

## 第1回 認知症初期集中支援事業運営関連部会 議事要旨

日時：平成30年5月30日 19時30分～21時30分

場所：三宮研修センター 605会議室

議事：

- (1) 部会長の互選
  - (2) 認知症初期集中支援事業の運営と評価について
  - (3) 認知症診断制度における診断後支援について
- (○=委員発言 ●=事務局発言)

- (1) 部会長の互選

【互選の結果、前田委員を部会長に選任】

- (2) 認知症初期集中支援事業の運営と評価について

- (資料6、7、8説明)
- (資料9説明) 初期集中支援チームに望まれること、課題、具体的な対応の詳細を述べた。
- チームが関わる事例として、老年期の精神疾患が比較的多く、精神科医の配置が必要ではないか。  
チーム員医師のメンバーをある程度固定化しなければ熟達せず、チームのレベルは向上しないと予想される。  
現在のシステムを大幅に改善し、訪問時間を確保する必要があるだろう。
- チーム員医師を固定化することで安定したアドバイスを受けられる。  
精神科医とアウトリーチができる在宅医療の医師が入るような組み合わせを考える必要があるかと思うので、検討してほしい。
- 認知症ではなく、精神疾患である場合、6ヶ月の終了後、どのように引き継いでいくのか？
- 終結及び認知症でない場合は、あんすこセンター・ケアマネージャーに引き継ぐ(P20相談の流れより)。  
引継ぎ後、円滑に支援ができない場合は、保健センターが後方支援の立場にあるので、調整していく。
- 精神疾患となった際に綿密で手厚いサポートを望む。
- 認知症に関して介護保険を利用されるようになった歴史的経過を考えると、支援につながってきているのではないか。  
認知症が疑われるケースの半数くらいは老年期発症精神疾患がある。診断後の経過をみていく余地をつくるのは必要。
- 認知症カフェから初期集中支援へつなぐというのも良いパターンではないか。現在も広

く利用されている認知症カフェを通して、初期集中支援へつなげることもできるのではないか。

専門機関がカフェを併設していることが多いので、ボランティアや NPO などの活用もできないか。

○小規模の自治体では、初期集中支援事業を専門医と行政が主導し、連携して行っている。神戸のように大きな都市では、支援する側もされる側も面識・つながりが薄く、支援が難しいと感じている。行政と医療がもっと前のめりになりかかわってほしい。

区の保健センターの役割が見えにくい。また、医療介護サポートセンターは認知症には関与しないような体制になっているようなので、改善して欲しい。

行政担当部局の入れ替わりがはやく、つながりの継続が難しい。地域でつながりを作っていく側としてはつらいものがあるので、検討を望む。

○受診に必要な交通手段の助成など行政で課題にしていく。

帳票類の整理をはじめとしたマニュアルの改定は着手している。

○マニュアルも含めて、医師会の意見を反映してもらえる体制を作るよう願っている。

#### 【認知症診断制度における診断後支援について】

●（資料 10、参考 1 説明。内容については概ね同意いただいた。主な意見は以下のとおり。）

○認知症疾患医療センターで、診断後の相談窓口をおくことには、賛成であるが、生活の支援も考えるのであれば、作業療法士も配置することが望ましい。

区ごとに相談拠点を担ってもらえる医療機関に絞って、人員を増やせる額の予算をつけるほうが、相談窓口が機能すると思う。

○相談窓口の対応が専門職の対応になるだろうが、一般のリンクワーカーを相談サポーターとして活用する考えはないか。大学では、教育ボランティアサポーター登録者数がある。社会の中で人の役に立ちたいという考えを持っている人は多いと思うが、一般市民の力の活用は考えているのか。

●医療相談については精神保健福祉士等専門家が適切ではないか。

専門機関で行うことで、カルテを見ながら話を聞くことは、効果的ではないか。

日常生活支援については、スーパーサポーターや家族の会の協力を得たい。

○認知症の人にやさしいまち作り条例に、認知症の生活の改善の項目がないのは疑問。

リハビリでの対応は生活の困り事の細部にわたるもののため、生活支援は重要。

例えば、認知症の方が困ることとして、ごみの分別ができない、食事が上手くとれない、買い物に行けない、昼夜逆転（日付がわからない時計読めないため）がある。

スウェーデンの例では、各地域に福祉機器やシステムテクノロジーのあるコミュニティーセンターを設置し、作業療法士につながっている。そこへ、地域の人がやってくる身近に相談のできる場になっている。そういったサポート体制があれば、家で長く住み続けられるが、ないために施設へ行くしかないという残念な状況がある。

- 診断後の支援体制について、誰がどう診断をしたか、経過をみる医療機関はどこかなど、詳細をつめていく必要あり。

K O B E物忘れネットワークは、認知症と診断され、治療法はないと言われたときに、相談ができる場となればよいのではないか。

治験として承認されるかたちをとり、情報をしっかりと示し、判断してもらう。無理やり認めさせることのないよう、留意する必要がある。
- 治験について、希望を持つ人もいるので、周知して欲しい。

認知症カフェを通じて、スーパーサポーターと認知症の方を家族の会がつかないでいく。
- 初期集中支援の6ヶ月というのは、短い場合もあるかと思うが、延長の可能性あるのか。
- 概ね6ヶ月のため、8、9ヶ月となることもある。ケースにより対応は変わる。
- 制度・事業について、必要な人たちに社会資源として、認知されていくのか心配。専門職の中でとどまってしまうのではないか。広く地域の方に伝播させることが必要ではないか。地域の中でどうすることもできなくなって、相談機関につながることが多い。そうすると、治療するのか、地域から出て、施設対応を行うのかという二者択一の状況に追い込まれることもある。早い段階で相談機関を利用できる事が望ましい。

診断が無料だから受けやすいわけではなく、受けやすい環境があるから受けたい。それが無料だと嬉しいというように、思考の前後に認知症の人にやさしいまちの体制があるべきと考える。
- あんすこでの対応は精一杯。診断後の支援は専門職だけでは足りないのではないか。

段階をつけたサポートの制度をつける必要があるのではないか。
- 認知症の疑いの段階で、自主返納を促すことが必要。
- 免許を返したときに困るのは、移動手段だと思うので支援策として、交通カードが有用ではないかと検討している。
- 効果ある介護予防政策には、行き詰まりがある。セルフヘルプグループのような社会とのつながりの保持が重要。

認知症の方の就労支援を行っているところもあるので、社会とのつながりを作っていくことが必要ではないか。認知症に対して、社会のイメージを変えていくこと・啓発活動をしていくことが重要ではないか。