

令和5年度
厚生労働省保険局委託

**医療介護連携事業の推進における認知症のある方の
入院受け入れと退院支援の現状と課題に関する調査研究
報告書**

令和6年3月

委託先 株式会社 健康保険医療情報総合研究所



目次

第Ⅰ章 調査研究の概要	3
1 認知症及び認知症施策の概観	3
(1) 認知症の概観	3
(2) 日本の認知症施策の概観	4
2 調査の目的	6
3 調査方法	6
(1) 調査研究全体の概観	6
(2) 各調査の方法	6
4 用語の定義	7
引用文献	8
第Ⅱ章 全国の市区町村を対象としたアンケート調査	9
1 調査対象	9
2 回答状況	9
3 調査結果	12
(1) 認知症のある方の入院受け入れ・退院支援の現状や課題の把握のために市区町村が実施していることについて	13
(2) 入院受け入れの場面において、認知症があることで生じ得る諸課題について	18
(3) 退院支援の場面において、認知症があることで生じ得る諸課題について	42
(4) 認知症のある方の入院受け入れ・退院支援に関連する取組について	67
(5) 認知症のある方の入退院支援に関連する取組のPDCAサイクルを回すにあたり、把握しているデータや指標について	76
(6) 入退院支援の促進や質の向上のために、自治体内で実施している取組について	82
第Ⅲ章 文献調査	93
1 文献の収集	93
(1) 収集の方針	93
(2) データベース検索の結果	94
(3) 文献の収集と整理	96
2 認知症のある方の入退院に関連する特徴	96
(1) 入院に関連する特徴	96
(2) 退院に関連する特徴	99
3 認知症のある方の入退院やその支援に関する課題	102
(1) 入院に関する課題	102
(2) 退院支援に関する課題	103

(3) 入退院支援に影響し得る職種間連携に関する課題	105
4 認知症のある方の入退院やその支援に関する取組	106
(1) 本人に対するケア	106
(2) 家族に対するケア	108
(3) 多職種連携に関する取組	109
引用文献	112

第Ⅳ章 市区町村及び関連諸機関を対象としたヒアリング調査 119

1 調査対象	119
2 調査結果	120
(1) 各自治体の取組	120
① 伊豆の国市	120
② 飯能市	122
③ 北斗市	124
④ 三鷹市	126
⑤ 南アルプス市	128
(2) 国への要望	130
引用文献	131

第Ⅴ章 調査結果の取りまとめ 133

1 調査結果の取りまとめ	133
(1) 全国の市区町村を対象としたアンケート調査	133
(2) 文献調査	134
(3) 市区町村及び関連諸機関を対象としたヒアリング調査	135
(4) 全体まとめ	135
2 おわりに(謝辞)	136

第Ⅵ章 資料編 137

1 全国の市区町村を対象としたアンケート調査	137
(1) 調査票	137
(2) 集計表	146
2 市区町村及び関連諸機関を対象としたヒアリング調査	158
インタビューシート	158

第 I 章 調査研究の概要

令和7年(2025年)にはおよそ3人に1人が65歳以上¹となる超高齢社会をむかえ、また、その高齢者の5人に1人が認知症になると報告されている [1]。認知症のある方は、認知機能の低下によって日常生活の様々な場面で支障が生じるが、医療や介護を必要とする状態となった場合も急性期の医療から回復期、慢性期、在宅医療・介護まで一連のサービスが切れ目なく享受できることが重要である。

「医療介護連携事業の推進における認知症のある方の入院受け入れと退院支援の現状と課題に関する調査研究」(以下、「本調査」と呼ぶ。)では、認知症の症状があることで入退院支援を行う際にどのような影響が出ているのか等に焦点を当て、自治体へのアンケート調査、文献調査及びヒアリング調査を行った。

本章では、まず本調査の背景として認知症とはそもそもどのような疾患なのか、認知症を取り巻く環境はどのような状況なのか等について概略を述べる。続いて、本調査の目的及び方法を述べる。

1 認知症及び認知症施策の概観

(1) 認知症の概観

ア 認知症を指す主な状態

認知症とは、一度正常に達した認知機能が後天的な脳の障害によって持続性に低下し、日常生活や社会生活に支障を来すようになった状態のことを指す [2]²。

イ 有病率の研究結果の例

朝田らの研究によると、全国の65歳以上高齢者に占める認知症の有病率は15%と推定されている(平成24年時点) [3]。

また、二宮らの研究によると、令和7年(2025年)には全国の65歳以上高齢者に占める認知症の有病率は20%³と推定されている [1]。

ウ 主な症状 [4]

認知症の症状には、認知機能障害(中核症状)と行動・心理症状(Behavioral and psychological symptoms of dementia; BPSD)がある。主な認知機能障害としては、全般性注意障害、健忘、失語、視空間認知障害、失行、遂行機能障害などがある。BPSDは認知機能障害を基盤に出現し、焦燥性興奮、攻撃性、脱抑制などの行動面の症状と、不安、うつ、幻覚・妄想をはじめとする心理症状がある。

¹ 国立社会保障・人口問題研究所によると、令和7年(2025年)の65歳以上人口の割合は29.6%と推計されている(出生中位(死亡中位)推計) [9]。

² 「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」においては、認知症を「アルツハイマー病その他の神経変性疾患、脳血管疾患その他の疾患により日常生活に支障が生じる程度にまで認知機能が低下した状態として政令で定める状態」と定義されている。

³ 2012年から2060年までに糖尿病の頻度が20%増加すると仮定した場合の推定有病率。2012年以降一定と仮定した場合の2025年の推定有病率は18.5%。

エ 原因となる主な疾患 [4]

認知症の原因疾患には様々なものが含まれるが、アルツハイマー型認知症(67.6%)、血管性認知症(19.5%)、レビー小体型認知症又は認知症を伴ったパーキンソン病(4.3%)で約9割を占める。

アルツハイマー型認知症では、症状の進行は緩やかで、出来事記憶障害に始まり、失語、遂行機能障害、視空間機能障害、人格変化などの社会認知機能障害に進展する。

血管性認知症では、脳卒中発作の後、又はそれに随伴して認知機能障害が増悪することが典型的である。

レビー小体型認知症では、その中核的な症状は、認知の変動、幻視、レム期睡眠行動異常症、特発性のパーキンソニズムである。

オ 主な治療法 [4]

認知症は薬物療法と非薬物療法を組み合わせる。認知機能低下には特異的な薬物療法がある場合はそれらを開始し、非薬物療法も併用する。BPSDに対しては薬物療法よりも、非薬物療法⁴を優先する。

(2) 日本の認知症施策の概観

ア 主な認知症施策の歴史 [5]

高齢化の進展に伴う介護ニーズの増大を受けて、平成12年に介護保険法が施行されたことを基点に認知症施策が進められ、オレンジプラン及び新オレンジプラン、認知症施策推進大綱がまとめられ、令和6年1月には共生社会の実現を推進するための認知症基本法(認知症基本法)が施行された(図表1参照)。

⁴ 認知機能訓練、認知刺激、運動療法、音楽療法、回想法、認知行動療法など。

図表 1 日本の主な認知症施策の動向

年	施策	認知症関連のポイント
平成12年	介護保険法を施行	・ 認知症グループホームを法定 ・ 要介護となった原因の第1位は認知症
平成16年	「痴呆」→「認知症」へ用語を変更	
平成24年	認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）を策定	
平成27年	認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）を策定	
平成29年	介護保険法改正	・ 認知症に関する知識の普及・啓発 ・ 認知症の人及びその家族の意向の尊重
令和元年	認知症施策推進大綱が関係閣僚会議にて決定	
令和2年	介護保険法改正	認知症の規定について、今後の変化に柔軟に対応できるよう見直し
令和6年	共生社会の実現を推進するための認知症基本法施行	

（出典：厚生労働省 [5]を基に事務局作成）

イ 認知症施策推進大綱について [6]

令和元年に認知症施策推進関係閣僚会議にて認知症施策推進大綱が取りまとめられた。その基本的な考え方は「認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら、『共生』と『予防』を車の両輪として施策を推進していく」とされている。認知症施策推進大綱では以下、5つの柱に沿って施策を推進している。

- ① 普及啓発・本人発信支援
- ② 予防
- ③ 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
- ④ 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援
- ⑤ 研究開発・産業促進・国際展開

ウ 認知症基本法について [7]

令和6年1月に施行された認知症基本法では、認知症施策を総合的かつ計画的に推進し、認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会（＝共生社会）の実現を推進することを目的としている。その基本理念には、国民が認知症に関する正しい知識と理解を深めることや家族への支援等も盛り込まれている。また、認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な医療と福祉が切れ目なく提供されるようにすることも基本理念の一つに位置付けられている。

2 調査の目的

医療介護連携を行う中で、認知症の症状があることで入退院支援を行う際にどのような影響が出ているのか、現状把握や課題の分析・整理することを目的とする。

3 調査方法

(1) 調査研究全体の概観

本調査では、以下の3つの調査を実施した。

ア 全国の市区町村を対象としたアンケート調査

イ 文献調査

ウ 市区町村及び関連諸機関を対象としたヒアリング調査

(2) 各調査の方法

ア 全国の市区町村を対象としたアンケート調査

在宅医療・介護連携事業等の担い手である市区町村を対象に、以下の方法によりアンケート調査を実施した。

- 調査対象
 - 全国の市区町村： 1,741 自治体
- 調査実施期間
 - 令和5年 12 月 28 日(木)～令和6年1月 25 日(木)
- 調査方法
 - 厚生労働省保険局医療介護連携政策課から全市区町村の介護保険担当主管部(局)に対し調査への協力を依頼する事務連絡を発出し、その事務連絡において調査専用ホームページの URL 及びパスワードを記載した。
 - 市区町村の回答担当者に上記の事務連絡に記載の調査専用ホームページにアクセスいただき、web 形式の調査票にて回答を選択・入力していただいた。
- 調査票
 - 以下の調査項目からなる調査票を作成し、調査に用いた(調査票の詳細は「第VI章 資料編 1 (1)」参照)。
 - ◇ 自治体の情報(市区町村名、医療介護連携の担当部局名等)
 - ◇ 認知症のある方の入院受け入れ・退院支援の現状や課題の把握のために、自治体として実施していること
 - ◇ 認知症のある方の入院受け入れの場面において、認知症があることで生じ得る諸課題
 - ◇ 退院支援の場面において、認知症があることで生じ得る諸課題
 - ◇ 認知症のある方の入退院支援の促進や質の向上のために、自治体内で実施している取組
 - ◇ 認知症のある方の入院受け入れ・退院支援に関連する、自治体の地域包括支援センター等の取組
 - ◇ 入退院支援に関連する自治体の取組の PDCA サイクルを回すにあたり、自治体として把握しているデータや指標

- 集計方法

- ▶ 単純集計を行い、一部の設問についてクロス集計(人口規模別、高齢化率別等)を行った。

イ 文献調査

認知症について、認知症のある方に関する入退院の傾向、入退院支援に関する体制、具体的な支援方法及び取組等に関する文献を収集・調査を行った。

具体的な収集対象・方法については「第三章 文献調査」にて詳述する。

ウ 市区町村及び関連諸機関を対象としたヒアリング調査

「ア 全国の市区町村を対象としたアンケート調査」の回答に基づき、一定の基準を満たす市区町村に対してヒアリング調査を実施した。

具体的な調査対象・方法については「第四章 市区町村及び関連諸機関を対象としたヒアリング調査」にて詳述する。

4 用語の定義

本調査で用いる用語を、以下のように定義する。

用語	定義
ACP	アドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning) の略語。人生の最終段階における医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス。家族等や医療・ケアチームは、本人の意思や大切なことをあらかじめ話し合い、そのプロセスを共有することで、本人の考えを深く理解することができるため、本人が自らの意思を伝えられない状態になった場合に、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針の決定につながるとされている[8]。
ADL	日常生活動作(Activity of Daily Living)のこと。ADLには、基本的日常生活動作 (BADL) と手段的日常生活動作 (IADL)がある。BADLとは食事や更衣、整容、トイレ、入浴、移動等の動作のこと。IADLは、BADLの次の段階である、買物や調整、洗濯、電話、薬の管理、財産管理、乗り物等の日常生活上の複雑な動作のことである。
BPSD	認知症の認知機能障害(中核症状)を基盤として出現する行動・心理症状 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) のこと。焦燥性興奮、攻撃性、脱抑制などの行動面の症状と、不安、うつ、幻覚・妄想をはじめとする心理症状がある[4]。
ICT	情報通信技術 (Information and Communication Technology) の略語。情報や通信に関する技術の総称。
キーパーソン	意思決定や問題解決の要となる人物。
高齢者	本調査では、65歳以上の人とする。
自治体	本調査では、普通地方公共団体のうちの市町村、特別地方公共団体のうちの東京23区を併せた1,741の団体を指す。
成年後見制度	精神上的の障害により判断能力が不十分であるため、法律行為における意思決定が困難な方々について、本人の権利を守るために選任された援助者(成年後見人等)により、本人を法的に保護し、支援する制度。

用語	定義
認知症のある方の入院受け入れ	本調査では、以下のいずれの場合も含むものとする。 ・ 認知症の治療のための入院 ・ 認知症のある方の身体合併症による入院
地域包括支援センター	地域の高齢者の総合相談への対応、権利擁護や地域の支援体制づくり、介護予防に必要な援助などを行うことにより、高齢者の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的として、市町村が設置している機関。
認知症初期集中支援チーム	家族の訴え等により、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメントや家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行うチーム。専門医と保健師、看護師、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士等の複数の専門職で構成される。
認知症地域支援推進員	市町村と共同し、各市町村が進めている認知症施策の推進役、そして地域における認知症の人の医療・介護等の支援ネットワーク構築の要役として、地域の特徴や課題に応じた活動を展開する者。

引用文献

- [1] 二宮利治, “日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究,” 厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業, 2015.
- [2] 日本神経学会, “認知症疾患診療ガイドライン 2010,” [Online]. Available: https://www.neurology-jp.org/guidelinem/degl/sinkei_degl_2010_02.pdf. [Accessed 29 1 2024].
- [3] 朝田隆, “都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応,” 厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業, 2013.
- [4] 日本神経学会, “認知症疾患診療ガイドライン 2017,” [Online]. Available: https://www.neurology-jp.org/guidelinem/nintisyo_2017.html. [Accessed 29 1 2024].
- [5] 厚生労働省, “我が国の認知症施策の動向について,” [Online]. Available: https://ninchisho-kanmin.or.jp/dcms_media/other/@資料6%E3%80%80厚生労働省%20『わが国の認知症施策の動向』.pdf. [Accessed 30 1 2024].
- [6] 厚生労働省, “認知症施策推進大綱【本文】,” [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf>. [Accessed 30 1 2024].
- [7] 厚生労働省, “共生社会の実現を推進するための認知症基本法について,” [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001119099.pdf>. [Accessed 30 1 2024].
- [8] 厚生労働省 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会, “人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する報告書,” 3 2018. [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000200748.pdf>. [Accessed 13 3 2024].
- [9] 国立社会保障・人口問題研究所, “日本の将来推計人口(令和5年推計)結果の概要,” [Online]. Available: https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/pp2023_gaiyou.pdf. [Accessed 19 3 2024].

第Ⅱ章 全国の市区町村を対象としたアンケート調査

1 調査対象

全国の市区町村、計 1,741 自治体を調査対象とした。

2 回答状況

調査実施期間中、アンケート⁵に回答のあった自治体は 670 自治体で、全体の 38.5%であった。都道府県別に見た場合、15.8%～80%の自治体より提出があった⁶(図表 2 参照)。また人口規模別、高齢化率別、高齢単身世帯率別に見た場合、高齢化率が50%以上の自治体を除き各階層で 20%以上の市区町村からの回答を確保できた。(図表 3～図表 5 参照)

図表 2 都道府県別のアンケート提出数と割合

	自治体数 (市区町村数)	回答のあった 自治体	回答のあった 自治体の割合		自治体数 (市区町村数)	回答のあった 自治体	回答のあった 自治体の割合
北海道	179	49	27.4%	滋賀県	19	6	31.6%
青森県	40	15	37.5%	京都府	26	5	19.2%
岩手県	33	13	39.4%	大阪府	43	24	55.8%
宮城県	35	14	40.0%	兵庫県	41	12	29.3%
秋田県	25	8	32.0%	奈良県	39	13	33.3%
山形県	35	11	31.4%	和歌山県	30	6	20.0%
福島県	59	20	33.9%	鳥取県	19	4	21.1%
茨城県	44	22	50.0%	島根県	19	5	26.3%
栃木県	25	14	56.0%	岡山県	27	10	37.0%
群馬県	35	14	40.0%	広島県	23	8	34.8%
埼玉県	63	29	46.0%	山口県	19	7	36.8%
千葉県	54	23	42.6%	徳島県	24	10	41.7%
東京都	62	26	41.9%	香川県	17	12	70.6%
神奈川県	33	16	48.5%	愛媛県	20	16	80.0%
新潟県	30	16	53.3%	高知県	34	9	26.5%
富山県	15	7	46.7%	福岡県	60	25	41.7%
石川県	19	3	15.8%	佐賀県	20	12	60.0%
福井県	17	5	29.4%	長崎県	21	7	33.3%
山梨県	27	7	25.9%	熊本県	45	15	33.3%
長野県	77	18	23.4%	大分県	18	8	44.4%
岐阜県	42	12	28.6%	宮崎県	26	7	26.9%
静岡県	35	25	71.4%	鹿児島県	43	20	46.5%
愛知県	54	33	61.1%	沖縄県	41	21	51.2%
三重県	29	8	27.6%	合計	1,741	670	38.5%

⁵ アンケートの設問内容については「第Ⅵ章 資料編」を参照。

⁶ 調査期間中に令和6年能登半島地震が発生したため、北陸地方の回答割合についてはその点も留意すべきである。

図表 3 自治体の人口規模別アンケート提出数と割合

自治体の人口規模※ 1	自治体数 (市区町村数)	回答のあった 自治体	回答のあった 自治体の割合
50万人以上	35	14	40.0%
20万人以上50万人未満	95	60	63.2%
5万人以上20万人未満	395	223	56.5%
5万人未満	1,215	373	30.7%
分類対象外※ 2	1	0	0.0%
合計	1,741	670	38.5%

※ 1 人口規模の区分は地方自治法における政令指定都市、中核市、その他の市の人口要件に基づく。

※ 2 各自治体の人口は令和 2 年国勢調査に基づく数値。なお、福島県双葉町は令和 2 年の時点で大部分が帰宅困難地域に含まれていたため、分類対象外とした。

図表 4 自治体の高齢化率別アンケート提出数と割合

高齢化率※ 1	自治体数 (市区町村数)	回答のあった 自治体	回答のあった 自治体の割合
50%以上	60	10	16.7%
45%以上50%未満	111	25	22.5%
40%以上45%未満	278	87	31.3%
35%以上40%未満	408	129	31.6%
30%以上35%未満	390	172	44.1%
25%以上30%未満	327	163	49.8%
20%以上25%未満	133	68	51.1%
15%以上20%未満	30	15	50.0%
15%未満	3	1	33.3%
分類対象外※ 2	1	0	0.0%
合計	1,741	670	38.5%

※ 1 高齢化率は総人口に占める65歳以上人口の割合。

※ 2 各自治体の人口は令和 2 年国勢調査に基づく数値。なお、福島県双葉町は令和 2 年の時点で大部分が帰宅困難地域に含まれていたため、分類対象外とした。

図表 5 自治体の高齢単身世帯率別アンケート提出数と割合

高齢単身世帯率※ 1	自治体数 (市区町村数)	回答のあった 自治体	回答のあった 自治体の割合
20%以上	241	68	28.2%
15%以上20%未満	422	131	31.0%
10%以上15%未満	801	330	41.2%
5%以上10%未満	275	141	51.3%
5%未満	1	0	0.0%
分類対象外※ 2	1	0	0.0%
合計	1,741	670	38.5%

※ 1 高齢単身世帯率は一般世帯数に占める65歳以上単身世帯の割合。

※ 2 各自治体の人口は令和 2 年国勢調査に基づく数値。なお、福島県双葉町は令和 2 年の時点で大部分が帰宅困難地域に含まれていたため、分類対象外とした。

3 調査結果

市区町村を対象としたアンケート調査は、4つの領域の設問で構成され、本節では原則として領域2から順に調査結果をまとめている。(図表 6 参照)

領域2(4)の「認知症のある方の入退院支援の促進や質の向上のために、自治体内で実施している取組について」は、事例のサンプル集として、本章の最後に「(6)入退院支援の促進や質の向上のために、自治体内で実施している取組について」としてまとめた。

クロス集計については傾向の強かったもののみ本章に掲載している⁷。

図表 6 アンケートの構成

領域	設問内容	
1	各自治体の基本属性	
2	認知症のある方の入院受け入れ・退院支援に関する、自治体の課題の認識や取組等に関する設問	(1) 現状や課題の把握のために市区町村が実施していることについて (2) 入院受け入れの場面において、認知症があることで生じ得る諸課題について (3) 退院支援の場面において、認知症があることで生じ得る諸課題について (4) 認知症のある方の入退院支援の促進や質の向上のために、自治体内で実施している取組について
3	認知症のある方の入院受け入れ・退院支援に関連する、自治体の地域包括支援センター等の取組に関する設問	(1) 地域包括支援センターの状況 (2) 認知症地域支援推進員の状況 (3) 認知症初期集中支援チームの状況
4	認知症のある方の入退院支援についての指標や目標値に関する設問	(1) 入退院支援についての指標や目標値に用いている、体制整備に関するデータ (2) 入退院支援についての指標や目標値に用いている、連携に関するデータ

⁷ 本章のほかに、「第VI章 資料編」には傾向の強くみられなかったものを含む、人口規模別のクロス集計表を掲載した。

(1) 認知症のある方の入院受け入れ・退院支援の現状や課題の把握のために市区町村が実施していることについて

認知症のある方の入院受け入れ・退院支援の現状や課題の把握のために実施していることとして、最も選択割合の高かった項目は、「01 地域包括支援センターにおける相談内容や活動状況の傾向の把握」(73.3%)で、次いで「02 認知症初期集中支援チームの介入や連携状況の傾向の把握」(61.2%)であった。(図表 7 参照)

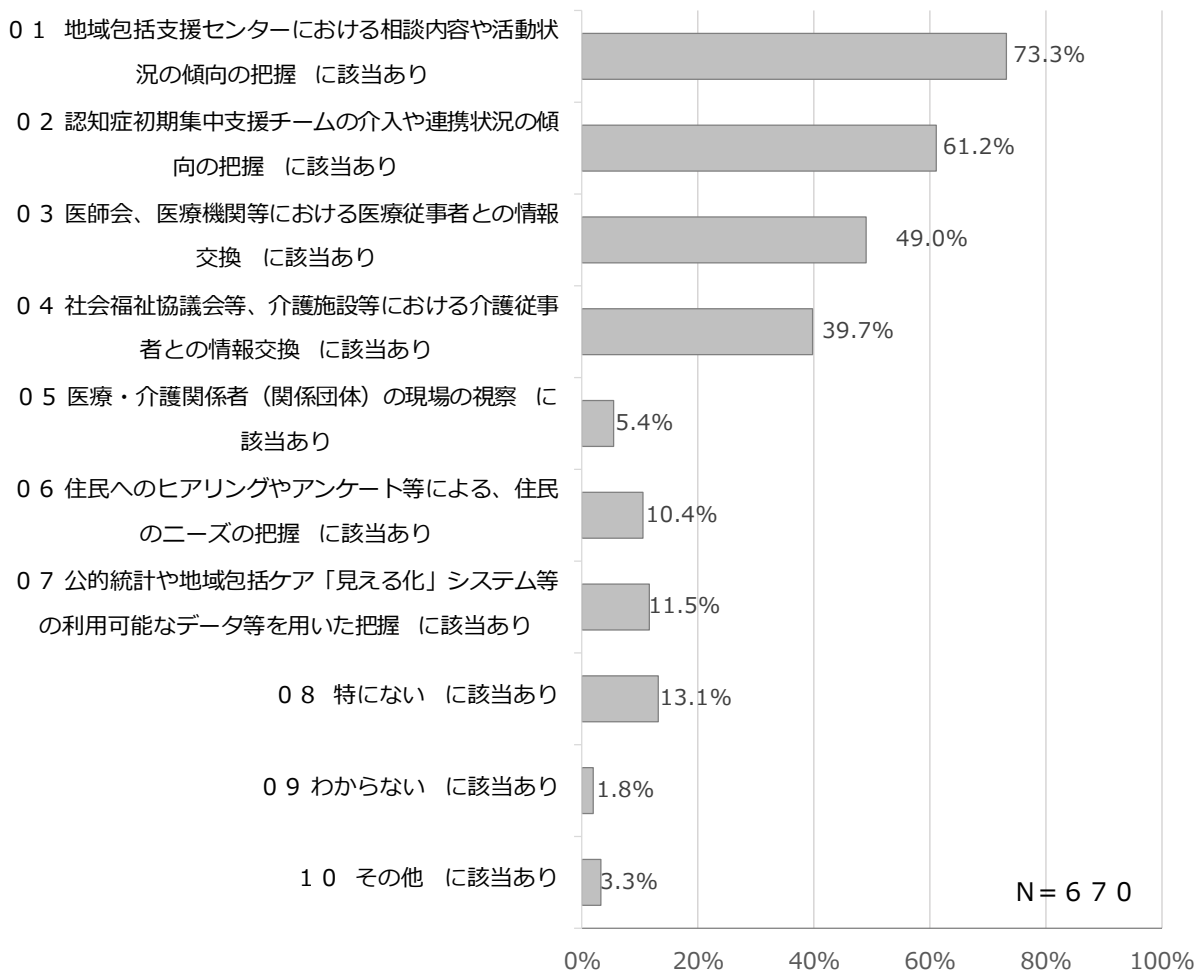
また「特になし」「わからない」「その他」を除いた項目のうち、最も選択割合の低かったのは「05 医療・介護関係者(関係団体)の現場の視察」(5.4%)、次いで「06 住民へのヒアリングやアンケート等による、住民のニーズの把握」(10.4%)であった。

「07 公的統計や地域包括ケア「見える化」システム等の利用可能なデータ等を用いた把握」の選択割合は 11.5%だった。

図表 7 認知症のある方の入院受け入れ・退院支援の現状や課題の把握のために市区町村が実施していること

設問2-(1)：認知症のある方の入院受け入れ・退院支援の現状や課題の把握のために、貴自治体として実施していることを選択してください。（当てはまるもの全て）

回答項目の選択割合



入院受け入れ・退院支援の現状や課題の把握のために実施していることの「その他」で挙げられたものには、「来年度より、在宅医療・介護連携推進事業において協議体を立ち上げ、入退院支援の場面における現状や課題を、関係団体と共に検討することができる体制づくりを進めていく予定としている。」「医療機関・介護施設等の職員を対象に在宅医療・介護連携に関する現状把握のためのアンケートを実施。」等があった。(図表 8 参照)

図表 8 認知症のある方の入院受け入れ・退院支援の現状や課題の把握のために市区町村が実施していること(自由記述部分の回答)

設問2-(1)： 認知症のある方の入院受け入れ・退院支援の現状や課題の把握のために、貴自治体として実施していることを選択してください。(当てはまるもの全て) 選択肢「10 その他」自由記述欄の回答内容
来年度より、在宅医療・介護連携推進事業において協議体を立ち上げ、入退院支援の場面における現状や課題を、関係団体と共に検討することができる体制づくりを進めていく予定としている。
医療機関・介護施設等の職員を対象に在宅医療・介護連携に関する現状把握のためのアンケートを実施。
電話・訪問等における専門職の相談支援の内容および経過、支援者間の連携から把握。
認知症の方に限定したものではないが、高齢者の入退院がスムーズにできるよう、医療・介護共通のルール・手引きである「入退院調整ルール」を作成して活用している。
市内認知症疾患医療センターの入院件数の把握。
在宅医療介護連携推進事業の委託先に相談窓口を設置し、市窓口でも認知症地域支援推進員を配置して相談に応じている。
認知症疾患医療センターの実績把握、自己評価、外部評価等、認知症高齢者緊急一時入院事業の実績把握。
認知症支援推進協議会での協議、在宅医療在宅介護連携推進協議会での協議。
認知症という理由で、特別な入退院支援はしていない。入退院連携ルールを作成し、各医療機関やケアマネジャーに活用してもらうようにしているが、必要があればその中で認知症についての記載をしている。
医療介護連携のための協議会にて様々な検討を行っている。認知症に特化していないが、連携シートを作成し活用している。
医療圏で入退院支援ルールを策定し、来年度より運用開始予定。
在宅医療・介護連携支援センター主催関係会議内での把握など。
入退院支援に関する取組について、認知症の方を特別に取り上げることはしていない。
在宅医療・介護連携推進事業において、作成した「入退院支援ルール」及び「情報共有シート」の周知・啓発。
ケアマネからの相談や医療機関連携室との情報交換等から現状を把握し、認知症の方の入退院の現状、課題等を把握している。
定期的に開催しているケアマネ連絡会等で情報交換を実施。
地区担当保健師や相談担当職員が個別相談対応している。
認知症カフェ・家族会等での家族からの聞き取り。
保健所主催によるメンテナンス会議による入退院情報連携シートの活用等。

※「特にない」「分からない」といった趣旨の回答は除いた。

認知症のある方の入院受け入れ・退院支援の現状や課題の把握のために市区町村が実施していることについて、「03 医師会、医療機関等における医療従事者との情報交換」に該当する自治体は、該当していない自治体と比較して、設問2(2)アの「認知症患者の入院受け入れの全体的な評価としてスムーズに行われているかどうか」で肯定的な評価⁸を選択した割合が11.8ポイント高かった。(図表9参照)

設問2(3)アの「認知症患者の退院の全体的な評価としてスムーズに行われているかどうか」においても同様に6.2ポイント高くなっており(図表10参照)、医療従事者との情報交換を行っている自治体は認知症の方の入退院が全体的にスムーズと回答する傾向が強かった。

図表9 認知症のある方の入院受け入れ・退院支援の現状や課題の把握のために市区町村が実施していることと、入院のスムーズさのクロス集計

設問2-(1)：認知症のある方の入院受け入れ・退院支援の現状や課題の把握のために、貴自治体として実施していることを選択してください。(当てはまるもの全て)の選択肢03

(設問2-(2)ア(認知症のある方の入院について、全体的に評価してスムーズに行われていると思いますか。)の回答状況別)回答項目の選択割合

認知症のある方の入院受け入れについて、全体的に評価してスムーズに行われていると思うか(どれか1つ)			
03 医師会、医療機関等における医療従事者との情報交換	肯定的な評価*1	それ以外の評価*2	合計
該当あり	37.8% (124)	62.2% (204)	100.0% (328)
該当なし	26.0% (89)	74.0% (253)	100.0% (342)
合計	31.8% (213)	68.2% (457)	100.0% (670)

※カッコ内は回答件数

注) *1:「そう思う」「どちらかといえばそう思う」

*2:「どちらとも言えない」「どちらかと言えばそう思わない」「そう思わない」「わからない」

⁸「そう思う」「どちらかといえばそう思う」のいずれか。

図表 10 認知症のある方の入院受け入れ・退院支援の現状や課題の把握のために市区町村が実施していることと、退院のスムーズさのクロス集計

設問2-(1)：認知症のある方の入院受け入れ・退院支援の現状や課題の把握のために、貴自治体として実施していることを選択してください。（当てはまるもの全て）の選択肢03

（設問2-(3)ア（認知症のある方の退院について、全体的に評価してスムーズに行われていると思いますか。）の回答状況別）回答項目の選択割合

認知症のある方の退院について、全体的に評価してスムーズに行われていると思うか（どれか1つ）			
03 医師会、医療機関等における医療従事者との情報交換	肯定的な評価*1	それ以外の評価*2	合計
該当あり	35.4% (116)	64.6% (212)	100.0% (328)
該当なし	29.2% (100)	70.8% (242)	100.0% (342)
合計	32.2% (216)	67.8% (454)	100.0% (670)

※カッコ内は回答件数

注) *1：「そう思う」「どちらかといえばそう思う」

*2：「どちらとも言えない」「どちらかと言えばそう思わない」「そう思わない」「わからない」

(2) 入院受け入れの場面において、認知症があることで生じ得る諸課題について

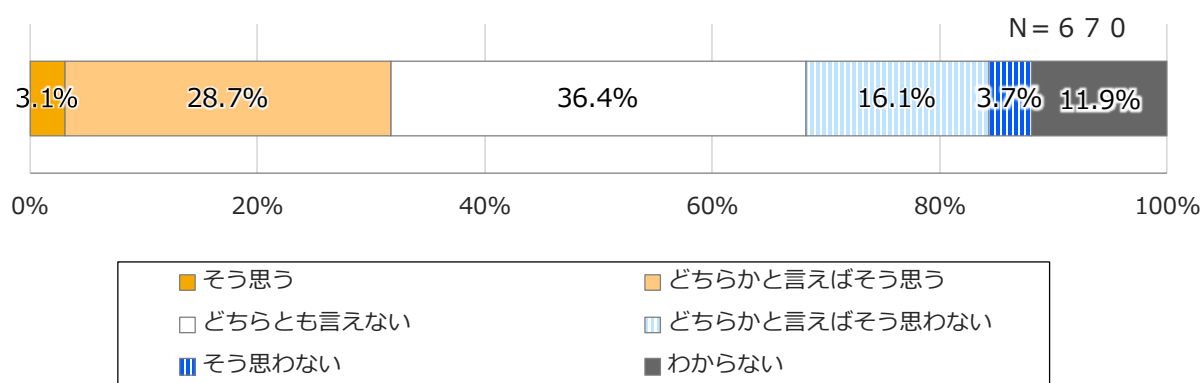
ア 認知症のある方の入院受け入れについての全体的な評価

認知症患者の受入れについて、全体的な評価としてスムーズに行われていると思うかという問いについて、「そう思う」「どちらかと言えばそう思う」の選択割合は合計 31.8%、「そう思わない」「どちらかと言えばそう思わない」の選択割合は合計 19.8%で、肯定的な評価が否定的な評価を上回っていた。(図表 11 参照)

一方で「どちらとも言えない」の選択割合は 36.4%で、否定的な評価の 19.8%と合わせると半数を超えており、回答自治体の過半数が認知症のある方の入院受け入れのスムーズさについて肯定的ではない評価をしているという結果となった。

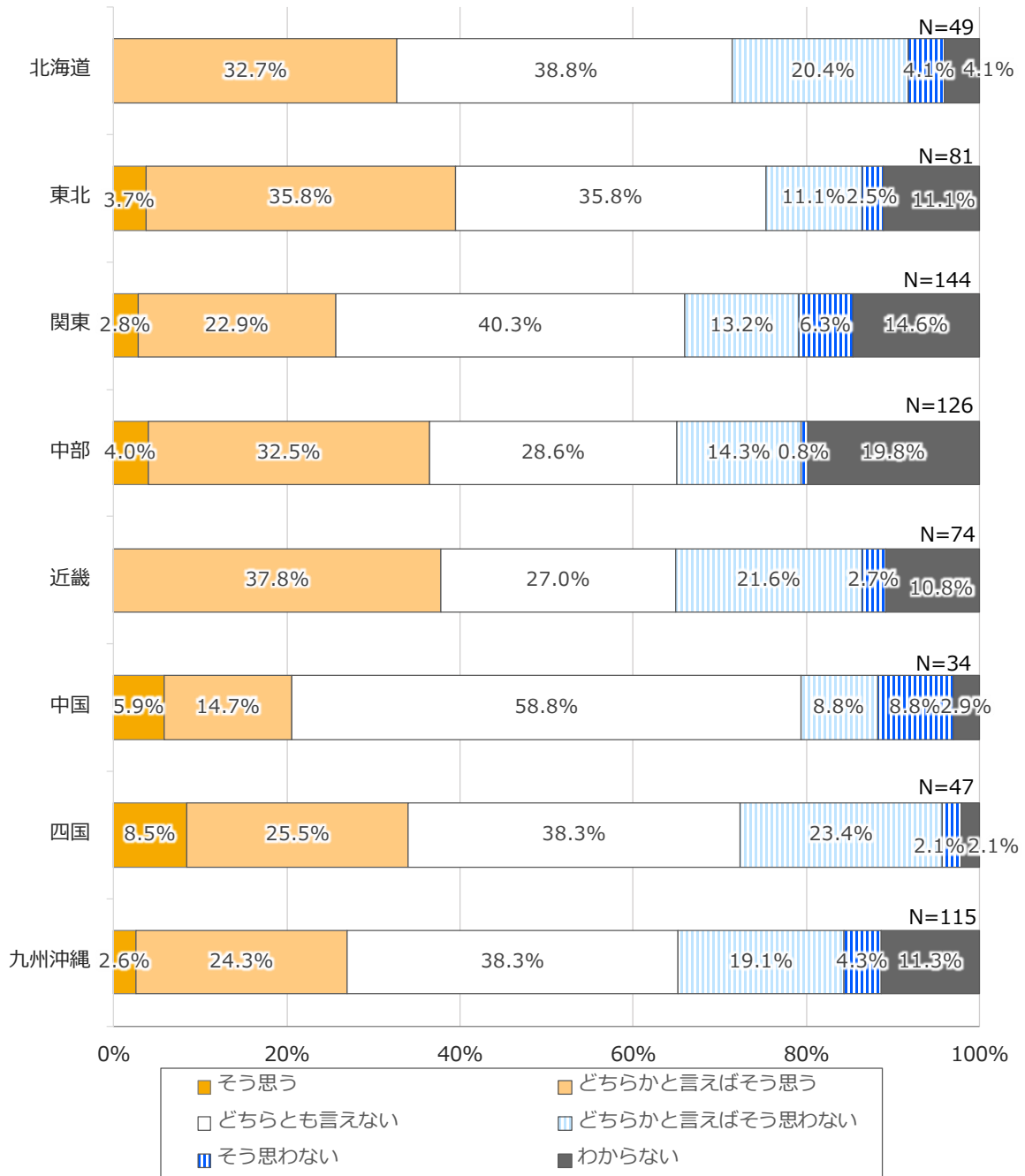
図表 11 認知症のある方の入院受け入れについて、全体的な評価としてスムーズに行われているか

設問2-(2) ア：認知症のある方の入院受け入れについて、全体的に評価してスムーズに行われていると思いますか。当てはまるものを選択してください。(どれか1つ)
回答項目の選択割合



認知症のある方の入院受け入れについての全体的な評価について地域別に見た場合、東北、中部、近畿地方で肯定的な評価をした自治体の割合が高く、特に東北、中部地方では肯定的な評価を行った自治体の割合が、否定的な評価をした自治体の2倍を上回っていた。(図表 12 参照)

図表 12 認知症のある方の入院受け入れについて、全体的な評価としてスムーズに行われているか(地方区分別)



イ 本人や家族等に関連する課題

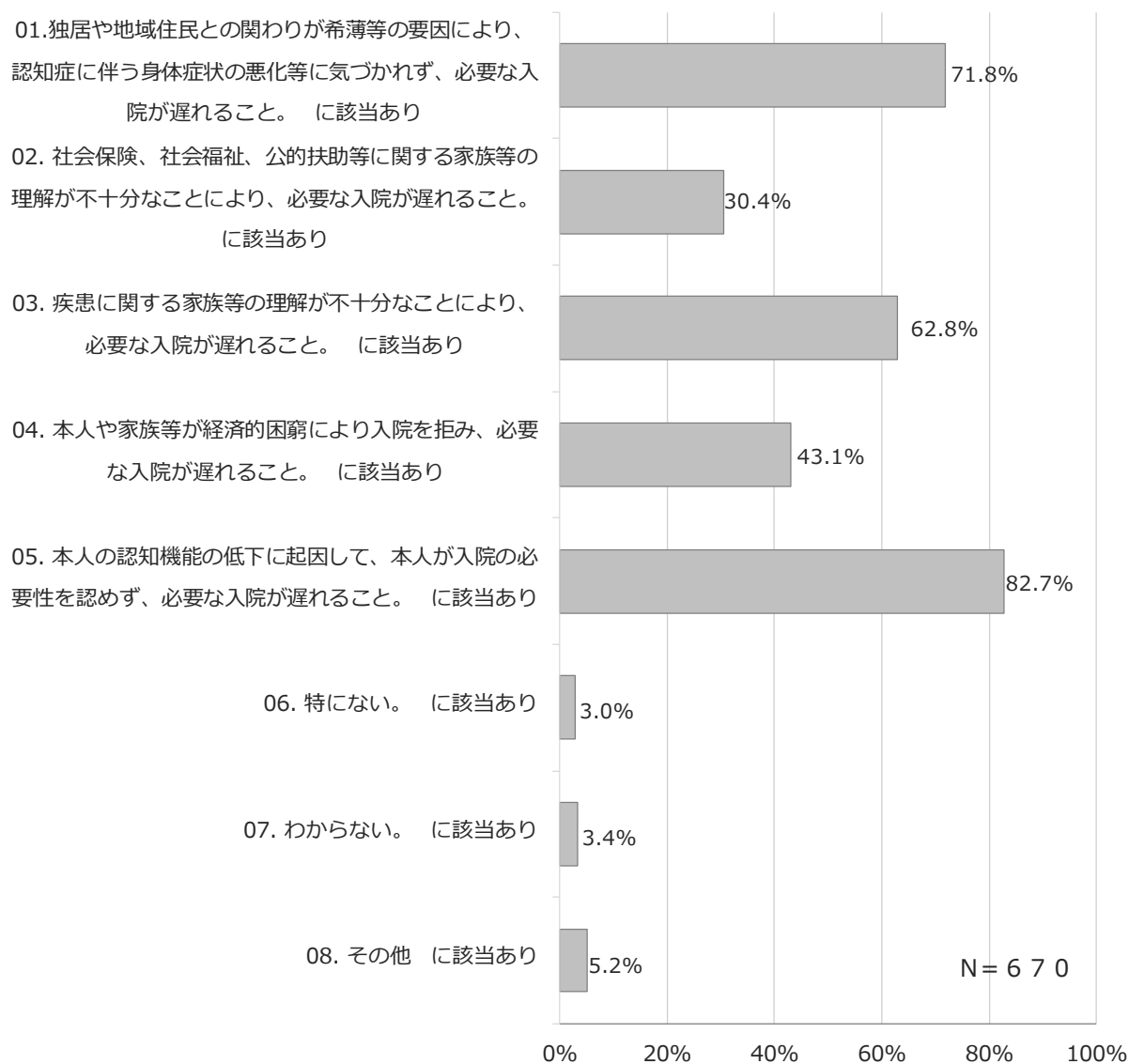
認知症のある方の入院について、本人や家族等に関連する課題として最も選択割合の大きかった項目は、「05 本人の認知機能の低下に起因して、本人が入院の必要性を認めず、必要な入院が遅れること。」(82.7%)、次いで「01 独居や地域住民との関わりが希薄等の要因により、認知症に伴う身体症状の悪化等に気づかれず、必要な入院が遅れること。」(71.8%)であった。(図表 13 参照)

また、「04 本人や家族等が経済的困窮により入院を拒み、必要な入院が遅れること。」を選択した自治体が 43.1%に及んでおり、回答した自治体の4割強が、経済的困窮を理由とした入院の拒否を課題としていた。

図表 13 認知症のある方の入院について、本人や家族等に関連する課題

設問2-(2) イ： 認知症のある方の入院について、【本人や家族等に関連することで】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。(当てはまるもの全て)

回答項目の選択割合



本人や家族等に関連する課題の「その他」に寄せられた回答については、「入院等の手続きにおいて、独居で身寄りがない、疎遠等のケースについて相談が増えている。」といった社会との関係性の希薄化や、「家族が本人との関係悪化を恐れ、入院に踏み切れない。」といった、家族と本人の関係を課題として挙げているものが見られた。(図表 14 参照)

図表 14 認知症のある方の入院について、本人や家族等に関連する課題(自由記述部分の回答)

設問2-(2) イ： 認知症のある方の入院について、【本人や家族等に関連することで】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。(当てはまるもの全て) 選択肢「08.その他」自由記述欄の回答内容
入院等の手続きにおいて、独居で身寄りがない、疎遠等のケースについて相談が増えている。
家族が本人との関係悪化を恐れ、入院に踏み切れない。
本人が受診自体を拒否している時、措置入院等緊急時でなければ強制力はないが、家族から「どうにかしてほしい」と依頼されることが多く対応に苦慮する。地元で精神科病院(棟)が無い場合、自家用車がないとタクシー等での移動となるが経済的負担が大きく躊躇することも多い。
認知症のある方が内科的疾患を有している場合に精神科の入院を断られることがある。特に内科的疾患があるにも関わらず定期受診をしていない場合。
本人の認知症によるBPSD症状のため、入院ができない、または入院しても退院が必要になることがある。
重度の認知症者の入院できる医療機関が少ない。
選択肢02,03,04は認知症のある方に限らず、高齢者の入院全般で生じる課題である。
独居の認知症の方が多いが少しの物忘れや、少しの問題行動であっても家族が面倒をみるのが困難なことから入院を望む傾向にあること。
同居家族に精神疾患等を抱えているケースもあり、支援者となる家族が不在で支援がスムーズにいかない場合もある。
入院に際し、身元保証人となり得る親族がおらず、必要な入院が遅れること。
成年後見制度や各種保証サービスを利用していない認知症患者について、医療費の支払い手段等の見込みが立たず、医療機関から入院を拒まれてしまう場合がある。
家族間で「必要な入院」に関して意見が分かれること。
選択肢01に加えて退院支援が困難なこと。
安静指示等が医師からあっても、本人が理解できず病室から出てしまったり、病院内を徘徊してしまったりする等の認知症状が見られている場合、家族が付き添いを求められるケースがある。
精神科の入院時、医療保護入院にかかる保護者について、家族が同意しない場合の区長同意(首長同意)とする判断が課題。
認知介護・老々介護の場合、どちらか一方が倒れた場合に状況の認識ができず、残された家族が状況確認悪化した際、入院が遅れる。
精神専門病院への入院は満床で長期待機となっている。
ベッドの空き状況。
身寄りがないため本人への支援がスムーズに行えず、必要な入院が遅れること。
重症化するまで自分たち(家族内)で解決しようとして相談や受診が遅れる傾向がある。
精神疾患か認知症かの判断がつきにくい方がいる。
本人の病識が乏しく受診拒否があると、そもそも受診につながらず、必要な医療を受けることが遅くなる。結果的に入院も遅くなることもある。
入院による認知症悪化のため、家族が2回目以降の入院を拒否する。

設問2- (2) イ： 認知症のある方の入院について、【本人や家族等に関連することで】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。（当てはまるもの全て） 選択肢「08.その他」自由記述欄の回答内容
キーパーソン不在（独居で身寄りがない、高齢者のみ世帯で夫婦とも認知症を抱える場合の入院手続き）。
病院職員の人材不足等で本人の認知症への対応が難しく、入院しても即退院させられることがある。
本人・家族が希望しても医療機関上の都合上、入院ができづらい状況下にある。
御家族が遠方だったり、身寄りがなかったり、たとえ親族が居ても高齢で入院対応が家族や親族では困難。普段、一緒に生活をされていないと本人の状況が分からず入院手続きまで包括職員がしないといけなくなっている。
独居高齢者で認知症を有する場合、県外在住の家族の協力が得られにくい場合がある。
ペットがいる単身者が入院を拒否する。またペットの受入れ先や預かり先がない。
キーパーソンが不在のため病院の受け入れに時間がかかる。
・本人と家族等との関係が悪く、入院の同意が得られず、身元保証人がいないため入院がスムーズにいかない。 ・本来は、精神科の入院が適切だと思うケースでも、精神科の入院に対して本人・家族の同意が得られにくい。
身寄りがない、家族と関係が悪く支援してくれる家族がない等によって、入院支援が困難（本人拒否、保証人がいない、医療保護入院の同意者がいない）。
認知症の独居高齢者で身寄りのない方も増えている。連帯保証人や身元引受人の確保が難しい場合がある。
認知症があるため入院ができず、通院となるパターンもある。家族の看護負担が大きくなる。
認知症のある方が独居で支援する家族が少ないこと。
同居家族や親族が精神疾患や知的障害などあり、理解が得にくいこと。
遠方にしか認知症治療の入院機関がないため、家族や本人の病院に対するイメージがつきにくい。

※「特にない」「分からない」といった趣旨の回答は除いた。

本人や家族等に関連する課題について高齢化率別に見た場合、「02 社会保険、社会福祉、公的扶助等に関する家族等の理解が不十分なことにより、必要な入院が遅れること。」の選択割合が、高齢化率の低い自治体では高かった。(図表 15 参照)

高齢化が比較的進んでいない自治体では、進んだ自治体と比較して、社会保険、社会福祉、公的扶助等に関する家族の理解が不十分であることが、認知症のある方の入院受け入れの課題になりやすい傾向にあると考えられる。

図表 15 認知症のある方の入院について、本人や家族等に関連する課題(高齢化率別)

設問2-(2) イ： 認知症のある方の入院について、【本人や家族等に関連することで】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。(当てはまるもの全て)

(自治体の高齢化率別) 回答項目の選択割合

認知症のある方の入院について、 【本人や家族等に関連することで】 貴自治体が特に課題と感じていること (当てはまるもの全て)	自治体の高齢化率				合 計 (n=670)
	40%以上 (n=122)	30%以上40% 未満 (n=301)	20%以上30% 未満 (n=231)	20%未満 (n=16)	
01 独居や地域住民との関わりが希薄等の要因により、認知症に伴う身体症状の悪化等に気づかれず、必要な入院が遅れること。に該当あり	58.2% (71)	74.8% (225)	75.8% (175)	62.5% (10)	71.8% (481)
02 社会保険、社会福祉、公的扶助等に関する家族等の理解が不十分なことにより、必要な入院が遅れること。に該当あり	19.7% (24)	32.2% (97)	33.3% (77)	37.5% (6)	30.4% (204)
03 疾患に関する家族等の理解が不十分なことにより、必要な入院が遅れること。に該当あり	54.9% (67)	63.8% (192)	65.4% (151)	68.8% (11)	62.8% (421)
04 本人や家族等が経済的困窮により入院を拒み、必要な入院が遅れること。に該当あり	26.2% (32)	42.5% (128)	52.4% (121)	50.0% (8)	43.1% (289)
05 本人の認知機能の低下に起因して、本人が入院の必要性を認めず、必要な入院が遅れること。に該当あり	76.2% (93)	83.1% (250)	85.3% (197)	87.5% (14)	82.7% (554)
06 特になし。に該当あり	7.4% (9)	2.3% (7)	1.3% (3)	6.3% (1)	3.0% (20)
07 わからない。に該当あり	3.3% (4)	3.0% (9)	3.9% (9)	6.3% (1)	3.4% (23)
08 その他 に該当あり	9.0% (11)	4.3% (13)	4.8% (11)	0.0% (0)	5.2% (35)

※カッコ内は回答件数

ウ 諸機関の連携に係る課題

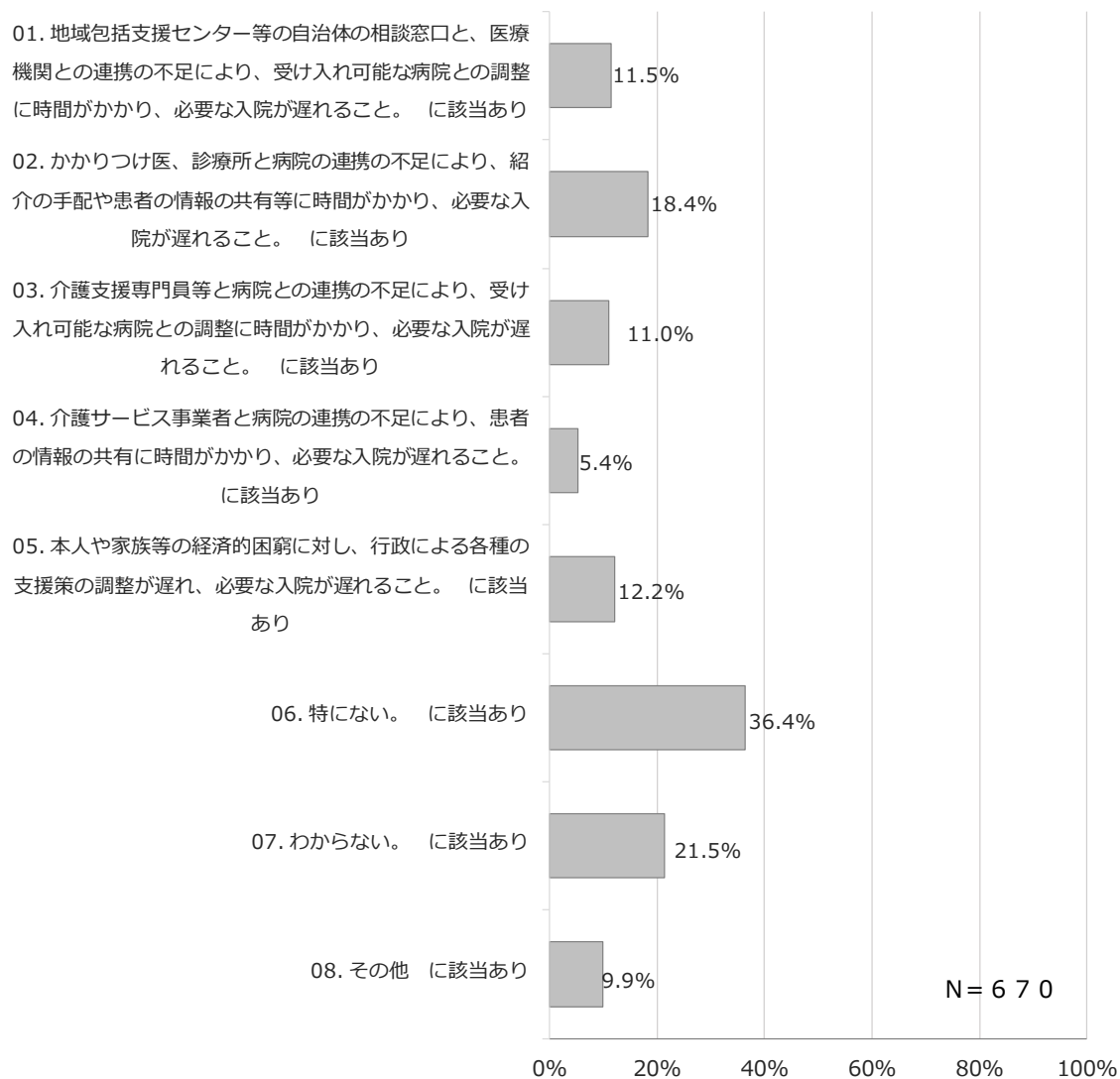
認知症のある方の入院について、諸機関の連携に係る課題として「特にない」「わからない」を除いて最も選択割合の高かった項目は、「02 かかりつけ医、診療所と病院の連携の不足により、紹介の手配や患者の情報の共有等に時間がかかり、必要な入院が遅れること。」(18.4%)、次いで「05 本人や家族等の経済的困窮に対し、行政による各種の支援策の調整が遅れ、必要な入院が遅れること。」(12.2%)であった。(図表 16 参照)

本設問では「特にない」の選択割合が 36.4%で最も高く、またそれ以外の「わからない」を除く選択肢に 20%を超えているものがなかった。全体的に、他の設問と比較して選ばれた項目が少ない結果となった。

図表 16 認知症のある方の入院について、諸機関の連携に係る課題

設問2-(2) ウ：認知症のある方の入院について、【諸機関の連携に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。(当てはまるもの全て)

回答項目の選択割合



諸機関の連携に係る課題の「その他」に寄せられた回答については、自治体と医療機関との連携を課題として挙げているものが見られた。特に「独居の認知症高齢者の場合、精神科への入院は親族同意、身元保証人等が居ないと不可と言われ入院まで時間を要する。」のように、認知症のある方で身元保証人が不明の場合、対応に苦慮している様子がうかがえた。（図表 17 参照）

図表 17 認知症のある方の入院について、諸機関の連携に係る課題（自由記述部分の回答）

設問2-(2) ウ：認知症のある方の入院について、【諸機関の連携に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。（当てはまるもの全て）
選択肢「08.その他」自由記述欄の回答内容
独居の認知症高齢者の場合、精神科への入院は親族同意、身元保証人等が居ないと不可と言われ入院まで時間を要する。
受け入れ可能な医療機関が少ない。
地元で精神科病院（棟）が無いため、認知症状の悪化による入院については近隣市の病院との調整が必要。協力を得られることが多いが、満床だった場合、調整のためさらに時間がかかる。個人情報等を何処まで開示するか悩む。
入院費の支払いに関して目途が立たないと入院の調整が難航する。日常生活自立支援事業は入院患者が対象ではないと言われており利用できないことが多い。また、すでに日常生活自立支援事業を利用していても感染症などの理由で院内が面会制限となると入院費支払いの意思確認や署名がもらえず支援できないと言われることで入院予約ができないことがある。 日常生活自立支援事業の対象ではないことで法律職等との事務委任契約を利用してもらいたいと言われることがあるが経済的理由で契約できないことが多い。
症状の悪化等により急な入院に対応できる医療機関が少ない。
かかりつけ医の認知症についての認識に差がある。
本人、家族の病気に対する理解。
身寄りのない独居高齢者では、かかりつけ医もなく包括（相談窓口）に相談された時点ですでに認知症が進行しているケースが多い。支援者もいないケースでは、まず受診させるのもひと苦労。入院が必要と思われるケースでも、保証人不在では入院に応じてもらえない。認知症本人の理解も得られない場合有。
認知症専門医療機関が町外にあるため、通院自体がハードルが高い。
身内と疎遠な場合もしくは対応できる身内がない場合の救急搬送と入院受け入れに時間を要する。
認知症の方が骨折等が疑われた場合に、問題行動等を危惧し、受診・入院を拒まれることがあり、入院調整がすまないことがある。
独居で身寄りがない場合、医療機関の受け入れが困難となる場合がある。
本人が医療機関受診を拒否し続け、結果的に限界を迎えた家族が初診で入院を希望するケースが多く、初診での入院は調整が困難である。
受け入れ可能な病院が受け入れ可能と判断されるまでに時間がかかる。
医療介護関係者の認知症の対応に関する正しい理解の不足もあると思うが、それぞれの強みや利点を共有する機会がなく、連携が難しいことがある。
ケースバイケースであるため、同じ担当者同士であっても、スムーズに繋がることもあれば連携不足となってしまうこともある。一概に課題と感じているとは言えない。
選択肢01～04の連携について、上手くいっているケースと連携不足になっているケースがあり、共通認識を地域全体で持っていない。

設問2- (2) ウ: 認知症のある方の入院について、【諸機関の連携に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。(当てはまるもの全て) 選択肢「08.その他」自由記述欄の回答内容
認知症とは限らないと思いますが、病床が満床ですぐに入院することが難しい。
認知症があると入院そのものが難しいことがある。特に独居や高齢者のみ世帯では、受け入れ可能な医療機関が見つからないことがある。連携の不足というより、受け入れてもらえない。
ケースにより状況が違うため、特に課題として挙げにくい。
・連携不足よりも、受け入れる医療機関の人材不足などにより時間がかかることがある。 ・病棟が認知症に対応できる配置にないことがある。
本人のBPSDによる問題行動や経済的困窮、家族等身元保証人の不在により入院を断られる場合がある。
救急対応で入院すると状況が不明なまま対応しなければならない。
かかりつけ医で抱えがち。
認知症入院できる病院がかぎられていてすぐには入院できない。
自治体として、連携不足による必要な入院の遅れは、複合的な問題(本人・家族の抵抗感、相談医と専門医の連携、事前のかかりつけ医との連携、経済的困窮や支援者のいない独居高齢者、マンパワー不足、事前のかかりつけ医との連携など)があり、ケースに応じて本人、家族をはじめ関わる支援者と細やかな連携が大切であり、課題であると感じている。
連携はとれても、受入空状況により入院を待つことはある。
複雑化、複合化するケースが増えているため、関係機関とのさらなる連携が必要と考える。
認知症のために本人の情報において不明確な点が多く、連携する上での必要な情報が得られない。
入院が遅れているか不明だが、入退院時の病院と他職種との連携不足がある。
認知症を診断においては受け入れられる病棟が少なく受け入れまでに時間を要する。また至急に対応が必要であっても予約診察が必要となる。
受け入れ可能な医療機関が少ない。
認知症のある入院患者への必要な支援や対応に対し、医療機関で実施できる支援や対応が不足している。
受け入れ可能な事業所、医療機関に負担がかかっており、拡大が必要。
家族のいない独居高齢者の場合、身元引受人が不在のため、受け入れがスムーズに進まないことがある。
医療と介護の連携はますます進んでいるように思う。入退院に関しても、地域の連絡ルールがありそれに則って行われているので課題を感じにくい。
BPSD症状が見られる認知症がある方について、心身安全のための入院を見越した受診を行政から調整するも、断られる。(認知症疾患医療センターであっても)
中山間地のため、病院の選択が限られるうえに、「認知症があるから。」と入院を断られることがある。
受け入れ可能な医療機関数や病床数の関係で必要な入院が遅れること。
入院のタイミングについて、病院と地域で認識に差異があり、地域で入院が必要と考えていても病院で受け入れられないケースがある。病院によっても、入院時期の考え方やベッド数等によって入院受け入れ可否が異なるため、情報共有・相談に時間を要している。
諸機関の連携に課題がないとは言いきれないが、本人や家族等に関連する課題が大きいと感じる。
認知症があるとのことで入院を拒まれたことがあると聞いたことがある。
入院時に本人の状況、背景によっては、介護認定申請や経済的困窮等の行政支援など、緊急対応が必要なことがあり、苦慮することがある。
労働者不足による病床数の減少等により、入院を受け入れてもらえる病院が少ない。

設問2-(2) ウ：認知症のある方の入院について、【諸機関の連携に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。（当てはまるもの全て） 選択肢「08.その他」自由記述欄の回答内容
市内に入院出来る精神科が2つあり、なんとか対応できている。
身内が近隣に不在の場合や、近隣との関係希薄な認知症高齢者について入退院時の情報連携が円滑にいかないことが多い。
地域包括支援センター、介護サービス事業者等と医療機関との連携は取れているものの、医療機関の都合上、入院できない。医療機関から受け入れ先医療機関への連携が不十分。
精神科で入院できる病院が1か所しかなく、入院を希望しても受け入れてもらえない。緊急時の対応もしてもらいにくい。
ご家族等身近な支援者がいない、協力が得られにくいことにより、入院が遅れること。
<ul style="list-style-type: none"> ・認知症のある方で透析治療を受けている方の入院先がない。 ・独歩可能な方で、他疾患の治療での入院先を探すのに苦慮する。 ・周辺症状のひどい方（治療拒否、理解困難など）の場合、認知症の治療と並行する必要がある。
地域包括支援センター職員と医療機関の相談員が連携をとっていても、お互い訪問や面談があるのですれ違い、受け入れ可能な病院を探すのに時間を要する。
身寄りがない方、家族が遠方にしかいない方は、入院の受け入れが難しいことがあります。
認知症専門医の受診予約がいっぱい空きがなく、受診のタイミングが合わないことがある。
<ul style="list-style-type: none"> ・本人・家族が認知症による入院の必要性を理解できていない。 ・認知症の方本人に対する家族（キーパーソン）とその他の家族との連携が難しい。
認知症専門医療機関への受診や入院調整に時間がかかる。
キーパーソンが不在の際に町に対応を迫られること。
受け入れ病院が少ないこと。
救急病院と精神科病院との連携の不足により必要な入院が遅れる。
介護支援専門員と病院の認識に差異がみられることがある。
独居の認知症の方で、医療機関受診の手立てのない方は、受診が遅れがち。また、感染症に関しては、医療機関においても、認知症の方の受け入れはなかなか難しい現状である。
かかりつけ医のフォローはあるが、認知症の専門ではなく不十分であるため、必要な入院が遅れること。
身体疾患の場合、認知症のある方の受け入れ可能な病院が少ない。認知症状での入院を受け入れる精神科病棟を持つ病院が県立病院1か所しかなく、入院の調整には時間と労力を要する。
本人の認知機能の低下で、本人が入院の必要性を認めず、必要な入院が遅れ、その後のサービス調整が遅れてしまう。
<ul style="list-style-type: none"> ・ご家族の治療・入院についてのイメージの悪さがあり、入院・治療の必要性の理解が得られない。 ・知的・精神的な疾患が家族の病歴としてある場合、理解を得ながらの支援介入に時間がかかったり困難となることが多い。
認知症専門医療機関と調整を行うが、入院の必要性に対して医療機関と共有し入院の判断に至るまで時間を要する事がある。
家族間の調整が整わないことによる入院の遅れ。

※「特にない」「分からない」といった趣旨の回答は除いた。

諸機関の連携に係る課題について、50万人以上の人口規模の都市においては、「02 かかりつけ医、診療所と病院の連携の不足により、紹介の手配や患者の情報の共有等に時間がかかり、必要な入院が遅れること。」(57.1%)、「03 介護支援専門員等と病院との連携の不足により、受け入れ可能な病院との調整に時間がかかり、必要な入院が遅れること。」(42.9%)をはじめとして、01～04 の項目の選択割合が、それぞれ全体平均と比較して2倍以上であった。(図表 18 参照)

図表 18 認知症のある方の入院について、諸機関の連携に係る課題(人口規模別)

設問2-(2) ウ：認知症のある方の入院について、【諸機関の連携に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。(当てはまるもの全て)

(自治体の人口規模別) 回答項目の選択割合

認知症のある方の入院について、 【諸機関の連携に係る点で】貴自治 体が特に課題と感じていること(当 てはまるもの全て)	自治体の人口規模				合 計 (n=670)
	50万人以上 (n=14)	20万人以上50 万人未満 (n=60)	5万人以上20万 人未満 (n=223)	5万人未満 (n=373)	
01 地域包括支援センター等の自治体の相談窓口と、医療機関との連携の不足により、受け入れ可能な病院との調整に時間がかかり、必要な入院が遅れること。 に該当あり	35.7% (5)	15.0% (9)	10.8% (24)	10.5% (39)	11.5% (77)
02 かかりつけ医、診療所と病院の連携の不足により、紹介の手配や患者の情報の共有等に時間がかかり、必要な入院が遅れること。 に該当あり	57.1% (8)	23.3% (14)	16.6% (37)	17.2% (64)	18.4% (123)
03 介護支援専門員等と病院との連携の不足により、受け入れ可能な病院との調整に時間がかかり、必要な入院が遅れること。 に該当あり	42.9% (6)	13.3% (8)	11.7% (26)	9.1% (34)	11.0% (74)
04 介護サービス事業者と病院の連携の不足により、患者の情報の共有に時間がかかり、必要な入院が遅れること。 に該当あり	28.6% (4)	6.7% (4)	5.8% (13)	4.0% (15)	5.4% (36)
05 本人や家族等の経済的困窮に対し、行政による各種の支援策の調整が遅れ、必要な入院が遅れること。 に該当あり	14.3% (2)	16.7% (10)	14.3% (32)	10.2% (38)	12.2% (82)
06 特にない。 に該当あり	14.3% (2)	26.7% (16)	33.6% (75)	40.5% (151)	36.4% (244)
07 わからない。 に該当あり	14.3% (2)	18.3% (11)	26.9% (60)	19.0% (71)	21.5% (144)
08 その他 に該当あり	7.1% (1)	8.3% (5)	9.0% (20)	10.7% (40)	9.9% (66)

※カッコ内は回答件数

エ 医療提供体制等に係る課題

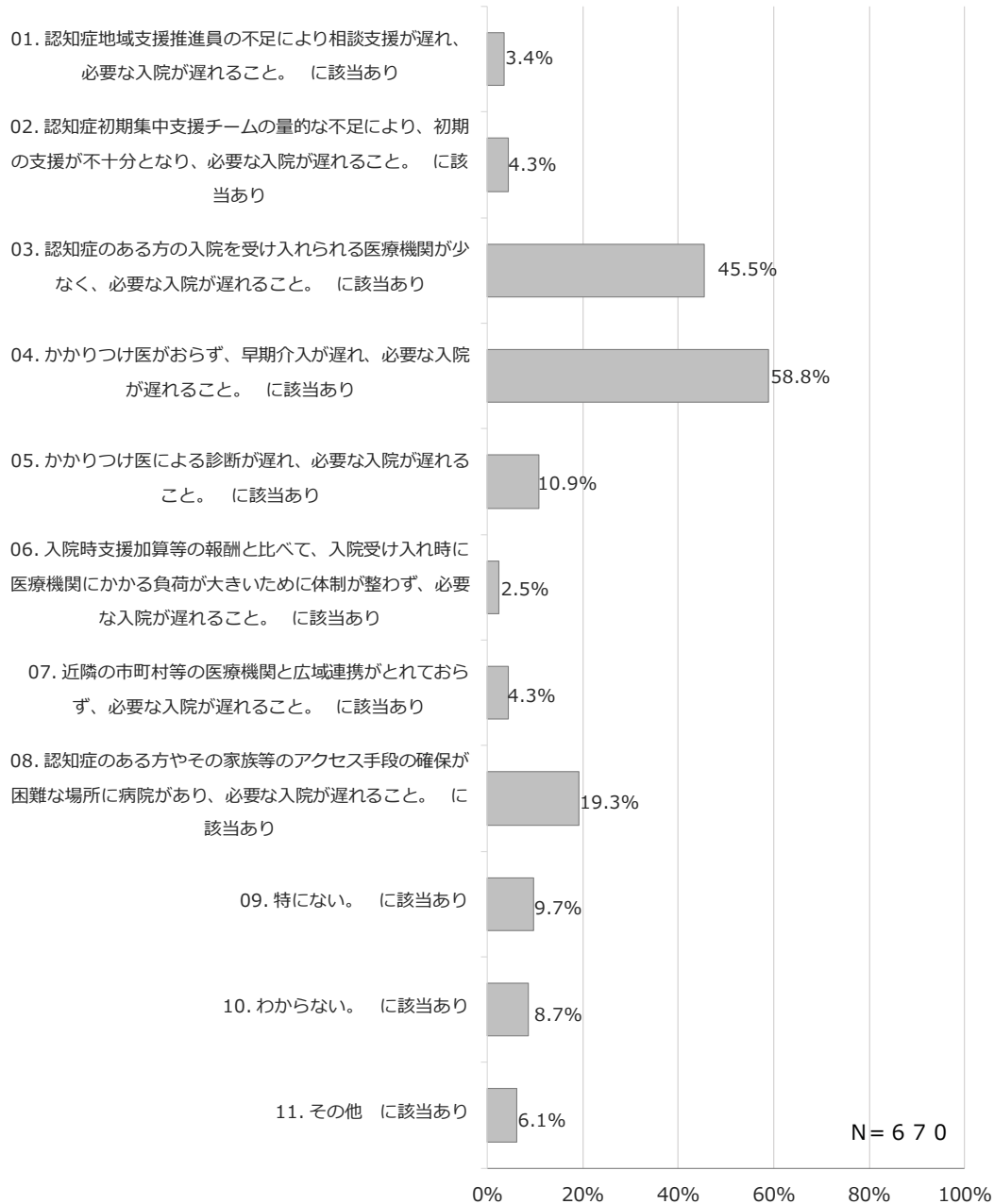
認知症のある方の入院について、医療提供体制等に係る課題として「特にない」「わからない」を除いて最も選択割合の高かった項目は、「04 かかりつけ医がおらず、早期介入が遅れ、必要な入院が遅れること。」(58.8%)、次いで「03 認知症のある方の入院を受け入れられる医療機関が少なく、必要な入院が遅れること。」(45.5%)であった。(図表 19 参照)

「08 認知症のある方やその家族等のアクセス手段の確保が困難な場所に病院があり、必要な入院が遅れること。」も 19.3%の自治体が選択しており、03 の選択肢と併せて認知症のある方の入院先となる医療機関の少なさや、アクセスの困難さが課題となっていることが明らかとなった。

図表 19 認知症のある方の入院について、医療提供体制に係る課題

設問2-(2)工：認知症のある方の入院について、【医療提供体制等に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。（当てはまるもの全て）

回答項目の選択割合



医療提供体制等に係る課題の「その他」に寄せられた回答については、「暴力行為等のBPSDがある認知症の方が入院できる医療機関が限られること。」のようなBPSDによって入院できる医療機関が狭まるケース、「かかりつけ医が感覚器診療科（眼科・耳鼻科・皮膚科など）のみの場合、医療連携が難しく、早期支援が遅れる場合がある。」のように、かかりつけ医と病院の連携不足を課題として挙げているものが見られた。（図表 20 参照）

図表 20 認知症のある方の入院について、医療提供体制に係る課題（自由記述部分の回答）

設問2-（2）工：認知症のある方の入院について、【医療提供体制等に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。（当てはまるもの全て）
選択肢「11.その他」自由記述欄の回答内容
暴力行為等のBPSDがある認知症の方が入院できる医療機関が限られること。
かかりつけ医が感覚器診療科（眼科・耳鼻科・皮膚科など）のみの場合、医療連携が難しく、早期支援が遅れる場合がある。
<ul style="list-style-type: none"> ・内科で入院しても、認知症状が強く出ると家族が付きそうか、無理なら家に連れ帰るよう言われたことあり。院内で対応できるだけの職員数が足りないのか？ ・外来で薬の調整で済むところ、院内での調整が上手くいかず悪化し入院が必要になることもある。 ・他の科で入院している間に、精神科の薬を調整できないか頼まれることもあるが主治医によって対応が異なる。
選択肢08の補足。管内の認知症疾患センターが遠方にあり、自動車や公共交通機関を使ってもアクセスしにくいため入院相談がほぼできない。
認知症疾患センターへの受診予約を行っても、予約が埋まっており受診までに時間を要する。
地域包括支援センターで把握している部分では特にないが、認知症の人を担当する町内各居宅介護支援事業所等に実態を聞き取りしたわけではないため、実際の課題の有無については不明である。
<ul style="list-style-type: none"> ・支援者（家族含み）からの相談・情報提供にハードルが高い医療機関がある。 ・専門機関への受診をしたくても、かかりつけ医が紹介を断るケースがある。
認知症サポート医の医師であれば、認知症に関して理解があるが、医師全てが認知症を理解していないため、精神科以外の診療科において受診・入院を拒否されることがある。
入院のための医療体制が市内にはないため、広域で連携を取る必要があり、必要な入院が遅れることがある。また、身体的入院において、周辺症状が出た場合診療の継続が難しいケースがある。
受診を拒否する認知症のある方に対する訪問診療がないこと。
認知症初期集中支援チームの活動方法見直し。
コロナ療養施設入所中にADL,認知機能低下となり入院先を探すこととなったがソーシャルワーカーが不在だったためローテーション配置の看護師と自治体間での連携が難しかった。
身体合併症のある認知症患者は精神科病院・総合病院に関わらず受け入れが難しく、必要な入院が遅れるということはあるかもしれません。
認知症患者疾患センターの患者が多く、必要時すぐに受診することが難しい。
認知症のある方の入院医療に消極的な医療機関があり、本来入院が必要であっても入院できない。
本人・家族が認知症に関連する気がかりなことがあってもかかりつけ医等に認知症に関する相談を行っていないなど、早い段階での医療との結びつきに遅れがあると感じている。

設問2- (2) 工：認知症のある方の入院について、【医療提供体制等に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。（当てはまるもの全て）
選択肢「11.その他」自由記述欄の回答内容
・認知症について本人・家族が知識不足ということもあり、医療機関の受診が遅れている。（同居家族が違和感を感じたとしても、その症状＝認知症かもしれないとつながらない。基本動作である歩行や食事などができる状態であれば特に「認知症かもしれない」につながらない）
・認知症についてどこに相談したらよいか市民の方にあまり浸透していない。
病院内で認知症の方の対応（マンパワーなどを含むハード面）が難しく、治療が必要であっても入院継続ができない。
認知症で暴力、暴言など家族が困難だと感じていても、入院とはなかなかならない。
親族をはじめとするキーパーソン不在。
認知機能が低下する前までは、本人管理で通院・内服等をしていたため、入院時に提供する医療情報等の把握が出来ないことが多い。
かかりつけ医にて診断・定期フォローされている場合にも、専門医との連携が遅れ、必要な入院が遅れる（入院につながらない）ことがある。
内科的な疾患を有する認知症患者における医療機関受け入れ体制。
BPSD等で緊急入院が必要な場合の受け入れ先。
BPSD症状の強い方の緊急時の入院受け入れ可能な医療機関が近隣市町村にない場合、県外の病院に受け入れを依頼する必要がある。
精神科や神経内科の専門医が少ない。
認知症のみの場合の治療・入院については、そんなに遅くなることはないが、身体面の治療が合併していると、精神科も内科系も受け入れが困難なことがある。
身寄りがないことや医療的な判断ができる親族がいないことにより入院を拒まれることがある。
連れていける家族がいない。本人が受診を拒否して連れていけない。
認知症の方ご本人が、医療機関受診の必要性を理解することが難しく、受診や入院が遅れること。
徘徊などの問題行動がある方の場合、医療機関が入院を拒むことがある。
病院内で新型コロナやインフルエンザの集団感染が発生した時には、収束するまで新規受入れが止まる。
肺炎の入院治療が必要であるのに認知症（帰宅願望、徘徊など）により入院できなかった。認知症状が悪化し入院の相談をしたが内科疾患を先に診療してから入院と断られた。
キーパーソン不在のため病院の受け入れに時間がかかる。
BPSDの症状が強い方の受け入れが一般病院は厳しいため、必要な入院機関に限られ遅れてしまう。
・認知症による問題行動があると、精神科以外の病院では職員体制的に対応できないため、断られることが多い。
・精神科受診予約が多く、タイムリーに受診できない。
本町には精神科専門医療機関はなく、隣市にある医療機関を利用されていた。入院病床のある医療機関は3医療機関だったが、そのうち1医療機関が令和4年度末にて閉院。現在、2医療機関は初診の予約を取ることも困難である。先月、隣県所在の精神科専門医療機関から挨拶に来られ、今後、早急な専門医療が必要な場合は、そちらを紹介しようかと考えている。
認知症専門病院が手一杯のため外来受診まで長時間かかってしまい、その間に認知症状が進んでしまったり、本人・家族が受診に同意していても翻意することがある。
入院先のスタッフが不足や認知症への対応が難しく、家族の夜間付き添いがないと受け入れができないという話を数年前には数回聞いていたが、近年は耳にしなくなっている。

設問2- (2) 工：認知症のある方の入院について、【医療提供体制等に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。（当てはまるもの全て）

選択肢「11.その他」自由記述欄の回答内容

認知症の専門病棟が島内にないため、専門的な入院治療を受ける機会を得にくい。
当該の入院施設に紹介状があっても、家族等が付き添い航空機での移動になるため、実際には難しい。

※「特にない」「分からない」といった趣旨の回答は除いた。

医療提供体制等に係る課題について、「03 認知症のある方の入院を受け入れられる医療機関が少なく、必要な入院が遅れること。」に該当した自治体は、該当していない自治体と比較して設問2(2)アの「認知症患者の入院受け入れの全体的な評価としてスムーズに行われているかどうか」で肯定的な評価⁹を選択した割合が 17.4 ポイント低かった。(図表 21 参照)

受入先となる医療機関の少ないことを課題とする自治体は、認知症のある方の入院受け入れが全体的にスムーズと評価しない傾向が強かった。

図表 21 認知症のある方の入院について、医療提供体制に係る課題と、入院のスムーズさのクロス集計

設問2-(2)エ：認知症のある方の入院について、【医療提供体制等に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。(当てはまるもの全て)の選択肢03

(設問2-(2)ア(認知症のある方の入院について、全体的に評価してスムーズに行われていると思いますか。)の回答状況別)回答項目の選択割合

03 認知症のある方の入院を受け入れられる医療機関が少なく、必要な入院が遅れること。	認知症のある方の入院受け入れについて、全体的に評価してスムーズに行われていると思うか(どれか1つ)		
	肯定的な評価*1	それ以外の評価*2	合計
該当あり	22.3% (68)	77.7% (237)	100.0% (305)
該当なし	39.7% (145)	60.3% (220)	100.0% (365)
合計	31.8% (213)	68.2% (457)	100.0% (670)

※カッコ内は回答件数

注) *1: 「そう思う」「どちらかといえばそう思う」

*2: 「どちらとも言えない」「どちらかと言えばそう思わない」「そう思わない」「わからない」

⁹ 「そう思う」「どちらかといえばそう思う」のいずれか。

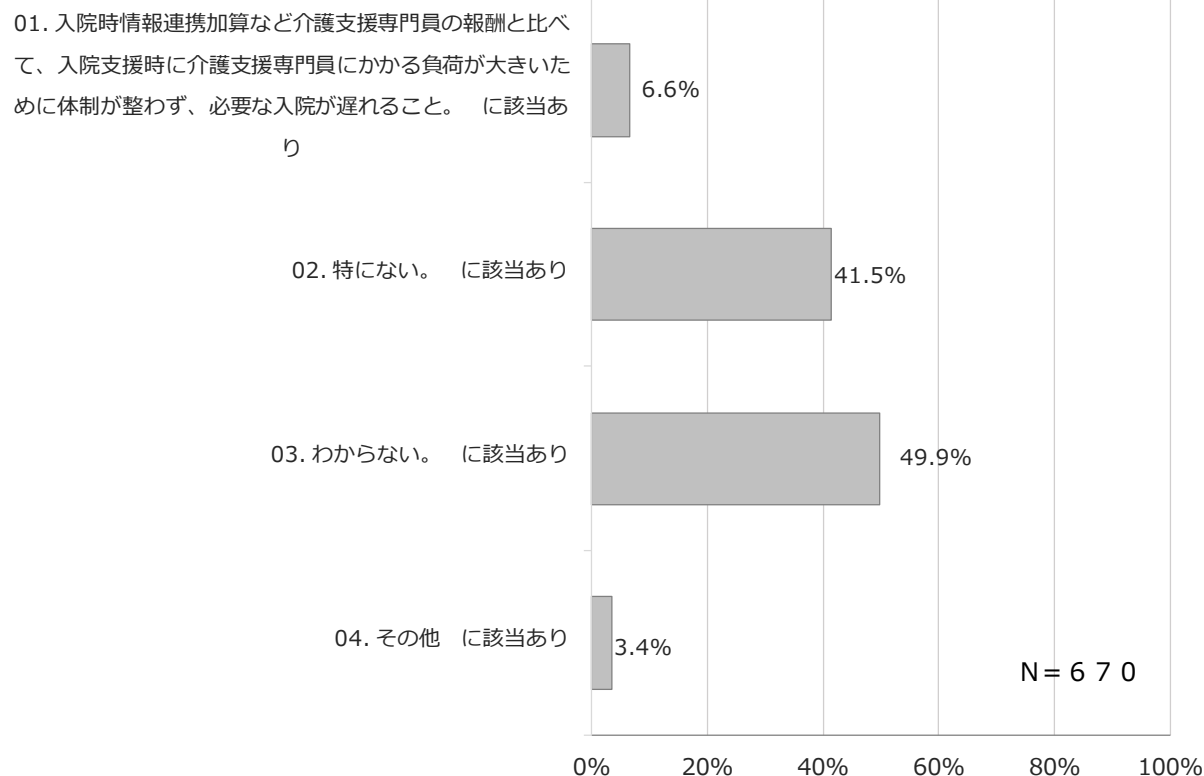
オ 介護提供体制に係る課題

認知症のある方の入院について、介護提供体制等に係る課題としては「わからない」が49.9%、「特にない」が41.5%であった。(図表 22 参照)

図表 22 認知症のある方の入院について、介護提供体制に係る課題

設問2-(2)オ：認知症のある方の入院について、【介護提供体制に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。(当てはまるもの全て)

回答項目の選択割合



介護提供体制に係る課題の「その他」に寄せられた回答については、ケアマネジャーの不足や負担の大きさを課題として挙げているものが見られた。また、「認知症のある方に家族等支援者が不在の場合、身元保証人や緊急連絡先に、病院側からケアマネジャーへ要求されることがある。」のように、ケアマネジャーが身元保証人になるよう医療機関から要求されるなど、ケアマネジャーの業務範囲を超える要求があることを課題として挙げているものが見られた。(図表 23 参照)

図表 23 認知症のある方の入院について、介護提供体制に係る課題(自由記述部分の回答)

<p>設問2-(2)オ：認知症のある方の入院について、【介護提供体制に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。(当てはまるもの全て)</p> <p>選択肢「04.その他」自由記述欄の回答内容</p>
<p>認知症のある方に家族等支援者が不在の場合、身元保証人や緊急連絡先に、病院側からケアマネジャーへ要求されることがある。また、ケアマネジャーが入院の必要性を感じておらず、対応が遅れる。</p>
<p>介護支援専門員への負荷は大きい(入院が遅れるとは別)。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員の数が多い。どの介護支援専門員も受け持ちが多く、新規を持っていないことが多々ある。 ・病院の強い勧めでつながるが、実際サービス利用につながらないケースがある。
<p>家族が遠方にいたり、入院支援をしてくれる家族等がない。</p>
<p>医療機関へつなぐ際、2-(2)エ(認知症サポート医の医師であれば、認知症に関して理解があるが、医師全てが認知症を理解していないため、精神科以外の診療科において受診・入院を拒否されることがある。)の状況があり、調整に苦慮している。</p>
<p>入院のための医療体制が市内にはないため、広域で連携を取る必要があり、必要な入院が遅れることがある。</p>
<p>医療と介護が接点を持つべき機会への報酬の差があり、医療機関からの呼びかけに対し、介護支援専門員が応じないことがある。</p>
<p>ケアマネジャー不足。</p>
<p>入院先の医療機関とのより確実な連携を確保することが大切なため、日頃からより密なコミュニケーションを図る連携体制の構築が必要。</p>
<p>地域の中で、認知症のBPSD症状に対して強制入院が必要であるという傾向があり、地域住民や居宅介護支援事業所の専門相談員等の認知症に関する正しい知識や理解不足が課題。</p>
<p>在宅での様子(食事・服薬・排泄・睡眠等)を入院先の病院に伝える手段がない。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員が困難ケースを多く抱えているため、対応しきれないことがある。
<p>受入を回避される場合がある。</p>
<p>ショートステイ等で断られる事例でも入院とはならない場合、家族の負担が大きい。</p>
<p>介護支援専門員の力量により、入院の連携に時間がかかり、入院が遅れることがある。</p>
<p>独居や高齢者世帯が多く、自家用車での通院が困難な方が多い。公共交通機関を利用するにも料金が上に遠方で時間がかかる等医療機関へのアクセス手段がない。</p>
<p>認知機能の低下に起因した正確な症状の訴えが難しいため、通常通りに介護サービスの利用が出来ている状況下では、異常の発見が遅れる場合がある</p>
<p>選択肢01入院時の情報連携による、介護支援専門員の負担は大きい、入院の遅れまでは把握していない。</p>
<p>独居で身寄りがない方の場合、入院中に支援する人がいない。</p>
<p>入院受け入れ先のベッドの空きがない場合がある。</p>
<p>一般病棟では、周辺症状が悪化すると対応できず退院を迫られる。</p>
<p>本人の認知機能の低下で、本人が入院の必要性を認めず、必要な入院が遅れ、その後のサービス調整が遅れてしまう。</p>
<p>介護報酬で移送ができないため、家族や同行者がいない場合に入院までつなげることが困難なことがある。</p>

※「特にない」「分からない」といった趣旨の回答は除いた。

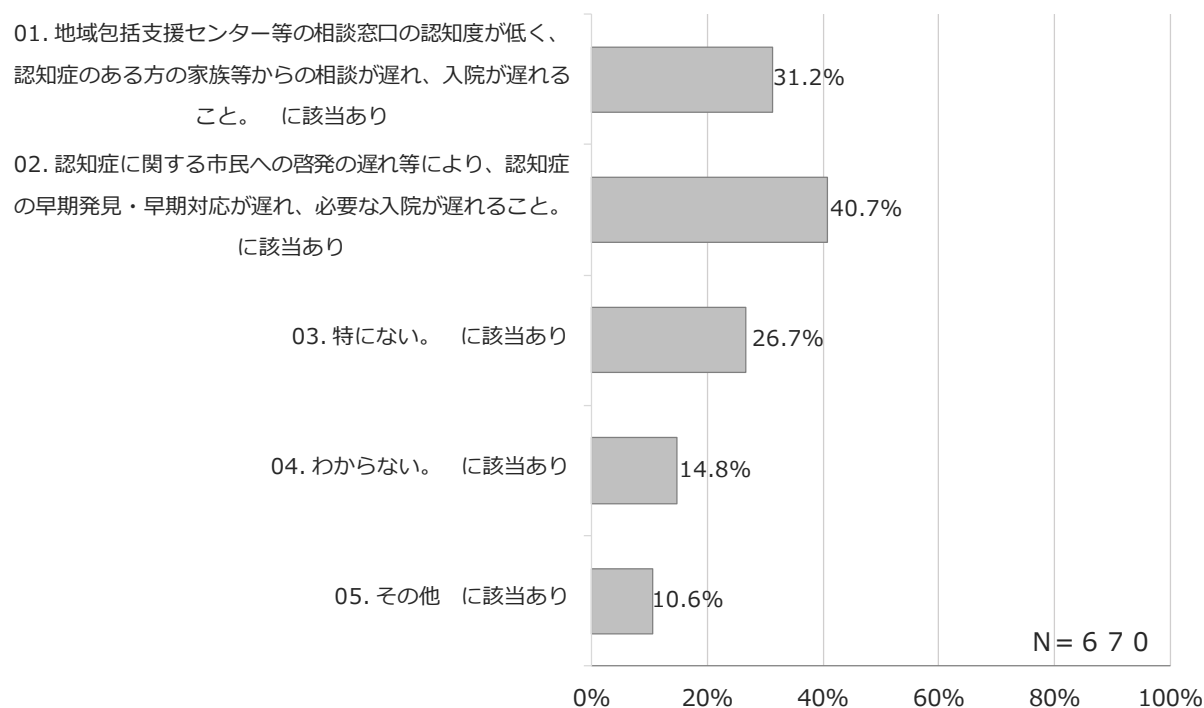
カ その他の課題

認知症のある方の入院について、これまでのイ～オに当てはまらないその他の課題としては、「02 認知症に関する市民への啓発の遅れ等により、認知症の早期発見・早期対応が遅れ、必要な入院が遅れること。」を40.7%、「01 地域包括支援センター等の相談窓口の認知度が低く、認知症のある方の家族等からの相談が遅れ、入院が遅れること。」を31.2%の自治体を選択した。(図表 24 参照)

図表 24 認知症のある方の入院について、その他の課題

設問2-(2)カ：イ～オ以外の点で、貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。(当てはまるもの全て)

回答項目の選択割合



その他の課題の「その他」に寄せられた回答については、詳細な内容は多岐にわたるが、医療(介護)資源の不足、本人や家族の受診拒否、身元保証人の不在を課題として挙げているものが複数みられた。また、「病院(医療側)と介護福祉側の意識や認識が異なる・ずれがあることから、スムーズに進まないことがあるかなと思います。」のように、医療側と介護側の認識のずれを課題として挙げているものが見られた。(図表 25 参照)

図表 25 認知症のある方の入院について、その他の課題(自由記述部分の回答)

設問2- (2) カ：イ～オ以外の点で、貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。 (当てはまるもの全て)
選択肢「05.その他」自由記述欄の回答内容
病院（医療側）と介護福祉側の意識や認識が異なる・ずれがあることから、スムーズに進まないことがあるかなと思います。
入院病床のある医療機関が少なく、入院自体が難しい。
認知症に関する普及啓発を行っているが、市民の認知症に対する概念が「知られたくない、かわいそう、なりたくない」等否定的な感情が多く、必要な相談等に遅れる可能性もある。
身寄りがない、または身寄りがないでも遠方に住んでいることでケアマネジャーや地域包括支援センターの職員、行政職員がやらざるを得ない支援が多い。（入院時の持参物の整理、内科疾患の内服薬の整理、入院費支払い支援の手配、等）
インフルエンザやコロナウイルス等の院内感染症が発生すると入退院がストップしてしまい、早期の入院にならず認知症症状の悪化を招く。他の入院医療機関を紹介してくれることは稀であり、仕方がなくショートステイ先を探す施設側の体制により認知症のBPSD症状があると断られることが多く対応に苦慮する。
認知症の疑いのある方の家族が遠方に住んでいて、対応・調整に時間がかかる、認知症状の理解を得られない、早期発見・治療に結びつかないことがある。
認知症かつ身寄りがない人の医療同意や意思決定に課題がある。
認知症で少し奇怪な言動があると近隣住民はかかわりを拒否し、家族からは施設入所を望まれる。認知症を“受け入れる”“共存する”意識が低いように感じられる。
入院までは必要ないとなった場合、在宅での認知症の方への対応が困難となる場合がある。
相談窓口となる地域包括支援センターは、市の直営であり人事異動も頻繁に起こる。そのため、困難ケース対応の経験の蓄積ができない等の課題がある。適切な支援ができたか疑問が残るケースもあった。ケース会議をしながら職員の対応の質をあげていきたいと考えている。
複合化、複雑化した課題や高齢者虐待の恐れがある世帯に認知症高齢者がおり、症状が悪化して入院が遅れることがある。
相談窓口の普及は進んできていると思うが、年々相談件数が増えているため、より連携の強化が必要と感じる。
独居高齢者が多く、早期発見・早期対応が遅れること。
入院よりもまず外来受診につなげるための支援の質・量が多く困難さを抱えている。
家族が入院を希望していても、入院できないこと。
認知症状がみられる身寄りのない独居高齢者の早期発見・対応。（発見されたときには、入院等の意思確認や緊急連絡先の把握が難しい状況となっている。）
経済的困窮かつ身寄りのない場合の支払い支援、入退院支援、銀行手続き等の支援等。
包括や地域見守りによる実態把握をしても、家族不在で社会的なつながりもない高齢者のケースが突然何らかの形で浮上し、対応に苦慮することがある。入院や受診を拒否されることもある。
本人の意思や気持ちをどこまで尊重して（ACP等）対応に当たるべきか、判断に迷うことがある。
退院後に見守れるインフォーマルサービスや若年性認知症の方のデイサービスなど通える場所が不足している。
活用できる資源の少なさ。（環境づくりが難しい）
包括支援センター、認知症初期集中支援チーム員の人員不足で十分な活動ができず、介入できる住民が限局的となっている。精神科病院の受け口はしっかりしているのに社会資源を有効活用できていない。

設問2- (2) カ: イ～オ以外の点で、貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。 (当てはまるもの全て)
選択肢「05.その他」自由記述欄の回答内容
認知症の周辺症状により暴言・暴力がある方の入院受け入れ先の調整が難しいこと。
・ MCI、軽度認知症の段階で医療機関から地域包括支援センターにつながる事がまだまだ少ない。 ・ 入院時の身元保証や医療同意をできる親族がいないことで、入院・転院調整が困難な場合が多い。
独居や高齢者世帯が多く、認知機能の低下がみられた場合に、入院そのものが難しい場合がある。
独居でご本人が支援者のかかわりを拒否し、相談につながらないことにより、症状が悪化し、認知症の早期発見、早期対応が遅れ、必要な入院が遅れること。
医療的に入院治療が必要であれば比較的スムーズに進むが、認知症の悪化や介護が大変といった理由では、入院先を見つけることが困難な場合がある。
本人の入院・医療同意が得られず、適切な治療に繋がらない。
身体合併症について、精神科単科病院では断られるが、総合病院では精神科単科病院で受けられるレベルと認識され、受け入れてもらえず、どちらでも入院ができない場合がある。
認知症患者を受け入れる医療機関が不足していること。
家族の希薄化で、入院に至るまでの支援者が少ない。(本人への説明や、受診同行等)
医療介護ともに人材が不足してきている。高齢者や要介護者全体を通じた入退院支援の課題はあるが入院が遅れるといった課題は聞かれていない。
独居家族または家族が遠方にいる、同居の家族がいても力がなく入院の段取りができない。
本人、家族の片方又は双方が認知症に対して早期受診の必要性を感じておらず、認知症が進んだ状態で、認知症やそれ以外の疾患で何らかの医療が必要になっても受診の必要性が理解できない状況が散見されること。
専門的な知識・経験を持った職員の不足。
サービス拒否されると介入に苦慮する。
相談できずにいる方、気がかりなことがあっても相談を先延ばしにしたり、よくあることと軽くとらえたり、受診行動、相談に結びつかないため早期に介入できないケースがある。
認知症を隠したい家族の意識により、抱えこんでしまうことがある。相談に来るタイミングが遅い。困ってからの来所。
入院が遅れるかは不明だが、相談窓口の認知度を高めていく必要がある。
認知症ですぐ入院というわけではない。まずは介護保険等を勧めている。
認知症であることを隠す傾向の市民が一定数おり、認知症の早期対応が遅れること。
地域住民の横のつながりや、地域コミュニティの低下により、認知症高齢者の早期発見・早期対応が遅れる。
認知症の本人の病識が薄く、受診や入院につなげられないケースがある。
家族が認知症であることを近所の人に知られたくない(名誉のため)という思いが強く、家族内で抱え込み入院が遅れる。
入退院時の支援(付き添い等)について、社会資源がないこと。
認知症のある方の入院についての課題を把握する具体的方法についての検討。
身寄りのない認知症高齢者の入院対応。
ご本人の受診や入院に対する抵抗感が強く、医療につながらない。
認知症患者に対する医療機関の受け入れ体制。認知症が疑われる高齢者について、入院先の医療機関側から症状によっては入院継続が困難となるというような申し入れがあったり、入院する際、病院から家族の付き添いが必要と判断された場合、家族への負担が大きい。

設問2- (2) カ: イ～オ以外の点で、貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。 (当てはまるもの全て)
選択肢「05.その他」自由記述欄の回答内容
認知症の診断が可能な物忘れ外来などの診察ができる病院が町内にはなく、近隣の市町村で受診が必要となる。タイムリーな受診ができない。また、身寄りがない、高齢者のみの世帯となると早期に気づくことができない、移手段がなく受診が困難となるなどの受診が困難となる場合がある。
本人の受診や検査の拒否により病気の発見の遅れにつながる。
認知性がある方だから入院が遅れる、入院先がないということではない。
ご本人に医療抵抗があると、家族も引き気味になり、受診や入院のタイミングがずれる。
認知症について知ってはいても、「自分は年齢による物忘れだ」と思っている人や家族が多く、受診までに時間を要する。
市内に入院できる施設がないことで、入院が遅れる。
BPSDの強い患者の場合、一般病棟で十分な対応が困難だが、精神的加療が併用できる病床を有す病院が近隣になく、入院継続困難な例がある。
認知症高齢者が独居であったり身寄りがいない場合や、家族がいても本人および家族等の疾患に関する理解が不十分であるため、対応や介入が難しい場合がある。
普段、他者との関わりがない方の発見が遅れる。遠方に住んでいる家族は把握できていないので危機感がない。
家族がいないと入院を受け入れてもらえない。
独居高齢者が増加し、入退院を支援する介護支援専門員及び地域包括支援センター職員の負担が大きい。
身元保証人、成年後見人がいない為入院できない。
本人、家族の医療拒否から受診につながらない。
認知症への関心度はまだ十分でなく、無関心層への働きかけや認知症についての認識を広げる取り組みが必要と感じる。
包括支援センター等の相談窓口の認知度が低いわけではないけれど、地域がら、独居高齢者や高齢者のみの世帯が多いせいか、状態が深刻化してからの相談→支援介入が多くなり、包括の担当職員の負担が大きくなっている。
専門の医療機関の病床が埋まっている、外来も予約が埋まっており、早期受診・入院が難しい。
認知症疾患医療センターで受診予約から初回受診まで時間を要すること。
地域別にも、以前からの認知症に対する偏見がまだ見られるように思われる。
独居老人の増加にともない、認知症の早期発見・早期対応が遅れる。
認知症についての啓発は、地域包括支援センターが十分行っているが、自分事と感じていない本人、家族の理解がなかなかであること。
認知症のある方に限定したものではありませんが、本人や家族が病識がなく、支援者が受診（入院）につなげることが困難な場合があります。
医療機関の病床が満床のため、必要な入院が後回しになってしまうことがある。
認知症に対する偏見があり、認知症の早期発見・早期対応が遅れ、必要な入院が遅れること。
ギリギリまで家族でがんばろうとする傾向が強く、必要な治療につながるのが遅れている。
認知症診断に関するハードルが高く、マイナスのイメージが強いため、本人・家族ともに早期受診・相談へつながりにくく、問題が重症化してからの受診や認知症診断になると、必要な入院や支援につながりにくい。
本人の受診拒否等がありつながらないことが多い。

設問2-（2）カ：イ～オ以外の点で、貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。

（当てはまるもの全て）

選択肢「05.その他」自由記述欄の回答内容

入院手続きを代行する人や、医療の意思決定支援を行うことが難しい場合に、入院機関での受け入れが困難なことがある。

本人の困り感や受診拒否があり、家族等が疲弊してしまう。

※「特にない」「分からない」といった趣旨の回答は除いた。

(3) 退院支援の場面において、認知症があることで生じ得る諸課題について

ア 認知症のある方の退院についての全体的な評価

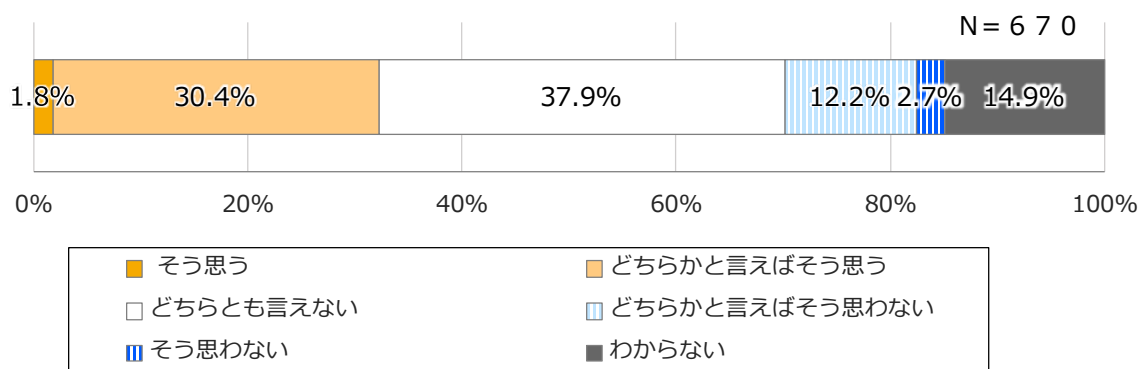
認知症患者の退院について、全体的な評価としてスムーズに行われていると思うかという問いに対して、「そう思う」「どちらかと言えばそう思う」の選択割合は合計 32.2%、「そう思わない」「どちらかと言えばそう思わない」の選択割合は合計 14.9%で、入院と同様に肯定的な評価が否定的な評価を上回っていた。(図表 26 参照)

一方で「どちらとも言えない」の選択割合は 37.9%で、否定的な評価の 14.9%と合わせると半数を超えており、入院と同様に、回答自治体の過半数が認知症のある方の退院のスムーズさについて肯定的ではない評価をしているという結果となった。

図表 26 認知症のある方の退院について、全体的な評価としてスムーズに行われているか

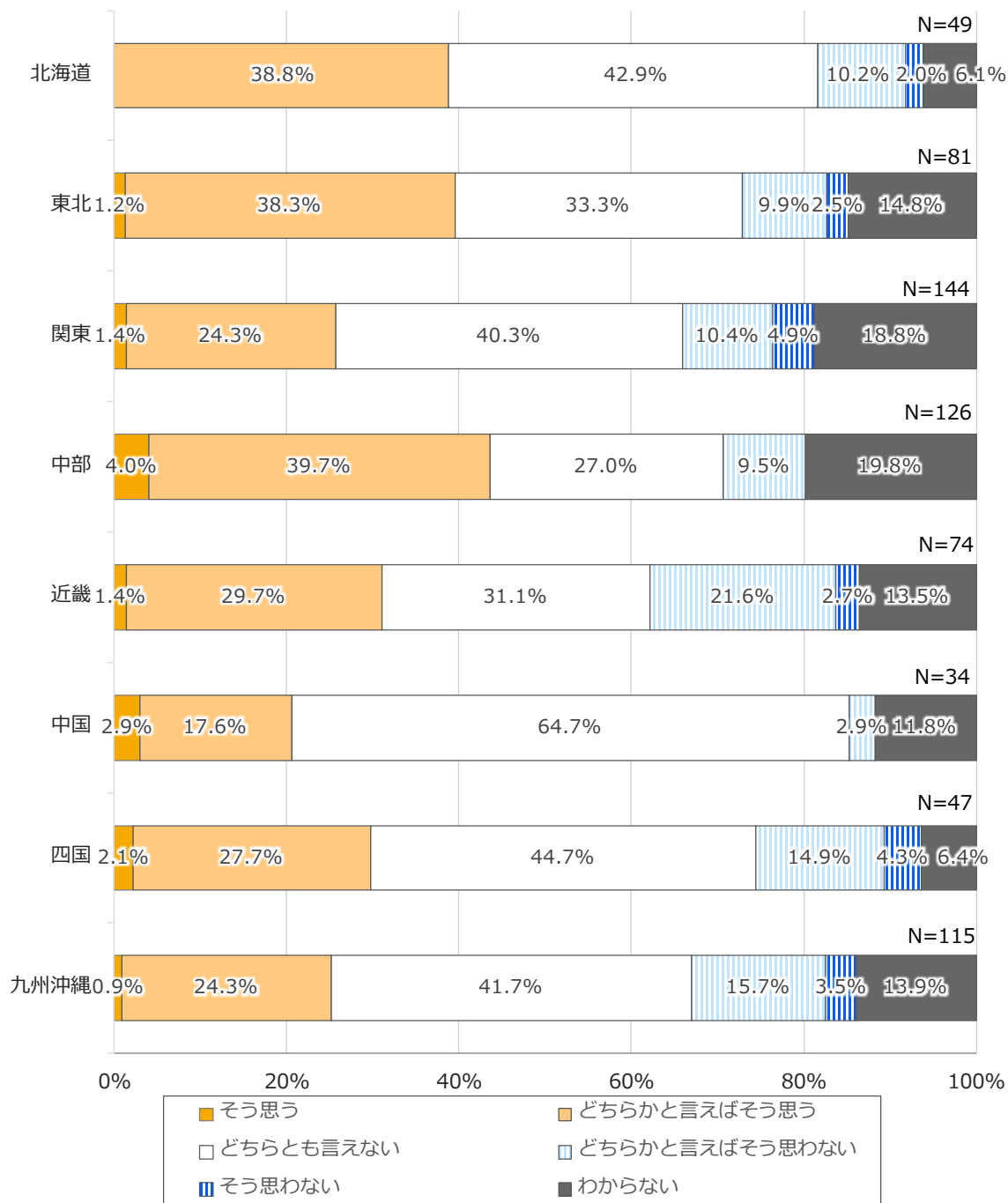
設問2-(3) ア：認知症のある方の退院について、全体的に評価してスムーズに行われていると思いますか。当てはまるものを選択してください。(どれか1つ)

回答項目の選択割合



認知症のある方の退院についての全体的な評価について地域別に見た場合、北海道、東北、中部地方で肯定的な評価¹⁰をした自治体の割合が高く、特に中部地方では肯定的な評価を行った自治体の数が、否定的な評価¹¹を行った自治体の5倍弱となっていた。(図表 27 参照)

図表 27 認知症のある方の退院について、全体的な評価としてスムーズに行われているか(地方区分別)



¹⁰ 「そう思う」「どちらかと言えばそう思う」のいずれか。

¹¹ 「そう思わない」「どちらかと言えばそう思わない」のいずれか。

イ 本人や家族等に関連する課題

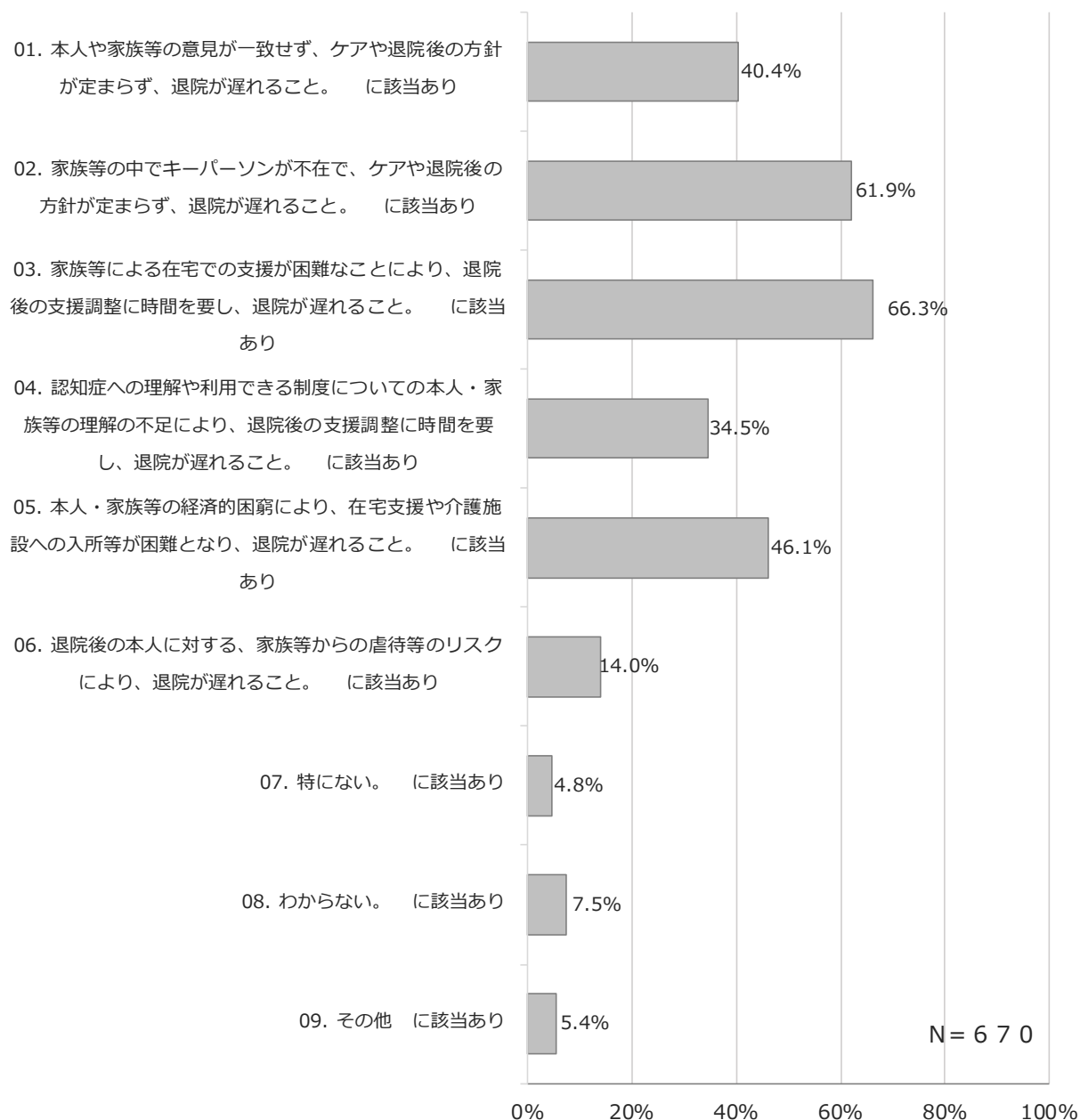
認知症のある方の退院について、本人や家族等に関連する課題として最も選択割合の高かった項目は「03 家族等による在宅での支援が困難なことにより、退院後の支援調整に時間を要し、退院が遅れること。」(66.3%)、次いで「02 家族等の中でキーパーソンが不在で、ケアや退院後の方針が定まらず、退院が遅れること。」(61.9%)であった。(図表 28 参照)

また「05 本人・家族等の経済的困窮により、在宅支援や介護施設への入所等が困難となり、退院が遅れること。」を選択した自治体は 46.1%であった。経済的困窮に関する課題としては、設問2-(2)イの「04 本人や家族等が経済的困窮により入院を拒み、必要な入院が遅れること。」も 43.1%の自治体を選択していた。

図表 28 認知症のある方の退院について、本人や家族等に関連する課題

設問2-(3) イ：認知症のある方の退院について、【本人や家族等に関連することで】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。（当てはまるもの全て）

回答項目の選択割合



本人や家族等に関連する課題の「その他」に寄せられた回答については、「退院が遅れると言うよりは早急な退院を迫られることの方が問題」のような、本人や家族等に関連する退院の遅れより、退院先の調整や準備が不十分なまま認知症のある方が退院してしまうことを課題として挙げているものが見られた。(図表 29 参照)

図表 29 認知症のある方の退院について、本人や家族等に関連する課題(自由記述部分の回答)

設問2-(3) イ：認知症のある方の退院について、【本人や家族等に関連することで】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。(当てはまるもの全て)
選択肢「09.その他」自由記述欄の回答内容
退院が遅れると言うよりは早急な退院を迫られることの方が問題
独居や高齢者のみ世帯が増加し、在宅に戻っても見守りや支援が不十分なため、退院できないケースがある。
病院が急に退院を決めるため、家族の受け入れ準備が整わず相談に来られるケースがある。
選択肢01～04について退院が遅れるとは別に課題と感じている。
本人が認知症であることに限らず、選択肢01～03のような場合には退院調整に時間を要する場合がある。
認知症のある方に限らず、高齢者の入院全般で生じる課題である
退院後、移動手段がない又は移動手段はあるが経済的困窮により利用が難しい方は定期通院が難しいため、退院をためらうこと。
入院しても適切な支援に結びつかず、退院していることがある。
本人の意向のみで支援調整が行えないまま退院となること
本来は継続した入院加療が望ましいが、入院中の不穏行動により入院継続困難と判断され、急遽退院が決定することがあり、在宅介護の準備が整わず慌てることがある。
認知症状が落ちつかないことを理由に施設の入所が困難となり、退院が遅れること。精神科のある病院への転院が、本人や家族の理解が得られないため遅れること。
退院までの日数が短く、調整不十分で退院となるケースがまだある
退院が遅れるということはないが、独居など家族等による在宅での支援が困難な状況で支援調整を要する方が増えている。
退院後の本人に対する家族等からの虐待等のリスクにより、退院が出来ない。
退院日が決まっているので、調整できずに退院することがある。
8050問題を抱えるケースが多く、本人の資産を適切に管理できる人がおらず、適切な退院支援につながらない。
選択肢02、05のような事例があるが、退院は予定通りにされてしまうため、在宅へ戻ってからの体制が整っていないことがある。
「退院が遅れること」のみが課題ではないと感じる
・医療機関側の入院期限があるため、退院に向けた必要な調整が十分できないまま退院を迎えることがある。 ・本人・家族の意向を聞いて、すり合わせ、地域につなぐ連携が不十分(入退院支援全般において)。
成年後見の手続きに時間を要するため在宅支援や介護施設の入所が困難となり、退院が遅れること。

設問2- (3) イ： 認知症のある方の退院について、【本人や家族等に関連することで】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。（当てはまるもの全て） 選択肢「09.その他」自由記述欄の回答内容
本人や家族等の意見が一致しない、キーパーソン不在など一通り上記の課題はあると考えられるが、それでも退院してしまうことが課題。
医療機関側の都合が最優先となり、本人、家族の状況把握が十分でない中で退院となること。
退院後の在宅での医療介護体制に不安を感じる。医療機関によっては、「退院後、本人の拒否があれば、地域で対応してください」と一方的に投げられるように感じる。
医療ソーシャルワーカーや介護支援専門員が、本人の認知機能低下や家族の介護力などから自宅以外の退院先の確保が必要と考えているが、本人・家族は自宅への退院を希望している場合で、自宅での生活が難しいことを伝えても理解を得られない場合がある。そういったケースでは退院後に病状が悪化し短期間で入退院を繰り返す場合もある。
夜間対応型の事業所がなく、服薬管理困難時に施設入所しか選択肢がなく退院調整に時間を要す例がある。
医療機関の都合で退院期日が設定され、在宅での支援体制が整わないまま退院になることがある。
本人、家族の意見が一致せず退院後の方針が定まらない状況でも退院を遅らせることができず、支援調整ができないまま在宅へ退院したり、本人の意に反して施設入所となること
退院が遅れることはない。逆に、認知症によるBPSDと、入院による環境の変化による不穏の見極めがない状態で、治療できていない状態で退院となる事例がある。
当町では、在宅で利用できる24時間対応の介護サービスがないため、家族の支援が必須だが、少子高齢化の影響で家族の介護力にも限界がある。
本人・家族の理解不足により、支援の必要性を理解されず、支援につながることなく、連絡が取れなくなること
本人の強い希望などで受け入れ体制を整える前に退院しなければならない状況がある。
キーパーソン不在で、退院後のケアの調整ができないまま退院期限がきてしまい、在宅生活困難にもかかわらず退院になること。
退院が遅れることはないが、選択肢01～05の事例のときは、支援体制が不十分なまま退院となることがあります。06については入院中から課題があればできるだけ医療介護の連携を図れればと思います。
退院後の調整ができていないのに、退院させる。
MSW（医療ソーシャルワーカー）が関わっている医療機関については、上記の事情を検討し、退院予定が決められる。その際に、地域包括や生活保護等と調整がある。予定される退院が伸びることはない。
基本的には病院側に主導権があり、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所に退院期日までに退院後の調整を言われる。
医療機関によって退院情報の連絡があったりなかったりで、ケアマネ等がついている場合は問題ないが、そうでない場合の対応に課題がある

※「特にない」「分からない」といった趣旨の回答は除いた。

本人や家族等に関連する課題について、自治体の人口規模別に見た場合、「06 退院後の本人に対する、家族等からの虐待等のリスクにより、退院が遅れること。」を選択した自治体の割合が、人口規模の大きい自治体で高かった。(図表 30 参照)

高齢化率別に見た場合、「01 本人や家族等の意見が一致せず、ケアや退院後の方針が定まらず、退院が遅れること。」と「05 本人・家族等の経済的困窮により、在宅支援や介護施設への入所等が困難となり、退院が遅れること。」の選択割合が、高齢化率が低い自治体ほど高かった。(図表 31 参照)

図表 30 認知症のある方の退院について、本人や家族等に関連する課題(人口規模別)

設問2-(3) イ： 認知症のある方の退院について、【本人や家族等に関連することで】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。(当てはまるもの全て)

(自治体の人口規模別) 回答項目の選択割合

認知症のある方の退院について、【本人や家族等に関連することで】貴自治体が特に課題と感じていること(当てはまるもの全て)	自治体の人口規模				合計 (n=670)
	50万人以上 (n=14)	20万人以上50万人未満 (n=60)	5万人以上20万人未満 (n=223)	5万人未満 (n=373)	
01 本人や家族等の意見が一致せず、ケアや退院後の方針が定まらず、退院が遅れること。 に該当あり	50.0% (7)	50.0% (30)	39.0% (87)	39.4% (147)	40.4% (271)
02 家族等の中でキーパーソンが不在で、ケアや退院後の方針が定まらず、退院が遅れること。 に該当あり	71.4% (10)	65.0% (39)	64.6% (144)	59.5% (222)	61.9% (415)
03 家族等による在宅での支援が困難なことにより、退院後の支援調整に時間を要し、退院が遅れること。 に該当あり	85.7% (12)	66.7% (40)	64.1% (143)	66.8% (249)	66.3% (444)
04 認知症への理解や利用できる制度についての本人・家族等の理解の不足により、退院後の支援調整に時間を要し、退院が遅れること。 に該当あり	42.9% (6)	40.0% (24)	33.2% (74)	34.0% (127)	34.5% (231)
05 本人・家族等の経済的困窮により、在宅支援や介護施設への入所等が困難となり、退院が遅れること。 に該当あり	42.9% (6)	45.0% (27)	53.8% (120)	41.8% (156)	46.1% (309)
06 退院後の本人に対する、家族等からの虐待等のリスクにより、退院が遅れること。 に該当あり	35.7% (5)	20.0% (12)	18.8% (42)	9.4% (35)	14.0% (94)
07 特になし。 に該当あり	0.0% (0)	3.3% (2)	3.1% (7)	6.2% (23)	4.8% (32)
08 わからない。 に該当あり	14.3% (2)	11.7% (7)	8.5% (19)	5.9% (22)	7.5% (50)
09 その他 に該当あり	7.1% (1)	5.0% (3)	4.9% (11)	5.6% (21)	5.4% (36)

※カッコ内は回答件数

図表 31 認知症のある方の退院について、本人や家族等に関連する課題（高齢化率別）

設問2-(3) イ：認知症のある方の退院について、【本人や家族等に関連することで】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。（当てはまるもの全て）

（自治体の高齢化率別）回答項目の選択割合

認知症のある方の退院について、【本人や家族等に関連することで】貴自治体が特に課題と感じていること（当てはまるもの全て）	自治体の高齢化率				合 計 (n=670)
	40%以上 (n=122)	30%以上40%未 満 (n=301)	20%以上30%未 満 (n=231)	20%未満 (n=16)	
01 本人や家族等の意見が一致せず、ケアや退院後の方針が定まらず、退院が遅れること。 に該当あり	32.8% (40)	39.9% (120)	42.9% (99)	75.0% (12)	40.4% (271)
02 家族等の中でキーパーソンが不在で、ケアや退院後の方針が定まらず、退院が遅れること。 に該当あり	56.6% (69)	60.8% (183)	65.4% (151)	75.0% (12)	61.9% (415)
03 家族等による在宅での支援が困難なことにより、退院後の支援調整に時間を要し、退院が遅れること。 に該当あり	67.2% (82)	63.8% (192)	68.0% (157)	81.3% (13)	66.3% (444)
04 認知症への理解や利用できる制度についての本人・家族等の理解の不足により、退院後の支援調整に時間を要し、退院が遅れること。 に該当あり	27.0% (33)	33.9% (102)	38.1% (88)	50.0% (8)	34.5% (231)
05 本人・家族等の経済的困窮により、在宅支援や介護施設への入所等が困難となり、退院が遅れること。 に該当あり	30.3% (37)	46.5% (140)	52.8% (122)	62.5% (10)	46.1% (309)
06 退院後の本人に対する、家族等からの虐待等のリスクにより、退院が遅れること。 に該当あり	7.4% (9)	12.0% (36)	19.9% (46)	18.8% (3)	14.0% (94)
07 特になし。 に該当あり	7.4% (9)	5.6% (17)	2.2% (5)	6.3% (1)	4.8% (32)
08 わからない。 に該当あり	4.9% (6)	7.0% (21)	9.5% (22)	6.3% (1)	7.5% (50)
09 その他 に該当あり	8.2% (10)	4.3% (13)	5.6% (13)	0.0% (0)	5.4% (36)

※カッコ内は回答件数

ウ 諸機関の連携に係る課題

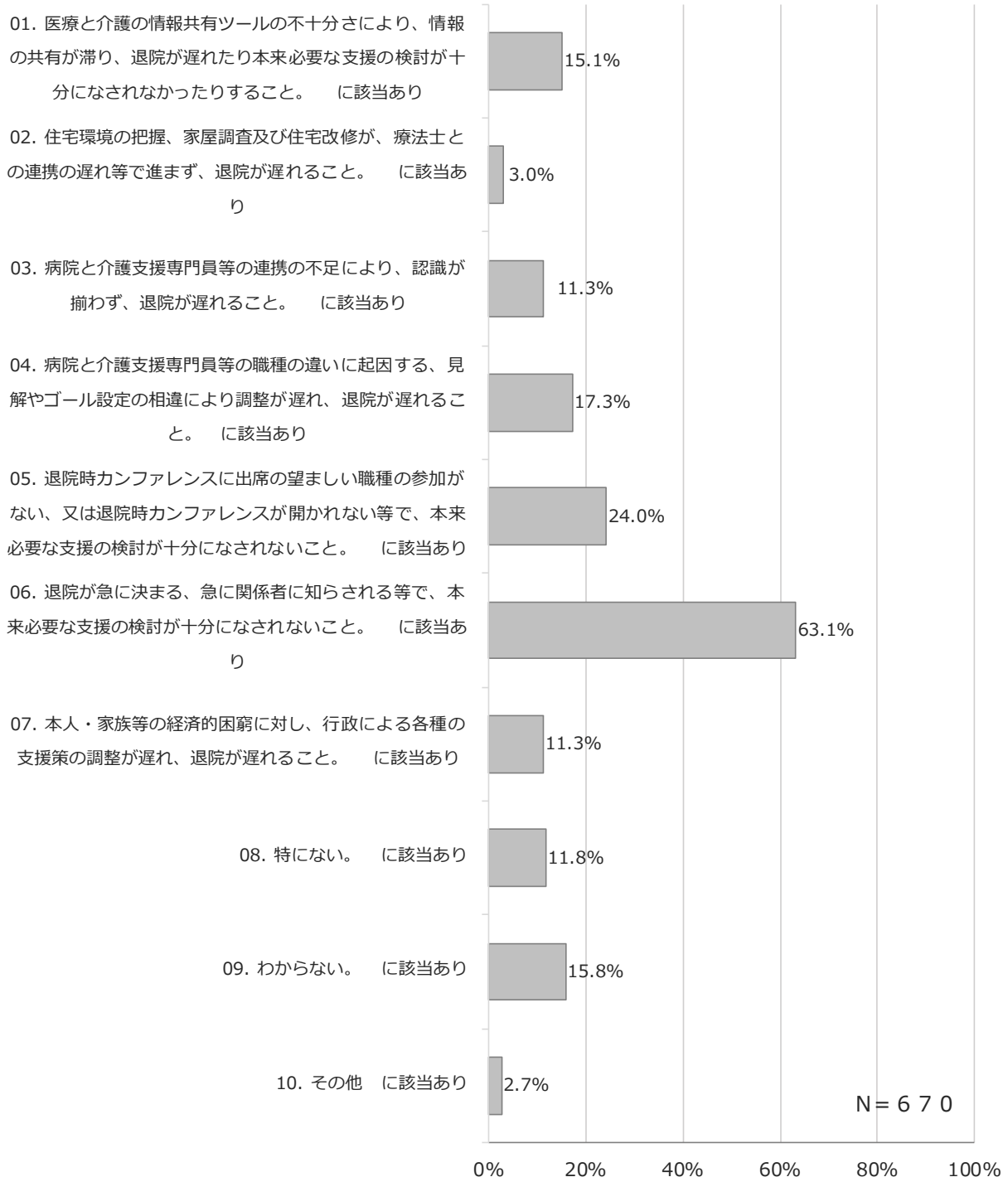
認知症のある方の退院について、諸機関の連携に係る課題として選択割合の高かった項目は、「06 退院が急に決まる、急に関係者に知らされる等で、本来必要な支援の検討が十分になされないこと。」(63.1%)、次いで「05 退院時カンファレンスに出席の望ましい職種の参加がない、又は退院時カンファレンスが開かれない等で、本来必要な支援の検討が十分になされないこと。」(24.0%)であった。(図表 32 参照)

また「07 本人・家族等の経済的困窮に対し、行政による各種の支援策の調整が遅れ、退院が遅れること。」を課題とした自治体の割合は 11.3%であった。設問 2(3)イの「05 本人・家族等の経済的困窮により、在宅支援や介護施設への入所等が困難となり、退院が遅れること。」の選択割合の 46.1%と比較すると低く、本人・家族等の経済的困窮に対する支援策の調整の遅れよりも、経済的困窮により在宅支援や介護施設への入所そのものが困難となることが課題視されている傾向が見られた。

図表 32 認知症のある方の退院について、諸機関の連携に係る課題

設問2-(3) ウ：認知症のある方の退院について、【諸機関の連携に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。（当てはまるもの全て）

回答項目の選択割合



諸機関の連携に係る課題の「その他」に寄せられた回答については、「一通り上記の課題はありと考えられるが、それでも退院してしまうことが課題」のように、調整や準備が不十分なまま認知症のある方が退院してしまうことを課題としているものや、「行政として支援はしているが、支援してくれる親族の調査や必要に応じて成年後見の利用等、対応に時間を要する。」といった、退院後の支援の手続にかかる時間を課題として挙げているものが見られた。(図表 33 参照)

図表 33 認知症のある方の退院について、諸機関の連携に係る課題(自由記述部分の回答)

設問2-(3) ウ：認知症のある方の退院について、【諸機関の連携に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。(当てはまるもの全て) 選択肢「10.その他」自由記述欄の回答内容
一通り上記の課題はありと考えられるが、それでも退院してしまうことが課題。
行政として支援はしているが、支援してくれる親族の調査や必要に応じて成年後見の利用等、対応に時間を要する。
退院後の介護サービス費の支払いや日常生活費の支払いに支援を有するが体制を整えるために時間を有するが、包括ケア病棟の入院期間が2か月と決まっているため体制が十分に整わないまま退院を迫られることがある。特に身寄りがないもしくは金銭管理できる親族がいない、経済困窮、成年後見制度は判定までに数か月、日常生活自立支援事業であっても判定までに最低1か月は時間がかかる。
本人が認知症であることに限らず。選択肢05～06のような場合、本人や家族のニーズの把握が不十分なまま退院調整を行わなければならない困難さがある。
認知症があるため、退院が早まることもある。
選択肢05については感染症の影響もあって、会議が開催されないこともある。
本人・家族の希望で急に退院が決まり、本来必要な支援が間に合わない。
認知症本人が認知症であるとの病識がなく、無理やり退院してしまうことがある。
退院が遅れるということはないが、病院と介護支援専門員等の職種の違いからか、見解の相違がみられることが多々あるように感じている。
入院中、認知症(重度)の方への対応が難しく、退院が早まり、調整がばたつくことがある。
情報共有ツールは開発されているが、活用できていない。
認知症のある方の残された能力に対する正確なアセスメントが難しいため、退院後に必要になってくる支援の調整が難しい。
ケアマネジャー不足。
在宅生活の困難性をクリアにできず、調整不十分で退院してくることがある。そういうケースは、医療のバックアップが薄いことも多い。
老々介護、家族にも問題のあるケースでは、在宅で利用できる24時間対応の介護サービスがないため、夜間の見守りなど諸機関の連携だけでは解決できない課題がある。
・施設入所等で成年後見制度の利用が必要な場合、手続きに時間を要す。 ・単身で身寄りのない場合、市長申立ての手続きに対する負担が大きい。
病院側が求める管理は在宅ではサービスのにも経済的にもできないことがあるなど両者の見解が異なり調整がスムーズにいかないことがある。
コロナ禍以降、入院中の試験外泊が少なくなり、在宅療養をイメージできないまま退院させることで、退院後、閉じこもりがち生活に陥ってしまう。

設問2-（3）ウ：認知症のある方の退院について、【諸機関の連携に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。（当てはまるもの全て）

選択肢「10.その他」自由記述欄の回答内容

医療機関によって退院情報の連絡があつたりなかったりで、ケアマネ等がついている場合は問題ないが、そうでない場合の対応に課題がある。

※「特にない」「分からない」といった趣旨の回答は除いた。

諸機関の連携に係る課題について、人口規模別に見ると、「03 病院と介護支援専門員等の連携の不足により、認識が揃わず、退院が遅れること。」について、人口規模の大きい自治体ほど課題とする割合が高かった。(図表 34 参照)

図表 34 認知症のある方の退院について、諸機関の連携に係る課題(人口規模別)

設問2-(3) ウ：認知症のある方の退院について、【諸機関の連携に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。(当てはまるもの全て)

(自治体の人口規模別) 回答項目の選択割合

認知症のある方の退院について、【諸機関の連携に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていること(当てはまるもの全て)	自治体の人口規模				合計 (n=670)
	50万人以上 (n=14)	20万人以上50万人未満 (n=60)	5万人以上20万人未満 (n=223)	5万人未満 (n=373)	
01 医療と介護の情報共有ツールの不十分さにより、情報の共有が滞り、退院が遅れたり本来必要な支援の検討が十分になされなかつたりすること。に該当あり	35.7% (5)	11.7% (7)	14.3% (32)	15.3% (57)	15.1% (101)
02 住宅環境の把握、家屋調査及び住宅改修が、療法士との連携の遅れ等で進まず、退院が遅れること。に該当あり	21.4% (3)	3.3% (2)	1.8% (4)	2.9% (11)	3.0% (20)
03 病院と介護支援専門員等の連携の不足により、認識が揃わず、退院が遅れること。に該当あり	35.7% (5)	18.3% (11)	11.2% (25)	9.4% (35)	11.3% (76)
04 病院と介護支援専門員等の職種の違いに起因する、見解やゴール設定の相違により調整が遅れ、退院が遅れること。に該当あり	35.7% (5)	26.7% (16)	19.3% (43)	13.9% (52)	17.3% (116)
05 退院時カンファレンスに出席の望ましい職種の参加がない、又は退院時カンファレンスが開かれない等で、本来必要な支援の検討が十分になされないこと。に該当あり	35.7% (5)	33.3% (20)	27.8% (62)	19.8% (74)	24.0% (161)
06 退院が急に決まる、急に関係者に知らされる等で、本来必要な支援の検討が十分になされないこと。に該当あり	71.4% (10)	65.0% (39)	63.2% (141)	62.5% (233)	63.1% (423)
07 本人・家族等の経済的困窮に対し、行政による各種の支援策の調整が遅れ、退院が遅れること。に該当あり	14.3% (2)	13.3% (8)	14.8% (33)	8.8% (33)	11.3% (76)
08 特にない。に該当あり	0.0% (0)	8.3% (5)	9.4% (21)	14.2% (53)	11.8% (79)
09 わからない。に該当あり	21.4% (3)	18.3% (11)	19.7% (44)	12.9% (48)	15.8% (106)
10 その他 に該当あり	7.1% (1)	3.3% (2)	3.1% (7)	2.1% (8)	2.7% (18)

※カッコ内は回答件数

また、「03 病院と介護支援専門員等の連携の不足により、認識が揃わず、退院が遅れること。」に該当した自治体は、該当していない自治体と比較して設問2(3)アの「認知症患者の退院の全体的な評価としてスムーズに行われているかどうか」で肯定的な評価¹²を選択した割合が20.0ポイント低かった。(図表 35 参照)

病院と介護支援専門員等の連携の不足による退院の遅れを選択した自治体は、認知症のある方の退院が全体的にスムーズと評価しない傾向が強かった。

図表 35 認知症のある方の退院について、諸機関の連携に係る課題と、退院のスムーズさのクロス集計

設問2-(3)ウ：認知症のある方の退院について、【諸機関の連携に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。(当てはまるもの全て)の選択肢03

(設問2-(3)ア(認知症のある方の退院について、全体的に評価してスムーズに行われていると思いますか。)の回答状況別)回答項目の選択割合

03 病院と介護支援専門員等の連携の不足により、認識が揃わず、退院が遅れること。	認知症のある方の退院について、全体的に評価してスムーズに行われていると思うか(どれか1つ)		
	肯定的な評価*1	それ以外の評価*2	合計
該当あり	14.5% (11)	85.5% (65)	100.0% (76)
該当なし	34.5% (205)	65.5% (389)	100.0% (594)
合計	32.2% (216)	67.8% (454)	100.0% (670)

※カッコ内は回答件数

注) *1: 「そう思う」「どちらかといえばそう思う」

*2: 「どちらとも言えない」「どちらかと言えばそう思わない」「そう思わない」「わからない」

¹² 「そう思う」「どちらかと言えばそう思う」のいずれか。

高齢化率別に見ると、「05 退院時カンファレンスに出席の望ましい職種の参加がない、又は退院時カンファレンスが開かれない等で、本来必要な支援の検討が十分になされないこと。」の選択割合が、高齢化率の低い自治体では高かった。特に高齢化率 20%未満の自治体では全体平均と比べて選択割合が 38.5 ポイント高かった。(図表 36 参照)

図表 36 認知症のある方の退院について、諸機関の連携に係る課題(高齢化率別の集計結果)

設問2-(3) ウ：認知症のある方の退院について、【諸機関の連携に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。(当てはまるもの全て)

(自治体の高齢化率別) 回答項目の選択割合

認知症のある方の退院について、 【諸機関の連携に係る点で】貴自治 体が特に課題と感じていること(当 てはまるもの全て)	自治体の高齢化率				合 計 (n=670)
	40%以上 (n=122)	30%以上40%未 満 (n=301)	20%以上30%未 満 (n=231)	20%未満 (n=16)	
01 医療と介護の情報共有ツールの不十分さにより、情報の共有が滞り、退院が遅れたり本来必要な支援の検討が十分になされなかつたりすること。に該当あり	15.6% (19)	13.6% (41)	16.5% (38)	18.8% (3)	15.1% (101)
02 住宅環境の把握、家屋調査及び住宅改修が、療法士との連携の遅れ等で進まず、退院が遅れること。に該当あり	3.3% (4)	1.7% (5)	4.8% (11)	0.0% (0)	3.0% (20)
03 病院と介護支援専門員等の連携の不足により、認識が揃わず、退院が遅れること。に該当あり	9.8% (12)	10.6% (32)	13.4% (31)	6.3% (1)	11.3% (76)
04 病院と介護支援専門員等の職種の違いに起因する、見解やゴール設定の相違により調整が遅れ、退院が遅れること。に該当あり	13.1% (16)	14.6% (44)	21.6% (50)	37.5% (6)	17.3% (116)
05 退院時カンファレンスに出席の望ましい職種の参加がない、又は退院時カンファレンスが開かれない等で、本来必要な支援の検討が十分になされないこと。に該当あり	13.9% (17)	21.3% (64)	30.3% (70)	62.5% (10)	24.0% (161)
06 退院が急に決まる、急に関係者に知らされる等で、本来必要な支援の検討が十分になされないこと。に該当あり	59.8% (73)	60.5% (182)	66.7% (154)	87.5% (14)	63.1% (423)
07 本人・家族等の経済的困窮に対し、行政による各種の支援策の調整が遅れ、退院が遅れること。に該当あり	6.6% (8)	9.6% (29)	15.2% (35)	25.0% (4)	11.3% (76)
08 特にない。に該当あり	20.5% (25)	13.3% (40)	6.1% (14)	0.0% (0)	11.8% (79)
09 わからない。に該当あり	11.5% (14)	17.3% (52)	16.9% (39)	6.3% (1)	15.8% (106)
10 その他 に該当あり	2.5% (3)	2.7% (8)	3.0% (7)	0.0% (0)	2.7% (18)

※カッコ内は回答件数

エ 医療提供体制等に係る課題

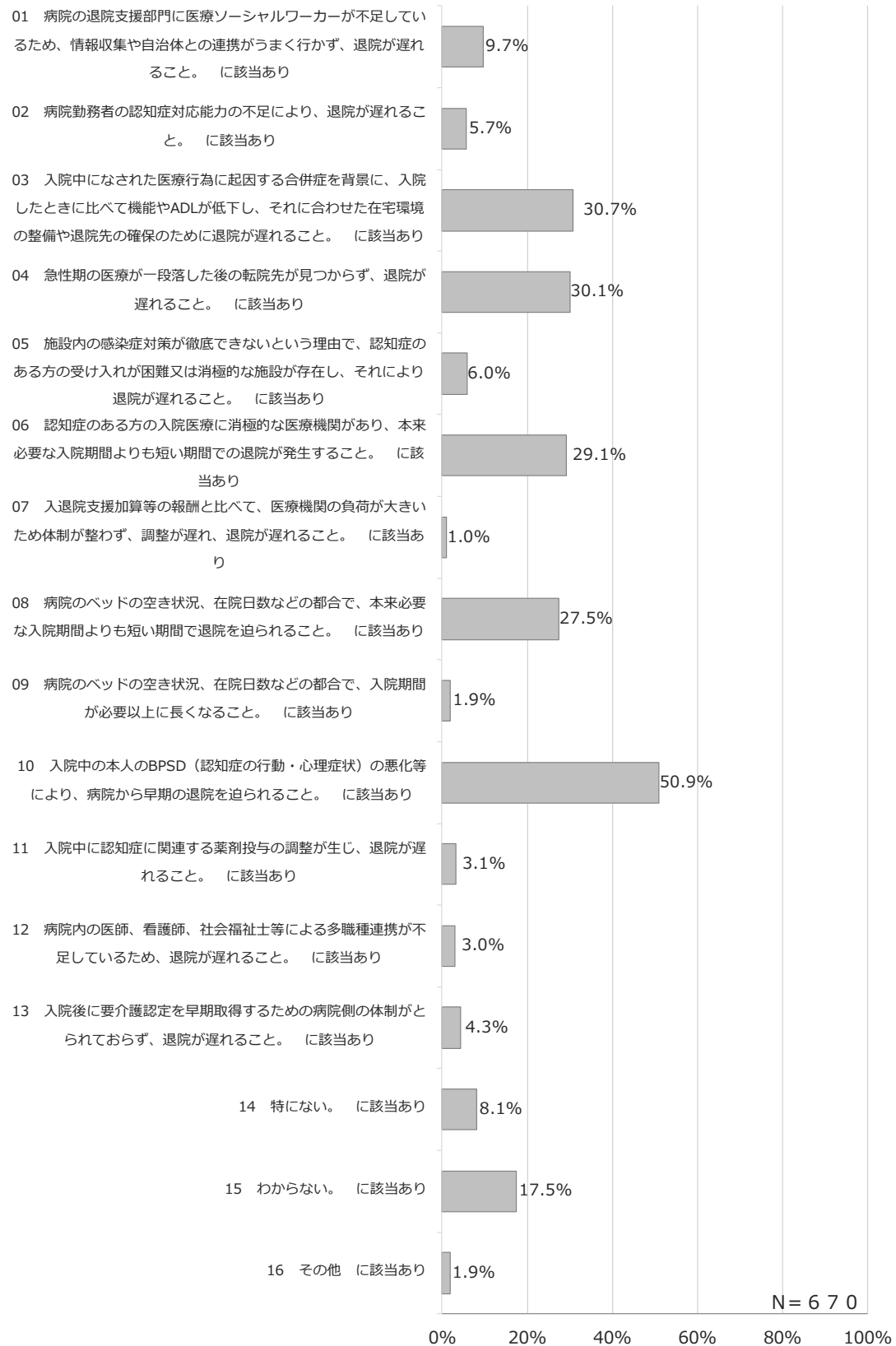
認知症のある方の退院について、医療提供体制等に係る課題として最も選択割合の高かった項目は、「10 入院中の本人の BPSD(認知症の行動・心理症状)の悪化等により、病院から早期の退院を迫られること。」(50.9%)、次いで「03 入院中になされた医療行為に起因する合併症を背景に、入院したときに比べて機能や ADL が低下し、それに合わせた在宅環境の整備や退院先の確保のために退院が遅れること。」(30.7%)で、患者の状況の変化への対応を課題として挙げる自治体の割合が高かった。(図表 37 参照)

また、「06 認知症のある方の入院医療に消極的な医療機関があり、本来必要な入院期間よりも短い期間での退院が発生すること。」の選択割合は 29.1%、「08 病院のベッドの空き状況、在院日数などの都合で、本来必要な入院期間よりも短い期間で退院を迫られること。」の選択割合は 27.5%であった。

図表 37 認知症のある方の退院について、医療提供体制に係る課題

設問2-(3)工：認知症のある方の退院について、【医療提供体制に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。（当てはまるもの全て）

回答項目の選択割合



医療提供体制等に係る課題の「その他」に寄せられた回答については「退院のための準備が整わないまま退院になり、在宅側が困ることがある。」のように、退院先の調整や準備が不十分なまま退院してしまうことを課題として挙げているものが見られた。(図表 38 参照)

同様の回答は2(3)イの「退院が遅れると言うよりは早急な退院を迫られることの方が問題」(図表 29 参照)、2(3)ウの「一通り上記の課題はあると考えられるが、それでも退院してしまうことが課題。」(図表 33 参照)のように、他の設問の「その他」の回答にも見られた。

図表 38 認知症のある方の退院について、医療提供体制に係る課題(自由記述部分の回答)

設問2-(3)エ：認知症のある方の退院について、【医療提供体制に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。(当てはまるもの全て)
選択肢「16 その他」自由記述欄の回答内容
退院のための準備が整わないまま退院になり、在宅側が困ることがある。
選択肢10の補足。認知症を正しく診断し治療できる医師の不足やコメディカルの認知症の知識不足・体制の不十分さによりBPSD症状が悪化するとすぐに退院させられる。また、受け入れられる施設も限られるため、やむを得ず自宅退院となる事例が散発している。
病院の連携室から決定事項として連絡いただいた内容と病棟看護師との話が違い退院調整に手こずることがある。
医療側から介護保険への過剰な期待を感じる。
退院を決定するのは医師。必要な治療が終了すれば退院と判断される。在宅(施設)での生活に向けてADLの改善等、必要な訓練もなく早期に退院となる場合がある。
入院したのは良いが病棟での対応が難しいとのことで退院支援されずに帰されてしまう。
病院には退院支援のための医療ソーシャルワーカーや退院支援ナースがいるが在宅での支援についての理解が不十分で、病院側の都合で調整せざるを得ないことがある。
認知症で身寄りのない方が、急性期の医療が一段落した後の転院先が見つからず、退院が遅れること。
医療機関と自治体との連携がうまくいかず、支援が遅れることがある。
認知症のある方が退院後に管理がしやすいように、入院中から退院後の生活をイメージして、医療行為等の整理をしていくことが必要。
入院により認知症状が悪化した場合、「自宅へ帰れば問題行動はおさまると思う」と退院されるケースがあるが、専門医を受診できていないケースなどでは、症状の継続がみとめられた時点で家族等へ専門医への受診意向を確認してもらい、紹介状を書いてもらう等の支援があれば、もっと適切な医療に繋がると感じる。退院後では、本人の意向や交通の便の関係等で受診しにくい場合が多い。
認知症の症状や精神疾患の症状が悪化して入院継続できない場合に、専門病院への転院等スムーズに対応できない場合がある。

※「特にない」「分からない」といった趣旨の回答は除いた。

医療提供体制等に係る課題について、「06 認知症のある方の入院医療に消極的な医療機関があり、本来必要な入院期間よりも短い期間での退院が発生すること。」に該当した自治体は、該当していない自治体と比較して設問2(3)アの「認知症患者の退院の全体的な評価としてスムーズに行われているかどうか」で肯定的な評価¹³を選択した割合が 16.6 ポイント低かった。(図表 39 参照)

医療機関が認知症のある方の入院受け入れに消極的であることを課題とする自治体は、認知症のある方の退院が全体的にスムーズと評価しない傾向が強かった。

図表 39 認知症のある方の退院について、医療提供体制に係る課題と、退院のスムーズさのクロス集計

設問2-(3)エ：認知症のある方の退院について、【医療提供体制に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。(当てはまるもの全て)の選択肢06

(設問2-(3)ア(認知症のある方の退院について、全体的に評価してスムーズに行われていると思いますか。)の回答状況別)回答項目の選択割合

06 認知症のある方の入院医療に消極的な医療機関があり、本来必要な入院期間よりも短い期間での退院が発生すること。	認知症のある方の退院について、全体的に評価してスムーズに行われていると思うか(どれか1つ)		
	肯定的な評価*1	それ以外の評価*2	合計
該当あり	20.5% (40)	79.5% (155)	100.0% (195)
該当なし	37.1% (176)	62.9% (299)	100.0% (475)
合計	32.2% (216)	67.8% (454)	100.0% (670)

※カッコ内は回答件数

注) *1: 「そう思う」「どちらかといえばそう思う」

*2: 「どちらとも言えない」「どちらかと言えばそう思わない」「そう思わない」「わからない」

¹³ 「そう思う」「どちらかと言えばそう思う」のいずれか。

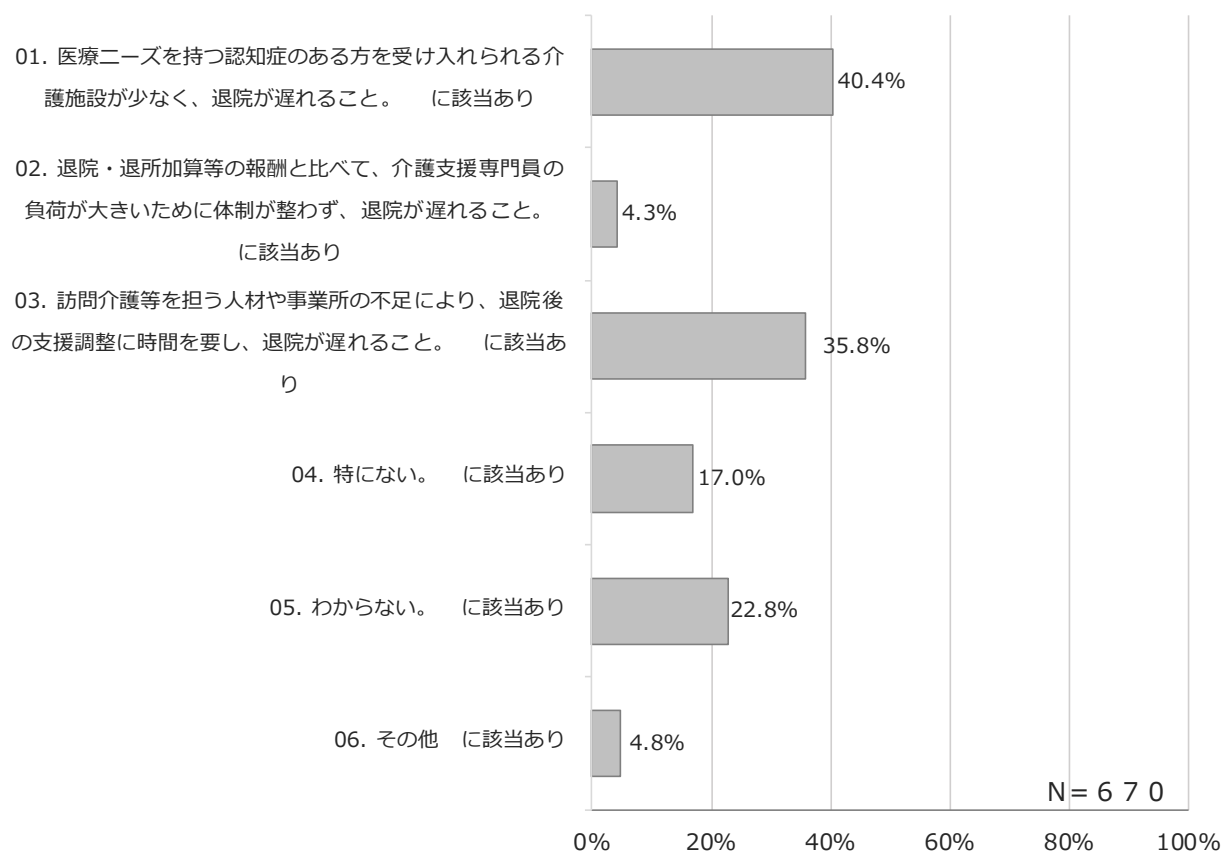
オ 介護提供体制に係る課題

認知症のある方の退院について、介護提供体制等に係る課題としては「01 医療ニーズを持つ認知症のある方を受け入れられる介護施設が少なく、退院が遅れること。」の選択割合が40.4%、「03 訪問介護等を担う人材や事業所の不足により、退院後の支援調整に時間を要し、退院が遅れること。」を35.8%の自治体が選択していた。(図表 40 参照)

図表 40 認知症のある方の退院について、介護提供体制に係る課題

設問2-(3) オ： 認知症のある方の退院について、【介護提供体制に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。(当てはまるもの全て)

回答項目の選択割合



介護提供体制に係る課題の「その他」に寄せられた回答については、「全体的な介護職員不足や定着しないことにより認知症介護のスキルアップができず、特に BPSD 症状の強い認知症のある方を受け入れられる施設が不足している。」のように、介護資源やサービスの不足、BPSD の強い方に対応した施設が少ないことを課題として挙げているものが見られた。(図表 41 参照)

また、「家族の中には、認知症で病院へ入院することが良く、施設に入ることをよく思っていない。治療を優先するより、生活を優先することが認知症の人は落ち着くことへの理解が進んでいない。」といった、介護提供体制よりも家族の理解の不足を課題として挙げているものが見られた。

図表 41 認知症のある方の退院について、介護提供体制に係る課題(自由記述部分の回答)

設問2-(3) オ： 認知症のある方の退院について、【介護提供体制に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。(当てはまるもの全て) 選択肢「06.その他」自由記述欄の回答内容
全体的な介護職員不足や定着しないことにより認知症介護のスキルアップができず、特にBPSD症状の強い認知症のある方を受け入れられる施設が不足している。
家族の中には、認知症で病院へ入院することが良く、施設に入ることをよく思っていない。治療を優先するより、生活を優先することが認知症の人は落ち着くことへの理解が進んでいない。
小規模自治体であり、サービス事業所も少ない中で、現在はできうる限りの受け入れをしているが定員を満たしつつある。過疎地で新規参入も見込めず、今後は十分な介護提供体制ができない可能性もある。
土日、祝祭日にサービス提供できる事業所がなく、家族も含めた体制づくりに時間が必要なこと。体制が整わなくても退院している。
状態変化に伴い、本人の意思確認や経済的課題等で転院先・施設等を探すのには時間を要す。
グループホームの入所の申し込みをしても施設に空きがなく退院後の施設が決まらないことも少なくない。
認知症対応型生活介護事業所のように、看護師等の医療職配置がない施設入所者が入院し退院する場合、ADLの低下、抗精神薬等の薬剤による精神症状が悪化し、退院することで、介護職に負荷がかかる場合がある。
退院の遅れそのものよりも、退院後の本人の生活が確保できないことが大きな課題となっている。家族等の支援者が不在の場合が多く、様々な支援調整が必要であるが、速やかな退院を求める病院と、退院後の受け入れ先が見つからない状況で板挟みになることもある。
訪問介護員、ケアマネージャー、家族に病院での様子、退院時のADLが伝わっておらず、在宅生活の再開時に苦労すること。
介護提供はすべてサービスで賄うことができないため、家族の協力体制、食事、トイレなどの最低限の確保に時間がかかることがある。
認知症本人の判断能力がなく、契約できないケースがある。
単身世帯の場合、サービス利用で在宅生活を支えることは難しい。
症状が強い(寝ない、徘徊、他者への迷惑行為等)と、受け入れてくれる事業所が少ない。
入所できる介護施設に限りがある。
退院後の生活を支援する介護サービスを計画しても、受け入れる側の認知症がある方・家族が必要性を理解していないこと。
対応可能な事業所への周知、拡大する。

設問2- (3) オ： 認知症のある方の退院について、【介護提供体制に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。（当てはまるもの全て） 選択肢「06.その他」自由記述欄の回答内容
様々な理由から退院後の支援調整や体制が整わなくても、退院してしまうことが課題。
医療ニーズを持つ認知症のある方を受け入れられる介護施設が少ないため、退院後受け入れ施設が決まる前に退院させられること。
介護認定の遅れ（主治医意見書がこない、病院の介護申請が遅れる等の理由により審査会の予定が入らない）により提供体制が整わないことでの退院延期。
介護事業等等での認知症の対応スキルが十分でない。
金銭面の問題で入所が難しい。金銭面の問題で必要なサービスが受けられない。入所先の空きがなく入所先が見つからない。
退院時、医療機関と介護サービスとの連携がスムーズでない。
・介護保険の認定結果が出る前に退院しないといけない状況になることがある。 ・訪問介護等を担う人材や事業所の不足により、退院後の支援調整に時間を要するが、医療機関側も退院を伸ばすことが難しく、受け入れ態勢が整わないまま退院することがある。
介護サービスの提供体制が整っていないのに、期日がくると延期もしてもらえず退院せざるを得ない状況になること。
通常の訪問介護では対応できない自宅の状態（ゴミであふれる等）であるが、本人は自宅退院を希望している場合、公的制度（介護保険）では対応困難。 家族も支援できない場合の退院時の行き先の問題。
サービスの必要性を理解できず、退院に合わせたサービス調整がうまくいかないことがある。
受け入れ可能なサービスが少ない。
「退院が遅れること」になるわけではありませんが、本人の認知症の周辺症状の悪化等により、急な退院となり、介護支援専門員が在宅支援の調整に苦慮することがあります。
介護支援専門員の不足により、退院調整が難しい場合がある
認知症に対する家族や地域住民の認識不足や対応力不足で、認知症のある方の生活が整わないというものはあるかもしれない。
選択肢01～03の状況により、無理な退院から早期再入院を繰り返すこと。

※「特にない」「分からない」といった趣旨の回答は除いた。

カ その他の課題

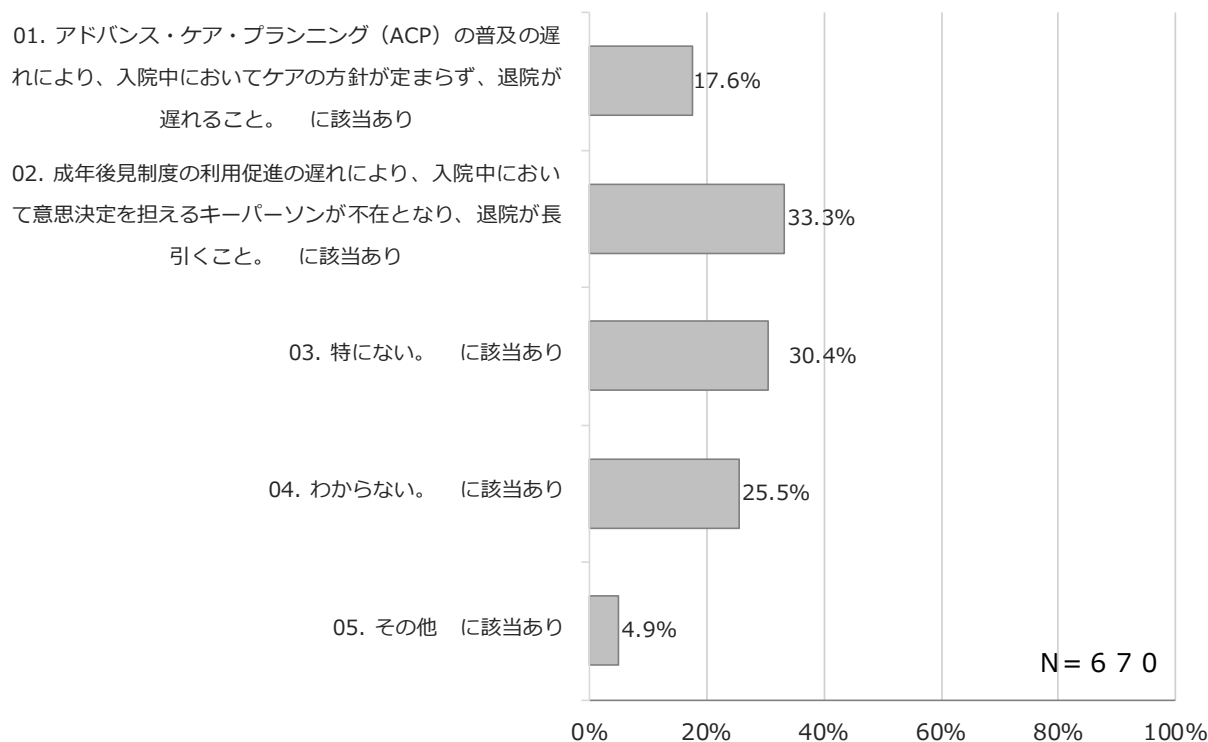
認知症のある方の退院について、これまでのイ～オに当てはまらないその他の課題としては、「02 成年後見制度の利用促進の遅れにより、入院中において意思決定を担えるキーパーソンが不在となり、退院が長引くこと。」を選択した自治体が 33.3%、「01 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の普及の遅れにより、入院中においてケアの方針が定まらず、退院が遅れること。」を課題とした自治体が 17.6%であった。(図表 42 参照)

なお、キーパーソンの不在に関連する選択肢として、設問2(3)イの「02 家族等の中でキーパーソンが不在で、ケアや退院後の方針が定まらず、退院が遅れること。」は、61.9%の自治体を選択していた。

図表 42 認知症のある方の退院について、その他の課題

設問2-(3)カ：イ～オ以外の課題について、貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。
(当てはまるもの全て)

回答項目の選択割合



その他の課題の「その他」に寄せられた回答については「成年後見制度利用とは別に、本人の意思決定を支援するキーパーソンが不在もしくは存在しても関わりを拒否されることがあること。」のように、キーパーソンがいないことや、決まるまでに時間がかかることを課題として挙げている回答が半数を超えていた。(図表 43 参照)

また「認知症のある方の退院についての課題を把握する具体的な方法についての検討。」といった、認知症のある方の退院時の課題を把握する方法自体を課題として挙げているものが見られた。

図表 43 認知症のある方の退院について、その他の課題(自由記述部分の回答)

設問2-(3) カ:イ～オ以外の課題について、貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。(当てはまるもの全て)
選択肢「05.その他」自由記述欄の回答内容
成年後見制度利用とは別に、本人の意思決定を支援するキーパーソンが不在もしくは存在しても関わりを拒否されることがあること。
認知症のある方の退院についての課題を把握する具体的な方法についての検討。
身寄りのない認知症の方を施設入所又は転院させるため入院中に成年後見申立(首長申立)が必要になる事例が毎年あり、後見人等が選任される見通しがつくまで退院が延びる。
成年後見制度や日常生活自立支援事業の狭間で利用できない方に対する金銭管理の支援が不足している。入退院など一時的な危機の時に期限や条件付きで利用できるサービスがあると良い。
選択肢01、02について退院が長引くことはないが、ACPや成年後見制度利用の認識が進んでいない、専門職等の不足により支援体制が十分ではないといった課題がある。特に身寄りがない方のケア方針や意思決定支援についての体制整備が急がれる。
退院後の必要な支援が人員不足により整っていない状況でも退院しなければならない事。
キーパーソンとなる身寄りがないため、後見人が決まるまで施設入所などが進まないこと。
退院後の対応調整中に退院させてしまうケースが散見される。退院が長引く方がまだよい。
支援者間の中での話し合いが不足していること。
認知症に限らず、在宅医療を受けて生活できるだけの社会資源が不足している。
「安心サポート」の利用開始に至るまで時間を要し、退院が遅れる。
地域住民等への認知症に関する正しい知識や理解が十分ではないため、在宅生活における介護提供体制を整えるのに時間を要し、退院が遅延することが課題。
身寄りのない認知症高齢者の入院時の保証人。
家族介護力の低下。
専門的な知識・経験を持った職員の不足。
身寄りがおらず、認知症になられた方の入院・退院等の手続き。
対応できる家族がいない等、医療同意や緊急連絡先を市やその他機関に求められる場合があり課題。
成年後見制度の利用までの手続きに時間がかかり、意思決定を担える人が不在になること。
認知症があるないということで偏見もあり決められてしまう。
身寄りがないため本人への支援がスムーズに行えず、退院が遅れること。
身寄りがなく身元引受人もない方が入院費の支払いができず、病院やケアマネが無償で動くことがある。
ACPがどの程度入退院に当たる方針の選定に反映されているのか、現場での実態が把握できていない。

設問2- (3) カ：イ～オ以外の課題について、貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。（当てはまるもの全て）
選択肢「05.その他」自由記述欄の回答内容
キーパーソンと病院の間で情報共有や今後の方針の共有がスムーズにされず、退院・転院が長引くこと。
一通り上記の課題はあると考えられるが、それでも退院してしまうことが課題。
成年後見制度を申請しても、結果が出るまでにかかりの日数がかかるため、退院調整がスムーズに進まない。 今後、ますます認知症の人やキーパーソン不在の高齢者が増加するため、そのような方が入院・入所をスムーズに受け入れてもらえる仕組みづくり。
成年後見制度のことやACPのことなど、病院相談員が説明することができない。
居宅介護支援事業所や介護支援専門員によって、支援の差が大きい。
身寄りのない・キーパーソンのいない独居高齢者が増えている印象があり、対応に苦慮することがある。
キーパーソン不在で、ケアマネや認知症地域支援推進員の負担が大きくなっている。
・要介護認定の遅れ ・退院時、専門医へのつながりがない
家族などの支援者やキーパーソンが遠方にいることにより、本人の生活状況や能力を正しく理解できておらず、必要なサービス導入などができない。
急性期の治療を終え、在宅復帰となる場合に病院側も入院中からサービスの調整、自宅で想定される課題について取り組んでほしい。病院と自宅での生活の違いについて理解してほしい。

※「特にない」「分からない」といった趣旨の回答は除いた。

(4) 認知症のある方の入院受け入れ・退院支援に関連する取組について

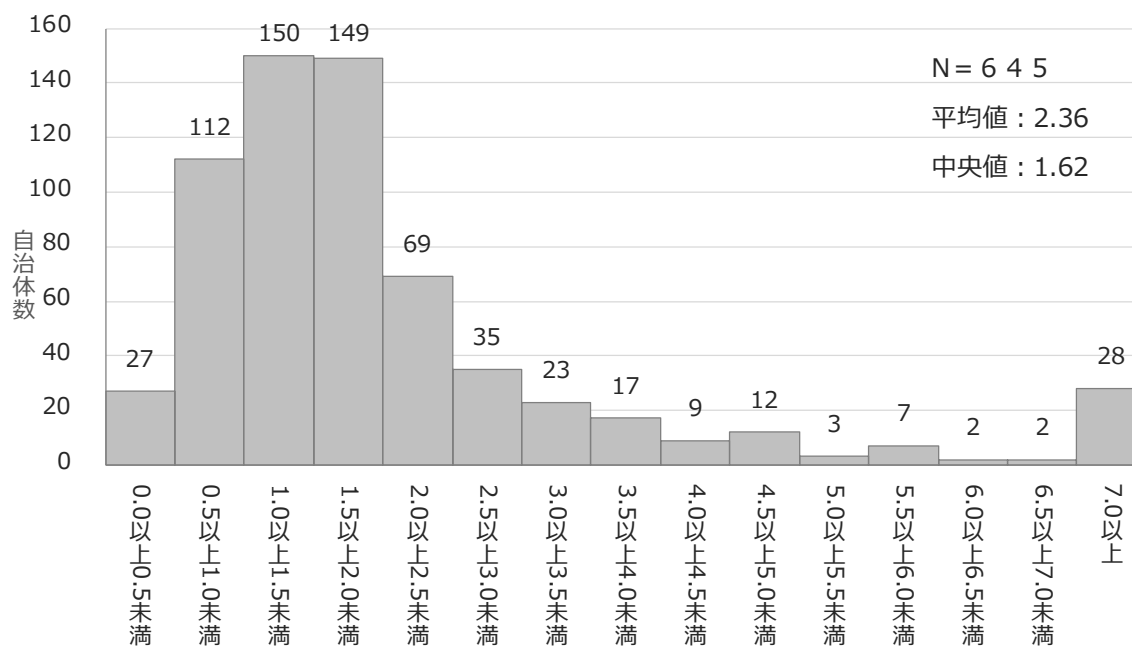
ア 地域包括支援センターの状況

アンケートの回答があった市区町村において、高齢者人口1万人当たりの地域包括支援センターの設置数の中央値は1.62(平均値2.36)であった(図表44参照)。

図表44 市区町村における地域包括支援センターの設置数の分布(高齢者人口1万人当たり)

設問3-(1)ア：地域包括支援センターの設置数をご記入ください。(サブセンター、ブランチは含まない。不明な場合は空欄としてください。)

高齢者人口1万人当たりの地域包括支援センターの設置数

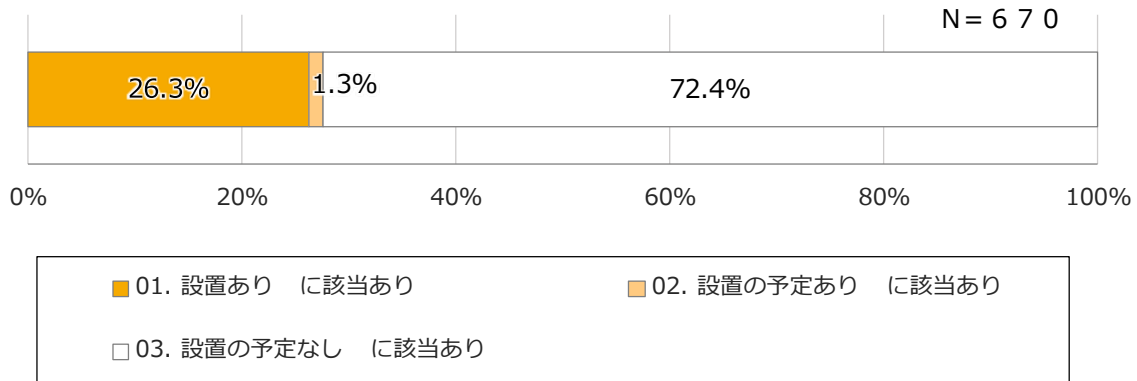


基幹型地域包括支援センター¹⁴の有無については、設置ありと設置の予定ありの合計で27.6%である一方、設置の予定なしは72.4%だった。(図表 45 参照)

図表 45 市区町村における基幹型地域包括支援センターの設置の有無

設問3-(1)イ：基幹型地域包括支援センターの設置の有無について選択してください。(どれか1つ)

回答項目の選択割合

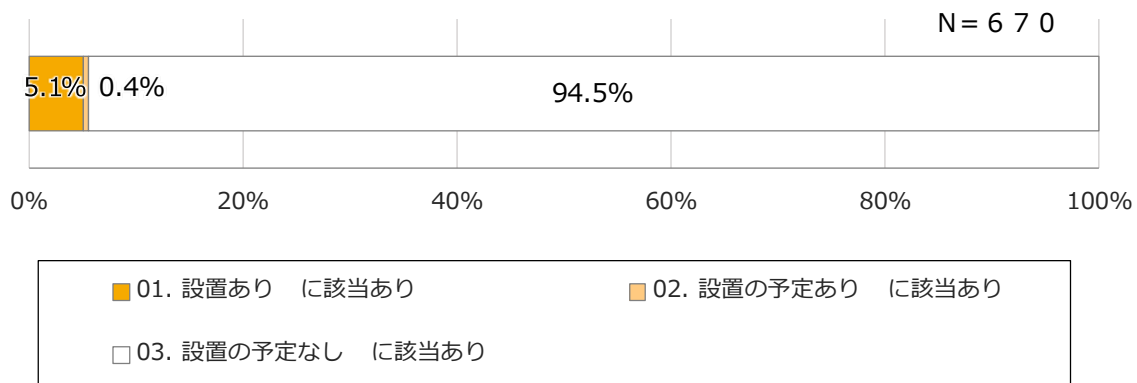


機能強化型地域包括支援センター¹⁵の有無については、設置ありと設置の予定ありの合計では5.5%、設置の予定なしは94.5%だった。(図表 46 参照)

図表 46 市区町村における機能強化型地域包括支援センターの設置の有無

設問3-(1)ウ：機能強化型地域包括支援センターの設置の有無について選択してください。(どれか1つ)

回答項目の選択割合



¹⁴ 直営型、委託型センターのうち地域の中で基幹的な役割を担い、センター間の総合調整や介護予防のケアマネジメント及び地域ケア会議等の後方支援などの機能を有するセンター。

¹⁵ 権利擁護業務や認知症支援等の機能を強化し、当該分野において他のセンターを支援するセンター。

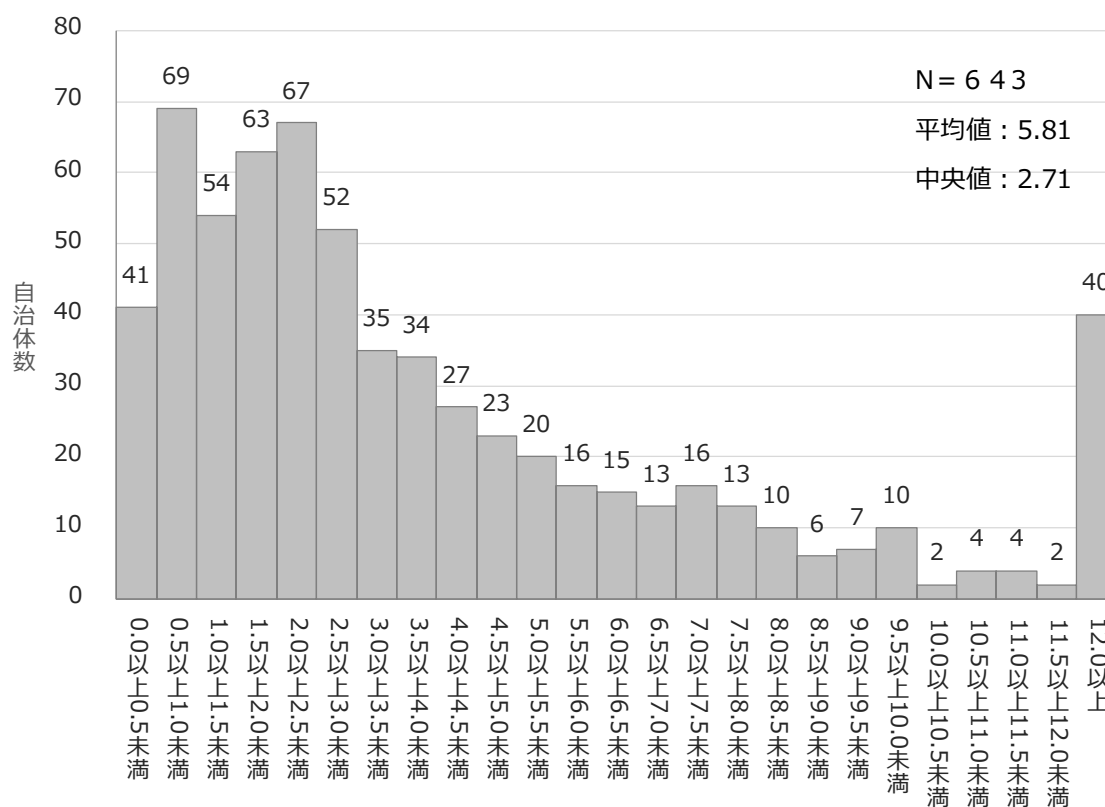
イ 認知症地域支援推進員の状況

高齢者人口1万人当たりの認知症地域支援推進員の配置人数は中央値 2.71 人(平均値 5.81 人)で、回答のあった自治体のうちの 17.1%は高齢者1万人につき1人未満の割合での配置であった。(図表 47 参照)

図表 47 市区町村における認知症地域支援推進員の分布(高齢者人口1万人当たり)

設問3-(2)ア：認知症地域支援推進員の配置人数をご記入ください。(半角数字。不明な場合は空欄としてください。)

高齢者人口1万人あたりの認知症地域支援推進員の配置人数

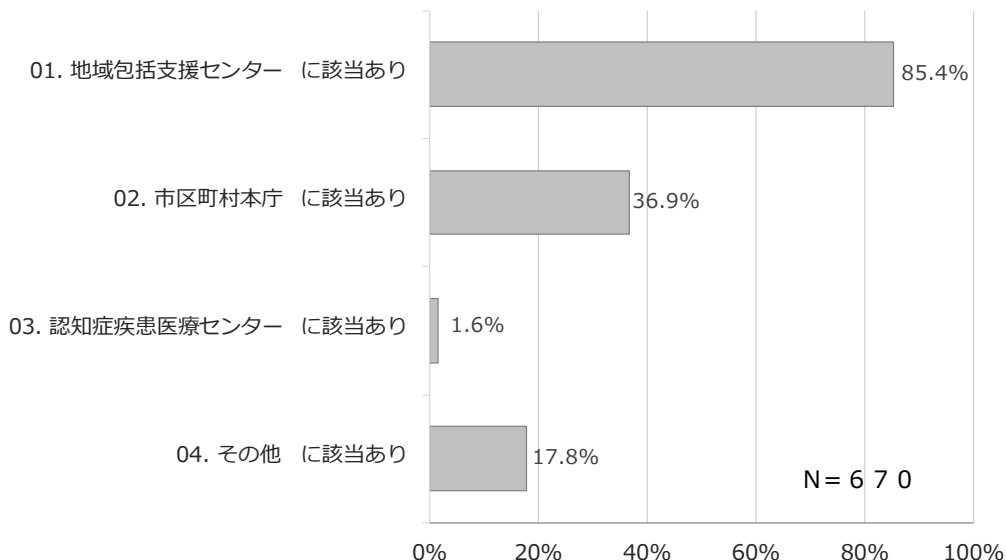


認知症地域支援推進員の配置先として、最も選択割合が高かったのは「01 地域包括支援センター」(85.4%)で、「認知症疾患医療センター」を選択した自治体は 1.6%であった。(図表 48 参照)

図表 48 市区町村における認知症地域支援推進員の配置先

設問3-(2) イ：認知症地域支援推進員の配置先を選択してください。(当てはまるもの全て)

回答項目の選択割合



「その他」に寄せられた認知症地域支援推進員の配属先としては、社会福祉協議会(36件、全体の5.4%)、社会福祉法人(8件、全体の1.2%)、特別養護老人ホーム(7件、全体の1.0%)等があった。(図表 49 参照)

図表 49 市区町村における認知症地域支援推進員の配置先(自由記述部分の回答(主要なもの))

設問3-(2) イ：認知症地域支援推進員の配置先を選択してください。(当てはまるもの全て) 選択肢「04.その他」自由記述欄の回答内容	回答数※
社会福祉協議会	36
社会福祉法人	8
特別養護老人ホーム	7
居宅介護支援事業所	6
在宅介護支援センター	6
介護事業所	6
医師会	5
NPO法人	4
その他の回答	77

※回答の一部であるものも含む(「その他の回答」を除く)

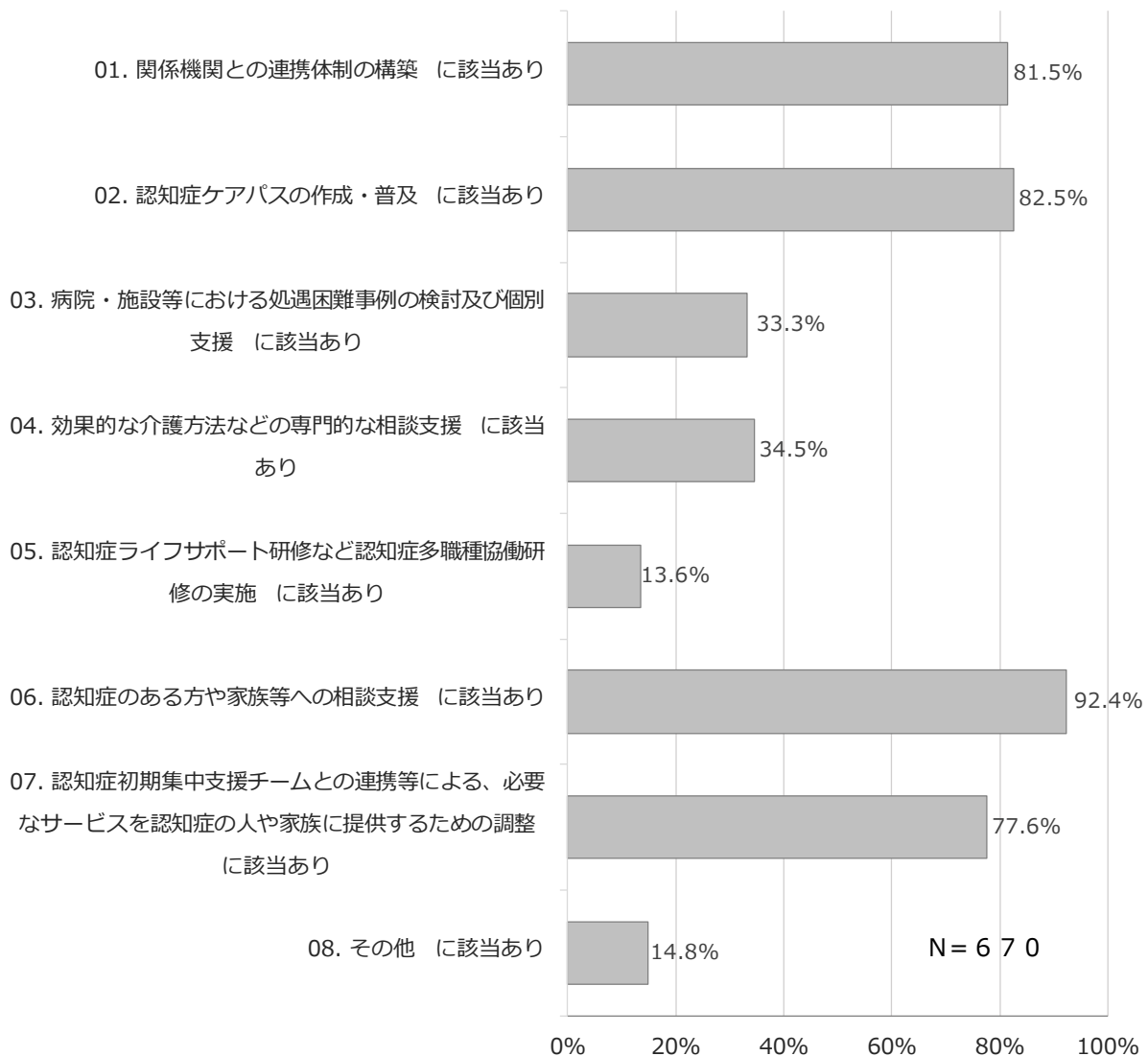
認知症地域支援推進員の活動として最も選択割合が高かったのは「06 認知症のある方や家族等への相談支援」(92.4%)で、ほかに「02 認知症ケアパスの作成・普及」(82.5%)、「01 関係機関との連携体制の構築」(81.5%)が各々8割以上を占めた。(図表 50 参照)

一方、認知症対応力向上のための支援については、「03 病院・施設等における処遇困難事例の検討及び個別支援」の選択割合が 33.3%、「04 効果的な介護方法などの専門的な相談支援」が 34.5%、「05 認知症ライフサポート研修など認知症多職種協働研修の実施」が 13.6%であった。

図表 50 市区町村における認知症地域支援推進員の主な活動内容

設問3-(2) ウ：認知症地域支援推進員の主な活動内容を選択してください。(当てはまるもの全て)

回答項目の選択割合



「その他」に寄せられた認知症地域支援推進員の活動内容としては、認知症カフェ(オレンジカフェ)の運営、支援等(41件、全体の6.1%)、認知症サポーター養成講座の企画、開催等(27件、全体の4.0%)、チームオレンジコーディネーター(18件、全体の2.7%)といった回答が寄せられた。(図表51参照)

図表 51 市区町村における認知症地域支援推進員の主な活動内容(自由記述部分の回答)

設問3-(2) ウ：認知症地域支援推進員の主な活動内容を選択してください。(当てはまるもの全て) 選択肢「08.その他」自由記述欄の回答内容	回答数※
認知症カフェ(オレンジカフェ)の運営、支援等	41
認知症サポーター養成講座の企画、開催等	27
チームオレンジコーディネーター、その支援等	18
(認知症に関する)普及啓発	16
その他の回答	77

※回答の一部であるものも含む(「その他の回答」を除く)

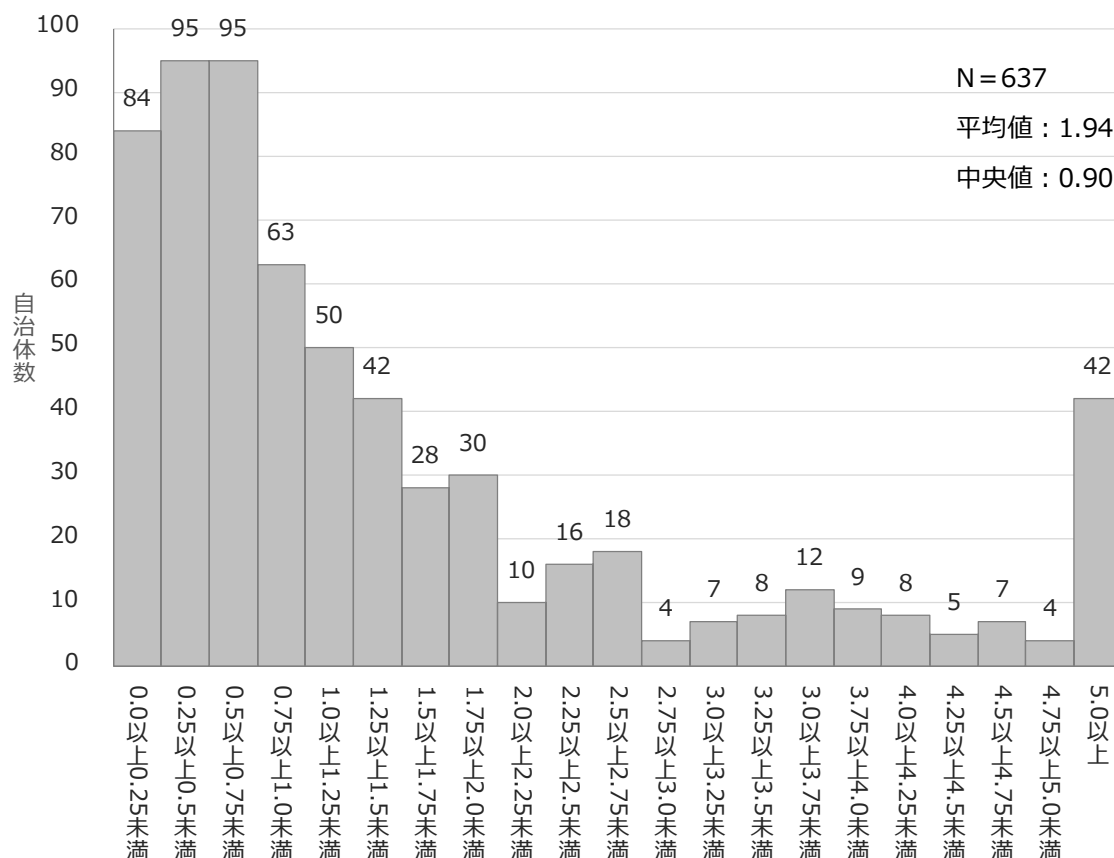
ウ 認知症初期集中支援チームの状況

高齢者人口1万人当たりの認知症初期集中支援チームの配置数は中央値で0.90(平均値1.94)であった。(図表 52 参照)

図表 52 市区町村における認知症初期集中支援チームの配置数(高齢者人口1万人当たり)

設問3-(3)ア：認知症初期集中支援チームの数をご記入ください。(半角数字。不明な場合は空欄としてください。)

高齢者人口1万人あたりの認知症初期集中支援チームの数



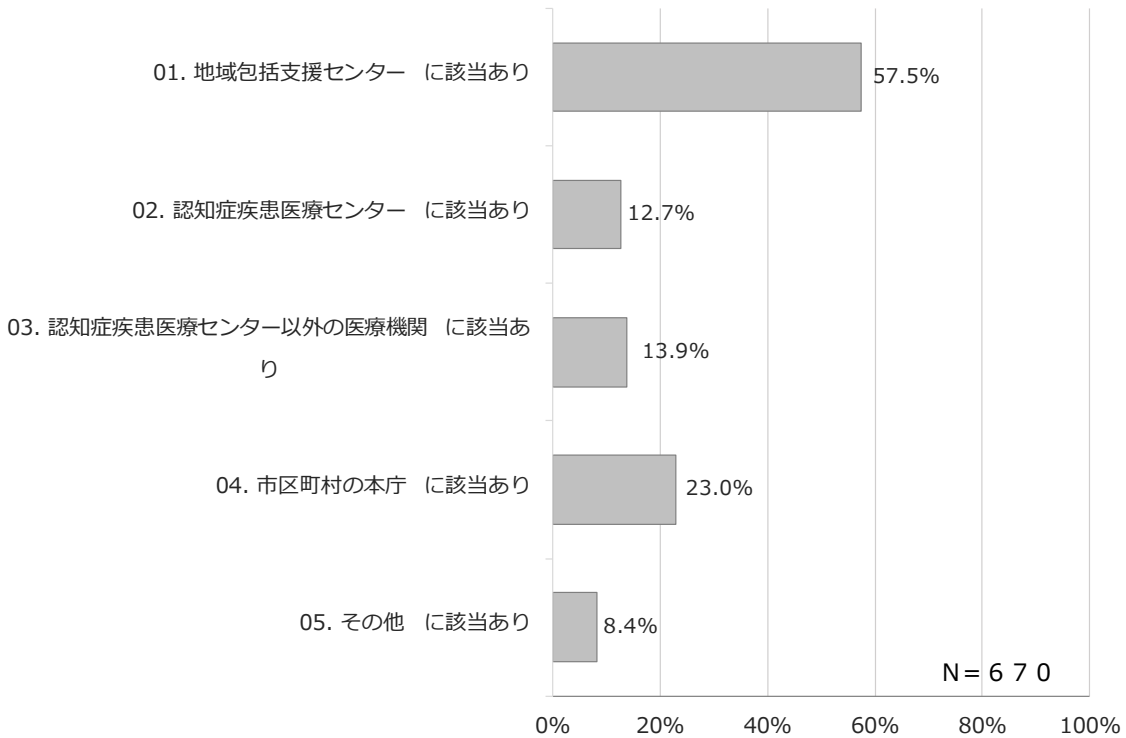
認知症初期集中支援チームの配置先として最も選択割合が高かったのは「01 地域包括支援センター」(57.5%)、次いで「04 市区町村の本庁」(23.0%)だった。(図表 53 参照)

一方で、「02 認知症疾患医療センター」を選択した自治体は 12.7%で、「03 認知症疾患医療センター以外の医療機関」と合わせても 26.6%であった。

図表 53 市区町村における認知症初期集中支援チームの配置先

設問3-(3) イ：認知症初期集中支援チームの配置先を選択してください。(当てはまるもの全て)

回答項目の選択割合



「その他」に寄せられた選択肢外の認知症初期集中支援チームの配置先としては、医師会(9件、全体の 1.3%)、社会福祉協議会(5 件、全体の 0.7%)、社会福祉法人(5件、全体の 0.7%)、訪問看護ステーション。(3件、全体の 0.4%)といったものがあつた。(図表 54 参照)

図表 54 市区町村における認知症初期集中支援チームの配置先(自由記述部分の回答)

設問3-(3) イ：認知症初期集中支援チームの配置先を選択してください。(当てはまるもの全て) 選択肢「05.その他」自由記述欄の回答内容	回答数※
医師会	9
社会福祉協議会	5
社会福祉法人	5
訪問看護ステーション	3
その他の回答	48

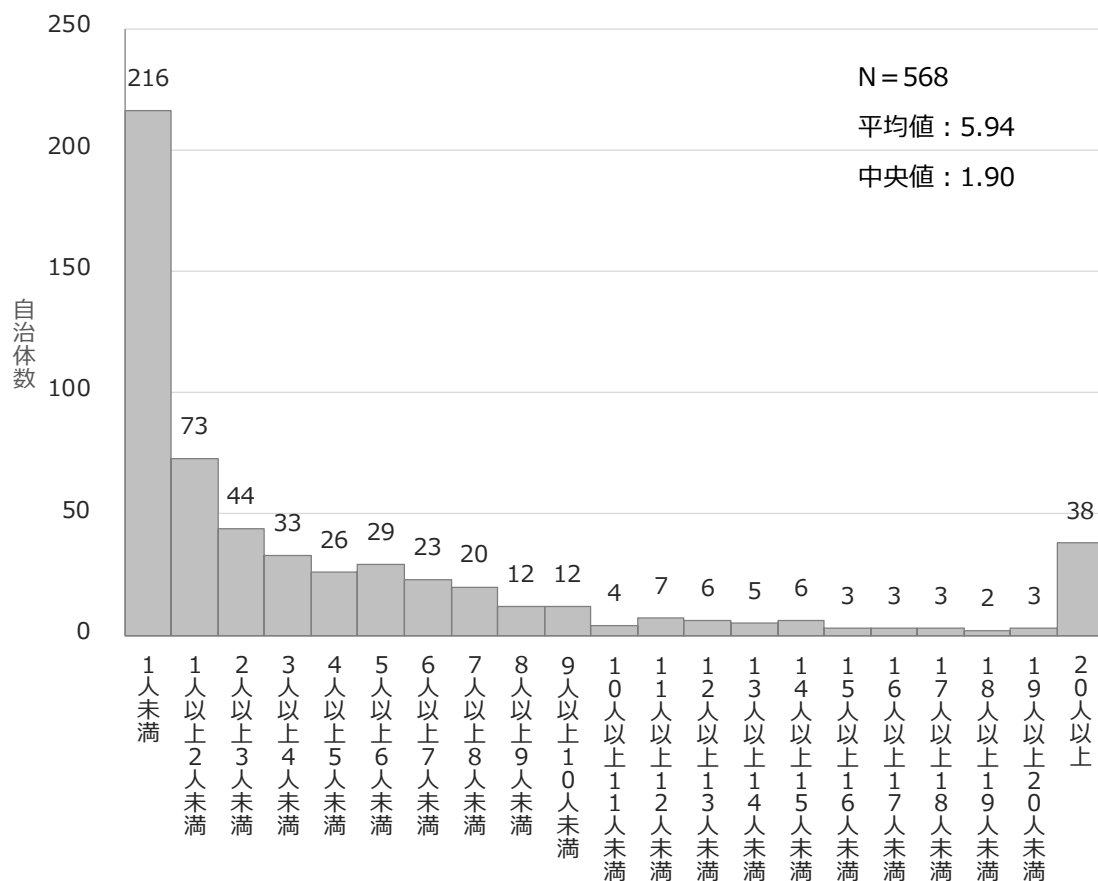
※回答の一部であるものも含む(「その他の回答」を除く)

認知症初期集中支援チームの高齢者人口1万人当たりの訪問実人数は中央値で 1.90 人 (平均値 5.94 人) だった。(図表 55 参照)

図表 55 市区町村における認知症初期集中支援チームの訪問実人数の分布(高齢者人口1万人当たり)

設問3-(3)ウ：令和4年度における認知症初期集中支援チームの訪問実人数をご記入ください。(半角数字。不明な場合は空欄としてください。)

高齢者人口1万人あたりの令和4年度における認知症初期集中支援チームの訪問実人数



(5) 認知症のある方の入退院支援に関連する取組の PDCA サイクルを回すにあたり、把握しているデータや指標について

ア 体制整備に関するデータや指標

認知症のある方の入退院支援についての目標や指標値に用いている、体制整備に関するデータとしては、「特にない」の選択割合が 54.0%で最も高く、半数を超える自治体でデータの活用が行われていなかった。また「わからない」の選択割合も 17.6%であった。(図表 56 参照)

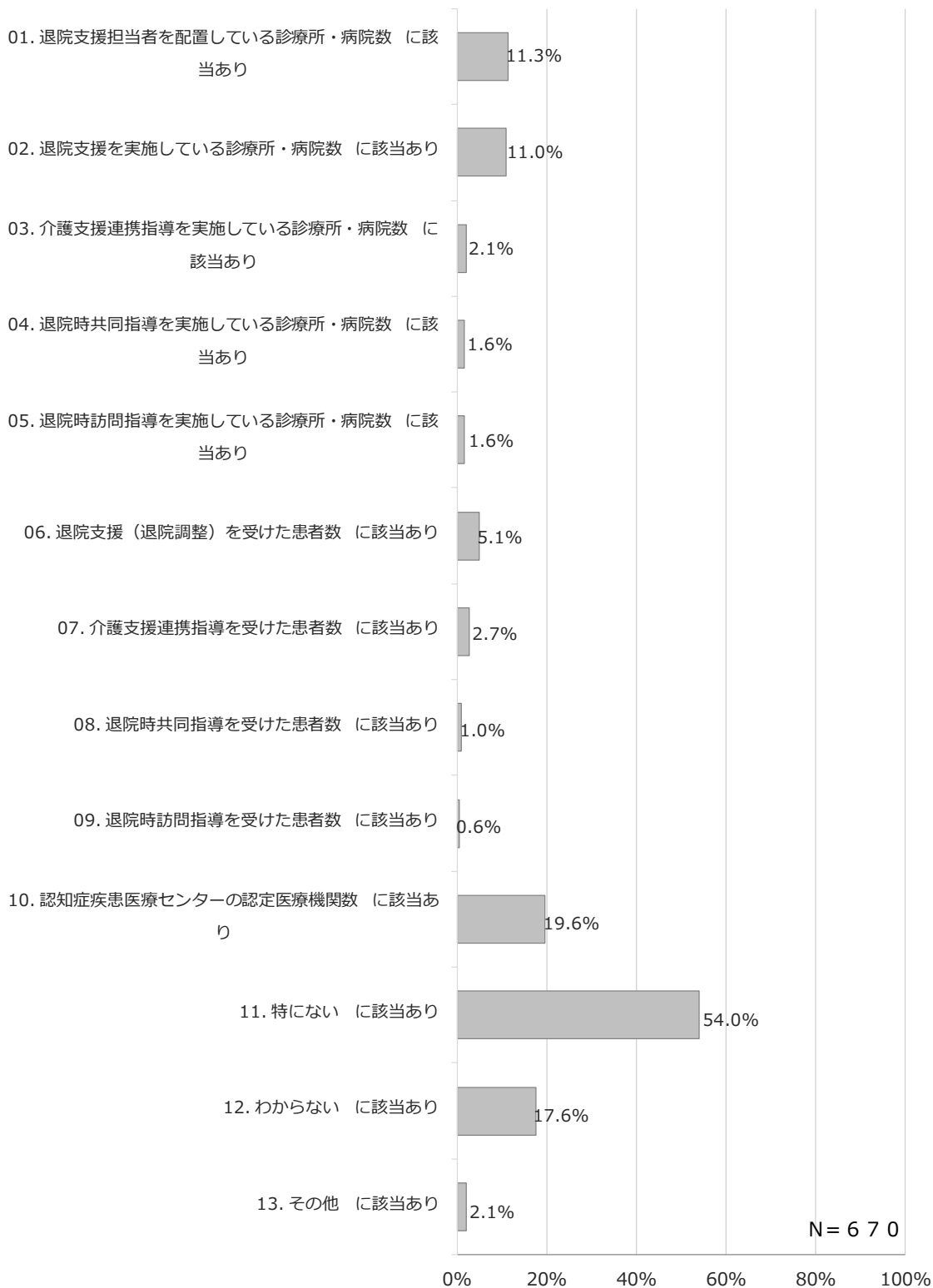
「特にない」「わからない」を除いた選択肢のうち最も選択割合の高かった項目は「10 認知症疾患医療センターの認定医療機関数」(19.6%)で、次いで「01 退院支援担当者を配置している診療所・病院数」(11.3%)であった。

また、最も選択割合が低かった項目は「09 退院時訪問指導を受けた患者数」(0.6%)、次いで「08 退院時共同指導を受けた患者数」(1.0%)であった。

図表 56 認知症のある方の入退院支援についての指標や目標値に用いている、体制整備に関するデータ

設問4-(1)：入退院支援についての指標や目標値に用いている、体制整備に関するデータを選択してください。（当てはまるもの全て）

回答項目の選択割合



「その他」に寄せられた回答については、「圏域の認知症サポート医数」「訪問診療を受けた患者数」「医療・介護従事者向け研修会の参加者数」「自宅死亡率」「認知症の方の入退院支援ができる精神科病院」「認知症対応モデル病院の養成数」「かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者」などが、認知症のある方への入退院支援についての指標や目標値に用いている、体制整備に関するデータとして挙げられた。(図表 57 参照)

また独自にアンケート調査を行い、退院時情報提供率を測定している自治体も見られた。

図表 57 認知症のある方への入退院支援についての指標や目標値に用いている、体制整備に関するデータ(自由記述部分の回答)

設問4-(1) : 入退院支援についての指標や目標値に用いている、体制整備に関するデータを選択してください。(当てはまるもの全て)
選択肢「13 その他」自由記述欄の回答内容
圏域の認知症サポート医数。
訪問診療を受けた患者数, 医療・介護従事者向け研修会の参加者数, 自宅死亡率。
認知症の方への入退院支援ができる精神科病院。
認知症対応モデル病院の養成数。
・認知症サポーター医 ・かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者
指標を作成中
認知症の方のみにとどまらず、入退院支援ルールを作成しながら、他職種連携のためのケース検討会を実施していることより、検討会開催数。
医療・介護情報冊子の改訂、医療・介護連携会議の開催回数、情報共有ツールの作成、意見交換会の開催、多職種共同研修の開催、相談窓口の設置、周知普及活動、認知症に関するイベントの開催。
評価の方法がわからない。
指標について現在、検討中。
入退院に対する具体的な支援を行っていない。
入退院連携シートの活件数をケアマネジャーへのアンケートで把握している。
選択肢01、02については把握できるが、認知症のある方への入退院支援についての評価のしくみはない。
町内には入院できる病院はないが、近隣の市の病院の退院支援担当者を配置している数の把握はしている。
退院時情報提供率(アンケート調査)・入退院シート活用率。
選択肢01、02については、現在見直し中。

イ 連携に関するデータや指標

入退院支援についての目標や指標値に用いている、連携に関するデータとしては、「特にない」の選択割合が 63.9%で最も高く、6割を超える自治体でデータの活用が行われていなかった。また「わからない」の選択割合も 22.4%であった。(図表 58 参照)

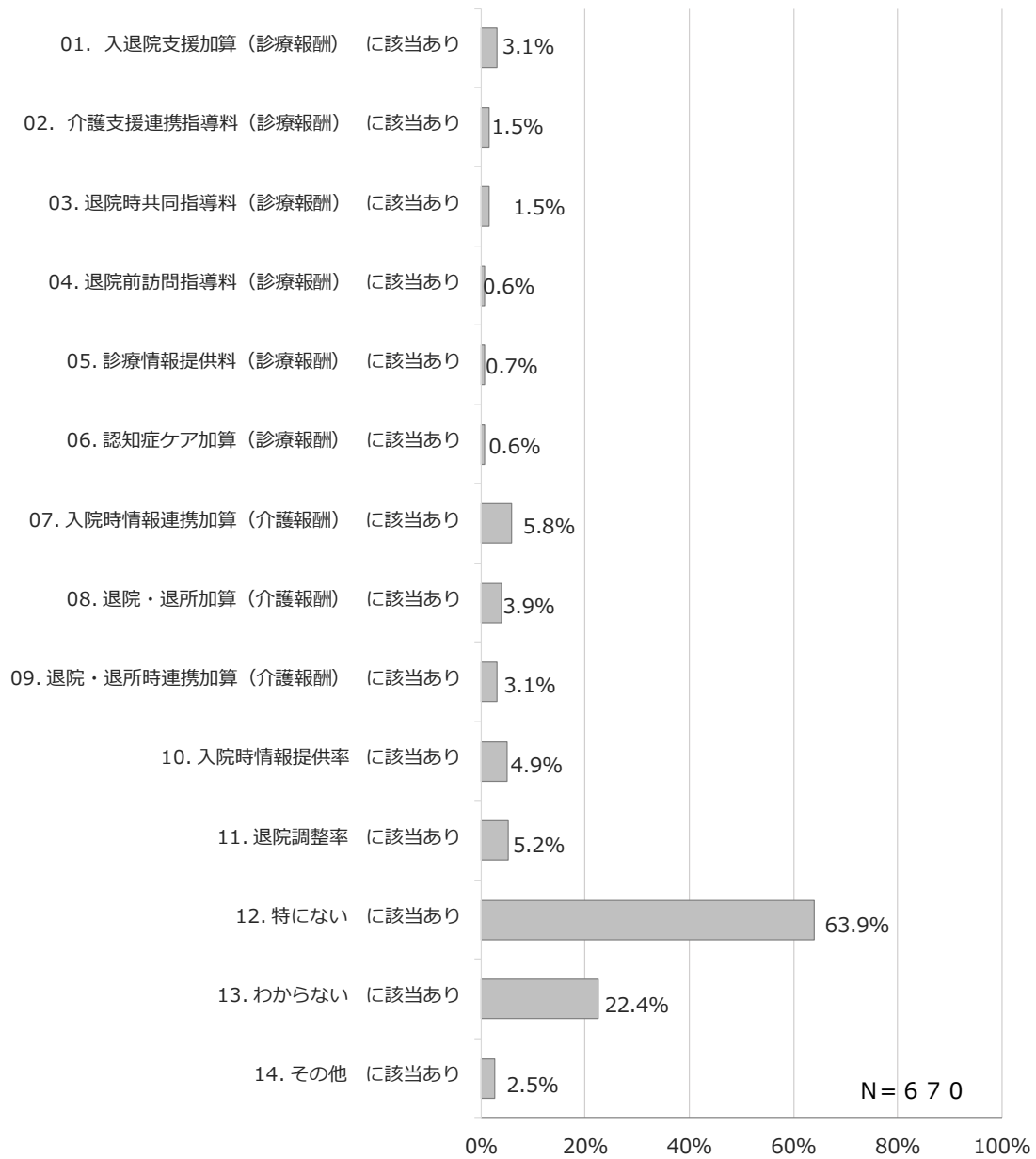
「特にない」「わからない」を除いた選択肢のうち最も選択割合の高かった項目は、「07 入院時情報連携加算(介護報酬)」(5.8%)で、次いで「11 退院調整率」(5.2%)であった。

また、最も選択割合が低かったのは「04 退院前訪問指導料(診療報酬)」(0.6%)、「06 認知症ケア加算(診療報酬)」(0.6%)であった。

図表 58 認知症のある方の入退院支援についての指標や目標値に用いている、連携に関するデータ

設問4-(2)：入退院支援についての指標や目標値に用いている、連携に関するデータを選択してください。（当てはまるもの全て）

回答項目の選択割合



認知症のある方の入退院支援についての指標や目標値に用いている、連携に関するデータの「その他」に寄せられた回答については、「医療介護連携システムの活用機関の割合」「退院時情報提供シート、退院前カンファレンスへの参加」「ケアマネジャーへのアンケートで把握した入退院連携シートの活用状況」「在宅医療介護連携推進会議の開催回数」「多職種連携構築度評価の平均点、参加者数」「要介護者の在宅比率」「多職種連携研修会の参加者数」「研修会参加の医療従事者と介護従事者の割合」などが挙げられた。(図表 59 参照)

図表 59 認知症のある方の入退院支援についての指標や目標値に用いている、連携に関するデータ(自由記述部分の回答)

設問4-(2)：入退院支援についての指標や目標値に用いている、連携に関するデータを選択してください。(当てはまるもの全て)
選択肢「14 その他」自由記述欄の回答内容
医療介護連携システムの活用機関の割合。
退院時情報提供シート、退院前カンファレンスへの参加。
ケアマネジャーへのアンケートで把握した入退院連携シートの活用状況。
<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療介護連携推進会議の開催回数 ・多職種連携構築度評価の平均点 ・要介護者の在宅比率
多職種連携研修会の参加者数。研修会参加の医療従事者と介護従事者の割合。
認知症に特化した入退院支援についての指標や目標値の設定はしていないが、高齢者の入退院支援については入退院調整ルールを運用し、その活用状況を3年に1回モニタリング調査し評価している。
指標を作成中。
評価の方法がわからない。(見える化システムでは、数が出てこないため)
入退院支援ルールの策定。
指標について現在、検討中。
入退院に対する具体的な支援を行っていない。
現在は特に用いていないが、9期(R6年度)からは、選択肢07 入院時情報連携加算(介護報酬)などで検討することとしている。
退院時情報提供率(アンケート調査)・入退院シート活用率。
市が作成した連携ツールの利用率。
入院時情報共有シートを活用している。
現在検討中。
入院時だけでなく、退院時における情報提供率。(情報共有のためのルール運用状況調査を実施)
<ul style="list-style-type: none"> ・入院時の情報提供率 ・退院調整漏れ率
認知症のある方も含んだ入退院情報提供率、退院時情報提供率。

(6) 入退院支援の促進や質の向上のために、自治体内で実施している取組について

設問2-(4)は、認知症のある方の入退院支援に関連するもので特に有効と感じているものを記入する自由記述形式の設問とした。ここでは、寄せられた回答を紹介する。

ア 本人や家族等を対象とした取組のうち、認知症のある方の入退院支援に関連するもので特に有効と感じているもの

本人や家族等を対象とした取組で特に有効と感じているものについては、認知症初期集中支援チームによる支援、ACP やエンディングノートの普及を挙げている回答が複数見られた。(図表 60 参照)

図表 60 本人や家族等を対象とした取組のうち、認知症のある方の入退院支援に関連するもので特に有効と感じている取組

設問2-(4) ア: 本人や家族等を対象とした取組のうち、認知症のある方の入退院支援に関連するもので特に有効と感じているものがありましたら、理由や背景とともにご記入ください。(自由記載形式)
認知症初期集中支援チーム活動によって、本人及び家族等への相談、専門病院への受診を支援することで入退院がスムーズに行える。
ACP普及啓発教室等の実施により、本人や家族が、早期に心構えをする機会となっていることと、入院安心セットの周知のために介護保険証ケースを作成し、介護支援専門員から利用者に配布することにより、入院への心構えをする機会となっていることで、本人と家族がともに認識する機会となっていること。
・受診の調整時、できる限り家族に同席してもらうよう依頼する。(家族にも精神状態の度合いについて理解してもらうことや、入院前の家庭内での様子を教えてもらうため)
家族が受診を勧めて拒否する場合でも、第三者が勧めた場合に受け入れてくれることもある。
認知症ケアパスの作成～本人・家族が相談する際や認知症サポーター養成講座等で配付し、医療機関等の情報提供をする。
自治体内には入院できる医療機関がないため、近隣町の医療機関と地域包括支援センター等の連携が図られており、認知症がある方の入退院の支援等は円滑に行われている。
主治医を持ち、日頃から相談できる環境づくりを行うこと。
家族との密な連絡調整。
ケアパス等の活用。→退院後の生活を場面ごとに具体的にイメージをしながら課題を明確にすることで、漠然とした不安を解消し前向きに自宅退院に向けた検討ができる。目で見てわかりやすいツールを活用することで家族支援がスムーズになった。(認知症に限定せず)
認知症ケアパスの活用。
認知症ケアパス、認知症サポーター養成講座、認知症疾患医療センター。
平成24年4月より退院調整ルールの運用を開始し、病院から退院後に切れ間なく介護サービス等が受けられる体制とした。
特に有効と感じている取り組みはない。その都度、ケースに合わせ対応を検討している。
普段から市や包括職員が、医療機関の相談員や本人、家族と関係性を築き、認知症の症状に応じた医療と介護について情報提供し方向性を共有していること。
認知症初期集中支援チームの関わり。
本人の意思表示の手段の一つとして、医師会と市・隣町で作成した終活ノートを配布、記入してもらうこと。

設問2-(4) ア:本人や家族等を対象とした取組のうち、認知症のある方の入退院支援に関連するもので特に有効と感じているものがありましたら、理由や背景とともにご記入ください。(自由記載形式)
初期集中支援チームのチーム員である精神科医の協力の下、精神科医が所属する病院への入退院の支援を進めていく。
認知症に関する研修、市内資源の把握、ACPの普及(市民、専門職) 理由:市民、専門職ともに認知症に関する情報が少ない。
認知症サポーター養成講座等で市民啓発を行っている。
認知症に関する相談窓口を地域包括支援センターとして周知していることで認知症初期集中支援チームとの連携も、スムーズに行うことができている。
認知症初期集中支援チームの介入により、本人、家族等に認知症の認識がなく、医療につながりにくい対象者を受診、入院につながることができている。
認知症初期集中支援チーム員の介入によって、受診の促しが必要な方や継続して支援が必要な方など本人・家族を含め、入院等の支援体制を構築することができる。
認知症初期集中支援チームによる支援 本人の症状が認知症によるものなのか、今後どうしたらよいかのわからないところで、専門職で構成された認知症初期集中支援チームが本人・家族を訪問し、必要に応じて医療機関の受診や心理的サポート等の支援を行うことができるため。
在宅での様子をイメージしているケアマネジャーとの連携を図り、スムーズな療養につながるよう、入退院時の病院とケアマネジャー間で活用できる「入退院支援エチケット集」を作り、アンケートによる改善を図りながら当地域全体で実施するよう周知を行っている。
まずは本人の意思を確認する。丁寧に説明を繰り返すことにより本人に伝わることも多いと感じる。
医療機関との連携 医療機関と連携できない場合、支援が困難となることが多いため。
「認知症初期集中支援事業・認知症アプローチ」 医療につながっていない対象者にアプローチし、専門医による見立てや認知症疾患医療センターへの相談・調整をしながら、丁寧に介入が出来るため、必要な方を入院含む医療につなげる取り組みとして有効である。
区独自の「医師による認知症専門相談事業」及び「多職種チームの訪問支援事業」等のアウトリーチ事業が有効と考えている。
認知症を扱った区民向けのACP講演会や在宅療養講演会の開催
〈入院時〉認知症の方はBPSD等で急に入院調整が必要になる場合は多いため、隣県も含めた認知症疾患医療センターの相談員に相談することが多い。 〈退院時〉病院相談員と包括(支援センター)やケアマネジャーが連絡を取りながら、在宅復帰なのか、転院、施設入所なのか検討していくことが多い。行政としては、身寄りがない高齢者の場合、後見区長申立ややむを得ない事由による措置など必要な支援を行っている。
・入退院時連携シートにより在宅生活の状況を入院時に情報提供し、入院時から退院に向け調整がスムーズにできるよう取り組みをしている。 ・もの忘れ相談シートにより、認知機能の低下について早期に相談ができるよう取り組みをしている。
当市では、在宅療養を支援するために、家族支援の一つであるレスパイト目的で入院できる後方支援病床利用事業がある。精神科病床がある協力病院も含んでいるため、認知症の方でも安心して入院ができる体制となっている。
コミュニケーションツールの利活用によって、地域の専門職感のICTによる連携が図れている。
受け入れ可能な医療機関情報の周知

設問2-(4) ア:本人や家族等を対象とした取組のうち、認知症のある方の入退院支援に関連するもので特に有効と感じているものがありましたら、理由や背景とともにご記入ください。(自由記載形式)
・介護予防に関する取組 本人やその家族を対象にした相談会の開催
早期の後見人、早期のACP
医療・介護の専門職が参加する認知症多職種協働研修を行政が開催している。双方の連携促進を図る目的で開催。
本人と家族の意思決定が異なる場合は、家族が認知症のある方本人の気持ちを理解できるような支援をすることが必要。家族は大切な人が認知症になったことを受容することが難しいため。
施設や在宅の支援者が、日頃より本人が大切にしている事や、何かあった際にどうしたいか等、意思を確認しておくのが良い。それを入退院の際に病院側に伝える事で、入退院をスムーズに行う事ができる。病院側は地域での状況がわからないと思うので、地域の状況を伝える事で入退院の負担を少しでも軽減する事ができると考える。
家族の付添や点滴管理の工夫等、不安や混乱を取り除くなじみのある環境作りが、BPSD悪化による治療継続困難な状態を防いでいる。
認知症サポーター養成講座を民生委員、学童、市内企業等で開催していることで、認知症の疾患の理解が広がっている。
認知症初期集中支援事業は、チーム員に専門医と内科医が入っているため医療連携がとりやすい。チーム員が相談しながら、本人、家族支援にあたれる。
認知症に特化して有効と感じているものはない。他の一般的な入退院ルールで支援できている。
入院は初期集中支援チームが関係するとスムーズと感じたが、一般的な入院施設は認知症の人は受け入れがたく難しい。退院調整の時も自宅は考えてもらえない。介護施設も認知症の有る無しで受け入れが違う。
入院の際に、認知症があることを伝えるよう家族に助言する。それにより、病院内での対応に配慮してもらえる。
入退院カンファレンス開催の推進 入院前の生活状況を医療機関に伝えることで、継続支援が可能。又、治療方針を共有し入院時から本人の状況に合わせた退院に向け調整が開始できる。
入退院に限らず、なるべく多くの対象者を、日頃から状況把握できるように心がけている。
入院が遅れることの原因の一つに認知症に対する正しい理解が不足していることが挙げられる。その不足を補うために普及啓発活動を積極的に行っている。
認知症看護認定看護師の介入
必要に応じ初期集中支援チームに依頼する。 認知症疾患医療センターも認知症に関する相談窓口となっている。
自治体オリジナル版のエンディングノートの作成及び人生会議の普及啓発。エンディングノート内に受けたい医療・受けたくない医療を事前に記すことができるページを設けており、自身の大切に思っていることを事前に整理することで、急な病気以外でも認知症を発症した場合でも想いを共有できるようにしている。
認知症初期集中支援チームに精神科病院の精神保健福祉士がチーム員となり医療機関との調整を担っている。
認知症初期集中支援チームの活動を通して必要な方を早期に医療につなげる取り組み。
認知症ケアパス
症状によりどのくらいの認知症の進行の段階なのか家族が理解できる。
認知症以外の高齢者にも当てはまるが、日常療養の中で排泄介助に対する困りごとの多さがあげられる。虐待にも移行するケースもあることから、排泄介助にかかわる指導を強化することが有効と考えます。

設問2-(4) ア:本人や家族等を対象とした取組のうち、認知症のある方の入退院支援に関連するもので特に有効と感じているものがありましたら、理由や背景とともにご記入ください。(自由記載形式)
本人への受診のアプローチが困難なケースにおいては、初期集中支援チームを利用させていただくことでスムーズな受診・入院へとつながっている。
もの忘れ検診から認知症診断と入院につながっている。
本人や家族等の関係性や状況、既往歴等を把握し、支援が円滑になるように、認知症等の発症の前からかかりつけ医や地域包括支援センター等の相談支援機関の周知を行うこと。
認知症初期集中支援チームの介入
(認知症)初期集中支援チーム委員会会議の開催によりケース相談がしやすい。
入院時連携シートを活用し各病院連携室と情報共有をしている。
オレンジ交流会(オレンジドクター(もの忘れ・認知症相談医)、オレンジアドバイザー(広島県認知症介護アドバイザー)、キャラバンメイト等関係者交流会)や在宅医療・介護連携推進事業でのネットワークづくり及び仕組みづくり
認知症の専門医による個別相談会 専門医からの助言となるため本人家族が助言を受け入れやすく、入院や受診がスムーズになっている。
県の退院支援(医療と介護の連携)の手引きが作成されており、活用している。
認知症に限らず、在宅医療支援センターが電話や窓口にて、個人相談対応を実施している。また、医療機関等を訪問し、関係づくりや情報収集に取り組むことで、介護や医療保険等の諸手続きに来庁した家族等へ正確で円滑な情報提供を行うことができる。
日ごろの体調確認、受診状況の確認、今後の入院リスクを話すこと
市内医療機関のMSW(医療ソーシャルワーカー)と地域包括支援センターとの情報共有は密で早期対応が可能となっている。退院支援ルールを徹底している。
入院時情報シートの活用で情報が細かく提供できている。
入院中に本人、家族、介護サービス関係者、主治医を含む医療関係者が同席したカンファレンス(理由)状況の共通認識が図れる。本人が生活するための方針を多方面から検討し、本人、家族に決定してもらうことができる。
住民は大学病院の医師に健康相談をすることができ、認知症に関する相談の場合は地域包括支援センターと医師が連携して対応する。場合によっては、地域包括支援センターや認知症初期集中支援チームの訪問に同行し、本人・家族へのアプローチや支援方法の検討を行っている。
本人及び家族の認知症に対する理解度が低い場合が多いため、認知症そのものの啓発事業およびその際に使用する説明冊子
担当ケアマネージャー名の入ったシールを保険証に貼る
・キーパーソンの確立や連携。認知症のレベルにもよるが、医療方針の決定やサービスの希望等については、認知症本人では困難なため
関係機関で行う個別ケア会議に、必要に応じて本人や家族にも参加してもらう。
地域のリハビリテーション連絡協議会が作成した、当地域における認知症の人の医療、介護、地域の連携フロー図を使用している。
本人、家族ともに理解力低下が見受けられたときは、他に家族がいなか入院病院より包括支援センターへ早期に相談があり、退院までの支援を連携しています。気になる方についても相談があり、退院後に包括支援センターが自宅へ訪問できるよう、入院時に本人や家族へ声かけをしてもらっています。
認知症疾患医療センターに委託している。初期集中支援チームが、在宅時から介入しており、入院中の関わりや退院後も精神科訪問看護でフォローできる体制が取れたケースがあった。

設問2-(4) ア:本人や家族等を対象とした取組のうち、認知症のある方の入退院支援に関連するもので特に有効と感じているものがありましたら、理由や背景とともにご記入ください。(自由記載形式)
入院時、早期に家族と面談し、困っていることや今後の意向等を確認し、主治医と情報共有を図ること
認知症で入院後に介護認定を受けていて退院後に町内の認知症対応型デイサービスを受ける施設があるのでその点では退院後にスムーズに進むケースもあり、家族も安心している。
退院に合わせたカンファレンスの開催…退院後の生活支援における注意点や導入すべきサービスの決定を事前に行うことにより、退院後の生活の安定化を図ることができる。
認知症に関する講演会の開催、知識や必要な介護サービス等の情報提供により意識改革が大切である
現時点で定着はしていないが、早い段階から意思決定支援を行う一つの方法として、エンディングノート等を活用して、本人の望む医療が受けられるよう意向を共有できるようにしていけたらと考えている。
病院の担当相談員と入院時から、本人や家族の特徴等について情報共有しておく。そうすると、相談員との関係性もでき、入院中の出来事や困りごとなど報告、相談して下さるようになり、スムーズな退院支援につなげることができる。
認知症初期集中支援チームの介入により、受診の必要性や内服治療・支援に関する情報提供(教育)を行い、専門医療へつなげる事ができる。
認知症初期集中支援チーム 入院にいたった事例はないが医療や専門につながる事例もあり、今後入院が必要かの判断や本人、家族へのアプローチに有効と思われる。
本人、家族と一緒に病状説明やカンファレンスに参加する。必要時通訳し本人等の理解度に合わせて支援する。

※「特にない」「取組をしていない」といった趣旨の回答は除いた。

イ 諸機関の連携促進に係る取組のうち、認知症のある方の入退院支援に関連するもので特に有効と感じているもの

諸機関の連携促進に係る取組で特に有効と感じているものについては、認知症初期集中支援チームの活動、入退院調整ルールの普及、関係職種等の間での顔の見える関係づくりを挙げている回答が複数見られた。(図表 61 参照)

図表 61 諸機関の連携促進に係る取組のうち、認知症のある方の入退院支援に関連するもので特に有効と感じている取組

設問2-(4) イ：諸機関の連携促進に係る取組のうち、認知症のある方の入退院支援に関連するもので特に有効と感じているものがありましたら、理由や背景とともにご記入ください。(自由記載形式)
認知症初期集中支援チームの活動によって、専門病院との連携を行うことで、対象者について綿密な状態のやり取りができ入退院がスムーズに行える。
医療圏における入退院支援ルールに基づき、入院時情報提供書と退院時要約の様式を統一し情報共有を行う。医療機関担当者とケアマネジャー間で着実に情報を引き継ぐことができる。
地域の支援者と病院の入退院担当者が、日頃より研修等を通じて顔の見える関係が築けていると良い。研修では認知症の事例を通じて多職種で検討を行えると尚良い。普段より認知症の方についての課題を共有し、担当者が入退院時に早期より見通しを立てて支援できると良いと考える。
認知症に限らず入退院支援の業務を委託していますが、連携促進に係る取組として、関係職種間での連携と医療・介護サービス提供を目的として行っている情報共有ツールがございます。
小規模自治体であり、顔の見える関係性は構築されている。定期的な会議も開催し情報共有を図ることで、認知症のある方の入退院支援にかかわらず、治療や内服・生活状況等についての課題を共有し、解決にむけた検討や支援が図られている。
初診での入院受け入れは断られるケースもあるため、医療ニーズの高い認知症の方は、可能であれば、主治医を選択する際、総合病院等入院受け入れが可能な医療機関とつながりを持つ。
入院時情報連携シート等を活用し、認知症があるために生活上困難になっていたこと、理解、判断力の程度等について医療機関へ情報提供を行い、共有することで入院中から退院に向けた調整がスムーズに行えた。
認知症の方に特化したものではないが、高齢者の入退院支援のための入退院調整ルール(情報提供書のやりとり)を運用しており、高齢者の容態に応じて、医療や介護サービスを提供できるという点で有効と思われる。
入退院時情報提供書および退院時カンファレンス(ケースについての状況が詳しくわかり、退院後の具体的な支援につなげやすい。必要時医療機関との連絡を取りやすい。)
認知症のある人の具体的なケース検討会(医療介護連携)
広域で地域医療対策委員会包括ケア専門部会を設置し、多職種連携シートを作成し活用している。
多職種連携研修会、看護カフェ
認知症初期集中支援チーム
かかりつけ医の支援・連携が有効だと感じている。かかりつけ医が本人や家族に入院の必要性を説明し、入院できる医療機関を紹介いただくと入院につながりやすい。また、退院後も医療を継続しやすい。
本人や家族の状況について、医療機関の相談員と情報共有、連携すること。かかりつけ医と認知症専門医との連携促進。
認知症初期集中支援チームの関わりや地域包括支援センターの関わり

設問2-(4) イ：諸機関の連携促進に係る取組のうち、認知症のある方の入退院支援に関連するもので特に有効と感じているものがありましたら、理由や背景とともにご記入ください。（自由記載形式）
医療・介護従事者が参加するブロック連携会議及びネットワーク研修の開催により、顔の見える関係づくりが行われていること。
本人の意思表示の手段の一つとして、医師会と市・隣町で作成した終活ノートを配布、記入してもらうこと。
退院調整ルールの策定
初期集中支援の相談窓口を地域包括支援センターとしており、地域包括と「認知性初期集中支援チーム」の連携がよくとれている。
院外での本人及び本人を取り巻く環境について情報共有し、入退院時の適切な支援につなげるために、入退院時の調整会議を行う際に、地域包括支援センター（直営）が参加できることを病院に周知している。
認知症初期集中支援チーム員の介入によって、独居やキーパーソン不在により在宅生活の継続が困難な方に対し、入院まで迅速に進めることができる。
認知症の有無にかかわらず、入退院支援ルールの周知のための説明会の実施するほか、年1回市内病院へ出向き、入退院支援担当者との意見交換や情報交換をする機会を設け、連携を図っている。
医療と介護の連携窓口が設置されていることで、専門職がともに考えることができている。認知症に限らず、精神疾患や発達障害の方の入退院の相談もある。
医療機関や介護事業所と顔の見える関係をつくることにより入退院の調整がしやすくなる。
認知症初期集中支援チーム員会議で、認知症専門医に相談できること
各個別ケースごとに支援方針等を検討する個別支援会議で顔の見える関係作りが有効と考えている。
医療介護関係者向けのACP支援者研修で認知症のある場合についても取り上げている。
病院相談員と窓口として、行政や包括（支援センター）、ケアマネジャーが入退院支援を行っているが、在宅での状況や生活背景を相談員に伝えることや、こまめに連絡を取り合うことが有効だと感じている。
<ul style="list-style-type: none"> ・入退院時連携シートにより在宅生活の状況を入院時に情報提供し、入院時から退院に向け調整がスムーズにできるよう取り組みをしている。 ・もの忘れ相談シートにより、認知機能の低下について早期に相談ができるよう取り組みをしている。 ・コミュニケーションツールを活用し、医療と介護で正しい情報を共有できる。動画などにより、BPSDの様子がわかることで医療ケアの連携が効率的かつ有効にできる。
<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関窓口担当者との連携 ・入所相談時点で必要な情報は何か ・必要な書類等平常時から情報として持ちたい
<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア会議 ・医療機関による働きかけ ・認知症地域支援推進員による普及啓発活動
個別支援を通じた連携の積み重ねによる信頼関係の構築により、スムーズな連携につながると実感している。
入退院連携ガイドを作成し、ガイドに基づきケアマネと病院とが連携し入退院の支援をしている。また、ケアマネからの入院時情報提供書を病院と共に様式を作成、統一し、日頃の状況、本人、家族の意向を病院に伝えるようにしている。
在宅への退院が決定した段階で、医療機関と介護支援専門員が連携を取ることで円滑に移行できる。

設問2-(4) イ：諸機関の連携促進に係る取組のうち、認知症のある方の入退院支援に関連するもので特に有効と感じているものがありましたら、理由や背景とともにご記入ください。(自由記載形式)
認知症支援ネットワーク会議や認知症初期集中支援事業など認知症疾患医療センターと顔のみえる関係になっているため、連携がとりやすくなっている。
市内居宅事業所と包括の連絡会が定期で行っており、ケアマネージャーが担当する認知症ケースの入退院に関する相談対応も行えている。
他の一般的な入退院ルールで支援できている。認知症に特化して有効と感じているものはない。
認知症初期集中支援チーム、連携票で連携すること。
入院の際に、医療機関に情報提供する。それにより、より本人の状況を詳しく伝えることができる。
入退院に関する課題や取り組みを検討するための部会を立ち上げ、年2、3回開催している。利用者の保険証ケースに担当ケアマネの名刺を入れるように周知し、入退院時に病院が連携しやすいようにしている。病院とケアマネの切れ目ない情報共有が行えるような書式を作成している。
認知症だけに特化したものはない。日頃から、医療機関、介護支援専門員、地域包括支援センター、関係機関と連携し活動している。
<ul style="list-style-type: none"> ・認知症初期集中支援チーム…チーム員医師(サポート医)のいる医療機関との連携ができているため、入退院の必要なケースに対する連携がスムーズにできている。 ・認知症ケアパス…症状の進行に伴う支援の在り方や、相談先としての地域包括支援センターや初期集中支援チーム、認知症疾患医療センターの説明が住民にわかりやすく記載されているため、その後の相談支援につながっている。
認知症短期集中支援チームの活動、認知症疾患医療センターとの連携
認知症のある方の入院中と在宅生活での様子は大きく違いがあることが多く、退院後の支援に関わるすべての職種と退院前カンファレンスの充実を図る。
医療・介護職の連携促進のため、ICTツールを運用している。またスムーズな連携のため「入退院連携マニュアル」を作成、配布している。
多職種協働により、入退院支援における連携の在り方について情報を整理し、活動できるよう医療と介護の連携ハンドブックを作成している。
認知症ネットワーク連携部会として医師会の理事や認知症初期集中支援チーム員の医師、認知症疾患医療センター等と市の取り組みや課題について共有している。在宅医療と介護の多職種連携研修会で多職種の顔の見える関係づくりを行っている。
認知症疾患医療センターとの連携が密に取れているため、入退院について特に大きな課題を感じることはない。
認知症でなおかつ家族背景が脆弱である場合、意志決定や退院支援に関して困難を感じる人が多い。圏域において入退院ルール、療養情報共有ノートが作成しており、それらを活用することで情報が途切れることなく防げるのではないかと考えます。
相談員が地域包括支援センター、ケアマネージャーの役割を理解し、連携をとれることで、スムーズな入退院支援へとつながっている。
日常的に多職種との情報交換や連携をとっていることが入退院支援に有効。
介護支援専門員向け研修や、法定外研修にてACPをテーマに普及。
医療・介護の両方向への情報連携が円滑になるようにある程度決まった様式を利用すること。
地道にはなるが、ケース対応時に、受け入れてくださった病院や施設と情報交換を行い、どのような人であれば、受け入れ可能か等を把握するアナログな方法。
医療機関との入院前からの情報共有、退院前カンファレンスへの出席。
認知症の方への対応に限らず、日頃から関係機関との情報共有等により連携を深めている。

設問2-(4) イ: 諸機関の連携促進に係る取組のうち、認知症のある方の入退院支援に関連するもので特に有効と感じているものがありましたら、理由や背景とともにご記入ください。(自由記載形式)
キーパソン不在や主治医が本人の認知面を把握していない場合できる限り情報収集しかかりつけ医、入院先病院に情報提供を行っている(書面)。これにより入院後の本人の対応などがスムーズにできたと病院よりフィードバックがあった。
病院の地域連携室が充実しているところは、入退院がスムーズである。また、介護支援専門員が病院ときちんと連携をとっている場合も当然のことながらスムーズである。
医療機関と多職種連携を円滑に行うために、医療と介護が連携しやすい手順(入退院支援ルール)や諸機関が把握したいと思われる情報の入力様式(情報共有シート)を作成し、周知啓発に取り組むことで、もれなく情報共有を行うことができる。
かかりつけ医、事業所と包括(支援センター)等の日ごろのつながりやコミュニケーション。
認知症初期集中支援事業: 病院関係者のメンバーが参加することで入院や治療につながりやすくなる。
当市は認知症のための入院機関がないため、近隣の専門医療機関と連携を強化している。
かかりつけ医や本人の支援に入っている事業所の日々の連携。
認知症初期集中支援チームが本人の認知症状や家族の介護力について医療ソーシャルワーカーに情報提供し受診に同行する等して医療機関と家族の間で調整をすることが有効。(家族から相談では、入院が必要な状況が伝わらない)
医療機関関係者や介護支援専門員等が情報共有を行うシステム
日頃から相談しやすい関係づくりが築けるように、初期集中支援チーム員が在籍している病院職員(認知症医療センター)と事例検討会の出席や認知症イベントへの参加依頼などを通して定期的に交流を図っている。また小さなことでも悩んだら相談するように心がけている。
・ケアマネと病院との入退院時の情報提供。どういう症状がどういう場合にどれくらいの頻度で現れるかなど事前に情報を確認しておくことで対応出来たりする為
必要時には個別ケア会議に参加している。また、地域の関係機関が集まり課題を共有する地域ケア会議を地域包括支援センター主催で開催している。地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所が医療機関と連携を図っており、上記事象が生じた時は、随時情報提供を行いながら支援が行われていると感じている。
入退院支援連携ガイドブックの作成・活用
介護申請をしていないレベルの方で、認知機能低下が気になる方の病院からの情報提供。
認知症対応型の施設がもう少し増えればよいと思われる。
入退院に際しての情報共有…本人の状態や、方向性、サービス導入の必要性を関係者が共有することにより、在宅生活での支援の統一性を図ることができる。
医療機関、介護関係施設との情報交換会をして、顔の見える関係の構築が必要
認知症初期集中支援チームによる介入は困難ケースの入退院につながっており、有効と感じている。
認知症疾患医療センターとの意見交換により入院相談がスムーズにいくための取組み
かかりつけの精神科クリニックと入院機関のある県立病院への情報共有や連携を、ケアマネジャーや地域包括支援センターが中継しスムーズに行う努力をしている。医療機関同士の直接の連携が希薄なため。
諸機関へ認知症の相談窓口(地域包括支援センター)の周知と、認知症地域支援推進員との連携強化
本人、家族と一緒に病状説明やカンファレンスに参加する。必要時通訳し本人等の理解度に合わせて支援する。

※「特にない」「取組をしていない」といった趣旨の回答は除いた。

ウ ア(本人や家族等を対象とした取組)とイ(諸機関の連携)に当てはまらない貴自治体の取組で、特に有効と感じているもの

本人や家族等を対象とした取組、諸機関の連携以外で特に有効と感じているものについては、身寄りのない方の支援について、自治体によるガイドラインの策定や成年後見制度の首長申立てを挙げている回答が見られた。(図表 62 参照)

図表 62 本人や家族等に係る取組と諸機関の連携促進に係る取組以外で、認知症のある方の入退院支援に関連するもので特に有効と感じている取組

設問2-(4) ウ:ア～イに当てはまらない貴自治体内の取組で、認知症のある方の入退院支援に関連するもので特に有効と感じているものがありましたら、理由や背景とともにご記入ください。 (自由記載形式)
認知症の有無や程度に関わらず、身寄りがない場合に、必要な医療や介護サービスを提供するのに支障が生じている状況がある。このことから、当市では『身寄りのない方への支援の在り方ガイドライン』の策定を進めており、これを普及することで関係機関・支援者が協力して支援する体制を構築できるよう取り組んでいる。
身寄りのない認知症の方が入院するケースも多く見られ、財産管理やその後の退院支援をスムーズに行うために、成年後見制度の首長申し立てが有効な資源となっている。
在宅医療介護連携推進事業の推進のため、医療および介護の専門職などで構成する在宅医療介護連携推進協議会を設置し、分野別の事項を検討する認知症部会を協議会内に置き、在宅医療および介護の支援体制を意見交換している。
独居や高齢者のみ世帯の割合が多いことを踏まえ、認知症講演会や認知症カフェの運営、認知症サポーター育成などを通し、認知症そのものを本人、家族だけでなく一般市民にも理解してもらうことにより、地域で認知症の人を支える体制づくりを行うこと。
認知症ケアパスを作成し、全戸配布に加えて医療機関等の関係機関にも配布している。認知症の検査が行える医療機関を掲載しており、情報の可視化及び一覧化を図っている。
認知症サポーター養成講座で認知症に対する正しい知識づけを行う。さらに地域包括支援センター職員とともに養成講座を開催することで住民への地域包括支援センターの周知、相談へと繋ぐことができる。
医療と介護の連携窓口にはいった事例紹介や講演会を通して、専門職同士の顔の見える関係づくりができています。入退院準備セットの周知を行っている。
区独自の取り組みではないが、地域拠点型認知疾患医療センターにおける地域連携会議において、医師会、地域包括支援センター、家族会、自治体等が一堂に会して認知症の現状や課題を共有し、広域な連携強化を図ることは有効と考える。
・コミュニケーションツールを活用し、医療と介護で正しい情報を共有できる。動画などにより、BPSDの様子がわかることで医療ケアの連携が効率的かつ有効にできる。
・認知症サポーター養成講座の開催 ・認知症に関する情報冊子などの活用
入退院場面に限らないが、介護従事者の意思決定支援スキルを向上するための研修を継続して実施している。
認知症に特化して有効と感じているものはない。他の一般的な入退院ルールで支援できている。
元気なうちから、認知症は病気であることの周知を行ってきたことで、医療機関への受診が比較的スムーズであると考えています。
認知症の有無に限らないが、在宅医療・介護連携推進事業において退院支援の現状把握や研修等を行っている。

設問2-(4) ウ:ア～イに当てはまらない貴自治体内の取組で、認知症のある方の入退院支援に関連するもので特に有効と感じているものがありましたら、理由や背景とともにご記入ください。 (自由記載形式)
市内の第二次救急医療病院等における認知症患者受入体制づくりのための支援を実施(認知症対応モデル病院の養成)
ケアマネ含む専門職が市で実施している認知症に対する施策について知らないケースも有るので、専門職対象に市の認知症施策の普及啓発も行っている。
市内事業所の集まるケアマネ連絡会、訪問看護連絡会、病院老健特養相談員連絡会、訪問介護連絡会、通所サービス連絡会とそれぞれの連絡会に地域包括支援センターが事務局として関わり課題を共有。市担当課も報告共有。また、各会長が集まる連絡会にて課題共有を実施。
ケアマネジャー向けアンケートにより、退院時に医療機関とケアマネジャーの情報共有が十分に実施できていない状況を把握し、医療機関の連携担当者と、ケアマネジャーとの意見交換会を実施し、それぞれがどのようなスケジュール感や体制で業務を行っているか共有の機会を持ったことで、相互理解に繋がった。
認知症のある方に特化した取り組みは行っていないが、近隣の7市町村で入退院ルールを策定し利用している。そのルールが周知されてきたので、入退院における医療・介護の連携が進んでいると思っている。
市立病院との連携により、認知症であっても、まずは心身のリスク回避をすることができ、次のステップとして、施設OR在宅OR他院へのつなぎをすることができる。
認知症に限らず、医療介護連携推進の会議が行われている。
地域ケア会議の実施。 家族を含め支援関係者を集めた個別のケース会議を実施することで、家族も客観的に認知症の症状を把握することができ、支援者は、家族の認知症の受け入れについての力量を知ることが可能となる。

※「特にない」「取組をしていない」といった趣旨の回答は除いた。

第Ⅲ章 文献調査

1 文献の収集

(1) 収集の方針

文献調査では、国内・海外の認知症のある方の入退院や入退院支援に関わる調査研究事業報告書や論文を収集し、分類整理することを目的として、以下の探索戦略に従って収集を行った。

イ 調査対象期間

新オレンジプランの発表年である 2015 年から直近までの9年間に出版された文献を調査対象とした。

ウ 調査対象文献

- 収集する文献種別は以下の通りとした。
 - 調査研究事業報告書¹⁶(日本)
 - 学術論文(日本)
 - 学術論文(海外)

エ 文献の検索

- 国内の文献
 - 国内の文献は、国立国会図書館のデータベース¹⁷を利用して検索した。
 - 検索語として、件名(目録語)に「認知症」を含み、かつキーワードとして「調査研究事業報告書」「入院」「退院」「連携」のいずれかを含む文献を抽出した。
- 海外の文献
 - 海外の文献は PubMed¹⁸を利用して検索した。
 - 調査対象国を限定せずに、認知症のある方の入退院やケアの継続性に関する文献を以下の検索式で抽出した。
 - ◇ (“Patient Admission”[MeSH Major Topic] OR “Patient Discharge”[MeSH Major Topic] OR “Transitional care”[MeSH Major Topic] OR “Length of Stay”[MeSH Major Topic]) AND (dementia[MeSH Major Topic]) AND (“2015”[Date - Publication] : “2023”[Date - Publication])

オ 収集からの除外及び追加の収集

- 入退院支援との関連性が明らかに低いと考えられる以下のような文献は収集対象から除外した。
 - ◇ 認知症の予防に関するもの

¹⁶ 主に厚生労働省の老人保健健康増進等事業の報告書が対象となる。

¹⁷ <https://ndlsearch.ndl.go.jp/>

¹⁸ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

◇ 認知症の神経メカニズムに関する基礎的研究

◇ 認知症の治療薬に関する基礎的研究 等

- 収集した文献中の引用文献やハンドサーチ等により、特に有用と思われる文献は追加で収集した。

(2) データベース検索の結果

ア 検索条件に該当した国内の文献数

- 検索結果の件数は下表の通りだった。

図表 63 検索条件と文献の件数¹⁹

キーワード	件名	出版年	検索結果件数
(空欄)	認知症	2015-2023	5,108 (参考)
調査研究事業報告書	認知症	2015-2023	161
入院	認知症	2015-2023	73
退院 (「入退院」を含む)	認知症	2015-2023	51
連携	認知症	2015-2023	237

(事務局作成)

イ 検索条件に該当した海外の文献数

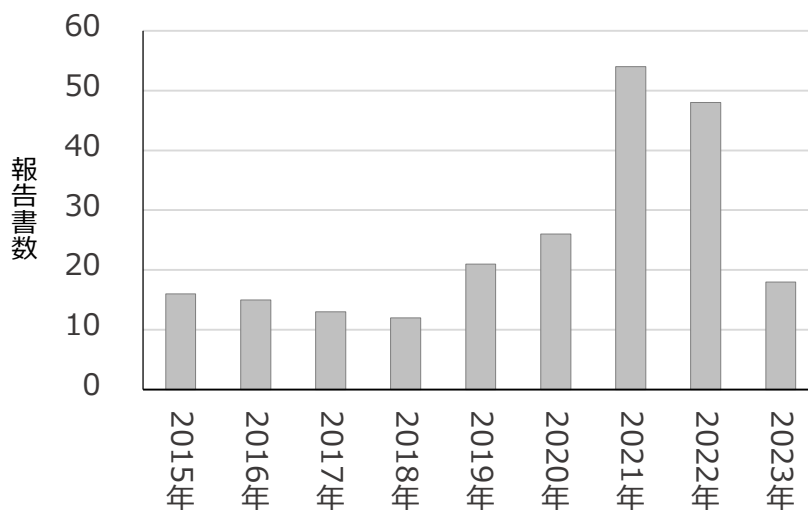
- 132 件の検索結果を得た。

¹⁹ 検索結果件数は 2023 年 12 月時点のもの。

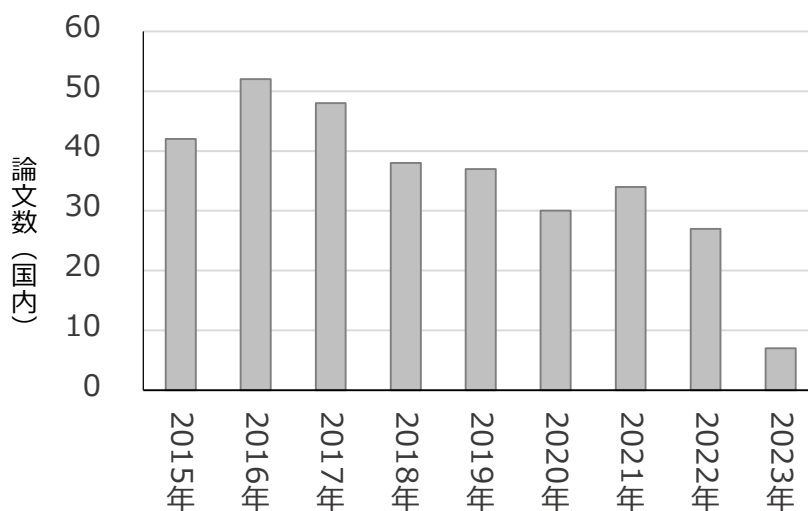
ウ 検索結果数の年次変化

検索から得た各文献種別の年次ごとの文献数のグラフを図表 64 から図表 66 に示す。調査研究事業報告書は 2020 年以降のものも多く、論文は 2020 年以前のものが多い傾向が見られた²⁰。

図表 64 検索条件に該当した調査研究事業報告書の数



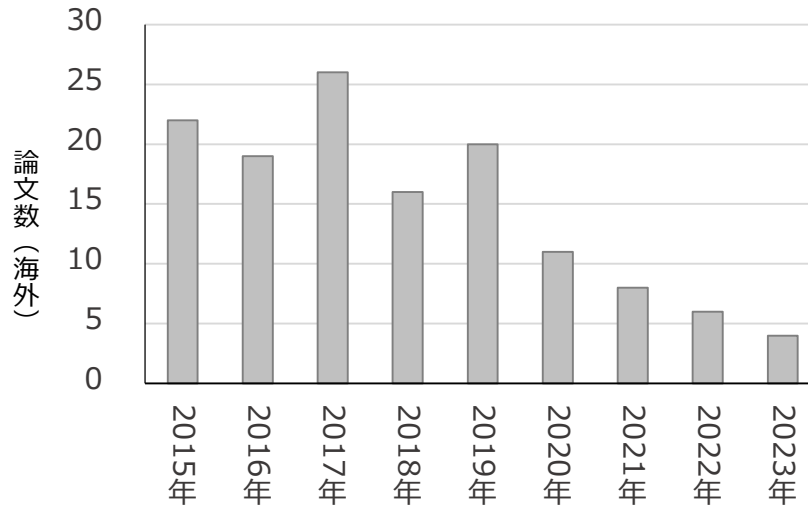
図表 65 検索条件に該当した国内の論文の数²¹



²⁰ ただし、本検索結果数は目録語のデータベースへの反映状況等の影響を受けるので、真の増減傾向を反映していない可能性がある。

²¹ 検索結果の重複は除いてある。

図表 66 検索条件に該当した海外の論文の数



(3) 文献の収集と整理

ア 収集の結果

- 上記の検索結果を基に、オンライン及び国立国会図書館での複写を行い、調査研究事業報告書 135 報、日本の論文 206 報、海外の論文 52 報を収集した。さらに、ハンドサーチ等により、web ページ等を含む 20 件の文献をオンラインで追加収集した。

イ 収集した文献の整理

- 収集した文献を精査し、特に有用と考えられる 102 件について、その内容を①認知症のある方の入退院に係る特徴、②入退院支援に係る課題、及び③入退院支援に係る取組の3つのカテゴリに整理して、次節以降にまとめた。

2 認知症のある方の入退院に関連する特徴

高齢の認知症のある方は、一旦入院すると自宅に戻れないことも考えられるため、入院はできるだけ避けるべきとされる。それでも在宅医やかかりつけ医によって入院が必要と判断される状況としては、入院により回復が期待できる急性期の身体疾患があること、在宅医療では改善しない BPSD があること、介護者の事情があること(レスパイト入院)などが挙げられる [1]。本節では、認知症のある方の入退院の特徴について述べる。

(1) 入院に関連する特徴

ア 入院の原因となりやすい身体疾患

- 認知症のある方が入院する原因となる身体疾患として、呼吸器系疾患や整形外科疾患などが挙げられる。認知症があることで誤嚥性肺炎を起こしやすかったり、転倒したりしやすいことで入院につながりやすいと考えられる。

- ▶ 順天堂東京江東高齢者医療センターの調査では、身体疾患の治療のために入院した65歳以上の認知症のある患者において、入院の原因となった身体疾患は悪性新生物(17%)が最も多く、呼吸器系疾患(15%)、尿路性器系疾患(13%)、消化器系疾患(10%)、循環器系疾患(9%)、損傷・その他の外因の影響(9%)と続いた [2]。
 - ▶ 都立松沢病院の身体合併症病棟に入院した認知症のある患者では、呼吸器疾患(18%)、整形外科疾患(16%)、消化器疾患(13%)、脳外科疾患(12%)の順に多かった [3]。
 - ▶ イギリスで行われた調査では、退院時の主診断として泌尿器系疾患(15%)が最も多く、次いで肺炎(10%)、大腿骨折(6%)の順であった [4]。
- また、救急基幹病院の救急外来を受診した認知症のある患者においては、救急車による搬送率が非認知症患者よりも高かった(49%と10%)。受診理由は転倒(23%)、発熱(15%)、動けなくなった(11%)、失神(10%)などであった。受診後の入院率は44%で、認知症のない患者の入院率(29%)よりも有意に高く、入院時の診断としては肺炎が多かった [5]。認知症のある方は、より重篤な状態での受診となりやすいことが示唆される。

イ BPSD による入院

- 第I章でも述べたように、BPSD に対する治療は原則として非薬物的介入が選択される。しかし、他者に危害を加える可能性が非常に高い妄想や、自分自身や他者を危険にさらすような攻撃性を示している場合は薬物療法の必要性が検討され、対応が困難であれば入院治療の適応が検討される²² [6]。特に、興奮や易刺激性、妄想といった攻撃的になり得る BPSD や、徘徊や不眠のような活動的になりやすい BPSD は入院治療となりやすいと言える。
- ▶ BPSD に対する介入を受けた患者を対象とした調査では、外来治療が選択された患者が37%であったのに対して、入院治療が選択された患者は63%であり、BPSD に対しては入院治療となりやすい傾向が見られた。特に興奮、易刺激性、妄想のような攻撃的な BPSD では入院治療につながりやすかったが、無気力的な BPSD については外来治療が選択されやすかった [7]。
- ▶ 精神科病院の認知症専門病棟に入院した患者の89%が入院時に BPSD を示しており、内容は徘徊(42%)が最も多く、次いで妄想(37%)、不眠(35%)の順だった²³ [8]。
- ▶ 介護施設等が、病院に入院治療を依頼する原因となる BPSD として、興奮(77%)が最も多く、特に「他人を傷つけたり殴ったりしようとする」場合に入院治療の依頼につながっていた [9]。

ウ 入院の発生に影響するリスク

- 認知症のある方が入院に至るリスク要因として、性別や年齢のほか、重い BPSD や、日常生活動作の問題、2型糖尿病等の身体疾患といった本人に関連する要因が挙げられた。ま

²² 緊急性を伴わない BPSD であっても、非薬物的介入が効果を示さない場合は、薬物的介入が検討される。

²³ 不眠は女性の患者よりも男性の入院患者で有意に多く認められた。男性は女性よりも力が強いいため、不眠のような活動的になり得る BPSD が現れると、施設等での対応困難となり入院治療につながりやすいものと考えられる。

た、独居やケアの不安定さのような環境的要因や、これらの要因が複合して生じると考えられる薬の誤服用の多さなども、入院のリスク要因となることが報告されている。

- ▶ 病院や介護施設に入院・入所した認知症のある方の属性を施設間で比較したところ、精神科病院に入院した患者では、それ以外の病院や介護施設への入所者と比べて、男性、75歳未満、重いBPSDを示す割合が高かった [10]。
- ▶ 介護支援専門員への調査によれば、認知症の進行やBPSDの悪化により在宅介護が困難となり入院治療に至る背景として、ケアの不安定な供給、服薬困難な状況、専門職連携の希薄さといった要因が挙げられた [11]。
- ▶ イギリスでの調査では、一般病院や精神病院への入院リスクとして、高齢、独居、生活環境上の問題、身体疾患があること、興奮があること、うつ状態があること等が挙げられた。また、一般病院への入院リスクとしては男性であること²⁴やADLの問題も挙げられた [12]。
- ▶ スペインの調査では、2型糖尿病に罹患している人は、罹患していない人よりも血管性認知症による入院率が2倍以上高かった [13]。
- ▶ オーストラリアで行われた調査によれば、認知症のある方の入院のうち、薬物の誤服用によるものが14%を占め、認知症がない場合(4%)の3倍以上であった。特に抗凝固薬やオピオイドの誤服用によるものが24%を占めた [14]。

- なお、入院していない認知症のある方への非薬理学的介入について、臨床試験のメタアナリシスを行った報告によれば、「ケアマネジメント」「カウンセリング」「総合診療やメモリークリニックの強化」「理学療法や作業療法」のどの分野においても、入院リスクを低減させるような介入のエビデンスは得られなかったとされる [15]。

エ 入院期間の長さに影響するリスク

- 認知症のある方は、認知症がない方よりも入院期間が長くなる傾向が見られる。原因として、認知症の症状に起因するリハビリテーションの遅れや、栄養不良、BPSDの改善の遅れといった本人に関連する要因や、キーパーソンや社会的資源の不足といった社会的要因の影響が挙げられた。
- ▶ 厚生労働省の令和2年度の患者調査によれば、65歳以上の入院患者において、アルツハイマー病を主傷病とした患者の平均在院日数は275日、血管性及び詳細不明の認知症を主症状とした患者の平均在院日数は314日となっており、65歳以上の入院患者全体の平均在院日数である40日の約8倍長かった [16]。
- ▶ 大腿骨近位部の骨折が原因で入院した認知症のある患者は、せん妄や混乱、移動時の痛みや恐怖の発生が多く、食事量の減少も認められ、このためリハビリテーションが計画通りに進まず、退院時の歩行の再獲得に至らずに、退院の調整に時間を要した。認知症のない患者の平均入院日数19.8日に対して、認知症のある患者では24.8日だった²⁵ [17]。

²⁴ 急性疾患による入院では、女性の方が入院率が高かったとする報告もある [23]。

²⁵ 例数が4例ずつと少なく、統計的に有意な差ではなかった。

- ▶ 精神科に入院した認知症のある患者では、早期退院を阻害する要因として、栄養不良を反映する低アルブミン症状及び低 BMI と、重度の精神症状を反映する隔離や身体拘束の実施が挙げられた [18]。
- ▶ 精神科病院の調査では、長期入院となった患者は、早期に退院した患者と比べて、入院時の BPSD の重さには差はなかったが、入院から3週目の BPSD がより重かった。したがって、入院初期に BPSD の改善が得られない場合は入院の長期化が予測され、長期化を想定した退院計画の準備が必要となることが示唆される [19]。
- ▶ 東京都立松沢病院の認知症病棟及び身体合併症病棟に入院した患者の調査では、60 日以上長期入院となる原因として、社会的な要因(キーパーソン自身の問題、キーパーソンと患者の関係性の問題、社会資源の不足等)が最も多かった [20]。
- ▶ 浅香山病院の認知症病棟の調査では、入院患者のうち1年未満で退院したのは 17%であった。これらの患者は、家族、成年後見人、地域包括支援センターのかかわりがあり、退院に向けての方向性が決まっていた。一方で、1年以上の入院となった人では、家族関係の希薄さや関係の悪さ、キーパーソンの精神疾患、本人のアルコール依存症など、複合的な課題を持つ事例が大半であった [21]。

● 海外の調査でも、同様のリスク要因が報告されている。

- ▶ イギリスの調査では、入院中に転倒があったことや、ケアホームへの退院が入院期間の長さに関連しており、転倒予防や退院計画の改善が入院期間の短縮につながることを示唆されている [22]。また、急性疾患で入院した認知症のある患者は、栄養不良による高リスクでの入院が多く、入院期間も長かったこと [23]や、運動能力が低く、認知症がある女性の年間の平均入院日数は、どちらでもない女性の6倍近く長かったことも報告されている [24]。
- ▶ アメリカの調査では、認知症のある方が外科手術を受けた場合、認知症のない方よりも入院期間が長く、リハビリテーション施設への退院が多かったことが報告されている [25]。

(2) 退院に関連する特徴

ア 入院中や退院後に生じ得る問題等

- 認知症のある方では、転倒等による骨折が入院のリスクとなるが、入院中も転倒を起こしやすいことが報告されており、入院中の転倒を予防するための適切なケアが求められる。
- ▶ 認知症高齢者は、運動機能の低下や、興奮や焦燥などの BPSD の影響で転倒を起こしやすい。ナースコールを押さずにベッドから出ようしたり、自分の部屋が分からずに徘徊したり、帰宅願望からそわそわしたりするといった行動的特徴から転倒につながりやすいと考えられる [26]。
- ▶ 精神科救急病棟での調査によれば、認知症高齢者の転倒は看護師の見守りが手薄になりやすい午後の日勤帯から準夜帯、深夜帯に多く発生していた。一方で、トイレや洗面の誘導などで見守りが行き届いている午前の日勤帯での発生はわずかであり、入院中の転倒予防には見守りが重要であると考えられる [27]。

- また、身体疾患で入院している認知症のある患者は、自分自身の身体の状態を適切に訴えられない場合がある。直接対応している病棟看護師には適切な判断が難しい場合であっても、多職種連携の認知症ケアチームが患者の状態をアセスメントすることで原因を特定し、適切な介入につながることもある [28]。
- 入院中の高齢者はせん妄を起こすことがある。認知症のある方の場合、入院前に BPSD があること、排せつに関する ADL スコアが高いこと、会話に関する精神状態尺度スコア(NM スケール)が高いことが入院中のせん妄の発生と関連していた。排せつに関するストレスがせん妄の発生と関係することが示唆された [29]。
- 入院中に日常生活動作や認知機能が低下することも問題となる。療養病棟入院中の軽度から中度の認知症のある患者を対象として、半年の間に ADL や基本的動作能力が低下した群と、維持できた群に分けて認知機能を比較したところ、ADL や基本的動作能力の低下した群の方の認知機能が有意に低下していた²⁶ [30]。
- 海外の研究では、入院期間が短縮されてきた一方で退院後の死亡率が高まっていることや、長期の入院による医療費の増大なども問題として指摘されている。
 - フィンランドの調査では、2005 年から 2015 年の間に、認知症のある大腿骨骨折患者の入院期間が短縮されてきた一方で、退院後 30 日以内の死亡率が高まっているとされ [31]、入院中のリハビリテーションや在宅などでの適切なケアの重要性が示唆されている。
 - アイルランドの急性期病院の調査では、入院した認知症のある患者の平均在院日数は 31 日であったのに対して、認知症のない患者は 14.1 日だった。認知症のある患者では入院中の医療費が最大で約3倍多くかかっていた [32]。

イ 退院先

- 認知症のある方が身体疾患の治療のために入院した場合、年齢が若いことや日常生活動作が良好であること等を要因として、自宅に戻ることができる場合も多いことが報告されている。
 - 身体疾患の治療のためにある急性期病院に入院した認知症のある患者の調査では、自宅からの入院が 81%、高齢者施設からの入院が 19%であったのに対して、自宅への退院は 75%、高齢者施設への退院は 19%であり²⁷、比較的多くの入院患者が自宅に戻ることができていた [33]。
 - がん等の身体合併症で入院した認知症のある患者の分類によれば、自宅への退院患者はそれ以外への退院患者と比べて若く、入院期間が短く、日常生活動作が良好であった [2]。

²⁶ この研究からは ADL が低下したために認知機能が低下したのか、認知機能が低下したために ADL が低下したのかは判断できないことに留意する必要がある。

²⁷ 他に他病院への転院が 3%、死亡が 3%であった。

- 一方で、身体疾患による入院、BPSD による入院のいずれにおいても、自宅への退院の難しさを示す報告も複数あった。特に BPSD による入院では、自宅への退院が困難となりやすい。
 - ▶ 60 歳以上の肺炎による入院患者のうち、9.6%が認知症のある方だった。入院中の死亡率は認知症の有無によらず 13%で違いはなかったが、自宅への退院率は認知症のある方が 53%、ない方が 71%で、認知症のある方の自宅への退院率は有意に低かった [34]。
 - ▶ 精神科のスーパー救急病棟²⁸に BPSD のために入院した患者では、自宅からの入院が 82%であったのに対して、自宅への退院は 36%であった [35]。
 - ▶ BPSD の治療のため認知症治療病棟に入院した患者では、50%の患者が自宅から入院し、このうち 60 日以内に退院した患者の 46%が自宅に退院したが、61 日以上入院した患者では 32%だった [19]。
 - ▶ 東京都立松沢病院の認知症病棟及び身体合併症病棟に長期入院となった認知症のある患者では、自宅からの入院が 81%であったのに対して、自宅への退院は 20%だった [20]。
 - ▶ 精神科病院である浅香山病院の退院先調査では、自宅から入院した認知症のある患者は 60%であったが、自宅へ退院した患者は 8%であった [21]。

- 自宅への退院に影響する要因として、年齢、入院期間、BPSD の有無、日常生活動作の程度、家族関係などが報告されている。
 - ▶ 認知症治療病棟に入院していた人のうち、自宅に退院した人とそれ以外の人を比較すると、高齢、入院期間の長期化、攻撃的な BPSD が理由の入院であることが自宅退院に負の影響を与え、家族関係が良好であることは自宅退院に正の影響を与えていた [36]。
 - ▶ 認知症病棟に入院したアルツハイマー病患者においては、入院時のトイレ動作の自立度や日常生活動作の得点が低いことが自宅退院の阻害因子となっていた [37]。

- また、精神科病床に入院中の身体合併症がある重度認知症の患者が死亡退院となるリスクとして、嚥下障害があること、アルツハイマー型以外の認知症であること、チャールソン併存疾患指数が高いこと、アルブミン値が低いこと、日常生活動作の得点が低いこと、認知障害の症状が重いことが挙げられている [38]。

ウ 再入院のリスク

- 認知症のある方は、ない方と比べて、退院した後も再入院のリスクが高いことが複数報告されている。
 - ▶ 東京の一般急性期病院に入院した認知症のある患者は、そうでない患者と比べて、退院後 90 日以内の再入院発生のリスクが 1.4 倍(中度認知症の場合)から 2.2 倍(重度認知症の場合)高かった [39]。

²⁸ 精神科救急入院料算定病棟

- ▶ アイルランドの急性期病院に入院した 70 歳以上の高齢者では、1/3 以上に認知症が認められた。認知症がある方は、退院後 12 か月以内の死亡・再入院率が 73%で、認知症がない方(58%)よりも有意に高かった [40]。
- ▶ アメリカの再入院のデータベースを用いた調査によれば、肺炎で入院した高齢者のうち、30 日以内の再入院率は認知症がある方が 24%、認知症のない方は 18%だった。他の要因を調整した認知症のある方の再入院リスクは 2.9 倍に上った [41]。
- ▶ オーストラリアの調査では、認知症のある方が身体疾患による急性期の入院をした場合、認知症がない人よりも入院期間が長く、退院後 28 日以内の再入院が多かった [42]。

3 認知症のある方の入退院やその支援に関する課題

本節では、認知症のある方の入退院支援に係る課題を、入院に関する課題、退院支援に関する課題、入退院支援に影響し得る職種間連携に関する課題の3つに分類し、厚生労働省の調査研究事業報告書を中心に抽出して整理する。

(1) 入院に関する課題

- 「認知症の症状が進んできた段階における身体合併症に関する調査研究事業報告書」[43]では、認知症のある方の入院に関する病棟の課題として、以下のような項目が挙げられた。一般の病棟では認知症の症状への対応が困難となりやすく、逆に精神科病棟では身体疾患への対応が困難となりやすいことが示唆される。
 - ▶ 精神科以外の病床における課題
 - ◇ 明らかに対処を要する身体疾患があるにも関わらず、BPSD があるために受け入れや治療が困難となること。
 - ◇ 治療行為に加えて認知症のある患者の見守りを行う必要があるため、人員不足につながること。
 - ◇ 患者や家族の意思に沿わない形で、(特に終末期において)身体疾患に対する過剰な治療が行われてしまうこと。
 - ▶ 精神科の病床における課題
 - ◇ 対処を要する身体疾患のある認知症の患者について、受入れ・対応が困難であること。
 - ▶ 精神科以外・精神科に共通の課題
 - ◇ 身体疾患を持つ認知症の患者が一旦入院すると、在宅への移行・転院が困難となりやすいこと。
 - ◇ 認知症のある患者は訴えの不明瞭さ等から身体疾患が発見されにくいこと。
- 2015 年の中央社会保険医療協議会(中医協)総会資料によれば、7対1の一般病棟における BPSD が出現した患者への看護職員の対応として、「特段の対策は講じていない」(83%)が最も多かった。次いで「見守り・付添」(79%)、「最小限の身体拘束」(58%)が多く、「カンファレンスなどを開き、今後の対応策について話し合った」(44%)、「マニュアル等に基づいて予防

策を講じていた」(33%)、「看護計画に基づく患者の状態に応じたその他の対応」(23%)は、それぞれ5割以下であった [44]²⁹。

- 2013年に報告された認知症治療病棟を対象とした調査では、入院患者が身体合併症の治療のため認知症治療病棟から身体科に転院する際に、7割以上が身体科から受け入れを断られることを経験しており、9割が身体科から早期退院させられることがあったと回答した [45]²⁹。この背景には、上記のような、一般病棟におけるBPSDに対する体制の不十分さも影響していることが示唆される。
- 「精神科病院の外来診療・相談事業の効果的な活用による地域における認知症対応力の向上に向けた調査研究事業報告書」 [46]では、保険制度上の課題や、早期発見に関する課題、連携上の課題が挙げられている。
 - ▶ 保険制度上の課題
 - ◇ 保険点数の高い薬は介護施設で採用されていない場合があり種類が限られているため、転院の妨げとなる。
 - ▶ 早期発見に関する課題
 - ◇ 地域・家庭で問題が起きないと発見できないが、本来は問題が起こる前に相談できる地域構築が望ましい。
 - ▶ 連携上の課題
 - ◇ 介護側からBPSD等でいきなり入院を要求される。退院についても病院が良いと言っても施設側が対応困難として受け入れ拒否されることがある。
 - ◇ 複数の機関が関わると誰が主導権を握るべきか分からなくなることがある。
- その他、学術論文では、救急医療現場における認知症のある患者の急増 [47]や、同一県内で認知症のある方の入院割合に2倍以上の地域差があること [48]などが課題として報告されている。

(2) 退院支援に関する課題

- 「急性期病院における認知症高齢患者の退院支援態勢の整備・向上に関する調査研究事業結果報告書」 [49]では、認知症のある方の入院中の危険行動や、それに対応するための身体的拘束の状況が報告されている。6割を超える入院患者が身体的拘束を受けており、退院調整の担当者は3割のケースで困難を感じていた。
 - ▶ 入院中の危険行動として、チューブ類の自己抜去(36%)、転倒(17%)、ベッドからの転落(10%)が多く挙げられた。
 - ▶ 入院中に6割を超える患者が何らかの身体拘束を受けていた。内容としては、ベッド柵の設置(26%)、ミトン型手袋の装着(23%)、向精神薬の投与(19%)、車いすや椅子への固定(17%)、ベッドへの固定(16%)等であった。

²⁹ いずれも認知症ケア加算導入以前の数値である点に留意する必要がある。2023年の中医協総会資料によれば、2022年には約8,000病院のうち約4,000が認知症ケア加算の届出をしている [102]。

- ▶ 退院時に入院前よりも ADL が悪化した患者は 29%、認知症の症状が悪化した患者は 21%に上った。
 - ▶ 退院調整の担当者は、3割のケースで退院調整に困難を感じたと答えた。
 - ▶ 入院中に認知症の悪化や日常生活自立度の悪化が認められた患者は、高齢であること、緊急入院であること、チューブの自己抜去や身体拘束の割合が高いこと、他科転床の割合が高いことといった特徴が見られた。緊急入院による混乱からチューブの自己抜去等が生じ、その対応のために身体拘束が行われて日常生活動作や認知症の悪化につながり、他科転床や入院の長期化に至ることが示唆された。
- 「認知症診療・介護地域連携における精神科病院のアウトリーチ的な役割の向上に向けた調査研究事業報告書」 [50]では、精神科病院の地域との連携（アウトリーチ）に関して、多くの病院が地域連携室等を設けて活動を行っているものの、人員の不足や報酬上の問題などがあることが指摘されている。
 - ▶ 調査対象となった病院のうち、87%が地域連携室や相談室等の担当部署を設けて、精神保健福祉士等の人員によって連携を実施していた。
 - ▶ 連携先は地域包括支援センターやケアマネジャー、介護保険施設・居住系施設、一般病院、介護サービス事業所、行政、かかりつけ医等が多かった。
 - ▶ 退院する患者への連携内容としては、介護サービス事業所等からの相談を受ける、服薬管理や薬剤調整に関する助言をする、認知症の症状の憎悪等の緊急時の対応をするという内容が多かった。
 - ▶ 地域との連携における課題として、人員の不足、活動に対する評価（報酬）の不足、連携の枠組みの整備や周知の不足、コロナ禍による活動の制限等が挙げられた。
 - 「がん診療連携拠点病院における認知症整備体制に関する全国実態調査」 [51]によれば、がん連携拠点病院において認知症のある患者への対応について困難感があることが明らかになった。
 - ▶ 認知症のあるがん患者への対応で困ったことがあると回答した病院は 98%に上り、本人が治療について判断できない(93%)、在宅での治療を支える家族がいない(77%)といった理由が多かった。
 - ▶ 一方で、病院側の体制についての課題も明らかとなった。入院前後に認知症のスクリーニングテストを実施している病院は 22%、認知症のある患者の療養・退院支援に関するマニュアルがある病院は 59%、退院サマリーに認知症のある患者の精神状態について在宅医療に申し送りをする項目がある病院は 48%、退院後に必要とされるタイミングで認知症のスクリーニングテストを実施している病院は 4%だった。
 - 「循環型の仕組みの構築に向けた円滑な退院・退所や在宅復帰支援の推進に関する調査研究事業報告書」 [52]では、精神科病院における早期退院に向けた取組として、カンファレンスの実施、クリニカルパスの利用、地域連携などが挙げられた。自宅への退院率の低さも改めて認められた。

- ▶ 精神科病院で実施している早期退院に向けた取組としては、カンファレンス実施(29%)、クリニカルパスの活用(25%)、地域連携(20%)の順だった。
- ▶ 実際に早期退院につながったケースでは、院内の多職種連携やカンファレンス(34%)、地域連携・ケアマネジャーとの連携(30%)、早期からの要介護認定(29%)等が行われていた。
- ▶ 日常生活動作において、援助を必要とする割合は退院時に増加していた。
- ▶ 自宅からの入院が49%と最も多く、入院理由はBPSDの悪化が8割を占めた。自宅への退院は24%と半減した。

(3) 入退院支援に影響し得る職種間連携に関する課題

ア 地域連携についての課題

- 地域包括支援センターの専門職に対する複数の調査からは、かかりつけ医との連携や、地域住民との協働などが課題として挙げられた。また、たとえ医療機関との連携が強くとも、医療に対する課題感の解消には必ずしもつながっていないことが示唆されている。
 - ▶ かかりつけ医との良好な連携を実践していると考えられる専門職は2割にとどまっていた。良好な連携実践のためには、「かかりつけ医の協力度」が高いこと、包括専門職の「認知症専門医療機関への受診方法に関する知識」が高いことが重要であった [53]。
 - ▶ 支援センター職員は、認知症初期段階での支援において関係機関との連携はとれていると認識している一方、地域住民との協働には課題があると考えているとする調査もある [54]。
 - ▶ 支援センター職員が認知症支援業務に積極的であるほど医療機関との連携が強まる一方で、医療の現状に対しては否定的な認識を抱きやすいことが示唆されている [55]。
- 認知症疾患医療センターへの複数の調査からは、かかりつけ医との連携がおおむねできている一方で、退院先の問題や、治療中断のケースで状況の把握が難しくなることなどが課題として挙げられた。
 - ▶ 認知症疾患医療センターに対する調査では、およそ7割の施設がかかりつけ医との連携ができていた一方で、「逆紹介ができない」「BPSD 終息後の病院・介護施設の受け入れが困難」「身体合併症患者の一般病院への受け入れが困難」といった退院に関する課題が多く挙げられた [56]。
 - ▶ 地域連携型認知症疾患医療センターのクリニックが実施した調査では、ソーシャルワーカーの介入後に治療が中断となったケースに対して、どこまで継続的に状況を把握すべきかが課題とされた [57]。
- また、複数の調査研究事業報告書において、行政や医療介護の連携に関する課題として「人員の不足による行政職員の兼務」や「複数の施設が連携する際の主導権や窓口の判断の難しさ」が挙げられている [46] [58] [59]。

イ 職種間の意識の違い

- 認知症のある方の入退院に関わる多職種に対しての複数の調査からは、職種間にコミュニケーション上の課題があることや、認知症のある方への対応上の認識に違いがあることが分

かった。職種間のコミュニケーションギャップの改善や認識の共有を進めることで、よりスムーズな職種間連携につながる可能性がある。

- ▶ 平成 28 年度の診療報酬改定により認知症ケア加算が導入され、病棟レベルでは、医師、看護師、社会福祉士や精神保健福祉士からなる多職種チームの展開が急速に進展した。しかし、医師主導のヒエラルキーを排したフラットな関係による真の多職種連携に向けてはまだ課題があるとされる [60]。
- ▶ 医師、看護師、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、訪問看護師に対する調査では、看護師やケアマネジャーは相手の職種によって言いにくいと感ずることがあること、ケアマネジャーは職種間で専門用語が多く分かりにくいと感ずていること等のコミュニケーション上の課題が明らかになった。また、患者の退院に当たっては、医師よりもケアマネジャーや訪問看護師の方が、患者の思いや家族の思いを重要視する等の認識の違いも認められた [61]。
- ▶ 医師、看護師、薬剤師、ケアマネジャー、介護職員の 5 職種へのアンケート調査では、多くの専門職が BPSD を負担に感ずている一方で、医師や看護師などの医療職に比べて、ケアマネジャーや介護職員は薬物によらずに BPSD をコントロールできると考える割合が高かった [62]。

4 認知症のある方の入退院やその支援に関する取組

本節では、認知症のある方の入退院やその支援に関する取組について、本人に対するケア、家族に対するケア、多職種連携に関する取組の観点から述べる。

(1) 本人に対するケア

ア BPSD の軽減につながる取組

- これまでに述べたように、BPSD の悪化は精神科病院への入院の原因となる。また、一般病院の入院中に BPSD の悪化が起きると、身体疾患の治療やリハビリテーションが困難となる原因ともなり得る。このため、BPSD を軽減し得る取組は重要である。
- ▶ ある精神科救急病院では、認知症のある入院患者の 93% が BPSD の悪化等による医療保護入院だったが、下記のような非薬物的な対応により、興奮と暴力がほぼ消失し、平均在院日数 44 日で退院できたと報告している [63]。
 - ◇ 処方薬物の見直し
 - ・ 入院時に家族や施設職員から服薬状況を詳細に聞き取り、アセスメントする。特に不眠で処方される薬に、せん妄や転倒、誤嚥を起こしやすいものがある。服用中の薬物を調整するだけで BPSD が軽減することも多い。
 - ◇ フィジカルアセスメントの強化
 - ・ 認知症のある方は、身体疾患に起因する痛みや不快感をうまく伝えることが難しく、暴力や拒食などにつながりやすい。このため、入院時のフィジカルアセスメントを強化する。入院後に胆石が発見され、手術による除去後に暴力が急激に減少したケースなどが見られた。

◇ リハビリテーションの実施

- ・入院後に BPSD が落ち着いた段階で、作業療法等のリハビリテーションプログラムへの参加を促す。集団でのプログラムに参加することで、退院後のデイサービス等の導入をスムーズに行いやすくなり、感情の安定や意欲の向上につながる。

◇ ユマニチュードを用いたケア

- ・ユマニチュードは、フランスから取り入れられた、認知症のある方の尊厳を重視するケア手法である。見つめる時間を長くとること、ポジティブな言葉をかけること等により BPSD の軽減につながるとされる。このため、外来から入院に関わる全ての看護職員にユマニチュードの研修を実施している。

イ 身体機能の改善を促進し得る取組

- リハビリテーションや作業療法の実施によって、日常生活動作等の身体機能を改善することができれば、早期の退院につなげることができる。
 - 認知症のある心不全の患者は、心不全による倦怠感が大きいため、リハビリテーションの実施が困難となりやすい。このため、絵カードを用いて「おやつを食べる」「散歩をする」といった「本人にとって意味のある作業」を聞き取り、その内容に沿って作業療法のプログラムを実施したところ、意味のある作業には倦怠感があっても拒否することなく参加することができ、退院につながった [64]。
 - 認知症のある入院患者に対して、種まきや苗植えといった集団農作業を週1回、2か月間実施したところ、握力や歩行能力の向上と、意欲の向上が見られた [65]。
 - 一般病院に入院中の身体機能や認知機能の低下を予防するために、院内デイケアの取組が行われている。生活に多くの支援が必要となる中等度認知症の患者を対象として、週に2回、1時間の院内デイケア活動（体操、物の絵を見て名前を挙げる、歌をうたう、かるたなどのゲーム等）を実施すると、参加者は自主的に活動に参加し、活動後には気分が良い方向に変化するなど、良好な精神的変化がもたらされた [66]。

ウ 入院中のケアの在り方

- 認知症のある方に対するケアの質を高め得る取組として、認知症のある方の不安感などを意識すること、多職種連携を推進する力や不潔行為への対応力を高めること、病院内でケアに当たった課題を抽出し、特性要因図等を用いて具体的対応をとってゆくこと等が報告されている。
 - 身体疾患のために入院した認知症のある方は、入院中に「スタッフの対応が安心にも脅威にもなる」「自分のおかれた不慣れな状況に対して動揺し不安を抱く」「自由を奪われ人としての価値が低められる」といったネガティブな経験をするとされる。看護師が、認知症のある方のこのような意識を念頭に置くことで、認知症ケアの質の向上と看護師の困難の低減につながると考えられる [67]。
 - 地域包括ケア病棟の看護職に対する調査では、入院前や退院後を視野に入れた切れ目のないケアの実践のために重要な要因として、多職種連携のための調整力、具体的なケア方法を見積もる力、不潔行為に対応し入院前の排せつ行動に近づける力が特に重要とされた [68]。

- ▶ ある一般病院では、認知症のケアにおける課題として、「時間と余裕のなさ」が最も緊急かつ重要度が高いものとして位置付けられた。この課題に対して、特性要因図を用いることで、認知症ケア専門チームを立ち上げて不慣れた医師や看護師をサポートすることや、認知症ケアへの理解を院内に広げるために教育や研修を実施すること等、様々な取組が立案された [69]。

(2) 家族に対するケア

ア 入院中の家族の心理

- 認知症のある方の入院中に、家族は様々な代理決定に迫られる。その際、家族は「意志の揺らぎ」や「引き受ける覚悟」といった様々な思いを行き来しており、医師による施設入所の判断のような「決定への後押し」への期待があるとされる。
 - ▶ 認知症のある方の入院中に、家族は治療内容の選択や看取りの場の選択といった代理決定の必要に迫られることがある。このような決定に際して、家族には「意思の揺らぎ」や「無援感」といった沈滞の心理と、「期待感」や「引き受ける覚悟」といった賦活の心理が伴い、その間で行き来するケースも見られた [70]。
 - ▶ 若年性認知症の方の家族は、老年期認知症の場合よりも困難な意思決定に迫られやすい。在宅か施設かという退院先の意思決定においては、「現実的に在宅を引き受けられるかの見極め」や、「自分の生き方と若年性認知症患者との向き合い方」についての考慮が行われ、医師の判断のような「決定を後押しする周囲の環境への認識」が影響を与えていた [71]。
- また、家族は、入院中の患者に対して「自宅介護への限界感」「入院させたことへの葛藤」「向精神薬に対する思い」「患者の様相に対する悲嘆」「先が見えないことへの不安」「退院への決断と不安」といった様々な思いがあり、医療者との関係においては「医療者への期待」「医療者へ言えない思い」「看護師の言葉に救われた思い」を感じていた [72]。
- 海外の研究においても、入院に関連した介護家族の様々な負担が報告されている。
 - ▶ アメリカの研究では、認知症のある方が高度看護施設から退院する際に、介護者に次のような負担がかかっていると報告している。(1)患者本人と介護者が、施設にいる間に認知症ケア計画に取り組む準備ができていない場合があること、(2)介護者が自宅で認知症の症状を管理する準備ができていないこと、(3)高度看護施設のスタッフは、認知症の患者と介護者を地域の支援につなぐことに困難を感じていること、(4)介護者は、自身のニーズに対処するための支援がほとんどないこと [73]。
 - ▶ オーストラリアで行われた調査では、急性期病院に入院した認知症のある方の介護者は、ケアに関する決定について無視されていると感じることがあり、退院計画はほとんど立てられず、調整も行われなかったとしている。また、退院後には、新しいサービスへのアクセスに困難を感じる、利用できるサービスがニーズとあっていない等と感じていた [74]。

イ 家族に対する看護師のかかわり

- 認知症のある方の入院中に、看護師は、家族に対して多職種との橋渡しや退院支援に関する様々な支援を行っている。家族への気遣いや負担の軽減といった心理的なケアも行われるが、そのような心理的ケアや信頼関係の構築が不足していることも課題としても挙げられた。
 - ▶ 看護師の家族へのかかわり方として、「家族への日常的な気遣い」「心身の負担軽減に向けたかかわり」「患者と家族のつながりを支える」「患者へのケアにおける家族との協働」「多職種との橋渡し」「ニーズに合わせた退院支援」の6つのカテゴリが抽出された。退院支援のみでなく、入院中にタイムリーに家族とかかわる支援内容も多かった [75]。
 - ▶ 大学病院に勤務する看護師を対象とした調査では、73%が介護家族に対する支援を実施していた。そのうち4割は入院時に「退院調整」「地域連携室との連携」「介護上の問題やゴールを決定する」といった支援を開始しており、それ以外に「外泊への支援」「薬剤の内容管理」「社会保険制度の調整」「BPSD への対応方法」などの支援が多く挙げられた。一方で、課題として家族との信頼関係の構築や、教育的・心理的支援に対する不足が挙げられた [76]。

ウ 取組事例

- 上述のように、認知症のある方の家族は介護や様々な意思決定のために重い心理的、身体的負担を負っている。介護家族の負担を軽減するための取組として、「認知症家族教室」「認知症家族ピアサポート」や、「本人と家族の一体的支援プログラム」といった取組が行われている。
 - ▶ 「認知症家族教室」「認知症家族ピアサポート」の取組では、家族や介護者の心理的負担の軽減を目的として、BPSD の軽減などにつながる認知症の正しい知識の提供や、介護家族同士の交流等を実施している。参加者の8割が「介護負担の軽減に効果があった」と回答しており、特に、専門職に相談ができることや、介護サービス等を紹介してもらえることが介護負担の軽減効果が大きかった [77] [78]。
 - ▶ 「本人と家族の一体的支援プログラム」は、オランダの「ミーティングセンター・サポートプログラム」をモデルとして開発されたプログラムである。一日のミーティングの中で、参加者全員で買物やレクリエーション等の活動を行ったり、本人や家族への個別相談を行ったりして、本人と家族を一体的に支援することを目的としている。複数の自治体でモデル事業が展開され、BPSD への対応に対する家族の負担感がプログラム参加後に軽減することなどが分かった [79] [80]。

(3) 多職種連携に関する取組

ア 地域連携パス等の作成

- 認知症の診断を受けた人は、自宅にいながらかかりつけ医からの診療や介護サービスを受けてゆくことになる。このような日常診療の段階では、多くの人に関わることや、期間が長期にわたることから、検査やケアの手順に従ったクリニカルパスでは対応がしにくく、情報共有ノートのような地域連携パスが有効であるとされる [81]。以下のような先駆的な取組のもと、現在では多くの地域で認知症の医療介護連携のために手帳型のパスが利用されている。

- ▶ 日本精神科病院協会は、2012年に認知症地域連携パス「オレンジ手帳」を作成し、3年間で6万冊以上を配布した。2015年には、お薬手帳と同じサイズとして携帯性を向上させ、記載項目数を削減するなど使い勝手を向上させた第二版を公表した [82]。
- ▶ 岡山県倉敷市児島地区では、2013年から認知症地域連携クリティカルパスの運用が始まった。ファイル式で必要なシートを自由に追加することができ、医療介護側と患者側の区別なく、本人や家族が記載できる箇所も多くとる等の工夫をしていた [83]。
- ▶ 熊本大学等のグループは、2012年に認知症の縦断的連携のための「火の国あんしん受診手帳」を作成した [84]。熊本県荒尾市はこれをベースとして、五疾病の手帳を一冊にまとめてACPのページなども盛り込んだ「あらお健康手帳」を2017年に作成し、在宅医療介護連携に活用している [85] [86]。2024年2月からデジタル版「デジタル健康手帳」のサービスも開始した [87]。

イ ICT ツールの整備

- 上記のような地域連携パスの展開と時期を同じくして、ICTツールの活用による医療介護連携の促進も試みられており、地域が独自にシステムを構築したり、企業が提供する汎用のシステムを各地の医師会が導入したりしている。
 - ▶ 広島県と広島県医師会は、病医院や薬局で患者の診療情報を共有できるシステムとして、ひろしま医療情報ネットワーク(HM ネット)を2013年から運用している [88]。受診時に患者がカードを提示することで、他院での診療内容や処方情報が共有される [89]ほか、電子連絡ノートによって医療介護間の情報連携もできる [90]。
 - ▶ 新潟県佐渡市では、国の支援と市の協力を受けて、特定非営利活動法人佐渡地域医療連携推進協議会により2013年から「さどひまわりネット」が提供されており³⁰、病院、診療所、歯科医院、薬局、介護施設が双方向に情報を共有することができる [91] [92]。
 - ▶ そのほか、医師会が採用するICTツールの活用も見られる [93] [94]。

ウ 入院中の多職種連携の取組事例

- 大腿骨頸部骨折や人工股関節置換手術による入院から、多職種の連携による対応により早期の退院ができた事例の報告があった。また、大腿骨頸部骨折の地域連携クリティカルパスに認知症の症状観察シートを添付することで、次に挙げるような、施設間の連携をスムーズにする取組も見られた。
 - ▶ 大腿骨頸部骨折で緊急入院となった認知症のある患者について、多職種でケアに当たった。主治医の整形外科医のほか、理学療法士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー、薬剤師などが関わった。脱臼や転倒を起こさずリハビリテーションをすること、ユマニチュードを参考として認知症の症状や術後せん妄を強くさせないこと、本人の意向に沿った退院ができることを看護目標とした。患者は独居だったため、医師が家族に退院後の施設入所の検討を説明したが、本人が自宅に帰ることを希望していたことや、看護師が家族の思いを傾聴する中で家族が同居を申し出たことから、術後20日で介護サービスを利用しながらの自宅退院となった [95]。

³⁰ 2022年2月から一般社団法人佐渡地域医療・介護・福祉提供体制協議会に事業継承。

- ▶ 人工股関節置換手術を受けて、回復期リハビリテーション病棟に転棟となった認知症のある患者について、杖による歩行と排せつの自立をゴールとして自宅退院を目指すことになった。早期に退院させたいという家族の意向が医療職、医療連携室、ケアマネジャーの間で共有された。認知症認定看護師が「ひもときシート」[96]を用いたアセスメントを行い、適切なケアプランを作成し共有した。自立に向けた本人の強み(平行棒歩行ができる、尿意を伝えることができる)を医師、看護師、理学療法士、作業療法士、薬剤師、連携室スタッフで共有して対応することで、予定の1か月よりも早い19日で退院することができた[97]。
 - ▶ 大腿骨頸部骨折地域連携クリティカルパスを運用するある病院の分析では、認知症のBPSDやせん妄症状が同クリティカルパスのバリエーション³¹の要因となりやすいことが分かった。このため、同クリティカルパスに認知症症状観察シートを添付して、BPSDの状況等を療養先に伝えることで、環境調整等によりBPSDの発生を低減する取組を行っている[98]。
- 作業療法士の関わりによって入院中の患者の状態が安定し、その方法を退院先と共有することで、スムーズな退院につながった事例についての報告があった。
 - ▶ 重度の若年性認知症のために胃ろうを造設し長期入院している患者に、作業療法士を中心とした多職種と家族が関わり、本人の誕生日に自宅外泊することを目標に取り組んだ。(1)作業療法士による介助量を軽減する取組の共有、(2)言語聴覚士による嚥下機能の評価及び食事の介助方法の検討と、看護師や家族によるゼリー等の経口摂取の介助、(3)作業療法士による自宅での介助方法の検討等の取組を経て、本人は誕生日に自宅でケーキを食べることができ、笑顔を見せた[99]。
 - ▶ 入院中のBPSDのため、コミュニケーションが成立しなかった患者に対して、作業療法士が「余暇活動の楽しさ評価法」を実施したところ、仕事の昆布漁や趣味の編み物について次第に会話が成立するようになり、BPSDが落ち着いた。退院先のグループホーム職員に申し送りをすると、「編み物ができることや、楽しい話だと会話が成立するということを知らなかった」と驚き、グループホームでも取り組んでみるとの返答を得て、退院することができた[100]。

エ 地域における多職種連携の事例

- 「認知症初期集中支援チーム活動における地域の社会資源等との連携に着目した事例集」[101]では、以下のような、行政や地域の資源が活かされた多職種連携の成功事例が多く報告されている。
 - ▶ 役所の定額給付金の担当課から、手続がとられないままの高齢世帯について地域包括支援センターに連絡が入り、初期集中支援事業につながった。
 - ▶ 本人が通うコンビニエンスストアや理髪店から、本人の認知機能低下を疑う情報が地域包括支援センターに寄せられて介入につながった。

³¹ 計画した診療やケアの提供が行われなかったり、期待していた成果通りには至らなかった状態のこと。

- ▶ 本人の妄想的言動による近隣住民とのトラブルに介入した警察から、地域包括支援センターに連絡が入り、警察とも連携しながら、地域住民の一定の理解を得て共存が図られた。

引用文献

- [1] 内門大丈, “在宅医・かかりつけ医が認知症のひとの入院を決断するとき,” 在宅新療 0→100, vol. 3, pp. 241-246, 2018.
- [2] 高橋美妃ら, “身体疾患を合併する認知症高齢者に関する臨床的検討,” 日本老年医学会雑誌, vol. 53, no. 1, pp. 45-53, 2016.
- [3] 井藤佳恵, “精神科病院における身体合併症を有する認知症患者のケア,” 老年精神医学雑誌, vol. 31, no. 10, pp. 1082-1087, 2020.
- [4] Gungabissoon, U., et al., “The association between dementia severity and hospitalisation profile in a newly assessed clinical cohort: the South London and Maudsley case register,” BMJ Open, vol. 10, no. 4, p. e035779, 2020.
- [5] 檜山鉄矢ら, “認知症患者における身体救急の現状と課題,” 老年精神医学雑誌, vol. 27, no. 4, pp. 399-405, 2016.
- [6] 「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会, “認知症疾患診療ガイドライン 2017 第3章 治療,” 2017. [Online]. Available: https://www.neurology-jp.org/guidelinem/deg1/deg1_2017_03.pdf. [Accessed 6 2 2024].
- [7] 保住亜沙美ら, “どのようなBPSDを有する患者が精神科病院での入院治療に至りやすいのか,” 老年精神医学雑誌, vol. 31, pp. 1058-1065, 2020.
- [8] 三林聖司, “Alzheimer型認知症高齢者の一精神科病院認知症専門病棟入院時における Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia 所有の実態調査,” 京都看護, vol. 1, pp. 79-85, 2015.
- [9] 繁信和恵, “BPSDに対する精神科での入院治療,” 精神医学, vol. 63, no. 8, pp. 1205-1212, 2021.
- [10] Yoshimura, A., et al., “A comparative analysis of dementia inpatient characteristics: results from a nationwide survey of different care facilities in Japan,” Psychogeriatrics, vol. 16, no. 1, pp. 34-45, 2016.
- [11] 木村暢男ら, “在宅認知症高齢者が精神科病院への入院に至る要因と多職種連携の課題,” 日本福祉大学社会福祉論集, vol. 134, pp. 173-187, 2016.
- [12] Knapp, M., et al., “Predictors of care home and hospital admissions and their costs for older people with Alzheimer’s disease: findings from a large London case register,” BMJ Open, vol. 6, no. 11, p. e013591, 2016.
- [13] Muñoz-Rivas, N., et al., “Observational study of vascular dementia in the Spanish elderly population according to type 2 diabetes status: trends in incidence, characteristics and outcomes (2004-2013),” BMJ Open, vol. 7, no. 8, p. e016390, 2017.

- [14] Mullan, J., et al., "Hospitalisation for medication misadventures among older adults with and without dementia: A 5-year retrospective study," *Australasian Journal on Ageing*, vol. 38, no. 4, pp. e135-e141, 2019.
- [15] Packer, R., et al., "Can non-pharmacological interventions reduce hospital admissions in people with dementia? A systematic review," *PLoS One*, vol. 14, no. 10, p. e0223717, 2019.
- [16] 厚生労働省, "令和2年(2020)患者調査(各定数)の概況," 30 6 2020. [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/20/dl/kanjya.pdf>. [Accessed 8 2 2024].
- [17] 内ヶ島伸也, "大腿骨近位部骨折で入院した認知症高齢者における在院日数とその要因," *北海道医療大学看護福祉学部学会誌*, vol. 15, no. 1, pp. 11-20, 2019.
- [18] Adachi, S., et al., "Factors for inhibition of early discharge from the psychiatric emergency ward for elderly patients," *Environmental Health and Preventive Medicine*, vol. 23, no. 1, p. 48, 2018.
- [19] 佐藤輝美, 関口裕孝, "NPI-NH を用いた認知症患者の BPSD の推移と入院長期化の関係の検討," *日本認知症ケア学会誌*, vol. 15, no. 4, pp. 820-825, 2017.
- [20] 菊地ひろみら, "認知症患者における長期入院の原因と考察 : 東京都立松沢病院認知症病棟, 身体合併症病棟の現状から," *老年精神医学雑誌*, vol. 29, no. 2, pp. 130-137, 2018.
- [21] 柏木一恵ら, "精神科病院における退院支援," *老年精神医学雑誌*, vol. 31, no. 10, pp. 1066-1075, 2020.
- [22] Duah-Owusu White, M., et al., "Two factors that can increase the length of hospital stay of patients with dementia," *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, vol. 57, no. 6, pp. 298-302, 2022.
- [23] Fogg, C., et al., "The relationship between cognitive impairment, mortality and discharge characteristics in a large cohort of older adults with unscheduled admissions to an acute hospital: a retrospective observational study," *Age and Ageing*, vol. 46, no. 5, pp. 794-801, 2017.
- [24] Ensrud, K.E., et al., "Effects of Mobility and Cognition on Hospitalization and Inpatient Days in Women in Late Life," *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, vol. 72, no. 1, pp. 82-88, 2017.
- [25] Bekelis, K., et al., "Surgical outcomes for patients diagnosed with dementia: A coarsened exact matching study," *Journal of Clinical Neuroscience*, vol. 53, pp. 160-164, 2018.
- [26] 浅居美樹ら, "一般病棟に入院する認知症高齢者の転倒予防に関する看護師の認識," *聖泉看護学研究*, vol. 8, pp. 13-20, 2019.
- [27] 野々村光, "精神科救急病棟における認知症入院患者の転倒予防策の検討," *日本看護学会論文集*, vol. 48, pp. 87-90, 2018.
- [28] 湯浅美千代, 佐藤典子, "入院した認知症患者のアセスメント," *老年精神医学雑誌*, vol. 31, no. 8, pp. 811-816, 2020.

- [29] 穴田聡ら, "入院中の高齢者施設入所者におけるせん妄を予測する," 作業療法, vol. 35, no. 6, pp. 604-610, 2016.
- [30] 中川敬汰ら, "療養病棟入院中の軽度から中等度の認知症患者において、日常生活活動と基本的動作能力の低下が認知機能に及ぼす影響 : 予備的検討," 理学療法の臨床と研究, vol. 30, pp. 93-99, 2021.
- [31] Lavikainen, P., et al., "Length of Hospital Stay for Hip Fracture and 30-Day Mortality in People With Alzheimer's Disease: A Cohort Study in Finland," Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, vol. 75, no. 11, pp. 2184-2192, 2020.
- [32] Briggs, R., et al., "Acute hospital care: how much activity is attributable to caring for patients with dementia?," QJM, vol. 109, no. 1, pp. 41-44, 2016.
- [33] 佐藤このみら, "急性期病院に入院となった認知症高齢者の入退院支援の現状と課題 : シームレスな療養移行を実現するために," 日本看護学会論文集: ヘルスプロモーション・精神看護・在宅看護, vol. 51, pp. 175-178, 2021.
- [34] Jo, T., et al., "Association between dementia and discharge status in patients hospitalized with pneumonia," BMC Pulmonary Medicine, vol. 17, no. 1, p. 128, 2017.
- [35] 中村満, "認知症患者の精神科病院における急性期治療," 老年精神医学雑誌, vol. 31, no. 10, pp. 1049-1057, 2020.
- [36] 坂本千晶ら, "認知症治療病棟における入院患者の自宅退院に影響を及ぼす要因の検討," 日本認知症ケア学会誌, vol. 20, no. 2, pp. 290-296, 2021.
- [37] 鈴木優喜子, "認知症病棟におけるアルツハイマー病患者の自宅退院に影響を及ぼす入院時因子," 日本認知症ケア学会誌, vol. 18, no. 2, pp. 478-484, 2019.
- [38] 坪内善仁ら, "身体合併症を有す重度認知症患者の死亡転帰に関連する入院時情報の特徴 : 作業療法評価を含めた探索的調査," 老年精神医学雑誌, vol. 29, no. 3, pp. 293-301, 2018.
- [39] Mitsutake, S., et al., "Association of cognitive impairment severity with potentially avoidable readmissions: A retrospective cohort study of 8897 older patients," Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring, vol. 13, pp. e12147, 2021.
- [40] Briggs, R., et al., "Dementia in the acute hospital: the prevalence and clinical outcomes of acutely unwell patients with dementia," QJM, vol. 110, no. 1, pp. 33-37, 2017.
- [41] Knox, S., "Pneumonia Readmissions in Older Adults With Dementia," Medical Care, vol. 57, no. 10, pp. 766-772, 2019.
- [42] Tropea, J., et al., "Poorer outcomes and greater healthcare costs for hospitalised older people with dementia and delirium: a retrospective cohort study," International Journal of Geriatric Psychiatry, vol. 32, no. 5, pp. 539-547, 2017.
- [43] 全日本病院協会, "認知症の症状が進んできた段階における身体合併症に関する調査研究事業報告書," 3 2019. [Online]. Available: https://www.ajha.or.jp/voice/pdf/other/190411_1.pdf. [Accessed 19 2 2024].
- [44] 中央社会保険医療協議会, "入院医療(その6)について," 25 11 2015. [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000105049.pdf>. [Accessed 11 3 2024].

- [45] 前田潔ら, “精神科病院における認知症医療—心理行動症状への対応—,” 精神神経学雑誌, vol. 115, no. 1, pp. 41-48, 2013.
- [46] 日本精神科病院協会, “精神科病院の外来診療・相談事業の効果的な活用による地域における認知症対応力の向上に向けた調査研究事業報告書,” 4 2022. [Online]. Available: https://www.nisseikyo.or.jp/about/hojokin/images/2021_98_report.pdf. [Accessed 26 2 2024].
- [47] 田所功ら, “救急医療現場での認知症患者の急増,” 日本老年医学会雑誌, vol. 56, no. 1, pp. 6-14, 2019.
- [48] 田代敦志ら, “レセプトデータからみた認知症の地域差 : 新潟県の全後期高齢者による検討,” 厚生学の指標, vol. 67, no. 3, pp. 1-5, 2020.
- [49] 東京都健康長寿医療センター研究所福祉と生活ケア研究チーム, “急性期病院における認知症高齢患者の退院支援態勢の整備・向上に関する調査研究事業結果報告書,” 3 2019. [Online]. Available: https://www.tmgig.jp/research/info/cms_upload/37b45c8229065dc9332a3e15375247d7_1.pdf. [Accessed 19 2 2024].
- [50] 日本精神科病院協会, “認知症診療・介護地域連携における精神科病院のアウトリーチ的な役割の向上に向けた調査研究事業報告書,” 3 2023. [Online]. Available: https://www.nisseikyo.or.jp/about/hojokin/images/2022_85_report.pdf. [Accessed 19 2 2024].
- [51] 日本対がん協会, “がん診療連携拠点病院における認知症整備体制に関する全国実態調査,” 1 2024. [Online]. Available: https://www.jcancer.jp/wp-content/uploads/survey_dementia.pdf. [Accessed 19 2 2024].
- [52] 日本精神科病院協会高齢者医療・介護保険委員会, “循環型の仕組みの構築にむけた円滑な退院・退所や在宅復帰支援の推進に関する調査研究事業報告書,” 3 2019. [Online]. Available: https://www.nisseikyo.or.jp/about/hojokin/images/2018_14_report.pdf. [Accessed 21 2 2024].
- [53] 杉山京, 竹本与志人, “地域包括支援センターの専門職を対象としたかかりつけ医との連携実践と関連要因の検討,” 社会福祉学, vol. 59, no. 1, pp. 83-95, 2018.
- [54] 平澤園子ら, “認知症支援における課題と地域包括支援センターの取り組み,” 中部学院大学・中部学院大学短期大学部研究紀要, vol. 21, pp. 71-80, 2020.
- [55] 隅田好美ら, “地域包括支援センターにおける認知症の人と家族の支援およびその関連要因,” 社会福祉学, vol. 57, no. 1, pp. 125-137, 2016.
- [56] 大辻誠司ら, “全国認知症疾患医療センターの現状と課題について : アンケート調査報告,” 老年精神医学雑誌, vol. 27, no. 5, pp. 554-560, 2016.
- [57] 近藤康寛, 阿部哲夫, “地域連携型認知症疾患医療センターにおけるソーシャルワーカー介入ケースの特徴と失敗,” 老年精神医学雑誌, vol. 28, no. 6, pp. 619-624, 2017.
- [58] 浴風会認知症介護研究・研修東京センター, “認知症地域支援推進員の質の評価と向上のための方策及び認知症の人等の社会参加活動の体制整備に関する調査研究事業報告書,” 3 2021. [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000860869.pdf>. [Accessed 26 2 2024].

- [59] みずほリサーチ&テクノロジーズ, “認知症地域医療における連携体制のあり方に関する調査研究事業報告書,” 4 2021. [Online]. Available: https://www.mizuho-rt.co.jp/case/research/pdf/r02mhlw_kaigo2020_05v2.pdf. [Accessed 26 2 2024].
- [60] 松岡克尚, 松岡千代, “認知症高齢者支援における多職種連携(IPW)と多職種連携教育(IPE)の現状と課題 : 社会福祉・ソーシャルワークの視点から,” 人間福祉学研究, vol. 9, no. 1, pp. 35-51, 2016.
- [61] 荒添美紀, “認知症患者の退院をめぐる職種間連携でのコミュニケーションギャップ,” 2018. [Online]. Available: <https://iuhw.repo.nii.ac.jp/records/937>. [Accessed 21 2 2024].
- [62] 梶田博之ら, “認知症の行動・心理症状に対する関連多職種のかかわりおよび意識の違いについて : 医療職, 介護職を対象とした調査,” 老年精神医学雑誌, vol. 26, no. 1, pp. 67-74, 1 2015.
- [63] 青井みどりら, “精神科救急病院への認知症高齢者の入退院の経過 : 症状の改善に向けたケアの現状,” 健康生活と看護学研究, vol. 2, pp. 32-36, 2019.
- [64] 米嶋一善ら, “心不全により入院した認知症高齢者に対する意味のある作業を基盤とした作業療法 : 急性期病棟における短期的介入の一事例,” 作業療法, vol. 70, no. 4, pp. 99-106, 2021.
- [65] 津曲優子ら, “入院中の認知症高齢者に対する農作業を含めた集団活動の効果に関する多変量統計的考察,” 日本補完代替医療学会誌, vol. 19, no. 1, pp. 33-40, 2022.
- [66] 和田幸子ら, “中程度認知症入院患者の院内デイケアへの参加度・自主性・満足度の評価,” 日本看護学会論文集 精神看護, vol. 50, pp. 3-6, 2020.
- [67] 石井優香ら, “身体疾患のために入院した認知症のある人の経験 : 国内外の文献検討の結果から,” 老年看護学, vol. 25, no. 2, pp. 80-88, 2021.
- [68] 小木曾加奈子, “認知症高齢者に対するシームレスケア実践力の関連要因 : 地域包括ケア病棟の看護職に着目をして,” 教育医学, vol. 67, no. 4, pp. 226-236, 2022.
- [69] 平川仁尚, “一般病院における認知症ケアの質向上のためのストラテジー立案,” 日本農村医学会雑誌, vol. 65, no. 6, pp. 1188-1193, 2017.
- [70] 錦織典子ら, “精神科入院認知症患者の家族に生じる代理決定に伴う心理,” 日本医学看護学教育学会誌, vol. 42, no. 3, p. 565, 2019.
- [71] 田中裕子, 佐伯和子, “精神科に入院した若年性認知症者の退院先に関する家族の意思決定の構造,” 日本地域看護学会誌, vol. 20, no. 2, pp. 46-54, 2017.
- [72] 錦織典子ら, “急性期病院内の精神科病棟から退院となる認知症患者家族の思い,” 日本医学看護学教育学会誌, vol. 27, no. 1, pp. 7-12, 2018.
- [73] Toles, M., et al., “Unique Care Needs of People with Dementia and Their Caregivers during Transitions from Skilled Nursing Facilities to Home and Assisted Living: A Qualitative Study,” Journal of the American Medical Directors Association, vol. 23, no. 9, pp. 1486-1491, 2022.
- [74] Jamieson, M., et al., “Carers: The navigators of the maze of care for people with dementia—A qualitative study,” Dementia (London), vol. 15, no. 5, pp. 1112-1123, 2016.
- [75] 佐藤清美ら, “入院治療を受ける認知症高齢者家族への看護師のかかわり : 医学中央雑誌をデータベースとした文献検討,” 老年看護学, vol. 24, no. 2, pp. 115-124, 2020.

- [76] 百武大介ら, "A 地方における大学病院精神科に入院する認知症患者の介護家族への支援の現状と課題," 日本認知症ケア学会誌, vol. 21, no. 2, pp. 351-357, 2022.
- [77] 日本規格協会, "認知症の人の家族が認知症を正しく理解し適切な対応につなげるための取組の普及促進に関する調査研究事業報告書," 3 2021. [Online]. Available: https://webdesk.jsa.or.jp/pdf/dev/md_5194.pdf. [Accessed 29 2 2024].
- [78] 日本規格協会, "認知症の人の家族が認知症を正しく理解し適切な対応につなげるための認知症家族教室、認知症家族ピアサポート運営の手引き," 3 2021. [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/content/000860139.pdf>. [Accessed 29 2 2024].
- [79] 認知症介護研究・研修仙台センター, "認知症の当事者と家族を一体的に支援する支援プログラムのあり方に関する調査研究事業報告書," 3 2020. [Online]. Available: https://www.dcnnet.gr.jp/support/research/center/meeting_center_support/assets/docx/docx/Reiwa_first_year_report.pdf. [Accessed 29 2 2024].
- [80] 認知症介護研究・研修仙台センター, "認知症の当事者と家族を一体的に支援する支援プログラムのあり方に関する調査研究事業報告書," 3 2022. [Online]. Available: https://www.dcnnet.gr.jp/support/research/center/meeting_center_support/assets/docx/docx/Reiwa_3rd_year_report.pdf. [Accessed 29 2 2024].
- [81] 佐藤俊介, 数井裕光, "地域連携を意識する一手帳型の地域連携パスの活用一," モダンフイジション, vol. 36, no. 10, pp. 1069-1072, 2016.
- [82] 日本精神科病院協会, "「認知症の臨床パスの普及に関する調査研究事業」報告書," 4 2015. [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000140344.pdf>. [Accessed 29 2 2024].
- [83] 黒川勝己ら, "岡山県倉敷市児島地区認知症地域連携クリティカルパスへの取り組み," 日本医療マネジメント学会雑誌, vol. 16, no. 2, pp. 82-86, 2015.
- [84] 丸山貴志ら, "認知症医療と介護連携のための縦断型連携パスの有用性の検証," 日本認知症学会誌, vol. 31, no. 3, pp. 380-388, 2017.
- [85] 荒尾市, "健康管理に「あらお健康手帳」をご利用ください," 18 3 2021. [Online]. Available: <https://www.city.arao.lg.jp/oshirase/machi-wadai/page17382.html>. [Accessed 29 2 2024].
- [86] 高木大地, "複数の手帳を一冊にして医療・介護連携をスムーズに～「あらお健康手帳」について～," [Online]. Available: <https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/000245688.pdf>. [Accessed 29 2 2024].
- [87] 荒尾市, "【スマートシティ】「デジタル健康手帳」のサービスを開始します。," 22 2 2024. [Online]. Available: <https://www.city.arao.lg.jp/shisei/machi-zukuri/smart-city/5484.html>. [Accessed 29 2 2024].
- [88] 広島県医師会, "ひろしま医療情報ネットワーク(HMネット)事業概要について(病医院用)," 1 2024. [Online]. Available: https://www.hm-net.or.jp/assets/docs/pdf/overview_medical.pdf. [Accessed 29 2 2024].
- [89] HM ネット, "ひろしま医療情報ネットワーク," [Online]. Available: <https://www.hm-net.or.jp/index.php>. [Accessed 29 2 2024].
- [90] HM ネット, "在宅医療／介護支援システム," [Online]. Available: <https://www.hm-net.or.jp/hm-card/zaitaku-shien-system.html>. [Accessed 29 2 2024].

- [91] 佐渡地域医療連携推進協議会, “「さどひまわりネット」が作られた背景,” [Online]. Available: https://www.sadohimawari.net/top/proj_background/. [Accessed 29 2 2024].
- [92] 佐渡地域医療連携推進協議会, “「さどひまわりネット」とは?,” [Online]. Available: <https://www.sadohimawari.net/top/whats/>. [Accessed 29 2 2024].
- [93] 株式会社スズケン, “医療介護専用コミュニケーションツール「メディカルケアステーション (MCS)」,” [Online]. Available: <https://www.suzuken.co.jp/product/digitalservice/dg-service01/>. [Accessed 29 2 2024].
- [94] エンブレース株式会社, “MCS 採用医師会情報,” [Online]. Available: <https://about.medical-care.net/html/document/ishikai/ishikai.html>. [Accessed 29 2 2024].
- [95] 船越美香, “認知症のある大腿骨近位部骨折患者に対する看護 : 自宅へ帰りたいと願う患者への退院支援,” 日本運動器看護学会誌, vol. 16, pp. 44-49, 2021.
- [96] 認知症介護研究・研修センター, “ひもときシートとは…,” [Online]. Available: <https://www.dcnnet.gr.jp/retrieve/info/about.php>. [Accessed 1 3 2024].
- [97] 堤純子, “人工股関節置換術後の認知症高齢者の早期自宅退院を可能にした支援,” 老年看護学, vol. 24, no. 2, pp. 60-64, 2020.
- [98] 辻野美帆, 露木幹人, “大腿骨頸部骨折地域連携クリティカルパスに認知症症状観察シートを添付してみて,” 日本医療マネジメント学会雑誌, vol. 22, no. 4, pp. 195-198, 2022.
- [99] 宝田光, 大堀具視, “長期入院中の若年性認知症者の自宅外泊に向けた取り組み : 動作支援方法の共有に焦点を当てて,” 認知症ケア事例ジャーナル, vol. 12, no. 3, pp. 175-182, 2019.
- [100] 本家寿洋, 伊藤耕栄, “認知症を合併した急性大動脈解離 Stanford A 型の高齢者に余暇活動の楽しさを提供して退院となった事例,” 作業療法, vol. 41, no. 4, pp. 471-480, 2022.
- [101] 国立長寿医療研究センター, “認知症初期集中支援チーム活動における地域の社会資源等との連携に着目した事例集,” 3 2022. [Online]. Available: https://www.ncgg.go.jp/ncgg-kenkyu/documents/R3_Casestudies.pdf. [Accessed 1 3 2024].
- [102] 中央社会保険医療協議会, “主な施設基準の届出状況等,” 5 7 2023. [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/001117411.pdf>. [Accessed 12 3 2024].

第Ⅳ章 市区町村及び関連諸機関を対象としたヒアリング調査

1 調査対象

認知症のある方の入院受け入れと退院支援について、アンケート調査と文献調査により浮かび上がった現状と課題について更に情報収集し、課題解決の手がかりを得るために、入院支援の促進や質の向上に関して有効な取組を行っているとは回答した自治体の一部に対して、ヒアリング調査を行った。

調査対象は、認知症のある方の入院受け入れと退院支援のいずれもスムーズに行われているとは回答し、かつ認知症のある方の入退院支援に関連する特に有効な取組があると回答した自治体から5市とその関連諸機関を選定した。

対象の 選定基準	<p>A) B)のいずれも満たす自治体のうち、認知症の本人・家族の支援や諸機関の連携促進に資する取組を記載した自治体。</p> <p>A) 質問2-(2)アと質問2-(3)アの回答が、「そう思う」「どちらかといえばそう思う」のいずれかである自治体</p> <p>B) 質問2-(4)ア又は質問2-(4)イにおいて、入退院支援に関連した特に有効な取組があると自由記載欄への回答を行った自治体</p>
ヒアリング 調査対象 自治体 ³²	<p>① 静岡県 伊豆の国市（伊豆の国市健康福祉部長寿介護課）</p> <p>② 埼玉県 飯能市（飯能市福祉子ども部介護福祉課、南飯能病院、地域包括支援センターみなみ町）</p> <p>③ 北海道 北斗市（北斗市民生部保健福祉課、函館市医療・介護連携支援センター）</p> <p>④ 東京都 三鷹市（三鷹市健康福祉部高齢者支援課、三鷹市福祉Laboどんぐり山）</p> <p>⑤ 山梨県 南アルプス市（南アルプス市保健福祉部介護福祉課、南アルプス市地域包括支援センター）</p>
調査時期	<p>① 令和6年2月7日</p> <p>② 令和6年2月13日</p> <p>③ 令和6年2月15日</p> <p>④ 令和6年2月16日</p> <p>⑤ 令和6年2月21日</p>
調査内容	<ul style="list-style-type: none"> ● 認知症の方の入退院に係る社会資源 ● 認知症の方の入院支援の現状と課題 ● 認知症の方の退院支援の現状と課題 ● 認知症の方の入退院支援の促進や質の向上のために実施している取組 ● 認知症の方の入退院、医療介護連携等に関する今後の課題と展望 ● 認知症の方の入退院に関して実施を検討している取組

³² カッコ内は、ヒアリング対象者の所属機関。

2 調査結果

(1) 各自治体の取組

① 伊豆の国市

● 地域の情報

静岡県伊豆の国市の人口は平成7年(1995年)以降、減少傾向にあり、令和2年は46,804人となっている³³。高齢者人口は15,835人で、高齢化率は33.8%である。高齢単身世帯率は13.6%である。今後も、人口減少が進むとともに高齢化率は上昇を続け、令和22年(2040年)には39.6%になると推計される[1]。

市内の20医療機関が認知症の相談に対応しており、そのうち認知症の診断を行うことができるのは順天堂大学医学部附属静岡病院など7医療機関である。伊豆の国市は『認知症ガイドブック』[2]で、市内の医療機関だけでなく、隣接する函南町の12医療機関と伊豆市の14医療機関も市民に案内している。認知症の専門的な医療は、市外にある認知症疾患医療センターの3医療機関で受けることができる。順天堂大学医学部附属静岡病院は三次救急医療施設として、認知症の方の救急対応も行っている。

● 入院支援の取組

〈市の実情に合わせて初期集中支援チームを運用〉

初期集中支援チームは毎月開催する定例会議で、対応が困難なケースへの支援方法を検討している。市内の診療所の医師がチーム員を務めており、家族関係や本人の生活環境も考慮して、受診すべき医療機関や診療科について助言している。チーム員の医師と市職員の間で連携がとれており、会議の場以外でも、市職員が認知症の方への対応を気軽に相談できる関係性ができている。

チーム員会議で検討した事例のうち、特に支援が困難なケースにチーム員が対応しており、令和4年度の訪問は4人である。チーム員会議で検討したその他のケースには、地域包括支援センターの職員が対応している。市の実情に合わせたチームの運用を行っている。

〈病識がなく受診を拒む方は総合診療科の医師が診療〉

市内にある伊豆保健医療センターは在宅医療を提供しており、同センターの総合診療科の医師は認知症や身体疾患、家族関係、社会のつながりまでを考慮した全人的な医療を行っている。認知症の病識がなく、医療機関を受診したくない方でも、別の理由で同センターの総合診療科を受診した際に、認知症の治療につなげられることがある。

伊豆保健医療センターの医師が中心となり、市が事務局となって「医療と福祉の多職種勉強会」を年に6回、開催している。多職種勉強会は医療と福祉を切り口に、まちづくりを考えることを目指しており、ケアマネジャー・事業者・企業・一般市民・ボランティア・県外の保健所長・他県の病院など、様々な職種・所属の方が参加している。

³³ 本章における各自治体の令和2年の人口・高齢者人口・高齢化率・高齢単身世帯率は、令和2年国勢調査に基づく数値である。

- 退院支援の取組

〈大学附属病院で入退院カンファレンスを実施〉

順天堂大学医学部附属静岡病院では退院調整が必要な患者について入院時と退院時のカンファレンスを実施している。入退院に関わる連携への診療報酬の評価が充実してきたことも後押しとなり、近年、順天堂大学医学部附属静岡病院での入退院カンファレンスの件数が大幅に増加している。そのため、地域での受け入れ態勢を整えてから退院するという流れがおおむねできている。

〈医療機関と地域の情報連携シートを活用〉

順天堂大学医学部附属静岡病院の外来部門と伊豆の国市、函南町、伊豆市、三島市、沼津市の地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、薬局において、情報共有を行うための「医療機関(外来)と地域の情報連携シート」[3]が活用されている。この情報連携シートを利用することで、地域での過ごし方や服薬状況など、短い診察時間では聞き取りが難しい日常的なエピソードを伝えることができる。

医療機関と地域の多職種の連携促進のために市としても情報連携シートの利用を推進しており、他医療機関との活用も検討していく。

情報連携に関しては、ICTを活用した医療介護情報連携システムである「シズケア*かけはし」が運用されている。「シズケア*かけはし」では、医療・介護サービスの利用者や地域生活に見守りの必要な方に関する情報を、多職種・多機関のチームで共有できる。現在、市民約 100 人について情報連携が行われている。市は利用を推奨し、参加する事業者を増やしていきたいと考えている。

〈大学病院と連携して在宅医療・介護連携推進事業を実施〉

伊豆の国市は在宅医療・介護連携推進事業を順天堂大学医学部附属静岡病院と連携して進めている。年に2回開催する会議では、順天堂大学医学部附属静岡病院に所属する専門看護師が病院での対応を地域の多職種に伝えており、病院・地域の事業所間での連携がとりやすくなっている。

- 今後の課題

- 認知症があり身寄りのない方が退院される際に、市長申立てにより後見人を付けることが多いが、手続に時間がかかり入院期間が長期化せざるを得ない。退院後の受入先となる施設に相談し、後見人が決まる前に退院できるケースもある。
- 地域包括ケア病棟を利用したい患者がいても、病院側の人員等の事情により受け入れが難しく、利用できないケースが少なくない。
- 地域の将来を考えると、市内に認知症サポート医が増えれば安心である。しかし、認知症サポート医養成研修の受講費用に関して市が補助をしているわけではないため、市から医師に受講を依頼しにくく、静岡県から医師会への依頼に頼らざるを得ない状況である。

医療機関(外来)と地域の情報連携シート

② 飯能市

● 地域の情報

埼玉県飯能市の人口は減少傾向にあり、令和2年に 80,361 人である。今後も人口は減少する一方、高齢者数は令和7年にかけて増加し、その後はほぼ横ばいで推移すると推計されている [4]。令和2年に 31.7%であった高齢化率は上昇を続け、令和 22 年(2040 年)には 37.9%になると予測されている。令和2年の高齢者単身世帯率は 12.0%である。

飯能市は『認知症あんしんガイド～飯能市認知症ケアパス概要版』で、市内の5つの医療機関と、隣接する狭山市・入間郡・秩父市・日高市にある5つの医療機関を、認知症対応医療機関として案内している [5]。認知症疾患医療センターは市内になく、狭山市、入間郡、秩父市の医療機関を紹介している。

● 入院支援の取組

〈精神科病院を持つ医療法人に初期集中支援チームを委託〉

飯能市は、精神科のある民間病院を運営する医療法人くすのき会に、地域包括支援センターの運営と初期集中支援チームの業務を委託している。令和4年度には初期集中支援チームを1チームから2チームに拡充した。同法人が運営する南飯能病院の精神科の医師が、初期集中支援チーム員を務めている。令和4年度の訪問実人数は 22 人である。医療法人くすのき会は、介護老人保健施設やグループホームも運営している。

初期集中支援チームで支援した患者が、地域の介護サービスを利用しても自宅で暮らすのが難しい場合には、医療機関への入院につなげている。医療法人くすのき会が運営する南飯能病院に入院する場合には、チーム員と病院職員を兼務する作業療法士が継続して患者に関わり、入院中の患者の状態についてもチーム員会議で情報共有している。同法人が運営する地域包括支援センターと初期集中支援チーム、病院、介護老人保健施設の間で連携がとれているため、初期対応から退院まで、切れ目のない支援が可能になっている。

他方で、初期集中支援チームとしては同法人の施設に患者を抱え込まないように意識しており、自宅近くの医療機関の受診を提案し、受診への同行も実施している。認知症で支援が必要な方について、飯能市と基幹型地域包括支援センターが情報を共有し、事例を検討する選定会議で初期集中支援チームの対応が必要とされたケースについて、チーム員が対応することとしている。

〈医療・介護関係団体が多職種座談会〉

在宅医療・介護に関わる専門職が連携・協働できる関係を築くため、医療・介護の関係団体が「多職種連携座談会 飯能・日高地区ワールドカフェ」(以下、飯能・日高地区ワールドカフェ)という団体を立ち上げ、合同で研修会や市民フォーラム、ワールドカフェという手法(少人数のグループに分かれてテーマに沿った話合いを行う方法)での勉強会を開催している。

飯能・日高地区ワールドカフェには、医師会や歯科医師会、薬剤師会、介護サービス事業者協会、介護支援専門員協議会などが参加し、事務局を基幹型地域包括支援センターが担当。行政と医療・介護・福祉関係者間で顔の見える関係を構築し、在宅医療に関わる多職種が気軽に意見や情報の交換を行える場となることを目指している。

飯能・日高地区ワールドカフェは、認知症の方からの相談を受け付ける「認知症相談窓口」を設置する事業も行っている。認知症サポーター養成講座を受講し、飯能・日高地区ワールドカフェに設置申込みを行った施設が認知症相談窓口を設置することができる。現在、飯能市・日高市内の計 51 施設に窓口が設置されていて、認知症相談窓口で住民から認知症について相談を受けた場合には、地区担当の地域包括支援センターにつなぐ流れとなっている。

- 「多職種連携座談会 飯能・日高地区ワールドカフェ」役員構成
- 市民
 - 医療
 - 飯能地区医師会、飯能地区歯科医師会、飯能地区薬剤師会
 - 飯能市柔道整復師会、日高市柔道整復師会
 - 介護
 - 飯能市介護サービス事業者協会、飯能市介護支援専門員協議会
 - 相談機関等
 - 飯能市地域包括支援センター、日高市地域包括支援センター
 - 飯能市社会福祉協議会、日高市社会福祉協議会、司法書士、障害者相談支援センター、障害者福祉サービス事業所
 - 行政
 - 埼玉県狭山保健所、飯能市、日高市

● 退院支援の取組

〈入退院時の情報連携を促進するガイドラインを作成〉

医療機関とケアマネジャーが入院前から情報共有をし、退院に向けてのカンファレンスやサービス調整・引継ぎ等を円滑に行うため、飯能市は日高市と共通の「入退院時連携ガイドライン」[6] を公表している。

入退院時連携ガイドラインでは、連携に当たって各職種が配慮すべき点を「連携にあたってのマナー・エチケット」として示しているほか、入退院支援にかかる診療報酬及び介護報酬の加算等の一覧や、入退院時にケアマネジャーと医療機関が情報共有を行う際に利用できる参考様式を示している。



入退院時連携ガイドライン

● 今後の課題

- 入院中に、身寄りのない方の成年後見制度の申立てを行う場合に、後見人が付くまでに3か月以上かかることもあり、入院期間が長期化しやすい。四親等以内の親族を探し出して説得しなければならないなど、成年後見制度の利用には市職員の負担も大きい。民間の身元保証会社を利用すると早く保証人が付くため、退院と介護施設への入所を進めやすくなるが、費用面での負担の重さ等の課題がある。
- 山間部では、住民を医療・介護につなぐための移送サービスを強化する必要がある。
- 50～60代の引きこもりの方の暮らしを、同居する認知症の親が支える世帯が増えている。高齢者分野と障害分野の関係者が協働して対応することが求められる。

③ 北斗市

● 地域の情報

北海道北斗市の人口は減少傾向にあり、令和2年は 44,302 人となっている。高齢者人口は 13,396 人、高齢化率は 30.2%となっている。高齢単身世帯率は 13.7%で、近年増加傾向にある。

市内で認知症について相談可能な医療機関は1診療所で、入院できる医療機関はない。北斗市は『北斗市認知症ガイドブック』で、隣接する函館市の 13 医療機関と七飯町の2医療機関を紹介している。専門的な治療が必要な患者には、函館市にある認知症疾患医療センターの3病院を紹介している。

● 入院支援の取組

〈3市町が共同で医療介護連携を推進〉

北斗市は七飯町と共同で函館市医師会内に「ほくと・ななえ医療・介護連携支援センター」を設置し、入退院支援の業務を函館市医師会に委託している。函館市医師会内には函館市が入退院支援を委託している函館市医療・介護連携支援センターも設置されており、両センターは北斗市と七飯町、函館市の3市町の医療・介護関係者を対象にした合同の研修会を実施するなどして、3市町の医療介護関係者の連携を推進している。

令和6年6月には3市町合同で若年性認知症に関する市民公開講座を実施する予定であり、開催に向けて道南地域全体で若年性認知症への関心を高めるための取組を行っている。

〈はこだて医療介護サマリーを ICT ツールで共有〉

函館市の医療・介護連携推進協議会の下部組織である情報共有ツール作業部会は、入退院の調整などの場面で地域の医療・介護の関係職種との連携と情報共有を強化するため、情報共有の様式として「はこだて医療介護サマリー」(以下、サマリー) [7]を作成し、函館市医療・介護連携支援センターがその普及や運用の支援を行っている。北斗市もサマリイの利用を市内の医療機関・介護事業所に推奨しており、現在、北斗市の医療機関・介護事業所の約4割がサマリーを利用している。

サマリーは基本ツール2シートと応用ツール 18 シートから構成される。基本ツールには医療情報や身体・生活機能、利用している介護サービス、家族構成などを記載する。応用ツールは 18 種類あり、必要に応じて利用する。そのうちのひとつである認知症管理のシートでは、認知症の原因疾患や症状の詳細を記入できるようになっている。応用ツールには「本人の意向を尊重した意思決定支援のための情報」として ACP の情報を記載するシートもあり、本人が希望する医療・ケアや人生の最期を過ごしたい場所などについて共有できるようになっている。

このサマリーは紙媒体で利用することも可能だが、近年、医療情報連携のための ICT ネットワークである ID-

The image shows a complex form titled "はこだて医療介護サマリー(紙媒体用)" (Hokkaido Medical and Nursing Summary (Paper Media Use)). The form is divided into several sections with checkboxes and input fields. Key sections include: "患者情報" (Patient Information) with fields for name, sex, age, and address; "既往歴" (Medical History) with checkboxes for various conditions; "現在受けている医療・介護サービス" (Current Medical and Nursing Services) with checkboxes for different services; "家族構成" (Family Structure) with checkboxes for family members; "認知症管理" (Dementia Management) with checkboxes for various symptoms and management strategies; and "意思決定支援のための情報" (Information for Decision Support) with checkboxes for ACP (Advance Care Planning) related information. The form is designed to be used by healthcare and nursing professionals to share patient information across different facilities.

はこだて医療介護サマリー

Link での共有が始まった。民間企業の提供する同ネットワークを北斗市や函館市など道南地域で利用している。主に医療機関で利用されてきたが、最近は介護施設にも利用が広がりつつある。北斗市内では、14か所の医療機関・介護施設で利用されている。北斗市は、介護施設への同システムの普及も進めていく考えである。

〈認知症疾患医療センターの初診は2か月待ち〉

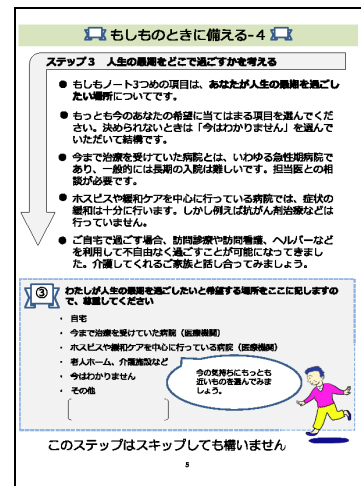
函館市内にある認知症疾患医療センターは受診希望者が多いため、初診を希望しても2か月程度、待機せざるを得ない状況になっている。その背景には、認知症の普及啓発が進んで住民の関心が高まり、初期の症状が出た段階で認知症疾患医療センターの受診を希望する方が増えている事情もある。認知症疾患医療センターの病床が埋まっていることも多く、「在宅側が入院させたいと思うタイミングと、認知症疾患医療センターが受け入れられるタイミングにズレがでてきている」(函館市医療・介護連携支援センター)。

● 退院支援の取組

〈本人の意向を優先して退院先を検討〉

退院後には、北斗市内の認知症グループホームに入居する方や、小規模多機能型居宅介護のサービスを利用しながら在宅で暮らす方が多い。「地域の中でACPが浸透し始めており、御本人・家族の意向を優先して、退院後の行き先を検討している」(民生部保健福祉課)。

ACPの普及を更に進めるため、函館市医療・介護連携支援センターが作成したACP支援ツール「もしもノート」はこだて」[8]の利用を、北斗市としても推奨していく。



もしもノートはこだて

● 今後の課題

- 函館市内の訪問診療を行う医療機関とも連携し、認知症の方への医療提供を充実させていきたい。
- 今後、在宅医療の連携を担う拠点事業が始まるが、函館市と北斗市・七飯町が同区域とされていないため、対応が課題となっている。
- 身寄りのない一人暮らしの高齢者の退院支援において、成年後見制度を利用すれば時間がかかり、また後見人の質も一様ではない。民間の身元保証会社を利用したいというケースも出てきているが、行政が身元保証会社を推奨して良いのか、現場では悩んでいる。

④ 三鷹市

● 地域の情報

東京都三鷹市の人口は増加しており、令和2年に 195,391 人となっている。高齢者人口は 43,201 人で、高齢者率は 22.1%である。令和 22 年(2040 年)には 28.9%まで上昇すると想定されている [9]。令和2年の高齢単身世帯率は 10.6%となっている。

市民を受け入れる認知症専門医療機関は杏林大学医学部附属病院をはじめとする市内の5医療機関と、武蔵野市の武蔵野赤十字病院の計6医療機関。その他、市内 52 の医療機関が「もの忘れ相談医」として認知症の相談を受け付けている [10]。

● 入院支援の取組

(在宅療養のセーフティネットとしての後方支援病床利用事業)

在宅療養者に一時的な入院が必要となった場合に、入院先を円滑に確保できるよう、「後方支援病床利用事業」を実施している [11]。同事業は市が三鷹市医師会及び市内病院と結んだ協定に基づき、在宅療養者及びその家族を支援する仕組みである。在宅療養者について、①家族介護者支援②準救急時の治療や経過観察③検査や画像診断等、身体状況の評価④看取りの目的で 14 日以内の入院が必要であるとかかりつけ医が判断した場合に、協定を結んでいる5病院(精神科病院を含む)のいずれかに一時的に入院をすることができる。退院後は在宅に戻ることが原則となっている。令和5年(4～11月)の同事業の利用者は 10 人で、その半数は精神疾患又は認知症の方である。在宅療養者・家族のセーフティネットになっており、医療機関側にとっては空床の有効利用につながっている面もある。

後方支援病床利用事業

■入院対象者：下記の全てに該当する方

三鷹市在住／要介護認定の結果、要介護 1～5 の認定を受けている／居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)との契約が済んでいる／訪問診療または往診を受けている／在宅療養のかかりつけ医が、一時入院が必要であると判断した場合

■利用できる病院：医師会および市と協定を結んだ5病院

■入院期間：14 日以内

■費用：通常の入院と同じ

● 退院支援の取組

(市独自の生活リハビリテーションを試験的に提供)

三鷹市は令和5年 12 月に、高齢者の在宅生活を支援する拠点となる施設「三鷹市福祉 Labo どんぐり山」(以下、どんぐり山)を開設した。どんぐり山では、①在宅医療・介護研究センター②介護人財育成センター③生活リハビリセンターの3つの事業を実施している [12]。

生活リハビリセンターでは、医療上は退院可能だが自宅に戻ってからの生活を不安に感じる方や、自宅で退院患者を支えることに不安のある家族の方などを対象に、自宅で生活するための生活リハビリテーションを提供している。居室にはベッドだけでなく、トイレ・お風呂・キッチン・ダイニングテーブルが設置され、自宅に一番近い環境でリハビリテーションに取り組めるように、7室あ



三鷹市福祉 Labo どんぐり山

る個室の内装は、段差の有無や扉の開き方をそれぞれ変えたつくりになっている。センターは食事を提供せず、買物や調理を自身で行えるよう支援する。家族が簡易ベッドで一緒に宿泊し、在宅介護の知識・技術を習得するための支援を受けることも可能である。

生活リハビリセンターが提供する生活リハビリテーションは、介護保険制度外の三鷹市独自のサービスだが、費用の自己負担分は市民が利用しやすいように介護保険サービス並みの水準³⁴に抑え、残りの費用は公費で負担している。「介護施設や病院のリハビリは充実しているが、どんぐり山ではそれを更に生活に落とし込むためのお手伝いをしているというイメージである」(福祉 Labo どんぐり山担当者)。



生活リハビリセンターの居室の様子

〈在宅医療・介護連携推進協議会で連携を強化〉

地域の医療と介護の関係者が参画する三鷹市在宅医療・介護連携推進協議会で、在宅医療・介護連携の現状と課題の抽出、対応策について検討している。上述の後方支援病床利用事業は、同協議会で医療機関側から出された提案がきっかけとなりスタートした。同協議会では、課題別に5つの部会が構成され、そのうちの1つである部会では各病院のソーシャルワーカーが2か月に1度、顔を合わせて課題を議論しており、病院間の連携を強化する機会となっている。病院間の協力体制が構築されているため、認知症の方の市内での転院が必要になった場合には、主に医療機関の担当者同士で調整を行うことができている。

また、認知症疾患医療センターの杏林大学医学部附属病院の医師を座長に、認知症地域支援ネットワーク会議を年に4回開催している。認知症専門医療機関や地域包括支援センター、社会福祉協議会といった認知症に関わる諸機関の担当者が認知症施策を協議し、チームオレンジや認知症カフェなどの事業に反映している。

● 今後の課題

- ▶ 医療・介護関係者が入退院時等に情報を共有するための入退院支援シートを作成することを検討している。広域での連携が可能になるように、隣接する他自治体と様式を揃えることも検討している。
- ▶ 若年性認知症の方が相談しやすい体制を整えていきたい。
- ▶ 既に市民へのチラシの配布などを行っているが、ACPの普及啓発を更に進めていく。

³⁴ 生活リハビリセンターの利用料金は、住民税非課税世帯の場合、居室使用料(日額・一室当たり)900円、サービス費425円、食費と日常生活費は実費相当額となっている[15]。

⑤ 南アルプス市

● 地域の情報

山梨県南アルプス市の令和2年の人口は69,459人で、高齢者人口は19,378人となっている。総人口は減少傾向にあるが、高齢者人口は増加しており、高齢化率は上昇して27.9%となっている。高齢単身世帯率は10.4%である。

認知症患者数(若年性認知症を除く)は増加しており、令和5年4月時点で2,284人となっている。そのうち在宅で暮らすのは89.3%に当たる2,040人である[13]。

市内の11の診療所が「もの忘れ相談医」として本人・家族からの相談に対応し、簡易認知症検査も行っている。また、市内にある峡西病院と韮崎市の山梨県立北病院が認知症疾患医療センターとなっており、主に峡西病院が認知症患者に専門的な医療を提供している。

● 入院支援の取組

〈認知症疾患医療センターの医師が初期集中支援を実施〉

認知症疾患医療センターである峡西病院の精神科の医師とソーシャルワーカーが初期集中支援チームのメンバーとなっているため、認知症の専門的な治療が必要な方を峡西病院につなぎやすい。チームの医師はケースに応じて柔軟な対応をしており、峡西病院以外の医療機関の受診を勧めることもある。市職員は医師とフランクに話すことができ、互いに相談しやすい関係が築かれている。

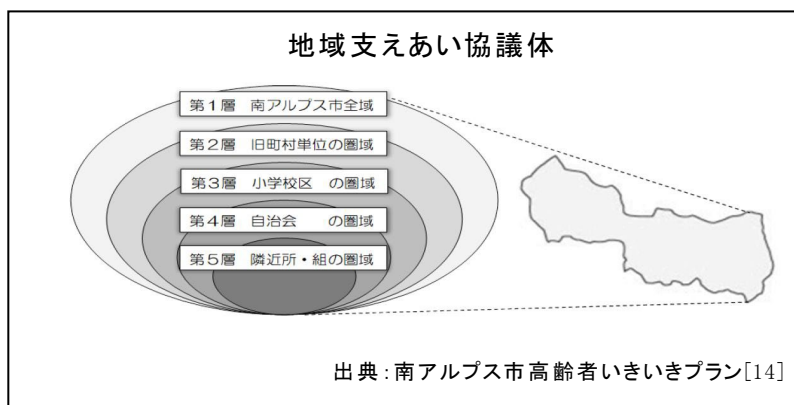
過去には初期集中支援チームに内科の医師も参加していた。当該医師が参加できなくなり、現在は精神科の医師のみとなっているが、来年度以降は新たに別の医療機関の内科医に初期集中支援チームに加わってもらうよう調整を進めている。南アルプス市では、内科的な視点も含めた初期支援を行うことが有効と認識している。

〈小学生から認知症サポーター 支えあい協議体が見守り〉

認知症の知識の普及啓発のため、市内に15か所ある学童保育で認知症サポーター養成講座を行い、520人の小学生が参加した。また、大人向けの認知症サポーター養成講座を令和5年度には13回開催し、189人が受講している。

南アルプス市では地域包括ケアシステム構築のため、高齢者の支えあいを行政がバックアップする「地域支えあい協議体」(以下、協議体)を組織している。協議体は次の5層から構成される。①市全域②合併前の旧町村単位③小学校区④自治会単位⑤隣近所・組。

市の職員が、協議体の活動において認知症に関する講演や研修を主催することもある。地域で暮らす認知症の方のサポートを協議体に依頼しており、自宅で暮らす認知症の夫婦の見守りを、協議体の協力を得て行ったこともあった。



- 退院支援の取組

〈ケアマネジャーが勉強会を開催〉

医療・介護関係者間で顔の見える関係を作り、連携を強化するため、市が様々な会議を運営している。認知症支援ネットワーク会議では、認知症疾患医療センターの院長が会長を務め、市内の医療機関の代表、ケアマネジャーが委員となり、市内の認知症対策の報告や計画について議論を行っている。

介護保険事業所連絡会の一つであるケアマネ部会では、市内のケアマネジャーが積極的に勉強会を開催し、連携を強化している。「ケアマネジャーが認知症についての理解を深め、医療介護連携の大切さを理解しているため連携を図り、調整することができている」(介護福祉課の認知症地域支援推進員)。

病院・有床診療所連絡会も年に2回ほど開催している。各医療機関で入退院に携わる看護師やケースワーカーから現場の課題を聞き取り、市が支援を検討する際に参考としている。

〈権利擁護支援の相談対応を強化〉

高齢で身寄りのない方、独居の方が増えており、成年後見制度利用等の権利擁護ニーズが増加している背景から、令和3年度から南アルプス市権利擁護・成年後見制度利用促進協議会を立ち上げ、権利擁護支援体制を強化した。

協議会では様々な専門職が集まり、現状把握や市の取組の共有などを行っている。また、身寄りのない認知症の方など、権利擁護支援が必要な方の支援方針を検討する支援調整会議では、成年後見制度活用の要否だけではない、幅広いチームでの権利擁護支援の在り方を検討している。本人にとっての近い支援者や後見人等の専門職をつなげチームで支えていくことが高齢者の権利を守ることだと考え、対応している。

- 今後の課題

- 認知症の人本人からの意見の発信の手助けになるよう、「本人の声貯金箱」と名付けた活動で、認知症の御本人の方の意見を聞き取ってまとめた内容を保存している。将来的には医療機関等に、認知症御本人の方の意見を伝えていきたい。
- 市役所内に地域包括支援センターを設置しており、市職員が地域包括支援センターで個別事例の相談支援を行いながら、在宅医療連携の事業等の企画も行う。担当を兼ねることで多方面の実情が把握できるというメリットはあるが、日々の対応に追われていて、新たな課題が出てきたときに対応する余裕がないと感じる。
- 認知症基本法により市に認知症施策を推進する計画を策定する努力義務が課せられたが、認知症対策を盛り込んだ第8期高齢者保健福祉計画と第9期介護保険事業計画を策定したばかりで、新たに認知症施策の計画を作る余力はない。



南アルプス市役所

(2) 国への要望

ヒアリング調査において、自治体の担当者や関連諸機関職員から認知症施策や厚生行政に対する要望が出された。その概要を記載する。

ア 信頼できる身元保証会社を認証する仕組みを

身元保証会社を利用するケースでは、対応の質に不安を感じる。インターネットで遠方の会社と契約した住民が市役所に相談することもある。多数ある身元保証会社のうち、信頼できる会社を国に認証してもらえると有り難い。認証を受けた会社であれば、行政として住民に薦めやすい。

イ 認知症施策の根拠や名称をもっと分かりやすく

認知症の施策が複雑で、市民に説明しにくいと感じるため、もう少し分かりやすくしてはどうか。認知症施策推進大綱に基づく事業は、法律に基づく取組と同じ位置付けと考えて良いのか、分からない。活動内容が重複する事業があることも、分かりにくい要因になってしまっていると思われる。

認知症施策の用語も、キャラバンメイト・チームオレンジ・認知症サポーター・認知症カフェ・認知症サポーターステップアップ研修など、カタカナが多く役割をイメージしにくい。名は体を表すような、分かりやすくして市民への追加説明が不要な名称を検討いただきたい。

ウ 自治体規模別にモデルケースを示して

在宅医療・介護連携推進事業のやり方は、自治体に任せられている。地域包括支援センターや医師会・病院に委託をしている自治体や、直営で実施している自治体など、事業の進め方は様々である。自治体が現場の声を聴いて、地域の実情を踏まえて一から新しい事業を作る際に、やりがいはあるが負担が大きい部分もある。厚生労働省に、自治体規模別のモデルケースを示してもらえると有り難い。自治体に対し助言を行うアドバイザーを派遣してもらえると助かる。

エ 地域包括支援センターへのリハビリ専門職の配置を

地域包括支援センターに、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員の3職種に加えて、理学療法士や作業療法士などのリハビリ専門職を制度上、配置することを検討してもらいたい。本人の背景を踏まえ、本人がやりたいと思っていることの達成をリハビリテーションにおいて支援するリハビリ専門職の視点は、ケアマネジメントの業務にも活かせると考えられる。

引用文献

- [1] 伊豆の国市, “伊豆の国市まち・ひと・しごと創生長期人口ビジョン(令和2年改訂版),” 3 2020. [Online]. Available: <https://www.city.izunokuni.shizuoka.jp/seisaku/sougousenryaku/documents/jinnkou.pdf>. [Accessed 26 2 2024].
- [2] 伊豆の国市長寿介護課包括ケア推進室, “認知症ガイドブックー認知症のことが気になったら手にする本ー,” 12 2023. [Online]. Available: <https://www.city.izunokuni.shizuoka.jp/soudan/kenko/koureisha/documents/documents/2023keapasu01.pdf> (前半)
<https://www.city.izunokuni.shizuoka.jp/soudan/kenko/koureisha/documents/documents/2023keapasu02.pdf> (後半). [Accessed 26 2 2024].
- [3] 伊豆の国市・函南町介護支援専門員連絡協議会/順天堂大学医学部附属静岡病院/伊豆の国市, “医療機関(外来)と地域の情報連携シート(令和3年10月改訂),” 10 2021. [Online]. Available: <https://www.city.izunokuni.shizuoka.jp/soudan/kenko/koureisha/documents/renkei-sheet202110.pdf>. [Accessed 27 2 2024].
- [4] 飯能市健康福祉部介護福祉課, 飯能市介護保険事業計画及び老人福祉計画 : 第8期計画 : 令和3年度-令和5年度, 飯能市, 2021.
- [5] 飯能市, “認知症あんしんガイド～飯能市認知症ケアパス 概要版～(1),” 4 2020. [Online]. Available: <https://www.city.hanno.lg.jp/material/files/group/27/20414d0c612d1.pdf>. [Accessed 20 2 2024].
- [6] 飯能市・日高市, “入退院時連携ガイドライン～切れ目のない医療と介護の連携をめざして～,” [Online]. Available: <https://www.city.hanno.lg.jp/material/files/group/27/28700761ecf33.pdf>. [Accessed 20 2 2024].
- [7] 函館市医療・介護連携支援センター, “はこだて医療・介護連携サマリー,” 11 2023. [Online]. Available: [https://hakodate-ikr.jp/information/wp-content/uploads/2023/12/【正式版】はこだて医療・介護連携サマリー\(R5.11更新\)-3.xls](https://hakodate-ikr.jp/information/wp-content/uploads/2023/12/【正式版】はこだて医療・介護連携サマリー(R5.11更新)-3.xls) [Accessed 29 2 2024].
- [8] 函館市医療・介護連携推進協議会情報共有ツール作業部会, “もしもノートはこだて,” 11 2023. [Online]. Available: [https://hakodate-ikr.jp/information/wp-content/uploads/2023/12/もしもノートはこだて\(R5.11.\).pdf](https://hakodate-ikr.jp/information/wp-content/uploads/2023/12/もしもノートはこだて(R5.11.).pdf) [Accessed 29 2 2024].
- [9] 三鷹市, “三鷹市高齢者計画・第八期介護保険事業計画,” 3 2021. [Online]. Available: https://www.city.mitaka.lg.jp/c_pubcome/088/088959.html. [Accessed 19 3 2024].
- [10] 三鷹市健康福祉部高齢者支援課高齢者相談係, “令和5年度「認知症にやさしいまち三鷹ガイドブック」,” 9 2023. [Online]. Available: https://www.city.mitaka.lg.jp/c_service/093/093973.html. [Accessed 20 2 2024].
- [11] 三鷹市健康福祉部高齢者支援課高齢者支援係, “三鷹市在宅療養者の後方支援病床利用事業,” [Online]. Available: https://www.city.mitaka.lg.jp/c_service/069/attached/attach_69709_5.pdf. [Accessed 19

- 3 2024].
- [12] 社会福祉法人三鷹市社会福祉事業団, “三鷹市福祉 Labo どんぐり山事業案内,” 24 1 2024. [Online]. Available: https://www.city.mitaka.lg.jp/c_service/102/attached/attach_102671_1.pdf. [Accessed 20 2 2024].
- [13] 山梨県, “令和5年度高齢者福祉基礎調査 資料編(令和5年4月1日現在),” 7 2023. [Online]. Available: https://www.pref.yamanashi.jp/documents/109773/r5_kourei_kisochoosa_siryous.pdf. [Accessed 27 2 2024].
- [14] 南アルプス市保健福祉部介護福祉課, “2021 年度(令和3年度)～ 2023 年度(令和5年度)高齢者いきいきプラン(第7期高齢者保健福祉計画(第1期成年後見制度利用促進計画)・第8期介護保険事業計画),” 3 2021. [Online]. Available: https://www.city.minami-alps.yamanashi.jp/fs/7/0/8/2/6/_/_____2021_2023____.pdf. [Accessed 28 2 2024].
- [15] 三鷹市生活リハビリセンター, “三鷹市福祉 Labo どんぐり山 三鷹市生活リハビリセンターパンフレット,” 18 1 2024. [Online]. Available: [https://www.mitaka.or.jp/wp-content/uploads/2024/01/パンフレット\(生活リハ\)Ver.5.0.pdf](https://www.mitaka.or.jp/wp-content/uploads/2024/01/パンフレット(生活リハ)Ver.5.0.pdf) [Accessed 22 2 2024].

第V章 調査結果の取りまとめ

1 調査結果の取りまとめ

本調査では、医療介護連携を行う中で、認知症の症状があることで入退院支援を行う際にどのような影響が出ているのか、現状把握や課題の分析・整理することを目的として、アンケート調査(第II章)、文献調査(第III章)、ヒアリング調査(第IV章)を実施した。各調査の結果の概要及び得られた知見等について以下述べる。

(1) 全国の市区町村を対象としたアンケート調査

全国の自治体を対象としてアンケート調査を実施し、約4割の自治体から回答が得られた。

認知症のある方の入院受け入れ又は退院についてスムーズに行われていると思うかという設問に対して、肯定的な回答をした自治体は3割にとどまり、残り7割の自治体では肯定的ではない回答³⁵であった。地域別に見ると、中部地方では退院がスムーズと答える自治体が多い傾向にあるなど、地域差が見られた。

個別の課題に着目すると、特徴的なものとして、「入院中の本人のBPSD(認知症の行動・心理症状)の悪化等により、病院から早期の退院を迫られること」を課題と感じる自治体が半数(50.9%)を上回っていた。自由回答においても、認知症のBPSDにより治療ができていない状態のまま退院となる事例や、医療機関の体制の不十分さ(認知症を診断・治療できる医師の不足、認知症に対する医療職の知識不足)によりBPSD症状が悪化するとすぐに退院となる事例等の回答が見られた。現在、診療報酬上では認知症ケアに対する評価が行われているものの、認知症のBPSDに対応可能な医療機関がまだまだ不足していることが示唆される。

次に、どのような課題の有無がスムーズさに影響を及ぼしているかに着目すると、入院については、「認知症のある方の入院を受け入れられる医療機関が少なく、必要な入院が遅れること」という課題がある自治体はそうでない自治体に比べて、入院がスムーズでないと答える傾向が強かった。

退院については、「病院と介護支援専門員等の連携の不足により、認識が揃わず、退院が遅れること」や「認知症のある方の入院医療に消極的な医療機関があり、本来必要な入院期間よりも短い期間での退院が発生すること」の課題がある自治体はそうでない自治体に比べて、退院がスムーズでないと答える傾向が強かった。1点目の「病院と介護支援専門員等の連携の不足」の課題は、人口規模が大きい自治体ほど課題とする傾向があり、小規模の自治体に比べて顔の見える関係性の構築が困難なために連携不足に陥っている可能性も示唆される。

その他の課題について、各自治体の高齢化率の違いによって次のような特徴が見られた。

入院では、高齢化率が低い自治体は高い自治体に比べて、「社会保険、社会福祉、公的扶助等に関する家族等の理解が不十分なことにより、必要な入院が遅れること」を課題とする傾向が強かった。高齢化がまだ比較的進んでいない自治体では、認知症の家族等へ社会保険等の普及促進が重要な視点の一つと考えられる。

退院では、高齢化率が低い自治体は高い自治体に比べて、「本人や家族等の意見が一致せず、ケアや退院後の方針が定まらず、退院が遅れること」、「本人・家族等の経済的困窮によ

³⁵ 「どちらとも言えない」「わからない」を含む。

り、在宅支援や介護施設への入所等が困難となり、退院が遅れること」、「退院時カンファレンスに出席の望ましい職種への参加がない、又は退院時カンファレンスが開かれない等で、本来必要な支援の検討が十分になされないこと」を課題とする傾向が強かった。高齢化がまだ比較的進んでいない自治体では、今後の高齢化に備えて退院調整等の在り方について更なる検討が必要と考えられる。

なお、本調査結果を解釈する上では、悉皆調査ではないこと、入院並びに退院のスムーズさは飽くまで回答者の主観的な判断に基づくものであること、それゆえ結果にはバイアスが伴い得ることに留意する必要がある。

(2) 文献調査

文献調査では、認知症のある方の入退院やその支援について、入退院に関する特徴、入退院やその支援に関する課題、入退院やその支援に関する取組の3つの観点から整理した。

認知症のある方は、身体疾患による入院では自宅への退院率が比較的高かったが、BPSDによる入院では自宅への退院率が低かった。特に、攻撃的なBPSDがあることや、トイレ動作の自立度等が低いことが自宅退院の阻害因子となっていた。また、認知症のある方は、BPSDやリハビリテーションの遅れ等の本人に起因する要因のほか、キーパーソンの問題やキーパーソンと患者の関係性の問題、社会資源の不足等の問題が原因となり、入院期間が長くなりやすかった。

一般病院では、BPSDのために受け入れ自体が困難だったり、見守りの必要から人員不足が生じたりしており、入院中は6割を超える患者が何らかの身体拘束を受けていた。また、多職種連携に関する調査からは、医師や看護師、ケアマネジャーの間には、コミュニケーションギャップやBPSDへの対応についての意識の違いも見られた。

BPSDがあることで、一般病院の受け入れ困難や、退院・転院先の受け入れ困難につながりやすく、看護師や家族等の介護に当たる人の負担も高まることは明らかであるが、処方薬物の見直しや、ユマニチュードの採用等の取組により、暴力的なBPSDは改善できる可能性があることも示された。また、作業療法士が介入して患者の状態を改善し、その方法を退院先と共有することでスムーズな退院につながった事例報告も見られた。

今回の文献調査からは、認知症のある方の入退院支援をめぐって、特にBPSDへの対応を中心として様々な課題や取組が抽出された。第Ⅱ章のアンケート調査の結果で、半数以上の自治体が課題として挙げた「入院中の本人のBPSD(認知症の行動・心理症状)の悪化等により、病院から早期の退院を迫られること」の背景には、本章で取り上げた要因等も関連しているものと考えられ、ケアの在り方や、職種間・施設間の連携の在り方を見直す取組によって、改善できる部分があるかもしれない。

一方で、第Ⅳ章のヒアリング調査では、成年後見人制度等の本人の意思決定に関する課題を各自治体が共通して挙げたが、本文献調査の探索範囲からは余り見えてこなかった部分である。今回の調査で明らかになった課題について、今後、より掘り下げた調査が行われることを期待したい。

(3) 市区町村及び関連諸機関を対象としたヒアリング調査

ヒアリング調査では、入院受け入れと退院受け入れのいずれもスムーズに行われていると回答した自治体とその関連諸機関から聞き取りを行った。調査対象の自治体に、認知症の方に必要な医療・介護サービスが大きく不足したところは見られなかった。自治体内に専門的な医療機関がない場合にも、近隣の自治体内の医療機関等と連携して専門的な医療につなぐ流れを作っていた。

また調査対象の自治体では、関係団体が合同で開催する多職種勉強会や他自治体も含めた広域での研修会、事業所を超えたケアマネジャーの勉強会等により、医療・介護関係者間で顔の見える関係を築くための取組が行われていた。さらに、医療介護関係者間の情報共有を容易にして、連携を促進するための工夫が進められている地域もあった。情報共有の様式を定め、紙媒体での利用を推進するだけでなく、ICT ツールでの情報共有を介護施設にも推奨している自治体が見られた。そのような取組により、地域の支援者や医療関係者、介護関係者の間で連携を強化していることが、入退院支援のスムーズさの背景にあると推測される。認知症の方への入退院支援の促進と質の向上のためには、地域に応じた方法で医療介護関係者間の協力関係を築き、情報共有に資する統一様式を定めるなどして関係職種・関係機関での連携を強化していくことが重要になる。

他方で、ヒアリングを行った全ての自治体が、身寄りのない認知症の方への対応が課題と指摘した。入院中に成年後見制度を利用して後見人を付ければ入院期間が長期化しやすい。民間の身元保証会社の対応の質や費用に自治体担当者が懸念を抱いていることも分かった。また、認知症の御本人の意向を優先して退院先を調整できるようにするために、ACP の普及が今後の課題との認識が複数の自治体から示された。認知症基本法が施行され、認知症の御本人・家族の意見を聞くことの重要性が強調される今、ACP の普及に向けた更なる取組が大切になる。

なお、今回の調査では、入退院がスムーズに行われていると回答し、かつ自由記載欄への記入があった自治体からヒアリング対象を選定した。認知症の入退院支援について更に調査するのであれば、地域の社会資源の不足が認知症の方の入退院に及ぼす影響や、関係施設・多職種間の連携を困難にしている要因など、入退院支援がスムーズに行われていない自治体が抱える課題の調査も必要である。

(4) 全体まとめ

本調査結果より、認知症のある方の入院受け入れ又は退院についてスムーズとはいえない自治体が7割に上ることが明らかとなった。

特に個別の課題として、BPSD に対応可能な医療機関の不足が示唆されることから、医療機関における BPSD の予防・対応力を強化するための更なる取組の実施が有効と考えられる。アンケート調査及び文献調査の結果からは、BPSD の悪化防止や改善のための取組が見られ、今後、認知症患者へのケアの質を高める取組の内容や実施体制、取組の効果、退院への影響等を明らかにするため、医療機関を対象にしたヒアリング調査を実施することも重要と考えられる。

また、人口規模や高齢化率等の地域背景によって課題感やその内容に濃淡が見られることから、各自治体の特性に応じた対策の立案・実施が有効と考えられる。例えば、アンケート調

査からは、今後高齢化が進展する都市部の方が、連携や退院調整の場面等で課題を持つ傾向が見られた。一方、ヒアリング調査を行った自治体の多くは高齢化が比較的進んだ地域であり、必要に応じて近隣の自治体も交えつつ多職種連携や顔の見える関係づくりができており、比較的スムーズな入退院支援が行われていた。

今後は、本調査で明らかになった実態や入退院に影響する要因等に関する深掘り(例えば、BPSD に十分対応可能な医療機関の特徴・取組の実態、認知症のある方の再入院の実態、規模の大きな自治体における多職種連携の特徴・取組の調査、スムーズさを客観的に評価する指標の検討等)が期待される。

以上述べたような認知症のある方の入退院に関する課題を踏まえ、今後も上記の方向性で調査研究を進めるとともに、BPSD の予防・対応力を強化するための取組の実施や、各自治体の特性に応じた対策の立案・実施をしていくことが求められると考える。

2 おわりに（謝辞）

本調査の実施に御協力いただきました自治体職員様並びに関係諸機関の皆様方におかれましては、本調査のアンケート及びヒアリングに貴重な御回答をいただき、心よりお礼申し上げます。

皆様からいただいた御回答は、医療介護連携を行う中で、認知症の症状があることで入退院支援を行う際にどのような影響が出ているのか等を把握する上での貴重な御意見、データとなりました。

改めて本調査に御協力いただいた皆様に感謝の意を述べるとともに、本調査報告書が今後の認知症施策推進の一助となれば幸いです。

第VI章 資料編

1 全国の市区町村を対象としたアンケート調査

(1) 調査票

厚生労働省委託
医療介護連携事業の推進における認知症のある方の入院受け入れと退院
支援の現状と課題に関する調査研究
(認知症入退院支援調査)
アンケート調査票

本調査では、貴自治体において医療介護連携を行うなかで、認知症の症状があることで入退院支援を行う際にどのような影響が出ているのか、現状把握や課題の整理・分析を行うことを目的としております。設問内容に関連する担当部署が複数に跨る等、必要がある場合には、各関係部局と調整の上回答にご協力をお願いいたします。

※ご回答を踏まえ、個々の取組事例（取組が進んでいる、又は進んでいない個別事情等）を追加的にお伺いし、調査研究結果としてご利用させていただくことがあり得ますのでご了承ください。

※特に年度の指定がない限り、回答日時点で把握している直近の状況をお答えください。

※ 回答を入力中は、画面の一番下にある「一時保存」ボタンを押して、こまめに回答内容を保存してください。（一時保存機能に関する留意点は「[こちら](#)」をご参照ください。）

*印は入力必須項目となります。未入力の場合は回答を完了できませんのでご注意ください。

1. 貴自治体についての情報を入力してください。

1-(1) 都道府県名を選択してください。*

1-(2) 市区町村名を入力してください。*

1-(3) 地方公共団体コード6桁を入力してください。（半角数字。不明の場合は999999を入力）*

1-(4) 医療介護連携の御担当部局名を入力してください。*

1-(5) 御担当部局の電話番号を市外局番から入力してください。（半角数字。ハイフン・括弧なし）*

1-(6) 御担当部局のメールアドレスを入力してください。

1-(6) 確認のためもう一度入力してください。

1-(7) 回答者のお名前を入力してください。*

1-(8) 回答者の所属部局名を入力してください。*

1-(9) 回答者のメールアドレスを入力してください。

1-(9) 確認のためもう一度入力してください。

2. 認知症のある方の入院受け入れ・退院支援に関する、貴自治体の課題の認識や取組等について伺います。

2-(1) 認知症のある方の入院受け入れ・退院支援の現状や課題の把握のために、貴自治体として実施していることを選択してください。（当てはまるもの全て）*

- 01. 地域包括支援センターにおける相談内容や活動状況の傾向の把握
- 02. 認知症初期集中支援チームの介入や連携状況の傾向の把握
- 03. 医師会、医療機関等における医療従事者との情報交換
- 04. 社会福祉協議会等、介護施設等における介護従事者との情報交換
- 05. 医療・介護関係者（関係団体）の現場の視察
- 06. 住民へのヒアリングやアンケート等による、住民のニーズの把握
- 07. 公的統計や地域包括ケア「見える化」システム等の利用可能なデータ等を用いた把握
- 08. 特にない
- 09. わからない
- 10. その他（その他を選択された場合は、具体的な活動内容をご記入ください。）

2-(2) 認知症のある方の入院受け入れの場面において、認知症があることで生じうる諸課題について伺います。

2-(2) ア 認知症のある方の入院受け入れについて、全体的に評価してスムーズに行われていると思いますか。当てはまるものを選択してください。（どれか1つ）*

- 01. そう思う
- 02. どちらかと言えばそう思う
- 03. どちらとも言えない

- 04. どちらかと言えばそう思わない
- 05. そう思わない
- 06. わからない

2-(2)イ 認知症のある方の入院について、【本人や家族等に関連することで】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。（当てはまるもの全て）*

- 01. 独居や地域住民との関わりが希薄等の要因により、認知症に伴う身体症状の悪化等に気づかれず、必要な入院が遅れること。
- 02. 社会保険、社会福祉、公的扶助等に関する家族等の理解が不十分なことにより、必要な入院が遅れること。
- 03. 疾患に関する家族等の理解が不十分なことにより、必要な入院が遅れること。
- 04. 本人や家族等が経済的困窮により入院を拒み、必要な入院が遅れること。
- 05. 本人の認知機能の低下に起因して、本人が入院の必要性を認めず、必要な入院が遅れること。
- 06. 特にない。
- 07. わからない。
- 08. その他（その他を選択された場合は、本人や家族等に関連する具体的な課題についてご記入ください。）

2-(2)ウ 認知症のある方の入院について、【諸機関の連携に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。（当てはまるもの全て）*

- 01. 地域包括支援センター等の自治体の相談窓口と、医療機関との連携の不足により、受け入れ可能な病院との調整に時間がかかり、必要な入院が遅れること。
- 02. かかりつけ医、診療所と病院の連携の不足により、紹介の手配や患者の情報の共有等に時間がかかり、必要な入院が遅れること。
- 03. 介護支援専門員等と病院との連携の不足により、受け入れ可能な病院との調整に時間がかかり、必要な入院が遅れること。
- 04. 介護サービス事業者と病院の連携の不足により、患者の情報の共有に時間がかかり、必要な入院が遅れること。
- 05. 本人や家族等の経済的困窮に対し、行政による各種の支援策の調整が遅れ、必要な入院が遅れること。
- 06. 特にない。
- 07. わからない。
- 08. その他（その他を選択された場合は、諸機関の連携に係る具体的な課題についてご記入ください。）

2-(2)エ 認知症のある方の入院について、【医療提供体制等に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。（当てはまるもの全て）*

- 01. 認知症地域支援推進員の不足により相談支援が遅れ、必要な入院が遅れること。
- 02. 認知症初期集中支援チームの量的な不足により、初期の支援が不十分となり、必要な入院が遅れること。
- 03. 認知症のある方の入院を受け入れられる医療機関が少なく、必要な入院が遅れること。
- 04. かかりつけ医がおらず、早期介入が遅れ、必要な入院が遅れること。
- 05. かかりつけ医による診断が遅れ、必要な入院が遅れること。
- 06. 入院時支援加算等の報酬と比べて、入院受け入れ時に医療機関にかかる負荷が大きいため体制が整わず、必要な入院が遅れること。

- 07. 近隣の市町村等の医療機関と広域連携がとれておらず、必要な入院が遅れること。
- 08. 認知症のある方やその家族等のアクセス手段の確保が困難な場所に病院があり、必要な入院が遅れること。
- 09. 特にない。
- 10. わからない。
- 11. その他（その他を選択された場合は、医療提供体制に係る具体的な課題についてご記入ください。）

2(2) オ 認知症のある方の入院について、【介護提供体制に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。（当てはまるもの全て）*

- 01. 入院時情報連携加算など介護支援専門員の報酬と比べて、入院支援時に介護支援専門員にかかる負荷が大きいために体制が整わず、必要な入院が遅れること。
- 02. 特にない。
- 03. わからない。
- 04. その他（その他を選択された場合は、介護提供体制に係る具体的な課題についてご記入ください。）

2-(2)カ イ〜オ以外の点で、貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。（当てはまるもの全て）*

- 01. 地域包括支援センター等の相談窓口の認知度が低く、認知症のある方の家族等からの相談が遅れ、入院が遅れること。
- 02. 認知症に関する市民への啓発の遅れ等により、認知症の早期発見・早期対応が遅れ、必要な入院が遅れること。
- 03. 特にない。
- 04. わからない。
- 05. その他（その他を選択された場合は、具体的な課題についてご記入ください。）

2-(3) 退院支援の場面において、認知症があることで生じる諸課題についてお伺いいたします。

2-(3) ア 認知症のある方の退院について、全体的に評価してスムーズに行われていると思いますか。当てはまるものを選択してください。（どれか1つ）*

- 01. そう思う
- 02. どちらかといえばそう思う
- 03. どちらとも言えない
- 04. どちらかといえばそう思わない
- 05. そう思わない
- 06. わからない

2-(3) イ 認知症のある方の退院について、【本人や家族等に関連することで】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。（当てはまるもの全て）*

- 01. 本人や家族等の意見が一致せず、ケアや退院後の方針が定まらず、退院が遅れること。
- 02. 家族等の中でキーパーソンが不在で、ケアや退院後の方針が定まらず、退院が遅れること。

- 03. 家族等による在宅での支援が困難なことにより、退院後の支援調整に時間を要し、退院が遅れること。
- 04. 認知症への理解や利用できる制度についての本人・家族等の理解の不足により、退院後の支援調整に時間を要し、退院が遅れること。
- 05. 本人・家族等の経済的困窮により、在宅支援や介護施設への入所等が困難となり、退院が遅れること。
- 06. 退院後の本人に対する、家族等からの虐待等のリスクにより、退院が遅れること。
- 07. 特にない。
- 08. わからない。
- 09. その他（その他を選択された場合は、本人や家族等に関連する具体的な課題についてご記入ください。）

2-(3)ウ 認知症のある方の退院について、【諸機関の連携に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。（当てはまるもの全て）*

- 01. 医療と介護の情報共有ツールの不十分さにより、情報の共有が滞り、退院が遅れたり本来必要な支援の検討が十分になされなかつたりすること。
- 02. 住宅環境の把握、家屋調査及び住宅改修が、療法士との連携の遅れ等で進まず、退院が遅れること。
- 03. 病院と介護支援専門員等の連携の不足により、認識が揃わず、退院が遅れること。
- 04. 病院と介護支援専門員等の職種の違いに起因する、見解やゴール設定の相違により調整が遅れ、退院が遅れること。
- 05. 退院時カンファレンスに出席の望ましい職種の参加がない、又は退院時カンファレンスが開かれぬ等で、本来必要な支援の検討が十分になされないこと。
- 06. 退院が急に決まる、急に関係者に知らされる等で、本来必要な支援の検討が十分になされないこと。
- 07. 本人・家族等の経済的困窮に対し、行政による各種の支援策の調整が遅れ、退院が遅れること。
- 08. 特にない。
- 09. わからない。
- 10. その他（その他を選択された場合は、諸機関の連携に係る具体的な課題についてご記入ください。）

2-(3)エ 認知症のある方の退院について、【医療提供体制に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。（当てはまるもの全て）*

- 01. 病院の退院支援部門に医療ソーシャルワーカーが不足しているため、情報収集や自治体との連携がうまく行かず、退院が遅れること。
- 02. 病院勤務者の認知症対応能力の不足により、退院が遅れること。
- 03. 入院中になされた医療行為に起因する合併症を背景に、入院したときに比べて機能やADLが低下し、それに合わせた在宅環境の整備や退院先の確保のために退院が遅れること。
- 04. 急性期の医療が一段落した後の転院先が見つからず、退院が遅れること。
- 05. 施設内の感染症対策が徹底できないという理由で、認知症のある方の受け入れが困難又は消極的な施設が存在し、それにより退院が遅れること。
- 06. 認知症のある方の入院医療に消極的な医療機関があり、本来必要な入院期間よりも短い期間での退院が発生すること。
- 07. 入退院支援加算等の報酬と比べて、医療機関の負荷が大きいため体制が整わず、調整が遅れ、退院が遅れること。

- 08. 病院のベッドの空き状況、在院日数などの都合で、本来必要な入院期間よりも短い期間で退院を迫られること。
- 09. 病院のベッドの空き状況、在院日数などの都合で、入院期間が必要以上に長くなること。
- 10. 入院中の本人のBPSD（認知症の行動・心理症状）の悪化等により、病院から早期の退院を迫られること。
- 11. 入院中に認知症に関連する薬剤投与の調整が生じ、退院が遅れること。
- 12. 病院内の医師、看護師、社会福祉士等による多職種連携が不足しているため、退院が遅れること。
- 13. 入院後に要介護認定を早期取得するための病院側の体制がとられておらず、退院が遅れること。
- 14. 特にない。
- 15. わからない。
- 16. その他（その他を選択された場合は、医療提供体制に係る具体的な課題についてご記入ください。）

2-(3)オ 認知症のある方の退院について、【介護提供体制に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。（当てはまるもの全て）*

- 01. 医療ニーズを持つ認知症のある方を受け入れられる介護施設が少なく、退院が遅れること。
- 02. 退院・退所加算等の報酬と比べて、介護支援専門員の負荷が大きいため体制が整わず、退院が遅れること。
- 03. 訪問介護等を担う人材や事業所の不足により、退院後の支援調整に時間を要し、退院が遅れること。
- 04. 特にない。
- 05. わからない。
- 06. その他（その他を選択された場合は、介護提供体制に係る具体的な課題についてご記入ください。）

2-(3)カ イ～オ以外の課題について、貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。（当てはまるもの全て）*

- 01. アドバンス・ケア・プランニング（ACP）の普及の遅れにより、入院中においてケアの方針が定まらず、退院が遅れること。
- 02. 成年後見制度の利用促進の遅れにより、入院中において意思決定を担えるキーパーソンが不在となり、退院が長引くこと。
- 03. 特にない。
- 04. わからない。
- 05. その他（その他を選択された場合は、具体的な課題についてご記入ください。）

2-(4) 認知症のある方の入院支援の促進や質の向上のために、貴自治体内で実施している取組について伺います。

2-(4) ア 本人や家族等を対象とした取組のうち、認知症のある方の入院支援に関するもので特に有効と感じているものがありましたら、理由や背景とともにご記入ください。（自由記載形式）

2-(4) イ 諸機関の連携促進に係る取組のうち、認知症のある方の入退院支援に関連するもので特に有効と感じているものがありましたら、理由や背景とともにご記入ください。（自由記載形式）

2-(4) ウ ア～イに当てはまらない貴自治体内の取組で、特に有効と感じているものがありましたら、理由や背景とともにご記入ください。（自由記載形式）

3. 認知症のある方の入院受け入れ・退院支援に関連する、貴自治体の地域包括支援センター等の取組について伺います。

3-(1) 地域包括支援センターの状況についてお答えください。

3-(1) ア 地域包括支援センターの設置数をご記入ください。（半角数字。サブセンター、ブランチは含まない。不明な場合は空欄としてください。）

3-(1) イ 基幹型地域包括支援センターの設置の有無について選択してください。（どれか1つ）*

01. 設置あり
02. 設置の予定あり
03. 設置の予定なし

3-(1) ウ 機能強化型地域包括支援センターの設置の有無について選択してください。（どれか1つ）*

01. 設置あり
02. 設置の予定あり
03. 設置の予定なし

3-(2) 認知症地域支援推進員の状況についてお答えください。

3-(2) ア 認知症地域支援推進員の配置人数をご記入ください。（半角数字。不明な場合は空欄としてください。）

3-(2) イ 認知症地域支援推進員の配置先を選択してください。（当てはまるもの全て）*

01. 地域包括支援センター
02. 市区町村本庁
03. 認知症疾患医療センター
04. その他（その他を選択された場合は具体的な配置先をご記入ください。）

3-(2) ウ 認知症地域支援推進員の主な活動内容を選択してください。（当てはまるもの全て）*

01. 関係機関との連携体制の構築
02. 認知症ケアパスの作成・普及

- 03. 病院・施設等における処遇困難事例の検討及び個別支援
- 04. 効果的な介護方法などの専門的な相談支援
- 05. 認知症ライフサポート研修など認知症多職種協働研修の実施
- 06. 認知症のある方や家族等への相談支援
- 07. 認知症初期集中支援チームとの連携等による、必要なサービスを認知症の人や家族に提供するための調整
- 08. その他（その他を選択された場合は、具体的な活動内容をご記入ください。）

3-(3) 認知症初期集中支援チームの状況についてお答えください。

3-(3) ア 認知症初期集中支援チームの数をご記入ください。（半角数字。不明な場合は空欄としてください。）

3-(3) イ 認知症初期集中支援チームの配置先を選択してください。（当てはまるもの全て）*

- 01. 地域包括支援センター
- 02. 認知症疾患医療センター
- 03. 認知症疾患医療センター以外の医療機関
- 04. 市区町村の本庁
- 05. その他（その他を選択された場合は具体的な配置先をご記入ください。）

3-(3) ウ 令和4年度における認知症初期集中支援チームの訪問実人数をご記入ください。（半角数字。不明な場合は空欄としてください。）

4. 認知症のある方の入退院支援についての指標や目標値に関して伺います。入退院支援に関連する貴自治体の取組のPDCAサイクルを回すにあたり、貴自治体として把握しているデータや指標をお答えください。

4-(1) 入退院支援についての指標や目標値に用いている、体制整備に関するデータを選択してください。（当てはまるもの全て）*

- 01. 退院支援担当者を配置している診療所・病院数
- 02. 退院支援を実施している診療所・病院数
- 03. 介護支援連携指導を実施している診療所・病院数
- 04. 退院時共同指導を実施している診療所・病院数
- 05. 退院時訪問指導を実施している診療所・病院数
- 06. 退院支援（退院調整）を受けた患者数
- 07. 介護支援連携指導を受けた患者数

- 08. 退院時共同指導を受けた患者数
- 09. 退院時訪問指導を受けた患者数
- 10. 認知症患者医療センターの認定医療機関数
- 11. 特にない
- 12. わからない
- 13. その他（その他を選択された場合は、体制整備に関する具体的なデータの名称をご記入ください。）

4-(2) 入退院支援についての指標や目標値に用いている、連携に関するデータを選択してください。（当てはまるもの全て）*

- 01. 入退院支援加算（診療報酬）
- 02. 介護支援連携指導料（診療報酬）
- 03. 退院時共同指導料（診療報酬）
- 04. 退院前訪問指導料（診療報酬）
- 05. 診療情報提供料（診療報酬）
- 06. 認知症ケア加算（診療報酬）
- 07. 入院時情報連携加算（介護報酬）
- 08. 退院・退所加算（介護報酬）
- 09. 退院・退所時連携加算（介護報酬）
- 10. 入院時情報提供率
- 11. 退院調整率
- 12. 特にない
- 13. わからない
- 14. その他（その他を選択された場合は、連携に関する具体的なデータの名称をご記入ください。）

設問は以上となります。

必ず「一時保存」ボタンを押して回答内容を保存してください。

次に「確認」ボタンを押して確認画面へ進み、回答内容に問題がなければ、確認画面の一番下にある緑色の「回答」ボタンを押して回答を完了してください。
回答へのお礼画面が表示されましたら、回答は完了です。

(2) 集計表

回答選択率と自治体人口規模のクロス集計

集計を行った設問	設問2 (1) 設問2 (2) ア、イ、ウ、エ、オ、カ 設問2 (3) ア、イ、ウ、エ、オ、カ 設問3 (1) イ、ウ
----------	--

設問2-(1)：認知症のある方の入院受け入れ・退院支援の現状や課題の把握のために、貴自治体として実施していることを選択してください。（当てはまるもの全て）

（自治体の人口規模別）回答項目の選択割合

現状や課題の把握のために、自治体として実施していること（当てはまるものすべて）	自治体の人口規模				合 計 (n=670)
	50万人以上 (n=14)	20万人以上50万人未満 (n=60)	5万人以上20万人未満 (n=223)	5万人未満 (n=373)	
0 1 地域包括支援センターにおける相談内容や活動状況の傾向の把握 に該当あり	64.3% (9)	66.7% (40)	72.2% (161)	75.3% (281)	73.3% (491)
0 2 認知症初期集中支援チームの介入や連携状況の傾向の把握 に該当あり	57.1% (8)	55.0% (33)	70.4% (157)	56.8% (212)	61.2% (410)
0 3 医師会、医療機関等における医療従事者との情報交換 に該当あり	35.7% (5)	51.7% (31)	53.8% (120)	46.1% (172)	49.0% (328)
0 4 社会福祉協議会等、介護施設等における介護従事者との情報交換 に該当あり	28.6% (4)	26.7% (16)	34.5% (77)	45.3% (169)	39.7% (266)
0 5 医療・介護関係者（関係団体）の現場の視察 に該当あり	14.3% (2)	6.7% (4)	5.8% (13)	4.6% (17)	5.4% (36)
0 6 住民へのヒアリングやアンケート等による、住民のニーズの把握 に該当あり	21.4% (3)	8.3% (5)	11.7% (26)	9.7% (36)	10.4% (70)
0 7 公的統計や地域包括ケア「見える化」システム等の利用可能なデータ等を用いた把握 に該当あり	21.4% (3)	11.7% (7)	11.2% (25)	11.3% (42)	11.5% (77)
0 8 特になし に該当あり	14.3% (2)	18.3% (11)	9.0% (20)	14.7% (55)	13.1% (88)
0 9 わからない に該当あり	0.0% (0)	0.0% (0)	4.0% (9)	0.8% (3)	1.8% (12)
1 0 その他 に該当あり	7.1% (1)	6.7% (4)	3.1% (7)	2.7% (10)	3.3% (22)

※カッコ内は回答件数

設問2-(2) ア：認知症のある方の入院受け入れについて、全体的に評価してスムーズに行われていると思いますか。当てはまるものを選択してください。（どれか1つ）

（自治体の人口規模別）回答項目の選択割合

認知症のある方の入院受け入れについて、全体的に評価してスムーズに行われていると思うか（どれか1つ）	自治体の人口規模				合 計 (N=670)
	50万人以上 (N=14)	20万人以上50万人未満 (N=60)	5万人以上20万人未満 (N=223)	5万人未満 (N=373)	
01 そう思う に該当あり	0.0% (0)	3.3% (2)	3.6% (8)	2.9% (11)	3.1% (21)
02 どちらかと言えばそう思う に該当あり	14.3% (2)	28.3% (17)	26.5% (59)	30.6% (114)	28.7% (192)
03 どちらとも言えない に該当あり	42.9% (6)	33.3% (20)	34.5% (77)	37.8% (141)	36.4% (244)
04 どちらかと言えばそう思わない に該当あり	21.4% (3)	25.0% (15)	12.1% (27)	16.9% (63)	16.1% (108)
05 そう思わない に該当あり	0.0% (0)	0.0% (0)	3.6% (8)	4.6% (17)	3.7% (25)
06 わからない に該当あり	21.4% (3)	10.0% (6)	19.7% (44)	7.2% (27)	11.9% (80)

※カッコ内は回答件数

設問2-(2) イ：認知症のある方の入院について、【本人や家族等に関連することで】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。（当てはまるもの全て）

（自治体の人口規模別）回答項目の選択割合

認知症のある方の入院について、 【本人や家族等に関連することで】 貴自治体が特に課題と感じていること （当てはまるもの全て）	自治体の人口規模				合 計 (n=670)
	50万人以上 (n=14)	20万人以上50 万人未満 (n=60)	5万人以上20万 人未満 (n=223)	5万人未満 (n=373)	
01 独居や地域住民との関わりが希薄等の要因により、認知症に伴う身体症状の悪化等に気づかれず、必要な入院が遅れること。に該当あり	85.7% (12)	80.0% (48)	76.7% (171)	67.0% (250)	71.8% (481)
02 社会保険、社会福祉、公的扶助等に関する家族等の理解が不十分なことにより、必要な入院が遅れること。に該当あり	42.9% (6)	31.7% (19)	30.0% (67)	30.0% (112)	30.4% (204)
03 疾患に関する家族等の理解が不十分なことにより、必要な入院が遅れること。に該当あり	85.7% (12)	66.7% (40)	63.2% (141)	61.1% (228)	62.8% (421)
04 本人や家族等が経済的困窮により入院を拒み、必要な入院が遅れること。に該当あり	57.1% (8)	41.7% (25)	47.5% (106)	40.2% (150)	43.1% (289)
05 本人の認知機能の低下に起因して、本人が入院の必要性を認めず、必要な入院が遅れること。に該当あり	85.7% (12)	88.3% (53)	83.0% (185)	81.5% (304)	82.7% (554)
06 特にない。に該当あり	0.0% (0)	0.0% (0)	1.3% (3)	4.6% (17)	3.0% (20)
07 わからない。に該当あり	14.3% (2)	1.7% (1)	4.9% (11)	2.4% (9)	3.4% (23)
08 その他 に該当あり	14.3% (2)	6.7% (4)	3.6% (8)	5.6% (21)	5.2% (35)

※カッコ内は回答件数

設問2-(2) ウ：認知症のある方の入院について、【諸機関の連携に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。（当てはまるもの全て）

（自治体の人口規模別）回答項目の選択割合

認知症のある方の入院について、 【諸機関の連携に係る点で】貴自治 体が特に課題と感じていること（当 てはまるもの全て）	自治体の人口規模				合 計 (n=670)
	50万人以上 (n=14)	20万人以上50 万人未満 (n=60)	5万人以上20万 人未満 (n=223)	5万人未満 (n=373)	
01 地域包括支援センター等の自治体の相談窓口と、医療機関との連携の不足により、受け入れ可能な病院との調整に時間がかかり、必要な入院が遅れること。 に該当あり	35.7% (5)	15.0% (9)	10.8% (24)	10.5% (39)	11.5% (77)
02 かかりつけ医、診療所と病院の連携の不足により、紹介の手配や患者の情報の共有等に時間がかかり、必要な入院が遅れること。 に該当あり	57.1% (8)	23.3% (14)	16.6% (37)	17.2% (64)	18.4% (123)
03 介護支援専門員等と病院との連携の不足により、受け入れ可能な病院との調整に時間がかかり、必要な入院が遅れること。 に該当あり	42.9% (6)	13.3% (8)	11.7% (26)	9.1% (34)	11.0% (74)
04 介護サービス事業者と病院の連携の不足により、患者の情報の共有に時間がかかり、必要な入院が遅れること。 に該当あり	28.6% (4)	6.7% (4)	5.8% (13)	4.0% (15)	5.4% (36)
05 本人や家族等の経済的困窮に対し、行政による各種の支援策の調整が遅れ、必要な入院が遅れること。 に該当あり	14.3% (2)	16.7% (10)	14.3% (32)	10.2% (38)	12.2% (82)
06 特にない。 に該当あり	14.3% (2)	26.7% (16)	33.6% (75)	40.5% (151)	36.4% (244)
07 わからない。 に該当あり	14.3% (2)	18.3% (11)	26.9% (60)	19.0% (71)	21.5% (144)
08 その他 に該当あり	7.1% (1)	8.3% (5)	9.0% (20)	10.7% (40)	9.9% (66)

※カッコ内は回答件数

設問2-(2)工：認知症のある方の入院について、【医療提供体制等に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。（当てはまるもの全て）

（自治体の人口規模別）回答項目の選択割合

認知症のある方の入院について、 【医療提供体制等に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていること （当てはまるもの全て）	自治体の人口規模				合 計 (n=670)
	50万人以上 (n=14)	20万人以上50万人未満 (n=60)	5万人以上20万人未満 (n=223)	5万人未満 (n=373)	
01 認知症地域支援推進員の不足により相談支援が遅れ、必要な入院が遅れること。 に該当あり	0.0% (0)	5.0% (3)	3.1% (7)	3.5% (13)	3.4% (23)
02 認知症初期集中支援チームの量的な不足により、初期の支援が不十分となり、必要な入院が遅れること。 に該当あり	7.1% (1)	3.3% (2)	3.6% (8)	4.8% (18)	4.3% (29)
03 認知症のある方の入院を受け入れられる医療機関が少なく、必要な入院が遅れること。 に該当あり	57.1% (8)	55.0% (33)	43.0% (96)	45.0% (168)	45.5% (305)
04 かかりつけ医がおらず、早期介入が遅れ、必要な入院が遅れること。 に該当あり	71.4% (10)	68.3% (41)	64.6% (144)	53.4% (199)	58.8% (394)
05 かかりつけ医による診断が遅れ、必要な入院が遅れること。 に該当あり	35.7% (5)	13.3% (8)	9.4% (21)	10.5% (39)	10.9% (73)
06 入院時支援加算等の報酬と比べて、入院受け入れ時に医療機関にかかる負荷が大きいため体制が整わず、必要な入院が遅れること。 に該当あり	0.0% (0)	1.7% (1)	3.6% (8)	2.1% (8)	2.5% (17)
07 近隣の市町村等の医療機関と広域連携がとれておらず、必要な入院が遅れること。 に該当あり	0.0% (0)	3.3% (2)	5.8% (13)	3.8% (14)	4.3% (29)
08 認知症のある方やその家族等のアクセス手段の確保が困難な場所に病院があり、必要な入院が遅れること。 に該当あり	7.1% (1)	10.0% (6)	16.6% (37)	22.8% (85)	19.3% (129)
09 特にない。 に該当あり	0.0% (0)	1.7% (1)	7.6% (17)	12.6% (47)	9.7% (65)
10 わからない。 に該当あり	7.1% (1)	11.7% (7)	9.4% (21)	7.8% (29)	8.7% (58)
11 その他 に該当あり	21.4% (3)	6.7% (4)	5.4% (12)	5.9% (22)	6.1% (41)

※カッコ内は回答件数

設問2-(2)オ：認知症のある方の入院について、【介護提供体制に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。（当てはまるもの全て）

（自治体の人口規模別）回答項目の選択割合

認知症のある方の入院について、 【介護提供体制に係る点で】貴自治 体が特に課題と感じていること（当 てはまるもの全て）	自治体の人口規模				合 計 (n=670)
	50万人以上 (n=14)	20万人以上50 万人未満 (n=60)	5万人以上20万 人未満 (n=223)	5万人未満 (n=373)	
01 入院時情報連携加算など介護 支援専門員の報酬と比べて、入 院支援時に介護支援専門員にか かる負荷が大きいため体制が 整わず、必要な入院が遅れるこ と。 に該当あり	14.3% (2)	10.0% (6)	5.8% (13)	6.2% (23)	6.6% (44)
02 特にない。 に該当あり	21.4% (3)	28.3% (17)	34.5% (77)	48.5% (181)	41.5% (278)
03 わからない。 に該当あり	64.3% (9)	56.7% (34)	58.7% (131)	42.9% (160)	49.9% (334)
04 その他 に該当あり	7.1% (1)	5.0% (3)	3.1% (7)	3.2% (12)	3.4% (23)

※カッコ内は回答件数

設問2-(2)カ：イ～オ以外の点で、貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。（当てはまるもの全て）

（自治体の人口規模別）回答項目の選択割合

イ～オ以外の点で、貴自治体が特に 課題と感じていること（当てはまる もの全て）	自治体の人口規模				合 計 (n=670)
	50万人以上 (n=14)	20万人以上50 万人未満 (n=60)	5万人以上20万 人未満 (n=223)	5万人未満 (n=373)	
01 地域包括支援センター等の相 談窓口の認知度が低く、認知症 のある方の家族等からの相談が 遅れ、入院が遅れること。 に 該当あり	57.1% (8)	26.7% (16)	34.5% (77)	29.0% (108)	31.2% (209)
02 認知症に関する市民への啓発 の遅れ等により、認知症の早期 発見・早期対応が遅れ、必要な 入院が遅れること。 に該当あ り	57.1% (8)	46.7% (28)	36.3% (81)	41.8% (156)	40.7% (273)
03 特にない。 に該当あり	7.1% (1)	25.0% (15)	26.0% (58)	28.2% (105)	26.7% (179)
04 わからない。 に該当あり	7.1% (1)	16.7% (10)	14.8% (33)	14.7% (55)	14.8% (99)
05 その他 に該当あり	21.4% (3)	6.7% (4)	13.0% (29)	9.4% (35)	10.6% (71)

※カッコ内は回答件数

設問2-(3) ア：認知症のある方の退院について、全体的に評価してスムーズに行われていると思いますか。当てはまるものを選択してください。（どれか1つ）

（自治体の人口規模別）回答項目の選択割合

認知症のある方の退院について、全体的に評価してスムーズに行われていると思うか（どれか1つ）	自治体の人口規模				合 計 (N=670)
	50万人以上 (N=14)	20万人以上50万人未満 (N=60)	5万人以上20万人未満 (N=223)	5万人未満 (N=373)	
0 1 そう思う に該当あり	7.1% (1)	1.7% (1)	1.3% (3)	1.9% (7)	1.8% (12)
0 2 どちらかと言えばそう思う に該当あり	14.3% (2)	18.3% (11)	25.6% (57)	35.9% (134)	30.4% (204)
0 3 どちらとも言えない に該当あり	21.4% (3)	46.7% (28)	35.0% (78)	38.9% (145)	37.9% (254)
0 4 どちらかと言えばそう思わない に該当あり	14.3% (2)	18.3% (11)	13.5% (30)	10.5% (39)	12.2% (82)
0 5 そう思わない に該当あり	14.3% (2)	0.0% (0)	2.2% (5)	2.9% (11)	2.7% (18)
0 6 わからない に該当あり	28.6% (4)	15.0% (9)	22.4% (50)	9.9% (37)	14.9% (100)

※カッコ内は回答件数

設問2-(3) イ：認知症のある方の退院について、【本人や家族等に関連することで】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。（当てはまるもの全て）

（自治体の人口規模別）回答項目の選択割合

認知症のある方の退院について、【本人や家族等に関連することで】貴自治体が特に課題と感じていること（当てはまるもの全て）	自治体の人口規模				合 計 (n=670)
	50万人以上 (n=14)	20万人以上50万人未満 (n=60)	5万人以上20万人未満 (n=223)	5万人未満 (n=373)	
01 本人や家族等の意見が一致せず、ケアや退院後の方針が定まらず、退院が遅れること。 に該当あり	50.0% (7)	50.0% (30)	39.0% (87)	39.4% (147)	40.4% (271)
02 家族等の中でキーパーソンが不在で、ケアや退院後の方針が定まらず、退院が遅れること。 に該当あり	71.4% (10)	65.0% (39)	64.6% (144)	59.5% (222)	61.9% (415)
03 家族等による在宅での支援が困難なことにより、退院後の支援調整に時間を要し、退院が遅れること。 に該当あり	85.7% (12)	66.7% (40)	64.1% (143)	66.8% (249)	66.3% (444)
04 認知症への理解や利用できる制度についての本人・家族等の理解の不足により、退院後の支援調整に時間を要し、退院が遅れること。 に該当あり	42.9% (6)	40.0% (24)	33.2% (74)	34.0% (127)	34.5% (231)
05 本人・家族等の経済的困窮により、在宅支援や介護施設への入所等が困難となり、退院が遅れること。 に該当あり	42.9% (6)	45.0% (27)	53.8% (120)	41.8% (156)	46.1% (309)
06 退院後の本人に対する、家族等からの虐待等のリスクにより、退院が遅れること。 に該当あり	35.7% (5)	20.0% (12)	18.8% (42)	9.4% (35)	14.0% (94)
07 特にない。 に該当あり	0.0% (0)	3.3% (2)	3.1% (7)	6.2% (23)	4.8% (32)
08 わからない。 に該当あり	14.3% (2)	11.7% (7)	8.5% (19)	5.9% (22)	7.5% (50)
09 その他 に該当あり	7.1% (1)	5.0% (3)	4.9% (11)	5.6% (21)	5.4% (36)

※カッコ内は回答件数

設問2-(3) ウ：認知症のある方の退院について、【諸機関の連携に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。（当てはまるもの全て）

（自治体の人口規模別）回答項目の選択割合

認知症のある方の退院について、 【諸機関の連携に係る点で】貴自治 体が特に課題と感じていること（当 てはまるもの全て）	自治体の人口規模				合 計 (n=670)
	50万人以上 (n=14)	20万人以上50万 人未満 (n=60)	5万人以上20万 人未満 (n=223)	5万人未満 (n=373)	
01 医療と介護の情報共有ツールの不十分さにより、情報の共有が滞り、退院が遅れたり本来必要な支援の検討が十分になされなかつたりすること。 に該当あり	35.7% (5)	11.7% (7)	14.3% (32)	15.3% (57)	15.1% (101)
02 住宅環境の把握、家屋調査及び住宅改修が、療法士との連携の遅れ等で進まず、退院が遅れること。 に該当あり	21.4% (3)	3.3% (2)	1.8% (4)	2.9% (11)	3.0% (20)
03 病院と介護支援専門員等の連携の不足により、認識が揃わず、退院が遅れること。 に該当あり	35.7% (5)	18.3% (11)	11.2% (25)	9.4% (35)	11.3% (76)
04 病院と介護支援専門員等の職種の違いに起因する、見解やゴール設定の相違により調整が遅れ、退院が遅れること。 に該当あり	35.7% (5)	26.7% (16)	19.3% (43)	13.9% (52)	17.3% (116)
05 退院時カンファレンスに出席の望ましい職種の参加がない、又は退院時カンファレンスが開かれない等で、本来必要な支援の検討が十分になされないこと。 に該当あり	35.7% (5)	33.3% (20)	27.8% (62)	19.8% (74)	24.0% (161)
06 退院が急に決まる、急に関係者に知らされる等で、本来必要な支援の検討が十分になされないこと。 に該当あり	71.4% (10)	65.0% (39)	63.2% (141)	62.5% (233)	63.1% (423)
07 本人・家族等の経済的困窮に対し、行政による各種の支援策の調整が遅れ、退院が遅れること。 に該当あり	14.3% (2)	13.3% (8)	14.8% (33)	8.8% (33)	11.3% (76)
08 特にない。 に該当あり	0.0% (0)	8.3% (5)	9.4% (21)	14.2% (53)	11.8% (79)
09 わからない。 に該当あり	21.4% (3)	18.3% (11)	19.7% (44)	12.9% (48)	15.8% (106)
10 その他 に該当あり	7.1% (1)	3.3% (2)	3.1% (7)	2.1% (8)	2.7% (18)

※カッコ内は回答件数

設問2-(3)エ：認知症のある方の退院について、【医療提供体制に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。（当てはまるもの全て）

（自治体の人口規模別）回答項目の選択割合

認知症のある方の退院について、【医療提供体制に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていること（当てはまるもの全て）	自治体の人口規模				合 計 (n=670)
	50万人以上 (n=14)	20万人以上50万人未満 (n=60)	5万人以上20万人未満 (n=223)	5万人未満 (n=373)	
01 病院の退院支援部門に医療ソーシャルワーカーが不足しているため、情報収集や自治体との連携がうまく行かず、退院が遅れること。 に該当あり	21.4% (3)	6.7% (4)	9.9% (22)	9.7% (36)	9.7% (65)
02 病院勤務者の認知症対応能力の不足により、退院が遅れること。 に該当あり	21.4% (3)	8.3% (5)	4.9% (11)	5.1% (19)	5.7% (38)
03 入院になされた医療行為に起因する合併症を背景に、入院したときに比べて機能やADLが低下し、それに合わせた在宅環境の整備や退院先の確保のために退院が遅れること。 に該当あり	42.9% (6)	31.7% (19)	34.1% (76)	28.2% (105)	30.7% (206)
04 急性期の医療が一段落した後の転院先が見つからず、退院が遅れること。 に該当あり	71.4% (10)	35.0% (21)	34.1% (76)	25.5% (95)	30.1% (202)
05 施設内の感染症対策が徹底できないという理由で、認知症のある方の受け入れが困難又は消極的な施設が存在し、それにより退院が遅れること。 に該当あり	14.3% (2)	5.0% (3)	5.8% (13)	5.9% (22)	6.0% (40)
06 認知症のある方の入院医療に消極的な医療機関があり、本来必要な入院期間よりも短い期間での退院が発生すること。 に該当あり	35.7% (5)	36.7% (22)	24.7% (55)	30.3% (113)	29.1% (195)
07 入退院支援加算等の報酬と比べて、医療機関の負荷が大きいため体制が整わず、調整が遅れ、退院が遅れること。 に該当あり	0.0% (0)	1.7% (1)	1.8% (4)	0.5% (2)	1.0% (7)
08 病院のベッドの空き状況、在院日数などの都合で、本来必要な入院期間よりも短い期間で退院を迫られること。 に該当あり	35.7% (5)	31.7% (19)	27.8% (62)	26.3% (98)	27.5% (184)
09 病院のベッドの空き状況、在院日数などの都合で、入院期間が必要以上に長くなること。 に該当あり	0.0% (0)	1.7% (1)	2.2% (5)	1.9% (7)	1.9% (13)
10 入院中の本人のBPSD（認知症の行動・心理症状）の悪化等により、病院から早期の退院を迫られること。 に該当あり	57.1% (8)	41.7% (25)	49.3% (110)	53.1% (198)	50.9% (341)
11 入院中に認知症に関連する薬剤投与の調整が生じ、退院が遅れること。 に該当あり	7.1% (1)	8.3% (5)	2.2% (5)	2.7% (10)	3.1% (21)
12 病院内の医師、看護師、社会福祉士等による多職種連携が不足しているため、退院が遅れること。 に該当あり	28.6% (4)	1.7% (1)	2.7% (6)	2.4% (9)	3.0% (20)
13 入院後に要介護認定を早期取得するための病院側の体制がとられておらず、退院が遅れること。 に該当あり	14.3% (2)	10.0% (6)	2.7% (6)	4.0% (15)	4.3% (29)
14 特にない。 に該当あり	0.0% (0)	6.7% (4)	6.7% (15)	9.4% (35)	8.1% (54)
15 わからない。 に該当あり	21.4% (3)	21.7% (13)	20.6% (46)	14.7% (55)	17.5% (117)
16 その他 に該当あり	0.0% (0)	3.3% (2)	2.7% (6)	1.3% (5)	1.9% (13)

※カッコ内は回答件数

設問2-(3) オ： 認知症のある方の退院について、【介護提供体制に係る点で】貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。（当てはまるもの全て）

（自治体の人口規模別）回答項目の選択割合

認知症のある方の退院について、 【介護提供体制に係る点で】貴自治 体が特に課題と感じていること（当 てはまるもの全て）	自治体の人口規模				合 計 (n=670)
	50万人以上 (n=14)	20万人以上50万 人未満 (n=60)	5万人以上20万 人未満 (n=223)	5万人未満 (n=373)	
01 医療ニーズを持つ認知症のあ る方を受け入れられる介護施設 が少なく、退院が遅れること。 に該当あり	42.9% (6)	51.7% (31)	37.2% (83)	40.5% (151)	40.4% (271)
02 退院・退所加算等の報酬と比 べて、介護支援専門員の負荷が 大きいために体制が整わず、退 院が遅れること。 に該当あり	7.1% (1)	5.0% (3)	4.5% (10)	4.0% (15)	4.3% (29)
03 訪問介護等を担う人材や事業 所の不足により、退院後の支援 調整に時間を要し、退院が遅れ ること。 に該当あり	21.4% (3)	28.3% (17)	35.0% (78)	38.1% (142)	35.8% (240)
04 特にない。 に該当あり	14.3% (2)	5.0% (3)	14.8% (33)	20.4% (76)	17.0% (114)
05 わからない。 に該当あり	35.7% (5)	26.7% (16)	30.5% (68)	17.2% (64)	22.8% (153)
06 その他 に該当あり	7.1% (1)	8.3% (5)	3.6% (8)	4.8% (18)	4.8% (32)

※カッコ内は回答件数

設問2-(3) カ： イ～オ以外の課題について、貴自治体が特に課題と感じていることを選択してください。（当
てはまるもの全て）

（自治体の人口規模別）回答項目の選択割合

イ～オ以外の点で、貴自治体が特に 課題と感じていること（当てはまる もの全て）	自治体の人口規模				合 計 (n=670)
	50万人以上 (n=14)	20万人以上50万 人未満 (n=60)	5万人以上20万 人未満 (n=223)	5万人未満 (n=373)	
01 アドバンス・ケア・プラン ニング（ACP）の普及の遅れによ り、入院中においてケアの方針 が定まらず、退院が遅れるこ と。 に該当あり	35.7% (5)	25.0% (15)	18.8% (42)	15.0% (56)	17.6% (118)
02 成年後見制度の利用促進の遅 れにより、入院中において意思 決定を担えるキーパーソンが不 在となり、退院が長引くこと。 に該当あり	50.0% (7)	40.0% (24)	40.4% (90)	27.3% (102)	33.3% (223)
03 特にない。 に該当あり	7.1% (1)	20.0% (12)	25.6% (57)	35.9% (134)	30.4% (204)
04 わからない。 に該当あり	21.4% (3)	25.0% (15)	24.7% (55)	26.3% (98)	25.5% (171)
05 その他 に該当あり	14.3% (2)	6.7% (4)	4.9% (11)	4.3% (16)	4.9% (33)

※カッコ内は回答件数

設問3-(1)イ：基幹型地域包括支援センターの設置の有無について選択してください。（どれか1つ）

（自治体の人口規模別）回答項目の選択割合

基幹型地域包括支援センターの設置の有無について選択してください。（どれか1つ）	自治体の人口規模				合 計 (N=670)
	50万人以上 (N=14)	20万人以上50万人未満 (N=60)	5万人以上20万人未満 (N=223)	5万人未満 (N=373)	
01 設置あり に該当あり	28.6% (4)	36.7% (22)	31.4% (70)	21.4% (80)	26.3% (176)
02 設置の予定あり に該当あり	0.0% (0)	3.3% (2)	2.7% (6)	0.3% (1)	1.3% (9)
03 設置の予定なし に該当あり	71.4% (10)	60.0% (36)	65.9% (147)	78.3% (292)	72.4% (485)

※カッコ内は回答件数

設問3-(1)ウ：機能強化型地域包括支援センターの設置の有無について選択してください。（どれか1つ）

（自治体の人口規模別）回答項目の選択割合

機能強化型地域包括支援センターの設置の有無について選択してください。（どれか1つ）	自治体の人口規模				合 計 (N=670)
	50万人以上 (N=14)	20万人以上50万人未満 (N=60)	5万人以上20万人未満 (N=223)	5万人未満 (N=373)	
01 設置あり に該当あり	7.1% (1)	8.3% (5)	9.0% (20)	2.1% (8)	5.1% (34)
02 設置の予定あり に該当あり	0.0% (0)	0.0% (0)	0.4% (1)	0.5% (2)	0.4% (3)
03 設置の予定なし に該当あり	92.9% (13)	91.7% (55)	90.6% (202)	97.3% (363)	94.5% (633)

※カッコ内は回答件数

2 市区町村及び関連諸機関を対象としたヒアリング調査

インタビューシート

2024年2月●日

●●市 ●●部 ●●課 御中

「医療介護連携事業の推進における認知症のある方の
入院受け入れと退院支援の現状と課題に関する調査研究」
ヒアリングでお願いしたい事項

以下の項目について、可能な範囲でご教示いただけましたら幸いです。

1. 貴自治体における高齢化等の動向と、認知症のある方の入退院に関する社会資源の概要を教えてください。
 - ✓ もしわかりになれば認知症患者数の動向など
 - ✓ 認知症のある方が利用する医療機関や在宅医療の状況
 - ✓ 認知症の方が利用する介護サービスの状況
 - ✓ 貴自治体の地域の医療・介護のニーズや提供体制における特徴(近隣の自治体と比べて違う部分など)
など
2. 認知症のある方の入院支援の現状と課題をお聞かせください。
 - ✓ 地域包括支援センター
 - ✓ 認知症初期集中支援チーム
 - ✓ 認知症疾患医療センターとの連携
 - ✓ 認知症地域支援推進員
など
3. 認知症のある方の退院支援の現状と課題をお聞かせください。
 - ✓ 医療機関との調整
 - ✓ 病院関係者と介護支援専門員等の連携
 - ✓ 介護関係者との連携
 - ✓ 医療関係者と介護関係者の情報共有
 - ✓ 身寄りのない方の退院支援
など

4. アンケートの2(4)「認知症のある方の入退院支援の促進や質の向上のために、貴自治体で実施している取組」でご記入いただいた回答について、具体的な内容をご説明いただきたく存じます。
 - ✓ (各自治体のアンケート回答に基づいた質問)
 - ✓ 貴自治体における認知症患者さんをどのように医療や介護につなげてきたか、もし典型的なケースや困難だったケースなど、具体的なエピソードがあれば、教えてくださいいただけますと幸いです。
5. 認知症のある方の在宅療養や入院・退院、医療と介護の連携に関する今後の課題や展望についてお聞かせください。
6. 医療介護連携事業において、認知症の入退院に関して将来的に実施することをご検討中の取組があれば、お聞かせください。
 - ✓ 認知症基本法の施行を受けて、新たにご検討されていることはございますか。
7. その他、認知症のある方の入退院支援に関して、厚生労働省へのご要望やご提案がございましたらお聞かせください。

令和5年度 厚生労働省保険局委託
医療介護連携事業の推進における認知症のある方の
入院受け入れと退院支援の現状と課題に関する調査研究
報告書

令和6(2024)年3月

委託先:株式会社 健康保険医療情報総合研究所
Planning, Review and Research Institute for Social insurance and Medical program (abbr. PRRISM)

〒100-0013

東京都千代田区霞が関三丁目2番1号 霞が関コモンゲート 西館 20階

TEL:03-6257-3914

禁無断転載