

## 地域包括支援センターによる認知症高齢者の 在宅生活継続支援：専門職間の連携に着目して

北 村 育 子  
永 田 千 鶴

### 要 旨

認知症高齢者が地域で暮らし続けることを支援するための要件と課題とを、地域包括支援センターにおいて行われているチームアプローチの実際を踏まえて明らかにした。熊本県内の全てのセンター79か所の職員196名から回答を得、44項目7因子（1）認知症疾患医療センターとの連携、（2）認知症高齢者の支援に必要なネットワークの構築と家族・地域の啓発、（3）認知症高齢者の緩和ケアと終末期ケア、（4）認知症高齢者の権利擁護とそのため地域資源の開発、（5）認知症高齢者とその予備軍の所在・状況の把握、（6）介護サービス利用のためのアドボカシー、（7）介護家族支援、を抽出した。専門職間で実施に多少の違いはあるものの、概ね地域包括支援センターとしてチームアプローチによる実践が行われていたが、終末期ケアに関する支援、ボランティアの活動機会の創出、家族会の立ち上げや地域への広報、などは実施率が低かった。

キーワード：認知症高齢者，地域包括支援センター，地域包括ケアシステム

### I はじめに

#### 1. 認知症高齢者支援をめぐる背景

認知症になることは、高齢期における最大の不安であり、喪失である。高齢期にはさまざまな喪失に直面するが、高齢者は通常それらにうまく適応する。しかし認知症による記憶力や判断力の低下は、たとえば食事の確保といった最も基本的な生活ニーズから自己実現という究極のニーズに至るまで、症状の進行状況により、その自力での充足を徐々に困難にする。厚生労働省が要介護認定申請数にもとづいて推計した資料（厚生労働省 2013：5）によると、周囲の見守りが

あれば自力での生活が可能（認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ）な状態以上の高齢者が、2015年には345万人、2050年には470万人に達する。

これらの人々は、できる限り自宅で、あるいは小規模多機能型通所介護などを利用しながら自宅に近い環境で、尊厳を保ちながら自立して暮らすために、さまざまな支援を必要とする。認知機能が低下すると、たとえば、ADLは自立していても食事の支度や入浴ができなかったり、消費者被害に遭ったり、財布や通帳の管理ができなくて近隣住民とトラブルになったりする。国は、認知症に関する取組みを、すべての市町村において重点的に取り組むべき課題として捉えており、認知症の人々が尊厳を保ちながら、地域で引き続き自立して暮らしていくために必要な支援が、その人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく提供されるよう、地域包括ケアシステムを構築することを求めている。

## 2. 地域包括ケアシステムの構築と認知症高齢者支援

地域包括ケアシステムは、介護、医療、予防、住まい、生活支援・福祉サービスという5つの要素を連携させて高齢者の生活を支えたとされる。このシステムを機能させる役割を担うのが地域包括支援センター（以下、「包括センター」という。）である。包括センターは、看護職（保健師・看護師）・社会福祉士・主任介護支援専門員の3職種がチームアプローチにより、住民の保健医療の向上と福祉の増進を包括的に支援するために、制度横断的な連携ネットワークを構築して、介護予防支援と包括的支援（介護予防ケアマネジメント、総合相談支援、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援）を行う。2008年には基本的な3職種に加えて、認知症施策の企画調整等を行うために、認知症地域支援推進員が、また、認知症の初期段階で本人や家族に個別に適切な支援を行うため、認知症初期集中支援チームが、包括センターに配置されるようになった。認知症地域支援推進員と認知症初期集中支援チームは、認知症疾患医療センターやかかりつけ医と連携をとって認知症の人や家族を支援する。認知症地域支援推進員は地域の実情に応じた事業を企画調整する機能を担い、認知症初期集中支援チームは、家庭訪問、アセスメント、家族支援などを行う。

このように体制の強化が図られてきているものの、その取組みはまだ緒に就いたばかりで、早期受診・対応の遅れによる認知症状の悪化、介護サービスの量的不足、地域における認知症の人とその家族を支援する体制整備の遅れ、医療と介護の連携不足、など（厚生労働省 2013：1-2）地域で暮らす認知症高齢者の支援は、なおその途上にある。

## II 研究の目的と方法

本稿では、認知症高齢者が地域で暮らし続けることを支援するための要件と課題とを、包括センターにおいて行われているチームアプローチの実際に関する調査結果により明らかにしたい。自宅で暮らす認知症高齢者にとって、包括センターは最も重要な資源であり、そこからどのよう

な支援が得られるかによって、認知症を抱えて生きる生活の質が規定される。2012 京都文書にも、地域包括ケアシステムから認知症の人々が排除される可能性のあることが指摘されている（京都式認知症ケアを考えるつどい実行委員会 2012：23）。包括センターと認知症高齢者に関するこれまでの研究成果を概観すると、まず、包括センターによる支援を総合的に捉え、その業務内容を全国規模で調査した研究（三菱総合研究所 2012）、専門職ごとの連携の実践を比較した研究（俵 2010）、保健師による個別支援の内容を示した研究（川本他 2012）などがある。研究テーマを絞り込んだものとして、援助における専門的な視点を活用することの有効性（高瀬 2012）、困難事例への介入方法（浜崎他 2011）、ネットワーク構築に必要な要素（眞崎他 2012）などを明らかにすることを試みたもの、ネットワークづくりの成功事例を示したもの（全社協他 2011）、ネットワーク構築のための研修の有効性（村山他 2010）を示したものなどがある。また、包括センターが社会福祉士にとって専門性を発揮できる場であること（武居ら 2008）、包括センター職員をサポートすることの必要性（澤田他 2014）、介護予防ケアマネジメントの負担（武居ら 2008）、地域の高齢者の栄養改善における連携の重要性（大塚他 2014）などに関する研究も行われている。包括センターによる認知症高齢者の支援に関しては、現行制度について説明した上でその課題を論じたもの（栗田 2012；2013a；2013b；山本 2012）や実践報告（菊地他 2012；高崎 2012）が多い。実証的な研究としては、包括センターに持ち込まれる相談のなかで認知症に関する相談が最も多いこと、またそれらの相談が本人と周囲とのトラブルをきっかけに寄せられることを示したもの（小長谷 2012）、成年後見制度活用のための社会福祉士の援助モデルを構築することを試みたもの（松崎 2012）、若年性認知症の人々に対する支援の不十分さを明らかにしようとしたもの（家根 2014）、認知症高齢者を適切に支援できる医師の必要性をはじめ医療システムを整備する必要性を述べたもの（栗田 2014）などがある。包括センターによる認知症高齢者支援の全体像に関する研究として、同じく栗田他（2010）が仙台市内の包括センターを対象に認知症関連業務の実態調査を行い、地域包括ケア体制を構築するために医療体制の充実の必要性を指摘している。

## 1. 調査の概要

まず、2013 年 8 月に熊本県内の 8 か所の包括センターを対象として、面接調査を行い、その結果の分析に基づき、質問紙による調査を熊本県内の全ての包括センターに対して実施した。熊本県を対象とした理由は、同県が熊本大学医学部附属病院を基幹型の認知症疾患医療センターとし、県内をブロックに分けて地域拠点型のセンターを配置して、熊本モデルと言われる医療連携システムを全国でも最も早く整えたことから、包括センターとの連携も他の地域より確立され、認知症高齢者を支援するシステムが整いつつあると考えたことによる。

インタビューの内容は、包括センターの基本機能と認知症高齢者支援、包括センターと認知症疾患医療センターとの連携、包括センターと地域の諸機関との連携、包括センターによる認知症高齢者の退院支援や看取り支援、包括センターの専門職としての抱負や課題、などである。協力

者の自由な語りを含め、インタビューによって得られたデータの内容をこれらの質問項目に沿って帰納的に分析し、文脈の中から重要な項目を抽出し、意味の類似性に添って分類し、共通する複数のアイテムにふさわしい抽象化した名前をつけた結果、(1) 認知症高齢者を支援する包括センターの役割、(2) チームアプローチ、(3) 認知症疾患医療センターとの連携、(4) 医療センター以外の機関との連携、(5) 認知症高齢者を支援できるコミュニティの構築、(6) 認知症高齢者の在宅生活継続と看取り、(7) 成年後見制度と日常生活自立支援事業の活用、(8) 包括センターの課題、という8つのカテゴリーが抽出された(北村他 2014)。これら8つのカテゴリーそれぞれに対応する質問を、アイテムを基に構成し、70項目にまとめた(表1)。この70項目について、実施の状況(実施しているか否か)と、重要性(5段階:非常に重要~重要ではない)を評価する質問紙を、熊本県内の全ての包括センター79か所に6部ずつ送付し、社会福祉士、保健師・看護師、主任介護支援専門員、その他、包括センターの職員への配布を依頼した。

## 2. 倫理的配慮

面接調査ならびに質問紙による調査の実施にあたり、その内容を日本福祉大学「人を対象とする研究に関する倫理審査委員会規程」に基づく倫理審査委員会に諮り、承認を得た。また、面接調査の依頼に際して、協力の任意性、個人情報の保護、データの取り扱い方法、等について説明し同意を得た。質問紙調査にあたっては、同様の内容と調査票の返信をもって協力に同意したものとみなす旨を、調査票に記した。

## 3. 結果

質問紙調査への協力依頼に対し、196名から回答を得た。職種ごとの内訳は表2のとおりである。包括センターにおいて、認知症高齢者の今の暮らしを支えるために重要だと職員が考える実践項目の構造を明らかにするため、主因子法による探索的因子分析(プロマックス回転)を行った。いずれの因子においても因子負荷量が0.40以下のものを削除し、44項目7因子(1) 認知症疾患医療センターとの連携、(2) 認知症高齢者の支援に必要なネットワークの構築と家族・地域の啓発、(3) 認知症高齢者の緩和ケアと終末期ケア、(4) 認知症高齢者の権利擁護とそのため地域の資源の開発、(5) 認知症高齢者とその予備軍の所在・状況の把握、(6) 介護サービス利用のためのアドボカシー、(7) 家族介護支援、を抽出した(表3)。また、これら44項目について実施の状況をカイ2乗検定によって検証した。因子分析後は、因子単位で分析を行うべきところであるが、地域包括支援センターとしての認知症高齢者支援の実践の状況を明らかにするとともに、専門職ごとの実践状況を明らかにするため、項目ごとの分析を併せて行った。各因子を構成する項目の専門職ごとの実施状況を表4~10に、そして因子分析において削除した項目のうち、包括センターの実践として重要であると考えられる地域の医師との連携に関する項目の実施状況を表11に示した。

表 1 質問項目一覧

番号	質 問
(1)	地域包括支援センター（以下「包括」という）の意義を尊重し的外れな相談でもまずは受入れて対応する
2	認知症に関する相談にはできる限り訪問し面接を実施する
3	認知症高齢者のアセスメントは家族の状況を含めて行う
(4)	困難事例に対処できない地域のケアマネジャーを支援する
(5)	困難事例等相談の有無にかかわらず日頃から地域のケアマネジャーの支援を包括の責務として実施する
(6)	24 時間 365 日地域の相談に対応できる体制を整える
(7)	初期相談には専門職その他包括の全職員が対応する
8	認知症高齢者の症状の原因等を明確化するために専門医の受診を促す
(9)	認知症の相談日・相談場所を特別に設ける
10	支援が必要だという自覚のない認知症高齢者と信頼関係を構築する
11	要介護認定の特記事項に実情が反映されるよう訪問調査に立ち会う
12	かかりつけ医に認知症高齢者の日頃の様子を伝えて意見書にそれを反映させる
(13)	認知症高齢者の近隣住民に対する不信感を取り除いて近所の人と良い関係を作れるように支援する
(14)	認知症高齢者の近隣住民に認知症の症状について説明し認知症高齢者に対する不信感を取り除く
15	鑑別診断に同行して認知症高齢者の日頃の様子を伝える
(16)	利用した方がよいと思われる介護・福祉のサービスやその他サービスについて説明し利用を促す
17	頼りになる民生委員と協力して地域の困りごとに対処する
18	認知症高齢者が認知症疾患医療センターによる支援を受けることができるよう本人や関係者に働きかける
(19)	認知症高齢者が地域のサロンに参加するなど地域社会とのつながりを持てるよう支援する
20	認知症ケアについて知識や理解のない家族に働きかけて認知症高齢者の良き支援者になるようにする
(21)	行政の保健師をうまく巻き込んで例えば障害のある子と暮らす認知症高齢者の支援などを有効に実施する
22	地域の独居高齢者の所在を把握・訪問して継続的に見守る
23	地域の老夫婦のみ世帯の所在と状況を把握する
24	地域の特定高齢者の所在と状況を把握する
25	地域の認知症高齢者の所在と状況を把握する
(26)	社会福祉士・保健師・看護師・主任介護支援専門員がそれぞれの専門性を高め合いながらすべての業務を行う
(27)	保健師・看護師と社会福祉士がそれぞれの専門性を活かすため常に話し合い共に行動する
(28)	相談には事務職員等も含め全員で対応し面接や訪問の後必要があれば各専門職の専門性に応じて引き継ぐ
29	認知症疾患医療センターと合同でケース検討会を開催する
30	認知症疾患医療センターの精神保健福祉士に日頃から何かあれば相談し協力関係を築く
31	認知症疾患医療センターの精神保健福祉士と認知症高齢者宅を同行訪問する
32	認知症疾患医療センターの精神保健福祉士に認知症に理解のない かかりつけ医のところに同行してもらう
33	認知症疾患医療センターの精神保健福祉士に受診を拒否する認知症高齢者の受診に同行してもらう
34	包括の主催する勉強会に認知症疾患医療センターの精神保健福祉士に講師として来てもらう
35	認知症疾患医療センターの事例検討会に事例を提供し結果を持ち帰って実施と検討を繰り返す
36	民生委員や地域の役員から支援の必要な高齢者に関する情報の提供を受けたり相談に応じたりする
(37)	認知症地域支援推進員と情報を交換したり認知症高齢者宅を同行訪問したりする
38	地域のケアマネジャーから相談や情報の提供を受ける
39	ホームヘルパーから利用者である認知症高齢者に関する相談や情報の提供を受ける



(40)	小規模多機能型居宅介護など居宅サービス事業所と協力して在宅の認知症高齢者を支援する
41	高齢者入所施設からの相談(たとえばBPSDへの対応など)に応じた地域の認知症高齢者の入所の相談をする
42	訪問看護師と協力して認知症高齢者をサービスにつなぐ
43	警察署からの要請に応じて認知症高齢者宅を同行訪問する
(44)	金融機関に包括の機能について知らせ支援の必要な高齢者がいれば相談をしてもらいたい旨依頼する
(45)	認知症高齢者のかかりつけ医に本人の日頃の様子を伝え鑑別診断とその後の受診ができるようにする
(46)	かかりつけ医や受診への抵抗が少ない脳神経外科等に働きかけて認知症疾患医療センターや地域の精神科につないでもらう
(47)	開業医から患者である認知症高齢者に関する相談を受ける
(48)	日頃から地域の開業医に利用可能なサービスについての情報を積極的に提供する
(49)	徘徊模擬訓練や認知症予防教室などを実施する
50	小学校や老人クラブなどで認知症サポーター養成講座など啓発活動を実施する
(51)	機会を捉えて民生委員の活動を地域住民に紹介する
52	社協や住民が立ち上げた活動を包括の保健師や社会福祉士が講師を引き受けるなどして支援する
53	地域のサロン等に協力・参加することで地域の高齢者と顔見知りになり継続的に様子を把握する
54	包括の活動にボランティアを積極的に活用して認知症サポーターなどの活動機会を創出する
55	家族会を立ち上げその活動を通じて介護家族を支援する
56	家族会の活動や介護の基礎知識などを情報誌として作成し未参加の介護家族や広く地域に配布する
57	家族や地域住民が認知症の基礎知識を得る機会を提供する
(58)	家族や地域住民がBPSDへの対処方法について学ぶ機会を提供する
(59)	居宅サービスを利用することの利益を独居の認知症高齢者や認知症高齢者の介護家族に説明する
60	認知症のBPSD他過去の事情でこじれた認知症高齢者本人と家族の関係が修復されるよう援助する
61	認知症高齢者が認知症以外の病気による療養を自宅でできるよう体制を整えるなど支援する
62	認知症高齢者が入院した場合に病院のソーシャルワーカー等と退院後の支援について事前に検討する
(63)	認知症高齢者に関する情報が自宅・施設・医療機関を問わず適切に引き継がれるようにする
64	認知症高齢者の家族や介護サービスに携わる介護職員が終末期ケアについて学ぶ機会を提供する
65	居宅サービスを利用することで自宅で最期を迎えることも可能であることを認知症高齢者の家族に説明する
66	最期の迎え方について認知症高齢者本人や家族と話し合う
67	成年後見制度や日常生活自立支援事業について認知症高齢者本人や家族に紹介・説明し必要なら家裁や社協に同行する
68	認知症高齢者が必要に応じて成年後見制度を利用できるよう後見人の確保や申立の支援などを行う
69	成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用に至らない場合に認知症高齢者の利益を守る体制を整える
70	包括の日頃の業務を通じて地域のニーズを明確化したりニーズを充足するための資源を開発したりする

( ) 付の番号は、因子分析の際に削除した項目。

表 2 回答者の内訳

職種	回答数	割合 (%)
社会福祉士	55	33
保健師・看護師	40	24
主任介護専門員	41	25
その他	30	18
計	166	100

無回答 30 その他：介護支援専門員，相談員、認知症地域支援推進員，事務職員，など

表 3 認知症高齢者を支援するために重要だと包括センターの職員が捉えている実践項目

認知症疾患医療センターとの連携 因子1	31 医療センターの精神保健福祉士と認知症高齢者宅を同行訪問する	.923	.051	-.085	-.035	.009	.036	-.040
	30 医療センターの精神保健福祉士に日頃から相談し協力関係を築く	.777	.080	.195	-.158	-.009	-.156	.071
	34 包括の勉強会に医療センターの PSW に講師として来てもらう	.769	.015	-.035	.104	-.018	-.006	.064
	33 医療センターの PSW に受診拒否の認知症高齢者の受診に同行してもらう	.727	-.194	-.050	.276	.091	.159	-.077
	32 医療センターの PSW に理解のない医師のところに同行してもらう	.684	-.047	-.162	.217	.011	.067	.085
	35 医療センターの事例検討会に事例を提供する	.666	.082	.235	-.121	.057	-.032	-.001
	29 認知症疾患医療センターと合同でケース検討会を開催する	.641	.020	.139	-.154	-.027	-.048	.057
	18 医療センターによる支援ができるよう本人や関係者に働きかける	.494	.048	.031	.045	-.088	.248	.129
ネットワークの構築と家族・地域の啓発 認知症高齢者の支援に必要な 因子2	38 地域のケアマネジャーから相談や情報の提供を受ける	.074	.790	-.077	.133	.001	-.167	-.047
	36 民生委員などから支援の必要な人の情報提供を受け相談に応じる	.042	.783	-.119	.003	.037	.110	-.172
	39 ヘルパーから認知症高齢者に関する相談や情報の提供を受ける	.071	.646	.061	.059	-.077	-.072	-.169
	17 頼りになる民生委員と協力して地域の困りごとに対処する	-.030	.628	-.085	.137	-.013	-.035	.067
	20 知識・理解のない家族に働きかけて良き支援者になるようにする	-.042	.553	-.099	-.080	.070	.294	.196
	03 認知症高齢者のアセスメントは家族の状況を含めて行う	-.036	.484	.150	-.103	.069	.069	-.024
	10 支援が必要だという自覚のない認知症高齢者と信頼関係を構築	-.111	.484	.107	-.121	-.055	.252	.286
	62 入院した場合に病院の SWeR 等と退院後の支援を事前に検討する	-.096	.483	.246	.146	.114	-.044	-.049
	57 家族や地域住民が認知症の基礎知識を得る機会を提供する	.062	.412	-.081	.352	-.170	-.012	.319
	50 小学校や老人クラブでサポーター養成講座など啓発活動を実施	.011	.400	-.049	.124	.073	-.079	.260

認知症高齢者の緩和ケアと終末期ケア 因子3	65	居宅サービスを利用し自宅で最期を迎えられることを家族に説明する	.172	-.117	.797	.122	.029	-.166	.003
	64	家族や介護職員が終末期ケアについて学ぶ機会を提供する	.014	-.115	.720	.143	.034	-.042	.039
	66	最期の迎え方について認知症高齢者本人や家族と話し合う	.044	-.198	.697	.206	-.022	.036	.117
	60	過去の事情でこじれた本人と家族の関係の修復を援助する	-.260	-.053	.674	.151	-.035	.129	.135
	41	入所施設からの相談に応じたり入所の相談をしたりする	.166	.088	.634	-.178	-.081	.146	.041
	61	認知症高齢者が認知症以外の病気の際自宅療養体制を整える	.008	.276	.573	.121	-.027	-.180	.034
	42	訪問看護師と協力して認知症高齢者をサービスにつなぐ	.086	.057	.509	-.177	.014	.240	.013
	43	警察署からの要請に応じて認知症高齢者宅を同行訪問する	.093	.050	.475	.149	-.050	.186	-.085
	02	認知症に関する相談にはできる限り訪問し面接を実施する	.049	.239	.417	-.130	.013	.149	-.171
認知症高齢者の権利擁護と そのための地域資源の開発 因子4	68	必要に応じて成年後見人の確保や申立の支援などを行う	.018	.010	-.089	.712	.017	.311	-.134
	69	成年後見等の利用につなげない時に利益を守る体制を整える	-.137	.121	.325	.700	.071	-.056	-.124
	67	成年後見や日常生活自立支援事業を紹介し家裁や社協に同行する	.109	.075	.090	.699	-.057	.018	-.019
	53	地域のサロン等に協力し顔見知りになり継続的に様子を把握する	.086	.406	-.134	.520	.021	-.187	-.056
	54	包括の活動にボランティアを活用して活動機会を創出する	-.031	-.167	.145	.486	.021	.084	.245
	70	日頃から地域のニーズを明確化し資源を開発する	-.188	.228	.204	.459	.027	.126	-.002
	52	社協や住民の活動を包括が講師を引き受けるなどして支援する	.044	.216	.058	.438	-.039	-.093	.063
その予備軍の把握 因子5	23	地域の老夫婦のみ世帯の所在と状況を把握する	.029	-.052	-.148	-.013	.898	.087	.072
	24	地域の特定高齢者の所在と状況を把握する	-.054	-.051	.107	-.032	.777	-.012	.057
	22	地域の独居高齢者の所在を把握・訪問して継続的に見守る	.019	.136	-.146	.117	.740	.010	.017
	25	地域の認知症高齢者の所在と状況を把握する	.057	.075	.252	-.065	.678	-.041	-.048
医療・介護サービスの アドボカシー 因子6	12	かかりつけ医に日頃の様子を伝えて意見書にそれを反映させる	-.028	-.041	.096	.053	.033	.662	-.074
	11	要介護認定の特記事項に実情が反映されるよう訪問調査に立会う	.034	-.124	.020	.183	-.004	.650	-.016
	15	鑑別診断に同行して認知症高齢者の日頃の様子を伝える	.142	.168	.022	.043	-.025	.544	-.100
	08	症状の原因等を明確化するために専門医の受診を促す	-.076	-.016	.020	-.037	.043	.458	.060
介護家族支援 因子7	56	家族会や介護知識などを情報誌として未参加の家族や地域に配布	.072	-.074	.055	-.012	.098	-.018	.814
	55	家族会を立ち上げその活動を通じて介護家族を支援する	.116	-.040	.062	-.050	.009	-.055	.792

因子抽出法：主因子法 回転法：Kaiser の正規化を伴うプロマックス法 7回の反復で回転が収束 累積寄与率：54.3%  
番号：調査時の質問項目番号



### Ⅲ 考察

以下に、7つの因子それぞれについて、また地域の医師との連携に関する項目について考察する。

#### 1. 認知症疾患医療センターとの連携

熊本県では、認知症疾患医療センターが地域の精神病院をはじめ、認知症援助の専門職たちを積極的に支援している。大学病院の医師が地域の精神科医に情報を提供するだけでなく、精神保健福祉士が大きな役割を果たしており、認知症高齢者を支援する地域の専門職たちをサポートしている。

今回の調査においても、認知症疾患医療センターとの連携が1因子として抽出された。合同でケース検討会を開いたり、利用者宅の訪問や受診に同行したりするまでには至っていないものの、何かあれば包括センターが認知症疾患医療センターに相談し、認知症高齢者を医療に繋いでいた（表4）。現状の人員配置では医療センターの精神保健福祉士は非常に多忙であり、包括センターが医療センターの社会福祉士と日頃から共に行動することはそう容易ではない状況にあると考えられるが、包括センターと認知症疾患医療センターとの連携はとれていると言える。

#### 2. 認知症高齢者の支援に必要なネットワークの構築と家族・地域の啓発

第2因子は、地域のケアマネジャー、民生委員、ホームヘルパー、認知症高齢者の家族、などとネットワークを構築して認知症高齢者を支援するとともに、家族や地域を対象に認知症に関する啓発を行う諸活動である。第2因子を構成する10個の項目についてはすべて、専門職の種類を問わず、実施群が非実施群よりもその数値が大きく、どの項目もその差は有意であった（表5）。第2因子を構成する諸項目は、包括センターの基本的業務であり、包括センターに寄せられるさまざまな相談に対応すれば、民生委員や地域の役員、関連するサービス事業者やスタッフなどとのネットワークを築かざるを得ないであろうし、認知症高齢者本人を支援するためのキーパーソンである家族をそこに巻き込むことも必要となる。どの専門職もこれらを自らの責任として自覚し、実践していると考えられる。

#### 3. 認知症高齢者の緩和ケアと終末期ケア

認知症高齢者は生活面でさまざまな困難を抱える。また徘徊や暴言などで周囲が大きな負担を担う場合もある。認知症を抱えて生きるということは、人生の終末期を生きるということであり、たとえば若年性認知症の場合は、本人が終末期についての意思表示を行うこともめずらしくない。認知症高齢者の支援をその終末期を見通して行うなら、BPSDへの援助は、認知症高齢者のスピリチュアルな痛みの緩和として捉えることができる。第3因子は、包括センターの職員が、認知症高齢者のさまざまな不自由や家族その他周囲の人々との関係に介入し、その人の今だ

表4 第1因子を構成する項目の実施状況

問番号	質問	職種					
		社会福祉士		保健師・看護師		主任ケアマネ	
31	認知症疾患医療センターの精神保健福祉士と認知症高齢者宅を同行訪問する	.323		1.000		.516	
		22	29	19	19	17	21
30	認知症疾患医療センターの精神保健福祉士に日頃から何かあれば相談し協力関係を築く	.208		.105		.009 *	
		30	21	24	14	27	11
34	包括センターの主催する勉強会に認知症疾患医療センターの精神保健福祉士に講師として来てもらう	.017 *		.105		.009 *	
		17	34	14	24	11	27
33	認知症疾患医療センターの精神保健福祉士に受診を拒否する認知症高齢者の受診に同行してもらう	.017 *		.009 *		.023 *	
		17	34	11	27	12	20
32	認知症疾患医療センターの精神保健福祉士に認知症に理解のないかかりつけ医のところに同行してもらう	.000 *		.000 *		.000 *	
		8	43	8	30	4	34
35	認知症疾患医療センターの事例検討会に事例を提供し結果を持ち帰って実施と検討を繰り返す	.001 *		.052		.004 *	
		14	37	13	25	10	28
29	認知症疾患医療センターと合同でケース検討会を開催する	.889		.746		1.000	
		25	26	20	18	18	19
18	認知症高齢者が認知症疾患医療センターによる支援を受けることができるよう本人や関係者に働きかける	.000 *		.000 *		.000 *	
		43	8	32	6	32	6

カイ2乗検定 \* :  $p < .03$ 

数値: 左 / 実施・右 / 非実施 網掛けは実施&lt;非実施

表5 第2因子を構成する項目の実施状況

問番号	質問	職種					
		社会福祉士		保健師・看護師		主任ケアマネ	
38	地域のケアマネジャーから相談や情報の提供を受ける	.000 *		.000 *		.000 *	
		50	1	37	1	37	1
36	民生委員や地域の役員から支援の必要な高齢者に関する情報の提供を受けたり相談に応じたりする						
		51	0	38	0	37	0
39	ホームヘルパーから利用者である認知症高齢者に関する相談や情報の提供を受ける	.000 *		.000 *		.000 *	
		47	4	33	5	35	3
17	頼りになる民生委員と協力して地域の困りごとに対処する			.000 *		.000 *	
		51	0	35	2	36	2
20	認知症ケアについて知識や理解のない家族に働きかけて認知症高齢者の良き支援者になるようにする	.000 *		.000 *		.000 *	
		46	5	32	6	35	2
03	認知症高齢者のアセスメントは家族の状況を含めて行う	.000 *		.000 *		.000 *	
		50	2	36	2	37	1
10	支援が必要だという自覚のない認知症高齢者と信頼関係を構築する	.000 *		.000 *		.000 *	
		49	2	35	3	37	1
62	認知症高齢者が入院した場合に病院のソーシャルワーカー等と退院後の支援について事前に検討する	.000 *		.000 *		.000 *	
		48	3	34	4	34	4
57	家族や地域住民が認知症の基礎知識を得る機会を提供する	.000 *		.000 *		.000 *	
		45	6	36	2	32	6
50	小学校や老人クラブなどで認知症サポーター養成講座など啓発活動を実施する	.000 *		.000 *		.000 *	
		44	7	34	4	30	7

カイ2乗検定 \* :  $p < .03$ 

数値: 左 / 実施・右 / 非実施 網掛けは実施&lt;非実施

けでなく、その後を、そして最期まで支援することが必要であると考えていることを示している。

認知機能が低下した認知症高齢者本人から終末期ケアに関する意向を聞くことが困難であることは言うまでもないが、家族とそれらを話し合うことはやはり難しいようである（表6）。認知症高齢者が将来、どこでどのように介護を受けるかについて事前に話し合うためには、信頼関係が構築されていなければならない。終末期についての意向が明確でなければ、終末期ケアについて学ぶ機会を包括センターが支援の一環として設けることもない。包括センターの活動として、終末期までを実際にどう支援するかということは、今後の課題である。

#### 4. 認知症高齢者の権利擁護とそのための地域資源の開発

認知症高齢者の財産や権利を護ることは、包括センターの機能の一つとして広く認識されており、第4因子はこれを示すものである。制度を利用するための直接的支援に加え、日頃から住民と良い関係を作っておくことが重要である。また、認知症サポーターを養成することは容易だが、養成したサポーターを地域の活動に動員することは容易でないことが伺われる（表7）。講座を開催するだけでなく、認知症高齢者について知りたいという住民の関心や役に立ちたいという気持ちを、認知症高齢者支援のための資源として開発していく力量が包括センターに求められる。

#### 5. 認知症高齢者とその予備軍の所在・状況の把握

地域の高齢者の実態把握は、住民支援の基礎資料となるものであるため、非常に重要である。しかしこの活動を行うことは容易ではなく、総合相談機関として多くの相談に応じ、高齢者宅を訪問し、関係機関と協力し合い、支援のネットワークを構築するという包括センターの主たる活動のなかで、認知症高齢者の状況把握を別途行うことは困難であり、現実的ではない。表8の結果は、包括センターの専門職たちにこれらの活動が「できていない」ということを示すものではない。民生委員など地域の役員や住民とのネットワークを密にすることで、支援の必要な認知症高齢者に関する情報が早い段階で包括センターに持ち込まれるようにする活動を行い、地域の高齢者の状況を実質的に把握することが得策であろう。

#### 6. 介護サービス利用のためのアドボカシー

認知症高齢者が状態に応じた介護サービスを利用することができるように、その状態を意見書に反映させたり、訪問調査に立ち会ったりすることは有効である。鑑別診断への同行も、社会福祉士と保健師・看護師については半数以上が実施している。認知症高齢者の状態を主治医の意見書や訪問調査の特記事項に適切に反映させるためには、認知症あることと、その程度を明確に提示することが必要であり、そのために専門医を受診させるための活動も行われていることがわかる（表9）。

表6 第3因子を構成する項目の実施状況

問番号	質問	職種					
		社会福祉士		保健師・看護師		主任ケアマネ	
65	居宅サービスを利用することで自宅で最期を迎えることも可能であることを認知症高齢者の家族に説明する	.777		.105		.746	
		26	24	<u>14</u>	<u>24</u>	20	18
64	認知症高齢者の家族や介護サービスに携わる介護職員が終末期ケアについて学ぶ機会を提供する	.000 *		.000 *		.000 *	
		<u>4</u>	<u>46</u>	<u>7</u>	<u>31</u>	<u>5</u>	<u>32</u>
66	最期の迎え方について認知症高齢者本人・家族と話し合う	.024 *		.023 *		.009 *	
		<u>17</u>	<u>33</u>	<u>12</u>	<u>26</u>	<u>11</u>	<u>27</u>
60	認知症のBPSD他過去の事情でこじれた認知症高齢者本人と家族の関係が修復されるよう援助する	.003 *		.139		.105	
		35	14	23	14	25	14
41	高齢者入所施設からの相談（たとえばBPSDへの対応など）に応じた地域の認知症高齢者の入所の相談をする	.048		.859		.516	
		32	18	19	18	21	17
61	認知症高齢者が認知症以外の病気による療養を自宅でできるよう体制を整えるなど支援する	.007 *		.330		.052	
		34	15	22	16	25	13
42	訪問看護師と協力して認知症高齢者をサービスにつなぐ	.327		.105		.746	
		29	22	<u>14</u>	<u>24</u>	<u>18</u>	<u>20</u>
43	警察署からの要請に応じて認知症高齢者宅を同行訪問する	.123		.746		.746	
		20	31	<u>18</u>	<u>20</u>	20	18
02	認知症に関する相談にはできる限り訪問し面接を実施する	.000 *		.000 *		.000 *	
		50	2	38	0	36	2

2カイ2乗検定 \* : p &lt; .03 数値: 左 / 実施・右 / 非実施 下線は実施 &lt; 非実施

表7 第4因子を構成する項目の実施状況

問番号	質問	職種					
		社会福祉士		保健師・看護師		主任ケアマネ	
68	認知症高齢者が必要に応じて成年後見制度を利用できるよう後見人の確保や申立の支援などを行う	.000 *		.052		.001 *	
		38	12	<u>25</u>	<u>13</u>	29	9
69	成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用に至らない場合に認知症高齢者の利益を守る体制を整える	.002 *		.023 *		.194	
		36	14	26	12	23	15
67	成年後見制度や日常生活自立支援事業について認知症高齢者本人や家族に紹介・説明し必要なら家裁や社協に同行	.000 *		.001 *		.000 *	
		42	8	29	9	31	7
53	地域のサロン等に協力・参加することで地域の高齢者と顔見知りになり継続的に様子を把握する	.000 *		.000 *		.000 *	
		47	4	35	3	36	2
54	包括の活動にボランティアを積極的に活用して認知症サポーターなどの活動機会を創出する	.123		1.000		.411	
		<u>20</u>	<u>31</u>	19	19	<u>16</u>	<u>21</u>
70	包括の日頃の業務を通じて地域のニーズを明確化したりニーズを充足するための資源を開発したりする	.773		1.000		.411	
		23	25	19	19	20	18
52	社協や住民が立ち上げた活動を包括の保健師や社会福祉士が講師を引き受けるなどして支援する	.000 *		.000 *		.002 *	
		39	11	31	7	28	9

2カイ2乗検定 \* : p &lt; .03 数値: 左 / 実施・右 / 非実施 下線は実施 &lt; 非実施

表 8 第 5 因子を構成する項目の実施状況

問番号	質問	職種					
		社会福祉士		保健師・看護師		主任ケアマネ	
23	地域の老夫婦のみ世帯の所在と状況を把握する	.000 *		.028 *		.330	
		40	11	24	11	22	16
24	地域の特定高齢者の所在と状況を把握する	.000 *		.096		.052	
		40	11	23	13	25	13
22	地域の独居高齢者の所在を把握・訪問して継続的に見守る	.000 *		.028 *		.000 *	
		43	8	24	11	30	8
25	地域の認知症高齢者の所在と状況を把握する	.017 *		.739		.622	
		34	17	<u>17</u>	<u>19</u>	20	17

カイ 2 乗検定 \* :  $p < .03$  数値 : 左 / 実施・右 / 非実施 下線は実施<非実施

表 9 第 6 因子を構成する項目の実施状況

問番号	質問	職種					
		社会福祉士		保健師・看護師		主任ケアマネ	
12	かかりつけ医に認知症高齢者の日頃の様子を伝えて意見書にそれを反映させる	.000 *		.023 *		.000 *	
		42	9	26	12	32	6
11	要介護認定の特記事項に実情が反映されるよう訪問調査に立ち会う	.000 *		.330		.516	
		41	10	22	16	21	17
15	鑑別診断に同行して認知症高齢者の日頃の様子を伝える	.572		1.000		.330	
		27	23	19	19	16	22
08	認知症高齢者の症状の原因等を明確化するために専門医の受診を促す	.000 *		.000 *			
		47	4	36	1	38	0

カイ 2 乗検定 \* :  $p < .03$  数値 : 左 / 実施・右 / 非実施 下線は実施<非実施

## 7. 介護家族支援

家族会を立ち上げ、その活動を支援したり、地域に認知症介護に役立つ知識を情報誌として提供したりすることが第 7 因子として抽出された。実施状況については、家族会の立ち上げと支援についても、情報誌の作成についても、実施していないという回答が多く、とりわけ、情報誌の発行においてその傾向が顕著であった（表 10）。認知症高齢者の家族を支援することは重要だが、認知症高齢者本人を支援するための活動がやはり優先される結果、家族会の立ち上げ等、家族支援を行うところまで手が回らない現実がある。家族会については、施設単位や小地域単位では毎回の参加者が固定されてしまうことが多く、ニーズに応じて「認知症の人と家族の会」などを紹介したり参加を勧めたりする方が現実的であるかもしれない。

## 8. 地域の開業医との連携

因子分析を行うにあたり削除した項目のなかに、地域の医師との連携に関するものがあった。地域の医師との連携は重要であり、実施状況を見ると日頃からの情報提供は別として、

表10 第7因子を構成する項目の実施状況

問番号	質問	職種					
		社会福祉士		保健師・看護師		主任ケアマネ	
55	家族会を立ち上げその活動を通じて介護家族を支援する	.001 *		.009 *		.009 *	
		<u>14</u>	<u>37</u>	<u>11</u>	<u>27</u>	<u>11</u>	<u>27</u>
56	家族会の活動や介護の基礎知識などを情報誌として作成し未参加の介護家族や広く地域に配布する	.000 *		.001 *		.000 *	
		<u>6</u>	<u>45</u>	<u>9</u>	<u>29</u>	<u>8</u>	<u>30</u>

カイ2乗検定 \* :  $p < .03$  数値 : 左 / 実施・右 / 非実施 下線は実施<非実施

表11 地域の医師との連携に関する質問項目の実施状況

問番号	質問	職種					
		社会福祉士		保健師・看護師		主任ケアマネ	
45	認知症高齢者のかかりつけ医に本人の日頃の様子を伝え鑑別診断とその後の受診ができるようにする	.036		.105		.014 *	
		33	18	24	14	26	11
46	かかりつけ医や脳神経外科等に働きかけて認知症疾患医療センターや地域の精神科につないでもらう	.008 *		.746		.746	
		35	16	<u>18</u>	<u>20</u>	20	18
47	開業医から患者である認知症高齢者に関する相談を受ける	.090		.746		.023 *	
		31	19	20	18	26	12
48	日頃から地域の開業医に利用可能なサービスについての情報を積極的に提供する	.157		.004 *		1.000	
		<u>20</u>	<u>30</u>	<u>10</u>	<u>28</u>	19	19

カイ2乗検定 \* :  $p < .03$  数値 : 左 / 実施・右 / 非実施 下線は実施<非実施

半数以上の社会福祉士や保健師・看護師が、地域の医師へのアプローチを行っている（表11）。これらの活動が、たとえば認知症疾患医療センターの精神保健福祉士との連携などに比べて、重要な活動として認識されにくいとすれば、その理由は、地域の医師の認知症に対する知識や認識に大きなばらつきがあり、協力関係を築く努力をしても効果が得られない場合、家族や近隣住民、サービス関係者などとの連携をより密にして、同等の効果を得られるようにしているということなのではないだろうか。

#### IV 結論

今回の研究により、熊本県の包括センターの専門職たちは、認知症高齢者が今いる場所での生活を継続できるよう支援するために、(1) 認知症疾患医療センターとの連携、(2) ネットワーク構築と啓発、(3) スピリチュアルな痛みの緩和と終末期ケア、(4) 権利擁護と資源開発、(5) 予備軍を含めた認知症高齢者の所在と状況の把握、(6) 介護サービス利用のためのアドボカシー、(7) 介護家族支援、を自分たちの実践の重要項目として捉えていたこと、専門職間で実施に多少の違いはあるものの、概ね包括センターとしてチームアプローチが行われていたことが明らかとなった。ただし、重要であると認識しながらも、終末期ケアについて家族と話し合ったり、終末



期ケアについての学習機会を提供したりすることや、ボランティアの活動機会の創出、家族会の立ち上げや地域への広報、などは実施率が低かった。

2012 京都文書（京都式認知症ケアを考えるつどい実行委員会 2012:23-24）では、専門職・市民・行政などの課題として、「アウトリーチ機能の未成熟・不在」「最初の受診をサポートするサービスの不在」「かかりつけ医の認識・知識不足」「認知症と診断された後の対応の不明確さ」「包括センターの経験・技術不足や感度不足」「包括センターの役割についての制度的問題」「包括センターに対するサポート機能の不足」「ケースワークを行う機関の不在」「行政の無関心や本気さの欠如」「早期発見するシステムの未整備」「地域の医療・ケア・行政・住民の連携不足」「地域の見守り体制の不足や地域の機能不全」「新興住宅地など地域力の不足」が挙げられている。本研究では、これらの課題の多くについて、熊本県の専門職の認識を明らかにした。調査の過程を通じて、熊本県においては、認知症疾患医療センターと地域の医療機関や包括センターとの連携が、実質的に機能していることが伺えた。確定診断を早期に行えるようにする努力がその後の QOL の向上につながっている。今後は、包括センターの専門職による認知症高齢者への支援を充実させるため、子どもの支援に力点を置く行政の保健師との連携なども進める必要があり、委託型包括センターへの予算措置を含め、行政の積極的関与が期待される。

本稿で報告した調査・研究は、2013 年度日本福祉大学課題研究費により実施したものである。

#### 参考文献

- 栗田主一・佐野ゆり・福本恵（2010）「一地方都市における地域包括支援センターの認知症関連業務の実態——とくに、医療資源との連携という観点から」『老年精神医学雑誌』21, 356-363 頁。
- 栗田主一（2012）「地域包括ケアシステムを利用した認知症の早期診断システムの推進」『保健医療科学』61（2）, 125-129 頁。
- 栗田主一（2013a）「認知症早期支援体制——とくにアウトリーチ（訪問型ケア）の課題」『老年精神医学』24（9）, 883-889 頁。
- 栗田主一（2013b）「認知症の早期診断・早期対応」『日本認知症ケア学会誌』12（3）, 563-568 頁。
- 栗田主一（2014）「地域差を超えて、地域ネットワークで支える認知症医療——統合の戦略について」『老年精神医学雑誌』25（4）, 411-417 頁。
- 後藤広史・小林良二（2008）「A 市地域包括支援センターの現状と課題——A 市全地域包括支援センターに対する聞き取り調査」『東洋大学福祉社会開発研究』1, 13-24 頁。
- 浜崎裕子・岸恵美子・野村祥平・ほか（2011）「地域包括支援センターにおけるセルフ・ネグレクトの介入方法と専門職が直面するジレンマおよび困難」『日本在宅ケア学会誌』15（1）, 15-23 頁。
- 川本晃子・田口敦子・桑原雄樹・ほか（2012）「地域包括支援センター保健師が地域住民と協力して行った個別支援の内容」『日本地域看護学会誌』15（1）, 109-118 頁。
- 菊地和子・佐藤彰子・山口健太・ほか（2012）「地域包括支援センターの機能；現状と課題——仙台市における認知症対策の取組みから」『老年精神医学雑誌』23（3）, 299-304 頁。
- 北村育子・永田千鶴・松本佳代・ほか（2014）「認知症高齢者の在宅生活継続を可能にする地域包括支援センターを中心とする専門職連携の有効性に関する一考察」『日本福祉大学社会福祉論集』130, 191-208 頁。
- 京都式認知症ケアを考えるつどい実行委員会（2012）『2012 京都文書』京都式認知症ケアを考えるつどい

実行委員会事務局

小長谷陽子（2012）「地域包括支援センターにおける認知症に関する相談の実態と課題」『日本医事新報』4610, 84-88 頁.

厚生労働省（2013）「認知症施策の推進について」第47回社会保障審議会介護保険部会資料

眞崎直子・飯村富子・松原みゆき・ほか（2012）「地域ケアシステムのネットワーク推進に関する要因——地域包括支援センターにおける直営型と委託型の違いに焦点を当てて」『日本赤十字広島看護大学紀要』12, 27-36 頁.

松崎吉之助（2012）「独居等認知症高齢者に対する成年後見制度申立て支援に関する研究——地域包括支援センター社会福祉士による支援プロセス」『日本認知症ケア学会誌』11（2）, 506-515 頁.

三菱総合研究所（2012）『地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業報告書』

村山洋史・児島智子・戸丸明子・ほか（2010）「地域専門機関とインフォーマル組織間のネットワーク構築促進プログラムの評価——地域包括支援センターにおける試行」『日本公衆衛生雑誌』57（10）, 909-920 頁.

家根明子（2014）「地域包括支援センターによる初老期認知症者支援の課題——専門職の捉え方の分析から」『奈良女子大学人間文化研究科年報』29, 191-199 頁.

大塚理加・菊地和則・野中久美子・ほか（2014）「地域包括支援センターにおける地域高齢者の栄養状態の改善への取り組みの実態と今後の課題」『老年社会科学』35（4）, 447-453 頁.

澤田有希子・石川久展・大和三重・ほか（2014）「地域包括支援センターの専門職の燃えつきとソーシャルサポートに関する研究」『厚生指標』61（6）, 26-32 頁.

高崎充代（2012）「地域包括支援センターにおける認知症への取り組み」『臨床精神医学』41（12）, 1715-1722 頁.

高瀬幸子（2012）「エコロジカル視点に基づくソーシャルワーク実践の実証的研究——地域包括支援センターにおける一人暮らし高齢者の援助事例の質的分析」『ソーシャルワーク研究』38（1）, 47-55 頁.

武居幸子・冷水豊（2008）「地域包括支援センターの社会福祉士の業務評価に関連する要因」『社会福祉学』48（4）, 69-81 頁.

俵志江（2010）「地域包括支援センターの3専門職の個別支援に関する連携活動と社会資源の創出との関連」『日本在宅ケア学会誌』14（1）, 39-46 頁.

俵志江（2011）「地域包括支援センターの専門職による社会資源の創出に関連する要因の検討」『日本地域看護学会誌』14（1）, 62-70 頁.

山本繁樹（2012）「地域包括支援センターの未来——認知症の地域ケアにおける諸課題を中心に」『老年精神医学雑誌』23 通号 286, 126-131 頁.

全国社会福祉協議会・全国地域包括・在宅介護支援センター協議会（2011）『地域包括支援センター等による地域包括ケアを実践するネットワークの構築の進め方に関する調査研究事業報告書』全国社会福祉協議会・全国地域包括・在宅介護支援センター協議会