

原 著

認知症疾患医療センターが担う在宅支援
— 独自の支援と地域包括支援センターとの連携による支援内容の分析 —永田千鶴, 松本佳代¹⁾, 北村育子²⁾, 清永麻子³⁾

山口大学大学院医学系研究科地域・老年看護学分野(地域・老年看護学) 宇部市南小串1丁目1-1 (〒755-8505)
熊本大学大学院生命科学研究部 看護学講座(地域看護学領域)¹⁾ 熊本市中央区九品寺4-24-1 (〒862-0976)
日本福祉大学社会福祉学部²⁾ 知多郡美浜町奥田会下前35-6 (〒470-3295)
熊本機能病院³⁾ 熊本市北区山室6-8-1 (〒860-8518)

Key words : 認知症疾患医療センター, 在宅支援, 地域包括支援センター, 連携

和文抄録

本研究は、認知症疾患医療センター（以下、医療センター）が行っている在宅療養継続支援および在宅移行支援と、地域包括支援センター（以下、包括）との連携の内容を明らかにし、医療センターが担うべき認知症患者の在宅支援のあり方に関して検討することを目的とする。

熊本県の医療センターの連携担当者および包括の専門職を対象とした半構成的面接により得られたデータを質的記述的に分析し、カテゴリー化した。その結果、医療センターの在宅療養継続支援は、【トリアージ】【医療センターにつなげる】【タイムリーな介入】【地域連携システムの構築】が、在宅移行支援では、【専門的な医療の提供】【在宅移行の調整】【療養場所の選択のための支援】が行われていた。包括との連携内容では、【医療センターの役割】【医療センターと包括の日常的な連携】【包括の役割】が抽出された。

本研究の結果から、医療センターは、【トリアージ】【タイムリーな介入】【専門的な医療の提供】という独自の役割を果たしつつ、【地域連携システムの構築】にも力を注ぎ、認知症患者の在宅支援を行っていることが明らかになった。医療センターが担

うべき在宅支援で重要なことは、医療センター独自の役割を遂行することである。そのためには、包括による【地域連携システムの構築】の促進を後押しする施策が必要であると考えられた。

I. 緒言

日本の認知症高齢者の数は、推計より10年早く300万人を超え、2013年には65歳以上の4人に1人が認知症およびその予備軍となった^{1, 2)}。今後、認知症高齢者の増加への対応として施策の強化は急務である。

わが国の認知症施策の一つに認知症疾患医療センター（以下、医療センター）の整備が挙げられる。医療センターは、保健医療・介護機関等と連携を図りながら、鑑別診断、急性期治療、専門医療相談、研修等を行うことにより、認知症疾患の保健医療水準の向上を図ることを目的³⁾として、2008年に事業化された。熊本県では、2009年から基幹型センターと地域拠点型センターの2層構造で、県内10ヵ所の医療機関に設置・運営し、先駆的な取り組みを行っている⁴⁻⁷⁾。

研究者らは、これまで認知症高齢者がエイジング・イン・プレイス⁸⁻¹³⁾を実現できる社会を目指して、地域密着型サービスを中心とした調査研究を実施してきた¹⁴⁾。その結果、医療との連携の必要性と

困難さを認識させられ、医療センターに着目した。すなわち、認知症患者が必要な時に適切な医療機関にかかることができ、住み慣れた地域や自宅での暮らしを継続できるように在宅療養を支援し、入院した場合でも退院の意向があれば、適切な社会資源に結び付けて在宅移行を支援するなど、医療センターを中核に置いた医療と介護、本人・家族との連携システムの構築ができるのではないかと考えたのである。

一方で、地域の認知症高齢者とその家族を中心になって支えているのは、地域包括支援センター（以下、包括）である。先行調査¹⁵⁾において、医療センターが最も多く連携を図る関係機関は、包括であった。これまでは、医療と介護の連携について、医師とケアマネジャーを主体に取り上げられてきた¹⁶⁻¹⁸⁾が、医療センターの連携担当者と包括の専門職との連携を強化することは、認知症施策を推進する上で必須であり、その実際を明らかにすることは重要であると考えられる。

そこで、本研究は、高度専門医療を提供する比較的新しい医療センターの在宅療養継続支援および在宅移行支援の実際と、包括と医療センターとの連携の実際を明らかにし、医療センターが担うべき認知症患者の在宅支援のあり方を検討することを目的とする。

II. 方法

1. 研究対象

熊本県の医療センター10ヵ所のうち、研究協力への承諾が得られた7ヵ所の連携担当者9人（精神保健福祉士7人、社会福祉士1人、看護師1人）および7ヵ所の医療センターが推薦した8ヵ所の地域包括支援センター（以下、包括）の職員8人（保健師3人、社会福祉士2人、介護福祉士2人、精神保健福祉士1人）を対象とした。

2. 調査方法

2012年12月～13年8月末を調査期間とした。医療センターの職員への半構成的面接は、①医療センターの概要、②在宅療養継続支援および在宅移行支援の内容、③他機関・他職種との連携内容、包括の職員へは、①認知症患者への支援内容、②医療センターとの連携内容、③他機関・他職種との連携内容を、

4人の研究者が1対1で約1時間実施した。

3. 分析方法

2013年10月～14年3月末を分析期間とした。得られたデータを文字化して熟読後、質的記述的に分析した。ローデータから重要アイテムを抽出し、焦点化を重ねてコード化し、意味の類似性に沿ってカテゴリー化した。分析は、共同研究者間で経過を共有・検討し、カテゴリー化に向けては、個別で熟読した上で意見の一致をみるまで議論を重ねた。

4. 倫理的配慮

研究の趣旨、研究の任意性、同意撤回の自由、研究に参加しない場合でも何ら不利益を被らないこと、プライバシー保護の遵守、得られたデータは他の目的に使用しないこと、データの事後処理、プライバシーに配慮した研究成果の公表を記載した研究協力依頼書を提示して説明し、研究協力への承諾書を受領した。なお、熊本大学大学院生命科学研究部疫学・一般研究倫理委員会の承認（2012年12月10日付、2013年7月1日付変更倫理第612号）および日本福祉大学「人を対象とする研究」に関する倫理審査委員会の承認（2013年7月2日付13-06）を経て実施した。

III. 結果

医療センターの在宅療養継続支援および在宅移行支援、包括からみた医療センターとの連携内容に関し、半構成的面接により得られたデータを質的記述的に分析した。以下、カテゴリー【 】, サブカテゴリー《 》, 重要アイテム〈 〉, ローデータを「 」で表す。

1. 医療センターによる在宅療養継続支援と在宅移行支援

1) 医療センターによる在宅療養継続支援

医療センターの在宅療養継続支援は、【トリアージ】【医療センターにつなげる】【タイムリーな介入】【地域連携システムの構築】の4つのカテゴリー、13サブカテゴリー、65コードで構成された（表1）。

2) 医療センターによる在宅移行支援

医療センターによる在宅移行支援は、【専門的な

表1 認知症疾患医療センターによる在宅療養継続支援

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
トリアージ	緊急性の判断	早期診断の判断, タイムリーな対応の判断, 他科受診の必要性の判断
	方向性の判断	つなげる医療機関の判断, 入院の必要性の判断, 受診の必要性の判断
	的確な判断のための情報把握	気丈にふるまうことを踏まえた情報把握, 家族が相談を躊躇することを踏まえた情報把握, 家族や周囲の人からの情報把握
医療センターにつなげる	受診勧奨	家族と作戦を練る, 自宅訪問, 訪問時の関係づくり, 訪問時の専門的な介入, かかりつけ医の紹介を得る, 関係専門職とチームで介入, 医療センターのネームバリューの活用, ニーズに応じた医療機関の調整
	受診前の調整	面談による状況把握, 面談による患者・家族の不安の除去, 家族への受診時の説明
	医療センターの役割・機能の周知	認知症サポーター養成講座の講師をになう, かかりつけ医への説明, 地域の関係機関への説明, 情報提供場所の環境整備
タイムリーな介入	療養を支えるアドバイス	フォローの継続, 電話相談に応じる, 家族の希望を医師に伝える場づくり, 薬の相談に応じる, ケアマネジャーへの情報提供
	介護保険につなげる	患者・家族への情報提供, 包括へつなぐ, 主治医意見書の記載, 医師と合同訪問, かかりつけ医との連携, つなげる時期の見極め, 介護サービス導入の検討, 患者・家族と介護事業所の見学と助言, 独居の場合訪問看護の導入
	外来でのフォロー	ケアマネジャーからの情報による受診・内服薬調整, 家族の話をきく, 家族へ電話で説明を加える
地域連携システムの構築	事例検討会や連絡協議会の開催	連携担当者間の情報交換, 地域の関係専門職との事例検討会の企画, 事例検討会への参加の呼びかけ, 包括の活動状況の把握, 医療センターの医療の質の向上, 教育機能を果たす, 教育機能の評価
	認知症対策の企画・実施	関係機関との協働, ツールやモデル事業の検討, 認知症初期集中支援チームをつくる
	家族へのサポート	サービスの導入, 認知症相談の呼びかけ, 安心を得るための情報提供
	地域の医療・福祉専門職との連携	鑑別診断・治療後かかりつけ医へ戻す, かかりつけ医との連携調整, 地域の医療機関への入院調整, 介護サービスに関する医師からの相談への対応, BPSDなどの症状に関する専門職からの相談への対応, 鑑別診断に関する専門職からの相談への対応, ネットワークをいかしたケースの相談, 福祉の専門性をいかした医療センターでのサービス提供, 支援チームをつくる, ひとりの認知症高齢者のニーズに合わせた連携協働体制, 権利擁護事業の導入

表2 認知症疾患医療センターによる在宅移行支援

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
専門的な医療の提供	症状(BPSDなど)のコントロール	入院加療による症状コントロール, 医療センターによる継続的フォロー
在宅移行の調整	病棟専門職との連携	病棟の申し送りへの参加, 家族への病棟での情報提供, 病棟への退院前訪問時の情報提供
	自宅復帰への家族の理解を得る支援	医療センターは治療の場であることの理解を得る, 意向確認, 意向の尊重, 試験外泊, サービス利用のメリットの説明, 退院前訪問時の福祉用具の説明と日常生活動作指導, 見通しの説明, サポート体制の説明
	居宅サービスの調整	入院中の暫定プランの検討, 退院時カンファレンスの開催, 退院前のサービス事業者との関係づくり, 退院後の関係専門職との関係づくり, かかりつけ医への診療情報提供, 訪問看護導入による服薬管理・状態把握・経済的問題の対応, 独居の場合の服薬管理体制
療養場所の選択への支援	自宅退院を強要しない	施設入所も検討, 患者・家族の意向の調整, 適切な療養の場の検討
	施設移行の調整	施設の情報提供, 患者・家族との施設見学, 適切な施設の見極め

表3 地域包括支援センターからみた認知症疾患医療センターとの連携の実態

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
医療センターの役割	鑑別診断	専門的医療の提供, 認知症や見通しに関する説明
	早期診断	早期診断に向けての調整, 医師の往診
	専門医療相談	トリアージ, 受診前の状況把握
	在宅生活状況に応じた治療	生活力の維持, 適切な薬の処方, 環境の変化を避ける
医療センターと包括の日常的な連携	医療につなげる	合同訪問, かかりつけ医の理解を得る, 地域の医療機関へのタイムリーな受診調整
	対応困難なケースの支援	専門的な知見に基づく対応, 情報交換, ケアマネジャーをまじえた連携, 支援チームをつくる, かかりつけ医への情報提供
包括の役割	治療と生活の継続支援	治療継続の支援, 介護保険サービス導入の手続き

医療の提供】【在宅移行の調整】【療養場所の選択への支援】の3つのカテゴリ、6つのサブカテゴリ、26コードで構成された(表2)。

2. 包括と医療センターとの連携の実態

包括からみた医療センターとの連携の実態は、【医療センターの役割】【医療センターと包括の日常的な連携】【包括の役割】の3つのカテゴリ、7つのサブカテゴリ、19コードで構成された(表3)。

IV. 考察

1. 医療センターによる在宅療養継続支援

本研究の結果から、医療センター独自の在宅療養継続支援は、第一に【トリアージ】だと考えられる。医療センターの連携担当者は、個別の専門医療相談において、認知症患者が在宅療養を継続できるように、まず【トリアージ】を実施する。そして、《方向性の判断》により〈受診の必要性〉がある場合、【医療センターにつなげる】ための《受診勧奨》や《受診前の調整》が行われていた。第二に、在宅の認知症患者には【タイムリーな介入】が求められる。病状悪化時や Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) の対応に困った際、医療センターが《療養を支えるアドバイス》や《外来でのフォロー》を実施することで、介護者に安心を与えることができる。そして、何より《介護保険につなげる》ことで、在宅療養を継続できると考え、利用のための支援が実践されていた。

上述した【医療センターにつなげる】および【タイムリーな介入】は、医療センター単独で実施可能なものではなく、関係専門職および関係機関との連携は必須である。そのため、【地域連携システムの構築】は急務であると考えられた。連携の機会として《事例検討会や連絡協議会の開催》《認知症対策の企画・実施》が挙げられているが、ひとりの認知症患者および家族を支えるための地道な活動が連携の基盤になっている。たとえば、「ひとりの認知症患者の受診を支える」といった小さな目的達成の積み重ねが、かかわる専門職の数を増やして内容の濃い連携の形(〈ひとりの認知症患者のニーズに合わせた連携協働体制〉)となっていき、【地域連携システムの構築】を可能にすることがわかった。このネ

ットワークが、認知症患者の在宅療養継続支援において重要であると考えられた。

2. 医療センターによる在宅移行支援

医療センターへの入院が必要となるのは、認知症の症状が重度化し、特にBPSDの対応に苦慮し、在宅療養が困難となった場合である。そのため、在宅移行支援において、医療センターに求められる独自の機能は、【専門的な医療の提供】としての《症状(BPSD)のコントロール》である。そして、【在宅移行の調整】は、《病棟専門職との連携》により入院中の情報を把握することから始まる。また、一旦入院すると家族は、本人がいない生活に慣れ、自宅復帰が困難になるため、《自宅復帰への家族の理解を得る支援》が重要である。《居宅サービスの調整》は、退院翌日から在宅生活が成り立つように、細部まで検討した上での調整が求められる。また、半構成的面接で、「24時間、特に夜間の精神的なフォローができる緊急時の体制」が必要であるとの語りがあった。認知症患者への在宅ケアにおいても「24時間の緊急時の対応¹⁹⁻²¹⁾」が求められている。しかし、24時間体制の精神科訪問看護の有無や、緊急時の精神科機関でのショートステイの実態は定かではない。今後、サービスの実態調査と24時間体制のサービス提供の整備が求められるところである。

3. 包括と医療センターとの連携の実際

包括が求める【医療センターの役割】には、《鑑別診断》《早期診断》《専門医療相談》に加え《在宅生活状況に応じた治療》といった医療センター独自の機能である【専門的な医療の提供】が挙げられていた。《鑑別診断》に基づく〈専門的な医療の提供〉と同時に、〈認知症や見通しに関する説明〉が家族に行われることで、家族の理解や家族の安心につながっていた。一方で、医療につながると、「生活力が落ち自宅に戻れない」、「薬が処方されても服薬管理ができない」、「治療の過程での環境の変化により状態が悪化する」といった問題も起こっていた。そこで、《在宅生活状況に応じた治療》として、〈生活力の維持〉〈適切な薬の処方〉〈環境の変化を避ける〉ことが求められている。また、《早期診断》においては、「予約がいっぱいで待機期間が3ヵ月以上ありタイムリーな対応ができない」という課題に

対し、「他科受診」などの〈早期診断に向けての調整〉や医療センターからの〈医師の往診〉が行われつつあった。

認知症患者を支えるためには【医療センターと包括の日常的な連携】が欠かせない。上述の《早期診断》が行えていない状況を鑑みると、〈かかりつけ医の理解を得る〉〈地域の医療機関へのタイムリーな受診調整〉は、今後より力を入れるべきであると考えられた。

認知症患者を支えるための医療センターとの連携のうち【包括の役割】には、《治療と生活の継続支援》が挙げられた。患者・家族の理解を得ることから調整した医療センターの受診で、予約待機期間を経てようやく《鑑別診断》を受けて始まった治療が、中断することなく継続できるように「医療センターへの情報提供」や「受診支援」といった〈治療継続の支援〉を行っていた。また、〈社会資源導入の手続き〉として、「介護保険の申請」や「成年後見制度の利用」に関する医療センターからの手続きの依頼に応じることも、重要な包括の役割であると認識され、行われていた。

4. 地域連携システムの構築

地域連携システムを構築する上で、本研究で示した《鑑別診断》《早期診断》に基づく【専門的な医療の提供】が、国が進める地域包括ケアシステム²²⁾の体制下で行われることが目指される。「認知症が重度化する前に、住み慣れた地域の中で認知症疾患の診断と総合アセスメントを実施²³⁾」することが求められ、その実現には、本研究で抽出された医療センターの【トリアージ】【タイムリーな介入】【専門的な医療の提供】機能が重要である。医療センターが、これらの医療センター独自の役割を遂行するには、医療センターの受診待機期間の短縮は急務である。そのため、認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）²⁴⁾に示されているように、かかりつけ医等の対応力向上や認知症サポート医の養成、医療センターの数を増やすこと、認知症初期集中支援チームの設置などの体制整備が急がれている。

また、【地域連携システムの構築】には、定期的な《事例検討会や連絡協議会の開催》、【センターと包括の日常的な連携】による〈合同訪問〉や〈情報交換〉などの地道な活動が基になる。すなわち、

ひとりの認知症患者のニーズに丁寧に対応し、関係専門職や関係機関と〈支援チームをつく〉って支えることが、時間はかかっても問題解決の足がかりとなる。このような事例の積み重ねがネットワークを構築し、地域連携システムとして機能すると考えられる。今後は、包括が認知症地域支援推進員などを活用して、【医療センターと包括の日常的な連携】をより強化し、【包括の役割】として【地域連携システムの構築】を推進する施策が重要であると考えられる。

5. 研究の限界と展望—医療と介護の連携

本研究は、限られた地域の医療センターと包括の専門職を対象としており、限界がある。地域の実情によって、医療センターが担うべき在宅支援や包括の役割に期待されるものが異なることは、容易に予想でき、地域の実情に応じて実践することは、言うまでもない。

本研究において、認知症患者の在宅療養を支援するために、医療と介護の連携が着実に図られつつあることがわかった。先行研究に、ケアマネジャーからみた医師との連携に、「満足」「やや満足」とする評価は1割に満たないとする結果がある¹⁷⁾。本研究では、連携の評価を対象としていないが、医療センターの数が少なく地理的に遠いなどの課題はあるものの、医療センターと包括との連携に否定的な見解をもつ専門職はいなかった。これは、医療センターの連携担当者が、医師との連携の仲介役として役割を果たしているものと推察される。医療センター主体の事例検討会を活用したネットワークの構築や、連携担当者が包括の専門職と一緒にかかりつけ医のもとに足を運ぶなどの活動を垣間見ることができた。今後は、医療をより身近においた連携の効率化やシステム化の進展が期待される。

さらに、医療センターと包括に限らず、認知症患者や家族、企業やNPO法人など様々な機関や地域住民の力を組み込んだ連携が目指されると考えられた。

V. 結 論

本研究の結果から、医療センターは、【トリアージ】【タイムリーな介入】【専門的な医療の提供】という独自の役割を果たしつつ、【地域連携システム

の構築】にも力を注ぎ、認知症患者の在宅支援を行っていることが明らかになった。医療センターが担うべき在宅支援で重要なことは、医療センター独自の役割を遂行することである。そのためには、包括による【地域連携システムの構築】の促進を後押しする施策が必要であると考えられた。

謝 辞

本研究の実施にあたり、ご協力いただきました認知症疾患医療センターおよび地域包括支援センターの専門職の皆様へ深く感謝申し上げます。なお、本研究の一部は、公益財団法人日本興亜福祉財団「2012年度ジェロントロジー研究助成事業」の助成を受けて実施したものであり、重ねて感謝申し上げます。

文 献

- 1) 厚生労働省. 認知症高齢者数について. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iaul.html>. (参照2012-08-24)
- 2) 厚生労働省：社会保障審議会介護保険部会（第45回）資料6 認知症有病率等調査について；都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応（参照2013）
- 3) 厚生労働省. 平成20年3月31日付障発第0331009号.
- 4) 池田 学, 小嶋誠志郎. 認知症疾患医療センター 認知症医療の要としての課題 熊本県認知症疾患医療センターの取組み. 老年精神医学雑誌 2010; 21: 438-443.
- 5) 池田 学, 小嶋誠志郎, 富岡大高. 認知症のための医療資源整備をどう進めるか 認知症疾患医療センターの役割と今後の方向性—熊本モデルを中心に—. 老年精神医学雑誌 2010; 21: 1189-1192.
- 6) 池田 学, 小嶋誠志郎. 病診連携と認知症疾患医療センター—熊本モデルを中心に—. 精神科 2011; 19: 120-124.
- 7) 小嶋誠志郎, 池田 学. 認知症の地域連携を推進するための方法論 認知症疾患医療センターの連携機能. 老年精神医学雑誌 2012; 23: 294-298.

- 8) 寺川優美, 田中紀之, 三浦 研, ほか. 豪雪・過疎地域における在宅高齢者の人的交流に関する研究 高齢者の居住継続成立要件に関する研究 (その1). 日本建築学会計画系論文集 2003; 571: 69-76.
- 9) 木下康仁. 改革進むオーストラリアの高齢者ケア. 東信堂. 東京, 2007: 52.
- 10) Andrew S, Judith S. Ageing in Place in the United Kingdom. *Ageing Int* 2008; 32: 219-235.
- 11) 松岡洋子. エイジング・イン・プレイスと高齢者住宅 日本とデンマークの実証的比較研究. 新評論. 東京, 2011: 15.
- 12) Patrick B, Beatrice H, Robin G. Social inclusion through ageing-in-place with care? *Ageing and Society* 2012; 32: 361-378.
- 13) 西村周三. 地域包括ケア—国際的視覚から. 西村周三監, 地域包括ケアシステム「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして. 慶応義塾大学出版会. 東京, 2013: 1.
- 14) 永田千鶴, 北村育子, 本郷秀和, ほか. エイジング・イン・プレイスを果たす地域密着型事業所別認知症高齢者ケアモデルの開発 (平成22~24年度科学研究費補助金基盤研究 (C) 研究成果報告書). 熊本大学大学院生命科学研究部. 熊本, 2013.
- 15) 永田千鶴, 松本佳代, 北村育子, ほか. 認知症高齢者の在宅療養継続支援, および在宅移行支援のための医療と福祉 (介護), 本人・家族との地域連携システムの構築 2012年度ジェロントロジー研究助成事業研究成果報告書. 熊本大学大学院生命科学研究部. 熊本, 2014.
- 16) 品川俊一郎, 中山和彦. 認知症患者の早期受診・介入の障害となる要因に関する検討 一般市民・かかりつけ医・介護支援専門員のアンケート調査より. 老年精神医学雑誌 2007; 18: 1224-1233.
- 17) 永島 徹, 今井幸充. かかりつけ医と介護支援専門員の地域連携に関する調査 (介護支援専門員調査). 老年精神医学雑誌 2012; 23: 599-607.
- 18) 伊藤美智子, 伊藤大介, 鈴木亮子. 認知症ケアマネジメントにおける医療と介護の連携の現状と課題. 日本認知症ケア学会誌 2014; 12: 753-762.
- 19) 高木照幸. 在宅ターミナルケアの成立条件. 日本在宅ケア学会誌 1998; 1: 67-71.
- 20) 福井小紀子. 入院中の末期がん患者の在宅療養移行の実現と患者・家族の状況および看護支援・他職種連携との関連性の検討—在宅療養移行を検討した患者を対象とした二次分析の結果. 日本看護科学会誌 2007; 27: 48-56.
- 21) 宇都宮宏子, 山田雅子編. 看護がつながる在宅療養移行支援 病院・在宅の患者像別看護ケアのマネジメント. 日本看護協会出版会, 東京, 2014: 51, 68-69.
- 22) 高齢者介護研究会. 2015年の高齢者介護~高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて~. 高齢者介護研究会報告書, 2003.
- 23) 栗田主一. 地域包括ケアシステムを利用した認知症の早期診断システムの推進. 保健医療科学 2012; 61: 125-129.
- 24) 厚生労働省. 認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン) ~認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて~. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072246.html>. (参照2015-01-31)

Home Care Support Provided by Dementia-related Disease Medical Center—Their Specialized Support Activities and Collaboration with Community General Support Center—

Chizuru NAGATA, Kayo MATSUMOTO¹⁾,
Ikuko KITAMURA²⁾ and Asako KIYONAGA³⁾

Department of Community/Gerontological Nursing (Community/Gerontological Nursing), Yamaguchi University Graduate School of Medicine, 1-1-1 Minami Kogushi, Ube, Yamaguchi 755-8505, Japan
1) Faculty of Life Sciences, Kumamoto University, 4-24-1 Kuhonji, Chuo-ku, Kumamoto 862-0976, Japan
2) Faculty of Social Welfare, Nihon Fukushi University, 35-6 Okudakaisitamae, Mihama, Chita-gun, Aichi 470-3295, Japan
3) Kumamoto Kinoh Hospital, 6-8-1 Yamamuro, Kita-ku, Kumamoto 860-8518, Japan

SUMMARY

The purpose of this study was to clarify the specialized home care support provided by Dementia-related Disease Medical Center (Medical Center) and their collaboration with Community General Support Center (General Center).

We targeted the expert staff of both Center in Kumamoto Prefecture. Semi-structured interviews were performed and data were analyzed in a qualitative and descriptive way. The extracted home care supports were triage, handing over patients to Medical Center, timely intervention, construction of community cooperation system, expert medical care, arrangement for patient's transition to home, and

assistance to select a best living place. Emerged items on collaboration with General Center were categorized into three ; the roles of Medical Center, construction of day-to-day cooperation between Medical Center and General Center, the role of General Center.

It was revealed that Medical Center provides home care support to people with dementia by playing their specialized roles such as triage, timely intervention, and expert medical care, as well as construction of community cooperation system. For the achievement of the required home care support, it is important that Medical Center pursues their specialized and expected roles. This study suggests that a policy measure is necessary to assist General Center to develop a community cooperation system.