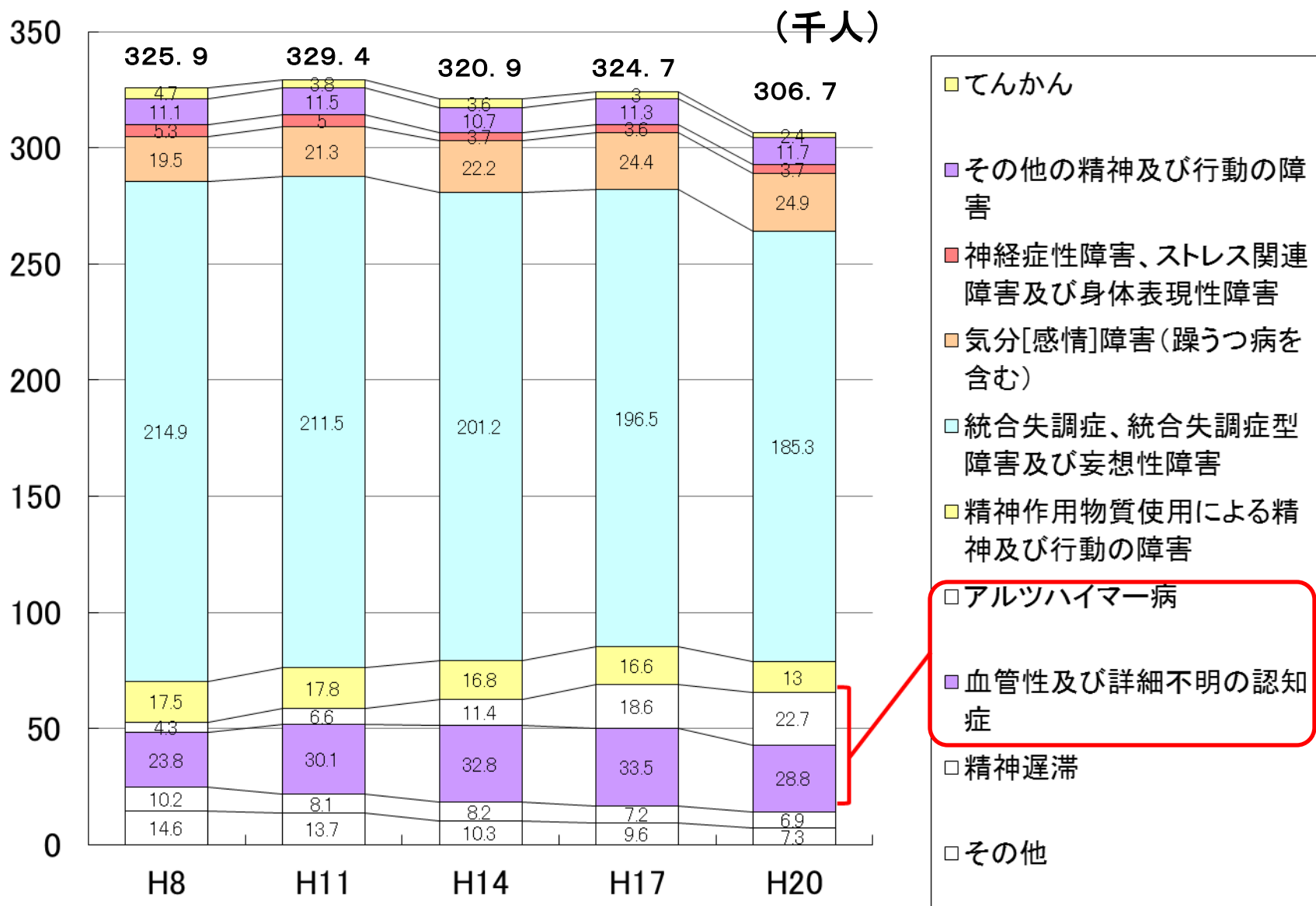


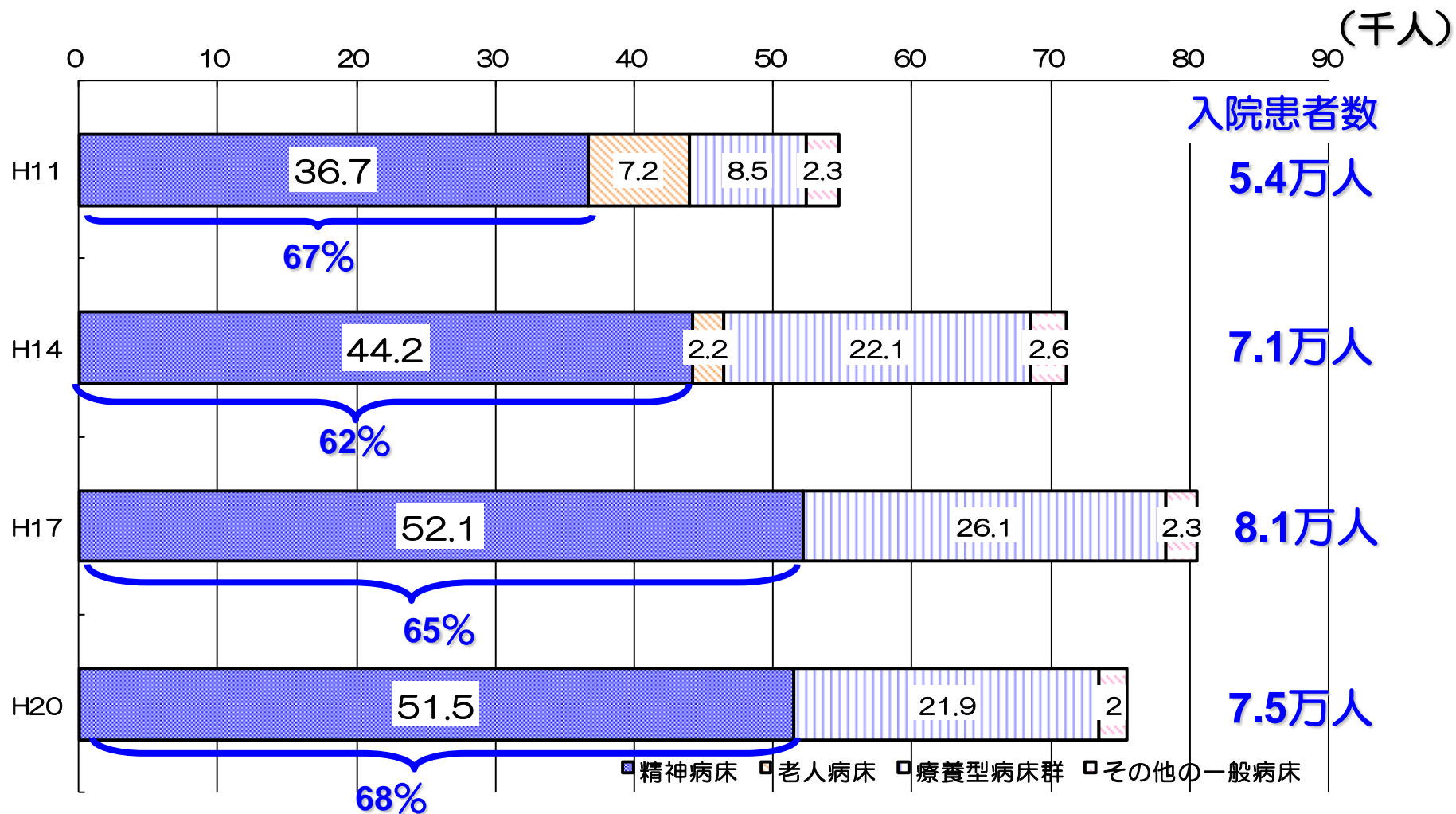
精神病床における認知症入院 患者の状況について

精神病床の状況について

精神病床入院患者の疾病別内訳



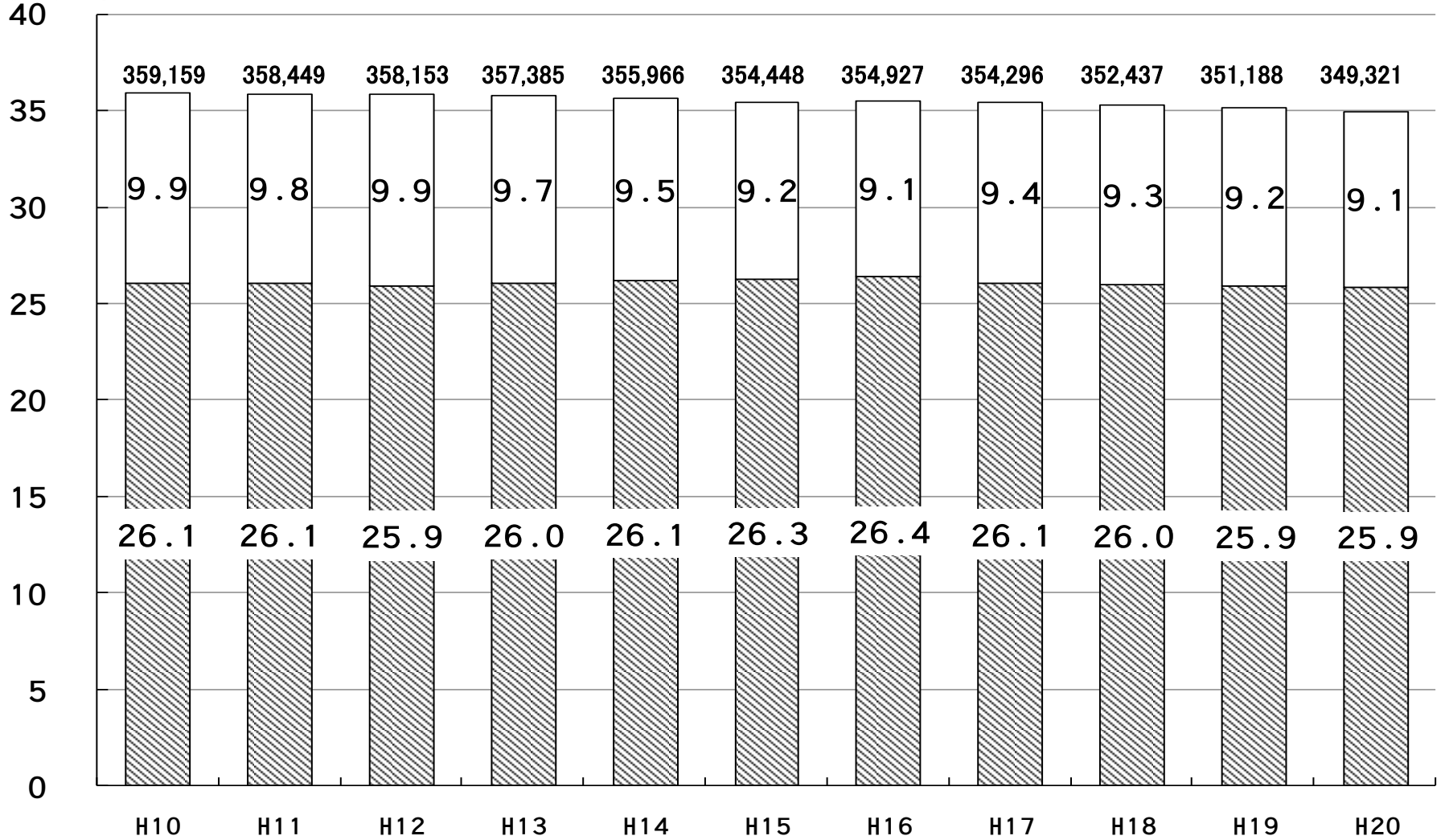
認知症を主傷病名とする入院患者の病床別割合の年次推移 (血管性及び詳細不明の認知症+アルツハイマー病)



資料：患者調査 ※一般診療所を除く

精神病床数の変化

(床) 単位：万



■ 精神科病院

□ 一般病院

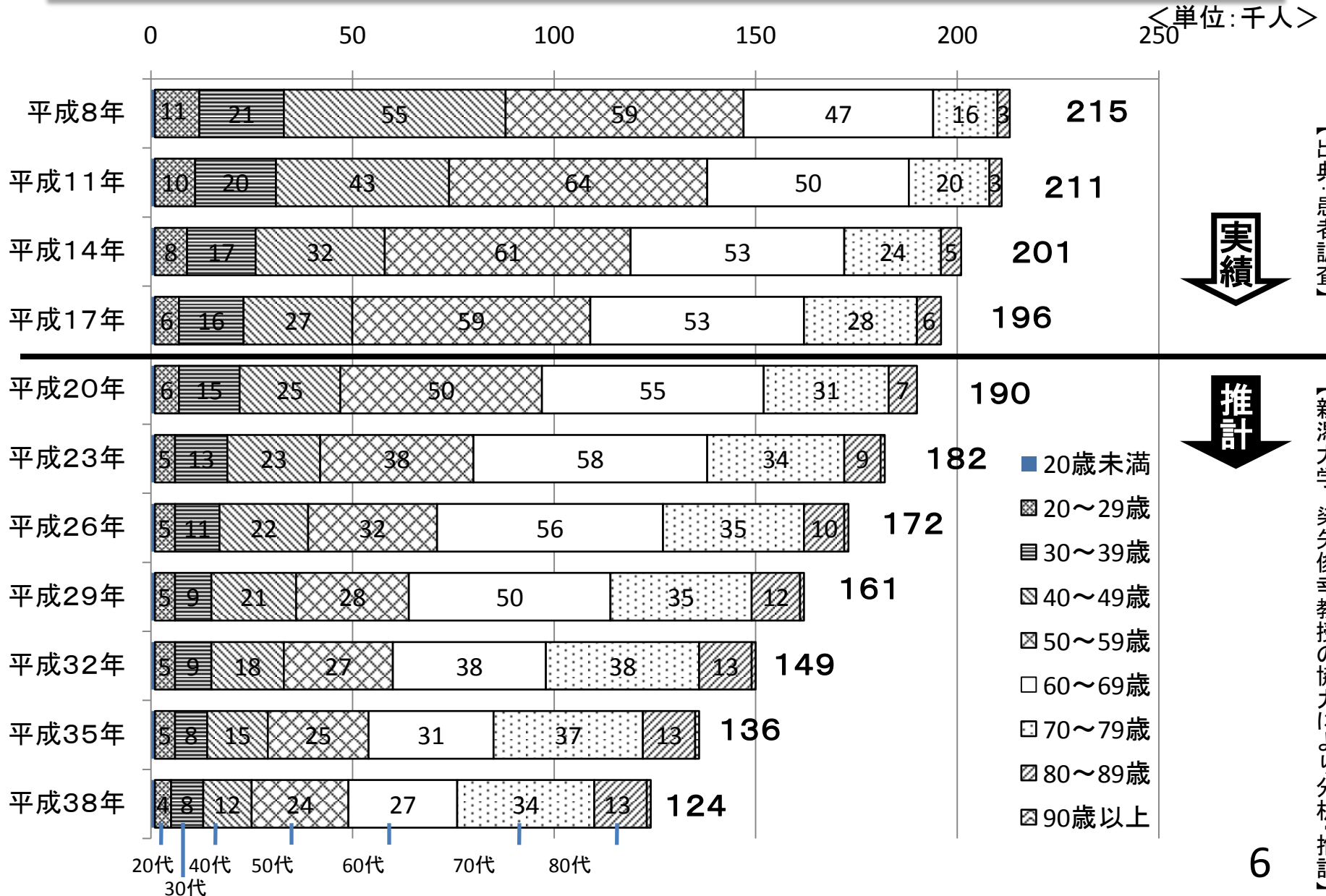
※精神科病院：精神病床のみを有する病院

一般病院：精神科病院および結核療養所以外の病院

資料：医療施設調査（毎年10月1日時点）

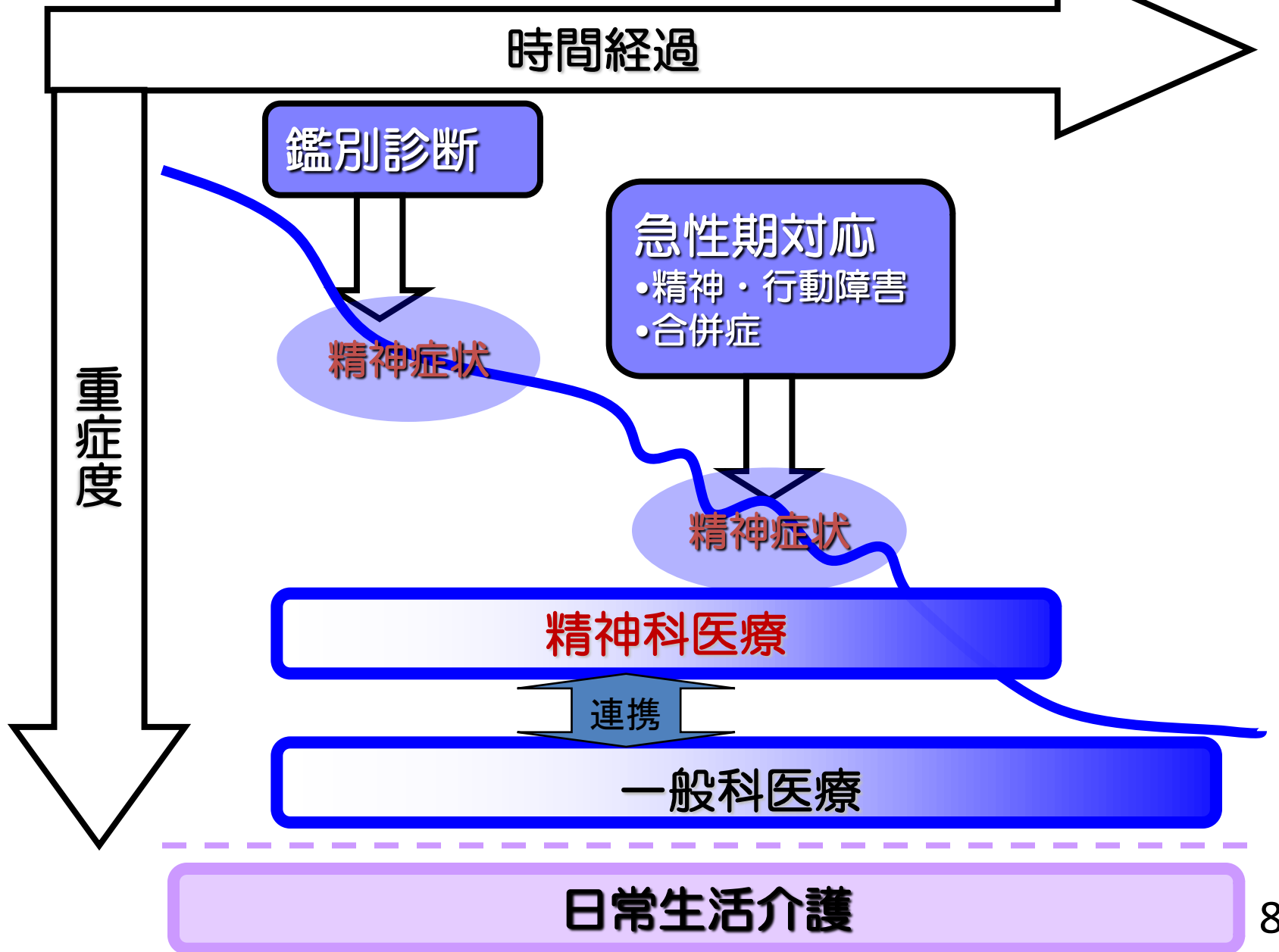
精神病床の統合失調症入院患者数の将来推計

(①患者調査による平成14年のn歳の入院患者数から、17年のn+3歳の入院患者数への増減率が将来のn歳の者においても変わらない(25歳以上)、②人口当たり入院率が平成17年以後一定(25歳未満)等の仮定をおいた推計)



認知症患者の状況について

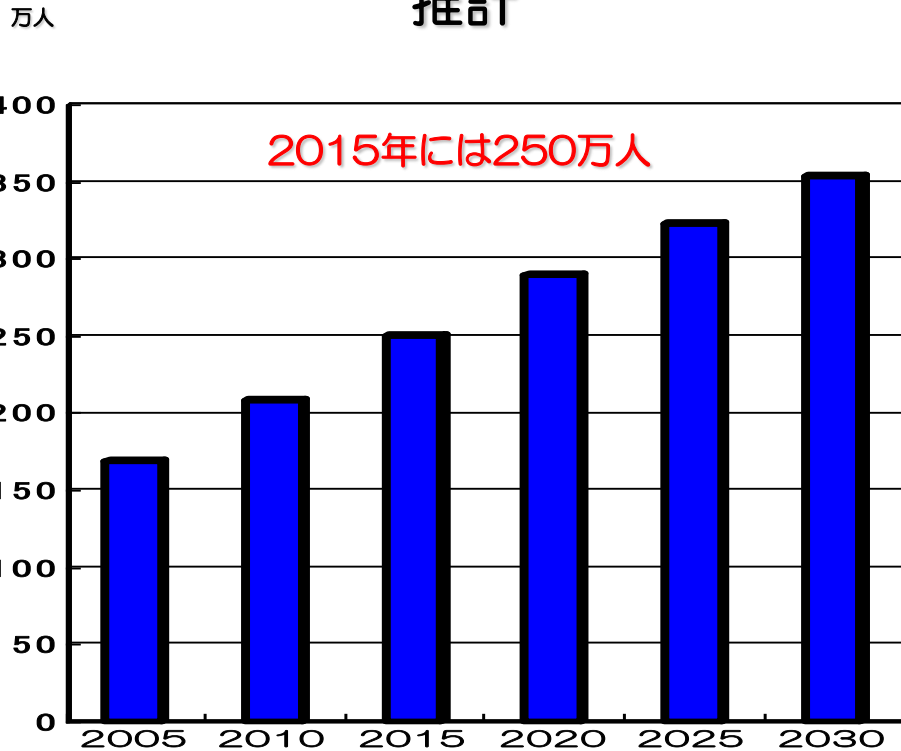
認知症の経過と医療の必要性



高齢者の増加と認知症疾患患者

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

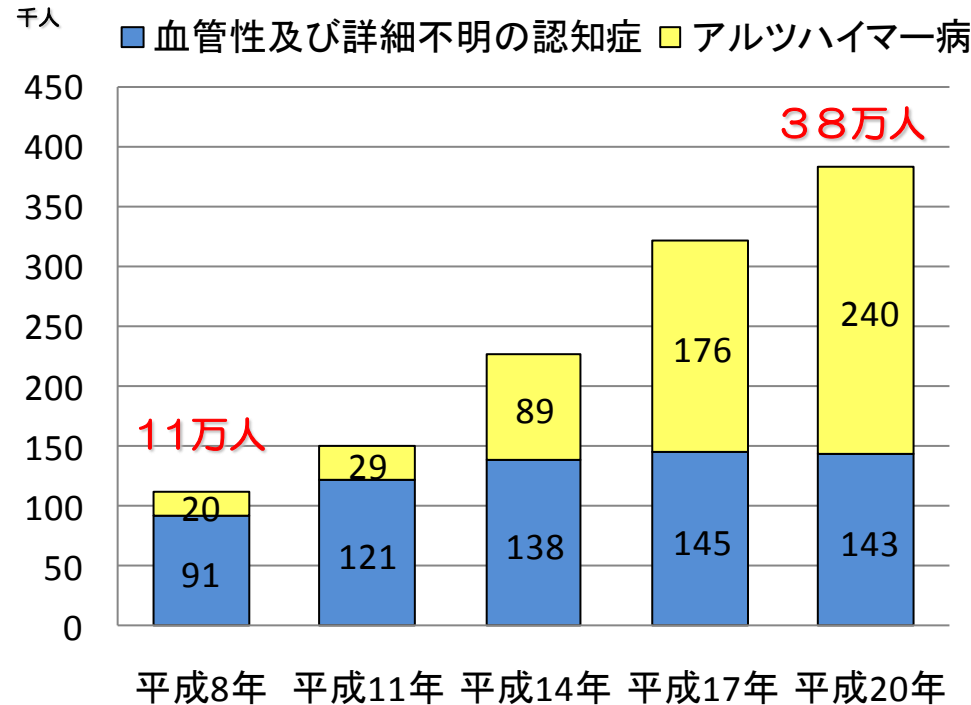


※自立度Ⅱ：日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。

認知症患者数の将来推計；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

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

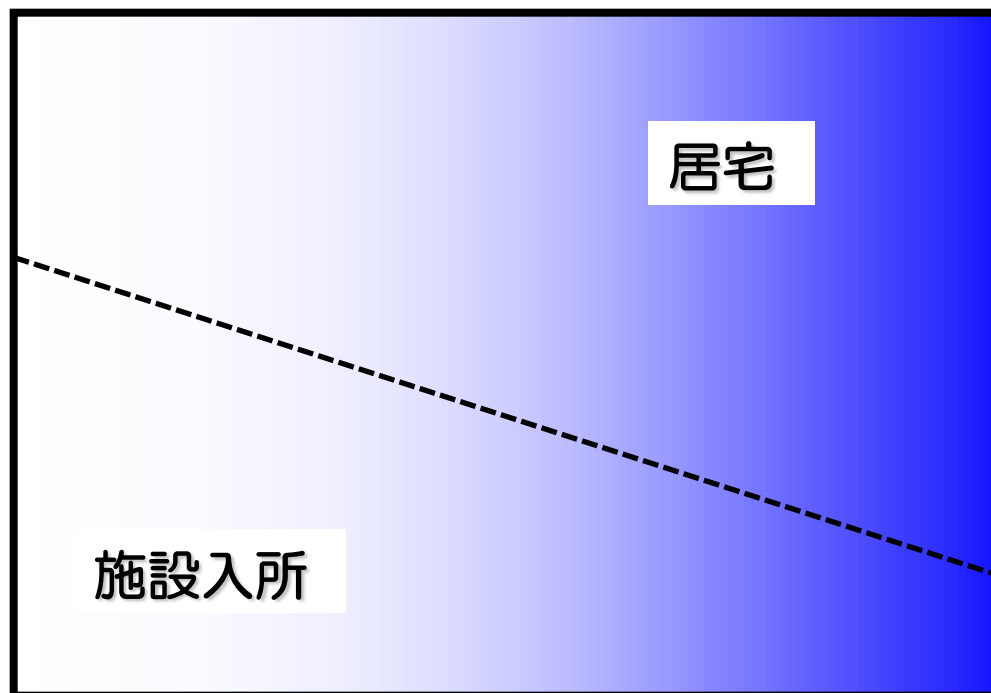


認知症患者の所在

介護

自立度Ⅱ以上の認知症高齢者

169万人

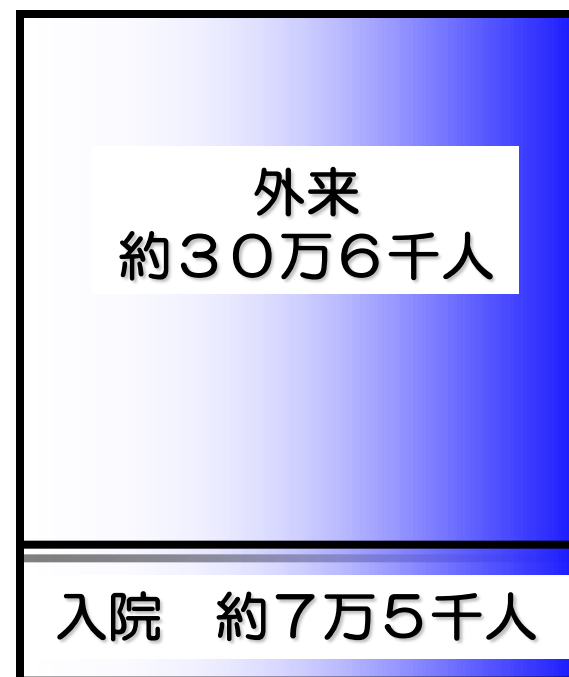


平成14年9月末についての推計に基づく、平成17年の推計値
厚生労働省老健局「2015年の高齢者介護」

医療

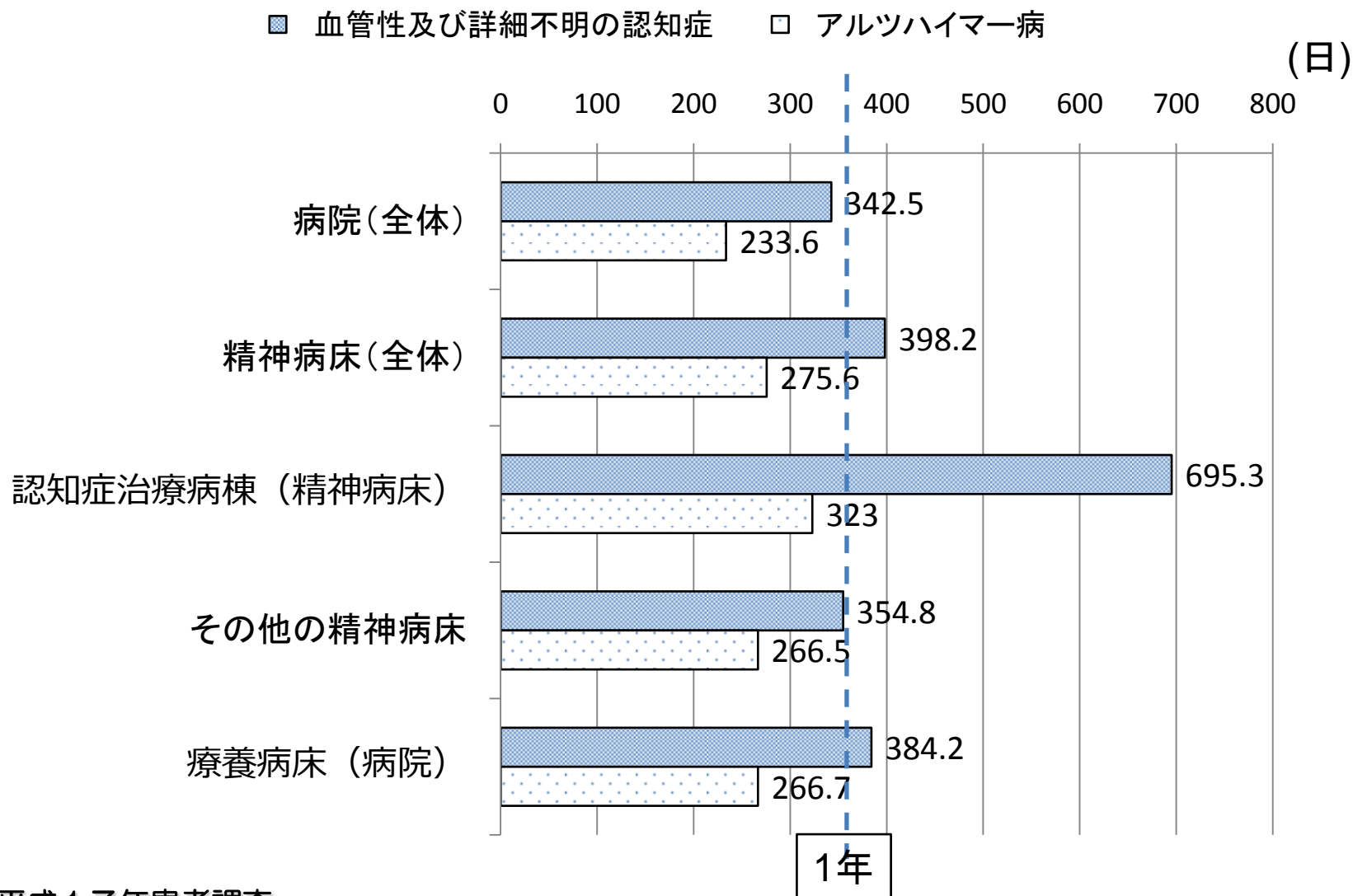
血管性認知症及び詳細不明の認知症
アルツハイマー病

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)

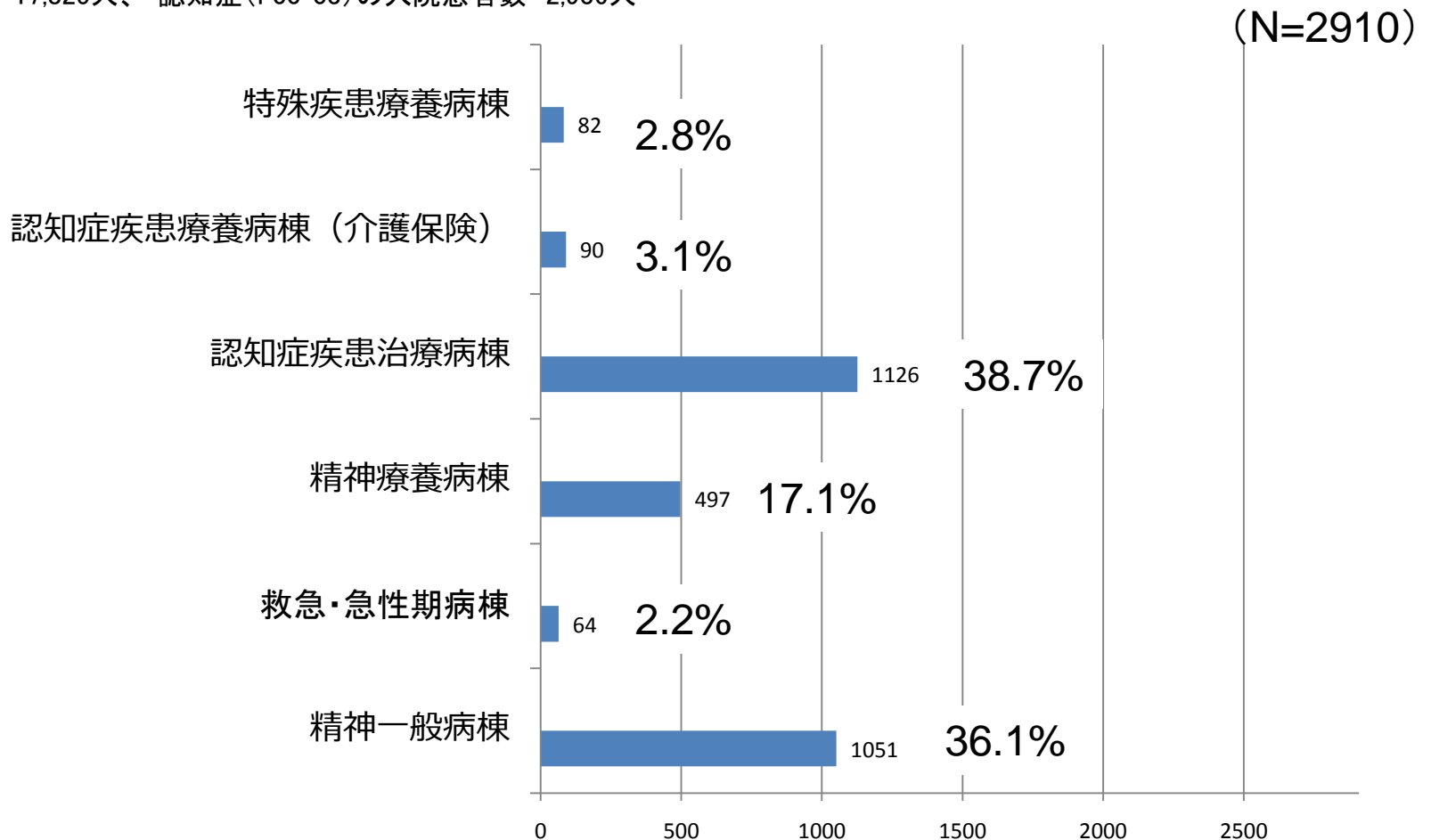
「精神病床の利用状況に関する調査」

(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」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。

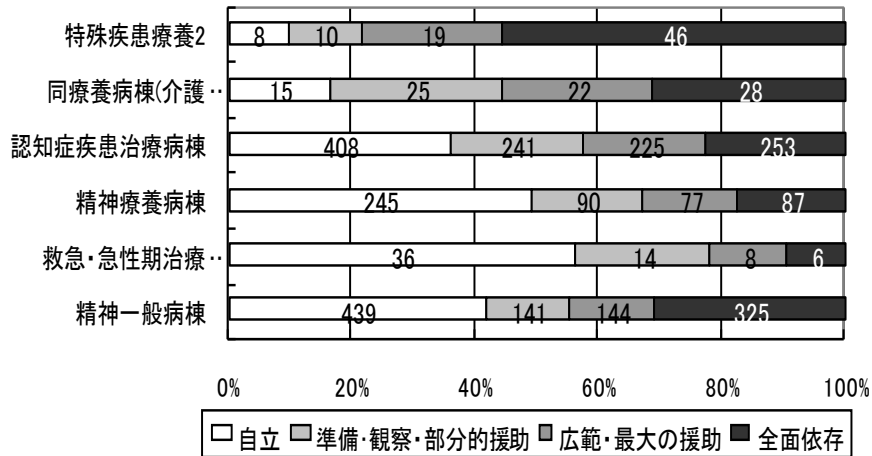
1か月の入院患者のうち10%を無作為抽出した調査にて、

回答総数 17,825人、 認知症(F00~03)の入院患者数 2,936人

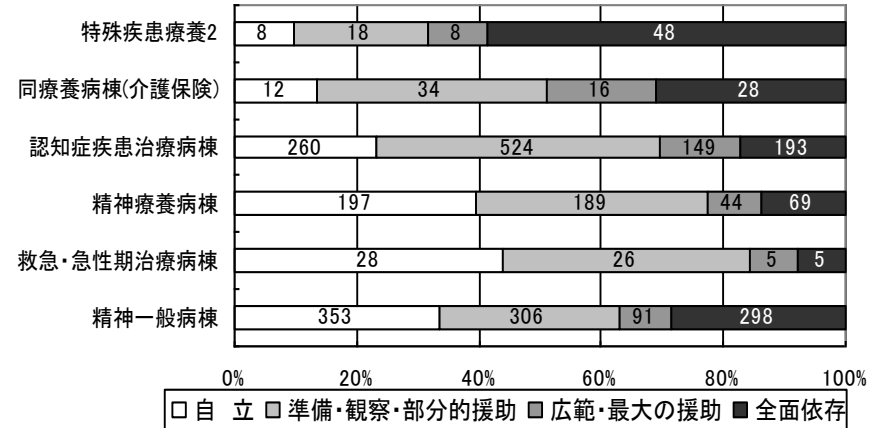


精神病床の認知症入院患者のADL

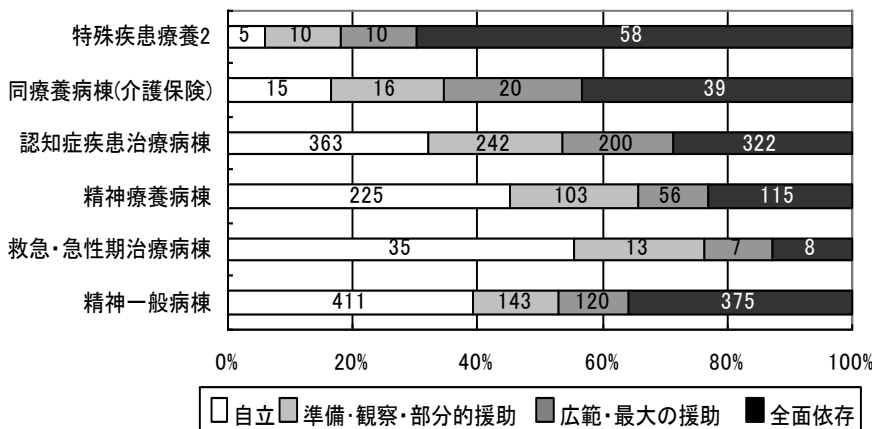
病棟種別・ADL(ベッド上の可動性)N=2,912



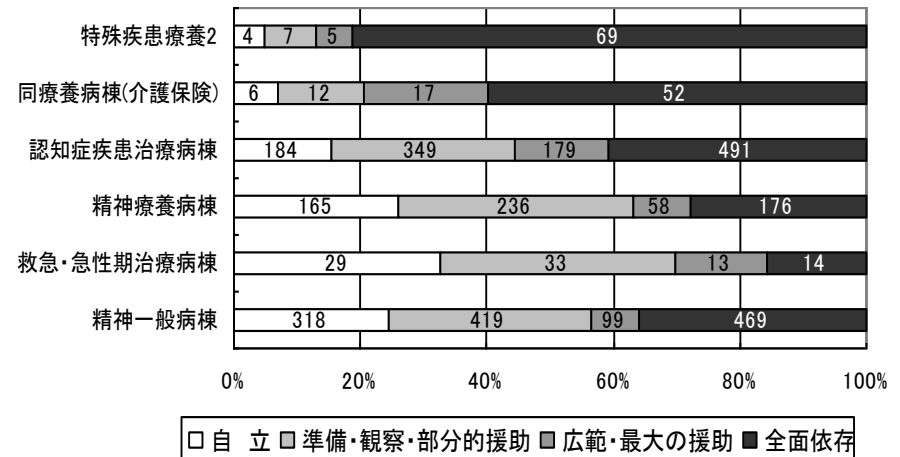
病棟種別・ADL(食事)N=2,909



病棟種別・ADL(移乗)N=2,911

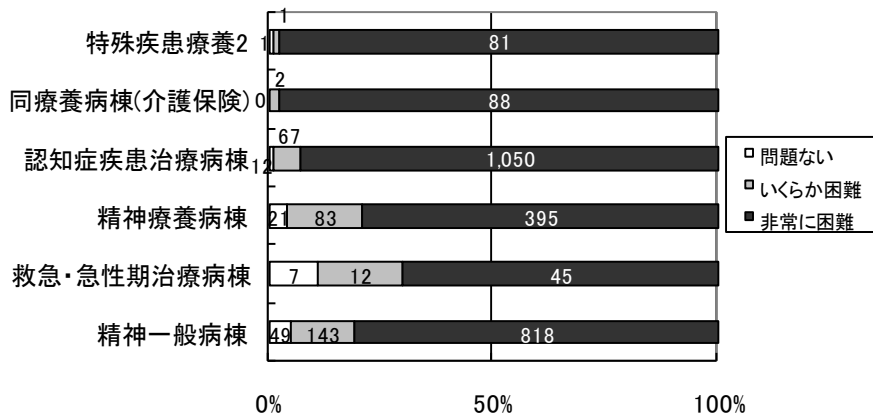


病棟種別・ADL(トイレの使用)N=2,907

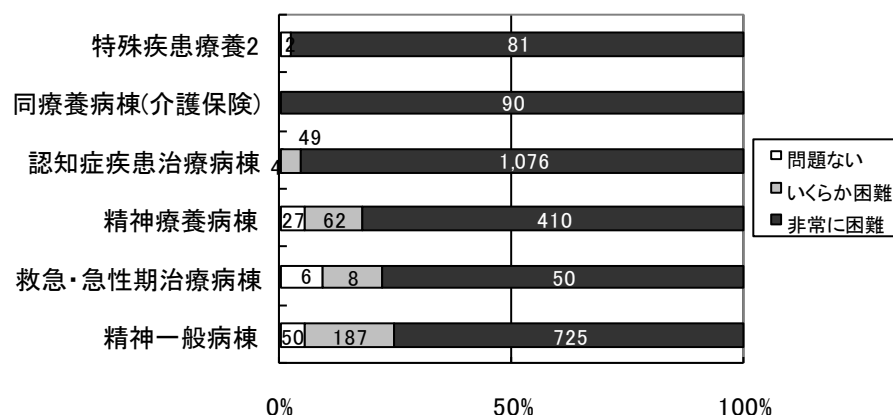


精神病床の認知症入院患者のI-ADL

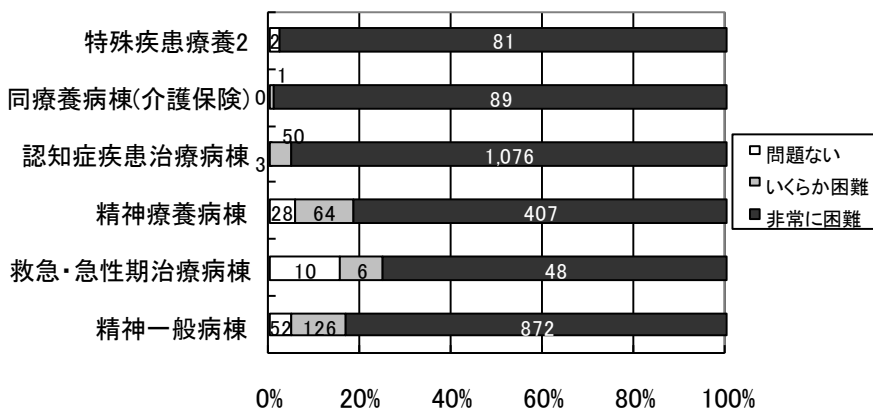
I-ADL(家事一般) N=2, 517



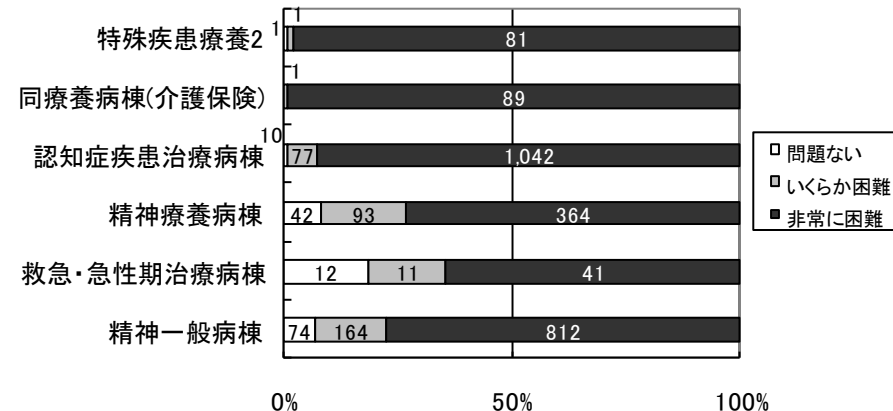
I-ADL(薬の管理) N=2, 575



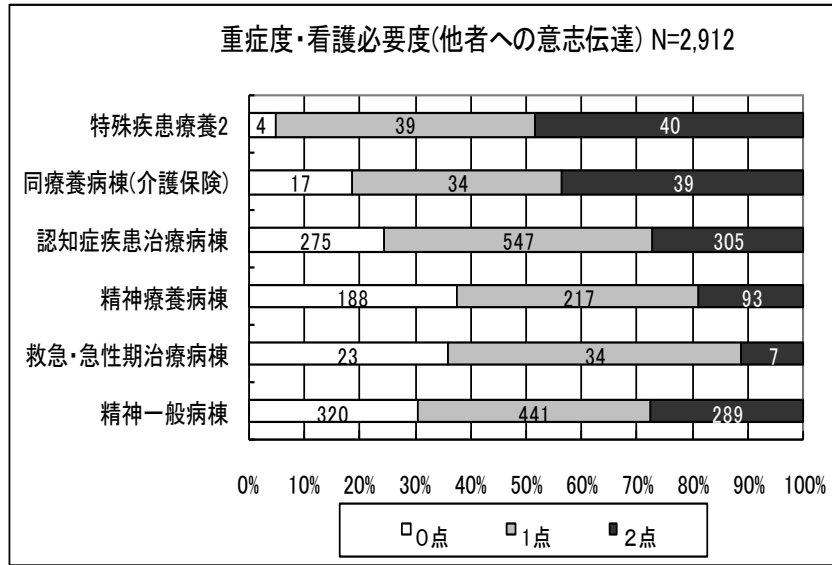
I-ADL(金銭管理) N=2, 573



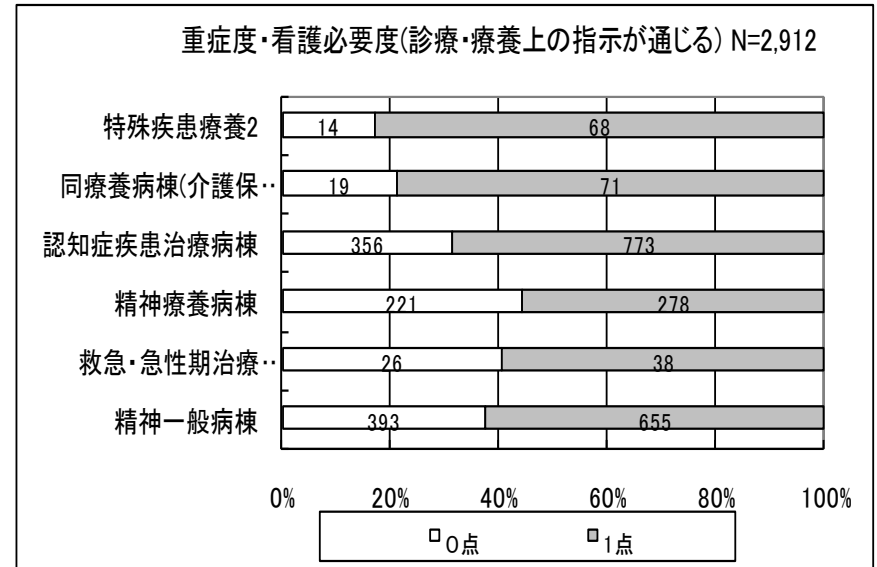
I-ADL(買い物) N=2,429



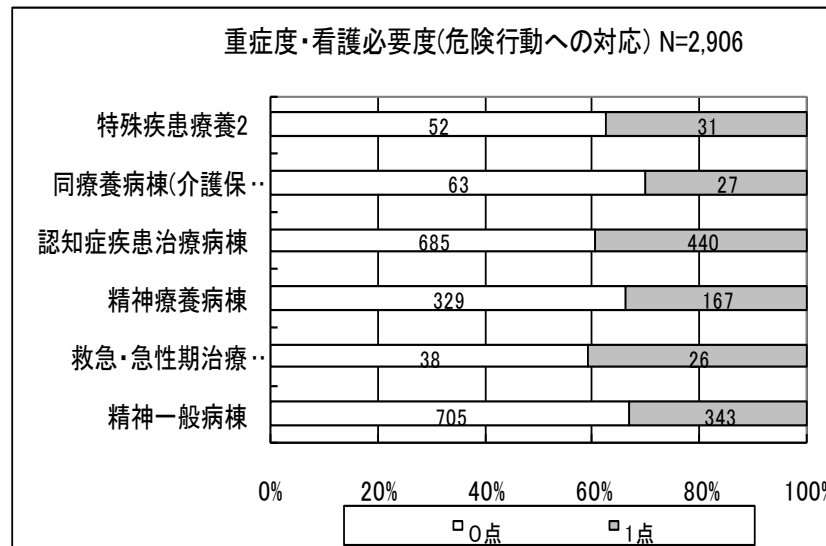
精神病床の認知症入院患者の重症度・看護必要度



0点:できる 1点:できる時とできない時がある 2点:できない



0点:通じる 1点:通じない

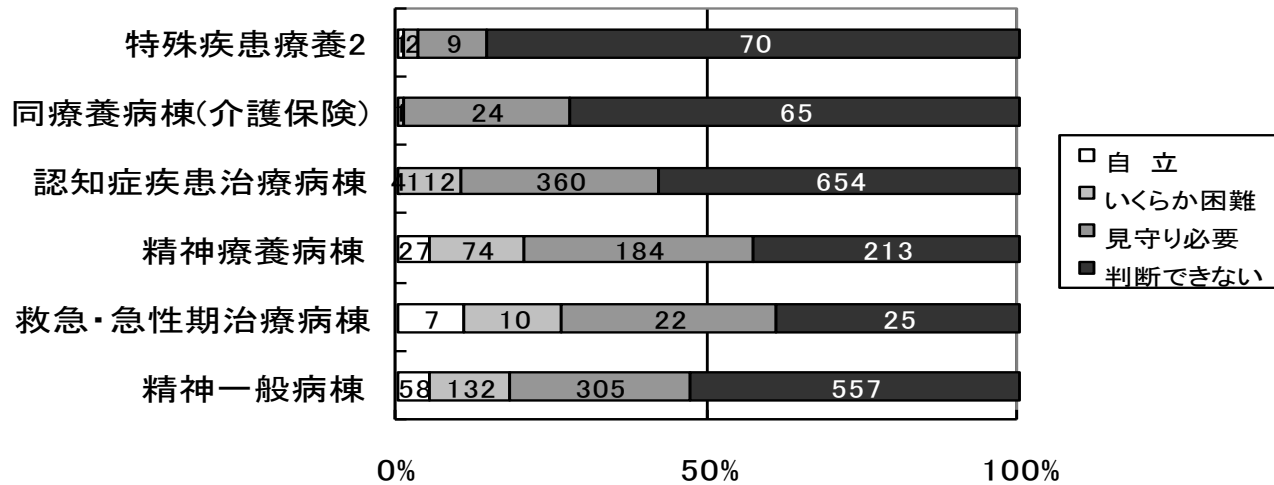


0点:なし
1点:あり

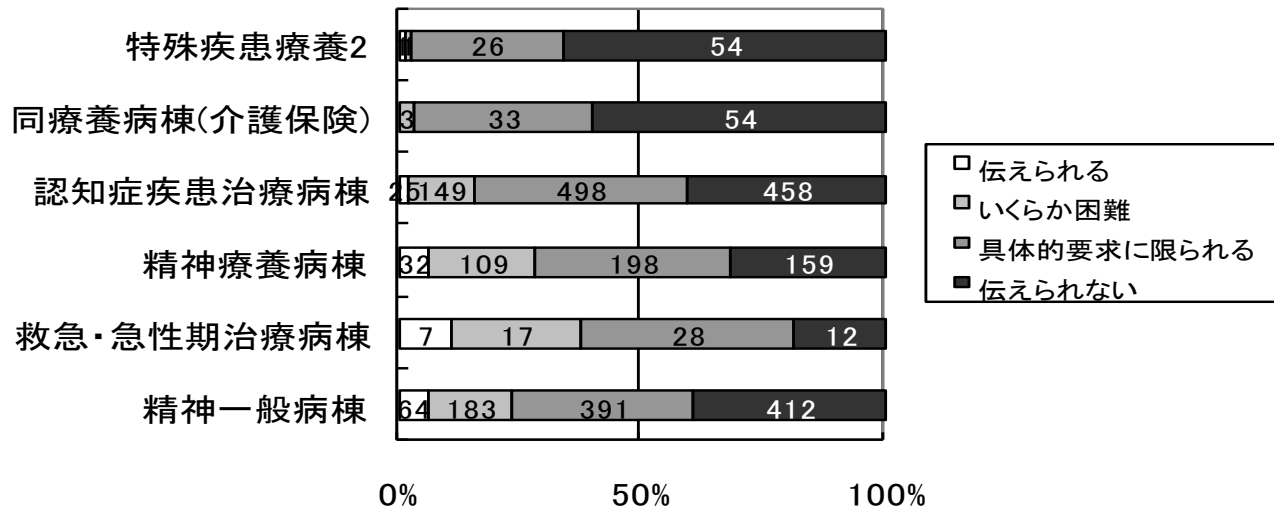
精神病床の認知症入院患者の認知能力・伝達能力

自分の意思決定を行うための認知能力 N=2,916

(調査日時点の状態)

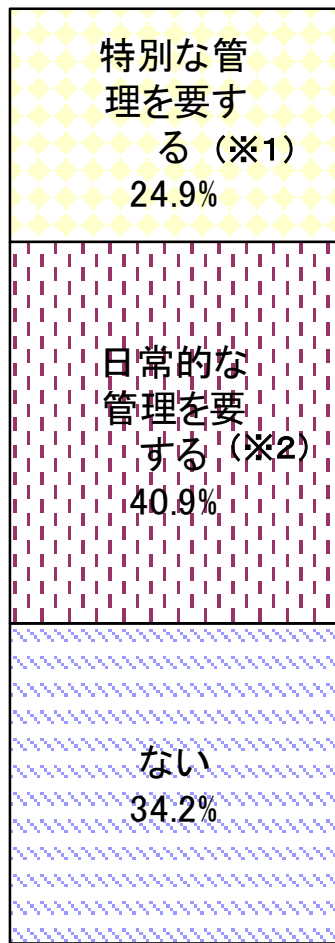


自分の意志の伝達能力 N=2,914



精神病床の認知症入院患者における身体合併症の状況

身体合併症を持つ人の割合

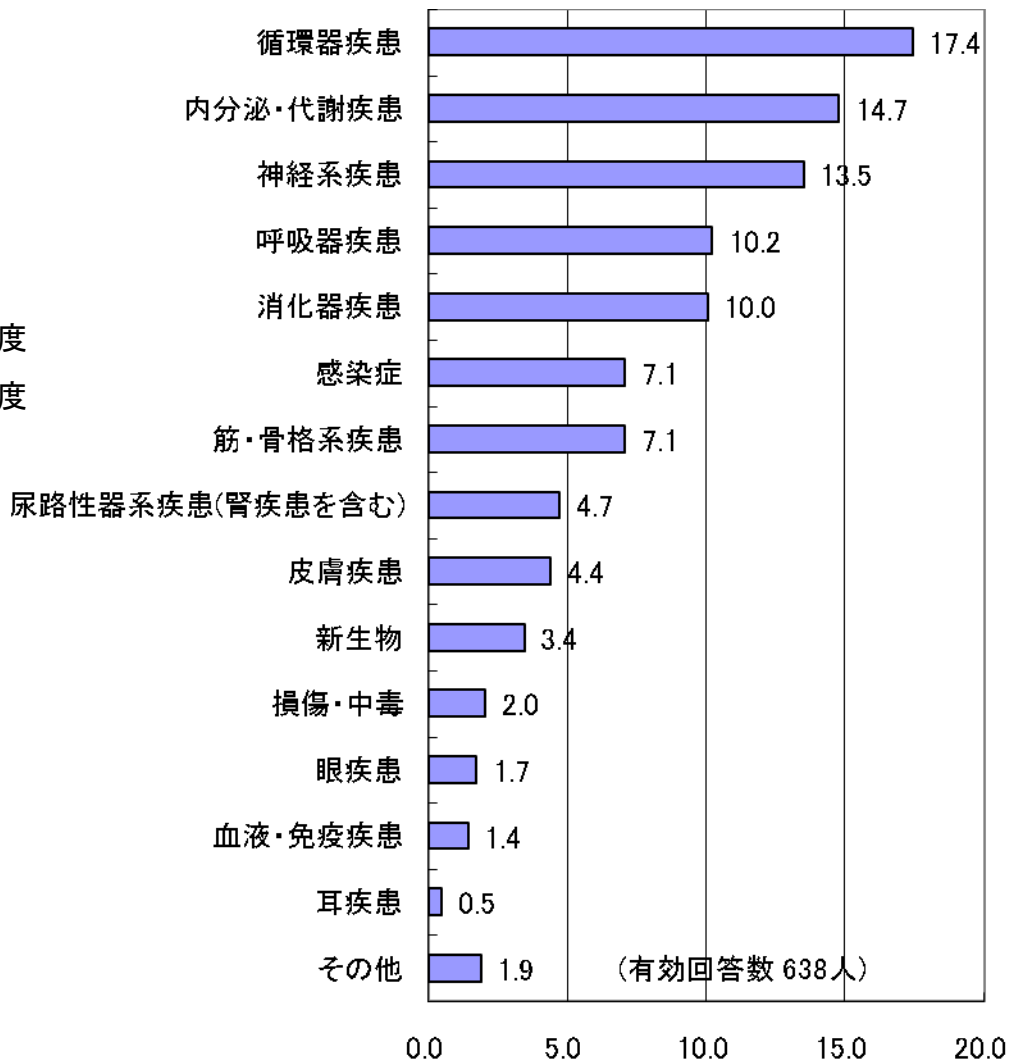


(有効回答数 3,376人)

※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

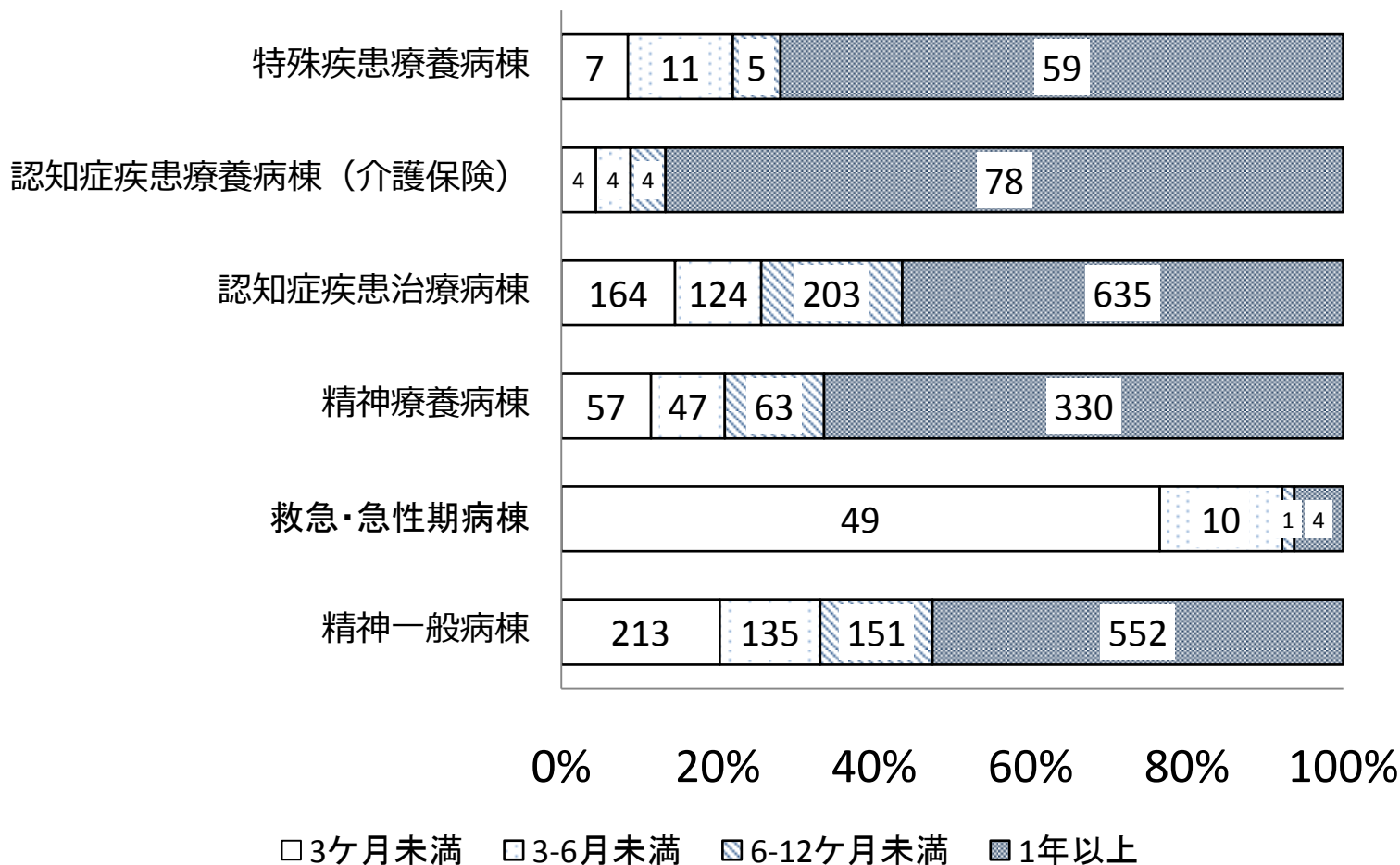


F0: 症状性を含む器質性精神障害での集計

「精神病床の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚労科研「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)

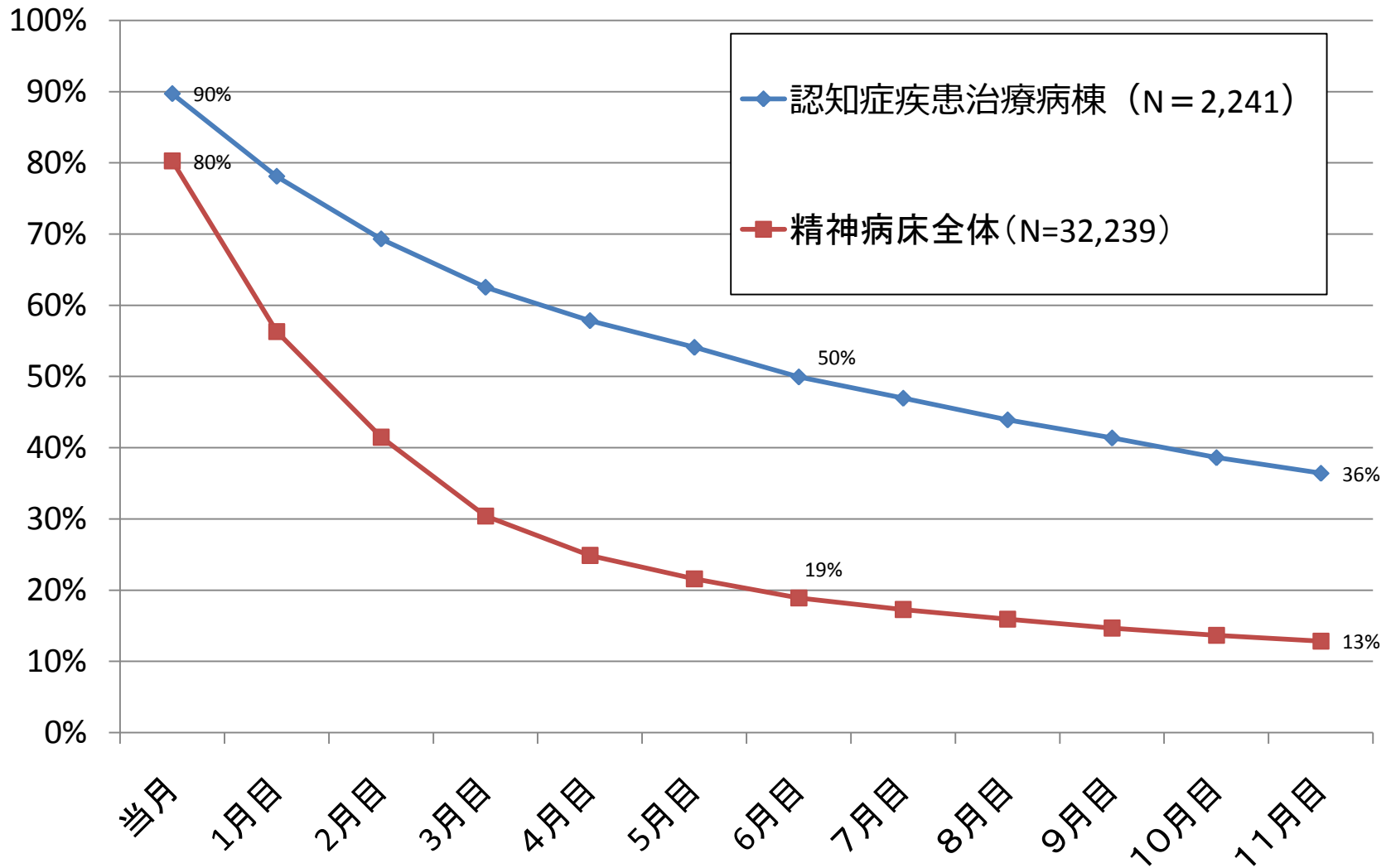
精神病床の認知症患者の在院期間の状況

(N=2910)



「精神病床の利用状況に関する調査」より(平成19年度厚労科研「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)

認知症疾患治療病棟入院患者の残存曲線



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

特定入院料 (153,845+α 床)

精神科救急入院料(64医療機関 3,347床)
精神科救急・合併症入院料 (3医療機関 124床)
精神科急性期治療病棟入院料 (262医療機関 13,042床)
認知症病棟入院料 (450医療機関 31,290床)
老人性認知症疾患療養病棟【介護保険】(3,017床**)
精神療養病棟入院料 (827医療機関 103,025床)

精神病棟入院基本料 (184,873床)

10:1 (12医療機関 381床*)
<H22より、13:1を新設>
15:1 (1078医療機関 141,800床*)
18:1 (126医療機関 22,242床*)
20:1 (69医療機関 9,741床*)
特別入院基本料 (50医療機関 7,763床*)

特定機能病院 入院基本料 (3,398床)

7:1 (4医療機関 98床*)
10:1 (4医療機関 153床*)
15:1 (65医療機関 2,938床*)

小児入院医療管理料4
(病床数不明)

特殊疾患病棟入院料2
5,459床

児童・思春期精神科
入院医療管理加算
(20医療機関 800床)
<入院料に加算>

注 破線は精神病床以外も含む

※ 入院基本料の医療機関数・病床数は平成20年7月1日現在(合計とは一致しない)
 ※※ 介護サービス施設・事業所調査(H20年10月)

精神科入院に係る診療報酬と主要要件①

	医師の配置	看護職員等の配置	構造設備等	その他の主要要件	算定の対象となる患者	診療報酬点数	
精神病棟入院基本料	医師 48:1	看護 7:1 (特定機能病院のみ)	・特記なし	・病棟の平均在院日数40日以内 ・新規入院患者の5割以上がGAF30以下	・精神疾患を有する患者	1,311点	※初期加算 465点 (~14日)
		看護 10:1		・病棟の平均在院日数40日以内 ・新規入院患者の5割以上がGAF30以下		1,240点	250点 (15~30日)
		看護 13:1		・病棟の平均在院日数80日以内 ・新規入院患者の4割以上がGAF30以下又は身体合併症患者 ・身体疾患への治療体制を確保		920点	125点 (31~90日)
		看護 15:1		・特記なし		800点	10点 (91~180日)
		看護 18:1				712点	3点 (181日~1年)
		看護 20:1				658点	
		看護 25:1				550点	※初期加算あり
		精神療養病棟入院料		指定医 病棟常勤1 (病院に2以上) 医師 48:1		看護 30:1 看護・看護補助者を合わせて15:1 OT又は経験看護師 1人	・病室5.8㎡以上 ・1看護単位60床以下 ・1病室6床以下
認知症治療病棟入院料1	医師 病棟常勤1 48:1	看護 20:1 看護補助者 25:1 専従作業療法士1人	・病棟18㎡/床以上を標準 ・デイルーム等 ・生活機能回復訓練室	・病院にPSWまたは臨床心理技術者常勤	・集中的な治療を有する認知症患者	1,450点 (~60日)	1,180点 (61日~)
認知症治療病棟入院料2		看護 30:1 看護補助者 25:1 OT又は経験看護師 1人	・病棟18㎡/床以上を標準 ・生活機能回復訓練室			1,070点 (~60日)	970点 (61日~)


精神科入院に係る診療報酬と主要要件②

	医師の配置	看護職員等の配置	構造設備等	その他の主要要件	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 病棟常勤1人 病院常勤5人 医師 16:1	看護 10:1 PSW 病棟常勤2人	・隔離室・個室が半数以上 ・CT等の検査が速やかに実施できる体制 ・1看護単位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6割以上が3月以内に在宅移行	・措置・緊急措置入院患者 ・3ヵ月以内に精神病棟に入院したことがない患者	3,451点 (～30日) 3,031点 (31日～)
精神科救急入院料2				・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		3,251点 (～30日) 2,831点 (31日～)
精神科救急・合併症入院料	指定医 病棟常勤3人 精神科医 病院常勤5人 医師 16:1	看護 10:1 PSW 病棟常勤2人	・合併症ユニットが2割以上 ・隔離室・個室又は合併症ユニットが半数以上 ・救急蘇生装置、呼吸循環監視装置等 ・CT等の検査が速やかに実施できる体制 ・1看護単位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ヵ月以内に精神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	3,451点 (～30日) 3,031点 (31日～)
精神科急性期治療病棟入院料1	指定医 病棟常勤1人 病院常勤2人	看護 13:1 看護補助者 30:1 PSW又は臨床心理技術者 病棟常勤1人	・隔離室を有する ・1看護単位60床以下	・新規入院患者の4割以上が3月以内に在宅移行	・3ヵ月以内に精神病棟に入院したことがない患者 ・他病棟入院患者の急性増悪例	1,920点 (～30日) 1,600点 (31日～)
精神科急性期治療病棟入院料2		看護 15:1 看護補助者 30:1 PSW又は臨床心理技術者 病棟常勤1人				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)	・精神科を標榜 ・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 精神科病棟入院基本料(10:1、13:1又は15:1) 特定機能病院入院基本料(精神病棟) 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

	入院基本料	非定型抗精神病薬加算	入院基本料等加算										特掲診療料														
			精神科地域移行実施	精神科身体合併症管理	重度アルコール依存症入院医療管理	臨床研修病院入院診療	地域	離島	精神科措置入院	栄養管理実施	医療安全対策	褥瘡患者管理	褥瘡ハイリスク患者ケア	精神科応急入院施設管理	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬	注射	リハビリテーション	精神科専門療法	処置	手術	麻薬・放射線治療	病理診断	
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	→	<u>1450点</u>	1180点
入院料2:	1070点	1020点		1070点	<u>970点</u>
	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

設置場所；身体的検査、画像診断、神経心理学的検査等の総合的評価が可能な病院に設置

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

〔基幹型（総合病院）〕（新規）

専門医療の提供

周辺症状や身体合併症に対応する双方の医療の提供
入院治療のための空床の確保

認知症疾患医療センター

情報センター

普及啓発

認知症に関する情報発信

一般相談

住民からの相談に対応

専門医療の提供

詳細な鑑別診断
急性精神症状への対応
身体合併症への対応

地域連携の強化

顔の見える連携体制の構築
研修会の実施
専門相談
連携担当者の配置による地域介護との連携

〔地域型（単科精神科病院等）〕

連携担当者の配置

地域包括支援センター

連携担当者の配置

連携

介護職
ホームヘルパー等

介護サービス

- ・特養
- ・老健
- ・認知症グループホーム
- ・居宅

周辺症状により専門医療が必要な認知症疾患患者

サポート医

物忘れ外来

紹介

精神科外来

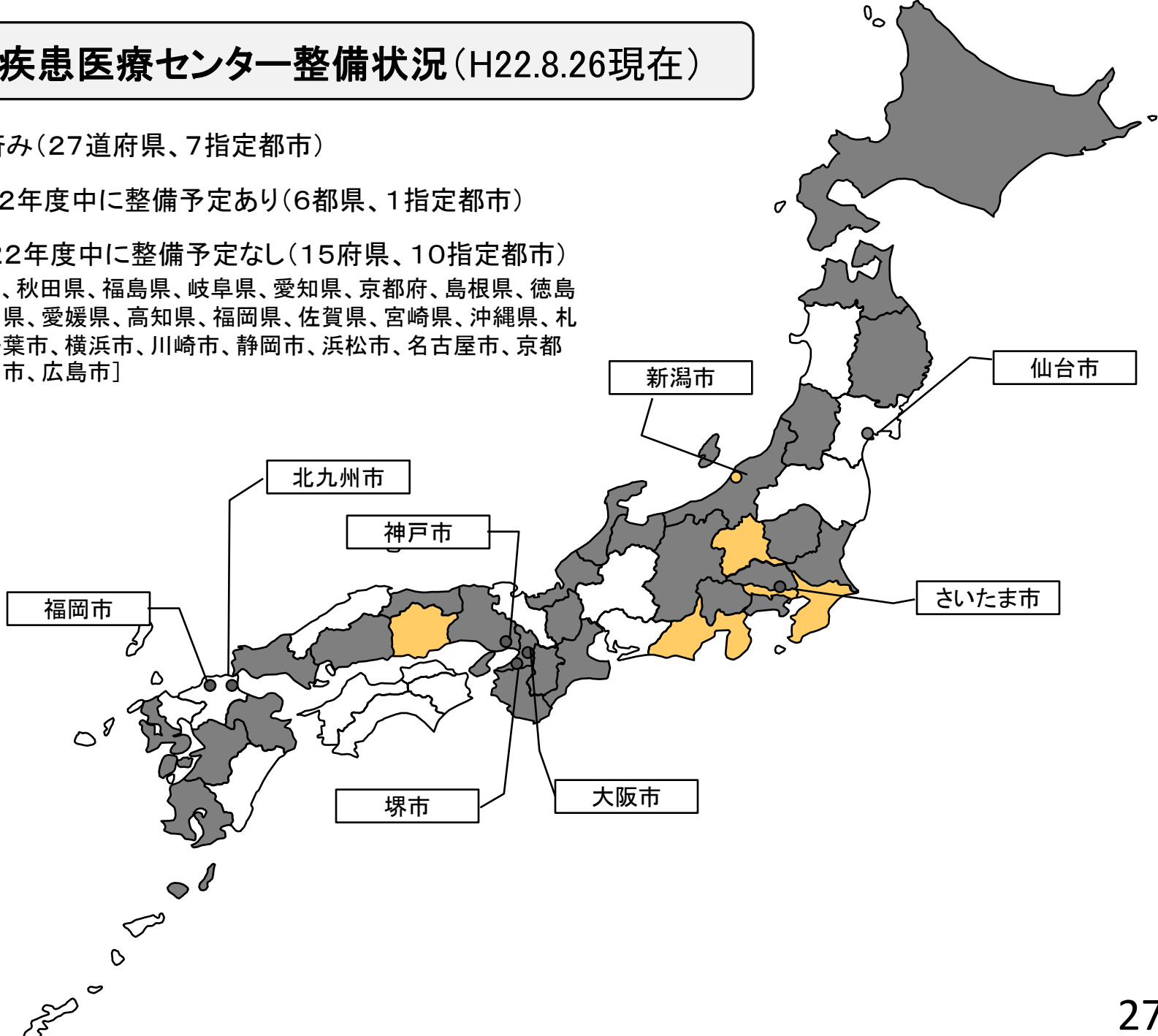
内科医等のいわゆる「かかりつけ医」

医療（うち入院1/4）

介護

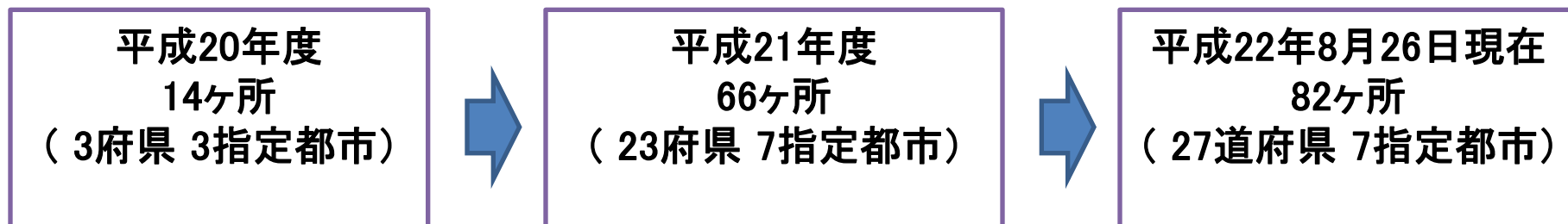
認知症疾患医療センター整備状況 (H22.8.26現在)

- : 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、島根県、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

(件)

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

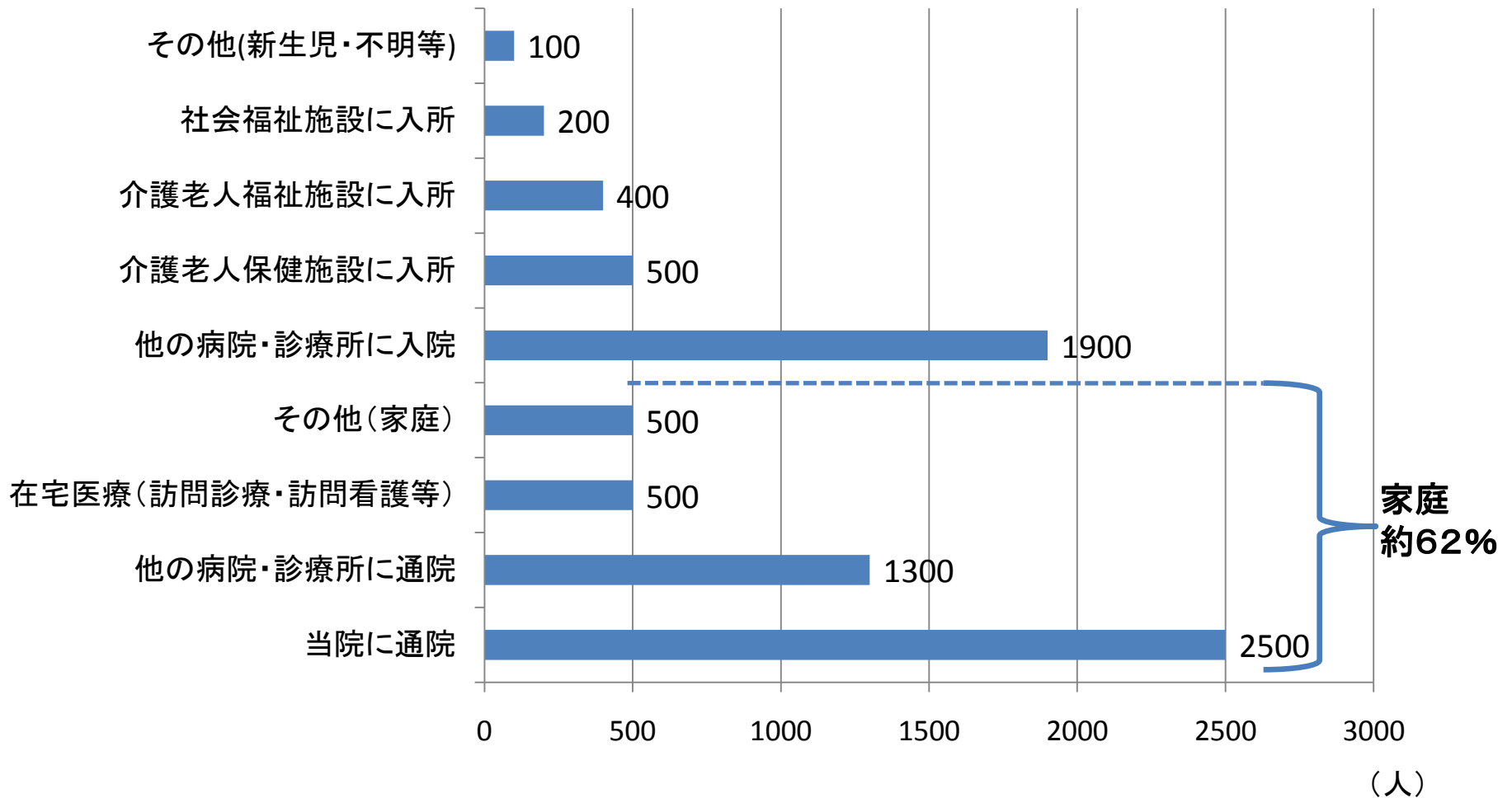
都道府県 指定都市	医療機関名
1 北海道	道央佐藤病院
2 北海道	砂川市立病院
3 青森県	青森県立つくしが丘病院
4 岩手県	岩手医科大学附属病院
5 山形県	篠田総合病院
6 茨城県	日立梅ヶ丘病院
7 茨城県	栗田病院
8 栃木県	獨協医科大学病院
9 栃木県	足利富士見台病院
10 栃木県	烏山台病院
11 埼玉県	秩父中央病院
12 埼玉県	武里病院
13 埼玉県	毛呂病院
14 埼玉県	西熊谷病院
15 神奈川県	東海大学医学部付属病院
16 新潟県	三島病院
17 新潟県	柏崎厚生病院
18 新潟県	黒川病院
19 新潟県	高田西城病院
20 富山県	魚津緑ヶ丘病院
21 富山県	谷野呉山病院
22 石川県	石川県立高松病院
23 福井県	敦賀温泉病院
24 福井県	松原病院
25 山梨県	山梨県立北病院
26 山梨県	日下部記念病院
27 長野県	飯田病院
28 長野県	安曇総合病院

都道府県 指定都市	医療機関名
29 三重県	松阪厚生病院
30 三重県	三重県立こころの医療センター
31 三重県	東員病院
32 滋賀県	瀬田川病院
33 滋賀県	琵琶湖病院
34 滋賀県	豊郷病院
35 滋賀県	水口病院
36 大阪府	水間病院
37 大阪府	関西医科大学附属滝井病院
38 大阪府	さわ病院
39 大阪府	山本病院
40 大阪府	大阪さやま病院
41 大阪府	新阿武山病院
42 兵庫県	兵庫医科大学病院
43 兵庫県	兵庫県立淡路病院
44 兵庫県	大塚病院
45 兵庫県	リハビリテーション西播磨病院
46 兵庫県	公立豊岡病院組合立豊岡病院
47 奈良県	信貴山病院 ハートランドしぎさん
48 奈良県	秋津鴻池病院
49 和歌山県	国保日高総合病院
50 鳥取県	渡辺病院
51 鳥取県	倉吉病院
52 鳥取県	養和病院
53 鳥取県	南部町国民健康保険西伯病院
54 広島県	三原病院
55 広島県	メープルヒル病院
56 山口県	山口県立こころの医療センター

都道府県 指定都市	医療機関名
57 長崎県	出口病院
58 長崎県	佐世保中央病院
59 熊本県	熊本大学医学部附属病院
60 熊本県	山鹿回生病院
61 熊本県	阿蘇やまなみ病院
62 熊本県	くまもと清明病院
63 熊本県	益城病院
64 熊本県	平成病院
65 熊本県	くまもと心療病院
66 熊本県	天草病院
67 大分県	緑ヶ丘保養園
68 鹿児島県	谷山病院
69 鹿児島県	松下病院
70 鹿児島県	宮之城病院
71 鹿児島県	栗野病院
72 仙台市	仙台市立病院
73 仙台市	東北厚生年金病院
74 さいたま市	埼玉精神神経センター
75 大阪市	大阪市立大学医学部附属病院
76 大阪市	ほくとクリニック病院
77 大阪市	大阪市立弘済院附属病院
78 堺市	浅香山病院
79 堺市	阪南病院
80 神戸市	神戸大学医学部附属病院
81 北九州市	小倉蒲生病院
82 福岡市	九州大学病院

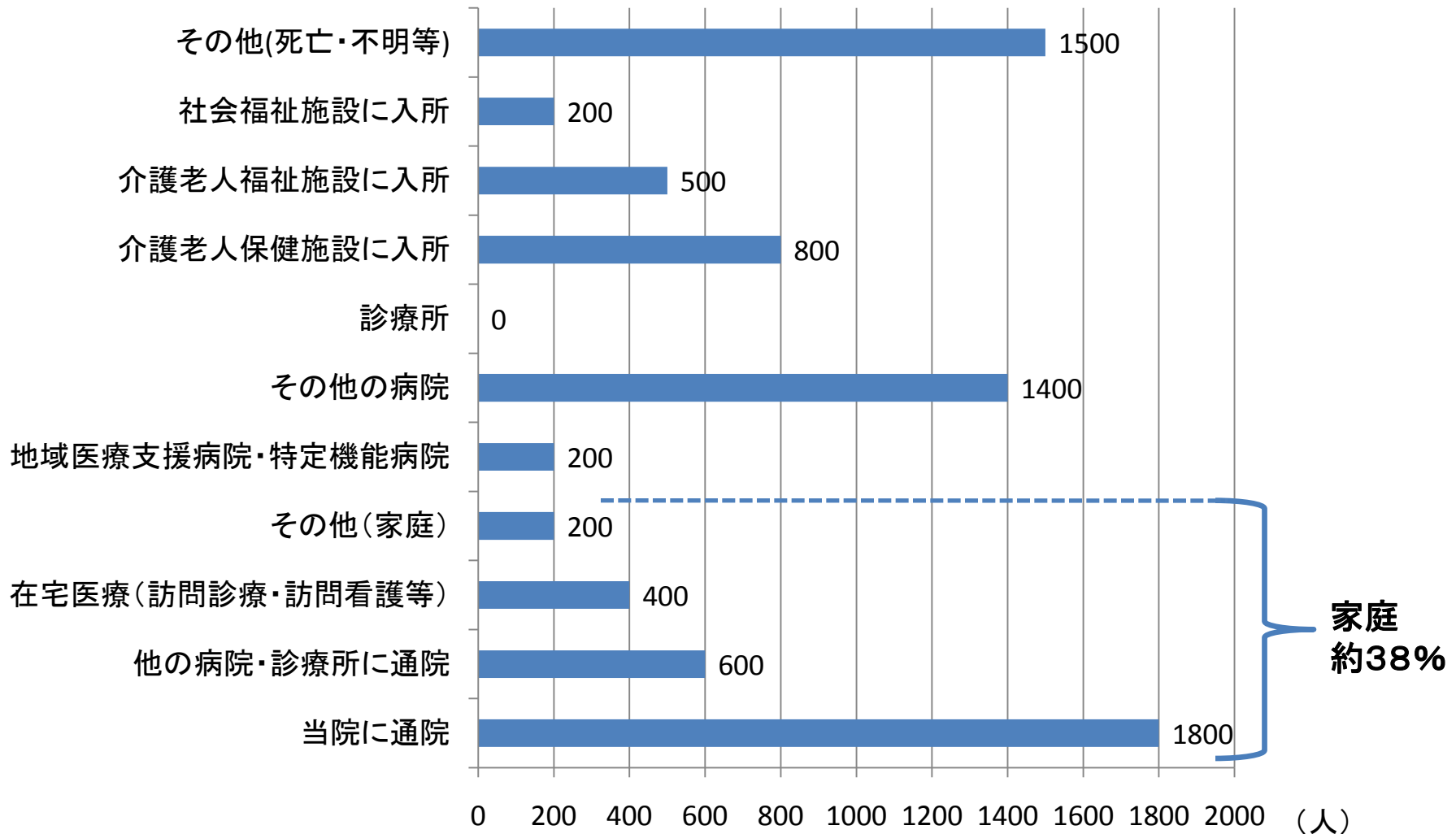
認知症患者の入退院の状況 について

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、血管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(7,800人)の内訳。

認知症の退院患者の退院後の行き先

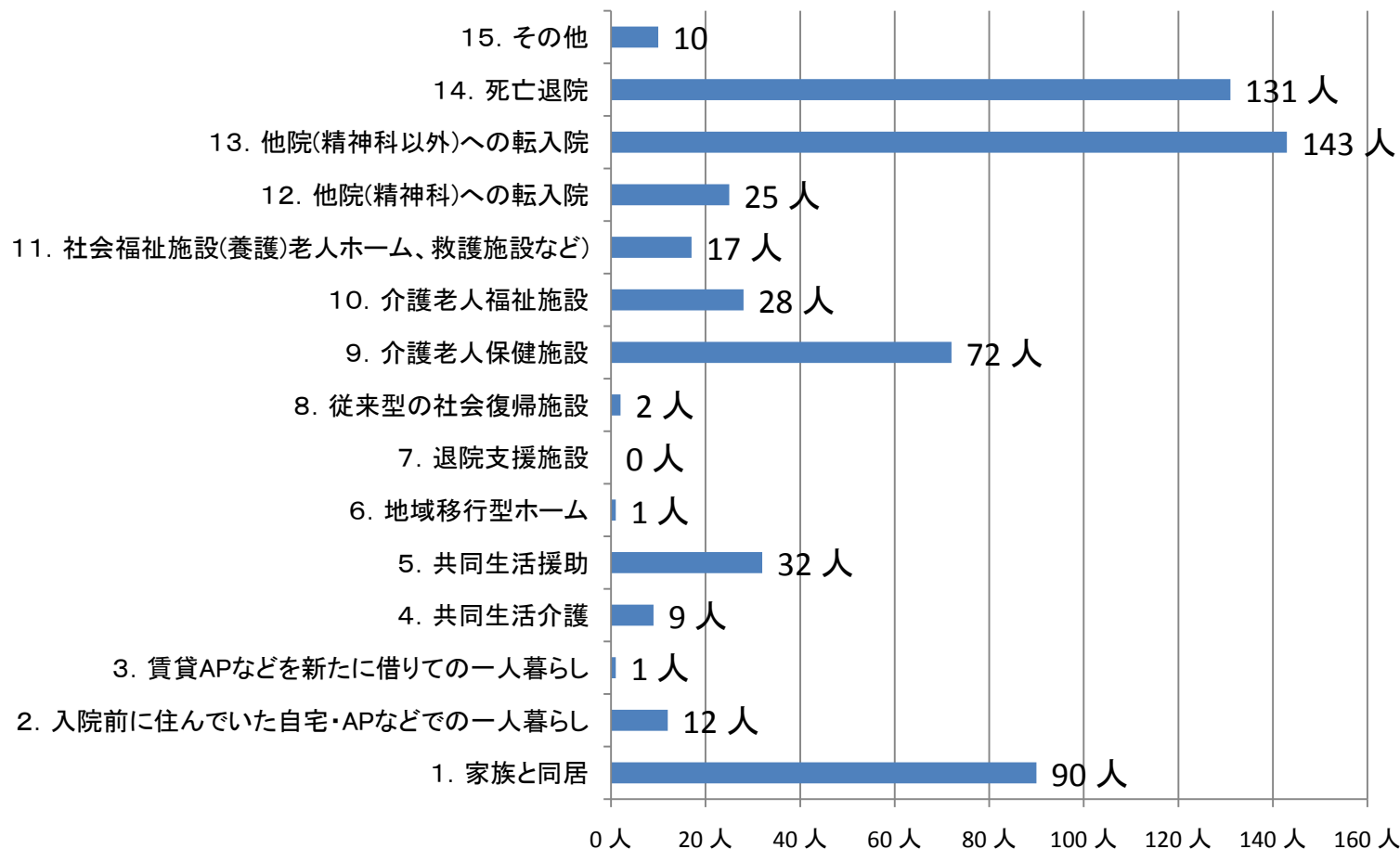


平成20年患者調査。9月1日～30日に退院した推計患者数のうち、血管性及び詳細不明の認知症及びアルツハイマー病を合計したもの(7,800人)の内訳。

精神病床から退院した認知症患者の退院後の行き先

A. 全報告者数	17,825人
B. Aの内、認知症疾患患者数(F00-03)	2,936人
C. Bの内、初回調査日から6ヶ月後までに退院した患者数	608人

有効回答数573人



平成21年度高齢精神障害者の実態調査(概要)

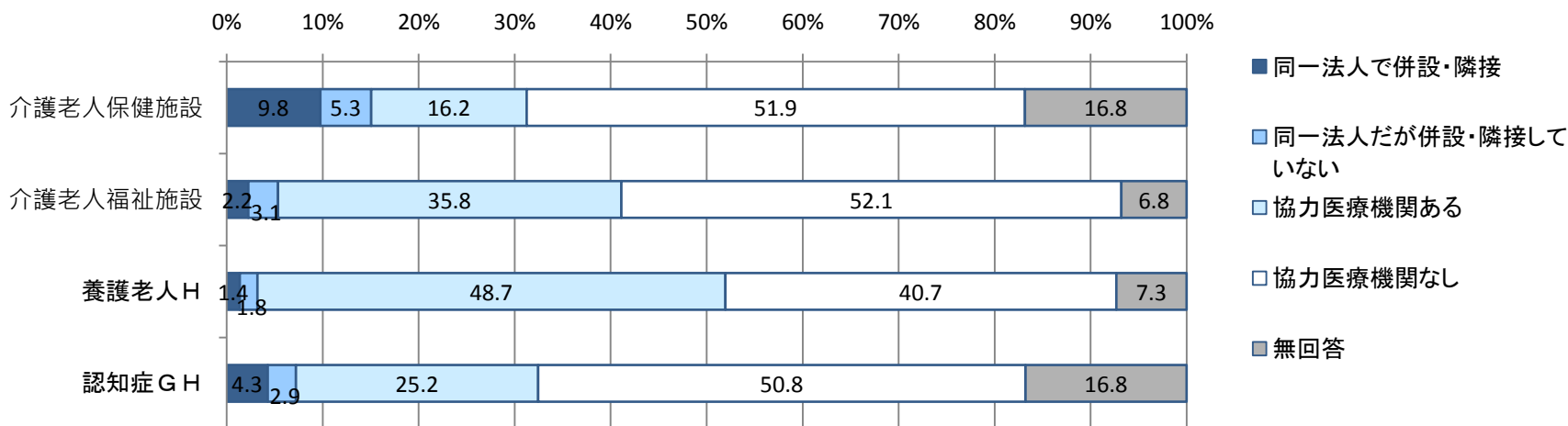
○平成22年1月22日現在の状況について行った調査。

○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%)
- ・養護老人ホーム (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%)

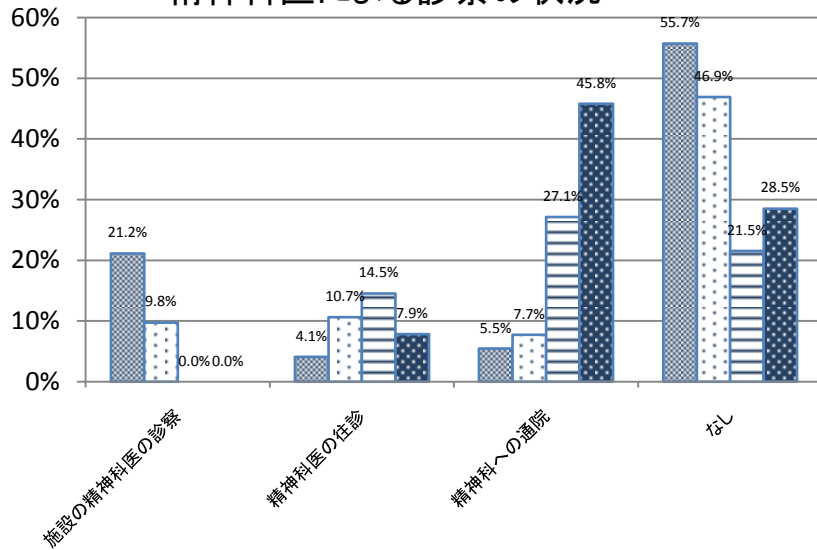
●精神科の併設・協力医療機関の状況



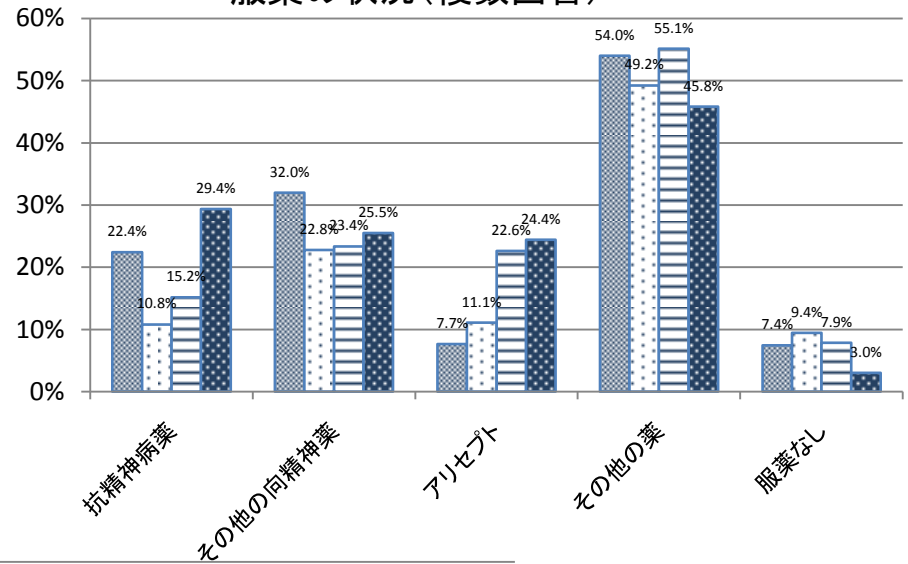
精神科病院からの退院後(直後又は6か月以内)に入所した認知症患者の状況

【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】

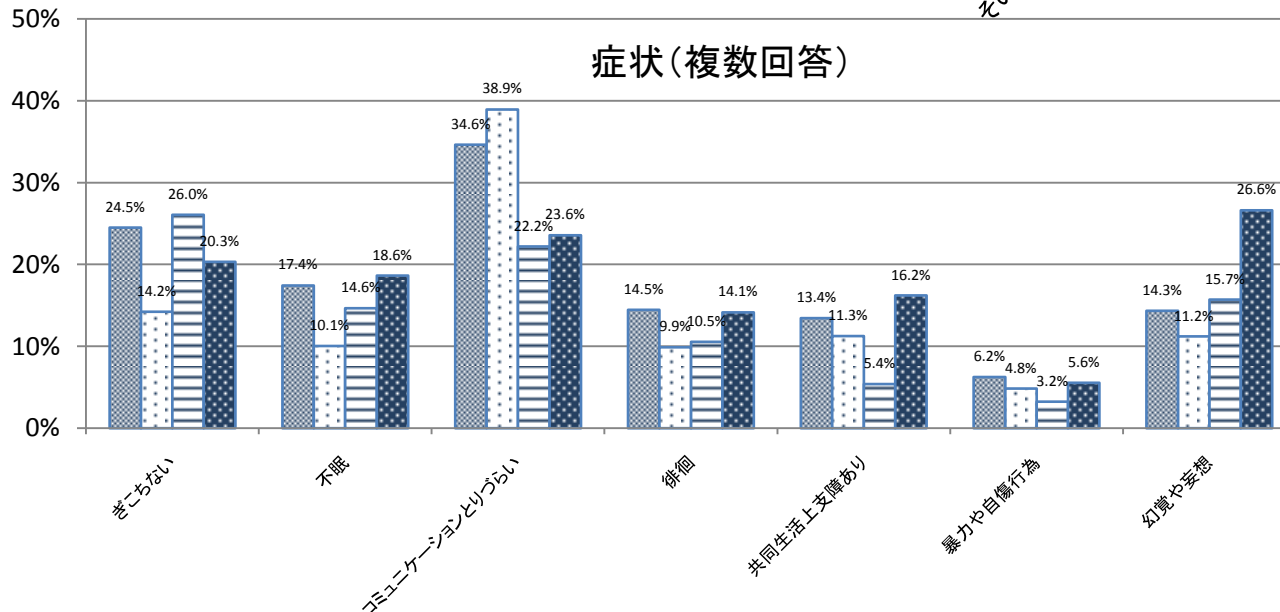
精神科医による診察の状況



服薬の状況(複数回答)

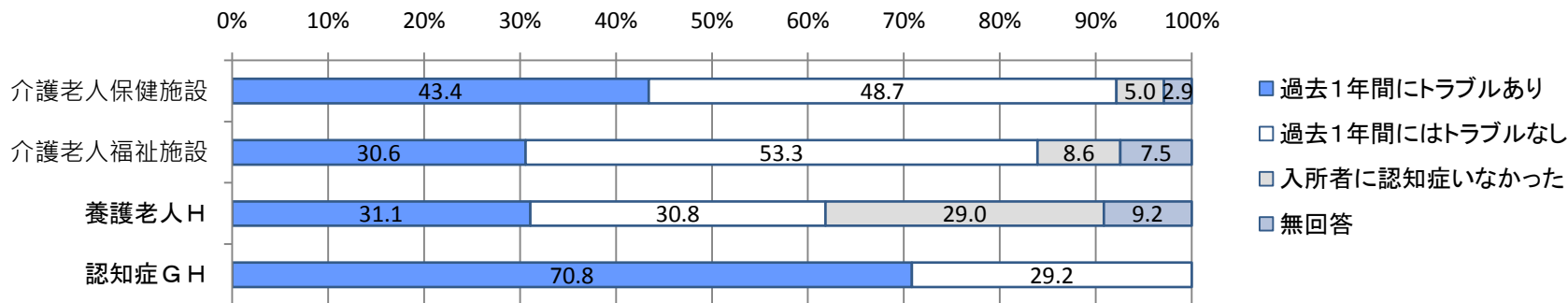


症状(複数回答)



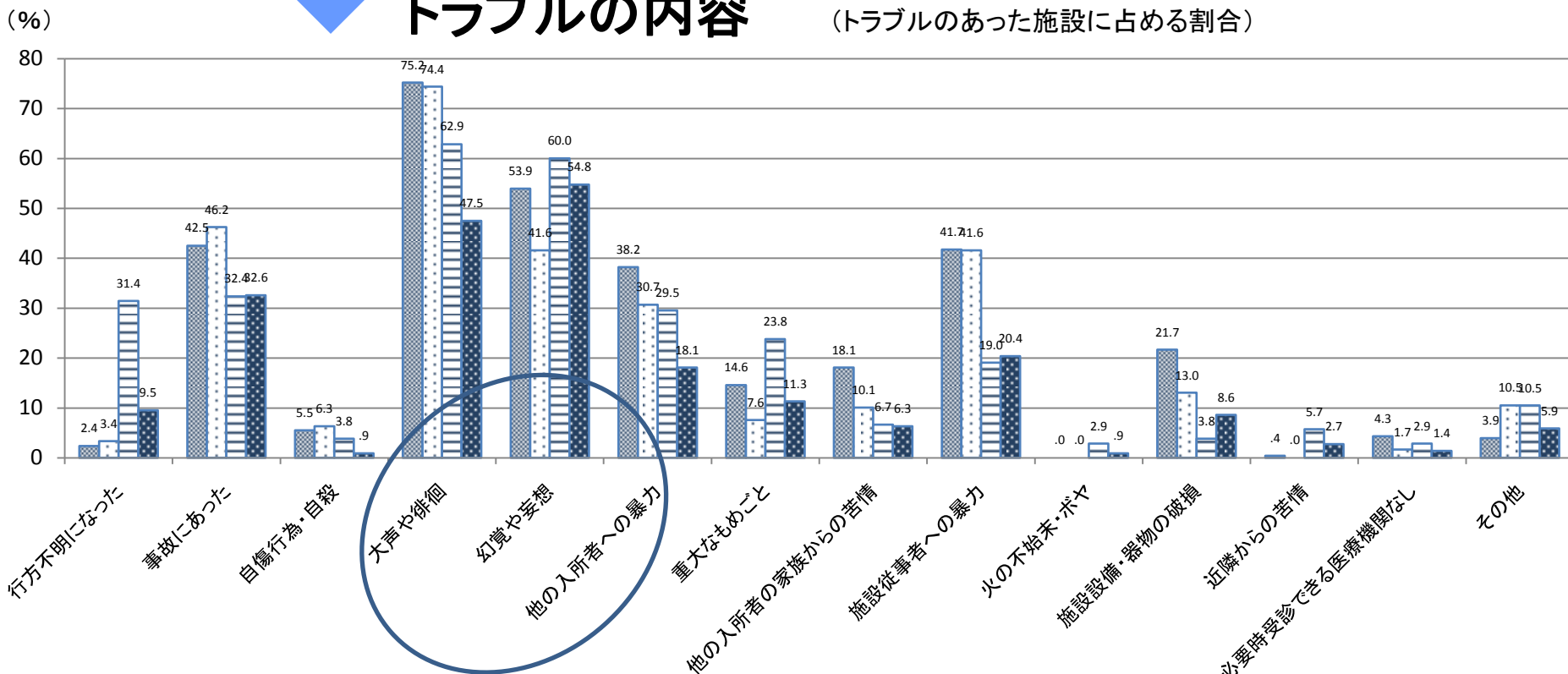
- 介護老人保健施設
- 介護老人福祉施設
- 養護老人H
- 認知症GH

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



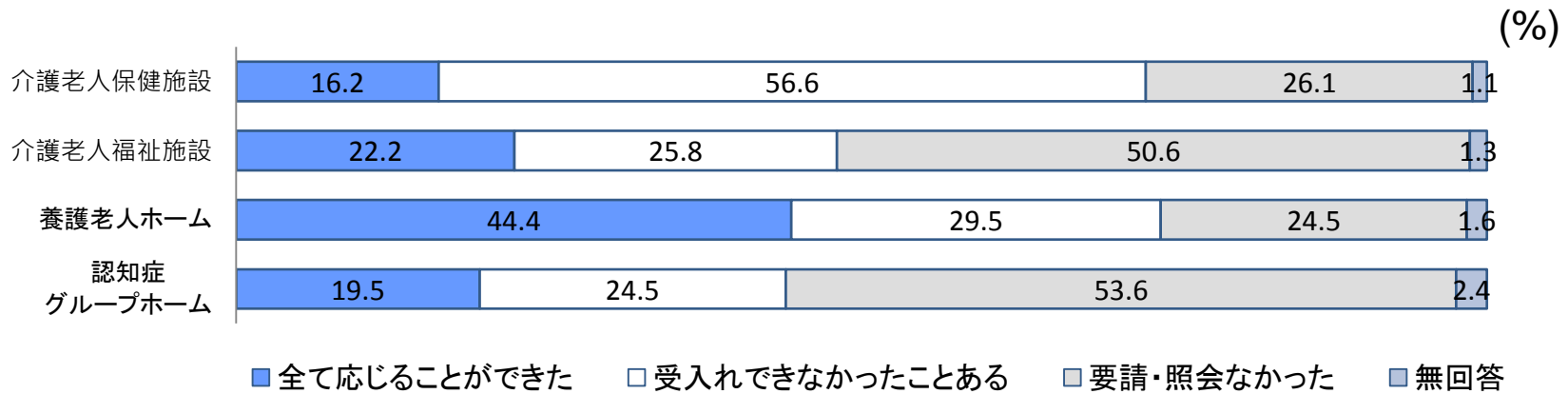
トラブルの内容

(トラブルのあった施設に占める割合)



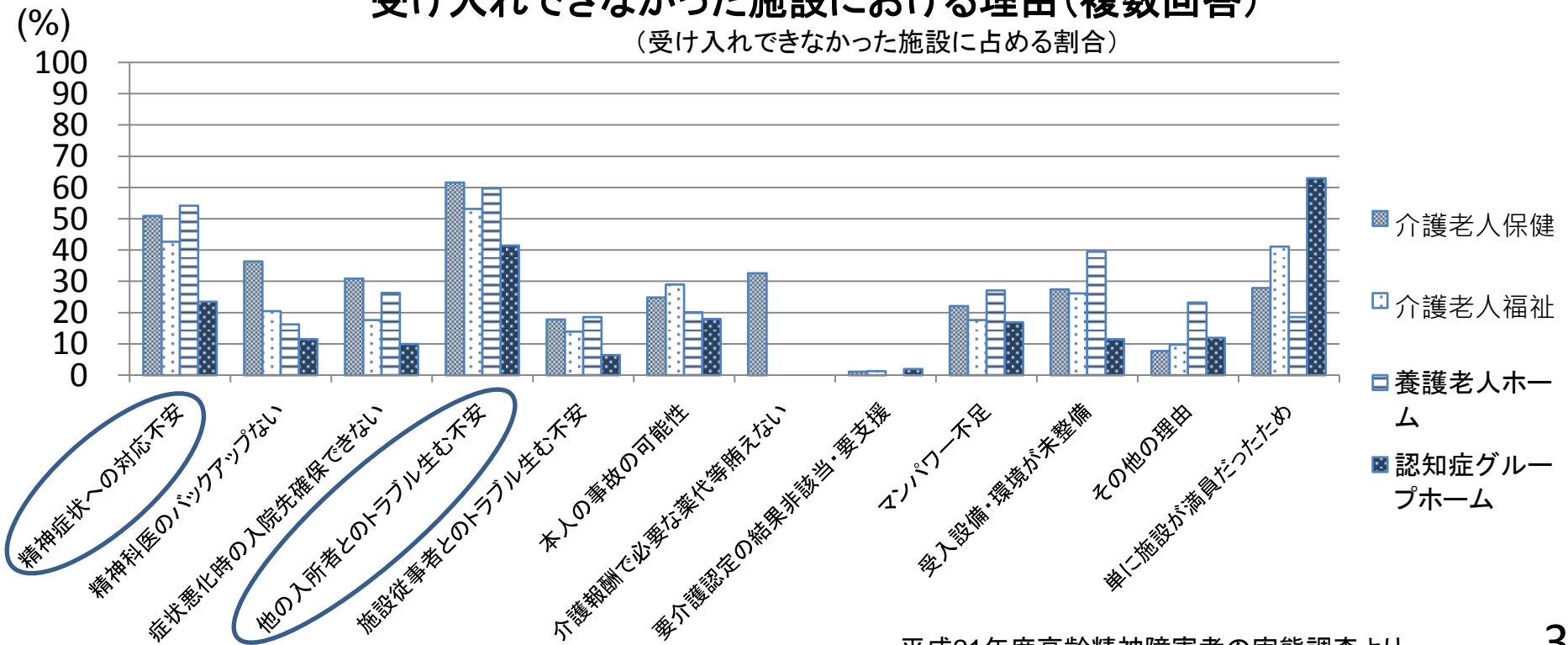
■ 介護老人保健施設 ■ 介護老人福祉施設 ■ 養護老人H ■ 認知症GH

精神科病院等からの退院患者の受け入れ(過去3年間)



受け入れできなかった施設における理由(複数回答)

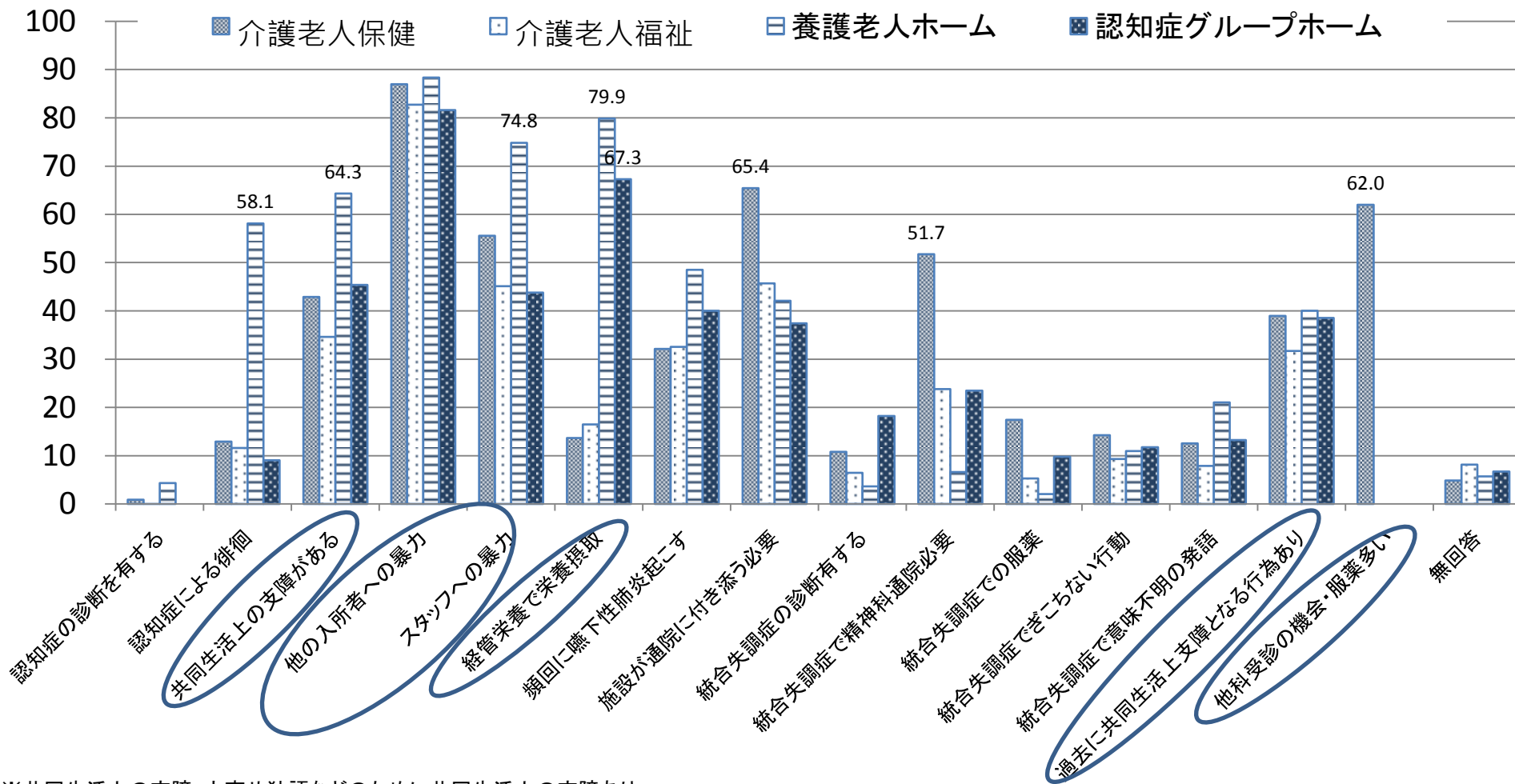
(受け入れできなかった施設に占める割合)



施設への受け入れが難しい対象者像(複数回答)

(全施設に占める割合)

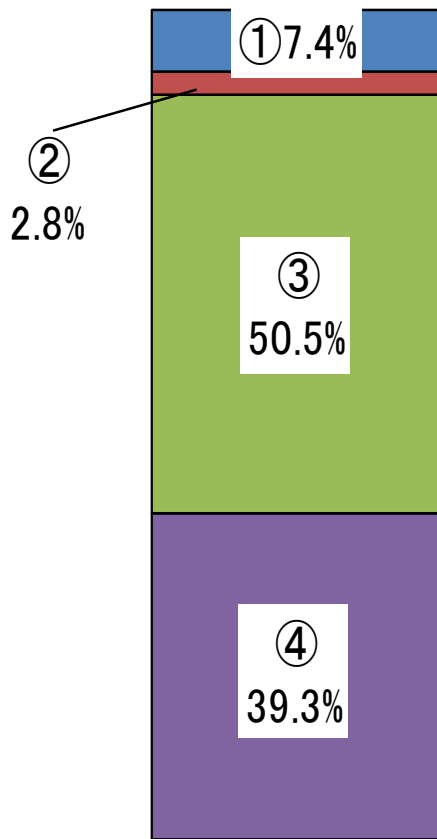
(%)



※共同生活上の支障: 大声や独語などのために共同生活上の支障あり
 ※頻回に嚥下性肺炎: 約2か月に1回以上嚥下性肺炎を起こしている
 ※施設が通院に付き添う必要: 毎週通院に付き添う必要がある

認知症による精神病床入院患者の退院可能性と理由

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%

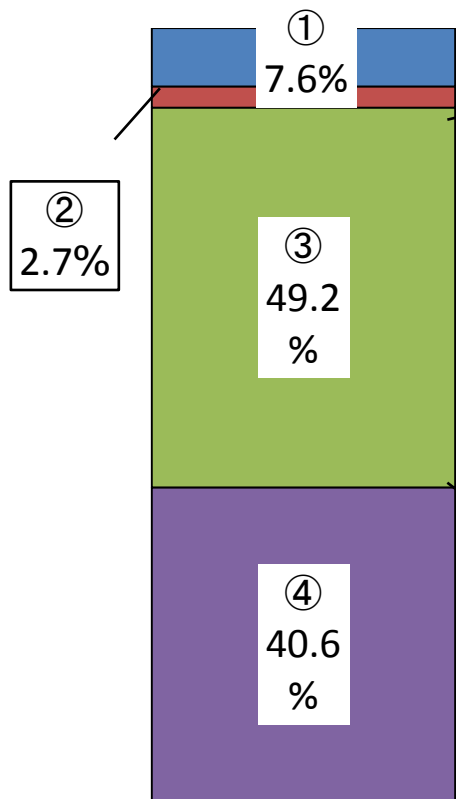
(有効回答数 1,057人)

- ①: 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能
- ②: 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
- ③: 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
- ④: 状態の改善が見込まれず、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

認知症による精神病床入院患者の適切な居住の場

居住先・支援が整った
場合の退院可能性

退院できると仮定した場合、
適切と考えられる「居住の場」
(いずれか一つ選択)



有効回答数3,265人

1. 家族と同居	250	15.6%
2. 入院前の自宅等でのひとり暮らし	31	1.9%
3. 賃貸アパート等を新たに借りてひとり暮らし	8	0.5%
4. ケアホーム	27	1.7%
5. グループホーム	137	8.5%
6. 地域移行型ホーム	2	0.1%
7. 退院支援施設	16	1.0%
8. 従来型の社会復帰施設	17	1.1%
9. 介護老人保健施設	514	32.0%
10. 介護老人福祉施設	415	25.9%
11. 社会福祉施設	127	7.9%
12. その他	32	2.0%
13. 将来の退院を想定できない	29	1.8%

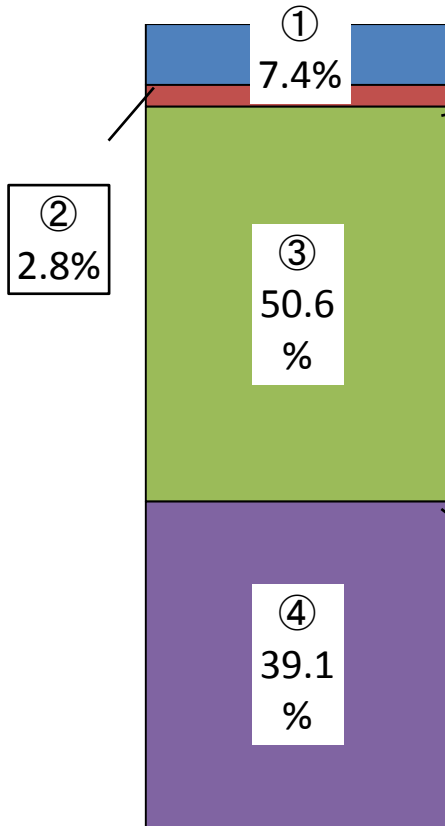
(有効回答数 1,605人)

- ①: 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能
- ②: 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
- ③: 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
- ④: 状態の改善が見込まれず、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

認知症による精神病床入院患者の退院後の日中の活動

居住先・支援が整った
場合の退院可能性

退院後、対象者が利用するのに
必要なもの(複数回答可)



有効回答数3,391人

デイケア、ナイトケア、デイナイトケア	527	30.6%
生活訓練	389	22.6%
生活介護	869	50.5%
就労移行支援	18	1.0%
就労継続支援A	4	0.2%
就労継続支援B	5	0.3%
地域活動支援センター	64	3.7%
当事者の会、家族会、断酒会、ピアサポート、ピアカウンセリングなど	37	2.1%
その他	58	3.4%
特に適当なものはない	447	26.0%
将来の退院を想定できない	52	3.0%

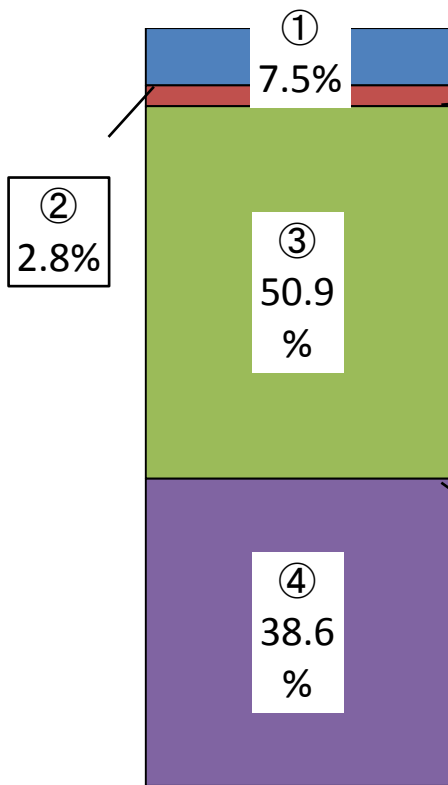
(有効回答数 1,721人)

- ①: 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能
- ②: 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
- ③: 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
- ④: 状態の改善が見込まれず、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

退院できると仮定した場合の家族等からの支援

居住先・支援が整った
場合の退院可能性

仮に退院できると仮定した場合に、
家族や友人などから得られる支援の程度
(いずれか一つ選択)



有効回答数3,388人

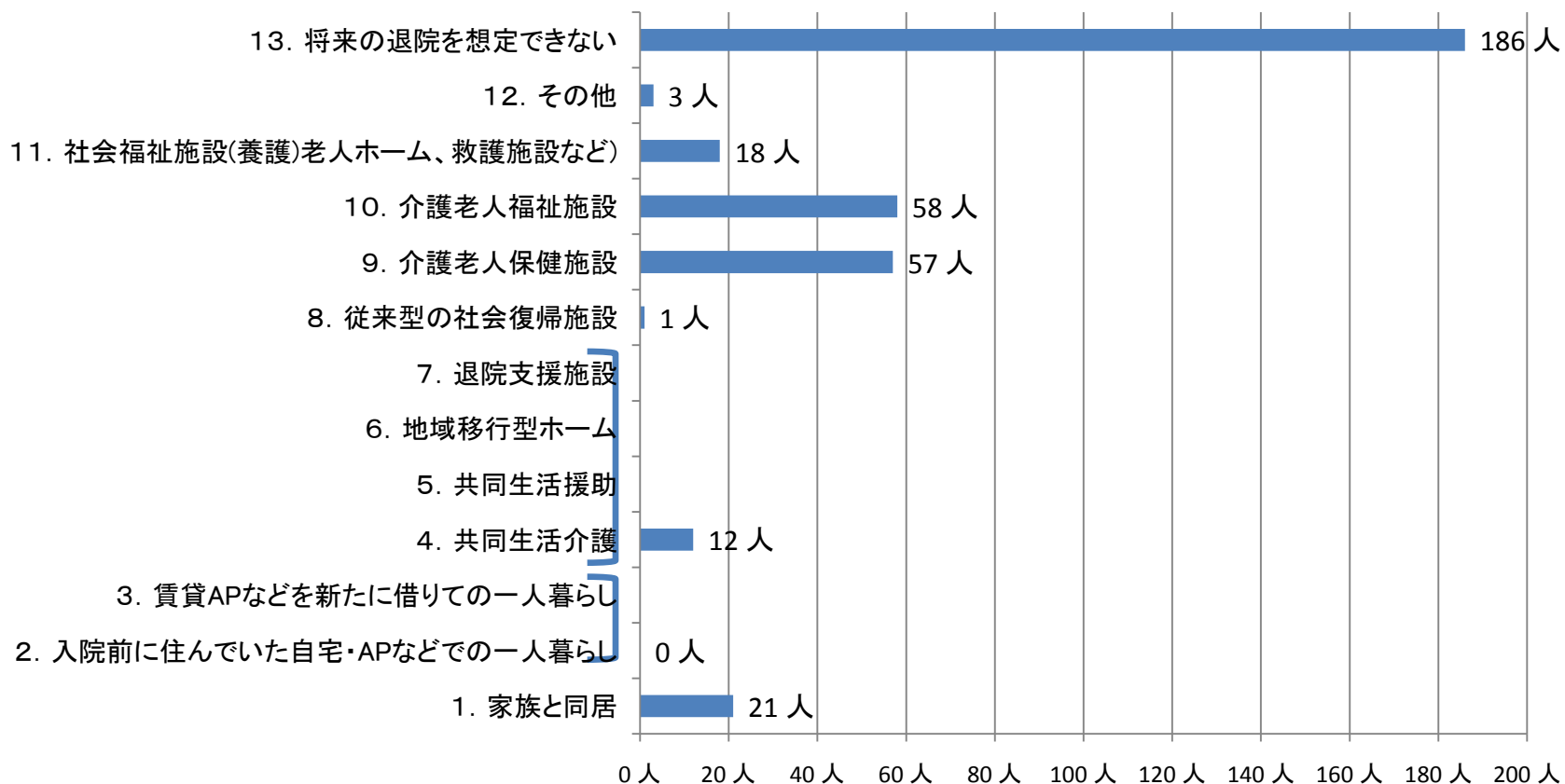
支援は得られない	526	30.5%
助言・精神的な支援(電話など、物理的にその場にはいない支援も含む)	712	41.3%
週数回のADL、IADLの支援	224	13.0%
ほぼ毎日のADL、IADLの支援	172	10.0%
必要であれば24時間を通じてのADL、IADLの支援や見守り	91	5.3%

(有効回答数 1,725人)

- ①: 現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能
- ②: 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
- ③: 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
- ④: 状態の改善が見込まれず、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

退院できると仮定した場合の適当な「居住の場」

A. 全報告者数	17,825人
B. Aの内、認知症患者数(F00-03)	2,936人
C. Bの内、「1年以上入院」の患者数	1,665人
D. Cの内、身体合併症で「特別な管理」が不要な患者数	377人



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	
<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>◎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>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>

介護保険施設等の概要

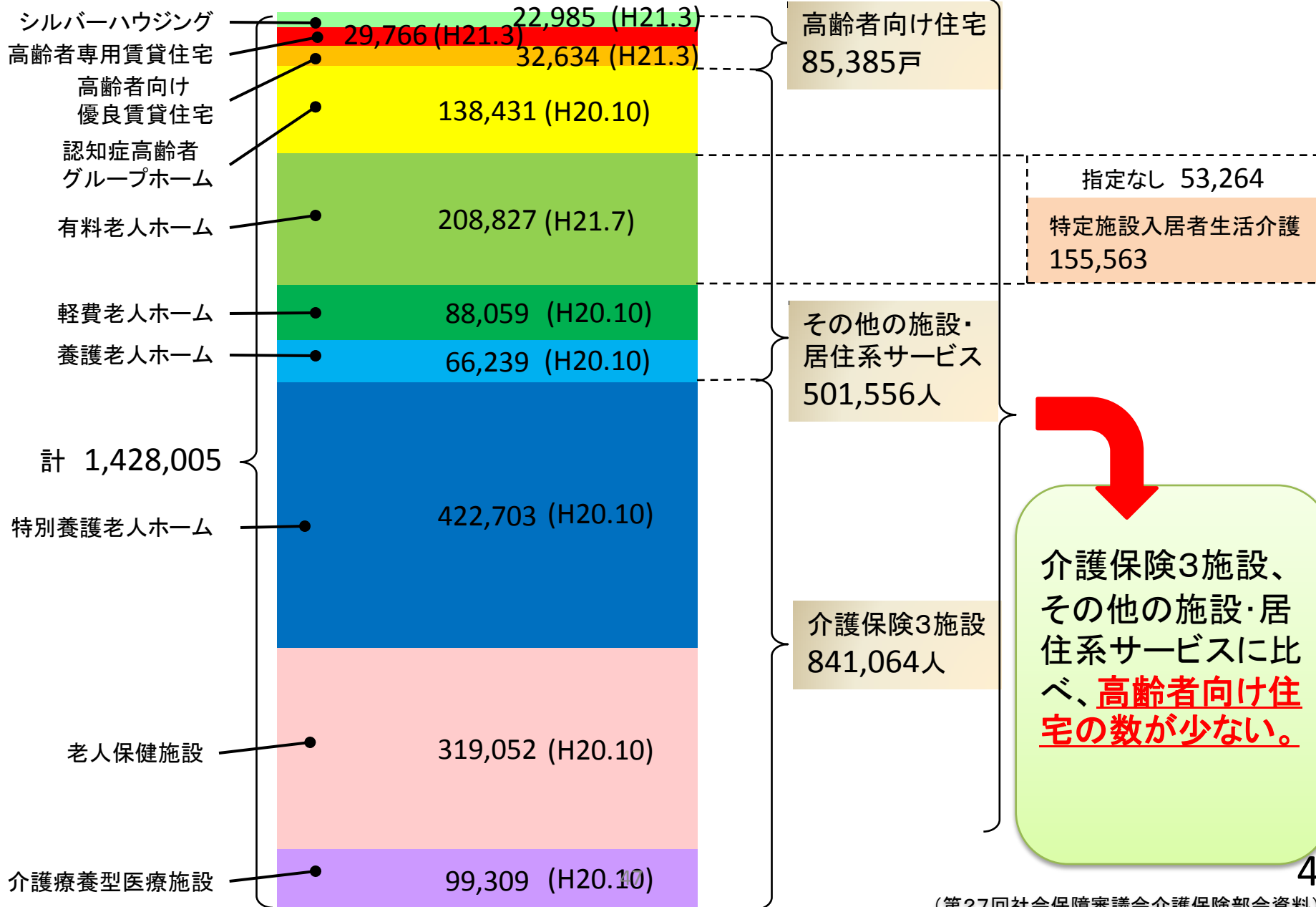
		介護老人福祉施設(特別 養護老人ホーム)注1)	老人保健施設	介護療養型 医療施設	特定施設(有料老人 ホーム、ケアハウス等) (注1)	認知症高齢者 グループホーム
基本的性格		要介護高齢者の ための生活施設	要介護高齢者が 在宅復帰を目指す リハビリテーション施設	重医療・要介護高齢者 の長期療養施設	要介護高齢者も含めた 高齢者のための生活 施設	認知症高齢者のため の共同生活住居
医療	外付	・一部の医学管理 ・検査、投薬、注射 ・処置、手術	・一部の検査、投薬、注 射 ・一部の処置、手術	・専門的な投薬、注射 ・一部の処置、手術	・医学管理(在宅末期 医療総合診療料を除 く) ・検査、投薬、注射 ・処置、手術	・医学管理 ・検査、投薬、注射 ・処置、手術
	内付	・一部の医学管理	・一部の検査、投薬、注 射 ・一部の処置、手術	・基本的な検査、投薬、 注射 ・一部の処置	—	—
人員配置	医師	必要数	100:1 (常勤1以上)	3人以上 (48:1以上)	—	—
	看護職員	0~30:1以上 31~50:2以上 51~130:3以上 131以上:3+50:1	3:1で看護・介護職員を 配置(うち7分の2程度を 標準)	6:1以上	50:1 (1以上)	—
	介護職員	看護・介護職員を3:1以上 で配置	看護・介護職員を3:1以 上で配置(うち7分の5程 度を標準)	6:1以上	看護・介護職員を3:1 以上で配置(1以上)	3:1以上 (夜間1人以上)
施設数		6,015	3,500	2,252	2,617	9,292
定員数		422,703	319,052	99,309	97,645 (注2)	132,069 (注2)

(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)。

高齢者向けの住宅と施設のストックの現状



介護保険3施設、
その他の施設・居
住系サービスに比
べ、**高齢者向け住
宅の数が少ない。**

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	高齢者を入居させ、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、専ら高齢者の単身・夫婦世帯を賃借人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開示し情報提供を行うもの
設備要件	提供するサービス内容に応じて設置 ・一般居室(個室)又は介護居室(個室で13㎡以上)、 ・一時介護室・医務室(又は健康管理室)・機能訓練室 ・談話室(又は応接室)・食堂・浴室・便所・洗面設備・事務室 ・宿直室・洗濯室・汚物処理室・職員室・健康、生きがい施設 ・廊下幅 ・1.4m(中廊下1.8m) ※すべての介護居室(1室当たり18㎡以上)で、居室内に便所及び洗面設備が設置されている場合 ・1.8m(中廊下2.7m) ※上記以外の場合	・各戸の床面積が原則として25㎡以上であること (居間、食堂、台所等高齢者が共同して利用するため十分な面積を有する場合にあたっては18㎡以上) ・原則として各戸に台所、便所、収納設備、洗面設備、浴室を備えていること (共用部分に共同して利用するため適切な台所、収納設備又は浴室を備えた場合は、各戸が水洗便所と洗面設備を備えていれば可) ※ 高齢者居住安定確保計画で別に定める場合にあつては、当該高齢者居住安定確保計画で定める基準とすることができる。
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適宜配置 ・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・事務員・調理員	なし
一時金、前払家賃等	一時金の算定根拠の明示及び保全措置の義務化 (500万円か返還債務残高のいずれか低い方の金額)	前払家賃等の算定根拠の明示及び保全措置の義務化 (500万円か返還債務残高のいずれか低い方の金額)
契約形態	・利用権方式 ・賃貸借方式	賃貸借方式
行政監督	都道府県知事(福祉部局)への届出 報告徴収、立入検査、改善命令	都道府県知事(住宅部局)への登録 報告徴収、指示、登録の取消
所管省庁	厚生労働省	国土交通省
定員(戸)数	208,827人(H21.7)	29,766戸(H21.3)

小規模多機能型居宅介護のイメージ

基本的な考え方:「**通い**」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、**随時「訪問」**や**「泊まり」**を組み合わせてサービスを提供することで、在宅での生活継続を支援する。

利用者の自宅



在宅生活の支援

小規模多機能型居宅介護事業所

様態や希望により、「訪問」

「訪問」

人員配置は固定にせず、柔軟な業務遂行を可能に。

「通い」を中心とした利用

様態や希望により、「泊まり」

併設事業所で「居住」

+ (併設)

「居住」

- グループホーム
- 小規模な介護専用型の特定施設
- 小規模介護老人福祉施設(サテライト特養等)
- 有床診療所 等

地域に開かれた透明な運営

サービス水準・職員の資質の確保

管理者等の研修
外部評価・情報開示

地域の他のケア資源や
地域包括支援センター
との連携

- 「通い」の利用者15名程度
- 1事業所の登録者は25名程度
- 「泊まり」は「通い」の利用者に限定
- 「泊まり」の利用は5名までを基本
- どのサービスを利用しても、なじみの職員によるサービスが受けられる。

- 小規模多機能型居宅介護事業所と連続的、一体的にサービス提供
- 職員の兼務を可能に。

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

（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） 50

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	主な論点の提示	備考
<p>第28回 (7月30日)</p>	<p>○給付の在り方(施設、住まい) (1)今後の介護保険施設の機能や在り方</p>	<p>(1)今後の介護保健施設の機能や在り方 【介護拠点の整備方針について】 ○できる限り住み慣れた地域で暮らせるよう、高齢者本人の選択により、在宅・施設サービスを利用できるようにすべきである。このため、現在進めている施設の緊急整備に加えて、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。 ○介護保険施設の整備、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、地域の高齢者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どのように進めていくべきか。 ○特に、高齢者の住まいについては、国際的に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。 ○施設入所者が重度化し、医療ニーズが高まる一方、補足給付を受ける低所得者が特養では約8割いる中で、今後、施設入所者像をどのように考えるか。 〈中略〉 【施設類型の在り方について】 ○特養の入所申込者の増加により、老人保健施設における入所期間が長期化する中で、リハビリなどの在宅復帰支援機能が十分に果たされていないのではないか。 ○現行制度では、介護保険施設類型によって、医療サービス等が規定され、外部からのサービス提供に制約があるが、入所者の状態像の変化に合わせて、柔軟に医療サービス等を提供できるようにすべきとの指摘があるが、どう考えるか。 ○現在の施設類型について、今後その位置づけをどのようにすべきか。 〈中略〉</p>	
<p>第30回 (8月30日)</p>	<p>(5)認知症者への支援の在り方</p>	<p>(5)認知症者への支援の在り方 ○増加する認知症者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 ・認知症者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(市民後見の推進) ・精神病床において長期入院している認知症者への対応</p>	
<p>〈後略〉</p>			

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

厚生労働副大臣

岩坪 威

東京大学教授（脳神経医学）

朝田 隆

筑波大学教授（精神神経科）

中島 健一

日本社会事業大学教授

永田 久美子

認知症介護研究・研修センター主幹

遠藤 英俊

国立長寿医療センター部長

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

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

(1) 現状・課題

○認知症の対応を適切に行うためには、早期発見がまず重要である。認知症の疑いがある場合には、専門治療に早期にアクセスすることにより、迅速に鑑別診断を行い、確定診断に基づき適切に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数や、認知症を専門としない医療関係者における認知症の理解が十分でないという問題がある。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、認知症とうつ病や他の精神疾患や薬剤性せん妄との誤診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、介護負担の大きな妄想、徘徊等のBPSDの改善の治療が適切に行われない事例や、認知症があるために重篤な身体疾患に対する治療が円滑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徹底すること、

○BPSDの改善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。

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機能を強化する。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理解の促進、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習慣病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) 短期的対策

認知症早期の診断や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、看護師等のコメディカル等の認知症への対応能力を向上させること、日本中で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開発・普及のための支援を行うことが必要である。

ア 認知症診療ガイドラインの開発・普及のための支援

認知症診療技術の標準化・普及を図り、早期診断と適切な医療・介護サービスの提供に資するため、認知症関連学会が作成する認知症診療ガイドラインについて、国として、その開発・普及のための支援を行う。

イ 認知症疾患医療センターを中核とした認知症医療の体制強化

○認知症における専門医療の提供、介護との連携の中核機関として認知症疾患医療センターの整備を進める。当面、全国に150か所程度設置する。

○認知症疾患医療センターについては、地域包括支援センターをはじめとする介護サービス等との連携を強化するため、新たに連携担当者を配置する。また、認知症疾患医療センターの従事者への研修の実施等を通じて、専門医療機関としての機能を強化する。

○自治体の積極的な関与の下、認知症疾患医療センターを中核とした地域の認知症医療における連携体制を構築する

○認知症疾患医療センターを中核として、地域の鑑別診断やBPSDの急性期への対応機能を更に強化するため、

認知症疾患医療センターの人員配置や施設基準の高度化について検討を進める。

ウ 認知症医療に係る研修の充実

認知症診療技術の向上、普及を図るため、認知症診断や治療について高い専門性を有する医師の育成、地域において認知症診療の中心的な役割を担う医師の育成、かかりつけ医等の認知症対応力の向上を図るため、次のような研修体系を構築する。

(ア) 認知症専門医療機能の充実に資する研修

国において、認知症疾患医療センターや専門外来等の地域の中核的な医療機関に従事するものを対象として、認知症の診断や治療に係る専門的な研修を実施する。

(イ) 地域における認知症医療技術や認知症対応力の向上に資する研修

○地域における基本的な認知症対応力の向上を図るため、認知症疾患医療センターにおいて、認知症サポート医との連携を図りつつ、地域のかかりつけ医や看護師等とのコメディカル等を対象とする研修を実施する。

○地域医療における認知症診療の水準の向上と基盤の整備のため、精神科外来を行う医師等に対する認知症疾患医療センターにおける研修の実施に向けた検討を進める。

(4) 中・長期的対策

診療の適切な評価を通じて、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の改善の急性期や身体合併症を持つ認知症患者の受け入れ体制を充実することが必要である。

具体的には以下の取り組みを行う。

○前述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・介護サービスの全体像を明らかにする。

○その際、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・入所機能のあり方について、総合的に検討する。さらに、この検討を踏まえ、入院機能を含めた認知症に係る専門医療をはじめとする認知症診療の評価のあり方について、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、急性症状に対する入院治療後の患者の速やかな退院や円滑な在宅への移行に資する政策を、総合的に検討する。

地域包括ケア研究会

- 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&コンサルティング社)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 紘士	立教大学教授
田中 滋(座長)	慶應義塾大学大学院教授
本間 昭	社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター長
宮島 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
筒井 孝子	国立保健医療科学院福祉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 聰子	東京大学社会科学研究所特任准教授
前田 雅英(座長)	首都大学東京法科大学院教授

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「かかりつけ医認知症対応力向上研修」が行われているが、いずれも量的な不足が課題となっており、今後は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る整備目標等を設定のうえ、計画的な確保を図るべきではないか。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会議の設置等による効果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。

○認知症を主病として精神病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)等の症状が軽快した場合の退院後の受け皿の整備を一層進めるべきではないか。

【地域における支援】

○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月末時点で147万人に達しており、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果的で具体的な活用を考える段階に至っているが、具体化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。また、介護サービス基盤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、認知症専門デイ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。

〈後略〉

2. 2025年の地域包括ケアシステムの姿

上記1で記述した「地域包括ケアを巡る現状と課題を踏まえて、2025年に実現を目指すべき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別（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（日常生活圏域）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日を通じて利用しながら、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。

〈中略〉

(医療との連携)

〈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て早期発見・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、在宅あるいは施設において適切なケアと治療が提供され、短時間で改善する。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、精神病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も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図られ、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、一般入院に入院→療養病床に転院→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→重度化して退所し特別養護老人ホーム等に入所）を余儀なくされていたが、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時々の高齢者の状態の変化に応じて必要かつ適切なケアを効率的に組み合わせてサービスが外付けで提供される。すなわち、「住まい」と「必要なケア」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〉

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

② 地域包括ケアを支えるサービスの在り方

iv) 認知症支援

○ 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、より簡便に認知症を発見するための指標を開発するとともに、早期発見のメリットや病院受診の基準など、家族が適切に対応するためのガイドラインを作成して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、これを区域内の専門職が共有すべきではないか。

○ 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、認知症医療の中核となるべき「認知症疾患医療センター」の2次医療圏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」が生活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、一般病棟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推進する。

○ 現在、重度の認知症を有する者が、必ずしも認知症専門の治療病床ではない精神病床に長期間、入院せざるを得ない状況になっており、重度の認知症を有する者の適切な受け入れ施設の在り方について、早急に検討すべきである。

○ BPSDを生じて入院した後、警戒して退院可能となった者の直接自宅に戻ることが難しい場合、小規模多機能サービス等を活用して、はじめは泊まり機能によって地域に受け入れ、徐々に訪問・通い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なケアの成功例を収集して広く国民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に、声かけ・誘導・生活援助を含め検討していくべきである。

〈後略〉

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入院医療の現状

イ 認知症

- 我が国においては、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機能、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の機能や、④のうち顕著な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、⑤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、
 - (ア) 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篤な身体合併症への対応を担い、
 - (イ) 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病床においては、専門的な医療機能を発揮する上で、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病床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等の症状の消退後等にも、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さない状態でも入院を継続している者が存在している。
- このように、医学的に精神病床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有効に機能し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。

○ 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、療養病床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)改革の具体像

①入院治療の再編・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わる医療・介護サービスの実態等に関する調査を早急に進めるべきである。

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更に明確化・重点化する観点も踏まえて、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の患者像を明確化した上で、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機能させるためにも、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、介護保険施設等の適切な環境を確保した生活の場の更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保険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一層の増加に対応できる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視点も必要と考えられる。

○また、あわせて、精神症状の面では入院を要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、一般病床及び療養病床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、精神症状の面で入院が必要な認知症患者に対応する精神科病院においても、身体合併症への一定の対応を行な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ある。

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有病率等の調査を早急に進め、その結果等に基づき、精神病床(認知症病棟等)や介護保険施設等の入院・入所機能のあり方とその必要量等や、介護保険施設等の生活の場の更なる確保と介護保険サービスの機能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

I 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):

平成23年度までに具体化する。