

認知症疾患医療センターの専門医療相談に関する アンケート調査報告書

2020年6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

分野別プロジェクト「認知症」

目次

I. はじめに	1
II. 認知症疾患医療センターの専門医療相談に関するアンケート調査報告	2
1. 背景と目的.....	2
2. 調査対象・期間・方法.....	2
3. 調査内容と分析の方法.....	2
4. 倫理的配慮.....	2
5. 調査結果および考察.....	3
【問1. 専門医療相談の体制】	3
【問2. 業務内容】	4
【問3. 鑑別診断後支援】	5
【問4. 専門医療相談を受ける中で感じている課題や困りごとについて】	6
【問5. 専門医療相談以外の業務における課題や困りごと】	9
III. 認知症疾患医療センターにおける精神保健福祉士の現状と課題、期待されている役割、専門性とは？～アンケート調査から見えてきたもの～	14
IV. 今後の課題、取り組むべきこと、解決に向けた提言	17
V. おわりに	18
(資料) アンケート用紙	19

I. はじめに

公益社団法人日本精神保健福祉士協会（以下、本協会）は、2012年より「認知症」について取り上げ、これまでに「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1版」（2016年3月発行）、同じタイトルで聞き取り調査を基にした第2版（2017年12月発行）を報告している。いずれも「連携」が大きな主題であった。2018年に始動した本協会分野別プロジェクト「認知症」（以下、本プロジェクト）は、その流れを汲みつつ、医療と介護の連携の要として期待される認知症疾患医療センター（以下、センター）に焦点を当て、その実態と課題、特に連携の中心となる相談員の実情や問題意識を詳らかにしたいと考えた。意外にもセンター同士の情報交換や研修はかなり限定され、地域によって差はあるが、同じ都道府県であっても他のセンターの実際を知る機会はほとんどなく、研修も相談員を対象にしたものはこれまで皆無に近い。センターについては数多のアンケート調査が行われているが、相談員にスポットを当てたものはなかったと思う。その意味でこのアンケート調査による報告は本協会にしかできないものと言っても過言ではない。また444施設への調査に対し、回収率57%という数字は、本協会の他の調査と比較してもかなり高いものであり、相談員の関心の高さが伺えた。

医療と介護・福祉、地域と病院、多様なネットワークの一翼を担い、認知症の人が地域社会から排除されることなく、自ら望む暮らしを送るための社会資源の一つとして認知症疾患医療センターは機能しなければならない。そしてその役割が十全に機能するかどうかは、相談支援やネットワーク構築を担う精神保健福祉士の質にかかっている。この報告書がセンターに関与するすべての精神保健福祉士や相談員の質の向上、活動に資することを期待したい。

調査にご協力いただいたすべての認知症疾患医療センターの専従相談員の皆様に心より感謝申しあげたい。また北海道砂川市立病院認知症疾患医療センターの内海久美子先生、大辻誠司SWにはアンケートの送付、回収も含め一方ならぬご協力をいただいた。この場を借りて厚く御礼申しあげる。

Ⅱ. 認知症疾患医療センターの専門医療相談に関するアンケート調査報告

1. 背景と目的

認知症疾患医療センターは、認知症の医療提供体制構築の中核と位置づけられており、令和2（2020）年度末までに全国で500か所設置の目標が示されている。受託医療機関は、大学病院、総合病院、単科精神科病院、診療所と様々であるため、運営主体によって専門医療相談を担う職種やその対応に差異はあるのか、地域格差はないのか、質は担保されているのかなど、その実態はほとんど明らかになっていない。本プロジェクトでは、全国のセンターに精神保健福祉士がどの程度の割合で配置されているのか、どのように活動し機能しているのかといった実態を把握し、センターにかかわる精神保健福祉士に期待されている役割や課題を明確化し、共有化することを目的に調査を行った。

2. 調査対象・期間・方法

平成30（2018）年11月1日現在で認知症疾患医療センターに指定されている444施設の専従相談員等を対象に質問紙調査を実施した。調査方法は、郵送調査法を用い、調査期間は平成31（2019）年1月20日から2月20日とした。北海道の砂川市立病院認知症疾患医療センターと本プロジェクトと共同で、①共通アンケート、②認知症疾患医療センターの連携協議会に関するアンケート、③認知症疾患医療センターの専門医療相談に関するアンケートを実施した。この調査票の中で、質問項目を設け、選択式による回答と自由記述による回答を求めた。

調査の結果、254件から回答が得られ、回答率は57%であった。本報告では、③認知症疾患医療センターの専門医療相談に関するアンケートについて報告する。

なお、①共通アンケート、②認知症疾患医療センターの連携協議会に関するアンケートの報告は、令和元（2019）年6月に砂川市立病院認知症疾患医療センターが報告されている。本協会WEBサイトの「報告書等／ダウンロード」にある『認知症疾患医療センターに関する共同アンケートの調査結果報告』（注1）を参照されたい。

（注1）[http:// www. japsw. or. jp/ugoki/hokokusyo/201906. html](http://www.japsw.or.jp/ugoki/hokokusyo/201906.html)

3. 調査内容と分析の方法

③認知症疾患医療センターの専門医療相談に関するアンケートの内容は、専門医療相談を行っている人員体制、業務内容、診断後支援を行っているかどうか、専門医療相談を受ける中で感じている課題や困りごと、専門医療相談以外の業務における課題や困りごと、認知症疾患医療センターの相談員として今後受けてみたい研修についての質問項目を設け、主に自由記述による回答を求めた。得られた回答について、項目ごとに分担し質的分析を行った。

（※質問紙の内容は参考資料に示す）

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にのみ結果を使用することを文書に

明記した。

5. 調査結果および考察

【問1. 専門医療相談の体制】

回答のあったセンターに所属する相談の対応をする職員のうち、専従相談員とその他の相談員に分類した。専従相談員とその他の相談員の割合（図1）は、専従相談員が47.5%、その他の相談員が52.5%という結果であった。後述の問2の結果のとおり、センター相談員の業務は多岐にわたり、専従相談員のみでは対応できず、半数以上が専任・兼務といった立場の相談員がセンターの業務に携わっていることがわかる。

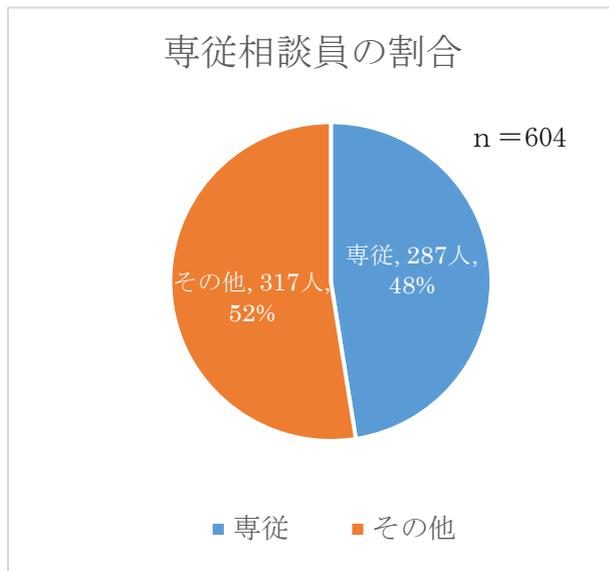


図1

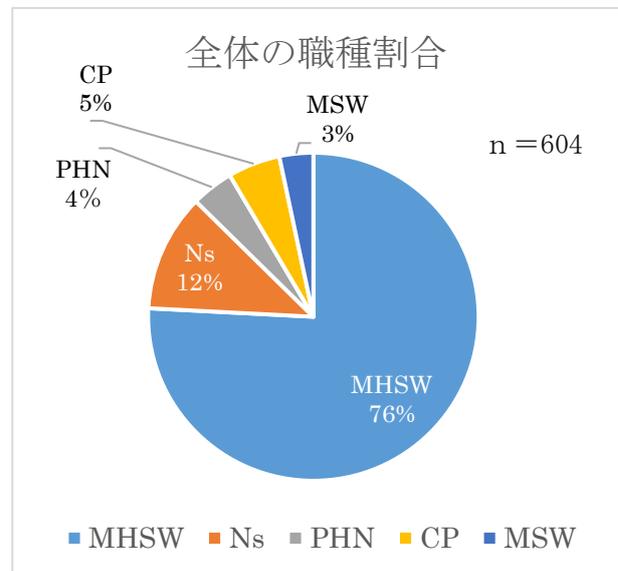


図2

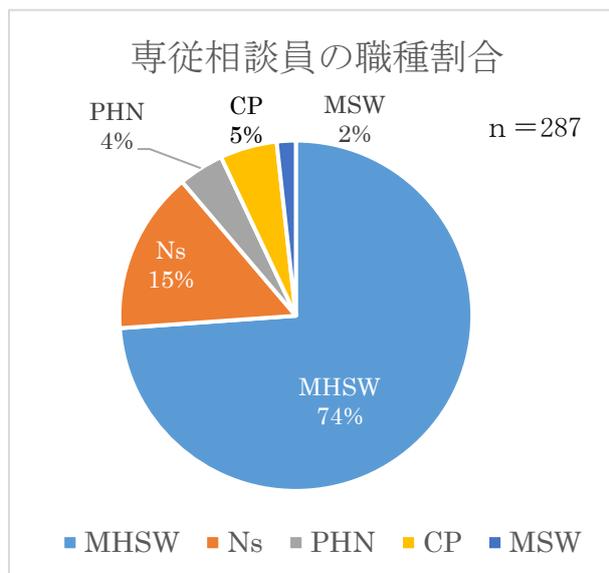


図3

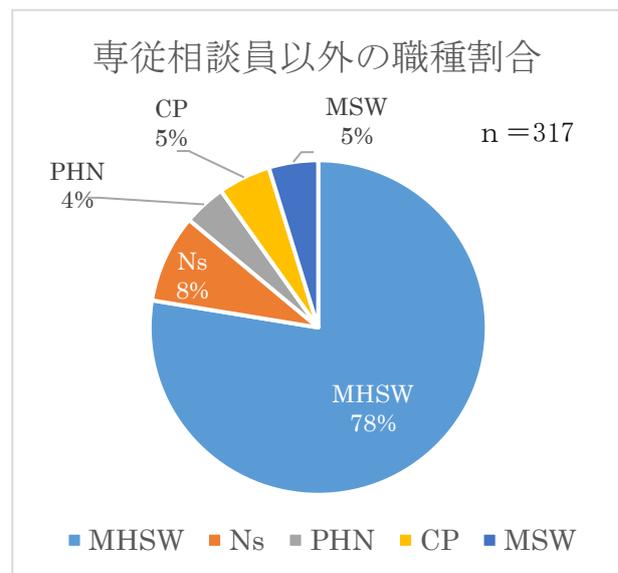
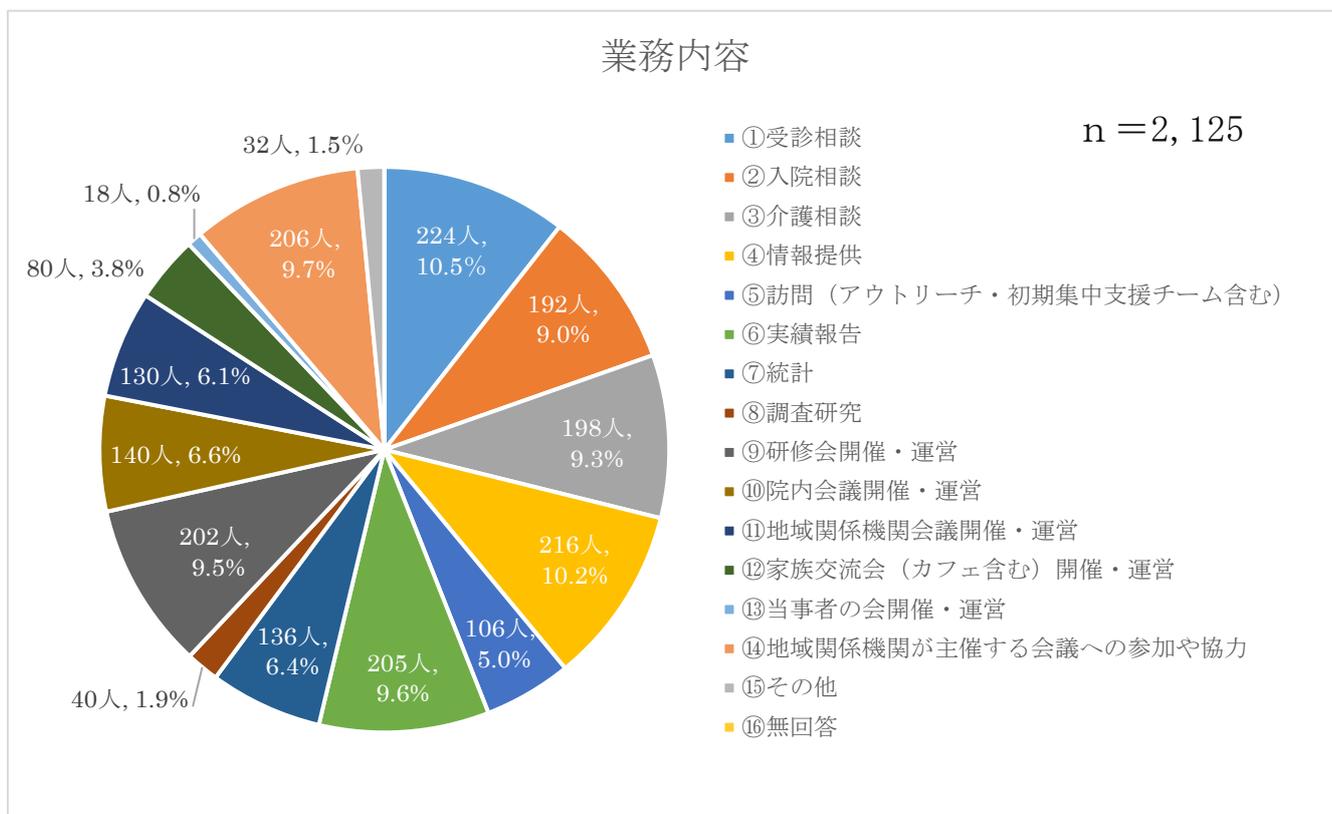


図4

専従の相談員を職種別（図3）にみると、精神保健福祉士（MHSW）が73.9%、次いで看護師（Ns）が15.0%と回答している。全体の職種別割合（図2）とほぼ同様の結果であった。

専従相談員以外の職種割合（図4）は、精神保健福祉士が77.6%、看護師が8.5%、保健師（PHN）が4.1%、臨床心理技術者（CP）が5.0%、社会福祉士（MSW）が4.7%となっており、専従相談員の精神保健福祉士のサポートを複数の精神保健福祉士が担っている体制が多い傾向であった。また、自由記述に医師が専門医療相談を行っているという回答もあり、医師が診察時に生活障害やケアの方法等の相談に乗る場合や診断前支援時に精神保健福祉士等が把握した情報を医師へ伝え、診察時に対応している場合が考えられる。

【問2. 業務内容】

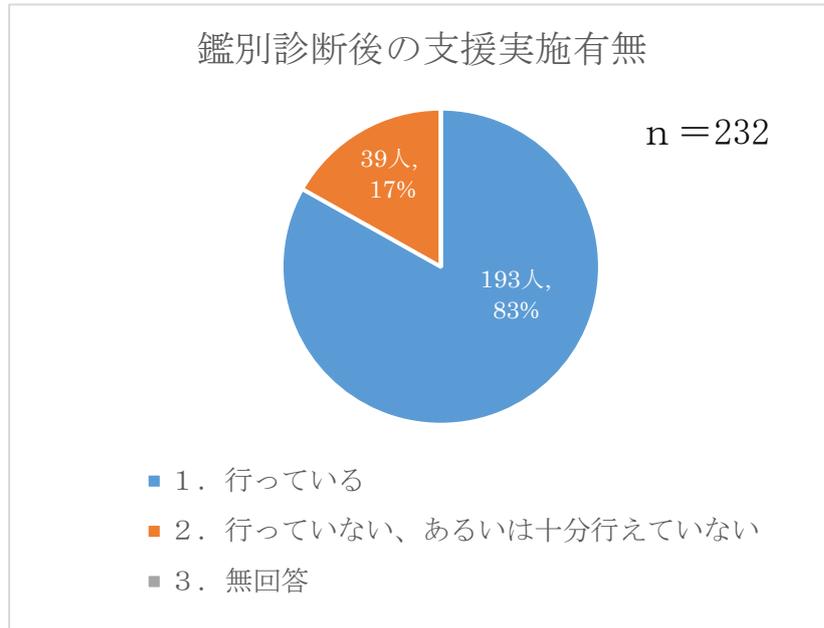


①受診相談が10.5%、④情報提供が10.2%、⑭地域関係機関が主催する会議への参加や協力が9.7%と続いている。偏りはなく、個別支援から講演会の開催、会議の参加など、幅広い業務が行われている。

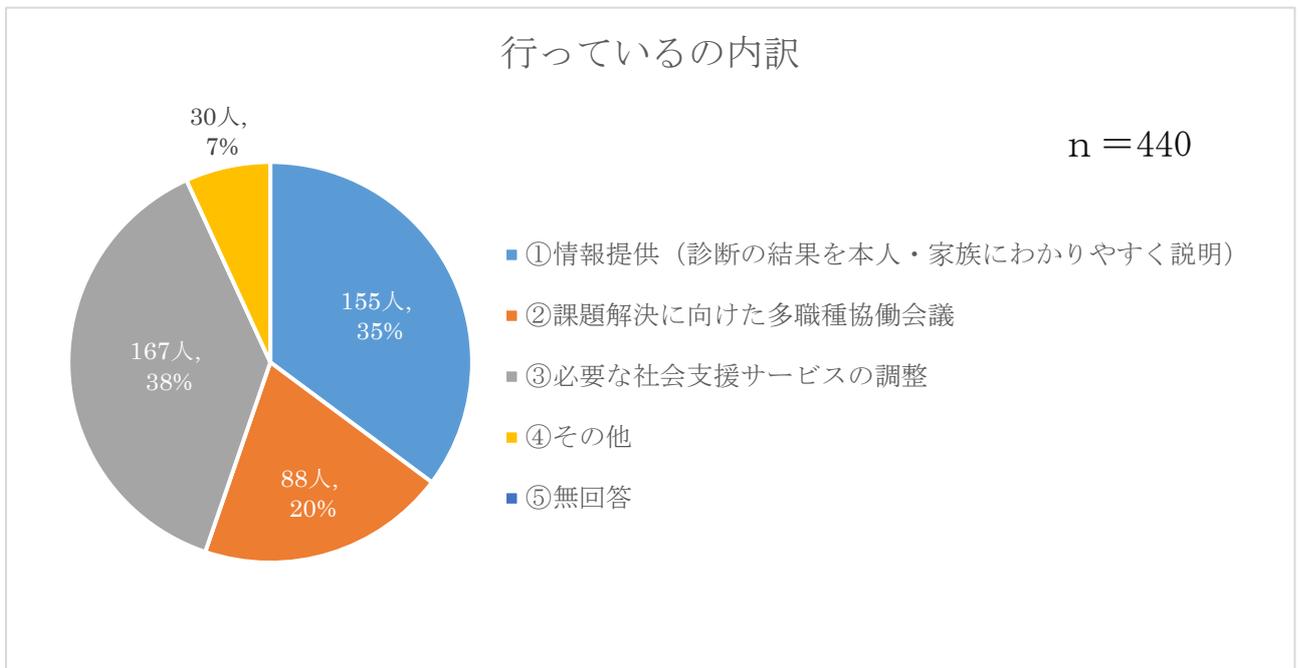
●業務内容その他回答例

サポーター養成講座、退院支援、認知症ケアチーム、精神科リエゾンチームへの参加等

【問3. 鑑別診断後支援】



鑑別診断後支援は、全体の83.1%が行っていると回答している。



③必要な社会支援サービスの調整が38.0%、①情報提供（診断の結果を本人・家族にわかりやすく説明）が35.2%、②課題解決に向けた多職種協働会議が20.0%と続いている。

●行っているその他回答例

認知症連携パスを用いてかかりつけ医との連携、地域包括支援センター等との同行訪問等

【問4. 専門医療相談を受ける中で感じている課題や困りごとについて】

(本人・家族に関すること)

本人・家族に関しての専門医療相談を受ける中で感じている課題や困りごとは、大きく3つに分類することができた。第1は支援者側の課題、第2は家族に関すること、第3は本人に関することである。

第1の支援者側の課題は、①診断後支援が不十分である、②若年者・軽症者支援メニューが少ない、③本人の声を聞いていない、といったことである。①には「業務が多忙で最低限のことしか手が回らず、診断後の情報提供や支援が十分にできていない」「診断結果をその後の生活、ケアに活かせるよう支援することが重要と考えるが、十分に対応できていない」、②には「早期診断後の若年者・軽症者への支援メニューが少ない」「介護保険以外のサービスの種類が少なく、提案の幅が限られる」「インフォーマルな支援が少ない」、③には「家族の声はよく聞くが、本人の声を聞く場がなかなか取れない」「家族の意向優先の支援となってしまうっており、本人の意向を反映した支援ができていない」「本人と家族と別々で面談が必要だと思うができていない」などの内容が挙げられた。

第2の家族に関することは、①家族事情、家族単位で複合的な課題を抱えている、②家族の理解・協力が得られない、③家族間で意見の不一致がある、といったことである。①には、「独居や高齢者のみの世帯、家族がいても遠方に住んでおり関係性が希薄な場合など、本人の症状や生活状況に関する正確な情報収集が難しく、問題の発見が遅れがち」「家族の経済的問題や家族が認知症や精神疾患を患っている」、②には「家族の認知症に対する理解が乏しい場合、支援の必要性を理解してもらえず介入が難しい」「家族の認識不足や支援協力が得られないなどにより本人の症状を悪化させてしまう場合がある」、③には「家族間で情報共有や意向統一がなされていなかったり、キーパーソンが固定されておらずその時々で家族の意見が異なる」「本人と家族の意向が違ったり、家族間での意見の相違がある」、といった内容が挙げられている。

第3の本人に関することは、①受診拒否・治療中断している事例への支援、②BPSD増悪や重度化してから受診する事例への対応、③運転免許に関する相談への対応、といったことである。①には「本人が受診を拒否していて、診断ができずその後の支援につなげられない」「受診に繋がっても、理解・協力が得られずに治療を中断してしまったり、支援介入を拒否される」「精神科に対する敷居が高かったりイメージが悪かったりしてスムーズな受診につながらない」、②には「未治療・未診断で認知症がかなり進行してからの受診」「もの盗られ妄想・徘徊など症状がひどくなってから相談・受診」「暴言・暴力などで早急な対応を求められるが、予約待機がありすぐの対応が難しい」、③には「運転免許更新時の診断書の依頼に本人が一人で運転して来院するなど、本人・家族が認知症かもしれないという認識が薄い」「鑑別診断結果に納得されない場合があり、周りが苦慮する」「地域がら車がないと生活に支障をきたすため、運転免許返納後のフォローがないとスムーズな返納に至りにくい」などといった内容が挙げられた。

《考察》

診断後支援の重要性を理解しつつも、人員不足や業務多忙な現状から思うような支援ができないという相談員の苦悩がみてとれた。また、家族が抱える様々な事情をアセスメントし、家族の意向を聴くといったことを相談員が重要視していることが伺える。その一方で、本人主体の視点や自己決定を尊重したかかわりが十分できていないことに相談員がジレンマを感じていることもみてとれた。

受診拒否や治療中断、支援介入拒否といった事例への対応に悩む声も多くあり、そういった事例には待ちの姿勢では限界があり、積極的なアウトリーチ支援の必要性があると考えます。また、運転免許返納後の生活を支援する体制の充実といった課題も浮かび上がった。

(職場内に関すること)

職場内に関しての専門医療相談を受ける中で感じている課題や困りごとは、大きく4つに分類することができた。第1はセンター相談員の業務過多の問題、第2は院内連携に関する課題、第3は相談員の対応力・質の問題、第4はセンターの体制の問題である。

第1のセンター相談員の業務過多の問題は、①センター業務が多忙を極め専従一人体制では対応しきれない、②人手不足のため母体機関の他業務との兼務を行なっている、といったことである。①には「相談が集中した時や休みの場合のピンチヒッターがいないため対応できない」「相談対応に追われ、実績報告のための集計や記録処理といった事務作業は後回しとなり業務時間内に行なうことが難しく負担が大きい」「取り組むべき業務・課題が多岐にわたるため、人員体制の見直しが必要」、②には「センター専従配置だが、人手不足で母体機関の他業務と実質兼務で行なっているため、支援の必要性を感じていても対応が行き届かない」「実質兼務状態のため、センターの業務や運営に満足に携われない」といった内容が挙げられた。

第2の院内連携に関する課題には、「センターの機能・役割について院内周知が不十分である」「医療連携室、相談室、センターなど複数の相談窓口がある中で、認知症相談と一般の精神疾患相談との線引きが難しいケースもあり、丁寧な引き継ぎ、申し送り、連携が必要」「多職種それぞれの専門性を活かした相談対応やかかわりができるよう連携が必要」「対応困難な時や判断に迷う時にチームで検討するなど相談できる体制作りが必要」といった内容が挙げられた。

第3の相談員の対応力・質の問題には、「相談員の職種、知識や経験、力量によって支援できる内容が変わってくるため、すべての職員が同じ水準で支援することが難しい」「相談員としてのスキルをどのようにあげていくかが課題」「人員不足で業務も多忙な中、困難ケースも増加しており、一つひとつの相談に時間を要する。担う業務量の多さや相談員の心身への負担増大から対応の質が落ちないか心配」といった内容が含まれている。

第4のセンターの体制の問題には、「専門医療相談専用の相談室が少なく適宜相談に乗れる環境が十分整備されていない、MRI・SPECT・心理検査室がない、といった設備の不備がある」「BPSDがあっても早期介入を要する場合でも、予約が混み合っていてすぐの受診が難しいなど緊急受診や入院の対応ができない」「専従医師や看護師が不在である、あるいは職員が非常勤であるなど、活動体制が脆弱である」といった物理的な問題や人員配置の不備が指摘されている。

《考察》

業務過多、人手不足を訴える声が非常に多くあり、専従一人体制ではセンターの業務に対応しきれないため、母体機関の複数の相談員の応援体制を敷いて対応しているというセンターが多く見られた。中には母体機関の人手不足によって母体機関の業務を兼務している専従相談員がいるなど人員体制上の問題が明らかとなった。こうした実情から、職場内他部署との連携に問題が生じたり相談員の対応力・質の問題にも大きな影響が出ていると考えられる。

(関係機関に関すること)

関係機関に関して専門医療相談を受ける中で感じている課題や困りごとは、大きく4つに分類することができた。第1は地域支援者の力量に差があること、第2は地域支援者との連携が十分にできていないこと、第3は実際のセンター機能に対し関係機関が期待する内容にズレがあること、第4はセンターを含む地域社会資源の活用に関することである。

第1の地域支援者の力量に差があることについては、「地域ごとの包括支援センターの支援に対する姿勢や協力度合いに温度差がある」「自治体や機関によって利用できる社会資源や問題解決の力量に差異がある」「地域支援者のスキルアップ、専門性の向上に寄与することが課題」といった内容が挙げられている。

第2の地域支援者との連携が十分にできていないことについては、「圏域内に20か所以上の包括支援センターがあり、なかなか深いつながり、連携が取れない」「相互理解が十分にできていないことも多く、思うような連携ができないことがある」「関係機関に情報提供をおこなってもその後の経過や状況の連絡がなく支援が途切れてしまうことがある」「診断後支援にかかわる情報共有方法について模索している」といった内容が挙げられる。

第3の実際のセンター機能と関係機関がセンターに期待する内容にズレがあることについては、①安易に精神科入院を希望されること、②センターへの期待が過大であること、③センター（医療機関）に丸投げ、といったことである。①には「独居で何か問題があると、安易に入院検討にあげられてしまうなど保護的・社会的入院の場として期待される」「精神科閉鎖病棟に入院するということがどういうことかの認識が十分でない」、②には「市町村からセンターへの期待が大きく、地域づくりから個別フォローまで求められるが圏域が広く対応しきれない」「地域関係機関から求められていることと、センターで対応・支援できることとの乖離があり、対応に窮する」「対応方法次第で解決できるような場合でも、薬物療法による対応を求められるなど医療に対する過度な期待があり困惑する」、③には「受診（入院）すれば後はセンターにお任せとなってしまう機関がある」「困難ケースなど、センターに丸投げとなり主体的にかかわらなくなる場合があり連携が取りづらい」などが挙げられた。

第4のセンターを含む地域社会資源の活用に関することについては、①若年者・軽症者の支援メニューが少ない、②センターやサポート医の周知が不十分、といったことである。①には「若年性認知症の人が利用できるサービスや居場所などが少ない、つなげられる場所があるとよい」「MCIまたは軽度認知症の方が参加できる場所や利用できる資源が少ない」「既存の地域社会資源を有効に活用できないか検討が必要」、②には「地域の中でセンターの機能・役割が十分に知られていない。認知症の相談窓口としての認知不足」「同じ圏域内であっても近場と遠方では相談件数にかなり差があるため周知の必要性を感じている」「認知症サポート医の周知が不十分、もっと有効に活用できる余地があるのではないか」といった内容が挙げられた。

《考察》

センターが地域の関係機関に対して期待している役割と実際の乖離、また地域の関係機関がセンターに対して期待している役割と実際の乖離が、上記のような「課題」として表現されていると考えられる。「課題」の解決、乖離の解消のためには、それぞれがその地域の中で果たすべき役割は何かを理解し、役割を遂行できるよう努めること、相互理解を促進することが重要であると考えられる。地域の関係機関と勉強会を開催したり、定期的な協議の場を持つなど、相互理解を深めるための手立てを講じる必要がある。

【問5. 専門医療相談以外の業務における課題や困りごと】

(受診・入院に関すること)

受診・入院に関する課題や困りごとに関しては、大きく3つに分類することができた。第1は支援者側の課題、第2は本人や家族に関する課題、第3は地域の課題によるものである。

第1の支援者側の課題は、受け入れ側のセンターや診療体制の問題と読み替えることも可能である。①「初診までの待機期間が長い」とする理由には、「診る医師が1人しかいない」「診断依頼が多く、相談から受診までの待機が長くなる」「受診後入院ができる医療機関が少ないのも理由」「2～3か月待ちもある」「BPSDなどで入院を急ぐケースを優先せざるを得ない」、②「地域でBPSDへの対応のため入院も想定され急を要する対応が困難」とする理由には、「施設での不適応」「自院では入院病床がないため他の精神科病院を当たるが受け入れが難しい」「完全予約制のため受け入れができない」、③「病院や入院環境、窓口対応などの体制に課題がある」とする理由には、「診察医が少ない、または協力が得られない」「入院病床がない、または少ない」「満床状態で受け入れできない」「精神科単科であるため身体疾患が診られない」「内科などの他科との連携が希薄」「紹介状が無いと受付できない」「BPSDが激しいと診られない」「入院調整に時間がかかる」「相談時の情報収集に時間がかかったり、入院判断に迷うなど窓口をつとめる相談員の質の問題」等の理由が挙げられた。なお、上記のいずれにも共通して「マンパワー不足」の課題が含まれる。

第2の本人や家族に関する課題は、①「入院を希望する家族側に同意者がいない」「病状ではなく家族のレスパイト目的」「家族からの介入拒否」「本人の受診拒否」、②「独居高齢者や認知症夫婦世帯など、早期発見し受診につなげるべき対象者がつながらない」「初診が実っても治療が中断してしまう」等が挙げられた。

第3の地域の課題によるものについては、①地域関係機関の対応力に関する課題として「身体合併症とBPSDの両方を診られる病院が少ない」「受け入れ施設や窓口が少ない」「身体合併症があるため受け入れ先が少ない」とする受け入れ病院や施設等の社会資源に関する課題、②啓発や連携に関する課題として「BPSDなどへの理解」「精神科病院への偏見や敷居の高さ」「情報提供や連携」「家族との連携」とともに「センターや精神科病院に対する理解不足」や「行政や包括は入院させたいと丸投げ。その後身を引くため連携できない」「目的不明の受診や入院ありきの相談」等の課題が含まれるほか、「老健の薬価の問題」等の理由で退院支援の妨げとなり入院が長期化するなどの課題もあった。

《考察》

センターが担う大きな役割の一つが「受診・診断」である。受け皿としての相談体制や診療体制の課題が明らかとなった。また入院施設の有無、身体合併症の診療体制の有無や対応力、BPSDへの対応力によって差があることも顕在化した。当事者や家族から発せられるニーズに対して、地域関係機関の質的量的確保も課題であり、地域の実情に合わせた連携も喫緊の課題であることが分かった。期待されている役割を果たしていくには、センター自身が抱えるマンパワーや質的充足への課題克服とともに、当事者や家族、支援者などそれぞれに置かれた実情を把握し、地域全体で課題を検証したり、課題解決に向けた顔が見えるつながりが必要と考える。合わせて、圏域を越えたセンターの相談員レベルでの交流や学びの機会が、身近な課題解決の糸口につながるのではないかと考える。

(主催研修に関すること)

主催研修に関しての課題や困りごとは、大きく3つに分類することができた。第1は主催研修における企画にかかること、第2は主催研修における運営にかかること、第3は開催結果から導かれたことによるものである。

第1の企画にかかる課題等は、①テーマに困る理由として「テーマを決めるのに毎回悩む」「ニーズに合わせて開催ができない、リサーチの余裕がない」「他で行われている研修も多く、そのすみわけや開催設定の難しさ」「市民向け研修には多くの参加者を期待して開催頻度も増やしたい」、②講師選定に困るとする理由には「講師の選定の難しさ」「事例提供者が見つからない」、③会場や開催頻度への課題には「企画が遅れると場所が限られる」「年2回が限界」「できれば開催を増やしたい」「他のセンターとの共催」、④財源に関する課題には「財源が足りず人材を増やせない」「財源を考えると会場や講師料を控えざるを得ない」、などが挙げられている。

第2の運営にかかる課題等は、①人材不足である理由として「人が足りない」「日常業務をするだけで精いっぱい」「ほぼ専従職員1人で行っている」、②運営への準備や規模に関しては「小さな精神科単科病院では小規模な開催で限界」「準備に時間がかかり、時間外で準備している」「ニーズの把握が必要」「他のセンターのことを知りたい」、などといったことが挙げられた。

第3の開催結果から導かれた課題等は、①参加者が少ない理由として「毎回参加者が減少」「他の研修と内容が似ているためか減少」「ケアマネジャーなどキーとなる職種の参加が少ない」「訪問して開催案内している」「募集に苦慮」、②医師の参加に関することとして「医師の参加が少ない」「かかりつけ医やサポート医を対象とした研修参加が少ない」「医師のための研修調整に苦慮している」「医師に対しては県単位での開催が必要」「医師会との連携が必要」、③事業自体がマンネリ化、④客層の固定化、なども理由として挙げられた。

《考察》

センターが担う認知症支援は、近年ますます需要の高まりとともに、ニーズや治療、介護の状況に合わせた様々な変化と向き合う状況にある。それらに呼応するように、センターの役割とともに「地域」に視点を置いた様々な課題や問題を研修として具現化していくためには、組織としての価値や連帯力、財源と時間・マンパワー、ニーズに合わせた個別化の対応や企画力などが求められる。このたびの回答では「市民向け研修を増やしたい」「医師やケアマネジャーなど多職種が多く参加してもらえる研修を開催したい」などの希望が見られた。これらに対応していくには前述の課題が山積していることが明らかとなった。特に財政的課題が大きいと思われ、センターを運営する各法人の自助努力だけでは困難を極めており、制度的・財政的支援が切に求められる状況にある。また様々な実践を共有する機会や運営手法、企画実践力を担保していくための現場力を高める学びや交流の機会が必要と思われる。

(外部団体への協力に関すること)

外部団体への協力に関しての課題や困りごとは、5つに分類することができた。第1は個別支援上での困難、第2はセンター自体の問題、第3は関係機関からの要請回数と内容の問題、第4は地域医療・福祉体制の問題、第5は連携を行う上で重要な点についてである。

第1の個別支援上での困難は、「医療機関に対して過度に期待している傾向がある」「状態把握できていない職員が付き添い、何に困っているか不明」「認知症とつけば何でも相談のようになっ

ている部分もある」「入院すると関わりを持たなくしようとされる場合がある」といった内容が含まれる。

第2のセンター自体の問題は、①対応圏域範囲の問題、②センター及び母体機関の業務で飽和状態、といったことがある。①には、「管轄圏域が広すぎて遠方の市町村との連携が取りにくい」「広い医療圏なので、すべての要望に協力することが難しい」といった内容が含まれる。②には、「積極的に協力したいのだが、院内業務で手一杯」「院内業務で手一杯であり、なかなか外部団体への実践的協力が行えていない」といった内容が含まれる。

第3の関係機関からの要請回数と内容の問題は、①参集依頼の多さや時間帯による負担が大きい、②参集される理由が曖昧なことがある、といったことがある。①には、「色々な研修会などそれぞれで行われているため、回数的に負担大きい」「夜の時間帯や休日出勤が多く手配に苦慮する」といった内容が含まれる。②には、「参加してほしいという要請はあるが、センターの名前だけで参加を求められ、その会議で参加の意味合いが曖昧なことがある」「本当に呼んで欲しいところからは声がかからない。しかし、かかりすぎても全てに行くことができない」といった内容が含まれる。

第4の地域医療・福祉体制の問題は、「地域の患者さんは地域の病院で診てあげてほしい。遠方へと追いやらないでほしい」「家族の会の参加者が多くなり紹介できなくなってきている」といった内容が含まれる。

第5の連携を行う上での重要な点は、「普及啓発していく上では医療・保健・福祉・介護以外の分野との連携が必要と考えているが理解を得ていくには多くの時間が必要となる」「お互い連携して様々な形で支援できるように国としてももう少し医師会、行政に働きかけてほしい」「協力できることであれば極力協力するようにしている」といった内容が挙げられた。

《考察》

回答からは個別支援、機関間連携、研修においても、センターの機能・役割に関する認識が、利用者や関係機関とセンターで差があることが読み取れる。利用者側からするとセンターが専門医療機関であることの安心感や、なんでも相談できる、なんとかしてもらえという期待があるが、センター側からするとかかりつけ医等地域医療機関や福祉・介護領域の機関にもともに担ってほしいという思いがある。

また、関係機関からの参集依頼も多く、参加しきれない現状や場所によっては対応圏域が広いという問題も上乘せされてしまっている状況が分かる。そういった中でも可能な限り協力を行っているものの、多くのセンター相談員がやりきれなさを抱きながらの実践を行っている様子が読み取れた。

外部団体への協力においても人員不足は課題となっている。しかし、すべての要請に応えられる程の潤沢な人員確保は難しく、地域づくりの観点からも、地域性や状況を踏まえた各機関の役割や機能について協議を重ね、全体で有機的な連携の創出について考えていく必要性も感じられる。

(事務処理に関すること)

事務処理に関する課題や困りごとは、2つに分類することができた。第1は統計作業を中心とした事務作業に関する負担について、第2は事務作業に関する人員不足についてである。

第1の統計作業を中心とした事務作業に関する負担については、国や都道府県から求められる

鑑別診断や相談内容に関するデータが細かく集計に時間が多く、年度内に統計に必要なデータ内容を変更されることが多く遡って診療録や相談記録を見直す手間がかかる、統計データを含めた書類の提出期限が短い、といったことに負担を感じているという意見が最も多かった。また、統計項目についても解釈に迷うものや意図がわかりづらいものがあり、解釈の統一や解釈のずれが生じるリスクの軽減と事務処理の負担の軽減のためのシステムの導入を望む意見もあった。

第2の事務作業に関する人員不足については、センター専任の事務職の配置がない、専従の精神保健福祉士が相談対応や受診調整等をしながらデータの集計やその他の事務処理を担っているため負担が増大している、といった意見が多かった。

《考察》

これらの課題から、そもそもの人員配置が少ない中で、相談内容が多岐にわたっており、精神保健福祉士の本来の業務である相談支援に多くの時間を要しているにもかかわらず、それにプラスしたデータの集計や統計作業がかなりの負担になっている現状があると考えられる。統計作業については第1の課題にあがっている統計内容が年度内に変更されることで遡ってデータを集計しなければならない状況がさらに精神保健福祉士の負担を増大させている要因の1つである。毎年のように変更、追加される統計内容については年度初めには統計内容を提示するように国及び都道府県に依頼すること、統計作業にはかなりの時間を要するため提出期限を長くすること、統計方法の解釈を明確にすることが必要であると考え。また、統計作業を含めた事務処理の中には専門職である精神保健福祉士が担うべき内容や項目もあると考え、事務職との役割分担ができる内容も多いため、センター専任の事務職員の配置をした場合には加算をつけるなどの措置が必要であると考え。

(認知症疾患医療センター運営体制に関すること)

認知症疾患医療センターの運営体制に関する課題や困りごとは、4つに分類することができた。第1は人員不足について、第2は求められる業務内容を考えると委託費が少ないこと、第3はセンター内外の連携について、第4は母体病院内の他スタッフの理解不足、病院全体の協力が得られにくいといった課題である。

最も意見が多かった第1の人員不足については、相談支援や受診調整、他機関との連携、地域などへの発信といった本来の役割以外に認知症初期集中支援チーム等の役割を担っているセンターも多く、そのためより業務が煩雑になり人員不足の課題が大きくなっている背景がある。

第2の求められる業務内容を考えると委託費が少ないという課題については、委託費が少ないため人員が増員できないといった意見も大半を占めたが、研修や啓発普及等に係る費用が捻出できない等、本来センターとして果たすべき役割を担うことを考えれば、そのためにもより委託費の増額を求めたいという状況も見受けられた。委託費の運用についても備品費や研修参加費が認められない点について、センターとしての質の向上や必要な備品の整備に支障があるといった意見もあった。

第3のセンター内外の連携については、専従職員と兼務職員との情報共有や役割分担を行うことが難しいといった意見や圏域の関係機関との物質的な距離があるため連携が図りにくいといった意見があった。その他、市町村の担当職員の変更時に引継ぎが適切になされていない等の意見があった。

第4の母体病院内の他スタッフの理解不足、病院全体の協力が得られにくいという課題については、人員不足の中で他部署の協力を得たいが、センターの役割の理解不足や他部署との連携不足等から協力を得ることが難しいといった意見があった。また、専門医をはじめとする人員の異動が短期間で行われることで職員の負担が増大するという意見もあった。赤字事業という意見もあったことから、委託費の少なさが理解・協力が得られにくい背景の一つにあると考えられる。

《考察》

センターの運営体制に関する項目についての課題や困りごとを4点あげた。第1の人員不足や第2の委託費の少なさ等による業務量過多や第4の病院内での理解及び協力不足、センターとして果たすべき役割が十分に担えていないと職員が感じることにより、職員のモチベーションに影響を与えているという意見が少なからずみられたことについては、センターの質の向上を考える上では解決すべき課題であると考ええる。

委託費の増額が実現することにより、「人員不足」「母体病院内の他スタッフの理解不足、病院全体の協力が得られにくい」「職員のモチベーションの向上」という課題の解消や改善につながり、また、委託費の柔軟な運用が可能となることで、研修等の活動内容の拡大及び充実、研修参加機会の増大による職員の質の向上が図られると考える。そのためには、センターが圏域内で担っている業務実態の説明や要望を行い、その質的な評価が適切に行われる場や機会を行政（国や都道府県、政令指定都市）に対し求めていく必要がある。

Ⅲ. 認知症疾患医療センターにおける精神保健福祉士の現状と課題、期待されている役割、専門性とは？ ～アンケート調査から見てきたもの～

認知症疾患医療センターは「保健医療・介護関係機関と連携を図りながら、認知症疾患に対する鑑別診断とその初期対応、周辺症状と身体合併症の急性期治療に関する対応、専門医療相談等を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者への研修等を行う。また、必要に応じて診断後等の日常生活支援を実施することにより、地域において認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療を提供できる機能体制の構築を図ることを目的とする」とされている。平成31(2019)年に、従前からある「専門的医療機能」「地域連携拠点機能」に「日常生活支援機能」が新たに加えられ、センターの3本柱となっている。今回の調査結果から、センターの精神保健福祉士の現状と期待されている役割や専門性について、この3つの観点から整理してみた。

「専門的医療機能」

専門医療相談の人員体制を職種別でみると、精神保健福祉士が専従相談員の73.9%、専従でない(専任・兼務)相談員も77.6%を占めている。このことから専従相談員である精神保健福祉士のサポートを複数の精神保健福祉士が担っている体制が多いことが明らかであり、全国的に精神保健福祉士が専門医療相談の中心的役割を担っていることがわかった。

また、実際に専門医療相談に従事している相談員のうち専従相談員は47.5%、専従でない(専任・兼務)相談員が52.5%という結果であった。このことは、センターの業務内容が個別支援から講演会等の企画運営、地域関係機関主催の会議への参加、実績報告のための統計事務など非常に多岐にわたるため、専従相談員一人体制では対応できず、半数以上が専従でない専任・兼務といった立場の相談員がセンター業務を担っている実状をあらわしている。現在の実施要綱にも、「医療相談室に精神保健福祉士又は保健師等が2名以上配置されていること」「なお、1名は常勤専従、他の1名は専任で医療相談室の他の業務を担当すること」「ただし、地域包括支援センターとの連絡調整業務に限り、精神保健福祉士又は保健師等を補助する専従職員を配置することができる」と記載があり、従来の専従一人体制では業務が回らない実状を反映し、このような人員配置の変更がなされたと考えられる。しかし、自治体から支払われる委託料では十分な人員の確保ができず、業務過多は解消されていない。

相談員は、初期診断、鑑別診断の入り口部分ともいえる診断前支援の重要な役割を担っている。相談者は、本人、家族、近隣住民、地域の医療・介護関係者など様々で、その立場に合った対応が必要となる。相談者の心配や不安を傾聴し、その中から本人が置かれている環境(家族状況や生活状況)を丁寧に聴取し、その上で的確にアセスメントして、自施設で対応できる案件なのか、関係機関と連携して進めるべき案件なのか、また、身体疾患が優先される場合や虐待が疑われる場合など、緊急性の判断も求められ、診断前支援は重要かつ高い専門性が必要である。受診までに待機期間がある場合も少なくなく、身体疾患増悪の可能性が懸念される場合には、該当身体科の受診を促す見極めも必要である。また、明らかに生活障害が顕著で、医療に繋がったとしてもすぐに解決が見込めない相談を受けた場合には、地域包括支援センター等と連携して、自宅訪問の依頼をしたり、初期集中支援チームへの介入依頼を行ったりするなど、地域の社会資源を十分に把握した上で、その状況に応じた適切な連携先の選択と対応策の提案ができることも必要な役割といえる。

調査結果では、近隣トラブルや多問題事例など、地域住民や地域の関係機関の方針が優先され、本人や家族が望む支援展開とならない現状が少なからず伺えた。精神保健福祉士として最も重要な視点は、本人主体を起点とした支援策であるはずなのだが、既述のとおり、業務過多な現状で個別ケースに時間を確保できず、事例に十分に向き合えていない可能性が考えられる。認知症の人が、住み慣れた地域でその人らしく暮らしていけるよう支援するには、医療の視点だけではなく、認知症の人を生活の主体者にとらえることと、その人の生活の背景や全体状況を理解する視点が欠かせない。そういった視点を持ち、支援を展開できるのが精神保健福祉士の強みであり、専門性であると考えられる。

センターの設置は、全国 500 か所の目標に近づいてきている。しかし、受診につながるまでに長ければ3か月以上に及ぶところもある。待機期間が解消されるに越したことはないが、診断前支援の段階で、相談者の不安の軽減や問題の整理、医療に繋がらなくても受けられる支援の提案や情報提供など、診断前支援において相談員が果たす役割は大きいと考える。

「地域連携拠点機能」

地域連携拠点機能として、認知症疾患医療連携協議会の設置及び運営、研修会の開催がうたわれている。

調査結果からは、研修会開催に関する現場の悩みや実状がみえた。挙げられたのは、研修テーマや講師、会場の選定、他で行われている研修とのすみわけ、日程調整といった企画にかかる課題のほか、運営に必要な人員の不足、財源確保などである。研修会の準備や開催は、相談業務を行いながら進められるため、負担がかなり大きいという回答が多くみられた。その状況下で開催された研修会では、集客に苦労したり、ターゲットとなる職種の参加が見込めなかったり、参加者が固定化するなど課題が多く、研修事業そのものの見直しを求める意見もみられた。

センターに求められる研修は、地域の実情に合い、かつ、専門性の高い研修である。本調査では、主に専従相談員が担当しているという回答結果になっており、限られた人員の中で、相談業務を行いながら研修の企画運営を行う余力がないという声もあがっており、いずれにしても人員不足の課題は深刻である。

地域連携拠点機能における実務（連携協議会と研修会）を通して相談員に期待されている役割は、認知症の人を地域で支える体制づくり、地域の医療・介護・福祉関係者のネットワークづくりの中核となることである。一個人、一機関としての質の向上を考えるだけでなく、センターが立地する地域全体を見渡し、地域をマネジメントしていく視点を持ち、医療と介護、その他の社会資源を、本人と家族を支える仕組みとして、有機的に動かすことが求められている。国が推進している地域包括ケアシステムにおいて、センターが地域にどう貢献できるかを考え、地域力の底上げを担う存在となる必要がある。

「日常生活支援機能」

「日常生活支援機能」がセンターの3つ目の機能として位置づけられたのは、先述の通り平成31（2019）年である。調査の回答では、相談員が感じている困りごととして、診断後支援の必要性、重要性を認識していながらも業務過多によりなかなか手が回らない、十分な支援ができていないことに不全感を抱いているという声が多くみられた。そういった実情を背景に、診断後支援の充実を図るべく、日常生活支援機能をセンターの機能として実施要綱に明確に位置づけ、人員

配置、財政的補助が行われることになったものと考えられる。

医療の立場で考えれば、病気の鑑別と治療方針が決まればそれでいい。しかし、センターが担う専門医療相談とは、認知症の鑑別と治療方針が決まることで始まるといっても過言ではない。認知症の症状が一人ひとり異なるように、診断結果の受け止め方もそれぞれである。中にはすんなりと受け止められない人もいるだろう。相談員は、本人や家族が診断結果をどのように受け止め、理解したかをアセスメントし、その思いに寄り添いながら、疾病の理解を促し、関わり方の助言や不安の軽減が図られるよう心理的なサポートを行う。場合によっては、主治医や他職種と相談しながら、その人、その家族にあった方法を検討し提案する。そして、本人が、今後支援を提供する支援者との信頼関係を構築できるよう足掛かりを作ることにも求められる。その人の抱える生活障害をアセスメントし、本人がどのような生活を送りたいか希望を伺い、認知症の診断を受けたとしても、その後の人生を前向きに考えていけるようなかかわりを持つことも、相談員の大切な役割であるといえる。

センターに繋がったすべての患者を、その後、長期に渡り支援をし続けるということは現実的には難しい。そのため、上述のとおり、診断後支援の初期介入をセンターの役割として行い、その中で、本人や家族の考える長期的なプランを、地域包括支援センターや介護事業者と共有し、繋いでいくこととなる。認知症の人とその家族が住み慣れた地域での暮らしを安心して続けられるような支援体制を構築していくこと、さらには地域支援者をセンターがバックアップできるような重層的な支援体制を構築していくことが求められる。

IV. 今後の課題、取り組むべきこと、解決に向けた提言

これまでも述べてきたように、センター相談員の業務は、主要業務である専門医療相談、診断後支援に加えて、認知症疾患医療連携協議会や研修会の運営・開催、管轄圏域の外部団体からの協力要請に応じること、国や都道府県への実績報告のための統計作業を中心とした事務作業など幅広く多岐にわたる。求められる業務内容に比して委託費が極端に少なく、そのために人員が増員できず、業務負担が大きくなっていると考えられる。「業務過多」、「人員不足」の常態化は特定のセンターにのみ起こっている現象ではなく、全国の多くのセンターが抱える共通の課題であることがあらためて浮き彫りとなった。もっと言えば、母体機関の運営方針や経営状況によってセンターの活動・機能が大きく制限されている実情も見えてきた。「業務過多」や「人員不足」の常態化は、センター内外の連携不足や支援不足、センターの役割の理解不足につながっており、様々な支援の質の低下を招くことが危惧される。業務内容に応じた適正な人員配置と財政的保障がセットでなされるよう国に要望していく必要がある。

その上でセンター相談員の対応力・質の向上のための取り組みも欠かせない。本調査によれば、センター相談員は精神保健福祉士が76%を占め、専門医療相談の中心的な役割を担っている。とはいえ、看護師、保健師、臨床心理技術者、社会福祉士といった他職種が担っているセンターもあること、また職種の違いだけではなく、知識や経験、力量によって支援できる内容が異なるため、すべての相談員が同じ水準で支援することが難しい状況がある。こういった状況を少しでも解消するべく、精神保健福祉士の専門性をベースにした支援の標準化や、対応力・質の向上を目的とした研修スキームの開発が望まれる。本協会単独で検討するのではなく、多職種が参加可能な研修体制の整備について国に要望していく必要がある。

そのほかにも、受診拒否や治療中断、支援介入拒否といった困難事例への対応や、介護保険の対象にならないようなごく初期の認知症、MCI、若年性認知症の人などが利用できる社会資源の創出、地域の医療介護関係者が気軽にアクセスできるようなスーパーバイズ機能の確立、運転免許証返納後の生活を支援する体制の充実など、今後取り組むべき課題は多い。センター相談員は、院内他職種だけでなく、認知症初期集中支援チーム、地域包括支援センターなど地域の他機関と共同して課題解決に向けた支援が展開されるよう牽引していく役割がある。地域の他機関との連携・共同の積み重ねが地域のネットワーク形成を促進し、地域力の底上げ、それぞれの機能・役割を高める機会になり得ると考える。

V. おわりに

この報告書は、認知症疾患医療センターの役割や課題について、特に精神保健福祉士をはじめとする相談員に焦点を当て調査したものである。この調査を通じて国や自治体の役割期待に比して少ない委託費、人材不足、母体病院の非協力、地域の資源不足やネットワーク構築の困難など様々な課題を抱えながらも、認知症の人やその家族の支援に奮闘する相談員の姿を垣間見ることができたことは、今後のセンターの充実・発展につながる希望が見いだせたように思う。

2012年以降、我が国ではオレンジプラン、新オレンジプラン、認知症施策推進大綱という3つの認知症国家プランを策定してきている。3つのプランに通底するのは、「認知症の有無にかかわらず、障害の有無にかかわらず、人々が希望と尊厳を持って暮らせる社会」すなわち認知症フレンドリー社会の実現である。しかしその理念の実現には幾多の困難がある。超高齢社会の我が国では、一人暮らし高齢者、高齢者のみの世帯、8050問題に象徴される複合的課題を持った家族など、経済的にも社会的にも脆弱な家族が増加している。ここに認知症という条件が加われば、支援ニーズの不足、支援・受診拒否、サービスへのアクセスのし辛さ、健康状態の悪化、救急事例化、入院の長期化、自宅退院の困難、経済被害、貧困、住まいの確保の困難など枚挙に暇ないほどの地域生活の継続を阻むリスクが想定される。

認知症疾患医療センターの機能にはアウトリーチ活動はない。しかし認知症の人が地域で自らのぞむ暮らしを続けることを支援するためには、「座して待つだけのサービス」提供ではなく、自発的に支援を申し出しない人々にも積極的に働きかける「届けるサービス」が必要になってくる。今後センターは認知症初期集中支援チームや地域の多様なネットワークと協働し、社会から孤立し、支援から遠ざけられている人々を「誰一人取り残さない」支援体制を構築する一翼を担わなければならない。そしてその課題を担うのは相談員である精神保健福祉士である。我々の実践が、認知症の人の尊厳ある地域生活に寄与することを願って終わりの言葉としたい。

認知症疾患医療センターにおける①②共通アンケート

センター概要

・本アンケート回答者の職種：

・都道府県名：

・センター類型 基幹型 地域型 連携型

・センター指定年月 年 月

・職員配置

①医師	常勤	人/非常勤	人	専従	人/兼務	人
②精神保健福祉士	常勤	人/非常勤	人	専従	人/兼務	人
③保健師・看護師	常勤	人/非常勤	人	専従	人/兼務	人
④臨床心理技術者	常勤	人/非常勤	人	専従	人/兼務	人
⑤その他 ()	常勤	人/非常勤	人	専従	人/兼務	人

・相談業務を主に担っている方の職種を教えてください ()

→精神保健福祉士と回答された方にお尋ねします

①公益社団法人日本精神保健福祉士協会へ入会されていますか？

入会している ・ 入会していない

②精神保健福祉士としての経験年数は何年ですか？ 満 _____ 年

問4. 専門医療相談を受ける中で感じている課題や困りごとについて自由にお書きください。

(本人・家族に関すること)
(職場内に関すること)
(関係機関に関すること)
(その他)

問5. 専門医療相談以外の業務における課題や困り事があれば自由にお書きください。

(受診・入院に関すること)
(主催研修に関すること)
(外部団体への協力に関すること)
(事務処理関係に関すること)
(疾患センター運営体制に関すること)
(その他)

問6. 今後、認知症疾患医療センターの相談員として、受けてみたい研修があればお聞かせください。

--

【編集・執筆者一覧】

公益社団法人日本精神保健福祉士協会 分野別プロジェクト「認知症」		
リーダー	佐古 真紀	浅香山病院（大阪府支部）
チーム員	畠山 啓	東京都健康長寿医療センター（東京都支部）
チーム員	蔭西 操	南加賀認知症疾患医療センター（石川県支部）
チーム員	山田真紀子	大阪府地域生活定着支援センター（大阪府支部）
チーム員	柏木 一恵	浅香山病院（大阪府支部）
チーム員	佃 正信	新生病院（兵庫県支部）
チーム員	新田 怜小	サポートセンターほっと（静岡県支部）

(2020年6月現在)

認知症疾患医療センターの専門医療相談に関するアンケート調査報告書

2020年6月発行

編集：公益社団法人日本精神保健福祉士協会 分野別プロジェクト「認知症」

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/>
