

精神科医療機関に入院している認知症の人への
精神保健福祉士の実践に関する
アンケート調査及び座談会 報告書

2024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

1. はじめに.....	1
2. 「精神科医療機関に入院している認知症の人への精神保健福祉士の実践に関する調査」の概要 ..	2
(1) 調査の目的と方法.....	2
(2) アンケート調査結果.....	2
(3) アンケート調査についての考察.....	21
3. 座談会「認知症の方への支援について語り合おう！」の概要.....	24
(1) 座談会の目的と方法.....	24
(2) 座談会まとめ.....	24
(3) 座談会の考察.....	28
4. 全体考察.....	30
参考資料1（調査回答フォーム）.....	31
参考資料2（座談会チラシ）.....	40
編集・執筆者.....	41

1. はじめに

令和2（2020）年の厚生労働省の「患者調査」によれば精神病床に入院している認知症の人の数は5.8万人であり、その数は平成14（2002）年の同調査と比較すると1.4万人増加している。また、「厚生労働省 地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」で提示された参考資料「医療保護入院患者数の推移（疾患別内訳）」では、症状性を含む器質性精神障害（認知症を含む）で医療保護入院をした人の数は平成13（2001）年の20,536人に対して、令和2（2020）年は44,932人と20年間で約2.2倍となっている。これらの数値から約20年の間に精神病床に入院している他の精神疾患の人は減少している一方で、認知症の人は増加していること、認知症で入院する人の多くの入院形態が医療保護入院であることがわかる。

介護保険法では平成18（2006）年度の法改正以来、“地域包括ケアシステムの構築の促進”や“地域共生社会の実現”が謳われ、各都道府県や市町村が地域住民の認知症の理解の促進、フォーマルサービスだけでなく、インフォーマルサービスの活用や開発等に取り組んでいる。しかし、先に述べたように認知症の人の精神科医療機関への入院は増加しており、認知症の人やその家族が“地域で安心して自分らしく暮らすことの実現”が進んでいるとは言い難い現状もあると考える。

分野別プロジェクト「認知症」（以下、本プロジェクト）では、認知症の人が入院する要因や入院が長期化する要因等を精神科医療機関に勤務する精神保健福祉士がどう捉えているか、また、認知症の人にかかわる精神保健福祉士が感じている支援課題や実践におけるジレンマ等を明らかにするために、「精神科医療機関に入院している認知症の人への精神保健福祉士の実践に関する調査」（以下、調査）を実施した。また、認知症の人にかかわる精神保健福祉士が実践の中で感じていること、ジレンマ等を話し合う機会として座談会「認知症の方への支援について語り合おう！」をオンラインで開催した。

認知症の人は自らの希望や思い等を言葉で発信することが難しいことが多く、本人が望む暮らしの実現に向けて取り組むには、家族の理解や地域資源の活用、院内だけではなく地域の支援者も含めたチームケア等が重要である。また、在宅以外での住まいを考えると、介護施設等居住系サービスの利用料よりも入院費のほうが安価である等の経済的理由が退院支援を阻害する要因になる等、本人の病状だけではない要因で退院支援が進まない現状があること、認知症の人にかかわる精神保健福祉士が抱えるジレンマは、認知症本人の意思を汲み取ることが難しいことや自己決定や権利が軽視されやすいこと等からくるものが多いこと等が今回の調査や座談会を実施してみてもわかった。さらに、認知症の人にかかわる精神保健福祉士同士がそのジレンマ等を語り合い、共有する場があることで、改めて精神保健福祉士として認知症の人にかかわっていききたいという思いの原動力につながることも感じる事ができた。

今回、調査に協力あるいは座談会に参加してくれた構成員の声の多くから、日々の認知症の人とのかかわりの実践において、様々な悩み等を抱え、同じ思いを持つ精神保健福祉士の仲間がいることを知ることができた。また、精神保健福祉士が精神障がい者へのかかわりにおいて実践の軸に据えてきた自己決定の保障や権利擁護の視点は、認知症の人へのかかわりにおいても何ら変わるものではないことも再認識することができた。私たち精神保健福祉士が出会う認知症の人、一人ひとりの望む暮らしの実現に向けた取り組みの促進につながることを期待し、本プロジェクトの活動を報告する。

最後になりましたが、アンケート調査にご協力いただきました皆様、座談会に参加していただいた皆様から心からの御礼を申し上げます。

2. 「精神科医療機関に入院している認知症の人への精神保健福祉士の実践に関する調査」の概要

(1) 調査の目的と方法

近年増加傾向にある精神科医療機関における認知症の人の入院に関して、入院に至る要因などを把握するとともに、認知症の人にかかわる精神保健福祉士の実践内容や支援において感じている困難さなどを明らかにすることを目的とし、ウェブフォームによるアンケート調査を行った。

<回答対象者> 精神科病床を有する病院に従事する精神保健福祉士（構成員）

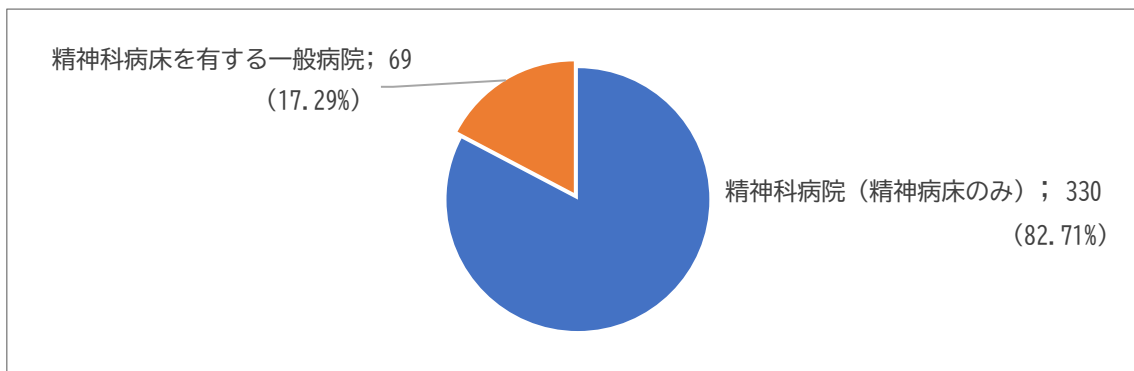
<回答期間> 2023年12月28日～2024年1月19日

<回答方法> ウェブフォームにより回答

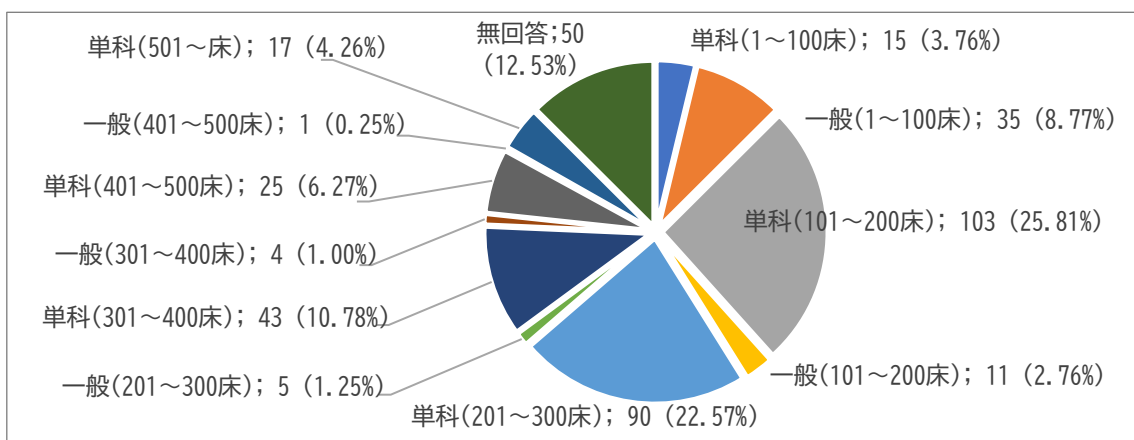
(2) アンケート調査結果

1. 基本項目

①所属する精神科医療機関は？（回答数 399 件）



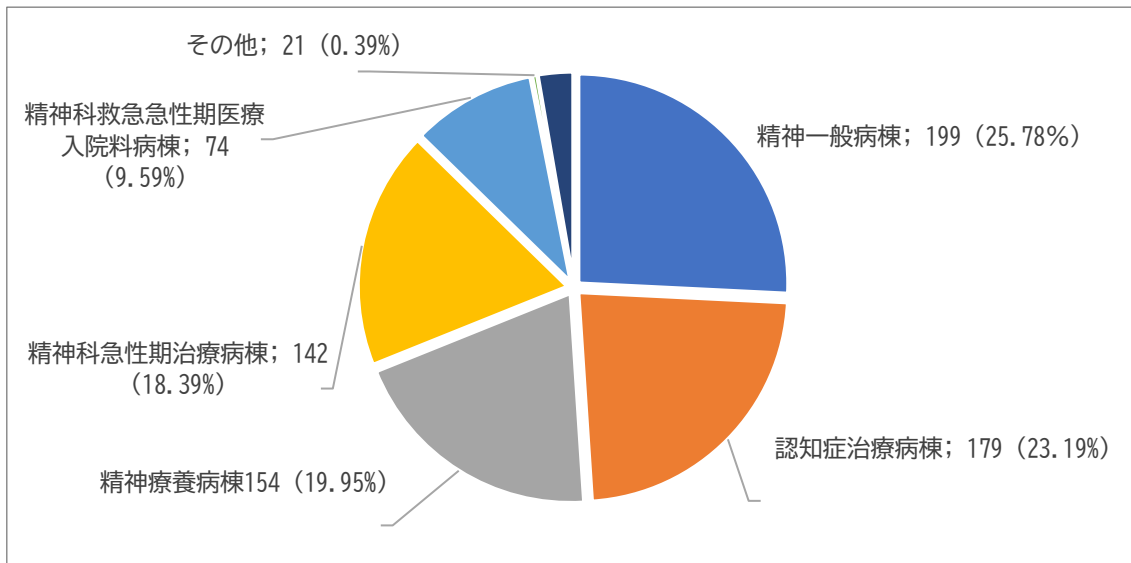
②精神科入院病床数と一般病院内精神科病床（回答数 349 件 無回答 50 件 数字自由記述）



100床単位で精神科病院の病床数と一般病院内の精神科病床数の割合を見ると、一般病院では100床までのところが多く、全体では、300床までの病院が半数を占める。

③認知症の人が入院する場合、どの病棟に入院しますか？

(回答数 388 件 無回答 11 件 複数回答可)



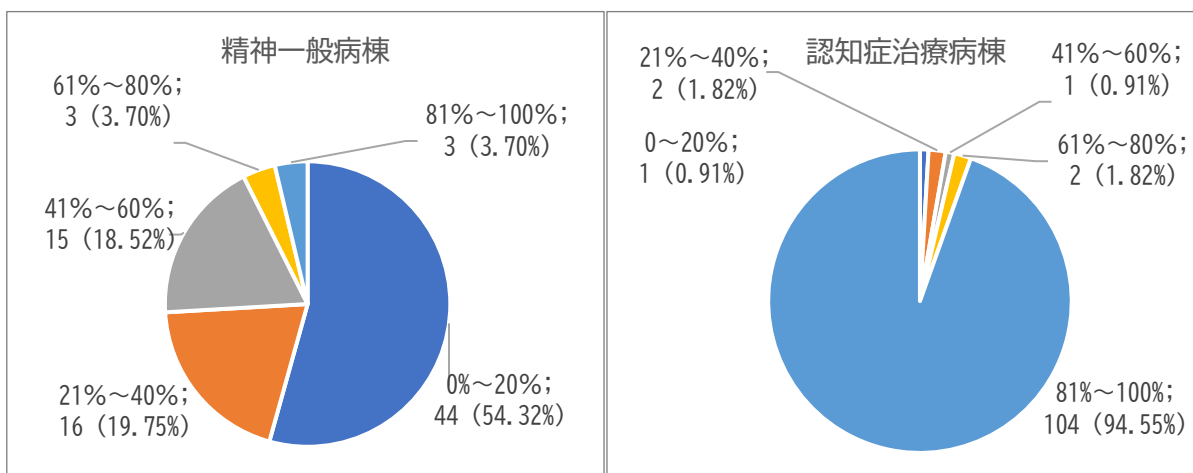
【その他の内訳】

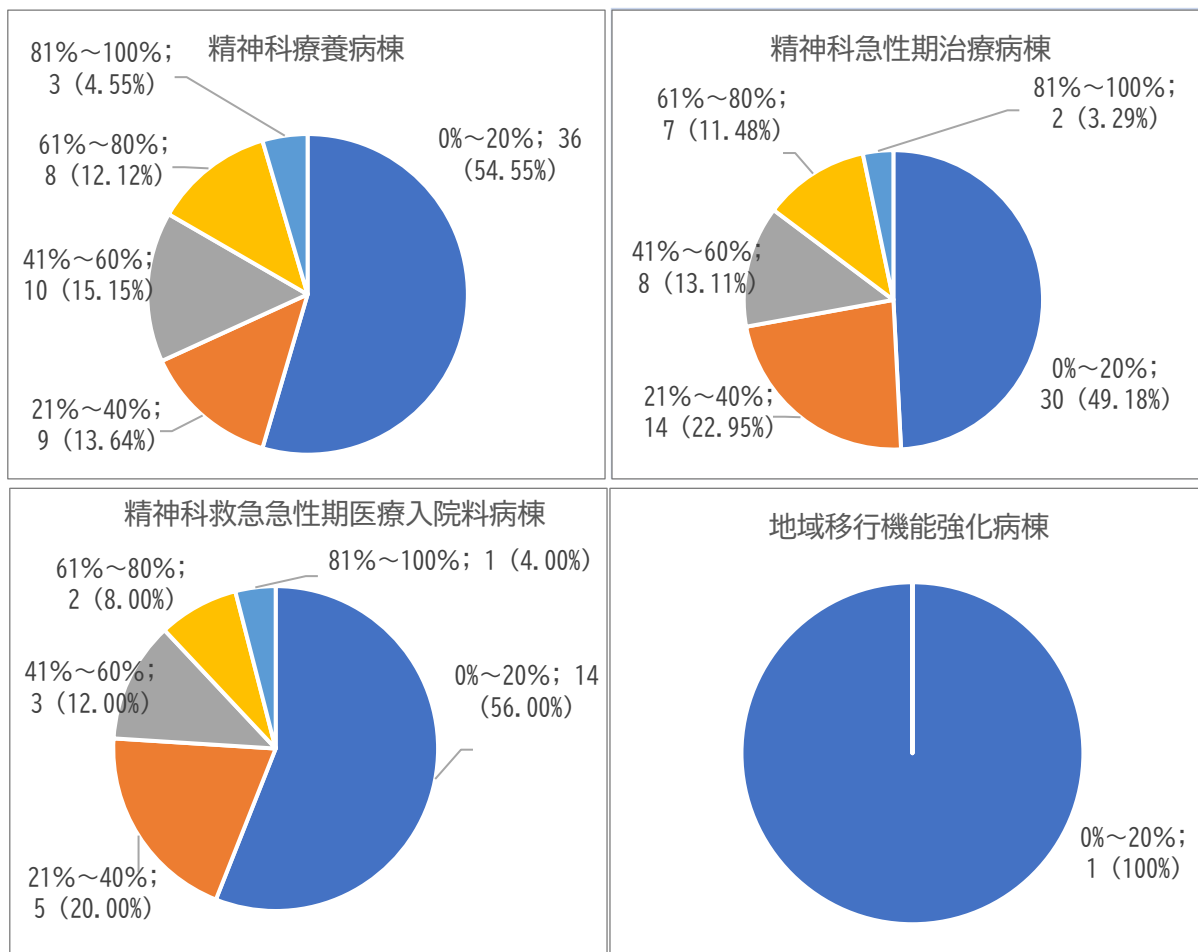
一般病棟、介護医療院、身体科、精神科救急・合併症入院料病棟、特殊疾患病棟、内科合併症病棟、内科療養病棟（認知症があり身体的な疾患の治療が優先される方）

認知症治療病棟をはじめ、精神一般病棟・精神療養病棟・精神科急性期治療病棟・精神科救急急性期医療入院料病棟では、複数回答可であるが、それぞれ一つしか選択されていない病院も多かった。

病院の機能として、それ以外の選択肢がないのか、その病棟を選択しているのか読み取ることは難しいが、多くの病棟に同じくらいの割合で入院している事が分かる。その他としては、一般科も挙げられている。

④ ③で選択した病棟における認知症の人の割合 (R5.11.30 時点) (%自由記述)

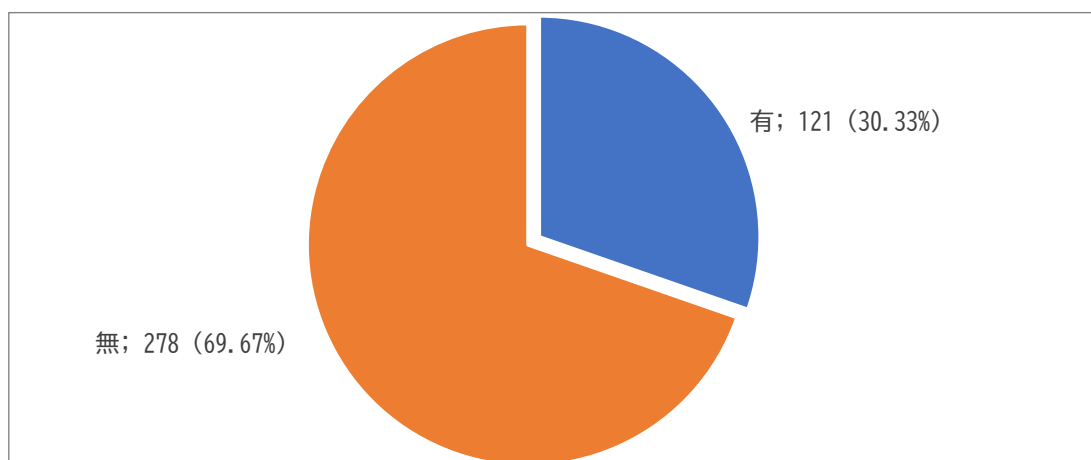




認知症治療病棟のほぼ 100%は予想通りである。他の病棟は 20%程度までの方が認知症であるところが多かった。

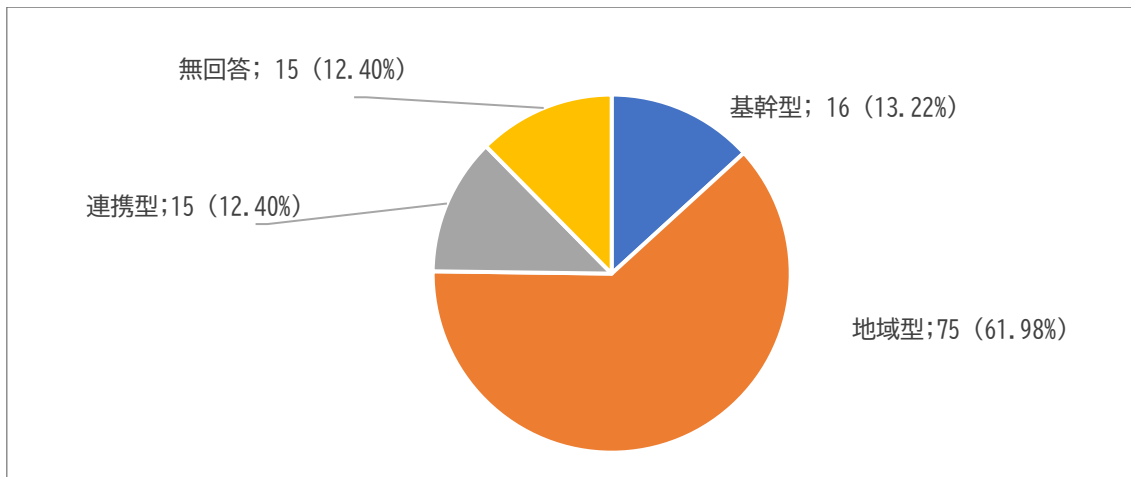
病院の機能によって持っている病棟も違い、複数の選択肢がある病院などは、認知症治療病棟 100%、他に急性期治療病棟・療養病棟・一般病棟にも 60~70%の認知症の人が入院しているところもあり、認知症の人が様々な病棟で多く入院していることがうかがえる。

⑤ 認知症疾患医療センターの有無 (回答数 399 件)

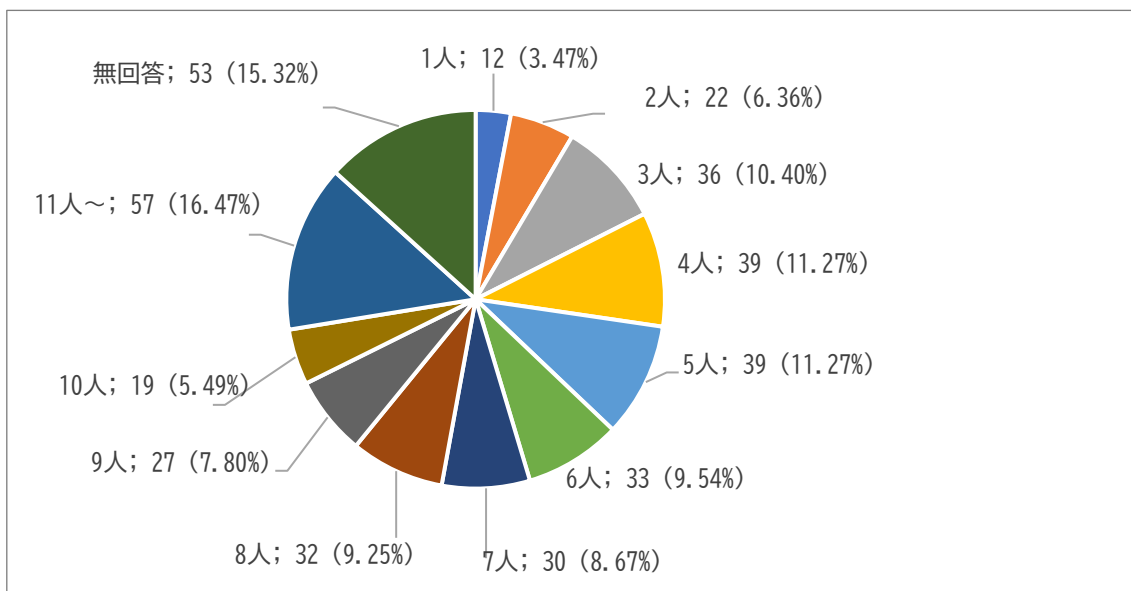


認知症疾患医療センターのない病院が 70%であり、認知症疾患医療センターのない病院でも認知症の受け入れが行われていることが分かる。

⑥有の場合、疾患センターのタイプ（回答数 106 件 無回答 15 件）

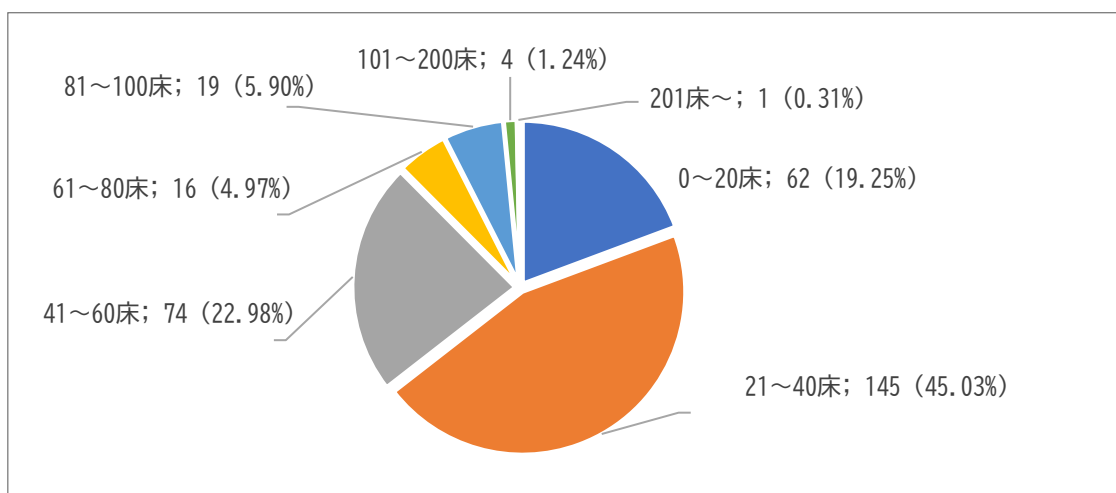


⑦院内の精神保健福祉士の配置数（回答数 346 件 無回答 53 件 数字自由記述）



配置数は1人から11人以上と人数の差があるが、精神病床数によっても違いがあると思われる。

平均担当病床数（集計数 322 件 ②と⑦より算出）

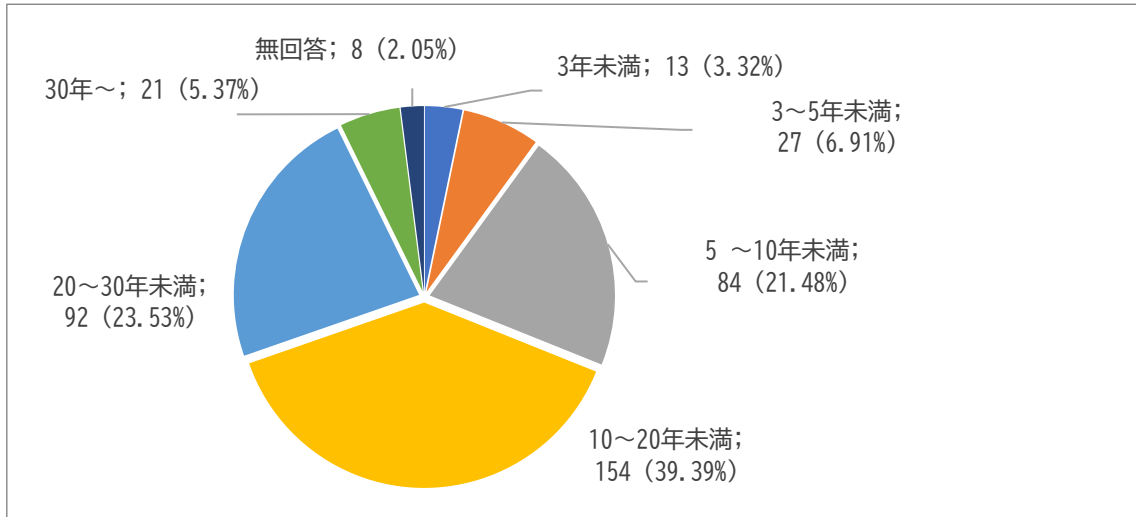


精神病床数によって配置数は変化すると考えられるため、回答のあった精神病床数をそれぞれの病院の配置数で割り、おおよその平均担当者数を出した。

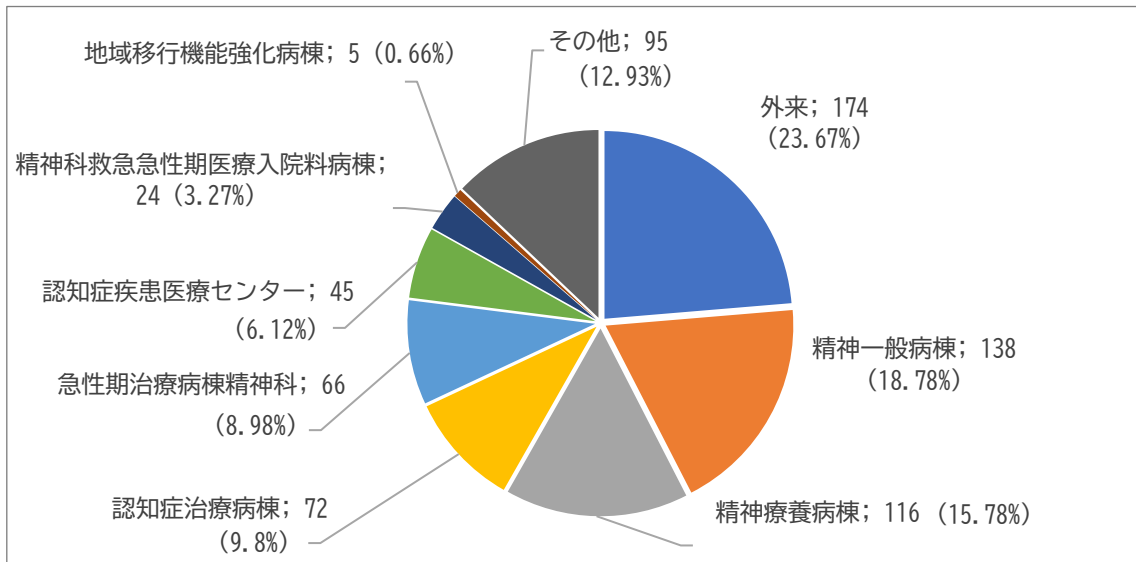
病床を担当しない人数も含まれると思われるため、実際より少なめに算出されていると考える。中には、200床を超える病院に配置が1人という病院も複数あった。

2. 回答される精神保健福祉士の方にお伺いします。

①精神保健福祉士としての経験年数は？（回答数 391 件 無回答 8 件）



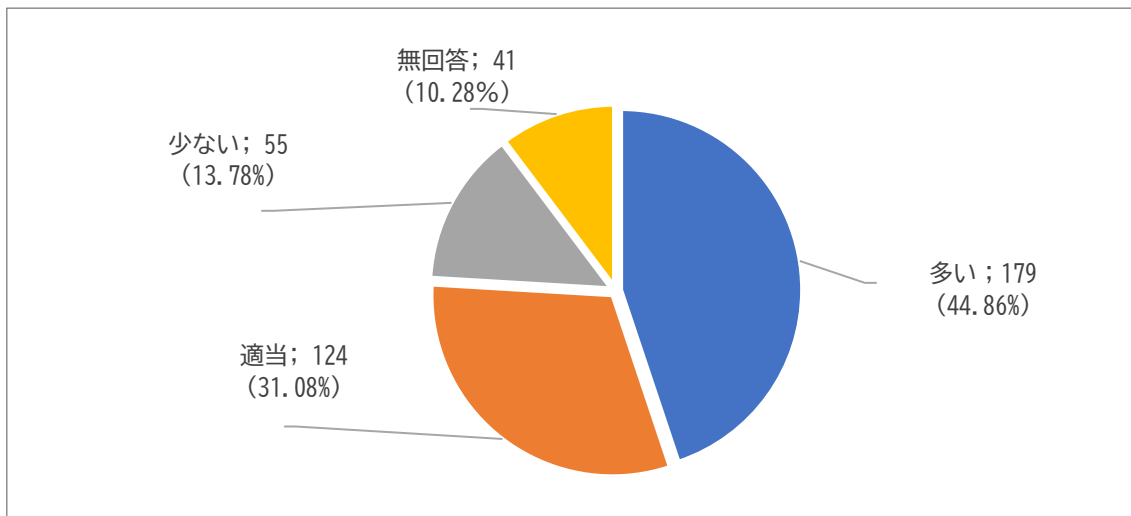
②担当する病棟及び部署は？（回答数 388 件 複数回答可）



【その他の部署】

精神デイケア、重度認知症患者デイケア、精神科訪問看護、地域連携室、一般科病棟、管理職、地域活動支援センター、児童、リエゾンチーム、グループホーム、相談支援事業所、依存症治療病棟など

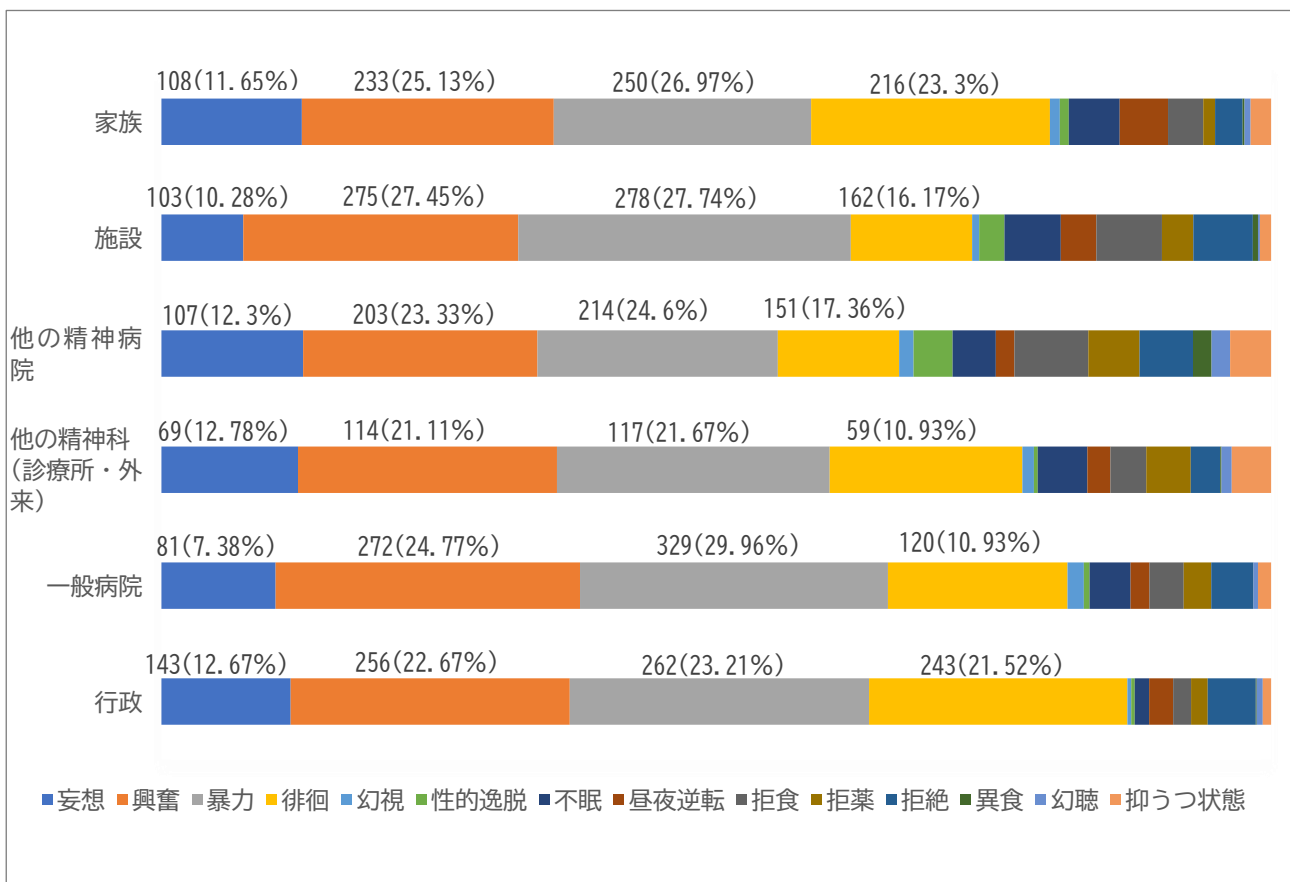
③担当する認知症の人の数についてどう感じるか（回答数 358 件 無回答 41 件）



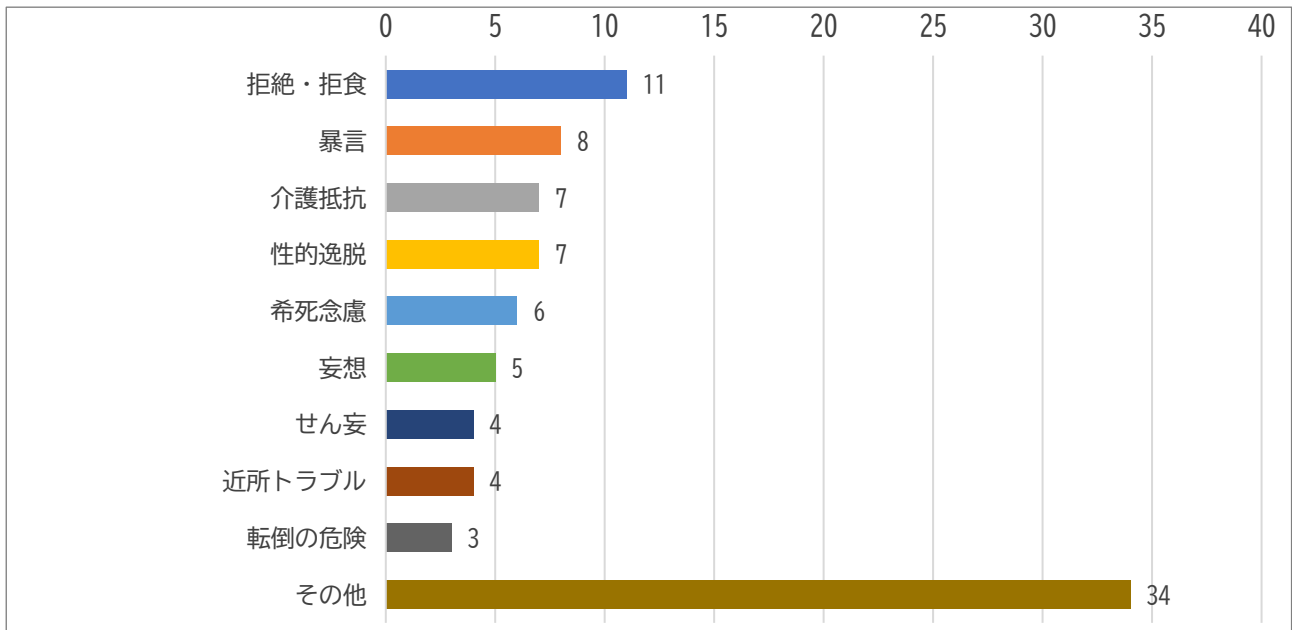
経験年数や担当部署に関係なく担当者数が多いと感じている人が多い。認知症治療病棟以外を担当している人が多く、兼務している人が多い。認知症治療病棟の場合は専任が多い。配置数との関係はみえない。

3. 認知症の人が精神科医療機関に入院に至る主たる要因について

①-1 行動・心理症状の悪化が主たる要因である場合の主な症状（上位3つ）



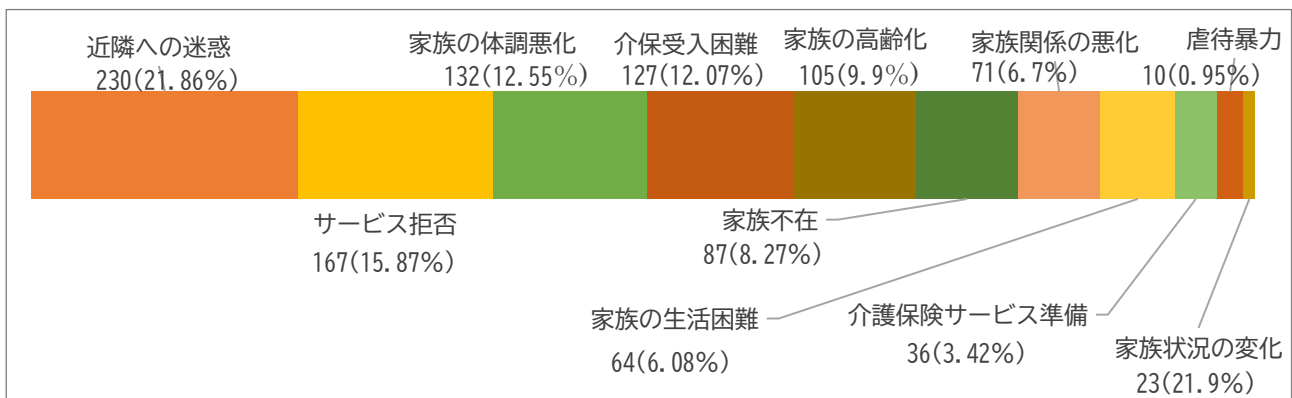
①-2 上位3つには入らないが、行動・心理症が主たる要因で精神科医療機関に入院する場合の主な要因（自由記載）



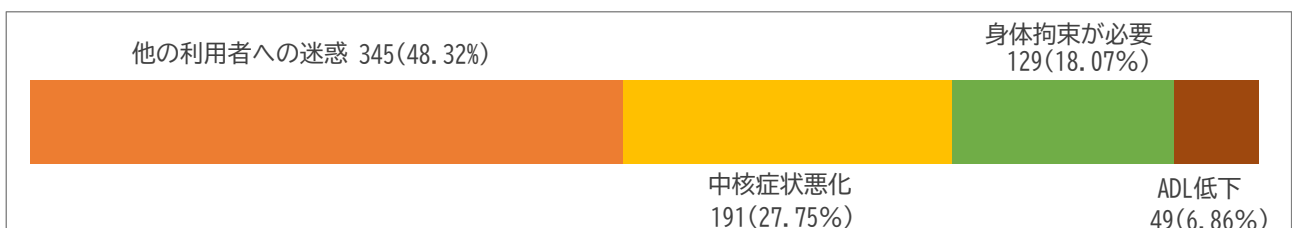
【その他】

前頭側頭型認知症、被害妄想による通報、器物破損、幻覚による危険行為、窃盗、薬物依存、焚火、徘徊、異食、飲酒、帰宅要求、セルフネグレクト、うつ、依存・薬物調整、幻覚、昼夜逆転など

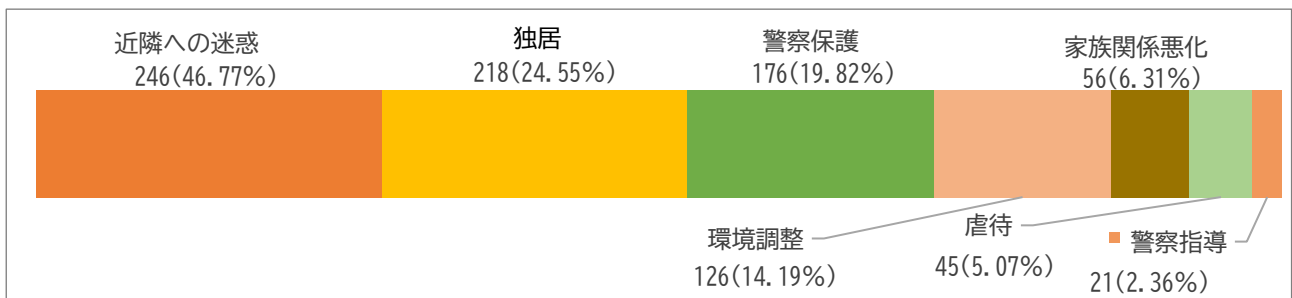
②-1 行動・心理症状以外が主たる要因の場合、入院相談者別の入院に至る要因（上位3つ）
 家族からの入院相談（回答 366 件）



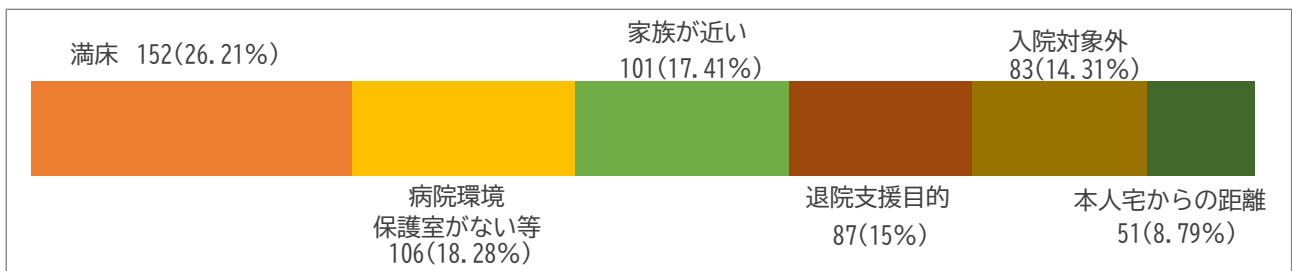
施設からの入院相談（回答数 358 件）



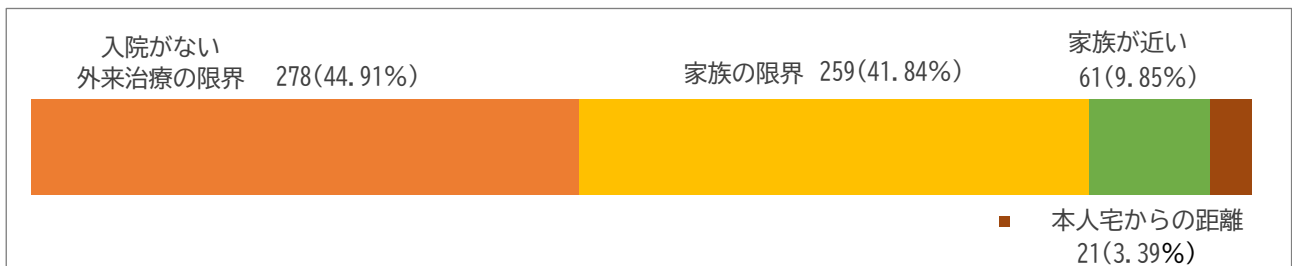
行政からの入院相談（回答数 366 件）



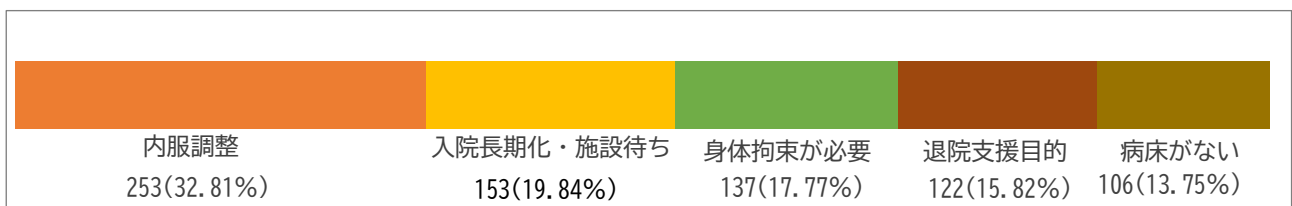
他の精神科病院からの入院相談（回答数 277 件）



精神科（診療所・外来）からの入院相談（回答数 318 件）



一般病院からの入院相談（336 件）



②-2 その他、行動・心理症状以外が主たる要因で精神科医療機関に入院する場合の主な要因

（回答数 39 件 自由記載）

【生活環境が整うまでのつなぎ】

- ・施設に入れない
- ・介護保険申請中
- ・サービス調整中
- ・認知機能低下による単身生活の困難

【身体疾患との合併】

- ・一般病院では安静が保てない
- ・透析など身体疾患に対応できる精神病床を有する一般病院

【精神科治療】

- ・身体拘束
- ・m-ECT（電気けいれん療法）
- ・せん妄状態の遷延化

【施設の対応力】

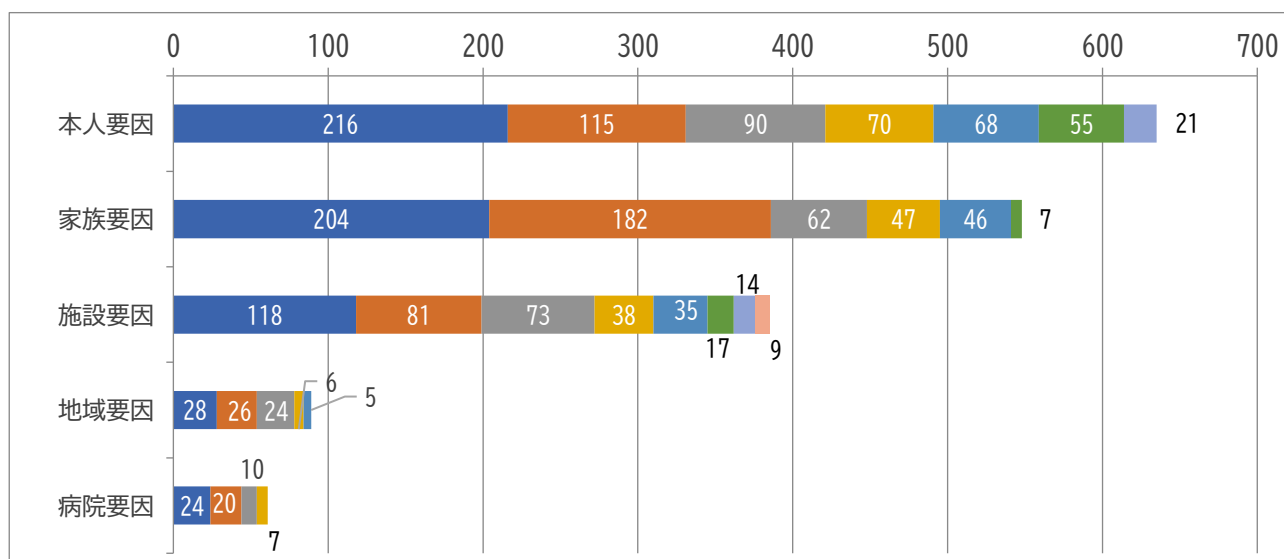
- ・状態変化により適切な施設ではなくなった
- ・介護力不足、対応力、工夫の弱さ
- ・症状理解の乏しさ

【その他】

- ・レスパイト
- ・セルフネグレクト
- ・近隣への迷惑行為
- ・家族のマイナス感情
- ・検査
- ・経済力
- ・治療、支援の拒否
- ・家族の高齢化

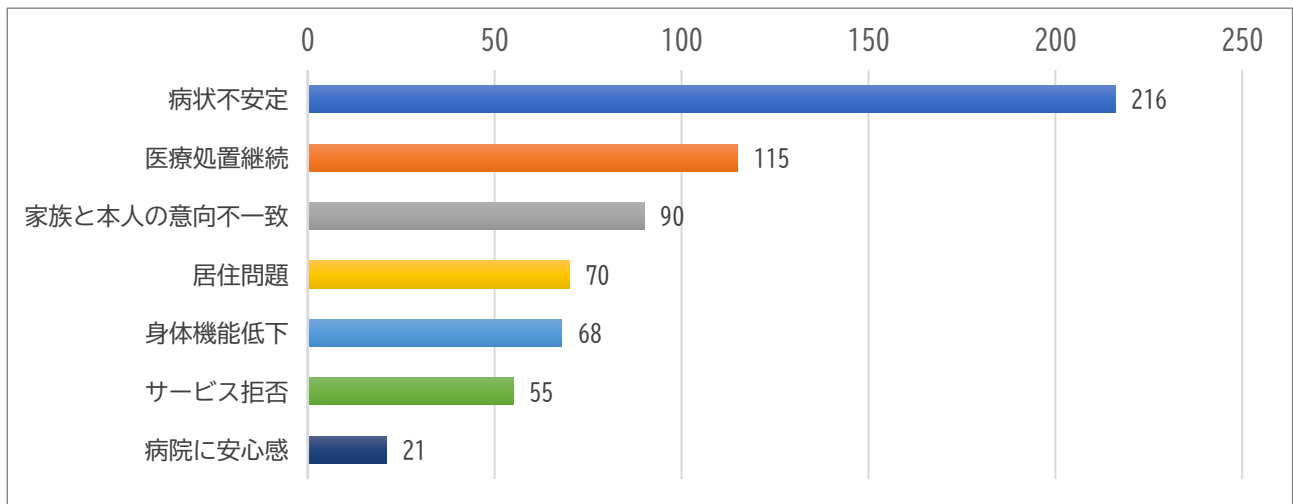
4. 認知症の人の入院の長期化（6ヶ月以上）の理由について（上位5つまで）

①長期化の理由（要因別）（回答数 364 件）

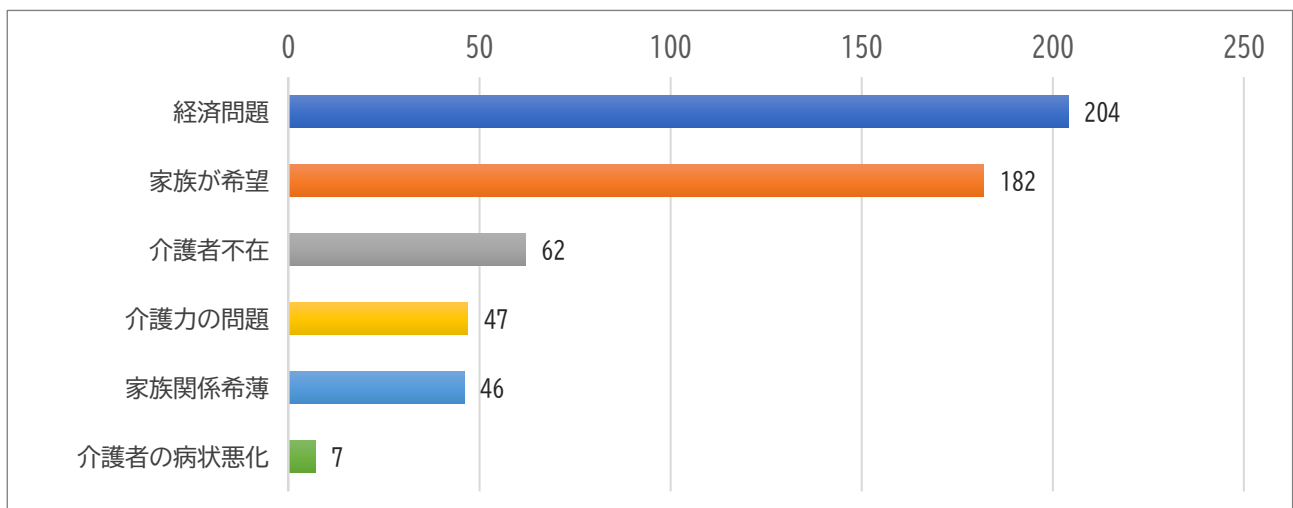


上記要因それぞれの内訳

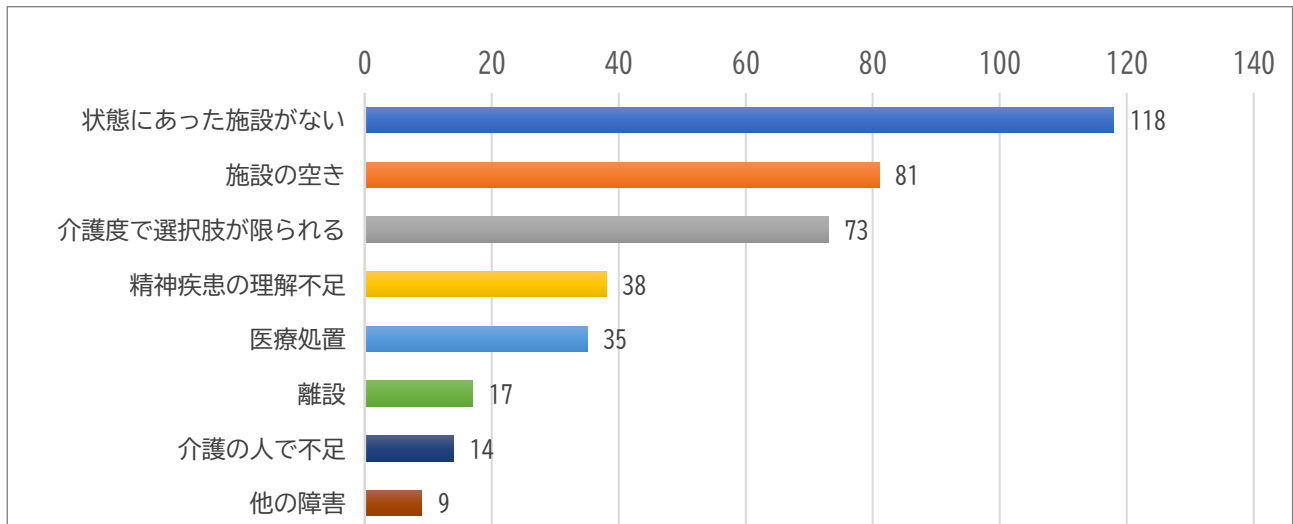
認知症の人の入院の長期化の理由（本人要因・内訳）



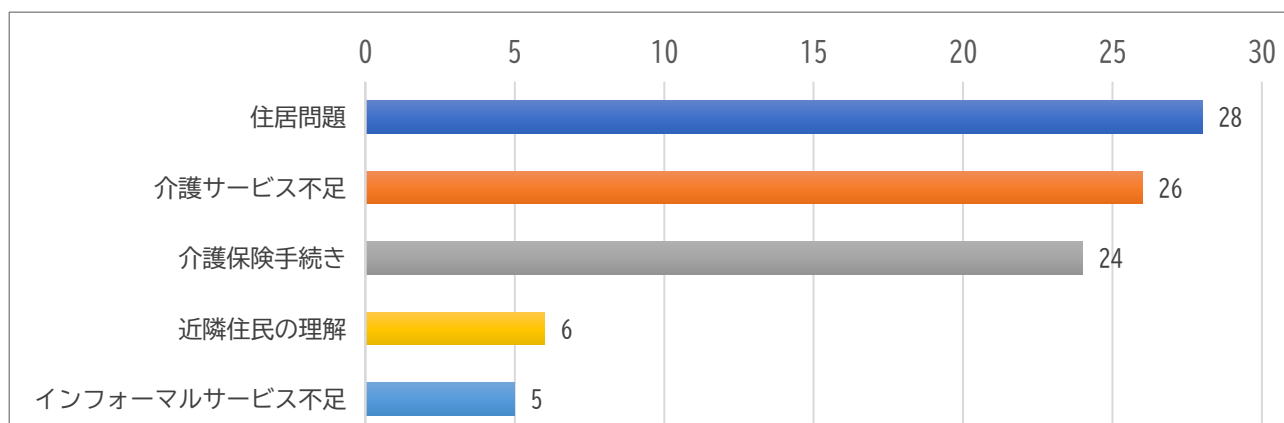
認知症の人の入院の長期化の理由（家族要因・内訳）



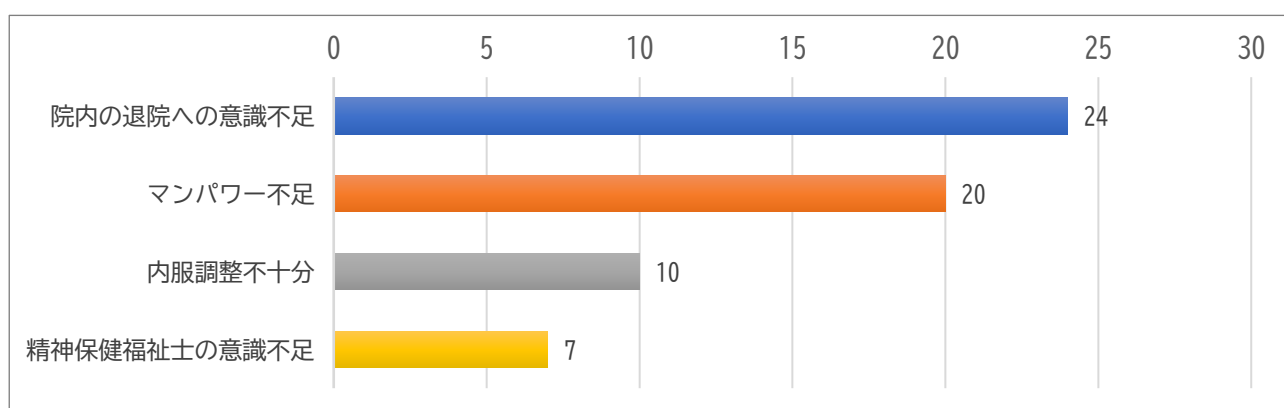
認知症の人の入院の長期化の理由（施設要因・内訳）



認知症の人の入院の長期化の理由（地域要因・内訳）



認知症の人の入院の長期化の理由（病院要因）



②その他、長期化の理由（回答数 75 件 自由記述）

【経済的問題】

- ・施設経費より入院費用が安い
- ・生活保護側から指定された施設以外は利用を反対される

【社会資源の問題】

- ・高齢化に伴う社会資源の減少
- ・若年性認知症の方をみてる施設、デイサービスが少ない
- ・生活保護受給者対応の施設環境は悪く、数も少ない
- ・ケアマネジャーが忙しく、早い動きが難しいケースがある

【医療者がいる】

- ・ご本人・ご家族の病院に対する安心感
- ・拒食だと施設退院が難しい
- ・最重度の認知症の看取りケア
- ・医師や看護師がいることで家族や施設側が医療機関に受診しなくてもすむからと希望される

【状態に適切な施設がない】

- ・ADLの自立度が高い場合、経済的に選択できる施設と実際の介護度が合わない
- ・介護度に本人の精神状態が反映されにくく、使える社会資源が限られる
- ・精神科病院での治療対象の状態と施設等で対応できる状態の間のグレーゾーンが大きい

【家族の問題】

- ・単身や後見人、身元保証がないと受け入れ先が限られる
- ・入院することで家族関係が希薄になり退院支援が進まない
- ・暴力行為があつて入院した場合、地域や支援者の恐怖心や不安が強く、在宅になかなか戻れず難渋することが多い
- ・家族も高齢化し協力的に動けるキーパーソンが不在化する

【身体拘束など】

- ・身体拘束やつなぎ服の着用が必要なため、介護保険施設では受け入れ困難
- ・幻聴、介護抵抗、興奮などの主訴が改善されても、放尿、弄便といった不潔行為や異食などの問題行動が出現し、身体拘束(つなぎ服やミトン)や隔離して対応するため施設も見つからず長期化する

【家族、キーパーソンの不在】

- ・家族なしなら後見人が必要といわれる施設がある。
- ・成年後見人を選任しても医療同意が行えないため、施設入所後に医療的な同意ができないことから施設入所ができず、結果何年も病院への入院。市町村長申立てまでの手続きに2-3ヶ月かかること、成年後見人が選任されて実働できるまでに1ヶ月程度、そこから施設の待機期間として1-3ヶ月を要する

【身体機能の低下】

- ・身体合併症を有する患者について受け入れ可能な施設が少ない
- ・ADLや判断能力が入院中に低下して、自宅や施設に戻れなくなる

【退院への取り組みがない】

- ・カンファレンスや退院をチームで話し合う体制が無い
- ・医師が積極的な退院、施設移行を行わない
- ・精神科病棟に馴染んでおだやかになっておられる状況をみると急いで退院しなくてもという雰囲気になる

【病院の経営事情】

- ・診療報酬の関係上、満床ベース経営
- ・病院の稼働率のため長期入院になる人もいる

5. 認知症の人にかかわる精神保健福祉士の実践について

① 本人支援で難しいと思うところ（回答数 174 件 自由記載）

【本人の意志確認】

- ・ 本来時間をかけて関係づくりをしなければならないが他業務に忙殺されなかなかゆっくり時間を作ることができていない
- ・ 現在及び未来の話を継続的に行えず、希望の聴取が困難
- ・ 自己決定の尊重の仕方
- ・ 疎通が図りにくいと、本人の意図を汲みとることができにくく、スタッフの思い込みでの支援になっていないかと不安になる繰り返し情報提供を行なっても、認知機能低下により忘れてしまうなど、意思や希望が一貫しない

【希望と現実のずれ】

- ・ 現実検討が困難な精神症状のある方の意思や意向をどのように重きを置くのか、ガイドラインのようなものがあると仕事がしやすいと感じる
- ・ ご本人の希望と現実的な能力にギャップがあるが、そのことをなかなか認識できない。本人の意向に沿うための取り組みができない家に帰りたいなど希望があっても病気や状態を理解できておらず、現実的でないことがある

【介護者の希望を優先】

- ・ 「家に帰りたい」と希望しても、主介助者が在宅復帰に抵抗を示すため、目的を達成できないジレンマがある
- ・ 本人の意思はあまり反映されにくく、在宅や施設で介護する負担を軽減することのサポートになりがち
- ・ 本人のニーズを把握できず、家族の意向を優先してしまう結果となる

【その他】

- ・ 有効な診断後支援の方策が分からない、認知症当事者の集いを定期開催しているが、なかなか参加者が増えない
- ・ 入院が長期化することで、本人が環境変化を嫌がり、退院を拒否される
- ・ 一人ひとりにゆっくり関わる余裕がない
- ・ アウトリーチの手段・条件の準備がない
- ・ 若年性認知症の診断後、病気受容が難しい。繋がる機関があっても、利用しないことになってしまう
- ・ 急性期病棟では時間をかけての関係性の構築や本人のニーズ把握が難しくなってしまう

【経済面】

- ・ 家族が入院のほうが安いから、と退院させたくないケースは難しい
- ・ 経済的理由等から本人の状態に合った施設への移行を受け入れない場合
- ・ 経済的に特養以外難しいからと妻が自宅退院を選ばざるを得ないことがあった

【病状などの理解】

- ・ 認知機能低下そのものの改善を希望される
- ・ 家族が病状を受け入れきれず、意向とのずれがある
- ・ BPSD やせん妄が現れやすい方の場合、家族の接し方次第で、患者の状態悪化になる事もある
- ・ 治療による本人の ADL 低下を受け入れられなかったり、主訴のみを取り除き ADL 維持してほしいと強く思っている
- ・ 後見人など第三者のサービス介入に拒否的
- ・ 家族の思いとは別として、ネグレクト状態の場合の虐待に対する理解など

【入院前の状態に対する陰性感情】

- ・ 入院前の困難だった思い、気持ちがなかなか消えず、治療をして安定しても不安が強い
- ・ 不安を取り除くまでの過程に丁寧な支援を要する
- ・ 近隣住民の目を気にして退院拒否の言葉が聞かれる
- ・ 家族が限界まで頑張ってしまう、入院する頃には関係が破綻している

【関係が希薄になる】

- ・ 家族関係の希薄さ、介護力の不足についてはその判断を行える方が少なくなり、本人から意向が確認できないなど何を起点にして支援を行うのかに迷う
- ・ それまでの家族、かかわりの歴史があるので、関係性はそう変わらない
- ・ 本人がいない生活での安心感や楽な感覚を得てしまうと、再び介護しようという気持ちになれないことが多い
- ・ 逆に、明らかに介護力がなく破綻するのが目に見えているが、老老介護を強く希望するがケースも多い
- ・ 入院が長期化すると家族が退院の気持ちから遠のく

②家族支援で難しいと思うところ（回答数 174 件 自由記載）

【高齢化などによる介護力不足】

- ・ 介護者も高齢になっており、施設入所を目指すにしても、退院支援に対する理解力や施設申し込みなどの面で家族の支援力の低下が常に問題と感じている
- ・ 高齢者である家族を支援者としてサービスを構築する事は難しく、その傾向は年々強まっている
- ・ 患者同様、認知機能に問題がある方も多く、退院支援について理解できない方もいる

【医療者がいることの安心感】

- ・ 「入院すると医師がそばにいるから安心だ」と継続入院を希望される
- ・ 施設よりも医療機関の方が、身体疾患になったときにも安心で、精神科的な悪化があっても出て行ってほしいと言われて慌てて他を探す必要もないと思われている

- ・施設に戻ると、何かにつけ家族が対応しなければならない。入院していた方が、家族自身の生活も楽である
- ・身体疾患が悪化した時の精神科単科病院での対応の不十分さや限界について理解をしていかななくてはならない

【連絡がつきにくい】

- ・離れて暮らしている子や親類などの対応
- ・連絡がつきづらい
- ・家族も働いていたり遠方だったり、なかなか面談の機会が作れない

【入院が終の棲家と思っている】

- ・終の住処として精神科病院を捉えているご家族が未だ多く、施設などへの退院を提案しても「死ぬまで病院に入れてほしい」と望まれることが少なくない
- ・病院で看取りを希望されるケースが多い

【介護者の希望を優先】

- ・本人の意向と家族の意向が異なるとき、パワーバランスに影響される
- ・家族としての葛藤やしんどさもあり、受け止めつつ、本人主体を考えていく
- ・家族の思いと本人の思いが異なる時の調整・家族と病院側のイメージの乖離

【その他】

- ・家族が本人の気持ちを尊重しすぎてしまい、躊躇する
- ・家族間での退院先の意見の不一致
- ・虐待通報処理により、家族の面会などが出来ず、退院支援が難しくなる
- ・アウトリーチの手段・条件の準備がないこと
- ・限界まで家族のみで支えてきての入院ケースが多いため早めに SOS 出せる仕組みがあると良い
- ・家族が疲弊しており、ヒステリックになられ、話し合いが進みづらいこと

③院内調整で難しいと思うところ（回答数 135 件 自由記載）

【他職種との考え方の違い】

- ・他職種（特に病棟看護師）の協力や理解が得られず、精神保健福祉士の単独支援となる
- ・主治医の考え方に左右される
- ・専門性の違いから微妙な思いの違い
- ・本人の意向を大切にしたい退院支援をしたいが、みんなが本人主体ではない

【外の環境との違いの理解】

- ・看護師の思う退院出来るという状態と、施設側の受け入れが可能という判断レベルの違いがある
- ・施設待ちの方の身体的拘束など行動制限の解除に向けた働きかけに対する理解

【病院の経営事情】

- ・空床状況によって退院支援の速度が変わる
- ・家族が入院継続を希望する認知症の方については、積極的な退院支援を行わない暗黙の姿勢がある

【病棟環境】

- ・徘徊等があると、急性期病棟だと隔離処遇が必要となるので、認知症患者さんにとってはいい治療環境ではない
- ・認知症の人を精神科の閉鎖病棟に入院させることが良いのか
- ・最小限に身体拘束をとどめているが、それでも件数が多い

【入退院のタイミング】

- ・BPSD が活発な時に、空床があるわけではない
- ・期間内に退院させることが優先となってしまう、本人の状態や受け入れ状況が伴っていない場合
- ・抗精神科薬で ADL が低下しやすいので病状の安定とのタイミング

【病院の方針】

- ・総合病院であるため、早い退院支援がのぞまれ、調整が整わないまま退院に至ると感じる
- ・退院支援委員会やカンファレンスを行っていない
- ・退院支援という意識が精神保健福祉士も含め薄く、施設化している
- ・手のかからない患者さんは退院する気がないなら入院継続でいいのではないかとわれ、退院支援ができない

【マンパワー不足】

- ・面会制限があり、増やすことを求められているが、マンパワー不足で対応できない
- ・高齢者が大半なため、持病の対応や ADL の変化への対応が大変で、入退院による入れ替わりがありすぎると病棟が疲弊してしまう
- ・退院にむけて抑制をはずして様子を見てもらうが、マンパワー不足でなかなか進まない

【情報共有】

- ・職種間の連携が十分で共有できていないときがあり、家族や施設に十分伝達されていない
- ・一般科の医師との連携

【職員の陰性感情】

- ・介護や医療処置等が多くなることで手がかかるからなどのネガティブな理由で退院の話を出されることがある
- ・マンパワー不足を理由に、病棟看護師も受け入れに拒否的

- ・認知症に対する知識や関わりに個人差があって、統一した対応が難しい
- ・医師や看護師が介護保険サービスや高齢者福祉について知らず、環境調整の理由と内容、有効性を説明しなければならない

【その他】

- ・身寄りのない方の入院中の支援（医療行為の了解や後見人が決まるまでの金銭面の管理など）
- ・長期入院の方の場合「本人への意欲喚起」「家族への説明」など退院へ向けて動いていくという方向づけが何より大切になるが、それを精神保健福祉士1人に全て負わせる雰囲気がある。うまくいかないと責任も精神保健福祉士1人に負わされる
- ・医師も積極的に退院に向けた動きを取らず、高度認知症の方は入院継続、長期入院になりやすい
- ・隔離や抑制が外せていない状態の患者であっても、病棟看護師は「入院時の主訴が無くなったので、退院できるのでは」と言う
- ・このタイミングで退院をとの病棟現場の意向と、環境調整の時間と、経営側の意向が合わない
- ・長期的に医療処置が必要で、施設へ移行できない方もいる
- ・家族は入院継続の希望が強く、院内スタッフからの退院支援との狭間で葛藤が強い

④地域の連携機関との調整で難しいと思うところ（回答数 142 件 自由記載）

【担当者による対応力の違い】

- ・自治体により支援の方針が異なる
- ・施設やケアマネの力量に差があり、適切な支援が行われない場合がある
- ・各機関で症状への対応力が違うので、調整時の問い合わせに苦慮する
- ・評価の基準が統一されておらず、支援者の主観的評価に依るケースが少ない
- ・家族と相談せず、ケアマネジャーが入院を希望するケースがある

【入院を機に関係が切れる、一任される】

- ・入院した時点で介護から医療へ移行したと捉え、継続的な支援が得にくく、病院と家族で一から相談を重ねることがある
- ・入院中だからとケアマネの協力が得られにくい
- ・在宅復帰が困難となると支援機関とのかかわりが無くなる
- ・行政からの依頼で入院を受けたとしても、退院の相談をすると担当が違うと言われ、相談に乗ってもらえない
- ・連携不足で、医師の判断なく、地域が入院と確定し、戻ることができない状態で相談や来院されることがある

【認知症への理解不足】

- ・入院ありきではなく、地域生活を続けるための対応策を検討する経過を踏みたい。そのために、精神保健福祉士自身が認知症のことを理解し言葉で説明できれば対応への助言に説得力が出る

- ・陰性感情や地域によっては社会資源が少ないことを理由に支援に関わることに消極的
- ・薬で鎮静させてもらえる方が、介護度はアップしてもその方が、受け入れできるといわれる

【精神科に対する拒否感】

- ・落ち着いていても病状の再燃を危惧され、施設で受け入れてもらえない
- ・精神科病院入院の方は大変という偏見
- ・迷惑行為等で入院となった方の再受け入れの難しさ

【精神科入院に対する考え方】

- ・精神保健福祉法において、本人の意思に基づかない入院について慎重に考える必要があると思いついて対応しているが、入院を安易に考えているような事案も多い
- ・行政や警察から、何が問題なのか整理せず「認知症がありそうなので」「妄想があるので」と入院相談がくる
- ・地域で困ったら入院！という発想が根強く、地域で支える方法を考える方向になりにくい

【社会資源不足】

- ・受け皿の少なさ、認知症状やその他の併存する精神症状への対応力の乏しさ、在宅の場合の夜間帯支援の少なさ
- ・権利擁護の意識やケアの部分で格差
- ・人的資源や予算が限られた中で、医療機関よりも枠を定めにくい生活の場で、今のありのままの本人を手厚い支援体制で受入れてくれる
- ・地域資源がなく、長期入院が発生する

【緊急時の対応力】

- ・スピード感（特に入院までの時間、地域はすぐに！という感じではあるが、認知症患者さんの受け入れには2週間程度かかることがある）
- ・柔軟に対応（即日入院や臨時診察など）出来ることが少なく、精神科救急や警察要請など、公的な保護システムを頼っていただく必要があり、地域側には病院は当てにならない印象があるのではないかと感じ、信頼関係に繋がらないのではないかと
- ・精神科病院ではあるが、認知症疾患医療センターはないので入院受け入れの限界がある

【情報共有】

- ・各々の体制、役割についての理解が必要
- ・共通言語が持てない支援者がいる
- ・関係機関や一般病院から相談し辛さを感じるとの話や聞くことがあり、気軽に相談いただけるよう包括や一般病院に訪問し、顔の見える連携を図れるよう努めている
- ・実際携わるまで、当事者の状態を正確に把握できないことが多い

【退院に消極的】

- ・入院させることがゴールでその後の支援をしてくれないことも多々ある
- ・安定後もリスク回避から自宅への退院に消極的になられる

【その他】

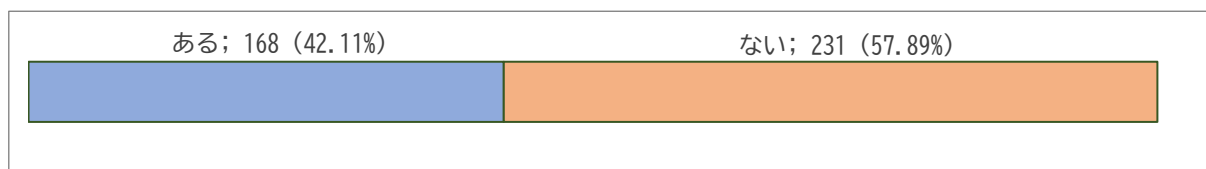
- ・施設から入院になると、「退院後は再入所不可」と言われることが多く、別の施設に入所できるまで退院できなくなる
- ・施設側の医療に対する過度な期待
- ・関係機関、施設への、アウトリーチの手段が殆どない
- ・退院支援のスピード感のズレ
- ・関係機関の思いだけで支援の方向性が決められたり、すすんでしまうことがある
- ・もっと早くに関わってくれていれば…と思うことが多い。特に、認知症疾患医療センターや認知症集中支援チームの動きに歯痒さを感じる

⑤これら以外で難しいと思う所は何ですか（回答数 41 件 自由記載）

- ・有床総合病院の精神科では、事務系業務が典型で、職員（医師、看護師、精神保健福祉士等）が膨大な法定書類の作成・管理に追われている実状がある
- ・全く余裕がなく、相違を理解してもらうことや組織的運用のための仕組みづくりに着手できず、有床総合病院精神科スタッフを疲弊させている
- ・認知症疾患医療センターへは「講演会しか行ってくれない」「話を聞くだけで何もしてくれない」「外来予約だけで入院させてもらえない」という声が聞かれる。相談ができる環境づくりも急務と思う
- ・精神科救急システムの対象としていないため入院の受け入れまでに時間を要する。その分院内外関係各所との連携、調整の業務量が多く煩雑
- ・精神保健福祉士が1名しかおらず、休むとフォローがない
- ・部署異動に伴い、認知症の方への関わり、高齢者施設の情報収集、地域包括との連携など新たなことに取り組む必要があり、関わる対象者の範囲が広く、まだまだ至らないと感じる
- ・入院生活の中で経口摂取が難しくなった方が施設に戻るには、「胃瘻だったら受け入れられる」というのが現実
- ・胃瘻造設している方の、受け入れ可能な施設が少なく、結局は長期化している
- ・介護度に精神症状が反映されにくく、使えるサービスに限られる
- ・家族の意見が優先され、手続きが面倒や協力できないと取り入れることができない
- ・本人に十分な年金収入があっても、支払いは家族なので、支払いをためらわれると、より良い支援が受けられない
- ・若年性認知症の支援がよく取り上げられるようになり、就労支援が課題となっている。しかし、事例が少ないため、雇用支援、就労支援を担っている関係機関の理解は低く、支援に結びつかないことが多い
- ・精神保健福祉士も認知症の方への支援は希薄だと感じる。協会ももっと認知症を取り上げていくべきだと感じる

- ・本人の利益を最優先に考え、代理・代弁する権利擁護者（医療行為に対する判断・代弁の実行者）の確保が必須
- ・経済能力の評価をふまえてその後の治療やケア、療養環境を左右しかねない
- ・加療後にも、本来保障されるべき QOL に格差を作らない工夫が求められる

6. 認知症の人の支援体制構築のための協議の場はありますか（回答数 399 件）



「ある」の場合、具体的にどのような場・内容であるかを教えてください。（自由記載）

- ・ 県長寿社会課主催の会議
- ・ 地域ケア会議、初期集中支援チーム
- ・ 地域包括支援センターとのカンファレンス
- ・ 行政主導のネットワーク構築
- ・ 認知症疾患医療センターが事務局となる認知症疾患医療連携協議会
- ・ 初期集中支援チームの会議や個別のケア会議、包括主催の地域ケア会議
- ・ ケア会議開催して、家族や地域支援者とともに協議する
- ・ 退院支援委員会
- ・ 個別のケア会議

(3) アンケート調査についての考察

今回調査では、399 件の回答を得られた。

令和 5（2023）年 11 月 30 日時点の認知症診断の方の入院病棟、回答する精神保健福祉士の属性（経験年数、所属機関の属性、担当業務など）、認知症診断の方の入院期間が長期に及んでいる理由、地域連携などについて調査した。

回答者の所属は多くが精神科病院であり、約 17%が精神科病床を有する一般病院に所属する精神保健福祉士から得られた。病床数は約 65%が 300 床までの病院であり、認知症疾患医療センターの有無については回答の約 70%は有していない医療機関であった。

認知症の方の入院病棟では、認知症治療病棟をはじめ、精神一般病棟、精神療養病棟、精神科急性期治療病棟など多岐にわたっていることが示された。認知症の方の治療の場として、各医療機関がどのように病棟選択をされたのかは調査では汲み取れないが、認知症治療病棟以外の病棟において、他精神疾患の方と認知症の方が同じ環境で入院加療を受けていることが解かる。

認知症の方が精神科医療機関へ入院となる要因を相談元別で見ると、行動・心理症状の悪化が主たる要因である場合、すべての相談元において「暴力」「興奮」が上位を占めている。家族・行政では「徘徊」が続く。我々が実践のなかで「不眠」「昼夜逆転」など睡眠に関わる相談を受けることはよくあるが、入

院の要因としては挙げがらず、結果に見られる要因の根本原因にどういった生活環境・生活状況があるのかを理解し早期に介入することが重要ではないかと考える。上位3番ではないが、行動・心理症状で困って入院に至った事例では、「拒食」「拒絶」が多かった。行動・心理症状以外の要因について、家族・施設・行政においては、「他者（近隣や他利用者）への迷惑」が1番多かった。ただし、家族をみると「家族の体調不良」「介護保険サービス受入困難」「家族の高齢化」「家族不在」など家族自身が支援を必要とする要因が全体の7割を占めている。認知症診断の方の治療と家族支援が平行して行われる事例が多くみられていることが解かる。

施設・一般病院や他の精神科では「身体拘束・保護室がない」などの要因も上位であった。「身体拘束が必要」は施設等の考える身体拘束の必要性とは何かを実践を通して理解しあって行く必要があると考える。他の精神科病院、精神科外来での項目では「満床」「入院場所がない」など治療環境が1番の要因であった。

また、本人の病状以外で入院に至る要因が様々あることがわかった。他者への迷惑、居場所が整わないことなど環境要因が入院の要因となることも多く、家族状況や居場所の有無が本人の入院に影響している様子がうかがえた。認知症診断の方が住み慣れた地域で適切な治療を受け、退院を目指すため適切な連携が円滑に進むように我々が所属機関のある地域で支援体制をどのように構築していくかが求められている。

認知症の人の入院の長期化の理由では、「本人要因」と「家族要因」に大差はなかった。本人要因の「病状が安定しない」に次いで家族要因の「経済的問題」「入院継続を家族が希望」、施設要因の「症状・状態にあった施設がない」「介護度で施設の選択肢が限られる」が多くを占めている。認知症の人の状態が安定しても退院支援には家族を含め環境調整が大きな課題となっていることが解かる。また、入院費等の経済的問題、医療処置継続など、病院要因の「院内チームの退院への意識不足」「精神保健福祉士の意識不足」の回答があり、関わる精神保健福祉士が問題意識をもって実践していることがうかがえた。

本人支援では認知症の本人の希望がくみ取りにくいという意見が65件で、認知症の本人の意思決定支援の難しさを感じている精神保健福祉士も多く、本人の意向や意思、希望をどのようにくみ取れるかを課題として日々工夫しながら関わっていることが解かる。認知症の症状や関わりなどの研修も必要ではないかと考えた。

家族支援では『高齢化等による介護力不足』に多くの意見が見られた。また、『退院し病院から離れることの不安』『終の棲家としての精神科病院』など家族が精神科病院に頼っている現状も見えた。家族への具体的で情緒的な支援の継続は、家族の抱える不安を軽減し、ともに認知症の人の療養環境や退院後の生活について考える信頼関係構築のための関わりと考えられる。家族の特性をケアマネジャーなど支援者と情報共有することで支援関係作ることも重要と考える。院内調整において他職種との考え方の違いが難しいと回答されたのは約30件あった。多職種との入院加療や退院調整の方向性のすり合わせに困難を感じるという意見が多数みられた。退院までの治療計画を他職種と連携し、地域施設等の情報を他職種と共有できるよう支援関係を作ることが課題と考える。他、スタッフの認知症に対する理解の個人差や医療機関の経営方針など、精神保健福祉士一人では太刀打ちできない状況も回答から見えた。

地域の連携機関との調整での難しさでは『担当者による対応力の違い』『入院を機に地域支援者との関係が切れる』『認知症の理解不足』『精神科入院に対する考え方』などが挙げられた。これらは認知症の

人を地域に送り出す医療機関と受け入れの施設や事業所が、認知症である対象者の理解を共有し互いに伝える力・受け入れる力を養っていく必要があると思われる。入院前・入院時から地域支援者（ケアマネジャーや事業所スタッフなど）と連携をもち、入院中に退院支援の一員として地域支援者が介入できる仕組みを院内につくることが課題の1つである。他、『社会資源不足』の回答も多くあり、これは前述の長期入院の要因の『状態にあった施設がない』『介護度で選択肢が限られる』と連動する。認知症の人の生活障害に対して、適切な判断がなされ必要な支援を受けられる制度の見直しが必要と考えられる。

認知症の人の支援体制構築のための協議の場の有無については、半数以上が『ない』と回答しているが、精神保健福祉士が地域の協議の場を把握していない場合も考えられる。または、協議の場が形骸化している可能性もある。認知症に関わる精神保健福祉士が地域のネットワークを把握し、活用するには精神保健福祉士同士が横のつながりをもち、情報交換・共有・課題整理を行うことが大切である。

3. 座談会「認知症の方への支援について語り合おう！」の概要

(1) 座談会の目的と方法

参加者 18 名。5 班に分かれ、アンケート結果を踏まえ、アンケートでは伝えにくい日々の悩みや葛藤を語り合い、支援に繋げることを目的に座談会を開催した。

<対象者> 精神科医療機関において認知症の方へかかわる精神保健福祉士

<開催日時> 2024 年 2 月 18 日（日）10：00～12：00

<開催方法> Zoom

(2) 座談会まとめ

以下、座談会でどのような語りがあったのかを示す。

【ジレンマ】

<本人中心の支援・自己決定におけるジレンマ>

- ・ 認知症の方の意思決定支援にどう関われるか。本人より家族の意見が優先されている気がする。
- ・ 忙しくてそこまでかわりが回らず、モヤモヤする。
- ・ 退院支援委員会等で本人の意向を取り入れられていない。
- ・ コミュニケーションが取りにくいいため、本人との面談の時間より退院支援を優先することがあった。
- ・ 高齢化による身体疾患との共存について本人の意志の確認はどう行うか。
- ・ 本人の希望はやっぱり大事にしたい。自宅が不便であっても本人が希望するなら、もうそこに、できるだけサービス等を調整して住めるよう支援したい。しかし、安全面を考えて難しいのであれば施設などを検討しないといけないかもしれないが、本人・家族が納得するように話をしていきたい。サービスや環境を考えるだけでなく、その人自身の人とのつながりや縁が切れないうように支援していく、その人が安心できる人・環境を提案できるよう支援できればと思う。
- ・ 精神科急性期治療病棟等、入院期間に限りがある場合、本人中心の支援ができていないか不安。

<退院支援におけるジレンマ>

- ・ 入院時から退院先を施設入所と考えている流れがあり、釈然としない。
- ・ 家族背景や環境から自宅退院の見通しが悪いケースは施設が決まるまで入院延長することが多く、入院期間が長くなることもある。初回の推定入院期間を延長する方の方が多い。
- ・ 家族の協力が得られず、退院に結びつかないことがある。
- ・ 入院後、ケアマネとの関わりがなくなるケースもあり、ケアマネとの連携の継続が難しい場合もある。
- ・ 基礎年金の方にとっては施設費用が多額で退院支援がスムーズにいかないこともある。

<医療・療養環境に関するジレンマ>

- ・在宅や施設など退院後の生活環境を意識した病棟内の療養・生活環境の調整が難しい（病室に私物を置けないなど）。
- ・認知症の患者が満床で、急性期病棟に入院する場合、徘徊や他患者とのトラブルがあり、隔離室に入らないといけなくなることが多い。一旦隔離室に入った後に隔離室から出そうとすると、刺激が多く不安が強くなるという場合がある。悪循環になってしまうことがある。
- ・認知症病棟に認知症の患者が入院できない場合、精神科療養病棟へ転病棟する時もある。他患者が比較的ADL自立の方で、設備も整っていないため、高齢者で介護が必要な方が入院すると、スタッフのマンパワー不足になる。認知症病棟では何も無い環境が多く、精神療養病棟では他患者のお菓子を取ったりすることもある。
- ・地域生活（施設費用など）より医療費がかなり安く、退院を敬遠される要因となる。

<身体拘束に関するジレンマ>

- ・暴力徘徊等があっても身体拘束をせずに入院している病院もある。暴力や興奮がひどい等、精神症状が悪化すると隔離対応になっていることもある。
- ・車椅子からの転倒転落防止や、点滴治療が必要な場合に身体拘束をしている。身体拘束はしてないが、転倒も多くなり骨折事例も多い。
- ・認知症治療病棟以外で認知症の方の入院を受けているが、行動制限せざるを得ない状況が多々ある。状態に応じた環境が十分整っていない。

<経営問題に関するジレンマ>

- ・病院の経営的な問題で3ヶ月以内に退院をしないといけない現状。経済的な問題があり退院が進まないケースも多かった。施設費用についての説明を入院時から行うなど、退院後の生活を考え、それまでの支援について具体的に話し合っている。退院まで3ヶ月では時間が足りないという感覚だった。家族は心の整理ができていない状況だが、入院日から退院に向けて話を勧めている。
- ・病院全体の空床が多い中で、認知症の病棟だけは相談が多くほぼ満床に近い状況だが、他の病棟に空床があり、退院支援をしないように言われることもある。
- ・精神症状が改善しない方は退院して施設へ入所することが困難であり、入院期間を延長しないといけないケースもある。しかし、経営側からは入院延長せず、退院させてほしいと言われることもある。

<地域・行政・施設等とのかかわりにおけるジレンマ>

- ・行政の中には、困ったら入院させれば良いという考え方をもち、精神科に入院させたら関りが終わるといふところもある。入院後も関りが継続すると良い。
- ・入院したら契約を勝手に解除し、あとは病院に任せるといふ施設もあり、入院の長期化につながるのではないか？
- ・認知症だからイコール治療してくださいというような地域の要望が時折あるが、何のために認知症の診断は受けたのか疑問に思うことがある。本人にとってどういうメリットになるのか。その本人と暮らす家族にとってのどのような安心感に繋がるのかあまりないまま、「ちょっと困っ

て、とにかく精神科で診てください」「薬がないでしょうか」などと言ってくる。そこでの色々なやり取りで、それが本人のためにどうなるのか、共通認識とするのが大変。

- ・地域での対応にも困るケースがある。早いうちから介護保険の申請をして介護サービスにつなげておくと入院せずに済むのではないかな？

<精神保健福祉法上の課題>

- ・入院形態の問題。判断能力の有無の部分で、任意入院とすることは難しい。
- ・退院支援委員会の形骸化。地域事業所の参加が出来ていない。

<その他ジレンマ>

- ・病院の経営者とソーシャルワーカーとしての自分との葛藤（病床数を気にしながらの退院支援をしなければならない）。
- ・認知症対応の病棟へ受け入れるために、他の病棟が退院できない人の受け皿になってしまうことがある。
- ・精神科の病院に入院相談することも多いが、ただ治療して薬で症状を抑えて欲しいわけではない。薬で認知症が治るわけではないが、また地域生活で暮らせるような支援が行えるように精神科入院を求めるものの、認知症病棟とかがしつかりないような精神科の病院には、症状を抑え込むような治療で、結局在宅には戻れないということもある。切なくなり、入院支援に踏み切れないことは結構ある。
- ・ギリギリまで家族が頑張ってしまうので、もう少し早く精神科入院も含めた医療サービスの活用ができるか、地域生活の継続ができるかなと思う。その時の精神保健福祉士の役割は大きい。
- ・クリティカルパスはあるものの、主治医や担当看護師、介護士任せになることがある。環境により周辺症状に影響も出るため、退院支援も多職種を巻き込んでいかないといけないと思う。
- ・書類に追われて、患者さん向き合う時間がない。業務を回すのに精いっぱい
- ・本人が怒っていることにも意味、理由があり、まずはそこを探る必要がある中で、どの順番で医療が介入するのが良いのか…。
- ・100歳を超えた方の認知症の精査目的の受診相談もあり、検査をして、認知症と分かってどうしたいのかと思う。ある程度の年齢になったら許容範囲になるのか。忘れさせてあげてほしいという思いもある。
- ・本人の住み慣れた場所が、過疎化で買い物もしづらい、インフラの整備も不十分な不便な場所である場合でも住み慣れた場所が良いのか、乱雑な部屋であってもその人が安心する場所がそこにあるのなら、そこに住めるように支援すべきなのか、それとも、全て網羅できる施設の方がいいのか。地域作りをしないといけないのか、施設の方がバージョンアップしていった方がいいのか、など色々と考える。
- ・精神科病院への入院相談の際、ただ治療して薬で症状を抑えて欲しいわけではない。薬で認知症が治るわけではないが、また地域生活で暮らせるようにと入院治療を求めるものの、症状を抑え込むような治療で、結局在宅には戻れないということもある。入院支援に踏み切れない要因となる。

【やりがい】

- ・入院前の相談含めて、認知症があるなし関係なく人となりのような部分を聞いていくと、家庭内にも色々と問題があったり、それが故に子供たちや家族関係にも影響があったりと、人生の様々な場面を見せてもらうことがある。人として成長させてもらっている、勉強させてもらっていると感じる。

【工夫していること】

- ・生活歴や生活環境など、その方の人となりを理解する。
- ・入院当初に退院について確認しておく。
- ・家族の入院環境への安心感、退院への大きな不安に寄り添い続ける。
- ・家族へ施設情報を含めた地域支援の情報提供を行う。
- ・症状には介護の仕方、ケアの仕方が大きく関わってくるので、それを工夫することにより、拘束なしで短期間で落ち着けるような方法を取っている。
- ・医師や看護師とはまた違う関わり方で、本人の立ち位置に立った関わりができるのが精神保健福祉士、ワーカーなので、そこをうまく具合に協働しながら、いかに戦うか。数のパワーに対しどう説明していくかを考える。
- ・他職種のお手伝いという形で入り、その職種の理解が深まり、支援に活かせる部分がある。
- ・入院後すぐにケアマネや施設職員と連携、入院数ヶ月の期間で施設の席が切れる場合もあるので、退院支援が大変。施設は誰にあう施設なのか、本人・家族にとってよい施設なのか紹介に戸惑うこともある。病院にとって都合の良い施設を紹介でなく、実際に家族に見学してもらって選択してもらえるようにする。家族に主体的に退院先を考えてもらうためにも。
- ・地域で予防的に取り組むことで、入院に至らない地域ができている。
- ・重層的支援体制整備事業による断らないワンストップの相談窓口があり、連携、勉強会を行うことで地域作りができている。
- ・周辺症状は、名前の通り周囲の関わり方や、サービスの調整の仕方などに大きく寄っている。退院しても、精神科の中でこそできる対応をそのまま地域にできるかって言ったらそうではないところもある。
- ・退院時に何かあったら引き受けるということで協力できる関係を作る。

【未来への展望】

- ・かかりつけ医と精神科病院の医師との連携で入院に至らないで済むケースが多くなり地域で生活を継続できるシステムを作れるのではないかな？
- ・認知症になることが悪い事ではなく当たり前だと地域の中で認識できることが必要。
- ・認知症の方に関わる地域の支援者（介護事業所、行政含む）のマインドを変えていかなければならない。
- ・開かれて、気軽に相談でき、物忘れあるけど、こういうことをしたら暮らしていけそうだね、というのを、地域住民と一緒に考えるような、何か繋がりを作っていけるといい。
- ・生きやすいまちづくり、支援者の顔が繋がっているネットワークできたらいい。
- ・地域で高齢者を支える認知症患者さんを支えるっていうところの体制が作られればいい。

- ・認知症の医療の標準化に目指したい。
- ・本人さんの思いはどうなのか、何か自分が感じた違和感などを、本人のためにどうやったら解消できるか等、そういった視点でずっと考えていきたい。
- ・BPSDは周辺の関わりで変わるところもあるので、本人にとってのどういう関わりがいいのかを一緒に考えていくお手伝いをしたい。
- ・地域から早めに情報が上がることで早めに医療につながると、戻ることができるという仕組み作りが必要。
- ・地域が困ったときに速やかに受け入れられる体制が必要。
- ・認知症は恥ずかしいと隠してしまう意識改革の啓発が必要。
- ・小学生の段階からの認知症に対する理解を深め認知症とともに生きるという地域作りが大切。
- ・大事な患者さんとの関わりや、退院支援、生活環境を整えるところにもっと時間を割きたい。それを病院全体で考えていきたい。

【参加理由・参加しての感想】

- ・認知症の方へのかかわりは、人生の最後を迎える際の支援というところですごく戸惑いがあった。今までの精神保健福祉士の教育課程の中でそういった戸惑いをこう話す場がなかった。
- ・精神保健福祉士の中では「認知症」は異端なのかと思うことあり、そのような中、座談会があると知り、参加していろんな話を聞きたいと思った。
- ・都道府県協会において認知症に特化した定例会、勉強会は今ないので、自由にみんなで話したいと思って参加。
- ・改めて日本全国に同じ思いの人たちがいるということで元気になった。それでいいんだと思えたことが一番。
- ・全国、津々浦々、入院でも外来でも抱く思いは変わらないんだということが再確認できて、ものすごく励みになる会だった。
- ・認知症担当のワーカーと共有でき機会自体が少ないので、本当に明日からも頑張ろうと思った。
- ・先輩方のお話聞かせてもらい、自分も何年か後はこういう町や社会にしたいと言えるような精神保健福祉士になりたいと思った。

(3) 座談会の考察

『座談会の参加目的』『医療機関の一員としての思い』『地域（行政・事業所・施設など）との関係』『精神保健福祉士としての思い（葛藤とやりがい）』『研修体制』など各グループで多くの意見交換がなされた。

現場で働く多くの精神保健福祉士が、本人より家族の意見が優先されている現状に受診・入院相談での葛藤があるとの声が聴かれた。意思決定支援とは頭では理解していても行動に移せない現状に悩んでいることが共有できた。また、本人に合った受け皿となる施設がないことや、家族の協力が得られず、退院に結びつかないこと、施設費用などより医療費がかなり安いことで認知症の方の入院期間が長期化するなどの退院支援の課題も多く意見としてあがっていた。地域との関係においては、地域から早期に

病院に相談し医療につながり、そして早期に退院し地域に戻る仕組み作りが必要で、そのためには精神科病院と地域との連携、勉強会を行うなど地域における支援体制作りが必要である等の声もあがった。

今回の座談会では、支援している中での葛藤やジレンマ、そして現状の精神保健福祉士としての動きで良いのかという不安感を表出し共有することも重要であったが、今後の認知症支援の在り方を参加者で語り合い、支援体制の構築や援助者自身の自己研鑽のための研修などを求めていることが把握できた。

4. 全体考察

今回の精神保健福祉士の実践に関する調査では、399名の方からの回答があった。本プロジェクトのチーム員の推測よりも多い回答数であった。このことから、精神保健福祉士の中には認知症支援に関心のある精神保健福祉士が多いこと、また、認知症の人へのかかわりにおける支援の難しさ、課題、葛藤を抱えながら対象者に関わっていることがわかった。

入院の長期化の理由では本人要因だけではなく、経済的な問題や家族の要望、家族関係の希薄化などで入院が長期になっていると感じる方が多かった。本人の病状以外の様々な課題が顕在化した結果であった。

認知症の人にかかわる精神保健福祉士の実践においては、認知症の方の意思決定支援について難しく感じている精神保健福祉士が多くいた。今後、本協会における研修体制において認知症に関する内容も検討すべきではないかと考える。

今後の支援の在り方に関しては、精神科病院の精神保健福祉士だけが対象者へ関わるのではなく、入院前に関わっていたケアマネージャーや地域援助者との連携を入院後も継続し、退院支援委員会等への積極的参加を促す必要性を感じている意見が多くあがっていた。

外部地域援助者をどう支援に入れていくか、協議の場をどう作るかが課題である。

調査全体を通し、精神保健福祉士が抱える葛藤やジレンマも以外にも、こうあって欲しいという認知症の方の支援に関する前向きな意見もあがっていた。

調査結果、座談会から、医療機関と地域関係機関との連携の課題、精神保健福祉士としての葛藤、認知症の人を取り巻く制度の課題、研鑽の必要性について今一度考える機会となった。

認知症の人の支援において、精神保健福祉士が認知症症状や生活障害の理解を深めること、医療機関と地域の関係機関が共に研鑽し必要時に速やかに医療機関を受診し、状態に応じ入院加療を受けて早期に地域に戻る仕組みを各地の事情に応じて構築することが挙げられる。

また、経済面では入院の方が施設入所より金銭的負担が軽いことや、退院することで病院から離れる不安を抱える家族の支援なども課題となっている。入院時に治療目的を明確にし、入院中は適宜、状態説明や支援経過を共有するなど日々の実践が問われるところである。

今回の座談会参加者は18名であったが、アンケート調査において「認知症の方への支援（実践）で悩みや葛藤を共有できる場があれば参加したいですか？」との問いに、123名の方より「参加したい」と回答があり、座談会においても、『認知症に特化した研修会や座談会の開催』を求める声は多く聞かれた。それはやはり、自身の認知症の方へのかかわりの確認の場や、悩みやジレンマを共有できる場を求めている精神保健福祉士が多いことの表れである。

今後も、認知症の人へかかわる精神保健福祉士自身の研鑽の場として、研修会やざっくばらんに意見交換が行える座談会などの開催を継続的に行う必要性を強く感じる結果であった。

参考資料 1 (調査回答フォーム)

精神科医療機関に入院している認知症の人への 精神保健福祉士の実践に関する調査

<本調査の目的>

この調査は、近年増加傾向にある精神科医療機関における認知症の人の入院に関して、入院に至る要因などを把握すると共に認知症の人にかかわる精神保健福祉士の実践内容や支援において感じている困難さなどを明らかにすることを目的としています。

<回答期間>

2023年12月28日(木)～2024年1月19日(金)

<回答対象者>

精神病床を有する病院に従事する精神保健福祉士(構成員)

1. 基本項目

①所属する精神科医療機関は? **必須**

精神科病院(精神病床のみ)

精神病床を有する一般病院

②入院病床数(半角数字) **任意**

床

内、精神病床 **任意**

床

③認知症の人が入院する場合、どの病棟に入院しますか?(複数回答可) **任意**

精神科救急急性期医療入院料病棟

精神科急性期治療病棟

精神療養病棟

認知症治療病棟

精神一般病棟(入院基本料算定病棟)

地域移行機能強化病棟

その他

「その他」を選択された方は詳細をお知らせください。 任意

④ ③で選択した病棟における認知症の人の割合 (R5.11.30時点)

「精神科救急急性期医療入院料病棟」における認知症の人の割合 (R5.11.30時点) (半角数字)

任意

 %

「精神科急性期治療病棟」における認知症の人の割合 (R5.11.30時点) (半角数字) 任意

 %

「精神療養病棟」における認知症の人の割合 (R5.11.30時点) (半角数字) 任意

 %

「認知症治療病棟」における認知症の人の割合 (R5.11.30時点) (半角数字) 任意

 %

「精神一般病棟 (入院基本料算定病棟)」における認知症の人の割合 (R5.11.30時点) (半角数字)

任意

 %

「地域移行機能強化病棟」における認知症の人の割合 (R5.11.30時点) (半角数字) 任意

 %

「その他」における認知症の人の割合 (R5.11.30時点) (半角数字) 任意

 %

⑤ 認知症疾患医療センターの有無 必須

 有 無

⑥ 有りの場合、疾患センターのタイプ 任意

 基幹型 地域型 連携型

⑦院内の精神保健福祉士の配置数(半角数字) 任意

人

2. 回答される精神保健福祉士の方にお伺いします。

①精神保健福祉士としての経験年数は? 任意

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> 3年未満 | <input type="radio"/> 3～5年未満 | <input type="radio"/> 5年以上～10年未満 |
| <input type="radio"/> 10年以上～20年未満 | <input type="radio"/> 20年以上～30年未満 | <input type="radio"/> 30年以上 |

②担当する病棟及び部署は?(複数回答可) 任意

- | | | |
|--|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 精神科救急急性期医療
入院料病棟 | <input type="checkbox"/> 精神科急性期治療病棟 | <input type="checkbox"/> 精神療養病棟 |
| <input type="checkbox"/> 認知症治療病棟 | <input type="checkbox"/> 精神一般病棟(入院基
本料算定病棟) | <input type="checkbox"/> 外来 |
| <input type="checkbox"/> 認知症疾患医療センタ
ー | <input type="checkbox"/> 地域移行機能強化病棟 | <input type="checkbox"/> その他 |

「その他」を選択された方は詳細をお知らせください。 任意

③担当する認知症の人の数について 任意

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> 多いと感じている | <input type="radio"/> 適当と感じている | <input type="radio"/> 少ないと感じている |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|

3. 認知症の人が精神科医療機関に入院に至る主たる要因についてお伺いします。

①-1行動・心理症状の悪化が主たる要因である場合、主な症状は?(それぞれの項目で上位3つを選択)

家族からの入院相談 任意

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 妄想 | <input type="checkbox"/> 興奮 | <input type="checkbox"/> 暴力 |
| <input type="checkbox"/> 徘徊 | <input type="checkbox"/> 幻視 | <input type="checkbox"/> 性的逸脱 |
| <input type="checkbox"/> 不眠 | <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 | <input type="checkbox"/> 拒食 |

<input type="checkbox"/> 拒薬	<input type="checkbox"/> 拒絶	<input type="checkbox"/> 異食
<input type="checkbox"/> 幻聴	<input type="checkbox"/> 抑うつ状態	

施設からの入院相談 任意

<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 興奮	<input type="checkbox"/> 暴力
<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 幻視	<input type="checkbox"/> 性的逸脱
<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 拒食
<input type="checkbox"/> 拒薬	<input type="checkbox"/> 拒絶	<input type="checkbox"/> 異食
<input type="checkbox"/> 幻聴	<input type="checkbox"/> 抑うつ状態	

他の精神科病院からの入院相談 任意

<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 興奮	<input type="checkbox"/> 暴力
<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 幻視	<input type="checkbox"/> 性的逸脱
<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 拒食
<input type="checkbox"/> 拒薬	<input type="checkbox"/> 拒絶	<input type="checkbox"/> 異食
<input type="checkbox"/> 幻聴	<input type="checkbox"/> 抑うつ状態	

他の精神科(診療所・外来)からの入院相談 任意

<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 興奮	<input type="checkbox"/> 暴力
<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 幻視	<input type="checkbox"/> 性的逸脱
<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 拒食
<input type="checkbox"/> 拒薬	<input type="checkbox"/> 拒絶	<input type="checkbox"/> 異食
<input type="checkbox"/> 幻聴	<input type="checkbox"/> 抑うつ状態	

一般病院からの入院相談(診療所・外来含む) 任意

<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 興奮	<input type="checkbox"/> 暴力
<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 幻視	<input type="checkbox"/> 性的逸脱

<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 拒食
<input type="checkbox"/> 拒薬	<input type="checkbox"/> 拒絶	<input type="checkbox"/> 異食
<input type="checkbox"/> 幻聴	<input type="checkbox"/> 抑うつ状態	

行政からの入院相談 任意

<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 興奮	<input type="checkbox"/> 暴力
<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 幻視	<input type="checkbox"/> 性的逸脱
<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 拒食
<input type="checkbox"/> 拒薬	<input type="checkbox"/> 拒絶	<input type="checkbox"/> 異食
<input type="checkbox"/> 幻聴	<input type="checkbox"/> 抑うつ状態	

①-2上位3つには入らないが行動・心理症状で困って入院に至った事例について教えてください。
(自由記載) 任意

②-1行動・心理症状以外が主たる要因の場合、入院相談者(入院依頼元)別の入院に至る要因
(それぞれの項目で上位3つを選択)

家族からの入院相談 任意

<input type="checkbox"/> 家族の体調悪化	<input type="checkbox"/> 家族不在	<input type="checkbox"/> 家族の高齢化
<input type="checkbox"/> 家族状況変化(孫の出産、受験等)	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス準備	<input type="checkbox"/> 近隣への迷惑
<input type="checkbox"/> 家族離職	<input type="checkbox"/> 家族自身の生活困難	<input type="checkbox"/> 家族からの虐待・暴力
<input type="checkbox"/> 家族関係の悪化	<input type="checkbox"/> 本人のサービス拒否	<input type="checkbox"/> 介護保険サービス受入困難

施設からの入院相談 任意

<input type="checkbox"/> 他の利用者への迷惑	<input type="checkbox"/> ADL低下	<input type="checkbox"/> 中核症状悪化
------------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

身体拘束が必要

他の精神科病院からの転入院相談 任意

満床

遠方在住の家族が近い

本人の居住から遠方

病院環境問題(例:保護室がない)

入院対象外(例:認知症の人が入院できる病棟がない等)

退院支援目的

精神科(診療所・外来)からの入院相談 任意

入院設備がない・外来治療の限界

家族の限界

遠方在住の家族が近い

本人の居住から遠方

一般病院からの入院相談(診療所・外来含む) 任意

退院支援目的

入院の長期化・施設待ち

内服調整

身体拘束が必要

病床がない

行政からの入院相談 任意

独居

環境調整

家族関係悪化

近隣への迷惑

警察での保護

警察からの指導

家族からの虐待

②-2その他、認知症の人が行動・心理症状以外で入院に至る要因はありますか?(自由記載)

任意

4. 認知症の人の入院の長期化の理由についてお伺いします。
(長期化=6ヶ月以上の入院)

① 長期化の理由を**全ての項目から上位5つまで**選んでください。

(*各要因からではないのでご注意ください) 任意

<input type="checkbox"/> 本人要因 病状が安定しない	<input type="checkbox"/> 本人要因 サービス拒否	<input type="checkbox"/> 本人要因 家族と本人の意向が合わない
<input type="checkbox"/> 本人要因 身体機能低下	<input type="checkbox"/> 本人要因 施設ではできない医療処置継続	<input type="checkbox"/> 本人要因 住居(住まいがない)問題
<input type="checkbox"/> 本人要因 病院が安心だと感じている	<input type="checkbox"/> 家族要因 介護者・支援者不在	<input type="checkbox"/> 家族要因 経済的問題
<input type="checkbox"/> 家族要因 家族関係の希薄	<input type="checkbox"/> 家族要因 入院継続を家族が希望	<input type="checkbox"/> 家族要因 介護者の病状悪化
<input type="checkbox"/> 家族要因 家族の介護力問題	<input type="checkbox"/> 施設要因施設の空き家族要因がない	<input type="checkbox"/> 施設要因 症状・状態にあった施設がない
<input type="checkbox"/> 施設要因 離設のリスク	<input type="checkbox"/> 施設要因 認知症以外の精神疾患の理解不足	<input type="checkbox"/> 施設要因 他の障害がある
<input type="checkbox"/> 施設要因 介護度で施設の利用が限られる	<input type="checkbox"/> 施設要因 医療処置継続	<input type="checkbox"/> 施設要因 介護サービスの人手不足
<input type="checkbox"/> 病院・職員要因 内服調整が不十分	<input type="checkbox"/> 病院・職員要因 院内チームの退院への意識不足	<input type="checkbox"/> 病院・職員要因 精神保健福祉士の意識不足
<input type="checkbox"/> 病院・職員要因 職員のマンパワー不足	<input type="checkbox"/> 地域要因 住居(住まいがない)問題	<input type="checkbox"/> 地域要因 介護サービスの不足
<input type="checkbox"/> 地域要因 近隣住民の理解	<input type="checkbox"/> 地域要因 介護保険サービスの手続き問題(手続きに時間がかかる等)	<input type="checkbox"/> 地域要因 インフォーマルサービスの不足

②その他、長期化の理由として考えられることはありますか。(自由記載) 任意

5. 認知症の人にかかわる精神保健福祉士の実践についてお伺いします。

①本人支援で難しいと思うところは何ですか。(自由記載) 任意

②家族支援で難しいと思うところは何ですか。(自由記載) 任意

③院内調整で難しいと思うところは何ですか。(自由記載) 任意

④地域の関係機関との連携で難しいと思うところは何ですか。(自由記載) 任意

⑤①～④以外で難しいと思うところは何ですか。(自由記載) 任意

6. 認知症の人の支援体制構築のための協議の場はありますか。 必須

ある

ない

ある場合、具体的にどのような場・内容であるかを教えてください。(自由記載) 任意

7. その他

認知症の方への支援(実践)で悩みや葛藤を共有できる場があれば参加したいですか?(ZOOM等で) 任意

参加したい

※現在、2024年2月18日(日)にZOOMにて開催を計画しています。下記「メールアドレス(ご回答の控えを送信します)」の項目よりメールアドレスをお知らせいただければ、詳細が決まり次第、本協会事務局からメールにてお知らせいたします。

メールアドレス(ご回答の控えを送信します) 任意

info@example.com

確認用

誤りのないようにご入力ください。

次の「確認画面へ」のボタンを押すと、入力内容の確認画面へ移動します。次の画面では送信は完了していません。内容を確認のうえ、「送信する」のボタンを押すことで、申込が完了します。

★完了までの流れ:申込内容入力(「確認画面へ」ボタン)→入力内容確認画面(「送信する」ボタン)→申込送信完了

[確認画面へ](#)



参考資料2 (座談会チラシ)

主 催：公益社団法人日本精神保健福祉士協会
企画・運営：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」

座談会

認知症の方への支援について 語り合おう！

分野別プロジェクト「認知症」では、認知症治療病棟、精神療養病棟、認知症疾患医療センター等にかかわる精神保健福祉士が集まり、認知症の方の長期入院について考え、アンケート調査を行いました。アンケートでは伝えにくい日々の悩みや葛藤を ZOOM 座談会にて語り合い、支援に繋げる機会にしたいと考えます。精神科医療機関における認知症の人にかかわる精神保健福祉士の皆さまのご参加をお待ちしています。

開催
日時

2024年2月18日(日)
10:00~12:00

内 容	精神科医療機関における認知症の人にかかわる精神保健福祉士が集い、グループに分かれ日々の悩みや葛藤を語り合う
実施方法	ZOOM によるオンライン座談会
定 員	50名(先着順)
締 切	2024年2月9日(金)
参加費	無料



お申し込み方法

右の二次元コード又は下記申込フォーム URL からお申し込みください。
当日までに ZOOM ミーティング ID とパスコードをお送りします。

【申込フォーム】 <https://business.form-mailer.jp/fms/ae721cf9224927>

※本申込フォームは、セキュリティ機能SSLを採用している「フォームメーカー」サービスを利用しています。



【お問い合わせ】

公益社団法人日本精神保健福祉士協会 事務局

TEL : 03-5366-3152 E-mail : office@jamhsw.or.jp



編集・執筆者

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」(2022・2023年度)		
リーダー	蔭西 操	(医社) 長久会 南加賀認知症疾患医療センター (石川県支部)
チーム員	石倉 直美	(医社) 和敬会 谷野呉山病院 (富山県支部)
チーム員	笠羽 香美	(医) たけとう病院 (福井県支部)
チーム員	寺岡 英世	(医) 武田会 高知鏡川病院 (高知県支部)
チーム員	和田 洋臣	(医) 小倉蒲生病院 (福岡県支部)
担当理事	的場 律子	(医社) 福寿会 福永病院 (山口県支部)

(2024年6月現在)

精神科医療機関に入院している認知症の人への精神保健福祉士の実践に関する
アンケート調査及び座談会 報告書

2024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 <https://www.jamhsw.or.jp/>

※本書を無断で複写・転載することを禁じます。

※視覚障害のある人のための営利を目的としない本書の録音図書・点字図書・拡大図書等の作成は自由です。