

平成26年度千葉県認知症対策推進協議会 議事概要

開催日時：平成26年6月10日（火） 10時30分～12時00分

開催場所：千葉県教育会館本館2階203会議室

出席者： 出席委員 29名、欠席委員 5名

関係課・事務局職員等出席者 8名 合計37名

議題：

1. 平成26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
2. 千葉県高齢者保健福祉計画について
3. 千葉県の現状及び認知症施策について
4. その他

配布資料：

①次第 ②出席者名簿 ③座席表

資料1 平成26年度千葉県認知症対策推進協議会・作業部会について

資料2 千葉県高齢者保健福祉計画の策定について

資料3 千葉県の現状

資料4 認知症施策の推進（国施策の資料）

資料5 平成25年度県内市町村における認知症対策の状況

資料6 千葉県高齢者保健福祉計画（平成24年度～平成26年度）（抜粋）

資料7 意見回答様式

千葉県オレンジ連携シート

司会（大塚副参事）：ただいまから、平成26年度千葉県認知症対策推進協議会を開催いたします。

私、本日進行を努めます千葉県高齢者福祉課の大塚と申します。どうぞよろしくお願いいたします。なお、本日の推進協議会は、原則公開となっておりますので、御了承下さいますようお願いいたします。

それでは開催にあたり、健康福祉部保健医療担当部長の古元より御挨拶申し上げます。

古元担当部長

～～挨拶～～

司会： 古元担当部長につきましては、所用により退席させていただきます。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。

会議次第3でございますが、本日は第1回目の会議でございますので、委員の皆様には、御所属とお名前をお願いいたします。

では、畔上様からお願いいたします。

各委員

～～紹介～～

司会： ありがとうございます。

なお、旭委員、岩崎委員、梶委員、木村委員、小林委員におかれましては所用により欠席される旨御連絡をいただいております。

つづきまして、会議次第4ですが、千葉県認知症対策推進協議会設置要綱第4条第2項の規定により、会長の選任を行うこととします。

どなたか御意見ございますか。

海村委員： 前年度も会長をお願いしておりました千葉大学の伊豫先生をお願いしてはいかがでしょうか。
(拍手)

司会： 御異議がないようでございますので、伊豫委員に会長をお願いいたします。
伊豫会長、お手数ですが会長席へ御移りくださいますようお願いいたします。

司会： 伊豫会長から御挨拶をお願いいたします。

伊豫会長： 僭越ですが御指名でございますので会長を務めさせていただきます。

前回まで作業部会で大変お忙しい中御検討いただき、認知症コーディネーター養成や連携シートの作成、多職種研修といった素晴らしいものができたと思います。

これからまた実際に使っていって検討していくことになると思いますけれども、皆様の御意見をうかがいながら、認知症の方やご家族の方が望まれる認知症対策を、千葉県でよりよいものにしていけるよう御協力いただければと思います。

何卒よろしくをお願いいたします。

司会： これより先の議事進行は、設置要綱第5条により、伊豫会長をお願いいたします。
それでは、伊豫会長、よろしくをお願いいたします。

伊豫会長： 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。

最初に、副会長の指名ですが、設置要綱第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、私より指名させていただきたいと思います。

海村委員と助川委員をお願いしたいと思いますがいかがでしょうか。

(拍手)

伊豫会長： それでは、海村委員と助川委員に副会長をよろしくをお願いいたします。
それでは、海村副会長から御挨拶をお願いいたします。

海村副会長： 医師会の役割は大きいものと思っております。

この6月に役員選挙がありまして、私がここにいるかちょっとわからないのですが、一生懸命やらさせていただきます。よろしくをお願いいたします。

伊豫会長： 続いて助川副会長お願いいたします。

助川副会長：千葉県が認知症の施策に、本当に独自施策とっていいような認知症コーディネーターとかオレンジ連携シート、そして多職種協働研修をモデル研修まで昨年度までやっていただいたことに本当に感謝いたします。

昨日も認知症の行方不明者とか多く取り上げられておりまして、ますますこの推進協議会の役割が大きくなったと思ひ、責任重大だと感じています。

伊豫先生にいろいろ方向を示していただいて頑張りたいと思いますので、よろしくお願ひいたします。

伊豫会長： 続きまして議題1「平成26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」、事務局から説明をお願いします。

事務局

～～説明～～

伊豫会長： ありがとうございます。

御質問・御意見は最後に一括とのごことでございますので、次に、議題2「千葉県高齢者保健福祉計画について」、事務局から説明をお願いします。

事務局

～～説明～～

伊豫会長： ありがとうございます。

続きまして、議題3「千葉県の現状及び認知症施策について」、事務局から説明をお願いします。

事務局

～～説明～～

伊豫会長： 事務局から、今年度の協議会の方針、高齢者保健福祉計画のスケジュール、現状と県や国の認知症施策等を説明していただきましたが、御質問や、また、次期計画策定にあたって踏まえるべき現状や対応すべき課題、計画に位置付けるべき事業等、御意見ございましたらお願いいたします。

畔上委員： 若年性認知症対策について、会社を定年退職し地域に帰る方々が結構いらっしゃり、年配の患者さんの対応に苦慮しています。資料に平成25年度に企業に向けての記載があるのですが、これは担当課へのパンフレット配布のみなのか、産業医等と連携を取るなど

対応しているのか、というのが1点です。

また、介護保険を申請していない方がひょこっと事業所にやってきましたりして、スタッフは認知症対応に慣れているので食事を召し上がっていただいたりするのですが、受診についてなかなか難しいんですね、熱もないし、食欲もあるし、動けるし、どこも痛くないので、受診についての誘導というか御案内が難しいです。

他のケースでは、コミュニケーションが全く取れていない農家の御家庭で、医療に結びつけるきっかけのため毎回訪問して親しくなろうとして、なんとか息子が介護申請するということは理解してくださったんですけど、現場サイドに自治会の方たちが入ってこれるとか、企業の産業医と連携をもう少し取れないかと思い、うまくいっている市町村、会社があれば教えていただきたいです。

細井委員： 産業医につきまして、3月20日に若年性の研修会をケアマネ、地域包括職員を対象に実施しましたが、そこに御本人、御家族と産業医もいらっしゃいました。

私の方でインタビューし皆さんにフィードバックしましたが、産業医の先生からこういう場に呼んでいただき勉強したいというお話をいただきましたし、例えば障害者雇用枠につきまして、新たに障害者の方を雇い入れるのではなく、日頃働いていた方が障害になられた方を雇用するなどなど、仮に発症されて症状が進まれても、企業がそれをどう計画していくか、我々とどうコミュニケーションをどう図っていくかということについて熱心に考えていただいているようなので、いろんな企業とお声がけしながらそういう機会を増やしていくということが重要なのかなと思います。

もう1つの受診動機のない方の受診については、おそらく初期集中支援チームの最初のポイントになってると思います。

平成24年6月にオレンジプランの原形ができた時には、医師が初期集中支援チームが入っていたものが、なかなか医師の確保が困難ということで、9月のオレンジプランから抜けてしまったという経緯がありますが、本来であれば、医師の方がアウトリーチということで外に出て、受診に来ない方に対し診察するということが良いと思います。

ただその場合どうしても費用発生しますので、例えば一人暮らしで受診動機のない方に、こちらから行って、診察してお金をいただきますという話になってしまうといった問題もみえてくると思いますが、我々としてはやはり出向いて行って地域の中で、積極的に働きかけをしていきたいと思っています。

松田委員： 千葉県産業衛生協議会にも出席していますので、今の御意見をもちかえって、研修や企画に活かすよう提案してみたいと思います。

大塚副参事： 県の方から御説明いたします。千葉県は昨年度若年性認知症対策の一環として3つの研修を実施しています。

1つ目は最初の相談窓口になります産業医への若年性認知症の研修、千葉県医師会さんの方に委託して実施いたしました。

2つ目は地域の相談対応者等の方がまず相談に行く認知症疾患医療センターにお願い

いたしまして、地域のお医者様ですとか地域の行政担当者を対象とした、細井先生がおっしゃっていただいた若年性認知症の研修、最後に若年性の方が受け入れられるように、その人の個性に合った個別的なケアが受け入れられるようにということで、ちば地域密着の方をお願いいたしまして小規模多機能の地域密着の事業者の方にケアに関する研修を実施いたしました。

今年度も産業医、地域の相談者の方、又事業所に向けた研修を実施してまいります。

伊豫会長： 挙げた問題として、1つはお一人でいてその方が問題に気づいていない、もう1つはその方に問題が余り生じていない、生活ができてしまう、ご家族もそこまで問題視していないという場合ですが、こういう人に関しても、やはり今後症状が進んでいく可能性が高いので、早期から対応を確保していった方がよいという認識を持っていただくことが大切であると思います。

また、県の方でも産業医の研修や受診動機に関しては疾患医療センターや地域密着という形で御協力いただいているということです。

松田委員： 口腔ケアの問題では、肺炎の多くが誤嚥が原因で、認知症の人は御自分でできなくなり、急に肺炎で亡くなってしまう事例が非常に多いということも、施策にもうちょっと入れていただければと思います。

また個人的な経験ですが、着脱のちょっと難易度の高い入れ歯をお渡ししていて、それをだんだん出来なくなってしまい、他に替えたという事例があります。

私も認知症にどのように歯科が関われるか長年悩んでいるんですけども、今お聞きして、自覚症状のない人に対してオレンジ連携シート等をどのように活用したらいいのか思案してきたいと思います。

平田委員： 精神科の救急医療立場から、認知症との関わりは、1つに行動障害が顕在化した場合に生じます。もう1つは、刑事責任能力の鑑定で、こういうケースの中に周りの気づかなかった認知症、行動障害として触法行為があります。

認知症と診断されれば刑事責任を問わなくて済むかもしれませんが、こういう人たちのその後のフォローがなかなかつきません。

また、定年間際の企業の幹部職員あるいは県庁職員でも、突然破廉恥な盗撮等普段からは信じられない行動をして触法するという中に、若年性認知症の人も含まれているということがあります。

こういう人たちに精神科医療が介在し診断すれば、厳しい社会的制裁を緩和できる可能性があります。そんなにしょっちゅう起こるわけではないですが。

伊豫会長： 一見通常の犯罪行為に見えるが、実は認知症が始まってきていて、精神鑑定等でやらないとなかなかわからないので、その意識を持つということですね。

眞鍋委員： 薬局にいらっしゃる患者さんや利用者の方の中に、時々薬がうまく飲めていないとい

う方が来ることがあり、対応を考えているんですが、そういう方が急に来て、認知症だったとしても自覚がないので、病院に行ったらと言っても家族はうまく説明がつかない、どうやって病院を受診したらいいのか、とお問い合わせをいただき非常に苦労しています。何かシステムを作ってください、診察にすぐに行けるということになればと思います。

伊豫会長： 認知症の方御自身に自覚がない場合、そういうことを言われること自体プライドを傷つけられることになりしますので難しいところです。

海村副会長： 資料5を見ますと、認知症サポーターを結構養成しているんですけども、有効活用というところへ話が行っていないと思いますので、地域の認知症サポーターがたくさんできているのであれば、いろんな活用を考えていただきたいと思います。

認知症の方の付き添いとか、病院の中うろうろしないで待っていられるとか、順番を早くしてもらおうとか、色々なことがあると思うんですが、そういうことについてのサポート役を認知症サポーターさんに少し担っていただくということ、それはやはり有償でないと長続きしないと思いますので、その辺を含めたシステムづくりについて行政の方で考えていただけたらと思います。

北海道の先生から、NPO でやっているところもあるとう話もありましたが、認知症の人の医療を受けやすくするということや、もちろん介護支援とか行政サービスとかでもいいんですけども、そういったことも含めて、自発活動と共に認知症サポーターをうまく活用できないかということをご提案させていただきます。

高橋（章）委員： 先ほど口腔ケアの重要性ということがありましたが、昨年度認知症の方も含め、歯科医師の方と連携を取って口腔ケアの評価ということで、まず口腔の状態をアセスメントしました。

状態を把握し、治療が必要だ、これはこういうのをケアしていかなければならない、といったアプローチをやってきまして、1つ分かったことは昨年やってきたデータから、場合によっては本人が仕方をわからずそういう状態になっていることもあります。虐待とか認知症があって結果的にそういうところと裏付けが繋がって、口腔内の状態が悪いといったことがある程度見えてきたので、口腔ケアのアセスメントは重要だと思っています。

それからさきほどの触法の関係も、やはり事例として近隣トラブルの多い方で、結果的に精神科医の方や生活安全課と連携取ったりして話をすると、精神疾患か認知症の初期なのか判断が非常に難しいということがあります。

ただこういった形で関わって行って1つ言えることは、御本人の支援もそうなんですけど、実際我々のデイサービス、地域包括の職員も恫喝されたり、警察に本人から被害届が出されて取り調べを受けたりするわけです。

結局、ある程度の年齢がいくと、本人が暴れてちょっと触れるだけでも、刑事課の人が言うには被害届は受理されますよということで、御本人の権利擁護、支援も重要なんですけど、支える側も非常にリスクが出ており、そういったところの支援をどう考えて行くかということも、今伺って考えさせられたところです。

平田委員： 近隣トラブルから介入した結果、介入した当事者から強く何とかしようと思ったら加害者にされてしまうということですが、一般的にテーマを広げると、医療アクセス支援をどうするかということで、医療機関での鑑別診断を本人拒否している場合にどう本人に納得してもらうかは、精神科医の長年の課題となっており、一般の人たちが医療機関に連れて行くのは非常に難しいです。

県の職員ですら、医療機関に措置入院の診察が必要であると連れて行こうとして両脇を抱えて否応もなく連れてくる、それだけで民事訴訟負けてしまいます。

精神保健指定医が診察をして、診察が必要だ、治療が必要だと専門家のお墨付きがあれば 多少強引に連れて行っても構わないという法律になっています。

何らかの形で証明する必要がある、具体的には警察に介入してもらって、警察官送致、警察官職務執行法を根拠として、医療機関に鑑別のためにアクセスさせるというのが一番法的には安全だろうと思います。

伊豫会長： アセスメントについても、システムが動くか、知っているかということもそうですし、認知症じゃないかという人を医療に結びつけるということ、いずれも知識というかハウツーだと思います。

こういう話の仕方をすれば、乗ってきてくれるんじゃないかということ、例えば精神科医でそういったアプローチを考えている人もいますので、うまく連携取って有効に活用するには、ハウツーとかマニュアルとかで早期に結びつけることが大事だと思います。

助川副会長： 早期発見してきちっと早期対応のルートをつくっていかないと、早期絶望になってしまったらどうしようもないので、発見したらそれをやはり医療だけではなく、地域生活の場で支える方向というものをきちっと作り上げていかなければいけないと思います。

最初に新しい認知症施策を厚労省が出された時は、180度転換で地域の中で見ていこうとなり、とてもうれしかったです、オレンジプランになってびっくりしたんですね、もっと地域の中での生活の視点が入っていないと、なかなか支えられないなと思います。

早期の段階はまだまだ在宅生活を継続するわけですから、医療と介護と、介護の部分も介護専門職と地域の中での生活支援みたいに、もう少し体系的に考えて、どこでどのように対応するのか、その時の対応する人の人材をどう養成するのか、それこそ多職種協働研修のようにどう協力して連携していくのかというようなところを、是非これからは新しい施策の中に取りこんでいただければと思います。

そして、まだやっていることが縦割りなので、そういう研修あったのかと、私も今日聞いていくつかの研修を知らなかったのですが、その研修やっていた方たちとどうつながっていくのか見えてこない、せっかくやった研修もまた活かされてこなくなると思いますので、その研修を受けた方たちと今までの専門職や地域の方々繋がっていくところも、次の目標設定のところでは是非やっていただければと思います。

畔上委員： 本当に在宅では口腔のことも服薬のことも大変です。

薬をもらっても宝の山みたいにしていらっしゃる方はいらっしゃいますし、全く1日3回という服薬の管理ができなくて、朝と夕方お預かりすることもありますし、日が長くなってくると基本的にいつも決まった時間でお帰りになる方が、日が長い為に時間の感覚が分からなくなり徘徊してしまうので、本当に家族が帰るまでスタッフが落ち着いてられないです。

徘徊した方が事故起こしたああいう判例がありますと、本当に御家族の方の負担でして、本当にお届けするまで、介護職が残ってしまうこともあります。

先ほどの農家の件ですと、私は大根の作り方習ったりして仲良くなりなさいと言っているんですが、ケアマネが受診にこぎつけるために週1、2回訪問してコミュニケーション図らなければならない、家族の方には認知症の理解がないという中で、いいヒントいただき、歯医者さんが歯を見にきたと言えぱちょっと見せてくれるんじゃないかと思ったのですが、そうするとお金かかりますとなってしまいます。

提携があったとして使いたいなとなっても、マネーがいるとなるとやっぱり厳しい。

認知症で在宅の方は、施設の方と違って全てこういう事態が起こってくる中で、サポーターの方とかこういうことを全く御存じじゃないんです。

こういうことをやっていますとかオレンジリングつけているとか、お見受けしたこともないですし、全く勉強したことが現場では生きていかない、生々しい事が起こっていて、私ども在宅では地域で暮らしたいというものに、どう対応していったらいいか本当に日夜悩んでいます。

先に包括のことも話されましたけれども、警察に行って取調室で会うことなんて日常茶飯事にあります。

安西委員： 今地域密着ケアの方では、認知症の方の看取りというのをかなり重視しています。

一昔前、介護保険が始まったときには 認知症は発症から10年が寿命といわれていましたが、今20年ですね、介護保険で関わる前から10年、関わってからの10年というような状況でかなり長い間家族の方や介護職を中心にですね大変な思いをしてケアしていて、パーツパーツいろんなところでは一生懸命やっているんですけども、最後まで誰がどこでどんなめんどろを見なくちゃいけないのか、ということがちょっと見えてこない。

その辺のところまでちゃんと今計画なりで考えていかないといけないかなと考えています。

細井委員： 私も以前から協議会で最後の場所をどうするか、そこまでどうやって支援していくかという話を差し上げていて、今安西さんがおっしゃったように地域で本当に在宅で亡くなるということについて、国が今一生懸命指針を出しましたので、医療もどんどん在宅に向けてという方向でやっていると思うんです。

ただ私はいつも申し上げているのは、在宅で死ぬる方ってかなり贅沢といえますか、支援する人がいてお金があって、家で死ぬるということで、必ずしもそうではない場合、病院という場所も死を受け入れられるような医療体制を構築する必要があるのではないかと思います。

西委員： 地域連携シートについてお話しさせていただきます。まず地域連携シートは今年からなので、なかなか普及というのも難しいと思うんですけども、在宅の方からの活用がとても有効だということは私も使ってみて確信を持っています。

今までもらったことのない回答をたくさんいただいております。

それにプラスして、病院の中での外来地域連携室での連携シートの活用が、ものすごく大きなテリトリーになるのかなと思っています。

私は地域の方では認定看護師でもあるので、いろんなケアマネさんから話を受けるんですけども、その人が認知症ということを病院は知っているけれども地域の人は誰も知らない、重度化して近所の人がおかしいよねとなって、ケアマネさんのところにくると、もうアリセプト飲んでいましたというケースが意外と多いんです。

早期のところでは病院で発見されていても守秘義務とかあるので、やっぱり地域に戻されていないとか、そういうところで連携シートを使用して、だいたい普通は御家族とか一緒に受診しますので、ご本人御家族の承諾を得たときに、お医者さんは難しいと思いますので、地域連携室なり外来看護師さんたち、MSWの人達が、住んでいる地域包括のところはこの連携シートを送ってもよろしいですか、という連携をしていけば、もっと早期発見とか早期対応ということが出来るんじゃないかと思ひまして、地域だけでなく病院の中での連携シートの定着、活用というのを、今後の提案にさせていただきました。

伊豫会長： ありがとうございます、個人情報の問題が出てきてしまって、御本人やご家族が地域に認知症ということを知っていただくことが実は良いとなるには、併せて地域でも認知症を普通のことと知っていただく啓発を両輪だと思ひます。

広岡委員： これだけたくさんの方が真剣に考えていただいてまず感謝いたします。

海村先生のおっしゃった認知症サポーターの活用の件で、ちょっとここ2日程仲間と話している中で徘徊の問題がすごく多く出ています。

これはもう何十年も前に言われていたことが最近何でこんなにクローズアップされているのか、そこで1つ提案なんですけど、これがシステム化できるかわからないですが、徘徊の方の検索をいろんな放送でやっており、私は千葉県ですけど「安心安全メール」携帯のメールでいろんなものが配信されてきます。

可能かわかりませんが、例えば今携帯メールスマホを持っている人がたくさんいらっしゃるんで、サポーターになってくださった方にそういうメールを一斉配信して情報を流す。それからもう1つ、これは徘徊ということではなくて、昨日か今日の新聞に日本医師会の広告で「認知症の相談は、まずかかりつけ医に」と出ていたんですが、私どもの側から言うと、海村先生にこれはもう頑張っていたきたいのですが、「なかなかかかりつけ医の方にと言われても」というのが現状でございます。

もう1つは看取りの問題で、私自身在宅で看取りをした経験から言って細井先生がおっしゃるとおりめぐまれていたんだと思っています。特に看取りの場合、家族はそんなに医療的なことはわからず、先生に死亡診断書を書いていただかないといけないということが

多いので、これはぜひ先生方に頑張っていたきたいと勝手なお願いを申し上げます。

松田委員： オレンジシートの西さんの話ですけれども、千葉県で今 5 疾病ですが 4 疾病のときにそれぞれ連携シートをつくって、脳卒中パスは機能しているようですが他はなかなかうまく機能しないという評価になっています。

オレンジシートもやはり県の方がイニシアチブを取っていただいで進めて行っていたかかないと絵にかいたモチになってしまって、他の連携共用型の 3 つのパターンになってしまう心配があると思います。

是非イニシアチブを取って行っていたきたいという要望です。

伊豫会長： このオレンジ連携シートは PDCA サイクルといますか、試案を作りモデル事業やって揉んでいただいでという形で作られて、今度また実際に運用して行って、本当に活用できる形とするため御意見をいただけるよう、認知症の方やご家族を地域で支える医療・介護・福祉等の皆様をお願いしたいと思います。

皆様から貴重な御意見をいただいたところですが、時間の制約もあり、ここまでとしたいと思います。

今年度の認知症対策推進協議会は、本日、方向性を決定し、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、本日の意見等を踏まえ、計画に位置付ける具体的な事業等を検討するとともに、これまでの成果である認知症コーディネーターや 千葉県オレンジ連携シートの普及、専門研修体系の整理、見直し等を進めていくということによろしいでしょうか。

伊豫会長： では、次に、議題 4 その他について、事務局から説明をお願いします。

事務局

～～説明～～

伊豫会長： ありがとうございます。

それでは、以上で本日の議事を終了いたします。委員の皆様、長時間にわたって御協力いただきありがとうございます。事務局に進行をお返しします。

柳橋高齢者福祉課長

～～挨拶～～

司会： 伊豫会長ありがとうございました。また、委員の皆様、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、日程等御連絡させていただきますが、7 月 8 日（火）午後 2 時 30 分から を予定しておりますのでよろしくお願

いたします。

以上をもちまして、平成26年度千葉県認知症対策推進協議会を終了いたします。
本日はどうもありがとうございました。