

令和4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

認知症診療・介護地域連携における精神科病院の  
アウトリーチ的な役割の向上に向けた調査研究事業

# 報告書

令和5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は、令和4年度の老人保健健康増進等事業(テーマ85番)、「認知症診療・介護地域連携における精神科病院のアウトリーチ的な役割の向上に向けた調査研究事業」を受託した。

令和3年度には、老人保健健康増進等事業「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、その報告書を作成している。認知症疾患医療センターを含む精神病床を有する全国の病院(令和3年時、1,617施設)へのアンケート調査を行った。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への連携も積極的に実施されていた。他科にはない精神科の大きな特徴の一つであり、診断後支援は精神科病院では通常の認知症診療として実施されていることが明らかになった。また、認知症疾患医療センターは行政による住民への広報といった点では、大きな役割を果たしていたが、治療を行う上では認知症疾患医療センターの有無に大きな違いは認められなかった。

令和4年度の調査研究においては、全国の精神病床を有する病院のうち、認知症疾患医療センターの指定を受けている病院を除外したものを調査対象として抽出(1,239施設)し、精神科病院へのアンケート調査を実施した。さらに地域における社会資源との連携では事例収集を行い、積極的にアウトリーチ的な活動を行っている医療機関においてヒアリング調査を行った。また、「精神科病院の地域連携の取り組み」についてのリーフレットを作成し、地方自治体や地域包括支援センター等に配布し、認知症の本人、家族への支援を精神科病院が行っていることを紹介した。

今回の紙面によるアンケート調査やヒアリング調査の実施は、令和4年4月～9月、令和5年1月～2月に実施された。令和2年1月に発生した新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の第7波、第8波の期間であり、各医療機関においてもクラスターが発生し、陽性患者への対応、職員不足という大変苦しい状況の中、調査へご協力いただいたことに感謝申し上げます。医療機関からの回答率は16.6%でありましたが、このような厳しい病院運営にも関わらず回答していただいた各精神科病院の皆様の認知症診療への熱い思い、重要性の認識に対し敬意を表します。

公益社団法人 日本精神科病院協会  
会 長 山 崎 學

## [目次]

<b>I 事業概要</b>	<b>1</b>
<b>II 認知症診療・介護地域連携における精神科病院のアウトリーチ的な役割の向上に向けた調査</b>	<b>8</b>
1 調査概要	8
2 調査結果	10
(1) 実態調査パート	10
(1.1 医療機関の基本情報	10
(1.2 連携に関する体制・機能	13
(1.3 認知症患者および連携に関する実績（令和4年4～9月）	20
(1.4 社会資源との連携（令和4年4～9月）	25
(1.5 精神科病院のアウトリーチ的な役割についての意見等	30
(2) 事例収集パート	43
(2.1 事例収集の概要	43
(2.2 具体的な事例	44
①外来通院管理をしながら生活支援をバックアップする事例	46
②退院調整後も継続して生活を支援している事例	55
<b>III 精神科病院のアウトリーチ的な役割に関する精神科病院ヒアリング調査</b>	<b>64</b>
1 調査概要	64
2 調査結果	66
2.1 事前の提供書面整理(共通質問)	66
2.2 ヒアリング調査における補足・質疑内容の整理	84
3 ヒアリング調査考察	96
<b>IV 認知症診療・介護地域連携の促進・充実のためのリーフレット作成</b>	<b>98</b>
<b>V 総括(提言)</b>	<b>101</b>
<b>VI 資料編</b>	<b>103</b>

## I 事業概要

### 1 事業名

認知症診療・介護地域連携における精神科病院のアウトリーチ的な役割の向上に向けた調査研究事業

### 2 事業の目的

令和3年度実施の「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」では、認知症疾患医療センターの指定の有無によって、精神科病院の地域における認知症対応には一定の役割の違いがある点が把握された。特にヒアリング調査からは、地域とのかかわり(アウトリーチ的機能や医療・介護資源との連携)には、精神科病院の精神保健福祉士の果たす役割が重要である点が確認された。

本事業ではその点を踏まえて、認知症疾患医療センターの指定のない精神科病院における、認知症疾患医療センター、地域包括支援センター、認知症初期集中支援チーム等との連携状況について把握するとともに、精神保健福祉士による活動を中心にアウトリーチ的な活動の事例を収集することを目的とする。

また、収集した事例およびその事例を選定した精神科病院へのヒアリング調査をもとに、精神科病院と地域の社会資源との連携の充実に資する情報提供のためのリーフレットを作成することも目的とする。

### 3 事業の内容

- 認知症疾患医療センターの指定のない全国の民間、国公立を含む精神病床を有する病院に対して、質問紙調査を実施する。調査においては認知症疾患医療センター、地域包括支援センター、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状況等に関する設問と合わせて、精神科病院のアウトリーチ的な活動に関する事例を収集する。
- また、収集した事例のうち、アウトリーチ的な活動について充実した事例の提供があった調査対象について、その内容詳細の他、課題や意見についてヒアリングで確認する。
- 実態調査・事例収集およびヒアリング調査によって得られた情報等を中心に、精神科病院の認知症診療・介護地域連携の促進・充実のためのリーフレットを作成し、精神科病院や関係機関に配布する。

## [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 全国の精神病床を有する病院
- ③悉皆・抽出の別 全国8カ所の地方厚生(支)局が公開する施設基準等の届出事項(届出受理医療機関名簿)を集約し、精神病床を有する病院を抽出する。更に、厚生労働省が公開する「認知症疾患医療センターの整備状況(2022年5月現在)」より、認知症疾患医療センターの指定ある精神病床を有する病院を除外したものを調査対象として抽出する。
- ④調査方法
  - 有識者を含む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。
  - 調査票を作成する。
  - 全国の認知症疾患センターの指定のない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。
  - 調査により得られた結果について、認知症疾患医療センター、地域包括支援センター、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状況に関する事例を整理、分析する。
  - アウトリーチ的な活動等による認知症診療・介護地域連携について充実した事例の提供があった医療機関をいくつか選定し、オンラインでのヒアリング調査を行う。
- 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(2021年6月1日現在)から、認知症疾患医療センターの指定のある病院を除いた 1,239 施設
  - 〔ヒアリング調査〕 地域における社会資源との連携(事例収集)の中で、アウトリーチ的な活動の好事例が提供された病院(5~6施設程度)

### (2) 調査内容

#### ①質問紙調査

##### -1 実態調査

##### 〔調査項目〕

- 基本情報
- 連携の体制・機能
- 患者および連携実績
- 社会資源との連携
- 精神科病院のアウトリーチ的な役割に関する意見

## -2 事例収集

### 〔記入項目〕

- 事例タイトル(内容や特徴を示すポイント)
- 事例概要
- 連携の内容・経過
- 連携による支援の結果

## ②ヒアリング調査

### 〔質問項目〕

- 提供事例の詳細
- 社会資源との連携において重要な役割を担う職種とその職種の連携のあり方。
- 認知症初期集中支援チームの設置場所、地域包括支援センターとの連携、課題等。
- 訪問看護、訪問診療など医療機関における地域へのアウトリーチ機能のあり方。
- その他認知症医療・介護地域連携についてのご意見。

## (3)調査時期

令和4年6月6日から令和5年3月 31 日

## (4)調査結果の主要集計項目(実態調査)

- 医療機関属性 (認知症専門医数、介護サービスの指定、連携の体制や機能 など)
- 社会資源等との連携実績 (外来患者・退院患者別の社会資源との連携実績(内容) など)
- 連携の状況 (社会資源別の連携内容、連携の担当者 など)
- アウトリーチ的な活動についての利点や課題、行っていない場合の理由(記述回答)

## (5)調査結果の活用法

精神科病院における地域連携機能の充実、また、アウトリーチ的な役割・機能の普及・促進を通じて、認知症患者が継続した精神科病院の関わりを維持したまま地域移行することが期待できる。また、精神科病院の地域での活動の幅を広げることにもつながり、地域の社会資源にとっても、継続的な精神科病院へのアクセスの確保やフォローアップが期待できる。

それらが定着することにより、地域にいる認知症患者の早期発見・早期治療が期待でき、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 検討委員会 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	医療法人社団千寿会三愛病院	理事長・院長
吉永 陽子	公益財団法人三生会三生会病院	副院長
武田 滋利	医療法人社団大和会西毛病院	理事長
土屋 直隆	医療法人社団扶老会扶老会病院	理事長・院長
高森 薫生	医療法人高森会阿蘇やまなみ病院	理事長・院長
數井 裕光	高知大学医学部神経精神科学講座	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>

(オブザーバー)

氏名	所属
中西 亜紀	厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 課長補佐
松村 彩未	厚生労働省 老健局 認知症施策・地域介護推進課 認知症施策推進係主査

##### 4-2 ヒアリング調査協力(参加)施設 名簿

施設名	
医療法人恵生会 南浜病院 (新潟県新潟市)	第1回ヒアリング
JA 三重厚生連 鈴鹿厚生病院 (三重県鈴鹿市)	
医療法人財団正清会 三陸病院 (岩手県宮古市)	
医療法人啓正会 酒井病院 (熊本県天草市)	第2回ヒアリング
医療法人恒昭会 藍野花園病院 (大阪府茨木市)	
医療法人生生会 松蔭病院 (愛知県名古屋市)	
医療法人社団淵野会 瀧野病院 (大分県大分市)	書面对応
医療法人豊司会 新門司病院 (福岡県北九州市)	
社会医療法人二本松会 かみのやま病院 (山形県上山市)	
医療法人桐葉会 木島病院 (大阪府貝塚市)	
社会福祉法人天心会 小阪病院 (大阪府東大阪市)	
医療法人社団元気会 横浜病院 (神奈川県横浜市)	



#### 4-4 事務局

①事業担当者	事業部	保険業務室	室長	二戸 徹
	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
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4年8月10日 15:00～17:00 (WEB会議)

議題:(1)事業概要について

(2)調査票構成案について(施設票・連携事例票)

(3)リーフレット作成コンセプトについて(A～C案)

(4)今後の開催日程について

##### 第2回 検討委員会

日時:令和4年9月14日 15:00～17:00 (WEB会議)

議題:(1)調査票案(実態調査パート・事例収集パート)について

・前回からの更新

・各委員から寄せられた意見

##### 第3回 検討委員会

日時:令和4年11月30日 15:00～17:00 (WEB会議)

議題:(1)「認知症診療・介護地域連携における精神科病院のアウトリーチ的な役割の向上に向けた調査研究事業」集計結果(速報値)について ※11月21日現在

・実態調査パート集計案

・事例収集パート整理案

(2)ヒアリング対象病院の選定について

#### 第4回 検討委員会

日時:令和5年1月18日 14:30～16:00 (WEB 会議)

議題:(1)事業報告書原稿について

・事業報告書案(1月18日現在)

・各委員からの原稿について

(2)報告書掲載の事例について

(3)リーフレットについて

#### 第5回 検討委員会

日時:令和5年2月15日 15:00～17:00 (WEB 会議)

議題:(1)事業報告書原稿について

・全体版及び各委員からの原稿

(2)リーフレットについて

(3)発行部数、発送数について

#### < ヒアリング会 >

---

##### 第1回 ヒアリング

(参加施設) ① 医療法人恵生会 南浜病院 (新潟県新潟市)

② JA 三重厚生連 鈴鹿厚生病院 (三重県鈴鹿市)

③ 医療法人財団正清会 三陸病院 (岩手県宮古市)

日時:令和5年1月18日 13:00～14:30 (WEB)

議題:(1) 本事業の要旨について

(2) 精神科病院の社会資源等との連携(アウトリーチ的な役割を中心に)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) ① 医療法人啓正会 酒井病院 (熊本県天草市)

② 医療法人恒昭会 藍野花園病院 (大阪府茨木市)

③ 医療法人生生会 松蔭病院 (愛知県名古屋市)

④ 医療法人社団淵野会 洸野病院 (大分県大分市)

日時:令和5年2月1日 14:00～15:30 (WEB)

議題:(1) 本事業の要旨について

(2) 精神科病院の社会資源等との連携(アウトリーチ的な役割を中心に)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4年6月6日(内示日)～ 令和5年3月31日

	令和4年4月	5月	6月	7月	8月	9月
事業実施内容	<p style="text-align: center;">内示 ●</p> <p style="text-align: center;">第1回委員会 ●</p> <p style="text-align: center;">第2回委員会 ●</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業内容の検討</li> <li>・調査内容の検討</li> <li>・スケジュール確認</li> </ul> </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・調査票質問項目の検討</li> </ul> </div> <p style="text-align: center;">←←← 調査票作成 →→→</p>					
	10月	11月	12月	令和5年1月	2月	3月
事業実施内容	<p style="text-align: center;">第3回委員会 ●</p> <p style="text-align: center;">第4回委員会 ●</p> <p style="text-align: center;">第5回委員会 ●</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・速報値の確認</li> <li>・集計分析方法の確認</li> <li>・報告書の分担検討</li> </ul> </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ヒアリング調査実施</li> <li>・報告書分担部分の確認</li> </ul> </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ヒアリングまとめ確認</li> <li>・報告書最終確認</li> <li>・リーフレット内容確認</li> </ul> </div> <p style="text-align: center;">第1回 ヒアリング ◆    第2回 ヒアリング ◆</p> <p style="text-align: center;">←←←← 調査 →→→→</p> <div style="background-color: #cccccc; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;">実態調査集計・分析</div> <div style="background-color: #cccccc; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;">ヒアリング記録整理</div> <div style="background-color: #cccccc; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;">リーフレット内容検討・作成確認</div> <p style="text-align: right;">← 報告書作成 → (編集・印刷・配布)</p>					

## II 認知症診療・介護地域連携における精神科病院のアウトリーチ的な役割の向上に向けた調査

### 1 調査概要

---

#### 1.1 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

#### 1.2 目的

- 認知症疾患医療センターの指定のない精神科病院における、認知症疾患医療センター、地域包括支援センター、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の実態を把握する。
- 同精神科病院における地域連携の実態につき、事例収集を行う。

#### 1.3 調査対象

全国の精神病床を有する病院 1,239 病院（うち、会員 917、国公立等(会員外) 322）  
（認知症疾患医療センターの指定のない）

#### 1.4 調査方法

- (1) 調査基準日 令和4年 10 月 1 日現在、令和4年4月 1 日～9 月 30 日の6ヵ月間
- (2) 回答期日 令和4年 11 月 25 日
- (3) 配布・回収 ①mail 配信 mail回収  
②郵送配布 郵送回収または mail 回収\*

\*ホームページから調査票ファイルをダウンロード

#### 1.5 調査内容

④精神科病院の連携機能等にかかる実態調査、⑤精神科病院のアウトリーチ的な活動による連携の事例収集に分けて調査票を設計

##### 1.5.1 実態調査部分(④)

- (1)基準日 令和4年 10 月 1 日現在、令和4年4月 1 日～9 月 30 日の6ヵ月間
- (2)調査項目 ①基本情報（診療科、病床数、医師数、介護サービス事業 など）  
②連携の体制・機能（地域連携の体制・機能、地域連携への参加・協力 など）  
③患者および連携実績（新規患者について、退院患者について など）  
④社会資源との連携（連携人数、主な連携内容、貴院の担当者 など）  
⑤精神科病院のアウトリーチ的な役割に関する意見  
（具体的な活動内容、アウトリーチ的な活動の利点、行っていない理由、課題など）

### 1.5.2 事例収集部分(⑥)

#### (1)対象事例

想定する事例 A : 外来通院管理をしながら生活支援をバックアップしているようなケース

想定する事例 B : 退院調整後も継続して生活を支援しているようなケース

#### (2)記入項目 ①事例タイトル(内容や特徴を示すポイントを簡潔に)

②事例概要(対象者情報(年齢階級、病型、自立度等)、連携担当者)

③連携の内容・経過(連携のきっかけ、連携内容)

④連携による支援の結果(支援後の状況、連携のよかった点・難しかった点 など)

## 1.6 回答状況

回答 206 病院(回収率 16.6%)

提供事例数 118 事例

## 2 調査結果

### (1) 実態調査パート

回答医療機関 206 を対象に集計を行った。以下、設問ごとに結果を示す。

調査対象 1,239 病院のうち、回答数は 206 病院(回答率 16.6%)であった。

#### (1.1) 医療機関の基本情報

##### ①診療科目 (有効回答 n206)

診療科目は、「精神科」が 99.5%、「内科」が 51.5%、「心療内科」が 35.4%、「脳神経内科」が 17.0%の順であった。「その他」には、「リハビリテーション科」、「整形外科」、「歯科」などが多かった。

図表 1-1-1 診療科目 (n206、複数回答)

診療科目	病院数	割合
精神科	205	99.5%
内科	106	51.5%
脳神経内科	35	17.0%
脳神経外科	17	8.3%
心療内科	73	35.4%
その他	62	30.1%

##### ②病床数 (有効回答 n204)

平均病床数は、「精神病床」が 219.94 床(総数 44,867 床)、「一般病床」が 44.16 床(同 9,009 床)、「療養病床(医療・介護病床)」が 8.47 床(同 1,728 床)であった。

図表 1-1-2 病床数 (n204)

病床種類	平均数	総数
精神病床	219.94	44,867
一般病床	44.16	9,009
療養病床 (医療・介護療養)	8.47	1,728
その他	0.68	139

③認知症の診療する医師等（有効回答 172）

認知症の診療医等について、まず、「認知症を診療する医師」は平均 8.4 人（総数 1,451 人）、「身体科診療医」は 12.1 人（同 2,097 人）であった。なお、身体科診療医の中央値は1であり、一部の総合病院回答により平均人数が多くなっていた。

また、常勤の専門医の延べ人数は 457 人であり、認知症を診療する医師に占める割合は 31.5%であった。さらに、いずれの学会の専門医かについて回答のあった 357 人の内訳（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 53.2%で最も多く、「日本精神神経学会『認知症診療医』」が 19.6%、「日本認知症学会専門医」が 10.4%の順であった。

認知症を診療する常勤医師のうち学会専門医を持つ医師の数は、今後の認知症診療の需要に対して極端に少ない。鑑別診断など診療の質向上のためには取得の推進が望まれるが、同時に専門医の意義やあり方についても検討の必要がある。

図表 1-1-3 認知症専門医（n172）

種類		人数	(構成割合)	平均数	
認知症を診察する医師		1,451		8.4	人
常勤専門医（実人数）		457	31.5%	2.7	人
内訳) n357	日本精神科医学会「認知症臨床専門医」	28	7.8%	0.26	人
	日本精神神経学会「認知症診療医」	70	19.6%	0.65	人
	日本老年精神医学会専門医	32	9.0%	0.30	人
	日本認知症学会専門医	37	10.4%	0.35	人
	5年以上の臨床経験を有する医師	190	53.2%	1.78	人
身体科診療医		2,079		12.1	人

④介護サービス事業の指定等（有効回答 197 病院、複数回答）

指定を受けている介護サービスは、「訪問看護」が 32.0%で最も多く、次いで、「介護老人保健施設」が 18.3%、「通所リハビリテーション」が 17.3%、「短期入所療養介護」が 14.7%の順であった。

訪問看護をはじめ、在宅生活を支える仕組みに必要性が高い。

図表 1-1-4 介護サービス事業の指定等（n197）

介護サービス	病院数	割合
訪問看護	63	32.0%
通所リハビリテーション	34	17.3%
短期入所療養介護	29	14.7%
認知症グループホーム	17	8.6%
介護老人福祉施設（特養）	5	2.5%
介護老人保健施設	36	18.3%
介護療養型医療施設・介護医療院	9	4.6%
その他	14	7.1%



## (1.2 連携に関する体制・機能

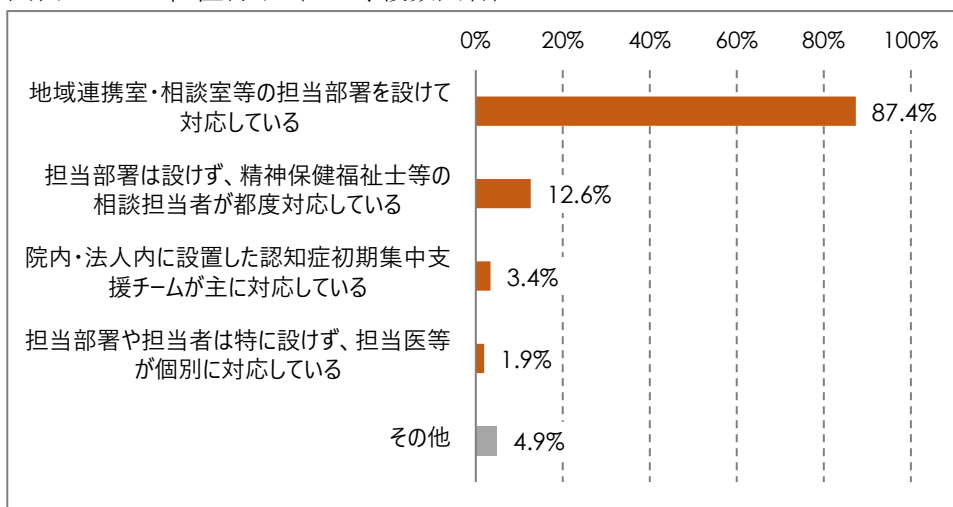
### ①地域連携機能 (n206)

#### ①.1 連携機能の位置付け (複数回答)

精神科病院が有する連携に関する体制・機能について、まず、①.1 地域連携機能の位置付けは、「地域連携室・相談室等の担当部署を設けて対応している」が 87.4%と最も多く、次いで、「担当部署は設けず、精神保健福祉士等の相談担当者が都度対応している」が 12.6%、「院内・法人内に設置した認知症初期集中支援チームが主に対応している」が 3.4%の順であった。

精神科病院において、連携室や相談室が果たす役割は大きい。

図表 1-2-1 位置付け (n206、複数回答)

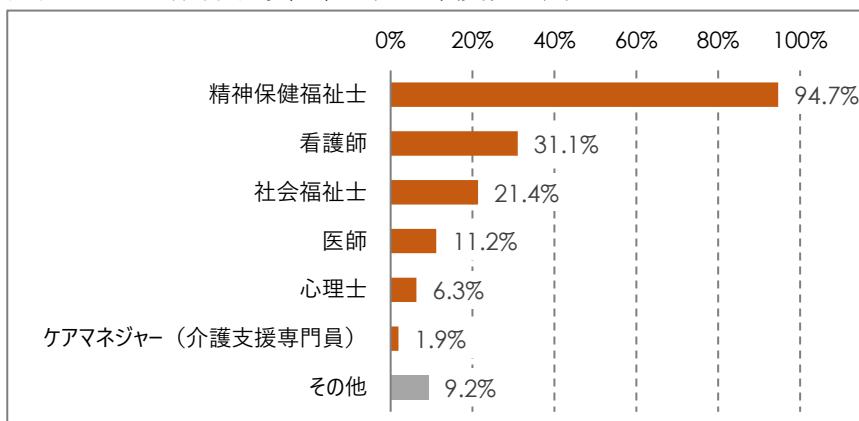


#### ①.2 連携のための体制・人員配置 (複数回答)

続いて、連携のための体制・人員配置では、「精神保健福祉士」が 94.7%とほとんどの病院で配置されており、次いで、「看護師」が 31.1%、「社会福祉士」が 21.4%、「医師」が 11.2%の順であった。

精神保健福祉士が連携業務の中心を担っていることがわかる。

図表 1-2-2 体制・人員配置 (n206、複数回答)

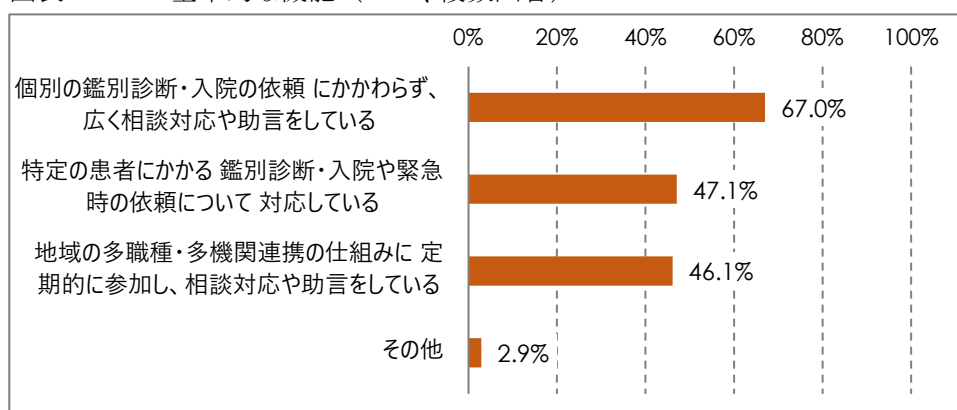


### ①.3 連携の基本的な機能（複数回答）

担当部署等の基本的な機能としては、「個別の鑑別診断・入院の依頼にかかわらず、広く相談対応や助言をしている」が67.0%と最も多く、次いで、「特定の患者にかかる鑑別診断・入院や緊急時の依頼について対応している」が47.1%、「地域の多職種・多機関連携の仕組みに定期的に参加し、相談対応や助言をしている」が46.1%の順であった。

幅広い内容の相談に対応しており、円滑な受診や入院につなげるために人的、時間的労力を割いている。

図表 1-2-3 基本的な機能（n206、複数回答）

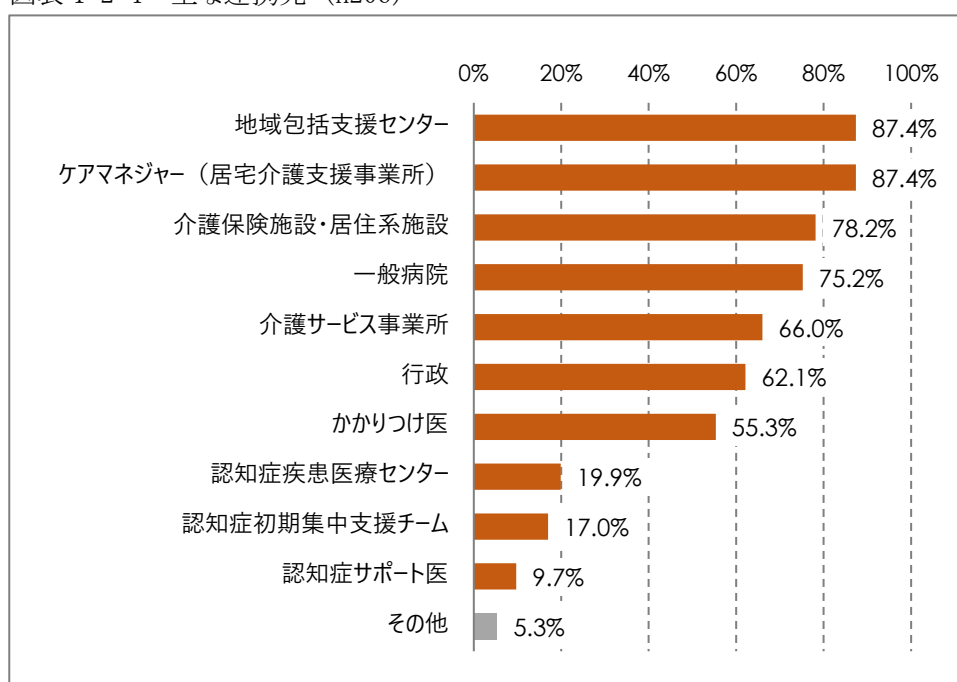


### ①.4 連携の主な連携先（複数回答）

主な連携先では、「地域包括支援センター」と「ケアマネジャー（居宅介護支援事業所）」がともに87.4%と最も多く、次いで、「介護保険施設・居住系施設」が78.2%、「一般病院」が75.2%の順であった。

認知症疾患医療センター、認知症初期集中支援チーム、認知症サポート医の割合は少ない。

図表 1-2-4 主な連携先（n206）



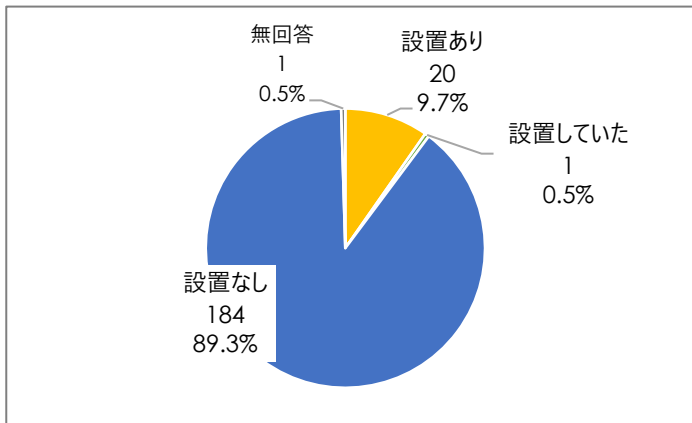
## ②認知症初期集中支援チーム (n206)

### ②.1 チームの設置

認知症初期集中支援チームの設置状況は、「設置あり」が 9.7%、「設置なし」が 89.3%、「(以前は)設置していた」が 0.5%であった。

認知症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。参考までに直接比較できるものではないが、令和3年度の調査研究事業においてもチームへの参画は少なく同様な結果となった。

図表 1-2-5 チームの設置 (n206)



### ②.2 チームの体制(チーム設置ある場合 n20)

チーム設置ある 20 病院について、チームの体制は、平均チーム員数 7.2 人、職種別の内訳は、「看護師」2.4 人(設置チーム 16)、「医師」1.9 人(同 19)、「精神保健福祉士」1.6 人(同 18 チーム)、「作業療法士」0.4 人(同 6)であった。

チームメンバーは多職種で構成されていて、チーム員数の平均人数で最も多い職種は看護師であった。

### ②.3 支援対象者数

また、令和4年4～9月の支援対象者数は、平均 8.5 人(活動チーム数 14)であった。

半年間での支援対象者数は平均 8.5 人であり、毎月支援に介入していると推定できる。

図表 1-2-6 チームの体制 (n20)

	チーム数	平均人数	
チーム員数		7.2	人
職種内訳) 医師	19	1.9	人
精神保健福祉士	18	1.6	人
看護師	16	2.4	人
社会福祉士	2	0.1	人
作業療法士	6	0.4	人
介護福祉士等	3	0.2	人
心理士	2	0.2	人
その他	3	0.2	人
支援対象者数 (R4.4~9)	14	8.5	人

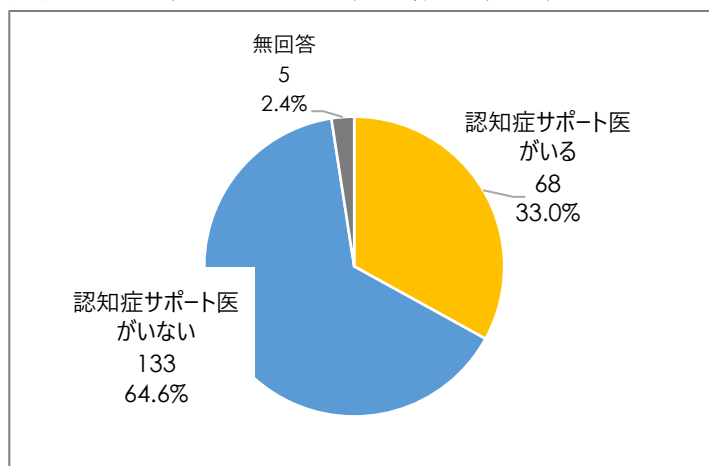
### ③認知症サポート医 (n206)

#### ③.1 認知症サポート医の有無

認知症サポート医の所在状況は、「認知症サポート医がいる」が 33.0%、「いない」が 64.6%であった。人数の回答があった 60 病院の平均人数は 1.9 人であった。

認知症サポート医がいない病院がいる病院よりも多い結果となった。

図表 1-2-7 認知症サポート医の有無 (n206)



#### ③.2 診療報酬(認知症サポート指導料<sup>※</sup>)の算定

認知症サポート医指導料について、認知症サポート医がいるとした 68 病院のうち、算定があったのは 4 病院(5.8%)であった。算定平均件数は 11.3 件であった。

診療報酬を算定していない病院がほとんどであった。

※認知症サポート指導料は、地域において認知症患者に対する支援体制の確保に協力している認知症サポート医が、他の保険医療機関から紹介された認知症の患者に対して、患者又は家族等の同意を得た上で、患者又は家族等に文書を用いて療養上の指導を行うとともに、今後の療養方針について、紹介を受けた他の保険医療機関に対して文書にて助言を行った場合に、1人につき6月に1回に限り算定する。

#### ④地域連携の仕組み・ネットワーク等への参加・協力

地域連携の様々な仕組み等に対する参加や協力について、種類・規模別に状況をみた。地域ケア会議の他、それ以外の自治体や地域の医師会等の団体が参加する連携の仕組み(④.2 地域の連携の仕組み)、④.1、④.2 以外の任意のネットワーク(④.3 近隣事業所等で構成される小規模のネットワーク)に分けて以下に整理した。

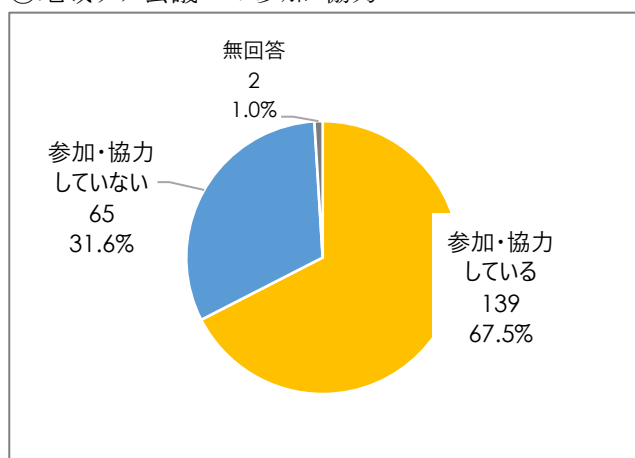
##### ④.1 地域ケア会議への参加・協力 (n206)

地域ケア会議について、「参加・協力している」が67.5%、「参加・協力していない」が31.6%であった。

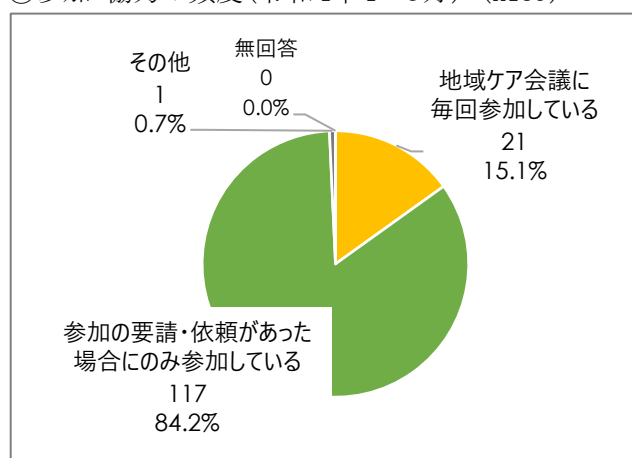
参加・協力している139病院について、その頻度は、「参加の要請・依頼があった場合にのみ参加している」が84.2%と最も多く、「地域ケア会議に毎回参加している」は15.1%であった。

図表 1-2-8

##### ①地域ケア会議への参加・協力



##### ②参加・協力の頻度(令和4年4~9月) (n139)



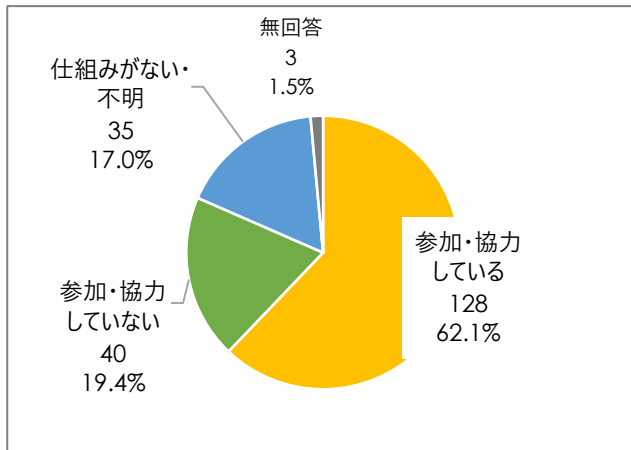
##### ④.2 地域の連携の仕組みへの参加・協力 (n206)

地域の連携の仕組みについて、「参加・協力している」が62.1%、「参加・協力していない」が19.4%、「仕組みがない・不明」が17.0%であった。

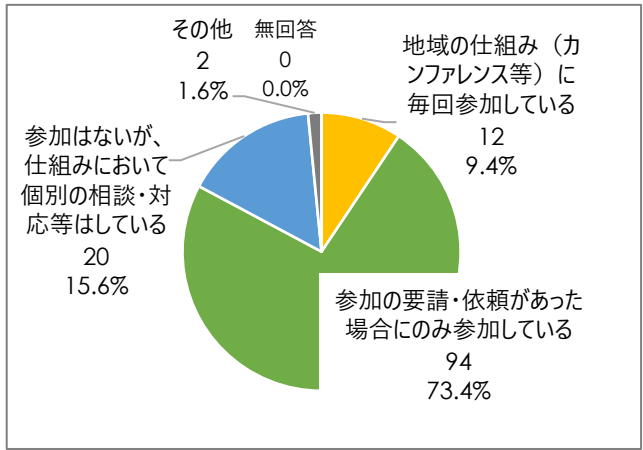
参加・協力している128病院について、その頻度は、「参加の要請・依頼があった場合にのみ参加している」が73.4%と最も多く、「カンファレンス等の参加はないが、仕組みにおいて個別の相談・対応等はしている」が15.6%、「地域の仕組み(カンファレンス等)に毎回参加している」は9.4%であった。

図表 1-2-9

①地域の連携の仕組みへの参加・協力



②参加・協力の頻度(令和4年4～9月)(n128)



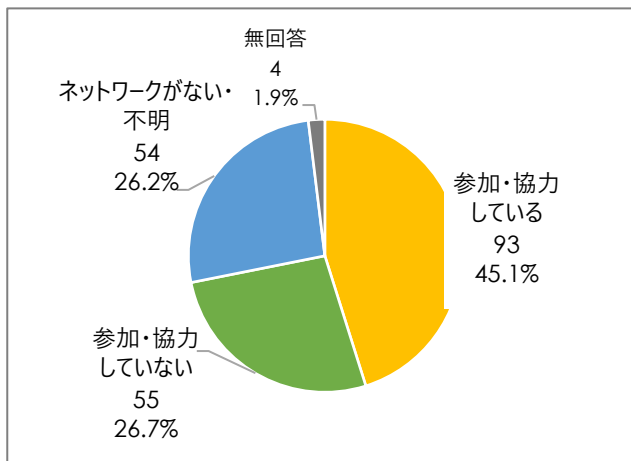
④.3 小規模ネットワークへの参加・協力(n206)

小規模ネットワークについて、「参加・協力している」が45.1%、「参加・協力していない」が26.7%、「ネットワークがない・不明」が26.2%であった。

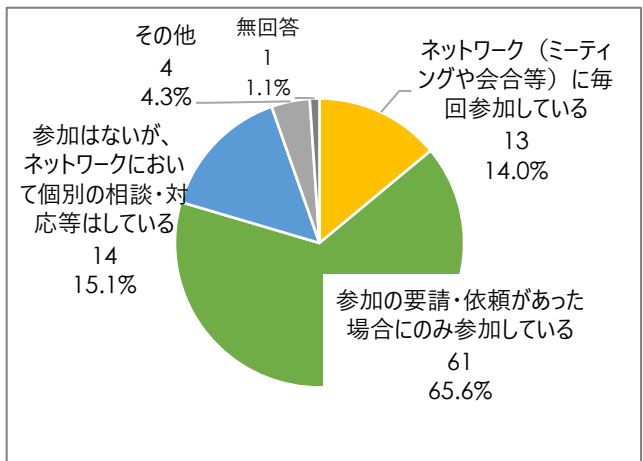
参加・協力している93病院について、その頻度は、「参加の要請・依頼があった場合にのみ参加している」が65.6%と最も多く、「ミーティング・会合等の参加はないが、ネットワークにおいて個別の相談・対応等はしている」が15.1%、「ネットワーク(ミーティングや会合等)に毎回参加している」は14.0%であった。

図表 1-2-10

①小規模ネットワークへの参加・協力



②参加・協力の頻度(令和4年4～9月)(n93)



地域ケア会議、地域連携の仕組み、小規模ネットワークへの参加・協力については、すべての項目で参加・協力している割合がしていない割合より多かった。参加の頻度については、いずれの項目においても参加の要請・依頼があった場合が多く毎回参加・協力している割合は少なかった。

認知症初期集中支援チームの存在が少ないことに加え、連携についても参加の要請・依頼があった場合のみに限られていた。これは、今回調査対象となった精神科病院は認知症疾患医療センターの指定がないにも関わらず認知症診療・介護地域連携に取り組んでいると考えることができる。認知症初期集中支援チームの効果役割は地域における能動的な認知症対応の契機であるとされ、今回、回答を得ることができた精神科病院立ち位置は一見受け身の立場にもみえる。しかし、アウトリーチは実際の認知症診療・介護の直接的アプローチのみならず、地域連携という間接的アウトリーチの立場を担っているといえる。また、認知症疾患医療センター、および地域開業クリニックが初期介入、精神科病院は BPSD、より重症化した事例における後方受け入れ先としての分業化の一端を担っているといえないだろうか。

### (1.3 認知症患者および連携に関する実績（令和4年4～9月）

#### ①認知症の新規患者数（有効回答 n184）

令和4年4～9月の認知症の新規患者数について、有効回答 184 病院の平均 37.7 人、その内訳は、「鑑別診断のみ」が 5.3 人、「入院」が 16.7 人、「外来通院」が 19.2 人（複数あてはまる場合はそれぞれにカウント）であった。

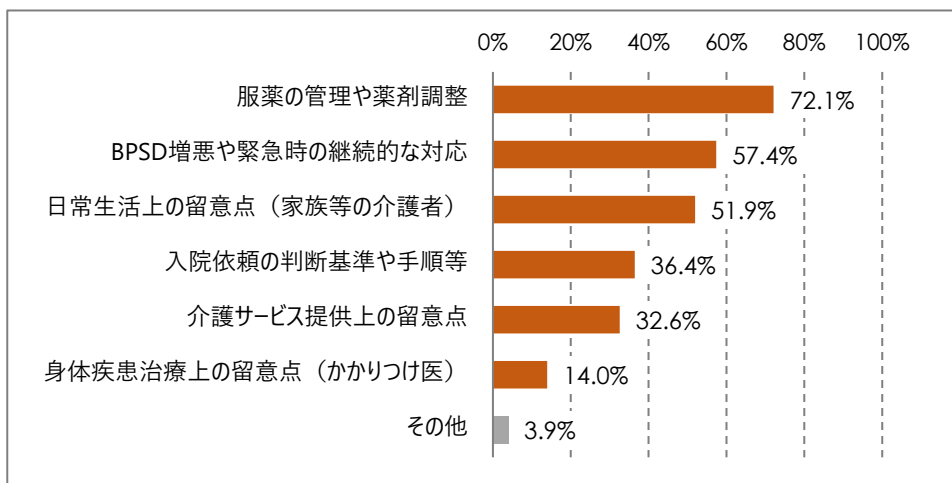
有効回答 160 病院について、外来通院の患者の所在別\*に分け、社会資源等との連携の状況をみた。同期間の「居宅」所在の外来通院患者数は平均 16.0 人、「施設等入所」では平均 5.4 人であった。

※「居宅」:患者の自宅の他、サービス付き高齢者向け住宅など専門職等によるケア環境のない場合

「施設等」:介護保険施設の他、上記の「居宅」以外のグループホームや介護付有料老人ホームなどを含む

続いて、外来通院期間中の連携状況について、「居宅」の患者（有効回答 129 病院）のうち、社会資源等との連携があったのは平均 8.9 人であった。連携の主な内容（病院ベース、複数回答、上位3つを選択回答）では、「服薬の管理や薬剤調整」が 72.1%と最も多く、次いで、「BPSD 増悪や緊急時の継続的な対応」が 57.4%、「日常生活上の留意点（家族等の介護者）」が 51.9%の順であった。

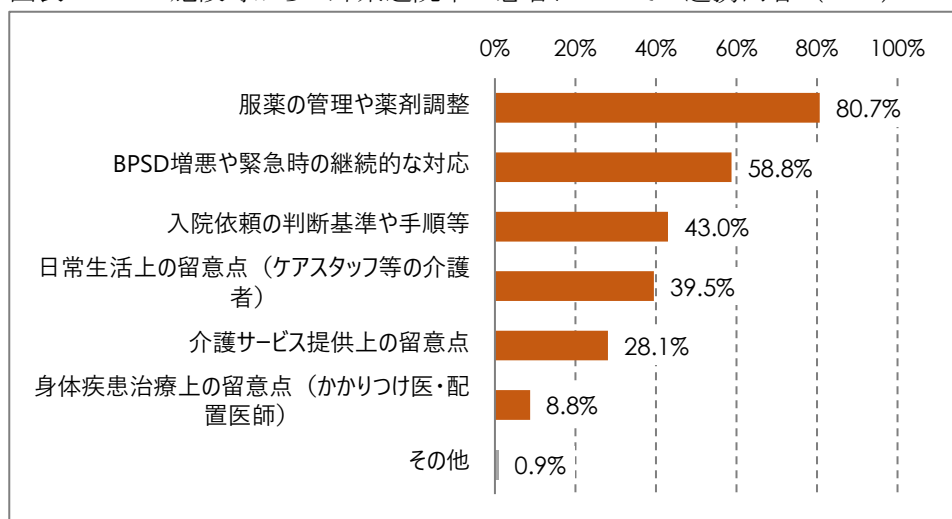
図表 1-3-1 居宅からの外来通院中の患者についての連携内容（n129）



「施設等入所」の患者（有効回答 114 病院）のうち、社会資源等との連携があったのは平均 5.0 人であった。連携の主な内容では、「服薬の管理や薬剤調整」が 80.7%と最も多く、次いで、「BPSD 増悪や緊急時の継続的な対応」が 58.8%、「日常生活上の留意点（ケアスタッフ等の介護者）」が 43.0%の順であった。



図表 1-3-2 施設等からの外来通院中の患者についての連携内容 (n114)



新規患者は鑑別診断のみで完結するケース、入院、外来通院がおおよそ 1:3:4 の比率であった。この質問項目は複数回答できる質問である。よって通院したのち入院となったケースや、入院治療後に通院によりフォローアップしているケース等では、入院と通院の両方にチェックがつけられ重複している可能性がある。いずれにしても入院、外来としてカウントされる数が多いことは活発な治療活動があることを示唆するものである。

鑑別診断は、認知症の鑑別に必要な診察と検査を実施するもので、短期間に完結する診療である。特に治療を必要とせず、日常生活において特段の支障が生じていないレベルの対象者が大半であったと思われる。

本研究に先行した「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」(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)において、認知症疾患医療センターは、認知症に関する基幹病院として一般社会に認知されており、診療内容として認知症の鑑別診断の業務の割合が高い傾向があった。他方、認知症疾患医療センターの指定を有しない病院では認知症の入院医療の割合が高いことが特徴的であった。

今回の研究対象は認知症疾患医療センターを有しない精神科病院群で、精神科病院全体の中での割合でみると認知症疾患医療センターの指定を有する病院より多く、これらの病院群でも一定程度の鑑別診断が行われ、全国津々浦々で、地域に根差した多くの精神科病院が認知症医療を支えている様子がうかがわれた。

入院したケースは平均 16.7 人で、新規患者数平均 37.7 人中の 44%となり割合としては高めのデータとなっている。前回調査でも、認知症疾患医療センターの指定を有しない病院群でははじめから入院先を求めて受診しているケースが多い傾向がみられ、同じトレンドが裏付けられた。

外来通院はその内訳として、居宅からのケースが、施設からのケースより3倍多かった。

居宅からのケースの外来通院期間の連携内容別の統計をみると、介護サービス提供上の留意点や、身体疾患治療上の留意点(かかりつけ医)が少ない。このことから、おそらくこれまで持病がなく、介護サービスも受けていない人が認知症の顕在化により受診するケースが多かったのではないかと推定される。

施設入所中の受診のケースの連携内容では、「服薬の管理や薬剤調整」が際立って高く、施設に帰ったのち服薬を実際に管理する施設スタッフと情報を密に連携していることが伺われる。また身体疾患治療上の留意点が少ないことは、あまり身体的な持病がないことを示唆するものと思われる。

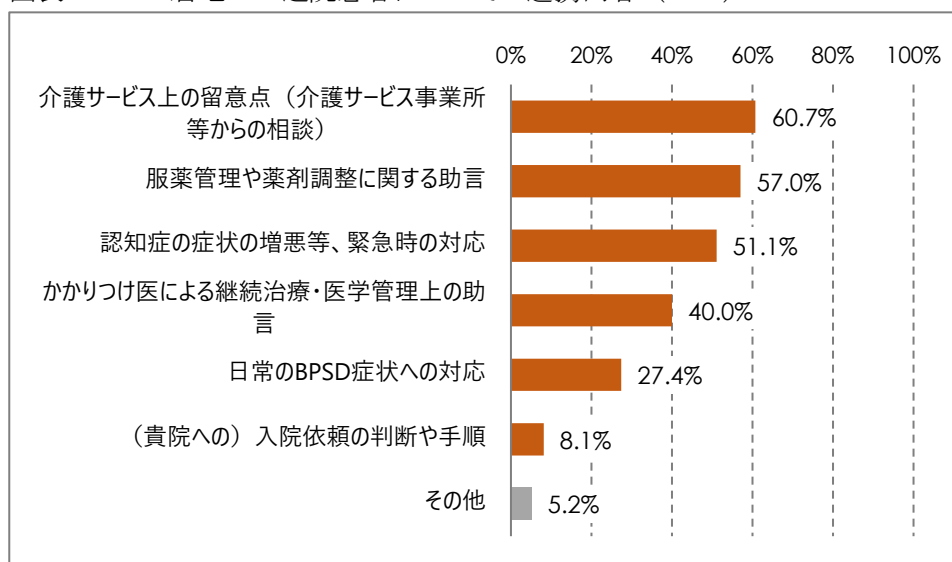
## ②認知症の退院患者数（有効回答 n184）

令和4年4～9月の認知症の退院患者数(有効回答 184 病院)について、退院後の所在別に分け、社会資源等との連携の状況をみた。同期間の「居宅」への退院患者数は平均 4.5 人、「施設等」は平均 9.2 人、「一般病院等」は 6.9 人であった。

続いて、退院時・退院後の連携状況について、「居宅」への退院患者(有効回答 135 病院)のうち、退院時・退院後に社会資源等との連携があったのは平均 3.4 人(居宅への退院患者に占める割合 75.6%)であった。

連携の主な内容(病院ベース、複数回答、上位3つを選択回答)では、「介護サービス上の留意点(介護サービス事業所等からの相談)」が 60.7%と最も多く、次いで、「服薬管理や薬剤調整に関する助言」が 57.0%、「認知症の症状の増悪等、緊急時の対応」が 51.1%の順であった。

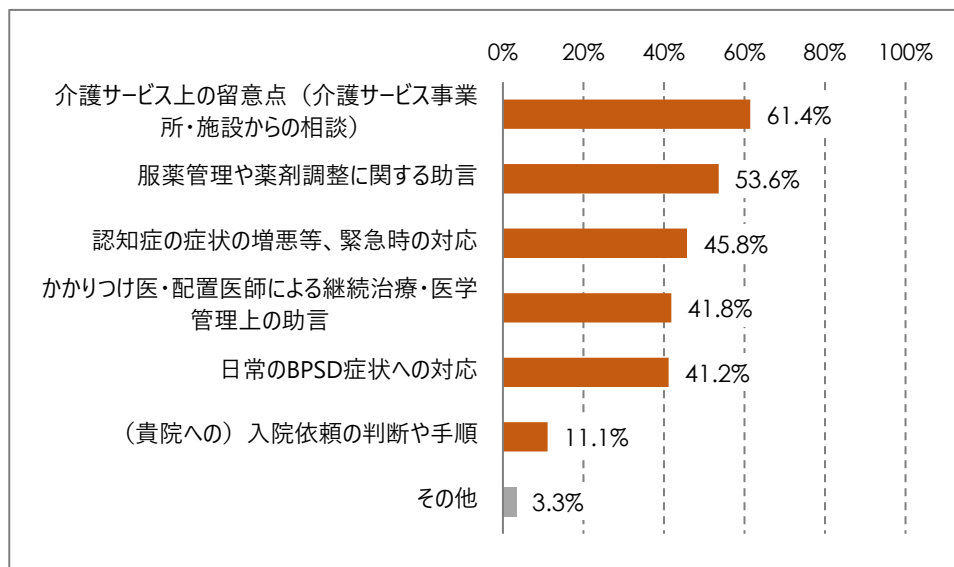
図表 1-3-3 居宅への退院患者についての連携内容 (n135)



「施設等」への退院患者(有効回答 153 病院)のうち、退院時・退院後に社会資源等との連携があったのは平均 9.0 人(居宅への退院患者に占める割合 97.8%)であった。

連携の主な内容では、「介護サービス上の留意点(介護サービス事業所・施設からの相談)」が 61.4%と最も多く、次いで、「服薬管理や薬剤調整に関する助言」が 53.6%、「認知症の症状の増悪等、緊急時の対応」が 45.8%の順であった。

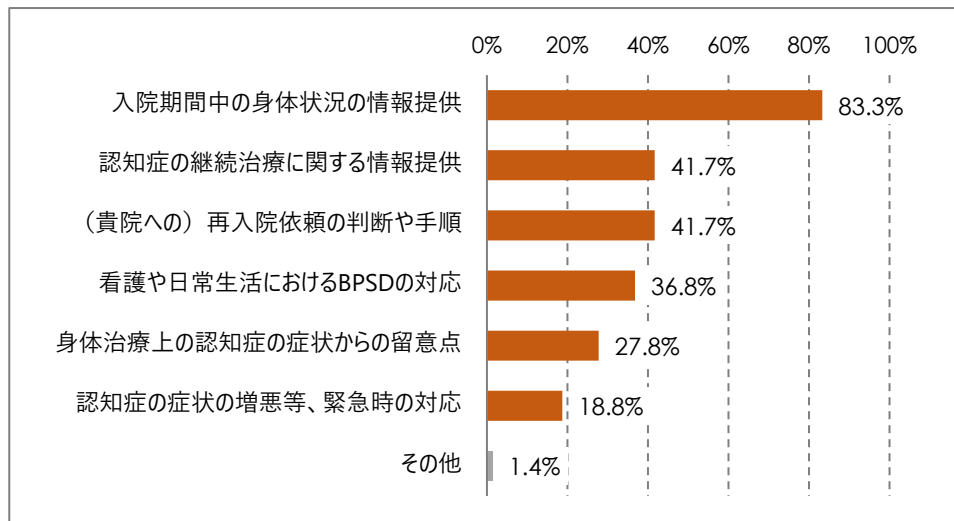
図表 1-3-4 施設等への退院患者についての連携内容 (n153)



「一般病院等」への退院(転院)患者(有効回答 144 病院)のうち、退院時・退院後に社会資源等との連携があったのは平均 6.5 人(居宅への退院患者に占める割合 94.2%)であった。

連携の主な内容では、「入院期間中の身体状況の情報提供」が 83.3%と最も多く、次いで、「認知症の継続治療に関する情報提供」、「再入院依頼の判断や手順」がともに 41.7%の順であった。

図表 1-3-5 一般病院等への退院(転院)患者についての連携内容 (n144)



退院患者の行き先は居宅、施設、一般病院が 1:2:1.5 であった。一旦認知症が顕在化し入院治療が必要なレベルになると、自宅への退院が難しくなる傾向があるが、自宅に退院したケースの連携内容として介護サービス上の留意点がトップにあり、また「かかりつけ医による継続治療・医学管理上の助言」が 40.0%あることから、かかりつけ医との連携、そして介護サービス事業所との連携が退院時に整えられて地域生活に復帰していく流れが読み取れる。

施設への退院例では連携内容の面では「介護サービス上の留意点」をはじめとして、ほとんどが 41%～61%の範囲内で格差が少なかった。しかし「入院依頼の判断や手順」のみ 11%と少なかった。これは精神症状の悪化で、いざという時にスムーズに受け入れがなされる保証があって不安や危機感があまり大きくないことからくる結果と思われた。

一般病院への退院に関しては、「入院期間中の身体状況の情報提供」が 83.3%と突出して高く、精神症状よりも身体状況のほうが優先度が高い状況が反映された。

鑑別診断は病態生理や臨床像をベースとした、純粹に診断学的な作業であり、診察と検査で完結する単発の診療であって、連携があまりない。

しかし日常生活に支障をきたした認知症患者への対応は、医学の論理だけでできるものではなく、患者の経済状態、生活習慣、住宅環境や家族・隣人関係をも含む生活全般への複合的な対応を要するものである。このため医療機関の唯一の福祉専門職である精神保健福祉士らが中心となって、アウトリーチ的活動により、患者を取り巻く環境要素をひとつひとつ調整することが、認知症患者の地域生活支援の組み立てにとってとても大切なことである。

#### (1.4 社会資源との連携 (令和4年4～9月))

精神科病院と地域の社会資源との連携状況について、令和4年4～9月における主な連携内容と精神科病院の連携担当者を、連携の相手先別(①認知症初期集中支援チーム、②地域包括支援センター、③認知症疾患医療センター、④認知症サポート医)に整理した。

##### ①認知症初期集中支援チームとの連携 (n206)

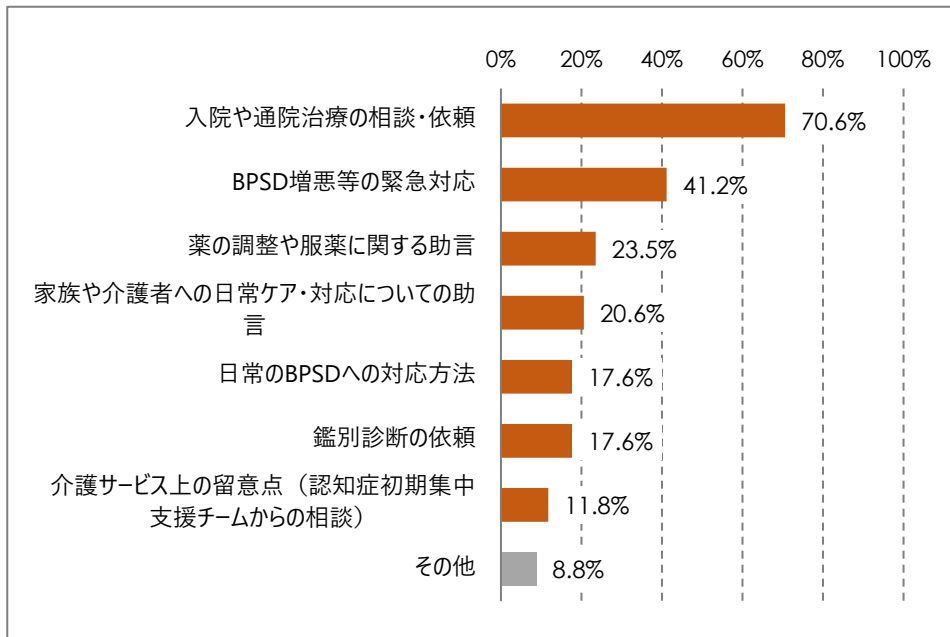
令和4年4～9月における認知症初期集中支援チームとの連携は 34 病院(16.5%)で行われ、平均人数は 2.9 人(連携があった 34 病院における平均)であった。うち、入院(に至った)患者は 0.8 人、通院は 1.0 人であった。

主な連携内容は、「入院や通院治療の相談・依頼」が 70.6%と最も多く、次いで、「BPSD 増悪等の緊急対応」が 41.2%、「薬の調整や服薬に関する助言」が 23.5%の順であった。精神科病院の連携担当者は、「精神保健福祉士」が 94.1%と最も多く、次いで、「看護師」が 26.5%、「医師」が 20.6%の順であった。

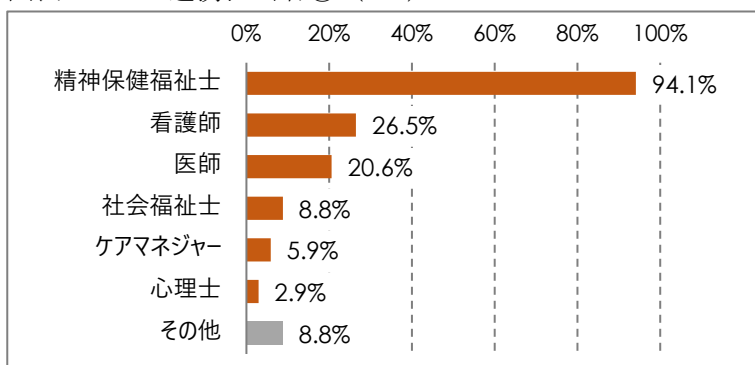
認知症初期集中支援チームとは、認知症の人やその家族に対して、早期診断、早期対応に向けた支援体制を構築する事を目的に各市町村に設置され、チーム構成メンバーは医療と介護の専門職(保健師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、介護福祉士等)＋認知症サポート医となっている。

対象となる人は、認知症あるいは認知症が疑われるが、医療・介護サービスを受けた事がないか、あるいは中断している人であるが、診断後の治療や BPSD 増悪等の緊急対応などの入院や通院に対する相談、依頼が連携内容として多いのは、認知症サポート医は精神科医ではない事が多く、精神科病院との連携が必要となる事が多いことによると思われる。また、連携担当者は精神科病院に多く配置されている精神保健福祉士が認知症サポート医からの相談窓口として機能していると思われる。

図表 1-4-1 主な連携内容① (n34)



図表 1-4-2 連携担当者① (n34)



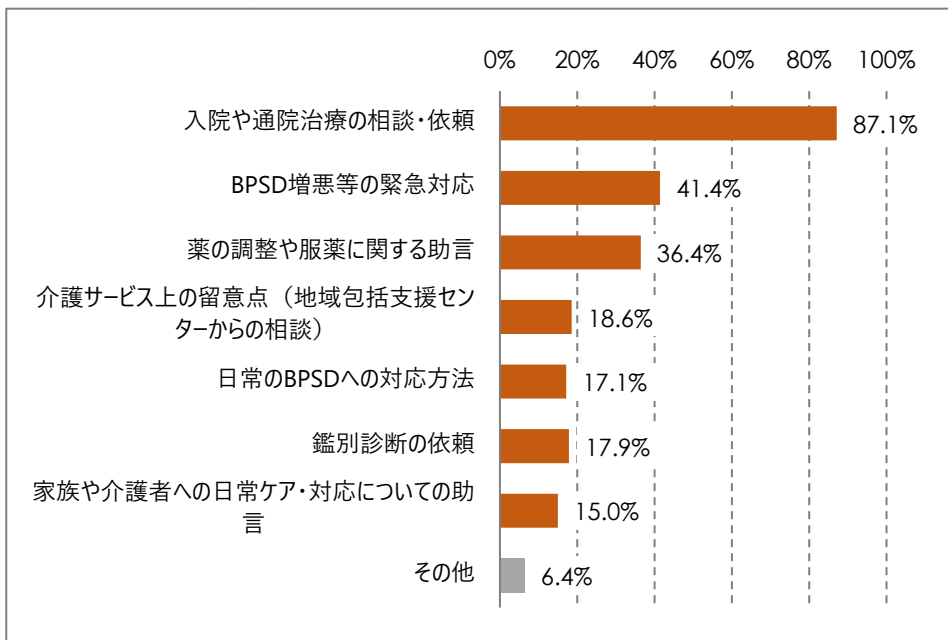
②地域包括支援センターとの連携

地域包括支援センターとの連携は140病院(68.0%)で行われ、平均人数は10.0人(140病院の平均)であった。うち、入院(に至った)患者は2.7人、通院は3.2人であった。

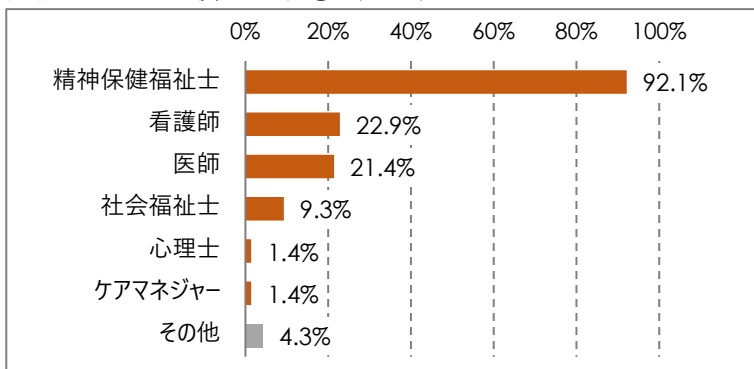
主な連携内容は、「入院や通院治療の相談・依頼」が87.1%と最も多く、次いで、「BPSD増悪等の緊急対応」が41.4%、「薬の調整や服薬に関する助言」が36.4%の順であった。精神科病院の連携担当者は、「精神保健福祉士」が92.1%と最も多く、次いで、「看護師」が22.9%、「医師」が21.4%の順であった。

地域包括支援センターとは、介護・医療・保健・福祉などの面から高齢者を支える「総合相談窓口」であり、構成メンバーは保健師(看護師)、社会福祉士、主任ケアマネジャーからなる。その役割の中で、うつや認知症などに対する精神医療面での相談に対する連携内容が多く、連携担当者は、精神科病院に多く配置されている精神保健福祉士が地域包括支援センターよりの相談窓口として機能しているという結果となった。

図表 1-4-3 主な連携内容② (n140)



図表 1-4-4 連携担当者② (n140)



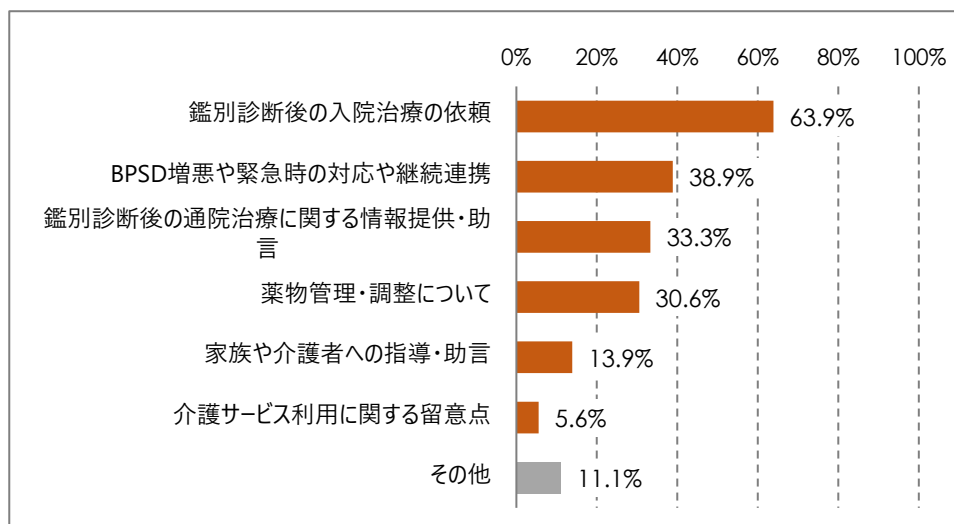
### ③認知症疾患医療センターとの連携

認知症疾患医療センターとの連携は 36 病院 (17.5%) で行われ、平均人数は 9.7 人 (36 病院の平均) であった。うち、入院 (に至った) 患者は 2.7 人、通院は 3.0 人であった。

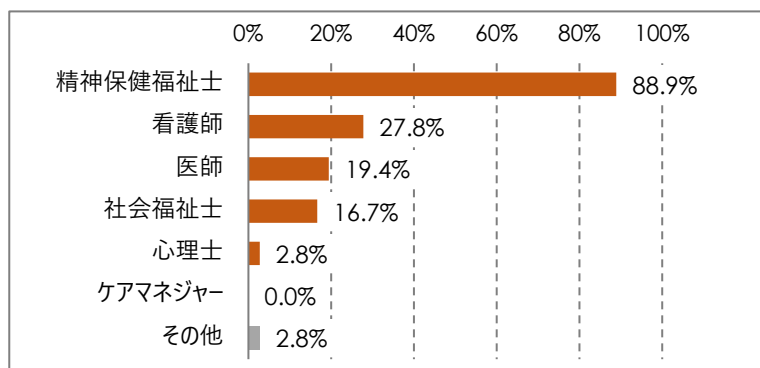
主な連携内容は、「鑑別診断後の入院治療の依頼」が 63.9%と最も多く、次いで、「BPSD 増悪や緊急時の対応や継続連携」が 38.9%、「鑑別診断後の通院治療に関する情報提供・助言」が 33.3%の順であった。精神科病院の連携担当者は、「精神保健福祉士」が 88.9%と最も多く、次いで、「看護師」が 27.8%、「医師」が 19.4%の順であった。

認知症疾患医療センターは全国で約 500 ヲ所の医療機関が指定を受けているが、その半数は精神科病院以外の医療機関である。主な連携内容であるが精神科病棟への入院や外来通院、特に BPSD 増悪時など緊急対応などが求められており、その担当者は精神保健福祉士が相談窓口として機能していると思われた。

図表 1-4-5 主な連携内容③ (n36)



図表 1-4-6 連携担当者③ (n36)





#### ④認知症サポート医との連携

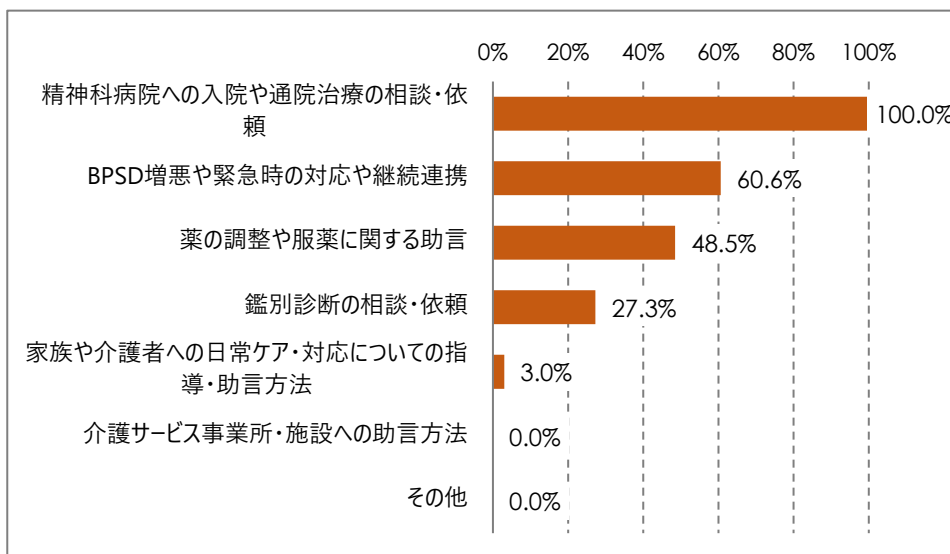
認知症サポート医との連携は 33 病院(16.1%)で行われ、平均人数は 8.3 人(33 病院の平均)であった。うち、入院(に至った)患者は 3.8 人、通院は 3.0 人であった。

主な連携内容は、「精神科病院への入院や通院治療の相談・依頼」が 100.0%と最も多く、次いで、「BPSD 増悪や緊急時の対応や継続連携」が 60.6%、「薬の調整や服薬に関する助言」が 48.5%の順であった。精神科病院の連携担当者は、「精神保健福祉士」が 97.0%と最も多く、次いで、「医師」が 36.4%、「看護師」が 24.2%の順であった。

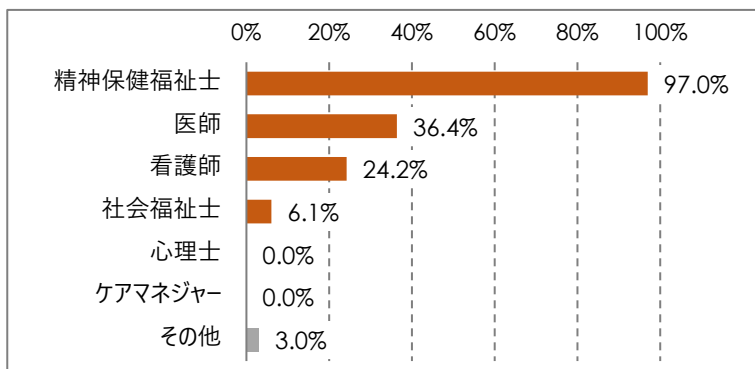
認知症サポート医の役割として、かかりつけ医への助言等の支援や、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進といった役割がある。

主な連携内容からみると、BPSD 増悪時の入院や薬物治療に関する助言など、専門医療機関として医療対応を求められる連携内容が圧倒的に多かった。また、連携担当者は精神科病院に多く配置されている精神保健福祉士が最も多いが、認知症サポート医より直接精神科医師への相談も比較的多くみられた。これは連携の相手先として多職種で構成されるチームあるいは地域包括支援センターでない為、医師同士での相談が多くなるのではと考えられた。

図表 1-4-7 主な連携内容④ (n33)



図表 1-4-8 連携担当者④ (n33)



## (1).5 精神科病院のアウトリーチ的な役割についての意見等

1) 個別または地域の社会資源との連携対応の中で、いわゆる『アウトリーチ的な活動』を行っている場合

【アウトリーチ的な活動の具体的な活動内容(担当・参加する職種、主な活動内容等)】

- ◎ 訪問による診療(往診も含む)や支援として、退院前後を含めて看護師・精神保健福祉士等による精神科訪問看護で病状観察・服薬確認や服薬指導・生活指導を、家族や地域包括支援センター、社会福祉協議会等と連携を図りながら行っている病院が多い。地域包括支援センターや高齢者施設等からの受診や入院は、精神保健福祉士が窓口となって相談を受け、BPSD 悪化時は、医師が訪問診療したり、看護師・精神保健福祉士・作業療法士が適宜介入し入院対応している。
- ◎ 自治体等への会議・事業の参加として、地域包括支援センター主催の地域ケア会議・事例検討会、自治体主催の在宅医療・介護連携推進会議、認知症支援ネットワーク等に、医師・精神保健福祉士・看護師が参加し、困難なケースを早期に把握したり、問題事例の助言や相談を行っている。
- ◎ 認知症初期集中支援チームを通じた活動は、法人内に認知症初期集中支援チームが設置しているところは地域包括支援センターや行政と連携し、医療や介護に繋がっていないケースの自宅を訪問し、受診を促したり、介護サービスの利用ができるよう働きかけを行っている。チーム員として活動することで、地域のネットワークへの参加も多くなり情報共有が図られ、顔のみえる関係が築かれ連携が取りやすくなる。
- ◎ 住民等向けの講演会・研修会への協力は、地域包括支援センターが主催する認知症講演会、認知症カフェ、物忘れ相談等に医師や精神保健福祉士が参加して、家族や地域住民へ講演や助言を行っている。

回答のあった 94 病院における具体的なアウトリーチ的な活動について、①訪問による診療や支援、②自治体等の会議・事業への参加、③認知症初期集中支援チームを通じた活動、④住民等向けの講演会・研修会への協力、⑤その他 に分けて主なものを抜粋して掲載する。

### ① 訪問による診療(往診含む)や支援

13	地域包括支援センター、介護施設などからの受診や入院の相談などを精神保健福祉士が窓口になっている。医師が介護施設へ往診に行っている。
19	・相談事業所と同伴で医師と精神保健福祉士と往診 ・認知症初期集中支援チーム員として医師や精神保健福祉士が訪問
38	必要に応じて精神科訪問看護指導などを実施し、院外での支援介入を図っている。それにより、対象者に関するケア会議等への出席、必要に応じて入院が必要な場合の介入を行うケースもある。連携窓口は精神保健福祉士であるが、実際に介入する際は精神保健福祉士、看護師、作業療法士が適宜介入する。
34	訪問看護等で関わっている患者が不安定になるなどの病変があった時に、訪問し対応する。
48	精神科訪問診療、訪問看護あり。(医師、病棟ナース、精神保健福祉士)
56	近隣の地域包括支援センター及び地元の公営住宅担当の民生委員が行う(まだどこにも相談・支援につなげていない)住民や要支援者(になるかもしれないケース)宅への訪問に同行し、精神的見地から支援を行っている。支援者支援の活動。院内での担当部署は地域連携室、主には看護師が訪問同行を行っている。

57	①医師、精神保健福祉士、看護師と地域の関係職種とのカンファレンス ②精神保健福祉士、看護師が生活支援または服薬管理のための退院前後での訪問
59	精神科訪問看護として精神保健福祉士が訪問できる体制がある。本人が受診を拒否している場合、医師、家族、地域包括支援センターなどと連携を図り、自宅へ訪問して相談を受け付けることもある。
64	地域の高齢者施設へ入所中であり、外来診察の為、来院が困難である対象者に関して、訪問診療を行っており、認知症状悪化時において、施設と連携し、入院対応を行っている。
86	主に精神保健福祉士が退院時に患者宅に訪問し、現場で地域の居宅介護や訪問看護の導入を支援する。
89	担当：精神保健福祉士 活動：包括支援センター等からの相談を受け、様々な事情により医療に繋がれないケースについて、センターの保健師等との訪問。
93	看護師、精神保健福祉士による精神科訪問看護（病状観察、服薬確認・指導、日常生活支援など）
98	医師、看護師、精神保健福祉士でチームを組み、週1回のカンファレンスを実施。対象者は現在4名。定期的な訪問看護（週1～3回）、訪問診療（月1～2回）を実施。保健所からの相談案件もあるが、ここ2年で1件のみ。
107	精神科訪問看護を行っている。主に看護師が担当しているが、精神保健福祉士も一緒に行くこともある。
115	外来看護師が、通院治療中断者に電話連絡を行い、状況把握し、必要に応じ受診を促している。地域包括支援センター、社会福祉協議会等、関係機関に必要に応じ連携している。また、受診される前から、ケース会議等への参加依頼があった場合は参加して、スムーズな受診に繋がるように連携している。
133	医師による特養等施設への訪問診療、精神保健福祉士や看護師による退院前訪問指導。
135	精神科訪問看護（看護師、精神保健福祉士） 活動内容：生活指導、服薬指導、生活のリズムの確認、医療・福祉・社会制度などの利用相談など
165	訪問看護、訪問診療。医師、看護師、精神保健福祉士、理学療法士、作業療法士。訪問診療は週1回、医師が高齢者施設や個人宅を訪問し診療している。施設やケアマネジャー、家族と連携を図っている。訪問看護は看護師、精神保健福祉士、理学療法士、作業療法士が患者の自宅を訪問し、支援している。週2～3回利用している患者から月1回の患者まで利用のペースはその方の状態にあわせている。バイタル確認、本人の生活状況を把握し、家族や関係機関、医療機関との連携を図り支援している。
168	医師、看護師、精神保健福祉士によるコアチームと適宜、作業療法士、公認心理師、医事課職員がそこに加わる構造でアウトリーチ、訪問診療に従事しています。対象疾患は認知症だけではなく、統合失調症、うつ病、ひきこもり、不登校なども扱い、連携先は地域包括支援センター、保健相談所、障害福祉担当者、スクールソーシャルワーカーです。通常の訪問診療以上に初期診断・アセスメントに加えて、治療中断例や事例化例の危機介入など行っています。
183	活動を行うのは精神保健福祉士や外来部門の看護師が多い。地域ケア会議やカンファレンスへの参加、ケースワークの中で外来患者の自宅や地域の事業所へ出向くこともある。状態悪化時に看護師と精神保健福祉士が共同して訪問を行うこともある。
206	認知症を有する患者に特定はしていないが、訪問看護に対面診療を補完するオンライン診療を組み合わせる診療を行うことがある。医師、看護師、PSW、心理師が実施している。

#### ㊤ 自治体等の会議・事業への参加

5	精神科デイケア（看護師、精神保健福祉士等）、認知症疾患医療センター連携会議（看護師）、訪問看護（看護師、精神保健福祉士等）、自立支援協議会精神障害専門部会（看護師）
25	行政の事業である「こころの健康相談」という無料相談に年3回医師と、精神保健福祉士もしくは看護師が対応している。
32	地域移行支援会議、地域家族会などへの参加（精神保健福祉士等）。
50	市からの委託事業として「ひきこもりへのアウトリーチ支援事業」を実施している。この中に65歳以上の高齢者が含まれることがある。

62	社会福祉協議会主催 認知症の家族会での講演（認知症サポート医） 認知症支援ネットワークへの参加（医師／精神保健福祉士）
66	県から委託事業として「精神障がい者アウトリーチ体制構築事業」を実施している。 本事業の対象者は主に精神疾患の治療中断や未受診者であるが、「認知症による BPSD」も含まれているため認知症初期集中支援チームや地域包括支援センターと協働で支援を行っている。
69	地域包括支援センター主催のカンファレンス、地域事業所との連絡会等への参加（全てソーシャルワーカーが参加）
108	在宅医療・介護連携推進事業の一環として、症例を検討し在宅医療などの課題に取り組むワーキングチーム（医師、精神保健福祉士、保健師、看護師等）の活動に参加している。
113	認知症初期集中支援チームの一員として、医師と共に地域からの依頼に応じ出動している。また地域ケア会議や見える事例検討会へ参加し、地域住民の一人一人の困難事例について地域の多職種と共に検討している。 退院前後は、訪問を行い、環境の変化による症状に対応している。
117	・地域ケア会議、個別支援会議への参加（医師・精神保健福祉士） ・認知症カフェでの講師
127	精神保健福祉士による地域の社会資源等との連携（市の認知症地域支援推進員として派遣）。 在宅医療・介護連携推進会議等への参加。
128	地域での会議参加にて地域での困難なケースを早期に把握し、相談の段階で地域包括支援センターへつなげるなど連携を図っている。困難なケースをこちらから包括支援センターにあげていくこともある。
132	現在は主に医師が診療の際に地域包括支援センターと連携をとり、必要ならば精神保健福祉士が介入している。また、近隣の開業医の先生（認知症サポート医）や保健所や近隣の病院の担当者（認知症疾患医療センター、認知症初期集中支援チームの担当者を含む）との連携を密にするために定期的集まっている。
143	地域包括支援センターやかかりつけ医で困っている症例の定期的な相談会。精神保健福祉士、医師、専門看護師など
188	・認知症病棟担当精神保健福祉士が参加する認知症家族会（月 1 回、意見交換会） ・外来担当精神保健福祉士が参加する地域支援会議（月 1 回、地域包括支援センター、保健所、ケアマネジャー合同で地域にて参加する認知症・高齢精神障害者の事例検討、精神症状に関する相談）
192	精神保健福祉士が、自治体の高齢者福祉課が主催する在宅介護医療連携会議に定期的に参加している
196	キャラバンメイト連絡会への参加、計画相談員連絡会への参加、地域包括支援センターとの情報共有や連携

#### ㊦ 認知症初期集中支援チームを通じた活動

12	認知症初期集中支援チーム、区多職種連携会。
72	認知症初期集中支援チームがあり、地域包括支援センターや行政と連携し、認知症により介護や医療に繋がっていない方の自宅に伺い、受診を促し、介護サービスを利用できるよう働きかけている。また地域包括支援センターのケア会議等に参加し、認知症を含めた精神科の相談を受けることがあり、地域の方に助言等を行っている。
77	認知症初期集中支援の認知症サポート医として、周辺 6 ケ町村を担当している。そのうち 4 ケ町村においては、当該自治体に出向いてチーム員会議に参加している。地域ケア会議等にも可能な限り現地に行き参加している。
82	認知症初期集中支援事業を市から委託されチーム員として活動している。ケア会議、地域のネットワークに参加し、地域の情報の共有を行っている。顔の見える関係を築き連携が取りやすい。
125	・認知症初期集中支援チームに医師が参加している。 ・当院受診後のサービス調整にあたり、家庭環境の確認のため地域包括支援センター職員と共に自宅訪問するケースもある。

#### ㊧ 住民等向けの講演会・研修会への協力

16	各種勉強会及び情報共有の座談会（オンライン含む）。
35	地域の多職種（在宅医、ケアマネジャー、訪問看護など）で構成されるグループに参加し、研修などの企画運営などを行っている。

67	オレンジカフェの講演や相談対応として、看護師が年間3回ほど参加、地域包括が主として開催する認知症カフェにも不定期で参加し、認知症で困っていることや上手いこと等の話を聴いている。
120	「認知症サポートチーム」が院内・院外で活動をしている。メンバーは医師・看護師（認知症認定看護師等）・理学療法士・臨床心理士・地域連携スタッフ・精神保健福祉士。主な活動は、年に数回家族や地域の支援者に向け、医師や看護師、臨床心理士が認知症対応に関する講演を行ったり、認知症カフェを開催している。
149	地域や事業者が参加する地域包括支援センター主催の認知症講演会を講師として医師が参加。

⊕ その他

134	病院所在地の区長、公民館、社協と連携し、地域の高齢者の買い物支援を行っている。具体的には法人のバスを使用して近隣のスーパーへの送迎サービスを行っている。運転は法人内の職員が担当し、付き添いは地域のボランティアの方が担当している。
176	ショッピングモールにおいて、認知症初期集中支援チームの保健師、社会福祉士、地域包括支援センター職員と一緒にアルツハイマー月間啓発イベントとして、もの忘れ相談脳トレ、認知症カフェの紹介などを行っている。
186	院内に併設している喫茶店を認知症カフェとしても活用し常時開催している。担当は精神保健福祉士。

【アウトリーチ的な活動によって得られる利点】

◎ 精神科病院にとっての利点は、在宅生活での診療に役立つ情報(ADL、BPSD、生活環境の様子、家族関係の把握等)が得られ、病状悪化時の早期介入ができ、早期治療の必要性や社会資源の利用について判断が可能となり、介護サービスとの連携や調整がスムーズになる。受診時には、本人の在宅情報を踏まえて、生活指導や服薬調整を行うことができ、入院になっても短期間で退院が可能となる。地域に埋もれている(支援に繋がっていない認知症高齢者)が受診に繋がったり、制度の狭間にあるケースの相談に対応することは、地域貢献に等しい。地域の支援機関と、“顔の見える関係づくり”ができ、認知症高齢者に関する情報が得られやすい。行政や介護サービス事業所との関係構築が進み、多職種連携の輪が広がり、精神科病院スタッフの能動的な姿勢に繋がる。また支援機関と交流することで、精神科病院の役割や受診の流れ等を説明することができ、精神科に対する敷居が低くなり偏見が払拭し、精神科病院の啓発活動に繋がる。認知症専門医による相談支援や認知症についての正しい理解を発信することで、精神科病院の認知度向上となる。その結果、地域に埋もれている認知症高齢者の掘り起こしとなり、新規相談が増え、新規患者の獲得に繋がる、との意見もあった。

回答のあった 97病院におけるアウトリーチ的な活動によって得られる精神科病院にとっての利点について、①早期治療・入退院対応のスムーズな導入、②地域への貢献・関係構築、③精神科病院の認知向上、④新規患者の増加 に分けて主なものを抜粋して掲載する。

① 早期治療・入退院対応のスムーズな導入

13	入退院時の対応がスムーズになる。(情報共有ができています。)
16	他科への連絡調整がスムーズに行える。
19	治療につながる前に情報が有り、対応しやすい。
34	病状から大きな問題になる前に早めに対応できる。何が起きているのかわかる。

38	生活が破綻してしまう前に介入することにより、早期の治療介入による症状進行の抑制、日常生活への復帰が見込める。
51	在宅での様子の情報が得られ、治療や診断の材料となる。精神科症状の悪化を早めに把握し治療に繋げることができる。
57	対象患者の生活や自宅を直接スタッフが確認することができ、社会資源として何が必要か情報を得ることができる
59	・実際の本人の ADL、BPSD、生活環境の様子が把握できる。 ・相談拒否などがあり来院できない場合でも、訪問して相談受付することができる。
67	地域で生活していく上で必要とされるサービスや対応について具体的に知ることができるため、可能な限り入院をしないで、あるいは早期に退院することができる。
81	訪問看護によって早期に再発の兆候に気づくことができ速やかな介入により重症化を防ぎ、入院に至った際も入院期間の短縮につなげる事ができる。
83	情報の精度が上がり、早期介入の余地ができる。
86	患者宅の様子を確認でき、普段の生活実態を把握できる。
89	かかりつけ医等もないケースがほとんどなので、医療を必要とする状態であるのか又精神科治療が優先するのか、対象者の状態が早期に情報収集できる。
93	ニーズ把握、情報収集（アセスメント）を病院スタッフが行うことで治療・支援に結び付けやすくなる。
107	通院までの間に様子を確認することができる。緊急時の対応、早期入院につなげられる。
115	治療中断者への対応等を、関係機関と連携し支援が可能となる。関係機関の支援で、再受診に繋がるケースも有る。
134	今後、受診が必要となった際に繋がりがやすくなる。また地域の潜在的なニーズをキャッチすることができる。
135	本人の在宅での様子や生活状況を踏まえて受診時に指導、服薬調整が行いやすい。また、本人、ご家族の状況に応じたに必要なサービス、支援機関へのつながりが行きやすい。
138	早期発見・介入により早期治療が可能となる。
151	地域生活の様子（生活上の変化、課題など）を知る機会となることで、より適切な治療につなげることができる
152	・地域医療機関や行政、ケアマネジャーとの連携による早期の認知症者の診断の推進 ・認知症者の在宅での生活自立期間の延長、必要に応じた速やかな入院治療による在宅生活期間の延長
165	患者が生活している場を実際に見る事ができ、入院となった場合も生活の場を把握している為、退院支援がスムーズである。高齢者施設との連携が図りやすく、今後新規で施設入所を考えている認知症の高齢者の退院支援が行いやすくなり、当院が訪問しているという事で家族も退院支援に対して前向きに動いてくださる。
167	日ごとの生活状況、困難さ、支援者の関わりの様子、今後の予測されることなどを把握できる。対応が必要な際には、状況詳細を医師に伝えやすく、役割分担がスムーズに行える。
168	精神科病院の利点としては当事者生活が見渡せること、またより地域支援者との連携が深まることで医療機関がすべきこと、他支援者をお願いすること、入院治療の中で行うべきこと、実は地域でできることの線引きが明確になり、より効率的に医療介入が出来る、ということだと思います。
183	地域の関係者と対応を検討することで、病状悪化を防ぐことができる。緊急時等、スムーズな連携に繋がる。患者やその家族と直接対面することで関係構築につながる。
195	不調時の早期介入、近隣への悪影響の回避、受診動機づけの機会になる、生活状況・家族関係の把握が可能
205	重症化する前に早期介入が出来る。 早期介入することにより、関係各所に早期に連携が図れる。

#### ㊦ 地域への貢献・関係構築

56	制度の狭間にあるようなケースについての相談に乗ることで、地域貢献になり得る。
52	治療も社会資源の一つと捉え、所属機関の枠を超えて地域の課題に取り組むことができる。 自分たちの役割として早い段階で課題に介入、関与することが出来る。

64	病院方針である地域医療への貢献に繋がる。
66	圏域（地域）にある支援機関と顔の見える関係づくりが出来る、当院患者の地域移行・地域定着時には他機関連携が取りやすい。
68	地域に根付いた活動を通し、改めて求められている役割を客観的にも意識することで、各職種のプロとしての自覚が芽生え、かつ多職種連携の輪が広がっている。
82	地域と顔の見える関係が築ける。地域の情報、認知症に関する情報が得られる。
98	地域との繋がりがあある事で、地域での生活状況や現状をタイムリーで知ることができる事。
133	各所との連携が強化される。受け身から能動的な姿勢になる。
176	病院職員が参加する事により、地域の問題点の把握ができる。
192	地域の医療介護の事業所との顔の見える連携がとれる
196	地域に埋もれている（支援に繋がっていない認知症高齢者）方が受診につながる、デイケア利用者数の増加、地域貢献につながる。

#### ㊦ 精神科病院の認知向上

35	地域の有益な情報を得られる。精神科病院についての啓発活動（偏見の払拭など）につなげている。
62	地域の事情をダイレクトに知る事ができる。精神科病院の役割や受診の流れ等を説明出来る。
69	病院を知ってもらえる。病院の敷居が低くなる。
97	病院案内を行える。受診に対してのハードルを下げる。情報共有が可能。地域と顔見知りになれる。地域の課題を共有できる。
117	精神科病院機能や役割について知ってもらえる。顔の見える関係ができる。
186	専門職による相談支援、認知症についての正しい理解、情報を発信できる。

#### ㊧ 新規患者の増加

39	入院患者の増加
42	直接的な利用者増につながる。
50	新規患者の獲得
95	患者獲得
149	新規相談につながる

◎ 連携先(社会資源等)にとっての利点(になると考える点)は、精神科病院と連携する事で、緊急時や BPSD 悪化時等に、早期介入・早期対応・早期回復が可能となり、連携先の不安解消になる。病状悪化時は、直ぐに精神科病院のスタッフと連絡をとることができ、関係者が情報共有し統一した対応が可能となる。アウトリーチすることで、専門的な意見(治療方針等)を提供したり、医療のバックアップ体制が可能となり、どのタイミングで精神科受診に繋がればよいかの目安を知ることができる。看護師や精神保健福祉士が訪問することで、きめ細やかな生活支援や状況把握が可能となり、本人に正しい情報を伝えることができ、支援上の連携がとりやすくなる。日常より連携がとれていると、未治療や受診拒否の方に関しても、初診前に情報共有することができ、介護サポートがしやすくなる。在宅や高齢者施設とも、何か症状に変化があった際に、連絡・報告・相談がしやすくなり、その結果家族も認知症対応技術の知識が得られ、介護負担が軽減する。精神科病院が、地域のセーフティーネットとなり、早めに動いてくれて、安心して老いていける、という意見もあった。

回答のあった 94 病院におけるアウトリーチ的な活動によって得られる連携先(社会資源等)についての利点について、①継続的な精神科医療(バックアップ)の確保、②緊急時・急性増悪時の対応、③認知症(精神科)医療の相談先の確保、④本人・家族の安心やサービスの質の向上 に分けて主なものを抜粋して掲載する。

① 継続的な精神科医療(バックアップ)の確保

12	BPSD 悪化時の対応(受診、入院)、服薬管理、薬物調整の助言等
19	鑑別が受けられる。多職種の視点でアプローチできる。
34	他機関と連携して対応できる安心感
35	必要な患者に正しい情報を伝えられ、治療につなげることができる
38	医療機関との連携による安心感(BPSD 等入院が必要となった際のセーフティネット的な役割)。
57	より具体的な情報提供につながる場合がある 病状悪化時、どのタイミングで精神科受診につなげたいのか目安を得ることができる
59	地域包括支援センターや認知症疾患医療センター等が訪問活動の中心ではあるが、さらに病院などが訪問することできめ細かな生活支援、状態把握ができる。
62	関連機関と顔の見える関係を構築できていると、単身受診者や困難事例に対して、協力しての支援がお互いスムーズに出来る。
86	通院先病院に生活実態を把握してもらうことで、現状の生活能力を共有でき、支援上の連携が取りやすくなる。
93	治療方針や医師の診立て等治療者の考えや意図を知ること対象者へ関わりやすくなる。病院と連携しやすくなる。
115	日頃の連携が強化され、相談等が円滑に出来るようになる。初診前に情報を共有する事で、スムーズな受診に繋がるケースもある。精神科病院に繋がり、入院治療になった場合には、地域での課題について、ケース検討を重ねる時間的余裕も生まれるケースも有る。
119	担当医師による助言、病状悪化に伴う入院受入れ等を行うことで、連携先の不安解消、迅速な対応が出来る。
120	医学的な見解を知ることが出来る。対応の仕方が分かる。
121	医療が生活の場に入ること、速やかに治療につなげることが出来る
125	未治療の方や受診拒否する方への支援に医療機関が介入することで、協力しながら治療に結び付けることができ、介護サポートもしやすくなると思われる。
132	BPSD の治療や合併症診療において入院や検査などを行えること。
133	通院困難な方にとっては訪問での診療は助かるのではないかと。今後は病院から出向く時代になってくると思う。家族や周囲の方々と協力することで、お互いに一体感や信頼感が生まれる。
153	訪問による診断が可能になることで、精神医学的な示唆が得られ、支援の方向性が導かれる。状態によっては入院医療につなげられる。
165	入所を依頼するケースも増えており、施設としても連携している病院からの患者様で当院が入所後もフォローすることが明確な為受け入れやすい。また、他の入所者に関しても医師が訪問診療を行っている為早期に相談、介入がしやすい。
168	連携先の利点としては、アウトリーチがあることで危機介入を含めたケースマネジメントがスムーズに行える。精神科病院の利点と同様に、互いにすべきことが明確になる。
182	精神科医療に関わるというだけで、早期の治療に繋がるなど連携先にとっても支援していきやすいと思う。
199	専門的な意見や医療のバックアップが可能となり、支援の広がりがある。
201	医療が継続的に関わることで、BPSD など緊急時の対応や病態把握の面で安心感があると思われる。



㊦ 緊急時・急性増悪時の対応

32	症状悪化時における迅速な対応、本人様の生活支援強化。
43	病状の悪化時にはすぐに精神科病院のスタッフと連絡を取ることができることが利点になると思われる
51	緊急時や症状の増悪時に、精神科へ相談し対応が可能。 関係者が情報共有し統一した対応が可能。
70	急遽な場合、入院対応検討ができる。
96	緊急時の対応等を事前に綿密に検討する事が出来るので、本人への支援に還元できると思われる。
98	医療機関との繋がりがあること、緊急時の対応がスムーズにとれる事
104	精神科的緊急対応時の相談

㊧ 認知症(精神科)医療の相談先の確保

13	在宅、施設入所にて認知症に伴う問題行動等への対応、相談がしやすくなり十分な連携が取れている。
25	本人、家族へは金銭的な負担がないため勧めやすく、ケースによっては自宅へ医師や精神保健福祉士が訪問することもあり相談しやすい。支援者のみの相談の場合もあるため、カンファレンスのような意味合いをもつ相談の場もある。
50	相談ルートの確保、状況の正確な把握
56	保健所や認知症初期集中支援チームに相談するには躊躇われるような、相談するかどうかが迷うような初期の段階での支援として利用されている。公的なサービスではない為、連携先や利用者には費用負担がなく、定期的なカンファレンス実施の義務などもないことが利用のしやすさにつながっている模様。
72	認知症初期集中支援事業にて定期的に相談をできる機会があり、地域の方にとっては認知症を含む精神科の相談窓口的な役割を担っている。
87	病状や服薬に関する相談がしやすくなる（病状悪化時の対応なども）
127	困難事例等の相談窓口として、医療機関との連携が図りやすい。 顔の見える繋がりにより、躊躇なく相談や連携を図ることが出来る。
135	何か状態に変動があったときの連絡、報告、相談など連携が行いやすい。また、本人、家族等の支援調整、助言が受けやすい。
152	・認知症対応技術などの知識が得られること ・適宜適切な医療の利用により、認知症に理解による家族の介護負担が図られること
167	BPSD 悪化時や薬剤・入院調整が必要な時に、細かなことでも相談しやすい関係が構築できる。

㊨ 本人・家族の安心やサービスの質の向上

52	地域活動への参画がサービス内容の向上（地域に求められている事は何かを知る）につながる 地域の独自性や個別性をつぶさを感じる事が出来る。
68	安心して老いていける地域のセーフティネットがあるという安心感
76	ご本人らしい健康な生活を送るためのサービスプランの提供
102	利用者の生命保護
134	日常生活の質の向上、利便性の向上
176	家族が認知症の特徴や対応を知ることにより、連携先としても本人や家族にさらなる対応の仕方などを伝えることができる。
195	病院が早めに動いてくれる安心感、医療の視点から診てもらえる

【アウトリーチ的な活動における精神科病院としての課題】

◎ 担当する医師・看護師・精神保健福祉士等が兼務することで、業務が多忙となり、新規依頼の対応等、積極的に件数をこなせない上に、外部の会議や活動への参加も少なくなる。精神科訪問看護ではコスト算定可能だが、それ以外の加算等の報酬のインセンティブがない。従事する職種や経験年数も異なるため、その点も診療報酬上の評価について考えてほしい。認知症医療・介護でのアウトリーチ的活動は、ケアマネジャーやホームヘルパー等の介護保険制度内の事業が中心であり、精神科での訪問活動についてあまり知られていない。精神科病院が、アウトリーチを行っていることを知らないことが多いため、地域との連携の仕方も含め、精神科医療についての情報発信が必要である。また社会資源との連携は、精神保健福祉士が行うものだと考える病院もあり、多職種が連携して行うアウトリーチ的活動についての理解や体制が整っていないことや、コロナ禍で直接会うことができなくなったのも活動が進まない要因である、という意見もあった。

回答のあった93病院におけるアウトリーチ的な活動における課題について、①人員(マンパワー)の不足、②活動に対する評価(報酬)、③連携の枠組み(体制)、仕組み等の整備・周知、④新型コロナ(COVID-19)による制限 に分けて主なものを抜粋して掲載する。

① 人員(マンパワー)の不足

34	対応できる職員が少ない
42	兼務となることが多く、業務が煩雑になる。
43	他業種(医師、薬剤師、作業療法士、栄養士など)のマンパワー不足、他の連携先も含めた情報共有の方法やソフトの一元化問題
52	マンパワーの不足によりなかなか外部の会議や活動に参加できない。
57	病棟、外来スタッフが兼任しているため、緊急時や予定外の出来事に対しては人員が割けない場合がある。
62	積極的に行うには、スタッフの人員が足りない。
64	通常診療業務が多忙であり、マンパワー不足の為、新規依頼の対応等、積極的に件数をこなせない。
77	十分に外に出る時間が確保されることが、個々人の努力と工夫に委ねられていること。
82	人員不足。兼務での業務は日程調整や仕事の調整が難しい。
83	投入できるマンパワーと時間は限られている。それを在宅患者にどのように分配するか。ケアの密度は濃いですが、そうすると関与できる患者数は少なくなる。
153	医師や調整にかかわるスタッフ(相談員、看護師、事務職員)が院内業務で多忙であり時間的な制約がある
199	精神科病院内の業務も多く、その他の支援に時間がさけない。
201	医師・コメディカルのマンパワーの問題と、費用対効果としての診療報酬上のハードルがある。

② 活動に対する評価(報酬)

50	保険点数の拡充、人員の確保
56	病院として行ってはいるが私的な支援活動である為、報酬がない。訪問に同行し、緊急対応が必要な場合があっても、自院で対応ができないこともある(情報が少ない、内科疾患がある、認知症の確定診断がついていない等の理由によって)。

59	・精神科訪問看護ではコスト算定可能だが、それ以外の加算等の報酬のインセンティブが無い（単価低い）。 ・認知症医療・ケアでのアウトリーチ活動はケアマネジャー、ヘルパーなどの介護保険制度内の事業が中心であるが、精神科病院としての訪問活動のメリットが知られていない。
93	アウトリーチ活動への評価（診療報酬）が限定的。
94	費用対効果が十分得られるのかという不安
115	アウトリーチに特化した業務として、従事出来る人材の余裕はなく、マンパワー不足である。支援が十分に行き届かない状態である。治療中断者への訪問等に診療報酬が出来ればと思う。
152	・現在、訪問看護以外はほとんど不採算部門となっている。 ・病院によっては、機能によってアウトリーチに従事する職種は異なり、また、職種の経験によって異なるため、職種指定ではなく、病院での判断とそれに対する出来高での報酬があるとよい。
168	算定基準・施設基準が実情に合わないこと、同時に現在の診療報酬体系では明らかに病院・診療所内での診療行為の方が有利です。その意味で現在のアウトリーチはボランティアに近い状況です。これではアウトリーチ活動に従事することはできませんし、そうした人材育成も困難であると考えます。また精神科領域では往々にして対象者が介入を阻む場合がしばしばあります。この時には契約不成立のため既存の診療報酬体系では対応できません。そうした精神科領域特有の問題解決も重要と思います。

#### ① 連携の枠組み(体制)、仕組み等の整備・周知

25	行政の事業以外にアウトリーチを行える体制が整っていない。
28	過疎化地区であるので人的支援、社会資源等の不足。また、緊急時の対応困難。
70	地域からアウトリーチも行っている事を、知らない機関もあるため、伝達するために営業が必要。
72	認知症初期集中支援事業では自宅に伺うなどのアウトリーチ的な活動はあるが、病院としては入院や外来の受入れ時から関わることになるため、事業に関わらない場合であるとケース介入が遅くなり、そのことで家族や患者にデメリットになる場合もあると考えられる。
87	精神科医療についての情報発信が少ない
113	夜間や緊急時に即座に出動することができないため、地域との連携や早期からの支援が必要である。
117	関係機関等の社会資源との連携は、精神保健福祉士が行うものとの考えが病院にある。精神保健福祉士以外の職種の活動への意識は低い
135	地域の各社会資源によって精神科医療にする理解にまだまだ差があること、精神疾患、精神障害への地域への普及、啓蒙のさらなる浸透が課題である。連携の仕方への工夫も必要と考える。
188	認知症家族や市ケアマネジャーとの事例検討会、認知症疾患センターとの定例会への参加が精神保健福祉士のみに留まっているなど、医師や看護師、作業療法士と連携して、アウトリーチ活動に取り組む体制作りができていない。
196	地域と病院の壁がまだあるように感じる、相談しにくいというイメージの払拭、デイケアの営業活動

#### ② 新型コロナ(COVID-19)による制限

35	コロナ禍で直接会うことができなくなり、情報共有ができにくくなった。
69	新型コロナによって以前より直接会っての関係作りができない（web 面談でもカバーできない部分がある）
205	COVID-19 で地域住民との交流が希薄になる オンラインでの講義も視野に入れるが、自治会等は高齢の住民が多く、ZOOM 等の使用が難しい場合が多い（精神科のみに該当するわけではない）

2) 「アウトリーチ的な活動」は積極的に行っていない場合、その理由や困難。

【アウトリーチ的な活動を行っていない理由】

◎ 専門の担当者を置く人力的な余裕がなく、相談部署があっても業務多忙で時間的余裕がないため、アウトリーチ的な活動ができない。アウトリーチ的な活動は、既に行政や支援機関が役割を担っており、そこから受診や入院の相談が入り治療に結びついているので必要性を感じない。退院時に、医師や精神保健福祉士が協議することで、地域で必要とするサービスについて、地域包括支援センター等と連携し十分対応可能である。その他、他法人に認知症初期集中支援チームが存在しており対応を委ねている、認知症診療体制が整っていない、ニーズがない、という意見もあった。

回答のあった62病院におけるアウトリーチ的な活動を行っていない理由について、①人員(マンパワー)の不足、②地域における役割分担・院内(法人内)の役割分担、③対象患者がいない、認知症を対象としていない等に分けて主なものを抜粋して掲載する。

① 人員(マンパワー)の不足

26	外来患者の診療が多く、アウトリーチ活動までマンパワーを割く余裕がない
40	担当する職員の人員及び時間的余裕がない為
47	関係機関の方が来院されての面接は行っているが、業務内容や業務量的に院内での仕事が多くなるため。
63	マンパワー的な問題で困難。相談する部署はあるもののアウトリーチする人員はおらず、かつ広い圏域で精神科が一つだけのためカバーするには困難。代わりに個別に対応の必要がある場合は地域の事業所から相談部署ならびに外来看護師に情報提供がある。
73	アウトリーチ活動に割ける人員がいないため。
150	大学病院としての役割に必要なリソースが多く、アウトリーチ的な活動のために人員、時間が不足しているため
156	マンパワーや時間的な余裕がないという状況下で、コロナ感染拡大に伴い、アウトリーチ活動に割く余力がますます無くなってしまったため
171	専門の担当者を置く人材的余裕がない。何から始めるべきか情報を持っていない。

② 地域における役割分担・院内(法人内)の役割分担

21	地域性として、担当のケアマネジャーもしくは市町の地域包括支援センター等からの受診や入院の相談を受けるとい受身体制が定着してしまっているから。
45	アウトリーチ的な活動は既に行政や支援機関が役割を担っており、そこから当院へ受診や入院の相談が入り、治療に結びついているため
46	入院患者が退院後も支援を必要としている場合には、訪問看護として院内の看護師やソーシャルワーカーが次の支援者への橋渡しを行っており、(数としては多くなく診療報酬上も回数の制限を受けるため退院後3回以内で終了している) 外来患者に関しては来院時にお話をさせていただく方法を取っているため。
106	地域包括支援センター、ケアマネジャー、行政などから認知症患者の受診、入院相談を受けている。受診入院で対応した方について、医師、精神保健福祉士と協議を行い、地域で生活するうえで必要とするサービス、その程度等について地域包括支援センター等と連携を行っている。
109	ニーズを十分に把握していない為。包括支援センター等と連携し、現状では問題なく対応できていると感じる為。
164	他機関(地域包括支援センターやケアマネジャー、施設職員)などから相談を受け、他機関が知っている情報をもらい、受診にむけた調整を行うケースが多い。

193	現状では同じ医療圏で他法人に「認知症初期集中支援チーム」が存在しており、『アウトリーチ的な活動』はそちらに委ねている実情があります。その分外部からの相談や、受診・入院に迅速に対応するための体制作り注力しています。
198	連携している社会資源の提供者から求めがあれば、外部のカンファレンスに参加し、必要に応じて相談援助は行っているものの、当院は入院に特化し、外来機能を系列の診療所に委ねており退院後外来通院となって以降の主たる医療機関ではなくなっている為、アウトリーチ的な活動は行っていない。
200	主に、電話での相談であれば精神保健福祉士が対応し、治療の必要性がある相談であれば受診を勧め、介護サービス等については市町の高齢福祉課や地域包括支援センターを紹介するため。

㊦ 対象患者がいない、認知症を対象としていない等

23	当院が急性期医療に特化する方針であるため
44	精神科としての訪問看護等を行っているが、認知症を主病とした患者への訪問は行えていないので、介護保険サービスを提案している。個別事例で必要があれば訪問支援を検討する程度。
85	当院が認知症に対応していない為。
139	総合病院内の精神科病棟であるため、病院全体のコンセンサスを得ることの困難性
202	精神科救急や依存症治療を主としているため、認知症の患者は積極的に受け入れていない。長期的に療養できるベッドも確保できない。

【精神科病院としてアウトリーチ的な活動が困難・課題に感じる点】

㊧ 人員的に限りがあり、アウトリーチ的な活動ができる技術と経験を持っている職員の確保が困難である。緊急対応のための入院ベッドの確保が難しいことがある。対象者がアウトリーチの必要性について十分認識されていないため、医療ニーズは高いが、受診・入院に繋がらないケースもある。病識の乏しい患者の治療中断の予防として必要だが、治療を拒否している対象者への介入は難しく、どのようにアプローチしていかかが課題である。診療報酬に、スタッフが支援機関との連携を活発に行うために必要な算定項目が盛り込まれてない。アウトリーチ的な活動を精神科訪問看護として積極的に行う環境を整えるため、対象疾患に認知症を追加することが必要と考える。認知症初期集中支援チームの存在は知っているが、どのように連携したらよいか分からない。精神科病院だけでは、認知症高齢者に対応した訪問看護やサービス提供は困難であり、自治体との情報共有や連携が課題、という意見もあった。

回答のあった 46 病院におけるアウトリーチ的な活動が困難・課題に感じる点について、㊦人員配置・体制整備、㊧対象者の理解やニーズ、㊨診療報酬の評価、㊩その他 に分けて主なものを抜粋して掲載する。

㊦ 人員配置・体制整備

31	スタッフの確保、緊急対応のための入院ベッドの確保。
55	精神科医が 1 人だけであり外来がなく入院のみのため、入院までの情報の聞き取りなど慎重に行うため、対応に時間がかかってしまう。
80	医師をはじめとするスタッフの人員不足。
85	人的資源の不足
112	業務以外の部分が多く、対応時間等含め、自院の業務とアウトリーチ的な活動のバランスが難しいと思われる。

123	職員数に限りがあるためアウトリーチに配置できる職員がいない。アウトリーチするための技術と経験を持っている職員の確保が困難。本人以外の家族・支援者からは強制入院を期待されることもあり、人権擁護の観点から倫理的なジレンマを生じさせる。
172	専門スタッフの不足

㊦ 対象者の理解やニーズ

90	アウトリーチの必要性が十分に認識されていない。
136	本人・家族の理解がないと問い合わせ等できない。
139	医療ニーズは高いが非自発的な患者の場合、受診・入院につなげることの困難性
169	未受診の方、治療を拒否している方への介入ができない。
181	現実検討能力の低下している利用者が多い為、訪問活動を拒否される場面が目立ちます。
198	病識の乏しい患者等の治療中断の予防として必要な活動であり、患者の社会生活の助けとなると考えるが、医療機関側が必要と考える患者であればある程、導入が難しく、本人が拒んでいる場合において、どのように介入していくかが課題と感じる。

㊧ 診療報酬の評価

1	アウトリーチ的な活動が外部機関との連携を活発に行うためのスタッフ確保が可能となる算定項目が診療報酬に盛り込まれていないこと。
40	時間を必要とする関わりが求められるが、法律上・診療報酬上の根拠が稀薄であること。
46	訪問看護としてアウトリーチ的活動を行うならば、訪問看護ステーションとの同一日算定を可能にする等診療報酬上の配慮が必要と感じる。

㊨ その他

21	認知症初期集中チームの存在は知っていてもあまり関わったことが無く、どのように連携したらよいか分からない。
33	当院の医療連携科には精神保健福祉士のみが所属しており、多職種連携がスムーズではないことを課題に感じる。また、人員不足により活動が困難である。
200	精神科病院だけでは、認知症患者に対応した訪問看護や介護サービスの提案や提供は困難。自治体との情報共有・連携が課題。

以上により、精神保健福祉士や看護師が中心に、精神科訪問看護、行政主体の会議への参加、介護サービス事業所や一般病院との連絡調整等を行っている病院が多かったが、経験の有する人材の確保が難しく、地域によっては、医療と介護の連携に温度差があるようである。精神科病院と社会資源との連携やアウトリーチ的活動について、診療報酬での評価があれば、更に活動が進み、早期発見・早期介入・早期治療となり、在宅で安心して生活できる認知症高齢者が増えてくるかと思われた。

## (2) 事例収集パート

質問紙調査による事例収集は、実態調査の回答 206 病院のうち、事例の提供があった回答は 118 であった (回答数に占める事例提供の割合は 57.3%)。

### (2).1 事例収集の概要

事業目的に沿って、精神科病院が取り組む地域の医療・介護等の社会資源との連携について、特に、精神科病院のアウトリーチ的な活動に関する実践事例の提供を実態調査に併せて依頼した。

その際には、想定する事例として、A ケース『外来通院管理をしながら生活支援をバックアップしているようなケース』、B ケース『退院調整後も継続して生活を支援しているようなケース』の2つを例示した。

#### 想定する事例 A ケース：外来通院管理をしながら生活支援をバックアップしているようなケース

---

【場面】	精神科病院での外来管理を行いながら在宅生活
【連携先】	認知症初期集中支援チーム、地域包括支援センター、かかりつけ医、ケアマネジャー など
【内容例】	認知症初期集中支援チームの相談依頼から精神科病院につながり、外来通院でBPSDの治療を行いながら、適宜 多職種のサービスによる生活支援をバックアップしているような事例

---

#### 想定する事例 B ケース：退院調整後も継続して生活を支援しているようなケース

---

【場面】	退院支援から退院後生活
【連携先】	地域包括支援センター、ケアマネジャー、サービス事業所、かかりつけ医 など
【内容例】	精神科病院からの退院患者に対する継続的な関わりにより、認知症の治療を継続しつつ、多事業所・多職種による安定した生活支援を行えているような事例

---

## (2).2 具体的な事例

提供された 118 事例から、事業目的に沿った連携内容(精神科病院のアウトリーチ的な活動による社会資源との連携)の記載があった 80 事例を委員会における確認・検討を経て抜粋し、連携内容の記載から分類した①外来通院管理をしながら生活支援をバックアップしているようなケースは 38 事例、②退院調整後も継続して生活を支援しているようなケースは 42 事例であった。

以下では、全体の考察を整理した後、A ケース(38 事例、46p～)、B ケース(42 事例、55p～)の順に、『事例タイトル(ポイント)』と『連携内容』を抜粋して掲載する。

※事例中の記述・表記は、個人を特定するおそれのある部分の省略以外は、PSW、OT、ケアマネ等の職種にかかる略称、患者・家族への敬称の有無などを含め、原則として提供された内容をそのまま掲載している。

事例ごとに、退院後生活の状況に応じてオーダーメイドで医療・福祉的なサポート体制を作っていくことは、精神科病院で培われた機能であり、地域包括ケアで生かされる持ち味といえる。本研究では、退院前に集中的に“退院後生活”に向けて必要な支援を準備していく「退院時支援」の事例と、地域生活を継続しながら、病状と環境の変化に応じて必要な支援をコーディネートする「生活継続支援」の事例をまとめた。これらの事例を通して、退院に向けて医療面以外にもさまざまなアウトリーチ的な支援が提供されていることが分かった。

### 【退院先別の事例の概要】

#### ⑦ 自宅から入院し、自宅へ退院したケース

退院前に何度も自宅を訪問して、受け入れ体制やご家族の心配事の聞き取りをした事例や、病院の作業療法士が訪問して、手すりの設置等の住宅改修の指導をした事例があった。地域包括支援センターなどと情報共有のための連携が行われた。在宅生活のサポートとして、デイケアなどの通所サービスの支援体制を構築したり、訪問診療・訪問看護などの訪問系医療サービスによる在宅ケアをセットアップした事例は多数あった。また不穏時の対応方法についての家族指導をした例や緊急時の対応としてショートステイや小規模多機能施設の利用、緊急入院やレスパイト入院などの準備、その連絡方法の確認などの活動事例も多かった。

#### ⑧ 自宅から入院し、治療後に施設入所となったケース

独居の方や、在宅サービスを利用して生活を継続することが困難なケースでは、退院を機に施設入所が選択肢となることが多い。これらのケースでは在宅での見守りが困難な場合や、要介護度が上がっているケースが多いと思われる。施設との連携においては服薬管理や病状悪化時の対処方法や、再入院の基準などのやりとりの連携を施設と行っている。施設では病院と同様に医師や看護師が存在しても、勤務時間や人員配置に限りがあり、病院では適宜必要時に対処できていたことが、施設では容易でないこともある。このため当該施設の体制や事情に応じて、対処方法を“翻訳”していくプロセスが必要になることもある。退院先としては有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅、介護保険施設として老人保健施設、老人福祉施設(特養)、認知症対応型グループホームなどがあり、スムーズに入所生活に適應できるような支援が行われていた。



### 【医療・介護以外の種々の解決課題】

家庭生活に問題が生じているが、患者さん本人やご家族が解決することが難しく、また誰に支援を求めて良いのかが分からないケースや、そもそも問題を認識できていないケースなど、患家に訪問して初めてアウトリーチ的支援を要する問題が発覚することも少なくない。本調査では、財産管理上の問題で成年後見人をたてるなどの対応をしたケース、家族からの DV 問題で生活を分離した例や、ペットの多頭飼育や糞尿汚染、ゴミ屋敷の事例、家賃滞納・公共料金の未納があり、賃貸の大家さんも参加しての協議で解決した事例、免許返納のため警察とやりとりした事例もあった。

### 【リモート会議の普及】

近年のコロナ禍により、リモートでの会議が普及したことで関係者を集めた会議が容易になったことも事実である。医療・福祉・行政関係者との会議は勿論のこと、遠方(時には海外)のご家族がオンラインで同席して情報共有が可能となったことはポジティブな面であり、入院中の患者さんの状況についてご家族にリモートで動画を共有したり、聞き取りや協議を行ったりして、家族全員の意思統一をはかったケースがあった。

### 【訪問系サービスに関する注意点】

退院前のカンファレンスで在宅での介護支援のため、ヘルパー利用を準備したケースで、いざ退院となってみると、ヘルパーに拒絶的であったケースが散見された。通所サービスと異なり、自宅に介護サービスが介入されることに対して警戒感を抱かれることは少なからずあるため、あらかじめ信頼関係が築かれていることが望ましい。退院後に初めて利用するという場面では、特に注意が必要である。

### 【認知症初期集中支援チーム】

チームの活動に関する事例の報告はあまり多くはなかった。本研究は、全国の精神科病院に対するアンケート調査をもとにしているため、チームの構成員に精神科病院スタッフが含まれず、診療所かかりつけ医や介護・福祉関係者で構成されたチームで活動したケースは報告に上がってこないことは一因と思われる。このため認知症初期集中支援チームの活動状況の全体像について、この調査結果から推し量ることはできないが、多種の専門職や行政・福祉関係者がかかわる事例で、チームで全体をうまくとりまとめて支援体制を構築した事例の報告がいくつかみられた。

### 【まとめ】

認知症が悪化しても、住み慣れた地域での生活を維持しながら対応していくことは理想的であるが、一旦入院して心身を整え、地域生活に必要なサポート体制を構築し、破綻した生活をリセットしたうえで再出発する方法も有効な手段の一つと思われた。認知症に対応する精神科病院のアウトリーチ的な活動が、地域生活を支えるために威力を発揮することが期待される。

【 外来通院管理をしながら生活支援をバックアップする事例】

事例タイトル（ポイント）	連携内容
1 入院治療後は老人保健施設で生活しながら週3日人工透析を可能とするためのサポート。	居宅生活が困難となり、有料老人ホームに入所するも、ここでも対応が困難とされ老人保健施設へ入所し、こちらから週3回の透析に通っていたが繰り返す異食行為・職員への暴力・セクハラ行為が続いたため、約3週間当院へ入院し薬物調整により症状が安定した。入所中の施設と透析を行う医療機関と連絡を取り合いながら施設での生活の維持と1回当たり4時間の透析が行えるよう支援した。
2 認知症初期支援チーム・包括・疾患センターとの連携ケース	チームの介入前に、自宅で倒れているところを包括職員が発見し、総合病院へ救急搬送された。その後、当院へ認知症加療の転院相談が入った。この間、包括を中心に本人の療養状況について情報の連携がなされ、転院調整がスムーズに進んだ。認知症の診断は疾患センターで診てもらった。
3 多職種連携による情報共有と生活支援	地域包括支援センターとの関わりについては電話での情報共有が主で、退院後の生活の様子や、妄想に左右された言動の有無等を確認。センターの協力の上、介護認定の申請を行って頂き、要介護1となった。それから、居宅介護支援事業所が関わるようになり、訪問看護やデイサービス等の利用についてご本人、ご家族に提案するも断られてしまう。主治医からの説明もあり、訪問看護については了承されたため導入開始、現在週2日(月・木)入っている。
4 地域包括支援センターからの相談により外来通院につながり、介護サービスの利用に至ったケース	<p>①地域包括支援センターからの相談後、長女からも相談の電話が入り、長女同行での初診となった。検査の結果、アルツハイマー型認知症の診断。外来にて治療開始となる。</p> <p>②長女から地域包括支援センターへ相談があった際に、介護サービス利用に向け地域包括支援センターが居宅介護支援事業所へ支援を依頼。担当ケアマネジャーと連絡を取り、デイサービス利用できるように支援する方針となる。</p> <p>③本人は利用に拒否があったが、担当ケアマネジャーや病院スタッフが面談を行い、利用に同意。しかし、週1回のデイサービス利用が限界であることから、状態確認や服薬確認等の目的で当院訪問看護の利用希望もあり利用を開始する。</p> <p>④連携は主に担当ケアマネジャーから情報提供を電話や書面でいただき、服薬管理の方法や介護サービス内容の検討を行っている。</p>
5 症状が不安定ながらも、サービスを利用しながら在宅生活を支援しているケース	経済的な問題から施設入所が難しいため在宅サービスの支援を検討する。本人のサービス受入れの拒否が強かったため、本人、主治医、看護師、PSW、CMで面談し、サービスの必要性を伝え、その後、妻を含めて話し合いを行う。本人も、しびしび了解され、DSの見学を2カ所行う。事業所も含めてCFを行う。レビーの症例が少ないこともあり、事業者へ病状の説明を行ったり、入院前後の様子、退院後に予想される病状や行動など確認し、サービスの利用回数などを調整する。不調時には、再入院で対応することについても確認した。
6 認知症状の悪化の兆しを綿密な連絡調整で対応したケース	<p>①電話で本人の不調についての連絡が入る。</p> <p>②受診時に妄想の話を聞いて欲しいとの依頼。</p> <p>③主治医に状況を報告。臨時の受診ではなく処方している頓服薬で対応することの指示。</p> <p>④主治医の指示内容と季節的に症状が膨らむことがあることを施設スタッフへ伝える。</p> <p>⑤カンファレンスを予定していたが、施設スタッフから本人へ金銭的な妄想へのこだわりを指摘し、今後の生活について前向きに考えていけるよう寄り添った声掛けをしたことで本人が落ち着く。</p> <p>⑥結果、本人の症状が落ち着き施設での生活が安定した。</p>

事例タイトル (ポイント)	連携内容
7 病識なく介入に拒否的な方の在宅生活を支える	<p>第1回カンファレンス実施。参加者：近隣住民、包括支援センター、社会福祉協議会(ケアマネ)、ヘルパー事業所、行政（高齢介護課、生活保護課）、当院。関係者で本人の課題を抽出し、その中から、優先順位をつけた。①生活環境を整えるため、ヘルパー支援を導入する。②成年後見制度の申し立てする（包括支援センタースタッフが近所の住民の協力のもと、市長申し立ての要請を行う。③経済的支援。包括支援センタースタッフが年金事務所に障害年金診断書を提出する。当院への受診について、時期や代理受診になるか等については包括支援センタースタッフもしくはケアマネから当院に連絡する。</p>
8 訪問同行支援を契機に支援の方向性が見えるようになったケース	<p>同行にて訪問すると、身体的な問題は大きくなさそうな様子。自宅内はゴミ屋敷且つ飼い猫の糞尿で不衛生な状態であった。また妹が同居していることが判明し、別世帯の息子がいるらしいことも分かった。本人達の認知機能は年齢相応と見受けられ、今後介護保険の申請やヘルパーの利用については受け入れる姿勢が伺えた為、包括を中心に息子と連絡を取りつつ介護保険サービスの導入によって生活の立て直しを進めていく方針となった。包括へは、今後も必要に応じて訪問に同行することや介護保険申請の意見書作成などについても協力することを伝えた。</p>
9 ・元々、本人、長男との仲が悪く、本人の認知症状の進行により長男が本人に対して虐待が疑われたケース。 ・アウトリーチ支援を行った事例	<p>本人は介護サービス利用拒否、受診拒否。長男も受診については消極的だったが、本人の認知症状の進行に困りどうしたら良いのかわからないとのこと。病院職員（ソーシャルワーカー2名）が自宅へ訪問。本人、長男と面接行い、病院での相談を勧め、納得されたため病院へ場所を変え、医師含め今後の対応を相談。そこで、長男より「このままだと殺してしまうかもしれない」との言動あり。包括支援センター介入し一時保護を検討。強制措置での保護該当にはならなかったが、次男の協力のもと本人とは生活を別にして過ごすこととなった。</p>
10 慢性期の統合失調症患者がアルツハイマー型認知症を発症	<p>当院担当医の診断の結果をキーパーソンである兄へ説明。包括支援センタースタッフを交えてケア会議を行い、介護申請を行った。ケアマネジャーを決定し、配食サービスやデイサービス、介護ヘルパーの導入等を手配する運びとなった。当院では通院、精神科訪問看護を継続し、更に精神科デイケアへの参加を勧め、月～土まで何らかの介入することで本人の様子を観られるようにした。8月には熱中症、9月には転倒による膝の骨折があり、当院へ短期間入院することで対応した。</p>

事例タイトル (ポイント)	連携内容
<p>11 認知症初期集中支援チームとの協働支援により、内科、神経内科、精神科治療に繋がったケース</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症初期集中支援チームとの同行訪問を複数回実施し、家族面談、本人の状態像確認などを行い、アセスメントを実施した。認知機能低下を認め、中等度認知症を疑う。糖尿病の既往があり、3年程前から治療中断となった。両下肢、手の甲、眼瞼の浮腫が見られた。内科、神経内科の受診を優先することを確認した。</li> <li>・認知症初期集中支援チームが総合病院神経内科受診を調整し、家族、両チームとで受診支援を行った。スタッフが付きそうことで、拒否や興奮することなく、診察及び諸検査を実施できた。診察の結果、海馬の萎縮は著しく、アルツハイマー型認知症と診断された。また、血液検査の結果、HbA1C16を確認した。家族は就労を理由に、在宅看護、介護は難しく、施設入所を希望。しかし、内科治療、精神科治療のフォローがない中での施設の受け入れは難しいことが予測された。神経内科Drからは、暴言暴力、徘徊、異食などのBPSDが顕著であることから、精神科受診を勧められた。緊急性の高い課題から優先順位をつけて取り組む必要があった。</li> <li>・精神科受診については、PSWより担当医に相談。糖尿病未治療の状態では、受け入れが難しい。当院が精神科単科であるため、内科フォローの上であれば、対応可能と確認する。</li> <li>・内科クリニック（糖尿病専門医）への受診支援を行い、血糖コントロール、合併症評価を行い、内科治療方針を確認。受診支援およびインスリン注射のフォローはアウトリーチチームが実施。（1ヶ月間訪問支援を実施）</li> <li>・家族間調整、内科との連携が整い、認知症初期集中支援チーム、アウトリーチチームとで受診支援を行い、当院に入院となった。入院後も内科クリニックにてスライディングスケールのフォローをして頂いた。</li> </ul>
<p>12 居宅介護支援事業所の相談から、自院で鑑別診断と認知症の通院治療を担当、BPSDへの対応アドバイス等支援を行ったケース</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①居宅から連絡があり、本人、家族とともに来院。鑑別診断の為の説明と簡易検査などを実施。</li> <li>②鑑別診断後、在宅生活継続のためのアドバイスを行い、BPSD増悪時や緊急時の対応について説明した。</li> <li>③家族からの連絡で、BPSD増悪により緊急入院対応した際も、居宅介護支援事業所から居宅での様子を聞き、入院期間中の対応に役立った。</li> </ul>
<p>13 在宅でのDV、避難先にてBPSD出現し当院入院そして退院</p>	<p>入院について夫、長男、地域包括支援センターと面談。夫は入院について難色を示す。だが長男は入院を希望。包括からの説明もあり夫も入院に同意。入院となる。</p> <p>市の介護福祉課担当から『以前からDVの報告をケアマネより受けていた。もう在宅に戻すことはできないと市としては考えている』との連絡を受ける。</p> <p>入院後、BPSDは特段見られず、退院を検討する。市内のGHへの入所を包括SC・市が調整し入所の運びとなる。</p> <p>夫・長男の希望で1泊だけ自宅に泊まり、その後GHに入居となることで当院退院。</p>
<p>14 認知症の母と精神科通院している娘へのアプローチ</p>	<p>本人・長女について、地域包括支援センターが主体となり担当者会議を開催。参加者は、地域包括支援センター、該当地域の警察署、生活保護担当者、かかりつけ病院相談員、ケアマネジャー、保健所、基幹相談支援センター、当院。</p> <p>連携の手段は、自宅訪問し、本人、娘へ顔が見える関係作り、娘も精神科病院への通院を自己中断しているため、保健所や基幹相談支援センター介入し、病院提供や面談実施を行っていく運びとなった。</p> <p>当院からは、緊急的な入院対応時連絡していただくようにお伝えした。</p>

事例タイトル (ポイント)	連携内容
15 外来受診はできていないが、地域のサポートを受けて、生活継続しているケース	<p>認知症初期集中支援チームである当院の精神保健福祉士が当院外来受診を調整。本人が精神科受診を嫌がったため受診することはできなかったが、まずは信頼関係構築が必要と病院と認知症初期集中支援チームとで話し合い、認知症初期集中支援チーム員が継続して自宅を訪問。</p> <p>認知症初期集中支援チームの支援期間終了後は、地域包括支援センターへ引継ぎ、継続しての関わりを依頼。</p> <p>連携方法については、MCSにて情報共有を行った。</p>
16 病識が乏しいが、社会的活動が困難になっていたアルツハイマー型認知症	<p>当院でキーパーソンとなる弟、警察、後見人らにも出席を依頼し、複数回ケア会議を開催した。現在の病状を共有し、支援の役割分担を行い、その都度状況確認を行いながら本人の安全確保に努めた。</p> <p>免許証の返納を検討する際には警察に連絡した。失効した際には無免許での運転となる可能性があることも伝えた。警察は柔軟に対応していた。多額の財産があるため法廷後見人（司法書士）を付け、財産を守るようにした。ケア会議には後見人も積極的に参加して協力的であった。</p>
17 認知症初期集中支援チームから当院への受診に繋がり、ヘルパー利用により在宅生活継続が出来ているケースについて	<ul style="list-style-type: none"> <li>・包括と日程調整を行い姉と一緒に本人が受診を行った。当院内科も受診し高血圧の治療検討を行った。</li> <li>・鑑別診断後包括に情報提供した。</li> <li>・認知症初期集中支援のチーム員会議でも検討を行い、包括・ケアマネとの情報共有、助言を行った。</li> <li>・当院は距離があり通院が困難なため、近医に情報提供をし転医した。</li> </ul>
18 重度認知症デイケア利用者び生活支援のための連携 医療での関わりのみだったが、夫の認知症発症により地域、福祉サービスの介入を求めたケース	<p>もともと夫の強い希望により、介護保険サービスの利用はしていなかった。夫による生活管理の不十分さが目立ってきた頃より、別居の息子に相談するも数回次男と連絡がとれたきり音信不通。長男とは連絡も取れない状況となった。そこから、社会福祉協議会、地域包括支援センターへ相談。夫に対しては認知症初期集中支援チームが関わることになる。本人、夫に対しケアマネージャーを紹介頂く。必要サービスの案内を受けることになったが夫の責任能力が不十分であること、息子たちと連絡が取れないことで契約が結ばず課題が明らかになる。</p> <p>問題点として</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①夫の生活管理能力の低下による二人暮らしへの支障</li> <li>②本人の内科的治療及び夫が未受診であること、そんな状況の中で夫は車の運転をしている(実際トラブルあり)</li> <li>③本人、夫のキーパーソンになりうる息子たちと連絡がとれないこと</li> </ol> <p>早急に対応が必要と判断し、町役場介護福祉課に相談し地域ケア会議を行うに至る。</p>
19 身寄りのない独居男性が急激に認知症を悪化させたケース	<p>他県出身で妻とは離婚、子供兄弟とは交流なく連絡先がない状態で入院。生活支援センターは、金銭管理でかかわっていたため、金銭の流れの確認と入院準備品の準備。生活保護を入院費を確保するために申請。経済状況を調べる中で、生命保険がある事と高額な家賃を支払っていることがわかり、本人に確認しながら今後の生活の立て直しについて相談。包括支援センターに市長申し立てでの成年後見人制度利用の支援をする。</p>
20 地域包括支援センターの相談から、自院で鑑別診断と認知症の通院治療を担当しつつ、他院との連携を図り、継続的な支援を行ったケース	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括支援センターを通じ当院来院。鑑別診断のための説明と簡易検査を実施。</li> <li>・鑑別診断後、在宅生活継続のためのカンファレンスに当院精神保健福祉士が参加。医療と介護サービスの併用で在宅生活を継続する事を、家族を含めて確認した。</li> <li>・連携は主にカンファレンスの参加と主治医の意見書提出。周囲からは日常生活の状態の確認と内科疾患の進行について情報提供していただいた。</li> </ul>

事例タイトル (ポイント)	連携内容
21 主に介護者との関わり	<p>長女は精神科通院中で、混乱が強い時もあった。長女の状態が不安定だが、当院で患者の治療を行う上で長女のサポートが不可欠と判断。そこで地域包括支援センターに患者や長女の様子確認と服薬状況等確認の協力を依頼した。当院の取り組みとしては、服薬の簡素化を図るため主治医と相談し用法を「朝・夕を、就寝前の1日1回」に変更。受診と処方日数も初めは2週間毎に変更。手作りの服薬カレンダーを導入し、管理する長女が視覚的にわかるように赤ラインを引くなど工夫。飲み忘れや残薬を確認するため、受診時に服薬カレンダーを持参してもらい確認。さらに服薬カレンダーの最終日に、次回受診日時を明記するようにした。</p>
22 家族の相談から、自院で鑑別診断を担当し、BPSD対応のアドバイスをを行ったケース	<p>①家族から連絡があり、本人・家族のみで来院。鑑別診断のための説明と検査を実施。 ②鑑別診断後、在宅生活継続のため、当院の精神保健福祉士から、ケアマネジャーに連絡し、ケアのアップや在宅で困難となった場合は施設利用も考慮に入れて、家族と相談することについてアドバイスを行った。ケアマネジャーからは、施設利用はお金がかかるので睡眠薬処方の要望があったが、認知症は重度で、薬での改善は見込めず処方なしとしていること、高齢者は特に服薬によってADL低下等のリスクが高いことを説明した。</p>
23 内服管理が困難になってきた一人暮らしの生活を支援したケース	<p>精神保健福祉士が訪問看護調整（電話連絡にて新規訪問を精神科訪問看護ステーションへ依頼した）。日程調整し、カンファレンス実施。 カンファレンスには、本人、長女、精神科訪問看護ステーション、精神保健福祉士が参加。長女から、以前本人が近隣住民ともめることがあり、人付き合いが嫌いなため、訪問看護師の訪問も拒否するのではないかと心配事が聞かれた。 本人と訪問看護師の対面時には、丁寧に本人の意向を聴取した。 その中で、内服を忘れてしまうこと、メモを取っても分からなくなること等、日常生活上の困りごとに焦点を当てて、訪問看護の支援のできることを説明した。 訪問時間についても本人の生活スタイルを崩さないように配慮し、対応しやすい時間帯と内服のタイミングを考慮した時間帯で調整した。</p>
24 地域包括支援センターと市からの受診相談から、自院で鑑別診断と認知症の通院治療を担当しつつ、在宅での生活ができるように制度申請やサービス調整を各機関と連携しながら行ったケース	<ul style="list-style-type: none"> <li>・基本的には毎回診察時に包括支援センターや生活支援課担当者、長男が同席し、その場で今後の支援について話し合いを行った。また、それ以外の場面においては、包括支援センターおよび生活支援課と精神保健福祉士が電話にて情報共有などの連携を行った。</li> <li>・訪問看護の利用が開始されてからは、担当者から対象患者様の状況について連絡があり、関係者間で情報共有を行なうことができた。</li> <li>・包括支援センター、生活支援課とも連携し、自立支援医療や介護保険申請など必要な制度の利用もすすめていく事ができた。</li> </ul>

事例タイトル (ポイント)	連携内容
<p>25 家族がいながら知人がキーパーソン。知人のキーパーソンとは長年の付き合いであり、対象者は家族よりも知人に信頼を置いているが、適切な介護が行われていないため、多職種と連携し対象者の利益保護を行った事例。</p>	<p>①認知症初期支援チームからの相談で、受診調整し定期受診につなげた。  ②受診につながったため、介護保険新規申請行い要介護1の認定を受けた。来院時に家族と面談行い方向性の確認し施設探しを開始した。  ③知人に伴われ内科受診し大腸癌の診断を受けたが、家族には知らされずにいた。たまたま家人が本人宅訪問した際に、大腸癌と書かれたメモがあり、当院PSWに相談が入る。  ④知人が本人を伴い年金事務所に行き、年金振込口座が変更していることが判明。病院PSWより地域包括支援センター、福祉事務所の高齢担当に虐待案件として対応できないか相談する。  ⑤カンファレンスにて情報共有し、知人の行為が虐待に値するか協議。福祉事務所に別件で関わってもらっている弁護士に相談し、受診させていないため医療虐待・認知症患者の金銭管理は民事上NGであり、且つ年金口座を勝手に変更していることは金銭虐待に値するとのアドバイスを受ける。  ⑥福祉事務所にて本人保護目的で精神科病院入院調整。成年後見申立て・施設入所をゴール設定し支援中。</p>
<p>26 地域包括支援センターの相談から、自院で認知症の治療をしつつ介護サービスの利用で在宅生活をサポートしているケース</p>	<p>①地域包括支援センターから連絡あり、本人、夫、長男、地域包括支援センター職員とともに当院来院。本人と夫の診察・検査を実施。夫は、本人の状態に影響されている部分が多いため、本人の状態がある程度落ち着けば夫も落ち着く可能性があるとの説明。本人については入院治療も提案したが長男が希望されず、早期の申請で介護サービスの利用を調整していくこととなる。  ②地域包括支援センター、ケアマネジャーと連携しながら介護サービスを調整。夫は2回の当院受診で、以後は内科にてフォロー。本人は通院治療も継続したが、改善されず。長男の負担も大きくなっており、本人と長男との関係性も悪化していたため入院治療の必要性を説明し、本人、長男同意の下、入院となる。  ③入院治療と、入院により夫や長男と距離が保てたことから順調に安定。退院後、夫婦での生活に不安があったためケアマネジャーと共に施設入所も提案したが、長男は希望されず。介護サービスを出来る限り利用することで、在宅生活と服薬管理をサポートすることとなる。  ④退院後、本人が出来ることはして頂き、その他は介護サービスでサポート。デイサービスも毎日利用している。</p>
<p>27 外来通院管理をしながら生活支援をバックアップしているケース</p>	<p>・初診時に、かかりつけ医及び施設職員より本人の状態について情報提供あり。鑑別診断のため、説明と簡易検査を実施。  ・診断後、主治医より施設職員へ説明を行い、症状に合わせた内服薬の処方を行う。また、IADLの低下も見られたため、環境調整等を指示。月1回の定期受診において、症状の把握を行い、内服薬の調整を継続している。  ・定期受診以外にも、看護師・精神保健福祉士にて、症状の変化に応じ施設職員より相談に応じる。  ・家族とのやり取りは、施設側が対応している。</p>

事例タイトル (ポイント)	連携内容
28 他院で認知症治療を行っていた方の入院調整 (初期集中支援チーム (院内) と担当ケアマネの関わりからスムーズに入院調整が行えたケース)	<p>かかりつけ医に精神科への受診の必要性を確認してもらうようケアマネに依頼。かかりつけ医としては精神科への受診ではなく、薬剤調整との指示。様子を見て、状態改善なければ精神科へ紹介とする、との意向であった。以後受診時にはケアマネが同席。かかりつけ医の意向は随時初期集中チームに報告があった。状況確認の中で本人自体はかかりつけ医への受診、デイサービスへの通所含め拒否なく、かかりつけ医にはケアマネを通じて相談が可能な状況であったことからチームの介入は不要と判断。引き続き、当院への受診相談としてケアマネからかかりつけ医の受診同行後に様子を報告してもらい、情報共有を図り続けた。</p> <p>その後本人の状態に変動あり、かかりつけ医から直接当院へ入院依頼があった。ケアマネから情報提供あり、早期に入院調整を行うことができた。</p>
29 介護拒否が主体の患者への介入例	<p>コロナ感染症の流行でカンファレンスは難しかった。本人の家族構成も不詳であったため、医師、PSWがまず行政 (生活保護担当) と地域包括支援センターへ連絡し、家族の連絡先を共有した。家族は遠方で家族自身も病気療養中であり、介護困難と判断された。本人が介護申請がなされておらず、骨折の後遺症で体動困難の妻の介護についてたケアマネジャーに連絡し、夫婦そろって介入を開始した。</p>
30 包括支援センターより精神科デイケアを利用しながら、今後介護保険サービスに移行調整中のケース	<p>デイケア利用開始後、事前の情報では精神科デイケアでも対応可能とのことだったが、デイケアの作業療法士、精神保健福祉士、看護師で評価を行った所、実際は転倒リスク等あり、介護保険適応でのサービスが望ましいとの判断となった。デイケア職員より包括支援センターへ連絡し、上記について説明。新たにケアマネジャーに関わってもらい、介護保険のサービスへ移行した。</p>
31 治療中断の患者に対する、多機関連携による治療再開支援	<p>①患者本人へ地域包括支援センター、市役所職員が精神科病院への受診同伴支援を実施。</p> <p>②地域包括支援センター、市役所職員、家人と連携し精神科病院よりは今後の治療、精神症状悪化時や今後の対応などについて協議。</p> <p>③定期連絡を行い、経過確認また状態変動時の対応について、状況に応じた支援方法を検討。</p>
32 入院治療を経て地域移行し地域生活維持へ	<p>新型コロナウイルス感染状況もありカンファレンスの実施はなかったが、ケアマネジャーへ適宜電話連絡や看護サマリーによる情報提供を実施。ケアマネジャーより利用予定の介護保険サービス事業所への情報共有が行われた。その他、不穏時の対処方法なども助言し、緊急時の入院の流れの案内も行った。</p>



事例タイトル (ポイント)	連携内容
<p>33 在宅生活を送る若年性認知症の方への支援ケース</p>	<p>①当院認知症疾患医療センターもの忘れ外来でアルツハイマー型認知症と診断  ②こころの健康相談担当保健師より、受診後の情報提供を求められるが、当初は患者・家族の希望により、家族へご確認頂くよう対応  ③保健師は直接患者宅へ訪問し情報収集。今後、支援関係者での情報共有を本人・家族が同意した。  ④主治医、地域包括保健師、外来看護師、認知症疾患医療センター担当精神保健福祉士で今後の支援についてカンファレンスを実施。日中活動の場の確保、介護保険認定申請、障害福祉枠のサービス利用、障害年金の手続き、自立支援医療の手続きなどを本人・家族へ紹介し同意があれば進める方針となった。  ⑤介護保険サービスより、障害福祉サービスの方が日中活動を支援できると行政より連絡あり、介護保険認定申請は保留、障害区分認定、障害年金の手続き、自立支援医療の手続きを実施し、完了した。  ⑥就労支援事業所の協力を得て、日中見学だけのような形で通所してもよいとのことだったが、本人・家族は外出の準備が大変等の理由でサービス利用には至っていない。ヘルパーの介入も家族の希望で現時点では保留となった。</p>
<p>34 精神科医療も含めた様々な社会資源の連携で、生活の質が向上したケース</p>	<p>①地域包括支援センターより連絡があり、本人・包括職員と共に来院。鑑別診断のための説明と簡易検査などを実施。 ②在宅生活継続のためカンファレンスに精神保健福祉士が参加。行政からは今後、成年後見制度の利用も検討が必要と意見があり、鑑定は当院で行えると伝えた。また、現在の治療内容や、緊急時の対応について説明した。 ③現状では在宅での生活が困難なため、一時的にショートステイ利用となった。その際の不調時の対応などケアマネジャーに助言を行った。また、薬物療法に関する情報提供も行い、医学管理における留意点などを伝えた。④連携は主にケアマネジャーから電話連絡や外来通院に対応することが多い。</p>
<p>35 地域包括支援センターからの入院相談、入院後確定診断を経て施設入所となる</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院後、認知症と診断。要介護認定の申請を行う。</li> <li>・今後について夫は自宅への受け入れを希望していたが、在宅生活継続が可能かカンファレンス調整</li> <li>・カンファレンス開催（夫、長男、地域包括支援センター、ケアマネ、医師、PSW）</li> <li>夫は自宅退院について不安を言うようになり、一旦施設入所して在宅移行が可能か判断していくこととなる</li> <li>・老人保健施設に入所申込、施設職員来院し面談、情報提供を行う。</li> </ul>
<p>36 かかりつけ医より相談あり、かかりつけでは入院はできないため当院で入院治療</p>	<p>入院時点において、担当しているケアマネジャーからの情報提供。入院中に在宅環境下での支援体制について、再調整を行っているが、現状コロナの影響もあり、関係者全員を交えてカンファレンスは行えておらず、当院がハブとなりそれぞれに連携を行っている。  退院後においては、主たる治療者は元のかかりつけ医となるが、元より症状の揺れのあるケースであった為、その後も増悪際などに短期での入院し、諸調整を行っている。</p>

事例タイトル (ポイント)	連携内容
37 親族・同意者がいない患者（高齢・知的障害あり）の入院や身体合併時の対応について	<p>・主治医の外来日ではない日に雇用主と包括職員同行され突然来院。預かってもらえる施設がなく雇用先にも戻れない（もともと家はない）ため、困っているとの相談。診察を経て入院となるが、同意得られず保護者になり得る人もいないため市長同意にて医療保護入院となる。キーパーソン不在のため、必要な手続きは包括と雇用主が代行して行う。当院入院中に脳内病変が発覚し、当院スタッフと包括が同行し、総合病院へ受診。後見人はまだついていないため、手術の同意などを代わりに行える人が不在、保存療法を選ぶしかない状況であった（幸い手術が必要な状態には陥らなかった）。後見人の申請については市長申し立てを行いその手続きも平行して進めた。要介護3が出たため、特養入所に向けて包括・ケアマネと逐一連携しながら入所先を探した。</p>
38 地域包括支援センターより、認知症による行動・心理症状にて入院依頼あり、入院後、服薬調整等行い、再度社会資源の調整を行い、自宅にて安定して生活されているケース	<p>介護保険未申請であったため、また、夫が高齢で理解力に欠けるため、地域包括支援センターに介護保険申請の連携を図った（結果要介護3）。主治医面談を数回行い、症状が軽快したため、自宅退院方向となった。現状支援なしでは在宅生活が困難であると、主治医面談時にも伝え、元々抑うつ状態の既往があり、精神科に特化した訪問看護の必要性を家族及び地域包括支援センターに利用提案した。</p>

【 退院調整後も継続して生活を支援している事例】

事例タイトル（ポイント）	連携内容
<p>1 精神科病院からの退院患者に対する継続的な関わりにより、認知症の治療を継続しつつ、多事業所・多職種による生活支援への取り組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院3ヶ月前：主治医から、夫、長男へ病状説明。今後の方向性の確認。家族の希望で自宅退院調整開始となる。この旨、地域包括支援センターへ連絡、退院調整の協力依頼を行う。</li> <li>・退院2ヶ半月前：地域包括主導で、新規ケアマネ調整を行い、担当ケアマネが決定する。</li> <li>・退院2ヶ月前：当院PSWが退院前訪問看護を実施、生活状況の確認、夫と受け入れの準備開始。実施内容を地域包括へ報告する。</li> <li>・退院1か月前：当院でケア会議（担当者会議）実施。夫、長男、地域包括スタッフ、担当ケアマネ、主治医、看護師、当院デイケアスタッフ、担当PSW。自宅退院後は、当院デイケアに月～土の参加、日祝日は、長男が出来る範囲で自宅を訪問し、夫の介護負担軽減に努める。介護保険サービスは、退院後の生活状況で検討していく。地域包括スタッフは定期的に自宅への連絡、訪問を行う。デイケア参加日の、送迎時に、デイケアスタッフと夫の情報交換を密にしていく。月に一度、夫は、当院外来受診を行い、本人のお薬を処方してもらい、その際、主治医と生活状況、病状の確認を行う。</li> <li>・退院1か月前：退院前訪問看護。PSWが自宅へ訪問、退院後の受け入れ態勢と、夫の不安や心配事について話し合う。実施後、地域包括へ内容報告。</li> <li>・退院2W前：退院前訪問看護。PSWが自宅へ訪問、退院後の受け入れ態勢と、夫の不安や心配事について話し合う。実施後、地域包括へ内容報告。</li> <li>・退院1W後：当院重度認知症デイケア通所開始となる（月～土）</li> <li>・退院3ヶ月後：ヘルパー利用を調整、実施したが、本人の強い拒否がありサービス利用に至らなかった。</li> </ul>
<p>2 退院後継続して生活を支援しているケース</p>	<p>受診時に施設職員・担当ケアマネジャー・ご家族来院していただき診察後入院となった旨説明する。定期的にケアマネに近況報告を行う。退院支援計画に基づき委員会を開催し、ケアマネに同席してもらい今後について話し合います。あらたに施設入所の方向で調整を行い当院からの留意事項等、医師、精神保健福祉士から説明を行い退院となる。</p>
<p>3 繰り返し入院していく中で、施設が自宅となった。</p>	<p>夫が脱腸のため総合病院に入院となったことをきっかけに、本人の介護者（次男の妻）の負担が増大し、自宅での介護が困難となり当院へ入院。在宅のケアマネジャーとの調整や介護サービスの変更、入院中の服薬調整にて1ヶ月程の入院で在宅生活へ移行。以後、半年ほど生活したところで本人の義父（父の弟）がガンのため本人の介護の負担が再び増大し、当院へ再入院。</p> <p>2週間ほどの入院後在宅生活へ移行（本人の義父は他界）。夫も介護状態となり施設に入院となったことをきっかけに半年程で本人も別施設に入所となる。施設入所後は居場所となり、穏やかに生活できるようになった。（帰宅要求なし）</p>
<p>4 退院後の在宅生活に向けて、入院中から家族や居宅介護支援事業所、介護サービス事業所と連携を図り、退院後のBPSD対応のアドバイスや緊急時対応の継続的なアドバイスを行ったケース</p>	<p>・行政の高齢者支援課と連携を図り、介護保険申請後、家族と相談し介護支援専門員も選定。その後、本人、家族や介護支援専門員と面談を重ね、利用するサービス（通所3回/W、緊急時のショートステイなど）を検討。退院に向けての支援、調整を図る。最終面談で看護師から家族、担当CM、介護事業所担当者に対して服薬、症状悪化時の対応などもアドバイスも行った。退院後、症状悪化時には家族、担当CMから当院へ連絡を頂くよう伝え、支援を継続している。</p>

事例タイトル（ポイント）	連携内容
5 リモート機器によるカンファレンス開催により、支援者や遠方の家族の顔をみることができ、本人、主な介護者である夫の安心につながったケース	退院前にカンファレンスを実施した。夫、ケアマネ、近所に住む親せき2人が来院し、県外在住の長女、長男、次男もリモート機器を使用し参加した。当院からは主治医、担当看護師、PSW、が参加した。当院からは病状や入院生活の様子、また不穏時や混乱時の対応方法について（重要なことは紙に書いて壁に貼り、不安が強いときは一緒に確認する等）を助言した。
6 地域包括支援センターからの入院相談（認知症ケースの退院支援まで）	薬剤調整にて幻視を軽減され、落ち着きを取り戻す。本人は、独居への退院よりも見守りのある施設への退院を希望し、入院中本人の経過を医師、看護師、PSW、ケアマネとで情報を共有。適切な施設を探してもらうのと並行して、財産管理も不十分であったので多額な貯金を持っていたため後見人を選任した。退院先のサ高住より当院に通院し精神科症状の観察を行った。幻視が強まると幽霊についての訴えも増えるため、リスクについて共有。何度かこのような状態を呈すも、当院退院後は入院には至らず。
7 統合失調症で長期入院となり高齢となった患者を介護サービスへ結びつけた事例	家族へ意向を確認し、施設探しの仲介業者へ空いている施設の選定、家族との調整を依頼した。その後、住宅型有料老人ホームの職員に来院してもらい、本人の状態をみてもらった上で受け入れ可能との返答をもらった。入院中に、院内で退院支援委員会を月に1回行い、状況を主治医、看護師と共有した。退院直前には退院時カンファレンスも行った。施設へは看護サマリーを提供し、情報を共有していった。また、本人生活保護受給者であったため、生活保護担当CWへ費用がまかなえるか電話でやり取りをし、確認した。
8 地域包括支援センター、訪問看護ステーションと連携し入院退院を診たDLB例	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院時に認知症疾患医療センターと連携。</li> <li>・入院後に地域包括支援センターと当院精神保健福祉士が連携し、情報共有。介護保険の申請やサービスの検討を実施。</li> <li>・介護度が出た後はケアマネジャーと地域包括支援センター、当院精神保健福祉士にて在宅サービスの検討を実施。</li> <li>・入院中からケアマネジャーと当院精神保健福祉士にてご本人の身体状況を情報共有し、介護用品の選定を実施。</li> <li>・退院に向け、カンファレンスを実施。カンファレンス内で病状説明を各機関へ説明。レスパイト入院と症状悪化時の対応について検討。</li> <li>・医療は訪問診療と訪問看護を依頼。情報提供を行う。</li> <li>・退院後は訪問看護ステーションより現状の報告が当院精神保健福祉士へ入っている。</li> </ul>
9 脳内出血の為、緊急手術を受ける。リハビリ目的で他院へ転院となるも、認知症状が出現した為、当院へ転院となった。一般科病院、家族、ケアマネと相談し、当院退院後、介護老人保健施設に入所となった。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医面談を繰り返し、家族の意向の相違もあったが意識の変化が見受けられた。見守っていることも多くあった。</li> <li>・医療保護入院者退院支援委員会を開催し退院を目指すように検討した。</li> <li>・担当ケアマネジャーと連携を図り、地域の施設の紹介を受け情報共有をした。</li> </ul>

事例タイトル（ポイント）	連携内容
10 退院後、支援が途切れてしまった事例	<p>キーパーソンである妻が乳がんのため入院することになった。妻は自分が退院するまでは本人を退院させないでほしいと話していた。また、猫の多頭飼育の問題もあり、当院で、それらの支援をしていた看護師が介入。</p> <p>妻には介護保険申請について情報提供するも「退院してからでいい」とのこと。本人も「ヘルパーなどの支援は必要ない。自分で調理、買い物はできる」と話していた。</p> <p>何かあったときの相談窓口として地域包括支援センター（以下センター）を紹介。本人と妻に了解を得て、当院からセンターへ情報提供した。センター担当者からは退院後訪問をしてみると返答を得た。</p> <p>妻が退院。退院前に妻の状態や自宅の様子を確認するために退院後訪問看護として自宅を訪問した。自宅には多頭飼育していたこともあり、猫の尿臭や傷・汚れが目立ったが、妻は整理、掃除をしていた。配食サービス、訪問看護（当院）の情報提供をした経済的な問題もあり、それらの利用にはつながらなかった。その後、本人が退院。</p>
11 退院前会議にて利用するサービスや対応の助言を行い、退院となった事例	<p>退院前会議として、妻、ケアマネジャー（要介護認定を受けた後に決定）、訪問看護、就労継続支援B型職員、当院主治医、病棟看護師、精神保健福祉士が参加し、入院中の治療経過、様子について情報共有を行う。後半には本人も参加し、妻に本人の様子を見ていただく。退院後のサービス予定などを確認し、病棟看護師から就労継続支援B型職員に対して、排泄や活動時の対応に関するアドバイスなどを行う。ケアマネジャーからは、妻と相談の上ショートステイを利用予定との報告がされた。</p>
12 内科疾患を抱える認知症高齢者の在宅支援	<p>①当院の医療療養病棟で下剤調整後、認知症状フォローのため、認知症治療病棟に転棟した。</p> <p>②入院後、ご本人およびご家族に今後の方向性について伺い、早めに自宅退院を希望しているとの意向を確認した。</p> <p>③ケアマネジャーに現状と早期に退院になることを伝えた。</p> <p>④主治医、看護師、PSW、家族でカンファレンスを行い、主治医より訪問看護の必要性を説明。家族からは、「内科と認知症両方を見てもらえるところで退院後のフォローをしてほしい」との希望あり。</p> <p>⑤連携は主にPSWが窓口となり、退院に向けて家族、ケアマネジャー、訪問看護と連携を取り、退院に向けての調整を行い、在宅サービスが整ったところで退院となった。</p>
13 地域包括支援センターからの入院依頼から、当院で認知症の入院治療を担当し、老人ホーム紹介業者の案内で退院に至ったケース	<p>医師、看護師、精神保健福祉士、家族でカンファレンスを行い、医師より現在の病状、本人の様子を説明。入院加療についてや施設入所に向けた今後の展望について精神保健福祉士より説明をした。本人の状況から家族は施設への退院を希望。以前から家族が相談していた老人ホーム業者へ入所先を探してもらうこととなる。後日、老人ホーム紹介業者、入所先施設、本人、看護師、精神保健福祉士でカンファレンスを行う。服薬管理方法の確認と、退院後に不調をきたした際には再度入院相談をいただくことを確認し、入所先施設への退院が勧められた。</p>
14 要支援1での地域包括支援センターを通してのデイサービス利用開始。	<p>地域包括支援センターへ電話し当院退院後の生活について相談をする。妻が地域包括へ相談し、地域包括の方が本人宅へ訪問して本人、妻の利用可能なサービスの説明をしてくれる。本人はあまり行きたがらない様子だったがデイサービスの見学をし、将棋ができることで週に1回利用することに了承あり。当院退院後利用することとなる。</p>

事例タイトル（ポイント）	連携内容
15 単身生活が困難になった方の入退院支援	<p>・本人の状況を把握していた地域包括支援センターから電話で入院の相談があった。幻覚妄想症状と認知機能低下に加え、栄養失調、脱水、低体温等生命の危険がある状況で緊急的に治療および保護することになった。初診時包括センター職員同伴され、より詳細な生活状況の情報提供があった。</p> <p>・入院後はコロナ禍のため他機関との面談、カンファレンスは避け、電話での連絡とした。</p> <p>・退院支援において、PSWだけでは施設探しが進まなかったため、包括センターと市役所生活支援課（長期入院者の地域移行をサポートする部署）に協力を仰いだ。両者から施設の空き情報があり、市生活支援課の橋渡しで認知症対応型グループホームの入居が決まった。</p> <p>・グループホーム職員とは電話にて入居相談をした。情報提供については書面（フェイスシート、ADL評価表）を用いた。本人とグループホーム側の入居前面談はオンラインを活用した。</p>
16 地域包括支援センターからの入院相談で、初診で入院となる。本人・家族との意向を確認後、認知症対応型グループホームへの入所となる。入所後も再入院無く経過している。	<p>参加者は認知症初期集中支援チーム、担当ケアマネジャー、地域包括支援センター、家族、主治医、看護師、精神保健福祉士、本人でカンファレンス実施。精神保健福祉士が司会進行をしつつ、各支援者での今後の連携において困難と思われる事をお話し頂く。その後、主治医より本人の病状を話して頂き、今後の生活上の課題となる点に回答いただく。上記の話を皮切りに各支援者で質問をして頂き、事前準備では浮上していなかった話題についてもカンファレンスを展開していく。カンファレンス終了後も、話し合った内容を再確認しながら、各支援者が足並みをそろえてケースにあたっていく。</p> <p>カンファレンスのみでの情報共有でなく、その後も継続していく事で、一定の距離感で双方が不測の事態にも焦る事なく連携できるので、意識して取り組んでいる所である。</p>
17 強度の介護抵抗のある若年性アルツハイマー型認知症患者の地域（介護保険施設）移行	<p>本来BPSDの治療は、当センターの役割上、保護室確保の観点から1か月と決まっていたが、激しいBPSDのため改善が難しく、また、年齢が若いため、逸脱行動を制止することも難しい状況であった。</p> <p>結果、約1年6か月入院治療継続、途中慢性期病棟へ転棟し、重点的に個別ケアしていき、症状軽快していった。疾患の進行か、ADL低下も著しかったが、精神的にはかなり改善し、関係者会議を経て、特別養護老人ホームへ退院となった。</p>
18 80代男性の方の入院に納得が出来ない状況からの、退院調整について	<p>入院後、定期的なケアマネとの連絡、来院してもらっての本人との面談を重ねた。患者さんからは自宅への退院希望が強く入院中に退院請求を行う事もあり、精神保健センター職員との連絡調整、面談等も入院中に行う事もあった。審査の結果入院継続が妥当と判断され、今後自宅退院ではなく、施設への入所の調整が妥当であると判断された。その後本人とも話し合い、自宅への退院は難しいために、サービス付き高齢者住宅への退院調整をしていく事となり、施設との連絡等をケアマネと連携をして行った。</p>

事例タイトル（ポイント）	連携内容
<p>19 近隣への迷惑行為から入院した認知症患者が自宅退院に至るまで、関係機関と連絡調整し、退院支援を行ったケース</p>	<p>認知症治療病棟へ入院直後は被害妄想的な発言が見られたが、次第に本人の精神状態は落ち着き、入院3か月が経つ頃には主治医より自宅退院の許可が出た。本人も長男も退院を強く希望したため、ケアマネに連絡し退院日の調整を行おうとしていたが、近隣住民への迷惑行為があったため、本人入院中に隣人が引越す事態が発生。また本人が入院したことで息子の一人ぐらしが立ち行かず、家賃滞納、公共料金が未納となっており、困った大家さんから区を通じて「退院前に今後について一度話し合いをしたい」と希望あり。</p> <p>本人親子、当院主治医、看護師長、PSW、大家さん、ケアマネジャー、区生活保護担当者、区原爆ホーム担当者、ヘルパー担当者等が同席し退院前カンファレンスを行った。大家さんとしては退去してほしいという気持ちもありながらも、いきなり追い出すのもかわいそうという気持ちを話される。当院としては、定期的な当院への外来通院を継続しながら、新たに週一回程度当院の訪問看護を導入し、服薬管理や状態観察等を行い、状態悪化時には早急に介入できるよう支援していくことを提案。区からは被爆者手帳を所持していることから、今後のことも考えて原爆ホームに申し込みしてみても提案があった。その他ヘルパー事業所などが支援できる内容や頻度も確認。本人の「迷惑をかけて申し訳ないが、また自宅で暮らしたい。」という気持ちも確認し、大家さんとしては度重なる迷惑行為や警察沙汰、家賃未納などありできれば退去をしてほしいが、今回に限って自宅退院することに於いて了承いただき、今後のことも考えて自宅退院と並行して原爆ホームなど施設入所などについても進めていくこととなった。</p>
<p>20 内服調整後家族協力により退院が可能となったケース</p>	<p>①外来受診時に家族、ケアマネジャーと面談を行い、入院中の様子を見て在宅退院が困難な場合は施設入所を検討することとした。</p> <p>②コロナにより本人と家族の直接面会が難しかった為、オンラインでの面会を利用して家族に本人の入院中の様子を見て頂き、家族の在宅での受け入れの意志が強いものとなった。</p> <p>③退院にあたり、在宅サービスの調整及び内科合併症の通院調整を行い、当院での治療内容や経過を電話・FAXにて情報共有した。</p>
<p>21 長期入院から、他事業所の関わりにより自宅退院が実現した事例</p>	<p>もともと自宅退院を目標に何度も外出や外泊を重ねていたが、コロナ禍の影響によりストップしてしまっていた。家族とPSWで何度か話し合いをおこない、やはり自宅退院を希望していたため、退院後の在宅生活をサポートするためにカンファレンスを開催。地域包括支援センター、ケアマネジャー、病棟看護師、PSWが参加し、主治医と病棟ケアスタッフからの意見も合わせて、本人の状況について情報共有をおこなった。内科のかかりつけ医（訪問）に対し、当院の主治医（精神科医）から入院中の経過と治療に関する情報提供をおこない、日常の医学管理における留意点を伝えた。当院への外来通院を継続していただくため、退院後の外来予約をおこなった。</p>
<p>22 癌が見つかり一般病院に入院。退院後、家族に暴言・暴力があり、DVについて相談、警察の援助を得て当院初診、入院する。退院後、外来通院、認知症デイケアと介護保険サービスを利用しながら治療継続しているケース</p>	<p>本人と家族の希望があり、当院退院が決まる。</p> <p>当院医師から癌で通院していた一般病院へ情報提供、今後の診療の依頼をする。退院後は、精神科と一般科にてフォローしていく。</p> <p>地域包括支援センターと当院の精神保健福祉士が連絡を取り、本人の状態についての情報共有、家族の希望等伝え、介護保険申請、退院後の環境について調整する。娘は近くにいるも、別居で仕事もしている。家族の負担軽減目的もあり、介護保険サービスの利用と、当院認知症デイケアを併用していくこととなる。</p> <p>家族の希望あり、退院して数ヶ月後、介護保険の変更申請をする。地域包括支援センターと当院精神保健福祉士で手続き、家族の意向等現状と今後について調整していく。</p>

事例タイトル（ポイント）	連携内容
<p>23 胃癌を診断された混合型認知症患者の在宅療養に向けた多職種連携</p>	<p>①本人・家族・医療チームで話し合った結果、退院後は在宅療養へ移行することが決まり、ケアマネジャーへ連絡した。</p> <p>②本人や家族の意向を含め在宅療養を検討するために、神経精神科医師より家族・ケアマネジャーへ病状説明を行い、本人と家族の面会にて本人の意向を確認し、ケアマネジャーから在宅療養に向けて利用できる具体的な介護サービスの説明を行った。</p> <p>③在宅療養に向けて、家族・ケアマネジャー・介護サービス事業所とカンファレンスを行い、日常生活動作でできること、留意するところを説明し、緊急時の対応を含めかかりつけ医の確認を行った。</p> <p>④かかりつけ医には、神経精神科医師より情報提供を行った。</p> <p>⑤家族・ケアマネジャー・介護サービス事業所と退院前カンファレンスを行い、緊急時の連絡先の確認や本人の生活について説明した。</p> <p>*連携は、主に電話連絡やカンファレンスでケアマネジャー・介護サービス事業者と行った。</p>
<p>24 行政の入院相談から、当院で入院治療し在宅へ退院支援を行ったケース</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居住地の役場より地域での支援困難ケースとして、当院へ対応相談の一報あり</li> <li>・当院精神保健福祉士にて、ご家族・担当ケアマネ・地域包括支援センター・かかりつけ医より情報収集、情報の共有、対応について協議</li> <li>・入院治療中もご家族や関係機関と十分に連絡をとり、経過の説明や退院に向けてのカンファレンスを実施</li> </ul>
<p>25 対象疾患外（認知症）の入院患者の退院調整</p>	<p>経済的余裕があったため、手厚い看護の療養病院、有料老人ホームを紹介。家族の希望で都内有料老人ホームへの入所を目指すことになり、当院の相談員を中心に、有料老人ホームと家族の面談調整や実地調査の調整を行う。</p> <p>高級な有料老人ホームということもあり、早急に部屋を押さえてもらい、親切・丁寧な対応で事が早く進めることが出来た。又、家族対応についても事前に施設側と情報共有した。</p>
<p>26 介護サービスを利用する事によって、本人の希望を尊重した退院支援を行う事ができた症例</p>	<p>入院当初は施設入所を検討していく方針であったが、入院治療の中で、BPSDの改善がみられ、患者は毎日家族へ電話をし自宅退院を希望するようになった。妻は、このまま施設入所をすることは患者が可哀そうであり、妻自身も納得いくまで、自宅で生活を一緒にしたいと希望され息子は難色を示したが、最終的には妻と患者の思いを尊重し自宅退院へと方針を変更した。妻は週3日程度仕事をしており、研修等で出張もありショートステイ利用希望もあった為、小規模多機能施設とリハビリの継続のため訪問リハビリの利用調整を行った。</p>
<p>27 在宅生活の継続に対するご家族の不安に対策を講じた事例</p>	<p>在宅生活が破綻した際にどのように対応すればよいか迷われていた。ケアマネと連携し、入院中に老健申し込みを行い、数か所から内諾を得た状態で退院。訪問・通所サービスなどで1ヵ月継続できるかを目安にした。1ヵ月の間、ケアマネ・長女と連携をとり、在宅支援、在宅継続も可能にみえたが、老健入所を最終的に選択</p>
<p>28 アルコール専門治療からアルコール性認知症対応として、介護保険サービスにつながったケース</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院後の在宅生活のため、介護サービスの利用を検討。要介護認定を市町村へ依頼。担当看護師が調査に同席し、本人が伝えにくい認知機能面の低下に関しても補足説明を行い、結果、要介護1の認定結果を得た。</li> <li>・地域包括支援センターに相談の上、居宅介護支援事業所及び担当ケアマネジャーを選定してもらう。</li> <li>・担当ケアマネジャーも同席の上、ケア会議を実施し、退院後の介護サービスとして、訪問介護及び訪問看護を導入することを家族とも一緒に検討した。事業所の選定にあたっては、担当ケアマネジャーより本人の状態に応じた適切なサービスが導入できる事業所を選定いただき、家族にも丁寧にサービス利用について説明していただくことができた。</li> </ul>



事例タイトル（ポイント）	連携内容
29 病院退院後、急激にADLが低下した事例に対し、関係機関と連携し、自立に向けた支援を行った事例	<p>入院時MMSE21点、不安を訴えていたが、退院前には17点と低下するもADLも自立し、他患とも談笑するなどとても安定した。退院後は元々利用していた健康増進施設に通いたいと話していた。</p> <p>退院3日後、受診の際、家では布団から起き上がれず、歩行も家族がつかないと歩けず、すでに介護が必要な状態となる。年末年始であったこともあり、急遽知り合いの介護支援専門員に相談、ベッドの導入を依頼した。</p> <p>退院14日後、在宅訪問リハビリ指導により、作業療法士が暫定介護支援専門員と自宅を訪問、手すりの設置やベッド、身体機能の改善を目的に通所リハビリテーションの利用をすすめた。また、料理を本人が希望したことから、ヘルパーの見守りなどの調理援助も依頼した。家族の希望もあり、週1回の外来精神科作業療法にも参加した。外来作業療法では、その都度、料理や入浴など日常生活で困っていることなどの具体的な相談や身体機能の定期的評価、家族への本人の対応方法などの相談に応じた。</p>
30 アルツハイマー型認知症により、適切な受診行動ができず救急搬送を繰り返した身寄りのない末期がん患者に対し、地域との連携による本人の希望に沿った緩和ケアの提供を行った事例	<p>入院前、頻回な救急搬送の際には、地域包括支援センターの職員に来院してもらい、帰宅支援を依頼した。同センターには本人の拒否が強く、直接的な支援にはつながらなかったが、他の医療機関から相談経過から唯一の身寄りの甥との繋ぎをしていただいた。甥に連絡し、生存中の関わり拒否の意向を確認することができた。当院入院後は、行政の担当保健師や相談員が来院し、本人と面談したり支援方針についてカンファレンスを開催した。支援可能な身寄りはなく、認知機能低下により同意能力も著しく低下していたため、市長申立てによる成年後見制度の申請を依頼した。治療への同意について、本人から安定した同意を得ることは困難で、院内多職種により倫理カンファにより治療方針を検討した。最終的には肝臓がんによる死亡退院となったが、微細なケアについては、本人の希望を可能な限り調子のよいときに聞き取りながら、本人の意向に沿ってケアを提供した。</p>
31 入院当初は施設入所を検討していた患者が自宅退院することができ、退院後、外来で施設入所の調整ができたケース	<p>入院中、認定調査を受け、介護支援事業所（ケアマネジャー）の調整を行った。双極Ⅰ型障害の診断がついているため、デイサービスと精神科訪問看護を導入した。本人・ケアマネジャー、訪問看護とカンファレンスを行い、家族の介護疲れを予想し、ショートステイ、施設入所も想定されると話し、ケアマネジャーへ施設見学等の依頼を行った。自宅退院後、安定して生活を送っていたが、夫が高齢であったため、外来通院をしながら入所手続きを行うことができた。</p>
32 幻覚を伴う認知症が進行し、単身生活困難となるが、介護者不在の困難事例。	<p>生活破綻状態で単身生活困難となったため、自宅の処分、及び、施設入所の準備が必要となった。家族不在のため、区の保健師、ケアマネと援助内容を分担。当初はせん妄が出現していたため、治療の経過を見ながら、本人と共に自宅訪問。荷物処分の道筋をつけ、一方で、新たな施設も検討。複数ヶ所の見学の後、入居先が決定。本人も了解され、施設へ退院。以降は、施設の往診医対応に切り替え。後見制度に関しては、引き続き、区の保健師が介入し、手続き中。</p>
33 退院支援から退院後の生活	<p>退院前に弟夫婦、地域包括支援センター職員、病棟スタッフを交え、退院後の生活について話し合いの場を設けた。</p> <p>包括職員より介護保険サービス非該当との見立てのため、当院より、精神科デイケア、精神科訪問看護の利用を提案した。また、金銭管理については権利擁護を利用することとした。</p>

事例タイトル（ポイント）	連携内容
34 介護度調査時から相談開始し、家族、地域支援者、病院が連携し、施設入所へと進めたケース	入院後に介護保険の認定調査を実施。要介護2と確定。また身体科病院へ家族と外出し検査を実施した。その結果を受け、今後入院先を高齢者施設と検討。本人、兄、施設職員、主治医、PSW参加しカンファレンスを行った。病状確認、薬剤調整の確認。現在の活動性。本人、家族の希望と施設の受け入れ状況を確認し、施設入所を目指す事に決定する。
35 虐待ケースを病院と施設で支え、家族交流を行うケース	在宅時のケアマネ、地域包括、行政へ情報収集を行う。その結果、在宅では徘徊のリスクが高いにも関わらず、家族の不在時間が長いことが分かり、家族へグループホームなど施設入所を提案。 家族・本人ともにデイサービスで利用していた特養へ申込を希望し、入所が決まる。退院前のカンファレンスでは病棟・施設スタッフが時間をかけて患者への介助・支援等細かな引継ぎを行った。
36 夫婦2人暮らしで身寄りはないが、夫婦ともに認知面の低下がみられるケース	①地域包括支援センターからの入院相談に精神保健福祉士が対応。 ②精神保健福祉士よりかかりつけ医に連絡し情報提供をいただく。 ③地域包括支援センター職員同席で入院の受け入れ。 ④退院を見据えたケース会議に医師、看護師、精神保健福祉士が参加。地域包括支援センター職員にも参加してもらい、退院先について検討し、居宅の方向となった。本人は介護保険が非該当であったため、妻のホームヘルパーと連携を図ることとなった。 ⑤妻のホームヘルパーに対して看護師より状態、経過等について情報提供を行った。
37 自宅に退院する患者の他機関との連携	退院しても病院とつながりをもっていると家族に安心感を持ってもらい、当院との連携を図りやすいよう、当院の重度認知症患者デイケアを利用していく。 家族が介護できない時はケアマネジャーに相談し、ショートステイを利用する。 精神症状悪化時は当院に連絡していただく。
38 認知症によるBPSDが予想されながらも本人と家族の意向に沿い、病院と支援機関が連携して居宅復帰した事例	包括担当者からの情報提供と入院中の本人の状況について情報共有等。 面会時に本人が息子に退院を繰り返し要望し、病院職員と息子、ケアマネジャーによる退院の可否についての検討。 退院に向けた支援担当者が集合して検討。 退院した後、再びBPSDにより居宅生活が困難となって支援者、家族との再入院についての検討。
39 BPSD症状が強く、精神科病院へ入院も入院先が自宅より遠方のため、当院へ転院となり在宅へ戻るために、薬剤調整と退院後のサービス調整ケース	本人の病状乏しく、プライドも高く、能力も高い患者だったため、家族は本人の言いなり（これまでの関係性で家族のことは患者がすべて決定権を持っていた）状態にあり家族を呼んで、医師、看護師、PSW同伴の下、話し合いを重ねる。薬剤調整がうまくいき、家族より本人へ困っていたことについてがあり本人も自らの課題として補えることに成功し、外出外泊を重ねる。帰院された際には都度、カンファレンスを開き振り返りの場を本人と家族に与える。ほんの意思で介護サービスの利用について話があり、地域包括センターへ電話し担当者に来院してもらい、ケア会議、地域のケアマネジャーの紹介を受け、ケアマネと共有しながら、通院先（デイサービス）訪問看護ステーション、訪問診療先を探して、家族と本人の了承の下、支援制度が整うのと同時に退院。

事例タイトル（ポイント）	連携内容
<p>40 精神科クリニックからの相談により、自院で認知症のBPSDに対する入院治療を経て、家族・ケアマネジャーと早期連携を図り、短期間で自宅退院を果たせたケース</p>	<p>①入院時に家族へのインテークを実施。幻視が無くなれば自宅で面倒を見たいと明確な意向が確認される。</p> <p>②入院後1か月目に家族・ケアマネジャー同席のもと「あなたの治療パスIII（カンファレンス）」を当院にて実施。病院スタッフより易怒性や徘徊は消失。幻視は若干残っているものの、精神的に安定した状態で療養生活を送っていることを説明。家族としては現在の状態が退院後も継続出来るようであれば、自宅に連れて帰りたいと明確な意向あり。一方で歩行能力の低下が見られたため、ケアマネジャーより身体的なりハビリ実施の希望あり。病院スタッフよりケアマネジャーに対し、退院に向けてのサービス調整を依頼する。</p> <p>③入院後1か月半目に退院前カンファレンスをリモート（Zoomミーティング）にて実施。本人の病棟での様子を動画に収め、家族・ケアマネジャー・サービス事業所間で共有。退院後の対応方法についての助言、退院後の提供サービスについての共有を行った。</p>
<p>41 認知症夫婦の支援</p>	<p>患者本人への退院支援が主だが、最終的には看取り対応となった。転院時から包括の介入があり、ご本人の退院支援に協力してもらった。結局、当院での看取りとなったが、妻も認知症であったため、亡くなった場合の対応について相談する場にも包括の方に同席してもらったり、行政や葬儀屋とのやりとりも対応していただいた。連携手段は、面談や電話で対応。妻に付き添い面談に来てくださったり、自宅訪問、行政への連絡など、様々対応していただいた。</p>
<p>42 当院退院後、総合事業を利用しながら介護保険サービスを受け、当院外来フォローしているケース。</p>	<p>当院精神保健福祉士と地域包括支援センターケアマネで当該患者宅に訪問し、自宅にて総合事業利用のカンファレンスを行う。入院前利用していた障害福祉サービスの計画相談担当者とは電話のやり取りで包括ケアマネと情報共有を図った。精神疾患により、気分変調をきたしやすい為、包括ケアマネ、居宅介護担当者へは本人の同意を得て、精神疾患の状況について情報提供を行った。</p>

### Ⅲ 精神科病院のアウトリーチ的な役割に関する精神科病院ヒアリング調査

#### 1 調査概要

---

##### 【目的】

認知症疾患医療センターの指定のない精神科病院への「社会資源との連携、アウトリーチ的な活動に関する調査」を踏まえて、連携事例の提供のあった病院対し、連携の詳細や精神科病院のアウトリーチ的な機能・活動のあり方についてのヒアリング・意見収集を行う。

##### 【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)
第1回	㉑ 医療法人恵生会 南浜病院 (新潟県新潟市)
	㉒ JA 三重厚生連 鈴鹿厚生病院 (三重県鈴鹿市)
	㉓ 医療法人財団正清会 三陸病院 (岩手県宮古市)
第2回	㉔ 医療法人啓正会 酒井病院 (熊本県天草市)
	㉕ 医療法人恒昭会 藍野花園病院 (大阪府茨木市)
	㉖ 医療法人生生会 松蔭病院 (愛知県名古屋市)
	㉗ 医療法人社団淵野会 淵野病院 (大分県大分市)
書面	㉘ 医療法人豊司会 新門司病院 (福岡県北九州市)
	㉙ 社会医療法人二本松会 かみのやま病院 (山形県上山市)
	㉚ 医療法人桐葉会 木島病院 (大阪府貝塚市)
	㉛ 社会福祉法人天心会 小阪病院 (大阪府東大阪市)
	㉜ 医療法人社団元気会 横浜病院 (神奈川県横浜市)

##### 【調査方法】

(1)調査日 : 第1回ヒアリング 令和5年1月18日 13:00~14:30  
第2回ヒアリング 令和5年2月1日 14:00~15:30

(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社会資源との連携において重要な役割を担う職種とその職種の連携のあり方。  
②認知症初期集中支援チームの設置場所、地域包括支援センターとの連携、課題等。  
③訪問看護、訪問診療など医療機関における地域へのアウトリーチ機能のあり方。  
④その他認知症医療・介護地域連携についてのご意見。

## 2 調査結果

各対象施設からの事前提供書面の内容を整理し、続いて、オンラインによるヒアリング調査当日の参加病院による補足や質疑について以下の通り整理した。

### 2.1 事前の提供書面整理(共通質問)

#### ①医療法人恵生会 南浜病院（新潟県新潟市）

<p>Q1 社会資源との連携において重要な役割を担う職種とその職種の連携のあり方</p>	<p>A1 重要な役割を担う職種は精神保健福祉士（医療ソーシャルワーカー）であると考え。日頃の連携は精神保健福祉士のみならず看護師等も役割を果たすべきと思うが、“重要な役割”となるとソーシャルな視点を持ち、社会資源を含めた地域とのつながりを作っていく役割は精神保健福祉士（医療ソーシャルワーカー）にあると考える。 チーム医療の各職種から必要に応じた情報発信や情報提供などがなされるべきであると思うが、すべてを精神保健福祉士（医療ソーシャルワーカー）経由にするのではなく、マネジメントは精神保健福祉士が行い、状況に応じて多職種が情報共有と発信ができるように調整することも大切な役割と考える。それぞれの職種における視点から見た意見や考えを整理し、チーム内における一定の目標の統一を図り、その上で地域の関係機関と連携・調整を行う必要がある。</p>
<p>Q2 認知症初期集中支援チームの設置場所、地域包括支援センターとの連携、課題等</p>	<p>A2 チーム委託を受けているが、当院の場合は本来業務との兼務となるため、業務調整が難しい場合があり、病院が受託するのは不向きと感じている。また、チーム員の活動を加味しての人員配置はできないため、緊急訪問の要請には即応できない体制にある。未受診の方の受診勧奨依頼が多いが、頻回な訪問が難しいため、活動に限界があり、対象者との関係の構築に至りにくい。設置場所としては地域包括支援センター、往診・訪問看護が可能な脳神経内科・精神科等の診療所、訪問看護ステーション等が柔軟に活動できるのではないかと思う。 ケース相談を地域の認知症サポート医にすることが理想的かつ実効的であると考え、関係性や相談体制が出来ておらず、現時点では中々やりようがない。地域単位で事業周知や相談体制の構築が必要だが、そのような点からも地域包括支援センターとの連携は重要である。また、地域包括支援センターや介護支援事業所によって事業やチームに対する解釈や理解に乖離があり、活動のしにくさが生じる要因の1つではないかと感じている。</p>

<p>Q3 訪問看護、訪問診療など医療機関における地域へのアウトリーチ機能のあり方</p>	<p>A3 医療機関が行う地域へのアウトリーチ機能となると、人員確保および診療報酬の問題が大きい。入院の短期化、高齢者やおひとり様の増加、過疎地域の問題（孤立地域や移動）等を考えると、アウトリーチ機能は欠かすことのできない非常に重要な地域医療維持ファクターと考える。また、高齢者や併存疾患・障害がある方へのアウトリーチについては精神科・心療内科以外の診療科との連携・協働も必要であるとする。</p> <p>しかし、訪問看護や訪問診療自体に診療報酬はつくものの、積極的に推し進めるほどではなく、それらに付随する細かな業務や経費なども考えると、各医療機関が手を挙げにくいのではないかと思う。特に訪問診療については殊に顕著ではないかを感じる。熱意だけでは成立せず、結局「人・金・モノ」が必要であり、地域包括ケアシステムを実効的なものにするためにも一層の報酬反映は重要である。なお、当院内にはアウトリーチ部門がない。また、アウトリーチ全体を考えた場合、診療所の在り方も問われるのではないかと考える。</p>
<p>Q4 その他、認知症医療・介護地域連携についてのご意見</p>	<p>A4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 予防医療の充実</li> <li>● 認知症の確定診断ができる医療機関・診療所の充実</li> <li>● 慢性的な人員不足やコロナウィルスの影響からか、介護現場の疲弊を感じる。医療で何でも解決できるわけではないが、退院し施設入所した認知症患者に困難が生じた場合に医療機関から介護施設への何らかのサポートができると良いのではないか。</li> <li>● 地域包括支援センター、介護支援事業所等々、医療に対する認識や理解に差がある。入院後の支援や退院に向けての協働においても同様である。医療に対する過度な期待、入院後はノータッチ等々。介護支援専門員の質の向上も必要ではないか。</li> <li>● 訪問看護ステーションの人員における精神保健福祉士・理学療法士・作業療法士等々の看護師以外の専門職の配置加算。</li> </ul>

⑥JA 三重厚生連 鈴鹿厚生病院（三重県鈴鹿市）

<p>Q1 社会資源との連携において重要な役割を担う職種とその職種の連携のあり方</p>	<p>A1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 医療機関に於いては、看護師、精神保健福祉士や社会福祉士などが想定される。地域の社会資源との連携の際、機関の機能や限界などを理解し、互いの役割を尊重する姿勢が求められる。</li> <li>● 相談機能を果たすためには、ソーシャルな視点が必要である。地域の社会資源状況の把握と活用技術が求められる。相談者のニーズを捉え、自身の所属機関で対応可能か否かのアセスメントに始まり、自身の所属機関での対応が困難な場合には、適切な機関に繋ぐ必要がある。職種を問わず、ケアマネジメントのスキルが求められる。</li> <li>● 連携を促進する要因、阻害する要因がある。他機関他職種連携の場合、専門領域が異なるため、アセスメントの視点、アプローチの方法が異なる場合もある。支援目標の共有を行い、支援全体をコーディネートするスキルが求められる。</li> </ul>
<p>Q2 認知症初期集中支援チームの設置場所、地域包括支援センターとの連携、課題等</p>	<p>A2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 認知症初期集中支援チームの設置場所については、市町村によって異なると思うが、相談者にとって、身近な機関に設置されることが望ましい。例えば、市役所内や地域包括支援センター内など相談者にとっての来所しやすい場所が望ましい。</li> <li>● 超高齢社会を迎え、近年、地域包括支援センターとの連携が欠かせない。当院に於いても、入院患者の高齢化が進んでおり、外来、入院共に認知症を有する患者も増加している。地域連携室では、数年前から各地域包括支援センターの担当制を敷いている。連携強化を目指していきたい。</li> <li>● 少子高齢化に伴い、一人暮らしの高齢者の増加や身近に支援者がいない高齢者が増加している。身元保証人がいないことを理由に必要なサービス等を利用できないという事例が見られると共に、医療機関や施設に於いても対応に苦慮する場面が見られる。身寄りがない方でも安心して、必要な医療やサービス等が利用できるような地域の仕組み作りが求められており、医療機関も地域包括支援センターや行政と共に上記課題に取り組んでいく必要がある。</li> </ul>
<p>Q3 訪問看護、訪問診療など医療機関における地域へのアウトリーチ機能のあり方</p>	<p>A3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 地域包括ケアシステムの構築は、地域のネットワーク作りであるとも言える。医療機関に於いても、外来や病棟で患者を待つのみではなく、地域に出向き、生活の場で支援を行うアウトリーチ機能の充実が求められる。医療にアクセスできない患者に対して、必要に応じて、訪問診療を行えるような体制づくりも必要であると考えます。</li> </ul>



<p>Q4 その他、認知症医療・介護地域連携についてのご意見</p>	<p>A4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 認知症の初期（支援の導入期）に必要な支援として、医療機関への受療支援、家族介護者への支援、生活支援、介護保険サービス等の利用に関する支援、日常生活自立支援事業や成年後見制度の利用に関する支援、行動心理症状への対応や予防に関する支援などがある。医療機関への受療支援の場合、神経内科への受診か精神科受診の必要性があるのか、見極めが難しいとの相談を受けることがある。必要に応じて、認知症初期集中支援チームと同行訪問を行い、アセスメントを実施している。</li> <li>● 認知症医療においては、認知症の予防から疑いの時期、診断と治療が開始される時期、日常生活に支援が必要な時期、介護保険サービスを活用する時期、他の身体合併症で入院治療が必要な時期、看取りの時期など、長期に及ぶ療養を要する。地域を基盤とするケア、統合ケアを目指す必要があり、医療機関もケアチームの一員として参画する必要がある。</li> </ul>
--	--

<p>Q1 社会資源との連携において重要な役割を担う職種とその職種の連携のあり方</p>	<p>A1 ・重要な役割を担う職種・精神保健福祉士</p> <p>常に連携を取れるように日頃より、フォーマル、インフォーマルな社会資源を確認し、情報収集や情報共有など密に連絡を取り合う等の関わりを持つことが大切だと考える。支援を必要とする患者さんがいても、そのための必要な社会資源は何か、どこに連絡を取ることがベストなのかを支援者が把握していなければスムーズな支援が出来ない。一人一人に合わせた支援が必要であり、画一的な支援にならないためにもあらゆる社会資源を把握しておくことが支援者には求められる。社会資源は行政、NPO、介護支援事業所、地域住民など様々であり、それぞれの考え方の違いや意見を尊重する姿勢も求められる。多種多様な意見を聞き、協力してもらえるような関係づくりを行うためにも、研修会などへの参加の他に施設見学や地域住民との交流会、また勉強会を行うなど顔の見える関係作りを行うことが大切である。そうすることでスムーズな連携が可能となり、医療、福祉、介護などのサービスに早期に繋げることが出来る。</p> <p>常にあらゆる場面やケースを想定しながら、支援が必要な患者さんがいる時のみ連携するのではなく、日頃よりこまめに対面や電話等でネットワークを作ること、そして、重層的な支援体制を構築することが連携する上で必要だと考える。</p>
<p>Q2 認知症初期集中支援チームの設置場所、地域包括支援センターとの連携、課題等</p>	<p>A2</p> <p>当院では毎月 1 回、地域包括支援センターと協働し認知症初期集中支援会議を開催している。センターが抱えている困難事例について医師の助言を受け対応し、新たな問題が起きた時は再度相談案件として会議で取り上げる等の連携を取っている。医療に繋がった方が良いか、それとも医療ではなく家族や地域で対応するケースなのかなど、センターでは判断がつかない様々な問題が取り上げられ支援の方向性が示される。その結果、支援の進め方や関わり方が明確となりセンター職員の悩みも解決される。</p> <p>その一方で、アドバイスを参考に対応しても思うように解決の方向に進まないというジレンマもある。特に、医療に繋がらないケースに関しては情報共有をしても、直接関わるセンターのみが問題を抱えてしまうという課題や、月 1 回の会議のため思うように進まず時間を要してしまうという問題もある。</p> <p>しかし、認知症初期集中支援事業の主な目的である認知症の発生予防や認知症初期への早期介入、進行抑制のみにとどまらず幅広く相談出来る会議になっていることも事実である。認知症という「個」の問題にとどまらず、それに伴う家族や周囲、地域の問題などを多職種で話し合うことで初期の意味合いを超えた事業として今後も期待されると考える。</p>

<p>Q3 訪問看護、訪問診療など医療機関における地域へのアウトリーチ機能のあり方</p>	<p>A3 精神科医療においては現在も、未治療・治療中断・ひきこもりをはじめとする複雑困難なケースが多く、本人も家族も孤立していることが多い。このように、医療などの支援が必要であるにもかかわらず自らの意思で医療機関に行くことが困難な対象者に対し、従来の「契約型支援」ではない、在宅で対応できる柔軟性のあるアウトリーチ支援は今後も継続する必要がある。また、アウトリーチ事業は自治体主体として主に行政が行っている事業ではあるが、自治体のみが未治療者等の本人宅に出向き対応するだけでなく、多職種が存在する医療機関がチームを作りアウトリーチを積極的に行っていくことが医療への早期介入という意味でも今後はさらに求められると考える。</p> <p>また認知症の高齢者に対しても同様である。本人も家族も高齢となり通院が困難になるケースが増え高齢者宅への訪問診療や訪問看護の必要性は今後さらに高くなると思われるが、増加する認知症の未治療者へのアウトリーチを医療機関としてもっと積極的に行うことが高齢社会においては重要である。アウトリーチ事業は認知症の方も支援の対象になっているが、その多くは行政対応に委ねている状況である。自治体の職員が地域住民や民生委員より相談を受け訪問し、必要に応じて医療に繋げるという構造を、行政のみならず医療機関でも組織を作り支援を行っていくことが必要である。</p> <p>アウトリーチは地域で暮らす全ての人が、医療・福祉・介護などのサービスを必要に応じて受け、社会と繋がりながら自分らしく生活できるようにするための機能である。家族構成の希薄化、独居の高齢者の増加という現代の問題に対し、相談者が来るのをただ待つのではなく支援を必要とする人を見つけるためにも、アウトリーチ機能を多くの医療機関で行うことが期待される。</p>
---	---

①医療法人啓正会 酒井病院(熊本県天草市)

<p>Q1 社会資源との連携 において重要な役 割を担う職種とその 職種の連携のあり 方</p>	<p>A1 基本的に医師、看護師、精神保健福祉士が重要な役割を担う。常に情報共有に努め、本人様のニーズに沿えるように、ニーズにおける対象職種が迅速に対応、調整することが必要。</p>
<p>Q2 認知症初期集中 支援チームの設置 場所、地域包括支 援センターとの連 携、課題</p>	<p>A2 本人様の症状悪化時における当院への相談による連携。また、高齢者が在宅生活を送る際の介護保険申請代行や新規介護保険利用者におけるサービス調整依頼などで連携を図っている。</p>
<p>Q3 訪問看護、訪問診 療など医療機関に おける地域へのア ウトリーチ機能のあり 方</p>	<p>A3 本人様の状態に合わせて家族・ケアマネジャーなどと連携を図り、情報の共有に努める。</p>
<p>Q4 その他、認知症医 療・介護地域連携 についてのご意見</p>	<p>A4 地域で生活する場合には医療機関、ケアマネジャー、介護事業所などが家族と連携を図り、情報共有、症状に合わせた最善の対応につとめることが重要である。</p>

<p>Q1 社会資源との連携において重要な役割を担う職種とその職種の連携のあり方</p>	<p>A1 医療機関と地域の社会資源との連携を図る際に重要な役割を担う職種として、個人的にはソーシャルワーカー（社会福祉士、精神保健福祉士）がそのポジションを担う職種であるように考えている。大前提として大部分の医療機関において他機関連携を行う職種がソーシャルワーカーとなっており、そのような外部機関との連携に普段から慣れているからである。（最近では地域医療連携室に看護師が配置されることが増えているが）医療的な面に関してはもちろん、医師や看護師の方が医療的・看護的な知識量を有していることはもちろんのこと、そのような側面だけで考えるのであれば上記職種が他機関との連携を行う方が好ましいように思われるケースは実際に医療の現場で従事しているとよく感じるころではある。</p> <p>しかし、実際に精神科の医療現場で働く立場として、連携を図る際には医療的な観点だけでなく、個人個人の生活背景（家庭問題、経済問題、社会資源）に沿った聴き取りが必要になるケースが多々見受けられる。それは精神科に特化したものであるのかは定かではないが、そのような医療面以外の聞き取りが重要であり、そのような時に医療面以外にも知識を有しているソーシャルワーカーが窓口となることで連携もスムーズに行え、医療面だけでなく包括的な連携を行うことができるように思われる。</p> <p>職種の連携云々の問題だが、他機関との連携にあたり、連携しやすい、話やすい印象を抱かせることは重要な要素であるように考えている。そのため、私個人としては連携を図る際は相手の話を折ることなくしっかり耳を傾け話やすいように対話するように努めている。</p>
<p>Q2 認知症初期集中支援チームの設置場所、地域包括支援センターとの連携、課題等</p>	<p>A2 精神科に入院する患者の多くが統合失調症の患者であることは間違いないが、高齢化社会に伴い、新規入院患者の多くは統合失調症の患者ではなく認知症を有した患者が圧倒的多数を占めていることが精神科の現状であるように思われる。そのため、今まで以上に地域包括支援センターとの連携は重要になってくると考え、認知症（認知症以外の疾患も含め）患者の早期発見、早期治療の根幹を成すものであり、今後は今以上により連携を図る必要があると感じている。当院の今後の地域包括支援センターとの連携や課題については以下のように考えている。</p> <p>今年度より認知症外来を当院にて開設することとなった。主な内容としては患者本人の受診、家族相談（本人に関する相談、家族の関わり方に関する相談）となっている。実際に受診相談に関する依頼を受けることは多々あり、家族自身も悩み事を専門員である医療従事者に相談する場面設定があることに対して安堵しているように見受けられ、認知症外来の開設は意味のあるものとなっているように感じている。しかし、当院の課題としてはコロナウイルスの拡大などを理由に、認知症外来の開設に関して地域包括支援センターを含めた他機関に対して十分なアナウンスがなされていないことが挙げられる。地域包括支援センターに相談が入った認知症に関するケースで、認知症外来を有した医療機関に相談・連携を取れる関係性を構築していることは、双方にとってメリットのあるものであり、また早期発見・早期治療のために非常に重要なものになるだろうと考えている。</p>

<p>Q3 訪問看護、訪問診療など医療機関における地域へのアウトリーチ機能のあり方</p>	<p>A3 訪問看護や訪問診療といったアウトリーチ機能は、より充実されるべきものであるように個人的には考えている。なぜならば、（1）通院したい気持ちがあるものの、本人の ADL 低下に伴い通院そのものが難しいケース（2）精神疾患が疑われ、精神科での治療が必要であるが、本人が治療を希望せずに治療につながらないケースは印象として少なくないように推測している。</p> <p>（1）に関しては今後、高齢化に伴い訪問診療が必要になるようなケースは増え需要そのものも拡大することは明白であり今後より充実されるべきものであることは言うまでもないだろう。（2）に関しては、受診を拒否する本人を病院に連れていき、受診させることは非常に難しいことは容易に想像できる。また仮に受診に繋がったとしても複数回に渡り受診させることは困難と言わざるをえない。</p> <p>しかし、訪問診療を医療機関が行うことで本人が病院に行く手間を省けることや、家族の要望にて（本人の意向は半ば無視するものではあるが）自宅に訪問することから多少ではあるが、受診拒否の障壁は取り除けるように思われる。また病状から本人が診察を拒否する場合でも家族からの近況の様子を確認したり、不安に対して医療的助言を行うこと、薬剤処方については訪問診療にて行うことは可能である。</p> <p>また、入院が必要と思われるケースに関しても入院を提案し早期に段取りを組むなど早期治療にもつなげやすいように思われる。以前、当院でも訪問診療を行っており実際に入院に繋がるようなケースが複数あったことから治療に繋がらない、繋がられない患者を訪問診療にて治療につなげることに多少の効果はあったように思われる。（現在はコロナウイルス蔓延と職員不足に伴い中断している）</p>
---	--

①医療法人生生会 松蔭病院(愛知県名古屋市)

<p>Q1 社会資源との連携 において重要な役 割を担う職種とその 職種の連携のあり 方</p>	<p>A1 ・ 当院の場合は院内の地域生活支援室（精神保健福祉士）が連携をとっている 院内でのご本人の状況と地域で生活していた際の状況の把握につとめ、可能な限り 地域でよりよい生活が営めるようにしていきたい。</p>
<p>Q2 認知症初期集中 支援チームの設置 場所、地域包括支 援センターとの連 携、課題等</p>	<p>A2 ・ 認知症初期集中支援チーム なし ・ 地域包括支援センターとの連携・課題 入院の受け入れ等の場合は地域包括支援センターから地域生活支援室（病院）へ 連絡が入る。 退院時には必要に応じて地域包括支援センターへ地域生活支援室（病院）から連 絡を入れる。退院前にカンファレンスが必要なケースには参加を促している。 また、家人と地域をつなぐ役割等を担っていただいている。</p>
<p>Q3 訪問看護、訪問診 療など医療機関に おける地域へのアウ トリーチ機能のあり 方</p>	<p>A3 ・ 訪問看護、訪問診療においては、幅広い疾患が対応可能であることが望まれる。 また、家族への支援も必要な場合も多いため、他の支援機関との協力体制がスムーズ に図れるとよい。</p>

<p>Q1 社会資源との連携において重要な役割を担う職種とその職種の連携のあり方</p>	<p>A1 受診・入院時には、医療機関の精神保健福祉士が、関係機関から対象者の状態の把握、その家族の意向の聞き取り等を行い、受診・入院の調整を行う。逆に、通院中や退院時には、必要な関係機関への紹介、情報提供を行い、サービス導入がスムーズ出来るように、また対象者・家族にとって最適な状態を継続出来るように、柔軟に対応していくことが必要と考える。 直接、連絡調整等行うのは医療機関の精神保健福祉士、社会福祉士、ケアマネジャー、地域包括支援センター、行政機関等になるだろうが、場合によっては医師・看護師その他職種間での情報共有も行っていく必要があると思われる。</p>
<p>Q2 認知症初期集中支援チームの設置場所、地域包括支援センターとの連携、課題等</p>	<p>A2 高齢者一人暮らしや夫婦 2 人暮らしで金銭管理が出来ない、服薬管理が出来ない、食事が摂れない、不衛生等日常生活が十分出来ていなかったとしても、当事者は困っておらず、第三者の介入を嫌がるようなケースが増えてきているように思う。その場合、正確な情報収集、情報共有が難しいだろうが、状況は常に変化していくため、現時点での状態、状況を把握することが大切である。 連携が上手くいくためには、情報提供、情報共有が上手くいくこと、対象者・家族含む関係者が目指す方向性が一致していることが大切であり、そうでなければその後の支援体制が確立できないため、問題やトラブルが起きかねないと考えられる。また、そうなると、継続的な支援も難しくなってくるだろう。</p>
<p>Q3 訪問看護、訪問診療など医療機関における地域へのアウトリーチ機能のあり方</p>	<p>A3 訪問看護、訪問診療など医療者側が関わるメリットとしては、家族が対象者本人の変化に気付いていないケースや、家族は必要と感じていても、本人の拒否が強く治療に結びつかないケースにおいて、介入の仕方や状態の説明等、家族に的確に行うことによって、家族が安心して治療や地域での支援を受け入れやすくなり、結果、地域でのフォローを受けながら在宅生活を続けられたり、できるだけ長くその人や家族の望む生活を送れる可能性が高くなるのではないだろうか。また、身近に家族のいない対象者においては、受診するより早く治療や福祉サービスに結び付けることができるだろう。 必要に応じて、地域・行政と連携しながら地域生活を支えていくことが、医療機関におけるアウトリーチ機能と考える。</p>



<p>Q4 その他、認知症医療・介護地域連携についてのご意見</p>	<p>A4 認知症の初期段階では、家族や周囲がその変化に気付かないことがある。また、変化に慣れていき、医療に結び付くまでに時間を要し、気が付いたら相当に進行しており対象者・家族の生活が一変するケースも多い。</p> <p>地域や介護保険のサービスを活用することで、家族の負担を軽減し共倒れになることを防げる可能性が高くなるが、そのためにも早期に認知症の診断を受けることが肝要。認知症が進行した場合の対応等を具体的に考えるきっかけにもなり得るが、現状まだ困ったことがないと受診につながっておらず、前駆状態の本人・家族が相談出来る機関も少ないように感じる。</p> <p>認知症発症後もなるべくその人らしい生活を維持出来る期間を長く保つことが出来ればそれに越したことはないと思う。そのために、本人・家族が相談しやすい環境作りや、医療・介護の連携が必須と考える。</p>
--	--

①医療法人豊司会 新門司病院(福岡県北九州市)【書面のみ】

<p>Q1 社会資源との連携において重要な役割を担う職種とその職種の連携のあり方</p>	<p>A1 当院での地域連携の窓口は、地域生活連携支援室という部署が担っている。そこでは精神保健福祉士が繋ぎ役、調整役として業務している。医療機関側の多くは、ソーシャルワーカー（精神保健福祉士、医療ソーシャルワーカー）を窓口にして、地域の社会資源と連携を取っているのではないだろうか。</p> <p>連携業務を行う上で重要なことは、各機関が共通の目的に向かって連携していくことではないだろうか。対象者の方々のために最善を尽くすという共通した目的のもと、それぞれが対等な立場で連携することが必要ではないだろうか。また、お互いが出来る事と出来ない事を理解し、お互いの立場や役割を尊重し、お互いが補っていく姿勢が必要ではないだろうか。</p>
<p>Q2 認知症初期集中支援チームの設置場所、地域包括支援センターとの連携、課題等</p>	<p>A2 現在、当院単独でのアウトリーチ機能の取り組み行っていない。認知症初期集中支援チームへの参加はさせていただいているが、あくまで、地域包括支援センターが主体で依頼があった場合に参加している。</p> <p>医療機関の多くでは受診歴がない患者さんやそのご家族とは、医療機関側から関わりを持っていないのではないだろうか。その為、本人が受診や関りを拒否している場合は病院側から動くことは難しい。さらに、家族や親族がいない、いたとしても病院受診（特に精神科病院への受診）に対して否定的な場合はなおさらである。このような場合は、行政が中心となって関わってもらう必要がある。</p> <p>支援チームの設置場所としては、地域包括支援センターもしくは、総合病院で心療内科がある、国立、又は市立の病院内に設けることが望ましいのではないかと。精神科病院への受診に抵抗がある本人やご家族も、総合病院であれば受診しやすいのではないかと。受診後、入院治療が必要と判断された場合、精神科病院と連携し入院治療の調整を行えばよいのではないかと。また、経済面で支援が必要なケースの場合、行政の協力が必要ではないかと。</p>
<p>Q3 訪問看護、訪問診療など医療機関における地域へのアウトリーチ機能のあり方</p>	<p>A3 近年、訪問看護ステーションが多く立ち上がり活躍している。病状が安定されている方は、ステーションで問題ないが、病状が不安定な方にとっては、入院対応が可能な病院が行っている、訪問看護や訪問診療が安心できるだろう。そのような方々のためにも、医療機関が、地域へアウトリーチしていくことは、今後必要となってくるのではないかと。しかし、医療機関単独で、訪問看護や訪問診療を行い、地域で生活する患者さんを支援していくには限界がある。</p> <p>そのためにも、訪問看護ステーションや訪問診療に力を入れているクリニックが、対象者が急変時にすぐに入院対応してもらえる、医療機関と連携をとれるような連携をとる必要があるのではないかと。</p>

①社会医療法人二本松会 かみのやま病院（山形県上市市）【書面のみ】

<p>Q1 社会資源との連携において重要な役割を担う職種とその職種の連携のあり方</p>	<p>A1 医療機関と社会資源、双方とも窓口となる担当部署ないし担当者が明確になっていることが必要であると思います。 情報をやり取りするにしても、一貫性が保てるのと、普段からやりとりを重ねることでちょっとしたニュアンスの受け止め方の違いのようなものが解消されていくと思います。 職種としては、精神保健福祉士、社会福祉士といったソーシャルワーカーや生活相談員、他には相談支援専門員、介護支援専門員が適任であると考えます。</p>
<p>Q2 認知症初期集中支援チームの設置場所、地域包括支援センターとの連携、課題等</p>	<p>A2 チームの設置は単体で専従が望ましいですが、当院のように精神科単科の病院で取り組むとなると、各部署からの兼務となりがちです。 このことで、メリットとデメリット双方ありますが、あえて課題というか日頃困り感を感じる点としては、急な介入要請があった場合に業務の都合をつけて動けるチーム員の選定がスムーズにいかない場合があります。また、包括が相談情報をまとめてチームに依頼をくれるので楽である面と、情報の過不足感を感じる時と、両方あります。情報を共有するシートはあるのですが、もっと内容を精査する必要があるのかも知れませんが、なかなか着手できていないのが現状です。</p>
<p>Q3 訪問看護、訪問診療など医療機関における地域へのアウトリーチ機能のあり方</p>	<p>A3 利用者目線でみるとアウトリーチはとても利便性が良いので発展していくことが望ましいのではないのでしょうか。 その為の人材確保、報酬評価、業務の効率化（IT の活用）などが課題でしょうけども。</p>
<p>Q4 その他、認知症医療・介護地域連携についてのご意見</p>	<p>A4 介護保険の施行から20年余り経ち、医療と介護の連携はそれなりに確立されてきているように思います。今後はサービスの質向上や人材確保が課題になってきているように思えます。</p>

①医療法人桐葉会 木島病院(大阪府貝塚市)【書面のみ】

<p>Q1 社会資源との連携において重要な役割を担う職種とその職種の連携のあり方</p>	<p>A1 当院では相談窓口として、最初に精神保健福祉士が聞き取りを行い、院内・外への必要な調整を行っている為、重要な役割と認識しています。認知症高齢者へのアウトリーチ活動については、法人基本方針の一つである医療・介護・福祉を通じて『地域社会に貢献する』といった目的を実践する為、認知症初期集中支援チームの参画、活動、圏域保健所における精神保健福祉相談、地域にある数ヶ所の高齢者入所施設へ外来診療が困難である対象者への訪問診療を行っています。訪問診療導入時、精神保健福祉士が入所施設担当者や家族等より、対象者の情報収集し、担当医、外来看護師へ報告し、初診調整を行っています。以後各施設への訪問診療日の前に、精神保健福祉士により、入所施設の看護師や担当ケアマネジャーより、対象者の方の精神状態、身体状況や生活状況等を事前に確認し、担当医、看護師に伝達しています。また症状悪化時には、施設と連携し、入院対応が必要な場合、家族への説明など、スムーズに入院が対応出来るようにしています。精神科単科病院である為、入院中の高齢者が身体的問題を生じ、他科への転院、外来診療が必要となるケースも多く、普段より、病・病連携を行う為、一般科病院を中心に顔の見える関係づくりを重要と考え、各医療機関の地域医療連携室の担当者と緊密に連携し、診療機能に応じた紹介、逆紹介の医療連携を行っています。</p>
<p>Q2 認知症初期集中支援チームの設置場所、地域包括支援センターとの連携、課題等</p>	<p>A2 当院所在地である大阪府貝塚市福祉部高齢介護課よりの業務委託契約を受け、平成28年10月1日より、医師、看護師、精神保健福祉士にて認知症初期集中支援チームを編成しています。高齢介護課、地域包括支援センターが中心となり、市内にある4ヶ所の精神科病院でそれぞれ支援チームが編成されており、かかりつけ医、ケアマネジャー、民生委員等より、地域包括支援センターへ相談があれば、相談者等から希望の病院があれば優先しますが、基本的には順番に各病院の支援チームへ依頼が入ることになっています。支援開始以来、感覚的には、本事業を利用したの相談は少ないように感じています。先に申しあげましたように、貝塚市の人口約83,000人に対し、市内に4ヶ所の精神科病院があり、入院ベッドも約1,900床あるといった地域の特殊性があります。受診に繋ぐまで、受診拒否や介護拒否も含め、プロセスに時間が掛かる為、相談者それぞれが直接各医療機関へ依頼を行っている事も多いと考えられます。3ヶ所の地域包括支援センターがあり、直接、受診や入院相談を受けることもあります。本事業が開始され、数年が経過しております。行政側より広報誌やパンフレット等で啓発活動を行っておられますが、認知症初期集中支援チームの存在が地域においてどのくらい周知されているかは詳しく把握しておりません。市民が認知症について、正しい知識を持ち、初期の症状が出始めた時、どこに相談すれば必要な医療や介護を受けられるかを知ってもらうこと、医療機関の職員も含め、認知症の人に関わる支援者の対応力の向上を図る事が重要だと思えます。</p>

<p>Q3 訪問看護、訪問診療など医療機関における地域へのアウトリーチ機能のあり方</p>	<p>A3 近隣にある高齢者施設への訪問診療を行っており、訪問先より新たな利用希望者の相談も増えています。個人宅よりも新規訪問診療依頼がありますが、精神科救急などの受入も行っており、通常診療業務が多忙である為、現行では件数を増やせない状況にあります。今後、相談が増えていく事が予想される為、院内において、アウトリーチに携わるスタッフを増員し、マンパワーを充実させる必要があると考えます。地域において、対象者やその家族を含めた支援については、ニーズも多様化していますので、行政を含め、多職種による多機関の連携が必要だと思えます。高齢化社会が進み、高齢認知症の方も増加していく事が考えられます。精神科病院も地域との関わりを持つことにより、住民が持つ精神科病院へのイメージを閉鎖的なものではなく、身近なものに感じてもらえるよう地域への貢献活動等に取り組んでいかなければと思います。</p>
<p>Q4 その他、認知症医療・介護地域連携についてのご意見</p>	<p>A4 入院中の高齢者が身体的問題を生じ、他科への転院、外来診療を依頼する場合、認知症状等を理由に看護困難を想定され、相談がスムーズに行えないケースもあります。ここ数年では、コロナ患者の受入を優先しないといけない社会的背景も相談を困難としている理由として挙げられます。退院支援に関してですが、退院先として、グループホームやサービス付き高齢者向け住宅等が増えてきており、地域における各医療機関の診療機能を把握しておくこと、各介護施設の特色などを知っておき、連携を取っていくことが日々の相談業務の中で必要だと感じています。</p>

⑤社会福祉法人天心会 小阪病院(大阪府東大阪市)【書面のみ】

<p>Q1 社会資源との連携 において重要な役 割を担う職種とその 職種の連携のあり 方</p>	<p>A1 重要な役割を担う職種として、医療ソーシャルワーカー(当院では精神保健福祉士)が中心となっているが、訪問看護師も様々な地域課題の解決を担う役割を果たしています。 カンファレンスでは医師、看護師、精神保健福祉士以外の多職種もそれぞれ必要な情報や意見を出し、お互いできることや得意分野などを共有することでよりよい連携ができ、地域生活支援の組み立てに役立てることができると考えています。</p>
<p>Q2 認知症初期集中 支援チームの設置 場所、地域包括支 援センターとの連 携、課題等</p>	<p>A2 東大阪市では、3箇所に認知症初期集中支援チームが設置されており、当院も設置場所の一つとなり精神保健福祉士がアウトリーチ機能の1つを担っています。 地域包括支援センターとの連携については、相談の目的や情報が曖昧なまま相談があるとうまく連携が取れないことがあります。精神科が母体のチームとそうでないチームでは専門性や対応に違いがあると考えます。どのチームに相談しても同じように対応できることが望ましいと考えます。</p>
<p>Q3 訪問看護、訪問診 療など医療機関に おける地域へのア ウトリーチ機能のあり 方</p>	<p>A3 多職種専門職で構成されたアウトリーチチームを地域で設けて支援することで、医療面だけでなく生活面にも目を向けることができ、包括的な支援が提供できることが理想と考えています。</p>
<p>Q4 その他、認知症医 療・介護地域連携 についてのご意見</p>	<p>A4 高齢者施設、事業を運営する主体が多様化しており、情報を一元化するところがなく、インターネットで業者の情報が溢れている。何を基準に決めるのか、各施設が認知症の受け入れが可能なのか、わかりにくいものとなり連携が難しい事があります。</p>

①医療法人社団元気会 横浜病院(神奈川県横浜市)【書面のみ】

<p>Q1 社会資源との連携において重要な役割を担う職種とその職種の連携のあり方</p>	<p>A1 当院は療養病院であり、主に入院相談を受けることが多いため、窓口は医療連携室であり、医療ソーシャルワーカーが地域や社会資源との連携の役割を担っている。認知症のある高齢者の入院受け入れがメインのため、相談の中には対象外であるケースもある。そのような場合もそこで相談を終わらせずに、他の社会資源を紹介したり、必要であれば別の医療機関へ繋げたりすることもある。相談において課題やその家族が助けを求めている場合には、途切れさせず必要な窓口へ繋ぐことが必要だと考える。</p>
<p>Q2 認知症初期集中支援チームの設置場所、地域包括支援センターとの連携、課題等</p>	<p>A2 市の認知症初期集中支援チームは医療機関に置くことが決まっている。そのため自身の病院も含めて医療機関に繋ぎやすく、医療者の意見が取り入れられるメリットがある一方で、対象者と実際に関わるヘルパーとの相性が合わないことやデイサービスへの拒否が出てきた際の調整などの介護の問題はケアマネジャーと地域包括支援センターが対応するため、正確に情報共有が行われないとケースの全容がつかめないことがある。情報共有の課題は関わる関係者全てにおいて言えることではあるが、タイムラグがあったり、新たな情報が入らなったりなど、また中心となっている相談窓口や役割分担が不明瞭になる課題が挙げられる。</p>
<p>Q3 訪問看護、訪問診療など医療機関における地域へのアウトリーチ機能のあり方</p>	<p>A3 訪問看護、訪問診療については、数回の訪問等で途切れてしまうことがある。訪問しての効果が得られないことや家族が訪問を拒否するなどの理由があるが、精神科のアウトリーチ機能として考えた場合、訪問看護や訪問診療の社会資源をどのように活用すべきかを関係機関でもっと綿密に話し合うべきかと思う。医療者と介護者の意見が異なる場合もあるため、チームとして対応する意識を関係者で持ち、ある程度長期間関わられるようにし、定期的に話し合いの場を持つ必要がある。それにより、医療者の後押しを受けた介護者が動きやすくなり、必要な決断や介入すべきポイントなどを見落とさずに対応できるのではないかと思う。</p>

2.2 ヒアリング調査における補足・質疑内容の整理

【第1回ヒアリング調査 令和5年1月18日実施】

④医療法人恵生会 南浜病院（新潟県新潟市）

釜江委員	<p>Q1 病院に認知症初期集中支援チームが設置されてから、認知症の方に対するアウトリーチの件数が、新たに行われた、増えたといった傾向はあるか。</p> <p>Q2 認知症初期集中支援チームの委託を受けたことで、病院としても新しく依頼があった方に積極的にアウトリーチしていこうとなったのか。</p>
南浜病院	<p>A1 設置されて以降、かかりつけの方に対するアウトリーチの件数は変わっていないと思う。認知症初期集中支援チームを設置することによって、病院としてアウトリーチをしていく件数が増えたわけではないが、そういう機会は多くなったと思っている。そういったことをしていることを職員が認識していることも大事だと考えている。</p> <p>A2 アウトリーチを積極的にしていくまでにはいっていないと思うが、認知症に対する支援を積極的にしていかなければいけないという感じにはなっているかと思う。</p>
千葉委員	<p>Q 訪問看護と訪問診療をしていて、訪問看護ステーションが3つということだが、何人ぐらいの体制で、どのような職種の方が訪問しているか。また、訪問診療は月にどれぐらいの件数か。</p>
南浜病院	<p>A 訪問看護は3つステーションがあるが、いずれも看護師が5～6名の配置になっており、職種は看護師のみである。件数はばらばらで、今情報がない。</p> <p>病院からの訪問看護は、退院前訪問以外はしていない状況である。訪問診療は月に数件、5～6名になっている。</p>
土屋委員	<p>Q1 アウトリーチ的な活動は認知症初期集中支援チームの活動が中心になるか。</p> <p>Q2 精神保健福祉士が集まって1つの部署をつくっているのか、それともいろいろなどころに分散して入院関連のことをやったりアウトリーチのことをやったりしているのか。</p> <p>Q3 病棟担当の方は退院支援にも関わっていくということか。</p> <p>Q4 相談室は精神保健福祉士以外にもいろいろな職種が集まってできている部署か。</p>
南浜病院	<p>A1 かつてはアウトリーチの部門があったが、現在はないので、外に出向くのは、認知症初期集中支援チームか、医療相談室で2～3件という程度である。</p> <p>A2 医療相談室にいる者と救急病棟に専属の者と急性期治療病棟の担当の者がそれぞれいて、3つに分散している形である。</p> <p>A3 基本は、病棟担当の者が退院支援に関わって、例えば介護であればケアマネジャーや介護事業所と調整したり、自宅に戻る方で自宅の環境調整が必要な場合は、医師の指示に基づいて退院前の訪問に看護師と一緒に訪問する形になっている。</p> <p>A4 医療相談室は精神保健福祉士のみになる。</p>



高森委員	<p>Q1 病院は老人病床がないが、認知症あるいは高齢者の精神疾患の患者の比率はどのくらいか。</p> <p>Q2 病院所在の地区の高齢化率はどのくらいか。</p>
南浜病院	<p>A1 比率であるが、最近では認知症の行動・心理症状の方が非常に多いと感じている。最近ご依頼いただく方はほとんどが認知症の行動・心理症状の方で、認知症の病棟はないが、急性期の病棟や救急の病棟で対応している。比率は半分より多いかと思う。</p> <p>A2 高齢化率は30%近いと思う。</p>
吉永委員	<p>Q アウトリーチをすると入口のところはきっとスムーズになるのだろうが、アウトリーチをしたことによる出口のところとか、スムーズな循環型の流れについてはどうか。</p>
南浜病院	<p>A そこは差があると感じている。退院支援をしていて、事業所や介護支援専門員の考えが大分反映されるかなと思う。「病院に入られたので、あとはよろしくお願いします」「もう地域ではないので、手を引きます」という場合もあり、その難しさがある。入院をしている間もつながっていくことが大事かと思っている。</p>

⑥JA 三重厚生連 鈴鹿厚生病院（三重県鈴鹿市）

淵野委員長	Q 回答中、「基幹型地域包括」や「基幹型初期集中」という言葉があったが、それは独自の考え方か。
鈴鹿厚生病院	A 基幹型という考え方はもしかすると鈴鹿や亀山の圏域のものかもしれない。最近厚生労働省も言うような「包括的な」というよりも「重層的な」というところを捉えているのではないか。その意味合いで、最前列に地域包括があり、その相談機関としての基幹型があるというような、重層的なところを目指しているのではないか。
釜江委員	Q1 精神保健福祉士を各地域包括に担当制で置いているのはとてもすばらしいと思ったが、精神保健福祉士の地域包括との同行訪問も、ほとんどボランティアという形で、地域包括ケアシステムのために病院独自でそういう形で頑張っていると捉えていいか。 Q2 実際同行される職種は、精神保健福祉士が多いのか、場合によっては看護師か。
鈴鹿厚生病院	A1 同行訪問に関しても、地域包括ケアシステムをつくらうというよりも、後づけでそういうものができていったらいいという感じである。同行訪問に関してももちろん点数はつかないし、退院後の病院が行く訪問なども、地域移行定着がしっかりできるまで、点数が取れなくてもいいから訪問をするというところで活動している。うまく点数が取れたらいい。 A2 構成として、地域連携室というのがあり、精神保健福祉士が6名いる。そして、地域支援室をつくった。地域支援室は、看護師3名、作業療法士1名、精神保健福祉士1名、事務員1名、ピアサポーター1名で、1つの多職種チームとして今やっている。
千葉委員	Q1 認知症初期集中支援チームは、鈴鹿市と亀山市の精神科の医師は、誰が医師として参加しているのか。 Q2 訪問看護は、独立型の訪問看護ステーションはなく、病院からの訪問看護になるか。 Q3 今後、訪問診療などもアウトリーチの中で展開していきたいと考えているか。
鈴鹿厚生病院	A1 認知症初期集中支援チームに関しては、クリニックの認知症サポート医がそのチームに2名ずつついている構成になっている。精神科医はそこの中に1名だけである。 A2 訪問看護ステーションは、法人というわけではないが、院内の訪問看護ステーションがあり、そこは別に訪問も行っている。 A3 アウトリーチ活動の中で訪問診療なども展開していきたいと考えている。
土屋委員	Q 入院が必要な認知症のケースに関して、精神科病院なのか、あるいは他の医療機関かという話があったが、例えば BPSD が目立てば精神科で、そうでなければ神経内科の病院とか、何か認知症の状態によって入院先を使い分けるようなことか。
鈴鹿厚生病院	A 厚労省が数年前に、精神科が診なくてはならないような認知症の状態像を示すということをやっていたが、結局まだ示せずにいるのが現状だと思う。ある程度一定のラインが示されれば、そこに合わせてアセスメントしていけばいいが、そこを示されていないので、現状や今の時代背景に合わせたような形で行っている。地域ではこれ以上は限界だということと、精神科病院にいる医師、看護師、他のスタッフが見る、まだ地域で大丈夫なのではないかという認識のずれが生じており、病院スタッフと地域の福祉関係者と、少しずつその辺りのずれを解消しているところで、何か線引きをつくらうといったものではないとご理解していただければと思う。

<p>渚野委員長</p>	<p>Q1 精神障害者アウトリーチ推進事業は、たまたま認知症の方も入れたということか。  Q2 認知症に対する地域の雰囲気はどうか。精神科病院や精神医療に認知症を診てもらって行くのだという流れはどのように感じるか。</p>
<p>鈴鹿厚生病院</p>	<p>A1 事業は、主に統合失調症、気分障害圏の辺りの治療中断・未受診の方を医療に結びつけるところが大きく目的とされていたものである。その中に認知症の BPSD も入っていたので、そこにも対応していたというのが現在である。  A2 高齢者で認知症での入院は近年非常に多くなっている。</p>

©医療法人財団正清会 三陸病院(岩手県宮古市)

吉永委員	<p>Q1 地域包括支援センターと認知症初期集中支援会議を開催しているというのは、どういう経緯か。</p> <p>Q2 医療または地域というのがあったが、医療というのは、地域のクリニックも含めての「医療」ということで、地域というのは言い換えると「介護」ということか。(例えば既にクリニックで抗認知症薬をいくつか飲んでいて、さらに病院という医療にかかるのか、まだその時期ではということと話しているようなイメージか)</p>
三陸病院	<p>A1 市には単科の精神科が当院を含め 2 病院ある。市と隣接している町村が 3 つあるが、市はもう 1 つの病院が対応し、自院が 3 町村の対応をしている。市町村から依頼があり病院で受けるような形になったが、4 年ぐらい前から始まっている形である。去年までは、市の包括職員が月 1 回来院して相談対応を受ける形だったが、今年は 3 町村の対応となっている。</p> <p>A2 介護やほかのクリニック、内科や、精神科までかからなくていいというような、これは認知症状ではないかといろいろなことを問題として挙げていらっしゃるが、当院からすると、そこまでではなくて、もう少し様子を見たほうがいいのかと。かかりつけの病院があるのであれば、そこでもう少し様子を見ていってもいいのではないか、クリニックで出されている認知症に対応する薬でもまだ十分いけるのではないかとこの判断がつかなくて相談されるケースに対して、介護サービスや近医でよいのではないかとということで話すという意味である。</p>
淵野委員長	<p>Q1 認知症は精神科の病院に最初から行くのではなくて、ある程度症状が強くないと行ってはいけないところというようなニュアンスが地域にはあるのか。</p> <p>Q2 かなり進行して(症状が強くなって)精神科に来た後はどうするか。入院後はどうか。</p>
三陸病院	<p>A1 家族からの強い要望があればもちろん受けるが、まだどちらなのかということだと、もう少し様子を見ていいのではないかと場合がある。</p> <p>A2 受診につなげるように努力している。入院後は、入院と同時に退院という発想から、入院時に退院先の方向性を、家族や相談される包括、ケアマネジャーと話し、まだ施設を申し込んでいなかったり、そもそも介護の申請をしていないときには、介護の申請をしていただきに、ずっと入院ということではなくて、いずれはサービスを使って自宅ないし施設で生活していただけるような支援を最初から行っている。</p>

【全体】

高森委員	Q 地域で報酬等関係なく努力されている中で、精神科の病院が認知症や高齢者のこれから増えてくるものに対して、どうやったら地域で役に立つか。
南浜病院	A 精神科病院が地域で役立つためには、今はコロナ禍ということもあって、地域に出ていくとか、病院として何か機会を設けてというのがなかなか難しいところがある。コロナ前は、地域の自治会とか、要請を受けてということにはなるが、市民向けの講座とか、そういうものに参加させていただいていた。 精神科はどうしてもまだまだ敷居が高い、「精神科に」というと抵抗感のあるご家族様がまだまだ多いので、こちらから敷居を下げていく取組をコロナが明けたらできればと思っている。
鈴鹿厚生病院	A 地域で何らかの問題行動等が起こったら、精神科病院に入院してもらおうということで、そこで外科的な治療というか、外科的に困ったところを取り除いてしまえという安易な考えがまだまだある。精神科の医療は便利使いになってもよくないと思っている。しかしながら、地域に必要というところ、ニーズとしてはそういうものをまだまだ求められる。 もう一点、精神科医療の敷居の高さもまだまだ感じるころではある。精神科医療に非常に万能感を持っている方が多いと感じている。精神科に入ったら何でも何とかなると思っていて、実のところ精神科医療は本当に無力なのだということを一生懸命地域の方々に分かってもらえるようにアナウンスしているということが現状である。まず精神科医療というものを地域の方に分かってもらい、精神科医療に対するちょっとした見たいなものを解消しながら、どのように使ってもらえるだろうかということで、たくさんメニューを増やすということをしていかなければならないのかと思っている。
三陸病院	A 精神科の地域での役割について、最終的にはお困りの方々が来るのを待つのではなく、これから高齢化が進むし、人口もどんどん減少していくので、こちらから支援できる環境づくりを行っていく、出向くということをやっていくことで、病院も地域で役に立っていけるのではないかと。ただ来るのを待つだけではないという考え方を持っていたほうがいいのかと思う。

【第2回ヒアリング調査 令和5年2月1日実施】

①医療法人啓正会 酒井病院(熊本県天草市)

<p>渌野委員長</p>	<p>Q 情報共有については一番大事なことだが、なかなかそれができない。医療は医療機関のものでカルテにいろいろ書くが、介護は介護の人たちのデータに載せている。それを共有する何かよい方法はあるか。</p>
<p>酒井病院</p>	<p>A 入院等も含めて医療が必要な方の場合は、状況に応じてドクターと相談してこちらから往診に行ったり、そのまま入院したり。基本的には、地域で訪問診療をしている医療機関はいっぱいあるので、当院で対応できない場合はそちらをご紹介して訪問診療をしていただいたり、そういう対応をさせていただいたことは今まである。</p>
<p>渌野委員長</p>	<p>Q その医療機関との関係性はどのようなものか。</p>
<p>酒井病院</p>	<p>A 患者のやり取りをすることが多い医療機関のため、相談員同士であったり、医師同士でもつながっており、当院の医師が先方に直接連絡してということもあった。</p>
<p>千葉委員</p>	<p>Q 認知症初期集中支援チームとの連携や関係について、もう少し詳しく教えていただけないか。</p>
<p>酒井病院</p>	<p>A 認知症初期集中支援チームとの連携は、地域包括支援センターも含めたところで、例えば受診が必要な高齢者の場合、そちらの担当者から直接、受診や入院の受入れの相談を受けることはある。関わりはその程度であり連携というのではない。</p>
<p>千葉委員</p>	<p>Q1 地域的には地域包括支援センターにチームが設置されているということになるのか。 Q2 地域包括支援センターと認知症のチームが一緒になって、病院と連携されているようなイメージか。</p>
<p>酒井病院</p>	<p>A1 地域包括支援センターの認知症対応の方が入っている。 A2 そのようになっている。</p>

©医療法人恒昭会 藍野花園病院(大阪府茨木市)

<p>湊野委員長</p>	<p>Q 病院のファーストタッチはどのようなことをしているか。</p>
<p>藍野花園病院</p>	<p>A 市内で病院や市役所、保健所、事業所のグループ会議のようなものがあり、往診を始めたという紹介の中で、「往診してほしい人がいるけれども、一緒にやってくれないか」というのがスタートで始まった。地域包括を介して往診に行くというのは、今のところはまだない。 今後、コロナの状況を見守りながら、やっていく必要がある分野ではないかと思っており、市内の全ての地域包括支援センターに行って、どれぐらいの需要があるのかを聞いてみようかと思っている。数に応じて、再度高齢者に向けていくものを一つ検討している段階である。</p>
<p>湊野委員長</p>	<p>Q 人権の問題などいろいろあり、介護では、訪問するときに家族の同意を取るが、一番は本人の同意なくしては行ってはいけないようなルールが介護保険でもある。認知症の人などは特に難しいがどうか。</p>
<p>藍野花園病院</p>	<p>A 難しい部分であるので、進めるにしても慎重に、保健所の話聞きながらやらなければいけないと、当時から話されていた問題であった。</p>
<p>千葉委員</p>	<p>Q 認知症の高齢者の方に訪問診療をする場合、どのような診療内容というか、精神的な評価だけになるか。それとも、身体的な評価も含めた総合的な訪問診療という形になるか。</p>
<p>藍野花園病院</p>	<p>A 医療につながっていない認知症患者や、病院には行かないという患者に対して向けるものとする。体を診るというよりも、精神科的に一度見せてもらって、長谷川式をやったりしながら、やはりこの人は認知症だなという確定診断をつけて、入院の提案をするとか、そういったもので考えている。</p>
<p>釜江委員</p>	<p>Q1 認知症初期集中支援チームとはあまり関わりがないとのことだが、市ではチームはどこに設置されているのか。 Q2 チーム員に藍野花園病院の医師がなっていることもないか。</p>
<p>藍野花園病院</p>	<p>A1 市は市役所に設置されている。市役所についているのはすごく珍しいということを市役所も言っている。入院の相談があるとか、受診の相談があるという関わりがあまりないというのが実際である。逆に、当院医師がもともと京都にいたので、京都の認知症初期集中支援チームから入院の相談を受けることはよくある。 A2 なっていない。</p>
<p>土屋委員</p>	<p>Q 訪問診療で認知症患者をアウトリーチで支えていくとなると、休日・夜間とか、往々にしてそういうときに何か大きいトラブルが起こりやすい。それをアウトリーチで病院から外部に出て、患者の居宅で対応していかなければいけない場面が出てくると思うが、その辺の対応は病院の体制としていかがか。</p>
<p>藍野花園病院</p>	<p>A 救急をやっておらず、体制に関しては非常に弱さがあるのが実情である。実際にアウトリーチにかかる話が病院の中で具体的に行われているわけではない。将来的にこういうことをやれたらいいのではないかという、本当に初期の段階の話だけで、具体的にあまり考えられてはいない。</p>

①医療法人生生会 松蔭病院(愛知県名古屋市)

高森委員	<p>Q1 法人内の認知症疾患医療センターの指定ある病院は、一般科も併設している病院ということか。BPSD がひどい場合は貴院(単科精神科病院)で治療するのか、そうではなく、いわゆる鑑別診断や、地域との連携、あるいはいろいろな啓発活動や認知症の対応に関しては、認知症疾患医療センターというように分かれているのか。</p> <p>Q2 地方の病院だと、身体合併とか、ある種、終末期とかも全部単科精神科病院で診ざるを得ない状況もあるが、身体疾患の治療が主な場合とか、BPSD が主な場合とで、2 つで使い分けているということか。</p>
松蔭病院	<p>A1 道路を挟んですぐ隣りに、まつかげシニアホスピタルというところがあり、そちらが認知症疾患医療センターになっている。そちらで鑑別診断などをする。入院環境もあるので入院もできることはできる。</p> <p>ただ、BPSD がひどくなってくると当院のほうで対応する。まつかげシニアホスピタルは内科などほかの科も併設されているので、身体の面でも対応ができる状況である。</p> <p>A2 その通りである。</p>
湊野委員長	<p>Q1 認知症疾患医療センターに相談に来るような人は軽い方が多いと感じるか。</p> <p>Q2 BPSD がちょっと激しいタイプは、貴院がみるケースが多いのか。</p> <p>Q3 なかなか退院できない状況で、寝ついたり、車椅子になったりすることが多いと思うが、そういう方々もずっと診ているのか。それとも、一旦、介護施設に出いただくのか。</p> <p>Q4 3か月ぐらいでも退院できなくて、だんだん体が悪くなって長くなった人はどうするか。</p>
松蔭病院	<p>A1 認知症の診断ある場合は、一度シニアホスピタル(疾患医療センター)で相談を受けてもらい、振り分けをしてもらっている状況である。</p> <p>A2 その場合は、直にこちらで診察させていただく形になっている。</p> <p>A3 施設移行を目指せるならば、できれば3か月以内に退院を目指せるように一応努力はしている。ただ、どうしても在院日数が長くなってしまう方もいる。</p> <p>A4 診られる範囲で診させていただくが、難しくなると、シニアホスピタルに内科があるので、そちらに転院していただく。</p>
武田委員	<p>Q1 地域生活支援室という医療・介護連携における貴院の入口・出口機能において、精神保健福祉士だけであると、いろいろな連携をしていくにあたって、医療や介護にどういう形で連携を取っていくのか。</p> <p>Q2 担当の医師というのは一人でやられているのか。それとも持ち回りか。</p>
松蔭病院	<p>A1 ファーストタッチは地域生活支援室の精神保健福祉士が話を聞き、医療的な部分で確認しなければいけないとなった場合は、担当の医師が決まっているので、どういった判断をすべきかというのを確認した上で対応させていただくようにしている。</p> <p>A2 担当の医師は 1 名、代表の先生が決まっている。対応が難しい場合は、当日の新患担当の医師につなぐ。</p>



⑧医療法人社団淵野会 淵野病院(大分県大分市)

<p>淵野委員長</p>	<p>Q 認知症の場合、家族が困っている、なかなか連れていけない、どうしようと言われてきたときに、何とか家族で連れてきてほしいとか、行政や地域包括と一緒に連れてきてほしいと言ってもなかなか来られない。貴院はどうしているか。</p>
<p>淵野病院</p>	<p>A 同居の家族と一緒に連れてくるのが難しい場合は、近所や親戚の方とかに手伝ってもらって、何とか連れてきていただければというご案内をしている。</p>
<p>千葉委員</p>	<p>Q1 今のようなケースは、認知症初期集中支援チームの方が一部介入して連れてくるケースはあるが、貴院ではそこら辺はどうなっているのか。 Q2 認知症初期集中支援チームは、どのような患者を対象としているのか。</p>
<p>淵野病院</p>	<p>A1 今までは認知症初期集中支援チームからの相談とか、連れてこられたことはあまりなく、どちらかというと、暴力行為とか迷惑行為とかがあって、警察の方の援助をいただいて連れてきたり、あとは、行政の生活保護の担当の方と一緒に来られたことがあった。 A2 相談があって、その後に関わっていることが分かったケースはあるが、基本的に、こちらの地域のほうでは、認知症初期集中支援チームということで、認知症の初期段階の方に対して、行政、一般科の先生が含まれて対応している形になっているのかなと思う。</p>

【全体】

土屋委員	<p>Q 地域で生活している認知症の方をアウトリーチで支えるというのは、入院体制を持っている病院がやっているアウトリーチ事業にアドバンテージがあるかと思っているが、単独でやっている訪問看護ステーションとの連携でそういうことを感じることはあるか。</p>
酒井病院	<p>A 訪問看護ステーション単独でされているところも結構ある。当院も訪問看護を持っているが、単独でされている事業所との連携に関しては、例えば訪問看護報告書は毎月事業所から持ってこられるので、それについて医師と相談したり、指示書更新も半年に1回ぐらいやっている。それから、患者本人も診察に来るので、問題があれば、医師から相談員のほうに話があり、訪問看護ステーションの事業所と直接連携を取ったり、ケアマネジャーがついている場合は、ケアマネジャーを介して情報を取ったり、そういったやり方である。どうしても訪問看護をされている方のほうが医療機関に比べて、アウトリーチにより、在宅での本人の変化に最初に気づかれることが多いので、まめに情報は伝えてもらうようお願いしている。</p>
藍野花園病院	<p>A 法人の中に訪問看護があり、医療と介護、両方で訪問を行っている。日頃から、その方々の精神症状の何か特記があるときは連携を行っており、早期的な治療につなげやすいという実感は得ている。</p> <p>入院施設を持たない訪問看護に依頼することのほうが多いという印象がある。当院は救急をやっていないので、夜間訪問に行ってくださいったときも、すぐに入院の受入れ等ができないというところで問題が生じているが、なるべく次の日に入院を取ったり、地域の訪問看護に行ってもらい、協力しながら連携していくことを心がけている。</p>
松蔭病院	<p>A 当院は、訪看とか往診をお願いするにあたって、ケアマネジャーが入っていることが多いので、ケアマネジャーを通じて連携を図るという形が多い。緊急時に関しては、往診のそちらの事務員さんから緊急で連絡が入ることが多いと思うが、日常に関してはケアマネジャーから連絡が入ることが多いという印象である。</p>
渕野病院	<p>A 確かに入院施設があるところが訪問看護とか往診をしたほうが、入院対象の方とか通院で大丈夫な方の振り分けはしやすいと思う。当院も精神科の医療の訪問看護をしている。連携するところとして、介護保険で訪問看護をしているところや、一般科のクリニックや内科が往診に行っているところから、施設や在宅で難しいので入院治療でお願いできないかという依頼も結構ある。そのときは医師同士で話したり情報を得て、状態が落ち着いたら施設に戻るとか、受入れのときと退院のときの連携がしっかりしていれば、入院施設がないところでも大丈夫なのかなと思う。</p>

<p>渚野委員長</p>	<p>Q アンケート調査の結果を見ても、精神科病院は昔からアウトリーチ的関わりというの      多い。それは精神科の役目として思っているわけで、連携というか、いわゆる精神療法      とかいろいろなことで関わりを持って、長く患者を診ていくことにとでも慣れている。アウト      リーチもしっかりやっていることは、アンケート結果から今回も出てきた。認知症疾患医      療センターに限らず、センターを持っていない精神科病院もしっかりアウトリーチをやっ      ているという結果である。その辺、印象としてはどうか。</p>
<p>酒井病院</p>	<p>A 精神科の病院というのは歴史が長い病院が多い。当院もそうである。今の時代よりも前      は、例えば収容があったら皆で行っていたり、病院から直接患者さんを迎えに行ったり。      今はたしかに警察のほうにお願いすることも多いが、精神科病院さんは結構長いと      ころが多いと思うので、そういう昔の時代から考えても、アウトリーチというか、病院から      出向いて患者さんのところに行くような関わりは、歴史的に見て精神科は多かったのな      と思う。</p>
<p>藍野花園病院</p>	<p>A 認知症疾患医療センターでなくてもできている部分はもちろんあると思う。当院は 3 か      月で絶対に退院してくださいという病院ではなく、療養目的で入院される方も少なから      ずいらっしゃる。      地域に帰られる方等は、ケアマネジャーと協働しながら、介護連携指導料の算定や、地      域の方を交えてカンファレンスをして、退院に向けた患者さんの支援を積極的にしてい      る。普段から、患者が戻ったときに、入院中の様子を関係機関にカンファレンス等を通      じてやったりしながら、個人個人を支援しているので、いい支援、それなりに地域貢献      はできているという認識でいる。</p>
<p>松蔭病院</p>	<p>A 精神科ならではというか、地域でいかに長く生活していただけるのかを考えて支援して      いくのが仕事と思う。関わりについては、慣れているというか、皆そうしなければならない      というか、そうしたいという感じで仕事していると思っている。</p>
<p>渚野病院</p>	<p>A 当院は認知症疾患センターではないが、病院に直接認知症の診断希望とか入院希望      とかで連絡がある。本人の状態に合わせて、退院した後も認知症デイケアに通ってい      ただいたり、介護のデイケアとかサービスと併用しながら在宅で生活されている方もいら      っしゃるし、行動・心理症状が出てきて、ちょっと在宅では難しい期間だけ入院されて、      また退院して在宅でという方もいらっしゃる。本人の状態に合わせて、結果的に長く支      援していつている形になっている。</p>

### 3 ヒアリング調査考察

---

各本来であれば、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 8 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、前掲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。

今回は調査の対象が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(精神病床を有する病院)であることが特筆すべき点である。認知症疾患医療センターの指定のない精神科病院でも認知症診療・介護地域連携においてアウトリーチの重要性を強く感じており、様々な形で実践している病院もあることが明らかになった。4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) 医療機関と地域の社会資源との連携をとる場合、重要な役割を担う職種と、その職種の連携はどのようにあるべきか

精神科病院において認知症性疾患においても他の精神疾患と同様に、連携の重要な役割を担うのが精神保健福祉士であることは共通であった。認知症高齢者を支えるために必要な連携先や必要な社会資源は、行政や介護保険事業所、NPO、地域住民などフォーマルからインフォーマルなものまで幅広い。そのため、それぞれの社会資源の特性や考え方の違いを十分に理解する必要がある。それを最も得意とする職種が精神保健福祉士ということになる。

しかし、認知症高齢者は身体疾患を併せ持っていることが多く、連携を取るにあたり身体状況のアセスメントは不可欠である。また、神経難病などにより認知症になる事例もある。そのため、身体の状態を適切に評価し報告できる看護師の役割が、若年の精神疾患患者に比べてもなお一層重要になると考える。

#### (2) 認知症初期集中支援チームの設置場所、地域包括支援との連携、課題等は何か

認知症初期集中支援チーム(以下チーム)の設置場所の大半は地域包括支援センターと認知症疾患医療センターである。そのため、認知症疾患医療センターの指定のない今回の調査対象病院に、チームが設置されていることは稀であると推測される。しかし、ヒアリングを行った病院の中にはチームが設置されている医療機関も複数あった。

チームが置かれている病院では、精神保健福祉士や看護師がチーム員としてアウトリーチしていることが明らかになった。また、チームが設置されていない病院でもチームを支援する目的で、精神科病院の多職種がアドバイザーとして参画したりしていた。これらの背景には、チームに寄せられる相談が単に認知症の初期の事例だけでなく、対応困難事例であることが多いことがあると思われる。困難事例の中には、認知症の BPSD が非常に激しく精神科による専門的な治療が必要な事例、一見認知症のように見えるが、実際は他の精神科疾患である可能性が高い事例、家族が精神疾患であり適切なケアに至っていない事例などが多く含まれることが既に報告さ

れている。そのような困難事例に対してのチームからの依頼に、精神科病院として積極的に対応していることが聞き取れた。逆に考えれば、認知症疾患医療センターに指定されていなくとも、認知症高齢者に関する地域からの依頼に応えることが精神科病院には求められていると言える。

地域包括支援センターと連携については、やはり精神症状悪化時の入院相談が中心である。しかし、ヒアリングを行った病院の中には地域連携室に各地域包括支援センターの担当者制を敷いたり、月に1回地域包括支援センターとセンターが担当する困難事例に関する会議を行ったりしている機関もあった。ヒアリングからは、認知症高齢者が精神科病院へ入院が必要になる前から継続して見守っている地域包括支援センターに対して、適宜必要な後方支援を、精神科病院が担うことが重要であると考えられた。

### (3) 訪問看護、訪問診療など医療機関における地域へのアウトリーチ機能はどうあるべきか

ヒアリングを行った病院はいずれも、地域の認知症患者への訪問看護、訪問診療などのアウトリーチの重要性を感じていた。その背景には高齢化と単身世帯の増加により、身近に医療に繋げる支援者がいない高齢者が増加していることが挙げられる。そのことは認知症に早期に気づき、早期に適切なケアに繋げることへの障壁になっているからである。認知症患者へのアウトリーチはそれらの障壁の解決につながると考えられる。

しかしながら、重要性は認識されているにもかかわらず実際は訪問看護、訪問診療の積極的な参画までには至っていない状況が報告された。その理由としては、人員の確保が困難であったり、診療報酬上の問題も挙げられた。特に、認知症での訪問看護は介護保険優先であり、指定難病等を除いては自立支援医療での訪問看護が認められない場合も多く、そのことは精神科病院の認知症患者への訪問看護によるアウトリーチの障壁になっていると考えられた。

### (4) その他認知症医療・介護地域連携についてご意見

ヒアリングを行ったのは入院治療を担う精神科病院である。しかし、どの病院からも入院より前の段階、予防的な時期、認知症の初期の時期から、地域包括ケアシステムの構築の中で、その一翼を担う地域の医療機関として関わっていききたいという希望が聞かれた。訪問看護や訪問診療という医療提供というアウトリーチだけでなく、これまで長年にわたり、精神科病院において他の精神疾患で培われてきた生活の場の支援を多職種で行うことができればなおよい。

ヒアリングを行った各病院の独自の取り組みからは、精神科病院の種々の職種が、地域包括ケアシステムを構築するための地域のネットワーク作りのために地域の様々な場面に出かけいくのも、形を変えたアウトリーチと考えられた。

#### IV 認知症診療・介護地域連携の促進・充実のためのリーフレット作成

事業においては、成果物のひとつとしてリーフレットを作成した。

実態調査において報告された事例や、調査対象病院からのヒアリングの内容を踏まえながら、リーフレットの掲載内容について検討を進めた。

精神科病院と地域の医療・介護資源が連携することのメリットを伝えるべく、精神科病院が持つ機能の代表的なものである地域連携の事例について、実態調査において収集した連携事例を活用して掲載することとした。

併せて配付対象や配付先についても検討し、当初の想定通り、全国の自治体や地域包括支援センター等への配付することとした。

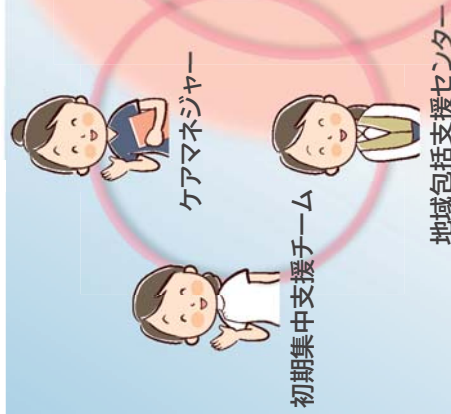
# 認知症の方の様々なニーズにお応えします

## 通院治療を通じて在宅生活を支援します

◎外来(通院)での認知症治療を通じて、認知症の人の在宅や施設における日常生活を支援しています。

### 【在宅で受けられる主な医療サービス】

- ①認知症デイケア:利用目的に応じた専門的なプログラムがあり、在宅で規則正しい生活を続けながら、認知症の進行予防が期待できます。
- ②精神科訪問看護:通院治療が困難な方のための訪問サービスです。経験豊富な看護師や精神保健福祉士等の専門職がご自宅を訪問し、相談支援、健康管理、病状確認、生活指導、服薬指導などを行います。



**精神保健福祉士は地域との窓口です。**  
地域包括支援センターや、行政からのご相談に応じて地域のカンファレンスにも出席します。  
どうぞ気軽に声がけください！

### 【連携のメリット】

- ①地域の医療・介護施設、事業者と精神科病院が連携することで、在宅で生活されている認知症の方への多面的なサポートが可能になります。
- ②退院患者さまへのカンファレンスに、精神科病院からの継続的な関わりが得られることで、もしも認知症が進行してもスムーズな治療が受けられます。

## 仮に入院したとしても、退院後の地域での生活を支援します

◎入院中より地域の社会資源と連携しながら、早期の退院に向けた支援、地域で安心して暮らせる生活支援を継続的に行っています。

精神科病院による認知症の方への  
支援事例を提示

【年齢】 90歳代  
【性別】 男性  
【主病名】 レビー小体型認知症

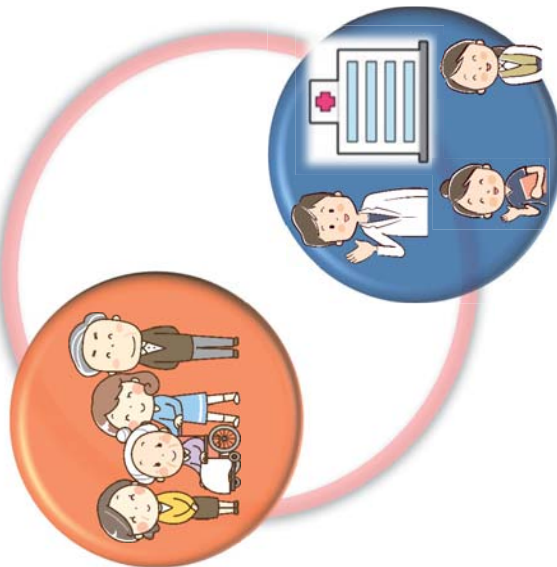
地域包括支援センター（以下、センター）から相談の後、ご家族が同伴され精神科病院を受診し、外来治療が始まる。  
ご家族からの希望により、通院治療と併行して、介護サービスの利用も進める。センターの担当ケアマネジャーと精神科病院の精神保健福祉士が連絡を取り、介護保険によるデイサービスの利用が開始される。週1回のデイサービスと併行し、状態確認や服薬指導の目的で精神科訪問看護も開始した。センターのケアマネジャーと精神科病院の連携は継続しており、現在も電話や書面で情報提供が行われている。

【年齢】 80歳代  
【性別】 女性  
【主病名】 アルツハイマー型認知症

入院1ヶ月頃、医師からご家族へ病状の説明、退院に向けた調整を開始する。精神科病院から地域包括支援センター（以下、センター）へ連絡し、協力を依頼する。  
担当するケアマネジャーが決まり、精神科病院の精神保健福祉士が退院前訪問看護を実施し、患者の生活状況を確認した上でご家族と相談し、受け入れに向けた準備を開始する。  
精神科病院にてケア会議（担当者会議）を実施、ご家族を交え、センターのスタッフと病院の医師、看護師、デイケアスタッフ、精神保健福祉士らが顔を合わせ、検討する。精神保健福祉士が自宅を訪問、退院後の受け入れ体制と家族の不安や心配事について話し合う。  
退院後には病院で実施している認知症デイケアを開始。同時に介護保険によるデイサービスを併用している。

精神科病院の  
地域連携の取り組みを  
ご紹介ですか

認知症の人・家族を支える地域の一員としての精神科病院の地域連携の取り組みをご紹介します



令和4年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業

認知症診療・介護地域連携における精神科病院のアウトリーチ的な役割の向上に向けた調査研究事業

受託：公益社団法人日本精神科病院協会



## V 総括

1) 精神科病院においても介護サービス事業の指定を受けているところも多く、訪問看護、介護老人保健施設、通所リハビリテーション等を実施していた。認知症地域包括ケアシステムへの取り組みを積極的に行っていた。

2) 精神科病院における地域連携では、①地域連携室や相談室はほとんどすべての病院で設置されていた。②連携業務の中心は精神保健福祉士であり、次いで看護師、社会福祉士、精神科医の順であった。③基本的な連携機能は、鑑別診断、入院依頼に関わらず広く相談対応や助言を求められていた。また、緊急時の入院依頼も多く見られた。④主な連携先で多いのは地域包括支援センター、ケアマネジャー(居宅介護支援事業所)、介護保険施設・居住系施設、一般病院等であった。認知症疾患医療センターや認知症初期集中支援チーム、認知症サポート医への連携は多くはなかった。

精神科病院では精神科の標準的な治療としてのアウトリーチ活動(医療サービス、介護保険サービス等の情報の提供・連携)を行っていた。精神保健福祉士を中心に医師、作業療法士、公認心理師等の多職種で実践している。地域包括支援センターやケアマネジャーとは日頃より密に連携を取っていた。

3) 地域の社会資源から精神科病院への連携

精神科病院への連携で最も多いのは、地域包括支援センター(約 70%)である。連携の多い地域包括支援センター、連携の少ない認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センターにおける連携の内容で最も多く見られたのは入院治療の依頼、次いで BPSD 増悪時の緊急対応であった。病院側の連携の担当はほとんどが精神保健福祉士であり、精神科病院における地域との連携の要となっていた。

4) 認知症医療・介護のアウトリーチ活動については、ケアマネジャーやホームヘルパー等による介護保険制度優位の事業が中心である。しかし、精神科病院における認知症医療においては、診断後支援は通常の認知症診療として実施されている。認知症疾患の人の受診相談を受けた時からアウトリーチは始まっている。

5) 本人、家族、ケアマネジャー、地域包括支援センター、行政、一般の医療機関や認知症疾患医療センター等、様々な所からの紹介で精神科病院を受診する。認知症の進行ステージも様々であり、専門医による適切な診断の後に、治療と並行して利用できる医療サービス、介護サービスを紹介している。精神保健福祉士やケアマネジャーが本人・家族等と話し合い、協力し合うことが重要である。

6) 介護保険による定期的な訪問看護・介護を受けるだけでなく、医療の認知症デイケア、医療の訪問看護等を上手に利用しながら長く在宅が継続できるようにすることが地域包括ケアシステムである。

- 7) 医療と介護の切れ目ない連携により、急性増悪時にも速やかに対応ができる。たとえ精神科に入院になったとしても皆顔なじみの人々であり、本人や家族に安心感を与えることが出来る。入院期間中も同じケアマネジャーとの連携を継続し、早期の症状の安定と早期退院により再び地域で生活することが出来るように支援を行っていく。
- 8) 2040 年に向け、85 歳以上の認知症高齢者の増加、単身世帯で身近な支援者等もいなくなる状況で、現在精神科病院に期待されている処遇困難事例への対応、BPSD 等への入院対応だけではなく、今後は地域包括支援センター等の後方支援機能を精神科病院は担うことが望まれる。

#### (提言)

- ◎ 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医療と介護の連携はより進むと思われる。
- ◎ 精神科医療系の精神保健福祉士と介護保険領域のケアマネジャーとの連携は頻回に行われる。診療報酬上の何らかの加算を希望する。
- ◎ すべての症例でアウトリーチ活動が上手くいくとは限らない。精神科病院においても認知症緩和ケア加算などは必要である。
- ◎ 精神科病院は地域包括支援センター、社会福祉協議会、行政等と連携を図っていることはすでに確認されている。医療として、認知症の早期診断、鑑別診断は重要であることに異論はないが診断後の本人、家族の支援をすべて介護に任せるのではなく、医療として終末期まで支援することが、真の医療・介護連携である。それが実践できるのは精神科病院であり、精神科医である。

## VI 資料編

### 6.1 質問紙調査 調査票

実態調査票

事例収集シート および 記入例

### 6.2 ヒアリング調査項目(共通質問)

## 令和4年度厚生労働省老人保健事業

### 「認知症診療・介護地域連携における精神科病院のアウトリーチ的な役割の向上に向けた調査研究事業」調査概要

#### 1. 目的

- ①認知症疾患医療センターのない精神科病院における、認知症疾患医療センター、地域包括支援センター、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の実態を把握する。
- ②精神科病院における地域連携の実態につき、事例収集を行う。

#### 2. 調査対象

全国の精神病床を有する病院 1,239 病院

#### 3. 調査方法

- (1) 調査日：令和4年10月1日現在、令和4年4月1日～9月30日の6ヶ月間
- (2) 回答期日：令和4年11月11日(金)※当日消印有効→令和4年11月25日(金)
- (3) 回答先： ※回答期日、延長

■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回答を入力し「電子メール」に添付の上、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/2022\\_85.php](https://www.nisseikyo.or.jp/about/hojokin/2022_85.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：平田（二戸、瀬尾）

〒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

1 実態調査パート

**(1) 貴院の基本情報** (令和4年10月1日現在)

①所在地

所在市町村  二次医療圏

②診療科目

精神科     内科     脳神経内科     脳神経外科  
 (複数回答)     心療内科     その他 →

③病床数

①精神病床	<input type="text"/>	床
②一般病床	<input type="text"/>	床
③療養病床 (医療・介護療養) ※精神療養を除く	<input type="text"/>	床
④その他	<input type="text"/>	床

④認知症の専門医

①認知症を診察する医師 (実人数)	<input type="text"/>	人
②常勤*専門医 (実人数) *下記③~⑤についても常勤医	<input type="text"/>	人
③ 日本精神科医学会「認知症臨床専門医」	<input type="text"/>	人
④ 日本精神神経学会「認知症診療医」	<input type="text"/>	人
⑤ 日本老年精神医学会専門医	<input type="text"/>	人
⑥ 日本認知症学会専門医	<input type="text"/>	人
⑦ 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	<input type="text"/>	人
⑧身体科診療医 (精神科医以外、実人数)	<input type="text"/>	人

③~⑦に複数当てはまる場合はそれぞれにカウントしてください

⑤介護サービス事業 (貴院または同法人での指定) (1つ選択回答)

①在宅サービス

a 訪問看護	<input type="radio"/> 指定あり	<input type="radio"/> 指定なし
b 通所リハビリテーション	<input type="radio"/> 指定あり	<input type="radio"/> 指定なし
c 短期入所療養介護 (ショートステイ)	<input type="radio"/> 指定あり	<input type="radio"/> 指定なし

②居住系・施設系サービス

a 認知症グループホーム	<input type="radio"/> 指定あり	<input type="radio"/> 指定なし
b 介護老人福祉施設 (特養)	<input type="radio"/> 指定あり	<input type="radio"/> 指定なし
c 介護老人保健施設	<input type="radio"/> 指定あり	<input type="radio"/> 指定なし
d 介護療養型医療施設・介護医療院	<input type="radio"/> 指定あり	<input type="radio"/> 指定なし

③その他 介護保険サービス →

## (2)連携に関する体制・機能

### ①地域連携機能

#### ①位置付け (複数回答)

- 地域連携室・相談室等の担当部署を設けて対応している
- 担当部署は設けず、精神保健福祉士等の相談担当者が都度対応している
- 担当部署や担当者は特に設けず、担当医等が個別に対応している
- 院内・法人内に設置した認知症初期集中支援チームが主に対応している
- その他 →

#### ②体制・人員配置 (担当部署・担当者を設けている場合) (複数回答)

- 精神保健福祉士       社会福祉士       心理士
- ケアマネジャー       看護師       医師
- その他 →

#### ③基本的な機能 (複数回答)

- 地域の多職種・多機関連携の仕組みに **定期的に参加し**、相談対応や助言をしている
- 個別の鑑別診断・入院の依頼 **にかかわらず**、広く相談対応や助言をしている
- 特定の患者にかかる** 鑑別診断・入院や緊急時の依頼について 対応している
- その他 →

#### ④主な連携先 (過去 6 ヶ月程度に実績があるもの) (複数回答)

- 認知症疾患医療センター       地域包括支援センター
- 認知症初期集中支援チーム (貴院や法人内に設置されたチームを除く)
- ケアマネジャー (居宅介護支援事業所)       介護サービス事業所
- 介護保険施設・居住系施設       (患者の) かかりつけ医
- 認知症サポート医 (かかりつけ医以外)       一般病院       行政
- その他 →

### ②認知症初期集中支援チーム

#### ①設置 (1つ選択回答)

- 設置あり (㊤へ)     設置していた     設置していない

#### ②体制 (①で「設置あり」の場合)

##### ㊤ チーム員人数 (実人数)

人

- |                |                                |                        |                                  |                        |
|----------------|--------------------------------|------------------------|----------------------------------|------------------------|
| ㊤ 職種等内訳 (複数回答) | <input type="checkbox"/> 医師    | <input type="text"/> 人 | <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 | <input type="text"/> 人 |
|                | <input type="checkbox"/> 看護師   | <input type="text"/> 人 | <input type="checkbox"/> 社会福祉士   | <input type="text"/> 人 |
|                | <input type="checkbox"/> 作業療法士 | <input type="text"/> 人 | <input type="checkbox"/> 介護福祉士等  | <input type="text"/> 人 |
|                | <input type="checkbox"/> 心理士   | <input type="text"/> 人 | <input type="checkbox"/> その他     | <input type="text"/> 人 |

#### ③支援対象者数 (令和 4 年 4 ～ 9 月に支援があった実人数)

人

③認知症サポート医

①貴院での所在 (1つ選択回答)

<input type="radio"/> いる	<input type="radio"/> 人	<input type="radio"/> いない
--------------------------	-------------------------	---------------------------

②診療報酬 (①で「いる」の場合、令和4年4～9月の算定実績)

認知症サポート指導料

延べ  件

④地域連携の仕組み・ネットワーク等への参加・協力

①地域ケア会議 (市町村・地域包括支援センターが主催するオフィシャルな多職種協働の仕組み)

<input type="radio"/> 参加・協力している (下へ)	<input type="radio"/> していない
--------------------------------------	-----------------------------

→ 参加・協力の頻度 (令和4年4～9月の状況) (1つ選択回答)

<input type="radio"/> 地域ケア会議に毎回参加している
<input type="radio"/> 参加の要請・依頼があった場合にのみ参加している
<input type="radio"/> その他 → <input type="text"/>

②地域の連携の仕組み (①以外の、自治体や地域の医師会等の団体などが参加する連携の仕組みなど)

<input type="radio"/> 参加・協力している (下へ)	<input type="radio"/> していない	<input type="radio"/> 仕組みがない・不明
--------------------------------------	-----------------------------	---------------------------------

→ 参加・協力の頻度 (令和4年4～9月の状況) (1つ選択回答)

<input type="radio"/> 地域の仕組み (カンファレンス等) に毎回参加している
<input type="radio"/> 参加の要請・依頼があった場合にのみ参加している
<input type="radio"/> カンファレンス等の参加はないが、仕組みにおいて個別の相談・対応等はしている
<input type="radio"/> その他 → <input type="text"/>

③近隣事業所等で構成される小規模のネットワーク (①②以外の任意のネットワーク、患者ごとの適宜の連携は除く)

<input type="radio"/> 参加・協力している (下へ)	<input type="radio"/> していない	<input type="radio"/> ネットワークがない・不明
--------------------------------------	-----------------------------	------------------------------------

→ 参加・協力の頻度 (令和4年4～9月の状況) (1つ選択回答)

<input type="radio"/> ネットワーク (ミーティングや会合等) に毎回参加している
<input type="radio"/> 参加の要請・依頼があった場合にのみ参加している
<input type="radio"/> ミーティング・会合等の参加はないが、ネットワークにおいて個別の相談・対応等はしている
<input type="radio"/> その他 → <input type="text"/>

**(3)認知症患者および連携に関する実績（令和4年4～9月）**

- 認知症患者（目安：認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上）について回答してください
- それぞれ**実人数**で回答してください（外来と入院など両方に当てはまる場合はそれぞれにカウント）
- 「居宅」は、患者の自宅の他、サービス付き高齢者住宅など専門職等によるケア環境のない場合を指します
- 「施設等」は、介護保険施設の他、上記の「居宅」以外のグループホームや介護付有料老人ホームなどを含みます
- 「一般病院等」は、急性期病院等の医療機関を指します（介護療養型医療施設・介護医療院を除く）

令和4年4～9月

①認知症の新規患者数（実人数）

①新規患者のうち、**鑑別診断のみ**患者数

人

②新規患者のうち、**入院**患者数

人

③新規患者のうち、**外来通院**患者数

人

③-1 外来通院中の所在

うち、居宅の患者数（a）

人

うち、施設等入所の患者数（b）

人

人

③-2 外来通院中の連携

① 居宅の患者のうち、連携のあった患者数

人

➔ 主な連携内容（件数の多いと思われる上位から**最大3つ**までにチェック）

（複数回答）

- 介護サービス提供上の留意点
- 日常生活上の留意点（家族等の介護者）
- BPSD増悪や緊急時の継続的な対応
- 服薬の管理や薬剤調整
- 身体疾患治療上の留意点（かかりつけ医）
- 入院依頼の判断基準や手順等
- その他 ➔

② 施設等入所の患者のうち、連携のあった患者数

人

➔ 主な連携内容（件数の多いと思われる上位から**最大3つ**までにチェック）

（複数回答）

- 介護サービス提供上の留意点
- 日常生活上の留意点（ケアスタッフ等の介護者）
- BPSD増悪や緊急時の継続的な対応
- 服薬の管理や薬剤調整
- 身体疾患治療上の留意点（かかりつけ医・配置医師）
- 入院依頼の判断基準や手順等
- その他 ➔



令和4年4～9月

②認知症の退院患者数（実人数）

人

退院後の所在（退院先）

うち、居宅への退院患者（㉑）

人

うち、施設等への退院患者（㉒）

人

うち、一般病院等への転院患者（㉓）

人

退院時・退院後の連携

㉑ 居宅への退院患者のうち、連携のあった患者数

人

➔ 主な連携内容（件数の多いと思われる上位から最大3つまでにチェック）

（複数回答）

- 介護サービス上の留意点（介護サービス事業所等からの相談）
- かかりつけ医による継続治療・医学管理上の助言
- 認知症の症状の増悪等、緊急時の対応
- 日常のBPSD症状への対応
- 服薬管理や薬剤調整に関する助言
- （貴院への）入院依頼の判断や手順
- その他 ➔

㉒ 施設等への退院患者のうち、連携のあった患者数

人

➔ 主な連携内容（件数の多いと思われる上位から最大3つまでにチェック）

（複数回答）

- 介護サービス上の留意点（介護サービス事業所・施設からの相談）
- かかりつけ医・配置医師による継続治療・医学管理上の助言
- 認知症の症状の増悪等、緊急時の対応
- 日常のBPSD症状への対応
- 服薬管理や薬剤調整に関する助言
- （貴院への）入院依頼の判断や手順
- その他 ➔

㉓ 一般病院等への転院患者のうち、連携のあった患者数

人

➔ 主な連携内容（件数の多いと思われる上位から最大3つまでにチェック）

（複数回答）

- 入院期間中の身体状況の情報提供
- 認知症の症状の増悪等、緊急時の対応
- 身体治療上の認知症の症状からの留意点
- 看護や日常生活におけるBPSDの対応
- 認知症の継続治療に関する情報提供
- （貴院への）再入院依頼の判断や手順
- その他 ➔

**(4)社会資源との連携（令和4年4～9月）**

**①認知症初期集中支援チーム（貴院や法人内に設置されたチームを除く）との連携**

①令和4年4～9月の期間に相談対応や連携があった人数（実人数）  人

※

うち、貴院に入院・通院した患者数 入院  人 通院  人

②主な連携内容（件数の多いと思われる上位から最大3つまでにチェック）（複数回答）

- BPSD増悪等の緊急対応
- 介護サービス上の留意点（認知症初期集中支援チームからの相談）
- 薬の調整や服薬に関する助言
- 日常のBPSDへの対応方法
- 入院や通院治療の相談・依頼
- 鑑別診断の依頼
- 家族や介護者への日常ケア・対応についての助言
- その他 →

③連携における貴院の担当者（職種）（複数回答）

- 精神保健福祉士       社会福祉士       心理士
- ケアマネジャー       看護師       医師
- その他 →

**②地域包括支援センター（貴院や法人が委託を受けたセンターを除く）との連携**

①令和4年4～9月の期間に相談対応や連携があった人数（実人数）  人

うち、貴院に入院・通院した患者数 入院  人 通院  人

②主な連携内容（件数の多いと思われる上位から最大3つまでにチェック）（複数回答）

- BPSD増悪等の緊急対応
- 介護サービス上の留意点（地域包括支援センターからの相談）
- 薬の調整や服薬に関する助言
- 日常のBPSDへの対応方法
- 入院や通院治療の相談・依頼
- 鑑別診断の依頼
- 家族や介護者への日常ケア・対応についての助言
- その他 →

③連携における貴院の担当者（職種）（複数回答）

- 精神保健福祉士       社会福祉士       心理士
- ケアマネジャー       看護師       医師
- その他 →

③ 認知症疾患医療センターとの連携

① 令和4年4～9月の期間に相談対応や連携があった人数（実人数）  人  
うち、貴院に入院・通院した患者数 入院  人 通院  人

② 主な連携内容（件数の多いと思われる上位から最大3つまでにチェック）（複数回答）

- 鑑別診断後の入院治療の依頼
- 鑑別診断後の通院治療に関する情報提供・助言
- 薬物管理・調整について
- 家族や介護者への指導・助言
- 介護サービス利用に関する留意点
- BPSD増悪や緊急時の対応や継続連携
- その他 →

③ 連携における貴院の担当者（職種）（複数回答）

- 精神保健福祉士       社会福祉士       心理士
- ケアマネジャー       看護師       医師
- その他 →

④ 認知症サポート医（貴院所属以外の）との連携

① 令和4年4～9月の期間に相談対応や連携があった人数（実人数）  人  
うち、貴院に入院・通院した患者数 入院  人 通院  人

② 主な連携内容（件数の多いと思われる上位から最大3つまでにチェック）（複数回答）

- BPSD増悪や緊急時の対応や継続連携
- 薬の調整や服薬に関する助言
- 精神科病院への入院や通院治療の相談・依頼
- 鑑別診断の相談・依頼
- 介護サービス事業所・施設への助言方法
- 家族や介護者への日常ケア・対応についての指導・助言方法
- その他 →

③ 連携における貴院の担当者（職種）（複数回答）

- 精神保健福祉士       社会福祉士       心理士
- ケアマネジャー       看護師       医師
- その他 →

## 5)精神科病院のアウトリーチ的な役割（活動）についてのご意見等

- 認知症高齢者への外来診療等が困難になることも想定されることを背景に、認知症初期集中支援チームや地域包括支援センター等の社会資源との連携など、アウトリーチ的な活動を含む精神科病院の機能充実が期待されています
- 本事業では「精神科病院のアウトリーチ的な機能を活かした『認知症医療・介護地域連携』」のあり方を検討しています
- 精神科病院のアウトリーチ的な役割（活動）は、医師による治療等に限らず、精神保健福祉士や看護師等による社会資源等との連携・参加などを含みます

1) 貴院において、個別または地域の社会資源との連携対応の中で、いわゆる『アウトリーチ的な活動』を行っている場合、その主な内容や課題・利点についてご記入ください。

### 【アウトリーチ的な活動の具体的な活動内容（担当・参加する職種、主な活動内容など）】

### 【アウトリーチ的な活動によって得られる利点】

#### ①精神科病院にとっての利点

#### ②連携先の社会資源等にとっての利点（になると考える点）

### 【アウトリーチ的な活動における精神科病院としての課題】

2) 貴院において、『アウトリーチ的な活動』は積極的に行っていない場合、その理由や困難に感じる点などをご記入ください。

### 【貴院がアウトリーチ的な活動を行っていない理由】

### 【精神科病院としてアウトリーチ的な活動が困難・課題に感じる点】

## 【回答施設の情報】

会員番号（ハイフン除く4桁）

※日精協会員病院のみご記入ください

病院名

回答ご担当者名

（部署名

）

連絡先



アンケート調査前半の「実態調査パート」の設問はここまでとなります。ご回答ありがとうございました。  
引き続き、「連携事例提供パート」へのご記入・ご協力を宜しくお願い致します。

## 2 事例収集パート

- 精神科病院が、地域の社会資源等の多機関・多職種と連携した事例について、その内容詳細のご提供をお願いします。
- ご提供の事例の選定にあたっては、本事業の趣旨・目的に鑑み、下記の2つのような場面・連携先・内容例をおおよその目安としてください。
- 事例の対象期間の設定はありません。（おおむね直近1年の状況から選定頂ければ結構です）
- 好連携事例に限らず、連携による対応を模索したものの不調に終わった事例や課題が残った事例など、広く共有すべき有益な事例も含めて、選定・ご提供を頂ければ幸いです。

### 想定する事例 A ケース：外来通院管理をしながら生活支援をバックアップしているようなケース

【場面】 精神科病院での外来管理を行いながら在宅生活

【連携先】 認知症初期集中支援チーム、地域包括支援センター、かかりつけ医、ケアマネジャー など

【内容例】 認知症初期集中支援チームの相談依頼から精神科病院につながり、外来通院でBPSDの治療を行いながら、適宜 多職種のサービスによる生活支援をバックアップしているような事例

### 想定する事例 B ケース：退院調整後も継続して生活を支援しているようなケース

【場面】 退院支援から退院後生活

【連携先】 地域包括支援センター、ケアマネジャー、サービス事業所、かかりつけ医 など

【内容例】 精神科病院からの退院患者に対する継続的な関わりにより、認知症の治療を継続しつつ、多事業所・多職種による安定した生活支援を行えているような事例

## (1) 事例の概要

① 事例タイトル（事例の内容や特徴を示すタイトル・ポイントを簡潔にご記入ください）

② 事例の概要

① 事例対象患者の情報

① 年齢階級（1つ選択回答）

<input type="radio"/> 40歳未満	<input type="radio"/> 40～64歳	<input type="radio"/> 65～74歳	<input type="radio"/> 75～84歳
<input type="radio"/> 85～94歳	<input type="radio"/> 85歳以上		

② 認知症診断・病型（複数当てはまる場合は主たる病型を選択）（1つ選択回答）

<input type="radio"/> アルツハイマー型	<input type="radio"/> 血管性	<input type="radio"/> レビ-小体型
<input type="radio"/> 前頭側頭型	<input type="radio"/> アルコール関連性	<input type="radio"/> 正常圧水頭症
<input type="radio"/> その他	<input type="radio"/> 認知症の診断なし	<input type="radio"/> 不明

③ 要介護度（1つ選択回答）

<input type="radio"/> 要支援1	<input type="radio"/> 要支援2	<input type="radio"/> 要介護1	<input type="radio"/> 要介護2
<input type="radio"/> 要介護3	<input type="radio"/> 要介護4	<input type="radio"/> 要介護5	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> 未申請	<input type="radio"/> 不明		

④ 認知症高齢者の日常生活自立度（1つ選択回答）

<input type="radio"/> I	<input type="radio"/> II a	<input type="radio"/> II b	<input type="radio"/> III a
<input type="radio"/> III b	<input type="radio"/> IV	<input type="radio"/> M	<input type="radio"/> 不明

⑤ 障害高齢者の日常生活自立度（1つ選択回答）

<input type="radio"/> 正常	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> A	<input type="radio"/> B
<input type="radio"/> C	<input type="radio"/> 不明		

⑥ 主たる介護者（キーパーソン）

	(本人との関係性などの補足情報)
--	------------------

⑦ 連携の当事者

① 連携先・相手方（複数回答）

- |   |                                       |                             |
|---|---------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 認知症疾患医療センター                      | <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター   |                             |
| <input type="checkbox"/> 認知症初期集中支援チーム（貴院や法人内に設置されたチームを除く） |                                       |                             |
| <input type="checkbox"/> ケアマネジャー（居宅介護支援事業所）               | <input type="checkbox"/> 介護サービス事業所    |                             |
| <input type="checkbox"/> 介護保険施設・居住系施設                     | <input type="checkbox"/> (患者の) かかりつけ医 |                             |
| <input type="checkbox"/> 認知症サポート医（かかりつけ医以外）               | <input type="checkbox"/> 一般病院         | <input type="checkbox"/> 行政 |
| <input type="checkbox"/> その他 →                            |                                       |                             |

② 連携担当者（貴院の担当者）（複数回答）

- |                                  |                                |                              |
|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 | <input type="checkbox"/> 社会福祉士 | <input type="checkbox"/> 心理士 |
| <input type="checkbox"/> ケアマネジャー | <input type="checkbox"/> 看護師   | <input type="checkbox"/> 医師  |
| <input type="checkbox"/> その他 →   |                                |                              |

## (2) 連携の内容・経過

### ①精神科病院としての関わりの“きっかけ”

→ 社会資源との連携が始まった状況、相談対応の経緯、貴院が関わるようになった理由など

### ②連携内容

→ 参加したカンファレンスの経過、連携の手段や方法、貴院の対応・助言の内容、連携先の対応など

## (3) 連携による支援の結果（効果）

### ①連携による支援後の事例対象患者の状況（治療や生活継続の状況について分かる範囲で）

### ②a 社会資源との連携によって、事例の対象患者・家族（介護者）にとってよかった点

### ②b 社会資源等との連携によって、精神科病院が得られたよかった点

### ③社会資源等との連携において、難しかった点や課題となった点

アンケート調査後半の「事例収集パート」のシートはここまでとなります。ご回答ありがとうございました。  
後日改めてヒアリング調査のお願いを差し上げる際には、ご協力の程 何卒宜しくお願い致します。

## 2 事例収集パート（記入サンプル）

### (1) 事例の概要

① 事例タイトル（事例の内容や特徴を示すタイトル・ポイントを簡潔にご記入ください）

認知症初期集中支援チームの相談から、自院で鑑別診断と認知症の通院治療を担当しつつ、BPSD対応のアドバイスや緊急時対応の継続的な支援を行ったケース

### ② 事例の概要

① 事例対象患者の情報

① 年齢階級（1つ選択回答）

- 40歳未満     40～64歳     65～74歳     75～84歳  
 85～94歳     85歳以上

② 認知症診断・病型（複数当てはまる場合は主たる病型を選択）（1つ選択回答）

- アルツハイマー型     血管性     レビー小体型  
 前頭側頭型     アルコール関連性     正常圧水頭症  
 その他     認知症の診断なし     不明

③ 要介護度（1つ選択回答）

- 要支援1     要支援2     要介護1     要介護2  
 要介護3     要介護4     要介護5     非該当  
 未申請     不明

④ 認知症高齢者の日常生活自立度（1つ選択回答）

- I     II a     II b     III a  
 III b     IV     M     不明

⑤ 障害高齢者の日常生活自立度（1つ選択回答）

- 正常     J     A     B  
 C     不明

⑥ 主たる介護者（キーパーソン）

近隣に住む実娘

（本人との関係性などの補足情報）

- ・要介護認定を受けて以降、週3～4回本人宅に通い、買い物・夕食準備等の対応  
・本人は在宅継続を希望するが、実娘夫婦は施設入所も検討している

⑦ 連携の当事者

① 連携先・相手方（複数回答）

- 認知症疾患医療センター     地域包括支援センター  
 認知症初期集中支援チーム（貴院や法人内に設置されたチームを除く）  
 ケアマネジャー（居宅介護支援事業所）     介護サービス事業所  
 介護保険施設・居住系施設     （患者の）かかりつけ医  
 認知症サポート医（かかりつけ医以外）     一般病院     行政  
 その他 →

② 連携担当者（貴院の担当者）（複数回答）

- 精神保健福祉士     社会福祉士     心理士  
 ケアマネジャー     看護師     医師  
 その他 →



## (2) 連携の内容・経過

### ①精神科病院としての関わりの“きっかけ”

→ 社会資源との連携が始まった状況、相談対応の経緯、貴院が関わることになった理由など

・近隣住民から地域包括支援センターへの相談を経て、認知症初期集中支援チームが自宅を訪問、本人や近隣の実娘の話から、日常の買い物やかかりつけの内科受診の際に認知症の症状が出現していることが分かった。  
・認知症初期集中支援チームからの連絡で当院に鑑別診断の依頼があり、アルツハイマー型認知症と診断。並行して要介護認定の申請を行った（後に要介護1と認定）。

### ②連携内容

→ 参加したカンファレンスの経過、連携の手段や方法、貴院の対応・助言の内容、連携先の対応など

①認知症初期集中支援チームから連絡があり、本人・家族・チームの看護師とともに来院。鑑別診断のための説明と簡易検査などを実施。  
②鑑別診断後、在宅生活継続のためのカンファレンスに当院の精神保健福祉士が参加し、今後の認知症治療に関すること、BPSD増悪時や緊急時の対応について説明した。ケアマネジャーからはデイサービス等の介護サービス利用時の留意点に関する質問があり、日常生活上のアドバイスや認知症対応の通所サービスの紹介を行った。  
③連携は主にカンファレンスへの参加（ケアマネジャーから必要に応じて調整がある）と、当院への外来通院時にケアマネジャーが付き添いで来る際に対応することが多い。  
④内科のかかりつけ医には、当院の精神科医から認知症治療（薬物療法）に関する情報提供を行い、日常の医学管理における留意点などを伝えた。  
⑤家族からの連絡で緊急入院対応をした際にも、ケアマネジャーから連絡があり、居宅での様子を聞いたので、入院期間中の対応に役立った、退院時にはカンファレンスを行い退院後の留意点などを伝えた。

## (3) 連携による支援の結果（効果）

### ①連携による支援後の事例対象患者の状況（治療や生活継続の状況について分かる範囲で）

・認知症治療は、かかりつけ医への逆紹介により継続管理をして頂き、緊急時やBPSD増悪の際には当院で対応する方法とした。  
・本人の希望の通り、医療（かかりつけ医による医学管理、当院による緊急時等対応）、介護の多職種連携によって、在宅生活を継続できている。

### ②a 社会資源との連携によって、事例の対象患者・家族（介護者）にとってよかった点

・主たる介護者である実娘は医療・介護の両面からの支援、サービス利用によって、無理のない範囲で介護を行うことができています。実娘からは、「日頃から見てくれているかかりつけ医と専門の精神科病院の先生がいるので、いざという時も安心できる」、「介護サービスの人もそう言っている」との言葉があった。

### ②b 社会資源等との連携によって、精神科病院が得られたよかった点

・初期集中支援チームからの相談であり、早期来院・診断となったことから、以降の対応がスムーズに進んだ。  
・かかりつけ医やケアマネジャーが当院の精神保健福祉士と緊密に連携したので、在宅生活の情報が豊富であり、緊急時の対応に役立った。

### ③社会資源等との連携において、難しかった点や課題となった点

・かかりつけ医による医学管理に移行（逆紹介）後に、精神科病院が適宜関わるができるよう、かかりつけ医への十分な情報提供や、カンファレンスの際のケアマネジャー等への助言を、どのタイミングでどの程度行うかが難しかった（本事例では、ケアマネジャーと当院精神保健福祉士の連携が充実していたため大きな課題とはならなかった）

アンケート調査後半の「事例収集パート」のシートはここまでとなります。ご回答ありがとうございました。  
後日改めてヒアリング調査のお願いを差し上げる際には、ご協力の程 何卒宜しくお願い致します。

## 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) ～ (4) につき事前に資料を作成の上、1月16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](mailto:c_koukai@nisseikyo.or.jp)

### 1. ご回答いただきたい項目

- (1) 医療機関と地域の社会資源との連携をとる場合、重要な役割を担う職種と、その職種の連携はどのようにあるべきでしょうか。
- (2) 認知症初期集中支援チームの設置場所、地域包括支援センターとの連携、課題等はどうのようなものがありますか。
- (3) 訪問看護、訪問診療など医療機関における地域へのアウトリーチ機能は今後どうあるべきでしょうか。
- (4) その他認知症医療・介護地域連携についてご意見があればご記入ください。

### 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) ～ (4) 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 (二戸・瀬尾)

TEL : 03-5232-3311 Mail : [c\\_koukai@nisseikyo.or.jp](mailto:c_koukai@nisseikyo.or.jp)

令和4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

認知症診療・介護地域連携における精神科病院の  
アウトリーチ的な役割の向上に向けた調査研究事業  
報告書

発行日 令和5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/>

