

平成 25 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 25 年 12 月 18 日（水） 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、鵜浦委員、青木委員、志寒委員
加藤委員、山田委員、宇都委員、渡部委員、芹澤委員、中島委員
中田委員（福祉部長）、中田委員（高齢社会対策課長）
荷田委員（介護保険課長）枝村委員（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、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 0 名 （傍聴者定員 10 名）
- 6 次第
1 部会長あいさつ
2 「課題の整理と考えられる対応の方向性」に寄せられた意見について
3 平成 26 年度以降の事業について
4 認知症対策における課題の検討
「高齢者相談センターにおける認知症相談事業の充実について」
5 その他
区民啓発事業の開催報告について
- 7 資料
資料 1 「課題の整理と考えられる対応の方向性」に寄せられた意見
資料 2 平成 26 年度以降の事業について
資料 3 高齢者相談センターにおける認知症相談事業の充実について
資料 4 区民啓発事業の開催報告について
- 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

（事務局）

【配付資料確認】

（部会長）

この部会も 3 回目になり、議論についても次第に深めてくることができた。今回、まとめということではないが、新年度に向けて行政として準備もあり、「課題の整理と考えられる対応」についていただいた意見と「平成 26 年度以降の事業」について、事務局からお示しして、ご議論をいただくということ。また、課題の検討ということで、「高齢者相談センター」と練馬区では呼んでいる「地域包括支援センター」の事業についてもご意見を伺いたい。今日はこういった内容でお願いしたい。

(事務局)

【資料1、資料2説明】

(部会長)

今日は特に資料2-2の中で「平成27年度以降の実施に向けて認知症専門部会で検討を行う事業」について、意見を伺いたい。そこに至るまでにご意見をいただいたものを資料1で整理させていただいた。その中から浮かびあがってくる課題について、資料2で平成26年度以降の実施事業と検討課題として整理した。在宅療養推進協議会の中で在宅療養専門部会の検討が先行しており、その中で平成26年度実施を予定している事業については、これは包括的に実施すべき事業として進めていく必要がある。例えば、連携の強化、後方支援病床の確保といった、どちらの専門部会にも共通する課題といったものからスタートさせていただき、認知症専門部会の中ですぐの事業実施となっていない課題は、今後の展開に向けてさらにご議論を深めていただきたい。

資料1でこれまでの議論を事務局で整理させていただいたが、訂正を求める個所があれば発言願いたい。

(委員)

(発言なし)

(部会長)

これまでの熱い議論を簡潔に整理させていただいたが、趣旨は踏まえさせていただいた、ということではどうか。今後の議論のなかで、ここに立ち返ることがあれば、またそこで意見を伺いたい。

それでは今日の眼目である、平成26年度の検討事項、6項目について発言をお願いします。

(委員)

ここに出てくる役割の担い手として、ケアマネージャーとMSWと認知症に関わる専門性を持った人という見かたをすると、一つはケアマネージャーの資格を持ち、認知症の専門的な勉強をする認知症ケア専門士という資格がある。学会もあり、3年間の更新で200時間以上の講習・研修を受けなくてはならないもので、専門性を高めた有資格者の方がいる。その方々を焦点化するというのも大事なのではないかなと思う。ケアマネージャーにもその資格を持っている方がいるので登場人物として検討されてはどうか。また、区民に対する普及活動では、サポーター養成講座の講師を務めている方々、認知症対策係に登録されていますが、その方々の活躍、登場ということも有効と思う。サポーター養成講座は公のところが招いていただいて開催しておりますが、自主的に開催するというのがもっとしやすく、10名、15名規模でも自分たちのコミュニティの中でサポーター養成講座を開催していけるような後押し、支援をいただけることが普及活動として重要ではないかと二点気がついた。

(部会長)

人材の活用という面でキーになるのではないかと、登場される場面は別々かと思うが認知症ケア専門士とサポーター養成講座の講師の方々というご指摘です。

(事務局)

一つは、キャラバン・メイト（サポーター養成講座講師）の活用では、区民およびキャラバン・メイトの方々の自主的な活動も多数受けている。10人集まれば開催していただき、講師の派遣やテキスト、オレンジリングを提供している。これからもキャラバン・メイトは、十分活用していく。

認知症ケア専門士の存在は伺っていたが、区内では実際どういったところで何人くらい活躍され

ているのか教えていただきたい。

(委員)

認知症ケア専門士は、ホームページにどういう事業所に配置されているかということがアップされている。認知症の専門家として、これからの認知症のサポートをすることが目的で作られた資格なので、発表することも目的の一つなので練馬区の実業所もアップされており、個人名で掲載されている方もいる。そこで協力を仰ぐことはできる。

(部会長)

そのほか発言はいかがか。

(委員)

認知症予防事業の充実では、正常から MCI、そして認知症へ進行していくということが、ある程度コンセンサスを得られていると思う。MCI のレベルで患者を拾い上げて認知症予防に持っていくプロセスが必要だが、そういったものが整備されていない。それをやらなければ掛け声倒れになってしまう。MCI や軽症なアルツハイマーの方をどうやって拾い上げていくのか、そしてどう事業につなげていくのか、マンパワーというものも必要で、その時に、サポーターやキャラバン・メイトを活用していく、認知症ケア専門士の方を活用していく、といったことを具体的に考えられているかお聞きしたい。

(部会長)

認知症予防をやるとすれば、認知症になる前段の方、その兆候をキャッチする仕組みといったものをどのように考えるかといったことでよろしいか。

(委員)

自治体によってはやっているところもある。従来からの患者の手挙げ方式が練馬区でも行われてきた。70万の人口で認知症だけで2万人いると推計され、MCI を入れると4万人に達する可能性がある。すべて拾い上げることは、小さい自治体なら可能であるが、練馬区では相当な大事業になってしまう。まずは、先進自治体でやっていることを見学していただき、どのように事業化できるか考えていただきたい。

(委員)

認知症については、確立した予防法のない中で、介護予防事業では、国が基本チェックリストを示して、この項目に該当していると特定高齢者、要支援・要介護になる率が高い、ということで、そういう方について介護保険の地域支援事業という形で介護保険のお金を使いながら予防事業を展開している。認知症予防については、その段階までいっていないので、区で独自で実施しているということと、判定の基になるものを広くどのように適用させるかといった課題が多いことから、基本的にインフォーマルな地域資源というものをより有効に活用していく方向で予防の取り組みを身近に取り組んでいただくことが、今のところもっとも効果があると考えて実施している。テストをやって、何点以下ならこのメニューといったところまではいかないところがあるが、他の自治体の事例も参考にしながら取り組みを研究させていただきたい。

(委員)

非常に人口規模の大きな自治体では、お金と人手の問題で大変なのかなと。国で予算がつくとかも、到底無理じゃないかなと思う。その基礎検診として簡単なスクリーニング的なものを入れ込むか、それで判定された人を、この事業に行ってくださいといっても、そんな事業の展開はなかなか

ないので、個人情報の問題がなければ地域包括であるとか民生委員の方が情報を持って目を配り、特に独居の方等同うことができれば、予防にはならないが早期介入には役に立つと思う。予防という確立した方法がなく、MCIの人に、あるいは周りの人に、「認知症って病気があってね、こういうことがあったら、遠慮なく相談してね」ということをインフォメーションするとともに、あまりそうだったら手助けになることで、早め早めに介入していく手段が取れば、現時点でこの地域では良いと考える。全戸訪問して把握してというのは現実的ではない。できれば最高ですが、予算がつけば。

(部会長)

なかなか課題は多そうで、いまの話では予防というより早期介入か、ということもある。今日はテーマとしてどうかという議論なので、実際には一つのテーマで一回くらいの十分な時間をかけて、既に取り組んでいる自治体の資料などもお示ししながら議論をいただくということをお願いしたい。他の点でのご意見は。

(委員)

情報の共有ツールですが、紙ベースの例として京都の乙訓地区の在宅療養手帳というものがある。手帳の中に医療と介護の情報がすべて入っている。例えば、認知症であればどういうBPSD症状が見られるか盛り込めるようになっている。これを見て思ったのは、施設に入っている入居者の方は緊急時に対して、「こういうお薬を飲んでいます」「既往歴はこうなります」と簡単に渡すことができるようになっていて、場合によっては施設の職員が救急車に乗り込んで説明できますが、在宅のときはそれが難しく、認知症の方はご自身の既往歴であるとか、どのような薬を飲んでいるのか簡単に説明できない。その情報をまとめるのが大事かと思う。災害時にどのような情報をどこが保管しているか、お薬の情報だけでも今回の震災の時に、すごく混乱が起きた。そういう情報をうまくまとめて、例えばその在宅療養手帳では、医師会がシリアルナンバーを振って、そのシリアルナンバーで管理している。IT化だったらどこかのサーバーに預けてということになるのですが、災害時や緊急時の医療の専門家などの情報も盛り込めれば、認知症だけじゃなく役に立つと思った。

(部会長)

京都の乙訓郡2市1町で使われているということですね。都内で難しいのは、練馬区だけでも高齢者人口、認知症の人の数の規模が大きいゆえに、医療機関は区の範囲を超えて、他の自治体にある医療機関も利用される中で、統一的な取組というものが難しいとよく言われている。

(委員)

介護家族支援の充実と括られているが、介護家族支援と一口に言っても、家族によって支援していただきたい部分は違うと思う。例えば、医療につなげたい、家族が医者に連れて行きたいと思っても、本人が行かないとか、家族自体が認めたくないで行かないとか、介護保険は申請したがデイサービスに行ってくれないとか、親戚は口を出しても手を出さないというような親族の関係など、様々なので、それを解決していく方法としては、やはりアセスメント能力の向上が重要とされている。アセスメント能力の向上がアップできるようお願いしたい。

顔の見える関係という言葉もあるが、MCI程度の方と茶話会をやっているが、その方が重度になったとしても、進行したとしても、その方と顔見知りだと支援がしやすい。茶話会みたいな形をたくさん作っていくという方向もよろしいかと思う。

(部会長)

事務局として耳の痛い話ですが、認知症についての知識・経験・対処の仕方のスキルをあげていくことがどちらの方向に向かうにしても必要だ、というご指摘だと思う。そうした取り組みというものもこうした事業を支えていくうえで、ベーシックなところで重要なことかと思う。

(委員)

軽度の方から中・重度の方まで相談できる環境をつくる、という意味であれば、認知症カフェなどの事業も国の補助等で行われている。そういうものを包括に整備して、月に何回かやる。そこに患者さんが集まってくれば、相談事業に結びつくということもある。そこに集まった方が、「こういう悩みがある」と包括の方に話すこともできる。そういう意味では、認知症カフェみたいなものを包括に整備するというのも一つのアイディアになる。

(委員)

まさに今日の昼間、それをやってきたが、引きこもりがちな高齢者を集めて二、三か月に一度会合を開くということを包括の支援でやっている。12月は民生委員が企画しお手伝いするという会で、高齢者が18人くらい来ている。話していると、この人はちょっと認知症になっているなど感じられる方ばかりで、でも普通に一人暮らしをされている人ばかりだ。この時点で、もう少し外に出る、うちの中にも誰かが訪ねて行く、近所に定期的な集まりがある、しょっちゅう接しているものができると、もうちょっと進まなくて済むというような人ばかりだ。歌を歌っても元気で、体操をやっても楽しそうにやるが、今日一日だけということが残念というか、かわいそうという気がした。実際、地域の中でこういう集まりをすると、かなり疲れエネルギーがいる。が、各地で点がいっぱいできて、それが面になっていけば良いと思うが、追い付かないほど高齢者が増えている。5人いれば必ず一人はいるし、地域ではこんなことでは間に合わない。切実な問題だ。早期発見というか、ちょっと成りかけの人を何とかするような方法をぜひ作っていただきたい。その方々にヘルパーさんもなかなか入れられないので、ぜひそこを検討してほしい。

(委員)

包括でという話があったが、支所では「よりあいひろば」という取組があり、月に1回必ず地域のみなさんの体操教室なり茶話会ということを行っている。それは支所ごとで形態は違うが、できるだけ多くの方にいらしていただく声掛けはしている。認知症予防ということで、体操などにも積極的にいらっしゃる方も多く、誘い合っただけでなく新規の方も声を掛けていただくよう参加者の方をお願いしている。本当に閉じこもってしまう方は、そこには来れない。毎月来る方にとっては、皆さんとお話ししたりすることが認知症予防になっていると思う。

(委員)

支所のよりあいで、キャラバン・メイトの活動に参加した時に、腹話術がとてもわかりやすかった。例えば、もの忘れ的な発言があった時に、「こんな風に対応したら良いんだよ」というような。

話はそれですが、「介護サービスの正しい利用法」という冊子がある。それでは、良い事例、悪い事例、比較してあり、同じように認知症の方への対応も事例を交えたわかりやすい冊子があると周りの方の理解も深められると思う。

(部会長)

認知症カフェから話題が広がり、情報集といったところまで議論が広がったが、事務局からコメントはあるか。

(委員)

認知症カフェに関して、支所で「よりあいひろば」を行っていることもさることながら、茶話会の話があったが、練馬区では介護保険が始まる前から自主的な支援の取組が行われていた。国の先進事例などは、民間の方を支援しながらうまく活動を広げていく事例が紹介されることが多い。練馬区は一定、支援させていただいてはいるが、どういう方がどういう場所でどういう活動をされていて、そこに参加してくださいという、整理のところはこれからというところである。地域資源情報集などもこれから検討していくので、様々活動されている方のご紹介もさせていただきながら、非常に多い対象者の方になるべく参加していただけるような仕組みづくりを皆さんと考えていきたい。

(事務局)

情報共有シートについては、作成の際にどういう情報が必要なのかと、いかに使いやすいものにしていくかという点でご意見をいただきたい。各自治体で使われているものを調査しますが、情報があればいただきたい。また、日常的に関わる方のアセスメント能力の向上という点では、認知症対策系の事業として、介護家族パートナーの育成とフォローアップ講座を行っている。その中でアセスメント能力の向上をテーマとして取り上げていきたいと思う。

(委員)

確かに地域包括支援センターは20か所以上あるわけですが、とても足りていない。先ほど委員からも、「とてもじゃないが間に合わない」といった話があったが、従来からある老人会や健康高齢者のボランティアを地域包括支援センターがオルガナイズして、センターの下にミニカフェというようなものをやってみてはどうか。マンパワーが地域包括支援センターだけでは足りないので、老人会、自治会、健康高齢者を組織して行うことも考えていかないと、とてもじゃないが人が足りない。ぜひそのあたりまで踏み込んで、地域包括支援センターの職員がオルガナイズするようなシステムを作っていただけないかなと思う。

(部会長)

健康な高齢者の方が地域の中で活躍されるということも、ある種の予防になるかもしれないのでそういった面での活躍も期待している。

(委員)

今の話に付随して、地域の町内会の防災活動というものは、元消防なり警察だった方がマンパワーとして率先して行っている。やはりそろそろ定年になったケアマネージャーもいるし、高齢になった看護師もいる。そういうマンパワーの掘り出しを行い、町内会とか老人会でどちらも生きがいになることができるような形が地域で作れると良い。

もう一つ、ケアマネージャーの東京都の研修で認知症対策の話が出たときに、自治体によっては、認知症家族を支援するために障害者の自立支援のような、何にでも使える24時間券というようなものが出ている自治体があり、バラして使ってもよいが、認知症自立度がⅢ以上であれば24時間家族が自由に使える。24時間券はヘルパーの見守り支援のことで、家族が映画を見に行ってもよいし、通院してもよいのですが、介護保険ではその部分の網羅がうまくできないこともあるので、家族のために24時間の見守りを提供している。予算の問題もあるが、カード式になっており、それを出せば支援が受けられるよと。そして馴染みの訪問事業所なり、馴染みがなければ包括支援センターに相談して活用するという自治体もあった。どうしても認知症のご家族はご自身の受診もま

まならなくて体調を崩される方も多いので、そういう方法もありかと思う。

(部会長)

今の話は、地域における支え合いや在宅での支援というところで、特にご家族のレスパイトは、認知症に限らず介護全体で重要な課題だと思う。そういった点で議論を深めていただきたい。

今日様々ないただいた意見を事務局で咀嚼し、今後の議論に反映させていただく。

次の議題で、「高齢者相談センターにおける認知症相談事業の充実について」の議論を願いたい。事務局、資料の説明を。

(事務局)

【資料3を説明】

(部会長)

相談事業は入り口のような印象を受けるが、入り口の部分においても、説明された課題はなかなか容易ならざるところもある。とは言っても、手をこまねいているわけにもいけないので、少しでも進めたいということでお知恵を拝借したい。

(委員)

練馬区医師会のもの忘れ相談医は、現在125名を数えているが、必ずしも均質ではなく、対応力向上研修を受けてみたものの、「やはり私は診れないよ」という医師も時々いたり、「ほとんどそのあと診てないから」という方もおり、活用するとなると問題点も多い現状があったと思う。

医師会では、来年度から更新制度を導入し、3年間に4単位の研修を義務付け、更新をしない医師はもの忘れ相談医から外れるという形になる。もの忘れ相談医のレベルアップを図るためのもので、来年度から始められるよう準備を進めている。

同時に、サポート医も温度差の激しいものがあり、サポート医に何ができるかということについても期待はしているがなかなか難しいものがある。来年の1月15日にサポート医を集めて、杉並区と北区でサポート医が行っている事業を、実際行っている方に来ていただいて話をさせていただく。サポート医が何ができるかということを考えて、少しでも前に進めるような形に持っていきたい。そのようなことを企画準備中である。認知症の専門医の中ではよくわかっているが、医師会の上層部の方は認知症がこのような状況であるということが十分理解されてなく、医師会の中でも実際は厳しい現状があるということだ。

練馬区(医師会)の認知症研究会の方も勉強会だけではなく、これからの認知症の医療や介護の連携について提案するのも研究会の役割ではないかと意見書のようなもので医師会の上の方に働きかけていく話もしている。専門医の方は、コンセンサスを得られているので、できるだけ上の方にも働きかけることも行っていきたいと考えている。

(部会長)

専門相談を進めていく上で、例えば、健康長寿医療センターが取り組んでいる事例や、他の自治体で行っている事例など、アドバイスをいただきたい。

(委員)

板橋区では医師会の方で、もの忘れ相談医と板橋区が協力して同じような相談事業を受けている。他に専門相談として、精神科医が患者さんのところに訪問して相談を受けることをひと月に4から6件行っている。また、東京都の認知症の早期発見・早期介入のためのアウトリーチ事業ということで認知症疾患医療センターのメンバーが必要に応じて、おとしより保健福祉センターからの依頼

を受けて一緒に訪問するというのを、平成25年8月から始めている。この3つのルートがある。もちろん包括支援センターの職員は日々訪問しているという状況です。

二か月待ちの状況を解決するために、どうするかというと、来所型の相談がいくつあったら一週間待ちになるかという試算はあるか。

(事務局)

ニーズとしては、今、相談を受けている方の1.5倍を見込んでいる。まず回数を1.5倍くらいにできればと考えている。

(委員)

来所の相談と訪問の相談は、もちろん両方あるべきだと思うが、訪問を始めたから来所の待機期間が短くなるかというやや疑問がある。訪問は訪問でニーズはたくさんあるので、来所の方の回数も増やしておかないと思う。ニーズは限りなくあると思われるので、訪問が始まったら、訪問には行けなかったから来所相談を依頼してくるケースが出てくる。予算の関係、協力医師の関係もあるが、来所相談の回数も増やしておくことを合わせてやっておかないと厳しいと思う。

(委員)

高齢者相談センターの認知症相談ということでは、高齢者相談センターに紹介があった時点で二か月待つていただく現状で、その時は行く気になっていても、二か月後には行かないとなってしまう、そのままという方が多いことが現状だ。訪問も、練馬区ではまだ訪問をしてくださる医師が少なく、区外の医師にお願いしている。昨年9月から約1年間、中部精神保健福祉センターの精神医療相談班の訪問を受けた方が、練馬区でおよそ10件ほどある。どうしても医療につながらず区外の先生の往診をお願いした方がおよそ15件程度だ。包括支援センターが中心となってということだが、かなりのエネルギーを使い、時間もかかってしまう。今日来てほしいけど、直ぐに来るというわけにはなかなかいかない。独居で閉じこもっていて、今後、命の方も心配という人に関してでも、訪問診療ということにならないと保険診療にならないので、保険証もなかなかあてにならない。今後、認知症の訪問相談は必ず必要と思う。

(委員)

板橋区で訪問している医師も、すべてが区内の医師ということではない。区の方も、入院や専門医療機関受診を想定したケースは使い分けている。区内で協力していた医師も負担感から、「来年度は無理です」と言って事業から撤退した医療機関もあった。東京都(中部精神保健福祉センター)の高齢者班の訪問も並行して利用していければ良い。区という範囲と病院の範囲と少しずれるところがある。例えば、練馬区のどこの病院に行くのが近いのか、周辺では区外の方が近かったりする。区の区切りと医療圏の区切りと実際の診療範囲の区切りとずれるので、協力してくださる医療機関は多ければ多いに越したことはないという考え方でやれば良い。医師の訪問については、よほど潤沢に医師がいる場所でなければ、即座の対応という点が難しいことがあって、ある程度予約制みたいになってしまい、医師以外の医療専門職なりの訪問でできる範囲をつくっていくことが必要かなと思う。具体的には、訪問看護の方や認知症ケア専門士の資格を持っている方、あるいは医療介護職を有効活用することによって、医師が訪問しなくて済むケースがかなりあるのではと思う。

(委員)

人口71万人いて、各年6回で一人約40分ということでは、相当規模が小さいと思う。事務局から1.5倍を見込んでいるということだったので、1回2時間を4時間にして半日対応すれば、2

倍のニーズに対応できそうに思われる。その場で思った時に相談できる環境をつくらないと、医師がいても2か月待ちでは、「じゃあいいや」となってしまう。すぐ相談できる環境、手軽に受けられる環境を整えることが大事と感じた。もし次年度からできるなら2時間だけではなく、半日常駐する形で気軽に相談できる枠を広げるところからならできるのかなと思う。

(委員)

気持ちはよくわかるが、医師は正規の仕事をしていて、その合間、昼休みとかに相談事業に協力している。4時間とかになると、完全に診療をやめて来なければならないので現状は難しい。できることは、2時間程度の相談を頭数増やして解決する方向しかない。それには今まで専門医が行っていた相談を、軽い患者さんはもの忘れ相談医やサポート医に対応していただいて、コマ数を増やしていくしかないと思う。これは基本的に医師会全体が、そのようなことを新しい医療としてやるんだということに発想を変えないといけない。かなりの数の医師の協力を得ないとできない。介護保険の委員を設けるように、事業を立ち上げる感覚で医師会に申し入れていかないと、そのコマを確保できない。実現に向けて医師会の上の方と交渉をお願いしたい。

(部会長)

専門医の話の中で、意見書をあげるという話もあったので事務局と個別に協議させていただいて進めてほしい。私の方にも、医師会の役員会などへの申し入れの際は、声掛けしてほしい。

専門医のみならずサポート医等の活用とか、あるいは最初の訪問では、訪問看護師や保健師などのアプローチの可能性も含めて事業を拡充するということを検討していかなければならないと考えている。

(委員)

相談事業の充実のなかに若年性認知症の方の相談対応もぜひお願いしたい。発見が遅くなるケースがある。例えば、発症を、仕事に就いている人は仲間から発見されるということもあるが、専業主婦や社会にあまり関わりがない方は、発見が遅くなってしまうことがある。家族もいないし、どこへ行ってよいかわからない、いきなり精神科というのも、ちょっと抵抗があるので、ぜひ若年性認知症の疑いのある方へのハードルを低くして相談が受けられるよう検討していただきたい。

(委員)

若年性認知症の問題はおっしゃる通りだが、それだけに、「この人は認知症である」という診断を下すことは荷の重いことで、それをサポート医やもの忘れ相談医に担わせるということは、実際問題難しい。これは専門医や精神科の先生に対応していただかないと、誰でもできる話ではない。ご理解いただいて、できるだけ専門医か精神科医につないでいく方向で考えていただきたい。最初の相談のところでは、「そうかもしれないから行ってみては」とは言えるかもしれないが、診断を下すのは荷が重すぎるかなと思う。

(委員)

認知症の受診のケースで、ベンケア服用による認知症状のケースの相談が増えていて、それは泌尿器の薬だが、泌尿器科の先生も認知症の症状なのか副作用なのか、薬の飲み合わせで出るものなのか、見極めができると、実際には脳の委縮ではないといった部分での対応ができるのかなと思う。

(委員)

薬剤性の精神症状は大きな問題ではあるが、認知症の診療を専門に行っていない医師が、副作用よりは認知症を先に疑ってしまうことがあることは現状だと思う。そのあたりは、医師会の研修等、

適宜行っていただくことになるのと、普段接している家族やケアラーの方々の同行受診ということが重要になると思う。

(委員)

薬への不安は、お薬手帳もあるし、まずはかかりつけ薬局に相談して、そこから場をひろげて専門医につながるようにしていただきたい。

(委員)

家族会の参加者から、アリセプトのミリ数が多くて副作用が出て、困難症状が出現しているケースが聞かれる。「すぐに医師に相談してください」と伝えるが、かかりつけ医の先生だった場合は、その後の医療の連携をお願いしたい。

医師会のもの忘れ相談医のリストの中で、訪問をされている医師はいるのか知りたい。訪問していただける医師がいると助かる。昨年の認知症フォーラムで、30年間医者に行ったことがない方をどうやって受診につなげたか、という事例発表をしていただいた。やはり先に訪問ありきで受診につながり、良い方向につながったので、訪問を実現していただきたい。

(委員)

通ってくる認知症の利用者に対応している。薬の作用で頭が痛くなる、吐き気を催す方が現にいた。「大人でも多いんじゃないの」という量を飲んでいいる。専門医ではないのでそれ以上のことは言えなかったが、家族の方に話したら協力的で、症状を書いて医者に伝え、量を調整することができ、とても元気になった。薬の作用はとても怖いことと思った。

これまでのお話を聴いて、何かを決めるときに、「ではやりましょう」「こうしましょう」という話が出るが、対応がとても遅くて、何か必要なときに対応が遅いと、認知症の方は待てませんので、認知症の進み方がとても速い。慣れてきたな、何かしたいなと思った時には役所が壁になってみると、なかなか読めない部分を感じる。ここで議論したことが直ぐに実現できなくても、次の方たちが重く受け止めていただいて、引き継ぎしていただき、取り組んでいただくという形をとらないと、いつも同じような意見が出ていて、「あーですね、こーですね」で終わる可能性が高いかなと思っている。

(委員)

居宅療養管理指導というものがあり、患者のお宅に訪問して経過や副作用を診て薬を置いてくる。変なことがあったら医者に戻している。そこで医者がわかって薬を減らすこととかができる。かかりつけ薬局も大事であるが、居宅療養管理指示を医師に書いてもらい、訪問しないとわからないことが結構ある。何か気がつけば、かかっている医師にすぐに戻して対応してもらうことができるので、ぜひ活用していただきたい。

(部会長)

課題である訪問であるとか専門相談についても解決へのアプローチは様々あると、今日は皆様から多様な意見をいただけた。事務局で整理させていただき、ことは迅速に進めてほしいということもあり、そうした取組を順次進めていきたい。

次にその他ということで、区民啓発事業の報告を事務局から。

(事務局)

【資料4を説明】

(委員)

秋山先生の話の中で、ピンピンころりできる人は男性で一割、女性はもっと少ないという冒頭の話があり、ショックを受けた。BPSD が重篤化した時は、必ずと言ってよいほど身体疾患の問題があるということで、早めに訪問看護を入れていくことが必要ではないかということであった。

あわてて救急車を呼ばないということとしては、日頃の健康管理が必要である。予後がわかる訪問医療や訪問看護師が必要ではないかということで、早期に訪問看護を入れ認知症の患者と顔なじみになっておくことで、支援を続けられるという話があった。

昨年からの傾向では、フォーラムへ、専門職の参加より一般区民の参加が増えている。それだけ関心が高まっていると感じている。

(委員)

秋山先生が白十字訪問看護ステーションを立ち上げたときの看護師の一人が、小規模多機能型事業所「たがらの家」の相談役になっている。利用者のほとんどが認知症で、その家族会に認知症の話や病状、看取りといった話を定期的に行っている。今後、小規模多機能型事業所が随時立ち上がりながら重要な役割を担っていく位置づけがあり、いくつかある事業所の中で家族会を主催し、普及して、さらに、直接利用者20名にかなり細かいアセスメントができる傾向が小規模多機能型事業所にあるので、切り口としてそこを活用していただくのも提案の一つとして考えていただきたい。

(部会長)

目標は一つあるのですが、そこへの切り口やアプローチの仕方は、多種多様であって、様々な手法や資源を活かしていくことを一生懸命考えていかねばならないといったところを承ったところでは。

予定の時間となりましたので、今日のところはこれで終了とさせていただきます。