

認知症について

これまでの議論の整理と今後の検討の方向性(論点整理)から

- 他のサービスや関係機関との連携が必要と考えられる分野(認知症、依存症、児童・思春期等)については、病期・疾患に応じた入院機能のあり方と機能分化に関する検討も踏まえ、その体制のあり方について検討を行うべきではないか。

特に、高齢の認知症患者については、医療サービスと介護サービスが密接な連携の下で提供される必要があるが、認知症疾患医療センターを中核として認知症医療体制の整備を図りつつ、周辺症状の急性期や身体合併症への対応という認知症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、精神病床(認知症病棟(旧認知症疾患治療病棟)等)や介護保険施設等の入院・入所機能のあり方を含めた体制の全体像について、総合的に検討を行ってはどうか。

① 認知症の現状と 求められる医療機能

「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者の推計人数

要介護者の日常生活自立度 (2002年9月末現在)		要介護者 要支援者	認定申請時の所在(再掲) 単位:万人				
			居宅	特別養 護老人 ホーム	老人保 健施設	介護療養型 医療施設	その他の 施設
総 数		314	210	32	25	12	34
再 掲	日常生活自立度Ⅱ以上	149	73	27	20	10	19
	日常生活自立度Ⅲ以上	79 (25)	28 (15)	20 (4)	13 (4)	8 (1)	11 (2)

将来推計	2002	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
日常生活自立度Ⅱ以上	149	169	208	250	289	323	353	376	385	378
	6.3	6.7	7.2	7.6	8.4	9.3	10.2	10.7	10.6	10.4
日常生活自立度Ⅲ以上	79	90	111	135	157	176	192	205	212	208
	3.4	3.6	3.9	4.1	4.5	5.1	5.5	5.8	5.8	5.7

※ 下段は、65歳以上人口比(%)

※ 2002年9月末についての推計。

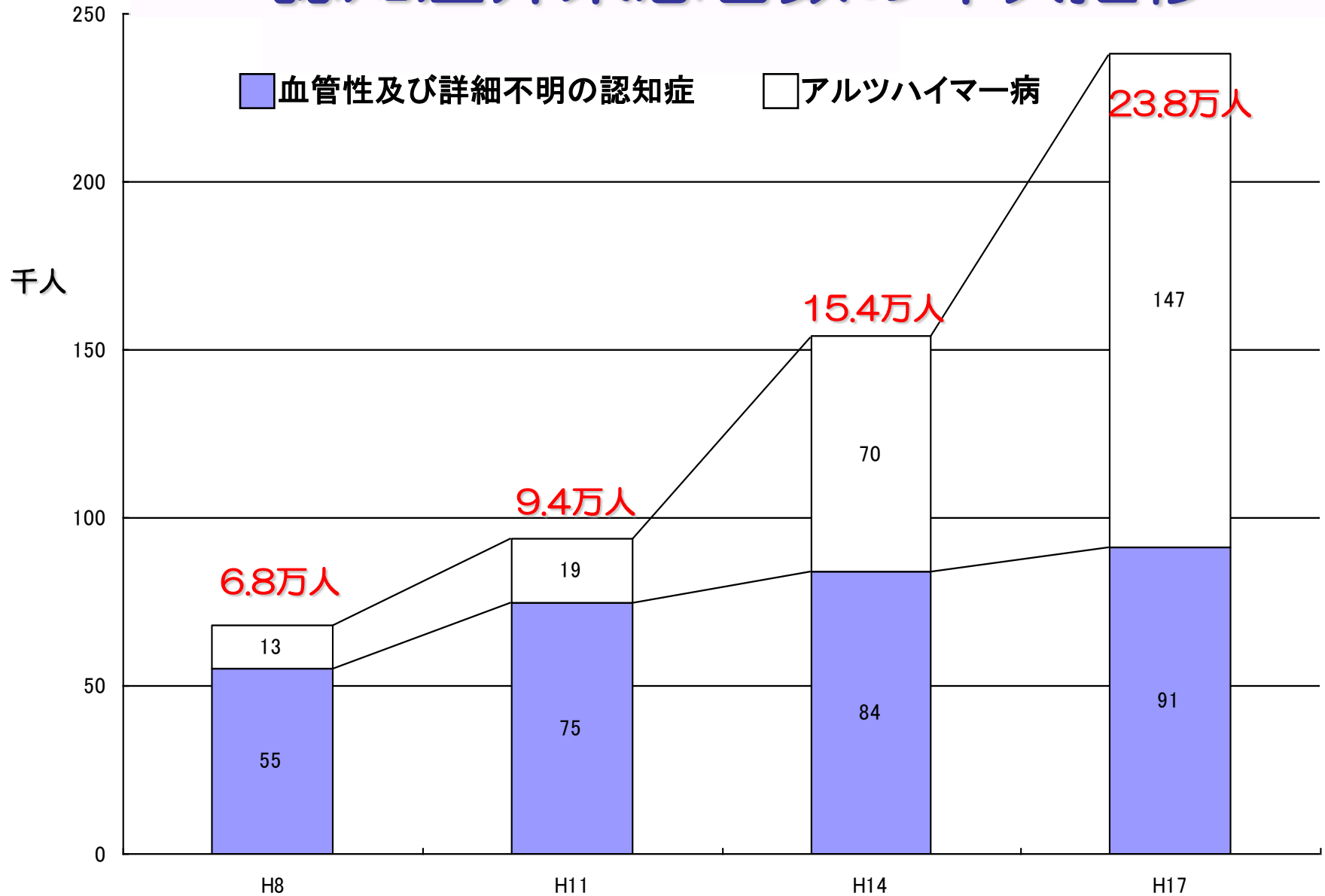
※ 「その他の施設」:医療機関、グループホーム、ケアハウス等

(参考) 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

(平成15年3月24日 老老発第0324001号から抜粋)

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
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さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記 II の状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記 II の状態がみられる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応等一人で留守番ができない等
III	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さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a に同じ
IV	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さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III に同じ
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する周辺症状が継続する状態等 4

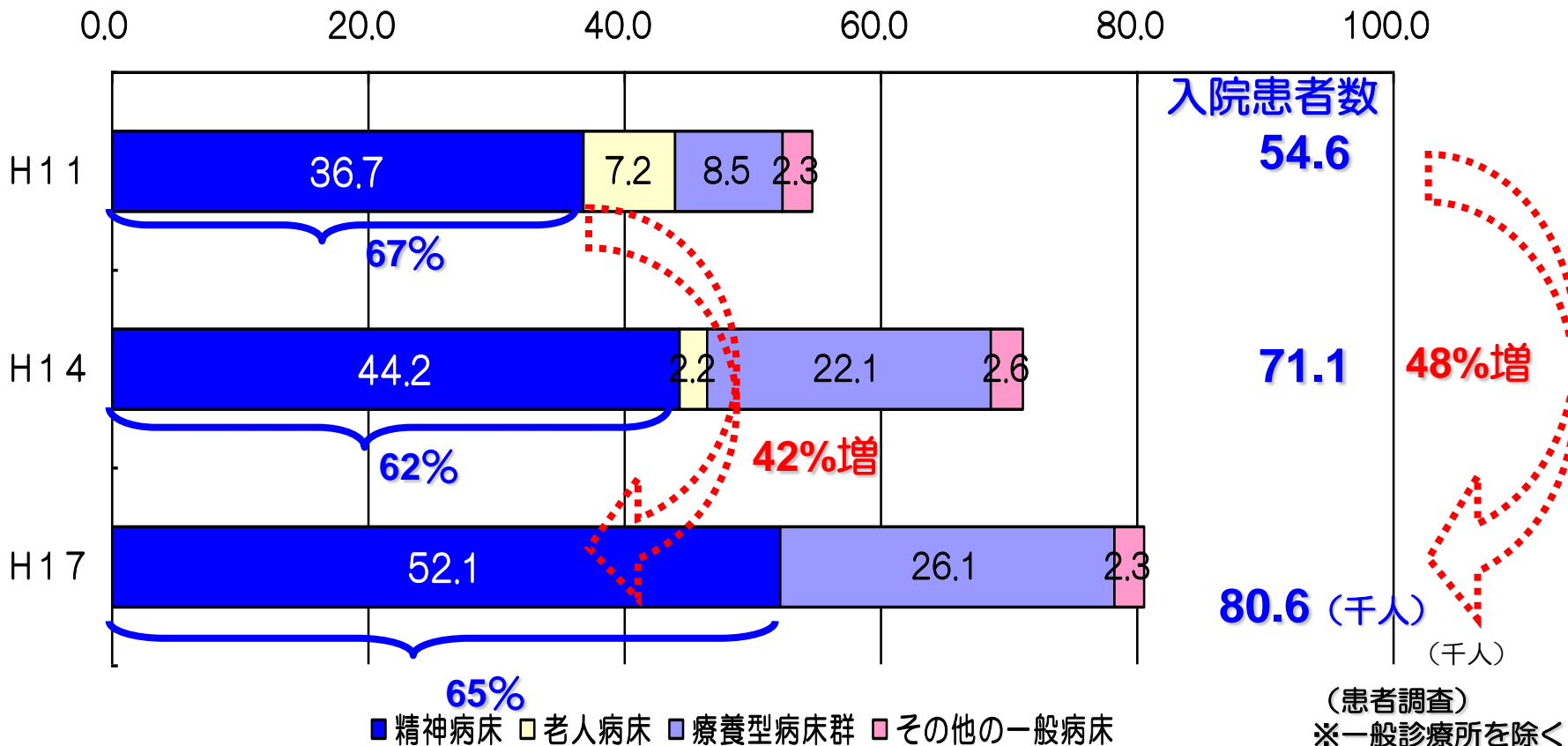
認知症外来患者数の年次推移



【出典】 患者調査

認知症疾患を主傷病名とする入院患者の病床別割合の年次推移

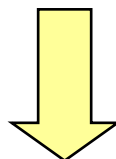
(血管性及び詳細不明の認知症＋アルツハイマー病)



認知症疾患を主傷病名とする入院患者は
H11→H17の6年間で48%増加

実態の把握

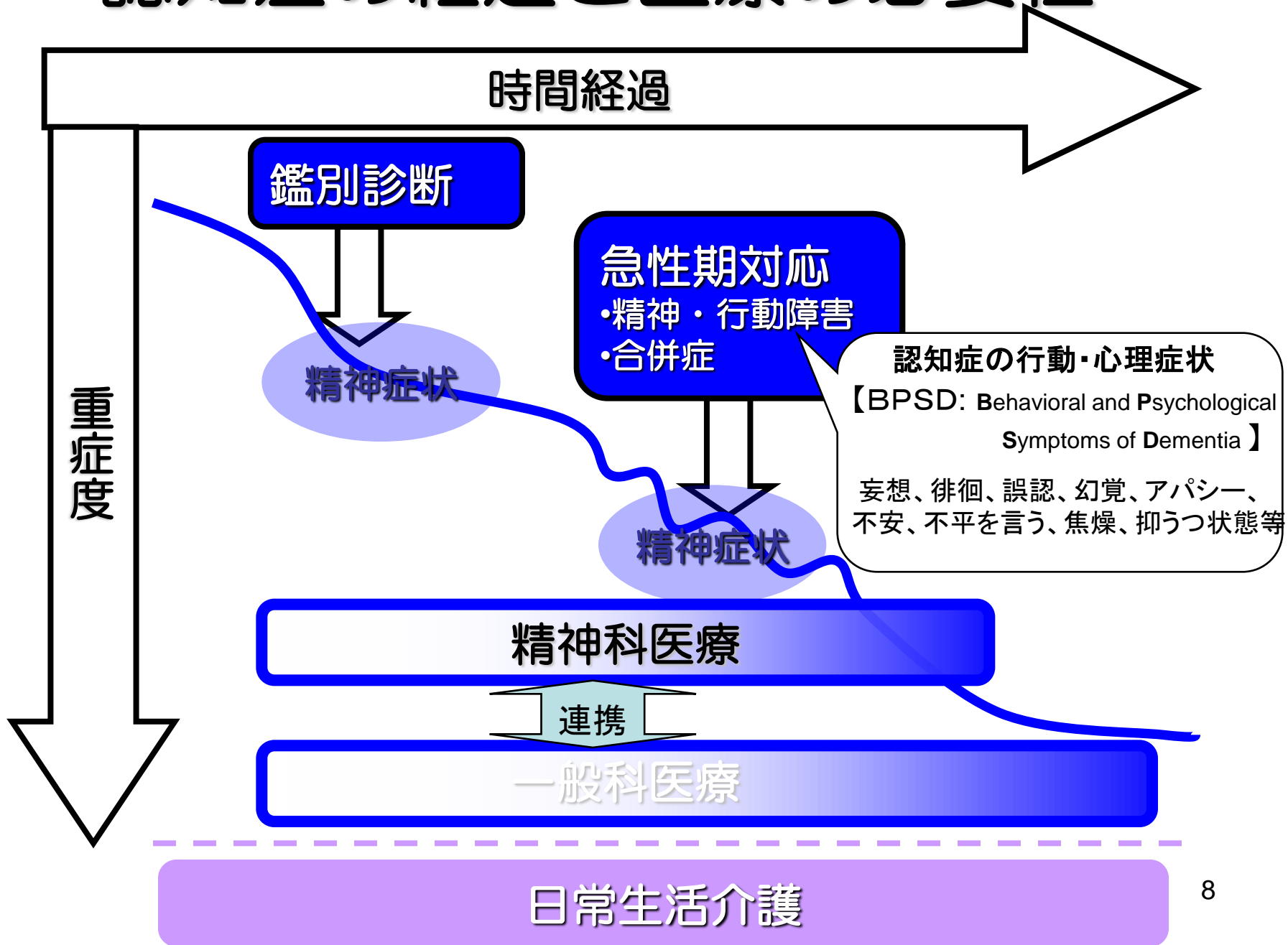
- ・わが国における認知症の有病率は昭和55年から平成2年に行われた調査に基づく全国推計(平成3年)以降は推計が行われていない。
- ・今後高齢化が進行する中、認知症に対する医療及び介護サービスの総合的な対策を行うためには、認知症の有病率や医療・介護サービス資源利用の実態など、基本的な調査が必要。



- ・ 医学的な診断基準に基づく、日本の認知症の有病率(全国推計)の把握
- ・ 認知症に関する医療・介護サービス資源利用についての実態調査

(平成21・22年度厚生労働科学研究費認知症対策総合研究「認知症の実態把握に向けた総合的研究」事業)

認知症の経過と医療の必要性



精神科医療

連携

一般科医療

日常生活介護

BPSD: 認知症の行動・心理症状

(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)

認知症の症状には、物忘れや判断力の低下等、脳機能の低下を直接示す症状である「中核症状」と、「中核症状」に伴って現れる精神・行動面の症状である「周辺症状」に分けられる。「BPSD」は「周辺症状」とほぼ重なる概念である。

【行動症状】

- 暴力
- 暴言
- 徘徊
- 拒絶
- 不潔行為 等

【心理症状】

- 抑うつ
- 不安
- 幻覚
- 妄想
- 睡眠障害 等

※せん妄

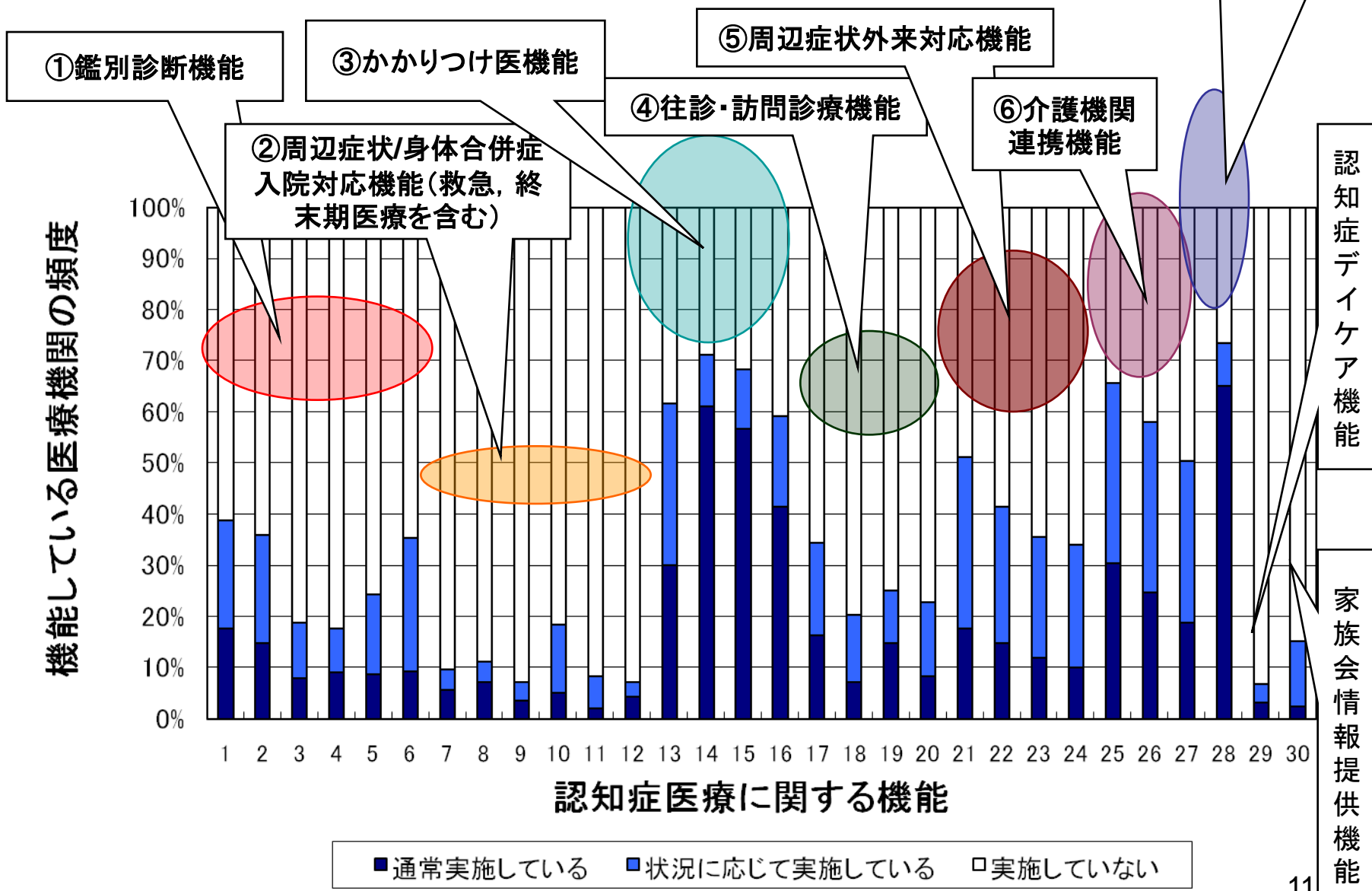
- 急激かつ一過性に意識水準が変化した状態で、1日の中でも状態は変動する
- 意識障害、認知機能障害に加え、BPSDに類似の症状が出現する
- 認知症に合併することも多く、認知症(BPSD)との鑑別が困難となることも多い

認知症患者に提供するべき医療 30項目:

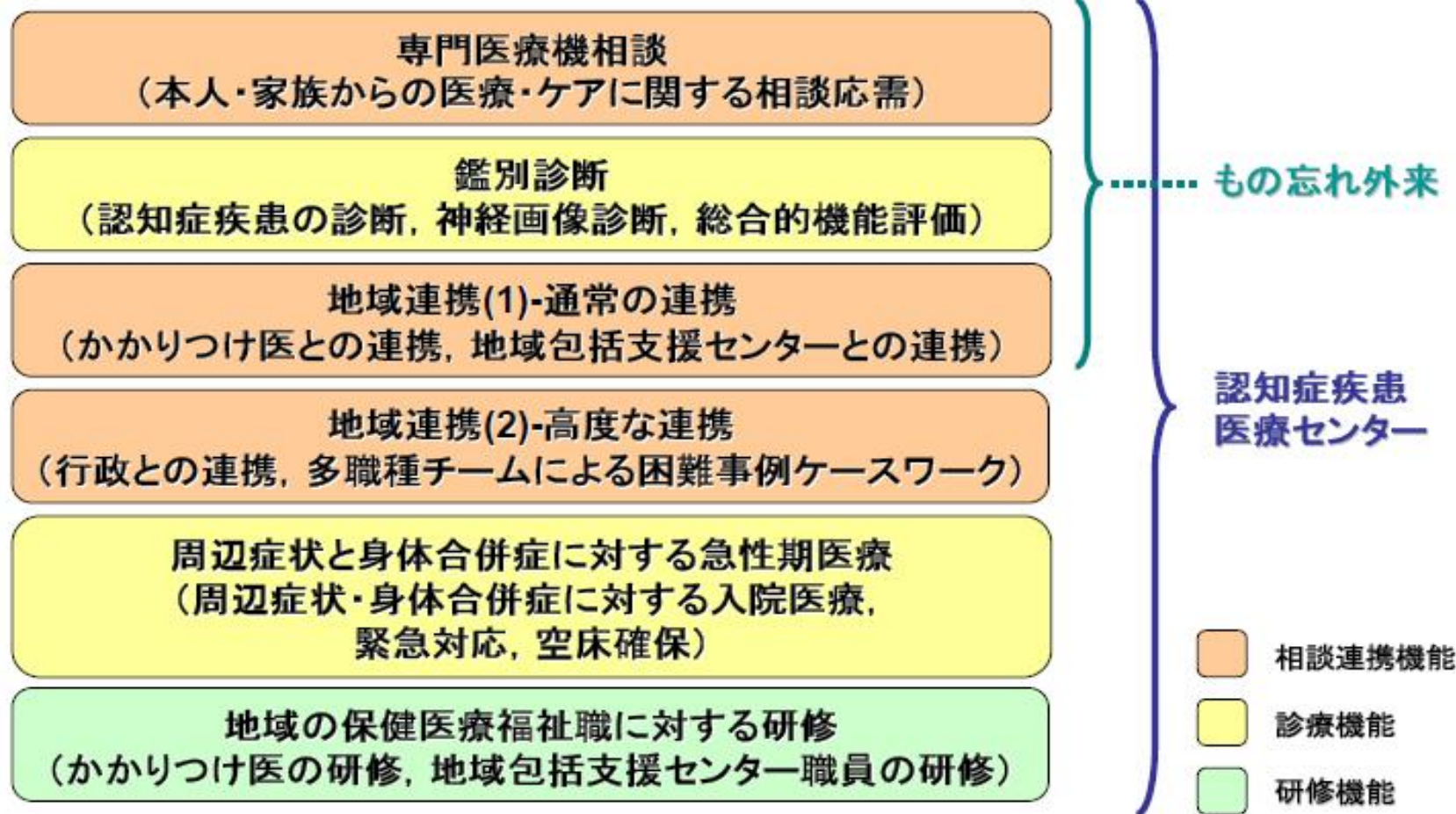
1. 鑑別診断機能	
1	アルツハイマー型認知症の診断
2	脳血管性認知症の診断
3	レビー小体型認知症の診断
4	前頭側頭型認知症(またはピック病)の診断
5	上記1)~4)以外の認知症疾患の診断
6	認知症, うつ病, せん妄の鑑別診断
2. 周辺症状/身体合併症の入院対応機能(救急医療や終末期医療を含む)	
7	合併する一般身体疾患(生活習慣病など)に対する入院治療
8	貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する入院治療
9	随伴する精神症状・行動障害に対する入院治療
10	合併する身体疾患に対する救急医療(時間外入院を含む)
11	随伴する精神症状・行動障害に対する救急医療(時間外入院を含む)
12	入院による終末期医療
3. かかりつけ医機能	
13	認知症疾患センターやもの忘れ外来など認知症専門医療機関への紹介
14	介護保険主治医意見書の記載
15	合併する一般身体疾患(生活習慣病など)に対する通院治療
16	アルツハイマー型認知症に対する抗認知症薬(アリセプト等)の投薬

4. 往診・訪問診療機能	
17	往診・訪問診療による身体疾患の治療
18	往診・訪問診療による精神症状・行動障害の治療(精神科との連携下でも可)
19	施設(グループホーム, 介護老人福祉施設など)への往診・訪問診療
20	往診・訪問診療による終末期医療
5. 周辺症状に対する外来対応機能	
21	随伴する抑うつ症状に対する通院治療(精神科との連携下でも可)
22	随伴する幻覚や妄想に対する通院治療(精神科との連携下でも可)
23	随伴する興奮や攻撃性に対する通院治療(精神科との連携下でも可)
24	せん妄に対する通院治療(精神科との連携下でも可)
6. 介護機関との連携機能	
25	介護支援専門員への助言または連携
26	地域包括支援センター職員への助言または連携
27	グループホーム等施設介護者への助言・指導
7. 専門領域の身体合併症に対する外来対応機能	
28	貴医療機関の専門領域の身体疾患に対する通院治療
8. その他	
29	認知症に対するデイケア
30	家族に対する「認知症の人と家族の会」についての情報提供

機能別に見た認知症のための医療資源の分布 (仙台市医師会登録医療機関 N=275)



「認知症疾患医療センター」と「もの忘れ外来」に求められる機能 (日本老年精神医学会専門医を対象とするアンケート調査 N=255)



認知症による精神病床への入院患者の 身体合併症、ADL障害の状況

GAF 51以上

合併症 ADL	特別な管理(※3)	日常的な管理(※4)	なし	計
直接介助要(※1)	19.5	25.2	17.6	62.3
準備・観察(※2)	2.7	6.7	5.5	14.9
自立	2.8	9.0	11.1	22.9
計	25.0	40.9	34.2	100.0

(n=3,356) (%)

※1: ベッド上の可動性、移乗、食事、トイレの使用の4項目のいずれかについて、直接の(ボディタッチを含む)援助が必要

※2: 「直接介助要」には該当しないが、4項目のいずれかについて、準備・観察が必要

※3: 入院治療が適当な程度

※4: 外来通院が適当な程度

合併症 ADL	特別な管理	日常的な管理	なし	計
直接介助要	9.8	15.7	8.6	34.1
準備・観察	3.9	7.8	6.4	18.1
自立	5.6	20.8	21.4	47.8
計	19.3	44.3	36.4	100.0

(n=499) (%)

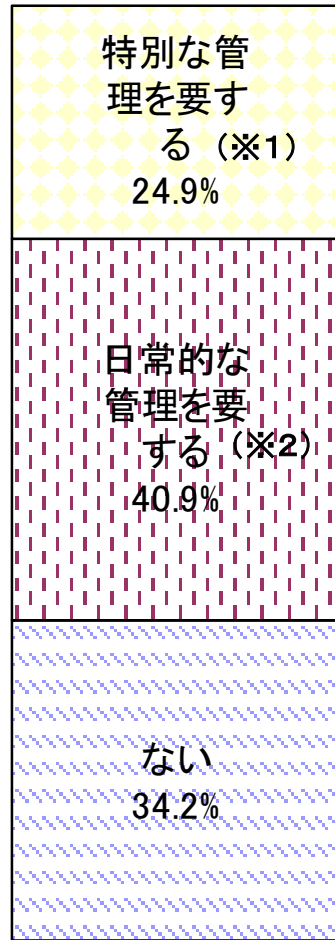
GAF 50以下

合併症 ADL	特別な管理	日常的な管理	なし	計
直接介助要	21.1	26.9	19.2	67.2
準備・観察	2.5	6.5	5.3	14.3
自立	2.3	6.9	9.3	18.5
計	25.9	40.3	33.8	100.0

(n=2,857) (9%)

症状性を含む器質性精神障害（主に認知症）の 入院患者における身体合併症の有無

身体合併症を持つ人の割合

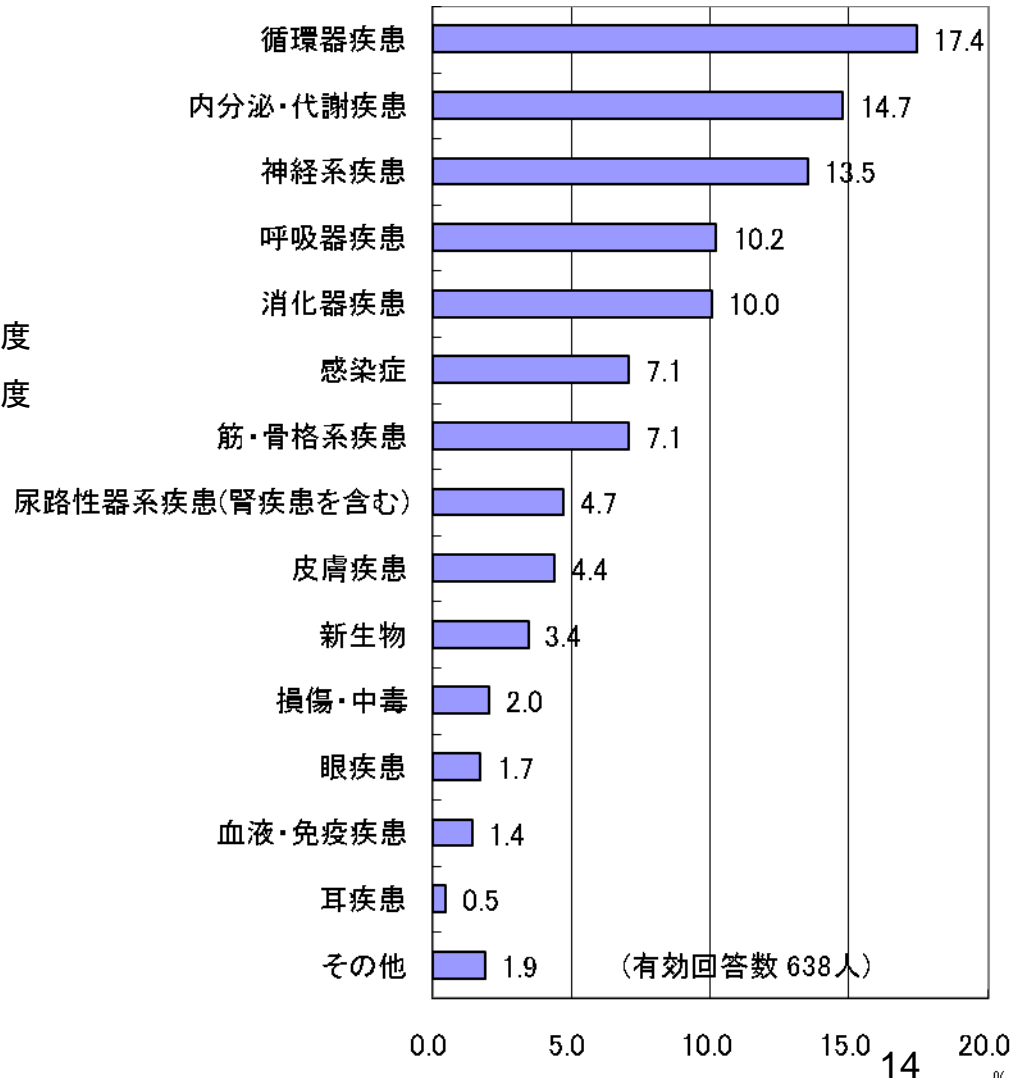


(有効回答数 3,376人)

※1:入院治療が適当な程度

※2:外来通院が適当な程度

身体合併症の種類



認知症における精神科医療の役割

新健康フロンティア戦略(平成19年4月18日)

【認知症対策の一層の推進】

(3) 認知症の方に対する医療の提供(誰もが身近で受けられる治療を提供)

- 認知症の鑑別診断の実施
- 医療機関において周辺症状を良好に抑制するための診断や治療の提供
- 認知症の方の身体合併症に対する治療の提供

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(平成20年7月10日)

II 今後の認知症対策の具体的内容

3 早期診断の推進と適切な医療の提供

(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徹底すること、
- BPSDの急性期に対する適切な医療の提供を促進すること、
- がん、循環器疾患、大腿骨頸部骨折等の重篤な身体合併症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。

② 入院・入所の場合について

認知症患者が多く入院する病棟の種類

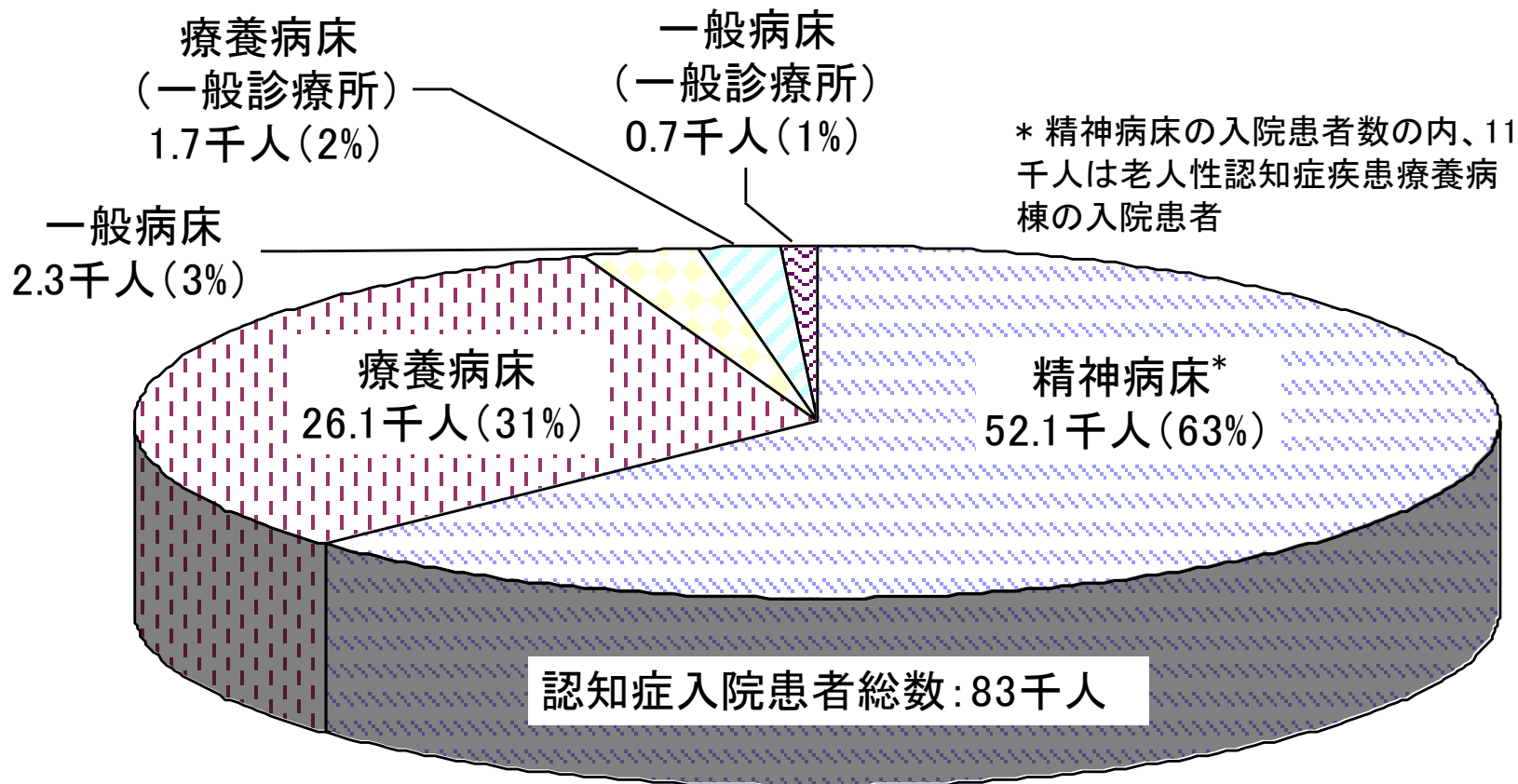
病床区分	診療報酬 (病棟ごと)	医師の配 置	看護職員等 の配置 *1	構造設備等	その他の要 件	算定対象と なる患者	報酬体系	病床数 (又は病棟 数) *2	「F0」の 患者数割合 *3
精神病床	認知症病棟 入院料1	医師 病棟常勤1 48:1	看護 20:1 看護補助者 25:1 専従OT 1人	・デイルーム等 ・生活機能回復訓練 室 ・病棟18㎡/人以上	・病院にPSW または臨床心 理技術者常勤	・集中的な 治療を要す る認知症患者	1,330点(~90日) 1,180点(91日~)	(373病棟)	82.5%
	認知症病棟 入院料2		看護 30:1 看護補助者 25:1	・生活機能回復訓練 室 ・病棟18㎡/人以上			1,070点(~90日) 1,020点(91日~)	(62病棟)	81.6%
	精神療養病棟 入院料	指定医 病棟常勤1 病院常勤2 医師 48:1	看護30:1相当 看護補助者と 合わせて15:1 OT又は経験 看護師 1人	・1看護単位60床以 下 ・1室6床以下 ・病室5.8㎡/人以上	・病院にPSW または臨床心 理技術者常勤 ・病院にOT室 または生活技 能訓練室	・長期の療 養を要する 精神疾患を 有する患者	1,090点	90,382床	11.5%
	精神病棟入院 基本料	医師 48:1	看護 10:1~20:1	・新設(全面改築)病 室6.4㎡/人以上 ・既設病室4.3㎡/人 以上	・看護10:1は 平均在院日数 制限あり	・精神疾患を 有する患者	1,240~658点 ※重度認知症加 算:100点 ※初期加算あり	188,796床	14.6%
療養病床	療養病棟入院 基本料	医師 48:1	看護 25:1 看護補助者 25:1	・1室4床以下 ・病室6.4㎡/人以上		・主として長 期にわたり 療養を要す る患者 ・対象疾患、 状態の要件 あり	1,709~750点	211,592床	-

*1:看護職員等の配置は常時の配置人数である。常勤換算方法とは概ね5倍異なる。

*2:H21.3.25 中央社会保険医療協議会資料(平成20年7月現在)

*3:平成19年度厚労科研「精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究」。ICD-10の「F0」は認知症・高次脳機能障害等を含む疾病分類

認知症入院患者数の内訳(平成17年)



出典：患者調査

全病床数(平成18年)

総病床数	精神病床数	療養病床数	一般病床数	その他病床数
1,626,589	352,437	350,230	911,014	12,908

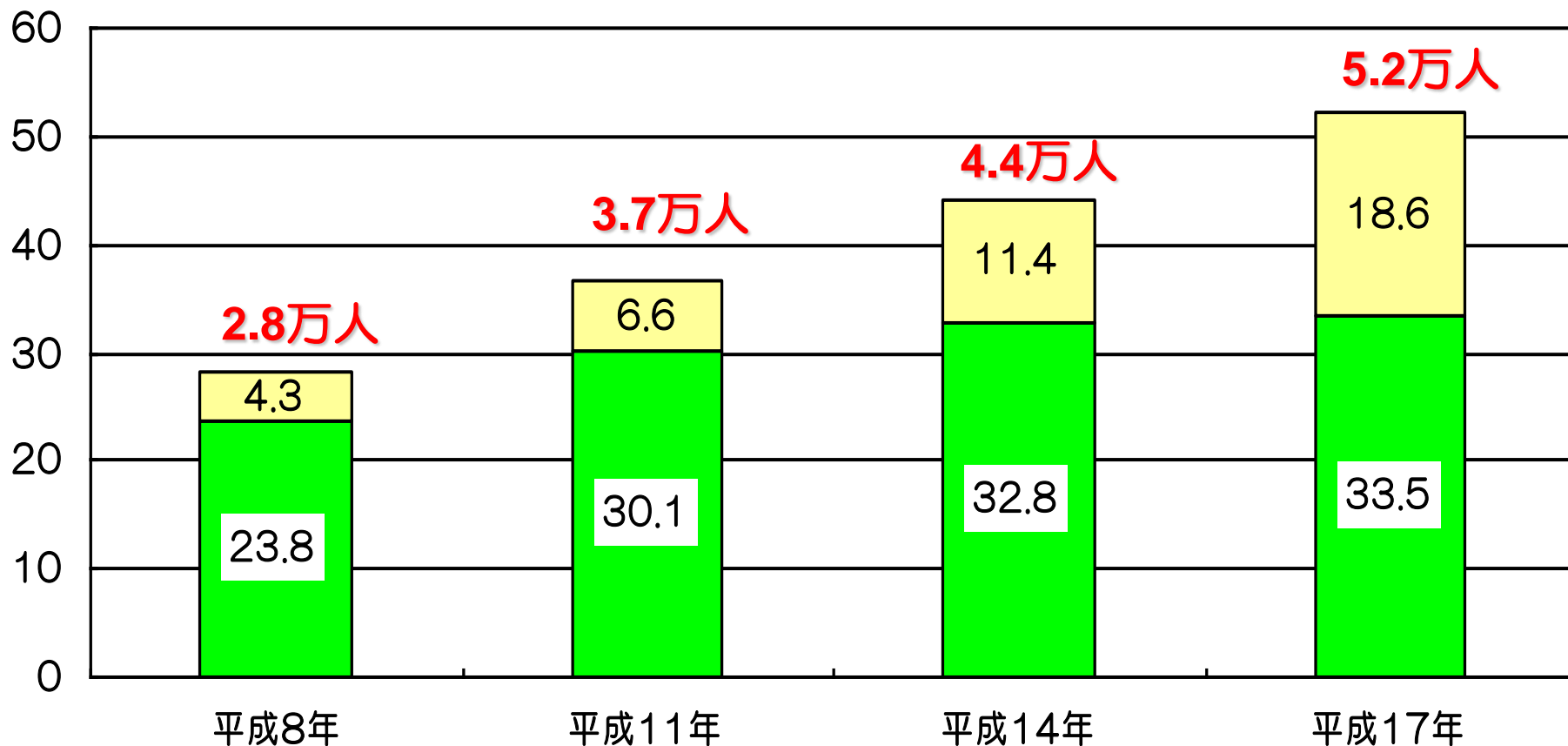
出典：医療施設調査

精神病床における認知症疾患入院患者数の年次推移

(千人)

■ 血管性及び詳細不明の認知症

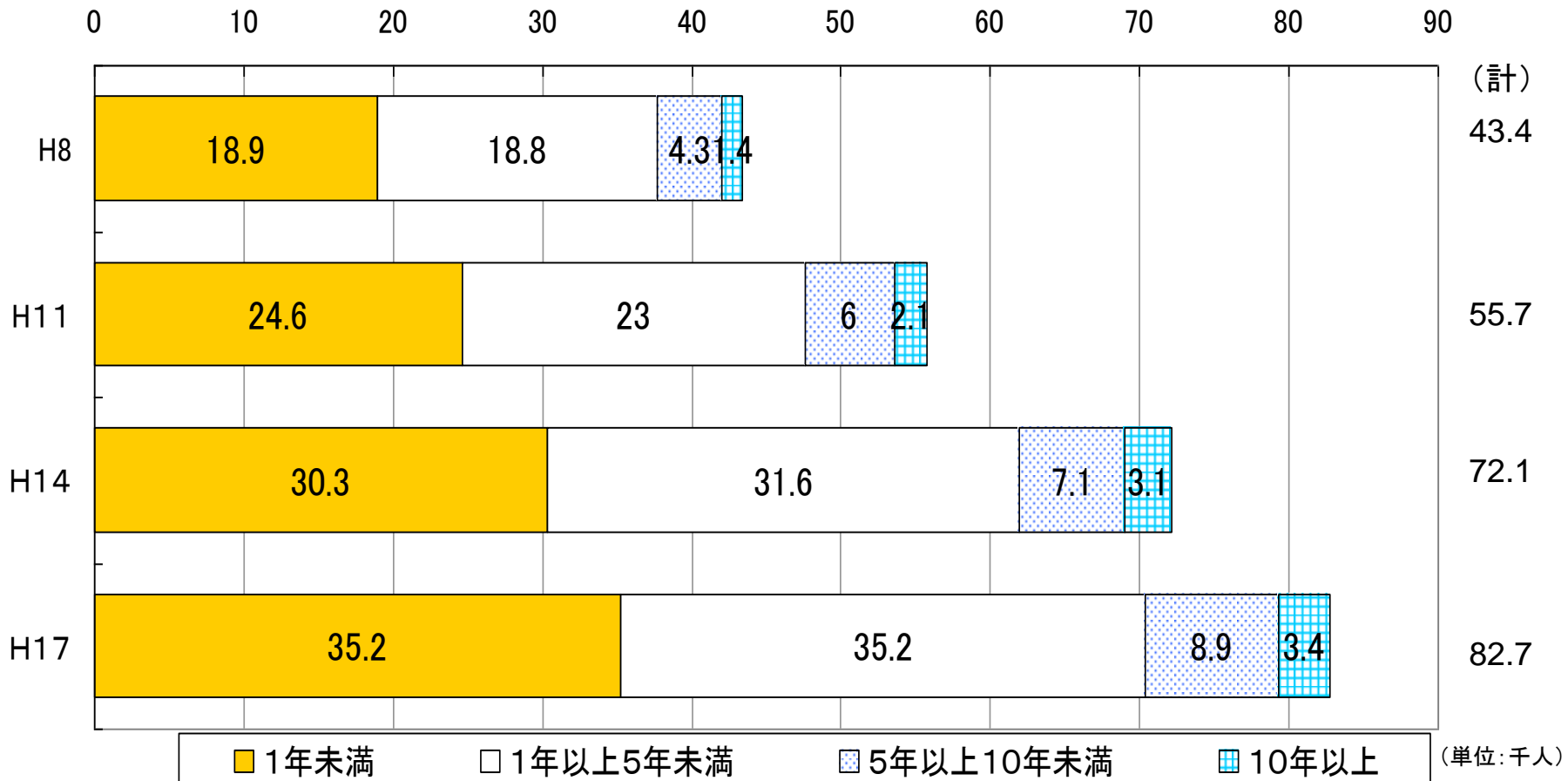
□ アルツハイマー病



認知症疾患の入院患者の推移(入院期間に着目して)

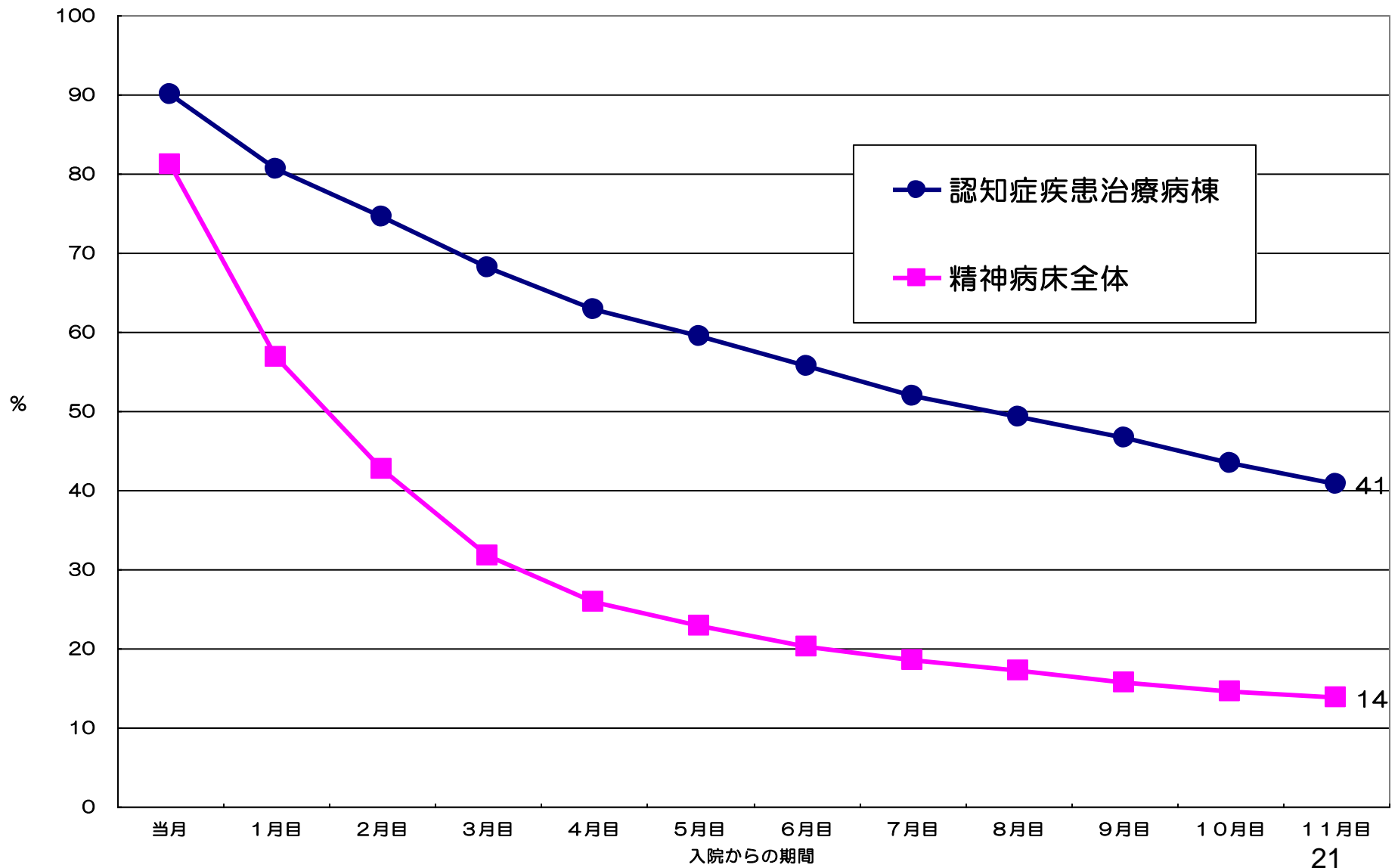
(※血管性及び原因不明の認知症、アルツハイマー病の合計)

(単位:千人)



【出典】患者調査

認知症疾患専門病棟入院患者の残存曲線

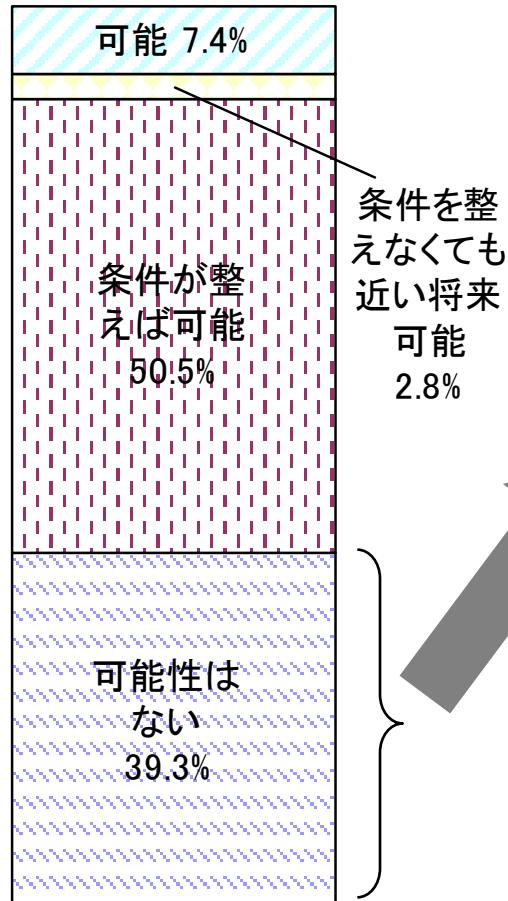


療養病床における医療区分

	対象となる患者	診療報酬
医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護職員により、常時、監視・管理を実施している状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中心静脈栄養 ・24時間持続点滴 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法、胸腹腔洗浄 ・気管切開、気管内挿管が行われており、かつ発熱を伴う場合 ・酸素療法 ・隔離室における感染症の管理 	1709点
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く) ・脊髄損傷(頸髄損傷による四肢麻痺) ・慢性閉塞性肺疾患(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・傷病等によりリハビリテーションが必要(発症から30日以内) ・発熱を伴う脱水 ・発熱を伴う頻回の嘔吐 ・反復継続する体内からの出血 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端の開放創 ・せん妄 ・うつ症状 ・暴行が毎日みられる状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・1日8回以上の喀痰吸引 ・気管切開、気管内挿管が行われている ・頻回の血糖チェック ・創傷、皮膚潰瘍等に対する治療 	1198～ 1320点
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者	750～ 885点

症状性を含む器質性精神障害(主に認知症)による 精神病床入院患者の退院可能性と要因

居住先・支援が整った
場合の退院可能性



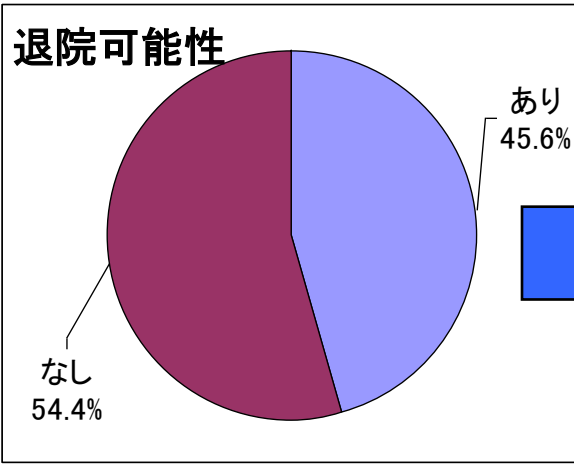
(有効回答数 3,458人)

退院の可能性がない患者における主な理由

セルフケア能力の問題	50.7%
迷惑行為を起こす可能性	10.0%
重度の陽性症状(幻覚・妄想)	5.6%
他害行為の危険性	4.3%
治療・服薬への心理的抵抗	1.5%
自傷行為・自殺企図の危険性	1.0%
重度の多飲水・水中毒	0.7%
アルコール・薬物・有機溶剤等の乱用	0.4%
その他	25.8%

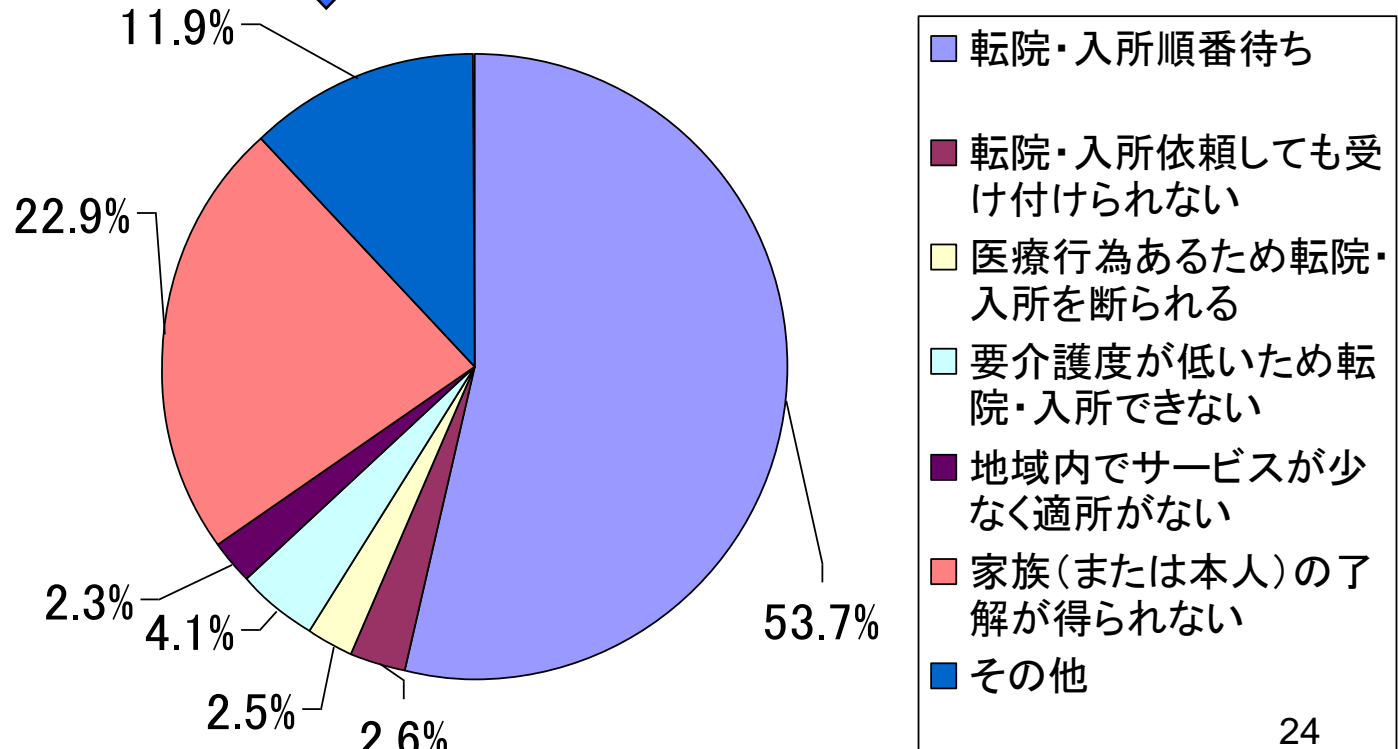
(有効回答数 1,057人)

認知症病棟に入院中の患者の退院可能性に関する調査



調査対象：民間の精神科病院 199施設において、
91日以上認知症病棟に入院している患者
(有効回答数1829名)

退院可能性ありの患者が 退院に結び付かない理由 (n=834)



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	
<p>◎地域密着型サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○夜間対応型訪問介護 ○認知症対応型通所介護 ○小規模多機能型居宅介護 ○認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) ○地域密着型特定施設 入居者生活介護 ○地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護 	<p>◎居宅サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○訪問介護 (ホームヘルプサービス) ○訪問入浴介護 ○訪問看護 ○訪問リハビリテーション ○居宅療養管理指導 ○特定施設入居者生活介護 ○特定福祉用具販売 <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○通所介護 (デイサービス) ○通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○短期入所生活介護 (ショートステイ) ○短期入所療養介護 ○福祉用具貸与 <p>◎施設サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護老人福祉施設 ○介護老人保健施設 ○介護療養型医療施設 <p>◎居宅介護支援</p>	<p>サービス 介護給付を行う</p>
<p>◎地域密着型介護予防サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防認知症対応型通所介護 ○介護予防小規模多機能型居宅介護 ○介護予防認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) <p>◎介護予防支援</p>	<p>◎介護予防サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防訪問介護 (ホームヘルプサービス) ○介護予防訪問入浴介護 ○介護予防訪問看護 ○介護予防訪問リハビリテーション ○介護予防居宅療養管理指導 ○介護予防特定施設入居者生活介護 ○特定介護予防福祉用具販売 <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防通所介護 (デイサービス) ○介護予防通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○介護予防短期入所生活介護 (ショートステイ) ○介護予防短期入所療養介護 ○介護予防福祉用具貸与 	<p>サービス 予防給付を行う</p>

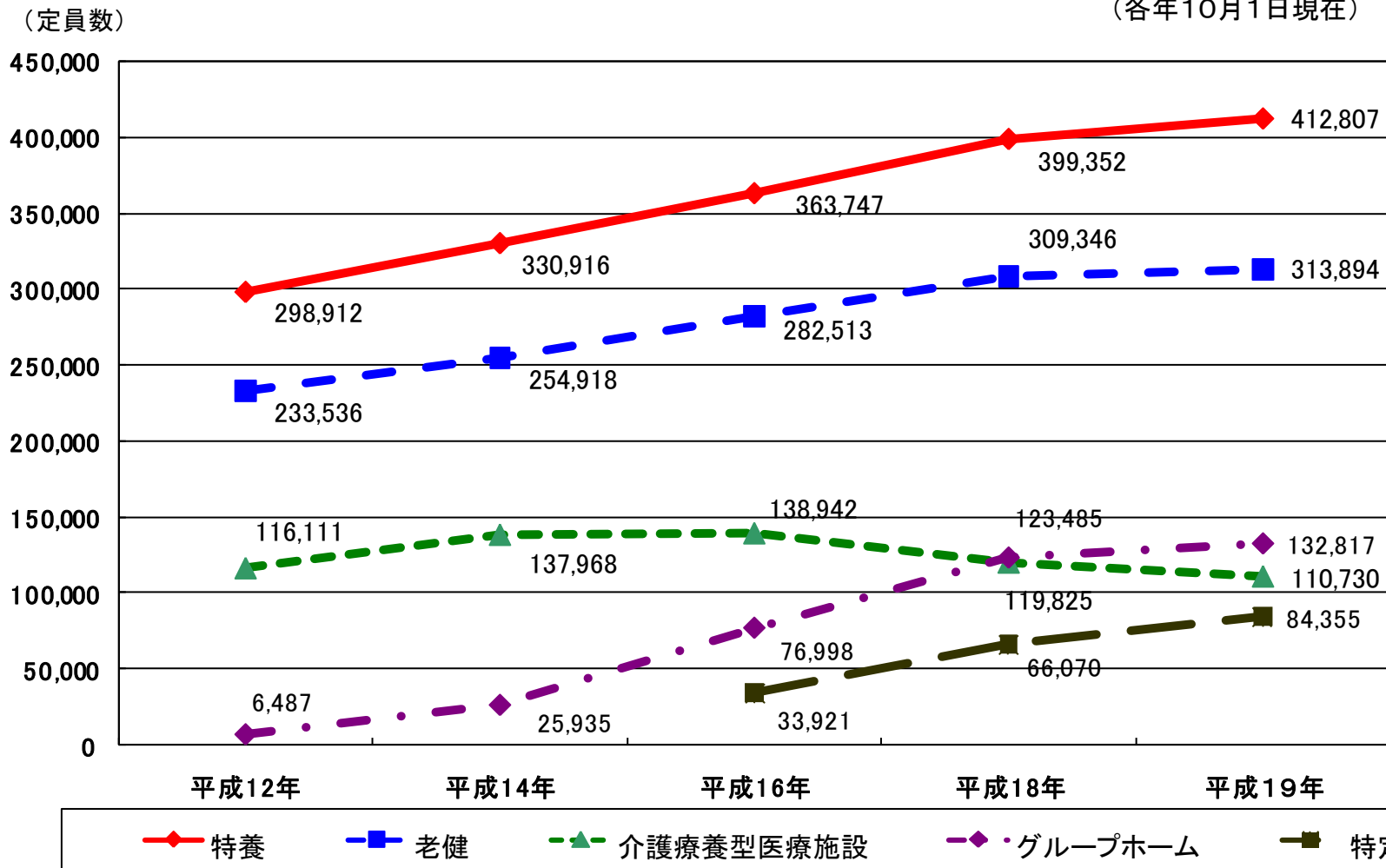
介護保険施設について

施設の類型	主な職員配置基準 *1				1人あたりの居室面積	部屋定員	基本的性格	施設数	定員数	平均要介護度 *2	平均在所日数 *3
	医師	看護職員	介護職員	その他							
介護療養病床	3以上 48:1	6:1	6:1 5:1 4:1	PT,OT 適当数	6.4㎡以上	4人 以下	長期療養を必要とする要介護高齢者のための医療機関	2,608	110,730	4.3	427.2日
	経過型		2以上 48:1		6:1 8:1			4:1			
老人保健施設	常勤1以上 100:1	看護・介護計3:1 (うち看護2/7) ※認知症専門棟では 計2:1相当まで評価あり		PT又はOT 100:1以上	8㎡以上	4人以下	医療機関と居室との中間施設	3,435	313,894	3.3	277.6日
		介護療養型	1人+α		6:1 4:1			6:1 4:1			
特別養護老人ホーム	必要数 (非常勤可)	看護・介護計3:1 (うち看護一定数)		機能訓練 指導員 1以上	10.65㎡ 以上	4人 以下	要介護高齢者のための生活施設	5,892	412,807	3.8	1,465.1日
認知症高齢者グループホーム	-	-	3:1	-	7.43㎡以上	原則個室	認知症高齢者のための共同生活住居	9,026	132,817	2.6	-
特定施設 (有料老人ホーム、 ケアハウス等) *5	-	看護・介護計3:1 (うち看護一定数)		機能訓練 指導員 1以上	適当な広さ	原則個室	要介護高齢者も含めた高齢者のための生活施設	2,617	84,355 (利用者数)	2.7	-

- *1 看護・介護職員配置は常勤換算による。医療保険の職員配置資料(実質配置の人数)との比較の際には、職員数に概ね5分の1を乗じる。
- *2 平均要介護度は、厚生労働省「介護給付費実態調査」(平成20年2月審査分)から算出
- *3 平均在所日数については、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(平成19年9月中の退所者等について)
- *4 平成21年4月現在 各都道府県より厚生労働省老人保健課へ報告された病床数に基づく
- *5 特定施設は、外部サービス利用型特定施設を除く

施設・居住系サービスの定員数の推移

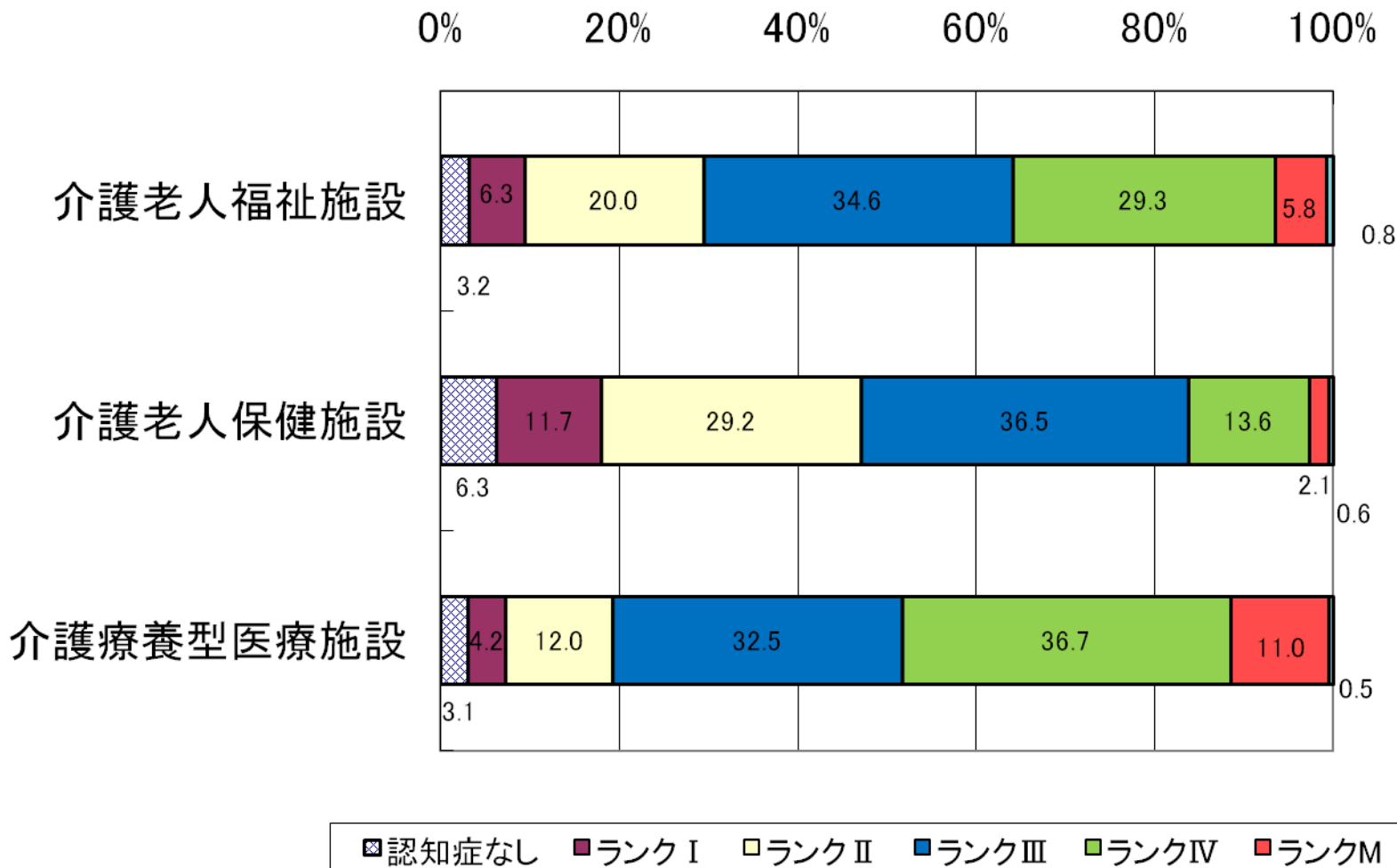
(各年10月1日現在)



(注)1 特定施設については、利用者数である(平成14年以前の統計は存在しない)。

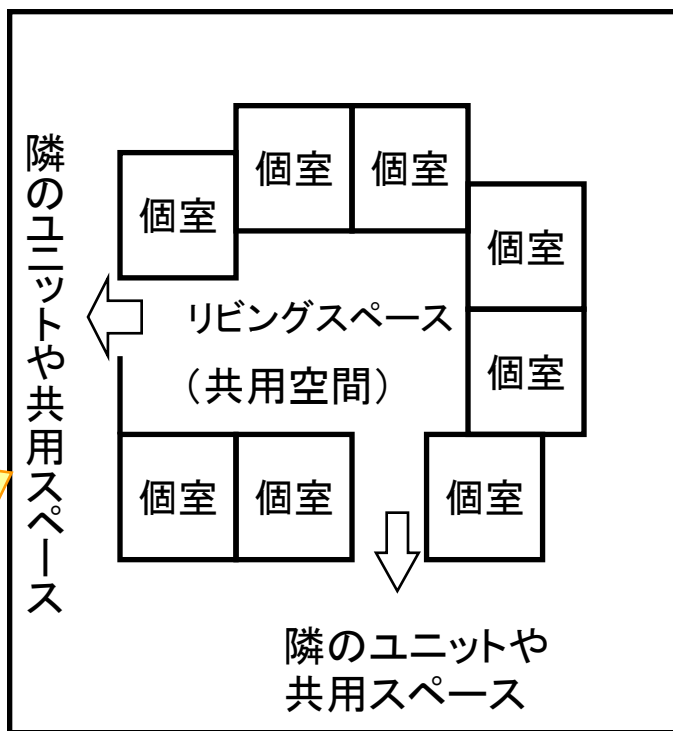
2 特別養護老人ホーム及び特定施設の平成18年及び19年の数字は、それぞれ地域密着型(定員29人以下)のものは含まない。

介護保険施設入所者の認知症の状況 (認知症高齢者の日常生活自立度判定基準)



ユニット型施設とは

集団ケア → 個別ケア



- 在宅に近い居住環境
- 入居者一人一人の個性や生活のリズムに沿う
- 他人との人間関係を築く

認知症高齢者ケアにも有効

- 小規模な居住空間
- 家庭的な雰囲気
- なじみの人間関係

ハードウェアとソフトウェア双方で対応:

- 在宅に近い居住環境 (個室と共用空間)
- ユニットごとに職員を配置 (生活単位と介護単位的一致)

ユニット型施設の施設数・定員数の年次推移

各年10月1日

		介護老人福祉施設			介護老人保健施設		
		全施設	ユニット型	割合(%)	全施設	ユニット型	割合(%)
平成15年	施設数	5,084	75	1.5	3,013	143	4.7
	定員数	346,069	4,480	1.3	269,524	—	—
平成16年	施設数	5,291	373	7.0	3,131	233	7.4
	定員数	363,747	17,799	4.9	282,513	—	—
平成17年	施設数	5,535	771	13.9	3,278	238	7.3
	定員数	383,326	39,467	10.3	297,769	—	—
平成18年	施設数	5,716	1,116	19.5	3,391	204	6.0
	定員数	399,352	59,278	14.8	309,346	9,167	3.0
平成19年	施設数	5,892	1,439	24.4	3,435	250	7.3
	定員数	412,807	78,135	18.9	313,894	11,487	3.7

※ユニット型施設数には、一部ユニット型での実施施設も含む。

出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

認知症対応型共同生活介護の概要

《基本的な考え方》

認知症(急性を除く)の高齢者に対して、共同生活住居で、家庭的な環境と地域住民との交流の下、入浴・排せつ・食事等の介護などの日常生活上の世話と機能訓練を行い、能力に応じ自立した日常生活を営めるようにする。

《利用者》

- 1事業所あたり1又は2の共同生活住居(ユニット)を運営
- 1ユニットの定員は、5人以上9人以下

《人員配置》

- 介護従業者
日中:利用者3人に1人(常勤換算)
夜間:夜勤1人
- 計画作成担当者
ユニットごとに1人
(最低1人は介護支援専門員)
- 管理者
3年以上認知症の介護従事経験のある者が常勤専従

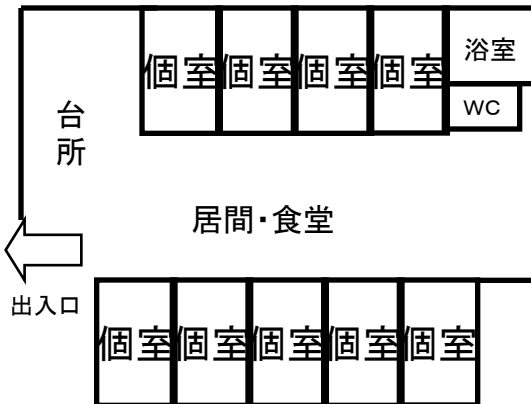
《設備》

- 住宅地等に立地
- 居室は、7.43㎡(和室4.5畳)以上で原則個室
- その他居間・食堂・台所・浴室等日常生活に必要な設備

《運営》

- 運営推進会議の設置
・利用者・家族・地域住民・外部有識者等から構成
・外部の視点で運営を評価

共同生活住居 (ユニット)のイメージ



要介護度別介護報酬

介護報酬		(1日につき)
通常	要介護1	831単位
	要介護2	848単位
	要介護3	865単位
	要介護4	882単位
	要介護5	900単位
短期利用 (30日以内の利用期間を定めての利用)	要介護1	861単位
	要介護2	878単位
	要介護3	895単位
	要介護4	912単位
	要介護5	930単位

※短期利用サービスを提供できるのは、開設後3年以上経過し、かつ空いている居室を利用する等の基準を満たした事業所のみ。

初期加算 1日につき30単位を加算

※入居日から30日間に限定。

医療連携体制加算 1日につき39単位を加算

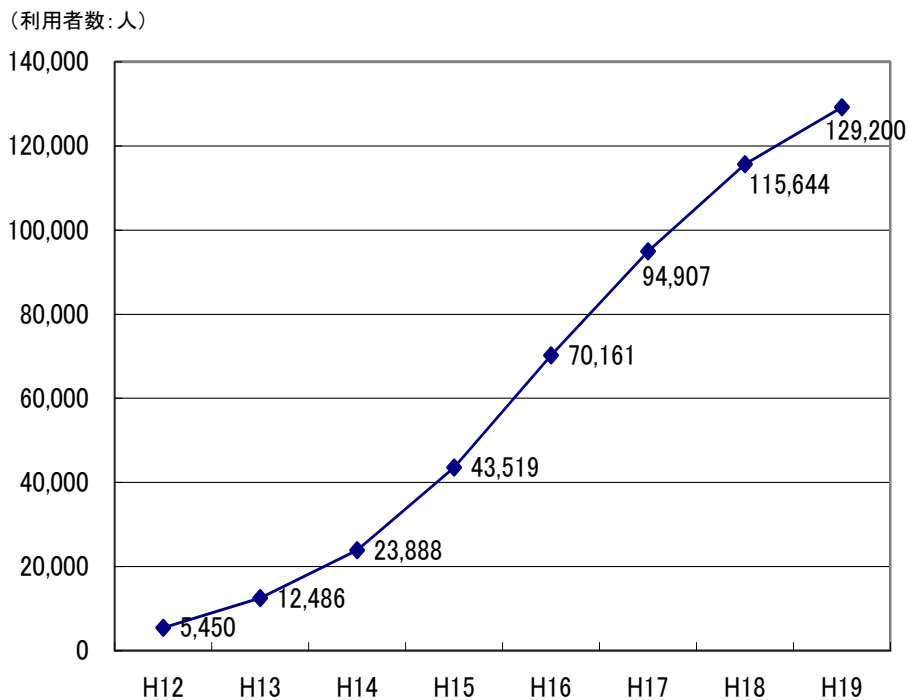
※職員又は病院等との連携により看護師を1名以上確保し、かつ看護師により24時間の連絡体制を確保している等の基準を満たした事業所のみ。

施設数(H19.10)
9,026施設

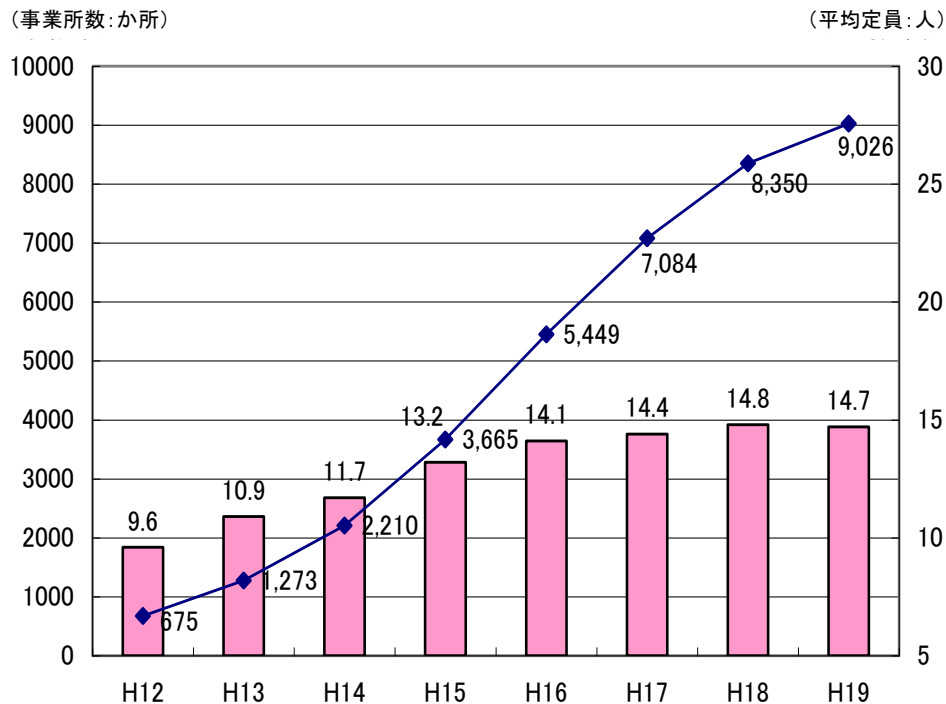
【認知症対応型共同生活介護の利用状況②】

- 事業所数及び利用者数は、介護保険制度の創設以降、増加を続けているが、平成18年度以降、事業所数の増加幅は縮小している。
- 1事業所当たりの平均定員は14.7人(平成19年度)であり、約半数の事業所で共同生活住居(ユニット)数が2となっている。

認知症対応型共同生活介護(予防含む)利用者数



認知症対応型共同生活介護事業所数及び1事業所当たり平均定員



介護保険事業（支援）計画について

国の基本指針(11.5.11告示129)

- 介護保険法第116条第1項に基づき、国が基本指針を定めている
- 市町村等が介護サービス量を見込むに当たり参酌する標準を示す

基本指針の見直し

- 平成21年4月から、第4期事業計画がスタートするため、20年度中に一部改正

市町村介護保険事業計画(法第117条)

- 日常生活圏域の設定
- 介護サービス量の見込み
 - ・ 地域密着型（介護予防）サービス（市町村及び圏域毎）
 - ・ その他介護給付等対象サービス（介護給付・予防給付）
- 認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の必要利用定員総数（市町村及び圏域毎）

- 保険料の設定
- 市町村長には、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護につき、日常生活圏域ごとの必要利用定員総数を超える場合の指定拒否権限あり

都道府県介護保険事業支援計画(法第118条)

- 市町村の計画を踏まえて、介護サービス量の見込み（圏域毎）
 - 介護保険施設については、各年度・各圏域の入所定員数の見込量
- ※ その他、介護専用型特定施設の必要利用定員総数等を定める。（なお介護専用型以外の特定施設（混合型特定施設）に係る必要利用定員総数の設定も可）

計画に沿った基盤整備

- 都道府県知事には、介護保険施設につき、圏域ごとの入所定員数を超える場合の認可拒否権限あり
- 介護専用型特定施設について、必要利用定員総数を超える場合、指定拒否権限あり。（混合型特定施設の場合も同様）

※ 第4期介護保険事業計画の期間は平成21～23年度の3年間

33

（第1期：平成12～16年度 5年間 第2期：平成15～19年度 5年間 第3期：平成18～20年度 3年間）

介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針

(平成十八年厚生労働省告示第三百十四号) (抄)

別表第二

四 特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス及び介護療養施設サービス

<p>特定施設入居者生活介護 認知症対応型共同生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 介護福祉施設サービス 介護保健施設サービス 介護療養施設サービス</p>	<p><u>平成26年度の介護専用型特定施設における特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護及び指定施設サービス等の当該市町村における利用者数の合計数(医療療養病床から介護保険施設等への転換に伴うこれらのサービスの利用者数の増加分を除く。)</u>の当該市町村における要介護2以上の認定者数に対する割合を、37%以下とすることを目標とした<u>うえで</u>、第4期介護保険事業計画期間(平成21年度～23年度)においては、直近の現状から平成26年度の目標値となるよう計画的に設定された数値を標準として、地域の実情に応じて定めること。</p> <p>ただし、介護療養施設サービスについては、平成23年度末に廃止されることから、現に利用している者の数及びそれらの者の介護給付対象サービスの利用に関する意向並びに介護療養施設サービスの事業を行う者の介護保険施設等(指定介護療養型医療施設を除く。)への転換予定等を勘案した上で、第4期介護保険事業計画期間において、その利用者の数が段階的に減少するように量の見込みを定めること。</p> <p>混合型特定施設入居者生活介護は、現に利用している者の数及び利用に関する意向並びに介護専用型特定施設における特定施設入居者生活介護及び地域密着型特定施設入居者生活介護の利用者の数の見込みを勘案して、利用者の数の見込み(医療療養病床から混合型特定施設への転換に伴う混合型特定施設入居者生活介護の利用者数の増加分を除く。)を定めること。</p>
--	---

③ 認知症に関する施策

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
- 舛添大臣の指示により設置
- 平成20年7月に報告書とりまとめ
- **メンバー**

東京大学

筑波大学

日本社会事業大学

認知症介護研究・研修センター

国立長寿医療センター

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]

岩坪 威 教授 (脳神経医学)

朝田 隆 教授 (精神神経科)

中島 健一 教授

永田 久美子 主幹

遠藤 英俊 部長

今後の認知症対策の全体像

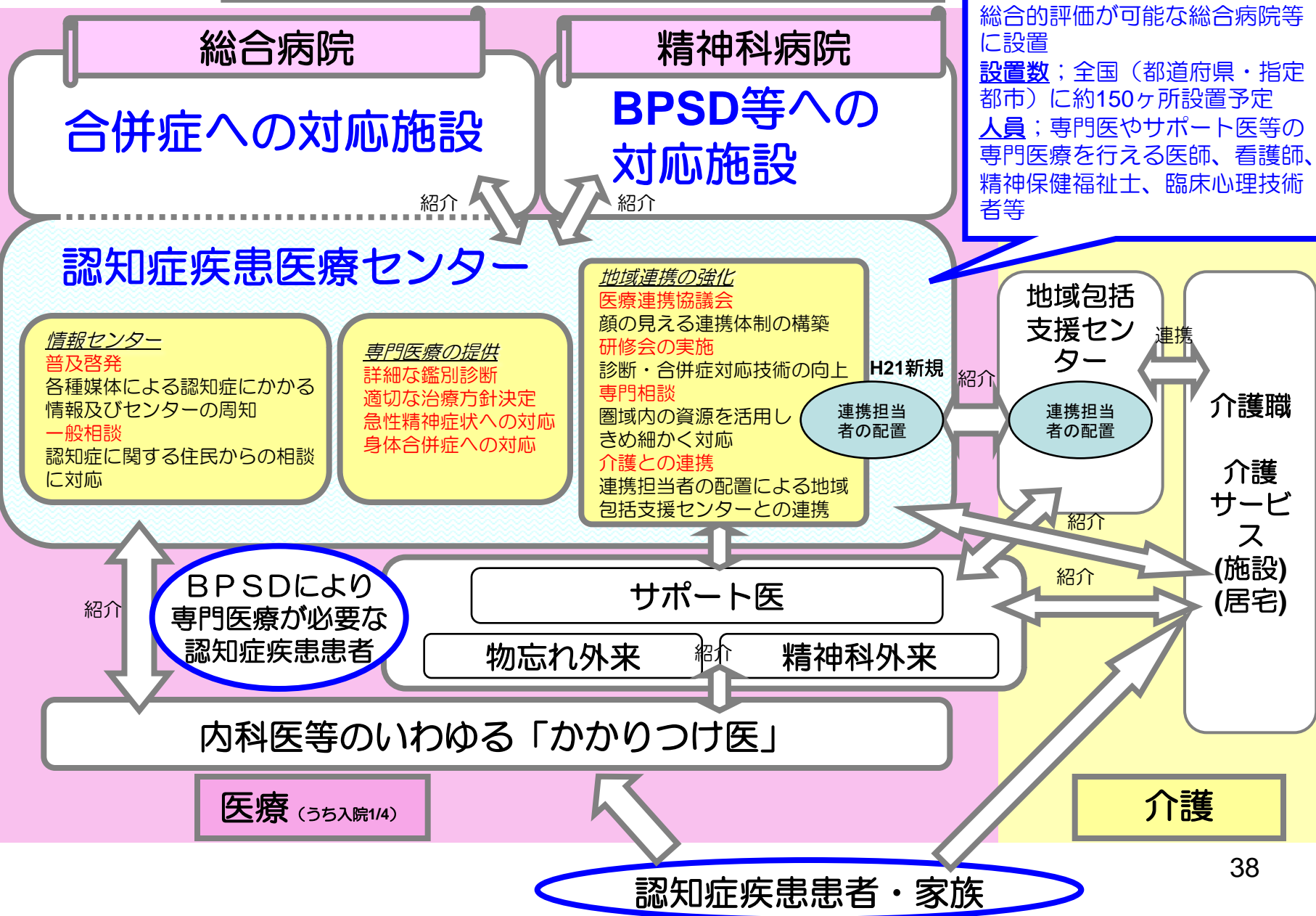
今後の認知症対策は、早期の確定診断を出発点とした適切な対応を促進することを基本方針とし、具体的な対策として、①実態の把握、②研究開発の促進、③早期診断の推進と適切な医療の提供、④適切なケアの普及及び本人・家族支援、⑤若年性認知症対策を積極的に推進する。

	実態把握	研究開発	医療対策	適切なケアの普及 本人・家族支援	若年性認知症
現状と課題	<ul style="list-style-type: none"> 正確な認知症患者数や、認知症に関わる医療・介護サービス利用等の実態は不明 	<ul style="list-style-type: none"> 幅広い分野にわたり研究課題を設定しており、重点化が不足 	<ul style="list-style-type: none"> 専門医療を提供する医師や医療機関が不十分 BPSDの適切な治療が行われていない 重篤な身体疾患の治療が円滑でない 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症ケアの質の施設・事業所間格差 医療との連携を含めた地域ケアが不十分 地域全体で認知症の人や家族を支えることが必要 認知症の人やその家族に対する相談体制が不十分 	<ul style="list-style-type: none"> 若年性認知症に対する国民の理解不足 「医療」・「福祉」・「就労」の連携が不十分
方向性	<ul style="list-style-type: none"> 医学的に診断された認知症の有病率の早急な調査 要介護認定で使用されている「認知症高齢者の日常生活自立度」の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> 各ステージ(①発症予防対策、②診断技術向上、③治療方法開発、④発症後対応)毎の視点を明確にした研究開発の促進 	<ul style="list-style-type: none"> 早期診断の促進 BPSD急性期の適切な医療の提供 身体合併症に対する適切な対応 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症ケア標準化・高度化 医療との連携を含めた地域ケア体制の強化 誰もが自らの問題と認識し、認知症に関する理解の普及・認知症の人やその家族に対する相談支援体制の充実 	<ul style="list-style-type: none"> 若年性認知症に関する「相談」から「医療」・「福祉」・「就労」の総合的な支援
対策	<ul style="list-style-type: none"> 認知症の有病率に関する調査の実施 認知症に関わる医療・介護サービスに関する実態調査の実施 より客観的で科学的な日常生活自立度の検討 	<p>経済産業省、文部科学省と連携し、特に①診断技術向上、②治療方法の開発を重点分野とし、資源を集中</p> <ul style="list-style-type: none"> アルツハイマー病の予防因子の解明(5年以内) アルツハイマー病の早期診断技術(5年以内) アルツハイマー病の根本的治療薬実用化(10年以内) 	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症診断ガイドラインの開発・普及支援 認知症疾患医療センターの整備・介護との連携担当者の配置 認知症医療に係る研修の充実 <p>【中・長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症に係る精神医療等のあり方の検討 	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症ケアの標準化・高度化の推進 認知症連携担当者を配置する地域包括支援センターの整備 都道府県・指定都市にコールセンターを設置 認知症を知り地域をつくる10か年構想の推進 <p>【中・長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症ケアの評価のあり方の検討 認知症サポーター増員 小・中学校における認知症教育の推進 	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 若年性認知症相談コールセンターの設置 認知症連携担当者によるオーダーメイドの支援体制の形成 若年性認知症就労支援ネットワークの構築 若年性認知症ケアのモデル事業の実施 国民に対する広報啓発 <p>【中・長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 若年性認知症対応の介護サービスの評価 就労継続に関する研究

認知症疾患医療センター運営事業

平成21年度予算 516,825千円（前年度比327,750千円増）

認知症疾患医療センター
設置場所；身体的一般検査、画像診断、神経心理学的検査等の総合的評価が可能な総合病院等に設置
設置数；全国（都道府県・指定都市）に約150ヶ所設置予定
人員；専門医やサポート医等の専門医療を行える医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等



医療から介護への切れ目のないサービスを提供

認知症疾患医療センターの「連携担当者」と地域包括支援センターの「認知症連携担当者」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

関係機関とのネットワーク(相談・支援体制)

(認知症疾患医療センターの設置市域)

認知症疾患医療センター

(全国150カ所)

○認知症専門医療の提供

- ・鑑別診断
- ・周辺症状の急性期対応
- ・身体合併症対応
- ・かかりつけ医との連携

○連携担当者(psw等)を配置

- ・患者・家族への介護サービス情報の提供、相談への対応
- ・医療情報の提供等、介護サービスとの連携

地域包括支援センター

認知症連携担当者を配置

認知症介護指導者研修修了者等認知症の介護や医療における専門的知識を有する者
 なお、顧問として認知症サポート医(嘱託)を配置
 (全国150カ所(市域内におおむね1カ所))

【業務内容】

- ・認知症疾患医療センターとの相談・連絡
- ・権利擁護の専門家等との相談・連絡
- ・他の地域包括支援センターへの専門的な認知症ケア相談、定期的な巡回相談、具体的な援助等

・専門医療へのつなぎ
 ・情報提供

・介護認定相談
 ・介護へのつなぎ
 ・情報提供(定期的(毎週))

(相談・援助)



高齢者権利擁護虐待対応専門職チームなど

(相談・援助)

・専門的アドバイス
 ・巡回相談
 ・専門医療の紹介等

・認知症ケア相談
 ・専門医療相談
 ・権利擁護相談等

市内の他の地域包括支援センター

(連携)



認知症サポート医

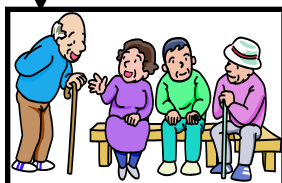
(相談・援助)



かかりつけ医

(連携)

(専門医療の利用)



本人・家族など

(利用)



介護サービス

(利用)

(連携)

認知症に関する専門医

専門医名称	学会名称	人数	広告可能
認知症専門医	日本認知症学会	48人 (H21.5現在) * 1	
認知症臨床専門医	日本精神科病院協会	0人 (H21.5現在) * 1	
認知症を領域の一部としている主な専門医			
老年病専門医	日本老年医学会	1,528人 (H20.7現在) * 2	○
日本老年精神医学会認定 専門医	日本老年精神医学会	797人 (H21.5現在) * 1	
精神科専門医	日本精神神経学会	0人 (過渡的措置中) * 2	
神経内科専門医	日本神経学会	4,336人 (H20.7現在) * 2	○

* 1 学会、協会調べ(H21.5現在)

* 2 日本専門医制評価・認定機構調べ(H20.7現在)

認知症地域医療支援事業

○実施主体：都道府県、指定都市

○事業内容

(1) 認知症サポート医養成研修事業

- ・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**」の養成

※国立長寿医療センターに委託して実施。

平成17-20年度で871名のサポート医を養成

(2) かかりつけ医認知症対応力向上研修事業

- ・認知症サポート医が都道府県医師会等と連携して地域のかかりつけ医に対し、認知症に関する知識・技術や、本人や家族支援のための地域資源との連携等について研修を行う。

※平成18年度 6,927人、平成19年度 7,672人が研修を修了

平成20年診療報酬改定における認知症に係る医療の評価

1. 鑑別診断につなげるための評価

- 新 診療情報提供料(Ⅰ)の加算の創設
B009 診療情報提供料(Ⅰ) 250点
注9 認知症患者紹介加算(1回につき) 100点

2. 周辺症状に対する手厚い医療への評価

- 改 A314 老人性認知症疾患治療病棟入院料1
→認知症病棟入院料1
イ 90日以内 1,300点→1,330点
ロ 91日以上 1,190点→1,180点

- 改 A314 老人性認知症疾患治療病棟入院料2
→認知症病棟入院料2
イ 90日以内 1,060点→1,070点
ロ 91日以上 1,030点→1,020点

3. 身体合併症に対する手厚い医療への評価

- 新 精神科身体合併症管理加算の創設
A230-3 精神科身体合併症管理加算(1日につき)
 - ・精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、認知症病棟入院料;300点
 - ・精神病棟入院基本料(10:1、15:1)、特定機能病院入院基本料(精神病棟);200点

- 改 B001-6 肺血栓塞栓症予防管理料の算定要件の拡大

平成21年度介護報酬改定の概要（認知症対策）

- 「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告を踏まえ、認知症高齢者等やその家族が住み慣れた地域での生活を継続できるようにするとともに、認知症ケアの質の向上を図る。

① 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

- グループホームを退居する利用者が地域での生活に円滑に移行できるように相談援助する場合や、利用者の重度化に伴う看取り対応に対する評価。

② 認知症短期集中リハビリテーションの拡充（介護老人保健施設、介護療養型医療施設、通所リハ）

- 利用対象者をこれまでの軽度者に加え中等度・重度者に拡大するとともに、対象事業所を介護老人保健施設のほか、介護療養型医療施設及び通所リハビリテーション事業所に拡大。

③ 認知症の行動・心理症状（BPSD）への対応（短期入所系サービス、グループホーム）

- 家族関係等が原因で認知症の行動・心理症状（BPSD）が出現したため、在宅生活が困難になった者をショートステイにより緊急に受け入れた場合を評価。

④ 若年性認知症対策（施設系、短期入所系、通所系、グループホーム）

- 65歳未満の若年性認知症患者を受け入れ、本人やその家族の希望を踏まえた介護サービスの提供を評価。

⑤ 専門的な認知症ケアの普及（施設系サービス、グループホーム）

- 認知症介護について一定の経験を有し、国や自治体の実施又は指定する認知症ケアに関する専門研修を修了した者が介護サービスを提供する場合を評価。

⑥ 認知症の確定診断の促進（介護老人保健施設）

- 認知症の疑いのある者を認知症疾患医療センター等に紹介することについて評価。

平成21年度予算における認知症対策関連予算の概要

平成21年度予算額 3,895,178千円（対前年1,826,065千円増）

➤ 認知症地域ケア推進事業 1,308,289千円

【老健局所管】

□ 認知症対策連携強化事業 900,000千円
 実施主体：市町村(150か所) 1か所あたり事業費：6,000千円 補助率：定額

・地域包括支援センターに認知症連携担当者を配置し、医療との連携や認知症に関する専門の見地からの援助を行う。

・ 認知症地域支援体制構築等推進事業 408,289千円
 実施主体：都道府県 補助率：10/10

➤ 認知症ケア人材育成等事業 344,741千円

・ 認知症対応型サービス事業管理者等養成事業
 ・ 認知症地域医療支援事業
 ・ 高齢者権利擁護等推進事業 282,310千円
 実施主体：都道府県、指定都市 補助率：1/2

□ 認知症々多職種共同研修・研究事業 62,431千円
 実施主体：市町村(150か所) 1か所あたり平均事業費：832千円 補助率：1/2

・ 認知症の医療や介護の専門家に対する研修
 ・ 認知症高齢者に関わる地域の関係者の紹介と交流を目的とした地域ケアネットワーク研修

□ 認知症対策普及・相談・支援事業 698,112千円
 実施主体：都道府県、指定都市 1か所あたり平均事業費：21,816千円 補助率：1/2

・ 認知症介護の専門家等が対応するコールセンターを設置し、認知症の本人や家族に対する電話相談を実施

□ 若年性認知症対策総合推進事業 154,446千円
 実施主体：都道府県 1か所あたり平均事業費：3,794千円 補助率：1/2

・ 若年性認知症専用コールセンターの開設（全国1か所）
 ・ 若年性認知症自立支援ネットワークの構築 等

➤ 認知症介護研究・研修センター運営事業 446,520千円

➤ 認知症ケア高度化推進事業 76,945千円

➤ 認知症疾患医療センター運営事業 516,825千円
 実施主体：都道府県、指定都市(150か所) 1か所あたり平均事業費：6,891千円 補助率：1/2

【障害保健福祉部所管】

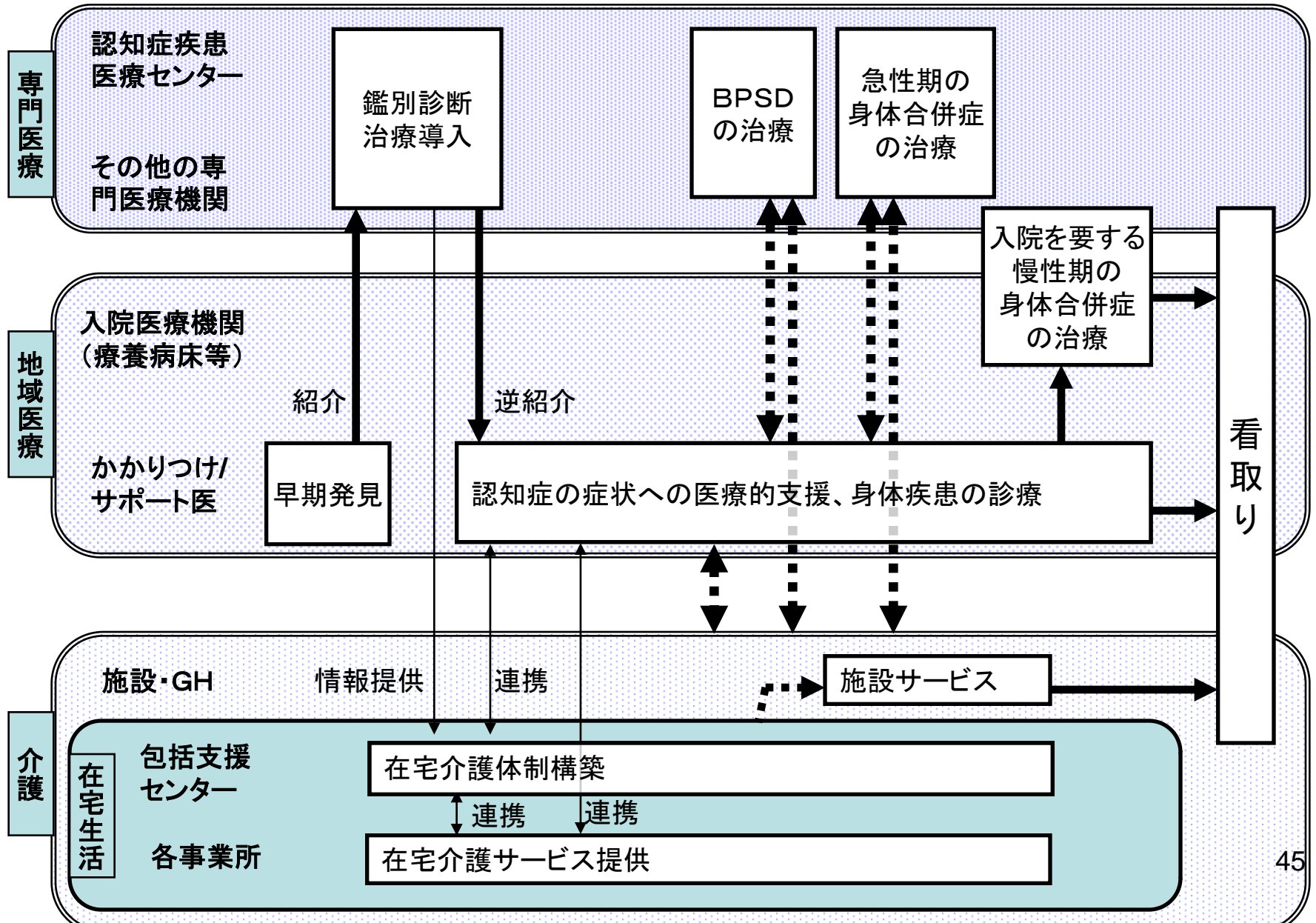
・ 地域包括支援センターとの連携機能強化のための担当者の配置 等

➤ 認知症対策総合研究経費 349,300千円
 一般公募による研究、研究内容を指定する研究、若手育成を目的とする研修

【大臣官房所管】

・ 認知症の実態把握、アルツハイマー病の予防、治療に関する研究 等

認知症への医療体制（イメージ）



課題と検討の方向 ①求められる医療機能

現状と課題

- 高齢化の進行に従い、今後認知症患者が増加することが予測されている。
- 認知症に対する専門医療については、次のような機能が求められる。
 - ①かかりつけ医からの紹介等を受け、早期に鑑別診断・確定診断を行うとともに、地域の諸機関と連携して適切な医療や介護サービスに結びつける
 - ②BPSDに対する適切な医療を提供する
 - ③特に急性期の重篤な身体合併症に対する適切な対応を行う
- 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。
- 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、医療機関等において対応するための機能が十分でない。

検討

- 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出来る体制の確保・普及を図ることが必要である。
- このため、認知症疾患医療センターの機能の拡充を図るとともに、整備を推進するべきではないか。
- 認知症に関する専門医療・地域医療を支える医師等の資質の向上を図るとともに、認知症疾患医療センター等における専門医療と、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はないか。

課題と検討の方向 ②入院・入所の場

現状と課題

- 現在、認知症患者の有病率やBPSDの発生頻度等について調査が進められている。
- 認知症病棟をはじめとする精神病床において、認知症に対する専門的な医療機能(前頁参照)を発揮するには、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。
- 認知症患者の入院は、BPSD等の症状の消退後等の、専門的な医療を必要としない状態でも継続しているなど、長期化している。その結果、真に専門医療の必要な者の専門医療へのアクセスが阻害されている。
- 慢性期の身体合併症の患者については、病状に応じて、療養病床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ものと考えられるが、そのための機能や、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。

検討

- 認知症の有病率や、BPSDの発生頻度等に関する調査を早急に進め、認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点を含め、精神病床(認知症病棟等)や介護保険施設等の入院・入所機能の必要量等を検討すべきではないか。
- 認知症患者の入院適応を明確化したうえ、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等の専門医療機関を確保し、
 - ①認知症病棟等の体制の充実
 - 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はないか。
- 専門医療機関を真に専門医療を必要とする者のために確保するためには、急性期治療を終えた者が速やかに退院できるよう、在宅サービス・介護施設の計画的な整備とともに、専門医療機関と、地域包括支援センター、介護保険施設・事業所、地域の医療機関等との連携を進めるべきではないか。
- 慢性期の身体合併症については、療養病床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、認知症患者の身体合併症の頻度が高いことや、患者の状態が変動することを踏まえ、認知症患者に対応する精神科病院においても、身体合併症への一層の対応を行うことが必要ではないか。
- 認知症と身体合併症を有する者の終末期の入院・入所の場について、どう考えるか。