

## 1 課題

### (1) 多職種の連携強化

- ① 医療と介護の連携
- ② コーディネート機能の充実
- ③ 情報の共有化

### (2) サービス提供体制の充実

- ① 人材の確保・育成
- ② 24時間体制・後方支援病床の確保
- ③ 相談・診療体制の充実

### (3) 家族介護者支援

### (4) 区民への普及啓発

## 2 専門部会で協議する認知症対策事業が目指すイメージ

「区民、関係機関、区が協力して、認知症の人やその家族を支えることにより、認知症になっても安心して暮らせる地域社会の実現」  
※ 第5期練馬区高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画より

3 課題・問題点と対応の方向性

※ アンダーライン：東京都補助事業活用を検討

(1) 多職種の連携強化

課題・問題点	対応の方向性
<b>① 医療と介護の連携</b>	
医師とケアマネの連携の充実 …地域単位での顔の見える関係の構築	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 区内各地区における事例検討会の開催</li> <li>・ ミニ地域ケア会議等でのケースカンファレンスの開催</li> </ul>
同じ言語で話せる基本的な知識が不足	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 多職種連携研修、講演会等の実施</li> </ul>
<p>※委員意見</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事例検討や多職種連携研修について、医師は忙しく参加が難しい。アンケートでは、医師で希望の方が少ない。介護従事者は求める声が多い。</li> <li>・ 医療者と介護従事者の相互理解について、医療・医師側は、介護サービス等についてわかっているつもりでわかってないところがあることを受け止めなければいけない。</li> <li>・ 外来診療の時間に患者にケアマネージャーが同行し、患者を診る時間を共有し、活用していただきたい。</li> <li>・ ケアマネの外来診療同行も半日はつぶれてしまう。ケアマネタイムを設けていただくと電話等で連絡が取りやすい。</li> <li>・ 担当者会議への医師の意見聴取に対して連絡を入れると、受付でシャットダウンされるケースも多い。</li> <li>・ 医療・介護連携において居宅療養管理指導を頼む方が少ない。もう少し薬局を利用してほしい。</li> <li>・ アセスメントの情報量により、医師との関わりが違ってくる。マネジメントの勉強が至っていない現状を踏まえて医師との連携といったチーム構成を考えていかねばならない。</li> <li>・ 事例検討会は何のために誰のために行うのか、という意識づけを各職種にするべきである。</li> </ul>	
<b>② コーディネート機能の充実</b>	
医師とケアマネ・介護事業者間の連携を介する方が必要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>コーディネート能力向上研修</u>                      (地域包括支援センター職員・ケアマネ・訪問看護、MSW 対象)</li> <li>・ MSWの活用                      (国・都事業…認知症地域支援推進員 or コーディネーターの導入)</li> </ul>
<p>※委員意見</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ コーディネートについて、志のある方に負担がいつてしまうシステムは長く続かない。何か案があると良い。</li> <li>・ 診療報酬ないしは、それ以外のものでもコーディネーターを配置できるような制度を考える必要がある。</li> <li>・ MSW(医療ソーシャルワーカー)の配置は、個人の診療所では難しい。地域包括支援センターといったところを活用していければ良い。</li> </ul>	

- ・病院では医療連携を MSW が行っている。診療所については、支所にいる医療職等がコーディネート機能のある程度発揮できると思う。
- ・ケアマネジャーからのニーズ、医療機関からのニーズに、どこがどう役割を担えばコーディネート機能を双方に果たせられるか、という点は課題として話しあってほしい。
- ・スペシャリストとして研究されている医師にコーディネートやマネジメントということを期待することは違うと思う。
- ・医療関係の研修を受けたソーシャルワーカー的な方が地域にいることがとても大事である。
- ・医師会では、ソーシャルワーカーを増員し、病院と医師、病院と診療所の橋渡しを行う。ケアマネジャーとの連携も働きかけていきたい。
- ・サービスに結びつかない方をどう支えていくか、というコーディネート機能が難しい。在宅療養相談窓口の職員はそうした役割を担っていくこともある。サービスにつながらない方、サービスにつながっていても医療につながらない方などのコーディネートを話し合いたい。
- ・PSW(精神保健福祉士)は、かなり臨床に近いところで認知症の精神疾患についても勉強されている方がたくさんいるので、MSW との連携も一方であるが、PSW の活用も重要なのではと思う。
- ・コーディネートは、地域包括、高齢者相談センターが中核になって、それをバックアップする体制があると良い。行政の方が横断的な認知症に関するサポートをどうつくっていくかが課題である。
- ・専門医の認知症の診断がないと動けない、と固まってしまっている部分を懸念している。インフォーマルなもの、介護保険のフォーマルなサポートといったものをどう早く入れるかということを考えていくべきである。

### ③ 情報の共有化

介護現場等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・介護・家族の情報共有ツール(認知症地域連携パス)の作成
個々の認知症の人に対する医療・介護支援ネットワークの構築	
かかりつけ医と専門医・サポート医間の連携や役割分担が不十分	・役割分担と日常的な医・医連携の構築 ・紹介状や連絡ツールの活用

#### ※委員意見

- ・認知症地域連携パスは、各職種やご家族が自分の言葉で表現できて、かつ、共有できるというものが、生々しいというか生き生きしたものになる。
- ・認知症地域連携パスは、新しいものをつくられても活用が難しい。お薬手帳が普及しているので小さなシールを作り、通所介護事業所や小規模多機能事業所に配り、必要事項を記入しお薬手帳に貼ることで連携が図られる。面倒くさくないことが連携の長続きのコツである。

## (2) サービス提供体制の充実

課題・問題点	対応の方向性
<b>① 人材の確保・育成</b>	
在宅で医療的ケアのできるヘルパーが数少ない	・介護事業所職員の育成
※委員意見 ・デイサービスの業界には素人から入ってくるパターンも多い。専門性をさらに勉強していかなければならない。 ・各方策の実現のために福祉の業界も本当に資質を上げていくことの実践的な取組をこの3年間でやっていかなければならない。	
<b>② 24時間体制・後方支援病床の確保</b>	
認知症により一般病床での受入れが困難なケースへの対応	・後方支援病床の確保
介護家族の事情による在宅療養生活の一時中断への対応	・老健ショートステイ、特養ショートステイ、緊急ショートステイ等
※委員意見 ・急変時の対応は、身体疾患がらみが多いので、精神科単科での対応は荷が重い。 ・軽度の患者さんとはともかく、重度の方はスタッフが取られてしまい、合併疾患があっても内科の病床に入れるのも難しい。付き添いなどの手立てが必要である。 ・一般の病床に入院しても認知症にもう少しうまく対応できないか、と経験から思う。 ・医師会において、中小病院に後方支援病床のバックアップにも回っていただくような議論が進んでいる。	
<b>③ 相談・診療体制の充実</b>	
専門的な検査、診察が受けられる病院が少ない	・専門医、サポート医の活用 ・もの忘れ相談医リストの充実
もの忘れ相談医の充実	・二次医療圏での研修 ・更新制度の導入
認知症サポート医の活用	・認知症相談事業の充実
訪問診療・相談のできる医師がほしい	
※委員意見 ・医師の方の多忙とお金がかかることの両方で難しいものがあるが、アウトリーチは非常に期待している分野である。 ・もの忘れ相談医の充実について、4区合同の研修システムを取り入れて相互乗り入れできるよう、練馬区医師会も加わる準備をしている。	

- ・もの忘れ相談医リストについても、サポート医の活用も含めて医師会で検討している。
- ・認知症相談事業を充実することとアウトリーチに絡めて、相談日のコマをどうしても困ったところのアウトリーチに使ってはどうか。
- ・アウトリーチを快く引き受ける医師と、アレルギー反応を示す医師もいると思う。
- ・アウトリーチは荷が重く、認知症専門医、精神科医にお願いし、サポート医は認知症相談事業で活躍していただくようにしてはどうか。もちろん専門医も従来通り認知症相談事業をやっていた上でのことである。
- ・専門医・サポート医・かかりつけ医の役割を分けないと、サポート医は二の足を踏んでしまう。
- ・目的は早期発見・早期介入であるが、困難事例等、現実的にはいろいろなレベルの人がアウトリーチが必要で一つの制度に落とすと無理がある。他区では包括にサポート医を配置しアウトリーチしていることは現実としてあるので、特別なものと考えず相談業務の一環としてできれば使いやすくなる。
- ・認知症相談事業の拡充については、専門医の皆様以外の医師にご協力いただかないとできないということが現実問題ある。

### (3) 家族介護者支援

課題・問題点	対応の方向性
介護家族の疲弊 日常的な介護家族支援 初期の認知症の方の家族の心のケア 徘徊対策	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の協力者（パートナー）の発掘と育成</li> <li>・高齢者相談センター窓口の充実と周知</li> <li>・家族介護者支援の充実(家族会、電話相談、学習会等)</li> <li>・アセスメントにて本人ニーズ、家族ニーズを把握しケアプランに反映</li> <li>・徘徊対策の見直しと見守り支援の強化</li> </ul>
<p>※委員意見</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・先天性の疾患には歴史があり、素晴らしいアセスメントがされている。これからは認知症の世界でも細かいアセスメントをしていただければBPSD(周辺症状)の発症も抑えられるのではと思う。</li> <li>・家族がSOSを出さない限り家族支援という視点に立っていただけないのが現実である。ミニ地域ケア会議の充実を図っていくことが今後の方向性として良い。</li> <li>・家族支援について、「認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式」を活用し、家族が聴いて実践することで、認知症の家族への対応が変わることもあるかと思う。</li> <li>・コーディネーターを配置するとか、相談体制をつくるということに関しても、ご家族の思いとかニーズに沿うものでなければ上っ面なものになって</li> </ul>	

しまうと危惧している。

- ・ご本人、ご家族の不安に対して、付き添える人材が一人いるだけでも全く違ってくる。付き添える人材が認知症の基礎的な知識を持って、認知症の方の思いとかご家族の思いを理解している。そういうコーディネーターが一人いることが大事である。
- ・さまざまなレベルの方が通う認知症デイサービスでは、お客様とご家族から教わることが多い。月一回集金に伺う際に、ご家族とお会いし、日々の生活のいろいろなことを聴くようにしている。
- ・情緒的支援の一番得意な上手なのは家族会だと思う。家族会を信じ、つなげていただきたい。
- ・サービスにつながらない方をどうするかということについては、インフォーマルな社会資源を使っていただきたい。

#### (4) 区民への普及啓発

課題・問題点	対応の方向性
認知症の理解が不十分 ・負のイメージの払拭 ・認知症の基本的理解と医学的理解が不十分 ・社会資源の周知が不十分	・基本的な認知症を理解するサポーターの育成 ・認知症の医学的理解の普及 …身近な地域、事業所での医師の講演等 ・生活モデルの提示 …グループホーム等生活の現場を見学 …パンフレット等での啓発 ・認知症に関する医療・介護サービス・相談機関等の周知 …地域資源情報集の作成
専門医等の受診につながらないケースも多い ・専門的な診断の必要性の理解 ・判断能力のない本人や家族への介入	・認知症相談事業の充実と活用 ・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る ・診断のメリットを周知 …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
認知症の人のためのバリアフリー化	・認知症への理解と自然なサポートの醸成 ・事業名等馴染みやすいものに

認知症予防教室	・身近な地域での予防事業の展開 ・民間資源の活用
※委員意見 ・地域資源の情報は、区民の方々や当事者、関係機関の方に早く開示されると良い。 ・健康診断の通知に認知症の検査も入れられないか。 ・早期発見・早期対応について、高齢者の方がご自身でチェックできる環境を整えることが非常に重要である。 ・認知症のある方は、健康診断を受けに行けない、連れていけないことが多いので、ここなら健康診断ができるというインフォメーションがほしい。 ・認知症予防と名がつくと、ネガティブなイメージがあり「よりあいひろば」の参加者が減る。馴染みやすい表現が必要である。	