

## 在宅医療連携拠点事業成果報告

拠点事業者名:株式会社 フジケア 訪問看護ステーション

## 1 地域の在宅医療・介護が抱える課題と拠点の取り組み方針について

北九州市では、高齢化率が25.1%で政令指定都市のうち最多であり、高齢者のみ世帯数も非常に多く、都市型の高齢社会問題に早くから直面している。在宅高齢者を地域の各職種が連携していかに包括的にケアをしていくかが課題となっている。

このようななか、北九州市ではケアマネジャーとかかりつけ医との連携を推進するため、医療機関における「ケアマネタイム」の導入や脳卒中をモデルとした医療と介護の連携パスの構築等、行政や関係機関が協力して医療介護連携の推進に努めてきた。

しかしながら、医療と介護の連携が頻繁に必要な中重度者のケアや認知症高齢者の支援において、多職種の連携は十分に機能しているとはいえない状況があり、特にケアマネジャーによる医療との連携不足が指摘されている。介護職からは「医療との連携不足、特に認知症の増加とともに入院時に医療機関が苦慮することが多い」、「各職種間が共通言語、連携のためのツールを持たないため、円滑な情報共有ができていない」などの課題が挙がっている。

上記の背景を受けて、特に医療と介護の密接な連携を必要とし、且つ連携の課題が多い認知症に焦点を当て、「認知症を地域で支えるための医療と介護の連携の在り方を、介護側の視点から検討する」ことを目標に、北九州在宅医療連携拠点事業(以下「本事業」という)を実施した。

本事業では、医療と介護の連携推進のために、医療・介護関係者の顔の見える関係を構築するとともに、認知症高齢者の元気な状態からかかりつけ医受診、在宅療養生活、入退院時における必要情報を一元的に把握するツールとして、「認知症連携パ

ス(私の(心の言葉)ノート)」や認知症高齢者ケアに関わる社会資源マップを作成した。これらの取り組みにより、認知症ケアに関わる多職種が共通言語、共通認識を持つことを目指している。

## 2 拠点事業の立ち上げについて

認知症ケアに関わる医療・介護の多職種の専門職ならびに患者家族(老いを支える北九州家族の会)による委員会を組成し事業を立ち上げた。専門職は、ケアマネジャー、急性期・回復期病院の看護師、ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士、地域包括支援センターさらに歯科医師、薬剤師で構成された。これに行政(県・市の担当課)及び有識者が委員会に参画しており、幅広い観点で議論を行った。患者家族が加わったことで、“患者”“利用者”を中心とした事業拠点事業室には、ケアマネジャー資格を持つ看護師と社会福祉士を配置している。

## 3 拠点事業での取り組みについて

認知症高齢者数の増加とともに早期発見・早期対応が一層求められるが、現状では①初期の認知症高齢者の発見の遅れ、②在宅生活における健康管理・服薬管理の不足、③入退院・入退所時の生活環境の変化のための不穏状態の問題が懸念される。これらの課題の解決には医療職と介護職との緊密な連携が強く求められるが、互いの共通言語や共通認識の乏しさから必ずしも連携ができていない。

そこで、医療介護連携が発生する場面を上記3つに沿って①気づきから診断、②在宅ケア、③入退院・入退所に整理し、各場面における課題を抽出した(表1参照)。

①気づき～診断:初期の認知症高齢者の発見の遅れ  
 独居、高齢者世帯の割合が大きくなっているため、周囲が気づきにくい状況になっている。老人会の集まりやごみ出しの曜日を間違えることが重なり、認知症の兆しに近隣が気づくことも少なくない。周囲は「あれ？」と何かおかしいと感じても見過ごしてしまうことも多い。多くの地域住民は、認知症の兆しに気づいてもどのように対処をすればよいか分からない。本来は認知症の恐れある場合、すみやかに医療機関を受診し早期に治療することが重要である。適切な治療をうければ症状の進行を抑制できる。しかし、どこに相談すればよいか分からず、認知症サポーター制度や相談対応窓口が行政により提供されているが、まだ住民への浸透の途上にあるために見逃されてしまう。

## ②在宅ケア:服薬管理・健康管理の不足

認知症と診断を受けた高齢者が在宅生活を送る際には、医療機関から処方された薬を適切に服用することが健康状態の維持には不可欠である。しかし独居や、家族介護者が日中不在のため、日常の管理ができておらず、薬剤師が高齢者宅への訪問時に大量の残薬を発見するケースが増えている。また服薬によるふらつき等の副作用のため転倒を招いたり、便秘や睡眠不足が続くことで認知症症状が悪化することもある。このような状態を防ぐためには、服薬状況や食事、水分摂取や排せつ等の日常の健康状態を、普段介護にあたる介護スタッフが観察し、その結果を適切に医師や看護師に伝えることが必要である。また、医師や看護師側は、治療や服薬から予測される状態を介護スタッフに知らせ、異常を見逃さないことが必要である。このなかでケアマネジャーは、医師や看護師と介護スタッフとをつなぐ役割として、課題を把握し各スタッフを調整しながら、認知症高齢者の状態変化を見逃さない仕組みを作ることが求められる。

BPSDのある認知症高齢者のケアには、本人の健康状態や生活歴等をケアマネジャー等がBPSDの背景を適切にアセスメントして、支援体制を構築する必要がある。徘徊などのBPSDは、疾患に加え、便秘な

どの不快感や環境変化への不安感が、発症の引き金になることが多い。単に徘徊などを抑えつけることは、かえって本人の症状を悪化させ、家族や周囲の疲弊を招く恐れがある。逆にBPSDの背景を適切にアセスメントし、医師や看護師、介護職が共有してケアができればBPSDを軽減させることにもつながる。

しかし、実際には介護職のケアマネジャーが増え、医師や看護師との共通言語に乏しく、調整すべき内容が不十分であるために、日常健康管理体制が不足することが多い。

## ③入退院・入退所:生活環境の変化のための不穏状態

高齢者が転倒や脳梗塞などにより入院をすると、生活環境の急激な変化についていけず認知症が悪化することが多い。また医療機関や施設では認知症を抱えていることを知らされずに認知症高齢者の入院、入所を受け、BPSD(認知症の行動・心理症状)が現れ困惑するケースも増えている。

高齢者に認知症やその兆しがあったかどうか、またどのような在宅生活を送っていたかを、在宅生活時の介護スタッフから事前に知らされていれば、医療機関や施設のスタッフも事前に対処ができる。例えば在宅時に大切にしていた音楽等の趣味が分かればそれをきっかけに落ち着かせることも可能である。しかし在宅生活に関する情報が十分に病院に伝わっていないことが多い。

表 1 場面ごとの課題

連携の場面	病状	必要事項
① 気づき～診断	初期の認知症高齢者の発見の遅れ	・本人、家族、地域が「あれ？」と気付いた事柄の横み重みを見過ごさずに適切な相談先や受診先に連絡する。
②在宅ケア (介護保険サービス利用時)	・日常時	服薬管理・健康管理の不足
	・初期・状態変化時(BPSD出現等) ・在宅復帰時	アセスメント不足 ・本人の健康状態、環境の変化、生活歴などを、ケアマネジャー等が把握(アセスメント)し、BPSDの背景を探る。 ・専門医、家族も含めた支援体制を編成する。 ・担当者会議等を通じ、日常の生活状況、注重点を医師、サービス担当者等と共有する。
③入退院 (入退所)	・入院(所)時	生活環境の変化のための不穏状態 ・入院(所)前の健康状態、生活状況を病院のスタッフに伝える。 ・入院(所)計画を把握し、適宜入院中もフォローする。
	・退院(所)時	・入院中の健康状態、生活状況を在宅のスタッフに伝える(退院時カンファレンス)。 ・環境変化に備え、必要な資源を準備するとともに、注重点を確認する。

上記①から③の課題解決のためには、医療職、介護職が相互理解を深め、認知症高齢者のケアに対する共通言語、共通認識を持つことが必要である。本事業では「認知症連携パス」を通じてこれらを構築し、認知症高齢者の健康管理・生活環境への適応を支援している。

#### (1) 地域の医療・福祉資源の把握及び活用

認知症連携パスにおいて、認知症を支える社会資源の全体像を示すものとして「認知症資源マップ」を作成した。①認知症が少し心配になった時、②介護保険開始時、③入退院時の各段階において、求められる資源、サービスを整理したものである。今後の状態に応じて必要な資源があることの“見通し”を把握できることを目指した。

認知症資源マップには、アンケートで収集したデータをもとに認知症への対応に必要な資源、サービスを掲載した(図 1)。認知症ケアに深く関係するサービスであるグループホーム・ショートステイ・認知症デイサービス・小規模多機能・訪問看護ステーション機能を解説し、一覧化している。サービス選択時に必要な情報となる認知症の受入や医療対応の有無も示している。さらに、地域包括支援センターの窓口や北九州市事業である認知症予防や権利擁護、介護者支援に関する情報を載せ、認知症に関わる様々な情報の一元化を試みている。

この認知症資源マップは、北九州市内の各種サービス事業所の多大な協力を得て作成された。医療職や介護職が資源マップにより、認知症高齢者の在宅ケア開始時や退院時等に、適切な社会資源を探ることができるようにしている。これらの情報がまとめられていることは、現在の認知症高齢者のみならず、認知症に不安を持つ高齢者にとっても安心を与えるものであると考える。

今後、行政や医療、介護職がそれぞれの立場で活用できるよう社会資源マップを公開し、各種窓口を設置する予定である。本事業で収集した情報を継続的に更新可能な仕組みづくりも望まれる。

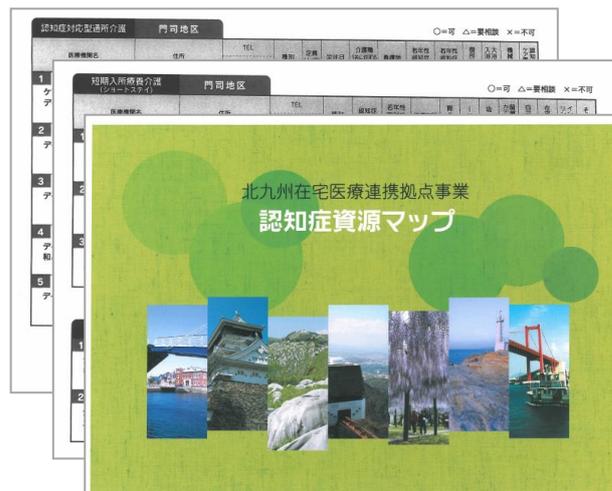


図 1 認知症資源マップ

#### (2) 会議の開催(地域ケア会議等への医療関係者の参加の仲介を含む。)

多職種が一堂に会し、課題を検討する場として、委員会及びワーキンググループ(以下「WG」)を組織した。検討メンバーは、医療・介護の多職種の専門職ならびに患者家族(老いを支える北九州家族の会)である。専門職は、ケアマネジャー、急性期・回復期病院の看護師、ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士、地域包括支援センターさらに歯科医師、薬剤師で構成された。これに行政(県・市の担当課)及び有識者が加わっている。本事業では、委員会 4 回、WG 8 回開催した。

#### (3) 研修の実施

本事業の取り組みを広く医療職、介護職及び住民に知っていただくことを目的に、市内で研修会を開催した。医療職、介護職向けには延べ 4 回の研修会を実施し、講演会やグループワークを通じ、認知症高齢者のケアにおける多職種連携の課題を明らかにするとともに、認知症連携パス及び「私の(心の言葉)ノート」(後述)の普及啓発を積極的に行い、グループワークやアンケートを通じてこれらに対する参加者からのフィードバックを得た。

#### (4) 24 時間 365 日の在宅医療・介護提供体制の構築

24 時間 365 日の認知症に対する窓口は、既に地

域包括支援センター等で実施している。本事業は単年度事業のため新たな窓口の設置によってかえって高齢者の混乱を招きかねない。検討の結果、既存の社会資源を用いることとした。

### (5) 地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象にした支援の実施

認知症高齢者の対応は、初期支援ケース、病識の乏しい独居高齢者のケース、介護者との関係に配慮が必要なケース等、専門職であっても困難な場合が少なくない。そこで、これらの対応に課題や不安を持つ地域、ケアマネジャー、グループホームや小規模多機能施設を対象に、拠点事業の医療ソーシャルワーカーや看護師がアウトリーチ型の後方支援(相談、同行支援)を行った。

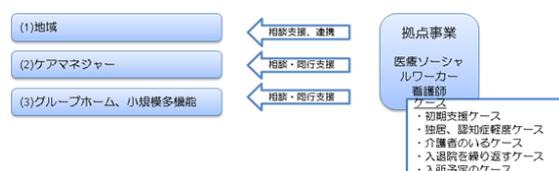


図 2 アウトリーチ支援スキーム

本事業において、10 件の相談を受け、相談者に対するアウトリーチを実施した。

その結果、各々が医療との連携方法について実践的な支援を受けることにより、効果的な医療連携が実現できた。地域(居住系サービス)では受診の必要性を共有し理解することで受診が可能になり(事例①②)、また介護職出身のケアマネジャーにとっては専門医との連携方法(事例③)、総合病院のかかりつけ医との連携方法(事例④)や、医療連携の窓口となる訪問看護の効果的な導入方法(事例⑤⑥)を知ることができた。さらに、ケアマネジャーは、転院時に適切に情報提供することで在宅復帰の円滑化につながる(事例⑦)、入院時に適切に情報提供することで BPSD 予防につながる(事例⑧)を理解した。グループホームでは、退院時の看取りを見据えた受け入れ判断において、必要な情報を交換することの重要性を習得した(事例⑨⑩)。これらの事例から、具体的な連携を支援するこ

との有効性が明らかになった。またアウトリーチを通じ、介護職から医療的な状況(バイタル、転倒等)への対処方法を教えてほしいとの要望があがり、医療的な観察すべきポイントをまとめて提供したところ、現場から有用であるとの声があった。

表 2 アウトリーチ実施状況

No.	支援対象	場面	支援内容
①	地域(居住系スタッフ)	在宅ケア	・かかりつけ医と連携(受診同行)
②	地域(居住系入居者家族)	在宅ケア	・かかりつけ医と連携(受診同行)
③	ケアマネジャー(介護職)	気づき～診断	・認知症専門医受診支援
④	ケアマネジャー(介護職)	在宅ケア	・総合病院かかりつけ医との連携支援
⑤	ケアマネジャー(介護職)	在宅ケア	・訪問看護、病院との連携支援
⑥	ケアマネジャー(介護職)	入退院時	・退院時の連携支援(医療処置への対応)
⑦	ケアマネジャー(介護職)	入退院時	・転院時の医師との面談支援
⑧	ケアマネジャー(介護職)	入退院時	・病院と連携支援(入院時連携シート試用)
⑨	グループホーム管理者	入退院時	・退院時の医師との面談支援(受入検討)
⑩	グループホーム管理者	入退院時	・退院時カンファレンス支援(病院との連携)

### (6) 効率的な情報共有のための取組(地域連携パスの作成の取組、地域の在宅医療・介護関係者の連絡様式・方法の統一など)

認知症高齢者のケアにおいては、①気づき～診断、②在宅ケア、③入退院・入退所の、各場面において、医療職と介護職の間の緊密な連携が求められる。

そこで、多職種の相互理解を深め、認知症高齢者のケアに対する共通言語、共通認識を持ちケアの質の向上を図ることを目的に、認知症連携パスを作成し、連携を支援するツールとして「私の(心の言葉)ノート」を開発した。

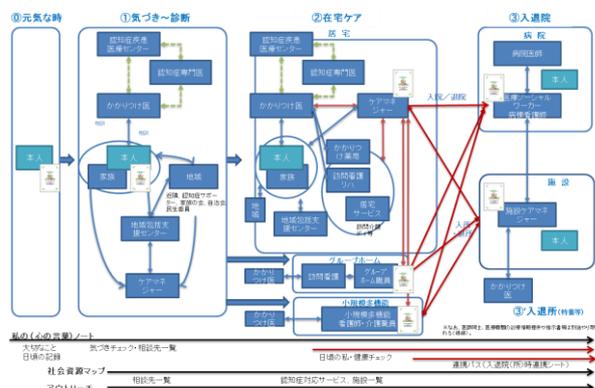


図 3 認知症連携パス全体の流れ

「私の(心の言葉)ノート」は、高齢者やその家族の思いを大切に、認知症になっても安心して暮ら

すことができるように、高齢者、その家族と医療職、介護職等の支援者とが参加して作り上げるものである。

支援者側にとっては、認知症高齢者の個々のニーズに応じた支援を構築するために、高齢者の状態を適切にアセスメントし、支援者間の情報を連携するためのツールでもある。

認知症連携パス全体の流れは図 3 の通りである。認知症連携パスは①元気な時、①少し心配になった時、②介護保険開始時、③入退院時のそれぞれの場面に整理され、各場面において連携のツールとして「私の(心の言葉)ノート」が活用される。



図 4 「私の(心の言葉)ノート」  
(A4 バインダー形式)

#### 【①元気な時】

(目的)

- ・高齢者本人が自身の人生の振り返りをするともに、将来ケアを受けるときの大切なアセスメント情報を作成し、認知症になっても安心して暮らせるようにする。

(内容)

- ・「私の(心の言葉)ノート」には、自分自身の事やかかりつけ医、家族や近所等のつながりを記入しておく。
- ・特に「心の言葉」として、自分自身が大切に思っていることを記入する(例えば、大切な人や、大切な思い出、好きな食べ物、嫌いな食べ物など)。
- ・ノートの管理は、高齢者本人が行う。

#### 【① 気づき～診断:少し心配になったら】

(目的)

- ・物忘れが増えて、高齢者本人や家族、周囲が「あれ？」と思い、心配に感じ始めた時に、気づきのためのチェックをして、認知症の早期発見につなげる。

(内容)

- ・認知症が少し心配になったとき「私の(心の言葉)ノート」の認知症チェックリストを用いる。
- ・相談先として、かかりつけ医や地域包括支援センター、ケアマネジャー等、どこに相談すればよいか分かる。また必要に応じ、認知症資源マップを参照する。

- ・ノートの管理は、高齢者本人やその家族が行う。

#### 【②在宅ケア:介護保険開始時に必要なこと】

(目的)

- ・介護保険を開始し、在宅ケアを受けるようになったときに、日頃の生活状況を支援者間で共有し、ケアの質の向上に役立てる。

(内容)

- ・認知症の健康管理に不可欠な食事、水分、排泄、薬、入浴状況、気分、睡眠の状況について、「私の(心の言葉)ノート」に介護職が記入できる。
- ・記入された内容をケアマネジャーや看護師等が確認し、医師への報告に役立てる。医師にとっても服薬状況やBPSDの状況など、治療に関係する在宅での様子を確認することができる。
- ・いわゆる申し送りノートのように、高齢者の自宅等に置き、「私の(心の言葉)ノート」の管理はケアマネジャーが行う。
- ・但し、認知症の病識に乏しい高齢者本人が記載内容を見ることにより尊厳を損なうことも考えられるため、ノートの保管場所には十分留意する。

#### 【③入退院(入退所含):入退院時に必要なこと】

(目的)

- ・入退院、入退所時に、その前の健康状態や生活状況を医療機関とケアマネジャー等の在宅ケアの支援者が共有することにより連続性を保ち、認知症高齢者の環境変化による不安を軽減する。

(方法)

- ・入院時には、入院前の健康状態や日頃の生活状

況をケアマネジャーが「情報提供書」としてまとめ、医療機関に連携する。

- ・退院時には、入院時の様子を医療機関側でまとめ、ケアマネジャー等の在宅ケアの支援者に連携する。
- ・医療機関にとっては、入院前に認知症の状態が分かり、適切な対応が可能になる。
- ・入院中の「私の(心の言葉)ノート」の管理は医療機関が行う。

認知症連携パス及び「私の(心の言葉)ノート」は、医療職、介護職にとって多職種間で利用者に対する共通認識をもつことに有用であることが示された。ノートを活用することにより、本人の思いを深く理解でき、アセスメントの参考になっている。

日頃の生活状況を共有する手段としてITシステムの活用も試みた。利用者の状況がリアルタイムに把握可能であることに加え、他職種の記す情報を知ることにより理解も深まっている。

今後、ノートの更なる改良を重ねながら、広く活用していきたい。多くの方に活用いただくためには、たとえば北九州市で統一的に、高齢者に全員配布し、元気なうちから自らの振り返りに用いるとともに、医療や介護が必要になった時に活用できる仕組みがあると望ましい。

#### (7) 地域住民への普及・啓発

本事業の取り組みを広く医療職、介護職及び住民に知っていただくことを目的に、市内で研修会を開催した(医療・介護職向け:延べ4回、地域住民向け:延べ5回)。

医療職、介護職からは、多職種の視点の違いが分かり視野が広がった。このような研修の場を定期的に設けてほしいとの意見があり、医療職及び介護職が連携の重要性を体感する機会となった。認知症連携パス「私の(心の言葉)ノート」を通じて本人を理解するアセスメントの重要性についての認識が高まった。

また地域住民からは、認知症やグループホーム等のサービスについて活発な質問があり、住民の関

心の高さが窺えた。元気なうちから自らの思いや生き方を「私の(心の言葉)ノート」のような形で記しておくことが、認知症ケアにとっても大切であることへの理解も深まった。

このような多職種、地域住民が関わる研修は、顔の見える関係づくりの点から有意義な内容であった。今後は、医療職や行政との協働により、医療職、介護職及び地域住民向けに継続的な研修会等を実施し、認知症高齢者が在宅で安心して住み続けるための連携体制を普及啓発していくことが必要である。

なお、研修の一部の様子はメディアにも取り上げられ、本事業の周知につながった。

#### (8) 災害発生時の対応策

(該当なし)

### 4 特に独創的だと思う取り組み

医療と介護の緊密な連携を特に必要とし、連携に多くの課題がある認知症に焦点を当て、「認知症を地域で支えるための医療と介護の連携の在り方を、介護側の視点から検討する」ことを目標に検討した点である。

多職種から構成される委員会を中心に活発な討議が行われ、医療介護連携において認知症高齢者のケアに関する共通認識を持つことの重要性が改めて明らかになり、これを解決する一方策として、認知症連携パスを作成し、その支援ツールとして「私の(心の言葉)ノート」を開発した。これらは更なる改良の途上にあるが、認知症ケアに関わる多職種に認知症高齢者に対する理解を深めることに有用であり、共通言語、共通認識をもつ一助になると考える。住民にとっても認知症ケアを理解するきっかけになる。

### 5 地域の在宅医療・介護連携に最も効果があった取り組み

医療介護連携において、認知症高齢者のケアに関する共通認識を持つことを目的に作成した認知症連携パス及びその支援ツールとして開発した「私の(心の言葉)ノート」の取組である。

「私の(心の言葉)ノート」のような具体的なツールを用いたことにより、多職種間、また高齢者やその家族が共通認識との相互理解が深まった。研修会やセミナーを通じ、地域住民が多職種の専門職や行政と対話できる機会を得られたことも大きい。

医療介護連携は相互理解の上に成立しており、様々な取り組みを通じ各職種が互いの機能を理解することで、相互に自らができることを提供し、信頼しあう土壌を作っていくことの重要性を認識できたといえる。

## 6 苦労した点、うまくいかなかった点

認知症に焦点を当て、介護側の視点から認知症連携パスや認知症資源マップ等の取組を進めた。その結果、多職種研修会の参加者は、ケアマネジャー等の介護職が多数を占め、医療職の参加は必ずしも多くなかった点が難しかった点である。多職種が一堂に会すことにより相互理解が深まり、ケアに対する共通認識を持つことができることから、今後、医療職、介護職の双方が積極的に参加できる環境の整備が必要である。

また、本事業は1年目であり、認知連携パスや「私の(心の言葉)ノート」、認知症資源マップは、本年度構築されたばかりである。これらは市内各事業者、認知症高齢者及びその家族の多大な協力を得て開発したものであり、今後、現場運用を進め、真に認知症高齢者のケアに資するように改良を重ねていくことが求められている。事業として定着させるには、非常に短期間の事業であったことも、苦労した点である。

## 7 これから在宅医療・介護連携に取り組む拠点に対するアドバイス

本事業は、市内各事業者、認知症高齢者及びその

家族の多大な協力を得たことにより、実施が可能となった。普段から業務や勉強会等を通じて顔の見える関係を構築できていたことが大きく関係している。

在宅医療・介護連携は、医療職だけでも介護職だけでも成立しない。医療、介護を超えた多職種が高齢者に対する質の高いケアという共通の目的、共通認識を持ちながら連携を進めていくことが必要である。

## 8 最後に

本事業により、実現した取組による大きな成果は、多職種間、また高齢者やその家族との相互理解が深まったことである。地域住民が、直接行政や多職種と対話できる機会を得られたことも大きい。医療介護連携は相互理解の上に成立しており、様々な取り組みを通じ各職種が互いの機能を理解することで、相互に自らができることを提供し、信頼しあう土壌を作っていくことの重要性を認識できたといえる。

認知症連携パスとその支援ツールである「私の(心の言葉)ノート」等の仕組みは、現在、厚生労働省で検討されている「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」にも繋がる取組みと考えられる。認知症連携パスと「私の(心の言葉)ノート」はともに本年度構築されたばかりであり、今後は運用を重ねることにより、真に認知症高齢者のケアに資するように、更なる改良をしていくことが重要と考える。

近年、北九州市が実施した「認知症に関する意識及び実態調査」によると、認知症対策に対する市民の要望は、「認知症の予防からターミナル期の医療と介護まで、身近な地域で継続した支援が受けられる連携体制の充実」に集約できると考える。

今回の事業とその成果が、認知症の地域支援に携わる関係者の連携と支え合いの一助となり、ひいては認知症ケアの質の向上へとつながることを期待したい。そして、何よりも、認知症による障害とともに今を生きとおられる高齢者本人とご家族へ、応援のメッセージとなればと願う。