

平成28年度 第1回 千葉県認知症対策推進協議会・作業部会 議事概要

開催日時：平成28年8月23日（火） 午後2時00分から午後4時00分

会 場：ホテルプラザ菜の花 4階「楨」

出席者：協議会・作業部会委員32名（欠席委員4名）

関係課・事務局職員等10名 計42名

※今回の協議会は、作業部会との合同開催となります。

あいさつ：古元 健康福祉部保健医療担当部長

議 題：

- （1）千葉県認知症対策推進協議会及び作業部会の年間計画について
- （2）認知症疾患医療センター指定更新に伴う選考について
- （3）インターネットアンケートの調査結果について
- （4）身体合併症についての救急医療に関する協議内容及び作業部会におけるオブザーバーについて

配布資料：

- ・平成28年度千葉県認知症対策推進協議会及び作業部会について
- ・千葉県認知症対策推進協議会設置要綱
- ・平成28年度千葉県認知症対策推進協議会及び作業部会年間計画(案)
- ・認知症疾患医療センター指定更新に伴う選考について
- ・県内の認知症疾患医療センター配置図
- ・千葉県認知症疾患医療センター運営事業実施要綱
- ・認知症対策について(平成27年度第4回インターネットアンケート調査結果)
- ・身体合併症についての救急医療に関する協議内容及び作業部会におけるオブザーバーについて
- ・全国の救急告示病院を対象とした認知症の人の身体疾患に対する医療に関する調査

協議会会長の選任及び副会長の指名

- ・千葉県認知症対策推進協議会設置要綱第4条第2項により、伊豫 雅臣委員を会長に選任
- ・同設置要綱第4条第4項により、海村 孝子委員及び助川 未枝保委員を副会長に指名

「議題1（千葉県認知症対策推進協議会及び作業部会の年間計画について）

議題2（認知症疾患医療センター指定更新に伴う選考について）事務局から説明」

《意見交換》

【伊豫会長】

身体合併症についての救急医療に関する情報収集を計画しているようだが、その方法と対象者については、どのように考えているのか。

【事務局】

詳細については、今後の検討となる。

県救急医療センターの医師から説明を受けたところによると「第三次救急医療機関は人材も揃っているため、それほど対応が困難であるとは思っていない。実際に、対応が困難となっているのは、第二次救急医療機関ではないか。」とのことであった。

したがって、第三次救急医療機関はもとより、第二次救急医療機関での治療や看護等に関する観点からの実態調査を考えている。

ただし、今年度中に実態調査を実施することは難しいため、今年度は情報収集を行い、実態調査の方法・内容を検討することにより、来年度に繋げていきたいと考えている。

【細井委員】

認知症疾患医療センター指定更新に伴う選考について、公募を実施する医療圏と公募を実施しない医療圏の違いはなにか。

【事務局】

事前調査の結果、指定を希望する病院が複数所在する医療圏では公募を実施し、指定を希望する病院が複数所在しない医療圏では公募を実施しない。

なお、指定更新の対象となる4医療圏のうち、公募を実施する医療圏は、東葛北部医療圏と印旛医療圏となり、現在の指定病院の他に東葛北部医療圏は3病院が、印旛医療圏は1病院が指定を希望している。なお、公募を実施しない医療圏は、君津医療圏と安房医療圏となり、現在の指定病院のみが指定を希望している。

【境野委員】

オレンジ連携シートの活用が進んでいないように感じている。

在宅では、個人情報保護の関係で、周辺の人達に伝えることが難しいため、オレンジ連携シートを活用して、連携を取りたいと考えている。そこで、現在の利用状況について伺いたい。

【事務局】

オレンジ連携シートに関するアンケート調査については、現在実施中となっており、今後取りまとめを行い、第3回作業部会で報告の予定となっている。

【事務局】

認知症疾患医療センターについて、昨年度、全ての医療圏への設置が完了し、県内で10箇所のセンターが稼働している。この中で、2箇所のセンターが設置されているのは、高齢者人口が約38万3千人と最も多い東葛南部医療圏のみとなっている。東葛南部医療圏に次いで、約34万4千人と高齢者人口の多い東葛北部医療圏について、2箇所の設置が必要ではないかとの御意見や御質問を作業部会や県議会からいただいている。認知症疾患医療センターの設置については県のみで決定できる事項ではないので、国との調整が必要となるが、東葛北部への2箇所目の設置について、御意見をいただきたい。

【伊豫会長】

認知症疾患医療センターの設置について、高齢者人口何万人以上等の基準はあるのか。

【事務局】

以前は、国の資料に、高齢者人口何万人に1箇所との記載があったが、現在は、取り払われている。

認知症疾患医療センターには、病院を指定する地域型、診療所を指定する診療所型があるが、県では、地域型を設置することとし、国と協議を進めていきたい。

【伊豫会長】

県民の方から、認知症疾患医療センターに関する御意見・御質問はあるか。

【事務局】

認知症疾患医療センターについては、周知が不足しているのではないかと御意見を作業部会等でいただいた事もあり、昨年度の指定に併せて、知事記者会見での発表等により周知を行ったところである。しかし、まだ周知が不足していることもあるのか、県民からの御意見・御質問は少ない。今後も周知を行う必要があると認識している。

【高橋委員】

認知症疾患医療センターについて、山武長生夷隅医療圏等の広域な医療圏に対して、1箇所の設置で、認知症疾患医療センターの機能が発揮できるのか。

【事務局】

面積や移動距離等も重要な点と認識しているが、現時点では、高齢者人口に対しての設置となっている。なお、住所地の医療圏以外に所在する認知症疾患医療センターで受診・相談することも可能なため、現実的には医療圏を越えて、住所地に近い認知症疾患医療センターで受診・相談していると考えられる。

【廣岡委員】

認知症疾患医療センターについて、コールセンターに「自分の通っている病院が、認知症疾患医療センターの名簿に載っていない。なぜか。誰が決めているのか。」との御質問が御本人からあった。この場合、県高齢者福祉課を紹介すれば良いか。

【事務局】

県高齢者福祉課を紹介してもらえば良い。

【細井委員】

認知症疾患医療センターの周知がされていないのは、課題である。連携を図る必要のある、介護支援専門員や地域包括支援センターの職員等へ、役割の説明や要望の確認等が必要と考えている。今後、相談させていただきたい。

【事務局】

是非、お願いしたい。

【助川副会長】

主任介護支援専門員が地域包括支援センターで業務を行っているとして「認知症疾患医療センターへの相談の後、診察となるまでの期間が長すぎる。」といった意見が多くある。実績報告書にある件数の報告では、機能的な動きの把握はできない。数値のみでは把握のできない内容の部分について、どのように把握するのかを検討し、認知症疾患医療センターの選考を行ってほしい。

【事務局】

数値のみでは把握のできない部分があることは、認識している。すぐに対応することは難しいが、認知症疾患医療センターが集まる連携会議等で、検討をしていきたい。

【伊豫会長】

千葉市では定期的に報告会があり、どのような問題があるかの検討をしている。連携会議等の中で、具体的な情報の共有ができるのではないかと考えている。

【細井委員】

件数は、各地域の高齢者人口や高齢化率により変わる。したがって、内容での評価が必要であると考えている。しかし、一般の方へのアンケートは現実的ではないので、認知症疾患医療センターがどの程度機能しているかの意見を、医療圏内の市町村や地域包括支援センター等から集めるのが良いのではないかと考えている。

【村越委員】

作業部会で予定される議題に「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の明確化について」とあるが、どのような違いがあるのか。また、認知症コーディネーターの活用の現状はどのようになっているのか。

【事務局】

認知症コーディネーターは、5日間、約26時間と長時間の研修受講が必要となるが、認知症地域支援推進員は、現在、研修の受講義務がなくなっている。したがって、能力に違いがあり、認知症コーディネーターは、認知症地域支援推進員と比較して、より高度な対応ができると考えている。なお、国では、全市町村へ認知症地域支援推進員の配置を進めているが、認知症コーディネーターは認知症地域推進員と同等とされている。県では、多くの時間を割いて認知症コーディネーターの養成を行っているため、更なる活用方法の検討を行ってほしい。

【畔上委員】

在宅サービスでは、様々な疾患がある方が多く、服用する薬の量も多くなる。しかし、それを管理する人がいないことや残薬等の問題がある。薬の問題を検討する場が必要となる。

【事務局】

薬の管理、服用方法、残薬等の薬の問題に関しては、重要であると認識している。中には「薬の服用をやめると具合が良くなった。」といった方もいるようである。県の薬務課と連携することを含めて、検討をしていきたい。

「議題3（インターネットアンケートの調査結果について）事務局から説明」

《意見交換》

【横山委員】

「行政の認知症の人やその家族への支援の取組を知っている。」と答えた33.2%のうち、「認知症サポーターの養成講座の開催を知っている。」と答えた方は82.1%となっている。また、「知識の習得や認知症サポーター養成講座の受講」を希望する方も全体の46.0%となっており、ボランティア意識が高くなっていると考えられ、認知症サポーターに関する取り組みは一定の成果をあげていると考えられる。しかし、認知症サポーター養成講座の講師となるキャラバンメイトを養成する研修の開催は、年2回となっており、各市町村で養成できるのは、年4～5人となるため、認知症サポーター養成講座の開催が少なくなる原因となっている。キャラバンメイト養成研修の回数を増やす必要があると思うが、どのように考えているのか。

【事務局】

千葉県の認知症サポーターは、現在約27万人と順調に増加しており、キャラバンメイト養成研修の回数増は検討していなかったため、今後検討を考えたい。また、キャラバンメイト養成研修は、市町村での開催も可能なため、希望者の多い地域へは、市町村開催の検討もお願いしていきたい。

【横山委員】

地域の身近な方がサポーター養成講座の講師となれば、地域住民の方も参加しやすいと思うので、検討をお願いしたい。

【村越委員】

キャラバンメイトは、認知症サポーター養成講座で、認知症サポーターとなる人へ始めに認知症に関する知識を教える人となるが、中には、経験の浅いキャラバンメイトもいる。そのため、更に知識を深めるような研修が必要ではないかと思う。また、キャラバンメイトは、認知症サポーターへの向上研修といったものを、引き受けることのできる知識が必要だと思う。

【事務局】

県では、キャラバンメイトスキルアップ研修を年1回実施しており、その中でキャラバンメイトのスキルアップを図っている。その研修内容については、ご指摘を踏まえ、今後検討していきたい。

【富田委員】

千葉市では、キャラバンメイトのスキルアップについて、認知症コーディネーターと認知症地域支援推進員とで協議を行い、千葉市独自でのキャラバンメイトのフォローアップ研修を開始した。キャラバンメイト養成研修の受講のみでは、認知症サポーター養成講座の講師となる自信がないとの意見があり、キャラバンメイト同士の交流や講座の見学等を行っている。

【安西委員】

「今後、認知症対策を進めていくうえで、どのようなことに最も重点を置く必要があるか。」の回答項目に「早期発見・早期診療のしくみづくり」とあるが、「早期発見・早期対応のしくみづくり」が適切ではないか。また、以前は、早期対応となっていたと認識している。早期診療のしくみづくりという表記では「医療に繋がれば良い。」となるおそれがある。家族や地域での対応も重要であり、早期対応とするのが適切ではないか。

【事務局】

今回のインターネットアンケートでは、早期診療としたが、早期対応も重要であると認識している。今後の記載については、注意していく。

【佐藤委員】

インターネットアンケート調査協力員について、地域、性別、年齢等どのように選定しており、未回答者への督促はどのようにしているのか。また、県議会への報告をどのようにしているのか。

【事務局】

インターネットアンケート調査協力員は、県内在住の満20歳以上で、県民参加メールマガジンに登録をしている方となるため、地域、性別、年齢等による選定はしていない。督促については、電子データにより2回程度しているようである。また、県議会への報告は、県内の一部の数値となるため行っていないが、アンケート調査結果については、必要に応じて利用していきたい。

【高橋委員】

今回のインターネットアンケート調査は、調査協力員1,509人の内、回答者数が202人と回答率が13.4%であり、このアンケート調査結果をもって、全体の意識とはならないのではないかと思う。行政政策上必要な調査の難しさがあると思うが、厚生労働省においても50%に達しない統計調査については、慎重な取り扱いをされると言われている。回収率の低い調査は、非標本誤差が大きくなり、調査の正確性と有用性が低くなるのではないかと思う。

【事務局】

このインターネットアンケート調査は、協力員が1,509人と少なく、また、回答者数も202人となっているので、参考資料の一つとして考えている。アンケート調査結果については、その点を踏まえて、注意して扱いたい。

【伊豫会長】

アンケート調査結果が一人歩きしないように、注意が必要であると思う。

「議題4（身体合併症についての救急医療に関する協議内容及び作業部会における
オブザーバーについて）事務局から説明」

《意見交換》

【境野委員】

平成29年度に予定されている「身体合併症についての救急医療に関する現状把握のためのアンケート調査」の実施だが、救急病院、リハビリ病院、精神科病院が対象となっている。認知症の方が救急病院を受診すると、認知症があるので入院を断られることが多くある。現状を把握するためには、病院の意見だけでなく、現場の声も訊かなければいけないのではないかと。

【事務局】

アンケート調査の実施機関については、案の段階である。様々な御意見を踏まえて、今後検討していきたい。

【畔上委員】

在宅で一人暮らしの認知症の方は、自分が認知症との自覚がなく、一人では受診が出来ない方もいる。また、介護サービスに辿り着くことも大変なこととなっている。今後のアンケート調査には、在宅サービスに関する項目もあると良い。

【事務局】

アンケート調査の内容についても、様々な御意見を踏まえて、今後検討をしていきたい。

【伊豫会長】

「身体合併症についての救急医療に関する現状把握のためのアンケート調査」は、救急病院での受入体制の整備状況や様々な問題点を明らかにし、医療機関の連携や、必要な人員配置をどのようにするのか、それに併せて、広い意味での現場の意見を訊くとのことで良いか。

【事務局】

そのように考えている。

【伊豫会長】

医療機関では、現在、差し迫った問題として、認知症の方を受入れているようである。

若手の医師は初期研修の際に、精神科リエゾン等で、せん妄状態となった場合は、精神科医師を含めて対応する等のトレーニングを受けている。また、内科・外科等の現場でも、高齢者の方の対応をする等のトレーニングを受けている。ただし、医療のシステムとしての対応には、バラツキがあるように感じている。したがって、現場の意見を訊くこと等により、救急病院での問題点を明確する必要があると思う。

【旭委員】

身体合併症についての救急医療については、非常に重要な問題の一つと考えている。

松戸市の現状となるが、在宅で様々な問題が起きている。一人暮らしや認知症のみの世帯の場合、救急病院に運ばれて始めて認知症と診断される方が多い。認知症の方のうち、認知症と診断されているのは全体の3分の1で、3分の2の方は、診断がまだ付いていないといった状況がある。また、一人暮らしの認知症の方、認知症以外の精神疾患等、在宅での難問が山積している。

認知症の人と家族の会からも、当初から「身体合併症があると病院受診ができない。」等の話があり、非常に重く受け止めている。今後の取り組みについて、様々な意見により、検討していくことが必要である。

【伊豫会長】

精神科医療には、診療報酬の制度として精神科リエゾンチーム加算がある。認知症の方に関しても制度として、そのような加算等はあるか。

【細井委員】

平成28年度の診療報酬の改定で、身体疾患のために入院した認知症の方に対する病棟における対応力とケアの質の向上を図るために、認知症ケア加算1、認知症ケア加算2が新設されており、一般病院におけるインセンティブが付けられている。

【小林委員】

救急医療は、重症度・緊急度が高ければ優先度が高くなり、診療報酬も高くなる。また、看護師等の配置も多くなる仕組みとなっている。

認知症の方の場合、重症度・緊急度が高ければ、認知症状は関係なくなる。第三次救急医療施設では、重症度・緊急度の高い認知症の方を多く受入れているが、その段階では大きな問題は起こらない。回復をして、転院や退院が見えてくる時期になると様々な問題が起こってくる。

入院以前に、認知症との診断をされていた方は、既に社会資源を持っているため、大きな問題は起きない。しかし、入院後に認知症が発症した方等は、社会資源を持たないために問題となる。

第三次救急医療施設と比較して、重症度・緊急度が低くなる第二次救急医療施設は、予算及び人的配置が少なくなるが、重症度・緊急度が低くなる分、認知症での問題が起こりやすい。

そのような観点から、予算・人的配置のずれの調整が必要となる。

【細井委員】

在宅で具合が悪くなり、延命治療等は望まないが、救急搬送しなければいけない方の場合、治療をどこまで行うのか等の問題があるため、一般病院が、認知症の方の引き受けに二の足を踏む原因となるのではないか。

【持田委員】

第三次救急医療施設では、救急搬送された方に認知症の症状があっても、回復し在宅に戻る際に問題となることはあっても、救急搬送された時点で問題となることはない。計画的に入院された方で、入院による環境の変化によって、せん妄状態となり、精神科リエゾンチームが有用となることはある。

認知症看護認定看護師は、せん妄の予防に関しての入院治療の院内連携・対策等の核になるものだと思うが、現在、県内で、認知症看護認定看護師を養成する機関がない。第三次救急医療施設に限らず、第二次救急医療施設においても必要となる専門職となるため、県内で養成ができると良いと思うがどうか。

【事務局】

認知症看護認定看護師は、重要な専門職であると認識している。しかし、長期間の研修が必要であり、看護師不足の中、受講させることが難しいとも聞いている。今後、検討をしていきたい。

【佐々木委員】

県内では、二十数名の認知症看護認定看護師が活動しているが、人数的にはまだ少ない。以前の作業部会では、認知症看護認定看護師の教育機関の教員としての立場で出席をした。

認知症看護認定看護師は、病院が必要だからといって取得させられるものではなく、長期にわたる厳しい研修内容となるため、認知症に関して愛情を持っているような看護師でないと難しい。また、受講料が高額となるため、金銭的な問題もある。

県で、教育機関を設置してもらえれば良いが、できない場合は、金銭的な支援等でも良いと思うので、検討をお願いしたい。

【事務局】

すぐには難しいと思うが、検討をしていきたい。

【海村副会長】

関東信越厚生局へ確認したところ、認知症ケア加算1、認知症ケア加算2、精神科リエゾンチーム加算を算定している病院は、非常に少ないようである。それは、認知症看護認定看護師が少ないといった理由もあると思うので、認知症看護認定看護師を養成する仕組みを作り、認知症ケア加算等を算定できる病院を増やす必要があると思う。

【小林委員】

認知症看護認定看護師を1人配置している第三次救急医療施設だが、病院での認知症看護認定看護師の業務は、管理や指導に関することが中心となっている。しかし、認知症看護認定看護師本人は、認知症の方等に寄り添った看護を行いたいといった気持ちが強く、業務のミスマッチが起きている。

【助川副会長】

「全国の救急告示病院を対象とした認知症の人の身体疾患に対する医療に関する調査（平成25年度長寿医療研究開発費）」によると、「認知症患者の救急外来での診療・緊急入院への対応が困難と感ずることがある。」と回答した病院が94%となり、その理由の一つとして「退院先が決まりにくい。」がある。また、その対応として「早期退院を求める。」「家族に付き添いを要請する。」「身体を抑制する。」等がある。そこで、今後の検討案の中に、医療の問題点はもちろん、退院をスムーズに行うといった視点や、退院後に介護保険へ繋ぎスムーズに在宅へ戻すといった視点を入れ、医療と介護の連携がより進むようなビジョンを持ったスケジュールとしてもらいたい。

【事務局】

地域包括支援センターの中でも、入院から在宅へ戻すといったことは、難しいと言われている。医療介護連携を行っている、健康福祉政策課とも協力し、検討案の中に盛り込んでいきたい。

【伊豫会長】

精神保健福祉法では、早期退院に関する仕組みがあり、入院時から退院に向けて地域にどのように戻すのかといったセッティングがされている。地域との連携も必要となる。

【梶原委員】

地域連携室では、入院時から退院時に在宅に戻すのか、施設に移るのか等について、ネットワークを組んで検討している。在宅に戻す場合では主治医を誰にするのか、施設に移る場合はどのような施設にするのか等の検討も行っている。地域連携室の有無により、認知症への対応を含むその病院の機能が分かる。したがって「身体合併症についての救急医療に関する現状把握のためのアンケート調査」には、地域連携室の有無に関する項目を入れてほしい。

【事務局】

そのようにしたい。

【松尾委員】

地域包括支援センターの立場から。

一人暮らしや高齢者のみの世帯が増えてきており、近所の方からの相談により、訪問をすると認知症であったという例が増えてきている。早期対応のために、認知症初期集中支援チームが設置されるが、現場ではそれぞれの専門性により動きが変わる。多職種が協力し、その専門性が点ではなく線で繋がることにより、対応がスムーズとなる。

千葉県では、平成26年3月に「千葉県認知症多職種協働研修運営マニュアル」を作成したが、マニュアルの活用はどの程度進んでいるのか。

【事務局】

平成28年3月に実施した「市町村における認知症施策に関するアンケート」によると、2箇所の市町村が「千葉県認知症多職種協働研修運営マニュアル」により実施している。

今後、多職種協働研修の実施を推進していきたいと考えている。

議事終了