

平成 29 年度第 1 回千葉県認知症対策推進協議会 議事概要

開催日時： 平成 29 年 5 月 10 日（水）午後 2 時から午後 4 時まで

会 場： 千葉県文化会館 聖賢堂 第 1、第 2 会議室

出席者：協議会委員 29 名（内代理出席 2 名）

関係課・事務局職員 9 名 計 38 名（欠席委員 4 名）

あいさつ：古元 健康福祉部保健医療担当部長

議題：

- （1）千葉県認知症対策推進協議会及び作業部会の年間計画について
- （2）作業部会での主な検討事項について
- （3）「千葉県高齢者保健福祉計画」及び「千葉県保健医療計画」の策定について

報告事項：

- （1）千葉県版認知症サポーター養成講座標準テキストについて
- （2）県内市町村における認知症カフェ・市民後見人の状況について

配布資料：

- ・平成 29 年度千葉県認知症対策推進協議会及び作業部会について
- ・千葉県認知症対策推進協議会設置要綱
- ・平成 29 年度千葉県認知症対策推進協議会及び作業部会年間計画
- ・作業部会での主な検討事項について
- ・千葉県高齢者保健福祉計画【概要版】
- ・千葉県高齢者保健福祉計画（平成 27 年度～平成 29 年度版）（抜粋版）
- ・千葉県保健医療計画について
- ・千葉県保健医療計画（抜粋版）

- ・千葉県版 認知症サポーター 養成講座テキスト
- ・県内の認知症カフェの状況について
- ・認知症カフェに関するアンケート結果
- ・市民後見人に関するアンケート調査結果
- ・市民後見人に関するアンケート結果

「議題1（千葉県認知症対策推進協議会及び作業部会の年間計画について）

議題2（作業部会での主な検討事項について）

議題3（「千葉県高齢者保健福祉計画」及び「千葉県保健医療計画」の策定について）

事務局から説明」

《意見交換》

【山倉委員（歯科医師会）】

この協議会で話し合われたことが千葉県高齢者福祉計画に反映されて、それが千葉県保健医療計画に反映されるという順番と考えてよいか。

【事務局】

認知症部分についてはこの協議会・作業部会のご意見を反映して、計画策定していきたいと考えている。

当課担当の高齢者保健福祉計画が今年度策定の年であり、保健医療計画の策定とも時期が重なっているが双方連携していきたい。

介護報酬と診療報酬の改定も同時期なので、そういった部分も連携を取りながら皆様のご意見を伺いながら取り組んでいければと考えている。

【伊豫会長（千葉大学大学院）】

千葉県保健医療計画に関して、「身体合併症を伴う認知症の人が医療機関に入院する際、入院生活に慣れるまでに時間がかかることや、本人が入院の

必要性を理解出来ないことなどにより、入院治療が困難になる場合があります」とあるが、認知症の方、高齢者も含めての問題で、せん妄や問題行動等行動上の問題、発言内容、大声等の問題はその方だけではなく、医療機関側、受け入れ側にも大きな負担となって受け入れを拒否されてしまう。

入院中、入院医療機関の中でも介護支援がどうしても必要なのではないかと思っている。

認知症の方が入院して、せん妄や行動上に問題が生じたときに看護師が対応するのは非常に厳しいと思うが状況はどうか。

【小林委員（千葉県救急医療センター）】

我々のところはかなり重症度が高いため、認知症症状が明らかになる頃には、退院若しくは転院時期になる。

当院には精神科医の常勤医がおり、かなり早期から、そういう症状に近づいた段階でリエゾンチームと一緒に関わり認知症認定看護師とグループで対応している。身体的に重症な状況の中、認知症症状が前面に出る前段階で関わっている。

【伊豫会長（千葉大学大学院）】

身体的な問題がある高齢者の方や認知症のある方の場合、身体的な問題はその該当科で受療してくれているが、その後身体的な部分は回復しても、継続的に医療の関わりが必要でも、身体的な科では入院はもう必要ないと言われる場合もある。しかし入院加療が必要なときには精神科に引き続き入院するが、やはりせん妄や行動の問題が出てると看護師は対応しきれない場合がある。

また、業務内容が違うといった環境の中で対応に苦労されてる。

【細井委員（袖ヶ浦さつき台病院）】

当院では急性期病棟、一般病棟、救急時も身体治療を行う場合、介護職の配置をしており、排せつ介助などの業務を担当している。それ以外では看護、介護職は全ての仕事を分け共同でケアに当たる対応。

精神科と認知症に関してかなり介護職の方に入って関わっていただいている。提携というより協力して専門の介護職員に入ってもらっている。

【海村副会長（千葉県医師会）】

介護職の報酬の件は、介護報酬、診療報酬等で賄うという検討はどうなっているのか。

【伊豫会長（千葉大学大学院）】

介護報酬、診療報酬改定の中で素案にはなると思う。診療報酬改定で介護ケアがどのように検討されるかというところだと思う。

【海村副会長（千葉県医師会）】

入院時は勿論、外来通院の時も介護サービスが必要となっているのに介護報酬が使えず、地域支援事業や総合事業等で推し進められてしまうと、出来る市町村は出来て、出来ないところは出来ないで格差が生じる。診療報酬が介護報酬に位置付けてもらった方がいいと考えている。

【旭委員（旭神経内科リハビリ病院）】

身体合併症等の問題は作業部会に参加したときから言っており、以前から非常に重要な課題ではあるが、ここ5年くらいでだいぶ変わってきていると思う。実際、市内の救急病院をまわって話を聞く機会があり、変化を感じている。

救急の場合、受け入れ当初は認知症だとはわからない。実際に認知症でガンであるとか、表面上はわからない場合もある。

診療報酬の改定で高い認知症看護ケア加算がとれるようになった。

作業部会では重点項目を設定して多様に進めていきたい。

【高橋委員（千葉県地域包括・在宅介護支援センター協会）】

29年度の計画を見て若年性認知症に対して少し感じることもある。

メンタルヘルスについては、企業、職場内において統一されたが、職場で

機能しているのかといえは充分機能していない。

健康診断なども含めて若年性認知症の方の支援強化を企業職場の中で早期発見のツールとすれば、労働者、使用者側にとっても何か一つのきっかけになるのではないか。

先頃、入社して間もない社員がアスペルガーだと診断された事例があり、私共と使用者と当事者、家族も交えてかなり時間をかけながら話し合った。

過去には、高齢者で認知機能が落ちていながらそれを隠して働いていたという事例もあった。

結果的に双方が不幸、不利益になるということがあるので今後使用者の責任と支援、労働者の当事者の就労継続に関する支援、若年性認知症の方に対する支援、企業、職場に対するなんらかの手立てが早期発見、早期ケアに繋がるのではと感じている。

【伊豫会長（千葉大学大学院）】

職場での対応、対策については、産業医が入っていると、うつ病の方なども他の医療機関と連携を図ったりするが、産業医がいないところだとなかなか難しいと思う。早期発見が大事。

【富田委員（千葉市）】

若年性認知症の方への支援について、千葉市では、企業の労働組合主催による出前講座を行ったことがある。労働組合の方は従業員を守る立場の方で、障害者雇用の枠に結びつけるという観点が今までなかったので、若年性認知症についてぜひ学びたいという声を沢山いただく。産業医もうつ病の対策などには非常に熱心に取り組んでいただいているが、認知症は数が少なく表面化していない為そこまで及んでいない。

産業医に対してのアプローチも重要であるし、労働組合の方々に働きかけることも有効と感じている。

【細井委員（袖ヶ浦さつき台病院）】

私は、前回の医療計画策定時に終末期というところに拘っていた。終末期

というと、かなり医療側からの目線であり、一般の人から見るといつからが終末期か、急性期の認知症でもう治癒しないとなったら終末期なのか、それとも亡くなる手前のことかと非常に曖昧になっている。

急性期医療の現場でも認知症の受け入れの問題も、もっと前の段階で急性期医療を受け入れるのかということから始まっている問題である。意思決定のプロセスがなく、状態が悪化したら救急車で医療現場に運ばれていくというのが現状である。体の具合が悪くなる前の段階から支援し、人生の最終段階における医療の受け方などそういったところに支援を広げて、フェーズを切らないで継続的な医療の提供が望ましいと思われる。

【伊豫会長（千葉大学病院）】

終末期医療に関しては、医療側からすると、実際には急変した場合にどうするかと医者に聞かれる事がある。次回皆さんにも考えていただければと思う。

【川上委員（千葉県社会福祉協議会）】

認知症施策の推進のところには入っていないが、高齢者の介護予防のところでは成年後見制度の部分があるが、高齢者の成年後見人制度利用促進法が昨年の5月に施行され、29年3月基本計画閣議決定されている。今度は市町村が基本計画を作る番だが、これがなかなか進まないのではないかと心配している。そこを後押しするのは県行政の役割ではないか。最後の報告事項に市民後見人のアンケート調査があるが、市町村への調査時期が国の基本計画が出来る前なので、その後も、市町村へのバックアップが出来るよう県の計画に盛り込んでいただきたい。

【事務局】

今後も市民後見人については推進していかなければならないと考えている。県では市民後見の活動を推進する事業について、市町村が研修等を実施する場合市町村に対して助成等を行っている。

28年度実績では11市で実施しており、これを更に充実するような方向で29

年度についてもやっていきたい。

【廣岡委員（家族の会）】

先日京都で国際会議があり、本協議会の委員の方にも多数ご出席いただいた。13年前と比べて感じたのは、認知症患者本人の発言が非常に目立ったということだった。ワーキンググループが出来た結果だと思う。

御本人で発言出来る方は、自由に歩き回って色々な場所で発言なさって、脚光を浴びていた。

13年前はまだ、「家族」が中心という部分があったが、そういう会議の中で、「認知症初期で発言出来る本人」は非常に脚光を浴びている。そうは言っても、現実には実際にある程度症状が進んでいる方の家族、自分で意思が表現出来ない方の家族も沢山いる。その家族のことも含めて計画に反映出来るよう検討していただけたらありがたいと思う。

また、コールセンターに相談のあった件について。数年前から認知症の症状が出ていた方の家族からの相談。薬に対する不信がご家族にあり、服薬しなくても家ではあまり問題がない為サービスもあまり使わず家で見ていた。

ところが、現在、要介護度3になり、色々な問題が起きてきた時に、まず受診も拒否する、サービスの利用も拒否、家族曰く家の中が公衆便所状態になっている。ある方の助言を受けて精神病院を受診したらどうかとなったがその受診も拒否。安心ケアセンターが関わってくれたのかもしれない。その状況をビデオにとって精神病院の先生の所に行きなさいというアドバイスをもらったという。

それも大事だと思うが、精神科の先生方、診断をつけられる先生方に在宅の訪問をしてくださる先生を増やして欲しい。多分船橋市辺りではそういった取組みをしているはず。千葉市も極僅かだが取組みがある。

そういうのも含めて方策を進めて欲しい。と家族の立場からお願いしたい。

【細井委員（袖ヶ浦さつき台病院）】

袖ヶ浦の初期集中支援チームのチーム員として参加している。受診を拒否している人に、介護保険を受けていただくために家に上がったり、本当に酷

いときには、強引に入院させたりとか、そういうことも初期集中の活動の中でやらせていただいている。

【木所委員（千葉県訪問看護ステーション連絡協議会）】

訪問看護に伺って認知症に気が付くこともあるので、私達が訪問していれば対応している事業所と繋げることも出来る。訪問診療も入っていただいて、訪問診療の先生も結構苦勞されて投薬を調整している。担当患者であれば対応出来るがすぐ結果がでないので上手くいかない。

保健医療計画の中に「訪問診療を行う医療機関は通院が困難な人や病気の認識がなく医療機関への受診を拒む人の自宅へ出向き、日常生活を踏まえた診療を行います。」「専門医療機関や地域包括支援センターとの連携の推進役となります」と、認知症サポート医のことが書かれているが、実際、具体的にどういうサポートをしていただけるのか、どういう事例があるのか。実際に訪問されている先生方がそういうことをご存じなのか。

我々は訪問看護をやっていて、最近は褥瘡やストーマの処置、そういうことに関しては認定看護師との連携があるが、認知症に関しては認知症看護師との連携はまだまだ進んでいないと思うので、その辺りを進めていただきたい。

【五十嵐委員（船橋市）】

先ほど廣岡委員からもお話があったが、市の独自事業で、受診の垣根を低くする為、精神科医、サポート医が認知症相談を受けている。家族に対して、診療、診察ではなく認知症の相談に来てくださいと広報し、そういう機会を設けている。

家族から相談を受けた先生は、訪問相談という形でご自宅に行く場合が何回かある。そこは診断、診察ではない。しかし、専門のドクターなのでそこでだいたい診断がついてしまう。

そこで、今こういう状態ですよ、ですから私共の病院なり専門医を受診した方がいいですよ、と助言出来るので家族が動けるといいう形になっている。しかし、サポート医や精神科医が診療としてあるいは往診として行くのは船橋市でもなかなか難しい。

【伊豫会長（千葉大学大学院）】

サポートの仕方、方法はいくつかあるはずだが、地域地域で違ってしまっているのではないか。その地域に合ったシステムを市町村ごとに取り入れるとスムーズではないか。

【助川委員（千葉県主任介護支援専門員ネットワーク）】

介護の分野から発言させていただきたい。千葉県高齢者保健福祉計画の概要版を見ると分かるように介護予防と生活支援というのは、まだある程度元気なうちから少し落ちてきたときに生活支援をして、これ以上悪くならないように介護予防しながら、と書いていると思う。

現在、高齢運転者の交通事故の有識者会議に出席している中で、ケア・マネジャーに求められているのは生活支援である。その中の生活支援というのは、実は概要版に書かれている、「介護が必要になったら」の部分の介護の部分だけを見て出来ないところだけをサポートするのではなく、その人がより積極的に生活を自分の力で営めるように生活支援をしてくださいという形でケア・マネジャーに医療の分野の先生方から依頼される。

生活支援という言葉が総合事業や地域の中の生活支援の部分だけではなく、介護が必要になってからも、例えば運転免許を返納してからもどのように生活支援していくのか、介護が必要になってからもその人の生活をどう支援していくのか、という言葉が取り上げられるようになったので、特に認知症の方は今問題になっている交通事故の問題も含めて、自分で望む所で生活出来るようにするためにはどう支援していくのか。

予防の分野と介護の分野で支援していく所を、同じ「生活支援」という言葉で表現すると分かりにくいので「日常生活支援」など別の表現に出来ないか。少し意味が違うので。介護のサービスだけを提供しているわけではないということを含めて、是非この介護のところも考えていただきたい。

【伊豫会長（千葉大学大学院）】

免許返納の問題だが、免許を返納してこれからどう生活どうするのか、運

転をやめてこれからどうするのか。そういう方の生活支援が問題になってくる。介護報酬をどうするのかということも問題。そういう情報は需要があると思うので情報の共有が大切。情報提供が必要だと思う。

【真鍋委員（千葉県薬剤師会）】

認知症の在宅の方に訪問して薬剤管理指導する例もあるが、一番薬剤管理が必要な人というのは、診療を受けて薬局には来ることは出来るが、家での薬剤管理が出来ない人だと思う。家での管理がめちゃくちゃな人も非常に多い。

今の保険制度上、通院が困難な方に対して在宅で我々が伺って指導を行うことは介護保険の算定要件になっているが、通院出来る方は、例え、家の中がどうなっていようと、在宅訪問は診療報酬がつかない。その為、皆さんボランティアで行っているという状況。

しかし、数回伺うとかなり改善する例がある。そういうことに対して何らかの報酬がついて改善が出来ることで、その人が認知機能の低下だけではなく、身体機能の低下が防げれば良いと思う。

【伊豫会長（千葉大学大学院）】

比較的軽度のため、病院には通院し薬局も行けるが、実行機能の低下があって整理整頓が難しいというケースだと思う。

【真鍋委員（薬剤師会）】

家での管理が難しいということ。

【助川委員（千葉県主任介護専門員ネットワーク）】

在宅での薬剤管理が出来ないという方達に対して、ケア・マネジャーがヘルパーを派遣し薬剤管理をしようとした時、薬の管理だと20分以下になり、10分程度になるとヘルパーの派遣は難しい。

その他の日常生活は出来ているが薬剤管理だけ出来ないという現状がある。きちんと服薬してもらいたい人にそういうことが起きていると把握している。

【境野委員（千葉県ホームヘルパー協議会）】

要支援の状態から段々認知症が発症し、進んできたなど分かり始めるのは、整理整頓が出来ないというところから始まっている。薬が飲めていなくなっている、洋服がしまえなくなってくる、そこから始まる。そこにヘルパーが毎日見に行き一緒に出来ると随分症状が収まっていく。

要支援1,2の方だと週に2,3回しか行けないし、要介護1になったとしてもそんなに頻繁に行けない。

身体障害者の方は一日1回1時間行けば出来たりするが、認知症の方の場合、日中は落ち着いて過ごせるが、晩、夕など落ち着かなくなってくる。晩になると寂しくなり表に出てしまったりする。

1日2回ヘルパーを入れるなど、他の障害者とは違う対応が必要なのではないかな、というのが現状である。近所の方からも施設に入れ入れと言われて高齢者住宅が一杯になるが、高齢者住宅等でも孤独死が増加している。高齢者住宅では自分達は責任ありませんと言っているが矛盾している気がする。

先程もお話があった、病院の通院のところで入院をさせてくれない事が在宅では一番悩んでいるところである。

例えば、肺炎になりました、その人は認知症があるから入院させられません、毎日通院してください。点滴を打ちます。となる。

その時に介護保険法では院内の介護は給付が出来ないので3時間4時間、自費で払わなければならない。

利用者は年金の中からはそんなに払えない、自費では出来ないので通院をやめてしまい悪化し、重篤になって入院となる。そんな現状である。

介護保険では普通の通院の時には院内では介護保険は適用しない。だから病院側が見るからそれが当たり前ですという風潮である。

しかし病院側から見ればそんなにスタッフの人数がいない。見れないので誰か付いて下さい、となり利用者は院内ではヘルパー等の経費が自費になるから病院はいかない、歯医者も行かないとなってしまう。

今、浦安市だけだが、院内介助を補助してくれる。院内介護は介護者に3,000円位出してくれる。そうすると利用者は負担がない。そんな制度が各

市町村で出来たらいいと思う。

介護が必要な人と限定してよいと思う。少しずつ変わっていかないと、医療との連携、連携と言っても出来ないのではないか。書いた餅になってしまう。

良い住まいで、住み慣れた地域で住みましょうといっても段々住み難くなっている。認知症サポーター養成講座等で皆さんに普及活動をしていくと思うが、認知症のサポートというところご近所の人第一であると思っている。

千葉県高齢者保健福祉計画の概要版にもある「地域の見守り」は「ご近所」という意味なのかもしれないが、近隣の人が第一位である。ボランティアではなく、老人クラブ、自治会ではなく、近所の人が一番であると考えている。在宅では、隣の人、そのまた隣の人をお願いしていこうと考えている。在宅では一番身近ではないかと。その方に理解をしていただいて、地域密着で、民生委員がサポーターとなって伝えてくそういう風になって欲しいと考えている。

【伊豫会長（千葉大学大学院）】

隣人、近所との関係、サポートシステム関係についても作業部会の議題に増やすと良いかと思う。

【小林委員（千葉県救急医療センター）】

救急に関する会合でも、認知症の患者さんに対する身体救急が話題にのぼる。いわゆる世の中の救急というと救命センターが代表格としてあげられるが、実は認知症の方が問題となっているのは、いわゆる救命救急センターではない。

救急センターというのは看護も2対1、4対1と、マンパワーもあって、医者も人数が多く、患者さんも身体的に重症ということもあり、要するに手厚い体制である。

先ほど、肺炎の患者さんが入院させてもらえないという話があったが、救急の中でも比較的中程度の患者さんを扱っている2次病院とか1次病院だと看護が手薄で25対1とか人手が少なく、そこに介護が入れないという事も

あって問題がたくさん起こっている。そこにもう少し介護を入りやすくする等何か診療報酬上の工夫等で改善する必要がある。ここで言ってもどうにもならないと思うが。

もう一点。認知症の問題の中で、救急の現場でも様々な情報共有の問題が起きている。

細井先生から終末期の話もあったが、我々の施設でも年250人くらい心肺停止の患者さんが運ばれてくるが10%位は歩いて帰れる程回復する。逆に、大きな問題となっているのは高齢の方、認知症の方で蘇生を希望しないという意思表示が伝わらない場合が問題となっている。

救急ということで情報がストップしてしまう。かかりつけ医もいて、介護も入っている方であっても救急になったところでその情報が完全に寸断される。かかりつけ医に連絡が行かないうちに救急搬送されてしまうため、こちらは本人が望まない心肺蘇生措置などしてしまうことになる。本人の意識がはっきりしていても救急というだけで情報がうまく伝達されなくなる問題。情報共有をうまくすることが次のステップへの大きな問題である。

【佐々木委員（千葉県看護協会）】

急性期病院に勤務しているが、急性期病院に来られる方は認知症があってもなくても救急の患者さんの受け入れを行って治療する。逆に認知症の診断がない人が入院するというのは、認知症の診断をつけて入院するチャンスだと思う。認知症の方が治療優先で身体拘束する場合もある、するとせん妄がでて、対応が難しくなってしまう人も中にはいる。

専門の科で受療して通院になる人も少なからずいる。介護支援、サービスを受けていなくても、当院でも退院を支援する職員がいる。

退院前の介護認定調査のことだが、調査に来る職員は市町村、地域によって差がある。早く対応してくれる市町村と2、3週間かかる市町村がある。患者さんはそんなに待てない。認知症の方は早くしたい。本人のメンタル的なことを考えても、在宅にしても、家の設備等の準備が整わないと帰れないので準備を早くしたい。

介護申請時の対応を早め、自宅での介護が出来るのかの調査をして欲しい。

【伊豫会長（千葉大学大学院）】

入院中に介護認定調査をするときに、調査までが長引くと、入院も長引いて、自宅にも早く帰れない。病院側の収入も減る。病院側としたら退院させたい。純粹に感情だけではなく、出来るだけ迅速に退院させたいのではないか。

【佐藤委員（柏市）】

成年後見人制度の関係について。国も市町村の基本計画に照らして実際介護保険制度の中で計画と両輪である。現在の柏市、入院している方も含めて2万人以上認知症の方がいるといわれている。

今日も認知症のSOSの関係で対応してきたが、連日のように対応している状況である。

市民後見人制度の関係だが、柏市では、今年30名位登録要請している。実際家庭裁判所の審判があるので非常に難しい。まだ独立した人はいない。

実際、市の決算は監査でも指摘を受けており、成年後見制度で活躍していると説明しているが、それでは耐えられない状況。

家庭裁判所と地道に対応していくが、かなり重要な施策の為千葉県からも支援を仰ぎながら進めていきたい。

国としてもかなり大きな壁があるとは思いますが、大事な問題なのでぜひ計画の方にも盛り込んでもらいたい。

【村越委員（千葉県介護福祉士会）】

地域の助け合い、ボランティア活動について。その辺りが近年本当に薄れてきているが、今それがすごく必要とされてきていると感じている。向こう三軒両隣の皆が知っていて、あの人どうしたのかしら、こうしたのかしらという関わり方というのがもう一回復活しないといけないのではという部分ある。地域づくりが必要という気がする。

昨年そこを謳い文句に、介護予防の生活支援担い手ヘルパーの講座を県から受託して研修を実施し、多くの方が参加した。

皆さん、自分の事として、そのうち、自分がこれから認知症になるかもし

れない、世話になるかもしれないので、地域でそういった活動が出来ると良いという発言があり、参加者が皆そうだった。

市町村事業ということになるのでどんどん活発にやらないと。これから自分がそうなるかもしれないと、いまのうちに関わって現実を見ておきたい、知識を得たい、事前に見ておきたいと意欲的であった。ボランティアと違うところは多少知識があるところで皆さん1日2日勉強している。知識を得た上で多少楽しみ、わずかな講習ではあるが人助けにもなる、それがプライドにもなる。実践しなければならぬ時期に来た。その持って行き方を県に推進していただければと思う。

【伊豫会長（千葉大学大学院）】

地域での支え合い方、どうやって助け合いをするのか。実際に研修を受けて実践している方もいるし、市民後見などその辺をもう少し議題に入れて話し合えたらよいと思う。私の患者さんも、ご家族とお話しして、コールセンターにもアドバイスをもらった方がいる。

相対的に男性は情報を得ようとしなないことが多い。せつかく家族の会とかコールセンターとかあるのに知らない。そういった人向けにも啓発が必要であると感じている。作業部会でもぜひ検討していただきたい。

「報告事項 1

（千葉県版認知症サポーター養成講座標準テキストについて）

報告事項 2

（県内市町村における認知症カフェ・市民後見人の状況について）

事務局から説明」

《意見交換》

【眞鍋委員（千葉県薬剤師会）】

新しいサポーターのテキストについて、かなり分りやすいが一つお願いがある。

テキスト P29、認知症サポート医のことでホームページに掲載されている

と記載されているが、歯科医師会、薬剤師会、でも28年度から認知症対応力向上研修を実施しており、修了者の方の情報も是非わかるよう追記してもらえようをお願いしたい。

【事務局】

ホームページの情報であり追加の情報などそういうものがあれば必要に応じて対応を検討させていきたい。

【伊豫会長（千葉大学大学院）】

ホームページに掲載されている情報であれば掲載をお願いしたい。

【高橋委員（千葉県地域包括・在宅介護支援センター協会）】

アンケート結果を見て2点確認したい。最後の設問9の「認知症カフェを設置する上での課題」について、これはなるほどと思った。

課題である集客方法。集客面、団地であるとか、人口密度の高い場所で設置をしなければこちらから送迎などやらないといけないだろうと思われる。町では人口密度が高いエリアというと駅前や団地などになるが、当然高いテナント料とかかってくる。人件費などはなかなか出すのが難しい。ボランティア等の人材確保というのも一つ資金面、初期投資、諸費用ということでも自助、公助なのかなと思った。

市町村が直営でやっている予算と民間でやっている予算はどう違うのだろうか。

もう一つ、複数後見人の家庭裁判所協議状況について。複数後見人での活躍のある場があると記載があるが可能性として厳しいのだなと思った。市民後見人と、複数後見人とはどのような制度なのか。

【川上委員（千葉県社会福祉協議会）】

千葉県内では現在市民後見人が8人選任されている。そのうち7人は千葉市、1人は木更津市。

選任方法はいくつかあるが、一番ポピュラーなやり方は市民後見人が選任

されて、後見監督人という形で社会福祉協議会がバックアップする。全国的に一番多い方法。

御質問の複数後見人の制度は、千葉市の家裁が選任している方法で、市民後見人と千葉市社会福祉協議会を複数で選任する。セットで選任する。千葉市社会福祉協議会は法人後見、市民後見人の方は身上監護を担当して、財産管理の方は法人後見として千葉市社会福祉協議会が担当する、という役割分担をしながら複数後見で行っている。家庭裁判所が最初はこの形でやりたいということであった。

千葉市社会福祉協議会の方でも7人の内訳がほとんど知的障害の方、若年の知的障害の方なので、後見の期間が非常に長くなる、可能性が高いということで複数後見をお願いした。

木更津市の方は1名市民後見人で木更津市社会福祉協議会が後見監督人となっているという状況である。

【五十嵐委員（船橋市）】

千葉県版認知症サポーター養成テキストについて。ベテランキャラバンメイトに使い勝手の感想を聞いた。担当から厳しく言われた。

まず、一つ改善点ということになるが、カラー印刷すると100円のテキストの3倍する。

1枚10円のコピーで、30ページ以上あると300円以上かかる。キャラバンメイト協議会テキストは一部100円。図とか白黒で出来るような工夫をして欲しい。とりあえず人数が少ないところでやってみたい。白黒でのテキストとならないか。船橋市では8,000人中5,000人が小学生である。

せっかくオリジナル版ができたということだが単価の問題でクリアしないと全面移行は難しい。

また、認知症カフェについて、平成28年度の状況の集計を聞いてきた。船橋市では立ち上げ支援で10万円補助型。

全事業所からの請求金額の平均は7万2千円。やりようによってだと思うが初期も含めた運営費で1年10万円に収まるということだった。

交付の10万円を、超えた部分は法人の持ち出しとの形でやっているところ

もある。

最後の市民後見人のところ、他の意見でもあったかもしれないが、需要人数、必要としている人数がわからないと施策を立てるのが難しい。確かに国の方でも今後市町村で計画をとっているが、今一番利用が多いのは障害者が多い。障害者のほうが先行して進む。高齢者については行政で把握出来るのは虐待だとか、一人暮らしで入院していてそのうち認知が進んでしまった。病院が困った、施設が困ったと成年後見を受けて支払いをなんとかして欲しい。という要求が市の方に持ち込まれるので、成人後見レベルの人数は把握できるので予測がつくが、市民後見人レベルになると、うちの方でも予測がつかないし、なかなか難しい。計画のなかでどう予測していったらいいかというところを協議していただければと思う。

【伊豫会長（千葉大学大学院）】

確かにコピー代は費用面、経費の問題がある。白黒で印刷してみて解り難いところの図、表を工夫して印刷すればいいのではないかと思う。千葉市など回数、経験を積まれているところがあるので意見交換などしていただきたい。

【富田委員（千葉市）】

認知症カフェについて。年に一度だと思うが県下の希望する団体が集まって交流会というのに行っていて、そこに参加している。

千葉市の場合も、初期費用と運営経費として年間上限5万円というわずかな金額だが、それでも十分という声をいただいている。千葉市の場合はボランティアが運営。あとは認知症コーディネーターや地域支援推進員などが一生懸命支援させていただくという形。他の市町村では数十万円、社会福祉法人限定で補助する等色々な形がある。それぞれに一長一短あるなと思う。

行政の立場で交流会に参加すると、もう少し市の施策にも改善点があるかなと考えさせられる。千葉市でそうやってやっているのなら、もう少し補助してくれると良いとか、いろんな意見交換が出来る。先ほど情報共有が必要という話もあったが、地域の実情に合わせて事業を組み立てるという時代に

なったからには、情報共有、情報交換の場がもっと必要になってくるのではと感じているところである。

【梶原委員（千葉県高齢者福祉施設協会）】

認知症カフェについて。場所、経費の問題がある。自発的に活動されているところもあり千葉市でも色々な活動をされているので活動を広げていけるよう少しでも関わっていければ良いと考えている。

特別養護老人ホームについては、県内も随分整備をしていただき、受け皿としては沢山できたかと思う。ただ、介護職員の不足はどこでも問題になっている中で、課題は沢山あるが、施策を進めていく中で、せつかく補助金を頂いて整備した事業所ですから、もっと施策の推進に活用していただけたらと思う。サポーター養成講座の会場がないとか、人がいないとか集客問題とか、活用して頂けると、様々な繋がりがある中で地域支援として使い勝手のいい支援の一つになれるのではないかと思う。

【旭委員（旭神経内科リハビリテーション病院）】

私は作業部会長ですので、今日いろいろご意見をいただいて、それを参考にして、作業部会の方でも短期目標としていろいろやっていかないといけない。

免許のこと、初期集中支援チームのこと、議論されている認知症患者は524万人と言われているが、診断のついている人は3分の1で3分の2は隠れ認知症と言われている。そういう問題は初期集中支援チームで取り扱っていきたい。

急性期に入院して初めて認知症と気付く。半数近くが初めて気付く。

免許は若年性認知症の人に関しても問題がある。千葉県では去年対象となる人が全体で5万人。非常に問題である。

作業部会の方でも短期目標を決めて走りながら、計画していくしかない状況である。皆さんによりしくお願いしたい。