

活動報告

認知症になっても住み慣れた地域で生活するための地域づくりの実践

Community Health Activities That Allow Demented Individuals to Keep Home Town Life

征矢野 文恵^{*1} 細谷 たき子^{*2} 宮地 文子^{*2}

Fumie Soyano, Takiko Hosoya, Fumiko Miyaji

キーワード：認知症者，宅老所，生活継続，地域づくり，プレシードプロシードモデル

Key words : Demented individuals, Private day care facilities, Keep home town life, Community activities, PRECEDE PROCEDE MODEL

要旨

本報告は、認知症者が住み慣れた地域で生活するための地域づくりをめざし、宅老所の開設に関する経過について、1996年から2009年までの内容をPRECEDE PROCEDE MODEL(PPモデル)を使用して検討したものである。本来のPPモデルは、計画段階のアセスメントから始めるが、本論は、すでに実施した活動を参加した専門職の立場で振り返り、分析するために使用した。本論は、介護保険制度前後の状況報告である。しかし、動ける認知症者が地域に住み続けるための地域づくりは、オレンジプラン等により現在も実行の途にある。そこで、認知症者を支える地域づくりの実践活動を科学的に分析し、地域づくりのプロセスを明確化することで、様々な領域の人々と認知症を支えるネットワークづくりをする際の、基本的情報として本論を報告する。

I. はじめに

我が国では、団塊の世代が75歳以上になる2025年をめどに、重度の介護状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、地域包括ケアシステムの実現を地域の主体性に基づいてめざす努力が進んでいる(厚生労働

省, 2013)。

長野県東信地域A村の高齢化率は、平成8年24.3%から平成16年27.2%と増加しており、県(平成8年19.0%、平成16年23.1%)、国(平成8年14.5%、平成16年19.2%)より高齢化が進んでいる(八千穂村, 2004)。A村は先駆的な地域保健活動の歴史があり(佐久総合病院, 2011)、介護保険の開始前には要介護者

受付日 2015年10月1日 受理日 2016年1月28日

*1 佐久大学院生 The Graduate School of Saku University

*2 佐久大学看護学部 Saku University School of Nursing

の身体的実態把握はほぼ終了し、地域で支える仕組みは構築しつつあった。しかし、動ける認知症者の実態把握は十分とは言えず、実態が把握できても動ける認知症者のケアに適した在宅サービスの提供は難しい状況であった。この課題に向け、平成16年、新たな在宅サービスである地域密着型通所施設(以降「宅老所」)の開設に至った。

本論では、在宅介護支援センターおよび宅老所の職員として、「認知が低下しても住民が安心して生活できる地域」をQOLの目標として、地域活動を実践してきたプロセスをPPモデルに沿って報告する。

PPモデルは、地域保健分野で実践のためのプランニングモデル、あるいは概念枠組みとして開発され、わが国の保健事業の計画・評価等に利用されてきた(中島ら, 2004)。このモデルは、事業の「計画と診断」(プレシード)、「実施と評価」(プロシード)のプロセスにおいて、必要な情報収集・分析を多角的に行う枠組みを示している。PPモデルは専門職によるコミュニティ開発から発展したものであり、事業に適用するには該当事業への参加が原則である(Green, L.W. & Kreuter, M. W, 1997/神馬, 岩永, 松野訳)。しかし本論では、A村の宅老所開設に関する地域活動を振り返って分析・検討するために、オリジナルモデルのStep4「教育・生態アセスメント」を構成する「前提要因」「強化要因」「実現要因」のなかに、Step 5「行政・政策アセスメント」、Step6「実行」実施、Step7 プロセス評価の過程を含めた。これらのステップの実践過程を時系列に沿って「前提要因」「強化要因」「実現要因」として分析することで、問題解決の流れが明確になると判断したためである。各アセスメントのステップを振り返って分析し評価をすることで、認知症者を支える地域づくりの問題解決および、地域ケアシステムの構築に貢献する基礎的情報を提供するものである(図1)。

II. PPモデルによる宅老所開設プロセス

1. Step1 社会アセスメント

社会アセスメントとは、共通の価値観や規範を形成している人々の対象集団(コミュニティ)が、変化しようとする準備段階含めて、今後、持っている問題解決能力や資源に対する人々のニーズや要望を明らかにする作業である(Granz, K., Rimer B.K., & Lewis F.M., 2002/曾根, 湯浅, 渡部, 鳩野訳)。

1) 地域の特性

人口約5千人のA村は、昭和34年から始めた全村健康検診、健診後の結果報告会での衛生教育やハエの駆除などの衛生活動、食生活改善運動の他、村民運動会や公民館活動、農協婦人会活動、PTA活動や老人会活動などの地区活動が定着しており、若者から高齢者まで世代を超えた住民同士のつながりが強く、住民相互の自助や共助の力が培われてきた(佐久総合病院, 2011)。一方、行政職員のほぼ95%が村民で構成され、消防団活動やPTA活動などの自治活動を通して、住民の身近な存在として公助の力を発揮してきた。更にA村は、B病院の50年にも渡る地域活動のフィールド(佐久総合病院, 2011)であり、B病院の医療や福祉の専門家が、健診活動や地域ケア活動を通し、住民の主体的な組織活動を支援してきた。

2) 公的福祉サービスの現状

平成8年5月にデイサービス(以下DS)が新設され、在宅介護支援センターと訪問看護ステーションが併設された。当時の在宅福祉サービス利用料は無料か低額負担であった。また訪問看護や訪問診療は、脳卒中を原因とする寝たきり老人訪問を医療保険で行っていた。身体障害者手帳を持った重度の寝たきり者の場合は、越冬入院や長期入院を利用した後の病院死が多かった。また、重度の認知症者の場合は、隣町の老健保健施設への長期入所を

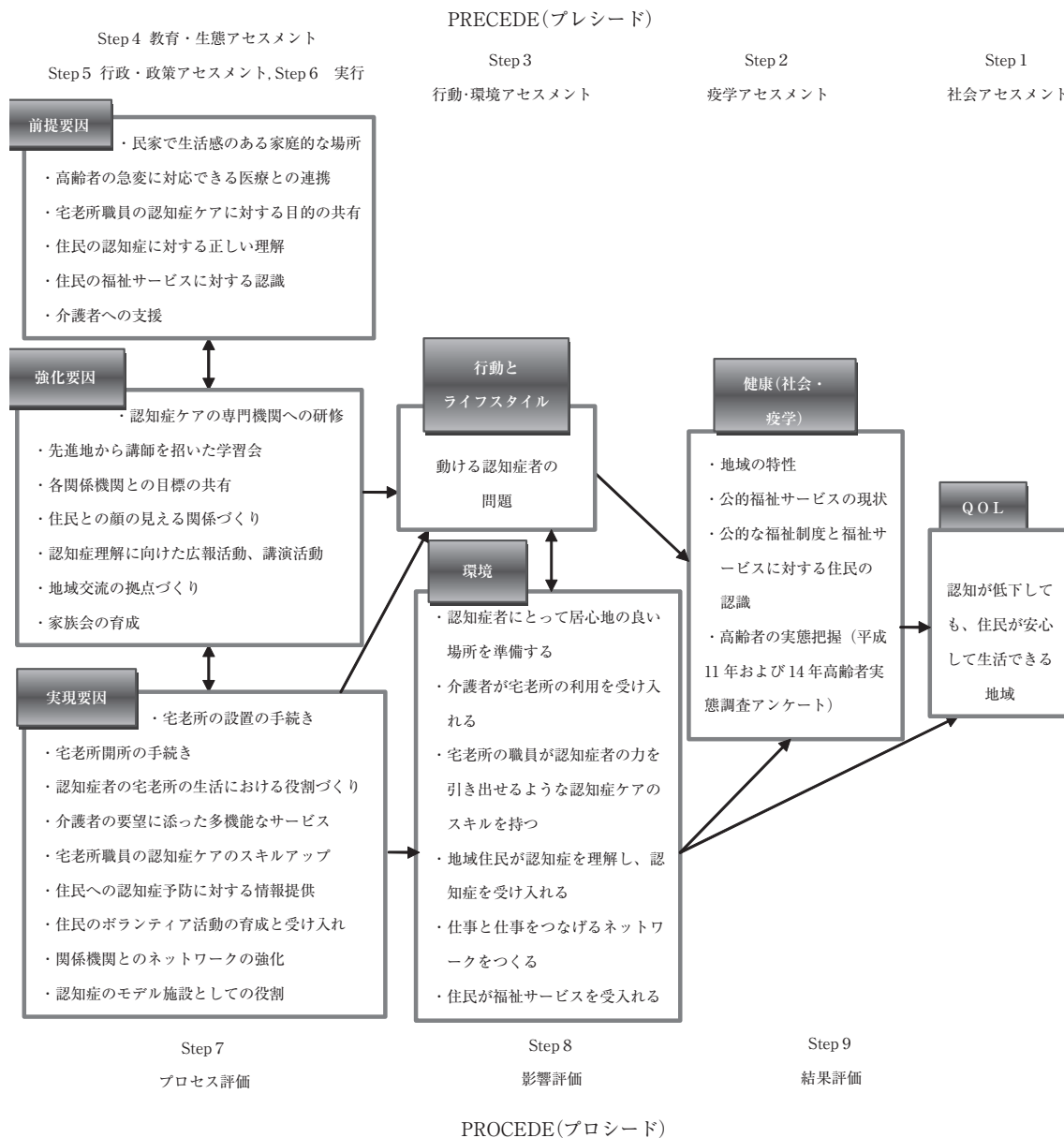


図 1 認知症になっても住み慣れた地域で生活するための地域づくりの実践

経て、遠方の特別養護老人ホームに措置入所されていた。

3) 公的な福祉制度と福祉サービスへの住民の認識

住民の多くは、福祉制度を利用することは「施しを受けること」と考えていた。すなわち、福祉制度の利用は生活保護を意味しており、人様に迷惑をかける恥ずかしい行為で、最後の手段として行政に嘆願する制度と捉えていた。加えて福祉制度の利用には申請が必要であり、複雑な書類の記入や地区の民生委員の

承認欄が必要など、高いハードルがあり、住民が行政に気軽に相談できる体制とは言えなかった。

また、老人ホームや障がい者施設の措置入所の理由には、生活の困窮や介護困難が前提条件のため、嫁が勤めているという理由で、義父母の施設入所を民生委員や行政に依頼する行動は憚られた。なぜならば、嫁が義親の介護をするのは当たり前で、施設へ預けるのは非情な手段だという認識や、自宅や施設でなく、大病院に入院させて最後病院で看取ら

れることが、最高の医療を受けさせてもらえて幸せだという認識があったからである。よって、当時も24時間体制で医師や看護師が自宅へ訪問することは可能であったが、住民自身にかなり抵抗があっただけでなく、住民の信頼に応えられる医療体制も十分とは言えなかった。そのため、在宅療養中の食思不振、発熱、褥瘡などは、頻繁に救急車による緊急入院のきっかけとなった。その後は、入院が長期化したまま亡くなるか、退院後に介護施設へ入所してしまうため、在宅介護はしばしば中止となる事例が多かった。障がい者施設、老人ホームなどの介護施設の利用は一部の利用者に限られていたため、利用しない住民にとっては不公平であった。

このような背景の中で、介護保険開始前は在宅介護支援センターの積極的な介入にもかかわらず、寝たきりの要介護者、介護者ばかりでなく、DSや訪問介護の職員たちも、在宅サービスの利用に消極的であった。その理由として要介護者からは、DSで人様に惨めな姿を見せたくない、ヘルパーの生活援助や通院援助が中止されるのは困る、利用料が有料になるのは困るなどの訴えがあった。次に介護者からは、週に複数回DSを利用すれば、世間から自分が楽をしていると思われる、ヘルパーに家の中を見られることに抵抗があるなどの理由が語られた。そしてDSや訪問介護の職員からは、重度の認知症者のケアは老人保健施設(以降老健)が専門で、自分たちの担当ではないこと、重度の利用者の増加により、仕事量が増え、かつ不規則な勤務に変化することが不安だという理由であった。

徘徊や昼夜逆転などの問題行動が目立った結果、地域や家族から緊急支援要請が出た認知症者の一部は、老健に長期入所させていた。しかし、動ける認知症者の多くは潜在的な存在でしかなかった。実際に、長年人目に触れないように家に閉じ込められた状態で暮らしていた認知症者で、介護保険制度の周知後に

やっと明らかになったのが2事例あった。この事から、地域にはたくさんの認知症者の潜在事例があることが予測された。

2. Step2 疫学的アセスメント

疫学アセスメントとはコミュニティにとって、どんな健康問題がもっとも重要であるかを決定する段階であり、誰がいつまでに、どのような健康上の利益をどの程度受けるのかといった、具体的でかつ測定可能なプログラムの目標を定める作業である(Glanz, Rimer, et al., 2002)。

1) 高齢者の実態把握

在宅介護支援センター設置後は、高齢者の実態把握や福祉サービス等の相談窓口の機能は充実した。一方、平成16年の宅老所開設までに、高齢者実態調査アンケートが平成11年と14年の2回行われた。平成14年の調査では、一般高齢者は前回と同様、住み慣れた自宅での生活を望んでいた。将来の不安については、認知症や寝たきりになることへの不安が上位を占めた。要介護老人からの新たに必要な在宅サービスの希望は、宅老所、グループホーム、短期入所が上位を占めた。この背景には、虚弱老人と寝たきり老人の在宅サービスの充実比べ、動ける認知症者の在宅サービスが不十分であることがあった。そのため、動ける認知症者を支える在宅サービスの構築が急務な課題と考えられた。

3. Step3 行動・環境アセスメント

行動・環境アセスメントとは検討している健康問題に寄与する諸要因を評価することである。行動要因とは、健康問題の発生と深刻さを左右するハイリスクな個人行動または、ライフスタイルのことである。環境要因とは、個人の力が及ばないような個人の外にある社会的・物質的要因である(Glanz, Rimer, et al., 2002)。

1) 動ける認知症者の問題

動ける認知症者を介護する家族は、自宅に似た生活感のある場所での通所サービスを望んでいた。特に宅老所の設置を強く希望していた数事例について紹介する。まず、65才の重度の若年性認知症の妻を夫が介護している事例では、夫は常時妻から目が離せない状態であった。夫は毎日妻を農作業に連れ出すのが全く仕事にならなかった。妻は着替えや入浴に拒否があり家では清潔が保てない。このままだと施設に入れるしかない。妻は人が大勢いる場所では混乱を来とし、徘徊や逃避などの行動心理障害が出るので、DS利用の希望はあるが妻には適さない。妻のペースに合わせて、ゆったりと過ごせる宅老所に通所できれば、何とかこのまま介護が続けられそうだと夫は言った。

2事例目は、老健から義父の退所を迫られていた嫁からの緊急支援要請であった。義父は糖尿病を起因とする食と排泄の乱れで脱水を発症後肺炎となり、入退院を繰り返していた。相談時は、ADLが低下し認知症も進行した状況で老健入所しており、3ヶ月が経過していた。嫁は施設利用の継続を希望していたが、義父の帰宅欲求が強く施設側から在宅介護を進められていた。義父は1人で家にはいられない。嫁は責任ある仕事を持っている。義父が宅老所へ毎日行くのを嫌がらなければ、在宅介護を検討したいという意向であった。

3事例目は、急に妻が不安神経症となり家事が不可能となったことで、夫の糖尿病が悪化し妻への暴力行為が出るなど、日常生活に支障が生じていた事例である。その夫婦への切れ目のない生活援助と病態観察ができれば、在宅生活の継続が可能と予測できた。

4事例目は、2度も脳梗塞で倒れ、片麻痺と認知症のある63才の妻を介護している夫からの緊急支援要請であった。95才の母と妻の両方の介護は困難であり、今後の介護生活の長期化が予想された。妻の心身の機能を

維持させながら介護者の夫を支えないと、共倒れの危険があった。夫の生活時間に合わせたサービスを提供できる宅老所が必要であった。この他にも認知症者を介護している5事例があり、認知症者と介護者を支える地域づくりをめざした活動のきっかけとなった(佐久総合病院, 2011)。

以上のアセスメントを通して、認知症になっても住み慣れた地域で生活するための地域づくりに必要な対策を以下の6つの視点で整理した。第1に認知症者にとって居心地の良い場所を準備する。第2に介護者が宅老所の利用を受け入れる。第3に宅老所の職員が、認知症者の力を引き出せるような認知症ケアのスキルを持つ。第4に地域住民が認知症を理解し、認知症を受け入れる。第5に仕事と仕事をつなげるネットワークをつくる。第6に住民が福祉サービスを受け入れるとした。

4. Step4 教育・生態アセスメント: 前提要因・強化要因・実現要因、Step5 行政・政策アセスメント、Step6 実行、Step7 プロセス評価

前提要因とは、行動の根拠や動機づけを与える要因で行動に先行するもの、強化要因とは行動に続くもの、実現要因とは、実際的な動機づけを可能にするものである。(Glanz, Rimer, et al., 2002)。

1) 認知症者にとって居心地の良い場所を準備する

認知症者にとって、居心地の良い宅老所の条件として、第1に自宅と同じような民家で生活感のある家庭的な場所であること、第2に急激に起こる高齢者の心身の病状変化に対応できる医療との連携が必要と考えられた(前提要因)。

平成15年の第二次介護保険事業計画の中に、平成16年の開設を目標に宅老所の設置が策定された(井出ら, 2010)。行政担当者と在宅介護支援センター職員は、宅老所設置に

向け県グループホーム協議会主催のシンポジウムや学習会に参加して学び、村会議員とともに、先駆的な認知症対応型宅老所を4カ所視察した。更に、県の福祉担当者や福祉の先進地から講師を招き、地域に密着した宅老所の役割や認知症者の生活ケアに必要な環境や健全な経営方法などを学んだ。この活動を通して、認知症者が自分の居場所を見つけられる施設づくりとは、どんな施設であるべきかという議論を重ね、行政担当者と在宅介護支援センター職員の中で目標を共有しあった(強化要因)。

宅老所となる民家は多額の改修費を必要としない、他の福祉サービスとの連携がしやすい、認知症者の安全の確保をするという視点をもとに、立地・建築年数・交通の便・家主の状況などを考慮した空き家を決定した。県の補助金申請、予算確保、施工会社の入札、工事現場での調整、家主との契約、駐車場の確保、宅老所運営委託先の決定などについては、行政担当者が中心となって進めた(実現要因)。

一方、宅老所の運営委託先はB病院に決定し、宅老所はB病院の後方支援を受けて医療との連携が強化された。筆者はB病院から在宅介護支援センターへ出向した職員として、病院内の人員配置計画・職員の雇用調整、収支計画、運営方針と具体的な運営計画に参画し、宅老所の名称の決定や職員の確保を担当した。居宅サービス事業所の申請の書類整備はB病院の事務担当者が行った。宅老所の職員は、A村の出身者で介護経験のある者が雇用された。これらの経過を経て、平成16年、12月7日宅老所が開所し、運営試行期間を経て16日から通所事業が開始された(実現要因)(佐久総合病院, 2011)。

2) 介護者が宅老所の利用を受け入れる

介護者が宅老所の利用を肯定的に受け入れるために、宅老所では介護者の心身の不調の早期発見に心がけ、介護者の抱える不安やジ

レンマを洞察しながら、介護者の要望に最大限に応えていく努力をした(前提要因)。宅老所の職員の具体的な関わりは、介護者との接点を大切にし、意識的にねぎらいの言葉をかけた。介護者の気になるサインは在宅介護支援センター職員につなげ訪問を依頼した(強化要因)。介護者には宅老所へ預けているという後ろめたさと、認知症者との同居による精神的、身体的な負担がある。そのため、サービス内容は、介護者の要望に添った時間外や短時間の柔軟的な時間の受け入れに加え、食事・排泄・清潔などの援助は最大限に行った。薬の管理、食思不振や下痢や発熱などの病気時の受け入れ、清拭による清潔援助、配食サービス、買い物の援助、緊急時の病院受診の引率も必要に応じて対処した(実現要因)。

介護者同士の情報交換の場として交流会を行ったが(強化要因)、参加者が少なく家族会は立ち上げられなかった。一方、介護者の体調不良時や冠婚葬祭の際に、宅老所の短期入所の希望があったが実現しなかった(実現要因)。今後、認知症者の在宅介護の支援をしていくためには、多機能型サービスの展開が求められていた(実現要因)。

3) 宅老所の職員が、認知症者の力を引き出せるような認知症ケアのスキルを持つ

宅老所職員は、認知症ケアのスキルを高めるために、認知症ケアの先進地である宅老所または、認知症ケアを専門とする老健で1～2週間の研修を受けた(強化要因)。研修後も職員は認知症者のケアに戸惑っていたが、食事、排泄、入浴は介助というケア目標ではなく、認知症者の生活の中での自然行動と捉え、支援することが大切であると理解できた(前提要因)。

認知症者は宅老所の生活者の1人であり主役である。生活者には家庭の役割があり、時間の流れの中で協力し合って生活を営んでいる。宅老所の職員のケアは認知症者へゆっくり、ひとつひとつ言葉かけをした。例えば

「作業をします」「食べないと具合が悪くなります」「トイレです」「お風呂です」ではなく、「今日もお手伝いお願いします。頼りにしています」「良く働いたから、もう一口食べましょうか」「おなかも一杯になったから、そろそろ出しに行きましようか」「汗をかいたからからだを流しに行きましようか」と、生活の流れを大切に声かけをした。(実現要因)。また、宅老所での学習会や夏祭りなどの催しには、地域から大勢の住民が訪れた。このような場は認知症者の社会交流の場として、重要な意味を持つことを職員はきちんと理解していたため、訪問者全ての人に気持ち良く接した(実現要因)。

宅老所では洗濯物たたみ、野菜切りや食事の盛りつけ、縫い物、ゴミ袋の名前書き、布団干し、畑の野菜の取り入れなどを協働で行った。重度な認知症者は昼寝が苦手で、周囲が寝始めると目つきが変わり徘徊が始まった。すると職員は小さな空き部屋へ誘導し、添い寝や、ドライブに連れ出すと穏やかな表情を取り戻した。(実現要因)。

4) 地域住民が認知症を理解し、認知症を受け入れる

高齢化が進み住民は誰もが認知症になることに不安を抱いていた。住民の認知症への正しい理解と受け入れができれば、住民同士の支え合いにより、地域における認知症者の見守りや家族への声かけが可能となり、認知症者が地域で住み続けるための環境が良くなる(前提要因)。

そこで介護予防活動として、介護教室や健康教室での認知症の知識と認知症者への対応についての学習会を実施し、参加型の作業療法で認知症予防も取り入れた。また、介護保険の仕組みと在宅サービスの利用方法についての学習会や、閉じこもりがちな男性に対しての男の料理教室を実施し、男性同士の仲間づくりをした(征矢野, 渡辺, 佐々木, 浅井, 2004)。年1回の福祉と健康のつどいには、

毎年家族愛をテーマにした在宅介護について、住民自ら脚本した演劇の上演(佐久総合病院, 2011)がされ、在宅介護支援センターでは、在宅サービスの利用や介護用品・介護機器の紹介と試用などを行った(実現要因)。

宅老所の活動では、地域の健康教室の企画に宅老所の見学や交流を取り入れ、認知症ケアの実際を知ってもらった。また夏休みに地元の小学生を対象に寺子屋を開き、病院見学や宅老所見学を取り入れた認知症者との交流会をした。宅老所は地域の一帯として、近隣のつきあいや結びつきを大切に、清掃活動や行事にも参加した。その結果、近隣者の宅老所への理解や協力は良好であった。協力内容として、例えば、新鮮な野菜の提供や、地元の老人会組織との夏祭りの共催による参加者の増加などがあった(実現要因)。また宅老所の運営に当たり、地区懇談会組織の立ち上げの際にも、運営委員を快諾してくれた。更に宅老所の花植えや草刈り、植木の剪定や家屋の修繕、認知症者との話し相手など、多くのボランティアの協力が得られた。このように宅老所は、さまざまな住民の自主的活動に支えられた結果、3年間でほぼ4万人が宅老所を訪れたことで、地域住民が認知症を理解する場となった。(強化要因)。

5) 仕事と仕事をつなげるネットワークをつくる

認知症者を地域で支える仕組みをつくるためには、認知症者と家族を支え、かつ地域に潜在している認知症予備軍を支援する社会資源の基盤が必要である。その基盤づくりの過程では、多くの関係者との連携が求められる。特に行政、社会福祉協議会、地域住民、医療機関の連携が大切である(前提要因)。実際、地域に身を置き長い時間をかけて自分の目と足で地域を歩き、地域住民の中で顔と顔の見える関係をつくることで住民の力を借りることができた(強化要因)。先述の事例対応の場面においても、介護者、在宅介護支援センタ

一、行政担当者、認知症専門医療機関とともに考え、問題解決に向けた協力体制があったからこそ実現できた。弱者である地域の介護者の声を可視化させ、新たな事業を予算化していくためには、行政の担当者の力が必要であり(実現要因)、行政職員との仲間づくりや、地域住民との交流には長い時間が必要であった(前提要因)。長い地域活動がより良いネットワークづくりにつながった。

6) 住民が福祉サービスを受け入れる

筆者は地域活動の中で、福祉は人の世話になることではなく、人を幸せにする活動であることを理解し協力してくれる人を増やしていった(前提要因)。そしてその事をより住民に広く理解してもらうために、認知症に対する正しい知識を宅老所の実践活動の体験を通した身近な題材を使って、広報活動や講演活動を幅広く行った(強化要因)。前述の宅老所見学や認知症者との交流会などの活動により、宅老所の社会的認知度が上がり、A村における新たな宅老所開設に向けたモデル施設の一つとなった(実現要因)。

5. Step8 影響評価

影響評価とは、実践の直後の評価において、何が良かったのか、何が足りなかったのかを明らかにしていく作業である(Glanz, Rimer, et al., 2002)。

1) 認知症者への影響評価

宅老所の生活作業を協働することで、元気な頃に持っていた認知症者の生活力が引き出され、認知症者同士の助け合いやふれあいが生まれた。認知症者の生活作業は時間がかかるが、その行動に手を出さず声かけして見守り待つケアが、認知症者の自主的な行動を促した。認知症者は自分のペースで主体的に行動することで、世話になっているという意識から宅老所に手伝いに来ていたという役割意識が変わっていった。入浴拒否がある認知症者は、他の認知症者の声かけで入浴行動がス

ムーズになった。食思不振の認知症者は、共食によって食事摂取量が増え排泄が規則正しくなった。また、午前中の生活作業による疲れが昼寝の入眠作用を強めた。午後に童謡や民謡を唄う時間を持つてからは、認知症者から口ずさみや踊りが飛び出し、頬は紅潮しその場は笑い声に包まれた。こうした宅老所の規則正しい生活と仲間とのふれあいにより、認知症者の心身は安定した。そして認知症者は宅老所をもう一つの家として、かつ居心地の良い場所として受け入れることができ、通所を拒否しなくなった。

2) 介護者への影響評価

認知症者が宅老所の通所を受け入れたことで、介護者が抱える精神的、身体的負担は軽減し、介護者の自由な時間が拡大した。また、個々の介護者の介護の実態に合わせた柔軟的なサービスを提供したことで、在宅介護の継続を支援することができた。中でも下痢や食思不振、軽い熱発時などの体調不良時の受け入れは、介護者と宅老所の信頼を強化させた。また、介護者に対して「無理しないでね」「何でも相談してね、力になるから」という宅老所職員の言葉に気持ちが救われたという評価を介護者からもらえた。しかし介護者から強い要望があった1~2日の短期入所は実現できなかった。

3) 宅老所職員への影響評価

2009年宅老所の職員に仕事に対するアンケートを行った。その結果職員から、「ケアを通して認知症者から学ぶ事が多く、自分の宝物になっている」「認知症者から感謝の言葉をもらえることや、認知症者の笑顔を見るのか嬉しい」「利用者中心の介護ができていく」「ありがとうという気持ちを大事にするようになった」「宅老所が地域に愛されているということが嬉しい。私たちの認知症ケアの方向は間違っていないという自信がついた」「地域との深い関わりによって、地域福祉の担い手になれているという誇りを感じ

る」という意見が出された(今井, 征矢野, 興水, 朔, 2011)。以上から職員にとって、宅老所は仕事のやりがいを感じられ、かつ認知症ケアの質の向上となる職員教育の場となっていたことが分かった。

4) 疫学的影響評価

第1にA村の要介護認定者のサービス利用率は、平成12年が84.0%であったが、平成15年には96.9%となり、南佐久郡内の89.5%、長野県の81.8%に比べ高くなった。本結果から、要介護認定者のサービス利用に対する住民の意識が向上したことが推察された。

第2に要介護認定者の在宅サービスの利用限度額の対するサービス費用の割合では、平成12年が54.7%であったが、平成15年には66.9%となり、南佐久郡内の59.3%、長野県の56.1%に比べ高くなった。本結果から、住民の在宅サービス利用に対する理解が進んだことが伺えた(八千穂村, 2004)。

第3に在宅介護支援センターにおける在宅死の割合は、平成8年に4人であったが、平成14年の13人をピークに増加した。住み慣れた家で死にたいという住民の希望を叶える状況が改善したことが伺えた(八千穂村, 2004)。

第4に宅老所の利用者の中で、動ける認知症者の占める割合は宅老所の開設後の平成17年に48.4%だったが、5年後の平成21年には90.6%を占めた。宅老所は動ける認知症者のサービス提供施設として、役割を果たしていることが伺える。また、宅老所を1年以上の利用者している認知症者の割合は5年間で50%となり、認知症者の通所が定着する傾向が認められた(今井ら, 2011)。

6. Step9 結果評価

結果評価とは、実践後の長期的な評価であり、実践がもたらした波及効果も含む。(Glanz, Rimer, et al., 2002)。

1) 地域の拠点として定着した

宅老所は地域住民に身近な場所で、認知症ケアを実践していくことによって、認知症になったら困るという住民の不安意識を軽減させる場になっただけでなく、住民との地域交流を通して人が集う地域の拠点として定着させることができた。また、行政、社会福祉協議会、地域住民、医療機関と円滑なネットワークを構築することができた。

2) 入院予防ができた

先述の2事例目の義父の肺炎は、排便障害で起こる摂食障害が肺炎の発症と関係していたため、宅老所における毎日の排便と摂食管理によって入院回数が減少し、5年間ADL維持ができた。また、先述の3事例目の妻が不安神経症になって、15年間に社会的入院を4回繰り返すたびに、夫の糖尿病が悪化してしまった事例では、夫婦で毎日宅老所を利用した結果、妻の心身の安定し夫は妻を叩かなくなった。妻は最後の入院から5年間以上も入院をせずに、在宅生活を継続することができた。その他にも宅老所の利用の結果、入院予防ができた事例を多く経験した(今井ら, 2011)。

3) 健全な宅老所の経営ができた

A村の第2次介護保険計画に、宅老所の設置による介護保険給付費の増加見込み計画が策定されていた。宅老所の運営は、開設後の平成17年から5年間において介護保険給付計画を上回ることなく健全な介護保険運営ができていた。更に宅老所では経営を補うために、介護保険外の自立通所事業、宅老所の通所者を対象にした配食サービス、一人暮らしの老人の安否確認と健康相談を行政から受託した。これらの事業により、認知症者の在宅支援を多機能なサービスで支援できた(今井ら, 2011)。

Ⅲ. 考察

PPモデルを使用して、実践経過を整理することで、住民の自助・共助・公助の力を引き出す地域づくりのあり方の要点を提示できたと考える。A村の事例は介護保険制度前後の状況であったが、現在においても、地域に生活の拠点を持つ動ける認知症者を支える地域づくりのニーズは高い。地域のニーズを科学的に分析し、様々な領域の人々と一緒に認知症を支えるネットワークづくりのために、本論で抽出された地域づくりのプロセスが、ソーシャルキャピタル力を高める実践活動の基本情報として示唆を与え得ると考える。

文献

- Glanz K., Rimer B.K., & Lewis F.M篇(2002)/ 曾根智史, 湯浅資之, 渡部基, 鳩野洋子訳 (2006). 健康行動と健康教育理論, 研究, 実践. 217-250. 医学書院.
- Green L.W. & Kreuter M.W.,(1991)/ 神馬征峰, 岩永俊博, 松野朝之, 鳩野洋子訳(1997). ヘルスプロモーション. 31-41. 医学書院.
- 井出政利, 浅井弘幸, 佐々木茂, 由井千恵, 征矢野文恵, 渡辺剛(2010). 地域福祉の実践を通じたまちづくりへの模索「宅老所やちほの家」の開設の意義と効果—第1報, 日本農村医学会雑誌巻, 58(5), 575.
- 今井靖, 征矢野文恵, 輿水さと子, 朔哲洋(2011). 佐久総合病院宅老所「やちほの家」開設の意義と効果—第2報, 日本農村医学会雑誌巻, 59(5), 622.
- 厚生労働省, 地域包括ケアシステム, 2015/9/
<http://www.mhlw.go.jp>
- 中島正夫, 谷合真紀, 長瀬あり奈, 居波由紀子, 上野敦子, 窪田いくよ, 新谷由加里, 杉山朱実, 高野智子, 田中和美, 長尾友子, 丹羽由香里, 丹羽容子(2004). 地域保健対策の検討にプリシード・プロシードモデルを利用した経験を通して得られたいくつかの知見, 公衆衛生誌巻, 51(3), 190-196.
- 佐久総合病院(2011). 健康な地域づくりに向けて—八千穂村全村健康管理の五十年—, 150-156, 162-170.
- 征矢野文恵, 渡辺剛, 佐々木茂, 浅井弘幸(2004). 八千穂村在宅福祉の取り組みの成果と考察—在宅介護支援センターの役割を考える—, 日本農村医学会雑誌, 52(5), 862.
- 八千穂村(2004). 健康管理事業年報. 59, 66.