

## 千葉県保健医療計画(素案)

〔平成29年度第3回千葉県医療審議会地域保健医療部会（平成29年10月13日）資料〕

## 1 イ 認知症

## 2 (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。

## 〔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MC I（Mild Cognitive Impairment：軽度認知障害）は、認知機能（記憶、決定、理由づけ、実行など）のうち1つの機能に問題が生じてはいますが、日常生活には支障がない状態です。

MC Iに気づき、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生活習慣病の治療、食生活の見直し、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、発症や進行を遅らせることが期待されており、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。

認知症の人にみられる初期症状は、注意深く観察しないと加齢による症状と見分けが付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、働き盛り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、患者や配偶者の親等の介護と重なり、複数介護になる等の特徴があること

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ることから、対応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助器具・義歯等の作成、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。

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。

終末期における看取り支援では、尊厳を保ちながら自分らしく最期まで生きられるよう、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。

1 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  
2 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  
3 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、B P S Dや身体疾  
4 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  
5 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  
6 います。

7 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  
8 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。

9 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  
10 別診断や専門医療相談を行うとともに、B P S Dや身体合併症に対する急性期治療を  
11 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  
12 準の向上を図ります。

13 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  
14 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。

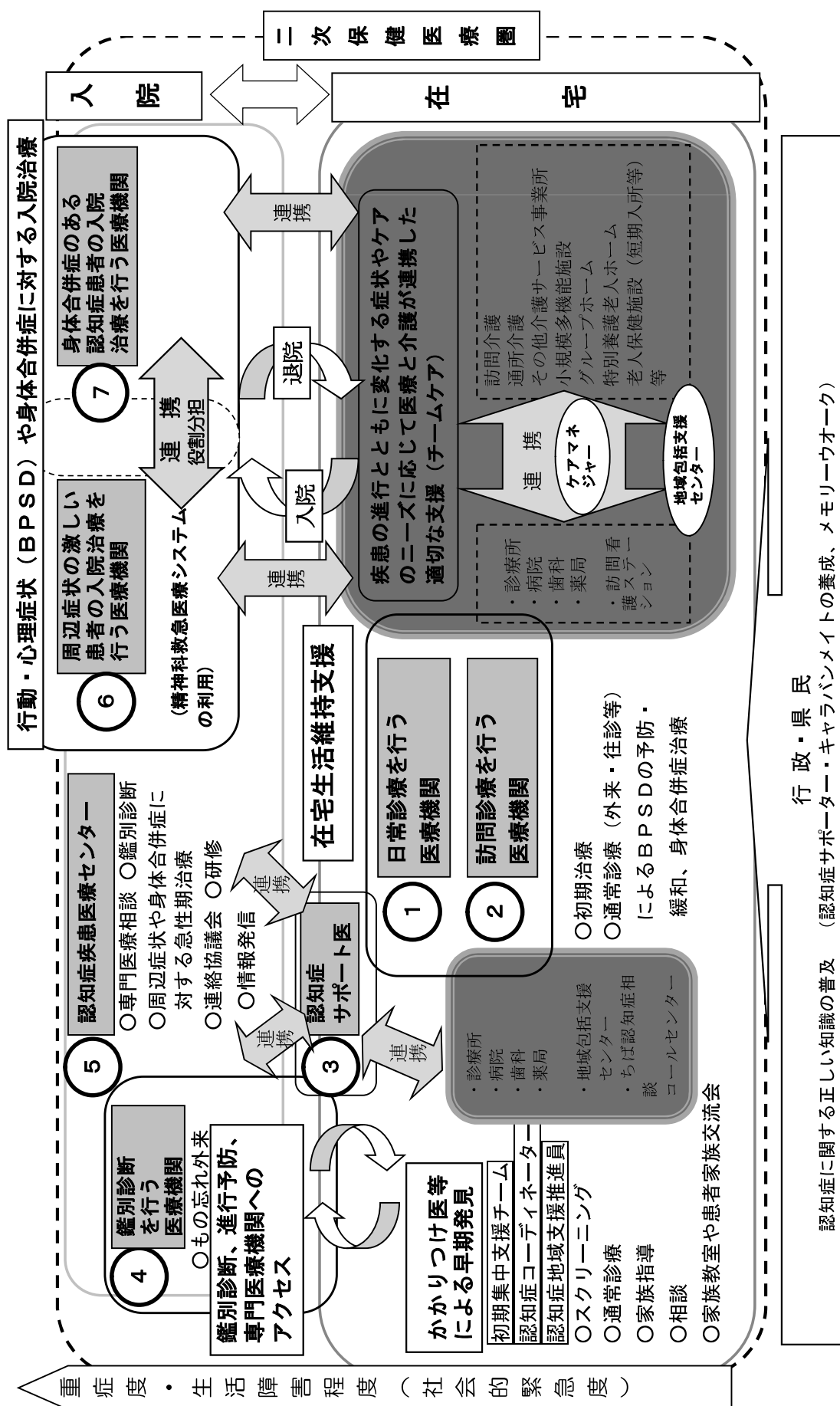
15 市町村が設置する認知症初期集中支援チームは、複数の専門職が認知症と疑われる  
16 人を訪問し、観察・評価、家族支援等の初期支援を行います。

17 認知症のB P S D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  
18 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、  
19 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  
20 きる限り短い期間での退院を目指します。

21 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  
22 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  
23 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。

24 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  
25 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  
26 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・介護関係者と  
27 の連携を図ります。

# 認知症の循環型地域医療連携システムのイメージ図



1 （ウ）施策の具体的展開

2 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

3 [本人、家族、地域住民の理解促進]

4 ○ 認知症に対する誤解や偏見により、認知症の人とその家族が苦しんでいることも  
5 少なくありません。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  
6 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  
7 認知症メモリーウオーク\*等を通じて、地域住民、学校、企業等への認知症の正し  
8 い理解の普及啓発を進めます。

9 ○ 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  
10 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  
11 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。

12 ○ 認知症の人を介護する家族に対し、地域包括支援センターと連携した家族交流会  
13 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。

14

15 b. 認知症予防の推進

16 [介護予防、自立支援及び重度化防止の推進]

17 ○ 加齢に伴う筋肉量の低下（サルコペニア）・活動性や意欲の低下・歩行速度の低  
18 下・体重減少などフレイル（虚弱）の兆候を評価し、病気の有無、生活環境、栄養  
19 状態などを総合的に判断し、適切なサポートを行う取組を推進します。

20 ○ 先進的な取組を集積し、情報提供や研修会を行い、市町村が行う介護予防、自立  
21 支援及び重度化防止の取組を支援します。

22

23 [介護予防の推進に資する人材の養成]

24 ○ 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  
25 するため研修会を開催します。

26 ○ 第3次食育推進計画に基づき、高齢者の生活習慣病や低栄養予防、健康づくりの  
27 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  
28 人材育成を行います。

29

30 [健康づくりと認知症予防の普及啓発]

31 ○ 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  
32 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  
33 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。

34 ○ 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  
35 「コグニサイズ」の普及啓発を図ります。

36

## 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〕

- かかりつけ医は、日常の診療の中で、認知症の初期の症状に気づくことも多く、行動・心理症状（B P S D）に対しても生活全般を総合的に評価して対応できるため、認知症の初期診療の要となりえます。そのため、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〕

- 認知症の人の支援においては、地域包括支援センターに、専門医や認知症サポート医の情報や、支援ニーズに応じた介護サービス等の情報が集約され、誰でも容易に情報を得ることができるようすることが重要であることから、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・行動・心理症状（B P S D）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・介護関係者との連携を図ります。
- 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。そして、「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。
- 複数の専門家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、各専門職の研修体系の構築及び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アルツハイマー型認知症の場合には可能といわれており、早期発見・早期診断が重要です。このため、できるだけ早期に、適切な診療を受けられるよう、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、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いわれています。このため、本人・家族をはじめ関係者に対する普及・啓発や研修の充実に努めます。
  - また、認知症の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います。
- 認知症の人の介護において、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、今後は、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するとともに、認知症の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。
- 中核症状の進行抑制やの出現予防、緩和を図るため、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。

〔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により、在宅での生活が困難となり、精神科救急医療機関等での緊急的な入院治療や、介護施設でのショートステイの利用等が必要となる場合があります。
- 激しいBPSDは、3ヶ月程度で軽快することが多いといわれているため、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〕

- 認知症患者の入院治療に際しては、院内において医師や看護師をはじめとする多職種のスタッフが連携してチーム支援を行うことが有効です。このため、人材の養成や、院内において活動しやすい環境づくりを促進します。
- 認知症高齢者やその家族を適切に支えるため、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. 本人と家族への支援

〔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。

〔認知症の人の介護者への支援〕

- 認知症の人の介護者への支援を行うことが認知症の人の生活の質の改善にも繋がるとの観点に立って、特に在宅においては認知症の人のもっとも身近な家族など、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〕

- 終末期における看取りの支援では、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家族に情報提供したうえで、本人や家族の意思を尊重したものでなければならぬため、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

〔若年性認知症の人とその家族への支援〕

- 当事者ととともに医療、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と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ます。



## 1 （エ）評価指標

## 2 〔基盤（ストラクチャー）〕

指 標 名	現状（平成28年度）	目標
認知症サポーター数	343,806人（累計） （H29.6.30現在）	
認知症サポート医の養成人数 ※千葉市を除く	321人	
かかりつけ医認知症対応力向上 研修修了者数 ※千葉市を除く	880人	
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 ※千葉市を除く	1,158人	
歯科医師認知症対応力向上研修 修了者数 ※千葉市を除く	75人	
薬剤師認知症対応力向上研修修 了者数 ※千葉市を除く	103人	
認知症疾患医療センターの指定 箇所数 ※千葉市を除く	10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）	
認知症介護実践研修受講者数	3,967人（累計）	

## 3 〔過程（プロセス）〕

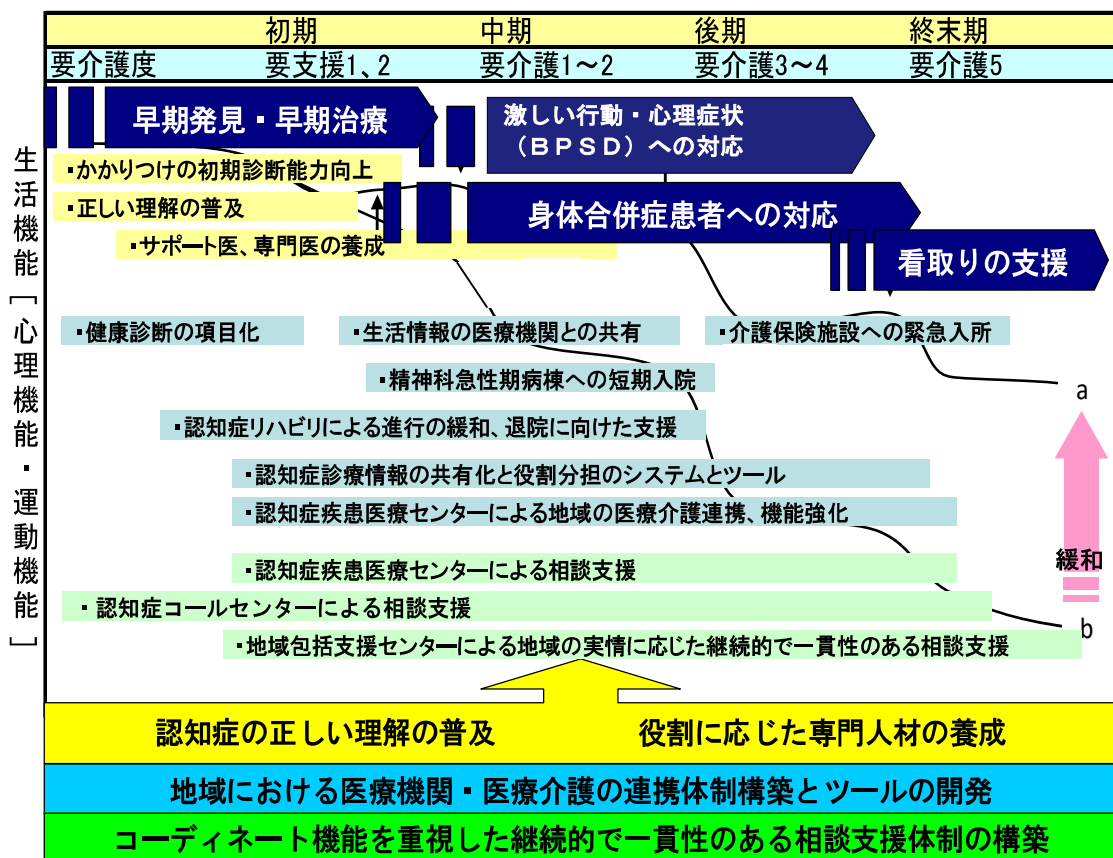
指 標 名	現状（平成28年度）	目標
認知症疾患医療センターの 専門医療相談件数	6,916件	
「千葉県オレンジ連携シート」の 使用枚数	660枚	

## 5 〔結果（アウトカム）〕

指 標 名	現状	目標
認知症の精神病床での入院患者 数	2,851人 （平成26年度）	

指 標 名	現 状	目 標
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の利用状況）	6,300人／月 （平成28年）	
特別養護老人ホーム利用者実績（施設サービス利用状況）	22,985人／月 （平成28年）	

図表 2-1-1-2-5-2-2 ステージごとの施策検討の方向性



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

