

第2回江戸川区介護保険事業計画等改定検討委員会



日 時 : 平成 26 年 7 月 18 日(金) 午後 7 時～9 時 10 分

場 所 : タワーホール船堀 401 会議室

出欠席

所属等	氏名	出欠
神奈川県立保健福祉大学	○ 太田 貞司	出席
ダイヤ高齢社会研究財団	澤岡 詩野	出席
江戸川区医師会	◎ 浅岡 善雄	出席
江戸川区医師会	小川 勝	出席
江戸川区歯科医師会	古川 隆彦	出席
江戸川区薬剤師会	篠原 昭典	出席
東京都医療社会事業協会	藤井かおる	出席
訪問看護ステーション連絡会	葉山 香里	出席
熟年者福祉施設連絡会	藍野 勇	出席
ケアマネジャー協会	栗岡 清英	出席
訪問介護事業者連絡会	江面 秀樹	出席
地域密着型サービス事業者連絡会	朽方 ユミ	出席
熟年相談室	平井 剛	出席

所属等	氏名	出欠
生活支援協議会	大越利依子	出席
民生・児童委員協議会	山越 博文	出席
社会福祉協議会	深津 康二	出席
公 募	池山 恭子	出席
公 募	菊地 智恵	出席
公 募	小松サヨ子	出席
公 募	寺本 孝行	出席
連合町会連絡協議会	中川 泰一	出席
くすのきクラブ連合会	宮川準之助	出席
ファミリーヘルス推進員協議会	高津 隆子	出席
区議会議員	早川 和江	出席
区議会議員	佐々木勇一	出席
副区長	原野 哲也	出席

◎委員長 ○副委員長

1. 開会

2. 議事

(1) 第6期介護保険事業計画における論点整理(今回部分)

(2) 認知症施策の推進について

委員長 認知症施策として、第 6 期介護保険事業計画では認知症ケアパスの作成を進めていかなければならない。何かご意見があればお願いしたい。

委員 まず、医師会として認知症に関してどのような取り組みをしているかを説明する。江戸川区医師会は熟年相談室を運営している。今年の5月、一之江に地域療養支援センターの機能

をもつ2つ目の熟年相談室を新たに開設した。机上に物忘れ医相談リストを資料として配付させていただいたが、これはかかりつけ医を含めた物忘れ相談医の一覧である。主に介護事業所等に配布し、昨年から医師会のホームページからも閲覧し、ダウンロードできるようにした。また、認知症地域支援ネットワーク活用事業として、熟年相談室に一般の方向けの認知症ホットラインという電話相談窓口を設置し、精神保健福祉士を配置して業務にあたっている。介護事業者向けにも、認知症相談窓口を設けていて、医師会の認知症サポート医の資格をもった先生が直接相談・対応をしている。また、認知症サポート医は直接地域に出向いて、認知症の方を介護している方や民生委員などサポートする方々へ認知症の啓発をしたり、相談を直接耳で聞いて対応したりしている。他には、認知症に関する講演活動にも力を入れている。昨年は江東区、墨田区、江戸川区の認知症患者の後方支援病院である順天堂東京江東高齢者医療センターの認知症疾患医療センターの一宮センター長に講演していただいた。会員の先生方も独自に講演をして認知症の啓発活動をしている。さらに配付資料のオレンジのチラシは、東京都の認知症早期発見・早期診断推進事業として、熟年相談室のコーディネーターと順天堂東京江東高齢者医療センターの医師・看護師等、認知症疾患医療センターの認知症のアウトリーチチームと協働して、認知症の疑いのある人を把握し、状況によっては直接訪問して適切な医療や介護につなげるシステムづくりを行っている。認知症の方がなかなか受診に至らないとのご意見をいただくので、それなら直接訪問しようという事業である。このような取り組みをしているが、認知症患者は高齢化していくので、やはりこれだけでは十分に支えていけないものではないと考えている。さらに啓発・周知活動に全力を尽くしていく次第である。認知症に関して、医師会としてもっとも重要なのは、早期診断・早期治療である。しかし、実際に認知症を診ていただける医師が少なく、専門の医療機関として順天堂東京江東高齢者医療センターを受診すると、2～3 か月待ちの状況である。医師会としては区民は区内の医療機関で診れるよう、認知症の方を診ていただける医師を増やし、検査をして区内で早期対応していかなければならない。必要があれば専門医療機関を紹介したり、後方支援病院へ入院できるシステムづくりが今後の医師会の課題であると考えている。

委員

資料 2 の7ページ、江戸川区の認知症地域ネットワークの構築について、私が住んでいる分譲マンションは築 37 年、1,350 世帯ほどで、高齢化率が 32%という大変な状況である。やはり一番問題になっているのは認知症の方である。早期発見し、家族の理解を得て診断につなげ、今後の介護をどうするかに行きつくまでには本当にたくさんの方々の支援がないとできない。また、認知症という病気は一人ひとりこだわりが違い、それぞれ対応が異なる。認知症地域ネットワークの構築の中心は熟年相談室であるが、多忙な上、すべての事例が熟年相談室にストレートでつながっていて、あまりにも大変であると思う。今回の計画では、まず地域の中で活動している方や介護事業者などで情報を寄せ合い、それから熟年相談室につなげる仕組みを具体的に作りあげることが重要で、そのためには地域で活動する認知症コーディネーターが必要である。ぜひ議論していただきたい。小さな範囲でモデルとして実施できそうなところがある。できれば、そこを参考にして3年間かけてネットワークをつくっていけば、認知症一人ひとりに対応できると思うので、提案したい。

委員長

第6期の計画では、認知症ケアパスをどのように具現化していくかが重要である。医師会も色々な取り組みをしているが、委員の皆様の立場で、資料 2 の 4 ページの『今後の認知症

施策の方向性について』の概要を見ていただき、今、何が一番欠けているか、あるいは充実したほうがよいところなど、ご意見をいただきたい。

委員

地域密着型連絡会では、熟年相談室が主催する地域会議に事業者が参加している。実際に認知症になったらどうしたらいいのか、今はこういう状態であるが、次はどうしたらいいのか、グループホームはどういうところか、どうしたら入居できるのかという疑問をもった方が地域にはたくさんいるので、熟年相談室ばかりではなく、事業所自体がいつでも相談できる体制でなければと感じている。地域密着型連絡会としては、介護者交流教室などを開催し、もっと地域の方を集めて話をしていかなければと思う。また、町会と防災協定などを結ぶと、地域の方に認知症の方の理解をしていただけることがある。プラス、引き込んでいくという方向で取り組んでいる。

委員

平成 18 年に地域包括支援センターが誕生し、熟年相談室とネーミングを改め周知しているが、まだまだ認識が薄いという声をたくさんいただいている。認知症に関して言うと、医師会の役割、認知症コーディネーターの役割、認知症疾患医療センターとの連携など、役割分担ができつつあると思っはいる。熟年相談室としては、これまでも地域住民に、できる限り初期の段階に相談していただくことで、早期の診断、早期の治療に結びつけていくことができるようになってきたが、実際には限られた熟年相談室だけで、多くの住民の方からのご相談に対応することには限界がある。認知症に関する初歩的な知識を広めるため、認知症サポーターの育成にも力を入れて活動しているが、今後はサポーターの方々の知識をさらに深め、質をあげる努力をし、より重度の認知症の方に対してもケアができるようにして、地域で認知症の方を支えていけるようにしていく必要がある。そして熟年相談室は、認知症の各レベルの方をどの機関につないでいけばよいのか、例えば、地域のかかりつけ医に相談し、認知症専門医につなげることがいいのか、認知症疾患医療センターにつなげたほうがいいのかなどを研究していかなければならない。熟年相談室自体の機能の強化、知識の強化、連携の強化が必要である。連携の強化のためには、健康サポートセンターや医師会にもご協力いただき、連携の輪を広げていきたい。また、いざというときは、ケアマネジャーにつないでサービスにつなげ、最後は施設にという流れを考えると、グループホームや小規模多機能型の施設などの受け皿がまだまだ少ない。それぞれの立場の方々が認知症ケアパスの中でどのような協力をしていただけるかを具体的に話し合っていきたい。

委員長

認知症ケアパスにおける一連の流れの中で、どこが一番不安であるかをお聞きしたい。

委員

認知症ケアパスにおける一連の流れの中において、ケアマネジャーは介護保険を申請して、いざサービスという段階で関わって動いていく。本人やご家族が認知症に関しての問題意識をもっていないと、サービスの強制ができずに、そこで流れが止まってしまうことが多くある。そんな場合、民生委員、親族の方などサポートしていただける外部の力が大事になってくる。そういった意味でも、まず区民に認知症という病気を理解してもらい、実際に問題になるところの理解をしていただくことが大事である。また、ケアマネジャーは月に数回しか訪問できず、実際に随時かかわっていただくのは介護事業所のケアスタッフやヘルパーである。その方々の認知症に関するスキルアップのため、現在区で行っている介護職員向けの医療研修を今後も強化していくべきである。さらに、認知症は進行すると、寝ない、徘徊、暴力などの問題が出てくる。ショートステイを利用したいとき、本人に不穏な状態があると受け入れてもらえない場合もある。介護者を支える基盤として家族のレスパイト型の施設を充

実する必要がある。その他に、現在、セブンイレブンやクロネコ、佐川急便、新聞配達などの民間の方が認知症に関する問題意識をもって、見守りをしていてくれるところがある。さらに普及させて、一緒に活動していこうという意識をもていただければと思う。

委員

資料 2 の 4 ページに気づき～診断までとある。一旦診断を受けて流れに乗ればきっちり制度が整っているのが安心できるが、とにかく気づいて診断を受けるまでの支援が今もっとも必要であるとする。民生委員、自治会など、地域の方々が本人や家族を取り巻き、みんなの気づきを寄せ集めて診断に結びつけ、本人と家族を支えていけることができれば、6 期の計画では具体的な仕組みづくりができるとよい。認知症サポーター養成事業もさらに充実させていくとよいと思う。

委員

1 点目は、気づきの段階でかかわる民生委員について、非常に忙しい方々であるが、認知症なのかどうかという気づきの入り口にかかわっていただくことを考えると、専門的な勉強をしていただけるとよいと思う。2 点目は、民間事業者の方を認知症サポーターとして取り込んでいただきたい。先ほども話があったように、新聞配達やコンビニの方などには、色々なかたちで入って支援していただけると考える。同じものを何回も頼んでいないか、新聞代は支払っているかなど、介護事業者が入る前に民間事業者で気づいてつないでいただけないか、医師会の認知症コーディネーターは、私の知る限り 1 名だけで、江戸川区民の人口を考えると、とても認知症ケアパスにつなげることができるとは思えない。実際に、もともと物忘れ専門医にかかっている方はそちらでお願いしたいと返された。認知症コーディネートの視点をもった方に相談できることが重要ではないか。

委員

医師会の認知症コーディネーターについて、東京都の補助金事業で、各区に 1 名を配置するというかたちなので、多数配置することができない。資料 2 の 4 ページ『今後の認知症施策の方向性について』の概要は、国としてはまだ半分試作の段階である。今のようなご意見を基に、今後認知症コーディネーターが増えていく可能性はある。現在、認知症コーディネーターの主な役割は、例えば、順天堂東京江東高齢者医療センターなどに緊急につながなくてはいけないような、困難なケースに限られる。おっしゃるように認知症コーディネーター一人ですべてに対応することはできないので、今後は認知症コーディネーターの意見を聞き、必要であれば地域のケアマネジャーや熟年相談室へ流していく必要があると思う。

委員

他区で認知症コーディネーターがまだ存在していなかったとき、健康サポートセンターの職員が動いて、往診の精神科の先生につないだという例を聞いた。健康サポートセンターの情報はあまりないが、医師会とは連携しているのか。

委員

認知症施策の推進の担当課は福祉部、健康サポートセンターは健康部が担当課である。相談があれば、どの部署であっても適切な機関につなげることは当然実施していると思う。最初の段階で、認知症だと思ったら、実際には精神科のうつ病だったということもあるので、色々な相談窓口を活用していただきながら、適切につなげていくことが重要であるとする。

委員長

認知症という病気について、医師として一つ忠告しておきたい。認知症について勉強することは大変良いことであるが、勉強したからといって簡単に認知症と診断されては困る。高齢者は精神的に不安定な状態になることが多く、様々な病気が考えられるので、必ず医療に

つなげてほしい。素人が最初から認知症だと決めて周りが色々なことを進めてしまうと、本人の人権問題にも関わってくる。必ず専門家に相談してから動いてほしい。

事務局

健康サポートセンターでは、相談窓口として物忘れ相談を実施している。認知症に特化することなく相談を受けている。また、熟年相談室主催の地域連携会議の中の事例について、医療との連携の部分でお手伝いすることもある。健康サポートセンターは区内 8 か所にあるので、地域ごとにさらに強化していければと考えている。

委員

今は認知症になってしまった場合どうするかという議論だが、認知症にならないためにどうするかも大変重要なことである。次回の検討委員会の介護予防事業の展開で議論したい。

委員

江戸川区には大きな精神病院はないので、区で認知症検診を行い、早期発見することができないかと思う。

事務局

認知症に関するチェックについては長寿健診を通じて行い、認知症の疑いを含めて把握している。

委員

現場で働いていると、認知症の方を抱えた家族が疲れたときに、特別養護老人ホームなどが、1 床でも 2 床でも緊急ショートをもっていれればと思う。また、高齢者の介護に携わっていると、精神疾患の勉強をする機会がないが、精神の訪問看護ステーション、地域活動支援センターや相談支援事業所についても知っておく必要があると感じている。江戸川区にはかいごにべんりノートという連携ノートがある。認知症ケアパスについて京都府の例を調べて比べてみると、利用者の顔写真、最期をどうしたいかという本人の意思、例えば、胃ろうを受ける・受けないなどを記載するところがない。もし書く欄があれば、区民はエンディングストーリーを描きやすいと思う。最後に、昔は認知症になっても、おばあちゃんはぼけちゃったという程度のことで、地域の中で生活できていた。認知症は特別なことではないという意識とそういう暮らしの復活を望んでいる。

委員

新聞配達、ヤマト、ヤクルトなどの方に認知症の方を掘り出し、見守ってもらうことについて、会社の仕組みとしては確かにできるが、実際に働いている人は、日本語を話せない外国人が多くいる。本当に実効性があるのかを考えると、計画として掲げていくことには問題があると思う。私自身もいつか認知症になるではという不安がある。認知症という病気は不治の病、忌むべきもので、どちらかという隠す感じがあり、そのためになかなか気づきにくい。こちらから探すのではなく、正しく必要な知識をもっといただくことを啓発し、明るく開かれた環境をつくり、自分から積極的に言えるようにすることから始めないと、どんな施策を推進しようとしても難しいと思う。

委員

94 歳でひとり暮らしのおばあちゃんの宅配牛乳が毎日なくなると出来ごとがあった。周りはおばあちゃんは認知症だから施設に入れなければという話になっていった。しかし牛乳は隣の人に飲まれていたことがわかった。気をつけないと、間違っただけで周りから認知症にされたり、認知症にしてしまう可能性がある。

委員長

認知症ケアパスの流れとしては、これで問題ないと思う。皆が認知症は一般的な病気になってきているという共通の認識を持ち始めていることは、数年前とは大違いだ実感している。一つ言っておきたいことは、私の知る限りでは認知症の方を介護する家族にとって一番必要なものは、レスパイト施設である。これをどう整備していくかが重要である。認知症施策の推進についてはこれで終わりにする。

(3)医療と介護の連携について

委員長

次は医療と介護の連携についての議題に入る。

委員

医療と介護の連携について、医師会の取り組みを説明する。介護現場では医療知識をもって対応しなければいけない部分が増えてきた。新規でケアマネジャーになる方の 8 割以上は福祉系の方なので、医師会としては介護事業者に対する医療研修に力を入れてきた。現場では顔の見える関係は非常に重要である。アンケート結果から見えてきたケアマネジャーや事業者のニーズに応えようと取り組んできた。地域連携会議への参加も推進し、さらには東京都の補助金事業で医療連携強化研修会を 24 年度、25 年度続けて実施した。また、療養病床の減少が求められ、早期退院への流れ、在宅で余生を送りたいというニーズも高まってきていることから在宅基盤の整備に力を入れていかなければならない。安心して余生まで地域で暮らせるようなシステムづくりの一環としては、やはり往診の先生が非常に重要である。医師会としては昨年、地域で往診の対応可能な医療機関のリストを作成し、医師会のHPに掲載している。他には地域医療推進委員会のリハビリテーション推進新事業として、医師会の先生にサポート医になっていただき、身体的に介護が必要になりそうな人をいち早くリハビリにつなげて、ADLを維持することも実施している。今後は医師も介護保険に関しての知識と実状を知ることは欠かせない。主治医研修会を毎年実施し、介護の方々と連携して取り組んでいけるよう、さらなるシステム構築に力を入れていきたい。

委員長

それでは第 6 期計画において、医療と介護の連携として、皆さんはどのようなストーリーを描くか、ご意見をお願いしたい。

委員

ケアマネジャー協会では、19 年にケアマネタイムという全国的な取り組みがあったが、現在は止まっている状態なので、ぜひ再開したい。ケアマネジャーからお医者さんにアプローチできる、空いている時間を教えていただきたい。在宅のお医者さんと連携するために、かいごにべんりノートを在宅の利用者の自宅に備えている。このシステムは全国で初めて注目されてきた。先ほど大越委員からご意見を聞いて、エンディングノートとしての機能をもたせることができるとよいと思った。さらに強化していきたい。ケアマネジャーからお医者さんに情報をつなげる共通の介護情報提供書というシートがある。今後これを使用して医師と連携をとっていきたいので、こちらもお願いしたい。最後にケアマネジャーはどうしても医療知識が少ないので、24 時間体制の訪問看護が地域の基盤として増えればよいと思っている。

委員

ケアマネタイムを一律に設けるのも一案であるが、医師会としては、ケアマネジャーから個々の先生にアプローチして時間を設けていただきたい。お互いに情報交換をし合うことがまず大事であり、一律にはできないと考えている。

委員

歯科医師会は介護保険の口腔ケアに参加している。認知症のリスクを下げるためには、口腔ケアが重要なので、そういう視点で協力ができればと考えている。そのためにはケアマネジャー、医科の先生、薬剤師との連携が大切なので、歯科医師会にも連携のもてる場をもっと与えていただきたい。

委員

かいごにべんりノートについて、他の自治体では現場から離れた状態でも情報が共有できるよう、ICTを活用したデジタルなフォームがつくられている。次のステップとして、検討していただきたい。薬剤師会では、24 時間 365 日、お薬相談ダイヤルを実施している。今まではお薬が飲めなくなったら単純に飲みやすくすればよいと思っていたが、認知症が原因の場合

合もあることがわかってきた。相談を受ける側も嚙下機能や認知症に関してきちんと勉強して対応することで、認知症の気づきに協力できると考える。

委員長

専門的な視点から、医療と介護の連携において、今何が欠けているか教えてほしい。

委員

医療と介護の連携に関して、医療福祉連絡会などではソーシャルワーカーや熟年相談室からの事例を通して、在宅側の家族の思いや病院のシステムが機能分化していることについて教えていただいている。緊急ショートについては、必要なのは認知症だけではなく、高齢者やターミナルケアについても同じことが言える。だれもが緊急時に安心して入れる施設がなければ在宅は支えられない。逆に緊急ショートがあれば退院支援もスムーズにいくと思う。また、今度の法改正では超急性期病院であっても、どこに退院していったかを報告しなければならない。もう病院が介護のことを知らないでは済まされない。退院支援の点数について、病院側とケアマネジャーでは差があるので、ケアマネジャーがもっと報われるようにする必要があると考える。

委員

退院支援の点数は、医療のほうが上で、ケアマネジャーのほうが下である。つまり医療中心なのである。

委員

入院したときに情報をつないだ場合、退院時に医師の指示のもとカンファレンスをした場合、医療相談室の方と連携をした場合などは加算がつく。ただその後サービスにつながるかつながらないかで報酬ベースが動くので、一生懸命動いても特別養護老人ホームなどに入ったりすると、ケアマネジャーは動くだけ動いてお疲れ様で終わってしまう。やはりそれはどうなのかと思う。

委員

24 時間対応の訪問看護がもっと増えるとよいとご意見があったが、具体的に困っていることを聞かせてほしい。

委員

ケアマネジャーの事業所では 24 時間の電話相談を設けているが、夜間帯に急に体調が悪いなどの相談がある場合、ケアマネジャーでは判断ができないことがある。24 時間の訪問看護があれば連携しての相談ができる。

委員

ケアマネジャーが 24 時間で相談を受けたときに、相談にのってもらえるところがほしいということか。

委員

そうである。まだ土日や夜間に対応していないという訪問看護が多いので、在宅医療の基盤として、やはり 24 時間の訪問看護を増やしてほしい。

委員長

医療と介護の連携というのは、色々な方とこのように話をすることだが、実は昔はほとんどなかった。例えそれが愚痴であったとしても、意外とうまくいくようになる。一つ私が危惧していることは、24 時間対応の訪問看護・訪問介護サービスを本当につくることができるのかということである。厚労省の方向性なので推進していかなければならないが、そのためにどのような連携が必要か、そのあたりの認識は共有しておいていただきたい。

(4) 地域ケア会議について

委員長

最後に地域ケア会議についてである。現在は熟年相談室が中心になって地域ケア会議を開催しているので、まず、熟年相談室が今後どうしていきたいかを聞かせてほしい。

委員

江戸川区では個別の事例を解決するための個別のケース検討会議の1つを地域ケア会議と呼んでいる。昨年度は各熟年相談室では、地域の関係者の方と顔の見える関係を構築する段階を超えて、さらに具体的なケースについて検討ができるレベル、30～50名程度の小規模な地域連携会議を開催した。しかし、まだまだ個別のケースについて話をしていくことは難しいところがあった。今年度はさらに規模を小さくして中身の濃い地域連携会議を開催していきたい。ケアマネジャーの担当者会議の枠の中にも地域ケア会議に類する内容を行っているので、残念ながら地域ケア会議の件数は増えていない。今年度は開催件数を増やし、さらには個別の事例検討をもとに地域の課題に対する取り組みにまで連動していけるような基盤をつくっていきたい。

委員

地域連携会議には私も3回ほど参加させていただいた。色々工夫はされていると感じたが、熟年相談室1か所あたり1回ではなく、2回にするなどして、もっと小規模で開催してほしい。

委員長

事務局のほうから地域連携会議についての説明をお願いします。

事務局

地域連携会議は24年度に日常生活圏域ごとに始まり、今年度に至るまでに各熟年相談室の特色を生かしながら、熟年相談室ごとに1回開催できるようになった。委員からご意見をいただいた規模や内容については、事務局としても今後十分参考にさせていただき、検討していきたい。

副委員長

地域ケア会議に関しては、第3期の計画の段階から、委員長とともに取り組んできた。今期に至るまで地域ケア会議は江戸川区の中に定着して、大きな財産になっている。熟年相談室、地域の方々が一緒に協働してきた結果であると思う。江戸川区は人口が多いので、地域ごとに地域ケア会議を開催することが重要である。例えば、認知症の問題はとても幅広く、地域ごとに課題はかなり違ってくる。資料4の1ページを見ると、個別課題、個別課題の解決、地域課題の把握、地域課題の解決という一連のサイクル図が書かれている。地域ごとの課題をはっきりさせることができるのが、地域ケア会議である。私は昨年1年間、東京都の地域ケア会議のマニュアルづくりに携わった。そこから見えてきたことは、個別課題や地域ごとの課題を考えると進んでいるが、課題の解決がまだまだ進んでいないということである。一方で、課題をまとめていく人材を育てることが必要である。例えば、小岩と葛西では、認知症の対応の仕方も違うし、基盤も違う。地域ごとに何を解決しなければならぬかを明確にし、医師会、歯科医師会、薬剤師会、検討委員会などの会議に持ち込んでいただければ、各会や区でも支援していける。そういう体制づくりが必要ではないかと思う。第6期の計画では、顔と顔が見えるところで、課題を解決していくことができるようにしていきたい。もう1点の課題は、フォーマルとインフォーマルを結びつけることができる人をどのように育てるかである。これは簡単なことではないが、第6期の計画で取り組んでいかないと、今後地域支援事業はうまく進んでいかないと考える。これについても地域ケア会議ごとに課題を明確にして、出していきたい。認知症ケアパスを作成し、最期の看取りまで、できるだけ区内でできるケア体制をつくるためには何が問題なのか。また、今、行方不明の問題なども、何がネックになっているか。それらも地域ケア会議の中から出てくると思う。確

かに個別課題や一人ひとりが力量をつけることは大事であるが、地域ケア会議は、地域での共通の問題を明確にしていく役割をぜひ担っていただきたい。

委員

熟年相談室の数について、資料1には熟年相談室の設置数は26年度では26か所となっている。これは分室を含めた数で、分室を含めなければ18か所である。23区の中では一番低い数字であり、要するにケアマネジャーの相談場所が少ない状態である。今後検討するという話があったので安心しているが、3年後、5年後を考えると、熟年相談室の人材は育てて蓄えておく必要がある。また、地域の中核となる基幹型の熟年相談室があればよいと考える。

委員長

熟年相談室に関してはさらに話し合う必要がある。方向性がある程度見えてきた段階で皆さんにご報告したい。他に何かご意見等はあるか。

委員

ケアマネジャーの事業所の24時間の電話相談で、もし急変などで判断に迷うときは、東京消防庁の救急相談支援センター、#7119に電話をかければ専門家が相談にのってくれる。あるいは、手遅れになるよりは救急車を呼んだほうがよい。確かに足立区や荒川区に運ばれてしまうが、今年度からは大きな救急病院でもどこに退院させるか、どのように連携するかを報告しなければいけない仕組みなので、悩んでいるよりは救急車を呼んだほうがよいと申し上げておきたい。

委員

在宅支援のためには24時間訪問看護が必要であるとクローズアップされるが、看護師だけではなく、その合間を埋める訪問介護士やヘルパーも充実させる必要がある。看護師も不足しているが、医療的ケアのできる介護福祉士もまだまだ少ない状況にある。また、医療的ケアの研修を受けた介護福祉士がどこにいるのかわからない。私の経験から、ターミナルを在宅でという場合、医療的ケアのできる介護福祉士は絶対に必要である。医療的ケアのできる介護福祉士の整備と情報提供に力を入れていただきたい。

委員

緊急ショートについて、ベッド数の確保が早急な課題である。区は特別養護老人ホームと受け入れの協定を結んでいるが、ベッドの確保にまではなかなか至っていない。今後の区民の安心を考えると、特別養護老人ホームだけではなく、介護老人保健施設、もっと幅を広げればグループホームなども検討が必要になってくると思う。かいごにべんりノートがアナログ的だというご意見があったが、確かにデジタル化は今後必要かもしれないが、今あるものを活用してお医者さんと連携していくことが大切だと思う。

委員

多少前後してしまうが、認知症対策の推進について、認知症の高齢者が尊厳を保ちながら穏やかな生活を送ることができ、また、介護する家族も安心して社会生活を営むことができる地域づくりがとても大事になってきている。ただ、素人では認知症かどうかの判断は難しく、まず気づくのは家族だと思うが、おそらくうちの父が、母が認知症だと容認するまでに戸惑いや否定から入って、長い時間かかってしまうと思う。早期発見、早期診断、早期治療によって、認知症という病気そのものが軽減するので、事例を用いて、こういう方が認知症であるという周知をして、高齢者と生活している家族が迷わず診断に行ける、そういう方策が必要ではないかと思う。もう1点は、認知症という病気はともすれば偏見や誤解を生みやすい病気である。資料2の10ページで現在、区には認知症サポーターが8,013人いるとあるが、多いようで少ないのではと思う。サポーター研修の内容を、小学校や中学校の徳育の授業に取り入れることができないか。小さい時期から、認知症の症状や認知症の患者にど

のように対応すればよいかを教育することによって、認知症への偏見や誤解を大幅に軽減できると思う。

委員

地域活動に参加している人と地域活動に参加していない人では病気に対するリスクや認知症のリスクはかなり差がある。江戸川区の場合、リズム体操やくすのきクラブの活動などに元気な高齢者が参加している。女性の参加は多いが男性の参加が少ないので、地域で男性に働きかけていけば、もっと元気な高齢者づくりができると考える。それが医療費や介護給付費の削減につながっていくので、先を見越して予防の段階に力を入れてほしい。

委員長

それぞれの議事に対して活発なご意見をいただき、非常に勉強になった。これで本日の議事は終了する。

3. その他

次回の日程を下記のとおり決定した。

日 時:9月5日(金)午後7時から

場 所:タワーホール船堀 研修室

4. 閉会

～以上～