

平成 25 年度第 2 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 25 年 10 月 30 日（水） 午後 7 時～9 時
- 2 場所 練馬区役所本庁舎 5 階庁議室
- 3 出席者 <委員>
古田委員、辻委員、田邊委員、上原委員、鶴浦委員、青木委員、志寒委員
加藤委員、山田委員、宇都委員、渡部委員、芹澤委員、中島委員
中田委員（福祉部長）、中田委員（高齢社会対策課長）
荷田委員（介護保険課長）枝村委員（光が丘総合福祉事務所長）
佐古田委員（地域医療課長）
<事務局>
高齢社会対策課、高齢者相談センター、地域医療課
- 4 公開の可否 公開
- 5 傍聴者 0 名 （傍聴者定員 10 名）
- 6 次第
1 部会長あいさつ
2 交代委員の委嘱
3 第 1 回練馬区在宅療養推進協議会認知症専門部会に寄せられた意見について
4 医療・介護従事者アンケート調査結果について
5 課題の整理と考えられる対応の方向性について
6 在宅療養推進区市町村支援事業(都モデル事業)について
7 その他
- 7 資料
資料 1 第 1 回練馬区在宅療養推進協議会認知症専門部会に寄せられた意見
資料 2 在宅療養に関するアンケート調査結果概要
資料 3 課題の整理と考えられる対応の方向性
資料 4 在宅療養推進区市町村支援事業の取組について
- 8 事務局 練馬区健康福祉事業本部福祉部高齢社会対策課認知症対策係
電話 03-5984-4597

9 会議の概要

（事務局）

【配付資料確認】

（部会長）

こんばんは。また夜分にお集まりいただきありがとうございます。今日は第 2 回目ということでまた議論を深めて参りたいと思います。ご協力よろしくお願ひします。

さっそく始めさせていただきますが、委員の人事異動がありまして退任されたということで、後任の委員を委嘱させていただくことになりました。委員から一言お願ひします。

（委員）

小規模多機能型居宅介護の運営法人の代表でございます。合わせて地域で民生委員をさせていただきながら、NPO 法人では区の介護保険の一部お手伝いをさせていただき、いろいろと皆様にご指導いただいております。この委員会でご指導いただきながら研鑽を深め、区民の方々の姿勢を大事にしながら出席させていただきたいと思っておりますのでよろしくお願いいたします。

(部会長)

ありがとうございました。それでは、ここから資料等に基づきまして議論の方に入らせていただきます。まず、お手元の資料1として第1回の認知症専門部会のおさらいと申しますか、議論を整理したものを用意しておりますので事務局に説明してもらいます。

(事務局)

【資料1の説明】

(部会長)

第1回をこのようにまとめたのですが、皆様ただいまの説明で疑問な点、感想、ご意見等ございましたらご発言をお願いします。

(委員)

いろいろな意見が出たのをきれいにまとめて下さりありがとうございます。「課題が非常に多い」というのが正直な感想で、それぞれの立場からの意見ということで、当事者の方からみると課題が山積みということだと思いますので、今日の会議でどういう話になっていくのか、また、どうアンケート結果と合わせていくのか、と思いました。感想です。

(部会長)

ここにまとめられたことも含めて、今後またここに帰って、出された課題をどのようにとらえるかという議論にも発展していければ大変よろしいかと思っておりますので、先に進めさせていただきます。

次に医療・介護従事者アンケート結果についてで、これも第1回の際にお話ししたアンケートの調査結果が出ましたので、説明をお願いします。

(事務局)

【資料2の説明】

(部会長)

在宅療養に関するアンケートについては、認知症専門部会だけでなく在宅療養専門部会の方でも活用するというところで在宅療養全般について訊いておりますが、報告のように認知症ということで特に課題をあげていただいたところもございます。また、自由意見欄は、職種によってそれぞれのお立場で書かれているところもありますので、こういう中からの課題というものも発見につながることもあるかと思っております。

ご質問、お感じになったことでも結構です。ご発言をお願いします。

(委員)

診療所の先生は、多職種をコーディネートできる人材がいないと多職種連携が難しいと考えていらっしゃるって、在宅の方の部会では、コーディネートを医師にやって欲しいというニーズはあるけれど実際は時間的にできないとか、方針を決定することはできても、実際の電話をかけたりとか、会議の場を設定したりということはなかなか難しいのかなということがアンケート結果からも感じまして、その反面、この介護の場の方や実際に在宅のことをやっている方は、コーディネーターのほうはそれほど要求してない。医師に比べてということですけども、それをケアマネさんがや

っていたり、包括がやっていたりというところでどうにかなっているか、あるいはご自身たちでその役割を担っているのかなと感じました。そのあたり、志のある人に負担がいつてしまうシステムというのは長く続かないと思うので、何か案があると良いなと思いました。

あと、医師の方は、診療所の先生が研修が多いせいか、多職種の研修とかあまりご希望の方が少なく、他の職種の方は、(多職種研修を求める声) 比較的多いのでこれが意外だなと思ったのですけど。それと関係づけると、ちょっとこじつけなのですけど、(介護従事者が考える)「医療従事者が介護や福祉に関する知識や理解が不足している」という割合と、医療者が「介護の人たちに医療の知識が不足している」という割合が少し数が違っていて、医療・医師側、病院・診療所の医師は、分かっているつもりで分かっている部分があることを、自分も含めて受け止めなければいけないと感じました。

(委員)

お話いただいたとおり、診療所の医師は時間が取れなくて、例えばケアカンファレンスに出るといったことが物理的に困難なことが多いですね。せっかくやってあげたくても、なかなか難しいものがあります。

逆にケアマネさんのほうから、医者は忙しくて出られないと思いますから、何か紙に書いて寄こしてくださいみたいな、最初から何の電話もなく、最初から「来れないでしょ」みたいなことが結構あります。なかなか難しいことがあります。医師会にもコーディネートできる人材を置く必要があるのかなと思いました。また、もし診療報酬のなかで、例えばかかりつけ医をたくさん持っている先生のところには、そのようなコーディネートをできる MSW みたいなものを加算点でつけていただいて、連携しなければいけないという掛け声はいくらでもあるのですが、実際問題時間がなくてできないということで、診療報酬ないしは、それ以外のものでコーディネートできるような制度をぜひ考えていかなければいけないと思いました。

また、医師のほうも介護保険などの知識が不足しているということも問題だろうと思います。これもなかなか介護保険の理解が進まない。一部の先生は別なのですが、大半の先生が不足しているという面をどうしたらよいか。医師会で担当理事をしていますが決まっている先生しか出てこない現状がありまして、悩みの種ではあります。

(委員)

入院治療を請け負ってます。時間を取り、外に出ていくということが難しいですね。ここにケアマネさんが、医師と連携を取っていない理由、繁忙でとありますけど、確かにそうなのですけど、そう感じさせることになっていると思っています。先ほどの話にもありましたが、いきなり手紙が届くのですね、「ケア会議の意見を記入してください」って。届いたらもちろん書いてます。参加は当然できませんので、送っていただくのは個人的には全く構わないです。

外来も限られた時間でやっていますので、そこにケアマネさんがついてくる。患者さんと一緒にね。あの時間を活用していただければと思います。一緒に来るぶんには、まったく構わない。患者さんを診る時間をお互い共有していただけて、時間が節約でき、いろいろ質問していただければと思います。答えられる質問にはその場で答えることができ、場合によっては患者さんに出て行ってもらうこともできる。ケアマネさんも忙しいとは思いますが、中には来て下さる方もおりますので、そういった時間を活用していただければ、と思います。後ろの自由意見欄に急変時の対応とありますが、患者さんが在宅で急変するときは、大体、身体合併症が関わっていることがあるので、精神科

の単科で、夜間であるとか休日であるとか対応するのは、荷が重いというか、そういったこともあり、内科の先生に対応をお願いしたいというのが率直な感想です。

(委員)

内科の者からすると認知症の軽度の患者さんはともかく、重症となるとスタッフが取られてしまって、合併疾患があっても内科の病床に入れるのは非常に難しい。どなたかが付いてくれると良いのですが、誰もいない患者さんで付き添いもないと、入れてあげたくても難しい事情もある。このあたりも何か手立てがあるとスムーズになると思います。実際問題、医療の今の制度の中では、そういったことが考慮されておられませんので、この辺も課題であると感じています。

(委員)

先生方から「受診に同行した時にお話を…」というお話がありましたが、ケアマネ自身も受診に同行すると半日はつぶれてしまうこともあり難しいのが現状で、お手数をおかけしているのかと思います。

他区では、ケアマネに対しての情報として、ドクターがこの時間だったらケアマネが連絡してもいいよという“ケアマネタイム”を医師会なり連絡協議会なりで調査のうえで設けて、質問をドクターにできることを公にしている区もあります。

医者は診療時間でどうしても受けられない時間もあると思うのですが、例えば昼休みに入った5分ぐらいはつながりやすいよとか、そのような形で“ケアマネタイム”を設けていただくと連絡が取りやすい。また、担当者会議の先生のご意見の聴取に対してご連絡を入れていることもあるのですが、事前に連絡を入れても、「送ってもいいですか」への回答が、「先生に確認してみないと何とも言えません」と受付でシャットダウンされるケースも多く、ケアマネとしては、どうしてもお医者様の意見を聴取したいという場合には大変失礼なことをしているなと思いました。

(委員)

今、コーディネートできる人材という話がございまして、“ケアマネタイム”ということも以前から言われていて、一時、診療所の情報などでそういったことも提供したことがあったのですが、うまく活用できていない現状もあり、一歩腰を引いてしまうこともあります。コーディネート機能というと、病院ですと医療連携をMSWとかがやって下さっている。診療所であると支所にいる医療職とかがコーディネート機能のある程度発揮できると思う。人材育成といったところでは、課題であがっていたのですが、ケアマネさんからも病院からも、どうしたらコーディネート機能を両方に果たせる役割を担えるのかという点は、課題として話し合ってほしい。病院・診療所においては、医療ソーシャルワーカー的な役割を担う人がいれば、という話がありましたが、個人の診療所では難しいのかなと思います。地域で、といったところを活用していければということ課題としてあげたいと思います。

(委員)

薬局では、ケアマネさんからの居宅療養管理指導の依頼は少ないです。ケアマネさんから頼まれてやっていますが、患者さんのお薬の飲み合わせとか、飲めてないとか、患者さんの家に行くと残薬がいっぱいある、そういうのを減らす方法を考えたり、いろんなことを感じたらケアマネさんに伝えるとか先生に伝えるとか、医療連携をとっています。まだまだ居宅療養管理指導を頼む方が少ないので、もう少し薬局を利用して欲しいです。薬を通してその人を見るということが仕事ですので、いつもそうした意見が出ます。

(委員)

小規模多機能を運営させていただきながら、桜台の専門の先生と一緒にカンファレンス等を実施しています。先生から直接連絡をいただいたり、先生に直接ファックスで連絡したり、先生に事業所にお越しいただく等関係をつくらせていただいています。その背景として、アセスメントの力というものを感じておまして、小規模多機能というものは、認知症の利用者・ご家族と 24 時間 365 日、認知症の方が泊りながら 3 泊 4 泊連泊している夜間の様子や、日常の様子を職員全員が観察することができる。いわゆる居宅のケアマネさんから困難ケースという形でお引き受けさせていただく場合、アセスメントがどのくらいできているか、良い悪いではなく様々な職種として限界はあるのはよく分かっていますが、実際のところ、居宅のケアマネさんが担当する数、そしてその方々が月にどれくらいアセスメントをし、そして家族に対するアセスメントがどれくらいできるかということ考えると、限界があると理解なくはいけない。そうするとアセスメントの情報量によって、ドクターの関わりがずいぶん違ってくる。ドクターに対して専門職として意見を求めるのか、ジェネラリストとして意見を求めるのか、という判断もその先生とのお話を伺いながら見えてくるところがある。ドクターだからジェネラリストの立場を求めるとするのは、先生方はご存じかと思いますが、スペシャリストとして研究を深くされている方々にコーディネートとかマネジメントというお話を期待することはまた違う役割なのかなと思っています。一方でケアマネジメントを事業所の職員が勉強していますが、ケアとマネジメントをきちっと区別してマネジメントを勉強している研修機関が一つもない。マネジメントとはどういうところのアセスメントを取ってミーシーというそれぞれの要因をとっていかなければいけないという勉強が至っていない現状を踏まえて、医師との連携というチームの構成を考えていかねばならないところが課題だと考えています。

(委員)

アセスメントという話が出ましたが、昨日、地域福祉入門セミナーに参加しました。先天性疾患の人の施設を多数見学させていただきました。感じたことは、一人一人の個性をすごく観察されているというか分析されており、問題が起きないように、例えばこの人は他の人と作業に入ると混乱するので壁をつくって作業するとか、素晴らしいアセスメントがされていたのを目にして感動して帰ってきました。先天性疾患の歴史があったのですが、これからは認知症の世界でもそれだけの細かいことをしていけば、BPSD の発症も抑えられていくのではないかと思います。

家族支援という立場では、介護保険では本人支援がうたわれておりますが、ここのところ漸く家族支援ということがうたわれるようになりましたが、家族が SOS を出さない限り家族支援という視点に立っていただけないのが現実だと思いますので、ミニ地域ケア会議の充実を図っていくことが今後の方向性としては良いのではないかと思います。

(委員)

在宅で看ていた者として経験からお話しさせていただきます。家で看ていましたので、例えば母が呼吸がうまく取れなくなった。これは家では難しいので入院させましょうと入院した。そこで呼吸がうまくできるような治療はしていただけるのですが、認知症の部分においては、一般の病院だとケアができない。そのために私が行くととてもかわいそうな状態で、彼女は「誰か来てください」と声を出しているのですが、なかなか看護師さんなどの手が届かない、ということがあった。あるいは、父が骨折した時に、父は一人でトイレに行きたいと思って立ち上がってしまう。するとマットを敷かれたり、縛られたりされて、またそれで混乱してしまったりという状態がありまして、

やはり一般の病床に入院しても、認知症ということがもう少しうまく考えられないかなと経験から思いました。

それから、病院でソーシャルワーカーの存在はとても大きいなと感じました。コーディネート、いろんなどころと連絡を取り合い、しかも先生に意見を言っていたり、そういうことをソーシャルワーカーに大変お世話になったという思いがしております。地域にも医療関係の研修をきちんと受けた方で、地域にソーシャルワーカー的な方がいることがとても大事だと思います。例えば医師会にそういう方がいて、何件も持つとか、システムのそういうものができてこないかなと期待しています。

(委員)

医師会では、来年の4月からソーシャルワーカーを1名増員しまして、病院と医師、病院と診療所の橋渡しをしようという話は出ておまして、その方向で計画は進んでおります。医師会の会議の時に、ケアマネさんとの連携もその方をお願いしてはどうかという話もありましたが、現時点では、そこまで機は熟していないという話になりました。医師会には、今後もそういう連携までできるように働きかけていきたい。先生方個人で持つのは難しいので、せめて医師会でそういったことの代理ができれば、少しでも役に立つのではと思っています。

(部会長)

医師会でも病診連携に取り組んでいるということ、これまで一人の担当から二人になるということで前進なのですが、練馬区全体で二人ということで、まず病診連携というところで、目いっぱいということもあろうかと思えます。一方で、高齢者相談センターもやはり、日々起きていることに追い立てられて、なかなか全体をコーディネートとかマネジメントする機能を存分に発揮するところまで行ききれていない。足りない者同士で知恵を出し合っていこうというところではないかと思うのですけれども、行政のほうで何かコメントありますか。

(委員)

今、地域包括の話もケア会議の話も出たところなのですが、一個一個の課題が、それぞれの現場対応といったことで、皆さんご尽力いただいているところかなと思います。最初に委員からもお話しがありましたが、熱意のある方に負担が偏ってしまうということでした。明日からこうしますとは言えませんが、ご案内のとおり国の社会保障審議会におきましても、そもそも地域ケア会議が介護保険法に位置付けられていなかったり、地域包括支援センターが果たすべき役割を充実させる、そして、その後ろ盾も考えなければというところもありますので、方針・方向という意味では、まさしく医療と介護の連携という部分をより手厚くという形なのかなと思っています。やはり認知症の少し重度の方が一般病院ではなかなか(難しい)と、私たちも松沢病院や都立の病院に何とかお願いしています。逆にそれ以外のところは受入れの調整が難しいというところもありますので、現状での困難さを同じように感じていると、行政としてはそれだけではいけないのですけれど、認識しております。

(部会長) アンケートについてご議論いただきました。これからもこのアンケートを活用しつつご議論いただくということで、本日は資料3としまして、これまで出していただいた課題を整理して対応の方向性について一つの案をまとめたものが提出されております。ここで収れんさせていくということではないのですが、課題について今、ご提案を含めてご意見いただきましたので、響き合うものもあるかと思えますので、事務局から説明をお願いします。

(事務局)

【資料3の説明】

(部会長)

資料の説明が続いてしまいますが、資料4の都の在宅療養推進区市町村支援事業の取組が、資料3のアンダーラインにも関わります、合わせての説明がよりご理解いただける、あるいはイメージが膨らむかと思しますので続けて説明させていただきます。

(事務局)

【資料4の説明】

(部会長)

長い説明をお聞きいただきました。まだ未整理の項目が並んで広がったところがあるかと思いますが、個別の課題についてでも結構ですのでご意見を伺いたいと思います。

(委員)

簡潔にまとめられていて感心しました。いくつか思ったこととして、認知症サポート医への期待が非常に大きくて、医師会の先生方の力にかかっているんだなと思いました。アウトリーチチームは東京都のまた別の事業の認知症疾患医療センターの事業で、板橋区と健康長寿医療センターが組んで実施しておりますが、これが好評です。都で7病院ぐらいがやっていますが好評で、この形がベストか分かりませんが、とりあえず始めて、課題や何かが出てくれば良いのかなと。専門的な知識を持ったコメディカルな訪問でも十分活用されていますので、医師の方、忙しいのとお金がかかるのと両方で難しいものもありますが、アウトリーチは非常に期待している分野であると思います。

それから地域のケアパス作成で、地域資源の情報はどんどん区の方で収集されていると思いますが、そういったものが区民の方々や当事者、関係機関の方に早く開示されると良いなと思います。地域連携パスという連携ツールのほうは、各職種でおそらく欲しい情報が違うとか、どういった言葉で表現するかといった、先程アセスメントといった話もありましたが、それぞれが自分の言葉で表現できて、かつ、共有できるものが、生々しいというか生き生きしたものになるかと思しますので、こういうそれぞれの分野の方が集まったところで、活発なご議論が出ると良いものができると思います。

(委員)

医師会としましても、もの忘れ相談医の充実を図りたいということで、4区合同の研修のシステムを取り入れて相互乗り入れをできるように、今年中に今3区で行っているものに練馬区も加わる準備をしています。

また、もの忘れ相談医のリストについても、サポート医の活用も含めて医師会で検討しております。近いうちにその方向性も出ると思っています。

後方支援病床の確保についても、医師会でお話ししております、練馬区では病床が少ないわけですが、大きな病院は順天堂病院と光が丘病院しかない現状ですので、中小病院にこうした後方支援病床のバックアップにも回っていただくような話で議論が進んでおりますので、こういう方向性も見えてくるかと思えます。

家族支援という話が出ていて、リーフレットの発行と、シンポジウムと講演会があがっていますが、家族支援といった場合に、ショートステイはあるのですが、最近センター方式なども言われてはいるんですけど、単に知識を得る講演会だけではなく、もう少し具体的にどのように家族が接し

たら良いか、センター方式を活用し家族がそういうことを聴いて実践することで取組が変わることもあろうかと思います。板橋区では、そういう取り組みも始まっていると聞いています。家族の教室も何回かに分けて、認知症の知識と対応の仕方、センター方式の使い方を具体的に学ぶことを年に何回かで良いのでやっていただくと、個人の医院とか病院ではやりにくいことなので、そういうところに出なさいということであれば患者さんへの対応も変わってくるかと思います。家族会の方にご協力いただくことも考えていただけたらと思います。

(委員)

認知症専門相談を増やすこととアウトリーチに絡めてということでは、私は隣の武蔵野市で認知症専門相談をやっていた時に、アウトリーチの時間もコマに組まれていました。今日は相談1件、訪問1件ありますから、一緒に伺いましょうといった具合に。相談もただ待っているだけではなく、練馬区も専門医が行っているわけですから、コマをどうしても困ったところにアウトリーチに使うというアイディアはないのですか。大泉で専門相談をしていた時に、「そこに行ってもいいよ」と言ったのですが、かないませんでした。

(事務局)

そう言って頂けるとありがたいです。アウトリーチは、都でもモデル事業で取り組んでいるのですが、サポート医の先生で、目的は早期発見で医療に結びつけるという方たちも必要なのですが、どうにも困難で受診拒否で何ともできない対応の方に、医師会の先生の対応がいただければずいぶん変わっていくと思います。

(委員)

そうなる今度サポート医の先生が受けるときに、「訪問が入ります」と言っていただかなければなりません。私のように良いですよと言う先生もいれば、アレルギー反応を示す先生もいると思います。

(委員)

(医師会の)作業部会でも話になっていますが。サポート医の位置付けは、中間的な位置付けになっていますので、アウトリーチという荷が重いことです。これは認知症専門医もしくは精神科の医師にお願いをしていくつかのコマを持って頂き、サポート医は認知症相談で活躍をして頂くようにして、もちろん専門医も従来通りやって頂いて良いのではないのでしょうか。実際、専門医とサポート医、かかりつけ医の役割を分けないと、サポート医は二の足を踏んでしまって難しいと思われま。そのあたりのことは作業部会でも、また話をしなければならぬし、サポート医では厳しいのかなと思われま。

(委員)

認知症サポート医は、医師会から研修を受けに行き認知症について一定の研修を受けた方ということになっています。いろいろなスタンスの方がいて、専門医といった場合は、認知症の学会専門医の場合もあるし、精神科の専門医の場合もある。あるいは神経内科の方もいるし内科の方もいる。アウトリーチは、国や都が言っているのは、早期発見・早期介入のためのアウトリーチを言っているのですが、現実的にはいろいろなレベルの人がアウトリーチが必要で、困難事例もそうであれば、受診させるべきか、あるいは精神疾患なのか認知症なのか悩むケースもあるので、それを1つの制度に落とすと無理があります。北区では包括にサポート医を配置しアウトリーチをしていることは現実にあるので、サポート医の先生が活躍できる場面もあれば精神保健相談みたいに精神科医でなければ厳しいところ、そこが事業として分けるか難しいですが、アウトリーチを特別なものと考えず、相談業務の一環としてできるようにすれば使いやすくなっていくと思います。誰が来るかで見立てが違ってくることもあります。

ので。

(委員)

練馬区である年齢になると健康診断を受けなさいという通知が来ますね。あの中に認知症の検査も入れられないのでしょうか。それをやると、ちょっと傾向があるとか、認知症に対する一般の方の理解と自分がもし傾向があった場合に少しでも発症を遅らせる予防につながったりとかできないのでしょうか。

(委員)

地域包括から送られている 30 項目のチェックシート、あの中に 3 項目ほど認知症の関係のものが入っています。ただ、あの 3 項目で認知症のスクリーニングができるかどうか議論になっていて、十分に活用されていない。確かにあの 3 項目では難しいものがあり、その用紙をつくってやるというのも、結構な手間暇がかかる。それを一般の医師会に落としてやるということになると、非常に議論に時間と手間がかかってその議論がどうかという問題。それと医者の中に認知症に関して温度差があり、できる医者もいれば、できない医者もいる。全員の医師会の先生にやるとなると難しい面があり、荷が重いのかなということです。発想としては良いんですけど。

(委員)

ただいまの早期発見・早期対応のアイデアですけど、高齢者の方がご自身でそういったことをチェックできるという環境を整えることが非常に重要だと思っています。今、区で進めているのは、昨年度から始めたタッチパネル式の認知機能測定器で、高齢者センターと敬老館、高齢者が集まる場所に設置しました。500 人くらいの方がお使いになっていますが、そういった取り組みは始めたところです。まだまだ課題は多いと思っていますけど、昨年度からも忘れのチェックができるような環境作りを始めたところです。

認知症専門相談の話ですが、現在、多い相談では、認知症の症状がみられるが受診を拒否しているケース、それが一番多い相談になっています。それから周辺症状により困窮しているということです。そういうことで認知症専門相談は非常にニーズの高い事業なのですが、実際に携わっている先生方は非常に多忙ということもありまして、今の回数をやっとなら実施しているという状況です。これを拡充するためには、専門医の皆様以外の医師にご協力いただかないとできないということが現実問題ありまして、サポート医におかれましては、その役割の自覚に課題があるとは伺っていて、よく分かるのですが、区としてもそこは理解を求めていかなければいけないところかなと思っています。

(部会長)

医療の方に話が行ったのですが、例えば地域連携パスですとか、コーディネート機能といったところもありますので、なるべく幅広いご意見をいただきたいと思います。

(委員)

実際ケアマネジャーとして相談があるのが、健康診断を受けに行けない、認知症のある方を連れていける病院がなく、例えば「大きな病院で健康診断を受けると男女別れなければいけないということもあり、父ひとりでは難しいのよ」と。健康診断を認知症の方が受けることができる環境を整えることによって、癌とかそういうような病気が重篤になる前に発見できる、それによって今後、医療費も抑えることができる。重篤になってから、どこの病院に行こう、どうしよう、かといって検査もできない、というような状況になる前に、認知症があってもここなら健康診断ができるといったインフォメーションがあったら良いと思います。

あと、連携強化の件では、医療・介護の情報ツールの活用という点で、先日、医師会主催の交流会が

光が丘であり、非常に良い機会だったので MSW たちに、「連携って、今、何が取りやすいかな」と言う話をしました。その時に脳卒中のパスの方は、医療間でかなり充実しているのですが、認知症の方のパスがない状態で、「ただ新しいものを作られてもちょっと難しいよね」というのが MSW の方たちから出たんです。新しいものが出ると、それについてどのように記入するかという検討も必要になり、新しいことは取組み難いと。今、患者さんなりと何が情報共有ツールとして成り立っているだろうということ、お薬手帳です。病院なり、薬剤師の啓蒙があり、お薬手帳が充実している。手帳を持っていくとシールを貼ってくれる。ケアマネとしてもお薬手帳はかなりの頻度で見ます。通所の事業所でも担当者会のようなところでお薬手帳を見せて欲しいという話もある。多職種ありますけど皆が見るのがお薬手帳なのかなと。お薬手帳の共有化をして、例えばお薬が変わりました、アリセプトからメマリーにというような情報がでたら、「通所のところでふらつきが大きくなりました」という一言でもいいので、そういうことがわかると、病院には必ずお薬手帳を持参するので、それもかなり定着しているの、それを見れば、ふらつきが出たのね、便秘が続いたのね、不定愁訴があったのねと一目でわかると思うのです。製薬会社が出している連携ノートをトライしたことがありました。先生の所に行ってお家族が日常の本人の様子を的確に伝えられているかということとそうでもないのお勧めしたのですが、どうも定着できないのは、記入事項が多いから定着できないのかなと思います。小さなシールでも予算を使って作り通所とか小規模とかに配って頂き、情報をお薬手帳に貼るだけの簡単なものでも良いと感じました。MSW に「そんなのどうだろう」と話したら、「良いかも」との返事で、面倒でないことが長続きのコツかなと感じました。

区内各地における事例検討会の件では、個人的に事例検討会を月に 1 回行っています。その中で事例検討会は、何のために誰のために行うのか、という意識付けを各職種にするべきだと思います。ケアマネジャーは、資格を取っていくうちに事例検討会をする機会が多くあります。ただ、通所とかいろいろな事業所さんは、事例検討会をする機会に恵まれていないため、事例を提出した人が一番得るものが多いはずであるべきにも関わらず、その人の事例なり手法を否定する方向の話が出てしまうのです。そうすると事例検討って事例を出した人がつらい話になってしまう。それではいけないので、次に続けるためにはより良い事例検討会でない、これもまた事例を出す人がいなくなってしまう。事例検討会をやる前の段階で、事例検討会とは何ぞやというものをケアマネ以外の職種に徹底することも必要かと思えます。先日、通所の分科会の方で事例を発表させていただきましたが、その事例検討会においても、通所の方とケアマネとのスキル差はあったかなという気がしました。委員も参加していたので感想を聞いてみたいです。

(委員)

通所のほうで、介護事業所というのはタコツボの業界なのです。特養なら特養ですべての世界が完結してしまうし、デイはデイで日々の業務に追われてしまう。では、どうやったら勉強会ができるのかと通所で考えたときに、認知症というのはだいぶ定着している。けど、高次脳機能障害というのは、今はやり始めましたけど、ちょっとまだどんなものか現場のデイで受け入れてもよく分からんということで、三軒茶屋リハビリテーションクリニックの長谷川幹先生の知己を得ましたので、先生をパネリストに迎えて事例検討会を 3 年前から実施しています。年 4 回ぐらい。その時に啓発活動を兼ねてやるのですが、やはり認知症の方と高次脳機能障害がごちゃごちゃ、そもそも高次脳機能障害とは何なのか、認知症の周辺症状との違いは何なのかということがごちゃごちゃなんです。辿ると私の事業所の課題にもあるのですが、専門性をさらに勉強していかなければいけないという課題です。デイサービスですと、

昨日までパートのバイトをしていた、で、採用しました、今日からデイサービスの職員ですというのも有りなのですね。看護師はそうではないですね、国家資格が必要ですから試験を受けなければならないわけですけど。デイサービスの業界には、ほとんど素人から入ってくるパターンが多いのですね。では、どうやって教育していくかという、現場でOJTとかやっても、専門的な細かいことができないので、私たちも勉強会をしようというのが一つの考えなのです。ですので、この膨大なプランを本当に実現させていくとなると、相当覚悟を決めて区もどこで予算を出してどこで条例を書き直してということの本気で取り組んでいかねばならない。福祉の業界も本当に資質を上げていくことを実践的に取り組んでいくかということはこの3年間でやっていかななくてはならないと思います。先ほど委員が医師会として理解が得られる先生方がいるとかいないとか悩みながらおっしゃっているので、医師会の中にもメスを入れるくらいの働きをしないとこのプランは実現をしづらいかと思います。どれを本気になって達成目標とするのか、どの優先順位でやっていくのか、そのためにも介護職員の資質向上ということが大事であり、こういう形でいろいろな勉強会、人材の雇用の問題というものが現実にあるということです。

(委員)

現場の職員としていつも考えているのは、ご本人とご家族から学ぶことが非常に多いなど。私の持っている認知症支援の知識などほとんどご家族から育てられた賜物だと思っています。このプランにありますコーディネーターをつくるであるとか、相談体制をつくるということに関しても、ご家族の思いとかニーズに沿うものでなければ上っ面なものになってしまうと危惧しています。例えば、既に介護家族の皆様も電話相談という形で今までの経験を活かして支援する立場にも立っていらっしゃるし、こちらに「認知症の人に向き合う家族の気持ち」という2日間の研修をなさってますね。私たち認知症に対する支援の専門家ではありますが、家族の立場を完全に理解できているかという、まったく違っていません。コーディネーターをするにしても専門相談をするにしても、そういった家族の方から学ぶことが多い。こういった形でご家族のお話や経験談を聴ければ良いかなと思います。

もう一つは、先ほど専門家の視点という言葉を使いましたが、専門家の視力、委員の言ったアセスメントということに関わりますが、医療の皆さんが診ていらっしゃる「患者」としてのアセスメントと、福祉業界の人が行っている「生活者」としてのアセスメントは似て非なる部分があるのですね。先ほど医療への付き添いという話がありましたが、私たちも利用者さんの付き添いで、特に救急対応とかで付き添って、お医者さんとの話に参加させていただきますけど、かなり難しいのです。例えば、高齢者の精神症状って認知症からくるものなのか、他の精神疾患からくるものなのか見分けがつかないです。私たちでもそうですし、ご家族に関しては不安の塊だと思います。そういう時にサポート医の専門家というものも必要ですが、そこに付き添える人材が一人いるだけでも全く違って来る。その付き添える人材が認知症の基礎的な知識を持って、認知症の方の思いとか、ご家族の思いを理解できている。そういうコーディネーターが一人いるということが大事なことで、例えばこのもの忘れのタッチパネルがありますが、これをご本人が認知症かもと思って進んでやるというのはなかなか難しい。もしそこで認知症かもしれないと思ったら、大ショックですよ。ショックを受けてこの後どうすれば良いのだろう。特に認知症に非常にスティグマがある状態では、これがありますと言ってもご家族もご本人もトライできない。そういうときにコーディネーターが必要なんです。いろいろな制度、制度間や物と施設の間にクッションとなるコーディネーターが一人いて、そのコーディネーターの思いは必ずご本人・ご家族に沿ったものでなければならないと思うので、これからコーディネーターや認知症の初期集中支援チームも出来ていくと思いますけど、ご家族やご本人の視点を忘れないようにしたいとは思っています。

(部会長)

コーディネートの話がありました。そこに行く前に認知症の発見とか予防というものは、日頃デイサービス等に通っていらっしゃる方の中からも出てきたりということもあるかと思えます。そのあたりどうでしょうか。

(委員)

先ほど、デイサービスはどなたでもできるというか、素人班みたいな話も出たのですが、うちは認知症のデイサービスをやってまして、お客様が最初は認知じゃないのかなと思いつつ通って来ていて、「一般デイでいいんじゃないの」と思いながら、お医者さんの意見書の中で認知症ですと書かれていますので認知症デイに通ってくるのです。でも認知症でも、1から5まで分けると1の人もいれば5の人もいるのです。すると1の人はほとんど一般の人と変わらないのです、認知の部分。認知症専門でやっていますが、分け方がわからない。ただ一般デイから「認知症です」と送られてくる方でも、私たちから見たら認知症じゃないのでは、というお客様がたくさんいるのです。ここで認知症じゃないからとお返すのもおかしなもので、専門の医者ではないのでできませんし、皆さんが思っている認知症の方は、重い認知症の方を想像していると思うのです。でも一般には、1も2も3もあれば5もいるわけです。その中で日々行っているのは、お客様とご家族から教わるのがたくさんあります。うちのヘルパーさんは、お客様のほうに携わっていただいて、私はご家族様の支援にまわっています。一部負担金をいただく場合でも、振込という形はとらず集金に伺っています。ということは、月に一回はご家族様とお会いすることで、日々の生活のいろいろなことを聴くことができていると思っています。ご家族が認知症ということが理解できていないことが多いなかで、日々認知症に対しての検討をしています。

(委員)

コーディネートの話もそうですが、介護職の皆さんもいろいろと立派にやられているというお話もありました。ここに集まっている先生方もそうですし、地域包括の職員もそうでしょうけど、まずサービスに結びつかない方をどのようにつないでいこうかということが課題で、デイサービスにつながったりグループホームに入られる方は恵まれていらっしゃる方で、独居で認知症で診断も受けずに暮らしていて、地域の皆さんも心配していて、という方をどう支えていくかというコーディネート機能といったところでは、役割として難しいかなと思います。この会議で、サービスを受けていらっしゃる方はもちろん、ご家族がいらっしゃる方の家族支援も大事なのですが、まだ、そこまでいかない方々をどう支えていくか、という役割を誰が担っていくのが大きいのかなと思います。先ほどコーディネートというケアマネの介護の方のコーディネート、委員からの医師会の(コーディネート)というお話もありましたが、高齢者相談センターでは、在宅療養相談窓口を昨年9月に開設しております。そちらの職員は、そうした役割をある程度担っていくこともあるかと思うのですが、認知症にしても、サービスにつながらない方、サービスにはつながっていてもケアマネージャーさんが医療にどのようにつなげていこうか、というところのコーディネートとか、いろいろ担わなければならないのかな。この会議でぜひそのあたりのところを話し合いたいと思います。

ケアパスの件ですが、前回、委員に資料として出していただいた標準的な認知症ケアパスの概念図を在宅療養相談窓口の職員とも話し合いまして、こういったものを基本として理解できるように、ご家族の方がどういう時期なのでこういうサービスが受けられるとか、こういったところに相談しましょうということが分かるようなケアパスがあるといいかな。お薬手帳の話もありましたが、紛失したらどうするのか、個人情報ですごく重要なものになってくると思うので、そういったことも在宅療養相談窓口の

職員の中では課題としてあがりました。

(委員)

家族支援について話を戻させていただきます。家族支援には3つの方法が必要だと言われています。1つは情緒的支援、あと具体的支援、周近的支援。情緒的支援の一番上手なのは家族会だと思います。ピアカウンセリングというのは有効な方法で、同じ「そうよね」「大変よね」という言葉の中に、ものすごい重みと共通感がありますので、もう一度家族会を信じていただきたいというか、連携という意味ではつなげていただきたいと思います。

ある高齢者相談センターからその方を紹介されたのですが、ご家族も混乱していて理解がないという方だったのです。2回来た段階でとても落ち着かれて、普通の会話で、自分の夫が認知症からくる症状であることを理解されていたという例もありますので、そういう環境の中でお話をするということ、自分だけではないと思うことがすごい力になるのだと思います。

それからサービスにつながらない方をどうするかということについては、前回お話ししたようなケース(地域での見守りで暮らしているケース)もありますし、インフォーマルな社会資源を使っていたきたいと思います。昨日、おとといもメールが来て、「茶話会に来ている方が、情緒不安定な様子を見かけましたがどうしたら良いですか」というメールで、もちろん何も(サービスを)受けていないし、家族もいるという状況も分かっていたので、「大丈夫だ」という返事もできました。やはりそういうきめ細やかなインフォーマルセット式も作っていく努力も必要かと思えます。

(委員)

精神保健福祉士学会とソーシャルワーク学会、昨年も両方参加していて、MSW と PSW の違いの専門性というところがとても重要だと思います。MSW の違いは何から来るかいうと、実際の現場経験がどういうキャリアを積んでいるかというところは、MSW のキャリアの積み方というものがとても多く、学会でも問題になって、評価基準がないということ。どういう仕事をしたんだという評価基準が学会でも問題になっています。実際のところ対人支援というところが大きな仕事になってきているのが MSW の実態だと。PSW のほうは、かなり臨床に近いところで認知症の精神疾患についても勉強される方がたくさんいらっしゃいますので、MSW との連携といったことも一方でありながら、PSW の話がとても重要なのではないかなと思っています。

(委員)

支所で寄り合い広場事業を実施しています。歌声広場があったり、認知症予防体操があったりするのですが、認知症予防と名がつくと、どうもネガティブなイメージがあるようで、人がぐんと少なくなるのですね。歌声とかに比べて。先ほども、認知症という言葉に対してネガティブなイメージがついているんじゃないかという話が出ましたが、ひしひしと感じています。認知症のご家族は、どこかに相談したいのだけれども、身内の恥と感じている方も多々います。なので、もう少しなじみやすい表現が必要かなと感じています。

(委員)

後半、活発な意見となり良かったかなと。前半、医師の方で話しすぎたのではと反省しております。それぞれの立場での話が噛み合っている部分と噛み合ってなく見える場面と両方あって、学識経験者の立場で面白いなと感じましたが、こういった議論の積み重ねが良い連携の構築につながっていくのかなと思いました。コーディネートは、地域包括、高齢者相談センターが中核になって、それをバックアップする体制があるのいいかなと、元々の部会の流れからも考えました。行政の方が横断的な認知症に

関するサポートをどうつくっていくかということが課題なのかなと思っています。

もう一つ、専門医にかかるということがあったのですが、専門医にかかって認知症の診断をもらうまで動けないと固まってしまっている部分もあるような懸念を抱いていて、今日受診した方も、またうち(健康長寿医療センター)の外来を待つのですが、この間、介護保険もいろいろなサービスも、専門医にかかってからじゃないと、ということで何も動いていなかったケースがあって、前回もお話したとおり、すごく前進するかというとそんなこともないので、インフォーマルなもの、介護保険のフォーマルなもののサポートといったものをどう早く入れるかということを考えていくべきではと思いました。

(部会長)

いま、お話しいただいたように、皆さんの議論、いろいろな形を出していただいて、事務局も含めて区の側としても、いただいた意見をどう咀嚼してまとめるかという宿題をいただいたところです。これについてしっかりまとめて次に持っていきたいと思います。

次回、引き続き課題についてのご議論を深めて参りたいと思います。次回のご参加と活発なご議論をよろしくお願ひします。