

第2回千葉県認知症対策推進協議会 議事概要

日時：平成22年8月6日（金）午後3時～5時

場所：千葉県教育会館 新館 501会議室

出席者：別紙座席表のとおり 出席委員 29名 欠席委員 1名

オブザーバー 1名 他 関係課、事務局、傍聴

議題：

1. 作業部会中間報告
2. モデル地域の取組みについて
3. 今後の推進協議会、作業部会の進め方、議題について

伊豫

みなさんこんにちは。千葉大学医学部の伊豫でございます。議長を勤めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

本日の議題は3点あります。平成21年8月7日に第1回認知症対策推進協議会がありまして、そこで医療連携のあり方を検討する作業部会と医療介護福祉の連携を検討する作業部会が立ち上げられました。これまで8回合同で作業部会が行われてきました。そこで議論されたことが中間報告書としてまとめられましたので、その報告を受けることが第1の議題です。

第2の議題はモデル地区において、認知症地域支援体制構築に取り組みされた3市の活動報告をいただき、分析、評価等についてご意見をいただきたいと思っております。

第3の議題として、認知症対策への総合的な課題解決にむけての今後の協議会、作業部会のあり方について意見を交換していただきたいと思っております。

それでは作業部会の中間報告書について、旭座長及び事務局からご報告していただきたいと思っております。

1. 作業部会中間報告書について

横山

事務局の横山でございます。いつもお世話になっております。私からは、資料1 中間報告書を用いまして概略を説明させていただき、その後旭先生からポイントポイントを補足していただきたいと思っております。

まず、目次をご覧ください。全体の構成としまして、Ⅱに高齢者の現状と認知症について千葉県内の現状をまとめてあります。それから政策を検討する際の基本的視点、立脚点

を整理した上で、IVとして具体的な認知症対策の課題と施策の方向性について整理しています。施策の方向性として、1. 早期発見と早期診断、2. 地域における医療と介護の連携体制構築、3. 周辺症状への対応、4. 看取りの支援、そして最後にVとして、今後の検討に向けて整理しております。少し中身について説明させていただきます。

～以下、中間報告書に沿って概要を説明。～

以上駆け足で雑駁な説明になりましたが、事務局からの説明とさせていただきます。

伊豫

では、議論のポイント、報告の要点について旭座長からお願いします。

旭

この作業部会は、医療連携と医療介護福祉連携について2つの部会で構成し、両方の部会の座長をおおせつかりまして、この1年間やってきました。課題がたくさんある中で、緊急性があるもの重点的にやっていこうと考えました。本来、認知症は12ページに書かれてありますけど、初期から終末期まで15～20年と長い年月がかかることを理解していただきたいです。その間に周辺症状が悪化したり、骨折等の身体疾患になったり、緊急性を要するいろいろなことが起こります。緊急性がある時に、きちんとした診療体制、連携がなかなか取れていない現状があります。認知症の人がきちんとした治療を受けられていない現状に対して、まずは緊急性のあるところから検討しようということになりました。できるだけ千葉県内の現場で苦勞しながら活動されている医療関係者の「現場の話」をできるだけ発表していただいて、その中で千葉県として医療の連携体制、介護の連携体制について議論していただけるよう、第1回から第8回まで話し合っていました。これによって現場の状況がつぶさにわかったということは、今横山課長から話があったとおりです。その中からどういうことを千葉県として取り組むべきかという方向性がかめたとおもいます。日本精神病院協会の木村先生にも参加してもらい、精神科病院の実態についても説明してもらいました。また、各市町村からも報告していただいたりしました。救急病院と精神科病院、リハビリテーション病院の連携について、全国的にもできていませんが、千葉県で何とかできるようにしていきたいとおもいます。また、脳卒中やがん、心筋梗塞等の連携パスと同様に、認知症の救急に対する連携パスのようなものが必要と考えます。

前半は医療のことが優先、先行していましたが、その後、家族の会、訪問看護、グループホーム等の介護福祉施設の方からの御報告もいただいて、それぞれをまとあげるような形で中間報告書として整理しました。報告いただいた方、委員の皆さん、事務局の協力等もあり、非常に短期間で精力的に取り組んでいただき感謝しております。

質問等があればお願いします。

伊豫

報告、どうもありがとうございました。今のご報告に対して何かご質問ありますか。

三島木

1週間前に認知症の認定を受けた人がいて、かなり大変な人がいました。大変なのに整形外科医により、介護度は自立と判定されて、かなり落ち込んで悩んでいるところでしたので、こうしてまとめていただいて、今後の光明がさした感じです。是非これを活用していただけるようお願いしたいです。また認知症連携パスとか、医療連携パスがあったらよいと思います。連携シートもさっそく活用させてもらっていますのでありがとうございます。

伊豫

他にございますか。

植松

家族の会の植松です。この中に若年性認知症について書かれていないことが一つ疑問です。周辺症状についてとても問題になっておりますが、相談を受ける中で、本当に困っているのは若年性の方で、特にアルツハイマー型だけでなく前頭側頭葉型の症状で家族は途方にくれている方もいます。この辺を盛り込むのか、盛り込まないのか、お聞きしたいです。

横山

植松委員にも中間報告書に関して、作業部会委員としていろいろな御意見をいただきまして、ありがとうございました。

限られた回数 of 議論の中で、確かに、若年性認知症の支援について議論が薄かった、ほとんどなかったと思っております。問題意識として早期のリハビリテーションとか、こういった中で、たとえば若年性認知症の方々の日中の支援のあり方について議論の端緒があったかなと思っております。たとえば、認知症のリハビリテーションの中での若年性認知症へのプログラムを考える等、最終報告の中に整理をさせていただきたいと思っております。

旭

認知症の種類も多くなっております。最近では若年性認知症もそうですが、レビー小体型がマスコミでもとりあげられ、非常に対応が難しいです。前頭側頭葉型とか昔は注目されていなかったものが増えてきています。認知症に関して一番数多くて、問題も多いアルツハイマーを中心にやってきたが、やはり今後はこういったもの（若年性認知症）に

も力を入れていかななくてはならないと思っております。

伊豫

数が多くて緊急性が高いものとしてアルツハイマー型認知症が中心にご議論がありました。旭先生、横山課長から、今後、最終報告に向けて若年性認知症についても付け加えていただく方向でよろしいでしょうか。そのほかございますか。

梶原

今、がん、脳卒中、心筋梗塞が3大疾患となっていますが、ヨーロッパではアルツハイマー病も含まれ4大疾病になっています。

脳卒中、心筋梗塞は緊急性があり、救急センターなど様々なセンターが出来上がっています。がんについてもがん対策基本法ができて対策ができています。

認知症の7割はアルツハイマー病であります。認知症は世の中で深刻に受け止めてもらわなくてはなりません。連携パスを構築していく意識を高めていく必要性があります。

千葉県は地域によって差があり、マンパワーの面でも差があります。県がある程度のフレームワークをつくり、連携パスなどを示してみることが大切。それに基づき市町村で実施してもらうのだが、いつまでにこういう形でもっていくとか、何十パーセントまでここまでもっていくなど、県の目標を作っていただきたい。

行政ができないなら、地域の自治会、商店街などさまざまな中で協力的してもらいたい。地域が頑張っているところはいい成果が見られていると今回のデータに結果がでています。

伊豫

たとえば、救急だと身体、精神科救急はわかれている。認知症の方が身体の問題が起きたとき救急隊もどこにつれていけばよいのかご苦労されています。やはり連携パスを深めていくことと、認知症について医者が理解をすることも大切だと思っております。

横山

どのような形で、この目標立てをしていくのか、一つポイントになってくると思うのですが、中間報告書で人材の養成に関して目標値を設定していくことが重要であるという御意見をいただいております。しかし、県が一律に決めてしまうと絵に描いたもちに終わってしまいます。

まだ具体的に申し上げられませんが、なんらかの形で、保健医療計画の中に認知症対策を入れていきたいと考えています。その中で、計画的に医療の中へ認知症対策を位置づけていただく形にしたいと思っております。またあるべき地域の体制づくりなど示していければよいと思っております。

海村

29 ページのところですが、在宅支援診療所に限定したように書かれているが、全ての開業医が在宅支援診療所になっているわけではなく、ただ在宅医療を積極的に行う、24時間365日対応は難しいが、概ね対応できるとか、休日、夜間は無理だが、ほとんどの場合は診れる町医者があるわけです。なので限定した書き方ではなく「在宅診療を積極的に行う医療機関」という書き方に広げていただけるとありがたいです。診療報酬に関して在宅支援診療所を名乗っていれば10000点、そうでなければ2000点であり落差が大きい。そこらの間をなんとかしてほしいです。

あと27ページ(14行目)の身体合併症への対応について、「有あり」と有が2つあったので訂正してください。

伊豫

最初の方にあった「在宅療養診療所」の記載の仕方はどうなのでしょう。

横山

今委員のご指摘の29ページの2行目以降の書き方ということですね。そこは修正させていただきたいと思います。

伊豫

いかがでしょうか。

北

12 ページのところですが、当時の資料ですが、今は痴呆症という言葉は使わないので、出展元に了解をとって認知症という言葉を使った方がよいと思います。

小規模多機能の役割が重要になってきているので、それを付け加えることが大切だと思います。厚生労働省の助成事業を活用して、旭市ですけど小規模多機能を持っている資源を活かして、地域と一緒に、お食事会をやってみたら、緊急で1日くらい預かってくれないかななどの意見がありました。小規模多機能型が、地域でそのような活動を位置づけできればよいと思いました。

14 ページにある住民相互が支えあう地域づくりに関して、四街道市高齢者福祉計画の住民アンケートでは、支え合うが弱まっているが、強めたいという意識が高まったり、八千代市の高津団地は、確かに弱まっているけど今、強めていかなければと意向がアンケート結果で示されました。

一部の大手スーパーでは、認知症サポーターを全国で1万6千人つくと試みています。国レベルでは新しい公共というテーマで議論されてきています。地域で支えあう方向ができてきます。企業など銀行など認知症をどうするかなど考えはじめられています。

そういう中で、地域福祉計画の中で定義されるとよいと思います。

在宅復帰に向けて、メディカルソーシャルワーカー（MSW）としての役割などの現状が今どうなっているのか。これについて触れることがなくてよいのでしょうか。

あと先進的な取組みがここにありますけど、できれば事例集みたいな形で、成田赤十字や千葉東、ちば労災病院などの事例集があったほうがよいと思います。

伊豫

12 ページのところの一部、そういった老人性痴呆疾患センターは、前の参考資料を参考につくっているため、このようになっていると思われれます。あと支えあいについては、企業等も含めて地域全体のニュアンスを強められて入れられるかどうかでよろしいでしょうか。

梶原

私のところは急性期の病院ですが、高齢者が入院する場合、MSWがいないとさばけません。平均在院日数も短いですから、入院する段階からMSWがグループホーム（GH）等と連携して、退院後の後方病院や施設等を確保していきます。MSWが地域に出て、地域の機能や社会資源状況を把握しています。最終的にはお互いの顔がみえる間柄でやっていくこととなります。MSWは急性期病院では重要で、そういう意識がない病院はまず潰れるでしょう。

伊豫

19 ページの他機関の連携について、MSWは病院が中心となった視点だと思います。病院だけでなく、自宅、福祉施設等いろいろなところに動く患者さんの視点から継続的に調整していく立場の方が必要であるということです。MSW、PSWが、上手く患者さん個人をサポートし、コーディネートしていくことが大切だと思います。各施設にいるMSW、PSW、そういう人たちの調整を図るキーパーソンが必要になると思います。

旭

おっしゃる通りだと思います。認知症コーディネーターという言葉がでてきます。認知症をコーディネートする人がMSW、PSWだったりします。患者さんと家族を中心にしながら、諸機関との連携が大切。それが上手く機能しないと、医療連携、介護連携は上手くいかないと思います。

伊豫

MSW、PSWも含めて、さらに結ぶということになると思いますけど。どうですか。

横山

会長に御指摘いただいたような御議論をみなさまからいただいております、このようにまとめております。トータルしたコーディネーターができるような体制づくりができるよう、キーパーソンが必要だと思います。個の能力にかかわるような部分がありますから、もしかしたらその人が、ある病院のMSWになるかもしれませんということで、みなさんのご意見を整理させてもらいたいと思っております。

佐藤

看護師さんは有名かもしれませんが、MSWとかPSWはあまり有名ではないので、これらの職種を入れたほうがよい。あるいはMSW、PSW等と入れたほうがよいと思います。

伊豫

専門家としてのMSW、PSWという名称と、病院に所属しているMSW、PSWと役割が違ってくると思います。MSW、PSWに頑張ってもらうためにも具体的に示したほうが良いのではないかと思います。

助川

今、医療と介護の部分でコーディネーターをそれぞれ連携していかなくてはならないが、介護の分野は不明確なところがあります。なので職種として役割を明確にするために医療側のMSW、PSWは入れるのがよいと思うのですが、そうするとどうしても医療中心のコーディネーターになってしまうように思うので、あまり最初から医療的な名前をだすのがどうか。千葉県では認知症疾患医療センターが動き始めていないので、まだ見えてこないです。できたら、そちらのコーディネーターと地域包括支援センターのコーディネーターがそれぞれ連携していくと想定しています。ケアマネジャーは個人としての支援ですので、地域社会資源までコーディネーターするのが認知症コーディネーターの役割だと思います。

伊豫

実際には、MSW、PSW、またケアマネを上手く結んでいくことが、総合的なコーディネーターという意味だと思います。そこら辺、また次回、最終報告のとき出来上がったものをみて判断していただく形でよいでしょうか。よろしいでしょうか。これは、忘れないよう記録しておき、次回確認していきたいと思っております。

平山

認知症疾患として、植松委員や伊豫先生から、前頭側頭型とお話がでしたが、どんな病気ですか。

伊豫

アルツハイマーは、脳の後ろの方が萎縮するが、前頭側頭葉型は前頭葉から側頭葉まで萎縮し、前者は記憶力の低下から始まるが、後者は、性格変化、行動パターンの変化から起こります。発生率は、前頭側頭葉型の方が発症率はずっと少ないです。また、ピック病は広くとらえられるようになり、前頭側頭葉型に含まれていることがあるが、率としては低いです。

平山

前頭側頭葉型が、幼児のころの育児等が関係することがあるのですか。

伊豫

それはまったく関係ありません。

先進的な事例集については、事務局何かありますか。

横山

今回の作業部会で、さまざま方面から協力をいただきました。資料の提供をいただきました。限定的にいくつかの資料をピックアップさせていただいてますが、発表者のお許しがあれば、事務局の方で、もう一回まとめてみたいと思っておりました。それ以外の部分をリサーチをしますとかなりの事務量になります。今できることとしては、今までの作業部会で御提供していただいた資料をまとめて、事例集とできればと思っております。

2. モデル地区の取組みについて

伊豫

予定の時間を過ぎておりますので、議題の2のモデル地域について、報告をお願いします。3市におけるモデル事業の概要一覧とモデル事業実施要綱は資料2を各自でご覧下さい。では香取市さんからお願いします。

岡野

香取市の岡野です。「このまちでずっと暮らし続けるために、もっと住みやすいまちにしたい」ということで、3年間、モデル事業に取り組んできました。基盤づくりとか、認知

症の家族を支える活動とか、啓発活動とかいろいろやってきた中で、地域住民の理解を進めていこうと、それからもう一つ地域の見守りのネットワークの構築をしていこうとしてきました。モデル地区を4箇所選定して、地区の活動を重点的に取り組んできた。その中で、今回は一事例として、野田地区の取組みを報告させていただきます。報告者は、地域包括支援センターのこずえです。

こずえ

地域包括支援センターのこずえです。よろしくをお願いします。

資料～野田地区での取組み～に沿って説明。

岡野

香取市は専門医療機関が無い中、やはりかかりつけ医と連携し、早期発見、早期対応していきたいと思います。モデル事業を実施して、認知症を見守る、支え合うには、普段の生活の中で支え合うとか、交流することが大切だと痛感しました。しかし、この事業の取組み自体が、まだ家族とかご本人にとどく啓発活動はしていないと思いました。以上この2点を大切にして県のモデル事業は終了しますが、引き続き市の事業として取り組んでいきたいと思います。

伊豫

時間の関係上続けてご報告をいただきたいとおもいます。袖ヶ浦市さんをお願いします。

佐久間

当市は昨年10月1日付けで県と委託契約を締結しました。当初予算には間に合わなかったため9月補正で対応しました。地域は限定せず、市全域を対象としています。袖ヶ浦市は狭く、市役所から車で片道20分くらいで全域行けるほどの面積です。

昨年度の実績は、実績報告書をご覧ください。当初、モデル事業の話がきたとき、かかりつけ医と専門医の連携について取組んでいただきたいとお話がありました。そこでいろいろ考えた上で、プロジェクトチームを作りました。高齢者支援課の中に介護保険を担当する介護班と、高齢者の一般施策を担当する支援班と、地域包括支援センターがございます。それぞれの班や包括の中から2名ないし3名出してもらってプロジェクトチームの編成をいたしました。その理由は、20年度に県からお話をいただいたのですが、当時、包括支援センターの職員の定員は常勤4名、非常勤2名の合計6名でした。そのうち常勤の2名が育児休暇を取得中でしたし、平成21年度も2名ともそのまま育児休暇を取得することになっていたうえに、臨時職員の雇用も確保できない状況でした。さらに21年4月からは常勤職員を2名増員ということでしたが、新規採用等ですのでマンパワー不足が懸念されました。そこで、とても包括だけではできないため、課内でプロジェクトチームを

組んで、随時、協議しながら対応することとしました。そして、プロジェクトチームでは年度当初から、随時、会議の開催や、先進地の香取市の視察をさせていただきました。

以下資料2-3に沿って説明。

事業の成果ということですが、まだまだ実績があまりありませんので、申し上げるような成果はないのですが、強いて申し上げますと、市として認知症対策を検討するいい機会だったと思います。また、それぞれの事業で申し上げますと、まず、認知症サポーター養成講座が小学校高学年を対象に実施できることになり、現在、準備を進めております。学修指導要領で教えなくてはいけない事が多くなったことで授業を削るのは厳しいようですが、ご理解をいただきました。子供を対象にした講座を、今後も、毎年、学校で開催させていただき、市全体で「やさしい思いやりのある町づくり」を目指して、将来、「袖ヶ浦に住んで良かった」と言っていただけるような町づくりをしたいと思っております。

実際は、秋から講座の開催に入りますので、現段階の成果としましては、「将来の袖ヶ浦を担ってくれるこども達に小さな種をまくことができることになった」という段階です。

次に、キャラバンメイトの養成ですが、今年度、市主催でキャラバンメイトの養成講座を開催する事になりまして、色々なところで募集をいたしました。

先日、ある大きな企業の労働組合から「介護セミナー」の講師派遣の依頼があり伺いました。講話終了後、キャラバンメイト養成のPR等をさせていただきました。その結果、「介護セミナー」に出席されていた社員の方から1名ではありますが、「養成講座を受講したい」との申し出がありました。これはほんの「一粒の種」ですので、この一粒の種を大事に育てて、その企業や関係先で、認知症サポーター養成講座を開催していただきたいと思っております。そして、袖ヶ浦を発信地として、その企業のある全国の事業所にも広めていけたらと思っております。

3番目にケアマネジャーや介護サービス事業所職員の質の向上です。従来の研修内容のほか、昨年度から、集中的に認知症に関する研修を開催しております。対象者をケアマネジャーのみでなく、介護サービス事業所の職員の質の向上も目的に実施しております。

又、「センター方式研修会」の開催や、フォローアップ研修として「認知症ケースにより良い支援をするための研修会」を昨年度も開催しましたが、今年度も開催中です。毎回、受講者にアンケート調査を実施しておりますが、大変、好評で認知症に対する考え方が変わってきているようです。

細井

認知症のコーディネーターをやらしていただいています。袖ヶ浦市の課題として医療の連携があげられます。当院は袖ヶ浦市で唯一入院できる施設があります。物忘れからお亡

くなりになるまで患者さんのケアを提供するというコンセプトのもとでやっております。その中で地域の医師会と連携しながら、当院を中心として、医療体制、診断から看取りまで認知症に関わる病院として機能していく地域医療をめざしております。

伊豫

続いて、佐倉市さんお願いします。

斉藤

佐倉市の斉藤と申します。佐倉市は今年度から委託を受けましたので、モデル事業について中間報告ということでご報告させていただきます。

資料2-4に沿って報告。

今年度はまず、普及啓発に力を入れているところです。まずは市役所職員全員が認知症サポーター養成講座を受講する取り組みをしております。郵便局や金融機関等、いろいろな職種の方々にサポーターになってもらうよう取り組んでおります。

医療との連携ということでは、市長はじめ福祉部で佐倉市認知症ネットワーク構築に向けて医師会と協議をすすめているところです。

何分この4月から取り組み始めているので、他市の活動報告を参考にしながら進めていきたいと思っております。

伊豫

時間もおしましますので、どなたか簡単にご意見いただけますでしょうか。

矢田

本日、両作業部会さんのご報告と三市のモデル事業のご報告を承りまして、感銘を受けました。ご苦労さまでした。在宅の認知症を今後どのようにサポートしていくかは、日本の象徴的テーマだと思います。サポーターの話が出ておりましたが、それについて1つ提案させていただきます。千葉認知症研究会が伊豫先生はじめ皆様のお力添えで、今年で14回になりました。大変レベルが高く、毎年400～500名くらいの参加者になります。今後はこの研究会に何回か参加した者を千葉県が認定する認知症サポーターとするなどの検討をしていただければと思っております。

3. 今後の推進協議会、作業部会の進め方、議題について

伊豫

進行上時間が少なくて申し訳ありませんが、今後の協議会について事務局から説明をお願いいたします。

横山

お手元の資料 3 をご覧ください。モデル事業に関して、医師会との連携については、県として支援できることをしていきたいと思えます。県独自としても、具体的に地域における連携体制の協議の場をつくりたいと思えます。

作業部会の中間報告でいただいた様々なアイデアを具体的な施策するには、もう少しお知恵を拝借させていただきたいと思っており、そのため、2回ほど11月と1月に合同で作業部会を開催させていただきたいと思っております。とりわけ、具体的な研修プログラムの問題や医療介護の連携、コーディネーターの問題も含めて、具体的な地域連携のモデルの形をご議論いただければと思っております。

これらを踏まえて3月中旬に3回目の、資料が第2回と間違っていましたでしたが、これは第3回目になります本会議、認知症対策推進協議会の開催をさせていただきたいと思っております。

伊豫

今後の協議会、作業部会について、何かご意見等ございましたら、事務局のほうに連絡いただきたいと思います。

以上で3つの議題について終了いたします。