

## ●平成28年度三重県の認知症施策について

### 【認知症初期集中支援事業について】

・認知症初期集中支援チームについて、27年度に12市町について設置済みということであるが、これらの活動について具体的な資料があれば示してもらいたい。

・（事務局）初期集中支援チームの状況については、現在厚生労働省が各チームの活動状況について調査を行っているので、三重県内の状況についても今後出てくると思われる。

・（東員町における認知症初期集中支援チームの状況）

認知症初期集中支援チームは直営で運営しており、東員町役場の中、包括支援センター内にあるという形である。保健師、主任ケアマネージャー、町内のサポート医、認知症疾患医療センターである東員病院の協力を得て活動をしている。1チームの配置で、月1回定期会議を開催しているが、その場でケースについての助言、助言を踏まえた活動についての報告を行っている。平成27年度については8例に介入した。

・三重県は認知症初期集中支援チームの立ち上げが非常に早く、厚生労働省の調べでは他都道府県内では15～17%の立ち上がりであるところ、三重県内は57%で全国1位。ただ、今後は実際にどれだけ介入事例があるのかという活動実績が重要になってくる。津市と伊勢市のチームは、それぞれ約20例介入が済んでいる状況。

・これは全国的な問題であるが、初期集中支援チームが介入する時に、かなり認知症の症状が進んだ事例が多い。初期集中支援チームの初期というのは必ずしも病気の初期という意味ではないが、疾患の早期発見や受診につなげるということもひとつの重要な役割である。特に当初はそれが難しい事例が多かった。ただ、全国的に進んでいくうちに、初期の事例がだいぶ拾えるようになってきた。

・東員町もやはり最初は症状が進んでいる方の事例が多かった。また、地域包括支援センターも通常業務で同様のことを行っているので、認知症初期集中支援チームとの役割分担が難しい。やはり受診につなげる、介護サービスにつなげるといったケースが多い。最近は認知機能の低下が疑われる方に対し、1名増員して訪問し、そこで判断をしたうえで初期集中支援チームに上げているため、少しずつ早期に改善が見られたり、家族の理解を得られたりするようにな

ってきているというのが現状である。

- ・認知症初期集中支援チーム、地域支援推進員について、四日市は3つある地域包括支援センターのうち、昨年度から四日市北地域包括支援センター、今年から四日市南地域包括支援センターが動き始めたばかりで実績としてはあまりないが、昨年、北地域包括支援センターで20件くらいの介入があったということであった。南地域包括支援センターはまだまだこれからといったところ。

- ・その際に懸念するのは、どういったケースを認知症初期集中支援チームで関わるべきなのかということ。認知症の初期の段階で相談が入ることもあるし、通常の相談の中からこれは認知症初期集中支援チームの方で関わってくれた方が良いという話が入ることもある。その判断基準が曖昧というか、それぞれがそれぞれの判断基準を持っている。

- ・認知症初期集中支援チーム員の中に認知症サポート医がいるが、認知症サポート医もまだまだ少ないので、範囲を広げることが難しい。とりあえず医師に訪問してほしいという相談が入ることも多いが、それは今の段階では断っている。一番初めのスクリーニングを行い、チーム会議を行ったうえで、医師が訪問するかどうかを決めるということではいかないと、非常に混乱するのではないかと現場として感じた。

- ・全国的に認知症初期集中支援チームの嘱託医の確保が一番難渋する。一番初めに手をあげるのは、自分から患者のところに行って診療するような非常に熱心な医師であるが、全員にそれを期待するとなると現場が動かなくなる。また、認知症初期集中支援チームの、全国の最初の600件の介入事例の研究事業を国立長寿医療研究センターが行っているが、医師が自分で見に行くというのは必ずしも必要ではなく、チーム員が行って概要をつかんで、医師は報告を受けて判断し、どうしても必要があれば見に行くというスタンスの方が現実的には回しやすいとのことである。あまり高いスタンスに揃えてしまうのではなく、もう少し現実に即したやり方で行う方が結局効率がよい。

- ・認知症初期集中支援チームの嘱託医について。最初は基本的にサポート医兼認知症専門医と厚労省は言っていたが、それではまわらないということで、認知症サポート医兼認知症の鑑別診断を主とした診療経験が5年以上ある医師に変更になった。ある程度鑑別診断が可能な医師であれば、それで良いということになったので、現実敷居がぐっと下がった。認知症サポート医は現在全国で2000人、これを何とか増やそうという取組をしているが、基準値に達するまではまだかかる。ただ、これを現実的に運用していこうという取組がなされている。

- ・認知症サポート医について。当初、認知症初期集中支援チームの専門医のしびりがかなりきつかったので、手上げがなかなか進まなかったが、チーム専門

医の資格が緩和されてから、認知症サポート医研修の申請が殺到している。各地域で認知症サポート医の数を万遍なくそろえるために、公費受講の人を選定しているが、自費で参加している数も相当増えている。極端なレベルを期待しなければ、ある程度は対応していけるのではないか。

- ・認知症初期集中支援チームを今後どのように増やしていくのか。認知症初期集中支援チームにどうやって連絡するのか、アクセスの問題もある。
- ・ケアマネージャーの方でも認知症初期集中支援チームについてまだまだ意識が低い部分があるので、研修等の機会に意識づけをしていかななくてはいけない。
- ・認知症初期集中支援チームを通じて、地域包括支援センターが学んだこととして、医師との繋がりが、敷居が高くてうまくできていなかったということがある。認知症疾患医療センターやサポート医から、もっとかかりつけ医等から情報をもらってくるようにと繰り返し教えられることで、最近では色々と尋ねることもしやすくなった。やはり自分たちの方から医師のところへ出かけるということが中々できていなかったのが反省しつつ、それを改善してきている。

### 【認知症地域支援・ケア向上推進事業について】

- ・配置済み市町で、認知症地域支援推進員の雇用形態、身分保障がどうなっているかということについて教えてもらいたい。
- ・（事務局）認知症地域支援推進員については、ほとんどの市町で地域包括支援センター職員もしくは市町職員が兼務として業務にあたっていると聞いている。
- ・東員町では、認知症地域支援推進員は、認知症疾患医療センターである東員病院に看護師の派遣を委託しており、週2回地域包括支援センターに来て活動している。
- ・地域ケア会議も含めて認知症地域支援推進員の役割があると思う。四日市では認知症地域推進支援員は地域包括支援センターに委託されているケースが多いが、認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員と地域包括支援センターとの間で、横のつながりと判断基準も含めて、十分に連携をとり、一般の方々に対しても認知症初期集中支援チームを含めた正しい役割を理解してもらわないといけない。せっかく新しい政策ができたのに、来たケースに対応できないと、クレームとして跳ね返ってくる場合があるというのが危惧するところ。実際に苦情につながりそうなケースもでてきている。
- ・三重県、全国の問題として、認知症初期集中支援チームとしての機能、業務範囲は何なのか、そのあたり横のすり合わせをする必要があるのでは。まだ開始2か月目で分からないところはあるが、そのように感じる。

### 【e-モニターアンケートについて】

・e-モニターアンケートについて、「認知症疾患医療センターを知っているか」これが7.5%というのは情けない数字。ただ、これは一般の方を対象ということで、専門職の方を対象にするということであれば、それなりに上がるのではないか。認知症疾患医療センターで相談を受ける内容としてはBPSDと呼ばれる行動障害、妄想や興奮がある患者の事例が多い。行動障害について、精神科が対応するというのはままあること。地域包括支援センター等、専門職の方であれば認知症で行動障害がある場合にすぐに精神科を思いつくが、一般の方であればなかなか思いつかない。行動障害がある場合、精神科がひとつの手段であるということが広まれば、認知症疾患医療センターについての知名度も上がり、またもちろん薬物療法等で行動障害が改善して、落ち着く場合も十分あるということで、安心してもらえないのではないか。精神科が認知症に関する場合について、広報等ができればよい。

・アンケート上では認知症コールセンターの認知度もかなり低い。これは潜在的に相談する場所がない、誰に相談していいかわからずに抱え込んでいる家族が多いということではないかということも課題として改めて感じた。何も情報のない状態で、最初に相談できる場所としてコールセンターがあるということをもう少し周知していく必要があると実感している。

・認知症疾患医療センター、認知症サポーター、また地域包括支援センターも認知度が低いというのは従来から指摘されている点で、今の社会状況の中で非常に具合が悪いが、今回のアンケートの認知症疾患医療センターの認知度は5.7%から7.5%と前回より2%近く上がっている。その間にチラシを4000部印刷して県下で配布し、また、コンビニ、運転免許センターにチラシを置いている。そういった地道な作業を行うと少し上がるので、これからますますそういった取組が必要である。

・e-モニターアンケートという調査方法（インターネット上のアンケート）であると、年配者はあまり回答していないと思われる。回答が若年者に偏ると認知度が下がると思われるので、そういった調査方法の問題もあると思う。

・e-モニターアンケートの質問項目に、地域包括支援センターの認知度を入れると良いと思う。例えば松阪市では地域包括支援センターの認知度の調査をしているが、大体3割ぐらいの認知度でまだまだ低い。このアンケートに地域包括支援センターを入れれば、それがPRにもなるのではないか。

## 【若年性認知症に対する支援について】

・資料2の若年性認知症の支援状況について、取組なしの市町村の理由の説明があったが、現在県内に若年性認知症として把握されている方はどれぐらい居

るのか。個別対応をしている市町がどれだけあって、若年性認知症の方が居るけれども支援をしていない市町がどれだけあるのか教えてもらいたい。

・(事務局)平成26年度に若年性認知症の実態調査を行い、平成27年の9月に公表を行ったが、その調査のなかでは、若年性認知症の方が246名との結果がでていいる。これは要介護認定の申請をされている方がベースであり、申請を行っていない方については把握されていない状況。市町のうち、半数以上については若年性認知症の方が5名以下であり、個別支援、個別対応に終始している状況と聞いている。一部の市町では、出来上がった認知症初期集中支援チームのチーム員が訪問対応を行ったり、県と協働で行っている若年性認知症カフェを設置して、つどいの場を提供したりしている状況である。

・若年性認知症について。認知症の人と家族の会と連携して、若年性認知症サポーター養成講座を行っている。四日市で既に開催しており、今度は伊勢でも開催予定である。受講資格は認知症サポーター養成講座を受けた人としており、約30の方が受講している。また養成講座を受けてもらったけれども、実際に携わってもらうことが必要だろうということで、受講者には認知症の人と家族の会の若年性のつどいに来てもらっている。

・ご本人は、四日市市周辺では5~7名の参加。その方々は毎回、家族とともに来てくれている。他市職員がこの活動を聞いてご本人と家族を連れて見学にきてくれたり、他地域の方から、地元では無いのだろうかとお電話をいただいたりといったこともあったので、今回伊勢市で開催することとした。

・やはり聞くのと、実際に本人に接して話をする事とでは全然違うので、戸惑われることもあるが、若年性認知症サポーターの方には意欲的にやっただいていいる。若年性認知症サポーターになっているのは、地域包括支援センターの方、介護事業所の方、認知症の方を見送られた家族の方、デイサービス利用や、施設に入られていて体が空いたのでサポーターをやってみたいという家族の方など。

・利用者の女性の方で、ご主人が非常に困っていて、デイサービス等で断られたということもあり、3ヶ月に1回の集いであるが、来て、自分の話を聞いてもらえることだけでも助かると言われている。

## 【道路交通法の改正について】

・認知症初期集中支援チームの活動のなかでも、運転免許についての相談があった。運転免許返納の場合は家族の協力が必要であるが、家族はやはり近くまでは自分で出て行くなど、ある程度は自立もしてもらいたいということで苦慮したところである。

・これは行政にもぜひ考えてもらいたいが、認知機能検査結果が第1分類（認知症の恐れがある者）の方が全体の3%、三重県で1000人を超えるというのは非常に恐ろしい数字であると思うが、認知症の初期であれば車で通院できる方もたくさんいる。通いなれた道で、短距離であれば運転できるが、1人で遠出はできないという人の免許をどう考えるのか。限定免許という仕組みなど、何かがないと、都会ならまだしも、過疎化した地域で早期から免許証を取り上げるといふ方向には行きたくないと思う。

・免許の件は本当に困った問題である。ただ、認知症の方の運転は、現時点では全て禁止。患者、家族にもそのように指導せざるをえない。認知症の方の運転免許は、位置づけとしては相対的欠格事由であり、認知症ということで全て禁止にはしていないが、その相対的な除外理由は、認知症が疑われて、確定診断がつくまでの一定期間だけの除外である。日常生活に障がいがあるのが認知症であるから、物忘れがあつて困ることがあつても、日常の基本動作に問題のない方はたくさんいる。特にコンビニもないところに住んでいる人は、車に乗れなくなると、どこにも行けなくなり家の中に閉じこもる。そうするとよけい認知症が進むし、生活すら成り立たない。それでは困るので、医者のところに来なくなるというのではよけい困る。

・日本認知症学会でも、そういったことに対する学会としての要望をしていく必要があるということをお話している。法律と現実とかなりかい離がでているが、今できることを詰めていく、埋めていくことが必要な時期。

・コールセンターで受ける相談の中に、運転免許の問題もある。地域的な問題で、患者の運転免許を取り上げると、家族自身が生活できない。買い物にも行けない、病院にも行けないということで、良くないと分かっているが家族が容認している場合もある。ただその場合、事故が起こってからでは遅いので、他に代わる支援の方法を探そうという話をして理解を得ているが、地域的な問題ということだけでなく、運転すること自体が本人の意欲である場合もある。プライドを持って生活していくうえで免許・運転が欠かせないという家族もいる。そのうえで、どうやって免許を返納してもらえばいいのかという、本当に切実な悩みもある。

## 【その他、取組実績と課題に対するご意見】

・病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修について、今までの受講者が300人とのことであるが、うち医師と看護師の割合はどうなっているか。看護職員認知症対応力向上研修の話もあったが、医療チームにおいて、認知症対応については看護師等、医師以外の職種的重要性が非常に大きい、病院執

行部の理解がないと研修には参加しづらい状況がある。病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修に病院の勤務医の参加が多くなると看護師の研修の受講もより進みやすくなるのではないか。

- ・(事務局) 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力研修は、平成25年度から年1回ずつ開催しているが、医師は各研修1～3名の参加、通算では10名弱である。看護師が一番多く、約半数である。他に理学療法士、作業療法士の方等に参加いただいている状況である。

- ・コールセンターに相談してくる方は、受診に繋がっていない、介護サービスに繋がっていない方が多い。その中で、困りごとがある場合、まず地域包括支援センターの存在を知ってほしいということで、紹介することが多い。

- ・気になったのが、資料2の徘徊の問題。ご本人に対して、徘徊時の居場所がわかる機器を靴等に装着しても、うまく対応できない事例がでている。この問題は地域の支えあいの問題であり、トラブルが起こったときに、いかに必要な情報を流すかという連携の問題でもある。認知症の方だけということではなくて、子供にも関わってくるかもしれないし、地域の色々な方の困りごとをどうやって支えるかということの一つの形だと思う。

- ・成年後見制度関係で、今回の資料には入っていないが、今年の4月に成年後見制度関係法の改正と、成年後見制度の利用促進に関する法律等の施行(5月13日施行)がなされており、この中に、各都道府県の立場と市町村の位置づけが明記されている。また、内閣のなかに関係会議を持つという形になった。この会議は一定の時限立法の要素も持っているというが、これが具体的にどうなっていくのか。これは後見が必要な方だけではなく、本人がより良く生きていくために、どのような支援が必要になるかというところにも繋がる問題でもあるので、またこの件について詳細含め情報提示をいただければと思う。

- ・資料2において、認知症の方が地域から施設入所を求められるということがあったが、現に、認知症の方の行動で近所トラブルが起こっているケースがある。この場合は、ご家族に理解がないということで、近所の方が困っている。警察が来ててもどうするというのもできない。

- ・近所のトラブルをどう解決するのかということで、津市内には認知症サポーターが約7000人いるらしいが、民生委員は約600人で、10倍以上の人がいる。介護サポーターにしても認知症サポーターにしても、行政は人数を増やすことには熱心ではあるが、その後どう活躍してもらうのか。うまくいっている市町もあるとは聞くが、津市ではあまりうまく機能していないと思う。せつかくサポーターの研修を受けてもその後どのように活躍してもらうのか。活動の場についてはやはり行政が指導してほしい。それだけの数が真剣に動けば地域も変わっていくのでは。

## ● 「認知症サミット in Mie」 について

### 【実行委員会による説明】

・認知症サミット in Mieは平成 28 年 10 月 14、15 日の二日開催予定。主催は三重大学、日本認知症学会、国立長寿医療研究センター、の三組織が主体となっている認知症サミット in Mie 実行委員会である。

サミットが 5 月に伊勢志摩であったところだが、この認知症サミット in Mie の位置づけとしては、ポスト伊勢志摩サミット関連事業である。

・2013 年ロンドンサミットがあった際、元々イギリスは認知症施策に熱心な国であるが、認知症施策をどうするかということで、かなり特別な議事として取り上げられてきたという経緯がある。その後もサミットまたはサミット関連の会議の際に認知症が取り上げられてきた。日本の場合、2014 年 11 月に東京でサミット後継会議があり、これは翌 2015 年 1 月に発表された新オレンジプランに向けての会議であった。そういう経緯もあり、今回はサミット本体の中での位置づけはないが、やはり何か取組があった方が良くという声が多く寄せられた。そこで三つの組織の中で話し合い、実行委員会を作ってこのサミットを行うこととなった。三重県からも強力な支援を得ている。

・今、認知症の患者は急速に増えており、約 500 万人の患者がいる。同じように患者が多い病気はたくさんあるが、認知症は本人だけにとどまらず、介護離職の問題や、徘徊による地域社会への影響など、色々な問題がある。これに対する解決としては、根本治療薬ができればそれが一番明快な方法であるが、残念ながら現時点では臨床試験の段階であり、すぐに臨床治療薬として登場するという状況ではない。そのようなことを考えると、今の社会への対応は少し後手に回っている印象。それをどう解決するかということについて、一朝一夕でできる簡単なものではないが、やはり今できることをすべきだということで、本当に困っている患者、そして家族の視線で、問題を考える。

・認知症というものは、薬を飲めば治る病気ではない。それは例えば高血圧でも同じといえば同じであるが、認知症は、薬物の果たす役割が他の疾患に比べると明らかに小さい。非薬物療法が大事であるし、それ以上に患者への接し方、あるいは家族への説明の仕方が非常に大事な病気であり、患者・家族の視点は欠かせない。また、社会での認知症に対する理解、認知症患者へのサポート体制をどうするかということが非常に大事な病気でもある。そういったことを含めて、地域社会、三重県に留まらず、全国に発信していきたい。

・また、特に東海地方はモノづくりの先端地域。その中にはGPS、介護ロボット、色々なものがあるが、それを認知症患者の生活にどう役立てていけばいいのかということが今後必ず必要になる。ただ、実際適用するととなると、例え

ば患者に本当にGPSを付けて良いのか、高齢者の尊厳を損なうことにはならないのか。また介護ロボットは本当に安全なのか、事故が起こったときにどういった体制で保障するのか、といった色々な考えが出てくると思う。日本は認知症の介護は世界トップクラス、モノづくりの先端技術も世界トップクラス。ただ、そのふたつを繋ぐ仕組み、人材育成、教育、そういったものがまだ欠けているので、5つ設けているワークショップを通して議論を行いたい。議論を通して合意を作って、2日目の最後に発表を行う。

・さらに、アジアに対する発信という意味もある。日本は今少子高齢化で、こういった問題のある意味で最先端だが、今後、東アジア、南アジアも少子高齢化の波を被ることになるということが分かっている。むしろ日本よりもっと激しい波にさらわれることになるかもしれない。それをどうするのかということについては、先々を見据えての問題になっている。そういった地域から認知症の専門家を招いて情報共有をはかるというのもひとつの目的である。