

●成年後見制度、市民後見人に関して

- ・患者さんが退院する際、退院後の面倒を見てくれる方がなく困るケースがある。しかし、成年後見のために弁護士を依頼する方法は、経済的に成り立たないことが多い。また、親族がいても、判断を放棄しているケースなど、医療現場では大きな問題になっている。こうした場合、欧米では市民後見人が普及している。そのあたりの方策を行政的にご配慮いただけないか。
- ・成年後見に関して、主治医はほとんど情報を持っていないことが多い。こうした制度の広報と、市民後見の仕組みがある市町については、その周知も必要である。
- ・津市の場合、家庭裁判所から依頼があり、市の広報誌へ年2回ほど成年後見制度の紹介を掲載している。今後も、裁判所と連携した対応をしていきたい。
- ・後見人・申立人がいなくて退院できないなど困った場合に、市町に相談し、市長申立となるケースは有り得る。
- ・伊賀地域サポートセンターでは、市民後見人の養成講座とその活動のサポートを伊賀市、名張市からの委託で実施している。
市民後見人の候補者は14名で、裁判所から市民後見人として2名が選任（予定も含む）されている。
市民後見人として養成講座を受けても単独で活動するのは難しく、バックアップ組織を構築して、そこが市民後見人の活動を応援するという形で裁判所に認めてもらう、というケースが全国的にも多い。
- ・ご親族のあるケースは、ご親族に後見人になっていただくことが多い。
親族がない場合は、市長申立となる。津市では、市長申立になると、本当に親族等がいらないか、戸籍等の確認に時間を要し、又、本人の資力確認を行った後、申立となるが、選任後、資力のない人は、公費でまかなっているのが実情である。

(事務局)

県の地域福祉国保課で、障がい者や認知症者などの成年後見制度利用推進検討委員会を開催しており、こちらの検討内容についても次回、資料として紹介したい。

●医療と介護の連携、在宅医療の推進に関して

- ・資料3の市町連絡会結果「医師との連絡の取り方」について、鈴鹿では、地域医療のネットワークとして、在宅医療推進のためのシステムを作っている。こうした取組は、鈴鹿と四日市で進んでいて、鈴鹿の特徴は、医師会として在宅支援診療所を増やしていこうと、しっかり方向付けができていている点である。意識の高い診療所の先生がリーダーとなってこのような成果につながっている。
今、鈴鹿の事例をモデルにした動きが各地であり、ある程度は、県内でこうした取組が広がっていくと考えられる。
- ・桑名市も、地域包括支援センターと地区医師会が、認知症へのご理解をいただける先生方のリストを作るということでスタートし、今は、薬剤師を含めて、認知症の支援のための会議を開かれていると聞いている。
- ・在宅医療推進の取組みは、認知症に特化したものではない。在宅に関するものは全て有機的につながっているの、テーマとして認知症をとりあげることはある。
在宅医療のリーダー研修の取組方向として、地域全体を病院にみたてて、道路は廊下で各家が病室という考え方がある。

●認知症予防事業、介護予防事業に関して

- ・例えば、桑名や四日市や津など、医療資源がある程度整っていて、認知症対策に取り組んでいるところはよいが、ほとんどのところは、医療機関はもちろん介護施設の職員にしても、その場その場の現状をこなすのが精一杯で、認知症対策にまで取り組んでいないのが実情であると認識している。
- ・医療の問題は大きく、それに対する取組もなされているところだが、これ以上にさらに改善する見込みもない。そういう意味では、介護予防は、医師がいなくてもでき、このことを実施することは大切なことであることから、介護予防事業を実施している主体を支援することは重要である。
- ・津市の場合、介護予防に取り組んでいるのは、主に地域包括支援センターである。地域包括支援センターは、多くの事業を持っているので、介護予防事業の全てを実施することは難しく、市社会福祉協議会へ委託するなど、様々な関係機関に依頼し取り組んでいる。
要介護状態等になる恐れの高い高齢者を対象とした二次予防、そして65歳以上の広く一般の方を対象とした一次予防がある。予防事業は対象者が多いので、実施にはマンパワーが必要で、地域包括支援センターの他の事業を圧迫している現状である。
- ・松阪第四地域包括支援センターは、年間5~6クールの予防教室を開催してお

り、1回20名の定員である。65歳以上で基本チェックリスト等の運動等の項目で予防が必要と結果が出た人が対象。

認知症の予防教室については年1回の開催である。ようやく参加者が少しずつ増えているが、「認知症予防」とすると、ほとんど集まらない。ネーミングを「もの忘れ」や「いきいき」など変えて参加者を増やす工夫をしている。運動の介護予防教室と比べると積極的な参加が少ないのが現状である。この部分はどう工夫したらいいか、どこの地域包括支援センターでも悩みであると思う。

- ・ 認知症の介護予防は、各市町で特色のある取組をすることは大切であるが、標準的なおおまかなガイドラインがあってもいいのではないか。そのあたりの県の指導はあるのか。予防と関係ないことを一生懸命取り組まれているのでは残念である。
- ・ いろんな非薬物療法の中で、運動が一番はっきりしたエビデンス（根拠）がある。持続的な激しくない運動で、体操やダンスなどが中心。そこに少し歌がはいてもいい。そうした活動で、できるだけ参加者が楽しめるようなものが認知症予防には一番効果がある。
- ・ 松阪市の場合でも、介護予防事業に関しては国のマニュアルや基準に基づき、「運動・口腔・栄養」と「認知症」は分けて実施している。体と心を分けているような感じである。昨年度から複合という形で、運動＋栄養と口腔はできるようになったが、「認知症」はまだ別である。運動とトータルで行うという形になればいいと思う。
- ・ 介護予防教室へ参加しているご家族からのお話であるが、参加しているうちに、だんだんできなくなり、予防教室から離れていってしまう。そして認知症を発症してしまうというケースがある。そうした予防教室から離れていってしまう人への支援が必要なのではないか。

●支援が必要な人の早期発見、早期対応に関して

- ・ 資料2で、80歳以上高齢者に対する実態調査をしている市町があったが、松阪市でも、実態調査を実施している。対象者は基本チェックリストの返送の無かった方。松阪市第四包括支援センターの担当するエリアだけで1400人。そのうち75歳以上の500人に対して訪問している。8月から訪問を始めて、今、6～7割の訪問を終えた。

こうした訪問活動を行い、心配な方を地域の自主活動のグループへ誘って予防につながるようにしている。この自主活動グループのリーダーの養成にも取り組んでおり、リーダー養成講座で学習してもらう。

市町の予防教室に参加できない方でも、身近なところの自主活動グループへ参加してもらうよう考えている。

- ・ 亀山市では 75 歳以上を訪問している。その結果、リスクのある人の早期発見につなげることはできているように思う。
- ・ 認知症の見守りや情報収集については、地区の社会福祉協議会のメンバーを活用してはどうか。地区社協メンバーには、民生委員、老人クラブ、自治会役員と揃っている。
- ・ 津市としても「地域ケア会議」は（介護保険事業）計画の中に位置づけており、地域包括支援センターが、まず民生委員さんと関係を築いていくことからスタートし、自治会などに広げていきたいと考えている。最終的には医療とつなぐところまでいきたい。
また、地域包括支援センターの業務は、在宅介護支援センターと地域包括支援センターの 2 面性があり、仕事量の問題がある。地域包括支援センターの人員が増えるといいが、そうなると介護保険料が上がるという問題がある。来年度（25 年度）検討会を持ち、再来年から計画的に増員を考えていきたい。
- ・ 老人クラブでは、認知症に一番関心が高い年代でもあるので、認知症の知識や介護のことを学ぶ勉強会を開催しているところである。
予防に関しても、グランドゴルフや体操など運動の取組は積極的に行っており、参加を広く呼びかけている。また、運動が苦手な人には「おしゃべりサロン」として誘っているところである。
老人クラブの全国調査の際にも課題であったが、訪問して誘っても、引っ込み思案で出たくない人を無理にでも引っ張り出すべきなのかどうか。断られても、積極的に誘いに行くべきなのかどうか、今ひとつ自信が持てず、いつも困っている。
- ・ 誘っていただくありがたい。ただ、無理して引っ張り出す必要はない。訪問して誘いに行ったときに異常がないかどうか見ていただいて、異常があれば市町へ連絡していただき、見守りを強化する体制が取ればよいのではないか。
- ・ 自信を持って訪問していただきたい。人との関わりを避ける人があるかもしれないが、本当に誰からも見放されて孤立してもいいと思っている人はいないのではないか。
また、その方に離れて住んでいるご親族があれば、働きかけて親族とのパイプ役にもなれるかもしれない。地域の人声かけなど、社会から見捨てられていないという感じが大切ではないか。

●そのほか

- ・ 今回は認知症の会議であるが、この前の地域医療の在宅医療の会議でも、内容は「高齢化と老老介護が増えてきたという流れに対する対策」であり、そういう意味では同じである。

介護予防も認知症予防も、ほとんど重なっているにもかかわらず、それが別物のように並んでいる。また、行政の中でも縦割りで、同じ部分について違う部署が、いろんな委員会を作っているの、それを一本化しないと、効率が悪く、マンパワーが足りない、お金も足りないという状態になるのではないか。

- ・老人クラブが訪問していいかどうかなど、判断に迷ったときに相談できる場所があることが重要。この場合、老人クラブとつながるべきところは、地域包括支援センターではないか。

認知症サポート医やかかりつけ医、地域包括支援センター、キャラバンメイトやサポーターなど、認知症の人をとりまく支援者がある程度増えてきたので、それぞれの中身を考えていくことが必要ではないか。

- ・近所で、心配な人がある場合、地域包括支援センターへ知らせてもらえる、そして、話を聞いて一緒に動ける、ということが理想である。

国の基準では、地域包括支援センターは25,000人（中学校区2～3）に1か所であるが、エリアが広く、対象となる人数も多すぎて、理想のような動きはできないのが現状。

地域包括支援センターができる以前の在宅介護支援センターについては、中学校区に1か所なので、国の言う「地域ケア＝30分で移動できる距離」ということにもあてはまる。このようなことから、地域包括支援センターとつながる小さな相談窓口が必要ではないか。

- ・資料6の支援者やコーディネーターの連絡先リストの公表について、認知症ケア専門士が電話番号まで明記されているが、まずコールセンターを案内いただければどうか。家族支援の一環として、介護や医療のふさわしい相談先の紹介も業務として行っている。活用してほしい。

（事務局）

連絡先のホームページへの掲載については、ご意見を参考に検討したい。