

## 2023年度 認知症初期集中支援事業等運営関連部会

1. 日時 2023年8月1日（火）19：00～21：00
  2. 場所：三宮研修センター 805号室
  3. 審議事項
    - ① 部会長の互選
    - ② 認知症初期集中支援事業の運営と評価について
    - ③ 認知症疾患医療センターの運営と評価について
    - ④ 認知症診断助成制度における診断後支援について
- (○=委員 ●=事務局 (神戸市))

### 【審議事項①】 部会長の互選

互選の結果、古和委員を部会長に選任。

### 【審議事項②】 認知症初期集中支援事業の運営と評価について

- 資料6、7、8説明
- コロナと共存しながら、初期集中支援チームの活動がしっかりとできていることがデータからもよく分かる。活動事例集も非常に良く出来ているが、あんしんすこやかセンター等に配布されているのか。
- あんしんすこやかセンターや医療機関等に昨年度配布している。
- 困難事例について、サービスや医療、訪問に対する拒否が挙げられているが、ケースごとの検討や分析は行っているのか。
- あんしんすこやかセンターからは、拒否が強い事例が上がってくることが多いため、困難事例が必然的に多くなる。拒否があるケースの多くについては信頼関係を作り、結果的に受診や介護サービスに繋がっている。拒否以外の困難事例としては、今年は特に本人や家族に精神疾患がある事例が多く、そういった事例はチーム員会議で精神科の先生から助言を受け対応している。近隣トラブル、ゴミ屋敷、セルフネグレクトのある事例に対しては、地域ケア会議等を活用し、解決法を検討のうえ対応している。
- 最終的に拒否が無くなり、医療や介護に繋がった事例の割合は。
- 介入前は診断を受けていない事例が147件、介入後に何らかの診断に至った事例が109件であるなど、かなりの割合で医療や介護に繋がっている。
- 介入後も介護サービスの利用を希望しない方が5割以上いるが、希望しない理由は。
- 本人や家族が希望していない事例もある。また、比較的軽度の方で、あんしんすこやかセンターなど地域の声掛けを受けながら生活できるので、介護保険のサービス利用までは希望しない事例もある。
- 「地域の見守り」「社会交流支援」とは、具体的に何を行ったのか。地域に認知症の方がいるという相談が最近増えているが、対応が難しいと感じる。
- オートロックマンションに住んでいる方で、中々部屋に入れない事例では、本人の友人やマン

ションのコンシェルジュ等を通じ安否確認を行うなど、本人の同意を得た上で、地域の力を借り情報を共有している。

- 特別養護老人ホームでも、入所された方に精神疾患があり、精神科入院に繋がりたいが困難な場合がある。今後の課題として上げられている「精神疾患の高齢者を支援する制度」について、具体的なイメージは。
- 初期集中支援事業は認知症の方を医療・介護に繋ぐことに特化したチームであるため、統合失調症や被害性妄想などの症状がある方に対するアプローチには難しさを感じている。そういった部分に対する支援が欲しいと考えている。
- 神戸市としては、精神疾患の可能性があっても認知症の疑いがあれば支援依頼を受け、精神科医が現場に行くなどの対応を行っている。精神疾患を持つ高齢者の支援には専門的なスキルが必要であるため、そういった高齢者への支援に特化したチームなどが出来ないかと考え、提案している。なお、認知症と精神疾患の切り分けは難しく、仮に精神疾患の高齢者を支援する制度ができた場合にも、初期集中支援チームとの連携が必要となるだろう。
- 施設入所者は初期集中支援事業の対象にならないため、介護施設にも初期集中支援チームが持っているノウハウを共有できればより良い。
- 85歳以上の対象者が増えている。男女比の内訳について、85歳以上は女性が多いのか。
- 男女比については全体の割合のみ把握しており、約68%が女性。
- 高齢者がIT化に対応するのは非常に大変である。例えばマンションの暗証番号を覚えるのも高齢者にとっては難しく、さらに認知症の症状が出てくると、今まで住んでいた家に住み続けることすら困難になる場合もある。何か住まいについての相談は受けているか。
- 鍵をよく失くす事例について、地域ケア会議で鍵の管理方法を議論した。オートロックのマンションの場合、共有部にキーボックスを付けられないという規定もあり、難しい。
- スウェーデンではケアワーカーが1日6回も訪問するなどの手厚いサービスにより、多くの高齢者が在宅で生活できている。まち全体が認知症の方を支えるようなシステムになれば、さらに介入がうまくいくのでは。
- 難聴の方の家を訪問する際、インターホンの音が聞こえず玄関に出てこない事例が多く、対応に苦慮している。IT化で解決できないか。
- インターホンを音ではなく光で知らせる装置があるので、それを設置するのも一つでは。
- 支援件数や訪問回数について、区による差があるが、なぜか。
- 高齢者人口や、地域の診療所の件数、住宅の種別の割合、世帯構成の比率などについても区による差があり、そういった区ごとの特徴にも影響されるものと考えている。なお、訪問回数は多ければ多いほど良いというわけではなく、少ない訪問回数で解決できればそれが一番良い。支援件数や訪問回数が少ない区からの苦情等は特に聞いていない。
- 初期集中支援事業の活動について、受診困難事例はあんしんすこやかセンターから上がってくるのか。
- 地域の方はまずあんしんすこやかセンターに相談していただき、状況に応じ初期集中支援チームが集中的に関わる。受診については、診断助成制度があるので受け入れられやすい。オレンジダイヤルから初期集中支援チームに繋がる事例もある。

【審議事項③】 認知症疾患医療センターの運営と評価について

●資料 9、10 説明

- 疾患医療センターと地域包括支援センターとの連携について、センターによる濃淡はあるのか。
- 疾患医療センターは各区に1か所の設置ではなく、元々1か所認可していたものを順に増やしていった経緯がある。精神科入院を受け入れる大規模な病院が東灘区や灘区には無いなどもあり、連携にも濃淡があるのが現状。
- 全国的な問題として、地域包括支援センターに業務が集中していることが挙げられる。疾患医療センターとの連携においても偏りがあるのであれば、分散させる必要がある。
- 認知症の人と家族の会の集いにおいて、「診断されたものの、その後どうすれば良いのか、教えてもらっておらず分からない」という方がたまにいる。疾患医療センターでは、診断後そういった案内は行っているのか。
- 診断助成制度の第2段階では、助成金の申請方法と併せて、今回の診断内容や、介護保険などの利用できるサービスについて説明を行っている。疾患医療センターも第2段階に含まれるため、そういった説明は行っているはずではあるが、改めて周知したい。
- 診断後相談で最も多いのは「介護方法・対応について」であるが、介護についての認知症サロンが実施されていない。介護方法についてのサロンが実施できればより良いのでは。
- 神戸大学病院では今年度からハイブリッドでサロンを実施している。テーマを固めすぎず、本人や家族に自由に話してもらい、それに対して専門の看護師や医師、他の参加者から双方向的に意見を出し合うような場も作っている。
- 各センターで、多少診断後相談の内容の割合が異なる。心理相談はこころの医療センターが多いが、特化しているのか。また、センター同士の横の繋がりはあるのか。
- 診断後支援を実施する職員の職種はセンターにより異なり、心理師を置いているセンターは心理相談に対応しやすいなどの差はある。また、疾患医療センターの地域連携会議では、センターごとの強みや特色について情報交換を行っている。
- 診断後相談で「その他」の件数が多い。家族や本人がやってみたいことや希望などを拾い上げ、支援を行った件数などを集計できればよいと思うが、「その他」にそういった件数は含まれているのか。現在の集計項目は、既存の制度やサービスに当てはめた形で作成されているように感じる。
- 集計項目は疾患医療センターの担当者とも相談の上作成しているものである。現状「その他」にそういった内容の相談件数がどれほど含まれているか分からないが、今回の意見についてはセンター側にも伝えていきたい。また、ピアサポートや家族同士の相談なども、これまではコロナ禍で実施が難しかったが、今後充実させていきたい。
- 認知症基本法は、制度や施策よりも認知症の人を中心とした法律だ。認知症基本法との関連性のようなものも強調できればよい。

【審議事項④】 認知症診断助成制度における診断後支援について

●資料 11 説明

- KOBE みまもりヘルパー事業、認知症地域支え合い推進事業の実績について教えてほしい。
- みまもりヘルパーは、コロナ禍の影響もあり利用申込者数は現在 47 名だが、一定のニーズはあり必要な制度だと考えている。認知症地域支え合い推進事業は、申込件数も多く需要が非常に高い。専門職を講師として地域に派遣し、地域での支えあいの基礎を作っている。
- 学校や、子どもは対象にしているのか。
- 学校は対象にしていないが、子どもへの啓発は重要と考えている。例えば、認知症サポーター養成講座などに、子どもも参加できる仕組みを作れないかと考えている。
- 高齢者用の集いの場は比較的多く開かれているが、若年性認知症の方が行きづらいという悩みをよく聞く。若年性認知症の方やその家族が参加でき、活躍できたり、悩みを共有できる場所も作ってほしい。
- 若年性認知症は高齢者の認知症とは違い、利用できるサービスも少なく制度の狭間にいる。患者数が少なくニーズも異なるので、啓発活動が重要。
- 認知症ケアパスには状況に応じた認知症の方への支援が分かりやすく記載されている一方、若年性認知症は高齢者の認知症とは異なる病状の進行をすることがあり、対応が難しい。若年性認知症の方の新薬に対する期待値は高い一方、全員が新薬の適用対象となるわけではないため、治療法が出てても難しい面は残る。医療相談や診断後支援の充実により、患者に寄り添っていくことが重要。
- みまもりヘルパーや認知症地域支え合い推進事業を、介護保険計画等に入れていき、今のうちから地域の力を蓄えておくことが重要。また、事故救済制度は認知症の方が安心して出かけられる機会を増やすことに価値があり、認知症神戸モデルが、制度利用者の社会生活にどのような影響を及ぼしているのか追跡調査を行うことも重要と考える。スコットランドのリンクワーカーなどの先進事例も参考になる。
- 事故救済制度が開始してから約 4 年が経過したが、認知症の方が日々多くの事故を起こしたり、大規模な損害を生じさせたりしているわけではないことが分かった。認知症の方の外出を恐れすぎる必要は無いことを、さらに発信できればよいのかもしれない。