

# 認知症高齢者の在宅生活継続を可能にする 地域包括支援センターを中心とする専門職連携の 有効性に関する一考察

北 村 育 子  
永 田 千 鶴  
松 本 佳 代  
森 塚 恵 美  
清 永 麻 子

## 要 旨

認知症高齢者とその家族を最前線で支援する地域包括支援センターにおける、社会福祉士・保健師・看護師を中心とする専門職の実践に注目し、認知症高齢者の在宅生活継続に必要な要件を探ることを目的として、熊本県内の地域包括支援センターを対象にインタビューを実施し、得られたデータを分析した。その結果、地域包括支援センターにはさまざまな相談が寄せられ、地域の包括的相談窓口として認識されつつあること、配置されている専門職がチームアプローチを実践していること、その一方で、地域の諸機関と有効な連携が行われているものの、医師や医療機関との関係については認知症高齢者の在宅生活継続を可能にするほど十分なものではないこと、等が明らかとなった。今後も、住民の組織化による認知症高齢者を支えることのできる地域づくりへの努力が引き続き求められる。

キーワード：地域包括支援センター，認知症，高齢者，地域包括ケア

## 1. はじめに

地域包括支援センター（以下、「包括センター」という。）は、地域住民の保健医療の向上と福祉の増進を包括的に支援することを目的として、地域支援事業のなかの包括的支援事業を実施す

る拠点である。包括的支援事業は、①介護予防事業のマネジメント、②介護保険以外のサービスを含む高齢者や家族に対する総合的な相談・支援、③被保険者に対する虐待の防止や早期発見など権利擁護事業、④支援困難ケースへの対応など地域のケアマネジャーへの支援（包括的・継続的ケアマネジメント支援）、の4つを指す。すなわち包括センターには、高齢者が介護保険制度によるサービス、介護保険以外の福祉サービス、インフォーマル、その他あらゆる資源を活用して、住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、包括的・継続的に支援（地域包括ケア）することが求められている<sup>(1)</sup>。

高齢者の多くは自立した生活を送っており、認知症ではない高齢者が詐欺等犯罪の被害者となることもあるが、継続的な支援を必要とする高齢者は、介護保険制度によって要介護・要支援認定を受けた高齢者、また、要支援・要介護に至るおそれのある高齢者である。なかでも、認知症高齢者がその中心であることは疑いがない。認知症高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、何らかの支援が必要となった際に、時機を逸することなく適切な支援が提供されなければならない。しかし、支援の必要な人ほど自力を求めない傾向にあることから、心身の機能が低下し、被害や周囲の迷惑が拡大した後に状況が明らかになることが少なくない。そしてそのようなケースは、認知症を発症していることがほとんどであり、地域包括ケアシステムの構築と認知症高齢者の支援とを切り離して考えることはできない。筆者らは、認知症高齢者とその家族を最前線で支援する包括センターにおける、社会福祉士・保健師・看護師を中心とする専門職の実践に注目し、認知症高齢者の在宅生活継続に必要な要件を探ることを目的として、熊本県内の包括センターにおいてインタビューによる調査を実施した。本稿は、その結果をまとめたものである。

## 2. 研究方法

熊本県内8か所の包括センターの職員にインタビューを実施した。対象を熊本県内の包括センターとしたのは、熊本県において認知症疾患医療センター（以下、「医療センター」という。）による認知症高齢者支援が充実していることによる。医療センターは、2008年から事業化され、全国各地に設置されている。認知症高齢者とその家族が地域で安心して生活できるよう、鑑別診断、急性期対応、地域の医師への研修、専門医療相談、などを行う<sup>(2)</sup>。すなわち、包括センターと医療センターは、認知症高齢者支援においてその目的を共有している。

医療センターの活動の実際は、地域ごとに差がある。熊本県では、熊本大学医学部附属病院を基幹型の医療センターとし、県内をブロックに分けて地域拠点型センターを配置し、基幹型医療センターと地域拠点型医療センターのネットワークが構築されている。また、医療センターは鑑別診断に加えて、地域の医師の研修など認知症高齢者の利益となるさまざまな取り組みを行っており、医師、看護師、認知症高齢者本人と家族の相談に直接対応する精神保健福祉士、電話相談にあたるボランティア、行政の担当者、などが参加する事例検討会も定期的開催されている。こ

表 1 協力機関の概要

地域包括 支援センター	職員体制										委託・行政 直営の別
	常 勤					非常勤					
	保 健 師	看 護 師	社 会 福 祉 士	主 任 介 護 支 援 専 門 員	そ の 他	保 健 師	看 護 師	社 会 福 祉 士	主 任 介 護 支 援 専 門 員	そ の 他	
A	1	1	4	1	2					1	委託
B	2		2	1	3		8			5	直営
C		2	2	2	2						委託
D	1		1	1	1						委託
E	1	1	1	2	1		1				委託
F		2	2	2	2					1	委託
G	1	1	4	1							委託
H	3		2	1	4		4			12	直営

その他職員：事務職員，栄養士，歯科衛生士，介護支援専門員，など

法人の場合母体となる法人が運営する事業：介護老人保健施設，特別養護老人ホーム，認知症対応型共同生活介護，訪問介護，訪問看護，訪問入浴，通所リハビリテーション，短期入所療養介護，認知症対応型通所介護，居宅介護支援，医療機関，など

のような事情に注目し，調査対象を熊本県内の包括センターとした。

調査を実施した8か所の包括センターならびに協力者の概要は，表1のとおりである。選定にあたっては筆者らの日頃のネットワークを活用し，活動の質が高いという評価を得ている包括センターの専門職または代表者に協力を依頼した。調査の実施にあたり，その内容を日本福祉大学「人を対象とする研究」に関する倫理審査委員会に諮り，承認を得た。調査は半構成面接で，インタビューガイドを作成し，筆者らが手分けして実施した。主な質問項目は，包括センターの基本事業（総合相談・支援，権利擁護，包括的・継続的ケアマネジメント支援，要支援者のケアマネジメント）の実施状況，包括センターの基本機能と認知症高齢者支援，包括センターと医療センターとの連携，包括センターと地域の諸機関との連携，包括センターによる認知症高齢者の退院支援や看取り支援，包括センターの専門職としての抱負や課題，などである。

調査によって得られた音声データを文字化し，内容を分析した。分析は，質問項目（包括センターの基本機能と認知症高齢者支援，包括センターと医療センターとの連携，包括センターと地域の諸機関との連携，包括センターの看取り支援，その他）に沿って内容を整理した後，協力者の自由な語りによる関連情報を加え，包括センターの実践と認知症高齢者の在宅生活継続支援に必要な項目を抽出した。

### 3. 研究対象

本研究の対象は包括センターである。高齢者が認知症を発症した場合、そのニーズに応じた総合的な支援が必要であり、とりわけその初期段階で適切な支援を提供できるか否か、また体調を崩して入院した場合、医療機関から在宅療養へのスムーズな移行ができるかどうかことが重要である。介護保険制度が我が国の高齢者介護の充実に寄与したことは間違いないが、制度そのものが当初から想定しているとおり、支援を必要としながら介護保険の利用に至らない高齢者が存在する。そして、そのような高齢者は独居で認知症を発症していることが多い。措置による支援や成年後見制度の市町村長申立によって対応することを制度は予定しているが、実際には、包括センターに相談が持ち込まれ、要介護認定を申請して実質的に介護サービスを導入することで支援を開始することになる。認知症に伴う行動心理症状があるために家族に大きなストレスが生じたり、近隣住民との間にトラブルが発生したりすることをきっかけに、認知症高齢者は包括センターとの接点を持つに至る。認知症高齢者の支援は、その入り口（発見）から出口（看取り）まで、継続的に実施されなければならない。この役割を担うことが、包括センターに期待されている。

### 4. 調査結果の概要

インタビューによって得られたデータの内容を帰納的に分析し、文脈の中から重要な項目を抽出し、意味の類似性に沿って分類して共通する複数のアイテムをサブカテゴリー、カテゴリーとして名前をつけた。その結果、(1) 認知症高齢者を支援する包括センターの役割、(2) チームアプローチ、(3) 医療センターとの連携、(4) 医療センター以外の機関との連携、(5) 認知症高齢者を支援できるコミュニティの構築、(6) 認知症高齢者の在宅生活継続と看取り、(7) 成年後見制度と日常生活自立生活支援事業の活用、(8) 包括センターの課題、という8つのカテゴリーが抽出された。以下に、項目と協力者の語りを要約したものを示す。なお、分析過程の一部を例として示した。

#### (1) 認知症高齢者を支援する包括センターの役割

##### －1 相談に応じる

- ・電話・来所による相談に応じ相談者宅を訪問する
- ・的外れな相談でもまずは受入れる
- ・家族の状況も含めてアセスメントを実施する

##### －2 地域のケアマネジャーを支援する

- ・要介護者の生活を支えるため地域のケアマネジャーを支援する
- ・利用者をサービスにつないだり受診させたりできないケアマネジャーを支援する

- － 3 24 時間対応する
  - ・ 市町村は 24 時間対応できないので包括センターがそれを補う
  - ・ 初期相談には包括センターの全職員で対応する
- － 4 認知症の特徴を理解した専門的支援を実施する
  - ・ 認知症高齢者の症状の原因を明確化するために専門医の受診を促す
  - ・ 認知症の相談日を設ける
  - ・ 支援が必要だという自覚のない認知症高齢者と信頼関係を構築する
  - ・ 要介護認定の特記事項に認知症の症状が反映されるよう訪問調査に立ち会う
  - ・ 主治医に日頃の様子を伝えて介護保険の意見書に反映させる
  - ・ 近所の人に対する不信感を取り除き近所の人と良い関係を作れるように支援する
  - ・ 日頃の情報を伝えるため鑑別診断の際受診に同行する
- － 5 援助が届くようにする
  - ・ サービスにつなぐ
  - ・ 民生委員につなぐ
  - ・ 行政の保健師を巻き込む
  - ・ 未受診の人を医療センターにつなぐ
  - ・ 地域のサロンにつなぐ
  - ・ 認知症高齢者の家族を良き支援者として育てる
- － 6 その他包括センターとしての専門性を活かした実践
  - ・ 支援が必要になりそうな住民を見守る
  - ・ 独居高齢者を訪問する

## (2) チームアプローチ

- － 1 専門性の違いを活かす
  - ・ 三職種がそれぞれの専門性を高め合いながらすべての業務を行う
  - ・ 看護師・保健師と社会福祉士とは互いの目を必要とするので常に話し合いながら一緒に行動する
  - ・ 相談を最初に受けた者が担当し面接や訪問の後に必要があれば各専門分野に応じて担当を引き継ぐ
- － 2 事務職員等がインターワーカーとなる
  - ・ 事務職員が電話対応・来客対応を引き受けて的確な判断で専門職につなぐ

## (3) 医療センターとの連携

- ・ 医療センターの精神保健福祉士と協力関係を構築する
- ・ 医療センターの精神保健福祉士と利用者宅を同行訪問する

- ・医療センターの精神保健福祉士に認知症に理解のない主治医のところへ同行してもらう
- ・自覚がなく受診を拒否する場合など認知症高齢者の受診へ同行してもらう
- ・医療センターと合同でケース検討会を開催する
- ・包括センターの主催する地域のケアマネジャーとの勉強会に医療センターの精神保健福祉士に講師として来てもらう
- ・医療センターの事例検討会に事例を提供し結果を持ち帰って実施と検討を繰り返す

#### (4) 医療センター以外の機関との連携

##### ー 1 地域の諸機関との連携

- ・民生委員や地域の役員から相談や情報の提供を受ける
- ・認知症地域支援推進員と認知症高齢者宅を同行訪問する
- ・地域のケアマネジャーから相談や情報の提供を受ける
- ・ホームヘルパーから利用者である高齢者に関する相談や情報の提供を受ける
- ・小規模多機能型居宅介護等居宅サービス事業所と協力して在宅の認知症高齢者を支援する
- ・地域の高齢者入所施設からの相談に応じた入所の相談をする
- ・訪問看護師と協力して支援の必要な認知症高齢者をサービスにつなぐ
- ・警察署からの要請に応じて認知症高齢者宅を同行訪問する
- ・金融機関に包括センターの機能について知らせて協力を依頼する

##### ー 2 地域の医師との連携

- ・主治医と認知症高齢者に関する情報を共有する
- ・主治医から認知症高齢者に対して受診を勧めってもらう
- ・医療機関につながっていない場合は精神科よりも脳外科の方が受診しやすいため脳外科から精神科につないでもらう
- ・地域の医師から患者である高齢者に関する相談を受ける
- ・普段から地域の医師に介護その他のサービスについての情報を積極的に提供する

#### (5) 認知症高齢者を支援できるコミュニティの構築

##### ー 1 認知症に関する啓発活動

- ・小学校や老人クラブなどで認知症サポーター養成講座を開催する
- ・認知症サポーター養成講座を民生委員に手伝ってもらい参加者に民生委員の活動について知ってもらう
- ・徘徊模擬訓練を行う
- ・認知症予防教室を開催する

##### ー 2 住民の自発的活動の支援

認知症高齢者の在宅生活継続を可能にする地域包括支援センターを中心とする専門職連携の有効性に関する一考察

- ・ 社協や住民が立ちあげた活動（認知症予防や啓発）を包括センター保健師が講師を引き受けるなどして支援する
  - ・ 地域のサロンに協力・参加することで地域の高齢者と顔見知りになり継続的にモニターする
  - ・ 啓発活動を行う際ボランティアを動員して活動の機会とする
- － 3 認知症高齢者を支援するコミュニティ構築のための活動（例）
- ・ 「お薬手帳」に追加できる連携シートの開発（緊急連絡先、利用しているサービス、病名などを記入するようになっている。情報管理の方法を確立できれば、ヘルパーなどが利用者の病名や利用している他のサービスについても知ることができ何かあったときに現場でうまく連携できる。）
  - ・ 15分歩こうプロジェクトの実施（住民と市の保健師の協力を得て研修会を開催し、万歩計と日記代わりになる記録用紙を配布。報告会で血圧や体重の変化が報告され、参加者が少しずつ増えてきている。）
  - ・ 小学生の活用（ジュニアヘルパーの名札の裏に包括センターの電話番号を書き入れて徘徊の認知症高齢者発見を容易にする。）
  - ・ 警察の活用（家族の了承を得て警察の安心メールを利用し、徘徊の認知症高齢者の発見を容易にする。）
- － 4 家族支援
- ・ 家族会を立ち上げる
  - ・ 家族会の活動に介護知識などを加えたものを情報誌として配布する

## (6) 認知症高齢者の在宅生活継続と看取り

- － 1 退院支援・在宅生活継続支援
- ・ 家族や地域住民が認知症の基礎知識を得ることができる機会を提供する
  - ・ 家族や地域住民が認知症に伴う行動心理症状への対応方法について学ぶ機会を提供する
  - ・ 小規模多機能型居宅介護など居宅サービスを利用することの利益を利用者・家族に説明する
  - ・ 認知症高齢者と家族との関係を修復できるよう援助する
  - ・ 認知症高齢者が自宅で療養できる体制を整える
  - ・ 退院前に病院のソーシャルワーカーなどと退院後の支援について検討する
  - ・ 認知症高齢者に関する情報が自宅・施設・医療機関を問わず以後の生活において引き継がれるようにする
- － 2 看取り
- ・ 家族や介護サービスに携わる介護職員が終末期ケアについて学ぶ機会を提供する
  - ・ 小規模多機能型居宅介護など居宅サービスを利用することにより自宅で最期を迎えるこ



とも可能であることを認知症高齢者の家族に説明する

- ・最期をどこで迎えるかについて認知症高齢者本人や家族と話し合う

#### (7) 成年後見制度と日常生活自立支援事業の活用

- ・成年後見制度の市町村長申立につなぐ
- ・成年後見人等をNPO法人に依頼する
- ・成年後見人等になってくれる人を探す
- ・日常生活自立支援事業につなぐ
- ・成年後見制度や日常生活自立支援事業について本人や家族に紹介・説明する
- ・成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用に至らない場合に認知症高齢者を見守ることができる体制を整える

#### (8) 包括センターの課題

##### －1 要支援者のケアマネジメント

- ・要支援者のケアマネジメント事務によって地域包括ケアシステムを構築するための活動・健康増進・二次予防・特定高齢者支援などに関する活動が阻害されている

##### －2 ネットワーキング<sup>(3)</sup>とコミュニティづくりに関して

- ・地域づくり（ネットワーク）がまだ十分にできていない<sup>(4)</sup>
- ・住民の認知症に対する理解を促進する必要がある

##### －3 地域の実情把握

- ・疑いがあるという段階で認知症高齢者を把握することが難しいこともあり認知症高齢者の把握ができていない
- ・数回の訪問で収集できる情報は限られるので民生委員からの情報などを加えていくことができるように台帳を整備する必要がある

## 5. 考察

包括センターの役割とチームアプローチについては結果の概要のとおりであり、以下、認知症高齢者を支援するための地域の諸機関との連携、認知症高齢者を支援できるコミュニティの構築、認知症高齢者の在宅生活継続支援と看取り、認知症高齢者の権利擁護のための成年後見制度や日常生活自立生活支援事業の活用、そして包括センターの抱える課題について述べる。

#### (1) 地域の諸機関との連携について

##### －1 医療センターとの連携

熊本県においては、基幹型医療センターの医師・精神保健福祉士が地域拠点型医療センター



に、地域拠点型医療センターが地域の包括センターに、惜しみなく情報提供や助言を行っている。包括的なケア体制の構築には医療センターによる包括センターその他地域の諸機関への助言と医療センターと地域の諸機関との連携が必要であり<sup>(5)</sup>、熊本では、医療センターの精神保健福祉士が研修の講師を務めたり、認知症高齢者宅を包括センターの職員と同行訪問したりしている他、高齢者本人の面接と家族の面接を手分けして同時に行ったりしている。医療センターの駐車場で受診を嫌がる認知症高齢者を見た医療センターの医師が往診を行うこともあり、ケースに応じた対応を医療センターは行っている。

認知症高齢者やその家族を援助する際、鑑別診断は欠かせない。診断がつくことで、医師センター職員・包括センター職員・地域のケアマネジャーなど援助者が、経過を予測しながら説明することができる。診断装置が整っていて受診当日に画像診断の結果を踏まえて総合的な意見を聞くことができる場合は、家族の負担も軽い。しかし、認知症高齢者を支援するシステムが整うほど、より多くの要支援者の存在を把握することになるため、鑑別診断を必要とする高齢者の数が増えることになり、受診までの期間が長期化している。また、医療センターの配置されるブロックの境界線の関係で、隣のブロックの地域拠点型センターの方が地理的に近いこともある。認知症高齢者を移送することは、とりわけ行動心理症状の伴う場合には容易ではなく、同行者の負担が大きい。受診までの期間が長いと適切な支援が遅れ、地域とのトラブルが重なっていくことになりかねない。よって各包括センターは、基幹型医療センター・地域拠点型医療センター・もの忘れ外来のある地域の病院などの中から、画像診断も含めて一日で診断できる機関であるかどうか、受診までの待ち期間、移送距離、などを勘案して受診先を選択している。

鑑別診断によって適切な支援が提供される可能性が高まるのは事実であるが、今回の調査によって、診断による不利益も報告された。鑑別診断を受けることで、自宅で一人暮らしをしていた人に認知症というレッテルが貼られ、誰かが常に見守ってあげなければならない人ということになり、「デイサービスに行きなさい」「施設に入所しなさい」「もう自宅では無理だよ」と言われるようになる。受診した瞬間から、自宅では暮らせない人になってしまう。認知症の鑑別診断によってアセスメントが減点方式に転換してしまうことなく、ストレンクス視点による加点方式によって行われるように注意が喚起されなければならない。

## － 2 医療センター以外の諸機関との連携

医療センター以外の諸機関との連携については、まず民生委員との連携の有効性と重要性が今回の調査において協力者から指摘された。その他の機関との連携については、訪問看護師の活用、金融機関との連携、などが有効であった。

民生委員が包括センターとの連携を深めて地域住民に働きかけることのできる力量を獲得することは、地域包括システムの構築に大きく寄与する<sup>(6)</sup>。今回の調査で報告された例であるが、「最近母親の様子がおかしい、つじつまの合わないことを言うので見てきてほしい」と遠隔地に住む息子が包括センターに電話してきたので、センターの職員は民生委員と共にその母親を訪問

した。センター職員は母親に「民生委員さんと一緒にこの地域のお年寄りを訪問しています」と言い、民生委員は「この人は地域の高齢者の総合相談窓口の人だから何かあったら言ってください」と包括センターの職員を紹介して母親の信頼を得た。プライドを傷つけてしまうと支援を完全に拒否してしまうこともあるため、このような連携は有効な実践である。

包括センターだけですべてを支援できるわけではないので、関係諸機関との連携は包括センターの重要な仕事であるが、民生委員はそのなかでも最も重要な連携先である。福祉的な視点や認知症に対する理解の乏しい地域の開業医の所に一緒に行ってもらい、「地域も困っている」と口添えをしてもらうことで、医師との協力関係ができることさえある。ただし、民生委員が包括センターの最も頼りになる協力者であるとする意見が多かった一方で、民生委員の協力の拡充を求める意見も一部から聞かれた。地区の住民や独居高齢者に関して民生委員が持っている情報の質や量は、均一ではない。また、民生委員を含め家族以外の人に家庭内の事情を知られたくないという住民もいる。以前とは異なり、民生委員だからといって個人に関する情報を詳細に聞くことは難しいので、民生委員の力量にもよるが、住民とのつなぎ役を果たしてもらった後は医療センターの精神保健福祉士との連携に移行する方が現状に合うかもしれない。

訪問看護との連携も有効である。認知症の自覚がなく、介護サービスの利用を拒む場合も、誰もが高齢であることによる健康不安を多少とも持っているため、看護師が自宅に来てくれて血圧を測ってくれたりする、という話は受け入れやすい。訪問看護を利用するためには、高齢者が健康上の何らかの問題に対処できていないということが条件となるが、いずれの診療科にせよかかりつけ医がいる場合は、医師の協力の下、訪問看護を開始して訪問看護師に利用者との信頼関係を築いてもらい、たとえば冷蔵庫の中を確認して訪問介護につなぐ、というようなことが可能になる。また、訪問看護師と同行訪問して、その後継続的に支援ができるよう関係を構築することも有効である。高齢者は、介護サービスを利用することで実際どのように自分の生活が変わるのか、説明を受けるだけでは理解しにくい。訪問看護をきっかけにして、その他の介護サービスを利用するか否か自ら選択できるようになれば、認知症であっても自宅での生活をかなりの期間継続できる。

訪問看護を利用するためには、医師と事前に相談して指示書を書いてもらわなければならないが、包括センターの母体が医療法人の場合、法人から主治医に事情を説明し、協力を依頼している例があった。ただし今回の調査では、医師との連携は難しいという報告が多かった。医師は、保健師や看護師にとっても気軽に相談できたり協力を求めたりできる存在ではなく、また、本人や家族の依頼、あるいは他機関の医師からの協力依頼には応じて、包括センター職員の協力依頼に応じる医師は多くないのが現実のようである。医療センターを受診する場合も状況は同じである。専門医に診てもらいたいので紹介状についての相談を包括センターの職員が行っても協力が得られるとは限らないため、まず、「認知症の症状があるのですが、どうしたらいいでしょう」と持ちかけ、認知症の症状や生活上の課題について説明するなかで、医師から「どうしようか」という言葉が出るようにするとともに、医療センターの受診後は、主治医に戻すよう努力してい

る。高齢者の支援には医療を必要とすることが多く、包括センターと主治医との関係が崩れると認知症高齢者の支援に支障をきたすため、医師は包括センターの重要な連携先であるとともに、連携先に組み入れる努力をしなければならない地域資源である。

さらに、今回の調査において金融機関との連携の有効性が明らかになった。財布を紛失して家族に疑いをかけるという行動は、初期の認知症高齢者によく見られるが、独居高齢者の場合は、家族の代わりに近所の住民や、出入金等の手続きに訪れる金融機関の職員が濡れ衣を着せられることになる。認知症によって理解力が低下しているため、丁寧に説明を行っても不信は消えない。認知症高齢者が、金融機関の不正により不利益を被ったというような発言をすると、金融機関にとって最も重要な信用が傷つけられる。金融機関は、独居高齢者とも日常かつ定期的に接点があり、預金や現金についての話をすることで高齢者の変化に気づきやすいことから、早い時点で包括センターに相談してもらえるような関係づくりができると、有効な地域資源として機能する。

### － 3 地域の医師との連携

高齢期になると老化により、医療を必要とすることが多くなるため、地域の医師が認知症高齢者を包括センターにつなぐことができると、地域包括ケアシステムの構築を促進する。しかし、認知症に関する知識や認知症高齢者支援についての考え方については、地域の医師の間に大きな差がある。包括センターと医療機関との連携が十分には実施できていないこと、「鑑別診断」「周辺症状・身体合併症に対する急性期医療」「困難事例の対応」が可能になるような医師の研修が必要であることが指摘されており<sup>(7)</sup>、医師の資質の向上は、認知症高齢者をサービスや支援につなぐにあたっての大きな課題である。医師は、専門職として患者の治療に最善を尽くすが、診療とは直接関係のない地域包括ケアへの貢献を自らの責任の一部と捉えることは、まだ一般的ではないようである。患者の心理社会的な側面についても理解している医師は、認知症の患者の支援も十分に行っているが、多くの場合、長年患者を診察していてもそれは診察室限りのことであり、患者の生活は見えていない。患者が認知症を発症していても、なかなか気づくことができているのが実情である。我々の社会はこれまで医師に、患者の生活に関心を寄せることを求めてこなかった。終末期ケアなど治療を目的としない医療の重要性が認められるようになり、医師の養成において患者の意思を尊重する教育が行われているが、現在地域医療を担っている医師たちがそのような教育を受けているとは限らない。現在は、医師の自発的な協力を頼っている状況である。認知症ケアに理解のある医師は、包括センターの職員や家族、医療センターの精神保健福祉士や認知症地域支援推進員などと協力して、鑑別診断のための受診を促したりする。しかしそうでない場合、たとえば包括センターの職員が鑑別診断のための協力を依頼しても、理解を得られない場合がある。今回の調査のなかでも、主治医が認知症であることを認めようとしないので、何回もその高齢者宅に行ってもらってようやく協力が得られたという例があった。考えようによっては、求めに応じて患者の家を訪問したこの医師は協力的だと言えるのかもしれない。調

査の協力者である保健師や看護師からも、医師には診療以外の協力を依頼しにくいという声が聞かれ、患者主体・利用者主体と言われ、対等な関係による援助や診療、説明責任が強調されても、医療・保健の分野では医師を頂点とする縦の関係がまだ崩れていないようである。包括センターでは、保健師・看護師・主任介護支援専門員・社会福祉士がチームを組んで実践にあたることになっており、実際にチームアプローチが想定以上によく行われていることが今回の調査によって判明した。医師会が企画し、医療センターの医師が講師となる認知症に関する研修会への、地域の医師の参加が少ないとの声が調査でも聞かれたが、主治医からの助言が高齢者に与える影響力は大きく、予測される症状について医師から説明を受けると家族の不安が解消されることから、医師の力はやはり大きい。医師の啓発、なかでも高齢者の主治医の多くが内科医であることから、内科医の啓発は地域包括ケアシステム確立の鍵である。

## (2) 認知症高齢者を支援できるコミュニティの構築に関して

包括ケア研究会報告書<sup>(8)</sup>によると、地域包括ケアシステムは、5つの要素（介護、医療、予防、住まい、生活支援・福祉サービス）によって構成され、自助・互助・共助・公助がバランスよく組み合わせられることによって実現されると説明されている。実践の側面から捉えると、地域包括ケアとは、必要なサービスが途切れることなく提供されることであり、それを可能にするさまざまなサービスと地域におけるサービスや支援者、その他の諸機関の協力体制があること<sup>(9)</sup>である。この協力体制は、社会福祉士の専門技術の一部であるコミュニティの支援や組織化という高い技術によって構築される。今回の調査で、包括センターでは社会福祉士と保健師・看護師が協力してこれを実践していた。

近隣との接触がなく孤立している人の認知機能が低下すると、支援が難しくなる。普段から近所との関わりがないと、支援が必要な段階になってもその人を支援しようという住民を見つけることが難しい。しかし、地域のお年寄りを何人も乗せて病院まで送って行くような人がいる地域の場合は住民相互の関係づくりができているため、認知症高齢者への見守りもでき、包括センターの活動への協力も得やすい。このような人がいない場合、近所の高齢者の変化に気づき、包括センターに知らせてくれるような地域づくりをすることが包括センターに求められている。たとえば、予防教室への参加者が増えれば高齢者の把握も容易になり、早期支援ができる。教室を住民に手伝ってもらえば、ボランティアの活動の場にもなる。手伝いを民生委員に依頼すれば、小学生などが民生委員の顔を覚え、民生委員の活動や機能を知る機会ともなる。

今回の調査では、包括センターによって地域包括ケアシステム構築の現状に大きな差のあることが明らかになった。住民や地域の諸機関をうまく巻き込みながら地域づくりを行うことができている包括センターがある一方で、そうでないセンターがあった。包括センターが設置されて以来、行政の保健師の活動が子ども中心になってきていて、成人の障害者などに手が回っていない状況がある。たとえば、60歳のアルコール依存者が30歳の知的障害の子の世話ができていない場合、成人している子は包括センターが援助すべきだとする行政の保健師もいるという報告が

あった。その一方で、校区ごとに配置されている行政の保健師を互いに競わせ、包括センターの活動に参画させている例もあった。ただし、地域をうまく巻き込むことができているセンターとそうでないセンターの違いが、職員の力量のみに因るというわけではないであろう。直営のセンターの場合は表1に示されるように、保健師・看護師、社会福祉士、主任介護支援専門員以外の専門職を配置することができており、対象とする住民の数に違いがあるとしても、緊急時の対応も柔軟にできやすく、栄養士や歯科衛生士など多様な専門職がいることで、活動の幅が広がる。それに比べて委託のセンターは委託料の範囲内で運営しなければならないため、必要最小限の配置しかできない。また、地域の諸機関の連絡会のようなものを開催する場合の出席者の確保なども、行政直営のセンターの方がやはり容易であろう。地域の諸機関の、地域包括ケアや包括センターの役割に対する理解の程度なども、当然ながら地域によって異なる。地域の保健分野の実践が縦割りになってしまうように、包括センターが行政の保健師、社協、福祉施設、介護保険事業者、警察、消防署、などと連携して、子どもから高齢者まで、また障害者も含めて支援できると良い。行政の看護師は健康増進に関するまちづくりに携わっているが、窓口を一本化する意味でも、将来的には、包括センターが地域の相談窓口の中心になることが望ましい。地域の諸機関が、包括センターと連携して活動してもらえるような行政による委託の包括センターへの支援が求められる。

### (3) 認知症高齢者の在宅生活継続と看取りについて

認知症を発症する原因疾患の種類は多いが、一般的なものはアルツハイマー病によるものと脳血管疾患によるものである。前者の場合は在宅生活の継続が、後者の場合は脳血管疾患の治療のために入院した後の支援が、大きな課題となる。今後は高齢者の入院がこれまでのように容易にできなくなることが予測されるため、自宅や入所施設での看取りの質を向上させることも、高齢者を支援するそれぞれの事業者において取り組まなければならない。

自宅で、あるいは、高齢者専用住宅、ケアハウス、グループホーム、地域密着型特別養護老人ホームなどで暮らす認知症高齢者を包括センターで把握していても、その人が体調を崩して入院することを機会に、包括センターによる支援の網の目から落ちてしまうのでは困る。入院は何らかの疾患の治療のために行われるのであるから、心身機能は入院時には既に相当程度低下しており、入院生活によって更に低下する。高齢者の場合、病院で病気への対処は行われても、体力・気力を回復して退院し、自宅で元の生活を取り戻すことは容易ではない。多くの場合、一般病院から療養型医療施設や老人保健施設に移って在宅復帰を目指すことになるが、その後、自宅ではなく、グループホームや介護施設に移ることも珍しくない。

包括センターの役割がどこまで及ぶものなのかは議論の余地のあるところだが、今回の調査においても、病院のカンファレンスに参加したことがあるという報告があり、自宅復帰ができない場合も、できないという結論に至るまでの支援を包括センターは担うべきであろう。とりわけ、介護サービスの利用に消極的であるような家族がいる場合、包括センターが入院によって支援者



リストから外してしまうと、その時点で支援の手が届かなくなる。病院のソーシャルワーカーと包括センターとの連携が必要である<sup>(10)</sup>。

退院後に自宅に戻れるか否かは、認知症に理解のある家族の有無とサービスの量、その人の経済力、などに左右される<sup>(11)</sup>。独居の場合、認知症に伴う行動心理症状もなく、薬や金銭の管理をしてくれる人がいて地域の見守りがあれば自宅で暮らせる人であっても、サービスを十分に利用できる経済力がなく、近隣住民が認知症高齢者の独居に危惧を示せば、自宅復帰はできない。家族がいても、認知症についての理解がない場合は戻れない。また、家族が遠方に住んでいる場合は、近隣住民に「家族がいるのになぜ我々が」という雰囲気が生まれてしまうこともある。認知症高齢者に何か起きてても責任が及ばないシステム、近隣住民が安心して見守りができるシステムの構築が、包括センターによる支援として求められる。

看取りに関しては、大多数の人が病院で亡くなっている我が国の社会では、徐々に弱って食が細くなり、動けなくなって亡くなるということを身近に見ることができない。介護施設で、また自宅で小規模多機能型の事業所などを利用しながら最期を迎えるための条件を整える必要のあることが広く認識されるようになってきてはいるが、筆者らのこれまでの調査研究による経験からも、実践の件数はまだまだ少ない。日常的に行われる身体介助とは異なり、看取りを経験する機会は少ない。経験したことがなければ怖いのは当然であり、終末期と終末期ケアについて学べる場を作ること、そして、夜間と土日に利用できる在宅医療を確保して必要な時に指示や助言を得られるようにすることが必要である。

#### (4) 成年後見制度と日常生活自立生活支援事業の活用について

成年後見制度の活用に関する包括センターの役割は、それを必要とする人に後見人等が選任されるよう支援することである。市町村長申立が行われるようにすること、後見人になってくれる人を探すこと、制度について本人や家族に説明すること、などが行われている。独居の認知症高齢者が成年後見制度を利用するためには、症状の気づきと家族や行政に対する働きかけとが必要であり、申立の必要性の評価を誤れば認知症高齢者の経済的利益、自立生活、自己決定などを侵害することになる<sup>(12)</sup>。認知症の自覚がない場合は家裁に本人を連れて行くことでさえ容易ではなく、後見人等が選任されるまでに悪徳業者に騙されてしまうことも考えられるため、苦勞が多い。

今回の調査で明らかになったのは、成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用が容易ではないということである。保護すべき資産がなかったり、家族がいたりする場合には申立の必要もないため、包括センターの支援件数に占める制度活用実績は少ないが、成年後見制度はともかく、福祉サービスとしての日常生活自立支援事業の利用が思うようにできないということは予想外であった。利用を阻んでいるのは、まず利用開始までの時間が長く、すぐに支援を開始できないこと、そして、認知症によって判断能力が制度の求める水準に達しないことの2つである。日常生活自立支援事業は、「判断能力も一定程度あればよい」として認知症であってもどのような支援

が受けられるのかおおよそ理解できればよいとされているが、今回の調査で、本人に判断力が衰えているという自覚がなく、誰かに頼むという気持ちがないことも往々にしてあり、勧めれば勧めるほど頑なになってしまって、利用が必要であるにもかかわらず利用に至らない例の多いことがわかった。また、契約までに数回の面接があることや、支援員が不足していて契約はできても利用が開始できないという事情もあった。この事業を必要とする高齢者は今後も増えることが予想されるため事業の拡充が望まれるが、今回の調査では、ノートを置いておいてヘルパーに出納帳をつけてもらった例などもあり、包括センターの力量が問われるところである。

#### (5) 包括センターの抱える課題

要支援者のケアマネジメント事務が、どの包括センターにおいても大きな負担として認識されていた<sup>(13)</sup>。包括センターの目的にこの事務がどれだけ資するかは、検討の余地がある。ケアマネジメントに係る事務を処理しなくても、地域包括ケアシステムを構築して、支援を必要とする住民すべてを把握し、要介護認定を受けているか否か等に関わらず援助が届くようにすることは可能である。地域づくりに関しては、まだまだ十分にできていないのが現状である。地域づくりができていないと困難ケースに対応できず、高齢者が生活圏内で最後まで暮らせない。包括センターの存在は徐々に知られるようになってきているが、包括センターに行けばなんとかなると住民やサービス事業者が思えるように、引き続き努力が必要である。認知症に対する住民理解の促進も継続的な課題である。住民全体に認知症に対する理解が深まってくれば、住民自身が何をすべきか判断し、自然に認知症の人を地域で支えることができるようになる。また、病院のケース会議に出席することはあっても病院のソーシャルワーカーやケアマネジャーが包括センターに来ることはないなど、地域の医師や病院との連携が不十分である。そして最も基本的な業務としての、地域の高齢者の把握がなかなか進んでいない。時間も労力も必要ではあるが、地道な努力を積み重ねざるを得ない。包括センターに対する社会からの評価が高まるように、包括センターによる努力に加え、国の政策や地方行政からの予算面も含めた支援が望まれる。

#### 6. まとめとして

包括センターは、地域包括ケアを実現する機関として地域からのさまざまな相談に対応している。高齢者の支援に関する相談に応じることがその使命であり、総合相談・支援を包括センター機能のなかでも最も重要なものとして協力者たちは捉えていた。物忘れが目立つなど認知症の症状への対処方法、濡れ衣を着せられる、夜眠れない、といった認知症の症状に因る家族の負担、ゴミを近所の家の前にまき散らすなどの行為による近所とのトラブル、等々の相談が目立つ<sup>(14)</sup>。また、確定診断のための受診先を探すもの、受診を嫌がる認知症高齢者の説得と受診後の支援・対応に関する相談も多い。

認知症の症状への対応方法については、家族からだけでなく、地域のケアマネジャーからの相



談も多く、また、高齢者の支援に関する相談だけでなく障害者、なかでも精神障害者に関する相談も寄せられる。包括センターは、高齢者の支援に限定されない地域の困りごと相談の窓口として認識されるようになってきていると言える。その他、専門職がチームアプローチを実践していること、その一方で、地域の諸機関と有効な協力連携が行われているものの、医師や医療機関との関係については認知症高齢者の在宅生活継続を可能にするだけの連携が取れていないこと、等が今回の調査で明らかになった。

心配事相談、家族の支援、病院への橋渡しなど、つなぐこと、調整することが包括センターの柱である。サービスにつなぐということだけでは専門性に乏しく、長い生活史を聴ける力、そこから何を想像してどう支援するかということに専門性がある。そして必要なら、誰に対しても必要なことは聞ける・言える力が包括センターの職員には必要である。今回の調査で、この能力は保健師・看護師よりも社会福祉士にあるように思われたが、どの包括センターも各専門職が協力して実践に取り組んでおり、社会福祉士が他の専門職を率いているというような関係は認められなかった。

認知症高齢者を支える地域づくりに関しては、民生委員の地域包括ケアに対する認識、認知症に関する家族や住民の知識、認知症に理解のある医師の数、住民の社会経済階層、などさまざまな要因が関連し合い、介入の難易度も異なる。ただ、民生委員との連携に始まり、住民の認知症理解が徐々に深まって独居の認知症高齢者であっても見守っていこうという意識が生まれてくれば、住民が地域の課題を自ら解決できるようになるという道筋は、かなり明確になっていた。これは、地域住民から情報が入ってくるようなつながりを構築し、近隣住民を巻き込んだ支援体制をつくって近隣住民を支援者として組織化することが重要であるとする先行研究の結果とも合致する<sup>(15)</sup>。

認知症高齢者が自宅で、あるいはグループホームなどの生活施設で最期まで暮らすことができるようにするために、包括センターが果たす役割は大きい。包括センターでは、社会福祉士と保健師・看護師が協力して、民生委員や地域住民、サービス提供機関、行政機関などと連携しながら実践を行っていた。今後は、本稿で述べたさまざまな課題の解決を目指すとともに、支援が安全策となり過ぎないように、グループホームなど共同生活施設への入所が早目ではなく適時となるような丁寧な関わりを併せて目指すことが求められる。

本稿で報告した調査・研究は、2013年度日本福祉大学課題研究費により、筆頭執筆者が共同執筆者の協力を得て実施したものである。

例 1

インタビュー データ	「それぞれ、ケースは持ちながらやってるんですけど。地域活動の担当だったり、主に担当してその人が計画を立て、あと全員でやろうっていうことでしてるので、みんなが協力体制があるので、地域活動もほとんど出るときは全員で出たりして、みんなでやっているの。」「全てに関してそれぞれ三職種がそれぞれの質の向上を目指しながら、それぞれがそれぞれの専門分野を高め合いながら、全てをやらなきゃいけないと思うんですね。だから決して、私は予防だけをしなきゃいけないとか、社会福祉さんが権利擁護だけしなきゃいけない、主任ケアマネがネットワークやバックアップだけ、ケアマネのバックアップだけではなく、それぞれがそれぞれの専門職種を生かしながら、ですが、それだけじゃなく、それぞれ話し合いながらだと思うんですね。」「福祉と医療とやっぱり密接に関わらなきゃいけないって思っているの、……一緒に行動することで、勉強する。だから権利擁護に関しても、……先の予測をしながら行動されてるところもすごいなって、看護師はむしろ動いたほうが早いっていう感じで動くところがありますが、そういうところで、ちょっとまだここは動かないで、ここはちょっと様子見て、その先方さんの動きの様子見てもいいんじゃないのって言われたら、あ、なるほど、じゃあちょっと待ってみようかしらみたいな感じで。」
カテゴリー	チームアプローチ
サブカテゴリー	専門性の違いを活かす
アイテム	<ul style="list-style-type: none"> <li>・三職種がそれぞれの専門性を高め合いながらすべての業務を行う</li> <li>・看護師・保健師と社会福祉士とは互いの目を必要とするので常に話し合いながら一緒に行動する</li> <li>・相談を最初に受けた者が担当し面接や訪問の後に必要があれば各専門分野に応じて担当を引き継ぐ</li> </ul>

注

- (1) 寿社会開発センター（2011）『地域包括支援センター業務マニュアル』
- (2) 厚生労働省（2008）『認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告書』では認知症対策として、早期の鑑別診断を出発点とし、実態の把握、研究開発の促進、早期診断の推進と適切な医療の提供、適切なケアの普及と本人・家族の支援、若年性認知症施策、という5つの柱を設定している。早期に診断されても介護サービス利用に結びつかず認知症に伴う行動心理症状が悪化することがあるために、認知症連携担当者を配置して認知症サポート医と包括センターが連携することとした。
- (3) 全国社会福祉協議会・全国地域包括・在宅介護支援センター協議会（2011）によると、ネットワーク活動（ネットワーキング）とは、地域の諸機関やボランティアを含むさまざまな支援者が、サービスや支援を実際に提供することに加え、協力して地域包括ケアに必要な活動を行うことを言う。
- (4) これについては、伊藤智子他（2008）「B市における地域包括支援ネットワークづくりの課題：地域包括支援センター・在宅介護支援センター専門職によるワークショップから」『日本在宅ケア学会誌』11巻2号、75-82頁において、住民主体の介護予防活動を進めるための方法や介護予防サービスの開発方法を包括センターが持っていないこと、包括センターが地域に認知されていないこと、関係者との情報交換が十分でないこと、等が指摘されている。
- (5) 武田章敬（2011）「認知症の人を地域で支えるために医師に期待されること」『老年精神医学雑誌』22巻増刊号-I、149-154頁。国は2005年度から地域における認知症医療体制構築の中核的な役割を担う認知症サポート医養成研修を実施して各地で研修を行っている。サポート医には、かかりつけ医の認知症対応能力向上のための研修の実施、かかりつけ医の相談役、医師会と包括センターとの連携づくりへの助力、地域の認知症介護サービス諸機関との連携、などが求められる。

- (6) 古村美津代他 (2010)「民生委員の認知症高齢者及び家族への意識と支援」『日本看護福祉学会誌』15巻2号, 69-80頁.
- (7) 栗田圭一他 (2010)「一地方都市における地域包括支援センターの認知症関連業務の実態 とくに、医療資源との連携という観点から」『老年精神医学雑誌』21巻3号, 356-363頁.
- (8) 地域包括ケア研究会 (2010)『地域包括ケア研究会報告書』
- (9) 全国社会福祉協議会・全国地域包括・在宅介護支援センター協議会 (2011) 地域包括支援センター等による地域包括ケアを実践するネットワークの構築の進め方に関する調査研究事業報告書
- (10) 富田直明 (2011)「地域医療連携推進における宇和島保健所の働きかけの有用性の評価」『日本公衆衛生雑誌』58巻9号, 768-777頁では、脳卒中患者に注目し、病院からの退院支援において病院看護師と地域の保健師、医療・看護・介護サービス関係者との顔の見える関係が構築され、患者情報が共有されることで、在宅医療への移行可能性が高まることが示唆されている.
- (11) 認知症を有する人の退院支援にあたって必要な評価項目が示されているものとして、瀧上恵子他 (2012)「認知症を有する人の退院支援ニーズ評価尺度の開発とその信頼性・妥当性の検討」『日本地域看護学会誌』15巻2号, 18-26頁. 項目は、日常生活機能、医療・介護サービス、地域生活と社会交流、家族機能と意向、など.
- (12) 松崎吉之助 (2012)「独居等認知症高齢者に対する成年後見制度申立支援に関する研究：地域包括支援センター社会福祉士による支援プロセス」11巻2号, 506-515頁.
- (13) 介護予防ケアプランが包括センター職員の大きな負担となっているということについては、武井幸子・冷水豊 (2008)「地域包括支援センターの社会福祉士の業務自己評価に関連する要因」『社会福祉学』48巻4号, 69-81頁, においても指摘されている.
- (14) 小長谷陽子 (2012)「地域包括支援センターにおける認知症に関する相談の実態と課題」『日本医事新報』4610号, 84-88頁. 全国の包括センターを対象とした調査が実施され、総合相談における認知症に関する相談は全体の2-3割が最も多く、相談は本人と周囲とのトラブルをきっかけに寄せられることが最も多かった.
- (15) 川本晃子他 (2012)「地域包括支援センター保健師が地域住民と協力して行った個別支援の内容」『日本地域看護学会誌』15巻1号, 109-118頁.