

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団
2014年度（後期）一般公募「在宅医療研究への助成」

在宅医療連携システムの構築に焦点をあてた、地域包括ケア
における認知症患者の困難ケースにおける連携のあり方に
関する研究

報 告 書

- | |
|--|
| ○申請者
佐藤信人（社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター副センター長） |
| ○助成対象年度
2014年度 |
| ○提出年月日
平成28年3月30日 |

I 研究の概要

1. 研究の目的

本研究は、地域の認知症患者のうち、潜在化しかつ、支援者の接近が困難であり、容易に医療サービス及び介護保険サービス等の社会資源の効果的な導入が困難なケース（以下、困難ケース）に対する、地域包括ケアシステムを構成する各社会資源の連携と支援の流れのあり方について、在宅医療チームの連携に焦点をあててそれを促進するために必要なポイントや連携が促進されることによって得られる効果を明らかにすることを目的としている。

本研究では、その一環として、困難ケースの実態等について明らかにするとともに、困難ケースの特徴と効果的な支援に必要な社会資源の連携のあり方について検討する。

2. 研究の背景

本研究の対象となる杉並区高井戸地域は、杉並区の地域包括ケアシステムのモデル地域として、行政機関と同地域にある社会福祉法人浴風会とが共同で地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいる地域である。在宅医療に関しては、浴風会内の病院を中心とした取り組みの展開が期待されているが、現状はそのあり方を試行錯誤している段階に留まっている。そこで、平成26年度に、高井戸地区における地域包括ケアシステム構築に必要な在宅医療の現状と連携強化の課題を浮き彫りにし、そのあり方を検討することを目的に高井戸地区の地域包括ケアシステムに関係する諸機関・諸団体へのヒアリングを実施したところ、高井戸地区での地域包括ケアシステム構築を考えるうえでの優先度の高い支援の対象として、独居、孤立、関わりを拒否するといった、認知症、精神疾患のある高齢者があげられた。さらに、こうしたケースに人手が取られ、予防的な部分に手がまわっていないといった課題が抽出された。また、高井戸地区の特徴の一つである都営団地の課題として、高齢化に加え孤立し、緊急時の対応や医療に心配があるが、実態が把握できず、情報も十分に届いていない状況あるという課題が抽出された。このように、孤立した認知症高齢者の実態の把握や、医療等の必要な資源にアクセスするシステムの構築が急務であることが示唆された。こうしたケースは、早期の介入が難しく、問題が複雑化し、いわゆる困難ケースとなることが予想される。杉並区では、いわゆる認知症ケアパスの作成の試みが行われているが、このように認知症の早期発見・早期診断と、その後の認知症の症状の進行にあわせて必要な医療・介護資源への流れを整理するという一般的な認知症ケアパスにすることができない、支援者側の接近が困難で潜在化しているケースが、一定の割合で地域に存在していることが経験的にわかっている。こうしたケースへの対応には、通常とは異なる医療、介護サービス等の連携が必要であり、また、状況の改善にはスタッフの多くの労力と時間をつぎ込むことが必要となってしまう。したがって、一般的なケアパスと並行して、各地域の困難ケースの出現状況を実態調査等で面的に把握しつつ、発生頻度の高いケース類型についての対応をシステム化し、一般的なケアパスと連動させていくことが重

要であると考え。現状では、地域ケア会議等で個別に検討されるに留まり、そうした試みの実績はほとんどないと思われる。

3. 杉並区高井戸地区の在宅医療の現状

杉並区では7つの日常圏域が設定されており、それぞれに担当の地域包括支援センターが配置されている。杉並区では地域包括支援センターを「ケア 24」という名称で呼称している。高井戸地域とは京王井の頭線の中軸とする区の西部圏域とされ、ケア 24 久我山、ケア 24 高井戸、ケア 24 浜田山の担当地域とされている。

杉並区では、入院から地域での在宅医療に円滑に結びつけ、かつ看取りの時まで受けられる支援体制の構築として、在宅医療相談調整窓口の設置、後方支援病床の確保、在宅医療推進協議会の設置等が行われている。第6期杉並区介護保険事業計画によると、杉並区では、在宅医療推進連絡協議会の開催に加え、医師会等の協力のもと、在宅医療に関する問題を地域で考え解決するため、日常生活圏域の単位で他職種からなる在宅医療地域ケア会議を実施するとしている。また、認知症施策については、認知症早期発見・早期対応のために、認知症サポート医による相談体制の拡充、認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進の設置を通して、認知症の早期対応をすすめるとしている。あわせて、認知症ケアパスの作成が計画されている。認知症初期集中支援チームは平成28年度より実施、認知症地域支援推進については、平成27年度設置、実施が予定されている。認知症ケアパスは平成27年度に作成が計画されている。

4. 研究の方法

1) 研究の実施体制

- ・研究代表者：佐藤信人（認知症介護研究・研修東京センター 副センター長）
- ・共同研究者：渡邊浩文（認知症介護研究・研修東京センター 客員研究員、武蔵野大学）

2) 研究の方法

- ①認知症高齢者の困難事例の実態の把握のため、居宅介護支援事業所等への実態調査の実施する
- ②在宅医療の連携における認知症高齢者の困難事例への対処のポイントを明らかにするため、在宅医療関係者を中心とした作業グループによる高井戸地域の課題及びポイントの検討を行う。併せて、介護支援専門員に対するグループインタビュー調査による困難事例の収集と分析を行う。

5. 研究事業の経過

1) 杉並区との協議（3月～4月）

- ・杉並区と協議をし、具体的な研究計画の実施について検討する。

2) 地域包括支援センターとの協議 (4月~5月)

杉並区からの提案をふまえ、地域包括支援センターのスタッフ等と研究の具体的な方向性について協議。

3) 地域包括支援センターで担当した困難ケースの収集と分析 (6月~8月)

予備調査として、検討の対象となる事例の特性について、地域包括支援センタースタッフと協議し、これまでに担当した中で困難ケースの概況に関する情報を収集した。

4) 同地区の在宅ケア関係者に対するヒアリングの実施 (7月~8月)

予備調査として、同地域で介護支援専門員としての活動の経験がある者に対して、ヒアリング調査を実施した。

5) 作業チームによる高井戸地区の課題の検討 (10月~1月)

これまでの予備調査の結果をふまえつつ、高井戸地区の課題及び対応策を検討した

6) 介護支援専門員等に対するグループインタビュー調査

7) 実態調査の実施

6. 杉並区高井戸地区における認知症の人への在宅医療に関わる諸資源間の連携における課題及び解決策に関する作業グループの検討会の開催状況

開催日	テーマ	出席者の状況
10月5日	予備調査等をふまえた研究の方向性の確認	研究代表者、共同研究者、地域包括支援センター職員
11月2日	杉並区高井戸地区における認知症の人への在宅医療に関わる諸資源間の連携における課題	共同研究者、地域包括支援センター職員
11月18日	杉並区高井戸地区における認知症の人への在宅医療に関わる諸資源間の連携における課題とその対応案について	共同研究者、地域包括支援センター職員
11月30日	杉並区高井戸地区における認知症の人への在宅医療に関わる諸資源間の連携における課題とその対応案について	研究代表者、共同研究者、地域包括支援センター職員、居宅介護支援事業所の介護支援専門員
1月28日	杉並区高井戸地区における認知症の人への在宅医療に関わる諸資源間の連携における課題とその対応案について	研究代表者、共同研究者、地域包括支援センター職員、居宅介護支援事業所の介護支援専門員

Ⅱ 高井戸地区における在宅医療連携の課題

～作業グループによる検討から～

研究代表者、共同研究者を中心に、高井戸地区に関わる地域包括支援センター、居宅介護支援事業の介護支援専門員等をメンバーとして、高井戸地区の現状をふまえつつ研究を遂行するための作業グループを作り、高井戸地区における在宅医療連携の課題をテーマに、平成27年10月～平成28年1月の間で議論を行った。

1. 作業グループで出された意見の概況

作業グループで検討された高井戸地区における在宅医療連携の課題について、具体的な意見についての意見を抽出し小見出しを作成した。さらにそれらの小見出しを、同じ意味内容にごとにまとめた。その結果、高井戸地区における在宅医療連携の課題として、「ケース発見から病院への受信につなげるまでの課題」「ケアマネの力量不足」「在宅医療システムの機能不全」「地域ケア会議の機能が不明確」であることがあげられた。

「ケース発見から病院への受信につなげるまでの課題」では、①団地の高齢者の困難ケースに発展する可能性のあるケースの早期発見に課題がある②受診につながりにくい認知症の人をどのように受診につなげるのかが困難な状況があるという意見があった。(表1)

「ケアマネの力量不足」では、①医師との連携のイメージの不足②認知症の人の暮らしに関わるアセスメントの力量不足③医師への情報提供の量と質にケアマネジャー間で差があるという課題があげられた。(表2)

「在宅医療システムの機能不全」では、①連携に関する会議や、システム、ツールが未整理で混乱②日常の生活医として来てくれる精神をメインとした訪問医の不足③認知症の早期発見・早期治療および継続的案診療がスムーズにいかない。という課題があげられた。

「地域ケア会議の機能が不明確」では、①地域ケア会議の位置づけが不透明、②地域ケア会議がただの事例検討会になっている、③地域ケア会議の議論に目的やゴールが明確化されていないという課題があげられた。(表3)

2. 高井戸地区における在宅医療連携の課題

高井戸地区における在宅医療連携の課題としては、まず、ケース発見から病院への受診につなげるまでの課題がある。具体的には、高井戸地区の地域包括ケアシステムを考えるうえで大きな課題として、都営団地の高齢化とそれに対する対応があるが、この都営団地に住む高齢者が社会的に孤立しやすい状況にある。こうした情報や社会的な支援から孤立しがちな高齢者の中で認知症により生活状況が悪化する可能性のある高齢者をいかに早期に発見し、在宅医療や介護のシステムにつなげていくかという課題に対応していかなければ

ばならない。次に、在宅医療や介護のシステムにつながる事ができたとしても、本人の生活を支援するキーマンである介護支援専門員の力量に大きな差異があることが指摘されている。具体的には、認知症の人の暮らしに関わるニーズを把握するうえでのアセスメント能力や、医療との連携における、医師との連携のイメージの不足や医師への情報提供の量と質に差異があることが指摘されており、これにより高井戸地区として、認知症の人の暮らしを支えるために、医療との連携しながら問題を軽減することに課題が生じさせてしまっているといえる。また、これまでの取り組みの中で、介護と医療の連携を促進するための会議や連携のためのツールが複数存在しており、それらが未整理のまま現場の中で混乱している状況や、通院に困難を抱える認知症高齢者にとって診断や日常的な診療において重要な役割果たす精神科を専門とした訪問医の不足、さらに、認知症の早期発見・早期治療に必要な医療機関の不足、加えて診断後の継続的診療がスムーズにいかない医療資源の不足に関する課題があげられている。こうした地域包括ケアシステムの課題をとりあげるべき地域ケア会議では、ただの事例検討会になっており、地域ケア会議の位置づけが不透明な状況や、地域ケア会議の議論に目的やゴールが明確化されていないという課題があげられており、地域ケア会議が認知症の人の在宅医療の課題を解決するためにまだ十分に機能していない現状があると考えられる。

表1 ケース発見から病院への受信につなげるまでの課題

小見出し	具体的な意見
① 団地の高齢者の困難ケースに発展する可能性のあるケースの早期発見に課題がある	<ul style="list-style-type: none"> ・高井戸地区は、新しい団地の入居者が多い。その人の構成をみると、1人暮らしとか老夫婦世帯が多い。これはなかなかコミュニティーの形成、交流をするということが難しい状況にあるので、とりわけ発見機能というのを持つべき。 ・「おたっしや訪問」は行っているけど足りていないという感じ。
② 受診につながりにくい認知症の人をどのように受診につなげるのが困難	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャーとして担当して私が1番困難ケースだなと思うのは、認知症の方で独居の方とか、あと、家族2人ともがお互い高齢者の認知症同士の方とか、病院にいても、誰がどういう役割分担でどうやって連れていくのと。 ・認知症の方に、「病院いかなきゃだめよ」といっても、「じゃ、いきましょう」といって予約をとるわけじゃないし。誰かが1から全部段取りをして医療につながなくちゃいけないところがある。 ・家族がいない人、いたとしてもお任せの家族、独居の方とかそういう環境も、ケアマネジャーとしてやっていて、すごく大きな違いがあるかなと思

	ます。
--	-----

表2 ケアマネの力量不足

小見出し	具体的な意見
① 医師との連携のイメージの不足	・医師に連携を働きかけるケアマネジャーのほうで、医師に何をお願いできるのかの役割分担や、問題を持ち込む交通整理ができていない。
② 認知症の人の暮らしに関わるアセスメントの力量不足	・認知症の利用者さんの普段の様子をどれだけ把握し、認知症、周辺症状に必要な情報をどれだけケアマネジャーが把握し、その必要な情報を医師だとか看護師等、必要な関係機関にいかに的確にピンポイントで伝えられているかというところは、ケアマネジャーの力量とか認識によっても全然違う。 ・普段、ケアマネジャーが医師と電話で何かやりとりしているなどと思ってふたをあけてみたら、お互い認識のずれがかなり大きくて、いまいちかみ合っていなかったとかというのも結構多い。 ・ケアマネジャーの立場で、認知症のご利用者様を目の前にして、普段何をみなきゃいけないのかというところの、勉強でということもケアマネジャー間で差が大きい。
③ 医師への情報提供の量と質にケアマネジャー間で差がある	・医師も忙しい中で、ケアマネジャーからの連絡で、余計な情報をだらだら垂れ流しにされても、「一体何がしたいのですか」と先生も困る。 ・医師もそれぞれ時間的な制約があり、忙しい中で動いているので、ケアマネジャーが医師と的確に適切な情報だけのやりとりというのをどういうふうにしていくのかというのは、課題がある。 ・せっかくケアマネジャーが医師と連絡とっているのに情報がちゃんと共有されていない。情報としてもケアマネは持っているのに、「何でそんな大事なことを伝えなかったの？」とか、「それを早くいってくれればもっと違う動きができたのに」とかってそんな話はよく聞く。

表3 在宅医療システムの機能不全

小見出し	具体的な意見
① 連携に関する会議や、システム、ツールが未整理で混乱	・連携のツールは、今までも結構いろんなところで作っている。だけど、使っては消え使っては消えている。結局のところは、いかに普及していくかというか啓蒙していくかということが非常に大事。 ・連携シートと一言でいった類のシートは結構いろんなところに出ている。それを実際に使うケアマネジャーや医師も、片や浴風会からの連携シートを使ってみたり、片や杉並区から出している連携シートを使ってみたり、あとは、事業所で独自に使っている連携シートを使ってみたりで、何をどうい

	<p>ふうにしていいかと、混乱みたいなのも現場にある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・会議も、連携会議という、「連携」とつく名前の会議をいろいろやっている。いろんなところで、取り組みを一生懸命やっているが、その整理がされない、現場もなかなか使いづらい。
② 日常生活医として来てくれる精神をメインとした訪問医の不足	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問診療は以前よりはふえているけどもまだ少ない。 ・浴風会病院がすぐに受診できないときに、日常生活医としてきてもらえるという医師がまだまだ少ないという感じはある。
③ 認知症の早期発見・早期治療および継続的案診療がスムーズにいかない。	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の早期発見・早期治療がうまくいっていない。また、治療が始まったとしても、暮らしの中に認知症の治療というか医療がうまく成果を出していない ・ケアマネジャーが、認知症の疑いがあるので、浴風会病院をご家族に紹介しても、病院から受診まで半年待ちましようといわれてしまう。 ・浴風会病院の受診が難しい場合、違う遠方のクリニックにってもらってということはある。しかし、そばにいないから、服薬の副作用で消化器症状等が出たときに、すぐに薬を減らす等の対処ができず、家族が勝手に止めてみたりとかっていうのがあった。 ・診断は浴風会で、服薬は近くのクリニックが等、ある程度医師間で連携して処方してほしい。

表4 地域ケア会議の機能が不明確

小見出し	具体的な意見
① 地域ケア会議の位置づけが不透明	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア会議として何をとらえるか、というのすらも、各地域包括で頭の中が混乱してしまっている。 ・とりあえず事例検討的なもので地域の人たちを呼んだものはみんな地域ケア会議で挙げてみようというところからスタートした。もう趣旨がどんどん変わってきた。 ・どういう方向に向かって地域ケア会議をすればいいのかというのを現場がかなり混乱しながら、こういうことですかって模索して、区役所に上げては、突っ返されてみたり、受け入れられてみたりというので、これがじゃあ地域ケア会議みたいななかで動いていたので。 ・民生委員さんとか、それぞれ自分の事例をちょっとディスカッションして、自分はこういうことを考えるわ、というところで終わっていた。例えば同じケースを、みんながディスカッションして、いや、うちはこんな感じで考え

	<p>るよと、地域として支えるにはこうだよとかいうディスカッションではなく、ばらばらの事例をばらばらに話しして、それが何の意味があるのだろうという感じだった。</p>
<p>② 地域ケア会議がただの事例検討会になっている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・区のほうも、地域ケア会議というのは事例検討会をやるところじゃないよ、ということも言っている。ただ実際そこら辺の明確な方針というか、やり方とか道筋みたいなものも合わせて区のほうから何かおりてきているわけではない。 ・参加させていただいたのはほとんど事例検討会になっていて、ここからどう広がり持っていくところが不消化で終わってしまう印象すらあった。 ・地域ケア会議で取り上げられる事例というのが毎回ごっちゃになっちゃうのが、事例検討で終わっちゃうことが今までは過去多かった。 ・地域ケア会議で事例が、リードをしてくださる方によって事例検討で終わっちゃったみたいなどころと、かなりばらつきが出ている。
<p>③ 地域ケア会議の議論に目的やゴールが明確化されていない</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ゴールを設定されていないがゆえに、何の会議なのだろうという感じのことがあった。 ・結局、そのケア会議とかで今まで見ているのはゴール設定がやっぱり明確じゃない。もっと言ってしまうと、その会議を運営しているスタッフ間でもその認識がそれぞれ違う。だから結局、事例検討だとかいうものを通して結果、きょうの研修を通して、成果としてここまで持っていけば、きょうの研修は成功だよ、というものが共有されていないので、事例検討とか、特に困難事例というものを持ってきちゃうとそっちにみんな走っちゃって、きょうのは一体何だったの、で終わってしまう。

Ⅲ 高井戸地区における居宅の認知症患者への在宅医療に関わる諸資源間の連携における課題及びその要因に関するグループインタビュー調査

1. 調査の目的

高井戸地区における居宅の認知症患者で在宅医療の提供が十分に行えないケースを明らかにするとともに、そうしたケースを支援するうえで、必要な地域の在宅医療に関わる諸資源のうち、連携が不十分で、連携ができていない諸資源は何か、また、その理由は何かについて、関連する事例をもとに、サービスのネットワークを担うケアマネジメントの視点から明らかにする。

2. 方法

(1) 対象要件

- ・ 高井戸地区で居宅介護支援業務に関わっている、あるいはかかわった経験のある介護支援専門員等

(2) 調査の実施日、会場

平成 27 年 12 月 23 日（水） 14 : 00 ~ 17 : 30

認知症介護研究・研修東京センター

(3) タイムテーブル

14 : 00 ~ 14 : 10	挨拶、主旨説明、本日の予定同意書の記入
14 : 10 ~ 15 : 40	事例の報告
15 : 40 ~ 15 : 50	休憩
15 : 50 ~ 17 : 20	事例に関する検討
17 : 20 ~ 17 : 30	事務連絡、解散

(4) インタビューの内容

以下の点について、インタビューを行った。

- ・ 高井戸地区における居宅の認知症患者で在宅医療の提供が十分に行えないケースとその理由

3. 倫理的配慮

研究への参加に際して、介護支援専門員に対し、以下の内容を文章にて説明し、参加を依頼した。

まず、研究の協力者の不利益または危険性について、データは研究目的に沿って、コンピューターに入力し、質的・量的に分析し、調査の経過や結果は学会や学術学会で発表する。その際、個人が特定される形で発表されることは一切ないこと、研究協力者個人が特定されうる可能性がある情報は記号化すること、そのため研究協力者個人が、どのような回答をしたか特定されることはないことを説明した。また、研究対象者は、研究の途中において、協力の中止を求めることができない。その際は、研究者に口頭もしくは文書にて取り消し意思を研究者に提示し、その時点で意思表示をした者に対する調査を中止する。

なお、研究協力を中止したことにより不利益をこうむる事は一切ないこと、結果の逐語録作成は、外部業者に委託します。外部委託による個人情報の流出がないように管理・監督する。ICレコーダーのデータは逐語録の作成後消去することを説明した。

4. 結果

1) 調査協力者の概況

調査協力者の概況は、介護支援専門員としての経験年数 9.3 年 (max:12, min:4) であった。(表 1)

表 1 グループインタビュー調査の対象者の概況

介護支援専門員としての経験年数	介護支援専門員以外の所持資格
10 年	
12 年	社会福祉士、介護福祉士、保育士、理学療法士
10 年	介護福祉士
10 年	主任介護支援専門員、介護福祉士
10 年	介護福祉士
4 年	看護師

2) 抽出された事例の概要

インタビューの結果、以下のようなケースが抽出された。

- ①強い不信感から関係構築が難しく、サービスの導入ができていないケース
- ②母子が過度の「共依存」の状態にあり、医療・介護サービスにつながっているが、それが功を奏していないケース。
- ③著しい人格障害に加え、多問題を抱え、強いサービス拒否の傾向があるケース
- ④家族全員に認知症に関する病識がない
- ⑤生きるための優先順位（酒とたばこが重要）がケアマネジャーと本人で違っているケース。
- ⑥病識がなく、他人を受け入れないケース
- ⑦多問題家族であり、連続して受診まで世話してくれる人がおらず、訪問医から往診をしてくれる医師への、医師同士の連携がないケース
- ⑧本人に病識がなく他者に強い拒否感があるケース
- ⑨本人に病識なし。困りごとはあるが、現実的な解決方法はなかったケース
- ⑩医療につながっているのに、対応できず、生活を改善できるような治療につながっていない。
- ⑪困っているのは今なのに、すぐ診てくれないアクセスが悪い医療と、家族の力量が低下していることが問題のケース。

3) 事例の状況

各事例の概況は以下のとおりである。なお、事例は、個人情報等、研究目的に関係ない部分については、加工してある。

①強い不信感から関係構築が難しく、サービスの導入ができていないケース

都営住宅に独居。「公社が意図的に二酸化炭素をベランダに充満させる、車の排気ガス、騒音が響く窓の設計にわざととしている、水道にも毒が入っており奇数番号の部屋にだけ綺麗な水が供給されている」等と被害妄想を訴える。生活保護だが月額数万円かけて大量の水を購入。自身で購入した食料にも毒が入っていると店舗に強く迫るも応じてもらえず激昂。夜間冷蔵庫のモーターの音がうるさいと電源を切るため中身を腐らせる等妥当でない意思決定多発。被害妄想の訴えを生活保護課、区役所、ケアマネ、議員、衛生局等に繰り返し、他者との関係性構築難しい。現在はサービスが入っておらず、関係諸機関が連携を取り合いながら見守っているケース。

②母子が過度の「共依存」の状態にあり、医療・介護サービスにつながっているが、それが功を奏していないケース。

女性、息子と二人暮らし。息子がいないと不穏になりサービス利用中でも息子の名を叫ぶ。自宅では一日中居間のソファの息子の隣に寝かせられている。残存能力あるも、生活全般に息子が世話をやき過ぎるためADL低下、認知症進行、廃用症候群に陥っている。直前の食事の記憶もなく、何も食べさせてもらっていないと息子をつねる、ぶつ、物を投げる、「バカ！」等暴力暴言行為あり。また幻視幻覚あり、窓からキツネが覗いているなど独り言頻回。ショートステイ利用しても息子は母親の事は自分が1番分っていると、介護をスタッフに任せられず食事介助、服薬等行い母親が就寝するまで付き添い帰宅する。現在、サービスは利用している。問題点は、息子も母親も依存しあっており、お互いに離れられない（たとえば、ショートステイを利用しているときに、息子は毎日母親のもとに通ってくる）。常に体に触れあっている状態。密着しすぎているがために、サービスが入りづらい。改善は難しいと思う。息子に、ショートステイや長い時間のデイの利用を提案するようにしている。たとえば、デイサービスは一般デイから、認知症専門のデイに変えた。

③著しい人格障害に加え、多問題を抱え、強いサービス拒否の傾向があるケース。

女性。娘夫婦と同居。強いこだわり、拒否があり介護保険サービス利用するまでの3年間1回も入浴せず。洗髪もしていなかったため、髪固まり櫛が通らない岩状態であった。尿便共に失禁あるも、リハパン取り換えに本人拒否あるため娘は苦労している。トイレにいても排泄行為分らなくなっており、便器の前で佇んでいる状態。性格は陽気で話し好き。会話成立せず一方的だが同じ昔話を繰り返す。その時は自分は子供になり、娘が母親に逆転している。食事中も常に話し続け、一人で笑っている。医療も拒否の状態。家族は、

風呂に入らせたいと思っていた。なんとか、言葉巧みにデイのスタッフに誘ってもらって、デイには通うようになった。閉じこもり傾向にあるが、人嫌いではない。デイに連れ出せば、プログラムには参加し、風呂にも入る。娘は「デイサービスは無理」と言っていたが、ケアマネジャーが行くと話はするので、連れ出しが上手なデイサービスに頼んでうまくいった。強いこだわりと拒否的傾向を示すようになったのは、認知症になり始めた頃からだと思う。それで、だんだん面倒になって、風呂、着替えも面倒になってきたという感じ。物忘れも、だんだん激しくなってきた。もともとはひとり暮らしでもちゃんとした暮らしができる人で、近所の人ともよくおしゃべりする人だった。それが突然こんなふうになった。それで娘が同居するようになった。主治医の診断では、認知症といわれている。デイでは風呂に入るが、自宅では入らない。排泄の世話は娘がしている。母親には強い抵抗感がある。

娘は、このような状態になった母親を外（デイサービス）に連れ出すことに抵抗があった様子。いわば家族にも閉じこもり意識があった。実際に、娘は訪問系のサービスを拒否している。

④家族全員に認知症に関する病識がない

尿弁失禁があり、食欲が抑えられない誤嚥性肺炎既往のある、アルツハイマー型認知症の夫の介護をしているが、夫の認知症状を受け入れられず、服薬管理ができない、軽度認知症の妻。夫を見ている妻で、夫の認知症を認められないというケース。妻がサービスにつながらなかったのは、「私は認知症ではない」と思っていたため。別居の娘がSOSを出してきた。夫婦は生活ができていると思込んでいた。娘がいなかったら、このままの状態だった。現在、夫は死亡。本人（妻）は通所を利用して、今は落ち着いている。夫が死亡したことで、介護の負担がなくなったためか。

⑤生きるための優先順位（酒とたばこが重要）がケアマネジャーと本人で違っているケース。

お酒とたばこは購入できるが、それ以外の生活全般の支援がないと過ごせないアルコール性肝炎・高血圧症・アルツハイマー型認知症の独居の男性。ゴミ屋敷で、靴を脱いで入れない状態で、失禁もあるが、本人にその自覚がない。10年くらい前からこのままの状態、本人にゴミを捨てるということは考えない。このままだとアパートの住民がいなくなると、大家が困っている。一方、本人は、全然困っていない。現在は、ヘルパーが入っている。

⑥病識がなく、他人を受け入れないケース

自分の世界で判断し猜疑心が強く他者を受け入れがたい独居の難聴で危険行為のある（ガスのつけっぱなし等）心疾患・緑内障・転倒歴があり、本音を中々表現せず、服薬管

理ができない状況で自分を認知症とは思っていない女性。ノックをしても出てこない。他人を受け入れない。自分の世界だけしか認めない。約束を守れない。気に入らなくなると、人を入れない。家出してしまうこともある。怒らせないように配慮しながら、ときどき会いに行く。(事故等の困りごとなどのアクシデントがないと入れない状態。本人が困らないとため。困りごとがないことが問題か?)

⑦多問題家族であり、連続して受診まで世話してくれる人がおらず、訪問医から往診をしてくれる医師への、医師同士の連携がないケース

女性。認知症Ⅲa) 失禁、易怒性、興奮、介入拒否がある。長男と二人暮らし。長男はアル中で、日中・夜間問わず不在がちの状態である。尿臭等ひどく虐待(放棄)として近所から地域包括に通報あり、地域包括からケアマネジャー、さらに訪問看護、訪問診療及び訪問介護が関わり、徐々に介入が進む。清潔面、栄養面では若干の改善が図れるも本人の拒否等あり通院ができないため、医療面の課題が解決できず。胸のしこり、不正出血、高血圧、腎機能低下等がある。関与から半年後、脳出血で救急搬送となった。訪問診療の医師につなぎ、いろいろな病気が発覚した。紹介状はその医師が書いてくれるが、本人が家から出ないので、その先の医療につながらない(息子は連れていけない)。成年後見の申立てもしたかったので、認知症の診断はとった。

⑧本人に病識がなく他者に強い拒否感があるケース

女性。認知症Ⅱb 易怒性、ヒステリー、介入拒否がある。認知症が進む本人の対応に苦慮していた家族が行政に相談し、CMとHH事業所の紹介を受けるも、初回の面談で本人の強い拒否あり断念

疲弊した家族が再度行政に相談し、保健師派遣となる。保健師の介入は成功し、その後、CM、HHの介入も上手くいく。かかりつけ医が認知症に理解が深く、適切に対応し、歯科医との連携、大学病院での検査等スムーズに行える。家族には病識が。保健師とうまくつながった。家族の病識があったからうまくつながった。つながるまでが大変だったが、つながったあとは順調。

⑨本人に病識なし。困りごとはあるが、現実的な解決方法はなかったケース

認知症・独居。20年以上前より幻視幻覚等あったが日常生活に大きな影響は少なかった。入院を機に、頸部の常時屈曲が強くなり、視覚支障も顕著となり、ADLや情緒機能が低下。独居のためその状態に至るまでの経緯が不明。要支援だったが、区分変更申請により要介護1となる。腸ヘルニアにて1週間ほど再入院し更に歩行・移動が不安定となった。認知症専門医受診。向精神薬処方。朝・夕ヘルパー導入するが、訪問の度に幻聴・幻覚が頻回・著明となり、不安が強くなるとしゃがんだ後起き上がり方がわからなくなるなどするようになる。ヘルパーが到着するまで、失禁による衣類汚染と濡れた状態のまま朝まで

いることも増えたため再度区分変更し、要介護 4 となる。施設入所に関して本人は抵抗を示し在宅生活の継続を望んでいるが、親族は施設入所を検討して欲しいと言われる。精神的に安定した状態と不安定な状態により ADL 機能に著しい変化がある。

自分が不在の時に男性が室内に入ってきてお金や鍵・目薬などを持ち出し、数日後にまた知らない間に入ってきて戻していく『悪質な嫌がらせ』をされると周囲の者に話をする。本人は本当だと思っているが、実は誰も入ってきていない。二人の女性がベランダに立って数時間もこちらの様子をうかがっていたと話すこともある。その日ヘルパーが訪問時に本人がベランダに出ており錯乱状態で飛び降りようとするなど危険な状態であった。独居生活の危険度が高くなり施設入所申込みをしたが、空きがない状態だったためお泊りデイサービス利用となる。週に1度帰宅する生活を開始した。1か月が経過すると精神的に落ち着き始め、屋内歩行はほぼ自立。幻聴幻覚も減少した。施設入所は拒むが、ひとりでの生活は不安と本人が漏らすようになる。

お泊りデイにいて、病状が落ち着く。ひとりでのいることの不安が大きい（介護の「手」よりも「目」があったほうがいい）。施設入所も拒否している。お泊りデイで、その人にとっていいことすごく探してやってくれるところだったので、本人が気に入った。つながらない理由→適切なサービスにつながらなかった。身体機能が落ちるに伴い、不安が募る。サービスを利用することで、不安が解消されていくことがわかった。医師がデイを勧め、本人が行くようになった。困りごとが変化してきて、マッチしたお泊りデイを探すことができ、うまくサービスがはまった。ケアマネがかかわる前の20年間に、本人の支障はなかったか。「おかしい」（幻視幻覚症状がではじめたとき？）と思われたときに、うまくつながれなかったのか。初期介入できなかったことが問題か。結局グループホームに入ることになる。

⑩医療につながっているが、十分に対応できず、生活を改善できるような治療につながっていない。

認知症。隣家に長男家族いるが、基本的には独居。大手メーカーにて取締役秘書等の事務方を定年まで勤め、就労後、数年前に他界するまで妻（認知症）の介護をしていた。今年に入ってから、認知機能の低下が著しく、専門医受診（アルツハイマー型認知症と診断）理解力、記憶力、急激に低下。プライドが高く、行動を否定されると興奮しやすい。認知症の病識はない。その後、椅子から転倒し腰椎圧迫骨折。身体機能も急激に低下。屋内を背中で這うよう移動していたが、その後急速に回復。身体機能の回復に伴い、外出頻度急増。日中夜間問わず外出し戻れなくなることが多くなった。夜間に通院しなければならないと思込み病院の外来に行ってしまうことなどが多い。外出先で転倒し、けがをして帰宅することもある。また、電車等にも乗って外出することもあり、帰宅できなくなった際の搜索範囲が広がる場合もある。普段は温厚だが、外出を止めようとするとうるさくなることあり。デイサービス利用中も帰宅願望強くなった際には職員が止めることに苦慮してい

る。夜間対応が現在の一番の課題となっている。妻のケアマネをやっていた。帰って来られないことが問題。本人に病識なく、プライドが高いので、嫁がずっとついてまわるわけにはいかなかった。外出時に携帯などは持って出ない。いろいろな活動をしていた人なので、外出願望が強い。出かける先が固定していればよい。夜に本人が行けるところがあればいいが、それがない。

⑪困っているのは今なのに、すぐ診てくれないアクセスが悪い医療と、家族の力量が低下していることが問題のケース。

女性。長女は嫁ぎ先にて死去。海外出張の多い長男とその妻が同一敷地内別宅に居住。6年前から直近の記憶の欠如が見られ、服薬管理ができず、長男や近隣に対し被害妄想をもつようになる。ケアマネは受診を促すよう嫁に提案し続けるが、嫁は「受信後何が起こるかわからない」と言って断り続ける。ヘルパー導入と住環境の整備を図り、優秀なヘルパーと福祉用具屋、ケアマネとのチームで情報を共有し、専門医受診の糸口を探った。その結果、ようやく1年後に本人の了解が得られる。そこで、長男が希望するA病院の受診を予約するも、4か月待ちとなる。ようやく受診日を迎えたが、病院到着後、医師の受診に至るまで6時間を要し、本人がぐったりしてしまった。その後は、処方された薬を服薬しても改善がまったく見られず。本人を通院させることもできないまま半年がたち、被害妄想が激化していった。長男、嫁もギブアップし、ようやく別の往診医を紹介することの許可を得る。本人には、「90歳近くなると区から医師が派遣される仕組みがある」と説明して往診医に入ってもらい。その医師が服薬の仕方、問題があったときの対処の仕方まで丁寧に説明し、何かあったら看護師や医師が必ず助けに来るからといって、家族や本人の不安を拭い去ってくれた。さらに、薬の初処方後や服薬変更時には、数日ごとに病院から家族に連絡があり、落ち着くまで副作用の有無や、生活状況の変化を聞く等の対応をしてくれた。現在は、本人も家族も以前より落ち着きのある生活を取り戻し、被害妄想の話も出なくなるまでになった。通院させるのが大変。車に無理やり乗せて、病院まで連れていくも、それからが大変だった。何か月先、何時間待ちとかを、何とかしてほしい。適切に対処してもらえるところにつなげられない。せっかく医療機関につなげても、すぐに診てもらえない。先生との面談自体は2分くらい。初診のときにすぐにみてほしい。数か月先では、病状が悪化してしまう。

5. 考察

1) 支援者を拒否するケースと医療との連携の機能不全

抽出されたケースを整理すると、大きく、関わりに拒否的なケースと、医療資源の連携等の課題の二つの状況があると考えられる。

まず、関わりに拒否的なケースであるが、①強い不信感から関係構築が難しく、サービスの導入ができていないケース、⑧本人に病識がなく他者に強い拒否感があるケース、⑨

本人に病識なし、⑥病識がなく、他人を受け入れないケース、④家族全員に認知症に関する病識がない、③著しい人格障害に加え、多問題を抱え、強いサービス拒否の傾向があるケース、②母子が過度の「共依存」の状態にあり、医療・介護サービスにつながっているが、それが功を奏していないケース、⑤生きるための優先順位（酒とたばこが重要）がケアマネジャーと本人で違っているケースが該当すると考える。

これらの事例では、本人の他者に対する不信感、本人が自分が認知症であると認めない、本人が認知症であることを家族が認めない、家族に精神的な障害があり、様々な問題が発生している、本人と家族が著しい共依存の状態にある、自分なりの生活スタイルを崩さないという多様な理由がこうした拒否的な態度を生じさせているといえる。

一方、医療資源の連携等の課題に関するケースでは、⑪困っているのは今なのに、すぐ診てくれないアクセスが悪い医療と、家族の力量が低下していることが問題のケース。⑩医療につながっているのに、生活を改善できるような治療につながっていない。⑦多問題家族であり、連続して受診まで世話してくれる人がおらず、訪問医から往診をしてくれる医師への、医師同士の連携がないケースが該当すると考える。

これらの事例では、認知症の診断の必要があるが病院が予約が過密ですぐに受診できない、医療とつながっているが、生活を改善できるような治療につながっていない、主治医は紹介状は書いてくれたが、認知症のため必要な医療機関につながらないといった、診断のためのアクセスの課題、さらには、医師同士の連携がないことが課題としてあげられている

2) 接近困難と介入困難

関わりに拒否的な各事例に共通していた要素として、接近困難性と介入困難性があると考えられる。ここでいう接近困難性とは、援助者側からみて客観的に支援を要すると考えられる状況にあっても支援者の接近を拒否する状況にあることを指す。事例でいえば、①強い不信感から関係構築が難しく、サービスの導入ができていないケース⑥病識がなく、他人を受け入れないケースが該当すると考えられる。また、介入困難性とは、接近困難性が軽減され、一部のサービス導入等につなげられたとしても、ケアマネジャー等支援者側が考えるサービスの利用等の必要性の認識に大きな隔たりがあり、サービス利用に至らず要支援性の軽減に十分につながっていない状況を指す。事例としては、②母子が過度の「共依存」の状態にあり、医療・介護サービスにつながっているが、それが功を奏していないケース、③著しい人格障害に加え、多問題を抱え、強いサービス拒否の傾向があるケース④家族全員に認知症に関する病識がない⑤生きるための優先順位（酒とたばこが重要）がケアマネジャーと本人で違っているケース⑧本人に病識がなく他者に強い拒否感があるケース⑨本人に病識なし。困りごとはあるが、現実的な解決方法はなかったケースが該当すると考えられる。この両者は、別々のものではなく、当初接近困難であったケースが支援の結果、介入困難なケースとなる関係性にあると考えられる。

この接近困難性に対しては、粘り強く関係を構築しつつ見守りを中心とした対応を行っていくことが想定される。例えば、最初の段階は、ゴミ屋敷でも名刺を置くところからスタートして、次に玄関に入れてもらって、1年くらいかけて部屋の中に入れてもらえるようになるといった対応が想定される。一方で、介入困難の場合、ケアマネジャーが理想とするケアプランがあっても、本人あるいは家族等の当事者の協力が得られないため不十分なケアプランの状態では支援を行っていき対応が必要となると考える。介入困難なケースについての対応は、ケアマネジャーの評価では通所介護や短期入所等のサービスの積極的な利用が必要ではあると考えるが、本人あるいは家族の同意が得られた、杖のレンタルなどから徐々に支援を開始していくような対応が想定される。

どちらのケースについても、ケアマネジャー等の支援者が必要と考えるサービスの利用に関し当事者の理解や同意が得られていない、言い換えれば、支援者と援助対象者の認識に大きな差異があるという状況は共通しており、なんらかのきっかけで大きく状況が変化するまで、見守り続ける対応が必要となる。例えば、病状の悪化等により本人がなんらかの関わりを要する状況を認識できたときに適切にかかわっていけるように体制を整えて「待ち」の状態での状況の推移を見守っていくことが必要とすると考える。(表1)

表1 接近困難性と介入困難性

	状況	必要な対応	共通の要素
接近困難性	・援助者側からみて客観的に支援を要すると考えられる状況にあっても支援者の接近を拒否する状況。	・粘り強く関係を構築しつつ見守りを中心とした対応	・支援者と援助対象者の認識に大きな差異があるという状況
介入困難性	・接近困難性が軽減され、一部のサービス導入等につなげられたとしても、ケアマネジャー等支援者側が考えるサービスの利用等の必要性の認識に大きな隔たりがあり、サービス利用に至らず要支援性の軽減に十分につながっていない状況	・ケアマネジャーが理想とするケアプランがあっても、本人あるいは家族等の当事者の協力が得られないため不十分なケアプランの状態では支援を行っていく	・なんらかのきっかけで大きく状況が変化した際に適切にかかわっていけるように体制を整えて「待ち」の状態での状況の推移を見守っていく

3) 医療の機能不全

上述のように接近困難性と介入困難性の背景には、支援者と援助対象者の認識に大きな差異があると考えられる。介入困難なケースは、この認識の差異を縮めることによって、ケアマネジャーが考える理想のプランに接近していくことが可能となる。一方、対象が認

知症という疾患を持つ場合、その特性から認識の差異を埋めることは容易でなくなり結果として接近あるいは介入が困難な状況が発生させることが事例に示されている。具体的には、「自分が認知症である」ということを認識できていないケースがそれにあたる。時には家族も本人が認知症であることを疑わず、支援者の認識との間で差異が生じてしまう場合がある。事例をみると、「なぜ自分が病院にかからなければならないのか」という対象者とその認識の差を埋めるために関わりを続け、医療機関への受診につなげる努力を行っている。しかしながら、高井戸地区では、軽減には、様々な解決策が考えられるが、認知症の診断を受け、医療の介入が十分に機能することが状況の改善になる場合もある。しかし、受診につなげるには大変な苦労がある。十分に機能していないために、それらの軽減につながらないだけでなく、状況を悪化させてしまう原因ともなる。

IV 杉並区高井戸地区における認知症の人への在宅医療に関わる諸資源間の連携における課題等に関する調査

1. 目的

グループインタビューで抽出された困難事例について、高井戸地区で介護サービス等を提供する専門職がどの程度遭遇した経験があるか、また、そうしたケースを担当することによる専門職の負担感はどの程度かについての実態を把握する。

2. 方法

1) 調査対象

高井戸地区及びその隣接地域の居宅介護支援、訪問介護、訪問看護、福祉用具貸与・特定福祉用具販売の事業所に所属する者のうち、現在、杉並区高井戸地区でサービスを提供している者あるいは過去サービスを提供した経験のある者とした。該当する方がいない場合は、該当者なしとして返送する手続きをとった。

調査対象は、インターネット上の「介護事業所・生活関連情報検索 介護サービス情報公表システム」に公開されている事業所と、作業グループで検討された同事業所の以外の高井戸地区にサービスを提供している事業所を加えた 215 か所とした。なお、本調査における「杉並区高井戸地区」とは、杉並区のケア24久我山、ケア24高井戸、ケア24浜田山の担当地域とした。具体的には、高井戸西1・2・3丁目、高井戸東2丁目、上高井戸1・2丁目、宮前1・4丁目、浜田山1丁目・2丁目・3丁目、下高井戸4丁目・5丁目、高井戸東1丁目・3丁目、上高井戸3丁目、久我山1丁目・2丁目・3丁目・4丁目・5丁目、松庵1丁目、宮前5丁目とした。

2) 調査の方法

郵送法による質問紙調査を行った。

3) 調査期間

調査は、2016年2月12日から2月23日の間に実施した。

3. 結果

1) 回収率、調査対象の概況

88票が回収された。回収率は40.93%であった。回収された88票のうち、調査対象の要件に該当していた72票を分析の対象とした。(表1) 回答者の年齢は40歳代が最も割合が高く、20歳代が最も割合が低かった。(表2) 回答者の医療、福祉の意見年数は、10年以上が最も多かった。(表3) 調査対象のサービス種別では、居宅介護支援事業33事業所(45.8%)と最も多く、訪問介護事業所が29事業所(40.3%)と2番目に多かった。(表4)

表1 該当者の有無(SA)

	n	%
あり	72	81.8
なし	16	18.2
無回答	0	0.0
全体	88	100.0

表2 回答者の年齢(SA)

	n	%
20歳代	2	2.8
30歳代	24	33.3
40歳代	10	13.9
50歳代	18	25.0
60歳代以上	13	18.1
無回答	5	6.9
全体	72	100.0

表3 医療、福祉の経験年数(SA)

	n	%
1年未満	0	0.0
1年以上3年未満	2	2.8
3年以上5年未満	9	12.5
5年以上10年未満	16	22.2
10年以上	40	55.6
無回答	5	6.9
全体	72	100.0

表4 現在提供しているサービスの種別(MA)

	n	%
居宅介護支援	33	45.8
訪問介護	29	40.3
訪問看護	11	15.3
福祉用具貸与・特定福祉用具販売	14	19.4
無回答	4	5.6
全体	72	100.0

2) 認知症の人、あるいは認知症が疑われる人のケースにおける支援困難ケースの経験の有無

「本人が他者に対する不信感が強く関わりに拒否的」(73.6%)及び「本人が自分が認知症であると認めず、関わりに拒否的」(73.6%)なケースの経験が最も多く、次いで、「劣悪な環境下でも、自分なりの生活スタイルを崩さず、関わりに拒否的」(68.1%)が多かった。最も少なかったのは、「主治医は紹介状は書いてくれたが、認知症のため必要な医療機関につながらない」(30.6%)であった。(表5～表12)

表5 本人が他者に対する不信感が強く関わりに拒否的(SA)

	n	%
ある	53	73.6
ない	19	26.4
無回答	0	0.0
全体	72	100.0

表6 家族に精神的に障害があり関わりに拒否的(SA)

	n	%
ある	40	55.6
ない	31	43.1
無回答	1	1.4
全体	72	100.0

表7 本人が自分が認知症であると認めず、関わりに拒否的(SA)

	n	%
ある	53	73.6
ない	18	25.0
無回答	1	1.4
全体	72	100.0

表8 本人が認知症であることを家族が認めず、関わりに拒否的(SA)

	n	%
ある	34	47.2
ない	36	50.0
無回答	2	2.8
全体	72	100.0

表9 認知症の診断のため、病院が予約でいっぱいですぐに受信できない(S A)

	n	%
ある	26	36.1
ない	43	59.7
無回答	3	4.2
全体	72	100.0

表10 主治医は紹介状は書いてくれたが、認知症のため必要な医療機関につながらない(S A)

	n	%
ある	22	30.6
ない	48	66.7
無回答	2	2.8
全体	72	100.0

表11 本人と家族が著しい共依存の状態にあり、他者からの関わりに拒否的(S A)

	n	%
ある	33	45.8
ない	36	50.0
無回答	3	4.2
全体	72	100.0

表12 劣悪な環境下でも、自分なりの生活スタイルを崩さず、関わりに拒否的(S A)

	n	%
ある	49	68.1
ない	23	31.9
無回答	0	0.0
全体	72	100.0

3) 困難ケースを担当した際の負担感

上記の困難ケースを担当した経験のある者に対して、こうしたケースを担当する場合、そうでないケースを担当することと比較して、およそ何倍の負担感を尋ねた。3倍(27.8%)が最も多かった。5倍以上と回答したもの、それ以上と回答したものを合わせるとも2割程度いた。(表11)

表11 困難ケースを担当する際の負担感(SA)

	n	%
2倍	14	19.4
3倍	20	27.8
4倍	7	9.7
5倍	5	6.9
それ以上	10	13.9
無回答	16	22.2
全体	72	100.0

4. 考察

本調査の結果、グループインタビューで抽出されたすべてのケースについて、一定割合以上で経験したものがいたことが明らかになった。また、経験ありとされたケースの中では、在宅医療システムの機能不全に該当するケースよりも、接近困難事例、あるいは介入困難事例に該当するケースの経験が高い割合を示す結果となった。また、こうしたケースは、そうでないケースに比べ、高い負担感があることが示唆された。

以上から、高井戸地区においてワーキンググループ、及びグループインタビューでの検討されたようなケースを経験する可能性が高い割合で発生することがあることが示された。ワーキンググループ、及びグループインタビューでの検討結果をふまえると、こうしたケースをより一層困難ケースとする要因には、ケース発見、ケアマネジャー等の支援者の力量差、医療システムの機能不全等が関わっていることが示されている。本調査の結果から、こうした課題を改善していくためのシステム構築の必要性がより明確になった。

V 在宅医療連携の課題への対応策の検討

研究代表者、共同研究者を中心に、高井戸地区に関わる地域包括支援センター、居宅介護支援事業の介護支援専門員等をメンバーとして、高井戸地区の現状をふまえつつ研究を遂行するための作業グループを作り、グループインタビューの結果をふまえつつ、高井戸地区における在宅医療連携の課題と各課題に対する取り組みのあり方テーマに、平成27年10月～平成28年1月の間で議論を行った。

1. 作業グループで検討された高井戸地区における在宅医療連携の課題

作業グループで検討された高井戸地区における在宅医療連携の課題の対応策について、具体的な意見についての意見を抽出し小見出しを作成した。さらにそれらの小見出しを、同じ意味内容にごとにまとめた。その結果、「ケース発見から病院への受診につなげるまでの課題への対応」、「チェックシート」、「ケアマネジャー間の力量の差異への対策」、「振り分け役（分配器）の必要性」、「分配器としての地域ケア会議のあり方の見直し」、「課題解決に向けたシステムの構築（チェックリスト、ワーキングチーム、オペレーションプラン、分配器、モニタリングプラン、サプライプラン）」にまとめられた。

2. 各課題に対する取り組みに関する具体的な意見の概況

ケース発見から病院への受信につなげるまでの課題への対応の具体的な意見としては、①ケース発見の担い手・経路として地域の住民②ケース発見に必要な要件として連絡先の知識③チェックリストを用いた自己チェックの活用④社会資源を通じたチェックリストの活用という意見があげられた。（表1）

チェックリストに関する具体的な意見としては、①セルフチェックシートと専門職の力量の差を補う連携シート②簡易なセルフチェックシート③暮らしの様子を医療と共有できるチェックシート：数量化など④認知症の周辺症状を具体的に文章化したもの⑤10項目くらいの、普段の経験則を反映した専門職間の共通言語としての簡単なシートという意見があげられた。（表2）

ケアマネジャー間の力量の差異への対策に関する具体的な意見としては、①チームとしてそれぞれの専門性からサポートしあい必要な情報を吸い上げる②システムとして、必要な支援のあり方を方向付ける仕組みという意見があげられた。（表3）

振り分け役（分配器）の必要性に関する具体的には、①ケアマネジャーが社会資源を振り分けるときの力量の差に対応②医師に対する医療連携の方向付けの必要性③ケアマネジャーへのサポート、協働④連携のためのチームビルディングの促進⑤アセスメントの方向付け⑥一旦ケア24に情報を集約する⑦分配器は地域ケア会議、在宅医療地域ケア会議という意見があげられた。（表4）

分配器としての地域ケア会議のあり方に関する具体的な意見としては、①具体的なアク

ション、ケアプランにつながる地域ケア会議のゴールの設定、②待ちのチーム体制づくり、③役割の明確化、④在宅医療地域ケア会議と地域ケア会議の役割分担という意見があげられた。(表5)

オペレーションシステムの構築(チェックリスト、ワーキングチーム、オペレーションプラン、分配器、モニタリングプラン、サプライプラン)に関する具体的な意見としては、①困難ケースへ関わりの方向性を示す、オペレーションプランが重要、②テーマごとに、必要な役職名が示されたオペレーションプラン、③分配器(地域ケア会議)の役割:ワーキングチームが作ったオペレーションプランの権限の付与、④ワーキングでやるのは関わるところの連携デザイン、⑤接近や介入が困難なケースへの待ちの体制づくりのためのモニタリングプラン、⑥介入困難だが一部介入可能な対象に対する移行的なケアプランとしてのサプライプラン、⑦サプライプランがよりケアマネジャーの理想とするプランになったのがケアプラン、⑧地域の非専門職が役割分担の中に組み込まれる仕組みとしての地域ケア会議、⑨医療の機能不全は、在宅医療ケア会議に投げたほうがよいという意見があげられた。(表6)

表1 ケース発見から病院への受診につなげるまでの課題への対応

小見出し	具体的な意見
① ケース発見の担い手・経路としての地域の住民	<ul style="list-style-type: none"> ・例えば、協力員、民生委員、区民、住民の方から「こういう人がいる」と地域包括支援センターのほうに連絡が入るとか。通常の内科医、必要な機関も積極的に入って行く。 ・普段の様子だとかは、住人の方が1番わかっていらっしやると思う。「発見」自体は、当然、住民の方のほうがしやすい。
② ケース発見に必要な要件として連絡先の知識	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症が何たるかを住民の人たちが知らないといけない。 ・こういう場合はあそこに連絡すればいいのかとかそういう認識を持っていただくことが必要。
③ チェックリストを用いた自己チェックの活用	<ul style="list-style-type: none"> ・例えば1人暮らし、老々介護といった状況の際に、自己チェックリストを配布して、もしかしてそろそろやばいかな、自分はまさか違うかもしれないけどちょっとやってみる。この点数だといったほうがいいよと書いているからいってみよう、ここの段階でお薬を飲むと改善します、もしくは、この段階だったら先生と相談したほうがいいですよとか、認知症にならないようにするにはこんな方法があるみたいな感じで、チェックリストをやってみて、大丈夫合格とか、そういうふうになると安心だったりとかするのか。 ・例えば、勉強会や、お茶飲みかなんかで、そこにもちょっとチェックシートを置き、ちょっとやってみようかみたいなという環境を作る。

③ 社会資源を通じたチェックリストの活用	<ul style="list-style-type: none"> ・配食サービスの人もチェックシートを。ちょっと異常があったらチェックシートしちゃうみたいな。 ・こっちからチェックさせてと言わなくたって、「これあげるから、ちょっとやってみてよ」とセルフチェックを促すということができる。 ・地域区民センターのサロン、自治会、下に相談室みたいなものがある。集会所で、みんなで予防しようよみたいな動きとかもいいかもね。Life Support Advisorは全棟にはないですが、知っている人は使っているけど、知らない人は使わない。
----------------------	---

表2 チェックシート

小見出し	具体的な意見
① セルフチェックシートと専門職の力量の差を補う連携シート	<p>・ケアマネジャーの力量は、具体的には発信情報の量とか内容の差になって現れる。これを標準化するために、システムとして、チェックシートではない別のシート、専門職が使うシートというのがある。それを活用することによって、連携が行えるよう、少なくとも相手に有効に伝わるというようなことまではできるのではないかと。相手がどう応えるかというのはまた別の話、ということですね。</p> <p>相手がどう応えるかというのは、役割分担——例えば医師会でできているとか区役所がつくってくれているとか——みたいなものの形がある程度あれば、情報をもらったときに、自分でやる分・振る分というふうに通じることができるのではないかと。</p>
② 簡易なセルフチェックシート	<ul style="list-style-type: none"> ・DASCはセルフチェックには厳しいと思うので、セルフチェックはもうちょっと簡単なやつの方がいい。 ・みんなでみて、「あ、これなら、うちの親が書いてもプライド傷つかないぞ」というようなものがあればいい。
③ 暮らしの様子を医療と共有できるチェックシート：数量化など	<ul style="list-style-type: none"> ・専門職として、医療機関に情報を伝えるときに、生活、ADLの状態を説明するのも、文章ではなくてパーサルインデックスみたいなを使えると、医療職にはとてもわかりやすい。FIMだとちょっと難しくなっちゃうから、パーサルインデックスは点数化されるので、これが何点これが何点と出ていると、みるほうがすごくわかりやすい。この辺ができるけどこの辺はできないと。パーサルインデックスをもう少しシンプルにしてあげたものが多分いいと思う。 ・言い方をもうちょっとわかりやすくして。具体的な内容に置きかえて。髪がとけるとか。生活の状態が点数でわかるから、医師にもわかりやすいと思う。

・バーセルとかFIMとかっていうツールの、医療的な表現じゃなくて、例えば、「ごみを捨てられなくなってきた=ちょっと認知でしょう」という。例えば、片づけられない。どうしても床面に置くじゃないですか、認知の人たちって、どんどん。自分が寝るスペースだけ確保しておいて、あと、ごみがあって。ごみを捨てるということ自体ができないと、やっぱり認知症だと私は思う。

・例えば、買い物に行くが何を買っていいのかがわからなくなってしまったりとか。好きなタバコやお酒は買えるけど、ほかのものは買えないとかあるじゃないですか。

・何々をしにいったが忘れちゃってもう1回戻ってと、そんなことが何回あるとかそんなようなことを、認知症の問題となりそうな症状と行動ってあると思うので、そこが表現されているリスト。

・例えば、トイレ間に合っていないくて着替えていればにおいはしないはず。でも、尿臭がするとか、お布団とかがシミになっているとかというようなことを、具体的な症状みたいなのが、ご本人にはみえないが、我々が連携するときそういうものを出せるといい。

・共通言語としてのスケールみたいなもの。

・ケアマネジャーが今使っているアセスメントってそれぞればらばらじゃないですか。その表現の仕方もやっぱりばらばらなんですよね。なので、実際アセスメントしてせつかく情報を得ているけれど、もうちょっと具体的に情報を拾ってこないとみえてこないよねということも、中には結構多い。

・医療にも暮らしにも両方飛べるようなアセスメント。これがこうだところだろうなという予測がつくようなアセスメント。

・少なくとも、本当に基本的な日常生活動作の中の認知の部分というところで出ているといいかなという気がする。

・食事とっているというけど、具体的に「2食なの？ 3食なの？」というそこも把握していないことだってあるし。1食食べたというけど、この人という1食ってもともとどれぐらいなのとなると、そこまでは全然把握できていなかったりとかして。だけど、そういうあいまいな情報の中でも、「食事とれています」という。「水分とれています」「じゃ、1日コップでどれぐらいとっているの？」という、食事のときは飲んでるみたいよみたいなどこでとれていますという表現を使う。そこら辺のまさに共通の言語というかがないと、認識が、食べられているという認識、飲んでいるという認識がそれぞれ全然違う。

・予防サービスのよう、週に1回以上外に出ているかとか何分以上歩けるかとかそういう具体的なものがあると、利用者さんのイメージもできやすい

	<p>です。このような状況の人で、だったら、これって普段どうしているのかなと。イメージしやすいですよ、あれって全部。アセスメントからそのままプランに流れていって、こんな人だというのがまさにプランをみればわかるというようなものなので。</p>
④ 認知症の周辺症状を具体的に文章化したもの	<p>・周辺症状をもう少し具体的に文章化していって。例えば、最近いららしないかとか、孤独を感じるかとか。鬱なのか認知症なのかもわからない。落ち込み方に関して、どういうふうに落ち込んでいるかをきちっとアセスメントができないとだめなのかなという気はするので、そういうツールがあると</p>
⑤ 10項目くらいの、普段の経験則を反映した専門職間の共通言語としての簡単なシート	<p>・ケアマネジャーを責められない。視点の置き方、トレーニングのされ方が違うから視点の置き方が違うということだと思います。いろんな人たちが集まって、ミニマムな、しかも、象徴的なポイントでいいので10項目ぐらいの簡単なチェックシートができれば。たいそうなものをつくると、また負担感が出てしまう。</p> <p>・新聞って4日以上ためるともう自分で処理しきれなくなると。積んじゃうと。とか、よくいわれますよね。それってつまり、早い話が、新聞に目を通していないということだったりすることにもなる。ただ、折ってあるやつをそのままどんどんと積むということは、社会の出来事に対して関心を持たないということでもあるでしょう。というようなことがあって、これは認知症じゃないかなというのを疑うには、新聞を4日以上積んである。ただ積んである。結わえてもいない、ただ積んであるとかいうのは、かどうかというのはいいいポイントです。</p> <p>　　そういうのって、経験則的にわかっているということもあるじゃないですか。それをつくってみるといいます。</p> <p>・みんなが持つセルフチェックシートみたいなやつは巷に結構いっぱいある。専門職が持つもので、医療とその他福祉系も共通言語として使えるもので、簡略なものというのが今どうもないので、それをつくってみよう。</p>

表3 ケアマネジャー間の力量の差異への対策

小見出し	具体的な意見
① チームとしてそれぞれの専門性からサポートしあい必要な情報を	<p>・情報の受け手のほうでうまく、例えばここはどうですかあれはどうですかと、それを聞き出し、必要な情報を吸い上げていただける人はいる。</p> <p>・ケアマネジャーのほうから100%的確に伝えるというのは、現実問題なかなか難しいが、取り巻くチームとして別な人がやればよい。逆に、病院ができなくても、仮にケアマネジャーがうまく立ち回ればうまくいくこともある。例えば訪問看護とかが入っていれば、訪問看護からの報告が今回は必ず</p>

吸い上げる	<p>くるようになっていないですか、そういったようなところを利用するとか。ケアマネジャーの多くは、ドクターと話すのがちょっと苦手という意識を持っていらっしゃる方が多いから、それなら、そういう医療者間の連携をしてもらおうとか。それも、材料の1つになる。</p>
②システムとして、必要な支援のあり方を方向付ける仕組み	<p>・成年後見人を考えなきゃいけないような人たちをみても、どうやって医者、行政のサービスにつなげていってこの人たちを安全に守るかとかというところまでをケアマネジャーが背負うじゃないですか。そこら辺が、ケアマネジャーによっても、ピンとくる人はうまくそこら辺かかわってチーム内で連携をとりながらいけるが、力量によってはやり方がわからない。</p> <p>・システムとして、こういう場合はこっちいくのよ、こういう場合はここに連絡するのよと。例えば普通にそのシステムにのっかってやっている本人は意識していなくても、必要な情報がいくということはあるので。少なくとも、連携の上でどんな情報を上げればいいのか、そこら辺が何かちょっとあるといい。</p>

表4 振り分け役（分配器）の必要性

小見出し	具体的な意見
①ケアマネジャーが社会資源を振り分けるときの力量の差に対応	<p>・例えば、これは浴風会病院に持っていくべきなのか、近所の意志で対応可能なレベルなのかとかという振り分けるところで能力差が出る。</p> <p>・ケース発見のノンプロルートだってプロルートだって共通に処理してくれる分配器があって、それに基づいてケアプランも組まれるし、サービス種別のところに書かれた機関——医療機関からその他まで全部含めて、役割分担まで仕組むことができる。そこがポイント。プロのほうの流れはケアマネジャーが分配器になって、仕組みとしてはもうあるわけで。</p> <p>・要は、ある程度のお膳立てとして、余り経験がないケアマネジャーや、力量がまだまだのケアマネジャーだったとしても、ある程度すぐに分配器にかけられて、ある程度お膳立てがされているものをケアマネジャーがキャッチして、それにならってやっていくということ。いってみれば、初期集中支援チームとケアパスがそれにあたる。</p> <p>・やっぱりそれは、底上げにもなると思う。ケアの質だとか連携とかということの。完ぺきではないかもしれないけど、とりあえずはルールというか敷かれたシステムに乗っかってしまえば、自分が気づかなかろうが何だろうが、ある程度あぶり出しがされるよという状況って非常に大きいと思う。</p> <p>・ケアマネジャーはもちろんハブではあるんだけど、その前のハブ——分配の意味と違うから、サービス発生に対するハブになってくるわけだから、機能がしやすくなるかもしれない。</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ・何でも屋さんが少し整理されて、ああそうか、自分はケアマネジャーの立場でこういう動きをすればいいんだな、この場合はここに連携をとってお願いして一緒に動いてもらえばいいと整理がつくだけでも、非常に、いろんな意味でプラス、メリットは多いかもしれない。 ・その後で、本人とその家族がどういうふうを選んでいくかはまた別の話になるかもしれないけど。 ・ケア 24 にくるのも、通常のルートでケアマネジャーさんのところにくるのも、全部 1 回分配器にかかる。その結果、要支援だって要介護だってケアプランは立つ。ケアプランをつくって、サービスを実行していくそのときに、分配器があるので連携がうまくいくでしょうと、こういうことでいい？
<p>② 医師に対する医療連携の方向付けの必要性</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・分配器があれば、例えばドクターは別にそこまでしなくていいと思ってるかもしれないけど、いや、ここで分配器のほうからのこういうこともあったのでというの言えたりとか、もしくは家族だったりとか。ちょっとそろそろ資料があったほうがいいのかいいというふうなデータも出ていますのでという、そういう使い方もできる。 ・大義名分というか、いや、この地域ではそもそもそういうシステムになっていますという決まり事みたいな話になっていけば納得する。 ・例えばケアマネで、「ここに連絡とらないとだめなんじゃないの？」と周りがアドバイスします。だけど、連絡をとらないです。必要だと思わないから。でも、そこに連携とってやりとりをすれば、もうちょっと、今の詰まっているところがスムーズに行くのになと周りはわかっているけど、なかなかそれができない。それが、そもそもシステムとしても、みんなそういう関係機関かかわるのよ、こういうスケールでこうなったらこっちのほうにも連携とんなきゃいけないのよと、決まり事みたいな感じだと、そこは、普通に抵抗感なくやりとりするし、すんなりとはいかないかもしれないけど、一応、ある程度意見をお伺いをするという姿勢は多少、どんなに意固地なケアマネでも（笑）持てるかなと。 ・医療機関のほうに分配器があるので、そんなに無視できないというか。こちらのほうが連携とろうと思ったことに対して軽くはできないというか。分配器を尊重してもらってかかわるような形になっていけば、連携もしやすくなるかなと思いますけど。 ・家族は、すごくご本人思いな家族だったりとかすると、「いや、そんな症状は全然ないです」と言っちゃったりして、「受診しなくてもいい」と言っている場合もあるけれども。分配器から出て、主治医もその分配器のことを重要視してくれば、後押しをしてくれる。 ・分配器に投げ込まれる情報というのが、さっきいった、例えばいわゆる

	10 項目の、ベースとして、まずは共通の言語のものを分配器に投げ込む。
③ ケアマネジャーへのサポート、協働	<p>・分配器というのは、当然、投げ込まれた情報に対して的確に対処できるメンバー、チーム構成でなければならない。そうすると、少なからずとも、最初のシステムができる前の今までのやり方よりは、専門的な見地というのは、分配器のほうから、「じゃ、ケアマネさん、こんなんどうかしら？ こういうこともやったほうがいいのではないか？」と、例えばそういうアドバイスをもらえるなど、そういうことにはなるのかなとは思う。</p> <p>・中には、1人で抱え込んで大変なケアマネジャーっていっぱいいる。だけど、こういう分配器、ちょっと助けてくれるような人が、そもそもこういう場合はここにつながるそういうシステムなのよということさえ頭に入っていれば、そこで知恵をもらうということ是可以する。</p>
④ 連携のためのチームビルディングの促進	<p>・そもそもこういうシステムがなくても、分配器たるチームビルディングというかチーム形成をすること、できるケアマネジャーはいいとは思いますが、それができないケアマネジャーはしんどいですよね。それが、最初のちょっとした情報から、いや、この可能性あるから、分配器がかかわる必要性がどうもありそうだよということで、最初から、あんた、頭の中にこれ入れておきなさいよというようなものがあれば、非常に、ケアマネの立場からすると動きやすいしありがたい。</p>
⑤ アセスメントの方向付け	<p>・認知症の人だというだけで、つまり、チェックリストにひっかかったというだけで分配機にかけると。</p> <p>・この分配器というのは、フォーマルサービスとインフォーマルサポートと両方扱う。フォーマルサービスのほうでは医療で、これは、治療をしますから診断つまりアセスメントをもちろんやる。福祉のほうの部分についても、これはケアですけれど、これもアセスメントをしますと。このアセスメントというのは、医療職がやってくれるアセスメントの部分と、福祉系の生活系のアセスメントと両方あるということです。この2つが重なって、本人家族はこうしてよというのがくる。だから、ここでアセスメントはしなくていい。振り分けができればいい。</p> <p>・医療の視点から見ると、ケアするときこういうところ注意してねというのがあると。福祉系からすると、生活面のこういうところに注意しないといけないというアセスメントもある。その両方のアセスメントからきた情報は、本人家族に流れて、本人家族のセルフケアに行き着くと。そうすると、医療と福祉とクライアントのファミリー、ここの連携というのができる</p> <p>・ここで、最初の見立てだけしてくださいと。認知症で救急なんていうのはないわけだから、基本的にはきつと。そうすると、あとは、それぞれの主治医、内科医だろうが何だろうが主治医のところに流しけると。浴風会が。</p>

	<p>連携をとりながら、日ごろは主治医さんとやっていくと。ケアマネジャーさん、こういうケアプランつくってねというふうにアドバイスをケアマネジャーに流す</p>
<p>⑥ 一旦ケア 24に情報 を集約する</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ ノンプロにきたのもプロにきたのも、全部ケア24に1回入る ・ ノンプロで発見されてきて、チェックシートでチェックがついて、ケア24の箱に入りました。それが分配器にきました。 <p>そうしたら、浴風会病院が自らいくかどこかよそに頼むかは別にして、「おれは認知症じゃねえから受診しない」という人に対して、今度こっちから出かけていくというこういう路線に。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ケア24の保健師さんとかソーシャルワーカーが出向いて行って、「いや、おれは認知症じゃねえ」といって頑張っているじい様を何とか説得して受診につなげるというのが、本来の姿のような気がする。だけど、それはちょっと無理ねという話なわけでしょう。 ・ どうしても病院にいかなきゃいけないの。クリニックでもいいから、どうやっても医療機関にかかってもらいたいから、例えば隣のおじいちゃんだったとしたら隣のおじいちゃんが頑張るとか。民生委員が頑張れる？ そんなにいないでしょう、民生委員って。 ・ 少なくとも網にかかった人をサポートするチーム構成はできるわけだよ、少なくとも。
<p>⑦ 分配器は 地域ケア会 議、在宅医療 地域ケア会 議</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 定期的に地域ケア会議がひらかれていけば、そんなにタイムラグがない状態で ・ 包括の地域ケア会議にかけられるケースを探している。 ・ 在宅医療地域ケア会議との協働でどうするのかということ是可以する。 ・ それだと、接近困難みたいなそういう事例でも、そこでやいのやいのやって、どうするどうするとか、じゃ僕いくとか、あそこに、と、いろいろごちゃごちゃできるわけですよ。 ・ イレギュラーな人を問題視しているわけだから。全部ケア24にあって、地域ケア会議が分配器の役割を果たします、で、地域ケア会議には保健医療福祉の専門職がきています、それ以外の人——非専門職の人もきています。そうしたら、医療がやること・福祉がやること・インフォーマルがやること、この全部がそこで明らかになるじゃないですかと、 <p>そこで、つながらない人については、ケア24の保健師さん社会福祉さん、ちょっとアプローチしてみてよというふうになると。</p>

表5 分配器としての地域ケア会議のあり方

小見出し	具体的な意見
<p>① 具体的なアクション、ケアプランにつながる地域ケア会議のゴールの設定</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・実際にアクションしていかなければ全く意味がないので、みんなで話し合ったところで。その動きができるチームづくりから、ここまで本当、持っていっちゃえば、ですね。だから多分、もっといっぱい、1人1件ね、なんて制約しなくてもみんな出してきてくれると思うし。その意味があるという実感を持ってもらえればいいから。 ・だから、いやいや、きょうはそういう会じゃないからと。きょうはこういうのをどんどん言ってもらって、この答えが欲しいというのがやっぱりなかなか明確にならない。だから区役所のほうも結局、今言われている ・ここまで持っていこうという、そういうのがあって初めてディスカッションも意義ある方向に、アジテーションしていくのもそうじゃないですか。でも、この漠然と集まってディスカッションすれば何かできるかという、そんなことはないだろうって思っている。だからこの地域ケア会議というのに対して、これがね、こういうことで、というのがあれば、非常に持っていきやすいというか。 ・具体的に何をこの会で成果として上げなきゃいけないのかというのは明確に共有できる、言葉で、共通の言語で、それぞれが認識をしてやらないと、ということですよ。最後はケアプランまで持っていかなきゃいけないのを考えていかなきゃいけないので。
<p>② 待ちのチーム体制づくり</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・具体的な、例えば、今回、ディスカッションした事例の中でも、病識がない、待ちながら、いつでも手が出せるように待機しておく。 ・お医者さんはお医者さんでこういう立場で、やっていこうねって。じゃあ、民生委員さんは民生委員さんでとかっていう役割分担がきちっとシミュレーションできて、さあ、よし、今だ、というときに、手が出せる。そこまでみんなでこうやって、この場合はこうだよ、ああだよっていう手ぐすね引いて。そんな感じで待っていれば、その事例に対していいアクションができて、それこそがみんなでできる地域包括というものじゃないの、という気はするのよね。
<p>③ 役割の明確化</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・この前の地域ケア会議に出たケースは全部インフォーマルなサポートだけで終わりました。ただそれをだれが見守っていくのかというので。ケアマネジャーの役割の人をまた1人つくらなくちゃいけなかったりとか、というのもあったりするんですけど。そうやって役割をはっきりすることが大事。だれが何をするかというのを。 ・だれが何をするのか。いつだれが何をするのか、というのがわかるゴール設定にしておかないと、それは機能しないと思う。

	<ul style="list-style-type: none"> ・もし、医療につながってない、というような人がいたとして、それを医療につなげていかになくちゃいけないと。その問題点が何なのかというのを分配器の中でもみ込んでいって、ある程度の方向性をつくって、じゃあこの先生にお願いしましょう、というような方向になったとして、でまた、それを偉い人たちでもむってことでいい。
④ 在宅医療 地域ケア会議と地域ケア会議の役割分担	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア会議って今、2つ大きくあるじゃないですか。在宅医療地域ケア会議と地域ケア会議ってあるじゃないですか。多分それがね、混在している話になってしまうと、またややこしいような気がする。 ・医療のほうは役所が連携し、地域ケア会議については、もうケア24が主催でやって、一応役所にその報告書を上げるという構成になっている。 ・在宅医療地域ケア会議としても、最初、じゃあ、やりましょうと言って、各選ばれた選出した先生と各地域のメンバーが集まって、こういう趣旨でやりますっていう説明受けたけど。はてな、みたいな、みんな、何をやればいいんですかっていう、結局同じなのですね。明確に示されていないので、ただ、何となく漠然と、それこそ、やっぱり医療との連携が大事、みたいな、乱暴に言ってしまうえばそんな説明だけで、あとはそれぞれで各グループで考えていただいて、というスタートだった。で、結局、各地域で、あ、こんなんやったら結構盛り上がったよ、とかね、実際、顔の見える関係ができて、よりふだんの連携もとりやすくなった。 ・今回のこのテーマが、高井戸地区における居宅の認知症患者への在宅医療にかかわる諸資源間の連携における課題及びその要因に関するっていうものなので、そうすると、そっちで使う手もありって思った。逆にね。在宅医療地域ケア会議を分配器のところに当てはめられるものなのかしら、ともちよっと思った。

表6 課題解決に向けたシステムの構築（チェックリスト、ワーキングチーム、オペレーションプラン、分配器、モニタリングプラン、サプライプラン）

小見出し	具体的な意見
① 困難ケースへ関わりの方向性を示す、オペレーションプランが重要	<ul style="list-style-type: none"> ・病識がないのなら、病識をもってもら。病識をもってもらにはどうしたらいいか。家族が拒否している。では家族に理解、納得してもらにはどうしたらいいか。という戦略を立てる。だけど、すぐにはできない。骨折するまで待たなくてはいけないとか。という話はこれではないか。軽く転んでもらうとか。なんかのサービスを、杖1本、ベッドひとつでもいいから入れることによって、介入が始まるから。そこから信頼関係を構築していって、やがて安定した全体のケアプランにもっていく。このオペレーションシステムが、何より大事。

	<ul style="list-style-type: none"> ・オペレーションをつくるというと、指揮命令系統が働くということ。介入のタイミングとアクション。 ・オペレーションプランというのは、指揮命令系統を強化する、働かせる。そういう機能をもっているのではないか。実はこれを働かせることが、連携を成功させるカギではないか。 ・格差のあるケアマネの問題も軽減できる。たぶん、医師も動く可能性もある。モニタリングプランに書いてあれば、「ああ、おれ、やんなくちゃ」と思う。「これがあんたの仕事だよ」と役割を明確にすることができる。
<p>② テーマごとに、必要な役職名が示されたオペレーションプラン</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・僕のイメージだと、テーマがある。で、ワーキングって、どんなオペレーションプランをつくるのかということ。 ・例えば何とかの拒否だというようなときに、先ほどの例だと、何とか、どういう事態が本人に起きたときに介入のタイミングですよ、ということがあられるでしょう。タイミングって、どのときにタイミングなのかっていう時の流れがこっちである。どういう事態が起こったときで、それぞれ介入する人が違う。で、ここに本人とか家族とかケアマネジャーとかホームヘルパーとか、ナースとか、こういうのが入ってくる。ここを決める。このケースだったら、こういう人たちがケアチームを組まないとだめよ、というのと、どのタイミングのときにこの人たちが活躍、どういう貢献をするのかというのがわかっていて、これが、このマトリクスがオペレーション。ホームヘルパーとかっていう職種名だけでいいってことです。それを、例えば、地域ケア会議とか事務局に投げて、じゃこの人に来てもらおう、集まってもらって会議開かないと、何、どこまでできるって埋められないねって、そういうことが書かれるということ。オペレーションプランの正式バージョンが地域ケア会議からオーソライズされておりてくるという。ここの部分だけ、基本的にここの部分がまずここで大事になる。ここは何となく原案みたいのをつくって。 ・こんなのやってくれたらいいね、的な、のをやって、いや、でもできないとか、無理とかいうのが実際にはケア会議で、オペレーション出てきたけど、みたいな、修正されたのが正式版として。
<p>③分配器（地域ケア会議）の役割：ワーキングチームが作ったオペレーションプランの権限の付</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・オペレーションプランをがっちりつくれる人が地域ケア会議に集まること。いろいろな意味で力をもっていること、チームを動かせる力をもっていること。地域ケア会議ではあくまで行政のもの。権限はある。 ・オペレーションプランはとてもよくできていないといけない。地域ケア会議の下に、ワーキングチームとか入れたりして、それを地域ケア会議から委託されてプランをつくってあげる。それで、地域ケア会議でオーソライズされて、行政権限に基づく指示になる。

与	
④ ワーキングでやるのは関わるところの連携デザイン	<p>・ワーキンググループのところで、やるのは、このケースはこことこことこここの機関がかかわって、ちょっと在宅医療地域ケアで1回ちょっとケースもんでねって投げるところまで。で、具体的にその中で、待ち、じゃどうなったら介入のところなのかというのは、各その保健センターだの、お医者さんだの、何だのだとかいうのが、そこにもしくはケアマネとかそういうのも入るのか、というところで、具体的な計画が練られるということですかね。そのメンバー集まってないとこれ議論できないからという指示を出すのがオペレーションという感じですね。</p>
⑤ 接近や介入が困難なケースへの待ちの体制づくりのためのモニタリングプラン	<p>・まだサービス入れられない「待ちの状態」。それは「モニタリングプラン」をつくるということ。モニタリングプランとは、そのケースの介入のタイミングとそのタイミングがきたときにどんなアクションを起こすのかを書いたもの。</p> <p>・オペレーションプランがオーソライズされたものがモニタリングプラン</p>
⑥ 介入困難だが一部介入可能な対象に対する移行的なケアプランとしてのサプライプラン	<p>・一方なんとか導入できそうという部分もある。これは、サプライプラン 実際、サービスサポート提供するプランができる。これはフォーマルサービスとインフォーマルサービスがある。それはきっかけにすぎない。だんだん安定するようにサービスサポートが増えていく。という構想をもったもの。それを言ってみれば、ケアマネがつくるケアプランというのではないか。</p> <p>・とりあえず、スリムウォーターベッドだけ入れられました、いうやつはケアプランつながるが、これはサプライ。でも本格的なケアプランじゃない。だから、基本的な考え方は、プロが描くケアプランというのは2つあるということ。1つはこうあったらいいな、という理想的なケアプランと、だけどこの人こういう状況だから、それはできないと、現実にはスリムウォーターベッドしか入れられませんという現実のケアプランと。だから、プロは必ず2つのケアプランを頭の中に描かないといけないわけですよ。</p> <p>・本当は外部との交流をして、少しでも認知症の進行を食い止めたいけれども、あえて本人が納得している4点づえを1本だけ、とりあえず貸して、とか。買い物だけ行ってとか。</p> <p>・予防プランの下のところを書く、本来こういうサービスが必要だけど、こういう事情で今はこれっていうやつだね。</p>
⑦ サプライプランがよ	<p>・サプライプランになってくると、もう、ケアプラン、ケアマネジャーが絡んできている。それがよりケアマネジャーの理想するプランになったのがケ</p>

<p>リケアマネジャーの理想とするプランになったのがケアプラン</p>	<p>アプラン。だから、サプライプランとケアプランは何となく同じようなイメージ。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サプライのケアプランが充実してくると、理想的な、その人にとっての理想的なケアプランというのができ上がってくる。そうすると、何となくこれを完成させると、あ、この人についての支援計画ができたぞ、みたいな感じがみんなする。 ・表に落としこめればね。自分は何をしなくちゃいけないかというのもわかる。 ・タイミング待ちと言って、ずっと言い続けて見逃されちゃうということもなくなるし。見直しもできるし。いいですね。
<p>⑧ 地域の非専門職が役割分担の中に組み込まれる仕組みとしての地域ケア会議</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア会議で私がいいなと思ったのは、本当に地域の人たちが、この本人と家族を見守って行ってあげないと、要はノンプロの人たちの立ち位置の人たちが、結構活躍する。そこの中でのタイミングをはかる役割をノンプロが、なんて言うのかな、目になっていたりとかする、その人たちから例えば包括に連絡が来たりとかということもあったりするので。地域ケア会議が無意味とは私は思わないですけど。 ・もしその地域ケア会議というか、やる、ここの本当の意味の部分とするならば、そのノンプロの人たちをどういかに生かしていくかという項目がもっとふえてくると思う。 ・役割分担の中で一番上はもちろん本人。で、次が家族です。次に専門職とか何とかが出るのかはもっと後ろで、近隣、近隣住民とか。で、その後にプロのサービスが並んでいく。だからここは必須です。本人、家族、隣近所。ここも必須。ここが地域ケア会議、魂が。 ・実際、近隣の方とかご家族のところきめ細やかにちょっと、配慮して、果たしてそれが会議体として進められるかというところがあるね。であれば、もう専門的なところ、当然、本人、家族、近隣の方とかは外せないというのはあるので、それは絵としては入っているが、まずはその在宅医療地域ケア会議でよりちょっと、とりあえず先にそっちでもんでくれと。それで、その後、地域ケア会議のほうに戻ってくるとかということもあり、なのかなと。そこで要約された状態のものをノンプロの方たち、近隣の方たちもちょっとわかりやすく、より丁寧に、ちょっと、話していただくという。
<p>⑨ 医療の機能不全は、在宅医療ケア会議に投げたほうがよ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医療の機能不全みたいなというのは、在宅医療ケア会議に投げたほうが、こんなことがおこっている、みたいな、なるわけですよ。 ・本当に待ちのケースとかであれば、別に在宅医療ケア会議にかけることはないの、むしろノンプロの人たちの見守りとかが必要なので、このやつでいくとき、地域ケア会議で、その判断をしていく形。

い	<p>・本当の意味での接近困難というのは多分、行政に直で行っちゃおうと思う、多分ね。かかわり困難で、より医療というか、専門的な話をしていかなくちやいけない人たちは在宅医療地域ケア会議にいつちゃって、もっとノンプロの人たちの活躍を含めていかなくちやいけないようなところに関しては地域ケア会議が担っている。</p>
---	---

3. 高井戸地区における在宅医療連携の課題への対応策

先の作業グループの検討において、高井戸地区の認知症の人の困難ケースの背景として、都営団地等の孤立しがちな高齢者をどのように発見し、介護や医療のシステムにつなぐかというケース発見に関する課題、介護支援専門員の認知症の人の暮らしに関するアセスメント能力や医師との連携に関する能力の差異があるという課題、訪問医等の医療資源の不足や医師間の連携の課題、地域ケア会議の位置づけや機能のあり方に関する課題があげられたが、それらの課題に対応する方策について作業グループで検討したところ、まず、ケース発見から病院への受信につなげるまでの課題への対応としては、ケース発見の担い手としての地域住民の重要性があげられた。潜在化しやすい対象の発見には、普段の生活の中で、近隣の認知症の人の生活の変化に気づき、ケア 24 等につなげていく住民の存在の重要性があげられた。この機能をさらに向上させていくための取り組みとして、ケース発見に必要な要件として連絡先の知識や、他者の状況を把握する際どの点がポイントとなるかを理解し、自らの状況も客観的に把握し主体的にシステムにアクセスするための動機を高める役目を果たすチェックリストの作成や、様々な施設やイベントでこのチェックリストを配布し入手することができる体制づくりの重要性が指摘された。このチェックリストに関する具体的な意見としては、簡易かつ、住民の認知症の早期発見への動機を高めるようなものであることがあげられた。この背景には、認知症を他人事としない風土の醸成に寄与することや、発見の遅れを当事者の主体性を高めることで軽減しようという意図がある。内容としては、10 項目くらいの簡易なものでありながら、暮らしの様子を医師等の医療関係者と共有できるようにするために、普段の経験則を反映した認知症の周辺症状を具体的に文章化したものといったアイデアがあげられている。こうした目的のシートとあわせて、情報の質と量という専門職間の力量差を補う連携シートの必要性が指摘されている。

次に、ケアマネジャー間の力量の差異への対策に関する具体的な意見としては、チームとしてそれぞれの専門性からサポートしあい必要な情報を吸い上げるといった現状でもできる取り組みの方向性に加えて、アセスメントや医療との連携によるケアマネジャーの力量差によって生じる支援内容の差異を埋めるために、ケースごとに必要な支援のあり方を方向付け、ケアマネジャーを支援する仕組みを作る必要性があげられた。すなわち、どのようなサービスや人々が関わり連携していくか、いわゆるケアマネジメントの差異を埋めるために、資源や役割を分配する役割を果たす機関の必要性が指摘された。この振り分け

役（分配器）の必要性に関する具体的に対しては、ケアマネジャーの力量差を埋め、支援の平準化を促すとともに、医師との、あるいは医療機関間の連携を促進することも意図されている。この分配器を通して、アセスメントの方向付けが行われ、連携に必要なチームビルディングの促進を行うのである。この分配器は地域ケア会議、在宅医療地域ケア会議が担うことを想定して検討された。分配器としての地域ケア会議のあり方に関する具体的な意見としては、これまでの単なる事例検討会ではなく、具体的なアクション、ケアプランにつながるゴールの設定を目指すものになる。このゴールとは、接近困難事例への「待ち」のチーム体制づくりであり、各関係者の役割の明確化が行われた状態を目指すことになる。また、現在併存している、在宅医療地域ケア会議と地域ケア会議を、それぞれ在宅医療のそれぞれの特色ごとに機能することが目指される。

これらのアイデアをより具体的に詰めていった結果として、分配器、オペレーションプラン、モニタリングプラン、サプライプランといった一連のシステムに関するアイデアが検討された。オペレーションプランとは、ケア24に持ち込まれた困難ケースへ関わりの方向性を示すいわゆるものである。このオペレーションプランとは、各困難ケースのテーマごとに、必要な役職名が示されたプランであり、必要な連携のデザインが示されたものであるとされた。このオペレーションプランはケア24内のワーキングチームにおいて作成され、分配器としての地域ケア会議、あるいは在宅医療地域ケア会議にかけられ権限の付与されることによりその実行力が担保されるのではないかという意見がだされた。地域の非専門職が役割分担の中に組み込まれる仕組みとしての地域ケア会議、医療の機能不全は、在宅医療ケア会議に投げたほうがよいという意見があげられた。このオペレーションプランは、接近や介入が困難なケースへの待ちの体制づくりのためのモニタリングプランと、介入困難だが一部介入可能な対象に対する移行的なケアプランとしてのサプライプランに分けられる。サプライプランとは、介入困難な状況によりケアマネジャーからみて不十分状態であるケアプランとされた。（表7）

表7 困難ケースの課題へ対応するアイデア

オペレーションプラン	接近困難、介入困難なケース、在宅医療連携が困難なケースなどのテーマをもった「困難ケース」に対し、テーマごとに、必要な役職名が示されたプランで、必要な連携のデザインが示されたもの
分配器	地域包括支援センターのワーキングチームにおいて作成された、オペレーションプランを検討し、権限を付与し実行力を付与する。地域ケア会議等が想定
モニタリングプラン	接近困難な事例に対する見守りの体制と介入のタイミング、それぞれの役割、アクションを示したプラン
サプライプラン	介入困難な事例に対する見守り体制と介入のタイミング、それぞれの役割、アクションを示したプラン

VI まとめと今後の課題

1. 認知症の人の支援の在宅医療連携に関する高井戸地区の課題

1) 早期発見、早期介入の必要性

高井戸地区の課題として、早期発見、早期介入の必要性があげられた。困難ケースに共通する、接近困難性あるいは、介入困難性をもつケースは自ら病院を受診する等介護保険サービスの利用をするといった社会資源にアクセスし、主体的な課題解決への動機が弱いと考えられる。この背景には、家族、本人による状況改善に向けた働きかけが難しいほど問題が重度化してから支援が開始されている点があると考えられる。そのため、早期発見、早期介入が重要となる。また、主体的な課題解決への動機の低下は、例えば「認知症である」「劣悪な環境条件である」といった支援者側が考える現状認識と大きな隔たりがあり、「問題はない」「このままでいい」といった認識にあることがあると考える。この早期・発見と現状認識を修正するためには、自らの状況を客観的に把握するための自己チェックシートや、非専門職である近隣住民でも課題を認識できるツール等を整備し、地域包括支援センター等へ相談できる体制づくりが必要であることが議論された。

2) ケアマネジャー等の支援者の力量の差異

作業グループで検討する中で、指摘された課題の2つ目は、ケアマネジャー等の支援者によって上述のように本人あるいは家族と現状認識の差異を埋めていくためにアセスメントを展開していく能力や、医師等の医療資源との連携していく能力には当然のように差異が存在することである。この課題の解決に対しては、個々のケアマネジャー等の支援者の力量の向上をすることが必要であることはいうまでもないが、普遍的にこの力量差が一定の程度で存在せざるを得ないことを前提にしながら、地域の中で起こるこうしたケースにシステムとして対応できる方策を検討することの必要性が指摘された。

3) 在宅医療システムの機能の改善

ケースを発見し、適切なアセスメントのもと、認知症の人の暮らしに必要な資源を導き出すことができたとしても、それに応えうる在宅医療のシステムには、訪問医の不足や、医療機関間の連携の不足などから限られた医療資源を適切に分配できず、長期間にわたり診断が受けられない状況や、定期的な診療を受けることができないなど、認知症の人の暮らしに沿った在宅医療を受ける体制になっていないことが指摘された。さらに、こうした課題をとりあげるはずの地域ケア会議、あるいは杉並区独自のシステムである在宅医療地域ケア会議も現状においてはその目的や役割が現場の立場からすれば明確になっていないという課題があげられた。

2. 認知症の人の支援の在宅医療連携に関する高井戸地区の課題への対応案

1) 課題に対応するシステム

以上のように、社会的に孤立し、認知症の早期発見・早期診断と、その後の認知症の症状の進行にあわせて必要な医療・介護資源への流れを整理するという一般的な認知症ケアパスにのることができない、支援者側の接近が困難で潜在化しているケースについては、早期発見、早期介入のための仕組みをより前進させていくことに加え、こうしたケースが持つ、接近困難性、介入困難性に対応しつつ、在宅医療の諸資源との連携を促進し対応できる体制を構築していかなければならない。本研究においては、高井戸地区の現状も踏まえながら、次のような仕組みが検討された。(図1)

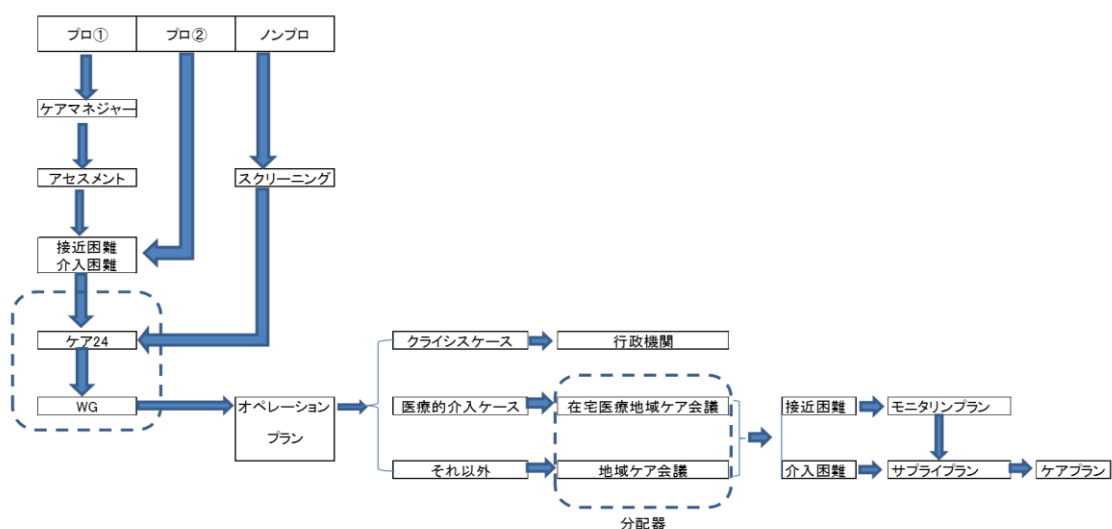


図1 困難ケースに対応するシステム案

① ケース発見

ケース発見には、ケアマネジャー、あるいはケアマネジャー以外の専門職、さらには、住民による発見の経路があると想定される。特に、住民による発見の経路を高めていくことが必要であり、そのためのチェックリストの整備が必要である。潜在化しやすい対象の発見には、普段の生活の中で、近隣の認知症の人の生活の変化に気づき、ケア24等につなげていく住民の存在が重要である。この機能をさらに向上させていくためには、ケース発見に必要な要件として連絡先の知識や、他者の状況を把握する際どの点がポイントとなるかを理解しておくことが必要となる。そのためのチェックリストを広く住民に普及させていくことが必要となる。この取り組みの中で、自らの状況も客観的に把握し主体的にシステムにアクセスするための動機を高める役目を果たすことも期待できる。

② ケア24のワーキングチームによるオペレーションプランの作成

発見されたケースは、まず、地域包括ケアシステムの中核機関ともいえるべき地域包括支

援センター（ケア24）に集約されるべきである。ケア24では、持ち込まれたケースに関して追加の情報収集を行い、いわゆる接近困難、あるいは介入困難なケースであるかどうか等のスクリーニングを行ない、どのような体制でケースに対応していくかについてを示した「オペレーションプラン」の検討をする。この作業は、ケア24内のワーキングチームにおいて作成する。このオペレーションプランとは、接近困難、介入困難という「待ち」の対応が求められるケースなどの特定のテーマを持つケースに対し、どのような人々や諸資源が共通認識を持ちながら関わっていくかの方向性が示されたものであるといえる。（図2）

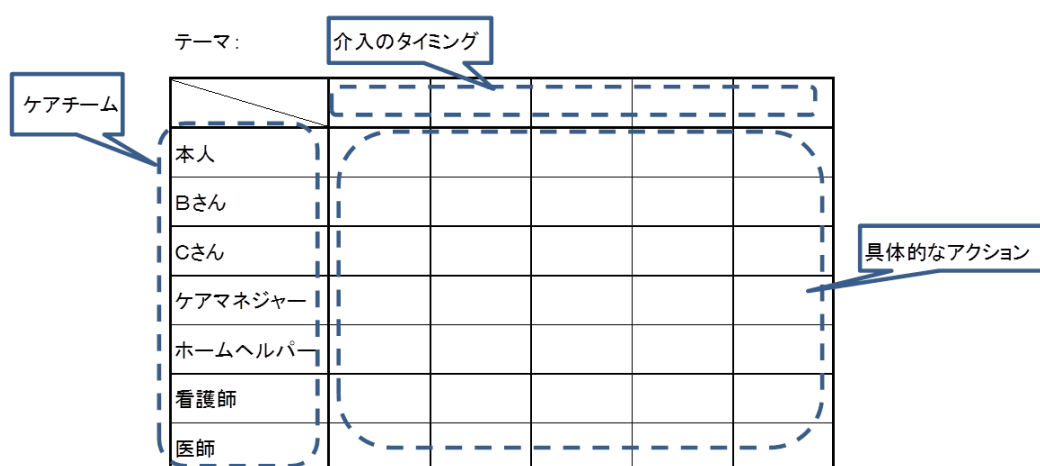


図2 オペレーションプランの書式例

③地域ケア会議、在宅医療地域ケア会議によるオペレーションプランの検討

ケア24から提出された、オペレーションプランについて、地域ケア会議あるいは在宅医療地域ケア会議で検討され、プランがオーソライズされる。会議には、オペレーションプランに従って必要なメンバーが招集され、チームのメンバーと役割、連携の方向性が確定され、実行可能な状況にしあげていく。なお、ケア24の段階で緊急の対応が必要と判断された場合、区役所との連携による対応になるであろう。作成されたオペレーションケアプランの性質から、医療連携の必要性が高い場合は、在宅医療地域ケア会議にわけるといふ方向性は、杉並区の強みを生かせる方策ではないだろうか。

④モニタリングプランとサプライプラン

いわゆる「接近困難」なケースであり、介護保険制度の利用や受診を拒否しているような、積極的な介入に至らない「待ち」のケースについては「モニタリングプラン」の位置づけとなり、ケースの状況の見守り体制、及び介入のタイミングが訪れた際に適切に介入できる連携体制の構築を行う。同様に、「介入困難」なケースについてはケアマネジャーを軸としたチームを編成し、より必要なサービスの導入への移行を想定したとりあえずの対

応を行う「サプライプラン」の位置づけとなる。このサプライプランは、ケースが安定に向かうにしたがってより理想の「ケアプラン」に近づいていく。

このシステムにより、ケアマネジャーによる力量差と、医療システムの機能不全の解決を図ることが可能となるのではないだろうか。地域ケア会議、在宅医療地域ケア会議での検討を経ることによって、オペレーションプランに公的な権威が意味づけされる。これにより、地域の医療の機能不全や連携におけるケアマネジャーの力量差の解決が行われることが期待される。また、現在、目的や位置づけが不明確である地域ケア会議、在宅医療地域ケア会議も、地域包括ケアシステムにおける目的や位置づけが明確になると考える。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、高井戸地区に関わる地域包括支援センター、あくまで介護支援専門員による意見をもとに現状の課題とその解決策の方向性を検討したものであり、本方向性を行政機関、医師会等、認知症施策、在宅医療施策に関わるキーパーソンとのさらなる協議を行う必要があることはいうまでもない。そのうえで、同システムの有効性についてモデル事業として実行することでさらなる知見を得ることができると考える。

また、本研究で指摘された課題は、当該地区のみならず、他地域においても生じている課題であると考えられ、今後の研究を進める中で、他地域に活用可能な知見が抽出されることが期待される。

なお、本研究は、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の助成によって実施した。