

平成23年度第1回千葉県認知症対策推進協議会 議事概要

開催日時：平成23年8月2日（火） 午後2時～4時30分

開催場所：千葉市文化センター 9階会議室

出席者：出席委員 25名、欠席委員 3名

その他講師、オブザーバー、関係課・事務局職員等出席者 19名、合計44名

議題：

1. 推進協議会の会長の選任及び副会長の指名
2. 平成23年度千葉県における認知症対策について
作業部会の設置について
3. 高齢者保健福祉計画について
4. 認知症のBPSDに関連した連携パスについて

配付資料

①次第、②委員名簿、③座席表

資料1；千葉県認知症対策推進協議会設置要綱、新旧対照表

資料2；平成23年度千葉県における認知症対策について

資料3；千葉県認知症対策推進協議会と作業部会（案）について

資料4；高齢者保健福祉計画について

資料5；東総地区の認知症パスについて

資料6；認知症地域連携パスについて

このほかに、昨年度までの協議会・作業部会の報告書と活動報告集。（冊子）

井上担当部長

～～ あいさつ ～～

猪田室長；それでは、会議次第に従いまして、進行させていただきます。

はじめに、会議次第3でございますが、本日は第1回目の推進協議会でございます。昨年度末で一度任期が終了しまして、新たに委員就任をお願いいたしました。これまで御協力いただいている委員の皆様が多いのですが、新しくお願いしました委員の皆様もいらっしゃいます。委員名簿と座席表により紹介にかえさせていただきますと思います。

なお、本日は、小林委員、佐藤委員、溝口委員が都合により欠席です。

また、本日は議題に関する御講義をいただく旭中央病院の持田先生、オブザーバーとして土橋先生、吉山先生、矢田先生に御出席いただいております。

次に、資料1として改正しました「千葉県認知症対策推進協議会設置要綱」について、説明させていただきます。

主な改正点は、2点でございます。

1点目は第2条の所掌事務の一、「千葉県認知症地域支援体制構築モデル事業」が昨年度をもちまして終了したので、この協議会の所掌事務の一を「保健・医療・福祉・介護等における関係機関・団体及び行政の認知症対策の取組み状況の把握や課題の分析、先進的な事例の収集に関すること。」といたしました。

2点目は第3条の2、委員の任期を平成26年3月31日までとさせていただきます。これは、千葉県高齢者保健福祉計画策定・推進作業部会の委員任期に合わせて設定させていただきました。

続いて、会議次第4の議題(1)としまして、「推進協議会の会長の選任に及び副会長の指名について」ですが、設置要綱第4条第2項の規定に基づき、委員長は、委員の互選により決定することとなっておりますので、委員の皆様にお諮りしたいと思います。

皆様、御推薦がございましたらお願いいたします。

旭委員； これまでに引き続いて、千葉県地方精神保健福祉審議会の会長さんで、認知行動療法をはじめ精神科医療全般に詳しい、千葉大学教授でいられる伊豫先生にお願いしてはいかがでしょうか。

猪田室長； ただいま旭委員から伊豫雅臣委員を推薦する御発言がありました。いかがでしょうか？

(異議なし)

〈拍手〉

それでは伊豫委員を当協議会長に選任させていただきます。伊豫会長、お手数ですが会長席へお移りくださいますようお願いいたします。

猪田室長； 伊豫会長からごあいさつをお願いいたします

伊豫会長； ～あいさつ～

我が国が高齢化を迎える中で、千葉県は特に厳しい高齢化を迎え、全国第2位のスピードで高齢化が進んでおります。従いまして、この協議会は県民の皆様にとって、極めて重要な会議だと認識しております。皆様のお力を借りながら、つないでいきたいと思っておりますのでよろしくお願いいたします。

猪田室長；ありがとうございました。

それでは、今後の議事進行は、設置要綱第5条の規定により、伊豫会長にお願いすることといたします。よろしくお願い致します。

伊豫会長；さっそく議題に入りたいと思います。

副会長の指名ですが、設置要綱4条第4項により会長が指名することとなっていますので、私から指名させていただきたいと思います。

やはり引き続いて前年度までの副会長のお二人、海村委員と、助川委員にお願いしたいと思いますがいかがでしょう。

(御賛同いただける方は拍手をお願いいたします。)

(拍手・了解の意)

それでは、海村委員と助川委員に副会長をよろしくお願いいたします。

海村副会長と助川副会長、お手数ですが副会長席へ移動願います。

それでは海村副会長からごあいさつをお願いします。

海村委員 ～あいさつ～

千葉県医師会で介護保険の理事をしております海村と申します。副会長という大役で重責を感じておりますが、どうぞよろしくお願い致します。

伊豫会長 続いて助川副会長お願いいたします。

助川委員～あいさつ～

私の方は介護との分野での連携をお手伝いしていくのが役割だと思います。

3月11日大震災以来から活動も、気持ちも大きく変わりました。震災の応援へ行った中で、嬉しい話として認知症サポーターの高校生が認知症徘徊に対応して支援する地域づくりが出来ていたことでした。残念な話としては、女川町の体育館で3月12日に認知症の方が行方不明になったポスターが貼ってありまして、震災後の行方不明になっておりました。新潟の件も考え、地域住民の見守り・介護が大切だと思いました。どうぞよろしくお願い致します。

伊豫委員：それでは、議題の（２）に進みます。

一昨年（平成27年）の8月からこれまで約1年半の間に、2回の認知症対策推進協議会と10回の「医療連携のあり方」及び「医療と介護・福祉の連携のあり方」合同作業部会を開催して検討してきました。

3回目の協議会において、そのとりまとめとなる報告書（案）を協議会としてとりまとめることとしておりましたが、東日本大震災により、会議の開催ができなくなってしまったために、委員の皆様にご手紙による御確認いただき、御意見をもとに一部修正等をして報告書を完成させました。事前にお手元に郵送されていると思いますが、本日参考資料として配付されていますので御覧ください。

この報告書の中に示されている施策検討の方向性を参考に、今後の千葉県における認知症対策は進められていくことになると思いますが、まずは、平成23年度の千葉県における認知症対策について、事務局から説明をお願いいたします。

議題（２）の今年度の認知症対策推進協議会と作業部会の案について、さらに次の議題（３）の高齢者保健福祉計画について事務局から説明していただき、それらを合わせて、今年度、この協議会において取り組んでいくことについて御意見等をいただきたいと思います。

事務局、お願いします。

事務局 資料2の「平成23年度千葉県における認知症対策」をご覧ください。

（１）認知症地域医療支援事業につきましては、かかりつけ医への助言その他の支援を行う「認知症サポート医養成研修」を実施します。また、かかりつけ医に対し、適切な認知症診断の知識・技術、家族からの悩みを聴く姿勢を修得するための研修を実施し、地域における認知症の人への医療支援を図ります。サポート医へのフォローアップ研修も実施します。これらは、千葉県医師会に委託して実施する事業でございます。

（２）認知症相談支援事業について、認知症の知識や介護技術の面だけではなく、介護をする家族の心理面を支えるため、認知症介護経験者等による認知症相談コールセンターを、千葉市と共同で設置します。また家族の交流会を市町村の地域包括支援センター単位で行います。認知症の人と家族の会に委託して

実施している事業でございます。

(3) 認知症普及啓発事業は一部新規事業があります。認知症の正しい知識の普及のため、認知症サポーター・キャラバンメイトの養成及びメモリーウォークへの助成を行うことは昨年度同様に実施します。

認知症対策推進協議会での意見を踏まえ、地域での体制構築、専門職育成研修の普及を図る事業として、委員会を設置して検討し、認知症対策を普及する推進セミナーや研修会を開催します。

(4) 認知症地域支援施策推進事業について、総合的な認知症の課題解決を図る「千葉県認知症対策推進協議会」の開催により、県内各地域における認知症支援体制の推進を図ります。

(5) 若年性認知症対策総合推進事業について、若年性認知症の方が自らの病気に対する認識を持ち、現在の就業をできるだけ継続できるように、また、現在の職場での就業が難しくなった場合、作業所等への就業、デイサービス、地域での生活へとソフトランディングできるような支援のあり方をモデル的に実践検討します。

(6) 認知症高齢者権利擁護推進事業は新規です。認知症等で判断能力が不十分な高齢者の権利を擁護するため、市町村向けのマニュアル作成等により、「成年後見制度」の活用を促進します。

(7) 徘徊見守りSOSネットワーク構築事業も新規です。認知症高齢者の徘徊SOSネットワークの構築及び既存のネットワークの運営状況を把握し、推進するために、行政、企業、地域の関係者などが連携について検討し、地域での研修や研究を行います。これは、22年度補正予算で基金になりました。県レベルのネットワーク会議も考えております。

(8) 認知症介護実践研修事業について、高齢者介護実務者及びその指導的立場にあるものに対し、認知症高齢者の介護に関する実践研修を行い、認知症介護技術の向上を図ります。

(9) 認知症疾患医療センター運営事業について、これは障害福祉課で実施しておりますが、認知症治療の中核機能を持つ認知症疾患医療センターが、地域の医療機関（いわゆるかかりつけ医）、保健・介護・福祉関係機関等との

連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断、急性期治療、専門相談、連絡協議会、研修等を行うことにより、地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図るものです。

以上これらの認知症対策につきましては介護保険事業費補助金（国庫補助金）を活用し、認知症総合対策支援事業として計画しております。総合計金額では22年度は4,2247,000円、今年度は4,3957,000円で若干増えております。

国の予算編成の枠組みが変更され、これまで県が市町村に委託していた地域支援体制構築モデル事業が、市町村の直接事業となりました。そこで、県では認知症高齢者権利擁護推進事業や徘徊ネットワーク事業に取り組んでいく予定になっております。

また、若年性認知症対策についてはこれまでデイサービスモデル事業にとりくんでまいりましたが、今年度から自立支援、就業支援の事業に取り組んでいくことを計画しております。

3ページ目に千葉県医療再生計画に計上した認知症対策が載っております。これは平成22年度補正予算、特例交付金で都道府県地域医療計画において実施するものですが、6月16日に厚生労働省へ計画を提出しております。この千葉県地域医療再生計画において、千葉県200万人高齢者対策として、医療体制、保健、福祉サービスを整備していく中に、認知症対策を盛り込んでいます。この8月中旬で内示があると思います。今の段階では、計画を提出しているという御報告になります。

認知症対策は3年間で6,800万円の事業計画を提出しております。千葉県医療再生計画は120億円規模ですが、15億円から120億円までの査定があつて、どれくらいの内示がでるかによって、計画を組み直していく予定です。

千葉県医療再生計画として計上した認知症対策の概要は3、4ページにあります。検討会議で検討・作成した認知症医療介護連携パスの試案を、地域でモデル的に展開し、認知症地域医療介護連携支援体制の構築や介護サービス事業所を活用した周辺症状のアセスメントと在宅支援を、また専門職研修体系を構築していくことと多職種共同プログラムを開発してこれに基づく研修を実施する予定です。

地域医療再生臨時特例交付金の概要については次のページの1枚ののっておりますので後で御覧ください。

資料2の平成23年度千葉県における認知症対策の説明は以上です。

続きまして資料3をみていただけますでしょうか。

千葉県認知症対策推進協議会と作業部会（案）について説明させていただきます

認知症対策推進協議会のねらいとしましては、次期高齢者保健福祉計画に掲載する本県の認知症対策について協議をすることと、県内市町村の認知症施策の取組み状況の把握や課題の分析、推進のための協議を実施することです。

前年度と同じように、作業部会を開催していくような形を考えております。「地域における具体的な展開を推進する委員会」と「専門職の資質を向上させるための委員会」です。作業部会の委員候補としての案を提示させていただきましたが、それ以外の案がございましたら御意見いただきたいと思っております。

榎引課長 次に高齢者保健福祉計画について、わたくし榎引が説明させていただきます。資料4をご覧ください。

現行計画は、H21年度から23年度で今年度までの施策を展開させていただいております。

計画の位置づけを図式化させております。老人福祉計画と介護保険事業支援計画の2つを一体化させて高齢者保健福祉計画となっております。今年度で最終年度をむかえ、次期計画に着手させていただいております。次期計画は24年度から26年度までの計画です。

次のページを御覧ください。基本理念としまして「このまちですっと暮らし続けるために、もっと住みやすいまちにしたい」を掲げております。

7つの基本的な柱を立て、そこに7つの事業がぶら下がっておりますが、この事業の評価について5つの課題を整理させていただいております。

それが2枚目の後ろにかかげさせていただいておりますが、①多様な生活の場の検討②見守り支えあう地域づくり③医療と介護の連携④認知症になっても安心して暮らせる地域づくり⑤福祉人材の確保・定着でございます。この現行の計画で認知症に係るものがしっかり位置づけられたのが特徴かと思っております。この計画を現在次期計画へ策定すべく、着手しております。最後のページをご覧ください。策定スケジュールを御提示させていただきました。現在、2回目の計画策定推進作業部会をしておりますが、26名の委員からなる作業部会で検討させていただいております。本日この協議会のあとに、第3回の作業部会を実施する予定であります。連続して参加していただく委員の方もいらっしゃるって、大変ハードだと思います。御協力ありがとうございます。

この計画の策定のプロセスをご覧ください。最終的には今年度末3月までに策定してまいりたいと思っております。こちらの協議会でいろいろ御審議していただ

いて、内容を盛り込ませていただきたいと考えております。認知症対策推進協議会は、今日が1回目、次回が2月で2回目。最終的にこのときに御審議していただくことになると思います。この1回目と2回目の間において、骨子案や試案に関する情報提供を随時させていただきながら御審議していただければと思っておりますので、是非よろしく申し上げます。

以上で説明を終了させていただきます。

伊豫会長 以上で平成23年度の千葉県の認知症対策について、及び推進協議会と作業部会、そして高齢者保健福祉計画について説明していただきましたが、これを踏まえ今年度の作業部会の取組みについて御意見いただければと思います。

最初の方に説明がありました、認知症地域医療支援事業、認知症相談支援事業、認知症普及啓発事業、認知症地域支援施策推進事業、若年性認知症対策総合推進事業、認知症高齢者権利擁護推進事業、徘徊見守りSOSネットワーク構築事業、認知症介護実践研修事業、認知症疾患医療センター事業、それに加えて、地域医療再生計画に計上した認知症対策等で何かございますか。

認知症地域医療支援事業のかかりつけ医ですが、昨年の報告ですとあまり人数がいらっしゃらないようでしたけど、増やしていくためには何か県として対策はありますでしょうか。

事務局 かかりつけ医の認知症対応力向上研修については地域の医師会の先生の中で認知症について勉強しようと言言があった時に、県の医師会に申し込んでいただいて、サポート医が講師となりまして、90分程度の研修を実施するようにお願いをしています。委託する際に千葉県医師会に周知もお願いしておりますし、会議の際など、地区の医師会の先生方に認知症の対応をうかがいながら周知させていただいております。また、市町村で関心をもっているところがあり、市町村職員から働きかけていただいているところもあります。

伊豫会長 ありがとうございます。

海村委員 県医師会では、地域包括支援センターで嘱託医のような先生が置けるようにしていけるように、何かインセンティブがあった方がよいので、日本医師会に働きかけております。

東京都ではフォローアップ研修が行われているが、千葉県はまだ行われていないので実施する必要があると思います。

旭委員 松戸市、千葉市、船橋市等いろんなところで活動が広がっています。介護

認定申請する時、家族から主治医へ渡して、医師に意見書を書いてもらいます。そういう機会に周知する等、アイデアを考えてもらえればと思います。

伊豫会長 専門医のサポートも大切だと思います。サポート医のネットワーク、かかりつけ医とのネットワークも大切だと思います。

梶原（優）委員 サポート医は長い間の懸念ですが、介護認定審査会にでる場合、最低認知症の状態像がわからないとまずいです。介護認定審査会にでる方は、認知症サポート医の研修にでることを条件にすることも大切だと思います。

伊豫会長 ありがとうございます。

土橋先生 認知症サポート医についてですが、サポート医の位置づけを考えると、役割の位置づけをしっかりとする必要があります。サポート医が多職種と連携する場も必要だと思います。

畔上委員 サポート医について、一般市民はどのように知り得るのでしょうか。

事務局 ホームページにサポート医の一覧があり、そこで知っていただくことが可能です。

畔上委員 もう少し簡単にわかる方法が必要ではないでしょうか。病院の受付にステッカーを張るとか、わかるような仕組みがないでしょうか。市町村へアナウンスしていくことが無理でしょうか。県のホームページ、国のホームページをみて下さいというのは乱暴ではないでしょうか。

吉山先生 サポート医への受診は、かかりつけ医から紹介があつてからでないと難しく、ワンクッションが必要ではないでしょうか。

基本はかかりつけ医の強化が必要。検査を含めた専門医が必要。かかりつけを診られる状態にしないと、サポート医は大変であり、もっと講習等をやらなくてはいけないと思います。研修に参加できる人はどんどん参加できるようになくてはならない。千葉市は毎回40～50名ぐらい参加してもらっています。こうした講習を定期的に医師会でやってもらえるよう、各エリアの医師会でもやってもらいたいです。

伊豫会長 サポート医、かかりつけ医の話が多くなってしまいましたが、今年度の認知

症対策推進協議会及び作業部会については、本日、方向性を決定し、次回は、来年の2月頃に、高齢者保健福祉計画に掲載する認知症対策の最終確認をしていく。その間、作業部会において、連携ツールの作成、地域における展開、専門職研修体系を整備する等を実施しながら施策についても議論していく、ということよろしいでしょうか？

(委員の了解を得る)

伊豫会長 それでは、次の議題へ進みたいと思います。

今年度、取り組んでいく2つの重点的な項目の内の1つである、「認知症連携パス」について、東総地域において取り組み始めているということで、本日、旭中央病院脳神経外科部長の持田先生においでいただきました。

また、千葉県で現在のところ唯一の認知症疾患医療センターとして指定されています袖ヶ浦さつき台病院の細井委員からも認知症地域連携パスについてお話しいただきたいと思います。

また、旭委員が、認知症疾患医療センターの機能と地域の医療機関や介護福祉との連携のあり方を検討するため、東京の順天堂東京江東高齢者医療センターと、袖ヶ浦さつき台病院に視察、協議にいらっしゃったということですので、そのお話も伺い、認知症医療、介護の連携ツールについてこの場で意見交換していきたいと思います。

それでは、まず、持田先生からよろしく願いいたします。

持田先生 認知症に関して、画像診断をやらせてもらっています。必要にせまられての実施です。今年から認知症パスを始めていますが、まだ手探りの状態でやっております。先進地への視察等も行っています。

連携パスについて、世田谷区の連携パスは平成14年から実施しております。世田谷区は人口も23区で一番多く、それなりの核になる施設もありますし、かかりつけ医も多くいますし、かなり上手くいっているので参考になるかと思います。東総地区に当てはめるのは現実的に難しいですが、ここに書いてある流れで説明します。

まずは、かかりつけ医が簡単なチェックをしてから診察し、そこから紹介できる機関が7つある流れになります。神経学的なチェック部分は簡単なものになっております。いろんなスケールがあるとありますが、イエス、ノーでチェックできます。

長谷川式は時間はかかりますが、これだとあまり時間をかけずにできます。相関関係は26点を切るぐらい。世田谷区で117名の最終的な診断ですがアルツハイマーが半数を超えています。ちょっとした物忘れぐらいでも紹介しています。これは千葉市もこういう形でチェックしています。あと八王子市ですが、かかりつけ医が中心となってこういう流れになってきています。

熊本県ですが、講演を聞いただけですが、ここは全国的に認知症に限らず、脳卒中でも有名なところですが、精神科病院が中心となってやっております。詳しいことはわかりませんが、身体合併症とBPSDを全部みれるところは少ないようです。

東総地区は高齢化がかなり進んでおり、社会資源も少ない。第一次産業が盛んで、人口も密集していませんし、大きな施設があるわけでもないです。地域の開業医は少ないです。介護施設系は非常に熱心にやっております。かかりつけ医の動きは鈍いところがあります。認知症の患者さんは独身の男性が多いです。母親と長男一緒に暮らしているケースもあります。

旭中央病院は、精神科・神経科・脳神経外科が担当します。脳血流に関してはいろんな科から依頼がきます。旭中央病院は千葉県の端にあり、30キロが診療圏内になっております。医療施設が少なく人材養成が課題だと思います。早期に対応することが課題だと思います。あとはシステム連携体制の構築が必要だと思います。一言で言うとなかなか上手くいかないところで、頑張っている感じです。

まず早期には鑑別診断が必要で画像診断をします。かかりつけ医の主力は昭和時代からやっている方が多いので、拒否的な方もいます。どうやって気軽に紹介できる流れをつくろうか考えています。これは、東総地区だけの話になりますが、患者側から認知症じゃないかと需要がないと厳しいと思いました。

あとは関係機関と協力して、パスの連携が必要で、これは3年前から取り組んでいます。

旭中央病院で初期の段階で疑わしい方など、直接予約ができる体制になっています。もちろん紹介状を持ってくる方もいます。どういうパスがいいのか、今年の5月末、吉山先生も参加していただいて検討しました。11月にまたあるのでその時報告しようと思います。

今日の資料で、最初に考えたパスですが、できるだけ煩雑なことを避けようと思い、かかりつけ医でも楽にできるようにしてあります。もし書いて頂けるならと思い、神経所見のところも書いてあります。最初に提示させていただいたところですが、気軽に紹介できるようにしました。いくつかマルで選択できるようにしてあります。方針をどうするか、これはあくまでどういう治療方針・介護方針でいくか、(これを1日2日でわかるのか少しこころもとない

ところですが、) なかなか判断に迷うこともあります。選択できるようになっています。

おそらく早期の場合かかりつけ医にもどる形が多いと思います。9割程度は対応できると思います。治療方針・介護方針はかかりつけ医と一緒に、家族と話し合える形がよいと思います。あとは、当日来て検査して結果は、通常の返信用を記載して返信するようにしています。

認知症パスは、認知症疾患医療センターが機能するようになればよくなると思います。あとは気軽に相談していただけるような道筋がかかりつけ医にできればと思います。実際、認知症パスの目的がよくわからないという意見もあります。早期発見のためのものなのか、BPSDに対処するためのものなのか、どちらなのか。

困っている人はかかりつけ医に相談しているのではないかという意見もありました。紹介状のところで認知機能評価項目が無かったので入れた方がよいとの意見もありました。申請書所見を書くべきだという意見もありました。

対極的な意見として早期診断のみでもよいのではないかという意見もありました。すぐに入院させられるところもないので、BPSDであっても難しいのではないかという意見もありました。海上寮の上野先生の話で、500例の中で入院が必要な事例は10例ぐらい。かかりつけ医は意外にBPSDに困っている人は少ないのではないかと。

私の場合は診察室で1人の患者を15分くらいしか診察できないので、本当に何が困っているのかわからないまま、最後は入院になってしまったケースがありました。もう一例は、近く入院されていた方で、いろいろ検査している間にBPSDがあり、近くの神経科病院に入院してしまったケースがあります。一番大切なのは、連携パスに担保があることだと思います。東総地区の主な病院の一覧により、こういうときはお願いしますと言っていますが、いざというときの担保、対応ができないと不安なようです。いざという時にそれなりに対応できる連携があるとよい。実質的な連携が大切。東総地区は早期発見をメインにしていこうと考えております。あとはBPSDに対して神経科の病院と連携することが大切だと考えております。電話だけではなく、顔が見えないと上手くいかないのが普段から会うようにしております。

伊豫会長 持田先生、ありがとうございました。続けて細井先生お願いします。

細井委員 袖ヶ浦さつき台病院の細井と申します。

今日の話で出てきましたが、県内で唯一認知症疾患医療センターの委託を受けております。今年の2月から指定を受けておりまして、ちょうど半年に

なります。精神科・一般病床がありまして、認知症疾患医療センターになる以前からセンターの機能と同じような活動をさせてもらっています。

認知症パスは実際、何を指しているのか、今は外来の鑑別診断がメインになっております。今回は入院に関して話ができればと思っております。認知症パスをどこで使うか、鑑別診断、BPSD、身体合併のこの3つがみなさんの考えの中にあるのではないかと思います。

鑑別診断は主に外来で可能、専門医の受診は半年待ちになっており、かなり待たなくてはならないのですが、レアな疾患以外はかかりつけ医でも充分対応可能ではないかと思います。

BPSDの治療について、原因に関して環境、身体状態などいろいろ考えられるので、精神科だとおかしいと思われています。さらに、向精神病薬そのものが適用外使用だと、入院していただいた後の副作用、合併症が発生することが考えられ、精神科だと消極的にならざるをえないと思います。

さらに認知症そのものは機能低下が起こる病気なので、大枠はBPSDで、薬で改善させること自体、論点が違うと思っております。これは認知症の病棟ではなく、精神科のスーパー救急における新規の数です。302名のうち、およそ2割、そしてスーパー救急のしぼりは3カ月以内に退院させなくてはならないです。しかし、3カ月を超えて自宅へ帰られる方も8名います。それから7名ほど急変して内科に転院も含め、死亡されている方がいます。死亡されている数と自宅に帰ら得る方がほぼ同数になっています。

一番多いのが、認知症病棟からそのまま転棟する方です。

認知症治療病棟は現在90床あり、今年の始めに出した結果ですが、1,000日を超えて入院している人もいて、長期になっています。一年間の退院数は38名。そのうち死亡が23名となっております。そのまま認知症で看取りをされる方が多くなっております。

改めまして、パスの目的は、精神科に収容するための入り口なのか。今度は入院を受ける側から考えると、パスがあると次があるから流せると考えています。もともとパスはなんのためにあるのか。入院前に抱えていた問題が、パスを利用することで全部解決できるか。それはなかなか難しいと考えます。寝たきりになるとBPSDが減りますが、今度はますます寝たきりになり在宅の介護が困難になり、入院させてくださいというパターンがでます。

入院前に入所したり、デイサービス、ショートステイを利用したりしますが、ショートステイを断れてしまい入院になってしまう。また、ショートステイを利用しようと考えても断られるのではないかと不安になります。

施設にはこの人ひとりのためについているわけにはいけないのですと言われる。かなりおとなしい状況でないと引き受けは難しい。もし合併症があると

かなりハードルが高くなります。また、処方薬が高かったりすると問題になります。さらにグループホームは認知症に特化していて非常に良いと言われているが、なかなか単価が高く、利用者側から考えると経済的な負担がかかり、難しい、断れることもあります。昨年全国施設入所待機者42万人、千葉県も1万6千人という数がでましたが、施設そのものの数が足りていない状況にあります。

パスを利用する場合、薬やケアで進行を遅らすことは可能だが、最終的には進行はします。回復を前提で認知症の最終的な流れとして、治癒するものではないのでパスを利用するのは難しい。初期から週末まで、経過をどこまで追いか考えないと、部分的におくのは難しいのではないかと。

そこで私どもでは、認知症疾患医療センターにおいて、地域医療連携を義務づけられておりますが、われわれの医療圏で関係する人たちにおいでいただき、協議会に参加していただこうと思っております。場所を確保していただくことで、パスが動くと思います。その方がその地域で亡くなるまで場所を考え、亡くなる数年間、過ごす場所を確保することが最終的に連携になるのではないかと思います。

伊豫会長 細井先生、ありがとうございました。続いて旭先生お願いします。

旭委員 私からは視察に行った順天堂高齢者医療センターと松戸市医師会で検討している診療情報提供書についてお話をさせていただきます。

BPSDについて参考になることとして、都は、中央と多摩、入谷の精神保健福祉センターがあって、医師、保健師がBPSDで入院が必要と判断した場合、往診等をして入院が必要であれば、精神科病院へ入院をお願いできるシステムが数年前にできました。

BPSDは3カ月すれば落ち着きますが、それでも難しい時は次の施設に移ることを入院時に話しております。それで最近のデータですと入院して3カ月で次の施設に移ることが多いことを順天堂高齢者医療センターの一宮医師からお会いした際、伺いました。

順天堂高齢者医療センターは東京都が建物を作って公設民営でやっております。BPSDのケアをした後、大体60日で50%の人が自宅に戻っている。身体合併症も同じぐらいの割合です。さらにリハビリ病院として認知症ともなっている方、全国6割は伴っており、リハビリ病院も困っております。

順天堂高齢者医療センターは骨折等があるなど、ある意味では認知症疾患医療センターと同じようにBPSDと身体合併症に対応しております。順天堂高齢者医療センターは、恵まれた環境で建物も施設もスタッフも医師、看護師もやる気がある人たちが多くて、特に看護師は認知症認定看護師が6名います。

一つのモデルとしてそれなりの体制をつくれれば出来なくはないのかなと思います。

その後、袖ヶ浦さつき台病院に訪問しております。松戸市で今、BPSDで入院している方は常時10名ぐらいいます。また最近では認知症を介護している家族が入院しているケースもあります。介護が限界でほんとに大変な方がいます。精神的なストレスが非常に身近に感じております。

同じ千葉県の中でも、状況が大きく違いただろうと思います。私のところはこんなに大変な人がたくさんいるのかと感じております。袖ヶ浦さつき台病院にケースを紹介すると、入る時は嫌がるが、入ってからは非常に喜ばれる方が多い。松戸市の職員も同行して頂き、入院の時から退院のことも話すようにすることが大切と考えている。

それで最後にあります診療情報提供書のところですが、ケアマネジャーから先生へ初診の時もしくは意見書を書く時、家族に持っていらって実はこういう書類があってよろしくお願ひしますと言ってお渡していた。身体症状があつてこられる人は20人から30人で、認知症で来られて、そのうちBPSDは数名で、緊急対応しなくてはならないことがある。外来ではBPSDが見られなくても自宅やショートステイしているときは激しい症状がみられる時があることを先生（かかりつけ医）に知つていただいて、専門医に引き渡していただく。

連携パスは作つても、行政とのかかわりがないと上手くいかない。松戸は3年前に認知症研究会を立ち上げて、2カ月に1回、定期的に研究会を開催している。柏、流山も研究会を立ち上げてやっている。東総地区、佐倉市などにも広まつていくとよいと思います。

伊豫会長 旭先生、ありがとうございます。先生方の御発表に対して御質問等はございますか。

東総地区では、かかりつけ医、地域の人たち、御家族を含めてですが、認識はどうでしょうか。旭中央病院は非常に混んでいますが、最初から旭中央病院へ受診するのでしょうか。地域でのかかりつけ医の認識はどうでしょうか。

持田先生 確かに、家族は大きい病院へかかれれば安心ということはあるかもしれませんが、最初はいらっしゃる方がいますが、その後は、今はかかりつけ医へ診てもらつて伝えてあります。内科でも同じくやっています。もともと内科は地元（かかりつけ医）で診てもらつていたので、落ち着いていても、中には地元の先生でも嫌がる先生はいますが、ですが、流れとしては地元のかかりつけ医で診てもらつて、その後、紹介で旭中央病院へ来るようにはなつています。

なるべく病院としての役割分担も含めて検討しております。

伊豫会長 その他ございますか。

入院される方は、精神科救急ですが、その間、内科的な方がBPSDを発症し、認知症が疑われるケースもあるのでしょうか。

細井委員 院内で内科にかかる方、内科疾患で入院されてBPSD、せん妄がひどくなってくる方もいますし、BPSDに関して行動制限が必要な方は、精神科病棟で対応しております。最初から認知症病棟で行動制限する場合もありますが、行動制限しなくてもよいケースもあります。

梶原（栄）委員 連携パスですが、持田先生のところでは認知症の紹介をした際の、介護支援専門員の関わり方について伺いたいのですが。

持田先生 パスはかかりつけ医が主になっています。介護職員の関わり方についてはまだこれからです。

海村委員 医師会の方で、主治医研修をしております。介護保険申請の際は認知症の状況を家族やケアマネに記入してもらい、添付して市役所に提出してもらっています。主治医の意見書では長谷川式を利用しています。

一般市民から相談を受けたりしてますし、地域包括支援センターからの紹介が来たりすることもあります。

細井委員 私も認知症外来をしていますが、ケアマネさんとお会いするのは、ケアマネさんが入院させてくださいという時で、入院すると現場から消えてしまうことが多いです。

持田先生 介護支援員、ケアマネがキーとなる存在だと思います。

伊豫会長 ネットワークを考えると認知症の人が認知症コーディネーターへ相談できる体制があるとよいと思っております。

旭委員 木村先生から千葉県精神科病院協会のアンケートについてお聞きしたい。

木村委員 千葉県精神科病院協会に入会している人にアンケートをしたところ、老人関係の学会に籍をおいている人がほとんどいません。まず老人関係（認知症専門の医師）の人がほとんど参加していません。精神科そのもので、入院に

関して千葉県は機能分化しておりまして、救急病棟は全国で一番多いと思われ
ます。3カ月で退院なのでしばりが出てしまいます。認知症の人に対応しにく
いです。また、同じ病棟で統合失調症と一緒に治療すると難しく、スタッフも
大変ですが、千葉市の2病院で認知症を持つようになりました。もう一度同じ
ような アンケートを取ってみることを検討することも大切だと思います。

植松委員 基本的な質問ですが、ずっとBPSDの話題がでてますが、医師でBPSD
という言葉に関して同じイメージで言っているのでしょうか。いろんな本を
読んでいますと、適切な対応をすることでBPSDの半数は改善できると書いて
あったりします。BPSDに困っている話を聞きますが、ほとんど家族が
認知症の理解ができてなくて不適切な対応をして、家族もパニックになる方が
多い。介護者も 高齢になり介護力が低下して家族が対応できなくなっている
こともあります。医者の方で考えているBPSDについて教えていただきたい。

伊豫会長 入院に関して行動に問題があるかが一番重要。吉山先生、神経内科的にはど
うですか。

吉山先生 暴れているとか、大声だしているとかなど、旭委員のように困った患者さん
が集まると数は多いと思いますが、普通の診療では年に何回ぐらいです。全体
としては初期から上手く対応すればBPSDが出現した際も対応できると思
うが、現場で診ている旭先生に聞いてみたいです。

旭委員 BPSDの9割方は入院せずできると思います。自傷他害等、警察に保護さ
れる方が、松戸で年間500名いる。認知症の方もいる。

松戸市は隠れた認知症の人がたくさんいると思われる。松戸市は高齢化率が
上がっており、20年で6%から20%になっている。認知症に関しては介護
保険を受けている人は7,500人だがその3倍は認知症の方がいると考えられる。

特殊かもしれないが、千葉県が10年先など全体的なことを考えて行くこと
が大切だと考える。

細井委員 御本人がいる場所によってBPSDが出たりする。おおよそ、家族からの相
談で、入院させて下さいと。BPSDの治療とは大義名分です。BPSDだけ
が問題ではないのです。入院してから薬も減っている方もいます。在宅や施設
が問題だったりします。

伊豫会長 精神科医師は幻覚・妄想があっても入院する必要が無いと判断することも

あるが、他科の医師がどう感じているか。また看護師はどう感じているか。

助川委員 やっと介護との接点が見えてきた感じがします。

介護が限界にあるからという言葉で、医療にきてしまうことがあります。介護のレベルは千葉県でもピンキリですし、地域連携パスに関しては医療同士の連携ではなく、ここでいかに介護が絡んでくるか、ケアマネの在宅支援する役割を明確化し、そのレベルが低いのであれば、研修を受けてもらうことが大切。西さんも来てますし、認知症認定看護師もいますし、基本的な構想をこの場を出していただいて在宅生活のルートを千葉県で考えていかななくてはならない。

入院が必要なケースも認知症の自立度2以上は9万5千人。入院できる数は絶対的に少ないわけですので、在宅でいかに暮らしていくか考えて行かなくてはならない。

ようやくBPSDからやっとやれそうなところがみえてきた。連携パスで早期診断とかで医療側から介護側へ介護療養のアドバイスが変わっていくとケアマネはやりやすいと思います。介護と医療の両輪の壁のところをいかに下げていくかだと思います。

伊豫会長 医療側として情報が知りたいわけですので、介護からの適切な情報があると医療側も治療しやすくなります。

畔上委員 助川委員の御発言で胸が少しすっきりしております。今は熱中症の方などの対応で忙しいようで、ケアマネとの連携もできない感じです。在宅で見届けたい気持ちもありますので、自宅で暮らしたい方に介護保険の限度額を利用しながらやっているのはケアマネさんです。なかなかケアマネさんとの連携が取りづらい、忙しいようで連絡が取れないようです。千葉県はケアマネに認知症について分かりやすくする手続きも必要だと思っています。認知症は社会問題になって家族が殺人など珍しくなくなっている。医療と介護との連携を大事にしてケアマネにも頑張ってもらいたい。

伊豫会長 昨年まで医療と介護の連携について議論をしてきて施策検討の方向性等について御報告をいただいております。その他、いかがでしょう。

西委員 ケアマネさんへの熱いエールありがとうございます。ケアマネの研修（認知症）について介護支援員の認識、説明について、ピンからキリで幅があるのかなと思います。研修が課題になったことはありがたいことですし、今の研修で

は家族が困っているその部分が家族の分析になり、本人の分析になっていないことが多い。どこに主眼をおくのか、何回も研修を受けていますが、1回受けると、2、3カ月はもつけど、半年たつと忘れてしまいうので、研修は継続性が必要です。

ご本人のアセスメントができない。また家族のレスパイト、誰が介護するのか、誰に責任もつのか、ケアマネが対応せざるをえないこともあります。理にかなっていると思います。それでパワーポイントでありました診断についてですが、研修でみるとやはり難しいと感じます。レビー小体の人でも認知症とついでしまう人もいます。

診断のところまでかかりつけ医に求めるのはきついと思いますので、かかりつけ医との役割分担は必要だと思います。

目黒委員 地域密着型の小規模多機能型ですが、医療連携パスが、何のためにするのか一向に本人が出てこないのであれと思っていたところでした。まずは医療との連携ですが、医療と家族との中間でやっております。一番連携パスの活用を期待していますが、どこに入っていけばいいのか、助川委員と同じことになってしまいます。例えば、お薬があわないというクレームつけるのかという医療機関も多い。主治医がダメな場合、院長にもお願いして助けを求めたりすることもありました。そういった意味でも、医療連携パスを期待しております。

伊豫会長 認知症のパスについて吉山先生、何かありますか。

吉山先生 介護のところは地域包括だと思いますが、実際、BPSDのことだけでも30分かかってしまう。今の診療の中では難しいと思います。パスだけやっても成り立たない。パスは少なくとも立ち上げること、単純化させること、少し整理する必要もあると思います。

伊豫会長 役割分担、機能分担について医療の中で診断が特化しています。ある程度連携パスで介護福祉領域も考えて、情報を与えて、コーディネートしていくことが大切。精神科の場合、精神保健福祉士が説明するようになってきているので医者が説明しなくてもよくなってきています。

認知症に係るシステムがございまして、これらを上手く家族が利用できるようにするのが良いと思いますのでよろしくお願いします。認知症疾患医療センターを中心とした具体的なあり方について、これらを踏まえて地域との連携体制について具体的にしていけるのがよいと思います。

最後に委員の皆様、関係各課等で何かございますでしょうか。

西委員 認知症認定看護師が、認知症病棟および精神科病医等で働いていただきたい。認知症看護認定看護師が働いている場所として、地域は私だけ、他は一般病棟で、認知症病棟、精神科病棟は確かいません。是非、認知症病棟、精神科病棟で働いてもらいたいです。

伊豫会長 精神科だけでなく、一般病棟で働いている人はいます。

細井委員 認定看護師は非常に重要だと思いますが、診断専門医ではなく認知症に特化し、医療ができるような認知症の専門医が必要だと思います。

伊豫会長 あと他ございますか。

梶原（優）委員 4疾患から5疾病になり、精神病（認知症）が入ったわけですね。厚生労働省は在宅介護に力を入れていく方向です。地域包括支援センターが中心となるわけですが、認知症のパスについてはすでに県で作成している4疾患の地域医療連携パスとの関連性を、ある程度頭に入れておくとよいと思います。

伊豫会長 ありがとうございます。循環器疾患等のパスがすでにあると思います。その辺も参考していただくとよいと思います。

それでは、今後も引き続き、推進協議会、作業部会を開催して、施策の検討、実践に向け、より具体的な検討をしていきたいと思います。よろしく御協力をお願いします。

それでは進行を事務局にお返しいたします。

猪田室長 伊豫会長、会議の進行、とりまとめをありがとうございました。

また、委員の皆様、オブザーバーの皆様にもお忙しいところお集まりいただき、貴重な御意見等をいただきましてありがとうございました。

作業部会につきましては、後日委員の皆様に変更して議題内容、日程調整等御連絡させていただきますので、よろしく願いいたします。

以上をもちまして、平成23年度第1回千葉県認知症対策推進協議会を終了させていただきます。