

平成23年度第1回三重県認知症施策推進会議

平成24年1月13日（金）13時30分～15時30分

○主な意見

- ・認知症コールセンターのPRは工夫が必要である。
- ・認知症介護実践者研修は長期の研修であるため、グループホーム等の少人数の事業所は参加が難しい。また、デイサービスの送迎担当など、実践研修を受ける対象になっていない方が、ご本人や家族に接する機会が多いことがある。そのため、実践者研修よりも短期間で認知症に関する理解を深めるための研修の必要性を感じる。
- ・自分たちも予防のための活動や、認知症に対する理解を深める勉強を始めている。また、日頃から行事を通じて交流が深いと、発見が早い。物忘れの状況やいつもと違う様子に仲間が気がつく、ことがある。
- ・ご夫婦ともに認知症のケースなど親族による後見ができない場合、弁護士や行政書士等の成年後見となるが、その担い手も不足しているのが現状である。そのため、市民後見人の養成という事業が始まってきた。養成だけではなく、その後の活動のサポートも重要である。一方で、元気な間に、自分で後見人を決めて話し合っておくなど、早めの準備をしておくという普及啓発が必要ではないか。
- ・一人暮らしの高齢者に関する相談では、成年後見制度に関することも増えているので、どこへ相談したらよいか、そうしたことを民生委員が集まり、学ぶ機会を持っている。お一人暮らしの人が認知症になったときのことが一番気にかかる。
- ・専門医は少ないため、それに頼った対策はとれない。また、医師不足で医療が対応できることは限界がある。よって介護と連携しないとどうにもならない現状である。医療と介護の連携の際に、コミュニケーションを取りにくいという課題はある。その点、津地域で取り組んでいる医師と市内9地域包括支援センターの事例相談会は、うまく取り組めていると感じる。理由として考えられるのは、この事例相談会の世話人組織には、医師もいるが、介護側の地域包括支援センターの人たちが主人公になっているため、自由な雰囲気でコミュニケーションが図れているからではないか。こうした事例相談会が他の地域でも開催されることによって、介護と医療の連携という点は、少しづつ状況が改善していく可能性はある。
- ・連携やネットワークは、できるだけ実践的なものを築いていかないと問題は

解決しない。

- ・ 医師は病気は見えるが生活まで見る余裕がない。また、介護側は生活はよく見えるが病気に詳しいわけではない。その谷間に落ちるのはご本人である。
- ・ 認知症のB P S Dは、ご家族の支援により現れ方が違う。この家族の支援の部分に対する手当てが必要ではないか。
- ・ 認知症のB P S Dで精神科に入院し、危篤状態になった際、転院先を確保することが難しいという現実がある。身体合併症のときの手当てが必要ではないか。
- ・ 地域包括支援センターを核とした、医療や介護、見守りボランティア等のネットワークづくりに取り組みたい。住民から相談を受けた際に、しかるべきところへつなげられるものにしたい。
- ・ グループホームへの入居を待っている人は多い。しかし、グループホームが増えていない市町は、そうした待っている人たちはどこへ行くのか心配だ。家族の犠牲の上に、ご本人の犠牲の上に生活が成り立っているという現実がある。
- ・ 認知症の人も住みなれた地域で暮らすという施策の方向だが、デイサービスも、もっと地域との交流やつながりを持つ必要があるのではないか。
- ・ 新しいものをどんどん作るよりは、今あるものをいいものに。
どこに何があってどういう活動をしているのか情報が乏しいため、それらを繋ぎ、面の関係を作り情報を流す。また、情報を共有化する。津地域事例相談会では相談窓口や医療機関などのマップを作り、各包括支援センターへ配布している。
- ・ 人もお金も増えないのなら、情報共有で認知症対策の効率化を図る。そして、独居の認知症高齢者の対策が重要ではないか。
- ・ 認知症高齢者の増加に対する危機対応が必要。精神科の救急対応の多くは認知症のせん妄によるものである。高齢者の全体数が増えるということは、こうした救急も増える。
- ・ 基礎疾患が悪化して入院が必要になつても認知症があると入院が難しい。救急車で運ばれるしか方法がない。施設が足りないし、医師も足りない。
- ・ 家族のレスバイトのためにショートステイを使いたいが、難しい。家族支援もセットで考えるべきだと思うが、ケアプランは本人中心である。家族の支援も重要である。
- ・ 支援と相談の窓口がたくさんあることが混乱を招いているのではないか。
- ・ 看護の関わりが必要。認知症認定ナースという制度もあるので、今後の活躍を考えて、そうした人を育てていく必要があるのではないか。