

令和6年度 第2回 在宅医療・介護連携推進に関する会議 会議録

1. 開催日時

令和6年10月31日（木） 19時30分～21時00分

2. 開催場所

市川市役所第1庁舎5階 第1委員会室

3. 出席者

【委員】

佐々木委員、福澤委員、越田委員、大木委員、吉岡委員、面野委員、山賀委員、
佐多委員、秋本委員、牧野委員、村尾委員、鈴木委員、橋本委員、
山田委員、鶴飼委員

【認知症初期集中支援チーム専門医】

吉岡医院 吉岡医師（再掲）、やまが在宅クリニック 山賀医師（再掲）、
ひらかわクリニック 平川医師

【市川市】

地域包括支援課長、健康支援課長、国民健康保険課長ほか

【高齢者サポートセンター】

高齢者サポートセンター市川第一

4. 傍聴者

0名

5. 議事

- (1) 令和5年度 認知症初期集中支援チームの活動実績について（報告）
- (2) 市川市認知症施策推進計画について
- (3) PDCAサイクルの設定（認知症の取組について）

6. 配布資料

- ・会議次第
- ・資料1 認知症初期集中支援チームについて

- ・資料 2 令和 5 年度認知症初期集中支援チーム活動実績
- ・資料 3 市川市認知症施策推進計画について
- ・資料 4 PDCA サイクルの設定（認知症への取組）
- ・資料 5 市川市認知症ピアサポート活動支援事業について

7. 議事録

(19 時 30 分開会)

発言者	発言内容
地域包括支援課 主幹	<p style="text-align: center;">1. 開 会</p> <p>定刻となりましたので、令和 6 年度 第 2 回市川市在宅医療・介護連携推進に関する会議を開催いたします。本日議事進行を務めさせていただきます、地域包括支援課の久木と申します。よろしくお願ひいたします。</p> <p>本日は認知症初期集中支援チーム検討委員会を包含した会議となりますので、チームの専門医である 3 名の先生方にもご出席いただいております。また、高齢者サポートセンター市川第一から、管理者の小川さんにご出席いただいております。</p> <p>本会議は「審議会等」に位置づけられており、「市川市審議会等の会議の公開に関する指針」により原則公開となります。本日、非公開とする議題はありませんので会議は公開といたします。本日、傍聴者はおきませんので、このまま会議を進めさせていただきます。</p>
地域包括支援課 主幹	<p style="text-align: center;">【認知症初期集中支援チームについて】</p> <p>議事に入る前に、認知症初期集中支援チームについて、ご説明いたします。資料 1 をご覧ください。</p> <p>認知症初期集中支援チームとは、複数の専門職が認知症と疑われる方や認知症の人及びその家族を訪問し、観察や評価を行ったうえで家族支援を含む初期の支援を包括的、集中的に行い、支援者ご本人の自立生活のサポートに向けた支援を行うチームとなっております。認知症初期集中支援チームの名称にあたる「初期」の意味は、病気の早期段階という意味だけではなく、認知症の人への関わりの初期（ファーストタッチ）という意味も持っています。平成 27 年度より介護保険法に基づく地域支援事業実施要綱において全ての市町村に設置することが義務付けられておきまして、本市においても平成 27 年度より福祉部内にチームを設置し、市川市医師会にご協力いただきながら直営にて運営しております。</p>

チーム員は、医療と介護の専門職2名以上、専門医1名以上と複数の専門職により人員配置要件が定められておりまして、本市は現在、専門医3名、専門職7名にて計2チームを設置しております。資料の下の、「認知症初期集中支援チームの対象」の所をご覧ください。対象者は、40歳以上で、在宅で生活しておりかつ認知症が疑われる方または認知症の方のうち医療・介護サービスを受けていない人、または中断している人で認知症疾患の臨床診断を受けていない、継続的な医療サービスを受けていない、適切な介護保険サービスに結び付いていない、診断されたが介護サービスが中断している、のいずれかに該当する場合や、医療・介護サービスを受けているが、認知症の行動・心理症状が顕著なため対応に苦慮している方、のいずれかに該当することが要件となっております。ちなみに、後ほど市川市の実績報告をさせていただきますが、現状チームで受けている依頼は、ほとんどが1)に該当する方となっております。

裏面をご覧ください。認知症初期集中支援チームの支援の流れについて簡単にご説明いたします。まず、高齢者サポートセンターが把握するケースのうち、チームの介入により集中的な支援が必要と判断された場合に、高齢者サポートセンターからチームへの依頼となります。またそれ以外にも、庁内の関係部署や医療機関、地域住民やご家族、ケアマネジャー等、支援者や地域の方から相談があった場合も高齢者サポートセンターと情報共有を図ったうえで支援を行っております。

チームに依頼がありましたら、初回訪問、アセスメント訪問を実施しまして、情報収集を行った後に、チーム員会議を開催し支援方針を決定しております。このチーム員会議にてそれぞれが持つ情報を整理し、役割を確認しています。そして、この会議で決まった支援方針をもとに、チームは初期集中支援を行っております。初期集中支援とは頻回に訪問を行うことでご本人やご家族との信頼関係を構築し対象者の状態に合わせて医療機関受診に向けた動機付けや適切な介護サービス利用へ勧奨、生活環境の改善、家族支援等を行うことでご本人が地域で継続して生活することができるようサポートしております。支援途中で支援方針に行き詰った場合等には再度会議を開催いたしまして改めてケースの内容を整理するとともに支援方針を再検討しております。こちらの集中支援は最長6ヵ月と決まっておりますので、支援目標が達成できた場合、または支援期間が6ヵ月を超過した場合にはチーム員会議を行い支援の終了を決定するという流れとなっております。支援が終了した方については再び高齢者サポートセンターに引継ぎ、支援経過のモニタリングを行っております。以上となります。

それでは議事に移らせていただきます。議題1「令和5年度認知症初期集

<p>地域包括支援課 事務局</p>	<p>中支援チームの活動実績について」、チーム員の高橋よりご説明させていただきます。</p> <p>議題1. 令和5年度認知症初期集中支援チームの活動実績について</p> <p>市川市認知症初期集中支援チームの活動実績について、担当よりご説明いたします。資料2をご用意ください。</p> <p>はじめに、市川市の概要についてご説明いたします。令和6年3月31日現在の市川市の人口は49万4,095人、65歳以上の人口は10万6,266人、高齢化率は21.51%となっており、市民の4.6人に一人が65歳以上という状況です。要介護認定者数は1万9,849人、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa以上の方は9,281人となっています。</p> <p>次に、1) 活動実績の年次推移についてです。令和5年度は、支援者数29人、うち、令和5年度中に支援が終了した人は20人となっています。延べ訪問回数は196回で、一人当たりの平均訪問回数は7回です。支援者数は令和元年度から多少の増減はございますが、概ね20人台で推移しています。支援期間は3～4か月で終了するか、6か月まで継続するケースが多くなっています。</p> <p>令和5年度中に支援したケースのタイトル一覧は1枚めくっていただいた次のページをご確認ください。見ていただくと分かる通り、認知機能の低下により金銭管理等日常生活に支障が出てきたケース、支援拒否により介護者である家族が対応に苦慮し疲弊しているケース、ごみや悪臭などの地域の苦情から発覚したケース、などほとんどのケースが、認知機能の低下に付随して生活に支障をきたしているケースが多くなっています。中には、過去に相談履歴があったケースや、過去に認知症と診断されたものの受診を中断してしまったケースなどもあり、数年から数か月の期間を経て、生活に支障がでてからチームに依頼があり介入するケースが多い傾向となっています。</p> <p>続いて、下の段の 3) 支援者の状況といたしましては、依頼時に認知症の臨床診断を受けていない人が13人、継続的な医療を受けていない人が7人、適切な介護サービスに結びついていない人が9人で、BPSDとしては「介護への抵抗」と「自発性の低下」が目立って見られました。</p> <p>次にスライド番号5、支援者の状況②年齢区分についてです。29人中23人が75歳以上の後期高齢者で、男女比は女性が多く、世帯の特徴としては独居が19人で最多となっています。下の段に移りまして、把握時における認知症高齢者の日常生活自立度は、Ⅱaが12人、Ⅱb、Ⅲaがそれぞれ6人</p>
------------------------	--

<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>となっており障害高齢者の日常生活自立度は J2 が 18 人と最多で、J1 が 4 人、自立が 2 人、これらのことから、依頼時の状況としては日常生活に支障が出始め、周囲からの相談につながる一方で、身体的には近所への外出が可能な方が多いことがうかがえます。</p> <p>次のページをめくっていただき、4) 医療の状況についてです。把握時に、通院していない・以前通院していた人も含めると医療に繋がっていない人は 17 人で令和 5 年度中に支援が終了した 20 名のうち、最終的に医療へ繋がった人は 15 人となっています。また、下の段の 5) 認知症の診断については、把握時診断されていない人が 26 人で、ほとんどの方が診断されていません。令和 5 年度中に支援が終了した 20 人のうち 12 人が、チームの介入により認知症と診断されました。介護保険の状況とサービス利用については次のページのスライド番号 9、10 にある通りです。</p> <p>次のページをめくっていただき、7) チームの集中支援の状況といたしましては、医療機関への受療支援と、家族への支援、次いで介護サービス利用への支援が多くなっています。下の段の 8) チームの支援結果についてですが、介入により医療・介護サービスの両方またはいずれかに繋がった方は 20 人中 15 人となっており、18 人が在宅を継続できているという結果となっております。</p> <p>次の資料は、第 9 期高齢者福祉計画・介護保険事業計画の数値目標として、生活のしづらさの改善を評価したもので、こちらは、対象者の日常生活における ADL や IADL の改善状況の評価結果になります。支援が終了した 20 人中、改善が 14 人、維持が 3 人、入院などにより判定不明が 3 人で、悪化した人はいませんでした。</p> <p>最後に、チームにおける今後の課題についてです。ひとつは、人事異動に伴う職員の入れ替わりにより、チーム員の入れ替わりが多いことが挙げられます。2 番目に、チームの介入は概ね 6 か月と期間が定められているため、高齢者サポートセンターとの連携、引き継ぎを丁寧に行うことが求められるということ、3 番目として、チームへの依頼内容が、介護保険の申請や後見人の申立てに必要な認知症診断のための受療支援が主となっていることから、チームへ依頼が来る前の早期段階で、必要な相談支援に結びつく相談しやすい体制作りと、切れ目ない支援が重要と考えています。ご報告は以上です。</p> <p>活動実績について、ご質問やご意見はございますでしょうか。本日、チームの専門医の先生が 3 名お越しになっておりますので、今回の報告内容について、あるいはチームの活動の中で気付いたことや気になること、課</p>
-----------------------	---

<p>吉岡委員</p>	<p>題等ございましたらご意見をいただけたらと思います。吉岡先生いかがでしょうか。</p> <p>活動実績については、コロナの影響で減ったように感じていましたが、また少しずつ増えてきているように感じます。憶測ですが、おそらくコロナで社会との関わりが減ったことで認知症の方が増えてきているのではないかという印象です。やはりかかりつけ医が大切であり、絶対的に信頼感が強いので、かかりつけ医がどう関わっていくのかが認知症の方には重要だと感じます。どうしても介入の時期が遅いなという印象は否めないもので、ある程度の年齢がきたら調べてみましょうかなどとお声をかけることも必要かもしれない。特に要注意なのは受診に来なくなってしまったという方です。その様な方は悪くなるケースが多いです。</p> <p>チームの課題については、受療支援、いわゆる通院同行するケースが増えてきている印象です。いろいろなハードルはあると思いますが、訪問診療で介入するという選択肢もあると思います。その方が入りやすいというケースもあるかとは思いますが。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>ありがとうございました。山賀先生いかがでしょうか。</p>
<p>山賀委員</p>	<p>1年位前から勉強させていただきながら一緒にやらせていただいております。どうしても我々は待つ側で、来てくれないと介入できないというところなのですが、それを困っている人からピックアップしてくれて適切な医療や介護に繋がれると感じています。最初はどうかという症例から良い生活に繋がっていく、この活動を続けていって困っている人が少しでも良い方向に向かっていけば良いなとは思っています。ただ、まだまだ潜在的には患者さんがたくさんいるということが、日々街中を歩いても感じるころではあります。年間29件という件数をみても、もっと困っている人はたくさんいるはずで、初期集中支援チームだけではなく、いろいろな入り口はあると思うので、そのような方々をどうやって医療や介護に結び付けてあげられるのかというのが今後の課題なのだと思います。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>ありがとうございます。平川先生いかがでしょうか。</p>

平川委員	<p>南部は0件なので、なんで来ないのかなというのはテツ&トモのような心境ですけど、実際、患者さんはいます。私の診療所にも認知症で困っている患者さんはいて、ご家族と一緒に来て、「どうしたらよいのでしょうか」と聞かれることもある。行政に相談するようにお伝えしたりするのですが、高齢者サポートセンターに相談する新規の方がいないということなのではないでしょうか。</p>
地域包括支援課 主幹	<p>高齢者サポートセンターの相談件数は今回お示ししていないのですが、高齢者サポートセンターへ相談がないというわけではないと思います。基本的に、高齢者サポートセンターがご対応いただいている認知症の相談のうち、集中的な介入が必要と思われるという判断でチームへの依頼となりますので、行徳地区の高齢者サポートセンターでご対応いただけているのではないかと考えているところです。</p>
平川委員	<p>ムラ社会というか、家族内でなんとかしているケースが多いのかもしれませんが。外に出さないで自分達で解決しようという意識が他の地域よりもあるのかもしれませんがね。今回の内容には直接関係ないですが、宗教の違いも結構あります。その人達がこれから認知症等になって、考え方も違うわけですから対応が大変になるということも感じます。</p>
地域包括支援課 主幹	<p>ありがとうございました。いま、外に出ない方や家族で囲ってしまっているというケースもあるというお話をいただきました。また、潜在的な患者様がまだまだいらっしゃるのではないかとのお話もいただいております。その辺の内容につきましては後ほどPDCAサイクルの認知症の課題の部分で掘り下げてご質問させていただければと思います。他に、チームの活動実績についてのご質問等ございますでしょうか。</p> <p>それでは、議題2に移らせていただきます。議題2「市川市認知症施策推進計画について」、事務局の竹下よりご説明いたします。</p> <p style="text-align: center;">議題2. 市川市認知症施策推進計画について</p>
地域包括支援課 事務局	<p>議題2「市川市認知症施策推進計画について」ご報告いたします。資料3をご覧ください。令和6年1月に共生社会の実現を推進するための認知症基本法が施行され、地方公共団体は認知症施策を策定・実施する義務を有するとともに、認知症施策の推進に関する計画の策定に努めるよう規定され</p>

ました。市川市では、これに対応する計画として、第9期市川市高齢者福祉計画・介護保険事業計画の中に、市川市認知症施策推進計画を位置づけましたので、その内容をご報告させていただきます。

はじめに、計画策定の背景ですが、急速な高齢化の進展に伴い、認知症高齢者は今後も増加の一途をたどることが見込まれています。認知症は誰もがなりうるものであり、多くの人にとって身近なものになっていることから、認知症になっても社会の一員として尊厳が保持され、その人らしく暮らし続けることができる地域社会を目指すことが重要となります。

つづいて、市川市認知症施策推進計画における基本理念についてお伝えいたします。第9期市川市高齢者福祉計画・介護保険事業計画の基本理念は、「個人としての尊厳が保たれ、その人らしく自立した生活を送ることができる安心と共生のまち、いちかわ」となりますが、この理念に包含されるものとして、市川市認知症施策推進計画では、「認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができる地域の実現」を基本理念とし、第9期計画の中に位置付けることとしました。

最後に、市川市認知症施策推進計画で設定した本市の課題及び対応方針についてお伝えいたします。本計画の根拠法令である共生社会の実現を推進するための認知症基本法において基本的施策が規定されており、各基本的施策に応じた本市の課題と方針を7つ設定していますので、いくつかご紹介いたします。

(1) 認知症の人に関する国民の理解の増進等では、本市の課題として、市民全体への認知症の人に関する理解の促進を掲げており、方針としては、認知症に関する正しい知識を得る機会を増やすとともに、認知症の人の声を発信し、認知症の人と出会い共に過ごす機会を作ることにより、正しい理解を深められる取組を行う、としています。

また、(2) 認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進では、課題として、認知症の人やその家族が安心して他の人々と共に暮らすことができる地域づくりの推進を掲げており、方針としては、認知症の人やその家族に関わる医療・介護・地域の多世代の様々な人たちや生活関連領域の結びつきを深め、認知症の人やその家族への理解や協力を推進し、安心して暮らすことのできる地域づくりを進める、としています。

その他の課題として、(3)～(7)を挙げております。課題に対する方

<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>針につきましては資料に記載のとおりとなります。全体を通して、認知症があってもなくても共に暮らす地域を意識し、地域共生社会の構築を目指す計画としています。対応方針（２）にあるとおり、共に暮らすことができる地域づくりを推進するためには、医療・介護・地域の多世代の様々な人たちや生活関連領域の方々との結びつきを深めていくことが大切であると考えておりますので、委員の皆様、この後の議題等で、ご意見やご助言を頂戴できればと思います。議題２市川市認知症施策推進計画についてのご報告は以上となります。</p> <p>ご質問ございますでしょうか。では、議題３に進めさせていただきます。資料４をご用意くださいPDCAサイクルの設定（認知症の取組について）、事務局近藤よりご説明いたします。</p>
<p>地域包括支援課 事務局</p>	<p style="text-align: center;">議題３．PDCAサイクルの設定（認知症の取組について）</p> <p>はじめに、資料４の修正をお願いしたい箇所がございます。評価指標の欄の⑧認知症高齢者の日常生活自立度という文章がありますが、番号⑧を⑥に修正をお願いいたします。</p> <p>それではご説明いたします。こちらの資料は、医療と介護の連携が必要とされる認知症への取組について、PDCAサイクルを設定し、お示したものとなります。課題として列挙した内容に附番している数字が、対応策と評価指標の番号に対応しています。目指すべき姿は、「認知症の人を支援する医療や介護の専門職の連携強化により、本人の尊厳が守られ、安心して生活できるようにする」としています。</p> <p>課題①～④は、これまで、専門職の皆様よりご提案いただきましたものとなります。</p> <p>課題⑤～⑧は、認知症初期集中支援チームの支援の中から気づいたことなど、行政として把握した課題をご提案させていただいております。それぞれの課題の提案元も記載しております。</p> <p>行政として把握した課題について、ご説明いたします。課題⑤は、新しい認知症観が住民に浸透しておらず、患者及び家族もマイナスイメージを持っている。議題２で、事務局 竹下が、市川市認知症施策推進計画に触れましたが、「認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができる地域の実現」に向けて、新しい認知症観を持っていただくために、認知症の人に関する理解の促進に努めておりますが、まだまだ、地域の方</p>

の中には、「認知症にだけはなりたくない」「認知症になったら何もわからなくなる」といった声が聞かれることがあります。

課題⑥は、認知症の支援の2つの空白期間の支援が課題となります。空白の期間の1つは、日常生活で物忘れなどの違和感を覚えてから（疑い）診断（確定）に至るまでの期間、平均13.35か月です。2つ目は、診断からサービスにつながるまでの期間で平均16.93か月です。この空白の期間、認知症が軽度の段階で、ご本人やご家族の不安をキャッチし、早期に理解のある人に出会い、支えを手にし、また、ほかの病気がないか確認し対応することで、その後の生活を前向きに歩む可能性が広がります。

課題⑦は、認知症地域支援推進員からの提案となります。本日、追加で配布しました参考資料をご覧ください。認知症地域支援推進員について、補足説明させていただきます。本市では、令和3年度より、認知症地域支援推進員の活動を本格的に進めております。認知症地域支援推進員とは、認知症になっても、地域で安心して自分らしく生活できるため、関係機関をつなぐための支援を行っています。関係機関とは、医療・介護をはじめ、地域の多世代の様々な人たちや、生活関連領域たとえば、買物先、金融機関、交通機関等も含まれます。これらを「つなげる」役割です。各高齢者サポートセンターに、1人配置されており、保健師、社会福祉士、介護福祉士等の専門資格を持っています。活動内容は、図の中心にありますように、認知症の本人や家族の視点を重視しながら、左上にありますように、認知症にやさしいお店・事業所との連携や右上の、認知症に関する勉強会の開催や認知症ガイドブックの配布、また、左下の社会参加の促進として認知症の人によるボランティア活動の促進や認知症本人ミーティングなどを開催している他、右下にありますようにボランティア等による認知症カフェの開催支援を行っています。認知症地域支援推進員は、日々地域に出て、地域の多くの方々と接し、情報交換をしながら活動しています。

資料4に戻りまして、課題⑧は、議題1のチームの報告でもありましたが、チームが支援するケースは認知症初期の段階ではなく、生活がしづらくなってから介入することが多い、があげられています。対応策としまして、今年度の取組ですが、①への対応として、11月28日に開催予定のMSW等地域連携会議のテーマを「認知症の人の退院に向けた病院と在宅の連携について」としております。②～④の対応として、12月21日に開催の研修会のテーマを「認知症のBPSDの理解と支援における多職種連携」としております。⑤は認知症観への対応としまして、11月19日に市民を対象とした講演会を予定しております。⑥につきましては、認知症本

<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>人ミーティング（仲間と話そう）の開催や認知症ピアサポート活動を充実させることで、空白期間にあり不安を抱えている方の支えになればと考えており、加えて、認知症地域支援推進員や認知症初期集中支援チームの活動を進めてまいります。</p> <p>評価指標につきましては、現時点では⑥についてのみの記載になっておりますが認知症高齢者の日常生活自立度、障がい高齢者の日常生活自立度の高い方のチームへ依頼の増」としています。説明は以上となります。</p> <p>それでは、課題に対する対応策と評価指標について皆様よりご意見をいただきたいと思えます。新たな課題と思われる事がございましたら合わせてご提案をお願いいたします。まずはじめに、課題①訪問看護師が、「認知症の方が地域で暮らしていくため病院側の認識の差を感じる」というご意見が訪問看護部会から出された課題として挙げられておりますが、橋本さん、具体的にご説明いただいでよろしいでしょうか。</p>
<p>橋本委員</p>	<p>これは全員の意見というわけではないのですが、認知症で独居の方が入院された時に、「認知症だから在宅への退院は難しいのではないか」「施設入所で」と入所ありきで話が進んでしまい、その認識を変えるところから入らなければならないという難しさを感じるケースがあるという意見です。対策としては、やはり入院すると一時的に認知症状が悪化したり、せん妄があつて評価が難しくなることがあり、病院の方はそれまでの生活の様子を知らないのか、どうやって健康管理をされていたか、であるとか、どのような方がサポートに入っているのかといったことを、ケアマネジャー任せにせず、訪問看護師もできるだけ入院の早い段階でMSW や連携室の看護師と情報交換して、退院を見据えて動いていった方が良いと考えております。病院側も、悩んだりであるとか、「この人大丈夫かな」「難しいな」と感じたらひとまず相談をしていただければ一緒に考えていけると思えます。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>ありがとうございました。いま病院側のお話もありましたが、大木先生、認知症の方が地域で暮らしていくということに関して、在宅側、病院側での認識の差というお話、また対応策のご提案についても何かお気づきのことがあればお聞かせください。</p>
<p>大木委員</p>	<p>入院し状態が悪い時に、退院について考えると「このまま独居で大丈夫かな」と勝手に病院スタッフ皆で心配してしまうということはありません。</p>

	<p>「帰ってから栄養管理ができるのか」、「内服管理ができるのか」、「できないだろう」という勝手な思い込みを病院側でしてしまうことは確かにあるかもしれません。やはり情報と、どう解決していくかという話し合いの場を作っていないといけませんね。病気をしたことによって体力が落ちている、認知機能もさらに落ちた、そういったことについてどう対応していくかを相談する必要があります。入院するとフレイルは進行しますし、入院前の段階まで完全に回復するという事はなかなか難しいと思いますので、どうすべきかを相談することが必要だと思います。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>ありがとうございました。対応策として記載させていただきたいと思います。続きまして、課題②で、介護支援専門員協議会から、「認知症の方の意思決定支援の教育を十分に受けておらず家族の意向に引っ張られる」とありますが、鈴木さん、具体的にはどのようなことかご説明いただけますでしょうか。</p>
<p>鈴木委員</p>	<p>ケアマネジャーも経験年数等により知識も様々なので、いろいろな考え方があり、人の見方に差が出てしまうことがあります。ですから、研修の機会を増やして皆で勉強するように努めたいと思います。まずは、ご本人と信頼関係を築いていき、その方の生活史について家族関係を含めて理解するために昔のことを聞いたり、身振りや表情からも読み取って、ご本人が決められるように支援することが重要だと思います。ただ、ご家族の支援が相当の負担になっていたり、命に関わるような状態になっていることもあるので、ご家族の情報をよく収集して、状況を理解しないといけないというところも、この「ご家族の意向に引っ張られる」というところに繋がっているのではないかと思います。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>ありがとうございます。課題①②についてご意見ある方はいらっしゃいますか。では、課題③に移らせていただきます。同じく介護支援専門員協議会から、「医師の指示を理解記憶することが難しいので支援方法について迷うことが多い」というご意見をいただいております。村尾さん、具体例を教えてくださいませんか。</p>
<p>村尾委員</p>	<p>先程の資料2の3)のところの初期集中支援チーム支援者の世帯構成ですが、独居が19名、夫婦のみが7名、全体的にこのような状況ということで、ご利用者様がおひとりで受診したり、ご夫婦で受診した時に、その後、「受診はどうでしたか」「お医者さんから何かお話がありましたか」と</p>

<p>地域包括支援課 主幹</p> <p>牧野委員</p>	<p>伺っても、認知症でかかられている方なので情報をケアマネジャーに伝えることが難しい現状があります。ご夫婦だと年齢も近いので、認知症でなくても医師の言ったことをしっかり理解してそれを伝聞するという事はなかなか難しい状況なのでそれを踏まえて対応しなければならないが、入ってくる情報が確かな情報ではない場合もあるので、迷うことが多いというイメージを持っていただけたらと思います。お子さんやお子さん世代に病院に付き添っていただいて、その情報をいただけるとより確実であるとは思いますが、それもなかなか難しい状況であると思いますので、病院とケアマネジャーが患者さんに対する共通認識を持ち、お互いに報告が必要です。また、ケアマネジャーから医師に連絡することはハードルが高いと感じる方もいますので、環境を整えていくことで、支援方法を考えるうえで迷いが解消されるのではないかと考えております。以上です。</p> <p>ありがとうございます。こちらの課題③について、先生方から何かご意見ありますでしょうか。課題①～③につきましては、対応策ということで今年度のMSW等地域連携会議や専門職を対象とした研修会を12月21日に予定しております。そういった研修会を通して、顔の見える関係づくり、連携をしやすいところを行政としては提供していければと思っております。</p> <p>それでは課題④「薬の管理が行えない」、これはチームが介入していてもよく挙げられるケースなのですが、牧野先生、対応策として何かご提案があればお話しただいてよろしいでしょうか。</p> <p>状況が分からないとなんとも言えないのですが、残薬が多い場合、錠数が多いのであれば一包化でまとめれば服薬できるということならば、薬剤師から提案できると思います。認知症の方で一番怖いのは、カレンダーにセットし目に見える形にして服用できる方であれば良いのですが、飲み過ぎてしまう方もいらっしゃるの、そのような場合は服用日の印字も可能です。薬剤師として本来こちらが気付かなければいけないことではありますが、言っていただければ、そのケースによって提案できることもありますし、難しい場合は先生に処方提案等をしてもう少し工夫していくということもできるので、やりようはいくらでもあると思います。市で残薬の報告書も作ってあるので、そういったものを活用していただいてご報告いただければ動くことはできます。</p>
-----------------------------------	---

<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>ありがとうございます。まずは薬剤師さんにご相談させていただくということですね。</p> <p>それでは課題⑤に移らせていただきます。「認知症になったら何もできなくなる」ではなくて、できること・やりたいことがあって住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができるという新しい認知症観、先程事務局からご説明しておりますように認知症地域支援推進員が地域に出向いて周知、啓発を行ってはいるのですが、なかなか浸透していかないという課題もあり、行政からお話させていただいたところです。実際、現場でいかがかというところで、越田先生にお伺いできればと思うのですが、外来で認知症に関するマイナスイメージをお持ちの方が受診された際に、先生からどのようなお声かけをしていらっしゃるのかお伺いできればと思います。</p>
<p>越田委員</p>	<p>「認知症は病気だから、性格が悪いとかそういったことではないですよ」とお伝えします。悲観的になっている人もいらっしゃるし、疑心暗鬼になっている人もいますので、私も専門医ではないので何か適切なアドバイスをするということはなかなか難しいですから、普通の患者さんと同じように扱います。ただ、キャラクター的に全部悲観してしまっている人はもう仕方がないので、そういう場合は吉岡先生にご連絡するというところでは。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>ありがとうございます。この「新しい認知症観の浸透」というところは行政としても課題だと認識しております。皆さんのお手元にもお配りした「認知症とともに生きる」をテーマとした認知症講演会を11月19日に全日警ホールで行う予定です。本日チラシを皆様にお渡しさせていただいておりますのは、定員にまだ空きがございまして、もし周知いただけるのであればご協力いただければ幸いです。</p> <p>では、課題⑥⑦⑧についてまとめて進めさせていただきたいと思えます。先程事務局からご説明させていただきましたように、認知症の疑いの時期から診断までの間の支援に繋がっていない空白期間、また診断を受けてからサービスに繋がるまでの空白期間があるということで、結果として高齢者サポートセンターへの相談は認知症が進行しているケースが多く、認知症の疑いの時期での介入ができていない、チームが支援するケースについても生活がしづらくなってからの介入が多いという課題がございます。この2つの空白期間をどのように支援して認知症の早期支援に繋げていくためにどんな対策が必要かということでご意見をいただければと思ひ</p>

<p>高齢者サポートセンター職員</p>	<p>ます。</p> <p>まず、空白期間アの時期について、この時期は認知症を疑ったり、「物忘れかな」と違和感を覚えて不安を持っている方をいかに早期に相談や受診に繋げていくかが課題になるかと思います。まず高サポにお伺いさせていただきたいのですが、高サポに相談にくる方が進行している方が多いと伺っているのですが、実態についてお聞かせいただければと思います。</p> <p>高サポに相談がくるケースについては、基本的にご本人からの相談はほぼありません。ご親族や近隣の関係機関からのご相談がほとんどという印象です。件数としては多くないですが、コンスタントに認知症の検査や診断ができる病院を教えて欲しいという相談をお受けしています。近隣の医療機関をご紹介しますが、そこからすぐに次の相談に繋がるというケースは多くないという印象です。高サポに相談がくるケースのほとんどが、BPSDの症状が顕著に表れてからの相談になっておまして、近隣や銀行等から、迷惑行為があるという主訴で連絡がくることがあります。</p> <p>多い相談としては、銀行であれば、一日に何度も来店する、長時間窓口を占拠してしまう、長時間といっても10分～15分ですが、銀行としては業務妨害となってしまうというお話をされることが多いです。ご近所であれば、家の花を勝手に切って持って行ってしまふ、何度も家に来て困る、買った物を毎日届けに来る等、心配しているというご相談が多いです。ただ近所の方からのご相談は、コミュニティから排除するような相談の仕方も多いので、ご近所の方の理解という部分も相談の中で対応している状況です。親族からのご相談については、家族に対する物盗られ妄想等の被害妄想が具体的に出てきたりであるとか、幻視や、コロナの時期で訪問がなかなかできず長く会ってなくて久しぶりに会ったら家の中がすごいことになっているとか、お風呂に全然入っていない様子だとか、本人は病院の受診を拒否してしまっていて家族では連れて行けないという状態で、どうにか助けてくれないかという相談が多い印象です。以上です。</p>
<p>地域包括支援課主幹</p>	<p>ご相談の実態を詳しくお話いただきありがとうございました。空白の期間というところで、認知症の疑いがあるってご本人も不安を感じている方を支援に繋げる方法という部分に戻らせていただきますが、鶴飼さん、訪問リハビリを実施されている中で、認知症が疑われるような症状がある方がいらっしゃる場合、どのような対応をされているかご経験があればお聞かせください。</p>

<p>鶴飼委員</p>	<p>私は訪問看護ステーションからのリハビリになりますので、実際のご利用者様自体は認知症の初期症状がある程度出ている方であったりとか、ケアが必要な方に対して対応するということが主なのですが、ご利用者様の配偶者の方が介入当初と比べると認知症の初期症状が出てきたなと感じることがあります。そのようなことをキャッチしてご利用者様の運動療法等を行っている間に配偶者の方を巻き込んでみたり、在宅ですとご夫婦で同じケアマネジャーが担当していることも多いのでそういった情報を適宜ケアマネジャーやご家族にお伝えすることで、実際目の前で介護保険サービスを見ているのであまり抵抗なくサービスに繋げることができているのかなという印象はあります。配偶者の方の反応として、「私はまだ平気だから。」「私は大丈夫だから。まだいいから。」という反応を示す方もいらっしゃると思いますので、あまり強引にはいかず周りから固めていくという対応が多いようにも思います。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>ありがとうございます。訪問看護の現場でも同様のケースがあると思うのですが、山田さん、介護者側にそのような症状があった場合には訪問看護師としてどのような対応をしているのかお聞かせいただけますでしょうか。</p>
<p>山田委員</p>	<p>介護者が、物忘れが多くなってきたとか、家の中が乱れてきたとか、身なりが変わってきたとかそのような兆候が見られてきた場合には、ケアマネジャーに伝えたり必要があれば受診をお勧めするのですが、先程もおっしゃっていた通り、「私は大丈夫」とおっしゃってなかなか受診に繋がれないことも多いです。受診しても、その場のテストで良い結果がでると「やっぱり大丈夫だったじゃない」と終わることも多いので、実際には困ったことが起きてから対応することの方が多いいと思います。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>ありがとうございます。受診をお勧めしても「私は大丈夫」と言われるケースが多いというお話があったのですが、吉岡先生、そういった方に何かお声かけの仕方等あれば教えていただけますでしょうか。</p>
<p>吉岡委員</p>	<p>認知症と診断される前の段階の人をどう拾い上げるかということだと思うのですが、やはり認知症の前に軽度の認知機能障害がありますね、そのもっと前にあるのがフレイルの状態だと思います。その状態の人をどう拾い上げるのかというと、例えば高齢者が通うところ「きょういくところ」とかその様な場所で話題に出してあげて、先生に相談してみたらどうか等</p>

<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>とお声かけすると早期に繋がる場合もあるかと思えます。</p>
<p>秋本委員</p>	<p>ありがとうございます。現在、地域包括支援課で高齢者が通える場所を地域ごとに一覧にした「きょういくところ」というリーフレットをいろいろな場所に置かせていただいております。高齢者の方が趣味等のいろいろなカテゴリーで参加できる場所を一覧にしたものになりますので、ぜひ皆さんの周知にもお使いいただければと思いますので、次回会議にてお示しできればと思います。</p> <p>では、議題に戻りまして、秋本先生に一点お伺いさせていただきたいことが、歯科医院で認知症が疑われるような患者様がいらっしゃった場合、どのような対応をされているかお聞かせいただけますでしょうか。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>まさに今それを考えていたところなのですが、やはり、「そうかもしれないな」という方はたくさんいらっしゃいます。特に私たちは口の中を触るので緊張感を持つ方が多い中で、認知症やその疑いのある方はなおさら、びくっとされる方が多いです。私たちは認知症を治す職種ではないので、歯科治療ができればそれで終わってしまい、何か紹介に繋げるとかその様なことはできないのかなという認識を持っています。何かサポートできることがあればいいのかなとは思っているのですが、お話もあったマイナスイメージということがありますので、一人で来られている方の場合、どのようにお声かけしたら良いのかと思います。先程、吉岡先生がおっしゃっていた「きょういくところ」等をご提示、周知することができれば良いのかなということが思うところです。</p>
<p>秋本委員</p>	<p>ありがとうございます。福澤先生、かかりつけとして長く通院されている方が年齢とともに症状が出てくるというご経験がおありかと思えますが、そのような方がどのように支援に繋がった等あれば教えていただきたいのですがよろしいでしょうか。</p>
<p>福澤委員</p>	<p>お薬を取りに来る間隔、受診の間隔がばらばらになる。1週間前に来てお薬は4週間分持っているのにまた来る、受付でまだお薬あるんですよと言われて、それでも診察に入ってくる。やはり少しおかしいな、と感じているとそのうちご家族がおみえになって、ご家族にお話を聞くとご家族も困っていると。ですから、早い段階で見つけようと思った時には、ご家族と一緒にいらしてくださいとお願いしたりするのですが、自分は大丈夫と思っている方が圧倒的に多いですから、「いないいない」と言われて</p>

<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>しまうとご家族も強く主張はできない。なるべく早期の段階で、とは思っていますがなかなか難しいですね。</p> <p>ありがとうございます。診断前の空白期間のアプローチについて、先程吉岡先生からは別の角度で「きょういくところ」のご紹介等で社会参加に繋げることでフレイル予防や MCI の予防に繋げるということをご提案いただいておりますが、他に何かありますでしょうか。大木先生お願いします。</p>
<p>大木委員</p>	<p>私の外来でもやはり認知症の方はたくさんいらっしゃいます。ご家族が困って、「先生言ってください」とおっしゃる。ご本人は言われることが嫌で、「ばかにしないで」とおっしゃるような状態なのですが症状は進行してしまっている。ご家族は認知症の専門医を紹介してほしいと希望しているが、本人は嫌だと言うということが多いです。「認知症だから」ではなくて、「認知機能の程度をチェックするだけ」と、軽い気持ちにさせてあげられるような入り口があると良いと思います。「あなたのストレス度チェック」のような軽いものだと皆やりたがるので、「認知機能チェック」のような方法があると良いと思う。「軽い検査ですよ」、「皆やることであって恥ずかしいものですよ」と、そのような気軽な形があると良いと思います。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>ありがとうございます。地域包括支援課でも「認知症チェックリスト」と「認知症ガイドブック」の冊子をお渡しさせていただいております。そういったものもツールとしてご活用いただけると良いのかなと今お話を伺っていて思いました。ありがとうございました。</p>
<p>村尾委員</p>	<p>これから独居や高齢者夫婦の世帯が確実に増えていくと思います。アクティブに動かれる方は良いのですが、動かせない方が認知症が進行していったという状況になっていくと思うので、例えば地域の民生委員さんに地域の方々の関わりを増やしていただくとか、民生委員さんに対してある程度マニュアルのような、関わり方であるとか、何か違和感があったらすぐに高サポに話が上がるようにするとか、なんらかの仕組みを作っていないとこの空白期間の解消には繋がらないように思います。社会と関わるというところで、外に出てくる人ではなくて出てこない人を意識していかないと、支援に行きつくまでの期間が長くなってしまいます。症状が進行して大変な状況になって初めて関わるというケースが増えていると思うので、そ</p>

<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>の取り組みを考えた方が良かったと思います。以上です。</p>
<p>佐多委員</p>	<p>ご意見ありがとうございます。では続きまして、イ)の支援に繋がるまでの空白期間のアプローチについてご意見をいただきたいと思います。佐多先生にお伺いしたいのですが、認知症の診断を受けた方が介護保険サービスや適切な支援に繋がるまで期間のアプローチについて何かご意見ございますでしょうか。</p>
<p>佐多委員</p>	<p>認知症は治療で治るものではないということがひとつ、問題行動がなければ、そのまま良いと思います。ただ、いろいろな部分で生活が自分でできなくなってきました。できることを維持していくということが大切だと思います。診断を受けてから、問題行動がなければ、そのまま良いです。ただ、先程の「きょういくところ」等に行くなどして動くことが大切だとは思いますが。問題行動がある方は、早急に医療に繋げるべきです。ですから、全部を一緒くたにしてこの期間の数字を出していることが意味のあることなのかどうか疑問に思うところでもあります。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>ありがとうございます。面野先生いかがでしょうか。</p>
<p>面野委員</p>	<p>この期間の方はおそらく外来で診ているのではないかと思うのですが、最近高サポの方が連れてきてくれたり、受診を勧めてくれることが多いです。認知症の診断は受けていて多少生活のしづらさはあるけれど、そこまで大変ではないという人が介護保険に繋がっていないのではないかと。ここで医療機関への受診が途切れてしまうということも空白の期間になる原因なのではないかと思えます。私の場合は、一度、順天堂大学附属浦安病院の物忘れ外来や行徳総合病院等をご紹介して、診断をつけていただいたり、いろいろとアドバイスをいただいて、基本的には戻してもらう形にしています。そうしないと、おそらく受診しなくなってしまう。診断の後は地域に戻して普段のかかりつけ医に診てもらおうというフェーズなのかなと思うのですが、おそらくそれを受け入れられる医療機関があまりない。時間もかかるし、結構大変なのですが、医療が途切れてしまうのは良くないと思います。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>ありがとうございます。今、佐多先生、面野先生からご意見いただきました。一概に診断がついたからといってすぐにサービスに繋げるということではなく、地域で見守る期間や医療に繋がりが続けることが大切とご意見</p>

	<p>をいただいております。「きょういくところ」のお話もでていたのですが、先程ご説明いたしました認知症地域支援推進員の活動として、診断を受けてこの先の生活がどうなっていくのかと不安に抱えている方と一緒に、当事者の会というものを開催しております。地域別に開催しております。当事者同士が集まって、抱える想いや不安等を出し合う場としております。家族会等とはまた違って、ご本人が診断を受けた時の想い等を共有できる良い機会だと思っております。吉岡先生にもいろいろご紹介いただいております、ありがとうございます。認知症支援推進員が各高齢者サポートセンターに配置されておりますので、地域には戻っているけれどもなかなか資源には繋がっていない等の方がいらっしゃいましたらお声かけいただけますと、その方に合わせた支援をご提案できることもあるかと思っておりますので、ぜひ認知症地域支援推進員にご相談いただければと思います。</p> <p>加えて、認知症ピアサポーターの活動も市川市で始めているところですので、事務局近藤からご説明させていただきます。</p> <p style="text-align: center;">【市川市認知症ピアサポート活動支援事業について】</p> <p>資料5をご用意ください。本市では、昨年度より、認知症ピアサポート活動支援事業を開始し、現在、認知症ピアサポーターとして、男性1名、女性1名の2名の認知症の人本人の登録がございます。</p> <p>お2人とも70代で、アルツハイマー型認知症の診断を受けております。認知症の診断を受けたピアサポーターが、ご自身の経験をもとに仲間として、悩みや体験を共有し、互いに支えあう活動となります。</p> <p>申込対象は、市内在住の認知症への不安を感じているか、または認知症と診断された方となります。</p> <p>今後、このチラシを使って、普及啓発を行ってまいります。業務において、対象となる方がおられましたら、ご案内をしていただきますようお願いいたします。裏面が相談の流れとなっております。以上となります。</p> <p style="text-align: center;">閉 会</p> <p>議事は以上となりますが、全体を通して佐々木先生、ご意見いただきたいと思っております。お願いいたします。</p> <p>今回の話を聞かせていただいて、認知症の方の支援は受け身だと難しいのではないかと考えています。ちょうど村尾委員からお話がありました</p>
地域包括支援課 事務局	
地域包括支援課 主幹	
佐々木委員	

	<p>が、独居の方や認知症の方は家にこもっていることが多い傾向にあると思うので、例えば相談先があっても、電話する手立てがない、知らない、という方が多いのではないかと。ですから受け身ではなく、こちらから認知症の方を拾い上げるような場所がないといけないのではと思います。フレイルの対策についてもいろいろやってはいると思うが、これも受け身で、自分で相談しないと行けないという仕組みになっている。これも拾い上げやすいような対策を考えていければと思っています。個人的にはフレイルの対策は医師会としてこれから非常に大事な事業だと感じているので、例えば特定健診の中で、問診票から拾い上げるということができればと思っています。そこから認知症等のサポートに繋げるということができれば良いと思います。認知症のチームについても、年間20数人という件数が多いか少ないかの判断はできませんが、システムとしては良くできていると思うので、もっと機能できるのではないか、もっと広げていけるのではないか、と思っております。将来的には、初期に発見してサポートすることによって介護の負担を減らすことに繋がっていくと思いました。以上です。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>ありがとうございます。その他、事務局より何か報告等ありますでしょうか。</p>
<p>地域包括支援課 事務局</p>	<p>先日、12月21日の専門職向け研修会のご案内をさせていただきましたのですが、各団体の皆さま、ご協力をお願いいたします。また、第3回の会議ですが、来年の1月末から2月上旬を予定しております。よろしく願いいたします。以上です。</p>
<p>地域包括支援課 主幹</p>	<p>それでは、以上をもちまして令和6年度市川市第2回在宅医療・介護連携推進会議を終了いたします。皆様お忙しい中ご出席いただきましてありがとうございます。</p>

(20時40分閉会)