

# 千葉県認知症対策推進協議会

医療連携のあり方検討作業部会

医療と介護・福祉の連携のあり方検討作業部会

## 報告書

平成 23 年 3 月

# 目 次

I	はじめに	1
II	高齢化の現状と認知症について	
1.	千葉県の高齢化の現状と今後の推移	5
2.	認知症高齢者の支援に関する社会資源の現状	8
3.	家族、地域の状況	11
III	認知症対策の基本視点	
1.	認知症の特性	13
2.	基本視点	14
IV	認知症対策の課題と施策の方向性	
1.	早期発見・早期診断	16
(1)	本人、家族、地域住民の理解	16
(2)	かかりつけ医による初期診療	17
(3)	サポート医、専門医のバックアップ体制	19
2.	地域における医療と介護の連携体制の構築	20
(1)	多機関の連携	20
(2)	継続的で一貫した相談支援体制の構築	22
ア	地域包括支援センターによる相談支援	23
イ	ちば認知症相談コールセンターによる相談支援	24
ウ	認知症疾患医療センターによる相談支援	24
3.	周辺症状への対応	26
(1)	周辺症状の重症化予防	26
ア	認知症ケアの普及	26
イ	認知症リハビリテーション	26
(2)	激しい周辺症状のある認知症患者への対応	27
(3)	身体合併症への対応	28
ア	院内連携	29
イ	病院間、介護施設・病院間の連携	30
4.	看取りの支援	30
V	今後の検討に向けて	32
	千葉県認知症対策推進協議会委員名簿	34
	参考資料	35

# I はじめに

## 1 背景

千葉県では、平成 21 年 3 月、平成 21 年度から 23 年度までを計画期間とする千葉県高齢者保健福祉計画を策定した。この計画は、急速に高齢化が進みつつある本県の現状を踏まえ、団塊の世代が高齢期を迎える平成 27 年の社会の姿を念頭に、平成 26 年度における高齢者介護等の目標を設定した上で、当面取り組むべき施策を明らかにしたものである。

この計画では、誰もが、ありのままにその人らしく、地域で暮らすことのできるよう「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」を基本理念に掲げ、7つの施策の基本方向のもとに施策を体系づけている。

計画においては「認知症になっても安心して暮らせる地域づくり」を施策の基本方向の一つとして位置づけ、認知症の正しい理解の普及啓発、相談体制の充実、医療との連携による早期発見・早期治療と適切な対応に向けた取り組みの推進など、様々な施策を総合的に展開することとしている。本県は、全国第 2 位のスピードで高齢化が進行する中、加齢に伴って出現率が高まる認知症高齢者は、長寿化により、一層急速に増加することが見込まれることから、認知症対策は、単に認知症高齢者やその家族のためだけの対策ではなく、超高齢社会における県の総合的な政策として位置づけ検討していく必要がある。

認知症対策について、国は、平成 20 年 5 月「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」を設置し、その報告書において、介護保険サービスの提供を中心に進められてきたわが国の認知症対策を転換し、医療と介護の密接な連携のもとで適切な医療サービスと介護サービスを提供するとともに、本人やその家族の生活を支援し、その質を向上するための施策の流れを確立する方針を明らかにしている。

千葉県では、これまで、認知症サポーターの養成や本県独自の事業である「認知症メモリーウオーク」の開催、認知症サポート医の養成などの施策に積極的に取り組んできたが、今後は、認知症への対応を行うマンパワーや拠点などの「地域資源」をネットワーク化し、相互に連携しながら有効な支援を行う体制を構築することが極めて重要であることから、平成 21 年 8 月、医療関係者、介護福祉事業関係者など、幅広い分野の専門家で構成する「千葉県認知症対策推進協議会」を設置し、各地域の支援体制の構築を推進するための方策について検討いただくこととした。

また、検討にあたっては、特に、医療機関相互、あるいは、医療機関と介護・福祉事業関係者の密接な連携体制の構築が課題となることから、平成 21 年 9 月、協議会のもとに「医療連携のあり方検討作業部会」及び「医療と介護・福祉の連携のあり方検討

作業部会」を設置し、具体的な施策の検討を行うこととなった。(図 I-1)

## 2 検討の経過

平成23年3月末までに、表 I-1 のとおり、「千葉県認知症対策推進協議会を2回、「医療連携のあり方検討作業部会」及び「医療と介護・福祉の連携のあり方検討作業部会」を合同で10回実施し、先進事例のヒアリング等を行いながら、認知症高齢者を支える医療機関連携及び医療と介護の連携方策について検討を行った。

本報告書は、推進協議会および両作業部会のこれまでの検討を整理し、「千葉県認知症対策推進協議会」から県に対し、施策の提言を行うことを目的として作成するものである。

図 I-1 千葉県認知症対策推進協議会と作業部会

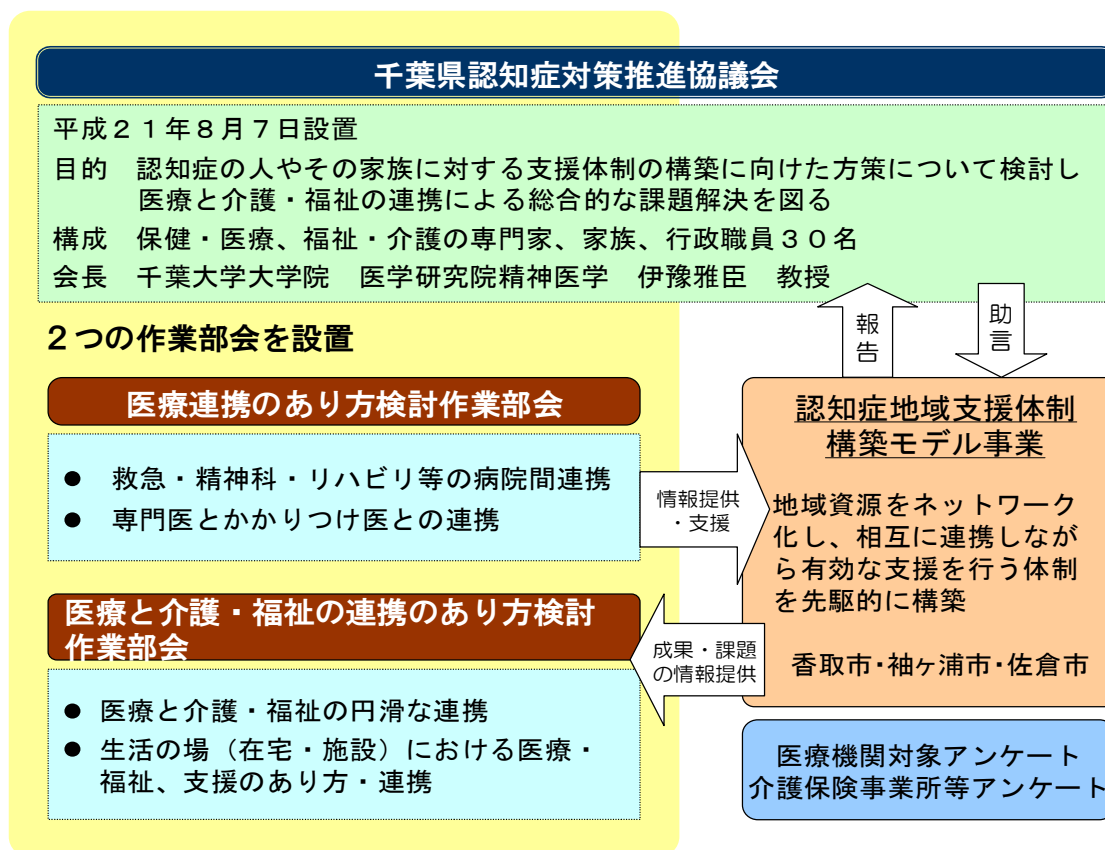


表 I - 1 推進協議会および作業部会の開催状況

	議 題
第 1 回推進協議会 (H21.8.7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・推進協議会の進め方</li> <li>・実態調査の実施について</li> <li>・モデル地域（香取市）の取り組みについて</li> </ul>
第 1 回作業部会 (合同) (H21.9.24)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・委員紹介及び作業部会長の選任、副作業部会長の指名</li> <li>・作業部会の進め方について</li> <li>・認知症に係る課題の整理について</li> <li>・実態調査について</li> </ul>
第 2 回作業部会 (合同) (H21.10.26)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現場報告① <ul style="list-style-type: none"> <li>i) 認知症対応における医療・介護・福祉の連携 松戸市健康福祉本部社会福祉担当部介護支援課 課長補佐 宮間恵美子氏 // 介護予防推進担当室長 井上スエ子氏</li> <li>ii) 認知症対応の現状（相談の現場から） 旭神経内科リハビリテーション病院 医療ソーシャルワーカー 内記久美子氏</li> <li>iii) 精神科医療における認知症対応の現状 日本精神科病院協会千葉県支部 木村 章氏</li> </ul> </li> <li>・実態調査について</li> </ul>
第 3 回作業部会 (合同) (H21.11.24)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現場報告② <ul style="list-style-type: none"> <li>i) 介護保険施設における認知症対応について 特別養護老人ホームじょうもんの郷 施設長 助川末枝保氏</li> <li>ii) 救急病院における身体合併症の対応及び認知症外来について 船橋市立医療センター 副院長 唐澤秀治氏 // 医事課 鯉淵 誠氏</li> </ul> </li> <li>・実態調査について</li> </ul>
第 4 回作業部会 (合同) (H22.1.12)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現場報告③ <ul style="list-style-type: none"> <li>i) リハビリテーションにおける認知症患者への対応状況と認知症外来について 千葉労災病院リハビリテーション科 部長 中村哲雄氏 // 言語聴覚士 安田清氏 ケアマネジャー 石井佐登子氏</li> </ul> </li> </ul>
第 5 回作業部会 (合同) (H22.3.30)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現場報告④ 日常における医療との連携 <ul style="list-style-type: none"> <li>i) 家族の立場から 認知症の人と家族の会 千葉県支部 植松多恵子氏</li> <li>ii) かかりつけ医の立場から 鈴木内科クリニック院長 鈴木 淳夫氏</li> <li>iii) 認知症専門医の立場から 千葉東病院神経内科医長 吉山 容正氏</li> <li>iv) 松戸市認知症研究会の取組み 松戸市健康福祉本部社会福祉担当部介護支援課課長補佐 宮間恵美子氏 // 介護予防推進担当室 秋庭 良一氏</li> </ul> </li> <li>・実態調査中間報告（回収数）</li> </ul>
第 6 回作業部会 (合同) (H22.4.26)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現場報告⑤ 日常における医療との連携 <ul style="list-style-type: none"> <li>i) 訪問看護師 訪問看護ステーション ゆうこう所長 泉山明美氏</li> <li>ii) 認知症対応型サービス提供者 (グループホーム、特別養護老人ホーム) 秋桜 介護事業総代表者 三島木和香子氏 グループホームうさぎの家 管理者 岩井芳枝氏 ワールドナッシング生活相談員・介護支援専門員 津雪聡子氏</li> </ul> </li> </ul>
第 7 回作業部会 (合同) (H22.5.25)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実態調査結果報告</li> <li>・現場報告⑥ 認知症看護認定看護師の活動 聖隷佐倉市民病院 認知症認定看護師 窪田妙子氏</li> <li>・認知症疾患医療センターについて</li> <li>・作業部会中間報告書骨子案</li> </ul>

第8回作業部会 (合同) (H22.6.29)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科医療における認知症対応 実態調査結果報告 日本精神科病院協会千葉県支部 木村 章氏</li> <li>・作業部会中間報告書案の検討</li> <li>・今後の議論の進め方</li> </ul>
第2回推進協議会 (H22.8.6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・作業部会中間報告書について</li> <li>・モデル地域（香取市、袖ヶ浦市、佐倉市）の実践報告</li> <li>・今後の議論の方向性について</li> </ul>
第9回作業部会 (合同) (H22.11.9)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現場報告⑦ 東総地区における認知症医療と介護の連携 海上療養所 副院長 上野秀樹氏</li> <li>・認知症高齢者を支援する専門職の人材育成について</li> <li>・先進事例集作成について</li> </ul>
第10回作業部会 (合同) (H23.1.18)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症疾患医療センターの指定にともなう連携体制について 袖ヶ浦さつき台病院 認知症疾患センター長 細井尚人氏 松戸市健康福祉本部社会福祉担当部介護支援課 課長補佐 宮間恵美子氏 旭神経内科リハビリテーション病院 医療ソーシャルワーカー 内記久美子氏</li> <li>・認知症コーディネーターについて</li> <li>・認知症対策推進協議会の最終報告書（案）について</li> </ul>
第3回推進協議会 (H23.3.15)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症対策推進協議会の最終報告書について</li> <li>・モデル地域（香取市、袖ヶ浦市、佐倉市）の実践報告</li> <li>・今後の認知症対策の推進について</li> </ul>

\*第3回推進協議会は、東日本大震災により開催できず、個々の委員に資料を郵送し、書面です承を得て最終報告書を完成させる。

## Ⅱ 高齢化の現状と認知症について

### 1 千葉県の高齢化の現状と今後の推移

#### (1) 日本の高齢化の現状

平成 17 年の国勢調査結果によると、我が国の高齢化率（総人口に占める高齢者人口の割合）は 20.1%と、約 5 人に 1 人が高齢者という状況である。

今後、平成 27 年には高齢化率が 25%を超え約 4 人に 1 人が高齢者に、平成 47 年には高齢化率が 33.7%と約 3 人に 1 人が高齢者となる見込みである。

このような高齢化の要因は、平均寿命の延伸による 65 歳以上人口の増加、並びに少子化の進行による若年人口の減少である。

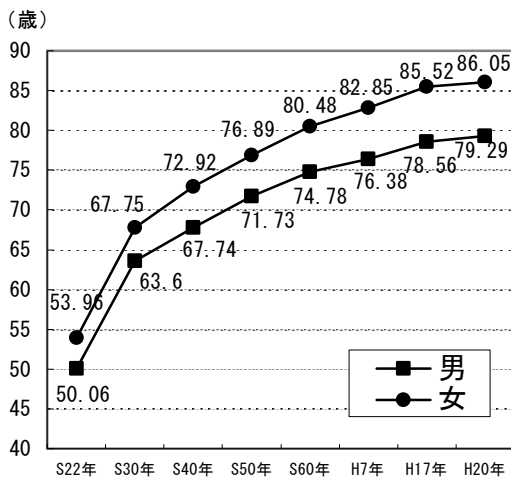
我が国の平均寿命は、終戦直後の昭和 22 年では男性 50.06 歳、女性 53.96 歳であったが、死亡率の低下に伴って大幅に延伸し、平成 20 年では男性 79.29 歳、女性 86.05 歳と、60 年間で約 30 歳延伸している。

また、我が国の合計特殊出生率は、第 1 次ベビーブーム（昭和 22 年～24 年）以降、急速に低下し、平成 17 年には 1.26 と過去最低を記録した。なお、平成 21 年には 1.37 まで上昇している。

高齢化の状況を先進諸国と比較すると、高齢化率が 7%を超えてからその倍の 14%に達するまでの所要年数は、フランスが 115 年、スウェーデンが 85 年、比較的短いドイツが 40 年、イギリスが 47 年であるのに対し、我が国は、昭和 45 年に 7%を超えると、その 24 年後の平成 6 年には 14%に達している。このように、我が国の高齢化は、世界に例をみない速度で進行している。

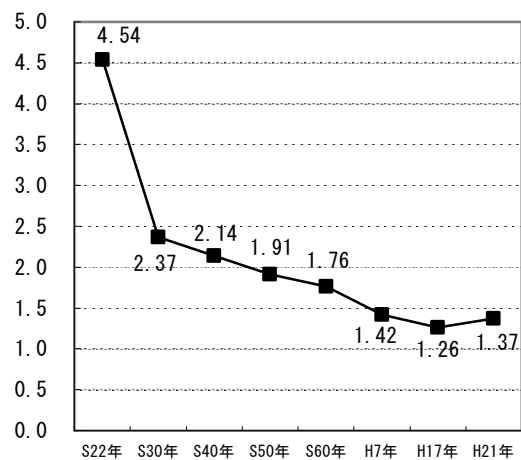
※ 合計特殊出生率とは、その年次の 15 歳から 49 歳までの女性の年齢別出生率を合計したもので、1 人の女性が仮にその年次の年齢別出生率で一生の間に生むとしたときの子ども数に相当する。

図Ⅱ-1-1 平均寿命の推移（全国）



※ 厚生労働省「完全生命表」及び「簡易生命表」による。

図Ⅱ-1-2 合計特殊出生率の推移（全国）



※ 厚生労働省「人口動態統計（概数）の概況」による。

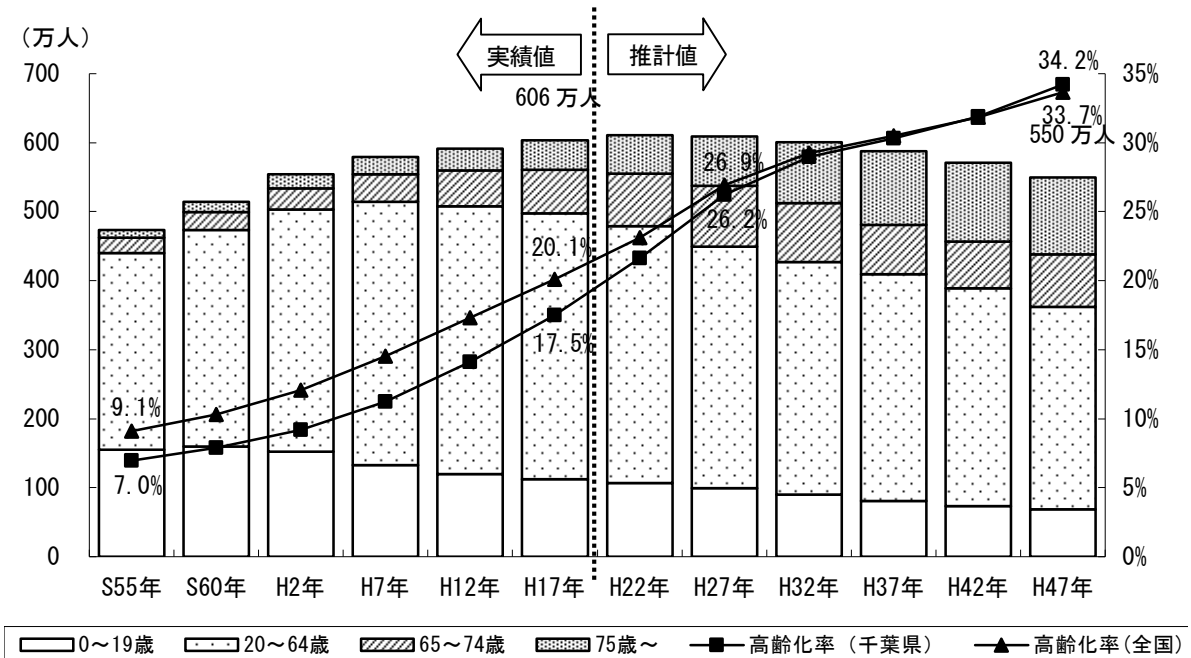
## (2) 千葉県の高齢化の状況と今後の見込み

平成 17 年の国勢調査によると、本県の高齢者人口は、約 106 万人と、100 万人を超えたところであるが、今後、総人口が減少に転じる一方、平成 37 年には、75 歳以上の人口だけで 100 万人を超える見込みである。

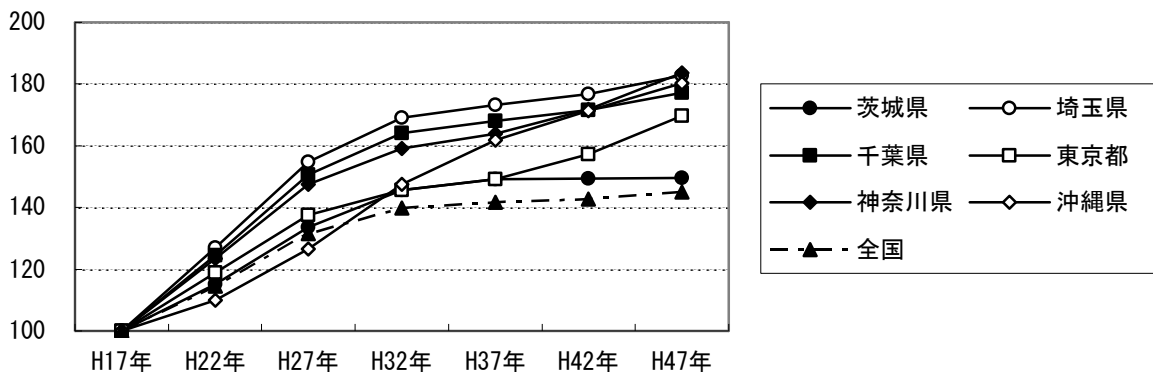
また、平成 17 年現在、本県の高齢化率（17.5%）は全国平均（20.1%）と比べ低い状況にあるが、高齢者人口の増加率は埼玉県に次いで全国 2 番目となっており、今後は全国平均との差を急速に縮め、団塊の世代が高齢期を迎える平成 27 年には高齢化率 26.2%（全国は 26.9%）と約 4 人に 1 人が、平成 47 年には 34.2%と約 3 人に 1 人が高齢者となる見込みである。

※ 「団塊の世代」とは、堺屋太一氏の小説『団塊の世代』に登場した言葉で、第二次世界大戦後、昭和 22 年（1947 年）～昭和 24 年（1949 年）の第 1 次ベビーブームで生まれた世代を指す。

図Ⅱ-1-3 千葉県将来推計人口と高齢化率



図Ⅱ-1-4 高齢者人口の増加率



※ 平成 17 年までは、総務省統計局「国勢調査結果」（各年 10 月 1 日現在）をもとに作成。

※ 平成 22 年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の都道府県別将来推計人口」（平成 19 年 5 月推計）をもとに作成。



### (3) 千葉県の認知症高齢者の将来推計

本県において要介護（要支援）認定を受けている認知症高齢者は、平成 17 年現在で、約 7 万人と推計されているが、今後、平均寿命の延伸や、それに伴う高齢者人口の急増等の要因により、平成 17 年から平成 32 年までの 15 年間で約 2 倍に、平成 47 年までの 30 年間で約 3 倍に増加するものと見込まれている。

平成 4 年の厚生省（現厚生労働省）の調査研究によると、年齢別では、男女とも 5 歳経つごとに認知症出現率は倍増していき、85 歳以上では男性は約 5 人に 1 人が、女性は約 3 人に 1 人が認知症であると推計されることとなる。

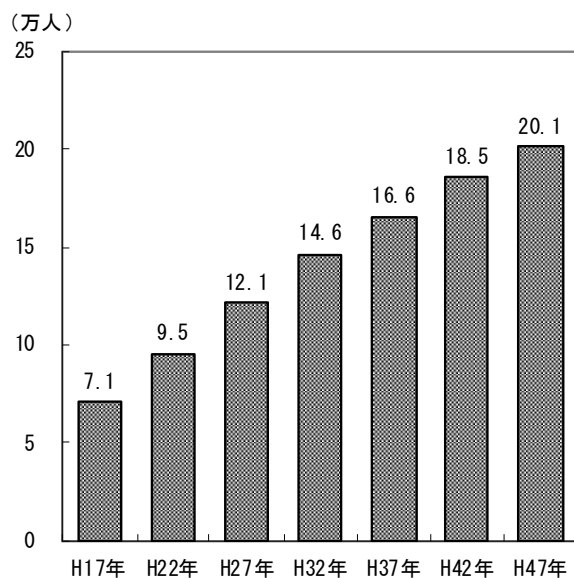
表Ⅱ-1-1 全国の要介護（要支援）高齢者における認知症高齢者（自立度Ⅱ以上）の出現率

H17 年	H22 年	H27 年	H32 年	H37 年	H42 年	H47 年
6.7%	7.2%	7.6%	8.4%	9.3%	10.2%	10.7%

※ 厚生労働省「2015 年の高齢者介護」より（出現率は 65 歳以上人口比）。

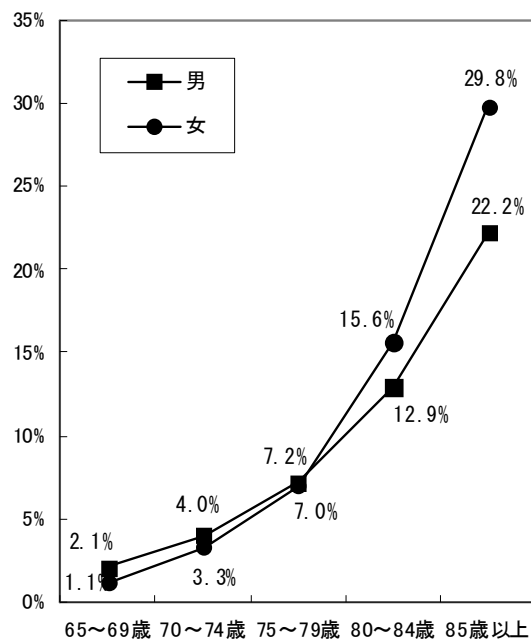
※ 自立度Ⅱ：日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立できる。

図Ⅱ-1-5 千葉県の要介護（要支援）高齢者における認知症高齢者（自立度Ⅱ以上）の将来推計



※ 厚生労働省「2015 年の高齢者介護」における認知症高齢者出現率に基づき推計。

図Ⅱ-1-6 年齢階級別にみた認知症出現率



※厚生科学研究（平成 3 年度）による厚生省（当時）推計

## 2. 認知症高齢者の支援に関する社会資源の現状

千葉県においては、表Ⅱ－２－１のとおり、認知症対策として、正しい理解の普及、認知症の予防、医療介護の連携、相談体制の整備、権利擁護体制の整備、人材の養成、若年性認知症対策等の施策を総合的に実施している。

表Ⅱ－２－１ 千葉県における認知症関連施策の概要

正しい理解の普及啓発	認知症サポーター・キャラバンメイトの養成 メモリーウオークの開催 認知症講座の開催
認知症予防	健康ちば21の推進 地域支援事業・予防事業の推進
医療・介護連携	認知症対策推進協議会の設置 地域支援体制構築モデル事業 認知症疾患医療センターの指定 地域生活連携シートの活用
相談体制の整備	ちば認知症相談コールセンターの設置 家族支援 認知症疾患医療センターの指定
権利擁護体制の整備	日常生活自立支援事業 高齢者虐待防止対策 身体拘束廃止の推進 社会福祉法人等の指導監査
人材の養成	サポート医の養成 かかりつけ医の認知症対応力向上研修 地域ケア多職種共同研修 認知症介護実践研修 地域包括支援センターの研修支援
若年性認知症	若年性認知症デイサービスの研究・研修 若年性認知症に係る福祉介護情報の提供

千葉県では、平成21年度末現在、認知症を理解し認知症の人や家族を温かく見守る応援者である「認知症サポーター」は66,410名、その養成講座の講師となる「キャラバンメイト」は、1,840名おり、千葉県高齢者保健福祉計画の23年度養成目標を上回るペースで養成されている。

一方、認知症にかかる地域医療体制構築の中核的な役割を担う「認知症サポート医」は平成21年度末現在83名、「かかりつけ医認知症対応力向上研修を受講した医師」は500名となっており、サポート医は全国統計にほぼ見合った養成がされているが、かかりつけ医は少ない状況である。(23年度養成目標「認知症サポート医」114名、「かかりつけ医認知症対応力向上研修受講医師600名)

医療資源の状況としては、平成22年3月現在、認知症専門外来19ヶ所、老人性痴呆疾患治療病棟保有施設は8病院となっている。(※)

(※) 千葉県保健医療計画改定に際して基礎資料とするため実施した千葉県医療実態調査の結果から「老人性痴呆」は調査時の名称で、現在の診療報酬上は「認知症」という。

また、認知症看護分野において指導的役割を果たす認知症看護認定看護師は、県内に5名と、少ない現状にある。

認知症高齢者が住みなれた地域で暮らし続けるために、認知症対応型共同生活介護をはじめ夜間対応型の訪問介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型通所介護などの地域密着型介護保険サービスは重要な役割を担っている。

これらのサービスの現状として、認知症対応型共同生活介護事業所は近年増加しつつあり、平成22年6月1日現在346ヶ所となっているが、認知症対応型通所事業は101ヶ所、小規模多機能型居宅介護は76ヶ所等と地域密着型サービスは別表のとおり依然として少ない現状にある。(表Ⅱ-2-2-1及び表Ⅱ-2-2-2参照)

表Ⅱ-2-2-1 認知症高齢者の支援に関する社会資源の状況(医療施設、人材育成)

	名称	施設数、人数	備考	
医療施設	病院数	286(57,106床)	平成22年4月1日現在 千葉県病院名簿から	
	(再掲)精神科病床のある病院	55(12,911床)		
	(再掲)療養病床のある病院	117(9,902床)		
	診療所数	一般診療所	3,375件	平成22年4月1日現在
		歯科診療所	2,865件	
		(再掲)訪問診療対応歯科診療所	409件	
	物忘れ外来	6件	平成22年7月12日 医療ナビ検索情報から (この情報は、随時更新されている)	
	認知症(キーワード検索)	469件		
	往診(24時間対応)	164件		
	指定病院、応急入院指定病院	24件	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく	
認知症外来実施施設	19件	平成22年5月とりまとめた 保健医療計画策定のための 千葉県医療実態調査結果から		
老人性痴呆疾患治療病棟保有施設 (*調査時名称のまま、現在の診療報酬上は 認知症治療病棟という。)	8病院			
人材育成	認知症サポーター	累計66,410名(全国1,709,924名)	千葉県健康福祉部高齢者福祉課 平成21年度事業のまとめから	
	キャラバンメイト	累計1,839名(全国47,734名)		
	かかりつけ医認知症対応力向上研修受講者	累計500名(全国21,444名)		
	認知症サポート医	累計83名(全国1,166名)		
	協力医(松戸市)	44名		
	認知症看護認定看護師	5名(全国122名)	日本看護協会、日本認知症ケア 学会ホームページから	
	認知症ケア専門士	534名(全国13,901名)		
	認知症介護実践研修受講者	累計1,504名	千葉県健康福祉部健康福祉 指導課実績報告から (平成23年3月時点)	
	認知症対応型サービス事業管理者等研修受講者	累計1,085名		
認知症介護指導者養成研修受講者	累計32名			

表Ⅱ-2-2-2 認知症高齢者の支援に関する社会資源の状況（介護施設、介護サービス等）

	名称	サービス事業所数		備考	
		みなし含む	申請指定		入所定員又は病床数
介護施設	介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム)	216	216	15,534	
	介護老人保健施設(老人保健施設)	132	132	12,989	
	介護療養型医療施設(療養病床)	38	38	2,167	
介護サービス	居宅介護支援		1,480	1,480	介護保険指定サービス事業所数 (平成22年6月1日現在)
	居宅	訪問介護	1,161	1,161	
		訪問入浴介護	102	102	
		訪問看護	2,668	204	
		訪問リハビリテーション	2,282	21	
		居宅療養管理指導	8,053	25	
		通所介護(デイサービス)	1,056	1,056	
		通所リハビリテーション	237	214	
		短期入所生活介護(ショートステイ)	278	278	
		短期入所療養介護	170	170	
		福祉用具貸与	262	262	
	特定福祉用具販売	268	268		
	地域密着型*	夜間対応型訪問介護	6	6	*市町村指定
		認知症対応型通所介護(デイサービス)	101	101	
		小規模多機能型居宅介護	76	76	
		認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	346	346	
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	19	19	
		地域密着型特定施設入居者生活介護	4	4	
	地域包括支援センター	115ヶ所		H22年7月1日現在	
	在宅介護支援センター	187ヶ所			
	中核地域生活支援センター	13ヶ所			

### 3 家族、地域の状況

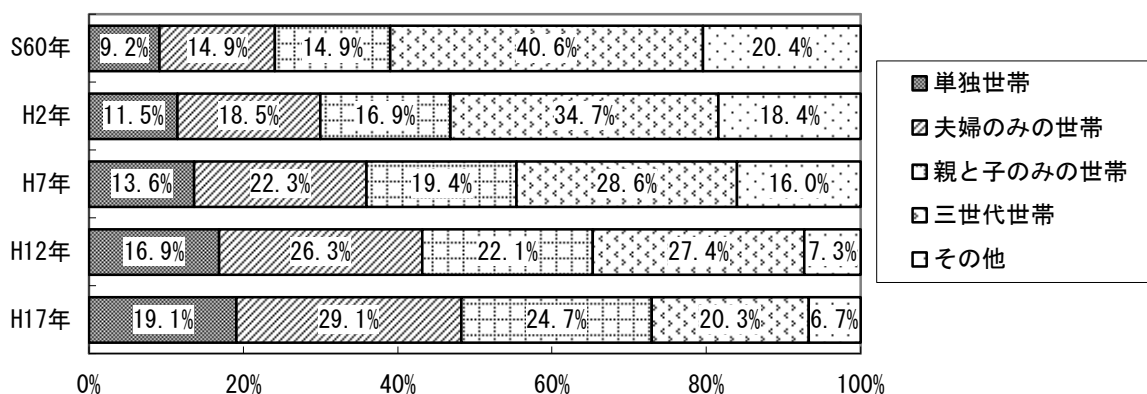
#### (1) 家族による支えあいの現状

国勢調査によると、本県の高齢者のいる一般世帯の形態は、昭和 60 年では三世帯世帯の占める割合が約 4 割と最も多かったが、その後 20 年間で世帯形態は大きく変化し、平成 17 年には三世帯世帯の占める割合が半減している一方で、高齢者のいる世帯の約半数を、単独世帯または夫婦のみ世帯が占めるに至っている。

また、一人暮らしの高齢者は、急速な高齢化に加え、上記のような世帯形態の変化に伴って急増し、平成 37 年には 30 万人を超えると見込まれている。

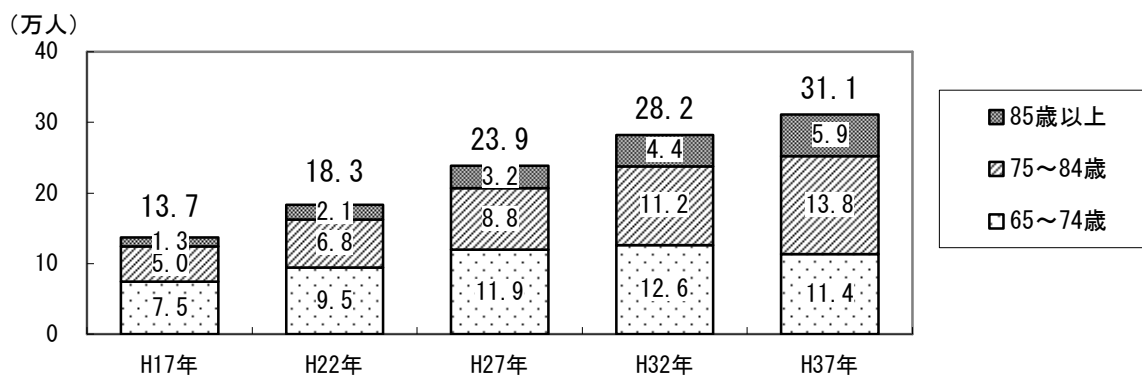
このように、核家族世帯や単独世帯の増加により、現状として、家族による認知症高齢者の介護は、これまでのようには期待できなくなりつつある。

図Ⅱ-3-1 千葉県の高齢者のいる一般世帯の形態の推移



※ 総務省統計局「国勢調査結果」(各年 10 月 1 日現在) をもとに作成。

図Ⅱ-3-2 千葉県の高齢者の一人暮らし高齢者数の将来推計



※ 平成 17 年は、総務省統計局「国勢調査結果」(各年 10 月 1 日現在) をもとに作成。

※ 平成 22 年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計 (平成 17 年 8 月推計)」をもとに作成。

## (2) 地域における支え合いの現状

平成 20 年度の内閣府の調査結果によると、「ふだん、近所の人とどの程度のつきあいをしているか」、という設問について、「親しくつきあっている」と回答した者の割合は 43.0%となっており、20 年前から約 20%低下している。

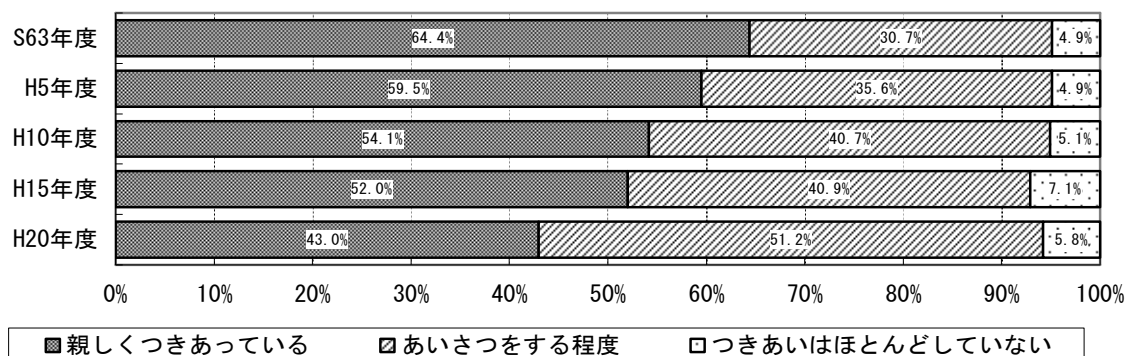
また、「あいさつをする程度」と回答した者の割合は、平成 20 年度では 51.2%と、「親しくつきあっている」を初めて上回っている。

年齢階級別にみると、目立った差はみられないが、85 歳以上になると、「親しくつきあっている」が 4 割を割り込む反面、「つきあいはほとんどしていない」が約 2 割とやや高くなる。

このように、近年、個人主義的傾向が高まる中、地域における近所同士の結びつきや日常的な連帯感は年々希薄になってきており、現状として、認知症高齢者の地域住民による見守りは徐々に難しくなりつつある。

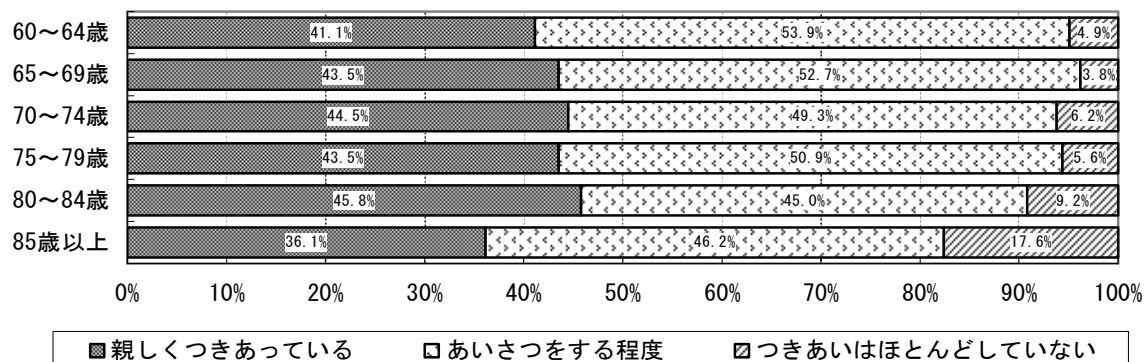
しかし、近年、災害時の要援護者支援の取組み等、地域コミュニティを問い直し、その再生に取り組む動きが出てきている。

図Ⅱ-3-3 時系列にみた近所づきあいの程度



※内閣府「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」をもとに作成。

図Ⅱ-3-4 年齢階級別にみた近所づきあいの程度



※内閣府「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」(平成 21 年 12 月)をもとに作成。

### Ⅲ 認知症対策の基本視点

認知症対策を進めるに当たっては、認知症の特性を踏まえ、以下の視点に立って施策を検討する必要がある。

#### 1 認知症の特性

認知症は、一度獲得した知能が、脳の損傷によって障害をきたし、そのために日常的・社会的な生活に支障をきたす状態で、その原因としては、様々な疾患があるが、最も多い原因はアルツハイマー病（AD）である。認知症の原因となる疾患の診断を誤ると、治療方針が変わり、その後の進行にも大きく影響する。

アルツハイマー型認知症は、表Ⅲ-1-1のように、初期には記憶の障害、日時の認識ができない、計算ができないなどの症候が見られ、中期になると、話が聞き取れない、季節やトイレなどの場所がわからない、徘徊、妄想などが見られる。そして後期になると認知障害が重症になり、運動障害から転倒、骨折を合併することがある。終末期には、寝たきりの状態になり、発語もほとんどなくなり、嚥下障害から肺炎、心筋梗塞・がん・脳血管障害などを合併することがある。

認知症の中核症状は、記憶力、判断力、推理力、学習力の低下といった記憶障害である。一般的に認知症は中期にいたると、中核症状に起因する本人の混乱や不安の中で、幻覚、妄想、不眠、徘徊、暴力等の周辺症状が二次的に発生する。

表Ⅲ-1-1 アルツハイマー病の病状の経緯とケアの対応

	初期	中期	後期	終末期
症状	記憶障害（軽度） 同じことを何度も聞く 物の名前が出てこなくなる 置き忘れが多くなる 物事に対する関心が薄れる 閉じこもり	記憶障害（中等度） BPSD（妄想、徘徊、不穏、 暴言、暴力）	記憶障害（重度） 歩行障害～転倒骨折 排尿排便障害 言語障害	記憶障害（最重度） 寝たきり 嚥下障害～肺炎 褥瘡 緘黙
ケアの問題点	介護知識不足 介護者の心理的疲労	心理的ケア ケアの時間、場所の拡大	身辺ケア コミュニケーション障害	重介護 看取り
ケアの場所	自宅 かかりつけ医 認知症疾患医療センター 専門医療機関	自宅 認知症治療病棟 グループホーム 老人保健施設	自宅 回復期リハビリテーション病棟 一般病院、グループホーム 認知症治療病棟 老人保健施設 特別養護老人ホーム	自宅 介護療養型病院 精神病院 特別養護老人ホーム 一般病院 グループホーム
ケアプラン	日記 介護日誌～介護者援助 通所リハビリ パワーリハビリ 介護保険の導入	介護支援専門員との連携 定期短期入所 通所リハビリ（回想法） 訪問介護	回復期リハビリ～外来リハビリ せん妄の予防 病院退院後のケア、病院との連携 表情見取り	往診 訪問看護 訪問リハビリ ケア会議
介護予防	早期診断	BPSDの早期発見	廃用症候群の早期発見	嚥下障害、寝たきりの早期発見

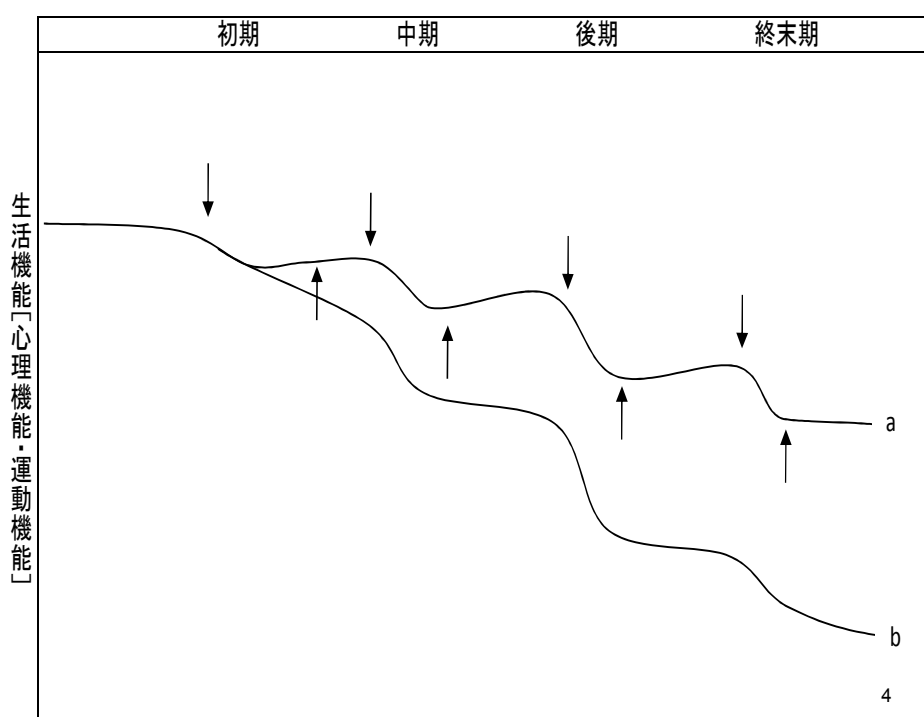
（第1回合同作業部会、旭神経内科リハビリテーション病院 旭委員資料より）

## 2 基本視点

### (1) 疾患の各段階に応じた適切な対応

認知症は、図Ⅲ-1-2のとおり、その進行にともなって徐々に生活機能が低下していくが、早期に発見し、進行の各段階に応じて適切な医療や介護サービスの提供、生活環境の調整等が行われることで、周辺症状が緩和され、生活機能の低下を穏やかなものとする事ができる。したがって、認知症施策の検討に当たっては、疾患の進行の各段階に応じた適切な支援を提供することが重要である。

図Ⅲ-1-2 アルツハイマー病の病期と生活機能変化



(第1回合同作業部会、旭神経内科リハビリテーション病院 旭委員資料より)

### (2) 医療と介護の連携

認知症患者の診療、特に周辺症状への対応に関し、医療機関は、診療所においては「身体疾患の管理の困難性」、「認知症の有無の判断」、一般病院においては「後方支援の受け皿不足」、精神科病院においては「身体合併症への対応の困難」など様々な課題を抱えている。

一方、現在、初期診断から終末期まで認知症患者に対する医療を提供することのできる医療資源は極めて少ない状況にある。したがって、認知症患者への対応については、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が役割分担をしながら対応することのできる医療と介護の連携体制を構築することが重要である。



### **(3) 日常生活の継続性**

認知症の周辺症状は、脱水症状や便秘といった本人の心身の状況や、室温や騒音など生活環境との関係性のなかで悪化すると考えられており、本人を生活の主体として水分の摂取・排泄等のリズム、生活環境等を重視したケアが提供されることで改善が期待できる。したがって、施策検討に当たっては、医療関係者、介護関係者が本人の生活情報を共有し、日常生活の継続性に配慮した取り組みを進めることが重要である。

### **(4) 本人・家族の支援**

認知症高齢者を介護する家族の中には、認知症に対する十分な知識や相談先がないまま介護を継続し、先々の介護への不安や周辺症状への対応の困難さに疲弊している家族も多く見られる。また、周囲の人々の無理解や偏見もさらに家族の介護を困難なものとしている。

認知症対策は、本人の支援とともに、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検討することが重要である。

### **(5) 住民相互が支えあう地域づくり**

高齢化が進み家族介護力が低下するなか、地域の見守りや住民の支えあいは弱まりつつある。

こうした中、認知症になっても高齢者が地域で暮らし続けることのできる社会を実現するためには、地域住民が、高齢化にともない顕在化しつつある地域の諸課題を、自身の問題として認識し、企業等も含め、地域全体で認知症の人や家族を支える視点をもつことが重要である。

## IV 認知症対策の課題と施策の方向性

### 1 早期発見・早期診断

認知症は、早期発見・早期診断・早期治療・早期リハビリ、そして日常生活が保たれることによって穏やかな経過が期待できると考えられる。

#### (1) 本人、家族、地域住民の理解

早期発見、早期受診のためには、まず、本人や身近な家族が認知症の初期症状を見逃さず、相談、受診につなげることが重要である。

しかし、千葉県が平成22年1月に、県内の香取海匝地域と君津地域の介護保険サービス提供事業者を対象に実施した「認知症に関するアンケート」の調査結果では、事業者に対し、「利用者の認知症診断に際し最も苦慮した点は何か」をたずねた質問に対し、「本人の受診拒否」が36.5%、「家族の理解が得られない」24.8%、「かかりつけ医では診断が困難」24.8%の回答が寄せられており、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が受診の遅れにつながっていることがわかる。

認知症は、その初期の段階において物忘れから始まるが、本人、家族に認知症に対する正しい理解がないことから、受診の時期が遅れ、周辺症状が悪化してから医療機関を受診している場合が多いことが指摘されている。

一方、認知症の人と家族の会からの報告によると、認知症を疑った時、認知症高齢者の家族は、受診できる医療機関や相談窓口の情報を求めており、こうした医療機関の情報を誰でも容易に得られるようにすることが重要である。

県内のモデル地区で実施している地域支援体制構築事業（※）の報告からは、取り組みを進める際「一緒に対策を考えていこうとしてもまとまっていかない。」「認知症の家族がいるとそれを隠し、閉じ込める。」「単身の高齢者が近所の人との理解が得られなくて在宅生活が継続できず、グループホームに入所した。」などの意見が支援者から発言され、認知症に対する住民の理解が十分でないこと、家族構成が変化し単身や高齢夫婦のみ世帯が多くなっていること、地域コミュニティの互助・共助システムが変容していること等が、認知症の高齢者や家族を閉鎖的な介護環境へと追い込んでいる要因の一つとなっていることが伺える。

モデル地区である香取市では、地域の見守り隊の養成や地域住民対象の講習会等により、住民の理解を深める取り組みが行われた。

（※）国の認知症対策総合支援事業の1つ「認知症地域支援体制構築等推進事業」に基づく委託事業

このような地域づくりの取り組みを進めるに当たっては、医療や介護・福祉サービスなど公的サービスだけではなく、住民相互の支えあいや見守りなど、インフォーマルなサービスの担い手も育てていくこと、認知症の高齢者を単に援助の対象としてではなく、地域の一員としての役割を担った存在として捉え、地域とのかかわりの機会をつくることなどの取り組みを進めることが重要である。

また、地域住民だけでなく、民生委員や介護福祉関係者、医療機関をはじめ、消防や警察などの行政機関、学校、公共交通機関、地元の商店街など地域ぐるみで活動を進めることに留意する必要がある。認知症サポーターの主体的な活動の促進についても検討をする必要がある。

## ■ 施策の方向性

これらを踏まえ、早期発見・早期受診を促すための施策として、

- ① 健康診断項目の追加など初期症状の把握方法の検討
- ② 受診可能な医療機関等の情報提供
- ③ 本人家族、地域住民が認知症に対する正しい理解を広げる取組み等の施策を一層進める必要がある。

## (2) かかりつけ医による初期診療

かかりつけ医は、本人・家族も信頼できる関係ができていることから、日常の診療の中で、認知症の初期の症状に気がつくことも多く、また、本人の症状や障害だけでなく、これまでの生活や家族の事情、価値観をある程度わかっており、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うる。

その他、認知症の患者をかかりつけ医が診ることのメリットとして、認知症以外の疾患を含めた健康管理が可能となることや、主治医として意見書を作成し適切な介護保険サービスの利用につなげることができる。

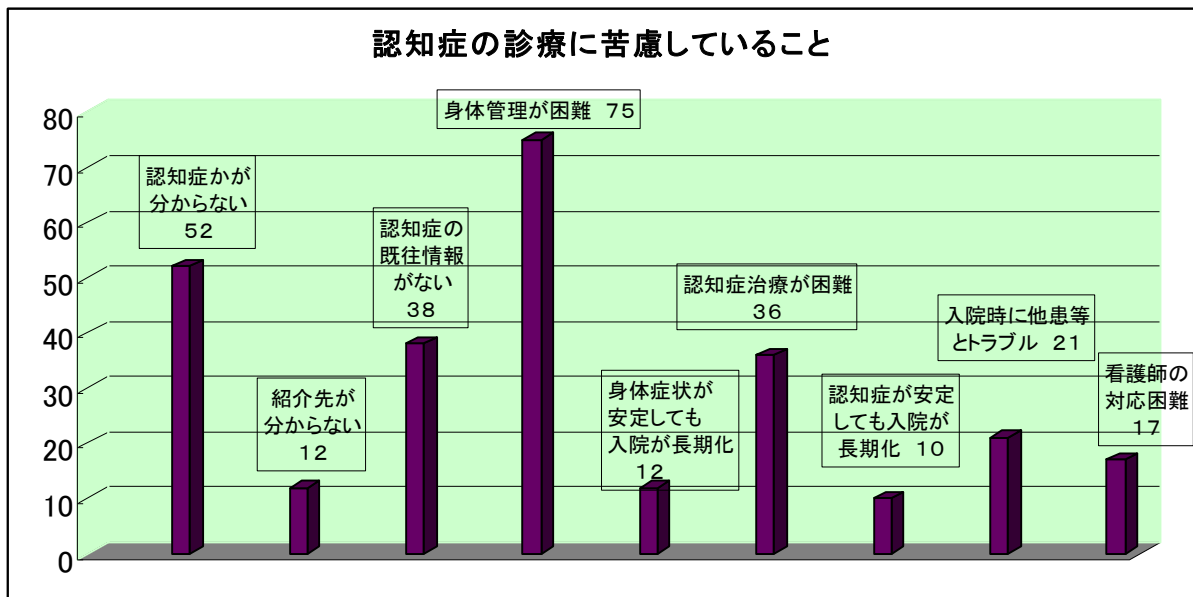
このように、かかりつけ医には、認知症の診療において、①早期発見による早期の治療の導入、②患者の継続的な健康の管理、③穏やかな認知症の進行のための長期のフォロー、④専門医への紹介、⑤専門医との協力による周辺症状のコントロール、⑥介護指導とサービスの導入等の役割が期待されている。

しかし、千葉県が、平成22年1月に、県内の香取海浜地域及び君津地域の医療機関を対象に実施した「認知症に関するアンケート」の調査結果において、全医療機関を対象に「認知症の患者が受診した際に苦慮した点」をたずねたところ「本人の理解が得られず身体疾患に関する管理が困難」75件（回答機関の46.9%）、「病状の主訴が認知症によるものかわからない」が52件（同32.5%）、「身体疾患の受診時に

認知症の既往情報がない」38件（同23.8%）、「認知症の症状により治療が困難」36件（同22.5%）の回答が寄せられている。（図Ⅲ-1-（2）-1）

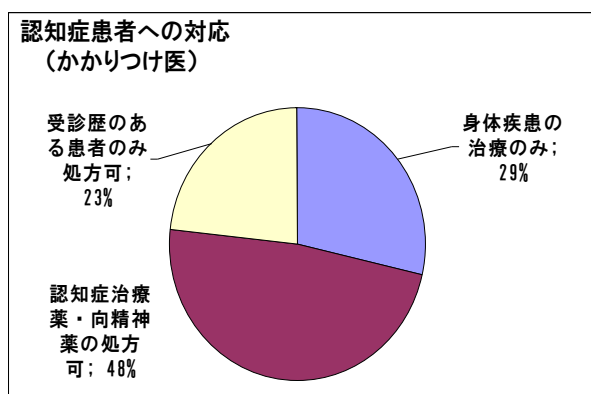
また、認知症の専門治療を行っていない診療所・病院のかかりつけ医に対し、認知症を有する患者への主な対応についてたずねたところ、図Ⅲ-1-（2）-2のとおり、48%の医療機関が「自院での診療期間に関わらず認知症治療薬や向精神薬の処方を行っている」と答えている。

図Ⅲ-1-（2）-1 認知症の診療に苦慮していること （数値は件数）

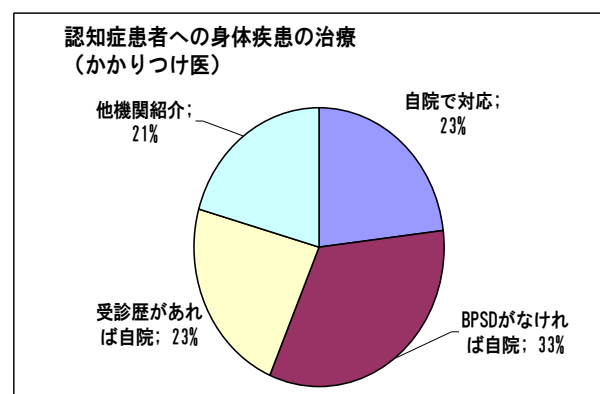


また、同じ対象に対し、認知症患者が身体疾患の治療のために受診した場合の対応についてたずねたところ、図Ⅲ-1-（2）-3のとおり、「認知症の重症度を問わず治療を継続する」が23%、「認知症発症の以前から受診歴があれば診療する」が23%と、認知症患者の身体治療を継続的に行う医療機関が46%ある一方、「周辺症状がなければ治療を継続する」と回答した医療機関も33%となっており、認知症の周辺症状が診療の阻害要因となっていることがわかる。

図Ⅲ-1-（2）-2 認知症患者への対応



図Ⅲ-1-（2）-3 認知症患者への身体疾患の治療



前述の認知症の人と家族の会からの報告では、電話相談において、かかりつけ医に受診していると思われる人から専門医の紹介を希望する相談も多い。相談事例の中には、次々と異なる医療機関を受診している事例も認められるが、こうした相談の背景には、現在の症状の原因がわからないことや先々の介護への不安が存在しているものと考えられる。

千葉県では、かかりつけ医が適切な認知症診療の知識技術と家族への対応方法を習得できるよう、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を実施しているが、受講者は年々減少している状況にある。その原因として、研修期間が2日間と短く、研修後のフォローアップがないことが指摘されている。

松戸市では、平成18年度～平成20年度に医師会と連携して実施した、認知症対策モデル事業において、医師会が連続的な研修会を開催し、受講修了者を協力医として認定・公表するなどの取組みを進め成果を上げている。(認定数44名)また、千葉市では、かかりつけ医を対象に平成16年度から4回の教育講演を開催し、平成18年度からは「かかりつけ医認知症対応力向上研修事業」に移行し、専門医による3回の教育講演をカリキュラムとした研修プログラムを年2回実施し、受講者には認定証を発行している。

### (3) サポート医、専門医のバックアップ体制

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が極めて重要である。

認知症の専門医としては、日本老年精神医学会の認定専門医、日本認知症学会の認定専門医、日本精神病院協会の認知症臨床専門医などがあげられる。

一方、厚生労働省が養成する「認知症サポート医」は、かかりつけ医への認知症診断等に対する助言・支援、かかりつけ医研修の実施、地域の医師会や地域包括支援センター等との連携づくり等の役割を担っている。

千葉県では、平成17年から、「認知症サポート医」の養成を進めており、現在、認知症サポート医は県内に83名いる。一方、認定専門医は極めて少ない現状にある。

このような状況のなかで、「一部の専門医へ診療が集中し長期間の診療待ちとなってしまう。」「かかりつけ医と専門医のバックアップ体制が構築できず早期の診断に結びつかない。」などの問題が指摘されている。

国立病院機構千葉東病院では、かかりつけ医からの認知症の診断依頼に対し、患者の生活背景、経過、病状、日常生活能力等を聴取の後、MRIによる画像診断、脳血流検査、高次機能検査を同日に実施し、診断結果を説明した後、紹介元の医療機関へ患者を戻している。

作業部会では、千葉東病院の専門医と連携する内科クリニックから、重度の認知症患者を含む多くの診療事例が報告され、早期の鑑別診断の重要性、介護支援専門員や看護師等の多職種の協力と、介護保険サービスを利用した環境づくりの重要性が指摘された。

## ■ 施策の方向性

これらを踏まえ、かかりつけ医の認知症診断能力の向上と、認知症患者に対するかかりつけ医の継続的な診療を確保するため、

- ① かかりつけ医研修受講者、サポート医の目標値を設定した研修の推進
- ② かかりつけ医、サポート医の研修プログラムの見直し
- ③ 専門医とかかりつけ医の役割分担の明確化
- ④ 地域の実情に応じた具体的なかかりつけ医と専門医のバックアップ体制づくり等の施策について検討する必要がある。

## 2 地域における医療と介護の連携体制の構築

在宅で生活している認知症高齢者及びその家族にとって、信頼のおける相談機関の存在は、介護をするうえで大きな心の支えとなっている。

先に示した表Ⅲ-1のとおり、認知症は疾患の進行とともに介護ケアのニーズが大きく変化することから、認知症の初期の段階から終末期に至るまで、時々の本人の状況に応じ、医療と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われることが重要である。

### (1) 多機関の連携

現在、県内においては、認知症患者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、認知症の後期以降は、治療とともに介護が中心となることを考えると、認知症高齢者のケアには、医療機関や訪問看護ステーション、小規模多機能型居宅介護などの介護保険サービス事業所等、多様な地域資源が連携し、在宅での生活を支える仕組みが必要である。

しかしながら、現状においては、①関係者が一同に参加する協議会等のネットワークがないこと、②そのために各機関の役割が明確化されていないこと、③個々の認知症患者を継続的かつ総合的にコーディネートするキーパーソンが決められていないこと等

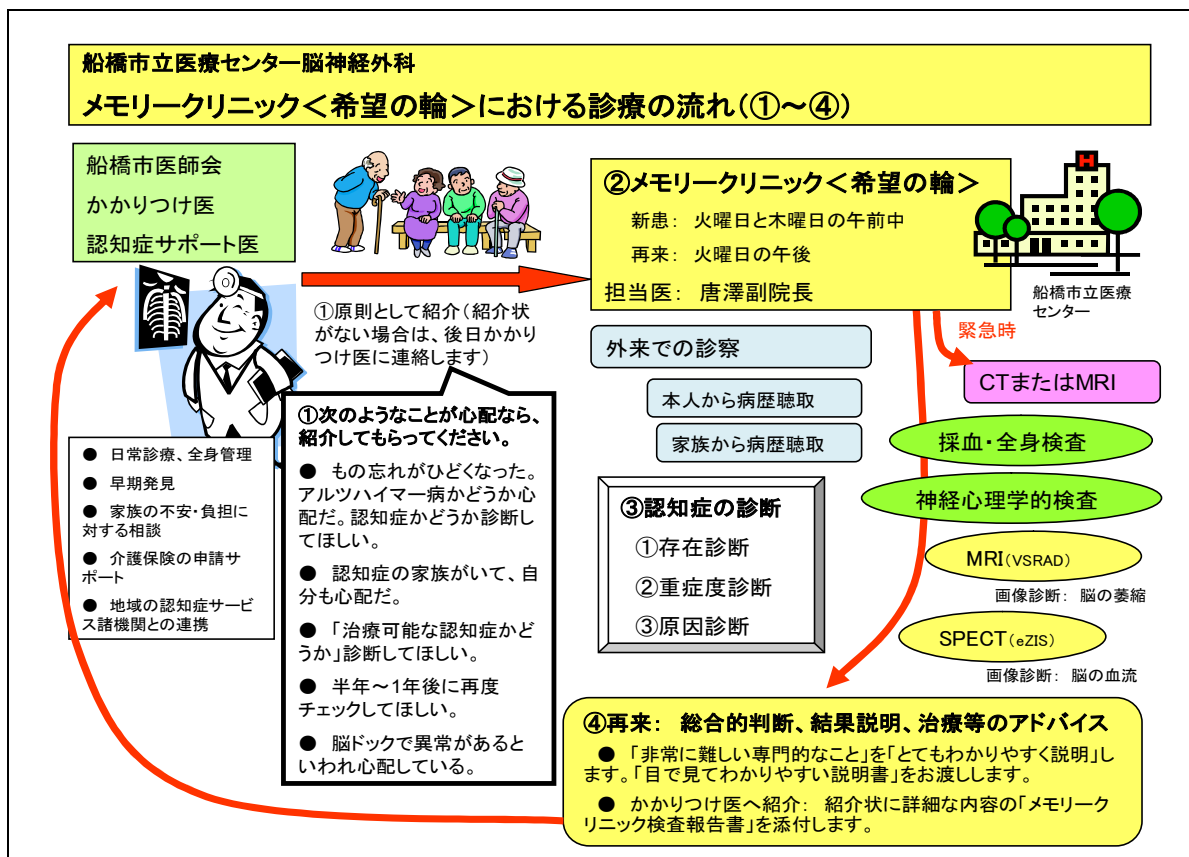
の事情から、こうした仕組みは県内において未成熟な状況にあり、市町村によって大きな格差がある。

船橋市においては、市医師会が中心となって、かかりつけ医、サポート医、船橋市立医療センター、地域包括支援センター、ケアマネジャー等が連携し、認知症患者の診療とサポートのネットワークを構築している。船橋市の医療機関は相互に専門分野の情報を共有しており、認知症患者の診療においても有効に機能している。

この診療ネットワークの中で、船橋市立医療センターは、図Ⅲ-2-(1)-1のとおり、物忘れ外来を設置し、かかりつけ医やサポート医からの紹介に応じ、患者の鑑別診断（存在診断、重症度診断、原因診断）と、かかりつけ医への診断結果の紹介を行っている。また、診断結果を患者家族に説明する際には、十分な時間をかけ、資料を用いてわかりやすく丁寧な説明を行っており、このことにより本人、家族の安心と円滑な診療機関連携に繋がっている。

船橋市のネットワークの特徴として、船橋市立医療センターは認知症の治療を行わないことから、かかりつけ医や訪問看護、患者の日常生活を支える適切な介護サービスが大きな役割を担っており、ソーシャルワーカーや介護支援専門員などのケースマネジメントが重視されている。

図Ⅲ-2-(1)-1 船橋市立医療センター メモリークリニックにおける診療の流れ

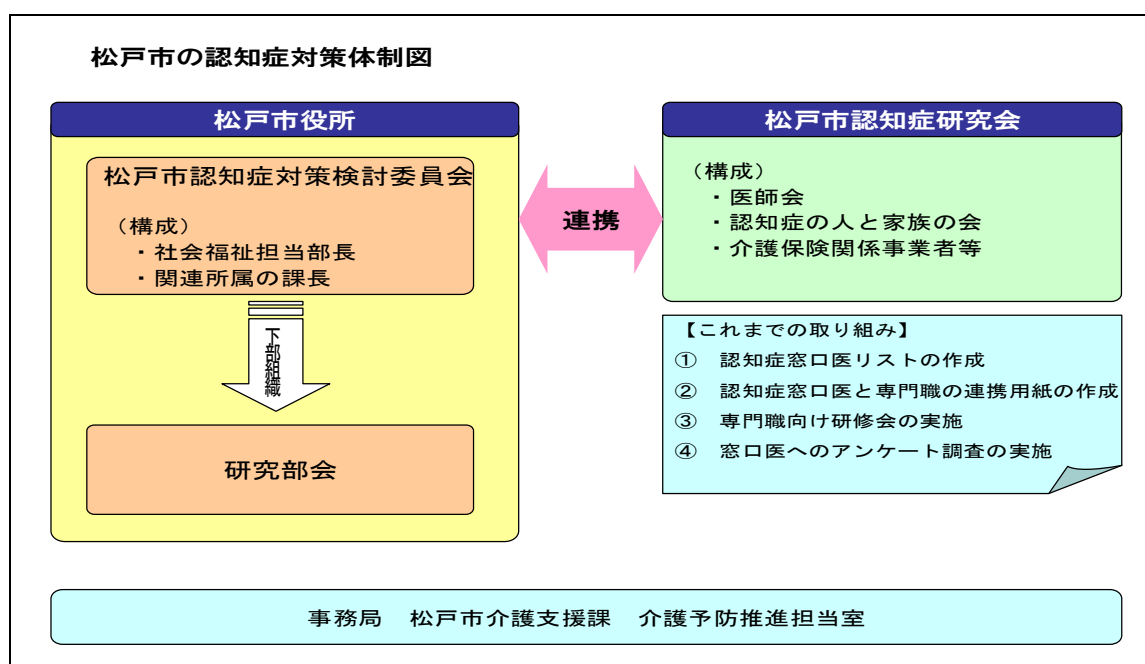


松戸市では、前述のとおり医師会と連携し早期発見のための協力医の指定を進めるほか、研究会を立ち上げ、医療機関、介護サービス事業所、地域包括支援センター、認知症の人と家族の会等の関係者が相互に連携を深めている。

松戸市の認知症対策の取組みの特徴は、関係機関との連携支援等の施策を行政主導で総合的に進めている点である。

松戸市では、対応困難な相談事例に対して、市役所の担当課がケースマネジメントする仕組みとなっており、例えば激しい周辺症状のため緊急入院が困難な場合、特別養護老人ホームの利用により対応するなど、日常的な医療と介護のネットワークを活かした連携システムとケースマネジメントが行われている。(図Ⅲ-2-(1)-2)

図Ⅲ-2-(1)-2 市町村と医師会の連携による情報発信のモデル (平成21年度)



第5回合同作業部会 松戸市 宮間氏の資料から (パワーポイント形態改変)

## (2) 継続的で一貫した相談支援体制の構築

認知症高齢者とその家族に寄り添って、継続的で一貫した支援をしていくためには、認知症に関する知識を有し、認知症の人やその介護・支援のあり方を理解し、地域の社会資源(人材、施設、サービス等)の情報を持ち、関係者と連絡しあえる能力のあるコーディネーターの存在が必要である。

認知症コーディネーターは、認知症の人が、安心して住み慣れた地域で生活していくために、地域にある医療や介護、さらには日常生活におけるインフォーマルなサービスも含め、既存の多様な社会資源を結びつけ、患者利用者のニーズに添えていくとともに、認知症の人や家族、関係機関、関係職種とのネットワークを作る役割を果たす。



認知症コーディネーターとして想定される職種としては、認知症疾患医療センター等の医療機関に勤務する医療ソーシャルワーカー（MSW）や心理相談員、精神保健福祉相談員（PSW）、市町村の高齢者福祉を担当する部署や地域包括支援センター等の保健師や社会福祉士、主任ケアマネジャー、など、地域の実情に応じ、多様な職種が考えられる。

## ア 地域包括支援センターによる相談支援

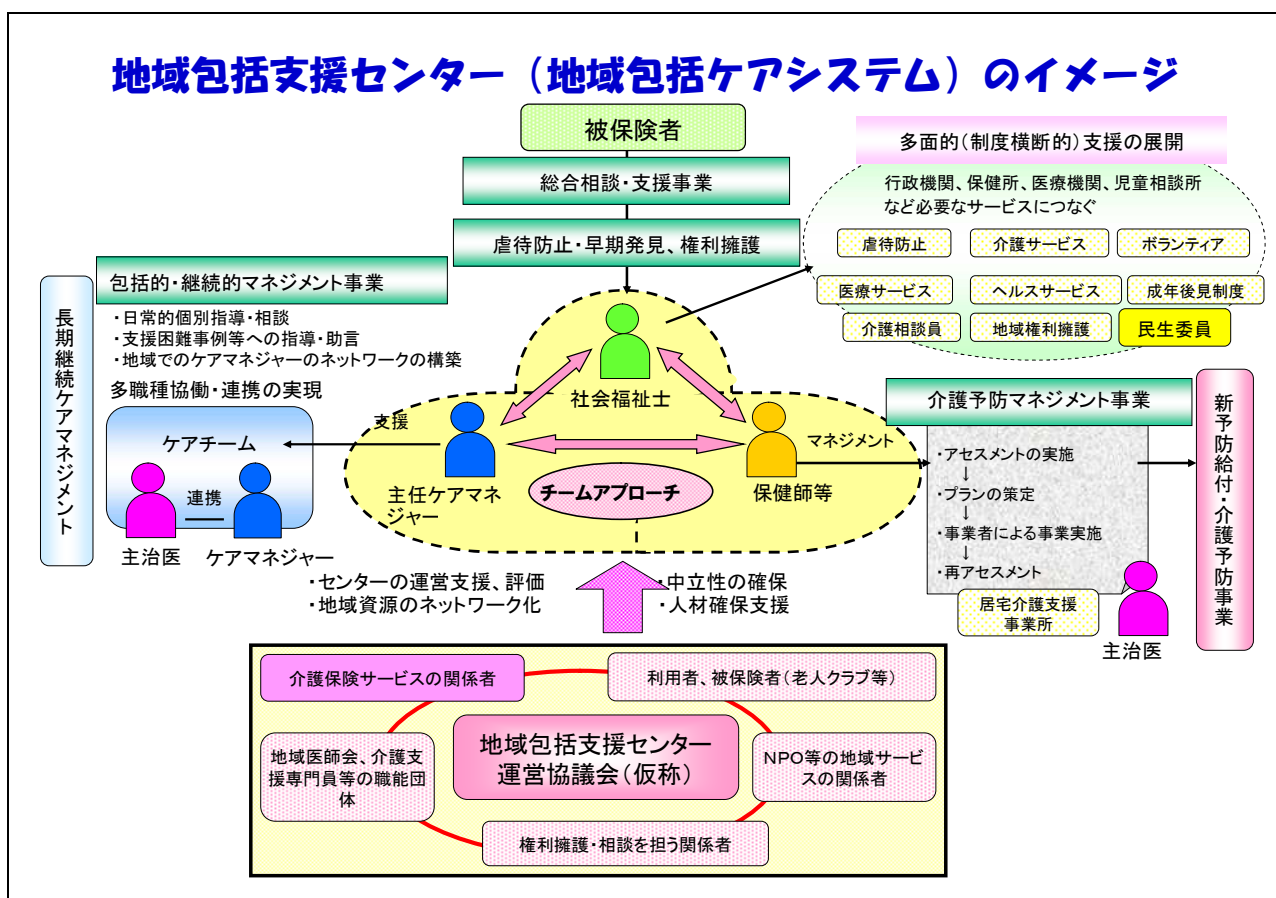
地域包括支援センターは、保健、医療、福祉サービスを始め様々なサービスを、高齢者のニーズに応じて総合的、継続的に提供し、地域における高齢者の包括的な支援を実現する役割をもつ総合機関として、平成18年度に制度化され、平成22年7月1日現在、千葉県において115ヶ所のセンターが設置されている。

地域包括支援センターは、介護予防事業のマネジメントのほか、権利擁護、地域包括支援ネットワークの構築、高齢者の総合的な相談窓口など多岐にわたる業務を行っている。これらのうち、医療機関を含めた地域の関係機関と連携・協力し、地域における様々な社会資源を活用して継続的に、高齢者の生活を支援する「包括的・継続的ケアマネジメント支援業務」は、認知症高齢者の支援体制を検討する上で極めて重要な業務である。

しかしながら、多くの地域包括支援センターにおいては、限られた人員体制のもとで日常的に介護予防給付ケアマネジメント業務への対応に追われ、包括的な支援体制の構築や、包括的・継続的ケアマネジメント業務に十分に対応することが困難な現状にある。

認知症高齢者の支援においては、地域包括支援センターに、専門医、サポート医や、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、認知症高齢者の支援も含めた包括的な支援体制を構築するために、地域包括支援センターの機能強化が期待されることである。

図Ⅲ-2-（2）地域包括支援センターのイメージ図



## イ ちば認知症相談コールセンターによる相談支援

認知症高齢者を介護する家族にとって、同じ介護経験を持ち介護者の苦労や悩みを共感できる認知症の人の家族によるピアカウンセリングは、心理的サポートの視点からも有効な相談支援である。

千葉県では、平成22年5月、これまで認知症の人と家族の会千葉県支部に委託して実施してきた電話相談事業を拡充し、「ちば認知症相談コールセンター」を設置し、窓口開設時間の拡大や専門職による面接相談の実施など、相談支援機能の充実を図ったところである。

前述のとおり、家族の会に寄せられる相談においては、医療機関の所在に関する相談が多くなっていることから、「ちば認知症相談コールセンター」の今後の運営にあたっては、医療機関と連携した相談支援の実施が課題になるものと考えられる。

## ウ 認知症疾患医療センターによる相談支援

認知症疾患にかかる医療に関し、厚生労働省は、平成元年から平成18年度まで、

「老人性認知症センター事業」を実施してきたが、各医療施設の機能のばらつきや、地域における連携の中心として十分な機能を果たしていないといった課題が明らかとなっていたことから、新たに「認知症疾患医療センター運営事業」を創設し平成20年度から事業を開始している。なお、千葉県では、平成22年度に、県内2カ所の認知症疾患医療センターを指定することとしている。

認知症疾患医療センターの機能としては、①専門医療相談、②鑑別診断とそれに基づく初期対応、③合併症・周辺症状への急性期対応、④かかりつけ医への研修会の開催、⑤認知症疾患医療連携協議会の開催、⑥情報発信、及び ⑦基幹型センターにおいては休日夜間の救急・急性期対応があげられている。

これらの機能のうち、特に専門医療相談については、電話面談等による初診前の医療相談や保健所、福祉事務所との連絡調整、地域包括支援センターとの連絡調整等が予定されており、これらの機関との役割分担や活動上の連携について十分な調整を図る必要がある。

認知症疾患医療センターの指定に伴い、認知症疾患医療センターが所在する市町村の地域包括支援センターと認知症疾患医療センターのそれぞれに「認知症連携担当者」ないし「連携担当者（PSW等）」を配置することとされた。両者はお互いが連携し、切れ目のない医療と介護のサービスを提供するとともに、地域ケアに対する専門的な支援を実施することが想定されている。この点について、認知症患者を継続的にコーディネートするキーパーソンの役割や支援のあり方について検討を深める必要がある。

## ■ 施策の方向性

これらを踏まえ、多様な地域資源が連携し認知症高齢者や介護者の在宅生活を支える仕組みづくりを進めるため、

- ① 地域の社会資源の実情に応じた、関係機関間の連携体制づくり
- ② 医療機関間及び介護と医療機関が情報共有するためのツールづくり
- ③ 入院時から退院後の生活を念頭においた入退院の支援とコーディネート
- ④ 認知症の進行に応じた連続的かつ一貫した相談支援体制の構築等の施策について検討する必要がある。

なお、これらの検討を進めるにあたっては、地域により社会資源の状況が大きく異なることから、既存の資源をいかに活用するか、地域の関係者で十分に協議する必要がある。また認知症疾患医療センターの指定にあたっては、具体的な地域の社会資源の実情を踏まえた当該センターの役割機能を明確にしながら検討を進める必要がある。

### 3 周辺症状への対応

一般的に、認知症は、中期に至ると中核症状である記憶障害が進行し、本人の混乱や不安のなかで、周辺症状が発現、増悪する。

認知症高齢者の介護において、幻覚、妄想、徘徊、不眠、興奮などの周辺症状の増悪は、介護者にとっても大きな負担となる。介護負担の増大は在宅での介護を困難な状況に追い込んでしまう場合もあり、介護者の負担軽減の視点からも周辺症状を増悪させない適切なアプローチを行うことが重要である。

#### (1) 周辺症状の重症化予防

##### ア 認知症ケアの普及

認知症の周辺症状は、中核症状である記憶障害のもとで、本人の性格や環境等から二次的に発生すると考えられ、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る。

近年では、認知症高齢者の介護において、本人を中心にとらえたアセスメントとケアが実践され成果を挙げているが、今後は、認知症患者に関わる多職種スタッフがこれらの手法を活用するとともに、認知症を重症化させない予防的な取り組みに係る施策を検討する必要がある。

##### イ 認知症リハビリテーション

認知症の初期の段階において、早期の診断に基づいて認知症リハビリ（以下「認知症リハ」とする。）を行なうことが有効といわれている。

作業部会では、急性期病院における、手術後間もない時期からの認知症の患者に対するデイケアの実践も報告された。

認知症リハビリには、身体的リハビリテーション及び神経心理学的リハビリテーションの両方からのアプローチが重要である。今後認知症リハビリテーションを進めるためには、社会資源の充実とともに、本人の生活情報を重視した多職種共同のプログラムの確立と関わるスタッフの研修が必要である。また、リハビリテーションにおいては、メモリーエイドのような記憶補助装置を活用していくことも有効である。

## ■ 施策の方向性

これらを踏まえ、認知症の重症化予防の取組みとして

- ①本人を中心においた支援手法の普及（認知症ケアを標準的ケアにしていく）
  - ②関係機関が情報を共有するためのツール活用の普及
  - ③早期の段階からの認知症リハビリテーションプログラムの開発やメモリーエイド等の普及
- 等の施策を検討する必要がある。

## （２）激しい周辺症状を伴う患者への対応

極めて重篤な周辺症状により、現に本人または他人の生命に重大な影響を及ぼす恐れがある状況においては、症状の緩和のため、一時的に精神科での対応が必要になる場合がある。

しかしながら、一般の精神科病棟では、他の患者とのトラブル、医療スタッフの体制等の問題から受け入れが消極的にならざるを得ないといった指摘もある。短期集中的に精神科的な治療と手厚いケアを行うために設置された認知症治療病棟は、県内に 8 病院ある。

認知症の周辺症状へのアプローチは、認知症の中核症状を改善するものではなく、あくまで周辺症状を緩和させるための処置である。したがって、薬物の使用については、必要な状態と減量、中止の時期の見極めが重要である。認知症の原因疾患によっても治療方法が異なるため、鑑別診断と治療評価も重要である。

精神科に入院し、激しい周辺症状に対して薬物により過沈静状態にすると、ADLの低下が進んで在宅や施設等もとの生活に戻れなくなってしまう。また、周辺症状が落ち着いてきたとき、次の受け入れ先がないと入院が長期化してしまうおそれがある。

精神科で対応すべき激しい周辺症状は、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、在宅復帰を念頭において、入院時から介護施設の緊急的・短期的な利用も含め、退院後の受け入れ先の確保や家族との調整等の活動を行うことが重要である。

前述の「認知症に関するアンケート」の調査結果では、医療機関から患者の受け入れ依頼のあった施設系事業所及び居宅介護支援事業所を対象に受け入れ依頼元をたずねたところ、「精神科以外の病院からの受け入れ」が 60.0%、「精神科病院から」が 13.3%、「その他老健施設等から」が 11.1%、「地域包括支援センターから」が 7.8%という

結果であった。

またこれらの事業所に「受入れにあたりどのような点に苦慮したか」をたずねたところ、「本人の激しい周辺症状」が 33.0%、「本人の合併症への対応」が 26.4%、「家族の理解、協力が得られない」が 20.8%という結果であった。

これらの結果から、介護の現場においても、医療機関からの受入れにあたり周辺症状や身体合併症への対応で苦慮している現状が伺える。

退院支援は、家庭や受け入れ施設等において患者の生活情報や認知症の経過等の情報に基づく準備が必要になることから、地域の医療と介護の関係者、家族があらかじめ、受け入れの体制づくりや退院後の支援について協議しておくことが重要である。

また、その前提として、患者を受け入れる介護施設職員の認知症介護技術の向上や、受け入れ施設等に対する継続的な医療機関の支援体制の構築が課題となる。

## ■ 施策の方向性

これらを踏まえ、認知症高齢者の激しい周辺症状に対応するため、

- ①退院時の一時的な受け皿としての施設機能の検討、施設職員の認知症対応能力の向上
- ②精神科急性期治療病棟への短期的な入院治療と介護施設との連携等の施策を検討する必要がある。

### (3) 身体合併症への対応

高齢期においては、加齢に伴い多くの人が高血圧、高脂血症などの慢性疾患を有するようになるが、一般的に認知症の後期になると様々な身体合併症が現れ、また、歩行障害等の進行に伴う転倒・骨折により入院治療が必要となることが多くなる。

また、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、認知機能の低下が認められた場合は、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ある。

認知症の高齢者が身体疾患を合併して入院、手術を行う際、術後の回復にともない認知症の周辺症状が顕在化し入院患者のコンサルテーションに支障をきたすこともあり、救急病院において特に深刻な問題として指摘されている。

県が実施した医療機関向け「認知症に関するアンケート」の調査結果においても、全医療機関を対象に「認知症患者が受診した際にどのような状況で対応に苦慮したか」をたずねたところ（複数回答）、医療機関が最も苦慮した点は、前述のとおり「本人に病識や理解がなく身体管理が困難なこと」であった。

また、有床診療所及び病院に対し、認知症患者が身体疾患で受診したときの対応についてたずねたところ「認知症の症状で徘徊、妄想、暴言等がなければ自院で対応する」が59%、「基本的に認知症治療が可能な他院を紹介する」が18%、「認知症の重症度を問わず自院で対応する（院内連携あり）13%、「同（院内連携なし）」が9%という結果であった。

## ア 院内連携

身体合併症を伴う認知症患者の治療が困難な理由としては、入院生活に慣れるまでに時間がかかること、患者本人が入院の必要性を理解できない場合が多いことが主たる要因と考えられる。

また、治療を進める上で、患者の年齢や理解力、生活情報など、個別性が重視されない傾向にあることも周辺症状を悪化させる原因の一つと考えられることから、治療を受ける環境に生活の視点を取り入れたり、個別性を重視した環境調整などを多職種、家族とともに工夫していくことが重要である。

聖隷佐倉市民病院では、認知症看護認定看護師が病院内において、入院患者の認知症に関する相談に対応するほか、①認知症患者の看護についての指導、②多職種スタッフが参加する学習会の開催、③認知機能の低下が疑われる患者の把握と円滑な治療・検査のための対策づくり④入院中の認知症患者を対象としたデイケアの開設等の院内活動を実施している。

また、千葉労災病院では、リハビリテーション科に認知症外来を設け鑑別診断と治療をおこなうとともに、院内に多職種のスタッフが参加する認知症支援チームを編成し①認知症患者支援のための情報インフラの整備、②不穏になりにくい室内環境の整備、③特定患者への薬物的、リハビリ的な対処法の提案、④ボランティアの導入の検討などの取り組みを進めている。

このように認知症患者の入院治療に際しては、院内において医師を始めとする多職種スタッフが連携してチーム支援を行うことが有効であると考えられるが、今後はこうした活動の中心となる人材の養成や、院内において活動しやすい環境づくりが課題となる。

## イ 病院間、介護施設・病院間の連携

身体合併症を伴う認知症患者の治療においては、合併症の治療に当る医師と精神科の医師とが連携した体制を確保することが望まれる。しかし、精神科を標榜する総合病院は県内に20ヶ所と必ずしも多くないことから、身体合併症の治療をおこなう医療機関と、認知症の周辺症状の治療を行う医療機関がそれぞれ役割分担し連携して治療にあたる必要が生じる。

成田赤十字病院では精神科救急において、身体合併症のある患者の治療をおこない、短期間の入院治療と退院支援を行っている。入院時から退院後を念頭においた調整を行うことを家族に理解いただくとともに、退院先として精神科、一般病院、特別養護老人ホーム、グループホーム等の受け入れ先を検討している。

また、介護施設に入所している認知症高齢者が身体症状の発症により医療機関を受診する必要も生じる。介護施設の看護職員、介護職員の協働体制とアセスメント力の向上を図ることで、症状が悪化する前に、早めの受診が可能となる。そのためには、認知症高齢者の中核症状や周辺症状および心身の健康状態を的確にアセスメントし、所属施設において看護職員、介護職員、その他の職種が効果的に連携・協働する環境を整備する必要がある。

### ■ 施策検討の方向性

これらを踏まえ、身体合併症を伴う認知症患者に対応する施策として

- ① 地域における身体合併症の治療をおこなう医療機関と認知症の周辺症状の治療を行う医療機関との連携体制の構築、
- ② 認知症看護認定看護師等の養成と院内活動の支援等の施策を検討する必要がある。

## 4. 看取りの支援

認知症では、ケアが長期にわたることが多い。その延長線上に終末期ケアがある。それまでのケアの質が、よりよい終末期の支援に大きく関係するといわれている。

認知症の終末期になると、寝たきり状態となり、嚥下困難や肺炎への対応が重要視される。看取りの支援においては、この時期における認知症高齢者本人の痛みや苦痛の



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んな影響を及ぼすか等について十分に家族に情報提供し、本人や家族の意思を尊重したものでなければならない。

終末期においては、24 時間対応してくれる医師の協力が期待されるところであるが、一般の診療所等は医師が 1 人で外来や往診をしていると、24 時間の往診に対応することは難しい現状にある。

訪問看護師は日ごろから医療との連携を多くとっているため、医療と介護のつなぎ役としても期待される。作業部会においては、看取り支援まで実施しているグループホームから、在宅診療医と訪問看護ステーション及び介護との連携による 24 時間体制がとれば、在宅介護も含め、介護施設やグループホーム等への 24 時間バックアップが可能となるのではないかという提案があった。

介護報酬改定により、平成 18 年度から、特別養護老人ホームにおける「看取り介護加算」や、認知症グループホーム等における「医療連携体制加算」「看取り加算」など、サービス種別ごとに様々な加算制度が創設されているが、このような在宅 24 時間診療と介護の体制を支えるためには、抜本的な制度の見直しが期待されるところである。

### ■ 施策検討の方向性

これらを踏まえ、終末期の看取りの支援のためには、在宅医療を積極的に行う一般診療所との介護の連携体制の構築について検討する必要がある。

## V 今後の検討に向けて

認知症は、治癒することはないが、早期に発見し、その進行に応じた適切な医療、看護、介護やリハビリテーションを行うことで、穏やかな経過を辿ることができる。本報告書では、このような基本認識に立って、認知症の進行のステージごとに生じる課題を整理し、検討の方向性を明らかにした。

ステージごとの施策検討の方向性を、施策類型別に整理すると、図Vのとおり、①継続的で一貫性のある相談支援体制の構築、②地域における医療機関どうし、医療と介護の連携体制の構築と、そのためのツールの開発、③認知症の正しい理解の普及、④以上の施策の役割に応じた専門人材の養成、の4つの施策群に整理することができる。

これらのうち、専門人材の養成は施策の基盤をなすものであり、特に重要な課題である。専門医やコーディネーターの養成、看護師や介護支援専門員、MSWやPSW等の研修等について、事業化にむけ早期に取り組む必要がある。

認知症による激しい周辺症状への対応、肺炎、心筋梗塞やがんなどの内科的な身体合併症が起きたときの対応、転倒による骨折等整形外科的な身体合併症の緊急的な対応については、家族・介護者や医療機関をはじめとする多くの関係者が苦慮している現状があり、作業部会においても重点的に議論をおこなってきた。今後の検討にあたっては、救急病院、精神科病院、リハビリテーション病院等の医療機関の役割の明確化と退院後の支援も含めた在宅、介護施設等との連携体制の構築について、さらに検討を進めスキームを具体化する必要がある。

なお、本作業部会において検討した施策は、医療機関間、医療と介護、地域住民など、多岐にわたる連携が求められることから、施策を地域展開する場面においては、地域の社会資源の実情を踏まえ、圏域の設定について特に留意する必要がある。

また、その際、市町村等の行政機関や医師会等の関係団体の協力が必須となることから、これらの関係者の合意形成を図りながら取り組みを進めることも重要である。

県では、高齢者保健福祉計画を始め、保健医療計画や地域福祉支援計画等、様々な計画を策定している。これらの計画の整合性も十分考慮しつつ、効果的かつ計画的に施策の実施を図る必要がある。このような視点から、医療機関、及び医療と介護の情報共有と役割分担のためのツール（認知症医療連携パス）についても、県が進める全県共用型地域医療連携パスを念頭におきつつ、合わせて検討を進める必要がある。

また、認知症対策については、困難と思われる事例を検討し、データベース化も考慮していく必要がある。

以上の課題については、新たに指定された認知症疾患医療センターとともに検討を

しながら支援体制の構築を進めていくことが必要である。

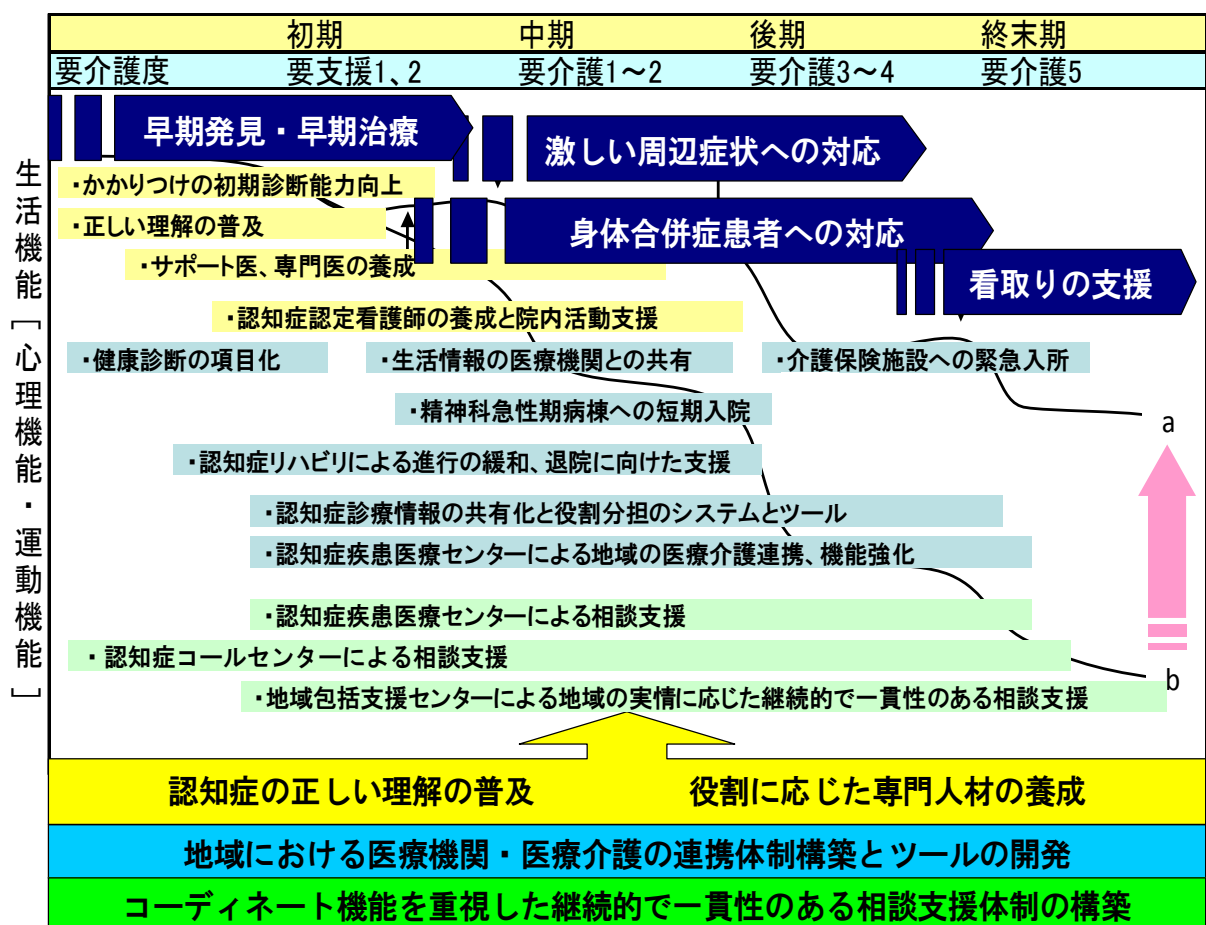
今回の作業部会では、認知症の原因疾患の中で最も割合の高いアルツハイマー型認知症を念頭において議論を展開してきた。しかし、レビー小体型認知症、血管性認知症、前頭側頭型認知症等、認知症の種類は多く、その疾患により症状、対応方法、治療方法が違ってくる。

また、原因となる疾患の種類を問わず 64 歳以下で発生した若年性認知症の方については、原因疾患が多岐にわたり、進行も早い例が多いといわれている。年齢的に就労や家事、育児、親の介護に従事しているなど、社会的役割の大きい世代で、そのために、家庭の経済事情や家族への影響、職場等の社会への影響が大きくなり多くの課題があることから、今後、障害者サービスの活用も含め、更に検討を進める必要がある。

認知症の人と家族を支援する施策は、本人の尊厳が重視され、住み慣れた地域で、最後までその人らしい暮らしを続けることを目指している。

このような視点に立ち、今後、これまでの協議会での議論を踏まえ、実効性のある施策を具体化させる必要がある。

図V ステージごとの施策検討の方向性



千葉県認知症対策推進協議会、作業部会 委員名簿 (50音順 敬称略)

氏名	所属等	協議会	医療連携	福祉連携	備考
旭 俊臣	旭神経内科・リハビリテーション病院長	○	●	●	合同作業部会長
畔上 加代子	千葉県在宅サービス事業者協議会長	○			
石井 禎子	香取市認知症コーディネーター	○	●	●	モデル事業実施市
出羽 文明	千葉県薬剤師会理事	○			
井上 肇	千葉県健康福祉部理事	○	●	●	
伊豫 雅臣	千葉大学大学院医学研究院精神医学教授	○			推進協議会長
宇井 訓子	千葉県ホームヘルパー協議会副会長	○			
植松 多恵子	認知症の人と家族の会千葉県支部世話人代表	○	●	●	
海村 孝子	千葉県医師会理事	○	●	●	推進協議会副会長
岡野 あけみ	香取市小見川地域包括支援センター	○	●	●	モデル事業実施市
梶原 栄治	千葉県高齢者福祉施設協会研修委員会委員長	○			
梶原 優	2次救急(精神病床無)日本病院会 常任理事	○	●		医療連携部会副会長
川上 浩嗣	千葉県社会福祉協議会総務部副部長	○			
北 昌司	千葉県社会福祉士会理事	○			
窪田 妙子	千葉県看護協会認知症認定看護師	○			
小林 繁樹	3次救急(精神病床無)千葉県救急医療センター長	○	●		
権平 くみ子	千葉県訪問看護ステーション連絡協議会長	○		●	
斉藤 英晴	佐倉市福祉部高齢者福祉課	○	●	●	モデル事業実施市
佐久間ケイ子	袖ヶ浦市地域包括支援センター	○	●	●	モデル事業実施市
佐藤 茂樹	3次救急(精神病床有)成田赤十字病院精神神経科部長	○	●		
助川 未枝保	認知症介護指導者(認知症ケア有識者)	○	●	●	推進協議会副会長 福祉連携部会副会長
武村 昭雄	千葉県地域包括・在宅介護支援センター協会理事	○			
田中 綾子	佐倉市福祉部高齢者福祉課	○	●	●	モデル事業実施市
西 ケイ子	千葉県介護支援専門員連絡協議会副理事長	○	●	●	
野口 渉子	千葉県介護福祉士会理事	○			
平山 登志夫	千葉県老人保健施設協議会会長	○			
細井 尚人	袖ヶ浦市認知症コーディネーター 袖ヶ浦さつき台病院	○	●	●	モデル事業実施市
松田 一郎	千葉県歯科医師会理事	○		●	
三島木和香子	千葉県地域密着・小規模ケア推進協議会世話人	○			
矢田 洋三	2次救急(精神病床有)日本精神科病院協会千葉県支部	○			
土橋 正彦	千葉県医師会			●	
森本 浩司	千葉県医師会		●		
木村 章	日本精神科病院協会千葉県支部				オブザーバー

