

平成 23 年度 認知症介護研究・研修東京センター研究事業

# 認知症の地域ケアにおけるケアと医療との 連携に関する研究

## 報告書

社会福祉法人 浴風会

認知症介護研究・研修東京センター

平成 24 年 3 月

## 目 次

|                                         |    |
|-----------------------------------------|----|
| はじめに .....                              | 1  |
| 第1章 研究の概要 .....                         | 3  |
| I 研究の目的 .....                           | 4  |
| II 研究体制 .....                           | 4  |
| III 研究計画 .....                          | 4  |
| 第2章 ワーキンググループによる検討 .....                | 7  |
| I ワーキンググループの設置及び実施に関する概要 .....          | 8  |
| II ワーキンググループ委員会の討議結果 .....              | 9  |
| 第3章 認知症の地域ケアにおけるケアと医療との連携に関する実態調査 ..... | 29 |
| I 調査の目的 .....                           | 30 |
| II 調査の方法 .....                          | 30 |
| III 調査結果1 東京都杉並区 介護支援専門員への調査 .....      | 31 |
| IV 調査結果2 東京都杉並区 かかりつけ医への調査 .....        | 45 |
| V 調査結果3 奈良県奈良市 介護支援専門員への調査 .....        | 57 |
| VI 調査結果4 奈良県奈良市 かかりつけ医への調査 .....        | 70 |
| VII 考察 .....                            | 80 |
| VIII まとめ .....                          | 86 |

## はじめに

今後予測される認知症者の増加に備えて、認知症の専門的な医療サービスと、かかりつけ医、さらに介護・福祉サービスとをつなぐ「連携」のシステムを地域に構築することが改めて強調されている。

医療においては、2006 年に「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」と「認知症診療サポート医養成研修事業」がリンクした「認知症地域医療支援事業」がスタートした。2008 年には「認知症疾患医療センター運営事業」や「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」の設置が行われた。一方、ケアの側においては、地域包括支援センターにも、認知症対策連携強化事業として、認知症連携担当者の配置が可能となり、それは発展して 2011 年から、市町村認知症施策総合推進事業において、市町村の本庁、地域包括支援センター等に地域支援推進員が配置が可能な状況となっている。このように、今後の地域包括ケアに向けた認知症施策は、認知症の専門的な医療サービスと、かかりつけ医、さらに介護・福祉サービスとをつなぐ「連携」のシステムを地域に構築することが改めて強調されている。

その中で、個々の認知症者の生活全体を支える役割を担う介護支援専門員と、身近な医療機関として認知症者に関わるいわゆるかかりつけ医が連携して地域の認知症者の支援にあたることは極めて重要な意味を持つといえる。しかしながら、いかにしてその連携を促進するか、連携を阻害する要因にはどのようなものがあるのかについて十分な検討が行われているとは言えない状況がある。先進的な地域はあるが、いまだ各地域で試行錯誤している状態であるといえよう。

本研究は、地域の認知症者のためにかかりつけ医と介護支援専門員が連携して関わるためにどのようなスキルや仕組みが必要なのか、またそれを各地域で具現化するための取り組みとしてどのような方法が考えられるのかの検討を通じて、認知症医療及び認知症ケアの向上の一助となることを目指している。



## 第 1 章 研究の概要

## I 研究の目的

本研究は介護支援専門員とかかりつけ医が連携をとりながら医療やケアを行ううえで必要な、背景・要因・スキル等を明らかにし、もって認知症医療及び認知症ケアの向上と、地域における認知症ケア連携の向上を図ることを目的とする。本研究は3年の研究期間を予定している。平成23年度は、地域包括支援センター等の職員からなるワーキングチームを設置したうえで、認知症の人の地域におけるケアと医療との連携の現状に関する実態について情報を収集し、アンケートによる実態調査を実施する。

## II 研究体制

本間 昭 認知症介護研究・研修東京センター センター長  
須貝佑一 認知症介護研究・研修東京センター 研究部長  
児玉桂子 認知症介護研究・研修東京センター 研修部長  
森重賢治 認知症介護研究・研修東京センター 運営部長  
永田久美子 認知症介護研究・研修東京センター 研究部副部長  
大島憲子 認知症介護研究・研修東京センター 主任研修主幹  
中村考一 認知症介護研究・研修東京センター 研修主幹  
渡邊浩文 認知症介護研究・研修東京センター 研究主幹

## III 研究計画

研究1. ワーキンググループを活用した認知症の地域ケアにおける医療連携の実態把握  
目的:①地域包括支援センター職員等からなるワーキンググループを組織し、認知症の人に対する地域での支援で、どのように医療とつながりをもっているかの現状について具体的な事例を交えて意見交換を行う。②収集された事例をもとに実態調査の項目案を作成し、調査項目案の妥当性に関し現場の立場からの意見を収集する。

方法:認知症介護研究・研修東京センターで実施したこれまでの研修受講生等から、研究目的等に照らして研究委員会で適切だと認めた者からワーキンググループを組織する。ワーキンググループでは、認知症の人に対する地域での支援で、どのように医療とつながりをもっているかの現状について具体的な事例を交えて意見を交換、作成された実態調査の項目案の妥当性に関し現場の立場からの意見収集を行う。

## 研究2. 認知症の地域ケアにおける医療連携に関する実態・意識調査

目的: かかりつけ医、居宅介護支援事業所所属の介護支援専門員が、認知症の人に対する地域ケアで、どのように医療とつながりをもっているかの現状と意識について明らかにする。

方法: 調査協力の承認を得られた地域のかかりつけ医、介護支援専門員に調査を実施する。調査は質問紙による郵送留置法で行う



## 第2章 ワーキンググループによる検討

## **I ワーキンググループの設置及び実施に関する概要**

### **1. 目的**

認知症の人に対する地域での支援で、どのように医療とつながりをもっているかの現状について具体的な事例を交えて意見交換を行う。収集された事例をもとに実態調査の項目案を作成し、調査項目案の妥当性に関し現場の立場からの意見を収集する。

### **2. ワーキンググループ委員**

西田 朋史(春日部市第1地域包括支援センター)

窪内 敏子(大津市役所 健康保険部健康長寿課)

石川 陽子(社会福祉法人和楽会 わらく地域包括支援センター)

室谷 牧子(堺市福祉サービス公社)

長澤かほる(ケアサークル恵愛)

中澤 茂(社会福祉法人グリーンアルム福祉会)

### **3. ワーキンググループ委員会の開催日時・会場**

#### **第1回**

平成23年7月29日(金)13:00～16:00

会場:認知症介護研究・研修東京センター 第1会議室

#### **第2回**

平成23年8月29日(月)13:00～16:00

会場:認知症介護研究・研修東京センター 第1会議室

#### **第3回**

平成23年10月7日(金)13:00～

会場:認知症介護研究・研修東京センター 第1会議室

### **4. ワーキンググループ委員会の運営について**

#### **1) ワーキンググループ委員会の構成**

上記ワーキンググループ委員と、当該研究の研究者が同席し議論する。

## 2) 第 1 回、第 2 回のワーキンググループ委員会の討議の方向性

本ワーキンググループの設置の目的の一つは、認知症の人に対する地域での支援で、どのように医療とつながりをもっているかの現状について具体的な事例を交えて意見交換を行うことにある。第 1 回委員会では、より探索的な意味から「地域の中で、認知症の人が必要とする介護と医療サービスを適切に受けられるようにするために、課題となっていることは何か。」というテーマで特に医師と介護支援専門員の連携の課題を中心にして意見を求めた。第 2 回では、同様のテーマで「かかりつけ医との連携」に焦点をあて、どのような場面で連携に困難を感じるかの具体的例について意見を求めた。

## 3) 第 3 回のワーキンググループ委員会の討議の方向性

第 3 回のワーキンググループ委員会では、第 1 回第 2 回で出された意見を土台にしながら、より認知症ケアの特性を反映された内容について議論するため、認知症のステージごとにどのような課題があり、それに対してどのような取り組みが行われているのかについての実践事例について意見を求めた。発症時、BPSD出現時、身体合併症出現時、ターミナルを認知症のステージとして設定し、それぞれ医療とケアの連携の課題について整理を行った。

## Ⅱ ワーキンググループ委員会の討議結果

### 1. 第1回、第2回委員会が出された、連携の困難な場面に関する主な意見

#### 1) 介護支援専門員とかかりつけ医との連携

##### ① 医師－患者・家族関係に関する意見

医師－患者・家族関係は原則として両方で完結された関係であり、そうしたことを理解しないまま介護支援専門員が診療場面に介入することが医師の不信感の原因となっているのではないかという意見が出された。

##### ◆ 主な意見

・ケアマネジャーがいきなり医師のところに行くのではなくまず家族が行くべきではないかと考える。ケアマネジャーの基本スタンスは必ず家族を通してです。医師からすれば、ケアマネジャーというのは基本的に家族の支援をするべきで、それが突然、医療の現場、患者－医師関係に入り込むので不審な目でみられる。独居の場合は仕方がないと思うが。

##### ② 医師の属性に関する意見

病院に勤務する医師との連携はとりづらい、開業医で、訪問診療を行っている場合であると、連携をとりやすいといった意見が出された。

##### ◆ 主な意見

・うまくいくケースというのは、訪問の医師のケース。訪問診療で居宅療養管理指導をとって、月に2回訪問される医師など。毎月ケアマネジャーに情報を提供しなければならないという縛りがある。毎月情報を提供してくれる。日付だけ変えたようなものもある。手書きで書いてくれる先生は信頼に値する。

・大きな病院の先生がかかりつけ医の場合は連携がとりづらい。

##### ③ 介護支援専門員の力量に関する意見

かかりつけ医と介護支援専門員が連携をとっていくために必要な力量として、医師へのアポイントの取り方や、情報の伝え方などの具体的技術、連携できそうな医師かどうかを見極める視点などについて意見がだされた。

##### ◆ 主な意見

・大学病院は、曜日ごとにきているのでなかなかアポイントがとれない。MSWに相談し、事前にアポをとったうえで外来に行く。

・何時にかけたらよいですか、からはじまるようにルールをきちんとまもる、それでもあってくれ

ないようであれば、2、3回訪問した後ケアマネにつなぐ、そういったことをすることで会ってくれないというケースはない。

・前提を考える必要がある。今の状態を前提としたとき、どうやったらケアマネジャーが連携をとれるかと考えた時、連携をとれない医師はいる。できない医師はできないと見極める目が必要なのではないか。医者とは商売、合わなければ店を変えるというスタンスが必要なのではないか。店が1件のときはあきらめるということなのではないか。

#### ④医師－患者関係の良好さが医師側のモチベーションに影響する

医師－患者関係が良好な場合、医師側から介護支援専門員との接点をもとうとするモチベーションが高まるという意見があった。

##### ◆主な意見

・医師は患者に情が移る。重くなるように意見書もかいてあげたいと思う。そうしたときにはケア側に情報を求めたくなる。

#### ⑤医師が家族やご本人に行う不適切だと考えられるアドバイスについての意見

医師から介護支援専門員を通さずに介護サービス利用に関して適切でないアドバイスを、本人や家族にしてしまう場合があるという意見があった。

##### ◆主な意見

・専門医ということであっても、認知症というと必ずデイサービスを進める先生がいる。うつ症状あるため、利用をしていない、と言うと怒られる。

#### ⑥医師から生活支援のアドバイスがないことについての意見

医師から生活面のアドバイスを求めても、してくれない状況があるという意見がでた。

##### ◆主な意見

・利用者の生活場面をいくら説明しても、病気としてみるために生活面でのアドバイスができる先生が少ない。

#### ⑦医師以外との連携の必要性に関する意見

医療とケアとの連携という意味では医師以外の職種との連携も重要であるとの意見がでた。

##### ◆主な意見

・退院支援では、訪問看護の人が頼りになる。  
・医師と介護支援専門員との連携なのか、医療との連携のなかで話がかわってくる。医師と

直接でなくても、看護師長とかに伝えてもらうという連携の仕方というのものもあるだろう。

## 2) 介護支援専門員とケアチームの連携

### ① 介護支援専門員に必要な力量に関する意見

介護支援専門員の孤立しやすい職種という特性をふまえながら、チームで動くことや、問題の解決を急がない待つ技術の必要性に関する意見が出た。

#### ◆ 主な意見

・ケアマネは一人判断することが多い。ひどい精神症状がでていたりするとベテランでも客観性が欠ける。「殺される、とナタを振り回す人で、認知症だ」という相談があった。聞くと中核症状はみられない。しかしケアマネは入院させてくれと疾患センターに交渉していい、センターからはまずは受診をしてと、いわれていた。まずは、警察や保健所など精神保健にかかるなどの対応を検討するなどすべき。こうした問題はチームを作って対応する必要がある。

・どの部分はケアなのかどの部分は医療なのかをすみ分けておかないと、何もかも疾患医療センターではうけられない。

・医師を変える、専門医にみせるというのは家族に決断してもらう。それまで待つ、それぐらいのスタンスでなければならないのでは。

・認知症は治らず、直に生命につながらない場合は目をつぶるという、本来こうあるべきだと思っても、やらない判断、これが大切なのでは。

・あまり先走らずチームで色々な視点でいる必要。ケアマネがかなり先走っているケースがある。ケアマネも地域包括や連携担当者に相談する必要がある。個人情報の流出、契約外の動き。ケアマネはそう動き出すとどんどん深みに入って行ってしまう。ここをどうするのかを考える必要がある。ケアマネは同じ事業所でも相談しない。市町村のケア会議、地区ケア会議などが重要

## 3) かかりつけ医と専門医の連携

### ① 専門医との連携におけるかかりつけ医側の課題に関する意見

かかりつけ医と認知症の専門医の連携の必要性を背景として、それがうまく機能しない原因について、かかりつけ医の認知症への理解が不十分なことから、専門医の必要性に関する認識が低い場合があること、患者を抱え込んでしまう場合があるなどについて意見が出た。

#### ◆ 主な意見

・診断名と自立度の一致度については、認定調査員の書いてくるものと、主治医の書いてく

るものに違いが相当ある。

- ・医師の方で認知症の診断ができている場合にも、認知症の症状がでていいると訴えても「ない」という先生もいる。

- ・認知症の専門でない先生が、認知症の方をみている場合が難しい。内科の医師でも、認知症を疑うとアリセプトをどんどん出してしまうようなところがある。「認知症でしょう」と認知症の原因疾患がわからずじまいでケアを行うことになる。

- ・主治医の先生に認知症の専門の先生につないでくれませんかという文章をもっていくと、「何をいっているんだ、自分はずっとこの人をみていて、そんなことはないし必要ない」と言われてしまう場合は難しい。日常生活で鍋をこがす、同じことをなんども聞いているということを伝えても MRI でも脳の委縮はないし、検査しても応えられているから問題ない、といって対応がすすまない。結局ご家族と相談し、主治医を代えてしまった。

- ・患者を囲い込む医師からケアマネジャーが変えようとしたら、その医師がケアマネジャーのことを悪く言う。

- ・高齢者の人からすれば主治医を絶対的に信頼しているが、これ以上ほっておけないという場合は、専門医につなげていくことがある。

#### ○これまでの関係性をふまえた専門医の関与

専門医の立場として、かかりつけ医に患者を返すときの難しさに関する意見がでた。

##### ◆主な意見

- ・専門医につなげたあと、その専門医からもともとの主治医にどのように返すと、これまでの関係性を壊さずに返せるのか。

#### 4) 医師会の関与の必要性に関する意見

かかりつけ医と介護支援専門員の連携を進めるにあたって、医師会の関与が重要であるという意見がでた。

##### ◆主な意見

- ・堺は医師会から介護支援専門員と連携をしたいといってきた連携がすすんでいる。医師の意見書に介護支援専門員の情報を反映させるためのシートを作った。

- ・堺では、医師会が、医療機関の使い分けを厳しくしている。ケアマネもかつてに疾患センターの予約を勝手にとれない。まずかかりつけ医に相談するようにルールを作っている。かかりつけ医のレベルも一緒にあげていくという雰囲気がある。いいともネットの医師会の先生が中心にすすめている。かかりつけ医対応研修の受講者は 200 人くらいになった。

## 2. 主にかかりつけ医と介護支援専門員に着目した認知症のステージ別にみたケアと医療の連携促進に向けた取り組みに関する意見：(第1回、第2回、第3回の討議結果より)

### 1) 認知症が発症した段階

#### ①適切な医療を受けるために行っている医療とケアの連携の実践例・意見

認知症の早期発見のための具体的な取り組みや、その際に専門医を活用していくための留意点について意見がでた。

##### ◆主な意見

・眼科の先生でも、皮膚科の先生でも、とにかく泌尿器の先生でも「かかりつけ医の対応力向上研修」を受けられるので、認知症だと思って必ずみんなが内科や物忘れ外来に行くのではなくて、更年期で婦人科に行っている人もいるだろうし、なんか目の病気で白内障のことで話をしていたら、なんかこの人は物忘れがあるのではないかと気がつく場合もあるからということでいろんな科で見守りをつくろうというのが堺市の取組み。

・言われたような例というのは確かに多いが、主治医に断らずに、例えば K 先生のところに来たときに、その患者さんを元の主治医にどうやって返すのか、その主治医をあまり傷つけないで、機嫌悪くさせないで、K 先生がどういうふうな手紙の文言を書いて返すのかということが大切。

#### ②適切な介護サービスを受けるために行っている医療とケアの連携の実践例・意見

介護サービスを開始するにあたって、訪問看護を活用する例が紹介された。

・初期でサービスの導入が難しい段階の認知症の場合には、医療との接点として、訪問看護師と接点をもつことが重要である。これから独居が増えるので効果的、との意見があった。

・大変な合併症がなくても訪問看護師さんは対応してくれるのがよい。若年性認知症の方でデイにはなかなか行ってくれない。それでまず人間関係をつくるためにというわけで、やはりこれはヘルパーではなくて看護師がよい。生活援助というより健康チェックも受けられる。軽ければ、自分ではできるというふうにみんな思っているから。

#### ③家族支援のために行っている医療とケアの連携の実践例・意見

家族支援を目的とした相談対応の実践事例や、気軽に相談できる医療機関の活用事例が紹介された。

#### ◆主な意見

・ひとり暮らし。認知症の疑いがあるが、病院をあまり利用したことがないケースでは、専門医につなげたほうがいいと判断して一緒に受診に行く。ある程度落ち着くまで同行する。夫婦のどちらかに認知症の疑いがある老老介護世帯のケースでは、本人と家族が受診に行く場合は一緒に同行して、家族からこういう相談を受けたので介護保険の申請をしたいが、と説明をしてもらい、その後もずっとかかわっていく。本人に軽度の認知症があるが、家族が認知症の理解が薄いケースでは、医師から言ってもらったほうが効果的であると判断されるため、医師から説明してもらおうとスムーズにいく例がある。

・「街ぐるみ認知症相談センター」(文部科学省の推進事業)が設置され、無料で認知症の診断をしてくれる。病院に結びつけないケースが多いのでよく利用している。とても明るいところでちょっと健康診断に行きましょうという感じで利用でき、臨床心理士による面接でかかりつけ医の方に情報提供してくださり、物忘れ外来につなげたり、精神科につなげたりというような方法をここは取っている。

## 2) 認知症の進行により生活に支障が生じる段階

介護支援専門員として利用者への支援を行う中で、かかりつけ医との連携を行っていくための具体的な実践例や、連携ツールの活用事例に関する意見が出た。

#### ◆主な意見

##### ○CMが診療に同行

・ケアマネジャーの努力というか、なかなか行けないような先生のところに家族と行って、もう一回呼び戻してみたとか医療連携のシートがあれば、またなければないで相談にどんなかたちでも行くことが大切。そのためにはケアマネジメントの中でケアマネジャーのほうは足を運ぶという作業は必要。ふだんも認知症だけではなくて他の疾病についても熱があったらどうだこうだというのを細かなことでも伝える。要は交渉力というか、それもケアマネジメントの力だと思う。

・東京での診療では、できるだけケアマネジャーと話をしたいと思っても、日程が合わないとか忙しいとかで来てくれないが、昨年からは診療を始めた水戸では声をかけると、事業所の職員もケアマネもすぐ来てくれる。医療資源が乏しいほうが介護側の職員が熱心なのかなというふうにすら思えるぐらいの違いがある。

##### ○訪問診療にCM同席

・往診専門の精神科の先生がいて、しかも白衣を着ていない、スーツで行かれる先生なので、

お医者さんと認識しない感じで、ちょっと優しげだし、お話をしてみようかという感じでわりと入っていきける。

・訪問診療の先生で、そこにケアマネジャーが同席することが可能であるということ。わざわざ病院に一緒に行って、病室に同席するということもないわけではないが、先生はなぜケアマネジャーがついてきたのかという不審な目でみる。でも、先生と直に接触を設けられるところであれば、いろいろと抵抗感なくいろんなことを話すことができ、生活面でのアドバイスもいただける。

#### ○家族に代わってケアマネジャーが医師に情報提供

・医師が一律1日食後3回と薬の処方を出しても、昼間は家族がいなかったり、朝はヘルパーが支援できない時間帯ができて管理できない。またアリセプトを飲む朝の時間帯にだれも支援がなく、飲めていなかったり飲み過ぎたりと管理できないということがある。そこでケアマネジャーが、医師が状況に応じて調整してくれるよう、直接医師に説明する。その結果を家族やヘルパーたちと共有する。

#### ○医療と介護の連携ツール

・医師会のドクターから、介護支援専門員とちゃんと共通ツールをつくって認識を等しくしたいという、医師会からの発信で医療と介護の連携が進んできた。去年あたりから介護保険の更新とか、介護保険の申請で地域のケアマネがいろいろと思っているが、先生とのコミュニケーションがちゃんと取れていないから意見書に反映されないという部分で、また医師会が要介護認定を円滑にするためにということでツールをつくってくれた。

・経済的に負担があって自立支援医療などを勧めるときや、さまざまなケアサービスの導入を考えているとき。医者さんにまず挨拶に行き、この方はもう看護が入るのだけれどもという情報とか、デイケアやデイサービスの利用はどうなのでしょうかということを、必ず初期で連絡を取り合う。電話をかけたり、連携シートを利用する。

・ケアプランが始まるときは連携シートで「ご挨拶」をチェックして医師を訪問することが多い。

#### ○医療と介護のマニュアル

・長野県では、「介護と医療の連携マニュアル」を平成17年度に作成し、第3版を重ねた。連絡票や具体的な取り組みの方法に関する情報が掲載されている。

### 3)BPSDにより介護負担が増大する段階

利用者の BPSD が深刻になっていく状況を背景として、かかりつけ医を含めたケアチームをどう組織化し展開していくかについての実践例が紹介された。

#### ◆主な意見

##### ○ケアのチームアプローチ

・ケアマネはベテランであってもどうしても客観性に欠けてしまう。かなりベテランさんのケアマネでも結構すごい精神症状が現れているとおろおろしてしまい、どうしようと思われることもあるので、ずは、やはりその包括の主任ケアマネに相談したり、チームをつくってもらう必要があると思う。疾患センターも連携用紙を作成しているが、何もかもセンターで引き受けるわけではなく、地域に返していかなければいけない部分もある。そのためにはケアマネの質の向上のためにもチームを組んでやっていかないと。特に認知症の方というのはチームでかかわっていないといけないと思うので、勉強会の中で、チームでかかわりましょうと言ってもらえるととても有り難い。

##### ○ケアマネ中心に医師とケアスタッフが情報提供

- ・レビー小体型認知症の症状など見極めるのが難しい場合、ケアマネジャーが直接医師に会って話し、家族やデイサービスの職員とその結果を共有する。サービス担当者会議を開くとき医師が来られない場合などは、自宅ではなくデイサービスでサービス担当者会議を開くことがある。そうすれば医師が来られる時間に会議をすることができ、デイのスタッフも参加できる。
- ・病院が嘘も方便で演じてくれるとき。ちょっとご家族に来ていただかないというような感じで、病院にとりあえず来てもらい、旦那さんの様子を聞きつつ、先生は本人の状況を探って、ちょっとその方の場合にはかなり妄想が固まっている人で、暴力もあったので、本人には未だ今も旦那さんの付き添いでという感覚で来てくれているのだけど、知らなくていいこともあるかなと。そういうことを疾患センターにお伝えした上で、センターのほうでは演じ切ってくれた。
- ・医師側からは、認知症ケア学会での調査で、医師から場所は診療所や病院が提供する中で、そこで担当者会議をしてもらえると有り難いという報告があった。ただし現状では時間の確保が難しい。
- ・どんなときに連携が取れているのかと考えると、担当者会議に来るというより、やはり普段からコミュニケーションが取れているということだから、抵抗なく気軽に連絡が取り合えることが必要との意見があった。また、サービス担当者会議に医師が無料で来てもらえるという発想自体を改める必要がある。
- ・ケアマネもかかりつけ医の先生に知っていただくのも大事ですよということで、かかりつけ医の先生のところと一緒にいきカンファレンスをする。みんなで地域で支える、役割分担をして

支えるという仕組みをつくっている。

#### ○Drがチームで対応

・ドクターがチームをつくろうとしてくれて、ドクターがしかるべきところに連絡をくださったらうまくいっているケースがある。35歳の若年の認知症の方で、京大のDrのところに行っていたが、その方が難病の保健室と連携し、そこで認知症コーディネーターや精神科医を集めてくれてチームでかかわっている。医師が包括に相談してくれて、ケアのほうはこういうふうにやってもらいたいと、ドクター側から発信してくださると結構うまくいくように思う。

#### ○課題共有で状態の改善

・ケアマネジャーからの相談では虐待が絡んでいることが多い。やはり家族が認知症ということを理解していないということがあるし、長い間面倒をみているとどうしてもストレスが溜まってくる。この場合はやはり主治医から、今はこういう状況だけれども、だんだんこういうかたちで緩やかに変化をしていくから、今が踏ん張りどころだよ、と医師から言ってもらえないでしょうかというお願いをして、実際に言っていただき、虐待が収まっていくということが何度かあった。

### 4) 合併症の悪化、身体機能低下、ターミナルの段階

利用者の身体状況が悪化し、よりケアと医療との関わりが強くなる段階において、チームをいかに機能させるかの具体的な実践例が紹介された。

#### ◆主な意見

##### ○役割分担でチーム対応

・重度の認知症で水分摂取ができない。また、水分・塩分制限やタンパク質制限等のある合併症がある場合。ヘルパー支援の時間帯に眠ってしまい水分が摂取できない。また水分や塩分制限、タンパク質制限があって家族がそれに合う食事をつくるのが難しくなったり、投げやりになり食べたいものを食べさせてしまうような場面で、ケアマネジャーが医師を交えてどんなふうを考えていったらいいのかということを探ね、その意見を家族やケアスタッフ全員で共有する。

・かかりつけ医、専門医、ケアマネジャー、包括職員、認知症指導者などが集まったサービス担当者会議のとき、内科、整形外科、外科、歯科などドクターがいて、薬が十何種類も処方されているとき、それを整理してほしいということを、ケアマネジャーが医師ごとに掛け合う必要

があるときなど、サービス担当者会議を開催し、調整を行う。その際には説明の長さ、事前の根回しなどに工夫する。

・重度認知症、身体合併症がある患者。病状が進行して誤嚥性肺炎で発熱したり、容態が変化することがある。ケアマネジャーは普段から受診のサポート、訪問看護師は介護支援のサポートをしている。重くなった場合はかかりつけ医と病院とのスムーズな連携ができるよう、ケアマネジャーとかかりつけ医、病院の医師が話し合い、「連携シート」を使って情報共有を行っている。土日にはケアマネジャーが病院に同行したり、訪問看護師が入れば、訪問看護師が家族に介護保険の説明をしている。症状が進んだ場合は、誤嚥性肺炎で熱が出て家族が一生懸命対応していたものを直接病院が対応するなど、ケアマネジャーがそこに居なくても動けるような仕組みをつくっている。

#### ○多職種参加のカンファレンス

・家族から、明日退院しろと言われたのですがどうしようと言われることが多いので、事前に病院サイド、ドクターサイドから話があると、チームが組みやすいように思う。7包括から聞いた結論は、先生も入って、というより、まずは言葉をかけてくださると寄りやすい。

・入院と退院には介護保険の加算がある。入院したときや退院が予定されているときは連携をすることが増えている。入院したことがわかったら加算に関係なく病院に連絡を入れて情報の必要性をたずねる。退院が決まりそうになるとき、家族が病状を説明する場面では家族からケアマネジャーの同席をお願いしてもらい、今後の見通しや病状について話し合う。自宅に戻ってから必ず何か出てくるので、退院直後は少し濃いめのプランをとる。病院によってはPT、OT、管理栄養士が加わって家に戻ったときに必要な家族の負担を抱えずに済む療養食なども紹介してくれる。この体重ですと水分がどれくらい必要かとか、あるいは誤嚥を起こさないためにはどんな姿勢がいいかとか、なかなかケアマネジャーが知らない医学的な情報もその場で管理栄養士から伝えていただくことも多い。実際にサービスを調整して家族を通して病院に報告すると、家族の都合のいいときに退院となっている。

・重度になってくると結局、いろんな手術をされて介護にきて褥瘡もついてしまい、熱が出て誤嚥で食べなくなって、しょっちゅう病院にいくようになってしまう。1回は退院されるけれども、また熱が上がってくるような状況もあるだろうと。医療と介護の連携では訪問看護師さんの力量が結構頼りで、退院のときも連携会議の中で今一番言われているのは、病棟の看護師さんが中心になって退院前のカンファレンスをやったほうがよく、その流れをケアマネジャーも理解できるようにするとよい。そうすれば、入院してしまえばあとは知らないよではなくて、病院にもケアマネジャーが顔を出してもいい。

・重度になったときはどうするかということと、薬の連携みたいなものを、あとは施設を使うとき、特に老健あたりは手立てがいろいろ難しかったりもするので、しっかり老健の先生と地域の先生がつながるようなことも考えている。

## 5) 取り組みを支える仕組み

以上のような連携を実施していくうえで、基盤となる仕組みや社会資源に関する事例が紹介された。

### ◆ 主な意見

#### ○ 地域多職種間ネットワークの形成

・「堺市における医療と介護の連携をすすめる関係者会議」で医療と介護の問題を話し合っている。ケアマネとかかりつけ医との関係が取りにくいという点も早くから問題解決の方法として連携シートをつくっている。認知症に関しても「かかりつけ医対応力向上研修」を受けた先生を「認知症相談医」として市役所がプレートをつくり診療所に貼るようにしている。堺市医師会のホームページにもその先生方の名前と連絡先をのせて身近な窓口との広報活動もしていただいている。

・長野県医療と介護の連携会議をつくり県のホームページにもアップしていただいている。もう少し小さなエリアで認知症も含めての「長野圏域医療と介護のコミュニティネットワーク」を北信を中心に展開している。さらに、大きい病院の連携室の看護師たちとケアマネジャー団体、行政が一体となり「医療と介護の連携推進会議」を立ち上げた。さらにもっと狭くやろうということで、須高地区で「医療と介護の連携勉強会」を30代の若いケアマネジャーとMSW、医師等と一緒に集まって開いている。

・「認知症ケアカンファレンス」を申込制で毎月開催している。ケアマネジャーが認知症の方のケアプラン、あるいは生活支援などで困ったことが発生した場合、区のワーカーとケアマネジャー、専門員である精神科のクリニックの先生が2名、あとは大きな病院の先生、弁護士が加わって、区役所で開催している。また「地区ケア会議」というのが毎月1回、区内19カ所の在宅介護支援センターで開催されていて、そこにはいつも3件ぐらい事例が出て、それに関係する事業所なども呼んで、かなりの大きな人数でいろいろと検討会を開いている。

#### ○ 認知症疾患医療センター

・熱心な先生の旗振りによって認知症疾患医療センターで医療と包括も同じテーブルで議論ができた。医療と介護の連携にあたっては必ずかかりつけ医を通す（ケアマネジャーが初回以外に予約を入れるとお叱りを受ける）の共通認識のルールができた。

○鑑別診断後のフォロー。センターは鑑別診断をするがすぐにかかりつけ医に返すのではなく、陰で別の疾患もあって、実は精神科、専門病院では診切れない、酸素も必要な人がうちの病院にきても診られないとお叱りも受けたりもするので、鑑別診断の後すぐに返すのではなく、包括とも連携して、アセスメントをしっかりとってから返すようなつなぎ方をしている。

・疾患センターでは、包括と意見交換会という場を設け、認知症の経過とか、診断の内容とか1冊でわかるような連絡帳をつくろうかという話は出ている。そこにケアマネが質問したいこととかも書いて、受診のときに持っていくことをしてみようかという話がある。(しかしセンターが医師会に入っていないというのも現状がある)

包括の教育。堺市ではそれほど研修の機会がないので、伝達研修を心がける。外の研修に年に何回か決められた研修に行って、伝達をする。でも企画をすれば、皆さんすごく参加されるので、疾患センターも企画していただいている。

#### ○医師会協力、サポート医活用

・「認知症対応力向上研修」に参加した先生のフォローアップをどうしていこうかというのが課題である。自治体が違っても相互乗り入れできるようにして、講座を受けた先生は継続できるしくみがよい。その際医師会主催なりの研修会に1回参加することと、それからボランティアでそういうケア会議なりに1回参加するということを更新の要件にすればよい。

・かかりつけ医の先生にうまく言えないとか、あの先生に言ってもわかってもらえないみたいな話をよく聞くので、医師会としても疾患センターや専門医療機関に認知症の方が集中すると診切れないから、「地域のかかりつけ医」対応力向上を医師会挙げて頑張ってもらっている。ケアマネにはかかりつけ医の先生のところに行って、いろんな事例も交えながら、こういう例もありました、こういうふうに疾患センターにつないだら実はこんなこともわかって、いいこともありましたと説明できる事例を提供している。

### Ⅲ ワーキンググループ委員会の討議結果のまとめ

#### 1. 連携の困難な場面に関する主な意見(第1回、第2回の討議結果より)

第1回及び第2回のワーキンググループ委員会で討議された地域の認知症ケアにおける医療とケアの連携の課題について、かかりつけ医－介護支援専門員間の連携の課題を中心にまとめた。全体として、かかりつけ医と介護支援専門員間の連携を中心として、かかりつけ医と専門医の連携、介護支援専門員とケアチームの連携の3つの次元に整理し、各次元における連携に関わる課題を整理した(Figure1)。

かかりつけ医と介護支援専門員間の連携にかかわる要因であるが、まず、かかりつけ医と患者の関係は、基本的に医師－患者・家族関係を基本としており、医療側からすればケアマネジメントというのは新しい関係性であること。そうした医療側の仕組みをケア側が理解せず、ケア側の考える連携の考え方をそのまま持ち込もうとすると問題が起こるのではないかという指摘があった。また、かかりつけ医の所属等の属性に関するものがあげられた。訪問診療を行っている場合や開業医の場合連携がとりやすいとの意見があった。また、かかりつけ医との連携において介護支援専門員に求められる力量として、医師とコンタクトを取っていくうえで必要な、電話の掛け方から、情報提供の仕方といったアクセスの技術、連携関係構築可能性の見極めること、解決を急がず、成り行きを見守っていくことができること、チームで動くことなどの意見が出た。

かかりつけ医側の要因としては、かかりつけ医側から家族に対し、不用意にデイサービスやホームヘルパーのサービス利用を家族に勧めることや、診断や服薬など、専門医につなげず患者を囲い込むようなことが状況を悪化させる場合があること、逆に医師－患者関係が良好であれば、患者の支援に対する動機づけとなり、介護支援専門員に情報を求めてくる場合もあることが指摘された。

専門医とかかりつけ医の関係については、かかりつけ医からの紹介で専門医として患者に関わりつつも、かかりつけ医に対し、患者とのこれまでの関係を壊さないようにどう患者を引き継いでいくかに関して難しさがあることが指摘された。

また、かかりつけ医と介護支援専門員、かかりつけ医と専門医の連携を促進するためには医師会の関与が非常に重要な要素であることが指摘された。

介護支援専門員とケアチームとの連携の課題としては、介護支援専門員が、地域包括支援センターや同事業所の介護支援専門員に相談したり協働で対処することができず、孤立したり問題解決を急いだりすることが指摘された。

## 2. 主にかかりつけ医と介護支援専門員に着目した認知症のステージ別にみたケアと医療の連携促進に向けた取り組み(Figure2.3):(第1回、第2回、第3回の討議結果より)

「認知症が発症した段階」における「適切な医療を受けるために行っている医療とケアの連携の実践例・意見」をみると、専門医以外でも普段の診療を通じた認知症の早期発見に関する取り組みや、早期の診断に有効に専門医を活用する取り組みについて意見が出た。また、「適切な介護サービスを受けるために行っている医療とケアの連携の実践例・意見」として、受診や介護サービス利用へのつなぎ役としての訪問看護の活用に関する意見が出た。「家族支援のために行っている医療とケアの連携の実践例・意見」としては、認知症の疑いのある事例に関して医師からの説明を得るために一緒に対応していくという意見が出された。また、「街ぐるみ認知症相談センター」が、情報提供してくださり、物忘れ外来につなげたり、精神科につなげたりするような役割を担っていることが紹介された。

「認知症の進行により生活に支障が生じる段階」では、「適切な医療を受けるために行っている医療とケアの連携の実践例・意見」として、ケアマネジャーが利用者の診療場面に同席する実践例に関する意見が出た。同様に、訪問診療に同席する実践例に関する意見も出た。また、医師に利用者の様子を適切に伝達することが難しい家族に代わってケアマネジャーが利用者の情報を医師に伝えるという実践例が紹介された。「適切な介護サービスを受けるために行っている医療とケアの連携の実践例・意見」として、としては、医療と介護の連携ツールを使用した医師と介護支援専門員のコミュニケーションの活性化に関する意見がでた。

「BPSDにより介護負担が増大する段階」では、「適切な医療を受けるために行っている医療とケアの連携の実践例・意見」として、医師側からチームを形成するための働きかけがあり、うまくいった事例についての報告があった。「適切な介護サービスを受けるために行っている医療とケアの連携の実践例・意見」では、特に困難ケースにおいて単独で判断しがちなケアマネジャーの特性から、チームで解決する必要性について意見があった。医師との連携についてはケアマネジャーから医師に対しカンファレンス等の開催方法を工夫するなどして情報提供を行っていく必要性についての意見があった。「家族支援のために行っている医療とケアの連携の実践例・意見」としては、介護負担が同罪している家族介護の状況について医師と課題や情報を共有し、必要に応じて医師からも助言等をしてもらうアプローチが紹介された。

「合併症の悪化、身体機能低下、ターミナルの段階」では、「適切な医療を受けるために行っている医療とケアの連携の実践例・意見」として、水分摂取量や栄養管理、服薬管理などにおいてきめ細やかな対応が求められることを背景に、チームでの綿密な情報共有や役割分担を通じたアプローチの必要性について意見が出された。「適切な介護サービスを受ける

ために行っている医療とケアの連携の実践例・意見」においても、特に入退院時の引き継ぎや、在宅における医療ケアの情報について多職種参加のカンファレンスの重要性が指摘された。

また、それらの取り組みを支える仕組みとして、「堺市における医療と介護の連携をすすめる関係者会議」や、長野県における「長野圏域医療と介護のコミュニティネットワーク」「医療と介護の連携推進会議」「医療と介護の連携勉強会」などが紹介された。また、認知症疾患医療センターの役割として、医療と介護の連携にあたっては必ずかかりつけ医を通す共通認識のルール作りをおこなっているという取り組みや、地域包括支援センターと意見交換会という場を設け、認知症の経過や、診断の内容とか1冊でわかるような連絡帳をつくるような取り組みが行われていることが紹介された。

さらに、医師会の役割の重要性について、「認知症対応力向上研修」の推進を医師会をあげて取り組んでいる事例が紹介された。またその受講者のフォローアップを医師会主催でやったらどうかという意見もだされた。

### 3. まとめ

認知症のステージごとの課題に沿って、ケアと医療との連携に求められる目的や工夫に差異があることが示された。例えば、認知症の発症が疑われる場合には、認知症の治療や介護保険サービスの利用に早期につないでいくために、かかりつけ医は専門医につなげる役割を担い、また、介護支援専門員は、十分な相談対応をしていく必要があることが指摘された。認知症が進行し身体合併症への対応が求められる時期や、終末期においてはより医療とのつながりが必要になることから、入退院時の対応など、関連機関、職種間の十分な情報共有の場所を設定するとともに、ケア提供においても有機的に機能できるようなチーム作りが求められる。認知症のステージにあわせて、そうした対応を行っていくためにも、介護支援専門員は医師とコミュニケーションをとっていくために必要な技術を身に着けなければならないことが指摘された。また、かかりつけ医も認知症についての理解を深め必要に応じて専門医につないでいく役割を担うことが求められる。また、そうしたことが地域の中で展開されるには、多職種による研修会などを通したスキルアップや連携の下地作り、連携シートのようなツールの作成とその運用のシステムづくりなどが必要である。そのためにはそれらを組織的に進めるための行政・医師会・専門職団体の関与が重要である。

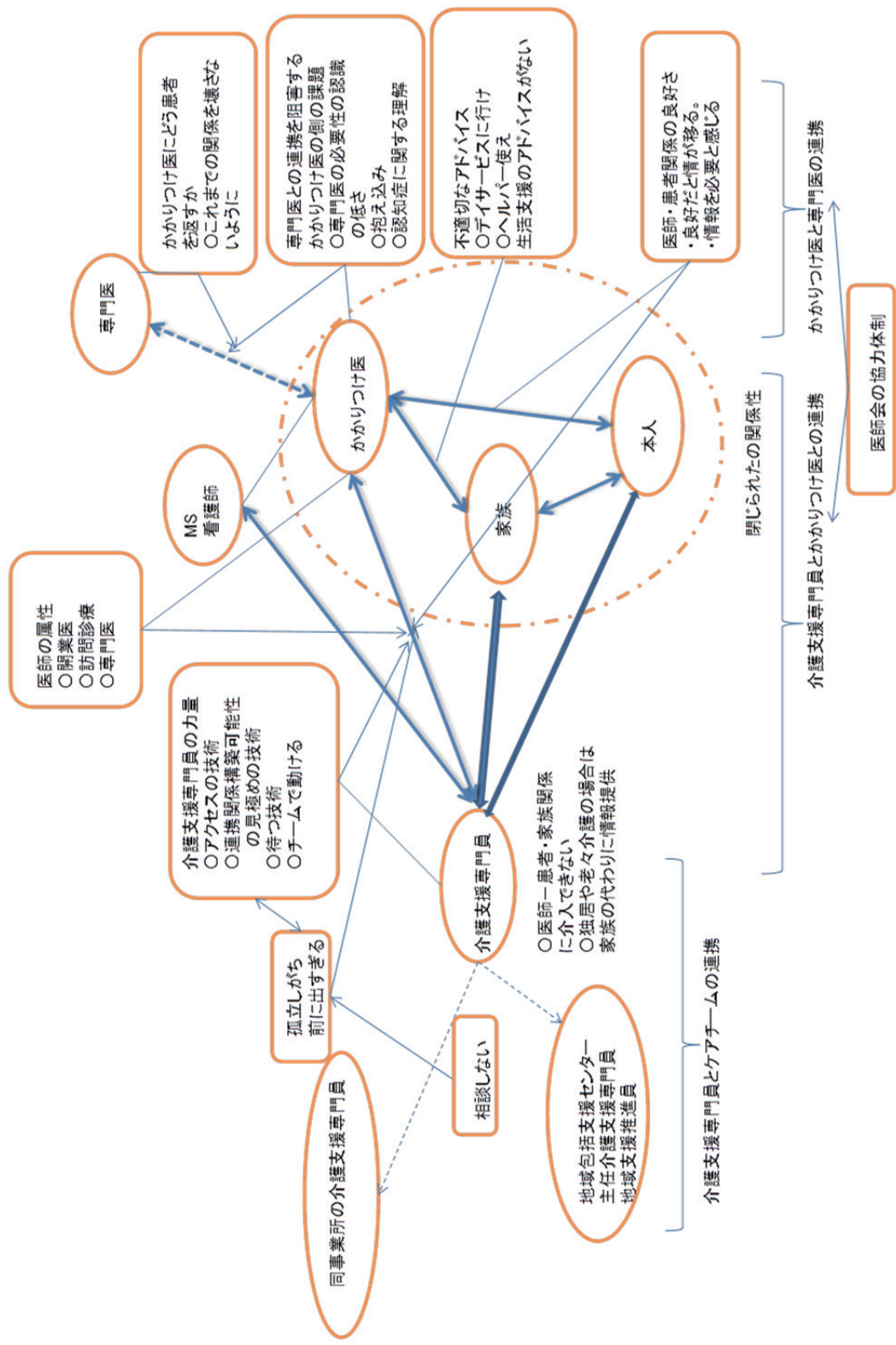


Figure1 かかりつけ医と介護支援専門員の連携に関わる要因

| 本人の状態<br>目的別に | 発 症                     | 生活の支障                                                                         | BPSD                                                    | 合併症の悪化<br>身体機能の低下                                 | ターミナル              |
|---------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------|
| 連携の目的別        | 適切な医療をうける<br>ために        | 【取組】早期発見<br>【取組】専門医の活用                                                        | 【取組】家族に代わって情報提供<br>【取組】CM が診療に同行                        | 【取組】 ケアマネを中心にケアス<br>タッフと医師が情報共<br>【取組】 役割分担でチーム対応 |                    |
|               | 適切な介護サービス<br>を受けるために    | 【取組】医療と介護の連<br>携ツール<br>【取組】訪問看護の活用                                            | 【取組】 Dr がチームで対応<br>【取組】 ケアのチームアプローチ<br>【取組】 訪問診療に CM 同席 |                                                   | 【取組】 多職種参加のカンファレンス |
|               | 家族支援のために                | 【取組】 気になる方の相談対応<br>【取組】 相談できる専門医療機関                                           | 【取組】 課題共有で状態の改善                                         |                                                   |                    |
| 全般的に          | 【しくみ】<br>医師会協力、サポート医の活用 | 【しくみ】<br>地域他職種間ネットワークの形成<br>【しくみ】 認知症疾患医療センター<br>(研修、受診時の家族との連携、鑑別診断後のフォローなど) |                                                         |                                                   |                    |

Figure2 認知症のステージごとの連携の工夫

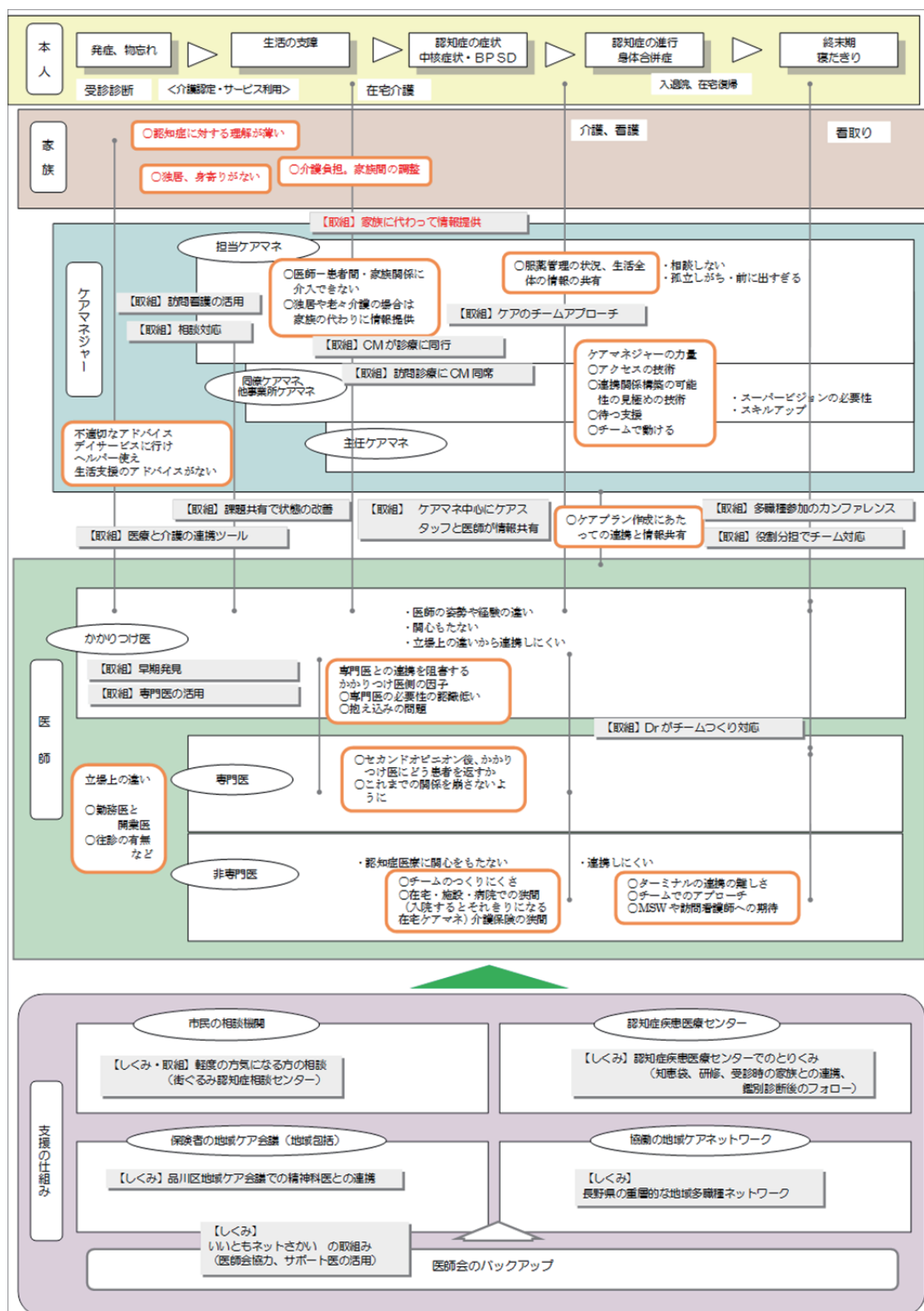


Figure3 認知症のステージごとの連携に関わる要因と工夫



### 第3章 認知症の地域ケアにおけるケアと医療との連携に関する実態調査

## I 調査の目的

地域において、かかりつけ医として認知症患者の診療を行っていくうえでの課題を明らかにすること、及び介護支援専門員が認知症の人の支援を行っていくうえでの、かかりつけ医との連携の実態と課題を明らかにすること。

## II 調査の方法

### 1) 調査対象・抽出方法

#### ① かかりつけ医に対する調査

・東京都杉並区及び奈良県奈良市の医師会に所属する医師のうち、小児科のみを診療科目とする医師を除いたもの

#### ② 介護支援専門員に対する調査

・WAMNETに登録された東京都杉並区及び奈良県奈良市の居宅介護支援事業所に所属する介護支援専門員。

### 2) 調査方法

調査対象に対し、質問紙を郵送し、同封された返信用封筒にて回収する。なお、医師への調査については、東京都杉並区及び奈良県奈良市医師会の協力のもと実施した。介護支援専門員への調査では、東京都杉並区については、杉並区居宅介護支援事業所連絡会の協力のもと実施した。奈良県奈良市については、奈良市保健福祉部介護保険課の協力のもと実施した。

### 3) 調査期間

#### ① 東京都杉並区への調査

平成 24 年 2 月 15 日から 2 月 29 日

#### ② 奈良県奈良市への調査

平成 24 年 2 月 28 日から 3 月 12 日

### 4) 倫理的配慮

・本研究における調査の内容について、認知症介護研究・研修東京センターの倫理委員会でその内容の倫理的なあり方について精査し、研究委員会で再度人権擁護の配慮について具体的に検討した。

### Ⅲ 調査結果1 東京都杉並区 介護支援専門員への調査

#### 1)回収率

153 事業所に発送し、54 事業所から回収した。回収率は 35.3%だった。

#### 2)回答者の属性

回答者の性別は女性が 44 人(81.5%)と 8 割を占めた。年齢は、50 歳代が 18 人(33.3%)と最も多かった。介護支援専門員の経験年数は 5 年以上 10 年未満が 21 人(38.9%)と最も多かった。介護支援専門員以外の所持資格は介護福祉士が 32 人(59.3%)と最も多く、次いでホームヘルパーが 21 人(38.9%)だった。介護支援専門員の受験時の資格についても、介護福祉士が 32 人(59.3%)と最も多い結果となった。(Table1)

Table1 回答者の属性(性別、介護支援専門員の経験年数)(N=54)

|               | 人数 | %    |
|---------------|----|------|
| ○性別           |    |      |
| 男性            | 10 | 18.5 |
| 女性            | 44 | 81.5 |
| ○年齢           |    |      |
| 30 歳代         | 14 | 25.9 |
| 40 歳代         | 14 | 25.9 |
| 50 歳代         | 18 | 33.3 |
| 60 歳以上        | 8  | 14.8 |
| ○介護支援専門員の経験年数 |    |      |
| 1 年未満         | 5  | 9.3  |
| 1 年以上 3 年未満   | 8  | 14.8 |
| 3 年以上 5 年未満   | 8  | 14.8 |
| 5 年以上 10 年未満  | 21 | 38.9 |
| 10 年以上        | 12 | 22.2 |

Table1 回答者の属性(所持資格、介護支援専門員取得時の資格)

| ○所持資格（複数回答）     |    |      |
|-----------------|----|------|
| 薬剤師             | 1  | 1.9  |
| 看護師・准看護師        | 4  | 7.4  |
| 理学療法士・作業療法士     | 2  | 3.7  |
| 栄養士・管理栄養士       | 4  | 7.4  |
| 社会福祉士           | 7  | 13.0 |
| 介護福祉士           | 37 | 68.5 |
| 精神保健福祉士         | 2  | 3.7  |
| ホームヘルパー         | 21 | 38.9 |
| 鍼灸マッサージ師        | 1  | 1.9  |
| 柔道整復師           | 1  | 1.9  |
| その他             | 2  | 3.7  |
| ○介護支援専門員の取得時の資格 |    |      |
| 薬剤師             | 1  | 1.9  |
| 看護師・准看護師        | 3  | 5.6  |
| 理学療法士・作業療法士     | 2  | 3.7  |
| 栄養士・管理栄養士       | 4  | 7.4  |
| 社会福祉士           | 5  | 9.3  |
| 介護福祉士           | 32 | 59.3 |
| ホームヘルパー         | 4  | 7.4  |
| その他             | 1  | 1.9  |
| 欠損値             | 2  | 3.7  |

### 3) 担当利用者数

担当している利用者数は、平均が 28.8 人 (MAX:46,MIN:5,SD:9.3) だった。

#### 4) 認知症、認知症と思われる利用者の担当の有無と人数

認知症、認知症と思われる利用者を担当しているかどうかについて尋ねたところ、51 名 (94.4%) が担当していると回答した。担当利用者数は、平均 13.2 人 (MAX:36,MIN:4,SD:7.5) だった。(Table2)

Table2 認知症、認知症と思われる利用者を担当の有無 (N=54)

|              | いる        | いない     | 欠損値     |
|--------------|-----------|---------|---------|
| 認知症利用者の担当の有無 | 52 (96.3) | 1 (1.9) | 1 (1.9) |

#### 5) 担当利用者の認知症の診断等の状況と担当者数

担当利用者の認知症の診断等の状況について、「アルツハイマー病等の認知症をきたす疾患の診断を受けている人」「診断は受けていないが、認定調査等で認知症とされている人」「上記以外で認知症と思われる人」について、そうした利用者があるかどうかについて尋ねた。

認知症の利用者を担当しているもののうち、認知症の診断を受けた利用者を担当しているものは 48 名 (92.3%) であった。また、診断は受けていないが、認定調査で認知症とされている利用者については 41 名 (78.8%) がいると回答した。また、上記以外で認知症と思われる利用者については 26 人 (48.1%) がいると回答した。

認知症の診断を受けた利用者を担当者数は、平均 6.9 人 (MAX:21,MIN:1,SD:4.8) だった。診断は受けていないが、認定調査で認知症とされている利用者数は、平均 5.3 人 (MAX:20,MIN:1,SD:4.4) だった。また、上記以外で認知症と思われる利用者については平均 3.4 人 (MAX:17,MIN:1,SD:3.6) だった。(Table3)

Table3 担当利用者の認知症の診断等の状況 (N=52)

|                     | いる        | いない     | 欠損値       |
|---------------------|-----------|---------|-----------|
| 認知症の診断を受けた利用者の有無    | 48 (92.3) | 1 (1.9) | 3 (5.8)   |
| 認定調査で認知症とされた利用者の有無  | 41 (78.8) | 1 (1.9) | 10 (19.2) |
| それ以外で認知症と思われる利用者の有無 | 26 (48.1) | 2 (5.8) | 24 (46.2) |

#### 6) 担当する認知症の利用者の状況の頻度

担当する認知症の利用者を支援する上で生じる5つの状況について、「全くない」「ほとんどない」「ときどきある」「頻繁にある」の選択肢で尋ねた。

「薬の飲み間違いや飲み忘れなど、服薬の管理が十分にできておらず、ご家族やご本人がそれに対し十分に対処できない」では、「ときどきある」が最も多く34人(64.2%)だった。「服薬している薬があっていないように感じるが、ご家族やご本人が主治医に相談するなどの対処ができない」では、「ときどきある」が最も多く29人(54.7%)だった。次いで「ほとんどない」が18人(33.3%)だった。「認知症であることを、ご本人が十分に納得されていない。」では、「ときどきある」「頻繁にある」がともに26名(49.1%)で9割弱を占めた。「ご本人が認知症であることを、ご家族が十分に認識していない」では、「ときどきある」が最も多く36人(67.9%)だった。「認知症の今後の経過について、ご本人・ご家族が不安になっている。」では、「ときどきある」が最も多く30人(55.6%)だった。次いで「頻繁にある」が18人(34.0%)だった。(Table4)

Table4 担当する認知症の利用者の状況の頻度 (N=52)

|                                                       | 全<br>く<br>な<br>い | ほと<br>んど<br>ない | とき<br>ど<br>き<br>あ<br>る | 頻<br>繁<br>に<br>あ<br>る | 欠<br>損<br>値 |
|-------------------------------------------------------|------------------|----------------|------------------------|-----------------------|-------------|
| 薬の飲み間違いや飲み忘れなど、服薬の管理が十分にできておらず、ご家族やご本人がそれに対し十分に対処できない | 2<br>(3.8)       | 7<br>(13.5)    | 33<br>(63.5)           | 10<br>(19.2)          | 0<br>(0.0)  |
| 服薬している薬があっていないように感じるが、ご家族やご本人が主治医に相談するなどの対処ができない      | 4<br>(7.7)       | 18<br>(34.6)   | 28<br>(53.8)           | 1<br>(1.9)            | 1<br>(1.9)  |
| 認知症であることを、ご本人が十分に納得されていない。                            | 0<br>(0.0)       | 1<br>(1.9)     | 25<br>(48.1)           | 26<br>(50.0)          | 0<br>(0.0)  |
| ご本人が認知症であることを、ご家族が十分に認識していない                          | 4<br>(7.7)       | 8<br>(15.4)    | 35<br>(67.3)           | 5<br>(9.6)            | 0<br>(0.0)  |
| 認知症の今後の経過について、ご本人・ご家族が不安になっている。                       | 0<br>(0.0)       | 5<br>(9.6)     | 29<br>(55.8)           | 18<br>(34.6)          | 0<br>(0.0)  |

( )内は%

#### 7) 相談等のやりとりをしている医師の有無と人数

現在担当されている利用者の認知症の症状や疾患に関することで、情報提供や相談等のやりとりをしているかかりつけ医(主治医)はいるかどうか尋ねた。結果、45 人(86.5%)がいると回答し、8 割以上がかかりつけ医とのやりとりを行っていた。

やりとりを行っている医師の数は、平均が 4.3 人(MAX:20,MIN:1,SD:3.8)だった。(Table5)

Table5 相談等のやりとりをしている医師の有無 (N=52)

|     | 人数 | %    |
|-----|----|------|
| いる  | 45 | 86.5 |
| いない | 7  | 13.5 |
| 欠損値 | 0  | 0.0  |

#### 8) 医師と相談等のやりとりを行っている程度

現在担当されている認知症の利用者のことについて、かかりつけ医(主治医)へ情報提供や相談等のやりとりをどの程度行っているかについて、「週に 1 回程度」「月に数回程度」「月に 1 回程度」「年に数回程度」という選択肢で尋ねた。

結果、最も多かったのが「月に 1 回程度」の 18 名(40.0%)で、次いで多かったのが「年に数回程度」の 16 名(35.6%)だった。(Table6)

Table6 医師と相談等のやりとりを行っている程度 (N=45)

|          | 人数 | %    |
|----------|----|------|
| 週に 1 回程度 | 1  | 2.2  |
| 月に数回程度   | 9  | 20.0 |
| 月に 1 回程度 | 18 | 40.0 |
| 年に数回程度   | 16 | 35.6 |
| 欠損値      | 1  | 2.2  |

## 9) 医師とのやりとりの内容

現在認知症の利用者について、医師（かかりつけ医）と、どのような内容について情報提供や相談等のやりとりを行っているかについて「ご利用者の医療に関すること」「ご利用者の介護にかんする医療面での情報・助言」「ご利用者の介護サービス計画書の内容」「サービス担当者会議への出席や会議内容に関すること」「ご利用者の自宅での様子など日常生活に関すること」「その他」の選択肢で尋ねた。

結果、「ご利用者の介護にかんする医療面での情報・助言」が最も多く 21 名（46.7%）だった。次いで、「ご利用者の医療に関すること」の 13 名（28.9%）だった。（Table7）

Table7 医師とのやりとりの内容（N=45）

|                         | 人数 | %    |
|-------------------------|----|------|
| ご利用者の医療に関すること           | 13 | 28.9 |
| ご利用者の介護に関する医療面での情報・助言   | 21 | 46.7 |
| ご利用者の介護サービス計画書の内容       | 1  | 2.2  |
| ご利用者の自宅での様子など日常生活に関すること | 10 | 22.2 |

## 10) 医師との相談等のやりとりの方法

現在担当されている認知症の利用者のことについて、かかりつけ医（主治医）へ情報提供や相談等のやりとりをする場合にどのような方法でどの程度行っているか尋ねた。「看護師や MSW の仲介を通して行う」「診察室でご家族・ご本人と同席することによって行う」「サービス担当者会議で行う」「訪問診療への同席を通して行う」「FAX 等での書類等のやりとりを通じて行う」「電話で行う」「e-mail で行う」について「全く行っていない」「余り行っていない」「ときどき行っている」「よく行っている」の選択肢で尋ねた。

結果、「訪問診療への同席を通して行う」が 6 割以上、「看護師や MSW の仲介を通して行う」「診察室でご家族・ご本人と同席することによって行う」「FAX 等での書類等のやりとりを通じて行う」では、5 割以上、「電話で行う」4 割以上が「ときどき行っている」と回答した。一方、「サービス担当者会議で行う」については、「余り行っていない」が 15 人（33.3%）、「ときどき行っている」が 14 名（31.1%）と回答がわかれた。「また、「e-mail で行う」は 8 割以上（84.4%）が全く行っていないと回答した。（Table8）

Table8 医師との相談等のやりとりの方法 (N=45)

|                              | 全く行って<br>いない | 余り行って<br>いない | ときどき行っ<br>ている | よく行っ<br>ている | 欠損値       |
|------------------------------|--------------|--------------|---------------|-------------|-----------|
| 看護師や MSW の仲介を通して<br>行う       | 6 (13. 3)    | 7 (15. 6)    | 23 (51. 1)    | 6 (13. 3)   | 3 (6. 7)  |
| 診察室でご家族・ご本人と同<br>席することによって行う | 4 (8. 9)     | 8 (17. 8)    | 26 (57. 8)    | 6 (13. 3)   | 1 (2. 2)  |
| サービス担当者会議で行う                 | 8 (17. 8)    | 15 (33. 3)   | 14 (31. 1)    | 3 (6. 7)    | 5 (11. 1) |
| 訪問診療への同席を通して<br>行う           | 4 (8. 9)     | 4 (8. 9)     | 27 (60. 0)    | 6 (13. 3)   | 4 (8. 9)  |
| FAX 等での書類等のやりとり<br>を通じて行う    | 5 (11. 1)    | 11 (24. 4)   | 22 (48. 9)    | 6 (13. 3)   | 1 (2. 2)  |
| 電話で行う                        | 7 (15. 6)    | 10 (22. 2)   | 19 (42. 2)    | 8 (17. 8)   | 1 (2. 2)  |
| e-mail で行う                   | 38 (84. 4)   | 2 (4. 4)     | 0 (0. 0)      | 0 (0. 0)    | 5 (11. 1) |

( )内は%

## 11) 担当する認知症の利用者の状況についての医師への相談等のやりとりの頻度

現在担当している認知症の利用者を支援する中で生じるいくつかの状況において、かかりつけ医(主治医)へ情報提供や相談等のやりとりを、どの程度行っているか尋ねた。「薬の飲み間違いや飲み忘れなど、服薬の管理が十分にできておらず、ご家族やご本人がそれに対し十分に対処できない」「服薬している薬があっていないように感じるが、ご家族やご本人が主治医に相談するなどの対処ができない」「認知症であることを、ご本人が十分に納得されていない。」「ご本人が認知症であることを、ご家族が十分に認識していない。」「認知症の今後の経過について、ご本人・ご家族が不安になっている。」の5つの状況について、「全く行っていない」「ほとんど行っていない」「ときどき行っている」「常に行っている」の選択肢で尋ねた。

「薬の飲み間違いや飲み忘れなど、服薬の管理が十分にできておらず、ご家族やご本人がそれに対し十分に対処できない」では、「ときどき行っている」が最も多く 30 人(66.7%)だった。「服薬している薬があっていないように感じるが、ご家族やご本人が主治医に相談するなどの対処ができない」では、「ほとんど行っていない」が最も多く 22 人(48.9%)だった。次いで「ときどき行っている」が 15 人(33.3%)だった。「認知症であることを、ご本人が十分に納得されていない。」では、「ときどき行っている」が最も多く、25 人(55.6%)だった。次いで「ほとんど行っていない」が 14 人(31.8%)だった。「ご本人が認知症であることを、ご家族が十分に認識

していない」では、「ときどき行っている」が最も多く、25 人(56.8%)だった。次いで「ほとんど行っていない」が14 人(31.1%)だった。「認知症の今後の経過について、ご本人・ご家族が不安になっている。」では、「ときどき行っている」が最も多く 26 人名(57.8%)だった。次いで「ほとんど行っていない」が11 人(24.4%)だった。(Table9)

Table9 担当する認知症の利用者の状況についての医師への相談等のやりとりの頻度 (N=44)

|                                                               | 全く行<br>っていない | ほとん<br>ど行っ<br>てい<br>ない | ときど<br>き行っ<br>てい<br>る | 常に<br>行っ<br>てい<br>る | 欠損<br>値    |
|---------------------------------------------------------------|--------------|------------------------|-----------------------|---------------------|------------|
| 薬の飲み間違いや飲み忘れなど、服薬の<br>管理が十分にできておらず、ご家族やご<br>本人がそれに対し十分に対処できない | 3<br>(6.7)   | 6<br>(13.3)            | 30<br>(66.7)          | 6<br>(13.3)         | 0<br>(0.0) |
| 服薬している薬があっていないように感<br>じるが、ご家族やご本人が主治医に相談<br>するなどの対処ができない      | 4<br>(8.9)   | 22<br>(48.9)           | 15<br>(33.3)          | 4<br>(8.9)          | 0<br>(0.0) |
| 認知症であることを、ご本人が十分に納<br>得されていない。                                | 3<br>(6.7)   | 14<br>(31.1)           | 25<br>(55.6)          | 3<br>(6.7)          | 0<br>(0.0) |
| ご本人が認知症であることを、ご家族が<br>十分に認識していない                              | 4<br>(8.9)   | 14<br>(31.1)           | 26<br>(57.8)          | 1<br>(2.2)          | 0<br>(0.0) |
| 認知症の今後の経過について、ご本人・<br>ご家族が不安になっている。                           | 2<br>(4.4)   | 11<br>(24.4)           | 26<br>(57.8)          | 6<br>(13.3)         | 0<br>(0.0) |

( )は%

## 12)医師とのやりとりのしづらさの有無

現在担当している利用者の認知症の症状や疾患に関することで、かかりつけ医(主治医)へ情報提供や相談等のやりとりがしづらいと感じることがあるかどうか尋ねた。また、そのどのようなことを理由にそう感じるか尋ねた。結果、7 割以上の 34 人(75.6%)があると回答した(Table10)。理由としては、「医師が病院の勤務医のためアポイントがとりづらい」が最も多く、25 人(73.5%)だった。次いで多かったのが、「医師が忙しく、こちらの話をきいてくれないと感じるため」の 19 人(55.9%)だった。(Table11)

Table 10 医師とのやりとりのしづらさの有無 (N=45)

|    | 人数 | %    |
|----|----|------|
| ある | 34 | 75.6 |
| ない | 11 | 24.4 |

Table 11 医師とのやりとりのしづらさの内容 (N=34)

|                            | 人数 | %    |
|----------------------------|----|------|
| 医師にどのように伝えればよいかわからないため     | 6  | 17.6 |
| 医師とアポイントメントをとる方法がよくわからないため | 10 | 29.4 |
| 明確な理由はないが、医師と話すのが気おくれするため  | 9  | 26.5 |
| 医師と話をする経験が乏しいため            | 6  | 17.6 |
| 医学的な知識に自信がないため             | 6  | 17.6 |
| 医師が忙しく、こちらの話をきいてくれないと感じるため | 19 | 55.9 |
| 医師が認知症のことをよくわかっていないと感じるため  | 8  | 23.5 |
| 医師が介護のことについて理解してくれないと感じるため | 11 | 32.4 |
| 医師が対等の立場として扱ってくれないと感じるため   | 5  | 14.7 |
| 医師が病院の勤務医のためアポイントがとりづらい    | 25 | 73.5 |
| その他                        | 4  | 11.8 |

## 13) 医師とのやりとりで工夫していること

医師とのやりとりにおいて工夫していることについて自由記述で尋ねた。結果、26 の回答があった。(Table12)

Table12 医師とのやりとりで工夫していること

|   | 内容                                                              |
|---|-----------------------------------------------------------------|
| 1 | ひたすら、お願いするのみです。                                                 |
| 2 | 訪問診療利用の方は同席し、日常生活での問題点について相談する。通院の方は手紙を持参するか同行する。               |
| 3 | 大病院の先生は、アポがとりにくいので、医療連携室の MSW を通している。開業医の先生は TEL かファックスを利用している。 |

|    |                                                                                                                                                                  |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4  | 相談した助言を活用し、改善がみられたことについては経過を簡単なまとめで紙面&お会いして報告しています。Dr も効果があったことを実感して下さるし、                                                                                        |
| 5  | 手紙をできるだけ美しい字で分り易く簡潔に                                                                                                                                             |
| 6  | 担当することになったらすぐ、挨拶の TEL をして、今後どの方法で連絡すれば連携出来るかを確認する TEL・面談・FAX が出来る近医が一番連携しやすく、外来受診同行や MSW 経由・文章で照会となる場合は時間がかかったりすぐに返事がいただけなかったりするのではどの Dr にはどの方法が一番早いのか考えて使い分けている |
| 7  | 大きな病院の場合、相談員などを通じて相談を行うことが多いです。家族がしっかりしている場合は家族にお願いしたりしています。                                                                                                     |
| 8  | ケアプラン 3 票の週間スケジュールをもとにご本人の日課や利用しているサービス内容を報告しています。                                                                                                               |
| 9  | Fax で相談内容を送り翌日以降 tel する。緊急度により手段を選択。                                                                                                                             |
| 10 | 私自身が看護師であり、訪問看護日行っている。                                                                                                                                           |
| 11 | 本人の通院時同行させて頂き質問する。                                                                                                                                               |
| 12 | 御利用者様通院時に毎回（出来る限り）同席している。                                                                                                                                        |
| 13 | 受診のとき情報提供書を持参していただく、FAX 送信。                                                                                                                                      |
| 14 | ①主に FAX でのやりとりをする ②返信用封は宛先と切手をはり、記入入が少い方式での質問形式をとっている。                                                                                                           |
| 15 | 病院の MSW にまず相談する。                                                                                                                                                 |
| 16 | 直接連絡がとりづらい場合は、ご本人の受診日に照会表に質問事項を記載したものと返信用の封筒をご家族から手渡しをお願いしてもらったりする事もある。                                                                                          |
| 17 | 今のところはなし。                                                                                                                                                        |
| 18 | 認定の主治医の意見書に具体的に記入してほしい事を伝える。                                                                                                                                     |
| 19 | ・医師が忙しいと思われる時間には連絡を入れないようにしている。・電話連絡が主だが、FAX も使用し、あまり時間をとっていただかなくても大丈夫なよう配慮している。                                                                                 |
| 20 | 訪問診療の場合は訪問中に合わせ伺って相談できる。                                                                                                                                         |
| 21 | できるだけ NS や MSW を通すようにしている。                                                                                                                                       |
| 22 | 何か直接お話したい場合は通院に同行したり訪問診療に立ち合いしています。それが難しい場合は電話でおことわりをしてから書類を送付しています。                                                                                             |
| 23 | Dr の業務の邪魔にならない時間帯をえらい、話の内容をあらかじめ整理してゆく                                                                                                                           |
| 24 | 医師が対応しやすい方法（Tel か FAX 等）をあらかじめ受付の方に聞く。                                                                                                                           |

|    |                                                                                                      |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 25 | ※①近所の主治医ならば診療時間を考慮しながら足を運びメモを渡したり、相談する。大学病院や遠い場合は、行く時間もなく、TEL も看ぶ師さんが取りついでくれないためむずかしい ②訪問診療に同席し様子を伺う |
| 26 | ご家族に通院時手紙を先生にお渡しし、ご家族がしっかりしているケースに付いては家族を通して先生より指示を頂たく様になっている。                                       |

#### 14) 医師と介護支援専門員の連携を促進するための社会資源等の状況

職場のある地域の認知症に関する医師と介護支援専門員の連携を促進するための社会資源等の状況について尋ねた。

- ① 認知症の臨床診断をうけられる医療機関の有無・利用については 34 名 (63.0%) が利用していると回答した。(Table13)

Table13 認知症の臨床診断をうけられる医療機関の有無・利用の状況(N=54)

|            | 人数 | %    |
|------------|----|------|
| 利用している     | 34 | 63.0 |
| あるが利用していない | 11 | 20.4 |
| ない         | 2  | 3.7  |
| 把握していない    | 7  | 13.0 |

- ② 行政や、病院、専門職団体で行う、認知症の医療と介護の連携に関する集まりの有無・利用の状況については、34 名 (63.0%) が参加・利用していると回答した。(Table14)

Table14 行政や、病院、専門職団体で行う、認知症の医療と介護の連携に関する集まりの有無・利用の状況(N=54)

|               | 人数 | %    |
|---------------|----|------|
| 参加・利用している     | 34 | 63.0 |
| あるが参加・利用していない | 14 | 25.9 |
| 把握していない       | 5  | 9.3  |
| 欠損値           | 1  | 1.9  |

- ③ 介護支援専門員（ケアマネージャー）等が認知症の困難ケースを解決するために活用する事例検討会の有無・参加の状況については、35 名（64.8%）が参加・利用していると回答した。（Table15）

Table15 介護支援専門員（ケアマネージャー）等が認知症の困難ケースを解決するために活用する事例検討会の有無・参加の状況（N=54）

|            | 人数 | %    |
|------------|----|------|
| 参加している     | 35 | 64.8 |
| あるが参加していない | 11 | 20.4 |
| ない         | 2  | 3.7  |
| 把握していない    | 6  | 11.1 |

- ④ 認知症の人の支援に関する医療と介護の連携のシートのような連携を促進するための地域での共通のツールの有無・利用の状況については、28 名（51.9%）が把握していないと回答した。（Table16）

Table16 認知症の人の支援に関する医療と介護の連携のシートのような連携を促進するための地域での共通のツールの有無・利用の状況（N=54）

|            | 人数 | %    |
|------------|----|------|
| 利用している     | 3  | 5.6  |
| あるが利用していない | 14 | 25.9 |
| ない         | 8  | 14.8 |
| 把握していない    | 28 | 51.9 |
| 欠損値        | 1  | 1.9  |

- ⑤ 認知症の人の支援について介護と医療が連携するための地域での共通のマニュアルの有無・利用の状況では、28名（51.9%）が把握していないと回答した。（Table17）

Table17 認知症の人の支援について介護と医療が連携するための地域での共通のマニュアルの有無・利用の状況（N=54）

|            | 人数 | %    |
|------------|----|------|
| 利用している     | 6  | 11.1 |
| あるが利用していない | 8  | 14.8 |
| ない         | 11 | 20.4 |
| 把握していない    | 28 | 51.9 |
| 欠損値        | 1  | 1.9  |

- ⑥ 認知症の経過や治療・介護の内容が1冊でわかるような、医師と介護支援専門員（ケアマネージャー）の連絡帳の有無・利用の状況では、21名（38.9%）がない、24名（44.4%）が把握していないと回答した。（Table18）

Table18 認知症の経過や治療・介護の内容が1冊でわかるような、医師と介護支援専門員（ケアマネージャー）の連絡帳の有無・利用の状況

|            | 人数 | %    |
|------------|----|------|
| 利用している     | 4  | 7.4  |
| あるが利用していない | 5  | 9.3  |
| ない         | 21 | 38.9 |
| 把握していない    | 24 | 44.4 |

- ⑦ その他の認知症に関する医師と介護支援専門員の連携を促進するためのツール、システム等についての自由記述回答の結果は、4 件の記入があった。(Table19)

Table19 その他の認知症に関する医師と介護支援専門員の連携を促進するためのツール、システム等

|   | 記載内容                                                                                                                                                                      |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 医師とケアマネに関わらず参入している全事業所が記入し、状況理解する様なノートを活用している。                                                                                                                            |
| 2 | 特になし。                                                                                                                                                                     |
| 3 | 認知症に限らず...ですが。他区では「ケアマネタイム」というものをもうけてケアマネが医師に連絡をしても大丈夫という時間帯があるそうです。                                                                                                      |
| 4 | もし、あれば私たちが知りたいし、医師の方側家族も協力する姿勢がなければ絵に書いた餅のようになると思う。具体的には①医師がどのように患者をとらえていて今後どうしたらいいかをアドバイスしてもらって②ケアマネが日常のことや家族との相談事をもって③方針を決める、(医療との連携にて)まず医師が口火を切ることです。ケアマネからはなかなかむずかしい。 |

## Ⅳ 調査結果2 東京都杉並区 かかりつけ医への調査

### 1)回収率

500 人に調査票を配布し、123 人より回答を得た。回収率は、24.6%だった。

### 2)回答者の属性

回答者の性別は男性が 92 人(75.0%)と 7 割を占めた。年齢は、60 歳代以上が 55 人(45.2%)と最も多かった。勤務先では、診療所が 9 割以上(93.5%)を占めた。専門資料科目では、内科が最も多く、62 人(50.8%)だった。(Table1)

Table1 回答者の属性 (N=123)

|        | 人数  | %    |
|--------|-----|------|
| ○性別    |     |      |
| 男性     | 92  | 75.0 |
| 女性     | 31  | 25.0 |
| ○年齢    |     |      |
| 30 代   | 2   | 1.6  |
| 40 代   | 22  | 17.7 |
| 50 代   | 44  | 35.5 |
| 60 代以上 | 55  | 45.2 |
| ○勤務先   |     |      |
| 病院     | 2   | 1.6  |
| 診療所    | 116 | 93.5 |
| その他    | 1   | 1.6  |
| 欠損値    | 4   | 3.2  |
| ○診療科目  |     |      |
| 内科     | 62  | 50.8 |
| 整形外科   | 12  | 9.7  |
| 神経内科   | 2   | 1.6  |
| 精神科    | 6   | 4.8  |
| 心療内科   | 2   | 1.6  |
| その他    | 41  | 33.9 |

### 3) 訪問診療実施の有無

訪問診療を行っている者は、47 人(38.2%)で、4 割弱だった。(Table2)

Table2 訪問診療実施の有無 (N=123)

|             | 人数 | %    |
|-------------|----|------|
| 訪問診療を行っている  | 47 | 38.2 |
| 訪問診療を行っていない | 73 | 59.3 |
| 欠損値         | 3  | 2.4  |

### 4) 認知症に関する研修受講歴

認知症サポート医養成研修の修了者は 13 人(10.6%)、かかりつけ医認知症対応力向上研修の終了者は 30 人(24.4%)だった。(Table3)

Table3 認知症に関する研修受講歴 (N=123)

|                  | 人数 | %    |
|------------------|----|------|
| 認知症サポート医養成研修     | 13 | 10.6 |
| かかりつけ医認知症対応力向上研修 | 30 | 24.4 |
| その他              | 15 | 12.2 |

### 5) 認知症患者の有無と割合

現在診察している患者のうち、認知症のある人はいるかどうか。いたとすればそれは全患者の何割程度であるか尋ねた。認知症患者がいると回答したものは 88 人(71.5%)であった (Table4)。またその割合は 1 割以上が最も多く、32 人(36.4%)だった。次いで、5%未満で 31 人(35.2%)だった。(Table5)

Table4 認知症患者の有無 (N=123)

|     | 人数 | %    |
|-----|----|------|
| いる  | 88 | 71.5 |
| いない | 34 | 27.6 |
| 欠損値 | 1  | .8   |

Table5 認知症患者の割合 (N=88)

|               | 人数 | %    |
|---------------|----|------|
| 5%未満          | 31 | 35.2 |
| 5～10% (1 割未満) | 19 | 21.6 |
| 1 割以上         | 32 | 36.4 |
| 欠損値           | 6  | 6.8  |

## 6)診療困っていることの有無と内容

認知症患者を診療する上で困っていることがあるか尋ねたところ、69人(78.4%)があると回答した(Table6)。また、その内容を尋ねた。「処方した服薬の効果を確認したいが、ご家族や患者様ご本人から十分な情報が得られない」が最も多く、38人(55.1%)が困ると回答した。(Table7)

Table6 診療困っていることの有無 (N=88)

|    | 人数 | %    |
|----|----|------|
| あり | 69 | 78.4 |
| ない | 19 | 21.6 |

Table7 認知症の患者を治療する上で困っていること (N=69)

|                                              | 人数 | %    |
|----------------------------------------------|----|------|
| ご家族が切羽詰らないと診察に来ない                            | 22 | 31.9 |
| 治療方針や介護の方法でご家族がもめる                           | 22 | 31.9 |
| ご家族が近所の目を気にして認知症を隠す                          | 5  | 7.2  |
| 認知症と知った患者様が精神的に落ち込む                          | 13 | 18.8 |
| ご家族が患者様の認知症を認めない                             | 8  | 11.6 |
| 処方した服薬の効果を確認したいが、ご家族や患者様ご本人から十分な情報が得られない     | 38 | 55.1 |
| 患者様の介護保険サービスの利用状況を確認したいがご家族やご本人から十分な情報が得られない | 17 | 24.6 |
| その他                                          | 5  | 7.2  |

### その他の内容

・独居介護、認知介護

・急性期を含めて入れる施設がない。(仕方がない場合もありますが…)・家族が人まかせにする…。

・介護5(神経性排尿感で1日中トイレに通う。)現在遠方(青梅)の病院に入院中、年金生活で経済的にも大変しかし老婦人の介護はもっと大変、近くの施設を探している地域包括支援センターにも頼んでいる。

・独居の場合内服管理が難しい場合ある。

- ・認知症の中～高度レベルになると BPSD 等の発生時の薬物コントロールがかかりつけ医だけでは困難な事があり近頃の精神科と併診する探にすると良い事が多い
- ・窓口でのお金の支払についてくい違う。
- ・症状を訴えてもらえないことがある。病態の把握ができない。処方されたかどうかもわからないことがあるなど。
- ・身内がいらない介護する人がいない場合、日中はヘルパーなどが服薬管理や介護をするが、夜間の状態が分からない。グループホームなど受け入れ先がない
- ・患者自身が認知症だと思っていない。
- ・専門医に紹介したいが、本人が認知症の自覚がまく、受診を拒否する
- ・薬の副作用が出る方が多く継続できないことが多い。
- ・家での実態が本人に聞いても、わからない
- ・家族がほったらかしている。
- ・介護サービスが、充分とは言えない。

#### 5) 認知症の治療上の問題点

認知症の治療上の問題点はどのようなことがあると考えているかについて尋ねた。

「治療よりも介護が重要で、医師のかかわり方が難しい」が最も多く、46 人(66.7%)が問題点としてあげた。次いで、「薬の効果がはっきりしない」で 41 人(59.4%)だった。(Table8)

Table8 認知症の治療上の問題点 (N=69)

|                          | 人数 | %    |
|--------------------------|----|------|
| 薬の効果がはっきりしない             | 41 | 59.4 |
| 治療よりも介護が重要で、医師のかかわり方が難しい | 46 | 66.7 |
| 治療方法が確立していない             | 27 | 39.1 |
| 薬投与の開始・終了時期の情報が少ない       | 19 | 27.5 |
| 患者様へのよりよい対応の仕方の情報が少ない    | 20 | 29.0 |
| 薬が高価で勧めにくい               | 10 | 14.5 |
| 薬の副作用が心配                 | 12 | 17.4 |
| 治らないから治療は無意味             | 2  | 2.9  |
| その他                      | 1  | 1.4  |

その他の内容

- ・ 周辺症状に対する精神病剤の使い方。
- ・ 認知症と診断されてから 7 年間アリセプトの薬物療法で安定進行も遅く然し脳血流シンチでは進行認められたている 最近になり不眠と怒りっぽくなり抑肝散投与になり大分鎮静されて来たか社半家内と徘徊リスパタール投与にみたが、副作用が心配。専門医の意見を聞きたいメマリー投与の時期、又薬代が高い
- ・ 認知症の人が、一時的にでも入院できる施設が少ない また、入所施設も少なく、BPSD のひどい時にもなかなか入所入院出来なくて困る。
- ・ 健康保険が薬の投与を認めない
- ・ 薬を中断してしまう人（家族も含め）がいる。
- ・ 専門医が少ない

#### 6) 診療上、患者の家族以外の手助けが必要だと感じた経験

認知症の患者を診療していくうえで、患者の家族以外の手助けが必要だと感じた経験はあるかどうか、またあるとすればどのような場面で感じたかについて尋ねた。

結果、56 人(81.2%)があると回答した(Table9)。具体的場面として 48 人が回答した。受け入れ施設の少なさや、家族に関する課題があげられた。(Table10)

Table9 診療上、患者の家族以外の手助けが必要だと感じた経験 (N=69)

|     | 人数 | %    |
|-----|----|------|
| ある  | 56 | 81.2 |
| ない  | 11 | 15.9 |
| 欠損値 | 2  | 2.9  |

Table10 診療上、患者の家族以外の手助けが必要だと感じた具体的場面

|   | 場面                   |
|---|----------------------|
| 1 | ・ 地域包括の職員ヘルパーCM      |
| 2 | ・ 家族が介護しないが不十分。      |
| 3 | ・ 介護や指導（具体的な）        |
| 4 | ・ 家族の心をささえるしくみ       |
| 5 | ・ 老々介護のため極めて不十分な介護状況 |
| 6 | ・ 受診のための手助け（医院へ通うため） |

|    |                                                                                                             |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7  | ・患者さんの情報を定期的に看護師さんが知らせていただくと非常に助かる                                                                          |
| 8  | ・受け入れ施設がない…                                                                                                 |
| 9  | ・家族、日常生活の負担が大きい                                                                                             |
| 10 | ・見当識障害で道に迷った時、暴力行為のあった●                                                                                     |
| 11 | ・家族の息ぬき場                                                                                                    |
| 12 | ・①老々介護の場合②介護人が働き手の場合とずれも家政婦的な仕事の担い手が必要。(介護に限定されては大事な家事が出来ない)                                                |
| 13 | ・独居(家族が遠方)のため                                                                                               |
| 14 | ・家族的に娘は良いが他の人達はほとんどあてに出来ない事が多か他人の方がむしろ●的にみれていい                                                              |
| 15 | ・独居の方だと(家族が遠方など)どうしても必要になります。常に介ゴを要する場合もご家族だけでは厳しいと感じることがあります。                                              |
| 16 | ・家族だけでは、認知症の人を介護しきれない事がある。特に高齢者夫婦だけで、片方を面倒を見る事の困難さ、家族は複数いても、日中、仕事に出てしまうなど、家族だけでは困難な場合が多い。特に BPSD がひどい時は特に大変 |
| 17 | ・薬の管理                                                                                                       |
| 18 | ・日常で介護が十分に認定される                                                                                             |
| 19 | ・独居老人又は家族が遠方                                                                                                |
| 20 | ・家族に介護力を期待出来ないケース                                                                                           |
| 21 | ・①受診にあたりフルパーさんの月伴が必要なケース③往診にあたりヘルパーさんが私宅にいないと困るケース                                                          |
| 22 | ・通院                                                                                                         |
| 23 | ・家族では、ご本人甘えや長年の確執などありスムーズに介護をうけ入らないことがある。                                                                   |
| 24 | ・介助                                                                                                         |
| 25 | ・コンタクトがうまくとれない(family内でも誰かみるかもめることがある)                                                                      |
| 26 | ・家族が24時間みてもらえないから入院させて欲しいといわれたことがあるが、入院先を探す時間は診療中にはないので、どこに相談すればいいのか判らなかった。                                 |
| 27 | デイケアの間は家族が心労から一時解放される。本人も社会とのつながりが保たれることになり。病気の進行が緩徐となる印象がある。                                               |
| 28 | ・薬の管理                                                                                                       |
| 29 | ・高齢化に伴い伴侶が十分介助出来ない、又一人暮らし等多くこのようなケースでは当然家族以外の手助けが                                                           |

|    |                                                                       |
|----|-----------------------------------------------------------------------|
|    | 必要。                                                                   |
| 30 | 家族（介護する人）が精神的に参ってしまう（特にお嫁さん）客観的に患者さんを観察できる人がいない事がある。                  |
| 31 | ・ 介ゴ                                                                  |
| 32 | ・ 休みのない継続的な介護で疲れきってしまっているのを見た時。                                       |
| 33 | ・ 家族の介護負担が大きいために家族が疲れてしまう・家族が仕事でいない時間業がある                             |
| 34 | ・ 同居していないことが多い。又は、高齢の方が2人で住んでいる。                                      |
| 35 | ・ 一日中、一人で家に居る患者さん。                                                    |
| 36 | ・ 入浴、排泄介助、ADL                                                         |
| 37 | ・ 服薬が充分出来ない、家族の理解は出来ているものでもない。                                        |
| 38 | ・ 夫の場合、妻では力が足りないおさえられない                                               |
| 39 | ・ 家人も高齢の事が多い                                                          |
| 40 | ・ 入所施設が少ない（一時的な所です）                                                   |
| 41 | ・ 日常の様子の解っている方に話をお聞えしたいと思います                                          |
| 42 | ・ 仕事しながら、介護やるのは困難                                                     |
| 43 | ・ 息子さん1人が介護していて、仕事があつてなかなか病院に連れて来れない。本人はデイサービスにいきつきりで通院を手伝ってくれる人がいない。 |
| 44 | ・ 家族とはなれて患者が独居生活の場合。                                                  |
| 45 | ・ 認知症患者自身、身よりがない場合や、家族が neglect してしまっている場合が多い。                        |
| 46 | ・ 薬の説明等、理解できないことがある。                                                  |
| 47 | ・ 日常生活等は本人からの情報では限られる。                                                |
| 48 | ・ 家族がいない時、介護力が低い時                                                     |

## 7) 認知症患者の在宅で介護保険サービスの利用状況

現在診療している認知症の患者のうち、在宅で介護保険サービスを利用されているものがあるか尋ねたところ、59 人(85.5%)が利用していると回答した。(Table11)

Table11 認知症患者の在宅で介護保険サービスの利用状況 (N=69)

|                 | 人数 | %    |
|-----------------|----|------|
| 利用している人がいる      | 59 | 85.5 |
| 利用している人はいない     | 4  | 5.8  |
| 利用しているかどうかわからない | 6  | 8.7  |

## 8) 患者を担当している介護支援専門員(ケアマネジャー)と話した経験

現在診療している在宅の認知症の患者を担当している介護支援専門員(ケアマネジャー)とその患者のことについて話したことがどの程度あるかについて尋ねたところ、「ときどき話をしている」が最も多く、35 人(59.3%)だった。(Table12)

Table12 患者を担当している介護支援専門員(ケアマネジャー)と話した経験 (N=59)

|               | 人数 | %    |
|---------------|----|------|
| 頻繁に話をしている     | 7  | 11.9 |
| ときどき話をしている    | 35 | 59.3 |
| ほとんど話をしたことがない | 15 | 25.4 |
| 全く話しをしたことがない  | 2  | 3.4  |

## 9) 認知症の患者の居宅サービス計画書(ケアプラン)をみた経験

現在診療を行っている在宅の認知症の患者の居宅サービス計画書(ケアプラン)をみたことがあるかどうか尋ねた。(Table13)

Table13 認知症の患者の居宅サービス計画書(ケアプラン)をみた経験 (N=59)

|         | 人数 | %    |
|---------|----|------|
| 見たことがある | 43 | 72.9 |
| 見たことがない | 15 | 25.4 |

#### 10) 認知症の患者のサービス担当者会議への参加の頻度

現在診療を行っている在宅の認知症の患者様のサービス担当者会議に参加の頻度について尋ねたところ、「全く参加したことがない」が 24 人(40.7%)と最も多かった。(Table14)

Table14 認知症の患者のサービス担当者会議への参加の頻度 (N=59)

|               | 人数 |      |
|---------------|----|------|
| 頻繁に参加している     | 1  | 1.7  |
| ときどき参加している    | 12 | 20.3 |
| ほとんど参加したことがない | 22 | 37.3 |
| 全く参加したことがない   | 24 | 40.7 |

#### 11) 医師と介護支援専門員の連携を促進するための社会資源等の状況

職場のある地域の認知症に関する医師と介護支援専門員の連携を促進するための社会資源等の状況について尋ねた。

- ① 認知症の臨床診断をうけられる医療機関の有無・利用については 56 人(45.5%)が利用していると回答した。(Table15)

Table15 認知症の臨床診断をうけられる医療機関の有無・利用の状況 (N=123)

|            | 人数 | %    |
|------------|----|------|
| 利用している     | 56 | 45.5 |
| あるが利用していない | 21 | 17.1 |
| ない         | 18 | 14.6 |
| 把握していない    | 24 | 19.5 |
| 欠損値        | 4  | 3.3  |

- ②行政や、病院、専門職団体で行う、認知症の医療と介護の連携に関する集まりの有無・利用の状況については、25 名(20.3%)が参加・利用していると回答した。(Table16)

Table16 行政や、病院、専門職団体で行う、認知症の医療と介護の連携に関する集まりの有無・利用の状況 (N=123)

|               | 人数 | %    |
|---------------|----|------|
| 参加・利用している     | 25 | 20.3 |
| あるが参加・利用していない | 38 | 30.9 |
| 把握していない       | 22 | 17.9 |
| 欠損値           | 34 | 27.6 |
| 欠損値           | 4  | 3.3  |

③介護支援専門員（ケアマネージャー）等が認知症の困難ケースを解決するために活用する事例検討会の有無・参加の状況については、59 名（48.0%）が把握していないと回答した。（Table17）

Table17 介護支援専門員（ケアマネージャー）等が認知症の困難ケースを解決するために活用する事例検討会の有無・参加の状況 (N=123)

|            | 人数 | %    |
|------------|----|------|
| 参加している     | 5  | 4.1  |
| あるが参加していない | 24 | 19.5 |
| ない         | 30 | 24.4 |
| 把握していない    | 59 | 48.0 |
| 欠損値        | 5  | 4.1  |

④認知症の人の支援に関する医療と介護の連携のシートのような連携を促進するための地域での共通のツールの有無・利用の状況については、65 名（52.8%）が把握していないと回答した。（Table18）

Table18 認知症の人の支援に関する医療と介護の連携のシートのような連携を促進するための地域での共通のツールの有無・利用の状況 (N=123)

|            | 人数 | %    |
|------------|----|------|
| 利用している     | 4  | 3.3  |
| あるが利用していない | 14 | 11.4 |
| ない         | 35 | 28.5 |
| 把握していない    | 65 | 52.8 |
| 欠損値        | 5  | 4.1  |

⑤認知症の人の支援について介護と医療が連携するための地域での共通のマニュアルの有無・利用の状況では、63名(51.2%)が把握していないと回答した。(Table19)

Table19 認知症の人の支援について介護と医療が連携するための地域での共通のマニュアルの有無・利用の状況 (N=123)

|            | 人数 | %    |
|------------|----|------|
| 利用している     | 8  | 6.5  |
| あるが利用していない | 14 | 11.4 |
| ない         | 33 | 26.8 |
| 把握していない    | 63 | 51.2 |
| 欠損値        | 5  | 4.1  |

⑥認知症の経過や治療・介護の内容が1冊でわかるような、医師と介護支援専門員(ケアマネージャー)の連絡帳の有無・利用の状況では、36名(29.3%)がない、68名(55.3%)が把握していないと回答した。(Table20)

Table20 認知症の経過や治療・介護の内容が1冊でわかるような、医師と介護支援専門員（ケアマネージャー）の連絡帳の有無・利用の状況 (N=123)

|            | 人数 | %    |
|------------|----|------|
| 利用している     | 6  | 4.9  |
| あるが利用していない | 8  | 6.5  |
| ない         | 36 | 29.3 |
| 把握していない    | 68 | 55.3 |
| 欠損値        | 5  | 4.1  |

## V 調査結果3 奈良県奈良市 介護支援専門員への調査

### 1)回収率

125 事業所に発送し、49 事業所から回収した。回収率は 39.2%だった。

### 2)回答者の属性

回答者の性別は女性が 33 人(67.3%)と 6 割を占めた。年齢は、30 歳代、50 歳代が共に 16 人(32.7%)と最も多かった。介護支援専門員の経験年数は 5 年以上 10 年未満が 18 人(36.7%)と最も多かった。介護支援専門員以外の所持資格は介護福祉士が 27 人(55.1%)と最も多く、次いでホームヘルパーが 17 人(34.7%)だった。介護支援専門員の受験時の資格についても、介護福祉士が 21 人(42.9%)と最も多い結果となった。(Table1)

Table1 回答者の属性（性別、介護支援専門員の経験年数）（N＝49）

|               | 人数 | %    |
|---------------|----|------|
| ○性別           |    |      |
| 男性            | 14 | 28.6 |
| 女性            | 33 | 67.3 |
| 欠損値           | 2  | 4.1  |
| ○年齢           |    |      |
| 30 歳代         | 16 | 32.7 |
| 40 歳代         | 8  | 16.3 |
| 50 歳代         | 16 | 32.7 |
| 60 歳以上        | 7  | 14.3 |
| 欠損値           | 2  | 4.1  |
| ○介護支援専門員の経験年数 |    |      |
| 1 年未満         | 0  | .0   |
| 1 年以上 3 年未満   | 5  | 10.2 |
| 3 年以上 5 年未満   | 10 | 20.4 |
| 5 年以上 10 年未満  | 18 | 36.7 |
| 10 年以上        | 14 | 28.6 |
| 欠損値           | 2  | 4.1  |

Table1 回答者の属性（所持資格、介護支援専門員取得時の資格）

| ○所持資格（複数回答）     |    |      |
|-----------------|----|------|
| 薬剤師             | 1  | 2.0  |
| 看護師・准看護師        | 5  | 10.2 |
| 栄養士・管理栄養士       | 2  | 4.1  |
| 社会福祉士           | 13 | 26.5 |
| 介護福祉士           | 27 | 55.1 |
| 精神保健福祉士         | 1  | 2.0  |
| ホームヘルパー         | 17 | 34.7 |
| 鍼灸マッサージ師        | 2  | 4.1  |
| その他             | 2  | 4.1  |
| ○介護支援専門員の取得時の資格 |    |      |
| 薬剤師             | 1  | 2.0  |
| 看護師・准看護師        | 5  | 10.2 |
| 栄養士・管理栄養士       | 2  | 4.1  |
| 社会福祉士           | 6  | 12.2 |
| 介護福祉士           | 21 | 42.9 |
| ホームヘルパー         | 7  | 14.3 |
| 鍼灸マッサージ師        | 2  | 4.1  |
| その他             | 3  | 6.1  |
| 欠損値             | 2  | 4.1  |

### 3) 担当利用者数

担当している利用者数は、平均が 27.7 人 (MAX:43,MIN:3,SD:9.3) だった。

### 4) 認知症、認知症と思われる利用者の担当の有無と人数

認知症、認知症と思われる利用者を担当しているかどうかについて尋ねたところ、47 名 (95.9%) が担当していると回答した。担当利用者数は、平均 11.4 人 (MAX:38,MIN:2,SD:7.8) だった。(Table2)

Table2 認知症、認知症と思われる利用者を担当の有無 (N=49)

|              | いる        | いない     |
|--------------|-----------|---------|
| 認知症利用者の担当の有無 | 47 (95.9) | 2 (4.1) |

#### 5) 担当利用者の認知症の診断等の状況と担当者数

担当利用者の認知症の診断等の状況について、「アルツハイマー病等の認知症をきたす疾患の診断を受けている人」「診断は受けていないが、認定調査等で認知症とされている人」「上記以外で認知症と思われる人」について、そうした利用者があるかどうかについて尋ねた。

認知症の利用者を担当しているもののうち、認知症の診断を受けた利用者を担当しているものは42名(89.4%)であった。また、診断は受けていないが、認定調査で認知症とされている利用者については43名(91.5%)がいると回答した。また、上記以外で認知症と思われる利用者については21人(44.7%)がいると回答した。

認知症の診断を受けた利用者を担当者数は、平均 6.9 人 (MAX:29, MIN:1, SD:5.6) だった。診断は受けていないが、認定調査で認知症とされている利用者数は、平均 5.5 人 (MAX:32, MIN:1, SD:5.3) だった。また、上記以外で認知症と思われる利用者については平均 2.2 人 (MAX:5, MIN:1, SD:1.2) だった。(Table3)

Table3 担当利用者の認知症の診断等の状況 (N=47)

|                     | いる        | いない      | 欠損値       |
|---------------------|-----------|----------|-----------|
| 認知症の診断を受けた利用者の有無    | 42 (89.4) | 2 (4.3)  | 3 (6.4)   |
| 認定調査で認知症とされた利用者の有無  | 43 (91.5) | 0 (0.0)  | 4 (8.9)   |
| それ以外で認知症と思われる利用者の有無 | 21 (44.7) | 5 (10.6) | 21 (44.7) |

#### 6) 担当する認知症の利用者の状況の頻度

担当する認知症の利用者を支援する上で生じる5つの状況について、「全くない」「ほとんどない」「ときどきある」「頻繁にある」の選択肢で尋ねた。

「薬の飲み間違いや飲み忘れなど、服薬の管理が十分にできておらず、ご家族やご本人がそれに対し十分に対処できない」では、「ときどきある」が最も多く27人(57.4%)だった。「服薬している薬があっっていないように感じるが、ご家族やご本人が主治医に相談するなどの対処ができない」では、「ときどきある」が最も多く26人(55.3%)だった。次いで「ほとんどない」

が 11 人(23.4%)だった。「認知症であることを、ご本人が十分に納得されていない。」では、「ときどきある」が 22 名(46.8%)でもっとも多かった。次いで「頻繁にある」が 19 人(40.4%)だった。「ご本人が認知症であることを、ご家族が十分に認識していない」では、「ときどきある」が最も多く 24 人(51.1%)だった。「認知症の今後の経過について、ご本人・ご家族が不安になっている。」では、「頻繁にある」が最も多く 28 人(59.6%)だった。(Table4)

Table4 担当する認知症の利用者の状況の頻度 (N=47)

|                                                               | 全くな<br>い | ほとん<br>どない | ときど<br>きある | 頻繁に<br>ある | 欠損値     |
|---------------------------------------------------------------|----------|------------|------------|-----------|---------|
| 薬の飲み間違いや飲み忘れなど、服薬の<br>管理が十分にできておらず、ご家族やご<br>本人がそれに対し十分に対処できない | 3 (6.4)  | 5 (10.6)   | 27 (57.4)  | 12 (25.5) | 0 (0.0) |
| 服薬している薬があていないように感<br>じるが、ご家族やご本人が主治医に相談<br>するなどの対処ができない       | 4 (8.5)  | 11 (23.4)  | 26 (55.3)  | 4 (8.5)   | 2 (4.4) |
| 認知症であることを、ご本人が十分に納<br>得されていない。                                | 1 (2.1)  | 5 (8.9)    | 22 (46.8)  | 19 (40.4) | 0 (0.0) |
| ご本人が認知症であることを、ご家族が<br>十分に認識していない                              | 6 (12.8) | 11 (23.4)  | 24 (51.1)  | 6 (12.8)  | 0 (0.0) |
| 認知症の今後の経過について、ご本人・<br>ご家族が不安になっている。                           | 1 (2.1)  | 2 (4.3)    | 16 (34.0)  | 28 (59.6) | 0 (0.0) |

( )内は%

#### 7) 相談等のやりとりをしている医師の有無と人数

現在担当されている利用者の認知症の症状や疾患に関することで、情報提供や相談等のやりとりをしている、かかりつけ医(主治医)はいるかどうか尋ねた。結果、36 人(76.6%)がいと回答し、7 割以上がかかりつけ医とのやりとりを行っていた。(Table5)

やりとりを行っている医師の数は、平均が 3.5 人(MAX:28,MIN:1,SD:5.1)だった。

Table5 相談等のやりとりをしている医師の有無（N=47）

|     | 人数 | %    |
|-----|----|------|
| いる  | 36 | 76.6 |
| いない | 10 | 21.3 |
| 欠損値 | 1  | 2.1  |

## 8) 医師と相談等のやりとりを行っている程度

現在担当されている認知症の利用者のことについて、かかりつけ医（主治医）へ情報提供や相談等のやりとりをどの程度行っているかについて、「週に 1 回程度」「月に数回程度」「月に 1 回程度」「年に数回程度」という選択肢で尋ねた。

結果、最も多かったのが「年に数回程度」の 22 名（61.1%）で、次いで多かったのが「月に 1 回程度」の 9 名（25.0%）だった。（Table6）

Table6 医師と相談等のやりとりを行っている程度（N=36）

|          | 人数 | %    |
|----------|----|------|
| 週に 1 回程度 | 1  | 2.8  |
| 月に数回程度   | 4  | 11.1 |
| 月に 1 回程度 | 9  | 25.0 |
| 年に数回程度   | 22 | 61.1 |
| 欠損値      | 1  | 2.8  |

## 9) 医師とのやりとりの内容

現在認知症の利用者について、医師（かかりつけ医）と、どのような内容について情報提供や相談等のやりとりを行っているかについて「ご利用者の医療に関すること」「ご利用者の介護にかんする医療面での情報・助言」「ご利用者の介護サービス計画書の内容」「サービス担当者会議への出席や会議内容に関すること」「ご利用者の自宅での様子など日常生活に関すること」「その他」の選択肢で尋ねた。

結果、「ご利用者の介護にかんする医療面での情報・助言」が最も多く 16 名（44.4%）だった。次いで、「ご利用者の医療に関すること」の 12 名（33.3%）だった。（Table7）

Table7 医師とのやりとりの内容 (N=45)

|                          | 人数 | %    |
|--------------------------|----|------|
| ご利用者の医療に関すること            | 12 | 33.3 |
| ご利用者の介護に関する医療面での情報・助言    | 16 | 44.4 |
| ご利用者の介護サービス計画書の内容        | 1  | 2.8  |
| サービス担当者会議への出席や会議内容に関すること | 3  | 8.3  |
| ご利用者の自宅での様子など日常生活に関すること  | 4  | 11.1 |

## 10)医師との相談等のやりとりの方法

現在担当されている認知症の利用者のことについて、かかりつけ医(主治医)へ情報提供や相談等のやりとりをする場合にどのような方法でどの程度行っているか尋ねた。「看護師やMSWの仲介を通して行う」「診察室でご家族・ご本人と同席することによって行う」「サービス担当者会議で行う」「訪問診療への同席を通して行う」「FAX等での書類等のやりとりを通じて行う」「電話で行う」「e-mailで行う」について「全く行っていない」「余り行っていない」「ときどき行っている」「よく行っている」の選択肢で尋ねた。

結果、「看護師やMSWの仲介を通して行う」は「よく行っている」が最も多く、14人(38.9)だった。「診察室でご家族・ご本人と同席することによって行う」は「ときどき行っている」が最も多く17人(47.2%)だった。「サービス担当者会議で行う」については、「余り行っていない」が最も多く、13人(36.1%)だった。「訪問診療への同席を通して行う」は「全く行っていない」が最も多く、11人(33.3%)だった。「FAX等での書類等のやりとりを通じて行う」では、「ときどき行っている」が11人(30.6%)と最も多かった。「電話で行う」は「ときどき行っている」が18人(50.0%)と最も多かった。また、「e-mailで行う」は8割以上(86.1%)が全く行っていないと回答した。(Table8)

Table8 医師との相談等のやりとりの方法 (N=36)

|                              | 全く行って<br>いない | 余り行って<br>いない | ときどき行っ<br>ている | よく行っ<br>ている | 欠損値     |
|------------------------------|--------------|--------------|---------------|-------------|---------|
| 看護師や MSW の仲介を通して<br>行う       | 4 (11.1)     | 5 (13.9)     | 12 (33.3)     | 14 (38.9)   | 1 (2.8) |
| 診察室でご家族・ご本人と同<br>席することによって行う | 5 (13.9)     | 8 (22.2)     | 17 (47.2)     | 5 (13.9)    | 1 (2.8) |
| サービス担当者会議で行う                 | 10 (30.6)    | 13 (36.1)    | 10 (27.8)     | 1 (2.8)     | 1 (2.8) |
| 訪問診療への同席を通して<br>行う           | 11 (33.3)    | 7 (19.4)     | 11 (30.6)     | 4 (11.1)    | 1 (2.8) |
| FAX 等での書類等のやりとり<br>を通じて行う    | 9 (25.0)     | 9 (25.0)     | 11 (30.6)     | 6 (16.7)    | 1 (2.8) |
| 電話で行う                        | 9 (25.0)     | 3 (8.3)      | 18 (50.0)     | 5 (13.9)    | 1 (2.8) |
| e-mail で行う                   | 31 (86.1)    | 2 (5.6)      | 2 (5.6)       | 0 (0.0)     | 1 (2.8) |

( )内は%

## 11) 担当する認知症の利用者の状況についての医師への相談等のやりとりの頻度

現在担当している認知症の利用者を支援する中で生じるいくつかの状況において、かかりつけ医(主治医)へ情報提供や相談等のやりとりを、どの程度行っているか尋ねた。「薬の飲み間違いや飲み忘れなど、服薬の管理が十分にできておらず、ご家族やご本人がそれに対し十分に対処できない」「服薬している薬があっていないように感じるが、ご家族やご本人が主治医に相談するなどの対処ができない」「認知症であることを、ご本人が十分に納得されていない。」「ご本人が認知症であることを、ご家族が十分に認識していない。」「認知症の今後の経過について、ご本人・ご家族が不安になっている。」の5つの状況について、「全く行っていない」「ほとんど行っていない」「ときどき行っている」「常に行っている」の選択肢で尋ねた。

「薬の飲み間違いや飲み忘れなど、服薬の管理が十分にできておらず、ご家族やご本人がそれに対し十分に対処できない」では、「ときどき行っている」が最も多く16人(44.4%)だった。「服薬している薬があっていないように感じるが、ご家族やご本人が主治医に相談するなどの対処ができない」では、「全く行っていない」が最も多く16人(44.4%)だった。次いで「ほとんど行っていない」が9人(25.0%)だった。「認知症であることを、ご本人が十分に納得されていない。」では、「ときどき行っている」が最も多く、19人(52.8%)だった。「ご本人が認知症であることを、ご家族が十分に認識していない」では、「ときどき行っている」が最も多く、17人

(47.2%)だった。「認知症の今後の経過について、ご本人・ご家族が不安になっている。」では、「ときどき行っている」が最も多く 20 人名 (55.6%) だった。(Table9)

Table9 担当する認知症の利用者の状況についての医師への相談等のやりとりの頻度 (N=44)

|                                                       | 全く行って<br>いない | ほとんど<br>行っていない | ときどき<br>行っている | 常に行っ<br>ている | 欠損値     |
|-------------------------------------------------------|--------------|----------------|---------------|-------------|---------|
| 薬の飲み間違いや飲み忘れなど、服薬の管理が十分にできておらず、ご家族やご本人がそれに対し十分に対処できない | 7 (19.4)     | 6 (16.7)       | 16 (44.4)     | 7 (19.4)    | 0 (0.0) |
| 服薬している薬があっていないように感じるが、ご家族やご本人が主治医に相談するなどの対処ができない      | 16 (44.4)    | 9 (25.0)       | 8 (22.2)      | 3 (8.3)     | 0 (0.0) |
| 認知症であることを、ご本人が十分に納得されていない。                            | 8 (22.2)     | 7 (19.4)       | 19 (52.8)     | 1 (2.8)     | 1 (2.9) |
| ご本人が認知症であることを、ご家族が十分に認識していない                          | 8 (22.2)     | 7 (19.4)       | 17 (47.2)     | 4 (11.1)    | 0 (0.0) |
| 認知症の今後の経過について、ご本人・ご家族が不安になっている。                       | 5 (13.9)     | 6 (16.7)       | 20 (55.6)     | 4 (11.1)    | 1 (2.9) |

( )は%

## 12)医師とのやりとりのしづらさの有無

現在担当している利用者の認知症の症状や疾患に関することで、かかりつけ医(主治医)へ情報提供や相談等のやりとりがしづらいつと感じることがあるかどうか尋ねた。また、そのどのようなことを理由にそう感じるか尋ねた。結果、34 人(94.4%)があると回答した(Table10)。理由としては、「医師が病院の勤務医のためアポイントがとりづらい」が最も多く、25 人(73.5%)だった。次いで多かったのが、「医師が忙しく、こちらの話をきいてくれないと感じるため」の 19 人(55.9%)だった。(Table11)

Table 10 医師とのやりとりのしづらさの有無 (N=36)

|    | 人数 | %    |
|----|----|------|
| ある | 34 | 94.4 |
| ない | 2  | 5.6  |

Table 11 医師とのやりとりのしづらさの内容 (N=34)

|                            | 人数 | %    |
|----------------------------|----|------|
| 医師にどのように伝えればよいかわからないため     | 5  | 14.7 |
| 医師とアポイントメントをとる方法がよくわからないため | 13 | 38.2 |
| 明確な理由はないが、医師と話すのが気おくれするため  | 7  | 20.6 |
| 医師と話をする経験が乏しいため            | 3  | 8.8  |
| 医学的な知識に自信がないため             | 4  | 11.8 |
| 医師が忙しく、こちらの話をきいてくれないと感じるため | 21 | 61.8 |
| 医師が認知症のことをよくわかっていないと感じるため  | 10 | 29.4 |
| 医師が介護のことについて理解してくれないと感じるため | 17 | 50.0 |
| 医師が対等の立場として扱ってくれないと感じるため   | 11 | 32.4 |
| 医師が病院の勤務医のためアポイントがとりづらい    | 22 | 64.7 |
| その他                        | 2  | 5.9  |

## 13) 医師とのやりとりで工夫していること

医師とのやりとりにおいて工夫していることについて自由記述で尋ねた。結果、26 の回答があった。医師の多忙な状況を考慮した工夫があげられた。(Table12)

Table12 医師とのやりとりで工夫していること

|   |                                                                                   |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------|
|   |                                                                                   |
| 1 | 診察時間の直前や直後などにアポイントの電話をいれたり、郵送や Fax を急用でないかぎりには利用するなど、なるべく医師の診察のじゃまにならないよう気をつけている。 |
| 2 | 開業医の先生のところへは診療時間の終了ごろに訪問しお話している。                                                  |
| 3 | 大きな病院であれば MSW などに相談している。診療所は受診に立ち会って顔を覚えてもらってから質問等をするようにしている。                     |

|    |                                                                                     |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 4  | 同席に常に家族以外のキーパーソンを位置はける。                                                             |
| 5  | ・総合病院であれば地域医療連携室の担当者を通じて行う、個人医院であれば直接電話するか出向く<br>・ケアプランは新規、更新分は全て送付しご意見を頂戴する        |
| 6  | 看護師に電話で伝えている。                                                                       |
| 7  | ・総合病院的 MSW に手前に話をしなく。・クリニック Dr については、昼休みの時間に TEL。                                   |
| 8  | 電話をかける時間を、診療に影響のないように気をつける                                                          |
| 9  | ご本人の受診日に同席することになっている。直接 Dr の話症状が聞け、注意点など聞くことができる。                                   |
| 10 | できる限り、質問内容を簡素化し、文書にて、やりとりを行っている。                                                    |
| 11 | 手紙や FAX を活用する。文書の方が明確に伝えられる。                                                        |
| 12 | まず病院の地域連携部所にアポのとり方を聞き。通院の時期に合わせて書面で送付しておく。など事前の準備をしておく。                             |
| 13 | ・質問や病状説明を質問状を出して、記入ができれば、連絡をもらう。・診察時間の最終か、始まる前に訪問する。                                |
| 14 | ・事前に受付でアポをとり、休診時間帯に訪問する。・書面で内容を記し、郵送や FAX を適宜、利用する。・自宅の往診時に同席する。                    |
| 15 | 主治医に書類で先に理解してもらい、再度、電話や訪問している。                                                      |
| 16 | 受診時に同行する様にして、相談を行います。顔合わせする事で、Dr も担当者である事を理解して頂き、次回に連携がとりやすくなります。                   |
| 17 | 診療室にできるだけ同行するように心がけている                                                              |
| 18 | 担当の方で先生に伝えたいことがある場合、診察時間等忙しく、なかなか会って話ができないため、書面で報告したりする。また、後日、先生より TEL くれることがある     |
| 19 | 主治医の時間、手間をとらせないため、手短に文章を作って届けている                                                    |
| 20 | その方の受診時に家族にお願いし、同席している。受診後に必要なアドバイスをワンポイント頂けるようにしています。例えば、デイサービスでの入浴の際に配慮することなどを聞く。 |

#### 14) 医師と介護支援専門員の連携を促進するための社会資源等の状況

職場のある地域の認知症に関する医師と介護支援専門員の連携を促進するための社会資源等の状況について尋ねた。

- ① 認知症の臨床診断をうけられる医療機関の有無・利用については 22 名 (44.9%) が利用していると回答した。(Table13)

Table13 認知症の臨床診断をうけられる医療機関の有無・利用の状況 (N=49)

|            | 人数 | %    |
|------------|----|------|
| 利用している     | 22 | 44.9 |
| あるが利用していない | 16 | 32.7 |
| ない         | 5  | 10.2 |
| 把握していない    | 1  | 2.0  |

- ② 行政や、病院、専門職団体で行う、認知症の医療と介護の連携に関する集まりの有無・利用の状況については、25 名 (51.0%) が参加・利用していると回答した。(Table14)

Table14 行政や、病院、専門職団体で行う、認知症の医療と介護の連携に関する集まりの有無・利用の状況 (N=49)

|               | 人数 | %    |
|---------------|----|------|
| 参加・利用している     | 25 | 51.0 |
| あるが参加・利用していない | 5  | 10.2 |
| 把握していない       | 5  | 10.2 |
| 欠損値           | 12 | 24.5 |

- ③ 介護支援専門員（ケアマネージャー）等が認知症の困難ケースを解決するために活用する事例検討会の有無・参加の状況については、29 名 (59.2%) が参加・利用していると回答した。(Table15)

Table15 介護支援専門員（ケアマネージャー）等が認知症の困難ケースを解決するために活用する事例検討会の有無・参加の状況 (N=49)

|            | 人数 | %    |
|------------|----|------|
| 参加している     | 29 | 59.2 |
| あるが参加していない | 3  | 6.1  |
| ない         | 8  | 16.3 |
| 把握していない    | 7  | 14.3 |

④認知症の人の支援に関する医療と介護の連携のシートのような連携を促進するための地域での共通のツールの有無・利用の状況については、18 名(36.7%)が把握していないと回答した。(Table16)

Table16 認知症の人の支援に関する医療と介護の連携のシートのような連携を促進するための地域での共通のツールの有無・利用の状況 (N=49)

|            | 人数 | %    |
|------------|----|------|
| 利用している     | 5  | 10.2 |
| あるが利用していない | 7  | 14.3 |
| ない         | 17 | 34.7 |
| 把握していない    | 18 | 36.7 |
| 欠損値        | 2  | 4.1  |

⑤認知症の人の支援について介護と医療が連携するための地域での共通のマニュアルの有無・利用の状況では、23 名(46.9%)がないと回答した。(Table17)

Table17 認知症の人の支援について介護と医療が連携するための地域での共通のマニュアルの有無・利用の状況 (N=49)

|            | 人数 | %    |
|------------|----|------|
| 利用している     | 1  | 2.0  |
| あるが利用していない | 5  | 10.2 |
| ない         | 23 | 46.9 |
| 把握していない    | 18 | 36.7 |
| 欠損値        | 2  | 4.1  |

⑥認知症の経過や治療・介護の内容が1冊でわかるような、医師と介護支援専門員(ケアマネージャー)の連絡帳の有無・利用の状況では、利用している人はおらず、33 名(67.3%)が把握していないと回答した。(Table18)

Table18 認知症の経過や治療・介護の内容が1冊でわかるような、医師と介護支援専門員（ケアマネージャー）の連絡帳の有無・利用の状況（N=49）

|            | 人数 | %    |
|------------|----|------|
| 利用している     | 0  | 0.0  |
| あるが利用していない | 1  | 2.0  |
| ない         | 33 | 67.3 |
| 把握していない    | 13 | 26.5 |

- ⑧ その他の認知症に関する医師と介護支援専門員の連携を促進するためのツール、システム等についての自由記述回答の結果は、4件の記入があった。(Table19)

Table19 その他の認知症に関する医師と介護支援専門員の連携を促進するためのツール、システム等

|   |                                                                                |
|---|--------------------------------------------------------------------------------|
|   |                                                                                |
| 1 | 認知症施策総合推進事業の認知症相談（市役所において2ヶ月に1回、包括職員やケアマネが医師に相談できる制度※1回2名まで30分程度なので、あまり利用できない） |
| 2 | 医師はお忙しい為、なかなかアポが取れない状態である。介護に対する認識も医師によっては対等の立場として接してもらえない場合が多いにあり。            |
| 3 | 認知症施策総合推進事業包括支援センターに事前予約し、認知症専門医に相談する。                                         |
| 4 | 現在働いている市町村では、統一した書式みたい方がなくこまっています。医師●cmの共通の書式がほしい                              |
| 5 | 認知症専門医の情報のツールはなかなかなく、どの先生に相談もらったらいいか教えてもらいたい。現状はわからない                          |

## VI 調査結果 4 奈良県奈良市 かかりつけ医への調査

### 1)回収率

300 人に調査票を配布し、65 人より回答を得た。回収率は、21.7%だった。

### 2)回答者の属性

回答者の性別は男性が 92 人(75.0%)と 7 割を占めた。年齢は、60 歳代以上が 55 人(45.2%)と最も多かった。勤務先では、診療所が 9 割弱(89.2%)を占めた。専門資料科目では、内科が最も多く、38 人(58.5%)だった。(Table1)

Table1 回答者の属性 (N=65)

|        | 人数 | %    |
|--------|----|------|
| ○性別    |    |      |
| 男性     | 57 | 87.7 |
| 女性     | 8  | 12.3 |
| ○年齢    |    |      |
| 30 代   | 1  | 1.5  |
| 40 代   | 10 | 15.4 |
| 50 代   | 18 | 27.7 |
| 60 代以上 | 36 | 55.4 |
| ○勤務先   |    |      |
| 病院     | 5  | 7.7  |
| 診療所    | 58 | 89.2 |
| その他    | 2  | 3.1  |
| ○診療科目  |    |      |
| 内科     | 38 | 58.5 |
| 整形外科   | 8  | 12.3 |
| 神経内科   | 2  | 3.1  |
| 精神科    | 2  | 3.1  |
| 心療内科   | 2  | 3.1  |
| 眼科、皮膚科 | 11 | 16.9 |
| その他    | 12 | 20.0 |

### 3) 訪問診療実施の有無

訪問診療を行っている者は、26 人(40.0%)だった。(Table2)

Table2 訪問診療実施の有無 (N=65)

|             | 人数 | %    |
|-------------|----|------|
| 訪問診療を行っている  | 26 | 40.0 |
| 訪問診療を行っていない | 38 | 58.5 |
| 欠損値         | 1  | 1.5  |

### 4) 認知症に関する研修受講歴

認知症サポート医養成研修の修了者は 6 人(9.2%)、かかりつけ医認知症対応力向上研修の終了者は 23 人(35.4%)だった。(Table3)

Table3 認知症に関する研修受講歴 (N=65)

|                  | 人数 | %    |
|------------------|----|------|
| 認知症サポート医養成研修     | 6  | 9.2  |
| かかりつけ医認知症対応力向上研修 | 23 | 35.4 |
| その他              | 5  | 7.7  |

### 5) 認知症患者の有無と割合

現在診察している患者のうち、認知症のある人はいるかどうか。いたとすればそれは全患者の何割程度であるか尋ねた。認知症患者がいると回答したものは 53 人(81.5%)であった (Table4)。またその割合は 1 割以上が最も多く 23 人(43.4%)だった。次いで、5%未満で 13 人(24.5%)だった。(Table5)

Table4 認知症患者の有無 (N=65)

|     | 人数 | %    |
|-----|----|------|
| いる  | 53 | 81.5 |
| いない | 12 | 18.5 |

Table5 認知症患者の割合 (N=88)

|               | 人数 | %    |
|---------------|----|------|
| 5%未満          | 13 | 24.5 |
| 5～10% (1 割未満) | 9  | 17.0 |
| 1 割以上         | 23 | 43.4 |
| 欠損値           | 8  | 15.1 |

#### 6)診療困っていることの有無と内容

認知症患者を診療する上で困っていることがあるか尋ねたところ、41 人(77.4%)があると回答した(Table6)。また、その内容を尋ねた。「処方した服薬の効果を確認したいが、ご家族や患者様ご本人から十分な情報が得られない」が最も多く、19 人(35.8%)が困ると回答した。(Table7)

Table6 診療困っていることの有無 (N=88)

|    | 人数 | %    |
|----|----|------|
| あり | 41 | 77.4 |
| ない | 12 | 22.6 |

Table7 認知症の患者を治療する上で困っていること (N=53)

|                                              | 人数 | %    |
|----------------------------------------------|----|------|
| ご家族が切羽詰らないと診察に来ない                            | 13 | 24.5 |
| 治療方針や介護の方法でご家族がもめる                           | 15 | 28.3 |
| ご家族が近所の目を気にして認知症を隠す                          | 4  | 7.5  |
| 認知症と知った患者様が精神的に落ち込む                          | 6  | 11.3 |
| ご家族が患者様の認知症を認めない                             | 10 | 18.9 |
| 処方した服薬の効果を確認したいが、ご家族や患者様ご本人から十分な情報が得られない     | 19 | 35.8 |
| 患者様の介護保険サービスの利用状況を確認したいがご家族やご本人から十分な情報が得られない | 7  | 13.2 |
| その他                                          | 4  | 7.5  |

#### その他の内容

- ・自分の病識を認知できない症例が再々なる 自分は健康でこれで普通だと言いつける
- ・キーパーソンである家族が付き添って受診しない・全てケアマネジャー等に任せきりで家族が来ない
- ・行動上の障害がひどくなった時に家族以外で介護する体制が不十分
- ・家族も認知症で、必要はサービスを受ける手続きが出来ない又はケアマネジャーが不親切

## 5) 認知症の治療上の問題点

認知症の治療上の問題点はどのようなことがあると考えているかについて尋ねた。

「治療よりも介護が重要で、医師のかかわり方が難しい」が最も多く、39 人(56.6%)だった。次いで、「薬の効果がはっきりしない」で 28 人(52.8%)だった(Table8)。

Table8 認知症の治療上の問題点 (N=53)

|                          | 人数 | %    |
|--------------------------|----|------|
| 薬の効果がはっきりしない             | 28 | 52.8 |
| 治療よりも介護が重要で、医師のかかわり方が難しい | 30 | 56.6 |
| 治療方法が確立していない             | 14 | 26.4 |
| 薬投与の開始・終了時期の情報が少ない       | 11 | 20.8 |
| 患者様へのよりよい対応の仕方の情報が少ない    | 18 | 34.0 |
| 薬が高価で勧めにくい               | 9  | 17.0 |
| 薬の副作用が心配                 | 6  | 11.3 |
| 治らないから治療は無意味             | 3  | 5.7  |
| その他                      | 3  | 5.7  |

### その他の内容

- ・拒絶反応：薬を服用しない 一担口腔に入れとも吐き出してしまう
- ・対応診断する専門医療機関がすくない
- ・家族や訪問看護師ケアマネなどで認知症への接し方が統一されていない
- ・治療を中止する決定が難しい。
- ・医療と介護の連携が行なわれていない

## 6) 診療上、患者の家族以外の手助けが必要だと感じた経験

認知症の患者を診療していくうえで、患者の家族以外の手助けが必要だと感じた経験はあるかどうか、またあるとすればどのような場面で感じたかについて尋ねた。(Table9)

Table9 診療上、患者の家族以外の手助けが必要だと感じた経験 (N=53)

|     | 人数 | %    |
|-----|----|------|
| ある  | 39 | 73.6 |
| ない  | 4  | 7.5  |
| 欠損値 | 10 | 18.9 |

Table10 診療上、患者の家族以外の手助けが必要だと感じた具体的場面

|    |                                                                         |
|----|-------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                         |
| 1  | 家族が業務で家を留守にする 日中単身でいる。見守りが必要である 又介助が必要な事柄、誘導が必要な事も生じる                   |
| 2  | 御家族等が共働さで在宅に老夫婦しかいない事がある。介護サービスを増やしスタッフがもっと家に訪問できるようにすれば良いと思われます        |
| 3  | 家人が伺店これておられず、遠方に住んでおられる時。(原文ママ)                                         |
| 4  | 投薬                                                                      |
| 5  | 薬の使用法などをキメこまかく伝える事のできるアドバイザー的な存在。                                       |
| 6  | ・DVの防止→1) 家族の負担軽減 2) 認知症状の説明教育 3) 介護保険等の資源の活用                           |
| 7  | 臨床心理士やMSW、リハスタッフなど。                                                     |
| 8  | 夜間徘徊などがあり、家族で対応でない。                                                     |
| 9  | 介護に関するプラン、アドバイス施設利用等のマネジメント。                                            |
| 10 | ・家族の者が、感情的になる。                                                          |
| 11 | 増悪時の一時入院、相談先がない。                                                        |
| 12 | ・独居の場合特に・常にだが、介護福祉職や、行政、地域の人の手助けが必要で、手助けをうけている                          |
| 13 | 介護力の問題です。                                                               |
| 14 | 老夫婦のみで暮らしている方                                                           |
| 15 | リハビリ                                                                    |
| 16 | 通院が難しい                                                                  |
| 17 | 子供が遠隔地に住んでいる。親の介護をほぼ放棄している                                              |
| 18 | 認知症の周辺症状悪化                                                              |
| 19 | 家族以外の介護者の必要性                                                            |
| 20 | 老々介護や、介護する家族が少ない～仕事などで時間を十分に割れないなどマンパワー不足の時。車●時間が多すぎるし、又閉塞感でどちらも悪循環へ陥る。 |
| 21 | 家族が老人、少人数のため、マンパワーが必要。                                                  |
| 22 | 患者さんはがんこで自分はちゃんとしていると信じているが、家族は出来ていないと述べる。                              |
| 23 | BPSDなどの症状が高度の時や急にあらわれた時の対応                                              |
| 24 | 24時間の見守りが必要。                                                            |

|    |                                                                                              |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 25 | 家族だけでは手におえない                                                                                 |
| 26 | 単身や家族のサポートが少い患者の場合特に公的な援助が必要な場合が多いが、65才未満の方の場合その援助が得にくい。また初老期との診断は専門医療機関でないと困難でなか、専門医療時間が少ない |
| 27 | 介護 4。                                                                                        |
| 28 | 老夫婦二人暮らしの時                                                                                   |
| 29 | 年寄りが年寄りを面倒みるのは大変そうである。                                                                       |
| 30 | ケアマネジャーの正確な情報不足                                                                              |
| 31 | 家族が忙しい                                                                                       |
| 32 | 独居者、高齢者家族等が対応時。                                                                              |
| 33 | 家族が病気になった時に同伴者を確保できず、受診が困難となる                                                                |
| 34 | 家族だけでは十分に介助ができない（物理的に精神的に）                                                                   |
| 35 | 周辺症状が深刻な時とくに不潔行為等                                                                            |
| 36 | 認知に問題があるが、独居の方が多く感じます。（家族とうまくいかないからでしょうか）                                                    |
| 37 | 主たる介護者も認知症傾向となった                                                                             |
| 38 | 老々介護で夫（87歳）妻（86歳）夫婦の夫が認知が強く、妻がパーキンソンで屋外で転倒していても連絡が遅れたため危険な状態になり隣家の人が助けてくださいました。              |

#### 7) 認知症患者の在宅で介護保険サービスの利用状況

現在診療している認知症の患者のうち、在宅で介護保険サービスを利用されているものがあるか尋ねたところ、53人(62.3%)が利用していると回答した。(Table11)

Table11 認知症患者の在宅で介護保険サービスの利用状況 (N=53)

|                 | 人数 | %    |
|-----------------|----|------|
| 利用している人がいる      | 33 | 62.3 |
| 利用している人はいない     | 4  | 7.5  |
| 利用しているかどうかわからない | 8  | 15.1 |

#### 8) 患者を担当している介護支援専門員（ケアマネジャー）と話した経験

現在診療している在宅の認知症の患者を担当している介護支援専門員（ケアマネジャー）とその患者のことについて話したことがどの程度あるかについて尋ねたところ、「ときどき話をしている」が最も多く、14 人（42.4%）だった。（Table12）

Table12 患者を担当している介護支援専門員（ケアマネジャー）と話した経験（N=33）

|               | 人数 | %    |
|---------------|----|------|
| 頻繁に話をしている     | 6  | 18.2 |
| ときどき話をしている    | 14 | 42.4 |
| ほとんど話をしたことがない | 11 | 33.3 |
| 全く話しをしたことがない  | 2  | 6.1  |

#### 9) 認知症の患者の居宅サービス計画書（ケアプラン）をみた経験

現在診療を行っている在宅の認知症の患者の居宅サービス計画書（ケアプラン）をみたことがあるかどうか尋ねた。（Table13）

Table13 認知症の患者の居宅サービス計画書（ケアプラン）をみた経験（N=33）

|         | 人数 | %    |
|---------|----|------|
| 見たことがある | 20 | 60.6 |
| 見たことがない | 13 | 39.4 |

#### 10) 認知症の患者のサービス担当者会議への参加の頻度

現在診療を行っている在宅の認知症の患者様のサービス担当者会議に参加の頻度について尋ねたところ、「全く参加したことがない」が 15 人（45.5%）と最も多かった。

Table14 認知症の患者のサービス担当者会議への参加の頻度（N=33）

|               | 人数 |      |
|---------------|----|------|
| 頻繁に参加している     | 4  | 12.1 |
| ときどき参加している    | 4  | 12.1 |
| ほとんど参加したことがない | 10 | 30.3 |
| 全く参加したことがない   | 15 | 45.5 |

11) 医師と介護支援専門員の連携を促進するための社会資源等の状況

職場のある地域の認知症に関する医師と介護支援専門員の連携を促進するための社会資源等の状況について尋ねた。

① 認知症の臨床診断を受けられる医療機関の有無・利用については 33 名 (50.8%) が利用していると回答した。

Table15 認知症の臨床診断を受けられる医療機関の有無・利用の状況 (N=65)

|            | 人数 | %    |
|------------|----|------|
| 利用している     | 33 | 50.8 |
| あるが利用していない | 13 | 20.0 |
| ない         | 3  | 4.6  |
| 把握していない    | 16 | 24.6 |

② 行政や、病院、専門職団体で行う、認知症の医療と介護の連携に関する集まりの有無・利用の状況については、34 名 (63.0%) が参加・利用していると回答した。

Table16 行政や、病院、専門職団体で行う、認知症の医療と介護の連携に関する集まりの有無・利用の状況 (N=123)

|               | 人数 | %    |
|---------------|----|------|
| 参加・利用している     | 19 | 29.2 |
| あるが参加・利用していない | 22 | 33.8 |
| ない            | 7  | 10.8 |
| 把握していない       | 17 | 26.2 |

③介護支援専門員（ケアマネージャー）等が認知症の困難ケースを解決するために活用する事例検討会の有無・参加の状況については、32名（49.2%）が「把握していない」と回答した。

Table17 介護支援専門員（ケアマネージャー）等が認知症の困難ケースを解決するために活用する事例検討会の有無・参加の状況

|            | 人数 | %    |
|------------|----|------|
| 参加している     | 9  | 13.8 |
| あるが参加していない | 12 | 18.5 |
| ない         | 12 | 18.5 |
| 把握していない    | 32 | 49.2 |

④認知症の人の支援に関する医療と介護の連携のシートのような連携を促進するための地域での共通のツールの有無・利用の状況については、28名（51.9%）が把握していないと回答した。

Table18 認知症の人の支援に関する医療と介護の連携のシートのような連携を促進するための地域での共通のツールの有無・利用の状況

|            | 人数 | %    |
|------------|----|------|
| 利用している     | 2  | 3.1  |
| あるが利用していない | 5  | 7.7  |
| ない         | 18 | 27.7 |
| 把握していない    | 39 | 60.0 |
| 欠損値        | 1  | 1.5  |

⑤認知症の人の支援について介護と医療が連携するための地域での共通のマニュアルの有無・利用の状況では、39名(60.0%)が把握していないと回答した。

Table19 認知症の人の支援について介護と医療が連携するための地域での共通のマニュアルの有無・利用の状況

|            | 人数 | %    |
|------------|----|------|
| 利用している     | 2  | 3.1  |
| あるが利用していない | 4  | 6.2  |
| ない         | 20 | 30.8 |
| 把握していない    | 39 | 60.0 |
| 欠損値        | 2  | 3.1  |

⑥認知症の経過や治療・介護の内容が1冊でわかるような、医師と介護支援専門員(ケアマネージャー)の連絡帳の有無・利用の状況では、21名(38.9%)がない、24名(44.4%)が把握していないと回答した。

Table20 認知症の経過や治療・介護の内容が1冊でわかるような、医師と介護支援専門員(ケアマネージャー)の連絡帳の有無・利用の状況

|            | 人数 | %    |
|------------|----|------|
| 利用している     | 5  | 7.7  |
| あるが利用していない | 4  | 6.2  |
| ない         | 16 | 24.6 |
| 把握していない    | 40 | 61.5 |

## VII 考察

### 1. 杉並区の認知症の人へのケアと医療の連携の実態と課題

#### 1) 認知症の人の支援を行っていくうえでの、介護支援専門員とかかりつけ医との連携の実態と課題

##### ① 診断がついていない認知症者の問題

「診断がついていないが認定調査で認知症とされているもの」を担当している介護支援専門員は、41人(78.8%)で、その利用者数は平均で5.3人であった。また、「それ以外で認知症だと思われるもの」を担当している介護支援専門員は26人(48.1%)で、その利用者数は3.4人であった。全体の平均担当認知症利用者数からみると、3割から5割程度はそうした利用者があることが推察される。これは、認知症が疑われる状況でありながら、必要な医療的なサポートにつながっていない状況が一定割合あることが示唆されているといえる。

##### ② 状況の頻度と、それに対する医師とのやりとりの頻度の差

認知症の人の支援における状況と、それに対する医師とやりとりの状況をみると、「認知症であることをご本人が十分に納得されていない」「ときどきある」「頻繁にある」を合わせると全体の98.1%にものぼるが、同状況について医師とやりとりを行っている頻度をみると、「ときどき行っている」「常に行っている」を合わせた割合は6割程度にとどまり、逆に「ほとんど行っていない」が3割を超える形となっていた。同様の傾向が、「ご本人が認知症であることを、ご家族が十分に認識していない」「認知症の今後の経過について、ご本人・ご家族が不安になっている」にもみられた。以上のことをふまえると、そうした状況に出会う頻度に比べて、かかりつけ医とやりとりをしながら対処していない状況が示唆された。

##### ③ 医師とのやりとりのしづらさ

本調査において、回答者全体の7割強の介護支援専門員が、医師とのやりとりのしづらさを感じていた。また、その内容をみると、「医師が病院の勤務医のためアポイントがとりづらい」を7割以上の回答者があげた。「医師が忙しく、こちらの話を聞いてくれないと感じるため」「医師が介護のことについて理解してくれないと感じるため」といった、介護支援専門員側からみた医師の印象によることをあげたものが多かった。

##### ④ 連携のための社会資源の活用

行政、病院、専門職団体で行う、認知症の医療と介護の連携に関する集まりや困難ケースの事例検討会の利用は 60%を超えていたが、連携シートやマニュアル、連絡帳の利用はほとんど行われていない状況が示唆された。

## 2) かかりつけ医として認知症患者の診療を行っていくうえでの課題

### ①服薬の管理と家族に関する課題

回答した医師の 78.4%が認知症患者を診療する上で困っていることがあるとしていた。また、その具体的な内容をみると、「処方した服薬の効果を確認したいが、ご家族や患者様ご本人から十分な情報が得られない」という状況が 55.1%と最も多かった。その他には「ご家族が切羽詰らないと診察にこない」「治療方針や介護の方法でご家族がもめる」も 3 割以上が困っていると回答した。認知症を治療する上で、服薬管理と家族に関する問題に特に困った経験があることが示唆された。

### ②認知症の介護への医師としての関り方への疑問

回答した医師が認知症の治療上の問題点としてあげたもののうち、最も多かったのは「治療よりも介護が重要で、医師のかかわり方が難しい」で 66.7%、次いで「薬の効果がはっきりしない」の 59.4%だった。また、「治療方法が確立していない」も 39.1%と 4 割弱の医師が問題点としてあげた。認知症の治療方法の現状への疑問とともに、医師として認知症の介護との間でどのような関わりをもつかについての疑問を持っていることが示唆された。

### ③介護サービス利用を通じた介護者支援の必要性

診療上、患者の家族以外の手助けが必要だと感じた経験があるかどうかを尋ねたところ、あると回答した医師は 81.1%にのぼり、その内容も介護疲れ等を理由とした介護者支援に関するもの、独居、老老介護を背景とした介護に関するものが多くを占めた。以上から家族以外の手助けを必要とする状況として、介護者の介護負担軽減や老老介護について社会的支援を必要とする状況があることが示唆された。

### ④介護支援専門員がもつ課題への関与

担当患者が介護保険サービスを利用しているとした医師は全体の 85.5%だった。また、介護支援専門員と話をした経験については、「頻繁に話をしている」「ときどき話をしている」をあわせ 7 割以上が話をした経験があった。また居宅サービス計画書(ケアプラン)をみた経験も 7 割以上があるとしていた。一方、サービス担当者会議への参加については、

「ほとんど参加したことがない」「全く参加したことがない」で全体の 7 割以上となった。また、地域で介護支援専門員等が参加する事例検討会への参加も 4.1%に留まっており、個別ケースで介護支援専門員からのコンタクトには応じているものの、それ以上の関りについては医師側から積極的には行っていない状況が示唆された。

## 2. 奈良市の認知症の人へのケアと医療の連携の実態と課題

### 1) 認知症の人の支援を行っていくうえでの、介護支援専門員とかかりつけ医との連携の実態と課題

#### ① 診断がついていない認知症者の問題

診断がついていないが認定調査で認知症とされているものを担当している介護支援専門員は、43 人(91.5%)で、その利用者数は平均で 5.5 人であった。また、それ以外で認知症だと思われるものを担当している介護支援専門員は 21 人(44.7%)で、その利用者数は 2.2 人であった。全体の平均担当認知症利用者数からみると、5 割程度はそうした利用者がいることが推察される。これは、認知症が疑われる状況でありながら、医療的なサポートに必ずしもつながっていない状況が示唆されているといえる。

#### ② 支援の状況の頻度と、それに対する医師とのやりとりの頻度の差

認知症の人の支援における状況と、それに対する医師とやりとりの状況をみると、「服薬している薬があっっていないように感じるが、ご家族やご本人が主治医に相談するなどの対処ができない」は「ときどきある」が 55.3%で、「全くない」は 8.5%であるが、同状況について医師とやりとりを行っている頻度をみると「全く行っていない」が 44.4%と 4 割を超えている。「認知症であることをご本人が十分に納得されていない」も、「ときどきある」「頻繁にある」を合わせると 87.2%に及び、「全くない」はわずか 2.1%でしかないが、同状況について医師とのやりとりを行っている頻度をみると、「全く行っていない」というものは 22.2%となっている。同様の傾向が、「ご本人が認知症であることを、ご家族が十分に認識していない」にもみられる。「認知症の今後の経過について、ご本人・ご家族が不安になっている」では、状況の頻度は「頻繁にある」が 59.6%でありながらも、医師とのやりとりの頻度では 3 割を超えるものが「全く行っていない」「ほとんど行っていない」としている。以上のことをふまえると、そうした状況に出会う頻度に比べて、かかりつけ医とやりとりをしながら対処していない状況が示唆された。

### ③医師とのやりとりのしづらさ

本調査において、回答者の 94.4%が、医師とのやりとりにしづらさを感じていた。また、その内容をみると、「医師が病院の勤務医のためアポイントがとりづらい」「医師とアポイントをとる方法がよくわからない」「医師が忙しく、こちらの話を聞いてくれないと感じるため」という医師へのアクセスの方法に関するものが回答者が多かった。また、「医師が介護のことについて理解してくれないと感じるため」「医師が対応の立場として扱ってくれないと感じる」といった医師との関係性に関するものの回答者が多かった。

### ④連携のための社会資源の普及

行政、病院、専門職団体で行う、認知症の医療と介護の連携に関する集まりや困難ケースの事例検討会の利用は 50%を超えていたが、連携シートやマニュアル、連絡帳はあまり行われていない状況が示唆された。

## 2) かかりつけ医として認知症患者の診療を行っていくうえでの課題

### ①服薬の管理と家族に関する課題

回答した医師の 77.4%が認知症患者を診療する上で困っていることがあるとしていた。また、その具体的な内容をみると、「処方した服薬の効果を確認したいが、ご家族や患者様ご本人から十分な情報が得られない」という状況が 35.8%と最も多かった。その他には「治療方針や介護の方法でご家族がもめる」「ご家族が切羽詰らないと診察にこない」も2割以上が困っていると回答した。認知症を治療する上で、服薬管理と家族に関する問題に特に困った経験があることが示唆された。

### ②認知症の介護への医師としての関り方への疑問

回答した医師が認知症の治療上の問題点としてあげたもののち、最も多かったのは「治療よりも介護が重要で、医師のかかわり方が難しい」で 56.6%、次いで「薬の効果がはっきりしない」の 52.8%だった。医師として認知症の介護との間でどのような関わりをもつかについての疑問や、医療の関りとして大きな役割である薬物治療の効果に疑問をもっている状況が示唆された。

### ③老老介護や独居老人などの家族状況による介護問題への支援の必要性

診療上、患者の家族以外の手助けが必要だと感じた経験があるかどうかを尋ねたところ

ろ、あると回答した医師は 73.6%であった。そう感じた具体的場面については、老々介護や独居等による介護の問題に関するものが多くを占めた。以上から、患者の家族以外の手助けが必要だと感じる理由として、老老介護や独居老人などの家族状況による介護問題への支援を必要としていることが示唆された。

#### ⑤ 介護支援専門員との連携の課題

担当患者が介護保険サービスを利用しているとした医師は全体の 85.5%だった。その医師のうち、介護支援専門員と話をした経験については、「頻繁に話をしている」「ときどき話をしている」をあわせ6割以上が話をした経験があった。また居宅サービス計画書(ケアプラン)をみた経験も6割以上があったとしていた。

一方、サービス担当者会議への参加については、45.5%のものが「全く参加したことがない」と回答した。地域で介護支援専門員等が参加する事例検討会への参加も 13.8%に留まっており、個別ケースで介護支援専門員からのコンタクトには応じているものの、それ以上の関りについては医師側から積極的には行っていない状況が示唆された。

### 3. 課題の解決に向けて

#### 1) 対象地域に共通する認知症の人へのケアと医療の連携の課題

本調査結果から杉並区、奈良市の両地域において、いくつかの共通するケアと医療の連携の課題が示唆されたといえる。

##### ① 診断を受けていない認知症利用者の存在

介護支援専門員が担当する認知症利用者の中に診断を受けていないものが少なからず存在することが示唆された。治療薬の効果や、介護のための準備期間などを考慮すると、特に認知症の初期において、診断をうけて適切に医療で対応することが重要だと考えるが、そのためには介護支援専門員、かかりつけ医とも早期発見への意識とスキルを高めるとともに、介護支援専門員－かかりつけ医間だけでなく、かかりつけ医－専門医間の連携を促進することが重要である。医師の認知症の臨床診断を受けられる医療機関の利用は、4～5割の利用状況が示唆されたが、より両者の連携がスムーズになるような仕組みづくりを目指していく必要がある。

##### ② 支援の状況の頻度と、それに対する医師とのやりとりの頻度の差

両地域での介護支援専門員を対象とした調査で、認知症の人の支援における状況と、そ

れに対する医師とやりとりの状況をみると、「認知症であることをご本人が十分に納得されていない」「ご本人が認知症であることを、ご家族が十分に認識していない」「認知症の今後の経過について、ご本人・ご家族が不安になっている」という状況があげられ、そうした状況を経験する頻度の割には、その状況について医師とのやりとりを行う頻度は低かった傾向があった。

「認知症であることをご本人が十分に納得されていない」「ご本人が認知症であることを、ご家族が十分に認識していない」という状況は、援助技術的にいえば援助者も含めた当事者間での課題の共有がなされていない状況であり、ケアプランの作成やサービスの利用に支障をきたすことが考えられる。これが深刻な状況になると、介護支援専門員が必要だと感じるサービスや支援を受け入れてもらえない状況を生み出していくことが考えられる。こうした状況に至らないために、例えば、かかりつけ医から、医療の立場から認知症の診断や治療の必要性を説明してもらい、介護支援専門員は本人や家族が納得し状況を受け入れていくための関わりをするという役割分担で対応していくような対応が考えられる。また、「認知症の今後の経過について、ご本人・ご家族が不安になっている」という状況については、もし、適切な説明が行われていないことで不安になっているのであれば、まず医療の立場からの説明が必要であろう。その上で介護支援専門員は、今後の予測に基づき、家族や本人と生活上の支援のあり方を考えていくことができるからである。

### ③ 介護支援専門員が感じる医師とのやりとりのしづらさ

両地域での介護支援専門員を対象にした調査で、医師とのやりとりのしづらさの理由として回答者が多かった項目として「医師が病院の勤務医のためアポイントがとりづらい」「医師が忙しく、こちらの話を聞いてくれないと感じるため」があった。これらは、医師にアクセスしていくための課題といえる。具体的な工夫を聞いた自由記述回答でも、手紙を書く、邪魔にならない時間を選んで、話の内容をあらかじめ整理してゆくなど、MSW を通す、といった医師の忙しさや、勤務形態に配慮した方法が記載されていたが、そうした個人レベルの実践に加えて、連携シートのようなツールづくりや、共通のマニュアルの作成など、地域でシステムとして機能できるような基盤整備が重要であると考えられる。こうしたツールやマニュアルは、半数以上が把握していないと回答しており、積極的な普及が求められるといえる。

また、同様に回答者が多かった「医師が介護のことについて理解してくれないと感じるため」については、介護支援専門員と医師が共に出席できるケース検討会を開催するなど、顔と顔をつなぎ、お互いの考えかたや専門性を理解しあえる場を作っていくことが重要であると考えられる。例えば、杉並区では、介護支援専門員は困難ケースに関する事例検討会については、

64.8%が参加しているとしているが、医師は、わずか 4.1%に留まっており、こうした場にかかりつけ医も積極的に参加するような土壌形成が求められる。

#### ④ 医師が感じる課題への介護支援専門員の関与

認知症患者を診療する上で医師が困っていることとして、「処方した服薬の効果を確認したいが、ご家族や患者様ご本人から十分な情報が得られない」「ご家族が切羽詰らないと診察にこない」などが共通で回答者が多い項目であった。また、診療上、患者の家族以外の手助けが必要だと感じた内容も介護者支援や、独居・老老介護に関する介護に関する課題が多かった。

これらの課題は、介護支援専門員が抱える課題と一致しており、その課題の共有を行いながら、共に専門性を発揮する中で対処していける課題であると思われる。個々のケースにおけるそうした具体的なやりとりを通じて、認知症の人への医師と介護支援専門員のそれぞれのかかわり方が具体的な形で両者の間で共有され、医師の「治療よりも介護が重要で、医師のかかわり方が難しい」という疑問の解消に寄与することが考えられる。

## VIII まとめ

本調査の結果、調査対象2地域に共通する認知症の人へのケアと医療の連携の課題が示唆された。

- 介護支援専門員の担当する利用者の中に、診断を受けていない認知症利用者が一定数いる。介護支援専門員－かかりつけ医間だけでなく、かかりつけ医－専門医間の連携を促進する必要がある。

- 介護支援専門員が本人や家族が認知症のことを受け入れていない状況や、認知症の今後の経過に不安を感じている状況に接しても、かかりつけ医に相談等のやりとりをしていない状況がある。同様の状況に医師も困難を感じている状況がある。両者が連携をとりながら対応できる土壌作りが必要である。

- 介護支援専門員が医師に対してコミュニケーションのとりづらさを感じている状況がある。介護支援専門員－医師間のコミュニケーションを促進するための個人的なスキルの獲得とあわせて、例えば、連携シートのようなツールづくりや、共通のマニュアルの作成など、地域でシステムとして機能できるような基盤整備が必要である。

次年度は、これらの課題の解決に向けた具体的な方法について検討をすすめていく。

執筆者

渡邊浩文 認知症介護研究・研修東京センター 研究主幹

報告書名

平成 23 年度 認知症介護研究・研修東京センター研究事業

認知症の地域ケアにおけるケアと医療との  
連携に関する研究  
報告書

発行元

社会福祉法人浴風会

認知症介護研究・研修東京センター

〒168-0071

東京都杉並区高井戸西 1-12-1

TEL: 03-3334-2173 FAX: 03-3334-2156

発行年月

平成 24 年 3 月