

厚生労働科学研究費補助金（認知症政策研究事業）
分担研究報告書

複雑困難状況にある高齢者を対象としたアウトリーチ型相談事業の
あり方の検討に関する研究

研究分担者 井藤佳恵 東京都健康長寿医療センター研究所・研究部長

研究要旨

高齢者を対象とするアウトリーチ型相談事業の歴史を概観すると、従来、精神疾患をもつ人に対するアウトリーチ型相談は、精神保健事業が担っていた。人口の高齢化を背景として、この精神保健事業から高齢者精神保健事業が独立し、そこからさらに認知症を取り出したのが認知症初期集中支援推進事業であると考えることができる。アウトリーチ型相談事業の対象には、種々の事情によって自ら相談窓口足を運ぶことが困難な者が含まれるため、いわゆる支援困難事例を扱うことも求められる。実際、令和3年度老健事業で行われた調査では、認知症初期集中支援チームの37%が、主たる役割を「困難事例対応」と回答している。

本研究の目的は、「認知症初期集中支援推進事業と、高齢者精神保健事業の間にあるギャップを明らかにし、それに対する対策を提示することである。

まず令和4年度に高齢者困難事例が抱える困難事象の分析的枠組みを開発した。翌令和5年度に、東京都板橋区をフィールドとして、上記分析的枠組みを用いて認知症初期集中支援推進事業と高齢者精神保健事業の対象者の特徴を分析した。その結果、地域には今も高齢者精神保健の支援ニーズがあるのだが、とくに認知症初期集中支援推進事業の開始後、精神保健事業が適切に利用されなくなっており、これが精神疾患を持つ人の、共生社会からの排除につながっている可能性が把握された。

この結果を受け、「認知症初期集中支援推進事業が軌道に乗り、認知症の人たちの包摂が進む。けれども、認知症以外の精神疾患をもつ人たちが共生社会から排除される」ということにならないための仕組みとして、地域精神科コンサルテーション・リエゾン・サービスを提案した。

A. 研究目的

本研究の目的は、「認知症初期集中支援推進事業と、高齢者精神保健事業の間にあるギャップを明らかにし、それに

対する対策を提示することである。

B. 研究方法

まず、東京都板橋区をフィールドとして、

認知症初期集中支援推進事業の対象者 213 人、および、高齢者精神保健相談の対象者 121 人の相談記録を用いて、両事業の対象者の特徴を抽出した。次に、各事業に関わる専門職に対するインタビューおよびフォーカス・グループ・ディスカッションを実施し、事業に関わる専門職が、同事業の利用が不相当と感じるケースの特徴を抽出した。

(倫理面への配慮)

本研究は、東京都健康長寿医療センターの倫理審査委員会により承認を受けた。

C. 研究結果

認知症初期集中支援推進事業の中核的な対象者は、認知症に集約される困難事象を抱え、介護保険サービスの導入によって QOL の向上が期待される、軽度アルツハイマー型認知症者で、平均年齢は 81.6 ± 6.2 歳であった。これに対して高齢者精神保健相談事業の中核的な対象者は、認知症の有無に関わらず、精神症状あるいはパーソナリティの偏りが目立つ高齢者で、困難事象が重層しているためにソーシャルワークの方針が立てられない者で、平均年齢は 79 ± 7.4 歳であった。

現行のアウトリーチ型相談事業の運営の下で生じている課題として、以下のことが挙げられた。

- ・受診や介護保険サービスの導入に困難がある者のうち、強い BPSD がない軽度認知症ケースは認知症初期集中支援事業の良好な適応である。
- ・一方、認知症初期集中支援事業では、以下のようなケースへの対応が困難であっ

た：

- 1) 認知症以外の精神疾患の併存
- 2) 長年継続している家族の問題や虐待
- 3) 事態がすでに切迫している近隣とのトラブルや詐欺被害といった、比較的大きな社会的困難

- ・ここに上げた 1) 2) 3) の特徴は、高齢者精神保健相談事業ではしばしば扱うものであった。

D. 考察

板橋区の認知症初期集中支援チームは、精神科領域の専門職をまったく含まない、いわば、プライマリケアへのタスクシフトモデルである。認知症のプライマリケアへのタスクシフトは世界的な潮流であり、資源配分を見れば非常に現実的、かつ、身体疾患を持つことが多い高齢者への対応として、多くのメリットがある。

板橋モデルとしての提案は、タスクシフトモデルに、すでに総合病院では当たり前になっている精神科 CLS を組み合わせることである。それによって、認知症以外の精神疾患をもつ高齢者を排除することなく、認知症初期集中支援推進事業の、より有効かつ効率的な運用が可能になると考える。

E. 結論

認知症アウトリーチ支援のタスク・シフティングは一定の効果を示す一方で、従来精神保健・精神医療が担ってきた複雑困難事例への対応には限界がある。プライマリケア医主導の認知症初期集中支援推進事業と、精神科医主導の高齢者精

神保健相談事業間で協働体制を整備することで、持続可能で包括的な認知症ケアが可能となる。

なお、両事業の適切な利用を促進する目的で、事業利用のためのチャートを作成し、自治体の事業担当者および両事業に関わる専門職に配布した。資料として提示する。

F. 研究発表

1. 論文発表

1. Ito K. Older people living in the community with delusion. *Geriatr Gerontol Int*. 202;24(S1):118-22.
2. Ito K, Okamura T. Task-shifting in Dementia Care: A comparative analysis of consultation models and proposed collaborative ecosystem in Japan. *Frontiers in Psychiatry*. 2025 (in press).
3. Ito K, Tsuda S: Effects of clinical stage, behavioral and psychological symptoms of dementia, and living arrangement on social distance towards people with dementia, *PLoS One*;20(1):e0317911 2025
4. Ito K, Ura C, Sugiyama M, Eda Hiro A, Okamura T: Regional differences in the clinical practice of dementia support doctors: comparison between the Tokyo and Tohoku regions, *Psychogeriatrics*;25(2):e70012 2025
5. 井藤佳恵. 「共生」ということば. *心と社会*. 2024;195:68-73.
6. 井藤佳恵. エイジズムと精神疾患のステイグマ. *老年精神医学雑誌*. 2024;35(4):335-42.
7. 井藤佳恵. 精神疾患のある子をもつ認知症高齢者の支援から. *こころの科学*.

2024;236:39-44.

8. 井藤佳恵. 医学・医療の不確実性と医の倫理. *日本精神科病院協会雑誌*. (印刷中)
 9. 井藤佳恵. 老年期の妄想と社会的孤立. *生存科学*. ;35(1):23-33 2024
 10. 井藤佳恵. 医学・医療の不確実性と医の倫理：重い精神疾患を抱える人の、身体合併症医療における意思決定. *日本精神科病院協会雑誌*. 2024 (総説、査読なし) ; (印刷中) .
 11. 井藤佳恵: 地域におけるフレイル予防事業と認知症対応事業の連携について：社会的包摂や地域における認知症ケアの視点から, *東京都介護予防・フレイル予防推進支援センター メールマガジン*;5 2025
- ##### 2. 学会発表
1. Ito K, Tsuda S. Understanding and reducing social distance towards people living with dementia. 2024 EASP (East Asian Social Policy) FISS (Foundation for International Studies of Social Security) Joint Conference; Kyoto. 2024.6.14
 2. 井藤佳恵. シンポジウム「精神科医療における意思決定支援の意義と限界」精神科医療における意思決定支援の実践. 法と精神医療学会; 専修大学神田キャンパス. 2024.12.21
 3. 井藤佳恵. 「認知症の診療体制の確保について、その現状と課題」. 第43回日本認知症学会学術総会 ダイバーシティ推進委員会シンポジウム; 福島. 2024.11.22
 4. 井藤佳恵. ワークショップ精神障害・高齢者の医療における倫理的課題とその対応. 第37回日本総合病院精神医学会総

会; 熊本城ホール. 2024.10.29

5. 井藤佳恵. 日本老年精神医学会第 12 回
心理士講習会「認知症等高齢者の地域ケ
ア」高齢者の幻覚妄想状態と社会的孤立.
日本老年精神医学会; 配信. 2024.9.26-
10.31
6. 井藤佳恵. 共通講習「医療倫理」医学・医
療の不確実性と医の倫理. 第 13 回精神科
医学会学術大会 2024.7.26

G. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む.)

1. 特許取得
該当なし
例) 該当なし
2. 実用新案登録
該当なし
例) 該当なし
3. その他
該当なし
例) 該当なし

Reference

なし

板橋区・高齢者を対象としたアウトリーチ型相談事業利用のためのアセスメントシート

2025 年 3 月

Start ●アセスメントに迷う ●全体像がつかみにくい ●課題の優先順位に迷う ●ゴール設定に迷う など

編集・発行：東京都健康長寿医療センター研究所
協力：板橋区おとしより保健福祉センター

地域包括支援センター内で対応しきれない感じがある → なし → 地域包括支援センターで対応

あり

ケースの課題整理

助言がほしい

緊急性なし

初期集中（認知症初期集中支援推進事業）を利用

緊急性あり

専門相談（おとしより専門相談事業）で整理

地域包括支援センターで課題整理が可能

精神的健康
の課題

認知症（疑い）

家族に
関する課題

なし

身体の健康
の課題

なし → 地域包括支援センターで対応

あり 助言がほしい

緊急性あり

サポート医の
訪問 / 受診
できそう

初期集中を利用

緊急性なし

受診に関連して
調整が必要で、
助言がほしい

専門相談で整理

近所づきあいの課題

なし → 地域包括支援センターで対応

あり 助言がほしい

緊急性なし

初期集中を利用

緊急性あり

専門相談で整理

お金の
トラブル

なし → 地域包括支援センターで対応

あり 助言がほしい

判断力等の評価

必要^(注1)

専門相談で評価

不要^(注2)

初期集中を利用

認知症以外の精神疾患
(疑い／判断がつかない
も含む)

専門相談で診たて

あり 助言がほしい

専門相談で整理

※認知症初期集中支援推進事業の対象としたあとで、精神的問題や社会的課題が把握されたケースは、アウトリーチ事業、または、専門相談を利用してください。

(注1) 浪費や滞納が認知機能低下によるものなのか判断できず、介入が必要なのか迷う
(注2) 明らかな認知機能低下あり、介入が必要と判断できる

複雑困難状況にある高齢者——いわゆる高齢者困難事例——と言われる人たちが抱える困難事象は、以下の5つのカテゴリーに分類されます。

課題の種類	どんなこと？	例えば？	具体的にはどんなこと？
精神的健康	認知症やその他の精神疾患（疑いを含む）があり、それが生活を困難にしている*。	●未診断の認知症	認知症を疑うが、未診断で、受診に対する同意が得られない。 診断がつけば、適切な支援方針の立案やサービス導入につなげられる可能性がある。
		●未治療のBPSD（認知症の行動・心理症状）	BPSDを疑う症状があるが、未診断未治療で、受診に対する同意が得られない。 本人の言動がBPSDによるものなのか整理ができれば、適切な支援方針の立案やサービス導入につなげられる可能性がある。
		●未診断の精神疾患（認知症を除く）	認知症以外の精神疾患を疑うが、未診断で、精神科受診に対する同意が得られない／精神科診断があるが、治療を中断しており、精神科受診に対する同意が得られない。 診断や治療可能性を知ることで、適切な支援方針の立案やサービス導入につなげられる可能性がある。
		●精神疾患の急性期	入院適応ではないかと考える精神症状があるが、精神科受診に対する同意が得られない。 診断や治療可能性がわかれば、適切な支援方針の立案や、医療を含めた適切なサービス導入につなげられる可能性がある。
身体 の健康	身体疾患（疑いを含む）があり、それが生活を困難にしている*。	●身体状態に対する無関心	治療が必要な身体疾患が疑われる症状があるが、受診に対する同意が得られない。 身体状態に対する無関心さや受診しないことが、精神症状によるものか整理ができれば、適切な支援方針の立案やサービス導入につなげられる可能性がある。
		●せん妄	せん妄を疑う症状があるが、受診に対する同意が得られない。 診断や対応方法への助言があれば、適切な支援方針の立案やサービス導入につなげられる可能性がある。
		●医療機関とのトラブル	医療費未払い、暴言暴力、妄想にもとづく行動等によって医療機関との間にトラブルがあり、必要な受診ができない。 本人の言動が精神症状によるものなのか整理ができれば、適切な支援方針の立案やサービス導入につなげられる可能性がある。
		●終末期医療の課題	看取りの時期が近いと想定されるが、必要な医療介護サービスの導入に対する同意が得られない。 本人の言動が精神症状によるものなのか整理ができれば、適切な支援方針の立案やサービス導入につなげられる可能性がある。
家族	家族に関する課題（疑いを含む）があり、それが生活を困難にしている*。	●身寄りなし	契約を代行する人が必要だが、現時点で定まっていない。 契約等の法律行為を行う人を適切に定めることによって、適切な支援方針の立案やサービス導入につなげられる可能性がある。
		●家族介護者の精神的健康の課題	家族に認知症その他の精神疾患があり、要支援者（支援が必要な者）が世帯に複数いる状態で、世帯全体の課題を扱う必要がある。 誰にどのような支援が必要なのか整理ができれば、適切な支援方針の立案やサービス導入につなげられる可能性がある。
		●家族がサービス利用の阻害因子	虐待とは言えないが、家族の理解不足により利用が望ましいサービスを導入できない等、家族がサービス利用の阻害因子になっている。 家族の意向の取り扱いや家族への対応について整理ができれば、適切な支援方針の立案やサービス導入につなげられる可能性がある。
		●虐待	親族による虐待（疑い）。
近所づきあい	近隣トラブル（疑いを含む）があり、それが生活を困難にしている*。	●近隣住民に対する攻撃	近隣住民や諸機関に対する執拗な苦情、威嚇等の言動がある。 本人の言動が精神症状を背景とするものなのか整理ができれば、適切な支援方針の立案やサービス導入につなげられる可能性がある。
		●地域社会からの排除	近隣住民、自治会、管理組合等からの苦情、退去勧告、訴訟等により、地域生活の継続が脅かされている。 トラブルの原因となっている本人の言動が精神症状を背景とするものか整理ができれば、適切な支援方針の立案やサービス導入につなげられる可能性がある。
		●いわゆるごみ屋敷	住環境が著しく散らかり不衛生な状況で、近隣苦情が生じていたり、健康への深刻な影響が懸念される。 このような状況に対する精神機能の影響が整理できれば、適切な支援方針の立案やサービス導入につなげられる可能性がある。
お金	お金のトラブル（疑いを含む）があり、それが生活を困難にしている*。	●借金、滞納	滞納による退去勧告、ライフライン停止、医療・介護保険の使用不能や、借金による実質生活保護水準以下の生活。 借金滞納の背景に認知機能低下があるのか判断ができれば、適切な支援方針の立案や、制度利用、サービス導入につなげられる可能性がある。
		●経済被害	経済被害（疑い）。経済被害の背景に認知機能低下があるのかどうか判断ができれば、適切な支援方針の立案や、制度利用、サービス導入につなげられる可能性がある。

*板橋区の高齢者支援事業では、周囲の人たちとの関係の悪化等、必要なサービスにアクセスできない等によって、本人の地域生活の継続がおよびやかされている状態を「生活が困難になっている」状況と定義します。
適切な介入によって本人にとって不利な状況が解消され、認知症や障害の有無によらず、誰もが地域社会に包摂されることを目指します。

令和6年度厚労科研「独居認知症高齢者等の地域での暮らしを安定化・継続化するための研究」