

千葉県保健医療計画

平成30年4月

第1章 改定に当たっての基本方針

第1節 計画改定の趣旨

これまで本県では、医療機関の適正な配置を図り、健康増進から疾病の予防、診断、治療、リハビリテーションに至る総合的な保健医療供給体制を確立するため、昭和63年に「千葉県保健医療計画」を策定し、以後、平成3年、平成8年、平成13年、平成18年、平成23年と5度にわたる全面改定を行いながら、県内の保健医療関係機関・団体の協力のもとに、各種の保健医療施策を推進してきたところです。

その後、平成24年3月の医療法施行規則の改正に伴い、医療計画に定めるべき疾病として精神疾患が追加されたこと等から、平成25年5月に計画の一部を見直しました。

また、平成26年6月の医療法改正を踏まえ、平成28年3月に、2025年（平成37年）を見据えた「地域医療構想」を盛り込むとともに、計画期間の延長や、基準病床数、指標の見直しを行いました。

人口の急速な少子高齢化や医療技術の進歩、県民の意識の変化など、医療を取り巻く環境は大きく変化しています。特に本県では、高齢者人口の急増が見込まれており、疾病構造は大きく変化し、医療需要の増加も見込まれています。発症予防の推進とともに、救急医療、在宅医療、がんや認知症対策など、超高齢社会に対応した保健医療提供体制の充実が緊急の課題です。

また、介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けられるよう、医療、介護などを一体的に提供できる「地域包括ケアシステム^{*}」の実現を目指す必要があります。地域の医療提供体制は、地域包括ケアシステムの実現も見据えなければなりません。

一方で、本県を含め全国的にも医師・看護師の不足や偏在が指摘されており、地域や診療科によっては診療体制に深刻な影響が生じています。本県においても生産年齢人口の減少は続くものと見込まれ、医療人材の確保と共に、効率的な医療提供体制の構築が重要な課題です。

さらに、地域毎の人口構造の違いから、医療需要の増加幅やピークを迎える時期には地域差があると推計されており、それぞれの地域の課題に応じた対応も重要です。

こうした状況を踏まえ、県民一人ひとりが地域において安心して生活できるよう、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保や、医療・介護サービスの連携、総合的な健康づくり、安全な生活環境の実現を目指して、「千葉県保健医療計画」の改定を行うものです。

第2節 計画の基本理念

計画の基本理念

県民一人ひとりが、健やかに地域で暮らし、心豊かに長寿を全うできる総合的な保健医療福祉システムづくり

1 基本的施策の方向

千葉県総合計画として平成29年10月に策定された「次世代への飛躍 輝け！ちば元気プラン」の内容を踏まえ、以下の4つの柱に沿った施策を展開します。

(1) 質の高い保健医療提供体制の構築

疾病の予防から診断、治療、リハビリテーション、在宅療養に至るまで、県民のニーズに応じた多様なサービスを地域において一貫して提供する保健医療サービスを実現していきます。

- ・ 循環型地域医療連携システム*の強化・充実
- ・ 在宅医療の推進
- ・ 「地域医療構想」達成に向けた取組
- ・ 医療従事者の確保
- ・ 医療と介護の連携の強化
- ・ 高齢化に伴う新たな疾患等への対応

(2) 総合的な健康づくりの推進

個人の健康度の改善や生活の質の向上を目指して、県民一人ひとりが健康づくりに向けた主体的な取り組みを継続的に実施できるための支援を推進します。

(3) 保健・医療・福祉の連携確保

子どもやその親、高齢者、障害のある人に対して適切な保健医療サービスを提供するとともに、保健・医療・福祉の各分野における資源が有機的に連携することで効率的で一貫したサービスを提供できるよう、拠点の整備を進めていきます。

- ・ 母子・高齢者・障害者分野における施策の推進
- ・ 連携拠点の整備

(4) 安全と生活を守る環境づくり

県民の健康と生活環境を守るため、食品や医薬品等の安全・安心の確保、健康を脅かす健康危機*事案等への対策を推進します。

- ・ 健康危機管理体制
- ・ 医療安全対策等の推進
- ・ 快適な生活環境づくり

第3節 計画の性格

この計画は、次の性格を有しています。

- (1) 医療法第30条の4の規定による医療計画です。
- (2) 本県の保健医療に関して総合的・効果的に推進するための基本的な指針です。
- (3) 市町村に対しては計画策定や施策の指針となるものです。
- (4) 県民その他の関係機関・団体にとっては、自主的・積極的活動の指針となるものです。
- (5) 関連する県の計画との整合を図るものです。

第4節 計画の策定プロセス

この計画は、次のプロセスを通じ策定しています。

- (1) 本県における医療機能等を把握するため、「千葉県医療機能調査」を実施し、その結果を反映させて策定しています。
- (2) 医療法第30条の4第14項の規定により、診療又は調剤に関する学識経験者の団体の意見を聴いて策定しています。
- (3) 医療法第30条の4第15項の規定により、千葉県医療審議会、市町村(救急業務を処理する一部事務組合*を含む。)及び千葉県保険者協議会の意見を聴いて策定しています。
- (4) ちばづくり県民コメント制度(パブリックコメント)に関する指針に基づき、県民の意見を聴いて策定しています。
- (5) 各二次保健医療圏の実情を把握し、計画に反映させるため、各地域保健医療連携・地域医療構想調整会議*等の意見を聴いて策定しています。
- (6) 地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針(平成26年厚生労働省告示第354号)第2二1により、市町村介護保険事業計画及び千葉県高齢者保健福祉計画との整合性を確保するための協議を実施し、その結果を踏まえて策定しています。

千葉県医療機能調査

平成29年6月から7月にかけて県内に所在する医療機関等を対象に、5疾病(がん、脳卒中*、心筋梗塞*等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患)や災害医療、在宅医療等に関する医療機能や課題を把握する調査を実施

病院	[288 施設中 198 施設から回収。回収率 68.8%]
有床診療所	[178 施設中 113 施設から回収。回収率 63.5%]
無床診療所	[3,655 施設中 1,886 施設から回収。回収率 51.6%]
在宅療養支援歯科診療所	[311 施設中 199 施設から回収。回収率 64.0%]
訪問薬剤管理指導等対応薬局	[1,382 施設中 1,048 施設。回収率 75.8%]
訪問看護ステーション	[317 施設中 212 施設から回収。回収率 66.9%]

第5節 計画の期間

平成30年度から平成35年度までの6年間の計画の期間とします。

なお、在宅医療その他必要な事項については平成32年度に調査、分析及び評価を行い、中間見直しを行う予定です。

第6節 計画の推進体制と評価

(1) 推進体制

本計画の着実な推進のため、医療審議会（地域保健医療部会等）地域保健医療連携・地域医療構想調整会議*において、関係者が互いに情報を共有し、円滑な連携が推進されるような体制を構築します。

(2) 推進状況の把握、評価及び見直し

計画の実効性を上げるため、具体的な数値目標の設定と評価を行い、その評価を踏まえて、必要に応じて計画の内容を見直すこととします。

医療計画全体の達成状況については6年ごとに調査、分析、評価及び公表し、医療審議会等の意見を踏まえて、必要に応じて計画を変更します。

ただし、在宅医療に関する事項については、千葉県高齢者保健福祉計画との整合を図るため、3年ごとに評価等を行うこととします。

なお、5疾病・4事業及び在宅医療において掲げた数値目標については、可能な限り、1年ごとに、指標の数値の推移や施策の進捗状況を把握します。また、施策や事業を実施した結果が、成果に対して影響を与えているかどうかを確認した上で、必要に応じて施策の見直しを行います。

(3) 基盤・過程・結果を用いた評価

数値目標として掲げる指標は、単に羅列するだけでは、どの段階にどのような問題があるのかを十分に分析することはできません。多面的な観点から分類・整理された指標を用いることで、はじめて包括的な評価が可能と考えられます。このような考え方から指標を基盤（ストラクチャー）・過程（プロセス）・成果（アウトカム）に分類しています。

ア 基盤（ストラクチャー）

医療提供サービスを行うための枠組みを形づくる要因であり、人員配置、機器・設備の状況、組織体制など、主に医療資源を指します。代表的なものは地域の医師数や病床*数などであり、その地域の医療の充実度について検討する際などによく用いられます。

イ 過程（プロセス）

医療活動の一連の流れから見た質の側面（どのように診療や看護などのサービスが提供されたか）であり、ガイドラインに基づいた治療などを指します。又、運動する者の割合や喫煙率など人々の健康の質やその保持に直接結びつく動向も過程に該当すると考えられます。

ウ 成果（アウトカム）

医療や保健サービスの提供の結果、何が得られたのかということであり、具体的には治療成績や死亡率などを指します。医療資源などの基盤（ストラクチャー）の整備に加え、医療の質の向上や県民の健康に対する意識の高まりなど、過程（プロセス）が望ましい方向へ変化していくことが、最終的に成果（アウトカム）の改善へ収束・反映されていくと考えられます。

（3）指標・目標値の設定

現状を適切に把握すると共に、今後の評価を行うことを考慮し、以下の点に留意しながら指標・目標値を設定しました。

他の都道府県や県内の二次保健医療圏との間で現状値の比較が可能な指標
継続的な把握が可能な指標

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成29年3月31日
医政地発0331第3号・平成29年7月31日一部改正）で示された指標
個別の計画との整合による目標値

前保健医療計画の指標の達成状況を踏まえた目標値

イ 認知症

(ア) 施策の現状・課題

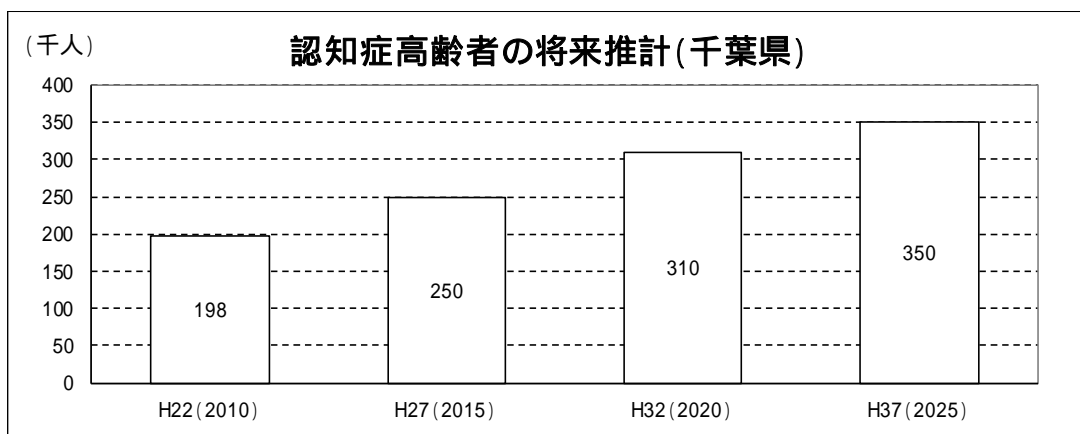
認知症の出現率は、加齢に伴って高まることから、平均寿命の延伸に伴い増加し、認知症高齢者数は平成27年の約25万人から平成37年には約35万人に増加すると見込まれています。また、85歳以上では半数以上に認知症の症状が見られるとの研究報告もあり、誰もが介護者等として認知症にかかわる可能性があるなど、身近な病気であると言えます。

そのため、認知症対策は、単に認知症の人やその家族への支援だけではなく、長寿社会に対する県民自身の意識向上や、認知症予防に向けた日々の取組等、超高齢社会における総合的な対策が必要となります。

また、認知症の初期の段階から終末期に至るまで、疾患の進行とともに大きく変化する症状やケアのニーズに応じて、医療と介護が連携した適切な相談支援とケアマネジメントが連続的に行なわれることが重要です。

図表2-1-1-2-5-2-1 認知症高齢者の将来推計(千葉県)

新オレンジプランにおける認知症高齢者数平成37年全国値約700万人に対応する将来推計



平成27年以前の人口は総務省統計局「国勢調査結果」による実績値

平成32年、37年の人口は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)」による推計値

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働省科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による認知症有病率(「認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)厚生労働省老健局平成27年1月より)」に本県の65歳以上の高齢者数を乗じて推計

〔発症予防・早期発見〕

正常と認知症の中間に当たる状態であるMCI(Mild Cognitive Impairment: 軽度認知障害*)は、認知機能(記憶、遂行機能、注意、言語、視空間認知)に低下が生じてはいますが、日常生活は自立している状態です。

MCIに気付き、対策を行うことで認知機能の改善や認知症の発症を抑制できる可能性があります。

現状では、認知症の発症を完全に防ぐことは困難ですが、原因疾患によっては、介

護予防にもつながる生活習慣病の治療、食生活の見直しなど、定期的な運動や趣味活動による脳の活性化を図ることなどで、認知症の予防、発症や進行を遅らせることも期待されており、県民一人ひとりの生活習慣の改善や健康づくり等の取組をいかに持続させるかが重要となっています。

認知症は、早期に発見し、生活環境の調整や介護の工夫等、適切な対応をすることによって、徘徊、暴力、昼夜逆転等の症状(行動・心理症状(BPSD)*)を抑え、認知症になってもその人らしく生きることができると言われています。

認知症の初期症状は、注意深く観察しないと加齢による症状と見分けがつきにくいものであるとともに、本人やその家族が受診を躊躇したり、世間体を気にして隠したりすることにより、発見と対応が遅れることがあります。

本人やその家族が認知症を疑ったとき、まずどこに相談すればよいか、どこの医療機関を受診すればよいかという情報を、誰でも容易に得られるようにすることが求められています。

〔若年性認知症〕

若年性認知症は、65歳未満での発症により、就労や生活費等の経済的、精神的負担が大きい一方で社会的理解が乏しく支援体制も十分に整っていない現状にあることから、若年性認知症に対する社会的理解を深め、若年性認知症の人やその家族に対する支援体制を整える必要があります。

さらに、患者や親等の介護が重なり、複数介護になったり、子育て等が重なる可能性があることから、様々な分野にわたる支援を総合的に講じていく必要があります。

〔入退院時からの地域生活への支援〕

身体合併症を伴う認知症の人が医療機関に入院する際、入院生活に慣れるまでに時間がかかることや、患者が入院の必要性を理解できないことなどにより、入院治療が困難になる場合があります。受診・入院治療の受け入れや、症状に即した治療や看護を行うため、認知症に関する正しい知識に基づく対応ができる人材の育成支援が必要となります。

極めて重篤な行動・心理症状(BPSD)により、一時的に精神科での対応が必要となる場合がありますが、精神科で対応すべきBPSDは、3か月程度で軽快することが多いといわれることから、入院にあたっては入院目的を明確にするとともに、入院時から在宅復帰を念頭において退院後の受け入れ先の確保や家族との調整等を行うことが重要です。

また、認知症の進行に伴い、治療とともに介護が中心となることを考えると、地域の中核的な病院の支援体制のもとで、医療機関や介護施設、訪問看護ステーション*、居宅介護サービス事業所等、多様な地域資源が連携し、役割分担をしながら、地域での生活を支える仕組みが求められています。

〔認知症の進行と看取り支援〕

認知症対策は、認知症の人やその家族の視点に立ち、各関係機関が連携して取り組

んでいくことが必要です。

認知症の症状が進むと、身体状況や自分の思い等を周囲にうまく伝えられなくなることがあります。そのため、認知症が進行する前に、早期に身体や口腔機能等を確認し、必要に応じた治療や補聴器等の補助器具・義歯等を作成するほか、終末期の過ごし方を家族や身近な人と話し合っておくこと等が重要になります。

終末期における看取り支援では、尊厳を保ちながら最期まで自分らしく生きられるよう、認知症の人やその家族の意思を尊重する必要があります。判断能力の回復が見込めない状況になっても患者の価値観を尊重し、希望する人生の最終段階における医療や介護等を受けることができるように、自らの意思を表明できない状況になる前に、延命を目的とした医療処置の希望について、かかりつけ医^{*}や家族など身近な人と十分に話し合っておくことが必要です。

(イ) 循環型地域医療連携システムの構築

認知症の循環型地域医療連携システム^{*}は、県民が、認知症になっても住み慣れた地域で安心して生活し続けられるよう、在宅生活を維持するための医療機関、鑑別診断^{*}や専門医療相談ができる医療機関、行動・心理症状(BPSD)が悪化した場合や身体疾患のある認知症患者の入院対応ができる医療機関等の各機関に加え、地域包括支援センター^{*}や介護サービス事業所等の総合的な連携により構築します。また、行政等による認知症に関する正しい知識の普及・啓発といった日常生活支援対策も含まれます。

かかりつけ医は、認知症の可能性について判断するとともに、認知症疾患医療センター^{*}等の専門医療機関による鑑別診断とその治療計画等に基づき、地域包括支援センターや介護支援専門員^{*}等と連携して日常の診療を行います。また、BPSDや身体疾患により、認知症の人が入院した場合、在宅復帰に向けた退院支援に協力し、退院後は、専門医や地域の介護サービス事業所等と連携をとりながら引き続き療養支援を行います。

認知症サポート医^{*}は、かかりつけ医に対して認知症治療に関する助言を行うとともに、専門医療機関や地域包括支援センター^{*}等との連携の推進役となります。

認知症疾患医療センターは、かかりつけ医等から紹介・相談を受けて、認知症の鑑別診断や専門医療相談を行うとともに、BPSDや身体合併症に対する急性期^{*}治療を実施するほか、地域の保健・医療・介護関係者との連携を図り、認知症の保健医療水準の向上を図ります。

訪問診療^{*}を行う医療機関は、通院が困難な人や、病気の認識がなく医療機関への受診を拒む人の自宅へ出向き、日常生活をふまえた診療を行います。

市町村が設置する認知症初期集中支援チーム^{*}は、複数の専門職が認知症と疑われる人を訪問し、観察・評価、家族支援等の初期支援を行います。

BPSDや、認知症の人の身体疾患が悪化した場合、一時的に入院治療を行う入院

医療機関は、かかりつけ医等の地域の医療機関や認知症疾患医療センター、訪問看護事業所、地域包括支援センター、介護サービス事業所等との連携を図り、できる限り短い期間での退院を目指します。

地域における認知症支援体制の構築を推進するため、「千葉県認知症コーディネーター^{*}」を養成します。千葉県認知症コーディネーターは、国により市町村に必置とされている「認知症地域支援推進員^{*}」として活動することができます。

認知症支援に携わる様々な専門職が、支援に必要な情報を共有しながら、必要に応じて助言依頼・意見交換なども行うことができるよう、県内全域で利用可能なツールとして作成した「千葉県オレンジ連携シート^{*}」を普及させ、地域の保健医療・介護関係者の連携を図ります。

(ウ) 施策の具体的展開

a. 認知症に対する正しい理解の普及・啓発とやさしいまちづくりの推進

〔本人、家族、地域住民の理解促進〕

認知症に対する正しい理解を持つ認知症サポーター*の養成や活用、サポーター養成講座の講師役となるキャラバン・メイト*の養成、さらには認知症メモリーウォーク*等を通じて、地域住民、学校、企業等への認知症の正しい理解の普及啓発を進めます。

行政や保険者による健康診断等の自覚症状・セルフチェック項目に、初期症状の把握等、早期発見のための項目を盛り込むことを検討するとともに、早期受診につながるよう、受診可能な医療機関等の情報収集・整理及び情報提供の促進を図ります。

認知症の人や介護者に対し、地域包括支援センターと連携した家族交流会や若年・本人のつどいを開催し、認知症の知識、精神面での支援等を図ります。

b. 認知症予防の推進

〔介護予防、自立支援及び重度化防止の推進〕

市町村が行う介護予防、自立支援及び重度化防止の取組を支援するため、先進的な取組を集積し、情報提供や研修会を行います。

また、介護予防市町村支援検討会議により予防事業の評価・推進を図ります。

モデル市町村に対し、アドバイザーを派遣し介護予防のための地域ケア個別会議の立ち上げを支援します。

このモデル的な取組で得られた成果をもとに、効果的な介護予防が実施されるよう、市町村支援に努めます。

市町村の一般介護予防事業を総合的に支援できるリハビリテーション職を育成するための研修を行います。

認知症の早期発見・早期対応に向け、本人や家族が認知症に気づくきっかけの一助とするため、認知症チェックリストを作成・配布します。

〔介護予防の推進に資する人材の養成〕

生活習慣病予防対策として重要な特定健診*・特定保健指導*に従事する人材を育成するため、研修会を行います。

第3次食育推進計画に基づき、高齢期の生活習慣病や低栄養*予防、健康づくりのための食育を推進するため、高齢期の食育に携わる専門職及び地域ボランティアの人材育成を行います。

〔健康づくりと認知症予防の普及啓発〕

要介護・要支援にならないよう、早期からの予防につながるロコモティブシンドローム(運動器症候群)*等の予防や、口腔ケア*の大切さと口腔の状態と健康との関係に関する知識等について、ホームページ等を活用した普及啓発を行います。

運動だけではなく認知課題(頭の体操)を加え、認知機能維持向上に役立つ運動「コグニサイズ^{*}」の普及啓発を図ります。

c. 早期診断と適切な医療・介護連携体制の整備、多職種協働の推進

〔かかりつけ医、認知症サポート医の診療体制の整備〕

かかりつけ医に対して認知症診断の知識・技術等を習得するための研修会を開催し、早期の段階において適切な対応が図られるよう支援します。

認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医への助言・支援を行うとともに、専門医療機関や市町村等との連携の推進役となる認知症サポート医を、県医師会と連携しながら養成し、認知症の早期発見・早期治療等の医療体制の充実を図ります。

〔多職種のネットワークや継続的で一貫した相談支援体制の構築〕

認知症の人の支援も含めた包括的な支援体制を構築するため、地域包括支援センターの機能強化等を図ります。

専門医療相談や、鑑別診断とそれに基づく初期対応、合併症や行動・心理症状(BPSD)への急性期対応、かかりつけ医への研修、地域包括支援センターや介護サービス事業所等と連携した生活支援等を行う認知症疾患医療センターについて、二次保健医療圏に1か所以上の配置を図り、相談・支援体制の充実を図ります。

認知症支援に携わる様々な専門職が、支援に必要な情報を共有しながら、必要に応じて助言依頼・意見交換なども行うことができ、県内全域で利用可能なツールとして作成した「千葉県オレンジ連携シート」を普及させ、地域の保健医療・介護関係者の連携を図ります。

地域における認知症支援体制の構築を推進するために、「千葉県認知症コーディネーター」を養成します。また、「千葉県認知症コーディネーター」と「認知症地域支援推進員」が医療・福祉・介護・行政等の関係者と協力しながら、関係者のネットワーク構築や調整、地域資源情報の提供などを行うことができるよう資質の向上を図ります。

複数の専門職が認知症と疑われる人を訪問し、観察・評価、家族支援等の初期支援を行う「認知症初期集中支援チーム」や、地域ごとに作成される認知症の容態に応じた適切なサービス提供の流れである「認知症ケアパス」等が有効に機能するよう市町村を支援します。

認知症の人とその家族の支援には、様々な専門職による連続的かつ包括的な支援が必要であることから、各専門職の研修の実施を進めます。

〔中核症状、行動・心理症状(BPSD)への対応〕

中核症状の進行抑制やBPSDの出現予防、緩和を図り、適切な医療やケアの提供及び環境調整が行われるよう、医療体制の充実を図るとともに、医療や介護サービス等の効果的な組み合わせによる支援体制づくりを進めます。

アルツハイマー型認知症の場合、中核症状については、適切な薬物療法により、

記憶力低下の進行を遅らせることが可能と言われており、早期発見・早期診断が重要なため適切な診療を早期から受けられるよう、本人・家族をはじめ関係者に対する普及・啓発を進めます。

またMCIや、認知症の初期段階におけるリハビリテーションが有効とされていることから、本人の生活情報を重視した多職種協働によるリハビリテーションの普及等の施策を検討します。

BPSDについては、地域のかかりつけ医等による外来診療や往診*による投薬管理を含めた適切な医療を提供することにより、その軽減を図ることができると言われており、本人・家族をはじめ関係者に対する普及・啓発や研修の充実を図ります。

また、BPSDは、環境調整を行ったり、ケアの対応を変えたりすることで症状が大きく改善されると指摘されており、本人を中心にとらえた課題分析とケアが実践され成果を挙げているため、認知症の人に関わる多職種のスタッフがこれらの手法を活用し、BPSDを重症化させない予防的な取組に係る施策を推進します。

〔激しい行動・心理症状（BPSD）を伴う認知症患者への対応〕

激しいBPSDは、3か月程度で軽快することが多いと言われているため、医療機関と介護施設の連携体制の構築を支援するとともに、退院時の一時的な受け入れ先としての施設機能の検討や、施設職員の認知症対応能力の向上を図り、早期在宅復帰を促進します。

d．認知症支援に携わる人材の養成

〔認知症への対応〕

多職種のスタッフが連携してチーム支援を行えるよう、人材の養成や、病院・施設内等において活動しやすい環境づくりを促進します。

早期の段階における診断、治療と適切な対応が図られるよう、認知症サポート医の養成及びかかりつけ医、病院勤務の医療従事者、歯科医師・薬剤師・看護職員向け認知症対応力向上研修を行います。

〔身体合併症（行動・心理症状（BPSD）を伴う場合を含む）への対応〕

精神科リエゾンチーム*による診療協力など、身体合併症の治療を行う医療機関と、BPSDの治療を行う医療機関が連携を図り、役割分担しながら治療にあたることのできる体制の構築を促進します。

e．本人やその家族への支援

〔認知症の人やその家族の視点の重視〕

認知症施策の企画・立案や評価への認知症の人やその家族の参画など、患者やその家族の視点を重視した取組を進めていきます。

〔認知症の人やその家族への支援〕

在宅においては認知症の人の最も身近な家族など、介護者の精神的身体的負担を軽減する観点からの支援や、介護者の生活と介護の両立を支援する取組を推進します。

地域の実情に応じて、認知症の人が集まる場や認知症カフェなどの認知症の人やその家族が集う取組について市町村へ普及を促進します。

「ちば認知症相談コールセンター*（電話番号：043-238-7731）」を設置し、電話相談に加え面接相談を実施します。

〔終末期における看取りの支援〕

認知症の人の痛みや苦痛の感じ方、経管栄養等の医療行為の意味、どこまで医療行為を行うか、その医療行為がその後の経過にどのような影響を及ぼすか等について十分に患者やその家族に情報提供することも含め、患者の意思決定や看取りの支援を行う医療機関と看護・介護従事者等による連携体制の構築を支援します。

f . 若年性認知症施策の推進

〔若年性認知症の人やその家族への支援〕

当事者とともに医療、介護、福祉、雇用の関係者が連携するネットワークの充実を図ります。

また、市町村と連携し、症状の進行に応じて若年性認知症の人やその家族が利用できる制度や地域資源の情報の整理を進めます。

若年性認知症支援コーディネーター*を配置し、若年性認知症に関する相談体制を整えます。

若年性認知症に関する実態調査を実施し、施策の充実を図ります。

(エ) 評価指標

〔基盤(ストラクチャー)〕

指 標 名	現状(平成28年度)	目標(平成32年度)
認知症サポーター数	359,298人(累計) (H29.9.30現在)	49万人(累計) (35年度)61万人(累計)
認知症サポート医の養成人数	387人(累計) (H30.2.28現在)	500人(累計)
かかりつけ医認知症対応力向上 研修修了者数	1,076人(累計)	1,500人(累計)
病院勤務の医療従事者向け認知 症対応力向上研修修了者数	1,564人(累計)	3,700人(累計)
歯科医師認知症対応力向上研修 修了者数	165人(累計) (H30.2.28現在)	1,000人(累計)
薬剤師認知症対応力向上研修修 了者数	437人(累計) (H30.2.28現在)	1,900人(累計)
看護職員認知症対応力向上研修 修了者数	-	755人(累計)
認知症疾患医療センターの指定 箇所数	11箇所 2次保健医療圏域に1か所以上 設置(東葛北部、南部は2か所) (H29.7.1現在)	11箇所
認知症介護実践研修受講者数 (千葉市を除く。)	3,967人(累計)	5,177人(累計)

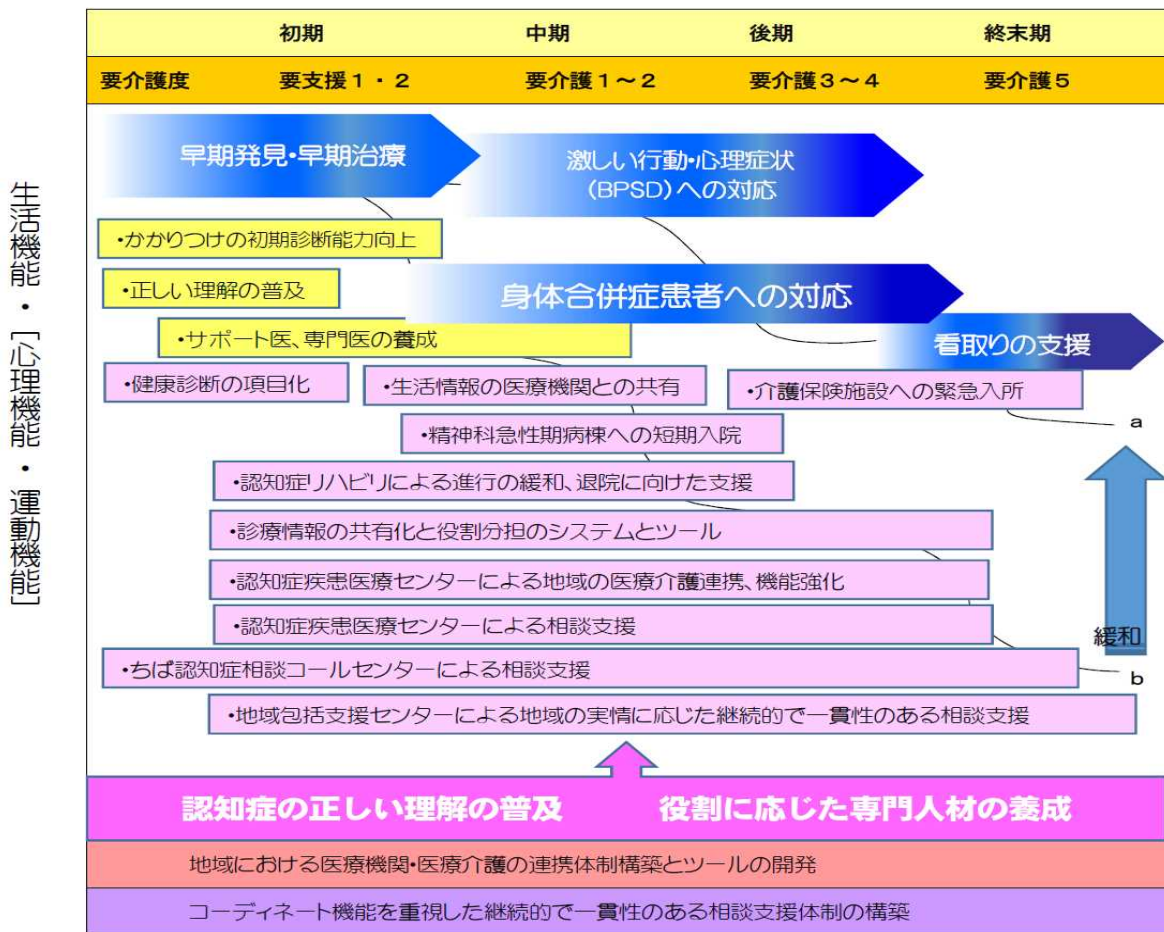
〔過程(プロセス)〕

指 標 名	現状(平成28年度)	目標(平成32年度)
認知症疾患医療センターの 専門医療相談件数	6,916件	8,500件 (35年度)8,900件
「千葉県オレンジ連携シート」の 使用枚数	660枚	900枚

〔結果(アウトカム)〕

指 標 名	現状	目標(平成32年度)
高齢者人口10万人に対する認知症の精神病床での入院患者数	191.6人 (平成26年度)	減少
認知症対応型共同生活介護(グループホーム)*利用者実績(地域密着型サービス利用状況)	6,364人/月 (平成28年度)	7,747人/月
特別養護老人ホーム利用者実績(施設サービス利用状況)	23,224人/月 (平成28年度)	28,485人/月
認知症対応型通所介護利用実績(地域密着型サービス利用状況)	13,390回/月 (平成28年度)	17,614回/月

図表 2-1-1-2-5-2-2 ステージごとの施策検討の方向性



a : 早期診断により、適切な治療、適切なケアが行われた場合の生活機能の経過
 b : 適切な医療やケアが行われない場合の生活機能の経過

図表 2-1-1-2-5-2-3 認知症疾患医療センター

H29.10.1 現在

