

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

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、日常の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は不十分である。

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よう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、どのような医療・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のではない。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的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・心理症状等で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など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捜索・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

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。