資料１－１

桑名市東部地域包括支援センター
令和元年度プレゼンテーション発表

認知症の方の在宅療養を支える

～医療・介護・地域をつなぐ認知症初期集中支援チーム～

令和2年2月7日

発表者　桐山　茂　　千葉　恭子

目次

療養の場は地域へ転換　～在宅医療・介護連携で重要な3つの場面～

東部圏域の認知症高齢者の状況　～見えてくること～

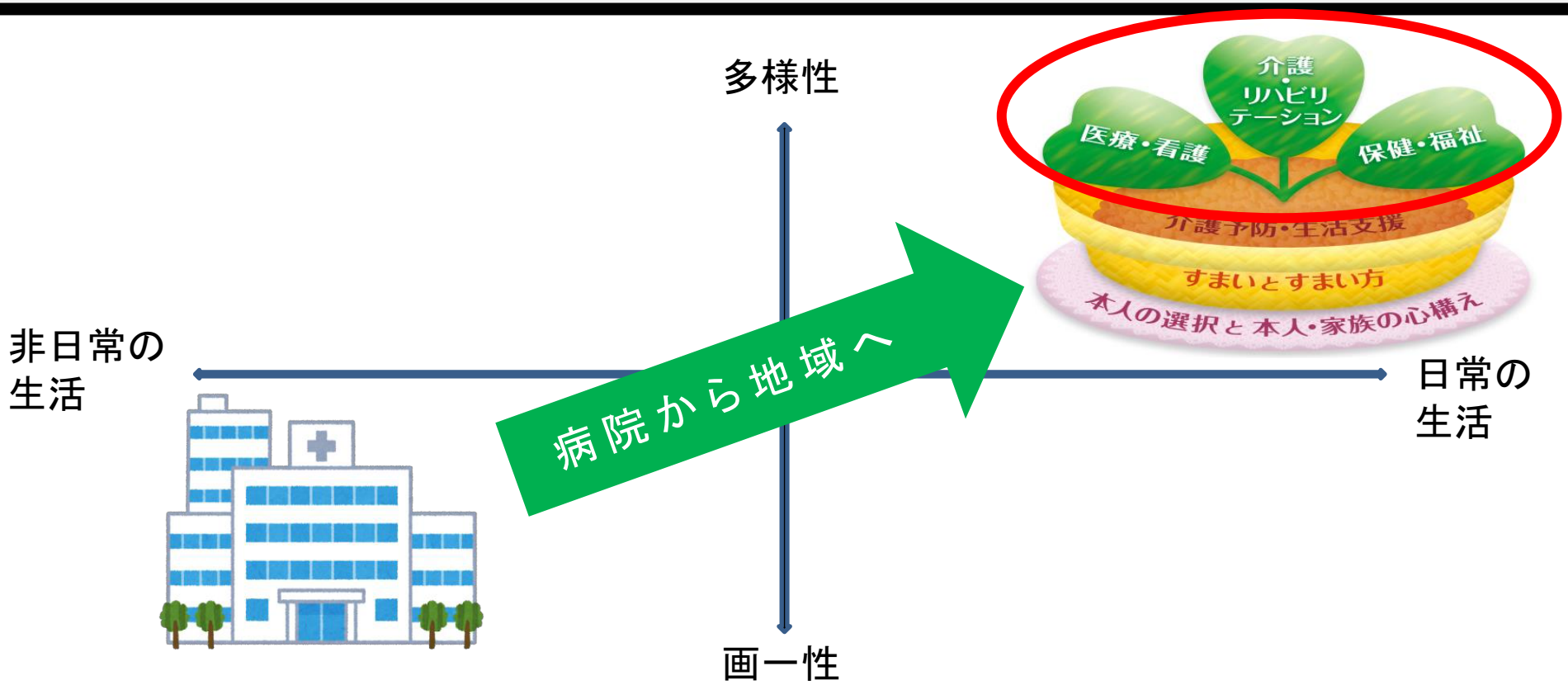
医療・介護・地域をつなぐ認知症初期集中支援チーム　～事例紹介～

認知症の方の在宅療養を支えるために　～なにが必要か～

療養の場は地域へ転換

～在宅医療・介護連携で重要な3つの場面～

病院から地域へ
（目指すは地域包括ケアの植木鉢モデル）



病院完結型医療	転　換	地域完結型医療
治す医療		支える医療
垂直連携		水平連携

在宅医療・介護連携で重要な3つの場面

項目	（入）退院支援	日常の療養支援	看取り
目的	●医療機関から自宅等へのスムーズな移行	●疾患の重度化防止、再発防止 ●急変時の対応体制	●住み慣れた自宅等で最期を迎えることができる
時間軸	●短期間（数日から数週間）	●長期間（年単位）	●短期間（数日から数週間）
支援の特徴	●医療機関と在宅支援機関との切れ目のない情報共有 ●ニーズに応じた医療、介護の社会資源が提供できる包括的な調整	●予防的視点からのケアが重要 ●介護、看護、リハビリ、生活支援も含めた多職種連携 ●介護者負担の軽減 ●医師の関与は相対的に小さい	●終末期症状への利用者、家族の不安への対応 ●利用者、家族への看取りに関する適切な情報提供 ●主治医を中心としたチームケア
課題	●退院までの時間的制約 ●利用者、家族、医療機関、在宅支援機関の認識のズレ	●独居（日中独居も含む）、高齢者世帯など家族介護力の脆弱化 ●認知症高齢者の増加 ●経済的問題	●看取りを受けられる医療及び介護体制の構築 ●看取りに関する適切な情報提供

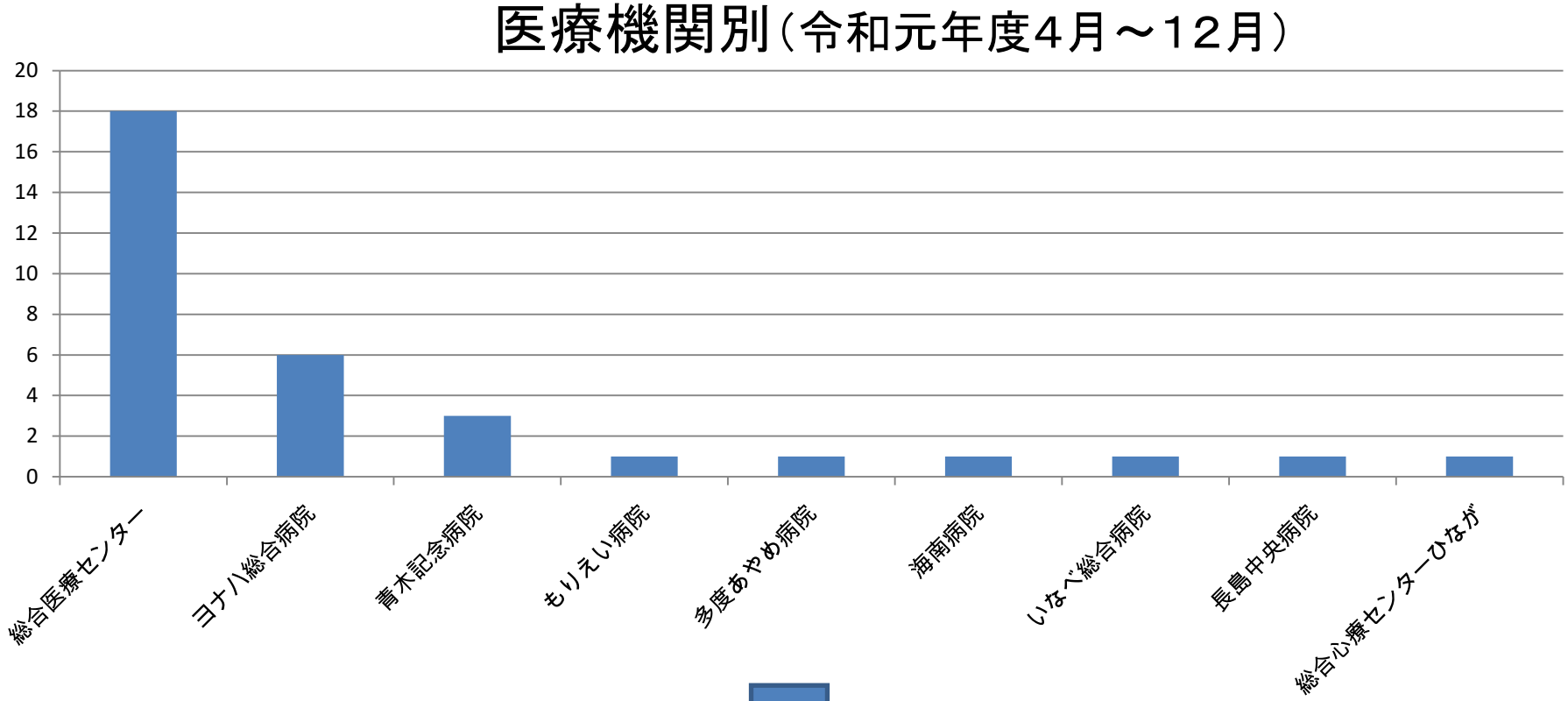
（入）退院支援

項目	（入）退院支援
目的	●医療機関から自宅へのスムーズな移行
時間軸	●短期間（数日から数週間）
支援の特徴	●医療機関と在宅支援機関との切れ目のない情報共有 ●ニーズに応じた医療、介護の社会資源が提供できる包括的な調整
課題	●退院までの時間的制約 ●利用者、家族、医療機関在宅支援機関の認識のズレ

日常の療養支援	看取り
●疾患の重度化防止、再発防止 ●急変時の対応体制	●住み慣れた自宅等で最期を迎えることができる
●長期間（年単位）	●短期間（数日から数ヶ月）
●予防的視点からのケアが重要 ●介護、看護、リハビリ、生活支援も含めた多職種連携 ●介護者負担の軽減 ●医師の関与は相対的に小さい	●終末期症状への利用者、家族の不安への対応 ●利用者、家族への看取りに関する適切な情報提供 ●主治医を中心としたチームケア
●独居（日中独居も含む）、高齢者世帯など家族介護力の脆弱化 ●認知症高齢者の増加 ●経済的問題	●看取りを受けられる医療及び介護体制の構築 ●看取りに関する適切な情報提供

「退院支援」は病院から在宅への橋渡し。 迅速な情報の統合・ニーズ共有・方針決定が肝！

東部包括
退院調整会議への参加状況



東部圏域での(入)退院支援では、総合医療センターとの円滑な連携がきわめて重要となる

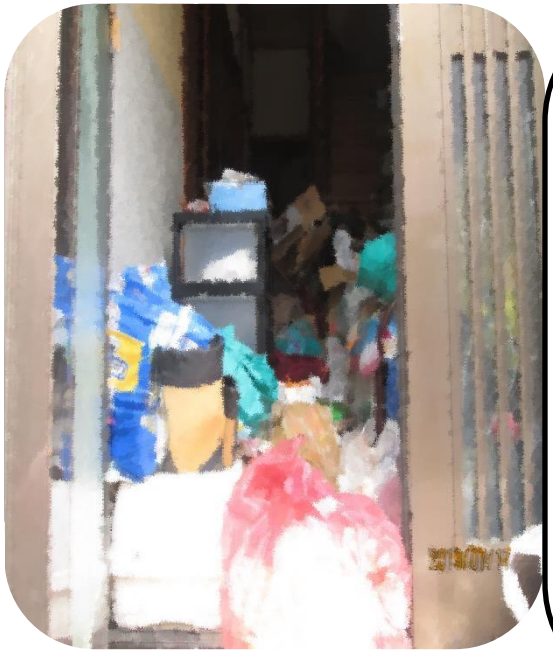
日常の療養支援

項目	(入)退院支援	日常の療養支援	看取り
目的	●医療機関から自宅等へのスムーズな移行	●疾患の重度化防止、再発防止 ●急変時の対応体制	●住み慣れた自宅等で最期を迎えることができる
時間軸	●短期間(数日から数週間)	●長期間(年単位)	●短期間(数日から数ヶ月)
支援の特徴	●医療機関と在宅支援機関との切れ目のない情報共有 ●ニーズに応じた医療、介護の社会資源が提供できる包括的な調整	●予防的視点からのケアが重要 ●介護、看護、リハビリ、生活支援も含めた多職種連携 ●介護負担の軽減 ●医師の関与は相対的に小さい	●終末期症状への利用者、家族の不安への対応 ●利用者、家族への看取りに関する適切な情報提供 ●主治医を中心としたチームケア
課題	●退院までの時間的な制約 ●利用者、家族、医療機関、在宅支援機関との認識のズレ	●独居(日中独居も含む)、高齢者世帯など家族介護力の脆弱化 ●認知症高齢者の増加 ●経済的問題	●看取りを受けられる医療及び介護体制の構築 ●看取りに関する適切な情報提供

長期間に及ぶ「日常の療養支援」が、生活の質や健康寿命に影響

大きな課題は認知症高齢者の増加！

孤立する地域の認知症高齢者

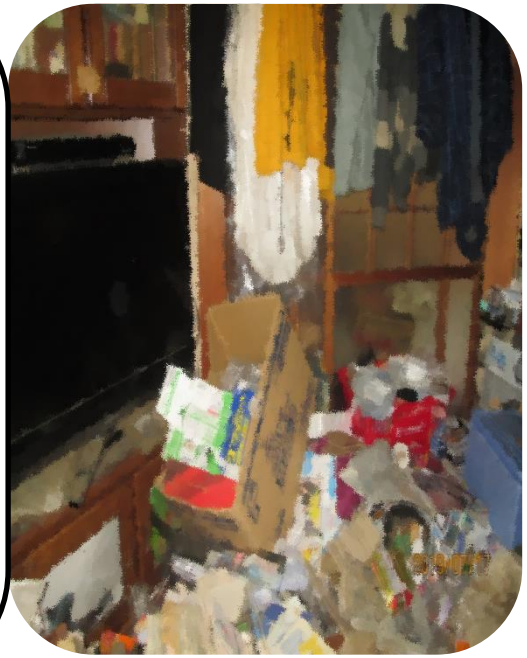


【独居男性】

昨年夏、親族からの相談で包括が訪問。

極めて不衛生な環境のなかで生活。認知機能低下が顕著、脱水、栄養など健康状態も懸念。

在宅生活困難で、ショートで一時保護。その後、長期入院。



自分からSOSを出せない認知症高齢者は、医療や介護の支援につながることがないまま、地域からも孤立して問題が深刻化してゆく・・

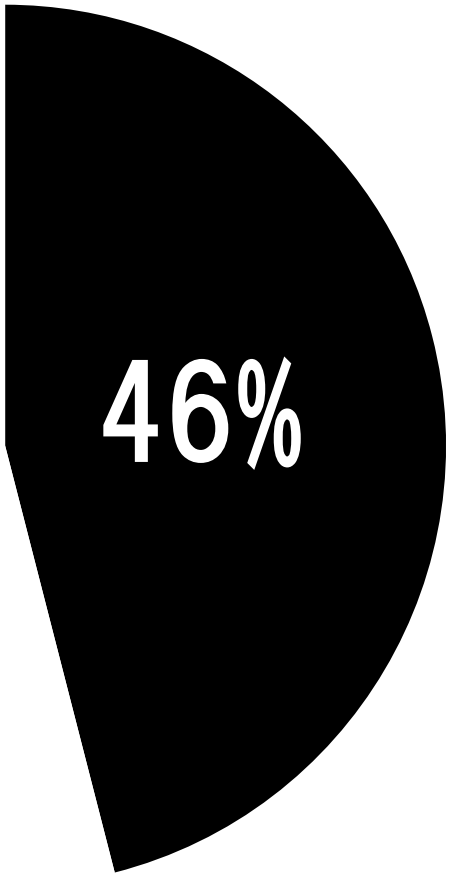
東部圏域の認知症高齢者の状況

～見えてくること～

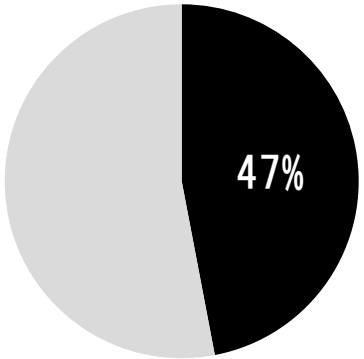
桑名市日常生活圏域ニーズ調査から(H30)

物忘れリスク該当者の割合

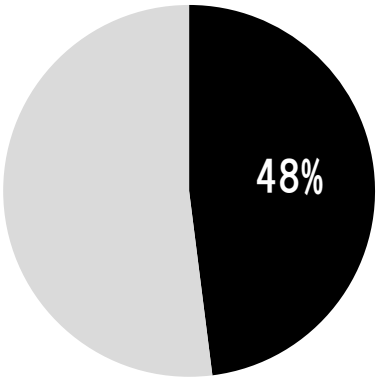
東部圏域全体



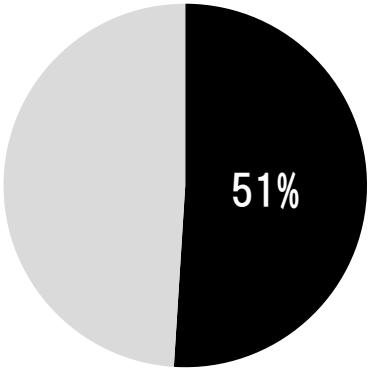
立教



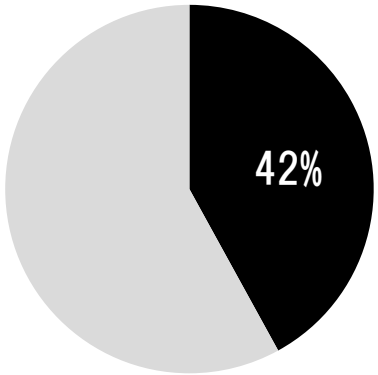
精義



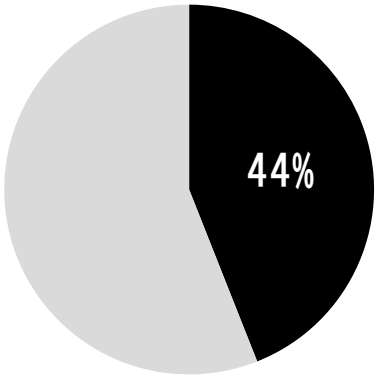
城東



修徳



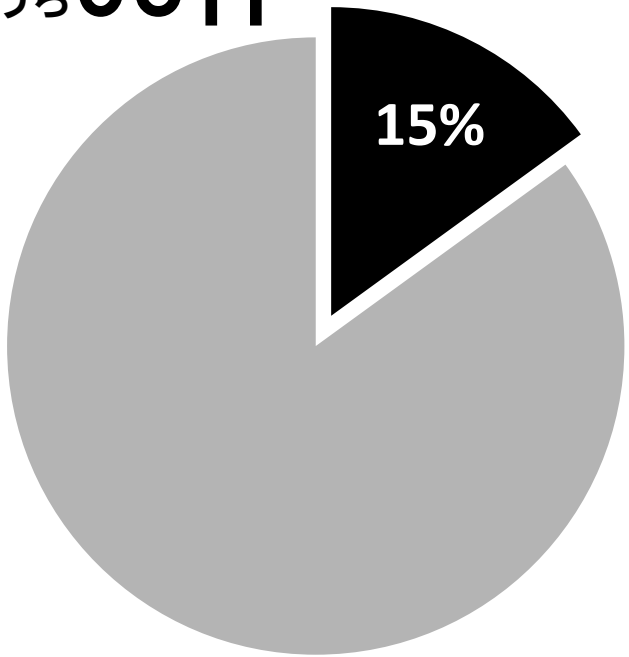
大成



東部包括総合相談から(令和元年度4～12月)

総合相談に占める認知症に関わる相談の割合（実件数）

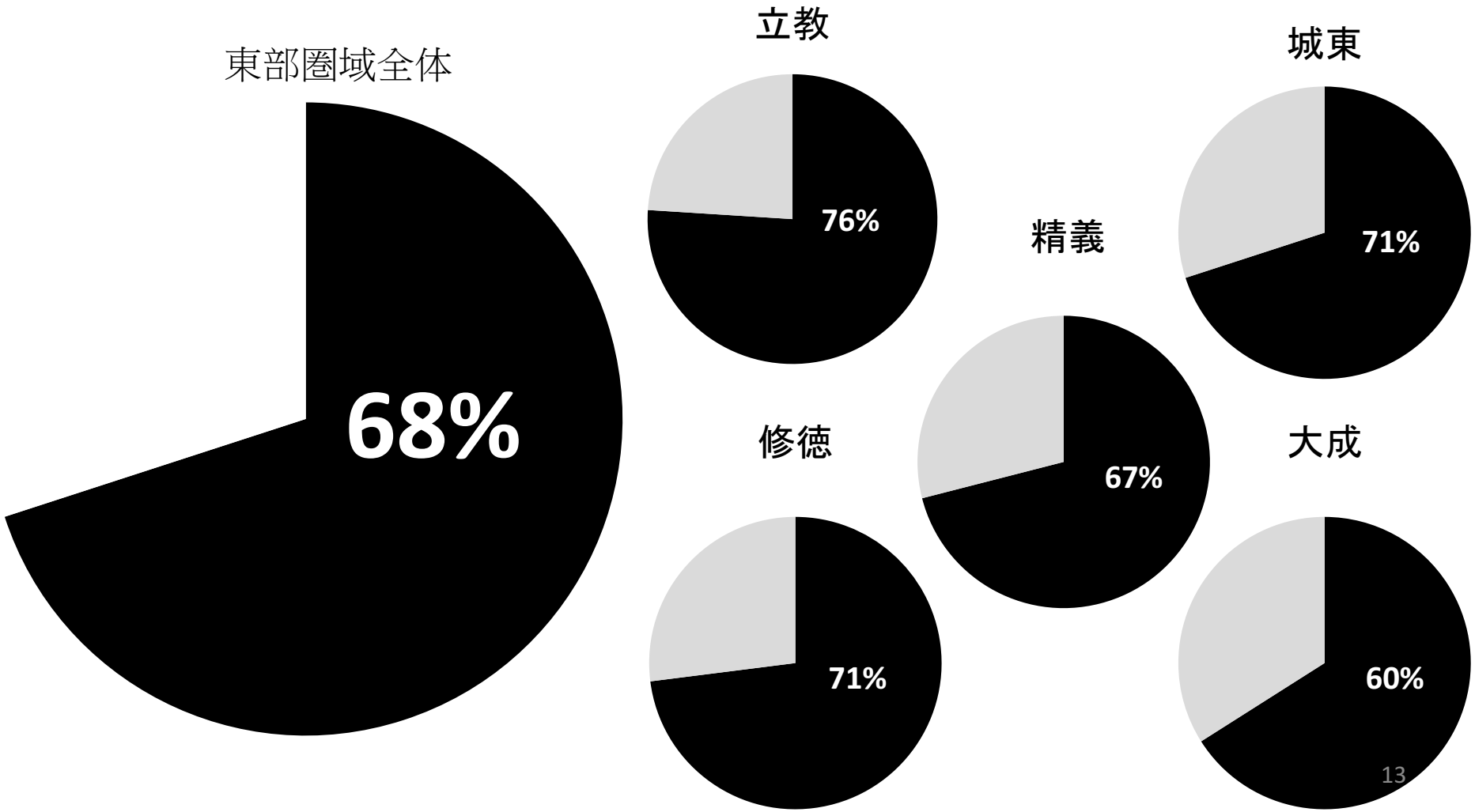
466件のうち68件



＊相談に関わる過程で認知症が判明することもあり、実数はより多くなる

要介護・要支援認定者に占める認知症高齢者の割合

認知症高齢者（自立度Ⅱa以上）の割合(H30.3　桑名市地域包括ケア計画資料より算出)



R1.9月 薬剤師とケアマネジャーの交流会開催

薬剤師とケアマネジャーの交流会

～認知症がある利用者への服薬支援～

薬剤師×ケアマネジャーとの連携で、認知症の方の在宅生活を支えよう！

日時　令和元年9月12日（木）14:00～15:00
受付（13:30～）

場所　もりえい病院8階　ガブリエルホール

内容　講義&グループ交流会

対象　居宅介護支援・小規模多機能事業所のケアマネジャー

申込み　8月23日（金）までに、下記にご記入の上、FAXにてお申し込みお願いします。
（別紙：事前アンケートにご協力お願いします）

桑名市東部地域包括支援センター行
FAX:0594－23－6850
ご出席　・　ご欠席
事業所名：
参加者名：

お問い合わせ：桑名市東部地域包括支援センター☎:0594-24-8080

薬剤師とケアマネジャーの交流会から

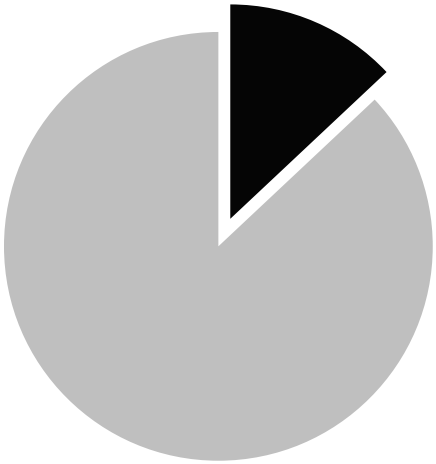
ケアマネジャーへのアンケート結果から

（1）ケアマネジャー1人当たり認知症利用者の平均担当者数
（認知症自立度Ⅱa以上又は認知症の診断のある方）

14名（小数点以下四捨五入）

（2）上記（1）のなかで、糖尿病、高血圧症で治療している人の割合

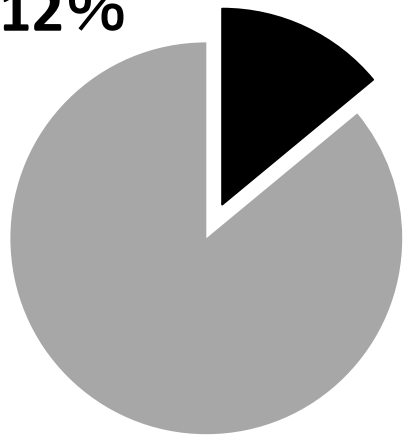
（a）糖尿病で治療している人の割合**13%**



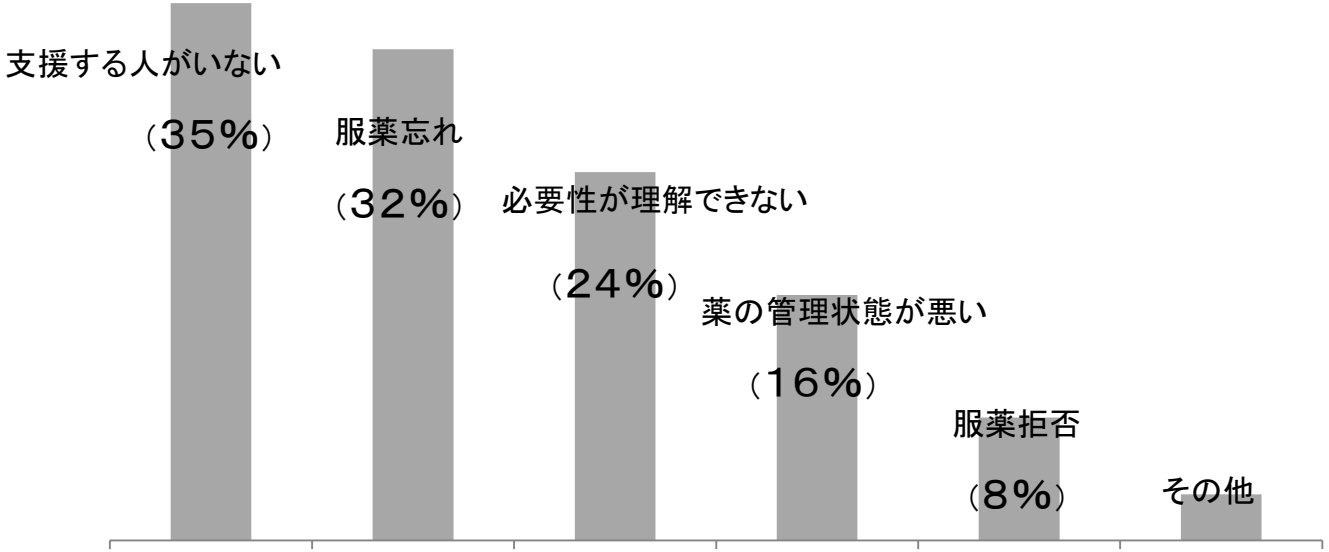
（b）高血圧症で治療している人の割合**46%**

薬剤師とケアマネジャーの交流会から

（3）服薬管理が不適切な人の割合 **12%**



（4）服薬が適切に出来ていない原因（複数回答）



＊回答の特徴：複数回答が多く服薬ができない原因は単一ではない

データから見えること

認知症や認知機能に不安を感じる方が地域で暮らしていることは「当たり前」の状態である

要介護・要支援認定を受ける状態になると、認知症がある方の割合はさらに多くなる

認知症の方の在宅療養は、医療や介護へつながっていても、サポートが困難な場合がある

↓

医療と介護の連携＋αが必要

キーワードは「地域」

医療・介護・地域をつなぐ
認知症初期集中支援チーム
～事例紹介～

認知症初期集中支援チームの役割

七つの柱

①認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
②認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
③若年性認知症施策の強化
④認知症の人の介護者への支援
⑤認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
⑥認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
⑦認知症の人やその家族の視点の重視

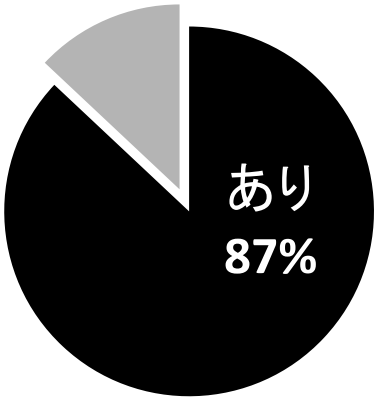
厚労省・「新オレンジプラン」から引用

在宅で支援が必要な認知症の方を早期に発見し、
適切な医療・介護サービスにつなぐこと

認知症初期集中支援チーム
支援対象者の分析（H31.4～12月までに関わった15人）

支援介入前の医療・介護の状況

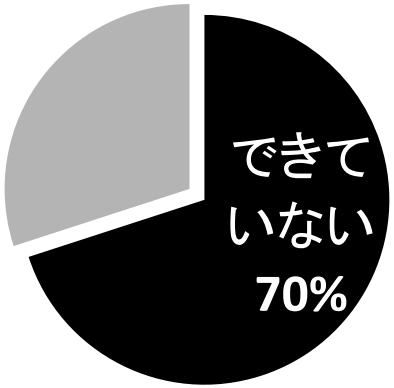
認知症以外の疾患の有無



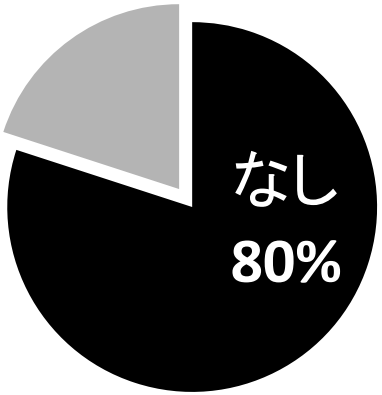
うち糖尿病　５人

高血圧症　　９人

服薬管理



介護保険認定の有無



糖尿病を患う独居男性への支援（1）

Nさん
要介護2
独居
子ども2人
（市外在住）

【疾患】
・糖尿病
・心筋梗塞
・高血圧
・アルツハイマー病

医療の課題

・病識が持てない
・ インスリン注射の拒否
・服薬できない
・低血糖症状
・腎臓機能の悪化

生活の課題

・ 出来合いの食事
・期限切れ食品多数
・入浴嫌いで失禁あり
・子供の関与が希薄

R1年6月、意識消失を起こして入院。さらに頸椎に大きな病気も見つかる・・

入院を機に、家族は施設入所を希望され見学にも行かれる。
しかしNさんには「地域で暮らしたい」との強い思いがあった。
Nさんは、近所の公園へ毎朝ラジカセを持って出かけ、地域の方とラジオ体操をしたり喫茶店に行くのを楽しみにしていた。

糖尿病を患う独居男性への支援（2）

入院から在宅へ（退院調整会議を経て）

・Nさんの思いを叶えるために話し合い、家族を含め関係者で在宅復帰する方針で意思統一。それ以降、家族の関わりも増える。
・小規模多機能と訪問看護で在宅生活のサポートを決定。

在宅での療養支援

・糖尿病は病院から地域のかかりつけ医へ移り診療をサポート。
・訪問看護で服薬や週1回のインスリン注射を支援。
・清潔保持や生活サポートは小規模で支援し、食事は宅配も活用。

地域を巻き込んだ支援体制へ

・小規模、包括、民生委員で地域住民へ挨拶に回り、Nさんの状況を説明し、地域の人と連携した見守り体制をつくる。（後日、小規模と家族でも地域へ訪問）
・同地域で立ち上げ支援をおこなった通いの場へ参加してもらい地域の人と交流。
・認知症への対応力が向上出来るよう認知症サポーター養成講座を開催。

そして今・・健康状態は決して良くなく、急変もあり得る。その一方、ラジオ体操へ役割を持ち参加。地域の人と交流も楽しんでいきいきと生活！

糖尿病を患う独居男性への支援（考察）

地域とつながって支援する重要性

緊急時の見守り

【専門職だけでは地域生活を支えられない】

・Nさんが朝のラジオ体操に来ない時は、地域の参加者が自宅を訪問し安否確認。本人に変化があれば、地域住民から事業所若しくは包括へ連絡が入る体制にした。
・民生委員さんが散歩の時にNさん宅前を通って安否確認。

社会参加・役割

【地域とのつながりが生活の質を高める】

・朝のラジオ体操へラジカセを持って参加し、地域の人と体操することで、地域での役割を果たし交流につながっている。
・通いの場や馴染みの喫茶店で地域の仲間と触れ合うことが、生きがいにつながっている。

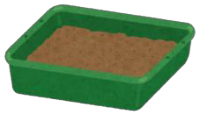
チーム員ドクターとケアマネジャーの連携支援

ケアマネジャーにチーム員会議への参加を積極的に呼びかけて、チーム員ドクターとの連携支援をおこなった

認知症の方の在宅療養を支えるために
～なにが必要か～

認知症の方の在宅療養支援で大切なこと（1）
（植木鉢モデルを分解して見る）

葉⇒公助・共助　専門職による多職種連携



土⇒自助・互助　安心して暮らせる地域

鉢⇒尊厳ある暮らしの住まい

皿⇒ 心構え（人生会議）

在宅療養では「葉」の部分にあたる専門職による多職種連携がとても重要
しかし、それだけでは認知症の方の在宅療養を支えることはできない

植木鉢の「土」にあたる「地域」が豊であることが、認知症の方の在宅療養をささえる基盤となる

認知症の方の在宅療養支援で大切なこと(2)
(専門職と地域が交じりあう)

在宅療養の主役は地域(住民)。医療や介護の多職種連携の目的は主役を支えること

多職種と地域が交じりあうことでより強固な支援となる

連

携

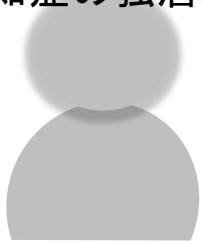
専門職と地域が交じりあうための取り組み（船着町、東方地区）

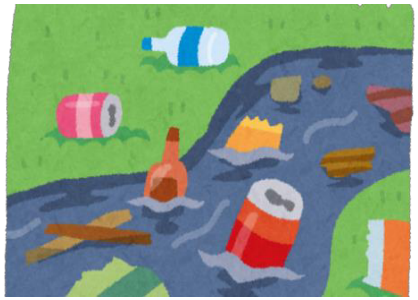
1）地域関係者を交えて支援調整会議の開催

2）船着町、東方地区での
認知症サポーター養成講座開催

3）関係機関と地域住民が一緒になり「認知症になっても安心して暮らせる町」座談会開催

（認知症の独居女性）





ゴミを川に流したり、道路で排泄行為あり地域の人が困惑！

認知症の方の在宅療養を支えるために（今後に向けて）

SOSを出せない認知症の方を見逃さない

・地域で生活の困難や疾患を抱えながら暮らす認知症の方は今後ますます増加していきます。認知症初期集中支援チームは、そうした方を早期に発見し、必要な医療・介護・ 地域につなぐことで、安心した在宅療養が送れるよう役割を果たします。

地域と一体となった多職種連携の基盤づくり

・認知症の方の在宅療養は、専門職間の連携だけで支えることはできません。地域と一体となった多職種連携が長期間にわたる在宅療養支援の基盤となります。東部包括はその基盤づくりに今後も取り組んでいきます。

ご清聴ありがとうございました