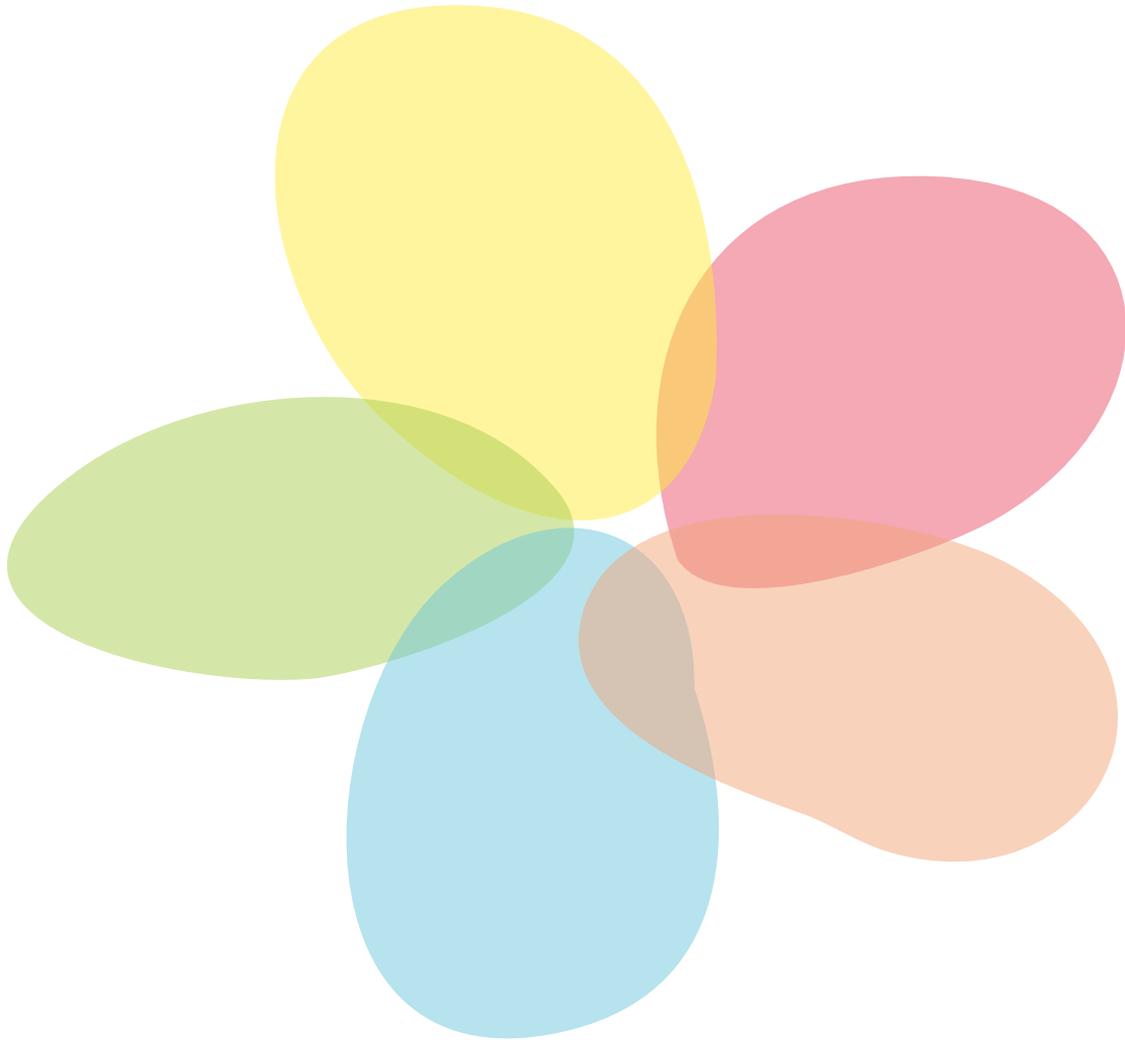


平成24年度老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

中山間地域における認知症の者と 家族の支援に関する事業 報告書



平成25年3月

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

【 目 次 】

第1章 調査研究の概要	1
1. 調査研究の背景と目的	3
2. 調査研究の全体像と流れ	6
3. 実施体制	9
第2章 先進的な取組地域に対するヒアリングの実施	11
1. 北海道本別町	13
2. 長崎県佐々町	20
第3章 地域における認知症ケアへの取組～モデル事業	23
1. モデル事業の内容	25
2. 北海道・京極町国保診療所	27
3. 富山県・南砺市民病院	30
4. 千葉県・国保鋸南病院	33
5. 静岡県・国保佐久間病院	36
6. 香川県・綾川町国保陶病院	39
7. モデル事業に関与した方のご意見	43
第4章 モデル事業実施地域に対するヒアリングの実施	47
1. ヒアリングの概要	49
2. 北海道・京極町国保診療所	50
3. 富山県・南砺市民病院	54
4. 千葉県・国保鋸南病院	57
5. 静岡県・国保佐久間病院	61
6. 香川県・綾川町国保陶病院	65
第5章 地域における認知症ケアの方向性と課題	69
1. 地域における認知症高齢者のケアにおける課題	71
2. 認知症高齢者ケアに向けた地域資源の連携のあり方	73

資料編

中山間地域における認知症の者と家族の支援に関する事業
調査結果概要（事業サマリ）

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会
認知症の人が安心して暮らせる町づくりの検討委員会

1. 事業目的

(1) 調査の背景

1) 地域で進む認知症高齢者に関する取組

認知症高齢者の増加が予測される中、さまざまな地域において認知症ケアに関する取組が進められている。

地域において認知症高齢者を早期に発見し、早期の対応に結び付け、見守りも含めたケアを行っていくためには、地域の各種の資源が連携し、多くのチャンネルでその意識を高めていくことが必要である。実際、認知症高齢者の増加が予測される中、介護・福祉政策においては、認知症サポーターの育成等を通じて、専門職のみならず、一般住民による取組の推進を図るための取組が進められている。

ただし、特に中山間地域のように専門的な社会資源が少ない地域においては、それらが連携して認知症高齢者をどのように支援していくかが、極めて重要な課題である。

2) 地域包括ケアシステム構築の一つの道筋としての認知症高齢者対策

地域包括ケアに関しては、「地域包括ケア研究会報告書」（平成 21 年度老人保健健康増進等事業）により、その具体的な姿が示され、様々な支援が切れ目なく提供されるような地域づくりに取り組んでいくことが求められている。

地域における認知症高齢者対策は、まさに地域包括ケアシステム構築のための一つの道筋であると考えられ、医療と介護、そして地域が連携して取り組んでいくためにも、そのモデルを提示することは喫緊の課題と言える。

3) 認知症高齢者対策では人材の養成・活躍の場の提供が大きな課題

また、「地域包括ケアシステムにおける認知症高齢者の早期発見方法に関する調査研究事業」（平成 23 年度老人保健健康増進等事業）では、認知症サポーターの養成を行っている自治体は 88.5%に達しているが、養成されたサポーターの活動の場を提供している自治体は 7.0%に過ぎないという調査結果が報告されている。このように、認知症サポーターについては、その養成課程を通じて多くの国民に対する認知症への理解が促進されたものの、養成されたサポーターの活動の場が十分に用意されていない等の課題も指摘されている。

4) 認知症高齢者対策に関するアイデア等の情報共有の必要性

また、国診協が平成 22 年度に実施した「中山間地域における認知症ケア・ネットワーク構築事業」（福祉医療機構）では、取組意欲の高い自治体・地域においてもネットワークの構築

に当たっては解決すべき課題が多いことも明らかとなった。具体的には、

- ①取組の内容によってエリアが異なるため内容に応じたエリアの設定が必要である
- ②ネットワーク構築に当たっては関わる機関・団体・人材等の広がり（地域資源の掘り起こし等）が重要である
- ③取組に当たっては意識的にでもキーパーソンをつくっていく必要がある
- ④早期発見や専門性の発揮そして人材育成等の面で医療機関が一定の役割を果たす必要がある

といった点である。

このように、地域には活用可能な資源が多いこと、そして取組意欲の高い自治体・地域においても解決すべき課題があるが、取組が進まない背景の一つとしては、その解決の方策やアイデア等について多くの自治体で共有化されていないことも考えられる。

5) 「今後の認知症施策の方向性について」を踏まえた取組の必要性

そして厚生労働省は平成24年6月に「今後の認知症対策の方向性について」をとりまとめ、さらに8月には認知症高齢者数の将来推計を、9月には平成29年度までの目標値を示した「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」を発表した。今後の認知症対策の方向性としては、これまでの「自宅→グループホーム→施設あるいは一般病院・精神病院」というケアの流れを変えることを基本目標とし、目標実現のために、

- ①標準的なケアパスの作成・普及
- ②早期診断・早期対応
- ③地域での生活を支える医療サービスの構築
- ④地域での生活を支える介護サービスの構築
- ⑤地域での日常生活・家族の支援の強化
- ⑥若年性認知症施策の強化
- ⑦医療・介護サービスを担う人材の育成

の7つの視点から取組を進めることとしている。

(2) 調査の目的

上記「今後の認知症対策の方向性について」において示されている7つの視点全てが大切な点であるが、中でも認知症高齢者については、早期発見・早期対応が重要であると考えられることから、本事業においてはその点に着目して、取組の具体的モデルの提示はもちろんのこと、多くの自治体・地域において活用可能となる、先進的な取組地域における具体的なノウハウを取り入れた実践例を提示するとともに、手引きの作成を目的とする。

2. 事業概要

(1) 先進的な取組地域に対するヒアリングの実施

【調査目的】 認知症高齢者のケアに関して先進的な取組をしている地域における現状と、現状に至るまでの経緯を把握し、モデル事業実施内容の参考とする。

【調査方法】 現地訪問ヒアリング調査

【調査期間】平成24年9～10月

【調査内容】◎地域における認知症ケアへの取組の概要

◎認知症ケアに関する地域の連携状況

◎認知症ケアに関する地域の連携に当たっての阻害要因

【調査対象】○北海道・本別町

○長崎県・佐々町

(2) モデル事業の実施

【実施目的】地域資源が連携した認知症高齢者に対するケア・ネットワーク構築への意向がある地域において、実際に地域資源のネットワーク化に取り組んでもらうことにより、地域が一体となって認知症対策を推進することのモデルを提示し、多くの地域で取り組めるための普及啓発を行うことを目的として実施した。特に、地域資源への働きかけに注力し、地域全体での関心度合いを向上させることを目指した。

【実施施設】○北海道・京極町国保診療所

○千葉県・国保鋸南病院

○富山県・南砺市民病院

○静岡県・浜松市国保佐久間病院

○香川県・綾川町国保陶病院

【事業内容】各地域においては、下記の5つのステップに沿って事業を進めていった。

Step1：地域における関係機関の連携の仕組づくり

- ・施設が所在する地域において、関係機関が連携を図るための組織を組成。もちろん、別の組織が活用可能な場合は、そちらを活用。
- ・なお、厚生労働省から示された「標準的な認知症ケアパスの概念図」にある全体の流れを踏まえ、「地域ケア会議の概念図」に示されているような機関・職種に参集してもらう。その際特に、できるだけ「認知症初期集中支援チームの概念図」にあるような対応が可能となるような機関・職種に参集してもらう。

Step2：地域分析の実施

- ・Step1で組織したメンバーにより、地域における地域資源の状況・現在の連携体制の状況と連携のために必要な条件、ネットワーク構築上の課題等について検討。
- ・また、「認知症初期集中支援チームの概念図」に示されている機関・職種全ての参集は困難と思われるので、どの機能を誰が代替するのか等（当該機能の必要性、代替可能性も含む）についても検討。

Step3：モデル事業の実施

- ・各地域、認知症高齢者及びその家族4世帯に対して、見守り等の介入を行い、その介入内容を記録。

Step4：モデル事業実施の効果の把握

- ・実際に関わった方々の「意識の変化」「行動の変化」を把握させていただくためのアンケート調査を実施。

Step5：モデル事業実施の総括

- ・モデル事業実施後に、「標準的な認知症ケアパスの概念図」を参考としながら、各地域における認知症ケアの流れを検討し、本事業の検討会メンバーと意見交換。

(3) モデル事業実施地域に対するヒアリングの実施

【調査目的】 認知症高齢者ケア・ネットワークの構築に実際にお取組いただいた地域における、体制構築の過程や阻害要因等を把握することを目的として実施した。

【調査方法】 現地訪問ヒアリング調査

【調査期間】 平成 25 年 2 月

【調査内容】 ◎地域における関係機関の連携の仕組づくりについて

○地域における認知症高齢者のケアに関する課題・問題点

○認知症高齢者のケアに関する地域資源の連携状況

◎モデル事業の結果について

○認知症高齢者及びそのご家族の反応

○関係者の反応

◎モデル事業を踏まえた今後の取組方針等について

(4) 実施体制：認知症の人が安心して暮らせる町づくりの検討委員会・同作業部会委員

◇委員会（◎印：委員長 *印：委員会・作業部会委員兼任）

◎和田 敏明	ルーテル学院大学教授
阿波谷敏英	高知大学医学部医学科家庭医療学講座教授
*赤木 重典	副会長/京都府・京丹後市立久美浜病院長
鈴木 紀彰	千葉県：国保直営総合病院君津中央病院長
金親 正敏	千葉県：鋸南町国保鋸南病院長
榎尾 光子	鳥取県：日南町国保日南病院居宅介護支援事業所管理者
林 拓男	広島県：公立みつぎ総合病院長
安東 正晴	香川県：三豊総合病院副院長
新鞍 誠	香川県：三豊市国保財田診療所長
内田 望	高知県：国保梶原病院長
松浦喜美夫	高知県：いの町立国民健康保険仁淀病院長
樋口 定信	熊本県：上天草市立上天草総合病院事業管理者

◇作業部会（*印：委員会・作業部会委員兼任）

*和田 敏明	ルーテル学院大学教授
平野 浩彦	東京都健康長寿医療センター研究所社会科学系専門副部長
*赤木 重典	副会長/京都府・京丹後市立久美浜病院長
飯山 明美	北海道・本別町地域包括支援センター所長補佐（保健師）
櫻井 好枝	千葉県：鋸南町地域包括支援センター保健師
南 眞司	富山県：南砺市民病院長
三枝 智宏	静岡県：浜松市国保佐久間病院長
南 温	岐阜県：郡上市国保地域医療センター国保和良歯科診療所長
村上 重紀	広島県：公立みつぎ総合病院参与

◇事務局

伊藤 彰	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会事務局長
吉村 衛	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会参事
鈴木 智弘	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会業務部事業課課長補佐
植村 靖則	みずほ情報総研株式会社社会政策コンサルティング部シニアコンサルタント
小松紗代子	みずほ情報総研株式会社社会政策コンサルティング部コンサルタント

3. 調査研究の過程

(1) 委員会・作業部会の実施

事前打合	平成 24 年 8 月 29 日
第 1 回委員会・第 1 回作業部会合同会議	平成 24 年 9 月 7 日
第 2 回作業部会	平成 24 年 10 月 18 日
第 3 回作業部会	平成 25 年 2 月 7 日
第 2 回委員会・第 4 回作業部会合同会議	平成 25 年 3 月 5 日

(2) 先進的な取組地域に対するヒアリングの実施

北海道本別町	平成 24 年 9 月 24 日
長崎県佐々町	平成 24 年 10 月 16 日

(3) モデル事業の実施

全国 5 地域で実施	平成 24 年 11 月～平成 25 年 2 月
------------	--------------------------

(4) モデル事業実施地域に対するヒアリングの実施

全国 5 地域で実施	平成 25 年 2 月
------------	-------------

4. 事業結果

(1) 先進的な取組地域に対するヒアリング調査

1) 北海道本別町 ～段階を踏んだ取組により課題を一つずつクリア～

本別町における認知症ケアへの取組は、平成 10 年に介護保険制度の施行に先立って実施した高齢者の全数調査がきっかけとなっている。施設入所者のみならず、在宅の要援護高齢者にも認知症の可能性のある者が多くみられた（施設入所者の 7 割、在宅の要援護高齢者の 4 割）ことが、早期発見により早期支援につなげられるのではないかと、という考えを生み、認知症高齢者対策の本格化につながった。

その後、平成 11～18 年度には行政関係者・介護サービス事業者・民生委員・自治会員・介護経験者等による「地域ケア研究会」を設置し、課題の洗い出しを行い、「本人支援」「介護者支援」「医療連携」「地域住民による支援」という 4 つの柱をたて、課題解決へ向けた事業を推進してきた。

独居高齢者の増加にみられるように、家族の介護力は低下しており、生活能力が少し落ち、なにかできなくなるとすぐに施設に入らざるを得ないという方が多くなっている。そのため住宅施策や新たな取組（小規模多機能の整備等）が必要である。

2) 長崎県佐々町 ～地域包括支援センターを中心として住民と協働した取組の推進～

佐々町では、「住み慣れた地域でいつまでも暮らしたい」という願いを叶えるまちを目指し、「介護給付の適正な利用」と「介護予防を含む地域支援体制の確立」を柱とした取組を推進してきた。このうち、「介護予防を含む地域支援体制の確立」の柱の一つとして「認知症にな

っても安心して過ごせる地域づくり」を展開している（①認知症になっても安心して過ごせるまち、②認知症を理解し地域で支え合うまち、③みんなで介護予防に取り組むまち）。

毎週水曜日のもの忘れ外来の受診は非常に好評である。口コミ等で、健診感覚で受診する方も多い。もの忘れ外来で医師より介護予防教室などへの参加を促すと、スムーズにサービスの利用につなげることができる。この介護予防教室には、認知症サポーター養成講座や介護予防ボランティア養成講座の受講者が携わっている。さまざまな取組を始めるに当たっては、町の介護保険料の高さについて住民に十分に説明し、それを下げるために、行政が取り組むべきこと、住民が取り組むべきこと等を、一緒に考えるようにしているため、住民も非常に協力的である。

(2) モデル事業

1) 取組に当たっての課題 ～関係者から聞かれた意見～

今回のモデル事業実施において、取組を開始するに当たり、参加した関係者から聞かれた意見は下記の通りであった。

【家族との関わり】

- ・認知症高齢者のケアに関しては、遠方に住む家族との関わりが課題となることが多いので、各機関からどんな対応ができるか。
- ・同居・別居問わず、認知症の発症をうまく受け入れられない家族への対応について、どのような工夫ができるか。

【地域における見守りの必要性】

- ・近所付き合いのない方、高齢で引きこもりがちの方は地域から孤立しがちである。
- ・高齢者自身も地域の一員であることを自覚して、当事者同士の見守りや入院・長期不在時の連絡などの意識づけが必要。
- ・認知症だけがこの地域の問題ではないが、地域全体への対応（まちづくり）を考える機会になると思う。

【各関係機関の連携の必要性】

- ・今後、見守りネットワーク活動は町内会が中心となっておこなっていくことになるが、息を長く活動を継続するために後方支援も必要である。
- ・見守りネットワークで発見された気になる高齢者について当事者が困っていない状況の場合、介入や支援の実施はインフォーマルな活動が中心となるが、その際の連携方法をどのように行うか。
- ・今まで関わっている中で、十分なサービス提供まで繋がっていないこともあったため、地域や病院も関わり、意見交換ができることは、とても助かる。

2) 早期発見の難しさ ～関係者から聞かれた意見～

今回のモデル事業においては、早期発見に力点を置いてもらったが、その早期発見については、下記のような意見が挙げられていた。本人や家族が、認知症であることを認めたくないことが課題として多く挙げられていた。

【本人・家族の理解を得ることが難しい】

- ・本人はもとより家族が認知症であると思っていない、思いたくないことが多い中で、どのようにアプローチしていけばよいか。
- ・初期段階の認知症を発見することはなかなか困難である。家族が気づいた時や医療機関を受診した時にはすでに進行したケースが多いと思われる。初期認知症が発見され場合でも、家族が関わりを拒否する場合があります、介入しにくい。

【独居高齢者についての発見の難しさ】

- ・一人暮らしの方については何か問題があった場合、家族となかなか連絡が取れない。
- ・家族がいれば相談があるが、独居だと発見が遅れる

【早期発見・早期対応の必要性】

- ・近隣の方や本人が認知症であることに気付かず、進行することが多いと思う。また対応に困り、二次的問題に発展することも多いと思うが、一番接点のある関係者が相談する場所が必要。

【早期発見の効果】

- ・早期に気づけたケースについてはタイムリーに情報を共有しておくことで、問題が大きくなった際に、皆が同じ方向で支援できる。
- ・地域包括支援センター職員と訪問活動を行ったなかで、話を聞いて欲しいと思っている高齢者がとにかく多かった。介護負担やストレスのガス抜きの役割であったようにも感じた。いろんな発見も関係性ができてからこそ可能になると思う。

3) モデル事業に参画して ～関係者から聞かれた意見～

多くの方が「気づきが多くなった」「各種機関の連携が重要」「今後も継続したい」という意見を挙げていた。

【気づきが多くなったこと】

- ・気づきの場面が多くなった。周囲からの連絡も多く入るようになった。

【連携体制の強化の効果】

- ・様々な職種と関わりをもつことで地域での対応がしやすくなった。
- ・多職種の間を良好にすることで情報共有し速やかな対応等ができるようになった。今後は認知症に対する理解をより多くの人に周知し、理解を深めていく必要がある。
- ・民生委員など地域住民が参加することによって情報を得ることができ、情報を共有できたことは意義深かった。
- ・行政・包括などの機関だけでは、早期発見は行えない事を実感した。町内会や民生委員と協働して事業を進めた事で、関係者の他にも一般の住民から相談が来るようになるなど、地域といかにつながっていくかが重要であると再認識した。

【今後の継続意欲】

- ・深刻化する前に早期発見・早期対応を図っていけるネットワークが充実するとよい。
- ・認知症の知識を広げることで早期発見につながり、知ることによって対応ができるようになると、インフォーマルな力につながっていく。地域の幅広い方々が認知症を知ること、また相談窓口をつくることで、早期の対応につながり、安心して住める地域になる。
- ・医療・行政・福祉・地域の連携が普通にとれると「地域包括ケア」も夢ではない。

(3) 考察

1) 地域における認知症高齢者のケアにおける課題

過去に当会が行った調査においては、アンケート調査では、地域で認知症高齢者を支える仕組、認知症ケア・ネットワークが構築されている地域は全体の約3割にとどまっており、構築に当たっての課題としては、「地域における担い手となる専門職が不足」「一般住民の認知症に対する理解が不足」「地域における一般住民の担い手が不足」が上位を占めていた。

また、同調査でモデル事業を実施した地域において、モデル事業の実施過程で浮かび上がってきた課題としては、上記の他、「関係機関による温度差等の調整」「早期発見の場合の相談支援体制」「個人情報保護の問題」が挙げられた。

今回のモデル事業は、必ずしも上記の課題の解決のみを目指したものではなかったが、取組過程において、いくつかの解決のための方策もみえてきた。

①「顔の見える関係」の構築

認知症高齢者を支えるための地域での連携体制の構築は、決して「認知症」のみを目的としたものではなく、認知症をキーワードとした地域づくりという機能を有している。モデル事業を実施した地域の中には、これまでケア会議やケアカンファレンス、サービス担当者会議等、専門職による集まりはあったものの、多種多様な関係機関・関係団体・関係者が「集まり」「顔を合わせる」ことまでは取組が進んでいなかった地域もあった。

しかし今回、モデル事業への取組によって、これまで関係の薄かった関係機関等にも声をかけ、地域住民とも協働することによって、地域における課題の共有化を図り、相互に、もしくは個人個人が果たしうる役割等を検討することにより、相互に顔の見える関係が構築され、それぞれが把握可能な（把握している）情報を共有していく方向性がみえてきた。特に地域資源の少ない中山間地域においては、専門職が少ないが故に、相互に役割分担を図っていくことは、専門職不足を補うだけでなく、地域の担い手の育成にも繋がる取組としての意義は大きい。

また、そのような「顔の見える関係」を構築することにより、関係機関の温度差を薄めることになるだけでなく、それを元にした取組、例えばファックス連絡票のような情報伝達手段の効果的な導入にも繋がっていた。

②連携における中心的機関の必要性

モデル事業を実施した多くの地域では、中心となる機関・団体等が存在しており、そこを中心とした取組の推進、特に情報の集約ならびに適切な対応につなげていた。そういった役割を果たす機関があるからこそ、早期発見の際の対応がスムーズに進んでいるようであった。情報が集約された機関において、次にどこにつなげればよいのか（見守り活動、介護予防教室、病院への受診等）を判断し、その情報を連携先に伝達することで、適切な早期対応が可能となっていた。

もちろん、そういった中心機関が取組の中心となることは必要であるが、そのような機関だけで全てをカバーすることはできない。特に中山間地域においては、社会資源が少ない、専門職が少ないといった状況がある中、中心となる機関をサポートする体制も必要である。

認知症高齢者への対応においては、本人の状態の変化に応じて、地域において一貫した取組が不可欠である。気づきの時点、初期の時点、そして問題行動もみられる中期から後期の

時点それぞれで、関わりの目的や関わる職種・メンバーは段階的に変化していくことも多いが、地域における連携体制が構築され、情報や問題意識が共有されていることで、地域における一貫した取組が可能となるはずである。そのためにも、上記のような「顔の見える関係」の構築が不可欠であろう。

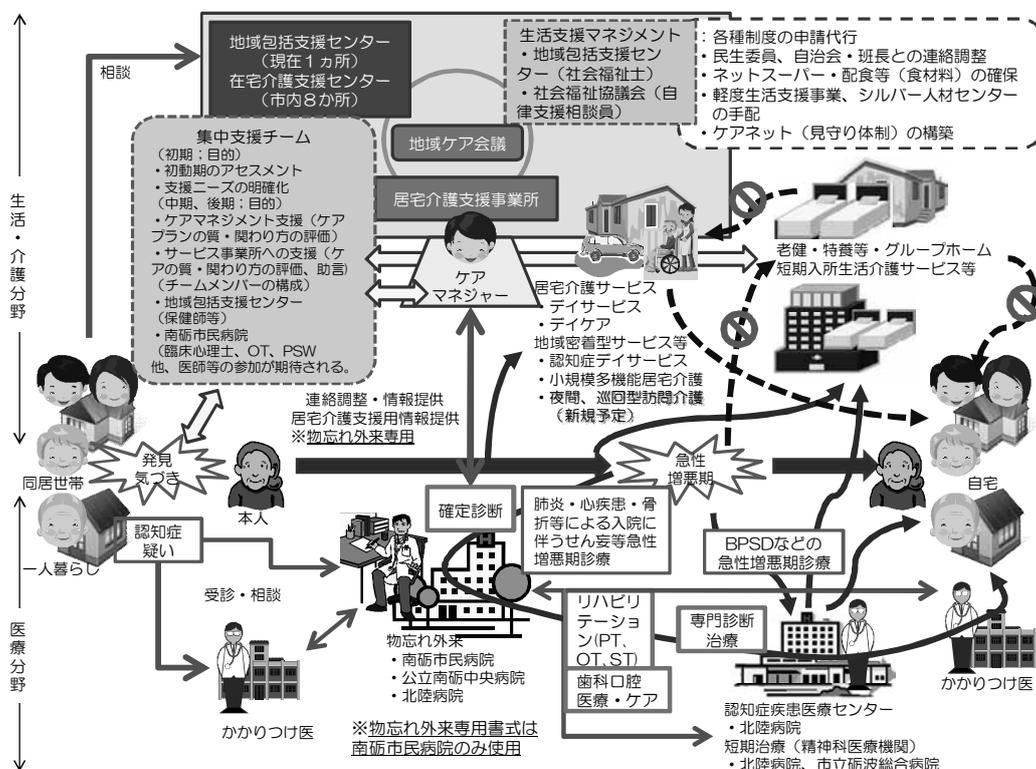
今回のモデル事業は、現在、国が進めている「地域包括ケアシステム」が一定程度進められている、国保直診の所在地域で実施された。したがって、中心となる機関は国保直診であることが多かったが、だからといってそれ以外の地域で取組が困難な訳ではない。国保直診がこれまで進めてきた「地域包括医療・ケア」の考え方のベースがない地域においても、関係性の構築といった地道な取組から始めることにより、同様の連携体制が構築できるものと考えられる。

2) 認知症高齢者ケアに向けた地域資源の連携のあり方

今回のモデル事業においては、国が「今後の認知症対策の方向性について」で示している取組について、実際にどのような対応が可能か、という視点も踏まえ実施し、最終的にいくつかの地域において、「認知症ケアパス」の作成を試みた。

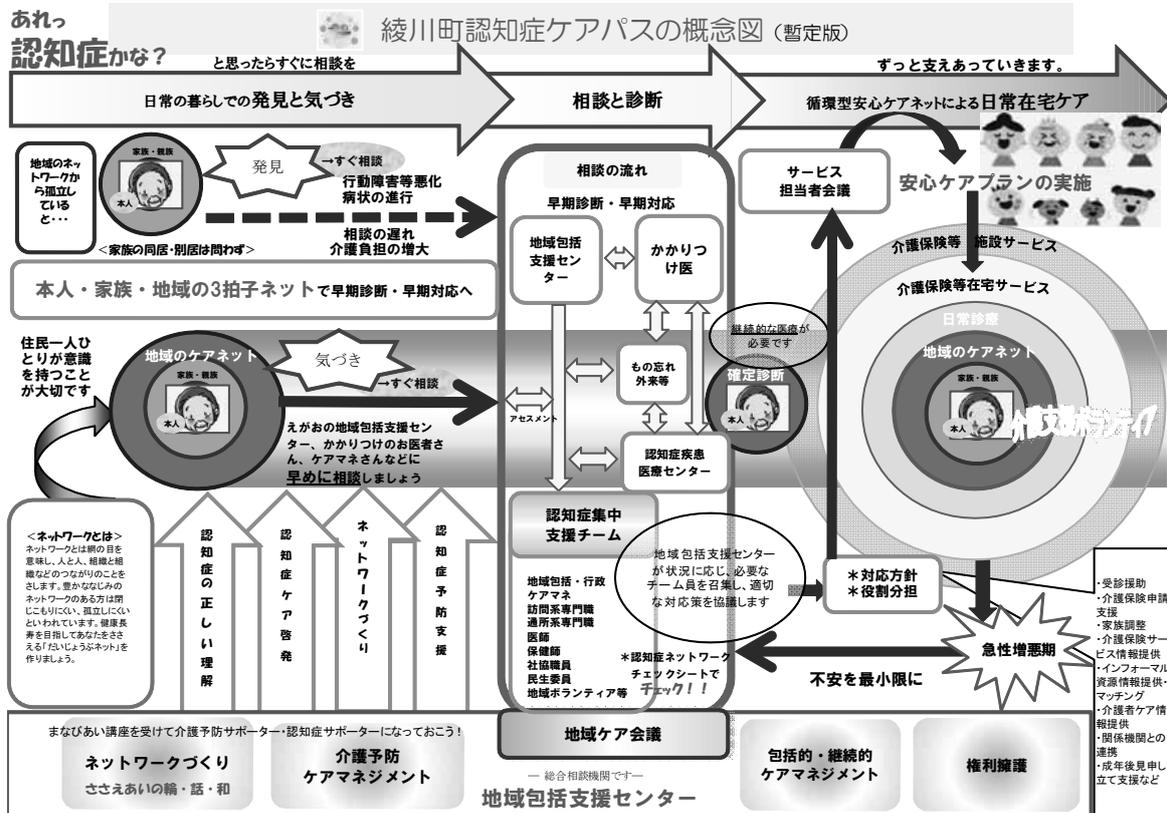
① 富山県南砺市の例

- ・ 認知症ケアパスの作成を通じて地域資源の不足部分を再認識。今後のサービス基盤整備の課題が明らかに。
- ・ 予め地域資源として不足している部分を意識した上でのケアを実施することができる。

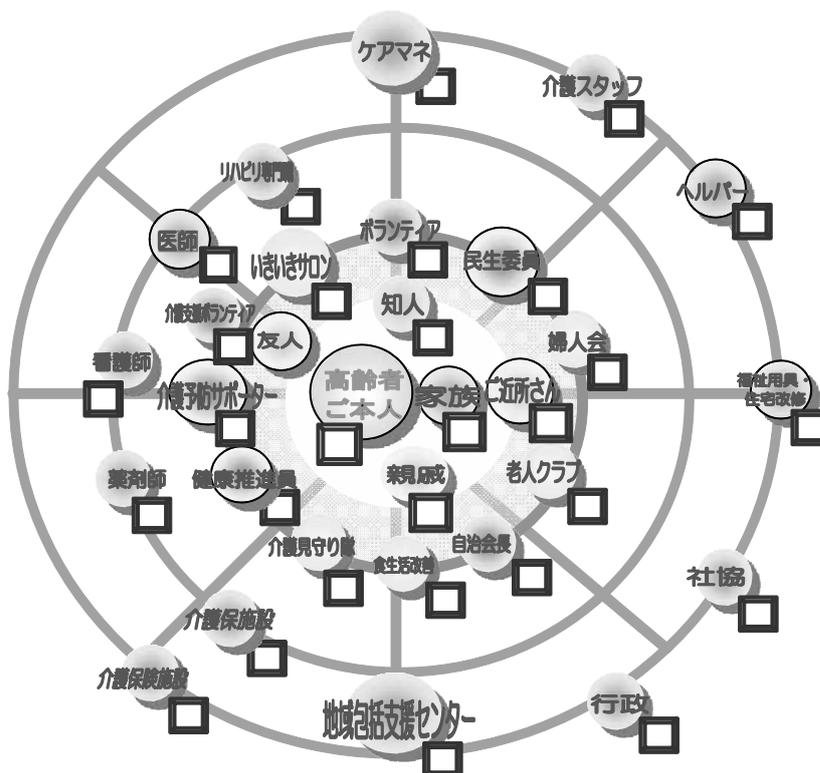


②香川県綾川町の例

- ・認知症ケアパスの作成に当たって、関係職種にアンケート調査を実施。
- ・関係職種の意見をもとに、認知症の初期のフェーズを「気づき～相談」「相談～受診」「受診～サービス利用等」という3フェーズに細分化。
- ・また、本人を取り巻く地域資源を確認するためのチェックリストも作成。



綾川町 認知症初期集中支援 チェックリスト



第1章

調査研究の概要

1. 調査研究の背景と目的

(1) 調査の背景

地域で進む認知症高齢者に関する取組

認知症高齢者の増加が予測される中、さまざまな地域において認知症ケアに関する取組が進められている。

地域において認知症高齢者を早期に発見し、早期の対応に結び付け、見守りも含めたケアを行っていくためには、地域の各種の資源が連携し、多くのチャンネルでその意識を高めていくことが必要である。実際、認知症高齢者の増加が予測される中、介護・福祉政策においては、認知症サポーターの育成等を通じて、専門職のみならず、一般住民による取組の推進を図るための取組が進められている。

ただし、特に中山間地域のように専門的な社会資源が少ない地域においては、それらが連携して認知症高齢者をどのように支援していくかが、極めて重要な課題である。

地域包括ケアシステム構築の一つの道筋としての認知症高齢者対策

地域包括ケアに関しては、「地域包括ケア研究会報告書」（平成 21 年度老人保健健康増進等事業）により、その具体的な姿が示され、様々な支援が切れ目なく提供されるような地域づくりに取り組んでいくことが求められている。

地域における認知症高齢者対策は、まさに地域包括ケアシステム構築のための一つの道筋であると考えられ、医療と介護、そして地域が連携して取り組んでいくためにも、そのモデルを提示することは喫緊の課題と言える。

認知症高齢者対策では人材の養成・活躍の場の提供が大きな課題

また、「地域包括ケアシステムにおける認知症高齢者の早期発見方法に関する調査研究事業」（平成 23 年度老人保健健康増進等事業）では、認知症サポーターの養成を行っている自治体は 88.5%に達しているが、養成されたサポーターの活動の場を提供している自治体は 7.0%に過ぎないという調査結果が報告されている。このように、認知症サポーターについては、その養成課程を通じて多くの国民に対する認知症への理解が促進されたものの、養成されたサポーターの活動の場が十分に用意されていない等の課題も指摘されている。

認知症高齢者対策に関するアイデア等の情報共有の必要性

また、国診協が平成 22 年度に実施した「中山間地域における認知症ケア・ネットワーク構築事業」（福祉医療機構）では、取組意欲の高い自治体・地域においてもネットワークの構築に当たっては解決すべき課題が多いことも明らかとなった。具体的には、

- ①取組の内容によってエリアが異なるため内容に応じたエリアの設定が必要である
- ②ネットワーク構築に当たっては関わる機関・団体・人材等の広がり（地域資源の掘り起こし等）が重要である
- ③取組に当たっては意識的にでもキーパーソンをつくっていく必要がある
- ④早期発見や専門性の発揮そして人材育成等の面で医療機関が一定の役割を果たす必要がある

といった点である。

このように、地域には活用可能な資源が多いこと、そして取組意欲の高い自治体・地域においても解決すべき課題があるが、取組が進まない背景の一つとしては、その解決の方策やアイデア等について多くの自治体で共有化されていないことも考えられる。

「今後の認知症施策の方向性について」を踏まえた取組の必要性

そして厚生労働省は平成 24 年 6 月に「今後の認知症対策の方向性について」をとりまとめ、さらに 8 月には認知症高齢者数の将来推計を、9 月には平成 29 年度までの目標値を示した「認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）」を発表した。今後の認知症対策の方向性としては、これまでの「自宅→グループホーム→施設あるいは一般病院・精神病院」というケアの流れを変えることを基本目標とし、目標実現のために、

- ①標準的なケアパスの作成・普及
- ②早期診断・早期対応
- ③地域での生活を支える医療サービスの構築
- ④地域での生活を支える介護サービスの構築
- ⑤地域での日常生活・家族の支援の強化
- ⑥若年性認知症施策の強化
- ⑦医療・介護サービスを担う人材の育成

の 7 つの視点から取組を進めることとしている。

(2) 調査の目的

上記「今後の認知症対策の方向性について」において示されている7つの視点全てが大切な点であるが、中でも認知症高齢者については、早期発見・早期対応が重要であると考えられることから、本事業においてはその点に着目して、取組の具体的なモデルの提示はもちろんのこと、多くの自治体・地域において活用可能となる、先進的な取組地域における具体的なノウハウを取り入れた実践例を提示するとともに、手引きの作成を目的とする。その際、特に留意する点は下記の通りである。

- ①取組の段階については、早期発見・早期対応の段階に着目する。国が示している「認知症初期集中支援チーム」の考え方を踏まえながら、そこに示されているそれぞれのステップの具体的なイメージ、取組方法等の提示を行う。
- ②取組のエリアについては、小地域における「点」から「線」への取組を発展させ、「面」での取組が可能となるような対応策の提示を行う。具体的には、個別の機関・団体における取組を（「点」の取組）、地域包括支援センターの担当圏域（中学校区を想定）内における複数機関・団体が連携した取組に発展させ（「線」の取組）、それを最終的には市町村内全域での取組にまで発展（「面」の取組）させることができるような、具体的取組事例等の提示を行う。
- ③取組の範囲については、認知症高齢者本人のみならず、家族への支援にも着目する。例えば、家族会の運営等による工夫点等に関する情報も収集し、多くの地域で参考となるよう情報発信する。
- ④取組への参画機関等の範囲については、認知症高齢者のケアに関しては早期発見やフォローのためにも医療の関与が不可欠であることから、医療機関がネットワークの構築に関与し、その推進に寄与することで、地域の実情に応じながらも医療機関がどのように関与するのか、というモデルの提示を行う。

2. 調査研究の全体像と流れ

(1) 先進的な取組地域に対するヒアリングの実施

【調査目的】 認知症高齢者のケアに関して先進的な取組をしている地域における現状と、現状に至るまでの経緯を把握し、モデル事業実施内容の参考とする。

【調査方法】 現地訪問ヒアリング調査

【調査期間】 平成 24 年 9～10 月

【調査内容】 ◎地域における認知症ケアへの取組の概要
◎認知症ケアに関する地域の連携状況
◎認知症ケアに関する地域の連携に当たっての阻害要因

【調査対象】 ○北海道・本別町
○長崎県・佐々町

(2) モデル事業の実施

【実施目的】 地域資源が連携した認知症高齢者に対するケア・ネットワーク構築への意向がある地域において、実際に地域資源のネットワーク化に取り組んでもらうことにより、地域が一体となって認知症対策を推進することのモデルを提示し、多くの地域で取り組めるための普及啓発を行うことを目的として実施した。特に、地域資源への働きかけに注力し、地域全体での関心度合いを向上させることを目指した。

【事業内容】 各地域においては、下記の 5 つのステップに沿って事業を進めていった。

Step1：地域における関係機関の連携の仕組づくり

- ・施設が所在する地域において、関係機関が連携を図るための組織を組成。もちろん、別の組織が活用可能な場合は、そちらを活用。
- ・なお、厚生労働省から示された「標準的な認知症ケアパスの概念図」にある全体の流れを踏まえ、「地域ケア会議の概念図」に示されているような機関・職種に参集してもらおう。その際特に、できるだけ「認知症初期集中支援チームの概念図」にあるような対応が可能となるような機関・職種に参集してもらおう。

Step2：地域分析の実施

- ・ Step1 で組織したメンバーにより、
 - ・ 地域における地域資源の状況・現在の連携体制の状況と連携のために必要な条件
 - ・ ネットワーク構築上の課題
 - ・ 対象者の把握方法 等について検討。
- ・ また、「認知症初期集中支援チームの概念図」に示されている機関・職種全ての参集は困難と思われるので、どの機能を誰が代替するのか等（当該機能の必要性、代替可能性も含む）についても検討。

Step3：モデル事業の実施

- ・ 各地域、認知症高齢者及びその家族 4 世帯に対して、主として下記の介入を行い、その介入内容を記録。
 - ①認知症の疑いのある高齢者についての気づき
 - ②地域包括支援センター等への相談
 - ③地域ケア会議におけるケア方針・ケア体制等の検討
 - ④認知症初期集中支援チームとしての介入

Step4：モデル事業実施の効果の把握

- ・ 実際に関わった方々の「意識の変化」「行動の変化」を把握させていただくためのアンケート調査を実施。

Step5：モデル事業実施の総括

- ・ モデル事業実施後に、「標準的な認知症ケアパスの概念図」を参考としながら、各地域における認知症ケアの流れを検討し、本事業の検討会メンバーと意見交換。

(3) モデル事業実施地域に対するヒアリングの実施

【調査目的】 認知症高齢者ケア・ネットワークの構築に実際にお取組いただいた地域における、体制構築の過程や阻害要因等を把握することを目的として実施した。

【調査方法】 現地訪問ヒアリング調査

【調査期間】 平成 25 年 2 月

【調査内容】 ◎地域における関係機関の連携の仕組づくりについて

○地域における認知症高齢者のケアに関する課題・問題点

○認知症高齢者のケアに関する地域資源の連携状況

地域における早期発見・早期対応の仕組

連携体制の状況（関係機関・関係団体・関係職種等）

定期的な集まり等の有無とそこでの話題・中心機関

連携体制構築時の阻害要因と克服方法

連携機関間での情報の共有方法

新たに発生した課題・本来であれば連携したかったが

できなかつた機関・団体等

◎モデル事業の結果について

○認知症高齢者及びそのご家族の反応

○関係者の反応

◎モデル事業を踏まえた今後の取組方針等について

【調査対象】 ○香川県・綾川町国保陶病院

○千葉県・国保鋸南病院

○富山県・南砺市民病院

○北海道・京極町国保診療所

○静岡県・浜松市国保佐久間病院

(訪問順)

3. 実施体制

「認知症の人が安心して暮らせる町づくりの検討委員会」ならびに「同 作業部会」の委員構成は以下の通りであった。

認知症の人が安心して暮らせる町づくりの検討委員会・同作業部会委員一覧

◎印：委員長

*印：委員会・作業部会委員兼任

◇委員会

◎和田 敏明	ルーテル学院大学教授
阿波谷敏英	高知大学医学部医学科家庭医療学講座教授
*赤木 重典	副会長/京都府・京丹後市立久美浜病院長
鈴木 紀彰	千葉県：国保直営総合病院君津中央病院長
金親 正敏	千葉県：鋸南町国保鋸南病院長
榎尾 光子	鳥取県：日南町国保日南病院居宅介護支援事業所管理者
林 拓男	広島県：公立みつぎ総合病院長
安東 正晴	香川県：三豊総合病院副院長
新鞍 誠	香川県：三豊市国保財田診療所長
内田 望	高知県：国保梶原病院長
松浦喜美夫	高知県：いの町立国民健康保険仁淀病院長
樋口 定信	熊本県：上天草市立上天草総合病院事業管理者

◇作業部会

*和田 敏明	ルーテル学院大学教授
平野 浩彦	東京都健康長寿医療センター研究所社会科学系専門副部長
*赤木 重典	副会長/京都府・京丹後市立久美浜病院長
飯山 明美	北海道・本別町地域包括支援センター所長補佐（保健師）
櫻井 好枝	千葉県・鋸南町地域包括支援センター保健師
南 眞司	富山県・南砺市民病院長
三枝 智宏	静岡県・浜松市国保佐久間病院長
南 温	岐阜県・郡上市国保地域医療センター国保和良歯科診療所長
村上 重紀	広島県：公立みつぎ総合病院参与

◇事務局

伊藤 彰	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会事務局長
吉村 衛	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会参事
鈴木 智弘	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会業務部事業課課長補佐
植村 靖則	みずほ情報総研株式会社社会政策コンサルティング部シニアコンサルタント
小松紗代子	みずほ情報総研株式会社社会政策コンサルティング部コンサルタント

第2章

先進的な取組地域における

認知症ケアの状況

1. 北海道本別町

人口	8,141 人	うち高齢者数 2,750 人（高齢化率 33.7%）	
世帯数	3,850 世帯	うち高齢者がいる世帯	1,920 世帯
		高齢者単身世帯	716 世帯
		高齢夫婦世帯	666 世帯

（1）地域における認知症ケアへの取組の背景・経緯

①取組の背景

本別町における認知症ケアへの取組は、平成 10 年に介護保険制度の施行に先立って実施した高齢者の全数調査がきっかけとなっている。元気高齢者、要援護高齢者、施設入所高齢者について調査を行ったが、施設入所者のみならず、在宅の要援護高齢者にも認知症の可能性のある者が多くみられた（施設入所者の 7 割、在宅の要援護高齢者の 4 割）。この結果が職員の意識を変え、認知症高齢者対策の本格化につながった。

当時の認知症相談は健康管理センターの保健師が受けていたが、相談に来る者の大半は認知症が進行した状態であり、相談内容としては「もう家では看られないので施設を探してほしい」「入所させてほしい」という内容が多かった。

上記調査の結果により、早期発見により早期支援につなげられるのではないかと考えた。

②取組の経緯

平成 10 年度の調査結果をもとに、平成 11 年以来、厚生労働省のモデル事業（老健事業）に参加し、「ものわすれ散歩のできるまち ほんべつをめざして」をスローガンに、認知症高齢者地域ケア推進事業に着手してきた。

平成 11～18 年度には行政関係者・介護サービス事業者・民生委員・自治会員・介護経験者等による「地域ケア研究会」を設置し、研究会を実施してきた。平成 11 年度にまず認知症の介護者アンケートを実施し、課題の洗い出しを行った。アンケート結果をもとに地域の課題を整理し、「本人支援」「介護者支援」「医療連携」「地域住民による支援」という 4 つの柱をたて、課題解決へ向けた事業を推進してきた。

図表 本別町認知症事業年表

時期	主な事業
平成 10 年	高齢者実態調査を実施
平成 11 年	地域ケア研究会を発足 認知症の介護者アンケートを実施
平成 12 年	もの忘れ何でも相談室の開設 認知症予防教室をスタート 認知症理解のための介護劇を上演
平成 13 年	早期診断の仕組みについて検討開始
平成 14 年	やすらぎ支援事業をスタート
平成 15 年	町国保病院にもの忘れ外来開設
平成 17 年	認知症サポーター養成をスタート
平成 18 年	小規模多機能型サービスの開始 徘徊高齢者等 SOS ネットワーク再構築 高齢者虐待防止ネットワークづくり
平成 19 年	町国保病院でもの忘れ外来再開 一部の中学校で認知症サポーター養成講座を実施
平成 20 年	4年ぶりにやすらぎ支援員を養成 10年の事業成果の発信 介護者アンケートの実施
平成 22 年	すべての中学校で認知症サポーター養成講座を実施 3か所目の小規模多機能型事業所が開設
平成 23 年	小規模多機能事業所に高齢者住宅を併設 小学校において福祉学習を開始 社会福祉協議会が法人公後見を開始

【認知症予防教室】

町内会（自治会）単位で月 1 回の教室を展開している。対象は 65 歳以上の認知症ではない高齢者である。

町として取り組むのは 1 年に 1 地区であり、町が関与した後もその地区で継続して教室を運営できるよう、町の保健師と協力員（民生委員・婦人会部長・自治会長等 5～6 人）がともに企画、運営している。これまで 10 地区で取り組んできた。

教室の内容は、手遊びを中心に手を動かし、頭を使う、楽しいプログラムを実施している。開始当初は評価テスト（かなひろいテスト）の実施や、日記の提出をお願いするなど評価を念頭においたプログラムを組んでいたが、嫌がる高齢者もあり、楽しく取り組めるものがよいという考えに至った。

【中学校における認知症サポーター育成の取組】

認知症予防教室に参加する者は高齢者であり、高齢者で高齢者を支えるという構図になってしまい、認知症高齢者の息子・娘世代はなかなか参加できない。そこで、若者にも知識を普及するための取組として、小中学校での教育に取り込んでもらうことを考えた。

子どもたちに教育をする際に、その保護者（30～40代）をいかに巻き込むかということを考え、認知症サポーター養成講座の日を授業参観日に充ててもらうなど、お願いしている。商工会など、壮年世代への啓発も取り組んでいきたいが、なかなか難しい。

【徘徊高齢者等 SOS ネットワーク事業】

北海道事業として保健所が拠点となり平成7～8年から取り組んでいた事業を、町が運営主体となって再構築を進めてきた事業である。

徘徊の可能性のある高齢者について、顔や姿の特徴、生い立ちなどの個人情報に登録し、SOS ネットの協力機関で情報共有し、徘徊等の事態に備えるというものである。情報共有する協力機関は町内26か所ほどあるが、このうち家族が希望する協力機関と共有するようにしている。最低限共有するのは住まいの地区の民生委員と自治会長であり、許可があればスーパーや郵便局などまで共有範囲を拡大する。

平成19年1月より登録を開始し、これまで延べ60数名の登録があったが、全員が情報開示に同意をしてくれている。現在は約40名が登録している。

各地域で福祉を担当している方は、SOS ネットに入っている方をきちんと理解している。町で会うとどこに行くのか声をかけてみた、いつもの散歩コースから外れているので連れて帰ってきた等、徘徊でいなくなる前に帰って来られるという状況が続いている。本当にいなくなってしまうということは、しばらく起きていない。

（2）早期発見・早期対応の取組状況

①もの忘れ外来および精神科受診の状況

【早期診断の仕組】

平成13年に「精神科サテライト外来」（北海道事業）によって精神科の医師が定期的に国保病院へ派遣されるようになるまで、本別町では車で1時間かけて帯広市まで行かないと認知症の診断を受けられなかった。

本来このサテライト外来では初診患者の診療は行わないため、国保病院で予め精神科

医師の指示に基づいた検査を事前に行っておき、病院からの紹介としてサテライト外来を受診するという形をとっている。

精神科医による早期診断を町内で受けられるようになり、町民の負担は軽減されている。

【ものわすれ外来の創設】

平成 15 年に内科の専門外来として「ものわすれ外来」が開設され、月 2 回、予約制で 1 日 2 人まで受診できるようになっている。ものわすれ外来は 2 年ほど休診していた時期があったが、平成 19 年より再開した。受診者数は年間 20～30 人で推移している。

ものわすれ外来では受診時に血液検査（血液一般・甲状腺）・MRI・MMSE を行い、認知症疑いのある場合、精神科受診もしくはサテライト精神科受診を紹介するという流れを取っている。

精神科での受診結果は国保病院で把握し、さらには主治医へも連絡される。ものわすれ外来受診者の情報は受診翌月に開催されるカンファレンス（月 1 回開催）にて医師・MSW・看護師・地域包括 or 在宅ケアマネ・保健師で共有される。受診後の対応について、患者の状態が介護認定レベルならば地域包括で、経過観察では健康管理センター（予防）の保健師でみていくことになる。

平成 23 年のものわすれ外来受診者の実績は総勢 23 名（男性 8 名・女性 15 名）、年齢は 70 代・80 代が中心で、ほとんどが本別町民であるが町外からの患者もいる。ものわすれ外来受診のきっかけとしては家族の予約によって、という方が最も多く（15 名）、他には本人、施設職員、保健師、医師によって予約が取られているようである。

受診後の対応については、精神科へ紹介した方が 5 名、それ以外は 18 名であった。紹介しない方は高齢なので内科でフォローしていこうという方だと思われる。

②相談支援の取組状況

もの忘れに関する相談窓口を明確にするために、健康管理センター（保健）在宅介護支援センター（現：地域包括支援センター）に平成 12 年度より「ものわすれ何でも相談室」を開設し、住民に周知してきた。

パンフレットを作成するなどして周知しているものの、反応は少ない。健康管理センターの毎月のお知らせの中でも広報しているが、相談室よりもケアセンターに直結する相談の方が多い。ただしこれは悪いことではなく、他に相談できる場所が定着してきたということだとも考えられる。

「ものわすれ何でも相談室」における相談支援の傾向として、早くから地域に出て、保健師らとつながっている方へは早期の介入ができていますが、地域とつながっていない場合には症状が悪化し、生活に支障が出てしまってから相談に来る方が多くなる。余裕を持ち、準備を整えながら支援するという点では、地域で参加する場をつくることが大切であると考えている。

(3) 認知症高齢者のご家族への支援

① 家族支援の変化の有無とその内容

家族の介護力は低下していると感じている。10年前と比較して別居の家族は急激に増えており、平成11年には別居家族は1軒もなかったが、平成20年時点では介護者の3割は別居である。また保健師の実感としても、生活能力が少し落ち、なにかできなくなるとすぐに施設に入らざるを得ないという方が多くなっているという印象をもっている。

また、介護基盤として小規模多機能型事業所が必要とされており、平成18年度、19年度、22年度と計画的に整備を進めてきた。

家族会としては「在宅介護者を支える会」があり、介護者交流・宅老事業を統合した「ひばりの会」や、介護者のレスパイト支援である「やすらぎ支援事業」の支援員として活動している。

【認知症家族やすらぎ支援事業】

認知症家族やすらぎ支援事業は介護者負担の軽減（レスパイトケア）として位置づけられた事業である。家族の休みたい、出かけたいたいといったニーズに対し、研修を受けたボランティアが家族に代わって家で認知症高齢者と過ごすというものである。傾聴ボランティアとは異なり、家族が留守にする間、傾聴以外にも趣味活動や散歩など、利用者が過ごしたいように見守りながらお付き合いをする。

現在登録しているやすらぎ支援員は30人前後、利用者は8名である。年間平均10名程度がこのサービスを利用している。

【徘徊高齢者等 SOS ネットワーク事業】

北海道事業として保健所が拠点となり平成7～8年から取り組んでいた事業を、町が運営主体となって再構築を進めてきた事業である。

徘徊の可能性のある高齢者について、顔や姿の特徴、生い立ちなどの個人情報を登録し、SOS ネットの協力機関で情報共有し、徘徊等の事態に備えるというものである。情

報共有する協力機関は町内 26 か所ほどあるが、このうち家族が希望する協力機関と共有するようにしている。最低限共有するのは住まいの地区の民生委員と自治会長であり、許可があればスーパーや郵便局などまで共有範囲を拡大する。

平成 19 年 1 月より登録を開始し、これまで延べ 60 数名の登録があったが、全員が情報開示に同意をしてくれている。現在は約 40 名が登録している。

各地域で福祉を担当している方は、SOS ネットに入っている方をきちんと理解している。町で会うとどこに行くのか声をかけてみた、いつもの散歩コースから外れているので連れて帰ってきた等、徘徊でいなくなる前に帰って来られるという状況が続いている。本当にいなくなってしまうということは、しばらく起きていない。

②家族会の活動内容の変化

平成 23 年度から「介護者」の集いだけでなく、本人も参加していただくように機能を拡大した（本人を置いて出てこられない、本人の参加の場を確保したい等の理由から。もともと、会としても宅老事業をしたいという意向があった。）。

③今後の取組の方向性

家族介護力が低下する中、小規模多機能や住宅政策の充実が必要である。本別町でも 4 施設目の小規模多機能の設置を検討中である。

市民後見人の育成については、平成 24 年度に実施する。家族が遠くに住んでいて、必要な時になかなか帰って来られないような高齢者にとっては必要である。

（4）国の認知症対策について

地域ケア会議の重要性を再認識し、きちんと構築することが必要である。何をやれば「地域ケア会議」といえるのか、漠然と進めているところが多い。地域ケア会議の役割が明確になるとよい。

市町村毎にケアパスを作成することとなっているが、本当に小規模自治体単位で必要なのか。医療圏域等を意識した取組の方がよいのではないか（医療圏の中で医療機関を受診したりするので）。

初期集中支援チームについては、標準的な職種のメンバーが十分におらず、そろわない。集まるのは保健師、社会福祉士、看護師くらいであり、ぜひ参加してほしいリハビリの専門職や口腔の関係者が集まらない。地域のリハビリ専門職はすでに業務多忙である。

認知症地域支援推進員については、小規模自治体ではあまり現実的ではないのではないか。人件費補助が継続されるのか不明であり、今いる人員の中で何ができるのかを考えていく必要があるだろう。

一般病院勤務の医療従事者に認知症対応力をつけてもらうことは大賛成であるが、医療の現場の中で認知症の人が治療を受けやすくする環境づくり等、取組には工夫が必要であろう。

(5) その他

「初期段階で本人の思いを聴く」ことはとても大切であろう。ただし、どのように聞くかは工夫が必要である。

本別町では、エンディングノートの活用を始めたところである。「初期段階で本人の思いを聴く」という取組が進んでいくことに期待している。

2. 長崎県佐々町

人口	13,813 人	うち高齢者数 3,048 人（高齢化率 22.1%）
世帯数	5,479 世帯	うち高齢者がいる世帯 1,920 世帯

（1）佐々町の地域支援事業における大きな方向性を職員が共有し 地域包括支援センターを中心とした取組の推進

「住み慣れた地域でいつまでも暮らしたい」という願いを叶える、地域で支えること
によって安心して過ごせるまちを目指す。その柱は「介護給付の適正な利用」と「介護
予防を含む地域支援体制の確立」。

介護給付の適正な利用のために、「1. 介護認定新規申請事前点検の徹底（介護保険
制度の説明と併せて地域支援事業の説明を行う）」、「2. 認定者でサービス利用のな
い方へ訪問活動」、「3. 地域ケア会議における自立支援型ケアマネジメント支援と給
付適正化事業」を実施。

介護予防を含む地域支援体制の確立のために、「1. 75歳以前からの介護予防（身体
機能維持、認知症予防、閉じこもり予防等）を充実」、「2. インフォーマルサービス
（ボランティア等）の確立・推進」、「3. 認知症になっても安心して過ごせる地域づ
くり」を展開。これらのうち認知症支援についての柱は

①認知症になっても安心して過ごせるまち

（認知症連携担当者設置、佐々町介護者の会、佐々町地域支援連絡会）

②認知症を理解し地域で支え合うまち

（認知症サポーター養成講座、高齢者見守りネットワーク情報交換会）

③みんなで介護予防に取り組むまち

（佐々町の介護保険の現状とビジョンを伝える出前講座、地区集会所を活用した
介護予防活動の推進、介護予防ボランティア養成、総合福祉センターを活用し
た介護予防メニュー拡大、団塊の世代を対象にした「地域デビュー講座」）

の3つである。

(2) 住民の理解を得、住民と協働することで取組を推進

毎週水曜日のもの忘れ外来の受診は非常に好評である。ロコミ等で、健診感覚で受診する方も多い。もの忘れ外来で医師より介護予防教室などへの参加を促すと、スムーズにサービスの利用につなげることができる（地域包括支援センターの保健師が勧めても利用につながらないケースでも、医師が勧めるとスムーズに利用につながる）。

認知症サポーター養成講座や介護予防ボランティア養成講座の受講者が、介護予防教室の運営に携わっている。ボランティアによる地域活動の利点として、地域の実情に合わせた教室の展開ができる、教室後のフォローがしやすいので継続参加や見守り体制につながるといったことが挙げられる。

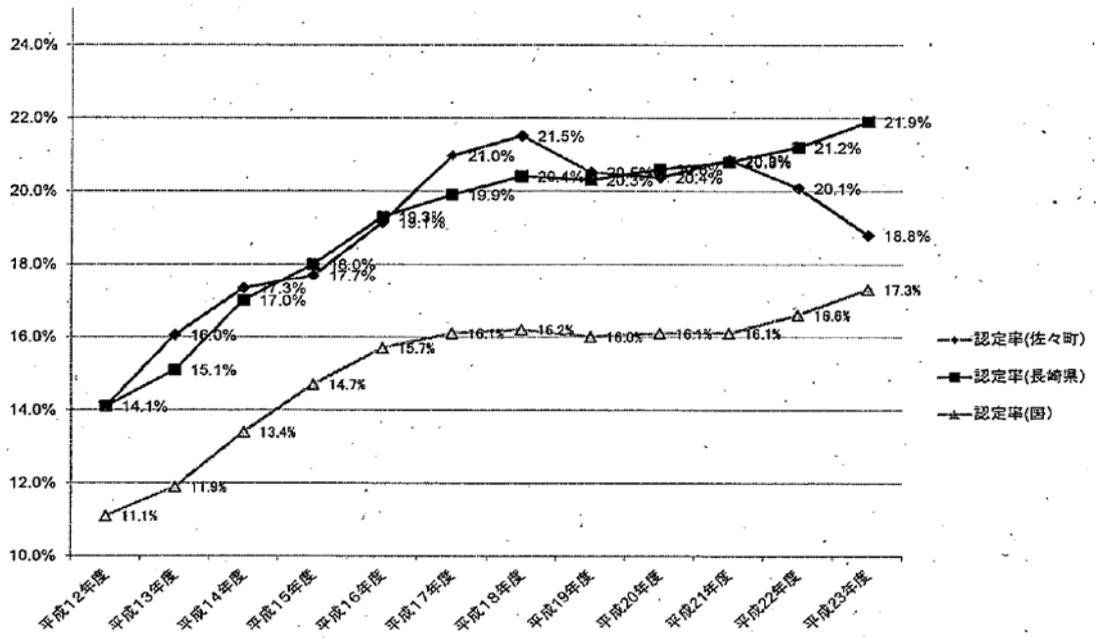
さまざまな取組を始めるに当たっては、町の介護保険料の高さについて住民に十分に説明し、それを下げるために、行政が取り組むべきこと、住民が取り組むべきこと等を、一緒に考えるようにしている。

(3) 取組の進展と認定率の変化が合致

佐々町では常に全国平均よりも介護保険料が高い状態が続いており、第5期の保険料は5,990円で長崎県内1位、全国でも23位/1,566位となっている。また、認定率も平成21年度時点で全国平均の16.1%を上回る20.9%であった。しかし、もの忘れ外来を開設し、地域包括支援センターを中心に予防活動に力を入れはじめてから認定率は下がり始め、平成23年度時点では18.8%となった。

もっとも、もの忘れ外来を始めた時期と、佐々町の地域支援事業における今後の方向性を考え直した時期はたまたま一致しただけであったが、上記のように、この2～3年の間に、上昇の一途を辿っていた認定率の低下、軽度認定者の減少、介護保険給付費の減少、といった変化がみられることから、取組の成果が町の財政面にも寄与していると言えなくもない。

平成12年度からの認定率の推移



第3章

地域における

認知症ケアへの取組

～モデル事業

1. モデル事業の内容

(1) 事業の目的

地域資源が連携した認知症高齢者に対するケア・ネットワーク構築への意向がある地域において、実際に地域資源のネットワーク化に取り組んでもらうことにより、地域が一体となって認知症対策を推進することのモデルを提示し、多くの地域で取り組めるための普及啓発を行うことを目的として実施した。特に、地域資源への働きかけに注力し、地域全体での関心度合いを向上させることを目指した。

(2) 事業の内容

各地域においては、下記の5つのステップに沿って事業を進めていった。

Step1：地域における関係機関の連携の仕組づくり

施設が所在する地域において、関係機関が連携を図るための組織を組成。もちろん、別の組織が活用可能な場合は、そちらを活用。

なお、厚生労働省から示された「標準的な認知症ケアパスの概念図」にある全体の流れを踏まえ、「地域ケア会議の概念図」に示されているような機関・職種に参集してもらう。その際特に、できるだけ「認知症初期集中支援チームの概念図」にあるような対応が可能となるような機関・職種に参集してもらう。

Step2：地域分析の実施

Step1で組織したメンバーにより、

- ・地域における地域資源の状況・現在の連携体制の状況と連携のために必要な条件
- ・ネットワーク構築上の課題
- ・対象者の把握方法 等

について検討。

また、「認知症初期集中支援チームの概念図」に示されている機関・職種全ての参集は困難と思われるので、どの機能を誰が代替するのか等（当該機能の必要性、代替可能性も含む）についても検討。

Step3：モデル事業の実施

各地域、認知症高齢者及びその家族 4 世帯に対して、主として下記の介入を行い、その介入内容を記録。

- ①認知症の疑いのある高齢者についての気づき
- ②地域包括支援センター等への相談
- ③地域ケア会議におけるケア方針・ケア体制等の検討
- ④認知症初期集中支援チームとしての介入

Step4：モデル事業実施の効果の把握

実際に関わった方々の「意識の変化」「行動の変化」を把握させていただくためのアンケート調査を実施。

Step5：モデル事業実施の総括

モデル事業実施後に、「標準的な認知症ケアパスの概念図」を参考としながら、各地域における認知症ケアの流れを検討し、本事業の検討会メンバーと意見交換。

2. 北海道・京極町国保診療所

(1) モデル事業実施体制

実施体制の 状況	組織名	新京極町内会 見守りネットワーク事業
	既存組織の 活用の有無	<input type="checkbox"/> 既存の組織を活用 <input checked="" type="checkbox"/> 本事業のために新たに組成
メンバー (所属・職種等)	町内会長 町内会福祉委員 民生委員 地域包括支援センター所属保健師・社会福祉士 (2名)	
活用可能な地域資源	<input checked="" type="checkbox"/> 市町村の保健福祉部門 <input type="checkbox"/> 保健所・保健センター <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関： <input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input checked="" type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 歯科診療所 <input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センターや在宅介護支援センター <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス事業所： <input checked="" type="checkbox"/> 施設サービス <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス <input checked="" type="checkbox"/> 民生委員 <input checked="" type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input checked="" type="checkbox"/> 自治会・町内会 <input type="checkbox"/> 家族会 <input checked="" type="checkbox"/> 住民ボランティア <input type="checkbox"/> その他	

(2) 認知症ケアに関する既存事業における課題

予防	既存サービス	・一次予防事業ならびに二次予防事業。
	課題	・人口規模が少ないため、予防事業のメニューが限定されるMC I (軽度認知障害) に特化した予防プログラムがなく現行では運動機能向上プログラムと合わせて実施。
早期発見	既存サービス	・特になし。
	課題	・基本チェックリスト等で二次予防対象者として把握しているが個人情報・プライバシーの問題から、地域や近隣からの相談が少なく、認知症状が進行してから相談に至る事例も多い。
相談支援	既存サービス	・地域包括支援センターの総合相談支援事業や役場担当課による相談支援。
	課題	・サービス利用を拒否される方の継続的支援について、地域の見守りや支えあいとフォーマルな支援機関の連携が図りにくい。
啓発活動	既存サービス	・一次予防事業介護予防普及啓発事業「認知症講演会」 ・町広報誌への記事の掲載

	課題	・講演会や広報活動を行っており、高齢者やその家族の世代に関しては認識されてきているが、若年層に対しての普及啓発が十分とはいえない。
家族会支援	既存サービス	・家族介護交流会の開催
	課題	・家族介護交流会を開催しているが、参加されるご家族が少ない。

(3) 認知症初期集中チームを意識した場合の 地域での対応者ならびに対応の可否等

気づき	下記のルートからの相談・情報提供を得ることが可能である。 本人・家族、近隣住民、町内会、福祉委員、かかりつけ医、行政、民生委員、社会福祉協議会、消防、警察
初回アセスメント訪問	地域包括支援センター等で訪問等によるアセスメントや情報収集
チーム員会議	地域ケア会議のメンバーで実施
認知症疾患医療センターとの調整	近隣に認知症疾患医療センターがないため、主治医の指示による対応となる
チーム員による本人家族への説明とケア方針の作成	サービス利用がある場合は居宅介護支援事業所の介護支援専門員がケアプランを作成、サービス利用がない場合は地域包括支援センターが支援計画を作成、必要に応じて地域ケア会議で計画内容を検討する
在宅初期集中支援の実施	上記で作成した計画に沿って実施 緊急度や必要に応じて暫定で介護保険サービス、医療系サービスの調整等
家族支援	サービス利用によるレスパイトケアの提供 居宅介護支援事業所、地域包括支援センターによる相談支援
急性増悪期のアウトリーチや相談	ご家族やサービス事業所等との連携を密に行い、急性増悪の際には計画に基づいた対応が実施できるよう体制を整備
ケアマネジャー等への助言	各関係機関の役割を明確化、必要に応じてサービス担当者会議開催支援や介護支援専門員の継続的なサポートを実施
地域ケア会議への出席	地域ケア会議において、事例検討や具体的対応の検討を行うとともに地域に不足している社会資源の検討につなげる

(4) 事業実施上の課題・留意点

- ・特に近所付き合いのない方、高齢で引きこもりがちの方は地域から孤立しがちである。
- ・高齢者自身も地域の一員であることを自覚して、当事者同士の見守りや入院・長期不在時の連絡などの意識づけが必要。

- ・民生委員は長年にわたり生活保護受給者の相談活動を行っておりそのイメージから活動するにあたり支障がでることが懸念される
- ・今後、高齢化がすすむにあたり、住み慣れた地域で安心して生活が続けられるためには、見守り活動は必要である
- ・気になる高齢者の発見にとどまらず、災害など万が一の時にも役立つ活動になると思われる
- ・今後、見守りネットワーク活動は町内会が中心となっておこなっていくことになるが、息を長く活動を継続するために後方支援も必要である。
- ・見守りネットワークで発見された気になる高齢者について当事者が困っていない状況の場合、介入や支援の実施はインフォーマルな活動が中心となるが、その際の連携方法をどのように行うか。

(5) 具体的事例

事例 1
知的障害のある息子と二人暮らし。町立診療所の主治医より介護認定と訪問看護による療養・治療の助言、服薬管理の提案があり、社協を経て包括に相談あり。包括ではご本人の支援を行い、息子さんの支援は役場障害担当に依頼。 地域では「あの二人は(施設に入らなくて)大丈夫？」等の心配の声も聞かれる状況だったが、入院による診断、服薬調整を経て在宅復帰している。結果、認知症は認められなかったが地域との連携が図れた事例となった。
事例 2
見守りネットワーク事業での聞き取り訪問時、本人の話の内容から認知症を疑った。近隣住民からは、年齢相応の年忘れの症状はあるが、目立ったトラブルもなく、身近で見守りをしているとのこと。かかりつけ医が隣町総合病院の循環器科であるため、連携は図れなかったが、今回の訪問活動を機に、定期訪問や近隣住民と情報をやりとりできる体制ができた。
事例 3
見守りネットワーク事業で、包括支援センター職員がアンケートの聞き取り実施。その時の夫の話の内容から認知症を疑った。夫はセンターに来所されて聞き取りを行ったが自宅への訪問は拒否。本人にお会いすることができなかった。本人が参加している趣味活動のサークルや近隣住民、かかりつけ医などから情報を得られるのではないかと考える。

3. 富山県・南砺市民病院

(1) モデル事業実施体制

実施体制の 状況	組織名	南砺市認知症初期集中支援チーム
	既存組織の 活用の有無	<input type="checkbox"/> 既存の組織を活用 <input checked="" type="checkbox"/> 本事業のために新たに組成
メンバー (所属・職種等)	病院ソーシャルワーカー 病院作業療法士 病院臨床心理士 病院物忘れ外来医師 近隣病院主治医 地域包括支援センター職員 担当ケアマネジャー	
活用可能な地域資源	<input checked="" type="checkbox"/> 市町村の保健福祉部門 <input type="checkbox"/> 保健所・保健センター <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関： <input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input checked="" type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 歯科診療所 <input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センターや在宅介護支援センター <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス事業所： <input checked="" type="checkbox"/> 施設サービス <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス <input checked="" type="checkbox"/> 民生委員 <input checked="" type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input checked="" type="checkbox"/> 自治会・町内会 <input type="checkbox"/> 家族会 <input checked="" type="checkbox"/> 住民ボランティア <input type="checkbox"/> その他	

(2) 認知症ケアに関する既存事業における課題

予防	既存サービス	・地域包括支援センターによる脳健康教室、さつき荘デイサロンの脳トレーニング教室
	課題	・80歳以上になると介護保険を申請しないと出かける場所がなくなること。
早期発見	既存サービス	・特定高齢者の健診事業
	課題	・家族の認知症に対する知識不足から軽度の段階を超えてからの相談が多いこと。
相談支援	既存サービス	・認知症相談電話
	課題	・気軽に電話等でいつでも相談にのれる窓口を行政機関でつくること。
啓発活動	既存サービス	・地域リハビリテーションフォーラムなど

	課題	・特になし
家族会支援	既存サービス	・現在休止中
	課題	・家族が気軽に集まる家族会の結成が必要。

(3) 認知症初期集中チームを意識した場合の 地域での対応者ならびに対応の可否等

気づき	介護申請をする手前の人（特定高齢者）の時点でのフォローが必要。
初回アセスメント訪問	認知症の病態や環境を原因などをアセスメントする。
チーム員会議	—
認知症疾患医療センターとの調整	認知症の病態の確実な診断、対応方法の指導を行う。
チーム員による本人家族への説明とケア方針の作成	生活改善のポイントを指導する。
在宅初期集中支援の実施	本人・家族の意向をふまえた情報収集、ケアマネジャーへの情報提供。
家族支援	家族には、予後予測を踏まえた段階ごとの対応方法の指導。
急性増悪期のアウトリーチや相談	ケアマネジャーから相談を受けて、一緒に訪問し状態を分析し対応方法や解決策をともに思案する。
ケアマネジャー等への助言	本人の改善できそうな事（具体的に）の支援について提案。
地域ケア会議への出席	地区の民生委員や区長さんを巻き込んでケア会議を実施する。

(4) 事業実施上の課題・留意点

- ・個別訪問はやってみないとどの様な成果があるかがわからない。

(5) 具体的事例

事例1
本人：自宅こそ活動の選択肢があるべきとお話。周りにいろいろと置いておくと、編み物など少しされるようになった。 家族：家族はちらかっていると思っても、本人には散らかったこの環境が安心していただける環境であることが理解できた。
事例2
本人：自家用車の運転をやめた。 家族：薬を家族管理にした。転倒の恐れのある場所について注意と対策。
事例3
本人：不安からの電話が減った。 家族：軽度の認知機能低下なのに生活できているということを少し理解された。
事例4
本人：変わらず。 家族：本人とその夫の関係を上手に保ちつつ、まったくできないことは無理にはさせず、もう少しでできそうなことをできるようにサポートしている。

4. 千葉県・国保鋸南病院

(1) モデル事業実施体制

実施体制の 状況	組織名	鋸南病院認知症の者と家族の支援サポート事業
	既存組織の 活用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 既存の組織を活用 <input type="checkbox"/> 本事業のために新たに組成
メンバー (所属・職種等)		病院医師 2名 病院看護師 3名(師長、主任を含む) 病院ケースワーカー 地域包括支援センター保健師 社会福祉協議会責任者 居宅介護支援事業所ケアマネジャー 特別養護老人ホーム相談員 3名(3施設) 特別養護老人ホームデイサービスセンター長 ホームヘルパー 福祉用具事業所責任者 民生委員 4名
活用可能な地域資源		<input checked="" type="checkbox"/> 市町村の保健福祉部門 <input type="checkbox"/> 保健所・保健センター <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関： <input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 歯科診療所 <input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センターや在宅介護支援センター <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス事業所： <input checked="" type="checkbox"/> 施設サービス <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス <input checked="" type="checkbox"/> 民生委員 <input checked="" type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> 自治会・町内会 <input type="checkbox"/> 家族会 <input checked="" type="checkbox"/> 住民ボランティア <input checked="" type="checkbox"/> その他：地区の介護予防(認知症予防)教室リーダー

(2) 認知症ケアに関する既存事業における課題

予防	既存サービス	・地区での自主型認知症予防教室と通所型の認知症予防教室
	課題	・地域包括支援センターで実施しており参加者も増え認知症の早期発見の場にもなっているが参加に至らない人もいる。
早期発見	既存サービス	・認知用予防教室や介護予防健診で認知症スケールを実施
	課題	・地域包括支援センターでは、総合相談や介護予防健診で認

		<p>知症スケール等を利用し発見に努めている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院では個々の医療スタッフの気付きはあるが、院内でその情報を生かしていない。
相談支援	既存サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センターにて対応
	課題	<ul style="list-style-type: none"> ・相談窓口には行政やサービス事業所、他から入ってきており速やかな対応に努めているが対応しきれない状況になりつつある。
啓発活動	既存サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症講演会を平成11年から毎年開催
	課題	<ul style="list-style-type: none"> ・主に地域支援センターで行っているが、100%は浸透できていない。
家族会支援	既存サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・介護者の集いの実施やケースに応じて訪問や電話相談を実施
	課題	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センターで介護者の集いを開催し気になるケースには対しては、介護者のための訪問も行っている。

(3) 認知症初期集中チームを意識した場合の 地域での対応者ならびに対応の可否等

気づき	民生委員、ケアマネジャー、介護スタッフ、地域包括支援センター、病院、Dr、看護師、ケースワーカーからの情報は得られる。
初回アセスメント訪問	現状においては、地域包括支援センター
チーム員会議	気づきのメンバーによる情報交換と、主治医確認。
認知症疾患医療センターとの調整	なし
チーム員による本人家族への説明とケア方針の作成	関係者と情報交換し、今後の会議で検討していく。
在宅初期集中支援の実施	事業を進める中で検討していく。
家族支援	事業を進める中で検討していく。
急性増悪期のアウトリーチや相談	今後のケースによって検討。
ケアマネジャー等への助言	チーム員と主治医。
地域ケア会議への出席	このケースに基づき、今後を検討。

(4) 事業実施上の課題・留意点

- ・第一回目の会議なので、参集者の方から十分な意見は聞かれませんでした。ケアマネジャーさんからは、今まで関わっている中で、十分なサービス提供まで繋がっていないこともあったため、地域や病院も関わり、意見交換ができることは、とても助かることとの声が聞かれました。
- ・民生委員の方の中には、このような事業の対象になる方とは感じていなかったとの

声も聞かれました。今後の事業を勧める中で参集者から聞かれる声を大事にしていきたいと思っています。

(5) 具体的事例

事例 1
本人：自宅こそ活動の選択肢があるべきとお話。周りにいろいろと置いておくと、編み物など少しされるようになった。
家族：家族はちらかっていると思っけていても、本人には散らかったこの環境が安心してもらえる環境であることが理解できた。
事例 2
本人：自家用車の運転をやめた。
家族：薬を家族管理にした。転倒の恐れのある場所について注意と対策。
事例 3
本人：不安からの電話が減った。
家族：軽度の認知機能低下なのに生活できているということを少し理解された。
事例 4
本人：変わらず。
家族：本人とその夫の関係を上手に保ちつつ、まったくできないことは無理にはさせず、もう少しでできそうなことをできるようにサポートしている。

5. 静岡県・国保佐久間病院

(1) モデル事業実施体制

実施体制の 状況	組織名	佐久間地域連絡会
	既存組織の 活用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 既存の組織を活用 <input type="checkbox"/> 本事業のために新たに組成
メンバー (所属・職種等)		病院医師 2名 病院作業療法士 病院保健師 保健センター保健師 地域包括支援センターケアマネジャー 2名 社会福祉協議会職員 市協働センター職員 居宅介護支援事業所ケアマネジャー デイサービスセンター代表 民生委員 警察官
活用可能な地域資源		<input checked="" type="checkbox"/> 市町村の保健福祉部門 <input checked="" type="checkbox"/> 保健所・保健センター <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関： <input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input checked="" type="checkbox"/> 診療所 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科診療所 <input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センターや在宅介護支援センター <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス事業所： <input checked="" type="checkbox"/> 施設サービス <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス <input checked="" type="checkbox"/> 民生委員 <input checked="" type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input checked="" type="checkbox"/> 自治会・町内会 <input type="checkbox"/> 家族会 <input type="checkbox"/> 住民ボランティア <input type="checkbox"/> その他

(2) 認知症ケアに関する既存事業における課題

予防	既存サービス	・脳健康づくり教室・地区社協サロン
	課題	—
早期発見	既存サービス	・特定高齢者家庭訪問、地区社協サロン
	課題	・各活動を通して事例の確認ができた時点で情報共有、早期対応へと考えているが、認めない家族や対応への拒否がある場合に良い時期を逃してしまう事例もあり、離れている家族などへの啓発活動も検討すべきか。

相談支援	既存サービス	・各事業所にて随時相談支援
	課題	—
啓発活動	既存サービス	・認知症サポーター養成講座、サロン等にて講話
	課題	—
家族会支援	既存サービス	・包括支援センター『家族介護者教室』
	課題	・地域での支援には家族の協力は不可欠であるので、家族の意識を深めるためにも既存の『家族介護者教室』とも併せて家族会の充実を図りたい。

(3) 認知症初期集中チームを意識した場合の 地域での対応者ならびに対応の可否等

気づき	近隣、他からの情報は随時各機関に入るので、把握した機関の判断で何らかの対応を開始できる。
初回アセスメント訪問	情報を把握した時点でそのケースに応じて中心となる対応機関、対応者を決め、アセスメントしていく。
チーム員会議	連絡会議をその都度起こさなくとも、連携の流れでタイムリーな対応をし、会議で確認、共有、対策の検討をする。
認知症疾患医療センターとの調整	佐久間病院での診断となることがほとんどであるが、ケースや家族の希望によっては専門医への紹介を速やかに行なう。
チーム員による本人家族への説明とケア方針の作成	初回アセスメントの際にある程度の今後の方針を立てる。可能な限り早期より、家族と共に現状を認識できるように努める。
在宅初期集中支援の実施	初期から介入が可能。 訪問なども多方面から多様な支援が考えられる。
家族支援	本人への対応と並行して家族支援可能。
急性増悪期のアウトリーチや相談	増悪期はほとんどの場合病院受診されるため、病院での対応。
ケアマネジャー等への助言	依頼の有無に関わらず、助言や提案は主治医から可能。会議（ケース検討）でも、各機関からの助言・提案が得られる。
地域ケア会議への出席	各機関において可能。

(4) 事業実施上の課題・留意点

- ・前回のネットワーク構築をふまえて、一層の連携を高めて、認知症に関する対応ができるといい。
- ・認知症だけがこの地域の問題ではないが、地域全体への対応を考える機会になると思う。
- ・遠くの家族との関わりについて問題になることが多いので、各機関からどんな対応ができるのだろうか。
- ・高齢者や家族に対して、初期から終末に至る認知症の知識をうまく周知する方法が

あるか。

- ・認知症の発症をうまく受け入れられない家族への対応について、どのような工夫ができるか。
- ・どうしても施設利用を考えなければならないケースもある。 自宅→施設への流れを否定するのではなく、よい時期にうまく利用できるように各機関が認識する必要もあるのではないか。

(5) 具体的事例

事例 1
本人：意識の変化あり。当初は訪問に不信感があったが、娘や近隣とともに交流を続けて頼ってもらえるようになった。 家族（長女）：娘からの相談だったこともあり、ケアマネジャーとの関係もよく、見守りを続けることができている。 近隣からの苦情も出ていたケースだが、ケアマネジャーが民生委員と共に仲裁に入ったことで、近隣の協力も得られた。
事例 2
本人：意識の変化なし。主治医との信頼関係は良いが、他地域ということもあり、居住地のスタッフの受け入れはよくない。よそからの訪問には拒否的。 家族（夫）：意識の変化あり。妻の症状の進行が心配な上に妻への対応に悩み、介護への自信を失いつつあったが、思いを口にしたことで気持ちが楽になり、認知症についても興味を持ち、介護への自信を取り戻した。
事例 3
本人：意識の変化なし。自分の状況への認識があまりないが、息子が同居するようになり、安心感は得られた。 家族（長男）：意識の変化ややあり。入院を通して様々なスタッフが関わることができ、母親の現実に向き合うようになった。 介入当初の民生委員と保健師の対応により、よい支援の流れを作り出せた。
事例 4
本人：意識の変化なし。周囲が気づいて対応を始めたケースである。夫を介護する生活を励まし、見守っている状況。 家族：意識の変化なし。今後娘との同居が予定されているので、娘への支援も広げる。 夫の状態や介護への不安が大きくなりすぎないように見守っていく。

6. 香川県・綾川町国保陶病院

(1) モデル事業実施体制

実施体制の 状況	組織名	綾川町国民健康保険陶病院
	既存組織の 活用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 既存の組織を活用 <input type="checkbox"/> 本事業のために新たに組成
メンバー (所属・職種等)		病院医師 病院看護師 病院事務 地域包括支援センター保健師 地域包括支援センター主任介護支援専門員 地域包括支援センター社会福祉士 健康福祉課職員 ホームヘルパー 小規模多機能型居宅介護施設・介護支援専門員 老人介護支援センター・介護支援専門員
活用可能な地域資源		<input checked="" type="checkbox"/> 市町村の保健福祉部門 <input checked="" type="checkbox"/> 保健所・保健センター <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関： <input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input checked="" type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 歯科診療所 <input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センターや在宅介護支援センター <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険サービス事業所： <input checked="" type="checkbox"/> 施設サービス <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス <input checked="" type="checkbox"/> 民生委員 <input checked="" type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input checked="" type="checkbox"/> 自治会・町内会 <input type="checkbox"/> 家族会 <input checked="" type="checkbox"/> 住民ボランティア <input type="checkbox"/> その他

(2) 認知症ケアに関する既存事業における課題

予防	既存サービス	・いきいきサロン、いっぷく広場
	課題	・自治会単位でいきいきサロンを開催し参加を促し予防とケアを兼ねて取り組む。町内33箇所実施。
早期発見	既存サービス	・2次予防基本チェックリストの実施
	課題	・チェックリストでの発見のみでは自分から発信できない人は進行するまで放置される可能性がある。
相談支援	既存サービス	・地域包括支援センター

	課題	・地域包括支援センター、老人介護支援センター、社会福祉協議会。
啓発活動	既存サービス	・綾川まちかど劇団
	課題	・綾川まちかど劇団：平成20年度から活動開始。これまでに約15回くらい公演した。要請があれば認知症サポーターの養成をいきいきサロンや職場などで実施している。
家族会支援	既存サービス	・安心広場（月に一度開催での介護者の情報交換、悩みや気づきの共有、研修会等の開催）
	課題	・家族会としては組織化されていない。介護者の会として「安心広場」を月に1度開いているが参加者が少ない。

(3) 認知症初期集中チームを意識した場合の

地域での対応者ならびに対応の可否等

気づき	本人、家族、近隣者が自ら気づき対応策の相談として発信できる場合、民生委員、自治会長など地域の役を持つ人の気づき、医療機関、ケアマネ、その他専門職が気づく場合など気づきはさまざまな場合が想定される。気づいてどう動くかという問題がある。
初回アセスメント訪問	地域包括がケアマネ、本人、家族、医療機関などからアセスメントを行う
チーム員会議	集中チーム員として日ごろから決めておき、事例に応じて必要なチーム員を召集し対応方針を立てる。(チーム員案、包括職員、行政担当、社協権利擁護関係担当、ケアマネ、訪問計専門職(認知症対応のノウハウを持つ人、経験者) 通所系専門職(認知症対応のノウハウを持つ人、経験者) かかりつけ医、民生委員、介護予防サポーター代表者、その他ボランティアとし、ケアマネ、民生委員、医師は事例担当の者とする) 必ず役割分担を行ない、あいまいにならないように工夫する。チーム員会議は即対応することも重要であるので会議の形態は臨機応変なものとする。
認知症疾患医療センターとの調整	かかりつけ医、もの忘れ外来などの医師と連携、直接、対応策等について相談もあり。調整役は地域包括。
チーム員による本人家族への説明とケア方針の作成	事例により適切に対応することが望ましく、ネットワーク上、役割分担のときに説明者も全体で確認しておく。
在宅初期集中支援の実施	サービス担当者会議でさらにケア内容を確認、契約を行い、実施。
家族支援	家族会等の紹介、家族の休息、気分転換も考慮したケアプランを立てる。認知症に関するレクチャの実施、傾聴ボランティアの紹介等。
急性増悪期のアウトリーチや相談	専門職、インフォーマルのいかにかわらず、必ず、築けば発信する。包括やケアマネを窓口として想定。受診は必ず対応策の中に入れ込む。投薬の見直し、サービス利用の拡大等。
ケアマネジャー等への助言	必要に応じて集中支援チーム会議(地域ケア会議)を開き、対応策を検討。ケアマネへのスーパーバイズも実施、助言を行う
地域ケア会議への出席	地域ケア会議がはっきりと組織化されていないので日ごろは

	<p>困難事例等協議が必要と思われる事例があるごとに会議を開いている。その会議には包括職員が全員ではないが参加している。</p>
--	--

(4) 事業実施上の課題・留意点

- ・ケアマネ：初期はとても大事で検討の場があればケアマネは助かる。
- ・ヘルパー：人によって対応が違うのでいろいろな意見に触れたい。
- ・ケアマネ（地域密着型）：サービスを自分の事業所で完結しないといけない面がある。思うように本人と向き合えないこともある。サービス利用により本人がよくなってしっかりと家族とのトラブルが再燃することもあり、本人と家族の調子もむずかしいことがある。
- ・ケアマネ：ケアマネとして正しいと思っていることがあっても家族や本人がそのことを選ばなければ違う道を進んでしまうというジレンマがある。そのときのたとえば身近な存在があれば率直に助言するチャンスもあると思うのでケアマネだけでなくそれを伝えられる人がいると助かる。
- ・包括：初期には気づき、受診、サービス利用の3段階での適切な対応と工夫が必要である。どの段階も個別性にあふれるかわりにより適切な早期対応が実現できる。そのような観点からも初期対応チームは柔軟性をコンセプトとしてたとえば、メンバー時、場所等にこだわらず、迅速性と正しいアセスメントに基づく発想力が重要である。そして役割分担は必ず行うこと。
- ・事務局：認知症本人よりもそばにいる家族が精神的に追い詰められ、いっぱいいっぱいひとりで抱え込むこともある。高齢になってから認知症のことを学ぶのではなく若い世代から正しく学ぶ機会を持ち、心構え、知識を持つことが大切。現役で働く世代の人が家族に認知症の人を抱えたときにも必要以上に苦しむことなくスムーズにサービス利用等につなげていけるようになればいいと感じている。

(5) 具体的事例

事例1	<p>本人：自宅こそ活動の選択肢があるべきとお話。周りにいろいろと置いておくと、編み物など少しされるようになった。</p> <p>家族：家族はちらかっていると思っていても、本人には散らかったこの環境が安心していられる環境であることが理解できた。</p>
事例2	<p>本人：自家用車の運転をやめた。</p>

<p>家族：薬を家族管理にした。転倒の恐れのある場所について注意と対策。</p>
<p>事例 3</p>
<p>本人：不安からの電話が減った。</p> <p>家族：軽度の認知機能低下なのに生活できているということを少し理解された。</p>
<p>事例 4</p>
<p>本人：変わらず。</p> <p>家族：本人とその夫の関係を上手に保ちつつ、まったくできないことは無理にはさせず、もう少しでできそうなことをできるようにサポートしている。</p>

7. モデル事業に関与した方のご意見

(1) モデル事業開始時の問題意識

今回のモデル事業実施において、取組を開始するに当たり、参加した関係者から聞かれた意見は下記の通りであった。

【家族との関わり】

- ・認知症高齢者のケアに関しては、遠方に住む家族との関わりが課題となることが多いので、各機関からどんな対応ができるか。
- ・同居・別居問わず、認知症の発症をうまく受け入れられない家族への対応について、どのような工夫ができるか。
- ・認知症高齢者本人や家族に対して、初期から終末に至る認知症の知識をうまく周知する方法があるか。

【地域における見守りの必要性】

- ・近所付き合いのない方、高齢で引きこもりがちの方は地域から孤立しがちである。
- ・高齢者自身も地域の一員であることを自覚して、当事者同士の見守りや入院・長期不在時の連絡などの意識づけが必要。
- ・今後、高齢化がすすむにあたり、住み慣れた地域で安心して生活が続けられるためには、見守り活動は必要である
- ・気になる高齢者の発見にとどまらず、災害など万が一の時にも役立つ活動になると思われる
- ・認知症だけがこの地域の問題ではないが、地域全体への対応（まちづくり）を考える機会になると思う。

【各関係機関の連携の必要性】

- ・今後、見守りネットワーク活動は町内会が中心となっておこなっていくことになるが、息を長く活動を継続するために後方支援も必要である。
- ・見守りネットワークで発見された気になる高齢者について当事者が困っていない状況の場合、介入や支援の実施はインフォーマルな活動が中心となるが、その際の連携方法をどのように行うか。
- ・どうしても施設利用を考えなければならないケースもある。自宅→施設への流れを否定するのではなく、よい時期にうまく利用できるように各機関が認識する必要もあるのではないか。
- ・今まで関わっている中で、十分なサービス提供まで繋がっていないこともあったため、地域や病院も関わり、意見交換ができることは、とても助かる。

(2) モデル事業終了時の感想

～地域における認知症高齢者のケアが必要と感じたことがあるか～

アンケート調査にご協力くださった36名のうち、34名の方が「感じたことがある」という回答であった。

そして、「感じたことがある」34人のうち25人が、誰かにアドバイス等を求めたことが「ある」という回答であった。逆にアドバイス等を求めたことが「ない」とご回答下さった方は、民生委員が3人、施設の生活相談員、社会福祉士、ホームヘルパー、社会福祉協議会職員、臨床心理士がそれぞれ1名であった。

(3) 早期発見の難しさ

今回のモデル事業においては、早期発見に力点を置いてもらったが、その早期発見については、下記のような意見が挙げられていた。本人や家族が、認知症であることを認められないことが課題として多く挙げられていた。

【本人・家族の理解を得ることが難しい】

- ・本人はもとより家族が認知症であると思っていない、思いたくないことが多い中で、どのようにアプローチしていけばよいか。
- ・初期段階の認知症を発見することはなかなか困難である。家族が気づいた時や医療機関を受診した時にはすでに進行したケースが多いと思われる。初期認知症が発見され場合でも、家族が関わりを拒否する場合があります、介入しにくい。

【独居高齢者についての発見の難しさ】

- ・一人暮らしの方については何か問題があった場合、家族となかなか連絡が取れない。
- ・家族がいれば相談があるが、独居だと発見が遅れる

【早期発見・早期対応の必要性】

- ・近隣の方や本人が認知症であることに気付かず、進行することが多いと思う。また対応に困り、二次的問題に発展することも多いと思うが、一番接点のある関係者が相談する場所が必要。

【早期発見の効果】

- ・早期に気づけたケースについてはタイムリーに情報を共有しておくことで、問題が大きくなった際に、皆が同じ方向で支援できる。
- ・地域包括支援センター職員と訪問活動を行ったなかで、話を聞いて欲しいと思っている高齢者がとにかく多かった。介護負担やストレスのガス抜きの役割であったようにも感じた。いろんな発見も関係性ができてからこそ可能になると思う。

(4) モデル事業に参画して

多くの方が「気づきが多くなった」「各種機関の連携が重要」「今後も継続したい」という意見を挙げていた。

【気づきが多くなったこと】

- ・気づきの場面が多くなった。周囲からの連絡も多く入るようになった。

【連携体制の強化の効果】

- ・様々な職種と関わりをもつことで地域での対応がしやすくなった。
- ・多職種の関係を良好にすることで情報共有し速やかな対応等ができるようになった。今後は認知症に対する理解をより多くの人に周知し、理解を深めていく必要がある。
- ・民生委員など地域住民が参加することによって情報を得ることができ、情報を共有できたことは意義深かった。
- ・行政・包括などの機関だけでは、早期発見は行えない事を実感した。町内会や民生委員と協働して事業を進めた事で、関係者の他にも一般の住民から相談が来るようになるなど、地域といかにつながっていくかが重要であると再認識した。

【今後の継続意欲】

- ・深刻化する前に早期発見・早期対応を図っていけるネットワークが充実するとよい。
- ・認知症の知識を広げることで早期発見につながり、知ることによって対応ができるようになると、インフォーマルな力につながっていく。地域の幅広い方々が認知症を知ることによって、また相談窓口をつくることで、早期の対応につながり、安心して住める地域になる。
- ・医療・行政・福祉・地域の連携が普通にとれると「地域包括ケア」も夢ではない。

第4章

モデル事業実施地域に対する

ヒアリングの実施

1. ヒアリングの概要

(1) ヒアリングの目的

認知症高齢者ケア・ネットワークの構築に実際にお取組いただいた地域における、体制構築の過程や阻害要因等を把握することを目的として実施した。

(2) ヒアリングの内容

◎地域における関係機関の連携の仕組づくりについて

○地域における認知症高齢者のケアに関する課題・問題点

○認知症高齢者のケアに関する地域資源の連携状況

地域における早期発見・早期対応の仕組（もの忘れ外来等の有無・役割等）

連携体制の状況（関係機関・関係団体・関係職種等）

定期的な集まり等の有無とそこでの話題・中心機関

連携体制構築時の阻害要因と克服方法

連携機関間での情報の共有方法

新たに発生した課題・本来であれば連携したかったができなかった機関・団体等

◎モデル事業の結果について

○認知症高齢者及びそのご家族の反応

○関係者の反応

◎モデル事業を踏まえた今後の取組方針等について

(3) ヒアリング先

都道府県	施設名・協力施設	ヒアリング日時
北海道	京極町国保診療所	平成25年2月15日
富山県	南砺市民病院	平成25年2月12日
千葉県	国保鋸南病院	平成25年2月4日
静岡県	浜松市国保佐久間病院	平成25年2月21日
香川県	綾川町国保陶病院	平成25年2月4日

2. 北海道・京極町国保診療所

人口	3,811人	うち高齢者数 1,100人（高齢化率 28.9%）	※2010年国調
実施体制	新京極町内会 見守りネットワーク事業 ※本事業のために新たに召集		

（1）地域における認知症高齢者のケアに関する課題・問題点

認知症高齢者の早期発見の取り組みについて、基本チェックリスト等で二次予防対象者としての把握は行っているが、地域や近隣からの相談は少なく、認知症状が進行してから相談に至る事例も多い。他の地域でもみられることだろうが、地域や近隣の人は気が付いていても「言ってもいいのか分からない」、家族が認めたがらない、ということも背景にあると思われる。

見守りネットワーク活動を行う中で、医療機関、行政、地域包括支援センターそれぞれが把握している個人情報や地域住民とどの程度共有すべきか課題となった。

今回のモデル事業においては、町内にでも特に高齢化率が高い地区（40%を超える地区）を選定した。モデル地区において民生委員と地域包括支援センター職員で訪問してアンケートの聞き取りを行ったが、民生委員からは、住民が自分の地区担当の民生委員が誰なのか知らない中での訪問活動は少し大変だったとの意見があった。京極町では民生委員は、基本的には高齢者の訪問や見守りを行ってこなかった、必ずしも地域の中から選出しているわけではない、といった京極町特有の事情も大きく影響している。ただし、今回の訪問活動を機に訪問を継続している民生委員もいる。

（2）認知症高齢者のケアに関する地域資源の連携状況

医療機関、行政、社会福祉協議会だけでは気づきの目が行き届かないため、モデル地区の町内会では、見守り活動など地域で取り組んでいることを発信して、認知症も含めた気になる高齢者を早期発見に対して住民の意識を高めていくことが重要と考えている。

中でも社会福祉協議会は、町から地域包括支援センターや介護予防事業等の委託を受けているだけでなく、居宅介護支援事業所を運営していたり、地域ケア会議を主催していたり、さらには老人クラブの事務局も兼ねている等、高齢者と接するという意味では非常に多岐に渡るチャネル、広い視点を持っているので、認知症高齢者の早期発見において社会福祉協議会が果たす役割は大きいと言える。

医療機関では服薬の管理や検診などから認知症の早期発見システムを構築していくこ

とが可能かもしれない。診断については、事例に応じた個別対応が基本となるが、町立診療所である程度の判断が可能であり、必要に応じて隣町の精神科のある病院へ紹介する流れが基本になると考えられる。ただし現時点では、それを、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所とも連携したシステムにするまでには至っていない。

(3) モデル事業の結果について

①本人・ご家族の反応

今回は、認知症が疑われる高齢者をモデル事業の対象としたが、結果的には認知症でなかったり、地域包括支援センターからの介入を拒否されてしまった等の理由により、本人や家族の反応については把握できなかった。

ただし、訪問での聞き取り調査の結果から認知症が疑われた場合であっても、なかなか本人に会わせてもらえなかったり等、家族の心理的な壁は高いようであった。

②関係者の反応

町内会では、これから地域の高齢化が進み、認知症も含めて見守りを要する高齢者が増えることが予想されることに対して危機感を感じていたが、今回のアンケートを通して漠然と把握していた地域課題が明確になったという声があがった。

民生委員では、高齢化の危機感やネットワークの重要性の意見があり、訪問活動も継続中である。

しかし、地域でできることを検討したいとの考えはあるものの、民生委員や町内会役員の負担増強が懸念されたのも事実である。

地域包括支援センターでは、今回明らかな認知症高齢者の発見には至らなかったが、医療や介護に結びついていない高齢者が潜在化していることが分かり、見守り活動の有効性が検証されたと考えている。それぞれが役割分担しながら地域の高齢者を支える仕組みや働きかけが必要であると感じた。

(4) 今後の取組の方向性について

モデル地区でおこなった見守りネットワーク活動を全町的に展開していき、気になる高齢者の早期発見と地域の見守り体制構築を目指していきたい。そしてできる限り、地域包括支援センターを経由して、他の連携機関に繋げる仕組みをつくっていきたい。

また医療機関（町立診療所）では、普段かかっていない高齢者に検診などを行い、認知や体力など予後を推測していく取り組みも検討中である。

発見された認知症高齢者については、認知症疾患医療センターの受診は、距離的な問題が大きく、困難である。かかりつけ医が町立診療所の場合はスクリーニングが可能で、診療所でフォローしたり、隣町の精神科のある病院で精査する等、事例に応じた対応をとっていきたい。ただし、かかりつけ医が町立診療所以外の場合の対応について課題が残る。

(5) モデル事業における特徴 ～ヒアリングの結果から～

①地域における関係機関の連携の仕組づくりについて

これまで高齢者に接する機会の少なかった民生委員にも協力得た見守りネットワーク事業であり、訪問拒否等、困難な点もあったようであるが、実際、地域の方々の自宅を訪問して生活実態を知ったこと、関わりのきっかけができたことは、今後の見守り活動に向けて意味のある体験、活動であったようである。民生委員、町内会長の意識調査でも「気軽に話せる環境を作る、民生の名前を知ってもらう、地域での取り組みを知らせ、いかに意識を高めていくか・・・」等の意見もでており、今後の継続性・発展性が期待できる。

②地域における早期発見・早期対応への取組について

社会福祉協議会が、地域包括支援センターの運営、介護予防事業等の運営（町からの委託）、居宅介護支援事業等の介護保険サービスの提供、老人クラブの事務局、ボランティア活動支援等を行っており、多様なチャネルによって、認知症に気づく重要な機関となっている。また、町立診療所の院長が北海道の認知症のサポート医になっており、診断、治療が可能である。ただし、在宅で最も困難を感じる BPSD への対応において、医療機関間の連携がどこまでスムーズに行えるかは今度の課題である。

③今後の取組について

認知症への対応ではなかったが、知的障害がある息子さんとの二人暮らしで、ご近所の方も気にかけていたケースが、主治医からの発信により、社会福祉協議会、地域包括支援センター、行政が連携し対応したケースがあったが、病気を問わず、各機関の迅速な連携、対応は非常に大切であり、それが自然にできている地域でもある。このような基盤があることから、地域とも連携を図り積み重ねていくことが住民の見守り意識の向上にもつながるのではないかと。

また、本人・家族をはじめ、住民の認知症への理解を広げることを目的として講話会の実施等を通して、ネットワーク活動を展開していくことができるのではないかと。

3. 富山県・南砺市民病院

人口	54,995 人	うち高齢者数 17,632 人（高齢化率 30.1%）	※H25.1 末
実施体制	—		

(1) 地域における認知症高齢者のケアに関する課題・問題点

認知症高齢者をサポートするには、いかに早期発見を行うかが重要である。そのためには、かかりつけ医とケアマネジャー、住民等、地域の各種資源の連携が不可欠である。

南砺市では生活機能評価は7割程度の回収である。地域による差はあまりみられない。その中から、「もしかして」という方をピックアップして、実態把握に結びつける必要があるが、同時に、残りの3割の方がどのような方であるかの把握も重要である。

また、認知症であることを家族が認めないということは、他の地域でも同様であろうが、一人暮らし高齢者が増えていくと、認知症が疑われることについて誰も気付かない、というケースも増えていくと思われる。

2. 認知症高齢者のケアに関する地域資源の連携状況

地域において問題行動等がある方についての情報は、社会福祉協議会や民生委員、高齢福祉推進員、市内8箇所にある行政センター（市役所出張所の役割）を通じて、地域包括支援センターに報告されるようになっている。その報告をもとに、在宅介護支援センター等が実態把握を行っている。

また南砺市民病院においては、医師・臨床心理士・作業療法士から成る「もの忘れ外来」がある。年間100例ほどの受診があるが、そのうち、「問題なし」が12%、MCIが31%、軽度が35%、中度が20%、重度が2%という割合である。受診後の対応はケース・バイ・ケースであるが、介護サービスの利用が必要と判断される方については、病院内のケースワーカーがその橋渡しを行っている。

地域包括支援センターには、個別ケースについてのデータベースがあり、病院でのもの忘れ外来の受診状況等についても情報提供を受け、そのデータベースに記録を残すようにしている。ちなみにそのデータベースについては、当該ケースに関わった人しかみられない仕組みとなっている。

(3) モデル事業の結果について

①本人・ご家族の反応

自宅に訪問すると、病院での緊張感が薄れるためか、リラックスして話ができるようであった。

「自宅まで来てもらった」ということで、本人や家族には安心感を与えることができたようであった。

認知症のことについての説明についても、2回、3回と説明することで、家族の認知症に対する理解も深まったようであった。

②関係者の反応

認知症だからと言って、それまでの本人の役割を取り上げてしまうことは得策ではない。今回のモデル事業においては、本人の役割を全て嫁が担っていたケースがあったが、そのケースにおいては臨床心理士が「本人の役割」の重要性についてアドバイスをを行い、作業療法士が本人宅を訪問して様々なアドバイスを行う等、本人の生活環境や本人を取り巻く関係性をみた上でのアドバイスをを行うことができた。

家族に対して認知症に関する説明、特に医療的側面に関する説明をすることは非常に難しい。何か、説明時に使える資料があると、より説明がスムーズにいくのではないか。

(4) 今後の取組の方向性について

当地域における認知症ケアパスを考えてみたが、いくつか対応が困難なケースもあるようである。特に急性増悪期にフォローする機関が必要である。

また、近隣に認知症疾患医療センターがあり初期認知症の対応も行っているが、せっかくの地域資源を有効に活用するためにも、医療機関間の役割分担や連携内容を明確にし（認知症疾患医療センターと地域の「身近型」医療機関との連携、かかりつけ医ともの忘れ外来との連携等）、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等とその情報を共有することが、スムーズな対応に繋がるのではないか。

さらに、集中支援チームについては、メンバーは揃っていると思われるが、チームとしての働きかけが有効に稼動するのかが課題である（やってみないと分からないのではないか）。

(5) モデル事業における特徴 ～ヒアリングの結果から～

①地域における関係機関の連携の仕組づくりについて

人口約 5.5 万人に対して地域包括支援センターが 1 か所は少ないように思えるが、市内に 8 か所の在宅支援センターがあり、それらと連携をすることにより、地域全体にサービスを提供する体制が構築されている。また、市町村合併前の旧自治体それぞれに配置されている行政センターを窓口にする等、民生委員だけでは集まりにくい情報を、高齢者福祉推進員等も活用して収集するなどの工夫がなされている。

そして地域包括支援センターに、情報共有するシステムができあがり、関係者がアクセスできるよう、情報セキュリティも確保して進めつつあった点は大きな特徴である。

②地域における早期発見・早期対応への取組について

南砺市民病院の物忘れ外来では、医師・臨床心理士・作業療法士などの連携の元、多くの早期の認知症も診断・治療につながっていた。物忘れ外来から、居宅介護支援用に情報提供もされている点も、連携を進めていく上では重要な点となってくると考えられる。

今回のモデル事業で、病院のスタッフが、物忘れ外来受診者の自宅を訪問することで、今まで見えなかった生活が見えてきたようである。今後も全ての受診者に対して同じ取組を継続できるかどうかは、マンパワーとの兼ね合いもあるだろうが、新たな気づきにつながったという意味では、モデル事業における大きな成果でもあった。

地域包括支援センターと在宅介護支援センターとの連携、地域の行政センターと民生委員、高齢者福祉推進委員の連携、南砺市民病院の物忘れ外来とケアマネジャー等との連携等、地域の中に多くの連携体制ができあがっていることで、早期発見・早期対応につながっているようである。そのような顔の見える連携体制の構築に加え、情報共有するためのシステムが稼働し始めることで、今後、より一層の連携が進むことが期待できる。

③今後の取組について

今回のモデル事業において、認知症ケアパスの試案を作成したが、作成の過程で、例えば急性増悪期の対応が不十分である等、新たな課題も発見することができた。今後、周辺の医療機関、認知症疾患医療センター、短期治療機関との連携体制を整理し、ともに、地域の介護施設等との連携体制もより一層強固なものとしていく必要がある。

4. 千葉県・国保鋸南病院

人口	9,057人 うち高齢者数 3,373人（高齢化率 37.2%） ※H24.1.1
実施体制	鋸南病院認知症の者と家族の支援サポート事業 ※既存の組織（鋸南病院在宅療養等意見交換会）を活用

（1）地域における認知症高齢者のケアに関する課題・問題点

認知症高齢者の場合、高齢者単身世帯や高齢者のみ世帯（老々介護）、また同居家族がいても介護力が十分でないケースが多い。

「家族が認知症」とは認めたくない傾向がある（モデル事業においても取組に抵抗感があった）。

特に病識がない一人暮らし高齢者の場合は、関わっている医療・福祉の関係者が「気づき」ができて、遠方に住む家族には認知症であることの理解や受入ができない。したがって、何か起きてからの対応となりがちである。

記憶力や判断力が低下しているため、悪徳商法等に被害を受けやすく、成年後見制度の手続きもスムーズにいかないケースもある。

（2）認知症高齢者のケアに関する地域資源の連携状況

国保病院にもの忘れ外来はないものの、早期発見・早期対応の仕組みとしては大きく下記の流れが確立している。

- ①医療機関において、介護予防や介護保険サービスが必要であると判断した場合は、受診時に直接、本人（家族）に紹介したり、地域包括支援センターに情報提供を行い、対応を依頼する（受診回数が必要以上に多い等）。
- ②地域包括支援センターにおいては、本人・家族や近隣者、民生委員、医療機関等からの相談に応じ、必要に応じて医療機関に情報提供や対応を相談している。
- ③地域包括支援センターが関与している介護予防事業や地域の自主グループ活動としての一次予防事業において、認知症の疑いのある高齢者がいる場合には、地域包括支援センターに情報提供し、対応を依頼する。

今回はモデル事業としての取組であったが、以前から、病院のケースワーカーや地域包括支援センターと、福祉関係者、民生委員等との連携は密に行われてきたという土壌がある。

町内に精神科医がないので、周辺症状の激しい場合には専門医との連携が必要である。これまでは、家族等の希望があれば紹介状を書いていたが、今後は医療機関からの働きかけも必要かもしれない。

(3) モデル事業の結果について

①本人・ご家族の反応

本人の意識の変化の有無、ご家族の意識の変化の有無は様々であったが、モデル事業において関係職種と関わることによって、「相談できる相手（ケースワーカー等）ができてよかった」「激しい周辺症状の際の対応方法を聞くことができてよかった」「本人の状態を知り必要な方向性を考えられるようになった」等の感想が聞かれた。

②関係者の反応

これまで、外来において「気づき」があっても、対応できる時間が限られていたため、十分な情報提供ができていなかった。そこで、今後は簡易な連絡用紙を作成し、外来からケースワーカー、必要に応じて地域包括支援センターに情報を伝達していくこととした。

病院スタッフや地域包括支援センタースタッフ、民生委員、社会福祉協議会、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、介護サービス事業所等で地域ケア会議を構成したが、情報交換が進む中で多くの情報提供がなされた。

参加者の大半がこのような地域ケア会議の必要性を感じているので継続していきたい。

(4) 今後の取組の方向性について

医療機関や介護サービス、各種教室との関わりがない（薄い）高齢者については、早期発見は難しい。地域における住民だけの活動が一つのルートにもなりえるので、そういった活動への関わりも大切にしていきたい。

地域ケア会議は継続していきたいが、国保病院以外の医療機関とも関わりをもっていきたい。

その際、国保病院以外の医療機関との連携については、国保病院長がその中心となって情報収集・情報提供を行っていきけるよう、調整していく予定である。

また、介護予防事業にも力を入れてきたが、その効果もあつてか、直近の要支援・要介護認定者について介護予防教室への参加の有無による認定状況の違いをみると、介護予防教室に参加経験のある認定者の方が認定結果は軽い、また平均要介護度も大きな違いがある等の傾向がみられる。

	予防教室参加への参加状況			
	人数		構成比	
	参加無	参加有	参加無	参加有
要支援 1	33	1	5.4%	6.3%
要支援 2	62	5	10.1%	31.3%
要介護 1	107	3	17.5%	18.8%
要介護 2	144	5	23.5%	31.3%
要介護 3	94	1	15.3%	6.3%
要介護 4	102		16.6%	0.0%
要介護 5	71	1	11.6%	6.3%
総計	613	16	100.0%	100.0%
平均要介護度	4.30	3.25		

※平均要介護度は、要支援 1=1、要支援 2=2、要介護 1=3、要介護 2=4、要介護 3=5、要介護 4=6、要介護 5=7 で加重平均した結果である。

さらに同じく要支援・要介護認定者について、認知症自立度の状況をみると、「自立」については、予防教室への参加が無かった認定者の方の割合が高いが、「I」について、さらに「自立」と「I」の合計については、予防教室への参加があった認定者の方の割合が高くなっており、この結果からも、予防教室の効果が出ていると考えられる。

	予防教室参加への参加状況			
	人数		構成比	
	参加無	参加有	参加無	参加有
自立	117	1	21.6%	16.7%
I	163	6	30.1%	50.0%
II a	50	1	9.2%	8.3%
II b	79	2	14.6%	16.7%
III a	60	1	11.1%	8.3%
III b	22	0.0%	4.1%	0.0%
IV	39	0.0%	7.2%	0.0%
M	12	0.0%	2.2%	0.0%

(5) モデル事業における特徴 ～ヒアリングの結果から～

①地域における関係機関の連携の仕組づくりについて

既存の組織を基礎として、民生委員など、地域に関わっている立場のメンバーを加えることで、より幅広い情報を得られる仕組となっている。

②地域における早期発見・早期対応への取組について

介護予防健診が集団健診方式で行われているため、保健師が直接受診者と接することができ、医師以外の視点が加わった気づきの場となっている。

また、介護予防教室や自主的な住民活動も、早期発見の手掛かりとなっている。

③今後の取組について

今回のモデル事業への取組を踏まえ、病院内での「ちょっとした気づき」を連絡票を通してケースワーカーに伝え、さらに地域包括支援センターに伝える仕組を構築する予定となっており、有効に機能することが期待される。

また地域ケア会議を、事業所間横断的に開催して取組を広げようとしていることも、今後の発展が期待される。

5. 静岡県・国保佐久間病院

人口	4,488人 うち高齢者数 2,276人（高齢化率 51.2%） ※H24.10.1
実施体制	佐久間地域連絡会 ※既存の組織（地域の高齢者に関する情報・課題の共有・連携した支援・解決を目標とする）を活用

（1）地域における認知症高齢者のケアに関する課題・問題点

独居高齢者や二人暮らし高齢者が多いため、遠方の家族とも早期に関わりたいが、なかなか交流ができないケースが多い。

また、認知症であることを本人が認めたくない場合や家族が認めたくない場合には介入が困難であり、大きな問題が起こりがちである。特に早期においては本人も家族も神経質になっていることが多いので、配慮しながらの支援が必要である。

（2）認知症高齢者のケアに関する地域資源の連携状況

早期発見については、家族や地域（商店等も含む）からの「気づき」が、行政の保健師・民生委員・地域包括支援センター・協働センター（行政の出張所機能を有する）に持ち込まれることが多いが、それらの情報の多くは地域包括支援センターに集約されており、地域における多くのチャンネルでの「気づき」が可能となっている。

また、脳の健康づくり教室等、地域における集落単位での自主的な活動も活発であり、そのような活動も、「気づき」の場となっている（余談：高齢化率 100%という自治区も存在する）。

地域包括支援センターや居宅介護支援事業所、行政の保健師が、本人や家族に医療機関（佐久間病院）への受診を促し、その情報は佐久間病院の支援室に、支援室から医師に提供されている。したがって医師は、事前に様々な情報を得ている。逆に通常受診の際に、医師のほうで「気づき」があった場合には、支援室が関わり、行政の保健師や地域包括支援センター等に対して対応を依頼する。

このように、相談が持ち込まれた機関の判断で、中心になって関わるべきスタッフと調整して認知症高齢者本人や家族との関わりが開始され、情報を共有し、連携して対応している。

なお、佐久間病院にはもの忘れ外来はないが、認知症が疑われる高齢者に対しては長

谷川式等で認知機能を測ったり、場合によっては、CTやMRIによる検査も行っている。ただし、特殊なケースについては精神科を有する専門病院に紹介することもある。ちなみに認知症疾患医療センターとの関わりはない。

情報の共有の場の一つに、月2回開催される「在宅ケース検討会」がある。これはすでに20年程度続いている会議で、佐久間病院スタッフ、行政の保健師、社会福祉協議会、地域包括支援センター、そして介護保険事業所（居宅、施設、居宅介護支援事業所）が参加している。高齢者一人ひとりのカルテを作成しており、ケアマネジャーが担当しているケースについての報告や、出席スタッフからの情報提供、相互アドバイス等が行われている。

また認知症に限った対応ではないが、北遠地域で共通の「医療福祉相談用」というFAXの連絡票があり、ケアマネジャー、保健師と医師が情報共有することに役立っている。

（3）モデル事業の結果について

①本人・ご家族の反応

様々なスタッフと関わることで、本人や家族、特に家族には安心感を与えることができたようであった。

失いかけていた介護への自信を取り戻したり、自分の親の状態に関する現実に向き合うようになった家族もあった。

また認知症の場合は、問題行動により近隣に迷惑をかけるケースもあるが、ケアマネジャーや民生委員が仲裁に入ったことにより近隣からの協力が得られるようになったケースもあった。

②関係者の反応

地域における連携については、これまでも取り組んできたことであるが、認知症に限ると、その疑いがあることや初期の状態を本人や家族に理解してもらうことが非常に難しい。特に遠方に住む家族との調整が困難である。ただ、電話ではなく手紙で状況を説明すると、必ずといっていいほど、先方から連絡がくる。

早期対応のケースに限らず、会議において情報を共有することは、地域で支援するためには重要であることが再認識できたので、今後、連携を一層強くしていきたい。

(4) 今後の取組の方向性について

このように、関係機関・関係者間の連携体制については構築されており、また「気づき」に関しても地域からの相談が持ち込まれるようになってきているが、本人や家族にはさらに正しい知識をもってもらうことは課題として残っている。

また、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所、医療機関、各種サービス等との関わりがある高齢者については、地域における各種のチャンネルでの「気づき」が可能であるが、そうでない高齢者についての「気づき」をどのように拾い上げていくのかも課題である。

(5) モデル事業における特徴 ～ヒアリングの結果から～

①地域における関係機関の連携の仕組づくりについて

佐久間病院の支援室の保健師および医師、地域包括支援センターの保健師およびケアマネジャー、保健センターの保健師、居宅介護支援事業所のケアマネジャー、社会福祉協議会、民生委員など、多くの職種、立場の方の連携が良好である。特に専門職間のネットワークについては、時間をかけて創られてきて定着しており、情報共有、役割分担、協働がスムーズに行われている。

さまざまな職種や、地域の方がお互いに見守りあって、認知症の初期と思われるケースの情報が入ってくるチャンネルが多方面に張り巡らされているおり、それが意識的でなく自然にできている。

また、社会福祉協議会が地域主体で行っている「安心ネットワーク事業」で定期的訪問する活動は、定期訪問が必要な人を把握する点、継続訪問する事で変化に気づき対応ができる点で重要な取組であろう。

さらに、主治医の判断がもらえなくて在宅生活支援計画に支障が起こる場合が少なくないが、ここでは主治医に相談するための FAX 送信票が活用されている。簡潔な様式である点、佐久間病院においては支援室が主治医との間を仲立ちし、すぐに返答がなされている点が優れている。地域の医師との関係でも活用され、地域包括支援センターなど地域生活支援に役立っている。

②地域における早期発見・早期対応への取組について

脳健康づくり教室などの介護予防事業から、地域の集落単位の自主的な活動につながっており、その活動が地域でのお互いに見守りになったり、認知症の早期の方の情報

が保健師さんや地域包括支援センターに繋がるチャンネルになったりもしている。

また、認知症の疑いのある方の家族が遠方に居た場合の介入が難しいが、この地域では、地域包括支援センターのケアマネジャーが家族いきなり電話をするのではなく、手紙を書いて、受診の必要性などについて懇切にお伝えするようにしている（必ず家族から電話がもらえるとのこと）。

多くのチャネルを通して、認知症の疑いのある高齢者を発見した際には、本人をどのようにして医療機関につなげるか、またどのようにして多くの人と情報を共有していくか、ということを考えて関係者が動いている。

③今後の取組について

どの地域でも言えることであろうが、独居高齢者世帯や高齢者のみ世帯が増加していく中で、遠方に住む家族が認めたがらないケースや、一人暮らしでどうアプローチしていいか難しいケース、同居中であってもその家族が高齢者本人の認知症にあまり関わりあおうとしないといったケースも増えてくるはずである。そのような場合に、どう連携して解決に向かっていくかが共通の課題であるが、この地域では、これまでの取組を活かして、家族への手紙で状況を伝えたり、時間をかけて関係性を作り上げていたりしている。

今後は認知症の正しい知識の提供や住民教育がもっと進めばいいのかもしれない。

6. 香川県・綾川町国保陶病院

人口	25,165 人	うち高齢者数 7,318 人（高齢化率 29.1%）	※H25.1.1
実施体制	— ※本事業のために新たに召集		

（1）地域における認知症高齢者のケアに関する課題・問題点

要支援・要介護高齢者が高齢者の約 2 割と高い傾向にある。これは、香川県の特徴として、介護保険を申請する際に、先に主治医に意見書を書いてもらい、それを持って窓口申請に行くという風潮があることが影響している可能性がある。

認知症予防の取組として、自治体でいきいきサロンを開催しているが、いきいきサロンがあるのは町内 400 自治体のうち 33 箇所だけである。2～3 の自治体でひとつのサロンを開催していることもあるが、全自治体の 1/4 程度の高齢者にしか機会が与えられておらず、サロンのある地域とない地域の差があると感じている。

家族の会としては組織化されていない。介護者の会として「安心広場」を月に 1 度開いているが参加者が少ない。

認知症サポーターの育成に力を入れており、グループワーク等を取り入れた、密度の高い育成を行っている。月 1 回の育成講座を 6 / 8 回以上出席しないと、サポーターとして認定されないこととなっている。サポーターで運営委員会を設置し、認知症の啓発活動「綾川まちかど劇団」や「お話ボランティア」「資源マップ作成」「いっぷくひろば運営」など様々な活動を展開している。

綾川まちかど劇団という認知症啓蒙の劇を行う活動がある。平成 20 年度から活動を開始し、これまでに約 15 回公演した。要請があれば認知症サポーターの養成を兼ねて、いきいきサロンや職場などで実施している。

（2）認知症高齢者のケアに関する地域資源の連携状況

基本チェックリストの回収率が 77.6%と高い。そこから、認知項目に該当する方について、地域の事業や地域の活動、受診の勧めなどの対応をとる。認知項目に該当する方は回収数の 2 割ほどである。

県独自に研修を行い、県に登録された「もの忘れ相談医」が町内に 3 人いる。陶病院の大原先生も相談医である。陶病院にももの忘れ外来は設置されていないが、認知症の疑

いがある患者や、物忘れに不安をもつ患者は、看護師などが誘導して、大原先生に診てもらおうようになっている。陶病院のものわずれ相談医についてウェブ上でしか広報はしていないが、町内の高齢者は、何かあれば陶病院に来るといふ方が多いので、特に問題は感じていない。

認知症疾患センターは県内に6か所あるが、恒常的に混んでいることや、精神科を標ぼうしており、通院への心理的な壁があるため、あまり受診していない。

地域資源の連携を図ろうとすると、個人情報保護を盾にされ、立ち止まってしまふことが多い。特に民生委員が地域の高齢者についての情報に気づいていても、包括など外へ相談しにくいと感じられていたり、地域の方に協力を求められなかったり、ということが起きているようである。

(3) モデル事業の結果について

①本人・ご家族の反応

家族は認知症を疑わなかったり、認知症ではないでほしいと願っていたりすることにより、受診が遅れてしまったと振り返っていた。最近ではテレビで認知症について取り上げることが多くなつたため、認知症に対する理解も深まったようである。

②関係者の反応

モデル事業を補完する目的で、関係職へアンケート調査を実施した。72名から回答があつた(ケアマネジャー25名、ホームヘルパー17名、訪問看護師2名、通所サービス系職員17名、ボランティア11名)。

集計した結果、認知症の初期のフェーズを「気づき～相談」「相談～受診」「受診～サービス利用等」という3フェーズに分けた方がよいと感じた。また、初期の段階ではケアマネジャーに、実際のケアを提供する時点(日常在宅ケアⅠⅡなど)ではホームヘルパーや通所サービス系職員に、認知症発見や認知症への対応ノウハウが蓄積しているようであった。実際のノウハウを初期の時点から取り込むために、初期集中支援チームにホームヘルパーや通所サービス系職員に入ってもらふ意義があるのではないかと感じた。

アンケートの自由記述を讀んでいくと、初期の対応としてうまくいった事例には、本人・家族がキーパーソンとして多く記述されていた。本人や家族に知識があれば、認知症高齢者へうまく接することができ、外部への早期の相談が実現する傾向にあるようであった。

(4) 今後の取組の方向性について

早期対応には、家族や地域の認知症に対する理解が必要だと実感している。

厚労省の提示しているケアパスでは、認知症初期集中支援チームが中心に据えられているが、そもそも認知症への気づきから相談するまで、相談から受診するまで、というもっと前の段階が鍵になると感じている。また、初期ではなく、認知症の節目の段階で支援の方向性を検討する、「認知症集中支援チーム」というチームがあってもよいのではないか。そのような支援チームには、介護系の職員だけではなく、かかりつけ医や訪問看護師など、医療職も関与するのが理想ではないかと思う。

(5) モデル事業における特徴 ～ヒアリングの結果から～

①地域における関係機関の連携の仕組づくりについて

認知症サポーターも兼ねて介護予防サポーターとして多角的に養成されており、認知症も含めた啓発やサロン活動、介護予防活動など、地域活動の担い手となっている。

小規模自治体においては、多種多様な人材育成を行っても担い手は限られており、活動そのものもリンクする部分が多いことから、このような取組は有効であろう。

②地域における早期発見・早期対応への取組について

早期発見のスクリーニングとして基本チェックリストが活用されている。実施率も77.6%と高く、そこから認知項目に該当する方（回収数の2割ほど）について、個別に地域の事業や地域の活動、受診の勧めなどの対応を取っている等、基本チェックリストを有効に活用している。

また、陶病院院長も含め、県に登録された「もの忘れ相談医」が町内に3人おり、陶病院がかかりつけの住民・患者については、認知症の疑いがあったり物忘れに不安をもつ場合は、院長がチェックするようになっている。

③今後の取組について

「いきいきサロン」は町内にある約400自治会のうち33箇所だけにしかない。行政側としては立場上、各自治会にサロン設置を呼びかけることしか出来ず、設置するかどうかはその自治会に任されている。この活動をいかに町全体に広げていくかが課題となっている。

また、全国どこの地域にもある問題ではあるが、個人情報保護を盾に情報交換等を拒絶されると、民生委員が把握しても直接行動を起こすことが難しい。この壁をどうクリアしていくかという点は、全国的な課題であろう。

第5章

地域における認知症ケアの 方向性と課題

1. 地域における認知症高齢者のケアにおける課題

(1) 過去のモデル事業等で指摘されてきた課題

過去に当会が行った調査においては、アンケート調査では、地域で認知症高齢者を支える仕組、認知症ケア・ネットワークが構築されている地域は全体の約3割にとどまっており、構築に当たっての課題としては、

- ①地域における担い手となる専門職が不足している。
- ②一般住民の認知症に対する理解が不足している。
- ③地域における一般住民の担い手が不足している。

が上位を占めていた。

また、同調査でモデル事業を実施した地域において、モデル事業の実施過程で浮かび上がってきた課題としては、上記の他、

- ④関係機関による温度差等の調整。
- ⑤早期発見の場合の相談支援体制。
- ⑥個人情報保護の問題。

が挙げられた。

(2) 今回のモデル事業においてみえてきた解決の方策

今回のモデル事業は、必ずしも上記の課題の解決のみを目指したものではなかったが、取組過程において、いくつかの解決のための方策もみえてきた。

①「顔の見える関係」の構築

認知症高齢者を支えるための地域での連携体制の構築は、決して「認知症」のみを目的としたものではなく、認知症をキーワードとした地域づくりという機能を有している。モデル事業を実施した地域の中には、これまでケア会議やケアカンファレンス、サービス担当者会議等、専門職による集まりはあったものの、多種多様な関係機関・関係団体・関係者が「集まり」「顔を合わせる」ことまでは取組が進んでいなかった地域もあった。

しかし今回、モデル事業への取組によって、これまで関係の薄かった関係機関等にも声をかけ、地域住民とも協働することによって、地域における課題の共有化を図り、相互に、もしくは個人個人が果たしうる役割等を検討することにより、相互に顔の見える関係が構築され、それぞれが把握可能な（把握している）情報を共有していく方向性がみえてきた。特に地域資源の少ない中山間地域においては、専門職が少ないが故に、相

互に役割分担を図っていくことは、専門職不足を補うだけでなく、地域の担い手の育成にも繋がる取組としての意義は大きい。

また、そのような「顔の見える関係」を構築することにより、関係機関の温度差を薄めることになるだけでなく、それを元にした取組、例えばファックス連絡票のような情報伝達手段の効果的な導入にも繋がっていた。

②連携における中心的機関の必要性

モデル事業を実施した多くの地域では、中心となる機関・団体等が存在しており、そこを中心とした取組の推進、特に情報の集約ならびに適切な対応につなげていた。そういった役割を果たす機関があるからこそ、早期発見の際の対応がスムーズに進んでいるようであった。情報が集約された機関において、次にどこにつなげればよいのか（見守り活動、介護予防教室、病院への受診等）を判断し、その情報を連携先に伝達することで、適切な早期対応が可能となっていた。

もちろん、そういった中心機関が取組の中心となることは必要であるが、そのような機関だけで全てをカバーすることはできない。特に中山間地域においては、社会資源が少ない、専門職が少ないといった状況がある中、中心となる機関をサポートする体制も必要である。

認知症高齢者への対応においては、本人の状態の変化に応じて、地域において一貫した取組が不可欠である。気づきの時点、初期の時点、そして問題行動もみられる中期から後期の時点それぞれで、関わりの目的や関わる職種・メンバーは段階的に変化していくことも多いが、地域における連携体制が構築され、情報や問題意識が共有されていることで、地域における一貫した取組が可能となるはずである。そのためにも、上記のような「顔の見える関係」の構築が不可欠であろう。

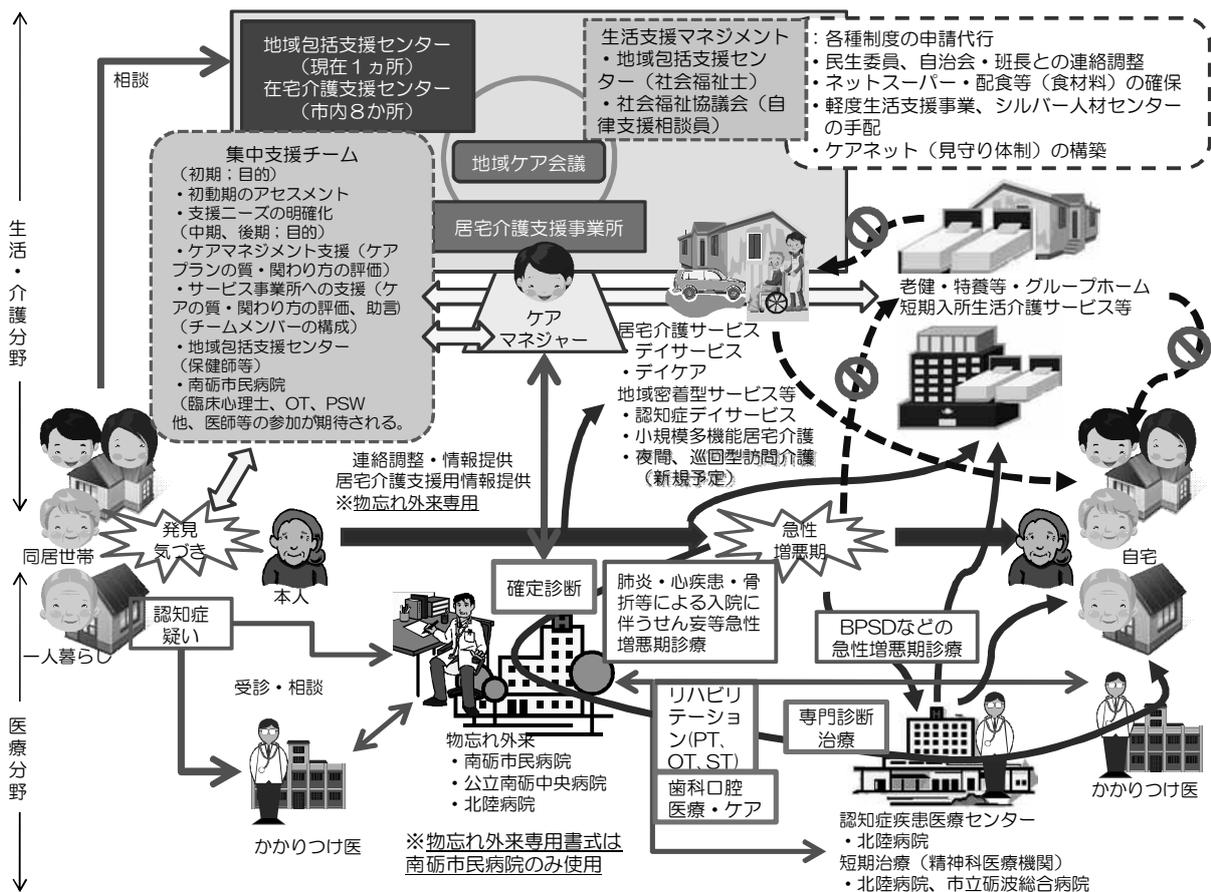
今回のモデル事業は、現在、国が進めている「地域包括ケアシステム」が一定程度進められている、国保直診の所在地域で実施された。したがって、中心となる機関は国保直診であることが多かったが、だからといってそれ以外の地域で取組が困難な訳ではない。国保直診がこれまで進めてきた「地域包括医療・ケア」の考え方のベースがない地域においても、関係性の構築といった地道な取組から始めることにより、同様の連携体制が構築できるものと考えられる。

2. 認知症高齢者ケアに向けた地域資源の連携のあり方

今回のモデル事業においては、国が「今後の認知症対策の方向性について」で示している取組について、実際にどのような対応が可能か、という視点も踏まえ実施し、最終的にいくつかの地域において、「認知症ケアパス」の作成を試みた。

(1) 南砺市民病院

認知症ケアの流れを考えていく中で、認知症ケアについては一貫したケアが必要であることから、「初期集中支援チーム」だけでなく、段階的に関わる職種等が変化する「集中支援チーム」が必要であること、また地域資源を洗い出した結果、急性増悪期における対応において地域資源が不足しており、その対応が必要であるという課題も浮かび上がった。



(2) 佐久間病院

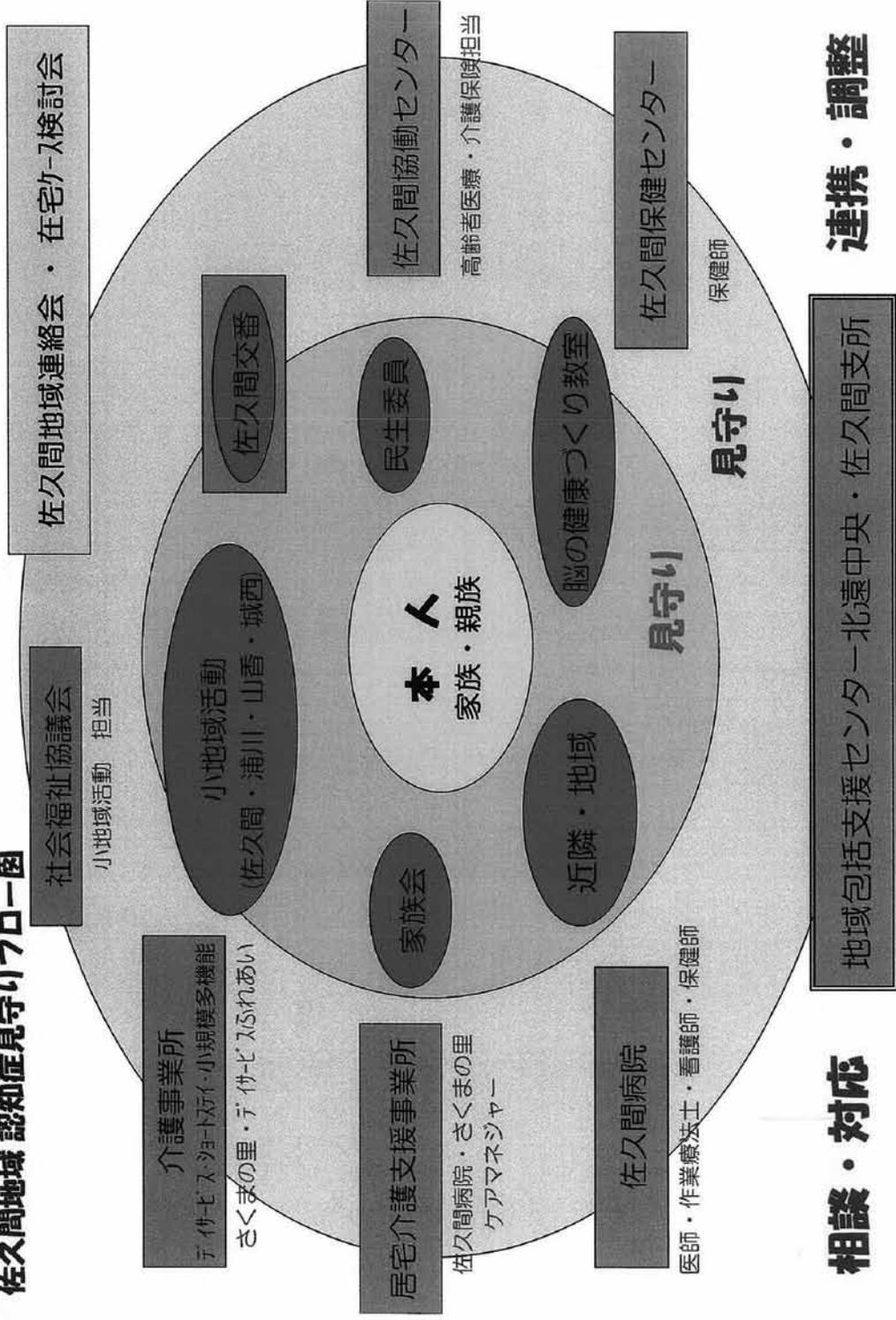
まず見守りのための地域資源を重層的にイメージした。その結果、本人に対する身近さと、個人情報に関する守秘義務の有無によって、大きく二つの円が描くことができた（見守りフロー図）。

さらにそれらを基本とし、情報を佐久間病院に集約し、そこで診察を行い、必要に応じて専門病院につなげる流れを構築することができた（認知症緊急時対応フロー）。

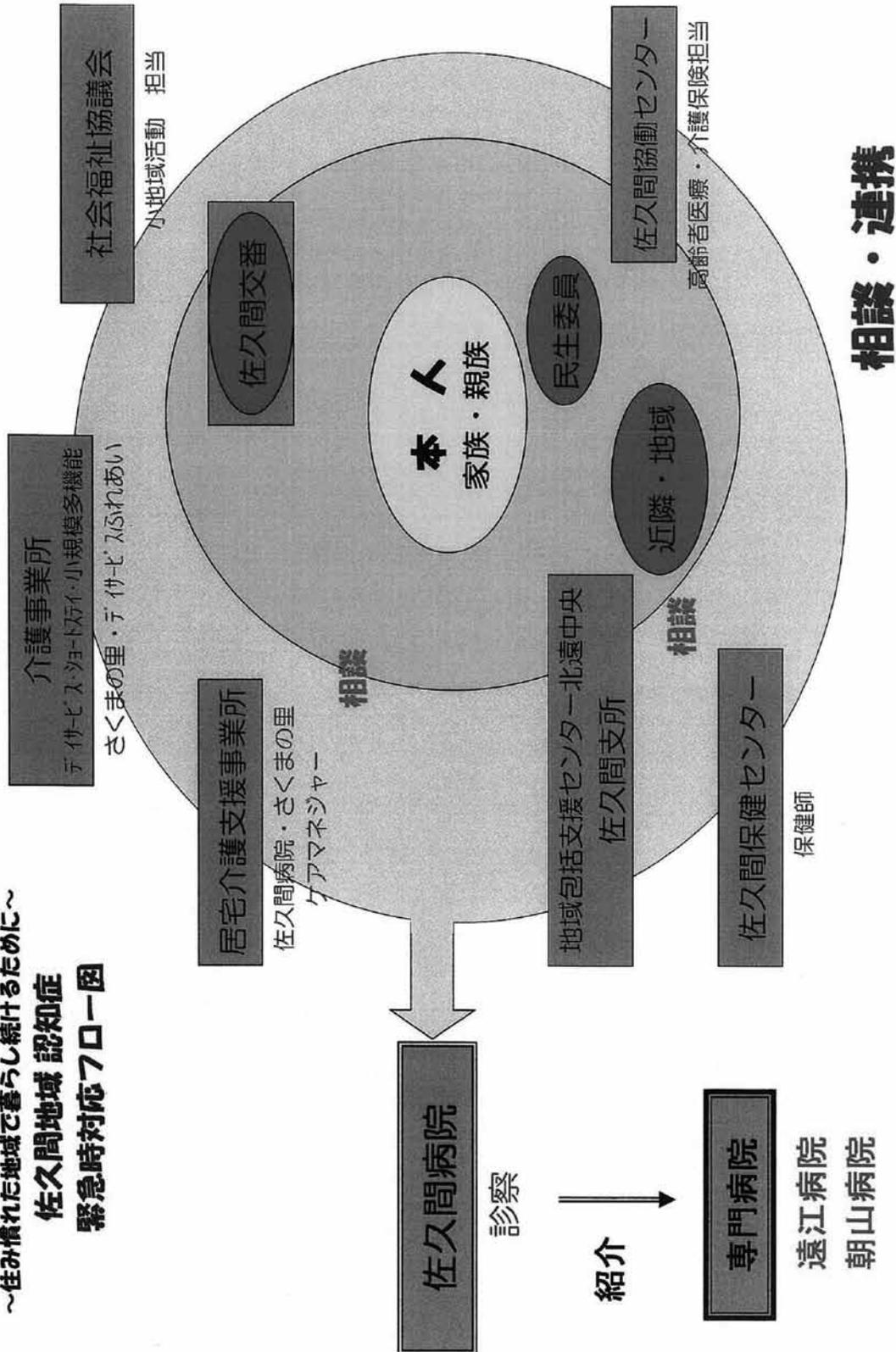
また、従来から用いていた情報連絡票も有効に活用していく。

～住み慣れた地域で暮らし続けるために～

佐久間地域 認知症見守りフロー図



～住み慣れた地域で暮らし続けるために～
佐久間地域 認知症 緊急時対応フロー図



相談・連携

※個人情報につき、誤送信厳禁

【FAX送信票】 北遠地域 医療・福祉相談用

平成 年 月 日

(機関・事業所名)

 (所属)

 (宛名) _____ 様
 (送信先FAX)

※送信前に番号を再度確認してください。

(機関・事業所名)

 (職種)

 (氏名)

 (連絡先TEL)

 (返送先FAX)

※送信前に番号を再度確認してください。

対象者氏名		生年月日	M・T・S 年 月 日	性別	男・女
住所					

相談・意見	返答意見
	(記入日) 平成 年 月 日
	(記入者氏名)

※情報提供に関する本人・家族の了解をいただいています。

【在宅医療連携拠点事業】北遠地域

(3) 陶病院

まず本人を中心とした、地域資源の有無を確認することが必要と考えられる（地域資源チェックリスト）。その上で、認知症の段階によってどのような関わりが必要か・可能かを確認していくことになるが、特に気づきから診断にかけては、細分化した流れを想定しておくことが必要であると考えている（認知症ケアパス）。

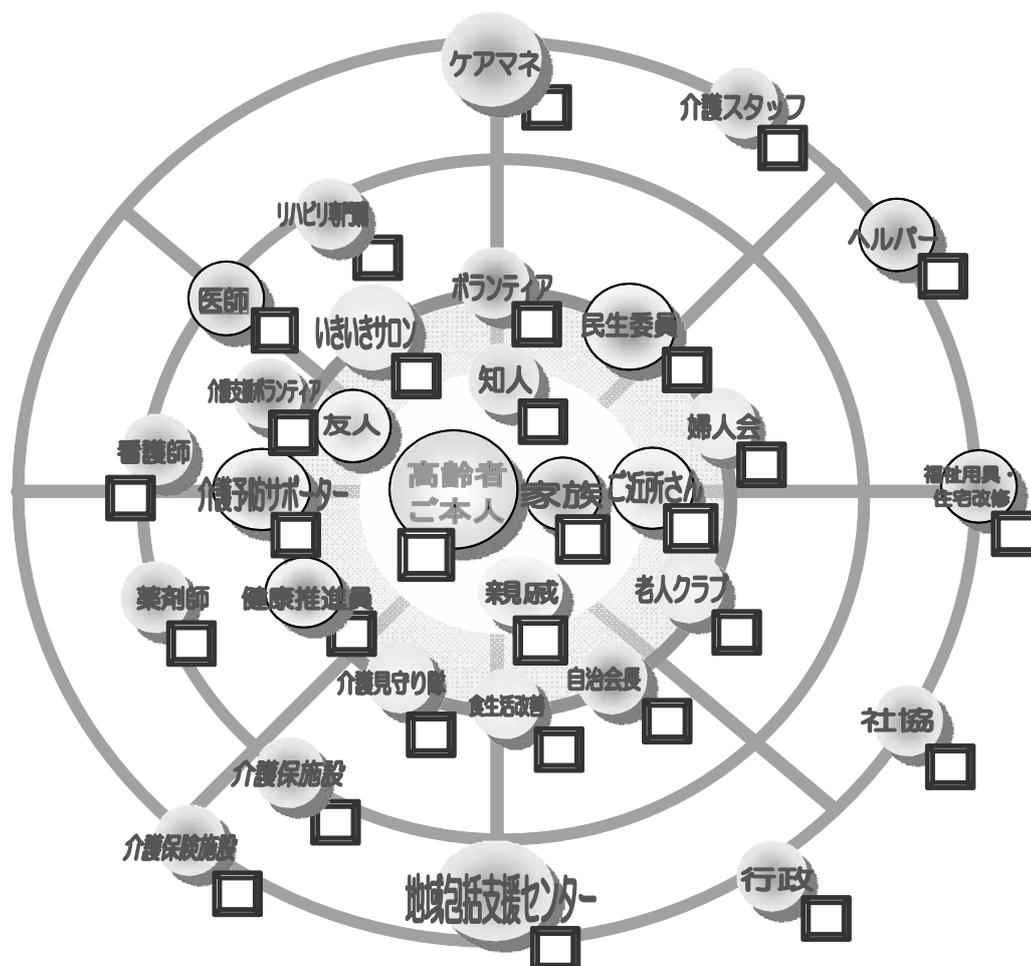


えがおでいきいき支えあい

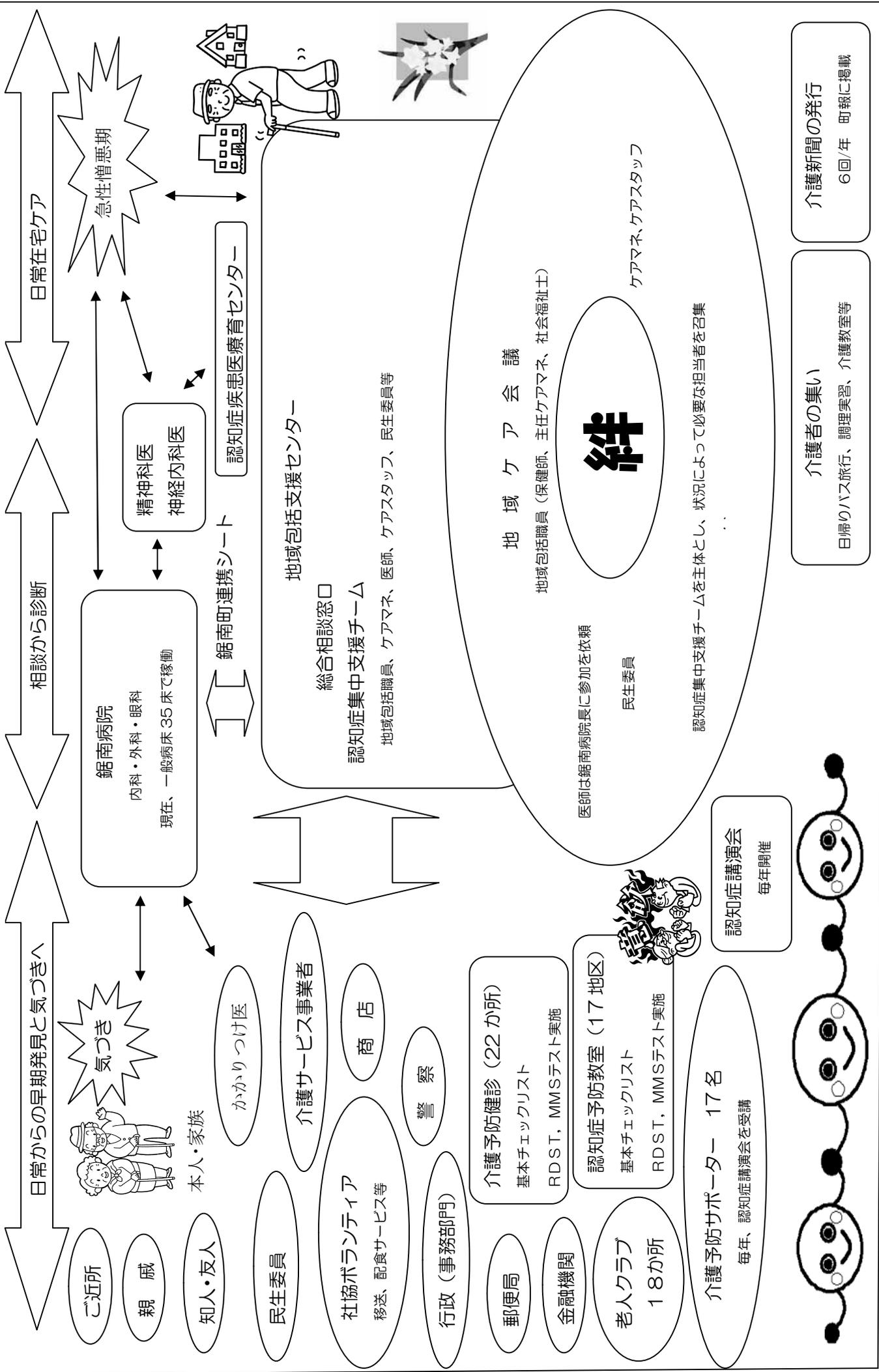
地域包括支援センター

—地域包括ケアの輪・話・和—

綾川町 認知症初期集中支援 チェックリスト



笑って元気!!絆が育つ地域・健康づくり!!いきいきあんしん! 鋸南町



資料編

モデル事業実施要領

中山間地域における認知症の者と家族の支援に関する事業
モデル事業実施要領

平成 24 年 10 月
公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

1. 事業の背景と目的 ～事業実施に当たってのお願い～

(1) 取組の背景

- 認知症高齢者の増加が予測される中、地域において認知症高齢者を早期に発見し、早期の対応に結び付け、見守りも含めたケアを行っていくためには、地域の各種の資源が連携し、多くのチャンネルでその意識を高めていくことが必要です。
- 地域における認知症高齢者対策は、様々な支援が切れ目なく提供されるような地域づくりに取り組んでいくことが求められている「地域包括ケアシステム」構築のための一つの道筋であると考えられ、医療と介護、そして地域が連携して取り組んでいくためにも、そのモデルを提示することは喫緊の課題と言えます。
- 厚生労働省においても、平成 24 年 6 月に「今後の認知症対策の方向性について」をとりまとめ、さらに 8 月には認知症高齢者数の将来推計を、9 月には平成 29 年度までの目標値を示した「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」を発表しました。
- そこでは今後の認知症対策の方向性として、これまでの「自宅→グループホーム→施設あるいは一般病院・精神病院」というケアの流れを変えることを基本目標とし、目標実現のために、
 - 1 標準的なケアパスの作成・普及
 - 2 早期診断・早期対応
 - 3 地域での生活を支える医療サービスの構築
 - 4 地域での生活を支える介護サービスの構築
 - 5 地域での日常生活・家族の支援の強化
 - 6 若年性認知症施策の強化
 - 7 医療・介護サービスを担う人材の育成の7つの視点から取組を進めることとしています。

<ご参考>

厚生労働省「今後の認知症対策の方向性について」（平成 24 年 6 月）

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/houkousei.html>

厚生労働省「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」（平成 24 年 8 月）

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh.html>

(2) 取組の目的

- 地域における活用可能な資源の有無にかかわらず、取組意欲の高い自治体・地域においても解決すべき課題があり、取組が進まない背景の一つとしては、その解決の方策やアイデア等について多くの自治体で共有化されていないことも考えられます。
- そこで、地域において様々な資源が協働して認知症高齢者対策に取り組んでいくためのモデルを提示することを目的とします。
- 併せて、多くの自治体・地域において活用可能となる、具体的なノウハウを取り入れた実践例を提示した手引きの作成も目的とします。

(3) 取組の視点

- 上記「今後の認知症対策の方向性について」において示されている7つの視点全てを視野に入れながらも、特に身近な場所での「気づき」に始まる、主として軽度の方の早期発見・早期対応に着目して取り組んでいただきます。
 - ①取組の段階については、早期発見・早期対応の段階に着目する。特に国が示している「認知症初期集中支援チーム」に示されている流れの具体的なイメージ、取組方法等の提示を行う。
 - ②取組のエリアについては、小地域における「点」から「線」への取組を発展させ、「面」での取組が可能となるような対応策の提示を行う。
 - ③取組の範囲については、認知症高齢者本人のみならず、家族への支援にも着目する。
 - ④取組への参画機関等の範囲については、認知症高齢者のケアに関しては早期発見やフォローのためにも医療の関与が不可欠であることから、医療機関がネットワークの構築に関与する、というモデルの提示を行う。

2. お取組いただく内容

Step1：地域における関係機関の連携の仕組づくり

様式1：実施体制

- 施設が所在する地域において、関係機関が連携を図るための組織を組成していただきます。もちろん、別の組織が活用可能な場合は、そちらを活用していただきます。
- なお、(別添1)「標準的な認知症ケアパスの概念図」にある全体の流れを踏まえ、(別添2)「地域ケア会議の概念図」に示されているような機関・職種に参集いただくことをイメージしています。その際特に、できるだけ(別添3)「認知症初期集中支援チームの概念図」にあるような対応が可能となるような機関・職種に参集いただけるよう、ご調整下さい。

具体例①：既存の組織を活用する場合

従来から機能している「地域ケア会議」(行政、医療機関、介護サービス事業所等から構成)を核として、地域における認知症高齢者のケアという目的に照らし、社会福祉協議会や老人クラブ、民生児童委員、自治会、ボランティア組織、家族介護者の会からも参集してもらう。

具体例②：新たに組織を組成する場合

地域内にはサービス担当者会議以外に、多くの関係機関が集まる場がなかったことから、国保直診が地域内の関係機関に声をかけ、地域における認知症高齢者のケアのための組織を新たに組成した。その際、行政(保健事業所管課、高齢者福祉・介護保険所管課)、地域包括支援センター、介護サービス事業所(居宅サービス、施設サービス)といった専門職のみならず、地域において様々な活動を行っている、社会福祉協議会や老人クラブ、民生児童委員、自治会、ボランティア組織、家族介護者の会からも参集してもらった。

Step2：地域分析の実施

様式2：会議記録

様式3：地域分析

- Step1で組織したメンバーにより、地域資源の状況、現在の連携体制の状況と連携のために必要な条件、ネットワーク構築上の課題、対象者の把握方法等について検討していただきます。
- 併せて、(別添2)「認知症初期集中支援チームの概念図」に示されている機関・職種全ての参集は困難と思われるので、どの機能を誰が代替するのか等(当該機能の必要性、代替可能性も含む)についてもご検討いただければ幸いです。

具体例①：地域分析の内容例

【既存事業の洗い出しと課題の整理】

認知症に関する啓発活動や早期発見のための取組、予防のための取組、見守りのための取組等、地域において行政をはじめとして様々な関係機関が取り組んでいる事業等を洗い出し、これまでの実施経過(どのようなニーズに対応してどのような取組を開始したのか等)や課題等を整理した。

【連携状況の確認】

地域においては様々な取組がなされているものの、中には連携の必要性を感じていながらもこれまで連携体制が構築されていなかったり、そもそも相互に取組の内容が把握されていないケースもあった(例えば医療機関は社会福祉協議会が行っている事業の内容を把握していないケースもあった)。そこで、地域における取組の連携体制の方向性について検討を行った。

【対象者の把握方法】

認知症と診断されている方についてはおおむね把握しているが、軽度認知障害(MCI)の方については、地域包括支援センターでも把握できていないケースもある。したがって、認知症の疑いのある方について、町内会や老人クラブ等の協力を得ながら幅広く情報を収集することとした

Step3：モデル事業の実施

様式2：会議記録

様式4：具体的事例

様式0 同意書

■各地域、認知症高齢者及びその家族4世帯に対して、モデル事業参加への同意をとっていただいた上で、主として下記の介入を行い、その介入内容を記録していただきます。

- ①認知症の疑いのある高齢者についての気づき
- ②地域包括支援センター等への相談
- ③地域ケア会議におけるケア方針・ケア体制等の検討
- ④認知症初期集中支援チームとしての介入

具体例①：対象者の選定方法

【すでに“気になっている方”がいらっしゃる場合】

地域の中に、すでに“気になっている方”がいらっしゃるので、その方について、自治会の方等、その方の日常生活をよくご存知の方に状況を確認し、支援の必要性、必要な場合はその方法等を検討した。

【評価スケールの活用による選定】

介護予防教室等で、認知機能を評価するためのスケールを用い、その結果をもとに支援の必要性、必要な場合はその方法等を検討した。

【もの忘れ外来受診者からの選定】

もの忘れ外来受診者のうち、認知症ではないがその危険性がある方等について、支援の必要性、必要な場合はその方法等を検討した。

具体例②：家族介護者の会の立ち上げ

地域での課題を検討していく中で、家族介護者への支援の重要性が挙げられたことから、これまで行政が定期的で開催してきた家族介護者向けの講習会参加者等に声をかけ、当面は保健師が調整役となることとして、家族介護者の会を立ち上げた。

Step4 : モデル事業実施の効果の把握

様式5 関係者意識調査

- 実際に関わった方々の「意識の変化」「行動の変化」を把握させていただくための簡単なアンケート調査を実施し、その変化をもってモデル事業実施の効果とさせていただきます。

Step5 : モデル事業実施の総括

- モデル事業実施後に、(別添1)「標準的な認知症ケアパスの概念図」を参考としながら、各地域における認知症ケアの流れをご検討いただき、本事業の検討会メンバーと意見交換を行っていただきます。

3. 調査票等の提出について

様式名	提出の 要否	提出期限
様式0：同意書	×	
様式1：実施体制	○	11月30日（金）
様式2：会議記録	○	会議開催後随時 最終2月1日（金）
様式3：地域分析	○	11月30日（金）
様式4：具体的事例	○	2月1日（金）
様式5：関係者意識調査	○	2月1日（金）

■ご提出いただく各種様式につきましては、各協力施設においてIDを付していただき、国診協事務局においてはIDがふられた紙媒体のアセスメント票等を施錠できるキャビネにおいて管理いたします。（データ入力を行う調査委託業者も同様の管理を行います。）

■また、入力されたデータについては、パスワードを付し、事業担当者しかアクセスできないフォルダにおいて管理をいたします。

[モデル事業実施に関するお問い合わせ先・各種様式提出先]

〒105-0012 東京都港区芝大門 2-6-6 芝大門エクセレントビル 4階

（社）全国国民健康保険診療施設協議会

担当：鈴木智弘

TEL：03-6809-2466 FAX：03-6809-2499

E-mail：office@kokushinkyō.or.jp

[モデル事業内容に関するお問い合わせ先]

〒101-8443 東京都千代田区神田錦町 2-3 竹橋スクエアビル 8F

みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部

担当：植村靖則・田中陽香

TEL：03-5281-5277 FAX：03-5281-5443

E-mail：yasunori.uemura@mizuho-ir.co.jp

4. お使いいただく様式

様式0：同意書

様式1：実施体制

様式2：会議記録

様式3：地域分析

様式4：具体的事例

様式5：関係者意識調査

実施体制表

施設・地域名			
実施体制 の状況	組織名		
	既存組織の活 用の有無	1 既存の組織を活用 →既存組織の目的・機能 () 2 本事業のために新たに組成	
メンバー	氏名		本事業における所属機関等の 役割・機能
	所属機関・職種		
	氏名		本事業における所属機関等の 役割・機能
	所属機関・職種		
	氏名		本事業における所属機関等の 役割・機能
	所属機関・職種		
	氏名		本事業における所属機関等の 役割・機能
	所属機関・職種		
	氏名		本事業における所属機関等の 役割・機能
	所属機関・職種		
	氏名		本事業における所属機関等の 役割・機能
	所属機関・職種		
	氏名		本事業における所属機関等の 役割・機能
	所属機関・職種		
	氏名		本事業における所属機関等の 役割・機能
	所属機関・職種		
会議予定	第 1 回	日時：平成 年 月 日 時間：	～
	第 2 回	日時：平成 年 月 日 時間：	～
	第 3 回	日時：平成 年 月 日 時間：	～
	第 4 回	日時：平成 年 月 日 時間：	～

会議記録

施設・地域名	
開催日時	開催年月日：平成 年 月 日 時間： ～
開催場所	
出席者	
議題	
議事要旨	

地域分析表

施設・地域名		
基礎情報	高齢化の状況	65歳以上人口（ ）人 高齢化率（ ）%
	認知症高齢者数等	要支援・要介護高齢者数（ ）人 上記のうち認知症自立度Ⅱ以上の方（ ）人
	世帯の状況	独居高齢者世帯数（ ）世帯
	その他	※地域における特徴的な指標等
活用可能な資源	機関等	1 市町村の保健福祉部門 2 保健所・保健センター 3 医療機関（国保直診） → ア. 病院 イ. 診療所 ウ. 歯科診療所 4 医療機関（国保直診以外） → ア. 病院 イ. 診療所 ウ. 歯科診療所 5 地域包括支援センターや在宅介護支援センター 6 居宅介護支援事業所 7 介護保険サービス事業所 → ア. 施設サービス イ. 居宅サービス 8 民生委員 9 社会福祉協議会 10 自治会・町内会 11 家族会 12 住民ボランティア 13 その他（ ）
	既存サービス等の有無と内容	1 認知症予防の取組 (具体的に：) 2 早期発見の取組 (具体的に：) 3 相談支援の取組 (具体的に：) 4 啓発活動 (具体的に：) 5 家族会等の取組 (具体的に：) 6 その他 (具体的に：)

	既存事業における課題（不十分な機能・現時点で存在しない機能とその代替可能性等）	予防	
		早期発見	
		相談支援	
		啓発活動	
		家族会支援	
		その他	
認知症初期集中支援チームを意識した場合の地域での対応者ならびに対応の可否等	気づき		
	初回アセスメント訪問		
	チーム員会議		
	認知症疾患医療センターとの調整		
	チーム員による本人家族への説明とケア方針の作成		
	在宅初期集中支援の実施		
	家族支援		
	急性増悪期のアウトリーチや相談		
	ケアマネジャー等への助言		
	地域ケア会議への出席		

地域内で連携して認知症ケアに取り組む際の方向性	現在の連携体制の状況	
	取り組む際の中心的機関・人材（職種）	
	具体的な連携方策案	
	対象者の把握方法案	
	連携に当たっての課題・必要条件等	
連携先・連携可能先・相談先等	予防に関して	(氏名・名称) (連絡先)
		(氏名・名称) (連絡先)
	相談支援に関して	(氏名・名称) (連絡先)
		(氏名・名称) (連絡先)
	専門的な相談に関して	(氏名・名称) (連絡先)
		(氏名・名称) (連絡先)
	日常の見守りに関して	(氏名・名称) (連絡先)
		(氏名・名称) (連絡先)
	住民への啓発に関して	(氏名・名称) (連絡先)
		(氏名・名称) (連絡先)

対象者の把握方法と課題	
参集者の感想	
その他 (事業実施上の課題等)	

本事例の具体的内容について

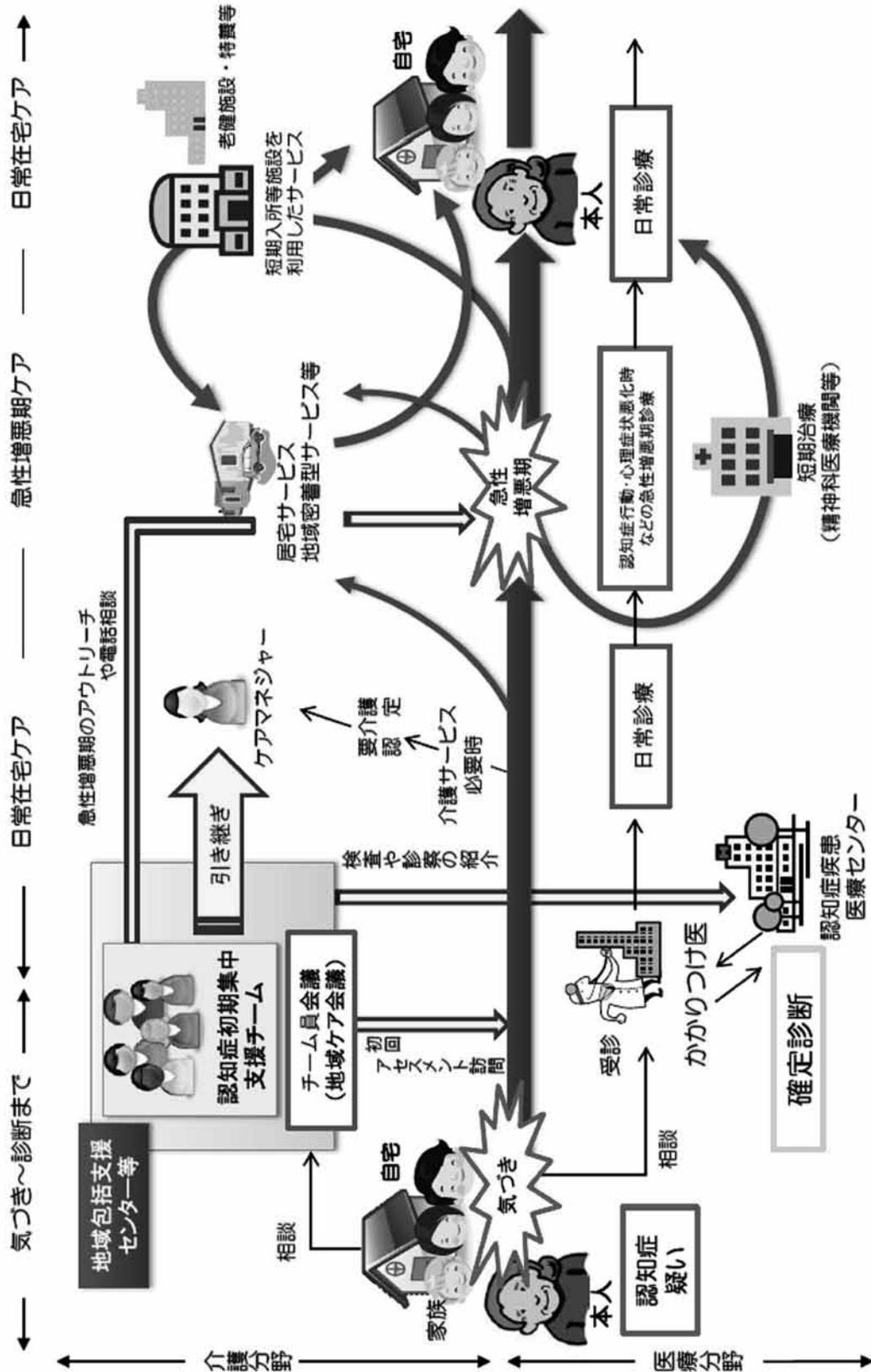
<p>対象者の状況</p>	<p>※対象者の状況等について、具体的にご記入下さい。</p>
<p>ご本人が希望する ケア方針</p>	<p>※ご本人が希望するケアの方針（どのような支えを求めているか、在宅と施設等のどちらが希望か等）について、可能な限り、ご本人のご意向を把握して下さい。</p>
<p>ケア方針ならびに貴施設を含めた地域資源それぞれの役割</p>	<p>※医療機関、地域包括支援センター等、地域資源の内容とそれぞれの役割等を具体的にご記入下さい。</p>

<p>関与が望まれる職種</p>	<p>※本事例において関与が望まれる職種等がございましたら、ご記入下さい。あわせて、その職種が担うべき役割を、現在ほどあなたが担っているのか（誰も担っていないのか）もご記入下さい。</p>
<p>本事例に関する評価等</p>	<p>※本事例について、本人やご家族から聞かれた意見、関与した結果の総括等についてご記入下さい。</p>

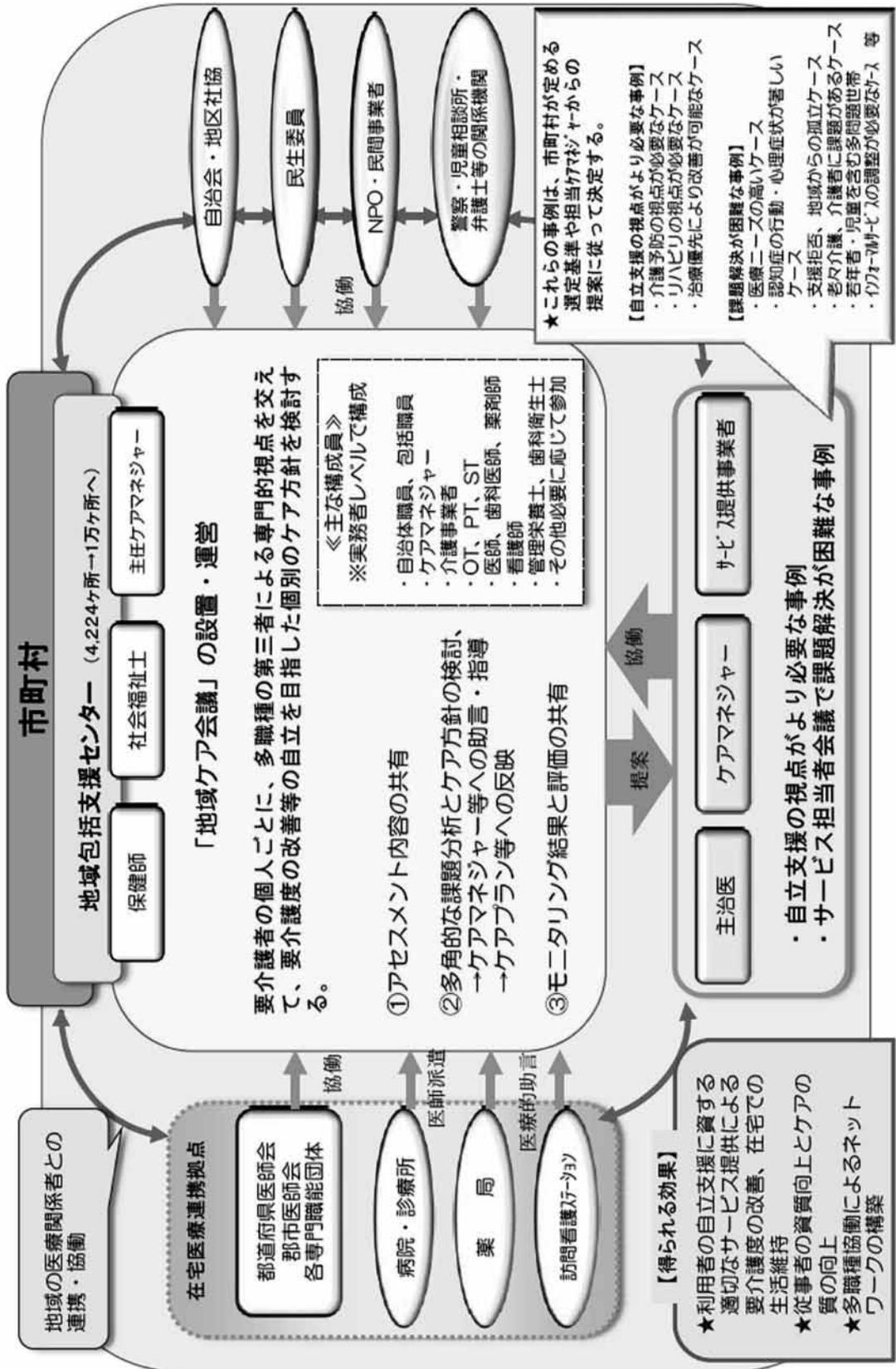
<p>国から示されている認知症ケアの流れについて、貴地域においてはどの部分をどのように修正する必要（修正可能）があると思いますか？</p>	<p><u>ネットワーク構築の必要性に対する意識の変化等</u></p> <p><u>今後の取組意向（取り組みたいが困難である等）</u></p> <p><u>その他</u></p>
---	---

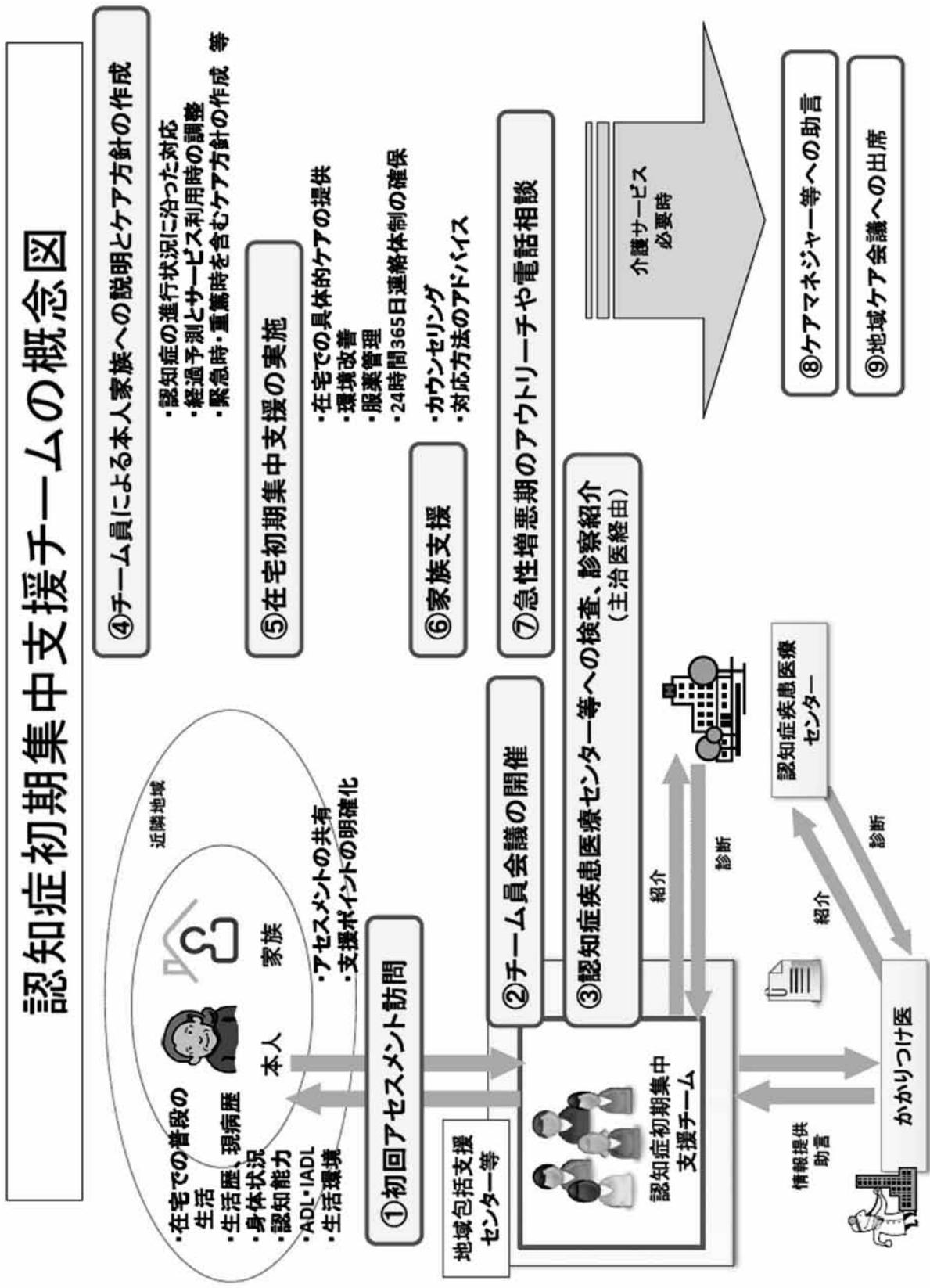
標準的な認知ケアパスの概念図

～ 住み慣れた地域で暮らし続けるために ～

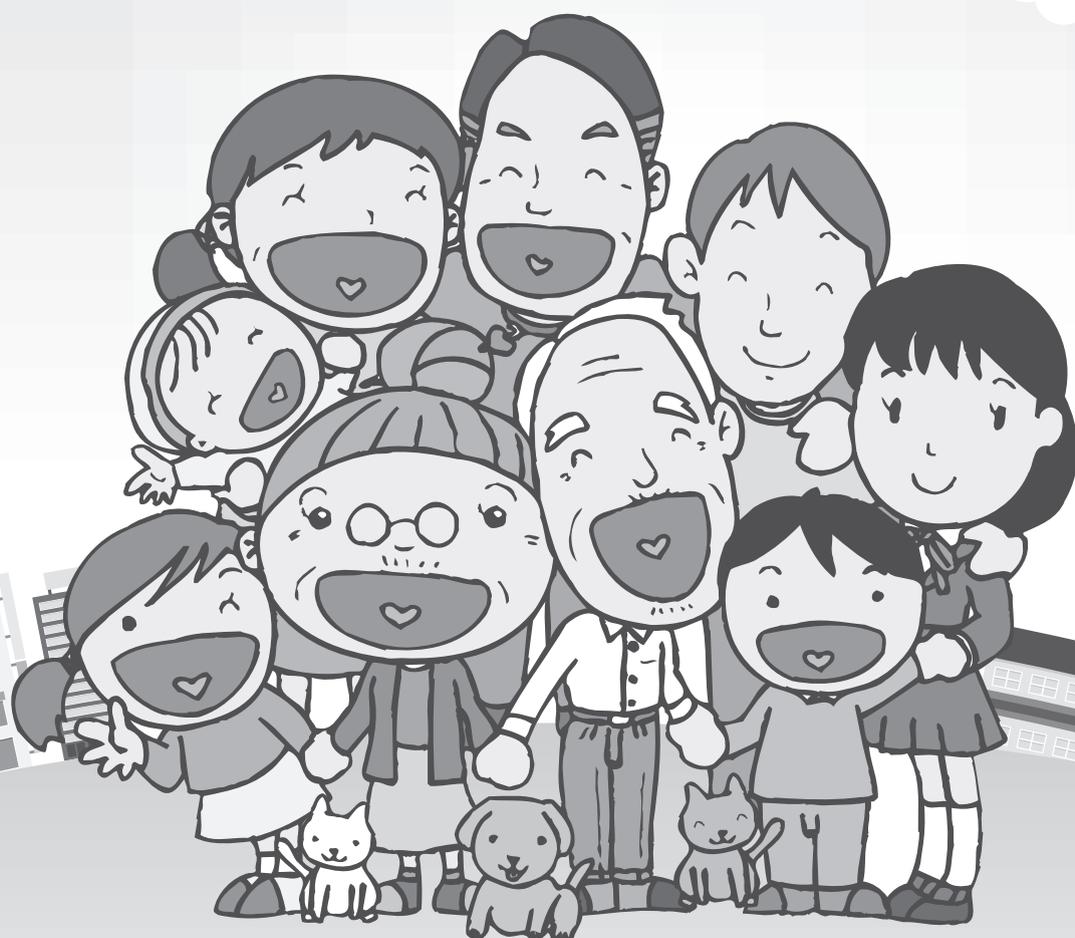


地域ケア会議の概念図





認知症の高齢者と そのご家族を 地域で支えるために



公益社団法人
全国国民健康保険診療施設協議会

認知症の人と家族が地域で安心して暮らすために…

認知症になっても地域で暮らすことが重要…しかし課題も

- 認知症であるかいなかを問わず、現在、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることができるような社会が目指されています。
- 特に認知症の高齢者においては、住み慣れた地域での生活が、心理的な安定・行動面での安定につながります。
- 散歩や買い物といった行動から、趣味活動等についても、住み慣れた地域で、これまでの生活を継続していくことは、高齢者にとってとても安心できることです。
- 認知症になると介護保険サービスを利用することが多くなるとは思われますが、そのサービスを利用していない時間帯に、どのように認知症の高齢者を地域で見守っていくか、ということが大きな課題となっています。

認知症高齢者を地域で支えていくために…地域内での連携

- 認知症高齢者とその家族介護者が、安心して住み慣れた地域で暮らしていくためには、地域全体でその認知症高齢者とその家族を見守り、支えていくこと、そのためのネットワークをつくっていくことが必要です。
- そのためにも、まず、地域において広く認知症に対する理解を深めていくことが大切です。「認知症は誰にでも訪れる可能性がある。決して特別ではない。」という意識のもと、子どもから大人まで（もちろん高齢者も）、認知症に対する理解を深めることが、ネットワークづくりの第一歩であり、地域における基盤でもあります。
- そして次に、地域における様々な資源を発掘し、ネットワークづくりに参加してもらうことが必要です。それは決して、保健・医療・福祉・介護の専門職に限りません。地域全体での取組にしていくためにも、「身近な人が身近なところで」認知症高齢者を支える地域づくりを目指していくことが必要です。
- そこで、今回、認知症高齢者を地域で支えていくための、地域内での連携体制の構築に取り組んだ5つの地域について簡単にご紹介します。これは、厚生労働省が平成24年6月に取りまとめた「今後の認知症対策の方向性について」を踏まえた取組であり、これから取組を始める地域の皆様にとって参考となれば幸いです。



地域での支えあいの仕組の構築例…

医療機関と 地域包括支援センターとの 連携を中心に地域での 支援の輪を拡大

～富山県南砺市での取組～



- 認知症高齢者をサポートするには、いかに早期発見を行うかが重要となります。そのためには、かかりつけ医とケアマネジャー、住民等、地域の各種資源の連携が不可欠です。
- 南砺市では生活機能評価は7割程度の回収ですが、その中から「もしかして」という方をピックアップして実態把握に結びつけると同時に、残りの3割の方がどのような方であるかの把握も重要と考えています。
- 地域において問題行動等がある方についての情報は、社会福祉協議会や民生委員、高齢福祉推進員、市内8箇所にある行政センター（市役所出張所の役割）を通じて、地域包括支援センターに報告されるようになってきました。その報告をもとに、在宅介護支援センター等が実態把握を行っています。
- また南砺市民病院においては、医師・臨床心理士・作業療法士から成る「もの忘れ外来」があり、年間100例ほどの方が受診されます。そのうち、「問題なし」が12%、MCIが31%、軽度が35%、中度が20%、重度が2%という割合です。受診後の対応はケース・バイ・ケースですが、介護サービスの利用が必要と判断される方については、病院内のケースワーカーがその橋渡しを行っています。
- 地域包括支援センターには、個別ケースについてのデータベースがあり、病院でのもの忘れ外来の受診状況等についても情報提供を受け、そのデータベースに記録を残すようにしています。

モデル事業参加者の感想

本人・家族

自宅に訪問すると、病院での緊張感が薄れるためか、リラックスして話ができるようであった。「自宅まで来てもらった」ということで、本人や家族には安心感を与えることができたようであった。

病院スタッフ

認知症だからと言って、それまでの本人の役割を取り上げてしまうことは得策ではない。例えば臨床心理士が「本人の役割」の重要性についてアドバイスをし、作業療法士が本人宅を訪問して様々なアドバイスをし、本人の生活環境や本人を取り巻く関係性をみながらのアドバイスをすることが必要である。

小さな地域である利点を活かして関係機関との密な連携体制を構築

～千葉県鋸南町での取組～



- 鋸南町は面積45Km²しかなく、半径6kmにほとんどの住民が住んでいるため、顔と顔がわかる取組が可能です。以前から、病院のケースワーカーや地域包括支援センターと、福祉関係者、民生委員等との連携は密に行われてきたという土壌があります。また高齢化率が高いこともあり、介護予防と共に認知症予防事業にも早くから取り組んできました。
- 国保病院にもの忘れ外来はないものの、早期発見・早期対応の仕組みとしては大きく下記の流れが確立しています。
 - ①医療機関において、介護予防や介護保険サービスが必要であると判断した場合は、受診時に直接、本人(家族)に紹介したり、地域包括支援センターに情報提供を行い、対応を依頼する。
 - ②地域包括支援センターにおいては、本人・家族や近隣者、民生委員、医療機関等からの相談に応じ、必要に応じて医療機関に情報提供や対応を相談している。
 - ③地域包括支援センターが関与している介護予防事業や地域の自主グループ活動としての一次予防事業において、認知症の疑いのある高齢者がいる場合には、地域包括支援センターに情報提供し、対応を依頼する。
- 医療機関間の連携としては、国保鋸南病院のCT、MRIの利用、入院紹介等で無床診療所の町内4人の開業医先生ともTel-Tel、またはface-faceの関係で、問題解決を図っています。ただし町内に精神科医がいないので、周辺症状の激しい場合には専門医との連携が必要です。
- 病院スタッフや地域包括支援センタースタッフ、民生委員、社会福祉協議会、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、介護サービス事業所等で地域ケア会議を構成し、情報交換が進む中で多くの情報提供がなされました。参加者の大半がこのような地域ケア会議の必要性を感じているので継続していく予定ですが、国保病院以外の医療機関とも関わりをもっていきたいと考えています。

モデル事業参加者の感想

本人・家族

本人の意識の変化の有無、ご家族の意識の変化の有無は様々であったが、モデル事業において関係職種と関わることによって、「相談できる相手(ケースワーカー等)ができてよかった」「激しい周辺症状の際の対応方法を聞くことができてよかった」「本人の状態を知り必要な方向性を考えられるようになった」等の感想が聞かれた。

病院スタッフ

これまで、外来において「気づき」があっても、対応できる時間が限られていたため、十分な情報提供ができていなかった。そこで、今後は簡易な連絡用紙を作成し、外来からケースワーカー、必要に応じて地域包括支援センターに情報を伝達していくこととした。

これまで培われた 関係機関との連携体制を より強化

～静岡県浜松市(旧佐久間町)での取組～



- 独居高齢者や二人暮らし高齢者が多いため、遠方の家族とも早期に関わりたいのですが、なかなか交流ができないケースが多いことが課題です。また、認知症であることを本人が認めがらない場合や家族が認めがらない場合には介入が困難であり、大きな問題が起こりがちです。特に早期においては本人も家族も神経質になっていることが多いので、配慮しながらの支援が必要と感じています。
- 早期発見については、家族や地域(商店等も含む)からの「気づき」が、行政の保健師・民生委員・地域包括支援センター・協働センター(行政の出張所機能を有する)に持ち込まれ、それらの情報の多くは地域包括支援センターに集約され、地域における多くのチャンネルでの「気づき」が可能となっています。
- また、脳の健康づくり教室等、地域における集落単位での自主的な活動も活発であり、そのような活動も、「気づき」の場となっています。
- 医療機関との関わりとしては、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所、行政の保健師が、本人や家族に医療機関(佐久間病院)への受診を促し、その情報は佐久間病院の支援室に、そして支援室から医師に提供されています。逆に通常受診の際に、医師の方で「気づき」があった場合には、支援室が関わり、行政の保健師や地域包括支援センター等に対して対応を依頼しています。
- このように相談が持ち込まれた機関の判断で、中心になって関わるべきスタッフと調整して本人や家族との関わりが開始され、情報を共有し、連携して対応しています。
- また、情報共有の場の一つに、月2回開催される「在宅ケース検討会」があります。これはすでに20年程度続いている会議で、佐久間病院スタッフ、行政の保健師、社会福祉協議会、地域包括支援センター、そして介護保険事業所(居宅、施設、居宅介護支援事業所)が参加しており、地域連携の中心となっています。

モデル事業参加者の感想

本人・家族

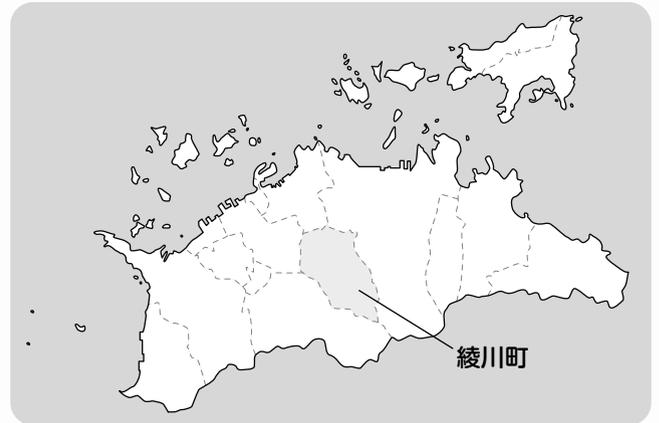
様々なスタッフと関わることで、本人や家族、特に家族には安心感を与えることができたようであった。失いかけていた介護への自信を取り戻したり、自分の親の状態に関する現実に向き合うようになった家族もあった。

病院スタッフ

地域における連携については、これまでも取り組んできたことであるが、認知症に限ると、その疑いがあることや初期の状態を本人や家族に理解してもらうことが非常に難しい。特に遠方に住む家族との調整が困難である。ただ、電話ではなく手紙で状況を説明すると、必ずといっていいほど、先方から連絡がくる。早期対応のケースに限らず、会議において情報を共有することは、地域で支援するためには重要であることが再認識できたので、今後、連携を一層強くしていきたい。

地域住民による支えあいを目指して

～香川県綾川町での取組～



- 認知症サポーターの育成に力を入れており、グループワーク等を取り入れた、密度の高い育成を行っています。具体的には、月1回の育成講座を6／8回以上出席しないと、サポーターとして認定されないこととなっています。そしてサポーターで運営委員会を設置し、認知症の啓発活動「綾川まちかど劇団」や「お話ボランティア」「資源マップ作成」「いっぴくひろば運営」など様々な活動を展開しています。
- このうち、「綾川まちかど劇団」については、平成20年度から活動を開始し、これまでに約15回公演しました。要請があれば認知症サポーターの養成を兼ねて、いきいきサロンや職場などで実施しています。
- この他、認知症予防の取組として、自治体でいきいきサロンを開催していますが、いきいきサロンがあるのは町内400自治体のうち33箇所だけで、サロンのある地域とない地域の差があることが課題となっています。
- 医療との連携としては、県独自に研修を行い、県に登録された「もの忘れ相談医」が町内に3人います（うち1人は陶病院勤務）。陶病院にももの忘れ外来は設置されていませんが、認知症の疑いがある患者や、物忘れに不安をもつ患者は、看護師などが誘導して、陶病院で受診してもらっています。
- ただ、地域資源の連携を図ろうとすると、個人情報保護が問題となることが多いのも事実です。特に民生委員が地域の高齢者についての情報に気づいていても、地域包括支援センターなどへ相談しにくいと感じられていたり、地域の方に協力を求められなかったり、ということが起きており、今後解決していかなければならない課題の一つとなっています。



モデル事業参加者の感想

本人・家族

家族は認知症を疑わなかったり、認知症ではないでほしいと願っていたりすることにより、受診が遅れてしまったと振り返っていた。最近ではテレビで認知症について取り上げることが多くなったため、認知症に対する理解も深まったようである。

病院スタッフ

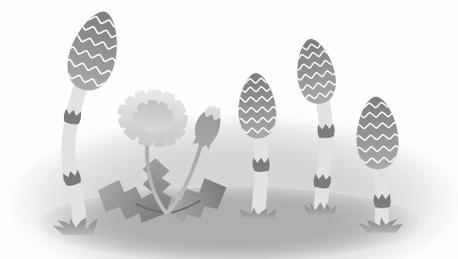
初期の対応としてうまくいった事例には、本人・家族がキーパーソンとして多く記述されていた。本人や家族に知識があれば、認知症高齢者へうまく接することができ、外部への早期の相談が実現する傾向にあるようであった。

民生委員の訪問と 社会福祉協議会事業を 通した気づきの拡大へ

～北海道京極町での取組～



- 見守りネットワーク活動を行う中で、医療機関、行政、地域包括支援センターそれぞれが把握している個人情報地域住民とどの程度共有するべきか課題となりました。
- 今回のモデル事業においては、町内にでも特に高齢化率が高い地区(40%を超える地区)を選定し、民生委員と地域包括支援センター職員で訪問してアンケートの聞き取りを行いました。民生委員からは、住民が自分の地区担当の民生委員が誰なのか知らない中での訪問活動は少し大変だったとの意見もありました。ただし、今回の訪問活動を機に訪問を継続している民生委員もいます。



- 医療機関、行政、社会福祉協議会だけでは気づきの目が行き届かないため、モデル地区の町内会では、見守り活動など地域で取り組んでいることを発信して、認知症も含めた、気になる高齢者を早期発見に対して住民の意識を高めていくことが重要と考えています。
- 中でも社会福祉協議会は、町から地域包括支援センターや介護予防事業等の委託を受けているだけでなく、居宅介護支援事業所を運営していたり、地域ケア会議を主催していたり、さらには老人クラブの事務局も兼ねている等、高齢者と接するという意味では非常に多岐に渡るチャンネル、広い視点を持っているので、認知症高齢者の早期発見において果たす役割は大きいです。

モデル事業参加者の感想

本人・家族

今回は、認知症が疑われる高齢者をモデル事業の対象としたが、結果的には認知症でなかったり、地域包括支援センターからの介入を拒否されてしまった等の理由により、本人や家族の反応については把握できなかった。ただし、訪問での聞き取り調査の結果から認知症が疑われた場合であっても、なかなか本人に会わせてもらえなかったり等、家族の心理的な壁は高いようであった。

病院スタッフ

地域包括支援センターでは、今回明らかな認知症高齢者の発見には至らなかったが、医療や介護に結びついていない高齢者が潜在化していることが分かり、見守り活動の有効性が検証されたと考えている。それぞれが役割分担しながら地域の高齢者を支える仕組みや働きかけが必要であると感じた。

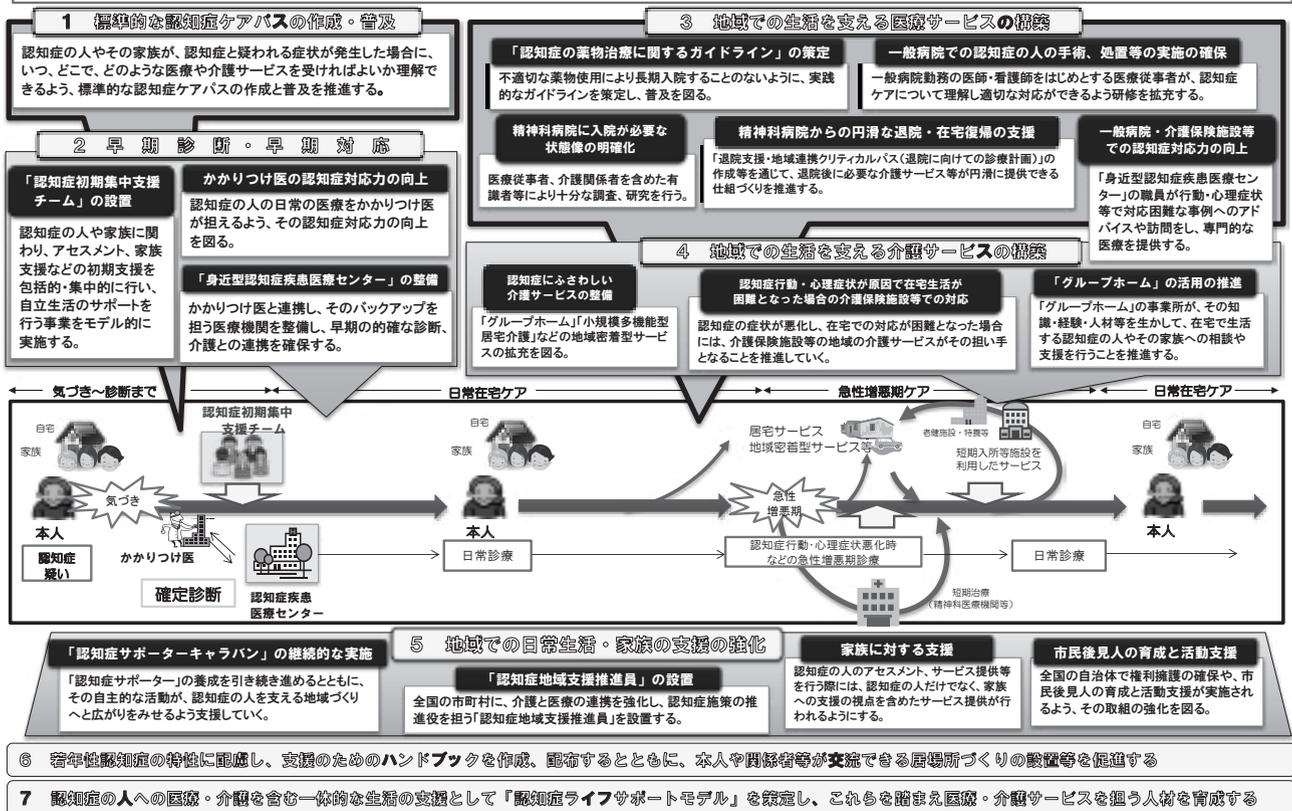
「今後の認知症施策の方向性について」を踏まえた取組の必要性

- 厚生労働省は平成24年6月に「今後の認知症対策の方向性について」をとりまとめ、さらに8月には認知症高齢者数の将来推計を、9月には平成29年度までの目標値を示した「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」を発表しました。
- 今後の認知症対策の方向性としては、これまでの「自宅→グループホーム→施設あるいは一般病院・精神病院」というケアの流れを変えることを基本目標とし、目標実現のために「1 標準的なケアパスの作成・普及」「2 早期診断・早期対応」「3 地域での生活を支える医療サービスの構築」「4 地域での生活を支える介護サービスの構築」「5 地域での日常生活・家族の支援の強化」「6 若年性認知症施策の強化」「7 医療・介護サービスを担う人材の育成」の7つの視点から取組を進めることとしています。

『今後の認知症施策の方向性について』の概要

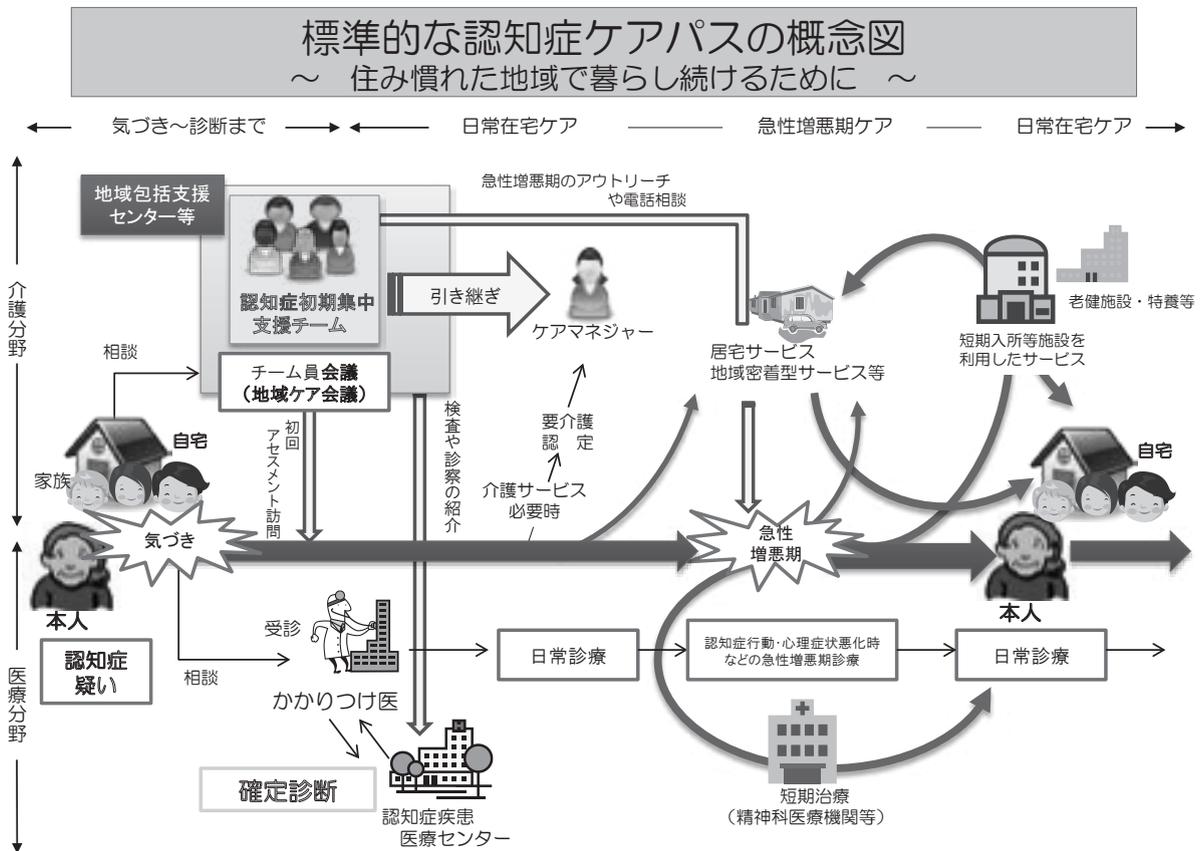
今後目指すべき基本目標-「ケアの流れ」を変える-

- 「認知症の人は、精神病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指す。
- この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)を構築することを、基本目標とする。



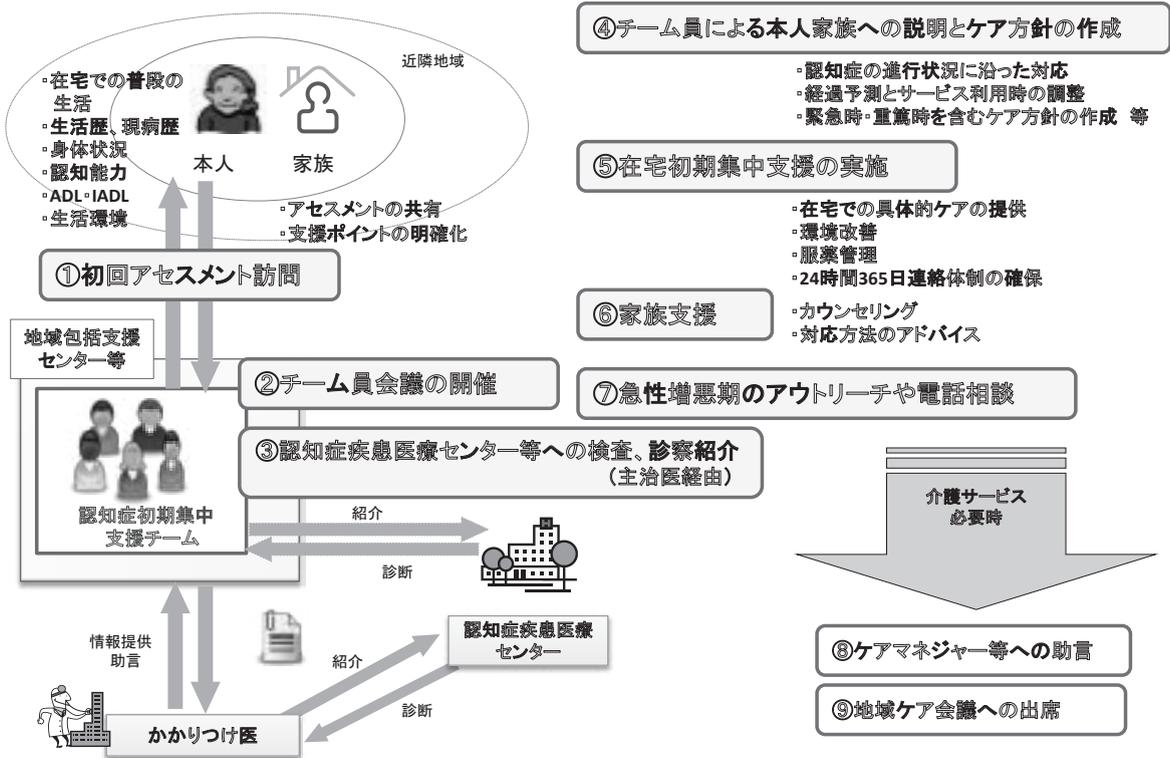
(資料)厚生労働省

- そしてそこでは、「標準的な認知症ケアパスの概念図」ならびに「認知症初期集中支援チーム」の概念図が示されており、各自治体における取組が求められています。



(資料)厚生労働省

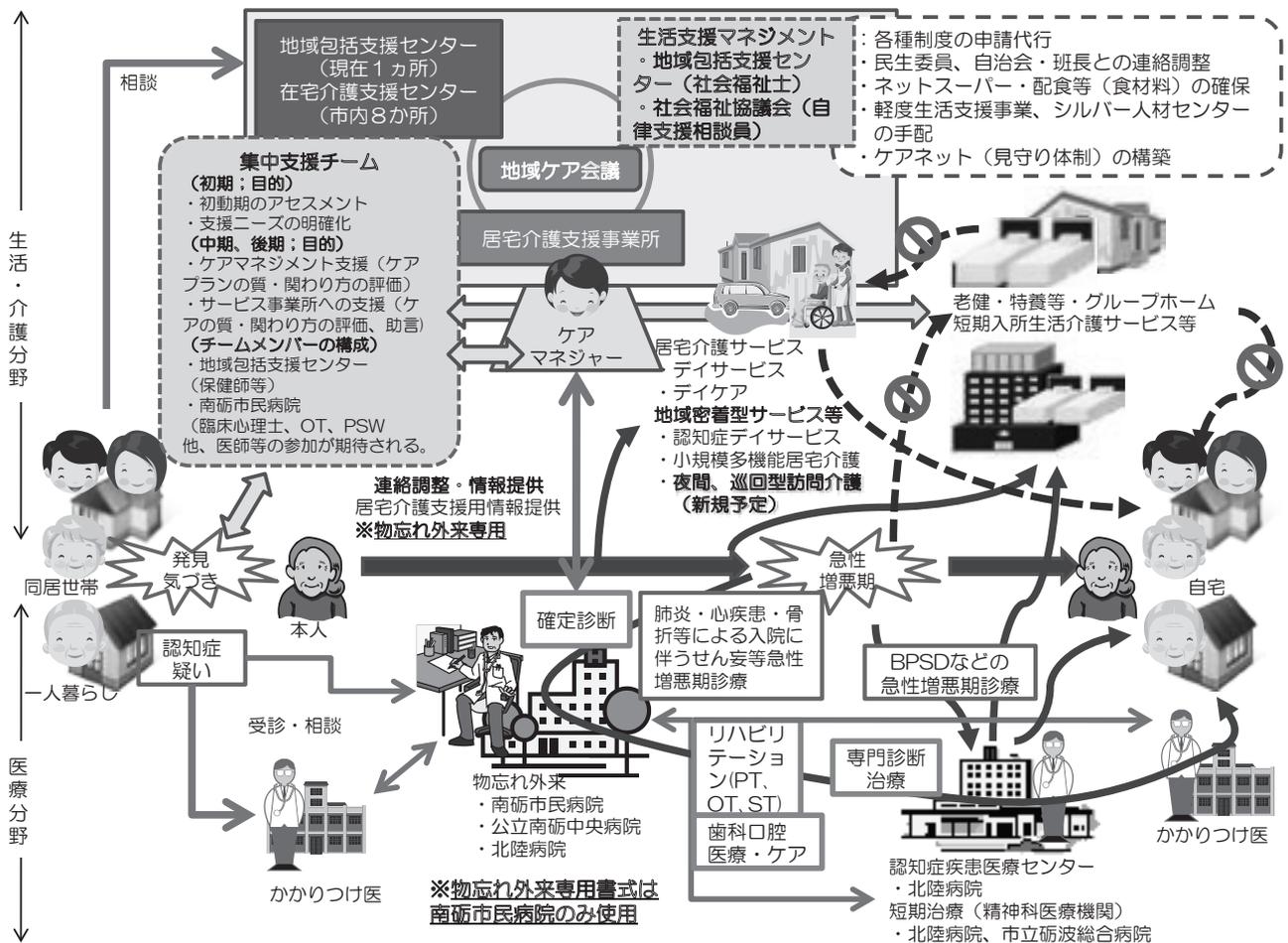
認知症初期集中支援チームの概念図



(資料)厚生労働省

富山県南砺市の例

- 認知症ケアの流れを考えていく中で、認知症ケアについては一貫したケアが必要であることから、「初期集中支援チーム」だけでなく、段階的に関わる職種等が変化する「集中支援チーム」が必要であることがわかりました。
- また地域資源を洗い出した結果、急性増悪期における対応において地域資源が不足しており、基盤整備も必要であるという課題も浮かび上がってきました。



*このパンフレットは、平成24年度老人保健事業推進費等補助金による「在宅移行に向けた介護サービス事業所等との効果的な連携体制構築のための調査研究事業」により作成したものです。



公益社団法人
全国国民健康保険診療施設協議会

〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 芝大門エクセレントビル 4F
TEL:03-6809-2466 FAX:03-6809-2499 URL:http://www.kokushinkyō.or.jp/

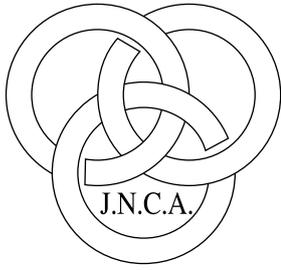
この事業は、平成24年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業により行ったものです。

中山間地域における認知症の者と 家族の支援に関する事業 報告書

平成25年3月

発行 **公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会**
〒105-0012 東京都芝大門2-6-6 4F
TEL: 03-6809-2466 FAX: 03-6809-2499
ホームページURL: <http://www.kokushinkyo.or.jp>

印刷 **東京リスマチック株式会社**



公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 芝大門エクセレントビル4F
TEL: 03-6809-2466 FAX: 03-6809-2499 URL: <http://www.kokushinkyo.or.jp/>