資料４

地域包括支援センター等へのアンケート 集計結果概要

○アンケート名
「メンタルヘルスに不調がある高齢者の医療機関連携に関するアンケート」
○目　　的
メンタルヘルスに不調がある高齢者を支援する際の、連携課題等の把握
○実施時期
令和7年11月17日（月）から12月3日（水）まで
○対　　象
南河内二次医療圏域内の各市町村高齢介護主管課及び地域包括支援センター　計20ヶ所　（回答率90%）
○実施方法
アンケート様式をメールで送付・回答
○内　　容
高齢者の治療における身体科と精神科の連携について課題に感じていること、高齢者が精神科を受診したり治療を継続すること、また連携が円滑になるための工夫等

高齢者の身体科、精神科の受診に関する意見

○かかりつけ医が内科で、高齢者にメンタルの不調がある場合、精神科を受診する方が良いか、まずは内科が良いか、緊急性や入院の必要性を含めて判断に迷うことがある。

○身体的な病気の症状とメンタル不調が区別しにくい。倦怠感や意欲低下、食欲低下の原因がわかりにくいと感じる。

○身体科では、不眠やだるさ等の訴えが精神的要因だと気づきにくく、結果として精神科への受診が遅れやすい。

○高齢者は複数疾患を抱えることが多く、身体科が主治医の場合、精神症状の相談に乗ることが難しい。一方、精神科は身体症状に詳しくないため、どちらが主たる主治医かが曖昧になりやすく、役割分担が不明瞭になる。

○身体科から精神科への紹介をしてもらえないことがある。

○救急では処置のみの対応で終わり、その後、精神科への転院にならないことが多い。

○支援者が緊急性があると思っても、精神科は内科疾患を除外してからと言われる。身体科受診をしてからでは時間がかかり、結局後日診察になってしまう。

○まずは身体の不調を治してから精神科へ受診するようにと言われることがある。

○痛みや苦しみを訴えられ、本人が受診に拒否的でなければ、まず身体的な受診その後精神科という流れも可能だが、受診に拒否的である場合は、1か所受診するだけで精一杯で、次に続かない。

○まずは精神科で一旦診察して、他科か他院と連携していただきたい。

○透析対応できる精神科が少ない。ベッド数が少なく、待機になったり、1か月しか入院できない。

○糖尿病や心疾患など身体疾患と、うつ病・認知症など精神疾患が重なり、治療方針が複雑化する。

○精神科と身体科の調整役をケアマネが行うことがあり、負担を感じる。

在宅での治療継続における課題について

○身寄りがなく、家族がいない場合は、医療につなげたり、見守りや服薬の促しなどの援助が得られず、変化に気づきにくい。

○認知機能などの課題により、服薬管理が難しい。

○身体機能が低下し、交通機関を利用して通院することができない。

○身体機能の低下もあって意欲が低下し、リハビリや精神科の受診につながらない。

○意欲低下により衛生面などが適切に保てない。

○身体介護と精神的サポートの両方が必要で、家族が疲弊しやすい。

○独居の場合、24時間の見守りはできない。自殺企図を止められない

○本人が受診を拒否する場合、受診へのハードルが高く、状態が悪化してからの対応となり、在宅生活ではなく入院や施設への入所に至ってしまう。

精神科への受診拒否（精神科に対するイメージ）について

○精神科受診に抵抗感を持つ高齢者（本人及び家族）が多く、かかりつけ医や身体科が紹介しても受診につながらない。

○精神科の悪いイメージや世間体を気にする高齢者が多い。

○「一度精神科病院などに入院したら二度と自宅には戻ってこれないのではないか」と本人や家族から言われたことがある。

○精神疾患への偏見や「精神科は特別な病気の人が行く場所」という固定観念が障壁になっている。

○メンタルヘルスの不調は誰にも起こる可能性があることを周知する機会を作ることが必要。

受診や連携がスムーズにできるよう取り組んでいること、工夫等

○精神科受診へのハードルを低くするため、受診理由を本人が受入れやすい言葉に置き換え、精神科へ行くことの抵抗を減らすようにしている。

○身体科医から本人へ精神科受診を勧めてもらうと受診しやすいことがあるため、かかりつけ医への橋渡しを丁寧に行うようにしている。

○本人・家族の同意のもと、精神科に事前に相談をして判断を仰いでいる。

○病院のMSWや地域医療連携室に協力を依頼する。

○医療コーディネーターに関わってもらう。

○まず包括の保健師が訪問し、その後保健所につなげている。そこから精神科受診できるよう連携していることが多い。

○認知症初期集中支援チームで関わりを持っている病院に精神科があるため、相談しやすい環境が出来ている。今後は他の精神科とも連携を増やし、相談できる環境をさらに構築していきたい。

○症状が悪化する前の状態から状況に応じてかかりつけ医と連携をとる。

○症状悪化の際には受診調整などを担い、早期に介入できるように、医療と介護が継続した支援体制づくりと信頼関係を築いておく

○ケアマネジメントの際に活用できる「医療介護連携シート」や「もの忘れ連絡箋」、「入退院時連携シート」の書面を活用し、医療機関との連携に努めている。

○医師会作成の連携シートの活用や電話でこまめに連絡を行い、医師からの助言を頂きながら支援している。

その他の意見

〇訪問診療をして頂ける精神科医療機関が多くあると
助かる。

〇精神疾患と認知症の判別が難しい。

〇サービス利用だけでは本人の不安の軽減にはつながら
ない。

〇近隣の方達の理解促進が必要。

〇8050、9060問題などで、子の受診を勧める場合、
連携してほしい。