

山形県認知症施策推進協議会(第3回)各委員の意見(要旨)と回答(対応策等)

健康長寿推進課
平成30年1月12日

委員の意見(要旨)	回答(対応策等)
<p>【第1章 基本的な事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> この施策を進めるために一番大事なものは、計画の1頁「策定の背景」に記載の「5人に1人の割合になる」ということ。それだけ認知症は、非常にありふれた、当たり前前の状態なんだということを県民の方にしっかり伝える必要がある。例えば、プレス発表とか最後の説明のときに、皆さんの地域や生活の中で当たり前になるということを、強調してほしい。(山田委員) 全体を通しての意見になるが、本計画では「県民が」という主語の記載がない。他の計画では「県民は」とか「県医師会は」などの表現が見られる。今回は変えなくても、次の改訂の際は、あまり「県が」とか関係者が引っ張るだけでなく、「県民一人一人が何をやる」ということも意識して記載いただきたい。(山田委員) 	<ul style="list-style-type: none"> 本計画の位置付けは、「基本的な事項」にも記載のとおり「本県が目指すべき目標水準を設定し、それを達成するための工程と手段を示す」もので、県行動計画の名称からもお分かりのとおり、本来的に「県が何をすべきか」としての内容になっている。なお、他の計画なども参考に、今後の改訂等にあたっては、「県民が何をすべきか」という視点も大事にしていきたいと思う。(佐藤主査)
<p>【基本目標1 認知症の正しい知識の普及促進】</p> <ul style="list-style-type: none"> 特に神経変性疾患に伴う認知症の場合は、治療して、たとえ容態の悪化を遅らせることができても、ついには寝たきりで、非常に重介護を要する状態となる。もちろん早期発見・治療が大事で、軽度な状態の場合、それで救われる方もいるが、中には、治療の限界もあって、どんどん悪化する方が大勢いる。そういう面についても普及活動の一環として説明する必要がある。高齢化社会において、相対的に非常に重度化した方が増えており、それに対応する介護職員が不足しているという現実的な問題にも直面している。(大島委員) 認知症のターミナル期になったときの対応というのも重要で、当事者の側としてやっていかなくてはならないとの認識を持っている。本人がターミナル期を迎えたときに、医療機関に頼るだけではない、要するに、家族もそれを静かに見守るとか、そういう体制づくりを、地域の中で安心してやっていける体制づくりというのが非常に大事だと思っている。(山名委員) 「認知症の正しい知識」として、認知症が進行し重度な状態にもなり得るということの啓蒙も必要ということ。(林会長) 	<ul style="list-style-type: none"> 県では、認知症の正しい知識の普及促進のため、キャラバン・メイトの養成を通して認知症サポーターの養成を行っているが、当該講座の教材は、認知症の症状(中核及び行動・心理症状等)やその支援、診断や治療、さらに予防など体系的に分かりやすい内容となっている。その中で、認知症の進行に伴う症状の変化や身体的症状についても詳しく説明されているため(以下の□内参照)、今後もキャラバン・メイトやサポーターの養成により、認知症の治療には限界があることや、症状の悪化等で重介護を要することも含めて正しい知識の普及促進に努めていく。 <div data-bbox="1151 1102 2132 1305" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【2 認知症の症状—その他の身体的症状より】</p> <p>このほか、認知症にはその原因となる病気によって多少の違いはあるものの、さまざまな身体症状もでてきます。とくに血管性認知症の一部では、早い時期から麻痺などの身体症状を合併することもあります。アルツハイマー型認知症でも、進行すると歩行が拙くなり、終末期まで進行すれば寝たきりになってしまう人も少なくありません。</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> 「介護職員の不足」については、【(4)良質な介護の確保】の項目、また「地域の中で安心して～体制づくり」については、【基本目標3】で対応。

<p>【基本目標 2 (1) 認知症の容態に応じたケアの流れの確立及び充実強化】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ MCIについて、タブレット端末を利用した簡易検査の取組みが広がっていて、一部の市町村や医療機関において混乱が生じている。その取扱いについて、どのようなメリットがあって、どのような活動につながるのか、また科学的な根拠があるかなど、検査後のフォローが整っていない。研究者などの協力を得て、例えば県でモデルを作って市町村に示すなどのやり方があるとよいと思う。 (遠藤委員) ・ タブレット端末によるMCIスクリーニングについては、「この判定結果を受けて、その後の対応」を確立させないまま利用が広がるのは問題であり、阿彦医療統括監の御指摘のとおりである。なお、<u>MCIの定義</u>についても、計画のどこかに記載されているのが望ましい。(鈴木オブザーバー) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ タブレット端末を利用したMCIスクリーニングについては、商業的な目的で、ネット上やソフト開発者による強力な斡旋行為もあって増加している。県としては、スクリーニングによる評価は分かれており、判断も難しいため推奨はしていない。逆に、市町村等で混乱が生じている状況や具体的な問題事例を教えていただければ、県内の市町村にそれを説明することで、慎重な判断を求めることができる。なお、これについては、鈴木教授のところにも担当が相談したこともある。(阿彦医療統括監) <p>◆ 「行動計画」(2頁)に MCIの注釈(※6)を以下(□内)のとおり追記</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>※6 日常生活に支障をきたす程度には至らないため認知症とは診断されないが、記憶障がいと軽度の認知障がい認められ、正常とも言い切れない中間的な段階。MCIには各種認知症疾患の前駆状態が含まれています。MCIと診断された人の半数以上に、その後アルツハイマー病等への進行がみられるとのデータがあります。一方、この状態に長時間とどまったり、正常に戻る人もいます。(認知症サポーターキャラバン・メイト養成テキストより)</p> </div>
<p>【(2) 早期診断・早期対応のための体制強化】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症疾患医療センターの位置付けが重要視されている。各センターの連携協議会について、予算的なサポートはどのような状況か。また、最上地域における新庄明和病院の認知症疾患医療センターも追加整備されたが、機能的なレベル均衡などは配慮されているか。(川勝オブザーバー) ・ 本協議会を利用した4センターの連携などの話もあったと思うが。(林会長) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ センターの運営については国庫補助事業であり、国と県の折半で委託料として補助している。委託料にはセンター配属の人件費のほか、協議会や研修会などの開催経費も含まれている。なお、これまで目標としていた県内二次医療圏ごとに1か所を整備したことから、今回の計画改訂の内容として、今後は4地域ごとに各センターを核として、関係機関による連携体制を充実強化していくこととしている。そのためにも連携協議会の中身が重要になると思っている。また、本協議会の委員として、各センターから1名ずつが選出され、計4名が揃ったこともあり、4センターによる協議の機会を設けるなど、センター間の連携を図り、レベル均衡等に配慮していく。(佐藤主査)
<p>【(3) 適切な医療の確保】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院の中において、例えば、受付など医療従事者以外の人についても認知症に係る理解を促進する必要性を感じる。場合によっては、医療従事者以外の人を対象とするサポーター養成講座を各病院内で実施するなどの対応も検討できればと思う。(椿野委員) ・ 病院と施設の一番の違いは、食事の摂り方。病院はベッドの上だが、施設は食堂に集まり皆で和気藹々と食事をする。前者は要するに、せん妄状態を人工的 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本目標1の具体的な施策である認知症サポーターの養成、さらには、企業・団体のキャラバン・メイトの養成ということで、県としても引き続き力を入れていく方針である。なお、本項目における「一般病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上」としては、昨年度から実施している「山形大学認知症講座」があり、そこでは医療・介護分野等に関わる様々な職種の方に受講していただいている。機会を通してPRや受講案内できればと思う。(佐藤主査)

<p>に誘発させる仕組みになっている。やり方を根本的に見直す必要があると思う。例えば、病院でも多床室なら、その部屋の真ん中で皆が会話して食事ができる、コミュニケーションの場のできるのであれば、それが認知症対応システムとなる。（大島委員）</p>	
<p>【（４）良質な介護の確保】</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護の現場は人材不足で、研修に参加させたくてもできない現実がある。介護の職業の魅力アップについて、県から発信していただきたい。（野口委員） <p>【認知症の正しい知識の普及促進】の項目で、末期や重介護の話が出たが、本項目において「<u>認知症が進んで寝たきりになりこともあるが、良質な介護によって全身疾患の予防ができる</u>」などの説明があると、そういうタイプの介護の必要性についても理解が得られるのではないかと。（鈴木オブザーバー）</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症になっても、100歳ぐらいまで長生きできる時代だが、治療の限界もあり、加齢とともに遂には寝たきりで意思疎通が困難な状態に陥ってしまう。この様な患者には、褥瘡予防や体調管理のために、2時間ごとの体位変換が求められている。この重労働を担っている介護者と、昼夜別なく人の手による体位変換をされている患者のために、コンピューターで自動調整して24時間対応でき、さらに人の手では決してできない、ゆっくりとした穏やかな体位変換ができる自動寝返り支援ベッドを開発した。介護職員からは重労働から解放されたと、患者からは夜間ぐっすり眠れるようになったと喜びの声が聞かれている。介護はやりがいがあって楽しいと思ってもらうために、重労働を軽減する必要がある。施設の実態を見学、確認のうえ当該ベッドの普及啓発に御協力願う。（大島委員） 	<ul style="list-style-type: none"> 県では「介護のお仕事プロモーション事業」を実施し、若年層に対して進路とか就職先の選択となり得るように、介護職の理解を促進している。民間団体や市町村にそのための企画を提案してもらい、それに助成しているが、例えば今年度では、NPO法人が若者を介護現場に連れていったり、東北文教大学では小中学校を対象に介護職に関する出前授業を行っている。28年度から始めたが、来年度も引き続き実施する予定で、PRにも取り組む。（堀課長） <p>◆「行動計画」（5頁）を以下(□内)のとおり修正（<u>下線部</u>）</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>認知症の進行に伴い、在宅での対応が難しくなった場合でも、介護保険施設等において適切なケアが行われれば、行動・心理症状(BPSD)※8の発生<u>のほか、全身疾患についても</u>予防することが可能です。</p> <p>県は、<u>不足する介護職員の人材育成や定着を図るとともに</u>、認知症ケアに関する正しい知識を持ち、良質な介護を担うことができる人材の確保に取り組みます。</p> </div>
<p>【（５）医療・介護の連携】</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症地域支援推進員の市町村配置状況等について （林会長） 	<ul style="list-style-type: none"> 平成28年度までに県内全市町村に配置済み。配置先は主に地域包括支援センターや市町村本庁。主な職種は、保健師、介護福祉士、社会福祉士など。なお、今後も異動による人員補充などのために、全国研修の受講経費を県が負担するなどして市町村を支援していく。（佐藤主査）
<p>【基本目標3（1）相談体制の充実強化】</p> <ul style="list-style-type: none"> 表現の仕方についてだが、最期を在宅で迎えるという場合、非常に大変な状態になったとしても、<u>地域のいろいろな社会資源を利用できる体制づくりを目指すことが分かるように、例えば「安心して在宅で最期を迎えられる」など少し具体性のある表現を加えてほしい。</u>（山名委員） 	<p>◆「行動計画」（7頁）を以下(□内)のとおり修正（<u>下線部</u>）</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>単身や夫婦のみの高齢者世帯が増える一方、<u>認知症になっても安心して在宅で過ごせる</u>など認知症の人と家族にやさしい地域をつくっていくためには、社会資源である様々な人材、機関等の協力を得て、地域による支援体制を構築していく必要があります。</p> </div>

- ・最近では、地域包括支援センターからの相談が増加している。内容としては、「居場所がない」とか、就労支援のこと。診断を受けた後、本人はどうすればいいか分からない。また、介護者が自ら抱え込んでしまい、関わり方の相談などがある。特に、若年性認知症支援については、コーディネーターとして、いろいろな機関と連携をとっていくことが重要だと思っている。**(草薙オブザーバー)**
- ・若年性認知症に関しては、自立支援医療の適用による支援も考えられるが、精神科医療の通院が一応の要件になっているものの、実態としてなかなか適用に至っていないという印象がある。県としてももう少し広く運用するなどの対応は考えられないか。**(川勝オブザーバー)**
- ・自立支援医療はもともと統合失調症の人を支える目的で始まった制度。精神科の臨床医としても、認知症の人に対しては十分サポートしきれていない面もあると感じる。**(林会長)**
- ・若年性認知症については、対象者が職場から相談窓口としてのコーディネーターや地域包括支援センターにいかにつながるかが大事。逆に、行政や包括支援センターから対象者を探しに行くというのは考えにくい。よって、一番初めの段階である職場から相談窓口へしっかりつながる方法を考える必要がある。**(黒田委員)**
- ・就労支援という部分では、シルバー人材センターの活用も効果的である。洗車や建具関係など、簡単な収入が得られる仕事を紹介してもらい、就労を継続したケースがある。地域の人の協力を得られて、それがコミュニケーションの場になったり、生きる意欲につながるなどの効果が出ている。**(大島委員)**
- ・企業内にいる衛生士や産業医につながるということも大事なので、企業という分野も入れていく必要がある。また、認知症疾患医療センターにおける連携協議会について、これまで警察機関などが参加することもあったが、同様に、産業医など企業関係者も参加することはできないか。**(山名委員)**
- ・今の状況において、産業医がそこまで深く関われるかどうかは、難しい面があるかもしれない。産業医は確かに重要な位置づけと思うが、直接というより、県医師会などの関係機関を通して進めていく必要がある。**(江口委員)**

- ・自立支援医療（精神通院医療）については、利用者負担が1割であり、公的な医療保険の3割に対して低く抑えられている。元々は、社会的な必要性から昭和40年に始まった(旧)制度だが、現在では対象範囲が拡大している。なお、精神通院医療としては、認知症もその範囲に含まれるが、精神科治療を積極的に行う症状があるということだけを要件にしているわけではない。予防という側面も持っている。つまり、症状が消失している場合でも、治療を中断すれば起こり得る精神症状の再発を予防するためになお通院治療を続ける必要がある場合も対象となっている。例えば、過去にあったBPSDのような精神症状の予防ということを勘案して診断してもらう必要がある。**(有海委員)**
- ・若年性認知症の支援については、「コーディネーターの機能強化」ということで、活動範囲を一層広げていくことを検討している。さらに「相談から医療・福祉・就労の総合的な支援」のほか、「自立支援ネットワークの活用及び事業所への啓発等」を掲げており、関係機関との連携はもちろん、コーディネーターが各企業や事業所へ直接出向いて啓発することも考えている。また、山形労働局の主管になるが、両立支援チームというのが今年度、全県的に立ち上がったので、当該チームと連携の上、産業系の関係機関とも一緒に対応していく。その中には、例えば山形産業保健総合支援センターなど産業医等の研修を実施する機関も入っているため、そこをきっかけとして、コーディネーターが事業所や職場とつながることで、相談窓口への誘導になればと考えている。**(佐藤主査)**
- ・認知症疾患医療センターの連携協議会については、特段の制約を設けているわけではないので、テーマの設定にもよるが、例えばオブザーバーのような形で関係者が参加してもらうことは可能と思っている。さらに、来年度以降、県内4ブロックごとに市町村認知症連絡会議を開催するので、場合によっては、当該会議を活用することも考えられる。**(佐藤主査)**

<p>【（２）地域による支援体制づくり】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「まちかど相談所」に関して、介護事業所はまだまだ地域住民にとって敷居が高いのが現状。事業所側も住民から気軽に相談を受けたいとか、地域に貢献したいと思っている。ぜひ「地域支援体制の強化及び取組みの県内への普及」を図るため、県が各市町村の背中を押してほしい。（高橋委員） ・「権利擁護」について、社会福祉士会の「ばあとなあ山形」で成年後見活動をしているが、最近、市町村長の申立て件数が増加しているため、市町村長や職員を対象とした研修を実施して理解を深めてもらい、地域包括支援センターとの連携体制を強化してほしい。（長谷部委員） ・「認知症高齢者等の移動支援」について、「住民主体による」となっており、丸投げのような印象もあるが、担い手となる住民に対して、県として財源の手当て又は保険など、何かしらサポートはあるのか？（鈴木オブザーバー） 	<ul style="list-style-type: none"> ・「介護事業所を拠点とした地域支援体制」事業について、昨年度は試行的に米沢市で、また今年度は天童市において実施しているが、それらをモデルとして取組みを県内に普及させていきたいと考えている。なお、市町村の規模的な問題もあり、地域の実情に応じたやり方なども勘案のうえ進めていく必要があると思っている。（佐藤主査） ・成年後見人制度に関する研修については現在、県で実施している。なお、山形市では支援するためのセンターを設置しているが、他の市町村ではそこまでの体制はなく、市町村長の申立ても実績がないところも多い状況。そのため、まずは制度を知ってもらうことと併せて、実務的な取組みなど、より具体的な内容により研修を実施している。今後も内容の充実を図り、取組みを強化していく。（堀課長） ・「認知症高齢者等の移動支援」について、県では、福祉型小さな拠点づくりにおける住民主体の事業を想定している。いわゆる新しい総合事業（介護予防・日常生活支援総合事業）の中のサービスBという形で、住民主体の活動を促し、市町村の事業として実施できる。市町村事業であるため、公費の負担はある。なお、担い手がいなくて事業が進められないこともあるため、県が人材を育成することにより市町村を支援している。また、拠点という部分で施設のスロープを作るなど、必要に応じて県が補助もしている。（堀課長）
<p>【（資料２）認知症の適切な診療に向けた医療機関連携ガイドライン】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・（2/4枚目）「診断の段階」のうち②かかりつけ医、かかりつけ医認知症対応力向上研修修了医、④専門医療機関、⑤認知症疾患医療センターの各欄に「○運転免許保有者である場合、道路交通法第101条・・・公安委員会への医師の届出を行うことができることに留意する。」という文言があるが、これは平成26年6月の道路交通法改正に基づく文章で、昨年3月施行の改正道路交通法に関する文言が抜けているように思われる。例えば、「道路交通法第○条の○第○項に基づき、認知症が疑われ公安委員会から診断書提出命令を受けた人の診断書を作成する」等の文言を加えてはいかか。（林会長） 	<ul style="list-style-type: none"> ◆（資料２）認知症の適切な診療に向けた医療機関連携ガイドライン（2/4枚目）「診断の段階」のうち②かかりつけ医、かかりつけ医認知症対応力向上研修修了医、④専門医療機関、⑤認知症疾患医療センターの各欄に以下（□内）のとおり追記 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>○（道路交通法第102条関係）公安委員会による認知機能検査で認知症のおそれがあると判定され、診断書提出命令を受けた人の診断書作成については、「かかりつけ医向け認知症高齢者の運転免許更新に関する診断書作成の手引き（平成29年3月 日本医師会）」を参考とする。</p> </div>