

認知症の人の地域包括ケア

永 田 久美子



優先課題は何か？

地域や家族のあり方が急速に変化する中、ひとたび認知症が発症すると職場や地域、家庭の中で、不安と生活の危機に陥るケースが急増している。超高齢化が進む中で、認知症は当事者はもとより医療・福祉関係者、そして地域全体の安心や活力をも左右する重大な課題になっている。

国は、とくに2000年以降、認知症対策を次々と拡充してきており、多種多様な対策やサービスが「すでにある（はずの）」段階になってきている。各対策やサービスの周知、機能の強化と共に、急増する認知症の人の将来予測を踏まえた資源やサービスの計画的な拡充が不可欠であるが、同時に現在の最大の課題は、認知症の人と家族を地域で支えている多様な職種や資源のお互いのつながりが薄く、それぞれ個別な取り組みに終始しがちな点である。

先進的な医療や支援技術があっても、つなが

りの薄い「点」での関わりでは、初期段階から認知症による間断のない生活障害が潜行する本人と家族を支えるには限界があり、医療や福祉専門職側にとっても効率の悪さや過剰な負担を招いている。

生命線としての地域包括ケア

こうした状況を打開するために登場したケアのあり方が地域包括ケアである（厚生労働省、2003年）。地域包括ケアは、「高齢者が住み慣れた地域で、安心してその人らしい生活を継続するため、高齢者のニーズや変化に応じて、切れ目なく必要な支援を提供するあり方であり、保健・医療・福祉の専門職や地域の様々な資源を統合した包括的・継続的なケア」である。

地域包括ケアは、認知症の人に限らず、すべての高齢者や障害者に必要な今後のケアのあり方であるが、断片的、不連続なケアによるダメージを受けやすく、そのダメージによって症状

や障害の重度化が加速される認知症の人にとっては、生命線ともいえるケアのあり方である。

認知症の人の地域包括ケアのポイント

従来から医療連携や医療と介護との連携には力が注がれてきているが、専門職の視点に立った専門職のための連携が主になっていた。地域包括ケアでは、本人と家族が地域で安心して暮らしていくことを共通理念に掲げ、関係者全体が認知症の本人本位の視点に転換を図ることが重要なポイントである。本人の視点に立つて、日常生活の課題や本人の要望を見つめ、本人を中心に医療や介護、地域支援の関係者同士が包み込むようにつながり、本人が暮らす流れに沿って役割分担やバトンタッチをしながら初期からターミナルまで長期にわたる経過を共に支えていくあり方へのモデルチェンジが急がれる。

この本人の視点に立つことは、無理とみなされたり理念倒れにされがちであるが、近年、認

① 認知症の本人の声

初めて頭の検査をしたのは、52歳でした。会社の勤めでした。問診がとてもしやでした。質問に答えられないからです。会社ではけなされ、その上いろいろテストされてだめな人間と決め付けられ、いやでいやでたまりませんでした。できたことがとんとんできなくなっていきました。車の運転は恐くてもうできません。買い物もできなくなりました。数字の区別ができないので電話もかけません。自分がとんとんためになっていくので不安です。少しのことで泣いています。

私は、かあさん(妻)がいないと迷子になってしまいます。朝、仕事に出かけるかあさんを見ると不安でいらだちます。かあさんが帰ってこないとい何もできないので、かあさんが帰宅すると自然と涙が出ます。

かさむ治療費やこれからのことをすべてかあさんが1人で頑張っているのです。すまないです。

私は、頭は病気でもからだはとても元気です。体力もあります。心はやる気です。いっばいです。重い荷物も運べます。頼まれたら動きます。だから、することを言ってもらえばゆっくりにしますがたいいのことはできます。人の役に立って喜ばれたいし、感謝されたいです。

よい薬の開発が進んでいると聞きました。早く飲みたいです。元気になりたいです。なんでこんなになったのかくやしいです。

(11年前、45歳で発症。52歳のとき、退職を余儀なくされる。教師の妻と二人暮らし。昼間はデイサービス、ヘルパー、「家族の会」広島県支部の仲間に支えられて生活を送っている。)

(認知症の人と家族の会 リーフレット 2005より)

知症の本人による社会に向けた発信(表①)が相次ぐようになり、認知症ケアの今後の最重要課題となっている。

認知症のレベルや症状のいかんにかかわらず、本人にしっかりと向き合い、声に耳を澄まし、全身のサイン(表情、まなざし、しぐさなど)を注視しながら、本人の思いや意向を医療・支援関係者が共に確認しあいながら、目標や方針を一つにした一体的な取り組みをしていくことが大切であり、地域包括ケアは本人との接点を通じて積み上げていく日常的な取り組みである。事実確認や障害要因の見極めが難しい認知症のケースの場合、多職種・多資源による情報の伝達と共通、正確な情報に基づく目標や方針の決定、役割分担のための対話の機会づくりなども重要なポイントである。限られた時間や人手の中でこれらを効率的に行うための方法として、厚生労働省の補助事業で開発された「センター方式」の活用が全国で広まっている。センター

②地域包括ケアのポイントになる情報伝達の効率化や共有にむけて
～センター方式シートの活用～

家族やケアマネジャー、ケア職員からシートを通して伝えられる情報	シートを利用した医療側の活用例
D-4 24時間生活変化シート C-1-1 心と身体の全体的調適 ※1日の状態の変動や1日の過ごし方の具体的状況・変化 ※状態の変動に影響する要因に関する情報	○日常の事実情報に基づく状態の見極め ○個別の実態に即した服薬調整 ○かかりつけ医の意見書作成の事実情報 →要介護認定の適正化
D-3 生活リズム・パターンシート D-1 できること・できないこと D-2 わかること・わからないこと ※睡眠パターンや睡眠量 ※排泄パターンや排泄量 ※転倒、誤嚥等の発生状況 ※日常生活場面のADL、IADL ※日常生活場面の認知機能、会話、書字機能	○変化やリスクの早期発見 ○検査・治療、手術を安定して受けられるための個別対応策 ○当事者やケア関係者への具体的な助言 ○入院・入所のリロケーションダメージを防ぐための情報提供 ○本人と家族が安心して外来受診や住診を受けられるための、時間決めや環境づくり
A-3 薬歴シート A-2 自立度経過シート ※本人の受診状況や服薬の全体状況 ※認知症や自立度の経過が分かる。 ※経過の影響因子に関する情報が得られる。	○経過全体の把握、認知症のステージの見極めや方針決定の参考資料
C-1-2 養と気持ちシート B-1 家族シート A-4 支援マップ ※本人の思いや希望、医療・ケアへの要望 ※日常の全体的な姿(絵) ※家族・親族の関係、思いや要望 ※本人を中心とした支援者、関係者、大切な場所、資源等	○本人や家族の困りごと、願いや要望の把握 ○当事者本位の治療やケアの方針の決定 ○医療者による介護保険サービス等の紹介・助言 ○連携・協働する人材や資源の把握 ○在宅継続や入院・入所に関する助言

方式シートを用いて医師とケア関係者、家族が情報共有を図りながら(表②)、本人・家族の生活実態や意向に即した医療やケアを効率的に進め、本人の安心や尊厳の保持、周辺症状の改善、自立度や体調の改善、家族の安心や介護負担の軽減、在宅生活の継続、入院・入所時・退院時のリロケーションダメージの緩和など多様な成果が報告されている。

地域包括ケアの体制を共に築く

地域包括ケアを、個々の医療・ケア関係者の努力のみに任せずに、自治体や地域全体としての体制を整備するため、国は2006年度から全国の自治体(市区町村)に、拠点としての地域包括支援センターを設置し、3職種(主任ケアマネジャー、保健師/看護師、社会福祉士)を配置している。3職種それぞれの専門性を活かしつつ総合的に相談を受けたり、認知症の予防・啓発、予防プランの作成、困難ケースの相

談や支援、権利擁護や虐待防止に関する取り組みなど幅広い活動を展開している。認知症の本人や家族はもちろん、認知症への理解や早期対応を図っていくためにすべての高齢者や住民に、地域包括支援センターの存在や役割を周知していくことが求められている。

地域包括ケアの体制は、行政と地域の保健・医療・福祉関係者、住民が、これからの自地域での認知症支援の拡充を目指して共に築きあげていくものである。

現在、住民の認知症の理解と地域での支えあいを推進するための認知症サポーターおよびその推進役としてのキャラバンメイトの養成が各自治体で進められている。養成されたサポーターと必要とする本人・家族をつなぐことが課題になっている。

いずれにしても、地域包括ケアの体制づくりには、要役・推進役としてかかりつけ医の存在が大きい。国は、かかりつけ医の認知症対応力


の向上を図る研修や、その講師役・援助役を果たすサポーター医研修を積極的に推進し、現在、受講したかかりつけ医が全国で約2万人に達し、1千名を超えるサポーター医が各地で活躍を始めている（写真③）。認知症の予備軍も含めて住民の身近な立場での相談や心身の総合的な医療を継続的に提供しているかかりつけ医ならではの機能を活かして、長い経過を辿る認知症の本人・家族の伴走役として、また地域の医療・福祉の専門職と住民や多様な地域資源（警察、消防、学校、商工会など）のつなぎ手として今後の活躍に大きな期待が寄せられている。

地域包括ケアの着実な展開に向けて

地域包括ケアをより着実に進展させていく体制の強化を図るために、地域の多様な資源のネットワーク化を図る認知症地域支援体制構築等推進事業が都道府県単位のモデル地域で展開されている。地域の資源マップづくりや地域に密

③地域での認知症ケアに関する学習会・懇話会の開催

かかりつけ医が地元のケア事業者や地域の人たちと共に定期的に開催。顔の見える関係を築きながら、認知症の本人の視点にたった理解と協働した支援を検討し、地域包括ケアの実践力を高めている。

	医師	家族	ケアマネジャー	
訪問看護師				認知症サポーター
ヘルパー				民生・児童委員
				デイサービス職員
				ショートステイ職員
				施設職員
	地域包括支援センター			

地元での開催方法:HPいつでもネットをご参照ください。

着したコーディネーターの配置、徘徊SOSネットワークの強化などの取り組みも進められており、それらの情報を活かした全自治体での体制づくりが急務となっている。

また、地域での認知症医療を専門的に支援する拠点としての認知症疾患医療センターの設置と連携担当者の配置も各都道府県で始まっており、機能の発揮に向けて地域の医療やケア関係者とのつながりや協力関係の強化が求められている。

急増する認知症の人に対応するための地域包括ケアとその体制づくりの本格的な展開は、まさにこれからである。認知症の本人と家族が、一人でも多く自地域で安心して暮らし続けられるよう、身近な1ケースからのミクロな取り組みと、地域全体の体制づくりに向けたマクロな取り組みを循環させていく各地域ならではの試行錯誤を各自の立場で進めていきたい。

(認知症介護研究・研修東京センター)

研究部 副部長)

文献

- 1) 永田久美子…認知症の人の地域包括ケア、多職種で取り組むステーションアプローチ、日本看護協会出版会、2006年
- 2) 自治体における認知症地域支援体制構築の効果的な推進に関する研究事業「報告書、認知症介護研究・研修東京センター、2009年
- 3) 永田久美子…認知症ケアをもっと楽に！本人と家族のためのセンター方式ガイド、中央法規、2008年
- 4) 松本一生編…現代のエスプリ「認知症の人と家族を支援する」、ぎょうせい、2009年