

認知症について

※アンダーラインは課題

1 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増加し、認知症高齢者数は増加すると見込まれています。また、85歳以上では半数以上に認知症の症状が見られるとの研究報告もあり、誰もが介護者等として認知症にかかわる可能性があるなど、身近な病気であると言えます。

そのため、認知症対策は、単に認知症の人やその家族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組等、超高齢社会における総合的な対策が必要となります。

また、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。

〔発症予防・早期発見〕

正常と認知症の中間に当たる状態である MCI (Mild Cognitive Impairment : 軽度認知障害) は、認知機能 (記憶、決定、理由づけ、実行など) のうち1つの機能に問題が生じてはいますが、日常生活には支障がない状態です。

MCI に気づき、対策を行うことで認知機能の改善や認知症の発症を抑制できる可能性があります。

現状では、認知症の発症を完全に防ぐことは困難ですが、原因疾患によっては生活習慣病の治療、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 (行動・心理症状 (BPSD)) 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。

認知症の人にみられる初期症状は、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、本人やその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。

本人やその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。

〔若年性認知症〕

若年性認知症は、働き盛りでの発症により就労や生活費等の経済的、精神的負担が大きい一方で社会的理解が乏しく支援体制も十分に整っていない現状にあるこ

とから、若年性認知症に対する社会的理解を深め、患者やその家族に対する支援体制を整える必要があります。

更に、患者や配偶者の親等の介護と重なり、複数介護になる等の特徴があることから、様々な分野にわたる支援を総合的に講じていく必要があります。

[入退院時からの地域生活への支援]

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、患者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ることから、対応できる人材の育成支援が必要となります。

極めて重篤な行動・心理症状（BPSD）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BPSD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。

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、地域での生活を支える仕組みが求められています。

[認知症の進行と看取り支援]

認知症の症状が進むと、身体状況や自分の思い等を周囲にうまく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、早期に身体や口腔機能等を確認し、必要に応じた治療や補助器具・義歯等の作成、終末期の過ごし方を家族や身近な人と話し合っておくこと等が重要になります。

認知症対策は、認知症の人やその家族の視点に立ち、各関係機関が連携して取り組んでいくことが必要です。

終末期における看取り支援では、尊厳を保ちながら自分らしく最期まで生きられるよう、認知症の人やその家族の意思を尊重する必要があります。判断能力の回復が見込めない状況になっても患者の価値観を尊重し、希望する人生の最終段階における医療や介護等を受けることができるように、自らの意思を表明できない状況になる前に、延命を目的とした医療処置の希望について、かかりつけ医や家族など身近な人と十分に話し合っておくことが必要です。

2 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、行動・心理症状（BPSD）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、認知症の可能性について判断するとともに、認知症疾患医療センター等の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、行動・心理症状（BPSD）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。

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、行動・心理症状（BPSD）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。

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。

市町村が設置する認知症初期支援チームは、複数の専門職が認知症と疑われる人を訪問し、観察・評価、家族支援等の初期支援を行います。

認知症の行動・心理症状（BPSD）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。

地域における認知症支援体制の構築を推進するため、「千葉県認知症コーディネーター」を養成します。千葉県認知症コーディネーターは、国により市町村に必置とされている認知症地域支援推進員として活動することができます。

認知症支援に携わる様々な専門職が、支援に必要な情報を共有しながら、必要に応じて助言依頼・意見交換なども行うことができ、県内全域で利用可能なツールとして作成した「千葉県オレンジ連携シート」を普及させ、地域の保健医療・介護関係者との連携を図ります。

連携のための医療機関リストの項目

(丸付き数字はイメージ図の番号)

- 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 認知症サポート医
- 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 行動・心理症状（BPSD）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

3 施策展開の方向性

- 認知症に対する正しい理解の普及・啓発とやさしいまちづくりの推進
 - ・本人、家族、地域住民の理解促進
- 認知症予防の推進
- 早期診断と適切な医療・介護連携体制の整備、多職種協働の推進
 - ・かかりつけ医、認知症サポート医、専門医の診療体制の整備
 - ・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
 - ・中核症状、行動・心理症状（BPSD）への対応
 - ・激しい行動・心理症状（BPSD）を伴う患者への対応
- 認知症支援に携わる人材の養成
 - ・身体合併症（行動・心理症状（BPSD）を伴う場合を含む）への対応
- 本人とその家族への支援
 - ・認知症の人やその家族の視点の重視
 - ・認知症の人の介護者への支援
 - ・終末期における看取りの支援
- 若年性認知症施策の推進
 - ・若年性認知症の人とその家族への支援

図表 5-1 認知症疾患医療センター (H29.7.1 現在)



