

令和5年度境港市介護保険運営協議会(第1回) 会議録

■ 日時:令和5年6月29日(木)午後1時20分~午後2時30分

■ 場所:境港市役所 第1会議室

■ 出席者(敬称略) 会長…◎ 副会長…○

(委員) ◎佐篠 邦雄 ○松本 幸永 足田 京子 阿部 明美
稲賀 潔 遠藤 勳 濱田 壮 山本 英輔

(事務局) 黒崎 亨(福祉保健部長) 片岡 みゆき(長寿社会課長)

竹内 真理子(地域包括支援センター所長)

赤井 和代(介護保険係長) 吉岡 賢次郎(高齢者福祉係長)

(欠席者) 植田 建造 來間 美帆

(傍聴者) なし

(日程) 別紙資料のとおり

■ 会議録(要旨)

1、開会(片岡長寿社会課長)(13:20)

【事務局】

(1) 欠席報告

これより第1回境港市介護保険運営協議会を開催する。本日欠席者が2名いるが、設置要綱第6条第2項の規定により、この会議が成立していることを報告する。

(2) 福祉保健部長あいさつ

(3) 資料確認

2、佐篠会長あいさつ

3、報告事項について

【会長】日程3の報告事項に入る。

(1) 居宅介護支援事業所及び地域密着型サービス事業所の指定更新について、事務局の方から説明をお願いします。

【事務局】介護保険係の赤井です。よろしくお願いします。

報告事項①「居宅介護支援事業所及び地域密着型サービス事業所の指定更新について」ご報告する。

1ページから2ページに記載しているとおり、令和4年度中に居宅介護支援事業所が1か所、えにしケアプランサービス、地域密着型サービス事業所が6か所、小規模多機能型居宅介護事業所のデイハウスわたり、認知症対応型共同生活介護事業所(GH)のけあビジョンホーム境港、地域密着型通所介護事業所のデイサービス笑家、わこうデイサービス河崎、リハビリデイあしすと彦名、デイサービスセンター暖だん倶楽部、あわせて7か所の事業所が指定の更新を

迎えた。

全ての事業所から更新申請のあった書類を審査した結果適正であったため、それぞれの指定有効期間から6年間の指定更新をしている。

また、2ページの3にある地域密着型サービス事業所のデイサービス弓ヶ浜は更新の時期を迎えたが、手続きに係る書類が未提出であったため指定期間が失効となっている。報告は以上である。

【会長】 それでは質疑に入る。先程の報告について、ご意見、ご質問等あればお願いしたい。

【委員】 (意見等なし。)

【会長】 続いて、(2) 地域包括支援センターの運営状況について、事務局から報告をお願いします。

【事務局】 地域包括支援センターの竹内です。よろしくお願いします。

それでは資料の報告事項②をご覧ください。はじめに地域包括支援センターの運営状況について報告する。

1ページ目、設置状況についてからご報告する。地域包括支援センターは直営で市役所内に1か所設置し、2つの法人から表のような職種に14人出向していただいている。また、認知症地域支援推進員を含め、令和4年度からは新人保健師が1人配置となり市職員4人を含め、総勢18人の配置となっている。フレイル予防の施策や、増えている相談業務等に対応しているところである。

続いて2ページ目、活動実績についてご説明する。(1) 相談・支援件数及び内容についてだが、地域包括支援センターとしての様々な相談、総合相談の件数と、指定介護予防支援事業所として、ケアマネジメント、ケアマネジャーとしての関わりの件数になる。表1は、要支援1、2及び事業対象者のケアプラン件数を月別に表している。ご覧いただいているように、令和4年度半ば頃から少しずつ増えてきており、表2に示すように、前年度より月平均で37件の増加となっている。これは、令和2年度から令和3年度の伸び率程ではないが、コロナ禍の影響も出ていることがうかがえる。ただ、市役所に地域包括支援センターがあることは周知されつつあり、皆様が相談しやすくなっているので、早めの相談や必要な方へは、早めに介護保険のサービス利用につながることで、悪くなるのを少しでも予防できればと思っている。合わせて、フレイル予防の取り組みも継続して力を入れていきたいと思っている。

3ページ目、②相談・支援内容は、総合相談としての内訳である。ご覧いただきたい。引き続き総合的な相談窓口として、機能していきたいと思っている。

続いて、4ページ目。ここから、予防事業の実績である。令和4年度もコロナ禍のため、多少の事業の中止や縮小をせざるを得ないところもあったが、自粛のため活動量も減少し、フレイル状況に陥る事が懸念されることから、感染予防対策を徹底し、出来るような工夫を講じながら、住民の皆様にもご協力いただき、令和3年度よりは多く

実施したのでご報告する。

4、5ページが(2)運動器機能向上事業についてである。令和4年度は「いきいき百歳体操のフォロー講座」を3回開催した。また各公民館の実施会場を周り、感染予防対策について情報提供と、実施状況の確認等を行った。R5年度は出来るだけ多く、地域の実施会場へ出かけて行き、状況の確認などをしていきたいと思っている。

続いて6ページ目、(3)認知症予防事業について、12ページまでまとめてある。

まず、8ページ目をご覧ください。主な内容として、令和4年度は「認知症になっても安心して暮らせるまちづくり市民大会」の規模を縮小し、9月24日に文化ホールで開催した。102人のご参加をいただいた。認知症ご本人である、鳥取市在住の藤田和子さんをお招きし、「認知症と共に自分らしく暮らすために」と題し、とても前向きなメッセージとその後にトークセッションを行った。参加者の方から、認知症に対する考えが変わったとご感想をたくさんいただいた。

また、毎年実施しています全小学校4年生を対象とした認知症サポーター養成講座と令和3年度延期となっていた3つの公民館での認知症サポーター養成講座を開催した。

そして、10ページをご覧ください。令和4年度は境港郵便局長様から、市内全郵便局員を対象に、認知症サポーター養成講座実施の依頼をいただき、5回に分けて開催した。全郵便局の入り口には、「認知症サポーターがいます」と書かれた、ロバの絵が描かれたステッカーを貼っていただいている。以前藤田様をはじめ、認知症ご本人の方から「このステッカーが貼ってあるお店などはとても安心してやり取りができる」と言う声をいただいた。令和5年度は、市役所職員を対象にこの養成講座を実施する予定としている。また、9ページ目、図書館と連携して9月のアルツハイマー月間に、チラシや図書などを展示し、認知症に関する啓発を行う機会をいただいた。その他、認知症予防自主サークルの後方支援も行った。

続いて、13ページ。(4)元気シニア増やそう(フレイル予防)事業について。22ページまで続く。これは平成30年度から予防事業の中心とし、各事業を連動させながら進めている。主な内容は22ページをご覧ください。2月にフレイル予防講演会を東京大学高齢社会総合研究機構の神谷哲朗先生をお招きして開催し、205人の参加があった。またフレイルサポーター養成講座も1回行い10人のサポーターが誕生した。フレイルチェックは各公民館などで23回、延べ183人、サポーター連絡会を14回実施している。連絡会の中において、東京大学高齢社会総合研究機構主催で飯島勝矢先生の飯島ラボ定期ミーティングにオンラインで参加し、他県の活動報告を聞き、刺激を受けたりしている。また、健康づくり推進課が開催した健康まつりでフレイルについての啓発活動を行う等、サポーターとしての新たな取り組みもされている。また、フレイルチェックを受けた方の中から、ハイリスク者のフォロー教室を6回開催し、栄養、口腔機能、運動の教室とその後同日に個別のフォロー講座を行った。また、全36か所のふれあいの家に出かけ、フレイルについての講話とイレブンチェック

及び、感染予防対策の情報提供を行っている。

22ページ、(5)みんな一緒にフレイル予防大作戦事業についてである。これは令和3年度からの事業である。令和4年度は「人生100歳時代!みんな一緒にフレイル予防」と題したちらしを作成し、関係団体や介護予防事業などで配布し、フレイルとフレイルチェックの啓発を行っている。また昨年度作成した境港市版フレイル予防実践動画のDVDをご希望の方へ配布している。今現在で、団体へ132枚、個人へ182枚配布した。地域で実施されている百歳体操やふれあいの家等でご活用していただいている。

続いて23ページ、(6)口腔機能向上・栄養改善事業についてである。令和4年度は、保健相談センターで健口づくり講演会・歯科口腔機能検診を2回、及び口腔機能、低栄養予防の講演会をそれぞれ実施した。

24、25ページ、(7)健康教育については、地域からの依頼でフレイル予防についての講話や、運動の教室で感染予防対策の再確認を行った。

25ページ、(8)家族介護教室はコロナ禍のため中止した。

26、27ページ、(9)地域包括ケア推進事業についてである。これは、各種専門職がそれぞれの会議毎に参加し、顔の見える関係を作りながら、個々の事例を通して必要な施策を協議していくものである。地域ケア個別会議、ケアマネ事例検討会、そしてフレイルチェック後のハイリスク者へのフォロー体制の協議を行う、フレイル予防コア会議等を実施した。また、令和4年度は3月に「高齢者の見守り・支え合い」研修会として地域での活動事例の発表と鳥大の竹川教授による講演会を開催した。多職種連携研修会は令和3年度もコロナ禍のため中止している。R5年度は実施予定としている。

28ページ、(10)認知症初期集中支援推進事業についてである。

まず、①認知症初期集中支援チーム員会議だが、この会議は、早期診断、対応に向けた支援を検討、実施するものである。チーム員は地域包括支援センターの専門職と、専門医として済生会病院脳神経内科、粟木先生にご参加いただき、令和4年度は11回、8件の検討を行った。

続いて②認知症地域支援推進員による相談についてである。個別での相談に加え、ふれあいの家や教室などに出かけ相談をお受けしている。出かけることで、認知症地域支援推進員がいることの啓発の場にもしている。

次に③おれんじカフェについて。これは、認知症地域支援推進員が中心になり開催している。内容についてはご覧いただきたい。家族のつどいは介護家族や経験者の皆様がつどい、現状について話をし共感されることで精神的な負担感の軽減につながっている。また、「認知症の人と家族の会」よりアドバイザーとしてご参加いただいている。令和4年度は市報を見て参加された新規参加者が7人おられた。

最後に30ページ、(11)安否確認訪問の件数について掲載しているので、ご覧いただきたい。

地域包括支援センター活動実績は以上である。

【会 長】 ありがとうございます。事務局の方から報告があったが、皆さんの方で何かご意見、ご質問等はあるか。

【委 員】 2ページの表2、ケアマネ1人当たりの担当件数が「47.0」とあるが、大丈夫か？人数が多すぎるように思うが。

【事務局】 地域包括支援センターにおける担当件数の人数規定はない。今は何とか回っている。

【委 員】 今後も増えると思うので、増員ということも検討が必要なのでは？

【事務局】 平成28年10月に一本化以降、両法人にお願いし、3人のケアマネジャーが増員になり14人で活動している。

【委 員】 表記について、9ページから小学校体育館の記載があるが、防衛省の関係で正しくは講堂である。13ページの一番下、「渡6」、「区」が抜けている。14ページの下から4つ目、「渡西区」は「16、19区」である。16ページ、「渡11区」は「渡11・18区」である。

【事務局】 申し訳ございません。訂正させていただく。

【委 員】 22ページのフレイルチェックについて、何か変化というのはあるか？

【事務局】 令和4年度と令和3年度でリピーターとして受けていく中で、1回受けた方が2回、3回となると、良くなっている方が多い。自分の体のフレイルの状況を意識して生活をされていることが分かる。年に1回は検診と同じようにチェックを受けていただきたい。PRもしっかりしていきたいところである。

【委 員】 24ページ、上から2つ目渡7区は集会所ではなく会館である。28ページ、6月22日のところ、「渡西区」は「16、19区」である。

【会 長】 文面の表記の方は訂正をお願いしたい。また、先程あったようにフレイル予防でも何でも、目に見える形で効果等も含めPRをもっとしていただきたい。

【委 員】 先程のケアマネの担当件数について、以前は1人あたり30数人と制限があったように思うが今はないのか？

【事務局】 地域包括支援センターにはないが、居宅介護支援事業所にはある。

【委 員】 30ページ、対象者は高齢者全体に対し何%くらいか？

【事務局】 4、5月に民生委員に依頼している高齢者実態調査が2,000件前後、その中から6件の方が希望されて訪問しているため、0.3%程度になる。

【委 員】 月ごとに訪問件数が5、6となっているが、実件数の人数か？延べか？

【事務局】 延べである。

【委 員】 6人に対して月1回ということではいいか？

【事務局】 よい。

【委 員】 75歳以上の方で月に1回も交流がない人は少数ではあるが、月に1回訪問しているからよいということではなく、解決できるのが一番よい。ご家族にご事情があってこういう状況にあるということで、解決自体が難しいという状況だと理解していいか？

【事務局】 地域包括支援センターの職員が安否確認も兼ねて訪問し、困りごとがある場合は地域包括支援センターにつなげている。

【委員】 地域包括支援センターに相談しなくても、①、⑤に該当しないようになれば訪問する必要がないのであって、そういった働きかけが非常に困難だと思うが、そういう理解でよいか？

【事務局】 身寄りがない方がおられるので困難である。

外との交流をしづらい方が多いと感じている。認知症地域支援推進員が訪問担当で行っており、外との関係は毎月行く中で良くなってきているものの、フレイルチェックに来られたが1回来られただけで次は来られなかった。ただ、推進員との関係は良好なので訪問に行った時には悩み事や今の現状を話されたらと報告を受けている。関わる中で事業に出てきませんか？ということと一緒にいったりということを行っているところである。

【委員】 安否の確認よりも、その人の生活がもう少し充実していくことの方がよいことなので、居住についてもケアハウスや有料、生活支援ハウスとか、トータルな支援が出来て、その人のQOLが上がっていくのが正解だと思う。

【会長】 ありがとうございます。安否確認の件は民生委員でやっていたが、心配なところへは実態調査以外でも行っていた。近所の人にもお願いをしたりしていた。最終的に民生委員では対応できない時には地域包括支援センターにつないで…と思うが。

【委員】 民生委員として不安な方には月に1回以上訪問したりしていた。安否確認がメインだが、信頼関係作りが第一だと思う。色々な人がおられ、話をするといいな…と思う方でも性格上それができない方も往々にしてあるので、地域包括支援センターと協力して行事ごとに参加できるように仕向けてもらうのはありがたいと思っているし、協力していただいている。

【会長】 他にないか。

【委員】 近所とか知り合いとかで以前と変わった感じがあって、家族がおられず誰に言っているのか分からない時に、地域包括支援センターに声をかければ色々な所につなげてもらえるという安心感がある。あの人最近ちょっと変わったけど、家族が遠くにおられたりすると、わざわざそこに電話をしてという程の事でもないけど、確実に認知が進んでいる感じだし、市報もうまく配れなくなっているしということがあったりする時に地域包括支援センターに相談したりした。何でもいいので相談できる所ができたことはとてもありがたいと思っている。

【会長】 地域包括支援センターの方も色々あると思うが、今後ともよろしく願いたい。

続いて、(3) 介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況について、事務局から報告をお願いします。

【事務局】 高齢者福祉係の吉岡です。よろしくお願いします。

続いて、報告事項③「介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況について」ご報

告する。資料をご覧いただきたい。

こちらには、総合事業の事業所指定状況と令和4年度に事業所が提供したサービスの実績を記載している。

1、従前相当サービスだが、従前相当サービスとは指定事業所が提供するサービスのことである。

1番目の表をご覧いただきたい。令和5年3月末の指定事業所数は訪問型が22、通所型が19となっている。

その下、2番目の表には、実際にサービスの利用があった事業所数を記載している。令和4年度は訪問型が19、通所型が15の事業所で利用があった。

その下、3番目の表では、利用件数と給付実績額を記載している。訪問型サービスの令和4年度実績は、延べ利用件数が1,944件、給付額が33,234,132円で、令和3年度と比べ、延べ利用件数が100件あまり、給付額が2,170,000円余り増加している。これは、近年、サービス付き高齢者向け住宅に併設する訪問型サービス事業所が増加していることが要因であると考えられる。

通所型サービスは、令和4年度は、延べ利用件数が2,868件、給付額が62,433,083円で、令和3年度と比べると延べ利用件数が45件増加したが、給付額は1,000,000円余り減少している。こちらは、指定事業所数の変動等もなく、ほぼ横ばいとなっている。

続きまして、2、緩和した基準によるサービスであるが、こちらは、令和5年3月末現在で、訪問型サービスが1、通所型サービスが3の事業所が市からの委託事業として実施されている。訪問型サービスは、令和4年度は、延べ利用件数が100件、委託費が110,000円で、令和3年度とほぼ同様の実績となっている。通所型サービスは、令和4年度は、延べ利用件数が1,414件、委託費が2,121,000円で、令和3年度と比べると、延べ利用件数が300件余り、委託費が500,000円近く増加している。これは、令和3年12月から開始したステップリハはまかぜが、令和4年度は1年を通じてサービス提供を実施したこと等が大きな要因と考えられる。

「介護予防・日常生活支援総合事業の実施状況について」の説明は以上である。

【会 長】 この件に関して、ご質問、ご意見等はないか。

【会 長】 給付実績で令和4年度の訪問型が増えているがこの辺りの事情はどうなっているか。

【事務局】 シニアステージが最近何軒か建ったが、その中に訪問型のサービス事業所が併設され、それに伴い実績が増加しているところである。

【会 長】 それだけ事業所の需要があるということか？

【会 長】 施設に入っている方に対する訪問型のサービスを提供するケースが増加している。

【会 長】 まだまだ高齢者が増えれば増えるということか。

【事務局】 そういうことになる。

【委 員】 通所型サービスの給付実績について、令和4年度と令和3年度と比較した場合、45

件増になっているが給付額が減っている要因は何か？

【事務局】 1人当たりの単価が一定ではない。事業対象者、要支援1、2で単価が変わるため、件数が増加したからといって給付額が増加するわけではない。

【委員】 前回の会議の時にも、他の委員さんが入所される方でも介護の程度によって支援の状況が良くなってきていると言われていた。それがここにも反映しているという意味で考えてよいか？

【事務局】 一概にはそういうことは言えないところではある。

【委員】 この部分は増減があっても気にしなくてもよいか？

【事務局】 誤差の範囲内だと考えている。

【委員】 ありがとうございます。

【会長】 他に何かないか。

【委員】 コロナの影響もあると思うが、訪問系は継続できるが通所系は難しかったところがある。延べ件数が増加しているのはコロナの影響があっても増加しているし、平均介護度が上がってきている。デイサービス一つ取っても、ご利用する時間によっても介護報酬が変わってくる。また、利用する事業所によっても加算の有無により変わってくる。そのため、給付費に関しては大きな傾向ではなく調整域の範疇だと思っている。

【会長】 他に何かないか。

【委員】 (意見等なし)

【会長】 最後に(4)認知症初期集中支援チーム活動報告について事務局から説明をお願いします。

【事務局】 続いて、認知症初期集中支援チーム検討委員会の活動報告をさせていただきます。

この委員会は「認知症初期集中支援チーム員会議」がどのような目標をもって業務に取り組み、どのような成果を得たか、あるいは課題が残っているかを明らかにしていくものである。資料の報告事項④をご覧ください。

まず、1ページ目、既にご存じと思うが、この会議は、認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)から続いて、令和元年6月に取りまとめられた「認知症施策推進大綱」、資料の4ページ(横版の一番最後)をご覧ください。5つの柱の「③医療・ケア・介護サービス・介護者への支援の中の、早期発見・早期対応、医療体制の整備」に位置付くものである。

ではもどって頂き、1ページ目をご覧ください。境港市の認知症施策では、早期発見・対応に関する事として「認知症初期集中支援推進事業」で「チーム員会議」を開催している。第6期の高齢者福祉計画・介護保険事業計画の中で、平成29年度にチームを設置することを位置づけており、令和3年度からの第8期にも継続実施し、平成29年度から認知症地域支援推進員を配置している。

ここからはチーム員会議の具体的な内容についてご説明する。概要・目的は、認知症の人、また疑われる人、その家族に対し、早期に関わることで、その方に適した医療や

介護が早期に提供でき、出来る限り住み慣れた地域や、適した環境の中で暮らし続ける事が出来るようにしていくために、専門職で関わっていくものである。

内容は1ページ目の右下、①アセスメント内容の総合チェック、②専門医療機関への照会の必要性等の検討、③受診に向けた適切な方法の検討、本人の状態にあった介護保険サービスの導入に向けた検討、助言支援等を行うものである。

続いて2ページ目をご覧いただきたい。対象者についてである。まずは、医療や介護サービスを受けていない方、または中断している方。そして、医療や介護サービスを受けているが認知症の行動や心理症状が顕著なため対応に苦慮している方が対象者となる。

記録については、資料1「利用者の基本情報」、資料2「アセスメントツール(DASC-21)、資料3「認知症初期集中支援チーム会議の要点」の3点を使用している。平成29年度から特に変更等なく使用している。

このチームは先程お伝えしたように、平成29年4月に、地域包括支援センター内に設置した。構成員は地域包括支援センターの専門職と、専門医1名、必要時(事例として検討が必要な時)居宅介護支援事業所の介護支援専門員が入ることになっている。令和4年度は11回開催し、検討事例は8件、次年度からの継続モニタリング2件を含め、モニタリング事例が延べ13件であった

次に流れを説明する。2ページ目左下、フロー図をご覧いただきたい。まず、相談について。相談は、家族、本人、民生委員、近所の方、薬局や医療機関等様々な所から地域包括支援センターに相談がある。受けた相談を認知症初期集中支援チーム員会議にということになれば、地域包括支援センターの専門職2人で訪問を実施する。収集した情報を会議にあげていく。その会議では、モニタリングということでも6か月間集中的に支援を実施する。その経過の中で1か月、3か月、6か月とモニタリングを行い、その結果を対象月に会議で報告を行い協議するというものである。最終的には、チーム員会議として継続して支援していくのか、終結とするのかということを決めていく。A4で「モニタリング経過票」を本日追加で配布しているが、実際はA3サイズで一人ずつまとめ、モニタリング期間に評価をしチェックをし、管理表としてまとめているものになる。基本的に終結は、介護保険のサービスにつながったり、居宅介護支援事業所や地域包括支援センターに引き継いだりということになる。中には入院される場合もある。サービス等につながらない場合もある。そういう場合は地域包括支援センターが総合相談として、サービスは利用しないが時々訪問し見守りをしている。

3ページ目をご覧いただきたい。主治医の先生や薬局からご相談いただく時は、「連携シート」というのを使用している。このシートでご紹介いただき、チームが訪問や会議で検討した場合はその様子も含めご報告するようになっている。令和4年度は薬局から1件頂戴した。

続いて、検討ケースの状況まとめである。令和4年度の8事例について、サービス導入となり終結したケースは、令和3年度からの継続ケースを含めて7件になる。サービ

ス導入につながらず終結したケースは0件、サービス導入につながらず令和5年度も継続してモニタリングを実施しているケースは3件である。この8件のうち、居宅介護支援事業所のケアマネジャーの相談は2件であった。

最後に認知症初期集中支援チーム員会議の取組のまとめである。平成29年度から開始し今年度6年が経過したところである。その中で、制度や医療につながらなかった方々の主な理由について、令和4年度は0件であったが、過去5年間にはつながらずに終結になった方も何件もあった。その方々の背景を見ると、家族に問題意識がない、協力体制が得づらい環境にいる、軽度のため見守りでよい状態にあるという場合もあった。その時は相談する窓口、地域包括支援センター等の紹介を家族に行い終結とした。または、地域包括支援センターがサービスではないが総合相談として見守りを実施している方もあった。専門医を含めたチームで検討することで、支援方針が立てやすく多様な支援につなげる手段が得やすいと感じている。また、会議後、6か月間あらゆる方法で本人・家族と接点を取り、制度利用できるよう集中的に支援をすることが大切だと感じている。

このチームは、地域包括支援センターの中にチームを設置しているが、地域包括支援センターに高齢者の皆様の様々な相談が集約されるため、フォローもスムーズに出来ていると思っている。令和4年度は、継続ケース以外はサービスにつながり終結になる事例だったが、これはチームでの介入がより早かったこと、家族の負担感とアプローチの時期が一致したことが要因だと考えている。やはりより早い介入が重要であると考えているところである。その一方で、このチームが地域包括支援センターの中にあることの普及啓発は毎年課題だと思っている。関係機関や住民の皆様にも周知に努めて参りたいと思っている。報告は以上である。

【会長】ありがとうございました。この件について、何かご質問等があれば、お願いしたい。

【委員】現在、認知症地域支援推進員は1人だが、今後認知症の方に地域でなるべく生活していただき、皆で見守っていくという体制を組むためには1人では少ないのではないかと危惧するが、今後の計画はあるか？

【事務局】委員が言われるとおりで、高齢者の方は今後も増加していく。団塊の世代が2025年で75歳、その方々が10年後には85歳になる。高齢者が増えると認知症の方も増えるのではないかと考えている。このご意見を参考にしながら、また経過を見ながら考えていかなければならない課題だと思っている。

【委員】2ページ目のフロー図の中の相談という項目について、本人が相談できるのか？

【事務局】本人からの相談もある。生活をされる中で「物忘れ」というところから相談に来られる方もある。今まではそこまでではなかったが、この頃物忘れがひどくなった。そのことを恐怖心として思われ、どこに相談したらよいか分からなかったが、市報を見られ来られたケースがあった。

【委員】その時にはその方は認知症の疾患者ではないのでは？

【事務局】疾患があるかもしれないということでの相談だった。やり取りの中で本人の意向も聞

きながら、一度専門の医師に相談されてはどうかという話をしたところである。不安だから医療機関にはかかりたいが、どこの診療科を受診したらよいかという相談であった。

【委員】 自分自身で認知症かもと思っているということか。

【事務局】 そのように感じた。しかし、そのような方がチームに上がるというわけではない。医療機関やサービスにつながればチームには上げずにやり取りをさせていただいている。

【委員】 ありがとうございます。

【会長】 その他ないか。

【事務局】 今、家族が少なくなっている。本人が相談に来られるような程度であれば良いが。1か月前と2か月前とでかなりギャップがあり、そのことを相談するのに本人は認識がないため話が難しいところがある。昔は長男がいなければ次男が…というところがあったが、今は長男がいなければ独居という場合が多い。自分で発見するというのは難しいと思う。周りの人が援助してあげないと前に進まないことがほとんどだと思ふ。

【会長】 段々と人と人とのつながりが希薄になってきている。少子高齢化でもあるし、民生委員、地域の方や生活支援コーディネータと連携しながら見守る体制が必要だと思う。

【委員】 おそらく早く気付いてあげ、色々なアドバイスを受けると悪くならないと思う。気が付きが遅くなると対応も遅くなり、その分進行が早くなってしまうということだと思う。

【委員】 そういう意味では、会議に栗木先生が入っていることは心強いと思う。病状や薬の面も分かっておられるので。

【委員】 もう1点。認知症、認知症と言っているが、精神疾患があると全く違った方向になってくる。

【委員】 認知症だと思っていたが精神疾患があり、そちらの病院に紹介されたケースがあった。一人の判断では難しく、施設や地域包括支援センター等と話をして対応した。

【会長】 先程、事務局から啓発活動の説明があったが、どこに相談したらよいか分からない方が結構おられる。

【事務局】 認知症だと思っても中には精神的なところが…ということで、チーム員会議の方でも検討している方々もおられる。会議に医師も入っているので、認知症ではなく心療内科、精神科、必要な専門の医師に診ていただいた方がよいということを会議の中でアドバイスいただくことがある。そういうところが会議の良さだと思っている。

【委員】 そこが非常に大事だと思う。会議に医師がおられるのは心強い。

【事務局】 先生にはある程度の情報が分かるようにしている。薬の情報がないとどういった治療がされているのか分からない。先生が全ての方を訪問されているわけではない。収集された情報を元に区分をされる。色々な情報を持ち合わせながら先生に見立てをしていただいている。そして私たちが、先生からのアドバイスに沿って色々な動きを取っていくところがチーム員会議の良さでもあると思っている。先程会長からもあったが、それをPRし、この会議を地域の中でもっと多くの方に利用していただけるよ

うにしたい。8件、多くても12、13件。今までの6年間の中で。1回に3件を予定しているが、それが1件、多くても2件という件数になっている。あるのがいいのかなのか、ということもあるが、早いうちに正しい制度に乗せて使っていただける、それが地域の中で生活する、またはその方にあった生活に向かえる一つの方法になると思っているので、しっかりPRをしていきたいと考えている。

【会 長】 よろしくお願ひします。他にないか。

【委 員】 認知症の方の生活を守るには近所の方の協力が欠かせないので、皆で色々なこと
で関わっていったらと思う。

【会 長】 その他ないか。

【委 員】 (意見等なし。)

4、その他

【会 長】 それでは「4 その他」に入る。事務局から何かあるか。

【委 員】 お手元に講演会のチラシを配布している。フレイル予防講演会を開催する。7月27日
(木)の午後から、「フレイルって本当に怖いんですよ」ということで、年に1回あるが、
今回は歯科医師の足立先生をお迎えし、オーラルフレイルの部分も含めフレイルとい
うのは怖いんだというお話をいただく。平日ではあるがご参加いただくと幸いであ
る。

5、閉 会

【会 長】 それでは全ての日程が終了したので本日の会は閉会とする。

14:30終了