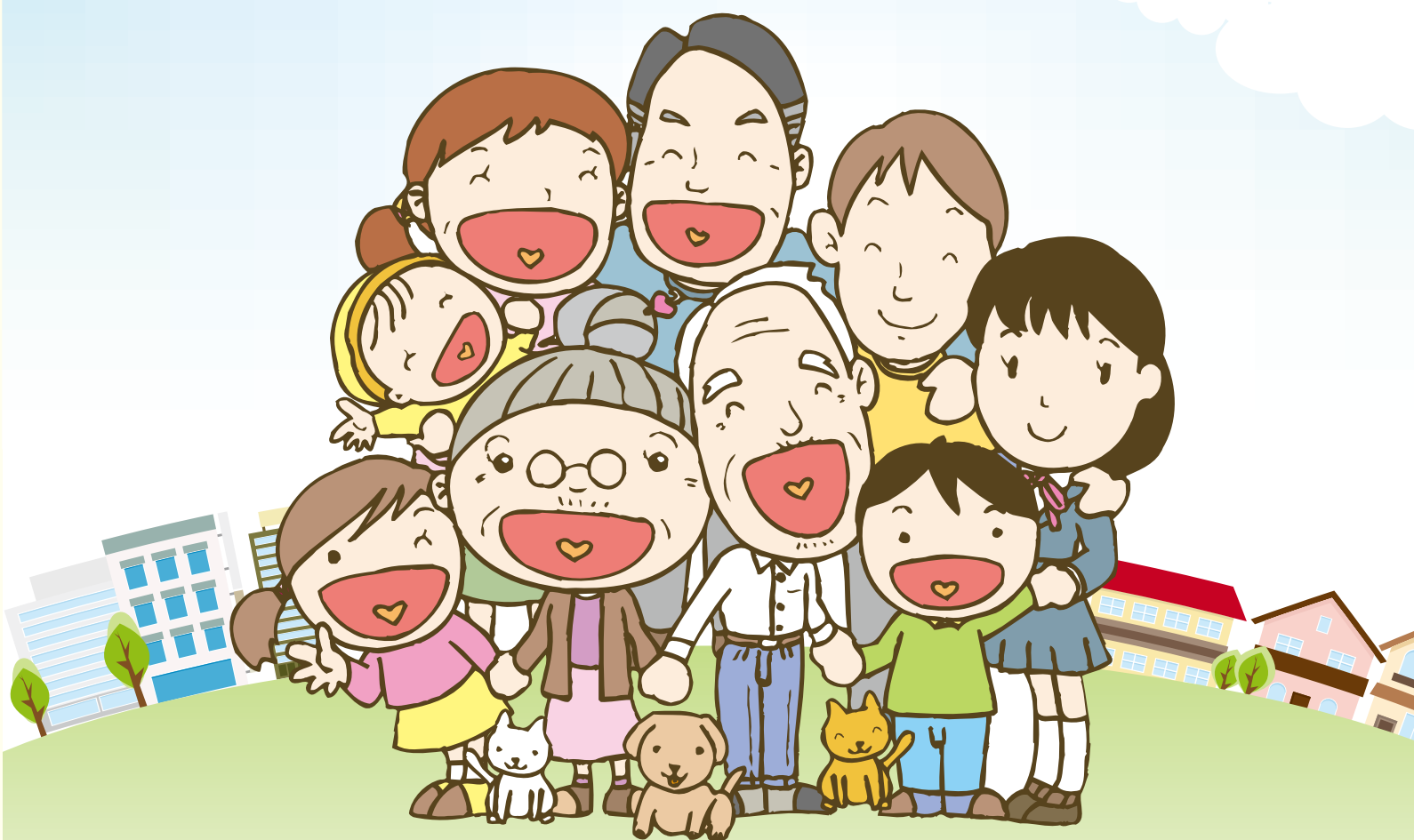


認知症の高齢者と そのご家族を 地域で支えるために



公益社団法人
全国国民健康保険診療施設協議会

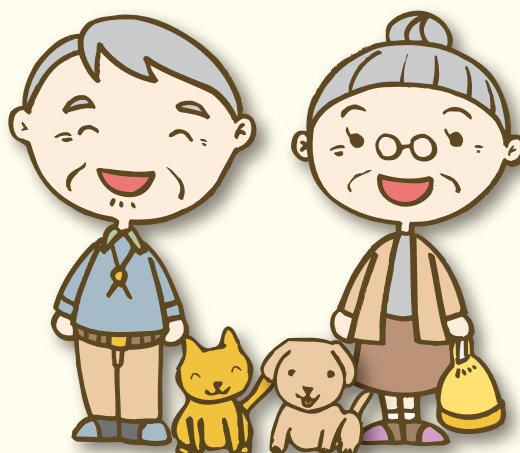
認知症の人と家族が地域で安心して暮らすために…

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

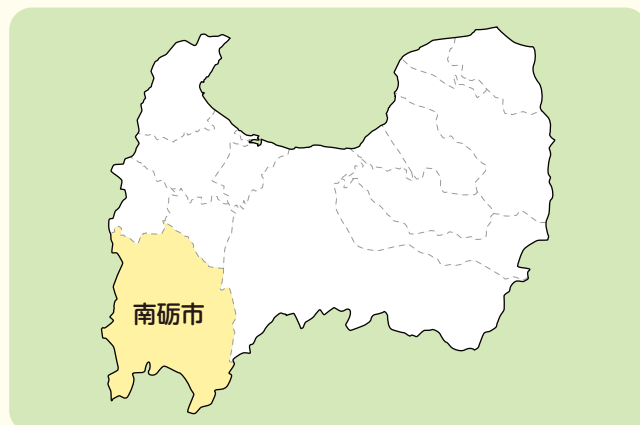
- 認知症高齢者とその家族介護者が、安心して住み慣れた地域で暮らしていくためには、地域全体でその認知症高齢者とその家族を見守り、支えていくこと、そのためのネットワークをつくっていくことが必要です。
- そのためにも、まず、地域において広く認知症に対する理解を深めていくことが大切です。「認知症は誰にでも訪れる可能性がある。決して特別ではない。」という意識のもと、子どもから大人まで（もちろん高齢者も）、認知症に対する理解を深めることが、ネットワークづくりの第一歩であり、地域における基盤でもあります。
- そして次に、地域における様々な資源を発掘し、ネットワークづくりに参加してもらうことが必要です。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たと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

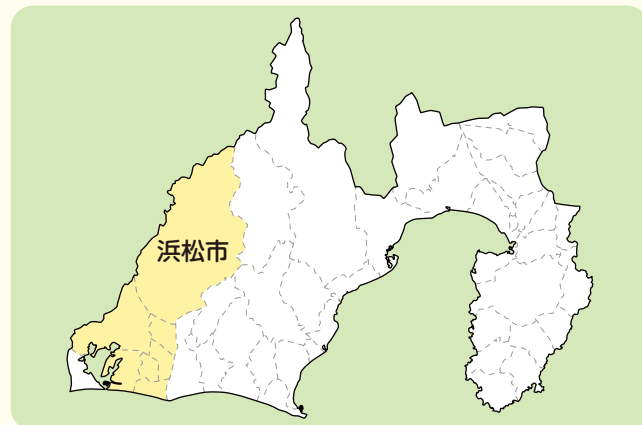
本人の意識の変化の有無、ご家族の意識の変化の有無は様々であったが、モデル事業において関係職種と関わることによって、「相談できる相手(ケースワーカー等)ができてよかった」「激しい周辺症状の際の対応方法を聞くことができてよかった」「本人の状態を知り必要な方向性を考えられるようになった」等の感想が聞かれた。

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

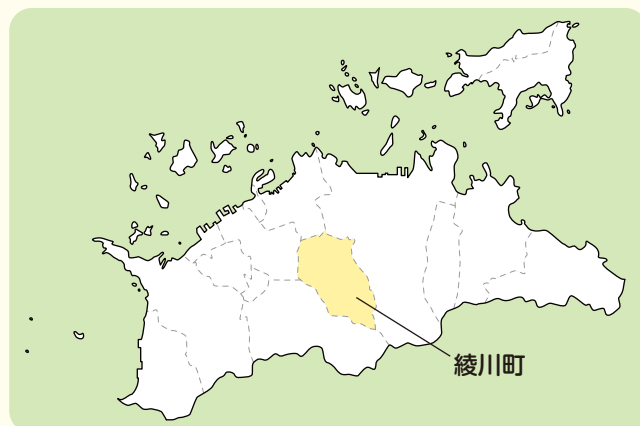
様々なスタッフと関わることで、本人や家族、特に家族には安心感を与えることができたようであった。失いかけていた介護への自信を取り戻したり、自分の親の状態に関する現実に向き合うようになった家族もあった。

病院スタッフ

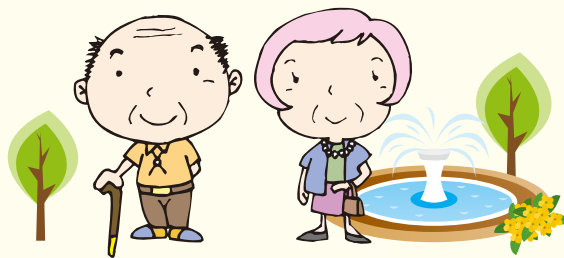
地域における連携については、これまでも取り組んできたことであるが、認知症に限ると、その疑いがあることや初期の状態を本人や家族に理解してもらうことが非常に難しい。特に遠方に住む家族との調整が困難である。ただ、電話ではなく手紙で状況を説明すると、必ずといっていいほど、先方から連絡がくる。早期対応のケースに限らず、会議において情報を共有することは、地域で支援するためには重要であることが再認識できたので、今後、連携を一層強くしていきたい。

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)」を公表しました。
- 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、精神科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。

1 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

認知症の人やその家族が、認知症と疑われる症状が発生した場合に、いつ、どこで、どのような医療や介護サービスを受ければよいか理解できるよう、標準的な認知症ケアパスの作成と普及を推進する。

2 早期診断・早期対応

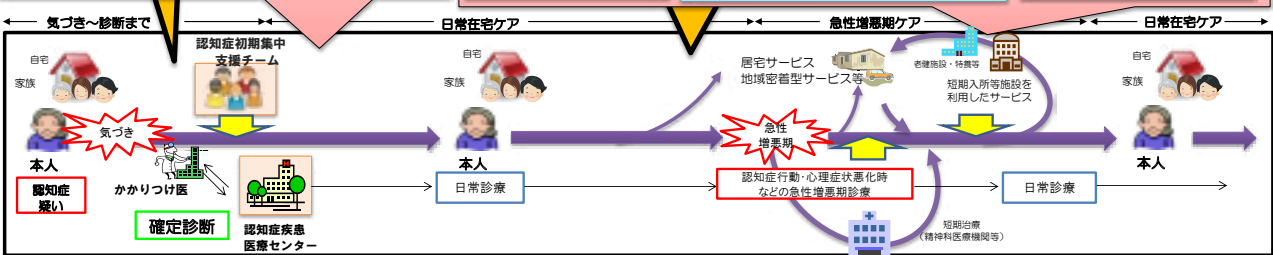
- 「認知症初期集中支援チーム」の設置
認知症の人や家族に関わり、アセスメント、家族支援などの初期支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う事業をモデル的に実施する。
- かかりつけ医の認知症対応力の向上
認知症の人の日常の医療をかかりつけ医が担えるよう、その認知症対応力の向上を図る。
- 「身近型認知症疾患医療センター」の整備
かかりつけ医と連携し、そのバックアップを担う医療機関を整備し、早期的確な診断、介護との連携を確保する。

3 地域での生活を支える医療サービスの構築

- 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
不適切な薬物使用により長期入院することのないように、実践的なガイドラインを策定し、普及を図る。
- 一般病院での認知症の人の手術、処置等の実施の確保
一般病院勤務の医師・看護師をはじめとする医療従事者が、認知症ケアについて理解し適切な対応ができるよう研修を拡充する。
- 精神科病院入院に必要な状態像の明確化
医療従事者、介護関係者を含めた有識者等により十分な調査、研究を行う。
- 精神科病院からの円滑な退院・在宅復帰の支援
「退院支援・地域連携クリティカルパス(退院に向けての診療計画)」の作成等を通じて、退院後に必要な介護サービス等が円滑に提供できる仕組みづくりを推進する。
- 一般病院・介護保険施設等での認知症対応力の向上
「身近型認知症疾患医療センター」の職員が行動・心理症状等に対応困難な事例へのアドバイスや訪問をし、専門的な医療を提供する。

4 地域での生活を支える介護サービスの構築

- 認知症にふさわしい介護サービスの整備
「グループホーム」「小規模多機能型居宅介護」などの地域密着型サービスの拡充を図る。
- 認知症行動・心理症状が原因で在宅生活が困難となった場合の介護保険施設等での対応
認知症の症状が悪化し、在宅での対応が困難となった場合には、介護保険施設等の地域の介護サービスがその担い手となることを推進していく。
- 「グループホーム」の活用の推進
「グループホーム」の事業所が、その知識・経験・人材等を生かして、在宅で生活する認知症の人やその家族への相談や支援を行うことを推進する。



5 地域での日常生活・家族の支援の強化

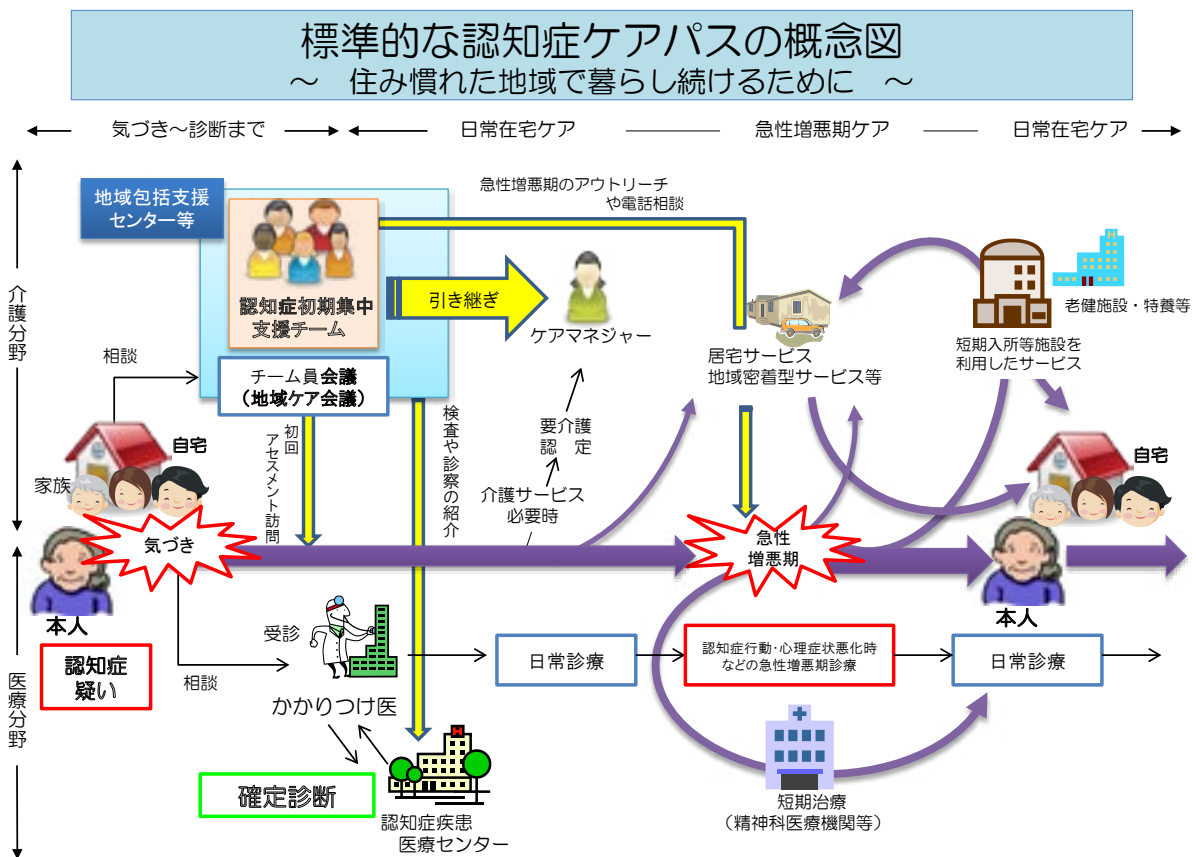
- 「認知症サポーターキャラバン」の継続的な実施
「認知症サポーター」の養成を引き続き進めるとともに、その自主的な活動が、認知症の人を支える地域づくりへと広がりをみせるよう支援していく。
- 「認知症地域支援推進員」の設置
全国の市町村に、介護と医療の連携を強化し、認知症施策の推進役を担う「認知症地域支援推進員」を設置する。
- 家族に対する支援
認知症の人のアセスメント、サービス提供等を行う際には、認知症の人だけでなく、家族への支援の視点を含めたサービス提供が行われるようにする。
- 市民後見人の育成と活動支援
全国の自治体で権利擁護の確保や、市民後見人の育成と活動支援が実施されるよう、その取組の強化を図る。

6 若年性認知症の特性に配慮し、支援のためのハンドブックを作成、配布するとともに、本人や関係者等が交際できる居場所づくりの取組等を推進する

7 認知症の人への医療・介護を含む一体的な生活の支援として「認知症ライフサポートモデル」を策定し、これらを踏まえ医療・介護サービスを担う人材を育成する

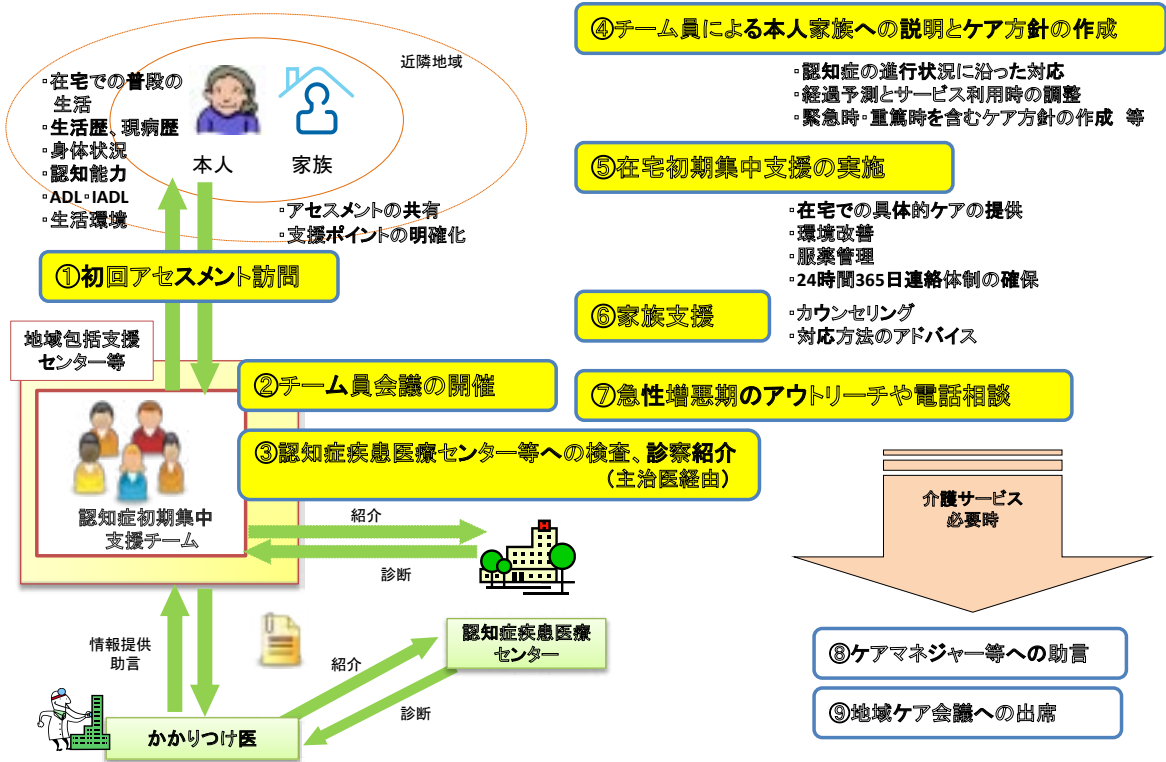
(資料)厚生労働省

- 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

地域での認知症ケアの流れを 考えてみましょう…

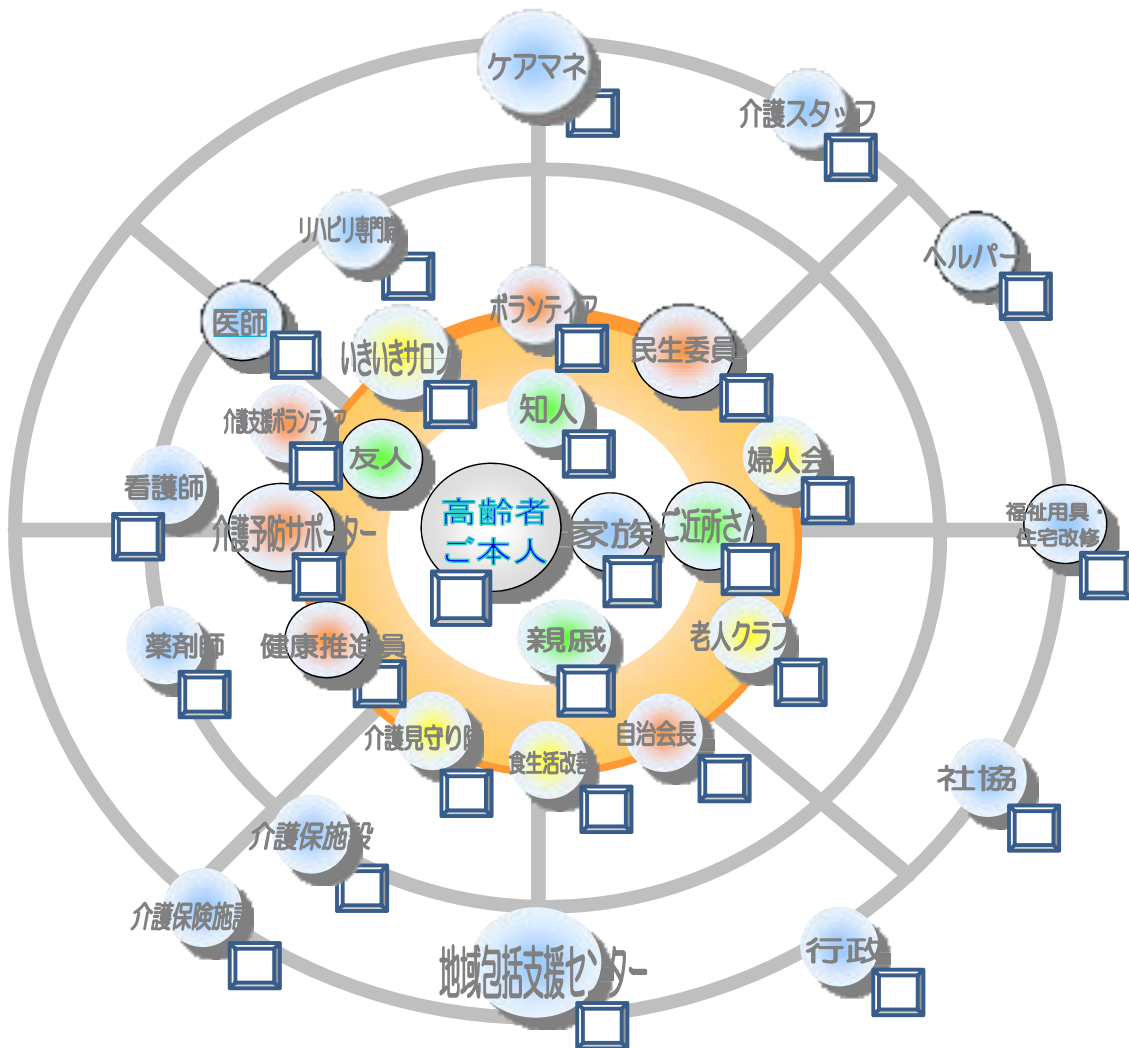
香川県綾川町の例

- 関係職種へのアンケート調査を通して、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であることが分かりました。

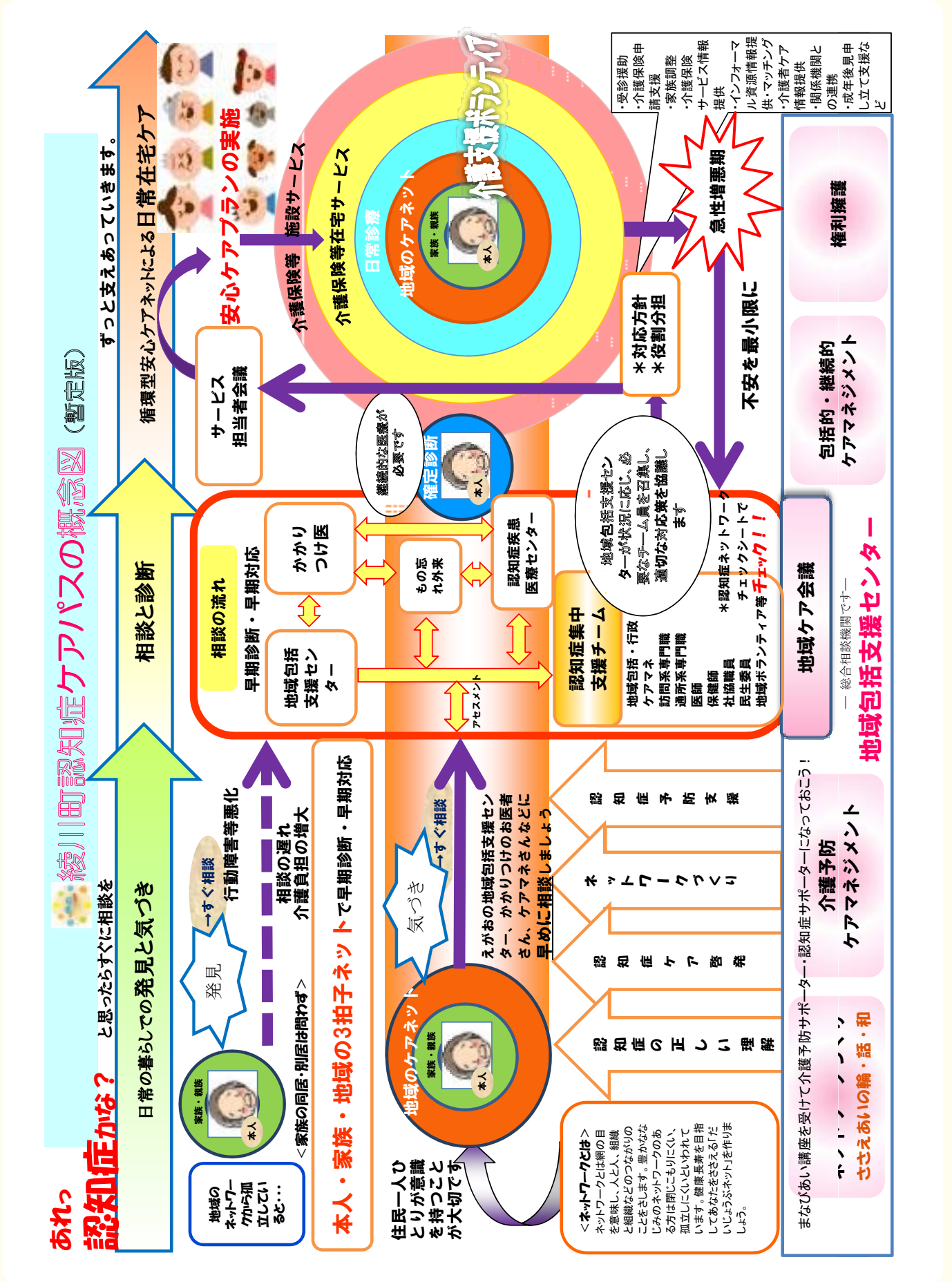
えがおでいきいき支えあい 地域包括支援センター

—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

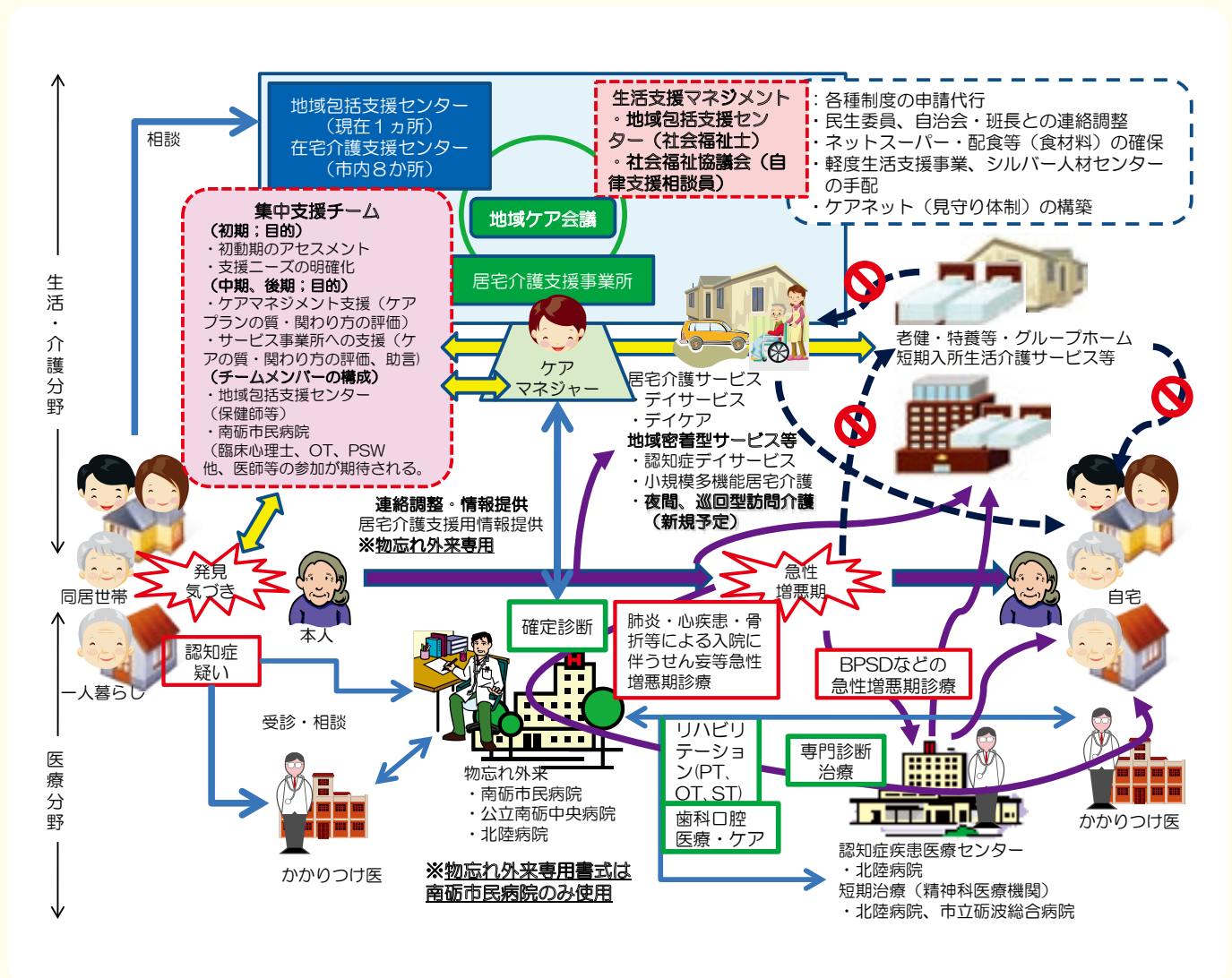


●その上で、認知症の段階によってどのような関わりが必要か・可能かを確認していくこととなりますが、特に気づきから診断にかけては、「気づき～相談」「相談～受診」「受診～サービス利用等」と細分化した流れを想定しておくことが必要であることが分かりました。



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/