

## 平成28年度 第2回 千葉県認知症対策推進協議会 議事概要

開催日時：平成29年3月14日（火） 午後2時00分から午後4時00分

会 場：千葉県教育会館 203会議室

出席者：協議会委員 24名（内、代理出席者 3名）、関係課・事務局職員 9名  
計 33名 （欠席委員9名）

あいさつ：古元 健康福祉部保健医療担当部長

議 題：

(1) 作業部会での検討結果について

- ・ 認知症専門職研修体系構築事業について
- ・ 認知症コーディネーターと認知症地域支援推進員の役割について
- ・ 「オレンジ連携シート利用状況等に関するアンケート」結果に基づく利用促進に向けた検討について
- ・ 認知症サポーターの具体的な活用方法について
- ・ 認知症サポーター養成講座テキスト作成の進捗状況について
- ・ 医療実態調査に係る調査項目について

(2) 平成28年度 県内市町村における認知症対策の状況について

(3) 認知症の身体疾患発症時における医療連携体制の構築について

(4) 認知症の予防に向けた取組について

(5) 若年性認知症の人のための対策について

(6) 認知症疾患医療センターについて

(7) 平成29年度「認知症支援事業」及び「協議会・作業部会での主な検討課題」について

(8) その他

配布資料：

- (資料 1-1) 平成 28 年度千葉県認知症対策推進作業部会検討項目
- (資料 1-2) 認知症専門職研修体系構築事業について
- (資料 1-3) 認知症コーディネーターと認知症地域支援推進員の役割について
- (資料 1-4) オレンジ連携シート利用状況等に関するアンケート結果に基づく利用促進に向けた検討について
- (資料 1-5) 認知症サポーターの具体的な活用方法について
- (資料 1-6) 認知症サポーター養成講座テキスト作成の進捗状況について
- (資料 1-7) 医療実態調査に係る調査項目について
- (資料 2) 平成 28 年度県内市町村における認知症対策の状況
- (資料 3) 認知症の身体疾患発症時における医療連携体制の構築について
- (資料 4) 認知症の予防に向けた取組について
- (資料 4 参考) 認知症予防について(市町村アンケート結果速報)
- (資料 5-1) 平成 28 年度の取組状況と平成 29 年度以降の事業内容について
- (資料 5-2) 若年性認知症支援コーディネーターの配置及び活動内容について
- (資料 5-3) 県内における若年性認知症の人の実態調査について(案)
- (資料 6-1) 認知症疾患医療センターについて
- (資料 6-2) 県内の認知症疾患医療センター配置図
- (資料 6-3) 認知症疾患医療センター運営事業(平成 29 年度～)
- (資料 7-1) 平成 29 年度認知症支援事業について
- (資料 7-2) 平成 29 年度協議会・作業部会での主な検討課題について

「議題 1 (作業部会での検討結果について) 事務局から説明」

《意見交換》

【横山委員 (千葉県作業療法士会)】

認知症専門職研修体系構築事業について、多職種協働研修の対象者を初級者とするのか、中級者とするのか、また、その位置付けについて定まっていなかったように思う。その部分を明確化した方が良いのではないかと。

【事務局】

研修対象者や位置付けについて、明確化できるようにしていきたい。

【眞鍋委員（千葉県薬剤師会）】

医療実態調査に係る調査項目について、退院後の行き先（自宅、施設、回復期病院等）についての項目はあるのか。

【事務局】

そういった視点も重要と考えているので、検討をしたい。

【伊豫会長（千葉大学大学院医学研究院）】

認知症サポーター養成講座テキストについて、「認知症と間違えられやすい精神疾患の記述を詳細にした方が良い。」との意見があったようだが、どのような疾患を記載しているのか。

【事務局】

治療によって治ることが期待される精神疾患として、うつ病、神経症、せん妄、統合失調症等が記載されている。

【梶原委員（千葉県高齢者福祉施設協会）】

認知症コーディネーターと認知症地域支援推進員の役割について、「地域包括支援センター業務とコーディネーター業務の線引きが必要」とあるが、線引きは難しいのではないかと感じている。また、コーディネーターと地域支援推進員は、ネットワーク作りや個々の支援等での協力が必要であると思う。役割を明確し文書とする際の整理は、慎重にお願いしたい。

【事務局】

明確な役割分担は難しいのではないかと御意見があったことや、現在の各市町村での対応は様々であるため、画一的な線引きを示す予定はない。ただし、コーディネーターと地域支援推進員の研修内容には違いがあるため、それを考慮し、市町村で効率的に配置をしてもらいたいと考えている。なお、医療と介護の連携のため、引き続きコーディネーターの養成を進めていきたい。

【旭委員（旭神経内科リハビリテーション病院）】

医療実態調査に係る調査項目の検討結果に「千葉県地域生活連携シート」を入れて欲しいとある。これは、ケアマネージャーと病院の担当者等が利用者の情報を共有するための連携シート

で、介護報酬の算定や診療報酬の情報共有にも活用でき、非常に利用しやすい様式となっている。この連携シートが平成29年1月の改訂により、認知症の早期発見に結び付きやすい項目や、行動・精神症状等に関する項目が入れられた。また、入院時等と退院時のシートを分けたことにより、一方通行ではない連携が可能となった。

「議題2（平成28年度 県内市町村における認知症対策の状況について）事務局から説明」

《意見交換》

【伊豫会長（千葉大学大学院医学研究院）】

市町村における見守りの中で、「認知症高齢者徘徊見守りSOSネットワーク以外のネットワークの中で見守り」とあるが、これにはどのようなものがあるのか。

【事務局】

認知症高齢者だけを対象とはしない高齢者見守りネットワーク事業や、見守り協定を結んだ企業との見守り等がある。

【助川副会長（千葉県主任介護支援専門員ネットワーク）】

見守り協定を結んだ企業等との見守りは、行政主導ではない民間事業者の主体的な取り組み、行政との協働であるのならば、先進的事例として紹介をしてもらいたい。

【事務局】

県では、認知症の方だけを対象とする事業ではないが、高齢者孤立化防止運動として「ちばSSKプロジェクト」を実施している。当初は市町村との連携事業であったが、平成26年度からは民間事業者との協力により実施しており、現在は、9事業者と協定を締結し見守り事業を行っている。積極的な事業者もあり、情報発信を行っていききたい。

【梶原委員（千葉県高齢者福祉施設協会）】

徘徊模擬訓練について、認知症高齢者への声かけ訓練を3年連続で行っている。3年連続で参加された方からの御意見で、声かけの方法等、着実にレベルアップが図られているとのことであった。地域作りのきっかけとして、とても有効だと実感している。

【海村副会長（千葉県医師会）】

「市町村において（認知症高齢者）徘徊見守りSOSネットワークができているか。」との質問項目で、できているが17市町村、検討中が3市町村、SOSネットワーク以外のネットワークの中で見守りが21市町村となっており、合計が41市町村である。残りの13市町村はどのようなになっているのか。

【事務局】

今回の内容は速報値のため、この3項目に当てはまらない等の理由により、記載のなかった市町村があるのではないかとと思われる。現在、市町村へ問い合わせる等、内容の精査を行っている。見守り体制が全く整っていない市町村は、ないものと認識している。

【伊豫会長（千葉大学大学院医学研究院）】

若年性認知症の対策について、専用窓口を設けている市町村が2減となり、8市町村になっている。市町村レベルでは、対象となる方が少ないためだと思われる。県レベルでの支援はあるのか。

【事務局】

国の施策で、平成29年度末までに都道府県に若年性認知症支援コーディネーターを配置することとなっている。県では、平成29年度中に、高齢者福祉課内に配置する予定となっている。

若年性認知症の方は、高齢者の認知症の方に比べて人数は少ないが、若年性認知症の方特有の支援が必要となるため、相談窓口の整備を行いたい。

【細井委員（袖ヶ浦さつき台病院 認知症疾患医療センター）】

若年性認知症の方の人数についての話があったが、若年性認知症に関する全国調査は、平成21年3月に厚生労働省が発表した「若年性認知症の実態等に関する調査」が最新となっている。国では、平成29年度に若年性認知症に関する実態調査の実施を予定している。また、県では、国の調査を踏まえ、平成30年度に実態調査を予定しているとのことである。

【助川副会長（千葉県主任介護支援専門員ネットワーク）】

「県内市町村における認知症対策の状況」について、市町村数等の数値データのみではなく、具体的な実施方法等の内容が記載されると良いと思う。例えば、数値データのみでは、徘徊模擬

訓練を実施した市町村数は少ないが、地域の徘徊模擬訓練や認知症カフェでの認知症サポーターの活躍や、徘徊模擬訓練の中でSOSネットワークでの連携方法を学んでいるといった事例がある。

**【事務局】**

来年度については、そのような記載も検討していきたい。

**【井上様《酒井委員代理》（千葉県介護支援専門員協議会）】**

認知症ケアパスについて、非常に重要であると感じているが、平成28年度までに作成の市町村は19市町村となっている。認知症の方やその御家族のお話を聞いていると、認知症の知識は得ているようである。しかし、それぞれの地域での支援内容に関する情報は、少ないと感じる。認知症ケアパスがない場合は、認知症初期集中支援チームの活動も適切に進まないのではないかと思う。また、認知症コーディネーター等による活用も期待できる。そのようなことから、認知症ケアパスの活用が進むことを期待している。そのために、活用中の市町村に関する情報提供があると良いのではないか。

**【助川副会長（千葉県主任介護支援専門員ネットワーク）】**

若年性認知症の方が相談に訪れる窓口としては、地域包括支援センターが多いと思う。介護保険サービスを受けられる方はケアマネージャーや施設に繋がっていけば良いが、そうではない方の対応は包括支援センターの役割が大きくなっていくと思う。包括支援センターが地域の相談窓口となれるような方向性を示してもらいたい。

**【事務局】**

地域包括支援センターの役割は、更に重要になると認識している。県に若年性認知症支援コーディネーターを配置するが、県のみでの支援ができるわけではないので、包括支援センターとの連携を考えていきたい。

「議題3（認知症の身体疾患発症時における医療連携体制の構築について）事務局から説明」

《意見交換》

【伊豫会長（千葉大学大学院医学研究院）】

認知症や精神疾患のある方に身体疾患による救急医療の必要性が発生した場合、救急病院で受け入れてもらえない場合がある。初期臨床研修では精神科は選択制となっているが、必須とすることが必要であると思う。千葉大学では、せん妄や精神疾患がある方の身体疾患について、激しい行動障害がある場合を除いては各科で対応することとし、精神科医が往診することとしている。その際に、研修医も同行することによりトレーニングを行っている。そうすることにより、精神科以外の医師においても認知症や精神疾患に対する抵抗感がなくなり、せん妄が発生した場合の初期対応が身に付くと考えている。医師や看護師の研修が重要であると考えている。

【事務局】

医師や看護師の認識が重要であることは承知している。初期臨床研修の件は、簡単ではないが相談はしてみたいと思う。

【細井委員（袖ヶ浦さつき台病院 認知症疾患医療センター）】

2次救急病院への聞き取り状況について、身体疾患を診る医師の精神症状に対するアレルギーがあるため、意見の中に「精神科の病院とうまくマッチしていない状況にある。認知症で困るのは行動障害や夜間せん妄なので、そこだけ何とかしてくださいとお願いするのだが、精神科の病院は身体合併症への対応を嫌がる。」といったものがあるのだと思う。

また、意見の中に「認知症疾患医療センターは認知症の3次救急だと考えている。」といったものがある。これは、認知症疾患医療センターの役割そのものについての誤解があるのだと思う。二次保健医療圏のセンターとしての役割について、基幹病院等との協議や、広報をしていく必要があるのだと思う。

【伊豫会長（千葉大学大学院医学研究院）】

行動障害や夜間せん妄があり身体疾患もある方は、重症となる。看護師の配置数や身体に対するケア能力は一般病院の方が優れていると思われる。そのため、行動障害や夜間せん妄のある方については一般病院に入院し、精神科医が往診することが望ましいと思う。

【富田委員（千葉市保健福祉局地域包括ケア推進課）】

千葉市では「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」を、開催希望のあった病院内で実施しており、看護師、検査技師、相談員、受付の方等、多くの方々が受講している。内容は、基本的なものではあるが、とても参考になるとの御意見をいただいております、今後も認知症疾患医療センターや医師会の協力を仰ぎつつ、開催していきたい。

【井上様《酒井委員代理》（千葉県介護支援専門員協議会）】

作業部会での意見の中に「急性期の病院に入院となると、なかなかケアマネージャーに介入してもらえない。」との記載がある。そもそも、入院の際にケアマネージャーが張り付いているかとの問題がある。最近では、千葉県地域生活連携シート等により、入退院時の情報共有がされている実感がある。

【伊豫会長（千葉大学大学院医学研究院）】

現在は病院に介護職員が入ることはあまりないが、今後、重度の認知症の方や精神疾患の方に対しては介護職員が入ることが可能になるとのことである。例えば、行動障害やせん妄がある方で、病院として対応が困難な場合であっても、介護職員が見守ることによって身体拘束をせずに過ごせるようになると思う。

【佐々木委員（千葉県看護協会）】

今年度の診療報酬改定で、退院調整加算が退院支援加算1、退院支援加算2となった。退院支援加算を算定するための条件として、入院時から退院を見越した介入をすることが必要となり、担当のケアマネージャー等とのカンファレンスを実施することになる。退院支援加算を算定している病院については、ケアマネージャー等との連携が密となり、医療と介護の連携がとりやすくなるので、退院支援加算の算定が可能な病院が増えると良いと思う。

【伊豫会長（千葉大学大学院医学研究院）】

今後は、退院支援員の配置等により、入院時から退院後まで支援する仕組みがないと、認知症等への対応が難しくなっていく。



【小林委員（千葉県救急医療センター）】

急性期病院にとっては、病気や怪我による入院により認知症が明らかになった方が問題となる。そのような方の多くは、介護認定を受けておらず、ケアマネージャーも付いていない。そのために介護保険サービスへ繋ぐとつかりがなく対応が難しい。

【伊豫会長（千葉大学大学院医学研究院）】

医療と介護が連携するために、病院内のソーシャルワーカー等と病院外のケアマネージャー等との連携が必要になってくる。

「議題4（認知症の予防に向けた取組について）事務局から説明」

《意見交換》

【安西委員（ちば地域密着ケア協議会）】

今後、高齢運転者の免許更新に伴う認知機能検査により、多くの方が運転免許を失うことが考えられる。地方では小型のバスが、住宅地、病院、商店街等を巡回し、停留所以外でも乗降できる仕組みがあると言うことを聞いたことがある。介護予防という視点では、運動や脳トレ等のドリルも大事だが、今の生活を変えずに出掛けるといったことも大事だと思う。そのような取り組みは、どのようになっているのか。

【事務局】

「運転免許返納後の移動手段については行政での対応が必要である。」との御意見をいただくことがある。現在、県では「元気高齢者サポート事業」として、高齢者の通院・買い物支援や、家事援助、介護予防の取り組み等を担う人材の養成事業を実施している。また、市町村での取り組みが進んでおり、タクシー料金の割引、コミュニティバスの運行がある。ただし、民間バスの運行がある地域でのコミュニティバスの運行については課題があるため、今後検討していく必要がある。

【旭委員（旭神経内科リハビリテーション病院）】

松戸市では、認知症初期集中支援チームにより、認知症の初期の方が見つかるようになった。初期集中支援チームで使用するDASCによる評価後、認知症に対するケアプランを適切に作成し、早期にデイケアに参加することにより、症状の改善がみられることが多い。

【伊豫会長（千葉大学大学院医学研究院）】

認知症は早期に対応することにより進行が遅くなる。特に、日常生活自立度低下の進行が遅くなる。

【梶原委員（千葉県高齢者福祉施設協会）】

施設の入所者が、入院をきっかけに認知症が進行し帰ってくる人が多いと感じている。

【細井委員（袖ヶ浦さつき台病院 認知症疾患医療センター）】

内容にもよるが、入院をするということは、身体疾患としては重症となる。病気になることや怪我をすることも認知症の進行の一つだと思っている。身体的な侵襲は、認知症を進行させる要素となり得る。治療のために日常活動が制限されることが認知症を進行させるものではない。退院後、日常生活に戻るにより回復する方がいれば、身体合併症等により進行する方もいると思う。

【平山委員（千葉県老人保健施設協会）】

認知症の方のケアは、地域や在宅で行うのが本質であると思う。そこで、在宅でケアをする御家族に対する支援、それも介護保険サービス外の支援が必要であると思う。

【事務局】

認知症の方はもちろん、御家族への支援も大事だと認識している。県では、認知症の人と家族の会へ委託し、「ちば認知症相談コールセンター」を運営している。また、高齢者福祉課内に、高齢者に関する心配事などの電話相談窓口を設置し、相談を受け付けている。

「議題5（若年性認知症の人のための対策について）事務局から説明」

《意見交換》

【廣岡委員（認知症の人と家族の会千葉県支部）】

若年性認知症について長年携わってきている中で、施設を利用する段階では進行してしまっている方が多いと感じている。家族は、初期の段階では、何処に何を相談して良いのかが分からない。そこで、初期の診察を行った医療機関が、本人や家族に対して相談先の説明をすることが良いと思う。例えば、中核地域生活支援センターが良いのではないかなと思う。

【海村副会長（千葉県医師会）】

若年性認知症支援コーディネーターは、地域包括ケアシステム、就労支援、産業衛生、高次脳機能障害等様々な分野に通じていないといけない。県の担当も様々な部署に分かれるのだと思う。そこで、コーディネーターのためのマニュアルの作成が必要だと思う。

【事務局】

現段階では、コーディネーターの採用後すぐに相談業務を開始するのではなく、一定の準備期間を設けてから相談業務を開始しようと考えている。なお、コーディネーターの知識は、保健医療の分野が最も重要と考えているので、保健師の採用を検討している。

【伊豫会長（千葉大学大学院医学研究院）】

若年性認知症の方は就労年齢となるため、御家族の生活等、様々な視点での支援が必要となる。

【平野委員（千葉県社会福祉士会）】

県に1名配置される若年性認知症支援コーディネーターが、全ての市町村の実情に応じて支援をしていくことは難しいと思う。県に配置されるコーディネーターが、課題を整理し支援の方向性等を示した上で、地域包括支援センター、中核地域生活支援センター、障害者就労・生活支援センター等へ繋いでいくのが良いのではないかと。

【五十嵐委員（船橋市健康・高齢部包括支援課）】

船橋市では、一つの案件の中には様々な課題があり、高齢者だけの問題とは考えていない。そこで、一つの案件に対する課題を全て洗い出し、その上で関係部署へ繋ぐ役割をしているサークルという組織を委託により運営している。電話による案内だけではなく、アウトリーチが必要であり、どれだけ寄り添った相談ができるかが重要となる。若年性認知症支援コーディネーターの役割について、県民個々の相談に答えていくのか、地域包括支援センター等の行政機関へのアドバイスが役割となるのかを、はっきりさせる必要がある。

【事務局】

今後の検討課題となるが現時点では、単なる市町村への繋ぎ役ではなく、現場に出向いてのケアを行うことを考えており、曜日ごとに、電話相談日、訪問相談日を設定することを検討している。

「議題6（認知症疾患医療センターについて）事務局から説明」

《意見交換》

【細井委員（袖ヶ浦さつき台病院 認知症疾患医療センター）】

認知症疾患医療センターが増えていくことは良いことだと思う。また、地域の中での役割等を明確化することが必要であると思う。平成29年1月には、千葉県、千葉市、千葉県医師会、認知症疾患医療センターが主催し、千葉県認知症疾患医療センター研修会を開催した。研修会には、地域包括支援センター職員が多く参加し、情報共有をすることができた。今後は、地域包括支援センター職員をはじめ、かかりつけ医や急性期病院との医療連携が重要になると思う。

「議題7（平成29年度「認知症支援事業」及び「協議会・作業部会での主な検討課題」について）事務局から説明」

《意見交換》

【伊豫会長（千葉大学大学院医学研究院）】

市民後見推進事業について、後見人が高齢者の介護保険サービスの利用契約等を中心に後見業務を行うことも想定される。とのことだが、市民後見人の選任状況はどうか。

【事務局】

県内では8名が選任されている。家庭裁判所での会議に出席したところ、千葉県の特徴として法人後見が多いとのことである。また、市民後見人養成のための研修受講者が後見支援センターの支援者として活躍しているとのことであった。

【井上様《酒井委員代理》（千葉県介護支援専門員協議会）】

東総地区での市民後見事業について、法人後見を行う組織に「一般社団法人東総権利擁護ネットワーク」があり、市町からの補助を受けて市民後見人の養成やフォローアップ、活動支援を行っている。毎年続けていくのは難しいが、このような活動が広がることにより、認知症の方の支援、意思決定に関わる市民が増えていくと期待している。

**【海村副会長（千葉県医師会）】**

認知症サポーターの方々に、市民後見人養成のための研修の受講を促してみてもどうか。

**【事務局】**

市町村への補助事業のため、各地域の状況にもよるが、市町村の意見を聞くことを考えたい。

**【助川副会長（千葉県主任介護支援専門員ネットワーク）】**

若年性認知症の方については、家族のみで対応しており、医療に繋がっていない方が多くいる。また、若年性認知症の方は、自分の意見を言える方たちが多いため、本人が参加し意見が言える会議を地域で開催することが必要であると思う。また、その意見を吸い上げることが必要であると思う。

**【事務局】**

本人の御意見は重要だと考えている。会議の中で御意見を伺うのが良いのか、事前に御意見を伺い会議に反映させるのが良いのかは状況によって違うと思うので、その時の状況により対応したい。

**【廣岡委員（認知症の人と家族の会千葉県支部）】**

本人の意見は重要だと思うが、現実問題としては、本人が意見を言うことに関して家族の理解を得ることが難しく、本人が希望しても家族が参加させないことがあるようである。そこで、医師と本人と家族の信頼関係の中で、本人が意見を言えるよう家族に説明してもらえると良いのではないか。

**【細井委員（袖ヶ浦さつき台病院 認知症疾患医療センター）】**

地域で若年性認知症に関する研修会を開催した際に、御本人の参加があった。積極的に参加し、発言される方もいる。御本人の意見を聞くことは大変重要なことだが、その一方、症状が進行し参加できなくなった方のことも考えなくてはいけない。若年性認知症の方は発言できるとの先入観ができることにより、症状が進行した方のケアが置き去りにならないようにする必要がある。

**【旭委員（旭神経内科リハビリテーション病院）】**

千葉県は、高齢者人口の増加率が埼玉県に次いで第2位となった。来年度の取り組みの中では、市町村のレベルアップや市町村同士の情報共有を図るための支援が重要となる。市町村では、

介護予防事業を実施することにより、介護保険に係る費用が軽減されることにも繋がる。

道路交通法の一部改正が、平成29年3月12日に施行された。今後、高齢運転者の運転免許に関する支援も必要となってくる。

認知症サポーター等の人の育成が重要となる。また、養成した認知症サポーターをボランティアとして活用することが必要となる。

【伊豫副会長（千葉大学大学院医学研究院）】

御家族と話をした際に困っていることとして、動き回れる方の排泄があると聞いた。訪問介護等の介護保険サービス以外に、個々の問題としてのケアが必要であると感じている。

【平田委員（千葉県精神科医療センター）】

身体合併症への対応について、救急医療センター、精神科医療センター、精神保健福祉センター、3つの施設の一体的整備に関する基本設計が平成29年度に予定されており、最短の場合、平成33年度末のオープンが計画されている。具体的な機能に関する議論は固まっていないが、認知症の方が急性期の身体疾患と精神疾患を合わせて発症した場合に役立つはずである。

【高橋様《境野委員代理》（千葉県ホームヘルパー協議会）】

介護保険サービスの中で、訪問介護についての時間の制限は非常に厳しくなっている。そのため、排泄のケア等、手の届かない部分が出てくるのだと思う。国の制度なので難しいとは思いますが、千葉県の中での認知症の方に対しての介護保険サービスは、柔軟な対応が可能なのに対策がとれると良いと思う。

【平山委員（千葉県老人保健施設協会）】

現在の課題には、介護予防と自立支援の取組強化がある。このような取組は、県民の理解が得られるよう周知が必要である。また、高齢者保健福祉計画や千葉県保健医療計画についても周知が必要である。

議事終了