

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

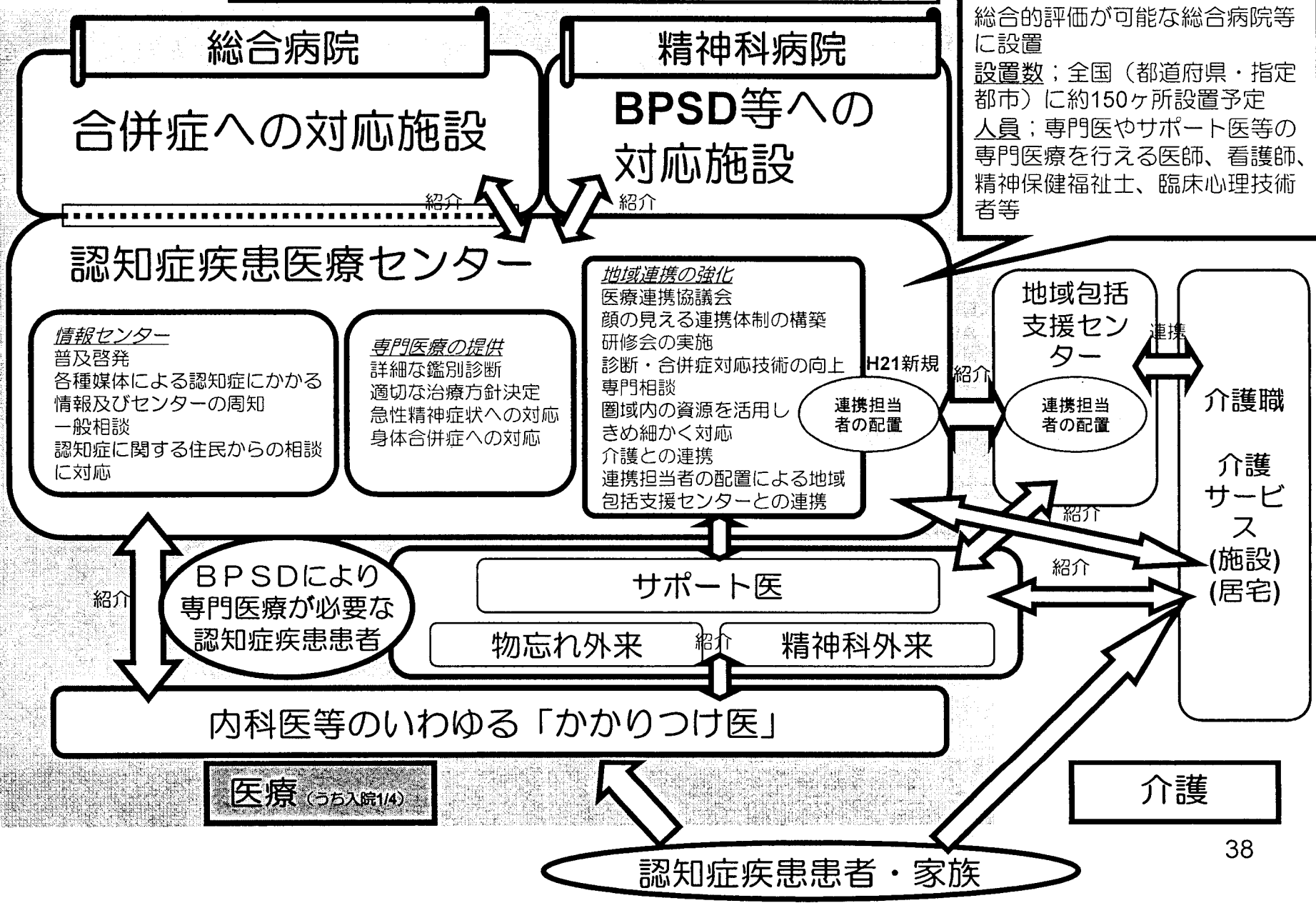
今後の認知症対策は、早期の確定診断を出発点とした適切な対応を促進することを基本方針とし、具体的な対策として、①実態の把握、②研究開発の促進、③早期診断の推進と適切な医療の提供、④適切なケアの普及及び本人・家族支援、⑤若年性認知症対策を積極的に推進する。

| | 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

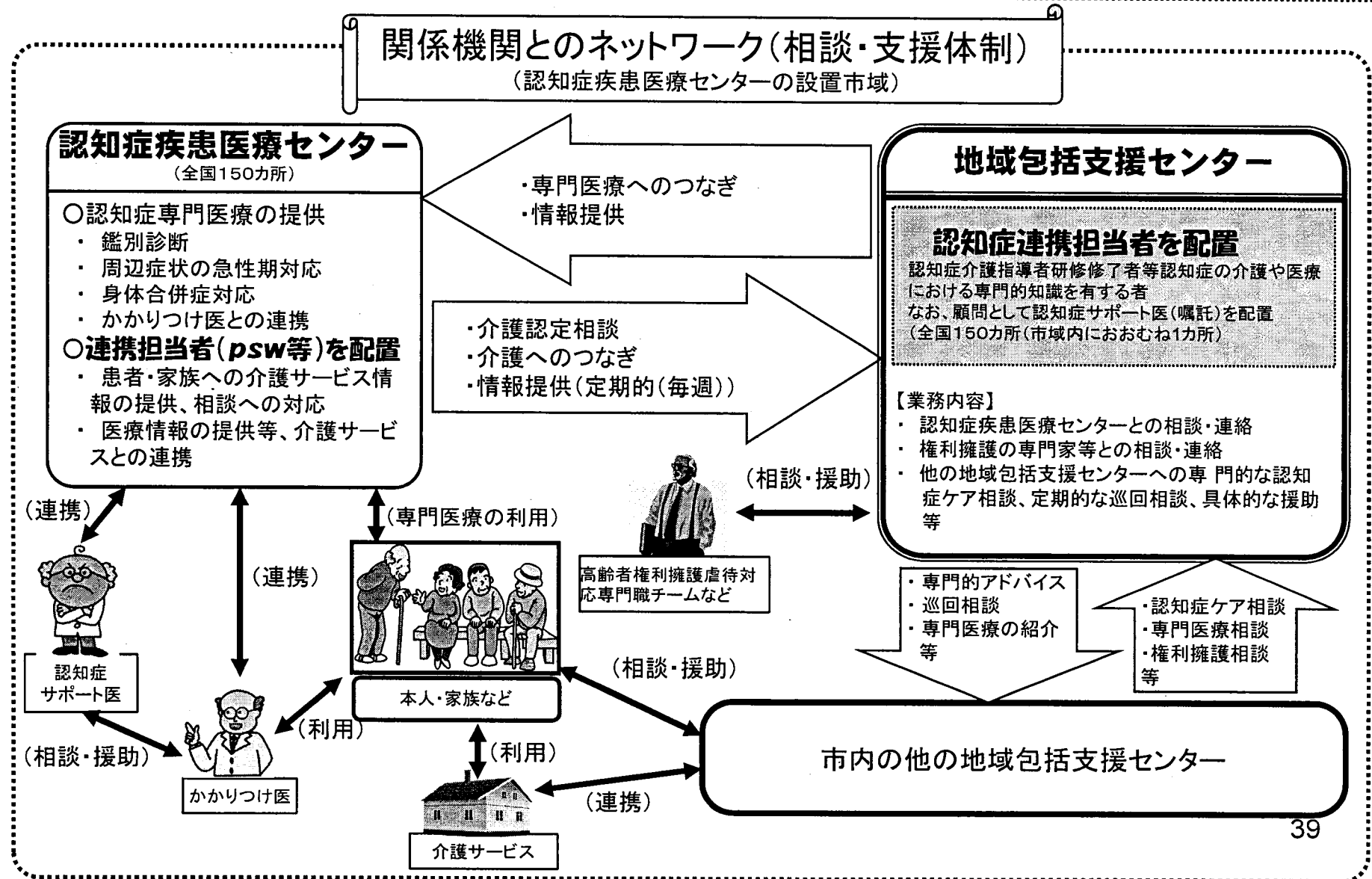
平成21年度予算 516,825千円（前年度比327,750千円増）

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



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

- ① 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

- ② 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
- ③ 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

- ④ 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
- ⑤ 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、国や自治体を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

⑧ 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

・ 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

【老健局所管】

・ 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的見地からの援助を行う。

➤ 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

⑧ 認知症7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

⑧ 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

⑧ 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

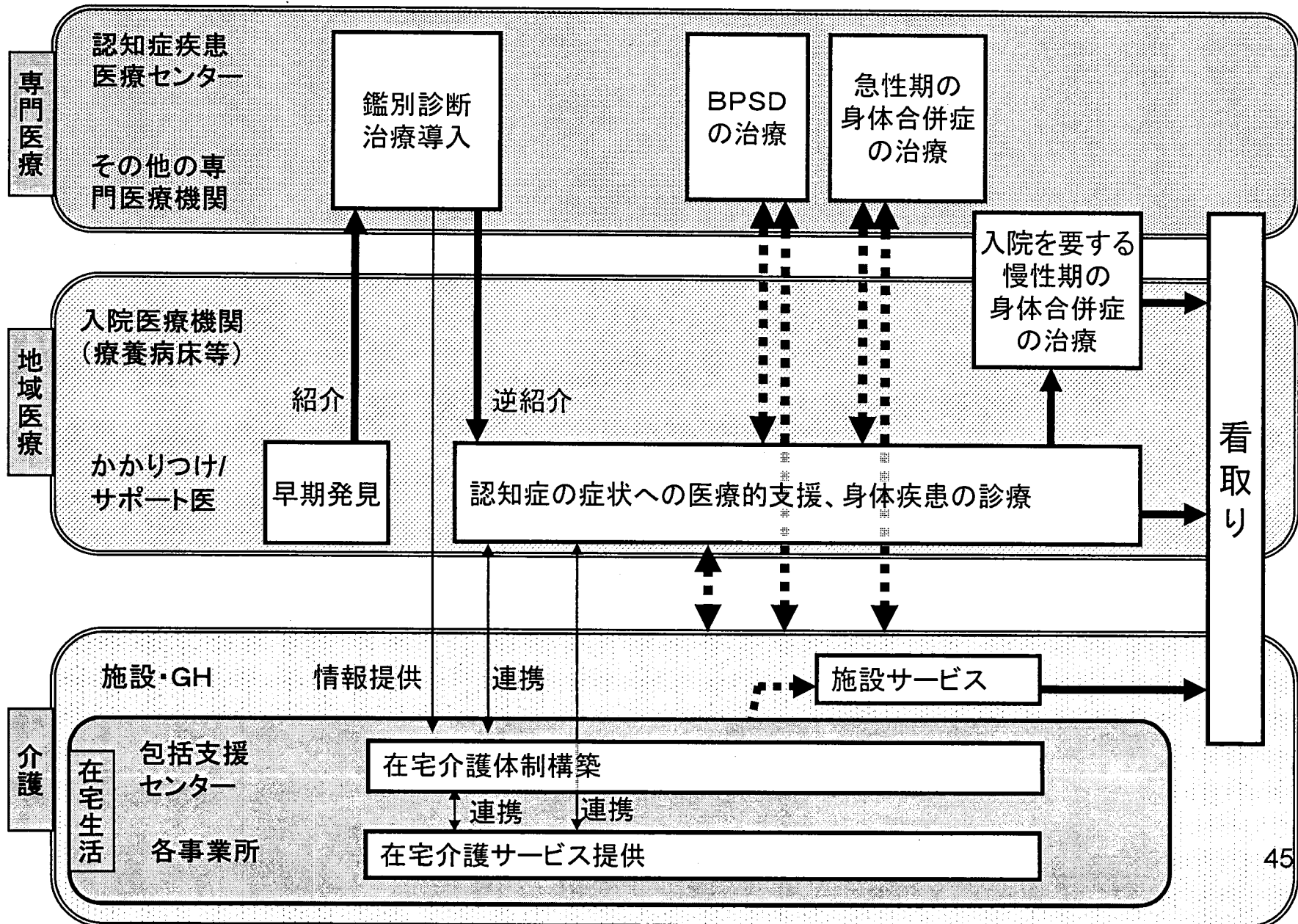
➤ 認知症対策総合研究経費 349,300千円

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・入所の場合

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・入所の場合について、どう考えるか。