

平成 29 年度 第 2 回 認知症対策検討会 会議録

日 時：平成 30 年 2 月 8 日（木）19 時 30 分～21 時 00 分

場 所：社会福祉センター 3 階中会議室

出席委員	内海委員、大木委員、榊原委員、佐藤(恭)委員、佐藤(智)委員、佐藤(仁)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、畠山委員、原田委員、湯川委員 (五十音順)
事務局	佐藤福祉部長、三須高齢者福祉課長、山本主査、緑川主査、鵜澤主任保健師 島村健康増進課長
その他	東邦大学医療センター佐倉病院オブザーバー、傍聴 1 人

発言者	内 容
□会長	みなさんこんばんは。 今年度、第 2 回目の認知症対策検討会です。よろしくお願いいたします。さっそくですが、会議を始めたいと思います。 ※本日の会議には傍聴人がみえております。 本日の会議について、傍聴を認め、会議を公開することでよろしいでしょうか。 ～委員了承～ それでは会議を公開し、傍聴を認めますので、傍聴要領に従いまして、よろしくお願いいたします。 それでは、次第に沿いまして議事を進めます。 (1) 平成 29 年度認知症初期集中支援チーム活動状況について事務局よりお願いします。
○事務局	会長、よろしいでしょうか。 認知症初期集中支援チームは、市内 5 か所の地域包括支援センター内にチームを構成し、認知症サポート医のバックアップのもと活動しております。資料 1 によりまして、平成 29 年 4 月から 12 月までの実績をまとめておりますのでご覧ください。こちらは、平成 29 年度にチーム員活動として支援を開始した 48 件についての実績となります。 まず、対象者の内訳でございますが、75 歳以上の高齢者が全体の約 9 割を占めております。世帯の構成は、息子や娘等と同居している等の「その他」が最も多く、独居と夫婦のみの世帯は、それぞれ 3 割程度でした。 対象者の把握ルートですが、家族からの相談が最も多い状況です。ケアマネジャーや医療機関からの把握による介入もございました。 障害の自立度では、ねたきり度をあらわすものでございまして、「ランク J」は「障害等があるが日常生活はほぼ自立しひとりで外出できる」状態をさしますけれども。介入時、ご本人が自立し移動できる方が約 9 割という状況です。認知症の症状の程度といたしましては、認知症自立度の「Ⅱa」、「Ⅲa」に該当する方が多いです。家庭内や家庭外で、日常生活にきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立できる状態ですが、たびたび道に迷ったり、買い物や金銭管理などのミスが目立ったり、服薬管理ができない、電話や訪問の対応ができない等の状況といえます。

発言者	内 容
	介入時、すでに認知症で通院しているケースが約2割ございまして、認知症の治療につながっていても、家族や関係者が対応に苦慮しているケースであることが見受けられます。 対象者の支援につきましては、初回の相談が寄せられてからおおむね1週間以内には、家庭への訪問を実施し、本人・家族のアセスメントを行いまして、ご本人やご家族の意向を尊重しながら受診や対応方法などのアドバイスを行っております。 さらに、月1回程度、認知症サポート医とのチーム員会議を開催しまして、対象者の症状について医学的な側面から助言をいただくほか、支援方針の具体的な検討および評価を行っております。チーム員会議の1回の平均所要時間は、約35分で、1回あたり3から4件のケース検討を行っているところでございます。 介入時から支援開始後の変化でございますが、現在支援途中のケースが多く、明確な情報をお伝えできず申し訳ございませんが、介入時は、ほぼすべてのケースにおいて介護サービスを利用していない状況でありましたが、現時点では、26件が介護保険の申請につながっています。また、介入により、認知症の診断に至った方が6名おりました。後ほどご説明させていただきますが、認知症連携シートであります「さくらパス」の活用についても、認知症サポート医からアドバイスをいただきまして、関係者との情報共有や主治医の先生方と連絡をとらせていただいております。 支援対象者につきましては、6か月以内にはチーム員による支援を終了し、医療や介護サービスの利用につなげることでございますが、支援終了後も、評価のためのモニタリングを実施しております。資料にはございませんが、初期集中支援チームでの支援終了時の状況としては、おおむね在宅での生活を継続されておまして、ケアマネジャーへの引継ぎがなされているケースが多く見受けられます。 現時点でのモニタリングの結果、対象者の状態が維持できているケースが6件、改善・やや改善であるケースが最も多く、対象者の状態が変わらない維持しているケースが多くみられている状況です。 今年度における認知症初期集中支援チームの活動については、以上となります。
□会長	ありがとうございます。認知症初期集中支援チームの活動状況について説明をいただきましたが、ご質問やご意見はありますか？
□副会長	志津南部地域包括支援センターの方と月1回会議をやらせていただいておりますが、最近いろんなケースがあります。把握ルートに「その他」とありますが、志津南部地区の場合、佐倉市役所の窓口から地域包括支援センターにご連絡があった例で、窓口での対応が難しい方がおられるということで、ご連絡がある場合があります。銀行の窓口で対応がとても難しいとのことで、銀行から連絡があったケースもあります。警察からの連絡では、「泥棒が入った」ということで、1人の方から何度もご連絡がありまして、どうもおかしい、そうではないようだということで、家族に確認したらそうではなかったと。警察か

発言者	内 容
◇A委員	ら地域包括支援センターに連絡があったりということがあります。その発端のことをご紹介いただけたらと思います。 警察からの連絡では、徘徊をしているということで、連絡が入り関わるケースがあります。さきほどのお話のように、銀行で通帳を何度もつくりにくる、市役所からは保険証を何度もつくりにくるということで連絡をいただいて、そのケースは同じ方でしたが、チーム員会議にあげて関わらせていただいています。
□会長	ありがとうございます。1年間を振り返って支援が難しい方もいらっしゃるのではと思います。各包括支援センターと認知症サポート医がチームで支援を行っておりますが、各包括支援センターから支援の詳細についていかがですか。志津北部包括支援センターではどうですか。
◇B委員	良かった点は、初期に認知症の方の把握ができるという点だと思います。今まで1人で訪問していたケースが、医療と介護の方と2人で訪問するということで違う視点でいろんなケースを皆で相談しながら把握できることが活動してよかったと思っています。 困っていることは、本人が自覚がないので、医療につながるケースはありますが、介護の支援に結びつくケースがなかなか少ないということです。チーム員として関わる半年が過ぎて、結局医療には携わってもらっているけれど、介護ではサービスの利用がなくて、チームとしては支援が終了してしまう。結局、引き続いて包括支援センターで関わるケースが多いと思います。医療につながらないケースでは、先生に訪問していただきたいケースもありますが、本人に認知症の自覚がないので、先生の方も「そういう状態では訪問する意味がない。」との話もあり、なかなか先生と一緒に訪問できない状況があるので、残念だと思っています。
□会長	ありがとうございます。志津南部包括支援センターはどうですか？
◇A委員	良かった点は、介入したことで症状が軽減し、在宅生活が継続できていることで、本人ご家族、関わっている支援者も嬉しいですという声が聞かれています。活動したことで、居宅サービス事業所に啓発することで、地域に対する意識づけができています、家族間で煮詰まっている状態から風通しを良くすることで、家族関係の悪化を防げている、医療や介護サービスにつながらなかった困難ケースが、介入することでサービスにつながり、本人の家族の負担の軽減ができています、チーム員の関与で医療や多職種からのアドバイスは有難い、チーム員としての実績の積み上げが認知症対応能力の向上にもつながっているという意見がありました。 困っている点は、家族の協力が得られない、家族の意見が食い違い家族間で意見がまとまらない、本人家族の同意が得られず支援が進められなかったケースがあることです。また、記録や報告書が多すぎるという意見もありました。訪問診療ではなく、往診をしてくださる先生が見つからない、介護サービスにつ

発言者	内 容
	なぐために主治医意見書を書いていただかないといけないのですが、訪問診療だと2週間に1回くらいで継続的なものになってしまうと思いますが、往診というかたちで対応してくれる先生がいてくれるとよいなという意見が出ています。6か月以内に引継ぎができず、継続ケースとして総合相談というかたちで関わらせていただいておりますが、引継ぎができず継続関与が必要なケースがかなり多いという意見が出ています。
□会長	往診の協力の度合いはどのような感じですか。
◇C委員	往診は各診療所の院長によると思いますが、求めに応じて時間外、昼休みなど時間をつくる先生もいると思うのですが、マンパワー的に厳しいのが実情です。ただ、その手がないわけではないので、あたっていただいて個々のケースでぶつけていくかたちになると思うのですが、求めがあれば考慮しよう。探していただくかたちになると思います。その先生が認知症に詳しいかという、個々の先生に任せておりますので、一覧表があるわけではないですが、認知症に関する表が市役所で作ってくれているものがあるので、参考にしてもらえたらと思います。
◇A委員	開業医の先生にあたっているのですが、開業してすぐの頃は、患者さんが少ないときは受け入れてくださるのですが、外来患者さんが多くなってくると断られてしまうケースが多いです。
◇C委員	私自身が求められた場合、「その日はなんとか息子なり若い人と来てください」という言い方をしてしまいますね。それが現状であることが申し訳ないのですが、そのなかで突き合わせていくというかたちでお考えください。
□副会長	私たちも往診ができていないのですが、よくお願いする先生で、チームでやってらっしゃると伺っています。何人チームでやってらっしゃるのか詳しくは存じないのですが。
◇C委員	訪問診療を主にやってらっしゃいますので、フットワークも軽いですし、時間があれば対応してくださりやすい先生だと思います。他にも、在宅絡みで認知症をみってくれる、フットワークの軽い先生もいらっしゃいます。日常的にやってくれる先生などもいらっしゃいますね。私たちも全くしないかという、そういうわけではないんですけどね。
□会長	ほとんどの先生は在宅はやっていないんですよね。国の施策をみると、診療所の開設に向けて、在宅に支出するようなインセンティブがついているので、徐々に増えてくるのではないかと思います。経験していただくとういうのだったらできるのかな、身体科の先生もできるのではないかと思います。お願いしてみてください。
◇A委員	わかりました。

発言者	内 容
□会長	臼井・千代田地域包括支援センターどうですか。
◇D委員	良かった点は、先生から医療的なアドバイスが受けられる点と、複数職員で訪問に行くということではいろんな目で対象者を見られて、支援期間も決まっているので、「次の会議までにはこれはもってこよう」という意識がもてたかなと思います。 困っている点は、実際に支援が動かない方も多く、苦勞する部分があるかと思ひます。さきほど話も出ましたが、訪問して認知症の診断をしてくださる先生がいらっしゃればよいというのは確かだと思ひます。それから、やはり記録や報告書が負担になっていることが多いかと。チーム員に登録している人が訪問するのですが、ケースが重なるとチーム員の負担が多くなっているかなと思ひます。
□会長	ありがとうございます。佐倉地域包括支援センターはいかがですか。
◇E委員	良かった点は、サポート医の先生がついたことで、受診の仕方や緊急性の判断など会議に限らず連絡をとって、アドバイスを受けやすくなり良かったと思ひます。 ケアマネジャーからの相談もあり、ケアマネジャーが個人で抱えこんで苦勞しているケースが多いので、初期集中支援チームで関わりケアマネジャーの負担軽減につながっていると思ひます。 困っている点は、チーム員内の役割分担もありますが、事務的な部分でチーム員リーダーに負担が多くかかっていたという点です。家族や独居だったりすると同意書が得られないことがありますので、同意書が得られなくても、その点で初期集中支援チームとして関わりますが、そういったケースもあります。医療につながっても介護サービスにつながらないという方もありまして、包括の方で見守り、チームとして関わっているの、とりまく環境的にその方を見守っている体制がとれているので、サービスにつながらなくても体制はできているかと思ひます。
□会長	ありがとうございます。南部地域包括支援センターはいかがですか。
◇F委員	良かった点は、2人で訪問するので2人で意見を聞き、その場で決めて動けるのでとてもスムーズに支援が行えていると思ひます。地域資源の情報をもっているの、本人や家族にオレンジカフェやサロンなど、その場ですぐに社会資源を紹介できる情報がたくさんあるというのが、家族にとって選択の幅が広がっているのではないかなと思ひます。行政の方と連携しやすいので、情報共有もしやすいと思ひます。私たちの地域は先生が訪問してくれることが何回かあるので、介護保険の申請のときに先生に来てもらっていたり、大木先生に診断をお願いしたりですとか連携がとりやすい状況になっています。 困っている点は、包括支援センターで初期集中支援チームというかたちなので、今までと大きな違いがなくて、今までやってきたことが2人で行くように

発言者	内 容
	なったり、よいメリットもありますが、それほど支援方法としてはあまり変わっていない印象があります。リーダーさんの負担が大きい等、同じ意見はあります。
□会長	認知症初期集中支援チームの活動は、極めて意味があると思います。認知症の特性からいって志津北部包括支援センターの方が仰ったように自覚がないので。他の病気は自覚はありますよね、お腹が痛ければ病院に行くという。認知症は精神医学的には病識がない病気であって、大変苦しいところがあるんですけれども、ぜひこのまま進めていただきたいと思います。 他にこれに関してご意見のある方はいますか。
◇C委員	教えてください。包括支援センターでやっている仕事もたくさんあると思いますが、この初期集中支援チームを投入するというかたちで動く時間はどのくらいのパーセントですか。
◇F委員	割合はわかりませんが、件数が多いとより時間はかかります。スムーズにいく方とそうでない方で違うのですが。
◇C委員	初期集中チームの投入の始まりは、どのように決められたのですか。
○事務局	国の制度でこういったチームをつくることになっておりまして、佐倉市では昨年の10月から認知症サポート医の先生医方に各包括支援センターについていただいて一緒に活動をしていただいている状況です。
□会長	さきほどの往診の話にもつながりますが、包括支援センターに各1名の先生がいて、先生が包括支援センターに出向いているのですか。会議を開くのが大変だと思うのですが。
◇E委員	包括支援センターが先生の方に出向いています。
◇C委員	それは、大変ですね。
◇D委員	先生の話がきけるので貴重な機会だと思っています。それに付随する書類等が大変かなと思います。
◇E委員	チーム員がもっと多くいるといいなと思います。チーム員の何人かで出向けるとよいと思っています。事務所で待機する人も必要なので、たくさんでは出向けないので、チーム員がたくさん揃って行けたらと思います。
□会長	他にいかがですか。
□副会長	当院では、月に1回、毎週金曜日に物忘れ外来をやっています。金曜日の午後に会議の枠をとって16時から17時に行っています。神経内科と精神科と両

発言者	内 容
	方でそれぞれ外来をやっているのですが、その時には神経内科に来ていただいて、精神科の加藤先生にも来てもらい一緒に相談にのってもらっています。
□会長	わかりました。引き続きよろしくお願いします。他にはよろしいですか。
◇F 委員	今回の報告書もそうですが、医療や介護に結びつける報告が報告書の中で求められるところが多いのですが、医療や介護に結びつかなくても実際に初期集中支援チームで関わったことで、家族の方が負担軽減されたり、本人が話し合えるとか、私たちと話して気持ちが楽になっているなど、そういったことが反映しづらい報告書になっているので、医療や介護につなげたらいいではなく、そういうところも報告できるとよいなという印象がありました。
□会長	ありがとうございます。他にご意見、ご質問はございませんか。 なければ次に移ります。 議事（２）さくらパスの改訂について、さくらパスも５年ほどたちまして、県の認知症パスとまったく違う、極めて内容の濃いものですが、５年ほど経ちました。こないだも連絡協議会があって、脳卒中パスは、たくさん動いていますが、認知症パスは少し下火かなと思うので、リニューアルすることによってより使用してもらえるとよいと思いますので、事務局から説明をお願いいたします。
○事務局	さくらパスは、平成２４年千葉県認知症連携パスモデル事業を経て、平成２６年度より現在の様式を使用しております。 昨年度より、認知症初期集中支援チームの活動が開始されたことによりまして、チーム員活動の中でも、さくらパスを活用する事例が増えてまいりました。運用開始当初は、ケアマージャーさんや先生方に使っていただいておりますが、だんだんと衰退をしているということもありましたので、みなさんによりお使いいただけるために見直しをさせていただきまして、さくらパス改訂版として、再普及を行ってまいりたいと考えております。 資料２により、改訂版の案をご用意いたしましたので説明いたします。 まず、さくらパス運用のポイントをお開きください。 はじめに、認知症における医療と介護の連携に関しましては、千葉県より「オレンジ連携シート運用ガイドライン」が示されております。ガイドラインの中には、個人情報の取り扱いや活用の範囲、活用の事例など、基本的な事項が記載されております。さくらパスについても、県のガイドラインを準用いたしまして、活用を行うものといたします。活用するシートの枚数は全部で５枚ございますが、すべてを用いるのではございませんで、連携する機関に応じて選んでお使いいただくことは、これまでと同様になっております。情報を共有したい連携元が、さくらパスを作成し、連携先にシートを送るという点も変わりございません。 次に各シートについて、改訂を予定しております箇所についてご説明いたします。右肩に番号を振りまして、資料の左側は、今までのさくらパスシート、右側には、改訂案のさくらパスシートを配置しておりますので、比較をしながら

発言者	内 容
	らご覧ください。 まず、右肩1番の「同意書」についてでございますが、個人の医療・介護の情報、またご家族の情報を取り扱うこととなりますので、個人情報の保護や提供の仕方については、法令や国が示すガイダンスに沿いまして適切に利用するものいたします。 医療機関においては、個人情報の取り扱いについて院内掲示でお知らせをしている場合には、本人の黙示による同意があるものと考えられておりますので、文書による同意は不要と解されておりますが、居宅介護支援事業者等においては、指定運営基準により、個人情報の提供は、あらかじめ文書により同意を得ておかなければならないとされておりますので、こちらのひな型を用いて同意を取っていただくこととしたいと考えております。 ただし、個人情報の提供は本人同意が原則ではございますが、生命や財産保護のために必要であって、重度の認知症等で本人の同意を得ることが困難であるときには、本人の同意を得る必要はないという例外もございます。 医療介護関係者が取り扱う個人情報を適切に取り扱う配慮し、連携をすることといたします。
□会長	同意書が必要なのは、パスの出発時だけですか。
○事務局	出発だけです。最初に個人情報の同意を得ておいて、原本を提供元がきちんと保管しておくということです。 続きまして、2番目の資料です。主に地域包括支援センターなどの介護側から医療機関へ発信されるパスです。 重要度の高い項目を上のほうに配置し、いくつか項目を追加しております。同意欄は、チェック方式で、家族の同意をえているのか、同意がないけれども個人情報の法令に準じて例外により提供するのかチェックをつけられるようにしています。提供目的に「高齢者虐待」の疑いと認知症の事例もございましたことから、項目を追加しました。認知症の高齢者の虐待が疑われる場合に、早急に医療と介護の関係者間で情報共有を行い対応するためのものです。 「把握ルート（誰が気が付いたか）」「病識の有無」という項目を追加しました。また、本人の自覚がないのかあるのか、家族が認知症だと思っているのか、いないのか病識の有無を追加しました。医療に関する情報を、表面に配置し、症状のチェック項目の精神・神経症状（神経学的所見）については、榊原先生のご助言をいただいた内容で見直しをさせていただいております。 裏面には、ADLの状況を記載できるようになっております。 続きまして、3 医療機関から介護事業者等へ発信するパスですが、大きな項目については改訂はございませんで、レイアウトとチェック欄の変更のみとなります。 続きまして、4 医療機関から医療機関に発信するパスです。こちらは、中核症状とBPSDのレイアウトを変更しております。 最後5は、認知症療養計画書です。主に認知症疾患医療センターなどの専門医療機関がかかりつけ医療機関宛に専門的なアドバイスを記して提供するも

発言者	内 容
	のとなります。改訂案については、事前に疾患センターの榊原先生よりご意見をいただいたのですが、検査結果のところにダットスキャンの検査を追加したり、症状については、MMSE や IADL など点数で示す項目に正常値を入れさせていただいております。 以上が事務局からの修正案となりますが、改訂後は、医療介護関係者に対して、研修会等を行い、再度活用の周知に努めてまいりたいと考えております。以上、よろしくお願いいたします。
□会長	ありがとうございました。事務局からさくらパスの改訂について提案がありましたが、ご意見はありますか。
□副会長	高齢者の虐待の言葉が明記されております。私たちのところで1件だけ佐倉市で対処いただいてから当院を受診された方がおられました。高齢のご夫婦で奥さんが認知症でご主人が介護をされているのですが、ご主人が一生懸命でそれがこうじてしまって手が出てしまっていたようなかたちだったと思います。それを防ぐために保護する目的で施設で入所させているケースです。私自身、こういったことで実際に適応された経験があまりなく、佐倉市の方でそのような対応をされていることもなるほどと思って聞いておりました。実際、認知症の虐待の保護目的のために施設に入所されたケースは何件くらいありますか。
○事務局	虐待ではないかと通告される方は年間 50 件くらいです。虐待ではないかと通報をいただいてから、地域包括支援センターであったり、市の方できちんと調査をしますが、身体的、精神的な虐待と認定された方はだいたい 20 件くらいです。そのうち認知症が絡んでくるケースは 3～4 件ほどと把握しております。家族から認知症の方への虐待や、認知症の方が家族への暴力をふるうという事で通報があるケースもあります。
□会長	さくらパスはパスですので、双方にやりとりをしなければならないですね。基本的にすべての人が使える紹介ツールです。医師は情報提供しますが、紹介状の返信をもらったりするのも日常的なものです。医師以外からのそういったものが届くというのは皆無だったんですね。そちらの方の利用を増やしていけるとよいと思います。どうやったら数を増やせるか、いかに使いやすいシートにするかということ、今回の改訂は非常に良いと思います。 心配なのは、介護サイドが医師にこのパスを送っても返ってこない、という事例ものあるのではと思うのですが、その点はどうですか。5 年も経っているので、これ自体知らないということもあるかと思うので。できれば、リニューアルをしたら医師会の方にご説明いただけるとよいかなと思います。
◇A委員	八千代市にかかりつけ医がいる方で支援チームで関わっているケースがあります。八千代市の先生ですが、とりあえず試してさくらパスを送ってみようということで、先生に返信用シートと返信用封筒を同封して送ってみました。

発言者	内 容
□会長	それはいいですね。たまたま届いたときに、このシートどこに行っちゃったかなということもありますし、同封するのは効果的だと思います。
◇A委員	返信用封筒に切手を貼って送るようにと職員に伝えました。まだ返信がないので、どうなるかはわかりませんが。
□会長	他のエリアではどうなのですかということ。返信用も入れてもらえると意識づけにはなりますね。
□副会長	当院では、さくらパスが届いてから返信は必ず行っています。こちらからの発信は不十分なので、もっと使っていかなければいけないと思いました。
□会長	県パスは、誰が実際に使っているのか実証されていないので、ゆくゆくはこのさくらパスを県パスまでもっていきたいというのが理想です。そのためには、パスを使って有益であったと実証を示さないと県も動かないと思うので、あと5年くらい頑張っていきたいなと思います。
◇G委員	このところ、あまりさくらパスをいただいていなくて、少なくなったなと印象です。届いたらすべて返事をしているつもりです。
□会長	包括支援センターは利用されていますよね。包括からは、届いているんですけど、包括以外からきたことがないですね。ケアマネジャーからも書いてもらいたいですね。市から届くこともないですね。市は使っていない？
○事務局	市では、物忘れ相談を月1回行っていて、そこで認知症の疑いとなった場合に、担当者が主治医の先生に書いたりしています。
□会長	他にいかがですか。
◇H委員	どのくらいの方が物忘れ相談に参加していますか。
○事務局	月1回30分の枠で4～5件で、月によってはすべて埋まるときもあれば、1～2件のこともあります。医療機関には相談しづらいけれど、保健センターや市役所なら相談できるという方の窓口として物忘れ相談を開設しています。
◇H委員	いいことを聞いたので、医療にはかかっていないけど、心配になってきたという方が来られるので、紹介したいと思います。
□会長	いかがですか。
◇I委員	さくらパス使ったことはあまりないですね。先生同士で使っているのも見ないですね。インフォメーションしておきます。

発言者	内 容
□会長	いかがですか。
◇J 委員	当院のもの忘れ外来で、地域包括支援センターとのやりとりで使わせていただいているケースがほとんどです。困っている部分で介護と医療の結びつきの点で、運用されて風通しよくなれば一番効果としてよかったと評価できると思いますので、今後も使用されていければと思います。当院では、当初使い始めて 26 年度から 3 年間くらいはかなり当院からの発行も力を入れてやっていたので、最大で月に数十件は発行していたときもありました。今は年間で数件ですね。もう少し運用されるとよいと思っています。 以前の話し合いで、電子媒体の活用の話も出ていたので、今後そういったこともかたちになっていくとよいと思います。
□会長	電子媒体は、市が非常にセンシティブで、情報漏えいの関係でハードルがかなり高くなるんですよ。
○事務局	佐倉市が介入すると、ハードルが高くなってしまいますので、先生方が中心となってやってもらえると助かるなと思います。
□会長	弁護士として同意書も含めていかがですか。
◇K 委員	同意書に関心があります。本人の同意する能力があるのかどうかという問題が出てくるかと思います。今自分がやっている事件で、うつ病や適応障害の人で依頼者がいるわけですが、一生懸命裁判の流れや本人の希望を聞こうとしていますが、心療内科の先生からは、裁判に関する判断能力はありませんと言われていました。そのような人に対して、私は同意を得ようとしているところなのですが、このパスの場合も、本人がどこまで同意をする能力があるのかを考えなければならないということで、書面を見て思いつきのところもあるのですが、家族のところに後見人と書いてありますが、後見人は裁判所で成年後見人と選ばれてなった人を指すわけですが、後見人は専門的な弁護士や司法書士の場合には、財産面の後見であって、心情的な部分に関わるさくらパスの内容、問題に後見人が同意する権限があるのかが気になりました。
□会長	グレーな部分はあるんですよ。厳密にみると、病識のない人に対しては精神科では、精神保健福祉法で精神保健指定医が入院に関しては、措置入院か強制入院である医療保護入院で、医療保護入院は家族の同意で行うと裁判が認定します。認知症の場合は、それが無い。仮に後見人だったら良いけど、後見的な立場にある人というのがグレーでどっちをとるかというところ。 グレーはあるが、できることとして県に則ってやったものですよ？県も後見人の立場にある人となっているんですよ？
○事務局	もともとさくらパスのものを県が同意書の例として使ったかたちです。県の先生方も委員に入ってもらっていますので、特にご指摘がなかったもので、そのままになっているのではないかと思います。

発言者	内 容
□会長	これは、入院ではなく外来ですよ。外来の規制は、精神保健指定医ではできないんですよ。それができるのは、医療監察法ですね、重大事件を起こした人が外来の通院は法的な義務によって2年なり5年なりありますけれども。 相模原事件で、措置入院の患者さんの外来をきちっとみましょうということになりましたけど、強制権はないんですよ。措置入院が解除になった患者さんが外来に行かないとなってもそれ以上の強制権はないんですよ。難しい部分ではあるんですけどね。いずれにしても、現時点ではこれで進めていくということによいと思います。 ケアマネジャーは市で何人くらいですか。
◇L委員	協議会に入会しているのは80名くらいです。任意加入なので、それ以外の実数は把握していないです。
□会長	ケアマネジャーが使っている例がありませんか。
◇L委員	オレンジやグリーンなど色分けしているときのパスは、何件が使ったというのは聞きましたが、最近は聞かなくなってきました。 4月の法改正で入院あるいは退院の時に医療と連携をはかりなさいということで新しくパスができて、それに対する加算が入ってきます。さくらパスの研修もあるとうかがったので、もう一回周知をしていくことがよいかと思っています。ケアマネジャーは、依頼を受けてそこからスタートです。この人は認知症かなと思っても、受診は済んでいるのか、治療は済んでいるのか、そこまで探るところまでいかないのが現実で、ここから先どんなサービスを組んでいこうかという視点になってしまうので、医療との連携も併せてきちんとやっていけるとよいと思います。
□会長	いかがですか。
◇M委員	サービス事業所では直接はないんですけども、包括支援センターと連携をはかりながら有効活用していきたいと思います。
□会長	ありがとうございます。他にご意見ございますか。なければ、次に移ります。議事（3）その他について、事務局よりございますか。
○事務局	3点ご案内をさせていただきます。 1点目は、本日は皆様にお配りしております「わたしらしく生きるを支える手帳」についてです。こちらは、在宅医療・介護連絡会議や多職種研修会において、人生の最期まで自分らしく生きるために、もしも将来、医療や介護が必要になったときに備えて、自分の生き方や療養に関する希望などがわかるようなツールがあるとよいのではといった意見があがりまして、在宅医療介護連絡会議の委員の皆様からのご意見を参考にさせていただきながら作成をしたものでございます。医療や介護が必要となったときに、いつまでも自分らしく生

発言者	内 容
	活できるように、また関係者が本人や家族が望む治療やケアを理解したうえでケアに携われるように、元気なうちからご本人がこちらの手帳に記しながら、ご家族や親しい人と将来について話し合う『きっかけ』づくりとして活用していただきたいと考えております。手帳は、ホームページでも掲載しております、何度でも書き換えは可能です。こちらの手帳を医療機関や施設等に置いていただけるという場合には、ご一報をいただきたいと思います。ご協力をよろしくお願いいたします。 2点目は多職種研修会についてです。前回の検討会でも紹介させていただきましたが、介護老人保健施設エクセレントケア志津において、朗読療法として絵本の読み聞かせに取り組んでいらっしゃいます。その絵本の読み聞かせをはじめ、認知症の非薬物療法をテーマにしました医療介護に関わる専門職種向けの多職種研修会を開催することと致しました。2月28日(水)夜7時から9時、こちらの会場にて行います。非薬物療法の実践を交えた内容で、エクセレントケア志津のご担当者から朗読療法、絵本の読み聞かせ、ユマニチュードについてのご報告をはじめ、その他事業所から、ダイバーショナルセラピーや天然アロマオイルマッサージについてのご報告をいただきます。認知症に関わる職の方々が非薬物療法について学び、自分の職場でも活用できるきっかけとしていただきたいと考えております。研修会后、皆様にもご報告させていただきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。 □会長 ありがとうございます。 読み聞かせですが、最初は変化はないかなと思っていたんですけど、図書館職員にもきてもらって認知症の方の情動が非常に安定したので、極めて意味のあると感じました。職員の看護師も介護士 OT 心理士も含めて積極的にやっていますので、医師はどうしても薬物療法に頼りがちですが、改めて認知症に対する非薬物療法も極めて大切と認識していますので、ぜひ進めていただけると有難いです。ぜひ研修会にも参加いただいてどういったことをやっているかを知ってもらえたらと思います。よろしくお願いいたします。ありがとうございます。 その他、ございますか。 私から、この会は佐倉市に関する認知症対策の要の会ですが、もう少し進んだことをやってもよいのではと思っています。住民健診はやっているんですけど、身体疾患に関する住民健診であって、この10年認知症を早期に発見して早期治療、早期対応すべきと伝えていますが、住民健診のなかで認知症のチェックをすることができないかと。普通にやるのは、ミニメンタルテストや長谷川式ですけども、本人がやるのではなく、テスターがやるわけですね。MEDE というものがあり、MEDE AB の B は自己記入式なんですよね。ミニメンタルテストと比較すると一定の意味があると思います。簡単に1～30まで質問がありますから、MEDE の算定結果から脳の中核症状か周辺症状かがわかって、結果の参考値として点数が出る、軽度の例、中途度の例が出てくるということで。お金もたいしてかからないし、自己の判定式です。認知症の疑いの結果が出た場合、最寄りの心療内科、神経内科、専門医を受診することや、最寄りの地域包括支援センターに相談すること等を勧められるようにできるとよいと思い

発言者	内 容
	ますが、ご意見があればお願いします。
□副会長	実現に向けて素晴らしいと自分は前向きに思っています。運転免許試験場で行われているものよりさらに一般的なもので大事ななことかと思っています。
□会長	なかなかできなかった経緯を聞かせていただけるといいのですが、予算的なものなのか、こういったものをやるのに行政で少し抵抗があるのか。住民健診は、集団と個別で行われていて、集団はそれでよいと思うし、個別だと各医療機関に医師会に協力をいただいて、医師会の方の医療機関に健診に来たときに待合室でこれも一緒に。どこできるかということになりますが、ある程度の年齢できって、例えば65とか70で区切ってやって、その結果をお返りするなど。行政で進められない問題点があるなど聞かせていただきたい。
○事務局	できるできないは答えはしかねますが、仰ったように住民健診は特定健診というかたちで主体は健康保険課なんです。健康増進課は、健康保険課に専門職がいないので、基本健診診査という昔の時代から、住民健診の現場をまわすことを健診増進課が担っています。先生からご提案をいただいた自己チェック式のものを集団健診の現場でスタッフがチェックをしながらやるとなると、健診は業者に委託をして、問診票から問診、確認等委託料を払っているので、そういったことになってきますと、今すぐというのは委託料の絡みもあり厳しいかなと思います。自己チェック式で本人が回答してやるのであれば、住民健診の場でやるのがよいのか、住民健診は国保の方しかこないの制限があるので、幅広く高齢者の方に初期の認知症をチェックするのであれば、そのやり方がよいのか素朴な疑問です。それから、チェックしたあとのフォローはどうか。アンケートのように結果がわかればいいのか、認知症の疑いが出た方はどのようにフォローをしたらいいのか。行政でやるとしたら、行政では放っておくことはできないので、そのあたりのことを考えながら、高齢者福祉課や健診絡みとなると健康保険課、医師会との話になってくるかなと思います。いろいろな方向性が出てくるかなと思います。
□会長	たたき台として出ただけなので、市の方でもんでいただいて、方向性を検討していただければと思います。住民健診の集団と個別の比率はどのくらいですか。
○事務局	特定健診の受診率は、正確には出ていないんですよ。
◇C委員	こういったことができたらいと思うのですが、健診委員会で国からきているパッケージが厳しく制度管理をして、修正していくという繰り返しで正直いっぱいいっぱいなんです。何万人分の書類を集めて、きっちり制度管理しろというとかかなり厳しい状況です。ただ他の方法で問いかける媒体、場所を考えると、確かに住民健診は国保の方だけで一般の会社員には届かないですし、任意参加では意味がないわけでもうね。新聞の折り込みにするとか。それも読まないと思いますし。みんなに行き渡せるのは難しいですよ。

発言者	内 容
◇H委員	毎年、歯科医師会でハッピーカミングというものをされていて、ここ３年くらい薬剤師会でブースを出させてもらっています。ちゃんとしたものではないのですが、ネットにあるようなチェック、ゲーム形式のことをやると、みなさん関心がありまして、市役所の方でもパズル合わせとかゲームなどやっていて、みなさん意外に関心があって、こういうチェックをしたい人が多いのではと感じています。
□会長	これを出したのは、道路交通法が改正されて、運転免許センターで同じようなチェックをして、診断に来るというのがある。その人たちは、自分のことを認知症とはまったく思っていないんですよ。詳しくやると、初期認知症などと認知症というのが診断がつくのですが、本人が「認知症じゃない」と言われるケースが多いので、早期に認知症を発見するのは、もう少し突っ込んだかたちが必要ではと。１年間くらいかけて検討してもらえるとよいのはと思います。 他になにかございますか。
□副会長	メンバーの件で、当院で来月認知症認定看護師として、卒業見込みの者がおります。勉強になりますし、意見も言えると思いますので、ぜひ参加させてもらえたらと思います。よろしくお願いします。
□会長	ありがとうございます。他になにかありますか。 なければ、以上で平成２９年度第２回認知症対策検討会を終了させていただきます。お疲れ様でした。