

# 精神病床における認知症入院患者 の状況について

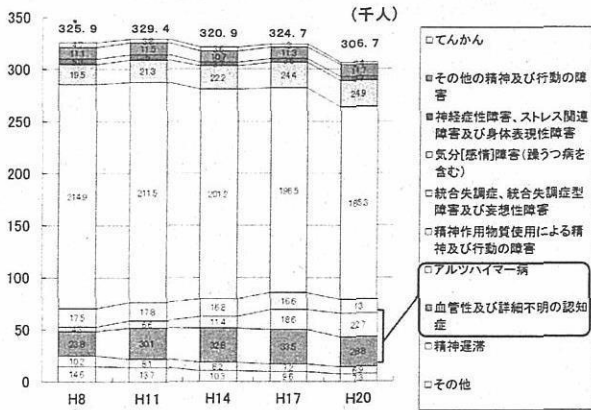
(第5回新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム

[平成22年9月2日開催] 資料2)

# 精神病床における認知症入院患者の状況について

1

## 精神病床入院患者の疾病別内訳

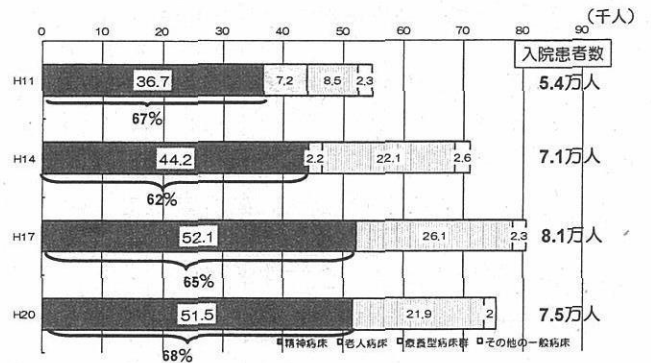


資料：患者調査 3

# 精神病床の状況について

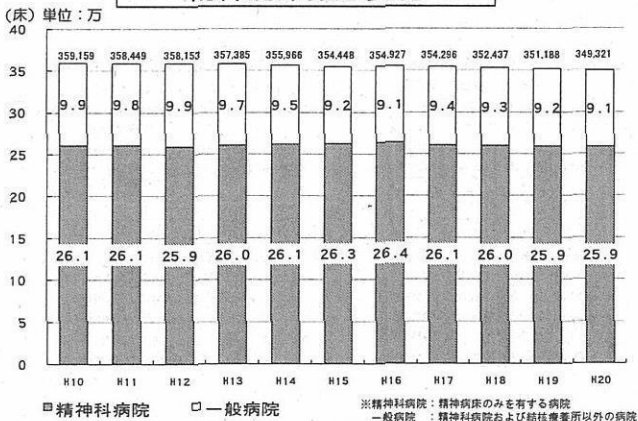
2

## 認知症を主傷病名とする入院患者の病床別割合の年次推移 (血管性及び詳細不明の認知症+アルツハイマー病)



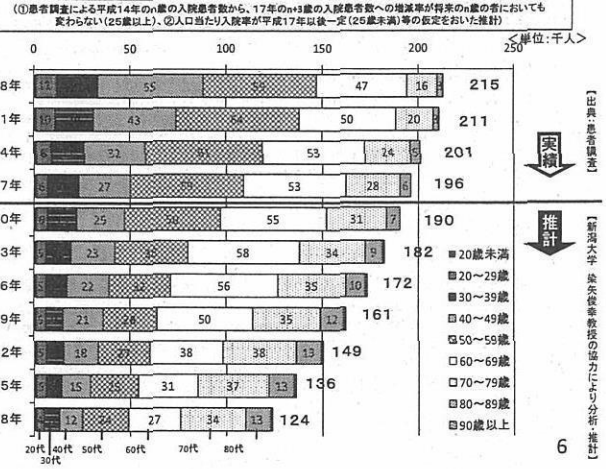
資料：患者調査 ※一般診療所を除く 4

## 精神病床数の変化



資料：医療施設調査 (毎年10月1日時点) 5

## 精神病床の統合失調症入院患者数の将来推計

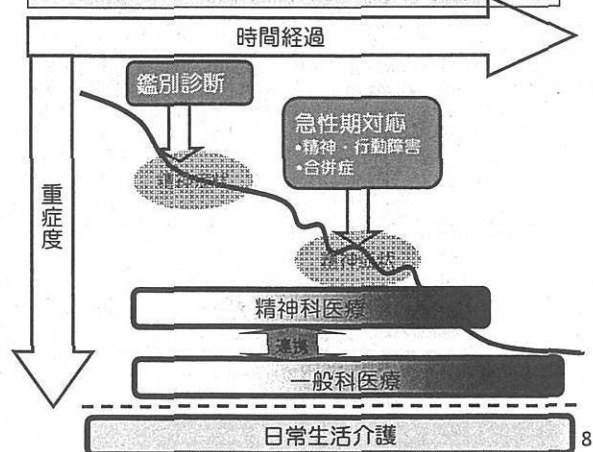


6

# 認知症患者の状況について

7

## 認知症の経過と医療の必要性



8

# 高齢者の増加と認知症患者

## 介護領域からの推計

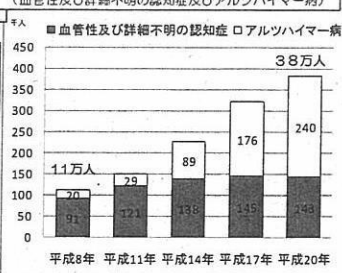
自立度Ⅱ(\*)以上の認知症患者数の推計



※自立度Ⅱ：日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難が多少見られるも、誰かが注意すれば自立できる。  
認知症患者数の推定根拠：厚生労働省老健局「2015年の高齢者介護」（平成14年9月末についての推計）、認知症患者の年次推移：患者調査

## 医療領域での推移

認知症患者数の年次推移  
(血管性及び詳細不明の認知症及びアルツハイマー病)



平成14年9月末についての推計に基づく、平成17年の推計値  
厚生労働省老健局「2015年の高齢者介護」

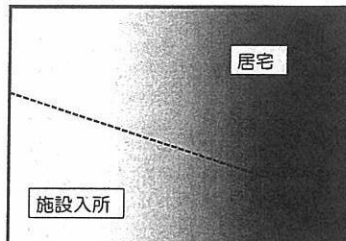
# 認知症患者の所在

## 介護

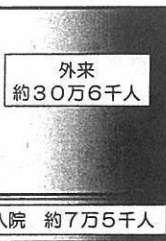
自立度Ⅱ以上の認知症高齢者  
169万人

## 医療

血管性認知症及び詳細不明の認知症  
アルツハイマー病  
38万人

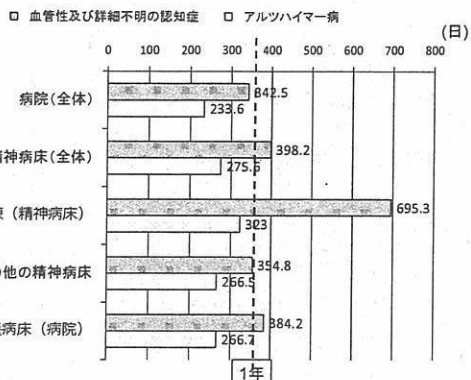


平成14年9月末についての推計に基づく、平成17年の推計値  
厚生労働省老健局「2015年の高齢者介護」



平成20年患者調査

# 病床種類別の認知症入院患者の平均在院日数

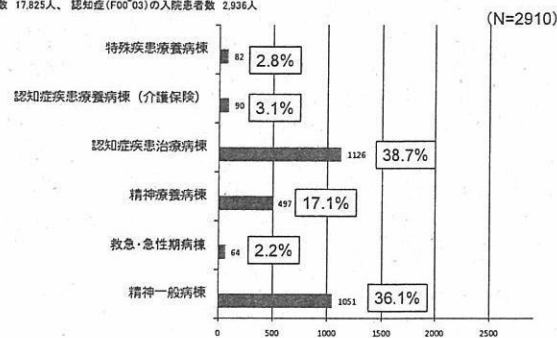


資料：平成17年患者調査

平成17年9月中に退院した患者の平均在院日数

# 精神病床の認知症入院患者(病棟種類別)

「精神病床の利用状況に関する調査」  
(平成19年度厚労研「精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究)  
調査対象：全国の精神病床を保有する病院 1,542病院中 997病院が回答。  
12月の入院患者のうち10%を無作為抽出した調査にて、  
回答数 17,825人、認知症(F00'03)の入院患者数 2,936人

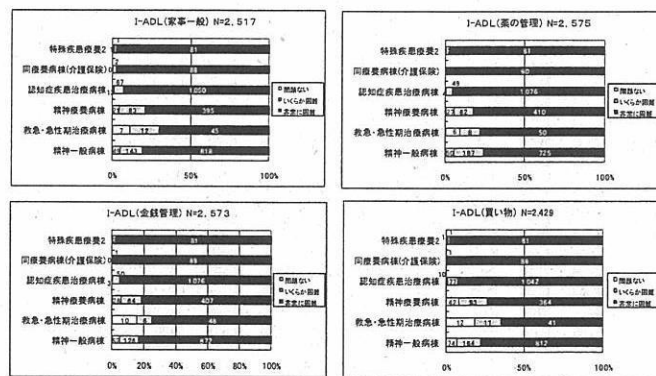


# 精神病床の認知症入院患者のADL



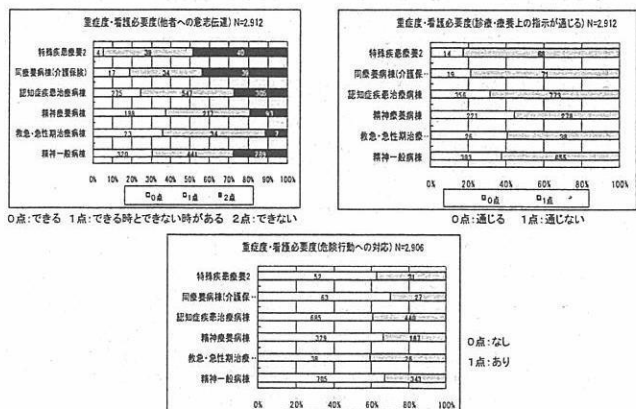
「精神病床の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚労研「精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究)

# 精神病床の認知症入院患者のI-ADL



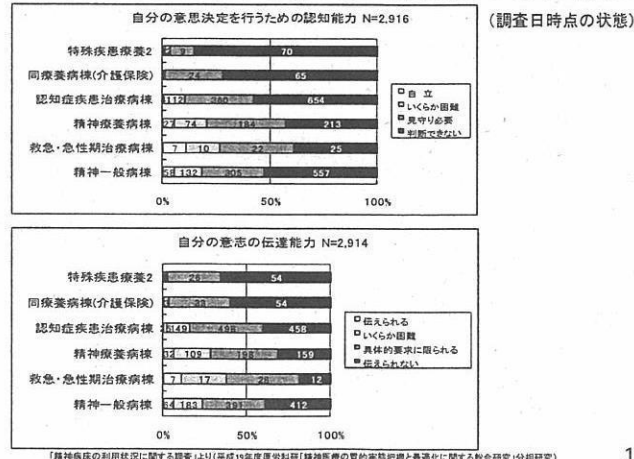
「精神病床の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚労研「精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究)

# 精神病床の認知症入院患者の重症度・看護必要度



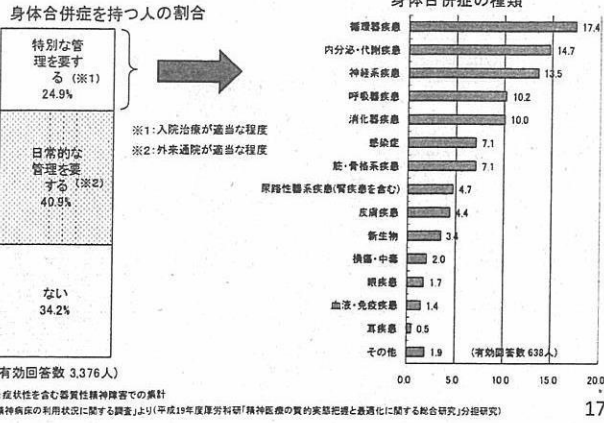
「精神病床の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚労研「精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究)

# 精神病床の認知症入院患者の認知能力・伝達能力

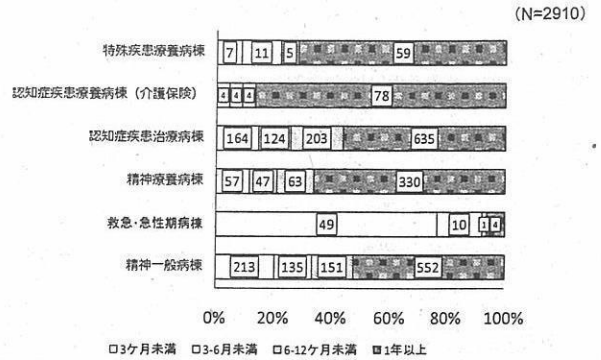


「精神病床の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚労研「精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究)

精神病床の認知症入院患者における身体合併症の状況

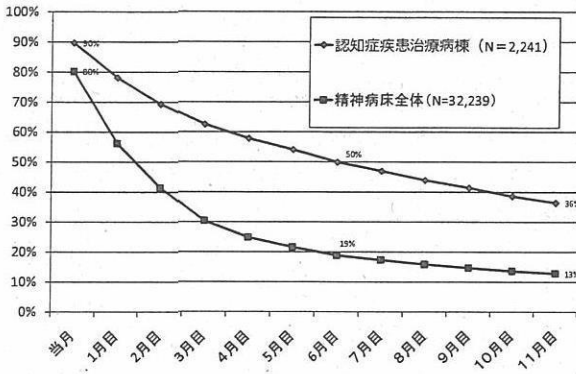


精神病床の認知症患者の在院期間の状況



「精神病床の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚労省「精神科医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究」分担研究)

認知症疾患治療病棟入院患者の残存曲線



資料:平成19年 精神・障害保健課調 19

認知症の医療の状況について

精神病床の現状

平成21年7月1日現在の届出状況より



精神科入院に係る診療報酬と主な要件①

医師の配置	看護職員等の配置	構造設備等	その他の主な要件	算定の対象となる患者	診療報酬点数
精神科入院基本料	看護 7:1 (特定機能病院のみ) 看護 10:1 看護 13:1 看護 15:1 看護 18:1 看護 20:1 看護 25:1	特記なし	・病棟の平均定員数400以内 ・新規入院患者の割合以上がGAF30以下 ・新規入院患者の割合以上がGAF20以下 ・病棟の平均定員数400以内 ・新規入院患者の割合以上がGAF30以下 ・新規入院患者の割合以上がGAF20以下又は身体合併症患者 ・急性期患者への治療体制を確保	・精神疾患を有する患者	1,311点 ※初期加算 465点 (~14日) 250点 (15~30日) 125点 (31~60日) 10点 (61~180日) 3点 (181日~1年)
精神療養病棟入院料	指定医 1名 看護 30:1 OT又は経験看護士 1名	・病室50㎡以上 ・1看護職員60床以下 ・1看護職員10床以下	・病棟にPSWまたは臨床心理士が常勤 ・病棟にOTまたは生活技能訓練室	・長期の入院を要する患者 ・GAFスコア40以下	1,050点 (GAFスコア41以上) 1,090点 (GAFスコア40以下)
認知症治療病棟入院料1	医師 1名 看護 20:1 看護補助者 25:1 専任作業療法士 1名	・病室10㎡/床以上 ・1看護職員10床以上 ・OT又は経験看護士 1名	・病棟にPSWまたは臨床心理士が常勤	・中期的な治療を要する認知症患者	1,450点 (~60日) 1,180点 (61日~)
認知症治療病棟入院料2	医師 48:1 看護 30:1 看護補助者 25:1 OT又は経験看護士 1名	・病室10㎡/床以上 ・1看護職員10床以上 ・OT又は経験看護士 1名	・病棟にPSWまたは臨床心理士が常勤	・中期的な治療を要する認知症患者	1,070点 (~60日) 970点 (61日~)

精神科入院に係る診療報酬と主な要件②

医師の配置	看護職員等の配置	構造設備等	その他の主な要件	算定の対象となる患者	診療報酬点数
精神科救急入院料1	指定医 1名 看護 10:1 PSW 1名 看護補助者 2名	・病室が半数以上 ・CT等の検査が速やかに実施できる体制 ・1看護職員60床以下	・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行	・措置・緊急措置入院患者 ・3ヶ月以内に精神科病棟に入院したことがない患者	3,451点 (~30日) 3,011点 (31日~)
精神科救急入院料2	指定医 1名 看護 10:1 PSW 1名 看護補助者 2名	・合併症ユニットが5割以上 ・病室が半数以上 ・CT等の検査が速やかに実施できる体制 ・1看護職員60床以下	・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行	・措置・緊急措置入院患者 ・3ヶ月以内に精神科病棟に入院したことがない患者 ・身体疾患の治療のため一般病棟に入院した患者	3,251点 (~30日) 2,811点 (31日~)
精神科急性期治療病棟入院料1	指定医 1名 看護補助者 30:1 PSW又は臨床心理士 1名 看護補助者 1名	・病室が半数以上 ・CT等の検査が速やかに実施できる体制 ・1看護職員60床以下	・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行	・措置・緊急措置入院患者 ・3ヶ月以内に精神科病棟に入院したことがない患者 ・急性期患者の急性増悪別	1,920点 (~30日) 1,600点 (31日~)
精神科急性期治療病棟入院料2	指定医 1名 看護補助者 30:1 PSW又は臨床心理士 1名 看護補助者 1名	・病室が半数以上 ・CT等の検査が速やかに実施できる体制 ・1看護職員60床以下	・時間外診療の件数 ・措置・緊急措置・応急入院の件数 ・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行	・措置・緊急措置入院患者 ・3ヶ月以内に精神科病棟に入院したことがない患者 ・急性期患者の急性増悪別	1,820点 (~30日) 1,500点 (31日~)
精神科身体合併症管理加算 (7日間を限度に加算)	・精神科を連携 ・病棟に専任の内科又は外科の医師が1名以上配置されている			精神科救急入院料 精神科急性期治療病棟入院料 認知症治療病棟入院料 精神科入院基本料(10:1、13:1又は15:1) 特定機能病院入院基本料(精神科) を算定する患者	350点

精神科病棟種類別の包括されている診療内容

診療内容	入院基本料等加算										特設診療科										
	入院基本料	非特定機能病院加算	精神科救急	精神科急性期治療病棟	精神科身体合併症管理	重症度	臨床研究	地域連携	精神科救急	精神科急性期治療病棟	精神科身体合併症管理	重症度	臨床研究	地域連携	精神科救急	精神科急性期治療病棟	精神科身体合併症管理	重症度	臨床研究	地域連携	
精神科救急入院料	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
精神科救急・合併症入院料	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
精神科急性期治療病棟入院料	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
精神療養病棟入院料	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
認知症治療病棟入院料	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

○:包括 □:別算定可能



# 認知症への対応 (平成22年診療報酬改定)

認知症に関わる精神医療の役割の強化  
 専門医療とかかりつけ医との連携の促進

## 認知症治療病棟入院料

【認知症病棟入院料から名称変更】

### ●入院早期に、より手厚い加算の設定

入院料1:	1330点	1180点	→	1450点	1180点
入院料2:	1070点	1020点		1070点	970点
	90日以内	91日以上		60日以内	61日以上

### ●認知症治療病棟退院調整加算 (退院時1回)

- 入院6か月以上の患者に退院支援計画に基づく指導を実施
- 医療機関に専従のPSW又は臨床心理技術者を配置

100点

## 認知症専門診断管理料

### ●認知症疾患医療センター等での認知症の鑑別診断

- 療養方針の決定・患者・家族への詳細な説明

500点

## 認知症患者地域連携加算

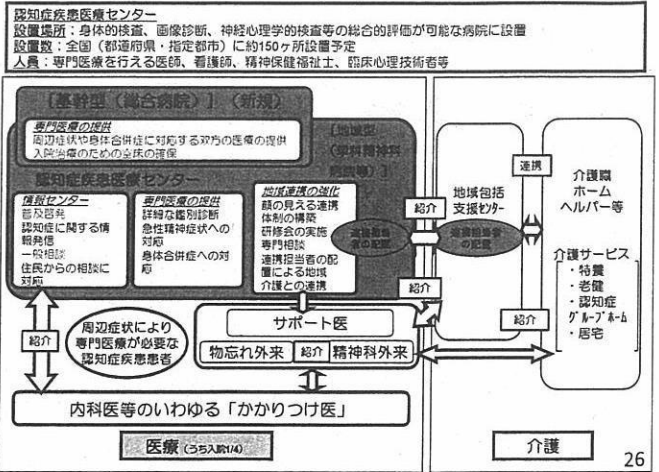
### ●かかりつけ医から専門医療機関への紹介時の診療情報提供料への加算

- 症状の増悪や定期的な評価が必要な場合、月1回まで

50点

# 認知症疾患医療センター運営事業

平成22年度予算額 577,671千円



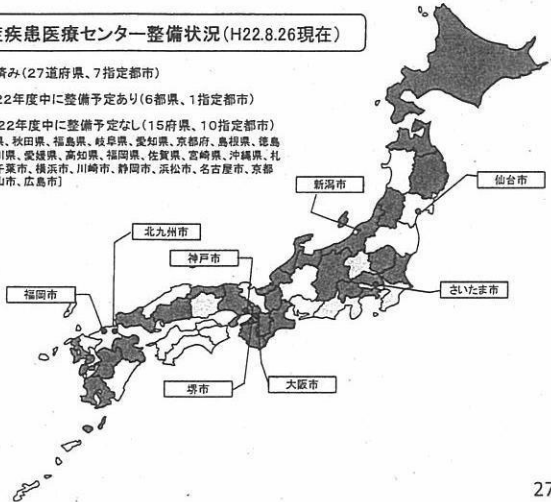
## 認知症疾患医療センター整備状況 (H22.8.26現在)

■: 整備済み (27道府県、7指定都市)

□: 平成22年度中に整備予定あり (6都県、1指定都市)

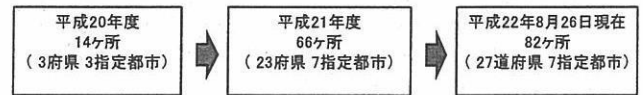
○: 平成22年度中に整備予定なし (15道府県、10指定都市)

【宮城県、秋田県、福島県、岐阜県、愛知県、京都府、鳥取県、徳島県、香川県、愛媛県、高知県、福岡県、佐賀県、宮崎県、沖縄県、札幌市、千葉市、横浜市、川崎市、静岡市、浜松市、名古屋市、京都市、岡山市、広島市】



## 認知症疾患医療センター運営事業実施状況

### (1) 設置数の年次推移



### (2) 事業実績の年次推移

年度	外来	鑑別診断	入院	専門医療相談 (電話)	専門医療相談 (面談)
20	16,289	3,095	1,254	5,113	3,536
21	110,124	12,336	4,788	19,810	11,017

(精神・障害保健課調べ)

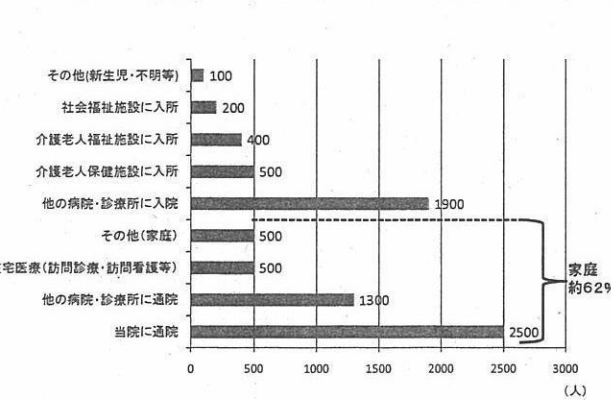
## 認知症疾患医療センターの整備状況

平成22年8月26日現在

都道府県指定都市	医療機関名	都道府県指定都市	医療機関名	都道府県指定都市	医療機関名
1 北海道	道庁赤十字病院	28 北海道	道庁赤十字病院	57 長崎	長崎県立総合医療センター
2 北海道	道庁赤十字病院	29 北海道	道庁赤十字病院	58 長崎	長崎県立総合医療センター
3 北海道	道庁赤十字病院	30 北海道	道庁赤十字病院	59 長崎	長崎県立総合医療センター
4 北海道	道庁赤十字病院	31 北海道	道庁赤十字病院	60 熊本	熊本県立総合医療センター
5 北海道	道庁赤十字病院	32 北海道	道庁赤十字病院	61 熊本	熊本県立総合医療センター
6 北海道	道庁赤十字病院	33 北海道	道庁赤十字病院	62 熊本	熊本県立総合医療センター
7 北海道	道庁赤十字病院	34 北海道	道庁赤十字病院	63 熊本	熊本県立総合医療センター
8 北海道	道庁赤十字病院	35 北海道	道庁赤十字病院	64 熊本	熊本県立総合医療センター
9 北海道	道庁赤十字病院	36 北海道	道庁赤十字病院	65 熊本	熊本県立総合医療センター
10 北海道	道庁赤十字病院	37 北海道	道庁赤十字病院	66 熊本	熊本県立総合医療センター
11 北海道	道庁赤十字病院	38 北海道	道庁赤十字病院	67 熊本	熊本県立総合医療センター
12 北海道	道庁赤十字病院	39 北海道	道庁赤十字病院	68 熊本	熊本県立総合医療センター
13 北海道	道庁赤十字病院	40 北海道	道庁赤十字病院	69 熊本	熊本県立総合医療センター
14 北海道	道庁赤十字病院	41 北海道	道庁赤十字病院	70 熊本	熊本県立総合医療センター
15 北海道	道庁赤十字病院	42 北海道	道庁赤十字病院	71 熊本	熊本県立総合医療センター
16 北海道	道庁赤十字病院	43 北海道	道庁赤十字病院	72 熊本	熊本県立総合医療センター
17 北海道	道庁赤十字病院	44 北海道	道庁赤十字病院	73 熊本	熊本県立総合医療センター
18 北海道	道庁赤十字病院	45 北海道	道庁赤十字病院	74 熊本	熊本県立総合医療センター
19 北海道	道庁赤十字病院	46 北海道	道庁赤十字病院	75 熊本	熊本県立総合医療センター
20 北海道	道庁赤十字病院	47 北海道	道庁赤十字病院	76 熊本	熊本県立総合医療センター
21 北海道	道庁赤十字病院	48 北海道	道庁赤十字病院	77 熊本	熊本県立総合医療センター
22 北海道	道庁赤十字病院	49 北海道	道庁赤十字病院	78 熊本	熊本県立総合医療センター
23 北海道	道庁赤十字病院	50 北海道	道庁赤十字病院	79 熊本	熊本県立総合医療センター
24 北海道	道庁赤十字病院	51 北海道	道庁赤十字病院	80 熊本	熊本県立総合医療センター
25 北海道	道庁赤十字病院	52 北海道	道庁赤十字病院	81 熊本	熊本県立総合医療センター
26 北海道	道庁赤十字病院	53 北海道	道庁赤十字病院	82 熊本	熊本県立総合医療センター
27 北海道	道庁赤十字病院	54 北海道	道庁赤十字病院		
28 北海道	道庁赤十字病院	55 北海道	道庁赤十字病院		
29 北海道	道庁赤十字病院	56 北海道	道庁赤十字病院		

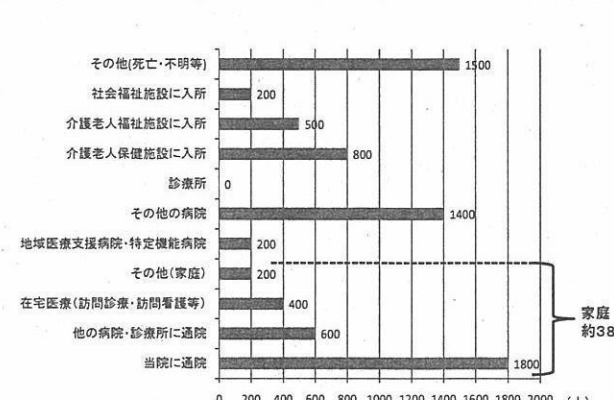
## 認知症患者の入退院の状況について

### 認知症の退院患者の入院前の場所



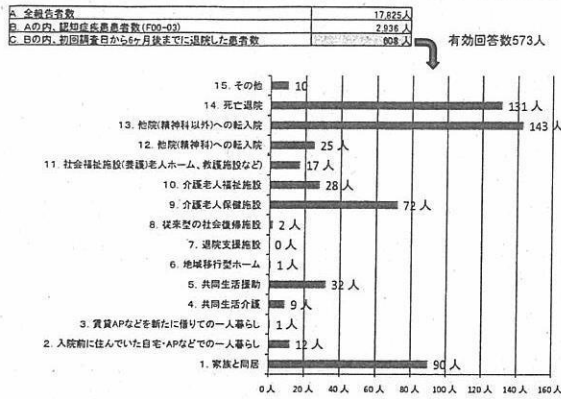
平成20年患者調査。9月1日～30日に退院した推計患者数のうち、血圧性及び詳細不明の認知症及びアルツハイマー病を合計したものの(7,800人)の内訳。

### 認知症の退院患者の退院後の行き先



平成20年患者調査。9月1日～30日に退院した推計患者数のうち、血圧性及び詳細不明の認知症及びアルツハイマー病を合計したものの(7,800人)の内訳。

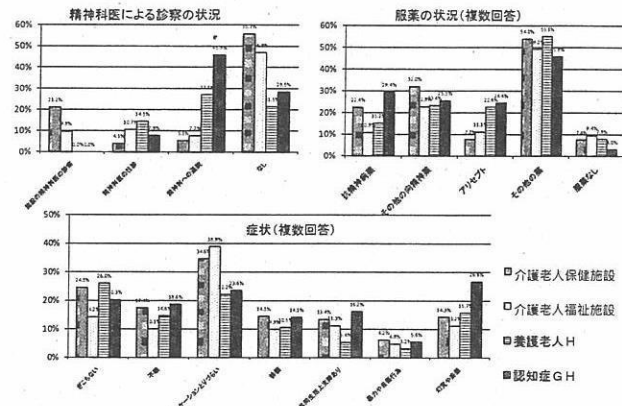
### 精神病床から退院した認知症患者の退院後の行き先



「精神病床の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚労研「精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究」分指研究) 33

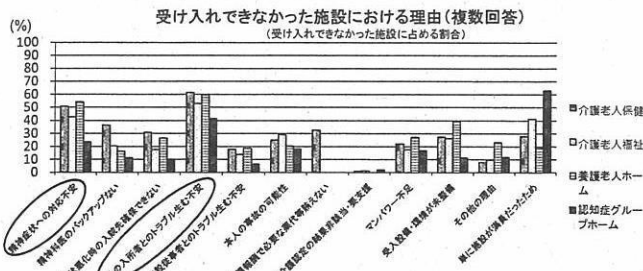
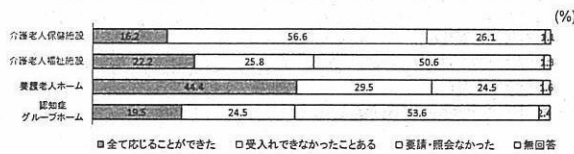
### 精神科病院からの退院後(直後又は6か月以内)に入所した認知症患者の状況

【精神科病院からの退院後に入所した認知症患者に占める割合】



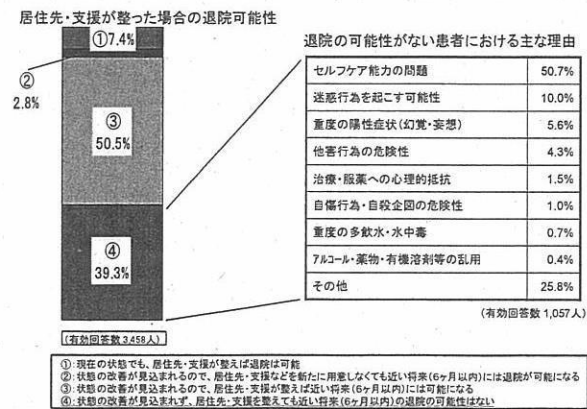
平成21年度高齢精神障害者の実態調査より 35

### 精神科病院等からの退院患者の受け入れ(過去3年間)



平成21年度高齢精神障害者の実態調査より 37

### 認知症による精神病床入院患者の退院可能性と理由



「精神病床の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚労研「精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究」分指研究) 39

### 平成21年度高齢精神障害者の実態調査(概要)

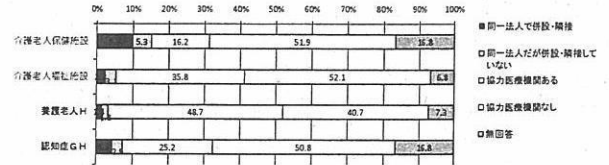
○平成22年1月22日現在の状況について行った調査。

○調査対象施設および有効回答率

以下の各施設について、事業者団体に加盟する全ての施設を対象として調査した。

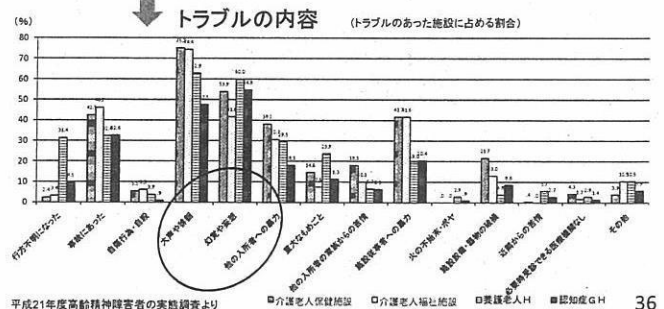
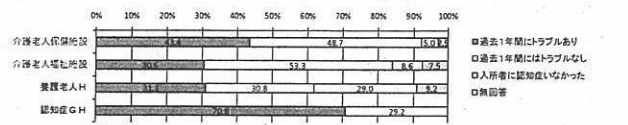
- ・介護老人保健施設 (有効回答数 1229施設 有効回答率 36.6%)
- ・介護老人福祉施設 (有効回答数 1780施設 有効回答率 41.4%)
- ・介護老人ホーム (有効回答数 437施設 有効回答率 55.3%)
- ・認知症高齢者グループホーム (有効回答数 817施設 有効回答率 47.5%)

### 精神科の併設・協力医療機関の状況



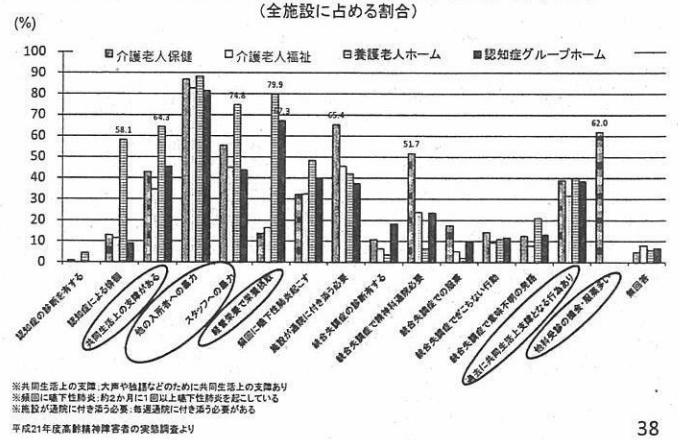
34

### 精神科病院からの認知症の退院患者の過去1年間のトラブル



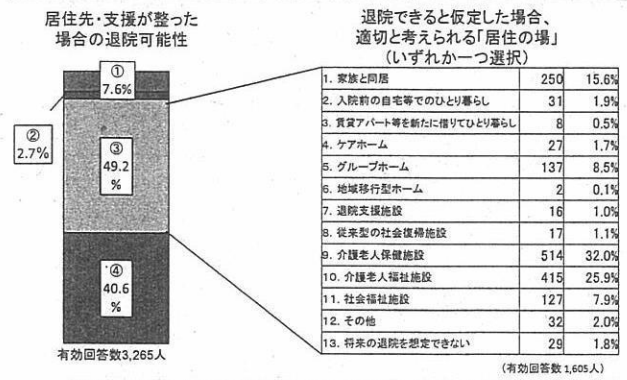
平成21年度高齢精神障害者の実態調査より 36

### 施設への受け入れが難しい対象者像(複数回答)



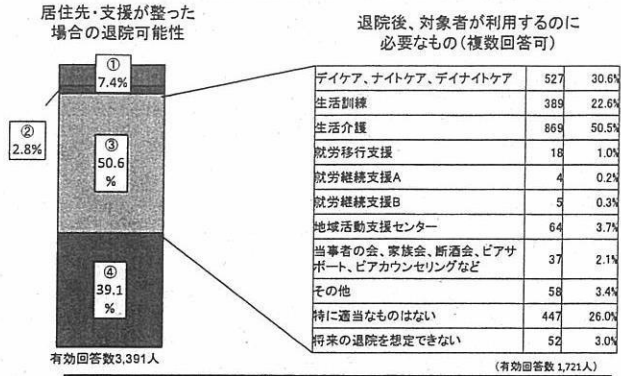
平成21年度高齢精神障害者の実態調査より 38

### 認知症による精神病床入院患者の適切な居住の場



「精神病床の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚労研「精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究」分指研究) 40

## 認知症による精神病床入院患者の退院後の日中の活動

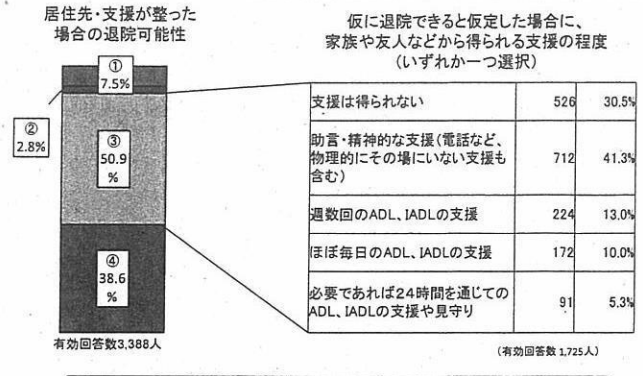


- 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能
- 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来(6ヶ月以内)には退院が可能になる
- 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来(6ヶ月以内)には可能になる
- 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援を整えても近い将来(6ヶ月以内)の退院の可能性はない

「精神科病の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚生労働省「精神医療の質的改善と最適化に関する総合研究」分冊研究)

41

## 退院できると仮定した場合の家族等からの支援



- 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能
- 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来(6ヶ月以内)には退院が可能になる
- 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来(6ヶ月以内)には可能になる
- 状態の改善が見込まれるので、居住先・支援を整えても近い将来(6ヶ月以内)の退院の可能性はない

「精神科病の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚生労働省「精神医療の質的改善と最適化に関する総合研究」分冊研究)

42

## 退院できると仮定した場合の適当な「居住の場」



「精神科病の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚生労働省「精神医療の質的改善と最適化に関する総合研究」分冊研究)

43

## 介護保険サービスの概要

### 介護サービスの種類

市町村が指定・監督を行うサービス	都道府県が指定・監督を行うサービス	サービス
<ul style="list-style-type: none"> <li>地域密着型サービス</li> <li>夜間対応型訪問介護</li> <li>認知症対応型通所介護</li> <li>小規模多機能型居宅介護</li> <li>認知症対応型共同生活介護(グループホーム)</li> <li>地域密着型特定施設入居者生活介護</li> <li>地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>居宅サービス(訪問サービス)</li> <li>訪問入浴介護</li> <li>訪問看護</li> <li>訪問リハビリテーション</li> <li>在宅介護支援センター</li> <li>特定施設入居者生活介護</li> <li>特定施設利用員派遣</li> <li>居宅介護支援</li> <li>施設サービス</li> <li>介護老人福祉施設</li> <li>介護老人保健施設</li> <li>介護療養型医療施設</li> </ul>	介護給付を行うサービス
<ul style="list-style-type: none"> <li>地域密着型予防サービス</li> <li>介護予防認知症対応型通所介護</li> <li>介護予防小規模多機能型居宅介護</li> <li>介護予防認知症対応型共同生活介護(グループホーム)</li> <li>介護予防支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護予防サービス(訪問サービス)</li> <li>介護予防訪問介護(夜間・休日サービス)</li> <li>介護予防訪問入浴介護</li> <li>介護予防訪問看護</li> <li>介護予防訪問リハビリテーション</li> <li>介護予防在宅介護支援センター</li> <li>介護予防特定施設入居者生活介護</li> <li>介護予防特定施設利用員派遣</li> <li>通所サービス(デイサービス)</li> <li>通所介護(デイサービス)</li> <li>通所リハビリテーション</li> <li>短期入所サービス(9~13時)</li> <li>短期入所介護</li> <li>施設利用員派遣</li> </ul>	予防給付を行うサービス

45

### 介護保険施設等の概要

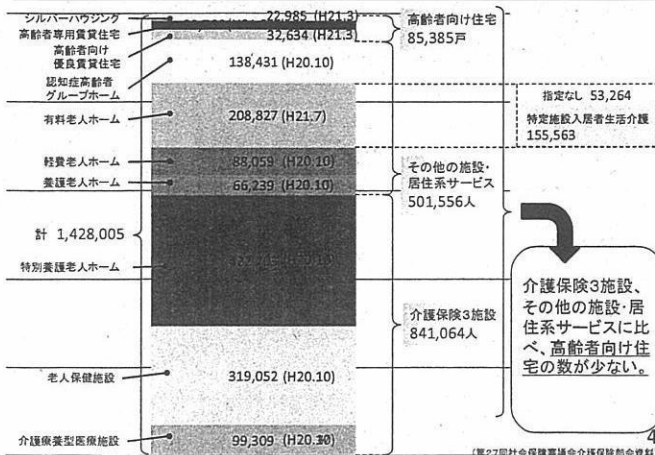
基本的情報	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)注1)	老人保健施設	介護療養型医療施設	特定施設(老人ホーム、ケアハウス等)注2)	認知症高齢者の長期療養施設
目的	要介護高齢者のための生活施設	要介護高齢者が在宅生活を目的としたリハビリテーション施設	要介護高齢者の長期療養施設	要介護高齢者も含めた高齢者のための生活施設	認知症高齢者のための共同生活居
人員配置	要介護高齢者のための生活施設	要介護高齢者が在宅生活を目的としたリハビリテーション施設	要介護高齢者の長期療養施設	要介護高齢者も含めた高齢者のための生活施設	認知症高齢者のための共同生活居
施設数	6,815	3,500	2,252	2,617	8,292
定員数	422,703	319,022	99,309	87,645(2,222)	132,069(2,222)

(注1) 介護老人福祉施設及び特定施設の施設数及び定員数(利用者数)は、地域密着型施設を除いた数字である。  
 (注2) 認知症高齢者グループホーム及び特定施設については定員数ではなく利用者数を記載している。  
 (資料出所) 施設数、定員数(利用者数)については、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(平成20年10月1日時点)。

(第27回社会保障審議会介護保険部会資料を一部改変)

46

## 高齢者向けの住宅と施設のストックの現状



47

## 有料老人ホームと高齢者専用賃貸住宅の比較

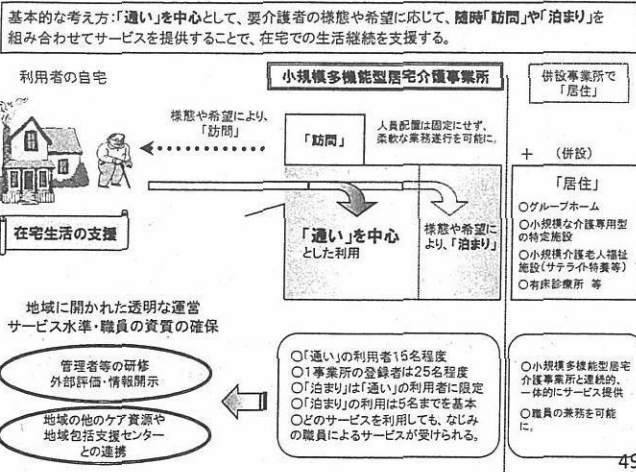
	有料老人ホーム	高齢者専用賃貸住宅
法律	老人福祉法	高齢者居住安定確保法施行規則
定義	高齢者(65歳以上)の居住、食事の提供、介護の提供、洗濯掃除等の家事、健康管理のうちいずれかのサービスを提供しているもの	一定基準を満たし都道府県知事へ登録されたもののうち、専ら高齢者の専ら・夫婦連帯を目的とする賃貸住宅について、住宅の戸数・規模や提供されるサービスに関する事項を明示し届出を行うもの
設置要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>提供するサービス内容に応じて設置</li> <li>一居室(個室)又は介護居室(個室で13㎡以上)</li> <li>一時介護室・居居室(又は居居室)・機能訓練室</li> <li>設備室(又は応接室)・食堂・浴室・便所・洗濯設備・専ら居室</li> <li>洗濯室・洗濯室・汚物処理室・器具室・健康、生食が可能な設備室</li> <li>1.4m(中層下1.8m) ※すべての介護居室(1室当たり16㎡以上)で、居室内に便所及び洗濯設備が設置されている場合</li> <li>1.5m(中層下2.7m)</li> <li>※上記以外の場合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>各戸の面積が面積に対して25㎡以上であること</li> <li>(居間、食卓、台所等高齢者が共同して利用するための十分な面積を有するものにあっては18㎡以上)</li> <li>原則として各戸に台所、便所、収納設備、洗濯設備、浴室を備えていること(共同部分に共同して利用する共同台所、収納設備又は浴室を備えた場合は、各戸が洗濯設備と洗濯設備を備えていること)</li> </ul>
人員基準	入居者の数及び提供するサービスの内容に応じて定数配 介護職員・看護職員・機能訓練指導員・栄養士・生活相談員 施設長・専務員・調理員	なし
一時金、前払金等	一時金の算定規模の明示及び保全措置の義務化(500万円か返還後残高のいずれか低い方の金額)	前払金等の算定規模の明示及び保全措置の義務化(500万円か返還後残高のいずれか低い方の金額)
契約形態	利用規約方式 賃貸借方式	賃貸借方式
行政監督	都道府県知事(指定型)への届出 報告徴収、立入検査、改善命令	都道府県知事(住宅型)への登録 報告徴収、指示、登録の取消
所管官庁	厚生労働省	国土交通省
定員(戸数)	208,827人(H21.7)	29,766戸(H21.3)

(第27回社会保障審議会介護保険部会資料を一部改変)

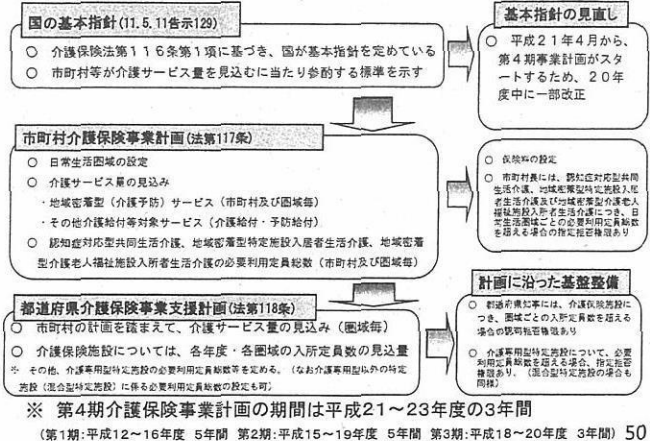
48



小規模多機能型居宅介護のイメージ



介護保険事業（支援）計画について



介護保険部会検討スケジュール案

(第27回社会保障審議会介護保険部会資料より抜粋)

介護保険部会	検討事項	主な検討の提示	備考
第28回 (7月30日)	○給付の在り方(施設、住まい) ○今後の介護保険施設の機能や在り方	(1)今後の介護保険施設の機能や在り方 【介護施設の整備方針について】 ○これまで取り扱われていた地域等に比べ、高齢者本人の選択により、在宅で介護サービスを受けることが可能である。このため、現在進んでいる施設の整備に加え、在宅サービスの充実強化及び高齢者住宅の供給を推進する。 ○この種の施設整備は、在宅サービスの充実、高齢者の住まいの供給やそれぞれのバランスについては、地域の高齢ニーズを把握のうえ、自治体において地域の実情に応じて進めていくべきか、 ○特に、高齢者の住まいについては、国庫が比較して不足している現状を踏まえ、どのように供給を促進していくか ○施設入所者が増加し、医療ニーズが高まる一方、補償給付をかける施設所数が減少している中、今後、施設入所者数を確保できるように考えるか。 (中略)	
第30回 (8月30日)	(5)認知症への支援の在り方	(5)認知症への支援の在り方 ○増加する認知症への支援体制をどのように充実強化していくのか、 ○市町村におけるニーズ把握と計画的なサービスの確保 ・認知症に対するサービスの充実 ・認知症者の日常生活における支援の強化 ・権利擁護の推進(市民生活の推進) ・精神保健において長期入院している認知症者への対応 (後略)	

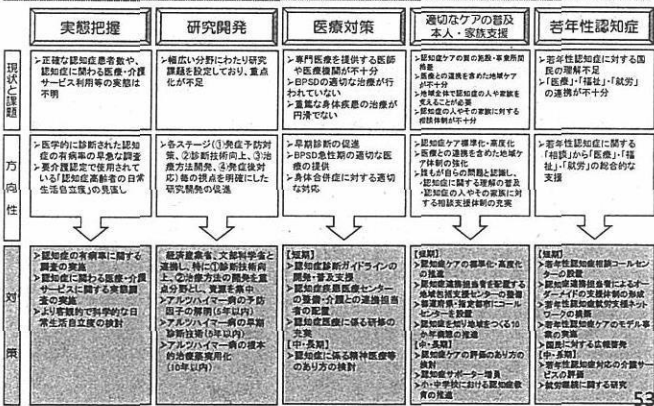
認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト

- ・ 認知症に関する研究開発の促進から、医療・介護現場での連携・支援に至るまで、認知症に関する包括的・総合的な対策を推進するため、厚生労働大臣の下に設置
- ・ 平成20年7月に報告書とりまとめ
- ・ メンバー

厚生労働大臣 岩井 啓  
東京大学教授(脳神経医学) 東 浩成  
筑波大学教授(精神神経科) 藤田 隆  
日本社会事業大学教授 中島 健一  
認知症介護研究・研修センター主幹 永田 久美子  
国立長寿医療センター部長 遠藤 英俊  
技術総括審議官、医政局長、社会・援護局長、障害保健福祉部長、老健局長 [事務局長]

今後の認知症対策の全体像

今後の認知症対策は、早期の確定診断を出发点とした適切な対応を促進することを基本方針とし、具体的な対策として、①実態の把握、②研究開発の促進、③早期診断の推進と適切な医療の提供、④適切なケアの普及及び本人・家族支援、⑤若年性認知症対策を積極的に推進する。



「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告書抜粋

④今後の認知症対策の具体的な内容

3 早期診断の推進と適切な医療の提供

(1) 現状・課題

○認知症の対応を適切に行うためには、早期発見が重要である。認知症の疑いがある場合には、専門医療に早期にアクセスすることにより、迅速に認知症診断を行い、確定診断に基づき適切な医療や介護の方針を決定することが不可欠である。

○一方で、専門医療を提供する医師や医療機関の取組、認知症を専門としない医療機関における認知症の認知が十分でないという課題がある。その結果、認知症の診断の遅れに起因して治療が遅れ症状が進行してしまう事例や、認知症うつ病や精神疾患やうつ病や精神疾患やうつ病に起因して適切な治療の機会を逃してしまう事例が生じている。また、介護負担の大きな家族、徘徊等のBPSDの改善の適切な治療が行われない事例や、認知症があるために重症な身体疾患に対する治療に提供されない事例等も生じている。

(2) 今後の方向性

このような現状を踏まえ、今後は、

○早期診断を促進するため、地域のかかりつけ医による認知症の疑いのある人の発見、専門医療を提供する医師・医療機関への紹介等により、早期の確定診断から治療・介護方針の策定、適切な医療や介護サービスの提供という流れを構築すること。

○BPSDの改善の適切な治療に対する適切な医療の提供を促進すること。

○がん、糖尿病、大腸癌、腎臓病等の重症な身体疾患に対する地域医療や専門医療の適切な対応を促進すること

といった対策を推進するものとする。

そのため、まず、専門医療を提供する医師の育成や専門医療機関の整備を推進するとともに、専門医療機関における介護との連携を強化する。また、地域において、介護との連携を図りつつ、認知症患者に対して適切な医療が提供される体制を確保する。具体的には、かかりつけ医における認知症に対する正しい認知の促進、かかりつけ医と専門医療を提供する医師の密接な連携による生活介護等の基礎疾患を含めた医療の提供、かかりつけ医による介護サービスの提供の支援を推進する。

(3) 短期的施策

○認知症の早期診断やBPSD・身体合併症への対応を行う専門医療体制の強化が必要である。また、かかりつけ医や認知症サポート医、看護師等のコミュニティ等の認知症への対応能力を向上させること、日本中標準的な認知症の診療を受けることができるように認知症ガイドラインの周知・普及のための支援を行うことが必要である。

(4) 中・長期的対策

認知症の適切な診断を促進し、認知症の専門医療を提供する医師の育成を図るとともに、認知症治療のあり方を検討し、適切な対策を講じ、BPSDの改善の適切な治療や身体合併症等に対する適切な医療の受け入れ体制を構築することが必要である。

具体的な以下のような取り組みを行う。

○認知症の認知症に係る医療・介護サービスの現状に関する調査・研究の成果を踏まえ、今後の認知症医療・介護サービスの現状を明らかにする。

○その際、介護の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点から、精神科医(認知症科医)、認知症医療病棟(認知症医療病棟)等、介護保険施設等の入居・入所施設のあり方について、総合的に検討する。さらに、この検討を踏まえ、入居施設を有する施設に、併設する専門医療を併設する認知症診療の体制のあり方について、引き続き検討する。

○かかりつけ医や介護保険サービス(地域包括支援センター、施設・在宅サービス)との密接な連携のもと、急性期に入院する入居施設後の患者の適切な治療やケアの提供を促進し、適切な治療を受ける機会を、総合的に確保する。



- 地域包括ケアシステムのあり方や地域包括ケアシステムを支えるサービス等について具体的な検討を行うため、有識者をメンバーとする研究会を開催。
- 平成21年度老人保健健康増進等事業により実施され、(三菱UFJリサーチ&コンサルティング)平成22年3月に報告書とりまとめ
- メンバー
  - (1)地域包括ケアに関する検討部会
    - 天本 弘 医療法人天翁会理事長
    - 金井 利之 東京大学大学院法学政治学研究科教授
    - 桜井 敬子 学習院大学法学部教授
    - 高橋 敏士 立教大学教授
    - 田中 浩(産長) 慶應義塾大学大学院教授
    - 本間 昭 社会福祉法人済会 認知症介護研究・研修東京センター長
    - 吉島 香澄 日本テレビ報道局経済部 解説委員
    - 村川 浩一 日本社会事業大学教授
    - 森田 文明 神戸市高齢福祉部長
  - (2)地域包括ケアを支える人材に関する検討部会
    - 池田 省三 龍谷大学教授
    - 岩村 正彦 東京大学大学院法学政治学研究科教授
    - 澤田 信子 神奈川県立保健福祉大学教授
    - 藤井 孝子 国立保健医療福祉大学サービス部マネジメント室長
    - 藤井 賢一郎 日本社会事業大学准教授
    - 堀田 聡子 東京大学社会科学研究所特任准教授
    - 前田 雅英(産長) 首都大学東京法科大学院教授

2. 2025年の地域包括ケアシステムの姿

上記1で記した地域包括ケアを巡る現状と課題を踏まえて、2025年を実現を目指す地域包括ケアシステムの姿(サービス提供体制の在り方、人材の在り方)を描くと、以下の(1)・(2)のとおりとなる。

(1)地域包括ケアを支えるサービス提供体制の在り方

○ 地域住民は住居の種類(従来の施設、有料老人ホーム、グループホーム、高齢者住宅、自宅(持ち家、賃貸))にかかわらず、おおむね30分以内(日常生活圏)に生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービスを24時間365日を通じて利用し、病院等に依存せずに住み慣れた地域での生活を継続することが可能になっている。

(医師との連携)

(中略)

(参考1:認知症のケース)

認知症を有する者については、市町村によるスクリーニングが普及し早期発見・早期診断が可能となり、早期より適切な対応が行われる結果、BPSDの現れる頻度も少なくなっている。たとえBPSDが出現しても、不安定な状態において適切なケアと治療が提供され、症状が改善する。自傷他害等のBPSDに対しては入院治療を行い、改善後すみやかに退院する。したがって、精神科院への長期入院の問題は解消されている。身体合併症に対しては一般病院における認知症への対応能力が向上しており、必要十分な治療が受けられる。早期診断が普及した結果、早期から成年後見制度の活用が認められ、高齢者の尊厳が保たれる。

(高齢者住宅の整備確保)

かつては、利用者が施設のケア体制に合わせて転々と移動(例えば、一般入院→入院→療養病棟→転院→介護老人保健施設→自宅復帰→認知症になってグループホーム→再度転院して退所し特別養護老人ホーム等に入所)を繰り返してきたが、高齢期においても住み続けることが可能な住宅が整備されその質の高齢者の状態に応じた必要かつ適切なケアを効率的に組み合わせたサービスが外付けで提供される。すなわち、住みやすい必要ケアが利用者の状態の変化に応じて柔軟に組み合わせて提供できるようになっている。を支える人材の在り方

(後略)

1. 地域包括ケアを巡る現状と課題

(2)2025年の超高齢社会を見据えた課題認識

③サービスの在り方

(中略)

(認知症支援体制)

(中略)

(医療体制)

○ 地域における認知症医療体制の整備については、認知症疾患医療センターの整備や「認知症サポート医養成研修」及びかかりつけ認知症対応力向上研修が行われているが、いずれも量的不足が課題となっており、今後の認知症を有する高齢者の増加に対応する医療体制にかかわる課題等を踏まえて、計画的な確保を図るべきではないかと、また、認知症医療体制の強化を図るため、かかりつけ医と専門医療機関との専門連携の促進による効率的な連携を図ることや認知症医療に関する地域住民への情報提供を進めるべきではないかと、認知症を主病として精神科院に長期入院する者が近年増加していることを踏まえ、行動・心理症状(BPSD)等の症状が顕化した場合の退院後の受け皿の整備を進めるべきではないかと、

【地域における課題】

○ 認知症について正しく理解し、認知症を有する者や家族に対しての応援者である認知症サポーターは、平成21年12月時点で14万人に達しており、地域によっては、認知症サポーターが中心となった見守りや生活支援などの実践活動を展開しているところもある。地域包括ケアを進めるうえで、こうした人的資源の効率的な活用を考慮する段階に至っているが、人材が少ないのではないかと指摘もある。2025年の認知症を有する高齢者数は323万人(65歳人口比9.3%)と推計がなされている状況で、地域において、認知症を有する高齢者の数や認知症を有する高齢者の支援ニーズに関する実態把握をしているところは少ないのではないかと、また、介護サービス需要をはじめ在宅生活を支援するための体制が十分確保されていないのではないかと指摘がある。今後は、小規模多機能型居宅介護、認知症専門サービス及びグループホーム等の整備を更に促進すべきではないかと、

(後略)

3. 地域包括ケアシステムの構築に向けた当面の改革の方向(提言)

(中略)

(1)地域包括ケアシステムに関する検討部会における提言

①地域包括ケアを支えるサービスの在り方

(2)医師との連携

○ 効果的に認知症を有する者の支援を実現するためには、早期の発見と治療が重要な意味を持つことから、より積極に認知症を発見するための指針を開発するとともに、早期発見のアウトパット病院受診の基盤など、家族が適切に対応するためのガイドラインを作成し認知症の正しい理解の普及啓発を図る。また、早期発見と治療、家族への相談・支援などを継続的・包括的に実施するため、「地域ケアパス」(原因疾患・状態及び地域のサービス資源の整備状況に応じたケアの提供スケジュール)を作成し、これを区域毎の専門職が共有すべきではないかと、

○ 早期発見後の的確な診断や治療、家族への相談・支援が行えるよう、認知症医療の中心となるべき「認知症疾患医療センター」の2次医療レベルでの整備促進とともに、「認知症サポート医」や「認知症に関する研修を受けたかかりつけ医」が生産圏域で十分に確保され、これらの情報が適切に住民に提供されるよう、地域包括支援センターにおける認知症連携担当者の配置などにより認知症医療との連携のための仕組みをつくる。

○ 量的にも質的にも不足している認知症対応に関する研修を一層充実し、認知症を有する者に関わるすべての専門職が参加できるように研修機会を提供すべきである。また、認知症を有する者に身体疾患が生じた場合に適切な医療が提供されるよう、一般病院における医療職種の認知症対応に関する研修を行うとともに、これを実現するための医療サービスの基盤整備も進捗する。

○ 現在、重症の認知症を有する者が、必ずしも認知症専門の医療施設ではない精神科院に長期入院、入院せざるを得ない状況になっており、重症の認知症を有する者の適切な受け入れ態勢の在り方について、見直しを検討すべきである。

○ BPSDを生じて入院した後、要請して退院可能な方々の直接自立に促すことが難しい場合、小規模多機能型サービス等を活用し、住み慣れた地域において地域に受け入れ、ケアに連携し、週サービスにシフトさせるなど、在宅生活に円滑に移行できるようにケアの成功例を収集して広く周知に提供していくことも重要である。

○ 認知症を有する者の在宅生活を支える在宅サービス体系のあり方について現行のサービスにとらわれず、声かけ・誘導・生活援助を含めた検討していくべきである。

精神保健医療福祉の更なる改革に向けて

(今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 平成21年9月24日とりまとめより抜粋)

IV 精神保健医療福祉の改革について

1. 精神保健医療体系の再構築

(1)現状

①入院治療の現状

イ 認知症

○ 県が国においては、人口の高齢化により、今後も認知症高齢者の増加が予測される。認知症高齢者に対する支援については、①早期の鑑別診断・確定診断、療養方針の決定、状態の変化に対応した療養方針の見直しを行うこと、②かかりつけ医による認知症に対する外来医療、③ADLの低下やIADLの著しい低下に対する介護的支援の提供、④BPSD(認知症の行動・心理症状)に対する介護的支援・医療の提供、⑤身体疾患に対する医療の提供に大別される。○ これらのうち、①の鑑別や、②のうち最悪なBPSDの急性期に対する医療の提供が、精神科による専門医療の重要な役割と考えられる。○ また、③については、BPSDが入院を要する程度にある場合において、BPSDに対する医療の提供とあわせて、(7) いわゆる総合病院精神科、認知症疾患医療センター等の専門医療機関が急性期の重症な身体合併症への対応を担い、(8) 精神科病院等が慢性期の身体合併症への対応を中心にその役割を担うことが求められている。

○ 鑑別診断、BPSDや急性期の身体合併症への対応を含め、認知症患者に対する専門医療を提供できる体制の確保・普及を図ることが必要であるが、その一方で、認知症病棟をはじめとする精神科院においては、専門的な医療機能を提供する上で、人員配置、身体合併症に対応する機能等が十分でないとの指摘がある。

○ 一方、認知症を主病として精神科院に入院している患者数は近年増加しており、入院が長期にわたる傾向があるが、その中には、BPSD等の症状の消滅後も、退院先の確保待ちやセルフケア能力の支援等のため、必ずしも入院による専門的な医療を要しない状態でも入院が続いている者が存在している。

○ このように、医学的に精神科院への入院が必要な者は、現在の入院患者の中では一定割合であるものと考えられ、また、BPSDや身体合併症等の患者の症状に対応する専門医療の資源が十分確保されていないという課題がある。

○ 認知症に対する専門医療とともに、相談・支援の充実や、介護との連携を図るため、認知症疾患医療センターの整備が進められているが、現状では、認知症に専門的に対応できる医療機関や医師が不足している。

5. 改革の目標値について

(1)今後の目標設定に関する考え方

○ その認識の下で、以下のとおり、具体的な目標についても、施策の実現に向けた進捗管理に資するよう、統合失調症、認知症の入院患者数をはじめとして、施策の体系や、患者像(疾病、年齢等)の多様性も踏まえた適切な目標を掲げるべきである。

○ 認知症については、平成22年度までのものとして現在行われている削減率等の調査を早急に決め、その結果等に基づき、精神科院(認知症病棟等)や介護療養施設等の入院・入所機能のあり方とその必要量等や、介護療養施設等の生活の場となる確保と介護療養サービスの提供の充実について検討を行い、適切な目標値を定めることとする。

(2)今後の目標値について

1 新たな目標値(後期5か年の重点施策群において追加するもの)

○ 認知症に関する目標値(例:入院患者数等)を、平成22年度までに具体化する。

○ 認知症患者は、急性期・慢性期の身体合併症を有する頻度が高いが、療養病棟を有する医療機関や介護老人保健施設(介護療養型を含む。)等において対応するための機能や、実際に受け入れられる施設が十分でないとの指摘がある。

(3)改革の具体策

①入院治療の再構築・重点化

イ 認知症

○ 今後認知症高齢者の増加が予想されることや世帯構造の変化を踏まえ、平成22年度までのものとして現在行われている、認知症の有病率や認知症に関する医療・介護サービスの実態等に関する調査を早急に実施するべきである。

○ その上で、その結果等に基づき、認知症高齢者をできる限り地域・生活の場で支えるという観点や、認知症の専門医療機関の機能をも明確化・重点化する観点も踏まえて、精神科院(認知症病棟等)や介護療養施設等の入院・入所機能とその必要量等を明確化すべきである。

○ 入院が必要な認知症患者の確保を明確化した上で、BPSDや、急性期の身体合併症を伴う患者に対応できるよう、認知症疾患医療センターの機能の拡充・整備の促進を図り、これらの専門医療機関を確保するとともに、

①認知症療養の体制の充実  
②身体合併症に対応する機能の確保  
等を行うことが必要である。

○ その際、認知症高齢者の心身の状態に応じた適切な支援の提供を確保し、また、精神科の専門医療を確保させるためにも、入院治療を要さない者が入院を継続することのないよう、介護療養施設等の適切な環境を確保した生活の場となる確保と適切な医療の提供、認知症に対応した外来医療及び介護療養サービスの機能の充実について検討すべきである。

○ なお、生活の場の更なる確保に当たっては、今後の認知症患者の増加に備えて体制を確保する観点から、既存の施設に必要な機能を確保した上で、その活用を図るという観点も考えられる。

○ また、あわせて、精神科院の面で入院を必要とする程度にはないが、急性・慢性の身体疾患のために入院を要する認知症高齢者に対し、適切な入院医療の提供を確保する観点から、一般病棟及び療養病棟の認知症対応力の強化のための方策についても検討すべきである。

○ 慢性期の身体合併症については、療養病棟や介護老人保健施設(介護療養型を含む)等において対応が図られているが、認知症を有する身体合併症の割合が高いことや、患者の病状が変動することを踏まえ、精神科院の面で入院が必要な認知症患者に対応する精神科院においても、身体合併症への一定の対応を行うために必要な方策を検討すべきである。

○ 認知症に関する専門医療・地域医療を支える医師等の質の向上を図るとともに、認知症疾患医療センターにおける専門医師と、診療所等を含めた地域医療との連携の強化を図るべきである。