

平成 29 年度第 3 回練馬区在宅療養推進協議会認知症専門部会会議要録

- 1 日時 平成 30 年 1 月 24 日 (水) 午後 7 時～9 時
- 2 場所 練馬区役所西庁舎 10 階 会議室
- 3 出席者 <委員>
古田委員、平良委員、田邊委員、永沼委員、鶴浦委員、油山委員
志寒委員、神野委員、加藤委員、芹澤委員、川久保委員
中田委員 (高齢施策担当部長・部会長)、屋澤委員 (高齢者支援課長)
西川委員 (高齢社会対策課長)、伊藤委員 (介護保険課長)
清水委員 (地域医療課長)
<事務局>
高齢者支援課
- 4 公開の可否 公開
- 5 傍聴者 1 名 (傍聴者定員 10 名)
- 6 次第
 - 1 開会
 - 2 平成 29 年度事業実施結果について
 - 3 第 7 期練馬区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画素案について
 - 4 認知症ガイドブックの改訂について
 - 5 地域密着型サービス (小規模多機能型居宅介護事業所) の取組と課題
 - 6 在宅療養推進事業アンケートの実施について
 - 7 次期アクションプラン (素案) について
 - 8 グランドデザイン (素案) について
 - 9 その他
- 7 資料 資料 1 平成 29 年度在宅療養推進事業実施結果
資料 2 第 7 期練馬区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画 (素案)
資料 3 認知症高齢者への支援の充実 (案)
資料 4 認知症ガイドブックの改訂 (案)
資料 5 地域密着型サービスの取組と課題
資料 6 在宅療養アンケートの実施について
資料 7 アクションプラン (素案)
資料 8 グランドデザイン構想 (素案)
- 8 事務局 練馬区高齢施策担当部高齢者支援課在宅療養係
電話 03-5984-4597
- 9 会議の概要
(事務局)
【配付資料確認】
(部会長)

【開会あいさつ】

本年は3月までに、3年に1回の第7期計画、高齢者保健福祉計画、介護保険事業計画を策定し、それを平成30年度から実行に移していく。認知症施策についても専門部会委員の意見等を可能な限り反映し、充実を図っている。計画、事業に限らず、認知症施策については継続的に充実を図ってきたいため、引き続き忌憚のない意見・提案、力添えをお願いします。

議題に入る。「平成29年度在宅療養推進事業実施結果」の報告、説明をお願いします。

(事務局)

【資料1の説明】

(部会長)

資料1について意見、質問等あるか。

次の議題に移る。資料2と資料3は関連するため、続けて説明をお願いします。

(事務局)

【資料2の説明】

【資料3の説明】

(部会長)

今後の取り組みについての説明だが、意見、質問等あるか。

(委員)

運転免許自主返納に関しては、交通弱者となった人へのサポートについての記述があると、安心する人がいるのではないかと思う。「高齢者ドライバーへの安全運転の啓発、運転免許自主返納の勸奨」では、「高齢者になったら返納するように」と捉えてしまうため、「認知機能が低下した高齢者」と書くべきなのではないか。

(委員)

資料2の68ページにあるように、「運転時認知障害早期発見チェックリスト30」を活用し、運転免許証の自主返納を促していく。高齢者ドライバーの問題は続いていくため、自主返納の動機付けは、この取り組みをまず始めていき、来年度以降の状況をみて検討していく。

(部会長)

表現は、意見を踏まえて検討をお願いします。

(委員)

資料3に「地域包括支援センター25か所に増設」とあるが、その25か所はどのように決定したのか。その場所の選定の根拠を教えてください。

(委員)

地域包括支援センター運営体制の見直しについては、資料2の31ページにあるように、現在区内には4か所の地域包括支援センターがあり、高齢者相談センター支所はそのサブセンターになっている。高齢者人口が増えていく中で、身近な地域で支援していくため、現在の体制を見直し、高齢者相談センター支所を地域包括支援センターとして位置づけていくことになる。これまで、4か所の高齢者相談センターで退院連携支援等の相談を受けてきたところを、25か所で受けるように見直した。

(委員)

そのことについては理解している。名称でみると「練馬区役所」というのは公の場所であるが、例えば「練馬ゆめの木」「やすらぎミラージュ」「第3育秀苑」は、私的な機関である。なぜ私的な施設を25か所に入れたのか。全て公的なものにしたほうが、公平性があるのではないか。

(委員)

経緯を説明すると、介護保険制度開始前から「在宅介護支援センター」という地域の相談窓口を設置してきたが、地域で高齢者を支えている社会福祉法人等と協議をしながら、身近な地域で相談できるように相談窓口を増設してきた。地域包括支援センターとなる25か所の高齢者相談センター支所は、その施設に紐づいた名前で運営しているため、今回の見直しも引き続き同じ名称を使っていく。今回大きな改正になるため、地域に馴染んだ高齢者相談センター支所を地域包括支援センターとして強化して運営していきたい。今後、名称については将来的な課題として検討していく。

(部会長)

補足する。地域包括支援センターという制度は全国的な制度で、当初から社会福祉法人、医療法人等、地域の実情に応じて、弾力的に設置するという国の制度設計になっている。

練馬区の場合は、総合福祉事務所が主体となり、地域の社会福祉法人、医療法人への設置について、地域バランスを考えながら、長年少しずつ拡大してきたという経緯がある。

新たに25か所設置するが、高齢者の相談支援を長く行ってきた運営実績を踏まえて、今回、高齢者相談センター支所を地域包括支援センターとして運営していくと理解いただきたい。ただ、民間施設は必ずしも区民に馴染みがあるわけではないため、現在、区立施設で用意できる所は順次移転をしている。例えば、敬老館、地域集会所と併設しているような高齢者相談センター支所では、相談件数が多いという実績があり、区立施設への移転は引き続き進めていく。

(委員)

長らく介護の主治医意見書を書いてきて、語弊があるが、地域で一つの施設が長く担っていると、癒着のような、なれが出てくるのではないかと思う。今回の抜本的に25か所にするという試みは、大歓迎であったが、他の場所に動いていない。結果、他の場所に動いていないため、その施設に集中してしまうということが出てくるのではないか、という懸念が少しあり、意見を述べた。抜本的に行うのであれば、他に変えたほうが、公平性があつたのではないかという印象がある。区民からも同じ意見があつたため、伝えたいと思った。

(委員)

今回の見直しも含めて、地域包括支援センターの運営にあたっては、地域包括支援センター運営協議会という区長の附属機関となる会議体があり、その会議でも協議しながら、体制の見直しの検討を進めてきた。また、日頃の運営体制も報告してきた。先に申した経緯もあり、高齢者相談センター支所は、地域に根ざした社会福祉法人等に運営を委託している。地域包括支援センターは、地域づくりという大きな業務もあり、区立施設の活用も含めて、わかりやすく立ち寄りやすい場所での窓口運営を進めていきたい。

(部会長)

練馬区内にも事業所が増えてきているため、地域のことを熟知している高齢者相談センター支所が、連携の先頭役になっていただくことになるが、癒着やなれ合いのようなものになっては、当然いけないと思う。来年度から新たな評価の仕組みを入れていき、運営体制を見ながら、改善すべき

ところは改善していく。

他はいかがか。

(委員)

「認知症・高齢者精神疾患等相談フロー図(案)」について、「認知症専門相談＝認知症初期集中支援チーム」の横に、「認知症疾患医療センターまたは陽和病院に相談」という縦の流れが示されているが、認知症疾患医療センターが認知症初期集中支援チームに協力し、同行している流れが表されていない。認知症疾患医療センターとしては、認知症初期集中支援チームに協力することになっており、この流れはどのようになるか。

(事務局)

認知症疾患医療センターにも認知症初期集中支援チーム員として協力いただいている。認知症専門医と相談対応について相談しているところであるが、認知症初期集中支援チームの対象を明確にしていく。例えば、家庭での介護が安定している、医療機関を探している等の場合は、地域包括支援センターで支援し、認知症が進行して対応困難になってきた等の事例については、「【2-①】認知症専門相談＝認知症初期集中支援チーム」や「【2-②】認知症疾患医療センターまたは陽和病院に相談」につなげ、入院が必要な事例は、東京都中部総合精神保健センターを活用していくというような、認知症の人の状態に応じて、相談事業を行っていくという方向で話をつめているところである。

(委員)

地域の認知症サポート医が同行している処遇困難事例は、認知症初期集中支援チームで対応することがなくなるのであろうか。

(事務局)

支援方針等の相談を受けることはあるが、処遇困難事例については、認知症サポート医が直接かわるということは、極力なくしていきたいと思っている。

(委員)

確認だが、このフロー図にある「【2-①】」や「【2-②】」は、どこの文書の番号を指しているのか。

(事務局)

説明が足りず申し訳なかったが、実はこのフロー図の付く、相談事業のマニュアルがある。マニュアルは、関係者と協議しながら現在作成中である。

(部会長)

他にいかがか。

(委員)

「認知症高齢者への支援の充実(案)」の「(2)介護者支援」のところで、「介護離職防止啓発リーフレットを区内事業所に配布」とあるが、リーフレットはどこに配布されるのか。配布するだけでなく、相談できる窓口などを設けるのか、具体的な方策があれば教えていただきたい。

(事務局)

具体的なところは、これからつめていくところである。区内の法人会、産業団体を通し、会員に配布することを考えている。

(委員)

家族介護者の介護と仕事の両立の調整等の相談は、高齢者相談センターで受けている。他では、介護者は精神的に追い詰められていることがあり、介護サービスとは別に、心のはげ口として、「介護なんでも電話相談」事業の利用促進の取り組みを引き続き進めていきたい。

(部会長)

リーフレット配布だけでなく、相談につながるようにという主旨の提案であり、検討をお願いする。

次の議題に進む。

(事務局)

【資料4の説明】

(部会長)

認知症ガイドブックは、配布し、学習会等で使っていただくものである。意見等あるか。

(委員)

11 ページ「権利擁護の相談」で、先ほどの報告の中でも「権利擁護」ということがあり、提案ではないが、後見制度を使うという話を現場で聞くようになった。現場では、待ったなしの状態、財産をどうするかという問題が出てきており、そのことに誰が先に気付くかということ、ケアマネジャーである。そして、本来のケアマネジャーの業務ではないが、そこにケアマネジャーが踏み込まざるを得ない現状が時々見られる状況がある。実際、ケアマネジャーや事業所で、同じような事例や問題があると思う。他の事業所等ではいかがか。

(委員)

権利擁護事業等につなぐと時間がかかるため、急を要する場合か。

(委員)

急を要さずとも、財産があるということがわかっていながら、誰も管理できないという状況があるかと思う。

(委員)

ケアマネジャーが関与できないので、離れて暮らす家族に連絡することしかできないのが実情である。実際、困っているケアマネジャーは多くいると思う。利用者の判断能力を見極める時間が必要であり、早急には決められない問題であると思う。実際に困っている現状は確かにある。

(委員)

金銭管理の問題は重要で、消費者被害も多く発生しているため、防いでいかなければいけない。高齢者相談センターにもそのような通報があり、その対応としては、成年後見制度の活用がひとつあり、ひとり暮らし高齢者は、総合福祉事務所と連携して、区長申し立てという方法がある。何か異変等がある時は、区の窓口情報を寄せてほしい。

(委員)

ケアマネジャーや区の職員等が、待ったなしで金銭管理をしているという事例は多々あると思う。後見人がつく、権利擁護事業が利用できるまでの間をどのようにするか、という大きな課題があると思う。

(委員)

要介護認定後の報告を聞く中で、公平性に疑問を抱く内容もあったが、このような問題についての責任は誰がとるのか。

(委員)

金銭管理の問題を機にして、適正な運営という話になったと認識しているが、高齢者相談センター支所の運営体制は高齢者支援課で管理している。金銭管理については、総合福祉事務所が鍵となる。致し方ない金銭管理が発生する場合は、総合福祉事務所の高齢者支援係が支援する。今後、地域包括支援センターが25か所になるが、総合福祉事務所との連携を強めて、金銭管理の支援をしていく。

(部会長)

地域包括支援センターは区の事業であり、区の職員であろうと、委託であろうと、公平性に欠くことがあれば、区の責任になる。その点ははっきりさせておく。

(委員)

ケアマネジャーとの話の中で、ひとり暮らしの認知症高齢者の事例で、離れて暮らす家族が来ると日常の反応と違うため、家族に普段の状態が伝わらず苦勞しているという話を聞いている。

16ページの「認知症の経過と対応」で、「相談・生活支援」の所に「ほっとサポートねりま」とあるが、「いずれ認知症の人は金銭管理ができなくなる」ということを示して、金銭問題は、ケアマネジャーが行うことができない旨も記載したほうがよいと思う。この問題については、うたっておかないと見過ごす所であり、金銭問題はもめるものでもあるため、認知症ガイドブックに記載があれば、家族や周囲の人もはっきりわかるのではないか。

(委員)

わかりやすい表記を検討する。

(委員)

「金銭管理ができなくなる、自分のことが判断できなくなる」といった、進行した状態の情報をきちんと伝えることは、非常に重要だと思うが、わかりやすい表現は、読んだ認知症の本人が自信を失う可能性もあり、配慮が必要である。「ケアマネジャーは金銭管理を行うことができない」までは記す必要はないと正直思うが、認知症ガイドブックに関しては、「認知症が更に進行すると服薬や金銭の管理が困難になる」ということが、どこかに書いてあれば良いのかと思う。

(委員)

本人と家族にも見ていただきたいため、配慮しながら検討する。

(部会長)

他はいかがか。

(委員)

19ページの「うめさん」のイラストを「小規模多機能型居宅介護事業所を利用したり、・・・ストレスを発散しています」という内容に合わせたものに変えていただくことはできるか。

(委員)

イラストの変更も検討する。

(事務局)

3月までに改訂を終え、4月発行を考えているため、意見等あれば事務局までお願いしたい。

(部会長)

次の議題に移る。

(事務局)

これまでも、認知症対応型共同生活介護（以下「グループホーム」という）、訪問看護について委員から報告いただき、その取り組みの共有や課題について検討してきた。今後の方針として示されている、認知症の人と家族にとって、地域密着型サービスの活用が、在宅生活を継続していく要となってくると思う。今回は認知症の人の在宅生活で、「通い・泊まり・訪問」と柔軟に対応し、看取りまで行っている小規模多機能型居宅介護事業所を取り上げ、既存の介護サービスや医療との連携課題について検討したい。

委員に説明をお願いする。

(委員)

【資料5の説明】

(事務局)

質問等、それぞれの委員の立場で抱えている課題等の意見を聞きたい。

委員の事業所では看取りを行っているが、医療介護連携の課題についてはいかがか。

(委員)

グループホームは少人数であるため、看取りについての経験値は、特別養護老人ホームに比べると少ないと思う。

昨年10月に、東京都の依頼で、職業訓練校の指導員を対象に、施設での看取りの講演を行った。特別養護老人ホームとの二本立てでの講演の依頼で、その際に、グループホームの看取りとは何かと考え、3つの課題があると思い、話をした。

一つ目は、何よりも本人と家族の思いで、その思いをいかに引き出し、それを医療の言葉、介護サービスの言葉に翻訳して、うまく生かしていくことが大切であると思う。そのために医療的な知識が必要で、サービスに対する深い知識が必要である。

二つ目は、そうは言ってもグループホームのスタッフは医療者ではないため、急変にどのように対応していくかが非常に難しい。地域密着型サービスであるグループホームでは医療連携体制加算があり、医療と密接に連携することによって加算が得られるが、そうは言っても、例えば「酸素飽和度」について細かく説明できる介護職がどの位いるか。スタッフは、医療的知識と本人、家族への説明力も必要である。

三つ目は、いかにうまく生きるかは、いかにうまく死ぬかであると思う。自分の望むように旅立てる、家族が望むように見送ることができるよう、そのために本人と家族を中心として、意見の一致を得て、共同作業のチームとして組んでいくには、絶対的な信頼感が必要である。本人、家族は「グループホームで看取ってほしい」と言っているが、直前に本人が苦しむとなると「病院で何とかできるのではないかと揺れる。それでも迷いながら、「何とかグループホームで死なせてほしい」と言う。その中で、信頼を受けて応えるために、どのようにできるかと考えさせられる。在宅医療を通じて、どのようにして具体的に支えていくか、たいへん難しいことであり、勉強を重ねていかなければいけないと思う。医療と介護の連携、本人と家族との信頼、本人・家族とスタッフとの信頼関係がとても大切なのではないかとと思う。サービスのつなげ方などは、後からついてくるものあ

って、まずは、信頼関係と本人の意志を生かす強い意志、「この練馬でなら認知症があっても望むように死ぬことできる」ということをいかに支えていくか、という強い意志が必要なのではないかと思う。

(事務局)

小規模多機能型居宅介護事業所の事例の中でも、訪問診療医が決まっていると急変時に対応でき、訪問診療医が決まっていないというところで課題が出てきている。

認知症疾患医療センターとして、急性増悪のような状況になった事例で相談を受けた時には、どのような仕組みになっているか。

(委員)

認知症疾患医療センターの相談員に一報が入り、外来日を決めて来院いただく形態になっている。

小規模多機能型居宅介護事業所利用者が受診することがあり、BPSD（行動・心理症状）の薬の調節を、はじめは1週間ずつ行い、入院に至らないでいる事例が増えてきている。

今回議題になったということは、小規模多機能型居宅介護事業所の利用者が少ないということか。ケアマネジャーが変わることが、ネックになるということであろうか。

(委員)

当事業所では、そのような状況である。居宅介護支援事業所のケアマネジャーからの紹介で見学に来られるが、ケアマネジャーが変わるということを知ると、もう少し症状が進行した時や介護が大変になった時に利用できれば、という判断になる様子が見られる。

(委員)

小規模多機能型居宅介護事業所を紹介しても、ケアマネジャーとの関係があると介護サービス利用の変更は容易ではない印象である。

(委員)

ケアマネジャーを変更する機会や最初から小規模多機能型居宅介護を利用し、看取りまで行う事例が多い。

(委員)

練馬区全体でも同じような傾向にあるのか。

(委員)

今の「小規模多機能型居宅介護を利用する際にケアマネジャーが変わる」ということは、国のほうでも、「ケアマネジャーが変わらずに小規模多機能型居宅介護の利用を」という議論もあったようである。

小規模多機能型居宅介護事業所は、本人の様子を施設全体で把握できる。ケアマネジャーとの関係がネックになるというよりも、ひとつのポイントになっていると認識している。

区内の小規模多機能型居宅介護事業所は16か所あり、まだ利用枠に空きがあり、利用促進に知恵をいただきたい。

(委員)

グループホーム入居相談を受ける時に、小規模多機能型居宅介護や認知症対応型通所介護を利用して、在宅生活の継続が可能ではないかと思われる事例でも、介護家族は限界を感じてグループホーム入居を希望しているため、これ以上の在宅介護の継続は困難であるとの訴えがある。そこまで

追い込まれないうちに、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型通所介護を利用しながら、在宅生活からいきなり施設ではなく、軟着陸のように施設利用ができればよいのではないかと、いつも感じている。

(委員)

話が戻るが、居宅介護支援事業所のケアマネジャーが、小規模多機能型居宅介護の利用を勧めているのは、認知症の問題や遠距離介護等の問題を抱えている事例である。

小規模多機能型居宅介護の良い点は、スタッフ全員がケアマネジャーの視点に立つことができ、支援を終えて事業所に帰ってきたスタッフが、送迎や訪問の場面で気になる点をケアマネジャーに報告し、一日中事業所で打ち合わせが行われ、軽微なケアプラン変更が事業所の中でできている状態である。

(委員)

介護家族の中には、小規模多機能型居宅介護を利用してよかったという意見と小規模多機能型居宅介護の利用はやめた、という2つの意見があった。利用をやめた事例では、日中のプログラムが合わなかったため、違うプログラムの活動をさせたい希望があった。ケアマネジャーが変わることは、やはりネックになっているのと利用負担額が高くなるということである。

(事務局)

制度上の課題があるが、国の動向を注視していきたい。医療的な課題に関しては、認知症専門医との連絡会があり、その中で提案しながら、在宅での認知症支援、地域密着型サービス利用者との医療連携について考えていきたい。認知症地域生活講座等で、地域密着型サービスの周知も含めた利用促進を今後も図っていく。

(部会長)

課題の共有は大事であり、このような機会で様々なサービスの紹介をしていきたい。

次の議題に移る。

(委員)

【資料6の説明】

(部会長)

次に進む。

(事務局)

【資料7の説明】

【資料8の説明】

(部会長)

その他の案内をお願いします。

(事務局)

【認知症予防学会東京大会・プレイベントの案内】

(委員)

【オレンジバーの紹介】

関町地域の認知症を支えるおたがいさまの会で、認知症に関わる人が集まり、話し合いを行っている。今回は、参加者でユニバーサルデザインフード・介護食の試食をする。先ほどの医療連携の話

で言えば、病棟では「口から食べさせることはできない」と診断され、認知症がある本人は「頑張って食べられるようになりたい」ということを伝えることができず、食べることができない人として退院してきて、介護職も気づかないまま、食べることなく亡くなっていくという姿があり、ソフト食等を使うことによって、口から食べることができる、ということはこのようなイベントを通して伝えることができたらいと思う。

(部会長)

全体を通して質問等はあるか。

他に報告等なければ、次回の日程について案内をお願いします。

(事務局)

平成30年度第1回は5月に予定している。後日、日程調整の連絡をする。

(部会長)

以上で第3回練馬区在宅療養推進協議会認知症専門部会を終了する。