

令和3年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業分

精神科病院の外来診療・相談事業の効果的な活用による
地域における認知症対応力の向上に向けた調査研究事業

報告書

令和4年3月

公益社団法人 日本精神科病院協会

はじめに

日本精神科病院協会では、令和3年度の老人保健健康増進等事業(テーマ98番)、「精神科病院の外来診療・相談事業の効果的な活用による地域における認知症対応力の向上に向けた調査研究事業」を受託した。平成26年度厚生労働科学研究費補助金事業(九州大学二宮教授)による速報値によると、令和7年には認知症高齢者は700万人を超えると推計される。また、平成29年厚生労働省「患者調査」より作成すると、認知症を有する外来患者数は62.7万人であり、平成26年調査より増加していた。入院患者数は平成26年、平成29年とも7.7万人で推移していた。精神症状や異常行動を呈することが多い認知症疾患に対し、専門の精神科医療での対応は全体の約1割であり、介護や一般科での対応が困難なBPSDによる入院は外来患者数の1割である。この数字が認知症医療において、多いのか少ないのか適正なのかは分からないが、精神科医療の果たす役割は大きなものがある。

平成20年に認知症疾患医療センター事業が再開され令和3年8月現在、全国に486カ所設置されている。令和元年度日本精神科病院協会調査によると、半数以上は精神科医療施設に設置され、認知症疾患を担当しているのは約7割が精神科医であった。認知症疾患医療センターのみが認知症の専門医療機関のように思われているが民間精神科病院、精神科クリニック、総合病院精神科など認知症の専門医が診療を行っている精神科であれば、それぞれに合った治療、診断後支援を的確に実施していると考えられる。

認知症の地域包括ケアパス実現のためには、認知症医療における精神病床を有する全国の病院(1,617病院)と地域社会資源の連携に関する実態調査を行うことが極めて重要である。在宅生活の継続、外来治療、それを支える社会資源の利用、さらに精神科に入院になった時の早期退院支援と地域包括ケアで支えるシステムの構築に必要な要素等を明らかにする。

本事業の実施にあたり、調査にご協力いただいた医療機関、さらにコロナ感染症拡大の中、ヒアリングに参加していただいた医療機関の職員の皆様に深く感謝申し上げます。

公益社団法人 日本精神科病院協会

会長 山崎 學

[目次]

I 事業概要	1
II 認知症医療における精神科病院と地域社会資源の連携に関する実態調査	11
1 調査概要	13
2 調査結果	14
(1) 施設調査票	14
(1).1 医療機関の属性	14
(1).2 認知症に関する診療や相談・連携の状況	22
(1).3 連携の利点・課題等	38
・認知症の診療や経過観察に関する連携	
・緊急時の対応に関する連携	
・薬の調節や服薬の助言に関する連携	
・BPSD の対応や対処方法に関する連携	
・サービス利用上の留意点について連携	
・日常生活の留意点に関する連携	
(1).4 地域の社会資源との連携	44
(1).5 精神科病院の外来機能・相談機能のあり方について	46
(2) 患者情報調査票	48
(2).1 新規患者情報票	48
・受診前の相談対応	
・外来管理期間における社会資源との連携の状況	
(2).2 退院患者情報票	60
・入退院の状況	
・退院時における社会資源との連携の状況	
III 地域社会資源との連携に関する精神科病院ヒアリング調査	71
1 調査概要	73
2 調査結果（ヒアリング調査の内容整理）	75
3 ヒアリング調査考察	90
IV 総括(提言)	93
V 資料編	97

I 事業概要

I 事業概要

1 事業名

精神科病院の外来診療・相談事業の効果的な活用による地域における認知症対応力の向上に向けた調査研究事業

2 事業の目的

精神科病院を利用する認知症患者を取り巻く通院・入院治療、相談事業の実態を総合的に明らかにするため、認知症疾患医療センターの実施の有無を問わず精神科病床を有する病院を対象とした調査を実施する。

精神科病院の相談機能・地域連携機能について、認知症専門医の有無や認知症疾患医療センターの指定の有無等による実態の差異や課題を踏まえて、地域において精神科病院の外来診療・相談事業の効果的な活用を推進していくための地域連携モデルを検討し、その普及啓発を図ることを目的とする。

3 事業の内容

認知症疾患医療センターの有無を問わず、全国の民間、国公立を含む精神科病床を有する病院に対し、質問紙調査を実施する。調査においては認知症初期集中支援チーム、認知症サポート医等との連携内容に関する設問と合わせて、認知症患者の入院前の居住地、退院数や退院先等を尋ね、各地域での地域連携や入退院の実態を比較しながら問題点を整理する。

また、地域の医療・介護等の社会資源と積極的な連携を図っている精神科病院について、関係者を招聘したヒアリングから好事例をまとめ、精神科病院と地域連携モデルの構築に必要な要素を検証しモデル案を作成する。

[調査計画]

(1)調査対象

- | | |
|----------|--|
| ①調査対象地区 | 全国 |
| ②調査対象者等 | 全国の精神科病床を有する病院 |
| ③悉皆・抽出の別 | 悉皆 |
| ④調査方法 | <ul style="list-style-type: none">・検討委員会を設置し、関連文献や先行研究を収集、分析する。・有識者を含む検討委員会にて調査票を作成する。・全国の精神科病床を有する病院を対象に、メール、郵送等による実態調査を実施する。・調査結果の分析を行う。・分析結果により、認知症疾患医療センターのある地域・ない地域のデータを比較しながら、精神科病院と地域の医療・介護資源とのネットワーク構築に必要な |

な要素を検証しつつ、センターのない地域で活用できる地域連携モデル案を検討する。また、外来診療・相談事業の分野において地域の社会資源と良好な連携関係にある医療機関を招聘してヒアリング調査を行う。

・報告書にまとめる。

- ⑤調査客体数 〔質問紙調査〕 国公立を含む精神病床を有する病院 1,617 病院
〔ヒアリング調査〕 認知症疾患医療センターの指定や精神科単科・それ以外等の種類別に 6～8病院程度を対象

(2)調査内容

①質問紙調査

-1 施設調査

〔調査項目〕

- (1) 基本情報(診療科、病床数、医師数、認知症サポート医・相談機能の有無 など)
- (2) 診療等の状況(外来患者数、初診の目的、認知症相談件数、連携件数 など)
- (3) 社会資源との連携(連携のメリット・課題、具体的な連携事例 など)
- (4) 具体的連携事例(入退院や在宅支援 など)※ヒアリング対象の選定情報に活用
- (5) 地域連携における精神科病院の外来診療・相談機能のあり方に関する意見

-2 患者情報調査

〔調査項目〕

- (1) 患者の基本情報(年齢階級、認知症の診断名、現在の所在場所など)
- (2) ①受診前の相談対応・初期対応(相談相手、相談の主な内容、初診後の対応など)
- (3) ①外来管理期間における地域社会資源との連携状況
- (4) ②退院時における地域社会資源との連携状況
- (5) ②退院後における精神科病院の継続支援(連携等)の状況

②ヒアリング調査

- ⑦精神科病院へ紹介される場合はどのようなケースですか。
- ⑧外来対応、入院対応の基準はありますか。入院時の入院形態は何が多いですか。
- ⑨外来対応で必要な地域の社会資源の活用はなんですか。
- ⑩入院に至ったケースのおおよその入院期間と退院に向けての地域の社会資源は何ですか。
- ⑪退院後の社会資源の利用とセンターでの継続医療はどのようにしていますか。
- ⑫認知症疾患医療センターの指定の有無は、認知症治療を行う上で影響しますか。

(3)調査時期

令和3年6月11日から令和4年3月31日

(4)調査結果の主要集計項目

- 医療機関属性(許可病床数、認知症専門医数、認知症疾患医療センターの指定 など)
- 認知症に関する相談・連携(初診の目的、相談元別の相談件数および相談内容・件数、相談元別の対応内容・件数、連携先別の連携件数および連携内容・件数 など)
- 連携のメリット・課題(記述回答)

(5)調査結果の活用法

本事業により、認知症疾患医療センターはもとより、そうでない多くの精神科病院の認知症診療の状況を明らかにし、診断後支援等、サービスの質の向上に資することができる。また医療・介護の連携を促進し、地域包括ケアの向上を図り、認知症の人に長く寄り添うことができる社会の実現に寄与することができる。

4 実施体制(検討委員会、事務局等の設置)

4-1 企画委員会 委員名簿

氏名	所属	役職
◎瀧野 勝弘	①日本精神科病院協会 ②医療法人社団瀧野会緑ヶ丘保養園	①常務理事 ②理事長
千葉 泰二	①日本精神科病院協会 医療安全委員会 ②医療法人社団千寿会三愛病院	①委員 ②理事長
吉永 陽子	①日本精神科病院協会 高齢者医療・介護保険委員会 ②医療法人社団碧水会長谷川病院	①委員 ②院長
南 尚希	①日本精神科病院協会 高齢者医療・介護保険委員会 ②医療法人社団南風会万葉クリニック	①委員 ②理事長・院長
土屋 直隆	①日本精神科病院協会 高齢者医療・介護保険委員会 ②医療法人社団扶老会扶老会病院	①委員 ②理事長・院長
數井 裕光	高知大学医学部神経精神科学教室	教授
釜江 和恵	公益財団法人総合病院浅香山病院 精神科・認知症疾患医療センター	センター長

<敬称略、◎は委員長>

4-2 ヒアリング調査協力(参加)施設 名簿

施設名	
医療法人風のすずらん会 江別すずらん病院 (北海道)	第1回ヒアリング
医療法人根岸会 足利富士見台病院 (栃木県)	第1回ヒアリング
公立学校法人 横浜市立大学附属病院 (神奈川県)	第2回ヒアリング
地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター (岡山県)	第2回ヒアリング
医療法人明心会 仁大病院 (愛知県)	第2回ヒアリング
医療法人至誠会 長岡保養園 (新潟県)	第2回ヒアリング
十和田市立中央病院 (青森県)	書面参加
医療法人社団斗南会 秋野病院 (山形県)	書面参加
医療法人社団筑波東病院 (茨城県)	書面参加
大阪大学医学部附属病院 (大阪府)	書面参加
国立大学法人熊本大学病院 (熊本県)	書面参加
兵庫県立ひょうごこころの医療センター (兵庫県)	書面参加
秋田県立リハビリテーション病院 (秋田県)	書面参加
和歌山県立こころの医療センター (和歌山県)	書面参加

4-3 事務局

①事業担当者	事業部	企画調整課	課長	大竹 正道
	事業部	企画調整課	課員	瀬尾 直樹
	事業部	企画調整課	課員	平田 秀喜
	事業部	企画調整課	課員	木暮 史織
②経理担当者	総務部	経理課	課長	松本 明子
	総務部	経理課	課員	成田 沙良郁

[調査実施協力] 合同会社 HAM 人・社会研究所

5 検討委員会の実施状況と主な議事

検討委員会では、事業全体の進行に関する検討およびアンケート調査やヒアリング調査の進捗確認・内容検討等を行った。各回の日程、議題について以下の通り整理する。

第1回 検討委員会

日時:令和3年7月14日 16:00~17:00 (WEB会議)

議題:(1)事業概要について

(2)精神病床を有する病院について

- (3)調査内容・項目の検討
- (4)今後の開催日程について

第2回 検討委員会

日時:令和3年8月18日 15:00～17:00 (WEB 会議)

議題:調査票案について

- ・施設情報票
- ・患者情報票①(入院患者)
- ・患者情報票②(退院患者)

第3回 検討委員会

日時:令和3年9月15日 15:00～17:00 (WEB 会議)

議題:調査票案について

- ・施設情報票
- ・初診(外来・入院)患者情報(新規患者)
- ・退院患者情報(退院患者)

第4回 検討委員会

日時:令和3年10月27日 15:00～17:00 (WEB 会議)

議題:(1)速報値(暫定集計)の確認

- (2)集計・分析方法の確認
- (3)ヒアリング候補地の選定
- (4)ヒアリング項目の決定

第5回 検討委員会

日時:令和3年12月1日 15:00～17:00 (WEB 会議)

議題:(1)調査票集計データについて

- ・中間集計データ(施設調査票、新規患者情報票、退院患者情報票)
- ・施設調査票 設問3(2)事例整理
- (2)ヒアリング対象病院の選定とヒアリング項目について
- (3)事業報告書分担について

第6回 検討委員会

日時:令和3年12月15日 15:00～17:00 (WEB 会議)

議題:(1)ヒアリング対象病院の選定とヒアリング項目について

- ・ヒアリング項目について
- ・ヒアリング実施候補日について
- (2)事業報告書分担について

第7回 検討委員会

日時:令和4年1月 26 日 17:00～18:00 (WEB 会議)

議題:(1)事業報告書原稿について

第8回 検討委員会

日時:令和4年2月 16 日 15:00～17:00 (WEB 会議)

議題:(1)事業報告書について

(2)発行部数、発送先について

< ヒアリング会 >

第1回 ヒアリング

(参加施設)

医療法人風のすずらん会 江別すずらん病院

医療法人根岸会 足利富士見台病院

日時:令和4年1月 19 日 15:00～17:00 (WEB)

議題:(1)本事業の要旨について

(2)精神科病院(精神病床を有する病院)における外来診療・相談事業に関するヒアリング

(3)意見交換

(4)総括

第2回 ヒアリング

(参加施設)

医療法人至誠会 長岡保養園

公立学校法人 横浜市立大学附属病院

医療保人明心会 仁大病院

地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター

日時:令和4年1月 26 日 16:00～17:30 (WEB)

議題:(1)本事業の要旨について

(2)精神科病院(精神病床を有する病院)における外来診療・相談事業に関するヒアリング

(3)意見交換

(4)総括

6 事業実施期間(スケジュール)

令和3年6月11日(内示日)～ 令和4年3月31日

事業実施スケジュール

	令和3年4月	5月	6月	7月	8月	9月
事業実施内容	<p>内示 ● 第1回委員会 ● 第2回委員会 ● 第3回委員会 ●</p> <p>・事業内容の検討 ・調査内容の検討 ・スケジュール確認</p> <p>・調査票質問項目の検討</p> <p>・調査票案の検討</p> <p>←←準備→→ ←←← 調査票作成 →→→</p>					
	10月	11月	12月	令和4年1月	2月	3月
事業実施内容	<p>第4回委員会 ● 第5回委員会 ● 第6回委員会 ● 第7回委員会 ● 第8回委員会 ●</p> <p>・中間結果の確認 ・集計分析方法の確認</p> <p>・調査結果分析</p> <p>・ヒアリング候補検討 ・報告書分担</p> <p>・報告書案の検討</p> <p>・報告書最終確認</p> <p>第1回 ヒアリング ◆ 第2回 ヒアリング ◆</p> <p>←← 調査 →→ 実態調査集計・分析</p> <p>ヒアリング記録整理 ← 報告書作成 → (編集・印刷・配布)</p>					

Ⅱ 認知症医療における精神科病院と 地域社会資源の連携に関する実態調査

Ⅱ 認知症医療における精神科病院と地域社会資源の連携に関する実態調査

1 調査概要

1 名称

認知症医療における精神科病院と地域社会資源の連携に関する実態調査

2 目的

- 外来診療や相談事業等の機能を通じた精神科病院と地域の社会資源との連携の実態を把握する。
- 今後の施設機能のあり方や地域社会資源との連携の進め方を検討するため、精神科病院の施設機能および外来患者・入退院患者の状況についてアンケート調査を行う。

3 調査対象

精神病床を有する病院 1,617 病院 (うち、会員 1,186 病院、国公立等(会員外) 431 病院)

4 調査内容案

- ①精神科病院の機能等にかかる調査、②新規患者(外来・入院)および退院患者にかかる情報の調査に分けて調査票を設計

4-1 施設調査(①)

- ①基準日 令和3年10月1日現在、令和3年7月1日～9月30日の3ヶ月間
- ②調査項目
 - (1) 基本情報(診療科、病床数、医師数、認知症サポート医・相談機能の有無 など)
 - (2) 診療等の状況(外来患者数、初診の目的、認知症相談件数、連携件数 など)
 - (3) 社会資源との連携(連携のメリット・課題、具体的な連携事例 など)
 - (4) 具体的な連携事例(入退院や在宅支援 など)※ヒアリング対象の選定情報に活用
 - (5) 地域連携における精神科病院の外来診療・相談機能のあり方に関する意見

4-2 患者情報調査(②)

- ①対象患者
 - ①新規患者の状況 : 令和3年7月1日～9月30日の3ヶ月間の新規患者
 - ②退院患者の状況 : 令和3年7月1日～9月30日の3ヶ月間に退院した患者
- ②調査項目
 - (1) 患者の基本情報(年齢階級、認知症の診断名、現在の所在場所など)
 - (2) ①受診前の相談対応・初期対応(相談相手、相談の主な内容、初診後の対応など)
 - (3) ①外来管理期間における地域社会資源との連携状況
 - (4) ②退院時における地域社会資源との連携状況
 - (5) ②退院後における精神科病院の継続支援(連携等)の状況

【回答状況】 回答 492 病院 (回収率 30.4%)

2 調査結果

(1) 施設調査票

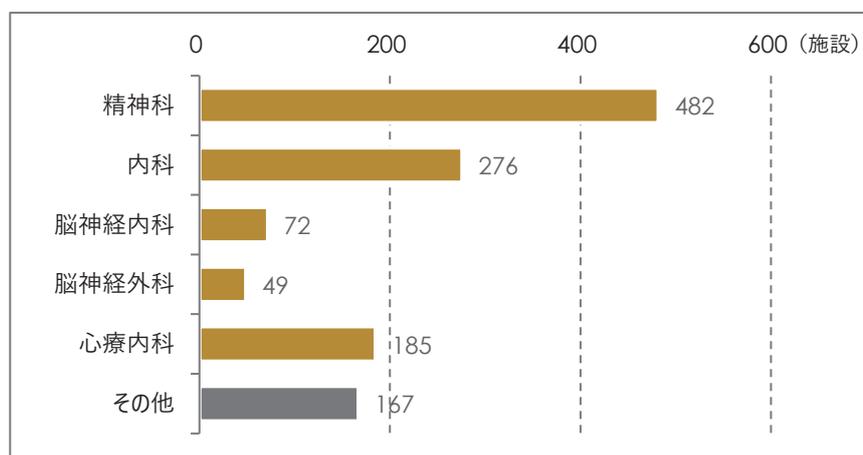
回答医療機関 492 を対象に集計を行った。以下、設問ごとに結果を示す。

(1.1) 医療機関の属性

① 診療科目 (有効回答 n484)

診療科目は、「精神科」が 482 病院 (99.6%)、「内科」が 276 病院 (57.0%)、「心療内科」が 185 病院 (38.2%) であった。

図表 1-1 診療科目 (n484)



有効回答数は 484 施設で、これはアンケートを送付した 1617 施設の 30.4%にあたり、回答率はやや低かった。

②許可病床数（有効回答 n489）

許可病床数は、精神病床が1病院あたり平均 223.1 床、一般病床が同平均 59.0 床、療養病床が同平均 12.3 床であった。精神病床の内訳は、「精神病棟入院基本料」が 1 病院あたり平均 89.9 床で最も多く、次いで、「精神科療養病棟入院料」が同平均 70.0 床、「認知症治療病棟入院料1」が同平均 29.8 床の順であった。

図表 1-2 許可病床数（n489）

	精神病床	一般病床	療養病床	保険	
				医療保険	介護保険
病院数	489	96	72	71	6
（1床以上）	100.0%	19.6%	14.7%	14.5%	1.2%
病床計	109,084	28,867	6,026	5,821	224
1病院あたり	223.1	59.0	12.3	11.9	0.5
標準偏差	128.67	182.74	40.42	39.89	4.35

〔精神病床〕（n489）

	精神病棟 入院基本料	精神科救急 入院料 1	精神科救急 入院料 2	精神科急性期治療 病棟入院料 1	精神科急性期治療 病棟入院料 2	精神科救急・合併症 病棟入院料
病院数	364	73	5	141	1	1
（1床以上）	74.4%	14.9%	0.1%	28.8%	0.0%	0.0%
病床計	42,715	5,524	301	6,970	54	50
1病院あたり	89.9	11.6	0.6	14.7	0.1	0.1
標準偏差	86.53	31.64	6.67	23.88	2.48	2.29

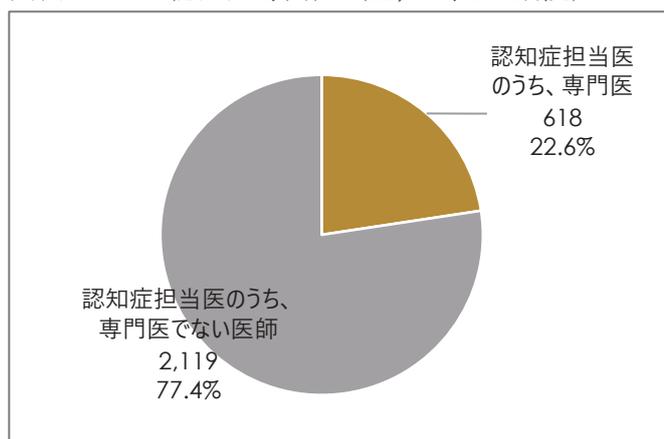
	精神科療養 病棟入院料	認知症治療 病棟入院料 1	認知症治療 病棟入院料 2	老人性認知症疾 患療養病棟
病院数	288	200	3	4
（1床以上）	58.9%	40.9%	0.1%	0.1%
病床計	33,261	14,168	210	263
1病院あたり	70.0	29.8	0.4	0.5
標準偏差	75.91	43.66	5.81	6.68

③医師数（有効回答 443 病院）

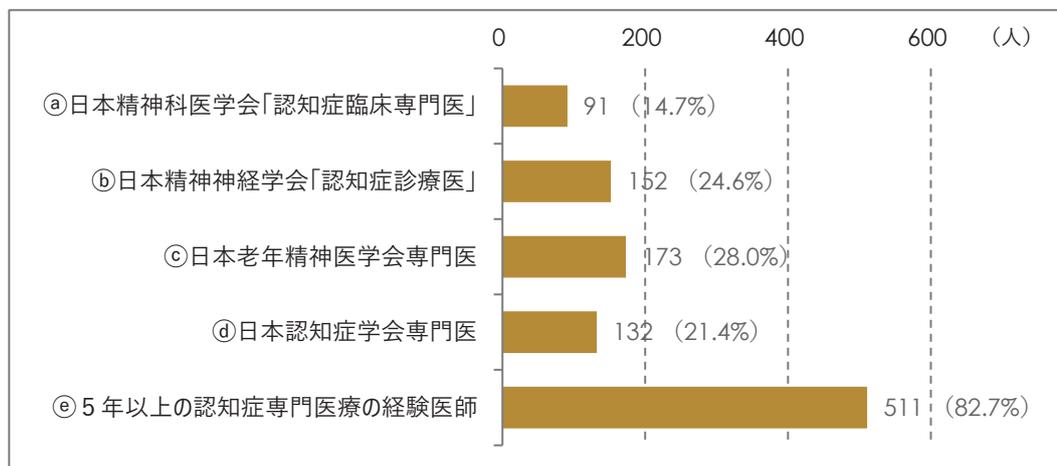
認知症の診療を担当する常勤医師数は合計で 2,737 人（1 病院あたり平均 6.2 人）、うち、認知症の専門医は 618 人（同平均 1.4 人）、認知症診療担当医に占める割合は 22.6%、専門医のいる病院は 231 病院であった。（図表 1-3-1）。認知症診療を担当する常勤医師は多いが、専門医は少なく、また専門医のいる施設が 231 施設（52.1%）しかないことは改善が必要な点である。

また、認知症専門医の種類（複数回答）は、「認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした5年以上の臨床経験を有する医師」が 511 人（82.7%）と最も多く、次いで、「日本老年精神医学会専門医」が 173 人（28.0%）、「日本精神神経学会『認知症診療医』」が 152 人（24.6%）の順であった。認知症診療を担当する医師 2,737 人中、真の専門医である日本老年精神医学会専門医 173 人（6.3%）と日本認知症学会専門医 132 人（4.8%）を合わせても最大で 11.1%、準専門医である日本精神神経学会『認知症診療医』は 152 人（5.5%）、中間に位置すると想像される日本精神科医学会の認知症臨床専門医も 91 人（3.3%）と少ない。全ての専門医を合わせても最大で 19.9%で全体の 2 割でしかない。診療連携においては、原因疾患別の治療、対応に関する知識が必要であるため診療連携の有効性に専門医、準専門医の少なさは影響していると思われる。

図表 1-3-1 認知症専門医（n2,737、443 病院）



図表 1-3-2 認知症専門医の内訳（n618、231 病院）



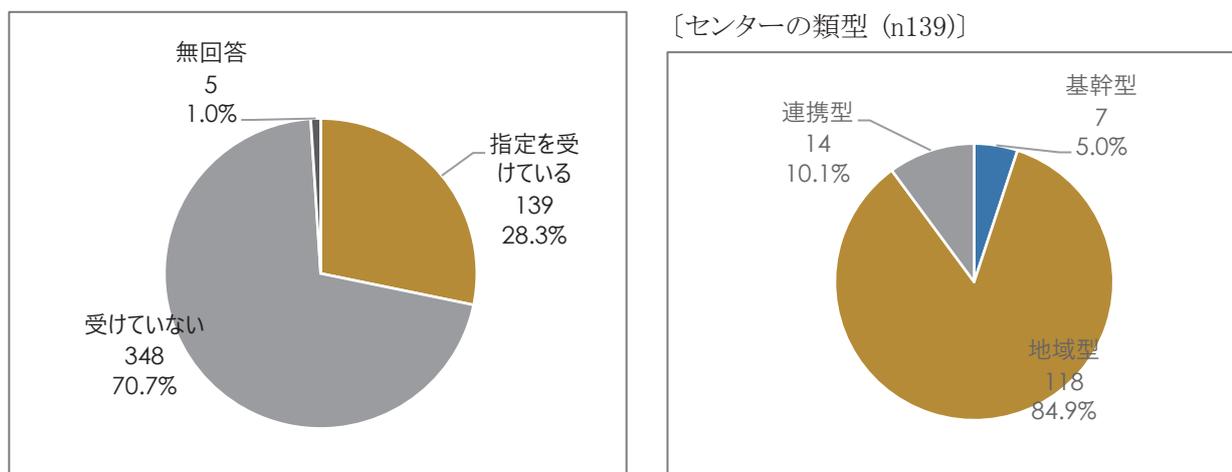
④ 認知症に関わる機能

④.1 認知症疾患医療センターの指定（492 病院）

認知症疾患医療センターの指定について、「指定を受けている」が 139 病院(28.3%)、「受けていない」が 348 病院(70.7%)であった。前項の認知症専門医は認知症疾患医療センターには多く所属していると思われる。

指定を受けている 139 病院の認知症疾患医療センターの類型は、「地域型」が 118 病院(指定を受けている 139 病院に占める割合 84.9%)、「連携型」が 14 病院(同 10.1%)、「基幹型」が7病院(同 5.0%)であった。

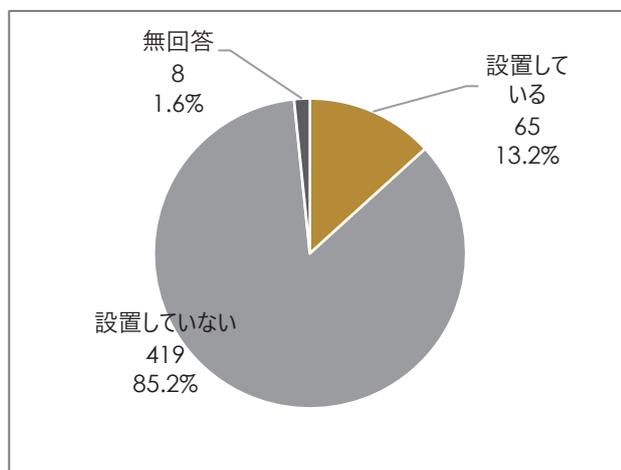
図表 1-4-1 認知症疾患医療センターの指定（n492）



④.2 認知症初期集中支援チームの設置（492 病院）

認知症初期集中支援チームの設置について、「設置している」が 65 病院(13.2%)、「設置していない」が 419 病院(85.2%)であった。初期集中支援チームへの参画は少ないことが明らかになった。

図表 1-4-2① 認知症初期集中支援チームの設置（n492）



-1 「チームを設置している場合」(65 病院)

設置している 65 病院について、設置年度は、「平成 29 年度」「平成 30 年度」がともに 15 病院(23.1%)で最も多く、次いで「平成 28 年度」が 14 病院(21.5%)、「平成 27 年度」が 9 病院(13.8%)の順であった。

また、チーム員の構成は、「看護師」が 142 人(1 チームあたり平均 2.2 人)と最も多く、次いで、「精神保健福祉士」が 115 人(同平均 1.8 人)、「医師」が 108 人(同平均 1.7 人)の順であった。

なお、支援対象者(チームが支援する認知症等の高齢者)数は、1 チームあたり 20.4 人であった。

自院以外に設置されている認知症初期集中支援チームにスタッフを派遣(兼務等)しているのは 2 病院で、スタッフ数は 16 人であった。

図表 1-4-2② チーム設置年度・チーム員構成 (n65)

[設置年度]

設置年度	病院数	割合
平成 26 年度	2	3.1%
平成 27 年度	9	13.8%
平成 28 年度	14	21.5%
平成 29 年度	15	23.1%
平成 30 年度	15	23.1%
令和元年度(平成 31 年度)	4	6.2%
令和2年度	4	6.2%
無回答	2	

[チーム員構成]

チーム員(職種)	人数	1チーム(病院)あたり
医師	108	1.7
精神保健福祉士	115	1.8
看護師	142	2.2
介護職員	17	0.3
その他	55	0.9

-2 「チームを設置していない場合」(419 病院)

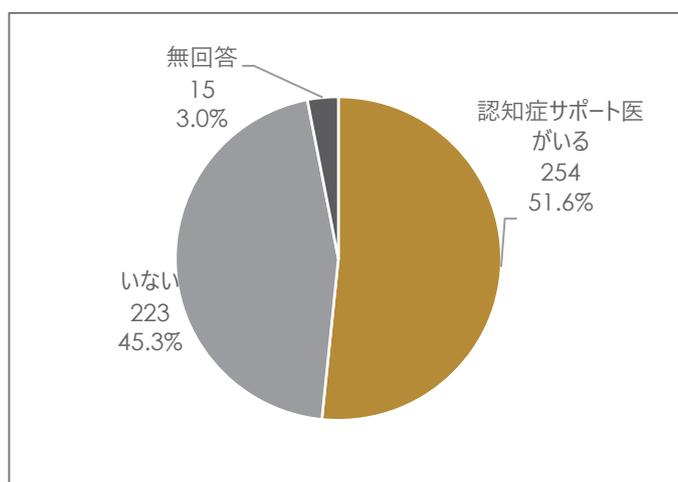
設置していない 419 病院について、他のチームにスタッフを派遣しているのは 112 病院(26.7%)、275 人であった。職種の内訳は、「医師」が 120 人(43.6%、1病院あたり平均 1.1 人)で最も多く、次いで、「精神保健福祉士」が 84 人(30.5%、同平均 0.8 人)、「看護師」が 42 人(15.3%、同平均 0.4 人)の順であった。自施設に初期集中支援チームが無くても、他施設の初期集中支援チームに医師を派遣している施設が 1/4 程度あることがわかった。

④.3 認知症サポート医の有無 (492 病院)

認知症サポート医の有無について、「認知症サポート医がいる」が 254 病院(51.6%)、「いない」が 223 病院(45.3%)であった。認知症サポート医がいる施設と認知症専門医がいる病院(231:52.1%)はほぼ同数であることが明らかになった。重なりもあると思われるが、認知症サポート医として認知症患者を適切な施設への紹介している施設と専門的医療を提供している施設がほぼ同数ある可能性もあると思われた。

認知症サポート医の所在と認知症専門医の所在のクロス集計の結果から、両者が所在する病院が 162 病院と最も多く、両者ともに所在しない場合が 148 病院で次に多かった。認知症サポート医は所在しているが専門医が所在していない病院が 84 病院で、専門医はいるが認知症サポート医はいない病院の 67 病院より多かった。

図表 1-4-3 認知症サポート医の有無 (n492)



【専門医の所在別の認知症サポート医の所在】

	認知症サポート医			計	
	いる	いない	無回答		
専門医	あり	162 70.1%	67 29.0%	2 0.9%	231 100.0%
	なし	84 35.7%	148 63.0%	3 1.3%	235 100.0%
	無回答	8 30.8%	8 30.8%	10 38.5%	26 100.0%
計	254 51.6%	223 45.3%	15 3.0%	492 100.0%	

【4学会別の専門医のいる病院における認知症サポート医所在病院の割合】

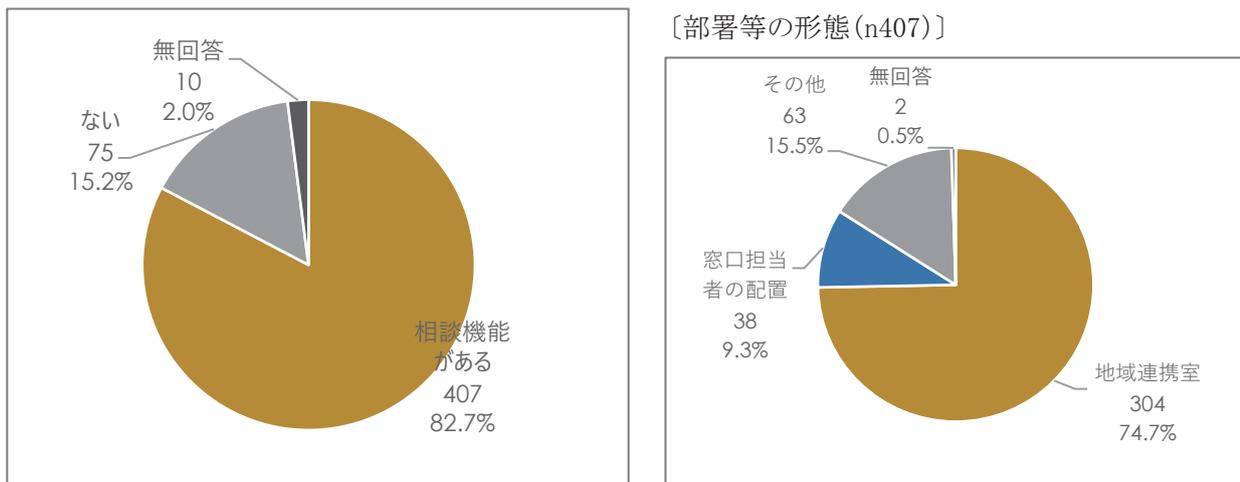
日本老年精神医学会	73(サポート医あり病院)/106(専門医あり病院)	68.9%
日本認知症学会	49/70	70.0%
日本精神神経学会	57/83	68.7%
日本精神科医学会	43/57	75.4%

④.4 相談機能の設置等 (492 病院)

広く地域から認知症等の相談を受ける窓口等の相談機能の有無等について、「相談機能がある」が 407 病院 (82.7%)、「ない」が 75 病院 (15.2%)であった。

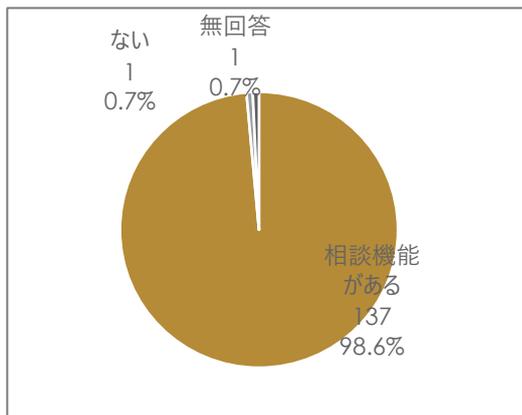
相談機能がある 407 病院の相談機能について、部署等の形態は、「地域連携室(専門部署)」が 304 病院 (74.7%)、「窓口担当者の配置」が 38 病院 (9.3%)であった。また、体制(担当職種)は、「精神保健福祉士」としたのが 383 病院 (94.1%)、「看護師」が 127 病院 (31.2%)となった。

図表 1-4-4① 認知症等の相談機能の有無 (n492)

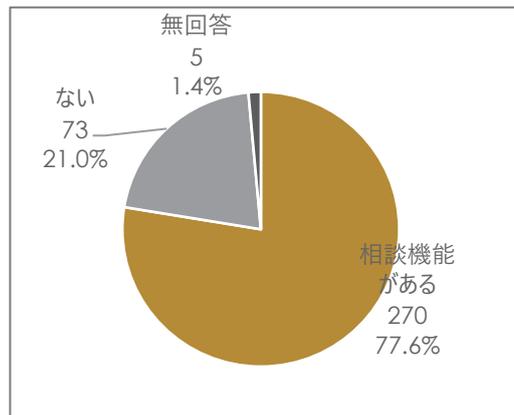


→ 認知症疾患医療センターの指定別の認知症等の相談機能の有無

i) 指定あり (n139)



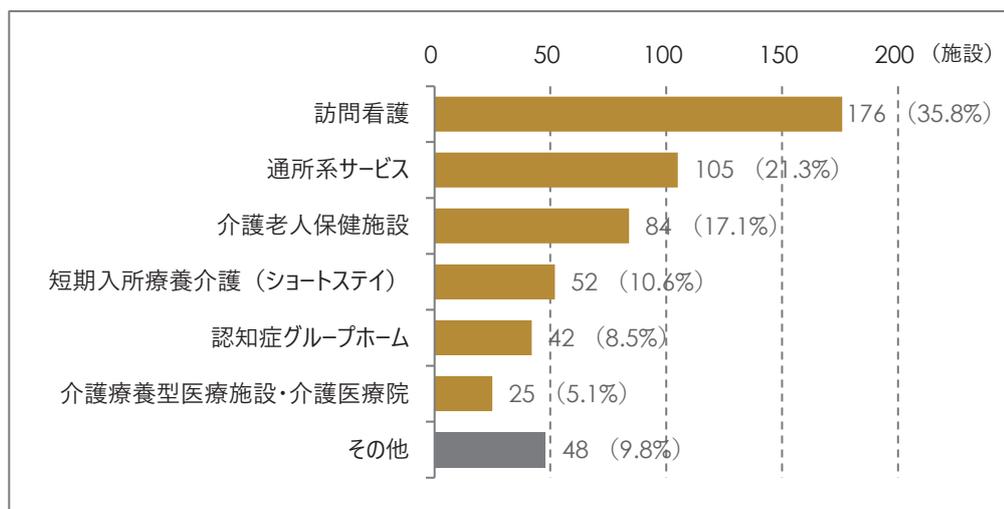
ii) 指定なし (n348)



④.5 介護サービス事業の実施(複数回答) (492 病院)

実施している(介護保険サービスの指定を受けている等)介護サービス事業について、「訪問看護」が 176 病院(35.8%)と最も多く、次いで、「通所系サービス」(通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護等)が 105 病院(21.3%)、「介護老人保健施設」が 84 病院(17.1%)の順であった。精神科看護師による訪問看護が最も大きなニーズを要していることは理解しやすい。精神科の専門的知識を有している看護師による定期的な訪問によって、不安、うつ、意欲低下、幻覚、妄想などの行動・心理症状を有する認知症者が在宅療養生活を送れている場面はよく経験する。

図表 1-4-5 介護サービス事業の実施 (n492)



(1).2 認知症に関する診療や相談・連携の状況

①認知症患者数（有効回答 434 病院）

令和3年7月1日～9月30日までの3ヶ月間の認知症患者（認知症の診断がついた・疑われる患者）数について、1病院あたり平均外来患者数は325.5人、うち、初診患者数は35.0人であった。

認知症疾患医療センターの指定別では、指定ありでは、1病院あたり平均外来患者数652.5人、うち初診患者数69.1人、指定なしでは、184.1人、19.4人であった。

図表 2-1① 認知症患者数（n434）

	認知症患者数(人)	1病院あたり(人)
外来患者数	141,278	325.5
うち、初診患者数	14,614	35.0

→ 認知症疾患医療センターの指定別の認知症患者数

i)指定あり（n131）

外来患者数	85,481	652.5
うち、初診患者数	9,058	69.1

ii)指定なし（n303）

外来患者数	55,797	184.1
うち、初診患者数	5,556	19.4

また、初診患者について、初診の目的別人数（複数回答）をみると、「外来治療のため」が1病院あたり平均17.2人と最も多く、次いで、「鑑別診断のため」が同15.1人、「入院（希望）のため」が同7.4人の順となった。

認知症疾患医療センターの指定別では、指定ありでは、「鑑別診断のため」が1病院あたり平均39.0人と最も多く、一方、指定なしでは、「外来治療のため」が同11.9人で最多であった。認知症疾患医療センターの指定の有無による認知症患者の受診者数の差が大きく、認知症疾患医療センターに認知症患者が、主として鑑別診断と外来治療のために紹介受診となっている現状がよくわかった。

図表 2-1② 初診の目的（n434）

	総数 (n434)	指定あり (n131)	指定なし (n303)
初診患者数	35.0	69.1	19.4
①入院（希望）のため	7.4	12.0	5.3
②鑑別診断のため	15.1	39.0	4.3
③外来治療のため	17.2	28.9	11.9
④成年後見の診断書・鑑定書作成のため	0.4	0.9	0.2
⑤主治医意見書作成のため	1.5	3.6	0.6
⑥その他	1.3	3.0	0.5

②認知症に関する相談（有効回答 422 病院）

令和3年7月1日～9月 30 日までの3ヶ月間に受けた認知症に関する相談について、総数、認知症疾患医療センターの指定および認知症専門医の有無による下記の群別に、相談者および相談内容別の相談件数を以下に整理する。

認知症疾患医療センターに専門医がどの程度所在しているのかを両者のクロス集計で調べたところ、専門医が所在している認知症疾患医療センターは 105 病院（認知症疾患医療センターの指定ある病院に占める割合 75.5%）であったが、専門医がない認知症疾患医療センターは 33 病院（同 23.7%）で、少数であった。（後者については、「認知症診療が5年以上の臨床経験のある医師」が所在していると思われる。）

認知症疾患医療センターでない病院のうち、専門医が所在している病院は 125 病院（認知症疾患医療センターの指定ない病院に占める割合 35.9%）であり、専門医もない病院は 202 病院（同 58.0%）と最も多かった。

以下の3群に分けて認知症の診療や相談・連携の状況を比較した。

【認知症疾患医療センターの指定および認知症専門医の有無によるグループ分け】

A 群：	認知症疾患医療センターの指定あり	138 病院（オレンジ）
B 群：	認知症疾患医療センターの指定なし、かつ、認知症専門医あり	125 病院（青）
C 群：	認知症疾患医療センターの指定なし、かつ、認知症専門医なし	202 病院（緑）

		認知症疾患医療センターの指定			計
		あり	なし	無回答	
専門医の有無	あり	105 75.5%	125 35.9%	1 20.0%	231 47.0%
	なし	33 23.7%	202 58.0%	0 0.0%	235 47.8%
	無回答	1 0.8%	21 6.1%	4 80.0%	26 5.2%
計		139 100.0%	348 100.0%	5 100.0%	492 100.0%

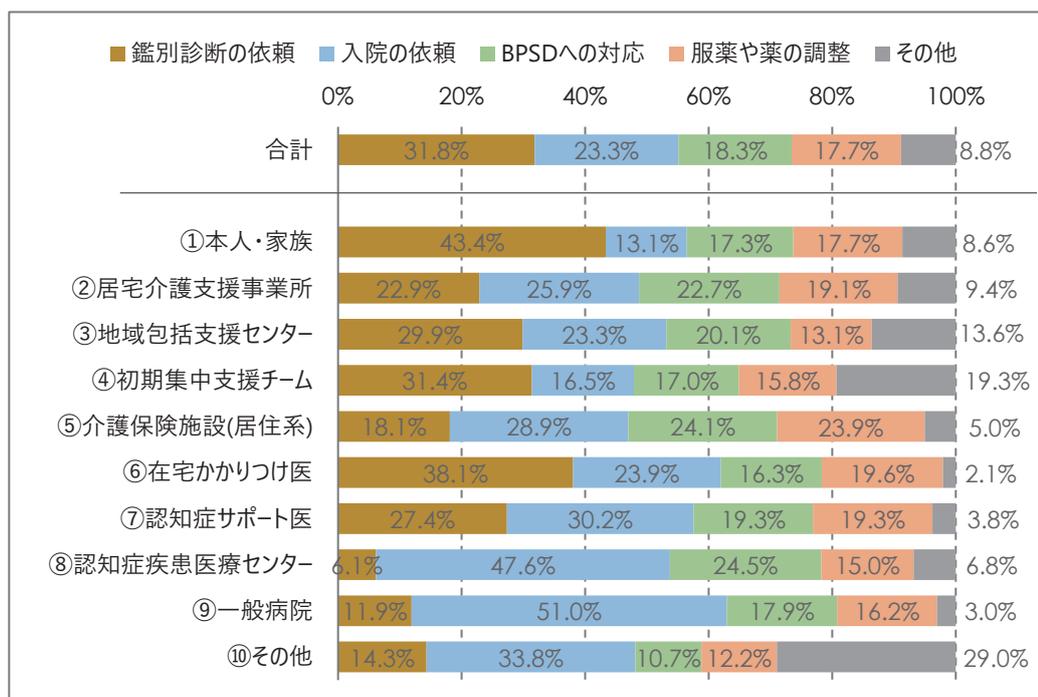
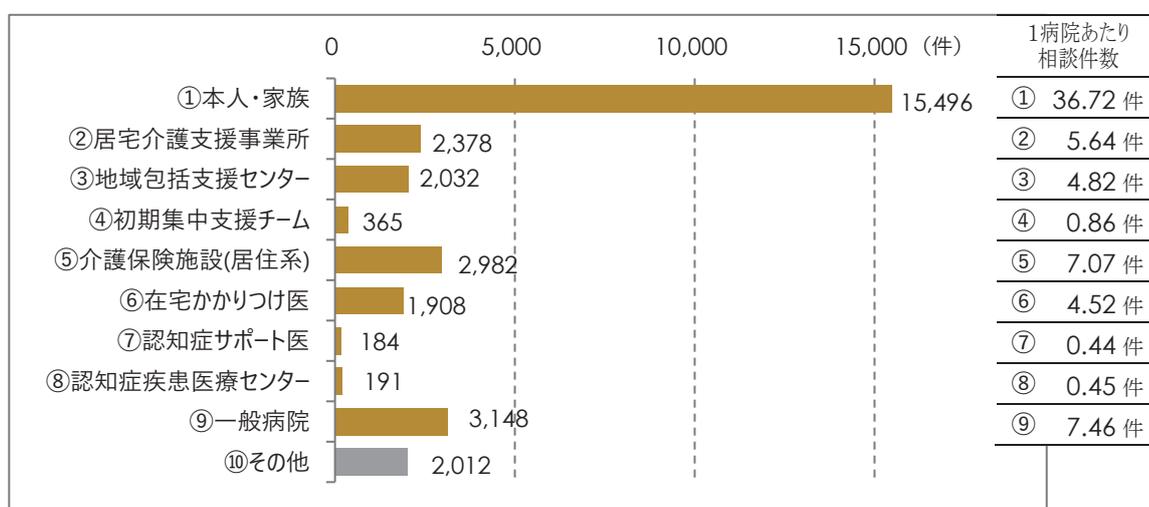
②.1 相談者・相談元別の相談件数・主な内容

相談者・相談元では、「本人・家族」が15,496件(1病院あたり件数36.72件)と最も多く、次いで、「一般病院」が3,148件(同7.46件)、「介護保険施設(居住系)」が2,982件(同7.07件)の順となった。

相談の主な内容は、「鑑別診断の依頼」が31.8%、「入院の依頼」が23.3%、「BPSDへの対応」が18.3%、「服薬や薬の調整」が17.7%の順となった。

相談者は本人・家族が圧倒的に多いことが明らかであった。家族・本人と在宅かかりつけ医は鑑別診断目的が最も多く、これは理解しやすい結果であった。入院の依頼は一般病院と認知症疾患医療センターからが多く、これは行動・心理症状が重度の患者に対して閉鎖病棟での治療が必要と考えられていることだと思われる。

図表 2-2-1 相談元別の件数・主な内容 (n422)



【認知症疾患医療センターの指定および認知症専門医の有無による3群別の比較】

前述の3群を比較するとA群で相談件数が最も多かった。また相談元については、全ての群で本人・家族からの相談が最も多かった。それぞれの群の本人・家族からの相談の平均件数は、A群で91.3、B群で12.7、C群で6.1であった。本人・家族から相談された後の対応については、全ての群で外来通院の割合が最も多かった。認知症疾患医療センターや一般医からの相談の場合には、全ての群で入院が最も大きな割合となっていたが、入院となる割合はA群よりB、C群で多かった。全ての施設からの紹介目的を整理したところ、A群は鑑別診断の割合が最も多く、B、C群では入院治療の割合が最も多かった。

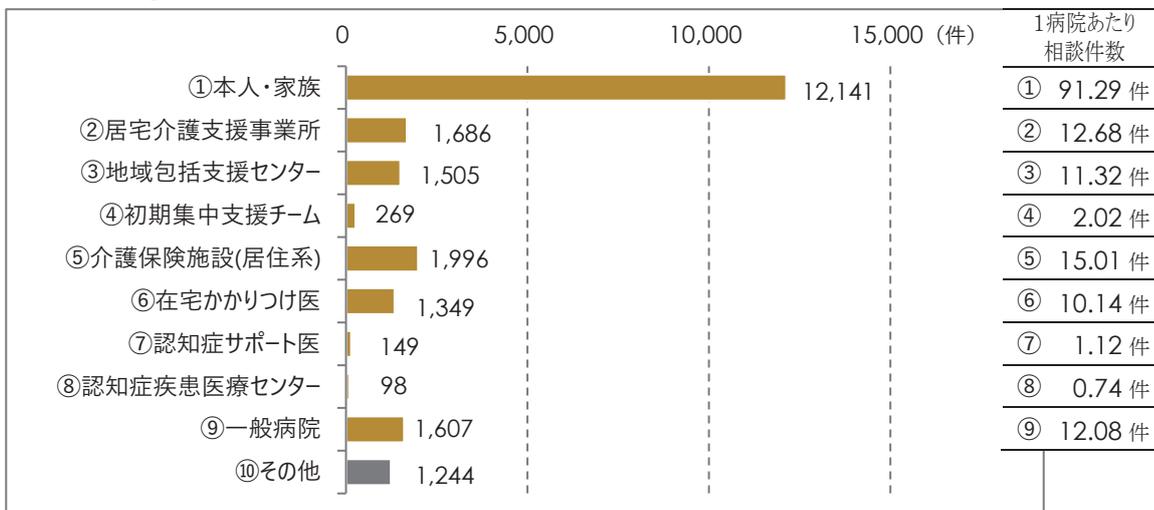
i) A群(認知症疾患医療センター指定あり) (有効回答 n133)

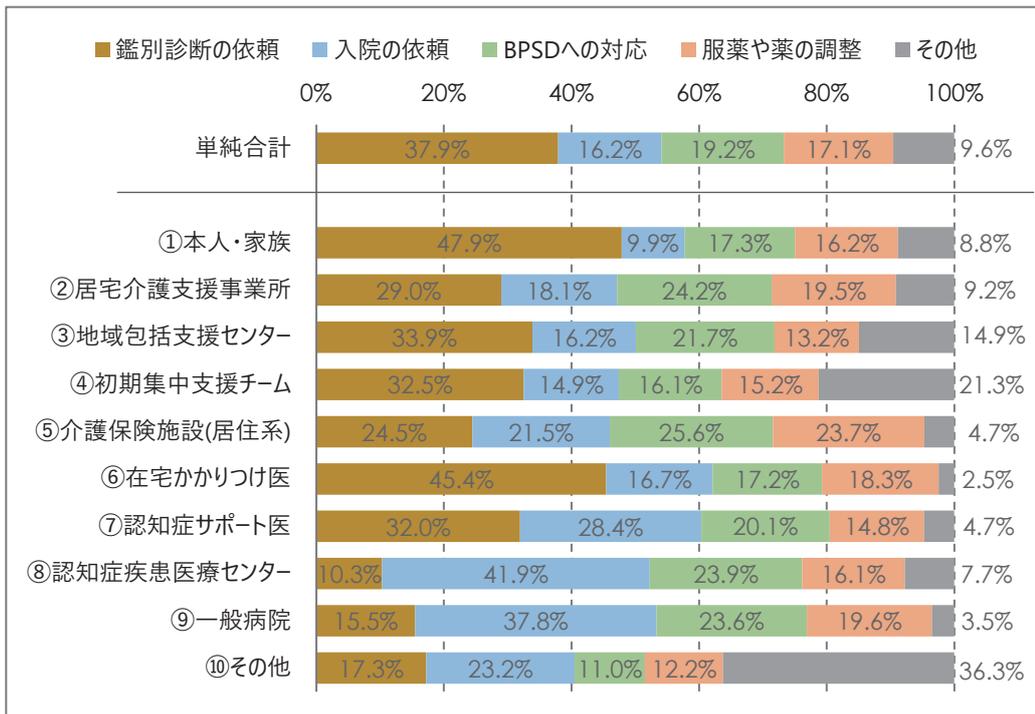
相談者・相談元では、「本人・家族」が12,141件(1病院あたり件数は91.29件)と最も多く、次いで、「介護保険施設(居住系)」が1,996件(同15.01件)、「居宅介護支援事業所」が1,607件(同12.68件)の順となった。

相談の主な内容は、「鑑別診断の依頼」が37.9%、「BPSDへの対応」が19.2%、「服薬や薬の調整」が17.1%、「入院の依頼」が16.2%の順となった。

認知症疾患医療センターに対する相談元は本人・家族が最も多いことから、認知症疾患医療センターが一般地域住民に知られる存在になっていることが明らかになった。その本人と家族、および在宅かかりつけ医からの依頼内容は鑑別診断が最も多く、早期診断の重要性が啓発されてきていること、認知症疾患医療センターがその役割を有していること、そして信頼されていることがうかがえる。他の認知症疾患医療センターからの紹介理由は入院依頼が最も多く、これは連携型、基幹型などの入院施設を有さない、あるいは開放病棟しか有さない認知症疾患医療センターから閉鎖病棟のある地域型認知症疾患医療センターへの紹介であると想像する。また次項に結果が示されている認知症疾患医療センターの指定の無い精神科病院への紹介数と比較すると殆どの紹介・相談元からの紹介数が桁違いに多いことから、全ての種類の施設において、認知症に関する様々な事を相談できる施設として認知症疾患医療センターが認知されていると思われた。

図表 2-2-2① 相談元別の件数・主な内容 (n133)





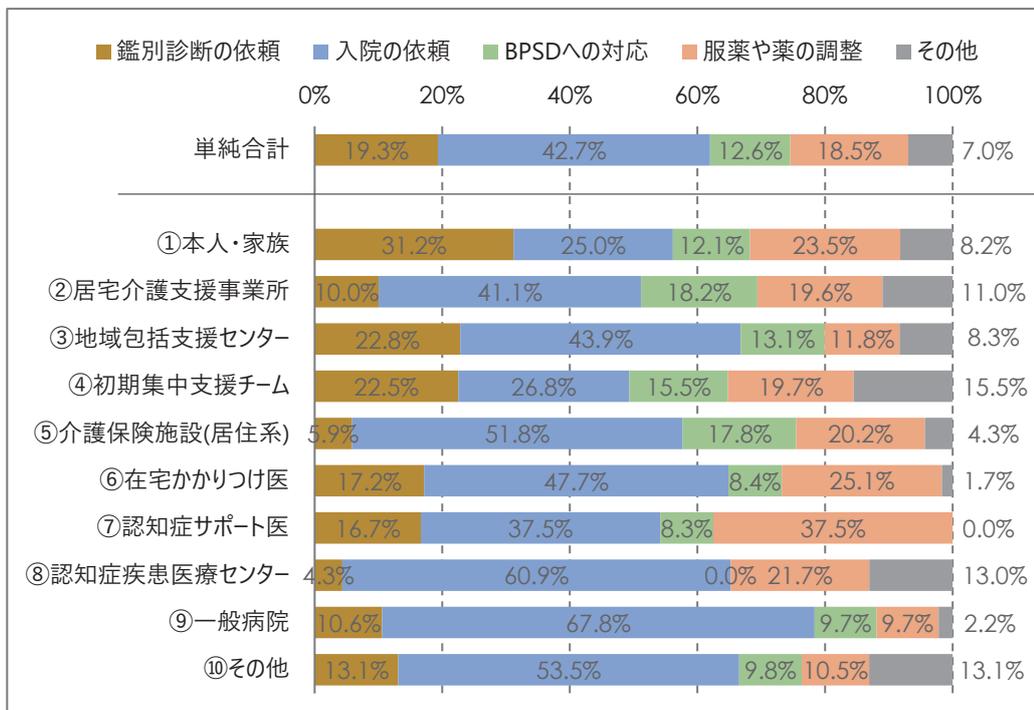
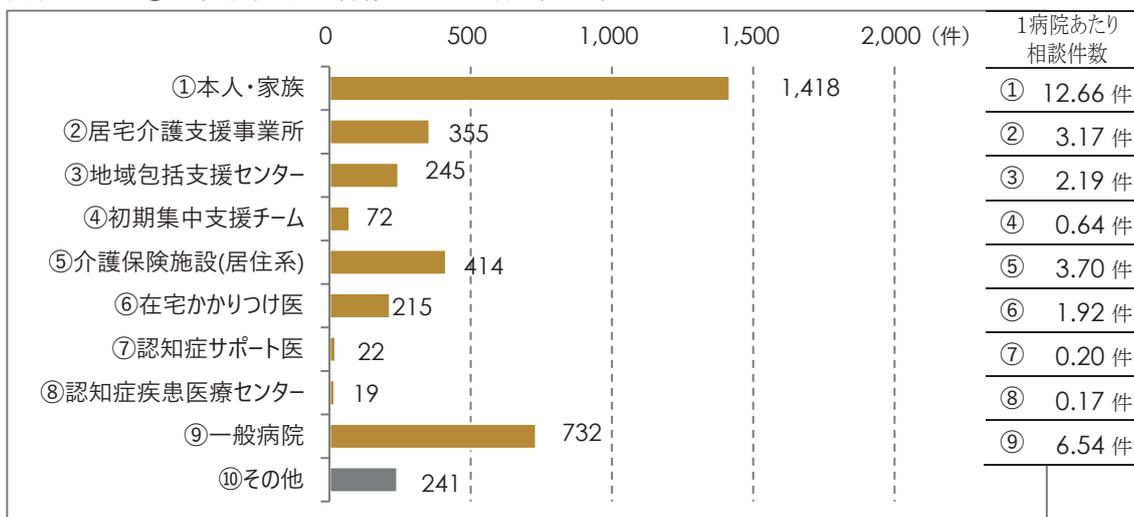
ii) B群(認知症疾患医療センター指定なし・専門医あり) (有効回答 n112)

相談者・相談元では、「本人・家族」が 1,418 件(1 病院あたり件数は 12.66 件)と最も多く、次いで、「一般病院」が 732 件(同 6.54 件)、「介護保険施設(居住系)」が 414 件(同 3.70 件)の順となった。

相談の主な内容は、「入院の依頼」が 42.7%、「鑑別診断の依頼」が 19.3%、「服薬や薬の調整」が 18.5%、「BPSD への対応」が 12.6% の順となった。

前項目で触れたが、認知症疾患医療センターの指定を受けている施設と比較すると紹介件数が少ない。その中では、一般病院から入院依頼が多い。これは入院治療を受けてもらえる施設として精神科病院が認知されていることの表れだと思われる。

図表 2-2-2② 相談元別の件数・主な内容 (n112)

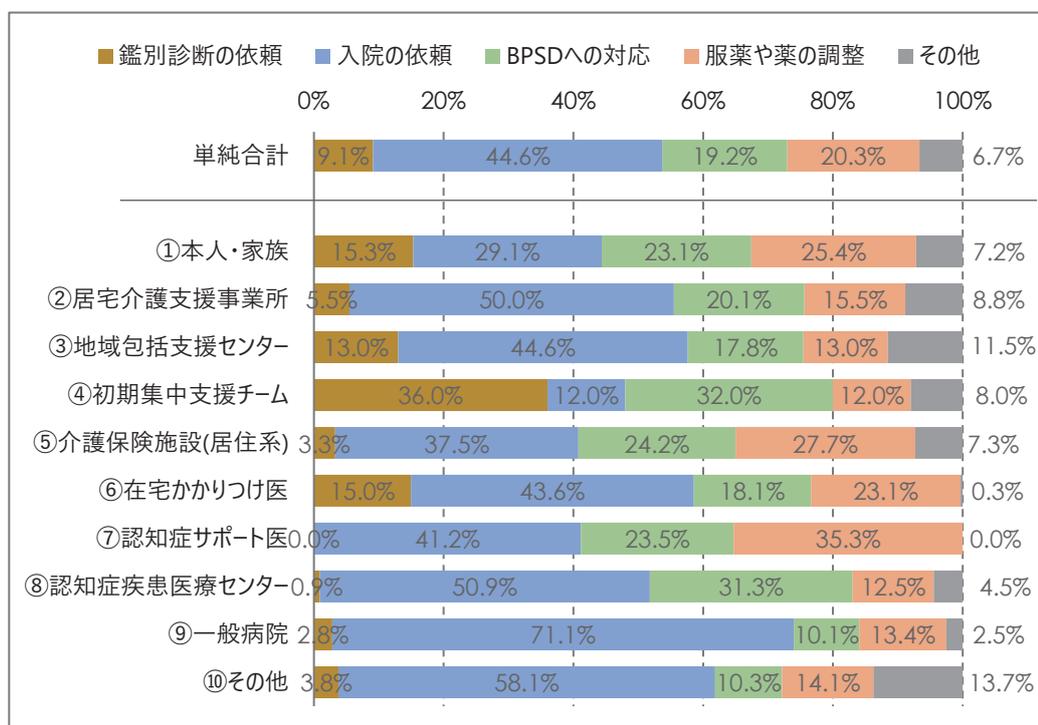
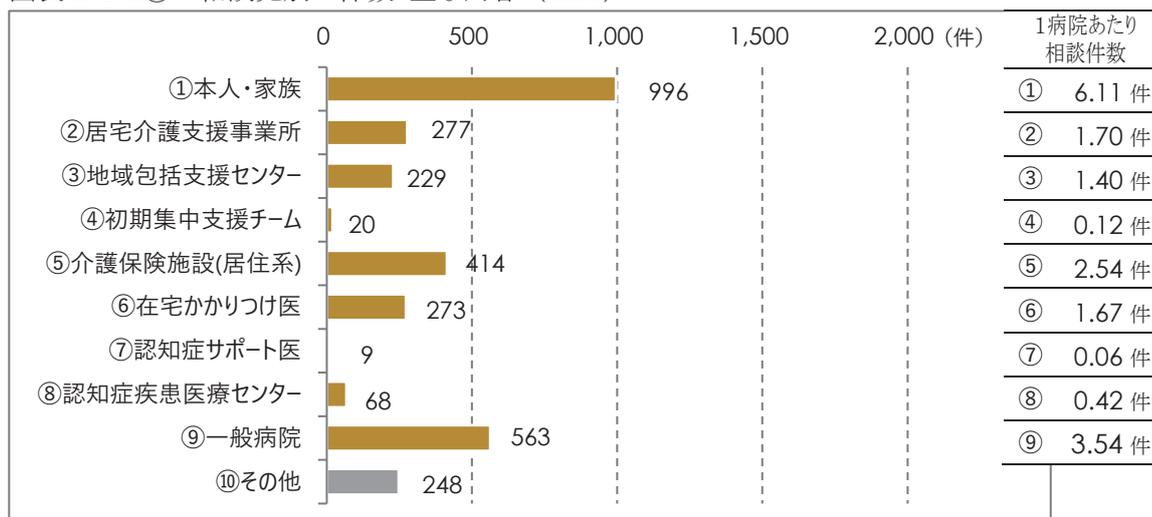


iii) C群(認知症疾患医療センター指定なし・専門医なし) (有効回答 n163)

相談者・相談元では、「本人・家族」が 996 件(1 病院あたり件数は 6.11 件)と最も多く、次いで、「一般病院」が 563 件(同 3.54 件)、「介護保険施設(居住系)」が 414 件(同 2.54 件)の順となった。

相談の主な内容は、「入院の依頼」が 44.6%、「服薬や薬の調整」が 20.3%、「BPSD への対応」が 19.2%、「鑑別診断の依頼」が 9.1% の順となった。

図表 2-2-2③ 相談元別の件数・主な内容 (n163)



②.2 相談後の対応の状況

相談元別の相談後の対応の状況は、『本人・家族』からの相談では「外来通院」が 26.8%、「相談のみ」が 15.4%、『一般病院』では「入院」が 31.6%、「相談のみ」が 19.3%、『介護保険施設(居住系)』では「外来通院」が 29.6%、「入院」が 18.7%となった。

認知症疾患医療センターと一般病院からの紹介の場合、入院となる割合が最も多いが、その他は、外来通院となる割合が最も多い。相談のみも結構多い。診断、外来通院にもなっていないようなので、どのような相談であったのか知りたいと思った。

図表 2-2-3 相談元別の相談後の対応（有効回答 n422）

	相談 件数	相談後の対応（複数回答）					
		入院	外来通院	診断のみ	相談のみ	その他	
①本人・家族	件数)	15,496	1,082	4,156	1,699	2,394	510
	平均)	36.7	2.8	10.8	4.4	6.2	1.3
	割合)		7.0%	26.8%	11.0%	15.4%	3.3%
②居宅介護 支援事業所	件数)	2,378	364	743	173	457	137
	平均)	5.6	1.3	2.6	0.6	1.6	0.5
	割合)		15.3%	31.2%	7.3%	19.2%	5.8%
③地域包括 支援センター	件数)	2,032	267	480	186	449	117
	平均)	4.8	1.0	1.7	0.7	1.6	0.4
	割合)		13.1%	23.6%	9.2%	22.1%	5.8%
④初期集中 支援チーム	件数)	365	40	87	34	54	39
	平均)	0.9	0.6	1.3	0.5	0.8	0.6
	割合)		11.0%	23.8%	9.3%	14.8%	10.7%
⑤介護保険 施設(居住系)	件数)	2,982	557	884	151	316	125
	平均)	7.1	2.0	3.1	0.5	1.1	0.4
	割合)		18.7%	29.6%	5.1%	10.6%	4.2%
⑥在宅かかり つけ医	件数)	1,908	369	588	399	140	137
	平均)	4.5	1.7	2.8	1.9	0.7	0.6
	割合)		19.3%	30.8%	20.9%	7.3%	7.2%
⑦認知症 サポート医	件数)	184	45	63	34	12	9
	平均)	0.4	0.9	1.3	0.7	0.3	0.2
	割合)		24.5%	34.2%	18.5%	6.5%	4.9%
⑧認知症疾患 医療センター	件数)	191	79	19	12	51	25
	平均)	0.5	1.4	0.3	0.2	0.9	0.4
	割合)		41.4%	9.9%	6.3%	26.7%	13.1%
⑨一般病院	件数)	3,148	996	399	195	607	264
	平均)	7.5	3.3	1.3	0.6	2.0	0.9
	割合)		31.6%	12.7%	6.2%	19.3%	8.4%
⑩その他	件数)	2,012	297	404	217	581	134
	平均)	4.8	1.2	1.7	0.9	2.4	0.6
	割合)		14.8%	20.1%	10.8%	28.9%	6.7%

*平均)は1病院あたり平均件数

→ 認知症疾患医療センターの指定および認知症専門医の有無による3群別

i) A群(認知症疾患医療センター指定あり)(有効回答 n133)

相談元別の相談後の対応の状況は、『本人・家族』、『介護保険施設(居住系)』、『居宅介護支援事業所』等からの相談については「外来通院」、「相談のみ」の順で対応が多かった一方で、『在宅かかりつけ医』、『認知症サポート医』では、「外来通院」に続いて「診断のみ」の対応となる場合が多かった。『認知症疾患医療センター』、『一般病院』では、「入院」の対応が最も多かった。

一般病院からの紹介で入院となる割合は認知症疾患医療センターの指定を受けた精神科病院よりも受けていない精神科病院の方が多い。

図表 2-2-4① 相談元別の相談後の対応 (n133)

	相談 件数	相談後の対応(複数回答)					
		入院	外来通院	診断のみ	相談のみ	その他	
①本人・家族	件数)	12,141	616	3,262	1,438	1,852	357
	平均)	91.3	4.7	25.1	11.1	14.2	2.7
	割合)		5.1%	26.9%	11.8%	15.3%	2.9%
②居宅介護 支援事業所	件数)	1,686	182	552	151	266	99
	平均)	12.7	1.6	4.8	1.3	2.3	0.9
	割合)		10.8%	32.7%	9.0%	15.8%	5.9%
③地域包括 支援センター	件数)	1,505	146	339	170	296	84
	平均)	11.3	1.2	2.9	1.5	2.5	0.7
	割合)		9.7%	22.5%	11.3%	19.7%	5.6%
④初期集中 支援チーム	件数)	269	21	58	30	43	30
	平均)	2.0	0.6	1.6	0.8	1.2	0.8
	割合)		7.8%	21.6%	11.2%	16.0%	11.2%
⑤介護保険 施設(居住系)	件数)	1,996	265	573	120	172	84
	平均)	15.0	2.5	5.3	1.1	1.6	0.8
	割合)		13.3%	28.7%	6.0%	8.6%	4.2%
⑥在宅かかり つけ医	件数)	1,349	201	427	368	77	110
	平均)	10.1	2.0	4.2	3.6	0.8	1.1
	割合)		14.9%	31.7%	27.3%	5.7%	8.2%
⑦認知症 サポート医	件数)	149	33	55	34	7	9
	平均)	1.1	1.1	1.8	1.1	0.2	0.3
	割合)		22.1%	36.9%	22.8%	4.7%	6.0%
⑧認知症疾患 医療センター	件数)	98	33	10	10	25	17
	平均)	0.7	1.0	0.3	0.3	0.8	0.5
	割合)		33.7%	10.2%	10.2%	25.5%	17.3%
⑨一般病院	件数)	1,607	377	227	148	186	183
	平均)	12.1	3.9	2.3	1.5	1.9	1.9
	割合)		23.5%	14.1%	9.2%	11.6%	11.4%
⑩その他	件数)	1,244	142	320	191	406	73
	平均)	9.4	1.4	3.2	1.9	4.0	0.7
	割合)		11.4%	25.7%	15.4%	32.6%	5.9%

*平均)は1病院あたり平均件数

ii) B群(認知症疾患医療センター指定なし・専門医あり)(有効回答 n112)

相談元別の相談後の対応の状況は、相談内容の状況(「入院の依頼」が最多)に応じて、『介護保険施設(居住系)』、『一般病院』、『在宅かかりつけ医』等で「入院」の対応が最多となった。他方、『一般病院』からの相談では「相談のみ」の対応となる場合も一定程度あった。

一般病院、および認知症疾患医療センターからの紹介で入院となる割合は認知症疾患医療センターの指定を受けていない精神科病院で多い。

図表 2-2-4② 相談元別の相談後の対応 (n112)

	相談 件数	相談後の対応(複数回答)					
		入院	外来通院	診断のみ	相談のみ	その他	
①本人・家族	件数)	1,418	257	461	210	293	89
	平均)	12.7	2.6	4.6	2.1	2.9	0.9
	割合)		18.1%	32.5%	14.8%	20.7%	6.3%
②居宅介護 支援事業所	件数)	355	101	118	18	85	20
	平均)	3.2	1.3	1.6	0.2	1.1	0.3
	割合)		28.5%	33.2%	5.1%	23.9%	5.6%
③地域包括 支援センター	件数)	245	67	77	6	69	16
	平均)	2.2	1.1	1.2	0.1	1.1	0.3
	割合)		27.3%	31.4%	2.4%	28.2%	6.5%
④初期集中 支援チーム	件数)	72	16	23	3	5	5
	平均)	0.6	0.9	1.4	0.2	0.3	0.3
	割合)		22.2%	31.9%	4.2%	6.9%	6.9%
⑤介護保険 施設(居住系)	件数)	414	173	126	24	56	13
	平均)	3.7	2.4	1.8	0.3	0.8	0.2
	割合)		41.8%	30.4%	5.8%	13.5%	3.1%
⑥在宅かかり つけ医	件数)	215	86	78	22	19	6
	平均)	1.9	1.9	1.7	0.5	0.4	0.1
	割合)		40.0%	36.3%	10.2%	8.8%	2.8%
⑦認知症 サポート医	件数)	22	7	7	0	1	0
	平均)	0.2	0.6	0.6	0.0	0.1	0.0
	割合)		31.8%	31.8%	0.0%	4.5%	0.0%
⑧認知症疾患 医療センター	件数)	19	9	5	0	3	1
	平均)	0.2	0.8	0.5	0.0	0.3	0.1
	割合)		47.4%	26.3%	0.0%	15.8%	5.3%
⑨一般病院	件数)	732	338	70	40	224	52
	平均)	6.5	4.0	0.8	0.5	2.7	0.6
	割合)		46.2%	9.6%	5.5%	30.6%	7.1%
⑩その他	件数)	241	73	35	23	59	29
	平均)	2.2	1.3	0.6	0.4	1.1	0.5
	割合)		30.3%	14.5%	9.5%	24.5%	12.0%

*平均)は1病院あたり平均件数

iii) C群(認知症疾患医療センター指定なし・専門医なし) (有効回答 n163)

相談元別の相談後の対応の状況は、相談内容について B 群(認知症疾患医療センター指定なし・専門医あり)の傾向と同様であったが、相談後の対応としては「相談のみ」となる件数の割合が全体的に高くなっていた。もともと、「入院」、「外来通院」の割合が減少している傾向はなく、一定程度の対応が行われていることがうかがえた。

図表 2-2-4③ 相談元別の相談後の対応 (n163)

	相談 件数	相談後の対応 (複数回答)					
		入院	外来通院	診断のみ	相談のみ	その他	
①本人・家族	件数)	996	198	397	46	239	62
	平均)	6.1	1.4	2.8	0.3	1.7	0.4
	割合)		19.9%	39.9%	4.6%	24.0%	6.2%
②居宅介護 支援事業所	件数)	277	76	66	2	104	17
	平均)	1.7	0.9	0.8	0.0	1.3	0.2
	割合)		27.4%	23.8%	0.7%	37.5%	6.1%
③地域包括 支援センター	件数)	229	50	59	9	84	17
	平均)	1.4	0.6	0.7	0.1	0.9	0.2
	割合)		21.8%	25.8%	3.9%	36.7%	7.4%
④初期集中 支援チーム	件数)	20	3	4	0	6	4
	平均)	0.1	0.3	0.4	0.0	0.7	0.4
	割合)		15.0%	20.0%	0.0%	30.0%	20.0%
⑤介護保険 施設(居住系)	件数)	414	110	167	6	75	26
	平均)	2.5	1.2	1.8	0.1	0.8	0.3
	割合)		26.6%	40.3%	1.4%	18.1%	6.3%
⑥在宅かかり つけ医	件数)	273	81	83	9	40	21
	平均)	1.7	1.3	1.3	0.1	0.6	0.3
	割合)		29.7%	30.4%	3.3%	14.7%	7.7%
⑦認知症 サポート医	件数)	9	5	0	0	4	0
	平均)	0.1	1.3	0.0	0.0	1.0	0.0
	割合)		55.6%	0.0%	0.0%	44.4%	0.0%
⑧認知症疾患 医療センター	件数)	68	34	4	2	22	7
	平均)	0.4	2.6	0.3	0.2	1.7	0.5
	割合)		50.0%	5.9%	2.9%	32.4%	10.3%
⑨一般病院	件数)	563	256	92	6	171	24
	平均)	3.5	2.3	0.8	0.1	1.5	0.2
	割合)		45.5%	16.3%	1.1%	30.4%	4.3%
⑩その他	件数)	248	68	47	2	111	30
	平均)	1.5	0.9	0.6	0.0	1.5	0.4
	割合)		27.4%	19.0%	0.8%	44.8%	12.1%

*平均)は1病院あたり平均件数

③認知症に関する連携（有効回答 399 病院）

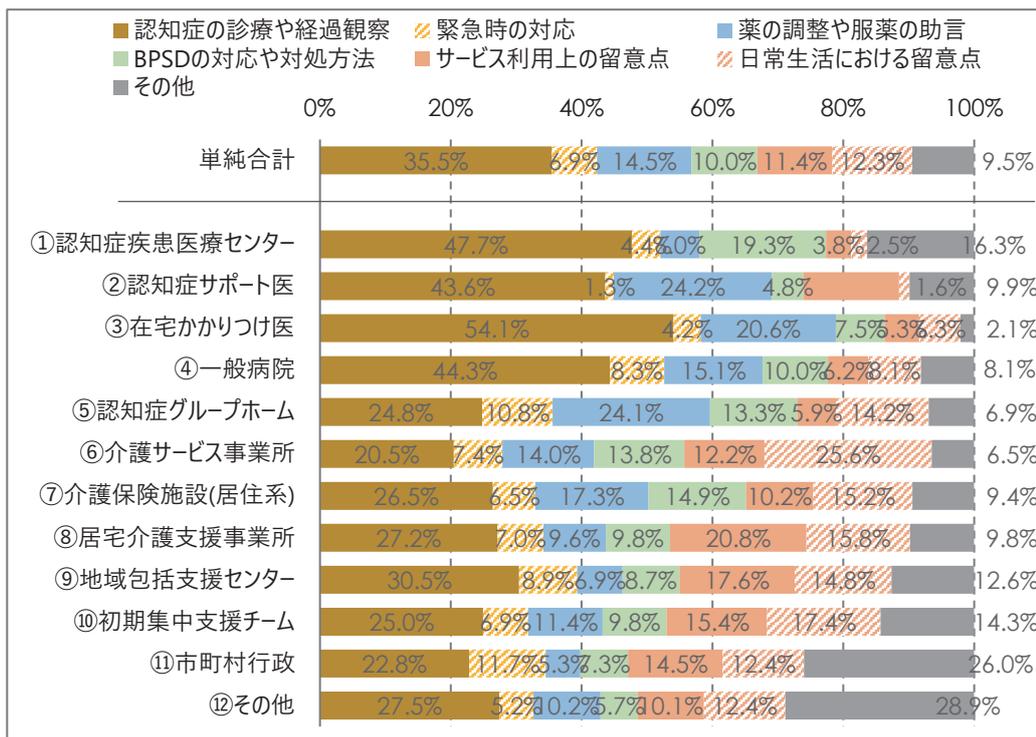
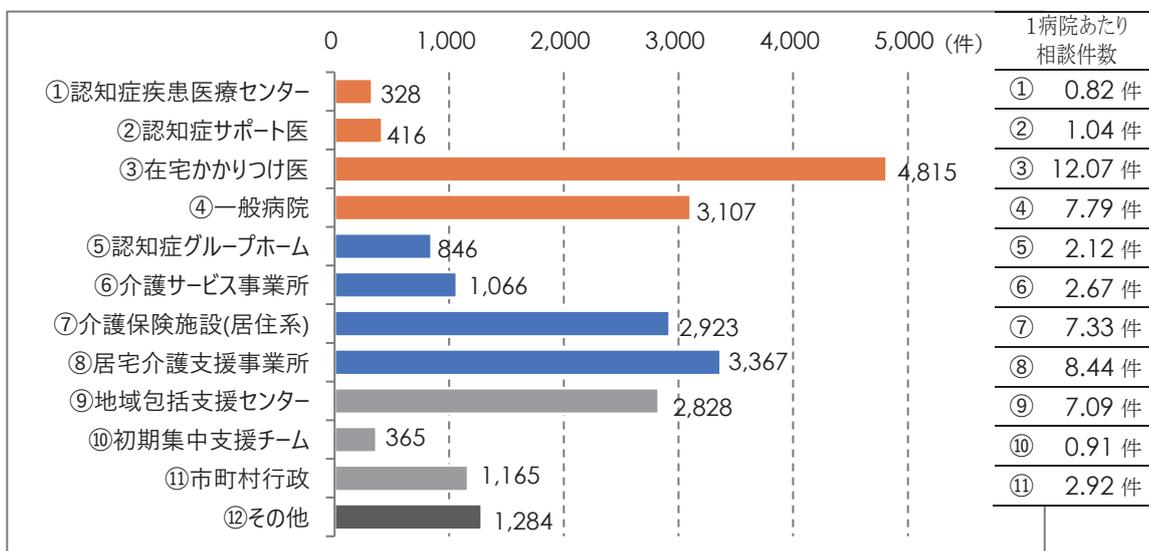
令和3年7月1日～9月 30 日までの3ヶ月間に行った認知症に関する地域の社会資源との連携について、総数、および、前述の A～C の3群別に、連携先(機関)および連携内容別の件数を以下に整理する。

連携先(機関)では、「在宅かかりつけ医」が 4,815 件(1 病院あたり件数 12.07 件)と最も多く、次いで、「居宅介護支援事業所」が 3,367 件(同 8.44 件)、「一般病院」が 3,107 件(同 7.79 件)の順であった。

連携の主な内容は、「認知症の診療や経過観察」が 35.5%、「薬の調整や服薬の助言」が 14.5%、「日常生活上の留意点」が 12.3%、「サービス利用上の留意点」が 11.4%の順となった。

紹介を受けた後、在宅かかりつけ医と一般病院での診療、経過観察を依頼するため紹介することが多く、また介護保険サービスの併用のために介護施設にも紹介するということであると理解した。

図表 2-3-1 連携先別の件数・主な内容 (n399)



【認知症疾患医療センターの指定および認知症専門医の有無による3群別の比較】

社会資源との連携においては、A群はかかりつけ医との連携がもっとも多かったが、B、C群では、介護施設、一般病院、ケアマネとの連携割合が多かった。これは目的の違いであると思われた。B群の施設と認知症疾患医療センターとの連携は、経過観察目的が多く、これは外来診察が中心だろうと思われた。

一方、C群については BPSD 対応を目的に認知症疾患医療センターから紹介されていることが多く、これは必要時に直ちに入院治療をお願いするためではないかと思われた。初期集中支援チームと連携する割合も C群が最も多く、これも BPSD に対して緊急の対応をしてもらえるからであろうと思われた。

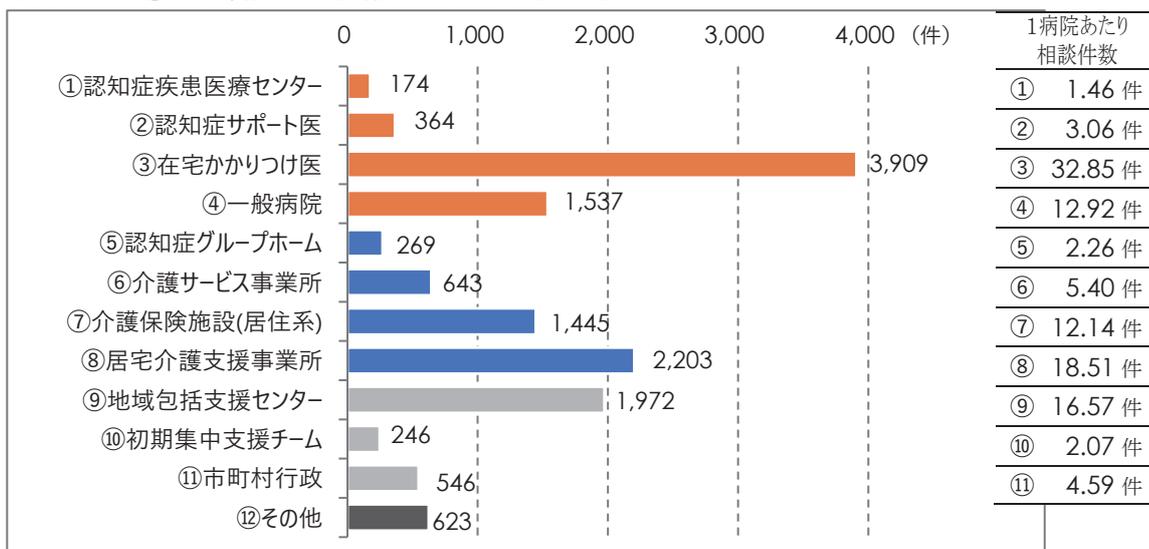
i) A群(認知症疾患医療センター指定あり) (有効回答 n119)

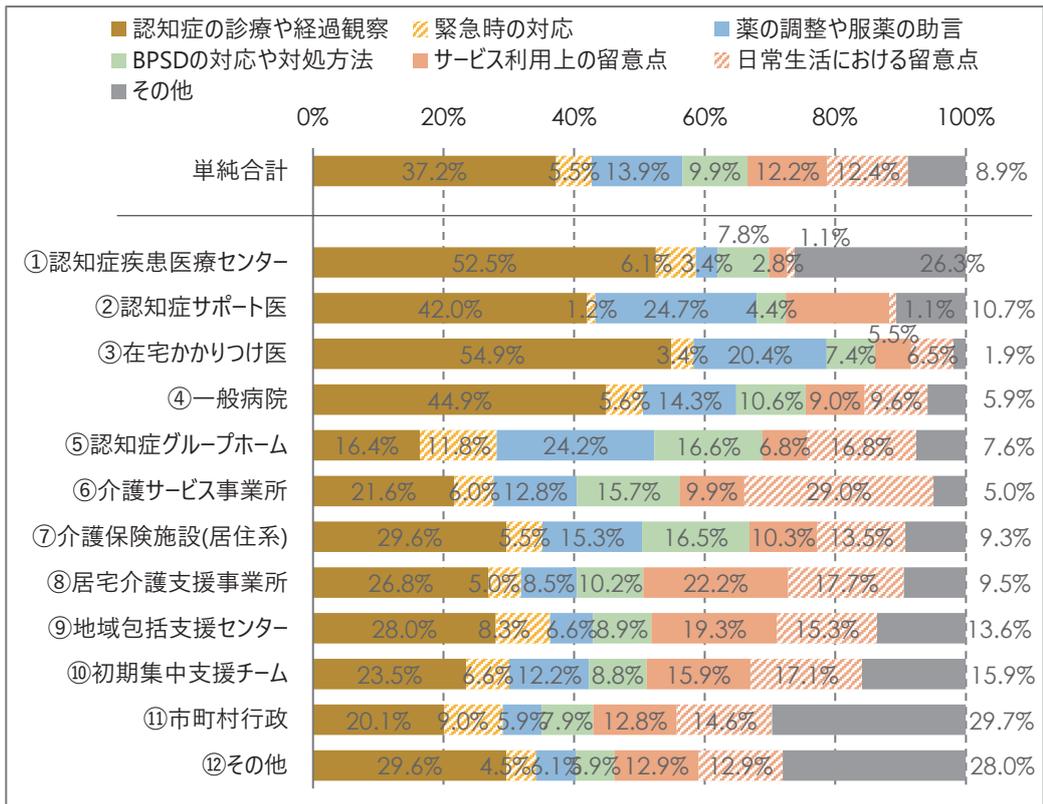
連携先(機関)では、「在宅かかりつけ医」が 3,909 件(1 病院あたり件数 12.07 件)と最も多く、次いで、「居宅介護支援事業所」が 3,367 件(同 8.44 件)、「一般病院」が 3,107 件(同 7.79 件)の順であった。

連携の主な内容は、「認知症の診療や経過観察」が 37.2%、「薬の調整や服薬の助言」が 13.9%、「日常生活上の留意点」が 12.4%、「サービス利用上の留意点」が 12.2%の順となった。

A群(認知症疾患医療センター指定あり)での結果は全体の結果と類似していた。

図表 2-3-2① 連携先別の件数・主な内容 (n119)





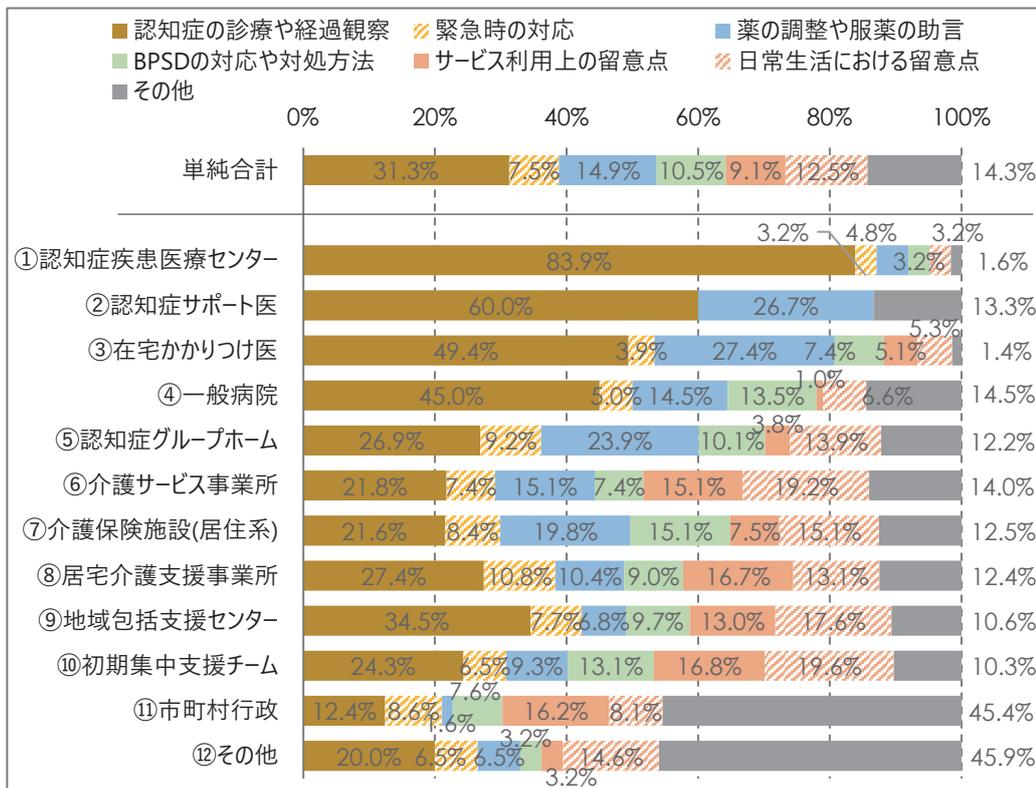
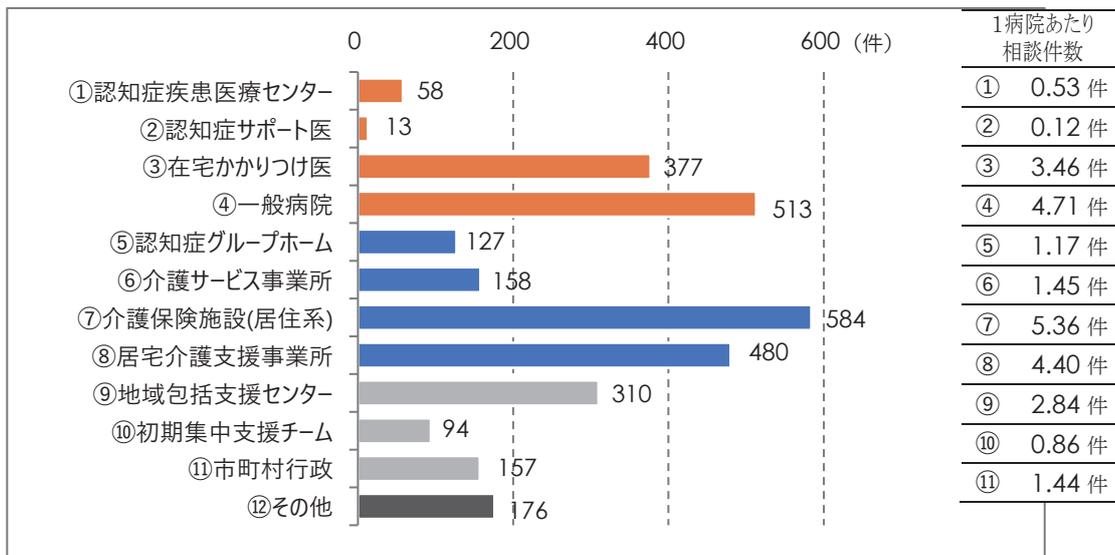
ii) B群(認知症疾患医療センター指定なし・専門医あり) (有効回答 n109)

連携先(機関)では、「介護保険施設(居住系)」が584件(1病院あたり件数 5.36件)と最も多く、次いで、「一般病院」が513件(同 4.71件)、「居宅介護支援事業所」が480件(同 4.40件)の順であった。

連携の主な内容は、「認知症の診療や経過観察」が31.3%、「薬の調整や服薬の助言」が14.9%、「日常生活上の留意点」が12.5%、「BPSDの対応や対処方法」が10.5%の順となった。

認知症疾患医療センターの指定無しの紹介先は在宅かかりつけ医よりも一般病院の方が多いのが特徴である。これは一般病院からの紹介が多いので、紹介を受けた施設に逆紹介したことの表れではないかと思われた。

図表 2-3-2② 連携先別の件数・主な内容 (n109)



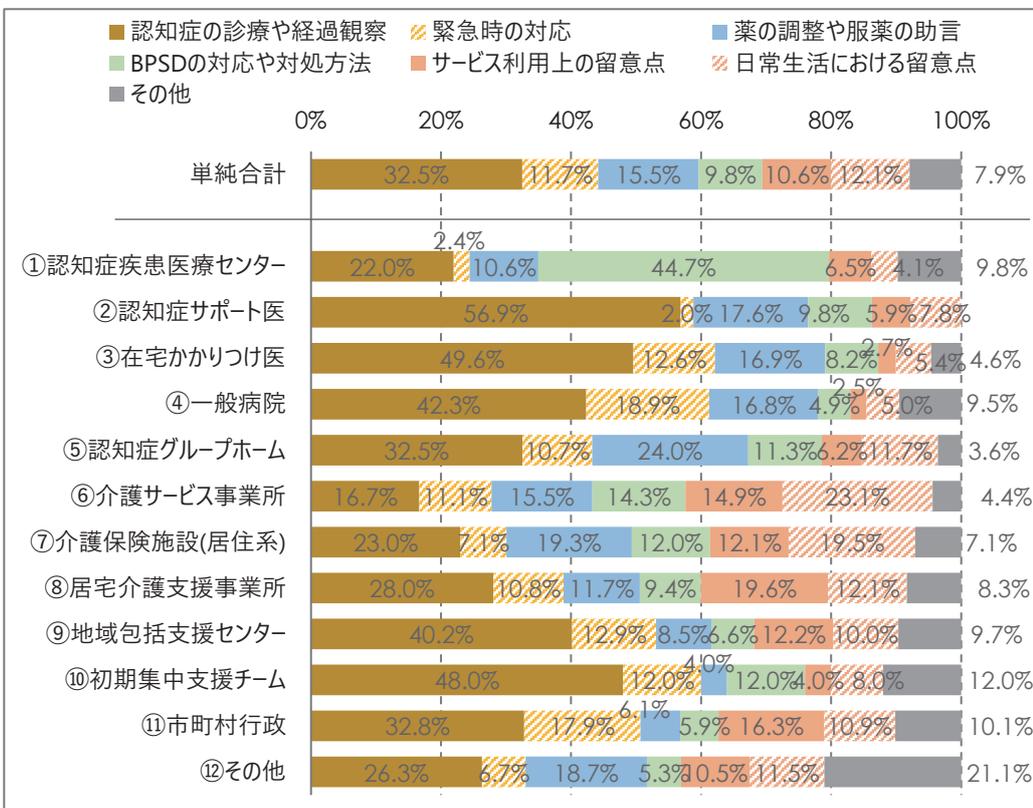
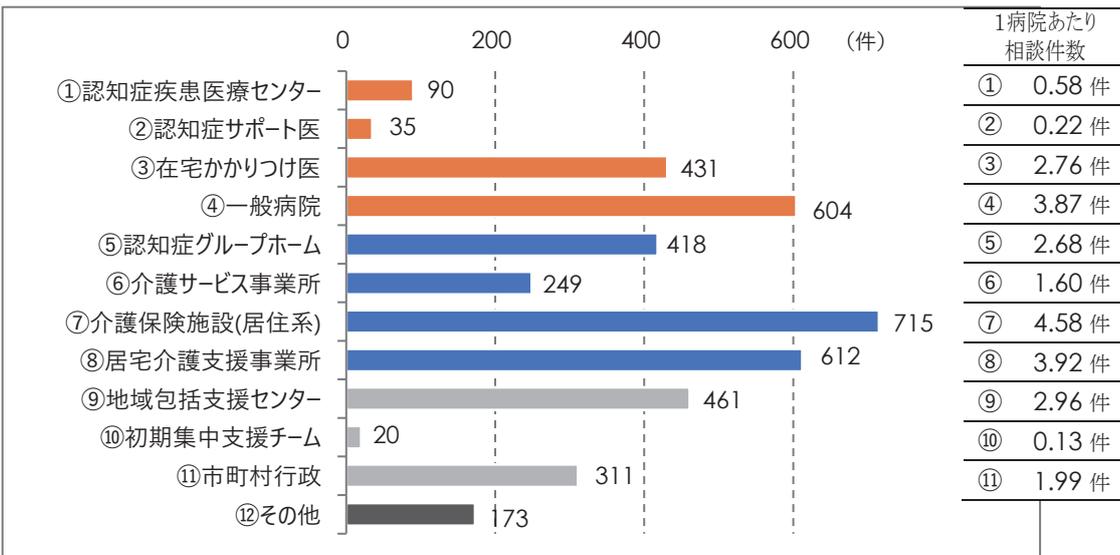
iii) C群(認知症疾患医療センター指定なし・専門医なし) (有効回答 n156)

連携先(機関)では、「介護保険施設(居住系)」が715件(1病院あたり件数4.58件)と最も多く、次いで、「居宅介護支援事業所」が612件(同3.92件)、「一般病院」が604件(同3.87件)の順であった。

連携の主な内容は、「認知症の診療や経過観察」が32.5%、「薬の調整や服薬の助言」が15.5%、「日常生活上の留意点」が12.1%、「緊急時の対応」が11.7%の順となった。

在宅かかりつけ医と一般病院との連携と介護保険施設、居宅介護支援事業所との連携が多かった。

図表 2-3-2③ 連携先別の件数・主な内容 (n156)



(1).3 連携の利点・課題等

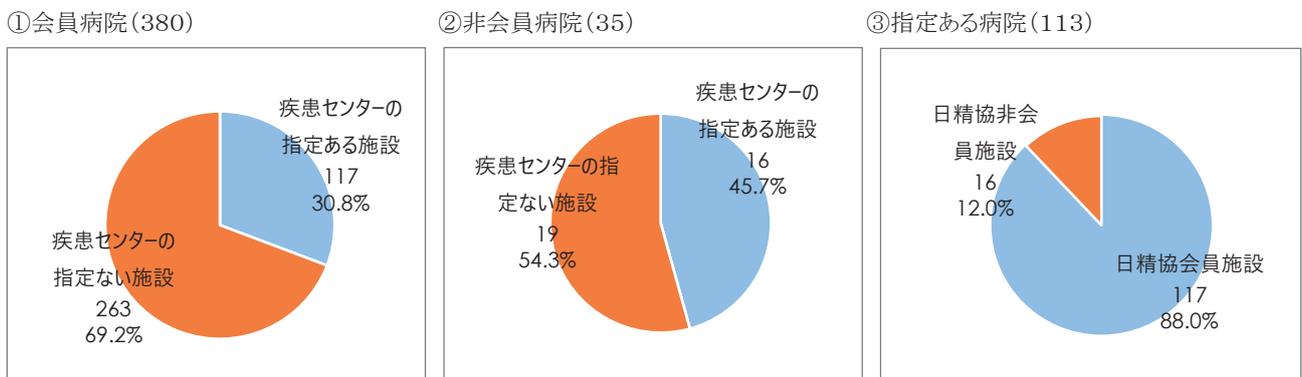
問3についての回答総数は 415 病院であり、そのうち日精協会員病院が 380 病院、91.6%を占め、非会員病院は 35 病院 8.4%であった。(図 1)

図1 日精協会員/非会員 施設数割合 (N=415)



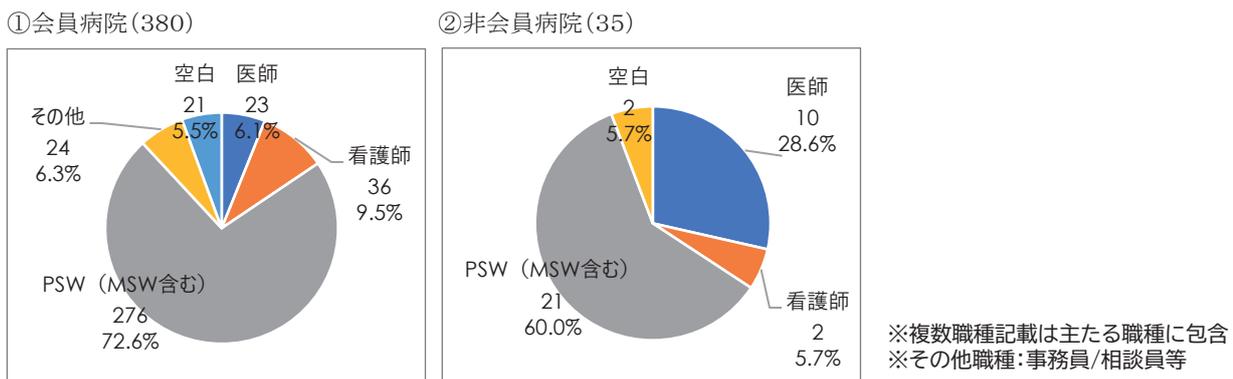
その中で認知症疾患医療センターの指定を受けている病院は、会員病院では 117 病院(30.8%)、非会員病院では 16 病院(45.7%)であり、いずれも認知症疾患センターの指定を受けている割合の方が低かった。会員病院よりも非会員病院の方が認知症疾患医療センターを有している割合が多かった。認知症疾患医療センターの指定を受けている 133 病院のうち、日精協会員病院は 117 病院であり 88.0%を占めていた。(図2)

図2 認知症疾患医療センター有無の割合 (N=380)



回答者の職種については、会員病院は PSW が 72.6%、次に看護師が 9.5%であり、非会員病院は PSW が 60.0%、次に医師が 28.6%であった。(図3)

図3 職種別割合 (N=415)



①認知症の診療や経過観察に関する連携

メリット)

- かかりつけ医と連携、地域連携をしてシームレスな医療を行うことが可能
- 病状悪化、増悪時、急性期、BPSD への対応が可能である。

課題)

- 連携連絡の不備、情報の絶対量の不足、情報共有の不足
- 精神科病院の存在が周知されていない。
- 医師を含め認知症についての認識、知識、対応経験に乏しくスタッフの質に問題がある。
- 患者本人が受診を希望しない場合の対応について、患者の権利擁護が確保できていない。精神保健福祉法についての理解不足
- 精神科に対する偏見、受診の際に敷居が高い状況がある

②緊急時の対応に関する連携

メリット)

- 日頃からかかりつけ医、地域行政機関、ケアマネジャー等と連携をとっておくことによって緊急時、迅速、早期の対応が可能である
- 患者・家族の安全と安心が確保できる
- 家族の負担の軽減ができる
- 地域への貢献をしている
- 重症化の予防、早期退院が可能となる

課題)

- 連携がとれないと緊急時の対応ができない
- 休日夜間は医師及びスタッフ不足
- 満床で病室確保が困難

③薬の調節や服薬の助言に関する連携

メリット)

- 服薬管理、モニタリングが可能である
- 専門性の高い薬剤選択がなされている
- ポリファーマシー、重複投与を回避できる
- BPSD の予防、症状の早期改善に寄与している
- 内科医と連携して対応が可能である身体疾患に対する薬の副作用で精神症状が出現、悪化していることを早期に発見できる

課題)

- 独居の場合対応困難な事例がある
- 保険点数の高い薬などは介護施設で採用されていない薬がある、種類が限られている。このため転院の妨げになっている
- 精神科薬の薬効出現には時間を要することへの理解が薄い

④BPSD の対応や対処の方法に関する連携

メリット)

- 早期 発見・早期治療につながる
 - ・ケアマネジャー等の情報から対応の仕方・受診のタイミングがわかりやすく、早期発見・早期治療につながる。介護疲弊している家族のレスパイト目的の短期入院も可能である。
 - ・介護者が過度な負担を負う前に入院を検討し、BPSD を改善すれば地域社会へ戻りやすく、介護体制を再構築しやすい。退院後訪問看護も行っており、退院後変化にも対応できている。精神科急性期病院からは24 時間の受診や相談が可能で、不穏や興奮が強い等の患者の対応から退院支援までできる。家族の SOS に即対応できる。
- 在宅介護でもメリット
 - ・家族・かかりつけ医・ケアマネジャーと情報共有することにより環境の整備や多職種との役割分担や統一したアドバイスや対応ができ、早期対応も可能となる。

課題)

- 担当者の認知症に対する知識不足
 - ・家族を含め担当者・担当機関・ケアマネジャーや施設職員の認知症に対する知識不足や理解度が低い(ケア方法、環境設定)そして理解度に差がある。地域に向けての認知症理解の啓発が必要である。精神科病院がその施設の能力(どの程度のレベルまで対応可能か)を理解する必要がある。
- 連携が不十分、情報が伝わっていない。
 - ・施設での BPSD の状況を介護者は知っているが家族が理解していないことがある。
 - ・ケアマネジャーにアドバイスしても、実際の支援者ではないためその内容が伝わらない、治療のキーパーソンがいない、主治医不在、このような患者にどう対応するかも課題である。
 - ・精神科での入院についても、入院前の情報が不十分な時があり対応に苦慮する。入院前に事前相談があると専門職からのアドバイスや一緒に考えることができる。
- 早期対応ができていない。
 - ・地域・家庭で認知症患者の問題が起きないと発見できない、本来はより早期に問題が起こる前に相談できる地域構築が望ましい。特に老々介護や周囲に身寄りのない方等の対応について、地域での対応や理解をどのような形で伝えていくかが課題である。

○精神科医療・薬・入院に過度な期待をされる

- ・精神科病院における認知症治療が、地域及び地域住民に十分認識されていない。限界まで介護して受診すると家族は患者に疲弊し陰性感情を持つことがある、早期連携・早期介入が必要である。また、薬物療法の効果と副作用を理解せず。施設や家族は薬物療法に頼る事例がある。精神科に入院により身体機能・生活能力が低下するリスクを理解して欲しい。

○病院と施設・家族の温度差

- ・病院と介護側で緊急性の基準が違い、介護サービス事業者・ケアマネジャーの中には突然 BPSD の患者の入院を要求される「今日すぐに入院させたい」。退院についても BPSD に対する評価が病院と連携先に差がある(病院「退院 OK」施設「対応困難」)。入院すると施設から対応困難、退院先として受け入れ不可と一方的に拒否されることがある。

○精神科病院への偏見

- ・受診に対して本人や家族の抵抗感が強く、症状が相当進行してからの受診が多い。精神科受診のデメリットのみを強調してしまう連携先があり、連携先が精神科病院の特性を理解する必要がある。精神科病院や認知症疾患医療センターの機能や役割、法制度について周知・理解が不十分で同伴者や同意者の調整に時間を要することがある。

⑤サービス利用上の留意点に関する連携

メリット)

○情報の共有

- ・在宅サービス利用上ケアマネジャー・家族と地域包括支援センター・認知症初期集中支援チームとの情報共有が重要であり、定期的に病状を早く広く把握することができる。単身者・高齢世帯にも生活状況を把握し服薬管理ができる。認知症の進行状況に応じて必要な医療や介護サービスを受けられるように連携体制を整え、自立を支援することが可能となる。
- ・医療と介護サービスとのネットワークを構築できている地域がある。地域のケアマネジャー協会で「医療と介護の連絡票」を作成しており、書面で確認できるシステムがある。支援者(施設・ケアマネジャー等)が最新の情報を得ることができ、BPSD 悪化の防止や早期対応に有効である。退院時も担当者会議や退院カンファレンスで退院後の通院や家族・関係者との関わり今後の見通し(予後・再入院)などを意見交換できる。

課題)

○情報共有・一本化が難しい。

- ・連携が不十分、ケア会議等への参加要請がほとんどない。事業所との積極的な連携が少なく、認知症専門医の考える専門的な対応を周知する手立てがない。ケアマネジャー・家族・施設スタッフと連携先が多く、担当ケア会議等の開催を十分に行う余裕がない。気軽に連絡を取り合い、話し合える関係性の構築が課題である。

- ・本人・家族がサービスを理解不足やケアマネジャーと家族で意見が食い違うことがある。感情的な介護者に対する対応が困難である。複数の機関が関わると誰が主導権を握るべきかわからなくなることがある。介護保険サービスと医療の専門職同志が理解していないことがあり、ケアマネジャーの力量に差があり適切なプランを作成できてないことがある。

○社会資源・介護保険・経済的な問題

- ・経済的な理由や要介護認定の結果によりサービスの制約を受けることがある。軽度認知障害に対する社会資源が少なく、認知症の鑑別をしても細かく対応できる社会資源は少ない。地域支援者の人的対応・資源に幅があり、助言などが活かし切れていない。市町村によって虐待への対応、成年後見制度の利用や連携に差があると感じることがある。
- ・経営的な利害が適切なサービスを阻害することがある(同一法人内で囲い込み、ケアマネジャーが特定施設を利用するケアプラン作成)。お互いの機能を十分理解していない。

○精神科病院との関わり

- ・連携先が精神保健福祉法を理解していないことがある。精神科病院での治療の実態が見えにくく経過を含めた情報発信、共有の必要性。ケアマネジャーや地域関係者が精神科病院に「入院」を期待しすぎ、退院後は施設を大半が希望される。病院と支援者の双方による情報発信・相互理解が大事で、病院側からの一方的な意見では信頼関係が構築できない。入院中は症状が安定していても退院し在宅・施設では悪化することがあり、病院内だけの評価では限界がある。
- ・症状が改善してもスムーズに施設入所や在宅への移行ができない、病院からの提案と本人・家族の希望が一致しないことがある。

⑥日常生活の留意点に関する連携

メリット)

○情報の共有

- ・独居の方の日常生活の状況を確認する際に情報を得られる。医療の視点と福祉的な視点など、多様な視点で専門性を踏まえ関わると支援が行いやすい。家族や介護サービス事業者と密な連絡体制ができる。統一的な対応ができ、今何が必要なのかわかる、問題発生時の早期介入が見込まれる。虐待の防止・早期発見ができ早期介入できる。
- ・医師は日常生活の様子を事前に確認することで円滑な診療に繋がられる。診療場面だけでは把握できない情報を得られる。また、認知症専門医の考える適切な対応の助言や情報より施設職員などはその人らしい生活支援ができ。症状悪化や早期治療につながる。

課題)

○連携不足

- ・日々の暮らしを正しく把握している地域の関係者との連携が必須であるが、現実には情報は分断あるいは阻害されている場合が多い。事業所からの積極的な相談や連携が少なく、診察時に家族に伝え、家族から

事業所に伝わることが多い。医師から適切な対応方法を説明することが可能だが、ヘルパーなどの関係スタッフにも周知する手立てがない。ケース会議等は時間と場所と手間がかかるため十分に行うことができない。在宅での細かい情報が伝わりにくい。

○精神科病院からの情報発信の限界

- 病院からの提案と本人や家族との思いに行き違いがある。必要なサービス利用を提案しても本人や家族が望まれないことがある。日常生活上のアドバイスをしてもすべての支援スタッフへの情報共有が難しい。診察医の意向が強すぎると家族や支援スタッフに過度な負担をかけることも多い。
- 家族が複数いる場合、情報共有がされておらず、家族間での情報共有が必要。本人や家族に本人の状態への否認が強いと医療拒否や介護拒否があり、介護介入を拒んでいる事例に地域社会資源と連携できることがほとんどない。

(1).4 地域の社会資源との連携

地域包括支援センターとの連携

病院受診に繋がる前の患者の家庭環境や普段の様子などの情報が得られる。このため事前情報を病院に提供／相談がある場合には受け入れがスムーズに行く。また本人が病院受診を拒否しているケースでも、地域包括支援センターと良好な関係が構築されている場合には、包括スタッフの説得に応じて受診につながることも少なくない。また「自院スタッフが包括スタッフに付き添って自宅に訪問し、口頭で受診の促しを行い、受診に至った」という事例や、「介護保険未申請で、身寄りがなく単身アパートへの退院となったが、食事の準備など日常生活全般に見守りが必要な状態で、介護サービスの調整が間に合わないままに急な退院となった」ケースで、包括支援センターが各種サービスを調整・手配した好事例があった。

一方、退院後に患者をかかりつけ医に繋げ包括からの情報がなくなると、患者さんの生活像がみえなくなるという意見もあった。

かかりつけ医との連携

かかりつけ医に対して大きな信頼をおいている患者さんは多い。病識の乏しい認知症患者さんへの投薬やサービス導入が困難なケースで、「かかりつけ医に情報提供して協力をお願いしたところ、『先生がそういうなら』と助言を受け入れ」介入がスムーズになった例がある。また「病院デイケアや訪問看護時に測定した血圧を『血圧ノート』に記載し、かかりつけ医に見ていただき、その流れで血圧や心不全に関する相談がしやすくなった」という報告もあった。医師が外来中の忙しいさなかに連絡を取ることに気兼ねするという意見が聞かれるが、何か情報交換のアイテムとなるものがあると、そこから連携が深まるという例である。

課題としては、初診予約制度のために機動的な対応が遅れた事例があった。また介護施設入所中の方がかかりつけ医に受診する際、ご家族が同伴すると施設生活での状況が医師に伝わりにくいとの意見もあった。

居宅介護支援事業所・ケアマネとの連携

在宅の要介護高齢者のサポートの連絡・調整を担っている。事例としては、精神科デイケアを利用していた患者さんのADL低下や認知症の進行で介護サービスが中心となり、「デイケアとデイサービスを、曜日をかえて併用、金銭管理は民間福祉サービス会社を利用、食材の期限切れ等にヘルパーと訪問看護スタッフが注意を払い、他院への受診日のお知らせ等も情報を共有した」など重層的なサポート体制を構築した例があった。

「入院中に要介護認定を受け、誰もが要支援と予測していたら、退院前に要介護との結果が出て、退院後支援の軸が包括から居宅介護事業所に急に変更になり慌てた」事例があり、介護事業は利用者の要介護度に左右されるため注意が必要である。

介護施設との連携

BPSD の悪化により介護施設で対応できなくなった場合に精神科病院に入院となるケースは多い。介護側で精神科入院を最終手段として考えている場合、ギリギリまで入院を遅らせたり、退院後の施設での再受け入れに対して消極的であることがある。「病院から施設に対して頓服薬使用のタイミングや帰宅願望が強まるきっかけとなりやすい荷物の整理など環境調整を行ったり、緊急受診の相談などきめ細やかな助言を行っていくことで、精神科病院への長期入院しかないと考えていた介護施設職員の考えが変わり施設に受け入れてもらえた」という事例は介護施設との連携で参考になる。また退院の見込みがないと考えてケアマネが離れてしまい、その後を全て病院が背負いこむことになった事例があった。

連携全般での課題

情報連携において個人情報保護が足かせとなることがある。機関ごとに個人情報保護の規程や範囲が異なることも事態を複雑にしている。また連携する機関が多くなることで、家族や本人はどのテーマをどこに投げかけてよいのか混乱するケースや、機関の側が連絡調整した結果を何度も重複して家族に連絡したりするなど情報が錯綜した事例があった。地域連携が進むことは歓迎すべきことだが、支援の輪に参加する専門機関同士の都合だけで話がすすみ、肝心の家族・本人の気持ちが置き去りにされないような配慮は大切である。

終わりに

連携に関わるスタッフは本来の守備範囲を超えて、患者さんのために奔走していることも少なくない。また精神科病院がいくつもの連携先をかかえ、コントロールタワーの役割をしている例も多数みられた。認知症患者の入院を引き受ける精神科病院は、退院のシナリオを入院初期から模索し、連携先との調整を懸命に図っていることがうかがわれた。認知症ケアの地域連携の中で精神科病院が大きな役割を果たしていけるよう”連携力”を発揮していくことが期待される。

(1).5 精神科病院の外来機能・相談機能のあり方について

地域によっては精神科病院に対する本人や家族からの偏見や、介護保険サービス従事者の理解の乏しさが、敷居の高さとなり、受診抵抗に繋がっている。精神科病院の医師やスタッフが、地域に出向き「顔のみえる関係づくり」「開かれた病院づくり」を行い、現状や課題を知り、自分たちも地域包括ケアシステムの一員として、精神科の役割を理解し専門性を発揮しなければいけない。「認知症高齢者が、住み慣れた地域で安心して生活できる」ためには、精神科病院と地域の社会資源との相互交流を円滑に行うことで、医療介護の連携が進み、在宅生活をより長く保つことができるのではないか、との意見が多かった。

外来機能・初期機能の最初は、高齢者の不安軽減や介護者の精神的支援から始まる。BPSD 増悪時で入院治療が必要となつてからの相談(受診)が多いことから、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所、介護保険サービス事業所等のケアマネジャーが、初期症状の段階から本人や家族とともに受診同行できるような連携体制づくりが必要である。又「もの忘れ外来」の診察となると敷居が低くなり、かかりつけ医からの紹介が多くなったという医療機関もあった。地域連携室と外来スタッフに精神保健福祉士を配置することで、本人や家族からの相談や社会資源との連携が円滑に進む医療機関もあった。専門医とかかりつけ医やケアマネジャー、訪問看護師等の連携において、文書上の情報提供では限界があり、地域ケア会議や処遇困難例についてのケース会議にも参加できる地域の体制づくりが望ましいという。新規患者の予約が、平均1～3ヶ月待ちの医療機関もあり、症状の急性増悪、身体合併症の悪化、事故の遭遇等のリスクが発生する確率も高くなるため、行政的な改善策が必要ではないか、とのことである。

地域連携室での相談機能は、精神保健福祉士が窓口を担い、本人・家族・関連事業所等からの相談や調整を行っている。入院治療になつても、早期退院を目標に、かかりつけ医や関連事業所と連携を密に図りながら、退院支援を継続していくことが望ましい。精神保健福祉士が、相談しやすい雰囲気を作り、心理的不安を和らげながら生活や支援状況を情報収集することで、入院や外来診療に繋がり、その後の地域生活を支えることになる、とのことである。

認知症疾患医療センターに指定されている医療機関は、相談機能が集約化され、地域の社会資源と連携が図りやすく、認知症初期の鑑別診断や BPSD 増悪時の入院治療、退院後支援等が円滑に行われているようであるが、十分周知されていない地域もあり、行政が一般の精神科病院との役割分担や違いについて説明する必要があるのではないかと。精神保健福祉士が、介護上の留意点や医療介護施設との連絡調整、手続き支援等について対応しているが、時間や人手を要するケースが多く、診療報酬上での評価や、補助金が少ないため、必要な役割が果たせるような財政的な支援や政策を期待したい、との意見があった。

単科精神科病院で、認知症対応していない医療機関もあり、他精神科病院や介護施設等と役割分担を行い、ネットワークを構築している地域もあった。

以上から、いまでもなお精神科病院に対する敷居が高い地域もあり、認知症高齢者の円滑な相談(受診)に繋がらないケースもあるため、精神科病院スタッフが、自ら情報発信や地域の社会資源・関係職種と連携し、認知症医療に対して理解を深めていく活動が必要であると思われた。又精神保健福祉士が、相談機能の要になっており、外来・入院診療や在宅サービス・居住系施設へ繋ぐなど、その役割は多岐にわたっており、地域の社会資源(多職種連携を含む)との連携について診療報酬上の評価があると、より一層医療・介護連携が推進できると考える。

(2) 患者情報調査票

患者情報票に回答があった医療機関(㊦新規患者情報票 436、㊧退院患者情報票 423)の患者情報(令和3年7月1日～9月30日までの3ヶ月間の㊦新規患者 6,021人および㊧退院患者 4,885人、回答は1病院あたりいずれも最大20名まで)を対象に集計を行った。以下、設問ごとに結果を示す。

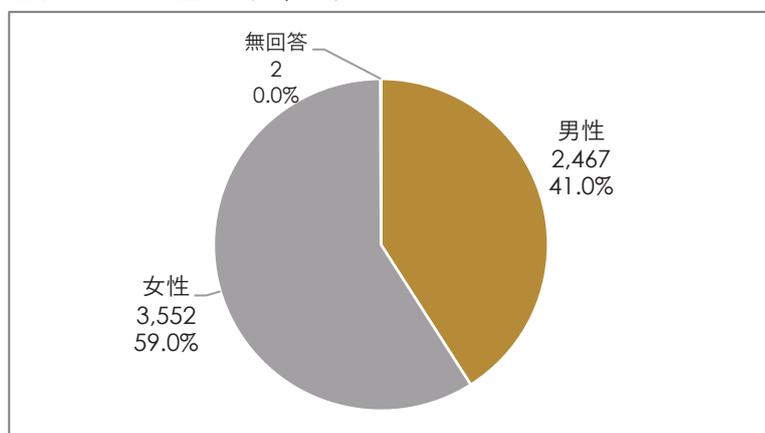
(2.1) 新規患者情報票(n6,021)

①基本情報

①.1 性別

性別は、「男性」が2,467人(41.0%)、「女性」が3,552人(59.0%)であった。

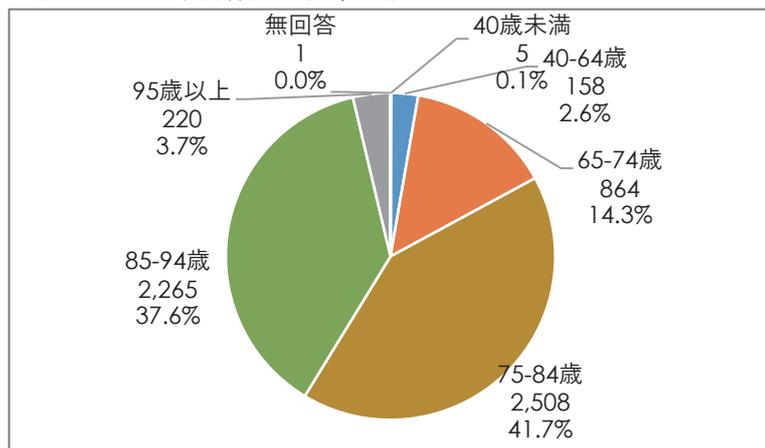
図表 3-1-1 性別 (n6,021)



①.2 年齢階級

年齢階級は、「75～84歳」が2,508人(41.7%)と最も多く、次いで、「85～94歳」が2,265人(37.6%)、「65～74歳」が864人(14.3%)、「95歳以上」が220人(3.7%)の順であった。85歳以上の人が40%も存在することがわかり、我が国の高齢化を反映している結果であった。

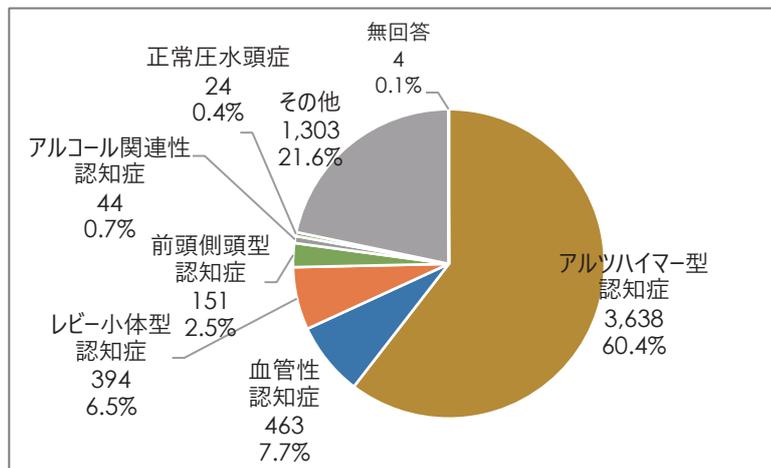
図表 3-1-2 年齢階級 (n6,021)



①.3 主診断名

主診断名は、「アルツハイマー型認知症」が 3,638 人 (60.4%) と最も多く、次いで、「血管性認知症」が 463 人 (7.7%)、「レビー小体型認知症」が 394 人 (6.5%)、「前頭側頭型認知症」が 151 人 (2.5%) の順であった。

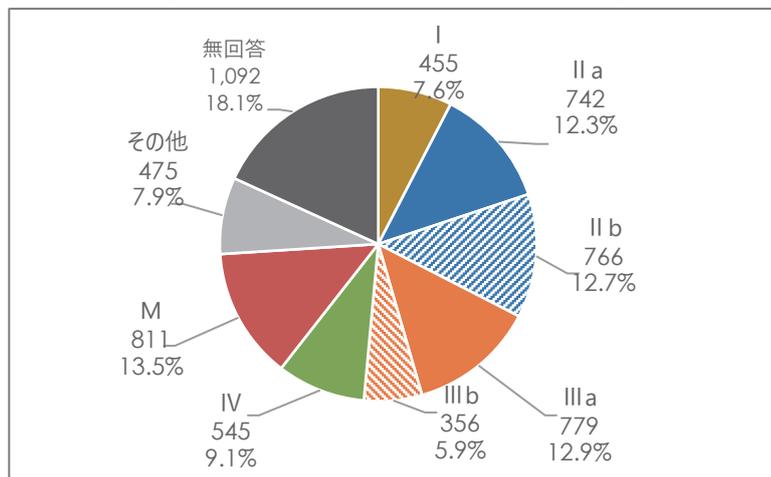
図表 3-1-3 主診断名 (n6,021)



①.4 認知症高齢者の日常生活自立度

認知症高齢者の日常生活自立度は、「M」が 811 人 (13.5%) と最も多く、「Ⅲa」が 779 人 (12.9%)、「Ⅱb」が 766 人 (12.7%)、「Ⅱa」が 742 人 (12.3%) の順であった。

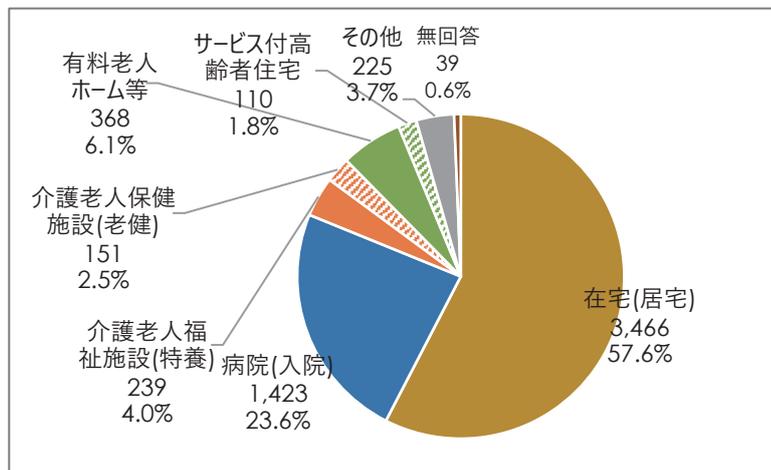
図表 3-1-4 認知症高齢者の日常生活自立度 (n6,021)



①.5 現在の所在場所

新規患者の所在場所は、「在宅(居宅)」が 3,466 人(57.6%)と最も多く、次いで、「病院(入院)」が 1,423 人(23.6%)、「有料老人ホーム等」が 368 人(6.1%)、「介護老人福祉施設(特養)」が 239 人(4.0%)の順であった。

図表 3-1-5 現在の所在場所 (n6,021)

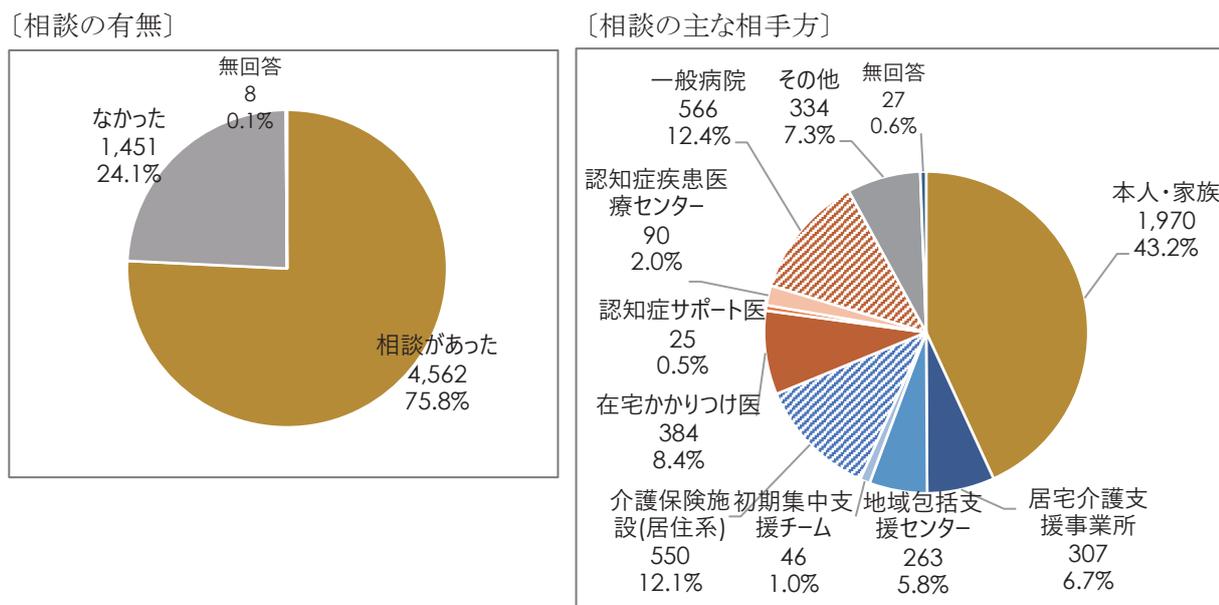


②受診前の相談対応

②.1 受診前の相談対応の有無および主な相手方

受診前の相談対応の有無は、「相談があった」が 4,562 人(75.8%)、「なかった」が 1,451 人(24.1%)であった。また、主な相談相手方は、「本人・家族」が 1,970 人(43.2%)と最も多く、次いで、「一般病院」が 566 人(12.4%)、「介護保険施設(居住系)」550 人(12.1%)、「在宅かかりつけ医」384 人(8.4%)の順であった。

図表 3-2-1 受診前の相談対応 (n6,021)



②.2 受診前の相談の主な内容

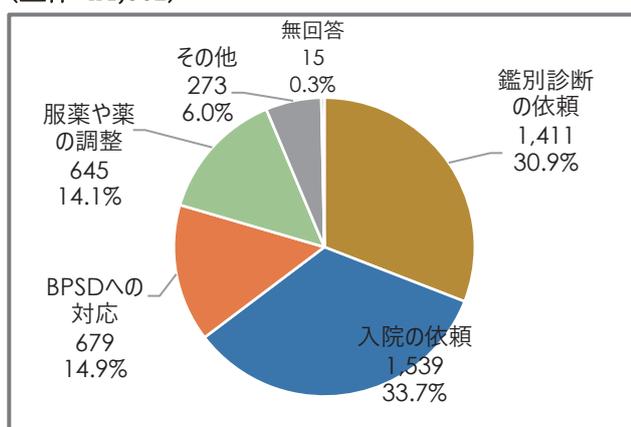
受診前の相談があった 4,562 人について、相談の主な内容を見ると、「入院の依頼」が 1,539 人 (33.9%) と最も多く、次いで、「鑑別診断の依頼」が 1,411 人 (30.9%)、「BPSD への対応」が 679 人 (14.9%) の順であった。

認知症高齢者の日常生活自立度のランク別では、自立度Ⅰ、Ⅱでは、「鑑別診断の依頼」が 69.2%、44.5% と最も多く、一方、同Ⅲ以上では「入院の依頼」が最も多く、特に同Ⅳ、Ⅴでは6割を上回った。

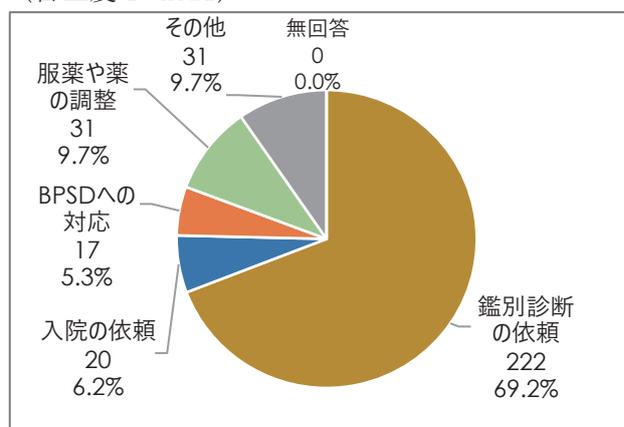
軽症の人ほど鑑別診断目的で、認知症が高度な人、Ⅴの人ほど入院の依頼が多いということで理解しやすい結果であった。

図表 3-2-2 受診前の相談の主な内容

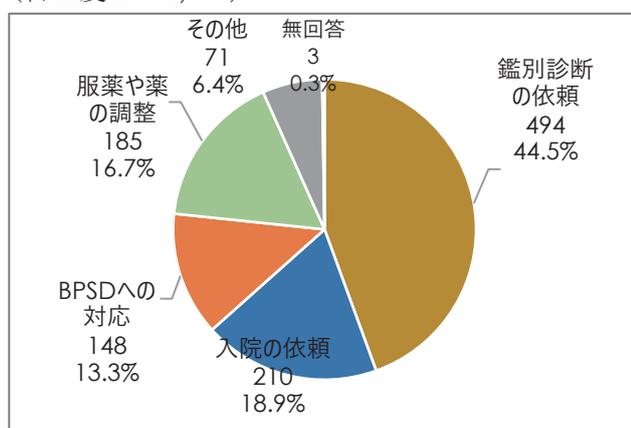
(全体 n4,562)



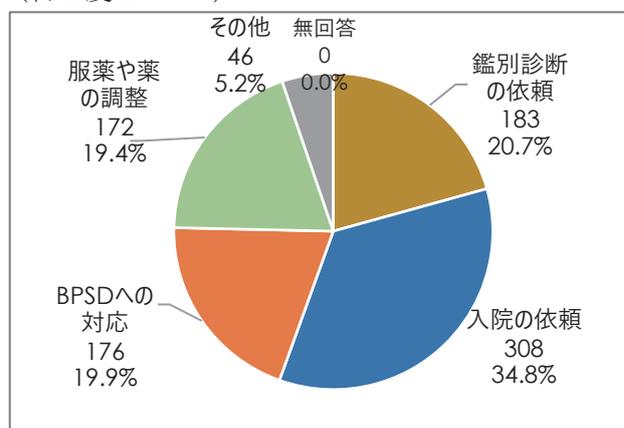
(自立度Ⅰ n321)



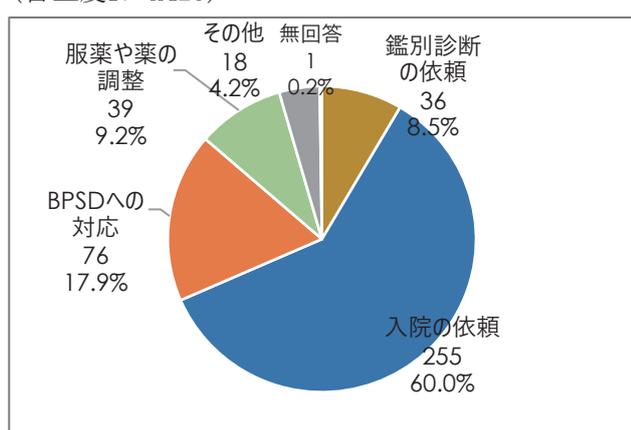
(自立度Ⅱ n1,111)



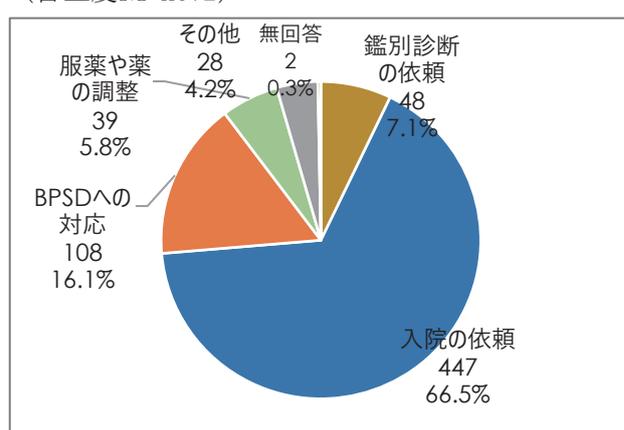
(自立度Ⅲ n885)



(自立度Ⅳ n425)



(自立度Ⅴ n672)



③初期対応

③.1 初診の主な理由

まず、初診の主な理由は、「外来治療のため」が 2,200 人(36.5%)と最も多く、次いで、「入院のため」が 1,822 人(30.3%)、「鑑別診断のため」が 1,511 人(25.1%)の順であった。

認知症高齢者の日常生活自立度のランク別では、自立度Ⅰ、Ⅱでは、「鑑別診断の依頼」が 69.2%、44.5%と最も多く、一方、自立度Ⅲ以上では「入院の依頼」が最も多く、特に自立度Ⅳ、Ⅴでは6割を上回った。

図表 3-3-1 初診の主な理由

	全体 n6,021	Ⅰ n455	Ⅱ n1,508	Ⅲ n1,135	Ⅳ n545	Ⅴ n811
入院のため	1,822 (30.3%)	24 (5.3%)	225 (16.9%)	379 (33.4%)	285 (52.3%)	539 (66.5%)
鑑別診断のため	1,511 (25.1%)	262 (25.3%)	500 (33.2%)	179 (15.8%)	43 (7.9%)	43 (7.9%)
外来治療のため	2,200 (36.5%)	115 (25.3%)	627 (41.6%)	492 (43.3%)	174 (31.9%)	194 (23.9%)
診断書等作成の	146 (2.4%)	30 (6.6%)	36 (2.4%)	17 (1.5%)	7 (1.3%)	2 (0.2%)
意見書作成のため	94 (1.6%)	7 (1.5%)	41 (42.7%)	21 (1.9%)	9 (1.7%)	1 (0.1%)
その他	145 (2.4%)	14 (3.1%)	25 (1.7%)	25 (2.2%)	9 (1.7%)	16 (2.0%)
無回答	103 (1.7%)	3 (0.7%)	24 (1.6%)	22 (1.9%)	18 (3.3%)	16 (2.0%)

③.2 「外来治療のため」の場合の具体的な対応(複数回答)

初診の主な理由が「外来治療のため」の 2,200 人について、精神科病院での具体的な対応をみると、「薬剤調整や管理」が 73.0%と最も多く、次いで、「BPSD の対応」が 52.4%、「中核症状の治療」が 41.0%の順であった。

認知症高齢者の日常生活自立度のランク別でも概ね同様の傾向(割合)での対応であったが、自立度が重度になるにつれて「BPSD の対応」を行うケースが増加し、自立度Ⅳで約7割、Ⅴで約8割となっていた。

図表 3-3-2 「外来治療のため」の場合の具体的な対応(複数回答)

	全体	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	Ⅴ
外来治療のため (初診理由に占める割合)	2,200 (36.5%)	115 (25.3%)	627 (41.6%)	492 (43.3%)	174 (31.9%)	194 (23.9%)
中核症状の治療	41.0%	35.7%	45.9%	39.6%	34.5%	42.8%
BPSD の対応	52.4%	33.0%	43.1%	57.9%	69.0%	79.9%
薬剤調整や管理	73.0%	71.3%	70.8%	78.3%	79.3%	75.8%
拒食・拒薬の調整	4.1%	0.9%	2.9%	2.6%	5.7%	11.9%
その他	10.5%	20.9%	8.8%	6.5%	7.5%	10.3%

④外来管理期間における社会資源との連携

④.1 社会資源との連携の有無および連携の相手方

初診の理由で「鑑別診断のため」、「外来治療のため」とした 3,711 人について、外来管理期間における社会資源との連携の状況をみると、「連携があった」が 1,670 人(45.0%)、「なかった」が 1,730 人(46.6%)であった。

連携の相手方(複数回答)は、「在宅かかりつけ医」が 50.7%と最も多く、次いで、「居宅介護支援事業所」が 16.9%、「介護保険施設」が 16.3%、「地域包括支援センター」が 11.7%の順であった。

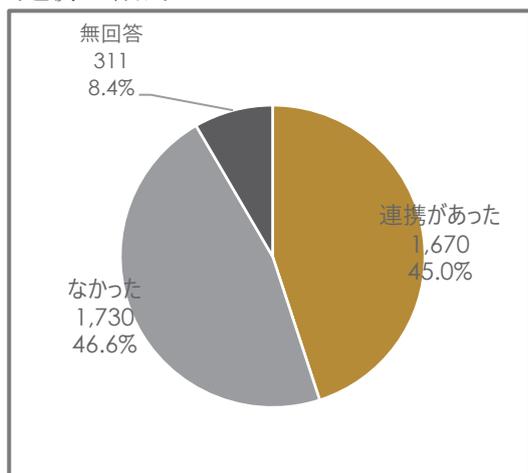
認知症高齢者の日常生活自立度のランク別でみると、外来管理期間中の連携は4～5割で「連携があった」として概ね同様の水準であった(自立度Ⅰの 40.7%～自立度Ⅳの 52.5%)。連携の相手方では、「在宅かかりつけ医」が最も多い点は共通であったが、自立度ⅠやⅡでは、「地域包括支援センター」、「居宅介護支援事業所」、「認知症疾患医療センター」がそれに続き、一方、同Ⅲ以上では、「介護保険施設」の割合が多くなっていた。

認知症が高度になり、自立度が低下するとケアの支援が必要となるという理解しやすい結果であった。

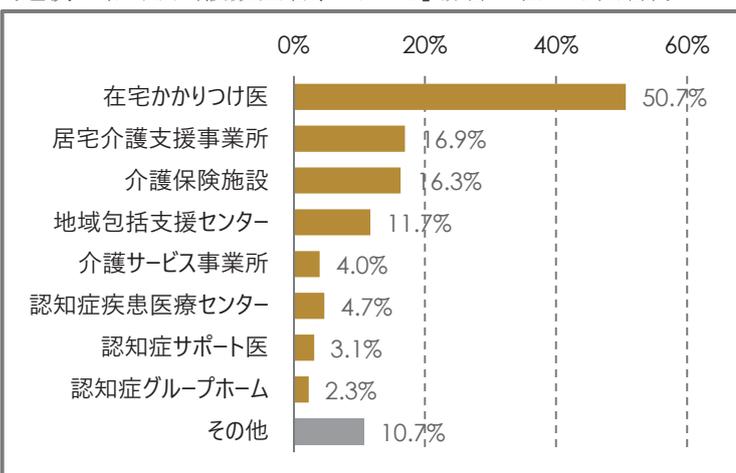
図表 3-4-1 外来管理期間における社会資源との連携

(全体 n3,711)

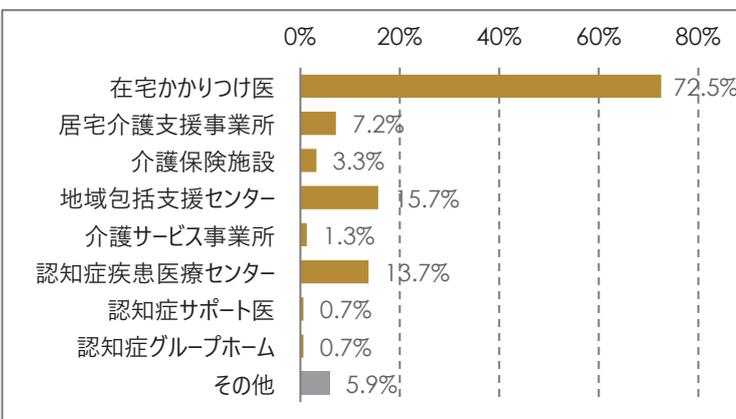
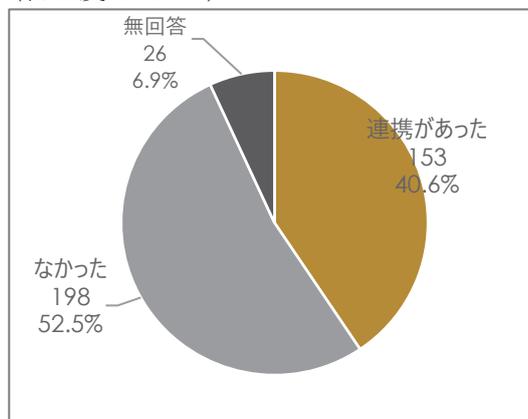
[連携の有無]



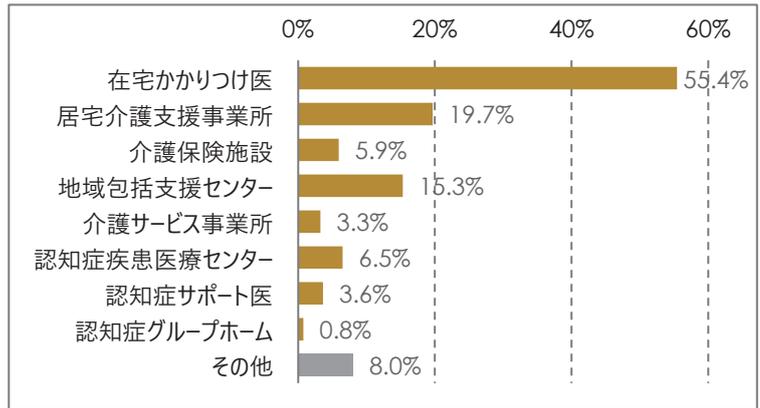
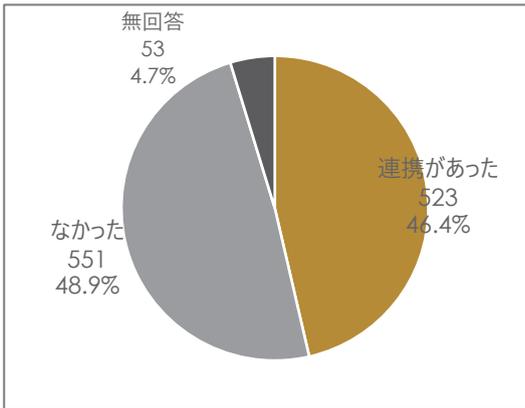
[連携の相手方(複数回答、「あった」場合に占める割合)]



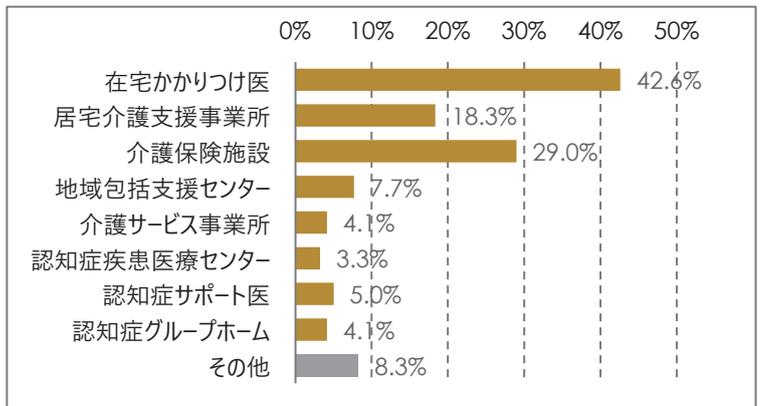
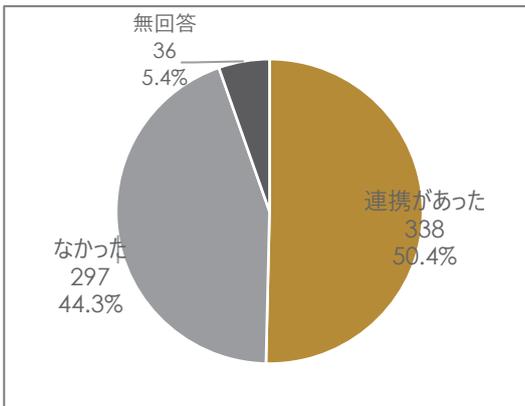
(自立度Ⅰ n377)



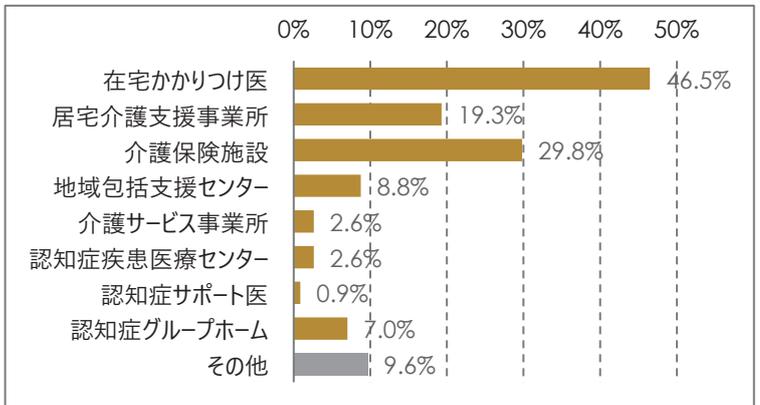
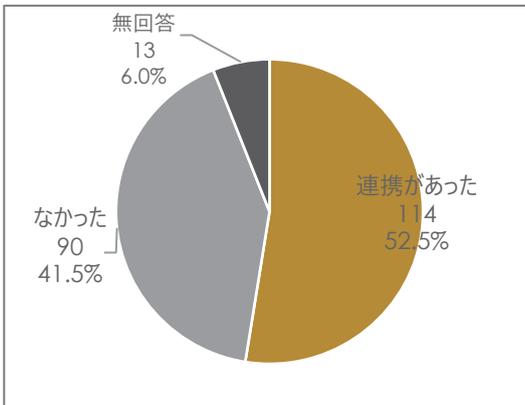
(自立度Ⅱ n1,127)



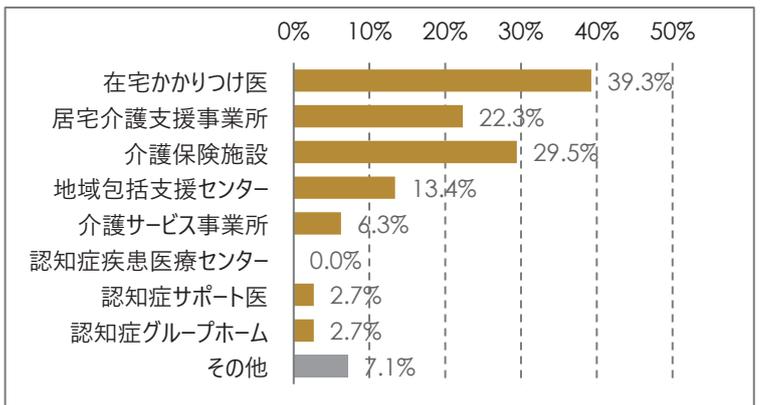
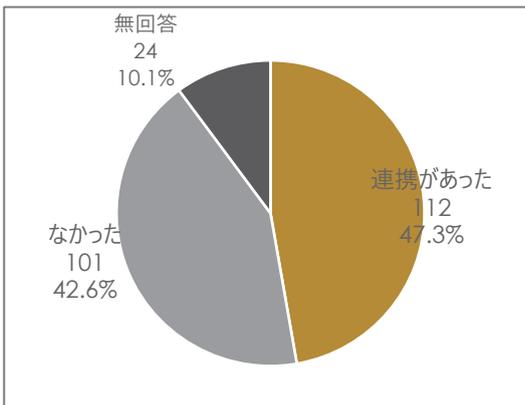
(自立度Ⅲ n671)



(自立度Ⅳ n217)



(自立度M n237)



④.2 主な連携内容(複数回答)

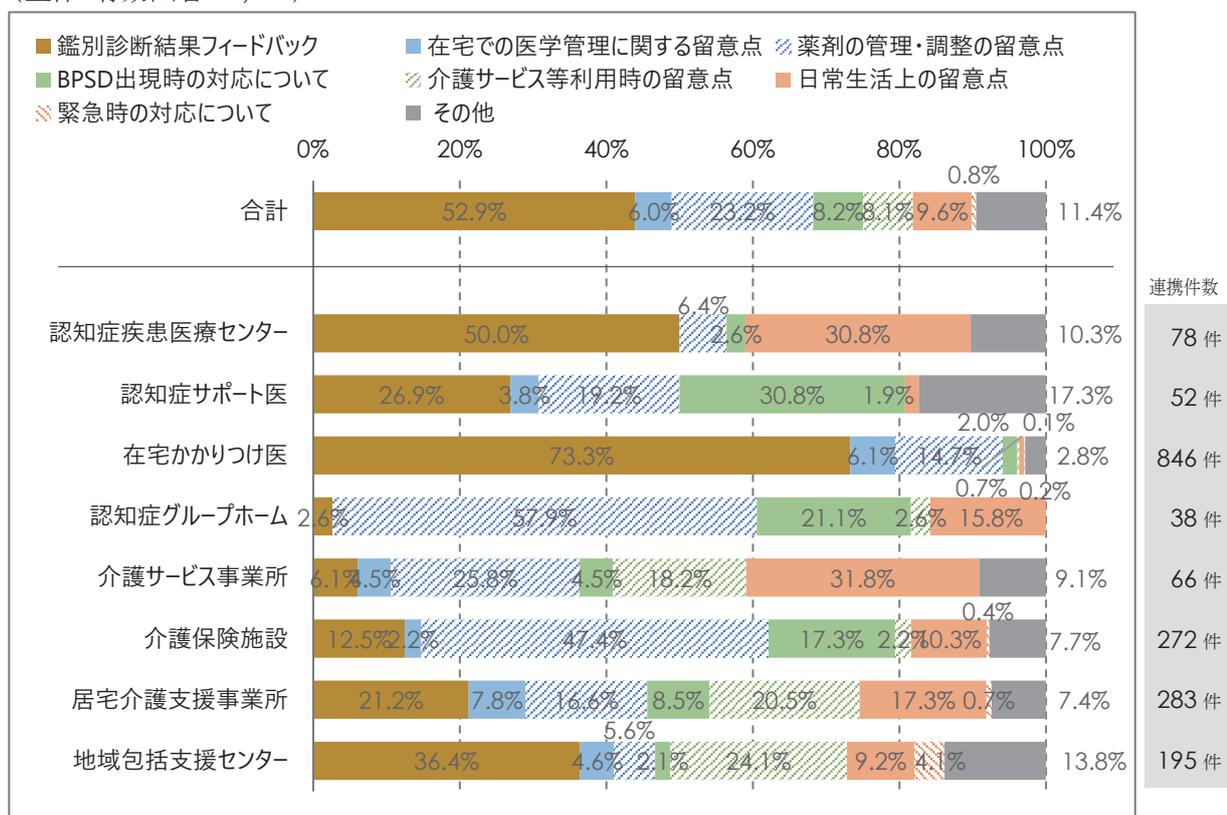
連携があったとした 1,670 人について、外来管理期間中の連携の主な内容をみると、「鑑別診断結果フィードバック」が 52.9%で最も多く、次いで、「薬剤の管理・調整の留意点」が 23.2%、「日常生活上の留意点」が 9.6%の順であった。

連携先別でみると、在宅かかりつけ医や認知症疾患医療センターの医療機関では、「鑑別診断結果フィードバック」の構成割合が多く、認知症グループホームや介護保険施設では、「薬剤の管理・調整の留意点」、「BPSD 出現時の対応について」が多かった。また、居宅介護支援事業所や地域包括支援センターでは、「介護サービス等利用時の留意点」が多かった。

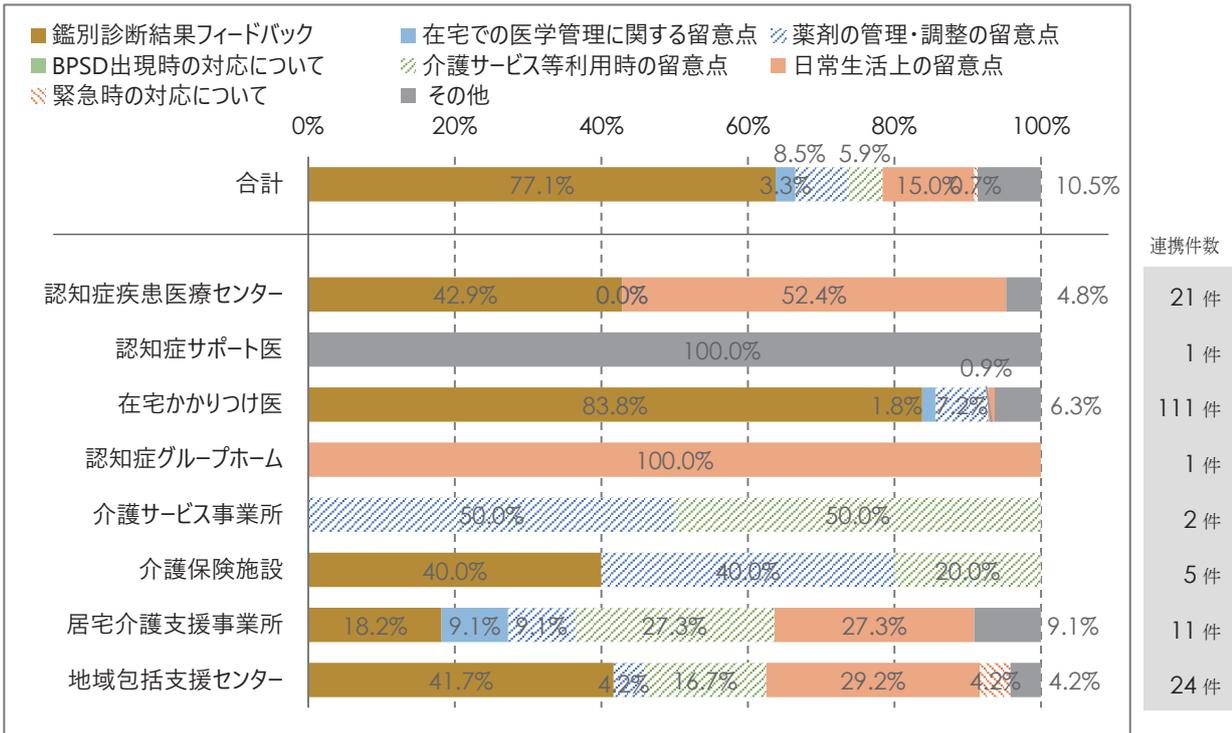
それぞれの専門職の役割に応じた情報提供ができていていると思われた。

図表 3-4-2 連携先別の主な連携内容

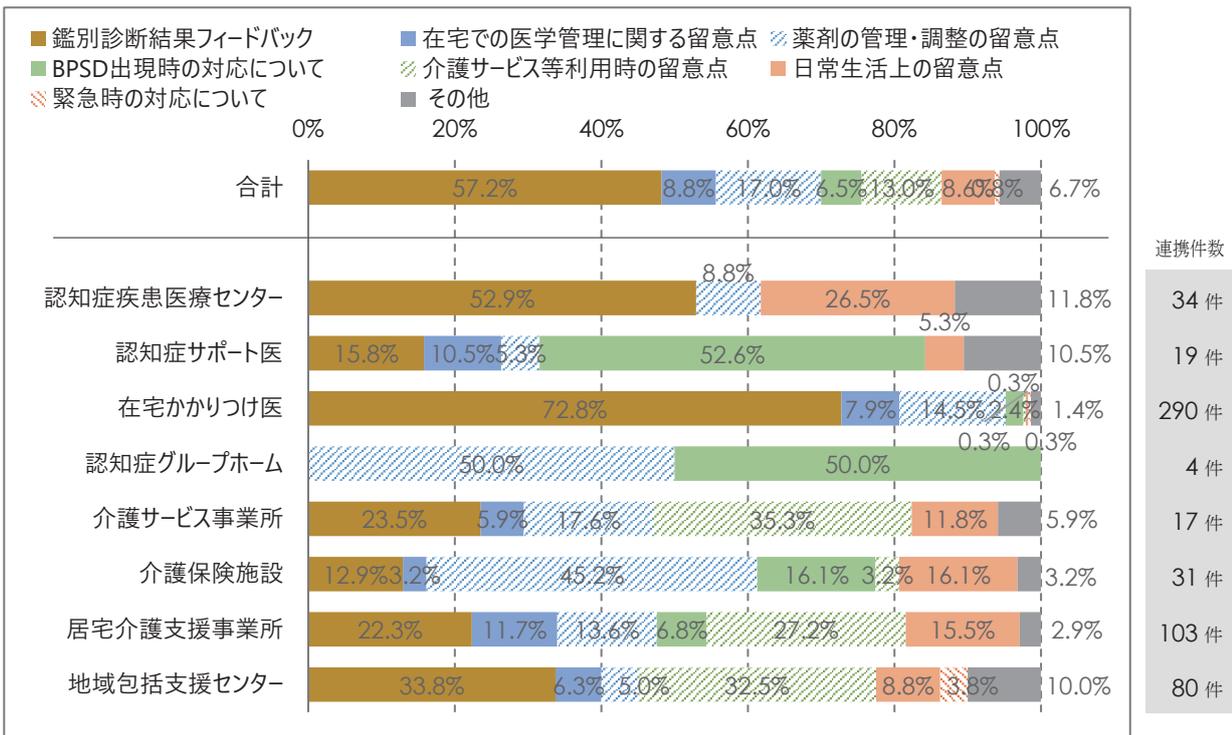
(全体 有効回答 n1,670)



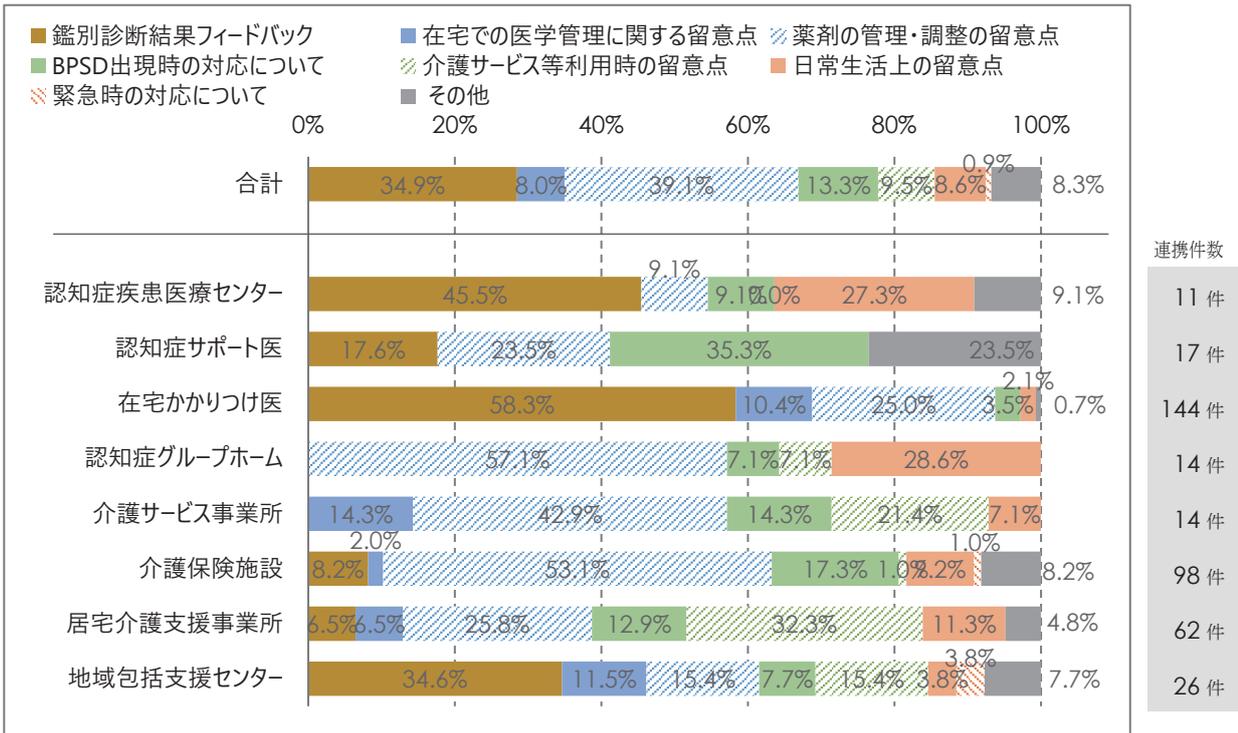
(自立度Ⅰ 有効回答 n153)



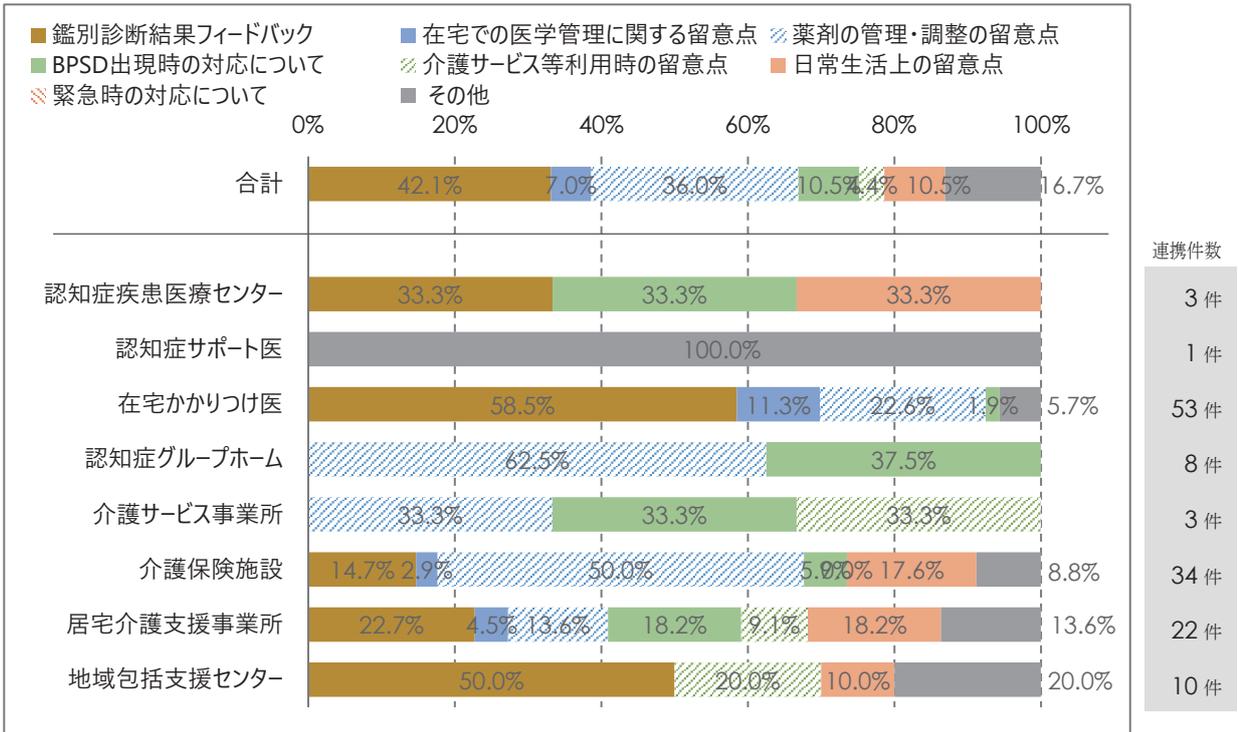
(自立度Ⅱ 有効回答 n523)



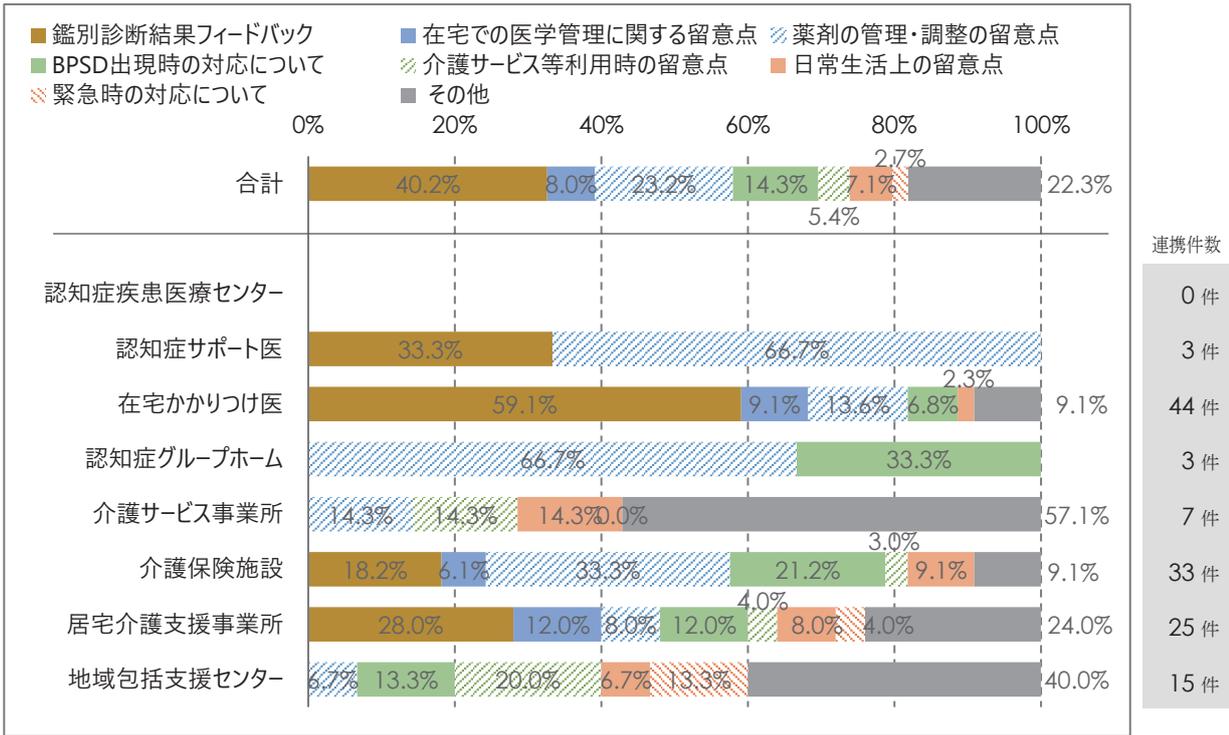
(自立度Ⅲ 有効回答 n338)



(自立度Ⅳ 有効回答 n114)



(自立度M 有効回答 n112)



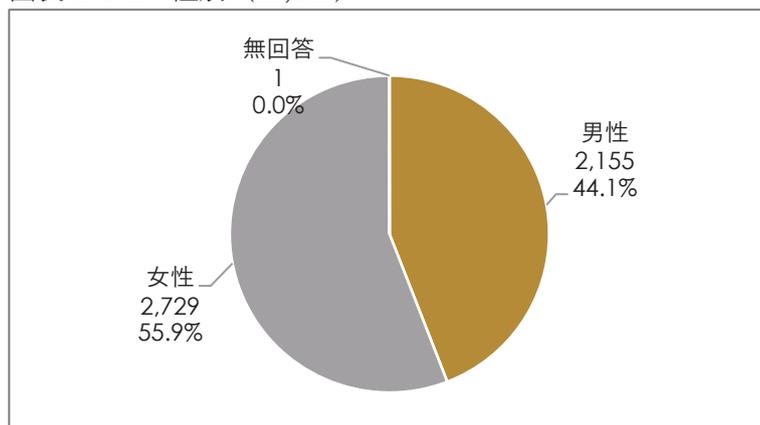
(2).2 退院患者情報票(n4,885)

①基本情報

①.1 性別

性別は、「男性」が2,155人(44.1%)、「女性」が2,729人(55.9%)であった。

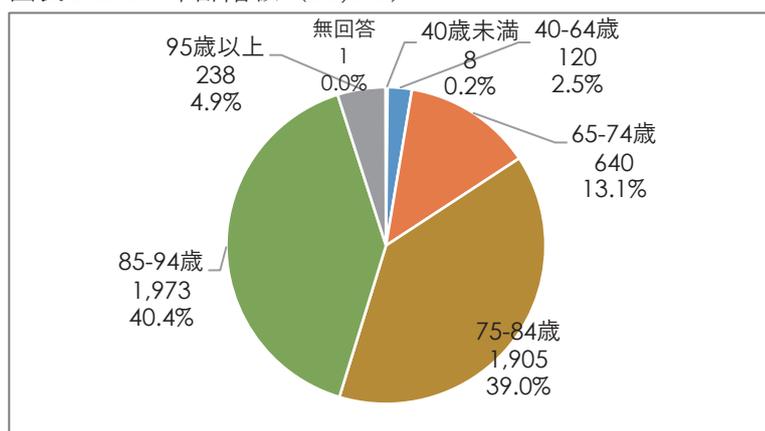
図表 4-1-1 性別 (n4,885)



①.2 年齢階級

年齢階級は、「85～94歳」が1,973人(40.4%)と最も多く、次いで、「75～84歳」が1,905人(39.0%)、「65～74歳」が640人(13.1%)、「95歳以上」が238人(4.9%)の順であった。

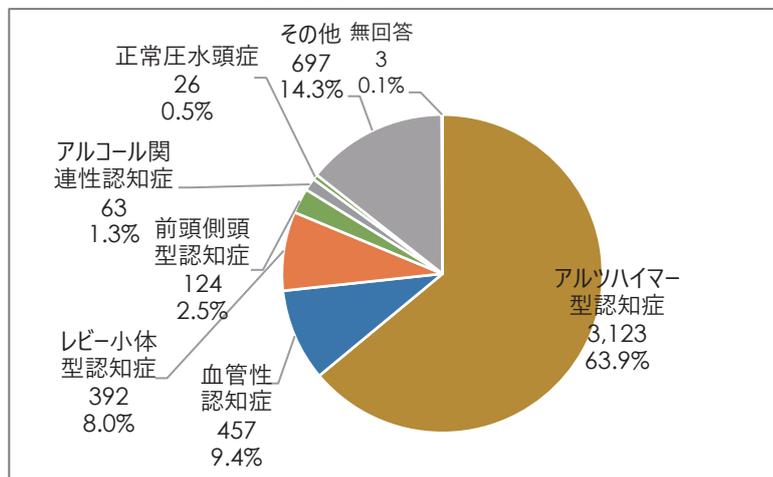
図表4-1-2 年齢階級 (n4,885)



①.3 主診断名

主診断名は、「アルツハイマー型認知症」が 3,123 人 (63.9%) と最も多く、次いで、「血管性認知症」が 457 人 (9.4%)、「レビー小体型認知症」が 392 人 (8.0%)、「前頭側頭型認知症」が 124 人 (2.5%) の順であった。

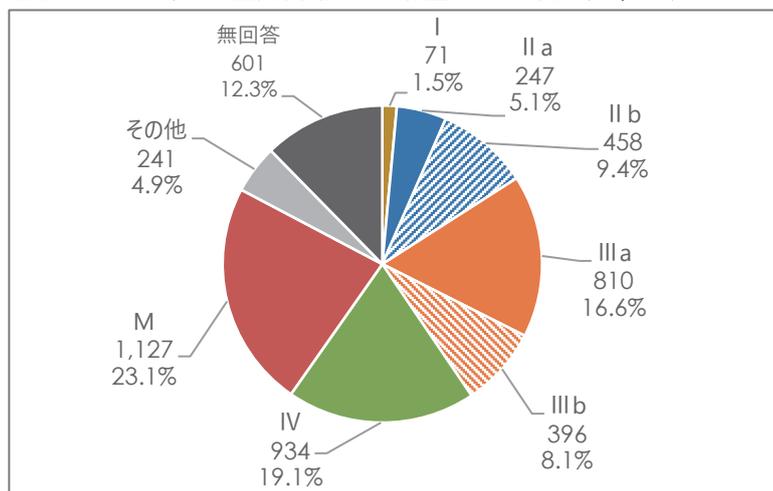
図表 4-1-3 主診断名 (n6,021)



①.4 認知症高齢者の日常生活自立度

認知症高齢者の日常生活自立度は、「M」が 1,127 人 (23.1%) と最も多く、「IV」が 934 人 (19.1%)、「IIIa」が 810 人 (16.6%)、「IIb」が 458 人 (9.4%) の順であった

図表 4-1-4 認知症高齢者の日常生活自立度 (n4,885)

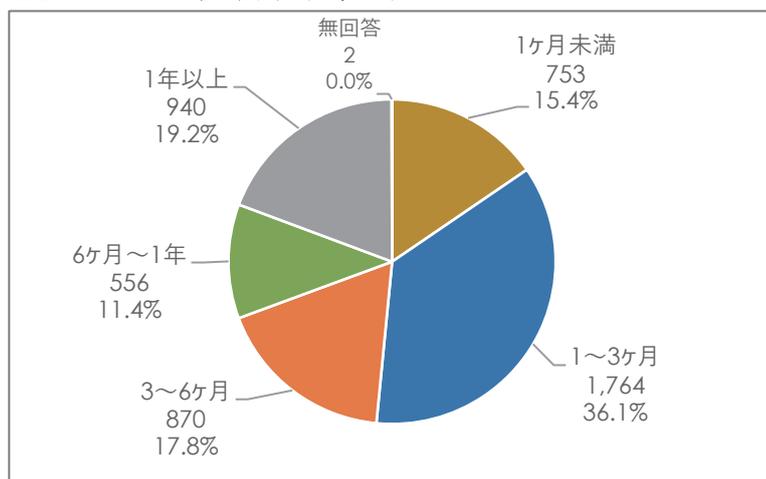


②入退院の状況

②.1 入院期間

入院期間は、「1～3ヶ月」が 1,764 人(36.1%)と最も多く、次いで、「1年以上」が 940 人(19.2%)、「3～6ヶ月」が 870 人(17.8%)、「1ヶ月未満」が 753 人(15.4%)の順であった。

図表 4-2-1 入院期間 (n4,885)



②.2 入院の主な理由

入院の主な理由について、全体では、「BPSD の対応」が 2,546 人(52.1%)と過半数で最も多く、次いで、「中核症状の治療」が 745 人(15.3%)、「薬剤調整や管理」が 543 人(11.1%)、「身体合併症の対応」が 453 人(9.3%)の順であった。

BPSD 対応は I の段階から半数弱で必要で、II、III と割合が増加し、以降は 55%弱で同等の割合で必要であった。

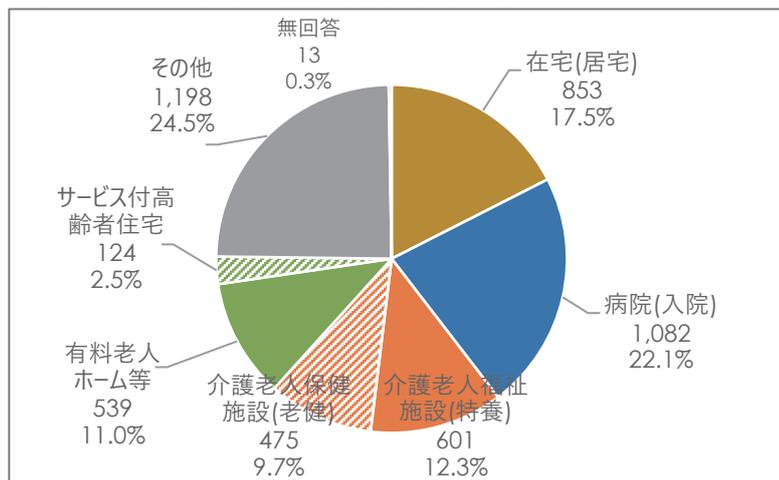
図表 4-2-2 入院の主な理由 (n4,885)

	全体 n4,885	I n71	II n705	III n1,206	IV n934	M n1,127
中核症状の治療	745 (15.3%)	6 (8.5%)	109 (15.5%)	178 (14.8%)	105 (11.2%)	181 (16.1%)
BPSD の対応	2,546 (52.1%)	31 (43.7%)	338 (47.9%)	653 (54.1%)	505 (54.1%)	615 (54.6%)
薬剤調整や管理	543 (11.1%)	12 (16.9%)	104 (14.8%)	127 (10.5%)	104 (11.1%)	135 (12.0%)
拒食・拒薬の調整	129 (2.6%)	1 (1.4%)	14 (2.0%)	36 (3.0%)	33 (3.5%)	28 (2.5%)
介護者のレスパイト	154 (3.2%)	1 (1.4%)	49 (7.0%)	33 (2.7%)	25 (2.7%)	22 (2.0%)
身体合併症の対応	453 (9.3%)	2 (2.8%)	39 (5.5%)	133 (11.0%)	122 (13.1%)	91 (8.1%)
その他	233 (4.8%)	18 (25.4%)	51 (7.2%)	41 (3.4%)	40 (4.3%)	49 (4.3%)
無回答	82 (1.7%)	0 (0.0%)	1 (0.1%)	5 (0.4%)	0 (0.0%)	6 (0.5%)

②.3 退院後の所在場所

退院後の所在場所は、「病院(入院)」が1,082人(22.1%)と最も多く、次いで、「在宅(居宅)」が853人(17.5%)、「介護老人福祉施設(特養)」が601人(12.3%)、「有料老人ホーム等」が539人(11.0%)の順であった。「その他」1,198人(24.5%)については、具体的な内容は不明)

図表 4-2-3 退院後の所在場所 (n4,885)



③退院時における社会資源との連携

③.1 社会資源との連携の有無および連携の相手方

退院時における社会資源との連携の状況を見ると、「連携があった」が 3,072 人 (62.9%)、「なかった」が 1,695 人 (34.7%) であった。

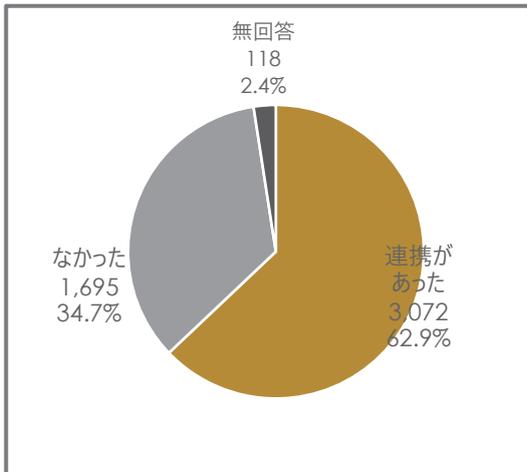
連携の相手方(複数回答)は、「介護保険施設」が 48.9%と最も多く、次いで、「居宅介護支援事業所」が 22.4%、「在宅かかりつけ医」が 9.8%、「介護サービス事業所」が 8.3%の順であった。(「その他」24.1%(741 件)のうち、『転院先医療機関』が4割(298 件、9.7%)を占めていた。具体的な記述回答より)

認知症高齢者の日常生活自立度のランク別でみると、退院時の連携は、自立度Ⅰ～Ⅲまでは7割前後で「連携があった」としていた一方、自立度ⅣとMでは、6割を下回っていた。連携の相手方としては、自立度Ⅱ以下では、在宅生活復帰のための「居宅介護支援事業所」、「介護サービス事業所」が多かったが、自立度Ⅲ以上では、「介護保険施設」と「その他」(主に転院先医療機関が想定される)が多くを占めた。

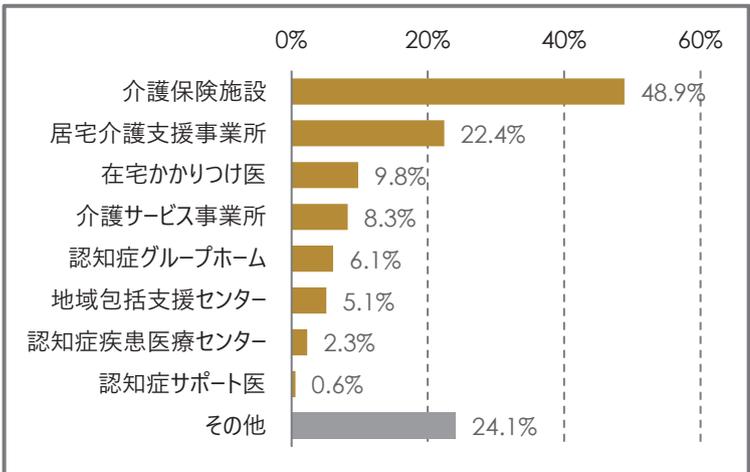
図表 4-3-1 退院時における社会資源との連携

(全体 n4,885)

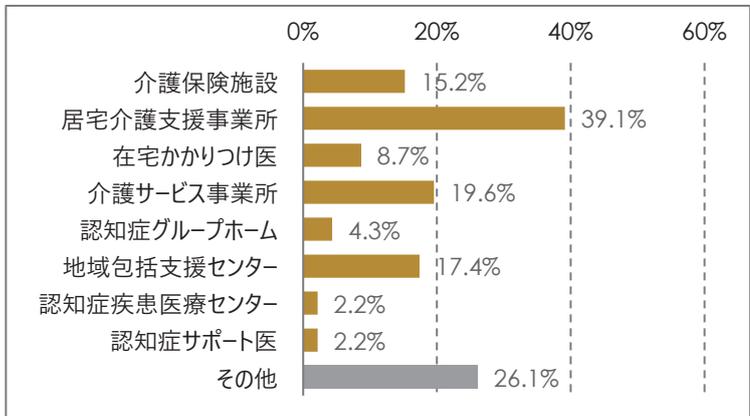
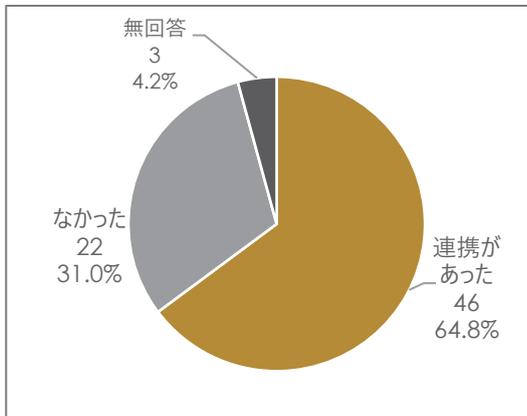
[連携の有無]



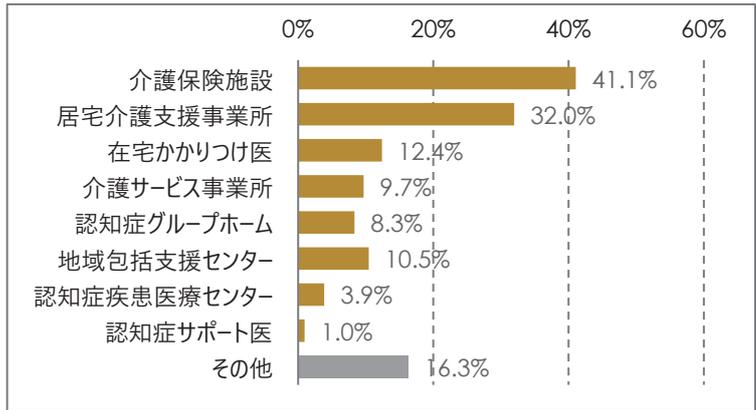
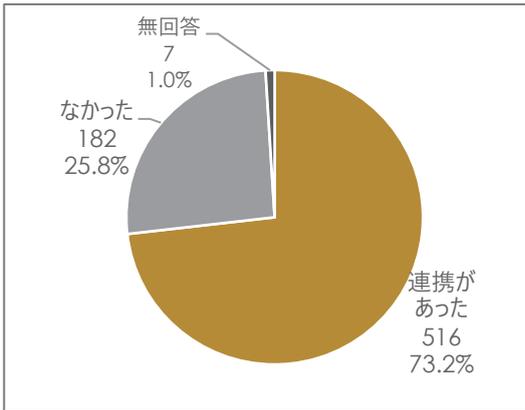
[連携の相手方(複数回答、「あった」場合に占める割合)]



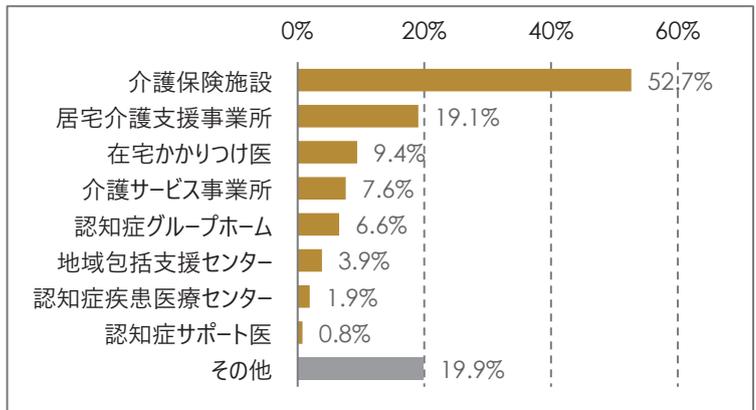
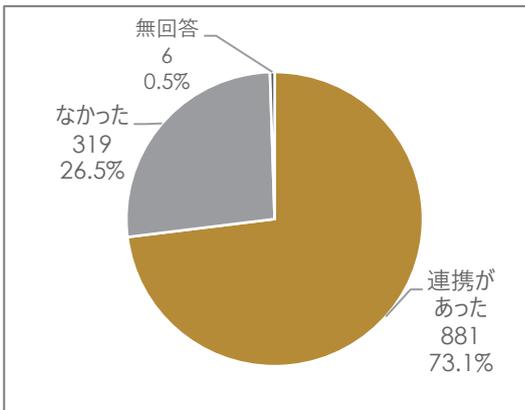
(自立度Ⅰ n71)



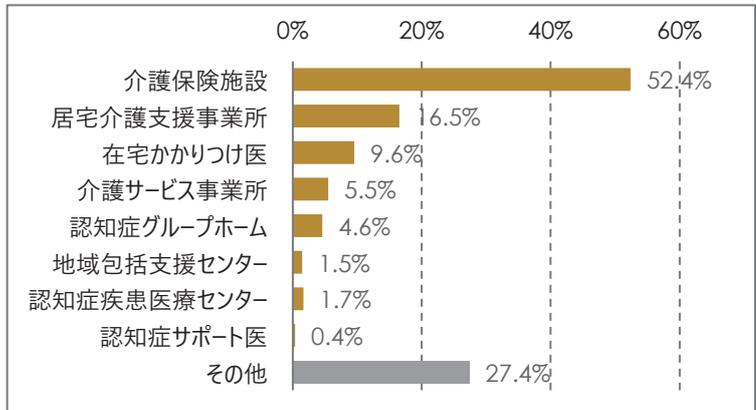
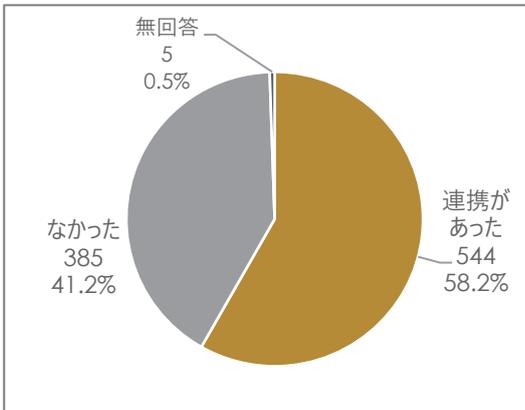
(自立度Ⅱ n705)



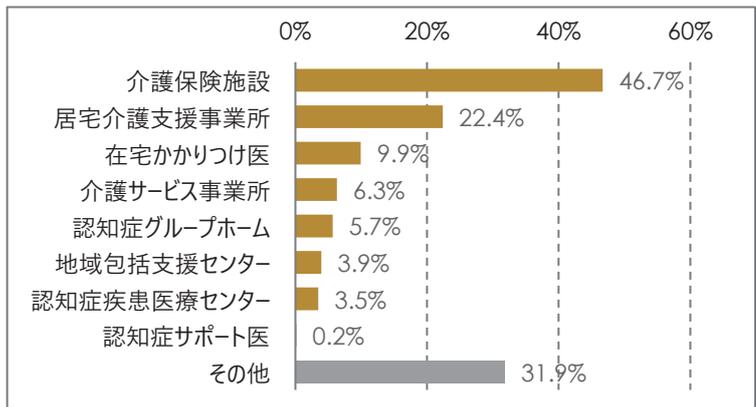
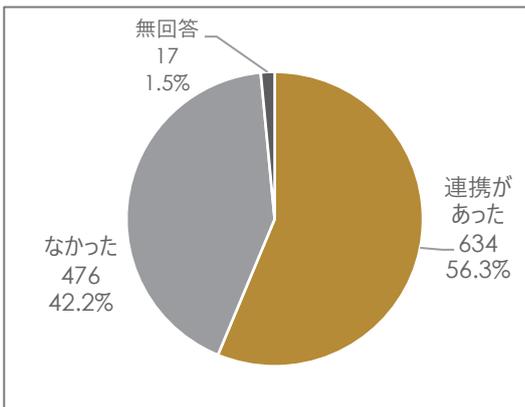
(自立度Ⅲ n1,206)



(自立度Ⅳ n934)



(自立度M n1,127)



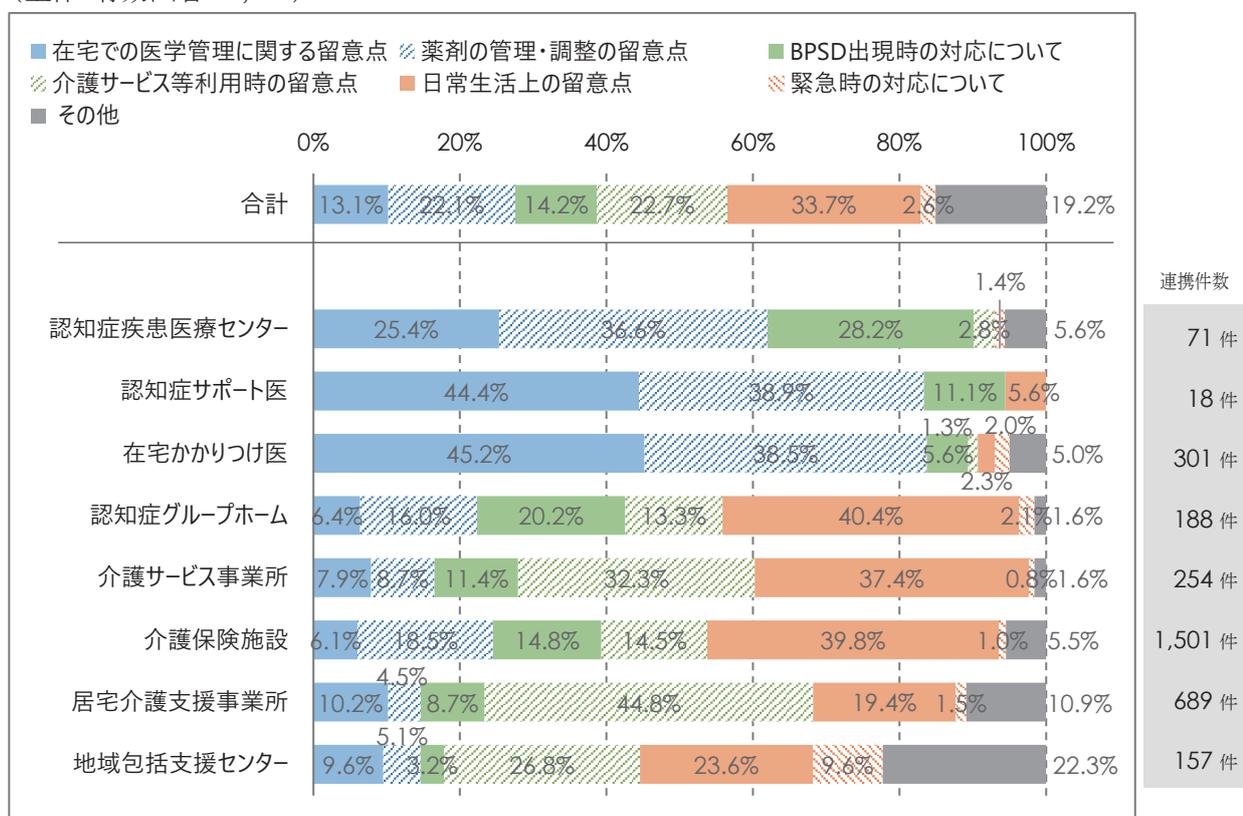
③.2 主な連携内容(複数回答)

連携があったとした 3,072 人について、退院時の連携の主な内容を見ると、「日常生活上の留意点」が 33.7% で最も多く、次いで、「介護サービス等利用時の留意点」が 22.7%、「薬剤の管理・調整の留意点」が 22.1%の順であった。

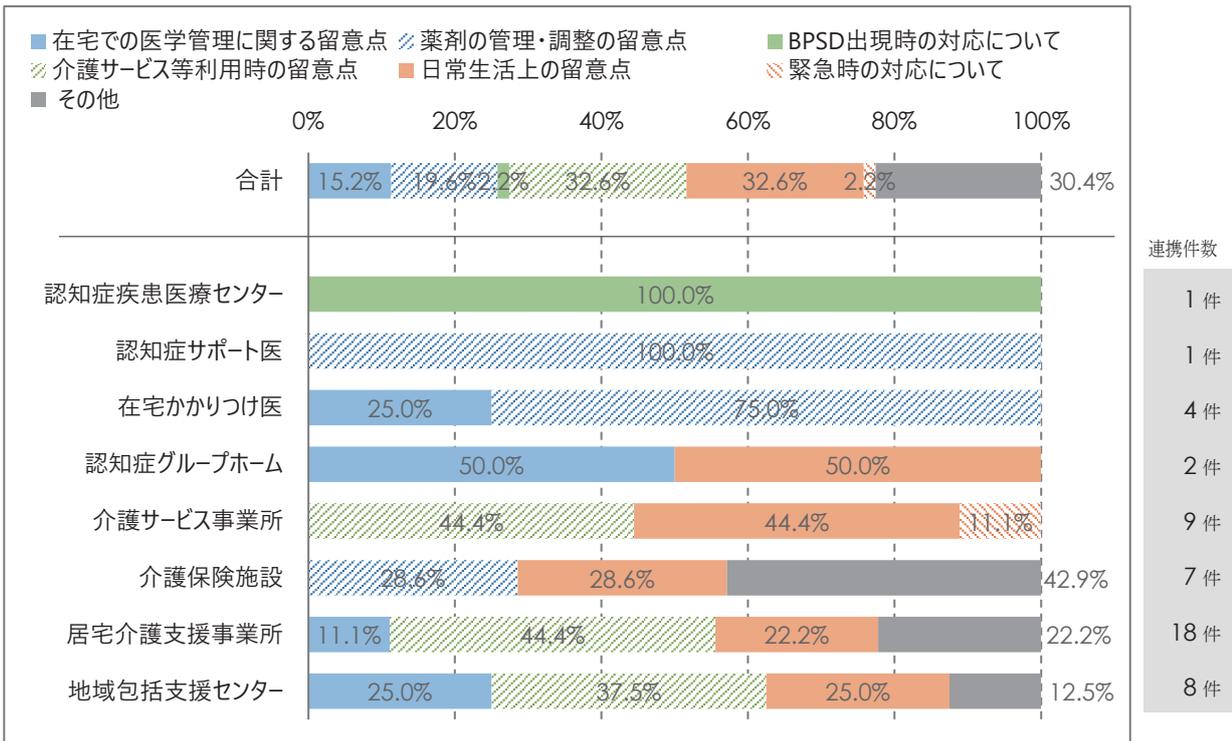
連携先別でみると、在宅かかりつけ医や認知症疾患医療センターの医療機関では、「在宅での医学管理に関する留意点」の構成割合が高く、認知症グループホームや介護保険施設では「日常生活上の留意点」、居宅介護支援事業所では「介護サービス等利用時の留意点」が最多であった。それぞれ、退院後の患者の生活を支える連携先に対し情報提供する状況がうかがえた。

図表 3-4-2 連携先別の主な連携内容

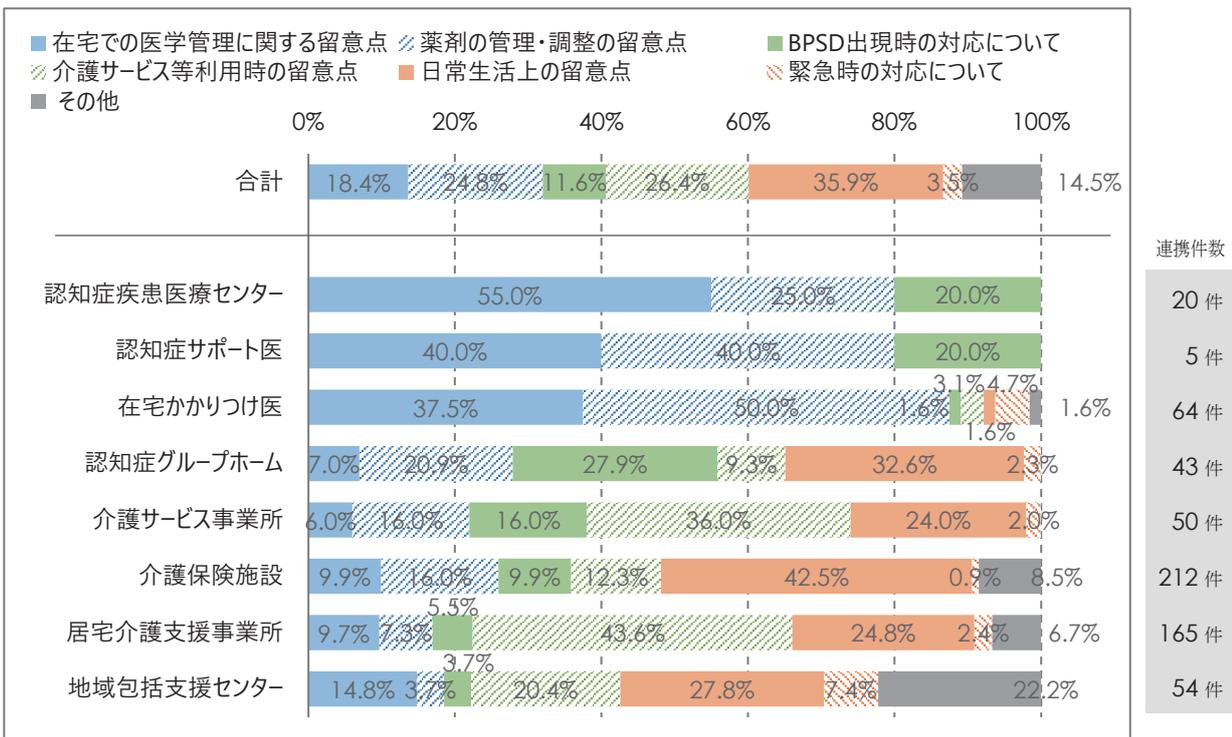
(全体 有効回答 n3,072)



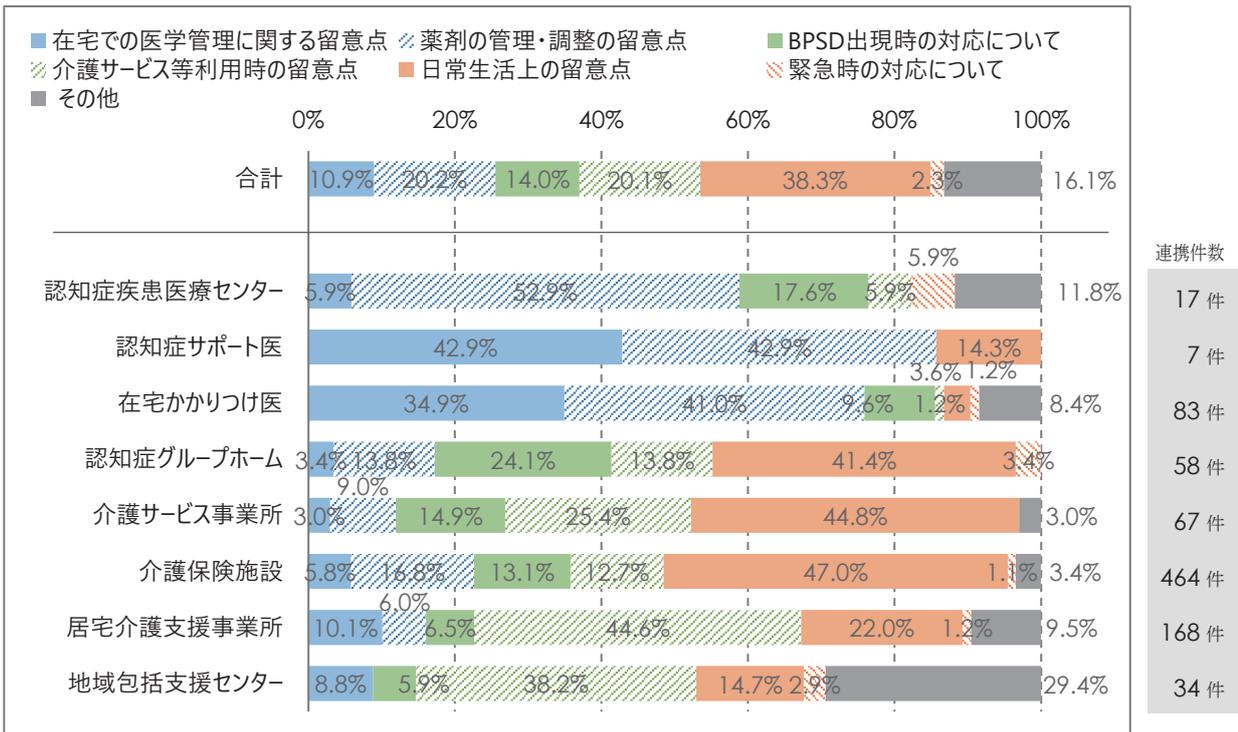
(自立度Ⅰ 有効回答 n46)



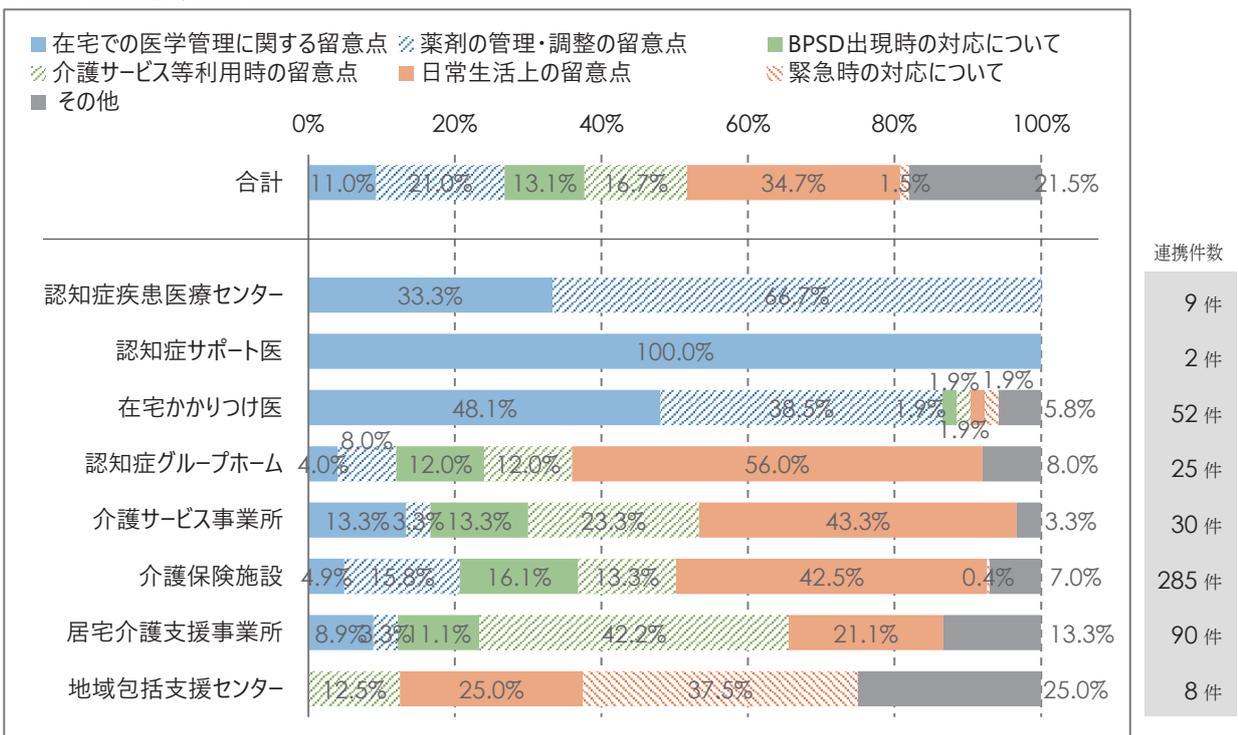
(自立度Ⅱ 有効回答 n516)



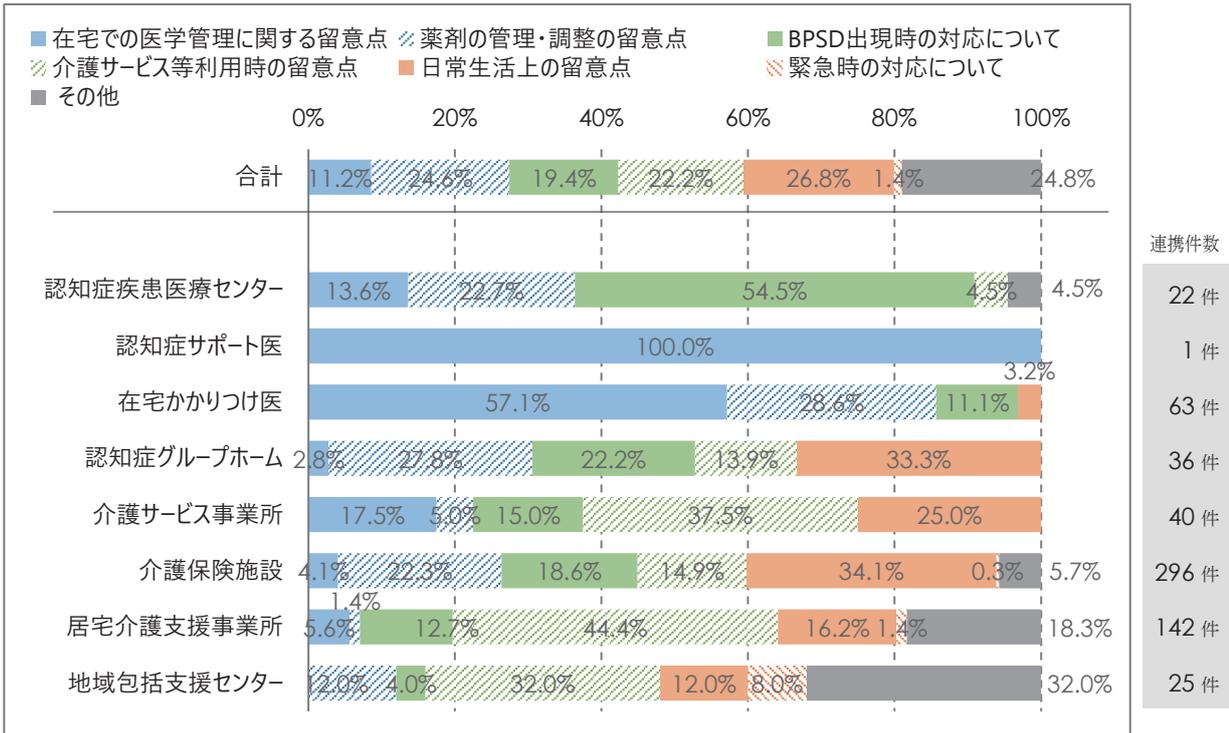
(自立度Ⅲ 有効回答 n881)



(自立度Ⅳ 有効回答 n544)



(自立度M 有効回答 n634)



④退院後の精神科病院の継続支援

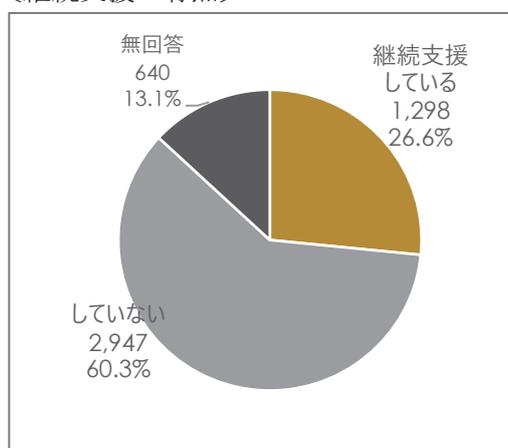
退院後における精神科病院による継続支援の状況は、「(継続支援)している」が 1,298 (26.6%)、「なかった」が 2,947 人 (60.3%) であった。

退院後の継続支援の割合は少なかった。専門的支援は必要なので、継続支援が望まれるが、これは外来診療枠やマンパワーの制限によると考えられた。

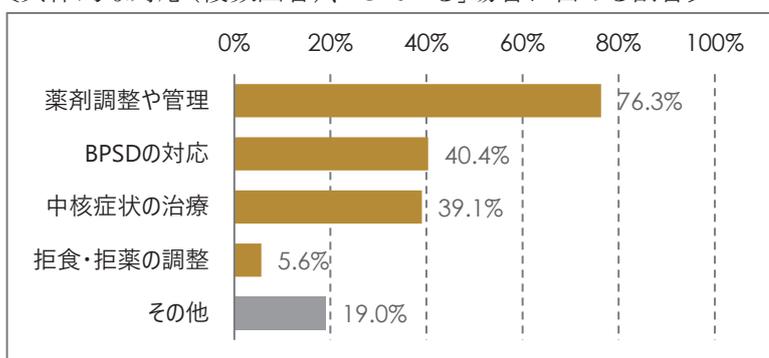
継続支援をしている場合の精神科病院の具体的な対応(複数回答)は、「薬剤調整や管理」が 76.3%と最も多く、次いで、「BPSD の対応」が 40.4%、「中核症状の治療」が 39.1%の順であった。

図表 3-5 退院後の精神科病院の継続支援 (n4,885)

[継続支援の有無]



[具体的な対応(複数回答)、「している」場合に占める割合]



Ⅲ 地域社会資源との連携に関する 精神科病院ヒアリング調査

Ⅲ 地域社会資源との連携に関する精神科病院ヒアリング調査

1 調査概要

【目的】

精神病床を有する病院における外来診療や相談対応を中心に、地域の社会資源との良好な連携を実施している医療機関より、連携を活かした対応、その有効性や現状での問題点等について、より詳細な状況を把握することを目的とする。

【調査対象】

(選定方法)

アンケート調査において、地域社会資源との連携(記述設問)に回答があった医療機関から、回答内容および施設種別等のバランスも踏まえて選定した。

(対象医療機関)

	医療機関名(所在都道府県)	認知症疾患医療センター
第1回	㉑ 医療法人風のすずらん会 江別すずらん病院 (北海道)	指定あり
	㉒ 医療法人根岸会 足利富士見台病院 (栃木県)	指定あり
第2回	㉓ 公立学校法人 横浜市立大学附属病院 (神奈川県)	指定あり
	㉔ 地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター (岡山県)	指定なし
	㉕ 医療法人明心会 仁大病院 (愛知県)	指定あり
	㉖ 医療法人至誠会 長岡保養園 (新潟県)	指定なし
書面参加	㉗ 十和田市立中央病院 (青森県)	指定なし
	㉘ 医療法人社団斗南会 秋野病院 (山形県)	指定なし
	㉙ 医療法人社団筑波東病院 (茨城県)	指定なし
	㉚ 大阪大学医学部附属病院 (大阪府)	指定なし
	㉛ 国立大学法人熊本大学病院 (熊本県)	指定あり
	㉜ 兵庫県立ひょうごこころの医療センター (兵庫県)	指定あり
	㉝ 秋田県立リハビリテーション病院 (秋田県)	指定あり
	㉞ 和歌山県立こころの医療センター (和歌山県)	指定なし

【調査方法】

- (1) 調査日 : 第1回ヒアリング 令和4年1月19日 15:00～17:30
第2回ヒアリング 令和4年1月26日 15:00～17:30

(2) 実施方法 : 事前にヒアリング内容(共通質問)を提供し書面回答を頂いた上で、web 会議において、プレゼンテーションおよび質疑応答を実施した。

- (3) 共通質問 : ①貴院の特色や取り組み、特に力を入れている内容など
②精神科病院へ紹介される場合はどのようなケースか
③外来対応、入院対応の基準はあるか。また、入院時の入院形態で多いものは何か
④外来対応で必要な地域の社会資源の活用は何か
⑤入院に至ったケースのおおよその入院期間と退院に向けての地域の社会資源は何か
⑥退院後の社会資源の利用とセンターでの継続医療はどのようなものか
⑦認知症患者医療センターの指定の有無は認知症医療を行う上で影響するか

2 調査結果

各対象施設からの事前提供書面の内容を以下の通り整理した。

ヒアリング会参加病院による当日の補足事項等は、次項「3 ヒアリング調査考察」にてまとめる。

2.1 ①医療法人風のすずらん会 江別すずらん病院（北海道）

【認知症疾患医療センター指定あり、民間病院】

①貴院の特色や取り組み、特に力を入れている内容など	認知症疾患医療センターでの物忘れが以来ほか、アルコール依存症拠点病院・思春期外来、復職支援など 10 代から超高齢者まで幅広く対応している。訪問看護や精神科デイナイトケア・重度認知症デイケアも併設し地域で暮らし続けることを支えている。
②精神科病院へ紹介される場合はどのようなケースか	当院では対応困難な事例(胃ろうや・VH などの延命治療や総合病院での治療が必要な場合)
③外来対応、入院対応の基準はあるか。また、入院時の入院形態で多いものは何か	特に明確な基準はない。任意入院が多い。
④外来対応に必要な地域の社会資源の活用は何か	訪問看護・介護保険・障害福祉サービス・暮らしサポートセンター・成年後見センター・保健所など
⑤入院に至ったケースのおおよその入院期間と退院に向けての地域の社会資源は何か	おおよそ 3 か月を目安に入院している方が多い。退院にむけては上記④と同様。
⑥退院後の社会資源の利用とセンターでの継続医療はどのようなものか	入院中から継続支援が必要とわかっていれば外来で継続的に面談を行っている。 途中から支援が必要となった場合は医師から依頼があったり、患者家族から声を掛けられることで支援が開始される。
⑦認知症疾患医療センターの指定の有無は認知症医療を行う上で影響するか	大きくは変わらないが、よりかかりつけの医師と診療情報提供書を通して連携を図るようになりました。

2.1 ⑥医療法人根岸会 足利富士見台病院（栃木県）

【認知症疾患医療センター指定あり、民間病院】

<p>①貴院の特色や取り組み、特に力を入れている内容など</p>	<p>認知症をメインとした地域包括ケアシステムに対応し、地域の医療機関、地域包括支援センター等と連携を図り、地域での生活が継続できるよう取り組んでいる。</p> <p>当院では自ら介護施設をもっていないため、各地域にある介護施設と連携を図りながら、患者様がサービスをスムーズに利用できるようにしている。</p>
<p>②精神科病院へ紹介される場合はどのようなケースか</p>	<p>BPSD のため、介護施設で対応が不可能な場合や、一般病院での認知症対応が困難である場合に紹介されることが多い。またかかりつけ医より認知症鑑別診断目的で紹介されることも増えている。</p> <p>認知症の鑑別診断目的:4割弱 BPSD 治療目的:45% 入院治療目的:1割弱。ここ 10 年は上記の割合となっている。</p>
<p>③外来対応、入院対応の基準はあるか。また、入院時の入院形態で多いものは何か</p>	<p>せん妄を呈している場合や BPSD が著明である場合は入院治療となるケースが多い。</p> <p>入院形態は医療保護入院が主である。</p>
<p>④外来対応で必要な地域の社会資源の活用は何か</p>	<p>一人暮らし、もしくは高齢夫婦二人暮らしである場合、生活基盤を支えるために、ヘルパーや福祉用具の導入、規則的な生活リズムの維持を目的としたデイサービス、家族のレスパイトケアのためのショートステイ利用が必要と思われる。また、服薬・身体管理観察目的とした訪問看護の導入も望まれる。相談窓口としての地域包括支援センターの利用。自宅での生活が困難となった場合は、入所型施設の利用。</p>
<p>⑤入院に至ったケースのおおよその入院期間と退院に向けての地域の社会資源は何か</p>	<p>原則として 3 ヶ月で退院となっている。退院後に自宅での生活を継続していく場合は、ケアマネと連携し、デイサービス、ヘルパー、ショートステイ、訪問看護等の利用を入院中から調整している。困難ケースで自宅に退院となる場合、ケアマネと連携するほか、地域包括支援センターとも情報を共有するようにしている。</p> <p>家族が自宅での生活を希望されない場合は、入所型施設を検討していく。メンテラや家族との PSW 面談を踏まえながら、本人の性格、経済状況を考慮し、老健、サ高住、グループホーム、有料老人ホーム等の施設を検討している。</p>
<p>⑥退院後の社会資源の利用とセンターでの継続医療はどのようなものか</p>	<p>基本的には当センターへの通院を継続しながら、社会資源を利用しているケースが多い。入所型施設に嘱託医がおり、そちらでの治療を希望される場合は、情報提供を行い、嘱託医に治療をお願いしている。</p>
<p>⑦認知症疾患医療センターの指定の有無は認知症医療を行う上で影響するか</p>	<p>認知症を専門に診てもらいたいと受診される方も多く、またかかりつけ医から鑑別診断をお願いされることも多いため、認可の有無は影響していると思われる。</p>

2.1 ㉔公立学校法人 横浜市立大学附属病院（神奈川県）

【認知症疾患医療センター指定あり、公立病院】

<p>① 貴院の特色や取り組み、特に力を入れている内容など</p>	<p>総合病院として、合併症のある認知症患者さんは積極的に受け入れるようになっています。若年や、MCI レベルなど早期の方の鑑別診断が多いです。大学病院として、画像検査、鑑別診断をしっかりと行うこと、若い医師の教育にも力を入れています。</p>
<p>② 精神科病院へ紹介される場合はどのようなケースか</p>	<p>BPSD により開放病棟での管理が難しい患者さんについては、精神科単科病院に入院相談を行う場合があります。</p>
<p>③ 外来対応、入院対応の基準はあるか。また、入院時の入院形態で多いものは何か</p>	<p>ほぼ医療保護入院だと思います。外来対応と入院対応の基準というのは、一般的に精神科医療で行う入院判断と同様です。</p>
<p>④ 外来対応に必要な地域の社会資源の活用は何か</p>	<p>地域の社会資源：地域包括支援センター、自治体の高齢・障害福祉課 活用検討される制度：介護保険、精神保健福祉手帳、障害年金、自立支援医療、患者会など</p>
<p>⑤ 入院に至ったケースのおおよその入院期間と退院に向けての地域の社会資源は何か</p>	<p>60 日程度です。ケースワークなど、一般的にやや他の入院より長めにかかる印象はあります。</p>
<p>⑥ 退院後の社会資源の利用とセンターでの継続医療はどのようなものか</p>	<p>地域包括支援センターやケアマネジャー、自治体の高齢・障害支援担当と、継続した支援が行われるように連携しています。 継続医療については原則はかかりつけ医へ逆紹介としております。症状によっては当院での受診継続を行った後に逆紹介を検討する場合があります。</p>
<p>⑦ 認知症疾患医療センターの指定の有無は認知症医療を行う上で影響するか</p>	<p>認知症疾患医療センターであるということで、地域、行政への責任を強く感じて医療を行っています。</p>

2.1 ①地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター（岡山県）

【認知症疾患医療センター指定なし、公立病院】

<p>① 貴院の特色や取り組み、特に力を入れている内容など</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・若年の方の受け入れが多く、高齢者への対応は少ない ・初発統合失調症患者の社会復帰と地域支援 若者の社会復帰への支援強化(デイケア、訪問看護、相談支援) ・機能分化した病棟 児童/救急/依存症/医療観察/精神科療養 ・複雑困難事例や難治例の受け入れと治療(公的病院の役割) クロザピンの導入、ASD、院内暴力、司法との連携が必要な困難例の受け入れ
<p>② 精神科病院へ紹介される場合はどのようなケースか</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科救急(BPSD など) 受け入れの 70%以上救急対応、50%以上休日夜間受け入れ ・簡易鑑定 ・措置通報 ・司法からの鑑別診断依頼(検察・検察・弁護士など) ・COVID-19
<p>③ 外来対応、入院対応の基準はあるか。また、入院時の入院形態で多いものは何か</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・他院で外来、入院対応が困難な事例 ・休日夜間で救急対応が必要な事例 ・多くが医療保護入院、応急入院、時に措置入院あり
<p>④ 外来対応で必要な地域の社会資源の活用は何か</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・入院したケースは施設入所 ・生活機能は維持されているケースも多く、地域包括支援センターとの共有のみでサービス利用にないことも多い。
<p>⑤ 入院に至ったケースのおおよその入院期間と退院に向けての地域の社会資源は何か</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・平均在院日数 2020 年度 25.1 日、2021 年度 39.4 日 ・退院時の社会資源 施設入所もしくは精神科病院への転院
<p>⑥ 退院後の社会資源の利用とセンターでの継続医療はどのようなものか</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャーへ社会資源の利用のためのマネジメント依頼 ・継続医療はかかりつけ医へつなぐもしくは、地元の医療機関(施設の医療機関)へつなぐ。
<p>⑦ 認知症疾患医療センターの指定の有無は認知症医療を行う上で影響するか</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・当院の受け入れについては、大きな影響はないと感じる。 地域対応や拠点としては必要 ・認知症診断のための専門スタッフ配置や検査体制などは当院不十分である。

2.1 ㊸医療法人明心会 仁大病院（愛知県）

【認知症疾患医療センター指定あり、民間病院】

<p>① 貴院の特色や取り組み、特に力を入れている内容など</p>	<p>通院開始時の地域連携、認知症重症化に伴う BPSD に対する入院治療及び退院支援</p>
<p>② 精神科病院へ紹介される場合はどのようなケースか</p>	<p>BPSD に対する薬剤調整のための通院及び入院治療</p>
<p>③ 外来対応、入院対応の基準はあるか。また、入院時の入院形態で多いものは何か</p>	<p>暴言暴力、自傷他害、介護抵抗など、在宅や施設での対応困難時。医療保護入院が殆ど。</p>
<p>④ 外来対応に必要な地域の社会資源の活用は何か</p>	<p>地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、GH や老健や特養など入所施設等。</p>
<p>⑤ 入院に至ったケースのおおよその入院期間と退院に向けての地域の社会資源は何か</p>	<p>半年から1年が多い。退院後は在宅復帰困難で、施設移行が殆ど。</p>
<p>⑥ 退院後の社会資源の利用とセンターでの継続医療はどのようなものか</p>	<p>施設への移行時に転医となることが殆ど。在宅の場合に通院継続。</p>
<p>⑦ 認知症疾患医療センターの指定の有無は認知症医療を行う上で影響するか</p>	<p>医療を行う上で影響はないが、当院は精神科単科のため、厳密な鑑別診断は提携先の総合病院での検査依頼し対応。身体面悪化の際には転院必要。過度な期待を持たれるご家族もあるため説明を十分行うようにしている。</p>

2.1 ①医療法人至誠会 長岡保養園（新潟県）

【認知症疾患医療センター指定なし、民間病院】

<p>①貴院の特色や取り組み、特に力を入れている内容など</p>	<p>令和3年1月より「至誠会認知症ケアコアチーム」を立ち上げた。職員の認知症に関する学習機会の確保と認知症ケアの質を高めるために、認知症に関する研修計画の立案、実施を定期的に行いケアの質の向上を目標にしている。</p> <p>認知症ケアに関わるさまざまな課題なども集約し、その解決策が研修を通して理解でき、実際の介護現場で役立つ内容になるように心がけている。いずれは、認知症ケアに関して法人内での相談援助の中心的な役割を果たせるような位置づけになることを目標としている。</p>
<p>②精神科病院へ紹介される場合はどのようなケースか</p>	<p>在宅生活中で認知症の鑑別診断を主訴とするケース、認知症の進行により自宅での介護、生活継続が困難となり入院・入所を希望される、2つのケースに分かれている印象を受ける。</p> <p>前者については、介護保険未申請でこれから介護サービスの利用を検討し始めた方や、主治医がいるが専門科(サポート医)ではないために、受診・精査を依頼されるケースがある。いずれも外来看護師が初期相談を受け付ける。その後、介護保険申請やケアマネジャーとの情報共有など、連携が必要な際はソーシャルワーカーに連絡が入る。</p> <p>病気が進行していく過程で BPSD の症状により、自宅での生活継続が困難になることも予測される。病院に連絡、相談がくるときは、既に何らかの生活破綻をきたしていることが多い。ケアマネジメントの中では PDCA サイクルに沿ったケアが提供されていくが、病院はその過程で担当者会議に呼ばれる機会は少ない。</p>
<p>③外来対応、入院対応の基準はあるか。また、入院時の入院形態で多いものは何か</p>	<p>外来対応の基準はない。予約制のため突然の来院は対応が難しい。</p> <p>当院は開放病棟のため隔離室がなく、病状的には任意入院の方のみを受け入れている。そのため、入院に際しては本人、家族が同意していることが条件となり、医師の診察時に意向を丁寧に確認している。BPSD の症状、ADL によっては介護医療院での受け入れも検討している。</p>
<p>④外来対応に必要な地域の社会資源の活用は何か</p>	<p>介護保険制度下ではケアマネジャーのマネジメント力や担当するケースに関わる他機関を巻き込むチーム力も必要とされる。ケアマネジャーや支援機関からすると、医療機関は敷居が高いと感じているのかもしれない。病院ソーシャルワーカーへの情報提供自体が少ない。外来対応の立場で見れば、認知症の当事者、本人にしっかりと寄り添い、課題発生時に他機関を巻き込みながらマネジメント力を発揮していただける方が何よりも必要とされていると考える。</p> <p>MCI レベルの場合、確定診断がつかないと、初回の診断のみで終わることもある。病院側がフォローするにも、本人、家族の意向もあり一方的な介入はできない。予防の観点を見れば、何らかの活動につながることを望ましいが、それを後押しする専門職が不足していると感じる。地域包括支援センターや認知症疾患医療センターが存在するが、ケースの継続フォローについては業務外となっている現状が否めない。</p>

<p>⑤入院に至ったケースのおおよその入院期間と退院に向けての地域の社会資源は何か</p>	<p>ケースによりかなりのばらつきがある。自宅退院ができる(家族の受け入れ体制、本人の意向など)条件が整えば1～3か月の入院期間後、退院する。長期療養が希望の場合は看取りまで療養されている。</p> <p>退院時の社会資源としては、デイサービスやショートステイの利用が多い。単身生活者であれば訪問介護が介入するケースもある。いずれも介護保険制度上の介護サービスにつながるパターンが多い。様々な社会資源があるが、ケアマネジャーの経験や裁量などが影響し、サービスに過不足を感じる場面もある。</p>
<p>⑥退院後の社会資源の利用とセンターでの継続医療はどのようなものか</p>	<p>認知症疾患医療センターと連携が必要なケースは連絡をとるが、現状、そのようなケースがない。元々のかかりつけ医への紹介を希望されることが多いため、そのように支援している。</p>
<p>⑦認知症疾患医療センターの指定の有無は認知症医療を行う上で影響するか</p>	<p>認知症疾患医療センターがあることで、市の広報等で専門相談窓口として紹介されるため、外来患者の集客という観点で見れば有用である。センター直属の医療機関で鑑別診断や受診、入院相談ができ、ワンストップですべてが対応できる体制があれば、指定を受けるメリットは大きいと思う。</p> <p>課題は、地域住民が認知症疾患医療センターの存在をどれだけ知っているか、また、相談しやすい場所、雰囲気なのかという点である。センターの多くが精神科病院等に併設、もしくはそれらの関連施設であることが多い。地域住民目線で見れば「精神科」に対してのネガティブなイメージが存在する。働きや役割がまだまだ浸透していないことも考えられるため、センターの存在を普及、啓発していくことが課題と考える。</p>

2.2 ㊸十和田市立中央病院（青森県）【書面のみ】

【認知症疾患医療センター指定なし、公立病院】

① 貴院の特色や取り組み、特に力を入れている内容など	・在宅サービス(介護保険、総合支援法)の活用を積極的に取り入れている。
② 精神科病院へ紹介される場合はどのようなケースか	・介護保険サービス導入では対応困難な長期入院が必要なケース
③ 外来対応、入院対応の基準はあるか。また、入院時の入院形態で多いものは何か	・基準・・・各担当医の判断 ・入院形態・・・任意入院
④ 外来対応で必要な地域の社会資源の活用は何か	・介護保険、総合支援法のサービス
⑤ 入院に至ったケースのおおよその入院期間と退院に向けての地域の社会資源は何か	・入院期間・・・3ヶ月 ・社会資源・・・介護保険サービス、訪問看護、訪問薬剤管理指導等
⑥ 退院後の社会資源の利用とセンターでの継続医療はどのようなものか	・退院後の社会資源の利用先からの情報や報告をもとに医療(投薬)や社会資源の見直しや調整を利用先やケアマネジャー等と連携して行っている。
⑦ 認知症疾患医療センターの指定の有無は認知症医療を行う上で影響するか	・影響しない

2.2 ⑥医療法人社団斗南会 秋野病院（山形県）【書面のみ】

【認知症疾患医療センター指定なし、民間病院】

<p>① 貴院の特色や取り組み、特に力を入れている内容など</p>	<p>地元市からの委託で認知症初期集中支援チームを構築・運営しています。社会福祉協議会や地域包括支援センター等との連携に努めています。重度認知症デイケア施設を併設しており、同一法人で、老人保健施設及びグループホームを運営しています。</p>
<p>② 精神科病院へ紹介される場合はどのようなケースか</p>	<p>自傷他害、妄想や幻覚が目立つケースが、一般医療機関や他の精神科医療機関から紹介される場合が多いです。</p>
<p>③ 外来対応、入院対応の基準はあるか。また、入院時の入院形態で多いものは何か</p>	<p>入院で対応すると判断するのは、自傷他害に加え、①妄想や幻覚が目立つ、②些細なことで怒りだし暴力などの興奮行動に繋がる、③落ち込みや不安・苛立ちが目立つなどの症状により介護者の生活が阻害され、薬剤調整など専門医による治療が必要とされる場合です。</p> <p>上記が際立たない状態にあり、家族を含む見守りの態勢があれば外来対応で経過観察します。入院時の入院形態は、医療保護入院がその大半を占めます。</p>
<p>④ 外来対応で必要な地域の社会資源の活用は何か</p>	<p>介護保険サービスとしての通所、在宅サービスの活用につなげます。</p>
<p>⑤ 入院に至ったケースのおおよその入院期間と退院に向けての地域の社会資源は何か</p>	<p>かなり幅があります。平均して、概ね六ヶ月で退院に至ります。退院に向けての地域の社会資源としては、重度認知症デイケアや介護保険によるサービスの活用になります。</p>
<p>⑥ 退院後の社会資源の利用とセンターでの継続医療はどのようなものか</p>	<p>④に並行した外来による継続医療を推奨しています。</p> <p>「センター」が認知症疾患医療センターを指すとすれば、遠路でもあるため、ほぼ当院との連携はありません。</p>
<p>⑦ 認知症疾患医療センターの指定の有無は認知症医療を行う上で影響するか</p>	<p>特段の影響はないと思われます。</p>

2.2 ①医療法人社団筑波東病院（茨城県）【書面のみ】

【認知症疾患医療センター指定なし、民間病院】

<p>① 貴院の特色や取り組み、特に力を入れている内容など</p>	<p>介護保険未申請の方は、入院してから早めに申請を行う。認定を受けている方は、症状が落ち着いてきたら家族の了承を得て、協力して頂いている施設へ情報提供し、入居に向けて実態調査を受けて頂いている。</p>
<p>② 精神科病院へ紹介される場合はどのようなケースか</p>	<p>認知症状が悪化し、自宅や施設での生活が困難になってきた方。施設に入居しているが、介護拒否や抵抗が強い方等。</p>
<p>③ 外来対応、入院対応の基準はあるか。また、入院時の入院形態で多いものは何か</p>	<p>外来についての基準は、予診や相談時の情報から医師が判断している。（内科系の疾患を持っている方や認知症の診断を専門医療機関で受けていない方は、対応可能な他の病院を検討して頂く事が多い）</p> <p>入院については、ADL が自立しているかを基準に判断する事が多い。また、外来同様に医師が判断している。形態は可能な限り、任意を勧めているが、認知症状が有り自己判断が困難な方についてはやむを得ず医療保護になる。割合は半々くらい。</p>
<p>④ 外来対応で必要な地域の社会資源の活用は何か</p>	<p>介護サービスを利用している方であれば、担当ケアマネジャーや利用している施設の相談員との連携。訪問介護や訪問看護を利用している方であれば、サービス提供者からの情報共有や通院支援等の連携。</p>
<p>⑤ 入院に至ったケースのおおよその入院期間と退院に向けての地域の社会資源は何か</p>	<p>平均入院期間5ヶ月程度。入居系介護施設、介護系のデイサービス、地域包括支援センター等。</p>
<p>⑥ 退院後の社会資源の利用とセンターでの継続医療はどのようなものか</p>	<p>該当ありません。</p>
<p>⑦ 認知症疾患医療センターの指定の有無は認知症医療を行う上で影響するか</p>	<p>影響すると思われず。</p>

2.2 ①大阪大学医学部附属病院（大阪府）【書面のみ】

【認知症疾患医療センター指定なし、公立病院】

① 貴院の特色や取り組み、特に力を入れている内容など	認知症の鑑別診断、BPSD の治療、治験、正常圧水頭症の検査入院など
② 精神科病院へ紹介される場合はどのようなケースか	BPSD が残存して入院が長期化し在宅や施設では困難なケースや、退院後の介護サービスの調整に長期間必要なケース。
③ 外来対応、入院対応の基準はあるか。また、入院時の入院形態で多いものは何か	診断確定のためなど精査が必要な方、BPSD で地域での生活に困難がある方には入院を勧めている。ADL、認知機能障害、BPSD の軽重により入院形態は分かれるが、任意入院よりも医療保護入院の方がやや多い。
④ 外来対応で必要な地域の社会資源の活用は何か	デイサービス、訪問看護、ヘルパーなど。
⑤ 入院に至ったケースのおおよその入院期間と退院に向けての地域の社会資源は何か	精査入院の場合は数日から一か月程度。BPSD の治療入院の場合は 2-3 か月程度。退院に向けての地域の社会資源としてはデイサービス、訪問看護、ヘルパー、介護施設、精神科病院など。
⑥ 退院後の社会資源の利用とセンターでの継続医療はどのようなものか	患者の状態に応じて社会資源の利用を調整している。継続医療については、原則、かかりつけ医への逆紹介を行っているが、状況に応じて当院での外来診療を行うこともある。
⑦ 認知症疾患医療センターの指定の有無は認知症医療を行う上で影響するか	大きな影響はないように思われます。

2.2 ㊦国立大学法人熊本大学病院（熊本県）【書面のみ】

【認知症疾患医療センター指定あり、公立病院】

<p>①貴院の特色や取り組み、特に力を入れている内容など</p>	<p>県内唯一の大学病院として、精神科疾患希少例の精査加療に加え、身体合併症、特に周産期精神病、感染症関連疾患等の他診療科と共同診療が必要な症例を受け入れている。入院で集中的に加療を行った後には外来診療や地域医療へ繋ぎ、リハビリプログラムの活用、認知症、児童思春期等あらゆる専門的ネットワークを駆使して患者の社会生活を豊かにすることを目指し、患者本位の医療、地域への貢献、医療の発展に努めている。</p>
<p>②精神科病院へ紹介される場合はどのようなケースか</p>	<p>入院、薬物調整も含め方針は決まっていながら長期を要すると想定される場合、または在宅医療、介護環境の構築にあたり、より密接した関係性が望まれると考えられるケース、あるいは患者とその家族、地域支援員からの要望により、近医での治療へ移行するケース等。</p>
<p>③外来対応、入院対応の基準はあるか。また、入院時の入院形態で多いものは何か</p>	<p>職種ごとのマニュアルや、病院特有のルールが存在する。病院の規定例としては、院外外出の機会が許可された者に限られる事、勤務時間外でのインフォームド Consentや専門職面談（診療報酬加算対象）を行わない事など。 入院形態はおおよそ任意7：医療保護3の割合。</p>
<p>④外来対応で必要な地域の社会資源の活用は何か</p>	<p>外来、入院に限らず介護保険・障害福祉・自立支援関連は活用の機会が多い。通所や訪問サービスは近年どの地域でも充実してきていて、迅速かつ適切に利用開始へつながりやすい印象。一方で宿泊サービスの手配は依然時間がかかる事が多く、患者の保護が必要な状況で、緊急避難的に受け入れられる力量のある施設はなかなか増えないように思う。これが充実すれば、より入院に至らず外来診療で地域生活を継続可能とできるケースは増える。</p>
<p>⑤入院に至ったケースのおおよその入院期間と退院に向けての地域の社会資源は何か</p>	<p>当院での入院計画はほとんどが2週間～3か月。退院時には、高齢者の場合介護保険申請・更新、ケアプラン作成までを基本の退院支援とし、若年層の場合は地域相談支援センターの紹介、訪問看護の活用へ繋ぐ場合が多い。疾患や年齢層に限らず入所先を手配することも少なくない。極稀に貧困、虐待、家計支援対象者等を行政機関へ紹介することもある。</p>
<p>⑥退院後の社会資源の利用とセンターでの継続医療はどのようなものか</p>	<p>利用先の支援員と適宜電話連絡を取りながら、場合によっては受診同行をお願いし情報共有する。</p>
<p>⑦認知症疾患医療センターの指定の有無は認知症医療を行う上で影響するか</p>	<p>影響する。患者や患者家族にとって専門性がわかりやすく安心感を得られ、医療者、支援者側としても連携先を選択する明確な基準になる。</p>

2.2 ①兵庫県立ひょうごこころの医療センター（兵庫県）【書面のみ】

【認知症疾患医療センター指定あり、公立病院】

①貴院の特色や取り組み、特に力を入れている内容など	当センターが精神科単科病院であるため、身体科医療機関と併診の体制をとること。
②精神科病院へ紹介される場合はどのようなケースか	認知症の BPSD で対応に難渋しているケース。
③外来対応、入院対応の基準はあるか。また、入院時の入院形態で多いものは何か	入院対応は、約 1 か月の期間とし、自宅等元の場所にお戻りいただくこととしている。 入院時の入院形態は、医療保護入院が多い。
④外来対応で必要な地域の社会資源の活用は何か	介護保険サービス。
⑤入院に至ったケースのおおよその入院期間と退院に向けての地域の社会資源は何か	入院期間は 1 か月程度、退院に向けての地域の社会資源は介護保険サービスです。
⑥退院後の社会資源の利用とセンターでの継続医療はどのようなものか	ケアマネジャーや地域支援者とは電話や文書を通して情報共有している。
⑦認知症疾患医療センターの指定の有無は認知症医療を行う上で影響するか	影響していると思う。センターの認可があるので当院を選んだと言われることは多い。

2.2 ㊦秋田県立リハビリテーション病院（秋田県）【書面のみ】

【認知症疾患医療センター指定あり、公立病院】

<p>① 貴院の特色や取り組み、特に力を入れている内容など</p>	<p>運動機能回復等を主な目的とするリハビリテーション科と精神障害一般の治療を目的とする精神科の2つの診療部が中心となっている病院です。</p> <p>リハビリテーション科診療部においては、理学療法士、作業療法士、言語療法士がそろい、担当医師の指示の下で、365日毎日訓練が行われています。先進のロボット支援による訓練や運転シミュレーションを導入し、早期の社会復帰を目指しています。</p> <p>精神科診療部では、一般精神障害の治療に加え、県精神科救急システムの第3次救急機能を担い、24時間体制で入院を受け入れています。また、修正型電気けいれん療法、反復経頭蓋磁気刺激(rTMS)療法、特殊な抗精神病薬クロザピンの導入体制も整っています。</p> <p>認知症医療においても、リハビリテーション科と精神科の両科の特色を生かした認知症診療部を設置し、神経内科、脳外科、精神科専門医の協働による認知症医療を目指して診療を行っています。現在、秋田県認知症疾患医療センターと秋田県高次脳機能障害拠点機関の指定をうけるとともに、若年性認知症支援コーディネーターの配置を行っています。</p>
<p>② 精神科病院へ紹介される場合はどのようなケースか</p>	<p>行動・心理症状が顕著な方が多いですが、鑑別診断目的や軽度の方もいます。</p>
<p>③ 外来対応、入院対応の基準はあるか。また、入院時の入院形態で多いものは何か</p>	<p>外来対応、入院対応の明確な基準はないが、行動・心理症状が顕著であったり、在宅や施設での生活が困難になってきた場合は入院の検討を行っています。また、入院時の入院形態は医療保護入院が多いです。</p>
<p>④ 外来対応で必要な地域の社会資源の活用は何か</p>	<p>介護保険サービス、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問看護、福祉事務所(生活保護担当)など。若年性の方は前述の他に障害者サービス。</p>
<p>⑤ 入院に至ったケースのおおよその入院期間と退院に向けての地域の社会資源は何か</p>	<p>入院期間は約3ヶ月。退院に向けての社会資源は介護保険サービス、有料老人ホーム・サ高住、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問看護、福祉事務所(生活保護担当)など。若年性の方は前述の他に障害者サービス。</p>
<p>⑥ 退院後の社会資源の利用とセンターでの継続医療はどのようなものか</p>	<p>退院後は介護保険サービスの利用など各種社会資源の活用を促しています。退院後の治療については基本的には紹介元医療機関など地域の開業医や施設の嘱託医へ依頼しているが、病状が不安定な方や希望者は退院後も継続して外来診療を行っています。</p>
<p>⑦ 認知症疾患医療センターの指定の有無は認知症医療を行う上で影響するか</p>	<p>認知症疾患医療センターの認可があることにより、紹介患者は多くなっていると思われま。</p>

2.2 ①和歌山県立こころの医療センター（和歌山県）【書面のみ】

【認知症疾患医療センター指定なし、公立病院】

<p>① 貴院の特色や取り組み、特に力を入れている内容など</p>	<p>精神科救急対応の病院であるため、夜間休日であっても、必要に応じ、BPSD などの症状が顕著に出ている方などの診療にあたることができ、場合によっては、入院治療を開始することもできる。</p>
<p>② 精神科病院へ紹介される場合はどのようなケースか</p>	<p>認知症の初期の症状から BPSD により本人や周囲に困りごとが出てきた場合など幅広く紹介されます。また保健所のこころの健康相談や認知症初期集中支援チームからつながることもあります。</p>
<p>③ 外来対応、入院対応の基準はあるか。また、入院時の入院形態で多いものは何か</p>	<p>BPSD により、自宅や施設での生活が一時的に困難となり、治療が必要な場合には入院となることがあります。</p>
<p>④ 外来対応で必要な地域の社会資源の活用は何か</p>	<p>かかりつけ医、認知症疾患医療センター、認知症サポート医、ケアマネ、グループホーム、介護サービス事業所、地域包括支援センター、デイサービス、訪問看護、訪問介護、ショートステイなど</p>
<p>⑤ 入院に至ったケースのおおよその入院期間と退院に向けての地域の社会資源は何か</p>	<p>おおよそ3か月の入院期間とすることが多いですが、施設の空き待ちとなり入院から1年を経過している方もいるのが現状です。退院先としては、自宅、グループホーム、特別養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅などが多いです。</p>
<p>⑥ 退院後の社会資源の利用とセンターでの継続医療はどのようなものか</p>	<p>当院は認知症疾患医療センターではないため、回答なし。</p>
<p>⑦ 認知症疾患医療センターの指定の有無は認知症医療を行う上で影響するか</p>	<p>当院は認知症疾患医療センターではないため、回答なし。</p>

3 ヒアリング調査考察

本来であれば、活発な取り組みをしている施設に訪問し、実際の連携現場を見せていただき、そこで現場の生の声を聞いて調査行うべきところである。しかし COVID-19 の第6波の真只中の状況のため、オンラインでのヒアリングと書面でのヒアリングとなった。感染防止対応等で各医療機関が、非常に多忙であるにもかかわらず、参考資料にあるように多くの施設から担当者の方々がヒアリングにご協力くださった。この事自体が精神科病院における認知症診療の重要性を各医療機関が強く認識されていることの現れであると考ええる。

今回のヒアリングでは、精神科病院(精神病床を有する病院)における認知症の外来診療・相談事業に関して、6つの点を中心に意見交換を行ったため、それに沿って考えてみたい。

(1) 各病院独自の特色や取り組み、特に力を入れている内容

大学病院の精神科や総合病院の精神科では認知症鑑別診断の中でも特に難病や希少疾患、遺伝性疾患といった非常に難しい高度な鑑別診断が行われている。加えて地域で認知症診療を担う人材育成にも力を入れていることがわかった。また精神科救急を専門とする病院では、一般の精神科病院が受け入れ難い、認知症患者の夜間の緊急入院や措置入院の受け入れを積極的に担っていた。一方で地域の精神科病院では、自院に関連施設(重度認知症デイケアや老人保健施設等)を持つ病院も多かった。しかし外来での連携においては、どの病院も地域包括支援センターや社会福祉協議会と積極的に連携していると述べている。またどの病院も精神保健福祉士や精神科経験の豊富な看護師らが相談業務に当たっていた。これらの専門職が認知症患者及び家族の外来での相談・支援・連携にあっているのは他科にはない精神科の大きな特色である。これまで長年に渡り、他の精神疾患で培われてきた多職種での相談支援のノウハウが認知症の分野でも大いに活かされていると考えられた。

(2) 精神科病院に紹介されるのはどのような場合か

ヒアリングからはどの医療機関も外来、入院ともに通常診療や介護保険サービスだけでは対応困難な BPSD 治療を期待され紹介されることが多いようである。このことはヒアリング前から十分予測できることであった。それに加えて、単に BPSD の治療だけではなく、在宅医療や介護環境の構築にあたり多職種によるより綿密な介入や調整が必要とされる困難事例への介入を求められ、それに対応していることもわかった。これも前述したように、生活基盤や家族基盤が脆弱な患者に対して多職種で連携して支援を行うことは精神科が得意とするところであり、ここでも精神科病院の強みが活かされていることがヒアリングをした各施設から報告された。

(3) 外来対応、入院対応の基準はあるか。入院時の入院形態はどのようなものか。

外来については鑑別診断や診断後の支援、BPSD の治療のいずれかが、各医療機関の受診目的であった。入院については鑑別診断のための検査入院や環境調整のための入院は任意入院、BPSD の治療については多くが医療保護入院であるなど、精神保健福祉法上の入院形態の適切な運用がヒアリングに参加してくださった医療機関では行われていた。

(4) 外来対応で必要な地域の社会資源の活用は何か。

どの医療機関も介護保険、障害福祉、自立支援関連の活用は必要と述べた。特に在宅ケア継続の要であるケアマネジャーとの連携の重要性を強調していた。一般診療ではケアマネジャー側からは主治医との連携の難しさが常々報告されている。しかし精神科病院には医師だけでなく、ケアマネジャーと同様にケースワークを得意とする精神保健福祉士が在籍する。精神保健福祉士が主治医とケアマネジャーとの橋渡しになり、より綿密な連携体制が構築されているのも精神科病院における認知症診療の強みである。一方で診断直後の軽度の若年性認知症患者を支援する社会資源の乏しさは共通して指摘された。精神科病院として若年性認知症患者に対して、これまでの他の精神疾患での自立支援や就労支援の診療経験を活かして、どのような支援策を提供できるか考えることは、今後の重要な課題であると思われる。

(5) 入院に至った事例の入院期間と退院に向けての必要な社会資源は何か。

救急・急性期病棟で入院治療を行っている病院では3ヶ月以内、認知症治療病棟では約半年、一般病棟ではそれより長くなるといった、病棟機能によって入院期間に差がある報告がなされた。これについてもヒアリング前から予測できることであった。しかし、どの医療機関も積極的な退院支援が行われていた。退院先は各機関によって在宅と施設の割合は異なるが、認知症患者の場合、病院スタッフが退院支援を行わなければそのまま精神科病院での長期入院になってしまう。それが世間で批判を受けていることであるが、今回ヒアリングに参加してくださった医療機関ではそのようなことはなく、認知症患者の生活を支える最後の砦として精神科病院(精神科病床)に入院しても、そこでの多職種の間わりにより、精神症状の治療とともに生活を整え、できるだけ早期にご本人に適したより生活に近い環境への移行が行われていた。

(6) 認知症疾患医療センターの認可の有無は認知症医療を行う上で影響があるか。

ヒアリングをさせていただいた多くの機関で、行政による住民への広報といった点では影響はあるが、医療を行う上では影響はないと報告した。認知症疾患医療センターの認可の有無に関わらず、どの機関も自院の施設で可能な、あるいは地域でその機関が期待されている認知症診療を行っていた。認知症疾患医療センターの多くが鑑別診断の業務が中心になる中、近年では診断後支援も行うように言われている。皮肉なことにセンターの認可の受けていない精神科病院では既に診断後支援が通常の認知症診療として行われている。センターの認可のない精神科病院の診断後支援の質を高め、認知症疾患医療センターの鑑別診断とどのように連携して診断後支援を行っていくかは今後の課題と考える。

全体を通して、精神科病院は兎角閉鎖性を指摘され批判されることが多いが、認知症の診療では、地域包括支援センターやケアマネジャー、地域の介護保険サービス事業所などと活発に連携が行われている。認知症の鑑別診断のみならず、激しいBPSDのために介護保険サービスでの対応が困難な事例に、専門職が適切に関わることで症状を緩和し生活の安定化を図っている。そのことが、利用者および介護者の生活を支え、住み慣れた地域で暮らし続けることを可能にしていると考えられた。

IV 総括（提言）

IV 総括

1) 全国の精神科病院の半数以上において認知症の専門医、認知症サポート医が常勤として在籍していることが確かめられた。認知症疾患に関する相談機能においても、8割を超す精神科病院ですでに実施されていた。精神保健福祉士(PSW)、精神科経験の豊富な看護師等が中心となり地域連携室等で相談業務が行われていることが明らかになった。専門の多職種により、患者・家族の相談、支援が行われ、地域包括支援センターや社会福祉協議会等への連携も積極的に実施していた。他科にはない精神科の大きな特徴の一つである。

2) 認知症疾患医療センター(以後「センター」と呼ぶ)の要件に、認知症の専門医や PSW、連携室等があるが、センターの指定がない精神科病院でも診断後支援が行われていた。さらに各精神科病院において、地域包括支援センター、行政(市町村)、介護保険事業所、ケアマネジャーとも頻回に連携を取っていることが判明した。センターの指定がない精神科病院においては、認知症領域における介護保険事業所等との地域連携は既に図られていた。診断後支援は精神科病院では通常の認知症診療として行われていた。

3) センターは平成 20 年の事業再開後、徐々に国民に認知されるようになったが現在でも十分とは言えない。本人・家族からの相談は多く、在宅かかりつけ医や認知症サポート医からの紹介による鑑別診断目的が多い。反面、センターの指定がない精神科病院では、相談件数はセンターより少ないが、一般病院やセンターからの入院依頼が約 7 割以上にみられた。精神症状や問題行動(BPSD)の激しい症状がある場合は、民間の精神科病院に入院を依頼するという道筋が構築されている。また、重度の身体合併症があったとしても、治療に対し反抗・拒絶・暴力等がある場合は、精神科病院に精神保健福祉法による医療保護入院をしているケースが多いことも分かった。

行政による住民への広報といった点ではセンターは大きな役割を果たしているが、治療を行う上ではセンターの指定の有無に大きな違いはなかった。

4) 認知症高齢者の日常生活自立度の違いにより相談内容、初診の主な理由が異なっていた。自立度Ⅰ、Ⅱでは鑑別診断目的が多いのに対し、自立度Ⅲ以上では入院依頼が最も多かった。さらにその後の連携では、Ⅰ、Ⅱでは地域包括支援センター、居宅介護支援事業所が多く連携、Ⅲ以上では介護保険施設が連携として多かった。認知症が高度・重度になると在宅ではなく施設系の支援が必要となっていた。

地域包括支援センター、居宅介護支援事業所では介護サービス等利用の留意点が多く、介護保険施設や認知症グループホームでは薬剤の管理・調整の留意点が多かった。また、在宅かかりつけ医やセンターでは鑑別診断結果フィードバックの占める割合が多かった。

5) 入院期間は3カ月以内が約4割であり、積極的な退院支援が行われていた。主な入院理由はBPSDの対応が半数以上であり、自立度Ⅰの段階から対応は必要であり、Ⅱ、Ⅲと進むにつれ対応件数も増加していた。逆に身体合併症の対応は全体の1割以下と少なかった。

退院者の年齢は85歳～94歳が多く、次いで75歳～84歳であった。退院先の多くは身体科の病院や特養等であった。また、死亡等も推測された。退院時の社会資源との連携は約6割にみられたが自立度がⅣ、Ⅴになれば連携は少なくなり、介護施設等の入所になることも多い。

精神科病院の退院後の支援は、施設入所した場合も施設の嘱託医へと継続されていた。特養等の施設での終末期の対応が考えられるが、介護への抵抗、誤嚥、反復する肺炎、不眠、精神症状等に対し、認知症緩和ケアまで行う精神科医の果たす役割は重要であり継続した支援が必要である。

(提言)

- ◎ 認知症初期集中支援チームはセンターや精神科医療施設内でチーム員を組めるようになればより早期に医療につなぐことが出来る。
- ◎ 国民に分かりやすい認知症の専門医を増やすべきである。
- ◎ 認知症の精神科訪問看護を医療保険で出来るようになれば進行予防につながる。
- ◎ 診断直後の軽度の若年性認知症患者を支援する社会資源は乏しい。精神疾患での自立支援や就労支援を活かすことは必要である。
- ◎ 介護保険領域のケアマネジャーと精神科医療系のPSWとの連携体制を構築することは重要である。
- ◎ BPSD対応だけが精神科病院の役割ではない。早期・鑑別診断、治療、行政や介護関連への研修、連携は欠くことは出来ない。BPSDの増悪で入院した場合も、専門の多職種と地域の社会資源との連携で早期退院を行い、本人に最も適した生活環境で終末期を迎えることが出来るよう長い経過を本人、家族、周囲の人と協力して実践していくことが出来るのは精神科医である。

V 資料編

V 資料編

5.1 質問紙調査 調査票

施設票

患者情報票（新規患者票・退院患者票）

5.2 ヒアリング調査項目（共通質問）

【施設調査票】

1. 医療機関の属性

貴院の基本情報について、以下の設問にご回答をお願いします。

(病床数、医師数、設置等の状況等は **令和3年10月1日現在** を基準としてください)

(1) 貴院の標榜している診療科目すべてにチェック (✓) を入れてください。

精神科 内科 脳神経内科 脳神経外科 心療内科 その他

(2) 貴院の許可病床数を種類ごとに記入してください。

①精神病床		床
再掲) ① 精神病床入院基本料	①	床
再掲) ② 精神科救急入院料 1	②	床
再掲) ③ 精神科救急入院料 2	③	床
再掲) ④ 精神科急性期治療病棟入院料 1	④	床
再掲) ⑤ 精神科急性期治療病棟入院料 2	⑤	床
再掲) ⑥ 精神科救急・合併症病棟入院料	⑥	床
再掲) ⑦ 精神科療養病棟入院料	⑦	床
再掲) ⑧ 認知症治療病棟入院料 1	⑧	床
再掲) ⑨ 認知症治療病棟入院料 2	⑨	床
再掲) ⑩ 老人性認知症疾患療養病棟 (介護保険)	⑩	床
②一般病床		床
③療養病床		床
① 医療保険	①	床
② 介護保険	②	床

(3) 貴院の医師数について、下記の区分ごとに人数を記入してください。

①認知症の診療を担当する医師 (常勤医師)		人
うち、認知症の専門医 (常勤医師)		人
内訳 (①～⑤に重複してあてはまる場合はそれぞれに数えてください)		
① 日本精神科医学会「認知症臨床専門医」	①	人
② 日本精神神経学会「認知症診療医」	②	人
③ 日本老年精神医学会専門医	③	人
④ 日本認知症学会専門医	④	人
⑤ 認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした 5年以上の臨床経験を有する医師	⑤	人
②身体科の診療を担当する精神科以外の医師 (常勤換算※、小数点1位まで)		人

※1日あたり8時間、週5日の40時間を基準に常勤換算した合計を記入してください

(4) 貴院の認知症に関わる機能 (貴院として指定を受けている、設置している、など) について回答してください。

① 認知症疾患医療センターの指定について選択してください。

指定を受けている 受けていない

→ 「指定を受けている」場合のセンターの設置類型について選択してください。

基幹型 地域型 連携型

②認知症初期集中支援チームの設置について選択してください。

設置している (①へ) 設置していない (②へ)

→ ①「設置している」場合、以下について回答してください。

i) 設置年度	<input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和	<input type="text"/>	年度
ii) チーム員人数 (実人数)		<input type="text"/>	人
a) 医師		<input type="text"/>	人
b) 精神保健福祉士		<input type="text"/>	人
c) 看護師		<input type="text"/>	人
d) 介護職員		<input type="text"/>	人
e) その他		<input type="text"/>	人
iii) 支援対象者数 (令和2年度実績)		<input type="text"/>	
※) 他の機関に設置のチームにも派遣・登録等されている職員数		<input type="text"/>	人

→ ②「設置していない」場合、他の機関に設置されているチームに職員を派遣・登録していますか。

派遣している 派遣していない

→ 「派遣している」場合、以下について回答してください。(チームの数は問いません)

他のチームへの派遣職員数 (実人数)	<input type="text"/>	人
a) 医師	<input type="text"/>	人
b) 精神保健福祉士	<input type="text"/>	人
c) 看護師	<input type="text"/>	人
d) 介護職員	<input type="text"/>	人
e) その他	<input type="text"/>	人

③認知症サポート医の有無について選択してください。

認知症サポート医がいる いない

→ 「認知症サポート医がいる」場合、実人数を回答してください。

 人

④広く地域から認知症等の相談を受ける窓口等の相談機能について選択してください。

相談機能がある ない

→ 「相談機能がある」場合、以下について回答してください。

i) 部署等の形態について当てはまるものを選択してください。

<input type="radio"/> 地域連携室 (専門部署)	<input type="radio"/> 窓口担当者の配置
<input type="radio"/> その他	→ <input type="text"/>

ii) 体制 (担当職種) について当てはまるものすべてにチェック (✓) を入れてください。

<input type="checkbox"/> MSW	<input type="checkbox"/> PSW	<input type="checkbox"/> 看護師
<input type="checkbox"/> その他	→ <input type="text"/>	

⑤貴院で実施している介護サービス事業について当てはまるものすべてにチェック (✓) を入れてください。

<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 通所系サービス	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (ショートステイ)
<input type="checkbox"/> 認知症グループホーム	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設・介護医療院
<input type="checkbox"/> その他	→ <input type="text"/>	

2. 認知症に関する診療や相談・連携の状況

貴院の認知症に関する診療や相談対応の状況について、以下の設問にご回答をお願いします。

(患者数、件数等は **令和3年7月1日～9月30日の3ヶ月間** を基準としてください)

(1) 貴院の認知症患者数（認知症の診断がついた・疑われる患者）について回答してください。

① 外来患者実数

	人
	人

② うち、初診患者数

→ 初診の目的別に人数を回答してください。（a～fに重複してあてはまる場合はそれぞれに数えてください）

a 入院（希望）のため

a 人

b 鑑別診断のため

b 人

c 外来治療のため

c 人

d 成年後見の診断書・鑑定書作成のため

d 人

e 主治医意見書作成のため

e 人

f その他

f 人

→ 予約から初診までの平均日数について回答してください。（小数点1位まで）

	日
--	---

(2) 貴院で対応した認知症に関する相談※について回答してください。

※「相談」とは、初診前の相談を指します。単なる「受診予約」、「空きベッドの確認」だけの場合は含めません

① 相談者・相談元（①～⑩）別の相談数、主な相談内容について件数を回答してください。

※延べ件数で回答してください

※同一の患者について、複数の相談者、複数回、また、複数の相談内容にあてはまる場合もそれぞれに回答してください

【相談者・相談元】

① 本人・家族

件

② 居宅介護支援事業所

件

③ 地域包括支援センター

件

④ 初期集中支援チーム

件

⑤ 介護保険施設(居住系)

件

⑥ 在宅かかりつけ医

件

⑦ 認知症サポート医

件

⑧ 認知症疾患医療センター

件

⑨ 一般病院

件

⑩ その他

件

【相談の主な内容】

鑑別診断の依頼 入院の依頼 BPSDへの対応 服薬や薬の調整 その他

鑑別診断の依頼	入院の依頼	BPSDへの対応	服薬や薬の調整	その他	件数
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>					
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>					
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>					
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>					
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>					
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>					
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>					
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>					

②相談後の貴院の対応について件数を回答してください。

※前ページの①の相談者・相談元別に回答してください

※複数の相談者、複数回の相談等であっても、対応は1つの場合には、主な相談者の欄に1件として回答してください

【相談者・相談元】	【相談後の対応】					件
	入院	外来通院	診断のみ	相談のみ	その他	
①本人・家族	→					件
②居宅介護支援事業所	→					件
③地域包括支援センター	→					件
④初期集中支援チーム	→					件
⑤介護保険施設(居住系)	→					件
⑥在宅かかりつけ医	→					件
⑦認知症サポート医	→					件
⑧認知症疾患医療センター	→					件
⑨一般病院	→					件
⑩その他	→					件

(3)貴院で実施した認知症に関する下記の機関等（地域の社会資源①～⑫）との連携について回答してください。

※「連携」とは、貴院を受診後の個別の認知症患者に関する連携の他、地域の取組等の一環としての連携も含まれます
 ※貴院から連携をした場合も、地域の社会資源から協力や助言を求められた場合も含まれます

連携先別の件数、主な連携内容について件数を回答してください。

※延べ件数で回答してください

※同一の患者について、複数の連携先、複数回、また、複数の連携内容にあてはまる場合もそれぞれに回答してください

【連携先】	件	→	【連携の主な内容】						件
			認知症の 診療や 経過観察	緊急時 の対応	薬の調整 や服薬の 助言	BPSD の対応や 対処方法	サービス 利用上の 留意点	日常生活 における 留意点	
①認知症疾患医療センター	件	→							件
②認知症サポート医	件	→							件
③在宅かかりつけ医	件	→							件
④一般病院	件	→							件
⑤認知症グループホーム	件	→							件
⑥介護サービス事業所	件	→							件
⑦介護保険施設(居住系)	件	→							件
⑧居宅介護支援事業所	件	→							件
⑨地域包括支援センター	件	→							件
⑩初期集中支援チーム	件	→							件
⑪市町村行政	件	→							件
⑫その他	件	→							件

3. 地域の社会資源との連携について

認知症に関する貴院と地域の社会資源との連携について、以下の設問にご回答ください。

本設問（3. 地域の社会資源との連携状況）の回答者(記入者)の職種をご回答ください

※前ページまでの回答者と同一である必要はありません。

(1)社会資源との連携に関して、2.(3)で挙げた連携内容ごとにメリットや課題を回答してください。

※(2)の連携実績の有無・件数にかかわらず、一般的な印象・考え方で回答頂いても結構です。

【記入例】①認知症の診療や経過観察について

①連携のメリットと思う点	→	他の疾患の管理を含めて、近隣のかかりつけ医での継続的な管理を行って頂き、緊急時や増悪時に適切に精神科病院として関わる事が本人や家族にとってメリットになる
②連携における課題	→	日常生活での変化や急変への気づきのためには、ケアスタッフを含めたチーム対応が望ましいが、ケアマネ等に精神科病院の機能が十分に周知されていない

①認知症の診療や経過観察 に関する連携について

①連携のメリットと思う点	→	
②連携における課題	→	

②緊急時の対応 に関する連携について

①連携のメリットと思う点	→	
②連携における課題	→	

③薬の調整や服薬の助言 に関する連携について

①連携のメリットと思う点	→	
②連携における課題	→	

④BPSDの対応や対処方法 に関する連携について

④連携のメリットと思う点



--

④連携における課題



--

⑤サービス利用上の留意点 に関する連携について

④連携のメリットと思う点



--

④連携における課題



--

⑥日常生活の留意点 に関する連携について

④連携のメリットと思う点



--

④連携における課題



--

(2) 貴院と地域の社会資源との連携の事例について、具体的な内容等をご記入ください。

※令和3年7月1日～9月30日の3ヶ月間に行われた連携に限らず事例をご提供ください
※患者本人・家族の氏名の他、医療機関や事業所の固有名称が含まれないようご注意ください

①連携の場面	→	例：自院で外来管理を行いながら、日常生活を支えていく上での関係者との連携
②連携の相手先	→	例：在宅かかりつけ医、地域包括支援センター、介護サービス事業所
③連携の主な目的	→	例：日常生活上の留意点の共有、緊急時対応を行う際のプロセスやルートの確認のため
④具体的な経過	→	
⑤貴院のメリット となった点	→	例：搬送の判断やタイミングの共有や緊急対応後の在宅での体制の確保がスムーズになった
⑥方法や内容で 課題と思った点	→	例：家族への連絡をどのタイミングで誰が行うか、責任の所在があいまいになっていた

4. 精神科病院の外来診療・相談機能のあり方について（ご意見）

精神科病院と地域社会資源との連携について、外来診療・相談機能が果たす役割やそのあり方など、ご意見を記入してください。

施設調査票の設問はここまでとなります。引き続き、患者情報調査票のご回答をお願い致します。

【新規患者情報票】

① 令和3年7月1日～9月30日（3ヶ月間）の認知症の新規患者（最大20名）

※同期間の新規患者が20名を超える場合は、9月30日から遡って20名について回答してください（直近の20名）
 ※令和3年10月1日現在について回答してください

①基本情報					②受診前の相談対応				③初期対応					
性別	年齢階級	主診断名	認知症自立度	現在の所在場所	受診前の相談対応	→「1 あった」場合の相談相手、主な相談内容等			初診の主な理由	→「3 外来治療のため」場合の精神科病院での具体的な対応				
						相談の主な相手方	相談の主な内容	相談の具体的な内容（記述）		中核症状の治療	BPSDの対応	薬剤調整や管理	拒食・拒薬の調整	その他
1 男性	1 40歳未満	1 アルツハイマー型認知症	1 I	1 在宅(居宅)	1 あった →	1 本人・家族	1 鑑別診断の依頼		1 入院のため	(対応したものについて、チェック(☑)をいれてください)				
2 女性	2 40-64歳	2 血管性認知症	2 II a	2 病院(入院)	2 なかった	2 居宅介護支援事業所	2 入院の依頼	2 鑑別診断のため						
	3 65-74歳	3 レビ-小体型認知症	3 II b	3 介護老人福祉施設(特養)		3 地域包括支援センター	3 BPSDへの対応	3 外来治療のため →						
	4 75-84歳	4 前頭側頭型認知症	4 III a	4 介護老人保健施設(老健)		4 初期集中支援チーム	4 服薬や薬の調整	4 診断書等作成のため						
	5 85-94歳	5 アルコール関連性認知症	5 III b	5 有料老人ホーム等		5 介護保険施設(居住系)	5 その他	5 意見書作成のため						
	6 95歳以上	6 正常圧水頭症	6 IV	6 サービス付高齢者住宅		6 在宅かかりつけ医		6 その他						
		7 その他	7 M	7 その他		7 認知症サポート医								
			8 その他			8 認知症疾患医療センター								
						9 一般病院								
						10 その他								
1									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

④外来管理期間における社会資源との連携											
外来管理 期間中の 連携	→ 「1 あった」場合の連携先別の主な連携内容（各連携先の回答欄に共通の選択肢から選んで回答してください）										→ 主な連携先との具体的な連携内容 （複数の連携先がある場合は、それぞれについての回答(選択肢)を具体的に補足してください）
	認知症 疾患医療 センター	認知症 サポート医	在宅 かかりつけ医	認知症 グループ ホーム	介護 サービス 事業所	介護保険 施設・ 居住系施設	介護支援 事業所 (ケアマネ)	地域包括 支援センター	その他		
1 あった → 2 なかった	(選択肢は、それぞれの連携先の回答について共通)										
	1 鑑別診断結果のフィードバック										
	2 在宅での医学管理に関する留意点										
	3 薬剤の管理・調整の留意点										
	4 BPSD出現時の対応について										
	5 介護サービス等利用時の留意点										
	6 日常生活上の留意点										
	7 緊急時の対応について										
	8 その他										
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

【退院患者情報票】

㊦ 令和3年7月1日～9月30日（3ヶ月間）の認知症の退院患者（最大20名）

※同期間の退院患者が20名を超える場合は、9月30日から遡って20名について回答してください（直近の20名）
 ※それぞれの退院時を基準に回答してください（㊦退院後の継続支援は 令和3年10月1日現在の状況で回答してください）

①基本情報				②入退院の状況			③退院時における社会資源との連携												
性別	年齢階級	主診断名	認知症自立度	入院期間	入院の主な理由	退院後の所在	退院時の連携	→ 「1 あった」場合の連携先別の主な連携内容（各連携先の回答欄に共通の選択肢から選んで回答してください）											
								認知症疾患医療センター	認知症サポート医	在宅かかりつけ医	認知症グループホーム	介護サービス事業所	介護保険施設・居住系施設	介護支援事業所（ケアマネ）	地域包括支援センター	その他			
1 男性	1 40歳未満	1 アルツハイマー型認知症	1 I	1 1ヶ月未満	1 中核症状の治療	1 在宅(居宅)	1 あった →	(選択肢は、それぞれの連携先の回答について共通)											
2 女性	2 40-64歳	2 血管性認知症	2 II a	2 1～3ヶ月	2 BPSDの対応	2 病院(入院)	2 なかった	1 在宅での医学管理に関する留意点											
	3 65-74歳	3 レビ-小体型認知症	3 II b	3 3～6ヶ月	3 薬剤調整や管理	3 介護老人福祉施設(特養)		2 薬剤の管理・調整の留意点											
	4 75-84歳	4 前頭側頭型認知症	4 III a	4 6ヶ月～1年	4 拒食・拒薬の調整	4 介護老人保健施設(老健)		3 BPSD出現時の対応について											
	5 85-94歳	5 アルコール関連性認知症	5 III b	5 1年以上	5 介護者のレスパイト	5 有料老人ホーム等		4 介護サービス等利用時の留意点											
	6 95歳以上	6 正常圧水頭症	6 IV		6 身体合併症の対応	6 サービス付高齢者住宅		5 日常生活上の留意点											
		7 その他	7 M		7 その他	7 その他		6 緊急時の対応について											
			8 その他					7 その他											
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			

(続き) ③退院時における社会資源との連携		④退院後の精神科病院の継続支援(地域連携への参加)				
→ 主な連携先との具体的な連携内容 (複数の連携先がある場合は、それぞれの回答(選択肢)を具体的に補足してください)	退院後の 継続支援	→ 「1している」場合の精神科病院での具体的な対応				
		中核症状 の治療	BPSD の対応	薬剤調整 や管理	拒食・拒薬 の調整	その他
	1 している → 2 していない	(対応したものについて、チェック(✓)をいれてください)				
1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

会員病院各位

公益社団法人 日本精神科病院協会
会 長 山 崎 學
老人保健事業検討委員会
常務理事 湊 野 勝 弘
(公 印 省 略)

令和 3 年度厚生労働省老人保健事業
認知症医療における精神科病院（精神病床を有する病院）と
地域社会資源の連携に関する実態調査ご協力をお願い

謹啓

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素、当協会の諸事業に対しご理解とご協力を賜り、厚く御礼を申し上げます。

さて、このたび当協会では令和 3 年度老人保健健康増進等事業（テーマ番号 98）において「精神科病院の外来診療・相談事業の効果的な活用による地域における認知症対応力の向上に向けた調査研究事業」に応募し、採択されました。

本事業は認知症患者を取り巻く通院・入院治療、相談事業の実態を総合的に明らかにするため、精神科病院（精神病床を有する病院）を対象に認知症初期集中支援チーム、認知症サポート医等との連携内容に関する設問と合わせて、認知症患者の入院前の居住地、退院数や退院先等を尋ね、各地域での地域連携や入退院の実態を調査するものです。

各位におかれましては、業務繁忙の折りとは存じますが、当該趣旨をご理解賜り、何卒、格別のお取り扱いをお願い申し上げます。

謹白

記

【送付書類】

- ・ 依頼状（本書面）
- ・ 調査概要
- ・ 回答要項
- ・ 調査票（①施設情報票、②新規患者情報票／退院患者情報票）

以上

※ご回答いただいたデータは本調査実施目的のみに使用し、個別のご回答の情報が外部に漏れることは決してございません。

令和3年度厚生労働省老人保健事業

「認知症医療における精神科病院（精神病床を有する病院）と地域社会資源の連携に関する実態調査」調査概要

1. 目的

- ①外来診療や相談事業等の機能を通じた精神科病院（精神病床を有する病院）と地域の社会資源との連携の実態を把握する。
- ②今後の施設機能のあり方や地域社会資源との連携の進め方を検討するため、精神科病院（精神病床を有する病院）の施設機能および外来患者・入退院患者の状況についてアンケート調査を行う。

2. 調査対象

全国の精神病床を有する病院 1,617 病院

3. 調査方法

- (1) 調査日：令和3年10月1日現在、令和3年7月1日～9月30日の3ヶ月間
- (2) 回答期日：令和3年10月29日（金）※当日消印有効
- (3) 回答先：

■日精協会員病院：回答は原則として、メールでお送りしている調査票のエクセルデータに入力したものを「電子メール」に添付し、下記①の調査票提出用メールアドレス宛にご返送下さい。

■日精協会員病院以外の医療機関：郵送にてお送りしている調査票に直接ご記載の上、同封の返信封筒にてご返送いただくか、下記②の日精協補助金事業ページより調査票のエクセル様式をダウンロードし入力の上、調査票提出用メールアドレス宛にご返送下さい。

①調査票提出用メールアドレス：chousa4@nisseikyo.or.jp

②調査票エクセル様式掲載先（日精協ホームページ内 補助金事業ページ）：

https://www.nisseikyo.or.jp/about/hojokin/2021_98.php

4. お問い合わせ先

公益社団法人 日本精神科病院協会 事業部企画調整課（担当：瀬尾、平田、木暮）

〒108-8554 東京都港区芝浦3-15-14

TEL (03)-5232-3311 FAX (03)-5232-3309

E-mail：chousa4@nisseikyo.or.jp

認知症医療における精神科病院(精神病床を有する病院)と地域社会資源の連携に関する実態調査

〔回答要項〕

実態調査の調査票（ファイル）は、医療機関の状況等に関する「施設調査票」と、外来や入退院患者に関する「新規患者情報票」、「退院患者情報票」の計3種類があります。

各調査票の設問に、基準日・期間や回答方法等は記載されていますが、下記に調査票ごとの補足説明を整理していますので、併せて参照の上、ご回答ご協力をお願い致します。

施設調査票（A4、7ページ）

1. 医療機関の属性	調査基準日	・病床数や医師数、設置の状況等は 令和3年10月1日を基準としてください
	(3)医師数	<ul style="list-style-type: none"> ・①認知症の診療を担当する医師は、「常勤医師」のみについて回答します ・認知症の専門医は、内訳となっている㉑～㉓に該当する医師の実人数（内訳は複数当てはまる場合はそれぞれに計上）です ・同②身体科の診療を担当する精神科以外の医師は、「常勤換算」（1日あたり8時間、週5日の40時間を基準）で回答します
	(4)②認知症初期集中支援チーム	・「複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的（おおむね6ヶ月）に行い、自立生活のサポートを行うチーム」をいいます
2. 認知症に関する診療や相談・連携の状況	(4)④相談機能	・地域からの様々な相談を受け付ける部署や担当等をいい、必ずしもそのみを専門特化して行う部署等である場合に限りません
	調査基準日（期間）	・患者数や相談・連携の件数等は、令和3年7月1日～9月30日の3ヶ月間を基準としてください
	(2)①相談	<ul style="list-style-type: none"> ・相談は、受診前段階の様々な相談をさします。単なる受診の予約や入院依頼のための空きベッドの確認のみは含みません ・1人の患者について、複数の相談者があった場合、複数回の相談があった場合などはそれぞれに数えてください（延べ件数） ・1つの相談で複数の内容が含まれる場合は、それぞれに数えてください
3. 地域の社会資源との連携について	(2)②対応	・複数の相談者や複数回の相談があった場合でも、患者1人への対応として、主たる相談者の欄に回答してください
	(3)連携	<ul style="list-style-type: none"> ・連携は、受診後において、精神科病院と地域の社会資源（①～⑫）の双方向のやり取りをさします ・1人の患者について、複数の連携先があった場合、複数回の連携があった場合などはそれぞれに数えてください（延べ件数） ・連携の主な内容のうち、「サービス利用上の～」は、介護保険サービスの他、生活支援サービス等も含まれます。「日常生活における～」は、食事や飲酒、外出などの生活場面をさします
	(1)メリットや課題	<ul style="list-style-type: none"> ・前設問までの回答者にかかわらず、回答者（記入者）の職種を回答してください ・前設問での連携実績の有無にかかわらず、おおよその連携内容ごとに、地域の社会資源との連携による精神科病院としてのメリット、連携を行う上での課題について、印象や考え方を回答してください ・回答欄を分けるのが難しい場合は、いずれかの欄にまとめて回答しても結構です
	(2)事例	・2.(3)の基準期間（令和3年7月1日～9月30日）にかかわらず、地域の社会資源と連携が行われた事例を挙げて回答してください

新規患者情報票（A3、2ページ）

全般	対象者	・令和3年7月1日～9月30日における認知症の新規患者 ・最大20人（20人を超える場合には、9月30日から遡った直近の20人）
	調査基準日	・令和3年10月1日現在の状況で回答してください
	回答欄	・対象者1人につき、1段を回答欄として記入してください
設問	② 受診前の相談対応	・相談が「2 なかった」場合は、相談の主な相手方、主な内容等についての回答は不要です
	③ 初期対応	・初診の主な理由が「3 外来治療のため」以外の場合は、精神科病院での具体的な対応（右欄）の回答は不要です
	④ 外来管理期間における社会資源との連携	・連携が「2 なかった」場合は、主な連携内容（右欄）についての回答は不要です

退院患者情報票（A3、2ページ）

全般	対象者	・令和3年7月1日～9月30日における認知症の退院患者 ・最大20人（20人を超える場合には、9月30日から遡った直近の20人）
	調査基準日	・退院患者ごとの退院時を基準に回答してください ・④退院後の継続支援は 令和3年10月1日現在の状況で回答してください
	回答欄	・対象者1人につき、1段を回答欄として記入してください
設問	③ 退院時における社会資源との連携	・連携が「2 なかった」場合は、主な連携内容（右欄）についての回答は不要です
	④ 退院後の継続支援	・継続支援を「2 していない」場合は精神科病院での具体的な対応（右欄）の回答は不要です

ヒアリング調査 共通質問につきまして

貴院の状況についてお伺いしたく、誠にお手数ですが以下1. (1)～(7)につき事前に資料を作成の上、1月17日(月)までに下記メールまでご提出いただきたく存じます(Word様式にてA4サイズで3枚以内)。尚、ご提出いただいた資料については本事業における事業報告書に掲載させていただきたく、予めお含みおきのほどお願い申し上げます。

提出先メールアドレス：c_koukai@nisseikyo.or.jp

1. ご回答いただきたい項目

- (1) 貴院の特色や取り組み、特に力を入れている内容など
- (2) 精神科病院へ紹介される場合はどのようなケースですか
- (3) 外来対応、入院対応の基準はありますか。また、入院時の入院形態は何が多いですか。
- (4) 外来対応に必要な地域の社会資源の活用はなんですか。
- (5) 入院に至ったケースのおおよその入院期間と、退院に向けての地域の社会資源は何ですか。
- (6) 退院後の社会資源の利用とセンターでの継続医療はどのようにしていますか。
- (7) 認知症疾患医療センターの認可の有無は、認知症医療を行う上で影響しますか。

2. ご欠席の場合につきまして

誠にお手数ではございますが、ご欠席の場合でも1. (1)～(7)につき上記提出先メールアドレスまでご提出いただけますと幸いです。

【本件に関するお問い合わせ先】

公益社団法人日本精神科病院協会 担当事務局(平田・木暮・瀬尾)

TEL: 03-5232-3311 Mail: c_koukai@nisseikyo.or.jp

令和3年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業分

精神科病院の外来診療・相談事業の効果的な活用による
地域における認知症対応力の向上に向けた調査研究事業
報告書

発行日 令和4年3月

発行 公益社団法人 日本精神科病院協会

会長 山崎 學

〒108-8554 東京都港区芝浦 3-15-14

☎ : 03-5232-3311 📠 : 03-5232-3309

URL : <http://www.nisseikyo.or.jp/>

