

介護と保健

CLOSE UP

要支援認定者を自治体主体のケアに移行する制度施行に向けた稲城市の準備について

全国に先駆け、「介護支援ボランティア制度」を運用して地域資源の活用に積極的に取り組んでいる東京都稲城市。要支援認定者ケアのために自治体は何ができるか。全国から注目を集めている活動と、今後の地域支援事業の取り組みについて紹介します。

石田 光広(東京都稲城市 福祉部長)



元気高齢者施策として 「介護支援ボランティア制度」を運用

稲城市が取り組んでいる「介護支援ボランティア制度」は市が考案し、特区の提案を経て厚生労働省に認められた制度で、介護保険法の規定に基づき、地域支援事業交付金を財源としています。2007年5月に導入が決定し、同年9月より介護予防事業として運営しています。この活動には全国からの視察も多く、その後実施し始めた自治体も増えています。2014年に行なった全国市町村アンケート調査では、実施自治体数は268に上ります。

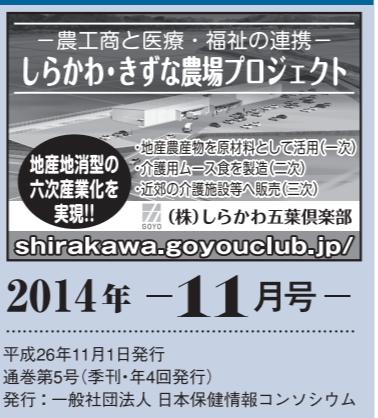
この制度は、65歳以上の高齢者が介護支援に関わるボランティア活動を行った際に、活動実績に応じて評価ポイントを付与するというものです。登録者にはポイント手帳を交付し、年間最大5,000円まで交付金を交付することで、実質的に介護保険料を軽減します。登録やボランティア手帳の交付、ポイントの管理・付与は、地域の社会福祉協議会などが行っています。

制度の目的は、元気な高齢者にボランティア活動を通じて元気であり続けてもらい、地域の健康寿命を延ばすことです。たとえば、特別養護老人ホームに出かけ得意な手品や踊りを披露したり、話し相手や将棋・囲碁の相手をする。これらによって社会参加ができるうえに、喜んでもらえて介護保険料も安くなる制度になっています。「張り合いが出て健康になった」と口コミで広がり、地域でボランティアを始める人が増えました。そして、高齢者が社会参加活動を始めるきっかけ作りにもなっています。

稲城市は人口8万6,296人、世帯数は3万7,037（2014

-CLOSE UP-

- 要支援認定者を自治体主体のケアに移行する制度施行に向けた稲城市的準備について 1,8
- 一特集① 高齢者の食と健康 2
- 一特集② 感染症の集団感染予防と対策について 4
- 一シリーズ(全4回) 保健師に望まれる「認知症の予防と介護」
【第4回】今後、保健師が目指すべき活動を考える 6
- 一REPORT 医療従事者のための「認知症セミナー」(福岡) 7



CLOSE UP (1ページより続く)

去る7月28日に、厚生労働省が「介護予防・日常生活支援総合事業ガイドライン案」を提示し、各市区町村で本格的な準備がスタートしました。これを受け、8月11日に八王子、町田、日野、多摩、稲城の近隣5市による勉強会が始まりました。課題を整理して議論し、必要な様式などがあれば効率的に共有化して融通を図っていきたいと思っています。

昨年来の介護保険制度改革に対して、稲城市では地域を新しく作っていく意欲を持ち、2025年を見据えて意欲的に取り組んでいます。

地域支援事業の新しい総合事業への移行は、まさにスピード勝負で早く着手しないといけません。危機管理の意識を持ち、費用の効率化や保険料抑制を図り、混乱なく移行できるように、また計画的に行えるように、総合事業に向けての議論、検討を職員一同で集中的に行っていきます。

重要な点は利用している人たちの実態を把握し、現在どういうサービスをどのくらいの費用で利用しているのかを知ることです。制度が変わる“またぎのとき”は、それまでのサービスが全部使えるようになります。そして、変更後の新サービス名やそれが何年から変更になるかを明確にしておきます。稲城市では、現行のサービスについて対象者のボリュームから費用までをすべて調べ、試算を繰り返し、ガイドラインに沿って新サービスの制度設計を行い、実施に向けた準備を進めています。

重点化・効率化を図るために包括的支援事業につ

いては、「在宅医療・介護連携」が重要な柱となります。地域医師会と密接に連携し、訪問診療や退院支援、主治医紹介など在宅医療と介護の一体的な提供体制を目指しています。また、介護職などへの研修会の開催や看護師OGなどの活用も検討しています。自治体は高齢者の在宅生活の安心を確保し、重度の人には専門的なサービスを十分に提供できるようにしていかなければなりません。行政に保健師や社会福祉士、介護福祉士、理学療法士など専門職を置くことで、介護職の相談や指導に迅速に対応しています。

施行に向けては、多様な介護予防や生活支援サービスの資源開発など多くの課題があります。課題にはすぐに対応し、職員全員で議論を繰り返し、明確にすることを大切にしています。たとえば、訪問介護を増やす際の基準設定では、後期高齢者数なのか、要介護者数なのかを議論し決定します。どのような考え方やプロセスを経て決定したのか職員全員が理解していることにより、いつまでに何をするのかという行程を共有することができるのです。

制度の変革を地域で円滑に進めていくためには、市の職員や介護事業者、医療従事者などが課題を解決しながら協力し、それぞれのスケジュールをコントロールして連携を図っていくことが不可欠です。

発行／一般社団法人 日本保健情報コンソシウム
〒102-0083 東京都千代田区麹町2-3-3 FDC麹町ビル3F
TEL.03-5772-7584 FAX.03-5772-6910 e-mail:info@conclude.or.jp
発行人／大橋 靖雄(本法人 代表理事)
編集委員長／井藤 英喜(地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター長)
＊本紙の記事を複写・転載される場合は、あらかじめ本法人までご連絡ください。



新薬で人々のいのちと健康に貢献します。

私たちノバルティス ファーマは、分子標的薬や抗体医薬など最新の技術を生かして、世界で140もの開発プロジェクトを進めています。くすりを必要としている患者さんに、革新的な新薬を。ノバルティス ファーマの新薬は、これからも進化を続けます。

ノバルティス ファーマ株式会社
〒106-8618 東京都港区西麻布4丁目17番30号
<http://www.novartis.co.jp/>

高齢者の食と栄養



高齢者にとって「食べること」の意義とは何か、虚弱予防～介護予防につながる食の安定性＝『食力』はどのような要素によって下支えされているのか、そして、食に対する栄養評価は実際にどの範囲でどのように行われるべきなのか。——高齢化とともに要介護人口が増加するなかで、高齢者の「食と栄養」の問題をクローズアップしました。

飯島 勝矢（東京大学 高齢社会総合研究機構 准教授）

超高齢社会の中での栄養問題

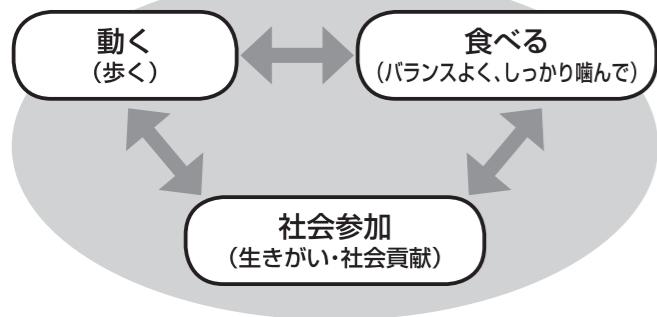
健康の問題を考える上では「栄養」の問題を抜きに考えることは不可能であり、それぞれの時代において低栄養から過栄養まで両面の課題が推移してきています。今後の超高齢化を考えると、虚弱期における質の高いケアも必要ですが、いかに自立したまま生活の質を維持できるかも重要です。高齢者が激増するだけではなく、2025年以降には大きく要介護状態になりやすい後期高齢者が人口の20%を占めようとしています。ここまで高齢社会ではない時代には生活習慣病対策が主流でしたが、今後は今まで以上に「より早期（川上）からの虚弱予防～介護予防」の重要性が大きく問われることになるでしょう。

虚弱（フレイル）とサルコペニア

高齢期に要介護になりやすい重要な要素として、転倒・骨折や認知症、肺炎、そして衰弱などがあります。どれも低栄養と深く関連しており、栄養に関する早期のリスク評価、そして適切な介入へのつながりが強く求められます。また、より早期からの予防の視点からは、栄養の偏り・低栄養を背景とし「虚弱（frailty、フレイル）」およびその根底をなす「加齢性筋肉減弱（サルコペニア）」という大きな問題があり、改めて高齢者における食の安定性を再考する必要があります。

高齢期においては、虚弱（frailty）は骨格筋を中心とした「身体の虚弱（physical frailty）」だけで考えられがちですが、それだけではなく、精神心理的要因

図1：虚弱予防に必要なもの



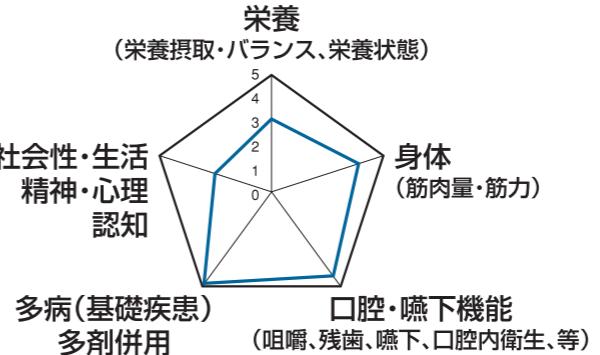
を背景とする「こころ・精神の虚弱（mental frailty）」および社会的要因を含む多次元の「社会性の虚弱（social frailty）」が存在します。よって、今後の高齢化を見据えると、「いつまでも心身ともに健全で自立し続けられるように」という視点を国民全体が意識することが必要であり、少なくともこれらすべて（3種類の虚弱）において、バランスの取れた評価や指導が強く求められます。

『食力』向上から健康長寿社会を目指す～「食の虚弱」を再考～

栄養と運動をバランスよく維持しなければ、早々に虚弱に向かってしまいます。高齢期での従来のメタボ概念（カロリー制限）からどう切り替え、周囲の医療専門職や地域リーダーのサポートを得ながら、国民自身がより早期から「しっかりと噛んで、しっかりと食べ、しっかりと動く、そして社会参加を」という基本的な概念を改めて再認識し、結果的に行動変容につなげられるのかが鍵となります（図1）。すなわち国民目線での活動（自助・共助・互助）を通して国民運動にまで発展させることは、最終的には包括的な介護予防等の施策改善に資すると考えられます。

そこで、我々は高齢者の食の安定性を『食力』として位置づけ、「高齢者における食力を今改めてどう考えるか」という点から研究を出発しました。そのためには、高齢者の食力がどのような要素によって下支えされているのかをしっかりと考える必要があります。図2に示すように、残存歯数や咀嚼力、嚥下機能、咬合支持も含めた歯科口腔機能も重要ですが、並行して複数の基礎疾患（多病）により結果的に多剤併用（polypharmacy）の状態も食欲減退につながりやすいのです。また、身体的な能力低下（全身や口腔のサルコペニアも含め）の問題もあり、さらには栄養（栄養摂取・バランス等の偏りも含めた食事内容、現在の栄養状態）などの要素も関与は大きいのです。そして、それら以上に重要な要素が「社会とのつながり、人とのつながりに代表されるような社会性・生活・うつ状態などの精神心理面・認知機能・経済的問題」等の要素です。当然、食環境の変化も含まれます。

図2：高齢者の『食力（しょくりき）』を下支えしているもの



高齢者にとっての「食べること」の意義

①生きがい、楽しみ、そして社会参加へ

まずは高齢者における「食べること」の意義を改めて考えてみましょう。高齢者にとっての「食」は生きがい・楽しみの上から非常に重要であり、施設に入所（入院）している要介護高齢者の楽しみの第1位は食事です。さらに「食べること」は生活の構成要素のひとつに挙げられ、もっと言えば、買い物や食事づくり、後片付けといった一連の生活行為までも包含されます。また、高齢者が「食欲」を維持・向上するためには、その生活行為も含めて日常の身体活動量が維持されていくことも求められます。さらに、食べることにともなう生活行為には、高齢者と家族や近隣の人々との「ソーシャルネットワーク、すなわち双方向のコミュニケーション」も大きく関わる要素となり得るのです。

我々は千葉県柏市をフィールドとし、大規模高齢者虚弱予防研究からの解析では、少なくとも1日の中で1回は誰かと食事をする（いわゆる共食）集団よりも、いつも独りで食べる（いわゆる孤食）の集団の方がうつ傾向が約4倍高く、さらにはその孤食に加え、ソーシャルネットワークの欠如が並行して認められると、栄養状態や食品摂取多様性の低下、歩行速度などの身体能力や咀嚼力なども低下しているという結果を得ています（黒田・飯島ら未発表論文）。

②身体面からの重要性

「食べること」を通じてエネルギーおよびタンパク質の十分な摂取が必要であり、それは筋タンパク質や内臓タンパク質の維持に直結する。それを安定させない

ことには、身体機能や生活機能の維持、そして免疫機能の維持にもつながりません。最終的には、要介護状態や重度化を予防することにより、生活の質（QOL）の維持・向上や健康寿命の増大を目指すことに直結します。

日本人の食事摂取基準

エネルギーや栄養素の摂取量の目安が示されている『日本人の食事摂取基準2015年版』では、高齢者の低栄養や栄養欠乏に警鐘を鳴らしています。中高年以上の食事では過食による過剰栄養に注意が向けられがちですが、高齢者では適切な栄養が摂取できていないことが大きな問題となっています。加齢とともに摂食量が少なくなるだけに、必要な栄養素（とくに肉や魚のタンパク質）を意識的に摂取する工夫が必要です。

食事摂取基準の1日当たりのタンパク質推奨量は、70歳以上では男性60g、女性50gで18～69歳の推奨量と同等です。加齢とともに昔と比べると食べられなくなったと思っている人も多いですが、食べる量が減る中で、しっかりとタンパク質を摂取するには、肉・魚・大豆製品・卵・乳製品などタンパク質を多く含む食品を意識して食べるようにすることが必要です。

筋肉を維持するにはタンパク質だけではなく、炭水化物や脂質も必要です。炭水化物を摂取しない食事（いわゆる糖質制限食）では、いくらタンパク質をたくさん食べても筋肉をしっかりと作ることができません。3大栄養素（炭水化物、脂質、タンパク質）を中心に多様な食品を満遍なく摂取することが重要です。

またこの最新版の基準では、健康を維持するために、エネルギーの指標をこれまでのカロリーから、身長と体重から算出するBMIに変更する方針が示されました。

最後に 高齢者の食は社会性や食環境に強く密接していることが分かります。よって、栄養評価には単純に食事摂取内容の評価だけではなく、簡易であっても社会性や食環境、精神心理状態、そして歯科口腔関連も包含した形での幅広い評価が求められます。言いかえれば、その人らしい生活全般の改善や回復に対する高齢者の意欲を引き出し、高齢者の生活の質を維持・向上させることを目指して、1日の生活において習慣的に「食べること」をサポートしていくことが重要です。

世界一安全な野菜を白河から!! 植物工場併設型加工場「しらかわ・きずな農場」が誕生

GOYO

やさしい フレンチ

Carefood of the chef

ムースタイプのケアフード

木苺のムース	エネルギー 171 kcal	たんぱく質 2.1g	脂質 13.5g	炭水化物 10.6g	食物繊維 0.1g
※栄養成分値は1個(65g)あたりの計算値です。					

株式会社しらかわ五葉俱楽部

介護用ムース食を生産、販売いたします



滑らかな食感

お惣菜ムース

お漬物やしそ昆布、煮物など
毎日の和惣菜をムースにしました



感染症の集団感染予防と対策について



近年、高齢者介護施設、学校、ホテルの宴会場など、さまざまな場所からノロウイルスによる食中毒などの集団感染の事例が数々報告されています。感染症については、それぞれの事例、実態を把握し、正しい認識を持つことがます必要です。そして、具体的な予防策や適切な対応とは何か。つねに普段からの準備と心がまえが大切です。

矢野 一好（特定非営利活動法人バイオメディカルサイエンス研究会常任理事）

介護施設においてインフルエンザや感染性胃腸炎の集団感染が発生した場合、施設を利用される方はもちろんのこと、施設の運営にも大きな支障が出ることがあります。本特集では、これら感染症に対して、正しい認識を持ったうえで適切に対応できるような情報提供をしたいと考えております。

感染経路を知る

成書によれば、「インフルエンザウイルスは飛沫感染して、発熱、咳などの呼吸器症状を呈する。感染性胃腸炎の原因であるノロウイルスは経口感染して、下痢、嘔吐などの消化器症状を呈する」とあり、それぞれの感染経路は、まったく異なるように感じます。しかし、介護施設等においてこれらの集団感染を防止する手段は、そのほとんどが同じであると考えても差えないと思います。

感染実態を知る

インフルエンザや感染性胃腸炎は、感染症法によって「五類感染症(定点把握)」に区分され、定点医療機関から報告される患者数の平均値で集計されます。第1位は、感染性胃腸炎で過去12年間の年間平均患者数は約321人、第2位は、インフルエンザで約255人となっています。

一方、ノロウイルスは食中毒の原因としても首位を独占しています。ここ数年間に集計されている食中毒患者全数の60%強、食中毒事件全数の30%強がノロウイルスによるものです。

具体的な感染事例を知る

ノロウイルスが発見された当初は、ウイルスを蓄積した二枚貝などを加熱不十分のまま食したことによる感染例がほとんどでした。しかし、現在では、吐物や調理人を介した事例が増えています。

①吐物による感染

2005年11月のことです。ある小学校の体育館でノロウイルスに感染していた児童が嘔吐しました。この吐物を始末したのですが、係の方の好意でそこをぬぐったモップを使用して体育館の床全体を掃除し

たのです。見方を変えれば、ノロウイルスを床全体にまんべんなく塗り広げたことになり405名の患者が出ました。この事例からは、「吐物を除去した後の消毒」の重要性が示唆されました。

②塵埃感染事例

2006年11月のことです。あるホテルの宴会場で幼児が嘔吐しました。この吐物を介して当日の参加者に感染が広がりました。そして、その翌日も同じ会場を利用した方に感染し、総勢162名の患者が出ました。この事例は、ウイルスを含む吐物が乾燥して塵埃となり、これを翌日の参加者が吸い込むことによって感染拡大しました。この事例から得られた教訓は、塵埃除去のための「十分な換気」が必要であるということです。

③調理人を介した事例

2003年12月のことです。ある特別養護老人ホームの食事を介した事例です。感染源は、「白菜のおひた

五類感染症の患者報告数

順位：患者報告数が多い疾患順
報告数：2000～2011年の年平均数(人/定点)

順位	疾患名	報告数
1	感染性胃腸炎	321.17
2	インフルエンザ	255.52
3	水痘	81.40
4	A群溶連菌咽頭炎	69.35
5	流行性耳下腺炎	47.37
6	手足口病	46.01
7	流行性角結膜炎	44.20
8	ヘルパンギーナ	41.39
9	性器クラミジア	36.15
10	突発性発疹	35.60

出典：「感染研疫学センター報告数」より算出

し」でした。この「おひたし」は、下痢をしていた調理従事者が素手で調理したことでのウイルス汚染されたのです。利用者100名のうち24人が発症しました。この事例から得られた教訓は、調理の際の「手袋の着用」でした。

④学校給食のパンを介した事例

2014年1月のことです。ある小学校14校で端を発し、1,133名の患者が出た事例です。感染源は、学校給食用の食パンでした。ウイルス感染していた従業員がパンを1枚ずつ手に取って点検し、結果としてパンにウイルスをまぶして提供してしまうことになりました。この事例から得られた教訓は、「手袋は、食品を守るためにある」ということでした。

いずれの事例も信じがたい事例ばかりですが、このような事例は、今もって枚挙にいとまがありません。それは、ノロウイルスの感染力にあると考えます。ほとんどの食中毒は、数千から数万個以上の病原体を飲み込んだときに起こりますが、ノロウイルスは数十個で感染するといわれています。そのうえ、糞便1グラム中に10億個以上、吐物中にもほぼ同量のウイルスが含まれています。ノロウイルスは「大量排泄、微量感染」が特徴なのです。

感染予防の基本を知る

予防策の基本は「手洗い」と「清掃・消毒」です。「手洗いと消毒」の重要性を示唆した、ある実験があります。

米国のアリゾナ大学が行った感染拡大実験です。従業員80人のうちの1人の手のひらに「偽ウイルス液」を垂らして普段通りの仕事に入りました。4時間後には、40人にこのウイルス液が付着していました。もちろん、ドアノブ、電話機、コピー機、机、パソコンなどにも付着していました。この結果からも、各自の手洗いと施設の消毒の重要性が伺えます。

具体的な予防策を知る

①用具や消毒剤を使い分ける

感染事例からも推測できますが、場所に応じてウイルス汚染される度合いが異なります。汚物・吐物を



処理する際は、最も厳重な対処が必要です。汚物・吐物を発見した場合は、まずもって「封じ込め」です。保健所等が発信しているマニュアル（「吐物処理マニュアル」等で検索できます）に沿って処理することが重要です。必要な用具や消毒剤は常備しておきましょう。

②用具の使用目的を明確にする

代表例が手袋です。手袋の着用はさまざまな作業で励行されていますが、その目的のほとんどは自身を守ることが目的です。しかし、調理や配膳の際に使用する手袋は自身を守るためではありません。調理済み食品などを守るためにです。後者の場合は、念のため手袋を装着したまま消毒液に手を浸して消毒することも重要です。

③適切な消毒剤の選択

一般に「アルコール製剤は、インフルエンザウイルスには有効であるが、ノロウイルスには無効である」とされています。広範な消毒作用を求めて選択すれば塩素系消毒剤が有力だと思います。しかし、使用する濃度によっては、消毒部位の「さび」や「漂白」などの弊害が発生します。もちろん、高濃度のままで手指などを消毒するには不適です。これらの弊害を軽減させ、かつ手指の消毒にも使用できる、「弱酸性電解水」や「有機酸等を添加した低濃度のアルコール製剤」なども開発されています。対象に応じた消毒剤の選択も重要なと考えます。

保健師のための被災支援〈保健事例〉ガイドブック

東日本大震災では、全国から多数の保健師が被災地に派遣され、いまも保健活動が続いています。本書では、日頃から心地をおきたい基本的なマニュアルとともに、現場の保健師や関係者の体験から、被災者の自立（心、体、暮らし）をケアするための知恵や工夫をまとめました。

主な内容◆保健師に求められる大規模災害への支援と対策
◆時間で見る必要な支援とは◆災害時の体のケア／部位別・症状別の実際◆心のケア◆要援護へのケアと訓練

監修 石井苗子（東京大学保健学博士・ヘルスケアセンター）
サイズ 天地 18.4 × 左右 11.2cm 156 ページ
定価 本体 1,400 円 + 税

★お問い合わせ 母子保健事業団 TEL 03-4334-1188 FAX 03-4334-1181

日本訪問看護財団は2014年11月29日に「20周年記念訪問看護サミット」を開催します。

— 本財団の事業内容 —

- ①訪問看護等在宅ケアの質の向上に関する教育等事業
 - ②訪問看護等在宅ケアの運営支援に関する事業
 - ③訪問看護等在宅ケア調査研究並びに事業運営を通した事業等の開発・制度の改善等に関する事業
 - ④訪問看護等在宅ケアの調査研究等に対する助成
 - ⑤その他本財団の目的を達成するために必要な事業
- 詳しくはホームページをご覧ください。 <http://www.jvnf.or.jp/>

公益財団法人 日本訪問看護財団

シリーズ 保健師に望まれる「認知症の予防と介護」④

全4回

今後、保健師が目指すべき活動を考える



厚生労働省と地方自治体は、認知症の鑑別診断や治療、身体合併症の対応などを行う認知症疾患医療センターの設置を進めています。熊本県では、認知症疾患医療センターを2層構造にした「熊本モデル」と呼ばれる独自の医療体制を構築して、認知症医療の充実を図っています。今後の保健師活動の参考となるよう、「熊本モデル」の取り組みを紹介します。

池田 学(熊本大学大学院 生命科学研究部 神経精神医学分野 教授)

認知症疾患医療の充実を目指す「熊本モデル」とは…?

熊本県では、認知症の早期発見・診療体制の充実、医療と介護の連携強化、専門医療相談の充実を図ることを目的に、2009年（平成21年）から認知症疾患医療センターの整備がスタートしました。熊本県認知症疾患医療センターは「基幹型認知症疾患医療センター（以下、基幹型センター）」と「地域拠点型認知症疾患医療センター（以下、地域拠点型センター）」の2層構造で、それぞれ異なる役割を担っています。この方式は「熊本モデル」と呼ばれ、現在、合わせて10か所の認知症疾患医療センターが稼働しています。基幹型センターは熊本大学医学部附属病院神経精神科に設置され、県全体を統括し、専門医の派遣などの後方支援を担います。地域拠点型センターは利用者が30分程度で通院できる県内9か所（運用開始当時は7か所）の身近な民間精神科病院に配置され、相談・診療を担っています。

●認知症疾患医療のスキルアップと地域連携に注力

人材育成の役割を担う基幹型センターでは、2か月に1回、定期的に事例検討会を開催しています。県内10か所の認知症疾患医療センターから担当医師や連携担当者が参加して、医療のスキルアップを図ります。毎回同じメンバーと一緒に研修を積むことで、認知症医療レベルの均質化や連携を図り、情報を共有することができます。また、この検討会とは別に、2年前から地域拠点型センター主催の事例検討会を年間40回ほど開催し、地域の困難事例への対応を検討しています。かかりつけ医や地域包括支援センターの保健師、看護師、介護従事者、民生委員、警察官らが参加し、多職種の連携が始まっています。

●3層構造を持つ新たな「熊本モデル」の構築へ

地域の包括的な認知症ケアに大切なのは、社会資源のシステム整備、そして治療の核となる医療・介護職の育成です。現在、基幹型センターを中心に、地域拠点型センター、地域包括支援センター、かかりつけ医などの連携強化を進め、3層構造を持つ新たな「熊本モデル」の構築を目指しています。とくに、専門医による保健師や看護師への研修をはじめ、かかりつけ医や認知症サポート医に対する研修制度などのシステムの整備を行い、認知症医療のスキルアップを図っています。

保健師に期待されるアウトリーチ（訪問支援）

大学病院に設置されている基幹型センターでは、研究を兼ねた試みとして積極的にアウトリーチ事業に力を注いでいます。事業のひとつは、認知症の検査入院をしたひとり暮らしの患者さんへの退院前訪問による生活指導です。目的は退院後に安全で質の高い生活を送ることができるよう、居住環境を整えることです。退院前に本人やご家族と一緒に、多職種*からなるチームが地域包括支援センターの専門職やケアマネジャーと共に自宅を訪問して生活支援を行います。生活導線や手すりの位置などの安全や服薬状況などを確認し、症状に合わせた対策をとります。もうひとつは、若年性認知症の前頭側頭葉変性症の患者さんに対するアウトリーチです。この患者さんたちは利用できるサービスが少なく、在宅での生活支援がたいへん重要になります。支援にはかなりの専門知識が必要になります。

厚生労働省の「認知症施策5か年計画（オレンジプラン）」では、「認知症初期集中支援チーム」によるアウトリーチが重視されています。このチームは多職種により構成され、家庭訪問を行い、本人や家族、介護者などを包括的に支援します。熊本県では、地域拠点型センターと市直営の地域包括支援センターが支援チームを組んでいます。支援期間は概ね6か月で、ケアチーム、医療、地域の社会資源（インフォーマル・サービス）への橋渡しを行います。ただし、認知症初期集中支援といつても、実際には今まで医療や介護のサービスを利用していない、激しい精神症状を示す困難事例が対象になることが多いのです。ひとり暮らしの高齢者で診療を望まない、あるいは家族が理解を示さない場合には訪問の受け入れに時間を要します。うつ症状や医療拒否に対して、公的な介入を行うことができる行政関連の保健師がアプローチすることで精神科につながり、問題解決への対応が早まります。地域をくまなく回って人々の暮らしぶりや家庭の背景を把握している保健師は、兆候を見逃さず的確にトリアージを行い、必要な医療や介護につないでいくことが可能です。保健師の持つスキルや判断力に期待しています。増加する独居の高齢者、若年性認知症や対応困難な認知症の方の支援に、ぜひ力を發揮してください。

*多職種：医師、看護師、保健師、薬剤師、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、栄養士、ソーシャルワーカー、地域包括支援センターの専門職、介護福祉士など



医療従事者のための「認知症セミナー」（福岡）

認知症医療・ケアにおけるこれからの役割と活動

日時：2014年9月20日（土）／会場：エルガーラホール
共催：株式会社 母子保健事業団
ノバルティスファーマ株式会社
後援：一般社団法人 日本保健情報コンソシウム

講演① 認知症の予防・治療・ケア

講師：合馬 慎二先生（福岡大学医学部 神経内科学 助教）

認知症の予防から支援まで幅広く、必要で正しい最新の知識を説明しました。その内容は、「加齢による物忘れと認知症の違い」「認知症の原因」「認知症の症状」「認知症の経過」「認知症の診断と治療の流れ」「物忘れ外来の流れ」「問診・診察のポイント」「アルツハイマー病に特徴的な兆候」「画像検査と血液検査」「認知症の早期発見・早期治療の意義」「治療薬の効果判定」「認知症の方の心理と対応」など多岐にわたり、認知症に関わる支援者に欠かせないものでした。

講演② オレンジプランと福岡県の認知症対策について

講師：田嶋 浩俊氏（福岡県保健医療介護部 高齢者支援課）

オレンジプランに沿って作成された福岡県の認知症対策について説明。認知症ケアパスの研修の実施、7か所の専門医療センターの整備、かかりつけ医・認知症サポート医の研修、薬物治療に対する啓蒙、介護施設の充実、認知症サポートの活動、“若年性認知症ハンドブック”的作成、医療従事者に対する研修の実施などを詳細に紹介。ほかには“防災メール・まもるくん”の活用による徘徊と行方不明者情報の発信や、介護保険制度の改正案について取り上げました。

講演③ 認知症における保健師への期待

講師：池田 学先生（熊本大学大学院 生命科学研究部 神経精神医学分野 教授）

「熊本モデル（P.6参照）」で、認知症診療ネットワーク構築などに着手するなど、日本の認知症研究のリーダーとして知られる池田先生。医療に求められている「正確な早期診断」「的確な治療、介護計画の立案」「精神症状や行動障害（BPSD）の治療」「身体合併症への対応」「地域連携の構築」に加え、熊本モデルで取り組んでいる「専門医療機関の偏在解消」と「人材育成」を紹介しました。保健師にはアウトリーチを行い、認知症サポート



への支援などの地域活動を通じて人々と協働し、ぜひ力を發揮してほしいと期待を寄せました。

講演④ 認知症における保健師の役割

講師：原口 結花先生（メンタルクリニックMateria保健師 認知症ケア専門士）

講師：馬場 順子氏（福岡県保健医療介護部 医療指導課）



奄美大島で認知症の精神疾患の治療やケアに取り組む原口先生は、認知症ケアを進めるなかでケアマネジャーをはじめとする援助職への支援の必要性を実感。行政とタイアップし実施している支援の取り組みについて報告しました。馬場氏は、30地域の医師会を中心で多職種の連携を進めている福岡県の取り組みを紹介。保健師の大切な役割として、医療・介護と連携して行うアウトリーチや、住民の自助・共助を促進し、継続的な支援作りを推進することを挙げました。

＜パネルディスカッション＞

認知症の予防・治療・ケアにおける保健師への期待
セミナー総合司会及びパネルディスカッション司会：

田中 耕太郎先生（御所ヶ谷ホームクリニック 院長）

認知症の方が、住み慣れた地域でその人らしく安心して暮らしていくためには、行政、医療、介護が連携して支援していくことが重要だと再確認した出席者のみなさん。多職種間の連携では、中立の立場でコーディネートできる保健師の活躍に期待が寄せられました。司会を担当した田中耕太郎先生は、アウトリーチを含め、先手を打って地域で支援する体制作りをしていきたいと話し、本セミナー開催をきっかけに今後それらの流れができていけば喜ばしいと締めくくりました。



提供：ノバルティス ファーマ株式会社