

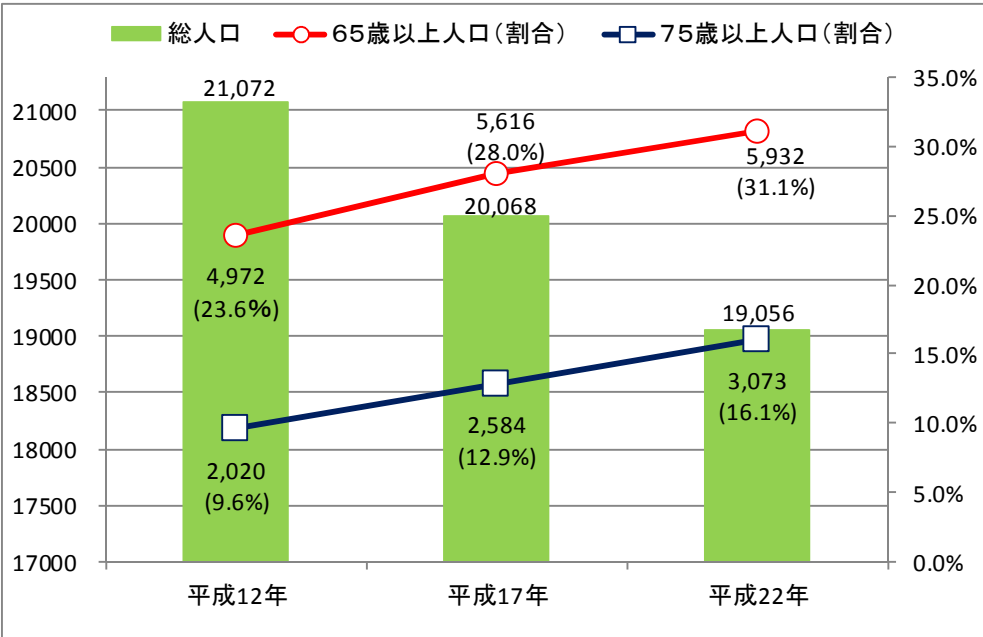
北海道砂川市 認知症初期集中支援チームの設置

1 砂川市の概況

(1) 高齢者人口

砂川市の総人口は、平成12年から平成22年にかけて約2千人減少している¹。65歳以上の割合は、平成12年から平成17年に約4%増加し、平成22年には31.1%となり、約3人に1人が高齢者となっている。

【表1-1 砂川市 総人口と高齢者人口推移】



出典：国勢調査よりアフターサービス推進室作成

(2) 認知症高齢者数

65歳以上の要支援・要介護認定者のうち「認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ以上²」の割合は、平成22年度から平成23年度にかけて大きく増加し、以降、多少の増減があるものの、おおむね横ばいで推移している。

【表1-2 砂川市 介護保険の認定状況等 (各年度3月末時点)】

	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
1号被保険者数	5,972	5,999	6,103	6,182	6,328
要介護認定者数	943	984	1,023	1,085	1,126
1号認定者数	918	953	990	1,053	1,094
2号認定者数	25	31	33	32	32
認知症高齢者数(人)※	455	552	605	634	612
割合(%)	51.4	60.1	56.3	58.1	58.5

※65歳以上の要支援・要介護認定者のうち「認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ以上」の割合
出典：砂川市市民部介護福祉課資料よりアフターサービス推進室作成

¹ 出典：総務省 平成12年国勢調査、平成17年国勢調査、平成22年国勢調査。65歳以上人口数及び75歳以上人口数の割合は、高齢者人口数に基づいてアフターサービス推進室で作成した。
² 日常生活自立度Ⅱとは、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意すれば自立できる状態。

2 砂川市の認知症支援に関する取組（平成 27 年 12 月末時点）

砂川市では、平成 16 年に砂川市立病院でもの忘れ外来の診療が開始されたことを契機として、行政と砂川市地域包括支援センター（以下「地域包括支援センター」という。）、砂川市立病院の 3 機関が早期診断に関する啓発などの認知症支援の取組を協働で進めてきた。また、平成 22 年度に認知症疾患医療センターモデル事業の指定、平成 23 年度に地域包括支援センターに認知症地域支援推進員³が設置され、認知症支援の連携体制が更に強化された。3 機関が協働してきた認知症支援の取組と連携体制は、平成 26 年度に開始した認知症初期集中支援推進事業の実施体制と合致していたことから、現状の体制を生かしたチームを構成し、これまでの連携が生かされる中でスムーズな事業運営が行われている。

【表 2-1 砂川市 新オレンジプランの実施状況（平成 27 年 12 月末時点）】

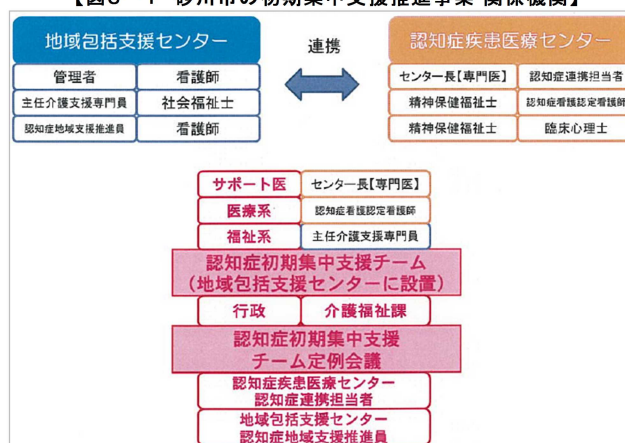
新オレンジプラン			砂川市の実施状況
7つの柱(抜粋)	具体的な施策(抜粋)	取組	
1 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進	(2) 認知症サポーターの養成と活動の支援		実施（652人）
2 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供	(3) 早期診断・早期対応のための体制整備	認知症初期集中支援チームの設置	平成 26 年度から設置
	(7) 医療・介護等の有機的な連携の推進	認知症ケアパスの確立	作成中
		医療介護情報連携ツールの実施	平成 25 年度から「支えあい連携手帳」を配布
		認知症地域支援推進員の設置	平成 23 年度から設置
4 認知症の人の介護者への支援	(介護者たる家族等への支援)	認知症カフェの設置	1 か所
5 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進	(1) 生活の支援		ボランティア等による支援
	(4) 安全確保	(地域での見守り体制の整備)	「地域高齢者見守り事業」の実施

出典：砂川市市民部介護福祉課資料よりアフターサービス推進室作成

3 認知症初期集中支援チームの設置

認知症初期集中支援チーム（以下「集中支援チーム」という。）は、認知症を初期の段階で把握し、適切な医療や介護につなげ、重症化を予防するとともに、認知症になっても住み慣れた地域で暮らし続けられるよう支援することを目的としている。集中支援チームは、認知症サポート医である専門医と医療・介護の専門職（保健師、看護師、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士等）がチーム員となり、認知症疾患

【図 3-1 砂川市の初期集中支援推進事業 関係機関】



出典：砂川市地域包括支援センター資料

³ 認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、地域の実情に応じて、医療機関、介護サービス事業所等の支援機関につなぐ連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う。

医療センター⁴等の専門医療機関と連携しながら支援を進めている。

砂川市における集中支援チームは、地域包括支援センター、砂川市立病院認知症疾患医療センター⁵（以下「認知症疾患医療センター」という。）が、市内のかかりつけ医と連携しながら、認知症が疑われる人を、早期に適切な医療や介護につなげている。集中支援チームの運営は、砂川市が地域包括支援センターを運営する一般社団法人北海道総合在宅ケア事業団と認知症疾患医療センターを運営する砂川市立病院の両機関に業務を委託しているが、実際の支援では、行政が加わり、3機関が協働して集中支援チームの業務を行っている。

砂川市の集中支援チームでは、平成26年9月から平成27年10月末までに、18人の支援を行った。

（１）実施体制

砂川市の集中支援チームの構成員は、地域包括支援センターの主任介護支援専門員（介護福祉士有資格者）1人、認知症疾患医療センターの認知症サポート医⁶1人及び認知症看護認定看護師⁷1人となっている。月2回開催するチーム員会議には、3人のチーム員に加え、市役所の介護福祉課職員、地域包括支援センターの認知症地域支援推進員、認知症疾患医療センターの精神保健福祉士等が参加し、支援の方向性を決定する。

（２）認知症初期集中支援のポイント

砂川市における認知症初期集中支援のポイントは、①「訪問時の状況確認」、②「医師による医療にかかる緊急性の判断」である。①は医師以外のチーム員2人が訪問し、対象者や家族と会話しながら身体と生活全般の状況確認を行う。その後、①の情報に基づき、チーム員会議において、②の医療にかかる緊急性を判断する。訪問時の様子から、特に緊急性等を要すると判断した場合は、チーム員会議の開催を待たずに、医師に状況を説明し判断を仰いでいる。

⁴ 認知症の速やかな鑑別診断や行動・心理症状（ＢＰＳＤ）と身体合併症に対する急性期医療、専門医相談、関係機関との連携、研修会の開催等の役割を担う。

⁵ 砂川市立病院で「もの忘れ外来」（精神科、脳神経外科、神経内科の3科協働診療）が診療を開始し（平成16年）、その流れを受けて、平成22年6月から平成24年3月まで認知症疾患医療センターモデル事業を行う。平成24年4月に認知症疾患医療センターの本指定を受けた。

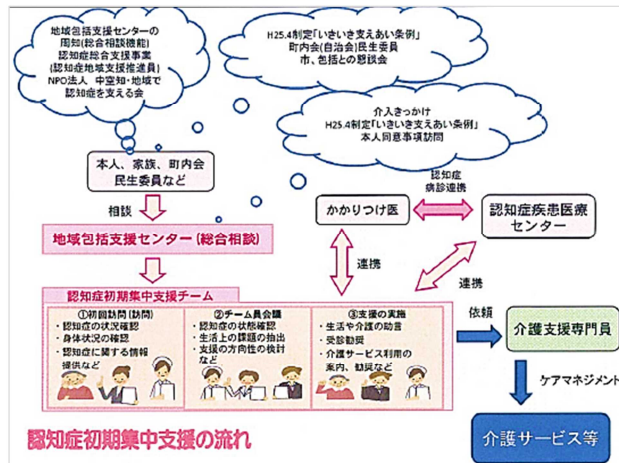
⁶ 地域における認知症の人を支えるために必要な介護分野等の知識や、地域医師会・地域包括支援センター等の関係機関との連携づくりなどに必要な知識・技術を持つ医師。都道府県・指定都市が実施する認知症サポート医養成研修を受けて認定される。

⁷ 認知症の各期に応じた療養環境の調整など認知症の専門知識を持つ看護師。公益社団法人日本看護協会から認定を受ける。

緊急性等を要すると判断し対応したケースは、平成 27 年 1 月までに 1 例⁸だった。

また、認知症地域支援推進員は支援の初期から関与し、チーム員とともに支援終了後の介護支援専門員等へのスムーズな引き継ぎに加え、地域における見守り体制の構築に努めている。

【図3-2 砂川市 初期集中支援の流れと支援対象者の把握】



出典：砂川市地域包括支援センター資料

（３）支援対象者の把握

砂川市では、様々なネットワークを駆使しながら、支援対象者の把握と状況確認に努めている。支援対象者の具体的な把握方法は、表 3-1 のとおり。④「ささえあいねっと」（「砂川市高齢者支え合いネットワーク事業」の通称）はコンビニエンスストア、宅配業者、介護サービス事業者など市内の様々な事業者が、地域の高齢者の見守りを目的として、行政と協力関係を結んでいる。

【表3-1 砂川市の認知症初期集中支援での支援対象者の把握方法】

	支援対象者の把握元	把握の経緯
①	地域包括支援センターの総合相談機能	支援対象者本人や家族、介護関係者からの認知症が疑われるケースに関する相談
②	認知症地域支援推進員	認知症が疑われる事例の把握による情報提供
③	「砂川市認知症を抱える家族の会（ひだまりの会）」	「家族の会」に寄せられる認知症が疑われる対象者への訪問依頼
④	「ささえあいねっと」	市内の事業者が、通常業務において、高齢者の異変、気になることを電話やFAXで連絡
⑤	「地域高齢者見守り事業」	地域との情報共有及び行政等による高齢者訪問により把握

出典：砂川市市民部介護福祉課資料よりアフターサービス推進室作成

（４）初回訪問・チーム員会議

初回訪問では、ファーストコンタクトでの状況確認を重視し、約 1 時間をかけて、支援対象者とその家族に対して日常生活の様子を聞き取る。

その後のチーム員会議は、医師が診察の合間などに参加しやすいように、病院の一室において、定例で月 2 回（11 時～12 時）開催している。チーム員会議では、支援内容の検討とともに、集中支援チームによる支援を終結し、適切な機関に支援を引き継ぐ目安となる目標を決定している。支援の初期段階で目標を設定することで、支援途上での各機関・各職種の役割分担が明確になる。具

⁸ 認知症が疑われる症状としてもの忘れがあり、他の身体状況を含め検討し医師に報告、ただちに検査したところ脳腫瘍が発見された事例。

体的な目標は、ケースの状況に応じて異なるが、「専門外来でのフォロー」、「介護サービスの利用」などが挙げられる。

また、チーム員会議は、多職種での情報交換と課題の共有を兼ねており、支援の質を担保する場となっている。例えば、通院状況や介護サービスの利用など、職種ごとに把握している支援対象者個人の状況を共有することが、個々人の実情に応じたきめ細やかな支援につながっている。

さらに、チーム員が各々の分野で協力を仰ぎたいケース、または対応に苦慮しているケースを話し合うことで、適時適切に連携を図ることができている。特に、定例会は地域包括支援センターにとって、サポート医との情報交換ができる貴重な機会となっており、医師から助言を受けることが不安や悩みの解消につながっている。

（５）支援の実施

支援は、医療面と介護面から実施している。医療面では、一例として、かかりつけ医あるいは認知症疾患医療センターにおける受診の勧奨であり、長期間に渡って、かかりつけ医の診療を受けていない場合などは、認知症疾患医療センターから、かかりつけ医に連絡し、往診の依頼をすることもある。

介護面では、介護サービスに関する案内・勧奨をするとともに、本人の同意に基づいて地域の介護支援専門員に依頼し、ケアプランを作成するなど、ケアマネジメントによる支援を行うほか、有償ボランティアの活動など、日常生活の不便に対する介護保険に含まれないサービスについても案内している。

そのほかの支援として、専門外来及びかかりつけ医による定期的な診療や服薬管理、権利擁護支援の案内などがあり、ケースに応じて異なる。

また、認知症が疑われる方の医療機関における初診では、医療介護情報連携ツール「支えあい連携手帳」を配布し、本人の基本情報や医療と介護の状況を記入し、以降の支援に利用するよう説明をしている。



【医療介護情報連携ツール 支えあい連携手帳

患者の医療介護情報を記入するMRI検査や胃ろうの希望有無を書く項目がある】

（６）引き継ぎ後のモニタリング

集中支援チームによる支援が終了した後は、地域包括支援センター、認知症

疾患医療センターから連絡し、継続的に支援を受けられる状況にあると判断ができるまで、支援対象者の状況を把握するモニタリングを実施している。状況把握の例としては、入院、グループホーム入所、デイサービスの利用、あるいは介護サービスを利用せず地域住民や関係機関の見守りの下で在宅生活を継続している等の詳細な情報となっている。独居者については、支援を医療または介護の機関につないで終了ではなく、定期的に連絡をし、引き継ぎ後の状況に課題が生じていると判断した場合は、医療・介護と連携し対応している。

4 地域における本人・家族・介護者への支援と取組

砂川市では、有償ボランティアや、砂川市認知症を抱える家族の会（以下「家族会」という。）との協働で運営する認知症カフェなど地域住民が主体となった活動とともに、地域高齢者見守り事業や多職種が参加する事例検討会等、医療・介護の連携によって認知症施策が幅広く進められている。

（１）認知症サポーターの養成と活動の支援

砂川市では、平成 20 年から認知症サポーターの養成を開始した。「認知症は誰もがなる可能性があり、早期発見が重要」など、啓発の入口として、地域や事業所からの依頼に応じて、認知症地域支援推進員が講師として出向いている。平成 27 年度は、認知症が疑われる人に対応する機会がある市内の事業所で開催したほか、町内会でも講座を実施した。

（２）医療・介護関係者等の間の情報共有の推進

<認知症多職種事例検討会>

NPO 法人中空知・地域で認知症を支える会⁹（以下「認知症を支える会」という。）が主催する認知症多職種事例検討会は、認知症の患者対応事例に関するグ



【第13回 認知症多職種事例検討会（砂川市立病院にて18時開始）
77人が参加し、認知症患者の自動車運転に関する事例検討とグループディスカッションを行った】

⁹ 市民フォーラムや多職種事例検討会等、認知症支援を地域で実施することを目的として、平成 16 年に団体として発足、平成 21 年に NPO として認定。

ループディスカッションを中心とする多職種が参加する研修会である。平成 25 年 11 月から平成 27 年 11 月までに 13 回開催されている。参加職種は、医師・保健師・看護師・薬剤師・心理士・介護職・ケアマネジャー・相談員・施設管理者・認知症ボランティア・家族会・民生委員・行政職員等と多岐に渡る（通算 674 人参加、1 回の平均参加人数 53 人）。

検討会は、職種を混成したグループごとに、事例の課題解決の糸口を話し合う形式で、社会資源の把握や各職種の業務理解の場となっている。毎回様々なテーマが提示されており、これまでの事例は、「受診・服薬を中断する高齢者への継続受診勧奨」、「薬剤師による独居宅の訪問薬剤管理の実践」、「独居者の自動車運転に関する自己決定と免許返納について」など、「今、実際に直面している事例」の検討を通して、相互の職種理解に加え、地域課題の検証につながっている。

（３）介護者の負担軽減

＜認知症カフェの開催＞

認知症カフェは、家族会と協働で運営し、「ひだまりカフェ」として２か月から３か月に１回の頻度で開催している。場所は「カフェくるみる」（就労継続支援Ｂ型の施設¹⁰等を運営する社会福祉法人くるみ会¹¹が運営）で実施している¹²。基本的には、家族会の会合と連動した開催であり、認知症の患者や家族、介護経験者（ピアサポーター）が参加する交流の場となっている。

特徴は、認知症カフェのテーマが参加対象の職種により異なり、テーマに沿った職種が主催する点である。

参考例

- ・ケアカフェ：専門職の交流を目的として市内の介護事業所の介護従業者が集まり、ケアに関する専門的な情報交換を行う。市内介護従事者が主催。
- ・商店街の商店主を対象とした認知症の人への接客に関する講座：認知症サポーター養成講座との共同開催。

同一職種が会し、情報交換と交流の場になっているとともに、主催する職種が替わることで、開催に係る負担（設営準備等）を分散する効果がある。

ひだまりカフェには、保健師と認知症地域支援推進員も参加し、保健師からは認知症の本人と家族の健康管理について、認知症地域支援推進員からは介護保険やサービス支援等の専門的な助言をする場となっている。

¹⁰ 雇用契約を締結しない就労や生産活動の機会を提供し、就労への移行を支援する施設。

¹¹ 事業内容は多機能型訓練施設の運営、北海道から受託している精神障害者地域生活事業の運営等。

¹² 実施に際して、施設使用料は運営主体の好意により無償、人員はボランティアのため人件費がかからないので、参加者は飲食の費用を支払う。コーヒー、紅茶は 100 円。

さらに、介護者である家族が、介護に直面し、悩み、苦しんでいる当事者として参加ができるピアカウンセリングの機能を有しているとともに、男性介護者が交流できる貴重な場所でもある。参加者からは、「要介護認定を受けたがサービスの利用に踏み切れないでいたところ、経験者と話すことでイメージが湧き、介護サービスの利用を決意した」、という声があった。さらに、家族が認知症の患者とともに参加することで、外出への不安を軽減し、「一緒に出かけることができる」と自信を得る機会となっている。

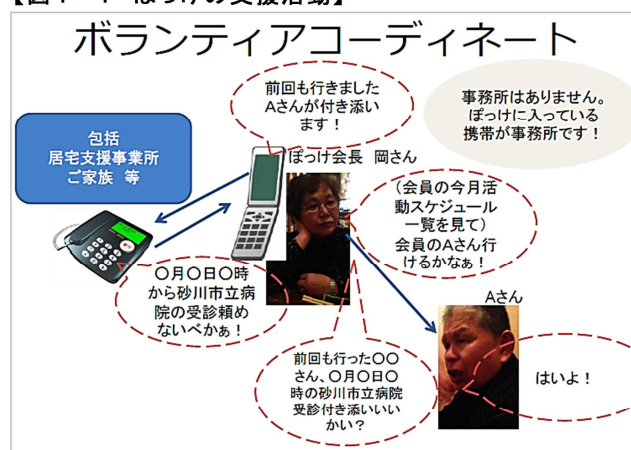
(4) 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進

①生活の支援

<「認知症支援ボランティア ぽっけ」の活動>

平成 22 年 4 月に設立した「認知症支援ボランティアぽっけ」(以下「ぽっけ」という。)は、認知症を支える会が主催する認知症支援ボランティア養成講座の修了者が集まり、既存の認知症医療やケアではカバーすることが難しい支援の隙間を地域ボランティアが行うことを目的として、発足した。活動内容は医療機関の受診付き添いが活動の 7 割を占め、ボランティアは有償で活動している。利用者は 1 時間の支援につき 600 円を支払い、ボランティアには 400 円をぽっけから支払う。1 か月の活動時間は 200～300 時間であり、平成 27 年度は 3,300 時間になる見込みとなっている。日常の「ちょっとした困り事」を依頼することで認知症支援ボランティアと顔なじみになり、リピーターでの利用が多い。

【図 4-1 ぽっけの支援活動】



出典：砂川市市民部介護福祉課資料よりアフターサービス推進室作成

【支援例】

- ・病院への受診に付き添って欲しい
- ・急用で不在にする間、認知症の祖母と留守番をしてほしい
- ・通夜の喪主をするので、一晩母親に付き添いをしてほしい
- ・担当者を指名しての話し相手になってほしい(傾聴訪問)
- ・病院受診の帰りに食堂で一緒に食事をしてほしい 等

出典：ぽっけ資料よりアフターサービス推進室作成

②地域での見守り体制の整備

<砂川市高齢者いきいき支え合い条例>

砂川市では、平成 25 年に制定された「砂川市高齢者いきいき支え合い条例」(以下「支え合い条例」という。)により、地域で見守りをするために必要と思われる高齢者の情報の共有が可能となった。この条例に基づいて、65 歳以上の高齢者に関する情報(住所・氏名・年齢・性別)と、本人が同意した情報(緊

急連絡先・介護サービスの利用状況・定期的な訪問者など）が市から福祉協議会へ、さらに町内会等に提供されることにより、情報が共有され、日常的な見守りから緊急の際まで対応できる仕組みがつくられている。

＜地域高齢者見守り事業＞

「地域高齢者見守り事業」は、市、地域包括支援センター、町内会等の関係機関、民生委員が連携し、支え合い条例に基づいて、地域の実情に合わせた見守り体制の構築を図る事業である。一人暮らしの高齢者を中心に、特に見守りが必要と思われる高齢者を把握し、平成 27 年 3 月までに市や地域包括支援センターの職員が約千百人を直接訪問して、そのうち約 900 人から個人情報提供の同意を得た。この訪問で得た情報から、高齢者は医療や介護サービス、家族や地域などとのつながりにより、何らかの支援を受けていることが確認できた。見守る側も高齢者になりつつある状況で、高齢者の情報を共有することで、効率よく地域で高齢者を見守る体制が構築されている。具体例としては、家族の往来の有無や介護サービスの利用状況を地域が把握することで、近隣住民との交流が頻繁ではなくても、孤立した状況ではないことを知る手がかりとなっている。

5 取組の課題

砂川市では、認知症支援の取組について、以下を課題として挙げている。

（１）啓発の取組

認知症に対する偏見から、家族（配偶者や子）が症状を明らかにしない傾向があり、そのため、診療と適切な支援が受けられず、重症化する例がある。認知症施策のボトムアップを図るためにも、高齢者に限らず、就労者や学生など、若年層に対する認知症の正しい知識の啓発に取り組む必要がある。

（２）サポート医の要件緩和

認知症初期集中支援事業を広範かつ効果的に進めるために、認知症サポート医の認定要件の緩和が必要と考えている（現在、砂川市の認知症サポート医は 1 人、当該事業で連携している医師は 6 人、医療機関は 6 機関）。認知症サポート医になるためには、都道府県・指定都市で開催される 2 日間の研修を受ける必要があるが、特に開業医は休診にすることが難しく、日程の確保が難しい。この問題に対して、研修を e ラーニングにすることや、開催日程の増加などの措置を講じることで、認知症サポート医の増加につながるのではないかとの声があった。