

平成30年度さいたま市認知症初期集中支援チーム検討委員会 会議録

1 日時 平成30年11月22日(木) 16時30分から18時00分まで

2 場所 さいたま市民会館うらわ 503・505集会室

3 出席者

(委員) 飯島委員(会長)、花俣委員(職務代理)、岡委員、黒川委員、清水委員、
武井委員、鳥海委員、西山委員、新田委員、福田委員、丸木委員

(事務局) 佐藤長寿応援部長、青木いきいき長寿推進課長、
高橋いきいき長寿推進課介護予防係長、各区役所高齢介護課職員 他

(オブザーバー) 湯澤医院(西区・北区チーム拠点) 中村チーム員
埼玉精神神経センター(大宮区・中央区チーム拠点) 曾根原チーム員
大宮共立病院(見沼区・岩槻区チーム拠点) 姉崎チーム員
埼玉メディカルセンター(浦和区・緑区チーム拠点) 福光チーム員
共済病院(桜区・南区チーム拠点) 松永チーム員

4 欠席者

(委員) 黒田委員、西田委員

5 会議資料

- ・次第
- ・委員名簿
- ・席次
- ・資料1 さいたま市の認知症施策とチーム拠点の変更について
- ・資料2 認知症初期集中支援チームの活動実績
- ・資料3 認知症以外の精神疾患を有するケースについて
- ・資料3別紙 ケース概要(8事例)
- ・参考資料 地域包括支援センターにおける認知症初期集中支援の活動状況

6 議事概要

【1 開会】

【2 保健福祉局長寿応援部長あいさつ】

(佐藤部長よりあいさつ)

【3 オブザーバー紹介】

(司会より各チーム拠点チーム員を紹介)

【4 配布資料の確認】

(司会より配布資料の確認)

【5 会議の公開について】

○飯島会長 これより、平成30年度さいたま市認知症初期集中支援チーム検討委員会を開会いたします。議事進行にあたりまして、各委員さんの協力をいただきながら、進めてまいりたいと存じますので、皆様よろしくお願ひいたします。

はじめに、会議の公開について申し上げます。さきほど事務局より説明がありましたが、会議については原則公開となるところですが、当委員会で報告、意見交換を行うことになる個別ケースの対応事例は、個人を特定できる可能性があり、さいたま市情報公開条例第23条第2号の不開示情報に該当する内容であることから、非公開とすることといたしますが、よろしいでしょうか。

(異議なし)

それでは、本日の会議を非公開とすることといたします。

○飯島会長 次第に従って、議事を進めさせていただきます。本会議は、議事録を作成しますので、発言にあたっては、議長より指名したのちに、御発言いただきますよう、御協力願ひます。

それでは、議題(1)「さいたま市の認知症施策とチーム拠点の変更について」の説明を事務局に願ひします。

【6 議題】

(1) さいたま市の認知症施策とチーム拠点の変更について

(事務局から資料1に基づき説明)

○飯島会長 ありがとうございます。

まず、さいたま市の認知症施策についてですけれども、もの忘れ検診について委員の先生方は御存知でしょうか。2年間のモデル事業を行い、今年度から本格実施ということになったのですが、もの忘れ検診は、検診を実施し、「認知機能の低下の疑いあり」と判定された場合に専門医療機関に紹介をするという事業です。丸木委員、もの忘れ検診からの紹介事例というのは増えてきているのでしょうか。

○丸木委員 私の病院では紹介を受けないことになっているのですが、それでも紹介され
ても忘れ外来にいらっしゃる患者さんもいらっしゃいます。だんだん増えてきている
という印象はあります。

○飯島会長 ありがとうございます。

丸木先生にはもの忘れ検診を立ち上げる時から御協力をいただきまして、概要や経緯
を御存知なので御意見をいただきました。

チーム拠点の変更についてはいかがでしょうか。基本的には前回出席された皆さんは
御存知ですが、共済病院の取扱案件が極端に少なかったということで、それぞれの病院
の事情もあると思いますが、変更になりました。新しく西部総合病院に参加していただ
きましたので、頑張ってお活動していただければと思います。どうぞよろしくお願
いいたします。

それでは次に議題（２）「認知症初期集中支援チームの活動実績について」の説明を事
務局をお願いします。

（２）認知症初期集中支援チームの活動実績について

（事務局から資料２に基づき説明）

○飯島会長 ありがとうございます。ただ今、事務局から活動実績について詳細な報告
がありました。チーム拠点の変更から半年程度ということで、報告は２９年度と３０年
度上半期についてまとめていただきましたが、質問や御意見がありましたら、活発な発
言をお願いいたします。

１ページ目下段の２９年度の初回訪問件数が６７件で、支援終了件数が７２件とい
うのは、前から支援しているケースも含めてということでしょうか。

○事務局 はい。初回訪問件数はあくまで年度期間中の新規の対象者であり、この他に期
間前からの継続のケースがありますので、このような数値になっています。

○飯島会長 その他、２ページ目の訪問件数など、事業の開始当初は急激に件数が増加し
たといったこともありました。丸木委員、最近はいかがでしょう。

○丸木委員 そうですね、困難事例がたまっていたところを、チームがある程度対応した
といった面があり、数的には少し落ち着いてきていると思います。

事務局より、困難事例だけではなく軽度のケースも初期集中支援の対象として地域包
括支援センターから挙げてほしいとの説明がありましたが、軽いケースを挙げられても
初期集中支援チームはやることのないのが現状です。即、医療機関につながれば解決し
てしまいますので、初期集中支援チームは困難事例を主に対象として活動してもらって、

軽いケースは地域包括支援センターなどに対応してもらう方が、棲み分けができてよりスムーズにいくと思います。軽いケースで初期集中支援チームが訪問して、すぐ受診につながってしまうのであれば、なぜ訪問したのか、ということになってしまいますので、軽いケースはそれほど初期集中支援チームの役割として位置づけなくてもいいのではないかと思います。初期集中支援の件数が増えないと困るといったことがあるのでしょうか。

○事務局 件数は一定程度確保したいという面はありますが、それだけではなく、単独で軽度の方の支援を実施できる地域包括支援センターはそれでいいのですが、軽いケースについて認知症初期集中支援チームに相談しているにもかかわらず、初期集中支援の対象者としては扱わないという地域包括支援センターが実際にありましたので、そういった軽度のケースについては、チームの枠組みを是非活用していただきたいと考えております。

○丸木委員 初期でもなかなか医療に結びつかないケースは、チームで対応していいと思いますが、ただ対応件数を増やせばいいというわけではないと思います。困難事例は1例あっただけでも非常に大変ですので、初期集中支援チームでは困難事例に対してしっかり対応するということで、棲み分けができるのではないかと思います。

○飯島会長 丸木委員から、なかなか難しい問題を御提起いただきました。この件については、初期集中支援チームのキャパシティの問題もあるのではないかと思います。困難事例を多数抱えていると、軽度のケースまで手が回らないという側面もあるのではないのでしょうか。

黒川委員は、地域包括支援センターの立場としていかがでしょうか。

○黒川委員 事務局から活動実績として報告いただいた対象者像そのままのケースが、かなり多いと思います。80代前後の女性で、独居という方が多いです。

これまでの議論に補足をさせていただくと、ある程度、認知症の方への対応力がある地域包括支援センターと、そうでないセンターがどうしても存在するという面があります。また、残念なことに、地域包括支援センターによっては職員の入れ替わりが多いところもあり、そうしたセンターではなかなかチーム力が上がっていかないという面もあると感じています。

○飯島会長 先ほどの軽度と困難事例の話ですが、軽度のケースは地域包括支援センターだけで医療機関につなげるといった対応をしているのでしょうか。

○黒川委員 そうですね。地域の先生が熱心に対応してくれる場合など、認知症初期集中

支援チームに情報提供するほどでもないといったケースもあります。

○**飯島会長** その辺の、認知症初期集中支援チームの対象とするかどうかといった判断をどうするかということが問題ですね。チーム拠点で判断していただいてもいいと思いますが、それもまた負担かもしれませんね。印象としては、困難事例を扱うということになってしまうのは、仕方がないのではないのでしょうか。

それから2ページ目、私がいつも一番気にしているのは、対象者の把握ルートです。やはり御家族が多いですが、毎回報告いただくように民生委員の御努力も実績から読み取れるのですが、鳥海委員、いかがでしょうか。そういった事例は増えているのでしょうか。

○**鳥海委員** 把握は非常に難しいのですが、サロンや介護予防事業など地域でさまざまな事業を実施しており、そこに来られる方で、家に帰れないだとか、日にちを忘れてしまうといった方がいらっしゃいます。そうした場合に、どのタイミングで医療につなげてあげられるかという問題は、少し難しいと思っています。

○**飯島会長** 統計を見ると、民生委員にとっても御協力をいただいていますので、これからもよろしくお願ひしたいと思います。

介護保険の申請から介護支援専門員は関わることになると思うのですが、新田委員、いかがでしょうか。

○**新田委員** 御相談があって、申請をする際には皆さんほぼ主治医がいらっしゃるのですが、そちらの方で認知症の診断がついていれば、認知症初期集中支援チームに相談することは少ないと思います。全くの独居で、どうやって生活しているのだろうといった方だと、地域包括支援センターを通じて初期集中支援チームに相談ということはあると思うのですが、私たち居宅に相談にいらっしゃるケースはほとんどが申請を通じてというところなので、それほど多くはありません。

○**飯島会長** やはり御家族からの相談が多いということは、かなり困っている事例が多いということで、対象者の把握ルートの実績はそれを表しているのだろうと思います。ありがとうございました。

認知症の進行段階については、「認知症高齢者の日常生活自立度」のⅡa からⅢb くらいの方が多いようですが、このくらいの段階の方に問題行動が多いといったことがあるのでしょうか。花俣委員、いかがですか。

○**花俣委員** そうならないようにするための認知症初期集中支援チームだと考えています。つまり、初期の段階できちんとしたサポートができないと、病気が進行して悪循環が起

こり、結局は余計な症状を引き込むようなことになってしまいます。お医者様の立場からすると、初期の段階は、確定診断をして、そこでまだまだ普通に暮らせるよ、ということが終わってしまうのですが、診断を受けた本人や家族にとっては、認知症だと言われただけで非常に大きなダメージを受けます。その後のサポートは、何も介護保険のサービスにつなげてほしいと言っているわけではなく、これからどうやって生きていくのか、これからどうやってこの病気と向き合っていけばいいのかということをサポートしてほしいのです。そこが認知症初期集中支援チームの役割で、そういったことが資料1の3ページ目に記載されているのだと思います。

本来、認知症初期集中支援チームは、オランダのリンクワーカーを意識して国が考えたシステムですが、いわゆる「空白の期間」をしっかりと支援していこうという趣旨のものです。初期段階のサポートはインフォーマルなものが主になる場合もありますが、しかし、いつでも相談でき、いつでも助言してくれる人がいるかないかによって、本人と家族のダメージは大きく違ってきます。当然、家族がよろしくない対応をしてしまうと、本人の病気にとってはストレスになりますから、症状はますます悪くなってしまいます。

先ほど、困難事例に注力しているという話がありました。全国でも、困難事例から入っている認知症初期集中支援チームは非常に多いと思うのですが、実は、私たち当事者の立場からすると、困難事例の対応ではなくて初期の対応をしてほしいのです。そこで、リンクワーカーは無理けれども、認知症初期集中支援チームは作るという話だったと私は認識しています。

そのため、お医者様が確定診断をしたら、インフォーマルなサービスの利用も含めて、その後の暮らしをどうしていくかについて、様々な職種の方たちが見守り、助言してくれる体制を半年間は継続してくれるのが認知症初期集中支援チームであり、その安心感から、本人や家族が悪い循環を回避することができるのです。私たちはそういう支援チームを実は望んでいるのですが、なかなかそこにはスポットが当たっていないのが現状だと思います。この「空白の期間」の対応を間違ってしまうと、病気はますます悪くなってしまい、今、飯島会長がおっしゃたように、余計な症状を引き込んでいきます。そうになってしまうと、なかなか家族だけでは対応できなくなってしまいます。

現在、認知症の御本人が盛んに発信されています。「自分たちは介護保険サービスを利用しなくても、ちょっとした支援をしてくだされれば、地域で当たり前前に生きていける。」と。住み慣れた地域で当たり前前に生きていけることが様々な意味で最も望ましいわけですから、そういう支援チームに発展して行ってほしいと強く感じています。

○飯島会長 ありがとうございます。おっしゃるとおりだと思います。しかし、実際の案件を見ると、先ほどお話もありましたが、認知症の早期であれば介護保険の申請を通じて医療機関につながるなど、そうになっているのが現実です。認知症初期集中支援チームの理想は理想として、今後検討していかなければいけないと思いますが、実際のところ

ろはやはり困難事例を扱うチームであるということは、データから明白だと思います。

今後の課題については、今、花俣委員からもお話がありました。いかがでしょうか。少し気になったのですが、「チームへの情報提供を業務の負担と感じている地域包括支援センターもあると見受けられる」とあるのですが、これは実際にあるのでしょうか。

○事務局 例えば、地域包括支援センターから情報提供していただく際に使用する書式を定めているのですが、この書式の記載事項をすべて埋めないと情報提供できないと考えている地域包括支援センターもあり、負担と感じているようです。こういった、事業の運用方法からくる負担感について、地域包括支援センターやチーム拠点の皆様との情報交換会を通じて、解消していきたいと考えています。

○飯島会長 分かりました。ありがとうございます。

他にいかがでしょうか。認知症初期集中支援チームが介入した後の効果について、資料2の8ページにまとめられています。しかし、効果といふとなかなか難しい面があります。このように困難事例が多い状況だと、医療や介護保険サービスの導入状況が、重要な指標になってしまうのだらうと思います。丸木委員、いかがですか。

○丸木委員 効果はなかなか難しいですね。しかし、全体的に生活が成り立つような形に少しずつ改善されるとか、それまで全く医療や介護につながっていなかったものにつながるといった形で、効果が現れています。1年目に支援したケースだと、どうしても介入できなかったのは1例だけであり、そういう意味では、認知症初期集中支援チームとしてかなり成果を出していると思います。

花俣委員が先ほどおっしゃったことは、今は現実として認知症初期集中支援チームでの対応は無理ですが、現状ではケアマネジャーや地域包括支援センターがしっかりと診断後のサポートをする方向になっています。認知症初期集中支援チームの「初期」は、ファーストタッチという意味ですから、初めの方向性を付けるということが今のところチームとして一番大事なことです。それさえもこれまで全くできていなかったところです。そのため、医療や介護サービスに結びついたケースを、その後も認知症初期集中支援チームがケアするというのは、少し現実的ではないと私は思っています。

○飯島会長 これは認知症の施策全体にかかわることですね。ですので、認知症初期集中支援チームの事業にかかわらず、考えていかなければいけないと思います。

それでは次に、議題（3）「認知症以外の精神疾患を有するケースについて」として、事務局から説明をお願いします。

（3）認知症以外の精神疾患を有するケースについて

（事務局から資料3に基づき説明）

○**飯島会長** ありがとうございます。なかなか難しいケースについて御報告いただきました。せっかくオブザーバーも来ていただいていますので、埼玉メディカルセンターのケースについてお聞きします。明らかにアルコール依存のような症例ですけれども、どのような経緯で認知症初期集中支援チームに情報提供があったのでしょうか。

○**福光チーム員** 御近所からのクレームが別居している息子さんのところに入って、息子さんとしては医療につなげたいけれども家族だけではとてもつなげられず、地域包括支援センターに御相談されました。そして、地域包括支援センターからチーム拠点に相談が来しました。

○**飯島会長** そうすると、地域包括支援センターはそこで認知症の可能性があると判断したということですね。

○**福光チーム員** 症状的にはアルコール依存の可能性が強いかもしれないけれども、地域での生活が難しくなっていて、認知症初期集中支援チームの力も借りたいということで、相談がありました。

○**飯島会長** なかなか難しい問題ですが、丸木委員はいかがですか。

○**丸木委員** このようなケースは、現状のシステムだとどこも対応をしない、制度のはざまにあるようなケースだと思います。現在、黒川委員にアンケートを取ってもらっているのですが、さいたま市内の地域包括支援センターを対象に、地域包括支援センターが精神科の医師と連携を取りたいと思ったケースや回数について調査しています。何故かといいますと、地域包括ケアシステムの構築を進める中で、最も参画していないのが精神科の医師なのです。一方、国は精神科の医師についても地域包括ケアシステムへの参画を期待しており、またその一方で、精神科の医師としてはどのような形で地域包括ケアシステムに参画したらいいのか分からないという現状があります。そのため、現在、埼玉県内の精神科の診療所の先生方と相談しながら、地域包括支援センターとどのように精神科の医師がうまく連携することができるのかを検討しており、今後、連携の取れる医師が増えれば、今報告いただいたようなケースもだいぶ対応しやすくなるはずです。アンケートについては今月中にはまとまる予定ですので、それをもって、埼玉県内の地域包括支援センターが精神科の医師との連携をもう少し密にとれるような形にしていきたいと考えています。

しかし、このようなケースは現場から見ると、認知症初期集中支援チームが少しでも関与したら、認知症初期集中支援チームがある程度対応しなければいけないというケースだと思いますので、チームも精神科の医師との連携をうまく取れるようなシステムづくりが重要であり、いま行っているアンケートも、その一助になればいいと考えていま

す。

○飯島会長 私もなかなか難しい問題だと思います。やはり、一般開業の医師は認知症の患者さんをあまり診ないという傾向があります。他の患者さんで手一杯で認知症の患者さんを診ることができないという精神科の先生は多いですね。私にもアルコール依存の患者さんがいらっしゃるのですが、アルコール依存を診るという医療自体が日本にあまり根付いていないという印象もあり、非常に難しい問題であるため、どうしても認知症初期集中支援チームに頼ってしまうという側面もあると思います。なかなかここだけの議論では解決できませんが、丸木委員が現在、いろいろ検討されているということですので、そういったことも一助になるといいですね。

精神疾患は認知症と鑑別が難しいので、認知症初期集中支援チームが介入せざるを得ないと思います。一度関与すると、精神疾患だからといって即座に支援終了とするわけにもいかず、医療につなげるまで何とか頑張っていたいただいているようですので、その御苦労が非常によく分かります。

それでは次に議題（４）「その他」について、何かありましたら事務局からお願いいたします。

（４）その他

○事務局 議題（４）「その他」としまして、本委員会の位置づけについて御連絡でございます。本委員会につきましては、平成２７年度に設置をいたしまして、本日の会議も含めまして合計４回開催してまいりました。これまでの間、各関係機関の皆様は認知症初期集中支援チームのあり方について御意見を伺える貴重な機会となっており、委員の皆様にはあらためまして御礼を申し上げる次第です。他方、本市では、今後の認知症高齢者の増加、そしてそれにとまなう認知症の方やその御家族の支援に対するニーズが高まっていくことを見据えまして、地域の関係者の御協力をいただきながら、本市の認知症施策をさらに強化していく必要があると考えております。

つきましては、現在の委員の皆様は任期が平成３１年３月３１日までとなっておりますことから、これを機に本委員会につきましては、認知症初期集中支援チームについての御意見を伺う機能は残しつつ、これに加えまして、より幅広い、市の認知症施策全般に関する御意見を伺うことができる会議体に性格を改めていきたいと考えており、今後、新しい会議体を立ち上げるにあたりまして、委員の皆様は所属団体の方に、委員の推薦の御依頼をさせていただくこととなりますので、引き続き御協力のほどよろしくお願いいたします。事務局からは以上でございます。

○飯島会長 ありがとうございました。

それでは本日の議題はすべて終了といたします。皆様、会議の進行に御協力いただきましてありがとうございました。

【7 閉会】

以上