

認知症への対応について

高齢者の世帯形態の将来推計

(万世帯)

区 分	2005年	2010年	2015年	2020年	2025年
一般世帯	4,906	5,029	5,060	5,044	4,984
世帯主が65歳以上	1,355	1,568	1,803	1,899	1,901
単独 (比率)	387 (28.6%)	466 (29.7%)	562 (31.2%)	631 (33.2%)	673 (35.4%)
夫婦のみ (比率)	465 (34.3%)	534 (34.1%)	599 (33.2%)	614 (32.3%)	594 (31.2%)
単独・夫婦計 (比率)	852 (62.9%)	1,000 (63.8%)	1,161 (64.4%)	1,245 (65.6%)	1,267 (66.6%)

(注)比率は、世帯主が65歳以上の世帯に占める割合

出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計－平成20年3月推計－」

「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者の推計

○「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の人数については、平成22(2010)年では208万人、平成37(2025)年では323万人と推計されており、約1.6倍に増加することが見込まれている。

(単位:万人)

将来推計(年)	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
日常生活自立度Ⅱ以上	208	250	289	323	353	376	385	378
	7.2	7.6	8.4	9.3	10.2	10.7	10.6	10.4

※1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。

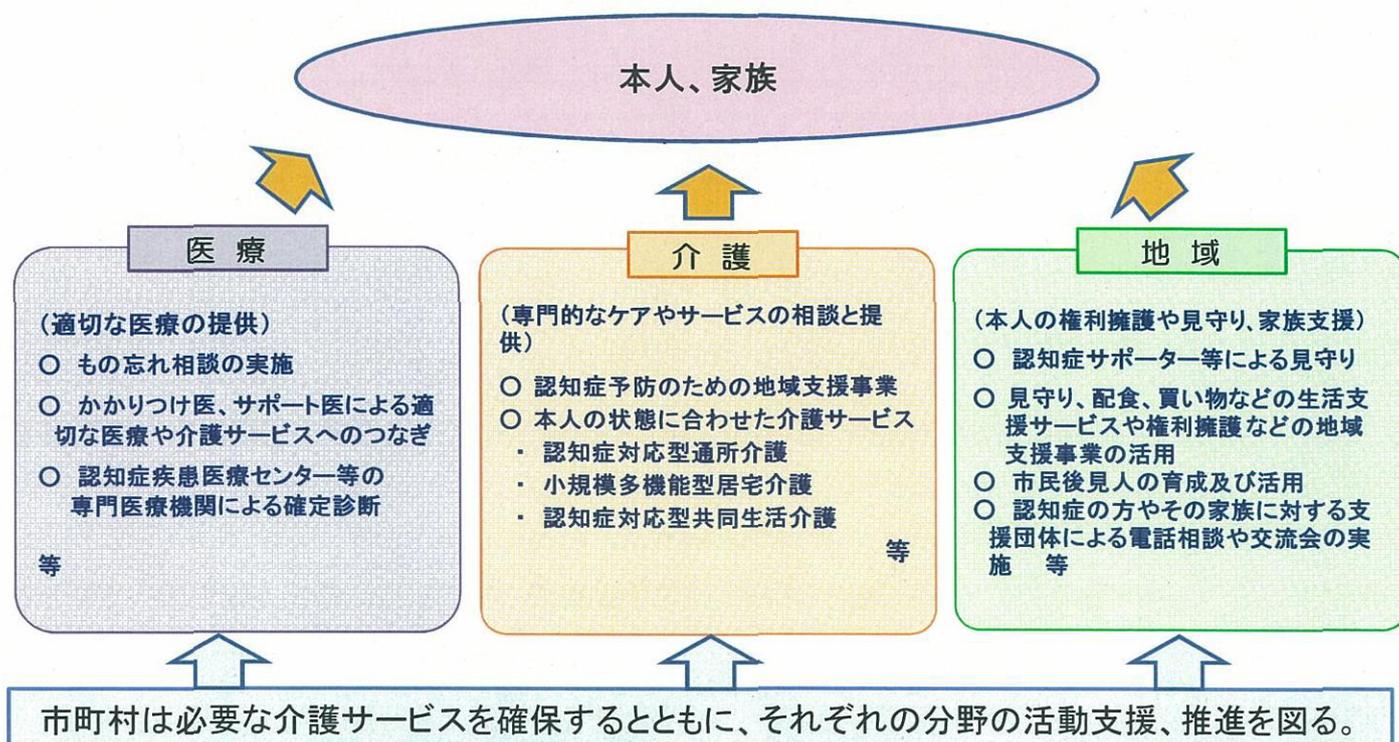
※2 下段は65歳以上の人口比(%)

(平成15年6月 高齢者介護研究会報告書より)

2

認知症の方への支援体制 ～医療・介護・地域の連携～

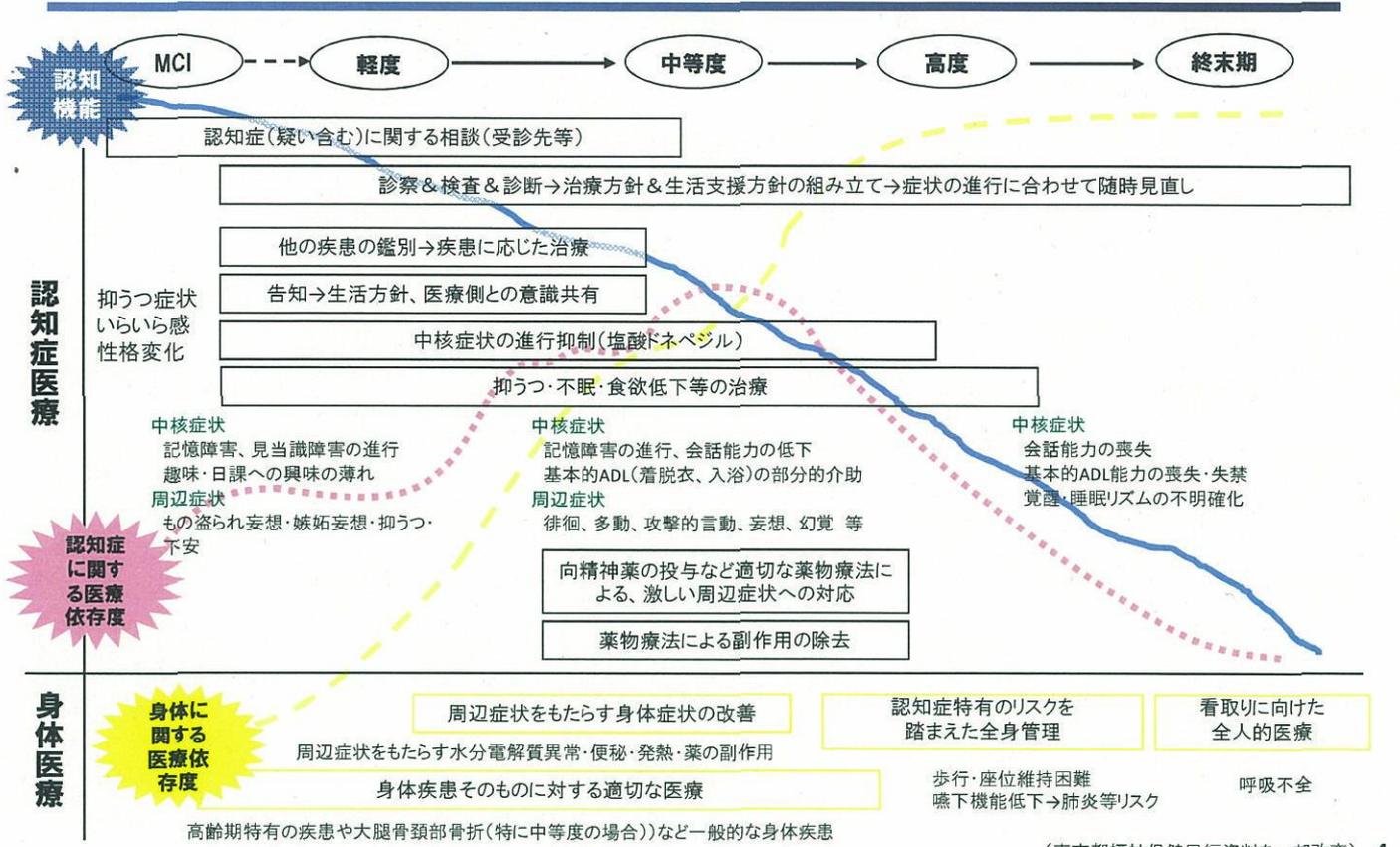
○認知症の方やその家族の暮らしを支えるサービスは多方面にわたって展開されている。



3

認知症の経過と医療依存度

(アルツハイマー病等
変性疾患の場合)



認知症地域医療支援事業の概要

○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
- ※国立長寿医療研究センターに委託して実施。

※平成17-22年度で1,677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18-21年度で26,024人が研修を修了

(3) 認知症サポート医フォローアップ研修事業

- 認知症サポート医養成研修修了者の活動を支援するため、サポート医ネットワークの形成及び認知症に関する最新かつ実用的な知識の取得を目的とした研修を行う。

※都道府県及び指定都市が実施

(単位:人)

	平成17年度	平成18年度	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	修了者数累計
認知症サポート医養成研修	90	228	279	274	402	404	1,677
かかりつけ医認知症対応力向上研修	—	6,927	7,827	7,292	3,978	集計中	26,024

※17年度からサポート医養成研修、18年度からかかりつけ医研修を実施

(厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室調べ)

認知症サポート医の役割

- 都道府県・指定都市医師会を単位とした、かかりつけ医を対象とした認知症対応力の向上を図るための研修の企画立案・講師
- かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役・アドバイザーとなるほか、他の認知症サポート医（推進医師）との連携体制の構築
- 地域医師会や地域包括支援センターとの連携づくりへの協力

▶ 地域における「連携」の推進役を期待されている

6

認知症サポート医の活動状況

認知症サポート医はかかりつけ医対応力向上研修の企画・立案や研修の講師役となるとともに、地域における認知症の人への支援体制構築に係る活動を行っている。

○全国の認知症サポート医の活動状況(都道府県・政令指定都市の66か所)

地域における認知症の人への支援体制の構築に係る活動	45か所 (69.2%)
(内訳)	
地域住民の啓発	21か所 (32.3%)
認知症医療の地域連携体制の構築	20か所 (30.8%)
地域包括支援センターとの連携体制の構築	16か所 (24.6%)
介護保険サービス事業所との連携関係の構築	5か所 (7.7%)
その他	19か所 (29.2%)

【活動事例】

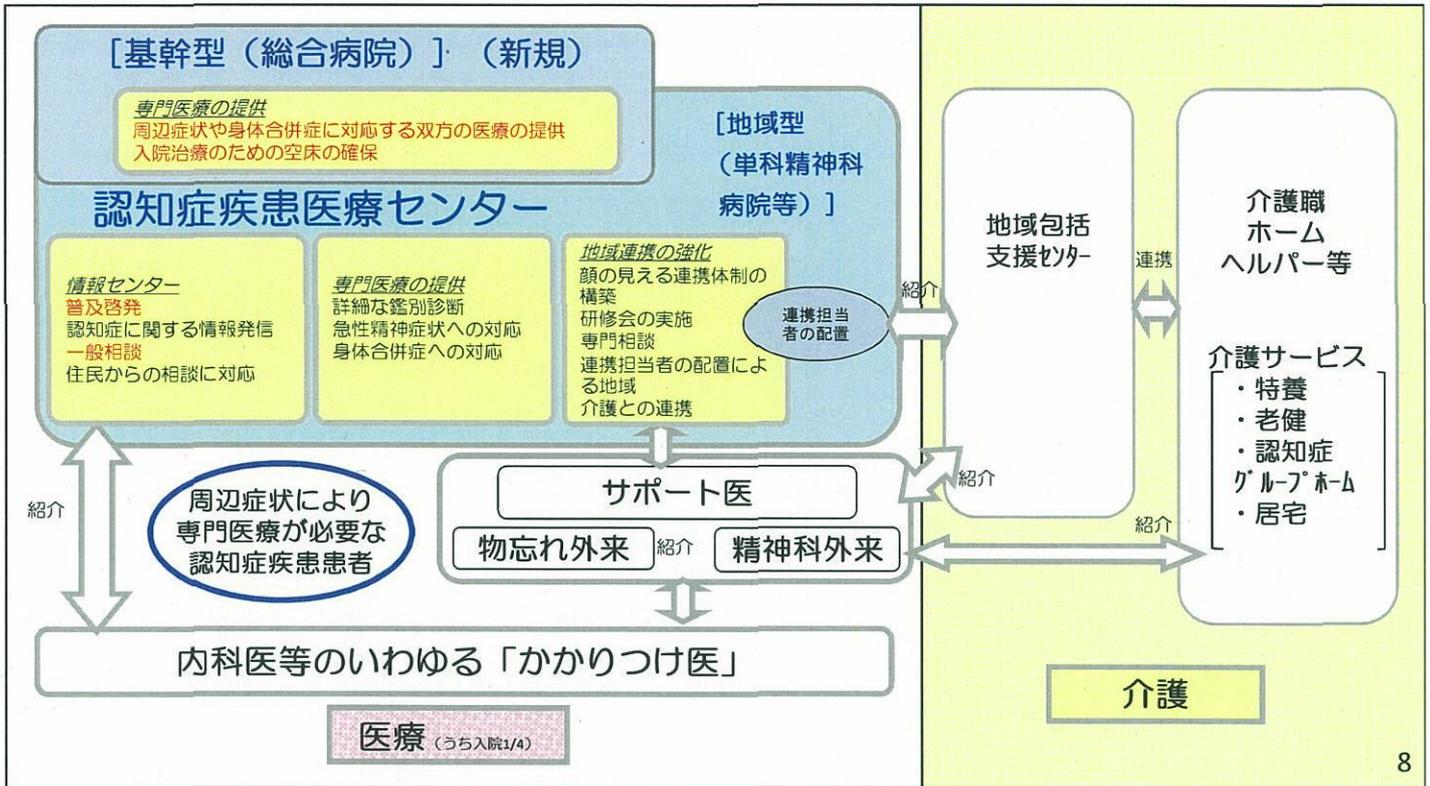
- ・ 認知症対策連携強化事業の嘱託医
- ・ 市町村単位での認知症予防事業や家族交流会での講演、個別面談等での参加
- ・ 認知症診断にかかる相談窓口として、問い合わせがあった場合に紹介
- ・ 認知症地域支援体制構築推進会議委員、キャラバンメイト養成研修の講師
- ・ かかりつけ医の認知症診断等に関する相談・アドバイザー役
- ・ 県で設置する認知症関係委員会・会議等の委員

【出典：平成21年度 厚生労働省高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室調査】

7

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



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（第2R）

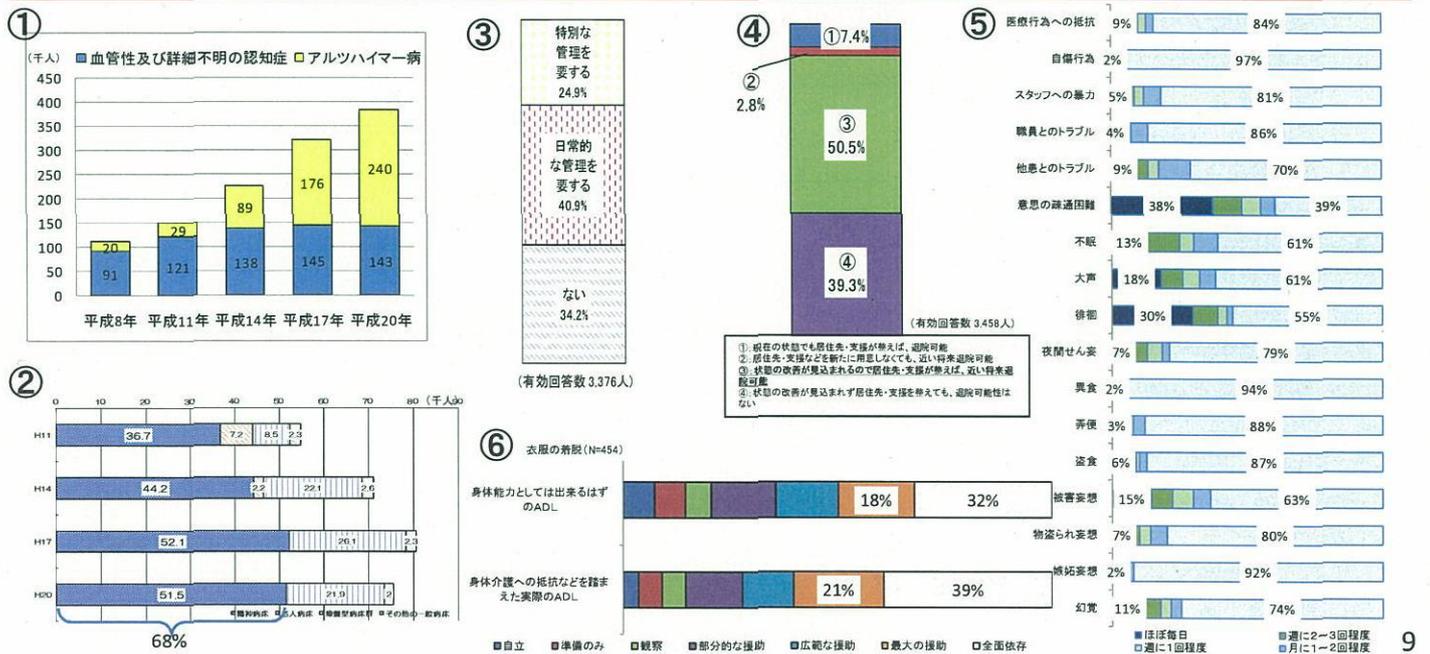
認知症と精神科医療 中間とりまとめ 概要①

平成22年12月22日

現状と課題

- ① 医療機関を受療する認知症患者は急速に増加傾向*1
- ② 認知症の入院患者約7.5万人のうち、精神病床に入院する患者は約7割を占める*1
- ③ 約7割近くが、特別な管理（入院治療）または日常的な管理（外来治療）を要する身体合併症を有している*2
- ④ 入院患者のうち、居住先や支援が整えば、近い将来には、退院が可能と回答した患者は約5割*2
- ⑤ 精神病院に入院している認知症患者の精神症状等で、ほぼ毎日のものは、「意思の疎通困難」約4割、「徘徊」約3割、「大声」約2割である*3
- ⑥ 精神病院に入院している認知症患者のADLは、身体能力として出来るはずのADLに比べ、抵抗などを踏まえた実際のADLは、いずれの項目でも困難度は増加*3

*1 患者調査 *2 精神病床の利用状況に関する調査（平成19年度厚生労働科学研究） *3 精神病院における認知症入院患者に関する調査（平成22年9月精神・障害保健課）



基本的な考え方

認知症の方への支援に当たっては、ご本人の思いを尊重し、残された力を最大限生かしていけるような支援をすることを前提とする。

その上で、認知症患者に対する精神科医療の役割としては、以下の点を、基本的な考え方とすべきである。

- ① 認知症の早期から、専門医療機関による正確な診断を受けることができるよう体制の整備を目指す。
- ② 入院を前提と考えるのではなく、地域での生活を支えるための精神科医療とする。その際、アウトリーチ(訪問支援)や外来機能の充実を図り、本人だけではなく、家族や介護者も含めて支援していく。
- ③ BPSDや身体疾患の合併により入院が必要となる場合には、速やかに症状の軽減を目指し、退院を促進する。また、そのような医療を提供できる体制の整備を目指す。
- ④ 症状の面からみて退院可能と判断される患者が地域の生活の場で暮らせるようにするため、認知症の方の生活を支える介護保険サービスを初めとする必要なサービスの包括的、継続的な提供の推進等により地域で受入れていくためのシステムづくりを進める。
- ⑤ このため、退院支援・地域連携クリティカルパスの開発、導入を通じて、入院時から退院後の生活への道筋を明らかにする取組を進める。
- ⑥ 症状が改善しないため入院の継続が必要な方に対して、療養環境に配慮した適切な医療を提供する。
- ⑦ 地域の中で、精神科の専門医療機関として、介護や福祉との連携、地域住民への啓発活動に積極的な機能を果たす。

具体的な方向性

1 認知症患者に対する精神科医療の役割の明確化

- | | |
|----------------------------|-----------------------|
| (1) 地域での生活を支えるための精神科医療 | (2) BPSDを有する患者への精神科医療 |
| (3) 身体疾患を合併している認知症患者への入院医療 | (4) 地域全体の支援機能 |

2 現在入院している認知症患者への対応及び今後症状の面からみて退院可能と思われる患者が地域の生活の場で暮らせるようにするための取組

- (1) 認知症に対する医療側と介護側との認識を共有化するための取組
- (2) 症状の面からみて退院可能と判断される認知症患者の円滑な移行のための受け皿や支援の整備

10

地域での生活を支えるための精神科医療

- 専門医療機関による早期の診断
- 家族や介護者への相談支援や訪問支援
- 認知症の経過や状態像に応じた診療と生活のアドバイス
- 施設等で生活する認知症患者へのアウトリーチ(訪問支援)
- 精神症状等で緊急を要する認知症患者への24時間の対応体制の整備
- 精神科作業療法や重度認知症デイケアの提供

地域全体の支援機能

- 地域住民や地域の他施設との連携強化
- 地域住民への啓発活動

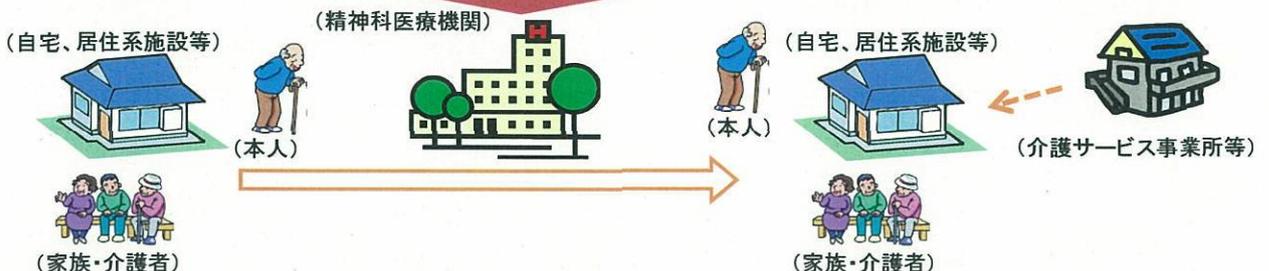
BPSDを有する患者への精神科医療

- BPSDへの適切な治療
- BPSDを伴う認知症患者の円滑な医療の提供
- 認知症患者に必要な入院医療
- 治療抵抗性の重度の認知症患者の状態像の整理とその受入れ

身体疾患を合併している認知症患者への入院医療

- 合併症の状態像に応じた精神病床の受入先
- 慢性疾患を合併している認知症患者への対応
- 精神科医療機関と一般医療機関の連携のあり方

認知症患者に対する精神科医療の役割の明確化



受け皿や支援の整備

認知症に対する医療側と介護側との認識を共有化するための取組

- 医療・介護双方の理解の向上
- 入院せずに地域で暮らせるための医療機関の関わりの強化【再掲】
- 施設等で生活する認知症患者へのアウトリーチ(訪問支援)【再掲】

症状の面からみて退院可能と判断される認知症患者の円滑な移行のための受け皿や支援の整備

- 居住系施設等やサービス支援の整備
- 退院支援・地域連携クリティカルパスの導入
- 当面の取組として、退院支援・地域連携クリティカルパスの導入を通じて、地域における取組を試行しながら、検討していくことが必要

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21年9月の省内の有識者検討会の報告書などを踏まえ、今後の精神保健医療施策としての具体化を目指し、当事者・家族、医療関係者、地域での実践者、有識者の方々からご意見を伺うため、昨年5月に、「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」を設置。
(主担当:厚生労働大臣政務官)

○第2R:平成22年9月～ 認知症と精神医療

- 平成22年12月に中間とりまとめ
- 今春(5月)より、中間とりまとめの内容を具体化等するため、検討を再開。(夏を目途にとりまとめの予定)

<再開後の論点>

- ① 認知症疾患医療センター
 - ・求められる機能と整備目標について
- ② 認知症の地域連携パス
 - ・認知症に関する退院支援・地域連携パスの実態調査結果
- ③ 認知症に係る精神科医療
 - ・外来・訪問、入院
- ④ 認知症に係る医療提供体制の在り方
 - ・認知症を考慮した目標値について

(※)同検討チームでは、第1Rとしてアウトリーチ(訪問支援)、第3Rとして保護者制度・入院制度について検討を行っている。

12

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》

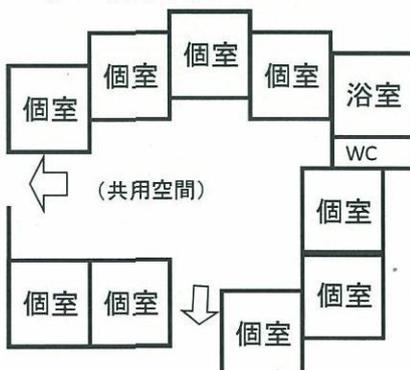
- 住宅地等に立地
- 居室は、7.43㎡(和室4.5畳)以上で原則個室
- その他
 - 居間・食堂・台所・浴室等
 - 日常生活に必要な設備

《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)		
基本部分	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

認知症対応共同生活介護事業所における人員体制

人員基準

介護従事者

- 介護従事者のうち1人以上は常勤でなければならない(日中・夜間・深夜問わず)
- 日中 : 利用者の数3人に対し、1人以上(常勤換算)
利用者の数は前年度の平均値
- 夜間、深夜 : 1人以上配置(2ユニットで利用者の処遇に支障がない場合は、別ユニットの兼務が可能)

計画作成担当者

- ユニットごとに1人以上: 1人以上は介護支援専門員でなければならない
2ユニット以上の場合、少なくとも1人は介護支援専門員でなければならない
- 非常勤でも可能
- 厚生労働大臣が定める研修を修了している者

管理者

- 常勤かつ専ら当該事業所の管理業務に従事する者
- 3年以上認知症である者の介護に従事した経験があり、厚生労働大臣の定める研修を修了している者

代表者

- 認知症である者の介護に従事した経験がある者又は保健医療サービス若しくは福祉サービスの提供を行う事業の経営に携わった経験を有する者であり、厚生労働大臣の定める研修を修了している者

14

認知症対応型共同生活介護における 質の向上に向けた取り組み①

指定地域密着型サービスを提供する事業者は、自ら提供する介護サービスの質の評価(自己評価)を実施し、定期的に外部の者による評価(外部評価)を受け、それらの結果等を公表することが義務付けられている。

自己評価

- サービス水準の向上に向けた自発的努力と体制づくりを誘導し、その内容及び範囲において、地域密着型サービス等の指定基準を上回るものとして設定している。
- 実施回数 少なくとも年1回

外部評価

- 第三者による外部評価の結果と、当該結果を受ける前に行った自己評価の結果を対比して両者の異同について考察した上で、外部評価の結果を踏まえて総括的な評価を行うこととしている。
- 実施回数 少なくとも年1回

自己評価・外部評価を実施並びにそれらの結果の公表を行うことで、サービスの質の評価の客観性を高め、サービスの質の改善を図ることを狙いとしている。

15

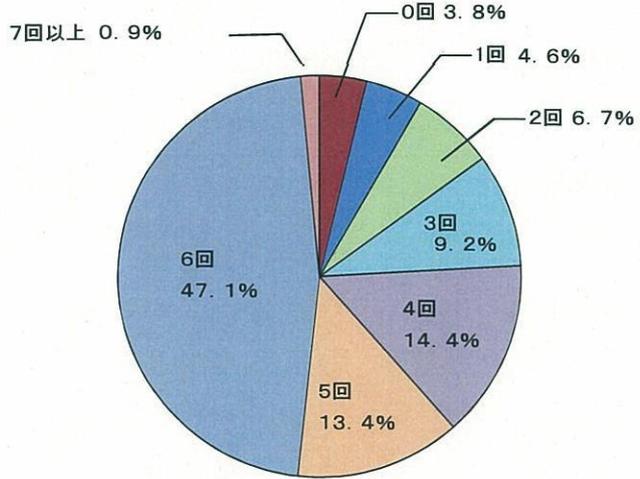
認知症対応型共同生活介護における 質の向上に向けた取り組み②

運営推進会議

- 利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、市町村の職員、地域包括支援センターの職員、認知症対応型共同生活介護について知見を有する者等により構成される協議会（運営推進会議）を設置しなければならない。
- 開催回数 おおむね二月に1回

運営推進会議の実施状況（平成21年1月1日～平成21年12月31日の状況）

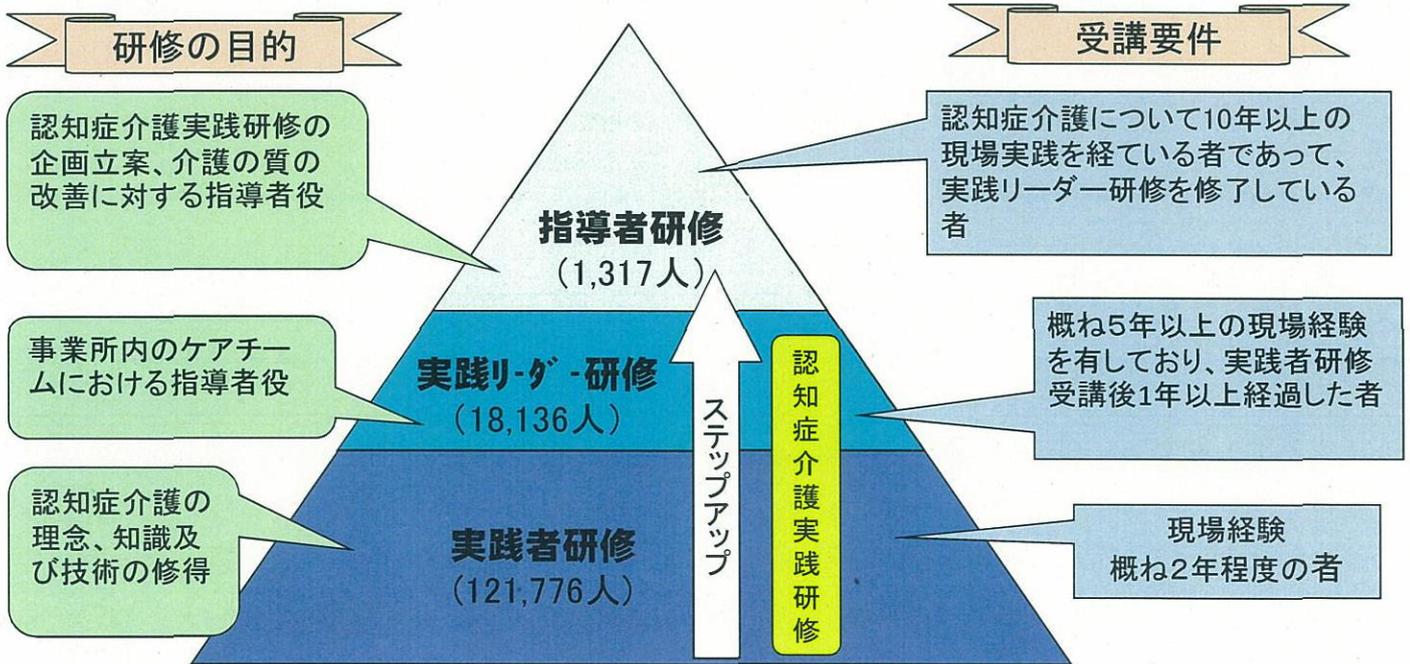
開催回数	施設数	割合
0回	374	3.8%
1回	457	4.6%
2回	661	6.7%
3回	912	9.2%
4回	1,428	14.4%
5回	1,326	13.4%
6回	4,661	47.1%
7回以上	85	0.9%
計	9,904	100.0%



（出典）平成22年3月厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室調査

認知症対応型共同生活介護における 質の向上に向けた取り組み③

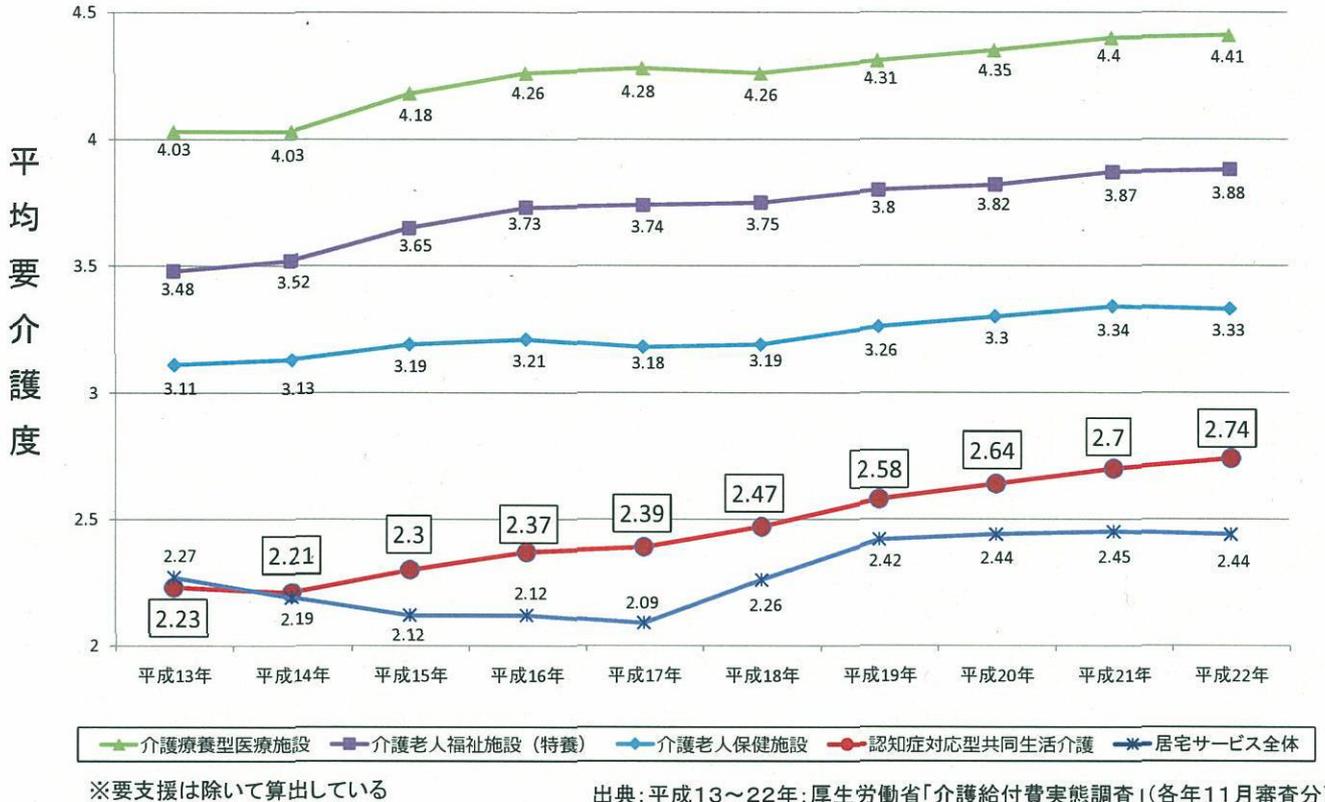
【認知症介護研修の概要について】



※ 括弧内は平成21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。

認知症対応型共同生活介護の平均要介護度(他サービスとの比較)



認知症対応型共同生活介護における医療的ケアの状況①

協力医療機関等

- 利用者の症状の急変等に備えるため、あらかじめ、協力医療機関を定めておかなければならない。
- あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。
 - ◆協力医療機関及び協力歯科医療機関は、共同生活住居から近距離にあることが望ましい。
- サービスの提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等のため、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との間の連携及び支援の体制を整えなければならない。

訪問看護の利用

- 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)利用者の訪問看護の利用について
 - 介護保険…算定できない
 - 医療保険…一部算定できる(下記①、②の場合)
 - (末期の悪性腫瘍や急性増悪等による主治医の指示があった場合などに限定して、診療報酬の要件に合致することが要件)
 - ①末期の悪性腫瘍等
 - ②急性増悪等(14日間を限度に算定)

	看護師の配置基準	訪問看護		薬の処方
		【介護保険】	【医療保険】	
グループホーム	×	×	△(※2)	【医療保険】
介護老人福祉施設	○	×	△(※3)	【医療保険】
介護老人保健施設	○	×	×	【介護保険・医療保険(※5)】
小規模多機能型居宅介護	○(※1)	×	△(※4)	【医療保険】
自宅(要介護認定者)	—	○	△(※2)	【医療保険】

※1 准看護師の配置でも可
※2 上記要件の①、②を満たす場合に利用可能
※3 末期の悪性腫瘍の場合に限る

※4 上記要件の①、②を満たし、さらに宿泊サービスの場合に限り利用可能
※5 悪性新生物罹患患者に対する抗悪性腫瘍剤など

認知症対応型共同生活介護における医療的ケアの状況②

医療連携体制加算の仕組み

環境の変化に影響を受けやすい認知症高齢者が、可能な限り継続してグループホームで生活を継続できるように、日常的な健康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる等の体制を整備している事業所を評価。

◆ 39単位/日

○看護師を1人以上配置

◆准看護師では本加算は認められない

◆グループホームの職員として配置、又は病院・診療所若しくは訪問看護ステーションとの連携により1人以上を確保

○看護師による24時間連絡体制を確保

○重度化した場合の対応に係る指針を定める

◆事業所が行うべき具体的サービスの例

□利用者に対する日常的な健康管理

□通常時及び特に利用者の状態悪化時における医療機関との連絡・調整

□看取りに関する指針の整備

等

医療連携体制加算の算定状況

審査月	算定日数(単位:千日)と算定割合	
平成21年5月	2611.2	65.4%
平成21年11月	2895.0	67.6%
平成22年5月	2908.4	68.7%
平成22年11月	3180.8	70.2%

出典：厚生労働省「介護給付費実態調査月報」

20

認知症対応型共同生活介護(グループホーム)における利用者の看取状況

1. グループホーム利用者の退居と看取りの状況

退居先をみると全体では、「医療機関への入院」が44.7%と最も多く、次いで「介護施設等(老健・特養・療養型・有料)」が25.4%であり、「死亡による退居」は22.7%となっている。

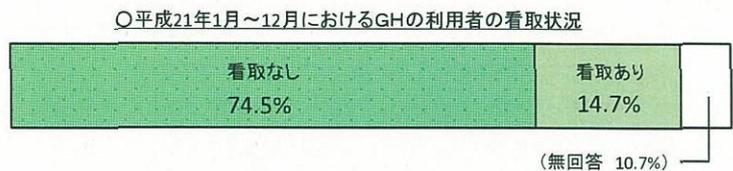
なお「死亡による退居」のうちグループホーム内で利用者を看取ったものの割合は「グループホーム退去者」全体の11.4%である。



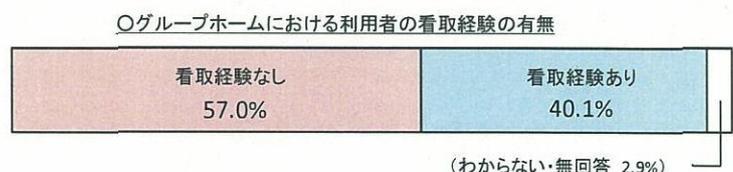
【出典】平成22年度 公益社団法人認知症グループホーム協会「グループホームにおける多機能化と今後の展開に関する調査研究」

2. グループホームの利用者看取経験の有無

①平成21年1月から12月までの1年間の、グループホーム事業所における利用者の看取の有無は、「看取なし」が74.5%と7割を超えており、「看取あり」は14.7%にとどまっている。



②開設から現在までのグループホーム事業所における利用者の看取経験の有無については、「看取経験なし」が57.0%と半数を超えており「看取経験あり」の40.1%を上回っている。

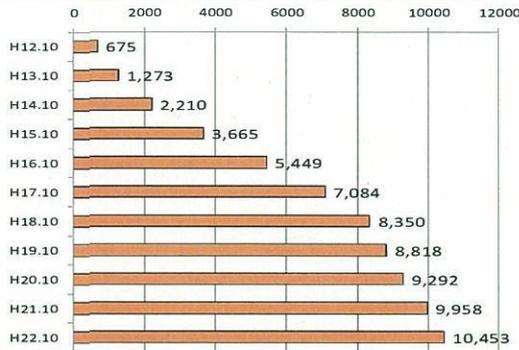


【出典】平成21年度 公益社団法人認知症グループホーム協会「認知症グループホームの実態調査事業報告書」

21

認知症対応型共同生活介護の事業所数の推移、利用料、ユニット及び運営法人の種別割合について

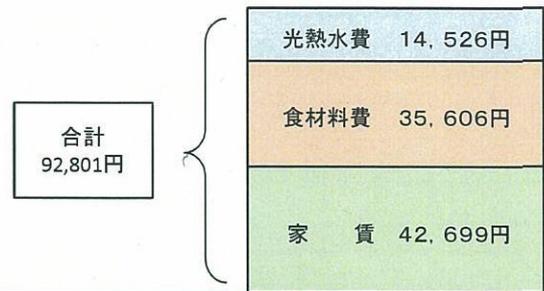
1. 認知症グループホームの事業所数の推移



出典：H12～H20(厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」)
※H21、H22は厚生労働省介護給付費実態調査(各11月審査分)

2. 認知症グループホームの利用料の状況

認知症グループホームの利用料(家賃、食材料費、光熱水費)の全国平均は92,801円



出典：平成21年 厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室調査

3. グループホームのユニットの状況

- ・1ユニットのグループホームが全体の4割、2ユニットのものが5割強となっている。



4. グループホーム事業所の法人種別

- ・法人種別の割合を見ると、株式会社が26.6%、有限会社26.3%、社会福祉法人が22.7%の順になっている。



[3、4の出典]：平成22年3月厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室調査

認知症対応型通所介護の概要①

基本方針

認知症(急性を除く)の高齢者に対して、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行い、高齢者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びにその家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることとする。

【利用者】

<単独型・併設型>

- 単位ごとの利用定員は、12人以下

<共用型>

- 事業開始 施設開設から3年以上経過している事業所・施設であることが要件
- 利用定員は、(認知症対応型共同生活介護事業所等の)各事業所ごとに、1日当たり3人以下

【設備】

<単独型・併設型>

- 食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室のほか、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備等を備える
- 食堂及び機能訓練室 3㎡×利用定員以上の面積

【人員配置】

<単独型・併設型>

- 生活相談員 1人以上
- 看護職員又は介護職員 2人以上
- 機能訓練指導員 1人以上
- 管理者 厚生労働大臣が定める研修を修了している者が、常勤専従

<共用型>

- 従業者の員数(認知症対応型共同生活介護事業所等の)各事業ごとに規定する従業者の員数を満たすために必要な数以上
- 管理者 厚生労働大臣が定める研修を修了している者が、常勤専従

要介護度別介護報酬

単独型(所要時間3時間以上4時間未満の例)

基本部分	要介護1	526単位
	要介護2	578単位
	要介護3	630単位
	要介護4	682単位
	要介護5	735単位

併設型(所要時間3時間以上4時間未満の例)

基本部分	要介護1	477単位
	要介護2	523単位
	要介護3	570単位
	要介護4	617単位
	要介護5	663単位

共用型(所要時間3時間以上4時間未満の例)

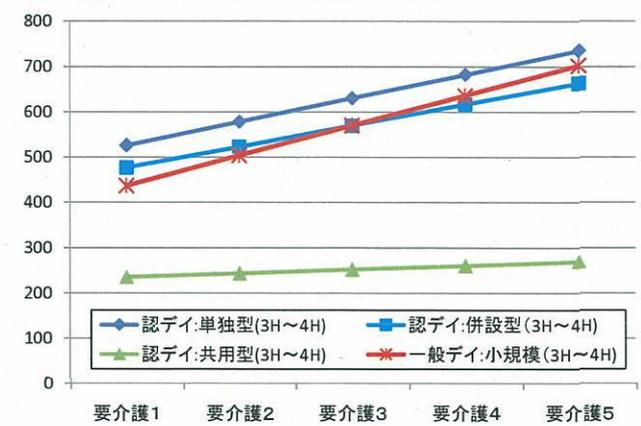
基本部分	要介護1	235単位
	要介護2	243単位
	要介護3	252単位
	要介護4	260単位
	要介護5	269単位

認知症対応型通所介護の概要②

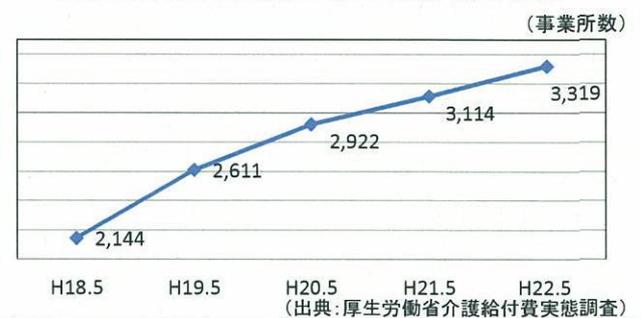
「通所介護」との比較

認知症対応型通所介護 (地域密着型サービス)	通所介護
(利用者) ○要介護・要支援認定を受けた認知症の者	(利用者) ○要介護・要支援認定を受けた者
(定員) ○単位ごとの利用定員12人以下	(定員) ○規定無し
(人員基準) ○管理者:常勤専従 ○生活相談員:専従で1人以上 ○看護職員(看護師又は准看護師)又は介護職員:専従で2人以上 (※生活指導員、看護職員又は介護職員のうち1人以上は常勤)	(人員基準) ○管理者:常勤専従 ○生活相談員:専従で1人以上 ○看護職員(看護師又は准看護師):専従で1人以上 ○介護職員:専従で利用者が15人までは1人以上、それ以上は5人増すごとに1を加えた数以上 (※利用定員が10人以下の場合は看護職員又は介護職員が専従で1人以上で可) (※生活指導員又は看護職員のうち1人以上は常勤)
○機能訓練指導員:1人以上	○機能訓練指導員:1人以上
(報酬体系) ○単独型 (社会福祉施設等に併設されていない事業所) ○併設型 (社会福祉施設等の併設事業所) ○共用型 (認知症対応型共同生活介護事業所、地域密着型特定施設、地域密着型老人福祉施設の食堂等でこれらの利用者とともにサービスを提供する場合)	(報酬体系) ①小規模型 (前年度の1月当たりの平均延人員が300人以下) ②通常規模型 (前年度の1月当たりの平均延人員が750人以内で①に該当しない事業所) ③大規模型(I) (前年度の1月当たりの平均延人員が900人以内で①及び②に該当しない事業所) ④大規模型(II) (①、②及び③に該当しない事業所)

介護報酬の比較

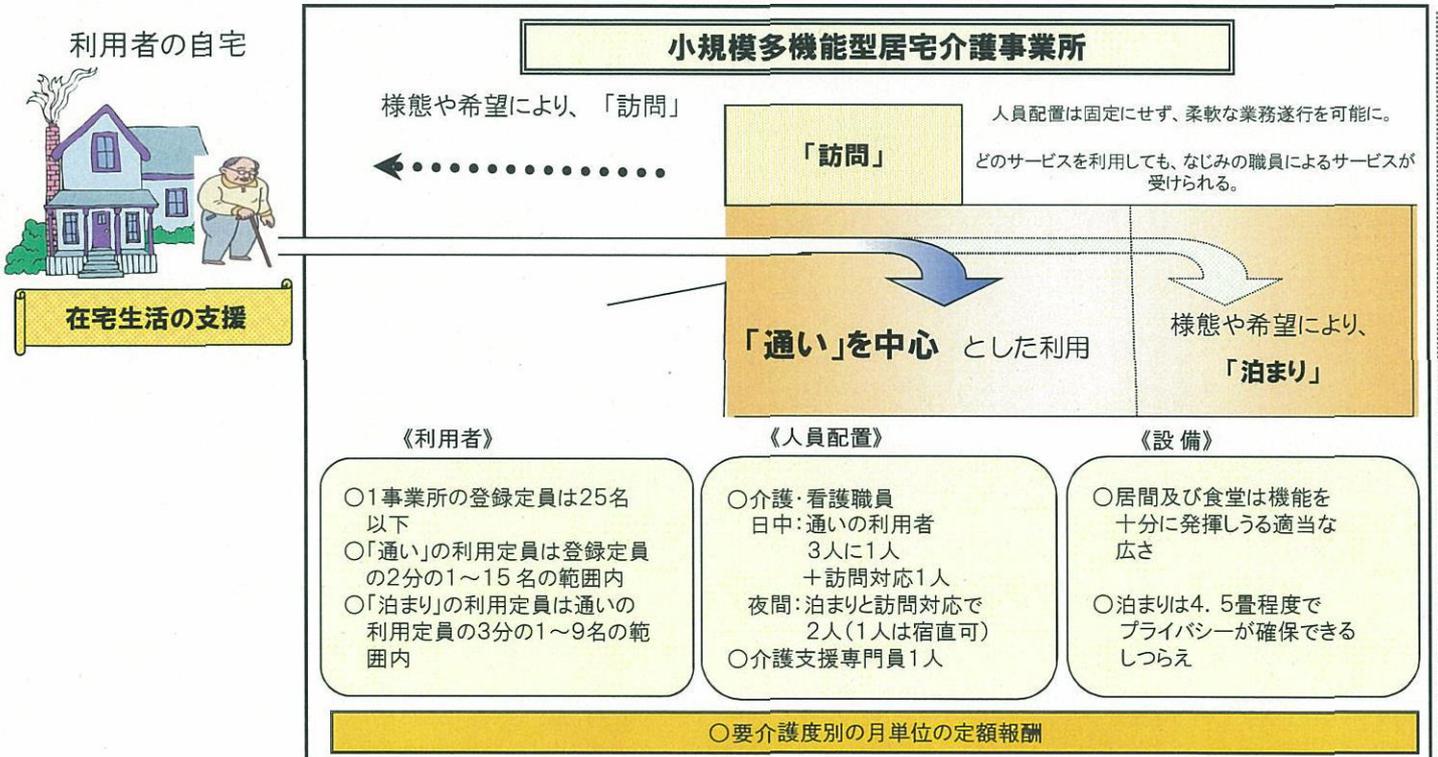


認知症対応型通所介護事業所数の推移



小規模多機能型居宅介護の概要

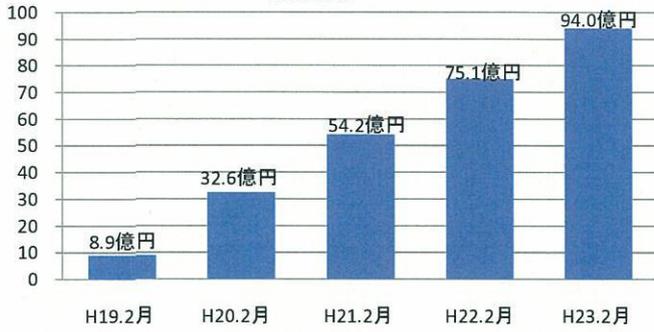
「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせることで、中重度となっても在宅での生活が継続できるよう支援するため、小規模多機能型居宅介護が創設された(平成18年4月創設)。



小規模多機能型居宅介護の利用状況

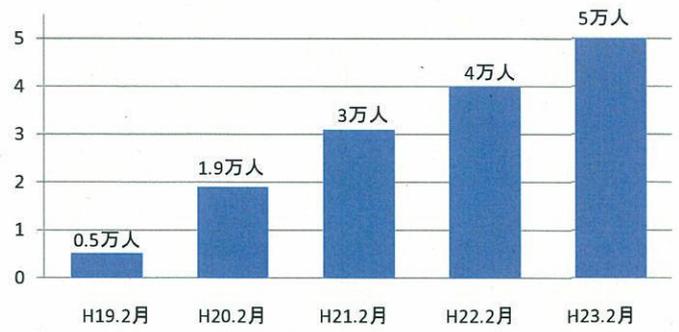
(単位: 億円)

費用額

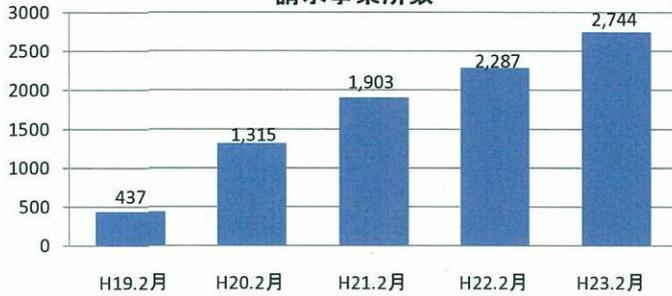


(単位: 万人)

受給者数



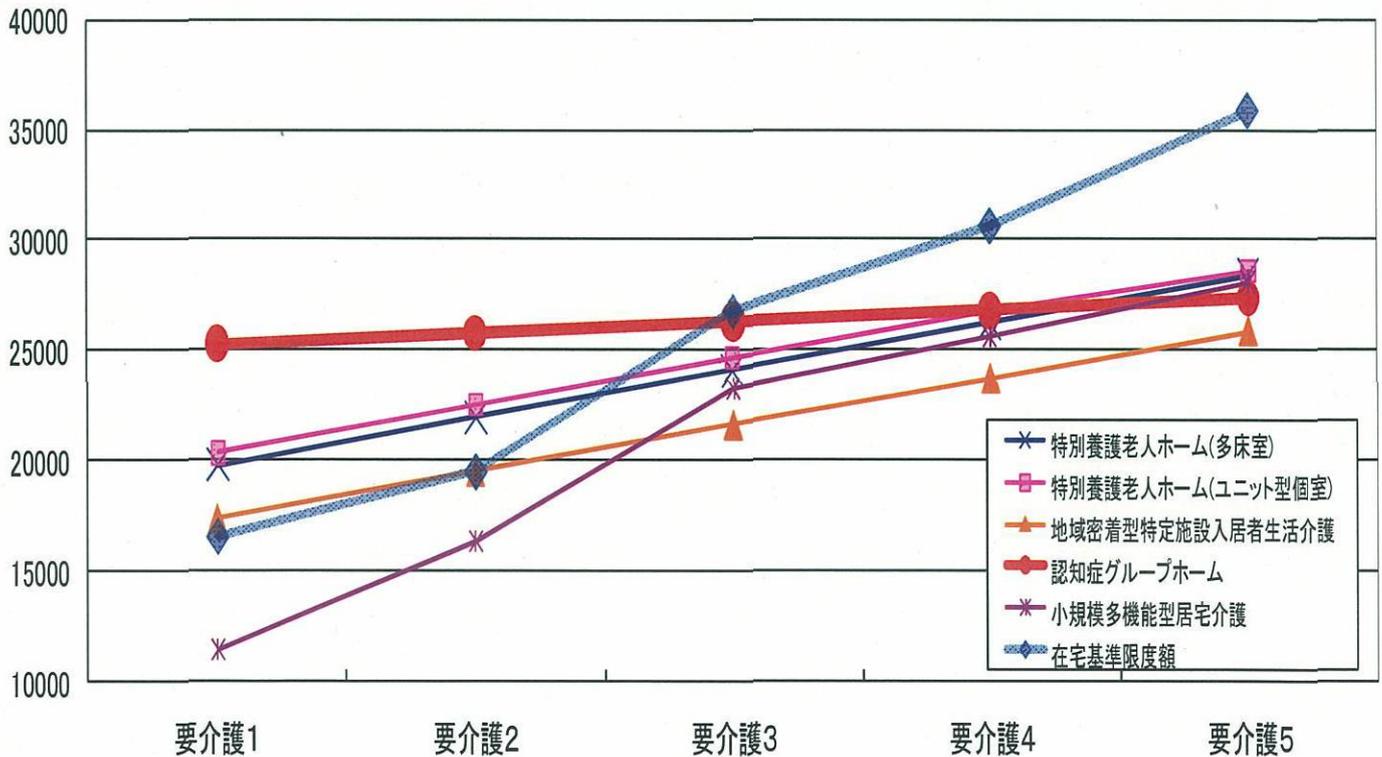
請求事業所数



注) 各月の費用額・受給者数・請求事業所数の値は、介護給付費実態調査月報より作成。
 なお、2月サービス分(3月審査分)を記載している。

月当たり
(単位)

各種サービスの単位数の比較



III 介護保険制度の見直しについて

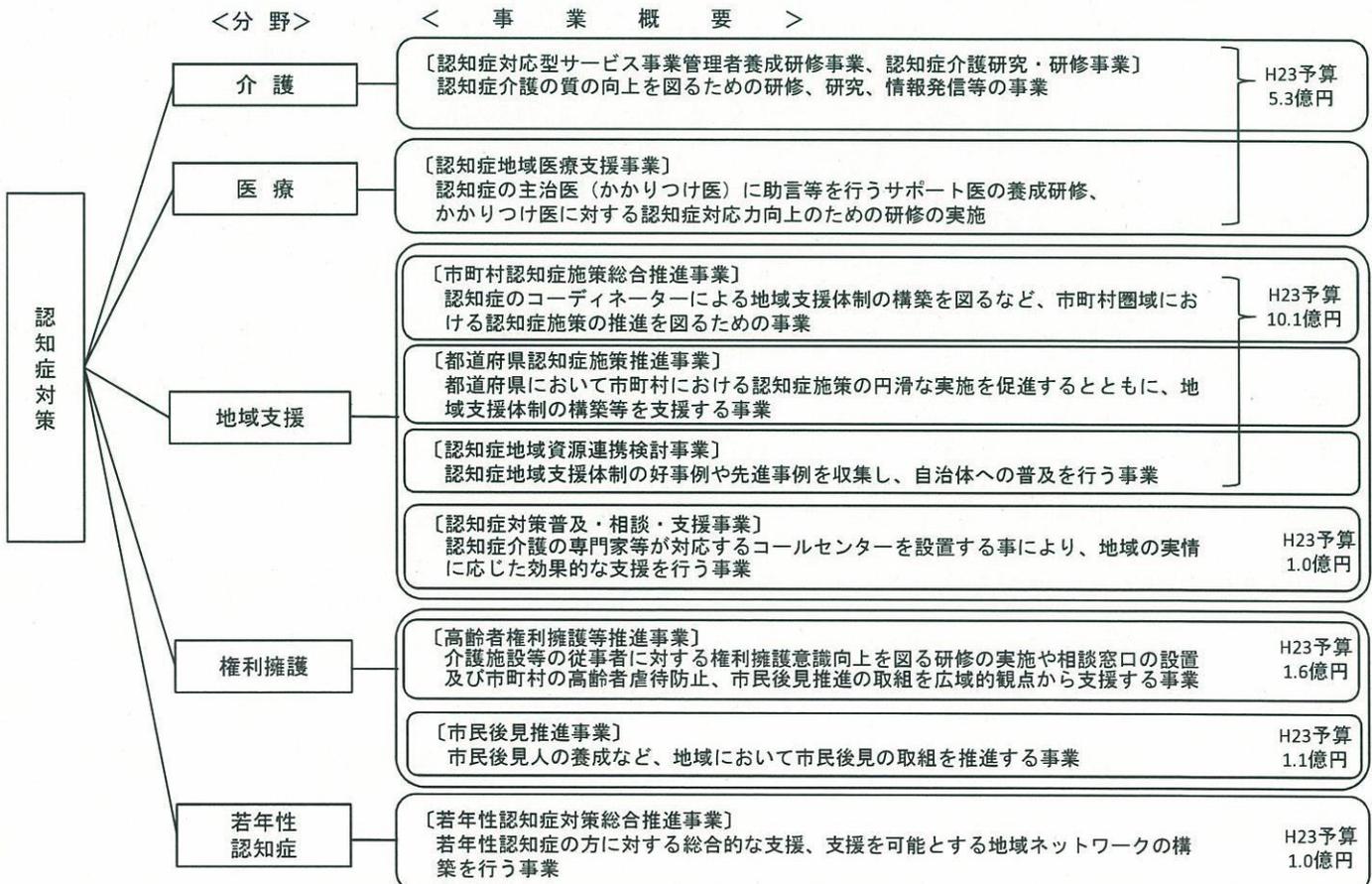
1. 要介護高齢者を地域全体で支えるための体制の整備(地域包括ケアシステムの構築)

(6) 認知症を有する人への対応

(今後の対応)

- 当事者の意見を聞きつつ、認知症を有する人についてのケアモデルの構築を図った上で、早期の発見と治療、在宅サービスの利用、施設への入所、在宅復帰、家族への相談・支援などを継続的・包括的に実施するため、地域の实情に応じてケアパス（認知症の状態経過等に応じた適切なサービスの選択・提供に資する道筋）の作成を進めていくことが重要である。また、認知症のBPSDの症状に薬剤も影響を与えている面があることから、認知症を有する人に対する薬剤の管理について、関係者間における情報共有を進めることが重要である。

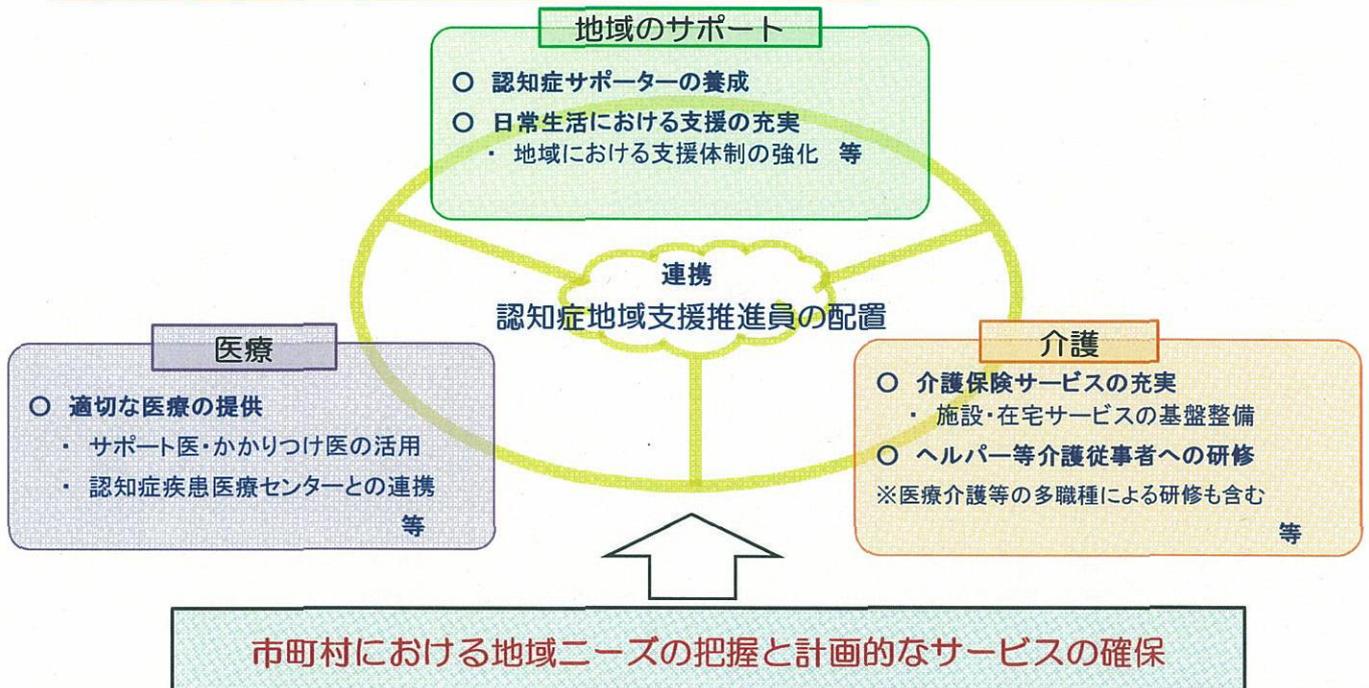
平成23年度 認知症対策等総合支援事業の概要について



認知症の方への支援体制の在り方

～市町村認知症施策総合推進事業～

- 認知症の方ができる限り住み慣れた地域で暮らすためには、必要な医療や介護、さらには日常生活における支援が有機的に結びついた体制を整えることが重要。



30

認知症地域支援推進員が行う業務の例

(1) 各サービスの連携支援

認知症の人に対し、状態に応じた適切なサービスが提供されるよう、地域包括支援センター、認知症疾患医療センター等の認知症専門医療機関、介護サービス従業者や認知症サポーターなど、地域において認知症の人を支援する関係者の連携を図る。

(取組例)

- ・ 認知症の人やその家族が、状況に応じて必要な医療や介護等のサービスが受けられるよう関係機関へのつなぎや連絡調整の支援
- ・ 地域において認知症の人への支援を行う関係者が、情報交換や支援事例の検討などを行う連絡会議の設置
- ・ 地元医師会や認知症サポート医等とのネットワークの形成 等

(2) 地域の認知症地域支援体制の構築

認知症地域支援推進員を中心に地域の実情に応じて認知症の人やその家族を支援する事業を実施する。

(取組例)

- ・ 認知症の人と家族を支える地域の人材やサービス拠点についての情報収集 (地域資源マップの作成・普及・更新)
- ・ 若年性認知症の本人の状況に応じた適切な支援の検討及び実施
- ・ 在宅介護サービス従業者に対する認知症研修の実施
- ・ 認知症の人を介護する家族等のネットワーク構築を目的とした交流会の実施
- ・ 多職種が参加する認知症の人の支援のための研修会・事例検討会の開催 等

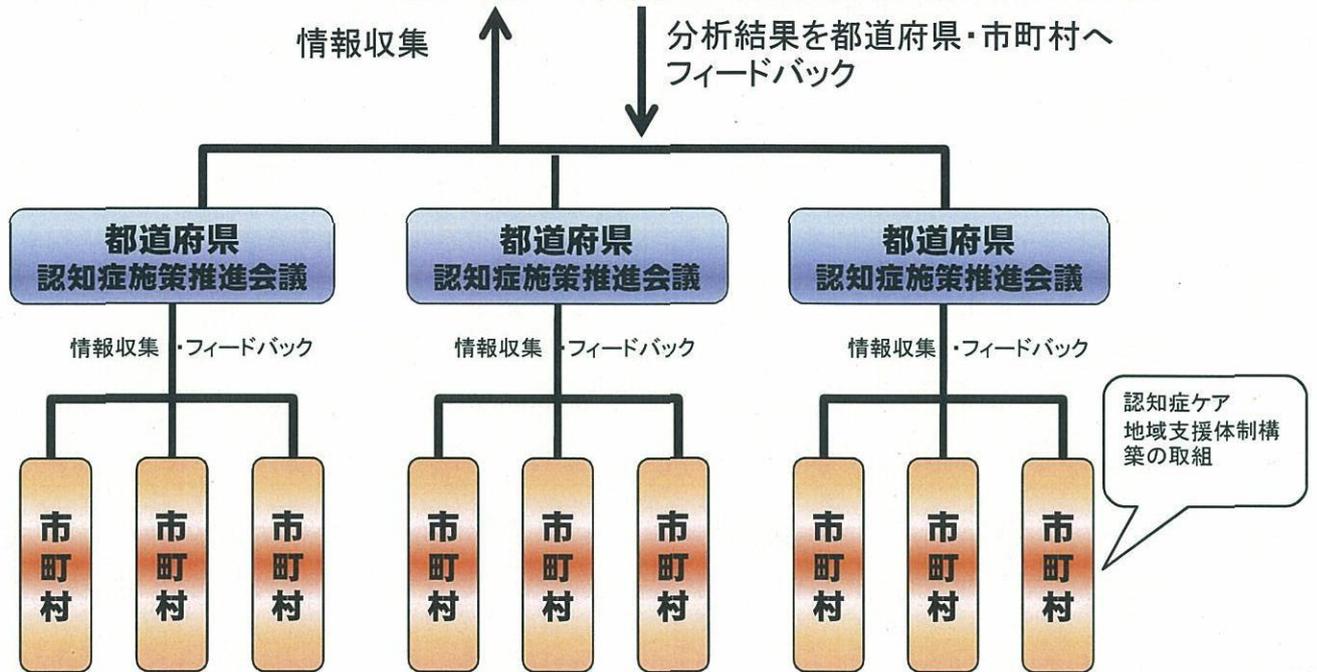
◎市町村は実情に応じ、医療と介護の連携を図るため、地域支援推進員へ医療的見地からの助言や認知症の人を専門医療機関へつなぐための関係機関の調整等を行う認知症サポート医等の医師を配置している。

31

「都道府県認知症施策推進事業」及び「認知症地域資源連携検討事業」のイメージ

〔認知症地域資源連携検討事業〕

認知症地域支援体制にかかる事例についての調査・分析
 (事例調査検討委員会、認知症地域支援体制推進会議、セミナーによる普及啓発)
 (※認知症介護研究・研修東京センターで実施)



32

認知症サポーター100万人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：61,449人（平成23年3月31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：2,463,064人
 (平成23年3月31日現在)



※ メイト・サポーター合計

2,524,513人（平成23年3月31日現在）

33

認知症コールセンター事業の概要

事業の目的

認知症の人や家族に対しては、認知症の各ステージにおいて、認知症の知識や介護技術の面だけでなく、精神面も含めた様々な支援が重要である。そのため、各都道府県及び指定都市単位で認知症介護の専門家や経験者等が対応するコールセンター（電話相談）の設置等により、認知症の人や家族が気軽に相談できる体制を構築する。

事業の実施主体

都道府県等が主体となって実施、もしくは、地域の実情に応じ認知症の人やその家族への相談・援助について、十分な知見及び実績を有すると認められる団体等に事業の一部または全部を委託して実施する。

【平成22年度実施主体の内訳】

認知症の人と家族の会：17か所、 社会福祉協議会：5か所、 都道府県：3か所、 その他：9か所

事業内容

- ① 認知症コールセンターの設置
- ② 地域巡回による相談会の開催
- ③ 家族間の交流集会や、認知症の正しい知識を普及するための講座等の開催
- ④ 各自治体等から情報収集した事例について、研修会等を通じた成果の普及

相談内容に応じ、適切な関係機関が行う支援へつなぐ
(地域包括支援センター、介護サービス事業者、医療機関、市町村等)

「若年性認知症施策の推進について」(平成23年4月15日付け事務連絡)の概要

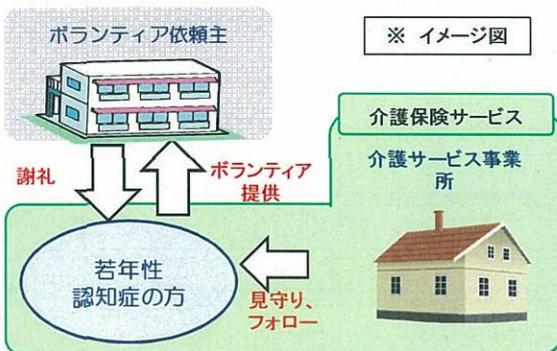
ボランティア活動の謝礼を受け取れる例

※ 以下の要件を満たす場合ボランティア活動の謝礼を受領しても差し支えないと判断される

○ ボランティアの謝礼が労働基準法に規定する賃金に該当しない

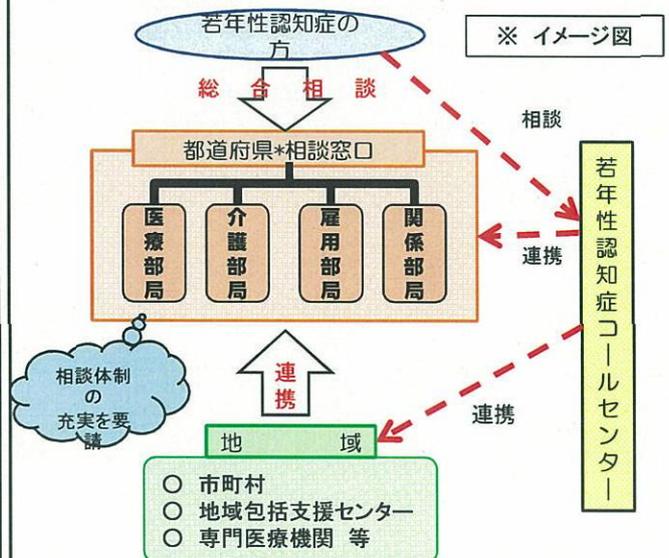
○ 介護サービス事業所は、若年性認知症の方がボランティア活動を遂行するための見守りやフォローなどを行う

(注) ボランティア活動の謝礼を、介護サービス事業所が受領することは介護報酬との関係において適切でない



若年性認知症の方に対応する都道府県相談体制の充実について

若年性認知症の方への支援は、医療、介護、福祉のみならず就労支援など多岐にわたることから、行政組織の相談対応窓口が複数にまたがり、一貫した対応が困難。→各都道府県における相談体制のワンストップ化を図る



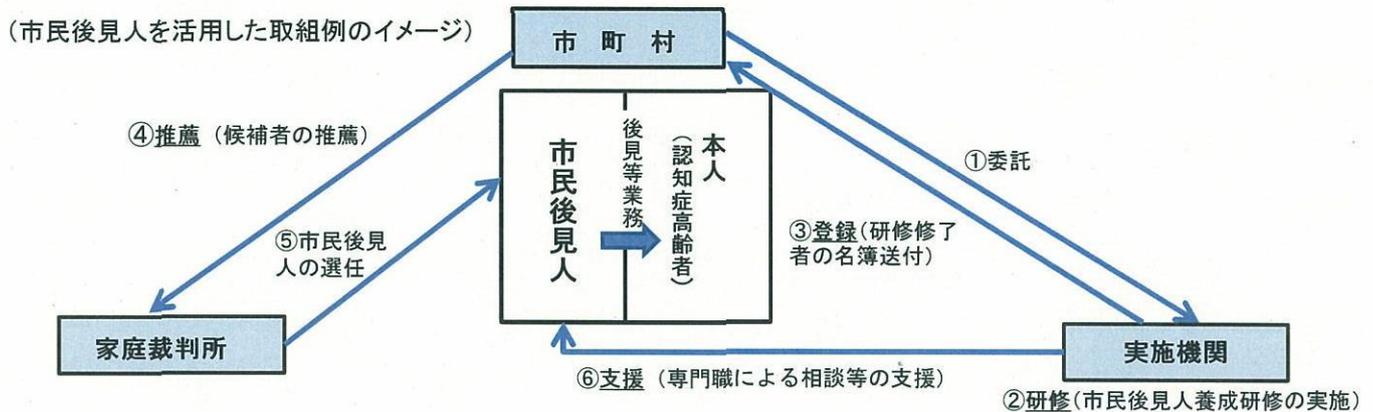
地域における若年性認知症の方に対する支援体制の立ち上げについて

平成22年度補正予算「地域支え合い体制づくり事業」などの活用により、介護サービスとは別に若年性認知症の方向けのアクティビティを行うNPO法人や、若年性認知症の方やその家族の交流会など地域の実情に応じた支援体制の立ち上げを図っていただくよう周知

市民後見人の育成及び活用

今後、親族等による成年後見の困難な者が増加するものと見込まれ、介護サービス利用契約の支援などを中心に、成年後見の担い手として市民の役割が強まると考えられることから、市町村は、市民後見人を育成し、その活用を図ることなどによって権利擁護を推進することとする。

- ※1 「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上」の高齢者の推計 208万人（平成22年）→ 323万人（平成37年）
- ※2 成年後見関係事件の申立件数は年々増加傾向（平成22年 30,079件）
 そのうち首長申立の件数 1,876件（平成20年）→ 2,471件（平成21年）→ 3,108件（平成22年）



介護サービスの基盤強化のための 介護保険法等の一部を改正する法律 (老人福祉法第三十二条の二を新設)

○老人福祉法

(審判の請求)

第三十二条 市町村長は、六十五歳以上の者につき、その福祉を図るため特に必要があると認めるときは、民法第七条、第十一条、第十三条第二項、第十五条第一項、第十七条第一項、第八百七十六条の四第一項又は第八百七十六条の九第一項に規定する審判の請求をすることができる。

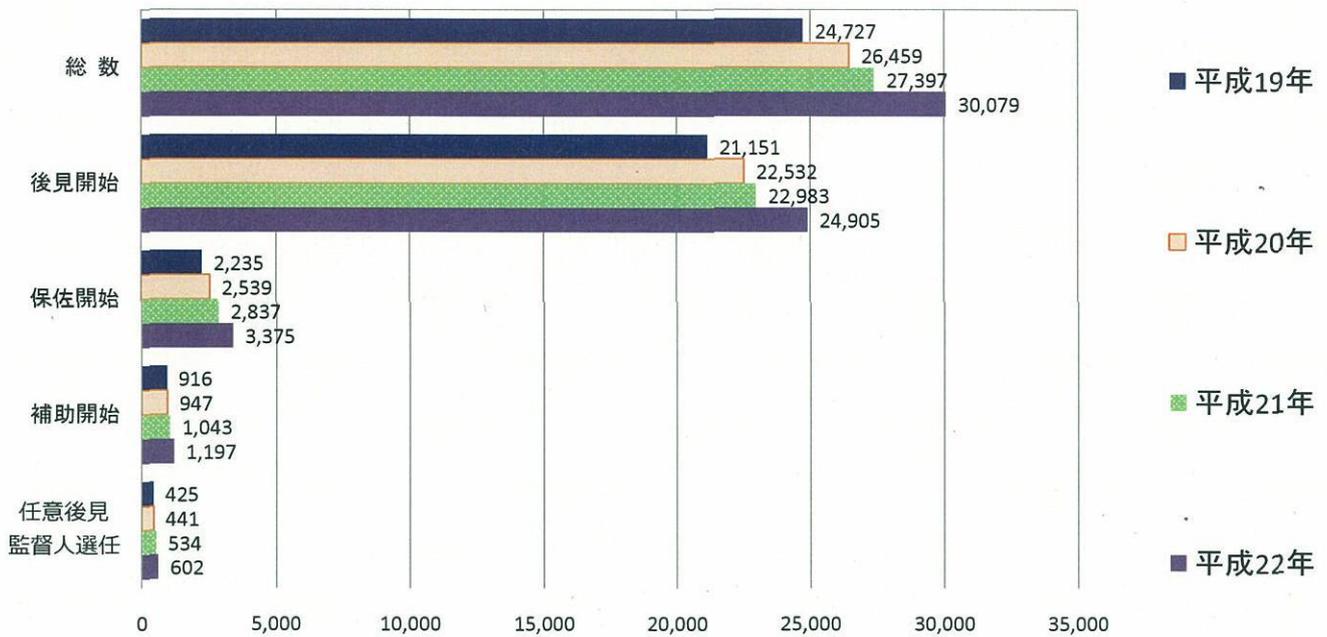
(後見等に係る体制の整備等)

第三十二条の二 市町村は、前条の規定による審判の請求の円滑な実施に資するよう、民法に規定する後見、保佐及び補助（以下「後見等」という。）の業務を適正に行うことができる人材の育成及び活用を図るため、研修の実施、後見等の業務を適正に行うことができる者の家庭裁判所への推薦その他の必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

2 都道府県は、市町村と協力して後見等の業務を適正に行うことができる人材の育成及び活用を図るため、前項に規定する措置の実施に関し助言その他の援助を行うように努めなければならない。

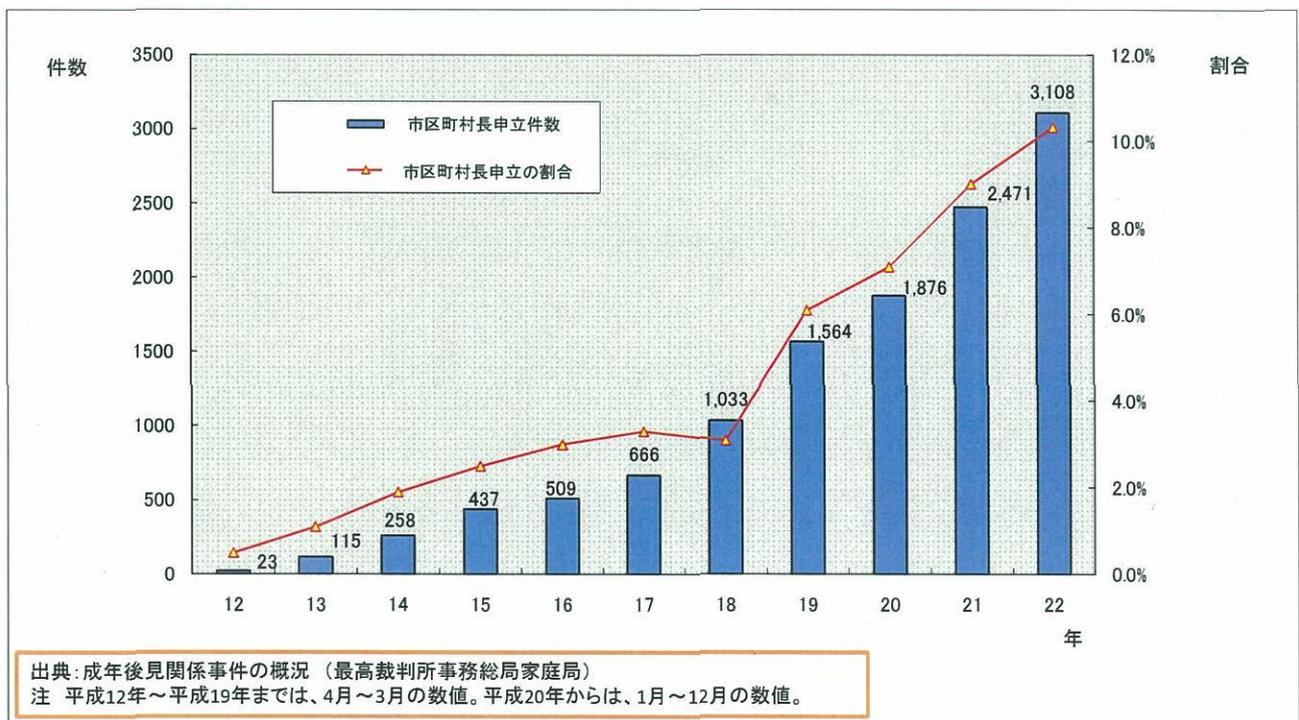
※平成24年4月1日施行

成年後見関係事件の申立件数の推移

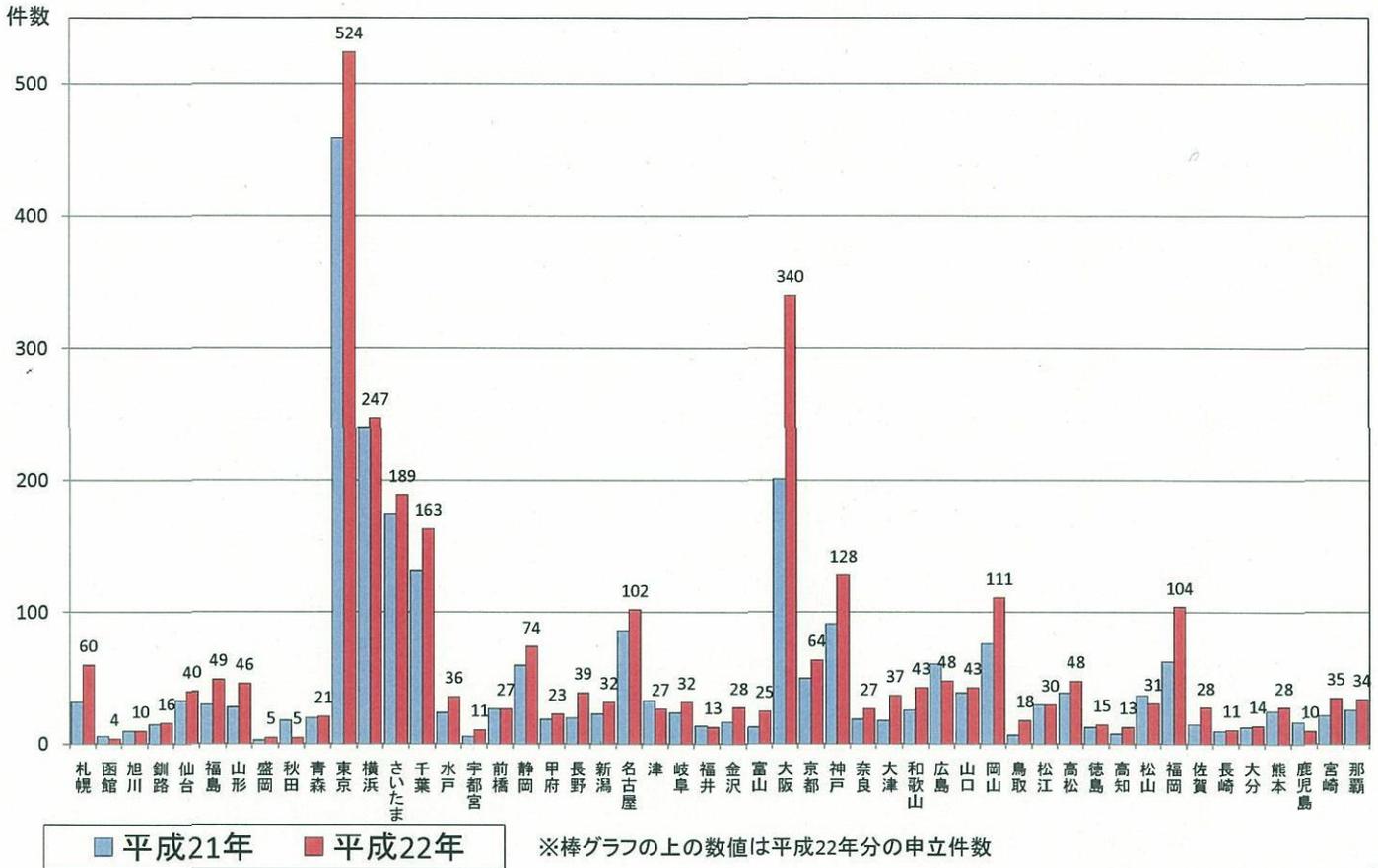


(出典:「成年後見関係事件の概況」最高裁判所事務総局家庭局)

市区町村長申し立て件数の推移



市区町村長申立件数(家庭裁判所管内別)



(出典:「成年後見関係事件の概況」最高裁判所事務総局家庭局) 40

成年後見人等と本人の関係別件数(平成22年)

総数 28,606件 (親族:16,758人(58.6%)、第三者:11,848人(41.4%))



出典:成年後見関係事件の概況(最高裁判所事務総局家庭局)

市町村長の後見申立と市民後見人～後見実施機関の創設～ 介護と連動する市民後見研究会 報告書の概要（平成23年3月）

背景

- 平成12年4月に成年後見制度が施行されて10年余が経過。同時施行の介護保険制度とあわせ「車の両輪」と謳われたが利用者は約17万人にとどまっている。
- 高齢者虐待や孤独死問題、高齢者独居・夫婦のみ世帯や認知症高齢者数の増大などが表面化。「潜在化した後見ニーズ」の把握が求められている。
- 「後見爆発」とも形容されるこれからの後見ニーズに対応した、あらたな権利擁護の仕組みづくりが急務な状況にある。
- 専門職後見人（弁護士3万人、司法書士2万人、社会福祉士3万人）の不足という状況があり、市民後見人の養成が急務である。

概要

- 要点を「市民後見実施機関を推進する5本の柱」としてまとめた。
- 市町村が後見実施機関を設置し、あわせて市民後見人を養成また活用・支援し、市町村長申立を軸とした地域の権利擁護の仕組みを確立することを提言。

今後の工程

- 「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案」に、市町村長による後見申立の活用や市民後見人の養成・支援を後押しする、老人福祉法第32条の新設条文が盛り込まれている。
- 今年度（平成23年度）、全国20市町村程度を対象にモデル事業を実施。
- 平成26年度からの全市区町村完全実施を目指す。

目標

- 認知症や障害のある方、高齢独居夫婦のみ世帯で生活に不安を抱える人たちなどが、権利侵害を受けることなく、自身の意思に基づいて、地域で安心して暮らせる生活基盤を築く。

42

市民後見実施機関を推進する5本の柱

1 市町村における後見実施機関の設置・運営

- 市町村長申立の活用を軸とした後見実施機関を設置する。（市町村長申立以外からの後見申立についても対応できる体制の整備）
- 後見実施機関は、見守り・相談から後見までを一貫して担うワンストップセンターとしての役割を果たす。
- 後見実施機関には、保健医療福祉制度に精通し、相談業務能力や関係機関との調整能力の高いスタッフを確保する。
- 上記に伴う、後見実施機関の一連の業務は、地域の社会資源等を有効に活用・ネットワーク化し、これを行う。

2 老人福祉法第32条の改正

- 市町村長申立の活用を促進するため、老人福祉法32条に第2項として、①市民後見人の研修及び研修機関の認定、②市民後見人の登録及び支援、③都道府県の研修や情報提供等の努力義務を、新たに書き加える。
- 同様規定のある、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第51条の11の2、知的障害者福祉法28条も、これに同じ。

3 市民後見人の養成

- 後見実施機関の後見実務を担う後見人材として市民後見人を位置づけ、質・量ともに十分な市民後見人養成を図る。
- 平成23年度予定のモデル事業と併行し、市民後見人養成のあり方を検討する。

4 市民後見人の活用・支援

- 後見実施機関には、市民後見人を登録し、積極的な人材活用を図る。
- 後見実施機関は、市民後見人の活動を、継続的に支援・監督する。

5 行政の責任の明確化

- 後見実施機関は市町村の責任において設置・運営する。
- 市町村は、市町村長申立を円滑に行うとともに、後見実施機関の活動を支援するための後見運営協議会を市町村の責任において設置する。

43

主な論点

1. 認知症への対応にあたり、医療と介護と地域それぞれの役割とその間の連携について、どう考えるか。
2. 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)における医療提供の在り方についてどう考えるか。

44

(参考) 認知症に関わる現行の加算について (1)

退去時相談援助加算(グループホーム)

グループホームを退去する利用者に対し、退去後の居宅サービスの利用等に関する相談援助を評価。

◆ 400単位/回(1回を限度)

看取り介護加算(グループホーム)

医師が回復の見込みがないと診断した利用者に対し、利用者又は家族の同意の下で行う看取り介護を評価。

◆ 利用者の死亡日前30日を上限として 80単位/日

夜間ケア加算(グループホーム)

夜勤職員の配置基準(1ユニット1名)を超えて、1事業所当たり常勤換算で1以上の夜勤職員の配置を評価。

◆ 1人あたり 25単位/日

医療連携体制加算(グループホーム)

環境の変化に影響を受けやすい認知症高齢者が、可能な限り継続してグループホームで生活を継続できるように、日常的な健康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応がとれる等の体制を整備している事業所を評価。

◆ 39単位/日

認知症行動・心理症状緊急対応加算(短期入所系サービス、グループホームのショートステイ)

認知症高齢者等の在宅生活を支援する観点から、家族関係やケアが原因で認知症の行動・心理症状が出現したことにより在宅での生活が困難になった者の短期入所系サービス及びグループホームのショートステイによる緊急受入について評価を行う。

◆ 200単位/日【入所日から7日を上限】

若年性認知症利用者受入加算(グループホーム、施設系サービス、短期入所系サービス、通所系サービス)

若年性認知症患者やその家族に対する支援を促進する観点から、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を提供することについて評価。

◆ 宿泊 : 120単位/日 ◆ 通所 : 60単位/日

認知症専門ケア加算(グループホーム、施設系サービス)

認知症介護について一定の経験を有し、国や自治体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ことについて評価。

◆ 認知症専門ケア加算(I) 3単位/日 ◆ 認知症専門ケア加算(II) 4単位/日

45

(参考) 認知症に関わる現行の加算について (2)

認知症ケア加算(介護老人保健施設)

日常生活に支障をきたすおそれのある症状又は行動が認められることから認知症の入所者(認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMIに該当する者)に対して介護保健施設サービスを行うことについて評価。

- ◆ 76単位/日

認知症情報提供加算(介護老人保健施設)

認知症の確定診断を促進し、より適切なサービスを提供する観点から、認知症の疑いのある介護老人保健施設入所者を認知症疾患医療センター等に対して紹介することについて評価。

- ◆ 350単位/回(1回を限度)

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

軽度者に加えて中等度・重度の者についても効果があるとの調査結果を踏まえて、対象を中等度・重度の者に拡大するとともに、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における実施について評価。

- ◆ 介護老人保健施設・介護療養型医療施設 240単位/日(週3日まで)【入所(院)の日から3月以内】
- ◆ 通所リハビリテーション 240単位/日(週2日まで)【退院(所)または通所開始日から3月以内】

認知症加算(小規模多機能居宅介護)

厚生労働大臣が定める登録者に対して小規模多機能型居宅介護サービスの提供を評価。

- ◆ 認知症加算(Ⅰ) 800単位/月(認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMIに該当する者)
- ◆ 認知症加算(Ⅱ) 500単位/月(要介護2であり、認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅡに該当する者)

認知症加算(居宅介護支援)

日常生活に支障をきたすおそれのある症状若しくは行動が認められることから介護を必要とする認知症の利用者(認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ、Ⅳ又はMIに該当する者)に対して居宅介護支援を行うことを評価。

- ◆ 150単位/月

精神科を担当する医師に係る加算(介護老人福祉施設)

認知症である入所者(医師が認知症と診断した者等)が全入所者の3分の1以上を占める介護老人福祉施設において、精神科を担当する医師による定期的な療養指導が月に2回以上行われていることを評価。

- ◆ 5単位/日