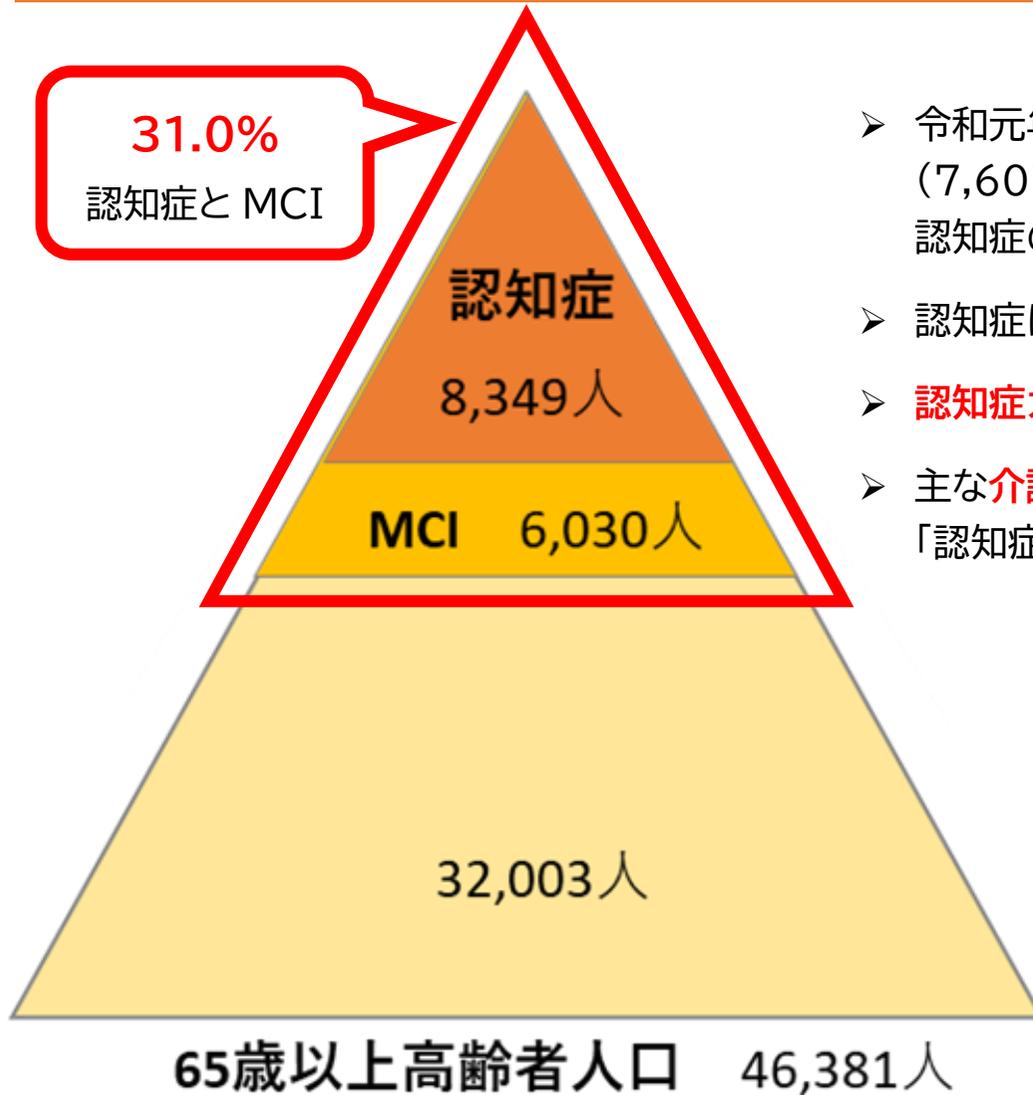


# 認知症ワーキンググループ会議の実施状況

日時	内容 (全てオンライン開催)
7月29日	<b>コアメンバー会議</b>
8月2日	<b>第1回認知症ワーキンググループ会議</b> ○周南市の高齢者の状況、周南市認知症施策の説明 ○各所属における <b>現状の共有</b>
9月13日	<b>コアメンバー会議</b>
	○第2回グループ会議の事前アンケート 在宅医療介護 <b>連携において、うまくいっていること、困っていること、気付き等</b>
12月6日	<b>コアメンバー会議</b>
12月9日	<b>第2回認知症ワーキンググループ会議</b> ○医療介護連携における <b>現状把握、問題の共有</b> 事前アンケートの結果を基にワーキングで深める
1月13日	<b>コアメンバー会議</b>
1月27日	<b>第3回認知症ワーキンググループ会議</b> ○課題に対する <b>具体的手段</b> の検討

# データから見える周南市の認知症の現状



- 令和元年10月時点で**要支援・要介護認定**を受けている高齢者(7,601人)のうち、認知症の日常生活自立度がⅡa以上は4,999人(65.8%) ※1
- 認知症にかかる**相談窓口の認知**について「いいえ」が68.1% ※2
- **認知症カフェの認知**について「知らない」が79.5% ※2
- 主な**介護者が不安に感じる介護**等の回答として要介護1・2では、「認知症状への対応」が最も多い(35.4%) ※3

※1地域包括ケア見える化システム

※2:介護予防・日常生活圏域ニーズ調査(2020年5月)

※3:在宅介護実態調査(2019~2020年)

※人口はR3.3.31時点(市民課)  
認知症・MCIの人数は推計値

# 認知症に係る現状・問題点と課題

◆認知症予防（発症予防・進行予防）	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・MCIで<b>進行予防の活動を勧めたい</b>が、本人・家族が望まず何も繋がらないまま悪化する</li> <li>・軽度の認知機能低下の人は、<b>サービス利用や包括への相談を拒否</b>される傾向にある</li> <li>・MCIの段階で回復する状態が3～4割あるが、<b>回復できずに認知症になる</b>人がある</li> <li>・MCIの時点で何かをしなければならぬが、<b>危機感が無い</b></li> <li>・進行予防のための継続的な支援ができる機関がない</li> <li>・包括がMCI、軽度の人をフォローするのは難しい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症の発症予防の取組みを推進することが必要</li> </ul>
◆認知症の早期発見	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・市民は物忘れ等の主な症状以外の、<b>認知症の意外な症状を知らない</b></li> <li>・気軽に<b>認知症のチェック</b>ができる場やその方法がない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症の早期発見のための環境づくりが必要</li> </ul>
◆認知症の人の在宅療養支援	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症の人に関する困りごとは<b>地域の助け合い</b>で何とかなっていることが多いが、援助頻度が増すと包括に相談が入る</li> <li>・認知症ケアは<b>垣根が高く感じられる</b>部分がある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症の人が暮らしやすい地域づくりが必要</li> </ul>

左記については、  
 これまでにいただいたご意見を基に、関係機関の皆さまに  
 随時相談しながら、  
 市や包括、各機関で取組みを  
 進めていきます。

◆認知症の早期診断・早期対応	
・認知症本人の <b>受診が難しい</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・早期に受診につなぐための支援体制を整えることが必要</li> <li>・専門職への相談がしやすい体制づくりが必要</li> </ul>
・本人が <b>受診を嫌い</b> 、受診ができない	
・精神科や物忘れ外来の <b>受診には勇気が必要</b>	
・認知症を疑った際、 <b>どのように受診を勧めたらよいか分からない</b>	
・包括には、今が大変な状態、 <b>即サービスが必要な状況での相談が多い</b>	
・困った時の相談先は親族・友人・近所の人が多く <b>福祉関係機関への相談が少ない</b>	
・コロナ禍で地域に出向く機会が減り、認知症の人に関する <b>情報も入らなくなった</b>	
・ <b>オレンジドクター（身近な相談医）制度は市民に知られていない</b>	

### 【 具体策 】

- ・早期発見のための**チェックリスト**を各所で配付し、相談窓口につなぐ。 ・相談窓口を分かりやすくする
- ・多職種間の連携により、**早期の段階で相談につなぐ**
- ・**グループホーム、薬局**なども相談窓口になる      ・**地域交流の中で相談**できる機会を確保する
- ・本人の家族や友人への**啓発、情報提供**を行う
- ・**受診時のコツ**を周知する

## ◆認知症介護者への支援

<ul style="list-style-type: none"> <li>・包括では医療機関等から対応に<b>困り果てた家族の情報提供</b>を受け対応することがある</li> <li>・外部からは分かりづらいが、家では<b>とても心痛している家族</b>もいる*</li> <li>・認知症の人に対して<b>繰り返し言えば出来る</b>ようになると思っている人がいる*</li> <li>・本人が<b>家族のイメージ通りに動いてくれない</b>ために、家族は腹を立ててしまう</li> <li>・家族だから<b>すぐに感情的になり、口げんか</b>になってしまう</li> <li>・支援者は、家族に対して悲惨な事や本人の<b>できないことを伝えがち</b></li> <li>・認知症の人には<b>施設に入ってもらうしかない</b>と考えている人が多い*</li> <li>・介護負担を必要以上に感じる、<b>悲観しすぎる介護者</b>がいる</li> <li>・認知症に対しての適切な治療やケアをしないまま、<b>在宅療養を諦める家族</b>が多い*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護者が認知症本人のことを正しく理解し、適切に対応できるための支援が必要</li> </ul>
---	---

### 【 具体策 】

- ・初めて介護する人の**デビュー講座**を開催      ・対応の仕方を説明
- ・家族への**報告時は、良い面も**伝える      ・家族の話を聴く時間を取る
- ・介護者の**バックアップ体制、心の余裕**がもてるよう環境を整える
- ・**家族が集い**、愚痴をこぼせる場、情報共有できる場
- ・認知症カフェの周知      ・認知症”ネット”カフェなど、**オンラインの活用**

## ◆認知症の人の退院支援

- ・病棟、リハビリ、家族の前とで、ご本人の姿が異なり、**意見が食い違う**こともある
- ・入院中は条件が良く介護度が低く判定され、退院後に困ることもある
- ・コロナ禍で退院サマリー 1 枚で本人に会えず、**人となりも分からない中で施設入居**となる
- ・長期入院時は認知症が進み、退院時に家族が戸惑うこともある
- ・スタッフが在宅可能だと思っても、家族が**自宅への退院を拒む**ケースが多い
- ・家族へ指導・情報提供の際、自宅への退院時に**ケアマネがない場合、不安が強い**
- ・コロナ禍で退院調整が不十分で家族が**不安を抱えたままの退院**となる事も多い
- ・独居の人の退院に対する**地域住民の不安**が強い
- ・入院前の入所**施設への退院を拒まれる**ことがある  
入院し、症状改善後の受け皿がなく、病院側が苦慮するケースがあった
- ・**退院直前**になって退院調整の相談をされることもある

・退院時の支援を円滑に行うために、多職種間の適切な情報共有と協働の取組みが必要

### 【 具体策 】

- ・**オンライン**での担当者会議の開催
- ・退院前の**準備期間を確保**する
- ・地域や施設の受け入れ可能な状態と、実際の状態に**ギャップがあった際の調整**  
(予測されることの説明や対応への準備)
- ・**地域の理解**

◆多職種間の連携、交流 ～認知症以外の支援においても共通した課題～

<ul style="list-style-type: none"> <li>・報告書と計画書だけでは<b>最新の情報とはいえない</b>部分がある</li> <li>・在宅療養時の共有ノートには介護サービスの情報は入るが、<b>医療の記録は入っていない</b></li> <li>・退院後は外来から地域連携室を通してCMへの<b>情報提供が必要と思うが十分ではない</b></li> <li>・コロナ禍で担当者会議が少人数での実施となり<b>多角的な意見が得られない</b>ケースがあった</li> <li>・本人・家族が<b>同意しない場合の情報提供や共有</b>について悩む</li> <li>・<b>地域連携室がない場合</b>の情報共有が難しい</li> <li>・医師に直接聞くのはハードルが高い</li> <li>・退院サマリーの情報には、<b>主観も入っている</b>場合がある</li> <li>・会議は運営する人によって連携するかどうかが決まる</li> <li>・<b>マネジメント力</b>がないと集まることが目的となり、真の支援につながらないことが多い</li> <li>・他職種が対応しているサービス内容を知らない支援者もいる</li> <li>・コロナ禍で研修の規模が縮小となり、<b>学ぶ機会や多職種連携の機会が減少</b>している</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・多職種間の連携が促進されるような環境づくりが必要</li> <li>・多職種間の情報共有や連携における質の向上が必要</li> <li>・コロナ禍であっても学びや交流の機会を確保することが必要</li> </ul>
---	---

【 具体策 】

- ・対象者にとって必要な支援、大事な支援を考えて支援することへの**共通認識**
- ・多職種が参集する機会として退院時の支援は貴重。皆で実際に家を見て、**本人の生活に沿った支援を  
考える時間を持つ**
- ・小さな**会合の積み重ね**
- ・各職種の取組みを**発信する機会、学び合える機会**を作る

## 認知症ワーキングの振り返りと今後について

- ◆ グループ会議に参加すること自体が、**情報共有の機会、学べる機会、悩みが言える場**となった。
- ◆ 各ワーキング、あ・うんネット周南を通して専門職がつながっていくことは重要。さらに、**専門外の人とのつながり**を築いていくことも大事。**色々な人を巻き込んでいく**必要がある。
- ◆ グループ会議の意見を基に、自所属において、**具体策の実践に向けた検討**、改善に向けた**発信**を始めた委員もいます。

< 令和4年度 >

具体策を実行するための具体的な検討を進め、できることから実践していきます。