

第2回認知症医療介護推進会議資料

平成25年8月8日(木)

老健局 高齢者支援課

認知症・虐待防止対策推進室長

勝又 浜子

「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について

1. 認知症高齢者数

- 平成22年（2010）で「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ（※）以上の高齢者数は280万人であった。

〔算出方法〕

- ①平成22年1年間の要介護認定データを基に、「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算出した。
- ②年間データでは同一人物で複数回要介護認定を受けている者がいるので、平成15年と同月である平成22年9月の要介護認定データに上記①の割合（性別・年齢階級別・要介護度別認知症高齢者割合）を乗じて算出した。

※ただし、この推計では、要介護認定申請を行っていない認知症高齢者は含まれない

※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。（次頁の参考「認知症高齢者の日常生活自立度」参照）

2. 将来推計

（単位：万人）

将来推計（年）	平成22年 （2010）	平成27年 （2015）	平成32年 （2020）	平成37年 （2025）
日常生活自立度 Ⅱ以上	280	345	410	470
	9.5%	10.2%	11.3%	12.8%

※平成24年（2012）を推計すると、305万人となる。

※下段は65歳以上人口に対する比率

〔算出方法〕

- 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、上記1の算出方法による平成22年9月の認知症高齢者割合を性別年齢階級別に乘じて推計した。

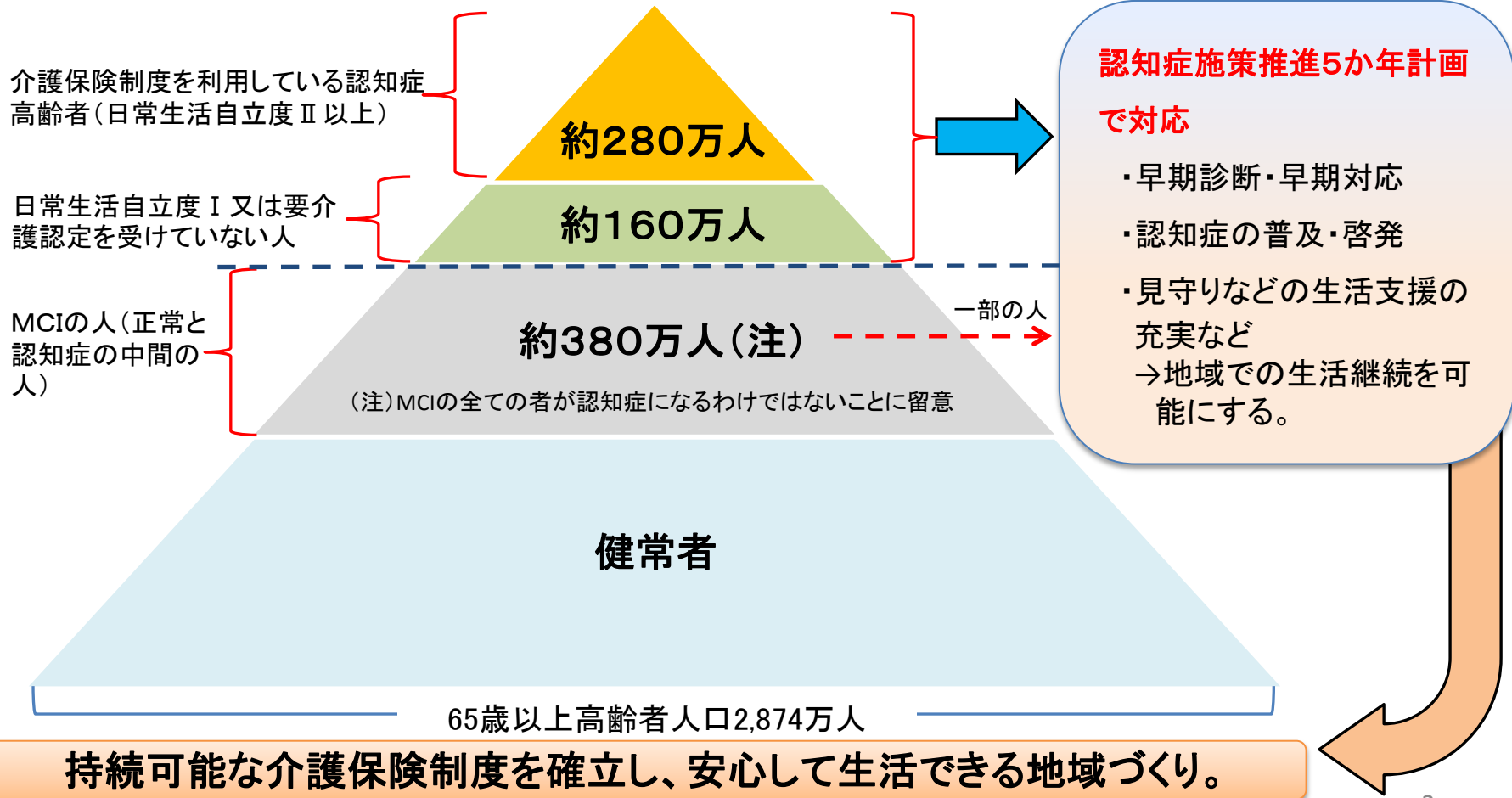
（参考：平成15年 高齢者介護研究会報告書）

（単位：万人）

将来推計（年）	平成14年 （2002）	平成22年 （2010）	平成27年 （2015）	平成32年 （2020）	平成37年 （2025）
日常生活自立度 Ⅱ以上	149	208	250	289	323
	6.3%	7.2%	7.6%	8.4%	9.3%

認知症高齢者の現状（平成22年）

- 全国の65歳以上の高齢者について、認知症有病率推定値15%、認知症有病者数約439万人と推計（平成22年）。また、全国のMCI（正常でもない、認知症でもない（正常と認知症の間）状態の者）の有病率推定値13%、MCI有病者数約380万人と推計（平成22年）。
- 介護保険制度を利用している認知症高齢者は約280万人（平成22年）。



平成25年度予算 「認知症施策の推進のための経費」の概要

平成25年度予算額
合計 34億円

「認知症施策推進5か年計画」の着実な実施を図り、全国の自治体で、認知症の人とその家族の支援体制を計画的に整備するため、以下の取組を推進する。

介護

医療

権利擁護

若年性認知症

認知症対策等総合支援事業

- ① 〔認知症初期集中支援チーム等設置促進事業(市町村)〕
 - アセスメントや家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う事業
 - いわゆる「身近型認知症疾患医療センター」の機能等(早期診断・早期支援・危機回避支援)について、調査を行い検証する事業

- 〔市町村事業〕
 - ① 〔認知症ケアパス等作成・普及事業〕
 - 地域の実情に応じてその地域ごとの認知症ケアパスを作成・普及
 - 〔認知症地域支援推進員等設置促進事業〕
 - 「認知症地域支援推進員」(介護と医療の連携の強化や、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)の設置
 - ① 〔認知症施策推進5か年計画促進支援メニュー事業〕
 - 認知症施策推進5か年計画推進のため、地域の実情に応じた事業を選択実施
 - 〔都道府県等事業〕
 - 〔都道府県認知症施策推進事業〕
 - 都道府県において市町村における認知症施策の円滑な実施の促進等
 - 〔認知症地域資源連携検討事業〕
 - 認知症地域支援体制の好事例や先進事例の収集等
 - 〔認知症施策普及・相談・支援事業〕
 - 介護の専門家等が対応するコールセンターの設置

- 〔認知症対応型サービス事業管理者等養成事業(都道府県等)〕
 - 認知症対応型サービス事業開設者及び管理者、小規模多機能型サービス等計画作成担当者に対する、認知症高齢者への介護サービスの充実を図るための研修

- 〔認知症介護研究・研修センター運営事業(東京都・愛知県・仙台市)〕
 - 認知症介護の質の向上を図る研修、研究等の実施

- 〔認知症地域医療支援事業(都道府県等)〕
 - かかりつけ医の認知症対応力向上研修
 - ① 〔病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修〕
 - かかりつけ医に助言等を行う認知症サポート医の養成研修

- 〔認知症疾患医療センター運営事業(都道府県等)〕(障害保健福祉部から組み替え)
 - 地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図るための事業

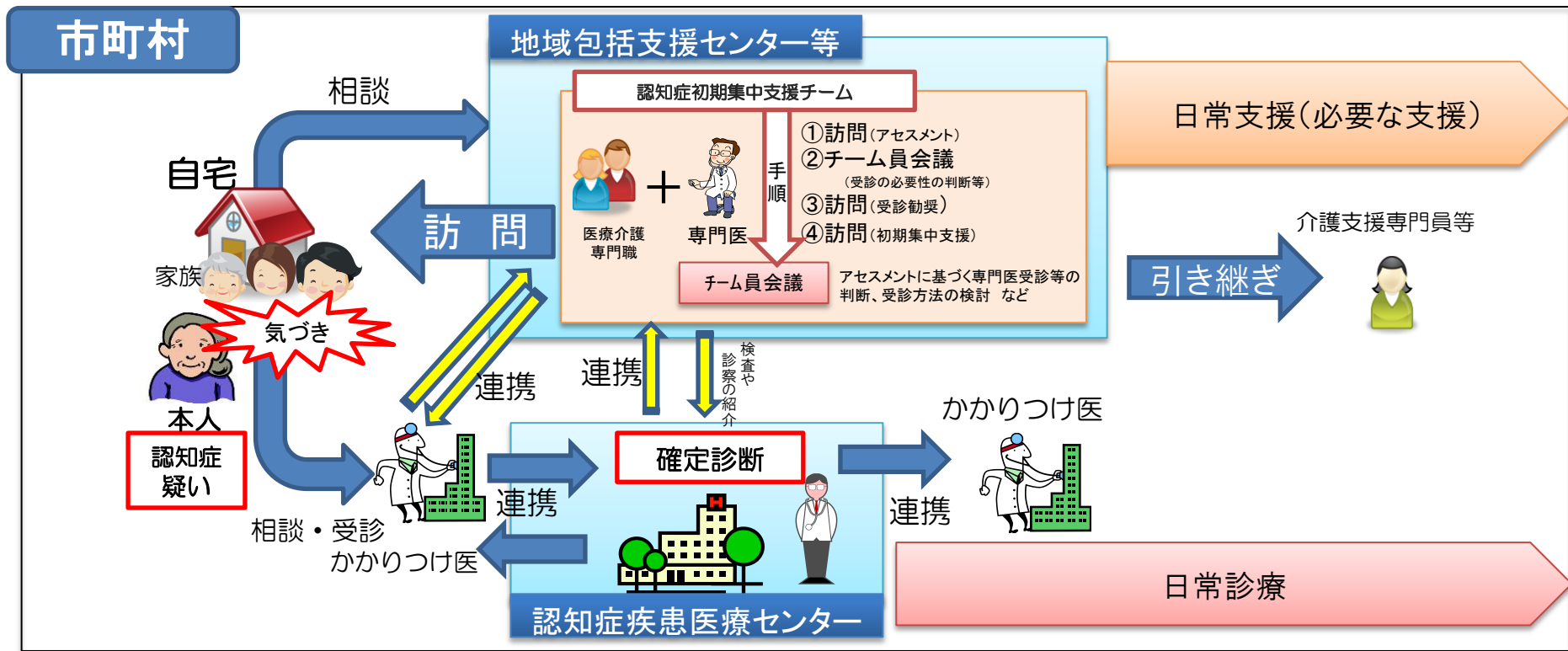
- 〔高齢者権利擁護等推進事業(都道府県)〕
 - 介護施設等の従事者に対する権利擁護意識向上研修の実施等
 - 高齢者虐待防止や市民後見推進の取組を広域的な観点から支援

- 〔市民後見推進事業(市町村)〕
 - 市民後見人の養成など、地域において市民後見の取組を推進する事業

- 〔若年性認知症施策総合推進事業(都道府県)〕
 - 若年性認知症の方に対する総合的な支援等を行う事業

- 〔地域ケア会議活用推進等事業(都道府県・市町村)〕
 - 地域包括支援センターの地域ケア会議において、医療・介護等の多職種協働による認知症の人の支援等地域包括ケアの仕組みづくりを行う事業

認知症初期集中支援チーム設置促進モデル事業の概念図

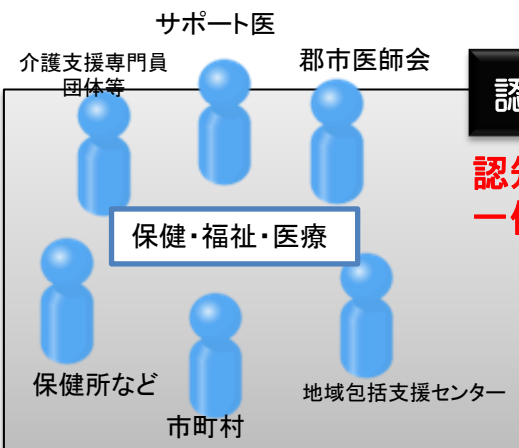


認知症初期集中支援チーム設置検討委員会（市町村）

認知症初期集中支援チームの設置及び活動について検討一体的に事業を推進していくための合意の場

【検討内容の例】

- 認知症の相談・応需機能の充実のために初期集中支援チームをどのように位置づけるか
 - 認知症の早期診断、早期対応に向けて何が課題か
 - 初期の認知症の人々のニーズと受け止められる資源はあるか
 - 地域での認知症施策はどうあるべきか
- など



早期診断・早期対応を担う医療機関の整備について

注：平成25年6月時点資料であり、今後変更がありえる。

基本的な考え方

「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」(※医療計画策定指針の一部) 及び「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」の考え方を基とする。

設置方針

I. 「地域型」を、二次医療圏域(347圏域)毎に設置する。

II. 「基幹型」を、身体合併症に対する急性期医療対応と空床確保を行うための拠点として設置する。

〔 ※ 今後は、都道府県及び二次医療圏毎の状況も鑑みつつ、現行の基幹型・地域型についても機能面から評価をし、あるべき認知症医療体制を構築することが必要。 〕

III. (I、IIを基本としつつ、)65歳人口規模に応じ、「認知症医療支援診療所(仮称)」等を設置する。

(1) 65歳以上人口60,000人以下の二次医療圏においては、「認知症医療支援診療所(仮称)」を優先して設置する。

又は、複数の二次医療圏による共同での「地域型」設置や、隣接する65歳以上人口60,000人以上二次医療圏と一体的に「地域型」を設置する。

(2) 「基幹型」を設置した二次医療圏については、特に65歳以上人口が多い二次医療圏として、「地域型」を設置する。

(3か所目以降は、「認知症医療支援診療所(仮称)」で設置する。)

※ なお、既に上記方針以上のセンター数を設置している都道府県においては、平成25年度の取組み(「認知症医療支援診療所(仮称)」に関するモデル事業等)を踏まえつつ、各センターの更新時期や都道府県内における全体的な配置の見直しを行う際には、類型の移行等についても検討することが必要となる。

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

認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）

平成24年度厚生労働科学特別研究事業
「認知症、特にBPSDへの適切な薬物使用に関するガイドライン作成に関する研究」
研究代表者 認知症介護研究・研修東京センター長 本間昭

全国でかかりつけ医、専門医計3147人を対象にアンケートを行った。（回答数1152人）

結果

- ・かかりつけ医の94.5%に認知症患者が通院し、89.2%が向精神薬を服用していた。
- ・BPSDについて、多弁、過食、異食、徘徊、介護への抵抗など向精神薬の有効性に関する報告がないBPSDに対しても向精神薬が処方されている実態が示された。

かかりつけ医のための
BPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン

BPSDに対する薬物療法を進め方

○BPSDへの対応の第一選択は非薬物的介入である。
○BPSDには認知症者にみられる言動・行動のすべてが含まれる。

BPSD

- ・身体的要因がない。
- ・他の薬物の作用と関係がない。
- ・環境要因により生じたものではない。
- ・非薬物的介入に反応しないが、もしくは非薬物的介入が適切ではない。

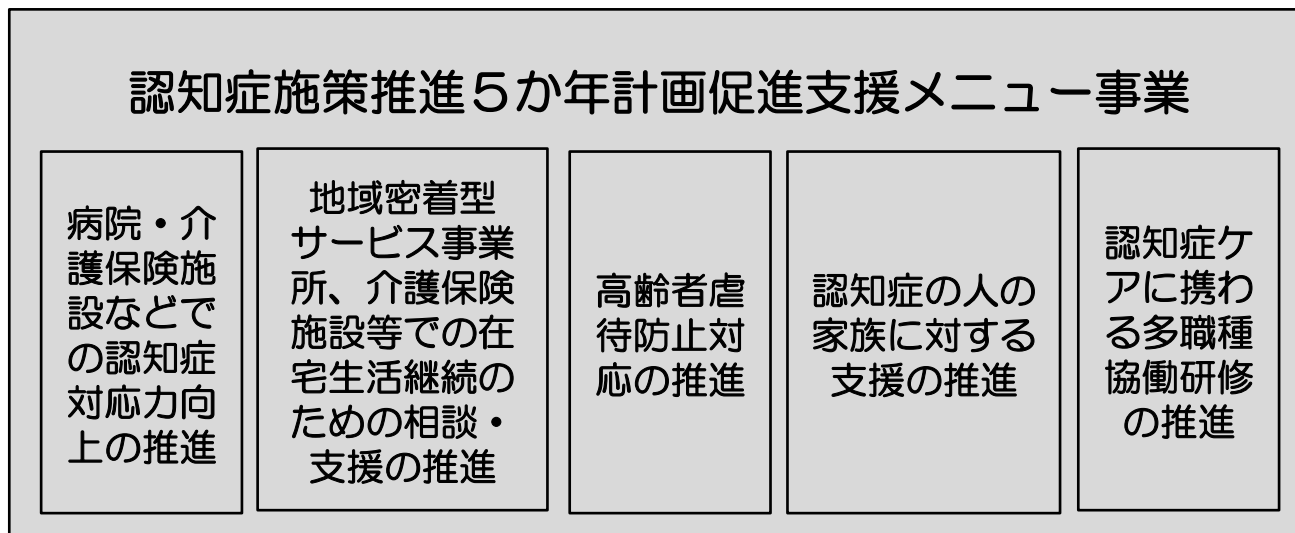
- ・ある症状または行動を薬物で治療することは正当か、それはないか。
- ・その症状または行動は薬物に反応しそうかどうか。
- ・その症状または行動は認知症の他の症状が最も多いものか。
- ・予測される薬物の副作用に注意。
- ・治療はどのくらいの期間続けるべきか。
- ・薬量管理はどのように行うのか。
- ・薬物の投与量としては、年齢、体重、腎機能などの身体状況を考慮すること。

薬物療法開始後のチェックポイント

- 症状の経過観察（症状の種類、重症程度、発症の頻度など）の変化
- 副作用の観察（食欲不振、便秘、脱水、発熱の発症など）の観察
- 薬量調整（必要としない限り十分な効果を確認しているかなど）の検討
- 薬物の相互作用
- 副作用の観察（嘔吐、下痢、便秘、小動機/不穏、眩暈、めまい、動悸など）
- 服薬しやすくすること
- 減量・中止できないか検討する。減量は慎重に実施する。
- 薬物の投与量や頻度の調整

かかりつけ医のためのBPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン

① 認知症施策推進5か年計画促進支援メニュー事業



② その他の事業

- ・ 認知症にかかる普及・啓発活動
- ・ 市民後見推進事業
- ・ 若年性認知症施策

認知症の人の家族に対する支援の推進

<基本的な考え方>

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、認知症の人とその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。

そのため、地域において認知症の人の家族を支援し、認知症の人の家族の負担の軽減を図る。

<具体的な取組例>

認知症の本人、その家族、専門職、地域住民など誰もが参加でき、和やかに集うカフェの開設
→認知症の人の家族が状況を共有できる人と出会い、相互に情報を共有することで介護等に活かすことができる、等の効果がある。

※ 右の「取組の一例」を参照のこと

<補助の対象>

認知症の人の家族を支援し、認知症の人の家族の負担の軽減を図るための取組を開始するための初動経費や、当該取組の中で、講師による専門的な講義等を行った場合の謝金

認知症カフェの取組の一例

(K市地域包括支援センターの取組)

- 1～2回／月程度の頻度で開催(2時間程度／回)
- 通所介護施設や公民館の空き時間を活用
- 活動内容は、特別なプログラムは用意されていなく、利用者が主体的に活動。
- 効果
 - ・認知症の人 → 自ら活動し、楽しめる場所
 - ・家族 → わかり合える人と出会う場所
 - ・専門職 → 人としてふれあえる場所(認知症の人の体調の把握が可能)
 - ・地域住民 → つながりの再構築の場所(住民同士としての交流の場や、認知症に対する理解を深める場)

認知症カフェの様子



夜のカフェの様子

認知症地域医療支援事業における各研修の比較

	認知症サポート医 養成研修	認知症サポート医 フォローアップ研修	かかりつけ医 認知症対応力向上研修	病院勤務の医療従事者向け 認知症対応力向上研修 (新)
実施主体	都道府県・指定都市 (国立長寿医療研究センターに委託)	都道府県・指定都市		
補助率	国 1/2, 都道府県・指定都市 1/2			
研修対象者	実施主体の長が、都道府県・指定都市医師会と相談の上、下記のいずれかの条件を満たし適当と認めた医師 ア 地域において認知症の治療(早期発見等)に携わっている医師 イ 認知症サポート医の役割を担える医師	認知症サポート医及び地域においてかかりつけ医認知症対応力向上研修等の企画・立案等に協力している医師、その他地域において認知症医療体制構築に向けて取り組んでいる医師として実施主体の長が適当と認めた者	診療科名を問わず、各都道府県及び指定都市管内で勤務(開業含む)する医師	各都道府県及び指定都市管内の一般病院等で勤務する医師、看護師等の医療従事者 対象者のうち、医師、看護師のような、直接患者に接する機会が多い医療従事者について、優先的に研修を実施することを想定している。 ただし、他の医療従事者の受講を妨げるものではないため、都道府県・指定都市においては、地域の実情に応じて研修を実施すること。
想定される講師	国立長寿医療研究センター	各実施主体において選定	認知症サポート医	認知症サポート医、認知症ケアに精通した看護師等
研修内容	ア かかりつけ医等に対する認知症対応力向上研修の企画立案に必要な知識及び効果的な教育訓練 イ 地域における認知症の人を支えるために必要な介護分野の知識、地域医師会・地域包括支援センター等の関係機関との連携づくり並びに連携を推進するために必要な知識・技術などの修得に資するもの	地域における医療と介護が一体となった認知症の人への支援体制の構築という認知症サポート医の役割を適切に果たすためのもの	かかりつけ医として必要で適切な認知症診療の知識・技術などの修得に資するもの	病院勤務の医療従事者として必要な認知症ケアの原則等の知識の修得に資するもの
研修時間	430分 (講義220分+演習210分)	各実施主体において判断	250分	90分

※ 普及啓発推進事業を活用し、各研修事業の周知を行うとともに、各研修の修了者リストを作成し、管理する。