

山形県認知症施策推進行動計画

誰もが健やかにいきいきと暮らし、
認知症になっても安心して、希望をもって生活できる
“幸せやまがた”の実現



県内にお住いの若年性認知症の方が撮られた写真です。

令和3年3月改訂
(平成28年1月策定)

山形県

目 次

第1章 基本的な事項	1
1 計画策定の背景	
2 改訂の視点	
3 計画の位置付け	
4 計画の期間	
5 計画の基本目標	
6 施策の柱	
第2章 施策の柱ごとの具体的な取組み	4
1 認知症の正しい知識の普及促進	
2 認知症予防の推進	
3 医療と介護分野の対応力強化	
(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	
(2) 医療従事者の認知症対応力の向上	
(3) 介護従事者の認知症対応力の向上	
(4) 早期診断・早期対応のための関係機関の連携強化	
(5) 介護サービスにおける新型コロナウイルス感染症対策	
4 認知症の人と家族にやさしい共生地域づくり	
(1) 相談体制の充実強化	
(2) 地域による共生支援体制づくり	
第3章 計画の推進体制と施策の評価	20
1 計画の推進体制	
2 施策の評価	
資 料	21
資料1 山形県認知症施策推進行動計画の目標指標	
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	

表紙の写真

県内にお住いの若年性認知症の方が撮られた写真です。

米沢盆地の実り豊かな大地が収められています。

～本人の声～

空の雲や道端の花々など、今まで気に留めなかったことに目がいくようになりました。積極的に活動し、好きな写真を撮り続けています。

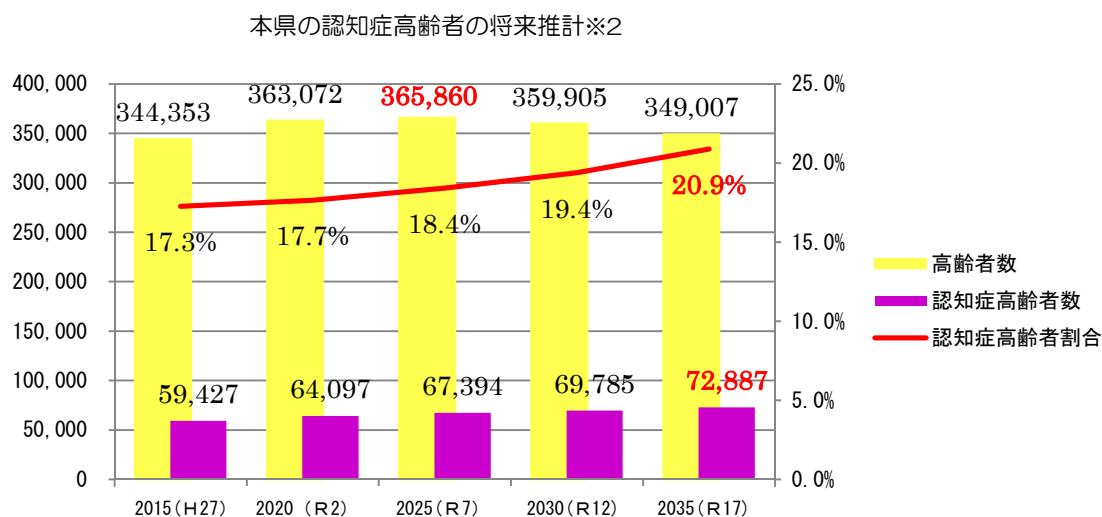
第1章 基本的な事項

1 計画策定の背景

本県では、2020（令和2）年には約6万4千人の認知症高齢者と約5万1千人の軽度認知症障害（以下「MCI^{※1}」という。）の高齢者がいると推計されており、後期高齢者の増加に伴い、認知症高齢者の数は今後ますます増えることが予想されます。

これまで県では、認知症になっても安心して生活できる地域社会の実現を目指し、良好な医療、介護及び地域支援体制の構築など、県が講じていく具体的な施策について、2016（平成28）年1月に「山形県認知症施策推進行動計画」を策定し、2018（平成30）年3月に改訂を行い、認知症施策の推進に取り組んでまいりました。

また、厚生労働省によると、全国で認知症の人の数は、2025（令和7）年には700万人前後、65歳以上の高齢者の5人に1人が認知症になると予測されています。このような社会状況を背景に、2018（平成30）年12月に、認知症に係る諸課題について、政府一体となって総合的に対策を推進することを目的として「認知症施策推進関係閣僚会議」が設置され、2019（令和元）年6月に「認知症施策推進大綱」がとりまとめられました。



※1 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
が認められ、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）

※2 高齢者数については、H27は「国勢調査」、R2以降は「日本の地域別将来人口推計」（国立社会保障・人口
問題研究所）によります。認知症高齢者数については、平成25年3月公表の厚生労働省研究班報告による5歳
区分の有病率を高齢者数に乘じたものです。

2 改訂の視点

- 現行計画の取組みを評価し、更に発展させていきます。
- 政府の認知症施策推進大綱に沿って、「共生」と「予防」の考え方を取り入れます。
- やまがた長寿安心プランと一体的な計画とします。
- 新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた計画とします。

3 計画の位置付け

本計画は、やまがた長寿安心プラン（第9次山形県老人保健福祉計画、第8次山形県介護保険事業支援計画）で定められた基本方向を実現するための行動計画として位置付けます。

また、本県が目指すべき目標水準を設定するとともに、その目標水準を達成するための施策の方向性と具体的な手段を示し、認知症施策を総合的に推進していきます。

4 計画の期間

計画期間は、やまがた長寿安心プランの計画期間に合わせ 2021（令和3）年度から 2023（令和5）年度までの3年間とします。

なお、本計画は、認知症施策推進大綱の対象期間である 2025（令和7）年を見据えた計画とします。

5 計画の基本目標

計画の基本となる目標については次のとおりとします。

**誰もが健やかにいきいきと暮らし、
認知症になっても安心して、希望をもって生活できる
“幸せやまがた”の実現**

6 施策の柱

基本目標の実現に向け、4つの施策の柱を掲げ取組みを進めていきます。

〔4つの施策の柱〕

1 認知症の正しい知識の普及促進

認知症は誰もがなりうるものであり、幅広い世代・地域・職域での認知症サポーターの養成を進め、広く県民に対して認知症への正しい知識の普及と理解の促進を図ります。

2 認知症予防の推進

広く県民が認知症予防の意味を理解したうえで、認知症の発症遅延や発症リスク低減に関心を持ち、高齢者の健康づくりや地域における人との繋がりでの促進を図ります。

また、高齢者への認知症予防に資する可能性のある「通いの場」等への参加を促進するとともに、社会参画や社会貢献等に参加しやすい環境づくりを図ります。

3 医療と介護分野の対応力強化

早期診断・早期対応を軸として、認知症の容態変化に応じた医療・介護のサービスが切れ目なく提供されるための標準的な流れ（認知症ケアパス）に沿ったケアがうまく機能するためにも、医療従事者・介護職員の認知症対応力を向上するとともに、医療・介護など多職種連携による支援体制の連携強化を推進します。

4 認知症の人と家族にやさしい共生地域づくり

認知症の人やその家族の視点を重視しながら、地域による支援体制づくりを促進していきます。また、若年性認知症の人に対する、ワンストップのきめ細やかな相談及び医療・福祉・就労の総合的な支援を実施します。

認知症になっても地域の中で役割を持ち、生きがいを持って生活ができる環境づくりを促進していきます。



第2章 施策の柱ごとの具体的な取組み

1 認知症の正しい知識の普及促進

現 状

- 本県の認知症高齢者数は、2020（令和2）年度推計で 64,097 人であり、認知症予備群と呼ばれる MCI（2020(令和 2)年度推計 51,000 人）を合わせた高齢者数は 11 万人を超えます。これは、本県高齢者の3人に1人に当たります。
- このように認知症は誰もがなりうることから、認知症の人やその家族が地域で自分らしく暮らし続けるためには、認知症への社会の理解を深め、認知症があってもなくても、同じ社会の一員として地域を共に創っていくことが必要です。
- 県は、認知症についての知識の普及促進の一環として、認知症に対する正しい知識と理解を持ち、認知症の人やその家族を温かく見守る応援者である「認知症サポーター」^{※1}の養成を行ってきました。2020(令和2)年3月末現在、県内の認知症サポーターは 147,268 人となっています。
- また、認知症サポーター養成講座の講師役となる「キャラバン・メイト」^{※2}は 2,700 人を超え、各地で認知症サポーターの養成を行っています。
- 県が設置した認知症相談・交流拠点「さくらんぼカフェ」と協力し、「やまがた認知症カフェ通信」を定期的に発行して、県内の認知症カフェに関する情報や認知症に関する取組みを周知しています。

課 題

- 後期高齢者の増加に伴い、認知症高齢者の数は今後ますます増えることが予想されており、地域共生社会を目指す中で、特に認知症の人と関わるのが多い職域における認知症サポーター養成を進めていかななくてはなりません。
- 年齢層別や市町村間で認知症サポーター養成数にばらつきが見られるため、市町村におけるサポーターの養成を更に促進していく必要があります。
- また、認知症は誰もがなりうることから、認知症になることへの漠然とした不安、画一的で否定的なイメージを少しでも払拭していく必要があります。
- 広報・啓発は、イベント等に合わせて県内全域に広げていくとともに、地域で暮らす認知症の人本人が参加し、自らの言葉で語り、発信していく機会を増やしていくことが大切です。

施策の推進方向

① 認知症サポーターの養成

- 県は、地域住民をはじめ、学生や認知症の人と地域で関わることの多いと想定される小売業・金融機関・公共交通機関等で働く人に対して、認知症サポ-

ターの活動について周知を図るとともに、市町村、関係団体と一体となって認知症サポーターの養成を引き続き推進します。

- 県では、認知症サポーター養成講座の企画・立案及び実施を行う「キャラバン・メイト」を毎年200人程度養成していますが、認知症サポーターの養成と合わせて引き続き養成していきます。
- 県は、地域で暮らす認知症の人本人の協力を得ながら、認知症の正しい知識について普及啓発を進め、認知症になっても希望を持って暮らすことができる環境づくりを促進していきます。

② 認知症に対する正しい理解に向けた広報・啓発

- 世界アルツハイマーデー（9月21日）及び世界アルツハイマー月間（9月）において、県内のランドマークとなる建築物をシンボルカラーのオレンジ色にライトアップする「オレンジライトアップ」の取組み等、オンラインを取り入れながら、広く周知することで、認知症への理解を深めていくなどの活動を行っています。
- また、県は、県内各地の認知症カフェにおいても9月のイベント月間に合わせた各種取組みを呼びかけるとともに、認知症本人による認知症に関する広報・啓発に取組みます。
- さくらんぼカフェと協力し、やまがた認知症カフェ通信を引き続き発行し、オンラインを取り入れながら、県内の認知症カフェに関する情報や認知症に関する取組みを周知していきます。

評価目標項目	現状 2019(R1)年度	目標	
		2023(R5)年度	2025(R7)年度
認知症サポーターの養成数（累計）	147,268人	180,000人	200,000人

※1 「認知症サポーター養成講座」を受講し、認知症の人やその家族を応援するボランティアになった人を「認知症サポーター」と呼びます。

※2 認知症サポーター養成講座を開き、講座の講師役となって認知症サポーターの養成を行うことができる人のことを「キャラバン・メイト」と呼びます。県等が主催する「キャラバン・メイト養成研修」を受講することにより、キャラバン・メイトになることができます。

オレンジライトアップの様子

左：文翔館
右：旧米沢高等工業学校



2 認知症予防の推進

現 状

- 認知症施策推進大綱において、認知症の予防とは、「認知症にならない」という意味ではなく、「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を緩やかにする」ことを意味するとされています。
- 運動不足の改善、糖尿病や高血圧症等の生活習慣病の予防、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等は、認知症予防に資する可能性が示唆されています。
- 2019(平成31)年3月現在、県内では、住民主体で介護予防活動や趣味の活動等を行う「通いの場」(月1回以上開催)が1,227箇所運営されており、県内高齢者人口に占める「通いの場」への参加者率は6.2%となっています。

課 題

- 認知症予防には、高齢者やその周りの人が認知症の発症遅延や発症リスク低減に関心を持ち、運動不足や生活習慣を改善することが重要です。
- 地域において人との繋がりを維持することは重要であり、高齢者が身近に通える場の拡充や活動内容の充実、高齢者の通いの場への参加促進が必要です。
- 高齢者のボランティア活動は社会参加の有効な手段であり、知識、特技・技能を活かし、役割を持った形での活動を促進する必要があります。
- 認知症予防を強調することにより、認知症になった人への新たな差別や偏見につながるよう取組みを行う必要があります。
- 新型コロナウイルス感染症の発生に伴い、外出機会が減少することなどにより、筋力の低下、フレイル^{※3}、孤立及び精神的な不安を感じる高齢者の増加が懸念されます。
- また、新型コロナウイルス感染症への感染予防に配慮した「通いの場」の運営を促進していく必要があります。

施策の推進方向

① 高齢者の健康づくりの推進

- 県は、高齢者の健康づくりに「新型コロナに負けない身体づくり」という新たな視点を取り入れ、「食」と「運動」を切り口とした健康づくりを推進します。
- 県は、食事、運動をはじめとする生活習慣病対策には認知症の発症を遅らせる効果が認められていることから、自分が楽しいと思う定期的な軽運動(散歩・ラジオ体操・筋力トレーニング等)の継続を推進します。

② 地域における人との繋がりの促進

- 県は、認知症サポーター養成講座や各種研修会などを通じ、通いの場等の認知症予防に資する県内各地の取組みを広く県民に紹介し参加を促進します。
- 県は、通いの場の更なる普及・拡大を図るため、その担い手を養成します。

- 県は、市町村が開催する通いの場代表者研修会等に専門職を派遣し、認知症予防のメニューを含む介護・フレイル予防プログラムの普及を図るなど、通いの場における活動内容の充実を促進します。
- 県は、認知症予防の取組みを進めていきますが、認知症は誰もがなりうるものです。そのため、認知症になったとしても、その人に対する新たな差別や偏見を生み、地域での孤立につながるなどがないよう、認知症に関する正しい知識や理解の普及啓発を進めていきます。
- 県は、コロナ禍における感染防止に配慮した通いの場の運営事例や、訪問活動や電話等により人の繋がりを途絶えさせないための取組事例等について、周知していきます。
- 県は、デジタル化の取組みなどコロナ禍にあっても持続可能となる通いの場の新たな運営手法を検討していきます。

③ 高齢者の社会参加の促進

- 県は、高齢者が通いの場や生活支援の担い手として社会参加することができるよう、担い手を養成します。
- 県は、高齢者の豊富な経験や知恵を地域づくり等に生かし社会参画や社会貢献等に参加しやすい環境をつくるために、地域を豊かにする各種社会活動（スポーツ活動、文化活動、文化伝承活動、健康増進活動）の促進を図ります。

評価目標項目	現状 2018(H30)年度	目標	
		2023(R5)年度	2025(R7)年度
通いの場への参加率	6.2%	8%	9%

※3 加齢とともに、心身の活力（例えば筋力や認知機能等）が低下し、生活機能障害、要介護状態、そして死亡などの危険性が高くなった状態。

コラム 1回3分、1日3回、週3日の「タンタンタッチ体操」による認知症予防

■ タンタンタッチ体操とは

タンタンタッチ体操は、脳神経活動を高めることに役立つ運動として、県立米沢栄養大学加藤守匡教授と鹿俣体育研究所により考案されました。

好みの音楽に合わせ、どんな場所でも実践できる体操であることから、県内各地の市町村で、認知症予防の体操として利用されています。



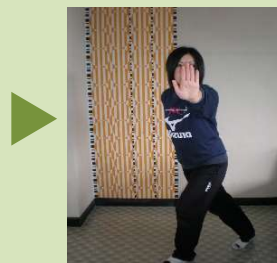
① 手を叩き、



② 左脚は後ろへ下げ、右手は真直ぐ前へ、左手はお尻を叩いて、



③ 再び脚を戻して手を叩き、



④ 右脚を後ろへ下げ、左手は真直ぐ前へ、右手はお尻を叩く。

① から ④ までを、リズムに合わせて繰り返しましょう！

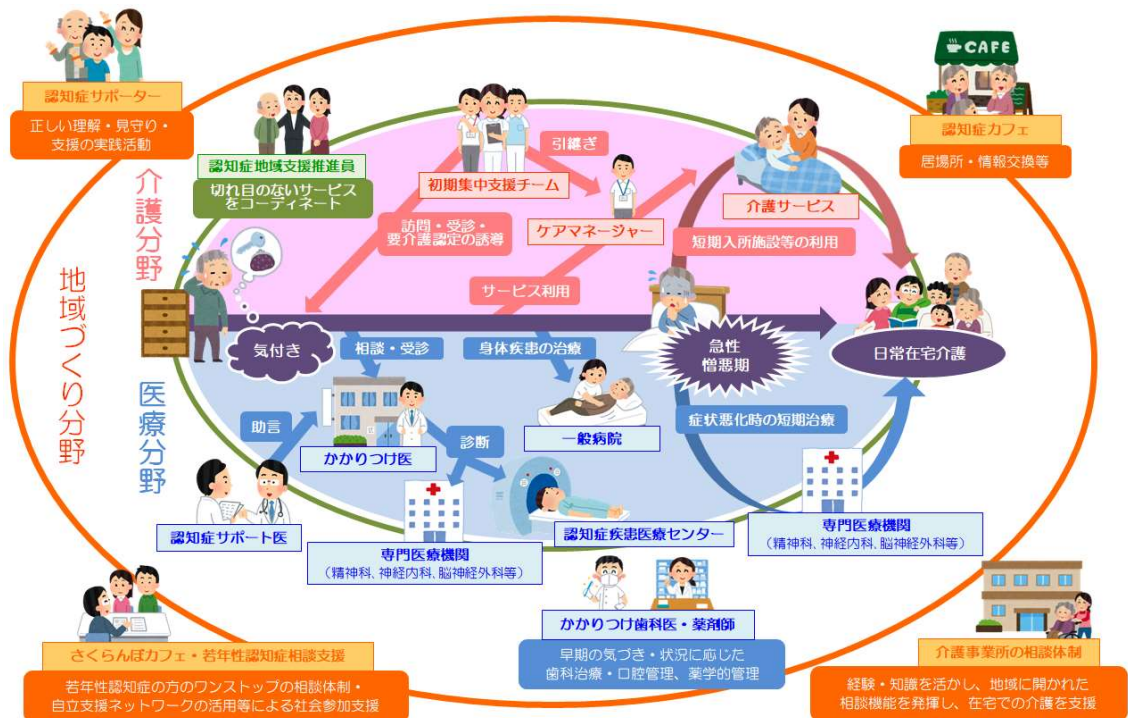
3 医療と介護分野の対応力強化

(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

現 状

- 認知症と疑われる症状が発生した場合に、医療や介護サービスへの相談方法や、どのような支援を受けることができるのかを早めに理解することが、その後の生活に対する安心感につながります。
- 2012（平成 24）年6月に厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームにおいて、「今後の認知症施策の方向性について」がとりまとめられました。これにより、早期診断・早期対応を軸とし、容態の変化に応じて医療・介護のサービスが切れ目なく提供されるための標準的な流れ（認知症ケアパス）の作成と普及を進めていくことが示されました。
- 県は、認知症の診断・治療にあたる医療機関等の役割を整理し、適切に医療・介護に繋げるためのガイドラインを作成しました。これを踏まえ、県内ほぼすべての市町村において認知症ケアパスが作成され、認知症の人やその家族、医療・介護関係者の間で共有し、連携が進められてきました。

（図：標準的な認知症ケアパスの流れ）



課 題

- 適切に医療・介護等を提供するためには、市町村において認知症ケアパスを作成するだけでなく、住民及び関係機関にも、その活用を広く周知すると

もに、認知症の人やその家族、医療・介護関係者など全ての関係者が認知症の人の容態に応じた支援体制を共有し、それぞれ連携することが必要です。

- 認知症ケアパスを実効性のあるものとするために、作成したケアパスを適宜点検し、認知症の人の容態に応じた社会資源を整理し、市町村ごとに特色を持ったものとし、認知症の人が地域で暮らしていく際の手引きとなる必要があります。
- 適切に医療・介護に繋げるためのガイドラインを医療・介護関係機関に普及し、連携体制の向上を図る必要があります。

施策の推進方向

認知症ケアパスの実効性の確保及び普及促進

- 県は、県内全ての市町村において、ガイドラインを踏まえた認知症ケアパスが作成されるよう、市町村を支援していきます。
- 県は、市町村で作成された認知症ケアパスが、認知症の人やその家族、医療・介護関係者間で共有・活用されるよう、市町村における認知症ケアパスの周知を促進します。
- 県は、市町村に対して認知症ケアパスの点検を促し、より実効性のあるものとなるよう、内容の更新のための支援を行います。
- 県は、認知症ケアパスの実効性を高めるため、ガイドラインに沿った効果的な医療・介護サービスの切れ目ない提供事例の普及拡大を図ります。

評価目標項目	現状 2019(R1)年度	目標	
		2023(R5)年度	2025(R7)年度
認知症ケアパスを作成している市町村	34市町村	35市町村 (全市町村)	35市町村 (全市町村)

(2) 医療従事者の認知症対応力の向上

現 状

- 医療従事者は、認知症本人に早期の気づきを与える立場であるとともに、認知症の人を尊重し、できる限りその人の意思や価値観に共感しながら、住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるよう、伴走者として支援していくことが重要です。
- また、認知症の早期発見は、その後の早期受診や早期治療につながり、認知症の人のその後の生活を左右する、非常に重要なことです。早期発見のためには、日常的に通院している身近な、かかりつけ医（主治医）や歯科医師、薬剤師など、医療従事者が認知症の兆候に早期に気付いて適切に対応することが求められます。
- 県は、かかりつけ医や一般病院勤務の医療従事者、看護職員等が認知症の類

型や進行段階を十分理解し、容態の変化に応じた適時・適切な医療を提供できるよう研修を実施しています。

課題

- 認知症の容態に応じた適時・適切な医療を提供できるよう、引き続き医療従事者における認知症対応力の向上を図る必要があります。

施策の推進方向

① かかりつけ医の認知症対応力の向上

- 日常的な診療に加え、認知症の疑いのある人や認知症の人に適切に対応し、必要に応じて専門機関へ紹介するなど、かかりつけ医（主治医）の認知症対応力の向上を図るため、引き続き研修を実施します。

② 歯科医師・歯科衛生士の認知症対応力の向上

- かかりつけ歯科医の診療を通じて、認知症や認知症の疑いのある人に早期に気づき、他の医療従事者と連携しながら、容態に応じた適時・適切な歯科医療を提供するなど、歯科医師・歯科衛生士の認知症対応力の向上を図るため、引き続き研修を実施します。

③ 薬剤師の認知症対応力の向上

- 服薬指導等を通じて、認知症や認知症の疑いのある人に早期に気づき、他の医療従事者と連携しながら、適切な服薬指導ができるなど、薬剤師の認知症対応力の向上を図るため、引き続き研修を実施します。

④ 認知症サポート医の養成

- かかりつけ医からの認知症診断等に関する相談への対応や認知症にかかる地域医療体制の一翼を担う認知症サポート医の養成を引き続き実施します。

⑤ 一般病院勤務の医療従事者の認知症対応力の向上

- 認知症の人が入院した場合、身体合併症併発の可能性がある疾病に早期対応するとともに、行動・心理症状（BPSD）^{*4} に適切に対応することが重要であることから、一般病院勤務の医療従事者の認知症対応力向上を図るため、引き続き研修を実施します。

⑥ 看護職員（師長等）の認知症対応力の向上

- 外来、入院、在宅医療等を通じて認知症の人と関わる看護職員が、治療を終えるまでのプロセスに沿った必要な知識・実践的な対応力を習得し、医療機関内での認知症ケアの適切な実施とマネジメント体制の構築を担うなど、指導的役割の看護職員の認知症対応力の向上を図るため、引き続き研修を実施します。

評価目標項目	現状 2019(R1)年度	目標	
		2023(R5)年度	2025(R7)年度
かかりつけ医認知症対応力向上研修受講者数 (累計)	505人	725人	840人
歯科医師等認知症対応力向上研修受講者数 (累計)	142人	216人	260人
薬剤師認知症対応力向上研修受講者数 (累計)	291人	383人	430人
認知症サポート医養成 研修受講者数(累計)	76人	104人	118人
病院勤務の医療従事者 向け認知症対応力向上 研修受講者数(累計)	1,710人	2,107人	2,300人
看護職員(師長等) 認知症対応力向上研修 受講者数(累計)	246人	530人	670人

※4 記憶障がい、見当障がいなど、認知症の人に必ず現れる症状を「中核症状」と呼び、それによって及ぼされる、ひとり歩き(徘徊)や攻撃的言動、抑うつ状態などの生活障がいのことを「行動・心理状況(BPSD)」と呼びます。

(3) 介護従事者の認知症対応力の向上

現 状

- 認知症に携わる介護従事者等は、認知症の人を尊重し、できる限りその人の意思や価値観に共感しながら、住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるよう、伴走者として支援していくことが重要です。
- 県では、認知症ケアに関する正しい知識を持ち、適切なサービスの提供及び良質な介護を担うことができる人材の確保を目的として、認知症対応の介護サービスを提供する事業所の開設者や管理者、介護従事者に対し、経験年数等に応じた基礎的・実践的な研修を実施しています。

課 題

- 高齢者の増加に伴い、介護サービスを提供する事業所及び介護職として働く人の拡充が求められていく中で、認知症ケアに関する正しい知識を持ち、認知症に対応する介護サービスや良質な介護を担う人材を育成していくことが求められています。

施策の推進方向

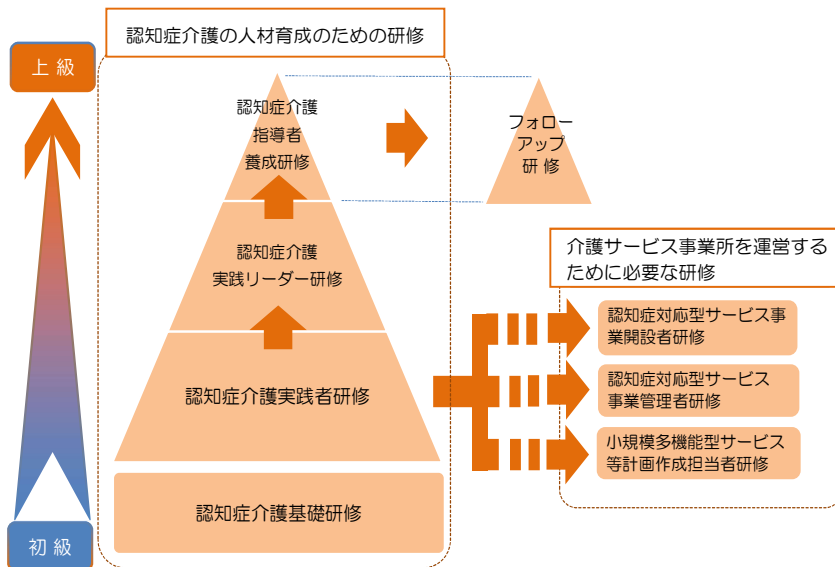
① 良質な認知症介護を担う人材の育成

- 県は、認知症ケアについての正しい理解のもと、本人主体の介護を行い、できる限り認知症症状の進行を遅らせ、BPSDを予防できるよう、引き続き認知症への対応力を向上するための研修を行います。
- 具体的には、認知症介護の人材育成のための研修として、認知症介護基礎研修をはじめ、認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護指導者養成研修、認知症介護指導者フォローアップ研修を実施します。
- 特に、2021（令和3）年度からは無資格者の介護職員に対し、認知症介護基礎研修の受講が義務化（猶予期間3年）されるため、受講者数の増加を図ります。
- また、介護サービス事業所を運営するために必要な研修として、認知症対応型サービス事業開設者研修、認知症対応型サービス事業管理者研修、小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修を実施します。

② 介護保険施設等勤務の看護職員の認知症対応力の向上

- 介護保険施設等において日常的に認知症高齢者のケアに携わる看護職員に対し、認知症が人の心理面に与える影響や、認知症の人や家族に対する具体的な関わり及び支援のあり方等の認知症対応力の向上を図るため、引き続き研修を実施します。

（図：介護従事者の研修体系）



評価目標項目	現状 2019(R1)年度	目標	
		2023(R5)年度	2025(R7)年度
認知症介護指導者養成 研修受講者数（累計）	47人	47人以上 毎年度の退職者等を考慮して養成	47人以上
認知症介護実践リーダ ー研修受講者数 （累計）	645人	800人	870人
認知症介護実践者研修 受講者数（累計）	3,467人	4,200人	4,600人
認知症介護基礎研修 受講者数（累計）	263人	1,278人	1,278人以上 無資格の介護職員の増 加状況を考慮して養成

(4) 早期診断・早期対応のための関係機関の連携強化

現 状

- 地域包括支援センターや認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チーム、認知症疾患医療センターなどが連携して、認知症の人や、認知症の疑いがある人の早期発見・早期対応が行えるよう、県として体制づくりを支援していくことが重要です。
- 地域の高齢者等の保健医療・介護等に関する相談窓口である地域包括支援センターは、各市町村の日常生活圏域を基本として、2020（令和2）年10月現在、県内の75か所に設置されています。
- 認知症地域支援推進員は、県内全ての市町村に配置されています。地域包括支援センターや認知症疾患医療センター等において、医療機関や介護サービス及び地域の支援機関等の連携を図るための支援や、認知症の人やその家族を支援する相談業務、社会参加活動のための体制整備等を行っています。
- 認知症初期集中支援チームは、県内全ての市町村に設置されています。医療や福祉の複数の専門職が、認知症の人や認知症の疑いがある人及びその家族を訪問し、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行っています。
- 認知症疾患医療センターは、現在、本県の二次医療圏に1か所以上となる計5か所（村山圏域2か所、最上圏域1か所、置賜圏域1か所、庄内圏域1か所）に設置しています。県により、認知症専門医療の提供と、介護サービス事業所との連携を担う中核機関として指定を受けた医療機関です。

課 題

- 地域の関係機関が連携し、認知症の人や認知症の疑いがある人の早期発見・

早期対応が行えるよう、県として引き続き体制づくりを支援します。

- 認知症地域支援推進員は、全市町村に配置されていますが、県内 15 の市町村においては 1 名のみの配置となっており、活動の幅が限定的である場合が多くあります。他地域の取組状況を共有し、取組みを発展させることが必要です。
- 認知症の早期対応の遅れから認知症の症状が悪化しないよう、早期に初期集中支援チームにつなげることが重要です。また、支援を必要としている人の情報収集及び初期集中支援チームの活動についての周知が重要です。
- 認知症の人に対する相談・診断等の対応を効果的・効率的に提供するためには、かかりつけ医や地域の相談拠点と専門医療機関が連携した体制の構築が必要であり、認知症疾患医療センターには、これらの体制が円滑に機能するための中心となる司令塔機能の役割が求められます。

施策の推進方向

- ① **地域包括支援センターと関係機関の連携強化による効果的な取組みの推進**
 - 地域包括支援センターは、地域の高齢者等の保健医療・介護等に関する相談窓口であり、認知症においても入口相談機能を担っているため、市町村のホームページや広報等を活用した啓発活動を促進し、広く認知度を高めていきます。
 - 関係機関との連携については、医療・介護・福祉等だけではなく、認知症の人と地域で関わる人が多い小売業・金融機関・公共交通機関等との連携を進めます。
 - また、県は、地域包括支援センターの初任職員及び現任職員の研修実施により、認知症相談対応力の向上を図ります。

- ② **認知症地域支援推進員と関係機関の連携強化による効果的な取組みの推進**
 - 県は、認知症地域支援推進員が集まる会議等を通じて、先進的な活動事例の横展開を促進することにより、「医療・介護等のネットワーク構築」、「認知症対応力向上のための支援」、「相談支援・支援体制構築」を強化するための支援を行います。

- ③ **認知症初期集中支援チームと関係機関との連携強化による効果的な取組みの推進**
 - 県は、各市町村が設置する認知症初期集中支援チームの体制強化を図るため、認知症初期集中支援チーム員研修の受講支援を行います。
 - また、県は、市町村連絡会議等において全国及び県内市町村における先進的な取組事例を紹介すること等を通じて、効果的な活動を促進します。

- ④ **認知症疾患医療センターを核とした連携体制の充実強化等による効果的な取組みの推進**
 - 県は、認知症疾患医療センターが認知症疾患医療連携協議会等により、地域

での連携強化を図る取組みを支援します。

- また、県は、認知症疾患医療センターの相談機能の充実を支援します。
- 県は、県内の認知症疾患医療センター間での情報共有が図られるよう取組みを支援します。

(5) 介護サービスにおける新型コロナウイルス感染症対策

現 状

- 県は、「協力と団結で新型コロナウイルスを克服する福祉事業所ネットワーク（介護・障がい等）プロジェクト」にて、新型コロナウイルス感染症の再度の感染拡大に備え、市町村や関係団体とも連携し、全ての福祉事業所を対象に、感染防止対策の強化を図るとともに、仮に感染症が発生しても、必要なサービスを継続して提供できる仕組みづくりを行っています。
- 福祉事業所の感染対策の強化として、全福祉事業所を対象に、事業所における感染防止対策について、市町村と連携した自主点検の実施及び実地指導を実施しています。
- また、サービスを継続できる仕組みづくりとして、感染症発生時を想定した事業継続計画(BCP)策定や代替サービス提供体制構築への支援や、施設スタッフ感染時における地域内での介護職員相互派遣ネットワークを構築しています。

課 題

- 県内での感染拡大に備え、各施設の感染対策や感染防止に関する知識の習得を一層推進する必要があります。
- また、施設での感染発生に備えて、施設での衛生用品・防護具等の備蓄やBCP策定等の平時からの備えを引き続き支援する必要があります。
- 仮に感染が広がっても、必要なサービスを継続できるよう、地域内でのネットワークを更に強化していく必要があります。

施策の推進方向

- 県は、日頃から介護事業所に対し、感染拡大防止策の周知啓発や、感染症発生時においてもサービスを継続するための備えが講じられているかの定期的な確認等を実施します。
- 県は、施設での感染症発生時に必要な物資についての備蓄・調達・輸送体制の整備を進めます。
- 県は、施設にて感染が拡大した場合に備えて、他施設等からの応援職員の派遣体制の整備、応援予定職員に対する事前研修の実施を行います。

4 認知症の人と家族にやさしい共生地域づくり

(1) 相談体制の充実強化

現 状

- 介護者がストレスを抱えている場合、認知症の人と介護者の関係によっては、認知症の症状に悪影響を及ぼし、さらに介護負担を重くするという悪循環に陥ることが少なくありません。
- 県は、認知症の人やその家族が、気軽に相談できるよう、2015（平成 27）年度に開設した認知症相談・交流拠点「さくらんぼカフェ」において電話や面談による個別の相談対応や、介護者同士が情報交換できる交流の機会を提供しています。
- また、65 歳未満で発症する若年性認知症は、進行の早さや退職による経済的な問題、発症者本人と親の介護が重なることによる配偶者への負担集中など、高齢者とは異なる問題を伴います。
- 県では、若年性認知症の人への支援や相談に的確に応じられるよう、2016（平成 28）年度より、「さくらんぼカフェ」に若年性認知症支援コーディネーターを配置し、医療・福祉・就労の総合的な支援を行っています。

課 題

- 認知症の人やその家族に対しては、認知症の知識や介護技術の面だけでなく、精神面も含めた様々な支援が必要です。また、新型コロナウイルス感染症の感染を予防するために、認知症の人とその家族の外出の機会が減り、自宅での介護時間が増えたことによる介護者の精神的な負担や感染の不安を軽減することが必要となっています。
- 家族や職場に深刻な影響を及ぼす若年性認知症に対処するためには、初期の段階で発見し、早期に治療を開始するとともに、治療に適した環境を整えることが大切です。また、若年性認知症が抱える生活全般に係る問題へ対処するためには、障がい者福祉、介護保険、医療、社会保障や、さまざまな社会資源など、多岐にわたる制度やサービスを活用する必要があります。

施策の推進方向

- ① **認知症相談・交流拠点「さくらんぼカフェ」における相談機能の充実強化**
- 県は、「さくらんぼカフェ」における電話や面談での個別相談を引き続き実施し、気軽に相談できる体制を構築するとともに、認知症の本人同士やその家族が交流できるスペースの設置や出張交流会の開催により、認知症の人の精神の安定や介護者の精神的負担の軽減を図ります。
- また、新型コロナウイルス感染症に係る介護者の精神的負担及び不安の軽減を図るため、広く相談窓口について周知します。

- 県は、「さくらんぼカフェ」の出張交流会を通じて、認知症に関する相談と本人及び家族等の交流の機会を創出します。

② 若年性認知症の人への支援の充実強化

- 県は、若年性認知症支援コーディネーターを引き続き配置し、若年性認知症コールセンターをはじめとしたワンストップのきめ細かな相談により、医療・福祉・就労の総合的な支援を行います。
- 県は、若年性認知症の人に対して発症初期から高齢期まで本人の状態に合わせた適切な支援が図られるよう、認知症の各支援機関をはじめ、医療、介護、福祉関係や、経済団体等との連携を強化します。
- 県は、成年後見制度の更なる周知を図るとともに、関係機関と連携しながら、各市町村の取組み状況の把握や助言等を行っていきます。

(2) 地域による共生支援体制づくり

現 状

- 認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、一人ひとりが尊重され、その本人に合った形での社会参加が可能となる地域共生社会に向けた取り組みを進めることが重要です。
- 認知症カフェでは、認知症の人やその家族が、介護者同士、地域の人や専門家と情報交換したり、認知症の人が自分のペースで過ごしたりすることができ、医療機関を受診するきっかけづくりや、介護保険サービスを受けるつなぎの役割を果たすなど、様々な効果が期待されます。
- 本県では、全ての市町村に認知症カフェが設置されており、設置数は100か所を超えました。県では、「さくらんぼカフェ」において認知症カフェの活動に対する支援や、立ち上げ支援を行っています。
- また、認知症の人とその家族の「応援者」である認知症サポーターが、認知症カフェやサロンを開いたり、傾聴や見守り活動に加わったりするなど、自らの意思で地域の取組みに積極的に関わってきています。
- 新型コロナウイルス感染症の発生により、認知症カフェの代表者は、カフェの開催や活動内容について苦慮している状況にあります。
- 近年、高齢者の運転による交通事故が社会問題となっており、運転に不安のある方の運転免許証の自主返納者が増加しています。また、75歳以上の運転者を対象とした臨時高齢者講習及び免許証更新時の高齢者講習において、認知症と診断された場合、運転免許の取り消し等の措置がとられています。
- 認知症などにより、判断能力が不十分になった人を保護し、支援する成年後見制度が2000（平成12）年より施行されています。

課題

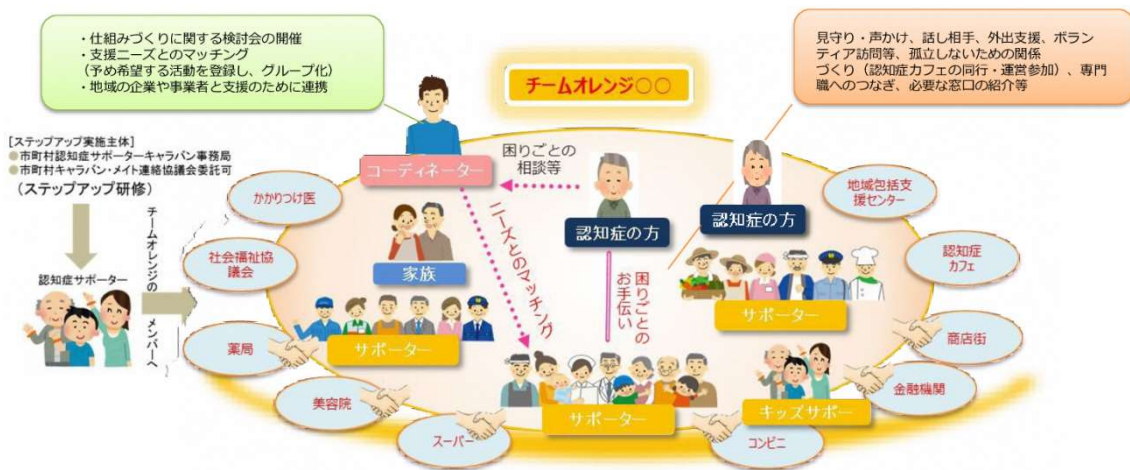
- 認知症の人と家族にやさしい地域をつかっていくためには、認知症カフェをはじめとした様々な社会資源や人材、関係機関等の協力を得て、地域による支援体制を構築していく必要があります。
- 新型コロナウイルス感染症の発生により、感染予防に配慮しながら認知症カフェを運営していくことが重要となっています。
- 認知症になっても引きこもることなく、地域社会の一員としてできる範囲での活動し、ともに地域をつかっていくことが必要です。
- 運転免許証の返納等により、通院・買い物など日常生活に支障をきたす場合が想定されます。また、認知症を理由に運転免許証を取り消された場合、生活に大きな変化が生じる可能性があります。
- 後期高齢者の増加に伴い、認知症高齢者の数もますます増加することが予想されるため、成年後見制度の更なる周知や後見人等の受任者の確保等により、制度の円滑な運用を図る必要があります。

施策の推進方向

- ① チームオレンジの早期整備に向けた支援
 - 県は、認知症の人やその家族の支援ニーズと認知症サポーターを中心とした支援をつなぐ仕組みである「チームオレンジ」の全市町村での早期整備に向けて、チームオレンジの立ち上げや運営支援を行うチームオレンジコーディネーターを育成するための研修会を実施します。
 - また、県内におけるチームオレンジの好事例を収集し、横展開することで効果的な取組みを推進します。

評価目標項目	現状 2019(R1)年度	目標	
		2023(R5)年	2025(R7)年
チームオレンジの整備	1市町村	20市町村	35市町村 (全市町村)

(図：チームオレンジの構成と活動イメージ)



② 県内各地の認知症カフェにおける効果的な取組みの推進

- 県は、情報交換会等において好事例の紹介を行うことにより、各地の認知症カフェにおける効果的な取組みを支援します。また、カフェ運営者間のネットワークの構築を図ります。
- 県は、コロナ禍における各地の認知症カフェの好事例を横展開していくとともに、デジタル化の取組みなど持続可能な認知症カフェの新たな運営手法を検討していきます。

③ 認知症高齢者等の移動支援の推進

- 県は、運転免許証を自主返納した高齢者に対する様々な特典やサービスが受けられる協賛事業者等を募集・登録し、自主返納した方の生活を支援するとともに、運転免許証の自主返納を促進します。
- 県は、住民主体による移動支援サービス提供のための担い手養成講座を引き続き実施するとともに、養成した担い手と住民主体で移動支援サービスを行っている団体を繋ぐ支援を行います。

④ 権利擁護に関する事業の促進

- 県は、成年後見制度の更なる周知を図っていきます。
- 県は、関係機関と連携しながら、各市町村の取組状況の把握や助言を行うとともに、研修会等の開催により、各市町村の取組みが進むよう支援していきます。

⑤ 社会参加の促進

- 県は、認知症の人の様々な形での社会参加事例について周知していきます。
- 県は、認知症の人が、当事者だからこそできる認知症と診断された人への相談対応等や、これまでの経験を活かした活動、比較的簡単な作業など、地域の中で役割と生きがいを持って生活ができる環境づくりを支援していきます。

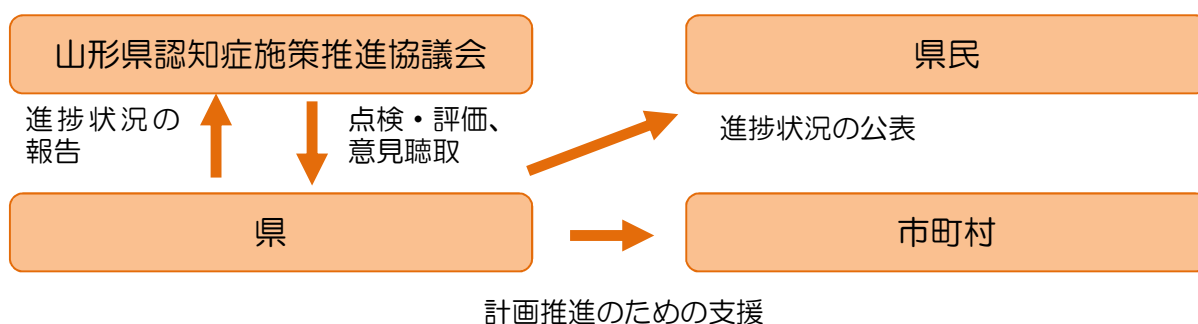
第3章 計画の推進体制と施策の評価

1 計画の推進体制

本計画の進捗状況については、年度ごとにその結果を、外部有識者や認知症の人と家族の当事者等により構成された「山形県認知症施策推進協議会」に報告し、点検・評価を受けるとともに、計画の推進について意見を聴取し、次年度以降の施策に反映します。

また、計画の進捗状況や評価の経過については、県ホームページ等で公表し、透明性の確保に努めます。

さらに、認知症施策推進大綱や各施策の進捗等を踏まえ、適宜、行動計画を見直していくものとしていきます。



2 施策の評価

県は、山形県認知症施策推進協議会に対して施策の点検・評価を求めるとともに、可能な限り認知症の人の当事者による客観的な評価が得られるように努めます。

また、本計画では施策に対し定量的な目標を設定し、その達成状況については数値などで具体的に提示します。

資料1 山形県認知症施策推進行動計画の目標指標

評価目標項目	令和元年度 (2019年度)	令和5年度 (2023年度)	令和7年度 (2025年度)	考え方
1 認知症の正しい知識の普及促進				
認知症サポーターの養成（養成講座の受講者数）（累計）	147,268人	180,000人	200,000人	令和7年度（2025年度）の県民の約5人に1人の割合
2 認知症予防の推進				
通いの場への参加率	平成30年度 (2018年度) 6.2%	8%	9%	近年の参加率及び本県の高い高齢化率等を踏まえて、認知症施策推進大綱の水準（8%）を超える参加率を目指す
3 医療と介護分野の対応力強化				
(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				
認知症ケアパスを作成している市町村	34市町村	35市町村 (全市町村)	35市町村 (全市町村)	市町村における作成率100%
(2) 医療従事者の認知症対応力の向上				
かかりつけ医認知症対応力向上研修受講者数（累計）	505人	725人	840人	高齢者人口435人に対して1人の割合で研修受講
歯科医師等認知症対応力向上研修受講者数（累計）	142人	216人	260人	歯科医師の約39.3%が研修受講
薬剤師認知症対応力向上研修受講者数（累計）	291人	383人	430人	薬剤師の約24.9%が研修受講
認知症サポート医養成研修受講者数（累計）	76人	104人	118人	一般診療所の約15.6%がサポート医として養成
病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修受講者数（累計）	1,710人	2,107人	2,300人	令和2年度目標(1,700人)の約1.36倍を目指す
看護職員（師長等）認知症対応力向上研修受講者数（累計）	246人	530人	670人	令和2年度目標(370人)の約1.81倍を目指す
(3) 介護従事者の認知症対応力の向上				
認知症介護指導者養成研修受講者数（累計）	47人	47人以上	47人以上	毎年度の退職者等を考慮して養成

認知症介護実践リーダー研修受講者数 (累計)	645人	800人	870人	年40人育成ペースを維持
認知症介護実践者研修受講者数 (累計)	3,467人	4,200人	4,600人	年200人育成ペースを維持
認知症介護基礎研修受講者数 (累計)	263人	1,278人	1,278人以上 無資格の介護職員の増加状況を考慮して養成	令和3年度から無資格の介護職員に対し、認知症介護基礎研修の受講が義務化(猶予期間3年)するため、年330人ペースで育成
3 認知症の人と家族にやさしい共生地域づくり (2) 地域における共生支援体制づくり				
チームオレンジの整備	1市町村	20市町村	35市町村 (全市町村)	全市町村で整備

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

■ ガイドラインの役割

このガイドラインは、医療機関をはじめとする関係機関に求められる役割と連携のあり方について、認知症の程度・状態ごとにまとめたものです。

■ ガイドラインの見方

ガイドラインの本編は、認知症の程度や状態ごとに、25 ページから 28 ページに分割して掲載しています。ガイドラインの全体像と、各ページの位置付けを表すと、下表のようになります。

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（全体像）

	MCI・軽度認知症	診断の段階	中等度認知症			高度認知症
	I 認知症の疑いから受診まで	II 診断・治療	III 日常生活における治療	IV 身体合併症・せん妄	V BPSD（行動・心理症状）	VI 生活の場での医療
① 相談機関						
② かかりつけ医						
③ 認知症サポート医						
④ 専門医療機関	24 頁 1/4 枚目	25 頁 2/4 枚目	26 頁 3/4 枚目		27 頁 4/4 枚目	
⑤ 認知症疾患医療センター	を 参照	を 参照	を 参照		を 参照	
⑥ 一般病院						
⑦ 一般急性期病院						
（かかりつけ歯科医師・薬剤師）						
（介護保険事業所・介護保険施設）						

関係機関	I 認知症の疑いから受診まで
① 相談機関 (地域包括支援センター等)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護者から生活状況の変化(もの忘れ、出来ごとの前後関係の失認、自発性低下、実行できていた生活行為(IALDL)の低下、性格変化等)を聞き取る。 ○ 認知症を心配する人・家族、認知症が疑われる人・家族に対し、DASC-21、大友式認知症認知症予測テスト等による自己チェックを勧める。 ○ 認知症が疑われる場合、かかりつけ医への相談を勧める。その対応が困難な場合は、かかりつけ医認知症対応力向上研修修了医、認知症サポート医、専門医療機関(精神科、神経内科、脳神経外科等)への相談を勧める。(障害年金を受給するには、初診から1年6か月経過している必要があるため、できるだけ早期に確実に受診してもらう。) ○ 必要に応じて医療機関(かかりつけ医)への情報提供や通院介助に関する支援を行う。 ○ 本人の受診拒否により受診が困難な場合や、周囲の人との間でトラブルが生じている場合は最寄りの保健所に相談する。 ○ 行方不明等で保護された場合、警察等との連携により身元確認、本人・家族への受診勧奨を行う。その後、受診から治療までの確認・支援を行う。
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	<p>本人・家族から相談があった場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 加齢による単なる「もの忘れ」との判断は慎重、DASC-21、HDS-R、MMSE、かなひろいテスト等によるチェックを勧める。なお、待合室等で看護師が実施するなどの工夫も可能。(各検査の結果、病状と本人の病識にズレがある場合があるので注意。特に、病識がない場合は本人を受容する姿勢が必要。) ○ 上記の結果、認知症が疑われる場合の診断は、「せん妄」や「うつ病」、「正常圧水頭症など治療可能な認知症」との鑑別が必要であることから、可能な限り認知症疾患医療センター、専門医療機関(精神科、神経内科、脳神経外科等)への受診を勧める。この際、認知症疾患医療センター受診までの待機期間が長ければ、専門医療機関の受診を勧める。 ○ やむを得ず自ら診断・治療にあたる場合も経過観察に努め、必要に応じ、認知症疾患医療センター、専門医療機関への受診を勧める。 ○ 認知症と診断された場合の日常的な相談窓口として、地域包括支援センターや認知症の人と家族の会の相談窓口を紹介する。 <p>自らの患者に認知症の疑いがある場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 上記と同様のスクリーニングを行い、認知症が疑われる場合の診断は、「せん妄」や「うつ病」、「正常圧水頭症など治療可能な認知症」との鑑別が必要であることから、可能な限り認知症疾患医療センター、専門医療機関(精神科、神経内科、脳神経外科等)への受診を勧める。この際、認知症疾患医療センター受診までの待機期間が長ければ、専門医療機関を勧める。 ○ やむを得ず自ら診断・治療にあたる場合も経過観察に努め、必要に応じ、認知症疾患医療センター、専門医療機関への受診を勧める。 ○ 認知症と診断された場合の日常的な相談窓口として、地域包括支援センターや認知症の人と家族の会の相談窓口を紹介する。
③ 認知症サポート医	<ul style="list-style-type: none"> ○ 本人・家族からの受診希望があれば、まず、かかりつけ医に相談してみることを勧める。 ○ 上記の対応が困難な場合は、DASC-21、HDS-R、MMSE、かなひろいテスト等によるスクリーニングを行い、自らかかりつけ医になつて診察にあたるか、又は専門医療機関(精神科、神経内科、脳神経外科等)、認知症疾患医療センターへの受診を勧める。この際、認知症疾患医療センター受診までの待機期間が長ければ、専門医療機関の受診を勧める。 ○ 認知症と診断された場合の日常的な相談窓口として、地域包括支援センターや認知症の人と家族の会の相談窓口を紹介する。
④ 専門医療機関 (精神科、神経内科、脳神経外科等)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 本人・家族からの受診希望があればまず、かかりつけ医から紹介状を書いてもらうよう依頼する。 ○ 認知症と診断された場合の日常的な相談窓口として、地域包括支援センターや認知症の人と家族の会の相談窓口や本人・家族の集い等を紹介する。
⑤ 認知症疾患医療センター 研修、普及啓発、保健所等関係機関との連携については省略	<ul style="list-style-type: none"> ○ 本人・家族等からの相談に応じる。内容により、直ちに認知症疾患医療センターへの受診が必要と判断した場合は、受診を勧めるとともに、かかりつけ医に認知症疾患医療センターへの紹介状を依頼する。 ○ 緊急を要しない場合は、かかりつけ医に相談してみることを勧める。その対応が困難な場合は、かかりつけ医認知症対応力向上研修修了医、認知症サポート医、専門医療機関(精神科、神経内科、脳神経外科等)への相談を勧める。 ○ 認知症と診断された場合の日常的な相談窓口として、地域包括支援センター、認知症の人と家族の会の相談窓口や本人・家族の集い等を紹介する。
⑥ 一般病院	<ul style="list-style-type: none"> ○ 高齢者の身体疾患の治療を行っている場合でも、常に認知症の兆候に留意する。 ○ (②かかりつけ医と同様の対応)
⑦ 一般急性期病院	<ul style="list-style-type: none"> ○ 高齢者の身体疾患の治療を行っている場合でも、常に認知症の兆候に留意する。 ○ (②かかりつけ医と同様の対応)
○ かかりつけ歯科医師、薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> ○ 認知症の疑いのある人について、専門医療機関(精神科、神経内科、脳神経外科等)、認知症疾患医療センターでの診断を受けていない場合は、家族等に対し受診を勧める。
○ 介護保険事業所、介護保険施設	<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護保険事業所・施設利用者で認知症の疑いの症状がありながら、専門医療機関(精神科、神経内科、脳神経外科等)、認知症疾患医療センターでの診断を受けていない場合は、家族等に対し受診を勧める。

関係機関	Ⅱ 診断・治療
① 相談機関 (地域包括支援センター等)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医師から認知症の診断を受けた人の家族介護者等に対し、なるべく速やかに介護保険の認定申請(既に認定済みの場合は必要に応じ区分変更申請)の手続きや認知症の人と家族の会などの支援体制について助言・支援を行う。また、手帳(情報連携ツール)やケアパスを整備し配布する。 ○ 独居の人などへ必要に応じ通院助介や服薬の見守りなどを行う。 ○ 訪問などにより、診療を確実に受けているか確認を行う。診療を受けていなければ、かかりつけ医の指示を仰ぎながら確実な診療につながるよう支援する。 ○ 閉じこもり予防、仲間づくりなど認知症進行予防のための脳活性化リハビリ、生きがいづくり、運動療法等の目的で、通所リハビリ、通所介護等の介護保険サービスの利用を促す。
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	<p>やむを得ず自ら診断した場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 家族介護者に対し、生活環境や家族対応の改善が効果的であることから、認知症の正しい知識(認知症の人が迎える経過を含む)や対応上の留意点、生活環境の整備のポイント等を伝える。この際、認知症の人と家族の会山形県支部が作成する「安心カード」も活用する。また、できるだけ早く専門医療機関(精神科、神経内科、脳神経外科等)でのセカンドオピニオンの依頼を行う。 ○ 運転免許保有者である場合、道路交通法第101条の6第1項に基づく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。 <p>認知症疾患医療センター等からの逆紹介により日常的な治療にあたる場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 認知症サポート医、専門医療機関(精神科、神経内科、脳神経外科等)との連携関係をつくり、日常診療において支援を受けやすい体制をつくる。 ○ 認知症治療薬服薬後の経過観察について介護者に依頼する。 ○ 本人・家族の同意を得て地域包括支援センターにも連絡の上、家庭を訪問してもらい介護サービスの説明など長期間にわたる支援体制をつくり生活の不安を緩和する。 ○ 認知症と診断した場合は、介護保険の利用を勧め、その後市町村の依頼に基づき、介護保険認定審査用の「主治意見書」を作成する。 ○ 治療経過中に別の認知症を疑う症状が発現した場合は認知症疾患医療センターに紹介する。この際、認知症疾患医療センター受診までの待機期間が長ければ専門医療機関(精神科、神経内科、脳神経外科等)の受診を勧める。 ○ 運転免許保有者である場合、道路交通法第101条の6第1項に基づく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。 ○ (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。
③ 認知症サポート医	<ul style="list-style-type: none"> ○ かかりつけ医から診断、服薬等について相談があった場合、治療又は専門医療機関(精神科、神経内科、脳神経外科等)への紹介等の助言を行う。 ○ (自ら診療にあたる場合の対応は、上記「かかりつけ医」に同じ。)
④ 専門医療機関 (精神科、神経内科、脳神経外科等)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 典型的な症例をはじめ、状態が不安定な患者本人・家族が受診を希望している場合(かかりつけ医からの紹介によるものを含む)は診断・治療を行う。 ○ 家族介護者に対し、生活環境や家族対応の改善が認知症の症状緩和に効果的であることから、認知症の正しい知識(認知症の人が迎える経過を含む)や対応上の留意点、生活環境の整備のポイント、日常的な相談窓口(地域包括支援センター、認知症の人と家族の会の相談窓口や本人・家族の集い)等を伝える。この際、「安心カード」やケアパスを活用する。 ○ 安定時のかかりつけ医への逆紹介や対応困難時の助言等を行う。 ○ 運転免許保有者である場合、道路交通法第101条の6第1項に基づく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。 ○ (道路交通法第102条関係) ②かかりつけ医と同様の対応
⑤ 認知症疾患医療センター	<ul style="list-style-type: none"> ○ 診断と治療方針の決定を行う。 ○ かかりつけ医・認知症サポート医・専門医療機関(精神科、神経内科、脳神経外科等)の診断依頼や相談に対応する。 ○ 診断後は、家族介護者に対し、生活環境や家族対応の改善が効果的であることから、認知症の正しい知識(認知症の人が迎える経過を含む)や対応上の留意点、生活環境の整備のポイント、日常的な相談窓口(地域包括支援センター、認知症の人と家族の会の相談窓口や本人・家族の集い)等を伝える。この際、「安心カード」やケアパスを活用する。 ○ 安定時のかかりつけ医への逆紹介や対応困難時の助言等を行う。 ○ 同意を得て、地域包括支援センター等の関係機関への情報提供を行い、地域での支援体制をつくる。 ○ 運転免許保有者である場合、道路交通法第101条の6第1項に基づく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。 ○ (道路交通法第102条関係) ②かかりつけ医と同様の対応
⑥ 一般病院	<ul style="list-style-type: none"> ○ 身体疾患の治療を行っている場合でも、常に認知症について意識し、疑いがあった場合には、かかりつけ医又は専門医療機関での受診を促す。 ○ ②かかりつけ医と同様の対応
⑦ 一般急性期病院	<ul style="list-style-type: none"> ○ ②かかりつけ医と同様の対応
○ かかりつけ歯科医師、薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> ○ (認知症の人の状況に応じた歯科治療や口腔機能の管理、又は薬学的管理や服薬指導等を行う。)
○ 介護保険事業所、介護保険施設	<ul style="list-style-type: none"> ○ (介護上の相談、生活支援を行う。)

(3/4枚目)

中等度認知症

関係機関	Ⅲ 日常生活における治療	Ⅳ 身体合併症 ・ せん妄
① 相談機関 (地域包括支援センター等)	○ 認知症の人を保護した場合の対応体制をあらかじめ決めておく。	緊急時に求められる対応 ○ 介護者が不在などの場合において、緊急時に初動対応を行った場合は、外来時・救急時の付き添いを担うこともある。同時に介護者親族への連絡調整を行う。
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	(Ⅱの治療に同じ)	緊急時に求められる対応 ○ 激しいせん妄が出ている場合でも、直ちに専門医療機関(精神科、神経内科、脳神経外科等)に紹介するのではなく、まず、せん妄の要因についての判断を行う。 ○ 軽微な身体疾患(脱水、低血糖等)が要因となっている場合は、自ら治療にあたる。 ○ 身体的な問題が大きい場合は総合病院を紹介する。 緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応 ○ 介護者に対し、本人の食事、睡眠、排せつ等の様子や気分の変化に目を配るよう助言し、異常があれば連絡をもらう。
③ 認知症サポート医		○ IIに同じ。
④ 専門医療機関 (精神科、神経内科、脳神経外科等)		緊急時に求められる対応 ○ 一般急性期病院での治療後も対応困難な精神症状が続いている場合は受け入れる。 ○ 身体疾患の治療が必要な場合でも、急性期を脱しているのであれば可能な限り受け入れてBPSDへの対応を行う。 緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応 ○ かかりつけ医、一般急性期病院等との連携を確保し、薬の処方や家族介護者支援についての助言を行う。 ○ 一般急性期病院における認知症ケアへの助言・支援を行う。
⑤ 認知症疾患医療センター	○ かかりつけ医等からの相談対応を行う。	○ かかりつけ医と協議のうえ、自ら治療を行うが適切な医療機関・診療科への振り分けを行う。
⑥ 一般病院		○ 認知症疾患医療センター、専門医療機関(精神科、神経内科、脳神経外科等)と連携して可能な治療を行う。
⑦ 一般急性期病院		緊急時に求められる対応 ○ かかりつけ医では対応困難な身体疾患について、可能な限り認知症の症状を許容し、患者を受け入れて身体疾患の治療を行う。 ○ 身体疾患の治療を行い、急性期を脱した後は、専門医療機関(精神科、神経内科、脳神経外科等)への転院やかかりつけ医への紹介を行う。 緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応 ○ 認知症のケアチームを編成するなどにより、身体合併症患者の認知症の症状に対する許容力を向上する。
○ かかりつけ歯科医師、薬剤師	○ (認知症の人の状況に応じた歯科治療や口腔機能の管理、又は薬学的管理や服薬指導等を行う。)	
○ 介護保険事業所、介護保険施設	○ (家族の負担軽減のために、介護保険サービスを活用する。)	

(4/4枚目)

中等度認知症 / 高度認知症

関係機関	中等度認知症	高度認知症
	V BPSD（行動・心理症状）	VI 生活の場での医療
① 相談機関 (地域包括支援センター等)	<p>緊急時に求められる対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護者が不在などの場合において、緊急時に初動対応を行った場合は、外来時・救急時の付き添いを担うこともある。同時に介護者親族への連絡調整を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 訪問などにより、診療を確実に受けているか確認を行い、必要に応じて在宅サービスや医療機関との調整を行う。 ※ (健康な状態にある人々に、高度認知症や終末期の状態について十分な教育を行い、どのような看取りを望むか、延命治療を望むか否か等の意思表示(リビング・ウィル)をあらかじめ明示しておくことを啓発する。)
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	<p>緊急時に求められる対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 本人の生活環境について検討し、本人に好ましくない環境の変化がある場合は元の状態へ戻すよう助言して経過を観察するが、必要に応じて専門医療機関(精神科、神経内科、脳神経外科等)を紹介する。 <p>緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 早めに地域の専門医療機関の外来と連携を図っておく。 ○ 必要に応じて相談できる窓口(地域包括支援センターや認知症の人と家族の会等)を紹介しておく。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 高度認知症・終末期の状態像を把握し、家族介護者に対して十分な説明を行う。
③ 認知症サポート医	<ul style="list-style-type: none"> ○ IIに同じ。 	
④ 専門医療機関 (精神科、神経内科、脳神経外科等)	<p>緊急時に求められる対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ かかりつけ医に対し、薬の処方や家族介護者支援についての助言を行う。 ○ 積極的な身体疾患の治療が必要でない状態であれば受け入れてBPSDの治療を行う。 <p>緊急時に至ることを避けるために、日ごろから求められる対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ かかりつけ医、一般急性期病院等との連携を確保し、薬の処方や家族介護者支援についての助言を行う。 	
⑤ 認知症疾患医療センター	<ul style="list-style-type: none"> ○ かかりつけ医と協議のうえ、自ら治療を行うか専門医療機関(精神科、神経内科、脳神経外科等)などへの紹介を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ かかりつけ医、相談機関、家族等からの相談に応じる。
⑥ 一般病院	<ul style="list-style-type: none"> ○ 身体合併症に伴ってBPSDが生じている場合は身体合併症の治療を行うが、BPSDが悪化している場合は、認知症疾患医療センター、専門医療機関(精神科、神経内科、脳神経外科等)と連携し治療を行う。 	
⑦ 一般急性期病院	<p>緊急時に求められる対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 身体合併症を優先すべきケースでBPSDにも対応しなければならぬ時は、専門医療機関(精神科、神経内科、脳神経外科等)や認知症疾患医療センター等と連携して対応する。病状によっては、転院等も検討できるよう(日頃から)連携をとる。 	
○ かかりつけ歯科医師、薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> ○ (認知症の人の状況に応じた歯科治療や口腔機能の管理、又は薬学的管理や服薬指導等を行う。) 	
○ 介護保険事業所、介護保険施設	<ul style="list-style-type: none"> ○ (家族の負担軽減のために、介護保険サービスを活用する。) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ADL全介助、四肢拘縮、意思疎通不能、嚥下障がい、呼吸不全等の状況に対応しつつ、本人・家族の要望や同意があれば、介護施設や在宅で看取り介護を行う。 ※ (健康な状態にある時に、高度認知症、終末期の状態像について十分な教育をする。そのうえで、延命治療を望むか否かの意思表示をしておくシステムを作る(エンディングノート等))。

山形県認知症施策推進行動計画

令和3年3月改訂
(平成28年1月策定)

編集：山形県健康福祉部 長寿社会政策課
〒990-8570 山形県山形市松波二丁目8番1号