

平成 28 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 28 年 9 月 15 日（木） 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、平良委員、田邊委員、前田委員、永沼委員、鵜浦委員、油山委員  
志寒委員、加藤(た)委員、浅瀬委員、加藤(貴)委員、芹澤委員、川久保委員  
中田委員（高齢施策担当部長）、屋澤委員（高齢者支援課長）  
榎本委員（高齢社会対策課長）、伊藤委員（介護保険課長）  
<事務局>  
高齢者支援課
- 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 委員の委嘱
  - 3 協議事項
    - (1) 訪問看護ステーションからみた認知症患者の連携課題
  - 4 報告事項
    - (1) 地域連携型認知症疾患医療センターの取組について
    - (2) 認知症（もの忘れ）相談事業について
    - (3) 認知症フォーラムについて
    - (4) 在宅療養講演会について
    - (5) 若年性認知症支援力向上研修について
- 7 資料
  - 資料 1 訪問看護ステーションからみた認知症患者の連携課題
  - 資料 2 地域連携型認知症疾患医療センターの取組について
  - 資料 3 認知症もの忘れ相談事業について
  - 資料 4 第 9 回認知症フォーラムについて
  - 資料 5 在宅療養講演会～今、みんなで知っておく自宅での療養生活～
  - 資料 6 若年性認知症支援力向上研修実施報告
- 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】  
【委員の委嘱】

協議事項に入る。「訪問看護ステーションからみた認知症患者の連携課題」についての説明をお願いする。

(事務局)

今年度から、在宅療養の最前線で看護にあたっている訪問看護事業所を代表して、練馬区介護サービス事業者連絡協議会・訪問看護部会からの出席をお願いしている。

訪問看護ステーションでは医師から指示書を受け、病状に合わせた看護を行っているが、指示書には認知症の対応についての記載が少ない。現場では、多くの認知症を併せ持つ患者の病状に対応している。認知介護、一人暮らし、受診拒否等多々見られる実態を報告していただき、委員の方々の知恵を拝借したい。

(委員)

#### 【資料1の説明】

(部会長)

訪問看護の立場から認知症患者の連携課題が示されたが、委員の方からの意見を欲しい。

(委員)

認知症の診断の後どうなっていくのか、通院が続くのか、処方薬がたまっている状況等の問題を整理していく必要があると感じた。

認知症の方の入院を受け入れている病院が少ない状況については、東京都が行っている看護師対応力向上研修が浸透していくことで解消でき、治療の途中で退院することが少なくなるのではないかと思う。身体疾患の治療が終了すれば、認知症疾患医療センターでも受け入れできるので相談いただければと思う。

(委員)

「薬が山のようにたまる」というのは、薬局窓口で口頭確認するなか、認知症患者に限らず、慢性疾患患者でも同じような状況があるのではないかと推測できる。在宅訪問の薬剤師から聞いた話では、受け取ったままの袋が押入れに入っていたことや冷所保管の薬品が布団の下にあったといい、薬剤師が在宅訪問することで、いろいろと手伝えることがあると思った。

「患者の全体像を把握する医師がいない」ということで、現場で気になることは、患者はそれぞれの診療科でかかるとお薬手帳もそれぞれになっていることもあり、他の薬を確認できないことがある。

(委員)

認知症患者の「全体像を把握している医師がいない」ということで、腹痛などの場合、家族は近くのかかりつけの医師に受診させ、なんでも診てもらえるという感覚を持っていることがある。認知症専門医の受診をすすめると、「もの忘れはあるが、長年診てもらっている医師からは『認知症がある』とは言われていない」、「医師から『なぜ認知症の診断名をつけなければいけないのか』と言われた」とのことだった。診療科をきいたところ、「整形外科」とのこと、家族の理解がないことを度々感じる。認知症ということをお聞きして診断してくれる医師がいることを知らない家族が多い。近所に認知症専門医がいないと、遠くまでは行かないということをお聞きしていただければと思う。

(委員)

小規模多機能型居宅介護では、身体疾患がない認知症の方が多いが、認知症が進行すると通院が難しくなるため、訪問診療を受ける利用者は増えている。訪問介護と訪問診療の医師と連携している中、褥瘡の悪化、最後は看取りの段階で訪問看護に入っただけで状況である。

今回の連携課題の資料を見た時に、独居の認知症の方、認知症と思われる介護者と二人で暮らしている事例を考えていくと、認知症が軽度の時に連携体制を整えておくことが大事であって、本当に支援が必要になった時に次から次へと支援者が入っても、認知症の本人と家族は、支援者側が考えるような連携の所には結びついてはいかないのではないかと考えさせられた。

(委員)

グループホーム入居者の入居前の経過を聴くと、得ることができる地域支援が縮小していることを感じている。本人、家族への地域支援とのつながり、兄弟とのつながりが薄れてきている中で、独居世帯が地域と切り離された状態になることに危機感を覚える。認知症の状態が進んでから地域との繋がりを強めていくのではなく、要介護状態になる前からの繋がりを強めていくことが大切なのではないかと思う。そのために介護事業所は何ができるのかということを感じている。

(委員)

ケアマネジャーは月に一回の家庭訪問のため、各介護事業所からの情報を集めることで問題解決に結びつけていくところがあるので、ケアマネジャーを中心としたチームケアで乗り越えることができる部分があることと、介護サービスだけでは限界があるため、介護家族の会、認知症カフェを積極的に案内し、認知症というものが身近なものになるように取り組んでいる。

今思うことは、在宅生活支援の落としどころの部分で医療系と介護系の事業所同士として深めていかなければならないと思っている。例えば、サービスの入らない時間帯は必ずあり、「便まみれになってしまったり」するのは、施設であっても定期巡回によるオムツ交換をしている所でもある状況であるため、いかに頻度や状況によつて的確なサービスを組むことを考えていくことであつたり、エアコンがない家の場合には無いなりに、部屋の状況や家具の配置などの工夫で乗り越えられる部分があることがあるので、心配な事例は訪問看護事業所から発信をしていただき、チームケアなどでの対応ができればよいと思う。

(委員)

軽度ではあるが、独居で服薬管理ができなくなっている利用者が増えていて、家族との連携でデイサービスセンターにて朝の服薬管理を行っている。週2～3回の通所から、服薬管理を目的に週5回、6回通所に変更する事例が増えている。

デイサービスの利用者が訪問看護の利用を開始する事例は継続できている傾向だが、訪問看護事業所からデイサービスの利用を勧められた利用者の継続利用が難しく、介護サービスの利用が難しい事例は、新たな介護サービスを始める時の入り方が難しいと思った。

(事務局)

行政の立場から連携できることとして話したい。

虐待対応については、ケアマネジャー、介護事業所からの通報が多く、連携もしっかり取ることができ、迅速に調査、訪問面接、検討会議、対応実施、モニタリングを行うことができている。虐待については勉強会・研修が多く、連絡・連携がよくなってきているので、今後もよろしくお願ひしたい。

成年後見については、高齢者が高齢者を介護している事例など、介護者の手続き支援、介護者が手続き困難の場合は親族以外の申立て手続きを行う。必要な介護サービス、医療がどの位入っているか、権利侵害はないかなどを見極めて一緒に対応していき、チームケアの中に入れていただきたいと思う。

認知症専門医の診察については後程の報告事項でしたい。

(委員)

連携課題にある「早期に民生委員や地域包括が情報共有しながら、ケアマネや介護サービスなどに情報を発信していく（地域での取り組み）ことがない」という所を、高齢者相談センターとして重く受けとめた。高齢者、認知症の方を支援していくという方向に向かっているのは、ケアマネジャー、介護サービス事業所とも同じだが、どのようにしたら、連携をとって同じ方向に皆向かっているということをわかるように情報提供し、共有していくのが高齢者相談センターの立場であると受けとめると、地域で支える支援に対して、まだ受け身なのではないかと思った。高齢者相談センターには、主任ケアマネジャー、社会福祉士、医療職の三職種が在籍しているので、もっと積極的に介護事業所、民生委員と関わりを持って、地域で取り組む必要があると受けとめた。

(委員)

独居の認知症の方の地域生活支援の事例を報告したい。介護度の変更による支援内容の確認のケース検討会議で、ホームヘルパー、訪問診療医師、訪問看護師、福祉用具貸与事業者、訪問リハビリテーション事業所、ケアマネジャー、親族、民生委員で集まった。

会議の中で本人は、「おかしなことをして、迷惑をかけているみたいだが、覚えていないのがとても悲しい」「何があったかわからない。聞いてみるととんでもないことをしているみたい。このあいだも、紙に書いてあることで自分の行動を知った。知ってくれる人がいることで安心している。迷惑かけるけど、通うサービスは希望しないので、よろしく願いたい」との希望を述べた。

外出の傾向に合わせて訪問介護の変更、ホームヘルパーがカレンダーに排便記録を記入し、訪問診療医師が服薬調整、近隣住民の見守り協力の継続、訪問リハビリテーション担当者からは日中活動量を増やせる散歩についての助言等があった。親族は、外出して戻れなくなることが頻繁になったので、在宅生活は困難との判断になると思い参加したとのことだったが、引き続き在宅生活を支援していく方向が確認できた会議であった。

(委員)

介護家族の会の参加者で、夫を介護している妻に認知症の疑いが出てきた事例では、高齢者相談センターに連絡し、夫が通所しているデイサービスセンターと連携し、二人でデイサービスを利用できるようになった。また、夫が妻を介護し、妻に辛く当たってしまう事例では、他の介護家族の会参加者からの話や高齢者相談センターとの連携で、夫が認知症の理解を深め、怒りの気持ちを抑えることができた事例があった。

(委員)

委員の方々の意見がとても素晴らしかった。連携課題には困難事例がたくさんあって、BPSD(行動・心理症状)、身体合併症、金銭管理、介護者が脆弱など、どの地域でも共通した課題であり、「2(3)社会資源との連携が困難だと思われたケース」の①～④の事例は、非常に大きな課題で、行政と地域で解決しようと計画を練って取り組んでいると思う。委員の意見でもあったチームケア、ケー

ス検討会議は解決の糸口になると思う。一人だと困難事例は困難なままであるが、多人数で問題を整理して、共有して、知恵を出し合うと糸口が見えてきて、完璧なことではできなくとも一歩前に進んでいくことができるのではないかと思う。

(部会長)

貴重な意見、感謝する。対応力の向上、チームケアの連携の推進をするためには何をすればよいか、社会資源とのつながりを作るためにはどうしたらよいか等、論点として整理できる要点が示されているので、それぞれの立場でいただいた意見を事務局で整理をし、対応案を示すようお願いする。

(事務局)

貴重な意見、感謝する。難しい事例に対応している状況がよくわかった。

事務局として今考えていることは、患者の全体像を把握している医師がいない、処方薬の重複、認知症専門医がわからないなどの医療的な課題については、区の事業に協力いただいている練馬区医師会の認知症研究会所属の医師との連絡会で提起をし、意見を伺いたいと思う。

介護家族の会、認知症カフェがより身近なものになるように、民間の方々が認知症の方を支えている状況であるが、まずは高齢者相談センターとの連携と区の介護者支援事業で、今まで以上に介護家族の会、認知症カフェにつながる取り組みをこれから展開していきたいと考えているところである。

早期に連携体制を作ることの大切さについては、高齢者相談センターの訪問相談（初期集中支援チーム）の取り組みからも認知症の方を支えるチーム作り、チームケアを充実させていきたい。

(部会長)

検討をお願いする。次の議題からは報告事項になる。「地域連携型認知症疾患医療センターの取組について」の説明をお願いする。

(委員)

#### 【資料2の説明】

(部会長)

「地域連携型認知症疾患医療センターの取組について」の質問、意見はあるか。

(部会長)

東京都等での会議において、練馬区の特徴や他の区市町村と比べ、件数はどうだろうか。

(委員)

練馬区は人口が多いので件数も多いと思う。他の地域では、総合病院、診療所が地域連携型認知症疾患医療センターの指定を受けていて、診療所は訪問件数が多いなど、それぞれの特徴が出ていると思う。慈雲堂病院は精神科の病院なので入院件数は比較的に多い。

(事務局)

昨年の9月に慈雲堂病院が地域連携型認知症疾患医療センターとして指定された際に、事業の共催等区から申し入れをした。現在、区と慈雲堂病院で定期的に連絡会を行い、訪問相談（初期集中支援チーム）への助言や対応が難しい事例では認知症専門相談員の訪問をお願いしている。認知症理解普及促進事業においては、認知症サポーター養成講座の開催をはじめ少しずつ進んでいる。これからも区と認知症疾患医療センターと協力し地域連携を推進していきたい。

(部会長)

「認知症(もの忘れ)相談事業について」の説明をお願いします。

(事務局)

**【資料3の説明】**

(部会長)

「認知症(もの忘れ)相談事業について」の意見、質問はあるか。

(委員)

訪問相談(初期集中支援チーム)の活動について他の訪問看護ステーションにきいたところ、ほとんど知られていなかったなので、チラシ等があれば会議等で周知をしたい。

(事務局)

「訪問看護ステーションからみた認知症患者の連携課題」の内容を見ると、周知が必要と感じたので検討し、しっかり周知していきたい。

(事務局)

訪問相談(初期集中支援チーム)は、「認知症(もの忘れ)相談」事業に訪問相談の仕組みを整備し、平成27年4月から始めた事業で、同時に「医療と介護の相談窓口」を四カ所の高齢者相談センターに設置し、医療・介護連携推進員と認知症地域支援推進員を配置し、在宅療養と認知症に関する相談を受けている。昨年度は一年目ということでニーズを掴めずにいたこともあり、確かに周知が足りなかった。今年度は、「認知症(もの忘れ)相談」の日を6回から9回に増やし、「医療と介護の相談窓口」の周知と合わせて、区の講演会などで少しずつ周知をしてきたが、まだ周知不足であった。成果が上がっているので、さらに体制を強化し、周知を充実させていきたい。

(委員)

平成27年度は一年目ということで手探りの部分もあったが、相談件数が多く、慈雲堂病院からの助言もあり、次の支援等につなげることができた。「訪問看護ステーションからみた認知症患者の連携課題」では困難事例が多くあり、訪問相談(初期集中支援チーム)で対応していく重要性を改めて感じている。6回から9回に増えた経緯もあり、引き続き周知に努めていき、医療関係者、介護事業者と引き続き連携していきたい。

(部会長)

「認知症フォーラムについて」の説明をお願いしたい。

(事務局)

**【資料4の説明】**

講演者の委員から一言お願いしたい。

(委員)

主催のNPO法人認知症サポートセンター・ねりまの理事と打ち合わせをしたところで、認知症についてわかりやすく、やさしく伝えたい。そして、認知症疾患医療センターについて伝えたい。

(部会長)

質問等がなければ、次の報告事項に移る。「在宅療養講演会について」の説明をお願いしたい。

(事務局)

**【資料5の説明】**

(部会長)

この資料にある「在宅医」とは練馬区内の医師か。

(事務局)

練馬区の医師ではない。

(部会長)

次の「若年性認知症支援力向上研修について」の説明をお願いしたい。

(事務局)

**【資料6の説明】**

参加した委員から一言お願いしたい。

(委員)

ミニケアホームきみさんちでは若年性認知症の利用者がいないため、接する機会はないが、以前の研修で接する機会があった。根本的に大事な所は変わらないと思う。本人の意思を活かす、強制はしないという所など大事だという思いがあるので、これからも多くの人と経験を共有できるこのような機会があると良いと思う。講師を担当したNPO法人ミニケアホームきみさんちの理事長も同じ思いでいると思う。

(部会長)

来年度も若年性認知症支援力向上研修は行うのか。

(事務局)

三ヵ年の計画で、来年度も行う。

(部会長)

質問等なければ、その他の事項に移る。

「軽度認知障害をめぐって」の講座の案内をお願いする。

(委員)

慈雲堂病院で行っている「区民健康公開講座」で、アンケートをとったところ「軽度認知障害について知りたい」という希望が多かったため、中野区の地域連携型認知症疾患医療センター長を招き開催する。

(部会長)

「地域高齢者を支えるコンビニエンスストア」～高齢顧客への接客・対応事例を通してコンビニ・行政・介護事業者が一緒によりよい高齢者支援のあり方を考える会～についての案内をお願いする。

(委員)

東京大学高齢者在宅長期ケア看護学研究室と小規模多機能型居宅介護「たがらの家」「しゃくじいの庭」との共同研究で、「地域高齢者を支えるコンビニエンスストア」の取り組みを行っている。今回は第二回目で、認知症ミニ講座の後に、「クロスロード」という災害対応カードゲーム教材を使い、「『クロスロード：地域高齢者を支えるコンビニ編』体験」をしていただく内容で実施する。

(部会長)

次回の日程についてお願いする。

(事務局)

第3回の日程は平成29年2月を予定している。

(部会長)

第3回練馬区在宅療養推進協議会認知症専門部会は2月1日(水)開催としたい。他に報告等あるか。

(委員)

8月6日に開催した光が丘ビックバン第一弾企画「認知症を知ろう講演会～誰もが住み続けたいまち、支え合うまち『光が丘』を目指して！！～」が大盛況であったことを報告する。

(部会長)

以上で第2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。