

# 認知症の人への支援のあり方とその課題

～本人主体の支援を目指した連携とは～

—第一版—

2016(平成28)年3月

発行:公益社団法人日本精神保健福祉士協会

編集:公益社団法人日本精神保健福祉士協会  
高齢精神障害者支援検討委員会

## 目 次

はじめに（研究報告）	2
I. 認知症の人の支援に関する実態調査の概要	3
1. 背景と目的	3
2. 方法	3
II. 医療機関の情報	5
1. 目的	5
2. 方法	5
3. 結果	5
4. 考察	10
III. 精神科医療機関に勤務する精神保健福祉士による認知症の人への支援の実態	11
1. 目的	11
2. 方法	11
3. 結果	11
4. 考察	46
IV. 介護保険サービス事業所等に勤務する精神保健福祉士への調査	49
1. 目的	49
2. 方法	49
3. 結果	49
4. 考察	64
V. 全体考察	67
VI. 本調査の意義と今後の課題	69
VII. 認知症の人への支援のあり方とその課題～本人主体の支援を目指した連携とは～	70
おわりに	72
添付資料（調査票）	73
編集・執筆者	83

## はじめに（研究報告）

2015（平成27）年1月に厚生労働省は、新たに「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～」（新オレンジプラン）を策定し、その中で、わが国の認知症の人の数は、2012（平成24）年で462万人、2025年には700万人と推計されており、65歳以上の高齢者の約5人に1人に達することが見込まれ、認知症は誰もがかわる可能性のある身近な病気であるとしている。一方で、53,400人（\*注1）の認知症の人が精神科病院に入院している事実があり、我が国の精神保健福祉現場である精神科病院や地域において、多くの精神保健福祉士が認知症の人にかかわっている。

1987（昭和 62）年に社会福祉士が国家資格化されたときの背景として、高齢者になっても地域で安心して暮らしていく支援体制を考えていくことが中心的な課題であった。そして、それは現在においても社会福祉士や精神保健福祉士の役割と存在を考えるうえで、重要な視点である。その中でも、精神科医療機関や認知症疾患医療センターだけでなく、高齢者領域の施設や機関で働く精神保健福祉士の関与していることも増えてきており、その活動の実態を明らかにして、精神保健福祉士のソーシャルワーカーとしての実践的な課題を検討することが求められている。

精神保健福祉士の認知症の人に対する支援において、自己決定の尊重や生活の質の向上を考慮し、認知症の人の抱えている問題や生活課題にとも向きあうことであり、ともに棲む地域社会の問題を考えて取り組むことが重要であると考え。

2012（平成 24）年に公益社団法人日本精神保健福祉士協会（以下、本協会）は高齢精神障害者支援検討委員会を設置した。そして、その中に「認知症班」を設置し、認知症の人にかかわる精神科医療機関と介護保険サービス事業所等の連携に照準をあて調査・研究を進めてきた。そして、2014（平成 26）年に実施した「認知症の人の支援に関する実態調査」への協力が得られた精神科医療機関の属性と認知症の人への支援の内容と、精神保健福祉士が認知症の人に対してどの程度かかわりを持っているのかについて明らかにしたいと検討を進めてきた。

多くの近畿・北陸地区の精神保健福祉士の方々に協力していただいたことにより、ここに報告書を作成することができた。心より感謝申しあげたい。

（注1）出典：厚生労働省 患者調査

2014・2015 年度高齢精神障害者支援検討委員会 荒田 寛

# I. 認知症の人の支援に関する実態調査の概要

## 1. 背景と目的

日本の精神保健福祉領域における課題として、精神科病院への長期入院者の高齢化や精神科病院への認知症の人の入院率の増加や長期化等があげられる。しかし、その実態に関する調査は実施されていない。そこで、高齢精神障害者支援検討委員会（以下、委員会）では上記の現状を踏まえ、実情を把握することを目的に精神科医療機関及び介護保険サービス事業所等に在籍する精神保健福祉士を対象として、認知症の人の支援のあり方並びに連携の実態に関する調査を実施した。

## 2. 方法

### (1) 調査対象施設及び調査対象者

本調査の対象は、北陸（福井県・石川県・富山県）、近畿（滋賀県・奈良県・京都府・大阪府・和歌山県・兵庫県）の9府県内の精神科医療機関及びそこに在籍する認知症者への支援に携わる精神保健福祉士（各医療機関5名）と本協会構成員で介護保険サービス事業所等に勤務する精神保健福祉士である。

### (2) 調査方法および調査実施時期

調査は自記式質問紙法を用いた郵送法により実施した。調査期間は2014（平成26）年8月～9月である。

### (3) 回収状況

精神科医療機関：調査票発送数 230 票、回収 137 票、有効回答数 137 票、有効回収率 59.6%

精神保健福祉士（精神科医療機関）：調査票発送数 1,150 票、回収 460 票、有効回答数 460 票、有効回収率 40.0%（ただし、全医療機関に精神保健福祉士が5名在籍していると仮定した場合）

精神保健福祉士（介護保険サービス事業所等）：調査票発送数 74 票、回収 30 票、有効回答数 30 票、有効回収率 40.5%

### (4) 倫理的配慮

本研究調査の回答結果については、個人名や施設・機関名、特定の地域情報が明らかにならないよう配慮し、プライバシー保護に基づく処理を行い本研究の目的にのみ結果を使用することを文書に明記した。

### (5) 分析の視角

自由記述に関しては、以下の観点から分析を行った。

- ① 本調査の目的に則した回答を抜粋し採用した。本調査とは関係性を見出すことのできない内容に関しては、結果には掲載していない。
- ② 事実関係や状況の認識において違いのあるものに関しては、相違点が明らかとなる形で提示した。
- ③ 明らかに事実誤認であると認められるものや、ある事象に対する一方的な解釈に関しては、必要と思われるもの以外、基本的には削除した。

なお、各調査項目での「非該当」結果に関しては、表記を省略して掲載している。

## Ⅱ. 医療機関の情報

### 1. 目的

2014（平成 26）年に実施した「認知症の人の支援に関する実態調査」への協力が得られた医療機関の実態を明らかにするものである。

### 2. 方法

単純集計で処理をしており、調査項目については以下の通りである。

- ①所在地の府県名
- ②精神科病床数
- ③認知症疾患医療センターの有無
- ④医療機関に勤務している精神保健福祉士の人数
- ⑤認知症疾患医療センターを有する場合の精神保健福祉士の配置
- ⑥併設の入所系施設
- ⑦認知症の人への提供プログラム
- ⑧認知症連携パス使用の有無

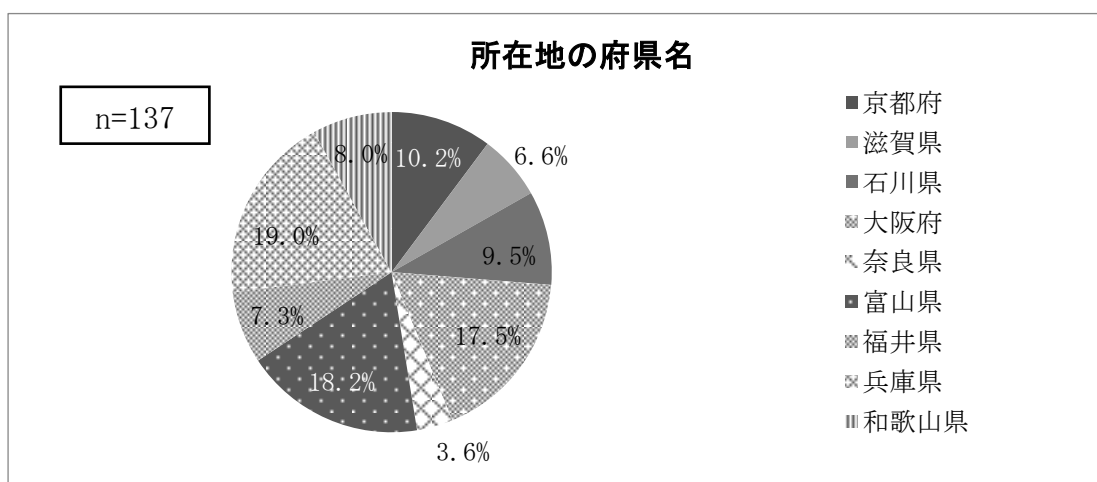
### 3. 結果

調査に協力を得られた医療機関は 137 件である。以下医療機関の基本情報について報告する。

#### (1) 医療機関の基本情報

##### 1) 所在地の府県名

「兵庫県」26 件（19.0%）が最も多く、次いで「富山県」25 件（18.2%）、「大阪府」24 件（17.5%）、「京都府」14 件（10.2%）、「石川県」13 件（9.5%）、「和歌山県」11 件（8.0%）、「福井県」10 件（7.3%）、「滋賀県」9 件（6.6%）、「奈良県」5 件（3.6%）であった。（図Ⅱ－1）



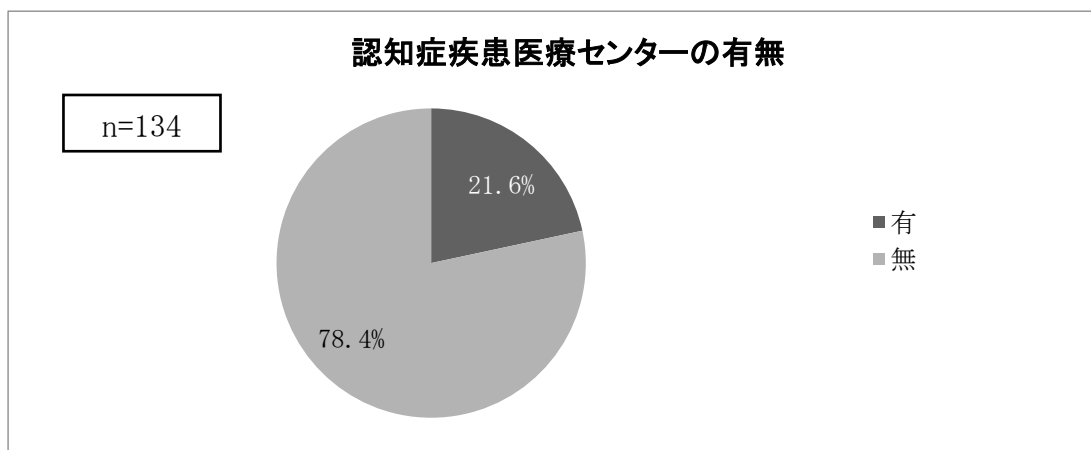
図Ⅱ－1

## 2) 精神科病床数

平均 212.9 床であった。中央値は 177 床で、最小値は 0 床、最大値は 851 床であった。

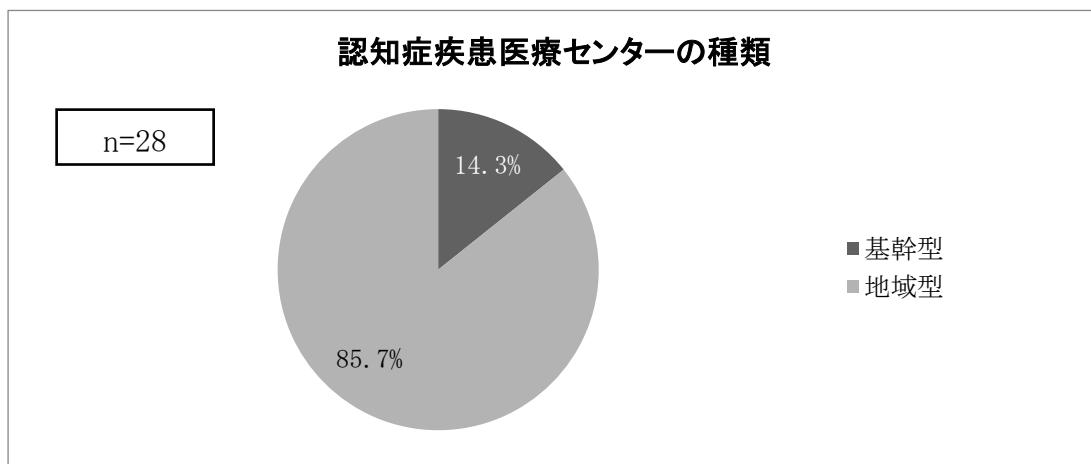
## 3) 認知症疾患医療センターの有無

「有」 29 件 (21.6%)、「無」 105 件 (78.4%) であった。(図Ⅱ-2)



図Ⅱ-2

「有」の場合の種類は、「基幹型」 4 件 (14.3%)、「地域型」 24 件 (85.7%) であった。なお、無回答が 1 件あった。(図Ⅱ-3)



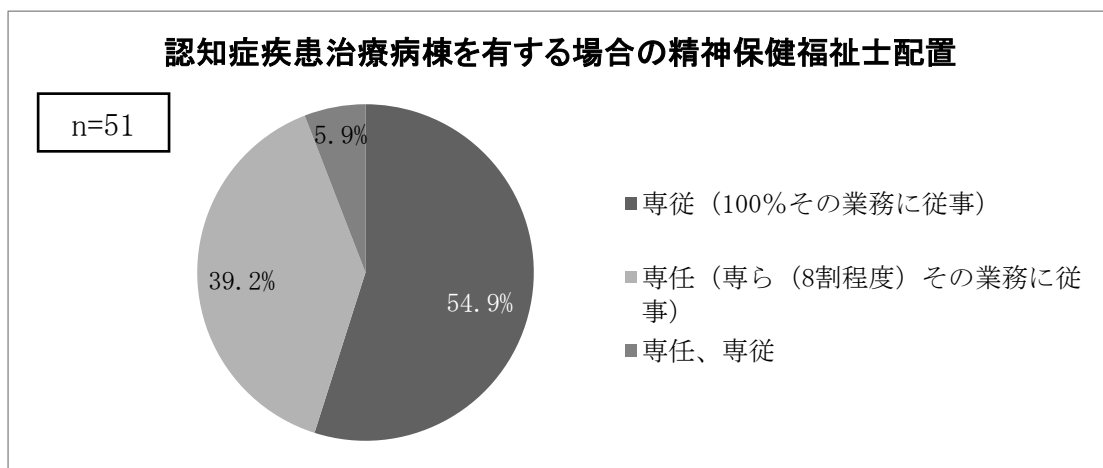
図Ⅱ-3

## 4) 医療機関に勤務している精神保健福祉士の人数

医療機関で勤務している精神保健福祉士の人数は平均 4.7 人であった (回答件数 135 件)。中央値は 4 名、最小値は 0 名、最大値は 19 名であった。うち認知症の人に関わっている精神保健福祉士の人数は平均 3.6 名であった (回答件数 123 件)。中央値は 3 名で最小値は 0 名で最大値は 17 名であった。

5) 認知症疾患治療病棟に配置されている精神保健福祉士の内訳

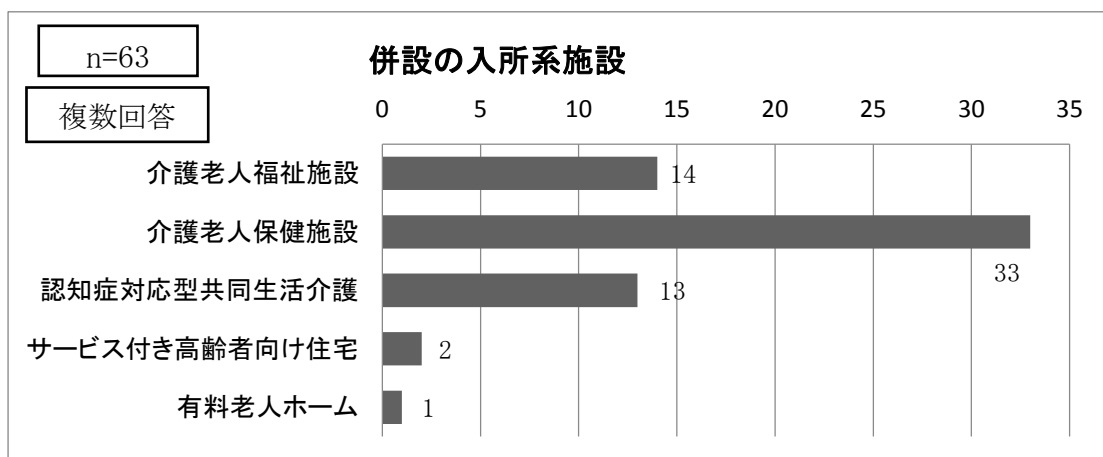
「専従」28名(54.9%)、「専任」20名(39.2%)、「専従専任」3名(5.9%)であった。なお、無回答が86件あった。(図Ⅱ-4)



図Ⅱ-4

6) 併設の入所系施設(複数回答)

「介護老人保健施設」33件(82.5%)が一番多く、次いで、「介護老人福祉施設」14件(35.0%)、「認知症対応型共同生活介護」13件(32.5%)、「サービス付き高齢者向け住宅」2件(5.0%)「有料老人ホーム」1件(2.5%)であった。(図Ⅱ-5)



図Ⅱ-5

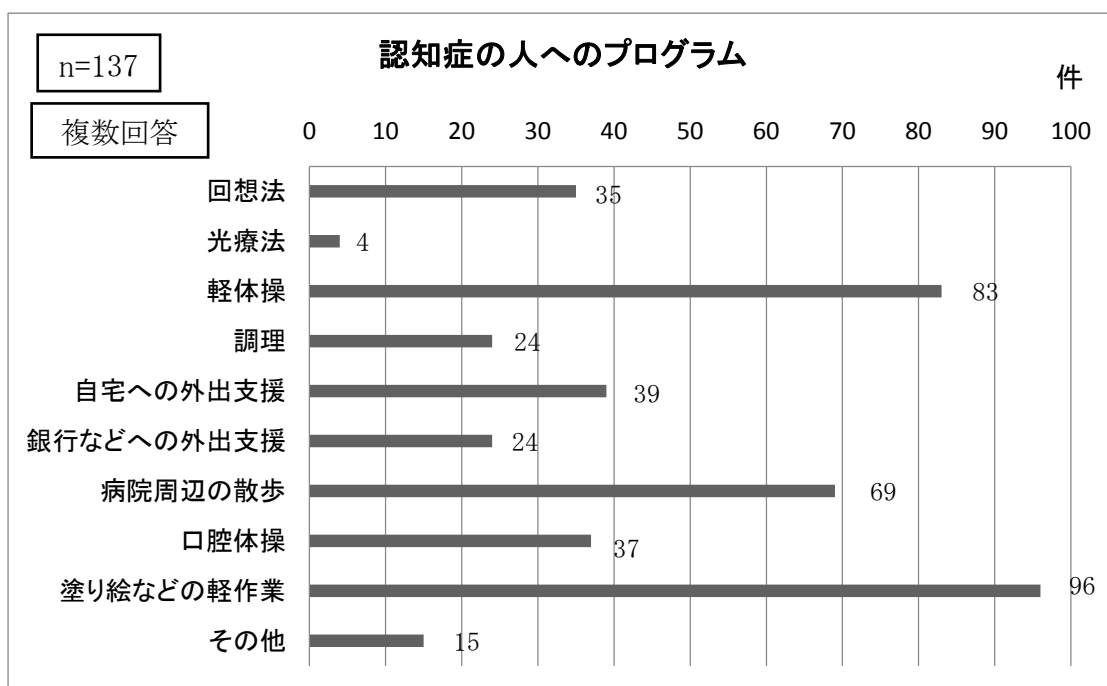
7) 認知症の人への提供プログラム(複数回答)

「塗り絵などの軽作業」96件(89.7%)が一番多く、次いで「軽体操」83件(77.6%)、「病院周辺の散歩」69件(64.5%)、「自宅への外出支援」39件(36.4%)、「口腔体操」37件(34.6%)、「回想法」35件(32.7%)、「調理」24件(22.4%)、「銀行などへの外出支援」24件(22.4%)、「その他」15件(14.0%)、「光療法」4件(3.7%)



であった。

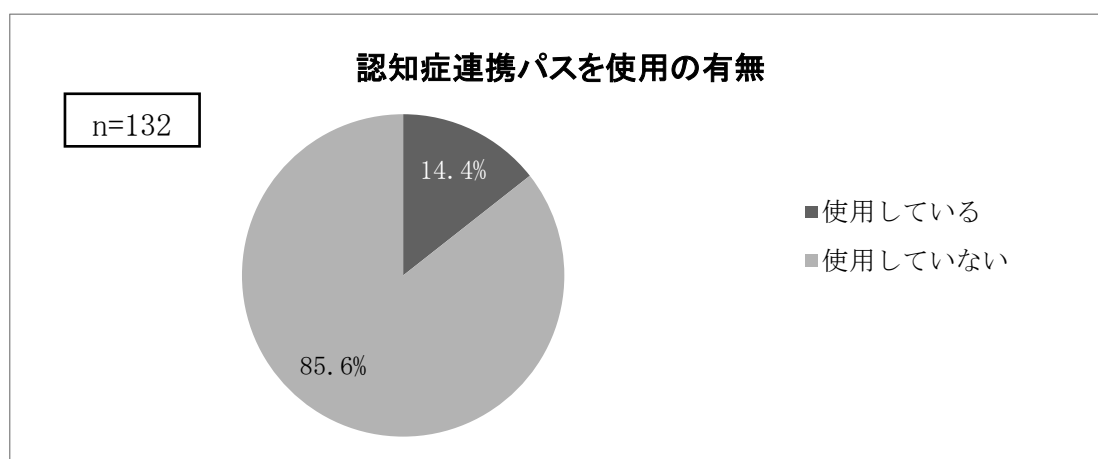
その他の内訳は、作業療法、アニマルセラピー、カラオケ、レクリエーション一般、音楽療法、カラオケ、日常生活機能回復訓練等であった。（図Ⅱ－6）



図Ⅱ－6

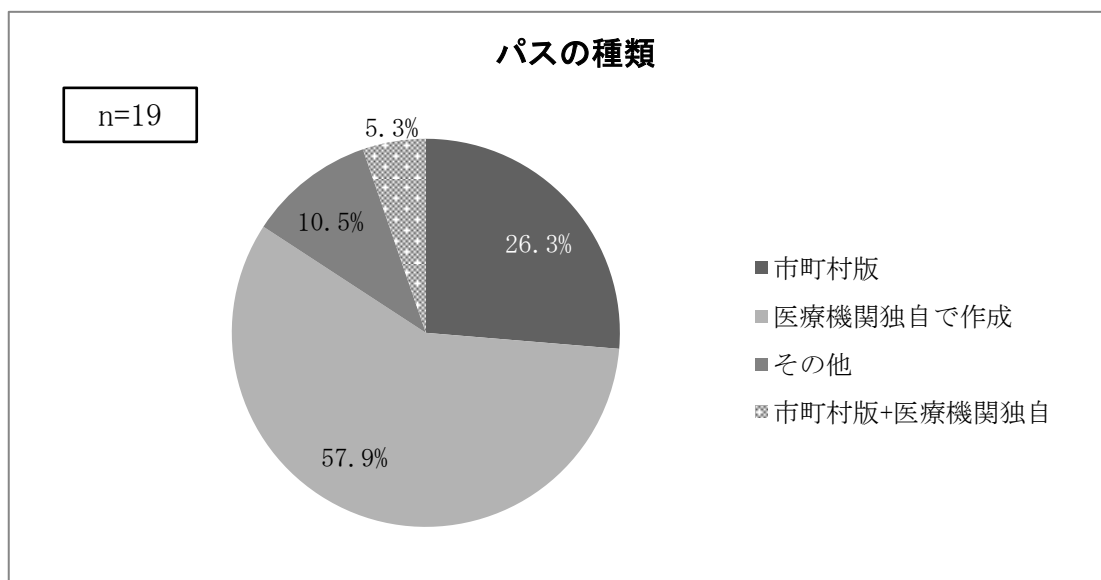
#### 8) 認知症連携パス使用の有無

「使用している」19件（14.4%）、「使用していない」113件（85.6%）であった。なお、無回答が5件あった。（図Ⅱ－7）



図Ⅱ－7

認知症連携パスの種類は、「市町村版」5件（26.3%）、「医療機関独自で作成」11件（57.9%）「市町村版+医療機関独自」で作成1件（5.3%）、「その他」2件（10.5%）であった。なお、日本精神保健福祉士協会版は0件であった。（図Ⅱ－8）



図Ⅱ－8

## 4. 考察

### (1) 連携パスの利用

連携パスの利用が19件(14.4%)と少なかった。連携パスの利用が少ない要因は、連携パスの複雑さ煩雑さがありなかなか利用に踏み切れない、そもそもパスを利用するという意識がない、診療報酬上の問題等が考えられる。また連携パスを使用している、精神科医療機関と介護保険サービス事業所等との間で認知症の人の支援のために、うまく機能しているかを検討していくことも重要である。今回、日本精神保健福祉士協会版(注1)の利用はなかったが、連携パスの利用は、介護保険サービス事業所等との連携を深め、認知症の人の今後をともに検討していくツールとなりえる。地域の実情に合わせ、お互いの負担にならないような連携パスを精神科医療機関が介護保険サービス事業所等とともに作成していくことで、精神科医療機関側と介護保険サービス事業所等側の大切にしている視点が共有でき、認知症の人の支援をお互いに検討できるきっかけになるとと思われる。

### (2) 認知症の人に提供しているプログラム

入院中に認知症の人に提供しているプログラムでは、体操や塗り絵等といった集団プログラムが多く提供されており、退院後の生活支援に向けた調理や外出支援といった個別のプログラムの提供が少なかった。今後、認知症の人の退院後の生活を想定し、個別支援につながるプログラムの提供が必要ではないだろうか。今まで精神保健福祉士が培ってきた、精神障害者に対する個別支援や生活支援の考えかたを、認知症の人の支援にもつなげていく必要がある。

(注1) 精神症状等を有する認知症患者に関わる退院支援パス等の地域連携の推進に関する調査事業

<http://www.japsw.or.jp/ugoki/hokokusyo/20120331-pass.html>

### Ⅲ. 精神科医療機関に勤務する精神保健福祉士による認知症の人への支援の実態

#### 1. 目的

2014（平成 26）年に実施した「認知症の人の支援に関する実態調査」への協力が得られた精神科医療機関に勤務する精神保健福祉士が、認知症の人に対してどの程度かかわりを持っているのかについて明らかにすることを目的としている。

#### 2. 方法

調査項目については以下のとおりである。

##### (1) 基本属性

- ①回答者の年齢 ②精神科医療機関での勤務年数 ③現在担当している部署
- ④③の部署の担当年数 ⑤本協会への加入の有無
- ⑥認知症の人との関わりの有無 ⑦認知症の人との関わりのある業務
- ⑧全体の業務に対する入院中の認知症の人・家族への関わりの割合

##### (2) 担当している入院中の認知症の人・家族への関わりについて

- ①入院している認知症の人へ行っている業務について
- ②1年以上入院している認知症の人が退院できない要因について

##### (3) 地域の関係機関との連携の在り方について

- ①自宅への退院支援をする上で連携する機関について
- ②地域の関係機関に対して行っている業務について
- ③認知症の人の支援のために精神科医療機関と地域の関係機関が連携を深めるにあたり、連携を阻害する要因について

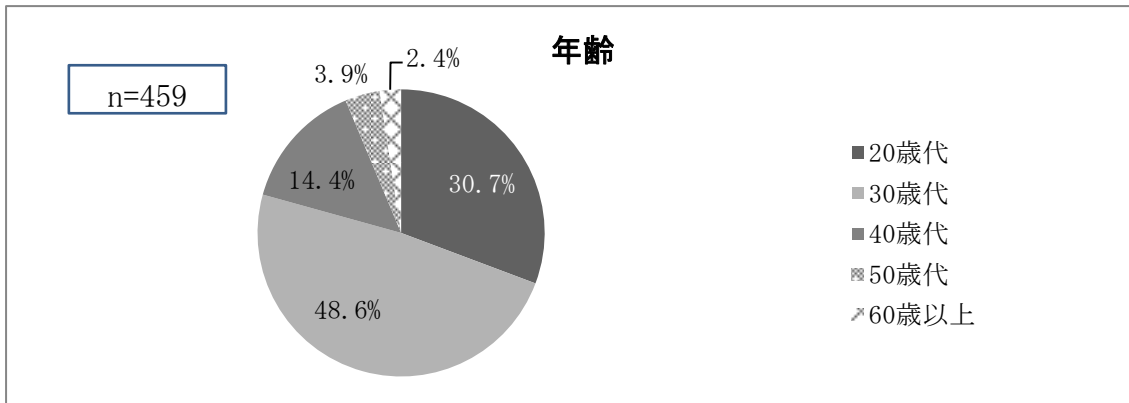
(3) についてはK J法にて分析を行った。

#### 3. 結果

本調査への協力が得られた精神保健福祉士は 460 名だった。

##### (1) 対象者の年齢

対象者の年齢について、20 歳代が 141 名（30.7%）、30 歳代が 223 名（48.6%）、40 歳代が 66 名（14.4%）、50 歳代が 18 名（3.9%）、60 歳以上が 11 名（2.4%）だった。なお無回答は 1 名だった。（図Ⅲ-1）



図Ⅲ－１

(2) 勤務年数

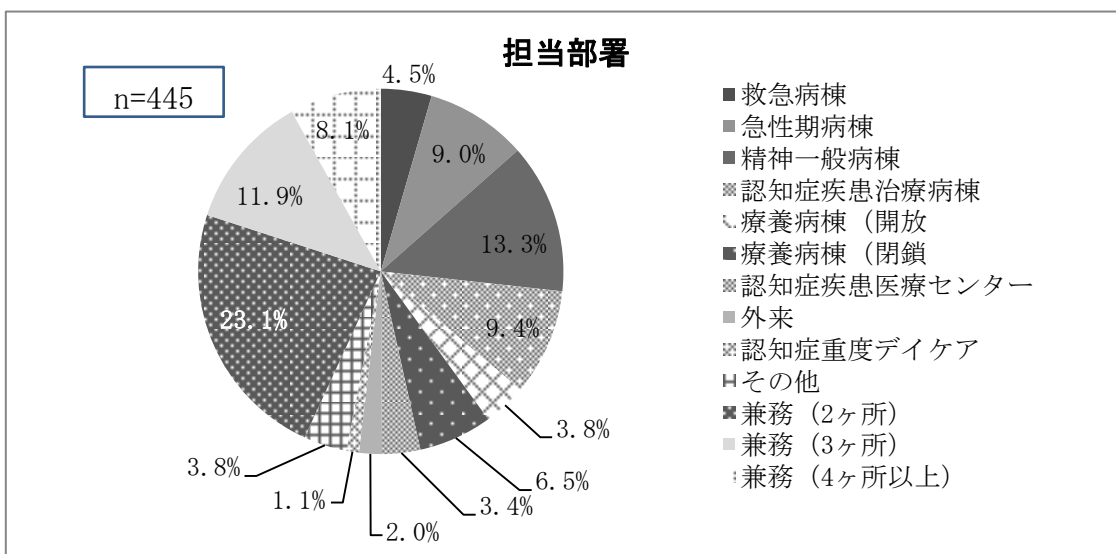
勤務年数については平均 7.3 年であった。中央値は 6.0 年で最大値は 42.0 年であった。

(3) 担当している部署

担当している部署については「救急病棟」が 20 名 (4.5%)、「急性期病棟」が 40 名 (9.0%)、「精神一般病棟」が 59 名 (13.3%)、「認知症疾患治療病棟」が 42 名 (9.4%)、「療養病棟 (開放)」が 17 名 (3.8%)、「療養病棟 (閉鎖)」が 29 名 (6.5%)、「認知症疾患医療センター」が 15 名 (3.4%)、「外来」が 9 名 (2.0%)、「認知症重度デイケア」が 5 名 (1.1%)、「その他」が 17 名 (3.8%) だった。

また、「2か所兼務」は 103 名 (23.1%)、「3か所兼務」は 53 名 (11.9%)、「4か所以上は兼務」は 36 名 (8.1%) 存在した。

なお、その他についてはアルコール専門病棟・グループホーム・医療観察病棟・児童思春期病棟・訪問看護などであった。無回答は 15 名だった。(図Ⅲ－2)



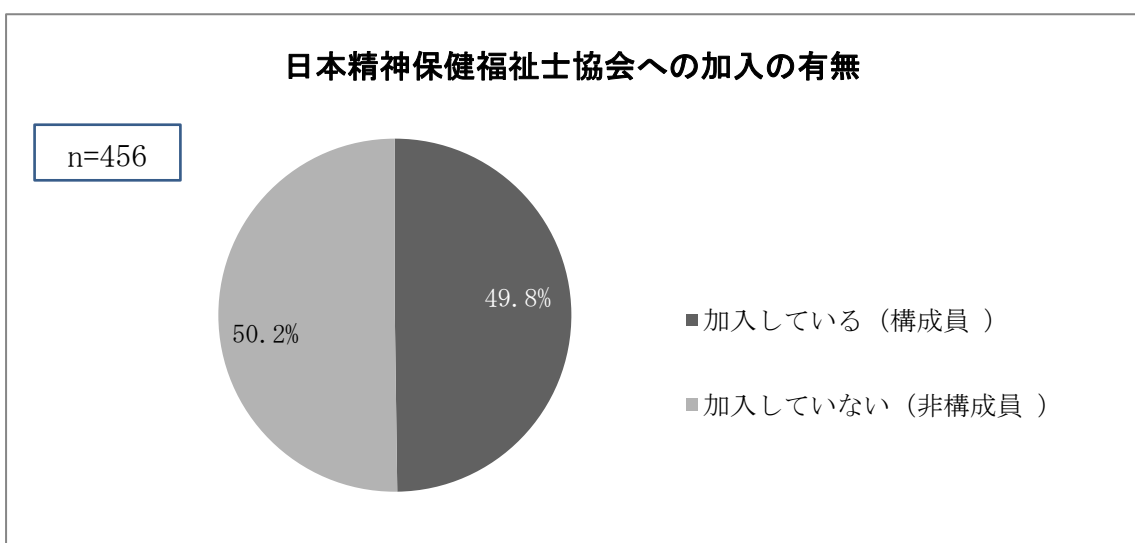
図Ⅲ－２

(4) 現在担当している部署の担当年数

現在担当している部署の担当年数については、平均 4.3 年であった。平均値は 3.0 年で、最大値は 40.0 年であった。

(5) 本協会への加入の有無

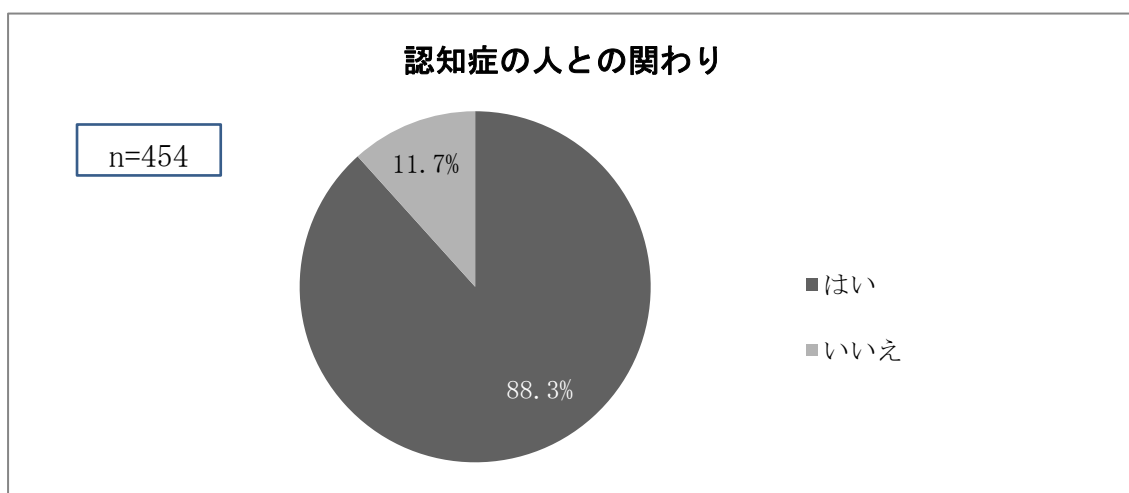
本協会への加入の有無については「加入している」が 227 名 (49.8%)、「加入していない」が 229 名 (50.2%) だった。なお、無回答は 4 名だった。(図Ⅲ-3)



図Ⅲ-3

(6) 認知症の人との関わりについて

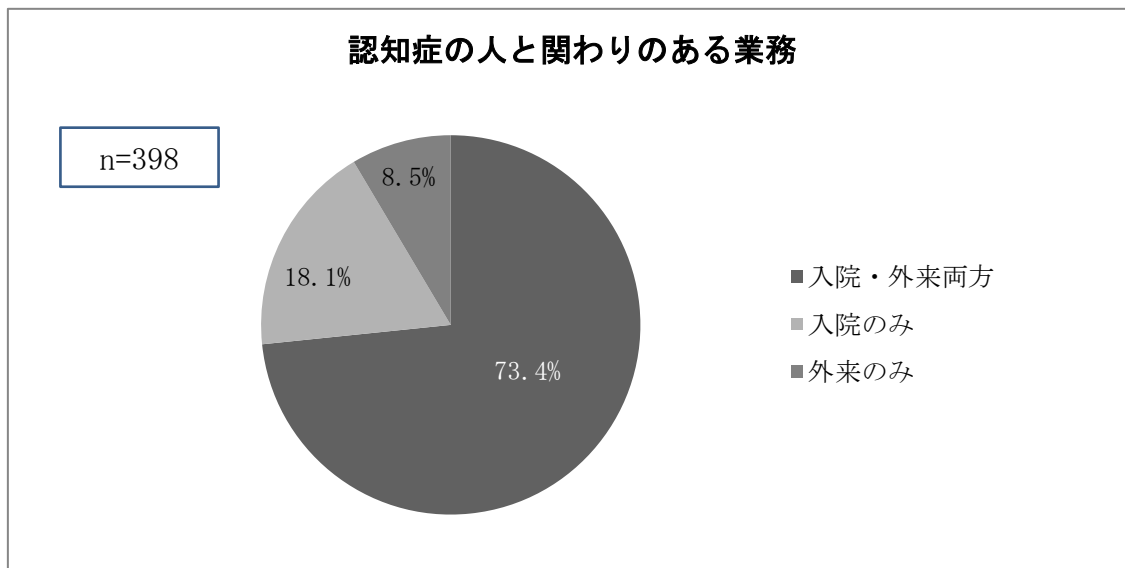
認知症の人との関わりがあるかについては、「はい」が 401 名 (88.3%)、「いいえ」が 53 名 (11.7%) だった。なお、無回答は 6 名だった。(図Ⅲ-4)



図Ⅲ-4

(7) 認知症の人との関わりがある業務について

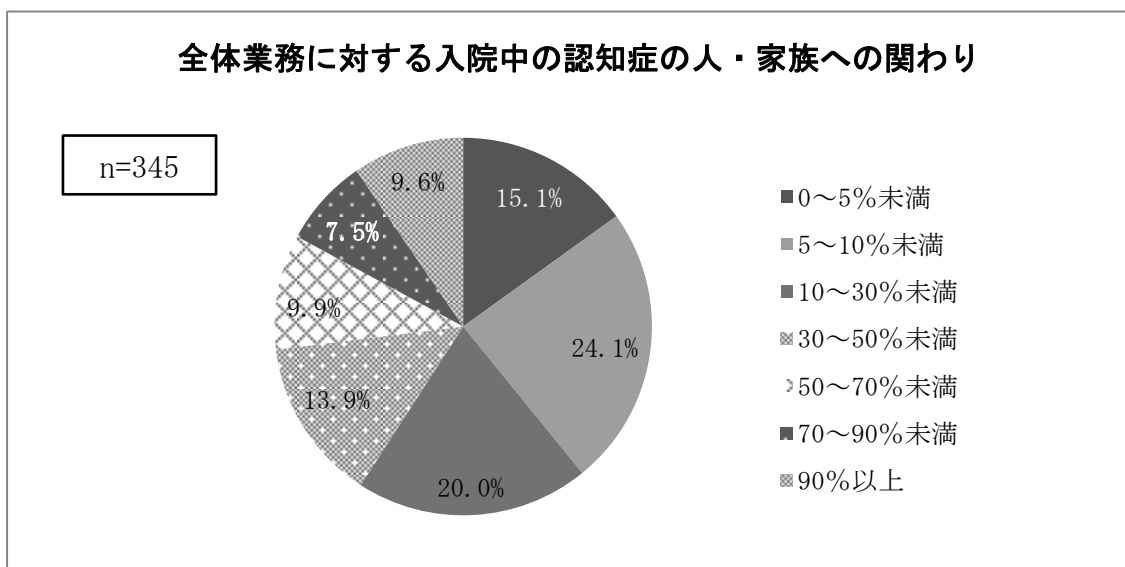
「入院・外来両方」と回答した人が 292 名 (73.4%)、「入院のみ」は 72 名 (18.1%)、「外来のみ」は 34 名 (8.5%) だった。なお、無回答は 3 名だった。(図Ⅲ-5)



図Ⅲ-5

(8) 全体の業務に対する入院中の認知症の人・家族への関わり割合について

「0~5%未満」が 52 名 (15.1%)、「5~10%未満」が 83 名 (24.1%)、「10~30%未満」が 69 名 (20.0%)、「30~50%未満」が 48 名 (13.9%)、「50~70%未満」が 34 名 (9.9%)、「70~90%未満」が 26 名 (7.5%)、「90%以上」が 33 名 (9.6%) だった。なお、無回答が 22 名だった。(図Ⅲ-6)



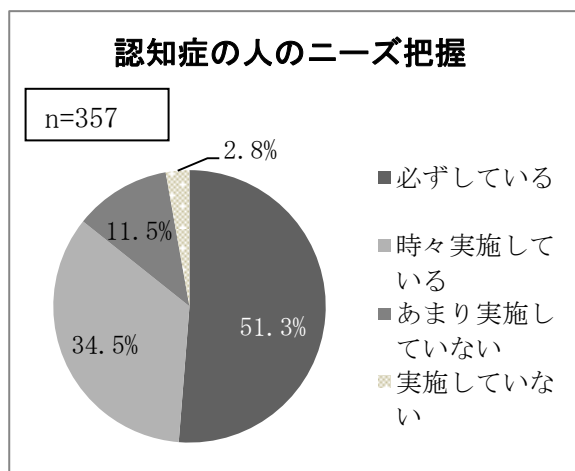
図Ⅲ-6

(9) 担当している入院中の認知症の人・家族への関わりについて

1) 入院している認知症の人へ行っている業務について（入院時の支援）

①認知症の人のニーズ把握（図Ⅲ－7）

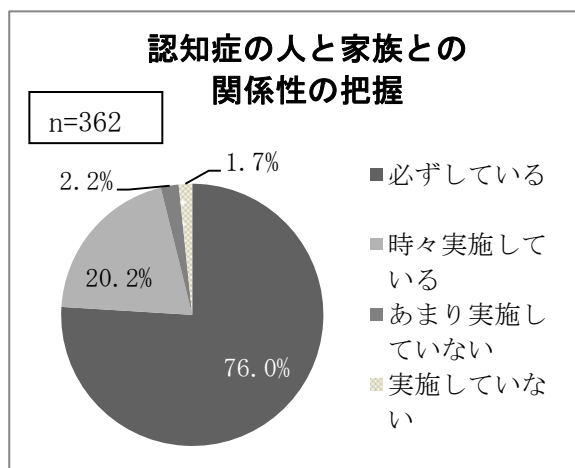
「必ずしている」が 183 名（51.3%）、  
「時々実施している」が 123 名（34.5%）、  
「あまり実施していない」が 41 名（11.5%）、  
「実施していない」が 10 名（2.8%）だっ  
た。なお、無回答は 10 名だった。



図Ⅲ－7

②認知症の人と家族との関係性の把握（図Ⅲ－8）

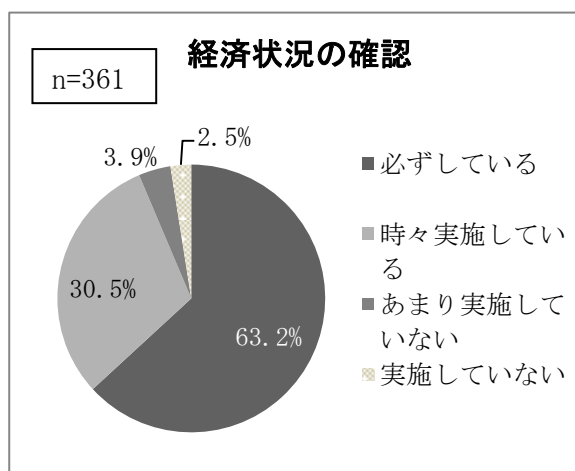
「必ずしている」が 275 名（76.0%）、  
「時々実施している」が 73 名（20.2%）、  
「あまり実施していない」が 8 名（2.2%）、  
「実施していない」が 6 名（1.7%）だっ  
た。なお、無回答は 5 名だった。



図Ⅲ－8

③経済状況の確認（図Ⅲ－9）

「必ずしている」が 228 名（63.2%）、  
「時々実施している」が 110 名（30.5%）、  
「あまり実施していない」が 14 名（3.9%）、  
「実施していない」が 9 名（2.5%）だっ  
た。なお、無回答は 6 名だった。



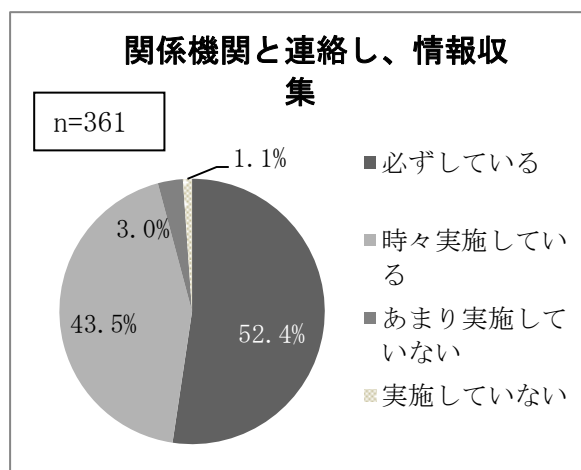
図Ⅲ－9



④関係機関と連携し、情報収集

(図Ⅲ-10)

「必ずしている」が189名(52.4%)、「時々実施している」が157名(43.5%)、「あまり実施していない」が11名(3.0%)、「実施していない」が4名(0.9%)だった。なお、無回答は6名だった。

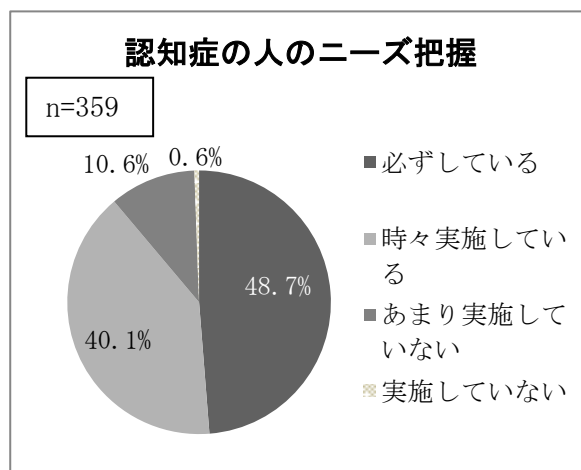


図Ⅲ-10

2) 入院している認知症の人へ行っている業務について(入院中の支援)

⑤認知症の人のニーズ把握(図Ⅲ-11)

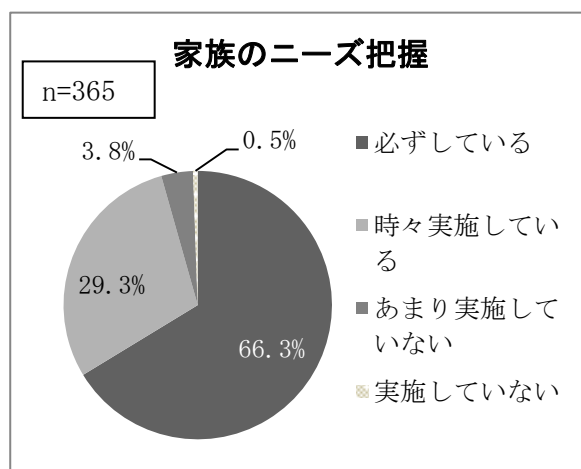
「必ずしている」が175名(48.7%)、「時々実施している」が144名(40.1%)、「あまり実施していない」が38名(10.6%)、「実施していない」が2名(0.6%)だった。なお、無回答は8名だった。



図Ⅲ-11

⑥家族のニーズ把握(図Ⅲ-12)

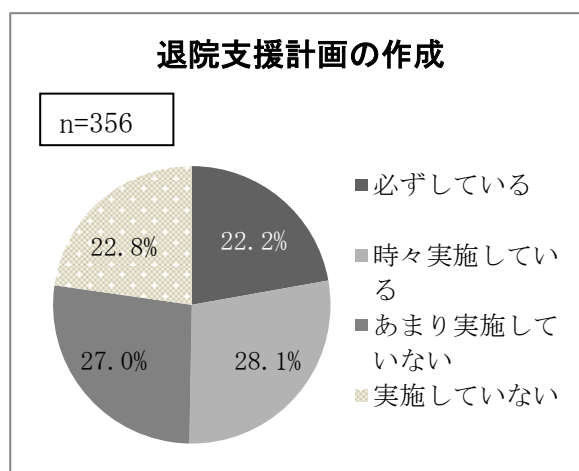
「必ずしている」が242名(66.3%)、「時々実施している」が107名(29.3%)、「あまり実施していない」が14名(3.8%)、「実施していない」が2名(0.5%)だった。なお、無回答は2名だった。



図Ⅲ-12

⑦退院支援計画の作成 (図Ⅲ-13)

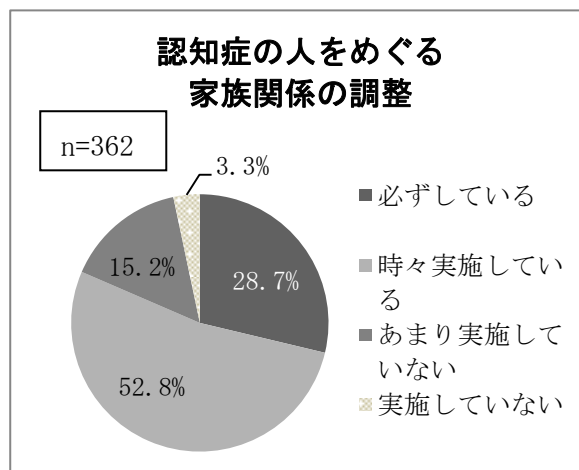
「必ずしている」が 79 名 (22.2%)、「時々実施している」が 100 名 (28.1%)、「あまり実施していない」が 96 名 (27.0%)、「実施していない」が 81 名 (22.8%) だった。なお、無回答は 11 名だった。



図Ⅲ-13

⑧認知症の人をめぐる家族関係の調整 (図Ⅲ-14)

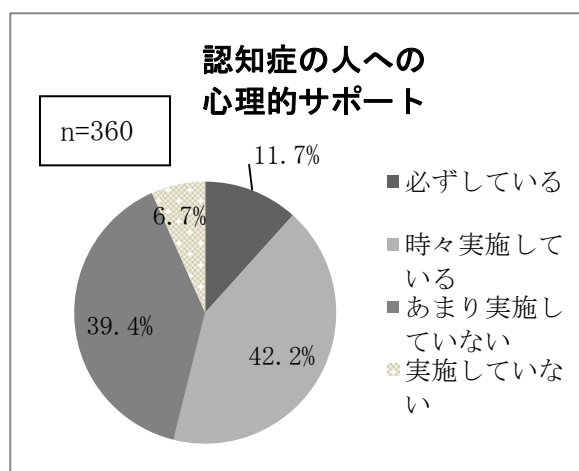
「必ずしている」が 104 名 (28.7%)、「時々実施している」が 191 名 (52.8%)、「あまり実施していない」が 55 名 (15.2%)、「実施していない」が 12 名 (2.6%) だった。なお、無回答は 5 名だった。



図Ⅲ-14

⑨認知症の人への心理的サポート (図Ⅲ-15)

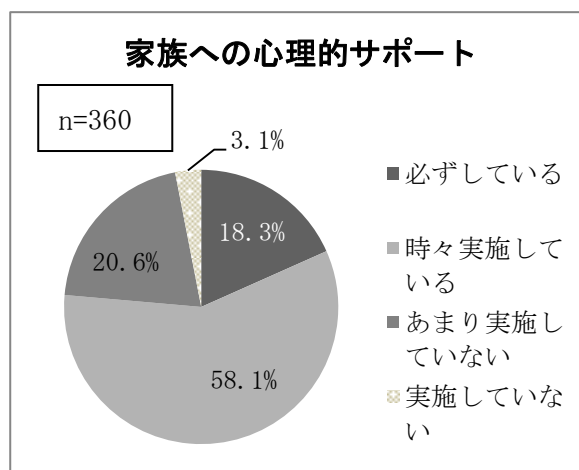
「必ずしている」が 42 名 (11.7%)、時々実施しているが 152 名 (42.2%)、あまり実施していないが 142 名 (39.4%)、実施していないが 24 名 (6.7%) だった。なお、無回答は 9 名だった。



図Ⅲ-15

⑩家族への心理的サポート（図Ⅲ-16）

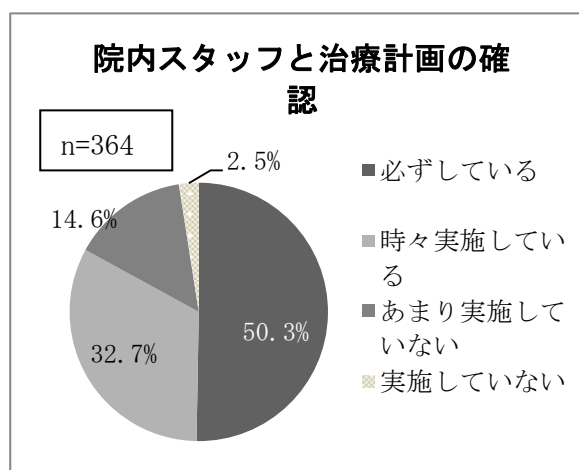
「必ずしている」が 66 名（18.3%）、  
「時々実施している」が 209 名（58.1%）、  
「あまり実施していない」が 74 名  
（20.6%）、「実施していない」が 11 名  
（3.1%）だった。なお、無回答は 7 名だ  
った。



図Ⅲ-16

⑪院内スタッフとの治療計画の確認  
（図Ⅲ-17）

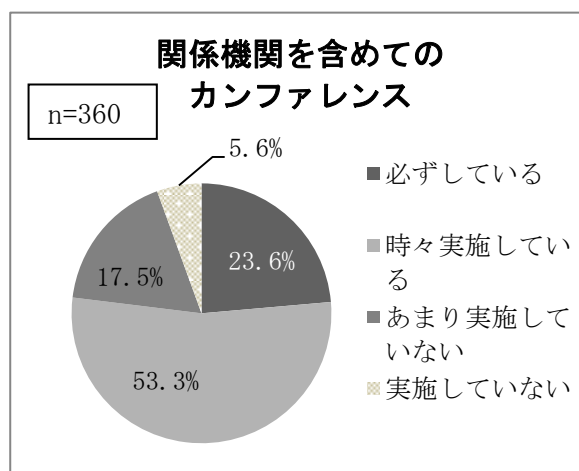
「必ずしている」が 183 名（50.3%）、  
「時々実施している」が 119 名（32.7%）、  
「あまり実施していない」が 53 名  
（14.6%）、「実施していない」が 9 名（2.5%）  
だった。なお、無回答は 3 名だった。



図Ⅲ-17

⑫関係機関を含めてのカンファレンス  
（図Ⅲ-18）

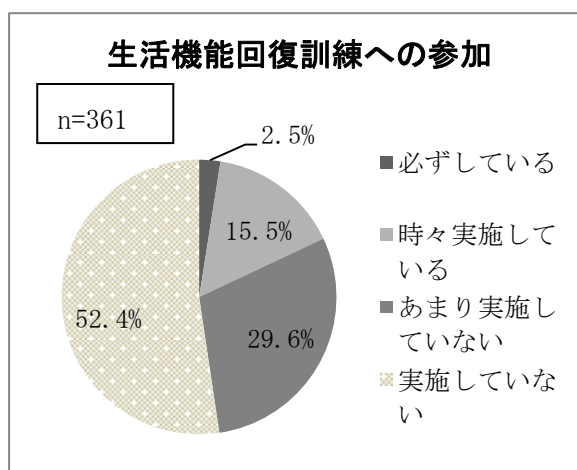
「必ずしている」が 85 名（23.6%）、  
「時々実施している」が 192 名（53.3%）、  
「あまり実施していない」が 63 名  
（17.5%）、「実施していない」が 20 名  
（5.6%）だった。なお、無回答は 7 名だ  
った。



図Ⅲ-18

⑬生活機能回復訓練への参加 (図Ⅲ-19)

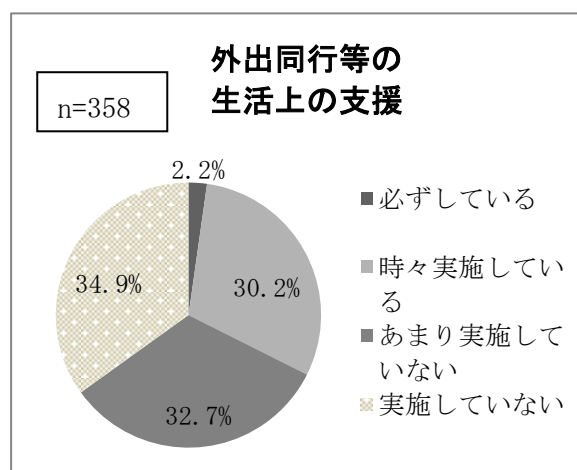
「必ずしている」が9名(2.5%)、「時々実施している」が56名(15.5%)、「あまり実施していない」が107名(29.6%)「実施していない」が189名(52.4%)だった。なお、無回答は6名だった。



図Ⅲ-19

⑭外出同行等の生活上の支援 (図Ⅲ-20)

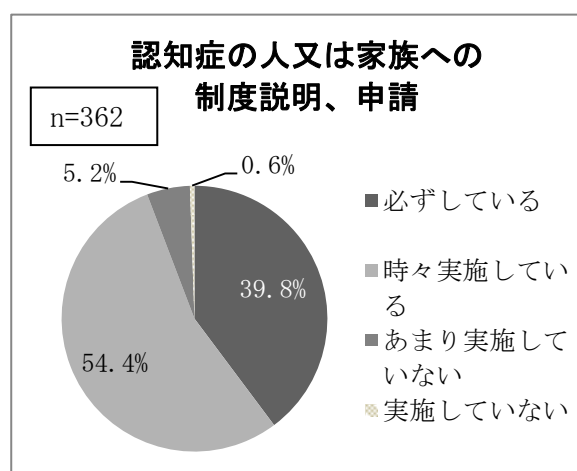
「必ずしている」が8名(2.2%)、「時々実施している」が108名(30.2%)、「あまり実施していない」が117名(32.7%)、「実施していない」が125名(34.9%)だった。なお、無回答は9名だった。



図Ⅲ-20

⑮認知症の人又は家族への制度の説明、申請 (図Ⅲ-21)

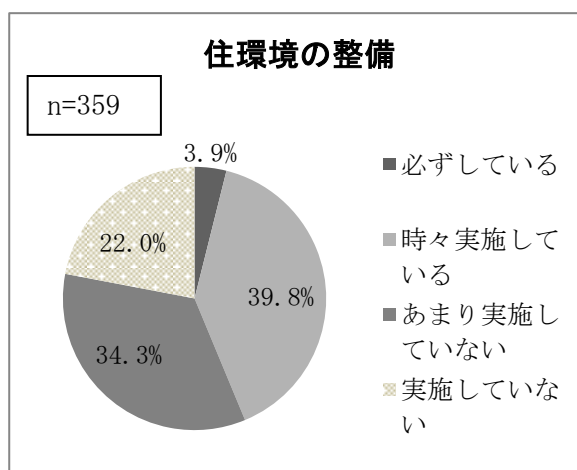
「必ずしている」が144名(39.8%)、「時々実施している」が197名(54.4%)、「あまり実施していない」が19名(5.2%)、「実施していない」が2名(0.6%)だった。なお、無回答は5名だった。



図Ⅲ-21

⑩住環境の整備 (図Ⅲ-22)

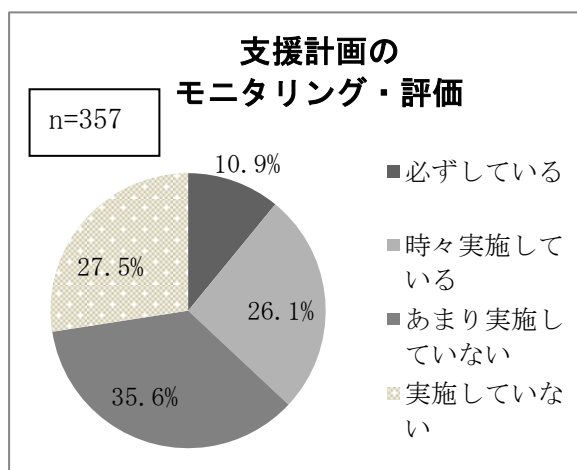
「必ずしている」が14名(3.9%)、「時々実施している」が143名(39.8%)、「あまり実施していない」が123名(34.3%)、「実施していない」が79名(22.0%)だった。なお、無回答は8名だった。



図Ⅲ-22

⑪支援計画のモニタリング・評価 (図Ⅲ-23)

「必ずしている」が39名(10.9%)、「時々実施している」が93名(26.1%)、「あまり実施していない」が127名(35.6%)、「実施していない」が98名(27.5%)だった。なお、無回答は10名だった。

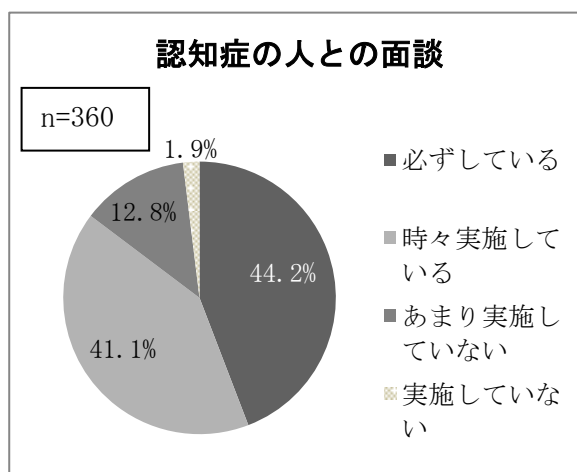


図Ⅲ-23

3) 入院している認知症の人へ行っている業務について (退院に向けての支援)

⑫認知症の人との面談 (図Ⅲ-24)

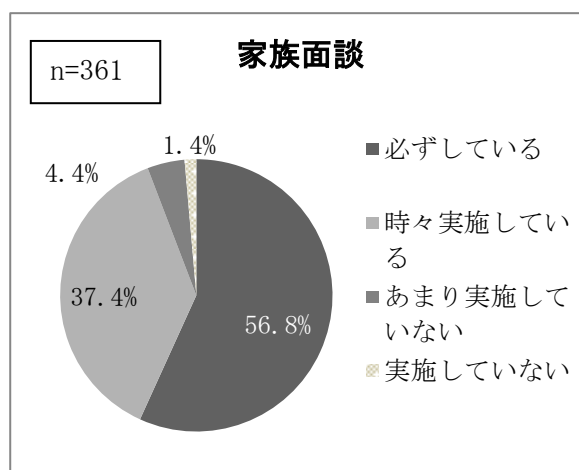
「必ずしている」が159名(44.2%)、「時々実施している」が148名(41.1%)、「あまり実施していない」が46名(12.8%)、「実施していない」が7名(1.9%)だった。なお、無回答は7名だった。



図Ⅲ-24

⑱ 家族面談 (図Ⅲ-25)

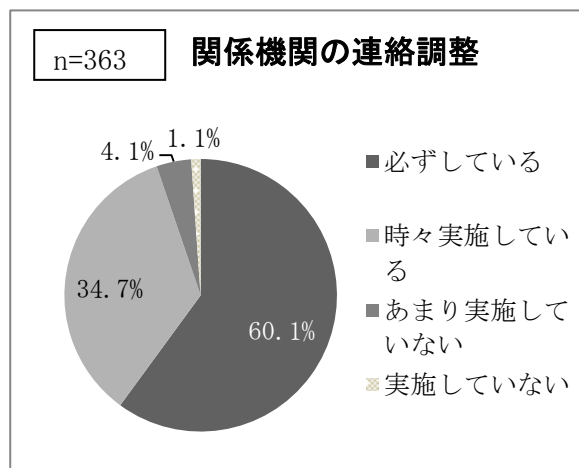
「必ずしている」が 205 名 (56.8%)、「時々実施している」が 135 名 (37.4%)、「あまり実施していない」が 16 名 (4.4%)、「実施していない」が 5 名 (1.4%) だった。なお無回答は 6 名だった。



図Ⅲ-25

⑳ 関係機関の連絡調整 (図Ⅲ-26)

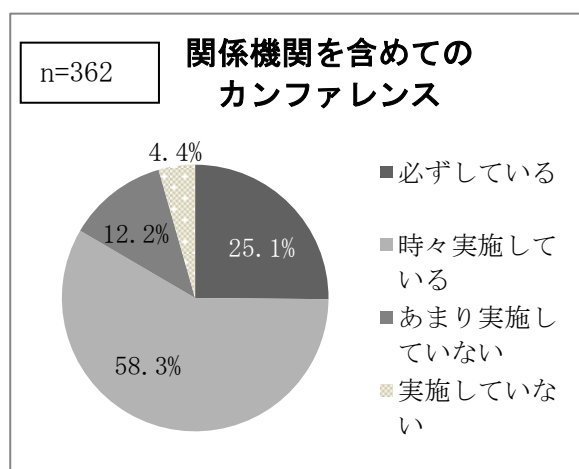
「必ずしている」が 218 名 (60.1%)、「時々実施している」が 126 名 (34.7%)、「あまり実施していない」が 15 名 (4.1%)、「実施していない」が 4 名 (1.1%) だった。なお、無回答は 4 名だった。



図Ⅲ-26

㉑ 関係機関を含めてのカンファレンス (図Ⅲ-27)

「必ずしている」が 91 名 (25.1%)、「時々実施している」が 211 名 (58.3%)、「あまり実施していない」が 44 名 (12.2%)、「実施していない」が 16 名 (4.4%) だった。なお、無回答は 5 名だった。

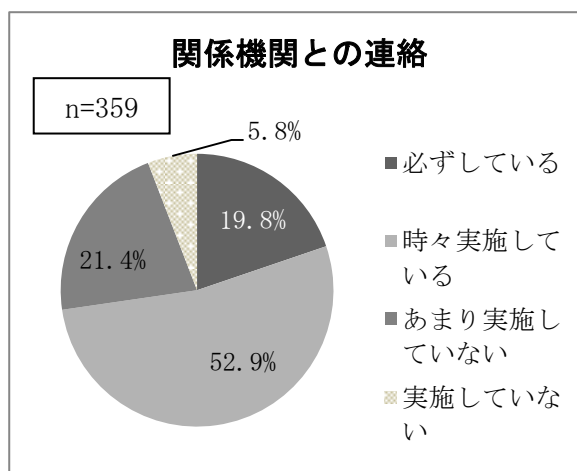


図Ⅲ-27

4) 入院している認知症の人へ行っている業務について（退院後の支援）

②関係機関との連絡（図Ⅲ-28）

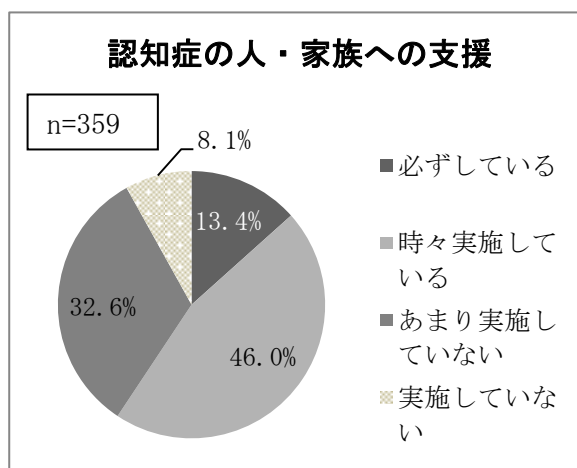
「必ずしている」が 71 名（19.8%）、  
「時々実施している」が 190 名（52.9%）、  
「あまり実施していない」が 77 名  
（21.4%）、「実施していない」が 21 名  
（5.8%）だった。なお、無回答は 8 名だ  
った。



図Ⅲ-28

③認知症の人・家族への支援（図Ⅲ-29）

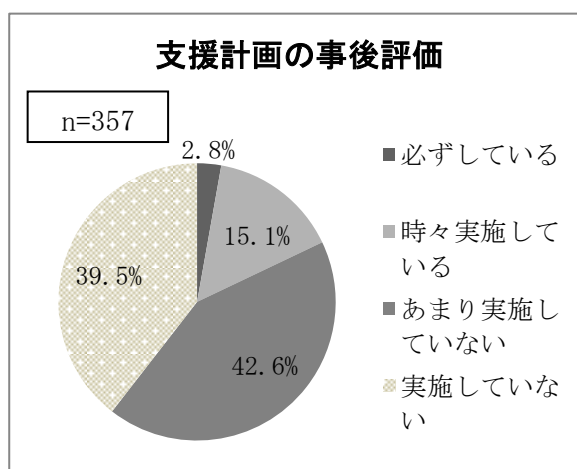
「必ずしている」が 48 名（13.4%）、  
「時々実施している」が 165 名（46.0%）、  
「あまり実施していない」が 117 名  
（32.6%）、「実施していない」が 29 名  
（8.1%）だった。なお、無回答は 8 名だ  
った。



図Ⅲ-29

④支援計画の事後評価（図Ⅲ-30）

「必ずしている」が 10 名（2.8%）、  
「時々実施している」が 54 名（15.1%）、  
「あまり実施していない」が 152 名（42.6%）、  
「実施していない」が 141 名（39.5%）  
だった。なお、無回答は 10 名だった。



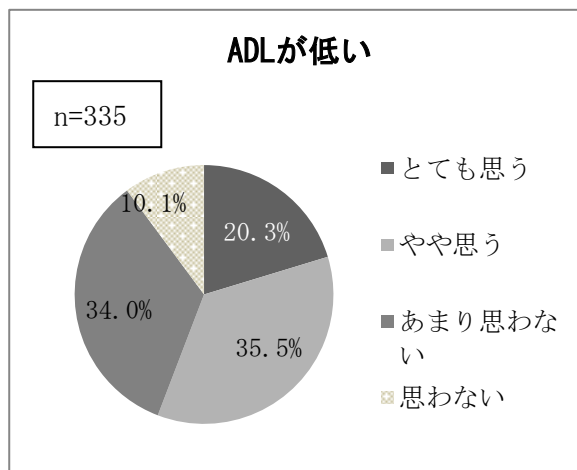
図Ⅲ-30

(10) 1年以上入院されている認知症の人の退院阻害要因

1) 本人要因

①ADLが低い (図Ⅲ-31)

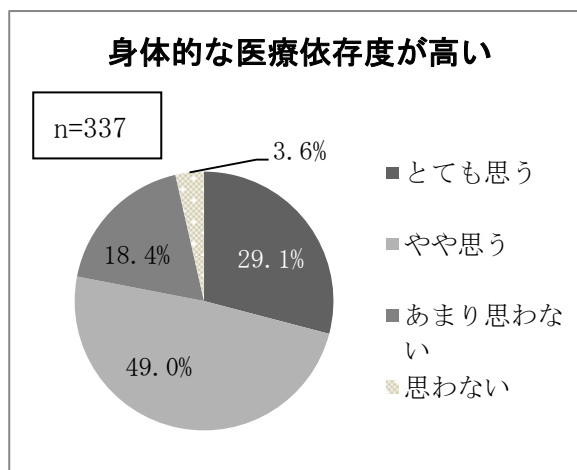
「とても思う」が68名(20.3%)、「やや思う」が119名(35.5%)、「あまり思わない」が114名(34.0%)、「思わない」が34名(10.1%)だった。なお、無回答は32名だった。



図Ⅲ-31

②身体的な医療依存度が高い (図Ⅲ-32)

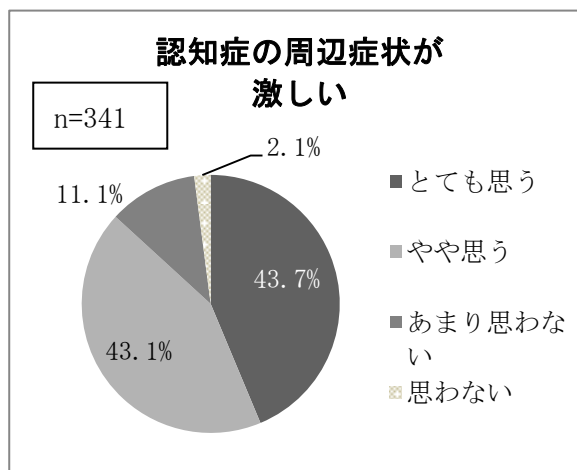
「とても思う」が98名(29.1%)、「やや思う」が165名(49.0%)、「あまり思わない」が62名(18.4%)、「思わない」が12名(3.6%)だった。なお、無回答は30名だった。



図Ⅲ-32

③認知症の周辺症状が激しい (図Ⅲ-33)

「とても思う」が149名(43.7%)、「やや思う」が147名(43.1%)、「あまり思わない」が38名(11.1%)、「思わない」が7名(2.1%)だった。なお、無回答は26名だった。

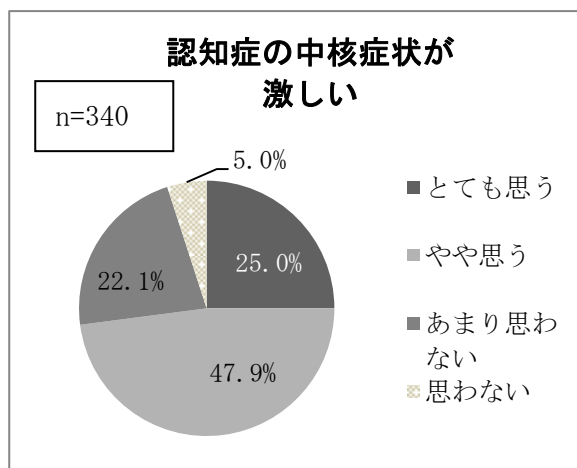


図Ⅲ-33



④認知症の中核症状が激しい（図Ⅲ－34）

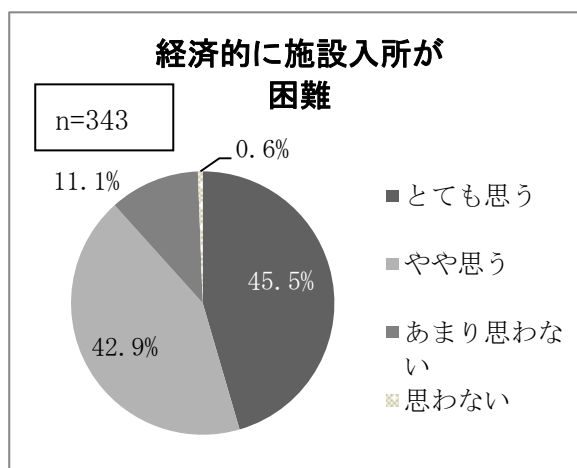
「とても思う」が85名（25.0%）、「やや思う」が163名（47.9%）、「あまり思わない」が75名（22.1%）、「思わない」が17名（5.0%）だった。なお、無回答は27名だった。



図Ⅲ－34

⑤経済的に施設入所が困難（図Ⅲ－35）

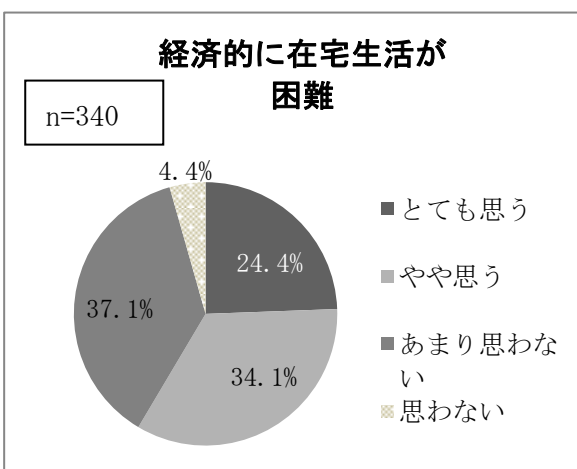
「とても思う」が156名（45.5%）、「やや思う」が147名（42.9%）、「あまり思わない」が38名（11.1%）、「思わない」が2名（0.6%）だった。なお、無回答は24名だった。



図Ⅲ－35

⑥経済的に在宅生活が困難（図Ⅲ－36）

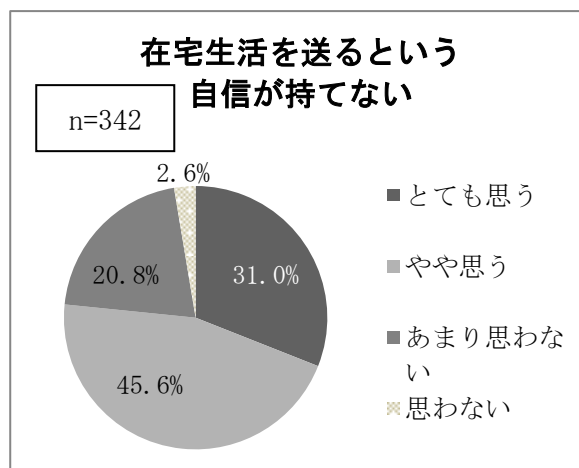
「とても思う」が83名（24.4%）、「やや思う」が116名（34.1%）、「あまり思わない」が126名（37.1%）、「思わない」が15名（4.4%）だった。なお、無回答は27名だった。



図Ⅲ－36

⑦在宅生活を送るという自信が持てない  
(図Ⅲ-37)

「とても思う」が106名(31.0%)、「やや思う」が156名(45.6%)、「あまり思わない」が71名(20.8%)、「思わない」が9名(2.6%)だった。なお、無回答は25名だった。



図Ⅲ-37

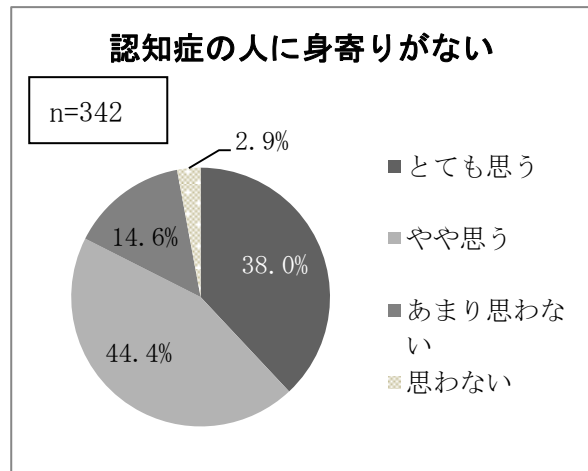
⑧その他(自由記述)

- ・医療ニーズが高い方や周辺症状はあるが足腰がしっかりしていたりすると、介護度が低く出やすい印象がある。
- ・病状が落ち着かず、良くなったり悪くなったりでタイミングがつかめない。
- ・歩行不安定、転倒防止という理由で、拘束されている人がおり、そのため施設入所が難しい。
- ・施設に申し込んでも、「精神科への入院が長い」「精神科 Dr の往診がない」等で断られることも多いように感じる。
- ・精神科薬の多彩さ、通院先確保の問題。
- ・服薬量が多いと、施設側に受け入れられない。
- ・入院している方が経済的負担が少ない。
- ・入院が長引き、ADL が低下し、入院中に介護保険を導入したため、ケアマネがつかず、特養に申し込めず、「老健に申し込むには」ADL が低すぎて、順番を後回しにされ、1年以上待機したこともある。
- ・介護サービス等を受け入れられない。
- ・客観的にみると在宅生活が困難であるが、本人は施設入所を拒否するなど、ギャップがある。本人の自己決定の尊重と現実の直面化に時間を要す。
- ・病院の生活に慣れてしまう。

2) 家族要因

⑨認知症の人に身寄りがいない (図Ⅲ-38)

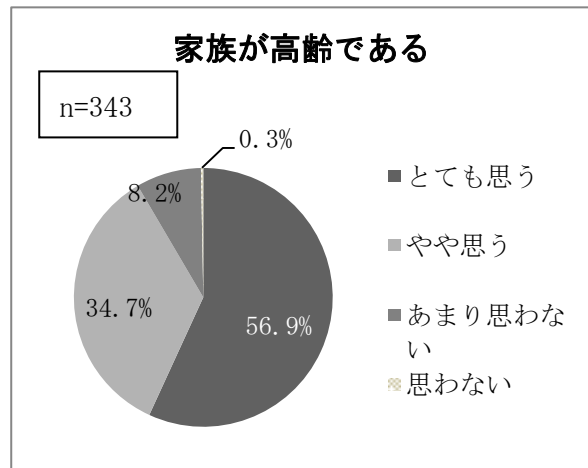
「とても思う」が130名(38.0%)、「やや思う」が152名(44.4%)、「あまり思わない」が50名(14.6%)、「思わない」が10名(2.9%)だった。なお、無回答は25名だった。



図Ⅲ-38

⑩家族が高齢である (図Ⅲ-39)

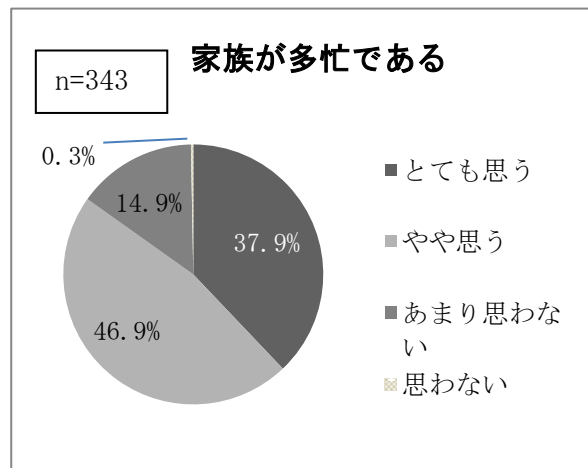
「とても思う」が195名(56.9%)、「やや思う」が119名(34.7%)、「あまり思わない」が28名(8.2%)、「思わない」が1名(0.3%)だった。なお、無回答は24名だった。



図Ⅲ-39

⑪家族が多忙である (図Ⅲ-40)

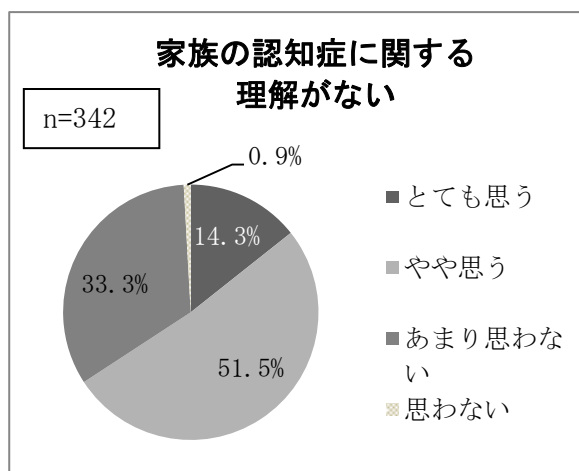
「とても思う」が130名(37.9%)、「やや思う」が161名(46.9%)、「あまり思わない」が51名(14.9%)、「思わない」が1名(0.3%)だった。なお、無回答は24名だった。



図Ⅲ-40

⑫家族の認知症に関する理解がない  
(図Ⅲ-41)

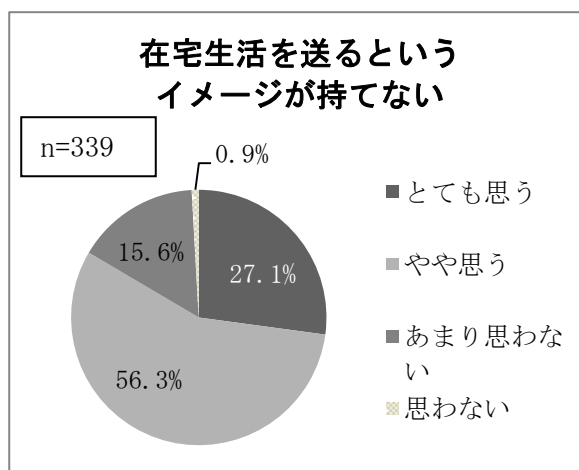
「とても思う」が49名(14.3%)、「やや思う」が176名(51.5%)、「あまり思わない」が114名(33.3%)、「思わない」が3名(0.9%)だった。なお、無回答は25名だった。



図Ⅲ-41

⑬在宅生活を送るというイメージが持てない(図Ⅲ-42)

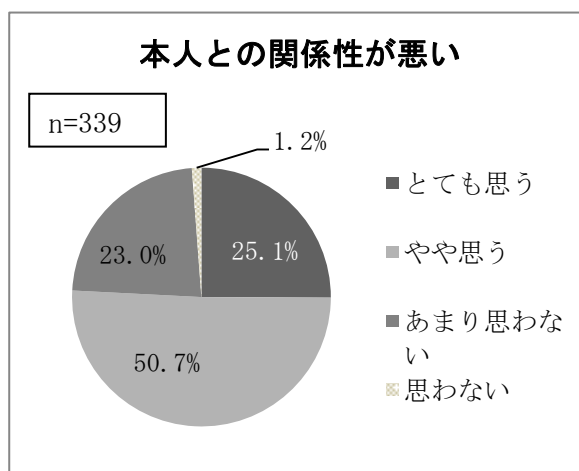
「とても思う」が92名(27.1%)、「やや思う」が191名(56.3%)、「あまり思わない」が53名(15.6%)、「思わない」が3名(0.9%)だった。なお、無回答は28名だった。



図Ⅲ-42

⑭本人との関係性が悪い(図Ⅲ-43)

「とても思う」が85名(25.1%)、「やや思う」が172名(50.7%)、「あまり思わない」が78名(23.0%)、「思わない」が4名(1.2%)だった。なお、無回答は28名だった。

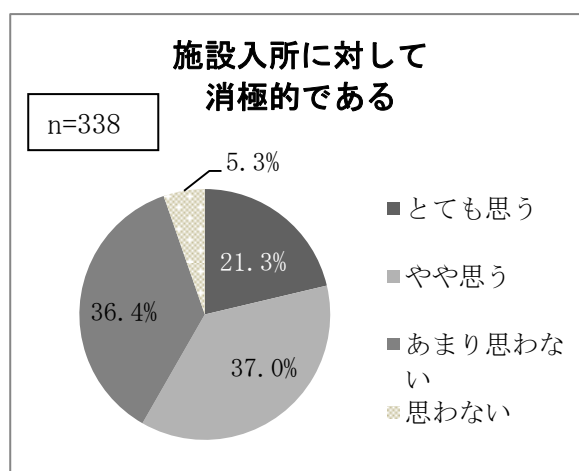


図Ⅲ-43

⑮施設入所に対して消極的である

(図Ⅲ-44)

「とても思う」が72名(21.3%)、「やや思う」が125名(37.0%)、「あまり思わない」が123名(36.4%)、「思わない」が18名(5.3%)だった。なお、無回答は29名だった。



図Ⅲ-44

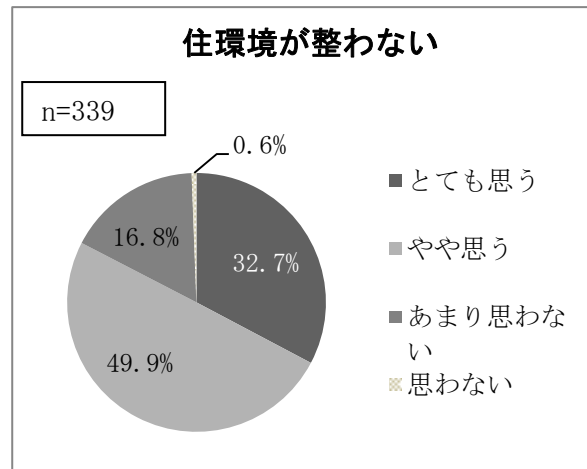
⑯その他 (自由記述)

- ・病院に入院させておく方が安心だと考えている (同回答他6件)。
- ・入院前の問題行動により、家族が本人の受け入れに不安が強かったり、家族と疎遠になっている (同回答他6件)。
- ・介護サービスなど、家の中に他者が入ることを嫌う家族も多い。
- ・家族が遠方 (同回答他4件)。
- ・家族の協力が得られるかが問題。
- ・家族の中には「一生入院してほしい」と考えている方もいるため、施設入所申込等、社会資源の説明をしても、行動に移されない。
- ・身寄りのない方で、市町村申し立ての後見人を申請しても、選任までに1年以上かかってしまう。
- ・当院施設を強く希望し、他施設入所には消極的。
- ・認知症の周辺状況における対応が、なかなか家族では1日中対応出来ない現状がある。よって、在宅復帰は入院時に希望のある方のみの支援となっている。
- ・病院にまかせっきりになる。
- ・家族にも経済的余裕がなく、本人に経済的援助ができない (同回答他1件)。
- ・本人の希望に沿った処遇を考えたが、後見制度をとられていて、期待に応じられなかったことがあった。権利擁護とは名ばかりと思った。

### 3) 環境要因

#### ⑰住環境が整わない (図Ⅲ-45)

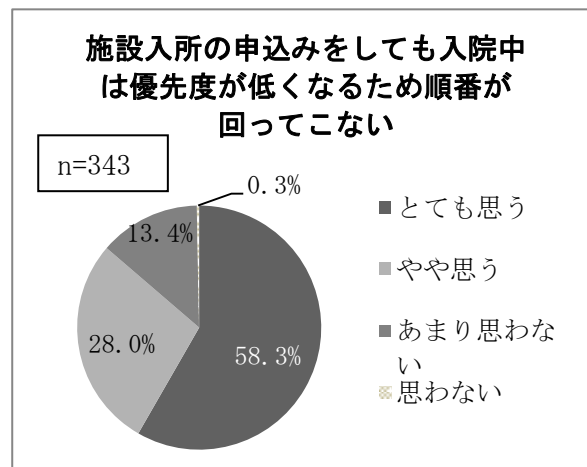
「とても思う」が 111 名 (32.7%)、「やや思う」が 169 名 (49.9%)、「あまり思わない」が 57 名 (16.8%)、「思わない」が 2 名 (0.6%) だった。なお、無回答は 28 名だった。



図Ⅲ-45

#### ⑱施設入所の申し込みをしても入院中は優先度が低くなるため順番が回ってこない (図Ⅲ-46)

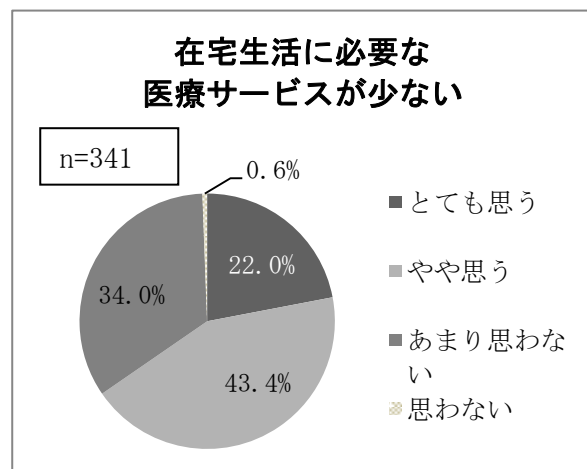
「とても思う」が 200 名 (58.3%)、「やや思う」が 96 名 (28.0%)、「あまり思わない」が 46 名 (13.4%)、「思わない」が 1 名 (0.3%) だった。なお、無回答は 24 名だった。



図Ⅲ-46

#### ⑲在宅生活に必要な医療サービスが少ない (図Ⅲ-47)

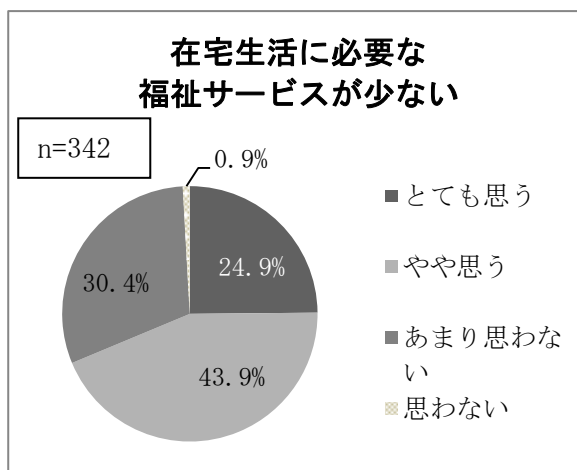
「とても思う」が 75 名 (22.0%)、「やや思う」が 148 名 (43.4%)、「あまり思わない」が 116 名 (34.0%)、「思わない」が 2 名 (0.6%) だった。なお、無回答は 26 名だった。



図Ⅲ-47

②在宅生活に必要な福祉サービスが少ない (図Ⅲ-48)

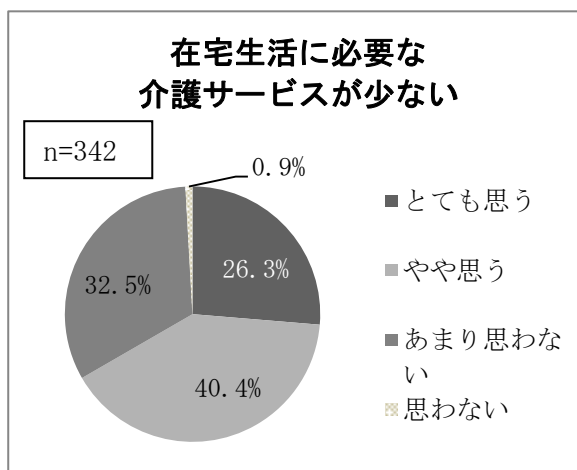
「とても思う」が85名(24.9%)、「やや思う」が150名(43.9%)、「あまり思わない」が104名(30.4%)、「思わない」が3名(0.9%)だった。なお、無回答は25名だった。



図Ⅲ-48

②在宅生活に必要な介護サービスが少ない (図Ⅲ-49)

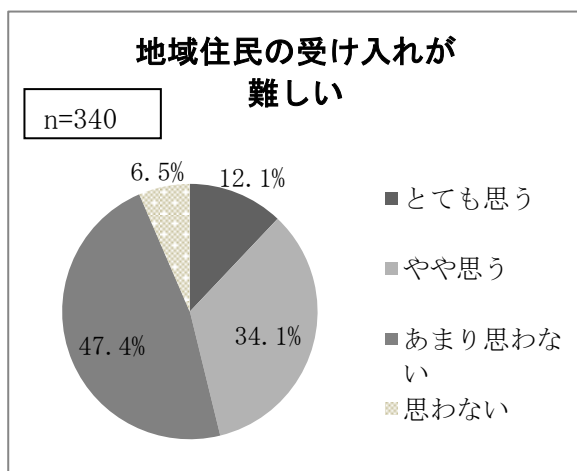
「とても思う」が90名(26.3%)、「やや思う」が138名(40.4%)、「あまり思わない」が111名(32.5%)、「思わない」が3名(0.9%)だった。なお、無回答は21名だった。



図Ⅲ-49

②地域住民の受け入れが難しい (図Ⅲ-50)

「とても思う」が41名(12.1%)、「やや思う」が116名(34.1%)、「あまり思わない」が161名(47.4%)、「思わない」が22名(6.5%)だった。なお、無回答は27名だった。



図Ⅲ-50

②③その他（自由記述）

- ・精神科に入院歴、治療歴があるということで、入居やサービスの受け入れに拒否的な施設、事業所が多い。
- ・施設からの入院依頼の場合、薬剤調達により周辺症状がおさまった後、再入所を拒否される場合が少なくない。
- ・入所先、通所先の対応力が低い。
- ・受け入れできる施設がない（同回答他1件）。
- ・施設が若年の方の入所、アルコール既往の方の入所に躊躇する。
- ・周辺症状があると GH では難しいかもしれないとなり、サービス付高齢者住宅も費用、体制等施設によってバラバラな印象があり、本人を受け入れできるか分からない部分がある。
- ・長期入院の方は、施設側も消極的で「HP にこのまま入院を継続された方がいいのでは…」と言われることも多い。
- ・入院中に新規で介護保険を申請してもケアマネが見つからない。施設が（精神疾患に慣れていないからか）受け入れてくれなかったり、一回入所してもすぐ帰されてしまうこともある。
- ・精神科病院が認知症の人を退院させる気がない。
- ・精神科病院のスタッフ自体が在宅生活のイメージが持てていない。サービスの中身を知らない（同回答他1件）。
- ・施設探しを病院の精神保健福祉士だけで行うのは時間を要し、負担がかかることもある（介護区分判定は受けているが、ケアマネもおらず、サービス利用も全くされたことのない方で）。
- ・夜間のサービスが不十分に感じる（同回答他2件）。
- ・本人が単身生活の場合、24時間サポートとなる体制が必要。
- ・精神科薬の値段が高いと老健入所がきびしくなる。
- ・介護度が低くでてしまい、必要なサービス量を確保することができない（同回答他2件）。
- ・京都の土地柄、支援を受け入れていただけない事がある。
- ・見当識の欠如がみられる場合、サービス提供の時間帯に外出してしまい、家にいないなどの理由で、サービスはあるが最大限に活用できていないケースも多いように思う（単身者、近隣とのネットワークが構築できていないケース）。
- ・在宅生活を考えるならば、家族の介護力を頼りとした計画（介護）をたてることが疑問。
- ・担当のケアマネによって、在宅退院の積極性の有無が全く異なる結果、Fa も在宅への受け入れに消極的になる（場合もある）。
- ・地域の関係者の理解が乏しく、地域関係者と共同して、退院調整をすすめることが、困難な時がある。



- ・要介護が高くても胃ろうであったり、男性の場合は、全く空きの目途（特養等）がない。自宅退院も難しいが、年金以上払えないとなると、退院が難しい。
- ・量的にサービスが不足しているように思う。
- ・サ高住やGHの料金が高い。

(11) 地域の関係機関との連携の在り方について

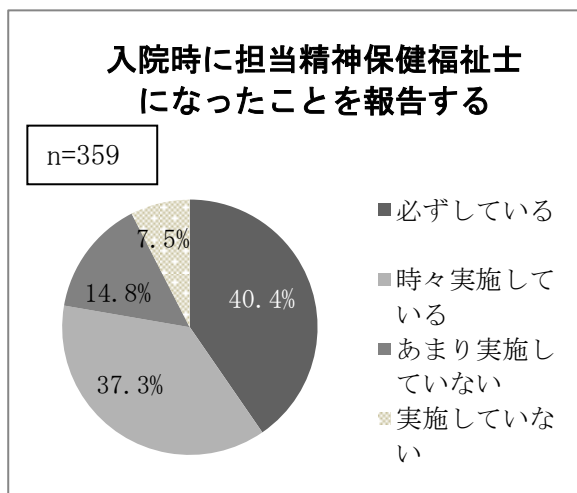
1) 自宅への退院支援をする上でどの機関と連携をしますか

居宅介護支援事業所は 318 名 (89.8%)、地域包括支援センターが 297 名 (83.9%)、小規模多機能型居宅介護が 67 名 (18.9%)、訪問看護ステーションが 150 名 (42.4%)、市町村福祉事務所（生活保護担当）が 83 名 (23.4%)、市町村（生活保護担当を除く）が 65 名 (18.4%)、市町村保健センターが 14 名 (4.0%)、保健所が 37 名 (10.5%)、民生委員が 4 名 (1.1%)、社会福祉協議会が 26 名 (7.3%) であった。

2) 地域の関係機関に対して行っている業務

①入院時に担当精神保健福祉士になったことを報告する（図Ⅲ-51）

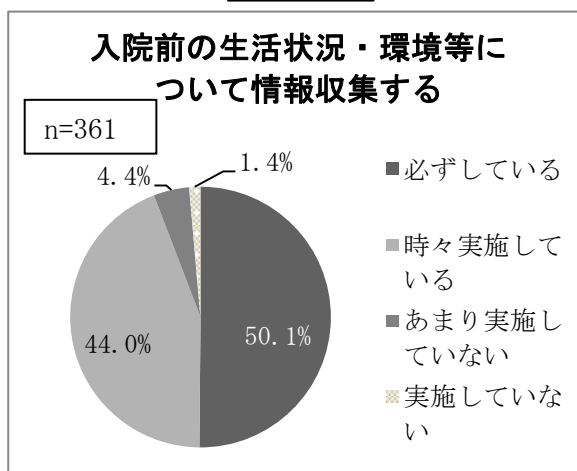
「必ずしている」が 145 名 (40.4%)、「時々実施している」が 134 名 (37.3%)、「あまり実施していない」が 53 名 (14.8%)、「実施していない」が 27 名 (7.5%) だった。なお、無回答は 8 名だった。



図Ⅲ-51

②入院前の生活状況・環境等について情報収集する（図Ⅲ-52）

「必ずしている」が 181 名 (50.1%)、「時々実施している」が 159 名 (44.0%)、「あまり実施していない」が 16 名 (4.4%)、「実施していない」が 5 名 (1.4%) だった。なお、無回答は 6 名だった。

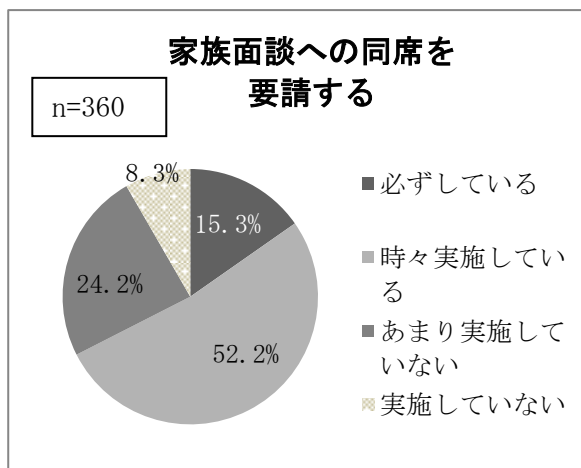


図Ⅲ-52

③家族面談への同席を要請する

(図Ⅲ-53)

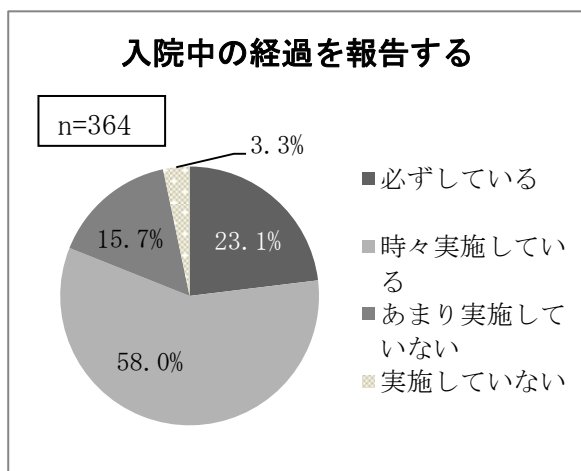
「必ずしている」が 55 名 (15.3%)、「時々実施している」が 188 名 (52.2%)、「あまり実施していない」が 87 名 (24.2%)、「実施していない」が 30 名 (8.3%) だった。なお、無回答は 7 名だった。



図Ⅲ-53

④入院中の経過を報告する (図Ⅲ-54)

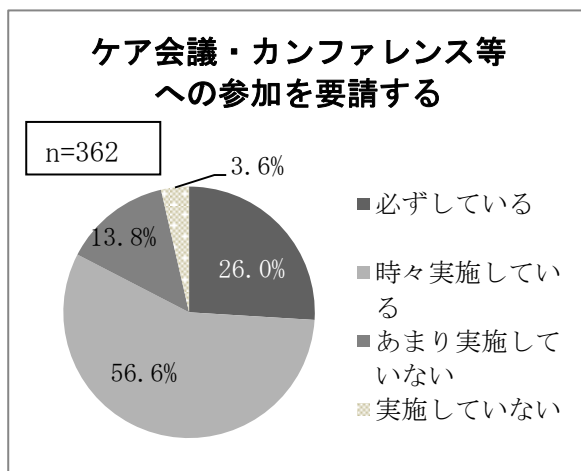
「必ずしている」が 84 名 (23.1%)、「時々実施している」が 211 名 (58.0%)、「あまり実施していない」が 57 名 (15.7%)、「実施していない」が 12 名 (3.3%) だった。なお、無回答は 3 名だった。



図Ⅲ-54

⑤ケア会議・カンファレンス等への参加を要請する (図Ⅲ-55)

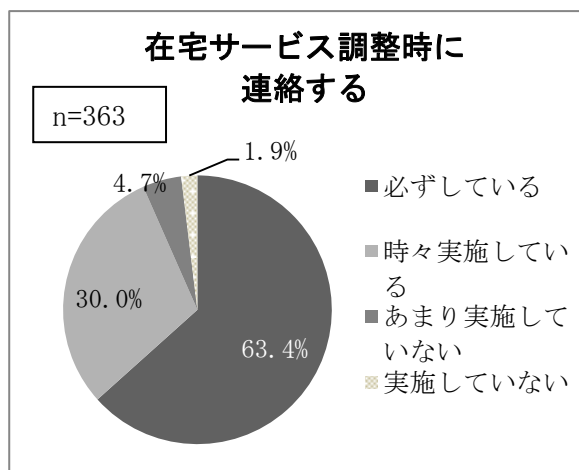
「必ずしている」が 94 名 (26.0%)、「時々実施している」が 205 名 (56.6%)、「あまり実施していない」が 50 名 (13.8%)、「実施していない」が 13 名 (3.6%) だった。なお、無回答は 5 名だった。



図Ⅲ-55

⑥在宅サービスの調整時に連絡する  
(図Ⅲ-56)

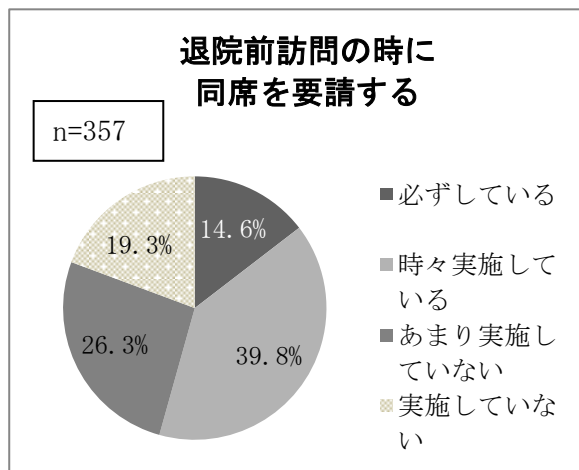
「必ずしている」が 230 名 (63.4%)、  
「時々実施している」が 109 名 (30.0%)、  
「あまり実施していない」が 17 名 (4.7%)、  
「実施していない」が 7 名 (1.9%) だっ  
た。なお、無回答は 4 名だった。



図Ⅲ-56

⑦退院前訪問の時に同席を要請する  
(図Ⅲ-57)

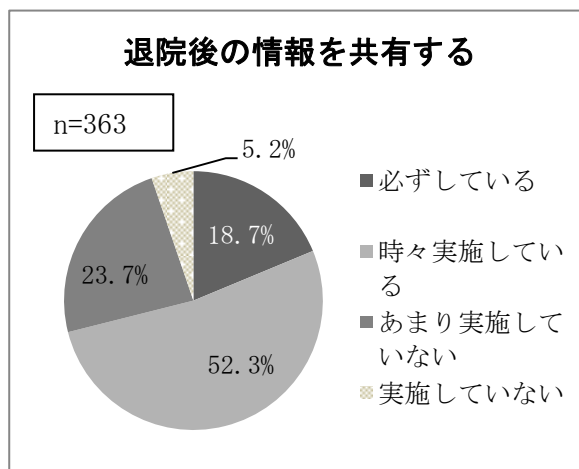
「必ずしている」が 52 名 (14.6%)、  
「時々実施している」が 142 名 (39.8%)、  
「あまり実施していない」が 94 名  
(26.3%)、「実施していない」が 69 名  
(19.3%) だった。なお、無回答は 10 名  
だった。



図Ⅲ-57

⑧退院後の情報を共有する (図Ⅲ-58)

「必ずしている」が 68 名 (18.7%)、  
「時々実施している」が 190 名 (52.3%)、  
「あまり実施していない」が 86 名  
(23.7%)、「実施していない」が 19 名  
(5.2%) だった。なお、無回答は 4 名だ  
った。

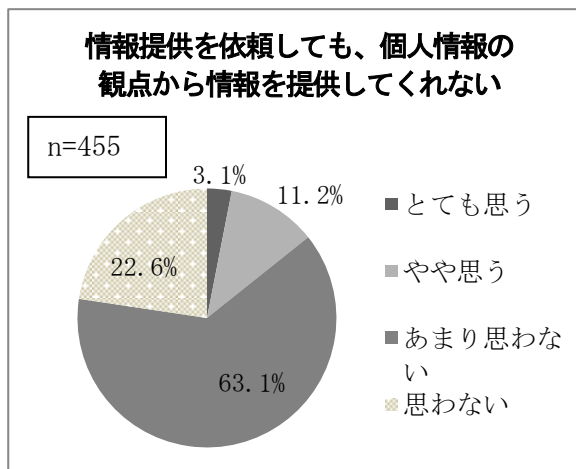


図Ⅲ-58

(12) 連携阻害要因

①情報提供を依頼しても、個人情報の観点から情報提供してくれない (図Ⅲ-59)

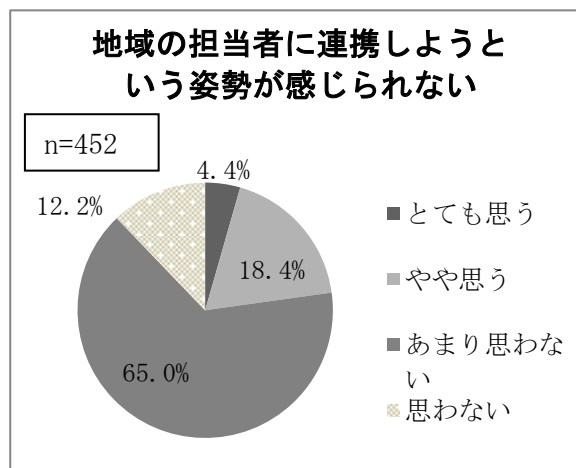
「とても思う」が14名(3.1%)、「やや思う」が51名(11.2%)、「あまり思わない」が287名(63.1%)、「思わない」が103名(22.6%)だった。なお、無回答は5名だった。



図Ⅲ-59

②地域の担当者に連携しようとする姿勢が感じられない (図Ⅲ-60)

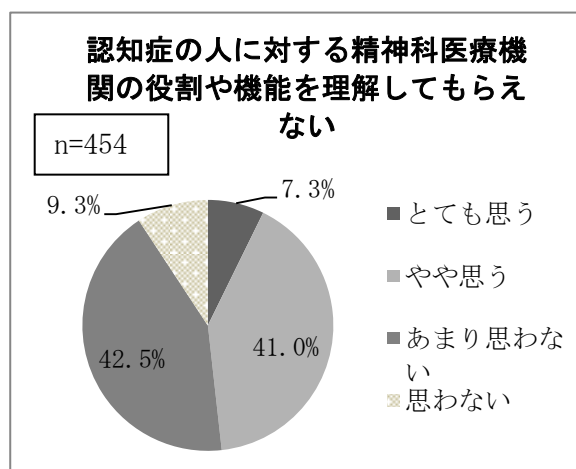
「とても思う」が20名(4.4%)、「やや思う」が83名(18.4%)、「あまり思わない」が294名(65.0%)、「思わない」が55名(12.2%)だった。なお、無回答は8名だった。



図Ⅲ-60

③認知症の人に対する精神科医療機関の役割や機能を理解してもらえない (図Ⅲ-61)

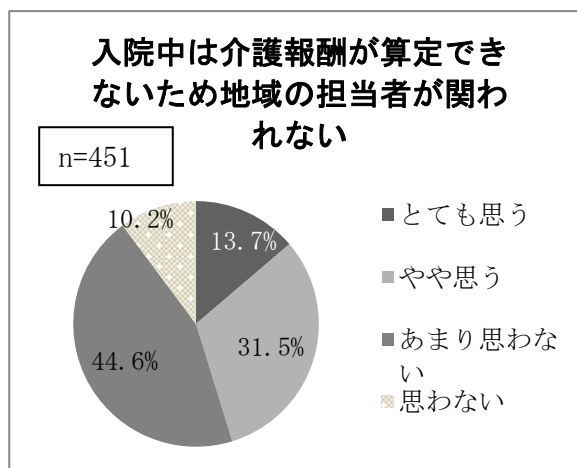
「とても思う」が33名(7.3%)、「やや思う」が186名(41.0%)、「あまり思わない」が193名(42.5%)、「思わない」が42名(9.3%)だった。なお、無回答は6名だった。



図Ⅲ-61

④入院中は介護報酬が算定できないため地域の担当者が関われない (図Ⅲ-62)

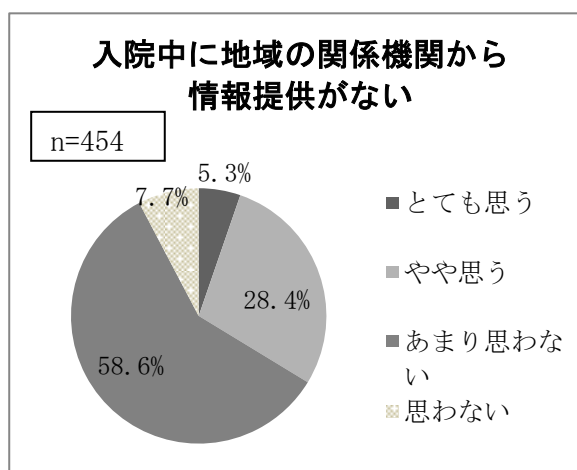
「とても思う」が 62 名 (13.7%)、「やや思う」が 142 名 (31.5%)、「あまり思わない」が 201 名 (44.6%)、「思わない」が 46 名 (10.2%) だった。なお、無回答は 9 名だった。



図Ⅲ-62

⑤入院中に地域の関係機関から情報提供がない (図Ⅲ-63)

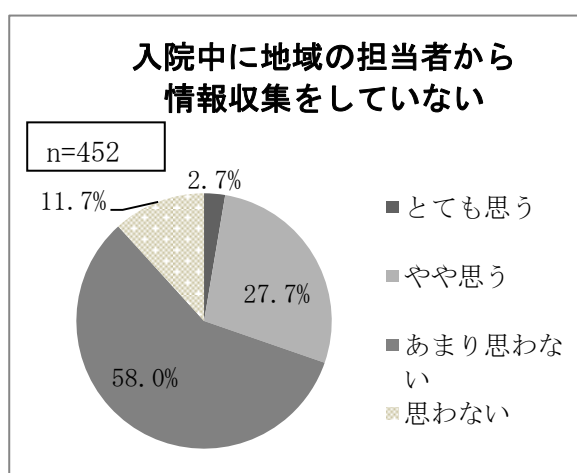
「とても思う」が 24 名 (5.3%)、「やや思う」が 129 名 (28.4%)、「あまり思わない」が 266 名 (58.6%)、「思わない」が 35 名 (7.7%) だった。なお、無回答は 6 名だった。



図Ⅲ-63

⑥入院中に地域の担当者から情報収集をしていない (図Ⅲ-64)

「とても思う」が 12 名 (2.7%)、「やや思う」が 125 名 (27.7%)、「あまり思わない」が 262 名 (58.0%)、「思わない」が 53 名 (11.7%) だった。なお、無回答は 8 名だった。

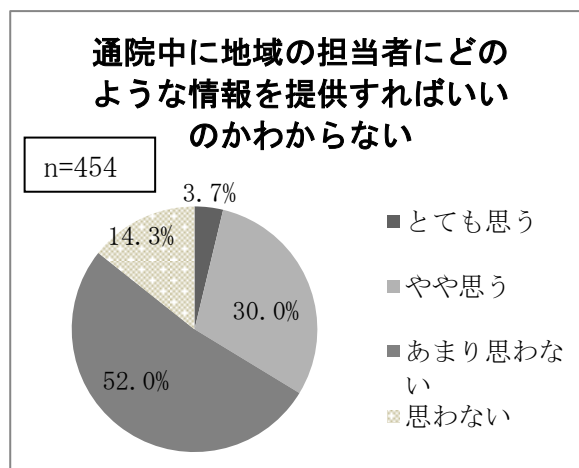


図Ⅲ-64

⑦通院中に地域の担当者にどのような情報を提供すればいいのかわからない

(図Ⅲ-65)

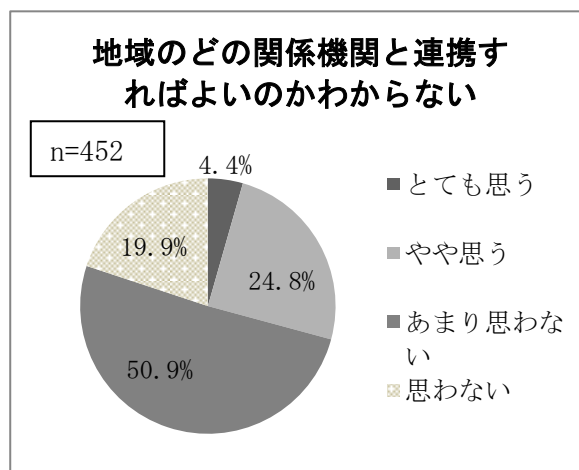
「とても思う」が17名(3.7%)、「やや思う」が136名(30.0%)、「あまり思わない」が236名(52.0%)、「思わない」が65名(14.3%)だった。なお、無回答は6名だった。



図Ⅲ-65

⑧地域のどの関係機関と連携すればよいのかわからない (図Ⅲ-66)

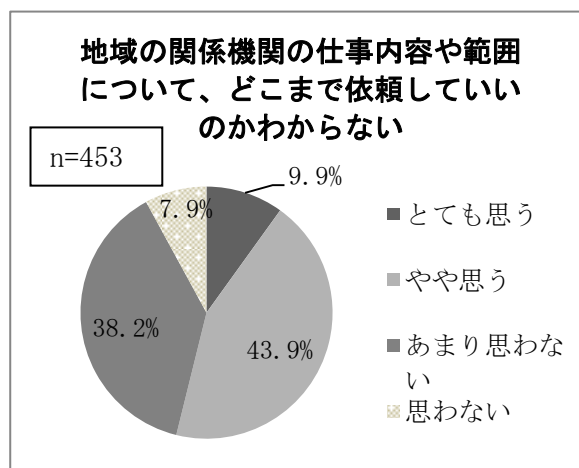
「とても思う」が20名(4.4%)、「やや思う」が112名(24.8%)、「あまり思わない」が230名(50.9%)、「思わない」が90名(19.9%)だった。なお、無回答は8名だった。



図Ⅲ-66

⑨地域の関係機関の仕事内容や範囲について、どこまで依頼していいのかわからない (図Ⅲ-67)

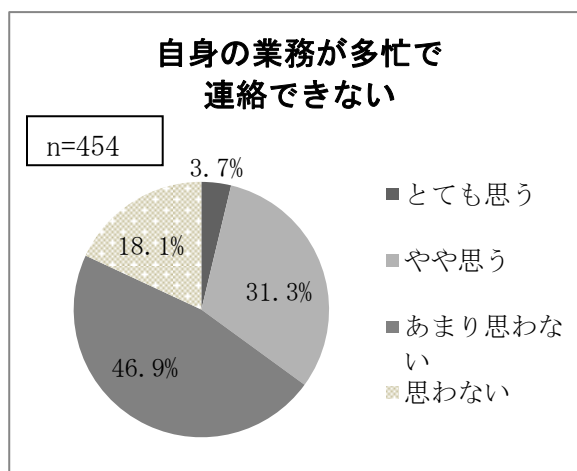
「とても思う」が45名(9.9%)、「やや思う」が199名(43.9%)、「あまり思わない」が173名(38.2%)、「思わない」が36名(7.9%)だった。なお、無回答は7名だった。



図Ⅲ-67

⑩自身の業務が多忙で連絡できない  
(図Ⅲ-68)

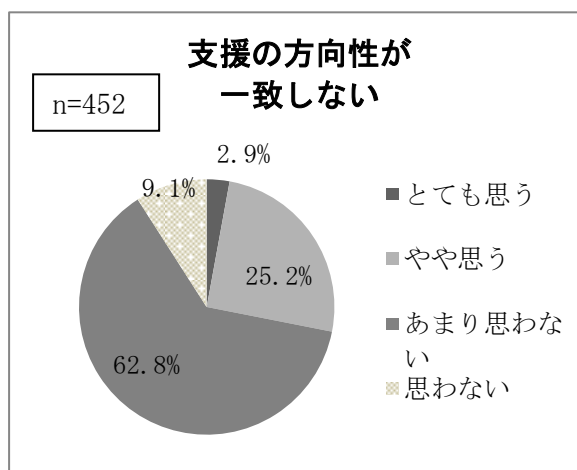
「とても思う」が17名(3.7%)、「やや思う」が142名(31.3%)、「あまり思わない」が213名(46.9%)、「思わない」が82名(18.1%)だった。なお、無回答は6名だった。



図Ⅲ-68

⑪支援の方向性が一致しない (図Ⅲ-69)

「とても思う」が13名(2.9%)、「やや思う」が114名(25.2%)、「あまり思わない」が284名(62.8%)、「思わない」が41名(9.1%)だった。なお、無回答は8名だった。



図Ⅲ-69

(13) 自由記述

「⑪支援の方向性が一致しない」及び「⑫その他」の自由記述について、KJ法を用いて分析を行った。

1) 「⑪支援の方向性が一致しない」で「とても思う」「やや思う」と回答した人の自由記述

精神科医療機関の精神保健福祉士へ連携を阻害する要因に関する問いの中で、支援の方向性が一致しないに「とても思う」「やや思う」と答えた方に、どのようなときに支援の方向性が一致しないと感じるかを尋ねた。その自由記述について、不一致の要素を導き出し因果関係について検討した結果、19グループ、16サブグループにまとめられた(表Ⅲ-1)。

以下、それぞれのグループごとにその内容と関係について記述データを引用しながら説明する。

#### ①退院時の不一致

このグループは「自宅か施設か入院か」「自宅か施設か」「支援の方向性の不一致」「在宅ムリ」「通院先の不一致」「利用サービスの不一致」「退院判断の不一致」の7つのサブグループに分かれる。

「自宅か施設か入院か」は「在宅・入所・入院の必要性についての方向性の不一致」「病院が在宅と判断したが、地域支援者は入院・入所を希望」といった記述からまとめられた。「自宅か施設か」は「退院先として自宅か施設かの考えが多少ちがう」「在宅か施設かの方針が一致できない」といった記述からまとめられた。「支援の方向性の不一致」は「病院と地域の関係者との支援の方向性が一致しない」「ケアマネと病院の方向性の不一致」といった記述からまとめられた。「在宅ムリ」は「病院が在宅への退院ができると判断しても、地域の支援者側がムリという」といった記述からまとめられた。「通院先の不一致」は「退院後の通院先に関する意見の不一致」といった記述からまとめられた。「利用サービスの不一致」は「利用したいサービスの不一致」といった記述からまとめられた。「退院判断の不一致」は「退院の時期についての不一致」「退院に関する病院と地域の思いのすれ違い」といった記述からまとめられた。

退院先の支援を行う時に、退院先の相違や利用するサービスの相違など、精神科医療機関側と事業所側での支援の方向性の具体的な不一致の内容が伺えた。

#### ②入院時の不一致

このグループは「入院ありき」「入院判断の不一致」の2つのサブグループに分かれる。

「入院ありき」は「入院ありきで受診される」といった記述からまとめられた。「入院判断の不一致」は「入院の必要性の判断の不一致」といった記述からまとめられた。

事業所が入院を希望しているが、精神科医療機関側では入院以外での支援を検討している場合などに支援の方向性の不一致が生まれていることがわかる。

#### ③在宅退院に消極的

このグループはサブグループを持たず、「地域関係機関が自宅退院を拒む」「在宅の受け入れに消極的」「地域で支えるという姿勢が見受けられない」といった記述から構成される。精神科に入院してしまうと事業所側が在宅退院に消極的になってしまうことが伺える。

#### ④マンパワー不足

このグループはサブグループを持たず、「在宅支援のマンパワー不足で対応できない」といった記述から構成され、地域側のマンパワーが不足していることで、医療機関側との連携に時間が持てない現状が伺える。



#### ⑤制度サービス不足

このグループはサブグループを持たず、「要介護認定区分と必要なサービス量が一致しない」「施設の空きがないからとりあえず入院となることが多い」といった記述から構成され、認知症の人を支えるときに、要介護認定区分で決まった限度額では必要なサービス量が使えないといった制度としての課題や、そもそも支援に必要なサービス自体が地域に不足していることが伺える。

#### ⑥家族の意向を優先

このグループはサブグループを持たず、「ケアマネが家族の意向だけを聞く」「支援者が家族の意向を尊重している」「本人の生活希望より家族の経済的負担を優先」といった記述から構成される。

#### ⑦家族の意向を聞かない

このグループはサブグループを持たず、「ケアマネが家族の意向を聞こうとしていない」といった記述から構成される。

#### ⑧コンフリクト

このグループは「家族間コンフリクト」「地域住民のコンフリクト」の2つのサブグループに分かれる。

「家族間コンフリクト」は「本人の希望と家族の希望の対立」といった記述から構成される。「地域住民のコンフリクト」は「入院前の迷惑行為により、近隣住民が退院に反対する」「入院前に地域の中で困った人と思われた方は地域への退院にうまく結びつかない」といった記述から構成される。入院前にトラブルになったことが地域住民とのコンフリクトを生み、在宅での生活に消極的になってしまうことが、精神科医療機関と事業所での支援の方向性の不一致につながっていると考えられる。

#### ⑨長期入院希望

このグループはサブグループを持たず、「一生入院をと言われる」「病院を施設のように考え、長期入院を希望する」「入院のままいさせてほしいと求められる」といった記述から構成される。事業所側が長期の入院を希望することが多いと精神科医療機関側が感じていることがうかがえる。

#### ⑩理解不足による不安

このグループはサブグループを持たず、「地域での認知症の治療や入院の在り方の理解不足」「病状への理解が乏しい」「地域関係者の理解の乏しさや不安の強さ」といった記述から構成される。事業所が認知症の治療や入院の在り方等の理解が不足していること

で、地域での生活することに不安が大きくなっていると精神科医療機関側が感じていることがうかがえる。

#### ⑪ すっきり万全希望

このグループはサブグループを持たず、「認知症状やADLの劇的な改善を地域は希望している」「病状がすっきりよくなると受け入れ困難と地域が拒否的」といった記述から構成される。事業所が認知症の症状がよくなり万全の体制になってから退院してほしいという思いがあることがわかる。

#### ⑫ 生活支援の欠如

このグループはサブグループを持たず、「ケアマネに問題を抱えながら生活をする視点がない」「生活を見ずに病気ばかり視点がいっている」といった記述で構成される。

事業所が認知症の人の病気に重点をおき、生活支援をするという視点が欠如していると精神科医療機関側が感じていることがうかがえる。

#### ⑬ 医療機関側の課題

このグループは「役割のおしつけ」「支援の姿勢」「知識不足」の3つのサブグループに分かれる。「役割のおしつけ」は「お互いに担える役割を期待しすぎる」「それぞれの役割のとらえ方がちがう」といった記述からまとめられた。「支援の姿勢」は「連携機関がわからない」「精神保健福祉士の経験不足」といった記述からまとめられた。「知識不足」は「精神保健福祉士が認知症の知識が乏しい」といった記述からまとめられた。

#### ⑭ 地域支援者の課題

このグループはサブグループを持たず、「本人や家族の希望に寄り添えていない」「制度を知らない」「カンファレンスが行われぬ」「介護者側が本人に関わる頻度が少なく、本人の希望を基に調整していない」といった記述から構成される。

#### ⑮ 力量の違い

このグループはサブグループを持たず、「各包括によって対応の力量がちがう」「入院中のかかわり度合がケアマネや事業所によって様々」といった記述でまとめられる。事業所側のスタッフの力量の差によって支援の幅が違っていると医療機関側が感じていることがわかる。

#### ⑯ 共有不足

このグループは「目標共有不足」「アセスメントの不一致」の2つのサブグループに分かれる。「目標共有不足」は「病院は在宅支援を調整しているのに、地域は施設を探して

いる」といった記述からまとめられた。「アセスメントの不一致」は「本人に対する、能力の評価がことなる」「本人の状態の認識が違う」といった記述からまとめられた。

#### ⑰レットル

このグループはサブグループを持たず「精神疾患を理由に再受入れを拒否されたとき」「精神科への理解がない」といった記述でまとめられる。精神科に対する事業所側の不安や無理解があると医療機関が感じていることがうかがえる。

#### ⑱院内へのアプローチ不足

このグループはサブグループを持たず、「専門病棟がない」「HP の勉強不足」「HP の職員の意識が不一致」といった記述でまとめられる。

医療機関側の精神保健福祉士自身が働きかけを行うことで連携を深めていくことができる可能性があることがうかがえる。

#### ⑲病院まかせ

このグループはサブグループを持たず、「入院中のケアマネの関わりが消極的」「入院中は病院がすべて担うと考えている人が多い」といった記述でまとめられる。

介護保険制度の課題でもあるが、入院するとケアマネジャーの報酬がなくなるため、関わりが薄れてしまい、「病院まかせ」になってしまうと医療機関側が感じてしまうことがわかる。

上記 19 グループの相関では、支援の方向性の不一致の理由をきいた質問であったが、多くのカテゴリが長期入院希望への相関関係が認められた。支援の方向性が一致しない理由が、長期入院になる理由につながっていると精神科医療機関側が感じていることがわかった。

また、事業所側のマンパワー不足や制度サービス不足により、地域での支援が困難になり、精神科の入院に頼らざるを得ない状況もうかがえた。

事業者側の不安も大きな要因であることがわかった。地域住民のコンフリクトや認知症の理解不足による事業所側の不安から、在宅退院に消極的になったり、本人が完全な状態になってからの退院を希望したりする傾向になることが、支援の方向性の不一致になると精神科医療機関側は感じていることがわかる。

支援の方向性の不一致の具体的な内容としては、退院時の方向性の不一致、入院時の方向性の不一致が挙げられた。この不一致はお互いのアセスメント等の共有不足から、連携の欠如におちいることで生じていると考えられる。

この連携の欠如の要因は、医療機関側は、地域支援者の努力が足りないと感じている一方、自分たちの努力も足りないと感じていることがうかがえた。

**表Ⅲ－１ どのような時に支援の方向性が一致しないと感じますか 精神科医療機関**

《グループ》	〈サブグループ〉
《退院時の不一致》	1 (自宅か施設か入院か) 2 (自宅か施設か) 3 (支援の方向性の不一致) 4 (在宅ムリ) 5 (通院先の不一致) 6 (利用サービスの不一致) 7 (退院判断の不一致)
《入院時の不一致》	1 (入院ありき) 2 (入院判断の不一致)
《在宅退院に消極的》	
《マンパワー不足》	
《制度サービス不足》	
《家族の意向を優先》	
《家族の意向を聞かない》	
《コンフリクト》	1 家族間コンフリクト 2 地域住民のコンフリクト
《長期入院希望》	
《理解不足による不安》	
《すっきり万全希望》	
《生活支援の欠如》	
《医療機関側の課題》	1 役割のおしつけ 2 支援の姿勢 3 知識不足
《地域支援者の課題》	
《力量の違い》	
《共有不足》	1 目標共有不足

---

《レットテル》

---

《院内へのアプローチ不足》

---

《病院まかせ》

---

## 2) 「⑫その他」の自由記述

精神科医療機関の精神保健福祉士へ連携を阻害する要因に関する問いの中で「その他」と答えた方の自由記述について、その要素を導き出し因果関係について検討することを目的に、KJ法により回答を分類した結果、6グループ、8サブグループにまとめられた。6グループは、「入院中介護サービスが利用できない」「効率よく（仕事を）したい」「病院任せ」「双方の理解不足」「病院側の課題」「地域側の課題」である（表Ⅲ-2）。

以下、それぞれのグループごとにその内容と関係性について記述データを引用しながら説明する。

### ①入院中介護サービスが利用できない

このグループはサブグループを持たず、「入院中に介護保険の新規申請をしてもケアマネが見つからない」「在宅支援の制度の狭間への対応」「入院すると支援の幅が狭くなってしまふ」といった記述から構成される。退院に向けた支援や調整を行いたいと考えても、入院中は活用できる介護サービスや制度が限定されていることにより、支援を行うことが困難であることを意味している。また、介護サービスの活用が困難であるという制度上の課題から、介護サービスに関連する機関との連携からも必然的に遠のいている状況がうかがえる。

### ②効率よく（仕事を）したい

このグループはサブグループを持たず、「業務がシステマ的でない」「現実にそぐわない書類が多すぎてややこしい」という記述から構成される。日常業務の煩雑さから、他機関との連携にまで時間を割くことができない状況であると推察される。

### ③病院任せ

このグループは「入院継続を希望」「退院支援に関わってくれない」「何でも入院で解決」の3つのサブグループから構成される。「入院継続を希望」は、「地域で問題となってしまったことを大きく取られすぎてしまう」「入院すると認知症の進行、ADLの低下がある患者が多く、在宅に戻れなくなる」といった記述からまとめられた。「退院支援に関わってくれない」は、「退院支援時、ケアマネが主体的に動いてくれない」「入院したら

ケアマネに施設探しに協力してもらえない」といった記述からまとめられた。「何でも入院で解決」は、「入院すれば終了と思っている機関がある」「ケアマネがすぐに入院できるのがあたりまえという感じ」といった記述からまとめられた。地域での生活を支援する際の主たる支援者となりうるケアマネに「認知症高齢者への支援で困ったときには病院にまかせる」という意識があることが連携の阻害要因になっていることが示された。

#### ④双方の理解不足

このグループはサブグループを持たず、「それぞれの機能や役割に関する共通認識が得られない」「地域側が医療（主治医）との連携に消極的」「役割期待に相違」といった記述から構成される。お互いがお互いに求める機能や役割に相違が生じており、その原因は双方の理解不足にあると考えられる。また、そのことが「連携ができない」と双方が感じる要因になっている。

#### ⑤病院側の課題

このグループは、「病院が在宅のイメージができない」「病院側の連携についての理解不足」の2つのサブグループから構成される。「病院が在宅のイメージができない」は、「在宅生活のシュミレーションがしにくい」「退院後の生活の想定がしづらい」という記述からまとめられた。「病院側の連携についての理解不足」は、「ソーシャルワーカーが連携について理解する（ことが必要）」「過去の利用サービスがわからない」という記述からまとめられた。連携できていないことにより、精神科医療機関側が在宅生活のイメージが持てないことや本人の情報が不十分な状況であるという弊害が生じている。

#### ⑥地域側の課題

このグループは、「地域（事業所）の力量不足」「地域側の勉強不足」の2つのサブグループから構成される。「地域（事業所）の力量不足」は、「重度の認知症に対応できる事業所が少ない」「連携事業所によって対応が異なる」といった記述からまとめられた。「地域側の勉強不足」は、「もっと理解（勉強）する機会が必要」「精神症状への対処方法が不十分」といった記述からまとめられた。事業者がソーシャルワークの原理原則を理解していないことを精神科医療機関側が不満に感じており、そのことが事業所への不信感につながっている。

上記6グループの相関では、病院側と地域側との間には相互批判が見られ、そのことがお互いに対する理解不足につながっている。また、お互いに対する理解不足が「病院任せにされている」と病院側が感じる状況を生じさせている。さらに、病院任せの状況に陥る背景には、入院時に在宅支援に向けて活用できるサービスが不十分であるという制度上の課題も存在する。

## 表Ⅲ－２ 連携を阻害する要因に関する自由記述

《グループ》	〈サブグループ〉
《入院中介護サービスが利用できない》	
《効率よく（仕事を）したい》	
《病院任せ》	1 〈入院継続を希望〉 2 〈退院支援に関わってくれない〉 3 〈何でも入院で解決〉
《双方の理解不足》	
《病院側の課題》	1 〈病院が在宅のイメージができない〉 2 〈病院側の連携についての理解不足〉
《地域側の課題》	1 〈地域（事業所）の力量不足〉 2 〈地域側の勉強不足〉

## 4. 考察

### （１）精神科医療機関に勤務する精神保健福祉士の基本属性について

精神保健福祉士の年齢は30歳代が約半数を占め、次いで20歳代が約30%であった。勤務年数も平均7.3年と、年齢・経験ともに比較的若い層が占めている。一方、現在担当している部署の問いで最も多かった回答は「複数個所を兼務している」が40%強と、様々な業務を担っていることがわかる。さらに、現在の部署の担当年数については平均4.3年と、短時間で担当部署が変更していることが伺える。なお、「日本精神保健福祉士協会への加入の有無」については49.8%が加入しているとの結果がみられた。

認知症の人へは約90%が関わっており、そのうち「外来・入院ともに関わっている」と回答した精神保健福祉士は70%強を占めた。しかし、「入院中の認知症の人に関わる業務」は5～10%と回答した精神保健福祉士が一番多いなど、業務に占める割合は少ないことがわかった。

### （２）入院中の認知症の人・家族へのかかわりについて

入院中の認知症の人・家族へのかかわりについて「入院時」「入院中」「退院時」「退院後」のカテゴリに分けて質問した結果、入院時からのすべての支援において認知症の人より家族との面談や家族への支援を実施している精神保健福祉士の数が多いことが判明した。ここから、認知症の人よりも家族に対しての支援に重きをおく傾向にあることがわかる。さらに入院時や退院時には関わりを持つものの、入院中や退院後に認知症の人に直接関わっている精神保健福祉士の数が少ないこともわかった。また、「家族のニーズ把握」や「院内

スタッフとの治療計画の確認」は半数以上が必ず実施しているものの、「外出同行等の生活上の支援」や「住環境の整備」といった支援についてはほとんど実施されておらず、入院中の支援の偏りがみられた。

入院中に認知症の人に関わる機会が少ないということは、つまり日頃の関わりが薄いということである。退院時等の必要に迫られた時にだけ情報収集をしている精神保健福祉士は、本当の意味での本人像をつかむことができず、いわゆる入口出口だけの支援となっていることが推測される。精神保健福祉士は情報のやり取り、仲介をするだけの存在ではない。本人及び本人をとりまく環境を含めてアセスメントし、支援していくという重要な役割を担っており、そのために精神保健福祉士一人ひとりが社会的な視点を持ち判断しながら認知症の人に関わっていくことが求められている。

### (3) 退院阻害要因について

退院できない要因についての質問では、本人要因の項目で「ADLが低い」ことを理由に挙げた精神保健福祉士が約20%、「認知症の中核症状が激しくて退院できない」と回答した精神保健福祉士が25%存在していた。また、「周辺症状が激しいがゆえに退院できない」と回答した精神保健福祉士も約半数を占めていた。中核症状は精神科治療によって改善するものではないこと、周辺症状は不適切なケアにより悪化するものだと言われている。そのことを精神保健福祉士自身が認知症を正しく理解し、様々な症状が出現する背景を理解した上で認知症の人に関わり、早期の退院支援につなげていく必要がある。

家族要因の項目では、「家族が高齢である」「家族が多忙である」「認知症の人に身寄りがない」といった回答が多くみられた。これは、従来の家族基盤が脆弱化したことによる在宅での介護者の不在や、そもそも認知症の人が自宅で暮らすという意識が薄くなっていることが考えられ、そのため自宅へ帰ることのできない認知症の人が多く存在していることが推測される。逆に、在宅で介護をしたいと思っている家族がいても主たる介護者は働きに出ている世代であることが多く、介護をするか仕事をするかの選択を迫られるのが現状である。これらは在宅介護に対する様々な制度設計が乏しいがゆえに起こっていることであり、多様なサービスの提供や認知症の人、介護者に対して柔軟な対応が出来るような制度を早急に構築していく必要がある。

さらに、施設入所を希望しても入院中は施設入所の優先順位が低くなるため入所申し込みをしても順番が回ってこなかったり、そもそも経済的な理由で入所できる施設が限られたりする現状から、次の行き先がないまま入院が長期化している認知症の人が多くいることも現実である。特に「経済的に施設入所が困難」との回答はとても思う、やや思う、を合わせると90%近くに上るなど、非常に多くの人が経済的な理由を退院阻害要因として考えていることが判明した。



#### (4) 地域の関係機関との連携のあり方について

「入院時に担当精神保健福祉士になったことを報告する」「入院前の生活状況等についての情報収集」を「必ず行っている」と回答した精神保健福祉士は一定数存在しており、「退院時の在宅サービス調整依頼」を行っている精神保健福祉士も 60%強との回答率であった。一方で「入院中の経過報告」や「カンファレンスへの出席要請」を「必ず行っている」の回答率は下がるなど、認知症の人に対してだけでなく、関係機関に対しても入院中のかかわりが薄いことが明確になった。

なお、連携阻害要因についての質問も行ったが、いずれの項目においても「あまり思わない」「思わない」との回答が目立った。しかし後の自由記述をみると、「入院の必要性や退院可能な判断の際の意見の相違」「病状の理解不足」「目標等の共有不足」などから支援の方向性が一致せず、連携できていないと感じている精神保健福祉士が存在していることがわかる。さらには、「病院任せにされる」「双方の理解不足」「自機関の役割や機能をわかってもらえていない」「連携する相手の役割がわかっていない」といった記述もあり、そもそも連携するということに対して認識のずれが生じている可能性がある。精神保健福祉士の業務において関係機関との連携は欠かせないものであり、認知症の人への支援をよりよいものにするためにも、まずは連携がどのようなものかという共通認識を持つことが求められる。

## IV. 介護保険サービス事業所等に勤務する精神保健福祉士への調査

### 1. 目的

2014（平成 26）年に実施した「認知症の人の支援に関する実態調査」への協力が得られた介護保険サービス事業所及び地域包括支援センター等に勤務する精神保健福祉士が、認知症の人に対してどの程度関わりを持っているのかについて明らかにすることを目的としている。

### 2. 方法

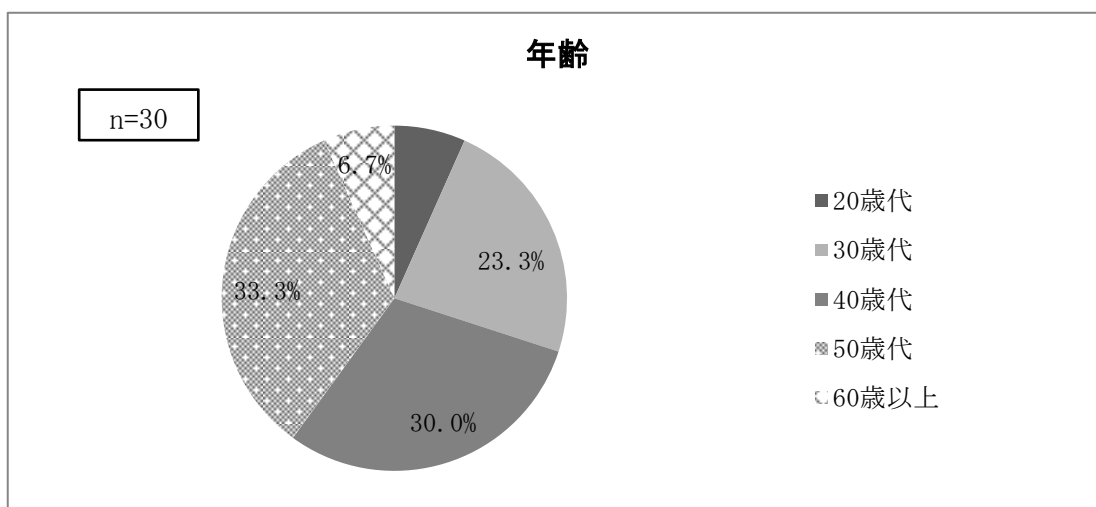
調査項目については以下のとおりである。

- (1) 基本属性
  - 1) 回答者の年齢
  - 2) 精神保健福祉士としての勤務年数
  - 3) 現在の所属機関
  - 4) 3) での職種（業務上）
  - 5) 3) での勤務期間
  - 6) 認知症の人との関わりの有無
- (2) 認知症の人・家族とのかかわりについて
  - 1) 認知症の人とのかかわりの内容について
- (3) 精神科医療機関との連携について
  - 1) 精神科医療の必要を感じる理由について
  - 2) 精神科外来通院時の連携の内容について
  - 3) 精神科医療機関に入院後の連携及び支援について
- (4) 認知症の人の退院が困難になる要因について
- (5) 認知症の人の支援のために地域の介護保険事業所と精神科医療機関が連携を深めるにあたり、連携を阻害する要因についてKJ法にて分析を行った。

### 3. 結果

本調査への協力が得られた精神保健福祉士は 30 名だった。

- (1) 基本属性
  - 1) 対象者の年齢  
対象者の年齢について、「20 歳代」が 2 名（6.7%）、「30 歳代」が 7 名（23.3%）、「40 歳代」が 9 名（30.0%）、「50 歳代」が 10 名（33.3%）、「60 歳以上」が 2 名（6.7%）だった。  
（図IV-1）



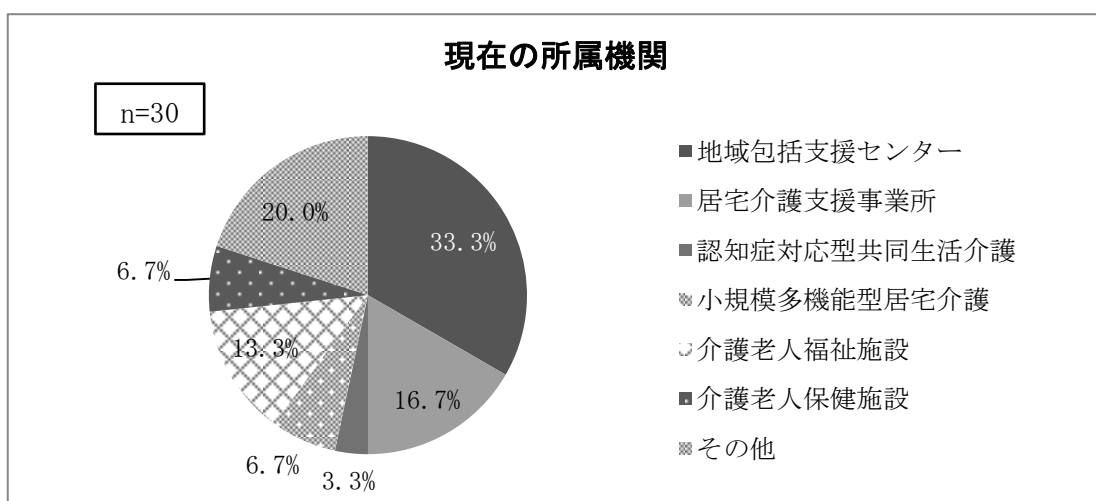
図IV-1

2) 勤務年数

勤務年数については平均7.8年であった。中央値は6.0年で最大値は25年であった。

3) 現在の所属機関

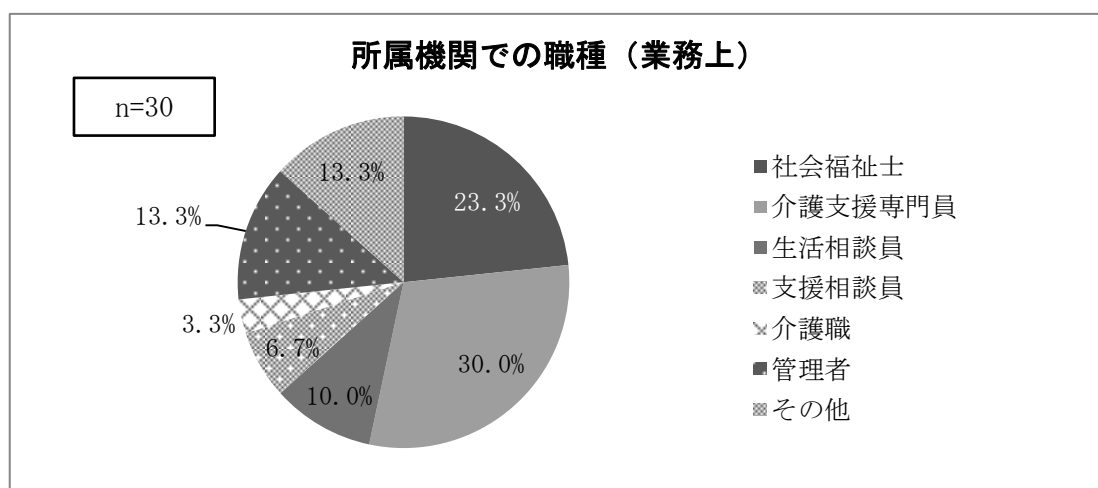
現在の所属機関については地域包括支援センターが10名(33.3%)、居宅介護支援事業所が5名(16.7%)、認知症対応型共同生活介護が1名(3.3%)、小規模多機能型居宅介護が2名(6.7%)、介護老人福祉施設が4名(13.3%)、介護老人保健施設が2名(6.7%)、その他が6名(20.0%)だった。その他の内訳としては介護付有料老人ホーム、社会福祉協議会、認知症対応型通所介護、養護老人ホーム、特定施設入居者生活介護であり、各1名だった。(図IV-2)



図IV-2

#### 4) 現在の所属機関での職種

現在の所属機関での業務上の職種としては、社会福祉士が7名(23.3%)、介護支援専門員が9名(30.0%)、生活相談員が3名(10.0%)、支援相談員が2名(6.7%)、介護職が1名(3.3%)、管理者が4名(13.3%)、その他が4名(13.3%)だった。(図IV-3)



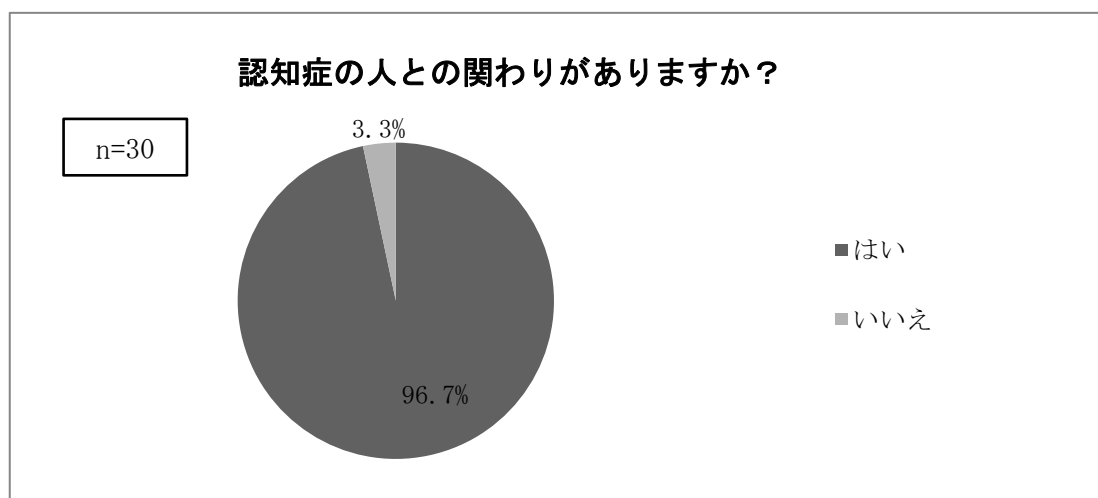
図IV-3

#### 5) 現在の所属機関での勤務年数

現在の所属機関での勤務年数については平均 5.9 年であった。中央値は 4.5 年で最大値は 28.0 年であった。

#### 6) 認知症の人との関わりの有無

認知症の人と関わりがあるかについては、「はい」が 29 名 (96.7%)、「いいえ」が 1 名 (3.3%) だった。(図IV-4)



図IV-4

(2) 認知症の人・家族への関わりについて

認知症の人との関わりの内容について (図IV-5)

①身体介護を行っている

しているが8名(26.7%)、していないが19名(63.3%)だった。無回答は2名だった。

②本人からの生活等に関する相談を受けている

しているが26名(86.7%)、していないが1名(3.3%)だった。無回答は2名だった。

③生活支援を行っている

しているが14名(46.7%)、していないが13名(43.3%)だった。無回答は2名だった。

④受診同行等に関する支援を行っている

しているが18名(60.0%)、していないが10名(33.3%)だった。無回答は1名だった。

⑤ケアプランの作成を行っている

しているが18名(60.0%)、していないが10名(33.3%)だった。無回答は1名だった。

⑥サービス利用調整を行っている

しているが25名(83.3%)、していないが3名(10.0%)だった。無回答は1名だった。

⑦家族からの相談を受けている

しているが28名(93.3%)、していないが1名(3.3%)だった。

⑧家族との関係調整を行っている

しているが25名(83.3%)、していないが4名(13.3%)だった。

⑨地域住民からの相談を受けている

しているが21名(70.0%)、していないが7名(23.3%)だった。無回答は1名だった。

⑩地域住民との関係調整を行っている

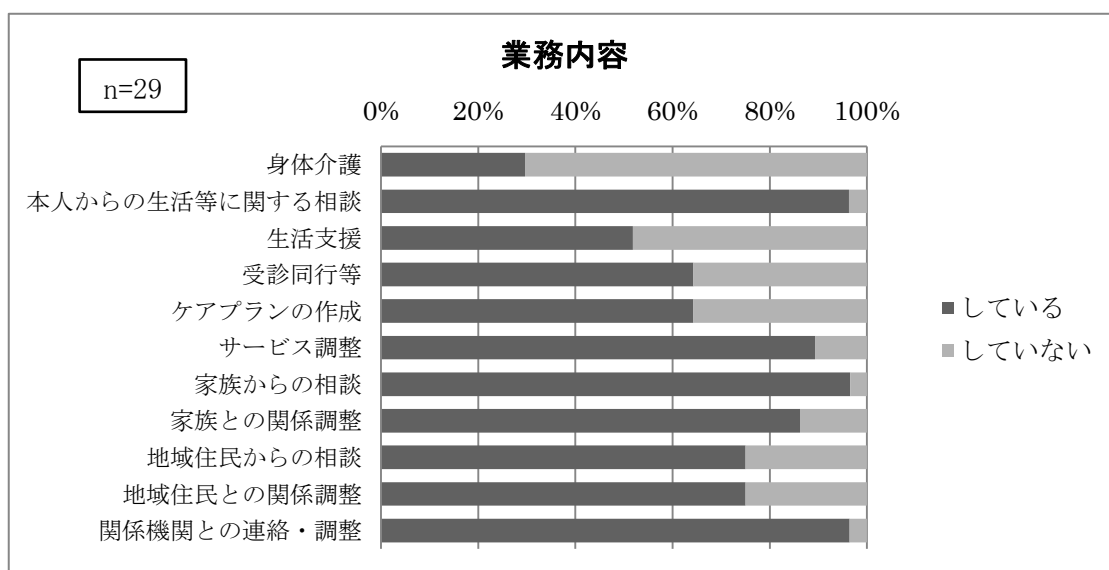
しているが21名(70.0%)、していないが7名(23.3%)だった。無回答は1名だった。

⑪関係機関との連絡・調整を行っている

しているが27名(90.0%)、していないが1名(3.3%)だった。無回答は1名だった。

⑫その他

「処遇困難ケースのみ行っている」、「認知症地域支援指導員として研修、啓発、家族教室等を実施している」



図IV-5

### (3) 精神科医療機関との連携について

#### 1) 精神科医療の必要と感じる理由について

精神科医療を必要と理由としては、複数回答で、鑑別診断が 18 名 (22.2%)、周辺症状の改善が 27 名 (32.9%)、身体合併症が 9 名 (11.0%)、服薬調整が 22 名 (26.8%)、その他が 6 名 (7.3%) であった。

#### 2) 精神科外来通院時の連携の内容について

精神科外来通院時の連携の内容については、複数回答で精神科医療機関への情報提供が 20 名 (19.4%)、受診・受療援助が 24 名 (23.3%)、病院職員へ担当者会議への参加要請が 9 名 (8.7%)、主治医意見等の作成依頼 17 名 (16.5%)、精神科医療機関からの情報収集 18 名 (17.5%)、精神科訪問診療・訪問看護の利用の相談・調整が 10 名 (9.7%)、その他が 5 名 (4.9%) であった。

#### 3) 精神科医療機関に入院後の連携及び支援について

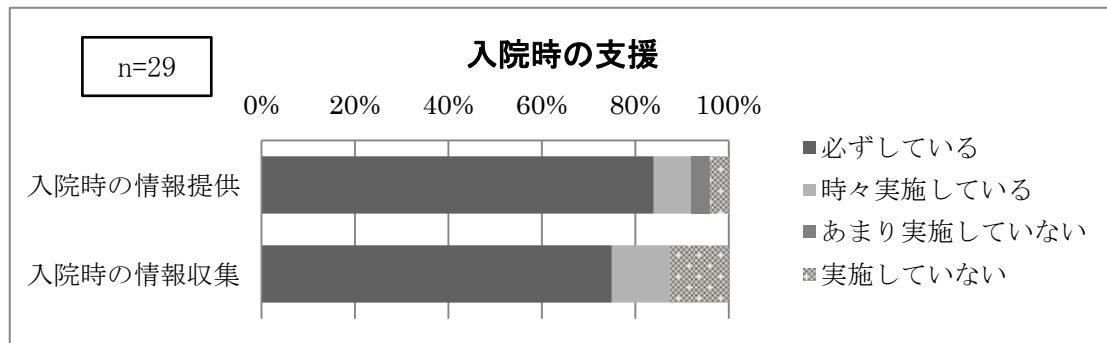
入院時に行っている支援について (図IV-6)

##### ①入院時の情報提供

必ずしているが 21 名 (84.0%)、時々実施しているが 2 名 (8.0%)、あまり実施していないが 1 名 (4.0%)、実施していないが 1 名 (4.0%) だった。無回答は 4 名だった。

##### ②入院時の情報収集

必ずしているが 18 名 (75.0%)、時々実施しているが 3 名 (12.5%)、あまり実施していないが 0 名 (0.0%)、実施していないが 3 名 (12.5%) だった。無回答は 5 名だった。



図IV-6

入院中に行っている援について (図IV-7)

①入院中の認知症の人のニーズ把握

必ずしているが7名 (29.2%)、時々実施しているが7名 (29.2%)、あまり実施していないが7名 (29.2%)、実施していないが3名 (12.5%) だった。無回答は5名だった。

②入院中の家族のニーズ把握

必ずしているが9名 (37.5%)、時々実施しているが7名 (29.2%)、あまり実施していないが4名 (16.7%)、実施していないが4名 (16.7%) だった。無回答は5名だった。

③入院中の家族への心理サポート

必ずしているが5名 (20.0%)、時々実施しているが10名 (40.0%)、あまり実施していないが4名 (16.0%)、実施していないが6名 (24.0%) だった。無回答は4名だった。

④入院中の医療機関での支援計画の作成への協力

必ずしているが2名 (8.7%)、時々実施しているが6名 (26.1%)、あまり実施していないが5名 (21.7%)、実施していないが10名 (43.5%) だった。無回答は6名だった。

⑤入院中の定期的な情報収集

必ずしているが9名 (39.1%)、時々実施しているが5名 (21.7%)、あまり実施していないが6名 (26.1%)、実施していないが3名 (13.0%) だった。無回答は6名だった。

⑥入院中のカンファレンスやケア会議への参加

必ずしているが8名 (32.0%)、時々実施しているが7名 (28.0%)、あまり実施していないが6名 (24.0%)、実施していないが4名 (16.0%) だった。無回答は4名だった。

⑦入院中の主治医からの病状説明時の同席

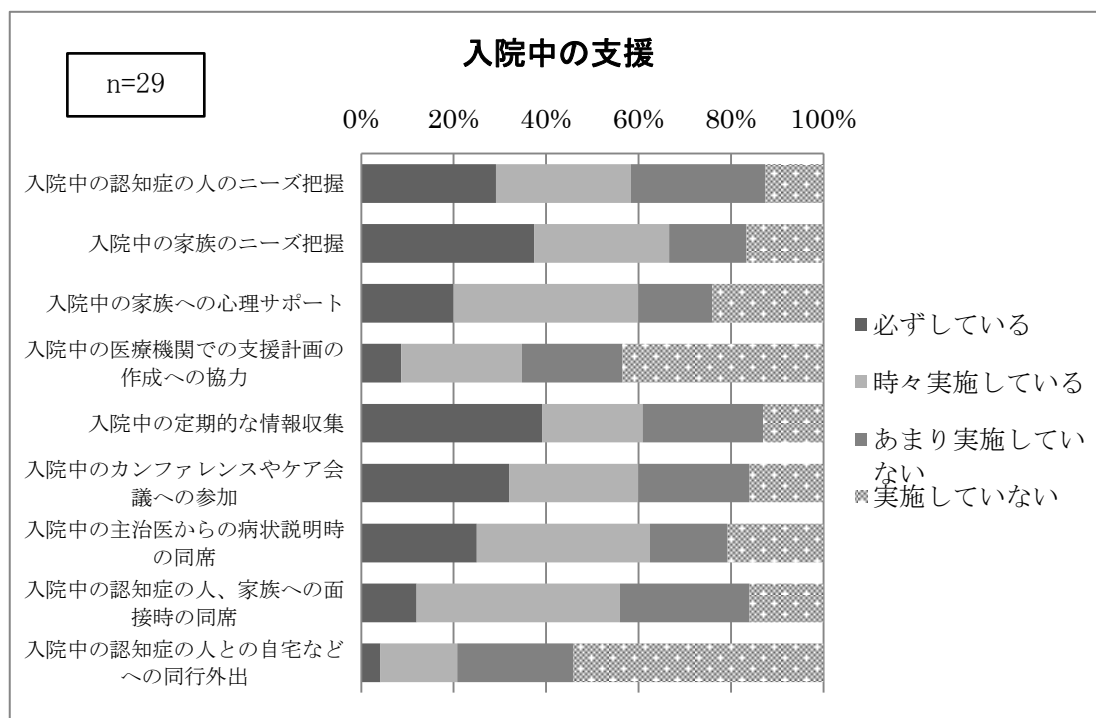
必ずしているが6名 (25.0%)、時々実施しているが9名 (37.5%)、あまり実施していないが4名 (16.7%)、実施していないが5名 (20.8%) だった。無回答は5名だった。

⑧入院中の認知症の人、家族への面接時の同席

必ずしているが3名 (12.0%)、時々実施しているが11名 (44.0%)、あまり実施していないが7名 (28.0%)、実施していないが4名 (16.0%) だった。無回答は4名だった。

⑨入院中の認知症の人との自宅などへの同行外出

必ずしているが1名(4.2%)、時々実施しているが4名(16.7%)、あまり実施していないが6名(25.0%)、実施していないが13名(54.2%)だった。無回答は5名だった。



図IV-7

退院に向けて行っている支援 (図IV-8)

①退院に向けての認知症の人との面接時の同席

必ずしているが10名(43.5%)、時々実施しているが6名(26.1%)、あまり実施していないが4名(17.4%)、実施していないが3名(13.0%)だった。無回答は6名だった。

②退院に向けての家族面接時の同席

必ずしているが8名(33.3%)、時々実施しているが10名(41.7%)、あまり実施していないが3名(12.5%)、実施していないが3名(12.5%)だった。無回答は6名だった。

③退院に向けてのケア会議・カンファレンスへの参加

必ずしているが13名(52.0%)、時々実施しているが7名(28.0%)、あまり実施していないが1名(4.0%)、実施していないが4名(16.0%)だった。無回答は4名だった。

④退院前訪問指導実施時の同行

必ずしているが1名(4.2%)、時々実施しているが11名(41.7%)、あまり実施していないが4名(25.0%)、実施していないが7名(54.2%)だった。無回答は6名だった。

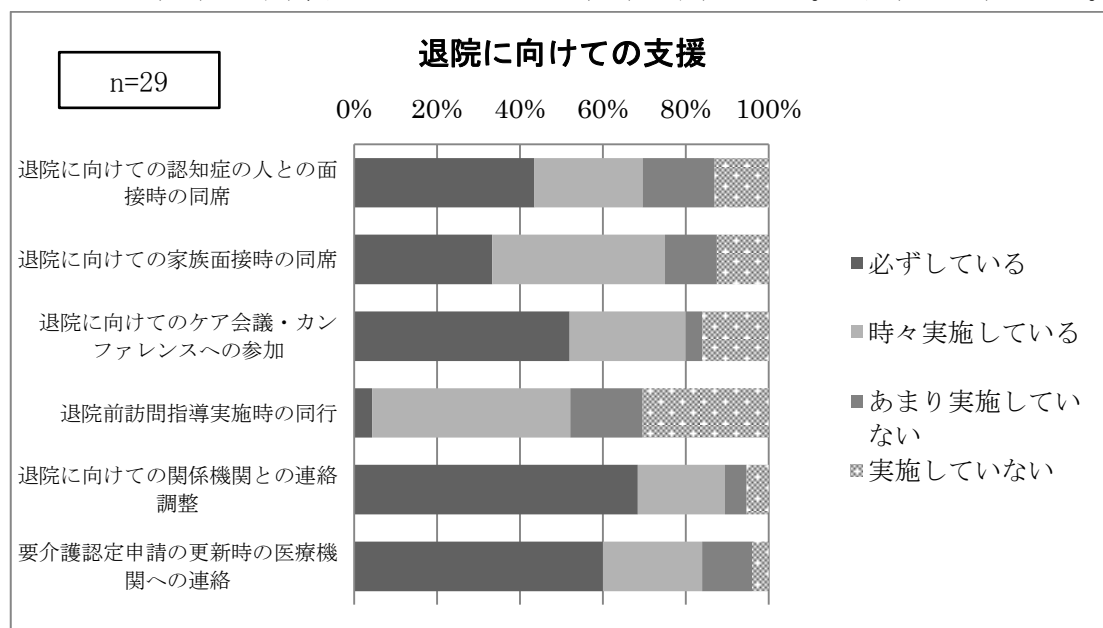
⑤退院に向けての関係機関との連絡調整

必ずしているが19名(76.0%)、時々実施しているが4名(16.0%)、あまり実施していないが1名(4.0%)、実施していないが1名(4.0%)だった。無回答は4名だった。

⑥要介護認定申請の更新時の医療機関への連絡



必ずしているが15名(60.0%)、時々実施しているが6名(24.0%)、あまり実施していないが3名(12.0%)、実施していないが1名(4.0%)だった。無回答は4名だった。



図IV-8

#### (4) 認知症の人の退院が困難になる要因

##### 1) 本人要因 (図IV-9)

###### ①ADLが低い

とても思うが3名(11.5%)、やや思うが10名(38.5%)、あまり思わないが13名(50.0%)、思わないが0名(0%)だった。無回答は3名だった。

###### ②身体的な医療依存度が高い

とても思うが7名(30.4%)、やや思うが10名(43.5%)、あまり思わないが6名(26.1%)、思わないが0名(0%)だった。無回答は6名だった。

###### ③認知症の周辺症状が激しい

とても思うが13名(48.1%)、やや思うが12名(44.4%)、あまり思わないが2名(7.4%)、思わないが0名(0%)だった。無回答は2名だった。

###### ④認知症の中核症状が激しい

とても思うが7名(26.9%)、やや思うが13名(50.0%)、あまり思わないが6名(23.1%)、思わないが0名(0%)だった。無回答は3名だった。

###### ⑤経済的に施設入所が困難

とても思うが6名(23.1%)、やや思うが12名(46.2%)、あまり思わないが5名(19.2%)、思わないが3名(11.5%)だった。無回答は3名だった。

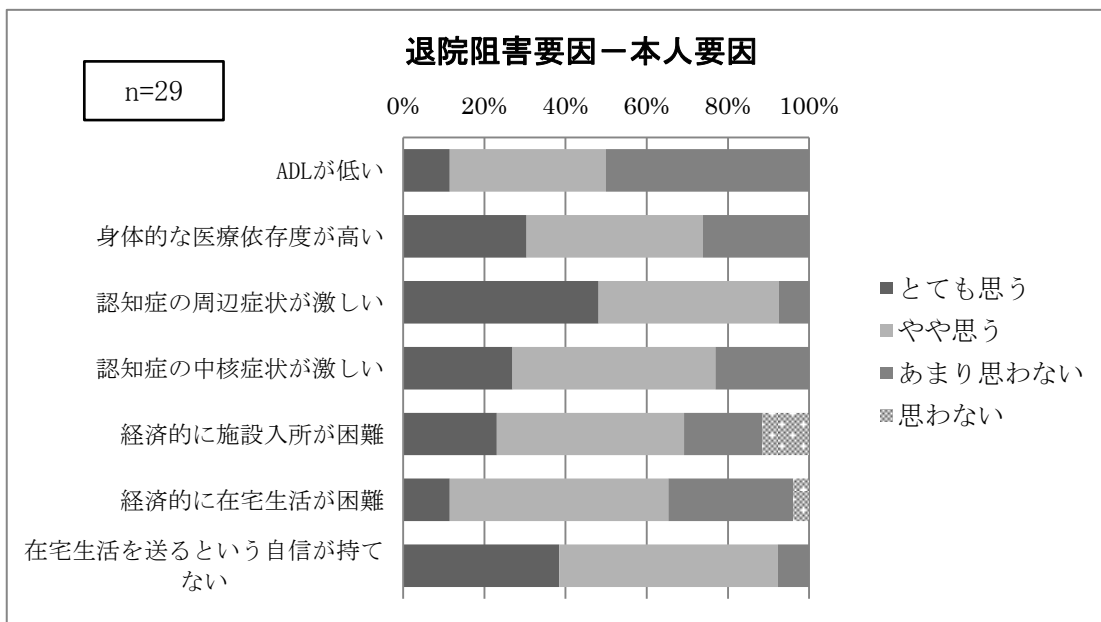
###### ⑥経済的に在宅生活が困難

とても思うが3名(11.5%)、やや思うが14名(53.8%)、あまり思わないが8名(30.8%)、

思わないが1名(3.8%)だった。無回答は3名だった。

⑦在宅生活を送るという自信が持てない

とても思うが10名(38.5%)、やや思うが14名(53.8%)、あまり思わないが2名(7.7%)、思わないが0名(0%)だった。無回答は3名だった。



図IV-9

⑧その他(自由記述)

- ・家族の受け入れが困難。
- ・認知症の方を受け入れられる地域力があるかないかの違いだと思います。
- ・養護老人ホームへの措置入所は、すべての人を受け入れられるので、もっと活用すべきだと思う。

2) 家族要因(図IV-10)

⑨認知症の人に身寄りがない

とても思うが13名(46.4%)、やや思うが9名(32.1%)、あまり思わないが5名(17.9%)、思わないが1名(3.6%)だった。無回答は1名だった。

⑩家族が高齢である

とても思うが11名(39.3%)、やや思うが12名(42.9%)、あまり思わないが5名(8.2%)、思わないが0名(0%)だった。無回答は1名だった。

⑪家族が多忙である

とても思うが5名(17.9%)、やや思うが15名(53.6%)、あまり思わないが8名(28.6%)、思わないが0名(0%)だった。無回答は1名だった。

⑫家族の認知症に関する理解がない

とても思うが10名(35.7%)、やや思うが14名(50.0%)、あまり思わないが3名(10.7%)、思わないが1名(3.6%)だった。無回答は1名だった。

⑬在宅生活を送るというイメージが持てない

とても思うが10名(35.7%)、やや思うが11名(39.3%)、あまり思わないが6名(21.4%)、思わないが1名(3.6%)だった。無回答は1名だった。

⑭本人との関係性が悪い

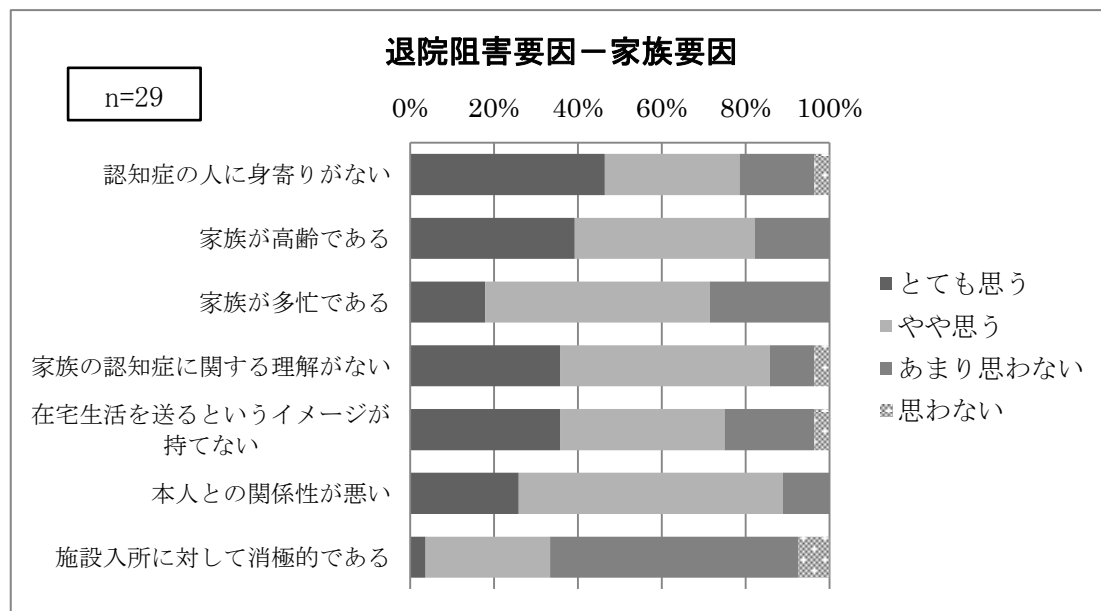
とても思うが7名(25.9%)、やや思うが17名(63.0%)、あまり思わないが3名(11.1%)、思わないが0名(0%)だった。無回答は2名だった。

⑮施設入所に対して消極的である

とても思うが1名(3.7%)、やや思うが8名(29.6%)、あまり思わないが16名(59.3%)、思わないが2名(7.4%)だった。無回答は2名だった。

⑯その他(自由記述)

- ・一旦入院したらもう連れて帰るエネルギーを失っている。
- ・家族のサポート体制が弱い。
- ・家族は病院より施設を希望することが多い。
- ・家族自身の介護する自信が持てず、また、その方自身が病気を抱えていると退院が難しい。



図IV-10

3) 環境要因 (図IV-11)

⑰住環境が整わない

とても思うが7名(25.9%)、やや思うが13名(48.1%)、あまり思わないが7名(25.9%)、

思わないが0名(0%)だった。無回答は2名だった。

⑱施設入所の申し込みをしても入院中は優先度が低くなるため順番が回ってこない

とても思うが11名(40.7%)、やや思うが5名(18.5%)、あまり思わないが8名(29.6%)、思わないが3名(11.1%)だった。無回答は2名だった。

⑲在宅生活に必要な医療サービスが少ない

とても思うが5名(18.5%)、やや思うが12名(44.4%)、あまり思わないが9名(33.3%)、思わないが1名(3.7%)だった。無回答は2名だった。

⑳在宅生活に必要な福祉サービスが少ない

とても思うが3名(11.1%)、やや思うが13名(48.1%)、あまり思わないが11名(40.7%)、思わないが0名(0%)だった。無回答は2名だった。

㉑在宅生活に必要な介護サービスが少ない

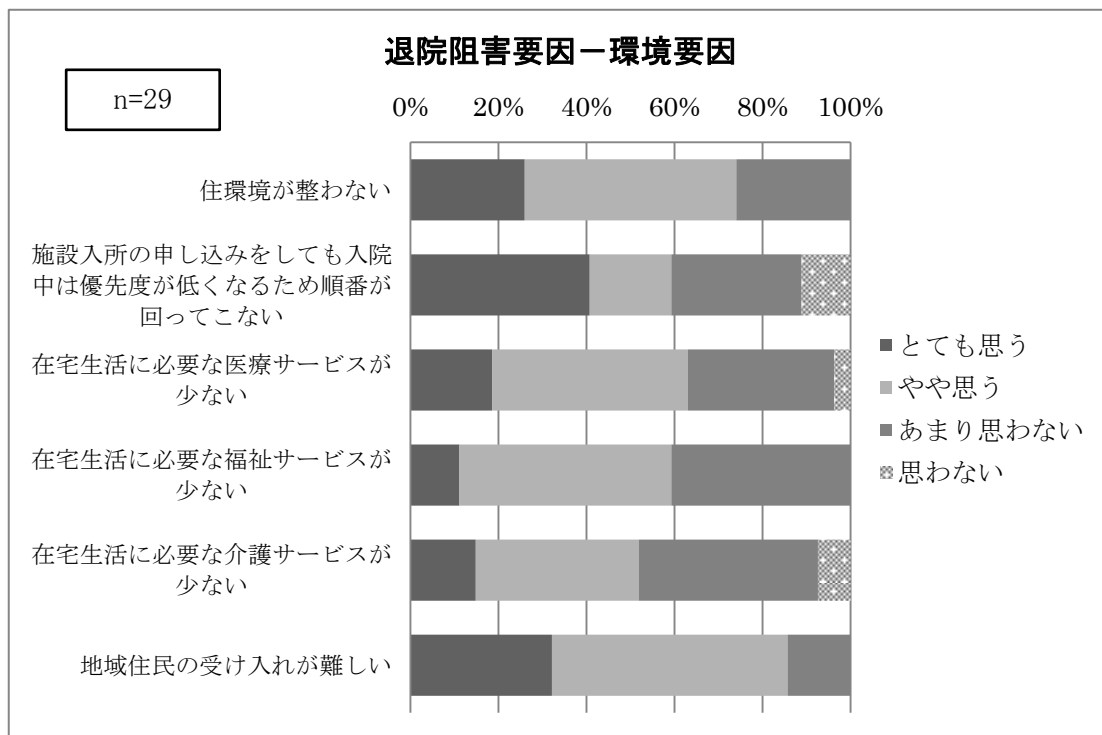
とても思うが4名(14.8%)、やや思うが10名(37.0%)、あまり思わないが11名(40.7%)、思わないが2名(7.4%)だった。無回答は2名だった。

㉒地域住民の受け入れが難しい

とても思うが9名(32.1%)、やや思うが15名(53.6%)、あまり思わないが4名(14.2%)だった。無回答は1名だった。

㉓その他(自由記述)

- ・ペットを飼っている。
- ・精神科医療機関に入院されると、介護施設入所へのハードルが高くなる(ともすると、敬遠される可能性がある)。
- ・日常の介護で介護サービスが目一杯。医療保険で対応が充実できればと思う。施設入所は一旦退院してからでないと特養入所ができない。認知症棟の空きがない。枠が少ない。
- ・施設を申し込む数と施設の数之差が大きすぎ、追いつかない状態が現実です。また、サービスもともなっていないと考えます。
- ・受け入れ施設が少ない。
- ・認知症状が介護認定の介護度に反映しにくい。



図IV-11

(5) 精神科医療機関との連携を阻害する要因について (図IV-12)

①情報提供を依頼しても、個人情報の観点から情報提供してくれない

とても思うが5名(18.5%)、やや思うが5名(18.5%)、あまり思わないが13名(48.1%)、思わないが4名(14.8%)だった。無回答は3名だった。

②医療機関の担当者に連携しようとする姿勢が感じられない

とても思うが2名(7.4%)、やや思うが7名(25.9%)、あまり思わないが15名(55.6%)、思わないが3名(11.1%)だった。無回答は3名だった。

③認知症の人に対する介護保険サービス事業所の役割や機能を理解してもらえない

とても思うが2名(7.4%)、やや思うが11名(40.7%)、あまり思わないが13名(48.1%)、思わないが1名(3.7%)だった。無回答は3名だった。

④入院中に医療機関の担当者から情報提供がない

とても思うが4名(16.0%)、やや思うが9名(36.0%)、あまり思わないが10名(40.0%)、思わないが2名(8.0%)だった。無回答は5名だった。

⑤入院中に医療機関の担当者から情報収集をしていない

とても思うが2名(7.4%)、やや思うが8名(29.6%)、あまり思わないが14名(51.9%)、思わないが3名(11.1%)だった。無回答は3名だった。

⑥入院中は介護報酬が算定できないため関われない

とても思うが2名(7.1%)、やや思うが5名(17.9%)、あまり思わないが12名(42.9%)、

思わないが9名(32.1%)だった。無回答は2名だった。

⑦通院中に医療機関の担当者にどのような情報を提供すればいいかわからない

とても思うが3名(10.7%)、やや思うが2名(7.1%)、あまり思わないが17名(60.7%)、思わないが6名(21.4%)だった。無回答は2名だった。

⑧医療機関のどの職種と連携すればよいかわからない

とても思うが1名(3.6%)、やや思うが4名(14.3%)、あまり思わないが15名(53.6%)、思わないが8名(28.6%)だった。無回答は2名だった。

⑨医療機関にどこまで依頼していいかわからない

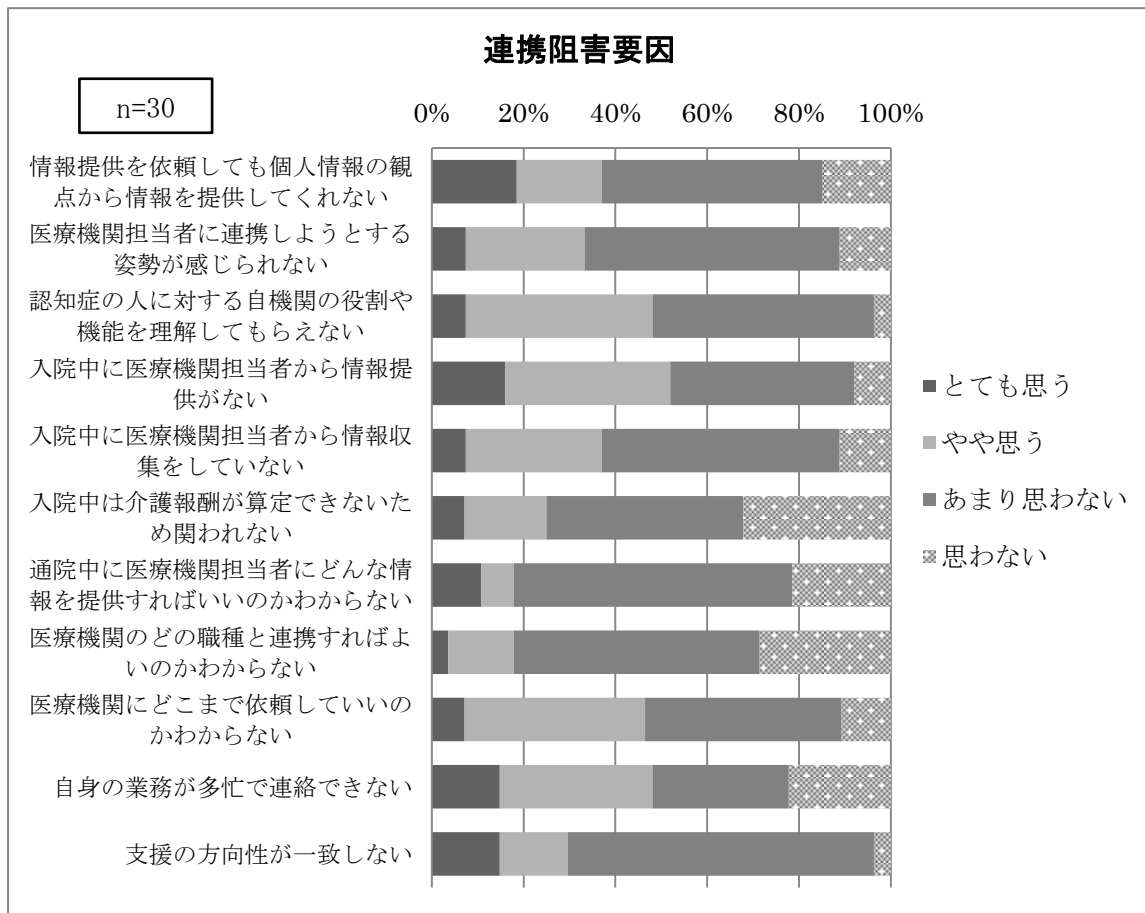
とても思うが2名(7.1%)、やや思う11名(39.3%)、あまり思わないが12名(42.9%)、思わないが3名(10.7%)だった。無回答は2名だった。

⑩自身の業務が多忙で連絡できない

とても思うが4名(14.8%)、やや思うが9名(33.3%)、あまり思わないが8名(29.6%)、思わないが6名(22.2%)だった。無回答は3名だった。

⑪支援の方向性が一致しない

とても思うが4名(14.8%)、やや思うが4名(14.8%)、あまり思わないが18名(66.7%)、思わないが1名(3.7%)だった。無回答は3名だった。



図IV-12

⑪⑫の自由記述について、KJ法を用いて分析をした。

⑪で「とても思う」「やや思う」と答えた方の自由記述

事業所の精神保健福祉士へ連携を阻害する要因に関する問いの中で、支援の方向性が一致しないに「とても思う」「やや思う」と答えた方に、どのような時に支援の方向性が一致しないと感じるかを尋ねた自由記述について、その要素を導き出し因果関係について検討することを目的に、KJ法により回答を分類した。その結果、5グループにまとめられた。5グループは「連携の欠如」「治療への不信感」「地域生活への理解不足」「退院支援に向けて消極的」「理解不足」である。

以下、それぞれのグループごとにその内容と関係性について記述データを引用しながら説明する。

#### 1) 《連携の欠如》

このグループはサブグループを持たず、「一方的な退院決定」「情報の共有が出来ていない」「入院中の情報を教えてくれない」といった記述から構成される。情報提供を求め

ていても情報がもらえず一方的に退院を決定されるなど、精神科医療機関との情報共有や支援の方向性の共有などの連携が図れていないことに不満を感じていることがわかる。

## 2) 《治療への不信感》

このグループはサブグループを持たず、「治療への不信感」といった記述から構成される。

事業所側が精神科医療機関や治療への不信感があり、その不信感から事業所側からの連携が薄れていることがうかがえる。

## 3) 《地域生活への理解不足》

このグループはサブグループを持たず、「在宅、施設での生活を医療者がイメージできていない」「医療側在宅側での危機感の差」といった記述から構成される。

精神科医療機関が地域や施設での実際の生活を理解していないことが原因で、方向性が一致なくなると事業所側が感じていることがわかる。

## 4) 《退院支援に向けて消極的》

このグループはサブグループを持たず、「施設の話ができてやすい」といった記述から構成される。

## 5) 《理解不足》

このグループはサブグループを持たず、「介護保険サービスを全く理解してくれない」「治療目標と介護事業所でできることとの間のギャップ」といった記述から構成される。

これは、精神科医療機関が介護保険制度や地域サービス事業所の役割を理解していないことが原因で事業所の不信を招いていることがうかがえる。

上記5グループでの相関では、事業所は精神科医療機関側の一方的な退院決定等、連携が欠如していることを感じていることへの不満から、治療に関する不信感を生み、その治療に対する不信感からまた連携の欠如が生まれていることがわかる。

また精神科医療機関側からの働きかけや連携が欠如していることが、介護保険制度等への理解不足が生じ、事業所に何ができるのか等の理解が生まれにくいことがうかがえる。

上記の事柄から、事業所が支援の方向性が一致しないと感じている項目には、精神科医療機関側からの働きかけや連携が欠如していることが根本にあると感じていることがわかる。事業所がどんな情報提供や連携を求めているのか、また精神科医療機関としてどんな情報交換や連携ができるのかをお互いに考えることが必要ではないかと考える。



#### ⑫その他の自由記述

事業所の精神保健福祉士への連携を阻害する要因に関する問いの中で、「その他」と答えた方の自由記述をまとめたものである。記述内容から「連携しにくい」「精神科医療機関側の課題」「精神科への偏見」「地域側の課題」の4つに大別された。

「連携しにくい」は、「スタッフが多忙」「外出時の提供をしても反応がない」といった記述から構成される。

「精神科医療機関側の課題」は、「病院や担当者によって違う」や「入院中の情報を担当者が知らない」といった記述から構成される。

「精神科への偏見」は、「地域の精神科に対する偏見」といった記述から構成される。

「地域側の課題」は、「精神科医療機関の担当者を知らない」といった記述からまとめられた。

事業者側が精神科医療機関にアプローチをしても、「精神科医療機関側から反応がない」「情報提供がないことで、連携できていない」と感じていることがうかがえた。

## 4. 考察

### (1) 介護保険サービス事業所等精神保健福祉士の基本属性について

精神保健福祉士の年齢は50歳代が33.3%を占め、次いで40歳代が30.0%であった。経験年数は平均7.8年であった。年齢は比較的高いが、精神保健福祉士としての経験年数は浅い傾向にある。現在の所属機関では地域包括支援センターが最も多く、約30%であった。現在の所属機関での職種は社会福祉士が23.3%、介護支援専門員が30.0%であり、精神保健福祉士として配置されているという回答はなかった。地域包括支援センター等に所属している精神保健福祉士が業務上は他の職種で配置されており、精神保健福祉士が認知症の人の生活支援を担う職種としてまだまだ認知されていない実態があると考えられる。

### (2) 認知症の人・家族との関わりについて

「家族からの相談を受けている」が最も多く、次いで「関係機関との連絡・調整を行っている」、「本人からの生活等に関する相談を受けている」が多かった。また、身体介護や生活支援、受診同行等の直接本人にかかわり支援内容については他の項目と比較しても「している」と回答した人が少なく、かかわりの内容としては本人とのかかわりよりも家族との関わりや連絡・調整等の間接的な支援をしていることが多いと推測できる。

### (3) 精神科医療機関との連携について

精神科医療の必要を感じる理由としては、周辺症状の改善が約33%と最も多く、次いで服薬調整が約27%であった。外来通院時の連携の内容については受診・受療援助が23.3%と最も多く、次いで精神科医療機関への情報提供が19.4%と多かった。また、病院職員へ

の担当者会議への参加要請（8.7%）や精神科訪問診療・訪問看護の利用の相談（9.7%）についてはあまり実施されていない状況があった。このことから認知症の症状への治療に関する連携は比較的行われているが、認知症の人の望む暮らしを実現するために介護と医療等がチームで支援するための連携についてはあまり実施されていないと考えられる。

精神科医療機関に入院後の連携及び支援について「入院時」「入院中」「退院時」のカテゴリに分けて質問した結果、入院中や退院時の支援において認知症の人より家族のニーズ把握や面談を実施している精神保健福祉士の数が多かった。このことから認知症の人より家族に対しての支援に重きをおく傾向にあることがわかる。さらに、入院時、退院時の各項目と入院中の各項目を比較してみると、「必ずしている」と回答した人が少ない傾向がみられた。入院中に定期的な情報収集は行うものの、認知症の人に直接出会い、かかわっている精神保健福祉士の数が少ないことがわかった。また、入院中の精神科医療機関での支援計画の作成への協力、入院中の認知症の人との自宅などへの同行外出を実施していないが約半数を占めている。このことから退院後の地域生活を見通した支援計画の立案や地域生活と切り離さない取り組みに精神保健福祉士があまりかかわれていないことが推測される。

精神科医療機関との外来通院時や入院後の連携内容から、介護保険サービス事業所等と精神科医療機関との連携は認知症の人の望む生活を支援するための連携が希薄であり、制度上のすみわけや各機関の機能のすり合わせの上での連携が中心になっている。

#### （４）退院阻害要因について

退院できない要因についての質問では、本人要因の項目で、認知症の中核症状が激しくて退院できないと回答した精神保健福祉士が「とても思う」と「やや思う」を合わせると約 77%あった。このことから精神保健福祉士が認知症の病気を正しく理解する必要があると考えると共に、中核症状の激しさがあっても精神科医療機関の入院を必要とするものではないという信念を精神保健福祉士自身が持ち、精神科医療機関と退院後の生活について検討し続ける姿勢が大切であると考えられる。また、周辺症状が激しいがゆえに退院できないと回答した精神保健福祉士も 90%以上おり、周辺症状は時に周囲の環境や不適切なかわりが影響することで認知症の人が不安や混乱することで出現する。周辺症状を認知症の人の不安や混乱等のサインと捉え、認知症の人の言動の背景や要因を理解できるようかかわることが必要である。精神科医療機関に入院した後も地域での生活支援から理解できている本人の思いやこだわり、生活習慣等を精神科医療機関スタッフと情報共有し、退院後の生活を互いにイメージしながら早期の退院支援につなげていく必要があるのではないかと。

また、認知症の人自身が在宅生活を送るという自信が持てないため退院できないと回答した精神保健福祉士が約 90%存在した。一方で入院後のかかわりの内容の質問において認知症の人自身との面談等があまり実施されていないという乖離した結果もでてくる。このことから入院中から本人との寄り添った関わりを丁寧に行う必要があるのではないかと。

家族要因の項目では、本人との関係性が悪い、家族の認知症に関する理解がないため退院を阻害しているとした回答が多く見られた。このことから退院に関して家族の意向が強くはたらいっていることや社会的入院を生み出している状況が推測される。精神保健福祉士は認知症の人本人とのかかわりだけではなく、在宅生活時から家族支援についてもより丁寧に行うことや入院後も家族の思いの理解に努め、精神科医療機関との連携を行っていくことが必要であると考えられる。

#### (5) 精神科医療機関との連携阻害要因について

連携の阻害要因については、「とても思う」と「やや思う」を合わせた回答はいずれの項目においても50%を割っていた。その中でも精神科医療機関からの情報提供がない、自機関の役割や機能を理解してもらえない、精神科医療機関にどこまで依頼していいのかわからないが他の項目よりも高い数値を示していた。情報のやり取りや役割分担等表面的な連携にとどまっている現状が推測できる。

介護保険サービス事業所等に勤務する精神保健福祉士は認知症の人の生活の中には医療の側面も含まれており、その全体をとらえた生活支援を行うことが自分たちの役割であることを理解し、精神科医療機関と認知症の人一人ひとりの自己実現を図る上での連携を行っていくことが必要ではないだろうか。

## V. 全体考察

今回、精神科医療機関・介護保険サービス事業所等へアンケートを実施し認知症の人の支援のあり方を模索するために、退院阻害要因や両機関の連携阻害要因等の考察を行った。本章では、「本人主体の支援を目指した連携のあり方」について考察する。

まず、本報告書における「連携」の定義について確認する。連携とは「援助において異なった分野、領域、職種に属する複数の援助者（専門職や非専門的な援助者を含む）が、単独では達成できない、共有された目標を達成するために、相互促進的な協力関係を通じて行為や活動を展開するプロセス」である。（山中京子「医療・保健・福祉領域における「連携」概念の検討と再構成」『社会福祉問題研究』第53巻第1号, p5, 2003）

本調査結果の中で、連携阻害要因において「支援の方向性が一致しない」に「とても思う・やや思う」と回答した人は精神科医療機関精神保健福祉士で28.1%、介護保険サービス事業所等精神保健福祉士で29.8%であった。その理由を尋ねたところ「入院を要するという判断の不一致」「アセスメントの不一致」、特に多かったのが「退院先の不一致」や「退院可能かどうかという判断の不一致」であった。これは精神科医療機関精神保健福祉士と介護保険サービス事業所等精神保健福祉士との間で入退院に関するアセスメントにズレが生じていることを示している。例えば退院後の生活を考える時に、精神科医療機関精神保健福祉士は入院という特殊な環境の中にいる本人が、その環境を離れて地域生活を送るイメージが持てているだろうか。また、介護保険サービス事業所等精神保健福祉士は、入院治療や入院環境によって身体的にも精神的にも日々変化している本人を正確に把握した上でアセスメントができていだろうか。両者それぞれの立場でアセスメントを行っていることから、そのズレは必然とも言える。しかし、そのズレがなぜ生じてくるのか、同じ本人を自分以外の支援者がどうみているのか、本人を取り巻く環境も含めてアセスメントが行えているのか、両者が積極的に意見交換を行うことで相手の考えを知り、支援の方向性を協同して探ることが重要であると考えられる。

次に、連携阻害要因の中で「相手の役割の認識の差」「連携機関がわからない」など精神科医療機関精神保健福祉士と介護保険サービス事業所等精神保健福祉士の間で相手の役割や相手機関のことを知らないがゆえの摩擦が生まれていることもみてとれた。精神科医療機関においては入院適応となる条件や手続きが他科と比較すると複雑である。精神科病院における入院形態の中には、本人の意思に関わりなく強制治療が可能な非自発的入院があり、それ故に精神保健福祉法に則って権利擁護のための厳密な入院手続きが必要とされていることが一般には馴染みがないからであろう。精神科医療機関に所属する精神保健福祉士が当然と考えていることが地域支援者から見れば非常に理解しづらいシステムであることを自覚し、なぜ精神保健福祉法が必要か、その内容や背景も含めて丁寧に説明し理解を

得る役割を担わなければならない。一方で介護保険事業所等においては、精神科医療機関に入院等を依頼する時は「もう在宅が限界なので入院させてほしい」という依頼をする場合があるが、入院は治療目的であるため、なぜ医療での入院が必要なのか、施設では対応できないのか等をアセスメントした上で医療機関へ相談する必要がある。入院後も医療機関側に任せっきりにするのではなく、医療機関側に連絡をとり現状を共有し、地域側の役割や事情を伝えながら、今後の方向性を一緒に検討しなければならないと考える。

連携阻害要因の自由記述を分析してみると、相手機関への批判や不満が多くみられた。先に提示した連携の定義とてらして考えてみると、現在の認知症の人にかかわる支援者間における連携と称される実態は、連携の定義とは程遠いものではないだろうか。入院時の情報収集や退院日の連絡が連携ではない。単独の機関では達成できない目標（＝本人のニーズの実現）を他支援者と協力して達成するためには、まずは自機関の限界を認識し、自機関が担えない役割を相手に依頼することから始まる。まずは目標を達成するにあたって自身や自機関ができること・できないことを提示し、その上で相手に何をしてもらえるのかを尋ねるような発展的なアプローチが望ましいと考える。自由記述の分析では「相手になにかしてもらおう」や「こちらから求めていたことに応えてもらおう」といった受け身的な「消極的連携」であることが示された。しかし、地域を基盤とした生活支援において求められる連携のあり方は、積極的に相手側にアプローチする「積極的連携」である。現状の連携のあり方では不十分であり、そのことが認知症の人の長期入院に影響を及ぼしていることも推測される。山中の定義にある「相互促進的な協力関係」を構築するためにも、自身や自機関から積極的にアプローチする「積極的連携」が必要であり、そこから支援者間の理解、協力関係が生まれて本来の連携へと発展していくのではないだろうか。

全てのアンケート結果から本人の意向より家族の意向を優先する傾向がみられた。認知症の人を支援する上で家族の協力や意向の確認は欠かせないことではあるが、その家族の意向を本人の意向よりも尊重しがちになっていることは課題として考えるべきではないか。我々精神保健福祉士は今まで精神障害者の支援において「自己決定の尊重」「本人主体の支援」を軸として支援を展開してきた。今後は認知症の人の支援においてもそれを強く再認識する必要があるのではないだろうか。

本人中心の支援を行うには、信頼関係を構築し本人の意向を聞き出すこと、またそれが困難な場合は関係機関や家族等から情報収集を行い、それぞれの思いを尊重し、適切な連携を行った上で、本人の立場に立った支援の方向性を決めていくことが必要であると思われる。

## VI. 本調査の意義と今後の課題

本調査では、日本の精神保健福祉領域における重大な課題の一つである、精神科医療機関への長期入院者の高齢化及び精神科医療機関への認知症の人の入院率の増加や長期化の実態に関する調査を実施し、その実情を明らかにした。さらに、地域の関係機関との連携に関する調査を実施することにより、両者の連携を阻害する要因について考察を行った。

これまで、精神保健福祉領域においても、日本の人口構成と比例して高齢化が進み、増加の一途をたどる認知症の人を含む高齢者への対応は、各医療機関や施設の力量、取り組みに委ねられてきた。本調査では、そのような実態を明らかにするとともに、各医療機関及び地域の事業所において、具体的にどのような取り組みがなされているのかを明らかにした点にきわめて意義があるものとする。また、精神科医療機関と介護保険サービス事業所等との連携の実態と連携の阻害要因を示した意義も大きい。

一方で、本調査には課題も残されている。まず、本調査は近畿・北陸地区という限られた医療機関及び地域の事業所を対象としているため、全国の動向に関してはその実態を明らかにすることはできていない。また、精神保健福祉士を対象とした調査においては、各医療機関に5名の精神保健福祉士が所属しているという前提のもと実施しているため、調査対象者である精神保健福祉士の母数が不確実であったことは否定できない。

今後は、上記の課題を踏まえた上で、「認知症の人の退院阻害要因」及び「医療機関と地域の関係機関との連携を阻害する要因」の2点に焦点をあて、調査研究を実施したいと考える。これらの研究課題に着手し、その要因を明らかにすることにより、今後の認知症の人への支援のあり方について一定の提言を行いたいと考えている。

## Ⅶ. 認知症の人への支援のあり方とその課題～本人主体の支援を目指した連携とは～

<協会における今後の課題>

団塊の世代が全員 75 歳以上となる 2025 年、その人口は史上空前の約 2,200 万人となり、そのうち認知症の人は約 700 万人という数字が、今の日本の社会保障制度や高齢者施策、認知症対策を動かしていると言っても過言ではない。2012 年 4 月の診療・介護報酬同時改定から言及されるようになった、住み慣れた地域で医療や介護、生活支援などを受けられる「地域包括ケアシステム」もこれまでの病院や介護施設中心の体制では追いつかないという危機感の産物であろう。地域包括ケアシステムとは煎じ詰めれば、保健・医療・介護・福祉の連携システムであり、施設ケアと在宅ケアの連携であると言われている。新オレンジプランにおいても医療機関や介護施設等の対応が固定化しないように循環型の仕組みが提唱されている。人口減少化時代にあって実際のケアの担い手不足も深刻であり、限られた資源を有効に効率的にコーディネートするため連携を担う人材も必要とされてこよう。連携は今後認知症に関わるものにとって重要なキーワードである。

今回の調査はその「連携」に焦点をあてたものであったが、精神保健福祉士のかかわりに多くの課題があることも示唆された。認知症の人本人に関わる時間が少ないこと、入院時と退院時にピンポイントに関わるだけで、退院後のかかわりも希薄であること、本人より家族の意向を重視していること、認知症疾患の知識や情報に乏しいこと、医療機関と地域の事業所の間で目標が共有化できていないこと、連携に対する認識のずれが大きいことなどである。

この認識のずれは精神科病院に入院する認知症の人の長期入院を促進する一因となっているのではないだろうか。今回の調査では地域側に長期入院を望む声があり、地域で認知症の人を支える精神医療保健福祉システムの脆弱さや適時・適切に医療を利用する新オレンジプランの言う、いわゆる循環型の仕組みが浸透していない現実が判明した。地域側が精神科医療に持つ不信とその裏腹の過剰な期待を感じさせられた。一方医療機関側は診療報酬上の問題もあるが、地域に帰すことが最良の選択とばかりに個々の事情に関係なく退院を勧め、退院後は地域に丸投げしようとする実態も散見された。両者の関係を阻隔する要因をさぐることは、認知症の人が望む暮らしを実現するための有効な連携、本人を主体とした連携とは何かを問う作業でもある。この作業は次年度に継続してまとめていく予定である。

また在宅介護を進めるには家族のかかわりや地域のサポートが重要であることは言うまでもないが、介護者の不在、介護者自身の高齢化、昼間独居などの家族基盤の脆弱化や地域自体の共助力が弱体化している現実には制度は追いついていない。住み慣れた地域が決して住みやすい地域ではなくなっている社会の現実に対して、多様なサービスの提供やネットワークの構築だけではなく、新たに地域を創っていくことを視野に入れたソーシャ

ルアクションが必要となる。これは日本精神保健福祉士協会の一つの社会的使命であろう。

今後、認知症疾患治療病棟、認知症疾患医療センター、認知症初期集中支援チームなど医療機関の精神保健福祉士が認知症の人に関わるケースはさらに増えていくことになるだろう。アウトリーチにおける権利侵害の可能性、受け皿がないとの理由による社会的入院のリスク、診療報酬上の都合による早期退院の強制など向き合わねばならない課題は満載である。また、医療機関にとっては介護保険施設やサービス付き高齢者住宅は「地域」と考えがちであるが、地域側にとっては「施設ケア」に他ならない。ここにも認識のズレがあるのだが、精神科病院よりそういった「施設」の方が認知症の人の権利が保障されているとは必ずしも言えない。集団での処遇、同一法人でのサービス提供、恒常的な人材不足はそのまま権利侵害につながるリスクを持つ。高齢者入所施設で働く精神保健福祉士にはそれぞれの現場で認知症の人の権利を守る働き、そのための仕組みづくりに関与していくことが求められる。一方国がすすめる地域包括ケアシステムにはコスト管理や自助・共助努力の奨励に違和感を感じずにはいられないが、その中で本人の思いに寄り添い地域での暮らしを支援していくために、精神保健福祉士はどのような役割を担うのか、担えるのか地域側に課された課題もまた大きい。しかし両者の課題は決して別個のものではなく医療機関と地域の機関がまさに目標を共有し、連携して取り組むべきことである。

本協会は本人主体や権利擁護を価値として実践してきた専門職団体として、上記に加え、今や国民的課題となった認知症の様々な問題に対し積極的に介入していかなければならないと考えている。



## おわりに

本調査で明らかになった精神科医療機関と介護保険サービス事業所等との連携を阻害する最大の要因は、両者の「連携に対する姿勢」である。これは全体考察においても述べたことであるが、双方に共通する重大な課題として、ここで改めて指摘しておきたい。

本調査における連携に関する自由記述からは、医療機関及び関係機関ともに、「相手に何かしてもらおうこと」「こちらが求めたことに応えてもらうこと」が連携であると理解していることが明らかになった。このような連携に対する認識は、地域を基盤として生活支援を展開していくにあたっての大きな障壁となる。このことは、早急に解決しなければならない重大な課題である。今後の地域を基盤とした生活支援において求められる連携のあり方は、相手のアプローチを「待つ」のではなく、こちら側から積極的に相手側にアプローチする姿勢である。現状の連携のあり方では、実質上、連携は行われていないに等しく、そのことが認知症の人の長期入院に影響を及ぼしていることは明白である。

さらに連携とは、問題が生じたときに一時的に展開される「行為」や「取り組み」ではなく、常に地域の中に存在する社会関係資本としての「資源」でなければならない。機関と機関とのつながり、機関と地域住民とのつながりなど、地域に属する人と人とのつながりという資源があって始めて、それぞれの連携は本質的な機能や役割を果たすことが可能となるのである。そして、このような資源こそが、現在、国の推進している「地域包括ケア」を真に有効なものとするのである。

今後、医療機関、地域の事業所がともに、地域住民をも巻き込んだ日常的に活用できる社会資源としての連携のあり方を再考することが、認知症の人の退院支援につながるものと考えられる。そしてこのことは、精神保健福祉分野のみならず、あらゆる生活支援において求められる視点であることを確認しておきたい。

最後に、本調査にご協力いただいた皆さまに心より感謝申し上げます。本委員会では、今回皆さまのご協力によって得られた貴重な結果をもとに、引き続き当該の課題に取り組んでいくとともに、今後の地域精神保健福祉のあり方について提言していく所存です。

今後とも、ご支援ならびにご協力を賜りますよう、何卒お願い申し上げます。

2014・2015 年度高齢精神障害者支援検討委員会 野村恭代

## 添付資料（調査票）

# 公益社団法人日本精神保健福祉士協会 認知症の人の支援に関する実態調査 医療機関の基本情報票

貴医療機関について、文字・数字の記入、もしくは該当するものに○をしてください。

1. 所在地の府県名	
2. 精神科病床数	(                    ) 床
3. 認知症疾患医療センターの有無	1) 有 ( 基幹型 ・ 地域型 )        2) 無
4. 貴医療機関に勤務している PSW の人数 ※精神科デイケアや関連施設所属の PSW は除きます。	(                    ) 人 内、認知症の人に関わっている PSW (                    ) 人
5. 認知症疾患治療病棟を有する場合の PSW の配置	1) 専従 (100%その業務に従事) 2) 専任 (専ら (8割程度) その業務に従事)
6. 併設の入所系施設 (関連法人、グループ内)	① 介護老人福祉施設 ② 介護老人保健施設 ③ 認知症対応型共同生活介護 ④ サービス付き高齢者向け住宅 ⑤ 有料老人ホーム
7. 貴医療機関において認知症の人にどのようなプログラムを提供していますか？ ※該当するものに○をしてください。	① 回想法    ② 光療法    ③ 軽体操    ④ 調理 ⑤ 自宅への外出支援    ⑥ 銀行などへの外出支援 ⑦ 病院周辺の散歩    ⑧ 口腔体操 ⑨ 塗り絵などの軽作業 ⑩ その他 (                    )
8. 認知症連携パスを使用していますか？使用している場合、何を使用していますか？	① 使用している a 日本精神保健福祉士協会版 b 市町村版 c 貴医療機関独自で作成 d その他 (                    ) ② 使用していない

\*PSW＝精神保健福祉士

※裏面に続きます。

9. 貴医療機関の有する病棟の機能毎の病床数やその病棟に入院している認知症の人の人数等をご記入ください。

病棟の機能	1) 病 床 数	2) 認知症の人の人数	3) 1年以上入院している認知症の人の人数	4) 1年以上入院している認知症の人の中で、介護保険の要支援・要介護認定を受けている人の人数
① 救急病棟	(            ) 床	(            ) 人	(            ) 人	(            ) 人
② 急性期治療病棟	(            ) 床	(            ) 人	(            ) 人	(            ) 人
③ 精神一般病棟	(            ) 床	(            ) 人	(            ) 人	(            ) 人
④ 認知症疾患治療病棟	(            ) 床	(            ) 人	(            ) 人	(            ) 人
⑤ 精神療養病棟（閉鎖）	(            ) 床	(            ) 人	(            ) 人	(            ) 人
⑥ 精神療養病棟（開放）	(            ) 床	(            ) 人	(            ) 人	(            ) 人
⑦ その他（            ）	(            ) 床	(            ) 人	(            ) 人	(            ) 人

※1 該当する病棟がない場合は「0」床と記入ください。

※2 患者数の基準日は2014年8月1日現在、又は記入日のどちらかをお願いします。

公益社団法人日本精神保健福祉士協会  
 認知症の人の支援に関する実態調査（精神科医療機関用）

# 調査票

精神科医療機関に勤務する精神保健福祉士（PSW）の方にお聞きします。

## I. あなた自身のことを教えてください。

あてはまるものに○をつけ、必要に応じて回答をご記入ください。

1	あなたの年齢	1) 20歳代 2) 30歳代 3) 40歳代 4) 50歳代 5) 60歳以上
2	精神科医療機関での勤務年数	( ) 年
3	現在担当している部署	1) 救急病棟 2) 急性期病棟 3) 精神一般病棟 4) 認知症疾患治療病棟 5) 療養病棟（開放） 6) 療養病棟（閉鎖） 7) 認知症疾患医療センター 8) 外来 9) 認知症重度デイケア 10) その他（ )
4	3の部署の担当年数	( ) 年
5	日本精神保健福祉士協会への加入の有無	1) 加入している（構成員） 2) 加入していない（非構成員）
6	認知症の人と関わりがありますか？	1) はい 2) いいえ →「2) いいえ」の方は4ページ目の3.へ飛んでください
7	認知症の人と関わりのある業務	1) 入院・外来両方 2) 入院のみ 3) 外来のみ →「3) 外来のみ」の方は4ページ目の3.へ飛んでください
8	全体の業務に対する、入院中の認知症の人・家族への関わりの割合	1) 0～5%未満 2) 5～10%未満 3) 10～30%未満 4) 30～50%未満 5) 50～70%未満 6) 70～90%未満 7) 90%以上

## II. あなたが、担当している入院中の認知症の人・家族への関わりを教えてください。

1. 入院されている認知症の人へ行っている業務について、あてはまる項目に○をしてください。

行っている業務内容		必ずしている	時々している	あまりしていない	していない
入院時の支援	①認知症の人のニーズ把握				
	②認知症の人と家族との関係性の把握				
	③経済状況の確認				
	④関係機関と連絡し、情報収集				
入院中の支援	⑤認知症の人のニーズ把握				
	⑥家族のニーズ把握				
	⑦退院支援計画の作成				
	⑧認知症の人をめぐる家族関係の調整				
	⑨認知症の人への心理的サポート				
	⑩家族への心理的サポート				
	⑪院内スタッフと治療計画の確認				
	⑫関係機関を含めてのカンファレンス				
	⑬生活機能回復訓練への参加				
	⑭外出同行等の生活上の支援				
	⑮認知症の人又は家族へ制度の説明、申請				
	⑯住環境の整備				
	⑰支援計画のモニタリング・評価				

行っている業務内容		必ずしている	時々している	あまりしていない	していない
の退院に向けて 支援	⑱認知症の人との面談				
	⑲家族面談				
	⑳関係機関の連絡調整				
	㉑関係機関を含めてのカンファレンス				
支退院後の 支援	㉒関係機関との連絡				
	㉓認知症の人・家族への支援				
	㉔支援計画の事後評価				

2. 1年以上入院されている認知症の人が退院できない要因について、あてはまる項目に○をしてください。その他に考えられるものがある場合は、自由記述の欄に記載してください。

要因について		とても思う	やや思う	あまり 思わない	思わない
本人 要因	①ADLが低い				
	②身体的な医療依存度が高い				
	③認知症の周辺症状が激しい				
	④認知症の中核症状が激しい				
	⑤経済的に施設入所が困難				
	⑥経済的に在宅生活が困難				
	⑦在宅生活を送るという自信が持てない				
	⑧その他（自由記述）				

要因について		とても思う	やや思う	あまり 思わない	思わない
家族 要因	⑨認知症の人に身寄りがない				
	⑩家族が高齢である				
	⑪家族が多忙である				
	⑫家族の認知症に関する理解がない				
	⑬在宅生活を送るというイメージが持てない				
	⑭本人との関係性が悪い				
	⑮施設入所に対して消極的である				
	⑯その他（自由記述）				

	要因について	とても思う	やや思う	あまり 思わない	思わない
環境 要因	⑰住環境が整わない				
	⑱施設入所の申し込みをしても入院中は優先度が低くなるため順番が回ってこない				
	⑲在宅生活に必要な医療サービスが少ない				
	⑳在宅生活に必要な福祉サービスが少ない				
	㉑在宅生活に必要な介護サービスが少ない				
	㉒地域住民の受け入れが難しい				
	⑳その他（自由記述）				

### Ⅲ. 地域の関係機関との連携の在り方についてお聞きします。

#### 1. 自宅への退院支援をする上でどの機関と連携しますか？

主なもの3つに○をしてください。

- |                     |                   |
|---------------------|-------------------|
| 1) 居宅介護支援事業所        | 2) 地域包括支援センター     |
| 3) 小規模多機能型居宅介護      | 4) 訪問看護ステーション     |
| 5) 市町村福祉事務所（生活保護担当） | 6) 市町村（生活保護担当を除く） |
| 7) 市町村保健センター        | 8) 保健所            |
| 9) 民生委員             | 10) 社会福祉協議会       |

#### 2. 地域の関係機関（介護保険サービス事業所や地域包括支援センター等）に対し、精神科医療機関の精神保健福祉士として行っている業務について、あてはまる項目に○をしてください。

業務について	必ずしている	時々している	あまり していない	していない
①入院時に担当 PSW になったことを報告する				
②入院前の生活状況・環境等について情報収集する				
③家族面談への同席を要請する				
④入院中の経過を報告する				
⑤ケア会議・カンファレンス等への参加を要請する				
⑥在宅サービス調整時に連絡する				
⑦退院前訪問の時に同席を要請する				
⑧退院後の情報を共有する				

3. 認知症の人（入院、在宅に関わらず）の支援の為に、精神科医療機関と地域の関係機関（介護保険サービス事業所や地域包括支援センター等）と連携を深める必要があります。  
**その連携を阻害する要因①～⑪について、それぞれあてはまる項目に○をしてください。**  
 それ以外の要因と考えられる場合は「⑫その他」の欄に記載してください。

要因について	とても思う	やや思う	あまり 思わない	思わない
①情報提供を依頼しても、個人情報の観点から情報を提供してくれない				
②地域の担当者に連携しようという姿勢が感じられない				
③認知症の人に対する精神科医療機関の役割や機能を理解してもらえない				
④入院中は介護報酬が算定できないため地域の担当者が関われない				
⑤入院中に地域の関係機関から情報提供がない				
⑥入院中に地域の担当者から情報収集をしていない				
⑦通院中に地域の担当者にどのような情報を提供すればいいのかわからない				
⑧地域のどの関係機関と連携すればよいかかわからない				
⑨地域の関係機関の仕事の内容や範囲について、どこまで依頼していいのかわからない				
⑩自身の業務が多忙で連絡できない				
⑪支援の方向性が一致しない				
 ⑪で「とても思う」「やや思う」と回答された方にお聞きします。 どのような時に支援の方向性が一致しないと感じますか？	(自由記述)			
⑫その他 上記以外の要因と考えられる場合、記載してください。	(自由記述)			

IV. 今後、訪問による聞き取り調査を予定しています。ご協力いただける方は下記にご記入ください。

職場名			
担当者		連絡先	
職場所在地 (住所)			

調査項目は以上です。ご協力ありがとうございました。

公益社団法人日本精神保健福祉士協会  
認知症の人の支援に関する実態調査（介護保険サービス事業所等）

# 調 査 票

介護保険サービス事業所及び地域包括支援センター等に勤務する精神保健福祉士の方にお聞きします。

## I. あなた自身のことを教えてください。

あてはまるものに○をつけ、必要に応じて回答をご記入ください。

1	あなたの年齢	1) 20歳代 2) 30歳代 3) 40歳代 4) 50歳代 5) 60歳以上
2	精神保健福祉士としての 経験年数	( ) 年
3	現在の所属機関	1) 地域包括支援センター 2) 居宅介護支援事業所 3) 訪問看護ステーション 4) 認知症対応型共同生活介護 5) 小規模多機能型居宅介護 6) 介護老人福祉施設 7) 介護老人保健施設 8) 介護療養型医療施設 9) その他( )
4	現在の所属機関での職種 (業務上)	1) 精神保健福祉士 2) 社会福祉士 3) 介護支援専門員 4) 生活相談員 5) 支援相談員 6) 介護職 7) 看護師 8) 管理者 9) その他( )
5	現在の所属機関での勤務期間	( ) 年
6	認知症の人との関わりが ありますか？	1) はい 2) いいえ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">→いいえの方は4ページ目の5.へ飛んでください</span>

## II. 認知症の人・家族とのかかわりについて教えてください。

1. 認知症の人とのかかわりの内容①～⑪についてあてはまるものに○をつけてください。  
その他の内容を行っている場合は「⑫その他」の欄に記載してください。

①	身体介護を行っている	1) している 2) していない
②	本人からの生活等に関する相談を受けている	1) している 2) していない
③	生活支援を行っている（なじみの場所等への同行外出等）	1) している 2) していない
④	受診同行等に関する支援を行っている	1) している 2) していない
⑤	ケアプランの作成を行っている	1) している 2) していない
⑥	サービス利用の調整を行っている	1) している 2) していない
⑦	家族からの相談を受けている	1) している 2) していない
⑧	家族との関係調整を行っている	1) している 2) していない
⑨	地域住民からの相談を受けている	1) している 2) していない
⑩	地域住民との関係調整を行っている	1) している 2) していない
⑪	関係機関との連絡・調整を行っている	1) している 2) していない
⑫	その他 (自由記述)	



Ⅲ. 精神科医療機関との連携について教えてください。

1. どのような時に精神科医療が必要だと感じますか。あてはまる番号に○をつけてください。  
1)～4)以外の理由が考えられる場合は「5) その他」の欄に記載してください(複数回答可)。

1) 鑑別診断	2) 周辺症状の改善	3) 身体合併症	4) 服薬調整
5) その他			
( )			

2. 精神科外来通院に関してどのような連携を行っていますか。あてはまる番号に○をつけてください。1)～6)以外の内容が考えられる場合は「7) その他」の欄に記載してください(複数回答可)。

1) 医療機関への情報提供	2) 受診・受療援助	3) 病院職員へ担当者会議への参加要請
4) 主治医意見書等の作成依頼	5) 医療機関からの情報収集	
6) 精神科訪問診療・訪問看護の利用の相談・調整		
7) その他		
( )		

3. 認知症の人が精神科医療機関に入院された後にどのような連携及び支援を行っていますか。  
次の①～⑰についてそれぞれあてはまる項目に1つ○をつけてください。  
その他の内容がある場合は「⑱その他」の欄に記載してください。

業務について	必ずしている	時々実施している	あまり実施していない	実施していない
①入院時の情報提供				
②入院時の情報収集				
③入院中の認知症の人のニーズ把握				
④入院中の家族のニーズ把握				
⑤入院中の家族への心理サポート				
⑥入院中の医療機関での支援計画の作成への協力				
⑦入院中の定期的な情報収集				
⑧入院中のカンファレンスやケア会議への参加				
⑨入院中の主治医からの病状説明時の同席				
⑩入院中の認知症の人、家族への面接時の同席				
⑪入院中の認知症の人との自宅などへの同行外出				
⑫退院に向けての認知症の人との面接時の同席				
⑬退院に向けての家族面接時の同席				
⑭退院に向けてのケア会議・カンファレンスへの参加				
⑮退院前訪問指導実施時の同行				
⑯退院に向けての関係機関との連絡調整				
⑰要介護認定申請の更新時の医療機関への連絡				
⑱その他	(自由記述)			


4. 精神科医療機関に入院した場合に退院が困難になる要因について、あてはまる項目に○をつけてください。その他に考えられるものがある場合、その他（自由記述）の欄に記載してください。

	要因について	とても思う	やや思う	あまり 思わない	思わない
本人 要因	①ADL が低い				
	②身体的な医療依存度が高い				
	③認知症の周辺症状が激しい				
	④認知症の中核症状が激しい				
	⑤経済的に施設入所が困難				
	⑥経済的に在宅生活が困難				
	⑦在宅生活を送るという自信が持てない				
	⑧その他（自由記述）				

	要因について	とても思う	やや思う	あまり 思わない	思わない
家族 要因	⑨認知症の人に身寄りがない				
	⑩家族が高齢である				
	⑪家族が多忙である				
	⑫家族の認知症に関する理解がない				
	⑬在宅生活を送るというイメージが持てない				
	⑭本人との関係性が悪い				
	⑮施設入所に対して消極的である				
	⑯その他（自由記述）				

	要因について	とても思う	やや思う	あまり 思わない	思わない
環境 要因	⑰住環境が整わない				
	⑱施設入所の申し込みをしても入院中は優先度が低くなるため順番が回ってこない				
	⑲在宅生活に必要な医療サービスが少ない				
	⑳在宅生活に必要な福祉サービスが少ない				
	㉑在宅生活に必要な介護サービスが少ない				
	㉒地域住民の受け入れが難しい				
	㉓その他（自由記述）				

5. 認知症の人の支援のために精神科医療機関との連携を深める必要があります。その連携を阻害する要因の①～⑪についてそれぞれあてはまる項目に1つ○をつけてください。それ以外の要因が考えられる場合は「⑫その他」の欄に記載してください。

要因について	とても思う	やや思う	あまり 思わない	思わない
①情報提供を依頼しても個人情報の観点から情報を提供してくれない				
②医療機関の担当者に連携しようとする姿勢が感じられない				
③認知症の人に対する介護保険サービス事業所の役割や機能を理解してもらえない				
④入院中に医療機関の担当者から情報提供がない				
⑤入院中に医療機関の担当者から情報収集をしていない				
⑥入院中は介護報酬が算定できないため関われない				
⑦通院中に医療機関の担当者にどのような情報を提供すればいいのかわからない				
⑧医療機関のどの職種と連携すればよいかかわからない				
⑨医療機関にどこまで依頼していいのかわからない				
⑩自身の業務が多忙で連絡できない				
⑪支援の方向性が一致しない				
 ⑪で「とても思う」「やや思う」と回答された方にお聞きします。どのような時に支援の方向性が一致しないと感じますか。右欄に記載してください。	(自由記述)			
⑫その他 上記以外の要因と考えられる場合、記載してください。	(自由記述)			

IV. 今後、訪問による聞き取り調査を予定しています。ご協力いただける方は下記にご記入ください。

職場名			
担当者		連絡先	
職場所在地 (住所)			

調査項目は以上です。ご協力ありがとうございました。

編集・執筆者

2014・2015 年度高齢精神障害者支援検討委員会

委員長	栄セツコ（桃山学院大学：大阪府）
委員	磯崎朱里（田村病院：和歌山県）
	蔭西 操（南加賀認知症疾患医療センター：石川県）・・・・・・・・・・ IV
	木下淳史（堺第2地域包括支援センター：大阪府）・・・・・・・・ II、III、IV、V
	木下未来（西山病院：京都府）・・・・・・・・・・・・・・・・・・ III
	小下ちえ（浅香山病院：大阪府）・・・・・・・・・・・・・・・・・・ V
	清水美紀（セフィロト病院：滋賀県）
	野原 潤（吉田病院：奈良県）
	野村恭代（大阪市立大学）・・・・・・・・・・・・・・・・・・ I、VI、おわりに
	南さやか（ACT-ひふみ：大阪府）
担当部長	宮部真弥子（谷野呉山病院 脳と心の総合健康センター：富山県）
助言者	荒田 寛（龍谷大学：滋賀県）・・・・・・・・・・・・・・・・・・はじめに
	柏木一恵（浅香山病院：大阪府）・・・・・・・・・・・・・・・・・・ VII

## 委員会活動

活動日	場 所	
①2012年8月11日	キャンパスプラザ京都	(京都府京都市下京区)
②2012年10月6日	浅香山病院	(大阪府堺市堺区)
③2012年12月23日	キャンパスプラザ京都	(京都府京都市下京区)
④2013年3月3日	キャンパスプラザ京都	(京都府京都市下京区)
⑤2013年4月14日	キャンパスプラザ京都	(京都府京都市下京区)
⑥2013年6月1日	龍谷大学大宮校舎	(京都府京都市下京区)
⑦2013年9月29日	龍谷大学大宮校舎	(京都府京都市下京区)
⑧2013年12月14日	龍谷大学大宮校舎	(京都府京都市下京区)
⑨2014年1月25日	龍谷大学大宮校舎	(京都府京都市下京区)
⑩2014年3月21日	キャンパスプラザ京都	(京都府京都市下京区)
⑪2014年5月3日	龍谷大学大宮校舎	(京都府京都市下京区)
⑫2014年7月23日	キャンパスプラザ京都	(京都府京都市下京区)
⑬2014年12月7日	(株)ジャパンライフ新大阪丸ビル新館	(大阪府大阪市東淀川区)
⑭2015年4月19日	(株)ジャパンライフ新大阪丸ビル本館	(大阪府大阪市東淀川区)
⑮2015年7月26日	(株)ジャパンライフ新大阪丸ビル本館	(大阪府大阪市東淀川区)
⑯2015年12月13日	(株)ジャパンライフ新大阪丸ビル新館	(大阪府大阪市東淀川区)
⑰2016年3月27日	(株)ジャパンライフ新大阪丸ビル本館	(大阪府大阪市東淀川区)
認知症ワーキングチーム		
2015年1月15日	浅香山病院 会議室	(大阪府堺市堺区)
2015年2月5日	浅香山病院 会議室	(大阪府堺市堺区)
2015年3月2日	浅香山病院 会議室	(大阪府堺市堺区)
2015年3月27日	浅香山病院 会議室	(大阪府堺市堺区)
2015年6月2日	浅香山病院 会議室	(大阪府堺市堺区)
2015年10月27日	浅香山病院 会議室	(大阪府堺市堺区)
2016年1月28日	(株)ジャパンライフ新大阪丸ビル	(大阪府大阪市東淀川区)
2016年2月23日	(株)ジャパンライフ新大阪丸ビル新館	(大阪府大阪市東淀川区)

---

---

認知症の人への支援のあり方とその課題

～本人主体の支援を目指した連携とは～ 一第一版一

2016（平成 28）年 3 月発行

編集：公益社団法人日本精神保健福祉士協会

高齢精神障害者支援検討委員会（2014・2015 年度）

発行：公益社団法人日本精神保健福祉士協会

〒160-0015 東京都新宿区大京町 23 番地 3 四谷オーキッドビル 7 階

TEL. 03-5366-3152 FAX. 03-5366-2993

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

---

---