

社会保障審議会 介護保険部会（第47回）	資料 2
平成25年 9 月 4 日	

認知症施策の推進について

認知症施策について

現状・課題

- 高齢者人口の約 1 割が、要介護認定を受けたもののうち認知症日常生活自立度Ⅱ以上の認知症高齢者で、要介護認定者の約 6 割となっている。また、今後も認知症高齢者は増加が予測されている。

(注)要介護認定を受けているが認知症日常生活自立度Ⅰの者や要介護認定を受けていない者を合わせた認知症有病者数は約 439 万人と推計され、MCI(正常と認知症の中間の者)の有病者数は約 380 万人と推計されている。(いずれも平成 22 年)

- これまでの主な認知症施策は、

- ①早期受診・対応の遅れによる認知症状の悪化、
 - ②認知症の人が住み慣れた地域で可能な限り生活を続けていくための介護サービスが量、質の両面から不足、
 - ③地域で認知症の人とその家族を支援する体制が不十分、
 - ④医療・介護従事者が現場で関係がとれた対応ができていないケースがある、
- など、様々な課題が指摘されてきた。

- 厚生労働省としては、これらの課題に対応し「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指すため、認知症施策推進 5 か年計画を策定し、平成 25 年度から取組を実施している。

- また、各介護サービス利用者にも多く認知症の方が含まれていることや、認知症日常生活自立度Ⅱ以上の認知症高齢者のうち半数が在宅で生活している実態から、地域の実情に応じた対応が必要。

論点

- 今後、増加する認知症高齢者に対応するためには、「認知症施策推進5か年計画」を着実に推進するべきではないか。
- 認知症に関する取組は、これまでも地域支援事業の一般高齢者対策の一環として行われているが、認知症日常生活自立度Ⅱ以上の認知症高齢者が要介護等認定者の約6割となっており、介護施策の重要課題となっていることを踏まえると、認知症施策は全ての市町村において今後重点的に取り組むべき課題である。そのため、地域支援事業において認知症施策を充実すべきではないか。
- 特に、早期診断・早期対応が重要であることから、地域包括支援センター等の職員が認知症の初期の段階で認知症の人やその家族に対して個別の訪問を行い適切な支援を行う仕組みとして、「認知症初期集中支援チーム」を地域支援事業として位置づけるべきではないか。
また、早期診断等を行うためには、認知症の専門医療機関の整備を積極的に促進し、医療サービスから介護サービスへの切れ目ない対応や連携を図るべきではないか。
- また、地域の実情に応じた認知症施策の企画調整等を行うために、地域包括支援センターに「認知症地域支援推進員」を設置することを地域支援事業に位置づけて、体制の強化を図るべきではないか。
- 認知症の人への支援にとどまらず、その家族に対する支援を地域住民と共に行うとともに、認知症の普及・啓発を更に推進すべきではないか。
- 認知症施策を担う医療・介護サービスの人材については、認知症対応力を更に向上させるべきではないか。
- 地域包括ケアシステムの構築を図るためには、インフォーマルサービスや他制度等も用いて、認知症にやさしい街づくりを積極的に行うべきではないか。
- 認知症に関する予防、診断、治療、ケア技術等の確立に向けた研究を積極的に進めるべきではないか。

医療・介護分野

2. 医療・介護サービスの提供体制改革

（4）医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築

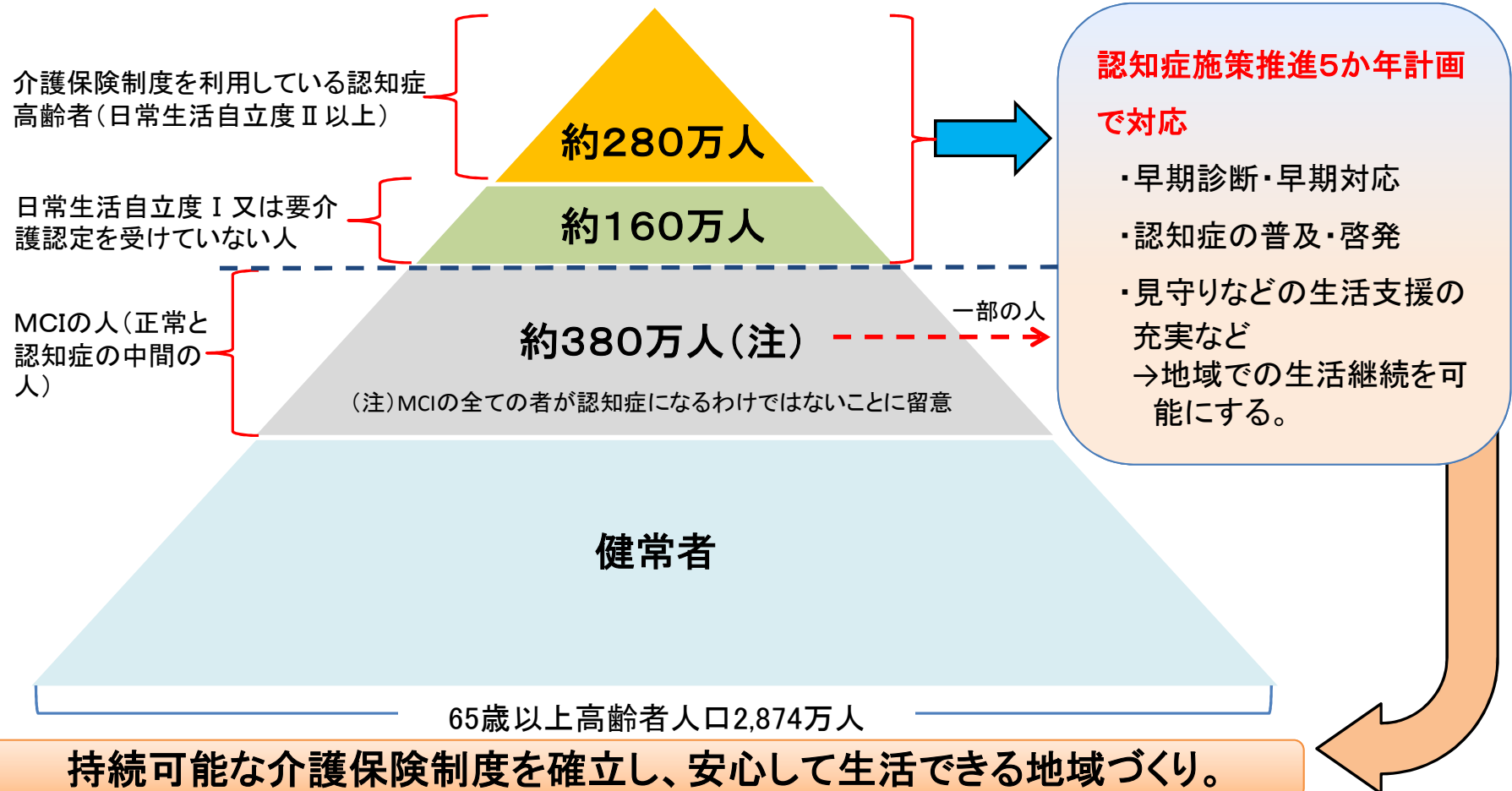
今後、認知症高齢者の数が増大するとともに、高齢の単身世帯や夫婦のみ世帯が増加していくことも踏まえれば、地域で暮らしていくために必要な様々な生活支援サービスや住まいが、その人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に提供されることも必要であり、地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの継続的で包括的なネットワーク、すなわち地域包括ケアシステムづくりを推進していく必要がある。

（中略）

具体的には、高齢者の地域での生活を支えるために、介護サービスについて、24時間の定期巡回・随時対応サービスや小規模多機能型サービスの普及を図るほか、各地域において、認知症高齢者に対する初期段階からの対応や生活支援サービスの充実を図ることが必要である。

認知症高齢者の現状（平成22年）

- 全国の65歳以上の高齢者について、認知症有病率推定値15%、認知症有病者数約439万人と推計（平成22年）。また、全国のMCI（正常でもない、認知症でもない（正常と認知症の間）状態の者）の有病率推定値13%、MCI有病者数約380万人と推計（平成22年）。
- 介護保険制度を利用している認知症高齢者は約280万人（平成22年）。



出典：「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」（H25.5報告）及び「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者数について」（H24.8公表）を引用

(参考) 「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について

1. 認知症高齢者数

- 平成22年(2010)で「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ(※)以上の高齢者数は280万人であった。

〔算出方法〕

- ①平成22年1年間の要介護認定データを基に、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の認知症高齢者割合を算出した。
②年間データでは同一人物で複数回要介護認定を受けている者がいるので、平成15年と同月である平成22年9月の要介護認定データに上記①の割合(性別・年齢階級別・要介護度別認知症高齢者割合)を乗じて算出した。

※ ただし、この推計では、要介護認定申請を行っていない認知症高齢者は含まれない

※ 日常生活自立度Ⅱとは、日常生活に支障を来すような症状・行動や意志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。(次頁の参考「認知症高齢者の日常生活自立度」参照)

2. 将来推計

(単位:万人)

将来推計(年)	平成22年 (2010)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)
日常生活自立度 Ⅱ以上	280 9.5%	345 10.2%	410 11.3%	470 12.8%

※平成24年(2012)を推計すると、305万人となる。

※下段は65歳以上人口に対する比率

〔算出方法〕

- 将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所:H24.1推計。死亡中位出生中位)に、上記1の算出方法による平成22年9月の認知症高齢者割合を性別年齢階級別に乗じて推計した。

(参考:平成15年 高齢者介護研究会報告書)

(単位:万人)

将来推計(年)	平成14年 (2002)	平成22年 (2010)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)
日常生活自立度 Ⅱ以上	149 6.3%	208 7.2%	250 7.6%	289 8.4%	323 9.3%

3. 認知症高齢者の居場所別内訳（平成22年9月末現在）

（単位：万人）

	居宅	特定施設	グループホーム	介護老人福祉施設	介護老人保健施設等	医療機関	合計
日常生活自立度Ⅱ以上	140	10	14	41	36	38	280

※端数処理の関係により合計は一致しない。

※介護老人保健施設等には、介護療養型医療施設が含まれている。

（参考）

認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準	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・行動や意志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の状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理など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の状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応などひとり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・行動や意志疎通の困難さがときどき見られ、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・奇声を上げる、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・行動や意志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	著しい精神症状や問題行動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問題行動が継続する状態等

(参考) 65歳以上の要支援・要介護認定者のうち、一次判定時の認定調査結果における認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者の割合

- 二次判定における要支援2と要介護1の判定では、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上は、要介護1と判定することとされており、理論的には要支援2で自立度Ⅱ以上は存在しない。
- 二次判定時に介護認定審査会が判断した自立度自体は記録されていない。また、二次判定における要支援2と要介護1以外の判定では、自立度の判定をすることになっていない。
- このため、参考値として、一次判定時の認定調査結果における自立度について集計したものである。

	要支援 1	要支援 2	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合計
認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者の割合 (一次判定時)	8.0%	7.7%	67.7%	66.9%	78.5%	83.3%	92.4%	59.9%

(出典)介護保険総合データベース(平成25年8月15日集計時点)

(注) 平成24年度末における要支援・要介護認定結果を平成25年8月15日時点で集計したもの。
(1,580保険者中1,417保険者から国に報告されたもの)

今後の認知症施策の方向性

～ ケアの流れを変える ～

- 「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指す。
- この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)を構築することを、基本目標とする。

「認知症施策推進5か年計画」(平成24年9月厚生労働省公表)の概要

【基本的な考え方】

《これまでのケア》

認知症の人が行動・心理症状等により「危機」が発生してから「事後的な対応」が主眼。



《今後目指すべきケア》

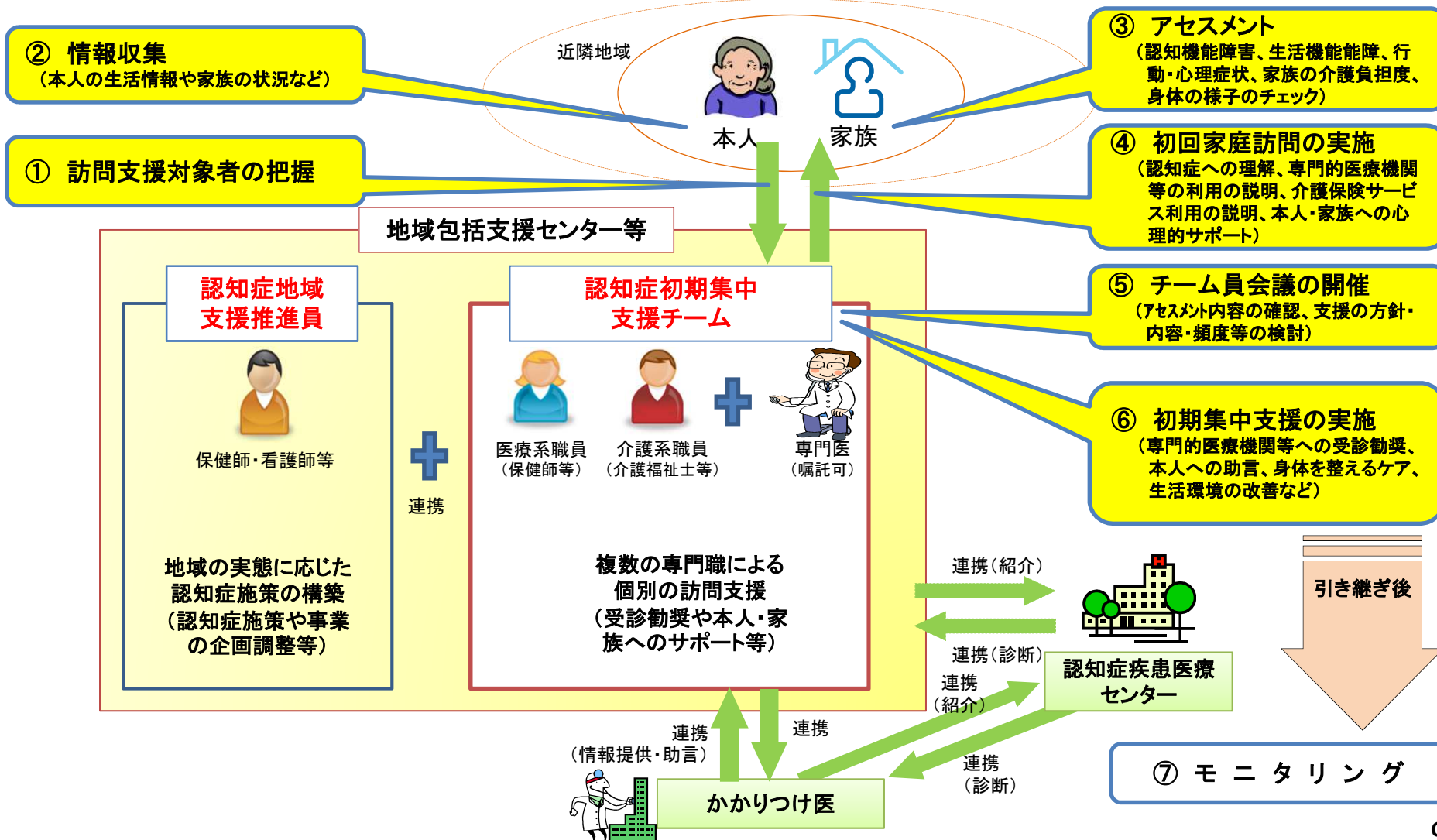
「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置く。

事項	5か年計画での目標
○標準的な認知症ケアパスの作成・普及 ※ 「認知症ケアパス」(状態に応じた適切なサービス提供の流れ)	平成27年度以降の介護保険事業計画に反映
○「 認知症初期集中支援チーム 」の設置 ※ 認知症の早期から家庭訪問を行い、認知症の人のアセスメントや、家族の支援などを行うチーム	平成26年度まで全国でモデル事業を実施 平成27年度以降の制度化を検討
○早期診断等を担う医療機関の数	平成24年度～29年度で約500カ所整備
○かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数	平成29年度末 50,000人
○認知症サポート医養成研修の受講者数	平成29年度末 4,000人
○「 地域ケア会議 」の普及・定着	平成27年度以降 すべての市町村で実施
○ 認知症地域支援推進員の人数	平成29年度末 700人
○認知症サポーターの人数	平成29年度末 600万人(現在340万人)

認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員について

以下の体制を地域包括支援センター等に配置

- 認知症初期集中支援チーム**—複数の専門職が認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問し、アセスメントや家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う。
- 認知症地域支援推進員**—認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、認知症施策や事業の企画調整等を行う。



(参考) 認知症初期集中支援チームについて

【目的】

認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けられるために、認知症の人やその家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を配置し、早期診断・早期対応に向けた支援体制を構築することを目的とする。

【認知症初期集中支援チームとは】

複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援などの初期の支援を包括的、集中的（おおむね6ヶ月）に行い、自立生活のサポートを行うチームをいう。

配置場所

地域包括支援センター等

診療所、病院
認知症疾患医療センター
市町村の本庁

認知症初期集中支援チームのメンバー



【対象者】

40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で以下のいずれかの基準に該当する人とする。

◆医療サービス、介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれかに該当する人

- (ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人
- (イ) 継続的な医療サービスを受けていない人
- (ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人
- (エ) 診断されたが介護サービスが中断している人

◆医療サービス、介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している

早期診断・早期対応を担う医療機関の整備について

「精神疾患の医療体制の構築に係る指針の改正について」

(平成24年10月9日 医政指発1009第1号、障精発1009第1号、老高発1009第2号 3部局課長連名通知) ～抄～

[第2 医療機関とその連携]

[2 各医療機能と連携]

(5) 認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要な医療を提供できる機能【認知症】

① 目標

- ・ 認知症疾患医療センターを整備するとともに、認知症の鑑別診断を行える医療機関を含めて、少なくとも二次医療圏に1カ所以上、人口の多い二次医療圏では概ね65歳以上人口6万人に1カ所程度（特に65歳以上人口が多い二次医療圏では、認知症疾患医療センターを複数カ所が望ましい。）を確保すること

「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」

2. 早期診断・早期対応

○ 早期診断等を担う医療機関の数

- ・ 平成24～29年度 認知症の早期診断等を行う医療機関を、約500か所整備する。

(参考) 認知症疾患医療センター等の機能比較

		基幹型	地域型	認知症医療支援診療所(仮称)
考え方		・都道府県毎の拠点 ・空床確保により、都道府県圏域内での、周辺症状・身体合併症に対する急性期医療対応を担う	二次医療圏域毎の拠点	・65歳以上人口比率や地理的状況に応じて設置 ・診療所に設置
機能	鑑別診断	実施	実施	実施
	画像検査	CT: 実施 MRI: 実施	CT: 実施 MRI: ない場合は連携先で可。	CT: ない場合は連携先で可。 MRI: ない場合は連携先で可。
	早期診断・早期対応	—	実施	実施
	危機回避支援			
	研修等	実施	—	—

認知症の人の家族に対する支援の推進

ー認知症カフェの取組みー

認知症カフェの取組の一例

(K市地域包括支援センターの取組)

○1～2回／月程度の頻度で開催(2時間程度／回)

○通所介護施設や公民館の空き時間を活用

○活動内容は、特別なプログラムは用意されていなく、利用者が主体的に活動。

○効果

・認知症の人 → 自ら活動し、楽しめる場所

・家族 → わかり合える人と出会う場所

・専門職 → 人としてふれあえる場所(認知症の人の体調の把握が可能)

・地域住民 → つながりの再構築の場所(住民同士としての交流の場や、認知症に対する理解を深める場)

認知症カフェの様子



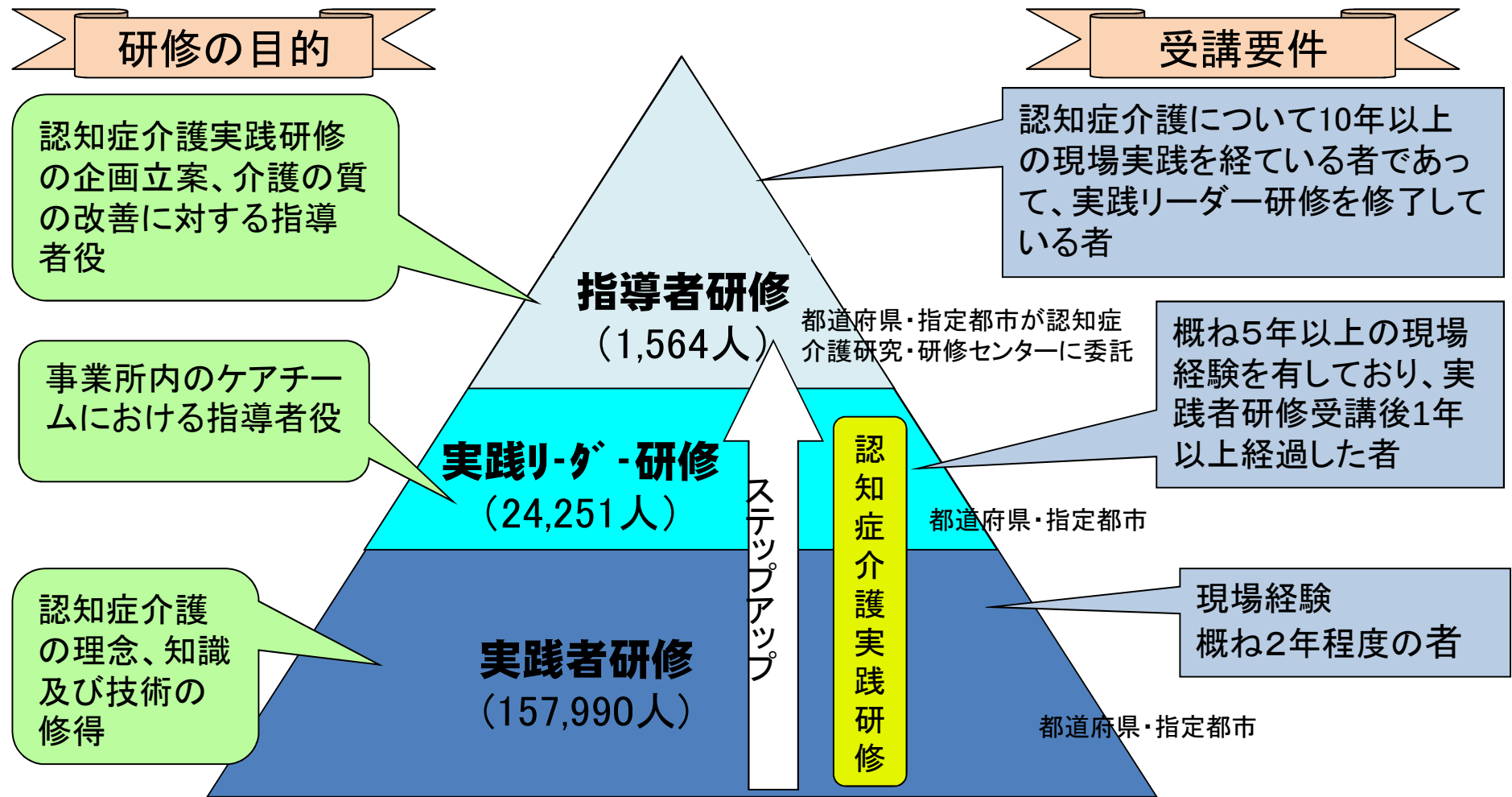
夜のカフェの様子

認知症の医療にかかる研修

	認知症サポート医 養成研修	認知症サポート医 フォローアップ研修	かかりつけ医 認知症対応力向上研修	病院勤務の医療従事者向け 認知症対応力向上研修（新）
実施主体	都道府県・指定都市 (国立長寿医療研究センターに委託)	都道府県・指定都市		
補助率	国 1／2, 都道府県・指定都市 1／2			
研修対象者	実施主体の長が、都道府県・指定都市医師会と相談の上、下記のいずれかの条件を満たし適当と認めた医師 ア 地域において認知症の治療（早期発見等）に携わっている医師 イ 認知症サポート医の役割を担える医師	認知症サポート医及び地域においてかかりつけ医認知症対応力向上研修等の企画・立案等に協力している医師、その他地域において認知症医療体制構築に向けて取り組んでいる医師として実施主体の長が適当と認めた者	診療科名を問わず、各都道府県及び指定都市管内で勤務（開業含む）する医師	各都道府県及び指定都市管内の一般病院等で勤務する医師、看護師等の医療従事者 対象者のうち、医師、看護師のような、直接患者に接する機会が多い医療従事者について、優先的に研修を実施することを想定している。 ただし、他の医療従事者の受講を妨げるものではないため、都道府県・指定都市においては、地域の実情に応じて研修を実施すること。
想定される講師	国立長寿医療研究センター	各実施主体において選定	認知症サポート医	認知症サポート医、認知症ケアに精通した看護師 等
研修内容	ア かかりつけ医等に対する認知症対応力向上研修の企画立案に必要な知識及び効果的な教育訓練 イ 地域における認知症の人を支えるために必要な介護分野の知識、地域医師会・地域包括支援センター等の関係機関との連携づくり並びに連携を推進するために必要な知識・技術などの修得に資するもの	地域における医療と介護が一体となった認知症の人への支援体制の構築という認知症サポート医の役割を適切に果たすためのもの	かかりつけ医として必要で適切な認知症診療の知識・技術などの修得に資するもの	病院勤務の医療従事者として必要な認知症ケアの原則等の知識の修得に資するもの
研修時間	430分 (講義220分＋演習210分)	各実施主体において判断	250分	90分

認知症の介護にかかる研修

【認知症介護研修の概要について】



※ 括弧内は平成23年度までの累計修了者数(認知症・虐待防止対策推進室調べ)

※ 「現場経験」とは、認知症高齢者の介護に従事した経験をいう。

認知症サポーターキャラバンの実施状況

(認知症サポーターとは)

- 認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の人や家族に対してできる範囲での手助けをする人

《キャラバンメイト養成研修》

- 実施主体：都道府県、市町村、全国的な職域団体等
- 目的：地域、職域における「認知症サポーター養成講座」の講師役である「キャラバンメイト」を養成
- 内容：認知症の基礎知識等のほか、サポーター養成講座の展開方法、対象別の企画手法、カリキュラム、等をグループワークで学ぶ。
- メイト数：86,217人（平成25年6月30日現在）

《認知症サポーター養成講座》

- 実施主体：都道府県、市町村、職域団体等
- 対象者：
 - 〈住民〉自治会、老人クラブ、民生委員、家族会、防災・防犯組織等
 - 〈職域〉企業、銀行等金融機関、消防、警察、スーパーマーケット、コンビニエンスストア、宅配業、公共交通機関等
 - 〈学校〉小中高等学校、教職員、PTA等
- サポーター数：4,193,093人
（平成25年6月30日現在）

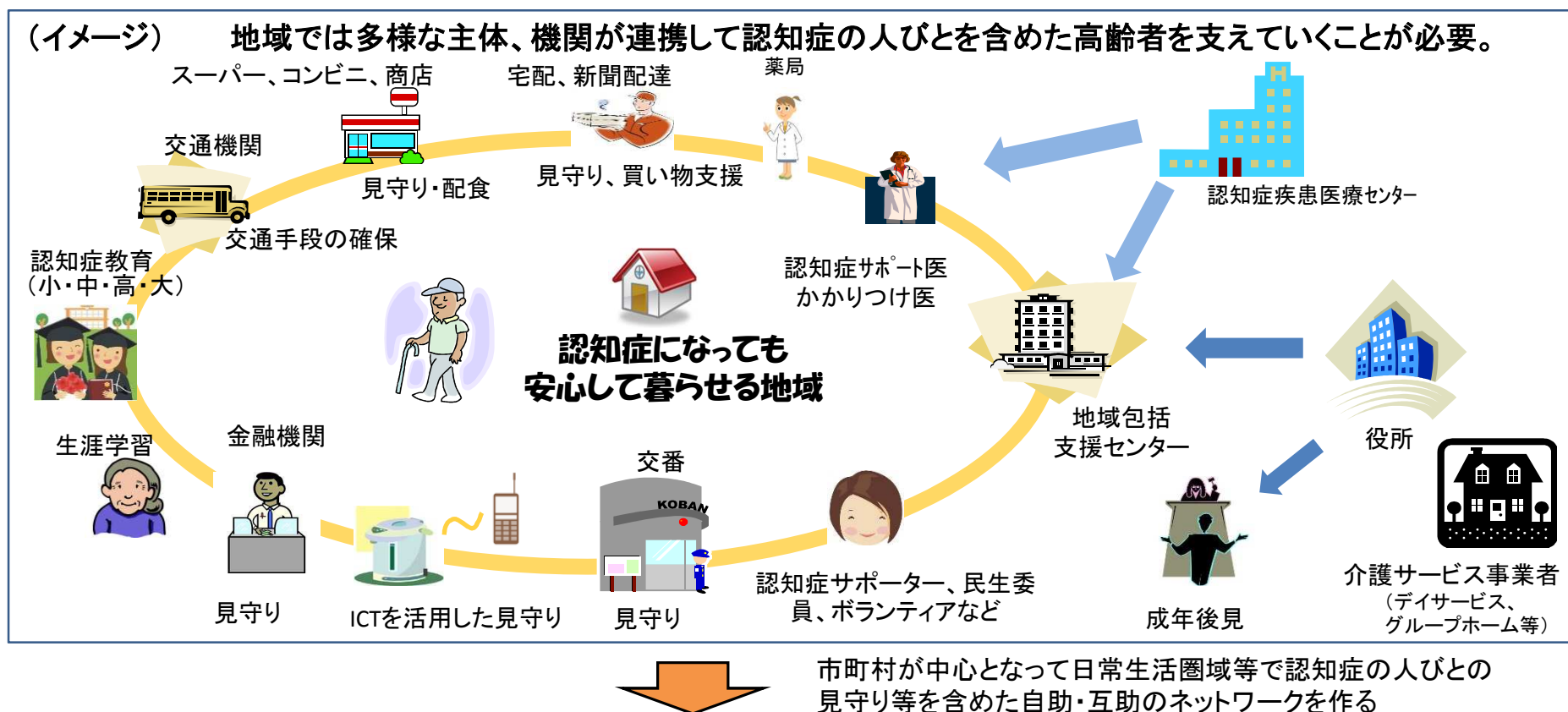


※ メイト・サポーター合計

4,279,310人（平成25年6月30日現在）

社会全体で認知症の人びとを支える

○社会全体で認知症の人びとを支えるため、介護サービスだけでなく、地域の自助・互助を最大限活用することが必要。



関係府省と連携し、地域の取組を最大限支援

関係団体や民間企業などの協力も得て、社会全体で認知症の人びとを支える取組を展開

認知症対策総合研究事業

25年度当初予算額(推進事業含む) 488,019千円

認知症患者に対する医療分野と福祉分野の連携による総合的な対策を一層推進するための実態把握及び予防、診断、治療、ケア技術等の確立に向けた研究

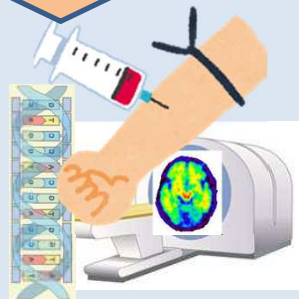
実態把握及び予防



- ・大規模な疫学調査、ゲノム研究により、認知症の発症促進因子や抑制因子を調べる
- ・認知症の経済学的影響などを調べる

診断

- ・超早期の発見や診断のためのツール開発
- ・血液を含め様々な試料でのバイオマーカー研究



治療



- ・根本的治療法の開発、病態の解明
- ・BPSDの予防と発現機序に基づいた治療法・対応法の開発

発症後対応

- ・認知症のケアや看護技術の開発
- ・病・診・介護の連携による認知症ケアネットワーク構築
- ・認知機能低下高齢者への自立支援機器を用いた地域包括的システムの開発



認知症国家戦略に関する国際政策シンポジウム

平成25年1月29日（九段）



認知症国家戦略を打ち出し、サービス改革等を強力に推進する国々から政策関係者を招聘。認知症政策の国際動向を把握。

＜参加6カ国＞ イギリス、フランス、オーストラリア、デンマーク、オランダ、日本

共通する理念と推進体制

基本的理念

認知症の人の思いを尊重し住み慣れた地域での生活の継続を目指す

推進体制

首相・大統領レベルのリーダーシップ、当事者・市民の積極的関与

地域生活を可能とするための共通戦略（例）

事前の意思表示

本人の意思や希望を初期に確認し、それを尊重したケアの提供

早期・事前的対応

早期のタイムリーで適切な診断と支援により危機を事前に防ぐ予防的ケア体制

ケアラー支援

レスパイトやカウンセリングなどの家族介護者（ケアラー）支援を強化

行動・心理症状への対応

行動・心理症状等への心理・社会的ケアの強化、抗精神病薬使用の低減

普及・啓発

認知症に対する理解と意識の向上を図る