

地域包括ケアシステムに向けて ― 認知症初期集中支援チームの活動を中心に ―

砂川市立病院 認知症疾患医療センター センター長

内海 久美子

皆さんこんにちは。砂川市立病院の内海です。今日は地域包括ケアシステムに向けて、砂川市をはじめとする中空知地域で一五年近く取り組み・実践していた一端を紹介できればと思っております。

1 地域包括ケアシステムとは―あらためて考える

今日お越しの皆さんは、厚生労働省がホームページなどで公開している地域包括ケアシステムの資料は何度ご覧になっているかと思えます。地域包括ケアシステムはなんなのでしょう。地域包括ケアシステムとは、地域の主体性や自主性に基つき、地域の特性に応じてつくりだしていかなければなりません。わたしが住む中空知地域のような大都市でのつくり方は全く違った形になると

思います。では、何が提供されなければいけないのか。やはり「住まい」と「医療」が不可欠で、この二つなしでは成り立ちません。高齢になれば、どうしても医療が必要になりますし、介護が必要な状態にもなり、生活支援も必要という状態になります。

(1) 関係者全員が同じ目線と土俵に立つ

地域で一体的にこうしたサービスが受けられることが地域包括ケアシステムであり、国は超高齢化社会となる二〇二五年に向けて対応しなければならぬ喫緊の課題と捉えています。地域包括ケアシステムを実現するキーワードは「連携」「情報共有」「互助」です。これはそれぞれの職種や専門職だけではなく、住民を巻き込んで連携し、情報共有によって、同じ目線・土俵に立って、自分たちの役割を粛々とこなしていくことが実現の

道ではないかと考えています。例えば、医師も皆さんと同じ土俵に立って、自分たちの役割をこなしていき、横と手をつないでいくことが必要と考えています。

一〇数年前から認知症医療においては連携が進んでいました。それは認知症医療が特殊性を有しているからです。認知症といえは物忘れと結びつける方が多くいらつしやいますが、何科に診察へ行きますか。精神科でしょうか。神経内科でしょうか。あるいは脳外科でしょうか。認知症医療はいろいろな専門領域にまたがっており、早期診断は非常に難しく、一番症例の多いアルツハイマー型認知症でも診断は非常に難しいものです。加齢による物忘れか否かを鑑別していかなければならず、認知症疾患のなかで、どのタイプの認知症なのかを考えていかなければならないので、どうしても各科にまたがってしまっていますし、各科はそれぞれ得意とする領域が異なっています。

皆さんは「医師なら診断できるだろう」と考えているかもしれません。わたし自身も医師になるまでは、どの病院に行っても同じ医療が受けられると考えていました。実際、医師になつてみると全然違います。専門的な縦割りの世界です。しかし、高齢者医療の場合、縦割りより横につながっていなければならない治療ができません。各科得意とする領域が異なっており、わたしのような精神科医師は患者さんや家族からその経過を一時間くらいかけてじっくり聞きますが、脳のMRI画像判断は得手ではありません。そこはやはり、脳外科の医師が得意な領域です。あるいは、パーキンソン病の場合は神経内科医師の得意分野となります。このように得意とする領域が異なっているため、診断に苦慮することが少なくありません。

このような広範な領域になると、一つの科の医師だけではどうにもなりません。今日は時間の関係上、詳細な話はできませんが、わたしの勤務する砂川市立病院では、二〇〇四年から精神科、脳外科、神経内科の三科協働診療として「もの忘れ専門外来」を開設し、三科の医師が自分たちの得意とする領域についてコメントし、総合的に判断して、いかに正確な鑑別診断に至るかに取り組んでいます。もの忘れ専門外来自体は全国でたくさん開設されていますが、三科が協働して診断しているのは、現在でも砂川市立病院のみです。もちろん、医師だけではなく、臨床心理士や放射線技師、精神保健福祉士といったコメディカルな人た

ちとの協働によって、正確な診断をし、治療につなげ、地域にもつなげることができます。

(2) 認知症医療の限界を知る

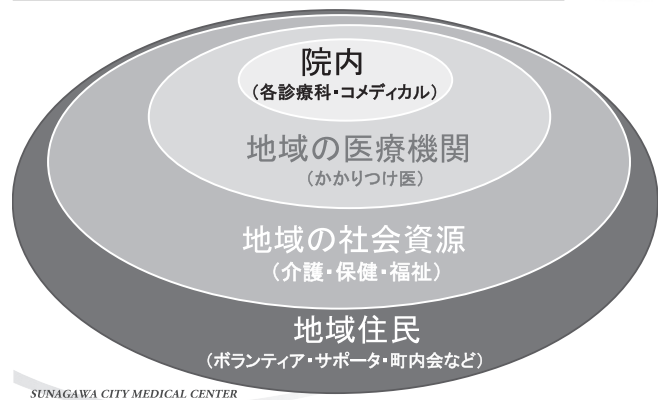
認知症は最早ありふれた疾患です。二〇二五年には七〇〇万人にも上るだろうといわれており、専門医だけでは対処できない Common Disease (日本語訳…ありふれた) です。

では、何が必要なのか。認知症医療の最前線では必要なのは「かかりつけ医」の存在です。高齢者は遠いところまで行き、受診はできませんので、糖尿病や高血圧の治療と一緒に認知症医療もしていただくことが重要となります。そうした観点から、かかりつけ医と連携が必要となります。

そして、認知症は医療の限界を超えていることも覚えていただく必要がある。治すことができる認知症は全体のうち一割にも満たない状況です。ほとんどが治らないもので、じわじわと進行し、生活障害を抱えてしまつことが一番の問題点です。医療としてできることは一から二割程度しか力になれないのではないかと、わたしは考えています。なので、そうしたことから砂川市立病院のような総合病院では院内の連携が不可欠ですし、自治体や介護・保健・福祉との連携、地域住民との連携の場がなければ、認知症患者を支えることができないと考えました(図1)。わたし自身も院内では横の連携が取れていましたので、最初は医療と

〈図1〉

どのようなネットワークが必要か



介護・保健・福祉、住民という縦の連携だけを考えておりましたが、連携を進めていくうちに介護・保健・福祉同士や住民同士といった横の連携もできていないことに気づきました。縦と横のラインがつながることで初めて点から線、そして、面になり、そうしたところから認知症患者を支えていかなければ、地域のなかで生活していくことは難しいでしょう。

2 中空知・地域で認知症を支える会

二〇〇四年の砂川市立病院もの忘れ専門外来を開設すると同時に、「中空知・地域で認知症を支える会」を立ち上げました。これは専門外来を開設し、医師として何ができるのかを自問自答した際、診断しても治せない病気であり、当時は治療薬が一種類だけでしたので、何も力になれないのではないかと。医療として支えていくためには、家族を支え、介護職を支え、かかりつけ医とどう連携していくのが大切、と考えたことがきっかけです。

中空知・地域で認知症を支える会は現在、NPO法人となり、医師、保健師、ケアマネージャー、ソーシャルワーカー、家族会員など、多職種・市民の参加による認知症の普及・啓発活動をしています。わたしが在籍している砂川市立病院は公立病院ですので、医師も保健師も公務員のため、今日のような土日で活動するとしても上司の決裁が必要となり、承諾を得るだけで一苦労です。こうした足かせを避けるためにも皆、個人かつボランティアとして参加してもらうことにしました。

(1) 家族への支援

まず、市民啓発のための講演会を毎年一回、「健康フォーラム」という形で実施しています。毎回、会場には中高年の市民がたくさん集まり、認知症に対する関心が高いことがよく分かります。家族

向け支援として、まずは地域への情報発信用ウェブサイトを立ち上げました。ウェブサイトには、認知症サポーター養成講座受講者に交付しているオレンジリングを持つコンビニの場所や福祉タクシーの場所、グループホームの場所を示し、どこが利用可能なのかも表示するなど、様々な情報提供をした「社会資源マップ」を掲載しました。

また、ウェブサイトには砂川市内で開催する講演会や研修会の案内も掲載していますが、ウェブサイトを見て札幌や旭川、遠くは室蘭から来られる方もいます。こうした情報発信をすることで、市民に対し認知症への偏見解消と早期発見につなげることに誰でもなる特別なものではないことを市民に向け啓発活動しています。わたしは、市民に認知症を支えるボランティアとしても活動してもらいたいと考えていますので、ボランティアを募る場所としてもウェブサイトは役立っています。さらに、家族を支えることは認知症本人を支えるということになりますので、家族教室も開催しています。

(2) 介護職への支援

介護職への支援も重要となります。グループホームの職員は資格がなくても勤務することが可能です。にもかかわらず、一人の職員で九名の高齢者を抱え、夜勤もしなければならぬ。一人でどう

対応すべきなのかは非常に悩ましい問題です。そうした未経験の介護職を支えることが大事ではないかと考え、介護職向けの講演会や研修会を年数回開催しています。

現場における課題把握を目的として、わたしたち専門職が施設に向いて話を伺うことも行っています。講演会などでは介護職員は自分たちが抱えている課題をなかなか質問しづらいものですが、わたしたちが施設に向き、一人ひとりが抱えている疑問を打ち明けていただき、専門職と顔見知りになり、相談しやすい環境がつけられます。わたしたち専門職にとっても、グループホームや老健施設を見る機会はありませんので、どのようなケアがなされているかを学ぶ機会にもなります。例えば、グループホームを訪問すると、いいケアしている施設だな、ここが問題点だな、と肌身で感じる事ができます。さらには、グループホーム入所者が通院してきた際、わたしも真剣に診察に向き合うよう努力するのと一緒で、介護職に恥ずかしいケアができないよう努力しようという意識改革に繋がります。両者にとっていい意味での縛りにもなっています。

グループホームも医療法人などが設置している場合と営利目的で一般企業による設置など、様々な運営母体があることにより、質の格差が生じており、わたしは非常に問題であると捉えています。職員が頻繁に交代するようなグループホームでは、認知症患者自身が世話をしてくれる職員の

顔を覚えられません。やはり、いい職場では職員が定着し、良いケアが蓄積されます。

そこで、こうした質の格差を是正しようと、二〇一〇年からグループホームだけの懇話会を設立しました。中空知地域にはグループホームが二〇か所ほどあり、施設ごとのケアスタッフ研修会は実施されてきましたが、先ほど話をした横の連携が全くなされていませんので、グループホーム同士の勉強会は開催されていませんでした。ケアスタッフと言っても一〇種以上の多職種があり、ケアマネージャーが抱えている課題、デイサービス職員が抱えている課題すべて違います。わたしのの中では、ケアスタッフは漠然とみな同じだろうと思っていました。勉強会を数年開催していくと自分たちの役割や課題も異なるということがわかってきました。

そうなるのと認知症とは何かという総論から、各論にいく必要が生じますので、グループホーム向けの勉強会を始めた次第です。例えば、帰宅要求がでた入所者にどう対応するかという課題でも、グループホームで対応が異なりますので、いろいろな対応をグループワークによって知ることができます。認知症ケアは知識も大切ですが、それ以上に知恵が大切であり、そうした知恵を出す場として勉強会が必要です。

実際に行き、職場体験して、ケアを学んでくる場を設けました。それだけではなく、開かれた施設になるという副次的な効果も有しています。自分たちのケアを第三者に見てもらい、悪いところを指摘してもらうことが大切です。

ところが、最初にわたしが考えた質の格差是正は、今では全く逆の方向に進み、むしろ格差が広がってしまいました。なぜなら、こうした場に出たこないグループホームは全く出てこない。そうした意味では施設の選択・淘汰されていく時代が来るかもしれません。

中空知地域は五市五町の自治体で構成されていますが、各自自治体には一カ所の地域包括支援センターしかありません。地域包括支援センターも横のつながりがあるかと問われれば、無いのが実態です。地域包括支援センターの職員が集まる懇話会も立ち上げ、年一回開催しています。この開催によって、自分たちの地域包括支援センターの問題や課題が隣の自治体ではどうなのかなど、お互いを高めていく場となっています。

地域のケアマネージャー懇話会も開催しています。砂川市立病院は認知症疾患センターですので、センターに向けてケアマネージャーが常々不満に感じていること、こう改善してほしいなどの声を聞く場として年に一度集まっていたら、相互関係、意見交換を構築していく場としています。

さまざまなケア職がありますが、横のつながりをわたしたち専門職がしなければならぬのかと

いう疑問は残りますが、誰かが「この指とまれ」といわない限り、現場で困っているケア職の声は拾えませんか、連携も進んでいかに以上、やむを得ないと思っています。

(3) かかりつけ医への支援

かかりつけ医向けの認知症研修会を二〇〇四年から開催しています。最初は一〇名の参加だったのが、一〇年後の二〇一四年には二一名の参加となり、人数だけみると倍になっていますが、かかりつけ医の認知症への関心や理解は一部にとどまっています。実際、砂川市立病院認知症疾患センターと認知症相談医として五五の医療機関と連携していますが、すべての医療機関の医師が認知症を熱心に診察してくれるかと言われれば、そうではありません。わたしは地域で熱心に診察してくれるかかりつけ医を「キードクター」と呼んでいます。その一人の医師とわたしたちが連携をして、正しい医療、あるべき医療を提供することに活動の方向転換をしました。

二〇一三年からは、認知症多職種事例検討会を二ヶ月に一度、認知症疾患センターが主催して開催しています。これまでの参加人数はのべ一九〇〇名を超え、一三〜一七職種が集まっています。

この検討会を認知症ケア専門士の単位取得を可能にしました。認知症ケア専門士の資格は、一年間

に指定された単位を取得しなければならぬ厳しいもので、札幌や旭川まで行き、研修を受けている状況です。参加しているケア職のほとんどが多忙かつ薄給の中、地方から行かなければならないのが現状ですので、砂川で開催する意義は非常に大きいと考えています。

検討会では事例だけでなく、ミニレクチャーをしています。参加型でリピーターも多く、終了後のアンケートからも非常に満足度の高い研修会となっております。しかし、医師の参加はほとんどないのが現状です。

3 認知症ボランティアの会「ぼっけ」

皆さんもご存知のように、認知症サポーターは当初、全国で一〇〇万人をめざしスタートしましたが、早期の段階で目標を達成し、現在は八〇〇万人を目標に活動が続いています。最初、サポーターという言葉聞いた時、わたし自身は「もっと認知症患者をサポーターしてくれる人を育てる」ということを想定していましたが、実際は「認知症のことをよく知ってもらう」という活動でした。認知症サポーターにはもう少し、支える主体として活動してもらえないのだろうかと考え、介護者からボランティアに対するニーズ調査を行ったところ、話し相手や買い物・受診の付き添いをしてほしい、安否確認をしてほしいなどの要望がありました。しかし、受診の付き添いでさえ、介護

保険では特殊な場合を除き、サポーターされません。こうしたすき間の支援をボランティアが担えないのか。また、安否確認に関してはボランティアの域を超えていますので、見守り・声かけは地域住民の協力が不可欠と考えました。

(1) ぼっけの誕生

そうした考えのもと、二〇〇九年にボランティア養成講座を開催したところ、市民が三八名も集まりました。わたしは一〇名も集まればいい、と考えていましたので、これだけの人数が集まってくれて非常に頼もしいと感じました。翌年、認知症支援ボランティアの会「ぼっけ」が設立され、ボランティア二四名でスタートしました。会の名称「ぼっけ」としたのは、ポケットから何でも夢がかなう、助けることができるという「ドラえもん」の四次元ポケットと、アイヌ語でぼっけは「あたたかい」という意味もありましたので、「ぼっけ」と名付けました。

設立当初は何もない中、集まった市民は会費を払ってまで「ぼっけ」を立ち上げてくれました。ボランティア養成講座は砂川だけではなく、年に数回、滝川や赤平など近隣自治体でも開催しています。それは中空知地域が東京都とほぼ同じ面積で広い地域であり、車で片道一時間かけてボランティア行くのは困難だからです。そう考えると、各地域にボランティアがいなければニーズに対応

できないため、近隣自治体でも養成講座を開催しています。

(2) 活動の実情

設立した二〇一〇年の活動時間は年間一〇七時間でしたが、次年度以降はうなぎのぼりに活動が増え、最近では約三四〇〇時間にもなっています。活動のほとんどが受診の付き添いです。認知症高齢者は一人で受診できませんので、仕事を持つ家族にとっては、仕事を休んで付き添いをしなければならぬ状況です。砂川市立病院のような総合病院への受診だと一日がかりになってしまうことも多々ありますし、複数の病院に受診している場合もあります。そう考えると、受診の付き添いはいかにニーズがあるかということがお分かりになっていただけだと思います。

ボランティアに対しては、一時間六〇〇円の有償ボランティアとなってもらいました。無償でも構わないという声もありましたが、長く継続するには有償ボランティアにする必要性があります。設立当初、会員には一時間六〇〇円のうち三五〇円を返金していました。皆さん、交通費などの実費もすべて自費で活動していましたので、非常に心苦しい気持ちでしたが、現在は利用者も増え、会員には五〇〇円を返金することが可能となりました。現在の会員数は五〇名となり、皆さん生き活動していますが、会員のほとんどが六〇歳

以上の主婦の方です。なかには、七八歳の男性ボランティアもいらつしやいます。

受診の付き添い以外の依頼として、利用者からは喪主をしなければならぬ息子さんが、「認知症の母を通夜の一晩、式場で見守って欲しい」や「息子が亡くなり、毎晩息子の亡霊が見えて恐ろしい。入所するまでの一週間、夜泊まって欲しい」、「高齢介護者自身が急に受診しなければならぬので、見守りしてほしい」など、様々な依頼があります。こうした依頼に対し、今すぐに対応する・どう対応するかを分かっていることが支持される理由だ、とわたしは思っています。

(3) 利用者・会員の声

ここで利用者アンケートから挙げられた声をいくつか紹介したいと思います。ある利用者からは受付用携帯に電話をかけてこれられ、相談ごとを話されました。「助かったわ、家族に言えないしね。また頼むわ」。こうした家族には言えない悩みごとを話したいというケースや、「受診のために仕事を休んでいたが、仕事を休まなくてもよくなり、助かった」という声や、独居の方の受診付き添いでは、家族に内容をすべて報告しますので、家族からは「状態がわかり、安心しました」という声がありました。

実は一番助かっているのがケアマネージャーです。いろいろな困りごとが起これば、まずケアマ

ネージャーに連絡がいきますが、そこからすぐに介護サービスにつなげることは非常に難しい。ぼっけであれば緊急時にすぐ対応しますし、介護保険申請中の方も利用可能です。また、予約やキャンセルも携帯電話一本で可能です。最初の利用はケアマネージャーというケースが九割ほどで、それをきっかけとして個人利用につなげています。

ぼっけの会員からは、「大変な時も多々ありますが、喜んでくれて感謝の言葉を頂くと、自分自身にも優しくなれることが喜びです」や、「自分が訪問するのを待っていてくれて、笑顔で出迎えてくれることがとてもうれしい」、「あんたと会えて、今日はいいい日。とても楽しかった、また待てるよ、との言葉に少しでも社会の役に立てたという気持ちになった」、「一緒に受診していくうちに、病状が回復していくことを一緒に喜び、共有して、人との繋がりを実感できました」との声がありました。

さらに、わたしが五、六年前にご主人を看取り、その後悲嘆にくれた生活を経て、のちに会員となった女性もおられます。昨日、ぼっけの忘年会があつたのですが、その会員が「ぼっけの活動をしてよかつた」と涙ぐんで挨拶されていたのが印象的でした。自分がひとりになっても誰かとのつながり、そしてだれかの役に立っている気持ち七〇代後半を迎えたその会員の生きる力となつていのだと思います。

これまで任意団体として活動をつづけてきまし

たが、今年、一般社団法人に移行しました。法人化することで活動を継続することが重要ですし、これからもたくさんの方の会員を募り、活動をひろげていきたいと考えています。

4 砂川市高齢者見守り事業

会場にお越しの皆さんには動画をご覧いただきましたが、砂川市では「高齢者見守り事業」として、砂川市高齢者いきいき支え合い条例を制定し、高齢者宅を一軒一軒、市の職員や地域包括支援センターの職員が回る活動を実施しました。砂川市は人口が一万八千人を切っておりますが、一人暮らしの高齢者及び特に見守りが必要と判断した高齢者一一八〇名をピックアップし、実際に一一六〇名の高齢者宅を訪問、そのうち約九〇〇名の高齢者から情報提供に同意を得ました。同意を得た高齢者については、町内会に情報提供し、地域で見守りをしていく事業を二年間で実施しました。

ところが、驚いたことに事業実施の二年間で新たな見守り導入をしなければならないケースは一件もなく、さらには生活が破たんしているケースやごみ屋敷になつているケースもありませんでした。独居している高齢者は皆さんしっかりしていることはわかりましたが、その中に数名は認知症の疑いがある方もいます。その人たちをどうやって医療につなげるのか、インフォーマルサービスにつなげるのかが必要になってきます。それが次

に話をする「認知症初期集中支援チーム」の発足につながっていました。

町内会の会長さんや役員の手元には見守りが必要な高齢者の名簿があるため、二年前に砂川市で発生した水害では、市が避難命令を出す前から名簿を基に町内会長が高齢者を避難させていました。認知症有無にかかわらず、災害弱者となりやすい高齢者を町内会が把握し、対処することも重要ではないでしょうか。

また、二〇一三年に事業を開始し、高齢者宅を回る中で高齢者がきちんと生活できていることはわかりましたが、二〇一六年からは八〇歳以上の高齢者単身世帯や高齢者夫婦のみの世帯を回っています。例えば、「隠れ認知症」という言葉があるように、高齢者夫婦の片方が認知症にも関わらず、片方は健康で支えているという場合、相談もできなければ、公的サービスにもつながらないケースがあるのではないかと考え、こうしたケースが一番問題であると考え、現在、高齢者宅を回っているところです。

5 砂川市認知症初期集中支援チーム

砂川市は二〇一四年から活動していますが、国から二〇一八年四月からすべての自治体に認知症初期集中支援チームを設置するよう指示されています。現在、すべての自治体でチームが設置・稼働していますので、認知症が疑われる人が居た場

合、各自治体で設置されているチームに相談していただければと思います。

(1) 支援対象者

認知症初期集中支援の対象者は、四〇歳以上で、在宅で生活している認知症が疑われる人または認知症の人で、次の項目に該当する人としています。

① 認知症疾患の臨床診断を受けていない、② 継続的な医療サービスを受けていない、③ 適切な介護サービスに結びついていない、④ 診断されたが介護サービスが中断しているといった必要な医療・介護のサービスがつかっていない人を対象者としています。また、①から④のサービスは受けているものの、徘徊や幻覚、妄想、攻撃行動などの認知症の公道・心理状況が顕著で、対応に苦慮している人も対象者としています。

初期集中支援チームの「初期」という言葉は、認知症発症の早い段階で医療や介護に結びつけようとの意味なのですが、もう一つは、認知症の人へかかわりを持つ「ファーストタッチ」という意味も含めていますので、すでにサービスを受けている人も対象としています。必ずしも認知症早期の人を対象にしているわけではありません。

(2) 支援チームの構成員

初期集中支援チームの構成員には認知症サポー

ト医と医療職、介護職の三職種が必ず入らなければなりません。「認知症サポーター」と呼ばれる医師を入れたことは、チームとしてすぐメリットが大きいと思います。そして、このチームの特徴は対象者に来てもらうのではなく、チーム員が対象者宅などに出向く「アウトリーチ型」という特徴を有しています。認知症家族の方が一番困っていることは、受診させたくても本人が拒否して病院に行かない。さらには病院で診断を受けていない人は主治医見書もありませんので、サビース手続にも着手できないため、介護サービスを受けることもできません。そういう意味からも自宅に来てくれる意義は大きいといえます。

これまでも地域包括支援センターに相談があれば職員がアウトリーチしていましたが、それとどう違うのかという問い合わせがありました。地域包括支援センター単独の活動に医師が加わったことは、医療と介護が連携して包括的に対処していけるということです。これまで地域包括支援センターが訪問して「医療が大切だ」と本人や家族を説得し、医療機関受診にこぎつけたとしても、医療機関で「こんなのは認知症ではない」「どうしてうちに受診したのか」などと言われてしまうと、地域包括支援センター職員も落胆してしまいます。これはケアマネージャーも同様です。こうしたことが続くと、両職員の信用が失墜にもつながる。

だからこそ、医師がチームに入り、どこの医療

機関につながばいいのかをサポート医から医師同士で情報を連携・共有する必要があります。実際、医師は医師仲間からお願ひされると断れません。そうした意味でも医師が入ったことは非常に重要といえます。医師以外では、保健師や看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士など、各専門職種一名づつからなる三名以上のチームから構成し、それが特徴でもあります。

(3) 高齢者見守り事業と認知症初期集中支援チームとの協働

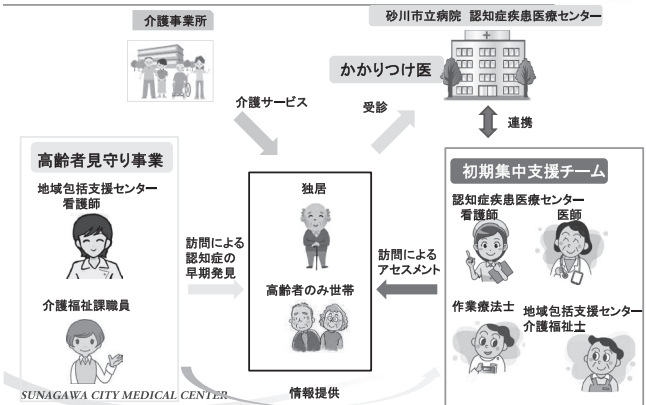
先ほど話した高齢者見守り事業で認知症が疑われる人がいた場合、認知症初期集中支援チームに情報提供してもらいます。チームは認知症疾患センター医師のわたしや専門看護師、作業療法士と地域包括支援センターの介護福祉士の四名から構成されています。まず医療職と介護職の2名が対象者宅に向き、アセスメントして何とか医療と介護に結び付けていくという活動になります(図2)。今日は皆さんがイメージしやすいような事例を二つご紹介したいと思います。

事例1 Aさん 七〇代 女性

夫婦二人暮らしで、六〇歳までは清掃の仕事をしており、五、六年前まではAさんが家計管理をしていました。チームが介入したきっかけは、夫が地域包括支援センターの前を何度か通りすぎ、

〈図2〉

高齢者見守り事業(H25年)と認知症初期集中支援チーム(H26年)の協働



躊躇している姿を職員が発見し、声をかけたことです。夫からAさんは五、六年前から物忘れが目立つ。高血圧で近医を受診していたが、五、六年前からは受診していない。入浴も三、四年前から拒否されており、外出もしていないと相談を受けました。ちなみに夫は三回ほど相談しようとして地域包括支援センターの前まで行っていったそうです。チーム員が早速訪問してみると、「あら、どちら様?」「どうしていらしたの?」「わたしはからだはどこも悪いところはないの?」「悪いのは頭と顔

だけ」というユーモアを交えて話をしますが、同じ話を繰り返していました。問題は身体状況です。血圧が二〇八mmHgもありました。高血圧の受診をしていないので当たり前です。尿臭や体臭もあり、髪はボサボサで、着衣の汚染も目立ちます。そして、両腕が上がりません。その理由は、居間のソファで寝起きしていますので、寝ながら手を伸ばせば事が足りてしまいます。入浴をしないという事は、着替えもしないということです。肩を動かすことがありませんから、関節が硬直してしまっている状態でした。

Aさんの支援に向け、二週間に一度の割合で初期集中支援チーム員会議を定期開催することになりました。この場には砂川市役所の介護福祉課課長と係長が出席し、砂川市立病院から精神保健福祉士が出席しています。わたしはチーム員会議が動き出したときに市役所がかかわってくれるとは思いませんでした。考えてみると、初期集中支援チーム制度は各自自治体を持って開催しなければならぬ自治体の事業で、主催者は自治体になります。

そして、二週間に一度、介護福祉課職員と必ず顔を合わせることで、対象者の会議が終わった後、独居で要介護一以上の人がどれだけいて、どうしているのかなどと質問する機会にもなりました。いろいろな情報交換の場にもなりました。また、定期的な自治体と話をする場があるということ、市の事業である「認知症カフェ」のあり方に

ついで提言させてもらうなど、我々、専門職の意見を伝えることができます。チーム会議はそうした副産物も生み出しました。

Aさんの話に戻りますと、三〇四年外出してないので、受診は無理です。まず、元かかりつけ医に高血圧の往診をしてもらう計画を立てました。チーム員の情報収集によってアルツハイマー型認知症であることも分かりましたので、かかりつけ医に治療してもらおう。そして、入浴させるために介護サービスを導入する支援計画も立てました。

早速、元かかりつけ医に往診をお願いしました。在宅支援診療所の医師ではありませんでしたが、「そういう事情であればいいですよ」と快諾していただきました。元かかりつけ医が往診したところ、五〇六年通院していないにもかかわらず、Aさんは先生のことを覚えていました。こうした受け入れやすい体制を採ることで、降圧剤の投与、二回目には認知症薬の処方がなされました。夫は医師のAさんへの対応を見て「さすが先生だね。上手に話してくれて、専門家がかかわるとこんなに反応が違うんだね」と嬉しそうに話してくれました。

また、要介護2が取れましたので、入浴のデイサービスを勧めますが、Aさんはまったく理解しません。夫も本人が嫌がっているのに連れていっては困ると一度は断りました。ところが、このチーム員はおせっかいで諦めない人が多く集まっていたこともあり、デイサービステ験前日にはチーム

員とケアマネージャーが訪問し準備をして、当日もチーム員二名、デイサービス職員二名と車を用意して、一時間ほどかけて何とか車に誘導し、デイサービスで入浴してもらいました。その後も二カ月ほどチーム員が向いて送り出しを継続したことで、Aさんもデイサービスが行けば楽しい場所という認識に変化してきました。顔見知りになれば、「あなたが言うなら」とこちらの思いを理解してくれまますので、快く参加するようになりました。

事例2 Bさん 八〇代 女性

夫婦二人暮らしで、夫は九〇代。砂川市立病院の徒歩圏内に住まいがあり、市立病院循環器内科から高血圧の薬が処方されていきました。

介入のきっかけは、院外薬局の薬剤師さんから地域包括支援センターに相談があったことです。しよっちゅう薬をなくし、家の中を探しても見当たらない状況。予約外受診が多く、薬も一日二回一〇種類、三か月分処方されており、再処方には実費となるため薬代だけで数万円にもなりますので、経済的負担が大きいという状態でした。夫は「薬がなくなるのとお金がかかるのが困るが、それ以外は何も困っていない」とチーム介入には抵抗感を示しました。そして、市内に在住する娘さんがいるにも関わらず、「心配をかけたたくないので知らせてほしくない」と言われました。

夫の抵抗が強いので、まずは砂川市の見守り事

〈図3〉

初回訪問のアセスメント

DASC21 31点< 認知症疑い	49 / 84点	近時記憶障害が著明。 1分前のことも忘れる。 ADL・IADLは概ね自立。
DBD13 認知症行動障害尺度 点数↑重度	8 / 52点	同じ話を繰り返す。 よく物をなくしたり、隠したりしている。
Zarit 8 介護負担感	14 / 32点	腹が立つことはいつもあるが、何を言ってもどうにもならない。しょうがない。
身体チェック	血圧が高い(200/80 mmHg) 身体機能に異常はない。歩行状態良好。 身だしなみは整っており、礼節保たれている。	

SUNAGAWA CITY MEDICAL CENTER

業として、市内すべての高齢者宅を回っています、とアプローチを始めました。高齢者は「市から来ました」というと無下には断りません。そうした準備をした上でチーム員が訪問しています。

Bさんは身だしなみに問題ないものの、「薬はちゃんと飲んでいる」「薬を飲み忘れたことはない」など同じ話を繰り返します。降圧剤は服用しているものの、血圧は二〇〇mmHg、そして一分前のことも忘れてしまいますが、Bさんは全く自覚がありません。チームはさまざまな基準でアセス

メントしますが(図3)、やはり血圧が高いことが問題となりました。夫がチーム介入に拒否感を示していましたので、まずは夫との信頼関係構築に努めることにしました。夫が一番気にしていたのは薬の管理でしたので、その部分の支援を開始するためにまず、循環器内科の医師に「薬を一日分にしてください」とお願いしました。しかし、それもすぐに無くしてしまうので再受診となります。お薬カレンダー使用はBさんが拒否、夫が薬保管用の入れ物を利用していたので、夫の真似ならできるだけと用意してみました。活用されませんでした。Bさんはこれまでずっと一人で通院していましたが、持てる力を活用しようということになり、Bさんには毎日、病院に来て血圧測定を行い、院外薬局で薬を内服してもらうことにしました。

もちろん、再診料などは取りません。それぞれに役割分担をお願いしました。夫には病院に行くための声掛けをお願いしました。循環器内科の医師に薬は一日一回、三種類に減らしてもらい、院外薬局の薬剤師が薬を管理し、Bさんが来たら薬と水を差しだして目の前で飲んでもらうようにしました。病院の総合案内や外来看護師には毎日Bさんが来るので、院外薬局に行くように声掛けを頼みました。チーム員は各科受診の際には一緒に回ってチーム医師に報告する体制を整えました。

その結果、血圧は二〇〇から一六〇mmHgで経過、

投薬三種類では少なかったため、処方内容を変更しました。夫は「薬を探す時間を考えたら、病院へ行って内服する方が早い。こんなにしてもらってお前は本当に幸せ者だ」と信頼関係を築くことができ、その後、砂川市立病院のもの忘れ外来を受診することになり、中等度のアルツハイマー型認知症と診断されましたが、その時も夫は「こんなに良くしてもらって」と何度も話していました。当初は「娘に知らせないでほしい」とのことでしたが、たまたまチーム員が訪問した際、娘さんと遭遇し事情を説明しました。娘さんは「親がそんな状態になっているとは思わなかった」と驚きを隠せない様子でしたが、以降は協力者となっていただきました。チーム員が介入後、数カ月経つと平日も薬局に行くのを忘れることが多くなり、薬局からBさん宅に電話をするようになりました。冬期間、外に出て転倒しケガをしても困りますので、要介護1を取り、投薬をヘルパーに担当してもらうことにしました。

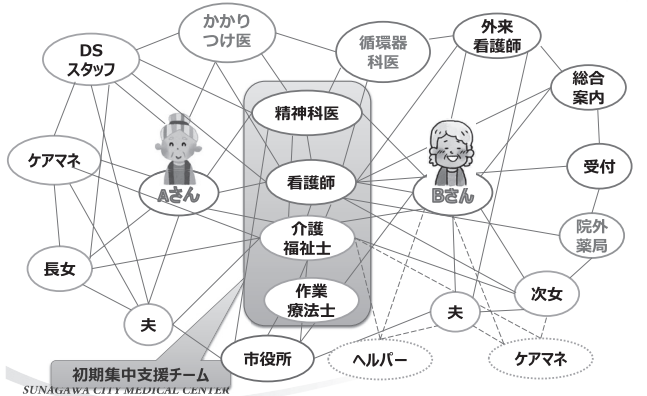
二つの事例を図でまとめるとこのようになります(図4)。Aさんのケースは本来、往診をしていないかかりつけ医やデイサービススタッフ、家族みんなの協力が在宅を支えています。Bさん場合は、院外薬局の薬剤師を始め、細かいところに配慮し、連絡をとり、様々なところと連携をとり支える体制を作り、在宅生活を継続してもらうことが可能となりました。

(4) これまでの実績

三年間で介入し終結した事例は二六件で、相談者の半分以上が家族からの相談でした。内訳は同居の家族が二〇%、別居の家族が四〇%です。ここから言えることはいかに高齢者だけの世帯が多いか、ということになります。離れて暮らす息子さん・娘さんからの相談も多いと言えます。また、近所の方から「粗大ごみの出した方を教え

〈図4〉

2 事例のまとめ —多職種・家族との連携—



たが、何度も聞いてくる」「何度も町内会費を払いにきた」との相談や金融機関、民生委員から「どうも認知症ではないか」との相談から介入するケースもありました。

介入事例のうち、半分以上が高齢者のみの夫婦です。終了時の受診状況は認知症と判断した二四名中、二三名が砂川市立病院もしくはかかりつけ医の受診につながっていますが、受診につながらなかった一名も半年後、本人が納得した上で受診につながっています。

終了時の介護サービス利用状況ですが、三人に一人を介護保険サービスにつなげましたが、約六割は導入がありませんでした。これには理由があり、本人が嫌がる中、介護サービス導入はできませんので本人の人権や日常生活で支障がない場合は無理に導入しません。ただ、支援終了後、「やはりヘルパーさんに来て欲しい」とその後につながる事例もあります。介護サービス利用者であればケアマネジャーの関与がありますが、未利用者の場合は、地域包括支援センターの職員が定期的に関与する体制も整えています。

本人や家族などに初期集中支援チームが介入したことに満足していますか、とアンケート調査をしたところ、回答が得られた本人（七名）からは「大変満足している（四名）」、「満足している（二名）」、家族（二〇名）からも「大変満足している（五名）」、「満足している（五名）」と好評で、初期集中支援チームの効果を確認することができました。

(5) 中空知地域での連携体制

中空知地域は歌志内市、奈井江町、上砂川町、浦臼町、新十津川町、雨竜町の一市五町で「中空中部広域連合」を構成し、介護保険や国民健康保険事務の運営を行っています。高齢化率は四一・八五％と高齢化が進んでいる地域ですが、初期集中支援チームを立ち上げようにもサポート医もない状況です。このままでは初期集中支援チームをつくることはできませんので、二〇一七年四月から歌志内市、上砂川町、奈井江町、新十津川町、雨竜町で連合体の初期集中支援チームを立ち上げることにしました。

サポート医としては砂川市立病院の医師、各市町のチーム員とは別に、参加している自治体が人件費を負担し、専従のチーム員を一名置くことにしました。

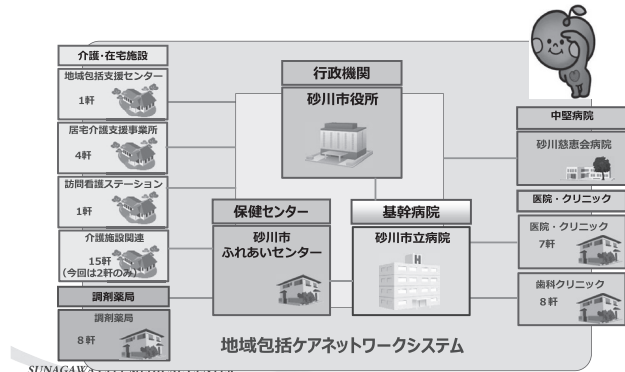
6 地域包括ケアネットワークシステム 「みまもりんく」

砂川市では市役所、保健センター、基幹病院である砂川市立病院、中堅病院、医院・クリニック、歯科クリニック、調剤薬局、介護・在宅施設すべてがオンラインで接続されていますので、患者の情報が共有できるようになっています（図5）。医療機関同士が接続されている地域は全国にもあ

〈図5〉

『みまもりんく』地域包括ケアネットワークシステムの全体イメージ

砂川市立病院の電子カルテシステムに蓄積されているデータを各医療機関、介護・在宅医療機関がリアルタイムに参照できることにより、地域完結型医療サービスの提供が可能。



りますが、砂川市のような介護・在宅施設もすべて接続対象としているのは珍しいと思います。例えば、救急外来を受診し、「明日かかりつけ医に受診してください」と言われた患者さんが、翌日かかりつけ医に受診すると、かかりつけ医や看護師はネットワークを使い、患者さんが救急医療でどんな検査をし、治療をしたのかのカルテを確認することが出来ます。場合によっては重篤なので、再度専門医を受診するようにと対処が出来ます。また、訪問看護施設やケアマネジャーなども

自分の担当する利用者のカルテをみる事ができます。在宅医療を担う訪問看護師には、砂川市からタブレットを支給されていますので、タブレットのカメラ機能を利用して、写真を専門医に診てもらうことで、処置の有無も判断できる。ケアマネージャーも利用者が医療機関の受診内容を確認することで、どのような治療や検査がなされたのかを把握した上でケアプランを立てている人もいます。「みまもりんく」に照会してその方の状況が確認でき、検査結果もかかりつけ医は確認でき、患者さんの背景情報なども正確に把握できるメリットがあります。

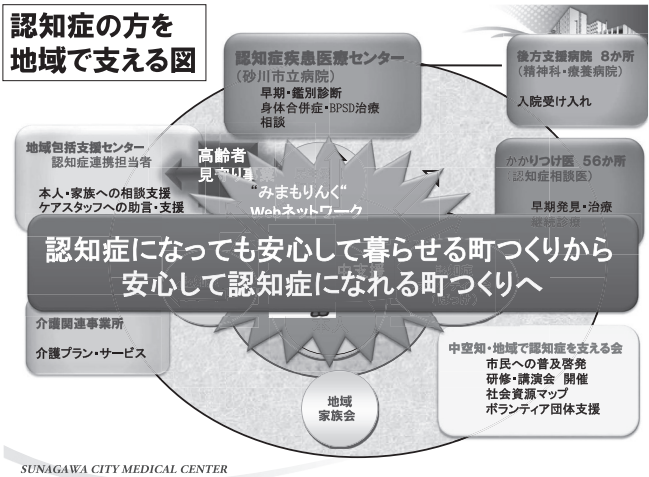
そして、「みまもりんく」は近隣自治体の自治体病院のネットワークシステム「そらーねっと」とも接続しており、患者の紹介時にはどのような医療を受けていたのかすぐわかりますので、無駄な検査を省くなど効率化にも役立っています。

おわりに

これまで紹介した制度や取り組みを整理しますと、本人・家族の近くには「ぼつけ」があり、民生委員や町内会、家族会があり、外には認知症患者医療センターやかかりつけ医もいます。中空知地域では認知症を支える会、地域包括支援センターがあり、初期集中支援チーム、みまもりんくなど様々なネットワークがあります(図6)。

よく、「認知症になっても安心して暮らせるま

〈図6〉



ちづくり」といいますが、一歩進んで、高齢になればだれでも認知症になるので、「安心して認知症になれるまちづくり」を実現する制度をつくるべく必要があります。二年前になりますが、「地域包括ケアってなあに? 地域見守る認知症く砂川モデルを全国へ」という本を出版しました。本日の内容はこちらにも載せておりますので、目を通していただければと思います。

砂川市は第七期介護保険料も国保保険料も道内市の中で、四番目に安い自治体です。先ほど述べ

たようなネットワークをつくることで両保険料が安くなっていけばよいのではないかと考えているところです。以上でわたしの話を終えたいと思います。ありがとうございました。

へうつみ くみこ

(本稿は、二〇一八年二月八日に開催した高齢者福祉研究会・北海道医療等関連労働組合連絡協議会が共催で実施した講演をまとめたものです。文責・編集部)