

平成 30 年度（2018 年度）～令和元年度（2019 年度）
循環型認知症医療のための認知症連携体制基盤強化事業
事業報告書
（熊本県補助事業）

令和 2 年 3 月

公益社団法人 熊本県精神科協会

はじめに

平成 28 年 4 月に発生した熊本地震をきっかけに、避難生活の中で初期の認知症者の存在や認知症独居高齢者の日常のコミュニティからの孤立、震災後の不安定な生活による認知症の行動・心理症状（以下 BPSD）の悪化など、地域で生活する認知症高齢者の課題があぶり出されることとなりました。

これらの課題に対し、熊本県精神科協会では平成 28 年度～29 年度「循環型認知症医療体制検討事業」を実施しました。この事業を通して医療・介護の現場では改めて認知症の周辺症状への対応に苦慮していること、また身体疾患を合併する認知症高齢者、特に人工透析が必要な事例や終末期の事例は精神科病院、一般科病院のどちらにおいても受け入れが難しいという課題が明らかになりました。

その結果を踏まえ平成 30 年度（2018 年度）から令和元年度（2019 年度）の 2 ヶ年にわたり、「循環型認知症医療のための認知症連携体制基盤強化事業」を実施したところで、本事業では、身体疾患を合併する認知症高齢者に対応する精神科病院と一般科病院が連携する上で、事例の情報共有、認知症サポート医や行政と連携する必要性など様々な課題が明らかとなりました。その中でも特に病院経営や人員配置基準との両立は課題と考えています。これらのことについては本報告書の中で提言としてまとめています。

その他にも熊本県内で考えると、医療資源の格差や医師会との繋がりなど、その課題は地域によっても異なります。本報告書ではこれらの課題についても触れています。

本事業はこれで終了となりますが、2 年間の事業を通じて築かれた病院間の関係や取り組みは、地域で認知症に対応する良き仲間であり良きチームとして継続し、今後も循環型の仕組みの構築に努めて参りたいと思います。

令和 2 年 3 月

「循環型認知症医療のための認知症連携体制基盤強化事業」プロジェクトチーム

委員長 高 森 薫 生

目 次

| | |
|---|------------|
| I 事業概要 | 1 |
| 1. 事業名 | |
| 2. 事業の目的 | |
| 3. 事業の内容 | |
| 4. 循環型認知症医療体制検討事業プロジェクトチーム設置 | |
| II 連携における課題抽出 | 7 |
| 1. 病院間連携会議と地域連携会議 | |
| 2. 平成 30 年度（2018 年度）全体研修 | |
| III 連携課題解決への取り組みと阻害要因の検討 | 42 |
| 1. 病院間連携課題改善業務 | |
| 2. 地域研修 | |
| 3. 令和元年度（2019 年度）全体研修 | |
| 4. 聞き取り調査 | |
| IV 認知症連携体制基盤強化に対する提言 | 102 |
| 1. 地域連携会議により提案された「国・県・市町村・協会への要望」 | |
| 2. まとめ | |
| V 事例集 | 105 |
| VI 資料集 | 112 |

I 事業概要

1 事業名

循環型認知症医療のための認知症連携体制基盤強化事業

2 事業の目的

熊本県精神科協会では、平成30年度（2018年度）から令和元年度（2019年度）の2ヶ年度にわたり、熊本県の補助を受け「循環型認知症医療のための認知症連携体制基盤強化事業」を実施した。

これは平成28年度から29年度に実施した「循環型認知症医療体制検討事業」で明らかとなった課題を踏まえ、さらに循環型認知症医療体制の構築を進めるものである。「循環型認知症医療体制検討事業」は主に一般科医療機関、精神科医療機関、介護事業所が連携・協力するシステム並びに認知症サポート医の活用の方策を課題の柱に据え「循環型認知症医療体制」の在り方について、検討を行った。その中で浮き彫りとなった課題の一つが『BPSD』の問題と『身体合併症』の問題である。

認知症高齢者のほとんどが身体疾患を合併しており、精神科病院では身体疾患への対応に、一般科病院では認知症に特有のBPSDへの対応に苦慮している現状がある。そのため医療従事者の対応が困難となり、治療が進まないことによる入院の長期化や、身体疾患の悪化による在宅生活の継続困難が課題となっている。

本事業では、身体疾患を合併し対応が難しい認知症患者を、地域の精神科病院と一般科病院が連携して対応することにより、両病院に質的な相互理解の関係ができることを目的としている。

このことにより、精神科・一般科の両病院で、BPSDや身体合併症の理解が深まり、ケアの質の向上、医療従事者の負担軽減、早期退院につながり、ひいては循環型認知症医療体制の整備が進んでいくことが期待される。

3 事業の内容

1) 参加病院

●平成30年度（2018年度）・令和元年度（2019年度）参加病院

精神科病院 13病院
連携先一般科病院 15病院 計 28病院

【参加病院一覧】

| | 精神科病院 | 連携先一般科病院 |
|---|----------|---------------|
| 1 | 窪田病院 | 西日本病院 |
| 2 | くまもと悠心病院 | くまもと成仁病院 |
| 3 | 弓削病院 | 熊本リハビリテーション病院 |

| | | |
|----|----------------------|------------------------------|
| 4 | 荒尾こころの郷病院 | 荒尾市民病院 |
| 5 | 有働病院 | 荒尾市民病院 新生翠病院 和水町立病院（*） |
| 6 | 山鹿回生病院 | 山鹿中央病院 |
| 7 | 独立行政法人国立病院機構 菊池病院 | 独立行政法人国立病院機構 熊本再春医療センター |
| 8 | 希望ヶ丘病院 | 荒瀬病院 谷田病院 |
| 9 | あおば病院 | 宇城総合病院 |
| 10 | くまもと心療病院 | 独立行政法人国立病院機構 熊本南病院 |
| 11 | 平成病院 | 熊本総合病院 |
| 12 | 八代病院 | 熊本労災病院 八代市医師会立病院 |
| 13 | 八代更生病院 | 八代北部地域医療センター |

* 令和元年度（2019年度）のみ参加

● 令和元年度（2019年度）参加病院

精神科病院 4 病院

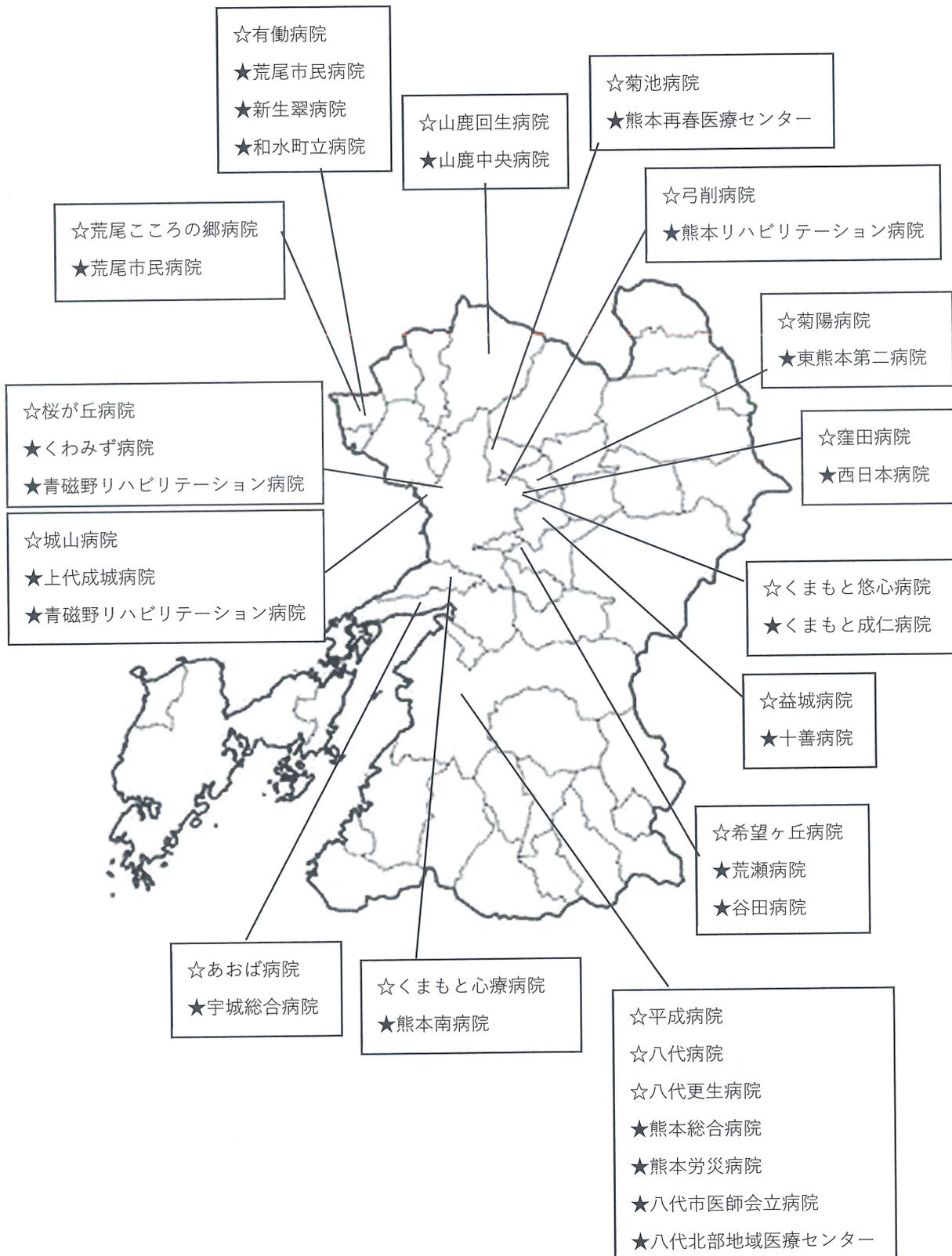
連携先一般科病院 6 病院 計 10 病院

【参加病院一覧】

| | 精神科病院 | 連携先一般科病院 |
|---|-------|--------------------------|
| 1 | 桜が丘病院 | くわみず病院 青磁野リハビリテーション病院 |
| 2 | 城山病院 | 上代成城病院 青磁野リハビリテーション病院 |
| 3 | 菊陽病院 | 東熊本第二病院 |
| 4 | 益城病院 | 十善病院 |

☆：精神科病院 17 病院

★：連携先一般科病院 21 病院



2) 連携における課題抽出

①病院間連携会議

身体疾患を合併する認知症患者を通して連携する、精神科病院と一般科病院の連携担当者を中心に実施。認知症や身体疾患への対応方法などの検討を必要とする事例を通じ、連携における課題について検討し整理する。改善の方策も併せて検討し、改善可能な課題については連携課題改善業務に取り組む。

②地域連携会議

参加精神科病院・一般科病院を中心に、地域の医療関係者（かかりつけ医、認知症サポート医等）や介護関係者（介護事業所、介護支援専門員等）を加えて実施。連携課題を整理し、今度は地域レベルの課題と捉え、地域の関係者と共有する。

③全体研修

参加精神科病院・一般科病院の医療従事者を対象に、病院間課題、地域レベルの課題を共有するため、身体疾患を合併する認知症高齢者に対応する一般科病院と精神科病院が連携する上での重要課題の報告とシンポジウムを開催。

3) 連携課題解決への取り組みと阻害要因の検討

①病院間連携課題改善業務

連携する精神科病院と一般科病院間で、病院間連携会議において連携課題について検討し、改善可能な課題について連携課題改善業務に取り組む。

②地域研修

参加精神科病院・一般科病院を中心に、地域の医療関係者（かかりつけ医、認知症サポート医等）や介護関係者（介護事業所、介護支援専門員）を加えて、連携課題解決につながる研修会を実施。

③全体研修

参加精神科病院・一般科病院の医療従事者を対象に、病院間課題、地域レベルの課題を解決するため、身体疾患を合併する認知症高齢者に対応する一般科病院と精神科病院の連携の成果の報告とシンポジウムを開催。

④聞き取り調査

平成30年度事業により抽出された「連携における重要課題」を基に、参加病院の連携課題に対する取り組み状況について聞き取り調査を実施。

4 循環型認知症医療体制検討事業プロジェクトチーム設置

公益社団法人熊本県精神科協会会員病院の精神科医により循環型認知症医療のための認知症連携体制基盤強化事業プロジェクトチーム（以下、「基金PT」という）を設置。

身体疾患を合併する認知症高齢者に対応する精神科病院と一般科病院の連携における課題、課題に対する改善策、課題の阻害因子等について検討を行った。

基金PT委員の構成と、会議の開催経過（日程と主な議事）は以下のとおりである。

●基金 PT 委員の構成

| | 氏 名 | 所 属 |
|------|--------|----------------------------------|
| 委員長 | 高森 薫生 | 阿蘇やまなみ病院 理事長・院長 |
| 委員 | 信岡 幸彦 | 中山記念病院 理事長・院長 |
| 委員 | 松本 武士 | 希望ヶ丘病院 理事長・院長 |
| 委員 | 宮内 大介 | くまもと悠心病院 院長 |
| 委員 | 平原 信雄 | 自由が丘病院 院長 |
| 担当理事 | 宮本 憲司朗 | 公益社団法人熊本県精神科協会 副会長 八代更生病院 理事長 |

●基金 PT 会議開催概要

○平成 30 年度（2018 年度）

第 1 回 基金 PT 会議

日時：平成 30 年 6 月 25 日（月）

議題：・平成 30 年度事業（案）について
・その他

第 2 回 基金 PT 会議

日時：平成 30 年 8 月 20 日（月）

議事：・平成 30 年度参加病院について
・事業担当者説明会について
・その他

第 3 回 基金 PT 会議

日時：平成 30 年 12 月 27 日（木）

議事：・事業進捗状況の報告
・全体研修について
・その他

○令和元年度（2019 年度）

第 1 回 基金 PT 会議

日時：平成 31 年 4 月 22 日（月）

議事：・平成 30 年度事業報告
・平成 31 年度（2019 年度）事業について
・その他

第2回 基金 PT 会議

日時：令和元年 11 月 12 日（火）

- 議事：・事業聞き取り調査の実施について
- ・全体研修の開催計画について
 - ・その他

第3回 基金 PT 会議

日時：令和2年 1 月 16 日（木）

- 議事：・事業聞き取り調査の結果について
- ・全体研修の実施について
 - ・その他

第4回 基金 PT 会議

日時：令和2年 3 月 3 日（火）

- 議事：・平成 31 年度・令和元年度事業報告書について
- ・その他

II 連携における課題抽出

1 病院間連携会議と地域連携会議

1) 会議の開催

①病院間連携会議開催事例数

- 平成 30 年度（2018 年度） 52 事例
 - 令和元年度（2019 年度） 52 事例
- 計 104 事例

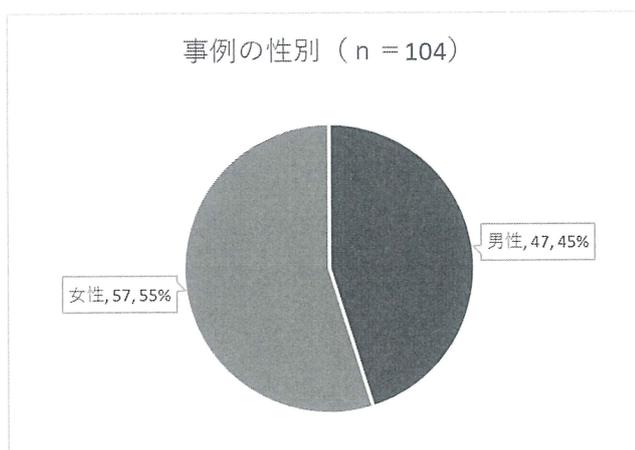
②地域連携会議開催所数と参加者

- 平成 30 年度（2018 年度） 10 カ所で開催 参加者 252 名
- 令和元年度（2019 年度） 14 カ所で開催 参加者 246 名

2) 病院間連携会議対象事例の概要

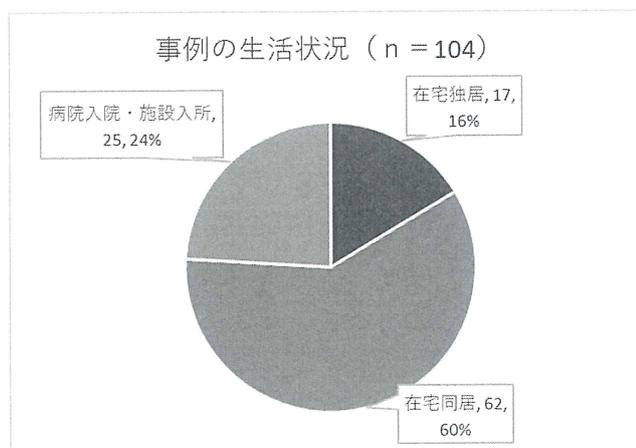
①事例の性別（n = 104）

| | |
|----|---------|
| 男性 | 47（45%） |
| 女性 | 57（55%） |



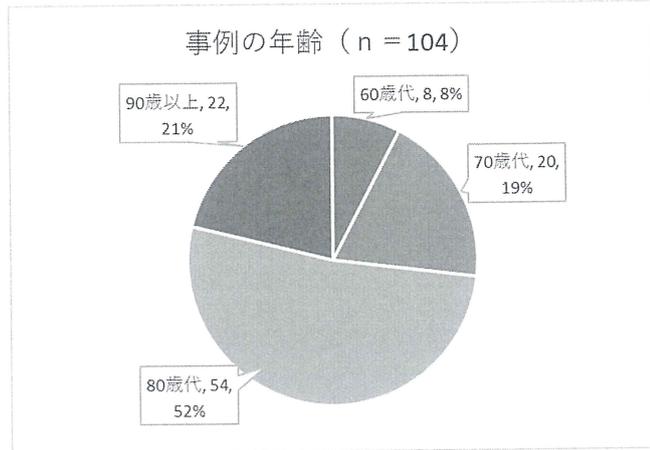
②事例の生活状況（n = 104）

| | |
|-----------|---------|
| 在宅独居 | 17（16%） |
| 在宅同居 | 62（60%） |
| 病院入院・施設入所 | 25（24%） |



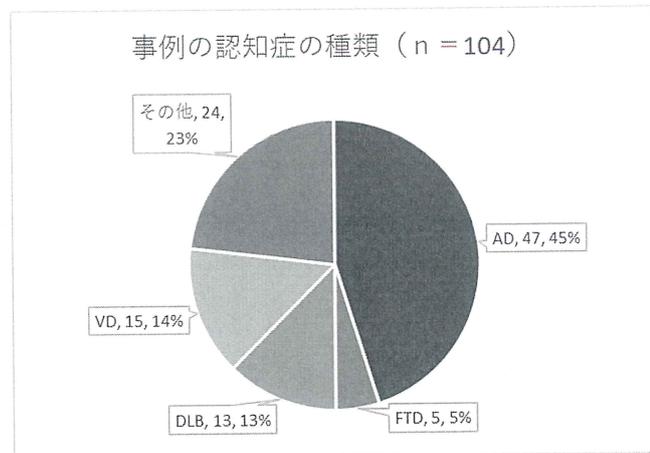
③事例の年齢 (n = 104)

| | |
|--------|----------|
| 60 歳代 | 8 (8%) |
| 70 歳代 | 20 (19%) |
| 80 歳代 | 54 (52%) |
| 90 歳以上 | 22 (21%) |



④事例の認知症の種類 (n = 104)

| | |
|-----|----------|
| AD | 47 (45%) |
| FTD | 5 (5%) |
| DLB | 13 (13%) |
| VD | 15 (14%) |
| その他 | 24 (23%) |



その他の内訳 () 内は件数
 混合型認知症 (7)、老年期認知症 (2)
 認知症疑い (4)、血管性認知症疑い (1)
 せん妄 (3)、高次脳機能障害 (1)、
 前頭葉症状 (1)、頭部外傷後精神障害 (1)
 妄想性障害 (1)、不明 (3)

⑤事例の身体疾患名

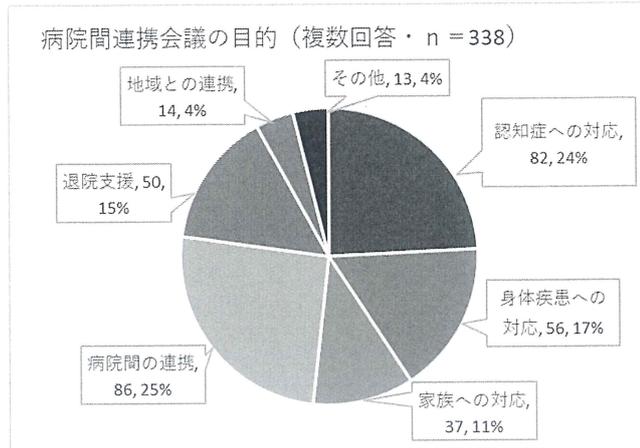
認知症高齢者が合併する身体疾患としては、「循環器系の疾患」が47件と最も多く、次いで「呼吸器系の疾患」28件、「損傷、中毒及びその他の外因の影響」26件、「内分泌、栄養及び代謝疾患」22件の順となっていた。 () 内は件数

| ICD-10 国際疾病分類 | 報告された身体疾患名 *対象事例の身体疾患名として報告されたとおりに記載 |
|---|--|
| コード：A00-B99 感染症及び寄生虫症 (1) | 神経梅毒 (1) |
| コード：C00-D48 新生物 (6) | 多発性骨髄腫 (1)、S 状結腸癌疑い (1)、前立腺癌 (1)、 膵癌終末期 (1)、盲腸癌 (1)、聴神経腫瘍術後 (1) |
| コード：D50-D89 血液及び造血器の疾患並びに 免疫機構の障害 (3) | 貧血 (3) |

| | |
|--|---|
| コード：E00-E90 内分泌、栄養及び代謝疾患 (22) | 糖尿病 (14)、甲状腺機能低下症 (2)、高脂血症 (2)、高尿酸血症 (1)、高ナトリウム血症 (1)、低カリウム血症 (1)、るい瘦 (1) |
| コード：G00-G99 神経系の疾患 (9) | 正常圧水頭症 (1)、小脳症状 (1)、パーキンソン病 (2)、てんかん (3)、ミオクローヌス (1)、運動ニューロン疾患 (1) |
| コード：H60-H95 耳及び乳様突起の疾患 (1) | 重度感音性難聴 (1) |
| コード：I00-I99 循環器系の疾患 (47) | 高血圧 (20)、心房細動 (6)、心不全 (6)、急性冠症候群 (1)、狭心症 (1)、くも膜下出血 (1)、脳皮下出血 (1)、脳出血 (1)、視床出血 (1)、脳梗塞 (5)、心原性脳梗塞 (2)、胸部大動脈瘤術後 (1)、肺塞栓症 (1) |
| コード：J00-J99 呼吸器系の疾患 (28) | 肺炎 (13)、誤嚥性肺炎 (10)、慢性閉塞性肺疾患 (4)、肺気腫 (1) |
| コード：K00-K93 消化器系の疾患 (10) | 下顎脱臼 (1)、逆流性食道炎 (1)、胃・十二指腸潰瘍 (1)、S 状結腸憩室炎 (1)、便秘症 (2)、胆嚢炎 (2)、肝胆道感染 (1)、胆管肝硬変 (1) |
| コード：L00-L99 皮膚及び皮下組織の疾患 (2) | 接触性皮膚炎 (1)、褥瘡 (1) |
| コード：M00-M99 筋骨格系及び結合組織の疾患 (6) | 変形性膝関節症 (1)、腰部脊柱管狭窄症 (2)、骨粗鬆症 (2)、廃用症候群による下肢筋力低下 (1) |
| コード：N00-N99 泌尿生殖器系の疾患 (14) | 腎不全による人工透析 (6)、慢性腎臓病 (1)、腎機能障害 (1)、尿路感染 (2)、腎盂腎炎 (1)、前立腺肥大症 (2)、子宮脱 (1) |
| コード：R00-R99 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの (4) | 排尿障害 (1)、下肢壊死 (1)、遷延性意識障害 (1)、食欲不振 (1) |
| コード：S00-T98 損傷、中毒及びその他の外因の影響 (26) | 慢性硬膜下血種 (3)、外傷性くも膜下出血 (1)、鎖骨骨折 (1)、橈骨・尺骨遠位端開放骨折 (1)、第 12 胸椎圧迫骨折 (1)、第 2 腰椎圧迫骨折 (1)、恥骨・坐骨骨折 (1)、大腿骨骨折 (2)、大腿骨頸部骨折 (5)、大腿骨転子部骨折 (4)、大腿骨転子下骨折 (1)、大腿骨顆上骨折 (1)、大腿骨幹部骨折 (1)、火傷 (2)、胸部筋肉内出血 (1) |
| その他 (3) | 薬物的な過抑制 (1)、特記すべき身体疾患なし (2) |

⑥病院間連携会議の目的（複数回答・n = 338）

| | |
|----------|----------|
| 認知症への対応 | 82 (24%) |
| 身体疾患への対応 | 56 (17%) |
| 家族への対応 | 37 (11%) |
| 病院間の連携 | 86 (25%) |
| 退院支援 | 50 (15%) |
| 地域との連携 | 14 (4%) |
| その他 | 13 (4%) |



その他の内訳 () 内は件数

情報共有の方法 (4)、

運転免許の問題 (1)、警察への対応 (1)、

精神科病院への入院加療依頼 (1)、主の通院先をどこにするのか (1)、

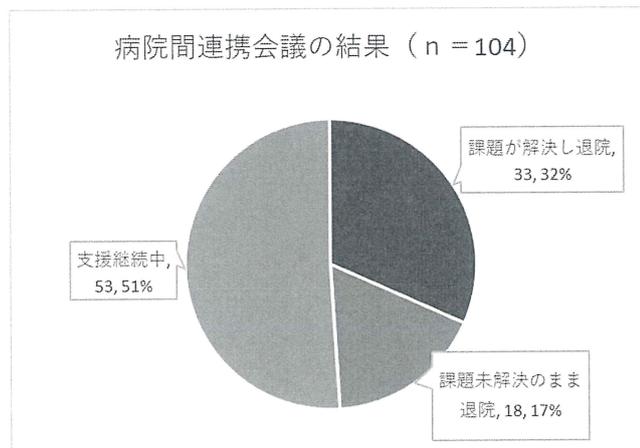
症状のアセスメント・鬱状態+せん妄の対応方法について (1)、薬物調整について (2)、

緩和ケア病棟の対象患者の状態像について理解が不十分だった (1)、

下肢筋力のリハビリについて (1)、術後のリハビリテーション (1)

⑦病院間連携会議の結果 (n = 104)

| | |
|----------|----------|
| 課題が解決し退院 | 33 (32%) |
| 身体疾患への対応 | 18 (17%) |
| 家族への対応 | 53 (51%) |



3) 抽出された「連携における課題」と「考えられる改善策」

104 事例の病院間連携会議と 24 カ所で開催された地域連携会議を通して、身体疾患を合併する認知症高齢者に対応する精神科病院と一般科病院の「連携における課題」と「考えられる改善策」として以下が抽出された。

【課題】 多職種による連携

報告された課題の例)

- ・ 連携担当者のみによる連携では情報交換の正確さに欠けることがあり、他職種に確認するなど時間のロスに繋がる場合がある。

【考えらえる改善策の例】

- ・ 連携先病院を訪問し、多職種から直接、処置方法や状態、リハビリについて詳細に確認する事が出来た点が大変良かった。身体のフォローにより精神面も安定し、転院後もスムーズに治療を再開し、短期間で退院することができた。

【課題】 連携する病院間あるいはそれぞれの診療科の理解

報告された課題の例)

- ・ 一般科病院では、精神科病院のことや入院形態について知らないこともあり、患者、家族への説明が困難な場合もある。
- ・ 精神科へ転医の場合、医療レベルが落ちるため（STの有無等）、各機関で一般科と精神科の医療レベルについての共有、適切な引継ぎを行うことが必要。

【考えられる改善策の例】

- ・ 精神保健福祉法の各入院形態や手続きについてなど周知するための研修会の実施。
- ・ 一般科における入院の期限等がわからないことも多いため、研修会を実施。
- ・ お互いの病院の状況や専門性を知る為に病院見学などを通じ情報交換などを行い連携を深める。
- ・ 出来る事出来ない事の線引きの明確化。
- ・ 治療上の限界について専門領域の説明や見極め、明確化が必要。
- ・ 一般科での精神症状の理解や対応法の知識の向上が必要。また、精神科での身体症状への対応力向上が必要。

【課題】 各病院での薬品の取り扱い

報告された課題の例)

- ・ 薬の院内処方を行っている病院や、精神薬処方の必要な方などの場合、必要な薬が薬局に採用されていない場合もあり、情報共有が必要。
- ・ 精神科から一般科転院時、精神科薬のストックがなく、事前に確認し持ち出しや取り寄せの対応が必要。

【考えられる改善策の例】

- ・ 精神科病院から一般科病院へ転院する際、精神科病院で服薬中の薬が一般科病院で採用されていなかったため、準備ができるまで当院より処方し対応した（転院中の精神科受診も検討したが包括病棟などでは他科受診が難しいことがある）。

【課題】 相互の診療支援のためのバックアップ体制

報告された課題の例)

- ・ 患者紹介など行う場合、お互いの不安に思っている事に対する対処の方法など伝えるとともに状態悪化の際のバックアップ体制等を確立する必要あり。
- ・ 激しいBPSDと身体疾患を持つ方の望ましい医療機関の選定に苦慮している。身体面、精神面、それぞれ悪化時には相互に対応できるような体制作り。

【考えられる改善策の例】

- ・ 精神科病院が、緊急性のある患者さんを迅速に受け入れられる態勢を構築する。
- ・ 症状悪化時には早期に対応できるような体制（窓口等）を整えておく。
- ・ 緊急性が高い場合は精神科病院の専門医が一般科病院へ往診する。
- ・ 精神科リエゾンなどの実施（内服薬のアドバイスなど）。
- ・ 認知症看護認定看護師による不穏時の対応について協力依頼、情報共有。
- ・ 年末年始等連休時の診療体制を事前に話し合っておく。

【課題】 地域や介護との連携

報告された課題の例)

- ・ 病院、地域包括支援センター、施設等における相互理解を深める必要がある。
- ・ 精神科病院が「何ができるか、どんなことをしているか」など地域に対し理解を求める地道な活動が引き続き必要。

【考えられる改善策の例】

- ・ 入院中から介護支援専門員と連携を図り、入院以外での介護サービスでの検討を行い、入院の短期化を図る。
- ・ 精神症状、身体症状の安定をはかり、介護保険の見直しを行い施設への退院を検討していく。
- ・ 地域全体で支え再発を防ぐことも必要なので、かかりつけ医研修などを行ったりしながら連携を強化し、地域で既存する連携の仕組みなどを活用した地域全体での連携体制構築必要。

【課題】 連携における家族への対応

報告された課題の例)

- ・ 家族に精神科で行う身体疾患治療の限界について理解を得る必要がある。
- ・ BPSDにより精神科専門医による治療が必要にも関わらず、家族の精神科に対する偏見があり、一般科からの転院が進まない。

【考えられる改善策の例】

- ・ 転院前より家族に対し精神科での治療（の限界）等の説明を行い、同意を得ておく。また、看取りの可能性もあることを説明し家族の意向を確認。
- ・ 病状悪化に伴い家族への病状説明と同意。
- ・ ご家族によっては精神科への偏見がある場合があるので、家族等の気持ちへの配慮や精神科での治療の必要性についての十分な説明が必要。

【課題】 情報共有

報告された課題の例)

- ・ 精神科から一般科への転院は精神症状の出現が懸念される。症状の出やすい環境、条件、対応の仕方について明確に情報共有すること。
- ・ 転院の際に現場レベルで必要な情報に差がある。

【考えられる改善策の例】

- ・ 医師間での意思疎通の難しさもあるため、SW 同士での情報共有を行う。
- ・ 双方の患者さんとなった後の情報共有・連絡・相談の仕方を申し合わせておく。
- ・ 精神科・一般科お互いに必要な情報の共有は難しいものがあり、精神的に必要なと思われる事でも一般科にとっては非常に参考になるという内容もあったりするため、情報量としては多い方が取捨選択できていいのではないか。精神科はその人の人となり情報を聞きこんでいる部分もあり、それは一般科においても有益な情報となりうる。今後、ケースを通じてお互いに必要な情報は何かを出し合い、最終的にはお互いが必要と考える情報を記載できるようなサマリーなどの情報共有ツールの作成を目指したい。

2 平成 30 年度（2018 年度）全体研修

1) 全体研修の内容

①日 時：平成 31 年 3 月 2 日（土） 13：30～15：30

②場 所：熊本テルサ
熊本市中央区水前寺公園 28-51

③内 容：

【報 告】各病院より連携の重要課題について

【シンポジウム】

◆シンポジスト：

- ・荒尾市民病院 脳神経内科部長 大嶋 俊範 氏
- ・荒尾市民病院 認知症看護認定看護師 宮崎 真寿美 氏
- ・荒尾こころの郷病院 精神保健福祉士 宗 久美 氏
- ・熊本県精神科協会 事務局長 松尾 俊司 氏

◆座 長：

- ・熊本大学医学部附属病院 神経精神科 石川 智久 氏

④出席者：

- ・参加精神科病院 13 病院/13 病院（参加率 100%） 33 名
- ・連携先一般科病院 12 病院/15 病院（参加 80%） 28 名

（出席者の職種）

医師 7 名、看護師 15 名、社会福祉士 8 名、精神保健福祉士 19 名
介護支援専門員 2 名、薬剤師 1 名、事務 9 名

2) 各病院からの報告

「循環型認知症医療体制のための精神科病院と一般科病院の連携における重要課題」

● 窪田病院・西日本病院からの報告

**窪田病院
西日本病院**

①多職種連携の難しさ
病院全体に事業の理解を浸透させていくことが難しく、連絡会議等に他職種の参加を促すのに苦慮している。結果、参加者がソーシャルワーカーのみになることもあった。

②相談内容の選別
今回の事業が認知症に焦点をあてられているため、患者様の相談を行いたいが、該当者ではないかもしれないと躊躇してしまうケースがあった。

(窪田病院) まず報告の一点目で「他職種連携の難しさ」を挙げている。事業担当者説明会后、連携会議を随時実施していくに伴って、各病院機関で周知を行ってはいるが、事業内容を浸透させていくことに苦慮している状況である。西日本病院と窪田病院は連携会議の場を交互に設ける形をとっているが、先方の病院に出向くのがソーシャルワーカーのみとなってしまう状況である。他職種が入りやすいように日程の調整を行っているが、やはり現場のマン

パワー不足等によって参加が難しい状況が続いている。二つ目に相談内容の選別を挙げた。今回の事業が認知症に焦点化されているため、通常の相談と事業に絡めた相談で迷ってしまうケースが多々あった。当院から週に一度のペースで、西日本病院の方へ往診を行っていることもあり、事業の事例として挙げるか迷った患者様の診療が、既に開始されてしまっていることも多々ある。事業と往診を上手く絡めていきたいところではあるが、現在は個々に動いてしまっている状況となっている。

● くまもと悠心病院・くまもと成仁病院からの報告

**くまもと悠心病院
くまもと成仁病院**

地域連携室同士のやりとりは以前から密であったが、他職種との関わりも増え、医師や看護師からの相談もみられるようになった。現在、連携上で困っていることはない。

(くまもと悠心病院)「連携の重大課題として2つ挙げて下さい」ということだったが、くまもと成仁病院と話し合っ「今現在困っていることはない」としている。現在の業務を報告してから、付け加えて説明をしたい。連携先である、くまもと成仁病院に相談をいただいて本年度対応したケースが現時点で6件ある。2名は外来受診、2名は入院、2名はくまもと悠心病院の医師が、くまもと成仁病院に直接往診という形で訪問診療をさせていただいている。現

在くまもと成仁病院の入院患者の相談を受けていて、来週入院予定という事例もあり、そういう面でも今のところは上手くいっているのではないかと考えている。くまもと悠心病院と、くまもと成仁病院の地域連携室同士のやりとりは以前から密であったが、最近は看護師や他の職種との連携も非常に増えてきて、そういう意味で「連携上困っていることはない」ということで挙げている。他の医療機関の方のご報告を聞いて、また色々なことに気付いていければと思っている。

● 弓削病院・熊本リハビリテーション病院からの報告

**弓削病院
熊本リハビリテーション病院**

① 連携病院に行く前に確認した方がよい事項
どのような話し合いになるのか（会議形式または申し送りのような形か）、会議時間、出席者、家族の出席の必要性（方向性の確認等）、当院からの質問事項をまとめて事前に連携病院へ伝えておく。

② 精神科病院から連携病院への訪問だけでなく精神科病院へも訪問してもらう機会をつくる
精神科病院のことを知ってもらうきっかけになり、連携病院から精神科病院への転院の際など、具体的に家族へ説明しやすくなるのではないかと

（弓削病院）弓削病院では認知症の患者で褥瘡ができて皮膚移植をすすめた患者の事例を基に、この課題を出させていただいた。患者の熊本リハビリテーション病院からの退院が決まり、連携会議のため弓削病院から事前に課題を持って熊本リハビリテーション病院に行かせていただいた。非常に丁寧にリハスタッフ、ソーシャルワーカー、医師と看護師に対応してもらい、会議を進めることができた。ただ、この会議にあたって提案等確認することを事前に準備して

お伝えすること、また家族の参加があればとても有意義な会議になり、時間が延長することもなく、より様々な情報交換ができたのではないかとということが課題として浮かびあがった。次に、精神科の方から一般科病院を訪問した経験はあるが、一般科から精神科病院へ訪問していただくことで、一般科の医師や看護師、家族の理解も進み、具体的に家族へ説明しやすくなり、また認知症のBPSDの対処のための治療など短期間で精神科を活用してもらうことができるのではないかとということで二点目の課題とした。

● 荒尾こころの郷病院・荒尾市民病院からの報告

**荒尾こころの郷病院
荒尾市民病院**

① 病院間の相互理解の不足
在院日数の問題、精神保健福祉法に基づく入院（受入までに時間がかかること等）等々

② マンパワー不足
連携をとる為にお互いの病院に行きたくても、自分自身の病院での業務が忙しいため、行けない、時間が取れない。等々

* シンポジウムにて説明

● 有働病院・新生翠病院からの報告

有働病院
新生翠病院

① 薬品の保有

一般科病院では、精神科病院で使用する薬品を取り扱っていないケースが多く、対応が困難である。

② 精神科患者様の在宅復帰に関するノウハウ

一般科病院にとって、精神科の患者様への経験・知識が不足しているため、一般科病院から在宅復帰を目指す場合、本当に在宅復帰できるのか判断が難しく、復帰後の支援方法に不安を感じている。

(有働病院) 今回、この事業に参加させていただき、一般科の病院と深く知り合うことができる機会となり、とても良かったと思っている。以前、有働病院から一般科病院へ認知症患者の転院調整を行なった際、有働病院としては「BPSDの症状で大きな声で話す元気な人だな…」程度に捉えていたが、いざ一般科病院で受け入れが決まると「こんなに叫び声をあげる患者さんは受け入れできません」ということになり、お互いの基礎的なものが全然違うということ

を感じた。それらのやり取りしている間に課題が二点挙がった。一点目が薬品の保有について、精神科では当たり前の薬品でも一般科ではとても特別な薬になっているというように、在庫として保有をしていないので対応ができないという意見が挙がった。もう一点が、やはり一般科の病院で在宅復帰を目指しているが、最初の1か月2か月で家族の方とのコミュニケーションがなかなかとれない、復帰した後も精神科の患者さんに対してどうケアをしていったらいいのか、それがわからない、不安であるということがわかり、在宅復帰に関して懸念を感じていたいというのが課題として挙がった。

● 山鹿回生病院・山鹿中央病院からの報告

山鹿回生病院
山鹿中央病院

① マンパワー不足の問題

一般科病院と連携していく中で、会議そのものを設定することに難しさを感じる。理想は医師がお互いの病院を行き来して助言を行う事であるが、医師や看護師が不足する状況の中では難しい。

② 医師、看護師などの派遣について(要望)

医師や看護師を派遣するために診療報酬や人員配置基準への配慮が必要。

(山鹿回生病院) 課題としてまず「マンパワー不足の問題」がある。次に重なるが「医師・看護師などの派遣について(要望)」の課題で、連携していく中で会議そのものを設定することに難しさを感じている。理想は医師や看護師がお互いの病院を行き来して助言を行うということだと思うが、他の病院も同じかもしれないが、医師や看護師が不足する中で、そういったことをするのはなかなか難しく、当直業務とか外来をしながら病棟をみるという医師も多くいるので、

それらのことを実現するにはちょっと難しい状況であることを痛感している。また看護師も、人員配置の基準があり、それを満たすためにぎりぎりの環境等でやっているの、そのような行き来というのもこれから工夫が必要になってくると思っている。行き来などをしやすくするためにも、これは国にお願いしなくてはいけないところだろうが、派遣しやすくなるように人員配置の面や、診療報酬上の部分で国の方に配慮をしていただければと痛感しているところである。

● 菊池病院・熊本再春荘病院からの報告

菊池病院
熊本再春荘病院

① 共同診療を行っているが、お互いにタイムリーな対応ができずタイムラグが生じる

一般科では認知症患者の迷惑行為への対応や、薬物調整に、精神科では内科合併の病変時に、それぞれの医師が常勤でないため迅速にタイムリーに対応できない。

② 環境変化にともなるリスク（認知症看護認定看護師の派遣等双方の連携が必要）

精神科への転院は家族が「精神科」への抵抗を示すことがあり、一般科への転院は、環境変化に伴い不穏を呈することがある。

（菊池病院）菊池病院では熊本再春荘病院と既存の事業として、共同診療を月一度、双方の医師が行き来して行っている。その中で生じた問題として①②と挙げさせていただいている。①が共同診療を行ってはいいるが、月一回ということもあり、タイムリーに対応ができず、タイムラグが生じるということが課題と認識している。一般科では認知症患者様の迷惑行為への対応、薬物調整、精神科においては内科合併症の病変時にそれぞれ医師が常勤でないというところで迅速に対応できないということが問題として挙がっている。②が、環境変化に伴うリスクということで、精神科への転院は家族が精神科への敷居が高いということで抵抗を示されることがあったり、一般科への転院については認知症患者様が落ち着いていたところが環境変化に伴い、不穏を呈するということが生じてしまうことがある。双方、認知症看護認定看護師がいるので、認知症看護認定看護師の派遣やソーシャルワーカーの派遣といったところが今後の課題かと考えている。

速に対応できないということが問題として挙がっている。②が、環境変化に伴うリスクということで、精神科への転院は家族が精神科への敷居が高いということで抵抗を示されることがあったり、一般科への転院については認知症患者様が落ち着いていたところが環境変化に伴い、不穏を呈するということが生じてしまうことがある。双方、認知症看護認定看護師がいるので、認知症看護認定看護師の派遣やソーシャルワーカーの派遣といったところが今後の課題かと考えている。

● 希望ヶ丘病院・荒瀬病院・谷田病院からの報告

希望ヶ丘病院
荒瀬病院・谷田病院

① 中山間地域における認知症高齢者の医療福祉サービスへのアクセスの困難性

山都町唯一の訪問看護ステーションが撤退したこともあり、同郡部中山間地域の認知症の在宅療養支援の選択肢が希薄になってきている。上益城郡の中山間地域において認知症患者への在宅療養支援の充実が急務となっている。

② 医院・病院及び自治体、医療・介護事業所等間での各種情報共有の促進

顔の見える連携とともに、病院・自治体・事業所が各々行っている医療やサービス等の各種資源及び患者情報をお互いが見ることができ、すぐにアクセスできる仕組みが望まれる。

（希望ヶ丘病院）まず一点目が中山間地域における認知症高齢者の医療・福祉サービスへのアクセスの困難性を挙げている。これは上益城郡の在宅医会というのを一般科の先生方が主になって開催しているが、そちらと合同で昨年12月に開催させていただいた研修会のグループワークの中でこの課題が挙げられていた。特に上益城郡は御船町の吉無田であったりとか山都町などは特に山の方になってくると、その中で過疎化が進んでおり、人材不足もあり生産性も

低いということで訪問看護ステーションの撤退など、そういったこともあり選択肢が少なくなってきた。またそれに伴って、担当しているケアマネジャーがそういったものを何か補わないといけないというようになるので、また疲労感とかそういったものも続き、負のスパイラルが進んでいくのではないかとということで危惧している。そういったところの充実が急務となっていると考えている。2点目については、医院・病院および自治体・医療・介護事業所間での各種情報共有の促進を挙げている。お互いどういったことをやってるかということについては、それぞれにホームページや、また色々な会でお顔は拝見してるが、なかなかじゃあパツと困った時に「あそこがこういうことをされてるからじゃあそれに繋げよう」とか「あの人に連絡をしよう」とい

うのも、なかなか難しいのかなという意見が挙がってきている。また、共通する患者について両方で知ってることを共有できればもっとスムーズな医療の提供というのができるのではないかと
いうような意見もでてきたので、いかに情報共有をしてアクセスしやすい形作りができるかとい
うことを今後考えていきたい。

● あおば病院・宇城総合病院からの報告

**あおば病院
宇城総合病院**

① せん妄や治療拒否、暴力・暴言等に対応に
苦慮する場面での連携
精神科受診に繋げるためには、ご家族の同意の
問題や、また同意が得られても受診までに数週
間かかる状況がある。精神科にはスピーディー
に対応可能となる仕組みが求められている。

② 休日・夜間等に急変した場合の対応
休日や夜間に転院治療が必要となった場合の受
け入れ態勢について事前に情報交換し、受け入
れできない場合の対処方法を伝えておくことが
必要。

(あおば病院) 最も課題となっていること
で、一点目がせん妄や治療拒否、暴力行為等
で対応に苦慮する場面での連携を挙げている。
入院患者が精神的変調をきたして対応
に苦慮する場面で、時間的余裕がない状況
におかれている一般科の急性期病院に対し、
精神科病院がどのようなアプローチが出来
るかについて検討した。患者を精神科受診
に繋げるためには、ご家族への説明と同意
が必要だが、理解が得られない場合は状況
が変わらずスタッフの方が疲弊することに

なってしまう。また、同意が得られたとしても、精神科の初診は予約制となっているところがほ
とんどで、受診までに数週間かかることもある状況である。これらのことから精神科にはスピー
ディーな診断・治療が可能となる仕組みが求められていることが明らかになった。改善案として、
緊急性に応じて往診や初診枠を検討する事や、専門の看護師が患者やご家族への対応について、
事例を紹介することなどが挙げられた。2点目は休日夜間等に急変した場合の対応である。内科
的疾患の治療中、BPSD が著明になり精神科病院へ転院された患者の内科的疾患悪化時の連携に
ついて話し合った。休日や夜間に転院治療が必要になった場合の受け入れ態勢について事前に情
報交換し、受け入れできない場合の対処方法を伝えておくことが必要であることがわかった。改
善案として連休前には早めに受け入れについて相談しておくことや、連休・夜間の診療体制を相
互に連絡し合うことなどが挙げられた。

● くまもと心療病院・熊本南病院からの報告

**くまもと心療病院
熊本南病院**

① 対象者の選定に悩んだ
ここ最近では、くまもと心療病院で入院を受け入
れができたため、よっぽど身体状況で受け入れ
に不安が大きい場合以外は通常の転入院相談と
して扱うことがほとんどであった。

② 院内での事業の周知不足
患者様の受診や入院の調整を複数の部署や職員
で対応しているため、この事業の周知がそれぞ
れの院内で行えておらず、この事業で対応可能
であったと思われる患者様（一般科で治療を続
けながら精神症状の改善が出来た）も。

(くまもと心療病院) まずこの事業に参加
させていただいたことでお互いの病院間で
の連携については、これまで以上の意識づ
けとなったということを確認した上で、2
点の課題を挙げた。まず「対象者の選定」
という表現をしているが、最初に事業スキ
ーム図にあったような、それぞれの医療機
関に患者様を診に行く、ドクターとか専門
職がそれぞれから出向くということ、こ
の事業の大きな特徴のひとつとして双方の

病院が捉えていたが、精神科のくまもと心療病院の方が満床や多くの入院待機の患者様がいらっしやるという状況がなかったということもあって、よほど身体症状がシビアでない限り、通常の転入院の受け入れ調整という形での連携がほとんどであった。精神科の方で入院を受け入れたことが、その患者の治療としてベストだったかということとはもう一度見直さないといけないと感じている。医師が出向くということに関しては、この事業で想定されている状態の患者以外にも、例えば別の事業になるが、認知症初期集中支援事業で対応中の医療とか介護に全く繋がっていない方であるとか、色々な理由で通院が中断している患者もいるので、医師のスケジュールとかスタッフのマンパワーを考えた際に、出向くべきケースの優先順位としては2つの病院間でのこの事業の枠を超えての検討となったということが正直なところである。もう一点が、事業についてそれぞれの病院の中での周知の徹底不足というのを挙げている。連携室同士でのやり取りの場合は事業のことを念頭においた対応が行えたと思うが、医師同士、それぞれの病棟の看護師、外来や事務員など様々な部署で入院や受診の調整を行うということもあって、振り返ってみると患者のことを考えた際に、一度ご入院中の病院に様子を見に行き、今後の方針を決めるなどの対応ができたかもしれないと思うケースもあった。以上2点を課題として挙げている。

● 平成病院・八代地域の一般科4病院からの報告

平成病院
八代地域の一般科4病院

① 迅速に対応する事が困難

一般科病院に入院されている患者様が不穏状態で精神科に連絡を受けても、すぐに診に行ける精神科医がおらず時間がかかる。

② ケアマネジャーとの連携

入院先から退院時の受け入れ先を決める際に、ケアマネに早く連絡し入院中の経過を伝えていかなければ、ケアマネに時間と心の余裕がなく、充分な対応が検討できないと思われる。

(平成病院) まず一点目に「迅速に対応することが困難」という課題を挙げている。一般科病院に入院しておられる方がBPSD等で平成病院の方で診てほしいと連絡を受けても、なかなか普段の外来の診療や病院患者の対応などで、すぐに診に行く事が難しく、時間がかかってしまい、そこが課題と思いを挙げている。また2点目にはケアマネジャーとの連携について挙げている。入院しておられる方で、施設等に退院をされることが多いと思うが、早い段階でケアマネ

に連絡をしないと施設との連絡・調整等に焦ったり、時間がなくて施設に退院はするけれども、実際に施設のマンパワーが足りずになかなかうまく見守りができない等、上手くいかないケースもあったので、2点目に「ケアマネジャーとの連携」とし、2つの課題を挙げさせていただいた。

● 八代病院・八代地域の一般科4病院からの報告

八代病院
八代地域の一般科4病院

① 受入れ時の家族調整

高度の認知症の患者様の入院受入れは、医療保護入院での対応が主となるが、同意者となられる家族等に該当される方が居られるのか、入院を受入れる前に家族調整が必要なケースがある。

② 介護と医療の連携

転院相談の際に、介護保険サービスを申請中または未申請の患者様の受入れが多い状況。多くは退院先として介護施設を選択されるため、早期の介護保険サービスの申請・導入によって、退院支援を円滑に進めることができる。

(八代病院) 八代地域4病院の熊本総合病院、熊本労災病院、八代市医師会立病院、八代北部地域医療センターの4病院から患者様のご紹介を受けながら、連携対応させていただいたところであるが、ご入院のご相談以上に今までもスムーズにやり取りをさせていただいており、その中で今回2点課題を抽出させていただいた。精神科特有の精神保健福祉法という法律に基づいて入院の手続きや処遇と色々決められたところがあるが、高度の認知症の患者様の入院の受け入れをする場合に、基本的には入院形態のうちの医療保護入院という入院形態でお受け入れをさせていただくことが主となっている。この入院については同意者となられる家族等に該当される方、これも限定されているところがあるが、ご高齢のご家族も多く、なかなかその家族等に該当される方が事前に見つからないとか、あるいはいらっしゃっても後見人・保佐人がいらっしゃる場合と家族の事情もあり、ご入院のお受け入れをする前に、家族調整が必要なケースが非常にたくさんあったことから挙げさせていただいた。2点目に介護と医療の連携について、転院のご相談の際に救急搬送で送られてきて、身体疾患の治療を受けられて、その後BPSDやせん妄状態のご相談があったりするが、かかりつけ医がいらっしゃらないばかりに、介護保険のサービスにまだ全く繋がっておられないという方も多く、あるいは身体疾患の治療中に早期にソーシャルワーカーに介入していただき、介護保険の申請をしていただいているケースもあった。未申請の患者様の受入れというのが非常に多いが、基本的には退院先として介護施設をご希望されるところが非常に多く、早期に介護保険のサービスの申請・導入によって退院支援がもっと円滑に進められるのではないかと考えた。

● 八代更生病院・八代地域の一般科4病院からの報告

八代更生病院
八代地域の一般科4病院

① 症状悪化時に対応できる体制作り

激しいBPSDと身体疾患を持つ方の望ましい医療機関の選定に苦慮している。身体面、精神面、それぞれ悪化時には相互に対応できるような体制作り。

② 症状変化とその対応を含めた情報提供

精神科から一般科への転院は、精神症状の出現が懸念される。症状の出やすい環境、条件、対応の仕方等について情報共有が必要。

(八代更生病院) 一点目が「病状悪化時に対応できる体制作り」ということで、先ほど平成病院の方からもありましたとおり、精神科の受入れに時間が少しかかっている状況がある。そこをスピーディーに受けられるような体制作りというのが必要ではないかと考えている。また一般科の先生の方から、入院中の患者様等に精神症状が出られた時に『こういった患者を精神科に相談していいのか』というような迷いがあるというような言葉も聞いている。そういった

時にすぐに相談できる体制だったり、顔見知りの関係だったりというのを今後も深めていく必要

があると感じている。2点目として「症状変化とその対応を含めた情報提供」ということで、精神科から一般科の病院の方に転院される際に、認知症の方は環境の変化に弱い部分があり、症状が出やすくなられる方もいらっしゃる。そういった症状の出やすい環境や条件を、きめ細やかな情報提供、あと症状が出られた時の対応の仕方等について事前に一般科の病院に情報提供が必要ではないかと考えている。転院された後からでもお電話をいただいて、対応についての情報提供等ができればと考えている。実際ケースとして、先日八代更生病院から一般科の病院に移られた方があり、その方の精神症状が悪化し、そのご相談を看護師から受けさせていただいた。先方の病院ではBPSDがかなり強くなっておられて、対応に困られたと思うが、そういったお話をしながら対応がスムーズにできたケースがある。そのような情報提供というのが重要ではないかと考えている。

3) シンポジウム

「循環型認知症医療体制のための精神科病院と一般科病院の連携における課題

～荒尾地域の取り組みから～

【石川座長】みなさまこんにちは。熊本大学神経精神科の石川でございます。本日はお忙しいところ、たくさんお集まりいただきまして誠にありがとうございます。それでは、本日は「循環型認知症医療のための認知症連携体制基盤強化事業」ということで、皆様方からお話いただいたように、精神科病院と一般病院との連携に色々課題あるいは解決すべき事項等々あるだろうというところが問題共有、課題共有できたかと思えます。今回シンポジウムという形で企画をいただきまして、一つのモデルということでは有明圏域の荒尾市域の皆様方に本日ご登壇いただきます。おそらく同じような問題が何回か繰り返し出てくると思えます。そういったところが最も強調される課題だろうと思えますので、重点的に皆様方で色々ご討議していただければ幸いです。本日は4名のシンポジストの先生方にお越しいただきました。まず今回の事業に対して精神科協会の松尾さん、それから精神保健福祉士という形で精神病院の立場から宗さん、それから一般病院というところでひとつは看護師の立場、認知症看護認定看護師を取られております荒尾市民病院の宮崎さん、それからドクターサイドからは脳神経内科の大嶋先生という形で進めさせていただきます。あと時間が許す限り、会場の皆様と色々ディスカッションしていきたいと思えます。それでは、まずはじめのご登壇、精神科協会の松尾さんに宜しくお願い致します。

【松尾氏】精神科協会の事務局を務めております松尾でございます。私の方からは今回の事業につきましても背景、取り組む動機とかそういったところ、そしてこの事業によってこういったところが到達点なのかということをお自分なりに考えてみましたので、そこを少しご紹介したいと思います。

背景Ⅰというのがスライドにあります。実は先ほどご挨拶にもありましたように団塊の世代が75歳以上になる2025年問題というのが大きなバックグラウンドでございますが、それだけではなくて、これもご挨拶でありましたように、新オレンジプランが27年1月に国から公表されております。その柱のひとつに「認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護の提供」等、BPSDそれと身体合併症状に適切な対応をしていこうと、そのこと

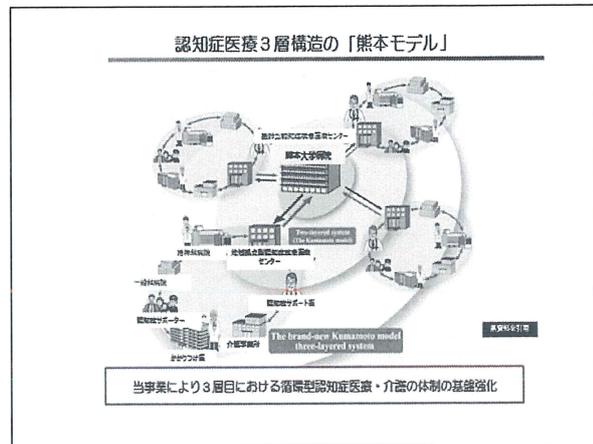
が循環型の仕組みの構築に繋がりますという目標が掲げられているというのがひとつあります。それと、日本全国津々浦々で在宅医療体制づくりが進んできております。これはもう「進めよう」ではなくて義務なんです。こうして進めなければならないということで、介護保険の財政で市町村が事業主体となって今進んでるという背景があって、これもまたさらに背景は認知症高齢者が増えるけれども、これ以上病院のベッド数はたぶん増えないだろうということで、じゃあ

背景Ⅰ

- 1 新オレンジプランの柱(H27年1月)
認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
☐循環型の仕組みの構築へ
- 2 在宅医療体制づくりの推進
全国で医療と介護の連携☐地域支援事業(市町村事業)
へ
- 3 熊本モデル・地域完結型医療の推進
医療圏域ごとに医療・介護・地域との連携へ

認知症高齢者はどこに行くの？という話から在宅に向かわざるを得ない状況を作ってきているという、私たちはその中に今いるということになります。それと熊本モデル、これは後ほど説明します。地域完結対応力というのは、皆さんが住まれている二次医療圏では各病期に合わせて二次医療圏の中で、地域医療を介護を完結させていこうということで、基本は地域、二次医療圏の中で医療を完結させていこうということが背景にあるということです。

これがさきほど言いました認知症医療の熊本モデル、熊本から全国に発信して熊本のモデルを全国の都道府県が真似して作っている状況でございます。これは一番中心に熊本大学附属病院がありまして、認知症疾患医療の体制を作る上で基幹病院となって基幹型の認知症疾患医療センターとなつていただいております。その2層目というところに、地域の二次医療圏ごとに地域型の認知症疾患医療センターがございます。さきほど冒頭ご挨拶を



いただきました、阿蘇では高森委員長の阿蘇やまなみ病院がこの、疾患医療センターになっておられます。この3層目の中で、今日精神科病院と一般科病院の皆さん方がご参加いただいて、連携についての課題を議論いただいているということ。この他にかかりつけ医、介護事業所、認知症サポート医の先生も今日お見えですけども、こういうメンバーが連携して地域で循環型の医療を担って頂いているようなイメージになっております。今日は市町村とか、地域包括支援センターとか、社協などは図面の配置上抜かしておりますけれども、そういったところも入って、地域に認知症高齢者の方を見守り、支え合い、医療介護のサービス提供を行いながら、具合が悪くなったら医療センターに、または精神科病院に、またさらに具合が悪くなった場合は熊大に繋いでいく、こういう3層の構造が熊本モデルと言われておりまして、循環型の認知症医療と介護の体制の基盤強化に繋がっていると思っております。

背景のもう一つですけども、じゃあその認知症の医療体制をもう少し深堀して考えてみましょうという事で、当協会の方で「循環型認知症医療体制検討事業」を28年度29年度、県の基金事業補助事業でさせていただいております。その中でもとりわけBPSDについて研究・調査を進めるということになりました。県内に4地域を指定しまして4つの精神科病院をBPSDセンターとして電話相談と対応をしていただきました。相談件数はだいたい1年で620件ほどございまして、うち精神科病院の緊急入院に繋がった例が100件でございます。ケアマネから44件、一般科病院から34件、施設入所の方から22件と。一般科病院から

背景 II

- 1 循環型認知症医療体制検討事業 (H28/29) 県補助
 - ・ 県内4モデル圏域でBPSDセンターを設置しBPSDに関し電話相談や対応を実施(相談件数620件)
 - 精神科病院へ緊急入院になったが100件
 - 「ケアマネジャーから44件」、「一般科病院から34件」、「施設入所から22件」
- 2 循環型認知症医療のための認知症連携体制基盤強化事業 (H30/31(申請中)) 県補助
 - ・ BPSDと身体合併症は一体課題 → 改善・解決へ

の34件というのは、身体合併で一般科病院に入院されて、環境が変化したことで急に精神科の方に送られてくるということになります。病状としましてはパーキンソン、高血圧、糖尿病、それから骨折などがこの中に入っております。そういう中で一番問題となりましたのが、やっぱりBPSDと併せて身体合併症があるということが明らかというか、ほぼ分かってはいたんですけども、この中からこれが確実に問題だということになりましたので、平成30年と来年度も予定しておりますけど、本事業が行われており、皆さん方が今参加をされているという状況でございます。これについての改善・解決に向けて検討を進めていこうというのが、この事業の趣旨でもございます。

目指すところはいくつかありますが、基本的には最後、ケア負担の軽減がひとつ大きな目標になると思っております。とりもなおさず、患者と家族の負担軽減にも繋がると思われます。早期退院の促進へ、認知症高齢者が増えてきます。ベッド数が限られてきます。そういう場合に早期退院しかない、頑張っているかなきゃならないなど、このへんが目標のひとつに掲げられるんじゃないかと思っておりますが、いかんせん受け皿であります在宅の医療

体制づくりがしっかりしていないといけませんので、早期退院を促しながらも、在宅態勢づくりをしっかりと、患者さんが在宅に帰ったらすぐまた病院に入院されましたということが続かないように、在宅への生活の取り組みも一緒にしていく必要があるかと思っております。

最後のスライドになります。目指すところのひとつとして現在連携基盤の強化のこの事業の中でいくつか課題があって、「こうなったらいいな」ということを書いております。病院間の課題は地域の課題に格上をさせていただきたい。どうしても病院だけでは解決できない介護の問題とか家族の問題とか、あるいは地域の支え合いの問題とかいうのは地域の課題にもなりますので、どうか地域の課題に格上げをさせていただいてご議論いただけないかと思っております。

あと皆さん方がそれぞれ各病院に思っている気持ちや思いやりですね、「ここまでしてもらおうと有難かったのに」「なんでここまでしてもらえなかったのか」「こうしてもらおうと助かったのに」という思いが日々あられると思うんですが、それをこの事業によって言語化・文書化・文言化していただけないかなということですね。例えば人間関係で連携をされている病院同士、さきほどもございましたけども、人間関係だけではなくて病院と病院の組織の連携、組織の連携といいますとどうしても皆さんが思っている気持ちを言語化するだけではなくて文書化

連携の目指すところ I

- 1 看護・ケア負担の軽減
 - 患者や御家族の負担軽減
- 2 早期退院の促進へ
 - 増加する認知症高齢者
- 3 安心の在宅生活へ
 - 在宅医療体制、地域力、フォロー

連携の目指すところ II

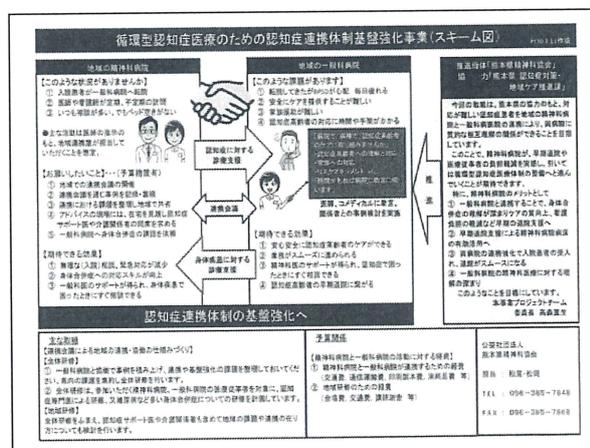
- 1 病院間の連携基盤の強化(現在進行中)
 - ・ 病院間課題 地域課題へ
 - ・ 気持ちや思い 言語化・文言化・文書化へ
 - ・ 病院内課題 意識合わせへ
- 2 認知症の連携だけに止まらない
 - ・ 日常の認知症以外の病気でも連携へ
 - ・ さらなる介護関係者、地域との結びつきへ

していく、そういったところまで話が進んでいってもらえればな、という気持ちであります。病院内の課題というのは意識合わせが必要じゃないかなと思っています。さきほどもありましたように病院の中でも意識の差があるんじゃないかな、というところで、先生方とメディカルの方の意識の差とか、連携室の意識の差というのはあると思いますので、その意識合わせが必要になってくるんじゃないかなと思うしております。それと最後になりますけれども、認知症で今回連携をさせていただいていると皆さん方思ってらっしゃると思いますが、実はこのことの次のステップとしては、認知症に限らず、各病院同士の連携が深まっていくと考えていただければと思っています。とりもなおさず、このことが介護の関係者と地域の結びつきの強さにもなってくると思っております。以上でございます。ありがとうございました。

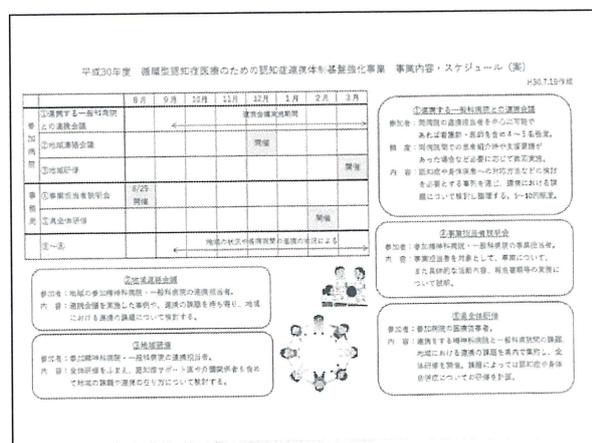
【石川座長】はい、ありがとうございます。少し時間を取りますけれども、もし、今何かご質問とかコメントがございましたら挙手でお知らせください。よろしいでしょうか。特にございませんでしょうか。では続いて荒尾こころの郷病院、連携担当の宗さんから荒尾での取り組みについてということでご報告・ご発表をお願いします。宜しくお願いします。

【宗氏】みなさんこんにちは。荒尾こころの郷病院にいます、地域拠点型の認知症疾患医療センターの方で連携担当をしております宗といいます。今日はこのようなお時間を頂きましたので、荒尾での実際の活動のご報告をさせていただきたいと思っております。

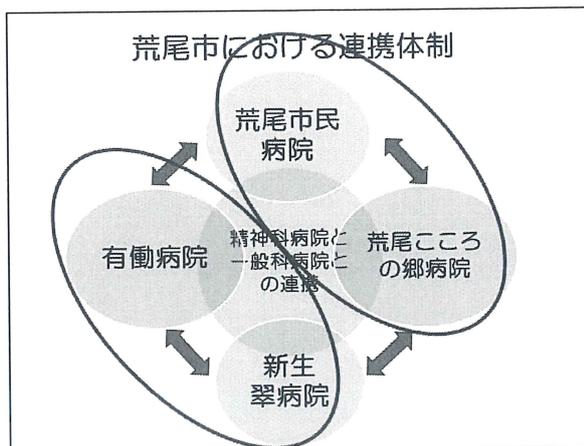
まず、これは皆さん充分ご覧になって説明も聞かれているかと思いますが、スキーム図になります。荒尾においては実際に活動を開始する前に、連携協力をさせていただく病院に対してこれらのスキーム図を利用して事業の説明を行うことから開始をしております。その中で目的をお話する必要がありますが、この部分ですね、高森先生の言葉が非常に分かりやすいので、これをいつも活用させていただいております。



こちらの方も説明会の際にみなさんも貰われた事業内容と平成30年度の事業実施スケジュールになりますけれども、協力病院に対してはこのスケジュールに沿って事業を行ってきたいということでご説明をしております。



実際、ここからが荒尾市での動きになります。現在荒尾市では、荒尾市民病院さんと荒尾こころの郷病院の連携チームと、それから新生翠病院さんと有働病院さんの連携のチームとが実際に活動を開始しております。



これから先はこのスケジュールのスライドに沿って荒尾の活動報告をさせていただきます。まず「①連携する一般科病院との連携会議」についてご説明をします。これについては荒尾市民病院さんと当院ですね、荒尾こころの郷病院でおこなった連携会議の内容で報告をさせていただきます。

平成30年度 循環型認知症ケアのための認知症連携体制強化事業 事業内容・スケジュール (案)

| | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
|------------------|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|
| ①連携する一般科病院との連携会議 | | | | | | | | |
| ②地域連携会議 | | | | | | | | |
| ③事業推進委員会 | | | | | | | | |
| ④民生委員研修 | | | | | | | | |
| ⑤一応 | | | | | | | | |

①連携する一般科病院との連携会議
参加者：両病院の連携推進委員会中心で実施。お互いの現状・課題を共有し、連携の推進。前：両病院での連携推進会議や支援員が、あった場合など必要に応じて対応実施。内：認知症や身体疾患への対応のあり方などについて必要とする内容を話し、連携に向けた課題について検討し整理する。5-10分程度。

②地域連携会議
参加者：市民病院・郷病院・一般科病院の事業推進委員。内：事業推進委員を対象として、事業について、互いの具体的な活動内容、実施要領等の整理について説明。

③事業推進委員会
参加者：参加病院の連携推進委員。内：連携推進委員を対象として、事業について、互いの具体的な活動内容、実施要領等の整理について説明。

④民生委員研修
参加者：参加病院の連携推進委員。内：地域における連携の推進を目的として、民生委員を対象として、認知症や身体疾患の対応のあり方などについて説明。

実際に行った内容ですけれども、このスライドのようになっており、医師・看護師・連携担当者などのメンバーが参加し、今までに1回目と2回目の会議を実施しております。2回目の会議の際は、「病院間の連携課題改善業務」ということで、認知症看護認定看護師の方から認知症ケア加算についてのお話をいただいて、研修も同時に行っております。

事業の実際①

① 【連携する一般科病院との連携会議】
(実際のケースに関する検討：連携課題抽出など)

第1回連携会議
日時：平成30年11月21日(水) 16時30分～
場所：荒尾市民病院 図書室
参加者：(荒尾市民病院) 脳神経内科医師・認知症看護認定看護師・社会福祉士
(荒尾こころの郷病院) 認知症疾患医療センター医師・事務・精神保健福祉士

第2回連携会議(病院間連携課題改善業務として同時に参加者研修も行う)
日時：平成30年12月12日(水) 16時30分～
場所：荒尾市民病院 図書室
参加者：(荒尾市民病院) 脳神経内科医師・認知症看護認定看護師・社会福祉士
(荒尾こころの郷病院) 認知症疾患医療センター医師・事務・看護師・精神保健福祉士
参加者研修・・・担当：荒尾市民病院 認知症看護認定看護師(認知症ケア加算について)

これが実際に検討したあるケースになります。「精神科側の早急な入院受け入れ態勢が確立していない」という問題が出されています。そのため緊急対応病院に行動障害がある方が入院となった場合に、精神科受け入れまでタイムラグが生じ、結果的に身体疾患の悪化を招くことがあります。身体疾患の悪化があると精神科での入院継続が難しくなって結果的に再度一般科への転院などを余儀なくされて

あるケースの課題

精神科側の早急な入院受け入れ体制が確立していない

↓

救急対応病院に行動障害のある患者が入院となった場合、精神科受け入れまでにタイムラグが生じ、結果的に身体疾患の悪化を招くことがある。

↓

身体疾患の悪化があると精神科での入院継続が難しくなり、結果的に再度一般科への転院などを余儀なくされてしまう。

【改善策】
○一般科と精神科の相互理解の推進・・・研修会などで周知していく。
○入院日数の問題などがあるが、身体科としては様々な検査を行いその上で精神科に繋ぐ工夫をできれば。
○多職種と共に研修を行ったりしながら連携を強化し、在宅ネットあらおなどを活用した地域全体での連携体制構築が必要。

しまう、という課題が抽出されました。これは実際ケースとして起こったことなんですけれども、会議の中ではこの課題を出すだけではなく、その中で考えられる改善策についても検討しております。それがこの黄色の部分ですね。この時は一般科と精神科それぞれの役割や制限などをお互いに知らない、さきほども出てきましたけれども精神科は精神保健福祉法という法律に縛られているところがあります。そういうことをお互いに知らないということも連携を妨げる要因になっているかもしれないということで、お互いのことについて理解を深める必要があるのではないかと。それから在院日数の問題ですね、これは一般科の病院の方に非常に問題として挙げられていましたけれども、身体科としては様々な検査を行ってその上で精神科に繋ぐ工夫をできればよいのではないかと、それから他職種とともに研修会を行ったりしながら、連携を強化し、荒尾には「在宅ネットあらお」という団体がありますが、そちらを活用した地域全体での連携体制の構築が必要なのではないかという意見が出されております。

次に「②地域連携会議」になります。

平成30年度 播磨発症軽度医療のための認知症連携体制基盤強化事業 事業内容・スケジュール (要)

| | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
|------------------|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|
| ①連携する一般科病院との連携会議 | | | | | | | | |
| ②心疾患連携会議 | | | | | | | | |
| ③地域連携 | | | | | | | | |
| ④事業担当者検討会 | | | | | | | | |
| ⑤患者全体研修 | | | | | | | | |
| ⑥一応 | | | | | | | | |

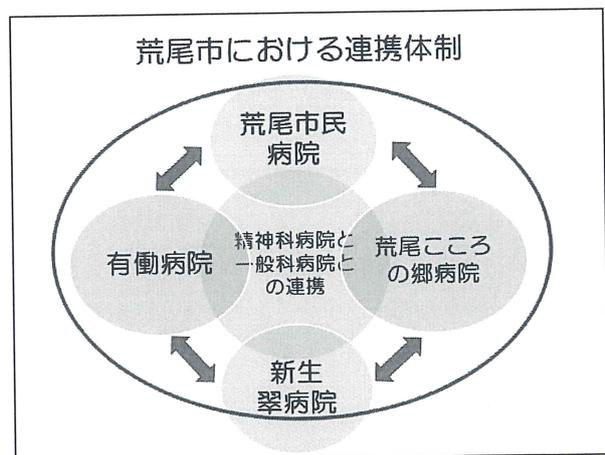
②心疾患連携会議
参加者：地域の認知症精神科病院、一般科病院の連携担当者。
内 容：連携会議を実施した事例や、連携の課題を持ち寄り、地域における連携の課題について検討する。

③地域連携
参加者：参加精神科病院、一般科病院の連携担当者。
内 容：全体研修をもとに、認知症ケアに関する連携担当者も含めて地域の課題や連携のあり方について検討する。

④事業担当者検討会
参加者：参加精神科病院、一般科病院の事業担当者。
内 容：事業担当者を集めて、事業について、また具体的な活動内容、報告書等の策定について検討する。

⑤患者全体研修
参加者：参加精神科病院、一般科病院の連携担当者。
内 容：連携する精神科病院と一般科病院の課題、地域における連携の課題を事例で取り上げ、全体研修を開催。議題によっては認知症や身体合併症などについて研修を実施する。

こちらはさきほど説明した二つのチームの合同会議になっております。



実際に今年度は1月に4病院のスタッフが集まって会議を行っております。この地域連携会議ではそれぞれのチームで行った連携会議の報告を行うとともに、地域全体での課題について検討を行いました。

事業の実際②

②【地域連携会議】

（地域内で参加している精神科病院・一般科病院が集まり、地域全体の連携課題を抽出検討）

第1回地域連携会議

日時：平成31年1月16日（水） 16時30分～

場所：荒尾市民病院 図書室

参加者：（荒尾市民病院）脳神経内科医師・認知症看護認定看護師・社会福祉士
（新生翠病院）社会福祉士
（有働病院）事務・看護師・精神保健福祉士
（荒尾こころの郷病院）認知症疾患医療センター医師・事務・看護師・精神保健福祉士

ここで出された課題は「対象症例の選定が難しい」「会議の日時・場所など通常業務とのすり合わせが難しい」など会議自体の開催に関する課題や、「一般科から精神科への紹介はハードルが高い」「一般科の受入れ病棟はほとんどが包括病棟であり、最大60日間退院ということになるが、精神科から入院を受け入れたとしても在宅復帰が見えづらい。」「精神科では特に大きな問題となっていなかったこと、例えば大声など、それが一般科では大きな問題となることがある。」「精神科薬を処方されている方については、同じ薬が一般科にはない場合がある」など、一般科と精神科での問題となるケースの違いなども出されております。

これらの課題から見えてきた解決の可能性について、一部をご紹介します。「一般科、精神科お互いの病院機能の理解を深める必要があります、それについては病院見学・研修会などを通じ理解を深めていく」「患者紹介を行う場合、お互いの不安に思っていることに対する対処の方法などを伝えるとともに、状態悪化の際のバックアップ体制を確立していく必要がある」「薬の院内処方を行っている病院や精神薬処方の必要な方などの場合、必要な薬が薬局で採用されていない場合もあり、薬剤師会などの協力も得ながら情報の共有が必要」

「精神科においては精神保健福祉法という法律に基づく対応となるため、入院受け入れまでに期間を要する場合があります、ぎりぎりではなく、早めの情報提供があれば院内での検討を行う時間が

地域連携会議での課題

○対象症例の選定が難しい。

○会議の日時・場所の設定など、通常業務とのすり合わせが難しい。

○一般科から精神科への紹介はハードルが高い。

○一般科の受け入れ病棟はほとんどが包括病棟であり、最大60日間退院ということになるが、精神科から入院を受け入れたとしても在宅復帰が見え辛い。

○精神科では特に大きな問題となっていなかった事が、一般科では大きな問題となる事がある。（例：大声など）

○精神薬を処方されている方については、同じ薬が一般科にはない場合がある。

課題から見えてきた解決可能性

○一般科・精神科お互いの病院機能の理解を深める必要があり、それについては病院見学・研修会などを通じ理解を深めていく。

○患者紹介を行う場合、お互いの不安に思っていることに対する対処の方法などを伝えると共に、状態悪化の際のバックアップ体制を確立していく必要がある。

○薬の院内処方を行っている病院や、精神薬処方の必要な方などの場合、必要な薬が薬局に採用されていない場合もあり、薬剤師会などの協力も得ながら情報の共有が必要。

○精神科においては精神保健福祉法に基づく対応となるため、入院受け入れまでに期間を要する場合があります。ぎりぎりではなく早めの情報提供があれば院内での検討を行う時間ができる。

できるのではないか」などの意見が出されております。

この事業は今まで表に見えてきていなかった課題を抽出し、それを文言化していくことも視野に入れています。そのため当事者だけで解決できない制度や仕組みなどの問題も、国や県・市町村・精神科協会などへ要望として挙げていくことになっています。この事業に関してだけ考えても、一般科と精神科の連携だけの解決は難しく、地域全体、多職種、多機関の連携が必要である。色々な事業が動いてはいるけれども、最終目標は地域包括ケアであり、それぞれに重なる部分も多く行政の中での横の連携を深めて、行政担当者が情報共有し合同で行える部分は合同で行う、というような工夫をしてほしい。ここは本当に非常に重要なんですけれども、「地域の人材・時間は限られているということを行政の方も含め理解を深めてほしい」という意見がでました。

「③地域研修」になります。

国・県・市町村・協会への要望

- 医師不足・スタッフ不足などの改善。
- 精神科リエゾンの体制整備のための支援。
- 精神科病院空床確保のための支援。

○この事業に関してだけ考えても、一般科と精神科の連携だけの解決は難しい。地域全体・多職種・多機関の連携が必要。いろいろな事業が動いているが、最終目標は地域包括ケアであり、それぞれに重なる部分も多く、行政の中での横の連携を深めて行政担当者が情報共有し、合同で行える部分は合同で行うような工夫をしてほしい。地域の人材及び時間は限られているという事を理解してほしい！

平成30年度 播磨型認知症ケアのための認知症連携体制構築化事業 事業内容・スケジュール (案) H30.7.15作成

| | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
|-----|------------------|----|-----|-----|-----|----|----|----|
| 参加者 | ①連携する一般科病院との連携会議 | | | | | | | |
| | ②地域連携会議 | | | | | | | |
| 研修 | ③地域研修 | | | | | | | |
| | ④事業担当者説明会 | | | | | | | |
| その他 | ⑤資金確保 | | | | | | | |
| | ⑥一応 | | | | | | | |

①連携する一般科病院との連携会議
参加者：両施設の連携推進委員会に互換で、各施設に連絡し、協力を要する。

②地域連携会議
参加者：両施設での連携推進委員会、関係機関など。必要に応じて数回実施。
内容：認知症や痴呆疾患への対応方法などの検討や、連携する事業内容、連携に関する課題について検討し整理する。1～10月実施。

③地域研修
参加者：参加精神科病院、一般科病院の連携推進委員。
内容：参加研修も上り、認知症ガイドラインや介護実習も含めて地域の課題の連携の在り方について検討する。

④事業担当者説明会
参加者：認知症連携推進委員会、認知症ケア推進委員会、関係機関など。
内容：事業内容、連携推進の目的、事業内容、また具体的な活動内容、実施の要否について説明。

⑤資金確保
参加者：参加病院の経営委員会。
内容：連携する精神科病院と一般科病院間の連携、地域における連携の課題を両内で検討し、支援内容を整理、協議によって認知症連携推進体制について研修を実施。

⑥一応
地域で様々な各病院間の連携の状況による。

これについては、荒尾市ではたくさんの人たちに事業を啓発できればということで、他の研修会と合同で今年の2月8日に開催しております。荒尾市だけでなく、他の地域からの参加もあって総勢259名の方がこの研修会の方に参加をされております。ここでは事業の説明から地域における課題まで、これまでの会議の結果も含めて報告を行っております。



最後になりましたけれども、荒尾の事業の活動報告をさせていただいたので、こういう機会ですので、私自身がこの事業を通じて感じたことを述べさせていただきたいと思います。連携の鍵はとにかく相手の事を知って、相手と仲良くなって、お互いに情報を共有する事だと思っております。行政も含めて様々な事業を行う中ではそれぞれが事業を行う縦割りではなく、重なる部分は連携して一緒に行っていくこと、横のつながりですね、同じ部署にいらっしゃっても全然違う事業をやってお互い知らないとか、そういうことが非常に多いと感じています。そういう横の繋がりというのが非常に重要だと思っております。その際にはですね、情報共有が非常に重要になると思うんですけれども、先ほども課題として挙がっていましたように、マンパワー不足の問題がありますので、なかなか会議自体の招集なども難しいところもあります。ただ、意見としても出てましたけれども、せっかくこの事業でお互い顔の見える関係ができましたので、この事業を活用しながらこれからも情報共有を密にして連携を図っていければと考えております。私の方からは以上になります。ありがとうございました。

【石川座長】はい、ありがとうございました。いくつか問題点、それから少し解決策についても建設的なお話があったかと思えます。会場の方から何か、今のタイミングでご質問・ご意見・コメント等ありましたらどうぞ。よろしいでしょうか。また後で時間があります。では続いて荒尾市民病院の宮崎さんから看護師の立場で、総合病院の中の看護師という形で、また認知症看護認定看護師という立場もおありですので、そういった観点からのご報告をお願い致します。

【宮崎氏】こんにちは。私は荒尾市民病院 認知症看護認定看護師をさせて頂いています、宮崎と申します。一般病院の認知症ケアでどういうことを行っているかということを中心にお話したいと思えます。当院では昨年 10 月から認知症ケアチームを発足して認知症ケア加算 1 の取得を開始しました。チームの構成員は隣にいらっしゃる神経内科医の大嶋ドクターと社会福祉士 1 名、認知症看護認定看護師の 3 名で毎週火曜日に認知症ケア回診を行っています。対象病棟は全病棟になります。対象は認知症という診断名はなくてもいいので、認知症高齢者自立度判定Ⅲ以上、日常生活に常に見守りが必要な患者さんと、意識障害 GCS20 以下の患者さんを対象患者さんとして毎回回診を行っています。毎週 2～3 名くらいの新規の患者さんがいらっしゃいまして、毎週 15 名前後の回診を行い、病棟スタッフと一緒にカンファレンスを病棟で行っています。病棟の中で回診を回っていく中で、色々な課題が見えてきたんですけど、急性期病院、当院では超急性期の患者さんから慢性期の患者さんの病棟もあるということで、その中で認知症患者さんのせん妄、BPSD の対応に疲弊しているというところが実際ありまして、本当はマンツーマンで対応していかなくてはいけないということなんですけど、スタッフの人数も限られていまして、安全を優先していくということを考えて抑制をせざるを得ない状況が続いています。あと在院日数の短縮という事で、急性期病院では短期入院 10 日～14 日以内と限られていまして、認知症が疑われている患者さんがいても、14 日経つと環境調整ができないまま退院されてしまうという事例も多くあります。また、精神症状があるとどうしても精神科への転院調整を行っているという状況と、薬剤調整が難しく、各ドクターで内服指示の違いなどがありまして、そのような点で調整が必要だと感じています。今回、認知症ケアチームが開始して入っていく中で、どのような依頼が多いかということについては内服調整ですね、BPSD やせん妄に対する内服調整の

依頼が多くありまして、チームで一緒に回っていく中で、薬剤調整を行いながら日々の生活が安心して送れるようにということで会議を行っています。一例なんですけどご報告させていただきたい症例があります。入院によって認知症が疑われた患者さんがいらっしゃいました。今回その方は外科で入院された患者さんでしたが、退院が間近になってやっぱりどうしても家では看れない、でも認知症があるのでどうしたらいいだろうという家族からの相談がありまして、自宅で看れないということで、では精神科に転院予定としていたところに認知症ケアチームの方に依頼がありました。介入を行なったところやっぱり認知症が疑われるということで、一旦退院させていただいて、大嶋先生の方に再入院していただいて認知症診断という事をして、しっかり認知症の診断がついて生活環境とかの調整を行っていったら、やっぱり自宅退院できたという症例がありました。精神科につなぐという考慮も必要なんですけど、ワンクッション、チームが介入したことによってこのように自宅退院に繋がられた症例もありました。あと、各科のドクター、外科や他のドクターにも認知症ケアチームが浸透してきまして、以前ではコンサルトをして色々な認知症の診断とかも行っていましたが、実際このチームがあることによって、ドクターから直接チームに依頼されて、認知症患者さんの改善を行っていけるようになってきたという症例も増えてきています。来年度から認知症ケア委員会が発足される予定となっております。定期的に認知症ケア研修や症例検討を行いながら、スタッフの対応能力向上に努めていきたいと思っています。また、4月から今回の事業をきっかけに月3回程度、こころの郷病院の石川先生と宗さんが当院の認知症ケア回診についていただけることになっているので、認知症診断、与薬剤調整等のアドバイスがいただけて迅速に対応できるかと考えております。以上です。

【石川座長】ただいまのご発表でご質問、コメントなどありましたらどうぞ。いかがでしょう。よろしいですか。では続いて荒尾市民病院 脳神経内科 大嶋先生の方から総合病院の中の医師の立場からということでご報告をお願い致します。

【大嶋氏】みなさんこんにちは。荒尾市民病院の脳神経内科 大嶋と申します。各病院から色々な問題が出されまして、一般科病院の医師という立場からということで、唯一の発言なので、少し今までのことをまとめながらお話をしたいと思います。今回の事業で色々な問題が挙がっている中で、2つに大きく分けると、精神科病院が抱えている一般科病院に対しての問題点と、僕ら一般科病院・一般診療科が抱えている認知症の問題と、大きくはここを分けて考えておかないと全部を今、ごっちゃに話が進んでいってしまうのではないだろうか、というようなところを少し懸念していたところです。その中で、私は一般科病院でするので身体科を診ていく中で、そしてその中で今は石川先生に困ったときには電話をしながら、色々な話をしながらやっていくという中で、一般科病院の中での限界といいますか、その中で難しいと感じていることを少しお話しようと思います。各病院の報告の中でもできてきたけれども、一番はやっぱり BPSD の特に大声、昼も夜も続くような大声だったり、あるいはいわゆる ADL がおちている状況なのに徘徊をされる、要するに転倒の危険性がある患者さん。このあたりの患者さんというのが、私ら一般病院では診ていくのが非常に難しい。おそらく転倒の危険性があるって動き回られるような患者さんというのは、認知症病棟なんかに移られると自由に動かされて、縛られずに済んでいるだろうと思う場面が多いんですけども、どうしても私たちは、そういう患者さんをみてしまうと最終的に

は括り付けてしまうという、そういう問題というの一番大きいんだらうと思います。それで一般科の病院の方はそれがだめなことだと気付いている看護師と、それでいいんだと、その時点で諦めちゃってるとかですね、それはそれでいいと思っている。こういう病院の中での、あるいは病棟間での意識の違いというのかなりあるだらうと感じています。こういったところが今、話があった認知症ケアチーム等々を通しながらやっていければと感じているところです。宗さんの方からありました検査等々がですね、どうしても BPSD が悪化して精神科にお願いをしたい、ただ多くの場合は認知症の診断がついていないという方が大勢いらっしゃいます。そういう方の時に何回か頼まれたことがあって、「MRI をお願いできませんか」場合によっては「脳血流 SPECT を」という形の依頼があるんですが、認知症で入っている場合には DPC という 1 疾患にあたり一つの報酬がついている制度で、そこから外れてくる検査に関してはすべて病院の手出しという形になっている保険の制度ですけれども、例えば外科で入院中の患者さんが認知症で BPSD が悪化した、鑑別のために MRI を撮りたいとか脳血流 SPECT を撮りたいと思っても、なかなか撮れないと。そういう中で、最後に報告のあった症例などは少しそこを逆手にとりまして、外科的入院中であつた患者さんを一旦私共で転科をして、そこで診断をつけていくという手法を少し取り入れながら、それでも難しい場合には精神科の先生にお願いをしようということ、私共も少しずつ努力をしているところであります。それと後はどうしてもこれは脳神経内科の立場でいくと暴力があつたりとか、そういう患者様にはどうしてもやっぱり精神科の先生にお世話にならないといけないということで、こういった時の対応、あるいは緊急性といったところで、これは以前精神科の先生方とお話をした際に、早め早めの報告と言いますか、こっちであつたことを早めに教えていくという事でしたが、どうしても遠慮しちゃうんですね。僕は「患者さん紹介詐欺」って呼んでますけど「患者さん紹介するする」って言ってて、結局「良くなったから紹介しない」という事があつても、早くに精神科の先生あるいは精神科の方に紹介状を出しておくことによって、本当に悪くなった時にすぐ対応していただける。そういった対策といえますか、これも話し合いをする中で解ってきたことですが、そういったことも大事になってくるのかな、というのを感じています。おそらく先ほど色々な報告があつた中で、精神科病院は精神科の単科の病院もありますが、病院機能が同じような病院も多いと思います。一般科の方の病院というのはおそらく慢性期の病院と、僕らのような急性期の病院というのが混ざり合つていて、その中でも問題点がどうも違うのではないかと、この発表を聞きながら少し感じたところでした。私たち急性期の病院というのはどうしても急性期にせん妄が悪化するということが圧倒的に多い一方で、例えば菊池病院さんと再春荘病院さんとか、くまもと心療病院さんと熊本南病院さんの発表を聞いていると、どちらかというゆっくり進んでいく中で、その中でちょっと困つたところが強いのかな、と。あるいは、そういうことを病院の中でどうやっていこうか、というところが強く感じられていて、八代地域であるとか、あるいは宇城総合病院であるとか、僕らは急性期の病院ですので急性期に悪化した BPSD というところをどう対応していくかという、そういう連携というところで、病院の種類、病院の対応によつてもちよつと違うのかなと思つた。最後に、僕ら一般科の立場から申しますと、精神科の病院の中で、身体病の判断で、どこまで精神科の方で診れて、例えば発熱がちょっと出ただけで「37°C の発熱です」って言つて、救急外来に来られる場合もありますし、その状況が結構抗生剤を使いながら対応されて頑張られた跡がみれて、いよいよやっぱりだめだと、「酸素値が下がってきたから送ります」と言

われる場合もあります。意識消失、例えばてんかん等々においてもかなり薬を使われた後に「やっぱり止まらないんで診て下さい」と言われる場合もありますし、その一方で、起こったからすぐ「診て下さい」という場合もあります。これはドクターに限らず病棟を診ている看護師さんであるとか、そのような方々を含めて僕らもそうですけれども、精神科の先生にお願いするときに、どこまで診れて、どこからがダメなのか、精神科の方もどこまで診れて、どこからが難しいのか、こういったところをよりはっきりしていくと、この事業というのが成功に導かれていくのではないかと感じています。ちょっと長くなりましたけれども以上です。

【石川座長】ありがとうございました。大嶋先生の方からは総合病院の中の一般身体科医師という立場でお話をいただきました。討論に入っていきたいと思いますが、30分くらい時間を残していただきましたので、どういう進め方をしようかな、と思っているところですが、皆さま方ご覧いただいた通り4人のご登壇の先生方と、あとできれば単科精神科病院の精神科の先生にもちょっとご発言をいただくとバランスがいいかな、と思いますので、大変申し訳ないのですが、高森先生何かご発言がありましたら。精神科の立場というところで、何か問題点といいますか、課題といいますか、要望といいますか。

【高森氏】ひとつは私事でいつも言うんですけど、もともと外科を15年やって、それから精神科をやっております。それで、外科の、先ほど大嶋先生お話しされたように、縛ってしまわないとしょうがないというお話のように、やはり術後であるとか、中心静脈の管理であるとか、仕事そのものが違うところにせん妄を起こして、何回も詰所に来られる、夜2人しかいない、事故があったらどうしよう、家族にどうしてもついてくれない、家族も怒ってるんですね。病棟の看護師さんも怒ってる。朝、主治医が着いたら、主治医も不機嫌な顔で見られる、それでその患者さんにも非常に陰性の感情を看護師さんが持ってしまふ。そこに人間関係の悪循環があり、それが認知症の患者さんの妄想をまた悪くする、そういう悪循環に対して精神科はさきほどから何回も言っているように、大声が出ても徘徊しても、それを診ている病棟はある程度それに慣れていて、診れている、精神科看護の在り方で病棟の看護師さんが支持的な精神療法と言いますか、おばあちゃんが子どもを何人育ててきて、こうだったねっていうような話を普段するようなことで、案外その症状が落ち着いていく。そういった役割の分担を理解していただいて、その上で精神科に、そして精神保健福祉法の話がちょっとだけ出てましたけど、精神保健福祉法があるから残念ながら判断能力がない状態の患者さんの場合の入院の同意は「家族からも全部任されてます」というケアマネジャーさんじゃダメなんですね。三親等以内のご家族、扶養義務者の方が来られて、同意をしてっていう。だから前もってそういう可能性がある方は、これも同じ話が出てましたけど、言って頂く、これはもう連携室同士で言って頂く、それから先生方もあるいは病棟の看護師さんも精神科の病院と言うと、私だったら阿蘇だったらですね高森病院と言ったんですけど、「わー、高森さん行くなら、もういかんばいこら」ってみんなが言ってたんですね。要するに偏見というか正常な反応だと思います。精神医療に。だから是非その説得をして精神科を紹介する人はですね、その相手の病院の隔離室も含めて見に行つてほしいんですね。昔の精神科のイメージじゃない。実際自分で自分の大切な患者さんを送る先が、どんな部屋なのか、それが分かって説明していただけると、また紹介もしやすいと思うし、より顔の見える関係がで

きるかもしれない。それと、精神保健福祉法の理解とか、あと精神科の先生たちは先ほど言ったように、熱が出たり身体拘束を法に従ってやったりしたときに、いわゆるエコノミー症候群ですね、地震の時の。ああいうことを起こして重篤なことになったときに、「D ダイマーというのをとりなさい」と言われたからってとるけど、とって数字がこうだからだからどうしようって、わからないと後手に回るんですね。そこらへんもお互いひとつのマニュアルのようにいかないですけど、連携がとれたりすればいいなと。インフルエンザの皮下注はできますけど、看護婦さんがやる留置針はできない先生方も多いのも事実なので、やっぱりそこら辺を大嶋先生が言われたように、はっきりお互いどっからどこが実際どういうことができるかっていうのが、わかればいいなと思います。以上です。

【石川座長】ありがとうございます。病院それぞれ、病院の中でも色々な機能分化っていうのがあるだろうと、それぞれの得意分野とかあるいは苦手分野っていうのがあるだろうと。それをお互いに情報共有しながら、得意分野同士で補完できればいいなというような議論だったかなと思います。宮本先生、いかがですか。

【宮本氏】私は高森先生の下でプロジェクトチームで委員をしております、宮本と申します。僕はこの前の、今回が第2弾の事業ですけれども、この前のBPSDの対応の、先ほど松尾局長がおっしゃったような、BPSDの前の事業の時に、救急で対応しなきゃいけない方の100人のうち34人が一般科ですかね、その時にちょっと思ったんですけれども、そういう身体科と一緒にやらなきゃいけないような認知症の患者さんというのは、結構在宅ですね、身体症状も認知症も悪化をして、だから今、特に急性期の方でお世話になっているような患者さんは、もちろん身体的なリスクも非常に高いし、精神症状も、認知症の症状も非常に重度な方をですね、やり取りしてるから、非常に我々も一般科の先生方も苦労しているような気がするんですよ。ちょっと専門外なんですけれども、例えば嚥下性肺炎ですね、嚥下性も潜在性嚥下性肺炎とって、ちょこちょこちょこ起こしておられて、家において、救急で精神症状が悪くなったって入院して、レントゲン撮ったら結構肺炎ひどくて、でも内科の先生にきくと「これはもう前から嚥下性肺炎を繰り返してますよ。これは初めてじゃないですよ。」というようなご意見があって。だからはっきり言って在宅にはまだリスクの高い認知症の患者さんとかがいて、それでその認知症の患者さんというのは身体疾患が悪化しやすいような、身体疾患のリスクファクターとして認知症というのがあって、これは石川先生にお聞きしたいところなんですけれども。それで先ほどの大嶋先生の、精神科から肺炎でお願いするとかそういうケースがあったんですけど、それは逆に嚥下性肺炎で一般科で治療されますよね、そうするとそこではSTがいっちゃうんですよ。STでリハビリ中で嚥下性肺炎の途中で、でも精神症状が非常に悪いからということで、こっちに転科されてこられると。で、リハビリの先生の方から「嚥下性肺炎のリハビリを続けて下さい」と書いてあるんだけど、精神科にはSTがいるところはほとんどないと思うんですよ。だからかなり嚥下性肺炎の、残念ですけれども治療の格差があると。ですからDNARをですね、一般科から来る人はこちらから一般科の先生に、まだわからないうちから「先生DNARをしっかりとっておいて下さい」とか「患者さんにしっかりとっておいて下さいね」とかそういうお願いをするので、ご家族にとっては「助けて欲しい」と思って行ってるのに、そういうこと

をポンと言われて、ご家族としては不納得があるかもしれないと思うところですよ。そういうDNARの問題ですね、精神科に来られる時の。もう一つの質問と言いますか、意見と言いますか、拘束の問題がございましたですね。精神科は非常に精神科を嫌ってる、どっか東京の方がいらっやってですね、新聞でえらく精神科の拘束を叩かれるんですよ。一般科もしてるじゃないかと、いつも思うんですけれども。それでさきほど申し上げたように、認知症で入院してこられた方はですね、僕はもうリスクがかなり高いと思うんですよ、転倒のリスクが。入院するような症状であれば。だからこれはもう最初にですね、ご家族に「うちは拘束しますよ」と申し上げるんですよ。これは全く経験的な話なんですけれども、入院して1週間が一番転倒リスクがあるんじゃないかと思います。ですから看護師の方にはですね、精神科には精神保健福祉法の拘束というのは法的にできることになっておりますので、最初から指示を出しておきます。それでしなくて済めばそれでいいと。1週間くらいは様子を見て、しないで済むという事であればそこで拘束の指示は解除するようにしています。そうしないと、話はちょっと飛びますけれども、転倒して訴えられたりするんです。拘束できるのにしないで転倒したから訴えられるという、そういう時代ですので拘束はいろいろ言われるけれども、逆に我々の場合はこっちの身を守る意味でもですね、患者さんを守る意味でも、やる人はみんな嫌だろうと思うんですけれども、やらせていただいているという状況です。

【石川座長】ありがとうございます。お二方の先生から、精神科の方の立場からということで、何といっても、ひとつは精神保健福祉法の縛りですね。どうしても法律上の縛りがあるので、すぐ入院とはなかなかかなりにくいというお話が、やっぱりお二方ともありました。それから身体拘束については宮本先生がお話しされましたけれども、そちらもかなり法律上の縛りと言いますか、規制が厳しい状況ですので、少なくとも精神保健指定医が診察をしないとできないという法律上の問題、その辺のところ、なかなか一般科の皆さん方も含めて、一般の住民の皆さんにも理解が深まらない部分もあると。ということもあるので、お互いに必要なことはきちんと情報共有しながら、ご家族にも前もって情報提供しておくというところでスムーズに連携がとれるのではないかなというお話だったかと思います。それからもう一つ、精神科の方は身体科がなかなか診れないと。大嶋先生の方からも言われてましたけれども、出来る限り身体科の方で出来る検査それから処置、そういったものを最大限できるところまでして、精神科の部分は精神科の先生にお願いしようという、そういう対策を立てていらっしゃるというようなお話だったかなと思います。精神科の先生、それから身体科の先生から、あるいはシンポジストの先生からご発言いただきましたけれども、フロアーの方からご質問とか、「これはどうなってるんだ」というご意見とか「うちはこうしてます」みたいなことがありましたら是非お願いしたいんですけども、いかがですか。はい、大嶋先生。

【大嶋氏】ちょっと宮本先生の話聞きながら思ったんですけれども、先ほどスキーム図でもあったように、精神科の病院と地域の中核病院といいますか、そこのやり取りという中で、そして認知症を持ってる方は全体的に機能が落ちていて、確かにそう感じるところが多くあります。それで潜在的な誤嚥性肺炎というの、つい2日3日前ですけども90何歳かの患者さんが来られて、3カ月前まではきれいな肺をしてらっしゃったんですけども、急に2カ月前に来

られた時にはもう膿胸の状況で、おそらくこの方、認知症ご夫婦二人暮らしで、知らない間にそうやって肺炎を繰り返して膿胸の状況にまで至っていたんだろうと、そういう方もやっぱり結構いらっしやって、「かかりつけはどこですか？」と僕のところに初診で来られた方なんか聞いてみると、精神科の単科だけで診てらっしやって、そこでアルツハイマー病といわれてアリセプトを飲んでいますと。介護保険なんかを聞いてみるとちゃんと入ってはいるんですけど、そういう時に、僕も神経内科ですので、神経難病とか扱う中で結局長く診ていく患者さんが多いですし、全体的に落ちていくというところで身体のかかりつけの先生を作ってもらうんですね。それで、精神科単科で抱えている患者さんもそれなりにいらっしやるとい印象が僕はあって、そういう時に必ず例えばアルツハイマー型認知症と診断したら、かかりつけにまで繋いでおくとかです、ひとつの対策といいますか、改善策というかちょっと思いついたのでお話をしておこうと思ひまして。そうやって地域に帰しながら早め早めの対応というのがひとつキーになっていくのかな、という印象を抱きました。

【石川座長】ありがとうございます。かかりつけ医の先生を連携の輪の中に入れておくというお話だろうと思いますが、そうやってきますとどういった形で地域あるいは急性期精神科と連携を繋いでいくかということになるんだろうと思いますけれども、連携担当の宗さんはそのあたりは、荒尾地区で何か工夫とか、気を付けている点とかありましたら。

【宗氏】はい、工夫というか、最後私の意見という事で述べさせていただきましたけれど、やっぱり基本仲良くなるということをして頂いてます。荒尾地区は非常に有難いことに、大嶋先生もそうなんですけど私たちコメディカルスタッフの意見をよく聞いて下さる先生たちがたくさんいらっしやいます。それで、こちらで困ってることとかですね、そういうことを積極的に相談したり、あとは色々な勉強会の時に、積極的にお話をして行って、先生方と顔見知りになるということをやっています。あとは連携担当の方たちともですね色々な会を通じて、お話を積極的にやっていくということで、一応ご縁を繋いでいくというかですね、そういう形をさせていただいているところです。

【石川座長】ありがとうございます。色々な意見を聞く先生を作っていたというようなお話かなと思います。それではですね、そのまま話の続きで色々な先生方がいる総合病院で宮崎さんなんかは先生方とのコンタクトといいますか、連携をとって行く工夫とか気をつけているようなことがもしあれば。言うことをきく先生ばかりじゃないと思いますので。

【宮崎氏】実際回診で回って「こういうお薬を出して欲しい」とか直接言える先生もいれば、年配の先生とか、ちょっと言いにくい先生もいらっしやるといことで、カルテには記載するんですけど、一番いいのはやっぱり病棟看護師さんの意識を変えるということだと思ひます。病棟看護師さんだと病棟の担当医の先生との顔馴染みの関係が出来ていらっしやるといので、その病棟のスタッフ、看護師さんから直接「こういうお薬が回診の時にいいと言われたので、変えてみたらどうですか」といいうのをですね、じんわり話をしていただけてるかなと思ひます。

【石川座長】ありがとうございました。松尾さん何か、こういったトータルな連携というところで。

【松尾氏】そうですね、お話を聞いていてうなづく点が本当にすべてなんですけれども、フロアーの方が仰っていましたけれども、情報の共有が一番のスタートラインかなという気は皆さんのお話の中から判ると思ってます。あとやっぱり私共いいましたけれども病院の中での連携というのも、要は足元を、病院同士の連携ももちろんだけれども足元の病院の中での連携もやっぱり大事なのかなというのは感想としてございますですね。

【石川座長】もしフロアーからありましたら、いつでも挙手いただいたら。

【宮本氏】宮崎さんとか大嶋先生おられるからお尋ねなんですけど、認知症ケア加算はとってらっしゃるんですか？ケア加算1をとってらっしゃるんですね？それなら病院の中で大きな顔ができるかなと思うんですけど。それと、やっぱりそこらへんは病院の中で診療報酬がありますのでですね、先ほど精神科と一般科の連携で、ドクター同士が一緒に会うとかですね、そのあたりはなかなか病院を離れて行ったり来たりするのは難しいところがあるんですけど、じゃあ看護師が行けるかという、看護師はまた配置基準があるから、看護師は動けないですよ、ですから今回はPSWとMSWが動いていますが、そのあたりが結構動いて一般科と精神科の連携で動く。ただ、そこには何の報酬もないですよ。逆に配置の問題で診療報酬でとやかく言われることもないかなと思うんですけどね。それと、これは僕の思い込みかもしれませんが、結構精神科のPSWというのは医者の方にポツと言ってくるんですね、ちゃんとしたことをですね。だから医者を動かすというのはちょっと言い過ぎかもしれませんが、ただ、一般科の方のMSWの方を僕はそう知らないんですけど、なんかこう、遠慮があるといいますかね、だからPSWを通じてMSWから先生の方に「ちょっと色々こっちの事情も言っといてよ」と言うけどなかなか。そのMSWの方が、今日いらっしゃってると思うんですけど、言いにくいという、その辺はなんか工夫はやってらっしゃいますか？院内連携会議はやってらっしゃいますね？メンバーはどういう方がおられますか？

【大嶋氏】僕はこういう場が上がって来ますが、病院の連携会議はお偉いさん方たちの会議の場で、実は僕はあんまり出たことがないんですね。ただ僕個人的には時々連携室の中でカルテを書いてみたり、手紙を書いてみたりしながら、僕はそのメディカル・ソーシャル・ワーカーの方達と、極端に言えば仲良くしちゃう。おそらく一番足を運んでいる医者だと思ってますけれども、そこでなんか困ったことがあったら話をしながら、僕自身が顔が通るようにということで、言いやすい雰囲気は作っておこうという工夫を、これは個人的にというところですけどもしています。ただ、さっき認知症ケアチーム、ケア加算1をとって大きな顔をできるよね、という話だったんですが、実はそこらあたりも一般科の医者としては悩みどころで、どうしてもやっぱり神経内科医が言うBPSD対策に留まってしまっていて、どんなに勉強していこうが、それを「ああそうだね」と言ってくれる先生方とベテランの先生方の方法と、というところでどうして

も若干せめぎあいというか、あるのは事実でして、そういうことを話をした中で、さきほどこの4月から、石川先生の方に、チームの中に入っていたきながら、この循環型の事業というのをもう一步推し進めていこうというところに実は繋がっていくんですけども、そこは精神科の先生が「こういうお薬を」と言うことと、僕がチームの中にも僕が言うというのでは少しその重みってあったりとか、やっぱり違うんじゃないかというふうに感じるところがあって、そういうちょっとしたことなんですけれども、そういったところが実は、たとえば電話でお互い同士が聞いて、一般科の総合病院で困っていることがあって、「精神科の先生に聞いたらこうでしたよ」みたいな。そうするとその中のBPSDの問題点とかの解決というところに繋がっていく可能性というはあるのかなと。やっぱり密な連携であるとか、そういったところというのが関わってくると。それと、なかなか診療時間内に顔を合わせてっていうのは難しいと感じていたので、僕らがこうして、こころの郷の先生方と仲良くできているのは、去年？一昨年？2年か？1年か？あの勉強会は…2年くらいになるんですが、実は2カ月に1回くらい荒尾・有明神経精神カンファレンスという名前だけ聞いたらちょっと立派なんですけど、そういう中で、各先生たちが何をしているかという、例えば宗さんの仕事の内容を聞いてみたり、宮崎さんの仕事の内容を聞いてみたり、あるいはリハの人に来てもらって、PTとOTの違いを学んだりと、そういう各立場の職種の内容というのを勉強していこうというようなちょっとした会をしながら、そして連携を図っていつているというのも実はこういう連携が上手くいつているところに繋がっているのではないかと感じています。

【石川座長】では宗さんの方から。

【宗氏】私から逆に質問してもよろしいでしょうか。この中で精神保健福祉士の方は手を挙げて頂いていいですか。じゃあ社会福祉士とかMSWの方っていらっしゃるんですけど、さっき先生から精神保健福祉士は先生たちに結構言ってくる人が多いというお話でしてけど、精神保健福祉士は法律の中で、「医師の指示」ではなくて「指導の下」自分たちで考えて先生達とお話できると規定されているんですよ。それで、その社会福祉士の方とかMSWの方ちょっと分からないんですけど、何かそういうのはありますか？言いにくいとか、先生方に。ここ本音を話せる会にした方が、たぶん次回からもいいと思うんですよ。市民病院さんとやるときに本音で話をさせていただいていますので。是非ちょっとMSWで手を挙げた方、ご意見いただくと助かるんですけど。

【石川座長】MSWさん、いませんか？成仁病院の方、もうピンポイントでご指名します。

【村上氏】ご指名ありがとうございます。くまもと成仁病院で医療ソーシャルワーカーをしております、村上と言います。宜しくお願ひ致します。そうですね、本音で言うと、たぶんMSWはあるかもしれませんが、結構若い方が多くてですね、P（PSW）もそうなんだろうけれども、特に若いソーシャルワーカーさんなんかは、先生にまだ話しをしたりするのは、ちょっと抵抗があるのかなと思っています。ただ先ほど宮崎さんが仰っていたようにですね、私たちソーシャルワーカーも先生とのアプローチというか、そこらへん色々考えてですね、この人に言えばスーッと通っていくとか、そういったのを見極めるのは上手かなと思っていますので、病棟のこ

の方に言えば上手く先生に伝えてくれるとか、そういった手法等で、直接先生には言えなくても、どの方を動かせば上手く持っていけるとか、そういったやり方で上手にやってる人たちが多いのではないかなというふうには思っております。ただ、仰ったように今後私たちソーシャルワーカーも、先生たちと対等に話しができるような立場になっていければとは思っております。参考になるかはわかりませんが以上です。

【宗氏】ひとこと、対等ではないです。対等ではないんですけれども、言うべきことを言わせていただくというかですね、そういう雰囲気を作っていたらいいというのは、精神科は結構あるかと思います。それで非常にやりやすいところもあるんですけど、やっぱり一般科の病院のMSWの方、悩んでいる方がたくさんいらっしゃる、なかなか言いにくいとかってというのは、さっき先生が言われたように言われる方もいらっしゃいます。そうなってくると、外からの働きかけ以上に難しくなります、連携室同士っていう形ではですね。ただ今、こういうふうに宮崎さんとか直接先生とお話できたりすることで、こちらの方からその手法ですね、色んな所から攻めて連携をとるような形を少しずつやっていってというのが現状です。すみません。

【石川座長】はい、ありがとうございます。ひとことで言いますとコミュニケーション力と言いますか、どこを動かしたらどう動くかという、そういう人と人との繋がりということになっていくんでしょう。最後、だいぶ時間も迫ってきましたので、このような事業が、行われているひとつの大きな背景としては、やっぱり熊本県って総合病院の中に精神科があんまりないんですよ。それが非常に大きな問題点で、私が座長をやっているひとつの理由は、ほぼほぼ熊本県内、大学病院か医療センターしか総合病院の中に精神科がある病院はないという現実があります。本来ですとそういった病院の中で、身体科を診ながら精神科を診る、精神科を診ながら身体科を診るというような形になっていくんでしょうけれども、現実にはやっぱりなかなか、人もいないですし時間も取れないですし、あるいはコスト面のこともあって難しいんだろうという形で思っているところです。で、梶尾先生がだいぶこの総合病院の精神科で長くされていたので、両方ご存じというところで、良い解決策と申しますか、方向性と申しますか、これからについてご意見を賜りたいと思います。

【梶尾氏】ご指名ありがとうございます。梶尾と申します。確かに僕、医者になってからは短いですけれども、ほぼ今年2年目くらいですね、単科病院で働くようになって、それ以外は大学で働いていますので。僕が話を聞いていて思っていたのは、さきほど宮本先生も仰っていましたけれども、身体拘束の件は非常にいつも他の科をみても思っていて、決して精神科は身体拘束しなくて済んでいるわけではないと。対応に困ったら「精神科に回せばいいじゃん」という感覚がある先生、割と多くいらっしゃる、転倒のリスクはあるけども、あえて拘束をしないで、みんなでフォローして診ていっているというのが、現状のはずなんです。身体拘束をしないで済むためにはどうしたらいいかっていうのを考えていて、極力身体拘束は減らしていこう、というふうにやっているはずなんです。よく総合病院でみているのは、そんなにアプローチしなくて簡単に拘束するなというふうにはいつも思っていました。で、コンサルトを受けて、色んな科の先生のところにお会いしに行くんですけども、その主治医の先生自身は、実際には何

の問題とも思っていないくて、そこで働いているメディカルスタッフの人が困っていると。で、主治医の先生に「どういう状況ですか？」とお聞きしても、基本的に何も知らないという状況が多くて、なので「こういうお薬を出してください」と言っても、あんまり反応がないということが結構多かったなと思っています。かと思えばすぐ診ていらっしゃる先生もいらっしゃって、逆に個人的に電話が掛かってきて、「こういう状況だけど、こういうお薬使ってもいいのかな？」と、それで未然未然に防いでくださる先生も中には出てきてくださったりとあるので、医者スタンスっていうのも結構あるのかなと思います。先ほどの PSW と MSW の話なんですけれども、僕はよく、うちの PSW に「PSW は病院の顔だ」と言ってるんですね。初めて外の病院からアプローチが来たとき、患者さんから電話が掛かってきた時、初めて対応するのは PSW だし、最後に退院の時の支援をしていくのも PSW だし、だから僕は「PSW が顔だ」といつも言っていて、だから MSW ももっと顔になってもいいんじゃないかと思っています。

【石川座長】ありがとうございます。大変含蓄のあるお言葉をいただきました。病院の顔でございます、みなさんはですね。だいぶお時間も迫ってきましたけれども、もう少し深めたかったのはコスト面ですね。宮本先生少し触れられましたけれども、認知症のケア加算であったり、緩和ケア加算であったり、あるいはリエゾン加算であったり、いろいろなものが精神科医が働くことによって、多職種で働くことによって加算がつくようになってはきていますけれども、まだまだですねこの認知症に関しての総合病院、一般病院と精神科との連携についてまだ加算がついていない状況ですので、こういった事業を通しながら、データとか解決策を積み重ねていく中で、何らかの形で加算なり、報酬なりというかたちになれば一つの成果なのかなとは思っております。非常に駆け足でお話を進めて参りましたけれども、最後、座長からの一言ということで言いますと、お金もない、人もない、時間もなし、そういった中で連携を深めていくひとつのポイントというのが、最後梶尾先生の言葉にもありましたけれども、人と人がいかにコミュニケーションを図っていくか、情報共有していくか、お互いにできる事、できない事をきちっと整理してお伝えしていく、その重要性が皆さんと共有できたのかなと思います。それではお時間ちょうどになりましたので、これでこのシンポジウムを終わらせていただきます。みなさまご協力ありがとうございました。シンポジストの方、ありがとうございました。

III 連携課題解決への取り組みと阻害要因の検討

1 病院間連携課題改善業務

1) 病院間連携課題改善業務実施件数

| | | |
|--------------------|------|--------|
| ○平成 30 年度（2018 年度） | 10 件 | |
| ○令和元年度（2019 年度） | 15 件 | 計 25 件 |

2) 病院間連携課題改善業務実施一覧

| | | |
|-----------|-----------|---|
| 改善業務 ① | 改善すべき課題 | 病院間連携会議を実施するにあたり、カンファレンスシートを作成し事前に情報を共有できる形をとってはどうか。 |
| | 趣旨・目的 | 会議開催当日の他職種参加が難しいため、事前に情報を得ておくことでソーシャルワーカーのみならず他職種の意見も伝えることができるのではないかと。また、会議時に対象者の理解を深めた上で参加することが可能となる。 |
| | 改善方法 | 対象者の必要な情報は何か検討し、連携会議用にカンファレンスシートを作成。連携会議予定日の 1 週間前には互いの病院で対象者を抽出し、カンファレンスシートへ入力後送付する形をとっている。 |
| | 改善業務 ② | 改善すべき課題 |
| 改善業務 ② | 趣旨・目的 | 一般科病院がどの程度の精神症状であれば自院で対応できるのか。また、精神科病院が、どの程度の身体症状であれば自院で対応できるのかを各病院が共通認識としておくことが、連携するにあたって必要である。 |
| | 改善方法 | 両病院間の職員がお互いの病院の特性を知る場を作る。 具体案として、一般科病院で行われている「認知症専門委員会」に精神科病院の職員が参加し、入院中の患者で苦慮している事例に対し、精神科の意見を交えた情報共有を行う。 |

| | |
|--|--|
| 改善 連 業 携 務 課 題 ③ ⑧ | 改善すべき課題 |
| | コ・メディカルな職員との情報共有の場が不足している。 |
| | 趣旨・目的 |
| | 一般科病院にも精神症状のある方は入院されているが、その方々を支援する一般科の職員は対応に苦慮することが多い。平時より互いに相談できる関係を構築しておくことが重要である。お互いの病院の状況を把握し、情報共有を図る。 |
| | 改善方法 |
| 改善 連 業 携 務 課 題 ⑨ | 改善すべき課題 |
| | 一般科病院と精神科各々の専門性について相互理解を深める必要がある。 |
| | 趣旨・目的 |
| | ・精神科での認知症治療、看護、退院支援、入院形態などについて伝える ・精神科の病棟見学を行い、精神科病院の現状、治療環境を伝える ・上記を行い、一般科と精神科間でのスムーズな治療相談につなげる |
| | 改善方法 |
| 改善 連 業 携 務 課 題 ⑩ | 改善すべき課題 |
| | それぞれの病院の役割や実状の理解が乏しく、連携を図る上での課題となっている。 |
| | 趣旨・目的 |
| | お互いの専門性や役割、活動内容などを知ることによりスムーズな連携を図る。 |
| | 改善方法 |
| | ミニ研修会の開催 |
| | テーマ：「認知症ケア加算について」 |
| | 講師：認知症看護認定看護師 |
| | 参加者：医師、事務部長、看護部長、社会福祉士、精神保健福祉士 |

| | |
|---------------------------|---|
| 改善 連携 業務 課題 ⑪ | 改善すべき課題 |
| | 連携を図るには一般科と精神科の相互理解を深め、専門性や治療可能なケースを互いに理解する必要がある。 |
| | 趣旨・目的 |
| | 連携を図るため一般科と精神科の専門性の理解を深める。 |
| | 改善方法 |
| ⑪ | <p>連携先一般科病院の見学。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病棟や機能訓練室、浴室等を見学し、病棟機能などについての説明 ・大声等、一般科病院で対応困難な事例についての説明 <p>参加者：看護部長、病棟師長、精神保健福祉士、事務部長</p> |
| 改善 連携 業務 課題 ⑫ | 改善すべき課題 |
| | 一般科・精神科それぞれの機能及び対応可能な状況を互いに理解する必要がある。 |
| | 趣旨・目的 |
| | 顔の見える関係づくりを行うことによって、普段から困難ケースなどの対応を互いに相談できる関係や情報共有できる場が必要と思われる。 |
| | 改善方法 |
| ⑫ | <p>一般科病院の定期研修会において、精神科病院より講師を派遣し、精神科病院における「精神薬の処方」「認知症治療病棟内での様子」について説明を行った。その他にも精神科病院での「アルコール治療プログラム」について説明し、取り組みを紹介した。</p> |
| 改善 連携 業務 課題 ⑬ | 改善すべき課題 |
| | 精神科病院・一般科病院看護職及び介護職と地域連携施設の看護職と介護職の情報交換を効率よくすることで、患者の入院前～入院中～退院時～在宅ケアといった一連のプロセスが安心・安全な療養生活になるよう地域と連携し医療・看護を提供する。連携施設間での情報の共有、医療の標準化を図り、看護や介護の連携をより一層深め、患者の退院支援のための情報交換の場が必要。 |
| | 趣旨・目的 |
| | 圏域内および近隣医療機関との疾病・病診連携の向上を図り、情報交換ならびに親睦・交流を深める目的として医療連携の集いを開催している。 |
| | 改善方法 |
| ⑬ | <p>グループ討議の実施</p> <p>テーマ：「お互いの専門性を活かすための情報共有について考えよう」</p> <p>参加者：看護師、介護支援専門員、医療ソーシャルワーカー、施設職員、行政、地域包括支援センター</p> |

| | |
|-----------|--|
| 改善業務 ⑭ | 改善すべき課題 |
| | 医院・病院及び自治体、医療・介護事業所等間での事業内容等の情報共有。 |
| | 趣旨・目的 |
| | 患者さんの入退院や地域生活を考える上で他機関との連携が重要であるが、それぞれがどのようなことを行っているのかを知らず苦労することが多い。よって顔の見える連携とともに、病院・自治体・事業所が各々行っている医療やサービス等の各種資源をお互いが見ることができ、すぐにアクセスできる仕組みの構築を検討する。 |
| | 改善方法 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・地域の医師会や既存の仕組みにも協力を仰ぎながら認知症医療体制の整備を進めることを確認した。 ・地域の既存の仕組み等を通じて顔の見える連携作りを一層進めていく。 |
| 改善業務 ⑮ | 改善すべき課題 |
| | 病院間での患者情報の共有について |
| | 趣旨・目的 |
| | 一般科病院と精神科病院を利用している患者さんの疾患や状態、特性等についての情報共有により、認知症の方のみならず精神疾患をお持ちの方への効率的な医療の提供が可能となる。 |
| | 改善方法 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・お薬手帳等を活用し、別の医療機関との情報共有を図る。 ・個人情報の取り扱いについては患者さんの同意を得た上で、その保護に留意して慎重に行う必要がある。 ・個別の状況を見つつ、必要に応じて主治医と相談しながらケースを積み上げる。 |
| 改善業務 ⑯ | 改善すべき課題 |
| | 精神科病院と一般科病院の連携を深める必要があるが、なかなか進んでいないこと。 |
| | 趣旨・目的 |
| | 一般科病院と精神科病院の連携強化のきっかけ作り |
| | 改善方法 |
| | <p>精神科病院において認知症に関する講座と院内見学会を開催。</p> <p>参加者：看護師、理学療法士、作業療法士、精神保健福祉士等</p> |
| 改善業務 ⑰ | 改善すべき課題 |
| | 精神科病院から急性期病院に身体疾患治療目的で転院し、治療を受け再入院後に再度身体疾患が再発してしまうケースがある。 |
| | 趣旨・目的 |
| | 身体疾患の急性期治療後の回復期医療機関との連携。 |
| | 改善方法 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・急性期病院治療後に連携先病院（回復期）に一旦転院し合併症治療、リハビリを充分に受けた後に精神科病院に再入院を行う。 ・その後に、連携先一般科病院入院中は、できる限り精神科病院から相談員・看護師等が出向き情報交換を行う。 |

| | |
|---|--|
| 改善 連携 業務 課題 ⑱ | 改善すべき課題 |
| | せん妄や治療拒否、暴力・暴言等に対応に苦慮する場面での連携。 |
| | 趣旨・目的 |
| | 入院患者さんの対応困難状態が続くと病院スタッフが疲弊してしまう。精神科の専門的な対応方法やスピーディーに診療、診断、治療へ繋げる仕組みが求められている。 |
| | 改善方法 |
| 改善 連携 業務 課題 ⑲ | 改善すべき課題 |
| | 休日・夜間等に急変した場合の対応。 |
| | 趣旨・目的 |
| | 内科的疾患の治療中に BPSD が著明になり精神科病院へ転院された患者さんが、内科的疾患悪化時、スムーズに一般病院へ転院できないことがあった。 |
| | 改善方法 |
| 改善 連携 業務 課題 ⑳ | 改善すべき課題 |
| | せん妄や治療拒否、暴力・暴言等が発生した困難な状況での対応、労務負担の軽減。 |
| | 趣旨・目的 |
| | 一般科病院では入院患者さんが精神的変調を来した場合に、時間的余裕がない状況で、どのようなアプローチができるのかが引き続き大きな課題となっている。 |
| | 改善方法 |
| 認知症の方の世界観や対応時に注意すべき点、相手を刺激しない対応方法などについて研修会を開催。 | |
| テーマ：認知症の正しい理解と共生時代への備え | |
| 参加者：医師、保健師、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、臨床検査技師、管理栄養士、介護員 | |

| | |
|--------------------------------|--|
| 改善 連携 業務 課題 ⑳ | 改善すべき課題 |
| | 専門職が所属機関の枠を越えて専門性を発揮できる体制の構築 |
| | 趣旨・目的 |
| | 本事業がきっかけで実現した精神科医の一般科病院回診の効果の大きさから、専門職者を地域資源とみなして所属機関の枠にとらわれず専門性が発揮できるような体制の構築が望まれる。 |
| | 改善方法 |
| | 認知症専門医・看護師等の病院間勤務交流が可能になる仕組みづくり。 一例として、精神科病院の認知症担当医が一般科病院と非常勤契約を結ぶ。 |
| 改善 連携 業務 課題 ㉒ ㉓ | 改善すべき課題 |
| | 一般科病院において、認知症の方の看護について知識が不十分で対応に不安がある。 |
| | 趣旨・目的 |
| | 認知症看護についての理解促進を図る。 精神科病院と一般科病院では病棟のハード面なども異なるため、一般科病院に出向き療養環境を知る。 |
| | 改善方法 |
| | 改善業務㉒：精神科病院の認知症看護認定看護師と精神保健福祉士が、連携先一般科病院へ出向き、一般科病院で定期的開催されている認知症ケアチーム（オレンジチーム）のラウンドに同行。ケース検討を実施。 精神科病院の看護師が質疑応答のかたちで助言を行った。 需要が高かったため、定期的（3ヶ月に1回を目安）にオレンジチームのラウンドに同行することとなった。 改善業務㉓： ・前回対応助言の効果報告 ・対応困難事例への対応について助言（ALS 疑いの事例、アルコール依存症 ・時間の都合により対応できなかった質問には後日メールにて回答することとした |
| 改善 連携 業務 課題 ㉔ | 改善すべき課題 |
| | ・病院間での連携における時間のロスをなくす。 ・多職種での取り組みが必須。 |
| | 趣旨・目的 |
| | ・転院相談を受けた際のやり取りが相談員だけで留まっていたが、望むべくは双方の病院の看護師間でのやり取り等をする事で情報交換の正確さ、時間尾ロスをなくす。 ・相談員のみならず、看護師、または関りのある地域のケアマネ、民生委員等との連携・情報交換ができる場を設けることで、患者・その家族の状況を共有する。 |
| | 改善方法 |
| | 精神科病院内において、連携する一般科病院との速やかな連携方法について検討。 参加者：連携担当者、病棟看護師、病棟スタッフ、師長。 |

| | |
|----------------------------|---|
| 改善 連携 業務 課題 ②⑤ | 改善すべき課題 |
| | 両病院の特色を知り、連携について確認が必要である。 |
| | 趣旨・目的 |
| | ・病院の見学、懇談をもち両病院の特色を知る。 ・連携を図るにあたり連携時の窓口や方法など具体的な確認を行う。 |
| | 改善方法 |
| | 両病院の見学、意見交換の実施。 参加者：医師、看護師、事務、精神保健福祉士 意見交換：連携の方法や流れ、リハビリ、退院支援等について意見交換を行った。 |

2 地域研修

1) 平成 30 年度 (2018 年度)

○荒尾地域

日 時：平成 31 年 2 月 8 日 (金) 19:00～21:00

場 所：ホテル ヴェルデ

内 容：①一般演題

②特別講演

講 師：②大阪大学大学院医学系研究科精神医学分野 教授 池田 学 先生

参加者：259 名

○上益城地域

日 時：平成 30 年 12 月 14 日 (金) 18:45～20:45

場 所：希望ヶ丘病院

内 容：①認知症治療の最近の知見～臨床例をもとに～

②ケース報告 & グループディスカッション

講 師：①希望ヶ丘病院 中村 聡秀 先生

参加者：70 名

○八代地域

日 時：平成 30 年 11 月 22 日 (木) 16:00～17:00

場 所：介護老人保健施設とまと

内 容：高齢者のてんかん

講 師：八代病院 医長 山角 公明 先生

参加者：62 名

2) 令和元年度（2019年度）

○荒尾地域

日 時：令和2年2月14日（金） 19：00～21：00

場 所：ホテル ヴェルデ

内 容：①一般演題

②特別講演

講 師：②大阪大学大学院連合小児発達学研究所 行動神経学・神経精神医学寄附講座
准教授 橋本 衛 先生

参加者：114名

○上益城地域

日 時：令和2年1月30日（木） 14：00～15：30

場 所：希望ヶ丘病院

内 容：認知症サポーター養成講座

講 師：（有）せせらぎ 高橋 恵子 先生

参加者：31名

○八代地域

日 時：令和元年10月3日（木） 16：00～17：00

場 所：介護老人保健施設とまと

内 容：自主防災について

講 師：八代市危機管理課

参加者：88名

3 令和元年度（2019年度） 全体研修

1) 全体研修の内容

①日 時：令和2年2月15日（土） 13：30～15：30

②場 所：ホテル メルパルク熊本
熊本市中央区水道町14-1

③内 容：

【報 告】循環型認知症医療のための一般科病院と精神科病院の
連携の成果と今後に向けて

【シンポジウム】

◆シンポジスト：

- ・荒尾市民病院 脳神経内科部長 大嶋 俊範 氏
- ・荒尾市民病院 認知症看護認定看護師 宮崎 真寿美 氏
- ・荒尾こころの郷病院 精神保健福祉士 宗 久美 氏
- ・特別養護老人ホーム早尾園 施設長 松尾 俊司 氏

◆座 長：

- ・熊本大学病院 神経精神科 石川 智久 氏

④出席者：

- ・参加精神科病院 16病院/17病院（参加率94.1%） 39名
- ・連携先一般科病院 16病院/21病院（参加率76.2%） 28名

（出席者の職種）

医師 7名、看護師 17名、社会福祉士 13名、精神保健福祉士 24名
介護支援専門員 1名、事務 5名

2) 各病院からの報告

「循環型認知症医療体制のための精神科病院と一般科病院の連携の成果と今後に向けて」

● 窪田病院・西日本病院からの報告

**窪田病院
西日本病院**

① 事業を通じた連携の促進
日頃より受診や入院相談、往診にて連携を図っていたが、今回の事業を通し互いに顔を合わせる機会が増え、さらに相談しやすい関係づくりが可能となったと感じる。

② 今後の多職種連携に向けて
病院間連携会議では、多職種を巻き込むことに苦慮したが、その都度事業の説明を行った。連携室が軸となり病院内外で顔の見える関係づくりを行い、往診を継続することで今後の循環型認知症医療の構築に有効であると考えます。

(窪田病院) 一点目が事業を通じた連携の促進ということで、当院と西日本病院とでは日頃より受診や入院の相談、窪田病院からの往診にて連携を図っていた。今回の事業を通して互いに顔を合わせる機会がさらに増えたことにより、相談しやすい関係づくりが可能となったと感じている。二点目に、今後の多職種連携に向けてということで、病院間連携会議では互いに多職種を巻き込むことに苦慮したが、その都度事業の説明を行った。連携室が軸となり、病院内

外で顔の見える関係づくりを行ってきた。今後も往診を継続することで循環型認知症医療体制の構築に有効であるという話し合いを行った。

● くまもと悠心病院・くまもと成仁病院からの報告

**くまもと悠心病院
くまもと成仁病院**

① 一般科病院への訪問
入院患者の転院依頼、受診依頼の際に、必要に応じて精神科のスタッフが訪問することで、本人の状態について直接観察することができる。また、転院の必要性や今後の方針についてもその場で話し合うことが出来る。

② 定期的な情報共有
今回の事業を通して、くまもと成仁病院で開催されている「多職種チームによる話し合い」(認知症専門委員会)に参加させて頂く事になった。連携機関の入院患者の状況や対応について理解するのに有効ではないかと思われる。

(くまもと悠心病院) 一点目は一般科病院の訪問を挙げている。入院患者の転院依頼、受診依頼の際に必要なに応じて精神科のスタッフが訪問することで、ご本人の状態について直接観察することもできるし、また転院の必要性や今後の方針についてもその場で話し合う事ができるのではないかと考えている。二点目は定期的な情報共有ということで、今回の事業を通して、くまもと成仁病院で開催されている認知症専門委員会に参加させていただき、多職種の話し合いの

場を設けさせていただいた。日頃から連携室の相談員とは話しているが、多職種の視点で話しをすることによってよりよい連携や患者のケアに繋がっていくのではないかと思う。本事業は今年度で終了となっているが、今後とも多職種含めて連携が出来ていけばと考える。

● 桜が丘病院・くわみず病院・青磁野リハビリテーション病院からの報告

桜が丘病院
くわみず病院・青磁野リハビリテーション病院

① **連携の成果**
お互いの病院の抱える課題を抽出する期間を設け、病院内で認知症で身体合併を抱える患者への関わりについて話し合う良い機会となった。普段から相互に転院相談など連携を図れている関係ではあったが、改めて一般科病院が抱えている葛藤や課題を知ることができ、当院で感じている課題も共有することができた。

② **今後に向けて**
今後は取り組みやすそうな合同研修会などから実施できればと考えている。

(桜が丘病院) お互いの病院の抱える課題を抽出する期間を設け、病院内で身体合併を抱える認知症患者への関りについて話し合う機会になった。普段から連携先病院とは相互に転院相談など連携を図れる関係ではあったが、改めて一般科病院が抱えている葛藤や課題を知ることができた。当院で感じている課題も共有することができた。今後は取り組みやすそうな合同研修から実施していけたらと考えている。

● 城山病院・上代成城病院からの報告

城山病院
上代成城病院

① **両院の多職種での取り組みが必須**
窓口が相談員のみならず、出来るなら双方の看護師、ワーカー等(ケアマネも含む)が情報交換できる担当者会議と言った場を設けることが望ましい。

② **病院間の連携の時間のロスをなくす**
今回の事業のように顔の見える関係を作っていく事で、相談員が看護師・医師に確認する時間的なロスを生じさせずに、理想を言えば看護師同士・医師同士での連携を図る事でスピーディーに情報交換を行う。

(城山病院) 多くの病院から出ているように、多職種での取り組みが必須という点について、なかなか相談員同士のやりとり終始してしまうところがありがちだが、できれば双方の看護師・ワーカー・作業療法士もしくは地域にいらっしゃる相談支援事業所の方、居宅のケアマネ等も含めて情報共有ができる会議を設けることが必要ではないかということ話し合った。もう一点の病院間の連携の時間のロスをなくすということについては、どうしても相談員同士

のやりとりになっていく中で、今回病院同士でお話をさせていただき、看護師同士の話し合いの場を持つことができたことが非常に有意義だったと感じている。今後は看護師同士もしくは医師同士で連携を図っていければよりスピーディーに転院等もできるのではないかと話し合った。それから先ほどもあったが、一般科病院の抱えるジレンマも今回共有することができ、どの段階で精神科に相談するべきなのか、どういう治療ができるのかということジレンマとして非常に感じていること、認知症の方で大きい声を出される患者に関して、一般科の方でちょっと離れた個室に入っていて扉を閉めるということが、果たしてこれは人格の尊重としてどうなんだろうかということ看護師が仰っておられたのが非常に印象的で我々も一般科が抱えるジレンマというのはよくわかるし、なおかつ人格の尊重というところで悩んでおられるということも我々精神科病院の人間にとっては非常にハッとさせられるような発言であった。そういったお互いのジレンマを今後共有していければと考えている。

● 弓削病院・熊本リハビリテーション病院からの報告

**弓削病院
熊本リハビリテーション病院**

① 取り組みの成果
一般科病院に向けて病院紹介を行う機会を設け、精神科医療を知っていただく、精神科が求めることを伝えることができた。また、困難事例の退院支援について、家族や行政の説明を複数の機関から行うことで切迫感、説得力を得られた。

② 今後の取り組み

- ・医療機関だけでは対応できない点に、行政にも積極的に対応していただきたい。
- ・地域に向けて当事業、病院の取り組みをアピールしていく。
- ・「転院して終り」にならない。診療報酬や在宅復帰率だけで考えず、患者、家族の視点で取り組む。

(弓削病院) 昨年この会で高森先生が精神科を認知してもらった方がいいということで、弓削病院も建物が新しくなったことも踏まえて、一般科の病院をお呼びして13施設30数名のスタッフの方に病院について認識をしていただいた。オレンジナース、オレンジドクターの講義と皆さんがおそらく認識としては薄いであろう保護室、隔離、安全ベルトの理解について知っていただいた。その点も踏まえて、熊本リハビリテーション病院から紹介していただいた事例で

ネグレクトの患者であるが、家族と行政の説明を踏まえて、退院支援を行ったという事例を通して会議を行なった。その経験から課題として残ったのは、やはり行政にも対応してもらわないと今後は退院支援が難しいのではないかとということ、今後は地域ささえりあ、地域包括支援センター向けに病院の取り組み、この事業の取り組み等をアピールしていきたいと考えている。退院して終りにならない、診療報酬や在宅復帰率だけで考えず、患者、家族の視点で取り組む方向性を考えている。

● 荒尾こころの郷病院・荒尾市民病院からの報告

**荒尾こころの郷病院
荒尾市民病院**

① 認知症に関する相互理解
精神科と一般科では認知症に関する知識・経験の違いや、必要とする情報に差がある。相互訪問・合同研修会の開催・定期的な情報交換・サマリーの充実等連携を図ることで解決可能と考えられる。

② 精神科受診に関して
精神科の急性期対応ができないという課題に対しては、診療体制変更は人員確保の問題もあり解決は難しい。しかし「精神科に相談するタイミングがわからない」という課題に対しては、病院間の定期的な往診などにより、いつでも相談できる関係の構築を図ることで解決可能と考えられる。

* シンポジウムにて説明

● 有働病院・新生翠病院・和水町立病院からの報告

**有働病院
新生翠病院・和水町立病院**

① 連携の成果
一般科病院と精神科病院連携による研修会の開催と一般科病院からの要請を受け、診療及び薬剤調整等ができるよう精神科医の派遣。

② 今後に向けて
精神科病院のことを一般の方に理解して頂くための広報活動の開催。

(有働病院) まず、一般科病院と精神科病院連携による研修会を企画し、それぞれの施設の強みを活かした研修会に対し、それぞれの講師を派遣して研修会の開催をしたということ、新生翠病院と相互研修会を行った。また一般科病院からの要請を受けて、診療及び薬剤調整などができるように、当院から精神科医の派遣を行なった実績がある。今回のこの事業は終わるが、事業の終了と共にこれらの取り組みも終わるのではなく、続けられるようにと考えている。

今後に向けては、どうしても精神科の敷居の高さということを様々な方面から指摘されるところであるが、そういったところを一般の方に少しでも理解して頂けるような広報活動の開催を今後検討していきたいと考えている。

(新生翠病院) もともと連携室同士は顔の見えるお付き合いをさせて頂いていたが、なかなか精神科病院の中のことを一般科病院が知らないところもあり、患者をお願いした後の治療の経過、内容等がわからなかったため今回勉強会を開催しレクチャーしていただいた。2年間で事業は終わるが、ここで終りではなくお互い病院の連携は今後も続けていきたいと考えている。

● 山鹿回生病院・山鹿中央病院からの報告

**山鹿回生病院
山鹿中央病院**

① 医療・介護との連携について
認知症については医療・介護に幅広くまたがっている為、情報経路も様々で情報が適切に届かない場合もある。また活動も職種や団体ごとの個別の活動になりがちな部分もあり、その中で連携を図っていくのは難しい。

② ネットワークについて
理想は医師がお互いの病院を行き来することであると思われるが現状では困難な状況。今後連携先病院と情報共有や情報交換を行う上では、くまもとメディカルネットワークの様なネットワークの活用を考えても良いのではないかと感じた。

(山鹿回生病院) 一点目の課題として医療・介護との連携についてということで、やはり認知症については医療だけではなく、介護保険の方にも幅広くまたがっているため、色々な情報が集まってくるが適切に届かない場合もあり、活動自体も職種や団体ごとに個別な活動になりがちな部分もあるので、その中で連携を図っていく難しさをこの事業を通じて感じた。二点目はネットワークについて。理想は医師、看護師がお互いの病院を行き来してお互い助言し合うという

ことがスピーディーでいいと考えられるが、なかなか現状では難しいところがある。今後連携先の病院や色々なところと情報共有・情報交換を図る上では、くまもとメディカルネットワークの様なネットワークの活用を考えても良いのではないかと感じた。

● 菊池病院・熊本再春医療センターからの報告

**菊池病院
熊本再春医療センター**

① 連携の成果
「病態変化に応じた治療方針についてのアドバイス」「診断後の説明と家族支援」「BPSDに対し認知症サポートチームが早期に介入しリハビリの導入、見守り」「双方専門医療機関で適切な治療、橋渡し」

② 今後に向けて
「連携室、認知症看護認定看護師の連携強化」
「認知症看護認定看護師の協同診療同行（検討中）」
「地域連携会議を通じて共通評価シートの作成、顔の見える関係づくり」

（菊池病院）①の連携の成果については、熊本再春医療センターとは以前から協同診療を行っており、それを活用した活動を行ってきた。医師同士の派遣ということで病状・病態変化に応じた治療方針を適切にアドバイスしていただいたり、診断後の説明と家族の支援というところも専門医から家族に説明をしていただいたりのご協力を得ている。BPSD に対して認知症サポートチームを早期に熊本再春医療センターが立ち上げられて治療の導入をはかったり、見守りがあつたりということで、再春医療センターでも環境変化を伴わないように、患者の治療に協力できたと感じている。菊池病院で治療が困難であったり、神経難病などの特殊な分野に関しては、専門医療機関で適切な治療、橋渡しがスムーズに行なえたことが成果だと考えている。今後に向けては、双方に認知症看護認定看護師がいるので、そういった点で診療強化、協同診療に同席するという点などを検討していきたい。また看看連携ということで、地域連携会議を再春医療センター主導で行って頂いているが、地域の事業所も参加しているので、共通評価シートの作成や地域を含めて顔の見える関係づくりを構築できればと考えている。

● 菊陽病院・東熊本第二病院からの報告

**菊陽病院
東熊本第二病院**

① 連携の成果
事業を通してそれぞれの病院の見学を行い、連携会議を開催する中で病院の治療環境、診療報酬や退院調整について情報交換をし、相互理解を深めることができ、連携の強化が図れた。

② 今後に向けて
精神科長期入院者の場合は特に家族が退院への抵抗感が強く、背景に経済的な問題など、解決に時間を要す課題も多い。また、入院費よりも施設入所費の方が高いことも退院が進まない背景となっている。上記のような長期入院者の現状があることを共有し、対象者選定の時点で退院支援可能なケースを見極めていく事を確認した。

（菊陽病院）連携の成果としては事業を通してそれぞれの病院の見学を行い、両病院の院長も参加した上での連携会議を開催することで、病院の治療環境や診療報酬、退院の調整などについて情報交換をして、相互に理解を深めるとともに連携の強化が図れたと考えている。今後に向けては、今回精神科に長期入院中の方に取り組んだケースがあつたが、長期入院の方の場合、特にご家族が退院への抵抗感が強く、背景に経済的な問題など解決に時間を要する課題も

多いことや、入院費よりも施設利用費が高いといった点で、なかなか退院が進まない現状がある。そういった現状について共有し、対象者選定の時点で退院支援が可能なケースかを見極めていくことが大事だということを確認した。また精神科病院入院中の認知症患者が身体疾患が悪化して一次救急に転院になった場合、一般病院と速やかに連携することで、急性期治療後さらに身体疾患を十分に治療した上で、精神科の治療にあたれるというように、精神科病院と一般科病院のそれぞれの専門性を活かすことが大事ではないかということを確認し、今後の連携に繋げていければと考えている。

● 希望ヶ丘病院・荒瀬病院・谷田病院からの報告

**希望ヶ丘病院
荒瀬病院・谷田病院**

① 病院間での往來の機会を増やすとともに質を大事にする
他院からも参加して頂けるような研修会の開催、日頃から患者の紹介や受け入れに際して直接足を運ぶ等の活動を通して、連携と交流を図っていききたい。

② 緊急時及び困難ケースでの連携
今後は、夜間の緊急対応や医療の隙間にある患者さんの対応等について日頃から話し合う機会を設け、それぞれの病院のできることでできないことを把握し、よりスムーズな対応が行えるようにしていきたい。

(希望ヶ丘病院) 希望ヶ丘病院では顔の見える関係づくりということで、病院間での往來の機会を増やすとともに質を大事にするということになるべく行ってきた。これまで上益城郡で谷田病院を中心に行っている在宅医会に、希望ヶ丘病院のドクター、スタッフを参加させて頂く機会があり、先ほどもお話があったが精神科の敷居をなるべく低くするというので、なるべく希望ヶ丘病院にも足を運んでいただいで色々な関係ができればと考え、今年度1月に認知

症サポーター養成講座を希望ヶ丘病院でスタッフ向けに行い、谷田病院と荒瀬病院にも参加して頂く機会を設けた。二点目は緊急時および困難ケースでの連携ということで両病院とお話をする中で例えば夜間や休日の対応がなかなか難しいというお話を頂いて、具体例としては輪番表などを開示できると有難いという意見や、お薬とか状態像のコンサルテーションなど、困った時のホットラインなどがあると良いという意見を頂いている。そういった具体的に困っていること、それらを中心に話しを深めていき、この事業としては終りになるが今後も関係性を深めて、地域の認知症患者に対して安心感が持てるような地域づくりを目指していければと考えている。

● 益城病院・十善病院からの報告

**益城病院
十善病院**

① 身体合併症治療における連携
精神科病院から急性期病院に身体疾患治療目的で転院し治療を受け、精神科病院再入院後に再度身体疾患が再発してしまうケースがある。連携先病院(回復期)に一旦転院し、合併症治療及びリハビリを受け、精神科病院に再入院という流れの連携を行う事で、十分な身体合併症治療を受けることができた。

② 顔の見える連携
連携先病院へ転院した後に、できる限り看護師、相談員等で連携先病院に訪問しBPSDや身体疾患に対する対応方法などの情報共有を行う事で、転院後も一貫した対応が可能になる。

(益城病院) 十善病院とは以前から連携を図っており、今年度は件数からいくと益城病院から十善病院に13名が転院されている。また十善病院から当院に9名という件数になっている。その中で合併症の治療における連携ということで一点目に挙げている。当院から肺炎、骨折等で急性期病院に転院されて、ある程度治療ができて当院に再入院したものの、すぐまた状態が悪化してまた転院してしまうケースがあるということで、一旦急性期病院で治療されて

そのまま十善病院に転院されて、そして益城病院に転院をするという流れで連携を取ることで十分な身体疾患の治療が受けられるのではないかと考えた。また当院から十善病院に転院されたあとに、できる限り看護師、相談員等でそちらの方に訪問して精神的な問題や身体的な問題に対してそれぞれの対応方法などの情報共有を行う事で、転院後も一貫した対応が可能になるのではということと、訪問するので、顔の見える関係というところで、十善病院の先生ともお会いできるなど、それがまた今後の連携になるのではと考えている。

● あおば病院・宇城総合病院からの報告

あおば病院
宇城総合病院

① せん妄や治療拒否、暴力・暴言等発生時の対応スキル向上を図る連携

このような研修会を合同で企画し開催できることは、対応スキルの向上ならびに労務負担の軽減に有効と考えられる。

② 医師・看護師等の勤務交流が可能になる仕組みづくり

医師、看護師等を地域資源とみなし、所属機関の枠にとらわれず専門性が発揮できるような、また、活躍する専門職者に負担が偏らないような勤務が可能となる体制の構築が患者さんの利益向上につながると考えられる。

築することができ、依頼から受け入れまでの日数が平均で5.5日間短縮された。しかしまだ、現場スタッフが可能な限り患者に対応することで疲弊することがあるとのことだった。今年度は改善策として認知症者の世界観や対応時に注意すべき点、相手を刺激しない対応方法などについて専門職から学ぶ講演会を地域連携会議の中で開催した。このような研修会を合同で企画して開催できることは対応スキルの向上ならびに労務負担の軽減に有効だと思われる。二点目は「医師・看護師等の勤務交流が可能になる仕組みづくり」とした。昨年度事業の一環として開催した地域連携会議がきっかけとなり、あおば病院の認知症担当の精神科医が宇城総合病院と非常勤契約を結ぶことができ、月2回、あおば病院の医師が宇城総合病院で回診を行い、連携して治療にあたることが実現した。転院が必要になった患者の状態を事前に把握できるため、スピーディーな受け入れが可能となり回診日以外にも宇城総合病院とあおば病院の医師が電話で直接やりとりをしながらタイムリーに治療が進められるなどのメリットが報告された。一方で精神科医の業務負担増により精神科病院内での業務遅延などが発生するとのもデメリットも報告されている。今後は医師看護師等を地域資源とみなし、所属機関の枠にとらわれず専門性が発揮できるような、また活躍する専門職者に負担が偏らないような勤務が可能となる体制の構築が患者の利益向上に繋がると考えられる。

● くまもと心療病院・熊本南病院からの報告

くまもと心療病院
熊本南病院

① それぞれの専門性を活かした相互理解に繋がる取り組み

一般科病院のカンファレンスに精神科病院からスタッフが参加し、精神科病院から一般科病院医師講師派遣を依頼し結核についての院内研修を行った。

② 今後の課題

精神科病院において、マンパワー不足などの理由で即日受診や転入院のニーズに応じることができないことが課題として残る。

(あおば病院) 一点目は「せん妄や治療拒否、暴力・暴言等発生時の対応スキル向上を図る連携」ということで、これは前年度も両病院で検討した課題であるが、一般科病院で入院患者が精神的変調を来した場合、時間的余裕がない状況でどのようなアプローチができるのか、ということが引き続き大きな課題となっていることが挙げられていた。今回の事業を通してお互いの病院の実情を共有し、転院治療の依頼があった場合はスピーディーに対応する体制を構

(くまもと心療病院) 連携している熊本南病院とは、もともと協同診療などで連携する機会があったが、今年度は熊本南病院で活動されている、認知症ケアの検討チーム、オレンジチームのカンファレンスに同席・同行させていただいた。実際にベッドサイドに伺って、くまもと心療病院の認知症看護認定看護師がケアに対する助言を行ったり、症例検討をさせていただく機会を設けることもできた。くまもと心療病院が精

神科単科の病院なので熊本南病院にいらっしゃる緩和ケアで麻薬を使われているせん妄の症例や、ALSを合併されている症例にも接することができ、とても刺激を受けることができた。逆に熊本南病院からくまもと心療病院に講師派遣をしていただき、結核に関する院内研修を実施して頂いた。今後の課題であるが、通常業務で連携はさせていただいているが、精神科病院において指定医の不在等で即日に入院の受け入れや外来受診の受け入れが出来ないことが数回あっており、同じ圏域のおおば病院にも同時進行で相談していただき、早い方で予約を取っていただくような対応はとっていただいております、その点が最も課題として感じた。宇城圏域はおおば病院が中心となり、認知症懇話会も行っているのので、精神科病院同士で今後も連携を深めていき、圏域として対応できることを一緒に模索していければと考えている。

● 八代地域の精神科3病院・八代地域の一般科4病院からの報告

**八代地域の精神科3病院
八代地域の一般科4病院**

八代圏域は約13万人のコンパクトな人口の地域で総合病院が4病院、精神科病院が4病院あり、恵まれた医療資源で地域連携が行われていた。地域連携については以前より地域で行政と精神科病院が集う連絡協議会や研修会などで、顔の見える関係性が構築されていた。数年前より話題になっている地域包括ケア構築に向けた行政主体の研修会等も医療連携を促進する要因と思われる。認知症に関しては認知症疾患医療センターである平成病院と、他の精神科病院が連携して地域の認知症医療を支えている。

そして、本事業は今まで連携の乏しかった身体合併症を有する認知症の医療体制について協議することで、一般科と精神科の顔の見える関係性が更に深まり循環型認知症医療体制の構築が進んでいったと考えられる。

(八代更生病院) この事業に参加した病院は精神科3病院が八代病院、平成病院、八代更生病院、一般科4病院が熊本総合病院、熊本労災病院、八代北部地域医療センター、八代市医師会立病院の7つの病院となる。八代圏域は約13万人のコンパクトな人口の地域で、総合病院が4病院、精神科病院が4病院あり恵まれた医療資源で地域連携が行われている。地域連携については以前より地域で行政と精神科病院が集う連絡協議会や研修会などで顔の見える関係

性が構築されている。数年前より話題になっている地域包括ケア構築に向けた行政主体の研修会等も医療連携を促進する要因と思われる。認知症に関しては認知症疾患医療センターである平成病院と他の精神科病院が連携して、地域の認知症医療を支えている。そして本事業は今まで連携の乏しかった、身体合併症を有する認知症の医療体制について協議することで、一般科と精神科の顔の見える関係性が更に深まり、循環型認知症医療体制の構築が進んでいったと考えられる。

3) シンポジウム

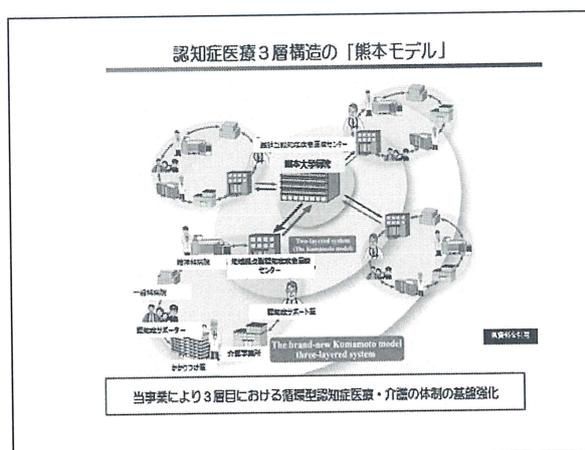
「循環型認知症医療体制のための精神科病院と一般科病院の連携の取り組み

～精神科リエゾンへの取り組みから～」

【石川座長】皆様こんにちは、熊本大学神経精神科の石川でございます。昨年に続きまして今年度も全体研修のシンポジウムの企画ということで、私の方が座長を務めさせていただきます。どうぞ宜しくお願い致します。さっそくなんですけれども、今各地域からご報告がありましたので、このシンポジウムでは有明圏域、とりわけ荒尾地域のまずご報告も踏まえて、各シンポジストの先生方からお話をさせていただきたいと思います。まずはじめに松尾さんの方から、事業全体の概略も含めてお話を頂くように致します。宜しくお願い致します。

【松尾氏】昨年3月まで精神科協会の事務局におりました松尾と申します。現在、八代地域にあります社会福祉法人代医会 特別養護老人ホーム早尾園に勤めております。どうぞ宜しくお願い申し上げます。まずこの事業につきましては4年間取り組みをさせて頂いておりますので、これまでどういった理由でこういった事業が組み立てられて今日まで至ったのかという経緯を説明しながら今後の課題等についても触れさせて頂ければと思っております。

まず最初のスライドですけれども、これは認知症疾患医療体制の熊本モデル3層構造のモデルになっています。1層目が熊本大学病院さんを中心に、2層目は各医療圏域ごとにございます地域拠点型の疾患医療センター、3層目に各地域にございます精神科病院さん、一般科病院さん、またサポート医の先生方おられますが、私はこの介護事業所に勤務をしております。私の八代の早尾園の例をとりますと、私達の場合は精神科の方ではさきほ



どおっしゃいました平成病院さん含め、八代更生病院さん、八代病院さん、高田病院さんと連携を図っておりますし、また一般科の方では総合病院さん、そして労災病院さん、八代市の医師会病院さん、また我々の八代北部地域医療センターの皆さん方と連携を取らせていただいているというところがございます。認知症疾患医療の大事なところにつきましては、この中にいらっしゃる高齢者の方々が、その容態に合わせて介護、あるいは医療、あるいは地域の資源に繋いでいく、それを循環と呼んでおりますけれども、その方々がもし専門の医療にかかるということであれば、精神科病院さんから地域拠点の平成病院さん、そしてさらにとということであれば、その患者さんをまた熊大病院さんの方にお送りする、そういうふうに循環しながら認知症高齢者の方が適時・適切な医療と介護、地域資源に結び付くようなことをやっていかなければならないというところがポイントとなります。ただそういう中で、この連携の循環の輪が切れる、要するに一般科病院さんと精神科病院さんの連携が切れたりとか、介護と一般科病院さんとの連携が切れたりするとなかなか循環が図れずに、認知症高齢者の方またそのご家族の方が地域で困ってしまうと

ということがありますので、そういう事がないようにこの循環というのが大変大事なものであると思っております。これはちょっと紙面の都合上、ここには市町村、地域包括ケア、地域包括支援センターならびにケアマネさんなどのたくさんの地域資源がえられるわけですが、そこは割愛しております。それを入れてしまうと、私たちの究極の目的であります、在宅医療体制作り、そして地域包括ケアシステムの構築につながってくるということがわかっていただきたいと思いますけれども、認知症高齢者のこの3層構造の中でやっていることはとりもなおさず、地域包括ケアシステムの構築につながっているとご理解いただきたいと思いますし、結果として在宅医療体制づくりの基盤事業にもつながっているとご理解頂ければと思っております。

そして平成28年度から循環型の認知症医療体制の検討事業を2年間させていただきましたが、ご承知の通り平成28年4月熊本地震に見舞われておりますので、実質動いたのは28年度の末から29年度の1年とちょっとの間に事業がなされたということであり、背景については今申し上げましたとおり、3層目の循環がうまく行かなければ、認知症高齢者の方またご家族が地域でお困りになられるという、そのようなことがないようにということ

で循環型をもっとうまく回転できないかなということ考えた次第です。そういう中で皆さん方が色々ご意見を寄せられていたのが、認知症サポート医の先生方が活躍する場所がまだまだ少ないのではないかと。一生懸命していただいているのにまだなかなかうまく活躍いただける環境が整ってないんじゃないか、というお話も頂いておりますし、もう一つは先ほど言いましたように一般科病院さんの中でもBPSDの問題について非常に困られていると、そういったことを予測をしまして、この2つを何とか検討できないかなということで、この事業がスタートしたわけです。事業にあたりましては、4圏域をモデル圏域に指定しております。その中でモデル圏域ごとにBPSDセンター、これは医療の関係者・介護の関係者の方から電話によってBPSDについての相談を精神科病院にさせていただくということで、私がおります八代では八代更生病院さんがこのBPSDセンターのコールセンターを受け持っていて相談対応にあたっていただきました。その他、精神科協会内におきましても広域的に調整するためのBPSDコールセンターを設置して運営をさせていただきました。このBPSDコールセンターの方には各地域の医療の関係、介護の関係また包括ケアセンターなど多くの相談が寄せられておまして、県全体では700件を超える相談が1年ちょっとであったわけでございます。そういう相談の中で予見をしていた通りでありますけれども、わかってきたことがやはり2つ、一つ目が認知症を抱える高齢者の方に加えBPSDを発症される方、加えて身体合併症をお持ちの方となりますと、非常に一般科病院さんも精神科病院もご苦労いただいているということがデータ上でもまじし、相談の内容からもはっきりしたところでもございます。2点目が認知症サポート医の先生方に対して、アンケート調査をさせていただきました。回収率が約70%で、非常にいい回収率ではないかなと私は思っております。そういう中で先生方はやはりどういうふうな地域で取り組んで行ったら

循環型認知症医療体制検討事業 (平成28年度～29年度)

- (背景)認知症医療体制「熊本モデルの3層目」に着目
⇒適時・適切に医療、介護、地域へ⇒更なる循環型へ
(事業化)県内4圏域で以下のモデル事業を推進
■認知症サポート医空白地域の解消・活動支援・アンケート
■BPSD等に対応する相談体制(各モデル圏域に認知症
BPSDセンター、協会内にBPSDコールセンターを設置し、
医療機関、介護施設などから“747件”の相談を受けた)
(分かってきたこと)
⇒① 認知症+BPSD+身体合併症=“患者様対応に苦慮”
⇒② 認知症サポート医の地域での活動応援

いいのかという悩みを抱えている先生がいらっしまったということがアンケート調査でもわかりましたし、また「サポート医にはなったけれどもさて次はどうするの」という先生方は、やはり地域の精神科病院また精神科の先生と深くお付き合いをさせていただいて学びを深めたいというご意見もたくさんございました。そういう意味では地域の介護・医療・地域資源につなげていただけるコーディネート役の認知症サポート医の先生方の環境を整えてもっとご活躍いただけるような場を作ってあげる必要性も感じたところでございます。

これが平成30年と今年度の取り組みの事業でございます。左側の地域の精神科病院の困りごとというのがございますけれども、ここに書いてある通りでございます。この困りごとがBPSDコールセンターの相談内容から引っ張ってきたものでございますし、この一般科病院さんの困りごとにもまさにその通りです。転院してこられましたけれどもBPSDが心配で「介護・看護は毎日疲れます」と、④で「認知症高齢者の対応に時間と手間が本当に



掛かるんですよ」とそういったご相談もこの中で寄せられてきております。どちらか一つを解決しようとするのは非常に困難でありますので同時に解決をしないといけないのではないかということから、今回の事業になったわけでございますけれども、とりもなおさず連携を深めて頂く中で、診療支援あるいはお互いの研修等を深めながら認知症高齢者の方の対応をうまくやっていきたいというのが願いであります。本来プロジェクトチームを結成してこの検討に当たっていただく中で、こういうことが狙いですよねということがいくつかありましたのでご紹介しますが、①として「BPSDや身体合併症の理解が深まる中でケアの質の向上・看護負担の軽減など早期の退院支援ができるのではないか」と。2点目が「早期退院支援によって病院のベッドの調整が、有効活用がうまくいくのではないか」と。3点目が「両病院の連携強化で入院患者の受入れ、また退院がスムーズになるのではないか」と。4点目がこれは究極でございますけれども「一般科病院さんと精神科病院さんが相互理解を深めていただける」のではないかと。このようなことをねらいとして考えたところでもございます。

続いてですけれども、これが最後のスライドになります。その取り組みを通して、今日どうでしたか？ということを書いておられますけれども、これは先ほど皆さん方からご報告をいただいた内容を若干まとめているだけのことでございます。まず最初のBPSDの関係につきましては「合同研修会の開催」「精神科の薬を一般科でも採用できる」ということ、2つ目の早期退院による両病院のベッドの有効

病連携の基盤づくりへ

- ① BPSDや身体合併症の理解が深まりケアの質向上、看護負担の軽減など早期の退院支援へ
 - ⇒ 合同研修会開催、精神科の薬を採用
- ② 早期退院支援による両病院のベッドの有効活用へ
 - ⇒ 精神科医が一般化病院非常勤医師へ、在院日数の減
- ③ 両病院の連携強化で入院患者の受入れ、退院がスムーズになる
 - ⇒ 事前見学の実施、相互アドバイスで一緒に退院支援
- ④ 一般科病院と精神科病院の相互理解の深まり
 - ⇒ オレンジチームへの参加、医師同士の関係づくり

活用につきましては、精神科の先生が一般科病院の非常勤の先生になられているという事例もご報告いただきましたし、在院日数の減というのもあってと思います。3点目の「両病院の連携強化で入院患者の受入れ・退院が大変スムーズになる」という狙いにつきましては、事前の各病院間の見学の実施とか、相互でアドバイスをしながら一緒に退院支援ができたという報告もみております。最後になりますが4点目の「一般科病院さん精神科病院さんの相互の理解の深まり」というのは、「オレンジチームへの参加」「医師の皆様方同士の関係づくりが進んできた」というご報告を受けたと思っております。今後のことになりますけれども、大変意義ある連携だと私は思っておりますのでその連携につきまます診療報酬上のインセンティブ、診療報酬上の加算等もやっぱり考えていくべきだろうなというふうに私は思っております。今日は県からもお見えになっておられますので、どうかこういう一般科病院さんと精神科病院の連携によって在宅復帰も早まる、また認知症高齢者の家族も助かるようなこういう仕組みについて、どうぞインセンティブを働かせるような診療報酬の国への要望等をしていただければと思っております。2つ目は今後のことについてやはり認知症サポート医の先生方のご活躍というのは医療に繋げて頂いたり、介護に繋げて頂いたり、地域資源に繋げて頂くという大きなコーディネートの役割を持っていらっしゃると思いますので、その先生方の力が十分発揮できるような環境を作っていくというのも行政、そして地域の役割ではないかなと思っておりますので、この辺についてはまた次の事業に展開できればなという思いが強いているところでございます。2つの課題を申し上げましたが、私は八代地域におります、八代地域で介護と医療とそして地域資源との連携の本当に現場にいるわけですがけれども、幸いなことに荒尾の地域と同じように在宅医療体制づくりも進んでおります。郡の医師会そして市の医師会さんのお陰で勉強会も頻繁に行われて、在宅医療体制が進んでいるなというのを実感しております。最近ではACP、それと人生会議等の研修もありまして我が早尾園でも事前指示書というのを作らせていただきました。本当に現場に即した研修も行って頂いております。そして認知症疾患医療につきましてはお見えの本田先生、平成病院さんのお力を借りながら本当に頻回に研修等もなさっていただいて、そのテーマに応じて私たちも職員を出しております。このように八代地域につきましては、色々な資源に恵まれながら今現在ここに至っていると思っております。感謝をしながら私の話を終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

【石川座長】はい、ありがとうございました。この事業名ですね「循環型認知症医療のための」ということで、まずひとつは「循環」という言葉の意味合いをもう一度確認をしていただきました。色々回るといっても、どちらかという医療の中のシームレスな連携、あるいは医療と介護のシームレスな連携、さらには地域・住まいとの切れ目のない連携という意味合いをかなり含んでいるというお話だと思います。それから今後の課題という形で、せっかく今回色々なところで連携を深められたということがあるので、是非それについて加算を何らかの形で評価をいただきたいという御要望と、さらにサポート医の先生方を具体的な活動をしていただくような、「事業」という言い方をされましたけれども、ある意味でシステム作り・仕組み作り、こういったものを進めていきたいというお話だったと思います。「あとで質問しようかな」という方もいらっしゃるかもしれませんが、忘れちゃうので今のうちに質問したいという方がおられたら…よろしいですか？では後でまた相互討論していきたいと思っております。ありがとうございました。では続い

て、荒尾こころの郷病院の宗さんの方から、事業に取り組んでということでの活動報告を宜しく
お願いします。

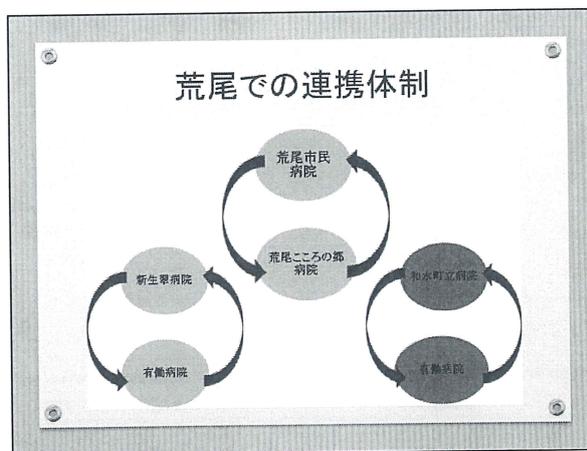
【宗氏】荒尾こころの郷病院の精神保健福祉士で宗といいます。私の方からは、この事業に荒尾
で取り組んだ2年間の報告をさせていただきたいと思います。前回研修会でもお話をさせていた
だいたので、重なる部分が多々あるかと思いますが、振り返りということでも聞いていただ
ければと思いますので、宜しくお願い致します。

これは事業の目的になりますが、みなさんよ
くご存じだと思いますので省略させていただきます。

循環型認知症医療のための
認知症連携体制基盤強化事業とは

【事業目的】
今後の在宅医療体制の整備を念頭に、精神科病院
と一般科病院との間で患者紹介、診療支援、転院
退院等を円滑に行える連携体制を構築し、身体疾
患を合併する認知症高齢者が、その時々身体疾
患や認知症の容態により適時・適切な医療を受ける
事が可能になる事。
また、それらの取組みが患者の早期の退院支援や
医療従事者の労務負担軽減につながる事を目的と
する。

現在荒尾市では、さきほど有働病院さんもお
話されましたけれども、荒尾市民病院さんと
荒尾こころの郷病院、それから新生翠病院さ
んと有働病院さん、それから和水町立病院さ
んと有働病院さんという3つのチームがそれ
ぞれ動いて事業展開をしております。



荒尾の方での報告という事ですので、2年間
を振り返らせて頂きます。事業開始が2018
年度になりますけれども、このスライドのよ
うな内容で活動しております。写真は地域
研修会を開催した時のものになります。

荒尾での実践【2018年度】

- * 病院間連携会議 2回
- * 地域連携会議 1回
- * 地域研修会 1回
- * 県全体研修会 1回
(パネリストにて参加)

こちらの方は昨年の研修会でも報告をさせていただきましたが、各チームが活動していく中で、連携会議を行ってそこで出された課題というのが「対象症例の選定が難しい」であるとか「一般科から精神科への紹介はハードルが高い」それから「精神科では特に大きな問題となっていなかったことが一般科病院では大きな問題となることもある」など、このような内容の課題が出されています。

そしてこれが2018年度に会議の中で出された課題に対する解決可能性になります。色々な課題が出されましたけれども、結局はお互いの業務であるとか、それぞれの機関の特殊性ですね、精神科では特に特殊性がありますが、そういう特殊性であるとか、色々なわからないことが表に出てきたため「まずはお互いのことを知るといことが大切なのではないか」というお話になりました。

事業自体は今まで表に見えてきていなかった課題を抽出して、それを文言化していくことも視野に入れられています。そのため当事者だけで解決できない制度や仕組みなどの問題も国や県、市町村、それから精神科協会などへの要望としてあげていくことになっております。2018年度の要望としては、この事業に関してだけ考えても一般科と精神科の連携だけの解決は難しく、地域全体、多職種、多機関の連携が必要である。色々な事業が動いているけれども、最終の目標は地域包括ケアであり、それぞれに重なる部分も多いので行政の中での横の連携を深めて行政担当者が情報共有をして、合同で行える部分は合同で行うような工夫をしてほしい、地域の人材および時間は限られているということを理解して欲しいということがあげられました。

2018年度地域連携会議での課題

- 対象症例の選定が難しい。
- 会議の日時・場所の設定など、運営業務とのすり合わせが難しい。
- 一般科から精神科への紹介はハードルが高い。
- 一般科の受け入れ病床はほとんどが包基病床であり、最大60日間で退院ということになるが、精神科から入院を受入れたとしても在宅復帰が見えずい。
- 精神科では特に大きな問題となっていなかった事が、一般科では大きな問題となる事がある。(例：大声など)
- 精神薬を処方されている方については、同じ薬が一般科にはない場合がある。

2018年度課題から見えてきた解決可能性

- 一般科・精神科お互いの病院機能の理解を深める必要があり、それについては病院見学・研修会などを通じ理解を深めていく。
- 患者紹介を行う場合、お互いの不安に思っていることに対する対応の方法などを伝えると共に、状態悪化の際のバックアップ体制を確立していく必要がある。
- 薬の院内処方を行っている病院や、精神薬処方の必要なかたなどの場合、必要な薬が薬局に採用されていない場合もあり、情報の共有が必要。
- 精神科においては精神保健福祉法に基づく対応となるため、入院受け入れまでに期間を要する場合あり。ギリギリではなく早めの情報提供があれば院内での検討を行う時間ができる。

国・県・市町村・協会への要望

- 医師不足・スタッフ不足などの改善。
- 精神科リエソンの体制整備のための支援。
- 精神科病院空床確保のための支援。

○この事業に関してだけ考えても、一般科と精神科の連携だけの解決は難しい。地域全体・多職種・多機関の連携が必要。いろいろな事業が動いているが、最終目標は地域包括ケアであり、それぞれに重なる部分も多く、行政の中での横の連携を深めて行政担当者が情報共有し、合同で行える部分は合同で行うような工夫をしてほしい。
地域の人材及び時間は限られているという事を理解してほしい!

これが2019年度、今年度の実践の報告になります。今年度行ったことは昨年度とほぼ同じですが、今回は荒尾市民病院さんと荒尾こころの郷病院のチームでは、前年度からの課題を考慮し2019年4月から精神科リエゾンを開始することにしました。他にも今度3月に予定しているのですが、精神科の方の協力の元ですね、荒尾市民病院さんのスタッフ対象の研修会を開催する予定になっております。他に最終目標としては情報共有のためのツールを作成するというを掲げて事業自体をすすめていきました。

荒尾での実践【2019年度】

| | |
|----------------------------------|---------------|
| * 病院間連携会議 2回 | * 研修会開催 |
| * 地域連携会議 1回 | 2020年3月4日(水) |
| * 地域研修会 1回 (2020年 2月14日開催予定) | 荒尾市民病院にて開催予定。 |
| * 県全体研修会 1回 (2020年 2月15日開催予定) | 荒尾市民病院職員対象 |

2019年 4月より、荒尾市民病院へのリエゾン開始。
2019年11月、認知症・精神科・脳血管疾患に関する連携冊子作成。

ここからは今年度行った精神科リエゾンの実際について報告します。精神科リエゾンは2019年4月3日から月2回程度の割合で開始しております。荒尾こころの郷病院から医師・精神保健福祉士とで荒尾市民病院さんの方を訪問し、認知症ケア回診チームと一緒に活動することになりました。

精神科リエゾンの実際 (2019年4月3日～2020年1月15日)

精神科リエゾン 2019年 4月3日 より開始。
荒尾市民病院を訪問し、認知症ケア回診チームと共に事前カンファレンス後、病棟回診を行う。

| | | | |
|--------|---|-----|-----|
| 相談延べ件数 | 140件 | 実人数 | 82名 |
| 実施回数 | 17回 | | |
| 職種 | 医師・薬剤師・認知症看護認定看護師・理学療法士・作業療法士・社会福祉士・精神保健福祉士 | | |

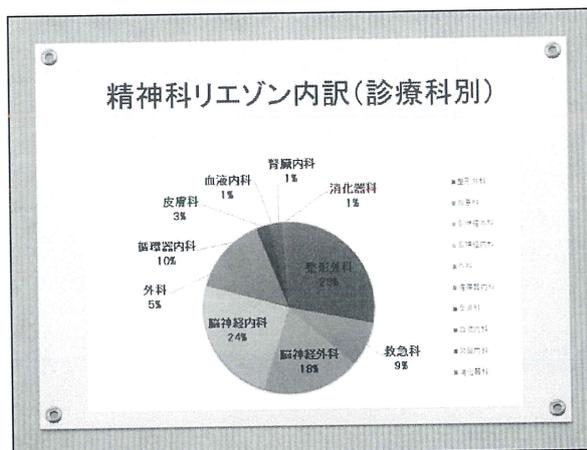
リエゾンの流れとしては、まずはその日リエゾンの対象として挙がっている方々の状態等について多職種で事前カンファレンスを行い、その後病棟に行き、病棟スタッフから状況を確認した後、実際に患者さんの元に行き、状態確認するという流れで進めております。実際これが精神科リエゾンの様子になります。写真のように事前カンファレンスで対象患者さんの頭部画像を確認したり、お薬の状況を確認したりしながらお薬に関するアドバイスを言ったり生活支援などに関して意見を出し合い検討したりしております。その後、実際の状況を確認するために全員で病棟に向っています。



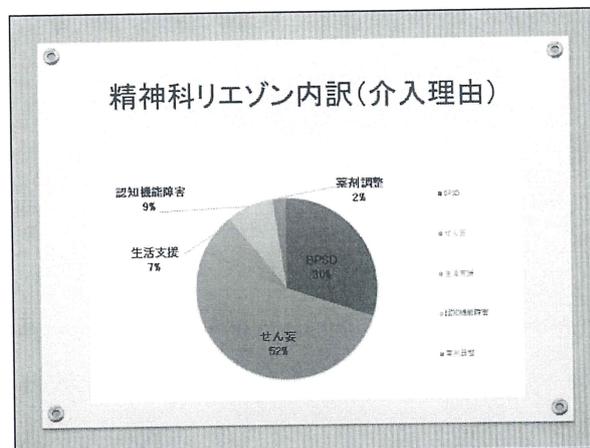
これが病棟での様子です。ナースステーションでは病棟スタッフより現状の確認をしながらお薬の使い方などのアドバイスを伝えたり病棟内で困っていることを聞きながらその都度アドバイスをしたりしていきます。そして実際に患者さんのベッドサイドまで行き、状態の確認を行っています。



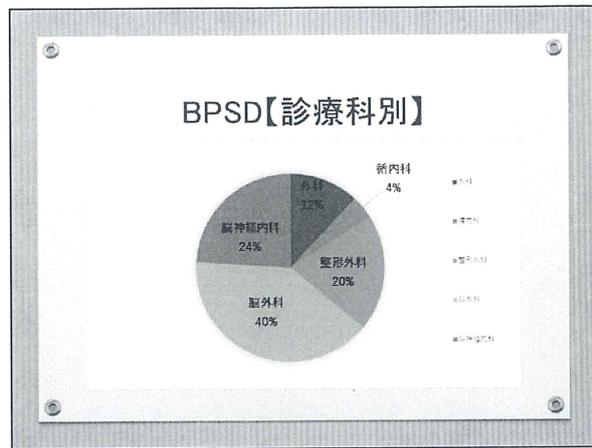
これが今年度精神科リエゾンを開始してから対象としてあがってきた患者さんが入院している診療科の内訳になります。



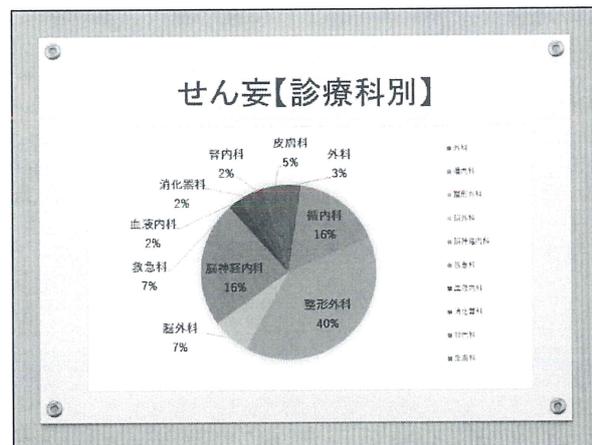
次に実際に精神科リエゾンにあがってくる介入理由になります。救急対応の総合病院でもありますので、術後のせん妄などが介入理由として多くあがってきています。この結果では薬剤調整の割合は低くなっていますが、事前カンファレンスの中で症状などを確認しながら薬剤師にも参加してもらい、お薬の調整を提案したりしています。またこれも介入理由としては少なくなっていますが、退院などに向けて介護保険申請であるとか家族関係調整などが必要であったり、生活支援に関して検討する場面も多くあり、ひとつだけでなく様々な問題を抱えているケースが多くなっている印象を受けております。



先ほどの介入理由が多かった BPSD とせん妄について診療科別にまとめてみました。これが介入理由として BPSD があがっていた診療科になります。



次にこちらは介入理由としてせん妄があがっていた診療科になります。



今回精神科リエゾンを実施してみて感じたことをいくつか挙げさせていただきます。先ほども説明しましたが、リエゾンで荒尾市民病院を訪問した際にはまず、事前にそれぞれのケースに関してカンファレンスを行いますこの時は医師・看護師・薬剤師・精神保健福祉士・社会福祉士とで検討していきます。そこでは当初の介入理由だけでなく、複数の問題を抱えたケースもあり、例えば退院支援に関してお薬の調整の他にも家族調整であると

精神科リエゾンを実施して感じたこと

- * 複数の問題を抱えたケースが多いため、多職種でのかわりが必要。
- * 実際に病棟に行くことで現場の生の声を聞くことができ、信頼関係の構築につながる。
- * 実際の患者に多職種が介入することで、現場でスムーズな情報共有、支援のアドバイスなどができる。

か、介護保険などのサービス導入の必要がある方など様々ですので、その際は参加している精神保健福祉士や社会福祉士と一緒に支援方法の検討なども行っています。また入院中のお薬に関しても、問題となっている症状を改善するために、新たな薬の提案をさせて頂いたりなどしています。お薬に関しては薬剤師の参加があることで荒尾市民病院内にある薬、ない薬などの情報ももらえるため、スムーズな提案が出来ているのではないかと思います。また実際に病棟に出向くことで、現場のスタッフの生の声を聞くことができ、直接的にアドバイスできるため意思の疎通が取りやすいと思います。ここで顔の見える関係というのも出来ていっているのではないかと思います。また病棟ではリハビリスタッフも同席されますので、患者さんの状態を実際に見ながらリハビリについてのアドバイスや情報提供の依頼などもスムーズに行えていると感じています。リ

エゾンを開始したことで情報の共有の重要性を、それから多職種が関わっていくことの必要性を改めて感じました。

ここからは荒尾地域で活動している3チームが集まり、地域連携会議を行った際に出された今年度の課題になります。昨年度と同じ内容もありますが、2年間事業をやってきましたのでお互いに突っ込んだ内容の話もできるようになってきました。そのことで精神科でいえば、「病床が空いていても入院患者さんの状況や、マンパワー不足から受け入れが出来ないことがある」などの課題も出されました。

H31年度 地域連携会議での課題

- 一般科病院と精神科病院の双方が必要と考える情報が違う。
例) 認知症の診断経緯、入院中の状況、個人の趣味嗜好、家族背景等の情報が欲しい。
- 地域に精神科急性期に対応できる医療機関がない。
- 一般科から精神科への紹介はハードルが高い。(患者・家族も含めて)
- 一般科から精神科に紹介するタイミングが難しい。どのような状態になったら紹介して良いのが、できる限り多量にの思いから限界まで診てしまう。等々
- 病床が空いていても、入院患者の状況やマンパワー不足(夜勤2名体制)から受け入れができないことがある。

そしてこれが出された課題から見えてきた解決可能性になります。先ほどりエゾン開始で感じた内容と共通するものが出されています。課題のすべてが解決できるわけではないので、今後も継続して解決の可能性を探っていく必要があるものもあります。

H31年度課題から見えてきた解決可能性

- 認知症に関する知識・経験不足
(薬の処方、対応等各人のレベルに差がある)
→相互訪問・合同研修会開催・定期的な情報交換などを行う。
- 病院の間に認識レベルで必要な情報に差がある。
→現場同士での継続的な打ち合わせ、サマリーの共有を図る等。
- 精神症状が急性期増悪した場合に受入可能な精神科病院がない。
(急性期対応ができない)
→診療体制変更は人員確保の問題もあり、解決は難しい。
- 精神科に相談するタイミングが分からない。
→病院間の定期的な往診などにより、いつでも相談できる関係の構築を図る。

この2年間にわたる事業全体を通して荒尾地域で出された意見になります。色々な課題はありますし、その課題は1病院で解決できるものでもなかったりしますが、この事業をやってみたからこそ見えてきたものも多くあると思っています。精神科に関して言えば身体拘束をはじめ、世間一般の誤った認識が多く存在しているため「精神科の正しい知識を広めるための啓発活動など、精神科を知ってもらう努力が必要なのではないか」というような意見や、「今回の事業を通して一般科病院に精神科病院のことを知ってもらい、脳機能や患者さんの精神的側面に興味を持ってもらえる良い機会になったのではないかと」いう意見も出されました。またこの事業を行う事で、相互理解のための研修会の実施など新たな連携の形も出来上がりがつつあります。ここまでやっと形になりつつあるところで事業自体が終了してしまうことは非常に残念なんですけど、あとはそれぞれの地域で、どのような形で継続できるのか今後検討して

事業全体を通して

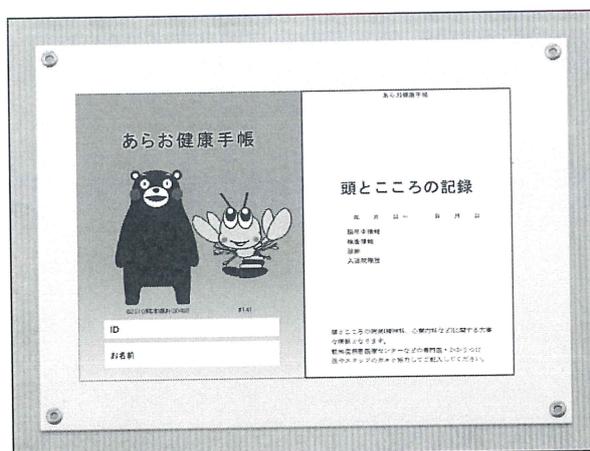
- 精神科病院との連携で認知症への対応を含めた退院支援につながるようになった。しかし、入院中に認知症と気づかれない潜在的な対象者がおり、認知症も考慮した退院支援ができておらず退院してもすぐに再入院となる場合がある。→認知症の症状に気づけるよう意識した取り組みが必要。
- 認知症ケアチームを設置し活動を始めた時はスタッフに抵抗感があったが、リエゾン回診を開始し、効果が得られることで抵抗感がなくなり、認知症ケアチームが院内でも受け入れられるようになった。
- 今回の事業では病院間の連携が対象となっているが、今後は地域連携も進めていくべき。BPSDがあると介護施設は断られ、精神科入院となることが多い。介護も含めた認知症の理解を深め、BPSDがあっても生活できる場所を拡大していく事が必要。
- 精神科に対しては身体拘束をはじめ、世間一般の誤った認識が多く存在する。精神科の正しい知識を広めるための啓発活動など、精神科を知ってもらう努力が必要。本事業を通して、一般科病院に精神科病院のことを知ってもらい、脳機能や患者の精神的側面に興味を持ってもらえる良い機会だと感じている。

いくことが必要だと感じています。

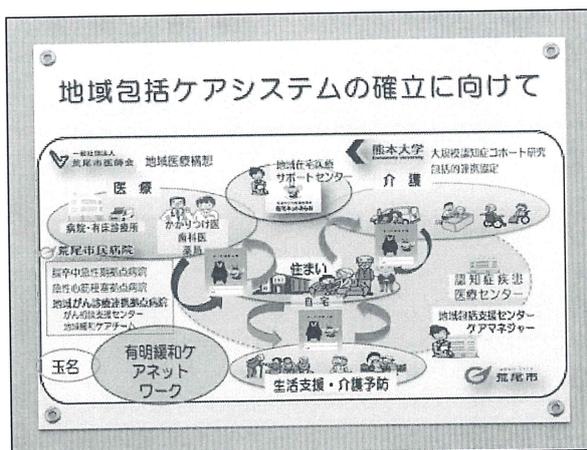
ここからは実際に事業の成果として形にすることができた情報共有ツールについて少しお話させていただきます。荒尾市では現在、当初認知症の連携パスとして始まった「火の国あんしん受診手帳」から発展した「あらお健康手帳」の配布を開始しています。これは認知症だけに留まらず、心臓病や癌、糖尿病、脳卒中など様々な身体疾患を網羅した手帳になります。この手帳で様々な身体疾患の情報を一元化できれば、と考えて作成されたものになります。もちろんこの中には介護情報の冊子も含まれております。



その手帳の中に今回の事業の成果として「頭とこころの記録」という冊子が加わりました。この冊子は脳神経内科や脳神経外科と共に認知症だけではなく精神科疾患などについての記録も記入できるようになっています。



今回この事業は精神科と一般科との連携という形で展開されましたが、最終的に目指しているものは地域包括ケアシステムの構築であると思っています。地域全体で繋いでいくためには、多職種・多機関の連携が必要だと思いますし、そのためにはどれだけ密な情報共有ができるかということが大切になると思います。今回、あらお健康手帳の中に「頭とこころの記録」が追加できたことは今後の情報共有への第一歩だと感じています。これからこの手帳を市民を中心とした地域包括ケアシステムに関わる多職種、そしてご本人ご家族を繋ぐツールとしていつでもどこでも誰にでも使える安価な媒体として活用していければと考えております。

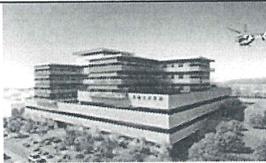


以上で荒尾の方からのこの事業についての2年間の活動報告を終わらせていただきます。ご清聴ありがとうございました。

【石川座長】ありがとうございました。宗さんの方からはですね、荒尾の活動報告という形でこの2年間の総括も含めてお話を頂きました。おそらく3点くらいにまとめられるかと思います。まず一つは各病院さんでもされていたような相互理解のための研修会ですとか、あるいは勉強会ですとかあるいは病院訪問のような活動、そういったものを2年間しましたというお話と、もう一つはいくつかの病院さんでもされていましたけれども精神科あるいは身体科の先生が相互に病院訪問をして、リエゾンあるいはコンサルテーションの活動を実際に行っていたという形で、荒尾圏域でもこういった形で精神科医が実際に総合病院の方に訪問をして、実際に患者さんの診察とドクター、ナースの間で色々なアドバイスとか助言をするような活動、リエゾンコンサルテーション活動というのを始めたというお話、それともう一つは情報共有ツールのお話が出てきました。これも、いくつかの病院さんからも色々お話があつてます。先ほどの報告を聞かせて頂いて、例えば希望ヶ丘病院さんですとホットコール・ホットラインですとかですね、あるいは山鹿回生病院さんなんかでも今後は色々なメディカルネットワークとか、そういった活動を考えてもいいんじゃないかというような御提案もありましたけれども、荒尾圏域ではこういった「あらお健康手帳」というものを医師会の先生方が作っていますので、これを活用して情報共有していこうというようなお話だったと思います。そして究極的には地域包括ケアシステムを目指してという形でお話をいただきました。ありがとうございます。それでは続いて荒尾市民病院の看護師の宮崎さんですね、認知症看護認定看護師をとられていらっしゃいます。それでは宜しくお願いします。

【宮崎氏】こんにちは。荒尾市民病院で認知症看護認定看護師をしています宮崎です。今回認知症ケアとリエゾン合同回診の状況報告をさせていただきたいと思います。先ほど宗さんが発表された内容とちょっと重なる点もありますが、宜しくお願いします。

荒尾市民病院ですが、荒尾市の人口約5.368万人の地域中核病院として機能しております。科としては13科ありまして、病床数が274床、一般病床198床、HCU18床、回復期40床、病棟は8病棟で構成されています。

| | | |
|---|--|---|
| <p>荒尾市民病院</p> <p>荒尾市人口5,368万人</p> <p>地域中核病院として機能 地域医療支援病院</p> <p>外科 脳神経外科 整形外科 血液内科 循環器内科 糖尿病・内分泌内科</p> <p>救急科 腎臓内科 消化器内科 脳神経内科 小児科 産婦人科 皮膚科</p> <p>病床数：274床（一般病床198床、HCU18床、回復期40床） 病棟：8病棟で構成</p>   | |  |
|---|--|---|

チームの概要なんですけど2018年10月より認知症ケア加算1を取得し、回診を開始しています。チーム構成としては認知症ケアチームは脳神経内科医・認知症看護認定看護師・薬剤師・社会福祉士・理学療法士・作業療法士、そして先ほど言われました4月からリエゾンチームの方が入っていただいて神経精神科医が2名、精神保健福祉士1名で回診を回っています。認知症ケア回診を毎週水曜日行っていますが、リエゾン合同回診はその第1・3・5の水曜日で行っております。

チーム概要 2019年10月より
認知症ケア加算1取得開始

【チーム構成】

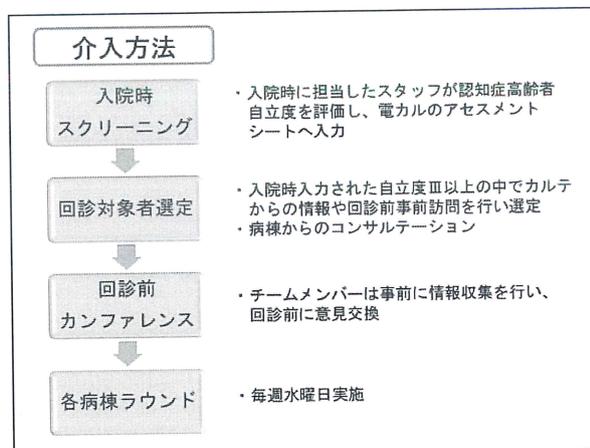
| | | | |
|------------|----|----------|----|
| ◎認知症ケアチーム | | ◎リエゾンチーム | |
| 脳神経内科医 | 1名 | 神経精神科医 | 2名 |
| 認知症看護認定看護師 | 1名 | 精神保健福祉士 | 1名 |
| 薬剤師 | 1名 | | |
| 社会福祉士 | 1名 | | |
| 理学療法士 | 1名 | | |
| 作業療法士 | 1名 | | |



認知症ケア回診
毎週水曜日、13:30~

リエゾン合同回診
第1、3、5の水曜日)

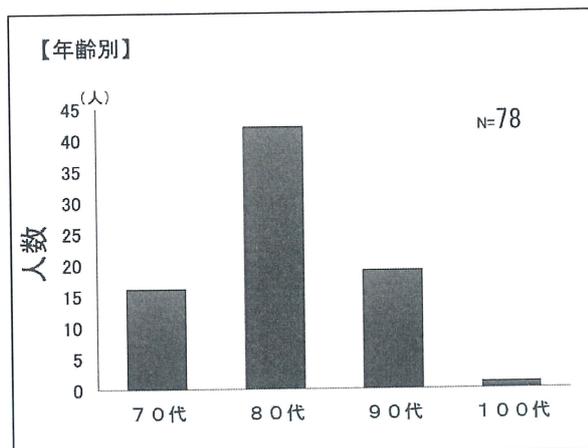
介入方法としてまず入院時にスクリーニングを行います。入院時に担当したスタッフが認知症高齢者自立度を評価し、電カル上のアセスメントシート内に入力します。次に回診の対象者選定ですが、入院時に入力された自立度Ⅲ以上の方をピックアップして、そのカルテ内の情報や回診前事前訪問して、そこで介入した方が良いかということ判断しながら選定しています。後は病棟からのコンサルテーションがあったら介入しております。次に回診前カンファレンスを行います。ここからリエゾンの方を合同で一緒に行っています。チームメンバーは事前に情報収集を行い、回診前に意見交換を行います。その後各病棟に回ってラウンドを行っております。



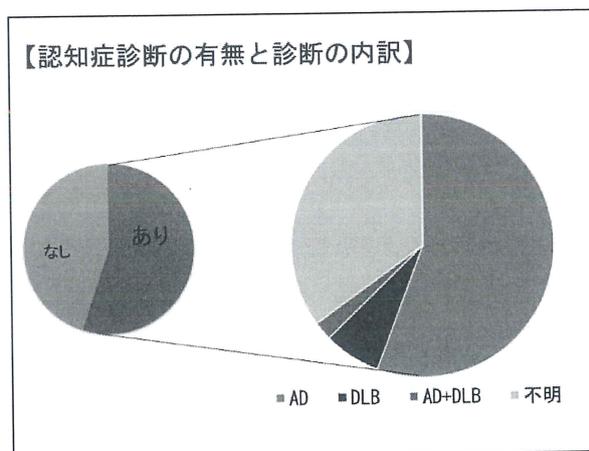
認知症ケアの回診状況ですけど、19年度は今現在介入中を含めて78名の方介入しております。診療科としては一番多いのは整形外科になっています。



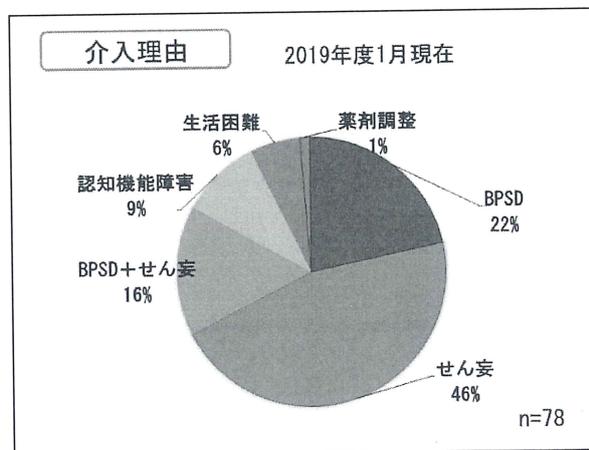
年齢別ですが、やっぱり80代の方が一番多くなっています。



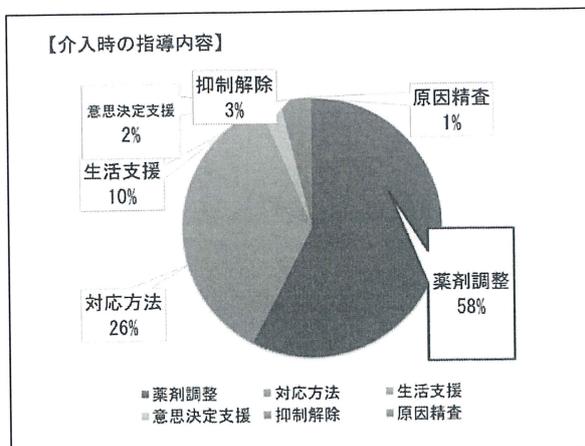
認知症診断の有無と診断の内訳として、無い方が45%、有りの方が55%なんですけど、有りの方で実際病型がわかっていらっしゃる方は、ほぼ半分いらっしゃるんですけど、中には病型まではわからず、いつから認知症が発症しているかというのがわからない状況にありました。



介入理由としては先ほど宗さんも言われました BPSD、せん妄が大半を占めております。



実際現場に行って状況等確認して指導した内容としては、薬剤調整が一番多くて、次に対応方法、どうやって認知症の患者さんに対応していかかわからないということで対応方法であったり、その中で生活支援とかも入ってきました。薬剤調整が一番多かったと言ったんですけど、なぜこういう事が起きてしまったのかというところで自分なりに考えてみて、当院で使用されている不穏時・不眠時の



指示を出してみました。

実際当院では内服の指示が統一できていませんで、その診療科によって色々なパターンの指示があります。全部で7パターンです。それぞれ先生の指示がありまして、本当は統一していけたらいいかなと思うんですけど、そこはなかなかちょっと難しく、今後統一していかなければいけない課題かなと思っております。

当院で使用されている不寝時・不眠時の指示

| パターン1 | |
|--------|---|
| 不眠時の指示 | 不眠時：安全の為抑制開始してください 不眠時：リスベリドン0.5mg |
| 不眠時 | 不眠時：①ルネスタ (2) 1T 不眠時：②アタラックスP 2.5mg 不眠時：③セレネース0.5A IV |

| パターン2 | |
|--------|--|
| 不眠時の指示 | 不眠時：安全の為抑制開始してください 不眠時：リスベリドン0.5mg 不眠時：セレネースIA+生食5.0ml |
| 不眠時 | 不眠時：①ルネスタ (2) 1T 不眠時：②アタラックスP 2.5 |

| パターン3 | |
|--------|--|
| 不眠時の指示 | 不眠時：安全の為抑制開始してください 不眠時：リスベリドン0.5mg 不眠時：セレネースIA+生食5.0ml |
| 不眠時 | 不眠時：ベルソムラ 1.5mg |

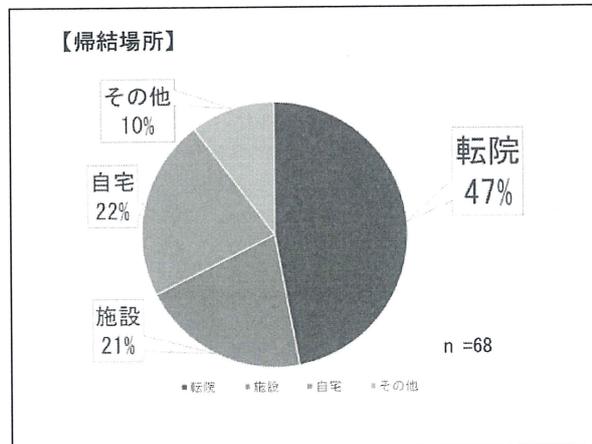
| パターン4 | |
|--------|---|
| 不眠時の指示 | 不眠時：①アタラックスP 1A 静脈注射 不眠時：②セレネース1/2AIV 効果なければ追加1/2A IV |
| 不眠時 | 不眠時：ルネスタ (2) 1T |

| パターン5 | |
|--------|---|
| 不眠時の指示 | 不眠時：安全の為抑制開始してください クエチアピン (25) 0.5T クエチアピン (25) 0.5T 追加 リスベリドン1mg内服 セレネースIA+生食6.0ml 30分でDIV |
| 不眠時 | 不眠時：①ルネスタ (2) 1T 不眠時：②アタラックスP 2.5mg 不眠時：③セレネース0.5A IV |

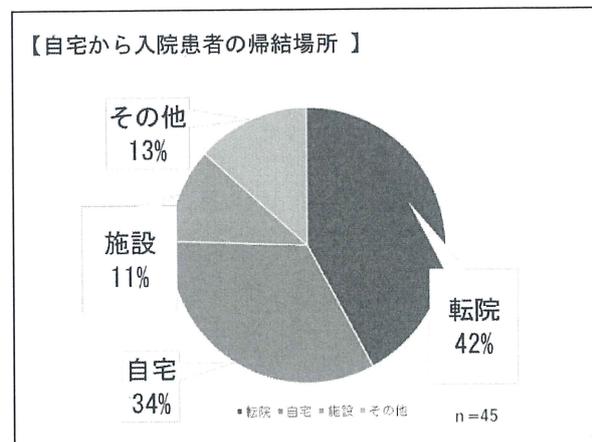
| パターン6 | |
|--------|--|
| 不眠時の指示 | 不眠時：生食1.00ml+セレネース1A 点滴 不眠時：安全のため抑制を開始してください |
| 不眠時 | 不眠時：ロゼレム1T内服 不眠時：ルネスタ1T内服 不眠時：アタラックスP 2.5mg 静脈注射 |

| パターン7 | |
|--------|--|
| 不眠時の指示 | 不眠時：①アタラックスP (25) 1A IV 不眠時：②セレネースIA+生食1.00ml DIV |
| 不眠時 | 不眠時：ゾルピデム (5) 1T |

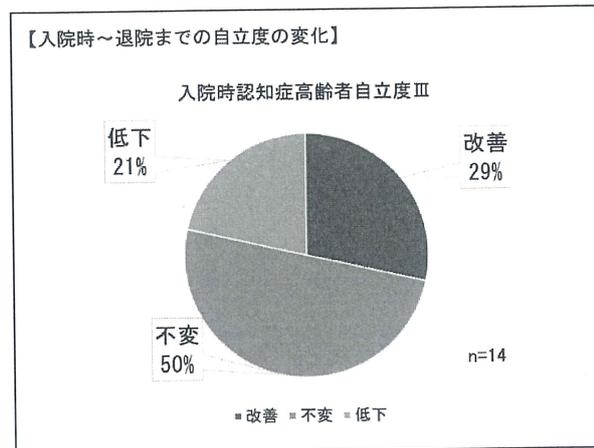
帰結場所ということで、帰結場所が一番多かったのはやはり転院です。何らかの症状、BPSD だったりせん妄また精神症状があって、なかなか家が難しい、あと身体症状も自宅に帰れる状況じゃないということで多かったのが転院、また次に多いのが施設ということでした。



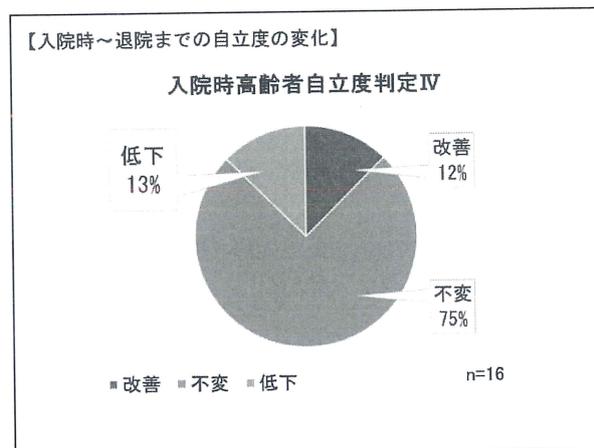
実際自宅から入院された患者さんがどのくらい自宅に帰れるかというところでみると、自宅に帰れる方は少なく、ほとんど転院であったり施設という状況です。



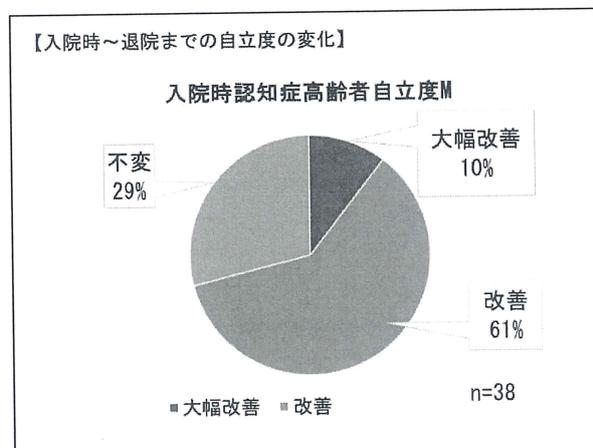
入院時から退院までの自立度の変化を出して
みまして、自立度の変化で自立度Ⅲの方の退
院までの変化ということでみてみたら、あま
り変わりませんでした。



自立度Ⅳの方もあまり変わりはありませんで
した。



自立度Ⅴの方、せん妄だったり何らかの精神
症状がある方に関しては、大幅改善や改善が
多くみられています。この背景としてやはり
症状が表に出ているということで早期に介入
が必要という判断で、積極的に介入を行った
結果で大幅改善がみられたのではないかと
思います。

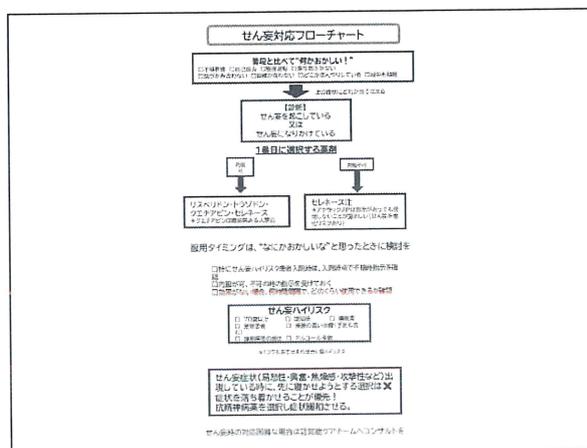


リエゾン合同回診の効果として以前まだ回診
を始めた頃、ベンゾ系の内服指示、ソラナッ
クスであったりハルシオンであったりとか、
そういう指示があったんですが回診後はそう
いう指示が消えました。次に回診前に合同カン
ファレンスを行って、患者さん情報を共有
することでどういうアドバイスをしたらいい
とか、病棟スタッフにどういうアドバイ
スをしたらいいかということが統一できること

- リエゾン合同回診の効果
- ① ベンゾ系の内服指示が消えた。
 - ② 回診前に合同カンファレンスを行い、情報共有ができた。
 - ③ 薬剤使用方法の検討ができ、認知症高齢者自立度評価の患者の自立度改善が得られた。
 - ④ 医師や看護師の認知症ケア・リエゾン回診への関心、相談が増えた。

が良かったと思います。3番目ですね、薬剤使用の方法が検討出来て認知症高齢者の自立度評価の自立度改善が得られたのではないかと思います。あと、医師や看護師の認知症ケア、リエゾン回診への相談事が以前に比べて増えたかなと思います。直接神経内科の先生に他の先生から電話があったりとか、認定看護師の方に直接病棟から介入依頼があったりとか、そういうこと介入当初に比べたら増えてきたのかなと思っております。

先ほど介入理由で多いものとしてせん妄がありましたけど、せん妄をどうやって病棟スタッフが関わっていったらいいかということで今回課題があって、どういうものを作ったら病棟スタッフが統一したケアができるかということで話し合いをして、石川先生等のアドバイスをいただいて、せん妄対応のフローチャートを作らせていただきました。これも認知症ケア委員会が今ありますので、その中でリンクナースの方に伝えてこういうフローチャートを使って病棟でも対応して下さいという事で、何かまた困ったことがあったら実際認知症ケアチームの方にコンサルトをお願いしますということで伝えていきます。



あともう一つはせん妄時に使用される薬剤の作用という事で、やはり病棟スタッフは指示があるとそのまま使ってしまうので、どういう作用があるのかせん妄が起きているときにとにかく眠らせなくちゃいけないということで、不眠時の薬剤を使用したりとか、薬剤の使用方法がうまくいっていないというのもありまして、その裏付けとして薬剤の使用法・内容、どういう作用があるのかとか、そういうことを知らないということで、こういうシートを作って各病棟に配布しております。

| せん妄時に使用される薬剤の作用 | | |
|------------------|--------------------------------------|------------|
| 薬剤 | 作用 | 推奨常用量 |
| セシネース | 催眠作用は期待できない、興奮への鎮静作用は効果あり | 2mg(0.6ml) |
| リスパダール | 催眠作用は強い、1週間以上の使用に注意 | 0.5~1mg |
| セロクセル(クエチアピン) | 催眠作用は強く、身体外路症状のリスクは少ない(躁動抑制効果) | 12.5~100mg |
| ゴドミン | 催眠作用が強く、入眠目的では身体外路症状のリスクは少ない | 12.5~50mg |
| ジプレキサ | 制汗作用・催眠作用が強い、身体外路症状のリスクは中等度(躁動抑制効果) | 2.5~5mg |
| レスリン・デジレル(トラゾドン) | 安全な鎮静薬として使用、睡眠深度を深くする。高齢者でも安全に使用できる。 | 12.5~100mg |

※身体外路症状: パーキンソン症候群、ジスキネジア、アカシジア、ジストニア

・高齢者、不穏状態では神経系(アモバシ、マイスリー)、抗ヒスタミン(アタラクックス-P)の単独使用はせん妄状態悪化リスクがあるため避ける。使用する場合には、抗精神病薬の先行投与が望ましい。

・睡眠剤の使用は、患者から「眠れません」という訴えの際に使用するが望ましい。

今後の課題として1番目は不穏・不眠時に使用する薬剤の統一というのが一番かなと思っております。現場看護師・スタッフは夜間、すぐドクターに聞けるというわけではなく、その指示で使って対応しています。その指示の中で各先生で違った薬剤が使われていると、なかなかその対応が難しいかと思っておりますので、チーム内で考えながらどういうお薬を使ったらいいのかと

- 今後の課題
- ・ 不穏・不眠時の使用する内服の統一
 - ・ せん妄やBPSDに対する対応力の向上
 - ・ 認知機能障害のある患者への生活支援
 - ・ 施設スタッフを含めた連携体制の強化

いうのを推奨して、院内統一を図っていきたいと思っています。あとせん妄やBPSDに対する対応力の向上ですね。やはりなかなか現場にいとせん妄があっても、なぜこういうせん妄が起きているかというアセスメントとかが非常に弱いと感じています。そのアセスメントをしっかり出来るためにも、その知識というのをしっかり身に付けて現場が対応していく必要があると思います。先ほど言われましたけれど3月に石川先生に荒尾市民病院に出向いていただいて、せん妄についての研修会を予定しております。あと認知機能に障害のある患者さんへの生活支援、先ほど自立度Mの方が「大幅改善」とか「改善」と言いましたけど、III、IVの方に関してはあまり変わってないという結果が得られてます。その方に症状がないとなかなか診に行かない、介入が遅くなってしまいうという現状があります。認知機能障害がある方にもっと積極的に病棟スタッフなど他の方と連携を取りながら生活支援ということを考えていきたいと思っています。あと施設スタッフを含めた連携体制の強化ですね、帰結場所という事で転院もあるんですけど施設というところも多いので、施設の方含めた合同カンファレンスを行いながら、どのように帰っていただくのがベストかというのをしっかり話し合ってますね、みんなで認知症の患者さんを支える体制作りが必要かなと考えております。以上、状況報告をさせていただきます。

【石川座長】宮崎さんありがとうございました。宮崎さんの方はですね、荒尾市民病院の中での認知症リエゾン回診含めた働きかけ、介入というところでお話を頂きました。結構人数がいる職員・スタッフのいる公立病院というところで、非常に色々な制約がある中でほぼ孤軍奮闘と言いますか、一人で悩みながら、大騒ぎしながら活動していただいていますけれども、一つのヒントと言いますか、こういったシステム作り、フローチャートを作ってみるとか、あるいはこういうふうなお約束でしましようというような形できちっと明文化したり、見やすい形にして病院全体で諮っていただくという働きかけはひとつの方法としてアリなのではないのかなというふうには思います。私の大学病院の方も特定機能病院という性質もありますので、ある程度の治療ができたところで退院日数とか在院日数とかいうのを結構やっぱり言われます。ですのでそういった時に行き先、退院先、処遇どうするのかっていうところがやっぱり議論になってくるんですけども、認知症を持った方、高齢の方それからせん妄とかBPSDのある方をどうするのかっていうのを、市民病院さんの中でも最近はですね、そういった意味でのご相談が増えてきているのかなと思いました。はい、ありがとうございます。それではですね荒尾市民病院の脳神経内科 大嶋先生の方から、最後ドクターの立場で色々お話をまとめていただいております。どうぞ宜しくお願い致します。

【大嶋氏】宜しくお願いします。荒尾市民病院の脳神経内科、認知症サポート医もとってます大嶋と申します。6、7枚のスライドです、宜しくお願い致します。今回の事業の当院におけるメリット、良かった点と今後の課題というところでいくつかまとめてきましたので、お聞きください。まず最初に症例をひとつお示し致します。症例は60歳の男性でして主訴は体動困難ということで来られました。この方一人暮らしの方で、以前からアルコール依存に対してかかりつけ医より加療の必要性の勧めを受けておられたんですが、なかなか本人が拒否していたという状況で、ただ前日から動けなくなったという事で一人暮らしではあるんですけど親戚の方、近くに

色々おられましてお世話されていまして、動けなくなっているのを発見されて当院救急外来を受診されました。この時に最初受けられたのは外科の先生でしたけれども、診断を軽くしますと温痛覚が0～1/10とほとんど感じないような状況でして、ほぼほぼアルコール性ニューロパチーはあるだろうと、それによる活動低下があって、あと貧血が著明にありましてここは精査の結果アルコール性の貧血、大球性の貧血で間違いのないだろうという

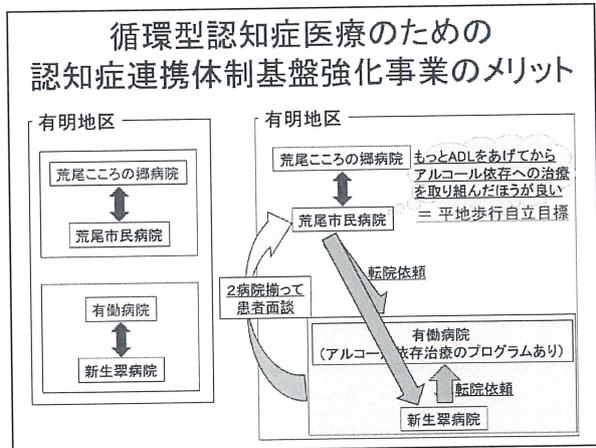
ところで診断に至りました。経過ですけれども、まず外科で入院の上、貧血に対する消化管の精査が行われました。異常はありません。リハビリテーション目的に当科転科となりました。外科に入院当初ですけれども、夜間せん妄が非常に激しくて、この時点では僕はアルコール離脱せん妄だろうというふうな判断でジアゼパム導入を外科の先生に進言いたしました。その後2週間くらい経ちましてもなかなか夜間全裸になってベッドのそばで放尿するというような不穏が続きまして、トラゾドン半錠入れましたら、翌々日位からそういう不穏もなくなって著明に改善したりしまして、その後は落ち着いてリハビリテーションを行えました。ADL上昇後に精神科病院でのアルコール依存に対する加療を検討していたという状況です。

今回この事業があったおかげでと思っておりますけれども、先ほどありました通り我々有明地区におきましては荒尾市民病院と荒尾こころの郷病院、それと新生翠病院、和水町立病院と有働病院との間で、この事業が行われているという状況でしたが、アルコール依存治療のプログラムを持っているのはこの有働病院さんの方でして、僕の思いとするとここに転院依頼を出したいわけです。しかしながら、もうちょっとADLをあげてからアルコール

依存への治療に取り組んだ方がよいだろうと、これは精神科の性質としてなかなかリハビリが進まないということもわかっておりましたので、まずは平地歩行の自立を目標というところに掲げまして、リハビリを続けました。ただやっぱりちょっと時間がかかりそうということで、この転院依頼を新生翠病院にまずお願いしたわけです。そうしますとここからすぐに有働病院さんの方に、こういう予定の方がいるんですけど、という事でまだ患者さんが移る前、僕らのところにいる時点で転院依頼というのを有働病院さんの方に出されまして、そして何が起こったかと言いますと、この2病院のソーシャルワーカー、精神保健福祉士揃って病院の方に患者面談に来ていただいて、その後速やかに新生翠病院への転院が進み、つい先日ですけれども有働病院さんの方にアルコール依存の治療目的で転院になったという報告が参りました。以前であれば、この後からどうなるのかというのが新生翠病院さんも不安ですし、僕らも思い通りにいかないという不安

循環型認知症医療のための 認知症連携体制基盤強化事業のメリット

症例: 60歳、男性
 主訴: 体動困難
 現病歴: 一人暮らし、以前より、アルコール依存に対してかかりつけ医より加療の必要性の説明を受けていたが、本人が拒否していた。前日から、動けなくなったため、当院救急外来を受診した。
 診断名: アルコール性ニューロパチーによる活動量低下
 アルコール性貧血疑い → 後から確定診断
 経過: 外科で入院の上、貧血に対する消化管の精査を行い、異常なく、リハビリテーション目的に当科転科となった。入院当初は、夜間せん妄が激しく、ジアゼパム導入に引き続き、トラゾドン開始し、改善した。その後、リハビリテーション継続し、ADL上昇後に、精神科病院でのアルコール依存に対する加療を検討した。



がある中で、このような良い連携が圏域の中でできたというのは非常に良かったなと感じています。

次に認知症のリエゾン合同回診、今当院の宮崎の方から話がありましたけれども、個人的にメリットと感じたところをいくつか挙げさせてもらいますと、BPSDに対する内服のアドバイスを石川先生から直接僕ら得られるというところがあります。おおまかな内服の味付けといいますか使い方、そこら辺りは当然わかっているところもあるんですが、やはり細かいことになってくるとどうしても専門医の先生のアドバイスを聞きたいというところ

がありまして、これ非常に回診に來られていない時でも直接聞いたりするくらいさせてもらっていて非常に有難いと感じています。またこれは病院全体に対してですけれども、他院の専門医、石川先生と一緒にそして宗さん含めてぞろぞろと、結構大勢で病棟に押しかけますので、認知症回診が非常に雰囲気があるわけですね。数人で細々と回ってるというわけじゃなくて、大勢で回っていくとなんとなくこう、格が上がるような印象が僕の中ではあって、病棟看護師が一つ一つの言葉をよく真剣に聞いてくれていると、そういうところはあるんだろうと思っています。今と繋がりますけれども大勢で回ることがきっとまあ何かのアピールに繋がっていることはあるんだろうと感じてはいます。

認知症リエゾン合同回診によるメリット

- ・ BPSDに対する内服のアドバイスを得られる。
- ・ 他院の専門医と一緒にあり、認知症回診の雰囲気の方が上がる印象がある。
→ 病棟看護師の真剣さにつながる。
- ・ 大勢で回ることがアピールにつながっている。

個人的な部分ですけれども意識の改革というところで、まず精神科の病院あるいは病棟そういったものの理解に繋がったというところはあります。最も感じたところは一般病院、我々の病院よりもより厳密な基準と観察のもとで身体抑制を行っているんだという事に気付いたことは僕の中で何よりの発見でして、精神科病院におきましては過剰な身体抑制を防止する仕組みを有していらっしゃると。当院の事を考えてみますと転倒防止のための身体抑制が圧倒的に多い印象でして、これは来年度、身体抑制の実態調査というところで少し考え

ておりますけれども、この転倒防止の身体抑制というところ、非常に疑問もあるわけです。最終的にはこれが身体抑制による患者さんの精神的な苦痛と、転倒に対するリスクの評価、僕ら的に転倒のリスク評価表というものもありますけれども、その程度がどれくらいか、その程度が軽くてもやっぱり転倒する可能性があるとなると、抑制してしまうという非常に悪い一面がありまして、こういうところというのが今最大の課題になるのではなかろうかというふうに感じています。

認知症リエゾン回診による個人的な改革意識

- ・ 精神科の理解につながった。
→ 一般病院よりもより厳密な基準と観察のもと、身体抑制を行っている。
→ 過剰な身体抑制を防止する仕組みを有している。

↓ 当院のことを考えるきっかけ

- ・ 転倒防止のための身体抑制が圧倒的に多い(印象)。
→ 来年度の調査(身体抑制の実態調査)



来年度以降の課題ですけれども、認知症リエゾン合同回診を継続していきたいんですが、その方法を模索しなくてはならないと。回診の形態あるいは費用面での模索が必要です。適切な患者に対する適切な身体抑制の検討、これは前のスライドで述べました通り身体抑制の実態把握からまず行っていこうと思っています。次にせん妄に対する適切な判断と介入方法の模索と、これは先ほど宮崎の方から話がありましたが、病院全体での共通し

た対応、マニュアルなどを作成してこれを実際に実行していくというところに移っていこうと考えています。ただ、認知症ケア回診でもリエゾン回診でもそれぞれの診療科あるいはドクターそれぞれ、プライドが高いドクターもいっぱいいますので、そういった思惑というか非常に高い障壁があります。BPSDに困っている、病棟の看護師は困っているんだけど、夜僕らはいないわけですから、医者にとっては痛くも痒くもないとそういうふうに感じているドクターがいるもの事実です。そういったところも少しずつ取り除きながら、院内連携を進めつつ病棟や病院全体での共通化へ、こういったところが障害になっているところもありますので、少しずつそういった思いを溶かしながらやっていければと感じています。僕の発表は以上になります。

当院における来年度以降の課題

- ・ 認知症リエゾン合同回診継続の方法の模索
→ 回診の形態や費用面での模索
- ・ 適切な患者に対する適切な身体抑制の検討
→ まずは身体抑制の実態把握から実行
- ・ せん妄に対する適切な判断と介入方法の模索
→ 病院全体での共通した対応やマニュアルなどの作成
- ・ 認知症ケア回診でもリエゾン回診でも、それぞれの診療科や医師の思惑といった障壁
→ 院内連携が難渋、病院全体での共通化へ障害

【石川座長】大嶋先生ありがとうございました。先生の方からはケースを通しながら荒尾地区、有明圏域で新たな連携の動きが出てきたというご紹介をいただいて、いくつか病院の中での色々な課題に対して挙げていただきました。ありがとうございます。それではですね、こちらの方からはこの時間、あと残りの時間ですね、色々な討論といいますか皆さんと一緒に情報共有あるいは課題について色々考えていきたいなと思うんですけれども、まずはじめにですね、皆さん方から各パネリストの先生方に質問とか確認したいこととかコメントとかございましたらお受けしたいと思うんですがどなたかありましたら挙手をお願い致します。

【宮本氏】熊本精神科協会の副会長の宮本と申します。大変パネリストの先生方ありがとうございました。今の精神科のチームがですね一般科の病院に出張っていくということですね、そこが色々な意味でドクターも患者さんも看護師の方も非常に心強く感じて、またその患者さんの治療効果も上がるということで非常にそれは重要なことだと思います。その前の各病院の連携の発表の中でも、お互いに交流があってお互いの病院に出ていくという報告が色々ございました。これは今日パネリストの方というよりか、ここにいらっしゃる事務の事務長さんとかいらっしゃってるわけですがけれども、往診という形ですと病院の側は減算しないといけないわけですね。それで多分皆さんボランティアと言いますか持ち出しでやってるわけですね。だからその費用をどちらが出しているか、それはそれぞれでしょうけれども、その辺がやっぱり病院側としてですね、これは僕もあるところで似たようなことをやったことあるんですけれども、やはりそれは病院側が持ち出していると、私が相手の病院さんに行っても処方とかはしない、診療行為はしないよ

うにして、そこはお願いするという形で病院の側からですね、そういう出張っていった費用を負担はしてもらってるわけですから、だからその負担も大分前に一度調査したことがあるんですね。そういうことやってる精神科の先生、結構いらっしゃったからですね、結構様々でしたね。それで病院側に精神科の医者がどこも来て欲しいという意見はたくさんございまして、じゃあどのくらい出せるかということも調査して、これもかなりバラつきがありました。それで質問なんですけれども、事務長さん方そこら辺も聞いてみたいところなんですけれども、宮崎さんの方ですね、ここで確か出てこなかったかもしれませんが、一番大きいのは看護師の負担軽減だろうと思うんですよね。その辺りをなかなか石川先生にも一度お聞きしたかもしれないんですけど、その負担軽減を評価する評価スケールが、何だったっけ？何とかっていうのがありますよね？評価表が。あれを使ってもなかなか上手くだせないの、そういう負担軽減がどういうふうに、他の病院さんも同じだろうと思うんですけどね、認知症の患者さんを看護する側の負担軽減はかなりのものだろうと思うんですよね。そこは何かもし評価表とかあれば教えて欲しいのですけれども、使っていらっしゃらなければ実感としてですね、その声をちょっとお聞かせいただければと思います。

【石川座長】ありがとうございます。宮崎さんそれでは。

【宮崎氏】ご質問有難うございます。介護負担の評価尺度とかだとあるんですけど、実際看護師の評価という、私もどうしたらいいかわかりません。このリエゾン始めて病棟スタッフにリエゾンの介入が終わる時点でアンケート調査という形で評価を試みようかなと思うんですが、実際その評価尺度に何を使ったらいいかというのは私もちょっと分からないんですが。

【石川座長】宗さん方から何か。

【宗氏】評価の件ですか？そこはちょっと私も分からないんですけど。

【石川座長】スタッフの負担感に関しては何？

【宗氏】スタッフの負担感…。宮崎さんとも色々お話ししたんですけど、どこらへんで評価するのがいいかというところで、やっぱりあの、生の声を聞きたいというのが私たちもあって、せっかく回っているんだから、皆さんに役に立ってるんだろうかと、そういうところをちょっと聞きたいというのがあって、今宮崎さんも言われたように最終的には病棟のスタッフの方達、看護職員の方達にアンケートを取っていただいてそれを集計しようかなというところで今お話ししてるんですけど、まだその程度です。

【石川座長】ありがとうございます。私の方から少し補足なんですけれども、今先生が仰ったようにですね、やっぱり現場スタッフの労働負担感の軽減に役立っているんじゃないのかなと考えています。あたりとしては考えているんですが、きちんとした評価尺度は何か使いたいねという話はこの1年くらいずっと話しているんですけど、うまく評価尺度が探し当てられてはい

ないんです。一つ考えているのは産業衛生とか労働衛生の方のメンタル評価のようなものが何か使えないかなというのもちよっと考えているところでした、私達このリエゾン回診をする前後でそういう労働衛生上の負担感、看護職、医療職ですね、何か数値化できるものがあればなというふうには考えております。今のところは宮崎さんにかなりアンケート調査とかしていただいて、考えてらっしゃるのでいわゆる看護研究という形で何かまとめられないかな、というのは少し議論しているところです。それからその前のもう一つの質問ですね、費用面での負担の話なんですけれども、いくつかの病院さんでやり取りされてる報告が先ほどありましたけれども、実際どのようにされているのかちよっとお聞きしてみまじょうか。悠心病院さんとか出入りされてるみたいですが。

【宮内氏】悠心病院の院長の宮内です。依頼があつて時々ですが行つてますが、どうしてますかね？

【石川座長】ボランティア？

【宮内氏】いや、おそらく行つて初診とか取つてる場合と、1回行くといくらかいただくみたいなパターンとあるのかな？

【石川座長】ケースバイケース？

【宮内氏】はい、この1年で行かせてもらつているのは成仁病院さんとか帯山中央病院とかに行つてはいるので、すみません、院長なのにそこは把握していません。ケースバイケースだと思います。おそらく事務長の方で先に話したりしているんだと思います。病院同士の場合はですね。施設にはバンバン行くんですけど。

【石川座長】先ほどご報告の中に、あおば病院さんでしたか非常勤契約を結んでと仰つていましたが参考までにひと言コメントいただきたいんですが。あおば病院さん宇城総合病院さんでしたかね。

【石井氏】宇城総合病院の石井と申します。宜しくお願ひ致します。一旦この事業の中で当院の方に精神科の先生がいらしやらなかったの、合同会議の中で精神科の先生にそういうお気持ちはどうなのかなと、回診というか、そういうのはどうなのかなということで、お話をさせてもらったならば、実はその先生が地域に出て色々な患者さんを診ていきたいというお話をいただきましたので、この事業の中の予算ではどうにもならないような状況でもあるので、まず先生と直接お話をして、あおば病院さんの方にまずご迷惑を掛けない形はどうなのかと。先ほどちよっとお話にも出ましたが、こちらの方に来ていただくことによつてのデメリットの中で業務の部分かやはり負荷にならないのかという状況もあったので、その先生との話の中で休みの日を使つて来てもいいということで、非常勤契約という形で契約をさせてもらいました。その中で時間ですね、非常勤なので来て頂く月2回の水曜日の朝から来てもらつて、回診をしてもらつと、なので

休みの日に来てもらうという形なのでその部分は実際問題は負荷があったみたいなんですけれども、こちらとしてはどうにかお願いできたのかなというのと、回診に来てもらった時の負担軽減については、当院についてはやはり看護師が今まで早急に認知症のBPSDに伴う症状だったり、せん妄で早期に転院がなかなかできてない状況があって、その期間の中をそれこそ短くできれば負担の部分は軽減できるんじゃないかということがありました。実際やってみて先生同士の繋がりの中で日数が軽減できたと、これが大きなメリットだったのかなと思いました。あと薬剤に関しては当院の主治医の方が処方する形で電子カルテ上に記載をしてもらって、お手紙的な感じでですね指示を出してもらって、その先生がその内容を確認後処方をするので、なので回診時には薬剤師も同席して相談員、看護師、時々脳神経外科の先生も回ることによって連携がより密にいったのかなと思っています。よろしいでしょうか。

【石川座長】ありがとうございます。あおば病院さんと宇城総合病院さんも荒尾市民病院さんと似たような感じで回診しながらという形でされているという事なんですけれども精神科に関しては休みの日に出てきているのでかなりボランティアチックな感じでのご協力をいただいているという格好かなと思いました。実際ですね精神科医も非常に不足しているという話がありまして、特に総合病院での精神科医が非常に少ないというのが熊本県の特徴的なところでもあります。今お話しいただいたように精神科に対して負担増という部分も、リエゾンの仕事自体が精神科に対してはかなり負担になるというところも実際のところありますので何らかその辺うまくこう、契約だったりとかインセンティブだったりとかバランスが取ればな、と思うところです。これから大きな課題の一つだろうと思います。ちなみにですね、私達の費用負担に関してはあくまでも認知症疾患医療センターの役割という形の中で行ってるという形にしておりまして、認知症疾患医療センターとして私は水曜日毎週外勤に行ってますので、その水曜日の内のその半分をそちらの方に振り替えているような格好にしています。ですので荒尾市民病院さんからの手出しはない状況ですし、これはあくまでも事業という形なので、事業費が疾患センターにおいてますので、そこで荒尾こころの郷病院さんも腹切らなくて済むという、間接的に事業費をいただいているような格好でどちらの方にも話がうまくなるようにはしています。それともう一つちょっと突っ込んだ話をすると、私が大学職員ということもあるので、どうしても医局との関係というのが絡んでくるんですが、こちら医局、教授の方にも話をしまして、あくまでも医局として市民病院に出している形にはなっていないんですね。あくまでも荒尾こころの郷病院の疾患センターの仕事という形に話をまとめていますので、いわゆる八方良しのような形に話をまとめております。これが最後大嶋先生から話がありましたように、皆さん方も非常に気にしていらっしゃると思うんですが、事業が今年度で一応終了という形になるので、来年度以降どんな形でできるのかなと、今のこの八方良しの形はちょっと難しくなってくるのかなというので、ちょっと相談をしているところです。おそらくそれぞれの病院さんチームの中でもですね、せっかくな交流もできたしお互いに顔の見える関係、さらに言うと本当に良い仲間、お友達同士になられたと思うので、来年度以降もしたいというお声が非常にたくさん先程のご報告の中にもありましたので、その辺どうした形でしていくのかというのが新たな課題として出ているんだろうという風に思います。他に何か質問とかある方いらっしゃいますか？特にないですか？じゃあちょっと話題を変えまして、最後大嶋先生の方からチームを越えた連携という話でケースをお出しいただきましたけれども、

有明圏域での総合病院と精神病院というのもですね、総合病院が市民病院、公立玉名、玉名医療センター、3つですかね。あと和水町立。それから精神病院が4つあります。玉名病院と荒尾こころの郷、荒尾有働病院と城ヶ崎病院という形で有明圏域も八代のような形でですね、総合病院と精神病院が数個ずつあるというスタイルなので、何かこう圏域全体でお互いに交流できないのかな、と模索していたところが既に八代圏域では7病院が連携しながらということでされていますので、もう少し八代圏域のお話を色々聞いていきたいんですけども、そこそこの大きな中堅の総合病院と、そこそこの中堅の精神病院がこれだけ複数一緒になるというのは相当大変じゃないのかなと思うんですけども、何かその辺うまくいったコツといいますか、その辺りを少し紹介していただけるようでしたらお話しいただきたいんですけども。どなたかお話しいただける先生は。本田先生、少し紹介をお願いします。

【本田氏】平成病院の本田です。八代はですね4つの精神科の病院がもともとみんな仲が良く、すごくまとまりがある病院で、八代の精神科医会という、そういう会まで作られているような状況で、その中でリエゾンに関しては僕は労災の方にはずっともう20年以上週に1回行ってまして、今ちょっと辞めましたけど、そういうリエゾンも入ってる。宮本先生も総合病院とかにも行ってましたので、精神科医が昔から総合病院、一般科の病院にどんどんどんどん入っていった、すごく交流は深い状況でした。だから今回の事業があった時もすんなりまとまっていたのかなという感じです。さらに総合病院の中のリエゾンだけじゃなくて、やっぱり宗さんも言うておられたように地域に出ていけるような形にしていけないといけないんじゃないかなと思うのと、急性期の病院と療養の病院、身体科のですね回復期の病院とか色々あると思うんですけど、そこもうまく連携をされてたと大嶋先生が言われてましたけど、そういうのもすごく大切なかなと思いました。あともうひとつ、今回の事業は入院の認知症の患者さんの行き来というイメージが凄く強いんですけど、外来の人ですね、認知症の人外来の人いっぱいいると思うんですけど、精神科の外来の通院している認知症の人がちょっと肺炎を起こしたとって病院に入院する、その辺のフォローとかケアですね、そこも何か考えていく必要があるのかなと感じました。以上です。

【石川座長】ありがとうございます。八代圏域は私もよく知っている圏域ではあるんですけども、本当に仲良く精神病院のみなさん方もそうですし、総合病院の先生方も非常にお互い仲良くされている地盤と言いますか土壌があったというお話だったと思います。有明圏域はそこまでちょっとまだ、お互いに仲良くなりきれいなところもあるんですか？大嶋先生ひとこと。

【大嶋氏】八代は医師会はひとつですか、ふたつですか？ふたつあるんですね。僕らのところも荒尾市医師会と玉名郡市医師会、ここらあたりのどうしても障壁というか、荒尾の中は今結構僕ら総合病院と医師会の先生たちと仲良くできてるんですけども、なんかそこらあたりのちょっと壁があると。そういう中で僕ら脳神経内科としてひとつは脳卒中の急性期をやっているのはその圏域の中でも僕らだけなので、そういう中で認知症も含めた橋渡しとかそういうのが少しでも玉名郡市医師会の方にかけて働きかけができればもっとこういう事業の発展にも繋がっていくのかなと感じているところです。

【宮本氏】 ちょっと八代市の追加をしていいですか。先ほど僕も総合病院に行っていると言ってくれましたけど、八代病院の藤井先生は北部病院に月2回行ってらっしゃるということです。それと今医師会のお話ができましたけれども本田先生は八代医師会の理事ですね、非常に一般科の先生とも顔見知りで総合病院と労災病院の院長先生方も医師会の理事になっていらっしゃるんで、そういう下地もありますし、また認知症に関しましては、前の坂本先生の時から認知症研究会というのを地域の包括の方とかもサポート医の先生とやってらっしゃって、下地は十分に出来ていたというところがございます。あと今回の事業をとおしてですね、北部医療センターと熊本総合病院と熊本労災病院にサポート医の先生を配置していただきました。それもかなり意識が高まったかなというふうに思っていますし、今後またこの事業を発展するにサポート医の先生をどんどん活用するという手がかりも今回の事業でちょっとできたかなと思っております。

【石川座長】 ありがとうございます。非常に重要な点をご指摘頂きました。もちろん精神病院それから総合病院との連携という循環型事業という形ではやっているんですが、やはりそのもう一つ背景にはお互いを知る相互理解という事も必要ですし、各ゾーンの医師会の先生方のご協力、それから行政のご協力というもの本当に不可欠でして、この点、重要な点を指摘されたんだろうと思います。荒尾圏域や有明圏域も、八代圏域もやはりそういった方々のご理解とご協力あってこそだろうと思いますし、もちろんそれ以外の圏域もですね、非常に今回の事業で精神科がどんなものかとか、あるいは精神科の方からすると総合病院は色んなやっぱり制約の中で働いてるんだな、というところもおわかりになったと思います。この事業をきっかけに、さらにそれぞれの圏域、病院さん方が、相互理解を深めつつ、地域包括ケアシステム構築のためにご理解・ご協力をいただければな、と思います。ちょうどお時間になりましたので、このあたりでシンポジウムを終わりにさせていただきます。みなさんご協力ありがとうございました。

4 連携課題解決への取り組みに対する聞き取り調査

1) 調査の趣旨・目的

身体疾患を合併する認知症高齢者に対応する一般科病院と精神科病院から報告された、連携課題に対する取り組み状況について調査を行い、「連携課題の改善策」を共有し、「連携課題に対する取り組みの阻害因子」を検討することを目的とした。

2) 調査概要

①調査対象

事業に参加する精神科病院 17 病院
一般科病院 21 病院 計 38 病院

②調査の内容と方法

連携課題として報告された 10 項目の調査項目に基づき、連携課題に対する取り組みの詳細について聞き取りを行う。また、調査は調整の上、可能な限り連携する一般科病院と精神科病院が同席のもと聞き取りを行った。

《調査項目》

- 設問 1：多職種連携について
- 設問 2：病院間の相互理解について
- 設問 3：薬品保有について
- 設問 4：退院支援について
- 設問 5：診療支援におけるタイムリーな対応について
- 設問 6：環境変化に伴うリスクについて
- 設問 7：休日・夜間等の緊急対応について
- 設問 8：介護分野への働きかけについて
- 設問 9：家族調整について
- 設問 10：情報共有について

③回答状況

- 回答病院 37 病院/38 病院 (97.4%)
- 精神科病院 17 病院/17 病院 (100%)
 - 一般科病院 20 病院/21 病院 (95.2%)

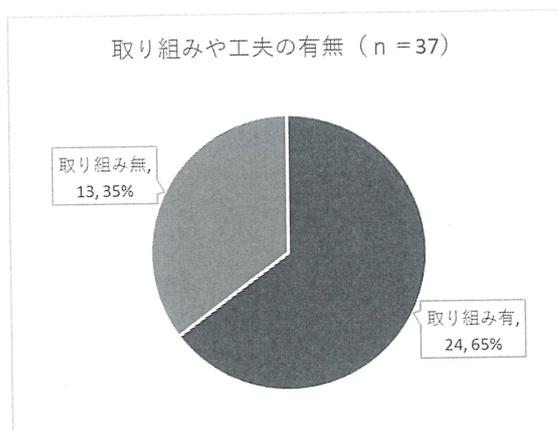
3) 調査結果

設問1 多職種連携について

多職種連携におけるポイント

- ◆ 院内ではカンファレンスや各種会議、委員会などを通じて多職種連携が図られている
- ◆ 連携担当者による連携の促進
- ◆ 院外では認知症疾患医療センターの活動や地域の在宅医会の活動を通じて多職種連携が図られている
- ◆ 地域では医師会や行政の、院内では医師による理解とリーダーシップにより多職種が連携する体制が構築されやすい
- ◆ 院内での連携は図られているが、院外での連携において連携担当者以外の職種の連携が課題

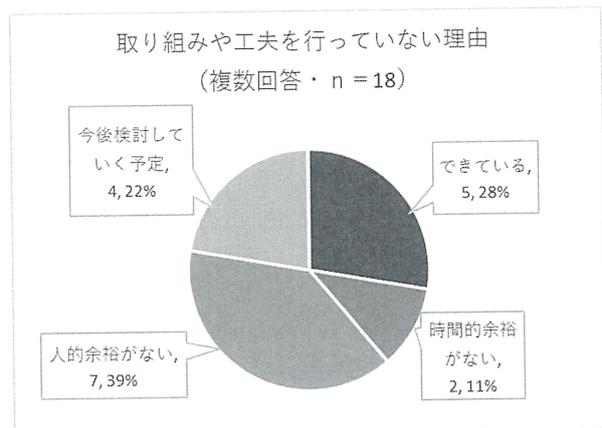
| 取り組みや工夫の有無 (n=37) | |
|----------------------|----|
| 取り組み有 | 24 |
| 取り組み無 | 13 |



| 多職種連携のための取り組みや工夫の例 | |
|--------------------|---|
| 1 | <精神科病院> 院内で定期(週に1回)に入退院調整のための会議を開催。医師、看護師(看護部長、病棟師長)、事務長、栄養士、病棟 PSW、地域連携室 PSW の多職種が集まり検討を行う。その他、入院依頼があった場合は随時、関係する多職種で入院受け入れについての会議を開催するなど、日頃から院内多職種で入退院について検討する体制をとっている。 |
| 2 | <精神科病院> 連携担当者は院外に出ることができることが強み。外に出て色々な方と繋がって、連携の中心となるような方をみつけてそこから更に連携を拡げていくような活動をしている。 |
| 3 | <精神科病院> 認知症疾患医療センターや認知症初期集中支援チームを受託しており、それらの活動も含めて連携担当者が他院や介護施設、地域包括支援センターなどに出向いていく機会が多く、多職種との連携を図っている。 |
| 4 | <精神科病院> 地域医師会の下部組織である地域の在宅医会で多職種、地域住民と共に研修、事例紹介、グループワークなどで情報共有、顔の見える連携を行っている。年に5 |

| | |
|---|---|
| | 回、多職種連携のための定例ミーティングを開催し、グループディスカッション、顔の見える関係作り、意見交換を行っている。偶数月は圏域内の各町でミニ講座、ケース報告を実施している。これらの活動は医師会と行政のリーダーシップによるところが大きく、活動を通して医師と多職種とのコミュニケーションが促進されている。今後の展望としては、圏域が地理的に広く、一堂に会することが難しいため web 介護の導入や、介護事業所ネットワークの構築、医療・福祉関係者だけではなく異業種交流会の開催などを検討している。 |
| 5 | <一般科病院>多職種が連携しやすい要因として、両病院の院長先生の取り組みに対する理解とリーダーシップによるところが大きく、病院間連携会議にも医師が積極的に参加している。この事業を通して顔の見える関係が促進されたと感じている。 |
| 6 | <一般科病院>院内に看護師、リハビリ職員、介護支援専門員、社会福祉士などの多職種が参加する「認知症専門委員会」を設置。定期（2カ月に1回）に委員会を開催し、多職種で認知症患者への対応について検討している。 |
| 7 | <一般科病院>院内では、医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、リハ職員が参加する認知症ケア回診を週に1回実施し、多職種による連携を図っている。 |

| 取り組みや工夫を行っていない理由 (複数回答・n=18) | |
|---------------------------------|---|
| 多職種連携はできている | 5 |
| 多職種連携の必要性を感じない | 0 |
| 取り組みのための時間的余裕がない | 2 |
| 取り組みのための人的余裕がない | 7 |
| 費用面の問題 | 0 |
| 今後検討していく予定 | 4 |
| その他 | 0 |



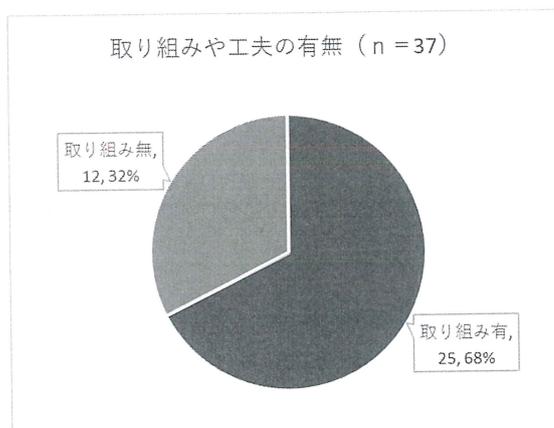
| 多職種連携における課題の例 | |
|---------------|--|
| 1 | <精神科病院>連携先一般科病院と職種ごとの連絡会議は定例で行っている。しかし、職員数も配置基準ぎりぎりであり、連携担当者以外が院外に出ることは難しく、対外的な活動として多職種が集まることは人的にも時間的にも難しく、課題として残る。だからこそ、院内における職種間の情報共有や意見交換は密に行っており、院内の多職種連携は図れている。 |
| 2 | <一般科病院>院内ではカンファレンス等を通して多職種連携を図っているが、対外的にはソーシャルワーカーが中心となる。ソーシャルワーカーだけでは病棟看護師の視点や情報などを十分伝えることができず、聞かれてわからなかったことを看護師に確認して回答するなど時間のロスも発生する。 |

設問2 病院間の相互理解について

病院間の相互理解におけるポイント

- ◆ 多くの病院が精神科病院と一般科病院が病院間の相互理解の必要性を感じ、連携した取り組みや工夫を行っている
- ◆ 連携担当者同士の密な情報交換による相互理解の促進が図られている
- ◆ 取り組みや工夫の内容としては、両病院の見学や診療体制における情報交換の他に、リエゾン回診や、連携先病院に設置されている委員会等（認知症専門委員会、オレンジチーム等）に参加しての専門的アドバイスや知識の共有が行われている

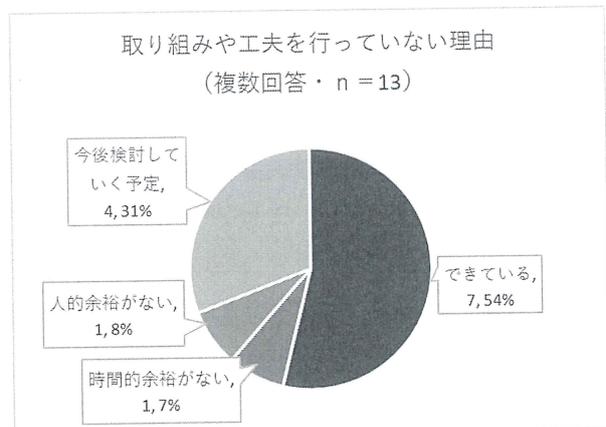
| 取り組みや工夫の有無 (n = 37) | |
|------------------------|----|
| 取り組み有 | 25 |
| 取り組み無 | 12 |



| 病院間の相互理解のための取り組みや工夫の例 | |
|-----------------------|--|
| 1 | <精神科病院> 地域連携室同士の密な情報交換：両病院間で転院等の相談が必要となる事例が発生した時だけでなく、日頃より機会があるごとに連携先病院の地域連携室を訪問するなど顔を合わせ、転院した患者のその後の経過や、お互いのベッドの空き状況などについて情報交換することで、連携担当者により病院間の相互理解を図っている。 |
| 2 | <精神科病院> 認知症専門委員会の活用：一般科病院が設置している「認知症専門委員会」へ精神科病院の精神保健福祉士が参加。事例検討などを通して連携室以外の看護師、リハ職員、介護支援専門員等も含めた多職種で、一般科病院・精神科病院それぞれの病院機能や、システム、治療方針などについて病院間の相互理解を図る機会となっている。 |
| 3 | <精神科病院> 2019年4月より一般科病院での認知症ケア回診時に、精神科の医師・PSWが参加するリエゾン回診（月2～3回）を開始した。事前カンファレンスを行うことで、回診が共有され内容が深まった。また、精神科病院としては、一般科病院の病棟を訪問し、様々な意見を交換したり、一般科病院病棟の状況や職員の動きを実際に見ることで、通常の連携ではわからない一般科病院の内情について理解することができている。 |
| 4 | <精神科病院> 病院間連携会議、または地域連携会議の中で、お互いの病院、連携病院の在院日数や相談から受入までの流れや期間について把握し合う機会があった。また、この事業開始時の症例検討を通して、顔を合わせて意見交換を行った。 |

| | |
|---|--|
| 5 | <一般科病院>両病院共同での研修会を開催。それぞれの診療科の相互理解を図れるよう、お互いに得意とする分野で研修テーマを設けることとしている。 |
| 6 | <一般科病院>一般科病院のオレンジチームの会議に精神科病院からスタッフ（看護師、精神保健福祉士）が参加する取り組みを開始している（医師の参加が難しいことは課題として残る）。実際に精神科病院の看護師に、認知症者への対応についてアドバイスを受けたことで、一般科病院看護師の認知症者への視点や対応が大きく変わったと感じている。一般科病院ではこの活動を通じて、院内での会議やカンファレンス等で精神科病院の状況を伝達することで、院内への理解を促すようにしている。 |
| 7 | <一般科病院>事業参加にあたりそれぞれの病院の見学を実施した。一般科病院では精神科病院の閉鎖病棟や急性期病棟を見学する事ができ、それぞれの病院の治療環境、診療報酬や退院調整について情報交換をし、相互理解を図ることができた。 |

| 取り組みや工夫を行っていない理由 (複数回答・n=13) | |
|---------------------------------|---|
| 病院間の相互理解はできている | 7 |
| 病院間の相互理解の必要性を感じない | 0 |
| 取り組みのための時間的余裕がない | 1 |
| 取り組みのための人的余裕がない | 1 |
| 費用面の問題 | 0 |
| 今後検討していく予定 | 4 |
| その他 | 0 |

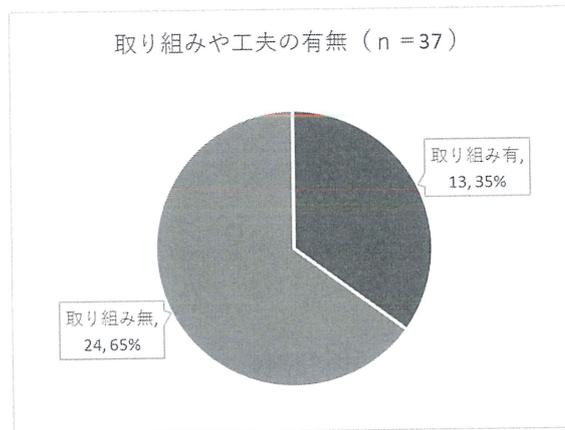


設問3 薬品保有について

薬品保有におけるポイント

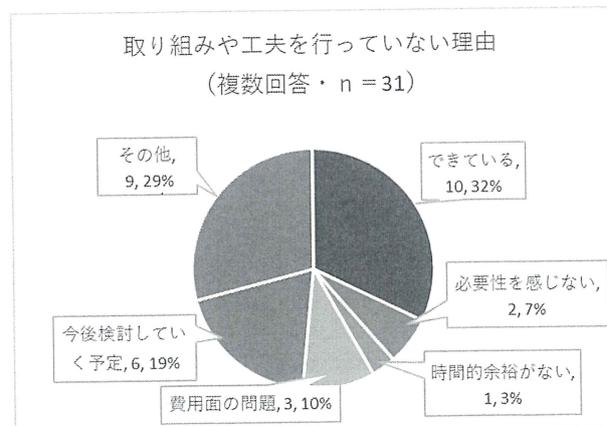
- ◆ 薬品の保有に関しては、精神科病院と一般科病院では取り扱う薬品が全く異なり、それぞれの薬を取り扱う上では診療報酬上の問題、取り扱いや保管の問題、残薬の問題など様々な問題を含んでいるため、他科受診や転院で対応されることが多い
- ◆ 連携が進むことにより連携先病院より処方される薬が把握でき、院内採用に繋がっている
- ◆ 院内採用薬の情報を共有することで、可能なものに関しては転院先の院内採用薬で対応できるような工夫が行われている

| 取り組みや工夫の有無 (n = 37) | |
|------------------------|----|
| 取り組み有 | 13 |
| 取り組み無 | 24 |



| 薬品保有のための取り組みや工夫の例 | |
|-------------------|--|
| 1 | <精神科病院> 今後、両病院間の連携が進み、処方される頻度が高い薬などがわかるようになれば、保有しておいた方がよい薬の目途がたつようになると考えられる。 |
| 2 | <一般科病院> 患者の帰結が分かればその病院での取り扱い薬を確認し、転院先の手持ちの薬で対応できるよう工夫している。 |

| 取り組みや工夫を行っていない理由 (複数回答・n = 31) | |
|--|----|
| 薬品保有はできている | 10 |
| 薬品保有の必要性を感じない | 2 |
| 取り組みのための時間的余裕がない | 1 |
| 取り組みのための人的余裕がない | 0 |
| 費用面の問題 | 3 |
| 今後検討していく予定 | 6 |
| その他 * かかりつけ医からの処方薬を持参していただく * 他科受診や転院で対応 | 9 |



薬品保有における課題の例

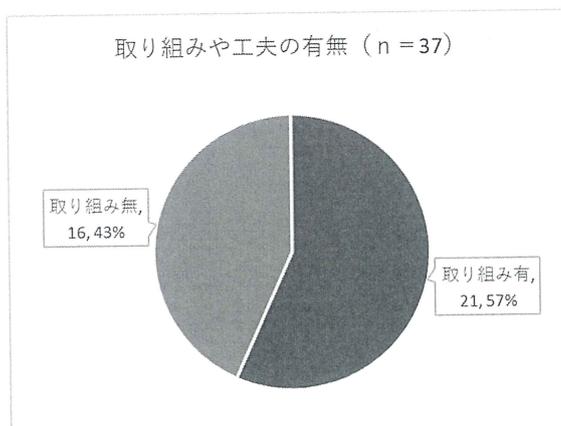
| | |
|---|--|
| 1 | <精神科病院>精神科病院の場合は包括診療のため、ジェネリックを使用するし、院内保管はしない。一般科病院と精神科病院では手持ちの薬が全く違う。 |
| 2 | <精神科病院・一般科病院>向精神薬は管理や処方に制限がある。一般科病院の薬剤課で取り扱うには保管できる場所、処方の頻度、先発品・後発品など様々な問題がある。向精神薬でなければ門前薬局の院外処方で購入できるが、向精神薬の場合はできない。そのため他科受診して処方してもらうことになる。 |
| 3 | <精神科病院・一般科病院>転院後、他科受診をしてもらう方法もあるが、包括病棟である場合は持ち出し分が増えるなど診療報酬上の課題もある。また、他科受診をすることで本人の負担がかかる。一般科の場合、精神科薬を取り寄せてもデッドストックになる可能性がある。 |

設問4 退院支援について

退院支援におけるポイント

- ◆ 多くの病院でご家族、介護支援専門員、介護事業所等と連携しながら退院支援が行われている
- ◆ 一般科病院では院内・院外の研修会等を活用して、認知症に対する理解と退院支援へのスキルを高める取り組みや、入院中に認知症の症状を見落とさず退院支援に繋げる取り組みが行われている
- ◆ 一般科病院と精神科病院で情報共有し、一緒に退院支援を行う取り組みも行われている

| 取り組みや工夫の有無 (n=37) | |
|----------------------|----|
| 取り組み有 | 21 |
| 取り組み無 | 16 |



退院支援のための取り組みや工夫の例

| | |
|---|---|
| 1 | <精神科病院>退院前にご家族、介護支援専門員ら関係者と退院後の生活について調整し、必要な場合は退院後の通院医療機関へ情報提供している。 |
| 2 | <一般科病院>入院しているすべての患者にソーシャルワーカーが介入し、多職種で早期から退院についてのカンファレンスを実施している。また、その場には家族、外部関係者（介護施設職員など）、可能であれば本人も参加をする。また院内の「認知症専門委員会」や、地域の医療・介護関係者で開催している「精神保健福祉交流会」などを活用し、認知症者の退院支援へのスキルを高める取り組みをしている。 |
| 3 | <一般科病院>認知症あるいは認知症が疑われる方は、入院中に精神科受診や回診をして、症状の軽減にあるいは認知症の症状を見落とさずに退院支援に繋がられるよう努めている。 |
| 4 | <一般科病院>連携室を通して精神科病院の外来受診を退院前に設定し、精神科からのアドバイスも含めて退院支援を行うケースがあった。 |
| 5 | <精神科病院・一般科病院>両病院間の患者については一方のみで退院支援を行うのではなく、情報共有しながらお互いのアドバイスのもと一緒に退院支援を実施するようにしている。 |

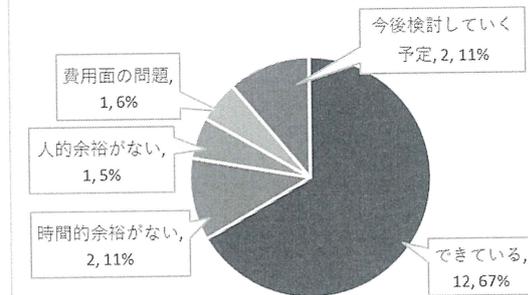
取り組みや工夫を行っていない理由

(複数回答・n=18)

| | |
|------------------|----|
| 退院支援はできている | 12 |
| 退院支援の必要性を感じない | 0 |
| 取り組みのための時間的余裕がない | 2 |
| 取り組みのための人的余裕がない | 1 |
| 費用面の問題 | 1 |
| 今後検討していく予定 | 2 |
| その他 | 0 |

取り組みや工夫を行っていない理由

(複数回答・n=18)

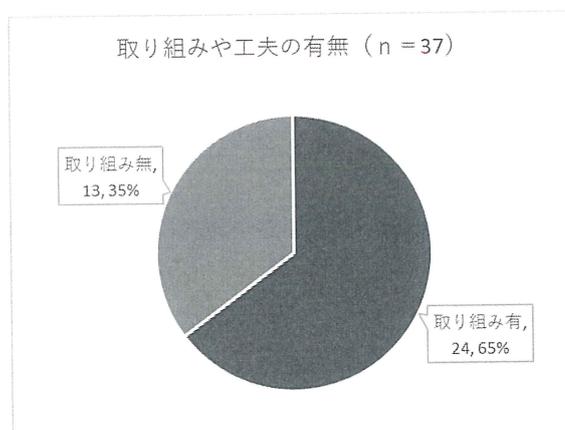


設問5 診療支援におけるタイムリーな対応について

診療支援におけるタイムリーな対応におけるポイント

- ◆ 精神科病院では診療が予約制であっても緊急性に応じて対応する取り組みや、自院だけでなく周辺を含んだ地域の精神科病院を紹介する取り組みを行っている
- ◆ 精神科病院の入院については病棟管理が難しく、相談があった場合どのような患者でも受け入れるというわけにはいかず、入院の判断に時間がかかるため、緊急の受入が難しい
- ◆ 一般科病院では、身体疾患の救急治療に対応できない場合も、連携先精神科病院と連携を図り、急性期治療終了後速やかに一般科病院で受け入れ、身体疾患の治療を充分に行った後、精神科病院へ繋ぐ取り組みを行っている
- ◆ 地域医師会のリーダーシップのもと医師間の関係づくりが進んでいる地域では、緊急時に精神科医と一般科医が電話等で気軽に相談できる関係性が構築されている

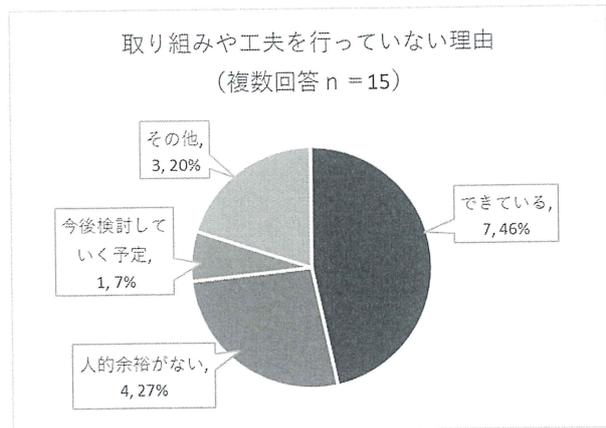
| 取り組みや工夫の有無 (n = 37) | |
|------------------------|----|
| 取り組み有 | 24 |
| 取り組み無 | 13 |



診療支援におけるタイムリーな対応のための取り組みや工夫の例

| | |
|---|--|
| 1 | <精神科病院> 自院で対応できない場合は必ずある。その際は、周辺の精神科病院へ対応を依頼する。そのため PSW 同士の連携が密に行われるよう、各種研修会や、地域で開催されている「精神保健福祉交流会」へ積極的に参加している。周辺に精神科病院が多く存在する地域であり、自院だけでなく地域でタイムリーな対応ができるよう工夫している。 |
| 2 | <精神科病院> 一般の予約枠の他に、緊急性に応じて受け入れられる即応初診枠を設け、緊急時に対応するための取り組みを行っている。 |
| 3 | <精神科病院・一般科病院> 精神科と一般科の医師が電話等で気軽に相談できる関係ができています。これはもともと、これまでの地域医師会の理解・協力・取り組みによるところが大きく、地域の中で医師会のリーダーシップのもと、関係づくりが進んでいる。 |
| 4 | <精神科病院・一般科病院> 両病院が転入院に対して迅速に対応すること、電話での相談が気軽にできることなどタイムリーに診療支援を行う体制をとっている。また一般科病院にとっては、認知症患者は内科疾患を繰り返すケースが多いが、内科的治療が終了した後、連携先精神科病院が必ず受け入れてくれることが絶対的な安心感につながっており、一般科病院としても安心して受け入れることができています。 |

| 取り組みや工夫を行っていない理由 (複数回答・n = 15) | |
|-----------------------------------|---|
| タイムリーな対応はできている | 7 |
| タイムリーな対応の必要性を感じない | 0 |
| 取り組みのための時間的余裕がない | 0 |
| 取り組みのための人的余裕がない | 4 |
| 費用面の問題 | 0 |
| 今後検討していく予定 | 1 |
| その他 * 緊急の相談がないため * 病棟管理のため | 3 |



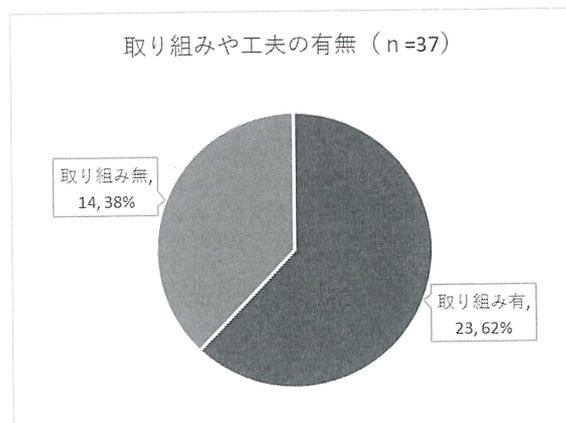
| 診療支援におけるタイムリーな対応における課題の例 | |
|--------------------------|--|
| 1 | <精神科病院>精神科病院は、BPSD やその他の精神症状が激しく、他の病院や施設では対応の難しい方が入院となることが多い。そのため病棟にはそのような患者が多く病棟管理が難しい。入院相談があっても、病棟管理の観点からどのような患者でも受け入れるというわけにはいかず、どうしても入院受け入れの判断に時間が掛かる。 |

設問6 環境変化に伴うリスクについて

環境変化に伴うリスクにおけるポイント

- ◆ 精神科病院、一般科病院共に本人・ご家族への十分な説明が行われている
- ◆ 精神科病院では一般の方に対して精神科の理解を促すための病棟見学や広報活動への取り組みが必要と考えられている
- ◆ 一般科病院では、情報の収集や共有に努め、環境調整や認知症ケアチームの介入による取り組みが行われている

| 取り組みや工夫の有無 (n = 37) | |
|------------------------|----|
| 取り組み有 | 23 |
| 取り組み無 | 14 |



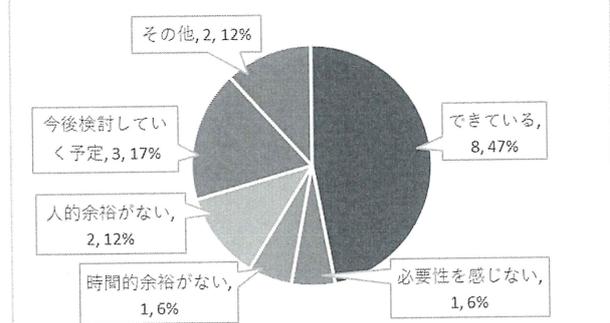
環境変化に伴うリスクに対応するための取り組みや工夫の例

| | |
|---|---|
| 1 | <精神科病院> ご家族には精神科病院における入院治療や退院までの流れ等について説明し、入院初期から退院後の生活について話し合う機会を設けている。ご家族の希望があれば、転入院前の病院見学も受け入れている。 |
| 2 | <精神科病院> 事前の会議で情報共有し、精神症状悪化時は早めに精神科病院にて受け入れをするように対策をとった。転院中に訪問や情報共有の場を設けることによりタイムリーに対応できるのではないかと考える。 |
| 3 | <一般科病院> 一般科病院で BPSD が悪化した場合など、認知症ケアチームで介入を行い、対応方法を病棟スタッフへ伝えたり、薬剤の調整等を行っている。 |
| 4 | <一般科病院> 医師による十分な説明を行う他、環境調整（センサーマットの設置、部屋の配置に対する配慮等）等の取り組みを行っている。 |
| 5 | <一般科病院> 一般科病院から精神科病院への転院の場合は、事前に一般科病院での療養環境におけるリスク（徘徊により階段からの転落する危険性など）や専門的治療の必要性などについて根気強く説明する。また、家族の理解が得られにくい場合は精神科から受診の勧め方についてアドバイスをもらいながら一緒に説明を行うこともある。 |

取り組みや工夫を行っていない理由
(複数回答・n=17)

| | |
|------------------|---|
| リスクに対応できている | 8 |
| リスクに対応する必要性を感じない | 1 |
| 取り組みのための時間的余裕がない | 1 |
| 取り組みのための人的余裕がない | 2 |
| 費用面の問題 | 0 |
| 今後検討していく予定 | 3 |
| その他 | 2 |
| * これまで転院の依頼がない | |

取り組みや工夫を行っていない理由
(複数回答・n=17)



環境変化に伴うリスクにおける課題の例

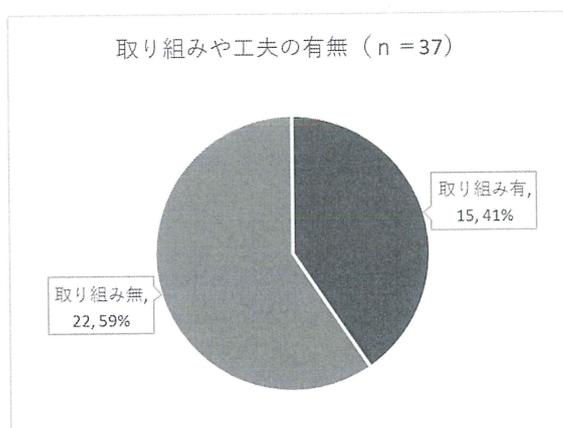
| | |
|---|--|
| 1 | <精神科病院> 精神科病院のため BPSD に対しては物理的にも人的にも対応可能。ただ、精神科病院が十分に理解されていない点は課題。今後は、一般の方向けに広報活動を行い、病院に足を運んでいただいて精神科について理解を得られるような取り組みを行っていきたい。 |
| 2 | <一般科病院> 「現状では BPSD 等で対応が難しい場合は、家族に付添いをお願いしている。今後検討が必要だと考えている。 |
| 3 | <一般科病院> 医師に相談し、医師の判断を仰いでいるが、自院でどこまで治療するか、どの段階で精神科に相談するか不透明で、職員間の共通認識には至っていない。 |

設問7 休日・夜間等の緊急対応について

休日・夜間等の緊急対応におけるポイント

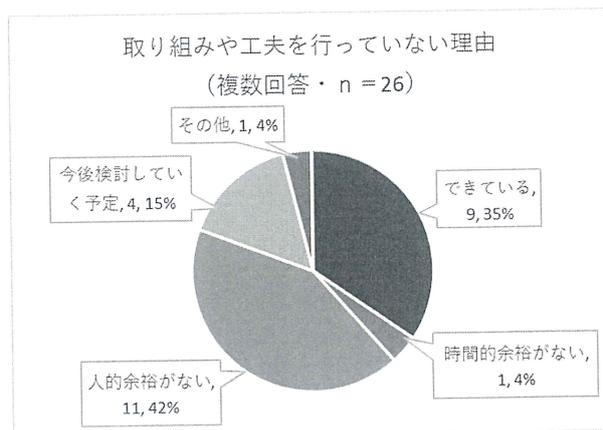
- ◆ 精神科病院では全般的な緊急対応が難しい場合でも、自院かかりつけの患者に対しては休日・夜間問わず相談や入院を受け入れる院内体制をとっている
- ◆ 一般科病院では救急対応を行っていても、精神症状のある患者の受入れは難しい場合が多い。そのため救急センターや転院元の精神科病院と連携を図り、急性期治療終了後速やかに受け入れができるよう調整を行っている
- ◆ 精神科病院と一般科病院で連携を図り、大型連休時はお互いの診療体制を共有し、緊急時に備える取り組みが行われている

| 取り組みや工夫の有無 (n = 37) | |
|------------------------|----|
| 取り組み有 | 15 |
| 取り組み無 | 22 |



| 休日・夜間等の緊急対応のための取り組みや工夫の例 | |
|--------------------------|---|
| 1 | <精神科病院> 当院かかりつけの患者に対する相談の場合は、休日・夜間関係なく、病院から主治医に連絡・問い合わせを行い、患者への対応指示を受け、相談元に返答するよう院内体制を整えている。 |
| 2 | <精神科病院> 大型連休時はお互いの診療体制を共有している。 |
| 3 | <精神科病院・一般科病院> 精神科に相談があり身体疾患を合併している場合、休日・夜間は特に身体科の検査、治療が十分できないことを理由に受け入れが難しく、国立熊本医療センターに転院相談することが多い。しかし、一次救急で急性期の治療後は速やかに転院を受け入れるなど、役割分担を図れるよう調整にあたっている。 |

| 取り組みや工夫を行っていない理由 (複数回答・n = 26) | |
|-----------------------------------|----|
| リスクに対応できている | 9 |
| リスクに対応する必要性を感じない | 0 |
| 取り組みのための時間的余裕がない | 1 |
| 取り組みのための人的余裕がない | 11 |
| 費用面の問題 | 0 |
| 今後検討していく予定 | 4 |
| その他 *検査ができないため断るケースが多い | 1 |



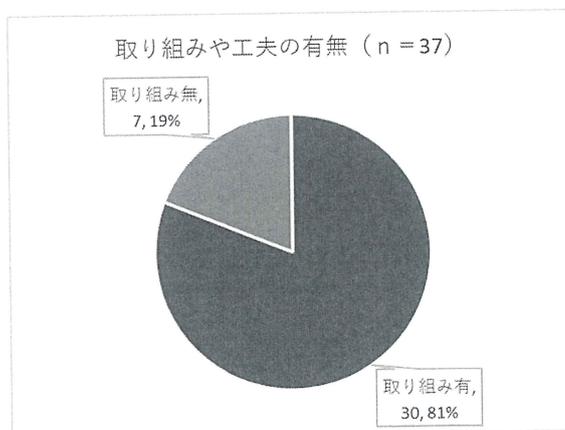
| 休日・夜間等の緊急対応における課題の例 | |
|---------------------|---|
| 1 | <精神科病院> 自院かかりつけ患者が任意入院となる場合は対応可能であるが、休日・夜間は精神保健指定医が不在のこともあるため医療保護入院は対応不可。 |
| 2 | <一般科病院> 精神症状により危険な行動がある場合は受け入れが難しい。 |
| 3 | <一般科病院> 病棟看護師が対応するが、検査ができないため治療できない。 |

設問8 介護分野への働きかけについて

介護分野への働きかけにおけるポイント

- ◆ 全ての病院において、介護支援専門員や地域包括支援センター、介護事業等との連携の元、介護分野への働きかけが行われている

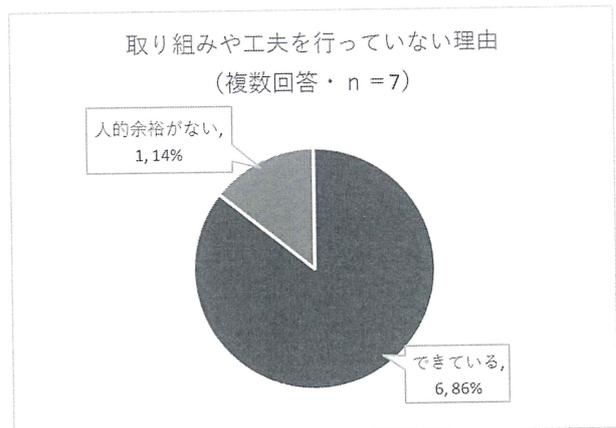
| 取り組みや工夫の有無 (n = 37) | |
|------------------------|----|
| 取り組み有 | 30 |
| 取り組み無 | 7 |



介護分野への働きかけに対する取り組みや工夫の例

| | |
|---|---|
| 1 | <精神科病院>担当ケアマネジャーもしくは、要支援の場合は地域包括支援センターと密に連携を図っている。また、入院患者が施設へ転院となる場合は、事前に施設職員に病院を訪問してもらい、状態確認や情報提供を行っている。 |
| 2 | <精神科病院>入院時に必ず介護保険の有無を確認、退院先を検討し未申請ならば早めの申請を促している。 入院後も引き続き退院支援の中で介護保険の申請状況や施設への申込状況などの把握を行っている。 |
| 3 | <一般科病院>MSWが早期介入を行い、本人・ご家族と面談をすることにより、今後の状況を想定し、制度利用の検討を行っている。そしてケアマネジャーにはカンファレンスに参加してもらっている。 |
| 4 | <精神科病院・一般科病院>介護分野への働きかけについてもリハサマリーや診療情報提供書で情報共有を行い、両病院で連携して行っている。これまでの関係で段取りができています。 |

| 取り組みや工夫を行っていない理由 (複数回答・n=7) | |
|--------------------------------|---|
| 介護分野への働きかけはできている | 6 |
| 介護分野への働きかけの必要性を感じない | 0 |
| 取り組みのための時間的余裕がない | 0 |
| 取り組みのための人的余裕がない | 1 |
| 費用面の問題 | 0 |
| 今後検討していく予定 | 0 |
| その他 | 0 |

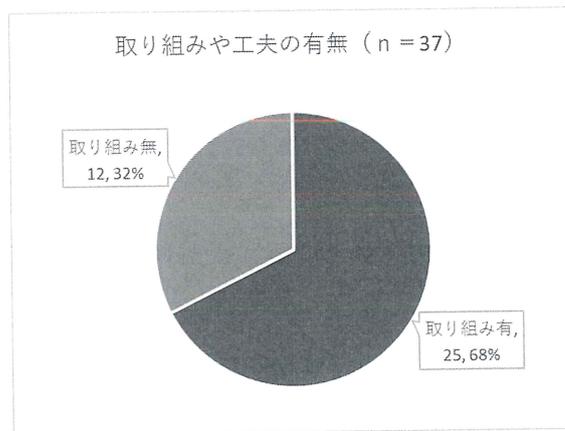


設問9 家族調整について

家族調整におけるポイント

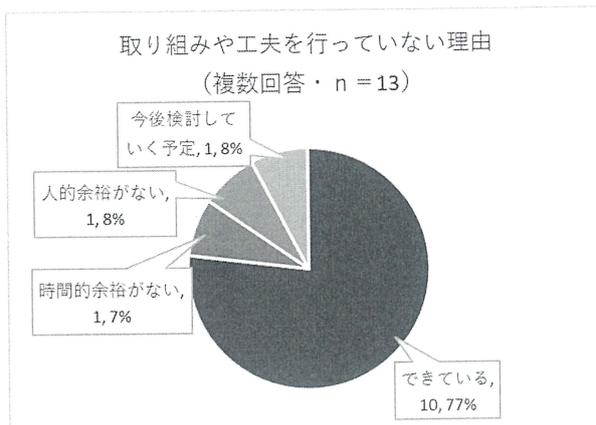
- ◆ ほとんどの病院においてご家族に対して医師をはじめ多職種による十分な説明が行われている
- ◆ 精神科病院ではご家族の理解を促すために、事前の病棟見学の取り組みが行われている
- ◆ 一般科病院において家族の理解が得られにくい場合は、精神科病院と連携し説明を行う等の取り組みが行われている

| 取り組みや工夫の有無 (n = 37) | |
|------------------------|----|
| 取り組み有 | 25 |
| 取り組み無 | 12 |



| 家族調整に対する取り組みや工夫の例 | |
|-------------------|---|
| 1 | <p><一般科病院>入院しているすべての患者に SW が介入し、多職種で早期から退院についての検討している。また、その際は家族、外部関係者（介護施設職員など）、可能であれば本人も参加をする。ただ、認知症患者の場合は、治療ゴールと自院の回復期病院としての役割や期待（家族の心身機能回復・向上への期待）に差異が生じることもあり、家族への説明が難しい場合がある。そのような場合も現在ではこの事業を通じて、精神科病院に家族への説明内容をアドバイスしてもらうなど、支援を受ける関係ができています。</p> |
| 2 | <p><一般科病院>医師から説明しても、認知症であることを受け入れられないケースもある。そのような場合は精神科と連携して治療の必要性等説明してもらうよう取り組んでいる。</p> |
| 3 | <p><一般科病院>ご家族に精神科病院への転院の必要性や医療保護入院について、医師・看護師・MSW 等で説明し、精神科病院について正しく理解してもらう取り組みをしている。</p> |
| 4 | <p><精神科病院・一般科病院>一般科では入院後、環境変化により精神状態が悪化するリスクについて入院時に家族に説明。対応困難時は精神科への転院を検討する可能性があることは事前に了承を得ている。</p> <p>精神科病院についてイメージがつかず不安や抵抗感を示す家族が多いため、初回入院時には事前に必ず見学していただくよう案内している。</p> |

| 取り組みや工夫を行っていない理由 (複数回答・n=13) | |
|---------------------------------|----|
| 家族調整はできている | 10 |
| 家族調整の必要性を感じない | 0 |
| 取り組みのための時間的余裕がない | 1 |
| 取り組みのための人的余裕がない | 1 |
| 費用面の問題 | 0 |
| 今後検討していく予定 | 1 |
| その他 | 0 |

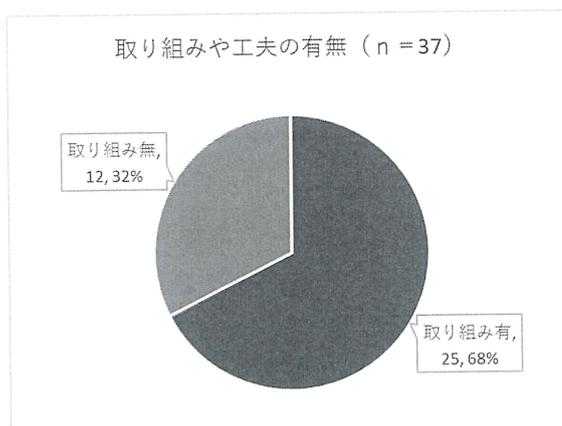


設問 10 情報共有について

情報共有におけるポイント

- ◆ 全ての病院において、円滑な情報共有が行われている
- ◆ 情報共有の方法としては、対外的には診療情報提供書や看護サマリー等の書式の整備や電話による情報交換の他、受診・転院時に看護師が同行して直接の申し送りが行われている。またそれらの情報を院内で共有するため院内での多職種連携の取り組みが活用されている
- ◆ 日頃から相互に連携先の委員会等に参加している場合は、それらの活動や連携担当者同士の密な連携の中で情報共有が行われている

| 取り組みや工夫の有無 (n=37) | |
|----------------------|----|
| 取り組み有 | 25 |
| 取り組み無 | 12 |

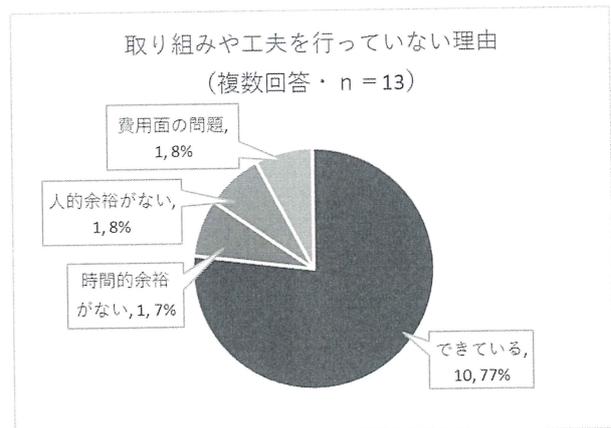


情報共有に対する取り組みや工夫の例

| | |
|---|---|
| 1 | <p><精神科病院> 院内での取り組みとしては、朝の申し送り等を利用して、師長・PSW・コメディカル含めて情報共有ができるよう工夫している。</p> <p>院外での取り組みとしては、ケアマネジャー等と電話での情報共有、各種書式を整備して連携している。また患者サマリーは事前にもらって検討することとしている。</p> |
| 2 | <p><精神科病院> 一般科病院への転院時には、必ず担当看護職員が同行し、転院先の看護スタッフへ情報提供を行っている。</p> |
| 3 | <p><精神科病院> 看護師からケアの助言を行ったり、医師から薬物についてアドバイスをを行っている。また必要に応じて入院先に訪問している。</p> |
| 4 | <p><一般科病院> 連携先病院とは密に連携し、連携担当者が窓口となり情報共有を行っている。また、院内では連携担当者と医師が連携し、情報共有に努めている。</p> |
| 5 | <p><一般科病院> 一般科病院にて開催される「認知症専門委員会」(2カ月1回)に精神科病院のPSWが出席し、事例の情報共有を行っている。その他にも、必要に応じて適宜相談できる連携体制ができている。</p> |

取り組みや工夫を行っていない理由
(複数回答・n = 13)

| | |
|------------------|----|
| 情報共有できている | 10 |
| 情報共有の必要性を感じない | 0 |
| 取り組みのための時間的余裕がない | 1 |
| 取り組みのための人的余裕がない | 1 |
| 費用面の問題 | 1 |
| 今後検討していく予定 | 0 |
| その他 | 0 |



IV 認知症連携体制基盤強化に対する提言

1 地域連携会議により提案された「国・県・市町村・協会への要望」

地域課題に対する要望

上益城地域においては訪問看護ステーションの撤退等があり、中山間地域において医療やサービスにアクセスすることが困難となっている。このままでは都市部との格差が一層進み、やむを得ず代替的に補完している在宅介護支援事業所等の負担が増大の一途を辿り、地域で支えることが困難となる可能性が高いため、中山間地域支援の充実が急務であると考えます。

連携システム整備に対する要望

急な受診や入院対応など一つ一つの医療機関がなるべく受け入れられるよう努力しているが、限界がある。また、単科精神科病院での対応だけでは困難なケースもあり、様々な診療科を有する医療機関に上記のようなことに取り組んでいただけないかと考えている。

実際のニーズや医療の現場とはかけ離れたシステム及び体制が作られることがある。新たな制度を作る場合、現場スタッフの意見もぜひ聞いて欲しい。

この事業に関してだけ考えても、一般科と精神科の連携だけでの解決は難しい。地域全体・多職種・多機関の連携が必要。いろいろな事業が動いているが、最終目標は地域包括ケアでありそれぞれに重なる部分も多く、行政の中での横の連携を深めて行政担当者が情報共有し、合同で行える部分は合同で行うような工夫をしてほしい（地域の人材及び時間は限られているというのを理解してほしい）。

オンラインでの情報共有システムの構築。

メディカルネットワークのチャットや動画を使いタイムリーな連携をしやすいような仕組み作り。

サマリーに求められる情報の整理、書式等、連携を図るツールとして共通のシートがあると情報共有しやすい。また、書面のみでなく電話や面会等で顔の見える関係づくりが必要。

認知症医療に関して各医療機関のニーズを取り入れたタイムリーな研修会、勉強会等の企画、開催が可能となる仕組みづくり（本事業のような）。

病院間の連携、地域と病院との連携で双方が評価する視点、必要とする情報は違う事も多い。病院間だけでなく、地域連携を進めていく上で病院と地域の事業所が集まり、求める情報について共有できる研修会は必要である。

連携体制整備に対する要望

医師不足、スタッフ不足などの改善。

精神科リエゾンの体制整備のための支援（人材・費用等の問題もある）。

病院間で職員を行き来させたいが、収支面、人員、時間的余裕がない。

→行政主体の医師の派遣（人員不足、偏在解消のための派遣は週1回でも助かる）。

→病院相互訪問の点数化（医師だけでなくその他職種も含めて）。

現在の認知症治療病棟の点数では収支面から十分な（必要な）人員体制がとれない。

→認知症治療病棟の単価の改善（診療報酬アップ）。

精神科空床確保のための行政からの支援（費用等の問題あり）。

精神科のない一般科病院へ連携精神科病院の精神科医が訪問診療・コンサルテーションを実施した場合に診療報酬で評価してもらう。

精神科病院の精神科医が精神科のない一般科病院へ訪問診療を実施している間の配置基準を緩和する規定を設けてもらう。

精神科のない一般科病院へ精神科病院の精神科看護師が訪問するなどして精神科医と共同で実施する認知症患者さんのケアを診療報酬で評価してもらう。またその際に精神科訪問看護師が一般科病院を訪問している間の精神科病院での配置基準を緩和する規定を設けてもらう。

人工透析と認知症治療のどちらも必要になった患者さんが、医療機関から敬遠されないために、上記のような診療報酬や配置基準の見直しとともに、精神科病院入院中に人工透析のための他科受診をした際の入院料の減算をなくしてもらう。また送迎に係る家族の負担軽減のための措置を設ける。

連携時に診療報酬が取得できる仕組みを作り、病病連携を活性化させる。

介護との連携により地域移行を活性化。ベッドの有効活用を目指す。

認知症治療を専門とする医師、看護師等を地域資源とみなし、所属機関の枠にとらわれず専門性が発揮できるような、また、活躍する専門職者に負担が偏らないような勤務が可能となる体制の構築。

本事業の継続。他事業（一般科の事業も含む）と統合して継続等々。

認知症医療に対する要望

認知症の方の免許の更新についての明確な基準があれば、病院や地域も介入しやすい。運転を続けることのリスクが心配。

認知症は、早期に対応することで進行を最小限にしていけることもできる。早期受診ができる体制の整備。

入院費より施設入所費が高く、そのことで家族が退院を拒否するケースが多い。年金収入のみの低所得者の方が多く、家族も経済的な支援ができないことが原因にある。特別養護老人ホームは待機者が多くタイムリーに入所できないため、低所得の方でも入所できる施設の受け皿が必要であると考ええる。

2 まとめ

前述のとおり、病院間連携会議や地域連携会議において出された意見を集約することで、病院間の連携だけでなく、介護事業所や地域と連携を図る上での課題の整理や対策の方向性を示すことができたと思う。

高齢化率の高い先進国として循環型認知症医療の構築を目指した連携体制基盤を強化していく上で、本事業で得られた連携の課題を基に以下を提言する。

(1) 精神科病院が一般科病院を積極的に支援できる仕組みの創設

本事業において精神科病院と一般科病院の連携の一環として、精神科リエゾンや精神科病院の看護師、精神保健福祉士等による一般科病院スタッフへのコンサルタント活動が試みとして行われ、認知症に対応する一般科病院医療従事者の負担軽減等に大きな成果をあげている。しかしそれらの活動のほとんどは精神科病院の医師、連携担当者、看護師等が一

一般科病院に出向いて支援を行うものであり、精神科病院における費用負担、スタッフの配置基準の問題、業務負担増など多くの課題を含んでいる。多くの場合、支援を行う精神科病院に多大な負担を強いることにもなる。そのため認知症者の対応に苦慮する一般科病院に対し、精神科病院が積極的に支援を行う場合、その支援に対しインセンティブが働くようその仕組みの創設をお願いする。

(2) 認知症サポート医の支援体制の整備について

認知症専門医である精神科医と、身体疾患に対応する一般科医やかかりつけ医が連携を図るためには、地域における連携の推進役を果たす認知症サポート医の活躍が欠かせないものとなる。平成28年度～平成29年度に実施した「循環型認知症医療体制検討事業」では、認知症サポート医の活動支援の一環として、一般科総合病院医師の認知症サポート医取得を支援した。このことは本事業でも精神科病院と一般科病院が連携する際に、一般科病院の認知症サポート医がその橋渡し役として重要な役割を果たすことにつながった。今後は二次医療圏等に「(仮称)認知症サポート医連絡協議会」を設置し、様々な活動の情報共有や、介護支援専門員連絡協議会等と合同で検討会や研修会を開催するなど、認知症サポート医が地域における認知症医療の一端を担い、活躍できるための支援体制の整備をお願いする。

(3) 情報共有システムの整備について

循環型認知症医療体制の中で身体疾患を合併する認知症者に対応する上では、身体疾患や認知症に関する医療的な情報だけでなく、療養環境や生活環境の変化が当事者の負担とならないよう、生活支援上の留意点など様々な情報を多くの機関や専門職で共有する必要がある。そのため、くまもとメディカルネットワークの整備を促進するなど、情報共有のためのシステム整備をお願いする。

(4) 医療・介護に地域の行政が協力する連携体制の整備について

認知症者を取り巻く状況の中では、ネグレクトなどの虐待や、金銭的問題、支援者となる家族の不在などの問題を有する困難事例も多く存在する。これらの問題に対し一民間病院の努力で解決することは困難である。医療・介護に携わる関係者だけでなく、行政が地域の認知症者の問題を共有し、積極的に介入・協力する連携体制の整備をお願いする。

V 事例集

【事例1】

キーワード：●多職種による連携

| 出席者（職種） | |
|---|--------------------------|
| A 病院（一般科病院） | 医師・看護師2名・理学療法士・ソーシャルワーカー |
| B 病院（精神科病院） | 看護師（オレンジナース）・精神保健福祉士2名 |
| 事例の概要と経緯 | |
| <p>【事例の概要】</p> <p>（年齢・性別）：80歳代・男性 （生活状況）：在宅同居</p> <p>（認知症の種類）：アルツハイマー型認知症</p> <p>（身体疾患名）：糖尿病・高血圧</p> <p>【事例の経緯】</p> <p>定年退職後から飲酒量が増加し、X年本人が希望し精神科病院に3か月の入院歴あり。しかし、その後も飲酒は続いていた。X+6年までは、ADLはほぼ自立し、内服管理もできていた。X+7年、インスリン自己管理できなくなった。次第に飲酒量が増え、食欲がなくなり、歩行も困難となった。大声、興奮、落ち着かなさなどあり、妻の対応困難となり、X+7年7月、Cクリニックから紹介で、B病院（精神科病院）入院。全身状態悪化を認め、専門的治療の必要性がありA病院（一般科病院）へ転院となる。</p> | |
| 事例の課題 | |
| <p>A病院（一般科病院）へ転院し、褥瘡の手術。今後、B病院（精神科病院）にて、「1. 精神症状経過観察 2. 糖尿病のインスリンコントロール 3. 皮膚移植後の創部処置の継続および観察」を行い、施設入所へつなげる。</p> | |
| 会議の内容 | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 精神症状に対する薬剤内容の確認 ・ 糖尿病の現在のインスリン量と内服薬、検査データ及び検査の回数、食事のカロリー量確認 ・ 創部の術式説明、創部の保清方法、処置内容の確認、リハビリの進捗状況、ADLの確認 | |
| 考えられる改善策 | |
| <p>* A病院（一般科病院）で多職種から、直接、処置方法や状態、リハビリについて詳細に確認することができた点が大変良かった。身体フォローにより精神面も安定し、A病院（一般科病院）からB病院（精神科病院）へ転院後もスムーズに治療を再開し、短期間で退院することができた。</p> <p>* 改善点としては、確認したい事項について事前に伝えておくことよりよい会議となるのではないかと思う。</p> | |

【事例2】

キーワード：●連携する病院間あるいはそれぞれの診療科の理解
●相互の診療支援のためのバックアップ体制

| 出席者（職種） | |
|---|---------------------------------|
| A 病院（一般科病院） | 医師（脳神経内科）・看護師（認知症看護認定看護師）・社会福祉士 |
| B 病院（精神科病院） | 医師（精神科）・事務部長・精神保健福祉士 3 名 |
| 事例の概要と経緯 | |
| <p>【事例の概要】</p> <p>（年齢・性別）：80 歳代・男性 （生活状況）：在宅同居</p> <p>（認知症の種類）：混合型認知症</p> <p>（身体疾患名）：高血圧症・尿路感染・肺炎</p> <p>【事例の経緯】</p> <p>高血圧などあり A 病院（一般科病院）に通院していた。B 病院（精神科病院）にも易怒性ありという事で受診歴あり。抗認知症薬処方され少し落ち着いてきたという事で在宅生活継続。そんな中歩けなくなったという事で A 病院（一般科病院）に受診し、怠薬による脳梗塞発症で入院となった。しかし入院時の検査及び治療すべてにおいて拒否あり、スタッフに対しても暴力行為など見られ一般科での入院継続が難しく精神科転院を検討となった。</p> | |
| 事例の課題 | |
| <p>救急対応病院に行動障害がある患者が入院となった場合、精神科への早急な入院受け入れが必要となる事があるが、精神科側の早急な入院受け入れ体制が確立していないためタイムラグが生じ、結果的に身体疾患の悪化を招くことがある。身体疾患の悪化があると精神科での入院継続が難しくなり、結果的に再度一般科への転院などを余儀なくされてしまう。</p> | |
| 会議の内容 | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 精神科入院受け入れに関して。 ・ 身体疾患に関して。 ・ 精神科とのバックアップ体制に関して。 | |
| 考えられる改善策 | |
| <ul style="list-style-type: none"> * 緊急で一般科より入院を受け入れることができるような精神科ベッドの空床確保 * 精神科リエゾンなどの実施（内服薬のアドバイスなど） * お互いの病院の状況や専門性を知るための情報交換 * 出来る事出来ない事の線引きの明確化（その情報の共有） | |

【事例3】

キーワード：●相互の診療支援のためのバックアップ体制

| 出席者（職種） | |
|---|-----------------|
| A 病院（一般科病院） | 看護師 3 名・社会福祉士 |
| B 病院（精神科病院） | 看護師・精神保健福祉士 2 名 |
| 事例の概要と経緯 | |
| <p>【事例の概要】</p> <p>（年齢・性別）：80 歳代・女性 （生活状況）：在宅同居</p> <p>（認知症の種類）：認知症疑い</p> <p>（身体疾患名）：大腿骨頸部骨折・腎不全</p> <p>【事例の経緯】</p> <p>B 病院（精神科病院）に定期通院中、腎機能が悪化し A 病院（一般科病院）に入院。腎不全状態で人工透析開始。せん妄または認知症 BPSD にて大声あげ、不眠、不穏状態となり B 病院（精神科病院）に転院。食事、処方薬が経口摂取できず体動あるが発語少なく昏迷状態で転入院翌日の夜間、尿毒症によると思われる下血あり。A 病院（一般科病院）に転院依頼したところ「土曜日で主治医不在のため受け入れできない」と回答あり。C 病院へ救急搬送となる。</p> | |
| 事例の課題 | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 休日・夜間など主治医不在時の相互対応。 | |
| 会議の内容 | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 受け入れが困難なケース、可能なケースをお互いに確認。 ・ 受け入れが困難な場合の対応の仕方について意見交換。 ・ 緊急性に応じた新患受け入れについて検討。 | |
| 考えられる改善策 | |
| <ul style="list-style-type: none"> * 連休があるときなどは早めに専門病院へ受け入れについて相談する。 * 緊急性が高い場合は精神科病院の専門医が一般科病院へ往診する。 * 年末年始等連休時の診療体制を事前に連絡し合っておく。 | |

【事例4】

キーワード：●連携する病院間あるいはそれぞれの診療科の理解
●地域や介護との連携

| 出席者（職種） | |
|---|---------------|
| A 病院（一般科病院） | 看護師（療養病棟看護師長） |
| B 病院（精神科病院） | 看護師・精神保健福祉士 |
| 事例の概要と経緯 | |
| <p>【事例の概要】</p> <p>（年齢・性別）：80 歳代・男性 （生活状況）：在宅同居</p> <p>（認知症の種類）：血管性認知症</p> <p>（身体疾患名）：心原性脳塞栓症・徐脈性心房細動・糖尿病</p> <p>【事例の経緯】</p> <p>X 年 8 月上旬、急性腎不全、脳梗塞、細菌性肺炎のため C 病院（一般科病院）入院。8 月下旬 A 病院（一般科病院）へ転入院したが、拒食、徘徊、リハビリ拒否が強く、HDS-R 7 点。10 月上旬からは攻撃的で病棟内を徘徊、暴言等があり、ベッド柵を乗り越えるなどの危険行為や独語が続く状態となった。一般科での対応が困難との判断で精神科への転院を検討することとなった。</p> | |
| 事例の課題 | |
| <p>配偶者は要介護状態で入院中。一般科の身元保証人は義弟であった。精神科の入院で本人の同意が取れない場合、家族等の同意が必要であるが、唯一存命している実弟は県外在住で疎遠であったため、家族の連絡調整に時間を要した。退院先として夫婦ともに施設入所を希望しておられ、その費用を確保するために自宅の売却を検討中であったり、経済的な問題も抱えていた。成年後見制度の利用についても未定。</p> | |
| 会議の内容 | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療保護入院の家族等に該当する同意者の確認、家族調整について。 ・ 入院費、退院後の生活費等の経済面の問題。 ・ 成年後見制度の利用について。 | |
| 考えられる改善策 | |
| <ul style="list-style-type: none"> * 精神保健福祉法の各入院形態や手続きについてなど周知するための研修会の実施。 * 当事者の経済力に見合った退院先の施設選定をご家族やケアマネジャーと連携して行う。 * 成年後見制度の利用について、必要時には地域包括支援センターとの連携を検討する。 | |

【事例5】

キーワード：●地域や介護との連携

| 出席者（職種） | |
|---|----------------|
| A 病院（一般科病院） | 医師・医療ソーシャルワーカー |
| B 病院（精神科病院） | 医師・精神保健福祉士 |
| 当事者 | 当事者・家族 |
| 居宅介護支援事業所 | 介護支援専門員 |
| 事例の概要と経緯 | |
| <p>【事例の概要】 （年齢・性別）：70 歳代・男性 （生活状況）：在宅同居 （認知症の種類）：レビー小体型認知症 （身体疾患名）：誤嚥性肺炎</p> <p>【事例の経緯】 X-10 年、C 病院（一般科病院）で睡眠時無呼吸症候群の診断、以後 CPAP 導入。X-4 年、C 病院で DLB の診断。X-3 年、かかりつけ医の D 病院で通院内服継続するが、専門医の受診の勧めあり、B 病院（精神科病院）を初診。X-1 年、肝細胞手術の為、A 病院（一般科病院）へ入院。退院後、通所介護を利用開始。X 年、誤嚥性肺炎発症し、A 病院（一般科病院）入院。入院中、昼夜逆転、幻覚妄想、徘徊、夜間の異常行動（走る）あり、精神科での対応を依頼される。</p> | |
| 事例の課題 | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 身体疾患で一般科へ入院となるも、精神症状増悪し、一般科での対応に苦慮している。 ・ 身体疾患は軽快しているが、精神症状が強く、また介護者が在宅では妻のみであり対応への不安が強い。 ・ 介護度が要介護4→1になり、サービスの利用に制限があり、サービス利用が少なく、家族の負担が大きい。 | |
| 会議の内容 | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 精神科での入院治療の必要性の有無、転院の日程調整（相談受診の日程を早急に調整） ・ 担当居宅介護支援専門員との連絡調整。 ・ 介護度変更を行い、サービスの見直しや検討を行う、入院前から施設入所申し込みを行う。 | |
| 考えられる改善策 | |
| <ul style="list-style-type: none"> * 一般科での精神症状の理解や対応法の知識の向上が必要。また、精神科での身体症状への対応力向上が必要。 * 入院中から介護支援専門員と連携を図り、入院以外での介護サービスでの検討を行う。 | |

【事例6】

- キーワード：●連携する病院間あるいはそれぞれの診療科の理解
 ●相互の診療支援のためのバックアップ体制
 ●連携における家族への対応

| 出席者（職種） | |
|--|---|
| A 病院（一般科病院） | 医師（呼吸器内科） |
| B 病院（精神科病院） | 医師（精神科）・看護師 2 名（病棟師長・病棟看護師） 地域医療連携係長 |
| 事例の概要と経緯 | |
| <p>【事例の概要】</p> <p>（年齢・性別）：90 歳以上・男性 （生活状況）：在宅同居</p> <p>（認知症の種類）：前頭側頭型認知症</p> <p>（身体疾患名）：肺炎</p> <p>【事例の経緯】</p> <p>FTLD による不穏のため、X 年 X-7 月より A 病院（一般科病院）入院加療中。嚥下状態が悪く 2～3 ヶ月に 1 回程の頻度で誤嚥性肺炎を繰り返している。X 年 X-6 月より 38 度台の発熱、痰の増加があり治療を行っている。肺炎の治療経過についての評価を依頼。</p> | |
| 事例の課題 | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 薬物治療については、現在行っている治療継続で良いのか。 ・ 採血について CRP をチェックし状態確認をするようアドバイスを受ける。 ・ 急変時の対応、バックアップ体制についての確認。 | |
| 会議の内容 | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 肺炎治療に関する薬物治療について。 ・ 状態評価に要する採血、治療の方針について。 ・ 急変時の対応、バックアップ体制についての確認。 | |
| 考えられる改善策 | |
| <ul style="list-style-type: none"> * 病状変化に伴い家族への病状説明と同意。 * 病態変化に応じ治療方針についてのアドバイス（電話での相談対応等）。 * 治療上の限界について専門領域の説明や見極め、明確化が必要。 | |

VI 資料集

○報告様式 1～3

- ・報告様式 1 病院間連携会議実施報告書
- ・報告様式 2 病院間連携課題改善業務実施報告書
- ・報告様式 3 地域連携会議実施報告書

○聞き取り調査

- ・調査依頼状
- ・調査票

| | | |
|-----|-------|---|
| 病院名 | 病院 | |
| | 報告書番号 | 連 |

循環型認知症医療のための認知症連携体制基盤強化事業
 病院間連携課題改善業務実施報告書

報告者 : _____ 提出日 : 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

| |
|---------|
| 改善すべき課題 |
| |

| |
|-------|
| 趣旨・目的 |
| |

| |
|---|
| 改善方法 |
| <ul style="list-style-type: none"> * 研修会等を開催した場合はテーマ・日時・講師・参加者等について記載する * 連携ツールやシステムの作成を行った場合はその内容について記載し、必要書類を添付する |

| |
|-----|
| 所 感 |
| |

| | | |
|-----|-------|---|
| 病院名 | 病院 | |
| | 報告書番号 | 地 |

循環型認知症医療のための認知症連携体制基盤強化事業
 地域連携会議実施報告書

報告者 : 提出日 : 令和 年 月 日

| | |
|--|--|
| 出席者(所属・氏名・職種) | |
| | |
| 日時 | 令和 年 月 日 () : ~ : |
| 場所 | |
| 課題例と成功例 | |
| | |
| 地域における連携の課題と解決可能性 | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ ・ ・ ・ | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 解決可 <input type="checkbox"/> 解決不可 |
| 国・県・市町村・協会への要望(政策提案) | |
| | |

令和元年 10 月 28 日

循環型認知症医療のための認知症連携体制基盤強化事業
参加病院担当者 各位

公益社団法人 熊本県精神科協会
基金 PT 委員長 高森 薫生

令和元年度「循環型認知症医療のための認知症連携体制基盤強化事業」
に関する聞き取り調査について（お願い）

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

平素より事業運営にあたりましては、格段のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本事業では平成 30 年度より身体疾患を合併する認知症高齢者に対応する一般科病院と精神科病院の連携課題について、各参加病院からの報告をもとに検討を進めているところですが、今後一般科病院と精神科病院の連携を進めていくにあたり、これら課題の改善策等を含めて検討していく必要があります。そのため、一般科病院と精神科病院の連携課題に対する取り組み状況、具体的には「連携課題の改善策」と「連携課題に対する取り組みの阻害因子」等について今回聞き取り調査を実施することと致しました。

担当者のみなさまにおかれましては、お忙しいところ恐れ入りますが、趣旨等をご理解の上、是非ともご協力下さいますよう、宜しくお願い申し上げます。

記

1. 趣旨・目的

身体疾患を合併する認知症高齢者に対応する一般科病院と精神科病院から報告された、連携課題に対する取り組み状況についてお伺いし、「連携課題の改善策」を共有し、「連携課題に対する取り組みの阻害因子」を検討することを目的としています。

2. 聞き取り調査の内容・方法

別紙「主にお伺いしたい項目」に基づき、連携課題に対する取り組みの詳細をお尋ねします。また、聞き取り調査は可能であれば調整の上、連携する一般科病院と精神科病院が同席のもと実施させて頂けると幸いです。調査日程については改めて参加精神科病院の担当者様と調整の上、訪問させていただきます。

【問い合わせ先】

公益社団法人 熊本県精神科協会

TEL：096-385-7848

096-381-0777（基金事業専用）

FAX：096-385-7868

担当：松岡

令和元年度「循環型認知症医療のための認知症連携体制基盤強化事業」
連携課題に対する聞き取り調査

病院名： _____

回答者（部署・氏名）： _____

事業に対する聞き取り調査にご協力をお願い致します。

主にお伺いしたい項目

*アンケート用紙ではありません（聞き取り用のメモ欄です）

もし可能であれば事前に、各設問項目にご回答の要点・メモのみでもご記入・ご返信頂けると、それを踏まえて手短にお話をお聞きすることと致します（課題への「取り組み内容」については自由記載が多いため、詳細はお話を伺いますので、記入頂ける場合は要点・メモのみで結構です）。

なお、お持ちの既存の関連資料等でご説明に代えられる部分がありましたら、資料を準備・提供いただければ幸いです。

平成30年度全体研修（H31.3.2 熊本テルサ）では、参加病院から「**連携における重要課題**」として以下の設問1～設問10に挙げる課題が報告されました。全体研修において報告された「課題背景」を参考に各課題についてご確認を頂いた上で、これらの課題に対する貴院の対応についてご回答ください。
別紙参考資料）「**連携における重要課題**」（平成31年3月2日全体研修配布資料）

設問1 多職種連携について

課題背景）連絡会議等に他職種の参加をうながすのに苦慮している。結果、参加者がソーシャルワーカーのみになることもあった。

貴院では、身体疾患を合併する認知症患者を通して一般科（または精神科）病院と連携する上で「**多職種連携**」のための取り組みや工夫がありますか？

| | | | |
|---|----|---|-----|
| 1 | はい | 2 | いいえ |
|---|----|---|-----|

⇒「1 はい」と回答された場合、その取り組みや工夫の**具体的内容**を記入下さい

⇒“2 いいえ”と回答された場合、その理由についてあてはまるものすべてに○をつけて下さい<複数回答>

| | | | |
|---|------------------|---|--------------------|
| a | 多職種連携はできている | b | 多職種連携の必要性を感じない |
| c | 取り組みのための時間的余裕がない | d | 取り組みのための人的余裕がない |
| e | 費用面の問題 | f | 今後取り組みについて検討していく予定 |
| g | その他 () | | |

設問2 病院間の相互理解について

課題背景) 一般科における在院日数の問題や、精神科では精神保健福祉法に基づく入院の場合、受け入れまでに時間が掛かる等、連携先診療科の理解が相互に不足している。

貴院では、身体疾患を合併する認知症患者を通して一般科（または精神科）病院と連携する上で「病院間の相互理解」のための取り組みや工夫がありますか？

| | | | |
|---|----|---|-----|
| 1 | はい | 2 | いいえ |
|---|----|---|-----|

⇒“1 はい”と回答された場合、その取り組みや工夫の**具体的内容**を記入下さい

⇒“2 いいえ”と回答された場合、その理由についてあてはまるものすべてに○をつけて下さい<複数回答>

| | | | |
|---|------------------|---|--------------------|
| a | 病院間の相互理解はできている | b | 病院間の相互理解の必要性を感じない |
| c | 取り組みのための時間的余裕がない | d | 取り組みのための人的余裕がない |
| e | 費用面の問題 | f | 今後取り組みについて検討していく予定 |
| g | その他 () | | |

設問3 薬品保有について

課題背景) 一般科病院では、精神科病院で使用する薬品を取り扱っていないケースが多く、対応が困難である。

貴院では、身体疾患を合併する認知症患者を通して一般科（または精神科）病院と連携する上で、連携先病院で使用されている「薬品保有」のための取り組みや工夫がありますか？

| | | | |
|---|----|---|-----|
| 1 | はい | 2 | いいえ |
|---|----|---|-----|

⇒“1 はい”と回答された場合、その取り組みや工夫の**具体的内容**を記入下さい

⇒“2 いいえ”と回答された場合、その理由についてあてはまるものすべてに○をつけて下さい<複数回答>

| | | | |
|---|---------------------|---|---------------------|
| a | 連携する上で必要な薬品は保有できている | b | それらの薬品を保有する必要性を感じない |
| c | 取り組みのための時間的余裕がない | d | 取り組みのための人的余裕がない |
| e | 費用面の問題 | f | 今後取り組みについて検討していく予定 |
| g | その他 () | | |

設問4 退院支援について

課題背景) 在宅復帰を目指す場合、一般科にとっては認知症の、精神科にとっては身体疾患の経験・知識が不足しているため、本当に在宅復帰できるのか判断が難しく、復帰後の支援方法に不安を感じている。

貴院では、身体疾患を合併する認知症患者を通して一般科（または精神科）病院と連携する上で「**退院支援**」に対する取り組みや工夫がありますか？

| | | | |
|---|----|---|-----|
| 1 | はい | 2 | いいえ |
|---|----|---|-----|

⇒“1 はい”と回答された場合、その取り組みや工夫の**具体的内容**を記入下さい

⇒“2 いいえ”と回答された場合、その理由についてあてはまるものすべてに○をつけて下さい<複数回答>

| | | | |
|---|----------------------------------|---|--------------------|
| a | 認知症（または身体疾患）も考慮に含めた退院支援ができている | | |
| b | 認知症（または身体疾患）も考慮に含めた退院支援の必要性を感じない | | |
| c | 取り組みのための時間的余裕がない | d | 取り組みのための人的余裕がない |
| e | 費用面の問題 | f | 今後取り組みについて検討していく予定 |
| g | その他 () | | |

設問5 診療支援におけるタイムリーな対応について

課題背景) 一般科で認知症患者による不穏興奮などBPSDが悪化した場合、精神科の受診は予約制となっていて、受診までに数週間かかることもある。また、迅速に入院を受け入れる事も難しい。一方、精神科病院で身体疾患が悪化した場合、一般科病院でも薬物調整のアドバイスや診察など迅速に対応することができない。

貴院では、連携先一般科（または精神科）病院から緊急の相談があった場合「タイムリーに対応する」ための取り組みや工夫がありますか？

| | | | |
|---|----|---|-----|
| 1 | はい | 2 | いいえ |
|---|----|---|-----|

⇒“1 はい”と回答された場合、その取り組みや工夫の**具体的内容**を記入下さい

⇒“2 いいえ”と回答された場合、その理由についてあてはまるものすべてに○をつけて下さい<複数回答>

| | | | |
|---|------------------|---|--------------------|
| a | タイムリーな対応ができていない | b | タイムリーに対応する必要性を感じない |
| c | 取り組みのための時間的余裕がない | d | 取り組みのための人的余裕がない |
| e | 費用面の問題 | f | 今後取り組みについて検討していく予定 |
| g | その他 () | | |

設問6 環境変化に伴うリスクについて

課題背景) 一般科病院から精神科への転院は療養環境の変化に対し、本人・家族が困惑される。また、身体疾患の悪化により精神科から一般科へ転院となった場合は、環境変化に伴いBPSDが悪化し、一般科での治療が中断することがある。

貴院では、連携先一般科（または精神科）病院入院中の認知症患者が貴院に転院される場合「環境変化に伴うリスク」に対応するための取り組みや工夫がありますか？

| | | | |
|---|----|---|-----|
| 1 | はい | 2 | いいえ |
|---|----|---|-----|

⇒“1 はい”と回答された場合、その取り組みや工夫の**具体的内容**を記入下さい

⇒“2 いいえ”と回答された場合、その理由についてあてはまるものすべてに○をつけて下さい<複数回答>

| | | | |
|---|-------------------------|---|--------------------|
| a | 環境変化に伴うリスクに対応できている | | |
| b | 環境変化に伴うリスクに対応する必要性を感じない | | |
| c | 取り組みのための時間的余裕がない | d | 取り組みのための人的余裕がない |
| e | 費用面の問題 | f | 今後取り組みについて検討していく予定 |
| g | その他 () | | |

設問7 休日・夜間等の緊急対応について

課題背景) BPSDや内科的疾患の悪化により、休日や夜間等に転院治療が必要となった場合の受け入れ態勢が分からなかったり、受け入れが困難な事がある。

貴院では、身体疾患を合併する認知症患者を通して一般科（または精神科）病院と連携する上で「休日・夜間等の緊急対応」に対する取り組みや工夫がありますか？

| | | | |
|---|----|---|-----|
| 1 | はい | 2 | いいえ |
|---|----|---|-----|

⇒“1 はい”と回答された場合、その取り組みや工夫の**具体的内容**を記入下さい

⇒“2 いいえ”と回答された場合、その理由についてあてはまるものすべてに○をつけて下さい<複数回答>

| | | | |
|---|-------------------|---|----------------------|
| a | 休日・夜間等の緊急対応はできている | b | 休日・夜間等の緊急対応の必要性を感じない |
| c | 取り組みのための時間的余裕がない | d | 取り組みのための人的余裕がない |
| e | 費用面の問題 | f | 今後取り組みについて検討していく予定 |
| g | その他 () | | |

設問8 介護分野への働きかけについて

課題背景) 退院先の選定にあたり、早期に介護支援専門員と連携すること、また早期に介護保険サービスの申請・導入が必要。

貴院では、身体疾患を合併する認知症患者を通して一般科（または精神科）病院と連携する上で、介護支援専門員や介護事業所等「**介護分野への働きかけ**」に対する取り組みや工夫がありますか？

| | | | |
|---|----|---|-----|
| 1 | はい | 2 | いいえ |
|---|----|---|-----|

⇒“1 はい”と回答された場合、その取り組みや工夫の具体的内容を記入下さい

⇒“2 いいえ”と回答された場合、その理由についてあてはまるものすべてに○をつけて下さい<複数回答>

| | | | |
|---|------------------|---|--------------------|
| a | 介護への働きかけはできている | b | 介護への働きかけの必要性を感じない |
| c | 取り組みのための時間的余裕がない | d | 取り組みのための人的余裕がない |
| e | 費用面の問題 | f | 今後取り組みについて検討していく予定 |
| g | その他 () | | |

設問9 家族調整について

課題背景) 一般科から精神科へ転院となる場合、家族が抵抗を示すことがある。また医療保護入院での受け入れに家族調整が必要なケースがある。

貴院では、身体疾患を合併する認知症患者を通して一般科(または精神科)病院と連携する上で「**家族調整**」に対する取り組みや工夫がありますか?

| | | | |
|---|----|---|-----|
| 1 | はい | 2 | いいえ |
|---|----|---|-----|

⇒“1 はい”と回答された場合、その取り組みや工夫の具体的内容を記入下さい

⇒“2 いいえ”と回答された場合、その理由についてあてはまるものすべてに○をつけて下さい<複数回答>

| | | | |
|---|------------------|---|--------------------|
| a | 家族調整はできている | b | 家族調整の必要性を感じない |
| c | 取り組みのための時間的余裕がない | d | 取り組みのための人的余裕がない |
| e | 費用面の問題 | f | 今後取り組みについて検討していく予定 |
| g | その他 () | | |

設問10 情報共有について

課題背景) 精神科から一般科への転院は、精神症状の出現が懸念される。症状の出やすい環境、条件、対応の仕方等について情報共有が必要。

貴院では、身体疾患を合併する認知症患者を通して一般科（または精神科）病院と連携する上で、事例の「情報共有」に対する取り組みや工夫がありますか？

| | | | |
|---|----|---|-----|
| 1 | はい | 2 | いいえ |
|---|----|---|-----|

⇒“1 はい”と回答された場合、その取り組みや工夫の具体的内容を記入下さい

| |
|--|
| |
|--|

⇒“2 いいえ”と回答された場合、その理由についてあてはまるものすべてに○をつけて下さい<複数回答>

| | | | |
|---|------------------|---|--------------------|
| a | 必要な情報共有はできている | b | 情報共有の必要性を感じない |
| c | 取り組みのための時間的余裕がない | d | 取り組みのための人的余裕がない |
| e | 費用面の問題 | f | 今後取り組みについて検討していく予定 |
| g | その他 () | | |

設問は以上です
ご回答・ご協力ありがとうございました

* ご回答いただける場合は、聞き取り調査日の3日前までを目安にFAXにて返信いただくと幸いです。

FAX : 096 - 385 - 7868

(送り状不要)

謝辞

2年間にわたり実施致しました本事業にあたり、非常に多くの方々にご協力をいただきました。ここに、心より感謝の意を表します。

本事業は熊本県内の精神科病院 17 病院と一般科病院 21 病院、合計 38 病院に参加いただき実施しました。

報告書等に明記されているだけでも、病院間連携会議参加者のべ 567 名、病院間連携課題改善業務参加者のべ 378 名、地域連携会議参加者のべ 498 名、地域研修参加者のべ 624 名、全体研修参加者のべ 128 名、聞き取り調査協力者 58 名の合計のべ 2,253 名の方に参加・ご協力をいただきました。

これらの会議や研修会には参加病院の関係者のみならず、身体疾患を合併する認知症の当事者とそのご家族、参加病院の近隣病院、地域包括支援センターや介護事業所、認知症サポート医、かかりつけ医、行政等、地域で認知症に関わる多くの関係者も含まれています。また、報告書等に明記されていない、多くの方々のご支援・ご協力があったことと推察致します。皆様に厚く御礼申し上げます。

2回にわたる全体研修の開催にあたりましては、荒尾市民病院の大嶋俊範氏、宮崎真寿美氏、荒尾こころの郷病院の宗久美氏、特別養護老人ホーム早尾園の松尾俊司氏にはシンポジストを、熊本大学病院神経精神科の石川智久氏には座長を務めていただきました。その他、地域研修の開催にあたりましても多くの方々に講師を務めていただきました。

また、熊本県認知症対策・地域ケア推進課の皆様には、本事業が円滑に進むよう様々な面からサポートを頂きました。深く感謝申し上げます。

事業の実施にあたり、関係者の皆様が大変ご多忙な中、様々な形でご尽力いただきました事に對し、心から感謝と敬意を表するとともに、この事業の成果が少しでも熊本県の循環型認知症医療体制の構築に寄与することができたら、誠に幸いに存じます。

公益社団法人熊本県精神科協会
基金事業プロジェクトチーム

●循環型認知症医療のための認知症連携体制基盤強化事業プロジェクトチーム委員

| | 氏 名 | 所 属 |
|------|--------|----------------------------------|
| 委員長 | 高森 薫生 | 阿蘇やまなみ病院 理事長・院長 |
| 委員 | 信岡 幸彦 | 中山記念病院 理事長・院長 |
| 委員 | 松本 武士 | 希望ヶ丘病院 理事長・院長 |
| 委員 | 宮内 大介 | くまもと悠心病院 院長 |
| 委員 | 平原 信雄 | 自由が丘病院 院長 |
| 担当理事 | 宮本 憲司朗 | 公益社団法人熊本県精神科協会 副会長 八代更生病院 理事長 |
| 統括 | 松岡 明子 | 公益社団法人熊本県精神科協会事務局 作業療法士 |

●公益社団法人熊本県精神科協会事務局

| | |
|-------|--------|
| 事務局長 | 島川 圭二 |
| 相談専門員 | 松岡 明子 |
| 主任 | 安河内 吾子 |

平成 30 年度（2018 年度）～令和元度（2019 年度）
循環型認知症医療のための認知症連携体制基盤強化事業
事業報告書
（熊本県補助事業）

令和 2 年 3 月

公益社団法人 熊本県精神科協会

〒862-0950

熊本市中央区水前寺 6 丁目 43-7

TEL 096-385-7848
