

# 認知症高齢者等にやさしい 地域づくりの推進

第9回

## 「もの忘れ散歩のできるまち ほんべつ」をめざして

～認知症高齢者を地域で支えるまちづくり～

北海道・本別町地域包括支援センター所長

飯山明美

### 本別町の概要

本別町は北海道十勝平野の東北部に位置し、総面積が391.99km<sup>2</sup>、まちの面積の半分以上が山林に覆われた美しい自然豊かなまちである（図1、写真1）。十勝特有の内陸性気候で夏と冬の寒暖差は60度に達し、十勝川支流の利別川沿いの沖積土地帯に広がる肥沃な大地と寒暖の差が良質な豆類、小麦、甜菜、馬鈴薯などを育てる農林業が盛んである。平成29年3月末の人口は7,247人、60歳以上人口2,900人、高齢化率40%となっており、人口減少とともに高齢化が伸展している。

本町では、老朽化した町国保病院の建替えに合わせて、平成8年に「本別町地域包括医療推進構想」を策定し、本格的な基盤整備に着手した。そして平成12年4月、介護保険制度の施行と合わせて町国保病院、総合ケアセンター（行政の福祉部局、社会福祉協議会）、介護老人保健施設（医療法人）の3施設が開設されている（図2）。

### 住民と協働した福祉のまちづくり

#### 1. ひとりの不幸も見逃さない

##### ～在宅福祉ネットワーク

本町の地域福祉活動において重要な役割を担っているのが、社会福祉協議会が中心となって進めている「在宅福祉ネットワーク活動」である。この活動は高齢者や障がいのある方など、何らかの支援を必要としている人が、地域の中で心身ともに豊かに暮らせるよ

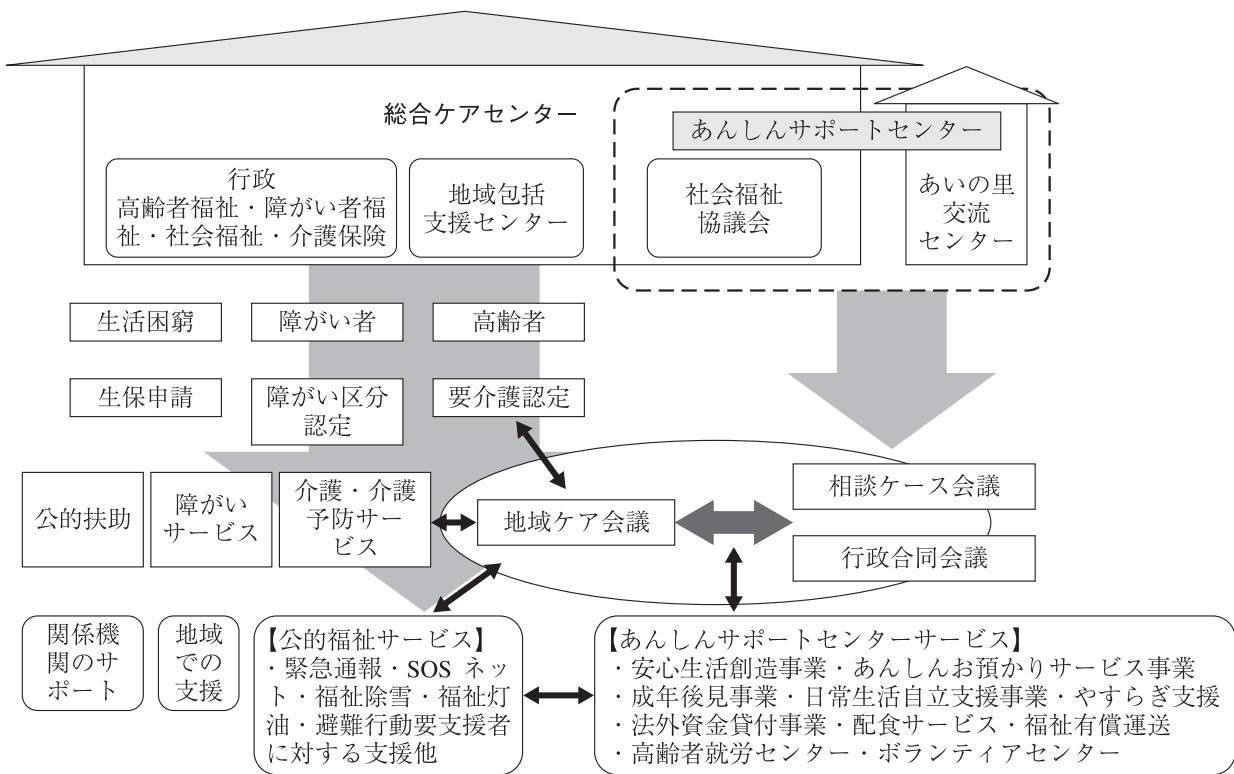
図1 本別町の位置



写真1 太陽の丘

うに「共助」の精神で、「見守り活動」「生活支援活動」「除雪活動」「地域サロン活動」「災害時支援活動」などを行うもので、平成5年に3組織でスタートした活動も現在、市街地を中心に30組織（76自治会中36自治会が組織）となり、人口の約8割をカバーするまでと

図2 総合ケアセンター機能



なった。この後に紹介する認知症支援でも、在宅福祉ネットワークの活動が重要な役割を果たしている。

## 2. 健康長寿のまちづくり条例

元気で長生き、介護期間は短く、その終末は人間らしい尊厳を保ちながらこの世を旅立ちたい…これは、町民みんなの願いである。

この条例は、平成12年3月に策定した第1期介護保険事業計画に携わった委員の皆さんが中心になり、検討委員会を設置して、長寿社会における住民参加の抱負や目的を達成するための組織の設置、その機能や運営のあり方など、条例の試案づくりを行い、平成13年3月に本別町では初めての町民手づくりの条例として制定された。条例にある「参加・連帯・自立」の理念を掲げるところに、協働の福祉のまちづくりがスタートしている。

## 3. 「福祉の町」から「福祉でまちづくり」へ

本町では介護保険制度の施行以来、福祉の領域に住民参加の場を作り、積極的に協働事業を展開してきた。平成16年度に地域福祉計画を策定し、「自助」「互助」

「共助」の課題解決方法を整理することで、地域住民が果たす役割を示してきた。これらを受けて、平成18年3月に『福祉でまちづくり宣言』を行い、「福祉」をキーワードに住民と協働したまちづくりを進めていくこととなった。

## もの忘れ散歩のできるまちづくり

認知症でも、最期までその人らしく生きることを支えるには、地域全体の理解や認知症の進行に伴って変化する状態に応じた、継続的な地域ケアシステムが必要となる。介護保険制度が施行される前の平成10年、地域の高齢者の実態を把握するために全自治体を実施した高齢者実態調査の結果、本別町には私たち保健師が把握していない「認知症かもしれない」方が大勢いることがわかった。

認知症の方の実態把握ができておらず、また、行政としての支援策が何もないこと、今後、高齢化の伸展とともに認知症の人はますます増加するであろうこと、当時の介護保険によるサービスは認知症の人には馴染まない部分が多いという指摘があるといった現状



写真2 介護劇



写真3 認知症予防教室

を受け、平成11年度から認知症高齢者とその家族を支える仕組みづくりに取り組むこととなった。

### 1. 認知症高齢者の実態把握の実施

地域ニーズに即した事業を推進するためには、認知症の人や家族が抱える課題を的確に把握することが必要である。当時、保健師が把握していた認知症の人の介護家族50数名に聞き取り調査を行った結果、認知症の理解、早期診断等、さまざまな課題が浮かび上がった。これらの課題に対応するために、保健・医療・福祉関係者や地域住民、学識経験者等からなる「地域ケア研究会」を発足し、事業の推進母体とするとともに、年度ごとの重点課題を設定し、段階を経た課題解決を図り、ケアシステムの構築を目指すこととした。

### 2. 認知症の理解づくり

認知症を早期に発見し、早期診断・早期支援を行うには、認知症を正しく理解することが重要で、認知症の初期にみられる症状、早期発見の重要性、認知症の人への接し方などを多くの町民に知ってもらうことが必要である。先に実施した実態把握でも、早期発見の必要性が理解されていなかったことから、平成12年度はまず啓発活動に着手することとした。手づくりのパンフレットを作成し全戸配布をするとともに、自治会や老人クラブ等の団体を対象に地域学習会を開催し、延べ4,000人を超える町民が参加した。

また、認知症の症状や対応を具体的に理解してもらうために「介護劇」を10年間上演した(写真2)。これは認知症の症状や本人・家族の気持ち、地域の方の支援のあり方等、さまざまな視点から職員がシナリオ

をつくり、中学生や老人クラブの方、医療関係者・介護サービス事業所や社会福祉協議会・行政職員等が役者になり、町の公民館で年1回の公演を行うものである。劇というわかりやすい媒体であることから、毎回400人を超える町民が観覧している。このような多角的な啓発活動を通じて、徐々に認知症に対する理解が浸透してきた。

また、「認知症の理解」から「認知症を理解し支援する人づくり」への発展を目指して、平成17年度から認知症サポーター養成に取り組んでいる。近年は地域住民や団体だけでなく、小中学校での福祉教育の一環として、学校と連携を図りながらサポーター養成を行っている。

### 3. 認知症予防教室の開催

高齢者にとって身近な関係が保て、徒歩で通える範囲に参加の場をつくることの必要性から、自治会を単位とした認知症予防教室を平成12年度から実施し、これまでに7か所(11自治会)で定期的な教室が開催されている(写真3)。この教室は、地域で活動する人材(リーダー)育成も目的としており、開始にあたっては教室の核となる「協力員」や対象地域の住民全体に対して「認知症」に関わる研修会を開催する。

初めの1年間は地域住民と保健師による協働事業として実施し、ノウハウを学んでいただいた後は、地域の自主活動として教室を継続する。また、社会福祉協議会では、在宅福祉ネットワーク活動において地域サロン活動を推進していたこともあり、自主活動に移った地域はこのサロン活動にシフトし、月1回地域で集える場として運営されている。活動を継続させ活性化

するためには、専門職による定期的なフォローアップも必要であり、地域からの要請があった時はいつでも保健師や社会福祉協議会が相談に乗れる体制をつくっている。また、年に2回程度情報交換会を開催することで、地域で「心配な方・気になる方」の早期発見に務めている。

## 4. 早期診断体制づくり

本町には認知症に関する専門医療機関がないため、専門医を受診するには約50km離れた町外医療機関まで行かなければならない。そのことが認知症の人や家族の大きな負担になっており、専門医受診の遅れにもつながっていた。そこで、平成13年度に地域ケア研究会に保健・医療・福祉関係者で構成する専門部会を設置し、早期診断のあり方を検討した結果、当時、町国保病院で週1回開設していた精神科サテライトクリニックの協力を得、地元の町国保病院での検査データをもとに、専門医が診断する体制が整った。その後、平成15年度からは町国保病院において内科の専門外来として、「もの忘れ外来」が開設されたことにより、地元医療機関で認知症の診断を受け、日常的にはかかりつけ医がフォローする体制ができ、町民の利便性が高まった。

しかし、これまでの間、担当医の変更・不在期間が続くなどの状況があり、「もの忘れ外来」のあり方を再検討する時期に来ている。

## 5. 認知症高齢者家族やすらぎ支援事業

介護保険制度の施行により介護サービスの利用が可能になったが、認知症の人を介護する家族は、「常時見守りが必要で家を留守にすることができない」「介護する家族が仕事をしている場合、その間の見守りが必要」などといった要望や、ひとり暮らしの場合、「寂しさや不安から行動・心理症状を引き起こすことがある」など、介護サービスの利用では解決できない多様な課題が見えてきた。また、中には介護サービス利用になじまず、家族は介護サービスの利用を希望しても、認知症の本人が利用拒否することも多々ある。

このような状況を受け、平成14年度に介護保険を補完する新たなサービスとして、認知症の人の自宅を訪問し、家族に代わって認知症の人を見守る「認知症高

齢者家族やすらぎ支援事業」を創設した。

事業の実施主体は町であるが、利用者・家族とやすらぎ支援員を調整するコーディネーター役を町社協に委託し、支援の実際は3日間の研修を受講した町民ボランティア（有償）が担っている。支援の内容は家族不在時の見守り・話し相手、外出支援や趣味活動など本人や家族の希望・状態に合わせて実施している。この事業は介護者支援の側面に加えて、認知症の本人が一人でできなくなったことを支援員とともに行うことで、本人のモチベーションを高め、自信と豊かな生活を取り戻すといった、生活の質を高める効果もあると考えている。

事業の開始当初、見守りを中心的に担ってくれたのは、町内のボランティア団体である「在宅介護者を支える会」であった。当時は一般住民である会員の夫々が家族の不在時に、認知症の人を見守ることに對して支援員の不安が大きかった。事前の研修だけでなく、支援後の振り返りを支援ケースごとに行うとともに、それを全体会議で共有するなど、フォローアップ体制を充実させたことが支援員の力量を高め、その後の会としての介護者支援事業に発展していると考える。

## 6. はいかい高齢者等SOSネットワーク事業

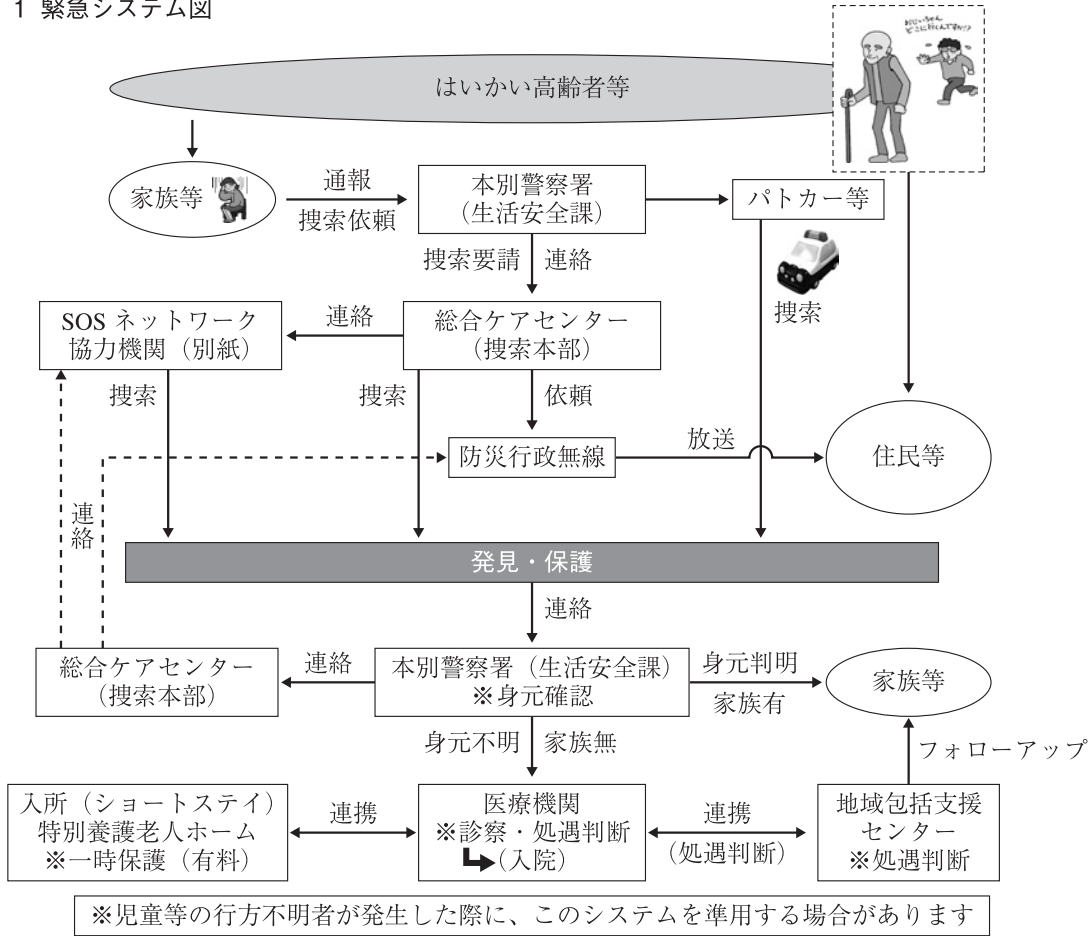
認知症の人を介護する家族や見守る地域住民にとって、はいかいへの対応は大きな負担であり、はいかいが始まることで、在宅介護の限界を感じる人も少なくない。平成8年に近隣3町でSOSネットワークを設立したが、生活圈単位でのサポートネットワークを整備する必要があること、また、「もの忘れ散歩のできるまち」の実現に向けた新たなシステムとして、平成18年度に「本別町はいかい高齢者等SOSネットワーク」として再編した（図3）。

このシステムの最大の特徴は、はいかい等で行方不明になった時に関係者が連携し捜索にあたる「緊急システム」に加えて、行方不明時の捜索を円滑に行うために事前登録を行う「登録システム」、家族が希望する組織・団体等に登録者の情報を提供し、地域住民が日常적인見守りを行うことで安心した在宅生活を送るための「地域見守りシステム」を取り入れたことである。このシステムにより、地域や関係機関に対する認知症高齢者の情報提供が可能になり、町ぐるみで日頃

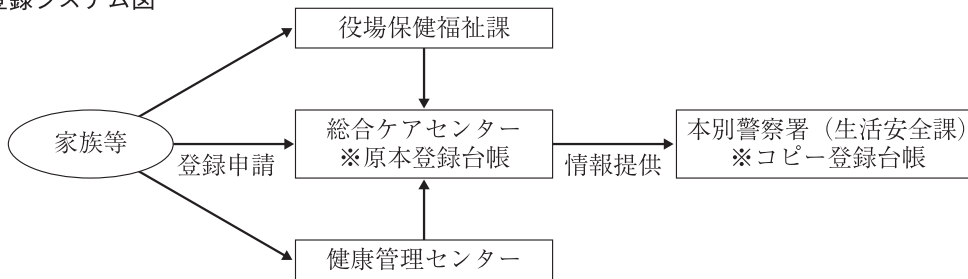
図3 はいかい高齢者等SOSネットワーク図

本別町はいかい高齢者等 SOS ネットワークシステム

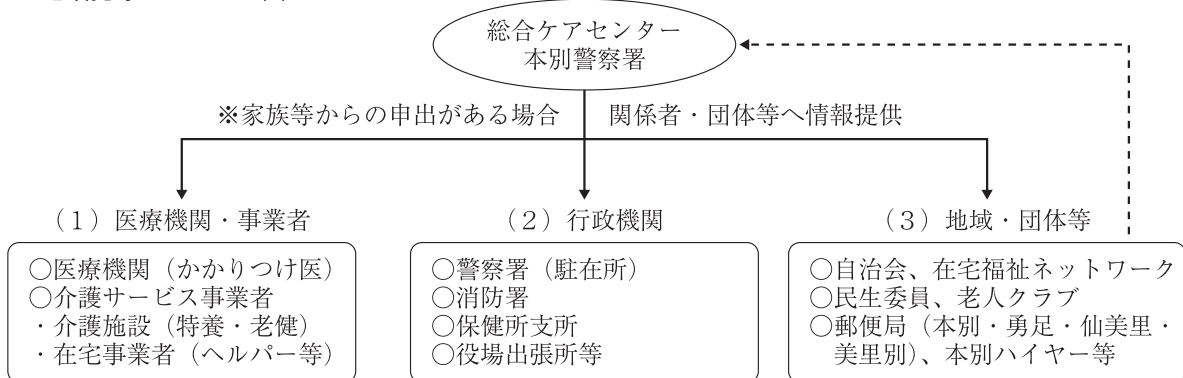
1 緊急システム図



2 登録システム図



3 地域見守りシステム図



からの見守りが可能となった。

このシステムを導入後、SOSネットワークが動いたケースはほとんどないと言ってよい。地域住民や協力機関である介護サービス事業者らの見守りで、遠方までのはいかいが減少している。

## 新たな課題に対する認知症施策

認知症を地域で支える一もの忘れ散歩のできるまちはんべつをめざして。この取り組みを始めて今年で19年目となる。この間、人口減少・家族構成の変化等、認知症の人を取り巻く状況も大きく変化してきた。核家族化により、高齢者夫婦世帯・高齢者の一人暮らし世帯は毎年増加し、遠方に住む子どもが介護のキーパーソンにならざるを得ないなど、家族の介護力が低下している。このような社会情勢の変化に伴い、認知症の人への支援策も多様化している。

### 1. 認知症になっても尊厳ある暮らしを

#### ～権利擁護施策

身寄りがいない、親族がいても遠方で日常的支援に関わることが困難といった高齢者が認知症になるというケースが増えてきた。介護サービス利用に関わる意思決定や金銭管理などを支援するために成年後見制度があるが、その受け皿がない状況を踏まえ、平成23年度に社会福祉協議会による法人後見がスタートした。

翌24年度には、社会福祉協議会内に「あんしんサポートセンター」を開設し、通帳のお預かりサービス、日常生活自立支援事業、成年後見制度の利用支援といった権利擁護・生活支援サービスに関わる相談支援に取り組んでいる。また同年、市民後見人を養成し18名の町民が研修を受講している。現在、あんしんサポートセンターに支援員の登録をし、金銭管理の支援など社会福祉協議会の職員とともに活動している。

### 2. あんしんサポートセンターとしての人材育成

社会福祉協議会では前述のように、行政では対応が難しい住民生活に密着した支援体制の構築を進めてきた。平成21年度から養成が始まった「生活介護支援サポーター」もその一つで、要介護認定に至る前の高齢者宅を訪問し、話し相手や買い物支援など、簡易な生

活支援を行う事業であり、支援員の養成講座では「認知症サポーター養成講座」も実施している。多様な支援員が活動を継続していくには、定期的な研修とフォローアップの場が必要である。

そこでやすらぎ支援員、生活介護支援サポーター、市民後見人をはじめ、もともと地域で見守り活動などを行っている「在宅福祉ネットワーク」の福祉部の方々、民生児童委員、自治会長等を対象として、年1回3日コースの研修会を開催している。研修会の内容は、まちの最近の施策などの講話や事例検討、課題を設定してのグループワーク、各事業において活動している方々の実践報告などである。この研修会を通して、新たな支援員の登録を働きかけており、支える人材確保に努めている。

### 3. 地域をつなぐ認知症地域支援推進員の活動

認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、認知症の進行に応じて必要な医療や介護・生活支援サービスが有機的なネットワークをつくり、効果的な支援が行われる体制が必要である。本町では早くから認知症の啓発や相談窓口の設置など、支援体制を整えてきたが、地域や関係機関のネットワークを強化するために平成26年度に地域包括支援センターに認知症地域支援推進員を配置した（平成27年度より認知症総合支援事業に位置づけ）。認知症の相談や家庭訪問、認知症サポーター養成講座など、認知症に関わる多様な活動を展開しながら、地域をつなぐ役割を担っている。

20年近く前から地域での啓発に取り組んでいる本町であるが、時代とともに介護世代も変わっていくこと、介護の当事者になって初めて自分の問題として認知症と向き合う方が多いことなどを考えると、普及啓発活動に終わりはないと感じているところである。

### 4. 認知症初期集中支援チームによる早期受診に向けたサポート

認知症は適切なケアや治療の開始により、進行を遅らせ症状を軽減させることができるので、早期発見が大変重要である。認知症と思われる症状があっても診断に結びついていない方の家庭を訪問し、状態の評価や家族支援など初期の対応を包括的・集中的に行う初

期集中支援チームを平成27年度に設置している（認知症総合支援事業）。

本事業を立ち上げるにあたり、一番苦慮したのはチームとなる専門職の確保であった。医療機関も介護サービス事業者も人材確保が困難な状況であり、専任のチーム員を依頼できる状況にない。そこで、この事業をまちの保健・医療・福祉専門職が全体で関わる事業と位置付け、サポート医はまちの基幹病院である町国保病院、医療職は保健師、福祉職は介護サービス事業者に依頼することとし、可能な限りの方にチーム員の（伝達）研修を受講していただき、ケースが選定された段階で各部署の稼働状況を確認し、その都度、チームを組む体制とした。

これまでに2事例の支援を実践したが、認知症サポート医を含む医療職・福祉職がチームになり介入することで多角的な見立てができる、かかりつけ医としてのサポート医とチームを組むことで、医療機関への受診の利便性が高まるというメリットがあると考えられる。反面、本町のような小規模自治体では、相談ルートに乗ってきた段階で対象者の状況や背景がある程度把握できており、地域包括支援センターがこれまで行ってきた活動との違いが見えにくいという印象もある。どのようなケースに対して有効なのかを今後も吟味していく必要があると考える。

## 5. 専門職がつながるオレンジ会議（地域ケア会議）

認知症の人に関わる医療・介護の連携においては、もの忘れ外来後のカンファレンスにおいて支援体制を確認してきたが、もの忘れ外来そのものが十分機能しなくなったことで、連携体制も途切れるといった状況に陥った。

そこで、平成26年度から地域ケア会議のひとつとして「オレンジ会議」を設置し、認知症をテーマに町内の専門職が定期的に集まる機会を設置した。認知症ケアパスや初期集中支援チームのあり方について検討を行うとともに、認知症に関わる地域の課題の検討を行ったところ、多くの参加者から「医療・介護連携」に関わる課題があげられた。このことを受けて、多職種それぞれの役割機能を知ることを目的とした事例検討などもこの会議において実施して

いる。

認知症の人の入院はリロケーションダメージを始め、入院期間が長引くほどに心身の機能低下を引き起こし、その後の在宅生活の継続が困難になる。可能な限り入院前の状態を維持するには、以前の生活の状況や在宅生活を送るために必要な条件を医療専門職と在宅を支援する専門職が共有することが重要である。本町においては、この意識の共有が課題であり、解決方法を模索中である。

## 6. 新たな介護者支援の模索

これまで本町の介護者支援は前述した「認知症高齢者家族やすらぎ支援事業」や、ボランティア団体である在宅介護者を支える会が集いの場として実施している「ひばりの会」が中心であった。介護保険制度が施行された頃の介護者は圧倒的に嫁が多かったが、近年は配偶者や子ども、時には孫の場合もある。また、50代から60代になって親の介護のために戻ってくるなど、地域となじみが薄い方もいる。このような介護者の背景の多様化だけでなく、支え手となっているボランティア団体の高齢化や担い手不足などの問題もあり、支援のあり方も見直しの時期に来ていると感じている。

認知症総合支援事業で言われている「認知症カフェ」などにみられるように、介護サービス事業者、ケアマネジャーといった専門職も支え手となり、地域の人々とともに運営する形を模索しているところである。

## 7. 福祉教育の推進

本町では、学校教育に総合的な学習の時間が位置付けられた平成12年から中学校での福祉学習に取り組み、その中で認知症の学習にも取り組んできた経過がある。認知症を支える取り組みを始めて10年目となる平成20年に、今後の展開において重要なこととして「次世代を担う子どもたちへの教育」の推進が挙げられた。これを受け、教育委員会や町内の小中学校に、認知症サポーター養成を含めた福祉学習の取り組みを働きかけてきたが、総合的な学習の時間の見直しもあり、現在のところ5校中2校の実施

にとどまっている。

核家族化が進み、日頃高齢者とかかわる体験がない子どもが増えていること、また、現在全国的な問題である介護人材の不足といった点からも、子どものころから福祉や介護に触れ、助け合う心を育てていくことはますます重要であると考えている（写真4）。

## 認知症を支える地域包括ケアシステム

高齢化の伸展に伴い、認知症の人の増加が見込まれるなか、各自治体では2025年を見据えての地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいる。本町では現在が高齢者人口のピークであるが、今後は後期高齢者の割合が増加する。人口減少が進み若い世代が減少することから、地域づくりや介護を取り巻く環境



写真4 認知症サポーター小学校

はますます厳しくなると予測される。当センターへの相談件数も認知症も含め年々増加傾向にある。特に単身世帯の場合、認知機能の状態を把握することが難しいなど、支援に結びつけるまでに時間を要する方も多い。

認知症は認知症の人が生活する地域はもちろん、医療にも介護にもかかわる問題であり、まち全体で支える体制が必要である（図4）。これまで認知症の方への対応が困難な時には、当センターの職員が呼ばれることがあったが、これからはそれぞれが対応できる力を身につけていかなければならない。また、本人の意思によるサービスの選択を尊重するとしたら、中重度の方の在宅生活を支える体制も必要になるであろう。

そのためには地域・医療・介護の垣根を低くし、その人に合わせた弾力的な対応ができる関係づくりが重要になる。

この20年近い年月の間にまちの状況は変化し、それに伴い地域の課題も変化している。そういう意味では、認知症の人を支えるケアシステムに完成形はないと思っている。これからも住民との協働事業を通しての地域の実態把握や個別支援を通しての関係機関とのネットワークづくりに取り組みつつ、その時々課題に柔軟に対応しながらまちづくりを進めていきたい。

図4 認知症の支援

