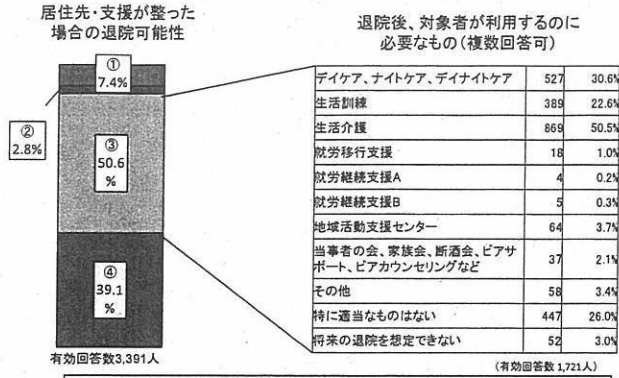


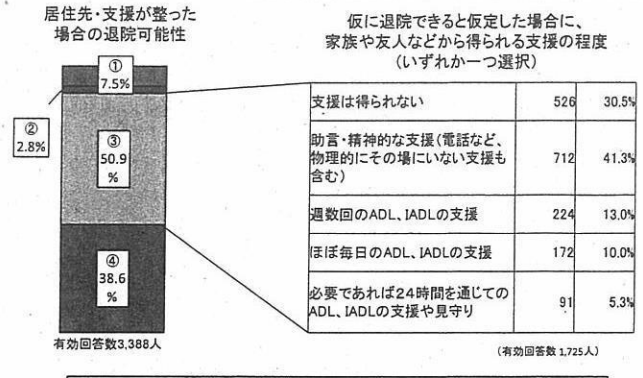
認知症による精神病床入院患者の退院後の日中の活動



- 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・支援が揃えば近い将来(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)

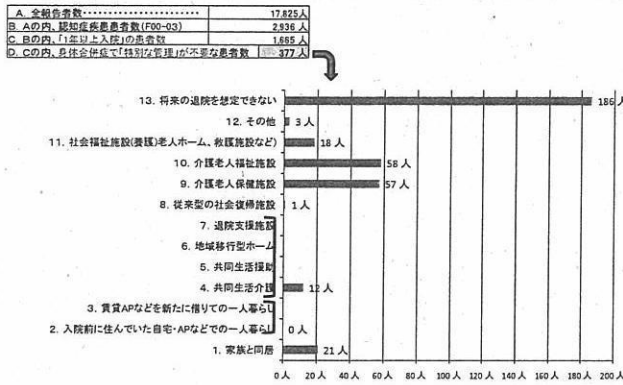
退院できると仮定した場合の家族等からの支援



- 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・支援が揃えば近い将来(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)

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)

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"> 地域密着型サービス 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居者生活介護 | <ul style="list-style-type: none"> 居宅サービス(訪問サービス) 訪問入浴介護 訪問看護 訪問リハビリテーション 在宅医療連携支援 特定施設入居者生活介護 特定施設利用員派遣 居宅介護支援 施設サービス 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 | 介護給付を行うサービス |
| <ul style="list-style-type: none"> 地域密着型予防サービス 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) 介護予防支援 | <ul style="list-style-type: none"> 介護予防サービス(訪問サービス) 介護予防訪問介護(夜間・休日サービス) 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 介護予防在宅医療連携支援 介護予防特定施設入居者生活介護 介護予防特定施設利用員派遣 通所サービス(デイサービス) 通所介護(デイサービス) 通所リハビリテーション 短期入所サービス(9~13時) 短期入所介護 施設利用員派遣 | 予防給付を行うサービス |

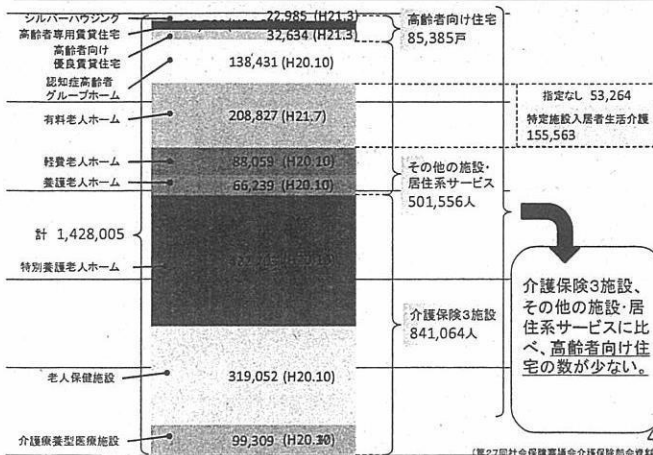
介護保険施設等の概要

| 基本特性 | 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し、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し、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 | 422,703 | 319,022 | 99,309 | 87,645(2,2) | 132,069(2,2) |

(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)。

(第27回社会保障審議会介護保険部会資料を一部改変)

高齢者向けの住宅と施設のストックの現状



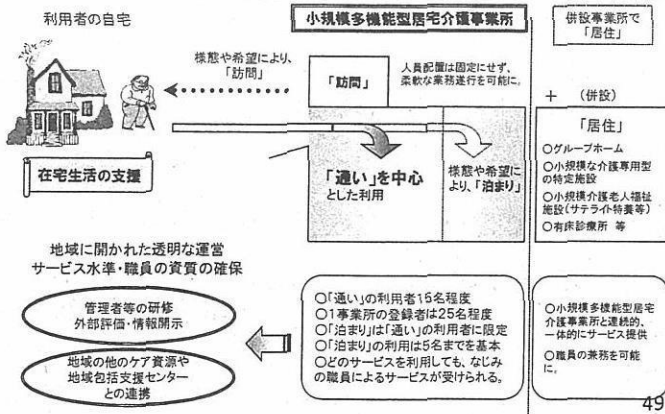
有料老人ホームと高齢者専用賃貸住宅の比較

| | 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履行しているもの |
| 設置要件 | <ul style="list-style-type: none"> 提供するサービス内容に応じて設置 一居室(個室)又は介護居室(個室で13㎡以上) 一時介護室・居居室(又は居居室)・機能訓練室 設備室(又は応接室)・食堂・浴室・便所・洗濯設備・専ら居室 浴室・洗面室・汚物処理室・器具室・健康、生きがいが確保できる等 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 1.5m(中層下2.7m) ※上記以外の場合 | <ul style="list-style-type: none"> 各戸の面積が面積に対して25㎡以上であること (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) 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) |
| 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員 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 | 一時金の算定根拠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) | 前払金等の算定根拠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 | 利用方式 賃貸借方式 | 賃貸借方式 |
| 行政監督 | 都道府県知事(指定都府)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)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) |

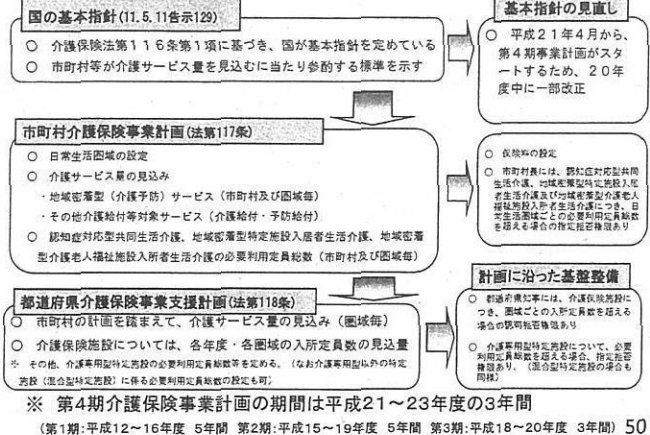
(第27回社会保障審議会介護保険部会資料を一部改変)

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。



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) ○今後の介護保険給付の機能や在り方 | (1)今後の介護保険給付の機能や在り方 【介護給付の整備方針について】 ○でんを振り分けられた地域等にせよ。高齢者本人の選択により、在宅でサービスを受けるようにすべきである。このため、現在進めている施設の高齢者ケアに加え、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。 ○この確保推進の観点、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、同時に、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、補填給付を受ける施設所者が減少する傾向がある中で、今後、施設入所者確保をどのように考えるか。 (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) ・精神保健において早期介入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

- 厚生労働副大臣
岩井 浩 東京大学教授(脳神経医学)
岩井 浩 筑波大学教授(精神神経科)
朝田 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。

| | 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 | →正確な認知症患者数や、認知症に罹患する年齢は不明 | →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 | →専門医療を提供する医師や医療機関が不足 →BPSDの適切な対応が行われていない →重篤な身体疾患の出現が平常でない | →認知症ケアの標準化・高度化 →医療との連携を含めた地域ケア体制の強化 →認知症に関する情報の普及 →認知症の予防に関する支援体制の充実 | →若年性認知症に対する医師の関与不足 →「認知」「福祉」「就労」の連携が十分 |
| 方向性 | →医学的に診断された認知症の有病率の早期調査 →実用化が期待されている認知症診断の日常生活自立度の見直し | →ホリスティック(身体・心理・社会)の観点から、認知症の予防・早期発見・適切な対応に関する研究の促進 | →早期診断の促進 →BPSDの適切な適切な医療の提供 →身体疾患に対する適切な対応 | →認知症ケアの標準化・高度化 →医療との連携を含めた地域ケア体制の強化 →認知症に関する情報の普及 →認知症の予防に関する支援体制の充実 | →若年性認知症に関する「認知」「福祉」「就労」の統合的な支援 |
| 対策 | →認知症の有病率に関する調査の実施 →認知症に罹患する年齢調査の実施 →より客観的で科学的な日常生活自立度の検討 | →認知症若年性認知症と連携し、特に①診断技術の向上、②治療方法の開発を重点的に実施 →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(1年以内) →アルツハイマー病の根本治療薬の開発(10年以内) | 【認知】 →認知症診断ガイドラインの周知普及と実用化 →認知症診断センターの整備・医療機関との連携強化 →認知症に関する研修等の実施 【福祉】 →認知症に関する研修等の実施 【就労】 →認知症に関する研修等の実施 | 【認知】 →認知症ケアの標準化・高度化の推進 →認知症に関する情報の普及 →認知症の予防に関する支援体制の充実 【福祉】 →認知症に関する研修等の実施 【就労】 →認知症に関する研修等の実施 | 【認知】 →若年性認知症診断センターの整備 →若年性認知症診断センターの整備 【福祉】 →若年性認知症に関する「認知」「福祉」「就労」の統合的な支援 【就労】 →若年性認知症に関する「認知」「福祉」「就労」の統合的な支援 |

「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次、認知症を専門としない医療機関における認知症の相談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鬱病などとの診断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篤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の改善の急性期に対する適切な医療の提供を促進すること。
○がん、難病疾患、大腸直腸がん等の重篤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強化を強化する。また、地域において、介護との連携を促すため、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診断の促進、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開発・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させ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。
○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(認知症病棟/認知症疾患治療病棟)等介護保険施設等の人員・人財確保のあり方について、総合的に検討する。さらに、この検討を踏まえ、人材確保を目的とした認知症に係る専門医療を担うとする認知症診療の体系的あり方について、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、急性期に対して入院治療後の患者の適切な受入れや適切なケアの実行に資する取組を、総合的に検討する。