

平成 26 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 26 年 8 月 28 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、辻委員、上原委員、青木委員、志寒委員
加藤委員、山田委員、宇都委員、芹澤委員、中島委員
大羽委員（福祉部長）、枝村委員（高齢社会対策課長）
島添委員（福祉施策調整担当課長）、荷田委員（介護保険課長）
尾崎委員（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、福祉施策調整担当課、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 1 名 （傍聴者定員 10 名）
- 6 次第
 - 1 開会
 - 2 高齢者相談センターにおける認知症（もの忘れ）相談事業の充実について
 - 3 認知症ガイドブックの作成について
 - 4 医療・介護・家族の連携ツールの作成について
 - 5 その他
- 7 資料
 - 資料 1 専門医・サポート医による相談事業（訪問相談を含む）
 - 資料 2 認知症介護相談事業
 - 資料 3 認知症地域支援推進員の配置
 - 資料 4 認知症ガイドブックの作成について
 - 資料 5 医療・介護・家族の連携ツールの作成について
 - 資料 6 事例検討会・多職種交流会について
- 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
(部会長)
【開会あいさつ】
(事務局)
【配付資料確認】
次第の順番を入れ替えて、先に地域資源情報集の議題から進めたい。
(事務局)

【資料4の説明】

(部会長)

本日示した骨子案と奈井江町のものとは若干違うが、見比べて頂きながら、今の説明を踏まえてご意見を頂きたい。

(委員)

資料4の配布先だが、練馬区は介護事業所も沢山ある。認知症の利用者を専門にケアしているところもいっぱいあるので、区立施設、医師会、町会・自治会の回覧となっているが、できれば介護事業所にも配布をお願いしたい。居宅介護支援事業所や地域包括も含めて配布頂ければと思う。

(事務局)

出来る限りそういった所にも配布出来るよう進めていきたい。

(部会長)

構成についてどうか。

(委員)

東京都が「知って安心認知症」という認知症の気付きを促すパンフレットを作成し、フォーマットを各自治体に送っている。チェックリスト等もあるので、参考にして頂けるようお願いする。

(委員)

奈井江町は医療機関の数が少ない。練馬区の場合は、医療機関や事業者をどこまで載せるのか、凄い数になるのではと、余計な心配をしてしまったが。

(事務局)

私もこの北海道の奈井江町のものを見て、社会的資源が少ないとこんなふうにとまとめられるなど感心した。どこまで細かく載せるかというのは、制度上、こういうサービスがありますという役割は載せていく。一つ一つの事業所を取り上げるまでは難しいと考える。

(委員)

権限という観点から、前回のご議論で、一番最初に手に取ってもらい認知症のことを正しく理解していただくとか、ちょっと心配だという方から入ってもらい個別相談というように、直接的に支援や治療・受診が必要な場合は、どこに相談するとか、どこを調べたら分かるというかたちで、一段階目と二段階目に分けて、情報提供が必要だろうと、この辺りは皆さん同様のお考えかと思う。二段階目の情報提供については、情報集という冊子の方法もあるし、ホームページというやり方もある。在宅療養専門部会でも、情報は日々更新されるので、それをどこまで改訂出来るかとの話が出て、情報は最新のものを随時更新出来るやり方、それを相談窓口等で適切に案内出来るやり方が現実的でもあるし、この冊子の一番伝えたいことがより濃く伝わる構成がよいのではないかと、そういうところを考えている。二段階に分けるようなイメージで、この骨子案について皆様のご意見を頂ければと思う。

(委員)

権利擁護事業は、区の事業やサービスの中に盛り込まれるのか教えてほしい。

(事務局)

介護保険制度や区の事業やサービスに盛り込んでいくと考えている。もちろん盛り込まなければならぬ事業である。

(委員)

順番とか区民の方が取った時のインパクトとか、その辺りも皆さんの感覚的なところで教えて頂ければありがたい。

(委員)

(奈井江町のものは)字が小さい。

(委員)

インパクトだが、認知症の基礎知識として認知症の種類や特徴が大事なのは分かるが、例えばパッと開いて地域でこういうような行動をなさっている方がいて、それに皆さんがどうしたんだろうというところで実は認知症だったとか、そこから認知症って何だろう、と入った方が良い。チェックリストもそうだし、どこで気付かれるかは、やはり地域であり、近所の方が気付かれたりとか、家族が何かおかしいと気付かれたりとか、そこから話を始めた方がスムーズかと思う。あと事業所の資料でハートページがあるが、文京区の医療情報誌「かかりつけマップ」があって、情報集として作ると多分こんな厚い物になってしまうと思うので、二段階に分けるのは賛成だ。

(事務局)

「認知症とは」のところで、どういう切り口で入った方が良いか、具体的な作業に入るときに委員にもぜひ手伝って頂きたいのでよろしくお願いします。参考にさせていただきます。

(委員)

私も今の意見に賛成で、地域のお年寄りの話を聞いていると、この頃もの忘れが酷くなったんだけど認知症になったかな、と言うのが日常会話になっている。認知症かなと思ったらとか、どんな行動、どんな身体の変化があったら、とにかくこういうお医者さんの所に行きましょうとか、こういうところへ相談に行きましょうというのが、まず区民は知りたいと思う。そこへ行って初めて、あなたはこういう認知症ですよとか、認知症にはこういう種類があるんですよ、という話になっていくと思う。一般の人からするとその順序の方が分かりやすい。そしてとにかく安心させる、怖がらせない工夫が必要だと思う。認知症の予防施策が始まった頃に、認知症になるのは嫌ですよ、というところから入ったので、認知症になったら本当に嫌で、差別みたいなどころまで気持ち的にいってしまうようなところがあったが、認知症になってもこういうところに行けば大丈夫だよと、そういうものが分かりやすく書かれてあると非常にありがたいと思う。

(委員)

1～2 ページは認知症サポーター養成講座にお任せした方がいいかなと思う。家族が何で気が付いたかという事例集があるが、例えば、同じことを何回も聞くとか、お財布を無くしたと言うとか、薬を正しく飲めなくなったとか、という事例が10項目位あり、そういうものを入れてみると良いと思う。地域の人から見ると、ゴミ出しが出来ないとか、近所に何回も訪ねて来るとかで、ちょっとおかしいかな、というところで気が付く話を聞くので、行動からの出発が良いと思う。最近私も認知症サポーター養成講座をする時は、どういう事を思いますか、と先に聞いたりすることが多くなっている。

(委員)

介護者支援について。家族会の紹介はもちろん、介護者が陥りやすい状況とか、精神状態とか、虐待までいってしまうようなこともありうる。後から考えるとあの態度は虐待に似たことだったん

だなどと思える事もあるので、ぜひ家族支援のページも作って頂きたいと思う。

(事務局)

家族支援に関しては、区の事業やサービスとインフォーマルのサービスも含めて、きちんと載せていきたいと考えている。

(委員)

引き続きになるが、今のお話はサービスがあるかないかだけではなく、ご家族の事例というか、そういったところが入り口の部分で、高齢者のみならず認知症かもしれないという部分と、認知症になった時でも予防や対応の仕方というところの入り口の部分のお話と受け止めさせて頂いた。

後、認知症のチェックリストだが、参考にお配りした奈井江町の裏面にある、裏面にあると言うのは、中を開かなくても目につくという趣旨でたぶん作っていると思うが、認知症の事例や行動から見えてくる気付きのポイントは最初にあった方がよろしいか。そうすると見た方は、こういうことは自分にもあるかもしれないなと思って、次に、チェックしてみようといった方が流れとして良いのか、点数が悪くがっかりしてしまい、次に進まなくなってしまうとか、考え方がいろいろあると思う。ここは率直に皆さんのご意見、感覚的などころも含めて教えて頂ければと思う。

(部会長)

チェックリストの表し方はどうか。

(委員)

このチェックリストをすると、たぶん認知症になっている人は、「私はそんな事ないと思う」と思う。本人がチェックリストをやると、例えば「1人で買い物に行けますか」は「私はできる」と、絶対そう思うと思うし、「今日が何月何日がわからないときがある」は「そんな事はない、ときどきあるが覚えている」と。本人がやった場合はそういう答えになると思う。もちろんこのチェックリストは冊子の中に入ると思うが、どこかに、一人ではなく皆でやってみましょうという言葉があったり、ここでバツがいくつ付いた人は心配しないでここで診てもらいましょう、と導いてあげるとか、そういうことをすると少しは安心すると思う。

(委員)

今のお話の観点は私も同様で、例えば、心配しなくてもいいのですよ、いろんな支援の方策があるので、こういう生活の仕方もあるので、ということを理解してもらってからチェックリストをやってみよう。あれ、思ったより点数が高いな、じゃあ、ここの相談窓口はいかがですか、という流れもありだと思い、こういう感じで作っている。

(委員)

チェックリストの見出しに、認知症に早く気づくためのという目的が入っていることが凄く大事だと思う。このガイドブックで言うと、早めに「4ページ参照」とか、早期診断・早期発見が大切な理由を読んでもらえるよう矢印か何かを付けて、そちらを読むよう案内を付けた方がよいのではないかな。もちろん自分のことを肯定的にみる人の方が多気がするし、否定的なものが出てきたとしても気にかかけつついろいろあると思うが、4ページを見て頂くことが大事だと思う。

(委員)

チェックリストの項目はこのままなのか、それとも内容を検討するか。

(事務局)

チェックリストはこの奈井江町のものではなく、東京都が開発したものを載せる予定だ。10月から、東京都の作ったチェックリストに練馬区の相談先を載せたものを、練馬区版リーフレットとして包括や区立施設等で配布する予定だ。

(委員)

それを聞いて少し安心した。4番、電気やガス、水道が止まった時、3.11の時には明らかに認知症でない方でも9割くらいは復旧出来なかった。8番、公共料金はほとんど引き落としなので、こういう声もあまりないとか、10番、自分で食事を作らず外食している方も増えていると思い、一つ一つ読んでいて心配した。

(委員)

今、東京都が開発したとあるので、手前味噌になるが、当センターと東京都が中心になって自記式で自分でやって、「全くない」とか「時々ある」等4つ段階があって、それを何項目かやって、最後に合計して何点か以上だと認知症のスクリーニングとしてかなり高い出現頻度があると研究して出したものを推奨している。文面も少し優しく柔らかいものになっているし、自分でやって気付けるものを作ったので、お役に立てるかと思う。

(委員)

ご家族がガイドブックを開き、ご家族がチェックしてから繋げて頂くのは重要で、もちろん一人暮らしの方は出来ないという限界はあるが、ご家族もやってみようとか、ご家族にも敷居が低くなるような、気軽に出来るような案内の仕方も工夫頂くとよいと思う。

(委員)

こういうチェックリストは、家族と本人で答えが違うというのは、アルツハイマーの方の特徴で、両者の乖離があるということで認知症であったり、乖離があるということを知って頂くのも大事なことなので、逆に、そういう使い方も出来ると知っていて頂ければと思う。

(部会長)

今、東京都版を配ったのでご覧頂きたい。

(委員)

5ページにチェックリストが入っている。

(委員)

項目が似ているが、質問形式で少し柔らかくということか。こちらの解説をすると、東京都でフォーマットを公開していて、各自治体にあったものに作り替えてもらっていいですよとしているので、これを参考に作られるかと思うがお役に立てればと思う。

(部会長)

事務局から何かあるか。

(事務局)

16ページの作りは問題ないか。情報が多くなってもというところはあるが。

(委員)

希望としては、もう少し活字の隙間を空けてほしい。

(事務局)

イメージのところでは触れてあるが、イラストをなるべく多くして、細かい文字はなるべく避けて

と、家族の方が手に取って関心を持って読めるものにしていきたい。

(部会長)

このくらいが読みやすいということでしょうか。

(委員)

皆さんにイメージを持ってもらえるようにお配りしたが、奈井江町と東京都があって、何となく東京都版のようなイラストや文字の大きさが分かりやすいだろうということが、皆さんの総意としてよろしいか。あともう一点、チェックリストを何ページに載せるかという議論は、チェックリストをどのように使っていくか、ご家族と一緒にとか、心配や不安を重くさせないためのアプローチの仕方とか、いくつかアドバイスを頂いたので、そういったものを入れ込んだ中で、もう少し具体的な案を作り、そこでまたご議論頂ければと思う。

(委員)

奈井江町版の7~8ページに認知症の人への接し方や介護のポイントが載っているが、これはぜひ入れて頂きたい。

(委員)

単年度で終わるのではなく、内容も変わるので、毎年配られると良い。我々も外来で認知症と診断した方にこれを渡し、勉強して頂くかたちにも使えると思うので、そういう使い方も出来るよう、希望した医療機関にはまとめて頂けることも考えて頂ければと思う。

(部会長)

様々参考になる意見を頂き感謝したい。

では、次第の4、医療・介護・家族の連携ツールの作成について、資料5の説明をする。

(事務局)

【資料5の説明】

(委員)

連携シートの裏面だが、利用している機関やサービスの記載は、誰がやるのを想定しているのか教えてほしい。

(事務局)

基本的にはご本人とご家族の了解のもととなっているので、ご本人・ご家族が記入し、この範囲内であれば連携しても構いません、ということになると思う。あるいはケアマネや高齢者相談センターからこのシートを使ってみましょう、ということであれば、その中でルールを決め、範囲を決め、ケアマネ等が記入してもよろしいかと思う。

(委員)

私どもが聴取するにあたり、認知症の方からの聴取はかなり難しい状況が沢山ある。特に独居の場合、その人の情報を全部引き出して落とし込むというのは、かなり穴が出来てしまうこともあるので、医療機関の先生にご協力頂いて、疾患名・医療機関名・担当ドクター名など、その辺りはうまく連携を取って頂いた方が良いという気がする。

(事務局)

その辺りはいかがか。その辺りの協力は図れるものなのか。

(委員)

ケアマネさんや、ご家族の方から先生に書いて頂きたいとお話しするのが一番いいのかなと思う。

(委員)

連携シートのダウンロード利用が出来るなら、繁忙化を緩和して頂くために入力出来るテキストでお願いしたい。そうすると、更新した時にデータを作り、その後は変わった所だけ入力していけば業務が簡素化されるので、ご協力頂ければと思う。

(委員)

これは認知症の人に使うものなのか、それとも在宅の部会でも同じような連携シートの話は出ているのか。

(事務局)

このシートは、特に認知症の人に限ったものではなく、必要な方に幅広く使えるものだと思う。

(事務局)

一つ補足をすると、このシートは確かにそういうものだが、在宅の専門部会では、今のところ紙による情報共有は検討していない。どちらかと言うと、ICTを活用したものを中心として検討を進めていきたいと考えている。

(委員)

同じ区で二つのフォーマットとは、こちらの部会では紙でやろうと決まった流れは分かっているが、二つフォーマットが出来ていくというのは、いいのか悪いのか悩むところだ。

(委員)

委員の皆さまもそのように感じると思う。一つの目的に向けて進んでいるので、そもそも認知症部会では、より簡易で分かりやすいもの、入り口の部分で使いやすいもの、という意見が主を占めた。在宅療養の方は、もう少し具体的でリアルタイムの連携が欲しいと。そこで、両方ともニーズがある話なので、入り口の部分の基礎的な情報はこちらを使いましょう、これで足りない部分、もっとリアルタイムで綿密な連携が必要な部分は、プラスICTを使っても良いと、どちらかの症状を持っている方はこっちしか使えないということではなく、支援に関わる方々やその関わりの度合いによってこれだけで済むかもしれないし、次のステップも必要かもしれない。そういった所を、中身の議論は別々の部会でやっているが、まとめたかたちで推進協議会の成果物として区民の皆様案内していきたいと思っている。後、医療機関で、「すみません、これ医療機関名とかを書いて頂けますか」と話した時に、制度上は診療報酬等が発生してしまうものなのか教えて頂きたい。

(委員)

この様式であれば発生しないと思う。

(委員)

まだまだ詰めなくてはいけないところが沢山あるし、関係者の方との調整も必要かと思うが、今こういったイメージでこういったものを作っていくか、というところを皆さんにご意見を頂いた。もう一つ大きなものは使い方のルールで、これを皆さんと各関係の方々と共有しないと、周知も運用も図られないかと思うので、そう言った順番で議論頂ければと思う。

(委員)

認知症に限らずこの紙というのは非常に使えるものだと思うし、ICTの問題は次世代の話なので、ICTがすぐ練馬区全体で使えるようになるとは考えていない。当面これが運用されるように

なるのかと思う。認知症だけでなく、ケアマネさんに働きかけるのが一番いいかと思うので、ケアマネさんに働きかけて、介護保険の給付者のほぼ全員に使って頂けるようにするといいいのではないかと思う。

(委員)

私も、本人や家族が中心と言うのは分かるのだが、老老介護の時に理解出来るかなというところがとても心配だ。やはり繁忙でも、担当ケアマネさんが注意喚起というか勧めて頂ければと思う。

(委員)

ケアマネの忙しい事は理由にならないが、ケアマネの書類はもの凄く多い。行政の方も協力して頂いているが、行政の都合でいろんな制度が変わっている部分もあり、ケアマネの繁忙化がより一層促進している部分も正直ある。行政の方とも連携を取らせて頂いて、区民の方の方に目を向けられる時間を作ればと思う。その中でこのフォーマットを作るにあたり、これをケアマネの方で作るとしたらもっとエクセル化して、いちいち手打ちしないで落とし込めるような形で等、作成に関して相談出来るとよい。日常業務プラスアルファの中でやっていかなければいけないということで、ご配慮頂きたい。行政の方も他の業務に関して簡素化出来るのであれば、協力頂けるようよろしく願います。

(委員)

関わった各機関が、それぞれの立場でやればいい話だと思う。デイサービスに新規で来たらその事業者が追記すればいいし、先生が忙しくてもカルテを見て助手の事務員が書いてもいいので、考え次第でいくらでも出来ると思う。結局用途としては、本人・家族・区民向けにという趣旨で作っていると思うので、シンプルにやった方がいいと思う。事務の煩雑さを言ったらキリがない。お薬手帳を発行する時にこれも一緒に付くようなイメージでいいと思う。早速、試行みたいなことやってみてもいいと思う。

(委員)

何で作るのか最初に戻って見たが、老老介護とか、高齢になってくると自分が通っているお医者さんも分からなかったり、上手く言えなかったり、どういう病気か説明出来なかったりする。そういう意味で、その人の医療情報がこれを見たら分かるということで始めたのだと思う。病院に行ったら受付の人にハンコを押してもらえばいいと思うし、ケアマネさんの事業所のハンコも押してもらえばと思う。更にお薬手帳を見て、ここの病院でお薬が出ているとか、申し訳ないがそれでちょっと分からなかったら問い合わせさせて頂いて、そういうかたちで利用出来れば、本人がとても安心出来ると思う。

(委員)

誰が書くかという問題に関しては、誰がまず渡すかと言うことと、この同意書というところも肝だと思う。このリストに挙げられた機関で情報を本人に許可を取らないでやっていい同意書だと思うが、責任は誰に対して同意しているのかよく分からない。練馬区と書くのか、同意を撤回したい時はどこに連絡したらいいのか、この辺はもう少しクリアにする必要があると思う。誰が書くかと言う問題に関しては、もちろん皆さんお忙しいので一人で埋めるというのではなく、介護保険の利用が始まった時に書ける分にはケアマネさんに協力頂くにしても、各機関が積極的に書き込むくらい普及すれば、この連携シートの意味があると思う。

(委員)

皆さんのご意見を頂く中で、この表面の左側下に本シート記入者（担当ケアマネージャー等）と入れてしまったので、限定的な解釈に繋がってしまったのかと。今、それぞれの窓口で薬局含めてハンコを押すだけでもといった、より簡素でやりやすい話も頂いた。そうなると運用や同意の部分のルールを、私たちの方でちゃんとした仕組みを作っておかないと、ハンコを押すのはいいけど、これって同意されているのかどうなのかという感じになってくる。一番の肝はご家族だが、老老介護やご家族が居ない時にどのようにルール化していくかというところが肝なのか、取り込むべき情報は、最初はこれくらいだというように、皆さんが考えていると受け止めてよろしいか。先ほどダウンロードの話もあったが、要はいかに使われるか使いやすいかと、もう一つは情報の同意という部分をどうルール化していくのかと受け止めた。

(部会長)

ありがとうございました。

(事務局)

ルール化といったところでは、手引書を示す中で皆さんと築いていければと考えている。

(部会長)

大変貴重なご意見を頂いている。頂いたご意見を踏まえて、利用のルールについて更に詰めていきたいと思う。とにかく使われるものになるよう仕上げていければと思っているので、よろしく願います。それでは次第の2に戻り、高齢者相談センターにおける認知症（もの忘れ）相談事業の充実について、資料1、2、3を説明する。

(事務局)

【資料1、資料2、資料3の説明】

(部会長)

資料が多く説明が長くなったが、ご意見はいかがか。

(委員)

この件に関して、先週、医師会長や副会長と一緒に認知症専門医の先生が数名集まって協議した。問題点は、医者負担が結構大きくなってしまっていて、実際開業されている先生ばかりなので、月に一回でも定期的に出ることが出来ない先生もいるということだ。今、サポート医、認知症もの忘れ相談医の先生が全体で120名位いるが、この相談事業に協力してくれる先生をもう少し確保したいという事でアンケートを作成中だ。9月中にはアンケートを配り、手挙げしてくれる先生を少しでも多く確保して各々の先生の負担を減らし、円滑に回るようにしていきたい。いろいろ他のものと合わせて作成し、9月中には配り回収していきたいと考えている。上手くいけば、今言われたようなかたちに少しでも協力出来るようにしていきたいと考えている。

(事務局)

ありがとうございます。協力して頂ける先生方が増えていけば、一人一人の負担が減ると思うので、こちらからもお願いに行き、ぜひこの事業に参加して頂けるよう協力を仰ぎたいと思う。

(委員)

今、在宅の訪問だけやっているドクターというのが大変増えていて、訪問に関しては精神科で訪問している先生もいるし、認知症を見て頂いている先生もいる。その先生がサポート医なのかどう

かは分からないが、訪問を主体とされている先生は訪問に慣れてらっしゃると思うので、開業医の先生よりは抵抗感が少ないかもしれない。もし条件が合うようならお願いしてもいいのではと思う。

(事務局)

そういった情報があれば、こちらも確認していきたいと思うのでお願いします。

(委員)

資料3の認知症地域支援推進員の配置について、そのものは喜ばしい方向だと思うが、業務内容で「状況に応じて必要な医療や介護等のサービスが受けられるよう」とある。フォーマルだけでなくインフォーマル、家族会への繋ぎとか、情緒的なものは一回の相談でどうなる訳でもないので、繰り返し繰り返し溜まったものを吐き出す場として、家族会への繋ぎも考慮して頂ければと考えている。

(事務局)

記述が抜けて申し訳ないが、そういったことも地域支援推進員の役割として加えるつもりだ。

(委員)

ご本人やご家族にとって、相談出来る窓口や人員が増えるのはとてもありがたいと思うが、例えば、この方の相談はもの忘れ相談の対象なのか、認知症介護指導者による内容なのか、それとも地域支援推進員に任せるのか、振分けや連携して統合して見ている人は誰になるのか。

(事務局)

それは地域支援推進員になる。ここに情報を集約して、この相談は介護相談事業、この相談はもの忘れ相談というかたちで振分けていくことを想定している。

(委員)

まだ全体的によく理解出来ていないが、例えば家族がうちのお父さんちょっと変だわと思った時に、配られたガイドブックでチェックする。チェックしたらチェック項目が一杯になったので、高齢者相談センターに行って認知症介護相談事業の中で相談する。そして病院を紹介してもらったり、その後の事をいろいろお世話して頂けるんでしょうが、とても時間がかかるような気がする。本人は誰にどのようにものを言って、誰がどういうふうにしてくれるのかが分からない。事業が始まってしまうと整理されると思うが、利用する当事者としてはとても分かりにくいし、時間がかかってしまう気がする。その点はどうか。

(事務局)

確かに相談窓口が増えて混乱もあるかと思うが、一つはかかりつけ医がいるという事であれば、まずかかりつけ医に相談すると思う。いきなり医師への受診は敷居が高いという方もいると思うので、そういった方は高齢者相談センターへ、ここはいつでも支援に関する相談などを受けているので、まずそこに相談して頂く。かかりつけ医なのか高齢者相談センターの窓口なのか、大きく窓口は二つだと思う。高齢者相談センターの窓口で相談したとして、その後お医者さんに行くのが敷居が高いようであれば、高齢者相談センターでやっているもの忘れ相談を受けてみましようかという事になるし、或いは介護保険サービスから入るという事であれば、そちらの方を案内して頂く。その辺りは混乱しないようにアナウンス出来ればと思っている。

(委員)

今やっているのとあまり変わらないのでは。

(委員)

おっしゃるとおり。高齢者相談センターでもこういうかたちで相談に乗っているが、専門的な役割ではなく、いろいろな業務をしながらの関わりなので、主治医がいない、主治医がいないので介護保険サービスにも全く繋がらない、そういった方々を民生委員さんやご近所の方からの連絡を受けて、そこから1~2年かけてやっと介護保険に繋げるような事を現在もやっている。役割がある程度特化出来れば、もう少し効率よくいくと思う。今はいろいろやりながらなので、そのところは時間がかかってしまうのが現状である。

(委員)

推進員は本所に常勤でいるということによいか。専任で仕事をしているという理解によいか。

(委員)

認知症地域支援推進員に関しては、新しい役割として包括に配置する。今、専任というお話があったが、在宅療養の医療と介護の連携についてもこれと密接に絡んでくるので、その役割を兼ねるかたちで配置する。申し上げたいのは、今までの人員にプラスアルファで配置する。つまり、支所において様々な相談を受けているが、今の体制の中で全てがスムーズに支援まで繋げていけるか、ボリュームの問題もあって体制をまず厚くしようというのが一点、こういった相談事業の機会でなければ相談が出来ないという事では決してない。相談は今までと同様に、各支所各本所の窓口でお受けする。その中身を精査し直接的に支援に繋げる方がよいのか、ご家族の理解を得るために、また医療の方に繋げるために専門医に診てもらう方がいいのか割り振りをする。あともう一点増やした要素として、今までは自宅に訪問するかたちでの相談が組めていなかった。例えば虐待や自傷・他傷行為が顕在化している方への支援というかたちで、専門医に来てもらうことはあったが、それよりも少し軽い人の自宅に何うという訪問が出来てなかった。やっている中身と目的は変わらないが、それをより確実に効果を上げていくために体制を整備するとか、回数を増やすとか、訪問も出来るようにするとか、充実というかたちで事業をいくつか立ち上げよう、何か増えすぎてよく分からないという事がないようにご案内を進めていきたいと思う。

(委員)

推進員は本所だけに居るものなのか、支所にも置くのか。介護保険を利用してケアマネジャーさんが決まっている方もいる。そういう方も何かトラブルがあって、ケアマネジャーさんで手におえない場合は、こういうお手伝いも推進員がやると考えてよいか。

(委員)

配置は4か所の本所で、支所に配置するものではない。支所や地域のケアマネジャーさんの支援をしながら、情報を集約していく。その旗振り役として本所に新たな人間を配置する。

(委員)

認知症地域支援推進員と医療介護連携推進員を兼ねるという説明をさせて頂いているが、本所は来年度から委託することを前提に、委託仕様書の案を作成して各種委員会などで検討頂いているところだ。仕様書の中では、「それぞれ設置するものとする、ただし業務に支障のない範囲で兼ねることが出来る」という規定にしているので、兼ねなければならないのではないという点を補足する。

(委員)

簡単に言うと認知症に関するスペシャリストが4つの包括に配置されて、認知症の方とその家族

の支援を中心にする方が、相談のコーディネートをしたり、医療と介護の連携に携わったりするということで、かなりポジティブにとらえていい話ではないかと思う。今、板橋区と都の認知症疾患医療センターがアウトリーチ事業を東京都の委託でやっていて、同じような役割を果たす認知症コーディネーターという者がいる。その人のところにいろいろな相談が集まり、これはアウトリーチではなくこの事業を使ってみようとか、困難事例が多いので、そういう事例でケアマネさんが困っているのを相談に乗ってああしてみよう、こうしてみようと、かなりタイムリーにいろいろな対応をしている。実際には、アウトリーチにまで繋がらない事例が多くなっているが、今までよりスペシャリストによるタイムリーな対応が出来ていくというように考えて頂ければいいと思う。

(委員)

たまに電話相談などで、全ての機関に行ったけど満足出来ないという方からかかってくるが、そういうことが少なくなると理解してよろしいか。

(委員)

100%を目指しながら、100%は出来ないかもしれないけれど、最大限のということで。

(委員)

そうすると本人からだけでなく、例えばケアマネさんからの相談等もあるということなのか。

(委員)

そのとおりだ。今の包括もケアマネさんからもご相談頂いているが、そのボリュームが大き過ぎる部分を少し特化して、集中させていきたいと思っている。

(部会長)

いずれにしても増員で配置をし、この事業について更に積極的に取り組んでいきたいと思っている。これは報告という位置付けでよろしいか。

では次第の5、その他にいききたいと思う。資料6について説明する。

(事務局)

【資料6の説明】

(部会長)

今の報告について、ご感想やご意見があれば。

(委員)

私も参加させて頂いたがよかったと思う。参加して思ったのは、各職種の人たちが繋がりたいと思っているけれどチャンスが今までなかった。例えば今回、ドクターもいるシナースもいて医師会もいて、歯科医師も参加していた。何だか分からないが召集かかったから来たというようなところから入って、実際介護って何をやっているのだろうみたいなレベルから話が出来た。という事は、そんなにお互いを知らないでそれぞれを主張していたのだなと、それが逆に良いきっかけになったと思う。草の根的な意見交換がハードルを低くして出来たのは、凄くいい機会だったと思う。ぜひ回数を重ねて、交流が出来る場があれば、普段の業務でも先生あの時はお世話になりましたと、もっとフランクに情報交流が出来る機会になると思った。

(委員)

小規模多機能の観点から、実は事業者会をすると特定の小規模多機能の管理者さんやその方しかなか見えな。今、小規模多機能は練馬区内で13か所あり、小規模多機能同士の集まりにも来

れないし、こういう事例検討会にも同職種の方は少ない。これは連携出来る運営体制がその事業所の中で整っていないということで、その事業所で管理者もしくは経営に関わる方々が積極的に出て行きなさいとか、こういう場に出ることがいかに大事かと言って、現場の管理者やケアマネに出て行けよと背中を押さないとなかなか進まない。役割として、小規模多機能は地域包括ケアシステムでもとても重要な位置付けにありながら、参加してないと感じるところだ。運営を担っている方、人員配置体制やその残業についての扱いはどういうふうに考えているのかとか、その職員の勤務体制を変更しなくてはいけないんだと考える人たちにも出席して頂くことを、今後アピールと言うか、重点として頂ければと実感している。

(委員)

この事例の中で薬剤師さんの役割が凄くクローズアップされていて、私自身薬剤師さんとどう絡んでいくかというのがちょっと見えなかった部分があるのが、今回本当によく分かった。光が丘の事例検討会では認知症の奥様が旦那様を看取られるまで支えていくというのがあった。これから認知介護も老老介護も増えていく中で、認知症の方でも周りのサポートが上手く得られればご主人を見送る事が出来た点が、非常に希望を与えたものではないかと思う。この「在宅で生きる」というものなかなか良く出来ているが、今後この成果を区民の皆さんにも還元できるようになっていければと思う。

(委員)

光が丘に参加させて頂いて、出てくるケアマネさんはいつも一緒なのかという印象を受けた。これはケアマネとしての問題であり、また光が丘地区でのケアマネ連絡会等の課題にもなるが、来る人は来る、来ない人は来ないという状況もあるので、今後もっと底辺からやっていかなければという部分で、反省させられた会でもあった。

(委員)

このアンケート調査のところでは満足度のところだが、大泉はほぼ100%に対して、練馬はそうでもないのはテーマの違いなのか。

どちらも満足度は大きく伸びているが、例えば大泉地区では医師については全員が満足と回答しているのに、練馬地区では50%位なのは、テーマによるものなのか。

(事務局)

詳細の分析が出来てないところがあるが、委員のおっしゃるように、テーマが違ったことと発表のスタイルも全く違ったというところがあり、それぞれ受け止め方に差が出たのかなというところはある。ただ、細かい分析はまだ出来てないので、今後の課題とさせて頂きたいと思う。

(委員)

私は明日の会に参加する予定なのでまだ参加出来ていないが、いろいろなところで感想を聞くと、本当に良かったと、目からウロコ的な話を聞く度にワクワクし、明日はどんな会になるのかと楽しみで仕方ない。参加した感想を身近な関係者に話して頂くと、同じようにワクワク感を覚えると思うので、参加された方はぜひ口コミで広めて頂ければと思う。

(委員)

統一事例にすると何か弊害があるのか。

(事務局)

今回の事例検討会に関する検討過程で、全く同じものでやっていく手法と、あえてバラバラでやっていく方法のどちらがよいかという議論があった。結果として後者を取り、運営主体も区が前面に出るのではなく、大泉地区に関しては、訪問看護ステーション連絡会の方が運営主体となって、事例や発表者の選定を担って頂いた。光が丘地区に関しては在宅療養相談窓口の方に発表事例やメンバーを選んで頂いた。それぞれ地区ごとの事例をなるべく取りあげ、今回はバラバラのやり方で進めていったというのが実態である。

(部会長)

その辺のご意見も、今回やってみていろいろなご意見を頂いて協力していければと思う。

次に「認知症フォーラム」について。

(事務局)

これはチラシの初稿なので、実際にはデザイナーが手掛けたものになる予定だ。案内は主催である練馬認知症支援ネットワークの会からお願いします。

(委員)

実際のチラシは優しい感じの素敵な感じになるのでご期待頂きたい。講師の新田國夫氏は全国在宅療養支援診療所連絡会長で、プロフィールに書いてあるように、外科医の時に患者さんから「先生、病気は治ったけど、生活が出来なくなっちゃったよ」と言われたのがきっかけで在宅医になったということ。これは凄く意味が深く、病気が治ればいいという考え方から、その病気と付き合いつつその人らしい人生を送る場としての在宅療養をするためには、どういう視点を持っていったらいいのかという事を伺いたいと思って企画した。薬の管理とか、栄養状態とか、熱中症とかの日常的な管理が出来ないことにより、急性疾患などで救急搬送され、ADL が落ちたり認知症が進んだりということにならないためにはどうしたらいいかをお話し頂きたいと思っている。

昨日も認知症専門デイの集まりに行ったが、やはりその中でも、入院するとADLとか認知症の状態が落ちちゃうよねと話が出たので、やはりこういうことを避けるために、医療・介護やフォーマルな組織と連携するためのヒントを頂けるのではないかと思います。お忙しいとは思いますが、万障お繰り合わせの上ご出席をよろしくお願いします。

(事務局)

新田先生が開業している国立の新田クリニックは今、国のモデル事業で認知症医療支援診療所、いわゆる身近型の認知症疾患医療センターを行っているので、今後の認知症を診る診療所の一つの手本を示して頂けると思う。是非ご参加頂ければと思う。

(部会長)

以上、議題はこれで終了したが、事務局から何かあるか。

(事務局)

次回の日程は11月を予定している。11月5日(水)でお願いしたいと思う。