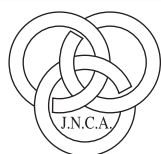


認知症の人や家族を 地域で支えるために



社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

独立行政法人福祉医療機構 社会福祉振興助成事業

このような場合、あなたの地域なら…

このような場合、あなたの地域ならどのような支えが可能でしょうか？

町役場の鈴木さん（43歳男性。最近高齢者福祉・介護の担当になったばかり）が関わりをもっているA氏（75歳男性）の例

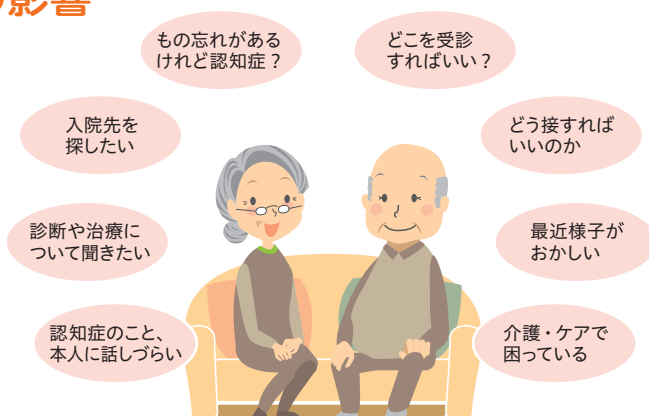
- A氏は65歳まで働いていたが、引退後は自宅で家庭菜園をする程度であった。妻と二人暮らしで、二人の子どもは長男（38）は東京で会社員、長女（36）は少し離れた場所で公務員をしていた。それぞれに家庭をもち、年2回くらいの頻度で帰省していた。
- A氏はもともと非社交的な性格で、地域の町内会の役員などは引き受けないタイプであった。
- 昨年6月、妻が心筋梗塞で突然亡くなった。東京にいる長男と一緒に暮らそうと誘ったが、「ここを離れたくない」と拒否した。「まだまだ元気で一人でもやっていける」と一人暮らしを宣言した。
- 住み慣れたところがいいのだろうと家族も納得し、A氏の一人暮らしが始まった。最初の頃は心配で時々様子を見に行ったが、家の中も片付いていた。
- 久しぶりにA氏の家に行ってみると、元気そうに迎えてくれたが、部屋は万年床で台所も片付いていなかった。「山田さん、お久しぶり」と挨拶をしてくれたが、私は山田ではなく鈴木である…

- ▶ A氏が住み慣れた地域で生活するには、何が必要でしょうか？
- ▶ 鈴木さんにできることは何でしょうか？

認知症の人と家族が地域で安心して暮らすために…

認知症になると…本人・家族への影響

- 認知症とは、「一度は正常に発達した知能(脳)に何らかの原因で記憶・判断力などの障害が生じ、日常生活がうまく行えなくなるような病的状態」を言います。
- 具体的な症状としては、脳障害そのものである「中核症状(記憶障害、見当識障害、実行機能障害、失語等)」と、環境の変化等が影響することもある「周辺症状(幻覚、妄想、抑うつ状態、徘徊、暴言、介護の拒否等)」とがあります。
- このような認知症の症状は、家族介護者に対して、様々な負担をもたらします。



認知症になっても地域で暮らせることが重要…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。
- 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、これまでの生活の延長として行うことは、高齢者にとってとても安心できることです。
- 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。
- 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けるためにも、「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。

ネットワーク構築の方向性…

地域において認知症高齢者を支えるためのネットワークをつくっていくためには、大きく3つのステップが必要です。

Step 1

地域資源（関係機関・団体、関係者等）の間で問題意識を共有しましょう

～地域の中には同じ問題意識をもっている団体・機関等があるはずです～

- 認知症高齢者を支えるための地域ネットワークづくりが進んでいる地域においては、国保直診などの医療機関や地域包括支援センター、民生委員、そして行政の高齢者福祉所管課・健康づくり所管課をはじめとする、地域の関係機関の間での問題意識・課題意識の共有化が図られています。
- また、認知症高齢者の日常生活を支えていくためのネットワークなので、警察や消防、さらには自治会や商店街など、認知症高齢者が関わるであろう場面を想定し、なるべく広い範囲をカバーできるよう、専門職だけでなく、多くの方々にご参加いただくことが理想的です。

Step 2

取組内容の検討に当たってはまず「できることから」始めましょう

～既存の資源でできること、既存の組織を活用してできることがあるはずです～

- ネットワークづくりに当たっての阻害要因として、人材不足・キーパーソン不在、ということが挙げられることが多いです。しかし、「何をやりたいか」ということから考えることはもちろん大切ですが、「既存の人材でどこまでできるか」「この地域にない機能をどうやって補完するのか」という点から取組内容を考えていくことも大切です。
- 先進的な取組地域においても、最初は一人の地道な取組、特定の機関の地道な取組だったものが、次第にその輪が広がった例や、行政が“お膳立て”した取組が、次第に地域住民による自主活動に発展していった例もみられます。このように、それぞれが役割分担し、連携・協働することにより、取組の範囲は広がり、取組内容の充実が図られるのではないのでしょうか。

Step 3

事業の効果・成果を評価し多くの人に伝えましょう

～取組の成果を伝えることにより、さらに多くの人々の協力が得られるはずです～

- 国を挙げて認知症高齢者対策に取り組んでいる中ではありますが、具体的な成果がなければ、取組の継続性は確保されません。
- そのためにも、認知症高齢者対策事業を継続・拡大していくためには、実際に行われた事業の効果を判定し、その効果を多くの人に提示できるように取りまとめていくことが重要でしょう。

Point!

ネットワーク構築に当たっての地域の単位について ～大きすぎない地域での取組を進めましょう～

- ネットワークの構築に当たっては、地域の捉え方にも留意する必要があります。市町村全体での取組の方向性を共有することは大切ですが、実際の取組においては、多くの場合、市町村単位での取組ではあまりに広範囲になってしまい、きめ細かな取組が困難になることも考えられます。
- そこで、町内会単位の取組、小学校単位での取組、中学校単位での取組といったように、重層的な取組を進め、それらを地域包括支援センターや行政、場合によっては医療機関がサポート、調整していくことが必要ではないでしょうか。

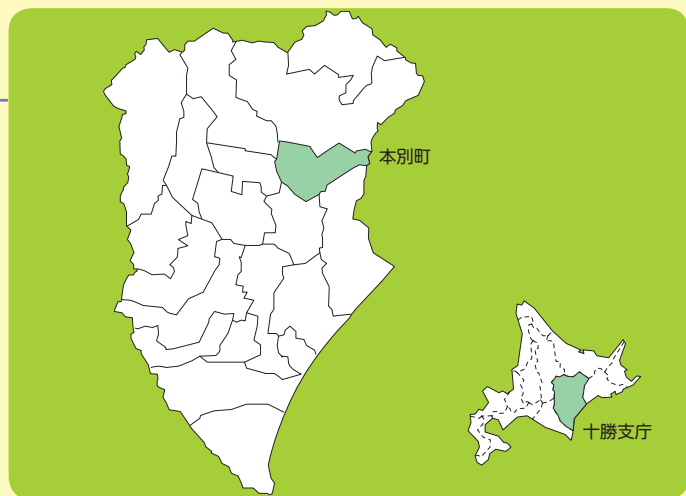
先進的な取組地域では…

地域包括支援センターを中心に必要な時に協力できるネットワークを構築

～北海道本別町での取組～

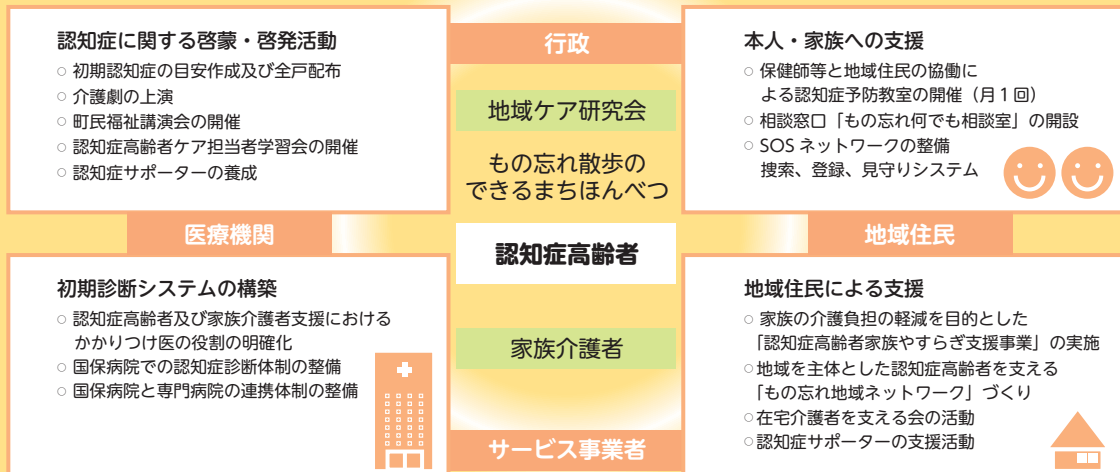
地域の概要

- 北海道本別町は北海道・十勝の東北部に位置し、面積は 391.99km² の町です。
- 平成 23 年 1 月末時点で、人口は 8,384 人、世帯数 3,897 世帯（うち高齢者のいる世帯 1,942 世帯）、高齢者数 2,741 人、高齢化率 32.7%です。



- 本別町の認知症高齢者支援システムは、「課題の発見・整理と共有」、「認知症高齢者に関する啓蒙・啓発活動」、「地域住民による支援」、「国保病院による医療面のサポート」、「本人・家族への支援」の5つの柱で成り立っています。

本別町認知症高齢者支援システム



課題の発見・整理と共有

- 支援システムを検討するために、行政（保健・医療・福祉）と介護サービス事業者、民生委員や要介護者を抱える家族、介護者を支える会等の地域の関係者等で構成される「地域ケア研究会」を設置しています。
- 認知症の人を介護している家族の現状を把握するためのアンケートを実施し、把握した課題の整理や解決に向けた方策、事業を「地域ケア研究会」のなかで検討しており、本別町の認知症ケアの方針を決定する重要な役割を担っています。

認知症高齢者に関する啓発活動

- 早期発見につなげるため、啓発用のリーフレットを作成し、全戸に配布しています。
- 全住民を対象にした介護劇の上演や、認知症の理解を深めるための健康教育講座の開催、住民向け講演会や専門職向け学習会の開催等にも積極的に取り組んでいます。
- 認知症の相談窓口を健康管理センターと地域包括支援センターの2箇所に置いています。介護予防を担当する健康管理センターにも設置することで、相談者の方が気軽に相談できるように工夫しています。

地域住民による支援

- 認知症予防教室は、自治会を単位として、1年目は1年を通じて1月1回、住民と保健師が協働で開催しています。2年目以降は地域の自主事業化しており、今までに10箇所が自主運営化しました。
- また、認知症の人を介護している家族を支援するため、研修を受けたボランティアが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」を行っています。現在、ボランティアは25名ほどで利用者は10名位です。

国保病院による医療面のサポート

- 国保病院では月2回の「もの忘れ外来」を設置しています。月1回は医師、看護師、保健師、ケアマネ等が参加し、支援の方向性を検討するカンファレンスを開催しており、認知症の早期発見・早期診断、フォローアップ体制構築に役立っています。

本人・家族への支援

- 認知症予防教室や相談窓口なども行っていますが、本別町独自の支援として「はいかい高齢者等SOSネットワーク」を行っています。はいかい歴のある（おそれのある）方が登録し、家族の依頼により協力機関に情報提供して日頃から見守り、緊急時には協力機関や自治会等を通じて検索するものです。協力機関は町や保健所、警察・消防、郵便局、タクシー事業者、介護事業者、民生委員、地域住民、商工会等28機関にのぼります。

以上が現在の本別町の取組ですが、平成11年度から始めて、少しずつ内容を更新しています。いずれかの機関が全体管理機能を担い、関係者で役割分担を明確にしつつも必要な時に協力できるネットワークづくりを常に心がけることが大切です。

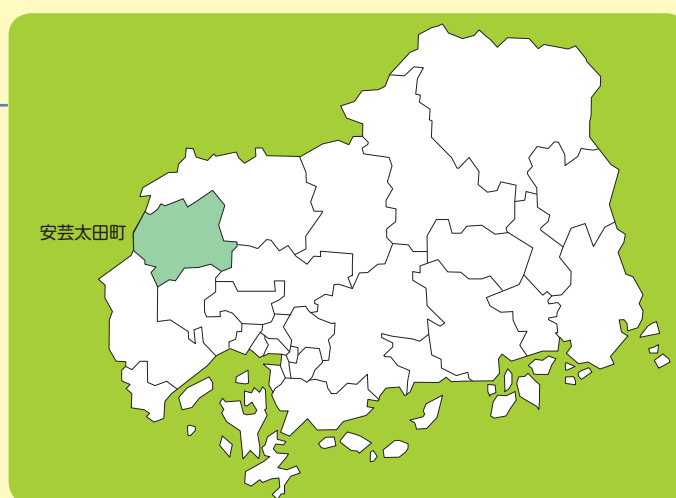
先進的な取組地域では…

行政を中心とした取組

～広島県安芸太田町での取組～

地域の概要

- 広島県安芸太田町は平成 16 年 10 月、旧加計町、旧筒賀村および旧戸河内町の三町村が合併して誕生した広島市の北西部に位置する、面積 342.25km² の町です。
- 平成 23 年 2 月末時点での人口は 7,598 人、世帯数 3,422 世帯、高齢化率 43.6% です。

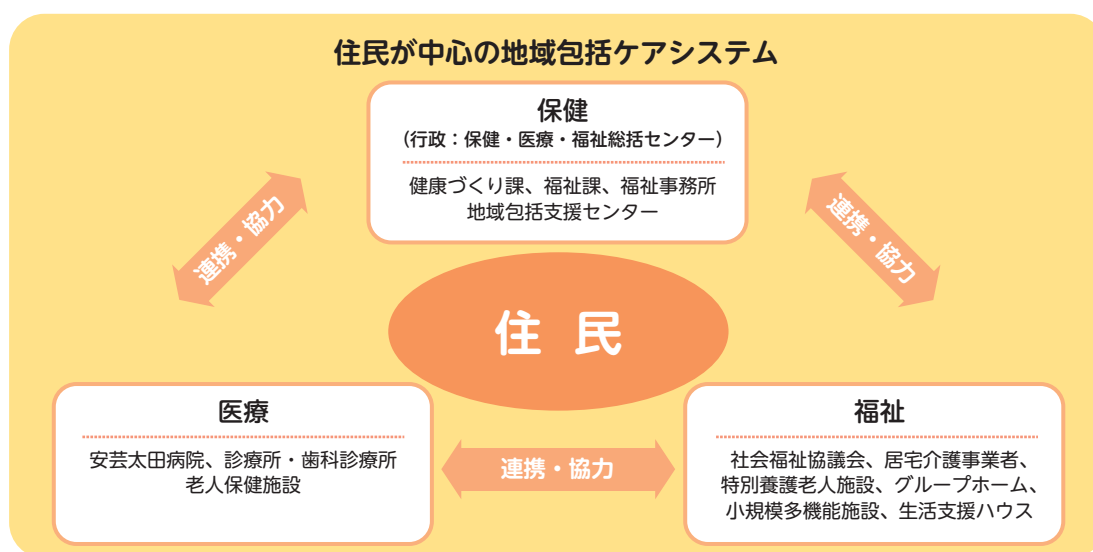


認知症対策への過信

- 安芸太田町は高齢化率が 43.6%、後期高齢者比率が約 27%と高齢化の進んだ町です。そのため、平成21年 2 月現在で要介護認定者のうち、認知症自立度の判定で、何らかの介護が必要となる“II a”以上の人が 453 人と、他市町村と比較して非常に多い状況にあります。
- しかし、安芸太田病院が昭和 48 年から老人性精神科病棟を設置、さらに平成 15 年には「もの忘れ外来」を設置し、認知症に関する専門的な医療やケアが提供されていたことや、第 4 期高齢者福祉計画においても認知症予防推進やネットワーク構築など様々な対策が講じられており、“認知症対策について恵まれた町”と考えていました。
- 住民への啓発に関しても、住民組織である「高齢社会を考える会（旧名：老人ボケの人を支える家族の会）」の活動が 25 年に渡り続いており、認知症についての講演会や相談会等を積極的に開催されています。また、民生委員が担当地区の住民の状況を把握されている中、認知症高齢者が年々増えているなかでも「何とかなる」とタカをくくっていました。

地域全体で支えるため“住民が主役”の取組の開始

- しかし、地域で認知症の講座を開催しようとしたところ、「認知症の話聞いても仕方がない」、「認知症の人を介護している家族の人にすればよい」などとの意見が多く、“地域全体で支える”という視点が欠けていたことに気付きました。そこで、“住民が主役、保健・医療・福祉センターがマネジメント、医療・福祉施設がサポートする”という地域包括ケアシステムを構築することにしました。



- 主役となる住民を育成するため、平成 21 年度にキャラバン・メイト養成研修を開始し、2 年間の間に 65 名のキャラバン・メイトが誕生しています。安芸太田町のキャラバン・メイトは、ボランティアの方が 22 名と多いのが特徴です。ボランティアの方は、専門知識は少ないですが、住民と同じ目線でみることができ、行政職員とは違うネットワークがあり、なにより“勉強と経験を重ねて、みんなで成長しよう!!”という意欲と仲間意識を持って取り組んでおられます。
- 現在キャラバン・メイトの活動の一環として、「連絡会」と称して、認知症の基本的な勉強や地域資源マップづくり、寸劇の教材づくり、先進地域におけるキャラバン・メイトの活動の視察など、主体的に活動しています。
- 認知症サポーター養成講座の開催も既に 20 回を数え、299 名が認定されています。今後は、より幅広い年齢層を対象に認知症サポーター養成講座を開催し、修了後の働きかけを行う必要性を感じているところです。
- 認知症サポーターが講師を務めた「一次予防教室」の参加者にアンケートをとったところ、“どのような地域であればよいですか?”との問いに「ふれあいのある地域づくり」や「助け合える地域」など、地域づくり、人づくりが大切という意見が多くでました。この結果をみて、“認知症の専門家ではないのに大丈夫なの?”という不安を抱えていたキャラバン・メイトやサポーターが次第に自信を持って前向きに取り組めるようになり、また行政としても目指している方向性が間違っていなかったと実感できました。
- “地域全体で認知症の人を支える”取組はまだ始まったばかりですが、今後も、住民自身が認知症についての知識をもち、相手のことを思いやり、自分もおいたら行く道“おたがいさま”という地域づくりをすすめていきたいと思えます。

先進的な取組地域では…

医療機関・住民の協働で“認知症でも安心して暮らせる地域づくり”を目指す

～富山県南砺市での取組～

地域の概要

- 富山県南砺市は平成 16 年 11 月、4 町 4 村が合併して誕生した、富山市の西約 40 キロ、石川県金沢市の東約 30 キロに位置する面積 668.86km² の市です。
- 平成 23 年 2 月末時点の人口は約 55,500 人、世帯数約 17,300 戸、高齢化率は約 31%です。



地域の状況と課題に向き合うことが地域医療

- 国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、平成 22 年の南砺市の高齢化率は約 31%と、全国約 23%、富山県約 26%などと比較して高い水準にあります。さらに、平成 27 年には 35%を超えると予想されています。
- 高齢化の進む南砺市においては、入院患者の 6 割以上が 80 歳以上となるなど、患者の高齢化に合わせ、「治し、支える医療」を多職種で行うことが非常に重要です。

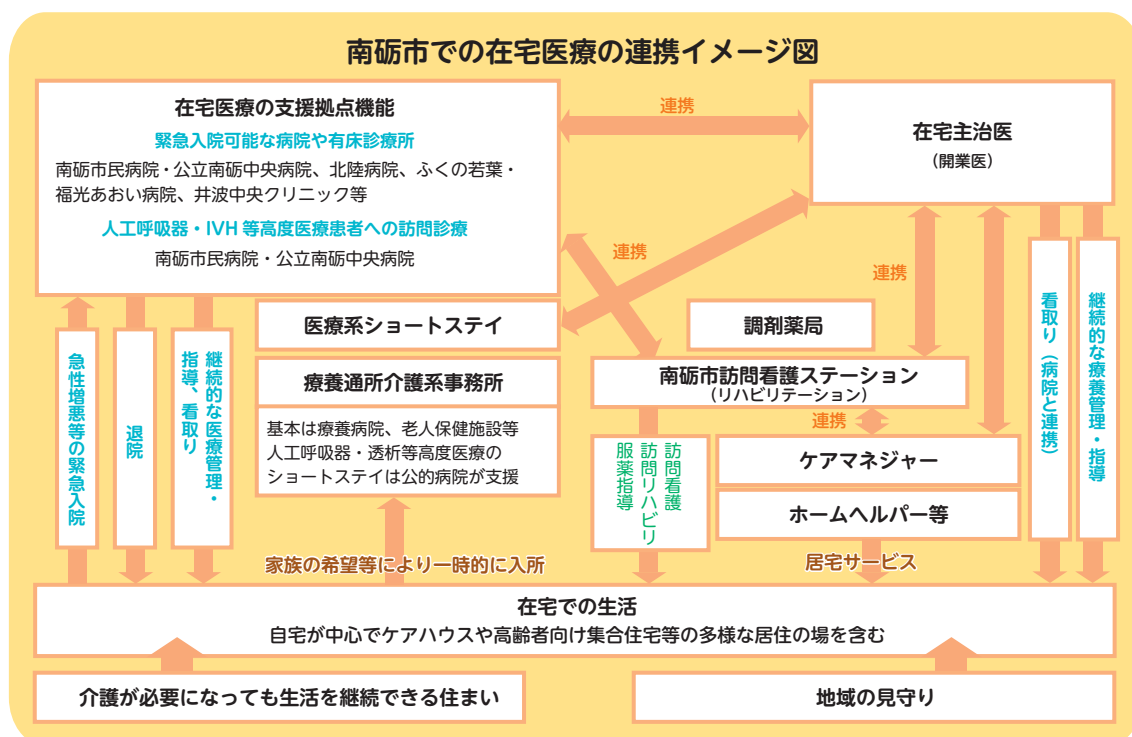
南砺市民病院を中心とした認知症ケアのための取組

- 認知症の発病から終末期医療に至るまでの間、徐々に生活機能が低下していき、患者やその家族は様々な困難に直面します。
- 比較的初期の段階では、もの忘れ外来や精神科等の専門医とかかりつけ医が連携し、臨床心理士や作業療法士等の専門職や在宅介護支援センターやケアマネ、行政、民生委員等が支えることが必要です。終末期の段階では、専門医とかかりつけ医の連携やケアマネ等の協力はもちろんのこと、訪問診療・看護・リハビリ等が必要になります。認知症の段階に応じて必要な医療や支援は変わっていきますが、適切な支援が地域にあれば、地域で暮らしながら認知症を乗り越えていくことができます。

- 南砺市では、疾病予防、早期発見・早期治療や対応、在宅支援基盤整備、終末期対応整備の4つの観点から認知症診療ネットワークの構築に取り組んでいます。行政を中心とした認知症キャラバン・メイトやサポーターの養成、介護者の健康管理や「呆け老人をかかえる家族の会」など家族や地域の協力体制、在宅支援機能の充実など様々な取組が整備されています。
- そのなかで、南砺市民病院では、早期発見・早期治療の一貫として平成17年4月より「もの忘れ外来」を創設し、500人以上の診療にあたってきました。「もの忘れ外来」受診者のうち、支援が必要と診断された患者の情報は要支援認定者として、地域包括支援センターに情報提供し、支援につなげています。
- ほかに、医師や看護師、ケアマネ、社会福祉士等専門職を対象にした地域リハビリテーション研修会を毎月1回、現在までに97回開催して、認知症ケアスキルの向上に取り組むなど、医療機関としてできることに積極的に取り組んでいます。

地域包括医療・ケア構築のポイント

- 他地域の取組をそのままコピーすることはできませんが、医療・介護保険等の「共助」、本人や家族の努力・協力の「自助」、福祉・行政サービスの「公助」、地域住民の意識改革や協力の「互助」の4つが地域包括医療・ケアのポイントであることは変わりません。
- 医療に関しては、南砺市は在宅医療・看護が進んでおり、本人や家族が望む限り、どのような疾患を抱えていても在宅で医療が受けられる体制を整えています。これからも住み慣れた地域で24時間・365日安心して、安全に暮らせるまちづくりを目指していきます。



ネットワーク構築の実際…

まず認知症についてみんなで 知ろう・考えよう

～北海道京極町での取組～



- 北海道京極町では、『認知症はみんながなるんだ!』という理解のもと、認知症になっても暮らし続けられる、支え合える地域をつくる。そのために、自分たちが認知症を理解し、自分たちに何ができるかを考え実践していく。」ということを目的として、認知症ケア・ネットワークの構築に向けた取組を始めました。
- 先進的な取組を行ってきた自治体の保健師を招いた講演会の開催、町外の病院の医師を招いた勉強会の開催、またグループに分かれたケーススタディ等、まず認知症についてみんなで知り、考えることから取り組みました。
- 町役場や町内の国保病院、社会福祉協議会が中心となって声掛けをした結果、行政職員、病院職員、社会福祉協議会職員はもちろんのこと、健康推進員、福祉委員、消防、ヘルパーと多様なメンバーが集まりました。
- 今後もケーススタディを重ね、実際に支援すべき事例が発生した際に、スムーズに対応（個別対応、連携対応）できるよう、準備していきます。

～北海道奥尻町での取組～

- 北海道奥尻町では、認知症に限らず、「高齢者の生活を支えるための仕組」をつくることに取り組んでいます。
- まずはじめに、町内の高齢者の実態を把握するために、健診やインフルエンザ予防接種をはじめとした町の健康づくり事業に一度も参加しなかった高齢者について、地域包括支援センターの職員が、全戸訪問を実施しました。これにより、半年間で全高齢者と一度は顔をあわすことができました。
- 地域包括支援センターについては、PRの甲斐もあって高齢者に広く周知され、相談等も多く、「地域包括支援センターの保健師が見守ってますよ」という思いが伝わっているようです。ただ、島という環境では、関係機関が連携し、カバーしあうことが必要なはずであるものの、現在は地域包括支援センター主体の活動でしかなく、医療機関や介護保険施設、住民組織との関係構築についてはこれからの課題となっています。
- 認知症に関しては、町民に対する普及啓発についても不十分なので、今後、認知症に対する理解を深めていくことが不可欠となっています。

小さな地域での取組を他の地域でも

～秋田県横手市(旧大森町)での取組～

- 老人クラブや公民館活動が活発な地区、自治会活動が盛んで民生委員への期待が大きい地区、認知症患者が多いことが想定される地区を対象に、認知症そのものや、地域で認知症高齢者を支える体制の必要性について考えるための会議を開催しました。
- そこでは、一昨年夏頃から、地域住民・自治会が中心となって一人暮らし認知症高齢者を支える取組をしてきていた地区の取組を紹介し、グループワークを実施しました。
- 地区からは、民生委員、公民館長、育成会代表(子育て支援の団体)、老人クラブ、食生活改善推進員、結核予防婦人会からの参加が得られました。育成会は子育て支援を行っている団体ですが、若い人が多く、認知症を理解すればサポーターになってもらえる可能性があると考え、参加を呼びかけました。
- この会議を通して、どの地区においてもリーダー的な存在がみえてきたので、会議の開催を続けながら、その人を中心として取組を進めていき、取組が軌道にのったら他の地区へも徐々に広げていく予定です。できるところから無理のない範囲で少しずつ取り組んでいくことが重要だと考えています。

既存の組織を徐々に拡大して幅広いネットワークに

～静岡県浜松市(旧佐久間町)での取組～

- ケアカンファレンスの勉強会を、地域住民向けの情報提供の場としての「佐久間地域連絡会」として発展させ、国保佐久間病院、保健センター、地域包括支援センター、社会福祉協議会、佐久間自治センター、在宅介護支援センター、デイサービス事業者、警察、民生委員が、ネットワークづくりに参加するようになりました。
- 参加者が多くなり、会議の日程調整も大変になりましたが、2ヶ月に1回、開催されています。
- また、会議には参加していませんが、中部地区の全商店が認知症ケアネットワークに賛同し、協力してもらうことができ、これらの商店を一覧表にしたリストも作成しました。業種により協力の内容は異なりますが、電話注文や宅配サービスの実施、事後払い対応のほか、認知症が疑われるケースに関する情報提供などに協力してもらうことになりました。
- また、遠方に住む家族にとっては、佐久間町に住む自分の親等が認知症ではないか、と疑いをもっても相談先等が分からないこともあるので、今後は、地域外に住む家族とのネットワークづくりにも取り組んでいく必要があると感じています。

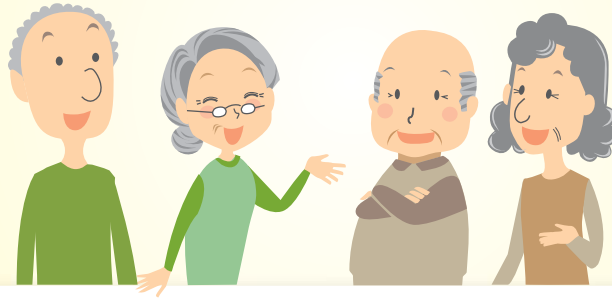
ネットワーク構築の実際…

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～

- 地域包括支援センターでは設立時から、高齢者支え合いのビジョンとして“元気な高齢者も要介護の高齢者も互いに支え合う町づくり”を掲げ、様々な取組を進めてきました。その結果、民生委員をはじめリタイヤした方等、多くの方が介護予防サポーターとなっています。
- 地域包括支援センターでは毎月1回、ケアマネジャー連絡会を開催し、そこで困難事例についての検討を行ったり、また地域内のネットワークづくりに取り組んでいます。マンパワー不足は否めず、それ以上の取組については対応しきれていないのが実情です。
- ただ、住民の方々の積極的な参加もあるので、今後は、医師や民生委員、老人クラブ、ボランティアからの相談連絡体制の強化を目指していきたいと考えています。例えば、「隣近所に醤油等を借りに行ける関係づくり」を行うなかで、認知症高齢者のケアにおいて住民それぞれが、自分自身のポジションを自覚し、支え合うための役割を担うような地域（町）を目指したいと思います。
- 元気な高齢者は自分が要介護者を支えていくのだという明確な意識付けが必要ですし、一方で、支援が必要となった高齢者自身も、自立に向かう姿勢を持ち続けなければなりません。こうした関係が中心にあり、その周りには土台として、各専門機関が支え合う立場として存在すべきではないでしょうか。





ネットワークづくりに参加して…

～まずは声をかけて集まってみましょう～

次にあげた例は、これから地域で認知症高齢者を支えるためのネットワークづくりに取り組んでいこうとする地域における、関係機関・関係団体・関係者のご意見です。このように一度集まってみることが、問題意識の共有を生み、取組の開始につながるのではないのでしょうか。

- いうまでもなく早期発見が重要である。そして医学的診断だけでなく近隣の「ちょっとした」気づきから、声かけ、かかわりを持つことがむしろ何よりも周辺症状を予防し、家族の負担を軽減することにつながるのだと実感できた。
(社会福祉士)
- 地域の中にどのような資源があるのか関係者自身が把握していなかった。ネットワークの必要性を再認識した。大きな集団よりもまず小さなところから始めていくことが第一歩になると考える。
(保健師)
- 世代交代により地域の状況が変化してきているため、隣で何が起きているのかわからない状態であることがわかった。認知症を正しく理解してもらう講座を積極的に推進していきたい。
(保健師)
- 認知症の方が地域にいても、親しい間柄であるが故に、その点については踏み込めないという意識を持っている。同居家族がいる場合は、余計、入り込めない。しかし、家族も誰かに相談したいと思っているかもしれないので、相談しやすい体制づくりや、踏み込みすぎない見守りが必要であると感じた。
(介護支援専門員)
- これまでは対象者の安否確認だけであったが、公的サービスの利用など、フォローの必要性を再認識した。隣近所との連携を図り、対象者を理解する必要性を感じた。(民生児童委員)
- このモデル事業をきっかけとして住民からは今後も声かけを継続したいとか、気づいた時点で早めにいきいきサロンに誘いたいなどの発言、若い専門職からデイ利用時のその人の姿だけでなく家の様子、生活史にも着目したいなどの言葉があり、今後の手ごたえを感じることができた。
(社会福祉士)
- 一つずつの事例に関わる過程を経験し、またそれを皆で共有していくことで、連携が深まっていくことが実感できた。住民と専門職と一緒に考える機会をもつことはとても重要だと思う。地域には、まだいろいろな組織や関係団体がある。(例えば警察や商工会、金融機関など) それらと連携をとっていけるように、そのためにはこういう機会をきっかけにしていきたい。
(保健師)

実際の取組の例…

<p>Aさんの状況</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 男性 67 歳 ● 要介護度1 ● 認知症自立度II ● 妻と二人暮らし <p>定年までY重工業で勤務し、現在は自宅生活。その当時昼休みは卓球をしたり、釣りを趣味としていた。退職した頃より家族が「あれっ」と思うような物忘れや行動の異常が出現。平成 19 年心療内科受診にて若年性アルツハイマー病と診断された。</p> <p>自転車に乗り飛行場まで外出。制止すると興奮するので本人の意思に任せている。訪問者を警戒したり同じことばかり聞いたりする。</p>
<p>訪問時に把握したこと</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 昼はよいが、特に夜の介護が大変。妻に手を出すこともある。 ● 妻が一人で介護。介護保険等のサービスは利用していない。 ● 自転車で出かけてしまうこともある。
<p>具体的な支援内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● いきいきサロンへの誘い →本人：興味をもつ →妻：地域に居場所があること、支援者が周りにいることに気付く ● 以前の趣味でもあった卓球をしてもらうために家族が卓球台を購入
<p>Aさんに関わりをもつようになって…</p>	<p>関係性の広がり</p> <ul style="list-style-type: none"> ● それまでの関係性は、①本人、②妻、③医師の 3 つのつながりであったが、取組の結果、それらに加え、④近所の人B、⑤近所の人C、⑥民生委員と、6 つの関係性に広がった。 <p>介護者（妻）の意識の変化</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 周囲が関わることにより、「地域に居場所があること」を知った。 ● 入院してしまったため、結果としては、いきいきサロンの参加は実現できなかったが、自宅から歩いて 5 分のところに温かいところがあると知ってもらえたことによって、妻は「地域で夫の介護ができる。大丈夫。」と思うようになった。 <p>ケアマネジャーの意識の変化</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Aさんと深く話をするようになった。通常のアセスメントでは、「介護の手間」が中心としてとらえることになるが、深く話をすることで Aさんの 24 時間の生活から理解することができた。また、介護者（妻）が、明るく前向きなとらえ方をする方と気づききっかけになった。
<p>今後の関わりの広がりに向けて…</p>	<p>民生委員、自治会長、老人会、婦人会、隣人、認知症サポーターの訪問等 →心の支え →地域（小地域）における出かけられる場所（社会資源）等の情報提供</p>



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.kokushinkyo.or.jp/>