

千葉県保健医療計画

(令和 6 年度～令和 1 1 年度)

認知症部分

【素案（案）】

※ 計画本文、図や表等は、高齢者福祉課 認知症対策推進班所管
分のみ修正しており、庁内関係各課においても作業中である
ため、今後の策定の中で変更があります。

令和 5 年 7 月 2 5 日

第 2 回千葉県認知症対策推進協議会資料

イ 認知症

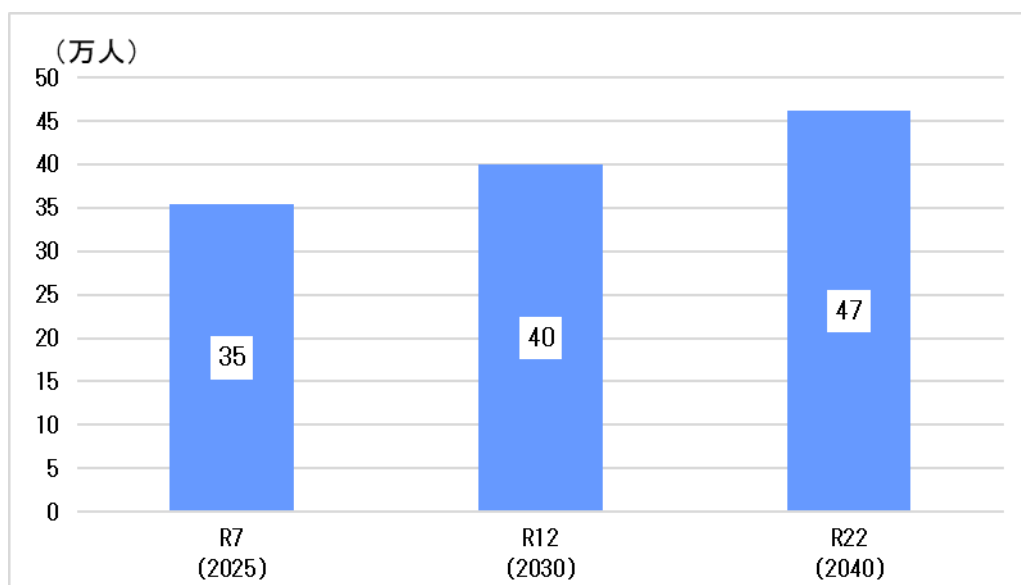
（ア）施策の現状・課題

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、認知症高齢者数は令和7年の約35万人から令和22年には約47万人に増加すると見込まれています。また、85歳以上では約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、誰もがなりうるもので、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）



※令和7年以降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（2018年3月推計）」による推計値（令和7年の高齢者人口：179.1万人）

※「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

〔共生社会の実現を推進するための認知症基本法〕

2023年（令和5年）6月、共生社会の実現を推進するための認知症基本法が成立し公布されました。我が国における急速な高齢化の進展に伴い、認知症の人が増加している現状に鑑み、認知症の人が尊厳を維持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、認知症施策を総合的かつ計画的に推進することを目的としています。

認知症施策の基本理念や、国・地方公共団体等の責務、認知症施策を推進するた

めの計画の策定、基本的施策、認知症施策推進本部の設置などについて明記され、共生社会の実現の推進という目的に向け、基本理念等に基づき認知症施策の取り組みを国・地方公共団体が一丸となって行っていきます。

〔早期発見・早期対応〕

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、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。

MC Iに気づき、対策を行うことで認知機能の改善や症状の進行を抑制できる可能性があります。

現状では、認知症になること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、何かを探したり、居心地が悪いなどの原因で歩き回ることや、不安や混乱から落ち着かなくなる等の症状（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。

また、新たな治療薬についても関心が高まっています。

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、症状を明かさないことにより、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、若年性認知症の人や親等の介護が重なり、その家族が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。

認知症が進行すると、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。

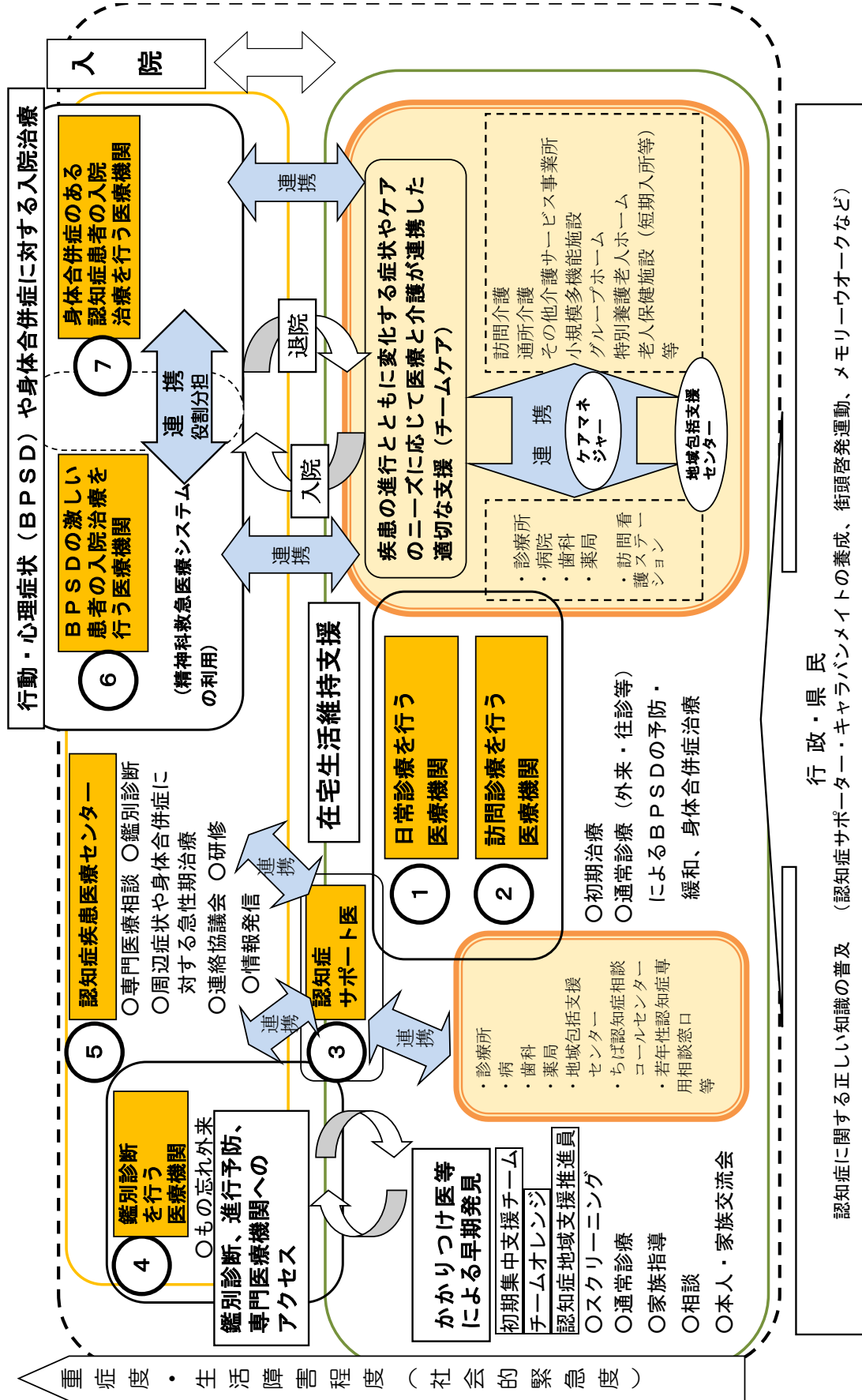
訪問診療*を行う医療機関は、通院が困難な人や、病気の認識がなく医療機関への受診を拒む人の自宅へ出向き、日常生活をふまえた診療を行います。

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思われる人、または、認知症の人及びその家族を訪問し、観察・評価を行った上で、家族支援等の初期支援を包括的・集中的に行い、自立した生活のサポートを行います。

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、「認知症地域支援推進員」や「千葉県認知症コーディネーター」が中心となり、認知症施策の要役として、地域の実情や課題に応じた活動が行われるよう支援します。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、世界アルツハイマーデー及び月間におけるオレンジライトアップなどの取組を通じて、より多くの県民、企業等に認知症に関する正しい知識と理解を広めるため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。
- 認知症と思われる初期の段階から、心理面、生活面の支援として、地域において、本人の悩みや家族の身近な生活支援ニーズ等に対し、認知症サポーターが中心となり、コーディネーターやかかりつけ医、初期集中支援チームなど関係機関と連携しながら、支援を繋ぐ仕組みであるチームオレンジを県内市町村で整備が進むよう支援し、認知症になっても安心して暮らし続けられる安全な地域づくりの推進を図ります。

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の普及啓発を行います。

〔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。

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、認知症施策の推進役、また、認知症の人の医療・介護等の支援ネットワーク構築の要役として、地域の実情や課題に応じた活動を行っている「認知症地域支援推進員」及び「認知症コーディネーター」の活動充実を図ります。また、「認知症地域支援推進員」と「千葉県認知症コーディネーター」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思われる人、または認知症の人やその家族を訪問し、観察・評価等の初期支援を包括的・集中的に行う「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MC I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されており、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（病院勤務以外も含む）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〕

- 認知症の人の声の発信支援と本人やその家族の視点を重視し、認知症施策の企画・立案等に反映します。

〔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。また、当事者同士で悩みを共有し、本人や家族に対し認知症に関する知識の提供や、精神面での支援を行う家族交流会を開催します。

〔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窓口を設置して、支援体制を整えます。

(エ) 評価指標

〔基盤 (ストラクチャー)〕

指 標 名	現状	目標
認知症サポーター数		
認知症サポート医の養成人数		
かかりつけ医認知症対応力向上 研修修了者数		
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		
歯科医師認知症対応力向上研修 修了者数		
薬剤師認知症対応力向上研修修 了者数		
看護職員認知症対応力向上研修 修了者数		
認知症疾患医療センターの指定 箇所数		
認知症介護実践研修受講者数 (千葉県を除く。)		

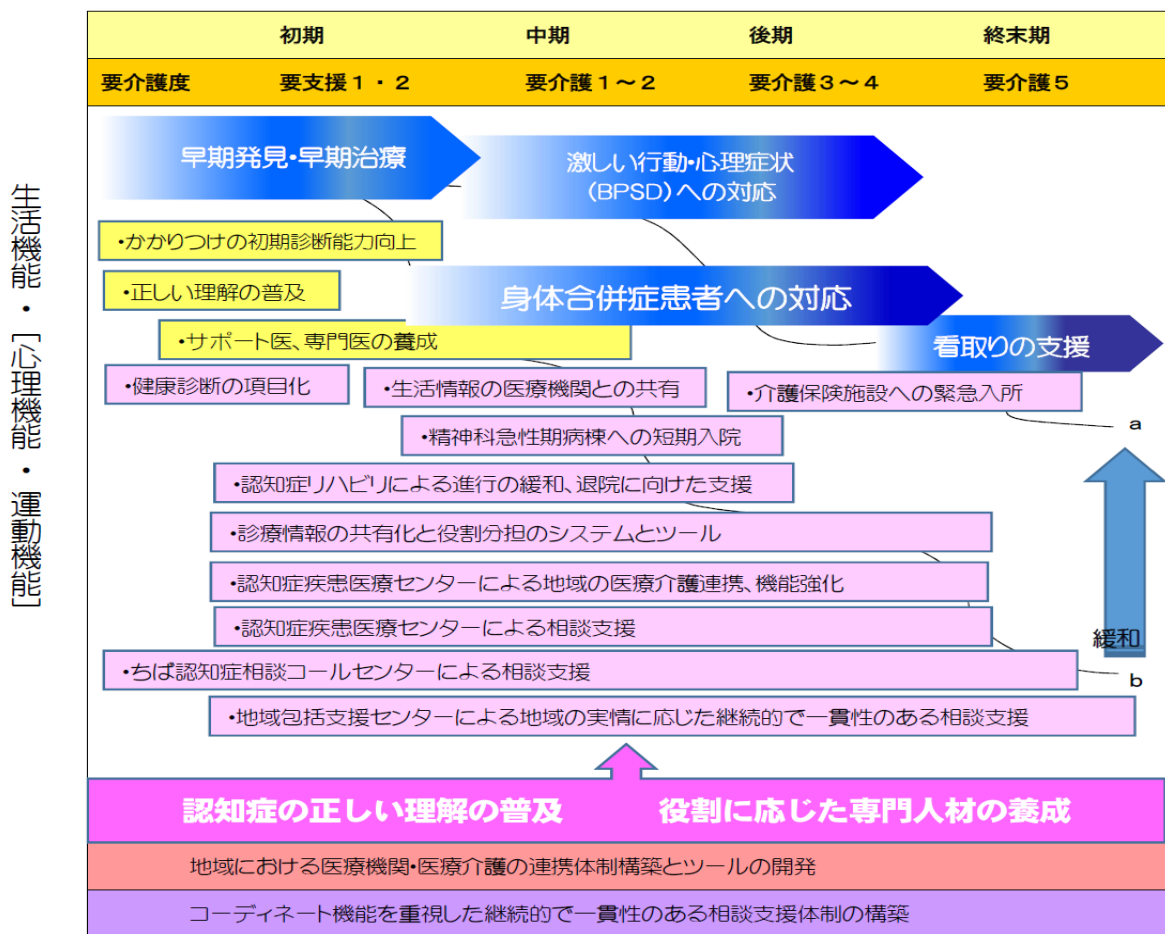
〔過程 (プロセス)〕

指 標 名	現状	目標
認知症疾患医療センターの 専門医療相談件数		
「千葉県オレンジ連携シート」の 使用枚数		

〔結果（アウトカム）〕

指 標 名	現状	目標
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		
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）		
特別養護老人ホーム利用者実績（施設サービス利用状況）		
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）		

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

R5.4.1 現在

