輸液の減量が出来るといった選択肢も盛り込まれています。

本人や家族が胃ろう造設で迷う時は、その時々、生活の質、最後の看取りのあり方等、本人や家族の思いを大切に、医師、看護師、理学療法士、ケアマネジャー、介護従事者等と共に十分に検討しながら決めてゆくことが必要です。

するのが望ましいです。残尿測定を行い、残尿量50ml以上でカテーテルを抜去する場合は、一日5～6回、本人か家族が間歇的に導尿する（自己導尿）必要があります。

留置カテーテルの留意点

- ①カテーテルの交換は2～4週間に1回、医師または看護師が行います。
- ②陰部を清潔にすることが大切です。
カテーテル挿入部の尿道口は粘膜の炎症を起しやすく、毎日の入浴、陰部の洗浄を行います。
- ③カテーテルの固定にはかぶれないテープを選びます。
固定部位：男性は腹部に、女性は大腿内側に行います。
- ④認知症や意識障害のある人がカテーテルを抜かないように、見えない、触れない工夫を行います。
- ⑤ストレスの緩和を図ります。
陰部は痒くないか、カテーテルは引っ張れないか、寝返りは大丈夫か、尿がカテーテル周囲から漏れていないか等ストレスとなる原因を取り除くことが大切です。
- ⑥カテーテルなどのねじれや折れ曲がり注意到、スムーズに尿が流れ出ていることを確認します。
- ⑦尿の流出が悪くなったり、膀胱に逆流して感染症の原因にならないために、蓄尿バツ

グは体より低位置におきます。

- ⑧尿が濁ったり血液が混じるようなことがあればすぐに医師や看護師に連絡します。

③ ストーマ造設について

ストーマには、消化器系（人工肛門）と泌尿器系（人工膀胱）があります（表1）。

ストーマは皮膚保護剤（フランジ）と袋を装着して排泄物をうけます。排泄物によるストーマ周囲の皮膚汚染が皮膚トラブル、臭い、感染、環境の汚染を引き起こします。

通常は自分で管理できるように指導を受けますが、認知症患者では介護者の援助が必要です。

※ストーマによるトラブルを防ぐためには患者に不快感を与えないことが大切です。

- ①爪を短く切り、皮膚保護剤を剥がさないように注意しましょう。
- ②排泄物が見えない・触れない工夫（袋に布カバーをつける等）も大切です。
- ③ストーマ周囲のスキントラブルの予防をしましょう。
 - 皮膚をまず清潔にしましょう。清拭、シャワー、入浴は毎日行いましょう。
 - 便などの排泄物を皮膚につけないように注意をしましょう。
 - 装具を剥がす時は無理に剥がさないように気をつけてください。

表1 人工肛門と人工膀胱となる疾患とストーマ名

	疾患	ストーマ造設の種類
人工肛門（消化器系） 便	直腸癌、大腸癌、子宮癌、膀胱癌などでは大腸（小腸）の一部もしくは全部を摘出します。本来の肛門が使えなくなるため、ストーマが造設されます。	コロストミー（結腸） イレオストミー（回腸）
人工膀胱 （尿路系）	膀胱癌、尿道癌、腎盂尿管癌、前立腺癌、子宮癌などの骨盤内手術により本来の膀胱が使えなくなるため、ストーマが造設されます。	回腸導管、尿管皮膚瘻、腎瘻、膀胱瘻

※認知症ケア最前線Vol.28（株式会社QOLサービス発行）より許可を得て転載

ベルトをするときは締め付けすぎによる摩擦で皮膚を傷つけないように注意が必要です。

※ストーマ周囲、皮膚保護剤粘着部位、袋と皮膚接触部のスキントラブル（発赤、水泡、びらん、出血など）がある時は、ストーマを管理している病院や専門看護師に相談してください。

※尿道カテーテルとストーマは「痒い」「痛い」「違和感」などの身体症状の原因となります。そのことが認知症患者に、不潔行為などの

トラブルを発生させるというメカニズムを理解し、管理を工夫することでトラブルが減少しケアの負担は軽減します。

参考・引用文献

- 1) ナーシングケアQ&A・徹底ガイド 胃ろう（PEG）管理Q&A 編集：東口高志 総合医学社
- 1) 認知症ケア最前線 2011Vol.28 医療知識と認知症ケア（株）QOL サービス
- 2) 経管栄養（胃ろう・腸ろう、経鼻経管栄養）テキスト 社団法人日本介護福祉士会

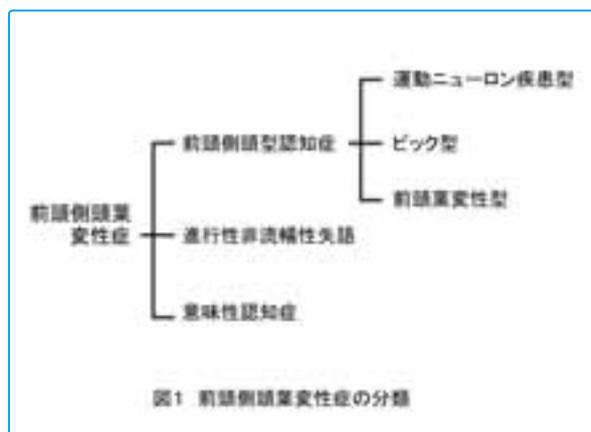
前頭側頭型認知症(ピック病)の 症状と対応について

山口大学大学院医学系研究科
神経内科学分野 准教授・医師

川井 元晴
Kawai Motoharu

① ピック病とは

ピック病は1900年前後にアーノルド・ピックが発見した認知症を生じる病気です。アルツハイマー型認知症とは違い、前頭側頭型認知症という病気の1つに数えられています。脳の前頭葉と側頭葉が特に萎縮する（痩せてくる）のが特徴で、それに対応した症状が出てきます。ピック病は比較的少ない病気ですが若年期に発症することが多いため、病気自体の問題に加えて社会的、経済的にも本人と家族を苦しめます。前頭側頭型認知症には他に筋肉が痩せていく運動ニューロン症状を併発するタイプ（MND型）と前頭葉が障害されるタイプ（FLD型）があります。これら3つのタイプはさらに前頭側頭葉変性症（FTLD）という病気に分類されます。FTLDには他に意味性認知症と緩徐進行性非流暢性失語症が含まれます（図1）。



② 症状

行動障害が主体（いわゆる反社会的、問題行動が多い）で、それが徐々に進行していきます。自発性の低下や常同行動が初期から出現する症状とされ、もの忘れ（記憶障害）や日付が分からないといった見当識障害はないか目立たないことが特徴で、アルツハイマー型認知症とはかなり異なります。また、幻覚や妄想は通常見られません。代表的な特徴として以下のような症状が挙げられます。

(1) 病識がない

初期から自分が病気であることを否定し、病識が欠如しています。表情や話し方には深刻味が感じられません。通院するにも説得に応じないことが珍しくありません。

(2) 社会的対人行動の低下・脱抑制

他人の言うことを聞かず、自分の気の向くままに行動する“我が道を行く”行動がよくみられます。礼儀作法が失われることも特徴です。人の持ち物や食べ物を平気で盗って、悪気を見せることはありません。また、場所をわきまえず大声を出し、待合室など静かな所でも手拍子を打つようなこともあります。車の運転では車間距離をとらなかったり、高速道路を逆行したりと危険な運転が多いことが特徴です。

(3)自分や他人に無関心になる

比較的初期からみられる症状で、周囲の人や環境だけではなく自分自身にも無関心になります。質問をしてもよく考えもせずに即答することがあり、そのような状態を“考え不精”と言います。

(4)感情の変化

無表情、無感動になります。人によっては多幸的になったり子供のように振る舞ったりします。一方でイライラ、焦燥感が出ることもあります。

(5)自発性の低下

意欲や自分から何かしようという気力がなくなります。前頭葉の症状と考えられています。うつなどと間違えられることもあります。初期には常同行動と一緒に出現するために、何もしていない、する気が無いのかと思えば急に起き出していつもの周遊コースを散歩に出かけるような行動が混在します。

(6)常同行為

同じ動作や言葉を繰り返すようになります。例えば、毎日朝6時に起床し、7時に食事をし、7時30分から毎日お決まりのコースを30分間散歩して、8時に家に帰ってくる、というような非常に規則的な生活をするのがよくみられ、“時刻表的生活”と言われます。一人で勝手に散歩に出ていきますが、コースも時間も決まっており、症状がかなり進行しない限りは道に迷わないで戻ってこられます。

進行すると手をパチパチと叩き続けるような反復行動がみられることがあります。

(7)食行動の異常

甘い物や味の濃い物が好きになり、それば

かり大量に食べるようになります。また、目の前にある食べ物を十分噛まずに立て続けに食べるようにもなります。

(8)非影響性の亢進

目の前の人と同じ仕草をしたり、介護者と同じ動作をすることが目立ちます。

目の前の物や現象に囚われやすく、字を見ただけでそれを声に出して読み上げたり、道具を見ただけで勝手に持って使い始めたりします。

(9)転導性の亢進

じっとできない、物事を続けて行えないという症状のことで、注意力が続かないことによると考えられています。同じ場所にじっとできないという症状は“立ち去り行動”と言われることがあります。

③ 経過

前述の様な症状が次第に進行していき6年から8年で無動無言状態になるという経過をたどります。アルツハイマー型認知症に比べて進行が早いと言われています。

④ 検査

頭部CTやMRIで前頭葉や側頭葉の脳萎縮がみられることが特徴です(図2)。

認知症の評価のために一般的に用いられている改訂長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)やMini-Mental state examination(MMSE)では認知症と分からないことがあります。質問・面接形式の検査の他に、普段の様子がどのようなものかをご家族からお話していただくことが診断に役立ちます。

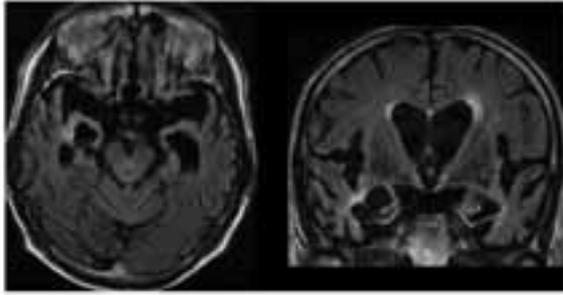


図2 ピック病のMRI写真(FLAIR画像)

5 診断

もの忘れではなく行動や性格の変化に加えて脳の特徴的な萎縮がみられれば診断できますが、それらの特徴が乏しいときや病気の初期には、アルツハイマー型認知症や双極性障害（躁うつ病）、統合失調症などと診断されていることがあります。対応に困るようであれば認知症の専門医を紹介、診断してもらうことも必要になります。

6 治療について

(1)薬物的治療

残念ながらピック病の症状を改善したり進行を止めたりする効果のある薬剤はまだありません。しかし、最近一部の抗うつ薬（選択的セロトニン取り込み阻害薬）が症状改善に効果的な場合があると報告されています。一方、ドネペジル（アリセプト[®]）、ガランタミン（レミニール[®]）、リバスチグミン（イクセロンパッチ[®]、リバスタッチパッチ[®]）、メマンチン（メマリー[®]）といったアルツハイマー型認知症の治療薬は効果が証明されてはいません。

また、いわゆる“問題行動”を薬剤で押さえ込むには大量の抗精神病薬が必要になることが多いため、薬剤だけではなく環境やケアを充実させることが重要です。

(2)非薬物的治療 —ピック病の人への対応—

周囲に無関心で自分勝手な行動が目立つため、デイサービスなどの福祉サービスでは集団行動ができません。また、リクレーションを無理に勧めたり、本人の行動を途中で止めさせたりすると暴力行為を引き起こすことになりかねません。特徴である常同的行為や非影響性の亢進症状を上手く利用することがポイントです。例えば いつも座る席を決めておき、そこに目につくように作業用の道具を置いておくということを習慣付けると次第にその行動パターンが常同的行為に組み込まれていきます。同じスタッフが可能な限りマンツーマンで根気よく対応することが必要です。万引きなど反社会的行動が目立つ場合には一定期間入院して、その間に常同行動を新しく身につけてもらうことも有効だと言われています。

7 介護家族に対して

ピック病の症状は記憶障害よりも問題行動や社会的な逸脱行動が主体となるため、アルツハイマー型認知症の介護に比べてご家族の負担度が大きいとされています。また、アルツハイマー型認知症に比べて社会的に知られていないため、周囲から理解されないことも家族の精神的負担が増している要因の一つだといえます。ご家族がこの病気に対して理解して頂くこと、介護家族の肉体的精神的負担を周囲が理解することがまず必要です。診断されたら出来るだけ早いうちから病状に見合った介護サービスを導入していきけるように支援していきます。運動機能や空間認知機能は保たれているため、気が向きさえすれば出来る家事や作業が比較的多く残されていますので、本人の症状の特徴を踏まえた上での介護サービスの工夫により、家族の負担を減ら

すことが可能な場合があります。

車の運転に関しては前述のように危険運転が目立つ場合が多いので、診断された時点から出来るだけ早い段階で止めるように誘導していくことが望まれます。

また、働き盛りの年齢で発症する人が少ないため職場で仕事を続けられなくなり、本人と家族が社会的経済的に追い詰められる事態になります。認知症の程度に応じて精神障害者福祉手帳や国民年金の障害基礎年金の手続きなど社会福祉制度を利用することも本人とご家族をサポートできる方法の一つです。

8 遺伝について

家族性の前頭側頭型認知症が報告されていますが、日本では遺伝的に関連性がない孤発

例が多いとされています。家族や親戚に何人も同じ認知症の方がいない限りは遺伝するかどうかについて深く悩む必要はありません。しかし、どうしても心配な場合は担当の先生に相談してみるとよいでしょう。

【参考文献】

- 橋本衛、池田学。前頭側頭葉変性症。1) 概念とその変遷。認知症診療マニュアル。神経内科、72 suppl.6 2010 ; 369-374。
- 池田学。前頭側頭葉変性症。認知症テキストブック。日本認知症学会編、中外医学社、東京、2009 ; 290-309。
- 「認知症疾患治療ガイドライン」作成合同委員会編。前頭側頭型認知症。認知症疾患治療ガイドライン 2010。医学書院、2010 ; 316-329。

レビー小体型認知症

※認知症の人と家族の会の会報「ぼ〜れぼ〜れ」に6回にわたり連載されたものを要約したものです。

メディカルケアコート・クリニック院長

小阪 憲司
Kosaka Kenji

① レビー小体型認知症とは何か？

「レビー小体型認知症」(dementia with Lewy bodies以下DLBと略)は私が「びまん性レビー小体病:DLBD」として提唱したものを基礎としており、いわば日本で発見された認知症です。1996年に初めて国際的に承認された比較的新しい認知症ですが、現在ではこれはアルツハイマー型認知症と脳血管性認知症とともに三大認知症の一つとして広く認識されるようになりました。

② 今、なぜレビー小体型認知症か？

(1)頻度が高く誤診されやすい

現在では、高齢者の認知症の約20%、5人に1人がDLBということになり、わが国では50万人ほどいると推計されていますが、診断が難しく、早い時期には認知症が目立たないことも多く、CTやMRIといった脳画像では脳萎縮が比較的軽いため誤診されることが多いのです。

(2)初期からBPSD(行動・心理学的症状)が起りやすく介護が大変

認知症が目立たないのに、抑うつや幻覚・妄想や不安といった、いわゆるBPSDが目立つことが多く、また、幻覚のなかでも特有なありありとした具体的な内容の幻視が特徴的です。他の人には見えないのに、ヒトや小動物が見えることが多いのです。幻聴(「人の声

が聞こえる」など)や、体感幻覚(「背中に虫が這っている」など)のこともあります。また、幻覚に基づいて妄想が起こることも多く、これらの精神症状のため異常な行動が起こることもあり、介護する人はそれに振り回されてしまうことが多いのです。記憶が比較的保たれるため、ごまかしはききませんし、一時的な気休めは通じないため、対応が難しく介護が大変です。

(3)公的に承認された治療法がない

早い時期にうつ状態を示すことが多いので、うつ病と診断されて、うつ病の治療を受けていることが少なくありません。現在では公的に承認された治療薬がありません。アリセプトなどのコリンエステラーゼ阻害薬がアルツハイマー型認知症以上にDLBに効果的であることが国際的に知られているにもかかわらず、これはまだ保険適応にはなっていません。

③ レビー小体型認知症の特徴的な症状

(1)具体的な内容の人や小動物についての特有な幻視

幻視はDLBに最も特徴的で重要な症状で、「赤い服を着た女の子が私のすぐそばに座っている。いつの間にか現れていつの間にかいなくなる」「黒い大きい犬がそこに座っている」「アリのような黒い虫が廊下の隅で行列を作っている」といった、具体的な内容のありあり

とした幻視が特徴的で、「触ろうとすると消えてしまう」「電気をつけると消えてしまう」と話します。家族が否定するため「私にしか見えないようなのです」と話すこともあります。幻視の他に、テーブルの上の人形が人に見えたり、水道の蛇口のホースが蛇に見えたりする「錯視」、「天井が波を打って見える」「床が歪んで見える」といった「変形視」、「夫が2人いる」「自分の家が他にもある」などの「重複記憶錯誤」というような視覚認知障害が現れることもあります。

(2)認知機能の変動

認知機能の変動もよくみられます。頭がはっきりしている時とぼーっとしている時が日により時により変動し、ぼーっとしている時に幻視などの視覚認知障害が起こりやすいのです。

(3)パーキンソン症状がしばしば現れる。

手足の振戦、筋肉のこわばり、動作緩慢、前屈姿勢、小股歩行などが多く、進行するとすり足歩行、すくみ足なども加わります。パーキンソン病とまったく同じ症状が出現しますが、DLBでは振戦は比較的まれです。

(4)抗精神薬への過敏性

幻視に基づく妄想や行動異常が出現することもあります。人が無断で家に現われるため、物を盗んでいくとか私を監視しているといった被害的な妄想が現れたり、「主人が夜中に女の人と寝ている」などと嫉妬妄想を示すこともあります。このため抗精神病薬が安易に使用され、体が硬くなったり、過鎮静になることもよくあり、これは「抗精神病薬への過敏性」といって、DLBにはよくみられます。

(5)REM睡眠行動障害

睡眠中に大声で怒鳴ったり叫び声をあげて怖がる寝言を言ったり、布団の上で暴れたりすることがあります。これは「REM睡眠行動障害」と言って最近注目されており、これだけが何年も十何年も前に現れ、後にDLBに特徴的な症状が出現することもしばしばあります。

(6)うつ状態の先行

うつ状態の先行もよくあり、DLBが見逃されていることも多く、高齢者のうつ病がなかなか治らないときにはDLBを考えることも大切です。

(7)自律神経症状を伴う

起立性低血圧のため立ち上がった時や食事を食べた後にめまいがして転倒することも多く、時には急にごく短期間気を失う（失神）こともあります。また、頑固な便秘や尿失禁、頻尿、発汗異常なども起こりやすく、これらの自律神経症状で発病することもあります。

(8)DLBが進行すると

進行するとともに記憶の障害も目立ち、認知症がはっきりし、その頃には幻視などのBPSDは軽減し、目立たなくなることが多いのですが、自発性が低下し、口数が減少し、何もしたがらなくなり、物事への関心も乏しくなってきます。また、パーキンソン症状が目立ち、起立や歩行が困難になり、転倒しやすく、種々の介助が必要になります。自律神経症状も目立つようになることがあります。

DLBが進行し、認知症が目立つようになると、アルツハイマー型認知症との区別が難しくなり、時にはDLBとアルツハイマー型認知症の両方が合併することもあります。

④ レビー小体型認知症の治療について

治療には認知症の治療とBPSDの治療があり、それぞれ薬物療法と非薬物療法があります。

アルツハイマー型認知症の治療薬であるドネペジル（アリセプト[®]）がDLBに効果があり、ガランタミンやリバスチグミンも同じような効果があることがわかっています。しかし、これらも認知症の進行を遅らせるという効果しか期待できないため、早期からの働きかけが大切です。

(1)薬物治療には注意が必要

幻視や妄想を中心とするBPSDにはドネペジルが効果的ですが、ドネペジルで効果がないときには漢方薬の抑肝散が使用されます。これらは副作用が少なく、効果が期待されますが、効果がない場合には非定型抗精神病薬を使用せざるを得ませんが、重要なことは、DLBでは抗精神病薬に限らずこれらの薬剤には過敏性を示すことが少なくないので、少量から徐々に増量していかなければいけません。

また、これらの薬剤はDLBには保険適応外ですので、医師は本人や家族に充分説明したうえで同意を得てから使用する必要があります。

もう一つ重要なのはパーキンソン症状と自律神経症状への治療で、前者はパーキンソン病の治療と同じであり、後者には症状に応じた治療が必要です。

(2)DLBの介護

DLBは最も介護が大変な認知症と言ってもよく、介護の基本は、患者中心の介護（パーソンセンタードケア）とその人の病気に合わせた介護です。

DLBの介護で特に注意しないといけないことは、初期には記憶障害が軽く、よく覚えているので一時的なごまかしが効かないことです。まず、話をよく聞いて「悪いことはしないから大丈夫よ。私がいるから、悪いことをするようなら私が守ってあげるから」と言ったりして、支持的に、そしてできるだけ納得できるように接することが大切です。

DLBでは幻視に関連して妄想が発生することが多いので、幻視や錯視（例えば、飾ってある人形を人と見間違える）が出たら早期の治療が必要です。幻視や錯視には室内の置物や飾りを取り除くとか、電気を明るくする（暗いと見間違えが多い）とかの工夫や環境の整備も重要です。

⑤ レビー小体型認知症の今後

DLBは歴史が浅いのに今や高齢者の認知症の約20%を占め、アルツハイマー型認知症に次いで2番目に多いポピュラーな認知症となりました。わが国でも大分DLBが知られるようになり、正しく診断されつつあり、その頻度はまだ増えると思われれます。

※参考資料

- 「レビー小体型認知症家族を支える会」から出版した「知っていますか レビー小体型認知症」（小阪憲司著・メディカ出版）

介護保険法改正の概要

厚生労働省

Ministry of Health, Labour and Welfare

≫≫ 介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律の概要（厚生労働省）

介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律の概要

高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取組を進める。

1 医療と介護の連携の強化等

- ① 医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援（地域包括ケア）を推進。
- ② 日常生活圏ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画を策定。
- ③ 単身・重度の要介護者等に対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスを創設。
- ④ 保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施を可能とする。
- ⑤ 介護療養病床の廃止期限（平成24年3月末）を猶予。（新たな指定は行わない。）

2 介護人材の確保とサービスの質の向上

- ① 介護福祉士や一定の教育を受けた介護職員等によるたんの吸引等の実施を可能とする。
- ② 介護福祉士の資格取得方法の見直し（平成24年4月実施予定）を延期。
- ③ 介護事業所における労働法規の遵守を徹底、事業所指定の欠格要件及び取消要件に労働基準法等違反者を追加。
- ④ 公表前の調査実施の義務付け廃止など介護サービス情報公表制度の見直しを実施。

3 高齢者の住まいの整備等

- 有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護規定を追加。
- ※厚生労働省と国土交通省の連携によるサービス付き高齢者向け住宅の供給を促進（高齢者住まい法の改正）

4 認知症対策の推進

- ① 市民後見人の育成及び活用など、市町村における高齢者の権利擁護を推進。
- ② 市町村の介護保険事業計画において地域の実情に応じた認知症支援策を盛り込む。

5 保険者による主体的な取組の推進

- ① 介護保険事業計画と医療サービス、住まいに関する計画との調和を確保。
- ② 地域密着型サービスについて、公募・選考による指定を可能とする。

6 保険料の上昇の緩和

- 各都道府県の財政安定化基金を取り崩し、介護保険料の軽減等に活用。

【施行日】

- 1 ⑤、2 ②については公布日施行。その他は平成24年4月1日施行。

地域包括ケアシステムについて

医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援(地域包括ケア)を推進

【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進

⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高等賢を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

※「地域包括ケアシステム」は、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるように地域での体制と定着する。その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね30分以内」に駆けつけられる圏域(を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とする。〔地域包括ケア研究会報告書〕より)

医療や住まいとの連携も視野に入れた 介護保険事業(支援)計画の策定

- 地域包括ケアの実現を目指すため、第5期計画(平成24～26年度)では次の取組を推進。
 - ・ 日常生活圏域ニーズ調査を実施し、地域の課題・ニーズを的確に把握
 - ・ 計画の内容として、認知症支援策、在宅医療、住まいの整備、生活支援を位置付け

日常生活圏域ニーズ調査

(郵送+未回収者への訪問による調査)

- ・ どの圏域に
- ・ どのようなニーズをもった高齢者が
- ・ どの程度生活しているのか

地域の課題や
必要となるサービス
を把握・分析

調査項目(例)

- 身体機能・日常生活機能(ADL・IADL)
- 住まいの状況
- 認知症状
- 疾病状況

介護保険事業(支援)計画

これまでの主な記載事項

- 日常生活圏域の設定
- 介護サービスの種類ごとの見込み
- 施設の必要利用定員
- 地域支援事業(市町村)
- 介護人材の確保策(都道府県)など

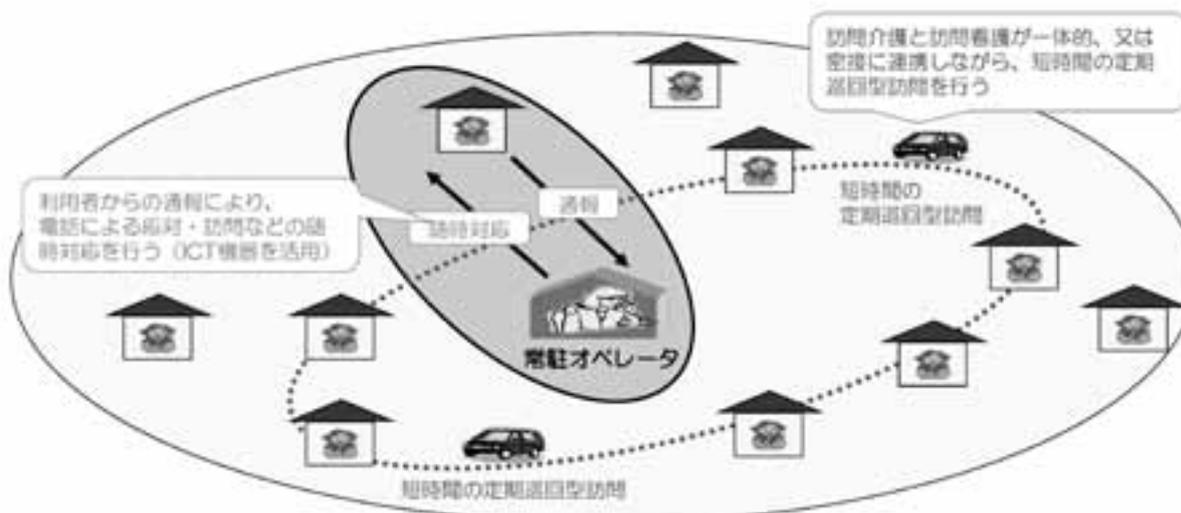


地域の実情を踏まえて記載する新たな内容

- 認知症支援策の充実
- 在宅医療の推進
- 高齢者に相応しい住まいの計画的な整備
- 見守りや配食などの多様な生活支援サービス

24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設(イメージ)

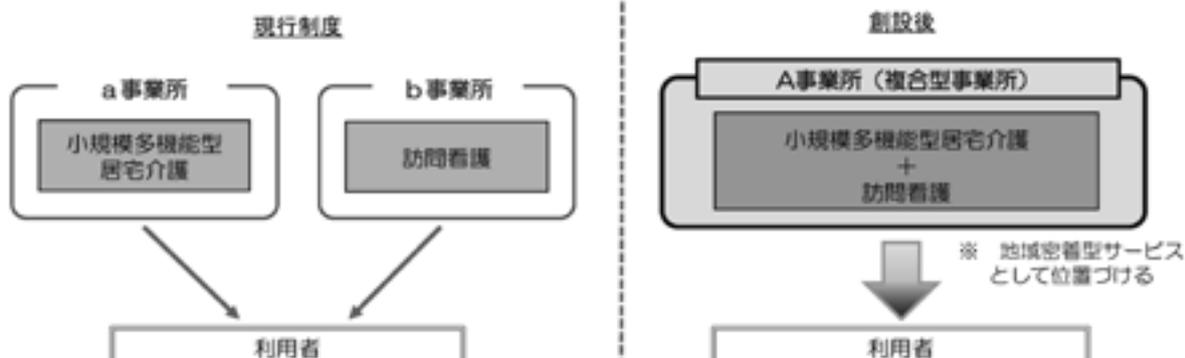
重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら、短時間の定期巡回型訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応サービス」を創設する。



- ※ 1つの事業所から訪問介護・訪問看護を一体的に提供する、又は、外部の訪問看護事業所と緊密な連携を図って訪問介護を実施するなど、訪問介護と訪問看護の密接な連携を図りつつ実施する。
- ※ 在宅療養支援診療所等、地域の医療機関との連携も重要となる。
- ※ 地域密着型サービスとして位置づけ、市町村(保険者)が主体となって、圏域ごとにサービスを整備できるようにする。

複合型サービスの創設

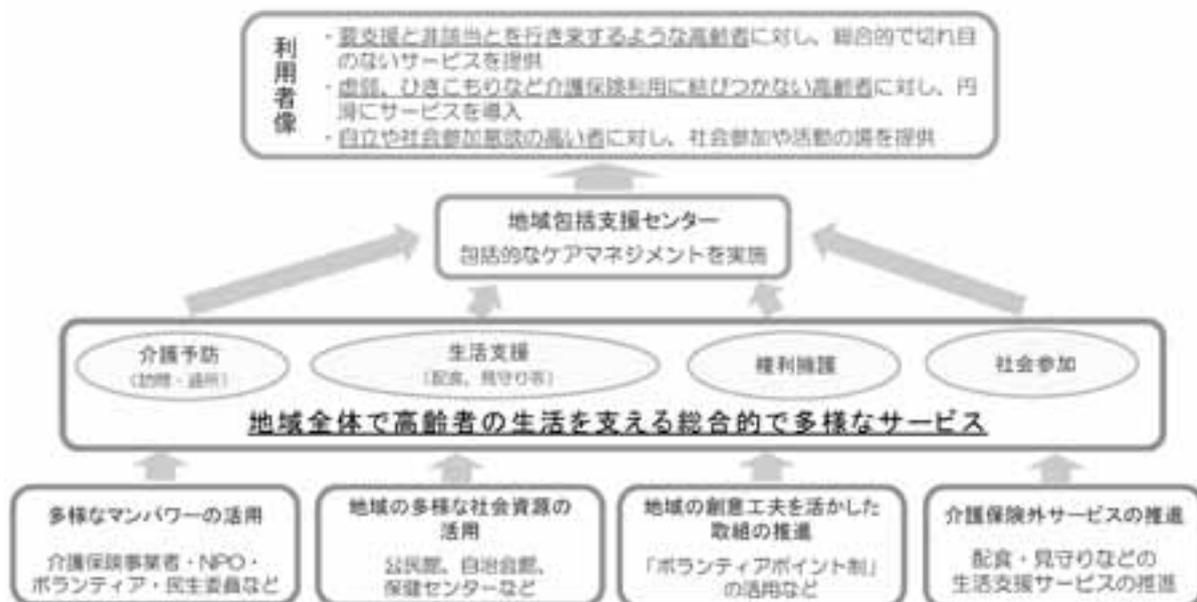
- 小規模多機能型居宅介護と訪問看護など、複数の居宅サービスや地域密着型サービスを組み合わせる複合型サービスを創設する。
- これにより、利用者は、ニーズに応じて柔軟に、医療ニーズに対応した小規模多機能型サービスなどの提供を受けられるようになる。また、事業者にとっても、柔軟な人員配置が可能になる、ケアの体制が構築しやすくなるという利点がある。



- それぞれのサービスごとに別々の事業所からサービスを受けるため、サービス間の調整が行いにくく、柔軟なサービス提供が行いにくい。
- 小規模多機能型居宅介護は、地域包括ケアを支える重要なサービスだが、現行の小規模多機能型居宅介護は、医療ニーズの高い要介護者に十分対応できていない。
- 1つの事業所から、サービスが組み合わされて提供されるため、サービス間の調整が行いやすく、柔軟なサービス提供が可能。
- 小規模多機能型居宅介護と訪問看護を一体的に提供する複合型事業所の創設により、医療ニーズの高い要介護者への支援を充実させることが可能。

介護予防・日常生活支援総合事業について(イメージ)

- 市町村の判断により、要支援者・介護予防事業対象者向けの介護予防・日常生活支援のためのサービスを総合的に実施できる制度を創設。事業を導入した市町村においては、市町村・地域包括支援センターが、利用者の状態像や意向に応じて、予防給付で対応するのか、新たな総合サービスを利用するのかを判断。
- 利用者の状態像や意向に応じて、介護予防、生活支援(配食、見守り等)、権利擁護、社会参加も含めて、市町村が主体となって総合的で多様なサービスを提供。



介護療養病床の取扱いについて

【現行規定】

- 介護療養病床については、平成24年3月31日までに、老人保健施設や特別養護老人ホームなどの介護施設等に転換し、制度は廃止されることになっている。

【現状】

- 平成18年で約12万床であったが、平成22年6月時点で約8.6万床であり、介護療養病床からの転換が進んでいない現状。

【方針】(法改正(介護保険法の附則)による対応)

1. これまでの政策方針を維持しつつ、現在存在するものについては、6年間転換期限を延長する。
2. 平成24年度以降、介護療養病床の新設は認めないこととする。
3. なお、引き続き、介護療養病床から老人保健施設等への転換を円滑に進めるための必要な追加的支援策を講じる。

介護職員等によるたんの吸引等の実施について

○規制・制度改革に関する閣議決定、総理指示を踏まえ、たんの吸引等の医行為が必要な者に対してより安全に提供されるよう、介護福祉士などの介護職員等によるたんの吸引等の実施のための所要の法整備を行う。

※ 介護人材の活用のため、在宅、介護保険施設、学校等において、介護福祉士等の介護職員が、たんの吸引や経管栄養等といった日常の「医的ケア」を実施できるよう、法整備の検討を早急に定めること。
(平成22年9月26日総理指示)

【現状】

- たんの吸引・経管栄養は、医行為に該当し、医師法等により、医師、看護職員のみが実施可能。
例外として、一定の条件下（本人の文書による同意、適切な医学的管理等）でヘルパー等による実施を容認。

【課題】

- 「当面のやむを得ず必要な措置」であるため、
① 法的に不安定であり、行為の実施に当たって不安
② グループホームや有料老人ホームで対応できていない等の指摘。



【制度のイメージ】

- 介護福祉士及び一定の追加的な研修を修了した介護職員等が実施可能となるよう社会福祉士及び介護福祉士法を改正

介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度について

(「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正案)

趣旨

○介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等は、一定の条件の下にたんの吸引等の行為を実施できることとする。

★たんの吸引や経管栄養は「医行為」と整理されており、現在は、一定の条件の下に実質的違法性阻却論により容認されている状況。

実施可能な行為

○たんの吸引その他の日常生活を営むのに必要な行為であって、医師の指示の下に行われるもの

※ 保健師助産師看護師法の規定にかかわらず、診療の補助として、たんの吸引等を行うことを業とすることができる。

★具体的な行為については省令で定める

- ・たんの吸引(口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部)
- ・経管栄養(胃ろう、経ろう、経鼻経管栄養)

介護職員等の範囲

○介護福祉士

★具体的な養成カリキュラムは省令で定める

○介護福祉士以外の介護職員等

★一定の研修を修了した者を都道府県知事が認定

★認定証の交付事務は都道府県が登録研修機関に委託可能

登録研修機関

○たんの吸引等の研修を行う機関を都道府県知事に登録(全ての要件に適合している場合は登録)

○登録の要件

★基本研修、実地研修を行うこと

★医師・看護士その他の者を講師として研修業務に従事

★研修業務を適正・確実に実施するための基準に適合

★具体的な要件については省令で定める

※ 登録研修機関の指導監督に必要な登録の更新制、届出、改善命令等の規定を整備。

登録事業者

○自らの事業の一環として、たんの吸引等の業務を行う者は、事業所ごとに都道府県知事に登録
(全ての要件に適合している場合は登録)

○登録の要件

★医師、看護職員等の医療関係者との連携の確保

★記録の整備その他安全かつ適正に実施するための措置

★具体的な要件については省令で定める

※ 登録事業者の指導監督に必要な届出、報告徴収等の規定を整備。

<対象となる施設・事業所等の例>

- ・介護関係施設(特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム、有料老人ホーム、通所介護、短期入所生活介護等)
- ・障害者支援施設等(通所施設及びケアホーム等)
- ・在宅(訪問介護、重度訪問介護(移動中や外出先を含む)等)
- ・特別支援学校

※ 医療機関は対象外

※ 員、介護職員等によるたんの吸引等の実施のための制度の施行に関する経過措置等

実施時期及び経過措置

○平成24年4月1日施行

(介護福祉士については平成27年4月1日施行。ただし、それ以前であっても、一定の研修を受ければ実施可能。)

○現在、一定の条件の下にたんの吸引等を実施している者が新たな制度の下でも実施できるように必要な経過措置

事業者に対する労働法規の遵守の徹底

介護人材の確保を図るためには、事業者による労働環境整備の取組を推進することが重要だが、介護事業を含む社会福祉関係の事業は、全産業と比較して労働基準法等の違反の割合が高い。

→事業者による労働環境整備の取組を推進するため、新たに、労働基準法等に違反して罰金刑を受けている者等について、指定拒否等を行うこととする。

○労働基準法違反による送検事件状況(社会福祉施設)

平成18年	平成19年	平成20年
11件	15件	11件

(注1) 平成18年～平成20年の間、労働安全衛生法及び労働基準法に係る送検事件はなし。
(注2) 送検された事件のうち、起訴される件数は毎年50%前後で推移している(全産業)

○労働基準法等違反事業場比率(平成20年)

	社会福祉施設	全産業
違反事業場比率	77.5%	68.5%
労基法24条 (賃金不払)	5.8%	3.2%
労基法37条 (割増賃金不払)	35.8%	18.1%
最賃法4条 (最賃不払)	4.7%	2.8%

※ 社会福祉施設には、特養、老健、老人デイサービスセンター・老人短期入所施設・訪問介護事業所等の居宅サービス事業所、グループホーム、有料老人ホーム等のほか、保育所や障害福祉関係施設・事業所等が含まれている。

資料出所：平成20年労働基準監督年報

情報公表制度の見直し

介護サービス情報公表制度について、①事業者の負担を軽減する、②利用者にとって分かりやすくする、という観点から、見直しを行う。

【現行の仕組み】

利用者の選択に資する情報について、都道府県知事への報告を事業者に義務付け、その情報について調査し、定期的に公表する仕組み。

【見直しの内容】

事業者の負担を軽減するという観点から、運営方法を整理する。

- 1年に1回の調査の義務づけを廃止し、都道府県が必要があると認める場合に調査を行えることとする。
- 手数料によらずに運営できる仕組みとする。

公表に係る事務等の効率化を図る。

- 現在、各都道府県に設置されている情報公表サーバーを、国で一元的に管理することにより、効率化を図る。

分かりやすくなるよう、公表方法を工夫する。

- 検索機能や画面表示などを工夫する。

公表される情報の充実を図る。

- 都道府県は、介護事業者の希望に応じて、介護サービスの質・介護従業者に関する情報を公表するよう配慮するものとする旨の規定を設ける。

有料老人ホームの利用者保護規定

短期間での契約解除の場合の返還ルール

【現状】

○有料老人ホームは、設置運営標準指導指針において、90日以内の契約解除の場合に、実費相当額を除いて前払金を全額返還することを規定しているものの、老人福祉法には位置づけられていないため、この制度を設けていない事業者が存在している。

【対応】

○利用者保護の観点から、有料老人ホーム及びグループホームへの入居後一定期間の契約解除の場合に、家賃、サービス費用などの実費相当額を除いて、前払金を全額返還する契約を締結することを義務づける。

※有料老人ホームにおける入居一時金問題の改善については、消費者委員会において検討議題とされ、平成22年12月17日に建議書が出されたところ。

権利金等の受領禁止

【現状】

○前払金については、現在においても算定の基礎を書面で明示することとなっているが、家賃やサービス費用などとは異なり、権利金等は利用者にとって何に対する対価であるのかが不明確であるため、トラブルの原因の一つとなっている。

【対応】

○利用者保護の観点から、家賃、介護等のサービス費用、敷金のみを受領可能とし、権利金等を受領しないことを事業者にも義務づける。

有料老人ホームの利用者保護規定に違反したと都道府県が認めるときは、事業者に対して改善命令を行うことが可能。また、改善命令に違反した場合は、六月以下の懲役又は五十万円以下の罰金に処することとする。

サービス付き高齢者住宅と介護保険の連携イメージ

日常生活や介護に不安を抱く「高齢単身・夫婦のみ世帯」が、特別養護老人ホームなどの施設への入所ではなく、住み慣れた地域で安心して暮らすことを可能とするよう、新たに創設される「サービス付き高齢者住宅」（高齢者住まい法：国土交通省・厚生労働省共管）に、24時間対応の「定期巡回・随時対応サービス」（介護保険法：厚生労働省）などの介護サービスを組み合わせた仕組みの普及を図る。

24時間対応の訪問介護・看護
「定期巡回・随時対応サービス」
→介護保険法改正により創設

サービス付き高齢者住宅

（国土交通省・厚生労働省共管）

→高齢者住まい法改正により創設



診療所、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、デイサービスセンター、定期巡回・随時対応サービス（新設）

住み慣れた環境で必要なサービスを受けながら暮らし続ける

認知症対策の推進について

○ 市民後見人の活用

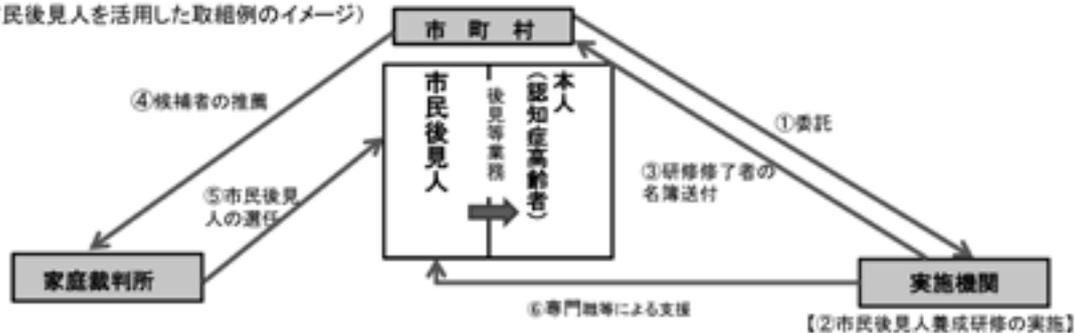
今後、親族等による成年後見の困難な者が増加するものと見込まれ、介護サービス利用契約の支援などを中心に、成年後見の担い手として市民の役割が強まると考えられることから、市町村は、市民後見人を育成し、その活用を図ることなどによって権利擁護を推進することとする。

- ※1 「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上」の高齢者の推計 208万人（平成22年）→ 323万人（平成37年）
- ※2 成年後見関係事件の申立件数は年々増加傾向（平成21年 27,397件）
そのうち簡易申立の件数 1,564件（平成19年度）→ 1,876件（平成20年）→ 2,471件（平成21年）

○ 認知症に関する調査研究の推進

国、地方公共団体は、認知症の予防、診断及び治療並びに認知症である者の心身の特性に応じた介護方法に関する調査研究の推進等に努めることとする。

（市民後見人を活用した取組例のイメージ）

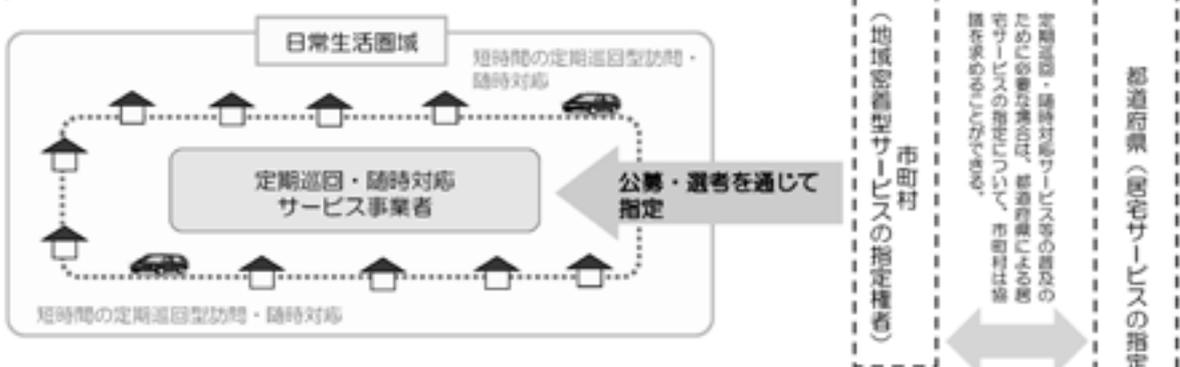


地域ニーズに応じた事業者の指定(イメージ)

定期巡回・随時対応サービス、小規模多機能等の普及のためには、事業者が日常生活圏内で一体的にサービスを提供し、移動コストの削減や圏内での利用者の確実な確保を図ることが必要。

- ① 市町村の判断により、公募を通じた選考によって、定期巡回・随時対応サービス等(在宅の地域密着型サービス)についての事業者指定を行えるようにする。【公募制の導入】
- ② 定期巡回・随時対応サービス等の普及のために必要がある場合は、市町村と協議をして、都道府県が居宅サービスの指定を行えるようにする。【居宅サービス指定に当たっての市町村協議制の導入】

①公募制の導入(定期巡回・随時対応サービスの場合)



②居宅サービス指定に当たっての市町村協議制の導入(訪問介護の場合)



保険者による主体的な取組の推進

○地域密着型サービス・地域密着型介護予防サービスにおける市町村の独自報酬設定権の拡大

地域包括ケア実現のため、保険者が主体となって地域密着型サービス等を整備していく必要があることから、以下のとおり改正する。

【現行の仕組み】

- ・地域密着型サービス等の介護報酬については、市町村は、全国一律の介護報酬額を超えない額を独自に設定可能
- ・全国一律の介護報酬額を上回る額とするためには、厚生労働大臣の認可が必要であり、その額も厚生労働大臣が定める。(小規模多機能型居宅介護等に限り)

【改正内容】

- ・地域密着型サービス等の介護報酬については、厚生労働大臣の認可によらず、市町村独自の判断で、全国一律の介護報酬額を上回る報酬を設定可能。
- ・介護報酬額の上限については、厚生労働大臣が定める。

○地域密着型サービス・地域密着型介護予防サービスの指定事務の簡素化

地域密着型サービス等の事業所の指定は市町村ごとに行うが、市町村の判断により、当該事業所が所在地以外の市町村からも指定を受ける際の事務手続きの簡素化を行う。

【現行の仕組み】

- ・地域密着型サービス等について、所在地以外の市町村が事業所の指定を行う場合には、所在地の市町村長の同意が必要。

【改正内容】

- ・地域密着型サービス等について、両方の市町村長の合意がある場合には、所在地の市町村長の同意を不要とする。
- ・上記の場合、所在地の市町村の指定を受けた事業所が所在地以外の市町村に申請を行った際は、所在地以外の市町村は事業所の指定を行ったものとみなす。

○地域包括支援センターの機能強化

地域包括支援センターにおいて、関係者間のネットワークが十分に構築できていないのではないか、市町村が委託型の地域包括支援センターに対して業務を丸投げしているのではないか、との指摘があることから、以下の規定を新設する。

- ① 地域包括支援センターは、介護サービス事業者、医療機関、民生委員、ボランティア等の関係者との連携に努めなければならない。
- ② 市町村は、委託型の地域包括支援センター等に対して、包括的支援事業の実施に当たっての運営方針を明示する。

保険料の上昇の緩和

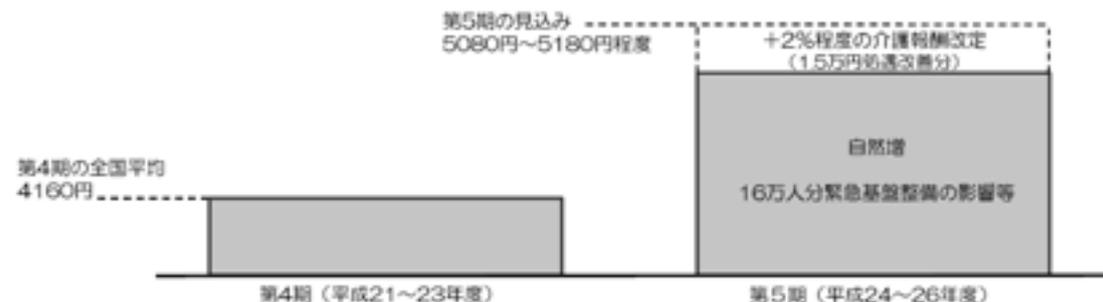
○財政安定化基金の取り崩し

- ・財政安定化基金は都道府県に設置されており(国、都道府県、市町村で3分の1ずつ拠出。)、介護保険財政に不足が生じたこととなった場合に、市町村に貸付・交付される仕組み。
- ・第3期以降、貸付率は大きく低下しており、第4期末の残高は約2,850億円となる見込み。会計検査院からも余裕分を拠出者に返還できる制度とすることを指摘されている。
- ・本来の目的に支障をきたさないための必要な見込額を残して、財政安定化基金の余裕分を第1号保険料の上昇の緩和等に活用する。

○市町村準備基金の取り崩し

- ・第4期中の積立見込額の一部を取り崩すことにより保険料軽減に活用する。

【第5期(H24～26年度)の介護保険料の見込み】



指定法人制度の廃止

【福祉医療機構交付金の廃止】
平成21年度の事業仕分けにより、独立行政法人福祉医療機構交付金が廃止された



【指定法人制度の廃止】
上記交付金を原資として下記の指定法人が行う業務の規定を廃止する

- ・（財）テクノエイド協会が行う福祉用員の研究開発及び普及に係る助成の業務
- ・（財）長寿社会開発センターが行う老人健康保持事業の助成の業務

地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための改正

○平成22年6月に閣議決定された「地域主権戦略大綱」に基づき、地域の自主性及び自立性を高めるための見直しを行う。

【指定事務等の権限移譲】

○指定居宅サービス事業者等について、指定等、報告命令、立入検査等の事務を都道府県から指定都市及び中核市に移譲すること等

【介護保険事業計画策定及びその手続き】

○介護保険事業(支援)計画の記載事項の一部(サービスの確保方策や事業者の連携方策など)を努力義務とすること等

【条例への委任】

○サービス事業者の法人格要件や地域密着型サービス等の入所定員に係る基準を条例に委任すること等

事務連絡
平成 23 年 4 月 15 日

都道府県 }
各指定都市 } 高齢者保健福祉主管部（局）御中
中核市 }

厚生労働省 老健局 高齢者支援課
認知症・虐待防止対策推進室

若年性認知症施策の推進について

日頃より、若年性認知症施策の推進にご尽力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、厚生労働省におきましては、さる平成 23 年 1 月 19 日に若年性認知症の方ご本人の意見をもとに、当事者のニーズに応じた施策を推進するため、「若年性認知症施策を推進するための意見交換会」を開催したところです。

当意見交換会におきましては、若年性認知症の方ご本人をはじめ、ご家族及び支援者の方にもご参加いただき、日頃の生活で感じていることについて、ご意見をいただいたところです（別紙 1 参照）。ご意見にあるように、若年性認知症の方にあつては、医療、介護のみならず、社会参加や就労の継続など多様な分野における支援ニーズが求められています。

つきましては、若年性認知症施策を今後さらに推進するに当たって、下記の取り扱いについてご協力賜りますよう、よろしくお取り計らい願います。

なお、併せて管内市町村、関係事業者等に対する周知をお願いいたします。

記

1 介護サービスを利用する若年性認知症の方への支援について（参考資料 1 参照）

一部の認知症対応型通所介護等の介護サービス事業所においては、社会参加の意識が高い若年性認知症の方に対応するプログラムとして、保育所等における清掃活動等のボランティア活動を行うなど、社会参加型のメニューが実施されてい

ます。その際、発生したボランティア活動の謝礼（労働基準法第 11 条に規定する賃金に該当しないもの。以下略）の取り扱いについては、疑義照会が寄せられているところです。

こうしたボランティア活動の謝礼を受領することは、以下の条件を全て満たす場合に限り差し支えないと判断されます。

- ① 当該謝礼が労働基準法第 11 条に規定する賃金に該当しないこと
- ② 社会参加型のメニューを提供する介護サービス事業所において、介護サービスを利用する若年性認知症の方がボランティア活動を遂行するための見守りやフォローなどを行うこと

なお、ボランティア活動の謝礼は、若年性認知症の方に対するものであると考えられ、介護サービス事業所が受領することは介護報酬との関係において適切でないと考えられることを申し添えます。

2 地域における若年性認知症の方に対する支援体制の立ち上げについて

地域における若年性認知症の方やその家族への支援の充実を図るため、平成 22 年度補正予算において措置された「地域支え合い体制づくり事業」（別紙 2 参照）などの活用により、介護サービスとは別に若年性認知症の方向けのアクティビティを行う NPO 法人や、若年性認知症の方やその家族の交流会など地域の実情に応じた支援体制の立ち上げを図っていただくよう、管内市町村及び関係団体に周知願います。

3 若年性認知症の方に対応する都道府県相談体制の充実について（参考資料 2 参照）

若年性認知症の方への支援は、医療、介護、福祉のみならず、就労支援など多岐にわたることから、行政組織の相談対応窓口も複数にまたがり、相談ニーズに応じた一貫した対応が必要となります。各都道府県におかれましては、若年性認知症の方やその家族に対する相談体制のワンストップ化を図るとともに、相談窓口の明確化やその普及・啓発に努めていただくようお願いします。

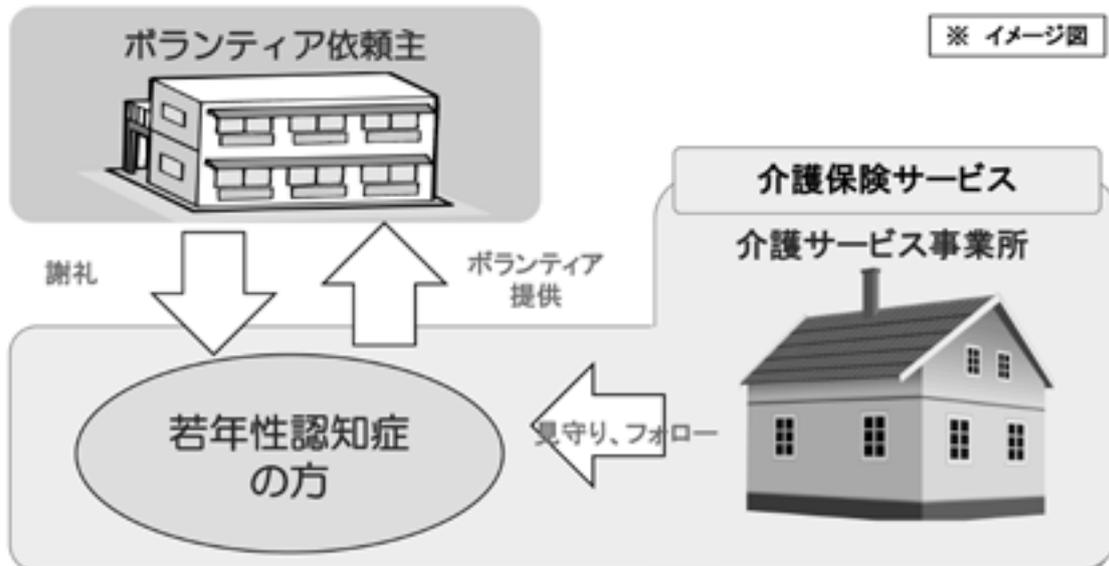
なお、相談窓口への担当者の配置等につきましては、若年性認知症対策総合推進事業における若年性認知症自立支援ネットワーク構築事業の対象として取り扱って差し支えないことを申し添えます。

(参考資料1)

ボランティア活動の謝礼を受け取れる例

※ 以下の要件を満たす場合ボランティア活動の謝礼を受領しても差し支えないと判断される

- ボランティアの謝礼が労働基準法に規定する賞金に該当しない
- 介護サービス事業所は、若年性認知症の方がボランティア活動を行うための見守りやフォローなどを行う
- ボランティア活動の謝礼を、介護サービス事業所が受領することは介護報酬との関係において適切でない

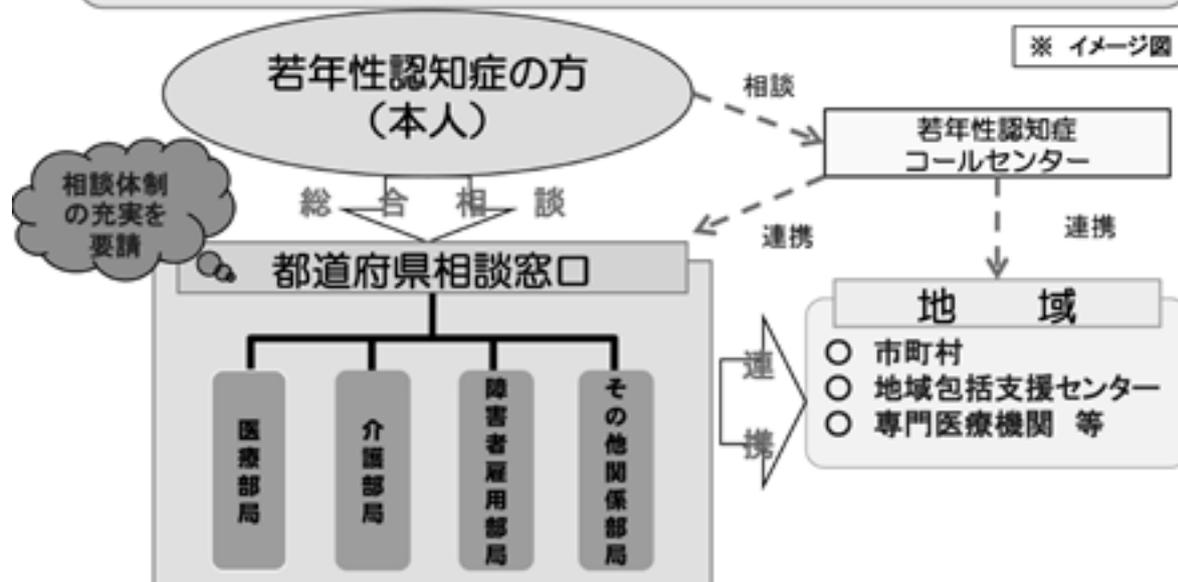


(参考資料2)

若年性認知症の方に対応する都道府県相談体制の充実について

若年性認知症の方への支援の課題

若年性認知症の方への支援は、医療、介護、福祉のみならず就労支援など多岐にわたることから、行政組織の相談対応窓口が複数にまたがり、一貫した対応が困難。
→各都道府県における相談体制のワンストップ化を図る



事 務 連 絡
平成 23 年 12 月 13 日

各 都道府県 民生主管担当部（局）御中

厚生労働省老健局高齢者支援課
認知症・虐待防止対策推進室

「介護マーク」の普及について

日頃より、高齢者福祉行政に御尽力いただき、厚くお礼申し上げます。

介護する方が周囲から偏見や誤解を受けることがないように、静岡県において「介護マーク」を策定し、周知するとともに、平成 23 年 4 月から県内で配布する取組が行われています。

このたび静岡県より、この取組の全国的な普及を図ってほしいとの要望書の提出を受けました。これを受けて、厚生労働大臣政務官より「介護マーク」について周知を図ってきたいと、別添のとおり発言があったところです。

つきましては、下記のとおり、「介護マーク」等の資料を送付いたしますので、各都道府県におかれましても、障害保健福祉担当部局とも連携のうえ、管内市町村へ情報提供するなど、周知にご協力くださいますようお願いいたします。

また、本件については社会・援護局障害保健福祉部とも協議済みであることを申し添えます。

記

1. 「介護マーク」の周知・配布について

「介護マーク」の電子データ等を添付いたしますので、「介護マーク」の趣旨について、各自治体においても広く周知していただきますようお願いいたします。

なお、「介護マーク」の活用について、静岡県での取組を添付（2. の③、④）いたしますので、各自治体の実情に応じて参考にしてください。

2. 送付する資料（圧縮ファイル）の内容

① 「介護マーク」本体のデータ

※ 「介護マーク」を活用する際のデータとしてご利用ください。

静岡県ではこのマークを「縦 69mm×横 97mm」の紙へ印刷し、首からかけられるようケースに入れてあります。

② 「介護マーク」チラシ及びポスターのデータ

※ チラシ・ポスターの参考データとしてご活用ください。

③ 静岡県での取組状況

④ 静岡県が使用している普及チラシ及びポスターのデータ

3. 「介護マーク」等のデザインについて

「介護マーク」の著作権は静岡県にあります。デザインの改変等を行わないでください。なお、当データを利用することで使用料等は発生しません。

4. 静岡県の取組に関する詳細について

詳細については、静岡県へお問い合わせください。

○ 健康福祉部長寿政策課介護予防班 電話：[054-221-2442](tel:054-221-2442)

(本件連絡先)

厚生労働省老健局高齢者支援課

認知症・虐待防止対策推進室

電話：03-5253-1111（内線3871）

FAX：03-3595-3670



介護をする人にやさしい社会へ

介護マークを
ご活用
ください!



外出先でこのマークを見かけたら 温かく見守ってください

認知症の方の介護は、他の人から見ると介護をしていることが分かりにくいので、誤解や偏見を持たれて困っているとの声が、介護家族から多く寄せられました。こうした要望に応え、静岡県では、介護する方が、介護中であることを周囲に理解していただくために、全国で初めて「介護マーク」を作成しました。

配布場所



市役所・区役所や町役場、またはお近くの地域包括支援センター等で配布しています。

こんなときに

- 介護していることを周囲にさりげなく知ってもらいたいとき
 - 駅やサービスエリアなどのトイレで付き添うとき
 - 男性介護者が女性用下着を購入するとき
- 障害のある方を介護する方も「介護マーク」をご活用ください。



生きがいと健康づくり
イメージキャラクター
「ちゃっぴー」

いのち輝き、笑顔あふれる社会を。

静岡県健康福祉部 長寿政策課 介護予防班 電話 054-221-2442

対応に苦慮する相談事例

認知症の人と家族の会
京都府支部副代表・本部電話相談員

山添 洋子
Yamazoe Yoko

相談者が必ずしも客観的で、合理的な思いを持って認知症の問題を相談してこれらとは限りません。相談員達の経験から、対応に苦慮する相談事例を3つの相談者のパターンに分けて考えます。

① 自己中心的な相談者

「介護保険制度上どうしようもないこと」とか、「同居して介護している兄嫁さんの立場も考えて…」などと合理的、客観的と思われる助言には耳を貸さず、自分の主張と異なることを言われると「相談員が悪い!」と怒り出したり、あとから関係機関へ苦情を訴えたりする相談者。

▶ こういう相談者に対するときは、話をささげたり、「でもね…」というような反論を入れず、相手が納得するまで話してもらって、一呼吸おいてから「大変ですねえ」などと共感の言葉から少しずつ助言に入ります。しかし、それに怒りだされたら、とりあえずは「あなたの気分を害したことについて申し訳ない」と謝ります。こういう人は助言を求めているよりは自分の主張を聞いてくれればよい人が多く、傾聴で終わることが多いです。しかし、時には「それはどうしようもないことです」などと、厳しい言葉で言わねばならないこともあります。

② 性的な内容の作り話をする相談者

比較的若い男性などに多く、大変な苦勞で母や姉・妹を介護していると話し、相談員が同情してやさしい言葉や親切な声掛けをするのが、最後の方になると話のつじつまが合わな

くなり、「性的な作り話」になっていることに気づかされるような事例。似たような内容で何度もかけて来られるが、初めて受ける相談員は、皆親切にやさしく対応して、後味の悪い思いになります。

▶ 早い段階で「この電話はおかしいのでは?」と疑問を持ち、病名や要介護度、服薬している薬名や利用サービスなどについて具体的な質問をつぎつぎ投げかけ、矛盾点を指摘して真面目な認知症の相談でないことを見破ります。その上で、このようなことをされるあなた自身に問題があるように思うので、そういう専門の相談（精神科の心の相談など）を受けるようにと助言します。

なお、その他にも性的なことにこだわる相談も時々ありますが、相談員それぞれの感性で対応しています。こういう人は何度もかけてくる場合が多いので、相談員間で話し合っているような対応の仕方を共通理解しておきましょう。

また、これとは別に認知症の人の性的な問題の相談については医学的な知識も持ち、不安感や、寂しさ、愛情など心理的な面も考えて、明るく、さらりと対応されるような助言をしています。

③ メンタル面に課題を持つと

思われる相談者

「うつ」や「統合失調症」、「虐待者と言われている」などと名乗る人に多い。

それぞれタイプは異なりますが具体的な助言はあまり受け入れず、認知症とは直接関係ない自分の苦しさばかり訴えられることが多く、自殺をほのめかしたり、今、まさに包丁を持ち上げているなどと言われます。相談員は必至で止めようと努力します。そういう相談員の優しさに癒されるようで、繰り返し、毎日のように、あるいは1日に何度もかけてくるリピーター。

▶こちらの相談よりも精神科の治療やカウンセリングなどを受けよう勧めますが、概はすでにそういうところにはかかっている、あちこちの電話相談にもかけている人です。

相手が病気の人ということで相談員もかまえてしまうことが多く、気分を害させないように、また、失望させたり励ましたりしないように、ただ傾聴を心がけますが、数回目以降は「他にこの電話を待っている人がいるので」と、ある程度、時間や内容の制限を加えてその範囲でおさめることが大事です。

いずれの場合も、その相談を受けた相談員は早速上司（担当者）に報告し、記録、回覧し、相談員全員で共有します。また、できるだけ早い機会に勉強会、研修会などをもって対応の仕方を全員で検討し、今後に備えることが大事です。

個別の相談事例

相談事例① 前頭側頭型認知症(ピック病)への対応

相談者◎30代男性(祖母70代 要介護2)

以前は穏やかで地域で信頼をされていた祖母。最近是人柄が変わり、毎日夕方になると近所の家に行き、用意された夕食を勝手に食べたり、ゲートボールでは男性の参加者のいるところでも平気で放尿をします。デイサービスでは特定の男性に付きまとい職員からどう対応したらいいのかわからないと言われて困っています。

相談対応例

- とても対応の難しい認知症の介護、ご苦労をされていることと思います。
この病気は初期には物忘れはなく、以前と人柄が変わる、周りの人への配慮が出来ない、こだわりをもつと同じ事を繰り返す等の特徴がみられます。
- お困りのような行動障害(BPSD)は、アルツハイマー病等の物忘れや失見当から起こる行動障害と異なりなぜそのような言動が起こるのか、意味がつかめないことが多く、結局は周りの方たちに病気のために起こっているのだということを理解してもらう以外にないと思います。
- デイサービスでの付きまといについては、その人に出会わないように利用日を変更してもらう、あるいは他の事業所のデイサービスに変えるなど、行動のパターンを変えてあげることで解決するかもしれません。ケアマネジャーと相談してみてください。

相談事例② レビー小体型認知症への対応

相談者◎70代女性(夫70代 要介護1)

夫と二人暮らし、「男の子が座っている」「誰かが外で私の悪口を言っている」など事実ではないことを言うので受診、レビー小体型認知症と診断されました。

歩行がおぼつかないことがあります。ぼんやりとしてうつ状態のときと、しっかりとして普通の時があり、症状に波がありどう対応していいかわかりません。

相談対応例

- お困りのことと思います。この病気は多彩な症状が現れるので対応が難しい病気だといわれています。本人には男の子が本当に見えているので、否定しないで「私にはよく見えないけれど…」などと受け答えを工夫してください。
- この病気の特徴の一つに、症状の変化が激しいことがあります。症状が落ち着いてしっかりとしているときに病気のことを説明して、「病気に負けないように、介護サービスも利用して一緒に頑張ろうね。」と励ましてあげてください。
- 歩行がおぼつかないということですが、転倒には気をつけてください。さらに歩行が困難にならないようにリハビリが出来るサービスを利用されるのもいいかもしれません。ケアマネジャーにも病気のことを正しく知ってもらって、適切なケアプランを立ててもらってください。



相談事例③ 暴言・暴力——夫の暴力に困っています

相談者◎68歳女性（夫70歳 要介護1）

以前から正義感の強い人で、割り込みなどに注意したりしていましたが、最近とてもひどくなり、困って病院に行くと認知症と診断されました。

信号を早めに渡った人を追いかけて大声で怒鳴ったり、自転車の乗り方が悪いと言ってそれを倒し、掴み合いのけんかになり警察沙汰になったりしました。

それを注意すると、妻である私にも大声で怒鳴り、あげくのはては暴力をふるいます。子供のいない私は誰にも相談することも出来ず困っています。

相談対応例

- 大変ですね。子供さんがいらっしゃらないので、1人で悩んでおられたのですね。地域の警察にも事情を説明しておかれたほうがいいですね。
- 本来の性格が認知症になることで強く出る場合がよくあります。ご主人は、正しいことを言っていると思っておられるので、やめさせることはとても難しいですね。あまりひどいようであれば、主治医に相談されたいかがでしょうか。
- 日中、よく出かけられるそうで、あなたも気の休まる時がありませんね。ケアマネジャーと相談して、できるだけデイサービス、ショートステイを利用されたいかがでしょうか。



相談事例④ 抗精神薬の副作用について

相談者◎60代男性（妻58歳 要介護3 在宅 アルツハイマー病）

興奮することが多くなって抗精神薬をもらって飲ませていますが、手足がスムーズに動かなくなり、すり足で、服を着替えることも動きが悪いため着せ替え人形に着せているような状態です。以前のよる興奮状態は収まりましたが、このままでいいのだろうかと不安です。

相談対応例

- 日々、変化される奥様の対応にさぞかし戸惑われていることとお察しいたします。
- 薬の副作用で動きの機敏だった人が動かなくなるのは不安ですね。転んで骨折などになったら大変なことです。薬を換えたり、やめたりすることで元の状態に戻られたり、穏やかにされる方もいらっしゃいます。遠慮せずに、主治医に状態をお話し、ご相談されることをお勧めします。



▶ 後見人を辞めたい

相談者●70代女性（夫80代 要介護4）

3年前に夫の成年後見人に選任されました。しかし、私自身も年を取り病気がちで通帳の管理や福祉サービスの話などをすることが大変になってきました。後見人を近くに住んでいる娘に代わってもらいたいと思っていて、娘も了解しているのですがどうすれば良いでしょう。

相談対応例

- 後見人を辞めるには家庭裁判所の許可が必要なので、事情を説明し申立てすればいかがでしょうか。後任の後見人を決めるのは家庭裁判所ですが、娘さんを後見人の候補者としてほしいという希望を述べることはできます。
- 申立ての手続きや書類の作成方法については、弁護士・司法書士など法律の専門職のアドバイスを受ければどうでしょうか。

▶ 後見人を辞めさせたい

相談者●50代女性（母80代 要介護5）

母の後見人に兄が選任されました。しかし、選任されてから兄の生活が贅沢になっていて、どうやら母の財産を管理できることを良いことに、使い込んでいるのではないかと思います。兄にそのことを確認しようとしても、話に応じてくれません。

相談対応例

- お兄さんとの話し合いが難しいんですね。他の親族やかかわってくださっている方で、お話を取次いでくださる方はいらっしゃいませんか。
- 不正があるということでしたら、後見人の解任を請求するという方法もありますが、まずは後見人であるお兄さんの仕事を監督している家庭裁判所に事情を説明し、相談をしてみてもいかがでしょうか。

▶ 金融商品の勧誘

相談者●40代男性（父70代 介護保険未申請）

父は、認知症の疑いがありますが、正式な診断はありません。現在自宅で一人暮らしをしていますが、金融機関の営業が定期預金を投資信託に変えないかと勧誘しているようです。リスクがある商品なので止めた方が良いと思うのですが「銀行の勧める商品なのだから大丈夫だ」と話を聞いてくれません。

相談対応例

- それは心配ですね。まず認知症専門の医師の診察を受けることをお勧めします。
- その上で、銀行に事情を説明し、無理な勧誘はしないように理解を求めてはいかがでしょうか。
- 金融商品の説明について、可能ならばお父さんに同席し、一緒に話を聞いてみるという方法もあるのではないのでしょうか。

▶ 一人暮らしの母の金銭管理

相談者●50代女性（母80代 要介護2）

母は自宅で一人暮らしをしています。先日、認知症の診断を受けました。ヘルパーに来ていただくことで、身の回りのことは何とかできているのですが、財布を置いた場所を忘れて探し回ることが最近何回かありました。心配なのですが、私は遠方に住んでいるので、なかなか様子を見に行くことができません。

相談対応例

- それは心配ですね。
- 日常生活自立支援事業（地域福祉権利擁護事業）の利用を考えてみてはどうでしょうか。日常のお金の管理や、福祉サービスの利用手続きの援助などをしてもらえます。
- お母さんがお住まいの地域の社会福祉協議会が窓口です。
- まとまったお金の管理については、成年後見制度の利用を検討すればいかがでしょうか。



相談事例◎ 施設入所後に関わる問題について

▶ 薬のこと

相談者◎50代女性（実母77歳 要介護2 在宅 アルツハイマー病）

母の介護と両立は大変だろうと老健施設に2ヵ月預かっていただくこととなりました。母は身体的には元気で、薬は唯一、認知症の薬ですが、入所すると飲み続けられないと言われ、戸惑っています。

何か良い手立てはありませんか。

相談対応例

- 家族としては認知症の薬をやめると症状が進むのではないかと不安ですね。
- 老健施設では入所期間の医療対応費用がすべて介護報酬に含まれていて、その中に薬の費用も含まれています。認知症の薬は高い薬が多いですが、認知症を治す薬でもなく、命に関わる薬ではないので経営上省かれることが多いようです。現在ではどうしようもないようです。
- 入所する前に主治医に一度相談してみてもいいでしょうか。

▶ ケアマネジャーのこと

相談者◎50代男性（実父80歳 要介護1 在宅 アルツハイマー病）

住まいの近くにできた小規模多機能型施設を使い始めて半年になりますが、ケアマネジャーとよい関係ができず、父のケアプランのことでいつも不満を持っています。また介護で困っている私の相談にもあまり乗ってくれません。ケアマネジャーは代えられると聞きますが、他の施設のケアマネジャーに代えることはできますか。

相談対応例

- ケアマネジャーと信頼関係が築けないのはお気の毒ですね。
- 小規模多機能型居宅介護事業所は事業所内で、すべてのサービスを賄うようになっています。ケアマネジャーも事業所専属の人です。小規模多機能居宅介護事業所と契約をした利用者はすべてそのサービスだけとなり、他施設のケアマネジャーと代えることはできません。
- 認知症の人にはなじみの関係ができ、サービスも融通が利いて、使いやすい利便性がありますが、ひとたび人間関係でこじれたりすると利用しづらいこともあるようです。
- 他の施設に替えることもできますが、まずはあなたの不満を事業所の管理者に相談してみてもいいでしょうか。

❗ 東日本大震災を経験して

認知症の人と家族の会 宮城県支部代表

関東 澄子
Kantou Sumiko

■ 東日本大震災で経験したこと（宮城県認知症コールセンター、「家族の会」宮城県支部が委託先）

- 相談員が被災したり、交通機関が完全にマヒしたり、ガソリンの購入も困難であったが、徒歩、自転車で事務所に出勤出来る相談員を中心に業務にあたった。
- 通常の相談時間（9時～16時）終了時に、「時間外の場合は宮城県支部代表宅に電話するよう」留守番電話のメッセージを入れ替え、実質24時間体制を6ヵ月実施した。
- 沿岸部は地震、津波による家屋の流失、発生と同時に電気、ガス、水道、交通機関などライフラインは完全にマヒ、物流はストップした。公的支援物資が届くまでは各地域の自治組織が頑張った。
- 固定電話がほとんどダメ、携帯の電話、メールは一部通じたが充電が出来ず活用出来なかった。一番通じたのは公衆電話だった。
- 仙台市内は地震による地盤の亀裂で家屋の全壊、半壊が多数発生、マンションやビルなどのエレベータは停電で使用不可だった。
- さまざまな情報を得る手段は、震災の翌日から地元紙1社が発行する新聞と、ラジオが重要な情報源となった。
※情報とは生活に関する情報（デパート、大型スーパーなどの開店日・開店時間、受診できる病院・医院、給水車の配置場所・給水時間、ライフラインの復旧計画、避難所情報など）
- ケアマネジャー、ヘルパー、地域包括支援センターなどが在宅で生活する認知症の方や家族への支援が行われていないことが分かった。そこで、相談者が「家族の会」の会員であれば住所等も把握されており、宮城県支部の世話人で支援することとした。
※飲料水、食料、介護用品の不足、薬の補充。
※介護家族の体調不良、本人の状態の急変時の対応、その他。

■ 東日本大震災時、在宅で暮らす本人・家族の課題

- 非常時の食料品や生活用品の備蓄もなく、支援物資がほとんど届かなかった都市部では命をつなぐ水、食料品、日用品を求め、不安な日が1ヵ月も続いた。
- 避難所のあり方では
ほとんどの方が一般の方々であり、認知症の理解の少ない集団の中では本人は混乱し、家族は気遣いによるストレスも多かった。中には一度は避難所に足を運んだが、このような環境での暮らしは無理と判断して、余震の続く不安の中で自宅のある人は戻った例も多い。

自宅が津波で流失した沿岸部では、別の地域の避難所で専門職が中心となり、ケアに当たった。更に、落ち着かない時や全介助が必要となった場合は、施設が定員オーバーでも緊急の受け入れをした。

また、未だ診察を受けていない軽度の認知症の方が混乱し、避難所管理上支障をきたした。

- 通所サービスの休業（日数はまちまち）、廃業に伴い、本人は生活リズムが崩れ不安定となり、家族も疲弊し、在宅でのお世話の限界を感じた家族が増えた。



実際の
相談事例①

突然の引き取りにどう対応すればよいのでしょうか

相談者◎50歳女性（実父 79歳 アルツハイマー病 未申請）

震災で、弟家族と仙台で暮らしていた両親を神奈川に引き取りました。ところが父親がもの忘れがひどく、落ち着きがないので受診したところ、アルツハイマー病と言われました。夜中に急に起き出し、訳の分からないことを言ったりして、家の中を動き回っています。家族も寝不足になっています。いずれ仙台に帰る予定ですが、いつになるのか、父親にどう対応するといいいのか教えてください。

相談対応例

- 突然のことで大変でしょうね。
大震災でショックを受け、そのうえお住まいまで変わる環境の変化があったため、戸惑い、混乱されていると考えられます。お母様が一緒に居るようにしてみてください。もの忘れについては叱ったりせず、優しく声をかけて安心できるように接してみてください。
- 夜中に起きたりするのも、不安の現れと思います。
安心していただけるために、お父様の様子や言い方が実際とは違っていても、否定しないで優しく受け入れると落ち着きます。
- 介護保険は未申請ということですが、災害時は、神奈川県でも介護サービスが受けられます。近くの役所にご相談ください。
- しばらくは神奈川県でお世話されることになるでしょうから、神奈川県の認知症コールセンターの電話相談も活用してください。



実際の
相談事例②

デイサービスが長期に休業、義父の状況が悪化するのではと心配です

相談者◎50歳女性（義父84歳 要介護4 アルツハイマー病）

震災でデイサービスが長期の休業になり、義父は食事以外ほとんど寝てばかりで、病状が進んでいるようです。会話は出来ていますが、この先、出来なくなるのではと心配です。ケアマネジャーさんに連絡しても、忙しそうに対処してもらえません。認知症の薬も残り少なくなり心配です。夫は仕事が忙しくほとんど家にいません。父一人を家に残して、食料や介護用品などの購入に何時間も並ぶのは出来ないし、どうしたらよいでしょうか。

- デイサービスの休業で本人の生活のリズムが維持できないんですね。急に悪化するとは思えないので今まで通り接してあげてください。
- 行政の緊急対策の窓口などで受け入れてくれる施設がないか相談されてはいかがでしょうかでしょう。
- 認知症薬については専門医に相談したら、1週間くらいは服用しなくても心配ないとのことですが、主治医に電話で相談されたいと思いますよ。
- 生活用品については、ご近所の方に協力を求めています。いかがですか。

■ 災害時に備えて日頃から心がけておくこと

※コールセンター設置場所や相談員が被災した場合も想定し、可能な限り早急に電話相談が継続できるように非常時の体制もあらかじめ決めておくといよいでしょう。

〔設置場所〕現在の場所が被害を受け、使用不能になった場合を考えて代替りの電話相談窓口を決めておくといよいでしょう。

〔相談員の体制〕非常時も想定し、相談員の連絡網は作成しておきましょう。

■ 災害時のコールセンターとしての対応

※相談員はいつ、どんな災害が、どの地域で発生したか、その規模や、日常生活への影響などを把握し、また、在宅で生活している認知症のご本人やご家族への影響も予測し、任務に当たります。

※災害の種類（地震、津波、台風、水害、大火など）、その規模によって異なりますが、可能な限り情報を把握し、相談に役立てましょう。この場合の情報は相談員間の連携・協力が必要で担当相談員を支援します。

〔相談時間〕災害の規模にもよりますが、可能であれば24時間体制で行うといよいでしょう。

〔相談員の役割〕相談者はゆとりのない状況での相談のため、相談者に安心感をもってもらえることが大切な役割となります。常に新しい情報を収集し、相談に役立てることも必要です。

■ 認知症の人と家族が災害時でも安心して暮らせるために

- “認知症サポートセンター”を中心に身近な地域で、さり気ない支援の“輪”を拡げる。
- 地域包括支援センターでは、地域で暮らす認知症の方や家族の状況を把握する。
- 災害に備えて日頃から心がけておくこと。
 - ① 行政等からの支援物資が調達できるまでは3日分の備蓄が必要。
 - ② 携帯ラジオは必需品。
 - ③ “遠くの親戚よりも近くの他人” 日ごろより近隣の方とは良い関係作りを。
 - ④ 認知症であることを近隣や身近な人に知らせることで協力が得られる。

“転ばぬ先のつえ” 普段から非常時を想定し、準備を！

資料

2010年度認知症の人と家族の暮らしと介護保険に関する アンケート調査報告書（抜粋）

認知症の人と家族の会では、2010年度に当会会員および非会員を対象に認知症の人と介護者の状況や生活の様子、介護保険の活用状況についてアンケート調査をして（調査期間2010年8月～11月）報告書を作成しました。

また、この報告書では1981年、1991年、1999年に会員を対象に介護状況を調査した結果と比較して、30年の介護状況の変化もあわせて調査しました。それによって、介護保険を活用する事で介護の負担は軽くなったが、精神的な負担は30年前と大きく変わっていない等、認知症介護の現状が明らかになりました。

その報告書から、認知症コールセンター相談員が相談を受ける際に参考としていただきたい内容（下記の項目）を掲載します。

2010年調査：認知症の人と家族の暮らし

認知症の人の基本属性と認知症の状態	
・ 認知症の診断	48
・ 日常生活への介助の必要性	49
介護者の介護状況	
・ 介護時間と介護者の体調	49
・ 介護・生活上の困難	50
・ 介護継続意思	51
・ 介護者の続柄と生活上の困難の比較	52
サービスや介護保険の利用状況	
・ サービスの利用状況と満足度	53
・ 介護費用のやりくり	54
・ 介護保険制度に関する満足度	54
まとめ	55

1981年、1991年、1999年、2010年調査結果の比較

介護者・家族の基本属性	
・ 主介護者の性・年齢	55
・ 介護者の続柄	56
・ 同居家族の人数	56
認知症の人の基本属性と認知症の状態	
・ 認知症の人の性、年齢	57
・ 認知症の程度	57
・ 認知症の人の居場所	58
介護者の介護状況	
・ 介護上の負担	58
・ 介護継続意思	60
まとめ	61

2010年調査：認知症の人と家族の暮らし

認知症の人の基本属性と認知症の状態

■ 認知症の診断

複数回答による認知症の診断は表1-9のとおりで、「アルツハイマー病、アルツハイマー型認知症」が最も多く62.8%を占め、「(脳)血管性認知症」の13.1%を大きく上回っていた。また、「レビー小体型認知症」「前頭側頭型認知症、ピック病」もおのおの少数だが、把握され、「わからない、未診断」も7.8%と多くはなかった。男女別の認知症の診断割合に、大きな違いはなかった。

その他の病名としては、ウェルニッケ脳症後遺症、うつ病、パーキンソン症候群、パーキンソン病、甲状腺機能低下症、高次脳機能障害、脊髄小脳変性症、進行性核上性麻痺、正常圧水頭症、統合失調症、脳炎、脳動脈瘤などの記載がみられた。

表1-9 認知症の診断

	男性	女性	不明	合計
アルツハイマー病、アルツハイマー型認知症	人数 194 % 60.0%	457 63.8%	6 75.0%	657 62.8%
(脳)血管性認知症	人数 54 % 16.7%	83 11.6%	0 0.0%	137 13.1%
レビー小体型認知症	人数 13 % 4.0%	25 3.5%	0 0.0%	38 3.6%
前頭側頭型認知症、ピック病	人数 23 % 7.1%	19 2.7%	1 12.5%	43 4.1%
混合型認知症	人数 18 % 5.6%	33 4.6%	0 0.0%	51 4.9%
その他	人数 10 % 3.1%	29 4.1%	0 0.0%	39 3.7%
わからない、未診断	人数 11 % 3.4%	70 9.8%	1 12.5%	82 7.8%
合計	323 100.0%	716 100.0%	8 100.0%	1047 100.0%

■ 日常生活への介助の必要性

日常生活のさまざまな場面における介助の必要性の有無を表1-12に示した。項目A～Eは日常生活の管理的な事項であり、F～Kは日常生活動作項目である。

表のとおり、A～F項目までは、認知症の人の9割が何らかの介助を必要としていた。一方、「F.外出の介助」を除く日常生活動作への介助を必要とする人の割合はやや低い。介助を必要とする人の割合が最も低い項目は「K. 食事の介助」であり、半数以上が「不必要」であった。

表1-12 認知症の人に必要ない介助

	必要	不必要	不明	合計
A. 金銭管理の援助	1005 (91.9)	68 (6.2)	21 (1.9)	1094 (100.0)
B. 服薬の援助	1038 (95.0)	38 (3.4)	18 (1.6)	1094 (100.0)
C. 掃除や収納の援助	1006 (92.0)	67 (6.1)	21 (1.9)	1094 (100.0)
D. 食事の用意への援助	1020 (93.2)	54 (4.9)	20 (1.9)	1094 (100.0)
E. 食品や衣料品などの購入	1022 (93.4)	50 (4.6)	22 (2.0)	1094 (100.0)
F. 外出の介助	988 (90.3)	84 (7.7)	22 (2.0)	1094 (100.0)
G. 整髪、歯磨き、爪きり、洗面などの介助	789 (72.2)	286 (26.1)	19 (1.7)	1094 (100.0)
H. 着替え、入浴、トイレなどの介助	828 (75.7)	246 (22.5)	20 (1.8)	1094 (100.0)
I. おむつの交換などの排泄の介助	622 (56.9)	449 (41.0)	23 (2.1)	1094 (100.0)
J. 寝かせたり、起こすこと、車椅子の介助	508 (46.4)	564 (51.6)	22 (2.0)	1094 (100.0)
K. 食事の介助	482 (44.1)	591 (54.0)	21 (1.9)	1094 (100.0)

注) カッコ内は%

介護者の介護状況

■ 介護時間と介護者の体調

表1-18は、認知症の人の居場所別に介護者の体調を示した。主な体調（自覚症状）を一人3つまで、記入を依頼したものである。施設等介護中の介護者は、「特に体調不良はない」が在宅介護に比べてやや多い。在宅

介護の場合は、めまい以外の自覚症状の割合が、施設等介護の場合に比べて多い。中でも、睡眠不足の割合が42.9%と高い。

表1-18 認知症の人の居場所別にみた介護者の体調

	自宅 N=760	施設等 N=294
体がだるい	206 (27.1)	71 (24.1)
睡眠不足	326 (42.9)	68 (23.1)
腰背部痛	216 (28.4)	59 (20.1)
肩こり	209 (27.5)	54 (18.4)
手足の関節の痛み	137 (18.0)	46 (15.6)
頭痛	83 (10.9)	19 (6.5)
めまい	58 (7.6)	23 (7.8)
体重減少	88 (11.6)	23 (7.8)
その他	158 (20.8)	48 (16.3)
特に体調不良はない	138 (18.2)	65 (22.1)

(複数回答) 注) カッコ内はNに対する割合

■ 介護・生活上の困難

表1-20には、介護者の介護上の困難の該当人数と割合を示した。在宅介護の場合、最も多いのが「同じことを何度も聞かれる」の352人(46.3%)であった。また、「目が離せない」も39.1%と多い。表1-16に示した介護時間の長さの背景には、このような見守りやコミュニケーションにおける時間的拘束があると考えられる。

施設等介護の場合、介護者の介護上の困難は「目が離せない」が89人(30.3%)と最も多かった。

今回、「車の運転をしたがる」という項目を入れたが、そのことを困っている介護者は在宅介護で18人、施設等介護で4人と、少数ながら把握された。

表1-20 認知症の人の居場所別にみた介護者の介護上の困難

	自宅 N=760	施設等 N=294
同じことを何度も聞かれる	352 (46.3)	73 (24.8)
罪をきせられ責められる	77 (10.1)	13 (4.4)
興奮をしずめるのが大変	145 (19.1)	44 (15.0)
暴力を振るわれる・攻撃される	40 (5.3)	16 (5.4)
目が離せない	297 (39.1)	89 (30.3)
夜、なかなか寝つかない	120 (15.8)	33 (11.2)
火の不始末や徘徊などの行動・心理症状への対応	155 (20.4)	50 (17.0)
車の運転をしたがる	18 (2.4)	4 (1.4)
サービスの利用を嫌がる	135 (17.8)	21 (7.1)
その他	211 (27.8)	64 (21.8)
特になし	63 (8.3)	38 (12.9)

(複数回答) 注) カッコ内はNに対する割合

生活上の困難が「あり」と回答した人数と割合を表1-21に示した。

在宅介護で最も該当者の多い項目は、「気が休まらない」の473人(62.2%)であり、6割以上の人が困難と感じていた。次いで多いのが該当率20~30%台の項目であり、「外出できない」「自分の時間が持てない」「経済的負担が大きい」「自分自身に持病がある」の4項目であった。

施設等介護の場合も最も多いのは「気が休まらない」であり、294人中122人(41.5%)、2番目に多いのが「経済的負担が大きい」で22.1%であった。在宅介護に比べて施設等介護の場合の方が困難とする介護者の割合が高いのは、この「経済的負担が大きい」のほかに、「家庭内がうまくいかない」「親族との間がうまくいかない」の3項目であった。

表1-21 認知症の人の居場所別にみた生活上の困難

	自宅 N=760	施設等N=294
家事に思うように手が回らない	112 (14.7)	36 (12.2)
仕事や家業に出られない	110 (14.5)	30 (10.2)
育児に思うように手が回らない	11 (1.4)	3 (1.0)
留守をみてくれる人がいない	135 (17.8)	27 (9.2)
家庭内がうまくいかない	55 (7.2)	26 (8.8)
外出できない	162 (21.3)	28 (9.5)
介護を手助けしてくれる人がいない	140 (18.4)	52 (17.7)
自分の時間が持てない	258 (33.9)	54 (18.4)
経済的負担が大きい	158 (20.8)	65 (22.1)
親族との間がうまくいかない	57 (7.5)	28 (9.5)
気が休まらない	473 (62.2)	122 (41.5)
自分自身に病気がある	174 (22.9)	58 (19.7)
その他	48 (6.3)	13 (4.4)
特になし	32 (4.2)	26 (8.8)

(複数回答) 注) カッコ内はNに対する割合

■ 介護継続意思

極的な介護継続意思を表明し、「介護を続けたくないので、やめたい」という介護者はごくわずかであった。一方で、「介護を続けたくないが、続けるしかない」という消極的な意向をもちながら介護を継続中の人も約四分の一(26.3%)みられた。

次に、認知症の程度別の介護継続意思を分析したところ、表1-22のように「最高度」で積極的な意思の介護者の割合が多く、67.1%を占めていた。「軽度」から「高度」においても積極的な意思をもつ人が40%以上であるが、「介護を続けたくないが、続けるしかない」という消極的な意見の介護者も約30%みられた。

介護継続意思と介護者の続柄との関係は表1-23のとおりである。「介護を続けたいので、続けるつもり」と回答した人は「夫」「妻」「娘」においていずれも5割を超えていたが、「息子」「息子の妻」ではやや少なかった。「介護を続けたいが、現実的には難しい」と回答した人の割合は、他の続柄に比べて「妻」で若干高かった。また、「介護を続けたくないが、続けるしかない」と回答した人の割合は「息子」「息子の妻」に多く、各々36.8%、45.6%であった。

表1-22 認知症の程度別にみた介護者の介護継続意思

		軽度	中等度	高度	最高度	不明	合計
介護を続けたいので、続けるつもり	人数 %	57 45.6%	99 46.7%	111 42.5%	106 67.1%	2 50.0%	375 49.3%
介護を続けたいが、現実的には難しい	人数 %	15 12.0%	42 19.8%	61 23.4%	29 18.4%	0 0.0%	147 19.3%
介護を続けたくないが、続けるしかない	人数 %	38 30.4%	65 30.7%	78 29.9%	19 12.0%	0 0.0%	200 26.3%
介護を続けたくないので、やめたい	人数 %	2 1.6%	0 0.0%	4 1.5%	0 0.0%	0 0.0%	6 0.8%
特に介護をする必要がないので、わからない	人数 %	6 4.8%	1 0.5%	1 0.4%	0 0.0%	0 0.0%	8 1.1%
不明	人数 %	7 5.6%	5 2.4%	6 2.3%	4 2.5%	2 50.0%	24 3.2%
合計	人数 %	125 100.0%	212 100.0%	261 100.0%	158 100.0%	4 100.0%	760 100.0%

表1-23 介護者の続柄別にみた介護継続意思

	夫	妻	息子	娘	息子の妻	その他	不明	合計
介護を続けたいので、続けるつもり	104 57.5%	109 50.7%	22 38.6%	96 54.5%	37 32.5%	7 50.0%	0 0.0%	375 49.3%
介護を続けたいが、現実的には難しい	35 19.3%	50 23.3%	10 17.5%	32 18.2%	17 14.9%	2 14.3%	1 33.3%	147 19.3%
介護を続けたくないが、続けるしかない	36 19.9%	46 21.4%	21 36.8%	40 22.7%	52 45.6%	4 28.6%	1 33.3%	200 26.3%
介護を続けたくないので、やめたい	0 0.0%	1 0.5%	2 3.5%	0 0.0%	3 2.6%	0 0.0%	0 0.0%	6 0.8%
特に介護をする必要がないので、わからない	2 1.1%	3 1.4%	2 3.5%	0 0.0%	1 0.9%	0 0.0%	0 0.0%	8 1.1%
不明	4 2.2%	6 2.8%	0 0.0%	8 4.5%	4 3.5%	1 7.1%	1 33.3%	24 3.2%
合計	181 100.0%	215 100.0%	57 100.0%	176 100.0%	114 100.0%	14 100.0%	3 100.0%	760 100.0%

■ 介護者の続柄と生活上の困難の比較

表1-24には、主な介護者の続柄を抜き出し、認知症の人の居場所が自宅か、施設か、による生活上の困難状況を比較した。自宅・施設における割合の差が大きいものを、数字を強調して表示した。

結果、生活上の困難の割合は、夫では「自分の時間が持てない」、妻では「留守を見てくれる人がいない」「介護を助けてくれる人がいない」「気が休まらない」、息子では「仕事や家業に出られない」「留守を見てくれる人がいない」「外出できない」「自分の時間が持てない」「気が休まらない」、娘では「外出できない」、息子の嫁では「気が休まらない」の差が大きく、在宅介護の場合に高い傾向にある。

また、息子では施設介護の場合「経済的負担が大きい」の割合が高く、42.4%が困難と回答した。

さらに夫は、自宅・施設介護によらず、「自分自身に病気がある」と3割の人が回答している。

表1-24 介護者の続柄と認知症の人の居場所別にみた生活上の困難

	夫		妻		息子		娘		息子の妻	
	自宅 N=181	施設 N=55	自宅 N=215	施設 N=50	自宅 N=57	施設 N=33	自宅 N=176	施設 N=91	自宅 N=114	施設 N=46
家事に思うように手が回らない	13.8	12.7	16.7	12.0	7.0	0	14.8	19.8	14.9	8.7
仕事や家業に出られない	12.7	9.4	6.0	0	31.6	18.2	20.5	16.5	16.7	6.5
育児に思うように手が回らない	0	0.	0.5	0	0	0.	2.3	3.3	5.3	0
留守をみてくれる人がいない	14.9	14.5	20.5	4.0	24.6	9.1	16.5	9.9	18.4	10.9
家庭内がうまくいかない	1.7	1.8	4.2	6.0	5.3	3.0	12.5	18.7	14.0	6.5
外出できない	24.9	12.7	22.8	12.0	19.3	3.0	22.2	6.6	14.9	15.2
介護を手助けしてくれる人がいない	18.8	14.5	26.5	12.0	8.8	15.2	16.5	27.5	13.2	10.9
自分の時間が持てない	41.4	12.7	28.8	16.0	36.8	12.1	38.1	29.7	26.3	13.0
経済的負担が大きい	21.5	25.5	25.1	24.0	22.8	42.4	19.9	14.3	11.4	21.7
親族との間がうまくいかない	4.4	1.8	4.2	6.0	10.7	0	10.2	14.3	10.5	17.4
気が休まらない	54.6	41.8	62.3	42.0	64.9	39.4	56.3	46.2	69.3	41.3
自分自身に病気がある	30.4	30.9	23.7	28.0	10.5	12.1	17.6	17.6	21.1	13.0

(複数回答)

サービスや介護保険の利用状況

■ サービスの利用状況と満足度

現在のサービスの利用状況とその満足度を表1-25に示した。利用率の最も高かったサービスはデイサービスであり38.5%、次いでショートステイ27.7%であった。

表1-25 現在、利用しているサービスとその満足度

	あり N=1094	満足度		小計 [%]
		満足 [%]	不満 [%]	
訪問介護 (身体介護・生活支援)	161 (14.7)	128 [81.0]	30 [19.0]	158 [100.0]
夜間訪問介護 (夜間対応型訪問介護)	6 (0.5)			
訪問看護	113 (10.3)	95 [88.0]	13 [12.0]	108 [100.0]
訪問入浴介護	48 (4.4)	44 [93.6]	3 [6.4]	47 [100.0]
デイサービス (通所介護)	421 (38.5)	460 [82.9]	95 [17.1]	555 [100.0]
認知症デイサービス	144 (13.2)			
デイケア (通所リハビリテーション)	92 (8.4)			
小規模多機能型居宅介護	45 (4.1)	38 [82.6]	8 [17.4]	46 [100.0]
ショートステイ (特養・老健・病院等の短期入所介護)	303 (27.7)	177 [62.5]	106 [37.5]	283 [100.0]
認知症グループホームへの入居	97 (8.9)	70 [76.9]	21 [23.1]	91 [100.0]
特別養護老人ホームの入所	72 (6.6)	91 [67.4]	44 [32.6]	135 [100.0]
介護老人保健施設の入所	33 (3.0)			
療養型医療施設の入院	37 (3.4)			
有料老人ホームの入所 (特定施設入居者生活介護)	26 (2.4)	14 [53.8]	12 [46.2]	26 [100.0]
医師・薬剤師など訪問の居宅療養管理	54 (4.9)	43 [86.0]	7 [14.0]	50 [100.0]
福祉用具の貸与または購入	252 (23.0)	217 [89.7]	25 [10.3]	242 [100.0]
住宅改修	108 (9.9)	80 [74.1]	28 [25.9]	108 [100.0]
その他	19 (1.7)	5 [38.5]	8 [61.5]	13 [100.0]

(複数回答) 注) カッコ内はNに対する割合

さらにその満足度をみると、「満足」とする者が8割を超えたのは、訪問介護、訪問看護、訪問入浴介護、デイケア・デイサービス、小規模多機能型居宅介護、居宅療養管理、福祉用具の貸与・購入の7項目であった。逆に「不満足」とする者が3割を超えたのはショートステイ、介護保険施設の入所・入院、有料老人ホームの入所の3項目であった。

なお、今回の設問は「現在利用しているサービス」であるが、利用者割合を算出する際の分母を、「現役介護者」全数としたため、居宅サービスは利用者割合が低く出る可能性がある。そこで、居場所が「自宅」の760人について、主な居宅サービスの利用人数と割合を算出すると、訪問介護148人(19.5%)、訪問看護100人(13.2%)、訪問入浴44人(5.8%)、デイサービス385人(50.7%)、ショートステイ273人(35.9%)となる。中でも、デイサービスとショートステイの利用割合が高い。

■ 介護費用のやりくり

認知症の人の生活費及び介護に要する費用について、誰の収入によりまかなえているかについての状況を表1-26に示した。「預貯金も含めて本人のお金でまかなえている」割合は48.4%、「夫婦の預貯金・収入でまかなえている」割合は30%であった。2005年に「家族の会」が行なった費用負担の調査では58.0%、27.5%であった。本人のお金でまかなえている割合が減っている。又、夫婦間ではまかなえているが、要介護者が亡くなったあと、自分が介護される側になった時の不安は残ると考えられる。

表1-26 介護費用のやりくり

預貯金を含めて本人のお金でまかなえている	人数 %	537 48.4%
夫婦の預貯金・収入でまかなえている	人数 %	337 30.0%
子や孫などからの経済的支援を受けている	人数 %	106 9.5%
その他	人数 %	17 1.5%
不明	人数 %	97 10.6%
合計	人数 %	1094 100.0%

■ 介護保険制度に関する満足度

介護保険制度に関する満足度は、回答者全員に回答を求めた。その結果、表1-27のように、ケアプランとサービス内容・質に関する事項で「満足」とする人の割合が高く、約40%であった。「不満」とする人の割合が多いのは施設入所に関する事項で、44.4%であった。

表1-27 介護保険制度に関する満足度（回答者全員）

	満足	不満	無回答	合計
申請などの仕組みはわかりやすいですか	583 (35.1)	542 (32.6)	537 (32.3)	1662 (100.0)
要介護認定は実状に合っていますか	573 (34.5)	637 (38.3)	452 (27.2)	1662 (100.0)
ケアプランは実状に合っていますか	695 (41.8)	402 (24.2)	565 (34.0)	1662 (100.0)
サービスは使いやすいですか	564 (33.9)	516 (31.0)	582 (35.0)	1662 (100.0)
受けているサービスの内容、質はいかがですか	684 (41.1)	382 (23.0)	596 (35.9)	1662 (100.0)
在宅生活に必要な支援が受けられていますか	360 (21.7)	524 (31.5)	778 (46.8)	1662 (100.0)
希望すれば施設入所できますか	168 (10.1)	738 (44.4)	756 (45.5)	1662 (100.0)
介護保険料の金額はいかがですか	518 (31.2)	497 (29.9)	647 (38.9)	1662 (100.0)
保険料以外に介護にかかる費用はいかがですか	339 (20.4)	609 (36.6)	714 (43.0)	1662 (100.0)

まとめ

2010年の本調査は、様変わりする高齢者介護の実態を確実に反映していた。

今回、把握できた現役介護者1094人のうち、男性介護者が3割を占めていた。この男性介護者341人の約四分の三が妻を介護する夫であり、約四分の一が親を介護する息子であった。一方、全体の7割を占める女性介護者の続柄は、娘が最も多く、次いで妻であり、かつて大多数を占めていた息子の妻は女性介護者の第3位であった。高齢介護者である「夫」や「妻」への支援とともに、今回、把握された「息子」介護における介護と仕事の両立の難しさ、経済的な困難さ、及び消極的な介護継続意思に対して、今まで以上にきめ細かな支援の必要性が示唆された。

一方、認知症の人については、これまでの3回の調査とも含めなかった、認知症の診断名について尋ねた。その結果、「不明」とする回答は少なく、最近、知られるようになったレビー小体型認知症や前頭側頭型認知症の診断名も記載され、認知症の初期診断を受けることが積極的に取り組まれている実態が示された。わが国における1990年以降の疫学調査で示されてきたように、本調査でも最も多い診断は（脳）血管性認知症ではなく、アルツハイマー病・アルツハイマー型認知症であり、全体の6割を占めていた。また、平均の傷病期間は6年を超えていたことから、この長い傷病期間を、いかに症状の進行を遅らせるかという治療・ケア両面のアプローチ（薬剤や代替療法など）の開発・普及が急務である。

さらに、介護は家族人数が縮小する中で、サービスを活用しながら展開されていることも示された。デイサービスやショートステイは積極的に活用されていた。にもかかわらず、介護時間を「一日中」とする介護者が多かった。これは、介護上・生活上の困難状況からも推察されるように、認知症介護における、身体介護よりも「目を離せない」、といった精神的緊張あるいは拘束感を強いる介護の特性が影響しているものと思われる。そのため、肉体的な疲労よりも、精神的な疲弊に基づく困難感の表明が上位を占めていた。

介護保険やサービスに対する満足度はおおむね良好であったが、有料老人ホームを含む施設ケア・入所施設利用への満足度の低さが伺えた。また、サービスに不満を感じる具体的理由としては、①認知症に対する理解不足、②スタッフの力量不足とスタッフ間格差、③サービスの即応性の不足、④身体活性化プログラムの不足、⑤医療ニーズへの対応困難、⑥限度額によるサービス利用の制約、などが共通していた。

認知症の長い病期を通して進行予防に向けた薬剤やケア方法を積極的に開発するとともに、縮小する介護力、孤立化する家族を支えるために、個別の事由に対応可能な介護保険への改変が求められる。

1981年、1991年、1999年、2010年調査結果の比較（家族の会会員に関する検討）

介護者・家族の基本属性

■ 主介護者の性・年齢

介護者の性別の経年変化を表2-1に示した。1981年には8.2%だった男性介護者の割合が、1991年には13.5%、1999年には18.6%、2010年には32.2%に増加した。2010年の男性介護者割合は30年前の約4倍に近い。

表2-1 介護者の性別

	1981年		1991年		1999年		2010年	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
男性	23	8.2	64	13.5	357	18.6	279	32.2
女性	206	73.9	390	82.3	1545	80.3	577	66.6
不明、無回答	50	17.9	20	4.2	21	1.1	10	1.2
合計	279	100.0	474	100.0	1923	100.0	866	100.0

表2-2は介護者の年齢階級別人数と割合を示したものである。40歳代以下の介護者が1981年の30.4%、1991年の30.2%から、1999年には18.7%、さらに2010年には9.7%にまで減少した。2010年の値は、30年前の三分の一である。

これに対して60歳以上の高齢介護者はこの30年間に増加の一途をたどり、1981年には25.8%であったが、1991年33.5%、1999年には45.6%にまで増加し、さらに2010年には半数を超え、58.2%となった。この30年間における介護者の高齢化の現状が明らかになった。

表2-2 介護者の年齢

	1981年		1991年		1999年		2010年	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
30歳代以下	26	9.3	23	4.9	72	3.7	17	2.0
40歳代	59	21.1	120	25.3	288	15.0	67	7.7
50歳代	72	25.9	148	31.2	652	33.9	176	20.3
60歳代	33	11.8	102	21.5	526	27.4	239	27.6
70歳代	34	12.2	45	9.5	280	15.1	188	21.7
80歳代以上	5	1.8	12	2.5	59	3.1	77	8.9
不明、無回答	50	17.9	24	5.0	36	1.9	102	11.8
合計	279	100.0	474	100.0	1923	100.0	866	100.0

■ 介護者の続柄

表2-3のように、この30年間の介護者の性・年齢の変化を受けて、介護者の続柄の割合も大きく変わった。

1981年、1991年とも最も多いのは「子の配偶者」であり、30~40%を占めていた。「子の配偶者」の大多数は「息子の妻(嫁)」である。1999年にもその傾向はみられるものの、この年から「配偶者」が増加した。この傾向は2010年にいっそう顕著であり、「子の配偶者」は12.8%と、30年前の三分の一近くまで減少し、逆に「配偶者」が50.5%と、1981年の倍以上になり、全体の半数を占めるまでに増加した。男性介護者の増加の背景は、「配偶者」つまり、夫介護の増加と考えられる。

表2-3 認知症の人からみた介護者の続柄

	1981年		1991年		1999年		2010年	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
配偶者	64	22.9	115	24.3	262	32.3	437	50.5
子(息子・娘)	59	21.2	144	30.4	247	30.5	290	33.5
子の配偶者	89	31.9	186	39.2	263	32.5	111	12.8
その他	22	7.9	28	5.9	38	4.7	18	2.1
不明、無回答	45	16.1	1	0.2	0	0.0	10	1.1
合計	279	100.0	474	100.0	810	100.0	866	100.0

注) 1981年の子は娘のみ。子の配偶者は嫁のみ。

■ 同居家族の人数

表2-4のように、同居家族人数には顕著な縮小がみられた。1991年には認知症の人を含めて「2人」という

家族人数の世帯はなく、「4～5人」あるいは「6人以上」が多くみられた。それに対して1999年には「2人」家族が四分の一を占めるようになり、「6人以上」の家族は前回調査時に半数以下に激減した。

さらに2010年調査では、「2人」が45.3%まで増加し、逆に「4人以上」が69.6%からわずか22.6%にまで減少した。また、これまでも家族人数欄に「1人」と記載される場合があったが、大多数は施設入所者の誤記入で実態はわからなかった。2010年調査では、厳密に在宅在住者に限定し、分析したところ、「独居」が31人、把握された。他の記載欄から推察すると、回答者は別居している子どもでもあり、別世帯に「独居」する軽度の認知症の人であることがわかった。

表2-4 同居家族の家族人数（認知症の人を含む）

	1991年		1999年		2010年	
	人数	%	人数	%	人数	%
1人	-		-		31	5.2
2人	0	0.0	206	25.4	268	45.3
3人	106	22.4	214	26.4	153	25.8
4～5人	172	36.3	285	35.2	108	18.2
6人以上	158	33.3	94	11.6	26	4.4
不明、無回答	38	8.0	11	1.4	6	1.0
合計	474	100.0	810	100.0	592	100.0

認知症の人の基本属性と認知症の状態

■ 認知症の人の性、年齢

さらに認知症の人の年齢をみると、表2-6のように、この30年間、80歳代の年齢層が最も多いことには変わりはないが、近年になるほど、60歳代と90歳代以上の割合が少しずつ増えている。これは、認知症の人の高齢化の一方で、近年、本会が若年期認知症の課題に積極的に取り組んでいることから、その年齢層に相当する会員が増えている可能性が考えられる。

表2-6 認知症の人の年齢

	1981年		1991年		1999年		2010年	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
50歳代以下	2	0.7	25	2.1	33	2.9	19	2.3
60歳代	25	9.0	127	10.5	136	12.0	156	18.0
70歳代	97	34.8	353	29.2	337	29.8	229	26.4
80歳代	99	35.4	575	47.6	489	43.3	330	38.1
90歳代以上	15	5.4	115	9.5	128	11.3	113	13.0
不明、無回答	41	14.7	14	1.1	7	0.6	19	2.2
合計	279	100.0	1209	100.0	1130	100.0	866	100.0

■ 認知症の程度

また、柄澤式による認知症の程度を比較すると、表2-8のように、1990年代調査に比べて、2010年では軽度～中等度が増加し、高度～最高度が減少傾向にある。

これは、近年の早期診断の成果や、介護の向上、治療薬の開発による症状の進行の鈍化による可能性が考えられる。

表2-8 認知症の程度

	1991年		1999年		2010年	
	人数	%	人数	%	人数	%
軽度	71	9.9	74	6.5	111	12.8
中等度	136	18.9	143	12.7	198	22.9
高度	219	30.4	382	33.8	285	32.9
最高度	272	37.8	508	45.0	263	30.4
不明、無回答	22	3.1	23	2.0	9	1.0
合計	720	100.0	1130	100.0	866	100.0

■ 認知症の人の居場所

認知症の人の調査時点での居場所は表2-9のとおりである。変化がみられるのは、「病院・診療所入院中」の減少であり、1991年には14.9%であったが、2010年には5.8%であった。

「介護保険施設」は1991年から、ゴールドプランの終了近くである1999年にかけて増加したが、1999年と2010年ではそれぞれ20%程度であり、大きな変化はなかった。さらに「在宅」は1981年では87.8%と高率であり、1991年以降の3調査でも6割を超えている。

施設種類の区別のなかった1981年調査では、老人ホーム等と病院等を併せてもわずか10.6%であった。一方、「在宅」は、1981年調査では87.8%と非常に高く、在宅以外に選択肢のなかった当時の様子が伺える。1991年には20%ほど在宅が減少したものの、それ以降の1999年、2010年調査とも64～68%程度で推移している。

表2-9 認知症の人の居場所

	1981年		1991年		1999年		2010年	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
在宅	216	87.8	488	67.8	723	64.0	592	68.4
介護保険施設入所中	26	10.6	100	13.9	237	21.0	179	20.7
病院・診療所入院中			107	14.9	140	12.4	50	5.8
その他			14	1.9	22	1.9	11	1.3
不明、その他	4	1.6	11	1.5	8	0.7	34	3.9
合計	246	100.0	720	100.0	1130	100.0	866	100.0

注) 1981年、1991年、1999年調査での特別養護老人ホーム、介護老人保健施設を「介護保険施設」として分析。

介護者の介護状況

■ 介護上の負担

介護時間に関しては1999年と2010年の2回の調査を比較した。その結果は表2-10のとおりで、両調査とも「ほとんど一日中」が45%を超え、最も多かった。多くの者が一日の大半を介護にあてていることがわかる。

表2-10 介護時間

	1999年		2010年	
	人数	%	人数	%
30分前後	26	2.3	29	3.3
1～2時間	80	7.1	67	7.7
3～5時間	101	8.9	88	10.2
半日程度	165	14.6	93	10.7
ほとんど一日中	559	49.5	399	46.1
特にしていない	99	8.8	99	11.4
不明、無回答	100	8.8	91	10.5
合計	1130	100.0	866	100.0

さらに、介護者の自覚症状を表2-11に示した。これも1999年と2010年の比較である。結果、自覚症状「なし」とする者が微増し、それ以外の自覚症状は睡眠不足と体重減少をのぞいていずれも、おおむね10%程度減少した。表2-10から、介護時間の短縮が図られている実態はないものの、自覚症状の減少から、時間的拘束の軽減は図られていないが、身体的介護の軽減が図られている可能性が示唆された。

表2-11 介護者の自覚症状

	1999年N=1130		2010年N=866	
	人数	%	人数	%
体がだるい	388	34.3	221	25.5
睡眠不足	479	42.4	341	39.4
腰背部痛	405	35.8	218	25.2
肩こり	376	33.3	207	23.9
手足の関節の痛み	302	26.7	151	17.4
頭痛	234	20.7	80	9.2
めまい	175	15.5	64	7.4
体重減少	131	11.6	97	11.2
なし	157	13.9	168	19.4

(複数回答) 注) %はNに対する割合

介護上の困難の経年変化を表2-12に示した。「同じことを何度も聞かれる」ことを困難と感じる介護者の割合は、4回の調査で若干、増減がみられるが、おおむね28～38%で推移した。一方、「罪をきせられ責められる」は1981年の調査に比べて2010年に減少、「火の不始末や徘徊などの周辺症状への対応」は1990年代の調査に比べて2010年に減少した。これは、困難感をもつ者が減少したというよりも、このようなアクティブな症状を示す認知症の人が減少したことによるのかもしれない。

表2-12 介護上の困難

	1981年 N=233		1991年 N=720		1999年 N=1130		2010年 N=866	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
同じことを何度も聞かれる	89	38.2	201	27.9	314	27.8	323	37.3
罪をきせられ責められる	35	15.0	50	6.9	79	7.0	74	8.5
興奮をしずめるのが大変			137	19.0	197	17.4	150	17.3
暴力を振るわれる・攻撃される			48	6.7	83	7.3	44	5.1
目が離せない			279	38.8	472	41.8	319	36.8
火の不始末や徘徊などの周辺症状への対応			208	28.9	267	23.6	147	17.0

(複数回答) 注) %はNに対する割合

一方、生活上の困難項目は、1990年代の2調査（一部、1981年調査も）に比べて、2010年調査は多くの項目が減少傾向を示した。特に、「家事に思うように手が回らない」「留守をみてくれる人がいない」「家庭内がうまくいかない」「介護を手助けしてくれる人がいない」「外出できない」の5項目は、1991年調査（一部、1981年調査）に比べて2010年には半減した。

その中で、「経済的負担が大きい」は3回の調査とも20%以上の人が困難を感じ、また「自分自身に病気がある」は微増傾向を示した。

減少のみられた5項目は、いずれも在宅サービスの効果として現れやすいことが考えられるが、「自分自身に病気がある」については介護者の高齢化が関係しているかもしれない。

表2-13 生活上の困難

	1981年 N=233		1991年 N=720		1999年 N=1130		2010年 N=866	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
家事に思うように手が回らない			213	29.6	341	30.2	127	14.7
仕事や家業に出られない			145	20.1	198	17.5	114	13.2
育児に思うように手が回らない			24	3.3	29	2.6	11	1.3
留守をみてくれる人がいない			247	34.3	325	28.8	136	15.7
家庭内がうまくいかない			98	13.6	128	11.3	61	7.0
外出できない			319	44.3	486	43.0	165	19.1
介護を手助けしてくれる人がいない	98	42.1	182	25.3	221	19.6	160	18.5
自分の時間が持てない			384	53.3	666	58.9	268	30.9
経済的負担が大きい			159	22.1	255	22.6	186	21.5
親族との間がうまくいかない	27	11.6	113	15.7	167	14.8	79	9.1
気が休まらない			429	59.6	792	70.1	484	55.9
自分自身に病気がある	41	17.6	112	15.6	147	13.0	185	21.4

(複数回答) 注) %はNに対する割合

■ 介護継続意思

表2-14は介護者の介護継続意思を示したものである。1990年代の2回の調査では余り違いはないが、それまで5割を超えていた「介護を続けたいので、続けるつもり」が、2010年には44.2%に減少し、「介護をしたくないが、続けるしかない」が、若干の増加を示した。

表2-14 介護者の介護継続意思

	1991年		1999年		2010年	
	人数	%	人数	%	人数	%
介護を続けたいので、続けるつもり	425	59.0	640	56.6	383	44.2
介護を続けたいが、現実には難しい	142	19.7	290	25.7	198	22.9
介護をしたくないが、続けるしかない	104	14.4	138	12.2	174	20.1
介護をしたくないのでやめたい	1	0.1	5	0.4	9	1.0
特に介護をする必要がないのでわからない	7	1.0	17	1.5	18	2.1
不明、無回答	41	5.7	40	3.5	84	9.7
合計	720	100.0	1130	100.0	866	100.0

まとめ

この20年間の「家族の会」に属する家族介護者には大きな変化がみられた。それは下記の3点である。

- ①男性介護者、配偶者介護の増加と介護者の高齢化
- ②子の配偶者による介護の減少
- ③家族規模の縮小

介護者・家族には大きな変化がみられたものの、認知症の人の年齢や気づき年齢、認知症の程度には大きな変化はみられなかった。しいて言えば、若干の軽症化傾向と、気づき年齢の若年化がみられた。軽症化がケアの質的向上、あるいは薬物療法の効果であるかどうかは、はっきりとしない。

さらに介護状況では、介護時間や「介護上の困難」に大きな変化はみられないものの、介護者の疲労徴候や身体症状、「生活上の困難」には減少の傾向が顕著にみられた。これは、明らかに諸制度の量的充足により、これまで以上にサービスを利用しやすくなったことに大きく関連するものと推察される。しかし一方で、長時間、介護に拘束される介護者の割合には変化がなく、介護による経済的負担には改善がみられず、さらに自分自身が病弱であることに困難を感じる介護者は増加していた。また、介護継続意思にも、どちらかといえば消極的な意識をもつ介護者の割合が増加していた。この結果には、介護者の高齢化や家族規模の縮小、家族関係の希薄化などとの関係が考えられる。

そのような中でこの30年前の1981年には8割で、その後6割まで減少した在宅介護割合だが、1991年以降の20年間、ほぼ一定してこの水準を保った。すなわち、「家族の会」は、弱体化するわが国の家族介護の現状を反映するものの、その中でも「在宅介護」を志向し、あえて困難に立ち向かう介護者を多く取り込んでいる可能性がある。その奮闘に報いるすべを、これまでも増して、探索する必要があるように思われる。

2011年4月13日

厚生労働大臣 細川 律夫 様

公益社団法人 認知症の人と家族の会
代表理事 高見 国生

認知症の人も家族も安心して暮らせるための要望書

今後のさらなる高齢化の進展とともに、認知症の人が増え続けるのは明らかであり、認知症問題に関しては介護 医療、さらには社会保障の在り方までもが問われる課題が山積しています。加えて本人を取り巻く地域社会や家族形態の変化によって住み慣れた地域で暮らし続けることが難しくなっている現状があります。

認知症の人と家族の会では、2010年8月から11月の間、会員と認知症介護に携わる当事者を対象に介護者生活実態調査を行いました。寄せられた介護家族の声は、介護保険制度における「認知症の人本人」への支援とともに、介護保険制度には組み入れられていない「介護家族への支援」が欠かせないという認識を強くするものでした。

また、2010年12月には「若年期認知症に関する要望書」を本人の思いを添えて提出し、若くして認知症を発症した人と家族の困難な現状に即応する施策の充実をお願いしたところです。

「家族の会」ではこれまでも「提言」として、認知症があっても安心して暮らせる社会の実現のための介護保険制度のあるべき姿を示してきました。

これらに加えて、今回の介護者生活実態調査を通して見えてきた、認知症の人と介護家族の願いをご理解いただき、認知症に関わる施策の充実を図っていただくよう以下のことを要望いたします。

記

(解 説)

1 介護保険制度への要望

「提言・私たちが期待する介護保険2009年版」などで示した考えに基づき、次の項目を要望します。

- 1 介護保険が認知症の人と家族にとって安心できる制度にすること
- 2 介護保険創設の際には想定されていなかった認知症初期の人に対するサービスを早急に充実すること
- 3 要介護認定と支給限度額のあり方について、廃止も含めて抜本的な検討を行うために介護の当事者を含めた検討会議を発足させること

- 1 介護保険に対する私たちの基本的な要望である
- 2 認知症対応サービスの中ではもっとも遅れているため、早急な対応を求める
- 3 2010年の提言で主張した「要介護認定廃止」については社保審・介護保険部会でもさらに検討すべきとの意

<p>その結論を得るまでの経過的措置として</p> <p>① 認知症があると認められる場合、要介護1以上と認定することを周知徹底する</p> <p>② 在宅で要介護4、5の人が限度額を超えて利用する場合は、全額自己負担ではなく介護給付を認める</p> <p>③ 要支援1、要支援2も介護給付の対象とする</p>	<p>見も出された。したがって、そのための検討会を設置するべきと要望する。結論が出るまでは、「提言2009年版」での要望①②③を継続する</p> <p>①提言2009年版：具体的な改善提案3に「周知徹底する」を加える</p> <p>②提言2009年版：具体的な改善提案1のとおり</p> <p>③提言2009年版：具体的な改善提案8から「予防事業は一般財源で行う」を削除する</p>
<p>4 認知症の人の通院時の院内介助や一般病院入院時に、ホームヘルパーの付添を認めるなど対応の改善を図ること</p>	<p>4 提言2009年版：具体的な改善提案10に「通院時の院内介助や」を加える</p>
<p>5 要支援1、要支援2を介護保険からはずすことには反対だが、介護予防・日常生活支援総合事業（仮称）の実施にあたっては、保険者判断によるのではなく利用者が選択できるものとする</p>	<p>5 次期改定で厚生労働省が考えている、「市町村の判断により、要支援者には、既存の予防給付に代えて、地域支援事業での生活支援を実施できる制度」に対する態度表明です。要支援が介護保険からはずされることになるので、「3の③」のとおり反対（現在の予防給付から介護給付に戻すべきと要望している）だが、仮に実施されるなら、予防給付（介護保険のサービス）を取るか、地域支援事業の生活支援を取るかは利用者が選択できるようにせよとの要望</p>
<p>6 必要な訪問介護の利用は同居家族の有無にかかわらず認めること</p>	<p>6 提言2009年版：具体的な改善提案2のとおり</p>
<p>7 介護サービス利用者に作業報酬を支払うことを認めること</p>	<p>7 介護保険制度改正への提言・提案6</p>
<p>8 地域包括支援センターのすべてに「認知症連携担当者」を配置するなど、地域のコーディネー</p>	<p>8 提言2009年版：具体的な改善提案5のとおり</p>

ト機関として充実させ、介護保険給付実務は業務からはずすこと

- | | |
|---|---|
| 9 新設される「認知症地域支援推進員」は地域包括支援センターの「認知症連携担当者」とは別制度とし、すべての市町村に配置すること | 9 次期改定で、認知症連携担当者に代えて150人設置されようとしている認知症地域支援推進員だが、これでは名称が変わるだけで実質増とはならない。連携担当者は計画通り150名設置し、別の職種として地域支援推進員を配置するようという要望 |
| 10 介護支援専門員がケアマネジメント能力を高め、中立公正で専門性が発揮できる体制とすること。サービス利用に至るまでの相談支援にも報酬を認めること | 10 提言2009年版：具体的な改善提案6の「質」を「ケアマネジメント能力」に変える |
| 11 小規模多機能型サービスが安定して運営できるよう、介護報酬の引き上げ、デイ・泊まり・訪問の制約の見直しなど、必要な措置を継続的に行うこと | 11 提言2009年版：具体的な改善提案12に「介護報酬引き上げ、デイ・泊まり・訪問の制約の見直しなど」を加える |
| 12 待機者42万人といわれる特別養護老人ホームの整備を公的責任において促進すること | 12 特養ホームの整備を要望 |
| 13 24時間対応の定期巡回・随時対応型サービスの導入の際は認知症の人に有効に対応するため従来の滞在型も強化すること | 13 次期改定で新設されようとしている事業だが、そのものには反対するものではないが、認知症の人には対応しきれないおそれがある。したがって、短時間巡回型のみでなく、従来の滞在型も強化すべきという要望 |
| 14 介護療養病床の利用者には、制度の推移にかかわらず、現状と同等の必要な医療と介護を保障すること | 14 提言2009年版：具体的な改善提案9のとおり |
| 15 介護従事者の賃金、労働条件の改善を継続的に図るために、利用者の負担を増やすことなく、必要な対策を行うこと。処遇改善交付金は一般財源で継続すること | 15 提言2009年版：具体的な改善提案7に、「処遇改善交付金は一般財源で継続すること」を加える |
| 16 認知症介護従事者研修をすべての介護保険事業所の管理者・職員に義務付けるとともに研修内容の充実を図ること | 16 すべての関係者に認知症の理解を深めてもらうための要望 |

II 若年期認知症・認知症と診断された本人への支援について

2010年12月24日に提出した「若年期認知症に関する要望書」に加え次のことを要望します。

- 1 全国調査を行い、実態に対応した対策をとること
- 2 趣味や社会参加などで外出する際に支援を行うこと
- 3 成年後見制度を利用しやすくし、権利が守られるようにすること

III 家族介護者支援について

家族介護者支援を、本人支援とともに介護の社会化をすすめる両輪として位置づけ、施策をすすめることを要望します。

- 1 家族介護者が介護による社会的不利益を被ることなく、仕事・余暇・教育・社会参加ができ、「生活の質(QOL)」を保障する情報提供や制度設計、支援策を行うこと
- 2 仕事を持つ介護者が就労継続できるよう、多様な就業形態の工夫や介護休暇制度の活用等を促進する施策を行うこと

(「若年期認知症に関する要望書」の要望項目は68ページから掲載)

- 1 自治体等が行う実態調査を把握し、それに基づく対策をとるよう要望
- 2 身体障害者のガイドヘルパー的な施策を要望
- 3 次期改定で、認知症対策の2本柱の一つとして厚生労働省が「市民後見人の活用など高齢者の権利擁護」を掲げているので、実効があるようにと要望。ちなみにもう一つの柱は「市町村における認知症対策の計画的推進」

近年、介護者支援ということが言われ出しています。「家族の会」はもともと、家族の苦勞を軽減してほしいという家族の声からスタートしたもので、介護者支援を求める元祖といえます。そして、それは本人への対策が家族の苦勞も軽減させるという発想でした。

しかし、近年は、家族そのものが支援されるべきという考え方です。その具体的な内容についてはいろいろな考えがあり、「家族の会」としても認知症新時代にふさわしい家族支援のあり方を提案してゆきます。今回は、まずその最初の第1弾とも言える要望です

- 1 家族介護者支援についての基本的な考え方を提起するものです。このような考え方にたって施策を行うべきという要望
- 2 介護退職を防ぐために、企業におけるさまざまな対策が行われるようにという要望

- | | |
|--|--|
| <p>3 すべての都道府県、政令市に「認知症コールセンター」を設置し、地域との連携が図れるようにすること</p> | <p>3 提言2009年版：具体的な改善提案11に「地域との連携が図れるように」を加える。コールセンターが普及するとともに、単なる電話相談だけでなく、「家族の会」を紹介するなど地域との連携を図るような内容にするべきという要望</p> |
| <p>4 相談機関の研修に、「介護者の心のケア」に関する内容、家族の体験談の聴講などを含めること</p> | <p>4 コールセンターだけでなく、地域包括支援センターや保健所、福祉事務所、社協など家族が相談する機関は様々あるが、どの機関においても上記の内容を含めることという要望</p> |
| <p>5 介護保険サービスのすべての利用料を医療費控除の対象にすること</p> | <p>5 現在、福祉系サービスは対象になっていないので、すべてを対象に、という要望</p> |
| <p>6 遠距離介護に要する交通費負担に対する軽減策がすべての交通機関で実施されるよう働きかけること</p> | <p>6 現在、航空機では制度があるがJRにはない。その他の交通機関も含め、すべてで実施されるように国として努力するべきという要望</p> |
| <p>7 「家族の会」など当事者組織を社会資源として位置づけ、活動に対する財政的、実務的な支援を強化すること</p> | <p>7 提言2009年版：具体的な改善提案13に「社会資源として位置づけ」を加える。制度では解決できない介護家族の人としての悲しみなどの軽減に果たす当事者組織の役割は大きいため、ただしく評価し支援をするべきという要望</p> |

IV 医療の充実と制度改善について

受診・入院で、認知症の特性に適切に対応した診療保障を要望します。

- | | |
|---|---|
| <p>1 認知症であっても必要な診療が受けられるようにすること</p> | <p>1 認知症の症状があることを理由にして診療を拒むことなどがないようにという、医療に対する基本的な要望</p> |
| <p>2 認知症の人の入院時、見守り体制を充実させるなどして家族付き添いが強要されない体制を整えること</p> | <p>2 以前から強い要望のあるもの。アンケートの中でも強い声があった要望</p> |

- | | |
|--|--|
| 3 認知症と診断した医師が、診断後の福祉・保健情報など生活へのアドバイスも行えるようにすること | 3 診断だけして後は知らないというように感じられる医師がまだ存在するための要望 |
| 4 認知症疾患医療センターの整備を早急にすすめること | 4 全国に 150 か所設置するという目標が、100 箇所程度しか達成されていないための要望 |
| 5 診断からターミナルまで地域での連携がすすむようにすること | 5 地域で安心した医療体制が作られるようにという要望 |
| 6 医師、看護師など医療職の養成課程で認知症の人と家族への理解を深める内容をいっそう充実すること | 6 昔と比較するとかなり行われてきているが、さらに充実するべきという要望 |
| 7 認知症治療薬の開発促進と早期認可をすすめること | 7 本人からもっとも強く望まれていること。今春の3薬品に続く開発と認可を要望 |

V まちづくり・環境整備について

認知症の理解・介護の社会化を一層すすめ、共生のまちづくり、安心の環境整備を要望します。

- | | |
|---|--|
| 1 認知症の人と家族を地域で見守り、支援するネットワークをすべての市町村に設置すること | 1 現在のサポーター養成講座を当事者の視点で検討、SOS ネットワークなどをまとめた行政、当事者、地域住民で構成されるネットワークを要望 |
| 2 認知症の人や介護家族が安心して立ち寄り、くつろげる場所を小学校区単位に1箇所以上整備すること | 2 家族構成の変化に伴い、新たな「地縁」が求められる時代に必要な場所の要望 |
| 3 介護関連施設・場所、行動であることを表示する「介護マーク」を制定し、その普及を図ること | 3 マークの制定が介護の社会化に繋がりと、普及により環境整備に繋がるとして要望 |
| 4 静岡県が制定した「介護中」表示カードを全国版として認め普及すること | 4 静岡県支部も関わって同県が2011年2月に制定。認知症の人とともに外出する際に有効なため要望 |
| 5 認知症の人を同伴し外出する際のため、「男女共用介護トイレ」、「介護中自動車駐車スペース」を公共施設および地域に整備すること | 5 介護者支援の視点から是非必要、またアンケートの中でも多くの声があった要望 |

- | | |
|---|--|
| 6 認知症の診断により運転免許証を返納した人への代替交通機関割引等の対策が行われるようにすること | 6 認知症と診断され免許の更新ができなくなった人への救済の対策として要望 |
| 7 認知症の人が一人でも、介護者付きでも、車椅子でも外出できる安心・安全の歩道の整備推進を図ること | 7 認知症であっても、車椅子でも安心して外出できるまちづくりをすすめることを要望 |
| 8 ICT技術を活用した認知症の人と介護家族支援の用品開発、情報提供システムの開発をすすめること
(例えば、介護ロボットの開発、GPS機能の精度向上と開発、見守り・安全確認装置の開発、信号機・横断歩道の改良、移動に役立つHowTo情報システムなど) | 8 認知症、介護家族支援にICT技術の活用を推進させることを要望
参考：
ICT（情報・通信に関連する技術一般の総称。従来のITに替わる表現として日本でも定着しつつある。） |
| 9 認知症になっても、安心して暮らせる住みやすい住環境の研究・開発を図ること | 9 認知症の人の特性や介護上、工夫された住宅や環境についての研究が必要であるという要望 |
| 10 小中高校生に、認知症と家族支援の理解を進める取り組みを行うこと | 10 今後の認知症の人の増加を考えると、学校教育における認知症の理解と介護者支援の必要性の教育が不可欠という要望 |
| 11 車の運転免許取得・更新の際に認知症の人の特性が理解できる内容を含めること | 11 認知症の人の増加に伴い、車社会において運転者が認知症の人の特性を知ることによって事故防止にも繋がるので要望 |
| 12 認知症の人と介護家族が安心して旅行ができるために、主要な駅、観光地にトラベルサポーターの配置などをすすめること | 12 認知症の人も介護家族も安心して旅行ができるようトラベルサポーターの配置を要望 |

若年期認知症に関する要望書（2010年12月24日提出） 要望項目

- 1 早期に薬の開発・認可を進めること
 - ・ 認知症を治す薬・進行を抑制する薬が早期に開発されるようにして下さい。
 - ・ 現在、開発されている薬を早期に認可し、医療保険で利用できるようにして下さい。
- 2 就労の継続を支援すること
 - ・ 認知症になっても本人が希望すれば働き続けられるように、企業が認知症に対する理解を深め支援者を置くなどの環境を整えるための補助金を支給して下さい。

- ・ 医療専門職が、認知症の人の能力に応じた仕事内容や支援を助言するための報酬を医療保険にもうけて下さい。
 - ・ 退職を余儀なくされる場合は、今後の生活設計や必要な手続きを相談できるワンストップ窓口をもうけて下さい。
- 3 経済的支援を充実すること
- ・ 若年期認知症を障害年金の支給対象に明示して下さい。
 - ・ 生計を維持している人が認知症になった家庭の、子どもの就学を保障する奨学金制度をもうけて下さい。
 - ・ 若年期認知症を高度障害と認め、生命保険の支給や住宅ローンの残額を免除できるようにして下さい。
 - ・ 身体障害者であれば利用できる税制優遇や公共交通機関の料金割引などを、若年期認知症でも利用できるようにして下さい。
- 4 若年期認知症の人が利用しやすい介護保険サービスにすること
- ・ 介護保険サービス利用者が、事業所等で作業に従事した場合には作業報酬を支払うことを認め、認知症の人の仕事づくりに取り組む事業所の普及をはかって下さい。
 - ・ 介護保険サービスを利用しても、障害者自立支援法サービスの就労支援や作業所、移送サービスの利用を制限しないようにしてください。
 - ・ 若年期認知症のサービスを、地域密着の枠を超えて、広域で利用できるようにして下さい。
 - ・ 若年期認知症に適切なケアが提供されるようケアマネジャーや介護スタッフの研修を進めて下さい。
- 5 早期に発見し、早期から適切な支援をすること
- ・ 定期健診に認知症早期発見の仕組みを取り入れ、早期診断ができるように医師の研修を進めて下さい。
 - ・ 医療専門職が、認知症の人や家族の相談に応じ、適切な窓口につなぐ初期の支援を行うための報酬を医療保険にもうけて下さい。
- 6 若年期認知症「本人のつどい」を広げるために支援をすること
- ・ 認知症の人同士が励ましあい支えあう「本人のつどい」を全国に広げるための補助金を支給するなど、積極的な支援をして下さい。
- 7 若年期認知症に関する広報啓発をすすめること
- ・ 若年期認知症に関する理解の普及、早期発見の重要性、雇用継続や就労の支援、障害者サービスの活用等、発症後の支援と相談窓口の周知など国民に広く広報啓発をして下さい。

介護家族の立場からみた家族支援のあり方に関する アンケート調査（中間報告）

「家族の会」は2010年度に「認知症の人と家族の暮らしに関するアンケート」調査を行いました（本テキストの資料48～61ページ参照）。この調査で、介護者の生活上の困難は、「気が休まらない」「自分の時間が持てない」が多数を占め、介護家族への支援が必要であることが分かりました。

そこで、2011年度に「家族の会」会員及び会員以外の介護をされている家族を対象に、介護家族が必要とする支援についてのアンケート調査を行いました（調査期間は2011年9月～10月）。

2011年11月に中間報告として、「家族の会」調査・研究専門委員会から報告があったものを掲載します。

1. 回答状況について

10月20日現在で526通の回答がありました。今回は、回答順に100通までの回答についてご報告申し上げます。100通までの段階で、回答の多かった県は、新潟県、島根県、滋賀県でした。

2. 【問1.回答されるあなた自身（介護者）について、問2. 認知症の人（要介護者）について、問3.介護中のあなたの状況について】の回答集計結果について

回答者（介護者）の性別は、女性が78%と男性より多く、年齢では60代、次いで50代の割合が高く、同居が65%を占めていました。介護年数は平均7.6年、回答者のうち80%が当会の会員でした。

本人の平均年齢は78.6歳で、病名はアルツハイマー型認知症が最も多く、介護度は要介護3～5の方が50%以上を占めていました。

ご家族が認知症になってからの生活のしづらさを多少なりとも感じている人は90%いました。また、生活のしづらさに変化があった人の理由としては、①ストレスや疲労感が高まった（74.5%）、②自分が自由に使える時間がなくなった（54.3%）、③睡眠時間が減った（49%）、④時間のやりくりが難しくなった、支出が増えた（いずれも41.5%）の順で高くなっていました。

3. 問4以降の自由記述について

自由記述の回答は、文章を内容ごとに抽出し、質的に分析を行いました。その結果、以下3つのことが明らかになってきました。

■ 問4(a) 気持ちがつらい、悲しいということの内容について

大きく分けて以下の3側面、①介護者自身のこと、②本人との関係、③周囲との関係においてつらさを感じている現状が分かりました。排泄の介助や睡眠が十分にとれない等の具体的な介護の辛さは意外にも少数で、介護者自身の気持ち（本人につい感情的になってしまう等）や本人との関係で生じること（コミュニケーションがうまくとれない等）、周囲の無理解、不安が多数を占めていました。特に「思うようにいかない」、「自己嫌悪になる」という気持ちが多く出ていました。

■ 問4(b) 介護者にとって気が休まる時間について

在宅介護中は気が休まることは全くなかったという方もいましたが、概ね「本人が落ち着いている時」と「本人がショートステイやデイサービスで居ない時」は気が休まるという回答が多くありました。介護から解放される時間を確保できることで、介護者が自分の好きなことや趣味など日常から離れた時間を持ち、気の休まる時間となっていました。また、周囲の人や家族から理解が得られたり、協力してもらえることは主介護者にとって気が休まることでもあることも分かりました。

■ 問4(d) 介護者が望む支援について

多かったのは、困った時・悩んだ時にいつでも相談にのってもらえる場、話ができる場の要望でした。これは家族の会に入会して良かった点で挙げた人も多く、介護者同士のつながりや情報交換、相談が介護者にとって重要であることを裏付ける結果となっています。

また、現在あるデイサービスやショートステイ・ヘルパー派遣等サービスの一層の充実と、緊急時利用（介護者の急病等の時）や利用時間の延長、個別対応など利用枠の柔軟化を希望する声も多くありました。経済的な支援についての具体的な要望も多くありました。

その他、家族の健康診断、マッサージを受けたい、介護シングルの婚活支援というものもありました。

4. 今後の方向性

家族が望む支援のひとつとして「家族の心のケア」が多く挙がっていましたが、何が心のケアになるのか、心のケアとは具体的にどんな支援なのかを探るため、今後つどいや個別インタビューで詳しく聞いていきたいと思っています。また、望む支援については、具体的なレベルで回答されているものは結果に反映できるようまとめていきたいと考えています。今後、家族の抱える気持ちや辛さの具体的な内容から、どのような支援が望まれるのかを明らかにしていきたいと思っています。

認知症の人と家族の会 調査・研究専門委員会
委員 鈴木和代

>>> 各種機関の連絡先

● 各種機関の連絡先

団体名	所在地	TEL	FAX 番号
公益社団法人 認知症の人と家族の会 本部事務局	〒602-8143 京都府京都市上京区堀川 通丸太町下ル京都社会福祉会館内	075-811-8195	075-811-8188
公益社団法人 成年後見センター・ リーガルサポート 本部	〒160-0003 東京都新宿区本塩町9-3 司法書士会館4F	03-3359-0541	03-5363-5065
社会福祉法人 浴風会 介護支え合い電話相談室	〒168-8510 東京都杉並区高井戸1-12-1	0120-070-608	
認知症介護研究・研修東京センター	〒168-8510 東京都杉並区高井戸1-12-1	03-3334-2173	03-3334-2718
公益社団法人 日本看護協会	〒150-0001 東京都渋谷区神宮前5-8-2	03-5778-8831	
一般社団法人 日本介護支援専門員協会	〒101-0052 東京都千代田区神田 小川町1-11 金子ビル2F	03-3518-0777	03-3518-0778
若年認知症家族会・彩星の会	〒160-0022 東京都新宿区1-25-3 エクセルコート新宿302号室	03-5919-4185	03-5368-1956
認知症110番 (公益財団法人認知症予防財団)	〒100-8051 東京都千代田区一ツ橋 1-1-1 毎日新聞社2F	0120-654874	
一般社団法人 日本いのちの電話連盟		03-3263-6165	03-3511-7508
名 称	所在地	TEL	開設日
若年性認知症コールセンター	〒474-0037 愛知県大府市半月町3-294 社会福祉法人仁至会 認知症介護研究・ 研修大府センター内	0800-100- 2707	月～土 10:00～15:00 (年未年始・祝 日除く)

>>> 認知症の人と家族の会支部の連絡先

2011年10月現在
各開室日は祝日を除きます

支部名	住所地／連絡先等	電話番号	FAX 番号
北海道	札幌市中央区北2条西7丁目かでの2.74階 電話相談 (月～金10時～15時)	011-204-6006	011-204-6006
青 森	八戸市鮫町字居合1-3 電話相談 (水・金13時～15時)	0178-35-0930 0178-34-5320	0178-34-0651
岩 手	北上市北鬼柳22-46 電話相談 (月～金 9時～17時)	0197-61-5070 0192-25-1616	0197-61-0808
宮 城	仙台市青葉区本町3丁目7-4宮城県社会福祉会館2階 電話相談 (月～金 9時～16時)	022-263-5091	022-263-5091
秋 田	秋田市大町2-2-11イーホテルショッピングモール1F秋田轟真 (びいき) 内 (月10時30分～14時)	018-866-0391	018-866-0391
山 形	山形市蔵王半郷79-7 (月13時～16時)	023-688-8119	023-688-8119
福 島	福島市渡利字渡利町9-6	024-521-4664	024-521-4664
茨 城	つくば市筑穂1-10-4大穂庁舎内 電話相談 (月～金12時～16時)	029-879-0808	029-879-0808
栃 木	宇都宮市鐘山町894-6 電話相談 (火・水・木13時30分～16時・028-627-1122)	028-667-6711	028-667-6711
群 馬	高崎市北原町67-4 (月～土曜9時～17時)	027-360-6421	027-360-6422
埼 玉	さいたま市北区日進町1-709 埼玉県たばこ会館1F 電話相談 (月・火・金10時～15時)	048-667-5553	048-667-5953
千 葉	千葉市中央区千葉港4-3 千葉県社会福祉センター3F (月・火・木・13時～16時) 電話相談・ちば認知症相談コールセンター (月・火・木・土10時～16時)	043-204-8256 043-238-7731	043-204-8256 043-238-7732

東京	新宿区本塩町8-2住友生命四谷ビル (火・金 10時～15時)	03-5367-8853	03-5367-8853
	認知症てれほん相談 (火・金 10時～15時)	03-5367-2339	
神奈川	川崎市幸区南幸町1-31グレース川崎203号 (月・水・金10時～16時)	044-522-6801	044-522-6801
	かながわ認知症コールセンター (月・水10時～20時、土のみ16時まで)	044-543-6078	
	よこはま認知症コールセンター (火・木・金10時～16時)	045-662-7833	
山梨	甲府市青沼3-14-12平井出方 (火・木10時～15時)	055-227-6040	055-227-6040
長野	飯田市下久堅下虎岩780-2関靖方 電話相談 (月～金9時～12時)	0265-29-7799	0265-29-7799
新潟	糸魚川市竹ヶ花45 金子裕美子方	025-550-6640	025-550-6640
富山	富山市内幸町3-23菅谷ビル4F (夜間電話相談 毎日20時～23時)	076-441-8998	076-441-8998
	電話相談 (月・木 13時30分～15時30分)	076-441-0541	
石川	金沢市諸江町下丁288 (月～土9時～17時)	076-237-7479	076-237-2889
福井	小浜市水取3-1-16	0770-53-3359	0770-53-3359
岐阜	岐阜市市橋6丁目2-22-102	058-278-7160	058-278-7161
静岡	富士市松岡912-2	0545-63-3130	0545-62-9390
	認知症コールセンター (月・木・土10時～15時)	0545-64-9042	
愛知	東海市養父町北堀畑58-1	0562-33-7048	0562-33-7102
	認知症介護相談 (月～金10時～16時)	0562-31-1911	
三重	四日市市川島町5643-6 中田方	0595-24-7556	0595-27-7556
	電話相談 (三重県認知症コールセンター :月～金9時30分～17時30分)	059-235-4165	
滋賀	草津市笠山7丁目8番138号 滋賀県立長寿社会福祉センター内	077-567-4565	077-567-4565
	フリーダイヤル電話相談 (月・水・金10時～15時)	0120-294-473	
京都	京都市上京区堀川通丸太町下ル 京都社会福祉会館2F	075-811-8399	075-811-8188
大阪	大阪市阿倍野区共立通1-1-9 電話相談 (月・水・金11時～15時)	06-6626-4936	06-6626-4936
兵庫	神戸市北区山田町下谷上字中一里山14-1しあわせの村内 (月・木10時～17時)	078-741-7707	078-741-7707
	電話相談 (月・火・金 10時～16時)	078-360-8477	
奈良	奈良市千代ヶ丘2丁目3-1 (火・金10時～15時、土12時～15時)	0742-41-1026	0742-41-1026
和歌山	和歌山市新堀東2-2-2 ほっと生活館しんぼり内 (コールセンター家族の会 月～土10時～15時)	073-432-7660	073-432-7593
鳥取	米子市錦町2-235電話相談 (鳥取県認知症コールセンター :月～金10時～18時)	0859-37-6611	0859-30-2980
島根	出雲市今市町1213 出雲保健センター内 (月～金10時～16時)	0853-25-0717	0853-31-8717
	島根県認知症コールセンター	0853-22-4105	
岡山	岡山市北区南方2-13-1 岡山県総合福祉・ボランティア/NPO会館 電話相談 (月～金10時～15時)	086-232-6627	086-232-6628
	おかやま認知症コールセンター (月～金10時～16時)	086-801-4165	
広島	広島市中区吉島町1-6 (事務所・相談:月・水10時～16時)	082-240-5605	082-249-3282
	相談室 毎月第1・3金曜日14時～16時 (広島県健康福祉センター内)	082-254-3434	
山口	下関市垢田町5丁目18-1篠原方 24時間いつでも電話相談 (090-7779-7738)	083-252-0035	083-252-4533
徳島	徳島市仲之町2丁目35番西川内科ビル3F	088-678-8020	088-678-8110
香川	高松市城東町1-1-46	087-823-3590	087-813-0778
愛媛	松山市道後町2-11-14電話相談 (月・水・金9時～16時)	089-923-3760	089-926-7825
高知	高知市本町4-1-37 高知県社会福祉センター内	088-821-2694	088-821-2694
	電話相談 (コールセンター家族の会月～金10時～16時)	088-821-2818	088-821-2818
福岡	福岡市中央区荒戸3丁目3-39福岡市市民福祉プラザ団体連絡室 (火・木・金10時30分～15時30分 第三火曜を除く)	092-771-8595	092-771-8595
佐賀	佐賀市駅前中央1-9-45 三井生命ビル4F	0952-29-1933	0952-23-5218
長崎	長崎市茂里町3-24長崎県総合福祉センター県棟4階 (火・金10時～16時)	095-842-3590	095-842-3590
熊本	熊本市奥古閑町4375-1 (月～金 9時～17時)	096-223-0825	096-223-2329
	電話相談 (熊本県認知症コールセンター :水曜日除く毎日9時～18時)	096-355-1755	096-355-1755
大分	大分市明野東3丁目4番1号大分県社会福祉介護研修センター内 (火～金10時～15時)	097-552-6897	097-552-6897
宮崎	宮崎市広島1丁目14-17	0985-22-3803	0985-22-3803
鹿児島	鹿児島市鴨池新町1-7 鹿児島県社会福祉センター2F (火・水・金10時～16時)	099-257-3887	099-257-3887

●支部結成準備会

沖縄	名護市字茂佐1763-2 宮里病院内	0980-53-7771	0980-53-6976
----	--------------------	--------------	--------------

認知症コールセンターマニュアル別冊作成 ワーキングチーム委員

委 員 名	役 職 名
委員長 荒牧 敦子	公益社団法人認知症の人と家族の会 京都府支部代表 本部電話相談員
勝田登志子	公益法人認知症の人と家族の会 副代表理事
関東 澄子	公益社団法人認知症の人と家族の会 宮城県支部代表
鈴木 和代	京都大学大学院医学研究科看護科学コース助教
高見 国生	公益社団法人認知症の人と家族の会 代表理事
徳廣三木子	公益社団法人認知症の人と家族の会 京都府支部副代表 本部電話相談員
中野 篤子	司法書士
林家 清子	公益社団法人認知症の人と家族の会 滋賀県支部 世話人 本部電話相談員
伴 淑子	公益社団法人認知症の人と家族の会 兵庫県支部 世話人 本部電話相談員
山添 洋子	公益社団法人認知症の人と家族の会 京都府支部副代表 本部電話相談員

50音順

認知症コールセンターマニュアル別冊

2012年1月発行

編集：認知症コールセンターマニュアル別冊作成 ワーキングチーム

発行：公益社団法人認知症の人と家族の会

代表理事 高見国生

〒602-8143 京都市上京区堀川通丸太町下る 京都社会福祉会館2F

TEL：075-811-8195 FAX：075-811-8188

Eメール：office@alzheim.or.jp

ホームページ：www.alzheimer.or.jp

編集協力/デザイン クリエイトかもがわ

(注) 無断転載・複製を禁じます

厚生労働省平成23年度老人保健事業推進費等補助事業