

(5) 精神疾患

イ 認知症

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、認知症高齢者*は急増し、平成17年の約7万人から平成27年には15万8千人に増加すると見込まれています。特に、85歳以上では約4人に1人が認知症になる可能性があることから、長寿社会においては、認知症は誰もが避けて通れない病気と言えます。

*「認知症高齢者」・・・厚生労働省が算出した、「日常生活自立度」Ⅱ以上の認知症高齢者割合（出現率）を本県の人口・将来推計人口に乗じて算出した。

*「日常生活自立度Ⅱ」・・・日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意すれば自立できる状態。

- そのため、認知症対策は、単に認知症の人やその家族等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り組み等、超高齢社会における総合的な対策が必要となります。
- 現状では、認知症の発症を完全に防ぐことは困難ですが、生活習慣病の治療、食生活の見直し、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、発症や進行を遅らせることが期待されており、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、徘徊、暴力、昼夜逆転等の症状を抑え、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。初期の認知症の人にみられる症状は、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、本人や家族が受診を躊躇したり、世間体を気にして隠したりすることにより、発見と対応が遅れることがあります。
- 認知症の症状が進むと、自分の身体状況や自覚症状等をうまく周囲に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、早期に身体機能や口腔機能等を確認し、必要に応じて治療や補助器具・義歯作成等の対応を行うことが重要です。
- 本人や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。
- 認知症対策は、本人の支援だけでなく、本人の身近な支援者であり介護負担の大きい家族の視点に立って施策を検討することも必要です。

- また、64歳以下で発生した若年性認知症の人については、働き盛りでの発症により、失業や子育ての悩み、経済的、精神的負担が多く、高齢者に比べて社会的理解も乏しく、支援体制も十分に整っていない現状があります。
- 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。
- また、認知症の人が一部の専門医療機関へ集中し長期の診療待ちとなったり、かかりつけ医*に対する専門医のバックアップ体制が構築できず早期診断に結びつかずたりするという問題も指摘されています。
- 極めて重篤な周辺症状により、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激しい周辺症状は、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。
- 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、本人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。
- 現在、県内においては、認知症の人の診断から入院治療まで行うことのできる医療機関は極めて少なく、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、在宅での生活を支える仕組みが求められています。

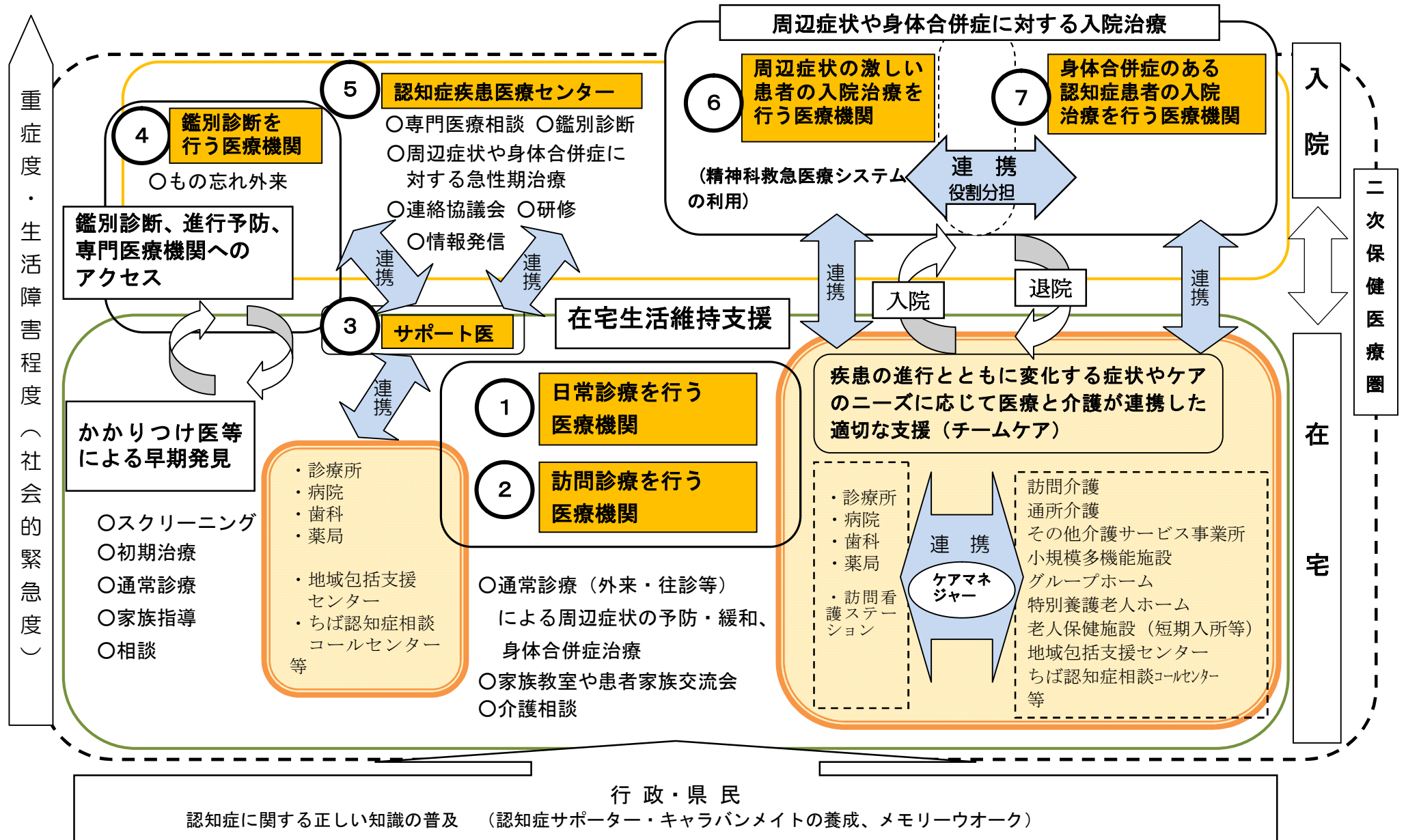
循環型地域医療連携システムの構築

- 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、周辺症状*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、日常の診療の中で、認知症の可能性について判断し、認知症を疑った場合、速やかに認知症疾患医療センター*等の専門医療機関を紹介するとともに、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、周辺症状や身体疾患により、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。

- 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。
- 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、周辺症状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。
- 認知症の周辺症状（徘徊、暴力等）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。
- ①日常的な診療を行う医療機関、②訪問診療を行う医療機関、③サポート医、④鑑別診断を行う医療機関、⑤認知症疾患医療センター、⑥周辺症状（徘徊、暴力等）が悪化した場合に入院治療が可能な医療機関、⑦身体疾患で入院治療が必要となった場合に対応可能な医療機関については、千葉県保健医療計画に関する調査（平成24年9月）の回答をもとにリストを作成し掲載します。
- 今後、情報共有のツールとなる「認知症の人を支える連携パス（千葉県標準モデル試案。以下、「認知症連携パス」という。）」の検討・普及を進め、認知症の循環型地域医療連携システムが円滑に運用されることで、認知症患者が、地域のどの医療機関でどのような治療が受けられるか、家族を含めて理解できるようにします。そして、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効果的な認知症支援体制の整備を進めます。

認知症の循環型地域医療連携システムのイメージ図



施策の具体的展開

〔本人、家族、地域住民の理解促進〕

- 認知症に対する誤解や偏見により、本人や家族が苦しんでいることも少なくありません。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、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*の養成、さらには認知症メモリーウォーク*等を通じて、地域住民、学校、企業等への認知症の正しい理解の普及啓発を進めます。
- 行政や保険者による健康診断の自覚症状・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。
- 認知症の人を介護する家族に対し、地域包括支援センターと連携した家族交流会や家族のための研修会を開催し、認知症の知識、精神面での支援や認知症介護技術の向上等を図ります。

〔かかりつけ医、サポート医、専門医の診療体制の整備〕

- かかりつけ医は、日常の診療の中で、認知症の初期の症状に気づくことも多く、周辺症状に対しても生活全般を総合的に評価して対応できるため、認知症の初期診療の要となりえます。そのため、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。
- かかりつけ医が認知症患者の診療を長期にわたって継続するためには、専門医によるバックアップ体制が極めて重要であるため、専門医とかかりつけ医の役割分担を明確化し、地域の実情に応じたバックアップ体制づくりを進めます。

〔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〕

- 認知症の人の支援においては、地域包括支援センターに、専門医やサポート医の情報や、支援ニーズに応じた介護サービス等の情報が集約され、誰でも容易に情報を得ることができるようにすることが重要であると考えられることから、今後は、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。
- 平成22年5月、これまで実施してきた電話相談事業を拡充して、「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、窓口開設時間を拡大するとともに、併せて専門職による面接相談を実施しています。
- 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・周辺症状への急性期対応、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

連携した地域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。

- 認知症の人が入退院する際、医療機関相互や、介護支援専門員、介護施設等と医療機関の円滑な連携を図るため、本人の情報を共有するためのツールとしての「認知症連携パス」の検討・普及等を進めます。
- 「認知症連携パス」を活用し、医療、福祉・介護、行政等の関係者と連携を図りながら専門的な助言・支援を行う「認知症コーディネーター」の養成に取り組んでいきます。
- 認知症の人と家族の方の支援には、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、各専門職の研修体系の構築及び研修の実施を進めます。

〔中核症状・周辺症状への対応〕

- 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アルツハイマー型認知症の場合には可能といわれており、早期発見・早期診断が重要です。このため、できるだけ早期に、適切な診療を受けられるよう、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、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プログラムについて、普及等の施策を検討します。
- 周辺症状については、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いわれています。このため、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、認知症の周辺症状は、環境調整を行ったり、ケアの対応を変えることで症状が大きく改善されると指摘されています。

近年では、認知症の人の介護において、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ますが、今後は、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するとともに、認知症の周辺症状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。

- 中核症状の進行抑制や周辺症状の出現予防、緩和を図るため、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。

〔激しい周辺症状を伴う患者への対応〕

- 激しい周辺症状により、在宅での生活が困難となり、精神科救急医療機関等での緊急的な入院治療や、介護施設でのショートステイの利用等が必要となる場合があります。激しい周辺症状は、3ヶ月程度で軽快することが多いといわれているため、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。

〔身体合併症（周辺症状を伴う場合を含む）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、認知症の周辺症状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。
- 認知症患者の入院治療に際しては、院内において医師や看護師をはじめとする多職種のスタッフが連携してチーム支援を行うことが有効です。このため、認知症看護認定看護師*等の人材養成や、院内において活動しやすい環境づくりを促進します。

〔終末期における看取りの支援〕

- 終末期における看取りの支援では、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家族に情報提供したうえで、本人や家族の意思を尊重したものでなければなりません。
- そのため、地域において在宅医療を行う一般診療所*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。

評価指標

〔基盤(ストラクチャー)〕

指 標 名	現状 (平成23年度)	目標 (平成27年度)
認知症サポーター数	112,175人(累計)	169,000人(累計)
認知症サポート医の養成人数 ※千葉市を除く	105人(累計)	185人(累計)
かかりつけ医認知症対応力向上 研修修了者数 ※千葉市を除く	409人(累計)	520人(累計)
認知症疾患医療センターの指定 箇所数 ※千葉市を除く	1箇所(累計)	8箇所(累計)
認知症介護実践研修受講者数	2,115人(累計)	3,475人(累計)

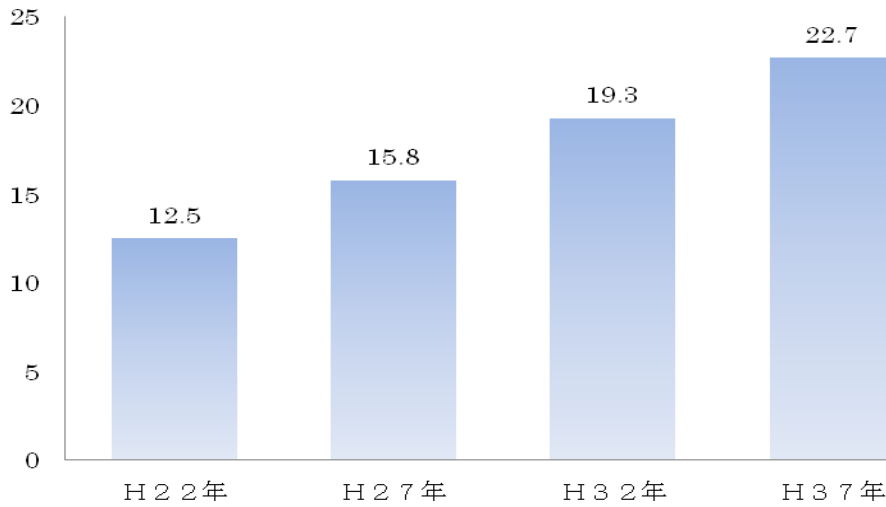
〔過程(プロセス)〕

指 標 名	現状 (平成23年度)	目標 (平成27年度)
認知症疾患医療センターの 専門医療相談件数	266件	2,713件
認知症の人を支える連携パス導 入率(医療圏域の割合) ※千葉市を除く	—	50%(4/8)

〔結果(アウトカム)〕

指 標 名	現状 (平成20年)	目標 (平成27年)
退院患者平均在院日数(認知症)	299.1日 (全国平均342.7日)	期間短縮を図る

(万人) 【 図表 2-1-1-2-5-6 本県の認知症高齢者の推計値 】



※ 厚生労働省「認知症高齢者数について」における認知症高齢者出現率に基づき推計。

【 図表 2-1-1-2-5-7 ステージごとの施策検討の方向性 】

