

認知症高齢者の在宅療養継続支援、および在宅移行支援のための  
医療と福祉(介護)、本人・家族との地域連携システムの構築

2012年度ジェロントロジー研究助成事業

研究成果報告書

2014年3月

研究代表者 永田 千鶴

(熊本大学大学院生命科学研究部)

## 2012年度ジェロントロジー研究助成事業

### 研究成果報告書

#### 研究課題

認知症高齢者の在宅療養継続支援、および在宅移行支援のための  
医療と福祉(介護)、本人・家族との地域連携システムの構築

#### 研究組織

研究代表者 永田 千鶴 (熊本大学大学院生命科学研究部環境社会医学部門看護学講座)

共同研究者 松本 佳代 (熊本大学大学院生命科学研究部環境社会医学部門看護学講座)

北村 育子 (日本福祉大学社会福祉学部)

森塚 恵美 (熊本保健科学大学保健科学部)

清永 麻子 (熊本大学大学院保健学教育部博士前期課程)

## 目 次

I. 緒言 .....	1
II. 方法 .....	1
1. 研究対象 .....	1
2. 調査方法 .....	1
3. 分析方法 .....	2
4. 倫理的配慮 .....	2
5. 用語の定義 .....	2
III. 結果 .....	2
1. 第一次調査 .....	2
1) 認知症疾患医療センター76 か所の概要 .....	2
2) 認知症疾患医療センター76 か所の地域連携の現状 .....	3
3) アンケートに回答した連携担当者のプロフィール .....	5
4) アンケートに回答した連携担当者の職務満足度 .....	5
2. 第二次調査 .....	7
1) 認知症疾患医療センターが担う在宅療養継続支援 .....	7
2) 認知症疾患医療センターが担う在宅移行支援 .....	14
3) 在宅療養継続支援や在宅移行支援での困難さ .....	16
IV. 考察 .....	17
1. 認知症疾患医療センターの現状 .....	17
1) センターの概況 .....	17
2) センターの地域連携の現状 .....	17
2. センターの連携担当者の職務満足度 .....	18
3. 認知症疾患医療センターが担う在宅療養継続支援 .....	18
4. 認知症疾患医療センターが担う在宅移行支援 .....	19

5. 認知症対策の地域連携システムの構築 .....	19
V. 結論 .....	20
資料 .....	22

## 認知症高齢者の在宅療養継続支援、および在宅移行支援のための 医療と福祉(介護)、本人・家族との地域連携システムの構築

### I. 緒言

認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者数について厚生労働省は、2010年9月末現在で280万人であり、2012年305万人、2015年345万人と推計した<sup>1)</sup>。厚生労働省老健局長の私的検討会として設けられた高齢者介護研究会が2003年に出した報告書では、認知症高齢者の数を2010年208万人、2015年250万人、2020年289万人と推計しており、予測よりも10年以上早く300万人を超えたことになる。加えて、2013年の6月には筑波大学の朝田教授を代表とする認知症有病率調査(厚生労働科学研究)<sup>2)</sup>で、日常生活自立度1以上又は要介護認定未申請者を含む認知症有病者は、65歳以上高齢者2,874万人のうち推計15%で、2010年時点で約439万人、2012年時点で約462万人に上るとされた。また、同調査で、軽度認知症障害(MCI)の高齢者も2010年時点で約380万人と推計している。すなわち、65歳以上の4人に1人は認知症とその予備軍となり、急激に増加する認知症高齢者に対する施策の強化は急務である。

認知症の人へのわが国の施策は、その取り組みを強化しつつある。主なものに、全国に3か所の認知症介護研究・研修センターの設置(2001年)、「認知症を知り地域を作る10カ年構想」(2005年)による認知症サポーターの養成ほか、認知症疾患医療センターの整備(2008年)、新たに300か所の「身近型認知症疾患医療センター」の整備方針や標準的な認知症ケアパスの作成およびその普及、認知症初期集中支援チームの設置方針など(2012年)、が挙げられる。

よって、認知症疾患医療センターは、今後の認知症を対象とした施策の要となると考えられる。この認知症疾患医療センターは、認知症の専門医療の提供体制を強化するために、2008年に厚生労働省が「認知症疾患医療センター運営事業実施要項」を定め、鑑別診断、専門医療相談、介護との連携や一般開業医等への研修を行うことを目指して事業化された。研究者らが在住する熊本県では、2009年から基幹型センターと地域拠点型センターの2層構造で、認知症疾患医療センターを県内10か所の医療機関に設置し運営している。基幹型センターでは、精神保健福祉士、社会福祉士、看護師3名の専門職が専門医療相談を行っている。そのほか、地域拠点型センターおよび開業医との連携や専門職への研修を企画・実施するなど、熊本モデルと称される先駆的な取り組みを行っている<sup>3)4)5)6)</sup>。

研究者らは、これまで認知症高齢者がエイジング・イン・プレイス(今いる場所で最期まで)を実現できる社会を目指して、地域密着型サービスを中心とした調査研究を実施してきた<sup>7)</sup>。認知症高齢者が地域密着型サービスを利用しながら、極力住み慣れた地域・自宅で継続して暮らすことはできないか、と模索する中で、医療との連携の必要性を認識させられ、認知症疾患医療センターに着目した。そして、認知症疾患医療センターが介入するケースは、自宅での生活を継続していることが多いことがわかり、強い関心をもった。すなわち、認知症高齢者が必要な時に適切な医療機関にかかることができ、住み慣れた地域や自宅での暮らしを継続できるように在宅療養を支援し、入院した場合でも退院の意向があれば、適切な社会資源に結び付けて在宅移行を支援するなど、認知症疾患医療センターを中核に置いた医療と福祉(介護)、本人・家族との地域連携システムの構築ができるのではないか、と考えたのである。

そこで、本研究は、①2008年から事業化されている認知症疾患医療センターの現状を把握し、②認知症高齢者の在宅療養継続支援、および在宅移行支援のための地域連携システムの構築に向けて示唆を得ることを目的とする。

### II. 方法

#### 1. 研究対象

第一次(アンケート)調査は、全国の認知症疾患医療センター180か所(2012年9月27日現在)の連携担当者、第二次調査は、第一次調査に協力し、第二次調査への協力の承諾を得たA県の認知症疾患医療センター7か所の連携担当者9人を対象とした。

#### 2. 調査方法

## 認知症高齢者の在宅療養継続支援、および在宅移行支援のための 医療と福祉(介護)、本人・家族との地域連携システムの構築

第一次(アンケート)調査として、全国の認知症疾患医療センター180か所の開設年、配属されている専門医療相談員の人数、相談件数、外来新患数、鑑別診断件数、予約から外来受診までの期間、研修・勉強会や事例検討会の実施の有無、連携の機会の有無や連携の実際などの概要と回答した連携担当者のプロフィールと職務満足度を問う調査票(資料1)を送付した。(研究期間：平成24年12月～平成25年2月末)

第二次調査は、認知症疾患医療センターの連携担当者が担う在宅療養継続支援や在宅移行支援の実際について、インタビューガイド(資料2)を用いて半構成的面接を実施した。(研究期間：平成25年4月～8月)

### 3. 分析方法

第一次調査は、認知症疾患医療センターの概要とアンケートに回答した連携担当者の職務満足度を分析して現状を把握した(研究期間：平成25年8月～12月)。連携担当者の職務満足度については、その理由の記述部分を質的記述的に分析した。第二次調査は、得られたデータを逐語に起こして質的記述的に分析し、在宅療養継続支援や在宅移行支援の実際の内容を明らかにした(研究期間：平成25年10月～12月)。2つの調査結果から、認知症高齢者の医療と福祉(介護)、本人・家族との地域連携システムの構築に向けての示唆を得た(研究期間：平成26年1月～2月)。

質的記述的分析の過程は、一次分析(重要アイテムの抽出)および二次分析(カテゴリー化)である。一次分析の重要アイテムの抽出とは、データの中から「重要な内容」「意味深い内容」を拾い出すことである。二次分析では、一次分析で得られた「重要アイテム」の相違点、共通点を比較して分類し、共通する複数のアイテムにふさわしい抽象化した名前をつけてサブカテゴリー化およびカテゴリー化した。分析は、3人の研究者間の意見の一致をみるまで議論を重ねた。

### 4. 倫理的配慮

倫理的配慮に関して、第一次調査は、研究目的、研究内容、自由意思による研究への協力、匿名性の確保、データの管理と活用について文書にしたものをアンケートの協力依頼文(資料3)として調査票と一緒に郵送し、回答があった場合に同意が得られたものとした。第二次調査は、同様の研究依頼文を持参して説明し、承諾書を得た。また、熊本大学大学院生命科学研究部疫学・一般研究倫理委員会の承認(2012年12月10日付、2013年7月1日付変更倫理第612号)を経て実施した。

### 5. 用語の定義

エイジング・イン・プレイスとは、「今いる場所で継続した生活を<sup>8)</sup>」や「住み慣れた地域で老いる<sup>9)</sup>」、「高齢者が住み慣れた自宅や地域で暮らし続ける<sup>10)</sup>」、「高齢者が、虚弱化とそれに伴う問題にもかかわらず、住み慣れた自分の家や地域でできるだけ長く住むこと。施設への入所を遅らせたり、避けたりすることができる<sup>11)</sup>」などと定義されている。本研究では、居住施設への入所後も極力環境の変化を避けることを意図して「高齢期になっても住み慣れた地域、自宅、そして諸事情により居住施設で暮らすようになった場合にはそれらの施設で最期まで継続した生活を送る」、すなわち「今いる場所で最期まで」と定義する。

また、本研究では、研究対象者による語りを除いて、65歳未満の認知症患者も含めて認知症高齢者と表記する。

## III. 結果

### 1. 第一次調査

#### 1) 認知症疾患医療センター76か所の概要(資料3)

第一次調査は、76か所の連携担当者から回答を得た(回収率42.2%)。76か所の内訳は、九州15、中国・四国7、近畿12、中部5、関東12、北海道・東北4、不明21であり、基幹

認知症高齢者の在宅療養継続支援、および在宅移行支援のための  
医療と福祉(介護)、本人・家族との地域連携システムの構築

型 5、地域拠点型 68、不明 3 であった。

センターの開設年は、2008年 2、09年 31、10年 12、11年 21、12年 10 であった。

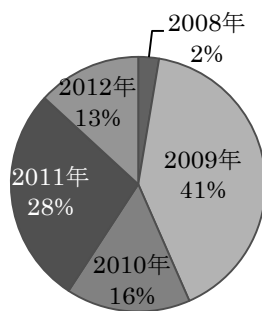
2012年 11月の1か月間の専門医療相談件数は5239件、1業所の平均68.9件であり、0～24件 14、25～49件 31、50～74件 15、75～99件 2、100～124件 4、125件～149件 1、150件以上 9 であった。相談方法の内訳は、電話による相談 65.2%、面接による相談 31.3%、訪問による相談 2.5%、そのほか 1.0% である。(専門医療相談の内容について、回答が得られた自由記載の内容を巻末の資料 4 に示す。)

11月の1事業所あたり平均での、外来新患者数 35.8人(3～451人)、再来患者数 226.9人(2～838人)、鑑別診断の件数 24.6件(2～112件)であり、1日の外来受診者数 22.8人(0.7～149人)、予約から受診までの期間 25.5日(0～84日)、予約待機者 12.7人/月(0～110人)であった。

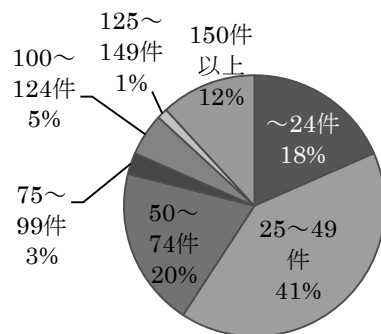
1事業所あたり、配属されている専門医療相談員の平均は 2.9人(1～11人)であり、常勤で専任の専門職 153人の内訳は、精神保健福祉士 77人、医師 41人、臨床心理士 16人、看護師 12人、社会福祉士 7人であった。

平成 24年度の医師対象の「研修・勉強会の実施」は、有 58(平均 2.5回/年、n = 53)・無 16、コメディカル対象の「研修・勉強会の実施」有 64(平均 4.6回/年、n = 61)・無 9、「事例検討会の実施」は有 45(平均 6.1回/年、n = 42)・無 28 であった。

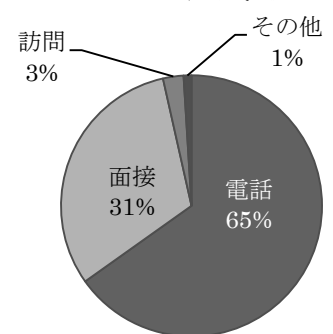
センターの開設年月日



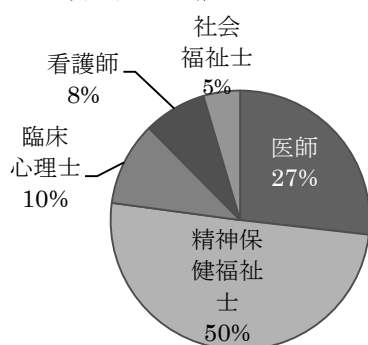
1カ月の相談件数



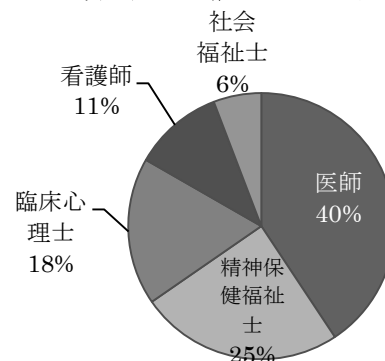
1カ月の相談状況



専門職の内訳 (常勤の専任)



専門職の内訳 (常勤の兼務)



2) 認知症疾患医療センター76か所の地域連携の現状

都道府県内で全認知症疾患医療センターが集まる機会が有 60(平均 3.1回/年、n = 53)・無 16 であり、基幹型が実施している事例検討会の前後に時間をとって連携担当者会議を行っている場合(11か所)や都道府県主催の連絡協議会などが認められた。センターの質の向

## 認知症高齢者の在宅療養継続支援、および在宅移行支援のための 医療と福祉(介護)、本人・家族との地域連携システムの構築

上をめざし、年に数回定期的に県下の全センターが集まり、各々のセンターの実績報告や活動報告、情報交換、課題の検討、連携パスの検討や統計の統一をしているところもあった。また、各センターが診断や連携に苦慮した事例・うまくいった事例を持ち寄って事例検討会を開催したり、かかりつけ医やサポート医への研修を企画・実施したりしていた。しかし「県下で認知症疾患医療センターが1カ所しかないため、そのような連携の機会はない」という地域もあった。

他のセンターとの連携の機会が有37(平均4.7回/年、n=34)・無39であり、事例検討会を挙げているセンターが11カ所あり、そのほか連絡協議会や研修会などが挙げられていた。「各センターが持ち回りで連絡協議会を開催する」「近隣のセンターどうしで事例検討会を開催し、そこへ地域の社協や包括等呼んでグループワークを行う」などがあり、連携の内容としては、各センターの受診待機者状況などの現状把握、情報交換、相談記録の統一化についての検討、今後の課題・問題点についての意見交換などがあった。

地域の医療機関との連携の機会が有52(平均3.2回/年、n=46)・無24であり、ここでも事例検討会を挙げているセンターが15カ所あった。センター管内の開業医へ事例検討会への参加を呼び掛けたり、医師会と合同で事例検討会を企画・実施し、地域のかかりつけ医の日常診療における認知症の症例をセンターや包括と検討したりしているところもあった。連絡協議会や認知症疾患医療連携協議会では、認知症の医療と介護の連携を目的とした協議、「病診連携」など医療機関通しの連携を目的とした協議などが行われており、その中で、認知症疾患医療センターの役割やシステム・連携のあり方についての説明、日ごろの認知症診療に関する現状の把握、医療機関がセンターに希望することの確認、診察上の疑問点についての話し合いなどが行われていた。中には、センター管内の医療機関と連携承諾書を交わして「センターは診断、医療機関では治療という分担を行っている」という地域もあった。また、センター主催のサポート医・かかりつけ医を対象とした研修会の開催、医師会主催の地域連携懇談会への参加、研究会や勉強会への参加なども挙げられていたが、中には「現状では医療機関との連携は紹介状のやりとり程度」「検討中」「計画中」という回答も認められた。

地域包括支援センターとの連携の機会が有69(平均5.1回/年、n=62)・無7であり、今回のアンケート調査で尋ねた関係機関の中でもっとも連携の機会が多かった。連携の場としては事例検討会(21カ所)や連絡協議会(14カ所)が多く挙げられており、認知症疾患医療センター管内の包括と共催で事例検討会を企画・開催したり、センター主催であっても事例提供は包括が対応に困っている困難事例を検討したりしているところもあった。そのほか、地域包括ケア会議や地域支援会議等に参加する、定期的にセンターが管内の包括を集めて情報交換する、月に1回センターが包括を訪問する、といった形で連携の機会が作られていた。必要に応じて、包括が担当しているケースについてセンターが個別に電話相談や訪問相談など対応している場合もあった。さらに、地域の認知症の方の生活状況や支援についての現状把握、高齢者の安否確認などの取り組みについて検討したり、地域住民も交え、地域に存在している高齢者や認知症の方をどう見守っていくか検討したりしているところもあった。

行政との連携の機会が有67(平均3.5回/年、n=55)・無9であり、連絡協議会(13カ所)、認知症疾患医療連携協議会(13カ所)、事例検討会(16カ所)などが挙げられていた。連絡協議会では、センターの実績報告・活動報告および関係機関の抱えている問題などを話し合うとともに、行政から近い将来の厚生労働省や行政の計画・施策についての説明を受け、それらに対してセンターがどのように行動するかといった検討がなされており、「問題にどのように取り組むか、行政からセンターに期待されることやセンターが行政に期待することを話し合う機会としている」という記述もみられた。そのほか、地域ケア会議や推進協議会、介護保険関係機関の連絡会への参加などが挙げられている。連携の内容として「地域連携パス導入にあたっての検討」や「連携シートの使用状況の確認・見直し」など、予防・連携についてのシステムづくりや医療と介護の連携ツールの開発なども挙げられていた。



認知症高齢者の在宅療養継続支援、および在宅移行支援のための  
医療と福祉(介護)、本人・家族との地域連携システムの構築

介護保険事業所との連携の機会が有 41(平均 2.6 回/年、n = 45)・無 34・不明 1 であり、事例検討会を挙げているセンターが 18 か所と最も多かった。次に多かった研修会 (14 か所) では、センター主催で介護保険事業所向けの研修会 (認知症の疾患や介護に関する) を開催したり、介護保険事業所で行われる研修会に講師を派遣する、といったことも行われていた。また、センター職員が定期的に管轄地域の介護事業所を訪問し、センターの周知や活用、問題点について話し合ったり、ケアカンファレンスへ参加したりするなど、センターが地域へ出向いての連携も行われていた。

地域住民への研修会・講演会などの実施について、有 47(平均 4.9 回/年、n = 36)・無 28・不明 1 であり、認知症サポーター養成講座を挙げているセンターが 9 か所、そのほか、講演会や市民フォーラムの主催および共催、また地域の市民センターや家族会、介護予防教室等から依頼を受けて講師派遣 (センター医師精神保健福祉士等の) や出前講座を実施していた。内容は認知症の理解や早期発見・早期治療、予防、ケア、家族の心理的サポート、自動車運転の問題などであり、認知症疾患医療センターのあり方について周知しているセンターもみられた。

(以上の各関係機関との連携の機会について、回答が得られた自由記載の内容を巻末の資料 4 に示す。)

### 3) アンケートに回答した連携担当者のプロフィール

表 1. アンケートに回答した連携担当者のプロフィール (n = 76)

設問	回答
性別	男性 32 人 女性 40 人 不明 4 人
年代	20 代 10 人 30 代 38 人 40 代 10 人 50 代 11 人 60 代 5 人 不明 2 人
職種	医師 6 人 看護師 9 人 精神保健福祉士 53 人 そのほか 4 人 不明 4 人
経験年数	1~4 年 10 人 5~9 年 22 人 10~14 年 16 人 15~19 年 0 人 20 年以上 14 人

### 4) アンケートに回答した連携担当者の職務満足度

アンケートに回答した連携担当者の職務満足度は、大変満足している 5 人、おおむね満足している 36 人、どちらでもない 20 人、あまり満足していない 11 人、満足していない 1 人であった。その理由についての記述内容を質的記述的に分析した (表 2 参照)。以下、カテゴリー【 】、サブカテゴリー《 》、重要アイテム< >で表す。

#### (1) 満足している理由

「大変満足している」「おおむね満足している」の理由を内容分析を用いて分析した結果、【精神保健福祉士としての専門性を発揮できる】【認知症疾患医療センターとしての機能を果たす】【認知症疾患医療センターへのサポートがある】の 3 つのカテゴリーが抽出された。

【精神保健福祉士としての専門性を発揮できる】の具体的な内容は、連携担当者として関係機関との連携・調整など《地域連携システムをつくりあげる》《チームアプローチで成果を上げる》の 2 つが挙げられた。

【認知症疾患医療センターとしての機能を果たす】の具体的な内容は、《鑑別診断・早期医療の普及啓発》《認知症患者の最後の砦》《研修会の企画・実施》の 3 つが挙げられた。

【サポートを得られる】《関係機関からのサポート》の具体的な内容は、<県からのサポートが得られる><大学病院からのサポートが得られる>であった。

#### (2) 満足していない理由

一方で、「どちらでもない」「あまり満足していない」「満足していない」の理由を内容分

認知症高齢者の在宅療養継続支援、および在宅移行支援のための  
医療と福祉(介護)、本人・家族との地域連携システムの構築

析した結果、【認知症疾患医療センターとしての機能を果たせない】【医師会や他のセンターとの連携が図れていない】の2つのカテゴリーが抽出された。

【認知症疾患医療センターとしての役割・機能を果たせない】の具体的な内容は、《経済的な問題》《過重な業務》《密にかかわれない》《タイムリーに対応できない》《センターの役割・機能の周知不足》の5つが挙げられた。

【連携が図れていない】の具体的な内容は、《他機関との連携不足》《他のセンターとの連携不足》《センター内の他職種との連携不足》の3つが挙げられた。

(職務満足度の理由について、回答が得られた自由記載の内容を巻末の資料4に示す。)

表2. 認知症疾患医療センターの連携担当者の職務満足度とその理由

職務満足度	カテゴリー	サブカテゴリー	重要アイテム
大変満足している	精神保健福祉士としての専門性を発揮する	地域連携システムを創り上げる	・専門性を発揮して、環境、家族、介護事業者、住民との地域連携体制を創り上げる ・治療、患者・家族支援のほかに関係部署との連携・マネジメントの経験ができ、専門性を発揮できる
		チームアプローチで成果を上げる	・チームアプローチで専門職それぞれが役割を果たし、成果を上げている実感がある ・同じ目的・志を持つ者と顔の見える連携を図る
	認知症疾患医療センターとしての機能を果たす	鑑別診断・早期医療の普及啓発	・鑑別診断のための認知症診療の必要性が周知されつつある ・早期に医療を受けられるよう普及啓発活動が行う ・地域のかかりつけ医（医療機関）や地域包括支援センターからの相談に対応し、信頼関係を築く
		認知症患者の最後の砦	・認知症患者の最後の砦として医療や介護からこぼれた人の受け皿となる
おおむね満足している	サポートを得られる	研修会の企画・実施	・診療のみにとどまらず、研修会を通じて活動を発信できる
		関係機関からのサポート	・県からのサポートが得られる ・大学病院からのサポートが得られる
どちらでもない	認知症疾患医療センターとしての機能を果たせない	経済的な問題	・十分な人員配置ができない ・小規模な運営体制である ・補助金が少なくできることが限られる
あまり満足していない		過重な業務	・専門医療相談に加え、研修の企画・実施など負担である ・報告書など事務量が膨大である ・センターの業務が年々増える ・マンパワーが不足し、負担が大きい ・センターへの期待が大きすぎる
満足していない		密にかかわれない	・1つのセンターが担当する地域が広いために密にかかわれない

認知症高齢者の在宅療養継続支援、および在宅移行支援のための  
医療と福祉(介護)、本人・家族との地域連携システムの構築

い			<ul style="list-style-type: none"> <li>・センターにつながらなかった相談者へのフォロー体制ができていない</li> </ul>
		タイムリーに対応できない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・BPSD や若年性認知症患者へタイムリーに適切な対応ができない</li> <li>・センターを受診し入院の必要性があっても対応できず、ほかの医療機関への紹介を余儀なくされる</li> </ul>
		センターの役割・機能の周知不足	<ul style="list-style-type: none"> <li>・行政と協力してセンターの周知徹底に努めているが、多くの事業所で周知されていない現状がある</li> <li>・センターが所属する病院内でもセンターの役割・機能について理解が得られていない</li> </ul>
	連携が図れていない	他機関との連携不足	<ul style="list-style-type: none"> <li>・公的機関と指摘機関の中間的立場だから、地域の医師会との連携の難しさがある</li> <li>・センター受診のためにかかりつけ医の紹介状を求めることは、ハードルが高い</li> <li>・多くの職種・事業所をまとめたり、主導して統一を図ったりすることが難しい</li> <li>・地域連携体制の構築が重要だが、具体的な方策が進まず苦慮している</li> </ul>
		他のセンターとの連携不足	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各センター間で温度差がある</li> <li>・他のセンターの実情がわからない</li> </ul>
		センター内の他職種との連携不足	<ul style="list-style-type: none"> <li>・センター内の医師の理解が得られにくく連携が進まない</li> <li>・センターの運営を医師 1 人と看護師 1 人で行っており、仲間が欲しい</li> </ul>

## 2. 第二次調査

認知症疾患医療センターが担う在宅療養継続支援、および在宅移行支援に関し、半構成的面接により得られたデータの質的記述的分析の結果を表3、表4に示す。以下、カテゴリー【 】, サブカテゴリー《 》、重要アイテム< >、ローデータを「 」で表す。

### 1) 認知症疾患医療センターが担う在宅療養継続支援

認知症疾患医療センターが担う在宅療養継続支援に関する質的記述的分析の結果、【トリアージ】【センターにつなげる】【タイムリーな介入】【地域連携システムの構築】の4つのカテゴリー、それぞれのカテゴリーに 3、3、3、4 の 13 サブカテゴリー、9、17、19、28 の 73 重要アイテムが抽出された（表3参照）。

#### (1) 【トリアージ】

認知症疾患医療センターにおける専門医療相談における連携担当者による【トリアージ】の際、《緊急性の判断》《方向性の判断》《的確な判断のための情報把握》が行われていた。

《緊急性の判断》では、「緊急と判断したら医師に相談し受診を早めることがある」「順番に予約を入れるが重度の場合は調整して予約を早める」といったように、必要時<…センター受診を早められるよう調整>したり、「急いで診てもらいたい場合は他の精神科に

## 認知症高齢者の在宅療養継続支援、および在宅移行支援のための 医療と福祉(介護)、本人・家族との地域連携システムの構築

つなぐ」など<…センター受診を待たずに一般精神科受診や他院を紹介>するなどの早期対応を行っている。また、「急な症状出現時は脳血管疾患や頭部外傷の可能性を考える」「脳血管疾患が疑われる場合は脳外受診を優先する」といったように、<脳血管疾患や頭部外傷などの緊急を要する可能性も含めてアセスメントし、必要時他科受診を優先>することも含め判断されていた。

《方向性の判断》では、<センター受診か、かかりつけ医や専門医につなぐかの判断>、<受診の必要性の有無>、<入院の必要性の有無>についての判断をしている。実践の例として「かかりつけ医と相談し症状に応じた病院の選定を行う」「すでに診断を受け治療中でも、より専門的な検査が必要な場合はセンター受診を提案する」「入院が逆効果にならないかアセスメントし、自宅での療養を継続する」などがあつた。

また、<認知症患者はどうもないと気丈にふるまうことをふまえ…>、<認知症患者の家族はなかなか自分から相談してこないことをふまえ…>、<本人だけではわからない正確な状況を、自宅への訪問や周囲の人の情報などから把握する>というような、《的確な判断のための情報把握》を行っていた。

### (2) 【センターにつなげる】

認知症疾患医療センターは、【センターにつなげる】ために《受診勧奨》《受診前の調整》《センターの役割・機能の周知》を行っていた。

《受診勧奨》では、「患者が受診を拒否する場合、家族に来所してもらい一緒に作戦を練る」「患者が受診を拒否する場合、センターの専門職と地域の専門職が合同訪問して関係をつくり、受診をすすめる」など、患者が受診を拒否する場合に<家族と一緒に作戦を練>ったり、<自宅を訪問して関係を構築>したりしていた。「自宅訪問は、受診勧奨であることを伏せて県の指定で巡回をしていると説明すると家に入れてくれる」「受診を拒否するケースに、“〇歳以上の方に脳の健診をする”と伝え受診を勧める」など、受診を受け入れてもらうための自宅訪問時の工夫として<県の巡回、脳の健診>であると伝えたり、<はじめは身体機能からテストし認知機能のほうへ話をもっていく>など受け入れやすいかわりをしていた。また、「訪問ですぐに受診につながらなくてもつなぎになる」「顔が見える関係ができれば、受診につながることもある」など、<すぐに受診につながらなくても顔の見える関係をつくり今後につなげるための訪問>を実施していた。そのほか<かかりつけ医や地域の専門医からの紹介>、「拠点型センター（精神科）受診を拒否する場合に基幹型センター（総合病院）への受診を勧める」といった<基幹型センターのネームバリューの活用>や<センター医師と地域包括支援センターの職員など地域の専門職と連携>を図り、センターにつなげていた。そして、「地元の精神科、病院にはかかりたくないというケースのニーズに対応し、管轄外からの相談を受ける」「遠方のセンター受診による本人・家族の負担を軽減するために、管轄外のニーズにも対応する」など、<管轄外からの相談やニーズに対応>していた。

《受診前の調整》では、<電話相談から受診までに面談して状況を把握し、センターの医師に情報を提供>したり、<…本人・家族の受診への不安を取り除く>対応をしたり、<自宅訪問では、家族に検査やサポートなどについて説明>していた。

《センターの役割・機能の周知》では、<地域の認知症サポーター養成講座の講師>、<かかりつけ医が集まる場>などの機会に周知を図ったり、関係機関に広報したり、住民に周知できるように<インターネットなどの環境を整え>たりしていた。

### (3) 【タイムリーな介入】

認知症疾患医療センターでは、【タイムリーな介入】として《療養を支えるアドバイス》《介護保険につなげる》《外来でのフォロー》が行われていた。

《療養を支えるアドバイス》では「症状悪化時に電話相談を受け、センターで対応したり近くの精神科病院に紹介したりするなど、継続してフォローする」「電話相談時に、BPSDへの対応など今解決できることはアドバイスし早期に解決できるよう支援する」など<病

## 認知症高齢者の在宅療養継続支援、および在宅移行支援のための 医療と福祉(介護)、本人・家族との地域連携システムの構築

状悪化時…>の対応や<BPSD への対応…>をアドバイスしていた。また、<本人と家族の希望が異なる場合家族が医師に希望を伝えられるような場をつく>ったり、<他院で処方された内服薬やその副作用についての相談を受け>、<鑑別診断後、ケアマネジャーに患者の治療経過と今後予測される病状、対処方法等の情報を提供>したりしていた。

《介護保険につなげる》では、まず、<介護保険の申請や社会資源の活用法に関する情報>や<地域の居宅介護支援事業所の情報を患者・家族に提供>する。そのためには、<新規の介護保険事業所の説明を受け、患者・家族にリアルな情報を提供する>ことや<施設利用を希望する場合、患者・家族と一緒に見学し、助言する>ことも行う。そして、介護保険申請のために<…地域包括支援センターへつない>だり、<センターの医師が主治医意見書を書い>たり、<未受診でかかりつけ医なしの場合、医師とともに訪問し介護保険の申請書を書いて>もらう。そのほか<センター受診への拒否が強い場合、…かかりつけ医と連携して介護保険につなげ>たり、特に<独居の場合訪問看護を導入>している。

《外来でのフォロー》の具体的な内容は、<退院後ケアマネジャーからの情報を基に、早めの受診や内服薬などの調整をする>、<退院後、家族が自己判断で服薬調整をしてBPSDが悪化することがあるので、家族の話聞く>、<外来で伝え忘れたことを、後日電話で家族に伝える>である。

### (4) 【地域連携システムの構築】

認知症疾患医療センターは、【地域連携システムの構築】のために、《事例検討会や連絡協議会の開催》《認知症対策の企画・実施》《家族へのサポート》《地域の医療・福祉専門職との連携》を行っていた。

《事例検討会や連絡協議会の開催》では、「基幹型事例検討会の前に各センターの連携担当者が集まって情報交換を行う」「拠点型事例検討会の企画を地域のケアマネジャーや行政保健師等と共に行う」「地域の医師、地域包括支援センター、行政、介護事業所、家族などに事例検討会へ参加してもらう」など<各センター>、<ケアマネジャーや行政保健師>、<地域の医師、地域包括支援センター、行政、介護保険事業所、家族>と連携を図っていた。また、<センターが管轄する地域包括支援センターの活動状況の把握>や<事例検討会や研修を行うことで各センターの医療の質を底上げし、一定のスキルや治療を提供する>ことや<…地域のかかりつけ医や専門職への研修を行い、診療や実践に役立てる>ことを目指していた。さらに<事例検討会が日々の支援や診療に活かされているか、認知症にかかわる専門職の質の向上につながっているか評価する>機会にしていた。

《認知症対策の企画・実施》では、<関係機関が協働し…>て、<県下のセンターで統一したツール（物忘れ受診手帳など）の作成やモデル事業について検討>したり、<認知症初期集中支援チームをつくり、自治体と地域包括支援センターが中核となって、地域包括支援センター保健師、ケアマネジャー、サポート医、センターがチームを組んで行う>ことを目指していた。

《家族へのサポート》の具体的な内容には、<電話相談で、サービスを何も使わずに疲労している家族は、地域包括支援センターへつなぐ>、<家族に公民館や地域包括支援センターで行う認知症相談をすすめる>、<かかりつけ医もあり、薬も処方されている場合は安心してよいことを家族に伝える>が挙げられた。

《地域の医療・福祉専門職との連携》では、<鑑別診断・治療後はかかりつけ医へ戻す>、<かかりつけ医とセンター医師の間に連携担当者が入り調整する>、<病状が悪化し入院が必要なケースをセンターでの受け入れが困難な場合、ワーカー間で調整し、地域の精神科に入院できるようにする>ことが挙げられた。また、<外来で担当する認知症患者にどんなサービスが適しているか、医師からの相談を受ける><BPSD、リロケーションダメージやせん妄など、他診療科医師からの相談に応じる><他病院の入院患者の鑑別診断希望について、病院看護師からの相談に応じる>など、認知症高齢者への対応についての相談は、<外来医師>、<他診療科医師>、<他病院の病棟看護師>、<事例検討会に参加している専門職>、<介護保険事業所やケアマネジャー>、<地域包括支援センター>

認知症高齢者の在宅療養継続支援、および在宅移行支援のための  
医療と福祉(介護)、本人・家族との地域連携システムの構築

と多岐に渡ることが示された。多機関・多職種で連携を図ることで<家族や本人の負担を加味してよりよいケアを提供する>、<受診を拒否するケースに、地域包括支援センターやケアマネジャー、保護課のワーカー、保健師、認知症推進員らと定期的に合同訪問し見守る>、<一人でセンター受診が難しい場合、介護保険事業所の職員がバス停で乗車を見守り、センター職員がバス停に迎えに行くなどしてサポートする>、<道に迷って警察に保護されたとき、市役所職員が迎えに行くなどのサポート体制を構築する>、<悪徳商法にひっかかったり、認認介護にある場合、権利擁護事業の利用を検討する>といった支援が行われていた。

表 3. 認知症疾患医療センターが担う在宅療養継続支援

カテゴリー	サブカテゴリー	重要アイテム
トリアージ	緊急性の判断	緊急性のあるケースを見きわめ、センター受診を早められるよう調整する
		緊急性の高い場合、センター受診を待たずに一般精神科外来で対応したり他院に紹介したりして早期に対応する
		脳血管疾患や頭部外傷などの緊急を要する可能性も含めてアセスメントし、必要時他科の受診を優先する
	方向性の判断	状況に応じてセンター受診か、かかりつけ医や専門医につなぐかを判断する
		本当にセンターへの入院が必要か、入院が逆効果にならないかを見きわめる
		自宅訪問では、本人と話し状況把握をしてセンター医師へ報告し、受診の必要性を見きわめる
	的確な判断のための情報把握	診察時、認知症患者はどうもないと気丈にふるまうことをふまえて的確な情報を引き出す
		診察時、認知症患者の家族はなかなか自分から相談してこないことをふまえて情報を引き出す
		本人だけではわからない正確な状況を、自宅への訪問や周囲の人の情報などから把握する
センターにつなげる	受診勧奨	患者が受診を拒否する場合、家族に来所してもらい一緒に作戦を練る
		受診を拒否するケースに、自宅に訪問することで関係をつくり受診をすすめる
		受診勧奨目的の自宅訪問時、「県の巡回」「脳の健診をする」など受け入れられやすいかわりをする
		受診勧奨目的の自宅訪問時、はじめは身体機能からテストし認知機能のほうへ話をもっていくなど受け入れられやすいかわりをする
		すぐに受診につながらなくても顔の見える関係をつくり今後につなげるために訪問する
		かかりつけ医や地域の専門医からの紹介でセンター受診につなげる

認知症高齢者の在宅療養継続支援、および在宅移行支援のための  
医療と福祉(介護)、本人・家族との地域連携システムの構築

		医療機関につながっていないケースに、センター医師と地域包括支援センター職員など地域の専門職が連携し受診をすすめる
		拠点型センター（精神科）受診を拒否する場合に基幹型センター（総合病院）のネームバリューを活用して受診につなぐ
		地元の精神科、病院にはかかりたくないというケースのニーズに対応し、管轄外からの相談を受ける
		遠方のセンター受診による本人・家族の負担を軽減するために、管轄外のニーズにも対応する
	受診前の調整	電話相談から受診までの間に面談して状況を把握し、センター医師に情報を提供する
		電話相談から受診までに面談して、本人・家族の受診への不安を取り除く
		自宅訪問では、家族に検査やサポートなどについて説明する
	センターの役割・機能の周知	地域の認知症サポーター養成講座の講師などを担い、センターの機能・役割を周知する
		かかりつけ医が集まる場にセンターから連携担当者が出席し、センターの役割・機能、および診断後にはかかりつけ医のもとへ返すことを説明する
		地域の医療機関、行政、地域包括支援センター、居宅介護事業所などへ広報しセンターを周知する
		住民が介護保険申請窓口やかかりつけ医、地域包括支援センター、インターネット等でセンターを知ることができるように環境を整える
タイムリーな介入	療養を支えるアドバイス	症状悪化時に電話相談を受け、センターで対応したり近くの精神科病院に紹介するなど、継続してフォローする
		電話相談時に、BPSDへの対応など今解決できることはアドバイスし早期に解決できるよう支援する
		本人と家族の希望が異なる場合、家族が医師に希望を伝えられるような場をつくる
		他院で処方された内服薬やその副作用についての相談を受ける
		鑑別診断後、ケアマネジャーに患者の治療経過と今後予測される病状、対処方法等の情報を提供する
	介護保険につなげる	介護保険の申請や社会資源の活用法に関する情報を患者・家族に提供する
		地域の居宅介護支援事業所の情報を患者・家族に提供する
		介護保険を申請する必要がある場合、地域包括支援センターへつなぐ
		センターの医師が介護保険申請のための主治医意見書を書く

認知症高齢者の在宅療養継続支援、および在宅移行支援のための  
医療と福祉(介護)、本人・家族との地域連携システムの構築

		未受診でかかりつけ医なしの場合、医師とともに訪問し介護保険の申請書を書いてもらう
		受診拒否が強い場合、必要時すみやかに介護保険につながるよう、かかりつけ医と前もって連携する
		「まだいいです」という意思表示を尊重し、あせらず状況を把握し、介護保険につなげる時期を見極める
		センターでの鑑別診断・治療後、スムーズな介護サービスの導入を検討する
		新規の介護保険事業所の説明を受け、患者・家族にリアルな情報を提供する
		施設利用を希望する場合、患者・家族と一緒に見学し、助言する
		独居の場合訪問看護を導入する
	外来でのフォロー	退院後ケアマネジャーからの情報を基に、早めの受診や内服薬などの調整をする
		退院後、家族が自己判断で服薬調整をして BPSD が悪化することがあるので、家族の話聞く
		外来で伝え忘れたことを、後日電話で家族に伝える
地域連携システムの構築	事例検討会や連絡協議会の開催	基幹型事例検討会の前に各センターの連携担当者が集まって情報交換を行う
		拠点型事例検討会の企画を地域のケアマネジャーや行政保健師等と共に行う
		地域の医師、地域包括支援センター、行政、介護事業所、家族などに事例検討会へ参加してもらう
		事例検討会の際にセンターが管轄する地域包括支援センターの活動状況を把握する
		事例検討会や研修を行うことで各センターの医療の質を底上げし、一定のスキルや治療を提供する
		事例検討会時に、地域のかかりつけ医や専門職への研修を行い、診療や実践に役立てる
		事例検討会が日々の支援や診療に活かされているか、認知症にかかわる専門職の質の向上につながっているか評価する
		認知症対策の企画・実施
	県下のセンターで統一したツール（物忘れ受診手帳など）の作成やモデル事業について検討する	
	認知症初期集中支援チームをつくり、自治体と地域包括支援センターが中核となって、地域包括支援センター保健師、ケアマネジャー、サポート医、センターがチームを組んで	



認知症高齢者の在宅療養継続支援、および在宅移行支援のための  
医療と福祉(介護)、本人・家族との地域連携システムの構築

	行う
家族へのサポート	電話相談で、サービスを何も使わずに疲労している家族は、地域包括支援センターへつなぐ
	家族に公民館や地域包括支援センターで行う認知症相談をすすめる
	かかりつけ医もあり、薬も処方されている場合は安心してよいことを家族に伝える
地域の医療・福祉専門職との連携	鑑別診断・治療後はかかりつけ医へ戻す
	かかりつけ医とセンター医師の間に連携担当者が入り調整する
	病状が悪化し入院が必要なケースをセンターでの受け入れが困難な場合、ワーカー間で調整し、地域の精神科に入院できるようにする
	外来で担当する認知症患者にどんなサービスが適しているか、医師からの相談を受ける
	BPSD、リロケーションダメージやせん妄など、他診療科医師からの相談に応じる
	他病院の入院患者の鑑別診断希望について、病院看護師からの相談に応じる
	医療機関との連携システムを構築することで広域をカバーする
	事例検討会などで構築されたネットワークをいかし、ケースについて相談する
	介護保険事業所やケアマネジャーからの受診相談や BPSD への対応相談、入院依頼などの相談を受ける
	認知症地域連携推進員と病院および地域包括支援センターに出向き、内部見学や医師との面談、センターや各精神科病院の状況など情報交換を行い連携を図る
	福祉の専門職が入ることで家族や本人の負担を加味してよりよいケアを提供する
	受診を拒否するケースに、地域包括支援センターやケアマネジャー、保護課のワーカー、保健師、認知症推進員らと定期的に合同訪問し見守る
	一人でセンター受診が難しい場合、介護保険事業所の職員がバス停で乗車を見守り、センター職員がバス停に迎えに行くなどしてサポートする
	道に迷って警察に保護されたとき、市役所職員が迎えに行くなどのサポート体制を構築する
	悪徳商法にひっかかったり、認認介護にある場合、権利擁護事業の利用を検討する

認知症高齢者の在宅療養継続支援、および在宅移行支援のための  
医療と福祉(介護)、本人・家族との地域連携システムの構築

2) 認知症疾患医療センターが担う在宅移行支援

認知症疾患医療センターが担う在宅移行支援に関するデータの分析の結果、【専門的な医療の提供】【在宅移行の調整】【療養場所の選択への支援】の3つのカテゴリー、それぞれのカテゴリーに1、3、2の6サブカテゴリー、2、18、7の27重要アイテムが抽出された(表4参照)。

(1) 【専門的な医療の提供】

認知症疾患医療センターにおいて、在宅移行支援のために提供される【専門的な医療】は、《症状(BPSD等)のコントロール》であった。具体的には「妄想により在宅療養の継続が危機的な状況となった際に入院により治療し症状コントロールし、試験外泊を重ねて在宅復帰する」「受診の目的は鑑別診断で、診断および薬を処方されると基本的にかかりつけ医にもどるが、その後何か変化があったときとか、周辺症状が強いケースや施設の調整が必要な場合にはセンターがかかわる」などから<BPSDにより在宅療養の継続が難しくなった場合に入院加療し症状をコントロールする>、<BPSDが強いケースにはセンターが継続してかかわる>が挙げられた。

(2) 【在宅移行の調整】

認知症疾患医療センターで行われる【在宅移行の調整】には、《病棟専門職との連携》《自宅復帰への家族の理解を得る支援》《居宅サービスの調整》が行われていた。

《病棟専門職との連携》には、「在宅移行支援のために日ごろから情報を収集している。認知症疾患治療病棟や内科病棟の申し送りにセンターのケアマネジャーが参加し情報収集をしている。広く浅く患者さんの状況を把握して、もう退院できる状況であれば、ご家族と面談して意向を確認したりする」といった<病棟の申し送りに参加し、その情報を基に退院できる状態となった患者・家族と面談し、退院支援を行う>、<病棟での生活の情報を家族への退院指導にいかす>ことや、「(センター職員が)退院前自宅訪問に行ってみるとは必ず受け持ち看護師に報告する。ガスはどんなものを使っているか、お薬カレンダーを貼ってきたところを写真にとって見せたりする」といった<退院前訪問時の情報を病棟スタッフと共有する>ことが認められた。

《自宅復帰への家族の理解を得る支援》では、まず、「“センターはずっと入院するところではない”と言う。基本的には3か月をめどにしており、退院を目指して治療をしますので、ご協力くださいと最初に言う」など<入院時にセンターは一定期間の加療の場であることを家族に理解してもらう>ことから始めていた。そして在宅移行が可能な状態となった場合に「主治医から在宅復帰大丈夫ですよ、と言われても、家族としては、“もう受け入れは家では難しい”“施設にお願いします”“このままここ(病院)にお願いします””というような意見が聞かれる。先生には言えないけど、再度私たちがご家族と話した時にはそういうことが出てくる。」「在宅に戻れるレベルの方は、ある程度“家がいい”とか“よそには行きたくない”とか、それぐらいはわかられる。もう(意思を)確認するのは無理という方もいらっしゃるが、それ以外の意思疎通がとれる方は聞くようにしている。」など、<今後の方向についての本人・家族の意向を確認>したうえで、<たとえ認知症があっても本人の意向を極力尊重>しながら、調整が進められる。そして、<病状が落ち着いたら試験外泊をして家での様子を家族にみってもらう>、<家族だけで介護しなければいけないと思っている家族の話へ、サービス利用による生活の中でのメリットを説明する>、<退院前訪問時、自宅で安全に療養できるように福祉用具の提案や安全な動作について指導する>など、段階をおって進められる。さらに、<若年性認知症者の家族の不安に対し、今できることを見つけて一緒にやりましょうと支える>、<退院後に何かあったらいつでもセンターに連絡して良いと家族に伝えて安心を得る>というように、在宅移行に対する家族の安心を得ることで、家族の理解を得ようと調整している。

《居宅サービスの調整》では、退院後すぐにサービスを利用できるように<入院中にケ

認知症高齢者の在宅療養継続支援、および在宅移行支援のための  
医療と福祉(介護)、本人・家族との地域連携システムの構築

アマネジャーに暫定プランを立案してもらい担当者会議を開催したり、＜退院時カンファレンスで退院後利用するサービスの種類や通院する医療機関を決定＞したり、＜退院前に介護保険事業所の担当者に来院してもらい…＞、＜退院時カンファレンスに必要時地域包括や行政福祉部からも参加してもらおう＞などして、安心してサービスが利用できるように調整していた。また、＜診療情報提供書をかかりつけ医へ送り、退院後のフォローを依頼する＞、＜訪問看護を導入し、服薬管理、状態把握、経済的な問題や生活上の相談にのる＞、＜独居の場合、服薬確認だけはできるようにサービスをマネジメントする＞といった調整が求められていた。

(3) 【療養場所の選択への支援】

認知症疾患医療センターでは、在宅移行支援だけでなく、《自宅退院を強要しないかかわり》《施設移行の調整》が行われていた。

《自宅退院を強要しないかかわり》の具体的な内容は、＜家族の生活を犠牲にしてまで在宅復帰をすすめず、場合によっては施設入所を検討する＞、＜家族と本人の意向にずれがある場合、別々に話を聞いて検討する＞、＜独居での在宅療養を望むケースに、一緒に自宅の状況を確認し適切な療養の場を話し合う＞、＜自宅にこだわらず、本人にとって快適な場所を検討する＞であった。

《施設移行の調整》では、施設の方角となった場合に＜様々な施設に関する情報を提供＞、＜本人・家族と一緒に施設を見学＞、＜家族の意向よりも本人の状況に適した施設かどうかを見きわめる＞ことが行われていた。

表 4. 認知症疾患医療センターが担う在宅移行支援

カテゴリー	サブカテゴリー	重要アイテム
専門的な医療の提供	症状 (BPSD 等) のコントロール	BPSD により在宅療養の継続が難しくなった場合に入院加療し症状をコントロールする
		BPSD が強いケースにはセンターが継続してかかわる
在宅移行の調整	病棟専門職との連携	病棟の申し送りに参加し、その情報を基に退院できる状態となった患者・家族と面談し、退院支援を行う
		病棟での生活の情報を家族への退院指導にいかす
		退院前訪問時の情報を病棟スタッフと共有する
	自宅復帰への家族の理解を得る支援	入院時にセンターは一定期間の加療の場であることを家族に理解してもらう
		今後の方向についての本人・家族の意向を確認する
		たとえ認知症があっても本人の意向を極力尊重する
		病状が落ち着いたら試験外泊をして家での様子を家族にみってもらう
		家族だけで介護しなければいけないと思っている家族の話へ、サービス利用による生活の中でのメリットを説明する

認知症高齢者の在宅療養継続支援、および在宅移行支援のための  
医療と福祉(介護)、本人・家族との地域連携システムの構築

		退院前訪問時、自宅で安全に療養できるように福祉用具の提案や安全な動作について指導する
		若年性認知症者の家族の不安に対し、今できることを見つけて一緒にやりましょうと支える
		退院後に何かあったらいつでもセンターに連絡して良いと家族に伝えて安心を得る
	居宅サービスの調整	退院すると同時にサービスが利用できるよう、入院中にケアマネジャーに暫定プランを立案してもらい担当者会議を開催する
		退院時カンファレンスで退院後利用するサービスの種類や通院する医療機関を決定する
		退院前に介護保険事業所の担当者に来院してもらい、安心してサービスが利用できるように調整する
		退院時カンファレンスに必要時地域包括や行政福祉部からも参加してもらう
		診療情報提供書をかかりつけ医へ送り、退院後のフォローを依頼する
		訪問看護を導入し、服薬管理、状態把握、経済的な問題や生活上の相談にのる
		独居の場合、服薬確認だけはできるようにサービスをマネジメントする
療養場所の選択への支援	自宅退院を強要しないかわり	家族の生活を犠牲にしてまで在宅復帰をすすめず、場合によっては施設入所を検討する
		家族と本人の意向にずれがある場合、別々に話を聞いて検討する
		独居での在宅療養を望むケースに、一緒に自宅の状況を確認し適切な療養の場を話し合う
		自宅にこだわらず、本人にとって快適な場所を検討する
	施設移行の調整	施設の方向となった場合、様々な施設に関する情報を提供する
		施設の方向となった場合、本人・家族と一緒に施設を見学する
		施設の方向となった場合、家族の意向よりも本人の状況に適した施設かどうかを見きわめる

3) 在宅療養継続支援や在宅移行支援での困難さ

本研究では、詳細な分析に至らなかったが、センターの連携担当者は、在宅療養継続支

## 認知症高齢者の在宅療養継続支援、および在宅移行支援のための 医療と福祉(介護)、本人・家族との地域連携システムの構築

援や在宅移行支援の難しさを語っていた。それは、独居や身寄りがない認知症高齢者の支援、家族と認知症高齢者の意向に差がある場合、せっかく在宅療養を送っていても1度徘徊などで大事なことになるとうと在宅療養の継続が難しくなってしまうこと、また若年性認知症やMCI患者の場合、利用できるサービスが少なく結局は重度化してしまうこと、認知症高齢者の車の運転を止める法的な規制がないこと、などである。

そのような中でも、地域の中で、認知症予防のための活動に力を入れたり、認知症高齢者の運転についてやMCI患者の利用できるサービスを事例検討会で取り上げ、どうすべきか警察職員など関係機関の専門職と一緒に考えたりしている実態があった。

### IV. 考察

#### 1. 認知症疾患医療センター（以下、センター）の現状

##### 1) センターの概況

認知症疾患医療センターの概要として、アンケートに回答した76か所のセンターは、中部、北海道・東北地方が少なく、地域的な偏りがあったが、回答に有意な差はなかった。開設年によって、たとえば開設年が比較的新しいセンターであっても、専門医療相談件数や外来患者数が多かったり、予約から受診までの期間が長かったりするなど、回答に偏りを認めなかった。第2次調査を実施したA県では、全センターで相談件数、新規患者数、外来受診者数が年々増加しており、センターが認知症専門医療機関として認知され、機能しているとされていた<sup>12)</sup>。

1事業所あたり、配属されている専門医療相談員の平均は2.9人と複数配属されている場合が多く、常勤で専任の専門職は精神保健福祉士が過半数を占め、複数の専門職のうち1人以上は精神保健福祉士が担っていると考えられた。平成24年度のセンターによる「研修・勉強会の実施」は、医師対象76.3%、コメディカル対象84.2%が行われており、「研修・勉強会の実施」は認知症疾患医療センターが担うべき事業として、センターおよび利用する専門職双方が理解していると考えられた。

センターによって差はあるものの、予約から受診までの期間の平均は25.5日(0~84日)と約3か月を要していた。せっかく受診を決心しても、あるいは専門職がセンターを紹介しても、受診しない状況が生じることは容易に予測できる。第2次調査の半構成的面接における「支援において困難なこと」にも、受診までの待機期間が長いことが挙げられていた。具体的には「3か月も経過すれば状況は変化してしまう。センターは足りないと思う。センターでないと診断できないと思われているのではないかと語られていた。よって、センターの量的な整備に加え、センター以外の医療機関での認知症の診療の充実が求められる。すでに、かかりつけ医の認知症診療の技術向上や認知症対応力向上のための研修に力を入れているセンターも存在する<sup>13)</sup>。

##### 2) センターの地域連携の現状

地域連携の現状としてのセンター間の連携は、都道府県内の全センターが集まる機会が有78.9%と約8割を占め、都道府県内の全センター間で情報交換や共通する課題の検討が行われている様子がうかがえた。次に、各センターとの連携の機会有は48.7%と半数に満たなかった。理由としては、都道府県によってセンターの数は1か所から十数か所と差があること、事例検討会を連携の機会として挙げるセンターが比較的多く、都道府県内の全センターと各センターでの連携の機会が同一であるセンターが複数有ることが予測される。

地域の医療機関との連携の機会は、有68.4%と約7割を占め、連携システムのあり方を検討するなど積極的に連携しているセンターを認める一方で、紹介状のやり取り程度であったり、検討中であったり、医療連携が図られていないセンターも認めた。第2次調査の半構成的面接における「支援において困難なこと」に「かかりつけ医」との連携を挙げたセンターがあった。なかなか紹介してもらえないために家族がかかりつけ医に内緒で受診する場合もある。センターとしては、鑑別診断および治療(症状のコントロール)後はかかりつけ医に戻してセンターとしての機能を果たしたいと考えている。そのため、機会が

## 認知症高齢者の在宅療養継続支援、および在宅移行支援のための 医療と福祉(介護)、本人・家族との地域連携システムの構築

あれば、センターの役割・機能および必ずセンターからかかりつけ医に戻すことを説明するなどして、極力かかりつけ医から紹介状をもらう努力をしていた。

地域包括支援センター(以下、包括)との連携の機会は有 90.8%と 9 割を占め、関係機関の中で最も連携の機会が高値であった。理由としては、そもそもセンターに配置された連携担当者は、主に包括との連携が想定されていた<sup>14)</sup>。包括は、包括的支援事業の総合相談支援業務において実施される「総合相談」で認知症に関連する相談も多く、地域の認知症高齢者の早期発見につながる生活状況を最も把握できる立場にある。そのために、包括とセンターの連携は密に図られ、包括は、センターが実施する事例検討会や連絡協議会の参加メンバーとなることが挙げられる。次に、市町村認知症施策総合推進事業(2011年)により、認知症地域推進員を配置し、医療と介護の連携強化等、地域における支援体制構築等図られているが、認知症地域推進員の多くは国の推奨により包括に配置されていることが挙げられる。連携の具体的な内容としては、認知症高齢者宅に合同訪問を行ったり、合同で研修を企画したりしていた。また、2012年に出された「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」において、「認知症初期集中支援チーム」を包括等に配置することや、包括における包括的・継続的マネジメント支援業務の一環として多職種協働で実施される「地域ケア会議」の普及・定着が示されており、今後もセンターと包括との連携は必須である。

行政との連携の機会は有 88.2%と高値であった。センターの実施主体は都道府県および指定都市であるため、国を含めて実施主体の意向を踏まえた運営が必要である。また、センターとしての機能を十分に果たすためには、実施主体の支援が求められ、そのためにも連携が重要である。連携の機会としては、やはり事例検討会や連絡協議会が挙げられていた。

そのほか、介護保険事業所との連携の機会は有 53.9%と過半数を占め、機会としては事例検討会や研修会、さらには、センターの職員がケアカンファレンスへ参加するなど、地域に出向いていた。地域住民への研修会・講演会有も 61.8%と過半数を占め、センターの連携担当者が認知症サポーター養成講座や研修会の講師を務めていることがわかった。このように、センターの連携担当者は、センター内での活動に加え、地域に出向いて「顔の見える関係」を構築し、密に連携を図ろうとしている努力が伺えた。

### 2. センターの連携担当者の職務満足度

アンケートに回答した連携担当者の職務満足度は、大変満足している・おおむね満足しているが 56.2%と過半数を占め、どちらでもない 27.4%、あまり満足していない・満足していない 16.4%であった。

その理由は、質的記述的分析の結果から、【認知症疾患医療センターとしての役割・機能を果たす】ことができれば職務満足度は高く、【認知症疾患医療センターとしての役割・機能を果たせない】と職務満足度が低いことが示唆された。センターの役割・機能は、第一に早期(鑑別)診断・早期医療を提供することである。しかし、センターにおける「経済的な問題」や「過重な業務」「センターの役割・機能の周知不足」により、「密にかかわれない」「タイムリーに対応できない」ことから、【認知症疾患医療センターとしての役割・機能を果たせない】状況が、職務満足度を下げていた。

また、センターで「地域連携システムを創り上げる」ことや「チームアプローチで成果を上げる」ことは、【精神保健福祉士としての専門性を発揮できる】こととして捉えられ、職務満足度を高めていた。一方で、センターによっては、連携担当者として「他機関…」や「他のセンター…」どころか、「センター内の他職種…」とも【連携が図れていない】状況が、職務満足度を下げていると考えられた。

### 3. 認知症疾患医療センターが担う在宅療養継続支援

本研究における、認知症疾患医療センターが独自に担う在宅療養継続支援は、【トリアージ】だと考えられる。センターの連携担当者は、個別の専門医療相談において、認知症高齢者が在宅療養を継続できるように、まず【トリアージ】を実施する。そして、「方向性

## 認知症高齢者の在宅療養継続支援、および在宅移行支援のための 医療と福祉(介護)、本人・家族との地域連携システムの構築

の判断」により「センター受診が必要」とされた場合、【センターにつなげる】ための《受診勧奨》や《受診前の調整》が行われていた。また、《センターの役割・機能の周知》を行うことで、在宅の認知症高齢者を容易に【センターにつなげる】ことができるように活動していた。また、在宅の認知症高齢者には【タイムリーな介入】が求められ、「病状悪化時…」や「BPSD への対応…」などの《療養を支えるアドバイス》や《外来でのフォロー》でセンターとつながることは、介護者に安心を与えることができる。また、何のサービスも利用していない場合には、とにかく《介護保険につなげる》ことで、ケアマネジャーやサービスにつながり、介護負担を軽減し、在宅療養を支えることが可能になると考えられた。

上述した【センターにつなげる】および【タイムリーな介入】の際も、センター単独で実施可能なものではなく、関係機関との連携は必須である。しかし、家族を含め連携の対象となる関係機関は多岐にわたり、日常的に密な連携を図ることの困難さがうかがえる。連携の機会として《事例検討会や連絡協議会の開催》《認知症対策の企画・実施》が挙げられているが、一人の認知症高齢者および家族を支えるために、関係機関につなげる地道な活動が連携の基盤になっている。たとえば、1人の認知症高齢者の受診を支えるといった小さな目的達成の積み重ねが、かかわる専門職の数を増やし、あるいは内容の濃い連携の形となって発達していき、【地域連携システムの構築】を可能にする。このネットワークこそが、認知症高齢者の在宅療養継続支援の要となることが考えられた。

### 4. 認知症疾患医療センターが担う在宅移行支援

センターへの入院が必要となるのは、認知症の症状が重度化している場合が多く、特にBPSDの対応に苦慮し、在宅療養が困難となって入院する。そのため、在宅移行支援において、センターに求められることは、まず、【専門的な医療の提供】としての《症状(BPSD)のコントロール》である。すなわち、《症状(BPSD)のコントロール》ができなければ、在宅移行は困難であり、《症状(BPSD)のコントロール》は在宅移行の要件であるといっても過言ではない。そして、症状のコントロールができた上で、センターの連携担当者が担うべき【在宅移行の調整】は、《病棟専門職との連携》により入院中の情報を把握することから始まる。

また、一旦入院すると家族は、本人がいない生活に慣れ、自宅復帰が困難になるため、在宅移行支援においては、《自宅復帰への家族の理解を得る支援》が、連携担当者にはできない重要な支援となる。《居宅サービスの調整》は、退院翌日から在宅生活が成り立つように、細部まで丁寧に検討した上での調整が求められる。第二次調査の半構成的面接において、家族にとって「どのようなサポート体制があれば、もっと在宅移行支援が可能になるか」と問うたところ、24時間、特に夜間の精神的なフォローができる体制が必要であるとの語りがあった。24時間訪問看護を提供する訪問看護ステーションは存在するが、精神科訪問看護師による訪問看護の有無や、緊急時の精神科施設でのショートステイの実態は定かではない。今後、サービスの実態調査と24時間体制のサービス提供の整備が求められるところである。

そして、全ての認知症高齢者にとって自宅がベストであるとは限らない。センターでは、【療養場所の選択への支援】としての《施設移行の調整》もまた、本人に最も適した施設を選択できるように、情報提供から助言まで、深く介入しながらの調整が行われている。

### 5. 認知症対策の地域連携システムの構築

急務となった認知症対策を進める上で、【認知症疾患医療センターとしての役割・機能】である早期(鑑別)診断・早期医療の提供は、欠かせない。そのためには、本調査で明らかになった認知症疾患医療センターの《経済的な問題》、《過重な業務》、《センターの役割・機能の周知不足》などの問題を解消して環境を整えること、そして、受診待機期間を短縮するためにもセンターの数を増やすこと、早期(鑑別)診断・早期医療ができる医療機関を増やすことが、求められる。

## 認知症高齢者の在宅療養継続支援、および在宅移行支援のための 医療と福祉(介護)、本人・家族との地域連携システムの構築

そして、このような早期(鑑別)診断・早期医療の提供が、国が進めようとしている地域包括ケアシステム(住み慣れた地域で要介護者の生活をできる限り継続して支えるために介護や医療サービスをはじめとするさまざまな支援が継続的かつ一体的に提供される仕組み<sup>15)</sup>)の体制下で行われることが目指される。よって、具体的には「認知症が重度化する前に、住み慣れた地域の中で認知症疾患の診断と総合アセスメントを実施し、これに基づいて必要な予防、医療、介護、住まい、権利擁護、日常生活支援等のサービスを総合的に提供し、それによって認知症の人と介護者の生活の質を保持し、健やかで安全な暮らしを継続できるようにしていく<sup>16)</sup>」ことが求められる。ここでいう「認知症疾患の診断と総合アセスメント」の実現には、まさに、本研究で抽出された認知症疾患医療センターの独自の機能としての【トリアージ】による《緊急性の判断》《方向性の判断》《的確な判断のための情報把握》、および【センターにつなげる】ための《受信勧奨》《受信前の調整》が必要である。また、「予防、医療、介護、住まい、権利擁護、日常生活支援等のサービスを総合的に提供する」ためには、《療養を支えるアドバイス》《介護保険につなげる》《外来でのフォロー》が地域で【タイムリーな介入】として実施されることが重要となる。

さらに、「予防、医療、介護、住まい、権利擁護、日常生活支援等のサービスを総合的に提供」するためには、本研究における在宅療養継続支援の要である【地域連携システムの構築】が、必須である。そのためには、本研究で導き出された認知症疾患医療センターが提供している重要アイテム<受診を拒否するケースに、地域包括支援センターやケアマネジャー、保護課のワーカー、保健師、認知症推進員らと定期的に合同訪問し、見守る>、<一人でセンター受診が難しい場合、介護保険事業所の職員がバス停で乗車を見守り、センター職員がバス停に迎えに行くなどしてサポートする>、<道に迷って警察に保護されたとき、市役所職員が迎えに行くなどのサポート体制を構築する>、<悪徳商法にひっかかったり、認知介護にある場合、権利擁護事業の利用を検討する>といった1人の認知症高齢者のニーズに丁寧に対応し、関係者(機関)につなぐことが求められる。このような事例の積み重ねがネットワークを構築し、地域連携システムとして機能すると考えられる。

### V. 結論

1. 認知症疾患医療センターの現状としては、地域によって差はあるものの、早期(鑑別)診断・早期医療を提供できる専門医療機関としての役割・機能を担っていた。

2. 認知症疾患医療センターの役割・機能は、医療だけでなく教育機能や連携など多岐にわたることを連携担当者は理解し、専門性を発揮して実践することで職務満足度を高めていた。

3. 認知症高齢者の在宅療養継続支援は、【トリアージ】による《緊急性の判断》《方向性の判断》《的確な判断のための情報把握》により「センター受診が必要」とされた場合、【センターにつなげる】ための《受診勧奨》や《受診前の調整》が行われていた。また、《センターの役割・機能の周知》を行うことで、在宅の認知症高齢者を容易に【センターにつなげる】ことができるように活動していた。また、在宅の認知症高齢者には【タイムリーな介入】が求められ、《療養を支えるアドバイス》《介護保険につなげる》《外来でのフォロー》が行われていた。そして、【トリアージ】【センターにつなげる】【タイムリーな介入】全てに連携が重視されており、センターでは、【地域連携システムの構築】のために、《事例検討会や連絡協議会の開催》《認知症対策の企画・実施》《家族へのサポート》《地域の医療・福祉専門職との連携》を行っていた。

4. 認知症高齢者の在宅移行支援は、まずは【専門的な医療の提供】により認知症状がコントロールされ、入院中の早い段階から退院に向けての【在宅移行の調整】が行われていた。さらに、【療養場所の選択への支援】により、自宅に限らず施設の方向になった場合にも、認知症高齢者にとってベストの移行に向けての支援が行われていた。

5. 認知症高齢者の在宅療養継続支援、および在宅移行支援のための地域連携システムは、1人の認知症高齢者のニーズに丁寧に対応し、関係者(機関)につなぐことの積み重ねにより構築されていた。



(謝辞)

最後になりましたが、第一次(アンケート)調査および第二次(インタビュー)調査にご協力いただいた認知症疾患医療センターの連携担当者の皆さまにこの場を借りて心から感謝申し上げます。また、第二次調査にご協力のご意向を示してくださったにも関わらず、伺えなかったセンターの皆様にはお詫び申し上げます。今回は伺えませんでしたでしたが、次の機会には、ぜひご協力をお願いいたします。なお、本研究は、公益財団法人 日本興亜福祉財団「2012年度ジェロントロジー研究助成事業」の助成を受けて実施したものであり、重ねて感謝申し上げます。

註

- 1) 厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iaul.html>
- 2) 社会保障審議会介護保険部会(第46回)資料6「認知症有病率等調査について 都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」2013.
- 3) 池田学・小嶋誠志郎：認知症疾患医療センター；認知症医療の要としての課題 熊本県認知症疾患医療センターの取組み, 老年精神医学雑誌, 21(4), 438 - 443, 2010.
- 4) 池田学・小嶋誠志郎・富岡大高：認知症のための医療資源整備をどう進めるか 認知症疾患医療センターの役割と今後の方向性－熊本モデルを中心に－, 老年精神医学雑誌, 21(11), 1189 - 1192, 2010.
- 5) 池田学・小嶋誠志郎：病診連携と認知症疾患医療センター－熊本モデルを中心に－, 精神科, 19(2), 120 - 124, 2011.
- 6) 小嶋誠志郎・池田学：認知症の地域連携を推進するための方法論 認知症疾患医療センターの連携機能, 老年精神医学雑誌, 23(3), 294 - 298, 2012.
- 7) 永田千鶴・北村育子・本郷秀和・東清己・松本佳代・松本千晴：エイジング・イン・プレイスを果たす地域密着型事業所別認知症高齢者ケアモデルの開発(平成22～24年度科学研究費補助金基盤研究(C)研究成果報告書), 熊本大学大学院生命科学研究部, 2013.
- 8) 木下康仁：改革進むオーストラリアの高齢者ケア, 東信堂, 東京, 52, 2007.
- 9) 西村周三：地域包括ケア－国際的視覚から. 西村周三監修, 地域包括ケアシステム「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして, 慶応義塾大学出版会, 東京, 1, 2013.
- 10) 寺川優美・田中紀之・三浦研・他：豪雪・過疎地域における在宅高齢者の人的交流に関する研究 高齢者の居住継続成立要件に関する研究(その1), 日本建築学会計画系論文集, 第571号, 69-76. 2003.
- 11) 松岡洋子：エイジング・イン・プレイスと高齢者住宅 日本とデンマークの実証的比較研究, 新評論, 東京, 15, 2011.
- 12) 丸山貴志・西田まゆみ・坂本眞一・池田学：既存の精神科病院をつなぐ地域ネットワーク, 熊本方式の現状と課題, 老年精神医学雑誌, 23(5), 568 - 571, 2012.
- 13) 前掲6) 参照.
- 14) 厚生労働省：報告書「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」, 2008.
- 15) 高齢者介護研究会：報告書「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立について～」, 2003.
- 16) 栗田主一：地域包括ケアシステムを利用した認知症の早期診断システムの推進, 保健医療科学, 61(2), 125 - 129, 2012.

## 認知症疾患医療センターの概況調査票

1. 貴認知症疾患医療センターについてお尋ねします。

1) 貴認知症疾患医療センターの類型は下記のどちらでしょうか。

- ①基幹型                      ②地域拠点型

2) 貴認知症疾患医療センターの開設年月日を教えてください。平成 年 月 日

2. 2012年11月(おおむね1か月間)の貴認知症疾患医療センターにおける下記の事業実施状況についておうかがいします。可能な範囲でお答えください。

1) 専門医療相談 件(実数)

配属されている専門医療相談員 人

内訳 人数と勤務状況について教えてください。

(専任か兼務の該当するものに○をつけてください)

- 医師 : 常勤 人(専任・兼務)、 非常勤 人(専任・兼務)  
精神保健福祉士 : 常勤 人(専任・兼務)、 非常勤 人(専任・兼務)  
社会福祉士 : 常勤 人(専任・兼務)、 非常勤 人(専任・兼務)  
看護師 : 常勤 人(専任・兼務)、 非常勤 人(専任・兼務)  
臨床心理技術者 : 常勤 人(専任・兼務)、 非常勤 人(専任・兼務)  
その他 ( ) 常勤 人(専任・兼務)、 非常勤 人(専任・兼務)

1か月間の相談内容

電話による相談 件(実数)

面接による相談 件(実数)

訪問による相談 件(実数)

その他 ( ) による相談 件(実数)

相談内容の例

\*受診調整や関係機関との調整を主に行っている方の職種を教えてください。

2) 外来(もの忘れ外来あるいは認知症専門外来)に関すること

外来新患者数 人/月 鑑別診断 件/月

再来患者数 人/月

外来日時 日/週 曜 時~時

1日の外来受診者 平均 人

予約から外来受診までの期間 平均 日

予約待機者 人/月

診察医 人/日

3) 研修・勉強会、事例検討会の実施 (平成24年度予定)

サポート医研修やかかりつけ医研修・勉強会の実施 有 回/年 ・ 無

コメディカルへの研修・勉強会の実施 有 回/年 ・ 無

事例検討会の実施 有 回/年 ・ 無

4) 救急・急性期対応 件

3. 貴認知症疾患医療センターの地域連携システムについておうかがいたします。

1) 貴認知症疾患医療センターが設置されている都道府県内で、全センターが集まる機会がありますか。

有 ・ 無

有 回/年 ⇒ どのようなことをされているのか、教えてください。

2) 他の認知症疾患医療センターと定期的な事例検討会や連絡協議会を開催するなど、連携の機会がありますか。

有 ・ 無

有 回/年 ⇒ どのようなことをされているのか、教えてください。

3) 地域の医療機関（サポート医やかかりつけ医など）と定期的な事例検討会や連絡協議会を開催するなど、連携の機会がありますか。

有 ・ 無

有 回/年 ⇒ どのようなことをされているのか、教えてください。

4) 地域包括支援センターと定期的な事例検討会や連絡協議会を開催するなど、連携の機会がありますか。

有 ・ 無

有 回/年 ⇒ どのようなことをされているのか、教えてください。

5) 行政（都道府県や市町村の本事業の担当課）と定期的な事例検討会や連絡協議会を開催するなど、連携の機会がありますか。

有 ・ 無

有 回/年 ⇒ どのようなことをされているのか、教えてください。

6) 介護保険事業所と定期的な事例検討会や連絡協議会を開催するなど、連携の機会がありますか。

有 ・ 無

有 回/年 ⇒ どのようなことをされているのか、教えてください。

7) 地域住民の方向けに研修会や講演会などを企画し行っていますか。

はい・いいえ

はい 回/年⇒ どのようなことをされているのか、教えてください。

8) 国が提示している今後の施策の一つである早期支援機能「認知症初期集中支援チーム」(看護職員、作業療法士などの専門家チームが初期の在宅での具体的なケアの提供、家族へのアドバイスなど自立生活のサポートを行う)についての準備は進んでいますか。

はい ・ いいえ

現状を教えてください。

4. アンケートにお答えいただいた方のプロフィールについておうかがいします。可能な範囲でお答えください。

1)年齢 ①20代 ②30代 ③40代 ④50代 ⑤60代 ⑥70代以上

2)性別 ① 男 ② 女

3)職種 ①医師 ②看護師 ③精神保健福祉士 ④社会福祉士

⑤臨床心理技術者 ⑥その他 ( )

4)上記職種での経験年数 年 か月

5)認知症疾患医療センターでの職務に対する満足度はいかがですか

①大変満足している ②おおむね満足している ③どちらでもない

④あまり満足していない ⑤満足していない

理由

6)今回のアンケートに対するご意見・ご感想をお聞かせください

以上です。お忙しい中アンケートにご協力いただき、大変ありがとうございました。アンケートの送付に当たっては、都道府県にご協力いただき住所を調べましたが、様々な不手際があったかと存じます。どうぞご容赦ください。

また、今後、認知症疾患医療センターから退院・転院後の患者さまの経過について把握するために、第2次調査を考えております。ぜひご協力いただきますようお願いいたします。ご協力いただける場合、貴センター、および担当者のお名前、連絡先の記入をお願いいたします。

認知症疾患医療センター名：

担当者：

連絡先：

なお、本調査票は、永田と共同研究者である同看護学専攻の松本佳代、松本千晴、日本福祉大学の北村育子で作成いたしました。何かございましたら、下記にご連絡いただければ幸いです。

連絡先：熊本大学大学院生命科学研究部 看護学専攻 永田千鶴

TEL/FAX 096-373-5453 Email : c-nagata@kumamoto-u.ac.jp

## ジェロントロジー研究 認知症疾患医療センターインタビューガイド

### 1. 調査票の記載内容の確認

- ・ 専門医療相談員の職種と人数、雇用形態について
- ・ 相談内容の詳細
- ・ 受診の優先順位
- ・ 相談者の地域（自宅訪問はどのような場合に行っているのか）。

### 2. 事例検討会を開催されたり、参加されたりしていますが、事例検討会でどのようなことを学び、どのように日頃の活動に活かされていますか。

- ・ 活かされている内容にはどのようなことがありますか。
- ・ あまり役立たないようなことがありますか。

### 3. 在宅療養継続支援、在宅移行支援の具体的な事例について教えてください。

- ・ 具体的な支援内容について尋ねる
- ・ 例「支援が困難なことにはどのようなことがありますか。」
- ・ 例 どのようなシステム（サポート体制）があるともっと支援できると思いますか。

### 4. 他機関・他職種との連携について教えてください

- ・ どのように連携して支援していますか。
- ・ 連携が困難なことにはどのようなことがありますか
- ・ どのような連携体制ができるともっと支援できると思いますか

### 5. 認知症疾患医療センターの役割をどのようにお考えですか。自由にお答えください。

- ・ お答えくださった役割を果たすことができていますか
- ・ どのようにして役割を果たしたいとお考えですか。

### 6. (満足度から発展させて) 認知症疾患医療センターで精神保健福祉士（そのほかの専門職）として専門性をいかした活動ができていますか。

- ・ どのように発揮されていますか
- ・ どのように発揮したいと思いますか

No	県	類型	センターの開設年	1ヶ月の相談件数	専門医療相談員人数	専門医療相談員の内訳										相談内容				受診調整や関係機関との調整者	外来新患者数(人/月)	鑑別診断(人/月)	再来患者数(人/月)	外来日時(日/週)	外来曜日	外来時間	1日の外来受診者(平均)	予約から受診までの期間(平均日数)	予約待機者(人/月)	診察医人数(人/日)	研修・勉強会(サポート医対象)(回/年)	研修・勉強会(コメディカル対象)(回/年)	事例検討会(回/年)	救急・急性期対応(件数)		
						医師		精神保健福祉士		社会福祉士		看護師		臨床心理技術者		その他		電話	面接																訪問	その他
						常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤																			
56	(不明)	拠点型	2008	96	3			3									82	14			精神保健福祉士		50		5				80		2~3	2	2	0	10	
57	(不明)	拠点型	2009	34	1			1									32	2	0	0	精神保健福祉士	30	20	220	6	月~土	9:00~11:30	15	14	5	6	2	2	0		
58	(不明)	拠点型	2012	15	9	6		1	1				1				3	12	0	0		15	15	125	2	火・木	9:00~12:00	140	7~14	0	2	5	5	0	10	
59	(不明)	拠点型	2010			1		2					1				3	31	0	0	精神保健福祉士	27	27	2	5	木	9:00~15:00	15	7	0	1	1	3	0	0	
60	(不明)	拠点型	2012	13	6	2	1	2					1				10	3	0	0	精神保健福祉士	27	3	24	1	水	13:30~16:00	7	10	3	1	2	6	0	3	
61	(不明)	拠点型	2011			3	1	2				1			1	認定心理士	31	6	0	0	看護師 精神保健福祉士	20	17	129	3	月・水・金	13:30~17:00	7	20	20	1	4	不明	不明	0	
62	(不明)	拠点型	2009	37	3	1		1					1				6	31	0	0	精神保健福祉士	19	19	265	5	月~金	9:00~12:00				1	3	4	1	1	
63	(不明)	(不明)	2012	44	11	4		1				1					14	8	0	21	看護師 精神保健福祉士										3	3	2	0		
64	(不明)	拠点型	2009	43	2	1		2					1				18	25	0	0	精神保健福祉士	22	20		6	月~土	9:00~17:00		7~14	0	3	1	あり (回数不明)	0		
65	(不明)	拠点型	2010	51	2			2									39	2	0	0		8	10	20	1	木	13:00~17:00		60	10	4	1	4	2	5	
66	(不明)	拠点型	2012	109	2			1				1					58	38	0	13	精神保健福祉士	54	61	487	5	月~金	9:00~16:00		84			あり (回数不明)	0	あり (回数不明)	1	
67	(不明)	拠点型	2009	46	2			2									28	8	10	0	精神保健福祉士	31	30	313	5		9:00~17:00	149	40		2~3	0	8	3		
68	(不明)	拠点型	2011	166	2			2									131	35	0	0	精神保健福祉士	17	37	132	2	火・水	12:45~15:00	5.3	10	16	1	1	8	2	0	
69	(不明)	拠点型	2009	12	9	1		3	2	1		1					10	2	0	0	看護師	12	6	329	5	月~金	8:30~11:00	23	0	0	3	0	0	0	0	
70	(不明)	拠点型	2011	36	2			2									27	9	0	0	精神保健福祉士 外来看護師	34	34	153	5	月~金	8:30~17:30	7	7	0	3	1	1	0	0	
71	(不明)	拠点型	2011	33	4	1		2					1				24	9	0	0	精神保健福祉士	10	10	12	6	月~土	9:00~17:00 水・土は9:00~11:30	1	5	0	1	1	1	0	0	
72	(不明)	拠点型	2009	8	1			1									3	5	0	0	精神保健福祉士	12	3	51	2	火・木	9:00~16:00	6	10	0	2	不明	1	不明	1	
73	(不明)	拠点型	2010	21	2			2									12	33	0	0	精神保健福祉士	21	21		5	月~金	9:00~12:00	1.3	3~7	0	1.5	0	0	0	2	
74	(不明)	拠点型	2009	61	2	2		2					1				56	5	0	0	精神保健福祉士	30	19	400	6	月~土	9:00~17:00		30	20	3	0	1	0		
75	(不明)	拠点型	2010	19	2	3	1	2					1				15	4	0	0	精神保健福祉士	16	16		1	火	9:00~12:00		21	12	4	1	3	3	0	
76	(不明)	拠点型	2009	23	4	1		1		1				1			22	0	1	0	精神保健福祉士	8	8	838	6	月~土	9:00~16:30	35	7	0	5	1	23	24	0	

## 認知症疾患医療センターでの職務満足度および自由記載の内容

満足度	理由
1 大変満足 5名 (6.8%)	<p>認知症や単に病気として治療をすれば何とかなるものではないということは周知の通り。本人をとりまく環境、家族、介護事業者、住民の影響、ADLによる症状の変化、それぞれに応じた良い支援を提供できるように地域連携をつくりあげる精神保健福祉士の役割は大変重要なものであり、大いにやりがいを感じる。</p> <p>地域のかかりつけ医、地域包括等の方と交流する機会が増え、より地域性を学べるが多くなった。また連携ラインができたことで、相談しやすい環境になっていると思います。地域の方のお力になれているということが、やりがいにつながっている。</p> <p>認知症疾患医療センターでの職務(相談員)は、連携担当としての側面と、相談窓口としての役割の立場があり、どちらも今までの職歴を生かし取り組んでいると考える。連携先は院内・他医療機関・行政・介護など多機関にわたるが、顔の見える関係づくりを心がけて日々活動している。同じ目的・志を持つ方々と、人と人をつなぎ社会に貢献できるように学ばせていただきながら日々取り組んでいきたいと考える。</p>
2 おおむね満足 36名 (49.3%)	<p>当認知症疾患医療センターは、地域の受け皿として、最後の砦として、医療や介護からこぼれた人たちを受けていくつもりです。</p> <p>地域連携やマネジメントなど、精神保健福祉士の専門性を発揮できるので</p> <p>認知症の患者様、ご家族への支援に携われるため</p> <p>精神保健福祉士としての専門性とは何かに悩むが、やりがいはある</p> <p>役割を果たすためにやりがいがある(地域で認知症の人を支えていくために医療の立場から考えることが多く、今後不可欠の仕事であると考えため)</p> <p>認知症対策についてはまだまだなので大変ではあるが、創り出していけるという点ではやりがいがある</p> <p>患者・家族の支援の他に支援システムの構築や関係部署との連携といった経験もできるから</p> <p>センターでは多職種によりチームアプローチしておりそれぞれの役割を果たすことにより成果をあげている実感があります</p> <p>医師が自分一人しかいないので多忙をきわめている。治療の他に地域医療・介護従事者との勉強会・研修会など多くの仕事を抱えている。自分のキャパシティを越えつつあるので、もう一人医師が欲しい。</p> <p>適切な医療や介護を受けられるよう支援させていただいたり、早期で医療を受けられるよう普及啓発活動も行えているため</p> <p>地域のお役に立てるので</p> <p>私自身、認知症について不勉強で、日々の係りの中で学ばせてもらっています。来年度で県の委託事業も終了するので、それまでに形として残しておきたいと思えます</p> <p>地域包括支援センターおよび介護支援専門員との間に連携実践が進んでいないため(地域生活の維持安定化のため)</p> <p>医大関係者の理解と協力が得られる。県のサポートがある。</p> <p>やりがいのある仕事だとは思いますが、きちんと役割分担をしていかないと専任ひとりだけでは業務が回らないことが多い(専任の連携担当者は1名)</p> <p>医療機関からの紹介状も増えてきたことで、鑑別診断のための受診としてセンターが認知されてきたので。また、地域包括支援センターからも紹介や連携が図られるようになってきたので。</p> <p>当センター運営事業実施要綱に基づいた事業が軌道に乗っているため。</p> <p>認知症診療の必要性とやりがいを感じるから</p> <p>診療のみにとどまらず、認知症を理解するという研修会等を通じて、これまでの私たちの活動を発信する機会が整備されつつある。が、アウトリーチに向けての機能が不十分でありこれからの課題と感じている。</p> <p>認知症について、その課題について学びながら連携づくりに寄与させていただき、職務としてやりがいを持っている。まだまだスタートラインなので、成果を味わうには至っていないので、“おおむね満足”の段階</p> <p>地域との連携も含み、やりがいはある業務だと思うが、まだ自分自身探りながらの業務になっている</p> <p>市全体の連携の仕組みができつつあるが、まだまだ実践においては十分ではないため</p> <p>地域の相談機関として、他の医療機関や公的機関と信頼関係を築けているため</p>

3 どちらでも ない 20名 (27.4%)	補助金減額傾向であり、十分な人員配置ができない。 外来、入院での専門相談業務に加え、地域連携での研修企画等の調整など負担となっている。
	医療と在宅生活、特に単身者のフォローが困難
	事業展開したくても県のバックアップがなく、補助金もないと当法人としても肩身が狭い。ニーズは大きいと感じる。
	大学病院のため受診には紹介状が必要だが、紹介状のハードルが高いという声がある。地域のかかりつけ医との連携が必要と思う。認知症疾患医療センターの職員向けの研修があれば良いと思う。
	関係機関との連携業務が多く、求められる知識も豊富である。多くの職種・事業所をまとめたり、会議を主導して統一を図ることが難しい。
	・BPSDや若年性認知症の方の対応をできる機関が少なく、タイムリーに適切な対応ができないことのジレンマが生じる。 ・小規模であるため、センターの役割を遂行するのに限りがある。 ・外来受診につながらない相談のみの方へのフォロー体制ができていない
	各センター間での温度差や、地域医師会との連携の厳しさが、公的機関と私的機関の中間的立場のような状況だから。
	認知症患者が今後も増加すると見込まれている中、現状の職務に満足しては、認知症患者の生活の質を向上させるといふ点において寄与できないと考えます。
	行政と協力し、認知症疾患医療センターの周知徹底を図るよう努力しているが、多くの事業所でまだ周知されていない現状がある。そこをどう改善していくかが課題。
	年々センターとしての業務が増えてくるため負担が大きくなるが、地域に貢献できる業務であるためやりがいは感じている
	忙しい
	他のセンターの実情が分からないので
	専従の相談員が、研修の企画等のセンターの事業を進めている状況で、なかなか“センター＝病院全体”であることを理解してもらうことに苦労しています
	研修会・協議会の開催等の、医療提供以外の業務が多く、初めてのことなので戸惑ってしまう
とてもやりがいのある業務だと思いますが、地域連携や安心して暮らせる地域づくりを行うための具体的方策がなかなか進まないのが現状でもあり、とても難しい業務だとも感じています	
4 おおむね 不満足 11名 (15.1%)	地域差もあると思うが、一センターにかかる負担が大きすぎると思う(求められる役割は十分に理解できる)。
	センターの役割、機能を十分に果たせていないと感じる
	センター運営について、医師以外に私(看護師)1人が中心にやりとりしている。もっと仲間が欲しいと思う(他のセンターも一緒なのではないか…)
	マンパワー不足
	当センターの医師が積極的でなく、連携が進まない
	センターの指定を受ける前と相談業務は変わらないが、事務量が増えた。
	連携がまだまだとれていない
	担当する区域が広いため、密な関わりができない(特に離島など) 補助金が少なくできることも限られている
	マンパワーが足りず、負担が大きい。センターへの期待が大きすぎる。個人病院での対応には限界がある。
電話相談を受け外来受診しても、入院が必要な時、老人病棟がないため時には他院を紹介しなければいけないことがある	
地域との連携体制構築に苦慮している。他の精神科業務繁忙の中での取り組みの困難	
5 不満足 1名 (1.4%)	県・基幹型への報告や書類が多い



第二次調査 インタビュー内容の抜粋

インタビューガイドの概要		センターD (地域拠点型)	センターE (地域拠点型)
1. 調査表の記載内容の確認	相談内容の詳細	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診相談(未受診の方の家族やケアマネ、かかりつけ医からが多い)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診相談                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・すぐ受診できるか、これは認知症なのか、薬のこと(他院で処方されたもの、副作用についてなど)</li> <li>・BPSDへの対応についての相談(認知症の診断がついていない場合もある)</li> <li>・対応次第で症状がおさまることもあるため、アドバイスする</li> <li>受診が必要か判断(かかりつけ医がいればそちらへ相談、専門医につなぐこと)</li> </ul> </li> <li>・ケアマネからの相談も多い (施設での状態悪化 → ケアマネ → センターへ、という場合も)</li> <li>・入院中の病院、主治医からの相談 (他の病気で入院中の、夜間せん妄やリロケーションダメージなど)</li> </ul>
	受診の優先順位の判断	<ul style="list-style-type: none"> <li>・週1日、基幹型Drの診察による認知症専門外来(1カ月半から2カ月まち)</li> <li>週3日、勤務医による診察(2週間まち)</li> <li>・BPSDなど緊急性のある場合、院長(センター長)に相談し、別枠でも対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症専門外来(2カ月まち)、勤務医による診察(3週間まち)</li> <li>・トリアージ(物忘れが始まった時期、急激な症状の変化、介護者の疲労度などを確認)により                             <ul style="list-style-type: none"> <li>→ 脳出血が疑われる場合、脳外を先に受診する</li> <li>→ 急いで診てもらいたいという場合、専門外来でなく、当院または市内他院の精神科へ</li> <li>→ 鑑別診断をきっちりつけてほしい場合、専門外来へ(レビー小体型やPTD疑いなど)</li> <li>→ 待てる場合は専門外来につなぐことも</li> </ul> </li> </ul>
	相談者の居住地域	<ul style="list-style-type: none"> <li>・基本的には地区内の方からの相談が多いが、遠方の場合はその方の住んでいる地区のセンターを紹介する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地元以外からの相談もけっこうある 「地元の精神科、病院にはかかりたくない」                             <ul style="list-style-type: none"> <li>→ はじめは多かったが、だんだん減ってきた。</li> <li>うちは、内科があるのがいい(受診しやすい)のかもしれない</li> </ul> </li> <li>・地元の中ではクチコミが多い。子が地区内で、本人は圏外という方もいる</li> <li>・センターの存在については、インターネットで調べたり、包括からの紹介や病院の受付で知ったりしているようだ</li> </ul>
	自宅訪問はどのような場合に行っているのか	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受診のための自宅訪問について                             <ul style="list-style-type: none"> <li>本人 → 状態把握のために話をして医師へ報告し検討</li> <li>家族 → できる検査内容やサポートなどの説明</li> </ul> </li> <li>・単独では訪問せず包括職員やケアマネと一緒に訪問し今後につなげる                             <ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>情報共有</b>、すぐに受診につながらなくても、<b>つなぎのための訪問</b></li> </ul> </li> <li>・ケースにより、医師も往診(未受診でかかりつけ医なしの場合、医師とともに訪問し介護保険の申請書を書いてもらうなど)</li> <li>・「県の方から指定を受けて自宅を回っている」と説明 「認知症」や「精神科」とは言わない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・月1回、包括でうけている「医療相談日」があり、依頼があればケアマネ保健師と同行訪問                             <ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>顔が見える関係ができれば、受診につながることもある</b></li> <li>(顔合わせ → 安心 → ためしに行ってみよう)</li> </ul> </li> <li>・「役場から来た」と伝え、病院名は出さないことが多い (地元で歴史があり、精神科として住民に知られている病院のため)</li> </ul>