

# 審議会等の会議結果報告書

課所名

高齢者福祉課

会議名 令和4年度諏訪市認知症初期集中支援チーム検討委員会

開催日時 令和4年6月30日(木) 19時00分 から 20時 35分まで

出席者  
検討委員：  
守屋 和則健康福祉部長(委員長)、矢崎 竹代副委員長、宮坂 圭一委員、  
丸山 史委員、植松 洋子委員、福田 和博委員、櫻井 幸雄委員、小林貴幸委員、  
飯沼 雅子委員、坂田 雄二委員、松本 宙明委員、  
事務局：  
高齢者福祉課長 徳永 理恵、高齢者福祉係長 小口 隆、同係主任 草間 裕美  
ライフドアすわ 矢崎副センター長  
(欠席者)  
降旗 香代子委員、今村 貴保委員

資料  
・諏訪市認知症初期集中支援チーム検討委員会 次第  
・諏訪市認知症初期集中支援チーム検討委員会 名簿  
・諏訪市認知症初期集中支援推進事業実施要綱  
・諏訪市の高齢者の状況  
・諏訪市認知症初期集中支援チーム員名簿  
・諏訪市認知症初期集中支援チーム 初期集中支援業務の基本的な流れ  
・チーム員会議にて共有した包括支援センターに寄せられた相談  
・認知症初期集中支援チーム員会議実績、支援実績  
・検討事例の経過  
・令和3年度認知症初期集中支援チームのあり方と効果的な活動に関する調査研究  
事業 報告書より抜粋

協議議題(内容)及び会議結果(要旨)

1 開会 【司会 徳永課長】

2 委嘱状交付

- ・机上交付

3 あいさつ【守屋 健康福祉部長】

4 自己紹介

5 協議事項【進行:委員長 守屋健康福祉部長】

(1)検討委員会について【小口係長】

- ・資料に基づき委員会の位置づけについて説明

(2)諏訪市の高齢者の現状【小口係長】

- ・資料について説明。
- ・市全体の高齢化率は、31.0%。上諏訪地区は高齢化が進んでいる。
- ・2025(R7)年には後期高齢者が6割を超える見込みとなっており、認知症高齢者の推移についても増加が見込まれる。
- ・介護認定は要支援者の増加。長引くコロナの影響も出てきている可能性もあり、早いうちからのフレイル・介護予防、適切な支援や重症化予防が必要。

(3)チームの活動状況等報告【草間】

- ・資料に基づき説明
- ・チーム支援については、認知症の相談を受け専門職による訪問を行い、チーム員会議で支援方針を検討、おおむね6か月を目途に支援の実施を行う。
- ・チーム支援の実績について。令和3年度のチーム支援は令和2年度から継続支援していた3件。ともに支援は終了。認知症の相談について42件検討したが新規でチーム支援となったのは0件。
- ・かかりつけ医など地域の先生方から認知症診断パスで日赤との連携ができています。
- ・チームの活動が6年目となり、毎月の会議の経験が積み重なり、対応力が向上。
- ・「訪問」以外の電話や来庁での情報提供や地域包括支援センターの対応で支援につながることもある。
- ・ケースの経過報告
- ・全国的にも、チーム支援の適応であっても包括での対応が優先されることが83.1%ある状況。

(1)から(3)について質問

質問：警察署生活安全課にて、徘徊高齢者を家族に引き渡す際に市の高齢者福祉課に相談するよう案内しているが、実際に相談に来ているか。

回答(事務局)：来ている。来ない場合は情報提供書をもとに包括から連絡している。

質問：疾患医療センターにかかった方で、警察署員から「認知症で徘徊していると危険、すぐに病院へ行き入院させてもらうように」と言われ直で受診されたケースがあった。警察で徘徊している人を保護した際の取決めは何かあるのか。

回答(諏訪警察署)：警察官職務執行法第3条「適当なものに身柄を引き渡さなければならない」とあり、ご家族に引き渡す。病的なことがあれば適当な機関ということで医療機関にお願いしている。

(4)意見交換 《発言趣旨》

- ①それぞれの立場から認知症の方に関わる中での近況。
- ②課題として、認知症の自覚のない人、支援を必要と感じていない人について、どういった支援をすればいいのか難しい。ご助言をいただきたい。

【委員】

チーム員会議は、当番として年2回ほどの参加。同じ症例の経過は把握しづらく、支援事例については、資料No.9で把握している。チーム立ち上げ時は、チーム専門医が個別訪問に同行すると言われていたが、現状、包括の対応の中で専門医が現場に赴くことはない。

日赤の認知症疾患医療センターとは、認知症診断パスが構築されていることでスムーズな連携が図れており、一年後のフォローも含め、進行状況が確認できる。

グループホームの施設医をしている。認知症ケアの専門の教育を受けたスタッフの成熟した対応によって、身体的疾患がない場合は数年たっても認知症の進行が緩やかであり、長く生活ができています。そういった施設が増えていくと良い。

【委員】

キャラバンメイトの認知症サポーター養成はコロナ禍で活動は小さくなっている。最近市役所職員を対象に感染症対策を取りながら講座を行った。講座の目的は、認知症になっても安心して過ごせる街を作っていこう、温かい見守りの目を増やしていくということ。「安心して徘徊できる街づくり」を掲げてやっているところもある。今はサポーターで支援者側でも将来自分たちが認知症になった時には見守られているという種まきをしている。

【委員】

警察からの通報で対応することが主。環境の調整や行政措置とならないよう医療へのつながりができると良い。

②については、それぞれ個別のケースではあるが、どんな人がどんなことに困っているのか、どういった支援が必要なのかを一人ひとりやっていく。認知症だからとレッテルを張らず、医療や介護それぞれに必要な支援につなげていく。

【委員】

令和3年度、警察として関わる徘徊・行方不明事案で認知症の疑いがあったのは6名。諏訪市は、防災無線を流すと「どんな人ですか？一緒に探します。」と問い合わせが来て、すぐに見つかる。引き続きご協力をお願いしたい。

【委員】

社会福祉協議会として大きく三つの関わりがある。一つはキャラバンメイトの事務局をしている。認知症のことを理解してもらうことと同時に見守りの地域づくりを進めている。二つ目は、市から委託を受けている認知症予防教室。三つ目は、介護事業所を持っているのでデイサービスや訪問介護などの介護サービスへの対応。そういった事業を通して地域を動く中での見守りなどプラスアルファで協力をしている。

**【委員】**

薬剤師会としては、毎年秋に認知症が疑われる人に声掛けをしようという取組や定期的に勉強会を行っている。

個人的には、患者さんと話をする中で本人が物忘れなどを心配しているような時、初期の認知症の疑いがある場合やお金の支払い方で兆候が見られるような場合は主治医へフィードバックしている。

②については、本人は自覚がなく必要ないと思っていても何回も足を運び信頼関係を作りながらやっていくのがいいのではないかな。

**【委員】**

認知症疾患医療センターの看護師として、認知症診断パスで受診した人の問診や認知機能検査をしたり、支援者の電話相談の対応をしている。最近、認知症カフェで介護者の声を聞く機会を得ている。日々患者さんと接する中で、不安な中受診される当事者の心が少しでも元気になって帰れるように、また家族に対しても困っていることが少しでも解消し一つでも得るものがあるなど、気持ちを軽くして帰れるように意識してやっている。

②については、自覚がないとしても本人が安心して暮らせる環境が整えられることが大切かと思う。

**【委員】**

令和に入ってから、諏訪地域の認知症によるBPSDで困ることが少なくなった。平成28年からやっているチーム活動が結果として出てきたのかという実感がある。システムが軌道に乗ってきたのではないかな。

上諏訪地区においては、昔から住んでいる方が高齢となり子供たちは都会へ行きなかなか連絡がつかない、夫婦そろって認知症で自覚がなく支援につながりにくいというケースもあると思われ、重点的にみていく必要がありそう。

**【委員】**

自覚がない場合など、市民健診の時期は「健診で」と言って訪問したり、「血圧が心配だよ」と定期的に訪問したりしながら信頼関係を作ることもある。本人の受入れには時間がかかることが多い。

市と社協、認知症疾患医療センター、ライフドアと協力がうまくいき連携が取れてきて良い。認知症カフェや講演会、一緒に協力してやれることは大切。

**【委員】**

民生委員は市内に120人いる。自分の地域を見守り異変に気付くとケアマネや必要な支援者へ相談する。心配な人には訪問もしている。

地域の共同風呂は、世代を超えてとても良いコミュニケーションの場となっている。しかし認知症になるとトラブルも起きてくる。以前、近所の人たちも困り果ててしまったケースで、地域の力を借りる必要性を感じライフドアの「出前講座」を利用した。その中で認知症についての話と一緒に家族からも現状を踏まえた思いを話してもらったところ、地域の理解も進み皆で見守れるような環境になってきた。講座を受けたり、ある程度オープンにすることで理解度が増し色々な場面での協力が得られる。

薬剤師による在宅への訪問についても感謝の言葉を聞いている。民生委員として、高齢者の家に色々な人が入り関わることで空気が変わる。行政や認知症にかかわる人たちは色々と活動しているが、住民がまだ理解・利用していない。こういった機会を理解して利用することで諏訪はもっと住みよい街にな

るのではないかと思う。

**【事務局・ライフドアすわ】**

チーム支援については、包括の訪問で対応している部分も多く同行することは少ないが、今後症例があれば一緒に行きたい。

出前講座でも認知症に関する要望が多く、関心の高さが伺える。出前講座や認知症カフェを通して、地域の方々の理解を深めていけたらと思っている。

**【委員長】**

②について認知症の自覚がない人への支援ということで話を伺いたい。

**【委員】**

居宅のケアマネとして関わる中で、認知機能が落ちたことで様々な支援についての必要性を理解できない方もいる。そのような状況で、本人が必要と思う動機は何かを考える。本人なりの動機を探り出すことで、サービスや支援につながるのではないか。そのためにも、生活の背景や過去・経験を知っていないと動機にはつながらないので、本人に近い人からも話を聞いていくことも必要。医師からの勧めやケガや体調不良等のイベントがきっかけとなる人もいるため、ある程度の時間は必要となってくる。

信頼関係を築く中で、支援者が関わることに慣れてもらうこと、拒否されない関係づくりなど時間をかけてやっていくことが大切。

**【委員】**

「支える」ということの中に、どのようにサービスにつなげていくかということに苦労していることがわかった。自覚のない人への支援は難しい。改めて『認知症』に対する理解を深めていく必要があると感じた。

**【委員長】**

「困り感に寄り添う」「何回も足を運んで信頼関係を築く」といった具体的な関わりや「動機付け」や「きっかけづくり」を大切にしていけるとの意見が出された。認知症が初期の状態から進行していても、本人が懸命に暮らし続けていることに変わりはない。その人の変化に気付けるように寄り添いながら、本人の力をいかした支援の工夫が重要。

**5 その他**

事務局より: 令和3年4月から開始した『見守りネットワーク事業』『認知症高齢者等見守りシール交付事業』について報告。令和3年度末の登録者は見守りネットワーク事業 13名 認知症高齢者等見守りシール交付事業 10名 ネットワーク事業では 15事業所と協定を結んだ。情報提供は 28件あった。

地域ぐるみの支援や見守りをしていく中で、今後ご協力をお願いしたい。

**6 閉会【副委員長】**

一人暮らし高齢者を訪問すると「やっぱり家がいい。今がいい。」と話す方が多い。住み慣れたところで皆に守られながら生きていくのがいいのではないか。各々の働きの中で必要なところへつなげ、心地よく安心安全に暮らせませうお願いしたい。