

平成 27 年度 第 2 回 認知症対策検討会 要録

(在宅医療・介護連絡会議 合同会議)

日 時：平成 28 年 2 月 2 日 (火) 19 時 45 分～21 時

場 所：社会福祉センター 3 階中会議室

出席委員	(認知症対策検討会) 内海委員、鹿野委員、木曾委員、榊原委員、佐藤委員、志津委員、鈴木委員、須藤委員、高梨子委員、高橋委員、松尾委員、松田委員、畠山委員 (五十音順) (在宅医療・介護連絡会議) 岩淵委員、大川委員、荻巣委員、坂本委員、穴戸委員、高木委員、椿委員、遠山委員、濱崎委員、林委員、原田委員、秀島委員、本澤委員、三嶋委員、安田委員 (五十音順)
事務局	井坂福祉部長、上村高齢者福祉課長、渡部主査、緑川主査補 山辺健康こども部長、青木健康増進課長
オブザーバー (敬称略)	(東邦大学医療センター佐倉病院) 医療連携・患者支援センター 涌井芳樹
その他	傍聴 0 人

発言者	内 容
□会長	みなさん、こんばんは。本日の会議は、認知症と在宅医療に関わる皆さんとの合同会議となっております。医療と介護の連携をより強化し、同じ認識のもとで課題の解決をしていくためには、今日のような合同の会議は大変有意義な場であると感じています。 どうぞ、忌憚のない意見を出していただきたいと思いますので、よろしく願いします。それでは、次第に沿いまして議事を進めます。議事(1) 医療介護連携に関する課題について、事務局より説明をお願いいたします。
○事務局	会長、よろしいでしょうか。 11 月 1 日(日)に、在宅医療と介護の連携をテーマとする佐倉市地域包括ケア研修会を開催いたしました。110 人の医療介護関係者の皆様にお集まりいただきました。研修会では、グループワークにおいて在宅医療と介護に関する課題の抽出を行っていただきました。主な意見として、まとめたものが、資料 1 となります。 課題の一つ目として、「連携の不足」があります。特に退院して在宅に復帰されるときに、本人や家族の意向が反映されていない、説明不足、退院後の状況が見えない等の意見が出されました。 また、在宅に関わる歯科医師、薬剤師との連携不足も意見として挙げられています。 二つ目の課題は、「周知と啓発」です。市民に対する医療・介護サービスの周知、情報提供が意見として挙げられています。認知症になったとき、また在宅医療が必要となったときに、いつ、どこに相談すればよいのか、どのように活用すればよいのかの情報提供が求められています。 三つ目は、資源の不足です。在宅医療や認知症に関わる機関やスタッフが少ない、独居の高齢者や介護者を支援するサービスが不足しているとの意見が挙げられています。 これらの課題に対する解決策として、多職種が定期的に参画しての会議や研修

発言者	内 容
	<p>の場を設けることや、情報共有を円滑にすすめるためのルール作りのようなものが必要になるかと思われます。</p> <p>また、市民に対しても療養の経過に応じた相談先や支援機関に関する情報提供を行い、本人や家族の選択と心構えに基づいたサービスの提供を行うことが必要となってまいります。</p> <p>連携や市民への啓発につきましては、引き続き委員の皆様からご意見を頂戴する中で、内容を詰めてまいりたいと考えておりますので、これからもよろしくお願いいたします。</p>
□会長	<p>ありがとうございました。</p> <p>医療と介護の連携を強化することを目的に、佐倉市では、さくらパスを中心とした認知症連携を県内でも先行して進めてきましたが、高齢化がどんどん進んできていることで、認知症も並行して増えていって、様々な課題がでております。認知症連携に関する課題についても、改めて把握する必要があると思っています。せつかくですので、在宅医療介護連絡会議の委員の皆様より、認知症に関する対応の課題等があればお聞かせいただきたいのですが、いかがでしょうか。</p>
□A委員	<p>この資料1を見ていると、病院の中で当然やっていることがやっていないと言われています。というのは、みんな想像でしゃべってしまっていて、実態を知らないと思うんです。その中で対策を立てるというのはもったいないのかなと思います。うちの病院では退院前は必ず退院前カンファレンスをやっていますし、ケアマネジャーや訪問看護など全てに声をかけています。ただそこをやっていないのではないかとという想像のもとに書かれているのではないかと思います。もう少し、実態を把握して計画を立てたほうがいいのかと思います。例えば、医療依存度が高い人への受け入れ施設が不足とありますが、今どこの病院でも空床が多いんです。足りないわけではないだろうと思います。受療率が低下しております、どこの病院も入院する患者さんは大変少なくなっています。空床はあるはずなんだけれども、一杯だろうからと、たぶん声がかかっていないだろうと思います。そういうこともありますので、そのへんの連携もあるかと思っています。</p>
□会長	<p>ほかに、ご意見はありますか。</p> <p>認知症は非常に幅が広いですからね。軽症のまだ認知症が認知されていないレベルから、周辺症状BPSDが加わるまであります。一番私が困るのは、BPSDプラス身体合併症が加わった場合は、佐倉市ではどこが診てくれるのかということがあって、そういう所がないので難渋しています。そこを含めて何かご意見はありますか。</p>
□B委員	<p>看護師の立場からですが、物忘れ外来での在宅に関わる問題は、認知症の方が自分が認知症であるということを受け入れられず、受診になかなかつながらないことがあることと、本人に付き添ってきた家族の話や家族の本人に対する接し方や認知症への認識が低い部分があると思います。在宅と、地域で長く過ごしていくことを考えると、その2点が問題として挙げられるのではないかと思います。</p>
□会長	<p>ありがとうございます。病識という問題ですね。たしかに、精神科としての経験ですと、病識がない疾患というのがあって、統合失調症、躁状態、認知症があ</p>

発言者	内 容
	<p>ります。統合失調症や躁うつ病は、精神保健福祉法に基づいて、ご本人に病識がなくても強制的に治療するというシステムがあるのですけれども、認知症の場合にはそこに加えられないので、そこで治療が遅れてしまうということがあります。</p>
□副会長	<p>私の所でも物忘れ外来をしております、ごくまれに認知症の患者さんがおひとり受診されることがあります。ほとんどの方は家族と一緒に見えられることが多いのですが、家族が付き添っていただければ、初回の受診では病識がなくてもその後の治療がうまくいくことが多いかと思えます。</p>
□会長	<p>私の経験では、認知症のご家族と精神疾患のご家族では、ちょっと違うニュアンスがあると思えます。認知症の場合には、認知症と認めたくないという観念があるのではないかと思えます。ご本人もそうですが、ご家族も含めて協力してもらい必要はあると思えます。ほかにご意見はありますか。</p>
□C委員	<p>連携についてですが、それぞれのところがそれぞれのところでやっているのが正しい認識だと思います。ただ、お互いがやっていることがよく理解できていないとか、信頼関係が成り立っていないとか、そういうところに問題があって、例えば病院が一生懸命在宅の支援をやっているのがわからないとか、認知症や精神疾患の受診をさせるまでに介護支援の方が大変な思いをしているのが、なかなか見えてこないということがあります。連携の仕方も、病院としては、家に帰ったらこういう風にやってみてといても、現実的なものとなるのか、キーパーソンの捉え方によっても違いますので、連携を深めていくことが大事なかと話を聞いていて思いました。</p>
□会長	<p>ありがとうございます。 では、意見がなければ次に移ります。議事（2）認知症地域支援推進員及び認知症初期集中支援チームの設置について、事務局より説明をお願いいたします。</p>
○事務局	<p>よろしいでしょうか。 認知症対策の新たな制度であります、認知症初期集中支援チームについては、資料2-① 認知症総合支援事業の実施要綱が今年1月に国から示されましたので、ご覧ください。 9月の第1回目の会議でもご説明いたしました、認知症の疑いのある方や症状の悪化した方の自宅に、専門職が訪問し、早期に支援を行うものが「認知症初期集中支援事業」となります。 佐倉市においても、この要綱に沿いながら、初期集中支援事業の進め方を決定させていただきたいのですが、いくつか検討が必要な事項がございます。 検討事項ですが、まず、実施体制として、支援チームの設置先です。これまでも、地域包括支援センターは、初期集中支援事業が始まる前から、認知症の方への早期支援、早期対応の支援実績や関係機関との連携等のノウハウを蓄積しておりますので、来年度は、地域包括支援センターにモデル事業という形で実際に初期集中支援事業の要綱に沿って活動していただきながら、活動マニュアルの作成をしたいと考えております。 続きまして、チーム員につきましては、専門職と専門医で構成するとされております。専門職については、地域包括支援センターに要件を満たす職員がいます</p>

発言者	内 容
	<p>ので、2名以上選出してチーム員を構成したいと考えております。チーム員活動を行うためには、国の所定の研修を受けていただく必要がありますので、研修終了後からチーム員活動ができるようにしたいと考えております。</p> <p>認知症サポート医についてですが、チーム員活動をサポートしていただく専門医師の配置が必須とされております。</p> <p>資料2-②にあるように、認知症サポート医の要件が①から⑤まであります。認知症サポート医の役割としては、チーム員会議に参加していただき、チーム員に対するアドバイスを行っていただく、必要に応じて同行訪問することがあるともされております。</p> <p>情報共有化のツールの作成については、さくらパスの活用促進をしております。</p> <p>訪問対象者は、要綱に示すとおりですが、対象者の情報については地域包括支援センターに集約して、訪問対象者の設定を行っていくこととなります。</p> <p>市民への啓発についても、活動内容がまとまり次第実施させていただきます。チーム員活動の流れについては、資料2-③のとおりとなります。</p> <p>個人情報の保護については、さくらパスの運用でも同意書をとっておりますので、引き続き活用していきたいと考えております。</p> <p>また、チーム員以外にも、「認知症地域支援推進員」というコーディネーターとなる人材を置く必要もございます。</p> <p>こちらにつきましても、地域包括支援センター内に配置して、チーム員のサポートや医療機関との連携調整の役割を担っていただきたいと思います。認知症カフェに関する企画をしていただいたり、研修の企画など連携をとっていききたいと思います。</p> <p>以上、検討事項が何点かございますので、ご意見をよろしくお願いいたします。</p>
□会長	<p>ありがとうございました。佐倉市は、医療介護連携のツールとして、さくらパスがありますので、これが円滑に運用されていけばいいと思いますが、改めて早期支援の体制が制度化されたということですね。</p> <p>未治療の認知症の方の発見ということになりますが、人権に配慮して慎重に進めていただきたいと思いますが、検討すべき課題として、まず支援チームの配置は、地域包括支援センターに設置することについて、ご意見はございますか？ (意見なし)</p>
□会長	<p>では、認知症地域支援チームは、地域包括支援センターに設置することでお願いいたします。</p> <p>つぎに、チーム員の構成についてですが、専門職2名以上ということですが、地域包括支援センターの専門職を活用することでよろしいでしょうか。</p>
□D委員	<p>看護師の立場で申しますと、認知症看護認定看護師という制度があります。各施設のほうからどのくらい看護師のサポートを出せるのかどうかは聞いてみないとわからないのですが、チームからSOSがあったときに認定看護師を派遣するとかそういう支援も考えられるのかと思います。普通の看護師のライセンスにプラスして6か月以上の専門に勉強していますので、ご検討ください。</p>
□会長	<p>ありがとうございます。次に認知症サポート医についてですが、佐倉市にサポート医は何人いるのですか。5圏域になると足りないということですね。</p>

発言者	内 容
○事務局	4人くらいです。今後サポート医の研修を受ける予定の先生を含めて医師会から選出してもらいたいと考えています。
□E委員	認知症サポート医の条件を見てもみますと、この要件を満たす医師が少ないので、医師会から推薦というよりは、佐倉市から発掘してもらう方がいいのではないかと思います。
□F委員	佐倉市は認知症のサポート医は非常に少ないのですが、かかりつけ医向上研修を受けた医師は結構いるとは思いますが、サポート医を持っている先生方は非常に忙しい先生方だと思うので、協力するのも難しいのではないのでしょうか。
□副会長	私は、だいぶ前ですが、サポート医研修を受けにいきまして、サポート医になりました。どんなことをやったのかと申しますと、その時は県医師会からの推薦で受けにいきまして、1日泊りがけで2日間受講しました。県医師会のサポートがありまして、土日で大変ではありましたが、受講することができました。今回の事を考えますと、受けていかななくてはならないものだと思います。
□E委員	一人一人の先生が診療所を守るのが第一選択という先生が多いのが現実だと思います。在宅介護は時間もかかりますので、医師会からやってくださいというのは言いづらいです。専門医の先生はサポート医としてのメリットがあると思いますが、一般の先生はなかなか難しいのではないかとというのが感触です。
□会長	サポート医の活動が見えてこないのと、サポート医であろうとなかろうと、認知症を診ることができるドクターでないと先に進まないのではないかと思います。何を、年間どのくらいの活動があるのかが分からないと引き受けづらいですよ。具体的には、市としてどんな形でやることを想定しているのですか。
○事務局	佐倉市としては、地域包括支援センター5カ所にチームを置くと考えますと、それぞれにサポート医を配置させていただくのがありがたいのですが、今までの話を伺いますと、いろいろな問題がありますので、再度検討したうえで、それぞれの先生方をお願いしていくことで考えていきたいと思っています。
□会長	どんな活動をするのかについては、いかがですか。
○事務局	チーム員の訪問に対して、必要があれば同行していただいたり、難しいケースについてはご相談させていただくことになります。
□会長	相談の場合にはクリニックに来ていただければと思いますが、なかなか同行となると難しくなりますね。
□副会長	千葉市の柏戸病院では、先行して認知症初期集中支援事業を始めていると聞いておりますので、お話を伺うことも検討してみたいはいかがでしょうか。
□会長	地域包括支援センターに伺いますが、実際に訪問して支援するケースは月にどのくらいありますか。

発言者	内 容
□F 委員	包括支援センターによってばらつきはあると思います。相談のあるケースの半分以上は何かしらの認知症状を持っていて、その中で訪問するかどうかを決めています。
□会長	相談者のうち医療介護サービスを受けていない人は、何割くらいですか。
□F 委員	初期の相談では、医療にかかっていない方がほとんどだと思います。中には物忘れ外来を受診しましたとか、認知症の薬をもらっている方もいますが、ほとんどは受診していない方です。
□会長	地域包括支援センターに相談に来る方はいいのですが、来ない人への対策はどうですか。
□F 委員	来ない人は、民生委員さんや近所の方のお話をいただいて、訪問したり情報を得るケースが多いと思います。
□会長	認知症初期集中支援事業は、認知症の症状の悪化を防ぐために、様々な関係者と連携をとって支援するものですので、さくらパスをもうちょっと推進していきたいと私は考えています。さくらパスの改定もそろそろ考えていかなくては思っていますが、現在のさくらパスについての状況はいかがですか？
○事務局	<p>さくらパスは、地域包括支援センターに認知症の相談が寄せられた際に、関係機関との連絡をとる手段として、使用していただいているところです。</p> <p>千葉県では、認知症連携のために作成している「千葉県オレンジ連携シート」について、修正をする案が出ております。これに伴いまして、さくらパスは、千葉県オレンジ連携シートの様式にそって作成しておりますので、県の様式の変更があれば、さくらパスも修正して引き続き活用していきたいと思っております。</p> <p>また、初期集中支援チームの活動についての検討と併せて関係機関への普及も進めてまいりたいと考えております。</p>
□会長	ほかに、初期集中支援チームの活動について何かありますか。活動があまり見えてこないですが、やるとしたらいつから開始する予定ですか。
○事務局	平成 28 年度から予定をしているところです。
□会長	では、次に進みます。資料 2-①の 6 ページ下段にある (2) 認知症地域支援・ケア向上事業についてですが、認知症地域支援推進員を配置して、医療介護の連携を強化する事業となっています。7 ページを見ますと、推進員のほかに嘱託医を配置するとされており、認知症サポート医が医療と介護の連携を図るために活動を担うことになっています。また、推進員の業務内容として、今後考えている活動などはありますか？
○事務局	議事の 1 でもご説明しましたとおり、連携の不足から、専門職の研修や会議の場の設置が求められております。各地域単位で、医療介護の連携を強化できるように、認知症地域支援推進員と認知症サポート医の活動や連携方法について検討

発言者	内 容
	<p>していきたいと思います。</p>
□会長	<p>認知症カフェを9月からスタートしていますが、どのようなことを具体的にされていますか？</p>
□G委員	<p>認知症カフェを月1回開始しております。法人の職員と地域包括支援センターの職員が協力して行っております。来ていただいているのは、認知症の本人と家族、地域の高齢者やボランティアの方です。診断された方もいれば、まだ初期で医療につながっていない方の参加はありませんが、相談はその都度対応しています。</p>
□H委員	<p>佐倉市の事業になる前から、認知症ケア専門士の仲間でカフェを始めており、約1年たちました。リピーターの方もいますが、まだ介護サービスにつながらない方のご相談もありますので、カフェの相談の中で介護サービスにつなげることもあります。また、家族同士でお話ししていただくこともしています。</p>
□会長	<p>カフェというのは、喫茶店のイメージですか。</p>
□H委員	<p>そうですね。お茶の提供がありまして、ご家族と一緒に来ていただいて歓談したり、ボランティアの方と交流していただいております。</p>
□会長	<p>ありがとうございました。では、平成28年度から認知症総合支援事業が開始できるように、準備を進めていただいて、委員の皆様にも事業の理解と協力をお願いします。特に、ご意見が無ければ次に進みますがよろしいでしょうか。</p> <p>議事(3)認知症対応事例の検討にうつります。ここからは、個別事例に関して、病名や家族構成、通院先の個人情報などを含む内容となりますので、会議内容は非公開とさせていただきます。事例の発表をお願いします。</p>
□I委員	<p>それでは、認知症の方に関わった事例を報告させていただきます。 (事例内容非公開)</p>
□会長	<p>ありがとうございました。中等度から重度の精神症状(BPSD)が出現されている事例ですが、当然ご本人は病識が無いわけで、ご家族も病識が無かったのですが、専門職が支援することで、結果的に治療導入ができて良かったと思います。発表いただいたような事例が、初期集中支援事業の対象ケースになってくるのでしょうか。</p>
○事務局	<p>はい。ご紹介いただいた事例のように、認知症が疑われる方について、近隣からの相談が寄せられた場合も支援チームの活動する対象事例となります。支援チームは、まず訪問して、本人や家族の状況、身体や精神の状況等のアセスメントをすることになります。初回訪問では、看護職と介護職の原則2人以上が訪問することとされており、アセスメントの結果をもとに、初期の対応として、かかりつけ医への連絡や利用できる制度に関する調整を行います。</p> <p>また、具体的な支援策については、認知症サポート医に助言をいただき、訪問の頻度を決定したり、他の関係職種との連携や成年後見制度の活用に向けた支援等も行うこととなります。</p>

発言者	内 容
	<p>支援していたケースをケアマネジャー等の次の支援機関につないだところで、チームの支援は終了となりますが、引継ぎの2か月後に、ケースの評価とモニタリングを行うこととされておりますし、認知症対策検討会でも活動の評価を、このような形でさせていただきたいと思っております。</p>
□副会長	<p>よろしいでしょうか。難しい方でしたが、初期のポイントとして、認知症の捉え方でBPSDの中でも高まる症状と低下する症状がありますが、低下する症状の把握として、MMSE（認知症簡易検査）はとられましたでしょうか。</p>
□I委員	<p>拒否が強い方であり、さらに難聴がひどい方でしたので、なかなか会話の成立が難しく、MMSEはとっておりません。</p>
□副会長	<p>ご家族や他の方に認知症であることをお伝えするときには、MMSEがあるとわかりやすいと思います。生活症状や高まるほうのBPSD、MMSEの結果をお伝えして、そこから検査や治療につながっていくと思います。</p>
□会長	<p>いかに医療介護に導入するかということですよ。紹介してもらったケースのように、精神症状が悪化すると、その後の対応がより困難になってきますので、早めに関係機関と連携をとって対応することは、とても必要なことだと思います。委員のみなさんから、何かご意見はありますか？</p>
□B委員	<p>BPSDが華々しい事例ですが、最終的には落ち着いて良かったと思いますが、この事例では、なかなか受診に至らなかったこととか、家族が受けとめられなかった場面が、初期集中支援の対象になるところかなと思ったのですが、自分がイメージしていたのはもっと早い段階と捉えていたのですが、いかがでしょうか。逆に考えると、BPSDがここまでひどくならないと対象にならないのかと考えると、チームの介入はそういうことではないのではないかと思います。もっと早い段階での介入が必要だと思います。</p>
□会長	<p>早ければ早い支援が良いのですよね。この事例ではまだチームを作っていない時の事例ですので、チームを作ればもっと前の段階から動けるといえることですよ。BPSDも出ると外来レベルでの治療は非常にテクニックが必要になります。薬の副作用で、転倒やふらつき、過眠もありますから、早ければ早い方がいいと思います。</p>
□J委員	<p>素晴らしいことが始まると期待をしているのですが、チームに対する地域の受け入れや認知を高めることは大事だと思います。地域での啓発活動も進めていってはいかがでしょうか。</p>
□K委員	<p>相談が寄せられた時に、本人に向かって認知症の相談があったので訪問しましたと言っても受け入れられない所もあるので、近隣や地域の人との協力で関わっていくことが大事だと思います。軽度の認知症でもご家族の理解がなければ難しいですし、家族の力がしっかりしていれば、中度の方でも専門職が関わらなくても家族が受診につなげることができますので、どんな方に関わるかは、市との話し合いの中で考えていければいいなと思います。</p>

発言者	内 容
□L委員	事例検討のようなケースでは、佐倉市内では年間何件くらいいますか。
□会長	<p>何件かというわかりませんが、本当に多いです。薬を飲んでいるのかどうかということもありますし、1週間2週間単位でその間に状態が変化することもあります。</p> <p>病院に入院されている認知症のある方で、身体合併とBPSDを併発されている方もいるかと思いますがいかがですか。</p>
□L委員	病院では、入院中に大声を出したり、看護師に暴力を振う方もいます。
□会長	在宅と認知症に関してはいかがですか。
□C委員	BPSDが強くて家族が看きれない方の場合には、ショートステイなどを探したりしますが、身体合併を持っていると難しいです。入院ができて治療ができなくて帰ってきてしまう方もいます。介護の基盤が弱い家族もありますが、周囲との関わりがいい形で関わっていると落ち着いて過ごしていますし、悪いとBPSDが強く出てしまうケースもあり苦労しています。なんとか介護系の方にご協力をいただきながら関わっています。
□G委員	包括支援センターでの関わりで苦労するのは、独居の方が多くなっているのと、高齢者のみの世帯と、地域のつながりが希薄になっている場合です。障害者を抱えている家族もいて、その中で認知症を発症するケースもあり、いろいろなことが複合して介入が困難になることもあります。いろいろなところと協力を得て家族に入るきっかけを作って、支援チームが入っていければいいなと思います。
□会長	<p>ありがとうございました。それでは意見がなければ、本日の議事はこれで終了となりますが、よろしいでしょうか。</p> <p>それでは、第2回認知症対策検討会を終了させていただきます。では、長時間ありがとうございました。</p>