

第1回 函館市認知症初期集中支援チーム検討委員会 会議録（要旨）

開催日時 平成29年7月12日（水） 18:30～

開催場所 函館市総合保健センター2階 健康教育室・研修室

議事

- (1) 認知症初期集中支援推進事業について
- (2) 函館市認知症初期集中支援チーム体制（案）について
- (3) 平成29年度検討委員会スケジュールについて
- (4) その他

出席状況

委員	三上昭廣委員，谷内弘道委員，阿部栄里子委員，高柳靖委員，矢田洋介委員， 酒本清一委員，鈴木貴子委員，伊丸岡知明委員，中村清秋委員，福島久美子委員 (計10名)
報道関係	函館新聞社，北海道新聞社
事務局	佐藤 ひろみ 保健福祉部次長 佐藤 進二 保健福祉部高齢福祉課長 笹原 俊江 保健福祉部高齢福祉課主査（介護予防・認知症担当） 岩島 貴寿 保健福祉部高齢福祉課主査（高齢者・介護総合相談窓口） 手塚 加津子 保健福祉部高齢福祉課（介護予防・認知症担当） 佐藤 妙子 保健福祉部高齢福祉課（介護予防・認知症担当）

会議要旨

開会

- 1 挨拶 保健福祉部次長挨拶
- 2 各委員の紹介
- 3 事務局紹介
- 4 函館市認知症初期集中支援チーム検討委員会設置要綱について（事務局より資料1により説明）
- 5 会長・副会長の選出について
事務局より，今年度は，実務的な協議を中心と考えており，事務局の提案に対して現場の視点で忌憚のない意見を頂く場とすることから，今年度は会長，副会長を置かないことを提案
(全委員了承)

6 議事

- (1) 「認知症初期集中支援推進事業」について
(佐藤課長) (資料2により説明)

(三上委員)

先程、高齢者の意思の話があったが、説明の流れの中で本人の同意を得てという部分がどこにもない。

本人の知らないところで関係者が動き、突然、本人宅を訪問というのは不自然である。

精神科の入院であれば、任意入院の説得をして、困難であれば医療保護入院という形になる。今回の場合は、本人の同意は必要なのか、という疑問がある。

(佐藤課長)

おそらく本人の同意は初回訪問やこれからチームがかかわっていきます、ということをお伝えしながら本人の認知症の評価をしていくと思うが、実際、本人のこういった同意なのか。

(三上委員)

例えばその人の生活状況を調査する訳だが、そこからすでに始まっている。訪問前にすでに本人の調査が始められていることについて、それで良いのか。

どうしても不可能な場合もあるかもしれないが、調査の場合でも「皆が心配しているから市の方で介入していいか？」という一言が必要。本人の知らないところで関係者が相談しているのは好ましくない。

(佐藤課長)

どの時点で本人の同意をもらうか。説明した流れからいくと、地域包括支援センターが状況確認した際や情報収集をする時である。

実際、本人の受け入れができていない場合は、様子を見ながら対応していく。すぐにチームでの対応にはならず、一定程度、本人の了解が得られるまで様子を見る必要がある。本人の了解が得られないまま進めるのは逆に好ましくない。

(三上委員)

認知症医療疾患センター受診時は、拒否をしながらも足を運び診察室に座ってくれる。そこが医療のスタートになる。曖昧な中でどんどん進むのは気をつけたい。

(佐藤課長)

わかりました。

(福島委員)

まず情報収集や医師への引き継ぎでは、包括に色々な相談が集約される。集約される前に市や居宅支援事業所のケアマネジャーが色々な相談を受けている中で、本人の希望や本人の気持ち等を確認できる。

私の中では、包括や市や認知症疾患医療センターなど色々なところが情報収集をして、それらが市に集まり、そこであらためて動くと考えていたが、函館市は包括が集約するという事で決定的なのか。

(佐藤課長)

包括に集約しながらも(初期集中支援チームの)対象者をどうするかについて、次回の会議で示したい。

国の考えている対象者は、40歳以上で介護サービスにも医療サービスにも結びついていない、病状が顕著だが医療に結びついていない方としている。

普段の包括の業務の中でも普通の業務として認知症の疑いがあったとしても、介護認定を受ける、介護サービスを受ける、医療につなげるのは、通常業務としてやって頂いているので、そういった方をチームの対象にはしなくても良いのではないかと。その線引きがうまく言葉で表現できれば良いが、今後は事例を積み重ねていくしかないのかとも思っている。

10か所の包括でばらつきがでてよくないので、最初の内は、市が責任を持ってチームとして対応するかどうかの判断をしたい。

(中村委員)

この対象者になるのかどうかを相談した方が良いのか。

重度の方でファーストコンタクトで関わらなければならないケースであればこの事業の対象になるが、初期だけに対象者の選定が難しい。

(佐藤課長)

例えば、国が示す医療・介護にも結びついていない方を全員チームで対応するとした時には、多分、対応できなくなる。

現在、包括で通常業務としてやっていただいている中で解決できるのであれば、対象者とする必要性は低い。

我々は、対応に苦労している、専門医のアドバイスがほしいといったケースをチームとして対応していきたいと思う。

(高柳委員)

医療にも介護にもつながっていない方で、なおかつ認知症の疑われる方の地域での情報があがってきやすいのは、民生委員や在宅福祉委員、町会の方からである。

地域包括支援センターの役割は非常に重要。

若年性認知症の方であれば対応しやすいが、65歳未満で確定診断のついていない方への対応は、地域包括支援センターの対象者としては難しいという認識がある。

確定診断のついていない疑いの段階での若い世代へのアプローチはどうなのか。

(佐藤課長)

地域包括支援センターの対応する対象者は高齢者が基本だが、認知症の疑いのある若い世代も対応していると思うが、いかがか。

(福島委員)

若い方でも相談があれば対応している。

医療にも介護にもつながっていない方で拒否的な方もいる。その場合は、やはり信頼関係を築くまで時間もかかるし、何度も家庭訪問をしている。

拒否される方の場合、初回訪問どころか、6か月間の中にかかわれないことも考えられるので、対象の選定や初回訪問のかかわり方など色々な工夫は必要である。

(佐藤課長)

対象者の選定が最も重要と考える。

実際にチームで対応できる件数にも限りがあると思うので、見極めながら取り組みたい。

(三上委員)

対象者の選定で議論していること自体が不自然である。

検診を受けない方にむりやり検診を受けさせることはできないのに、認知症に限って本人や家族のニーズがないのに、地域の中で必要性があるといつて、対象にするのには疑問を感じる。

ニーズがあつて始まる、ニーズがあるけどつながらない、医療にも介護にもつながらない場合に我々はどういう手をかしてあげるか、というスタンスが本来の形である。

対象者を掘り起こすというのは認知症の方を標的にしているみたいで非常に感じが悪い。

本人や家族の切羽詰まった状況の時に、はじめて我々も日常業務を抜け出して対応しようという気持ちになる。

日常業務でやれる方が大部分な中、救えない方に手をさしのべるための訪問は、方法論のひとつである。

訪問が全てではないので、函館市は必要な方にやれる範囲で意味のあることをやれば良いと思う。

(谷内委員)

我々もどのくらい対応できるか、そんなにたくさんの方を診れるわけではない。

まずは市で対象者かどうかのフィルターにかけてもらい、その後、センター内で吟味して第二のフィルターにかける。

第二のフィルターにかけた後、チームにはつなげない場合、チームではなく直接医療のルートにのせる場合など処遇を決めていく。

チームで色々な企画をしたが、うまくいかないケースも出てくると思うが、その時は投げ出さしないで、チームの中で検討していきたい。

6 閉 会