

認知症を地域で支えることを目指して

～地域支援と個別支援、ケアパスと連携を意識する～

東京都町田市

南第3高齢者支援センター

(医療法人社団委託 地域包括支援センター)

認知症地域支援推進員 認知症初期集中支援チーム員

町田市認知症施策推進協議会委員

看護師 角川 隆之

町田市の概要

- ・人口：429,114人　・65歳以上人口：111,579人　・高齢化率：26.0%
- ・日常生活圏域数：4圏域（堺・忠生圏域、鶴川圏域、町田圏域、南圏域）
- ・地域包括支援センター数：12センターとブランチ（あんしん相談室）12センター
- ・認知症地域支援推進員数：53名

市職員4名、地域包括支援センター職員47名（兼務）、認知症疾患医療センター職員2名（兼務）

- ・面積：71.80平方キロメートル
- ・主要産業：商業、建設不動産業、私立大学等
- ・気候、地理的特徴、地域の特徴：

東京都であり比較的温暖で、海に隣接していない地域。市内を縦断する河川が複数あり、降雨量が多い季節は増水や土砂崩れの恐れが度々聞かれる。多摩丘陵南部に含まれ、丘陵や平地が多い。

駅前には商業地域が発展している。市内に複数の大学があり学園都市地域もある。田園都市側面あり、農地や里山・山林・大きな公園等も点在。東京都内でのベッドタウンでもある。住宅地にはUR・JKK等大規模集合住宅が複数あり、人口8%以上が居住。地域により45%を超える高齢化地域がある。

北側は東京都内の他自治体に隣接しているが、他は周囲を神奈川県に囲まれている。東京都の新宿区、神奈川県横浜市などが直接つながる鉄道路線があり、駅前まで行けば通勤通学等交通の利便性がある。駅前から郊外までの交通網は路線バスが主である。路地が細く山坂がある地域はコミュニティバスの導入が進められてきている。

町田市の認知症高齢者の推計

- ・町田市の65歳以上の高齢者数は、約10万2千人です。うち、2013年（平成25年）の認知症高齢者の推計数は約1万4千人で、市内高齢者の13.9%です。
- ・市内では2025年（平成37年）には、約2万3千人に増加すると推計されています。

～ **地域支援としても、個別支援としても、**
日々、認知症支援に待ったなしを感じています！ ～

町田市の認知症施策

対象	事業名	事業内容
1. 認知症予防に取り組みたい	①認知症発症遅延事業	・ウォーキングなどの有酸素運動、旅行や料理などの脳を使う取組みを導入し認知症になりにくい習慣を身につけるプログラムを開催。グループの仲間と自主的に活動を継続します。
2. 認知症について学びたい	②認知症サポーター養成講座 ③認知症サポーターステップアップ講座	・認知症を正しく理解し、認知症の人や家族を地域で暖かく見守る認知症サポーターになる講座です。 ・認知症サポーターを対象にさらに活動を深めたい方の講座です。実際の関わりもグループワークを通して学びます。
3. 認知症について相談したい	④認知症電話相談 ⑤もの忘れ相談	・認知症の総合相談窓口を設置。認知症疾患医療センターに委託。市民やサービス関係者にわかりやすい相談体制を整えます。インテークによるサービス紹介から専門相談、専門機関調整など幅広く対応します。 ・高齢者支援センターで月1回専門医と臨床心理士の相談窓口を設置。認知症早期発見や家族介護による精神的負担軽減を目指します。
4. 家族介護者への支援	⑥家族介護者教室 ⑦家族介護者交流会	・高齢者支援センターで年複数回実施。介護方法などの技術的な事や接し方について理解を深める講座です。 ・高齢者支援センターで、介護に関する情報交換や悩み事について話し合う会を開催しています。
5. 徘徊のときの支援	⑧徘徊高齢者家族支援サービス事業	・認知症のある方が行方不明になった場合に、現在位置を検索するシステムを使い、ご家族からの問い合わせに応じます。
6. 見守りに関する支援	⑨高齢者見守り支援ネットワーク ⑩あんしん相談室 ⑪あんしんキーホルダー	・町内会、自治会等を主体とした見守り活動を行うネットワークで、見守りの必要な高齢者に対し、地域がその変化に早く気づき、地域が支えあう仕組みを支援します。 ・高齢者の実態把握や認知症高齢者の早期対応を含めた支援、地域の見守り活動、地域ネットワークを推進する役割を担います。 ・外出時、事故にあったときに身元がわかるように、緊急連絡先の確認ができるようにするサービスです。

町田市の新たな認知症施策 (2015年度～)

事業名	事業概要	事業実績
認知症初期集中支援チーム事業	家族等の訴えにより認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を複数の専門職がチームで訪問し、専門医療期間を受診するための支援や介護保険サービスの調整、家族への支援など、包括的・集中的に支援を行い、自立生活をサポートする。	2014年度2チーム訪問実施 2015年度市内全域対象4チーム訪問実施を開始
認知症ケアパスの作成・普及	認知症の人の生活機能障害の進行状況に合わせ、どのような医療・介護サービスを受けることが出来るのかをあらかじめ標準的に決めておく「認知症ケアパス」を作成し、普及に努める。	2014年度作成 2015年度普及を開始
認知症カフェの設置（仮称）	認知症の人の家族の介護負担の軽減などを図るため、認知症の人とその家族、地域住民、専門職等が集う認知症カフェを開設する。	2015年度以降実施を開始
認知症ケアに関わる多職種協働研修の推進	医療と介護等が相互の役割、機能を理解しながら、統合的なケアにつなげていくため、認知症ケアにおける多職種協働の重要性を習得する認知症多職種協働研修を実施する。	2015年度実施を開始

施策とケアパスと連携をどのように考えていくかを、今回のご報告に位置づけました

- ・ 認知症施策って、それぞれ事業分断されてるような気が、、、
- ・ 医療と介護と地域支援と個別支援の連携といっても、、、
- ・ 認知症ケアパスってどんなふうに使っているの、、、
- ・ 住民、行政、医療機関、介護事業所、見守り、地域資源、警察、自治会、介護予防教室、自主活動グループ、ふれあいサロン、認知症家族会、企業、他にもあるけど、、、
- ・ 認知症にやさしい地域づくりって何からやれば、、、
などなど、いろいろなお話を日々聞いてきたなかで、いたらずながらやってみたことを少しお伝えします！

町田市における認知症地域支援推進員の役割

- 1. 相談窓口における市民サービスの向上**
 - ・ 相談、訪問時における認知症アセスメントシート（DASC）の活用
- 2. 医療連携調整力の向上**
 - ・ 認知症初期集中支援チーム事業の実施
- 3. 認知症施策の課題検討**
 - ・ 認知症地域支援推進員連絡会での検討（ケアパスや連携も含まれています）
 - ・ 町田市認知症施策推進協議会委員（代表2名）としての参画

それぞれの認知症施策はつながりを意識しています

例	インテーク	第一段階	第二段階	第三段階
パターン1	認知症について相談したい	「相談」 [本人・家族等の相談先] 1. 高齢者支援センター (もの忘れ相談等) 2. あんしん相談室 3. 認知症総合電話相談 4. 介護事業所 など	「受診」 (専門医療機関) [必要時 受診支援] 1. 介護タクシー 2. 家族の協力支援 3. 救急車 など	「診断後の支援」 [相談先] 1. 高齢者支援センター 2. あんしん相談室 など 「認知症ケアパス」を活用したサービス紹介や連携 1. 介護・医療保険サービス利用・事業所と連携 2. 臨床心理士による相談 3. 家族介護者教室 4. 認知症サポーター (養成講座) 5. 認知症カフェ 6. 見守り支援ネットワーク 7. 高齢者あんしんキーホルダー 8. 徘徊高齢者家族支援サービス 9. 介護予防教室 10. 地域資源紹介・連携 (ふれあいサロン、老人会、NPO、自主グループ等) 11. 地域ケア会議 12. 成年後見制度 など
パターン2	自ら医療機関や相談機関等に相談しづらい認知症の疑いのある方	「高齢者支援センター・あんしん相談室による実態把握」 など	「認知症初期集中支援チーム」 1. 医療機関への受診勧奨・誘導 2. 介護保険サービス利用の勧奨・誘導 3. 生活支援、家族支援 など	(同パターン1の支援内容)

☆これらは、当然ながら順番は前後したり同時進行したりと柔軟に対応しています！
 認知症地域支援推進員や支援者が意識して活動されています！

具体的な連携事例を少し、、、

- ・ 70代独居女性。持ち家一軒屋はごみ屋敷状態。庭も家の中も物であふれている。
- ・ 身体的なADLは自立傾向。徒歩圏内のスーパーまで買い物が出来る。
- ・ コミュニケーションは可能だが、やりとりはあいまい。繰り返し同じ話をする。
- ・ 夫も一人息子も数年前にあいついで病気で亡くしている。関東に親族がいる様子。
- ・ 玄関ドアの外で自分の生活スペースを作り、買ってきたお弁当やワインを飲んで生活している。ワインの空き瓶を自宅道路向かいの公園グラウンドに投げ捨てており、少年野球の父母から市役所にクレームが入っていた。
- ・ 近隣の公園で排泄をする様子や野良猫や狸に残り物を道路に置いて餌をあげており、地域包括にクレームが入っていた。
- ・ 火事などが心配と消防や警察に、近隣住民より連絡が入っていたが敷地内で対応が難しいとのこと。
- ・ ごみの片付けの話を近隣住民が持ちかけるが、流されてしまう。今は親しい友人はいない様子。もともと性格的に近所づきあいは活発ではなかった。
- ・ 近隣の地域密着型デイサービス管理者や民生委員は、地元住民であり顔なじみであった。
- ・ 医療も介護も好きでなく、何もつながっていない。ほっといてほしいと言う。

事例を地域支援と個別支援、ケアパスと連携を意識して検討してみると、、、

・現実として多方面からクレームが上がっており、このままでは地域生活が厳しくなる可能性がある。火事や事故なども心配。近隣住民からは今後の不安が聞かれる。

→近隣の見守り対象者として見てもらえないか？地域ケア会議は出来ないか？自分ごととして捉えて頂けないか？

・医療も介護もつながっていないが、不衛生な環境であり現在の体調や生活維持が心配。本人は大丈夫としか言わない。

→まずはセンター職員が信頼関係をつくり医療受診を促せないか？好きなことや思いを聞いて仲良くなれないか？

・家の中で住むことが出来ないほどの物の量と、玄関先で生活する状況、ワイン瓶を投げ捨てたり排泄を外で行ったりする様子から、正常な判断能力が低下している可能性がある。鑑別診断が必要と考えられたが本人は必要と考えていない。

→医療サービスとして専門医受診を勧められないか？必要なら、成年後見制度を検討できないか？

・地域密着型デイサービスや民生委員は近隣住民である。遠方で疎遠だが親族がいる。独居で寂しさもあるのでは？

→地域の協力者として要請できないか？個別支援として片付けや生活面のアドバイスはできないか？

・介護保険申請をしていない。ケアマネージャーもついていない。必要性も感じていない。

→経験豊富でフットワークの軽いケアマネージャーに協力を仰げないか？

まずはこのように考えてみました！

そうすると、、、誰に？どこに何をつなごう？

→近隣の見守り対象者として見てもらえないか？地域ケア会議は出来ないか？自分ごととして捉えて頂けないか？

・あんしん相談室がこの地域で見守りネットワークを作ると言っていた。見守り対象として見守りネットワーク会議で話してもらおう。自治会や老人会もいたはずだ。地域ケア会議としても、センターの社会福祉士に開催してもらおう。

→まずはセンター職員が信頼関係をつくり医療受診を促せないか？好きなことや思いを聞いて仲良くなれないか？

・まずは会いに行ってみよう。健康相談として地域を回っていると話してみよう。DASCもとれたらいいな。

→医療サービスとして専門医受診を勧められないか？必要なら、成年後見制度を検討できないか？

・もの忘れ相談や認知症初期集中支援チームを導入しよう。可能なら病院職員も一緒に行ってもらおう。

→地域の協力者として要請できないか？個別支援として片付けや生活面のアドバイスはできないか？

・民生委員に片付けや生活面のアドバイスを本人にしてもらおう。一緒に行こう。顔なじみのデイサービス管理者は、自費の通い場サービスに誘ってもらおう。疎遠の親族にも、受診や成年後見を見据えて連絡してお願いしてみよう。

→経験豊富でフットワークの軽いケアマネージャーに協力を仰げないか？

・センターの主任ケアマネージャーに、この地域を訪問していたベテラン訪問介護員からベテランケアマネージャーになった方を紹介してもらおう。介護保険申請やサービス紹介から一緒に訪問して頂き、信頼関係をつくって導入してもらおう。

大変だけど、うまくいったらいいな。そうしたら、地域のふれあいサロンか認知症カフェ、介護予防教室に誘ったり、みなで片付け手伝ったりできれば。ご本人が住み慣れた自宅と地域でうまく生活が継続出来たらいいな、、、と思いました！

やってみたら、どうなった？その①

- ・見守りネットワーク立ち上げ者や自治会参加での地域ケア会議では、ご本人を見守り対象としてご理解頂き、近隣住民で支えていくことになりました。ご近所の有志が少し片づけを手伝って下さり、家のお手洗いは片付きました。この地域ではその後、見守りネットワークが立ち上がり活発に活動しています。熱心な認知症サポーターや介護予防サポーターも地域にいます。あんしんキーホルダーも地域でたくさん登録頂きました。
- ・訪問は本人がマイペースでなかなか会えませんでした。民生委員さんの協力を仰ぎ、一緒に訪問し猫ちゃんなど動物が好きなことがわかりました。他、ワインの話や外で生活していることで健康を心配していることを伝え繰り返し訪問し、顔と名前を覚えて頂きました。もの忘れを少し感じ体調にも波があると話されました。DASCは作成できました。民生委員さんは、時折お洗濯や清拭を本人に促し一緒に手伝って下さいました。医師によるもの忘れ相談は今は必要ないと言われました。
- ・疎遠のご親族に連絡し、なんとか現状をお伝えしセンターにご来所頂き認知症初期集中支援チーム訪問に同意されました。病院職員とともに訪問し数ヶ月かかりましたが、信頼関係を作り、専門医が来ることを了承。センターに来所頂き本人とご家族を説得、医療同意を得ました。その後、認知症初期集中支援チーム訪問の一環として専門病院受診支援。アルツハイマー型認知症と診断され、介護保険申請を行い要介護2となりました。長年の不摂生からか体力に波もありましたが、ご本人は頑として施設より住み慣れた我が家で過ごしたいと繰り返し訴えていました。

やってみたら、どうなった？その②

- ・ 認知症初期集中支援チームとしては支援終了となりましたが、チーム員の主治医が意見書を書いてくださり、訪問看護師と精神保健福祉士が医療保険で訪問サービス導入となりました。
- ・ 近隣のデイサービス管理者には昔の顔なじみとしてデイの自費サービスにお誘い頂き、彼女が言うならば、と本人もおっしゃり定期通所することになりました。こちらのデイサービスは協力的で、その後消費生活支援センターの教室も開催頂きました。見守りの会議にも出られています。
- ・ 地域に詳しいベテランの元訪問介護員でベテランケアマネージャーを紹介頂き、自費デイに本人と認知症地域支援推進員と一緒に訪問して話し、介護保険サービスでの通所につながりました。なんとか入浴もデイで出来たらよいですねと、ケアマネとデイサービスもおっしゃっていました。

やってみたら、どうなった？その③

- ・この地域でふれあいサロンをされている80代の元保健師さんは、顔なじみとしてサロンや食事に誘ってくださっていました。近所の昔なじみとして、親族とも時々現状を電話でご連絡されていました。疎遠だった親族もたまに庭の片付けなどをされていました。親族も少しでも本人が文化的な生活が出来ればと、理解を頂けたようでした。
- ・一軒屋をお持ちであることもあり、認知症診断が出たことで社会福祉士が成年後見制度を親族に勧めてくださっていました。必要性に一定のご理解を頂けた様子でした。
- ・ご本人は、ご主人や息子さんの思い出がある住みなれたこの家に死ぬまで住んでいたいのと笑顔を見せてくれました。たまに、庭のゆずが出来たのよ！などと、高齢者支援センターに買い物の途中でお寄り頂くこともありました。地域でマイペースに生活を継続されていました。センター職員を息子と呼ぶようになりました。介護予防グループや福祉祭りなどもお誘いしました。

認知症地域支援推進員活動の課題 (地域支援と個別支援、ケアパスと連携について)

①認知症地域支援推進員の存在や役割の周知

・3職種や生活支援コーディネーター、地域介護予防推進員のように、名前を聞けば何を支援する人なのかを行政を主体に地域住民・三師会・多職種・企業・学校などに周知していく必要がある。まだまだ何をやる人かわからないとよく言われる。

②認知症施策や社会情勢と地域での実現とのすり合わせ

・それぞれの認知症地域支援推進員が配置されている場所での、地域特性や課題・他職種他機関連携、人材や資金などすべて異なる。施策に沿って地域の実情に落とし込んでいく必要がある。

③兼任体制であることでの他業務への影響

・兼任として配置されていることがあり、他業務を持っている。影響を考えて工夫していく必要がある。予算配置による専任も検討して頂きたいが、それはそれで他業務をやっている職員との連携が薄くなる可能性もあり工夫が必要。

④多職種多機関連携のさらなる必要性

・今回は紹介できなかったが、行政、医療、介護、地域、企業、学校、警察、消防など、さらなる連携のための顔の見える関係作りをさらに勧め、支援を効果的効率的にする工夫が必要。

今後の活動・取組の方向性について

- ①認知症地域支援推進員がいろいろな場面や会議などに出向き、周知をしていく。住民と日々の業務などを通じ、認知症の相談支援が出来るところとじて頂けるように実践していく。多職種・多機関とも顔の見える関係を築いていく。
- ②認知症施策や今後の社会情勢、地域の課題や実情を踏まえ、今後の認知症ケアや認知症にやさしい地域づくりのために、地域にあわせ工夫した形で一步一步実践していく。
- ③認知症施策は医療・介護・地域づくりと切り離せないものであることを考えつつ、他業務や多職種・多機関との連携・ケアパスの活用、個別支援から見えてくる地域支援をつなげて一步一步実践していく。

認知症にやさしい地域づくりの主役は
認知症地域支援推進員です！

ひとりで抱えず、みんなで
やりましょう！！

ご静聴ありがとうございました♪