

1 基調講演「今後の認知症地域連携の目指すもの」認知症疾患医療センター 古田 Dr 資料より示された課題

○厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム

「今後の認知症施策の方向性について」h24.6.18

基本目標：「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現

- (1) 標準的な認知症ケアパスの作成・普及
- (2) 早期診断・早期対応
- (3) 地域で生活を支える医療サービスの構築
- (4) 地域で生活を支える介護サービスの構築
- (5) 地域での日常生活・家族支援の強化
- (6) 若年性認知症施策の強化
- (7) 医療・介護サービスを担う人材の育成

※ 上記(2)早期診断・早期対応において、地域に暮らす人々に求められていること

- a 認知症の気づき
- b 診断のための医療機関受診の促進
- c 認知症の人の日々の暮らしの支援（日常生活支援、家族支援等）
そのためには、認知症に対する偏見の解消が重要

○多職種の地域連携に求められるもの

- (1) 情報共有ツール
認知症地域連携パス
- (2) 同じ言語で話せる基本的な知識
研修会・講演会の開催
- (3) 相互に尊重し合う関係性の構築
相互理解を深めるためのミーティングやケースカンファレンス等

2 在宅療養推進協議会(親会)での委員の意見 ※認知症に関すること

- ・ひとりの認知症の人に対し、誰がどう関われるか。一番リーダーシップを発揮できるのは医師だと感じている。
- ・もともと認知症であるとの理解の上、医療と介護、すべての職種が携わって地域全体でサポートすると大きな問題がおきない可能性もある。
- ・在宅といった場合に、往診、訪問看護だけでなく、受診するパターンで在宅ということも考えられる。地域で住むということ考えた場合に、往診だけではなく、病院、診療所、受診型の医療施設とも連携していくことが大切。

3 課題と専門部会委員の意見 ※上記 1、2 および第1回認知症専門部会で委員より出された意見を整理

課題	委員の意見(概要)
(1) 多職種連携 ①相互理解	<ul style="list-style-type: none"> ・医師とケアマネの連携では、医師会主催の交流会があるが、地域単位で顔の見える関係を築きたい。 ・医師は忙しくケアマネや介護の方との連携が難しいのでMSWを活用してはどうか。 ・医療と介護の両方で言葉が通じていない。双方の歩み寄りが必要。
②情報共有	<ul style="list-style-type: none"> ・介護の現場で困ったときに、かかりつけ医等に伝える方法がない。 ・医療と介護の連携では、共有ツールが必要。ノート形式の連携パスを作成しては。 ・個々の認知症の人に対し、医療、介護、行政等職種が関わり、地域全体でサポートすることで大きな問題が起きない可能性がある。 ・専門医への相談で、かかりつけ医がわかった場合に次の受診時にこういう点を診ていただけないかなど、医師間で紹介状を出していただけると良い。 ・専門医の受診を勧めても、かかりつけ医に必要ないと言われてしまう。かかりつけ医からサポート医に紹介状を書きやすい環境をつくってほしい。 ・ケアマネとしては、かかりつけ医の意見書の既往症の欄は、「認知症」とだけではなく、より詳細が知りたい。かかりつけ医から専門医への連携をうまくやっていただきたい。
(2) 医療・介護サービス提供体制の充実	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅で医療的ケアのできるヘルパーが少なく、介護家族が家から出られなくなるケースがある。緊急医療ショートとか利用できればと思う。 ・状態が悪くなったときに専門的な検査、診察が受けられる病院が複数あった方が良い。 ・二次医療圏での研修や更新制度の導入で、もの忘れ相談医の充実を図りたい。 ・高齢者相談センターの専門相談は2か月に1回で予約が取りづらく、予約をしても2か月後にキャンセルしてしまうケースもある。

	<ul style="list-style-type: none"> ・受診は敷居が高く、「訪問してくださる先生がいれば」というという声を多く聞く。 ・高齢者相談センターでの専門相談の充実や初期集中支援チームに認知症サポート医の活用を図りたい。 ・専門医等の受診につながらないケースについて、認知症専門相談の活用から始めてはどうか。高齢者相談センター等、行政からのアプローチを活用し、家族の理解や受診を勧めてみては。 ・認知症に対するサービスを提供する形にアプローチすることが大切。早期の介入は必要であるが、早期の医療提供は重要ではない。受診を拒否する権利も当然ある。
(3) 家族介護者支援	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の理解があれば、「ここはこう対処すれば」とサポートできるので家族の理解と勉強が大事。 ・介護の閉塞感と孤独感の中で、早く亡くなってくれればという気持ちにもなる、虐待にもつながりかねない。レスパイトで利用できる場の提供や何に困っているか等、話を聴くことが必要。 ・認知症でもサービスを利用していない方を地域の見守りでサポートしている事例もある。 ・徘徊はデイサービスからの帰宅後や夜間に集中している。高齢者相談センターの連絡窓口は閉まっていることもあり、再考が必要。
(4) 区民への情報提供・啓発	<ul style="list-style-type: none"> ・「認知症になったら終わり」という負のイメージを払拭したい。「認知症になっても暮らしていける、みんなが支えてくれるところ」という視点で対策を。 ・身近な地域や事業所で医師の講演を行うといったことでも、区民の認知症に対する印象が変わってくる。 ・認知症を持っていても生きていける、普通に暮らせるといった、生き方モデルを区民に示していくことが大事。 ・認知症に関した制度、サービス、医療機関などを網羅した情報集がほしい。 ・入院すると帰れないというイメージがある。地域連携パスのような冊子で説明できるとよい。 ・認知症の人にとってのバリアフリー化が必要。事業名なども馴染みやすいものにすると抵抗が少ないのでは。 ・診断が必要なケアプランにつながり、安心して穏やかに暮らせる等、受診のメリットを周知する必要がある。 ・認知症予防教室等を利用して進行を遅らせることも検討したい。民間資源の活用も考えられる。