



写真2 規模の大きな有料老人ホームを併設する小規模多機能：
利用者の多くが一般地域の高齢者であり、囲い込みは生じていない



写真3 別敷地の民家を有料老人ホームとして届出て、
小規模多機能（クローネ黒髪）と連携して運営する事例（坪井の家）

5) 併設居住機能のあり方

利用者像で検討したように併設居住機能の有無は、小規模多機能でカバーできるケースを広げる上で重要な選択肢といえる。現状では、グループホームの併設、賃貸住宅の併設、特定でない有料老人ホームの併設などの方法がみられるが、重要なのは、併設居住機能に人的な配置を確保する点であろう。このため、運営面では、賃貸住宅や有料老人ホームにLSAに相当する簡単な生活支援や見守りの出来る人員を確保する方策や規模の検討が求められる。また、建築計画においては、居住機能の併設により、規模が大きくなった建物を地域に溶け込みやすく、分棟化や人的配置の薄い併設居住を見守りやすく計画するなどの対応も一案であろう。また、一般民家を有料老人ホームとして小規模多機能と連携させた事例のように、小規模多機能の敷地外に併設居住を設けることも、対応のひとつといえる(表2)。

表2 併設居住におけるメリットと留意点

併設居住	メリット	留意点
グループホーム	泊まりで対応しきれない場合、入居という選択肢を取れる 夜勤職員1名をグループホーム1ユニットと兼務可能 小規模多機能の看護師の存在がGHも心強い 介護浴槽などをグループホームと共有できる	グループホームと小規模多機能の居間を完全に混合すると、滞在人数が多くなりすぎる 認知症でない高齢者は併設居住を利用できない
賃貸住宅の併設		高齢者を対象としてサービス提供する場合、有料老人ホームの届出が必要 賃貸住宅に見守りや生活支援を担当する職員を配置しなければ、運営が難しい側面もある
小規模な有料老人ホーム	泊まりで対応しきれない場合、入居という選択肢を取れる 在宅に不安のある高齢者が移り住める 移動距離が生じない分、訪問しやすくなる	有料老人ホームに見守りや生活支援を担当する職員を配置しなければ、運営が難しい側面もある
大規模な有料老人ホーム		囲い込みにならないよう留意 建物が大規模になり地域に溶け込まなくなる恐れ 【別敷地に分棟することも方法】

4. 訪問サービスの課題

従来、在宅継続が実現しにくい要因には、夜間のサービスが手薄なうえ、急なニーズの発生に上手く対応できないこと、フルにサービスを使うと容易に限度額を超え、負担が大きくなり、結局、施設入所を希望せざるを得ないという現実があった。小規模多機能サービスの登場により、24時間必要に応じて自宅まで出向いてケアを提供できるようになったが、訪問の実際について実地調査を重ねたところ、その実績や力量に事業者による差が大きく現れていた。

たとえば、西宮市で老々夫婦に夜間訪問しているケースでは、夜間、ご主人がトイレに行く際、リウマチで倒れると、奥さんが体を起こす介助を手伝っていたが、小規模多機能の利用により、夜間でも介助に来てもらえるようになり非常に助かっている、というケースがあった。また、世田谷のケースでは、夜間、徘徊傾向のある利用者宅を深夜訪問し、安否確認を実施する事例など、通常だと施設入所という状況を小規模多機能が支えていた。

このように、しっかりと訪問で在宅を支えている事業者がある反面、ニーズがないからとい

って、訪問していない、という事業者が多々見られた。しかし、定員設定上、毎日、小規模多機能へ通えない現実があるのだから、制度が意図する要介護3以上の高齢者の在宅を支えるには、訪問が不可欠なはずであり、そのニーズがないというのは、利用者にサービスが周知されていないか、制度の想定以上に利用者が軽度、という疑問が残る。

ただし、小規模多機能が制度化からの時間経過が少なく、1) 該当の市町村全域から利用者を受け入れるよう自治体から要請され、訪問できない圏域の利用者を受け入れた結果、生活圏域でサービスを提供できる本来の状態にまだ至っていない事例もみられたこと、また、2) ケアマネジャーを内包する小規模多機能では、既存のケアマネが利用者を紹介してくれず、登録の定員に達していない事業者が多く、利用者の多くが新しく要介護認定を受けたばかりの“新規顧客”が占め、要介護度は低く、訪問の必要性も現状では少ないことも想定され、判断が難しい。いずれにしても、訪問の提供実態とその効果については十分に検証すべき課題であろう。

なお、訪問を中心にサービスを組み立てようとする際の課題は、やはり移動距離や移動にかかる時間であろう。訪問を頻繁に実施するには移動距離・時間・手段の問題をクリアしなければならず、こうした問題解決のための居住機能の併設もありえるだろう。また、訪問が苦手な事業者が、併設住居を設けることで利用者を支える方法も否定できない。

5. まとめ

本稿では、制度化以降2年が経過し、これから本格的な普及期に入る小規模多機能について、実地調査で得られたインタビューを元に、1) 在宅継続が可能となる利用者像の検討から、見守りや家事支援など同居家族の協力を得られず、小規模多機能により自宅での在宅継続は難しい場合、併設居住機能の設置が対応可能な利用者の幅を広げることを示した。また、2) 併設居住機能については、見守り・生活支援の機能確保が重要であり、LSAなどの人的配置の検討とそれを可能にする併設居住の規模の検討、地域に溶け込みやすい別敷地・別棟といった建築的配慮や見守りやすい平面計画など、今後の課題を整理した。3) 訪問サービスの実態については、事業所により訪問の実態が大きく異なり、力量のない事業者が訪問を十分に実施できていないこと、訪問が難しいケースでは訪問を補完するために、併設機能の位置づけの検討が課題であることなど、小規模多機能により在宅継続を可能にする条件を整理・提示した。

第4章

地域包括ケアに向けた取り組み 事例と制度改革への示唆

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
「介護予防の効果評価とその実効性を高めるための地域包括ケアシステムの
在り方に関する実証研究」
研究報告書

4-1. 認知症への理解を通じて認知症の介護予防とまちづくりを考える

研究協力者 田中志子 医療法人大誠会介護老人保健施設大誠苑施設長

認知症においては、まだまだ一般市民に対して病気であるという認識が浸透していないことが知られている（本間昭：老年社会科学地域住民を対象とした老年期痴呆に対する意識調査 2001；23：340-351）。このため早期発見、早期診断、早期治療が必要といわれながら、認知症者がもともとの認識されていた物忘れに加えて、行動障害といわれる「夜間騒ぐ」「怒りっぽくなる」「徘徊」といった家族が対応困難な状況が見られるようになって初めて外来受診するということが報告されている（神奈川県医師会 平成3年度老人性痴呆疾患対策システム化調査研究事業報告書）。

一方、認知症の介護予防から PDCA スパイラルを考えた場合、どのようなことが検討されるであろうか。現場において困難さを感じることはいくつかあるが、冒頭に述べたように市民や家族に対する認知症の正しい理解と啓発が介護予防の入り口になるように感じている。

認知症ケアに対して「2015 年の高齢者介護」（高齢者介護研究会：2003）をきっかけに施設介護現場では認知症に対する研究や教育が盛んになり、介護従事者の意識が変わってきたと思われるが、まだまだ家族を含めた市民に対しては認知症そのものの理解が行き届いていない。

しかし、市民に認知症に対する理解が得られないことで、認知症は恥ずかしいというマイナスのイメージから受診が遅れたり、認知症の方の行動の障害に対して迷惑である、あるいはどのように対処したらよいかわからないという報告もある。

認知症にかかわる専門職として、介護予防につながる専門職のかかわりとマネジメント、多職種協働などについて、沼田市での取り組みを交えながら報告する。

A. 研究目的

認知症とは、成長に伴い獲得された高次脳機能が、脳の器質的变化により障害され、日常生活に影響を及ぼす状態を言う。一言で言うと、記憶や判断力、実行能力の低下により「生活機能」が低下し、個人の生活や社会とのかかわりが大きく損なわれている状態でもある。ところが認知症は、病気としてまだまだ理解されているとはいえない。しかも認知症は、その疾患特性により自分から受診することが難しく、進行してから家族に伴われて受診している。

認知症の理解が地域に広がると、住民の認知症の介護予防と認知症の人の進行予防や安全安心な暮らしにつながるのではないかという考えから、いくつかの取り組みを行ったので報告する。

B. 研究方法

1) 法人内における認知症の理解

大誠苑は、老人保健施設としては群馬県で最初の認知症専門棟として認可された病床 50 床を有する合計 100 床の施設である。認知症専門棟開設当初（平成 2 年）、県内の各地より重度の認知症患者が入所していた。当時は、まだグループホームの制度などもなく、認知症患者の受け入れ先が非常に限られていたためと思われる。開設時より、認知症の方に対して出来る限りよい状態で過ごしていただけるよう検討してきた。し

かし、認知症の方に対する適切なケア手法は確立されておらず、職員が努力してもなかなか「これぞ認知症ケア」というものが見つけられない状況にあった。

そこで、認知症のある人に対するパーソンセンタードケアの質を改善するための工夫として、法人内研修にディメンシア・ケア・マッピング（以下、DCM）という評価ツールを導入した。

2) 行政に対する働きかけ

次に、『認知症になっても「一人の人として、周囲に受け入れられ、尊重されること」を人は求めており、自分らしさや快適さを心理的ニーズとして持っていて、このニーズを自分自身では保つことができないため、認知症の症状がすすめばすすむほど介護者の手助けが必要である』ということを行政や地域とも共有し、まちづくりにつながらなければ認知症の受診や、介護予防にはつながらないと考えた。

そこで、当法人で取り入れている認知症の方に対する回想療法や、師勝町（現、北名古屋市）で行われている地域回想法などを、沼田市に紹介する形で市民向け研修などを提案し協働で行った。さらに、厚生労働省の「認知症を知り 地域をつくる 10 カ年」の一部である認知症サポーター養成研修も、非常に早い段階で沼田市の支援を得て、職能団体である沼田警察署や沼田市民生児童委員協議会などに対して行い、認知

症サポーターを養成した。

3) 地域への認知症の啓発

沼田市でも少子・高齢化に伴い高齢化率は年々増加、平成19年4月1日現在では24.7%で、ある行政区では51.1%という高い比率を示している。市内の中心部は空洞化が目立ち、核家族化により若い世代が郊外に家を構えることが多く、平成19年8月1日の一人暮らし高齢者調査では1,474人を数え、その数値も年々増加傾向にある。

行政が認知症啓発を積極的に後押ししてくれたかかわりの一つには、当法人が受託されている「利根沼田地域リハビリテーション広域支援センターうちだ」の取り組みがあると考えている。

群馬県では、各圏域地域リハ広域支援センターが圏域内の市町村と連携して介護予防サポーター養成研修を実施している。当支援センターでは、この研修の「認知症の理解と予防」のカリキュラムで実際に古民具を用い、短時間であるが簡単な回想法を行っている。楽しく回想をした後に「世代を共有している皆さんがぜひ、高齢者の回想法のボランティアとなってください」「地域の昔を地域の子供たちに引き継ぐ地域づくりにも関わってください」といったまちづくりへの思いを投げかけている。

4) 沼田市認知症にやさしい地域づくりネットワーク（徘徊SOSネットワーク）

数年前に、近隣の村で認知症高齢者の行

方不明者の死亡例があった。そこで認知症の方の住みやすいまちづくりを官民一体となって考え、認知症徘徊SOSネットワークを作り、認知症の啓発と予防に取り組んだ。

ネットワークを作る際には、民間である当法人と行政、社会福祉協議会の三者で、警察署、消防署はもちろん、老人クラブ、民生児童委員協議会などの団体、コンビニエンスストア協会や美容室、牛乳配達業者や郵便局の方、宅配業者やガソリンスタンドの方など、さまざまな業種に対して協力を要請するため個別訪問した。

C. 研究結果

1) 法人内における認知症の理解

DCM評価により、業務中心の認知症ケアが認知症の人を混乱させ症状を悪化させていることに気づき、認知症の人の個性や生き方に合ったその人らしい生活を支援することが重要であるというパーソンセンタードケアの理念を法人内で共有することが出来た。

2) 行政に対する働きかけ

行政は、認知症に理解を示し、行政職員が積極的に認知症キャラバンメイト養成研修を受講するほか、認知症サポーターの養成研修開催や介護予防サポーター養成研修などに力を入れている。

また、当法人主催の認知症にかかわる研修などにも研修場所の提供や行政職員参加

など、非常に良好な協働関係が構築できるようになった。

3) 地域への認知症の啓発

沼田市で数回目の認知症サポーター養成研修を行ったときには、この介護予防サポーター養成研修の卒業生から、多数の参加があり、その関心の高さに驚かされた。終了後のアンケートでは、「介護予防サポーター研修の中で認知症のカリキュラムが面白かったから」「もっと深めたいと思ったから」という意見が聞かれた。

4) 沼田市認知症にやさしい地域づくりネットワーク（徘徊 SOS ネットワーク）

趣旨を受けて賛同してくれる業種に対してファックス受信を依頼し、沼田警察署から発信される徘徊不明者の情報を受け取ってもらい、協力して行方不明になった認知症の方を探すネットワークを作った。このネットワーク作りの底力となったのが、「利根沼田地域リハビリテーション広域支援センターうちだ」が行った沼田市の介護予防筋トレ事業であった。この介護予防事業を通じて培われた行政や地域リハ広域支援センターとの信頼関係が、認知症にやさしいネットワークへの老人クラブの全面協力につながった。平成 17 年度のネットワーク立ち上げから 2 年が経つが、認知症徘徊 SOS ネットワークは実効的に機能している。

また、認知症にかかわっていることが新聞などに取り上げられ、それを見た家族が

当院へ受診に連れてくるケースがあった。

しかし一方で、認知症徘徊 SOS ネットワークによる発見者の検証を行おうと模擬徘徊をしたところ、週末は協力団体が休みを取っていることが多くネットワークがまだまだ脆弱であることや、模擬徘徊者とすれ違う市民が不信そうにやり過ごすなど、認知症に対する理解と周知がなされているとは言えない状況であった。

D. 考察および E. 結論

認知症に関わる医療現場での実感として、その疾患特性により自分から受診することが難しいだけではなく、かかりつけ医として早期に認知症を疑った場合でも認知症の検査に結びつけることの難しさを感じている。特に、アルツハイマー病では、病識に乏しいという特徴により、早期に認知機能検査を進めると「私は呆けてはいない、馬鹿にされた」と感じて通常の診療から脱落してしまった事例も経験している。また、多くの患者が家族に伴われて受診しているが、家族に認知症という病気そのものに対する知識と理解がないため、患者に対して怒りや理不尽な思いを抱いて診察室で不満を述べることも多い。

現在は、事前に認知症の家族には、初めに患者からヒアリングをして、その後ゆっくり家族から状況説明を受ける旨を相談員などに説明してもらってから診察を受ける

よう心がけている。

患者が事実ではない病状報告をしても家族は否定せず一緒に聞き、患者をいったん別室で待たせて後、家族に修正をしてもらったり、家族の精神的なケアを行うようにしている。

認知症に対する理解が徐々に得られると、外来で患者が事実と異なることを話しても、家族は笑顔で話を聞くようになるように感じている。

このように、患者・家族に対してもまだまだ認知症の理解と知識が十分であるとは感じられず、私たち専門職はさらに認知症の啓発に力を入れる必要がある。認知症の理解が地域に広がると、住民から認知症の介護予防と認知症の人の進行予防への協力が得られると思われる。

また、まだまだ認知症で初診として来院する患者が重度から中等度であることから、若年層や子供たちまで巻き込んだ啓発が必要であり、啓発が介護予防と認知症にやさしいまちづくりにつながると期待される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表（論文、学会）

1.論文発表

なし

2.学会発表

田中志子:「利根沼田地域リハビリテーション広域支援センターうちだの認知症予防への積極的な取り組み」, 日本リハビリテーション・ケア合同研究大会 2007 Saitama (於大宮ソニックシティー), 2007.10.26

H. 知的所有権

なし

第4章 地域包括ケアに向けた取り組み事例と制度改正への示唆

研究報告1. 認知症への理解を通じて認知症の介護予防とまちづくりを考える

田中志子(医療法人大誠会介護老人保健施設大誠苑)

1. はじめに

認知症においては、まだまだ一般市民に対して病気であるという認識が浸透していないことが知られている¹⁾。このため早期発見、早期診断、早期治療が必要といわれながら、認知症者がかもともとの認識されていた物忘れに加えて、行動障害といわれる「夜間騒ぐ」「怒りっぽくなる」「徘徊」といった家族が対応困難な状況が見られるようになって初めて外来受診するということが報告されている²⁾。

一方、認知症の介護予防からPDCAスパイラルを考えた場合、どのようなことが検討されるであろうか。現場において困難さを感じることはいくつかあるが、冒頭に述べたように市民や家族に対する認知症の正しい理解と啓発が介護予防の入り口になるように感じている。

認知症ケアに対して「2015年の高齢者介護」³⁾をきっかけに施設介護現場では認知症に対する研究や教育が盛んになり、介護従事者の意識が変わってきたと思われるが、まだまだ家族を含めた市民に対しては認知症そのものの理解が行き届いていない。

しかし、市民に認知症に対する理解が得られないことで、認知症は恥ずかしいというマイナスのイメージから受診が遅れたり、認知症の方の行動の障害に対して迷惑である、あるいはどのように対処したらよいかわからないという報告もある。

認知症にかかわる専門職として、介護予防につながる専門職のかかわりとマネジメント、多職種協働などについて、沼田市での取り組みを交えながら報告する。

2. 研究方法

1) 法人内における認知症の理解

大誠苑は、老人保健施設としては群馬県で最初の認知症専門棟として認可された病床50床を有する合計100床の施設である。認知症専門棟開設当初(平成2年)、県内の各地より重度の認知症患者が入所していた。当時は、まだグループホームの制度などもなく、認知症患者の受け入れ先が非常に限られていたためと思われる。開設時より、認知症の方に対して出来る限りよい状態で過ごしていただけるよう検討してきた。しかし、認知症の方に対する適切なケア手法は確立されておらず、職員が努力してもなかなか「これぞ認知症ケア」というものが見つけられない状況にあった。

そこで、認知症のある人に対するパーソンセンタードケアの質を改善するための工夫として、法人内研修にディメンシア・ケア・マッピング(以下、DCM)という評価ツールを導入した。

2) 行政に対する働きかけ

次に、『認知症になっても「一人の人として、周囲に受け入れられ、尊重されること」を人は求めており、自分らしさや快適さを心理的ニーズとして持っていて、このニーズを自分自身では保つことができないため、認知症の症状がすすめばすすむほど介護者の手助けが必要であ

る』ということ行政や地域とも共有し、まちづくりにつながらなければ認知症の受診や、介護予防にはつながらないと考えた。

そこで、当法人で取り入れている認知症の方に対する回想療法や、師勝町（現、北名古屋市）で行われている地域回想法などを、沼田市に紹介する形で市民向け研修などを提案し協働で行った。さらに、厚生労働省の「認知症を知り 地域をつくる 10 ヶ年」の一部である認知症サポーター養成研修も、非常に早い段階で沼田市の支援を得て、職能団体である沼田警察署や沼田市民生児童委員協議会などに対して行い、認知症サポーターを養成した（表 1）。

表 1. 沼田市の認知症サポーター研修の参加者数

開催日	対象	参加者数
7/3	沼田市消防団	178 人
7/17	沼田警察署	80 人
8/21	清水町老人クラブ	40 人
9/13	榛名町老人クラブ	40 人
9/19	東倉内町老人クラブ	24 人

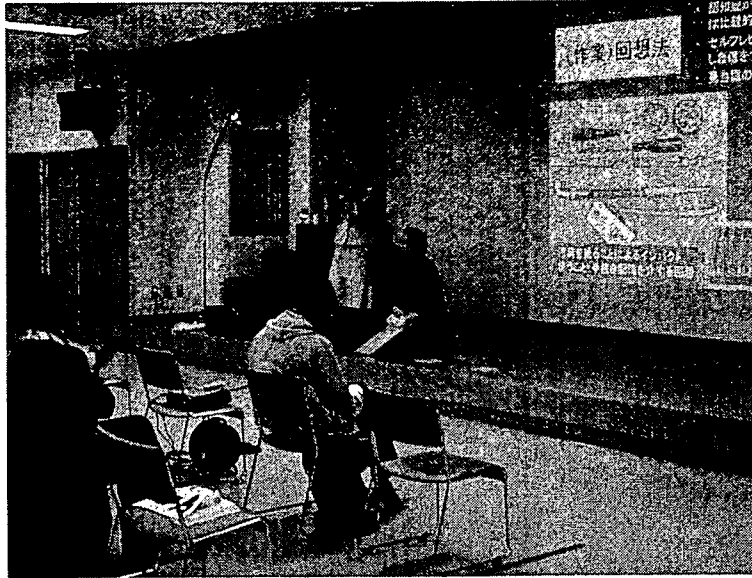
3) 地域への認知症の啓発

沼田市でも少子・高齢化に伴い高齢化率は年々増加、平成 19 年 4 月 1 日現在では 24.7%で、ある行政区では 51.1%という高い比率を示している。市内の中心部は空洞化が目立ち、核家族化により若い世代が郊外に家を構えることが多く、平成 19 年 8 月 1 日の一人暮らし高齢者調査では 1,471 人を数え、その数値も年々増加傾向にある。

行政が認知症啓発を積極的に後押ししてくれたかかわりの一つには、当法人が受託されている「利根沼田地域リハビリテーション広域支援センターうちだ」の取り組みがあると考えている。

群馬県では、各圏域地域リハ広域支援センターが圏域内の市町村と連携して介護予防サポーター養成研修を実施している。当支援センターでは、この研修の「認知症の理解と予防」のカリキュラムで実際に古民具を用い、短時間であるが簡単な回想法を行っている。楽しく回想をした後に「世代を共有している皆さんがぜひ、高齢者の回想法のボランティアとなってください」「地域の昔を地域の子供たちに引き継ぐ地域づくりにも関わってください」といったまちづくりへの思いを投げかけている（図 1）。

図1. 回想法の研修風景



4) 沼田市認知症にやさしい地域づくりネットワーク（徘徊 SOS ネットワーク）

数年前に、近隣の村で認知症高齢者の行方不明者の死亡例があった。そこで認知症の方の住みやすいまちづくりを官民一体となって考え、認知症徘徊 SOS ネットワークを作り、認知症の啓発と予防に取り組んだ。

ネットワークを作る際には、民間である当法人と行政、社会福祉協議会の三者で、警察署、消防署はもちろん、老人クラブ、民生児童委員協議会などの団体、コンビニエンスストア協会や美容室、牛乳配達業者や郵便局の方、宅配業者やガソリンスタンドの方など、さまざまな業種に対して協力を要請するため個別訪問した。

3. 研究結果

1) 法人内における認知症の理解

DCM 評価により、業務中心の認知症ケアが認知症の人を混乱させ症状を悪化させていることに気づき、認知症の人の個性や生き方に合ったその人らしい生活を支援することが重要であるというパーソンセンタードケアの理念を法人内で共有することが出来た。

2) 行政に対する働きかけ

行政は、認知症に理解を示し、行政職員が積極的に認知症キャラバンメイト養成研修を受講するほか、認知症サポーターの養成研修開催や介護予防サポーター養成研修などに力を入れている。

また、当法人主催の認知症にかかわる研修などにも研修場所の提供や行政職員参加など、非常に良好な協働関係が構築できるようになった。

3) 地域への認知症の啓発

沼田市で数回目の認知症サポーター養成研修を行ったときには、この介護予防サポーター養

成研修の卒業生から、多数の参加があり、その関心の高さに驚かされた。終了後のアンケートでは、「介護予防サポーター研修の中で認知症のカリキュラムが面白かったから」「もっと深めたいと思ったから」という意見が聞かれた。

4) 沼田市認知症にやさしい地域づくりネットワーク（徘徊 SOS ネットワーク）

趣旨を受けて賛同してくれる業種に対してファックス受信を依頼し、沼田警察署から発信される徘徊不明者の情報を受け取ってもらい、協力して行方不明になった認知症の方を探すネットワークを作った。このネットワーク作りの底力となったのが、「利根沼田地域リハビリテーション広域支援センターうちだ」が行った沼田市の介護予防筋トレ事業であった。この介護予防事業を通じて培われた行政や地域リハビリ広域支援センターとの信頼関係が、認知症にやさしいネットワークへの老人クラブの全面協力につながった。平成 17 年度のネットワーク立ち上げから 2 年が経つが、認知症徘徊 SOS ネットワークは実効的に機能している。

また、認知症にかかわっていることが新聞などに取り上げられ、それを見た家族が当院へ受診に連れてくるケースがあった。

しかし一方で、認知症徘徊 SOS ネットワークによる発見者の検証を行おうと模擬徘徊をしたところ、週末は協力団体が休みを取っていることが多くネットワークがまだまだ脆弱であることや、模擬徘徊者とすれ違う市民が不信そうにやり過ごすなど、認知症に対する理解と周知がなされているとは言えない状況であった。

4. 考察および結論

認知症に関わる医療現場での実感として、その疾患特性により自分から受診することが難しいだけでなく、かかりつけ医として早期に認知症を疑った場合でも認知症の検査に結びつけることの難しさを感じている。特に、アルツハイマー病では、病識に乏しいという特徴により、早期に認知機能検査を進めると「私は呆けてはいない、馬鹿にされた」と感じて通常の診療から脱落してしまった事例も経験している。また、多くの患者が家族に伴われて受診しているが、家族に認知症という病気そのものに対する知識と理解がないため、患者に対して怒りや理不尽な思いを抱いて診察室で不満を述べることも多い。

現在は、事前に認知症の家族には、初めに患者からヒアリングをして、その後ゆっくり家族から状況説明を受ける旨を相談員などに説明してもらってから診察を受けるよう心がけている。

患者が事実ではない病状報告をしても家族は否定せず一緒に聞き、患者をいったん別室で待たせて後、家族に修正をしてもらったり、家族の精神的なケアを行うようにしている。

認知症に対する理解が徐々に得られると、外来で患者が事実と異なることを話しても、家族は笑顔で話を聞くようになるように感じている。

このように、患者・家族に対してもまだまだ認知症の理解と知識が十分であるとは感じられず、私たち専門職はさらに認知症の啓発に力を入れる必要があるだろう。認知症の理解が地域に広がると、住民から認知症の介護予防と認知症の人の進行予防への協力が得られると思われる。

また、まだまだ認知症で初診として来院する患者が重度から中等度であることから、若年層や子供たちまで巻き込んだ啓発が必要であり、啓発が介護予防と認知症にやさしいまちづくり

につながると期待される。

参考文献

- 1) 本間昭：地域住民を対象とした老年期痴呆に関する意識調査，老年社会科学 Vol.23, No.3(2001), pp.340-351, 2001
- 2) 神奈川県医師会：「平成3年度老人性痴呆疾患対策システム化調査研究事業報告書」，2002
- 3) 老人保健福祉協会編：「高齢者の尊厳を支える介護」法研，2003

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

「介護予防の効果評価とその実効性を高めるための地域包括ケアシステムの
在り方に関する実証研究」

研究報告書

4-2. 急性期の総合病院 医療相談からの発信

～退院支援からスタートした地域包括ケアへ実践事例報告～

研究協力者 村松智子 焼津市立総合病院地域医療連携室主査（保健師）

急性期の総合病院は、要介護高齢者の入院割合は年々増加し、しかも重度化している。医療相談担当が退院支援の現状や事例分析から、これからの急性期の総合病院の退院支援のあり方をまとめた。

医療相談と病棟の情報交換のツールを「用紙」からパソコンに変更したことで、情報交換が活発になり、診療科の特性に応じたスクリーニング票や退院支援パスを作成する病棟もできた。院内情報誌「しおかぜ」で、介護・福祉サービスや介護予防・地域リハビリテーションを発信し、退院支援カンファレンスを開催することで「患者＝地域で暮らす生活者」としての視点が共有されるようになった。結果的に「追い出された」という苦情が届かなくなった。

患者さんと家族が、安心して家に帰るためには、①信頼のできるかかりつけ医の存在 ②24時間対応・往診可能な開業医の存在 ③レスパイト先の確保が欠かせない。これらがそろって初めて家族は安心して在宅を選ぶ。そこに、看護サマリが有効に活用され、必要に応じ、行政や地域の介入がある。きめ細かな支援のネットワークという言葉に尽きる。

「退院支援」は、病院の平均在院日数の短縮という目的に止まらない。「退院」からみえてきたのは家族・生活及び地域の問題だった。個別事例から地域にあるさまざまな問題と同時に地域の有効な資源（人・もの（サービス）・情報）に出会ってきた。それらがつながり、細かくはりめぐらされてこそその地域包括ケアである

急性期の総合病院の「退院」は医療と介護をつなぎ、多職種多機関が役割を確認し合うチャンスを作る。公立病院は地域包括ケアの重要な役割を積極的に果たすべきである。

A. 研究目的

急性期の総合病院は、医療制度改革に揺さぶられながらも地域の信頼に応えるためにさまざまな努力をしている。そのひとつが退院支援である。要介護高齢者の入院割合は年々増加し、しかも重度化している。医療相談担当は、個別の退院調整はもちろん、全病棟が同じ視点で支援する病院内のシステムづくりや地域の介護施設や在宅サービス事業所との関係づくりが求められた。退院支援の現状や事例分析から、これからの急性期の総合病院の退院支援のあり方をまとめる。

B. 研究方法

1 退院支援の現状

医療相談と病棟の情報交換のツールを「用紙」からパソコンに変更した。それに伴い、担当相談員と担当看護師の情報のやりとりが活発になった。診療科の特性に応じたスクリーニング票や退院支援パスを作成する病棟もできた。

2 事例報告

院内情報誌「しおかぜ」で医療相談が関った事例を報告し、病院の中で、介護・福祉サービスや介護予防・地域リハビリテーションを発信していった。

C. 研究結果

病棟看護の中に退院支援を位置付けたことにより、相談件数は激増した。病棟看護師は入院時から退院を意識したかわり(情報収集)ができるようになった。またカンファレンスを開催することで「患者＝地域で暮らす生活者」としての視点が共有されるようになった。結果的に「追い出された」という患者家族からの苦情が届かなくなった。

D. 考察

～効果的な退院支援をすすめるポイント～

1 医療連携をどうすすめるか

①信頼のできるかかりつけ医の存在 ②24時間対応・往診可能な開業医の存在 ③レスパイト先の確保、これらがそろって初めて家族は安心して在宅を選ぶ。

2 看護連携をどうすすめるか

看護上の問題等が大きな負担がなく記載のできる双方向の看護サマリの共通様式と運用ルールを検討する。

3 介護福祉保健（行政）との連携

処遇困難事例の連絡・報告は惜しまず行い、困っている実態を共有する。共有できないと問題解決のための話し合いができない。

4 地域包括ケアの視点

「退院支援」は、病院の平均在院日数の短縮という目的に止まらない。「退院」からみえてきたのは家族・生活及び地域の問題だった。「とにかく退院さえしてくれればいい」というのは支援ではない。個別事例から地域にあるさまざまな問題と同時に地域の有効な資源（人・もの（サービス）・情報）に出会ってきた。それらがつながり、細かくはりめぐらされてこそその地域包括ケアである

E. 結論

急性期の総合病院の「退院」は医療と介護をつなぎ、多職種多機関が役割を確認し合うチャンスを作る。公立病院は地域包括ケアの重要な役割を積極的に果たすべきである。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

第4章 地域包括ケアに向けた取り組み事例と制度改正への示唆

研究報告2. 急性期の総合病院 医療相談からの発信

～退院支援からスタートした地域包括ケアへの実践事例報告～

村松智子（焼津市立総合病院）

1. はじめに

急性期の総合病院は、今、新しい制度に大きく揺さぶられている。DPC導入に遅れまいと躍起になり、回復期リハビリ病棟の改造に着手し、はたまた地域連携クリニカルパスの加算に望みをつなぎ、いずこの病院も生き残りをかけた戦略に明け暮れているように見える。病院の存続のために、できうる限りの策を尽くそうとするのはある面では正しいが、それが「報酬のアップ」に終始するだけでは何ともやるせない。本来、病院はそこに暮らす地域住民の安全と安心を守ることはもちろん、近隣の介護施設や在宅サービス事業者とも信頼関係を築き「老いても障害をもっても住み慣れた地域で暮らす」ことを保障する役割があるはずだ。

当院の地域医療連携室は2001年度の病院機能評価機構の受審をきっかけに、2002年4月に設置され、医療相談はその中に位置付けられた。当時は、年々増加する要介護状態の患者さんが「なかなか退院してくれない」状況が各病棟のあちこちに見られ、退院を支援するシステムが早急に求められていた。その背景には、看取りを含め医療依存度の高い患者、独居・高齢者世帯等家族介護力のない患者、生活保護あるいは極めてそれに近い経済状況の患者等、支える家族もお金もなく、今ある制度だけでは支えきれない患者さんの生活実態があった。

急性期病院の退院は「(退院後の)行き先の相談にのる」というレベルではもう対応しきれない。退院調整看護師がいればよいというものではないように思う。ひとりの患者さんがその人らしく生活できるよう、さまざまな機関と連携して援助する医療～多職種で情報を共有し、サポートする病院内のシステム、そして病院と地域のスタッフがチームとして具体的に生活を支える地域ケア～がますます求められる。

筆者は、医療保険と介護保険、急性期と慢性期の接点（つなぎ目）で、医療相談担当としてさまざまなケースの退院に関わり、「地域包括」という言葉の意味を日々学んでいる。

当院の退院支援の実践事例から、急性期の総合病院の効果的な退院支援のあり方について私見を述べる。

2. 地域概要／焼津市立総合病院（以下、当院）の概要

1) 地域概要

焼津市は県都静岡市に隣接し、JR 静岡駅から西へ12分程度の距離にある。駿河湾に面し、焼津漁港はかつて「東洋一の遠洋漁業のまち」として、またビキニ環礁で死の灰を浴びた第5福竜丸の母港として知られている。隣町大井川町との合併を2008年11月に控え、海のめぐみを受けているという共通項で、地域の活性化を進めている。

2) 高齢化の現状

焼津市の人口は119,943人、高齢者数25,548人（高齢化率：21.3%）、高齢者世帯1,369

世帯、独居高齢者世帯 3,102 世帯である（2007 年 3 月末現在）。この 6 年間で人口は 1,474 人増加したものの、高齢者数は 5,053 人増加しており（24.7%増）、結果として高齢化率は 17.3%から 21.3%に急増している。また、独居高齢者世帯も 1,397 世帯から 3,102 世帯へと急増している。

また、高齢者の急増とともに認定者数も急増し、2001 年 3 月末の 1,012 人が、2007 年 3 月末時点で 3,654 人となっている（増加率：261%）。

3) 当院の概要

当院は、「地域の信頼に応えるために、よりよい医療の提供を行います」を基本理念とする 601 床の地域中核病院で、2006 年 4 月～2007 年 3 月間の 1 日平均外来患者数は 1,467 人、1 日平均入院患者数は 517 人、平均在院日数は 15.2 日である。全入院患者の約 1/3 が 75 歳以上、外来患者の 42.7%が 65 歳以上であり、年々高齢者の受診・入院割合が高くなっている。ちなみに、地域の診療所との連携状況の指標となる紹介率は 34.4%である。

4) 地域医療連携室の概要

当院の地域医療連携室は 2002 年 4 月に設置された。現在のスタッフは、室長 1 名（医事課長兼務）・担当係長 1 名（事務）・主査 1 名（筆者）・スタッフ 1 名（社会福祉士）・臨時職員 3 名である。筆者は社会福祉士 2 名（1 名は臨時職員）と共に医療相談を担当している。担当係長と臨時職員 2 名が病診連携を担当し、開業医からの FAX 予約、患者さんからの紹介状予約、高額医療機器利用の予約、糖尿病連携パスの紹介状のやりとり、病院ボランティア、ご意見箱・苦情対応等を行っている。

3. 退院支援の現状

2002 年度に地域医療連携室が設置されるまでは、医療相談は医事課会計に属していた。医療費の支払いに関する相談割合が高く、分割払いや後払い・未収金にも直接（担当患者を受け持ち）対応していたが、介護保険制度施行から、申請の相談や主治医の意見書の調整（相談）が増加し、在院日数の短縮（＝経営改善）のための支援体制が必要になった。

2002 年 6 月、大腿骨頸部骨折で入院してくる女性高齢者が増加していた整形外科病棟の師長と、退院支援を目的とした「医療相談指導情報管理システムの開発」をモデル的に進めた。現在、同システムは、病院（病棟）全体に普及している。

1) 医療相談指導情報管理システム（パソコンによる情報交換）の活用

それまで病棟と医療相談の連絡は、それぞれの病棟が作成した連絡用紙を利用していたが、記入に時間がかかったり用紙が紛失したりするなど、うまく活用できていなかった。まず、医療相談用紙を統一し、医療相談を病棟担当制にした。病棟の看護師が、「誰に」相談すればよいかを明らかにすることで、主治医・担当看護師・担当相談員がチームとして機能するようになった。その後、情報交換及び情報の共有化の媒体を「用紙」から「パソコン」に変更し、よりタイムリーな情報交換ができるようになった。

表 1. 「医療相談指導情報管理システム」の特徴

- ・病棟からのケース紹介（発信）を基本におくが、地域のケアマネージャーからの情報も病棟看護師に伝えられるよう、双方向で（医療相談からも）新規登録が可能である
- ・リハビリの見学、面談の日時、ケアカンファレンスの日時等を決めやすい
- ・主治医も師長も担当看護師もチーム看護師も同じ情報を確認できる（退院に関わる情報が画面に集約される。過去の相談記録も残る）
- ・日常業務で忙しい時間帯以外（夜勤・休日等）に入力する看護師が多いが、平日日勤帯に電話で連絡し合うことも多い。経過がわかることで緊急対応も可能となっている

2) 退院の現状（退院先の状況）

2007年1～6月に退院支援を行った692人の退院状況をみると、「在宅」386人（55.8%）、「転院・施設入所」226人（32.7%）、「相談中の死亡」80人（11.6%）であった。このうち、転院・施設入所者226人の内訳をみると、「リハビリ病院」57人（全体の8.2%）、「介護療養病床」71人（同10.3%）などであった。

ちなみに、医療相談が関わっている要介護状態の患者さんの在宅復帰率は6割に満たない。また、リハビリ病院への転院希望が多く、リハビリテーションに対する家族の期待が大きいことが窺える。

表2に、2004年度以降の退院先の経年的な推移を示す。

表 2. 退院先の経年的な推移

	2004年度	2005年度	2006年度	2007年
在宅	518 (60.4%)	619 (57.8%)	607 (53.6%)	386 (55.8%)
施設入所	73 (8.5%)	82 (7.7%)	118 (10.4%)	98 (14.2%)
転院(リハビリ病院)	53 (6.2%)	90 (8.4%)	93 (8.2%)	57 (8.2%)
転院(介護療養病床)	112 (13.1%)	155 (14.4%)	211 (18.6%)	71 (10.3%)
死亡	101 (11.8%)	125 (11.7%)	103 (9.1%)	80 (11.6%)

注. 2007年の数字は、1～6月の集計値。

3) 社会的入院の現状

ある1日の医療相談対象者112人の退院後の行き先をみると、「社会的入院」¹21人（18.8%）、「施設選択中」10人（8.9%）、「入院前の施設・病院に戻る予定」8人（7.1%）、「急性期患者及び在宅が決定している患者」73人（65.2%）と、相談者の約2割は社会的入院であった。ちなみに、退院後の申し込み先は、「介護療養病床」10人（相談者の8.9%）、「リハビリ病院」8人（同7.1%）、「老人保健施設」3人（同2.7%）であった。

¹ 退院後に入院（所）を希望する施設に対する申し込みを済ませ、判定会を通過して、現在ベッドを調整中の状態のこと。

4) 退院支援体制

退院支援を担当する相談員は3名（保健師1名・社会福祉士2名）で、一人3～5病棟を担当している。全病棟のパソコンの画面に医療相談指導情報管理のショートカットが設置されており、常時画面で情報交換ができるようになっている。

新規患者は、新規登録画面から(基本的には)病棟看護師が入力している。要介護高齢者の入院割合が高い病棟は、「退院支援」に熱心に関わっており、「脳梗塞退院支援パス」(神経内科病棟) (図1)、「退院支援スクリーニング表」(消化器内科病棟) (表3)を作成し、標準化したプロセスで、医療相談担当とともに退院支援を行っている。

ちなみに、2006年度、神経内科病棟では全脳梗塞入院患者(349人)に対してクリニカルパスを活用している。なお、性・年齢別内訳は、「男性」40.4%、「65歳以上」81.7%、転帰別内訳は「在宅」68.8%、「転院」16.0%、「転科」8.9%、「介護施設」2.0%、「死亡」3.4%、「その他」0.9%であった。また、1ヶ月以内の退院は65.3%、平均在院日数は31.8日であった。

図1. 脳梗塞退院支援用クリニカルパス (神経内科病棟)

(指示・記録用)		脳梗塞(疑)のパス		平成18年 11月更新	
様	男 女 歳	体重 kg	BV[] HCV[] TP[]	医師サイン	担当看護師
月 日	月 日 (曜日)	月 日 (曜日)	月 日 (曜日)	月 日 (曜日)	月 日 (曜日)
病 日	①(入院)		②		③
加量 他科受診	① 入院時観察項目 ② 麻痺の部位・程度 () ③ 意識 無・有() ④ 意識レベル() ⑤ 見当障障害 無・有() ⑥ 頭痛 無・有() ⑦ 視野狭窄 無・有() ⑧ アニソコ 無・有() ⑨ 呂律障害 無・有() ⑩ 嚥下障害 無・有() ⑪ 嘔気・嘔吐 無・有() ⑫ めまい 無・有() ⑬ 指折り可・不可 ⑭ バレー徴候 無・有()	バレーの判定方法 0 (バレー陰性) 1 (バレーで回内・落下から10cm以内) 2 (バレーで回内・落下10cm以上) 3 (まったく挙上できない) カタクロットは、心電図を確認後開始する。 スロノンには、発破薬しないで使用。 点滴は、ラジカットを先に使用。ラジカットは、30分以内で落とす。			
内服	① 体重測定立位無理な場合、月曜日午前中、つり上げ式で測定。 ② 持参薬続行 <input type="checkbox"/> 持参薬中止() ワーファリン使用の場合は、納豆禁食とする。				
リハビリ	リハ依頼 リハカンファ第2、4週水曜日に開催 開催前日までに、神経内科カンファレンス記録記載し、リハ室へ 入室で医師・看護師・リハビリスタッフ・医療相談→一次の日のカンファレンスで発表				
特記指示	バイタル(1)換 Bp(3)換 SaO2 要・不要 蓄尿 要・不要 入院時観察項目チェック	理学療法依頼 作業療法依頼 嚥下障害食事開始チャート ⇨ 言語療法依頼			
活動と休息 保清潔	① 絶対安静(2時間体交) <input type="checkbox"/> ベッドUP()度(2時間体交) <input type="checkbox"/> 起坐可 <input type="checkbox"/> 立位可 <input type="checkbox"/> トイレ洗面歩行可(車イス可) <input type="checkbox"/> 病棟内自由 <input type="checkbox"/> 自由 ② 清拭(介助・自己) 清拭(介助・自己)				
説明・指導	① 入院時オリエンテーション(Ns) 以下の紙を渡す ② 有の項目は、症状観察に記載し継続して観察。	① 必要時医療相談へ連絡・PC入力 ② 一医療相談予約日() ケアマネ 有 → ケアマネに連絡するよう説明する 無 → 医療相談へ連絡			
アウトカム	③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	① ② (麻痺が進行しても処置を受けられる) ③ 麻痺側の拘縮を予防できる ④ 皮膚、口腔を清潔に保つことが出来る ⑤ 褥瘡がない			
バリエーションの有無	* 処置など ① 褥瘡の診察計画書の提出(生活自立度BC) ② 転倒転落アセスメントスコアシート	有・無	有・無		有・無
特記事項	* 症状の変化は、経過記録へ記載。				
異常時 オーダー 基本	<input type="checkbox"/> 経口可セット 麻痺の程度2上がったらDrコール ① 痙攣時 ホリゾン()A静注 20分空けて2回まで ② 血圧予防の靴下着用 不要 要→説明書承諾書を医師サインし患者サインをもらう	<input type="checkbox"/> 経口不可セット 麻痺の程度2あがったらDrコール ① 痙攣時 ホリゾン()A静注 20分空けて2回まで ② 血圧予防の靴下着用 不要 要→説明書承諾書を医師サインし患者サインをもらう			

横浜市立総合病院 4A病棟脳梗塞