

日薬業発第204号  
平成24年10月24日

都道府県薬剤師会会長 殿

日本薬剤師会  
会長 児玉 孝

### 精神疾患の医療体制の構築に係る指針について

標記につきまして、厚生労働省医政局指導課長、社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長、老健局高齢者支援課長より下記1のとおり通知がありましたのでお知らせいたします。

本件は、平成25年度から実施される都道府県の新たな医療計画の策定に向けて、精神疾患に係る医療体制について示されている「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」(以下、「精神疾患指針」)について、認知症の医療体制に係る具体的な内容を盛り込み改正されたことに関するものです。

改正後の精神疾患指針において、「第2.医療機関とその連携」の2.(5)が認知症にかかる項目であり、薬局も関係機関として明示されております。

貴会におかれましては、都道府県の薬務主管課をはじめ医務主管課等と十分な連携を図るとともに、新たな医療計画に薬局の機能等が盛り込まれるよう、ご尽力の程よろしくお願い申し上げます。

なお、認知症対策については、本年6月18日に厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチームが「今後の認知症施策の方向性について」をとりまとめ、これを受けて厚生労働省にて「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」が策定、公表されておりますので、併せて情報提供いたします。

#### 記

1. 精神疾患の医療体制の構築に係る指針について(医政指発1009第4号、障精発1009第2号、老高発1009第3号)
2. 「今後の認知症施策の方向性について」(平成24年6月18日)
3. 「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」(平成24年9月5日)

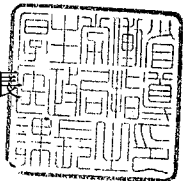
以上



医政指発 1009 第 4 号  
障精発 1009 第 2 号  
老高発 1009 第 3 号  
平成 24 年 10 月 9 日

公益社団法人日本薬剤師会会長 殿

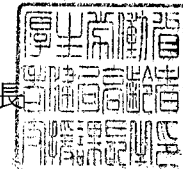
厚生労働省医政局指導課長



厚生労働省社会・援護局  
障害保健福祉部精神・障害保健課長



厚生労働省老健局高齢者支援課長



精神疾患の医療体制の構築に係る指針について

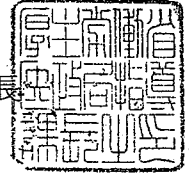
標記について、別添のとおり各都道府県知事あてに通知しましたので、ご  
知方よろしくお願いたします。



医政指発 1009 第 1 号  
障精発 1009 第 1 号  
老高発 1009 第 2 号  
平成 24 年 10 月 9 日

各都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省医政局指導課長



厚生労働省社会・援護局

障害保健福祉部精神・障害保健課長



厚生労働省老健局高齢者支援課長



### 精神疾患の医療体制の構築に係る指針の改正について

医療法（昭和 23 年法律第 205 号。以下「法」という。）第 30 条の 4 の規定に基づく新たな医療計画の策定に関しては、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成 24 年 3 月 30 日医政指発 0330 第 9 号。以下「指導課長通知」という。）を平成 24 年 3 月 30 日に発出している。

指導課長通知の「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」（以下「精神疾患指針」という。）中、第 2. 2. (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」において、認知症の医療体制に係る具体的な内容については、「今後、関係部局から発出される通知に基づいて作成すること」と規定していたが、今般、これに基づくものとして、本文及び別表 5 に認知症の医療体制に係る記載を盛り込む形で精神疾患指針を改正することにした。については、指導課長通知のうち、精神疾患指針については、改正後のものを用いることとし、新たな医療計画作成のための参考にしていただきたい。

なお、本通知は法第 30 条の 8 に基づく技術的助言であることを申し添える。



○「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」対照表

改正案	現行
<p style="text-align: center;">精神疾患の医療体制の構築に係る指針</p> <p>[第1 精神疾患の現状] [2 精神疾患の医療] (6) 認知症の医療</p> <p>認知症には、アルツハイマー病、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症、正常圧水頭症など様々なものがあり、治療としては、アルツハイマー病に対する薬物療法、認知症の行動・心理症状などの周辺症状に対する対応、認知症の身体合併症対応、家族に対する認知症への対応指導などが行われている<sup>10</sup>。</p> <p>平成20年より、認知症の専門的医療の提供体制を強化するため、認知症疾患医療センター運営事業を開始し、平成24年9月11日現在、全国で180カ所の認知症疾患医療センター（基幹型8、地域型172）が設置されている。平成22年度（97カ所）の認知症疾患医療センターにおける電話及び面談による相談件数は61346件、鑑別診断は23597件となっている。</p> <p>[第2 医療機関とその連携]</p>	<p style="text-align: center;">精神疾患の医療体制の構築に係る指針</p> <p>[第1 精神疾患の現状] [2 精神疾患の医療] (6) 認知症の医療</p> <p>認知症には、アルツハイマー病、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症、正常圧水頭症など様々なものがあり、治療としては、アルツハイマー病に対する薬物療法、BPSD（認知症の行動・心理症状）などの周辺症状に対する対応、認知症の身体合併症対応、家族に対する認知症への対応指導などが行われている<sup>10</sup>。</p> <p>平成20年より、認知症の専門的医療の提供体制を強化するため、認知症疾患医療センター運営事業を開始し、平成24年3月1日現在、全国で155カ所の認知症疾患医療センター（基幹型5、地域型150）が設置されている。平成22年度（97カ所）の認知症疾患医療センターにおける電話及び面談による相談件数は61346件、鑑別診断は23597件となっている。</p> <p>[第2 医療機関とその連携]</p>

[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

・ 認知症の人が、早期の診断や、周辺症状への対応を含む治療を受けられ、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるために、医療サービスが介護サービス等と連携しつつ、総合的に提供されること

・ 認知症疾患医療センター※1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※2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力所が望ましい。）を確保すること

・ 認知症の行動・心理状態で入院が必要な場合でも、できる限り短い期間での退院を目指すために、ある月に新たに精神科病院に入院した認知症の人（認知症治療病棟に入院した患者）のうち、50%が退院できるまでの期間を平成32年度までに2ヶ月（現在は6ヶ月）とできるような体制を整備すること

※1 認知症疾患医療センター：保健・医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症に関する詳細な診断や、認知症の行動・心理症状と身体合併症に対する急性期治療、

[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】

認知症の方が、早期の診断や、周辺症状への対応を含む治療を受けられ、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるように医療提供体制の構築を目標とする。具体的な内容については、今後、関係部局から発出される通知に基づいて作成すること。

専門医療相談等を実施するものとして、各都道府県（指定都市）が指定した医療機関

※2 認知症の鑑別診断を行える医療機関：認知症患者医療センターに配置すべき医師と同等の医師及び臨床心理技術者（兼務可）が配置されている医療機関

② 医療機関に求められる事項

（認知症のかかりつけ医となる診療所・病院）

- ・ 地域包括支援センターや介護支援専門員等と連携して、認知症の人の日常的な診療※1を行うこと
- ・ 認知症の可能性について判断でき、認知症を疑った場合、速やかに認知症患者医療センター等の専門医療機関を紹介できること
- ・ 専門医療機関と連携して、認知症の治療計画や介護サービス、緊急時の対応等が記載された認知症療養計画に基づき患者やその家族等に療養方針を説明し、療養支援を行うこと
- ・ 認知症への対応力向上のための研修等に参加していること
- ・ 認知症患者医療センター、訪問看護事業所、地域包括支援センター、介護サービス事業所等との連携会議等に参加し、関係機関との連携を図ること
- ・ 上記の連携にあたっては、その推進役として認知症



サポート医※<sup>2</sup>等が、認知症の専門医療機関や地域包括支援センター等の情報を把握し、かかりつけの医師からの相談を受けて助言等を行うなど、関係機関とのつなぎを行うこと

※1 日常的な診療については、「在宅医療の体制構築に係る指針」も参考にすること。

※2 認知症サポート医：認知症サポート医養成研修を受講し、地域において医療と介護が一体となった認知症の人への支援体制構築の役割を担う医師

(認知症疾患医療センター)

・ 認知症疾患医療センター運営事業の実施要綱を踏まえ、診断や治療など、それぞれの類型に応じた認知症疾患医療センターとしての役割を果たすこと

(入院医療機関)

・ 入院医療機関は、認知症疾患医療センター、訪問看護事業所、地域包括支援センター、介護サービス事業所等と連携体制を有し、退院支援・地域連携クリティカルパスの活用等により、退院支援に努めていること

・ 退院支援部署を有すること

③ 関係機関の例

・ 病院・診療所

・ 認知症疾患医療センター

・ 認知症の専門医療機関（認知症の専門病棟を有する

病院等)

・ 訪問看護事業所

・ 薬局

### [第3 構築の具体的な手順]

#### [1 現状の把握]

都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、(1)(2)に示す項目を参考に、患者動向、医療資源及び医療連携等について、現状を把握する。

さらに、(3)に示す、医療機能ごとおよびストラクチャール・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握する。

なお、(1)～(3)の各項目について、参考として調査名を示しているが、その必要に応じて調査を追加された

い。

#### (1) 患者動向に関する情報

- ・ ころの状態 (国民生活基礎調査)
- ・ 総患者数及びその内訳 (性・年齢階級別、疾病小分類別、入院形態別) (患者調査、精神保健福祉資料)
- ・ 年齢調整受療率 (精神疾患) (患者調査)
- ・ 退院患者平均在院日数 (患者調査)
- ・ 副傷病に精神疾患を有する患者の割合 (患者調査)
- ・ 精神科デイ・ケア等の利用者数 (精神保健福祉資料)

### [第3 構築の具体的な手順]

#### [1 現状の把握]

都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、(1)(2)に示す項目を参考に、患者動向、医療資源及び医療連携等について、現状を把握する。

さらに、(3)に示す、医療機能ごとおよびストラクチャール・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握する。

なお、(1)～(3)の各項目について、参考として調査名を示しているが、その必要に応じて調査を追加された

い。

#### (1) 患者動向に関する情報

- ・ ころの状態 (国民生活基礎調査)
- ・ 総患者数及びその内訳 (性・年齢階級別、疾病小分類別、入院形態別) (患者調査、精神保健福祉資料)
- ・ 年齢調整受療率 (精神疾患) (患者調査)
- ・ 退院患者平均在院日数 (患者調査)
- ・ 副傷病に精神疾患を有する患者の割合 (患者調査)
- ・ 精神科デイ・ケア等の利用者数 (精神保健福祉資料)

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 精神科訪問看護の利用者数（精神保健福祉資料）</li> <li>・ 1年未満及び1年以上入院者の平均退院率（精神保健福祉資料）</li> <li>・ 在院期間5年以上かつ65歳以上の退院患者数（精神保健福祉資料）</li> <li>・ 3ヶ月以内再入院率（精神保健福祉資料）</li> <li>・ 自殺死亡率（人口動態統計、都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計））</li> <li>・ 医療施設を受療した認知症患者のうち外来患者の割合（患者調査）</li> <li>・ 認知症の退院患者平均在院日数（患者調査）</li> <li>・ 認知症新規入院患者2ヶ月以内退院率（精神保健福祉資料）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 精神科訪問看護の利用者数（精神保健福祉資料）</li> <li>・ 1年未満及び1年以上入院者の平均退院率（精神保健福祉資料）</li> <li>・ 在院期間5年以上かつ65歳以上の退院患者数（精神保健福祉資料）</li> <li>・ 3ヶ月以内再入院率（精神保健福祉資料）</li> <li>・ 自殺死亡率（人口動態統計、都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計））</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>(2) 医療資源・連携等に関する情報</li> <li>・ 従事者数、医療機関数（病院報告、医療施設調査、事業報告）</li> <li>・ 往診・訪問診療を提供する精神科病院・診療所数（医療施設調査）</li> <li>・ 精神科訪問看護を提供する病院・診療所数（医療施設調査）</li> <li>・ 訪問看護ステーション数、薬局数（「在宅医療」を参照）</li> <li>・ 精神科救急医療施設数（事業報告）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(2) 医療資源・連携等に関する情報</li> <li>・ 従事者数、医療機関数（病院報告、医療施設調査、事業報告）</li> <li>・ 往診・訪問診療を提供する精神科病院・診療所数（医療施設調査）</li> <li>・ 精神科訪問看護を提供する病院・診療所数（医療施設調査）</li> <li>・ 訪問看護ステーション数、薬局数（「在宅医療」を参照）</li> <li>・ 精神科救急医療施設数（事業報告）</li> </ul>

<p>設状況（事業報告）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療観察法指定通院医療機関数</li> <li>地域連携クリニック導入率</li> <li>GP（内科等身体疾患を担当する科と精神科）連携会議の開催地域数及び、紹介システム構築地区数</li> <li>向精神薬（抗精神病薬、抗うつ薬、睡眠薬、抗不安薬）の薬剤種類数</li> <li>抗精神病薬の単剤率</li> <li>かかりつけ医認知症対応力向上研修参加者数（事業報告）</li> <li>認知症サポート医養成研修修了者数（事業報告）</li> <li>類型別の認知症疾患医療センター数（事業報告）</li> <li>認知症疾患医療センター鑑別診断件数及び入院件数（事業報告）</li> <li>重度認知症患者デイ・ケア実施施設数（精神保健福祉資料）</li> <li>重度認知症患者デイ・ケアの利用者数（精神保健福祉資料）</li> <li>認知症の地域連携クリニック導入率</li> </ul> <p>また、現状把握の際には、在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（在宅療養支援診療所数など）も参考にすること。</p>	<p>精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターの開設状況（事業報告）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医療観察法指定通院医療機関数</li> <li>地域連携クリニック導入率</li> <li>GP（内科等身体疾患を担当する科と精神科）連携会議の開催地域数及び、紹介システム構築地区数</li> <li>向精神薬（抗精神病薬、抗うつ薬、睡眠薬、抗不安薬）の薬剤種類数</li> <li>抗精神病薬の単剤率</li> </ul>
---	---

[3 連携の検討]

(1) 都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、患者の状態に応じた総合的な支援が提供できるよう、精神科を含む医療機関、保健・福祉等に関する機関、福祉・介護サービス施設及び事業所、ハローワーク、地域障害者職業センター、地域包括支援センター等の地域の関係機関の連携が醸成されるよう配慮する。

また、精神科を含む医療機関、消防機関、地域医師会、保健・福祉等に関する機関等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する医療機関・保健・福祉等に関する機関・医師等専門職種の情報の共有に努める。

さらに、都道府県は、精神疾患患者への対応に関する知識の向上に資する研修会の実施等により、かかりつけの医師や精神科訪問看護に従事する職員等の人材育成に努め、また医療連携の円滑な実施のため、精神疾患患者の退院支援や福祉・介護サービス事業者との連携、他の診療科との連携等が推進されるよう関係機関との連絡調整に努める。

[3 連携の検討]

(1) 都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、患者の状態に応じた総合的な支援が提供できるよう、精神科を含む医療機関、保健・福祉等に関する機関、福祉・介護サービス施設及び事業所、ハローワーク、地域障害者職業センター等の地域の関係機関の連携が醸成されるよう配慮する。

また、精神科を含む医療機関、消防機関、地域医師会、保健・福祉等に関する機関等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する医療機関・保健・福祉等に関する機関・医師等専門職種の情報の共有に努める。

さらに、都道府県は、精神疾患患者への対応に関する知識の向上に資する研修会の実施等により、かかりつけの医師や精神科訪問看護に従事する職員等の人材育成に努め、また医療連携の円滑な実施のため、精神疾患患者の退院支援や福祉・介護サービス事業者との連携、他の診療科との連携等が推進されるよう関係機関との連絡調整に努める。

別表5 精神疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例(認知症の指標例を含む)

指標	予防・アクセス (うつ病・認知症を含む)	治療・回復・社会復帰 (うつ病・認知症を含む)	精神科救急		身体合併症		専門医療	
			精神科救急医療施設数 【事業報告】	精神科救急医療施設数 【事業報告】	精神科救急・合併症対応施設数 【事業報告】	児童思春期精神科入院医療管理加算届 出医療機関数 【診療報酬施設基準】		
ストラクチャー 指標	○	かかりつけ医等心の健康対応力向上研修参加者数 【事業報告】	○	精神科救急医療施設数 【事業報告】	○	精神科救急・合併症対応施設数 【事業報告】	○	児童思春期精神科入院医療管理加算届出医療機関数 【診療報酬施設基準】
	○	GP連携会議の開催地域数、及び紹介システム構築地区数	○	精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターの開設状況 【事業報告】	○	救命救急センターで「精神科」を有する施設数 【医療施設調査】	○	小児入院医療管理料5届出医療機関数 【診療報酬施設基準】
	○	かかりつけ医認知症対応力向上研修参加者数 【事業報告】	○	精神科救急入院・院外・精神科急性期治療病棟入院料届出施設数 【診療報酬施設基準】	○	入院を要する救急医療体制で「精神科」を有する施設数 【医療施設調査】	○	重度アロコール依存症入院医療管理加算届出医療機関数 【診療報酬施設基準】
	○	認知症サポート医養成研修修了者数 【事業報告】	○	精神科救急医療体制を有する病院・診療所数 【医療施設調査】	○	精神科病床を有する一般病院数 【医療施設調査】	○	医療観察法指定通院医療機関数 【指定通院医療機関の指定】
	○	保健所及び市町村が実施した精神保健福祉相談等の実施指導実人員・延人員 【地域保健・健康増進事業報告】	○	精神科救急医療機関の夜間・休日の受診件数・入院件数 【事業報告】	○	副傷病に精神疾患を有する患者の割合 【患者調査(個票)】	○	在宅通院精神療法の20歳未満加算 【NDB】
プロセス 指標	○	精神保健福祉センターにおける相談等の活動 【衛生行政報告例】	○	精神科救急情報センターへの相談件数 【事業報告】	○	精神科身体合併症管理加算 【NDB】		
	○	保健所及び市町村が実施した精神保健福祉訪問指導の相談指導実人員・延人員 【地域保健・健康増進事業報告】	○	年間措置患者・医療保護入院患者数(人口10万あたり) 【衛生行政報告】	○			
	○	精神保健福祉センターにおける訪問指導の実人員・延人員 【衛生行政報告例】	○	抗精神病薬の単剤率 【精神保健福祉資料】	○			
	○	精神障害者社会復帰施設等の利用実人員数 【精神保健福祉資料】	○	精神障害者手帳交付数 【衛生行政報告例】	○			
	○	精神科デイケア等の利用者数(重度認知症患者デイケアを含む) 【精神保健福祉資料】	○	精神科訪問看護の利用者数 【精神保健福祉資料】	○			
アウトカム 指標	○	○	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○	○	○	○

○: 必須指標, ○: 任意指標



## 精神疾患の医療体制の構築に係る指針

平成24年 3月30日 制定

平成24年10月 9日一部改正

精神疾患は、症状が多彩にもかかわらず自覚しにくいという特徴があるため、症状が比較的軽いうちには精神科医を受診せず、症状が重くなり入院治療が必要になって初めて精神科医を受診するという場合が少なくない。また、重症化してから入院すると、治療が困難になるなど、長期の入院が必要となってしまう場合もある。しかしながら、精神医学の進歩によって、発症してからできるだけ早期に必要な精神科医療が提供されれば、回復又は寛解し、再び地域生活や社会生活を営むことができるようになってきている。

精神疾患に罹患しても、より多くの方がそれを克服し、地域や社会で生活できるようにするため、患者やその家族等に対して、精神科医療機関や関係機関が連携しながら、必要な精神科医療が提供される体制を構築する必要がある。

本指針では、「第1 精神疾患の現状」で精神疾患の疫学や、どのような医療が行われているのかを概観し、「第2 医療機関とその連携」でどのような医療体制を構築すべきかを示している。

都道府県は、これらを踏まえつつ、「第3 構築の具体的な手順」に即して、地域の現状を把握・分析し、また各病期に求められる医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とさらにそれらの医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。

### 第1 精神疾患の現状

#### 1 精神疾患の疫学

##### (1) 精神疾患の範囲

精神疾患にはさまざまな定義が存在するが、本指針では、主に世界保健機関（WHO）による国際疾病分類第10版（ICD-10）の「精神および行動の障害」に記載されている疾患を対象とし、福祉サービス等との連携も考慮し、現行の精神障害者保健福祉手帳<sup>1</sup>の対象となっている「てんかん」も対象とする。また、近年患者数が増加している「うつ病」と「認知症」、さらに、精神科救急や緩和ケアなど精神医療に関わる分野についても、考慮することとする。

<sup>1</sup> 精神障害者保健福祉手帳の障害者等級の判定基準(平成7年9月12日健医発第1133号厚生労働省保健医療局長通知)



## (2) 精神疾患の現状

精神疾患は、近年その患者数が急増しており、平成20年には320万人を超える水準となっている<sup>2</sup>。我が国での調査結果では、国民の4人に1人(25%)が生涯でうつ病等の気分障害、不安障害及び物質関連障害のいずれかを経験していることが明らかとなっている<sup>3</sup>。また、WHOによると、世界で1000人に7人(0.7%)が統合失調症に罹患している<sup>4</sup>。

自殺者数は、平成10年以降14年連続で3万人を超える水準となっており、その要因うち、健康問題の中では、うつ病が多くなっている<sup>5</sup>。

精神疾患にはこのほか、発達障害や、高齢化の進行に伴って急増しているアルツハイマー病等の認知症等も含まれており、精神疾患は住民に広く関わる疾患である。

また、精神疾患は、あらゆる年齢層で疾病により生じる負担が大きく、また、精神疾患にかかると稼働能力の低下などにより、本人の生活の質の低下をもたらすとともに、社会経済的な損失を生じている<sup>6</sup>。

## 2 精神疾患の医療

### (1) 予防

高血圧や糖尿病、がんなどの予防はエビデンスに基づいた方法が確立しているが、精神疾患については、その必要性は認識されているものの予防の効果を実証することが困難であり、具体的な方法は確立されているとはいえない。しかし、適度な運動や、バランスのとれた栄養・食生活は身体だけでなくこころの健康においても重要な基礎となるものである。これらに、心身の疲労の回復と充実した人生を目指す「休養」が加えられ、健康のための3つの要素とされてきたところである。さらに、十分な睡眠をとり、ストレスと上手につきあうことはこころの健康に欠かせない要素となっている<sup>7</sup>。

### (2) 診断

2 厚生労働省「患者調査」(平成20年)

3 厚生労働科学研究「こころの健康についての疫学調査に関する研究」(研究代表者川上憲人)(平成18年)

4 WHO「Schizophrenia and public health」(1998年)

5 内閣府「自殺対策白書」(平成23年度)、「平成23年中における自殺の概況」(平成24年)

6 厚生労働省障害者福祉総合推進事業「精神疾患の社会的コストの推計報告書」(平成22年)

7 厚生労働省「健康日本21」

精神疾患の診断の基本は、十分な観察・問診による精神症状の正確な把握であり、心理検査等の検査が診断の補助として行われている。精神疾患は、内科などに比べ客観的な指標が乏しいが、近年、神経画像・脳機能画像などの技術が進歩しており、客観的診断方法として期待されている。

診断においては、身体疾患に起因する症状性精神障害なども考慮し、精神症状のみならず全身状態の把握も重要である。

また、身体疾患で内科等を受診した患者に、うつ病等の精神疾患が疑われる場合には、速やかに精神科医に紹介することにより、正確な診断が行われることが、適切な治療選択の観点からも重要と考えられる。

### (3) 治療

精神疾患の治療においては、薬物療法が中心となるが、向精神薬（抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬、睡眠薬）を処方する際は、必要な投与期間、出現しうるすべての有害作用に対する対処法、奏功しなかった場合の代替薬物、長期投与の適応などの知識をもとに、治療計画を患者とその家族等に説明しておく必要がある<sup>8</sup>。また、診断、治療の両方において、生物学的、心理学的、社会文化的側面を考慮できる視点も必要<sup>8</sup>であり、生活習慣の改善や、専門的な精神療法、作業療法、精神科デイ・ケアなど、薬物療法以外の治療法も重要と考えられる。

### (4) 合併症の治療

精神疾患においては、その疾病の特性から身体疾患の発見が遅れがちになる。したがって、診察においては精神症状だけでなく、身体疾患の有無にも注意を払う必要がある。このため、身体疾患を合併する患者については、それを担当する内科医等と、地域の連携会議等を通じて、日頃から連携している必要がある。

### (5) うつ病の医療

うつ病の診断では、うつ病だけではなく、甲状腺疾患、副腎疾患、脾疾患、膠原病、悪性腫瘍、脳血管障害など身体疾患でもうつ状態を呈することに留意し<sup>9</sup>、また、双極性障害、認知症、統合失調症などの精神疾患との鑑別も考慮する必要がある。さらに、アルコール依存症との併存や、身体疾患の治療目的で使用されている薬物によるうつ病にも注意が必要である。

<sup>8</sup> カプラン臨床精神医学テキスト第2版「DSM-IV-TR 診断基準の臨床への展開」（監訳 井上令一、四宮滋子）メディカル・サイエンス・インターナショナル

<sup>9</sup> 「よくわかる うつ病のすべて -早期発見から治療まで-」（編集 鹿島晴雄、宮岡等）永井書店

うつ病の診断には、上記の鑑別診断を考慮に入れた詳細な問診が不可欠であり、心理検査を補助的に用いることがある。

治療は、抗うつ薬を中心としつつ、認知行動療法等の精神療法など非薬物療法も行われている。

#### (6) 認知症の医療

認知症には、アルツハイマー病、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭型認知症、正常圧水頭症など様々なものがあり、治療としては、アルツハイマー病に対する薬物療法、認知症の行動・心理症状などの周辺症状に対する対応、認知症の身体合併症対応、家族に対する認知症への対応指導などが行われている<sup>10</sup>。

平成20年より、認知症の専門的医療の提供体制を強化するため、認知症疾患医療センター運営事業を開始し、平成24年9月11日現在、全国で180カ所の認知症疾患医療センター（基幹型8、地域型172）が設置されている。平成22年度（97カ所）の認知症疾患医療センターにおける電話及び面談による相談件数は61346件、鑑別診断は23597件となっている。

### 3 精神疾患の医療体制

#### (1) 精神科医療機関等の状況

病院数は近年減少傾向にあるが、平成22年に精神病床を有する病院数は1667病院、精神科病院（精神病床のみを有する病院）数は1082病院で、平成8年以降ほぼ横ばいとなっている<sup>11</sup>。また、精神病床数は、平成10年以降減少傾向にあり、平成22年に34万6715床となっている<sup>11</sup>。

一般診療所の数は、平成11年に9万1500診療所、平成20年に9万9083診療所、精神科を標榜する診療所の数（重複計上）は、平成11年に3682診療所、平成20年に5629診療所と、精神科を標榜する診療所は一般診療所の増加を上回る率で増加し、平成20年には一般診療所の5.7%を占めている<sup>12</sup>。

精神科医師数（精神科を主たる診療科とする医師数）は、平成22年に1万4201人であり、平成12年から平成22年までの間に医師全体の数は約3.9万人増加しているのに対し、精神科医師数は3138人増加しており、医師数全体の増加割合を上回って増加している<sup>13</sup>。平成12年と平成22年と

10 厚生労働科学研究「精神科救急医療、特に身体合併症や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」（主任研究者 黒澤尚）（平成20年）

11 厚生労働省「医療施設調査（動態）」（平成22年）

12 厚生労働省「医療施設調査（静態）」（平成20年）

13 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成22年）

を比較すると、病院に勤務する精神科医師数の増加割合は約 1.2 倍であるのに対し、診療所で勤務する精神科医師数の増加割合は約 2 倍と、診療所に勤務する精神科医師数の増加が顕著である<sup>13</sup>。

## (2) 精神科救急医療（身体疾患を合併する精神疾患患者含む）

精神科救急医療の状況については、精神科救急医療体制整備事業等を通じて体制整備を図ってきている。平成 22 年度の事業実績によると、精神科救急医療圏 148 か所、精神科救急医療施設 1069 施設（常時対応、輪番対応及び外来対応を含む。）であり、施設数はほぼ横ばいで推移している。一方、夜間・休日における精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターへの電話相談件数は、平成 17 年度は約 8 万件、平成 22 年度は約 15 万件であり、約 2 倍弱に増加している。また、夜間・休日の受診件数、入院件数については、平成 17 年度はそれぞれ約 3 万件、約 1 万 2 千件、平成 22 年度はそれぞれ約 3 万 6 千件、約 1 万 5 千件といずれも増加しており、精神科救急医療体制の充実・強化が求められている。

さらに、近年、身体疾患を合併する精神疾患患者が増加している。救命救急センターの入院患者のうち 12% に精神医療の必要性があり、そのうち 18.5%（全体の 2.2%）が身体疾患と精神疾患ともに入院医療を要するとの報告がある<sup>14</sup>。また、精神病床を有する総合病院の調査から、身体疾患と精神疾患共に入院水準の患者の発生する割合は、人口万対年間 2.5 件との推計がある<sup>15</sup>。一方で、精神疾患を背景に有する患者は、救急搬送において医療機関への受け入れまでに要する時間が、通常の場合に比べて長時間を要している状況にある<sup>16</sup>。

以上のような状況を踏まえ、平成 22 年の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 25 年法律第 123 号）の一部改正により、都道府県による精神科救急医療体制の努力義務（精神保健福祉法第 19 条の 11）が法律上規定され、平成 24 年 4 月から施行されることとなっている。このため、「精神科救急医療体制に関する検討会報告書（平成 23 年 9 月 30 日）」を踏まえて、「精神科救急医療体制の整備に関する指針について」（平成 24 年 3 月 30 日障精発 0330 第 2 号社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長通知）が発出されており、都道府県が整備すべき精神科救急医療体制の具体的な方向性が示されている。

14 厚生労働科学研究「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」（主任研究者 保坂隆）（平成 18 年）

15 厚生労働科学研究「精神科救急医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」（主任研究者 黒澤尚）（平成 19 年）

16 消防庁「平成 20 年度 救急業務高度化推進検討会報告書」（平成 20 年）

## 第2 医療機関とその連携

### 1 目指すべき方向

前記「第1 精神疾患の現状」を踏まえ、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれら医療機関相互及び保健・福祉サービス等との連携により、地域において精神医療が実施される体制を構築する。

- (1) 保健サービスやかかりつけ医等との連携により、精神科医を受診できる機能
- (2) 患者の状態に応じて、外来医療や訪問医療、入院医療等の必要な医療を提供し、保健・福祉等と連携して地域生活や社会生活を支える機能
- (3) 精神科救急患者（身体疾患を合併した患者を含む。）、身体疾患を合併した患者や専門医療が必要な患者等の状態に応じて、速やかに救急医療や専門医療等を提供できる機能
- (4) うつ病の診断及び患者の状態に応じた医療を提供できる機能
- (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

### 2 各医療機能と連携

前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、精神疾患の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(5)に示す。

都道府県は、各医療機能の内容（目標、医療機関に求められる事項等）について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

- (1) 保健サービスやかかりつけ医等との連携により、精神科医を受診できる機能【予防・アクセス】
  - ① 目標
    - ・ 精神疾患の発症を予防すること
    - ・ 精神疾患が疑われる患者が、発症してから精神科医に受診できるまでの期間をできるだけ短縮すること
    - ・ 精神科を標榜する医療機関と地域の保健医療サービス等との連携を行うこと
  - ② 医療機関に求められる事項
    - ・ 住民の精神的健康の増進のための普及啓発、一次予防に協力すること
    - ・ 保健所、精神保健福祉センターや産業保健の関係機関と連携すること

- ・ 精神科医との連携を推進していること（GP（内科等身体疾患を担当する科と精神科）連携※への参画等）
- ・ かかりつけの医師等の対応力向上のための研修等に参加していること

※ GP連携の例：地域レベルでの定期的な連絡会議（内科等身体疾患を担当する科の医師でうつ病患者を発見したときの日常的な連携体制の構築、ケーススタディ等）の開催、精神科医への紹介システムの導入等

### ③ 関係機関の例

- ・ 保健所、精神保健福祉センター、地域産業保健センター、メンタルヘルス対策支援センター、産業保健推進センター等の保健・福祉等の関係機関
- ・ 精神科病院、精神科を標榜する一般病院、精神科診療所
- ・ 一般の医療機関
- ・ 薬局

(2) 精神疾患等の状態に応じて、外来医療や訪問医療、入院医療等の必要な医療を提供し、保健・福祉等と連携して地域生活や社会生活を支える機能【治療・回復・社会復帰】

#### ① 目標

- ・ 患者の状態に応じた精神科医療を提供すること
- ・ 早期の退院に向けて病状が安定するための退院支援を提供すること
- ・ 患者ができるだけ長く、地域生活を継続できること

#### ② 医療機関に求められる事項

- ・ 患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供すること
- ・ 必要に応じ、アウトリーチ（訪問支援）を提供できること
- ・ 精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作ること
- ・ 精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること
- ・ 早期の退院に向けて、病状が安定するための服薬治療や精神科作業療法等の支援や、相談支援事業者等との連携により、退院を支援すること
- ・ 障害福祉サービス事業所、相談支援事業所等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること
- ・ 産業医等を通じた事業者との連携や、地域産業保健センター、メンタルヘルス対策支援センター、産業保健推進センター、ハローワーク、

地域障害者職業センター等と連携し、患者の就職や復職等に必要な支援を提供すること

③ 医療機関等の例

- ・ 精神科病院、精神科を標榜する一般病院、精神科診療所
- ・ 在宅医療\*を提供する病院・診療所
- ・ 薬局
- ・ 訪問看護ステーション

※ 在宅医療一般については、「在宅医療の体制構築に係る指針」を参照。

(3) 精神科救急患者（身体疾患を合併した患者を含む）、身体疾患を合併した患者や専門医療が必要な患者等の状態に応じて、速やかに救急医療や専門医療等を提供できる機能【精神科救急・身体合併症・専門医療】

① 目標

- ・ 24時間365日、精神科救急医療を提供できること
- ・ 24時間365日、身体合併症を有する救急患者に適切な救急医療を提供できること
- ・ 専門的な身体疾患（腎不全、歯科疾患等）を合併する精神疾患患者に対して、必要な医療を提供できること
- ・ 児童精神医療（思春期を含む）、アルコールやその他の薬物などの依存症、てんかん等の専門的な精神科医療を提供できる体制を少なくとも都道府県単位で確保すること
- ・ 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号。以下「医療観察法」という。）の通院処遇対象者に医療を提供する指定通院医療機関について、少なくとも都道府県単位で必要数\*を確保すること

※ 「心神喪失者等医療観察法に基づく指定通院医療機関の推薦依頼について」（平成16年7月9日障精発第0709006号社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長通知）

② 医療機関に求められる事項

- ・ 精神科救急患者の受け入れが可能な設備を有すること（検査室、保護室、手厚い看護体制等）
- ・ 地域の精神科救急医療システムに参画し、地域の医療機関と連携すること
- ・ 精神科救急患者を受け入れる施設では、行動制限の実施状況に関する情報を集約し、外部の評価を受けていることが望ましいこと

- ・ 精神科病院及び精神科診療所は、継続的に診療している自院の患者・家族や精神科救急情報センター等からの問い合わせ等については、地域での連携により夜間・休日も対応できる体制を有すること
- ・ 身体疾患を合併した患者に対応する医療機関については、身体疾患と精神疾患の両方について適切に診断できる（一般の医療機関と精神科医療機関とが連携できる）こと
- ・ 身体疾患を合併する患者に対応する医療機関であって、精神病床で治療する場合は、身体疾患に対応できる医師又は医療機関の診療協力を有すること
- ・ 身体疾患を合併する患者に対応する医療機関であって、一般病床で治療する場合は、精神科リエゾンチーム\*又は精神科医療機関の診療協力を有すること
- ・ 地域の医療機関や、介護・福祉サービス、行政機関等と連携できること
- ・ 専門医療を提供する医療機関は、各専門領域において、適切な診断・検査・治療を行なえる体制を有し、専門領域ごとに必要な、保健・福祉等の行政機関等と連携すること
- ・ 専門医療を提供する医療機関は、他の都道府県の専門医療機関とネットワークを有すること
- ・ 医療観察法指定医療機関は、個別の治療計画を作成し、それに基づき必要な医療の提供を行うとともに、保護観察所を含む行政機関等と連携すること

※ 精神科リエゾンチーム：精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等からなるチーム。一般病棟に入院する精神疾患を有する患者等に対して、精神症状の評価を行い、精神療法や薬物治療等の診療計画の作成、退院後の調整等を行う。

### ③ 関係機関の例

- ・ 精神医療相談窓口、精神科救急情報センター
- ・ 精神科救急医療体制整備事業の精神科救急医療施設
- ・ 精神科病院、精神科を標榜する一般病院、精神科診療所
- ・ 救命救急センター、一般の医療機関
- ・ 人工透析等の可能な専門医療機関
- ・ 歯科を標榜する病院・歯科診療所
- ・ 専門医療を提供する医療機関
- ・ 医療観察法指定通院医療機関



なお、上記のうち、精神科救急医療体制の整備に関しては、「精神科救急医療体制の整備に関する指針について」（平成 24 年 3 月 30 日障精発 0330 第 2 号社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長通知）を参照すること。

(4) うつ病の診断及び患者の状態に応じた医療を提供できる機能【うつ病】

① 目標

- ・ 発症してから、精神科医に受診するまでの期間をできるだけ短縮すること
- ・ うつ病の正確な診断ができ、うつ病の状態に応じた医療を提供できること
- ・ 関係機関が連携して、社会復帰（就職、復職等）に向けた支援を提供できること

② 医療機関に求められる事項

(一般の医療機関)

- ・ うつ病の可能性について判断できること
- ・ 症状が軽快しない場合等\*に適切に紹介できる専門医療機関と連携していること
- ・ 内科等の身体疾患を担当する医師等（救命救急医、産業医を含む）と精神科医との連携会議等（GP 連携事業等）へ参画すること
- ・ うつ病等に対する対応力向上のための研修等に参加していること

※ SSRI などの抗うつ薬で 4 週間経過しても改善が見られない場合、他の精神疾患との鑑別が必要と思われる場合、双極性障害が疑われる場合、自殺念慮が強い場合など（「自殺予防マニュアル第 2 版～地域医療を担う医師へのうつ状態・うつ病の早期発見と対応の指針」平成 20 年日本医師会編集）

(うつ病の診療を担当する精神科医療機関)

- ・ うつ病と双極性障害等のうつ状態を伴う他の疾患について鑑別診断できること
- ・ うつ病の、他の精神障害や身体疾患の合併などを多面的に評価できること
- ・ 患者の状態に応じて、薬物療法及び精神療法等の非薬物療法を含む適切な精神科医療を提供でき、必要に応じて、他の医療機関と連携できること
- ・ 患者の状態に応じて、生活習慣などの環境調整等に関する助言ができること

- ・ かかりつけの医師をはじめとする地域の医療機関と連携していること（例えば、地域のかかりつけの医師等に対するうつ病の診断・治療に関する研修会や事例検討会等への協力）
- ・ 産業医等を通じた事業者との連携や、地域産業保健センター、メンタルヘルス対策支援センター、産業保健推進センター、ハローワーク、地域障害者職業センター等との連携、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所等との連携により、患者の就職や復職等に必要な支援を提供すること

③ 医療機関等の例

- ・ 精神科病院、精神科を標榜する一般病院、精神科診療所
- ・ 一般の医療機関
- ・ 薬局

(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

- ・ 認知症の人が、早期の診断や、周辺症状への対応を含む治療等を受けられ、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるために、医療サービスが介護サービス等と連携しつつ、総合的に提供されること
- ・ 認知症疾患医療センター<sup>※1</sup>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<sup>※2</sup>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
- ・ 認知症の行動・心理症状で入院が必要な場合でも、できる限り短い期間での退院を目指すために、ある月に新たに精神科病院に入院した認知症の人（認知症治療病棟に入院した患者）のうち、50%が退院できるまでの期間を平成32年度までに2ヶ月（現在は6ヶ月）とできるよう体制を整備すること

※1 認知症疾患医療センター：保健・医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症に関する詳細な診断や、認知症の行動・心理症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施するものとして、各都道府県（指定都市）が指定した医療機関

※2 認知症の鑑別診断を行える医療機関：認知症疾患医療センターに配置すべき医師と同等の医師及び臨床心理技術者（兼務可）が配置されている医療機関

② 医療機関に求められる事項

(認知症のかかりつけ医となる診療所・病院)

- ・ 地域包括支援センターや介護支援専門員等と連携して、認知症の人の日常的な診療<sup>※1</sup>を行うこと
- ・ 認知症の可能性について判断でき、認知症を疑った場合、速やかに認知症疾患医療センター等の専門医療機関を紹介できること
- ・ 専門医療機関と連携して、認知症の治療計画や介護サービス、緊急時の対応等が記載された認知症療養計画に基づき患者やその家族等に療養方針を説明し、療養支援を行うこと
- ・ 認知症への対応力向上のための研修等に参加していること
- ・ 認知症疾患医療センター、訪問看護事業所、地域包括支援センター、介護サービス事業所等との連携会議等に参加し、関係機関との連携を図ること
- ・ 上記の連携にあたっては、その推進役として認知症サポート医<sup>※2</sup>等が、認知症の専門医療機関や地域包括支援センター等の情報を把握し、かかりつけの医師からの相談を受けて助言等を行うなど、関係機関とのつなぎを行うこと

※1 日常的な診療については、「在宅医療の体制構築に係る指針」も参考にすること。

※2 認知症サポート医：認知症サポート医養成研修を受講し、地域において医療と介護が一体となった認知症の人への支援体制構築の役割を担う医師（認知症疾患医療センター）

- ・ 認知症疾患医療センター運営事業の実施要綱を踏まえ、診断や治療など、それぞれの類型に応じた認知症疾患医療センターとしての役割を果たすこと

(入院医療機関)

- ・ 入院医療機関は、認知症疾患医療センター、訪問看護事業所、地域包括支援センター、介護サービス事業所等と連携体制を有し、退院支援・地域連携クリティカルパスの活用等により、退院支援に努めていること
- ・ 退院支援部署を有すること

### ③ 関係機関の例

- ・ 病院・診療所
- ・ 認知症疾患医療センター
- ・ 認知症の専門医療機関（認知症の専門病棟を有する病院等）
- ・ 訪問看護事業所
- ・ 薬局

### 第3 構築の具体的な手順

#### 1 現状の把握

都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、(1)(2)に示す項目を参考に、患者動向、医療資源及び医療連携等について、現状を把握する。

さらに、(3)に示す、医療機能ごとおよびストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、数値で客観的に現状を把握する。

なお、(1)～(3)の各項目について、参考として調査名を示しているが、その他必要に応じて調査を追加されたい。

##### (1) 患者動向に関する情報

- ・ ところの状態（国民生活基礎調査）
- ・ 総患者数及びその内訳（性・年齢階級別、疾病小分類別、入院形態別）（患者調査、精神保健福祉資料）
- ・ 年齢調整受療率（精神疾患）（患者調査）
- ・ 退院患者平均在院日数（患者調査）
- ・ 副傷病に精神疾患を有する患者の割合（患者調査）
- ・ 精神科デイ・ケア等の利用者数（精神保健福祉資料）
- ・ 精神科訪問看護の利用者数（精神保健福祉資料）
- ・ 1年未満及び1年以上入院者の平均退院率（精神保健福祉資料）
- ・ 在院期間5年以上かつ65歳以上の退院患者数（精神保健福祉資料）
- ・ 3ヶ月以内再入院率（精神保健福祉資料）
- ・ 自殺死亡率（人口動態統計、都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計））
- ・ 医療施設を受療した認知症患者のうち外来患者の割合（患者調査）
- ・ 認知症の退院患者平均在院日数（患者調査）
- ・ 認知症新規入院患者2ヶ月目以内退院率（精神保健福祉資料）

##### (2) 医療資源・連携等に関する情報

- ・ 従事者数、医療機関数（病院報告、医療施設調査、事業報告）
- ・ 往診・訪問診療を提供する精神科病院・診療所数（医療施設調査）
- ・ 精神科訪問看護を提供する病院・診療所数（医療施設調査）
- ・ 訪問看護ステーション数、薬局数
- ・ 精神科救急医療施設数（事業報告）
- ・ 精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターの開設状況（事業報告）
- ・ 医療観察法指定通院医療機関数
- ・ 地域連携クリティカルパス導入率

- ・ GP（内科等身体疾患を担当する科と精神科）連携会議の開催地域数及び、紹介システム構築地区数
- ・ 向精神薬（抗精神病薬、抗うつ薬、睡眠薬、抗不安薬）の薬剤種類数
- ・ 抗精神病薬の単剤率
- ・ かかりつけ医認知症対応力向上研修参加者数（事業報告）
- ・ 認知症サポート医養成研修修了者数（事業報告）
- ・ 類型別の認知症疾患医療センター数（事業報告）
- ・ 認知症疾患医療センター鑑別診断件数及び入院件数（事業報告）
- ・ 重度認知症患者デイ・ケア実施施設数（精神保健福祉資料）
- ・ 重度認知症患者デイ・ケアの利用者数（精神保健福祉資料）
- ・ 認知症の地域連携クリティカルパス導入率

また、現状把握の際には、在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例（在宅療養支援診療所数など）も参考にすること。

### (3) 指標による現状把握

別表5に掲げるような、医療機能ごと及びストラクチャー・プロセス・アウトカムごとに分類された指標例により、地域の医療提供体制の現状を客観的に把握し、医療計画に記載する。その際、公的統計等により全都道府県で入手可能な指標（必須指標）と、独自調査やデータ解析等により入手可能な指標（推奨指標）に留意して、把握すること。

## 2 圏域の設定

- (1) 都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、「第2 医療機関とその連携」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、精神疾患患者の病期及び状態に応じて、求められる医療機能を明確にして、圏域を設定する。
- (2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定を行うこともあり得る。
- (3) 圏域を設定するに当たっては、二次医療圏を基本としつつ、障害保健福祉圏域、老人福祉圏域等との連携も考慮し、それぞれの医療機能及び地域の医療資源等の実情を勘案して弾力的に設定する。
- (4) 検討を行う場合は、地域医師会等の医療関係団体、現に精神疾患の診療に従事する者、消防防災主管部局、福祉関係団体、住民・患者及びその家族、市町村等の各代表が参画する。

### 3 連携の検討

- (1) 都道府県は、精神疾患の医療体制を構築するに当たって、患者の状態に応じた総合的な支援が提供できるよう、精神科を含む医療機関、保健・福祉等に関する機関、福祉・介護サービス施設及び事業所、ハローワーク、地域障害者職業センター、地域包括支援センター等の地域の関係機関の連携が醸成されるよう配慮する。

また、精神科を含む医療機関、消防機関、地域医師会、保健・福祉等に関する機関等の関係者は、診療技術や知識の共有、診療情報の共有、連携する医療機関・保健・福祉等に関する機関・医師等専門職種の情報共有に努める。

さらに、都道府県は、精神疾患患者への対応に関する知識の向上に資する研修会の実施等により、かかりつけの医師や精神科訪問看護に従事する職員等の人材育成に努め、また医療連携の円滑な実施のため、精神疾患患者の退院支援や福祉・介護サービス事業者との連携、他の診療科との連携等が推進されるよう関係機関との連絡調整に努める。

- (2) 保健所は、「地域保健法第4条第1項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成6年厚生省告示第374号）の規定に基づき、また、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」（平成19年7月20日健総発第0720001号健康局総務課長通知）を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互の調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

また、精神保健福祉センターにおいては、「精神保健福祉センター運営要領について」（平成8年1月19日健医発第57号保健医療局長通知）を参考に、精神保健福祉関係諸機関と医療機関等との医療連携の円滑な実施のため、精神保健に関する専門的立場から、保健所及び市町村への技術指導や技術援助、関係諸機関と医療機関等との調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

- (3) 医療計画には、原則として、各医療機能を担う医療機関等の名称を記載する。

なお、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの医療機関が複数の機能を担うこともある。

さらに、医療機関等の名称については、例えば医療連携体制の中で各医療機能を担う医療機関等が圏域内に著しく多数存在する場合にあっては、地域の実情に応じて記載することで差し支えないが、住民に分かりやすい周知に努めるものとする。

#### 4 課題の抽出

都道府県は、「第2 医療機関とその連携」を踏まえ、「1 現状の把握」で収集した情報や指標により把握した数値から明確となった現状について分析を行い、地域の精神疾患の医療体制の課題を抽出し、医療計画に記載する。

その際、現状分析に用いたストラクチャー、プロセス、アウトカム指標の関連性も考慮し、病期・医療機能による分類も踏まえ、可能な限り医療圏ごとに課題を抽出する。

#### 5 数値目標

都道府県は、良質かつ適切な精神疾患の医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、「4 課題の抽出」で明確にした課題に対して、地域の実情に応じた目標項目やその数値目標、目標達成に要する期間を設定し、医療計画に記載する。

数値目標の設定に当たっては、各指標の全国データ等を参考にするとともに、基本方針第7に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するものとする。

なお、達成可能なものだけを目標とするのではなく、真に医療圏の課題を解決するために必要な目標を設定することとする。

#### 6 施策

数値目標の達成には、課題に応じた施策・事業を実施することが重要である。都道府県は、「4 課題の抽出」に対応するよう「5 数値目標」で設定した目標を達成するために行う施策・事業について、医療計画に記載する。

#### 7 評価

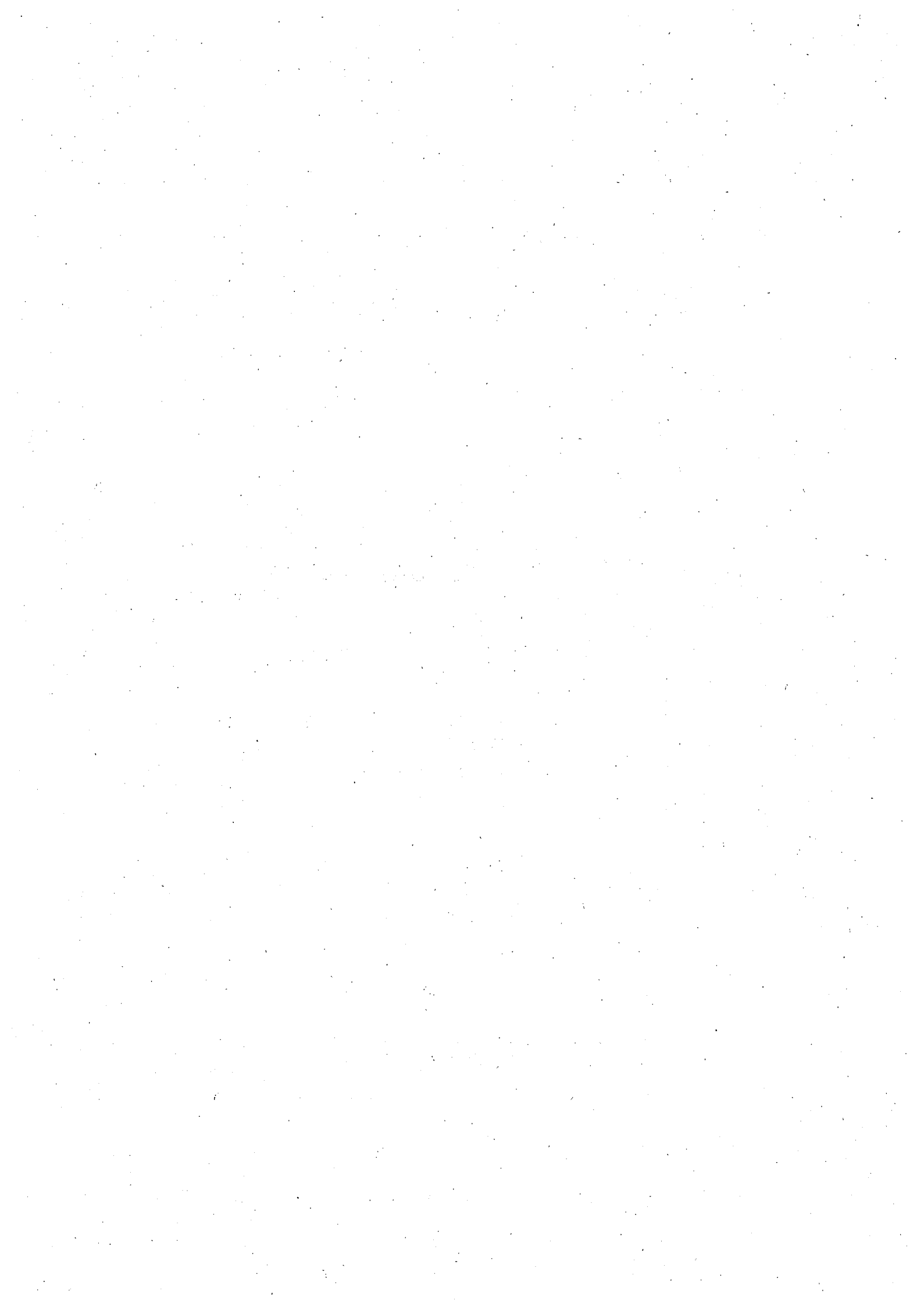
計画の実効性を高めるためには、評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直すことが重要である。都道府県は、あらかじめ評価を行う体制を整え、医療計画の評価を行う組織や時期を医療計画に記載する。この際、少なくとも施策・事業の進捗状況の評価については、1年ごとに行うことが望ましい。また、数値目標の達成状況、現状把握に用いた指標の状況について、少なくとも5年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときは、都道府県はその医療計画を変更することとする。

さらに、医療の質について客観的な評価を行うために、症例登録等を行うことが今後必要である。

#### 8 公表

都道府県は、住民に分かりやすい形で医療計画を公表し、医療計画やその進捗状況を周知する必要がある。このため、指標による現状把握、目標項目、数値目標、施策やその進捗状況、評価体制や評価結果を公表する。その際、広く住民に周知を図るよう努めるものとする。





別表5 精神疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例(認知症の指標例を含む)

指標	予防・アクセス (うつ病・認知症を含む)		治療・回復・社会復帰 (うつ病・認知症を含む)		精神科救急		精神科救急・身体合併症・専門医療・認知症		身体合併症		専門医療		
	かかりつけ医等心の健康対応力向上研修参加者数 【事業報告】	GP連携会議の開催地域数、及び紹介システム構築地区数	精神科を標榜する病院・診療所数、精神科病棟数 【医療施設調査】	精神科救急医療施設数 【事業報告】	精神科救急医療施設数 【事業報告】	精神科救急医療施設数 【事業報告】	精神科救急・合併症対応施設数 【事業報告】	精神科救急・合併症対応施設数 【事業報告】	児童思春期精神科入院医療管理加算届出医療機関数 【診療報酬施設基準】	児童思春期精神科入院医療管理加算届出医療機関数 【診療報酬施設基準】	小児入院医療管理料5届出医療機関数 【診療報酬施設基準】	小児入院医療管理料5届出医療機関数 【診療報酬施設基準】	重度アロコール依存症入院医療管理加算届出医療機関数 【診療報酬施設基準】
ストラクチャー チャーム 指標	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
プロセス 指標	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
アウトカム 指標	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

◎: 必須指標、○: 任意指標



# 今後の認知症施策の方向性について

平成24年6月18日

厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム

## 目次

I	これからの認知症施策の基本的な考え方	2
II	現状・課題等	7
III	具体的な対応方策	
1.	標準的な認知症ケアパスの作成・普及	12
2.	早期診断・早期対応	13
3.	地域での生活を支える医療サービスの構築	17
4.	地域での生活を支える介護サービスの構築	19
5.	地域での日常生活・家族の支援の強化	21
6.	若年性認知症施策の強化	24
7.	医療・介護サービスを担う人材の育成	25
参考資料1	標準的な認知症ケアパスの概念図	27
参考資料2	かかりつけ医・認知症疾患医療センター・認知症初期 集中支援チームの相互関係図	28
参考資料3	認知症初期集中支援チームの概念図	29
参考資料4	地域ケア会議の概念図	30
参考資料5	認知症施策検討プロジェクトチーム設置要綱	31

## I これからの認知症施策の基本的な考え方

### 【これまでの認知症施策を再検証する】

- 世界に類をみない長寿国である日本で、高齢者が認知症になっても、尊厳をもって質の高い生活を送ることは、私たちの共通の望みである。
- かつて、私たちは認知症を何も分からなくなる病気と考え、徘徊や大声を出すなどの症状だけに目を向け、認知症の人の訴えを理解しようとするどころか、多くの場合、認知症の人を疎んじたり、拘束するなど、不当な扱いをしてきた。今後の認知症施策を進めるに当たっては、常に、これまで認知症の人々が置かれてきた歴史を振り返り、認知症を正しく理解し、よりよいケアと医療が提供できるように努めなければならない。
- 平成 12 年に施行された介護保険法は、これまで認知症の人に対するケアの充実に一定の役割を果たしてきた。平成 18 年の改正では、主として認知症の人を念頭に、介護保険法の目的に、「高齢者の尊厳の保持」が加えられた。さらに、平成 24 年の改正では、認知症に関する調査研究の推進規定が設けられた。また、市町村介護保険事業計画では、認知症である被保険者の地域における自立した日常生活の支援に関する事項を定めるよう努めることとされた。
- これまで、認知症施策については、その促進を図る観点から、「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」(平成 20 年 7 月)、社会保障審議会介護保険部会での「介護保険制度の見直しに関する意見」(平成 22 年 11 月)、「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 2 R とりまとめ」(平成 23 年 11 月) 等で様々な提言がなされ、実施されてきている。
- 今回のプロジェクトチームでは、これまでの議論に加え、新たに関係者へのヒアリング等を行い、過去 10 年間の認知症施策を再検証した上で、今後目指すべき基本目標とその実現のための認知症施策の方向性について検討した。

### 【今後目指すべき基本目標―「ケアの流れ」を変える―】

- このプロジェクトは、「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」の実現を目指している。

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「自宅→グループホーム→施設あるいは一般病院・精神科病院」というような不適切な「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、基本目標とするものである。（P27 参考資料1 参照）

## 【7つの視点からの取組】

- 上記の基本目標（「ケアの流れ」を変える）の実現のために、現在行われている施策について、多くの意見や批判を踏まえて、見直しやバージョンアップを図ることにした。新規施策と合わせて、地域で医療、介護サービス、見守り等の日常生活の支援サービスが包括的に提供される体制を目指し、具体的には、以下の7つの視点に立って、今後の施策を進めていくことにする。

### 1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

- ① 認知症の状態に応じた適切なサービスの提供

### 2. 早期診断・早期対応

- ① かかりつけ医の認知症対応力の向上
- ② 「認知症初期集中支援チーム」の設置
- ③ アセスメントのための簡便なツールの検討・普及
- ④ 早期診断等を担う「身近型認知症疾患医療センター」の整備
- ⑤ 認知症の人の適切なケアプラン作成のための体制の整備

### 3. 地域での生活を支える医療サービスの構築

- ① 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
- ② 一般病院での認知症の人の手術、処置等の実施の確保
- ③ 一般病院での認知症対応力の向上
- ④ 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化
- ⑤ 精神科病院からの円滑な退院・在宅復帰の支援

### 4. 地域での生活を支える介護サービスの構築

- ① 医療・介護サービスの円滑な連携と認知症施策の推進
- ② 認知症にふさわしい介護サービスの整備

- ③ 地域の認知症ケアの拠点としての「グループホーム」の活用の推進
- ④ 行動・心理症状等が原因で在宅生活が困難となった場合の介護保険施設等での対応
- ⑤ 介護保険施設等での認知症対応力の向上

## 5. 地域での日常生活・家族の支援の強化

- ① 認知症に関する介護予防の推進
- ② 「認知症地域支援推進員」の設置の推進
- ③ 地域で認知症の人を支える互助組織等の活動への支援
- ④ 「認知症サポーターキャラバン」の継続的な実施
- ⑤ 高齢者の虐待防止などの権利擁護の取組の推進
- ⑥ 市民後見人の育成と活動支援
- ⑦ 家族に対する支援

## 6. 若年性認知症施策の強化

- ① 若年性認知症支援のハンドブック作成
- ② 若年性認知症の人の居場所づくり
- ③ 若年性認知症の人のニーズ把握等の取組の推進
- ④ 若年性認知症の人の就労等の支援

## 7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

- ① 「認知症ライフサポートモデル」の策定
- ② 認知症ケアに携わる医療、介護従事者に対する研修の充実
- ③ 介護従事者への研修の実施
- ④ 医療従事者への研修の実施

### **【新たな「ケアの流れ」(P28 参考資料2 参照)】**

- これまでのケアは、認知症の人が認知症行動・心理症状（以下、「行動・心理症状」という。）等により「危機」が発生してからの「事後的な対応」が主眼となっていたと言える。
- これに対し、今後目指すべきケアは、新たに「早期支援機能」と「危機回避支援機能」を整備し、これにより、「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置くものである。
- 「早期支援機能」として期待されるのが、「認知症初期集中支援チーム」である。このチームは、地域での生活が可能な限り維持できるようにする



ための初期集中支援を、発症後できる限り早い段階で包括的に提供するものであり、新たな認知症ケアパスの「起点」に位置づけられる。なお、かかりつけ医の認知症対応力が向上し、「認知症初期集中支援チーム」の取組が普及するまでの間は、主として「身近型認知症疾患医療センター」の医師が、「認知症初期集中支援チーム」の一員として関与したり、ケアマネジャーやかかりつけ医等に対する専門的なアドバイスを行う役割を果たすものとする。

- また、「身近型認知症疾患医療センター」は、「危機回避支援機能」を担うことも期待される。このセンターは、地域でかかりつけ医やケアマネジャー、「認知症初期集中支援チーム」等の在宅関係機関を支援し、地域の対応力を高める機能を担う。さらに、在宅関係機関だけでなく、介護保険施設や病院等と連携し、認知症の人が行動・心理症状等により危機的な状況に陥らないようにするための「危機回避支援」を行うものである。
- 現行の「認知症疾患医療センター（地域型・基幹型）」は、詳細・厳密な診断が必要とされる困難な事例や夜間救急対応、身体合併症で入院が必要な場合に対応することが想定される。

#### 【認知症の人の精神科病院への長期入院の解消】

- 認知症の人の不適切な「ケアの流れ」の結果として、認知症のために精神病床に入院している患者数は、5.2万人（平成20年患者調査）に増加し、長い期間入院し続けるという事態を招いている。
- これは、現在の認知症施策が、次の5つの問題点に適切に対応できていないことが背景にある。
  - ① 早期の診断に基づき、早期の適切なケアに結びつける仕組みが不十分である。このため、早期の適切なアセスメントによるケアの提供、家族への支援があれば、自宅で生活を送り続けることができる認知症の人でも、施設や精神科病院を利用せざるを得なくなっている。
  - ② 不適切な薬物使用などにより、精神科病院に入院するケースが見受けられる。
  - ③ 一般病院で、身体疾患の合併等により手術や処置等が必要な認知症の人の入院を拒否したり、行動・心理症状に対応できないので精神科病院で対応してもらう等のケースがある。施設でも、行動・心理症状に対応できないので、精神科病院に入院してもらうケースがある。
  - ④ 認知症の人の精神科病院への入院基準がないこともあり、必ずしも精

神科病院への入院がふさわしいとは考えられない認知症の人の長期入院が見られる。

- ⑤ 退院支援や地域連携が不十分であり、精神科病院から退院してもらおうと思っても地域の受入れ体制が十分でない。

- こうした問題点の解消のためには、不適切な「ケアの流れ」を変え、標準的な認知症ケアパスを構築するとともに、特に以下の5つの施策を重点的に取り組むべきである。このため、今後、厚生労働省内をはじめとして関係者が総力をあげて取り組むこととする。

#### <5つの重点施策>

- ① 早期診断と「認知症初期集中支援チーム」による早期ケアの導入
- ② 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
- ③ 一般病院入院中の身体合併症を持つ認知症の人や施設入所中の行動・心理症状発症者に対する外部からの専門家によるケアの確保
- ④ 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化について、有識者等による調査、研究の実施
- ⑤ 「退院支援・地域連携クリティカルパス(退院に向けての診療計画)」の作成と地域での受入れの体制づくりの推進

#### 【今後の取組】

- 今後、この報告書に基づき、省内関係部局（医政局、社会・援護局障害保健福祉部、老健局、保険局）、関係省庁、地方公共団体、関係団体等と連携して、計画的に認知症施策を推進していくことにする。
- また、認知症施策の推進に当たっては、住民にとって最も身近な基礎的自治体である市町村の果たすべき役割は大きい。高齢者の数や地域ごとの特性等に応じて各地域で、認知症の人への支援体制が構築されることが重要である。その積極的な取組と国や都道府県からの支援が必要である。
- 今後、この報告書に掲げた施策に関する平成25年度からの5年間の具体的な計画を、平成25年度予算要求とあわせて策定する。
- さらに、認知症施策を効果的に推進していくため、「認知症疾患医療センター」の所管替えなど厚生労働省内の認知症施策の一元化とこれに応じた組織の見直しを行う。

## Ⅱ 現状・課題等

### 【認知症ケアパスの課題】

- 早期診断・早期対応の遅れ、行動・心理症状等への不適切な対応などにより、不必要な施設入所や精神科病院への入院が増えている。また、「認知症の人は、在宅で生活することは難しく、施設や精神科病院に入所・入院する」という考えが一般化している。

### 【早期診断・早期対応の課題】

- かかりつけ医には、認知症の早期発見とその状態の変化の把握、認知症の人への日常的な診療や家族への助言を行うことが期待されている。現在、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を実施しているものの、その修了者数は不足している。
- 早期対応の遅れから認知症の症状が悪化し、行動・心理症状等が生じてから、医療機関を受診しているケースが散見されている。一方、国際的には認知症の人への早期対応が重視されてきている。例えば、イギリスでは、「国家認知症戦略」に基づき、早期診断を含む包括的な「メモリーサービス（初期集中支援サービス）」が重点施策として位置付けられ、在宅での生活の継続につながるサービス体制の整備を推進している。
- 日常的なケアの場での継続的なアセスメントが不十分であるため、適切な認知症のケアが提供できていない。
- 「認知症疾患医療センター」は、認知症の的確な診断と行動・心理症状や身体合併症を持つ患者への対応を実施している。現在、基幹型が7か所、地域型が164か所（平成24年5月1日現在）となっている。しかし、現状の設置数では受診まで数ヶ月を要する状況にある。  
早期の診断を一層促進するためには、より身近に、かかりつけ医と連携して、その支援を担う地域の認知症医療の拠点を整備することが必要である。
- 認知症の人に対するケアマネジメントが不十分なケアプランが見られる。また、利用者のニーズに応じて、包括的に医療・介護サービスを提供する体制が不十分である。

### 【認知症の人に対する医療の問題点】

- 認知症の精神症状に対する抗精神病薬の投与については、先進諸国で、その悪影響について議論が行われ、ガイドライン等が策定されているが、日本ではまだガイドライン等が策定されていない。また、不適切な薬物使用により精神科病院に長期入院するケースが見られる。
- 一般病院で、職員の認知症への理解や対応力の不足から、身体疾患の合併等により手術や処置等が必要な認知症の人の入院を拒否するなどの問題が生じている。
- また、一般病院で、行動・心理症状に対応ができないため、精神科病院に転院するケースが見られる。
- 有識者の中には、「できる限り地域での生活を継続していくためには、入院が必要な状態像を明確化し、できる限り入院の対象となる人を限定していくべきである」という意見がある。具体的には、精神科病院への入院が必要な状態像として、
  - ・ 対応を工夫しても暴力が激しく、強制力を利用しなければコントロールできない場合
  - ・ 被毒妄想など精神症状に基づく拒食があり、生命に危険が及ぶ場合
  - ・ 精神症状に基づく拒薬があり、薬物療法が不可能な場合等の治療上強制力が必要な場合に限定してはどうかという意見もある。
- 認知症のために精神病床に入院している患者数は、平成8年の2.8万人から平成20年には5.2万人（いずれも患者調査）と大幅に増加している。

### 【認知症の人に対する介護の問題点】

- 認知症ケアにおいては、介護と医療の連携体制の構築が重要であるが、多くの自治体では、その取組が遅れている。また、認知症の人の支援については、平成24年度から介護保険事業計画の中で策定する努力義務が法律上設けられたばかりであるので、市町村の認知症に係る課題やサービスの把握・分析が遅れている。
- 今後、認知症の人が増加していくことが見込まれるなかで、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には、今までの提供水準の居住系サービスや在宅サービス等の介護サービスでは、十分

に対応できないおそれがある。

- 在宅での認知症ケアを推進していくために、「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）」の事業所が、その知識・経験・人材等を生かして、地域社会に根ざした認知症ケアの拠点としての活動を推進する必要があるが、現状では十分に機能していない。また、入所者の重度化への対応が十分できていない。
- 介護保険施設・事業所の職員の認知症への理解の不足から、本来は受け入れ可能であるにも関わらず、認知症の人の入所・利用を拒否するなどの問題が生じている。
- 介護保険施設等で、行動・心理症状への対応ができていないため、精神科病院に入院するケースが見られる。

#### 【地域での日常生活・家族の支援に関する課題】

- 一般的に高齢者は、閉じこもりがちのため、心身の機能が低下し、生活が不活発になることによる認知機能の低下が懸念されている。各市町村では、地域ニーズの把握や介護予防事業等で認知機能低下の予防に取り組んでいるが、必ずしも十分ではない。
- 地域包括支援センターでは、本来業務として「総合相談支援業務」を実施することとなっているが、他の業務に忙殺される等の理由から、その取組には限界がある。
- 一般的に認知症の人は、環境の変化に脆弱であるという特性があるため、住み慣れた地域でのよい環境のもとで、安心して暮らし続けるようにすることが大切である。現在、認知症に関する正しい知識と理解の普及、見守り、相談支援などの地域による支援体制の構築を行っている先進的な自治体もあるが、多くの自治体では十分な対応ができていない。
- 認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域で認知症の人やその家族に対して出来る範囲で手助けをする「認知症サポーター」は、着実に増加し、支え合いの活動が始まっている。そのサポーターの助け合いの活動を支援し、認知症の人を支えられる地域づくりへとつなげられるかが課題である。
- 高齢者の権利擁護に関しては、家族や介護サービス従事者等による虐

待防止等の取組の推進、地域包括支援センターによる「権利擁護業務」の推進、都道府県による権利擁護相談・支援体制の構築が図られてきたところであるが、不十分な状況である。

- 認知症の人や独居高齢者の増加を踏まえると、日常生活に関わりの深い身上監護（介護サービスの利用契約の手助け等）に係る成年後見の必要性が高まることが予想され、後見等の審判請求を行う市町村長申立の必要性が高まる。今後、市民も含めて後見人を確保していくことが必要となる。しかし、そのための体制整備は一部の自治体でしか見られない。
- 認知症の人や家族に対しては、認知症の知識や介護技術の面だけではなく、精神面も含めた様々な支援が重要である。しかし、現行施策は、コールセンターの設置や、交流会の開催などの支援にとどまっている。

#### 【若年性認知症施策の課題】

- 若年性認知症については、「診断されたが、どこに相談したら良いのかわからない」など本人や家族からの意見がある。
- また、若年性認知症の人や関係者等が地域で交流できる居場所が不足している状況にある。
- 平成 21 年度に国の予算補助事業として「若年性認知症対策総合推進事業」を創設するなど、その取り組みを強化してきたが、都道府県や市町村によって、取り組みにばらつきがみられる。
- 若年性認知症の人の支援は、一般的に診断から介護保険サービスの利用に至るまでの期間が長い。その間の就労支援、障害福祉サービスの活用、インフォーマルサービスの活用など、本人の状態に応じた適切な支援が必要である。

#### 【認知症に関する医療・介護従事者に対する研修の課題】

- これまで認知症の人に対するケアは、個人的な経験に依拠していたり、サービス種類別に個別に行われていたりする傾向にあり、認知症の人の生活全体を支える視点が不足していた。
- 現在の研修は、医療・介護従事者に対する認知症ケアの研修が別々に行われている。このため、同一地域に勤務していても顔を合わせる機会

が少なく、同じ言葉を使用しても理解に違いがあることから、認知症ケアの現場で、連携がとれた対応ができていないとの指摘がある。また、座学を中心とした集合研修に重きを置いており、実務に即したものとなっていないとの指摘がある。

- 介護従事者に対しては、各都道府県等で、「認知症介護実践リーダー研修」、「認知症介護指導者養成研修」等の研修が行われているが、特に居宅サービスの介護事業所に勤務する従事者を中心として、研修の機会が少ないとの指摘がある。
- 医療従事者に対しては、各都道府県等で、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」や「認知症サポート医養成研修」が行われているが、一般病院勤務の医師や看護師をはじめとする医療従事者に対する研修の機会是不十分である。

### Ⅲ 具体的な対応方策

#### 1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

##### 【基本的な対応方針】

- 認知症の人ができる限り住み慣れた自宅で暮らし続け、また、認知症の人やその家族が安心できるよう、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）の作成と普及を推進する。

##### 【具体的な対応方策】

###### ① 認知症の状態に応じた適切なサービスの提供

- 認知症の人やその家族が、認知症と疑われる症状が発生した場合に、医療や介護サービスへのアクセス方法やどの様な支援を受けることができるのかを早めに理解することが、その後の生活に対する安心感につながる。このため、標準的な認知症ケアパスの作成を進めていくこととする。
- 標準的な認知症ケアパスとは、認知症の人が認知症を発症したときから、生活機能障害が進行していく中で、その進行状況にあわせていつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのかをあらかじめ標準的に決めておくものである。
- 標準的な認知症ケアパスの作成に当たっては、「認知症の人は施設に入所するか精神科病院に入院する」という従来の考えを改め、「施設への入所や精神科病院への入院を前提とせず、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」という考え方を基本とする必要がある。
- 標準的な認知症ケアパスについては、今後、国としてその調査・研究を行うが、その概念図は巻末の参考資料1（P27）のとおりである。
- なお、国が行う標準的な認知症ケアパスの調査・研究を踏まえて、市町村で、地域の実情に応じて、その地域ごとの認知症ケアパスの作成・普及を進めていく。地域ごとの認知症ケアパスでは、認知症の人の生活機能障害の進行にあわせて、いつ、どこで、どの様な医療・介護サービスを受ければよいのか、具体的な機関名やケア内容等が、あらかじめ、認知症の人とその家族に提示されるようにする。



## 2. 早期診断・早期対応

### 【基本的な対応方針】

- 認知症の人の日常の医療をかかりつけ医が担うよう、その認知症対応力の向上を図る。
- 認知症の人や家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を地域包括支援センター等に配置し、アセスメント、体調管理、環境改善、家族支援などの初期支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う事業をモデル的に実施する。
- かかりつけ医と連携し、そのバックアップを担う「身近型認知症疾患医療センター」を整備し、早期の的確な診断、介護との連携を確保する。
- 適切なケアマネジメント、「地域ケア会議」の開催により、地域で認知症の人に対する包括的な医療・介護サービスの提供を行い、地域での生活を可能とする。

### 【具体的な対応方策】

#### ① かかりつけ医の認知症対応力の向上

- 今や認知症は誰しものが発症する可能性があるありふれた疾患であり、認知症の人への日常的な診療や家族への助言は、かかりつけ医が担う必要がある。
- かかりつけ医は、外来での診療のみならず訪問診療を行うことにより、高齢者の日常的な身体疾患への対応や健康管理などを通じて、その状態の変化をいち早くキャッチすることが可能である。そして、認知症の早期段階で専門医療機関への受診勧奨を通して、早期診断等へ寄与することが期待できる。
- そのため、現在実施している「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を充実し、レベルアップを図る。また、必要なときに「身近型認知症疾患医療センター」からアドバイスを受けることが可能となる体制を整備する。
- 「認知症サポート医」については、「認知症疾患医療センター」の整備状況等を踏まえ、その役割について再検討を行う。
- また、かかりつけ医が、認知症の人とその家族や介護従事者等への適切なアドバイスを行うとともに、医療と介護の橋渡しの役割を担うため、「医師のための認知症患者及び家族への対応ガイドライ

ン」を作成する。

## ② 「認知症初期集中支援チーム」の設置（P29 参考資料3参照）

- イギリスなどの例を参考に、看護職員、作業療法士等の専門家からなる「認知症初期集中支援チーム」を地域包括支援センター等に配置し、認知症の人や家族に関わり、自立生活のサポートを行う体制の整備に取り組む。
- このチームは、家庭訪問を行い、生活場面で詳細な情報を収集して本人や家族に対する初期のアセスメントを実施するとともに、本人や家族への認知症の症状や病気の進行状況に沿った対応等についての説明、初期の在宅での具体的なケアの提供、家族に対するアドバイスなどを行い、一定期間、集中的に本人と家族に関わるものとする。また、医師の参加を得て、「チーム員会議」を開催し、ケア方針の決定や医療機関への紹介の有無等について検討するものとする。  
なお、一定期間経過後は、ケアマネジャー、介護サービス事業者、かかりつけ医等に引き継ぐ役割を担うものとするが、その後も、ケアマネジャーやかかりつけ医等に対する専門的なアドバイスやサポートの役割を果たすことが期待される。
- このチームは、イギリスの例では、高齢者人口約4万人に1チームの割合での設置が図られており、大きな成果が報告されている。国際アルツハイマー病協会の報告書（2011年）でも、先進国での今後の初期の包括的な支援体制の構築を提言する中で、このようなチームの重要性について言及している。  
このため、このチームの整備について、早期に専門家からなる研究事業を立ち上げ、モデル事業に着手するとともに、今後、具体的な取組について検討を行うこととする。

## ③ アセスメントのための簡便なツールの検討・普及

- 日常的なケアの場で、かかりつけ医、ケアマネジャー、介護従事者等が、認知症の人に対して継続的なアセスメントを行い、認知症ケアの適切な提供につなげていく必要がある。
- このため、アセスメントについて、介護従事者や家族などでも簡便に活用することができ、認知症の重症度の推測、早期受診につながるツールの検討・普及を行う。

#### ④ 早期診断等を担う「身近型認知症疾患医療センター」の整備

- 現在の医学では、必ずしも全てのケースで認知症の正確な病型診断が可能なわけではない。しかし、そもそも認知症か否かという除外診断や、正常圧水頭症等の治療可能な認知症かどうか、前頭側頭型認知症等の療養上留意を要する認知症かどうかなどを早期に診断することは、重要である。
- 現在 171 か所ある「認知症疾患医療センター（基幹型・地域型）」に加えて、新たに的確な診断やかかりつけ医や地域包括支援センター等との連携・支援を担う「身近型認知症疾患医療センター」を、全国に300か所程度（「認知症疾患医療センター（基幹型・地域型）」を含めて、2次医療圏域に1か所以上、高齢者人口6万人に1か所程度）整備することを目標とする。
- 医療計画（都道府県）で、「身近型認知症疾患医療センター」を含めた「認知症疾患医療センター」等の専門医療機関を具体的に記載し、地域住民にもわかりやすく情報提供する。
- 「身近型認知症疾患医療センター」は、かかりつけ医等からの紹介を受けて、認知症の診断を行い、その後、かかりつけ医の元に戻して、かかりつけ医が日常の診療を行うことを前提としたものとする。
- また、「身近型認知症疾患医療センター」の医師が、一般病院や介護保険施設・事業所に訪問して、行動・心理症状の認知症の人に対する専門的な医療を提供すること等により、行動・心理症状の増悪による転院や入院の回避を支援する。
- なお、かかりつけ医の認知症対応力が向上し、「認知症初期集中支援チーム」の取組が普及するまでの間は、主として「身近型認知症疾患医療センター」の医師が、「認知症初期集中支援チーム」の一員として関与したり、ケアマネジャーやかかりつけ医等に対する専門的なアドバイスを行う役割を果たすものとする。こうした取組により、認知症の人や家族への初期支援の体制を構築する。

【「身近型認知症疾患医療センター」の要件】

- ① 身近な地域に存在する（概ね65歳以上人口6万人に1か所程度）。
- ② 検査体制を有する医療機関との連携によりの確な診断や投薬の適切な管理等を行うことができる認知症の専門の経験を有する医師と臨床心理技術者（兼務可）を配置する。
- ③ 診断後、早期に適切な介護サービス等の支援につなげ、地域で暮らしていけるよう、かかりつけ医やセンターが担当する区域にある数箇所の地域包括支援センター等との連携担当者を配置（兼務可）し、連携体制を築いている。
- ④ 行動・心理症状の増悪による転院や入院を回避する目的として、病院や介護保険施設・事業所への診療相談、往診など（いわゆる地域リエゾン）を行っている。
- ⑤ 診療所又は病院により行われるもの。

⑤ 認知症の人の適切なケアプラン作成のための体制の整備

- 地域で早期から継続的に包括的な医療・介護サービスを提供する仕組みを構築するためには、多職種の連携による適切なケアプランの作成が行われる必要がある。具体的には、
- ・ ケアマネジャーが、在宅の認知症の人について、その症状や家族の抱える不安などの状況把握を行うとともに、専門医療機関での確定診断やかかりつけ医等からの情報提供を受け、対象者の認知症の重症度、状態等についてのアセスメントを行う。
  - ・ アセスメント結果や地域ごとに作成した標準的な認知症ケアパスを活用し、ケアマネジャーがケアプラン（将来的に状態が変化し重症となった場合や緊急時対応等を含む。）を作成する。
  - ・ ケアマネジャーが作成したケアプランを基に、地域包括支援センター等を中心として、医療・介護従事者、行政機関、家族等の支援に携わる者が一堂に会する「地域ケア会議」を開催し、アセスメント結果を活用したケアプランの検討・検証を行う体制が全国で構築されるよう推進していく。（P30 参考資料4参照）

### 3. 地域での生活を支える医療サービスの構築

#### 【基本的な対応方針】

- 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定を行う。
- 一般病院で、身体疾患の合併等により手術や処置等が必要となる認知症の人の入院の受入等を促進する。
- 「身近型認知症疾患医療センター」の職員が、一般病院の職員に対して、行動・心理症状等に対応困難な事例へのアドバイスや一般病院に訪問して専門的な医療を提供するなどの業務の充実を図る。
- 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化について、有識者等による調査、研究を行う。
- 精神科病院に入院した認知症の人の50%が退院できるまでの期間を平成32年度までに2か月に短縮するために、精神科病院に入院している認知症の人の円滑な退院・在宅復帰の支援を行う。

#### 【具体的な対応方策】

##### ① 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定

- 認知症の症状は、不適切な薬物使用などにより悪影響を受けやすい。また、認知症の精神症状に対する抗精神病薬の投与が世界的に議論されている中、日本では、臨床現場で利用されている事例があり、保険診療中での使用が認められている現状がある。認知症に対する薬物の影響や行動・心理症状に対する適切な薬物治療と非薬物治療についての検証、ならびに実践的なガイドラインを策定し、普及を図る。

##### ② 一般病院での認知症の人の手術、処置等の実施の確保

- 在宅及び介護保険施設等で生活している認知症の人が、身体疾患の合併等により手術や処置等で入院が必要となった場合、一般病院での入院を確保することが重要である。そのため、一般病院勤務の医師、看護師をはじめとする医療従事者が、認知症ケアについて理解し適切な対応ができるよう研修を拡充する。

### ③ 一般病院での認知症対応力の向上

- 「身近型認知症疾患医療センター」の職員が、一般病院の職員に対して、行動・心理症状等に対応困難な事例へのアドバイスや、研修を行うなどの業務の充実を図る。
- また、「身近型認知症疾患医療センター」の医師が、必要に応じて、一般病院に訪問して、行動・心理症状等の認知症の人に対する専門的な医療を提供する。

### ④ 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化

- 入院が必要な状態像の明確化については、今後、医療従事者、介護関係者を含めた有識者等により十分な調査、研究を行うなど、コンセンサスの形成に努める。

### ⑤ 精神科病院からの円滑な退院・在宅復帰の支援

- 入院が必要な場合でも、できる限り短い期間での退院を目指すために、ある月に新たに精神科病院に入院した認知症の人（認知症治療病棟に入院した患者）のうち、50%が退院できるまでの期間を平成32年度までに2か月にする（現在は6か月）ことを目標とする。
- このため、精神科病院への入院時から退院後に必要なサービスを受けるための諸手続き等を円滑に行うための体制整備や、「退院支援・地域連携クリティカルパス（退院に向けての診療計画）」の作成等を通じて、退院後に必要な介護サービス等が円滑に提供できる仕組みづくりを推進する。
- 地域での受入れの体制づくりや人材の育成については、平成25年度予算に反映する。また、第6期介護保険事業計画期間（平成27年度から29年度まで）以降の各自治体の計画等への反映方法、医療計画や障害福祉計画との連携について検討する。

## 4. 地域での生活を支える介護サービスの構築

### 【基本的な対応方針】

- 介護保険事業計画等で、地域の実情に応じて、医療と介護の円滑な連携や認知症施策の推進について位置付ける。
- 認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくために、「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）」等の介護サービスの拡充を図る。
- 行動・心理症状等が原因で在宅サービスが困難となった場合には、介護保険施設等の地域の介護サービスがその担い手となることを推進していく。

### 【具体的な対応方策】

#### ① 医療・介護サービスの円滑な連携と認知症施策の推進

- 認知症施策の実施に当たって、住民にとって最も身近な基礎的自治体である市町村の果たすべき役割は大きい。このため、介護保険事業（支援）計画（市町村・都道府県）や医療計画で、地域の実情に応じて、医療と介護の連携体制について位置付ける。例えば、専門医療機関と地域包括支援センターとの連携、介護サービス事業者と医療機関との連携を位置付けることにより、各地域で積極的に連携体制を構築する。  
また、介護保険事業計画（市町村）で、認知症に係る課題や必要となるサービスの把握・分析を十分に行った上で、認知症施策を位置付ける。
- 平成23年度から実施している「在宅医療連携拠点事業」では、認知症への対応も含めた好事例の情報を広く関係者に提供していくことなどにより、在宅医療の取組に関する全国的な質の向上を図る。

#### ② 認知症にふさわしい介護サービスの整備

- 認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくために、「グループホーム」、「小規模多機能型居宅介護」、「定期巡回・随時対応サービス」などを始めとした地域密着型サービスの拡充を図る。

### ③ 地域の認知症ケアの拠点としての「グループホーム」の活用の推進

- 在宅での認知症ケアを推進していくために、「グループホーム」の事業所が、その知識・経験・人材等を生かして、地域社会に根ざした認知症ケアの拠点としての活動を推進する。
- 具体的には、「グループホーム」で行われる「共用型認知症対応型通所介護」や「グループホーム」の空床を利用した「短期利用共同生活介護」により、在宅で生活する認知症の人やその家族及び、病院や介護保険施設から在宅へ復帰した認知症の人やその家族への相談や支援を行うことを推進する。
- また、「グループホーム」入所者の重度化や看取りの対応を強化する観点から、「医療連携体制加算」や「看取り介護加算」として評価しており、この評価を継続して実施する。

### ④ 行動・心理症状等が原因で在宅生活が困難となった場合の介護保険施設等での対応

- 認知症の症状が悪化し、在宅での対応が困難となった場合には、精神科病院への入院に頼ることなく、地域の介護サービスがその担い手となることを推進していく。  
具体的には、介護保険の短期入所系サービスや介護保険施設で「認知症行動・心理症状緊急対応加算」として、期間を限定した形で緊急的な対応を評価しており、この評価を継続して実施する。
- また、認知症の人がなるべく早く在宅生活に復帰するためには、介護保険施設からの退所前等に入所者の居宅を訪問し、退所後の生活を想定したケアを提供することやサービス内容等について家族と連携することが重要であり、多職種協働による体制の整備を推進する。

### ⑤ 介護保険施設等での認知症対応力の向上

- 「身近型認知症疾患医療センター」の職員が、介護保険施設・事業所の職員に対して、行動・心理症状等で対応困難な事例へのアドバイスや、研修を行うなどの業務の充実を図る。
- また、「身近型認知症疾患医療センター」の医師が、必要に応じて、介護保険施設等に訪問して、行動・心理症状等の認知症の人に対する専門的な医療を提供する。



## 5. 地域での日常生活・家族の支援の強化

### 【基本的な対応方針】

- 認知機能低下予防プログラムを盛り込んだ介護予防マニュアルを全市町村に配布する。
- 全国の市町村で、本庁や地域包括支援センター等に介護と医療の連携強化や、認知症施策の推進役を担う「認知症地域支援推進員」の設置を推進する。
- 地域で認知症の人とその家族を支援し、見守る体制を強化するため、「認知症サポーター」の養成等を引き続き進めるとともに、地域での互助組織等の活動を支援する。
- また、権利擁護の確保や、市民後見人の育成と市町村による活動支援を推進する。

### 【具体的な対応方策】

#### ① 認知症に関する介護予防の推進

- 定期的な運動により、認知機能低下の予防につながるとの効果検証が行われており、こうした研究成果を活用し、介護予防事業の取組を推進する。
- このため、認知機能低下予防プログラムを盛り込んだ介護予防マニュアルを全市町村に配布し、認知機能低下予防の取組を進める。

#### ② 「認知症地域支援推進員」の設置の推進

- 全国の市町村で、介護と医療の連携強化や、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の推進役を担う「認知症地域支援推進員」の市町村本庁や地域包括支援センターへの設置を図る。

#### ③ 地域で認知症の人を支える互助組織等の活動への支援

- 地域で認知症の人やその家族を支える互助組織等の活動を支援していくことは、認知症の人やその家族に安心感を与え、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることにつながると考えられる。
- 地域で、認知症の人の徘徊事案に対応するため、警察のみならず、幅広く市民が参加する徘徊高齢者の搜索・発見・通報・保護や見守りに関するネットワークを構築するための「徘徊・見守りSOSネ

ットワーク構築事業」や、認知症の人やその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を収集し、整理した「地域資源マップ」を作成するなど、地域の実情に応じた取組を推進していく。

#### ④ 「認知症サポーターキャラバン」の継続的な実施

- 「認知症サポーター」を養成することは、地域で認知症施策を進める上で重要な取組である。
- 「認知症サポーター」は、平成 24 年 3 月末現在で、全国で約 330 万人が養成されたところであり、その取組は、全国に広がっている。この取組を継続的に実施し、認知症の人とその家族に対する見守りや支援施策の充実を図る。
- また、「認知症サポーター」として養成された人々の自主的な活動が、認知症の人を支える地域づくりへと広がりを見せるよう、自治体はその活動を支援していく。

#### ⑤ 高齢者の虐待防止などの権利擁護の取組の推進

- 高齢者の虐待防止のための市町村の対応窓口は、多くの市町村で設置されている。今後、一般住民への対応窓口の再周知や、対応マニュアルの作成、ネットワークの構築の推進等について積極的な取組を行う。
- また、市町村に対する都道府県の支援が重要であり、市町村に対し、虐待対応事例の収集・提供を行う取組や、弁護士等による専門職チームなどを活用した権利擁護窓口の設置の取組の強化を図る。

#### ⑥ 市民後見人の育成と活動支援

- 平成 23 年度から、①市民後見人の養成のための研修、②市民後見人の活動を安定的に実施するための組織体制の構築、③市民後見人の適正な活動のための支援などを行う「市民後見推進事業」を予算補助事業として創設した。
- また、平成 24 年 4 月に施行された改正老人福祉法で、市民後見人の育成と活動支援の推進を図ることとされた。
- 今後、市民後見人の育成と活動支援などの取組が、全国の自治体で実施されるよう、その取組の強化を図る。

## ⑦ 家族に対する支援

- 認知症の人の介護を行うことは、その家族にとって相当な負担となっており、認知症の人と家族などとの関係性によっては、認知症の人に悪影響を与えるおそれが生じる。

このため、地域包括支援センター職員やケアマネジャーなどが、認知症の人のアセスメントを行う際に、認知症の人だけでなく、家族との間の関係性の中に生ずる問題にも十分焦点を当てるとともに、その理解や対応を通じて、家族の過重な負担の軽減につながる可能性も踏まえて行うよう徹底する。

また、家族などの介護者への支援の視点も含めたケアプランを作成し、家族などの介護者への支援の視点も含めたサービス提供が行われるようにする。

なお、当面、モデル的に実施する「認知症初期集中支援チーム」でも、家族などの介護者への支援の視点も含めたサービス提供を行う。

- 国の予算補助事業である「認知症対策普及・相談・支援事業」や地域支援事業で行われている「家族介護支援事業」において、一部の地域で実施されている「家族教室」（認知症に関する知識の習得や情報共有を図る場）や「認知症カフェ」（認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、集う場）の普及など内容の充実等を図る。

## 6. 若年性認知症施策の強化

### 【基本的な対応方針】

若年性認知症の特性に配慮し、支援のためのハンドブックを作成し、配布するとともに、本人や関係者等が交流できる居場所づくりの設置等を促進する。

### 【具体的な対応方策】

#### ① 若年性認知症支援のハンドブック作成

- 若年性認知症の人が発症初期の段階からその状態に応じた適切なサービスの利用を可能とするため、若年性認知症支援のハンドブックを作成し、医療機関や自治体窓口など若年性認知症と診断された人が訪れやすい場所で配布する。

#### ② 若年性認知症の人の居場所づくり

- 若年性認知症の人の特性に配慮した就労支援や社会参加の支援、本人や関係者等が交流できる居場所づくりについて、障害福祉・介護保険に関する施策や、その他の若年性認知症施策の活用促進を図る。

#### ③ 若年性認知症の人のニーズ把握等の取組の推進

- 国の予算補助事業である「若年性認知症対策総合推進事業」により、「都道府県内における若年性認知症実態調査及びニーズ把握のための意見交換会の開催」や「若年性認知症の人の自立支援のための関係者のネットワーク構築に資する事業」等の取組の強化を図る。

#### ④ 若年性認知症の人の就労等の支援

- 若年性認知症の人の個々の状態に応じた支援体制の構築を行うほか、雇用継続や就労の支援など障害者施策との連携の取組の強化を図る。

## 7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

### 【基本的な対応方針】

- 認知症の人への医療・介護を含む一体的な生活支援としての「認知症ライフサポートモデル」（認知症ケアモデル）の策定を行う。
- 「認知症ライフサポートモデル」の研究成果を基に、標準的な医療・介護従事者の協働研修のためのカリキュラムの開発と研修体系の整備を行い、医療従事者・介護従事者の研修の機会の確保に一層努める。

### 【具体的な対応方策】

#### ① 「認知症ライフサポートモデル」の策定

- 認知症ケアに携わる様々な専門職は、これまで、高齢者の尊厳の保持やQOLの向上に向けて試行錯誤を続け、医療職は認知症という疾患に焦点を当てたアプローチ、介護職は認知症の人の人生や生活に焦点を当てたアプローチを主な方法論としてきた。そのため、医療と介護は連携がとりにくく、それぞれが得た情報はそれぞれの領域にのみに活用され、結果的にばらばらの対応となっていた。
- 今後は、科学的根拠に基づいた一体的かつ継続的な質の高いケアを提供していくために、認知症の人のケアモデルの構築を図ることが急務である。
- 認知症ケアについては、医療と介護を別々に提供するのではなく、ケアの主体である「認知症の人本人」に対する理解（本人の意思の尊重）や原因疾患、症状を踏まえつつ、認知症の人の生活全般をサポートしていく視点が必要である。また、認知症ケアについては、高い個別性が求められることを前提とした上で、優れた認知症ケア現場の経験と知見から、最低限の規範にすべき理念や方法論を抽出し整理する必要がある。
- このような点に留意し、認知症の人への医療・介護を含む一体的な生活の支援として「認知症ライフサポートモデル」（認知症ケアモデル）を策定する。

## ② 認知症ケアに携わる医療、介護従事者に対する研修の充実

- 「認知症ライフサポートモデル」の策定を踏まえ、研修カリキュラムやテキストの開発についての検討を行い、研修内容の一層の充実とケアの標準化を図る。
- 特に、医療、介護従事者の双方が共通して理解しておくべき基礎的知識に関する研修を合同で行うことが重要であり、標準的なカリキュラムを医療、介護双方の有識者が連携して策定するとともに、現在の医療、介護従事者別の研修について、多職種協働の研修とするよう転換を図る。
- また、研修内容は実務に即したものとするとともに、集合研修だけでなく、介護現場の現地での研修とするなど、実践的で効果的なものとする。

## ③ 介護従事者への研修の実施

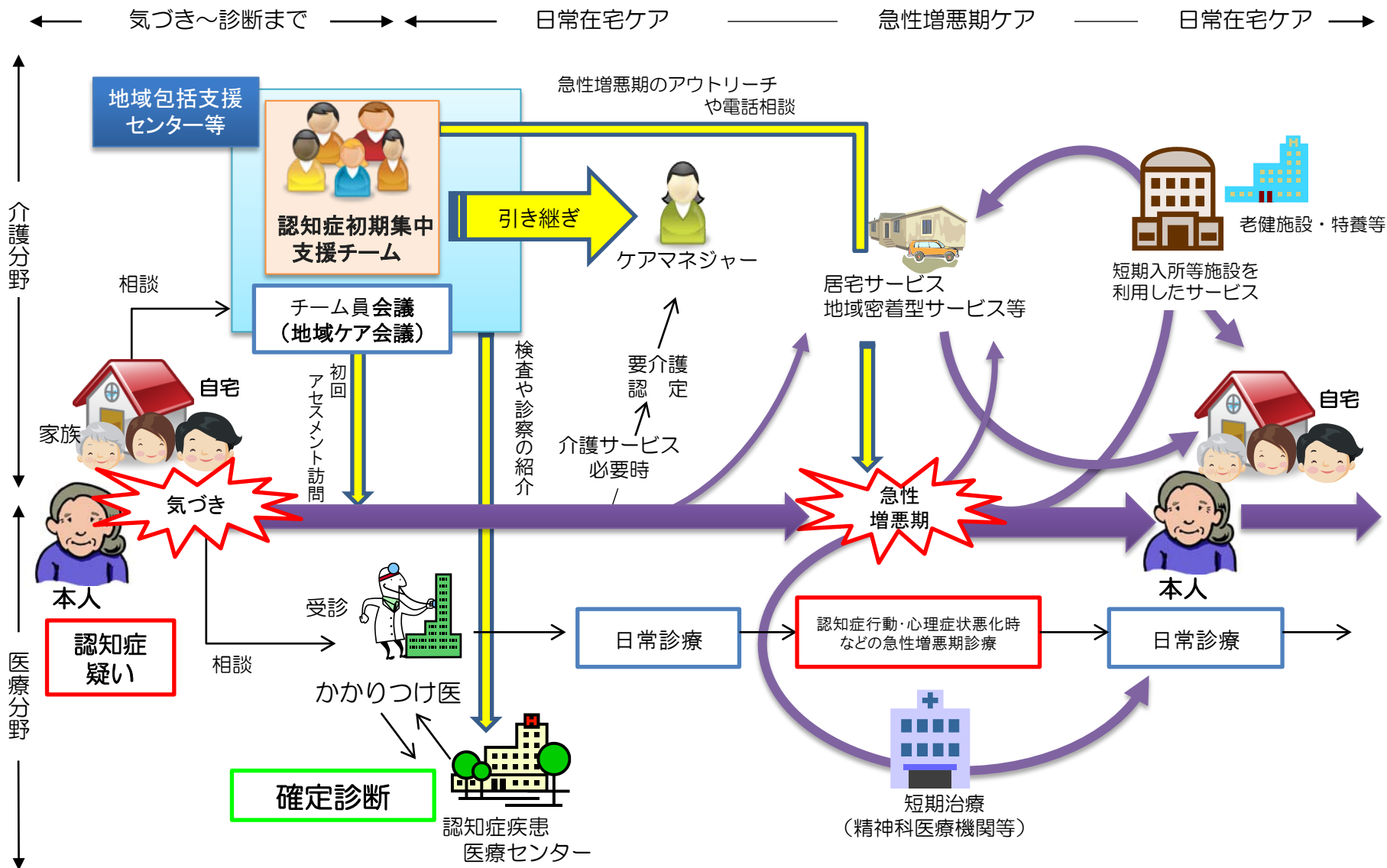
- 介護従事者に対しては、認知症ケアに必要な知識や技能を身につけるため、認知症対応に関する研修を一層充実させる。具体的には、居宅サービスの介護事業所に勤務する従事者やケアマネジャーも含めて認知症に対応できる人材を育成するための方策について検討する。現在実施している「認知症介護実践者研修」、「認知症介護実践リーダー研修」、「認知症介護指導者養成研修」等の研修体系、研修内容を見直すとともに、現場で実務を行いながらでも受講しやすい研修にする。

## ④ 医療従事者への研修の実施

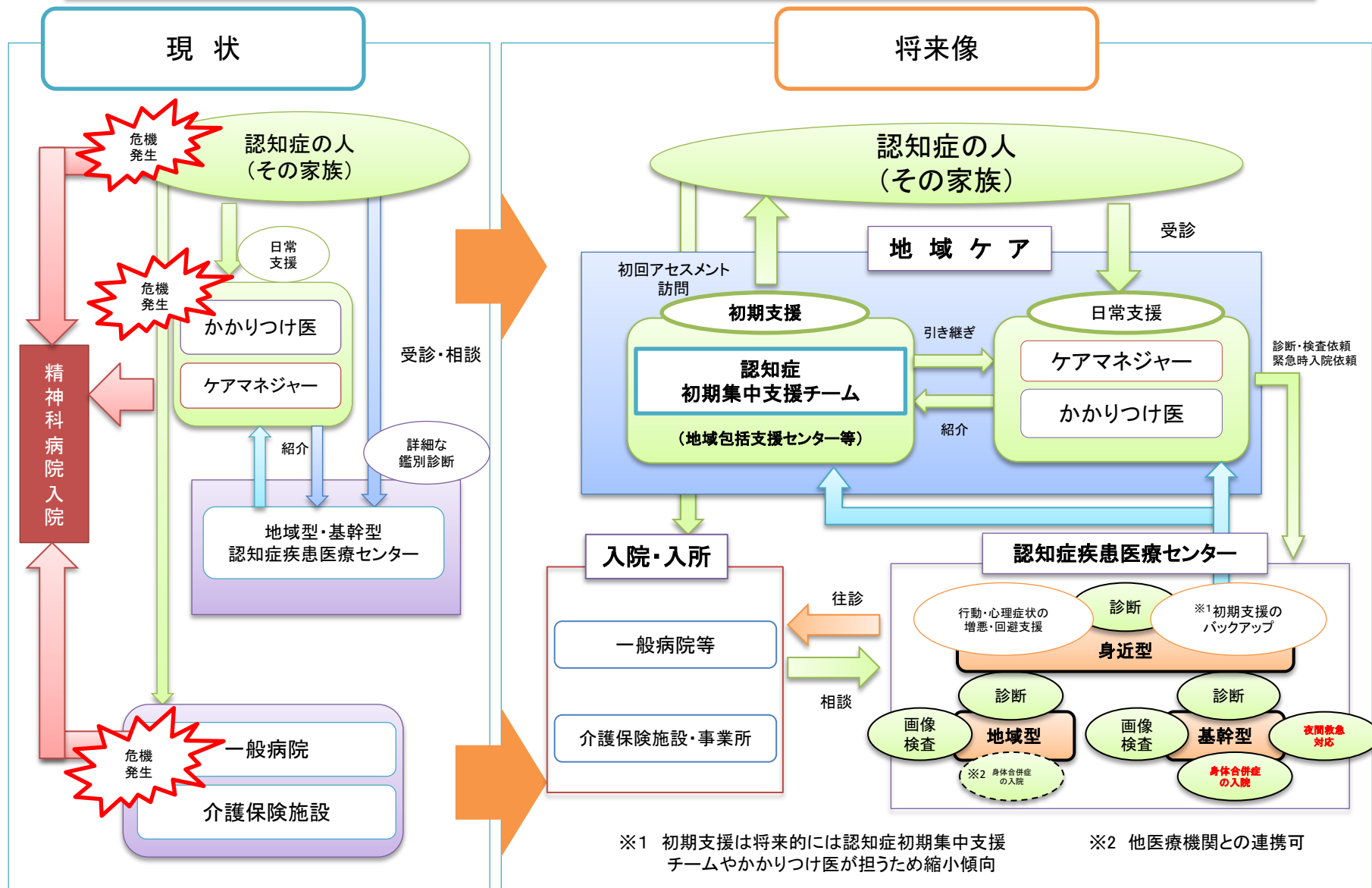
- 医療従事者への研修としては、前述の「かかりつけ医認知症対応力向上研修」や「認知症サポート医養成研修」を拡充するとともに、一般病院勤務の医師、看護師や訪問看護師をはじめとする医療従事者向けの認知症に係る研修を拡充する。

# 標準的な認知症ケアパスの概念図

～ 住み慣れた地域で暮らし続けるために ～



# かかりつけ医・認知症疾患医療センター・認知症初期集中支援チームの相互関係図





# 認知症初期集中支援チームの概念図

## ④チーム員による本人家族への説明とケア方針の作成

- ・認知症の進行状況に沿った対応
- ・経過予測とサービス利用時の調整
- ・緊急時・重篤時を含むケア方針の作成 等

## ⑤在宅初期集中支援の実施

- ・在宅での具体的ケアの提供
- ・環境改善
- ・服薬管理
- ・24時間365日連絡体制の確保

## ⑥家族支援

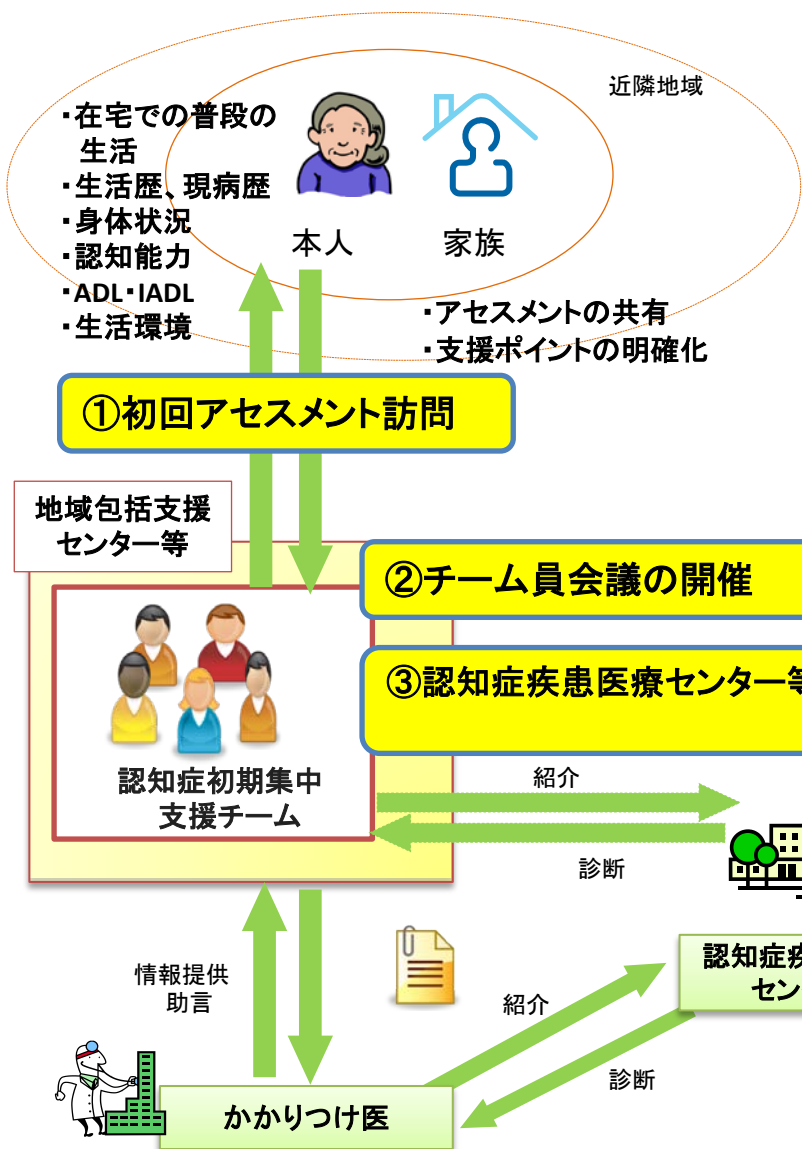
- ・カウンセリング
- ・対応方法のアドバイス

## ⑦急性増悪期のアウトリーチや電話相談

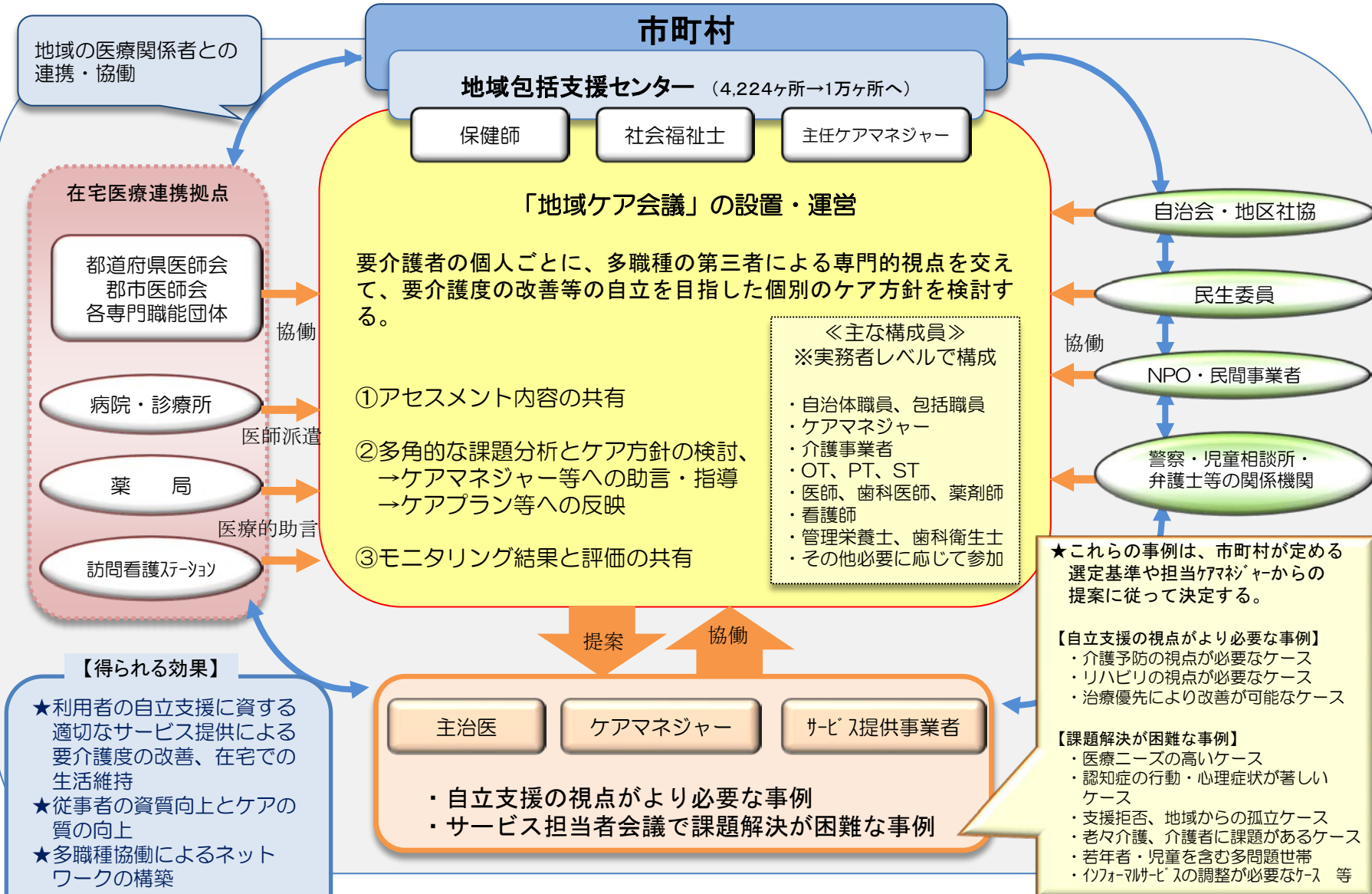
介護サービス  
必要時

## ⑧ケアマネジャー等への助言

## ⑨地域ケア会議への出席



# 地域ケア会議の概念図



## 認知症施策検討プロジェクトチーム設置要綱

## 1. 趣旨

認知症の方々は、今後高齢化のさらなる進展に伴い、急速に増加していくことが見込まれている。認知症になっても住み慣れた地域で安心して生活を継続するためには、医療、介護及び地域が有機的に連携したネットワークを形成し、効果的な支援を行うことが重要であり、関連する施策のより一層の充実を図っていくことが求められている。

また、「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」（主担当：厚生労働大臣政務官）では、昨年9月以降、認知症と精神科医療について検討が行われ、認知症に対する精神科医療の役割、症状の面から見て退院可能な人が地域で暮らせるためのシステムづくり、できる限り地域での生活を継続するための地域支援の拡充について提言されている。

このため、認知症の方々が医療、介護等の支援を受けながら地域で生活を継続していくための支援の在り方を明確にし、厚生労働省としてより実効ある施策を講ずることを目指し、今般、関係部局から構成されるプロジェクトチームを設置する。

## 2. 構成

- (1) 認知症施策検討プロジェクトチームは、別紙のメンバーを構成員とする。
- (2) チームの庶務は、障害保健福祉部精神・障害保健課の協力を得て、老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室において行う。

## 3. 議事

議事は原則非公開とする。

## 4. 検討事項等

- ・ 認知症の早期診断、早期対応体制の確立
- ・ 認知症に対応した医療・介護サービス事業の普及（できる限り地域での生活を継続するための地域支援体制の整備）
- ・ 認知症の入院患者（特に精神科病院）の退院促進
- ・ 認知症のケアの標準化とそれに基づく人材育成のあり方
- ・ 市民後見人の育成など地域全体で、認知症の方々を支える体制の充実

別紙

認知症施策検討プロジェクトチームメンバー

主査 : 藤田厚生労働大臣政務官

副主査 : 医政局長  
社会・援護局長  
障害保健福祉部長  
○ 老健局長  
保険局長

メンバー : 医政局指導課長  
障害保健福祉部精神・障害保健課長  
老健局介護保険計画課長  
老健局高齢者支援課長  
老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室長  
老健局振興課長  
老健局老人保健課長  
保険局医療課長

事務局 : 老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室  
障害保健福祉部精神・障害保健課

# 『今後の認知症施策の方向性について』の概要

## 今後目指すべき基本目標－「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。

### 1 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

認知症の人やその家族が、認知症と疑われる症状が発生した場合に、いつ、どこで、どのような医療や介護サービスを受ければよいか理解できるよう、標準的な認知症ケアパスの作成と普及を推進する。

### 2 早期診断・早期対応

#### 「認知症初期集中支援チーム」の設置

認知症の人や家族に関わり、アセスメント、家族支援などの初期支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う事業をモデル的に実施する。

#### かかりつけ医の認知症対応力の向上

認知症の人の日常の医療をかかりつけ医が担えるよう、その認知症対応力の向上を図る。

#### 「身近型認知症疾患医療センター」の整備

かかりつけ医と連携し、そのバックアップを担う医療機関を整備し、早期的確な診断、介護との連携を確保する。

### 3 地域での生活を支える医療サービスの構築

#### 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定

不適切な薬物使用により長期入院することのないように、実践的なガイドラインを策定し、普及を図る。

#### 一般病院での認知症の人の手術、処置等の実施の確保

一般病院勤務の医師・看護師をはじめとする医療従事者が、認知症ケアについて理解し適切な対応ができるよう研修を拡充する。

#### 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化

医療従事者、介護関係者を含めた有識者等により十分な調査、研究を行う。

#### 精神科病院からの円滑な退院・在宅復帰の支援

「退院支援・地域連携クリティカルパス（退院に向けての診療計画）」の作成等を通じて、退院後に必要な介護サービス等が円滑に提供できる仕組みづくりを推進する。

#### 一般病院・介護保険施設等での認知症対応力の向上

「身近型認知症疾患医療センター」の職員が行動・心理症状等に対応困難な事例へのアドバイスや訪問をし、専門的な医療を提供する。

### 4 地域での生活を支える介護サービスの構築

#### 認知症にふさわしい介護サービスの整備

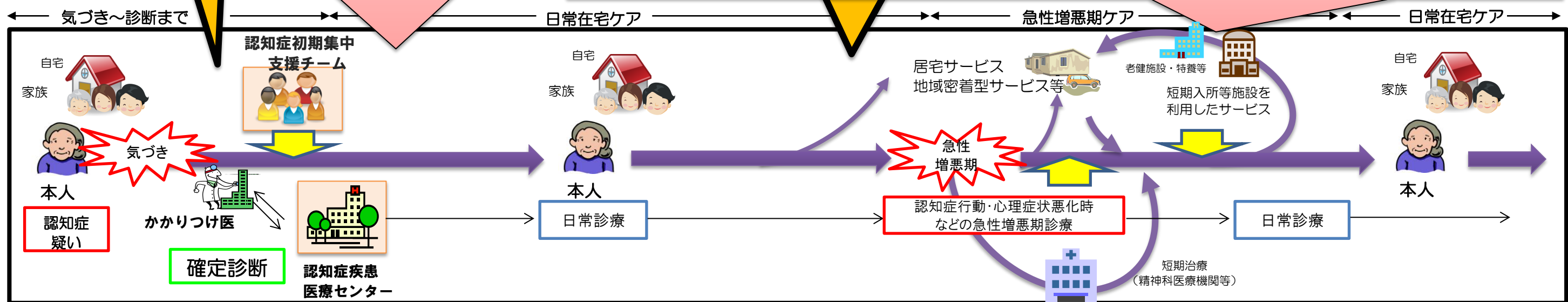
「グループホーム」「小規模多機能型居宅介護」などの地域密着型サービスの拡充を図る。

#### 認知症行動・心理症状が原因で在宅生活が困難となった場合の介護保険施設等での対応

認知症の症状が悪化し、在宅での対応が困難となった場合には、介護保険施設等の地域の介護サービスがその担い手となることを推進していく。

#### 「グループホーム」の活用の推進

「グループホーム」の事業所が、その知識・経験・人材等を生かして、在宅で生活する認知症の人やその家族への相談や支援を行うことを推進する。



### 「認知症サポーターキャラバン」の継続的な実施

「認知症サポーター」の養成を引き続き進めるとともに、その自主的な活動が、認知症の人を支える地域づくりへと広がりを見せるよう支援していく。

### 5 地域での日常生活・家族の支援の強化

#### 「認知症地域支援推進員」の設置

全国の市町村に、介護と医療の連携を強化し、認知症施策の推進役を担う「認知症地域支援推進員」を設置する。

#### 家族に対する支援

認知症の人のアセスメント、サービス提供等を行う際には、認知症の人だけでなく、家族への支援の視点を含めたサービス提供が行われるようにする。

#### 市民後見人の育成と活動支援

全国の自治体で権利擁護の確保や、市民後見人の育成と活動支援が実施されるよう、その取組の強化を図る。

6 若年性認知症の特性に配慮し、支援のためのハンドブックを作成、配布するとともに、本人や関係者等が交流できる居場所づくりの設置等を促進する

7 認知症の人への医療・介護を含む一体的な生活の支援として「認知症ライフサポートモデル」を策定し、これらを踏まえ医療・介護サービスを担う人材を育成する

# 「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」 （平成25年度から29年度までの計画）

## 1. 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）の作成・普及
  - ・平成24～25年度 調査・研究を実施
  - ・平成25～26年度 各市町村において、「認知症ケアパス」の作成を推進
  - ・平成27年度以降 介護保険事業計画（市町村）に反映

## 2. 早期診断・早期対応

- かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数（累計）  
平成24年度末見込 35,000人 → 平成29年度末 50,000人  
【考え方】高齢者人口約600万人（認知症高齢者約600万人）に対して、1人のかかりつけ医が受講。
  - ※ 後述の「認知症の薬物治療に関するガイドライン」も活用して研修を実施
- 認知症サポート医養成研修の受講者数（累計）  
平成24年度末見込 2,500人 → 平成29年度末 4,000人  
【考え方】一般診療所（約10万）25か所に対して、1人のサポート医を配置。
- 「認知症初期集中支援チーム」の設置
  - ・平成24年度 モデル事業のスキームを検討
  - ・平成25年度 全国10か所程度でモデル事業を実施
  - ・平成26年度 全国20か所程度でモデル事業を実施
  - ・平成27年度以降 モデル事業の実施状況等を検証し、全国普及のための制度化を検討
    - ※ 「認知症初期集中支援チーム」は、地域包括支援センター等に配置し、家庭訪問を行い、アセスメント、家族支援等を行うもの。
- 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。  
【考え方】認知症疾患医療センターを含めて、二次医療圏に1か所以上。
    - ※ いわゆる「身近型認知症疾患医療センター」の機能（早期診断・早期支援、危機回避支援）については、平成25年度までに、認知症サポート医の活動状況等も含めた調査を行い、それを踏まえて検証する。

- 地域包括支援センターにおける包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の一環として多職種協働で実施される「地域ケア会議」の普及・定着
  - ・平成 24 年度 「地域ケア会議運営マニュアル」作成、「地域ケア多職種協働推進等事業」による「地域ケア会議」の推進
  - ・平成 27 年度以降 すべての市町村で実施

### 3. 地域での生活を支える医療サービスの構築

- 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
  - ・平成 24 年度 ガイドラインの策定
  - ・平成 25 年度以降 医師向けの研修等で活用
- 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化
  - ・平成 24 年度～ 調査・研究を実施
- 「退院支援・地域連携クリティカルパス（退院に向けての診療計画）」の作成
  - ・平成 24 年度 クリティカルパスの作成
  - ・平成 25～26 年度 クリティカルパスについて、医療従事者向けの研修会等を通じて普及。あわせて、退院見込者に必要となる介護サービスの整備を介護保険事業計画に反映する方法を検討
  - ・平成 27 年度以降 介護保険事業計画に反映

### 4. 地域での生活を支える介護サービスの構築

- 認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくために、必要な介護サービスの整備を進める。（別紙参照）

### 5. 地域での日常生活・家族の支援の強化

- 認知症地域支援推進員の人数  
平成 24 年度末見込 175 人 → 平成 29 年度末 700 人  
【考え方】5つの中学校区当たり 1 人配置（合計約 2,200 人）、当面 5 年間で 700 人配置。
  - ※ 各市町村で地域の実情に応じて、認知症地域支援推進員を中心として、認知症の人やその家族を支援するための各種事業を実施
- 認知症サポーターの人数（累計）  
平成 24 年度末見込 350 万人 → 平成 29 年度末 600 万人

- 市民後見人の育成・支援組織の体制を整備している市町村数  
平成24年度見込 40市町村  
将来的に、すべての市町村(約1,700)での体制整備
- 認知症の人やその家族等に対する支援
  - ・平成24年度 調査・研究を実施
  - ・平成25年度以降 「認知症カフェ」(認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、集う場)の普及などにより、認知症の人やその家族等に対する支援を推進

## 6. 若年性認知症施策の強化

- 若年性認知症支援のハンドブックの作成
  - ・平成24年度～ ハンドブックの作成。医療機関、市町村窓口等で若年性認知症と診断された人とその家族に配付
- 若年性認知症の人の意見交換会開催などの事業実施都道府県数  
平成24年度見込 17都道府県 → 平成29年度 47都道府県

## 7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

- 「認知症ライフサポートモデル」(認知症ケアモデル)の策定
  - ・平成24年度 前年度に引き続き調査・研究を実施
  - ・平成25年度以降 認知症ケアに携わる従事者向けの多職種協働研修等で活用
- 認知症介護実践リーダー研修の受講者数(累計)  
平成24年度末見込 2.6万人 → 平成29年度末 4万人  
【考え方】すべての介護保険施設(約15,000)とグループホーム(約14,000)の職員1人ずつが受講。加えて、小規模多機能型居宅介護事業所、訪問介護事業所、通所介護事業所等の職員については、すべての中学校区(約11,000)内で1人ずつが受講
- 認知症介護指導者養成研修の受講者数(累計)  
平成24年度末見込 1,600人 → 平成29年度末 2,200人  
【考え方】5つの中学校区当たり1人が受講。
- 一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修の受講者数(累計)  
新規 → 平成29年度末 87,000人  
【考え方】病院(約8,700)1か所当たり10人(医師2人、看護師8人)の医療従事者が受講。



(別紙)

# 認知症高齢者の介護サービス利用について (5年後の推計)

(単位:万人)

認知症高齢者数の居場所別内訳	平成24年度 (2012)	平成29年度 (2017)
認知症高齢者数	305	373
在宅介護	149	186
うち小規模多機能型居宅介護	5	14
うち定期巡回・随時対応型サービス	0	3
居住系サービス	28	44
特定施設入居者生活介護	11	19
認知症対応型共同生活介護	17	25
介護施設	89	105
介護老人福祉施設	48	58
介護老人保健施設等(介護療養型医療施設を含む。)	41	46
医療機関	38	38



※端数処理の関係で積み上げは一致しない。

### [推計の考え方]

- 各年度の「認知症高齢者数」については、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、平成22年9月末現在の「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性別年齢階級別に乘じて推計。
- 平成22年9月末現在の「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の認知症高齢者の居場所別内訳を基に、「社会保障に係る費用の将来推計の改定について(平成24年3月)」(以下、「一体改革試算」という。)における各サービスごとの利用者増加率等(※)を乘じて推計した。  
(※)増加率等には、平成22年度に対する各サービス別利用者数増加率に次の要素を含めて補正している。  
[平成24年度]介護施設の入所者に占める認知症者割合を増加。  
[平成29年度]認知症高齢者数の増加(平成22年度:208万人→280万人)及び精神科病院からの退院者の受入増に対応するため、以下の①～③の整備等を行う。  
①認知症対応型共同生活介護及び特定施設入居者生活介護については一体改革試算より更に整備を促進。  
②特定施設入居者生活介護及び介護施設の入所者に占める認知症割合を増加。  
③在宅介護においても、小規模多機能型居宅介護の整備を更に促進するなど、認知症に対応可能なサービスを整備する。
- 「医療機関」の認知症高齢者数は、副傷病名に認知症がある者を含む。

(注)医療機関の内訳(一般病院、精神科病院等)の認知症者数については、「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数データがないことから推計ができない。

なお、精神科病院に入院している認知症患者数は、平成20年約5万人(患者調査)となっている。認知症高齢者が同割合で精神科病院に入院すると仮定すれば、平成29年は約7万人と推計される。今回の推計では、介護サービスの整備拡充等による精神科病院からの退院者の受入増分を約2万人と見込んでいるので、精神科病院の認知症患者数は平成29年約5万人と推計される。