

診療所を核とした地域連携による 認知症の人の在宅支援の実際



▶いずみの杜診療所 地域連携室 室長 川井丈弘

1998年東海大学工学部卒業。大学のボランティアサークルの活動を通して福祉に興味を持ったことが、現在の職に就く大きな転機となる。建設会社に就職し5年間勤務した後、2003年6月に清山会医療福祉グループに就職。グループホームみやぎの杜、いずみの杜診療所、介護老人保健施設いずみの杜などで現場経験を積み、エリアマネージャーなどを務める。2014年4月よりいずみの杜診療所地域連携室室長就任、現在に至る。介護福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員。

宮城県仙台市



仙台市における要介護高齢者の 現状や地域の課題

■仙台市の人口動態

仙台市は、宮城県の中部に位置する同県の県庁所在地であり、政令指定都市である。仙台市発表による「統計情報せんだい」¹⁾によると、2014年11月1日現在の仙台市の推計人口は107万3,681人、世帯数は49万1,839世帯となっており、人口および世帯数は年々増加傾向にある。

また、65歳以上の人（第1号被保険者）は、2014年9月時点で22万1,012人（高齢化率20.5%）である。このうち、65～74歳までの前期高齢者が11万7,903人（53.3%）、75歳以上の後期高齢者が10万3,109人（46.7%）と、「団塊の世代」が65歳に達しはじめ、高齢者人口の増加傾向は仙台市も例外ではない。独居高齢者や認知症高齢者、老々世帯の増加や、要介護等認定者の8割以上が後期高齢者である現状から、2014年度における要介護等認定者数は3万9,759人、出現率は約18.0%と見込まれている。

■東日本大震災で浮き彫りとなった 医療・介護の課題

仙台市に限定せず東北の現状に目を向けてみると、やはり東日本大震災による影響は、当時から3年半経った今も大きく感じられる。

震災を契機に認知症やその他の精神疾患の発症・悪化につながるケースはいくらかもある。

2014年9月1日時点の仙台市内の応急仮設住宅への入居世帯数7,605世帯のうち、65歳以上の高齢入居者の割合は21.3%となっている²⁾。被災した高齢者に対する医療と介護の相談窓口の確立と、支援拠点の機能強化が望まれる。また、地域包括支援センターや認知症の人をみる地域のかかりつけ医の対応力の向上が望まれ、認知症専門医との連携により、本人が安心して暮らせる仕組みを築くことは、直近の重要な課題と言える。

大震災では、高齢者への支援拠点となる医療機関や介護施設においては、食料などの一定程度の備蓄や設備の機能強化が必要不可欠であり、町内会や民生委員、地域包括支援センターなど、地域の中での連携や協力の重要性が改めて認識された。災害によって浮き彫りになった地域の課題を、日常の実践を通して解決していくことが求められている。

いずみの杜診療所 地域連携室の機能

■地域連携室の開設

当診療所の敷地内には、20床の介護老人保健施設、2ユニットのグループホーム、定員10人のデイホーム、そして居宅介護支援事業所や地域包括支援センター、さらに院内

清山会医療福祉グループ

もの忘れ・認知症医療支援

訪問チーム ▶ 認知症専門医・看護師・理学療法士・作業療法士・精神保健福祉士・介護福祉士 など

安心して暮らせるよう、身近な支援を目指します。

- もの忘れ、認知症の相談
- 認知症の鑑別診断と早期の治療
- ご本人、ご家族に応じた適切なサービスの提案
- 地域での生活を支える医療・介護サービス事業所との連携
- 認知症に関する研修会の開催 など

※受診の困難な方には、ご自宅や介護事業所、病院などに訪問致します。



賢治画

認知症疾患医療センター

▶ オレンジプランに沿った
早期支援と危機回避支援

いずみの杜診療所

地域連携室

〒981-3111
仙台市泉区松森字下町 8-1

☎ 022-341-5850 土日・祝除く
10時から16時

✉ izumi-renkei@izuminomori.jp



みはるの杜診療所

地域連携室

〒983-0005
仙台市宮城野区福室 2-5-2 7

☎ 022-254-7201 土日・祝除く
10時から16時

✉ miharu-renkei@izuminomori.jp

保育所などがあり、運営方針である「地域密着多機能」を方針としながら、地域に根差した医療と介護の構築に取り組んでいる。

2014年9月1日、当診療所は仙台市より認知症疾患医療センター（診療所型）の指定を受けた（資料）。これに先立って2013年9月から、認知症医療支援診療所の地域連携モデル事業に参加し、診療所内に地域連携室を設けて、専用の電話とメールアドレスを用意し、関係機関に広報した。地域連携室のメンバーは、精神保健福祉士1人、看護師3人、理学療法士3人、言語聴覚士1人、医師1人の計9人で、必要に応じて自宅や施設、医療機関を訪問している。

当診療所では、地域連携室が相談を受け付けてからできるだけ早期に、相談員と専門職が自宅や医療機関などを訪問し、本人や家族、ケアマネジャーなどから話を伺って

る。オレンジプランにおける初期集中支援に相当するもので、訪問時の緊急性の度合いによって今後の方向性を検討し、家族へのアドバイスを通して不安解消につなげている。

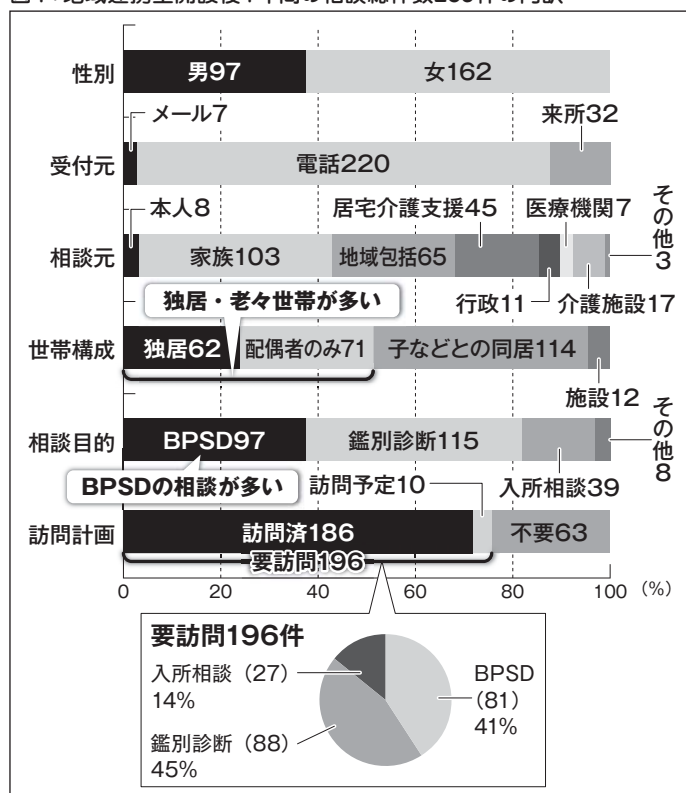
また、診療所の受診が難しい場合には、地域連携室の方針に沿う形で、後日、専門医が自宅や施設、医療機関を訪問し、確定診断や薬物治療、介護保険サービスの導入に向けた主治医意見書の作成などへとつなげ、その人に必要な医療や介護サービス導入の糸口となる役目を担っている。

このように、本人や家族のニーズを十分に踏まえた上でスムーズに専門医の診療に橋渡しすることが、地域連携室の大きな機能とすることができる。

■地域連携室への相談件数などの統計

地域連携室開設後、受けた相談に関する1年間（2013年10月1日～2014年9月30日）

図1：地域連携室開設後1年間の相談総件数259件の内訳



の統計は次のとおりである。

総相談件数は259件（メール7件，電話220件，来所32件），男性97件，女性162件で，平均年齢は79.5歳となっている（図1）。

住所は診療所の所在地である仙台市泉区が139件，その他の市内が62件，市外が58件と広域である。

相談元は本人8件，家族103件，地域包括支援センター65件，居宅介護支援事業所45件，行政11件，医療機関7件，介護施設17件，その他3件と，地域包括支援センターや居宅介護支援事業所からの相談が多い。

世帯構成は独居62件，配偶者のみ71件，子どもとの同居114件，施設12件と，独居・老々世帯が目立つ。

相談目的はBPSD97件，鑑別診断115件，入所相談39件，その他8件（成年後見など）と，BPSDのウエイトが高くなっている。入

所相談が目立つのは，2014年1月に当法人がグループホームの開設を予定していたためである。

かかりつけ医ありは229件（88%）で，かかりつけ医の対応力の向上が望まれる。すでに要介護認定を受けていたのは166件（64%）で，平均要介護度は1.7である。

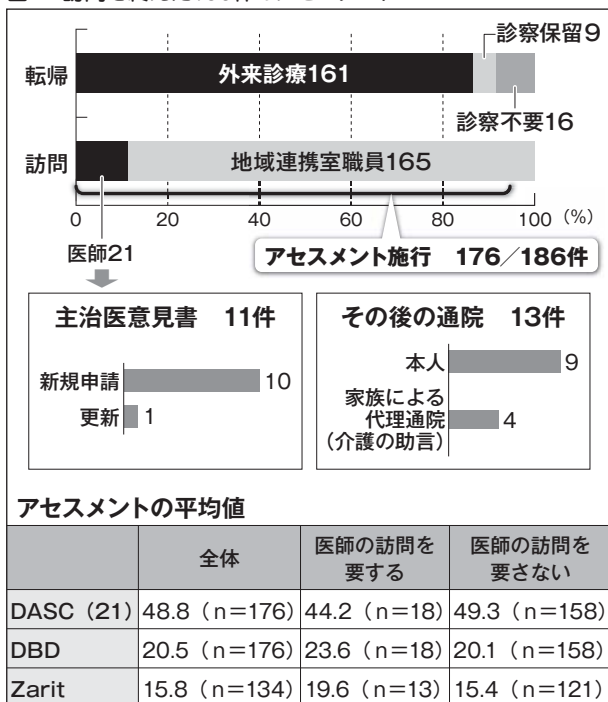
2014年9月30日時点で鑑別診断を終えたのは176件で，アルツハイマー病99件，レビー小体病37件，脳血管性認知症5件，混合型認知症7件，前頭側頭葉変性症5件，意味性認知症1件，嗜銀顆粒病1件，進行性核上性麻痺1件，皮質基底核変性症1件，正常圧水頭症1件，梅毒性認知症1件，脳腫瘍1件，アルコール依存症4件，統合失調症6件，アルツハイマー病を伴う統合失調症2

件，気分障害1件，神経症圏1件，発達障害1件，正常1件であり，精神疾患の鑑別も必要である。なお，鑑別診断が主治医意見書に反映されたのは新規申請33人，更新申請6人，区分変更申請9人である。

また，介護サービスを新たに導入する契機となったのは28人，見直しの契機となったのは28人である。介護施設への緊急入所は17人（制度上のショートステイ8人，ロングステイ9人）で，入所までに要した日数は平均7.2日であり，ショートステイの期間は，ショート枠で退所した5人の平均が18.2日，ショート枠からロング枠に移行した3人の平均は42日であった。

前述の総相談件数259件のうち，訪問を計画したのは196件（76%）で，その理由はBPSD81件（41%），鑑別診断86件（44%），入所相談27件（14%）であり，医師の訪問

図2：訪問を終えた186件のアセスメント



を要したのは259件中21件（8％）であった。医師の訪問ケース21件は、全例が障がいの自覚を欠き、うち1件は家族の理解も乏しかった。医師の訪問が主治医意見書に反映されたのは新規申請10人、更新申請1人である。

また、介護サービスを新たに導入する契機となったのは11人で、介護施設への緊急入所となったのは5人であった。その後の通院に結び付いたのは13人で、家族による代理通院が4人（介護の助言）、本人の通院が9人である。

2014年9月30日時点で訪問を終えたのは186件であり、そのうちアセスメントを施行したのは176人（95％）である。DASC, Zarit, DBDなどの各種のアセスメントスケールを活用することは、本人の状況をより客観的に理

解しながら専門医への受診を勧める根拠となったり、介護サービスの導入や見直しの契機につながったり、家族が本音を打ち明ける糸口になったりと、コミュニケーションの手段としても有用である。アセスメント施行例の平均はDASC48.8（n=176）、DBD20.5（n=176）、Zarit15.8（n=134）であった（図2）。

独居や老々介護世帯、緊急事例などのアセスメントは容易でなかった。訪問を終えた186件の転帰は、外来診察161件（86％）、診察保留9件（家族の連絡待ち7件、予約キャンセル2件）、診察不要16件（入所相談13件、救急搬送1件、服薬相談1件、介護相談1件）であった。

なお、各アセスメントの平均を、医師の訪問を【要したケース／要さないケース】と比較すると、【DASC：44.2（n=18）／49.3（n=158）】【DBD：23.6（n=18）／20.1（n=158）】【Zarit：19.6（n=13）／15.4（n=121）】であり、サンプルが少なく統計学的に有意ではないものの、医師の訪問を要するケースでは、認知機能障害や生活機能障害を反映するDASCが低いわりに、BPSDを反映するDBDは高い傾向がある。

■在宅支援のための取り組み

認知症を抱えながら地域で暮らす高齢者の在宅生活を支えるためには、「地域」とその人、「医療・介護」とその人、さらには「地域」の中に「医療・介護」を含めて結び付けていく必要がある。地域に暮らす人も、医療や介護を生業とする私たちも、まずは一人の人と

DASC：「地域包括ケアシステムにおける認知症アセスメントシート（Dementia Assessment Sheet in Community-based Integrated Care System；ダスク）」。認知症を持つ人によく見られる「認知機能障害」と「生活機能障害」をリストアップしたもので、認知症のスクリーニングツールとして科学的信頼性が証明されている。

Zarit：ペンシルバニア州立大学のZarit（ザリット）教授が開発した介護負担の評価法。介護負担を「親族を介護した結果、介護者の情緒的、身体的健康、社会生活および経済的状態に関して被った苦痛の程度」と定義し、22項目から構成されている介護負担尺度で評価が行われる。より簡便に介護負担を評価できる短縮版も作成されている。

DBDスケール：DBDS（dementia behavior disturbance scale）とも呼ばれる。Baumgarten（バウムガルテン）らによって開発された、認知症にしばしば認められる問題行動についての28項目からなる尺度。観察によって、各項目について5段階で評価し、総得点（最高112点）を算出、得点が高いほど各種の問題行動の頻度が高く、低いほど頻度が低いことを示す。

してかわり、病んでも障がいを持って、誰もが地域で当たり前で暮らせる社会を創っていかねばならない。

地域連携室としては、まさに「連携」をキーワードとしながら、その人と家族、地域、そして私たちの思いを結び付けていくことが大切である。地域の風土や歴史などをもしっかりと踏まえながら、町内会やボランティアグループはもちろん、地域に今あるすべての社会資源を大切に、その人の暮らしや思いを軸に据えた中で、地域の一員としての私たちの支援というものを考えていくことが強く求められている。

また、本人や家族の病気への関心や理解を深めることも重要である。医療につなげることと同様に、不安や葛藤を和らげるために、家族の会や当事者同士の会などを積極的に紹介することも大切である。認知症の人が住み慣れた地域で暮らし続けるために、そのような取り組みの積み重ねが、地域の理解を広げていくことにもつながると信じている。

診療所併設の老健施設における認知症高齢者の在宅復帰支援

在宅復帰支援の機能と仕組みとして、当診療所の併設施設である介護老人保健施設いずみの柱に、その役割をイメージしている。定員20人の小規模老健で、完全個室のユニット型施設である。ショートステイの個室を数部屋確保し、薬物治療とケアによりさまざまな急性症状の改善を図っている。

当老健の主治医が精神科医であるメリットを生かし、「共生型施設」としてさまざまな人の入所受け入れを行っている。認知症高齢者に限らず、若年性認知症者や統合失調症、アルコール依存症、神経症圏の人が、介護施

設の中で何かに縛られることもなく、自由に思い思いに過ごしている。夜間になると幻視が見られる人、幻聴に支配され歩き続ける人、ピック病特有の常同行動が見られる人、閉じこもりやアルコール依存の人などが共に過ごし、介護職員に誘われて、一緒に街の中に出かけたり花見や紅葉狩りなどを楽しんだりする光景は日常である。

介護職員は、その人「と」何が出来るかを考え、かわりを自在に楽しんでいる。施設の中とはいえ、本来の自分らしさや楽しみを見いだすことは、在宅復帰支援のいわゆる人生の再出発の序章と言える。

急性症状が落ち着けば、退所カンファレンスなどを通して、在宅復帰やグループホーム、特別養護老人ホームなどの介護施設などへ案内する。地域連携室で老健施設の入退所調整にかかわることで、在宅復帰支援を後押ししている。老健施設の平均在所日数は57日である。

老健最大の役割は、急性期の人の受け入れを行うことで、精神病院への社会的入院を「入り口」で防ぐことである。また、医療機関に入院中の認知症高齢者の社会的入院を軽減させることにも貢献できる。

認知症高齢者の在宅復帰支援における地域連携室の果たすべき役割と他機関との連携

地域連携室で独居高齢者を訪問する中で、直面し気づかされるのがいくつもある。冬に暖房を使わず、寒い部屋の中で生活していたり、家の中が足の踏み場もないほど荷物で溢れ返っていたり、犬を飼っていたお宅では床が糞尿まみれで汚れていたりと、見過ごせない環境下で暮らす人がたくさんいた。中には、台所のガス台に火が点いたまま気づかず、

一歩間違えば火事になるような現実も目の前にある。このように、行政やその他の関係機関の手の届かない孤独な環境下で暮らす人々を目の当たりにしてきた。アウトリーチを通して早期に医療や介護などにつなげ、本人が望む暮らしの支援を行うことが、地域連携室やその他の関係機関に求められる大切な役割である。

ここで、初回訪問の際の出来事を紹介する。夜間せん妄によるBPSDのある人の自宅へ訪問することとなった。家族から一通りの話を伺い、実際に本人にお会いすると、明らかに様子がおかしく意識障害を起こしていた。数日ほど、食事や水分も摂取できずに寝てばかりいると言う。同行した看護師の視点から、脱水による意識障害の可能性が高いと判断し、その場で救急搬送という形をとった。脱水で入院となったが、早期に異常に気づいたため、入院加療も短く済んだケースであった。

入院という環境の変化は大きなストレスとなり、夜間せん妄などの症状も多く出現するため、いかに早期に異常に気づくかが大切になる。独居高齢者は心身の機能低下と共に、社会性を保つことが困難になり、地域からも外れていくケースが多くある。近所で何らかのトラブルを起こして初めて、警察や行政、地域包括支援センターなどがかわることが多い。そのようなケースでは、周囲から偏見の眼差しで見られ、孤立していきがちである。地域連携室では、各関係機関や他職種との連携を図りながら、各々の視点から深く掘り下げて地域への橋渡しの役割を担っていったらと考える。

こうしたケースに早い段階でアプローチしていくことが重要であり、仕組み化、制度化が求められる時代になってきている。認知症高齢者の在宅復帰支援では、困った時の相談

窓口や制度の活用など明確に情報を発信し、それらを上手に活用していきける社会の構築が必要である。その役割の一端として、オレンジプランに沿った取り組みは歩みを止めることなく、責任を持って前進する。

理念をカタチに

～診療所型認知症疾患医療センターの指定を受けて

まず、医療として「認知症」を診る医師が少ない現状がある。大きな病院やクリニックでは認知症専門医は実際に存在するが、かかりつけ医や認知症疾患センターなどの専門医との連携が課題である。医師の認知症の対応力向上や人材の育成、ケアパスの普及、医療・介護などの地域を支える力の底上げが、認知症になっても住みやすい暮らしの構築に必要である。

最後に、当診療所地域連携室の運営母体である清山会医療福祉グループの理念「関わりを大切にした自立と共生の支援」を紹介したい。理念に通じる仕事を形にしながら、地域に根差した医療と介護のリーダーシップを発揮していきたい。

清山会 医療福祉グループ理念

『関わりを大切にした自立と共生の支援』

人と人との関わり、人と街との関わり、人と自然との関わりを大切にしながら、一人ひとりの思いに耳をかたむけ、誰もが自分らしく、あたりまえに生活する自由を支えます。

引用・参考文献

- 1) 統計情報せんだいホームページ：人口
<http://www.city.sendai.jp/kikaku/seisaku/toukei/jinkou.html> (2015年1月閲覧)
- 2) 仙台市復興事業局震災復興室：仙台復興リポート、Vol.23 (2014年9月10日)、2. 生活再建支援、応急仮設住宅入居世帯状況と高齢化率