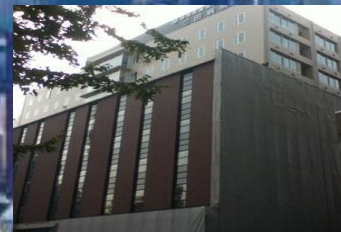


# 2040年問題と認知症



国際医療福祉大学大学院 教授  
武藤正樹

# 目次

- パート 1
  - 認知症パンデミック
- パート 2
  - 認知症国家戦略
- パート 3
  - **2018年診療報酬改定と認知症**
- パート 4
  - 認知症施策新大綱と認知症予防



# パート1 認知症パンデミック



# ① 認知症有病率全国調査

「認知症の実態把握に向けた総合的研究」(H21-22, 研究費総額 185,000千円)

「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(H23-24, 研究費総額 84,172千円)

厚生労働科学研究費補助金 筑波大学 朝田隆教授

## ◆調査内容等◆

- ・調査期間:平成21~24年度
- ・調査地域:全国10か所の市町
  - 平成21年度:宮城県栗原市、茨城県利根町、新潟県上越市、愛知県大府市、島根県海士町、佐賀県伊万里市、大分県杵築市
  - ※宮城県栗原市は、東日本大震災の影響を考慮して解析の対象から除外
  - 平成23年度:茨城県つくば市、福岡県久山町、福岡県大牟田市
  - ※有病率の推定にあたっては、医師による面接調査までの完遂率の高さを考慮し、上越市を除く8地域のデータを用いた。
- ・調査対象:65歳以上の高齢者
  - ・10市町の住民基本台帳より無作為抽出 9,278名
  - うち調査対象者 8,964名
  - 参加者総数 6,131名 (68.4%)
  - ・分析には、上記のうち8市町の参加者を引用 5,386名
- ・調査方法
  1. 会場調査(体育館等)
    - ①訓練された調査員による問診・神経心理検査、および血液検査(含遺伝子検査)
    - ②医師による神経学的および身体的診察
    - ③認知症が疑われた場合、頭部MRI撮像
  2. 来場困難者への訪問調査
 

病院・施設・自宅等へ赴き、会場調査同様の調査を行う

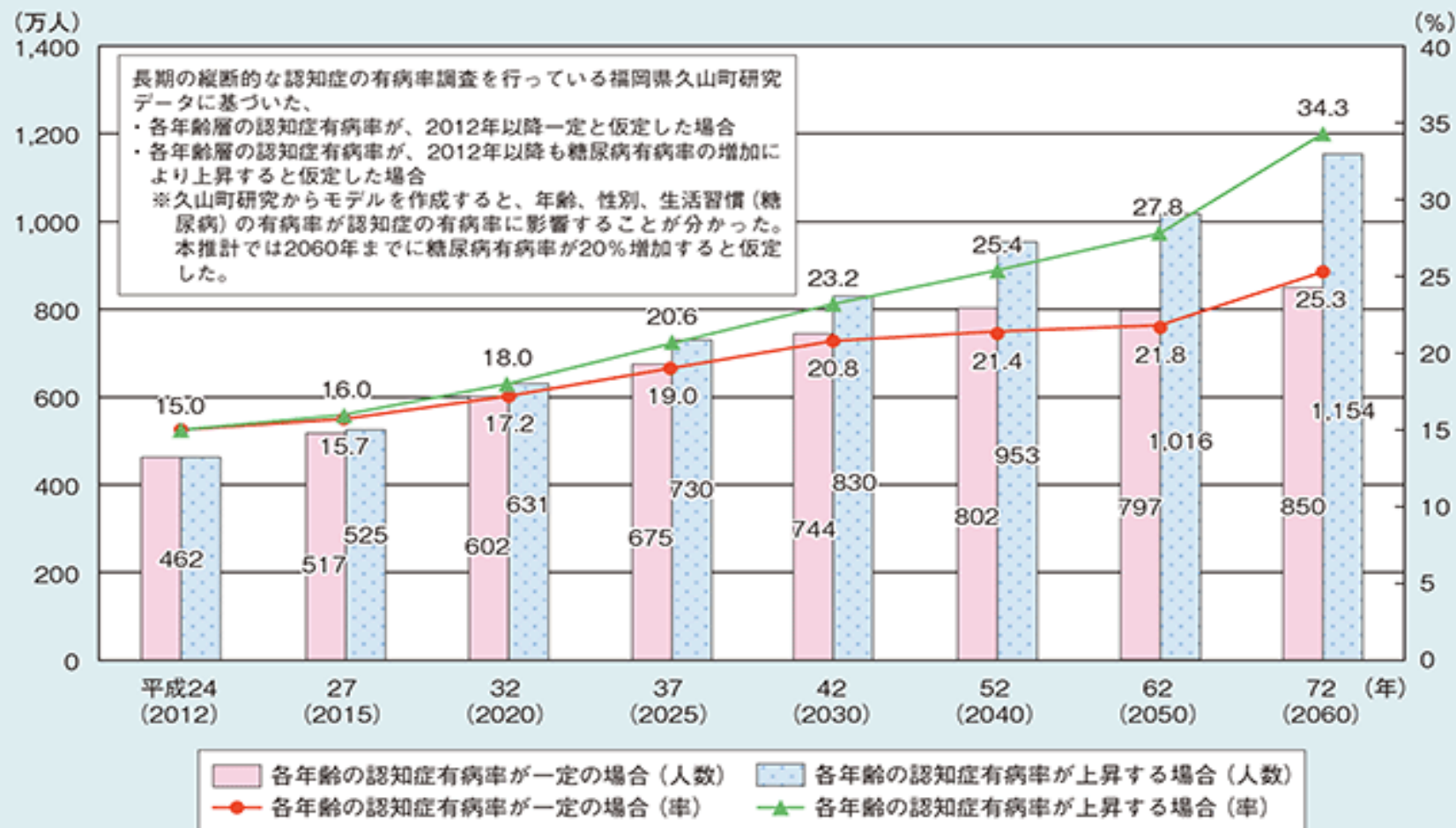
実態を調査するため全国より10カ所で調査を行った



# B 久山町研究

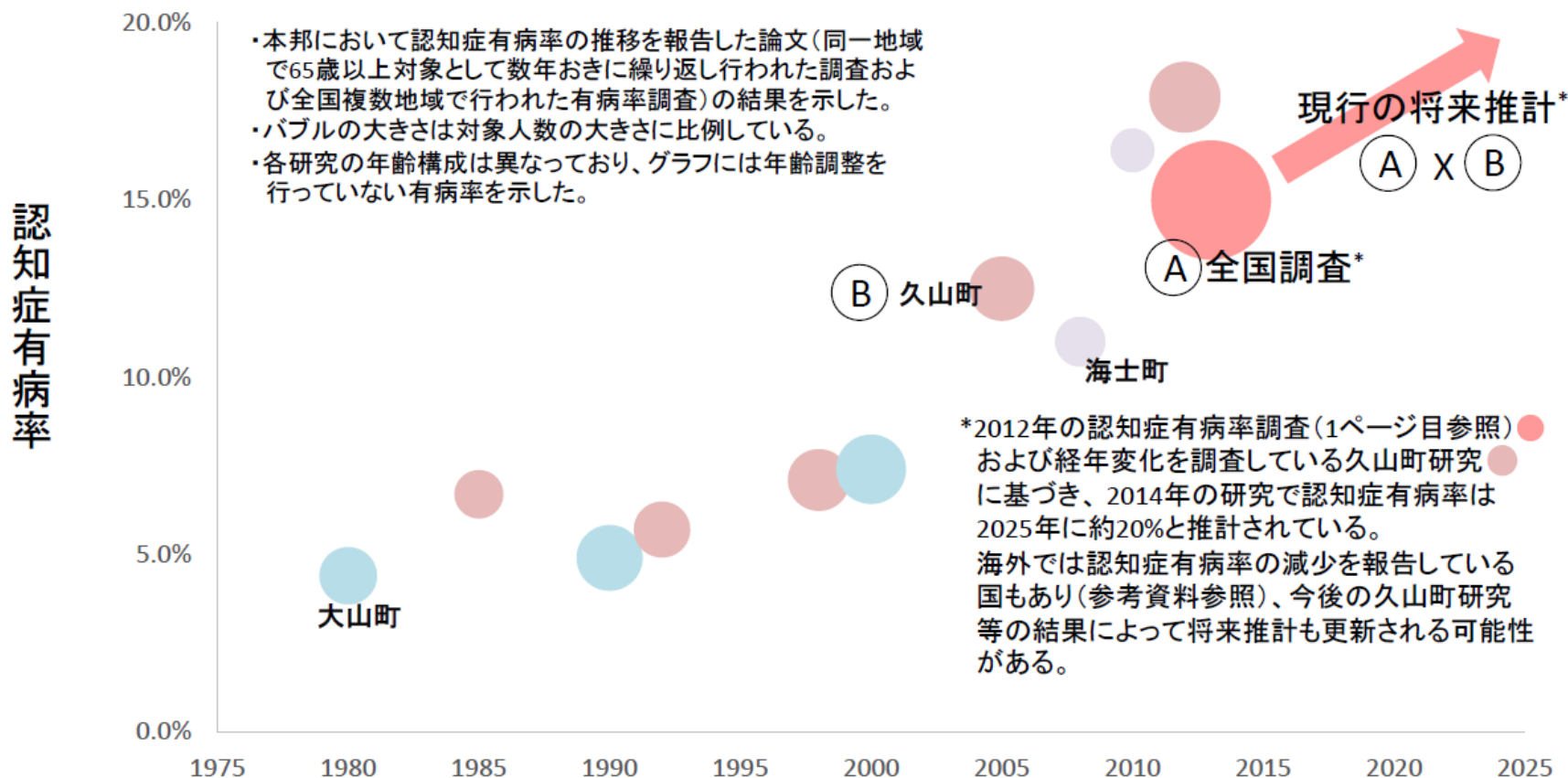
図1-2-12

65歳以上の認知症患者数と有病率の将来推計



資料：「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学二宮教授)より内閣府作成

# 認知症有病率調査結果まとめおよび現行の将来推計



久山町 B	調査期間および調査対象 65歳以上在宅者の悉皆調査 (1985年(887人), 1992年(1,189人), 1998年(1437人), 2005年(1,556人), 2012年(1,904人)) 調査方法 第1段階: 研究スタッフによる調査会場・訪問での認知機能検査、質問票調査 第2段階: スクリーニング該当者に対する医師による診察、評価 グラフに示した年齢未調整有病率は6.7%(1985年), 5.7%(1992年), 7.1%(1998年), 12.5%(2005年)。年齢調整すると6.0%, 4.4%, 5.3%, 8.3%, 11.3%となる。
海士町	調査期間および調査対象 65歳以上悉皆調査 (2008年(943人), 2010年(723人)) 調査方法 第1段階: 臨床心理士による検査(MMSE, CDR) 第2段階: スクリーニング該当者に対する神経科医師による診察、MRI
大山町	調査期間および調査対象 65歳以上悉皆調査 (1980年(1,236人), 1990年(1,626人), 2000年(1,823人)) 調査方法 第1段階: 質問紙票によるスクリーニング 第2段階: スクリーニング該当者に対する神経科医による訪問、診察

(久山町)「アルツハイマー病の危険因子の解明と予防に関する大規模ゲノム疫学研究」(H20-24 厚生労働科学研究費補助金 九州大学 清原裕教授)ほか  
(海士町)「認知症の実態把握に向けた総合的研究」(H21-22 厚生労働科学研究費補助金 筑波大学 朝田隆教授)ほか  
(大山町)「栄養学的介入による痴呆の予防・治療システム」(H13-15 厚生労働科学研究費補助金 自治医大附属大宮医療センター 植木彰教授)ほか

## ① × ② 認知症の人の将来推計について

- 長期の縦断的な認知症の有病率調査を行っている久山町研究のデータから、新たに推計した認知症の有病率(2025年)。
- ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降一定と仮定した場合:19%。
- ✓ 各年齢層の認知症有病率が、2012年以降も糖尿病有病率の増加により上昇すると仮定した場合:20.6%。

※ 久山町研究からモデルを作成すると、年齢、性別、生活習慣病(糖尿病)の有病率が認知症の有病率に影響することがわかった。  
本推計では2060年までに糖尿病有病率が20%増加すると仮定した。

- 本推計の結果を、平成25年筑波大学発表の研究報告による2012年における認知症の有病者数462万人にあてはめた場合、2025年の認知症の有病者数は約700万人となる。

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学 二宮教授)による速報値

年	平成24年 (2012)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)	平成42年 (2030)	平成52年 (2040)	平成62年 (2050)	平成72年 (2060)
各年齢の認知症有病率が一定の場合の将来推計 人数/(率)	462万人 15.0%	517万人 15.7%	602万人 17.2%	675万人 19.0%	744万人 20.8%	802万人 21.4%	797万人 21.8%	850万人 25.3%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の将来推計 人数/(率)		525万人 16.0%	631万人 18.0%	730万人 20.6%	830万人 23.2%	953万人 25.4%	1016万人 27.8%	1154万人 34.3%

2040年認知症950万人

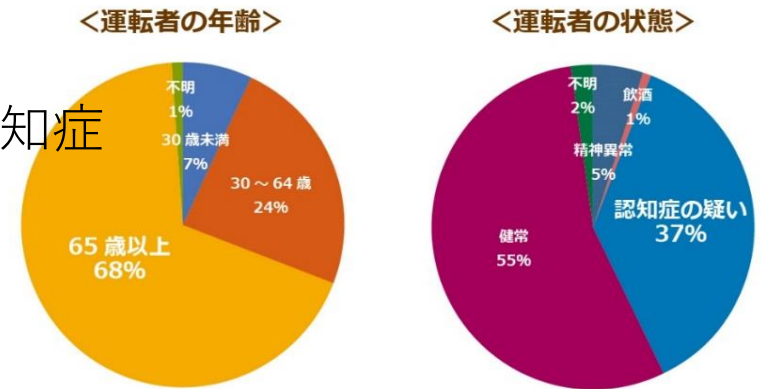
認知症パンデミック時代



# 認知症パンデミック

- 認知症
  - 2025年、認知症有病率は15%から20.6%に上昇
  - 理由は糖尿病の増加
  - 2025年700万人
    - 65歳以上の5人に一人が認知症
    - 2040年950万人、5人1人が認知症
- 認知症ドライバー  
1万人
- 行方不明3年連続  
1万人ごえ

## 高速道路での逆走の現状



出所：高速道路における逆走の発生状況と今後の対策について



## 認知症の行方不明者 1万人

9607人。認知症やその疑いがあり、徘徊（はいかい）などで行方不明になったとして、おととし1年間に警察に届けられた人の数です。NHKがその実態を取材したところ、死亡したり、行方不明のままだったりする人が合わせて550人を超えることが分かりました。

認知症、行方不明  
見つかる確率は

**NHKアンケート**

行方不明経験者125人の家族  
**不明になり通報・捜索**

平均 **6.3回**



保護されても身元わからず。



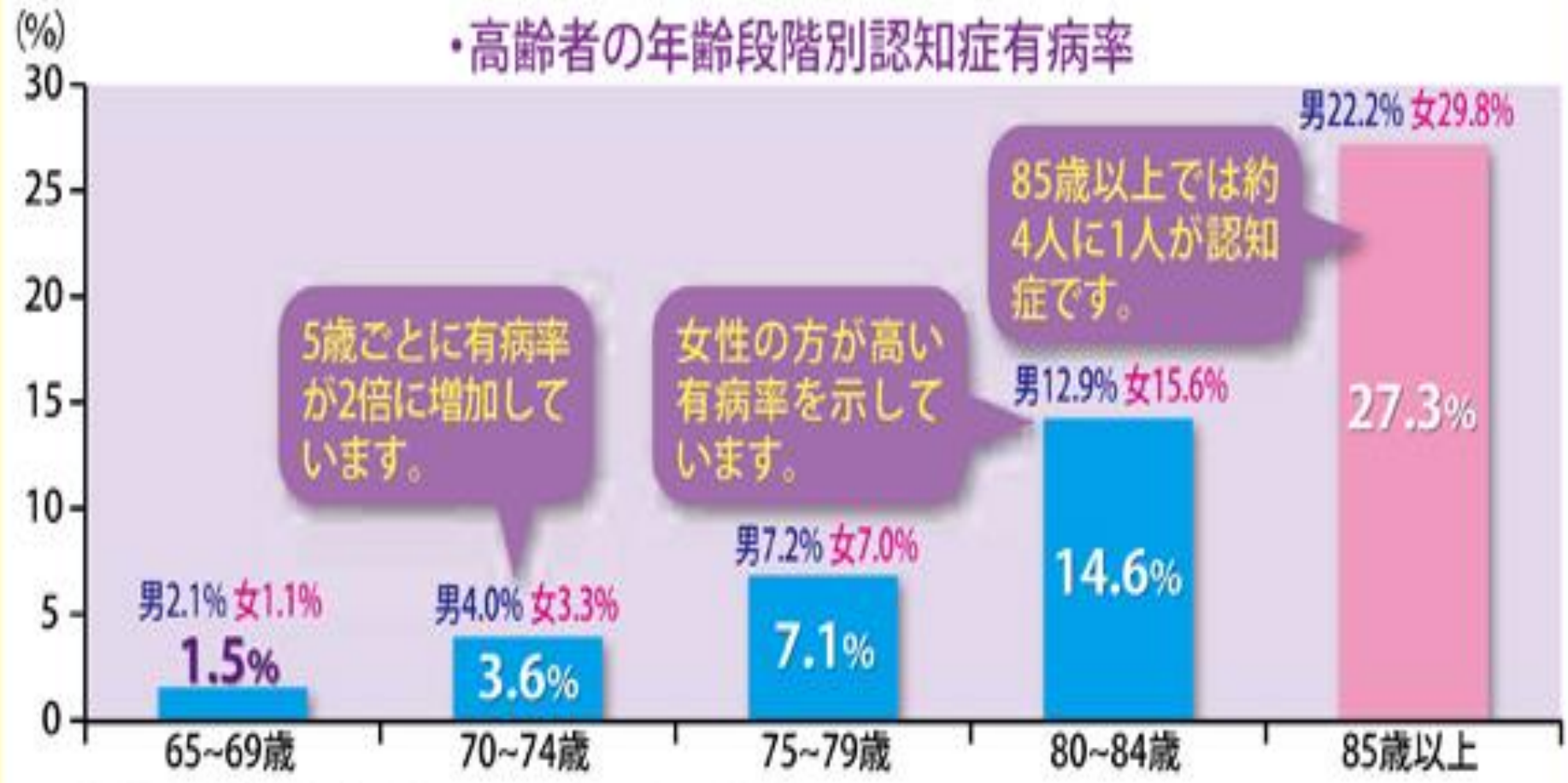
認知症で徘徊、踏み切り事故  
家族に賠償請求



わが国の認知症高齢者数は約 **400万**人  
85歳以上の約4人に1人が認知症です。

国内で認知症を有する高齢者の割合

・高齢者の年齢段階別認知症有病率



老人保健福祉計画策定に当たっての痴呆老人の把握方法等について。  
平成4年2月老計第29号, 老健14号 本間昭 診断と治療Vol.96No11,2008p2246

なぜ女性に認知症は  
多い？



# なぜ女性に認知症は多い？

- 女性は平均寿命が長いから
  - 加齢は認知症の発症リスクの一つであるので、長生きの女性は自ずと認知症の人が増加する
  - 男は認知症になる前に死んでしまう！
  - 「長生きは認知症のもと」
- 閉経の問題もある
  - 認知症（アルツハイマー病）の発症には女性ホルモンが密接に関わっていると言われてている
  - 女性は閉経とともに急激な女性ホルモンの低下が起こるこの急激な低下が将来の認知症発症に繋がっている。
- 遺伝子の問題もある
  - 女性のアルツハイマー患者に特徴的なリスクとなる遺伝子が見つかっている

# パート 2

## 認知症国家戦略

認知症施策推進関係閣僚会議

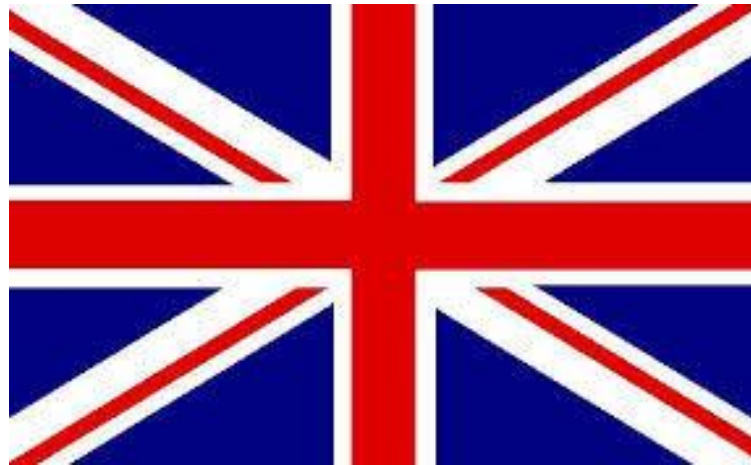
# 各国の認知症施策

○海外でも多くの国において認知症は重要な社会課題と捉えられており、国家戦略の策定など国を挙げて取組を推進。  
○我が国においても、政府全体で認知症施策を強力に推進していくため、全省庁一丸となつての取組が必要。

日本	イギリス	アメリカ	フランス	オーストラリア
認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) ～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～	国家認知症戦略	国家アルツハイマー計画法に基づく計画	神経変性疾患に関する国家計画	認知症に関する国家構想
2012年に厚生労働省が「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」を策定。2015年に関係12省庁が共同して戦略を策定。	2009年に国家認知症戦略を5か年計画として発表。2015年に新たな戦略(～2020年)を発表。	2011年に国家アルツハイマー計画法が署名され、2012年に同法に基づく計画を発表。	2001年に認知症国家戦略を策定。2014年からは神経変性疾患全般に関する新たな戦略として策定。	2005年に認知症に関する国家構想を策定。現在は2015年から2019年までの計画期間中。
主な項目				
<ul style="list-style-type: none"> <li>認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進</li> <li>認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供</li> <li>若年性認知症施策の強化</li> <li>認知症の人の介護者への支援</li> <li>認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進</li> <li>認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進</li> <li>認知症の人やその家族の視点の重視</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>世界的なリーダーとしての役割の継続</li> <li>リスクの低減(予防)</li> <li>健康とケア</li> <li>認知症の啓発と社会的アクション(認知症フレンズと認知症にやさしい地域)</li> <li>研究</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2025年までにアルツハイマー病を予防し効果的に治療</li> <li>ケアの質と効率性を向上</li> <li>アルツハイマー病の人とその家族への支援の拡大</li> <li>社会の認識と関与を拡大</li> <li>データに関する取組を改善し、進捗状況を確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>診断の質の向上等</li> <li>包括的で個別化されたケアプラン等</li> <li>病期を通じたケアの質の向上</li> <li>専門家の質の向上</li> <li>社会認識や包摂等</li> <li>孤立防止、社会の連帯等</li> <li>家族等の介護者支援</li> <li>経済的影響の軽減と若年患者の就労支援</li> <li>人権・倫理</li> <li>研究への支援とコーディネーション</li> <li>予防や進行の緩徐化のための疾患の理解</li> <li>プラン実行におけるガバナンスの確保等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>啓発の促進とリスクの低減(予防)</li> <li>適時の診断</li> <li>診断直後のケアや支援へのアクセス</li> <li>その後のケアや支援へのアクセス</li> <li>入院中や退院後のケアや支援へのアクセス</li> <li>終末期・緩和ケアへのアクセス</li> <li>研究の支援・促進</li> </ul>

上記のほか、韓国、インドネシア等アジア各国でも国家戦略の策定などの取組が進められている。(厚生労働省調べ)

# イギリスの認知症 国家戦略



日本のオレンジプランは英国がお手本



# イギリスの高齢者ケア・認知症の取り組み

2015年8月29日～9月6日  
イギリス、デンマーク視察



# 英国の認知症国家戦略

- 2009年2月「認知症とともに良き生活（人生）を送る：認知症国家戦略」
- Living with Dementia:A National Dementia Strategy 2009~2014
- 5つの目標（2009年）
  - 1 早期の診断・支援のための体制整備
  - 2 総合病院における認知症対応の改善
  - 3 介護施設における認知症対応の改善
  - 4 ケアラー支援の強化
  - 5 抗精神病薬使用の低減

# 1 早期の診断・支援のための体制整備

- プライマリケア（家庭医、GP）センターにおける早期診断と早期支援の推進
- **認知症診断率**
  - 疫学調査をもとに地域別の認知症の推定患者数を分母に、認知症と診断された人の数を分子にとり、地域別認知症診断率を把握する
  - 地域ごとに大きなバラツキがあった
- 早期診断と早期支援プログラムの推進

# Prime Minister's challenge on Dementia (2012)

“there will be a quantified ambition  
for diagnosis rates across the  
country ..robust and affordable local  
plans”

「定量的な認知症診断率目標(67%)  
に基づく地域施策が必要！」



# South London and Maudsley NHS Foundation Trust

Dr Daniel Harwood  
(**CAG**の Clinical Director)  
イギリスにおける認知症分野の  
著名なリーダーの1人

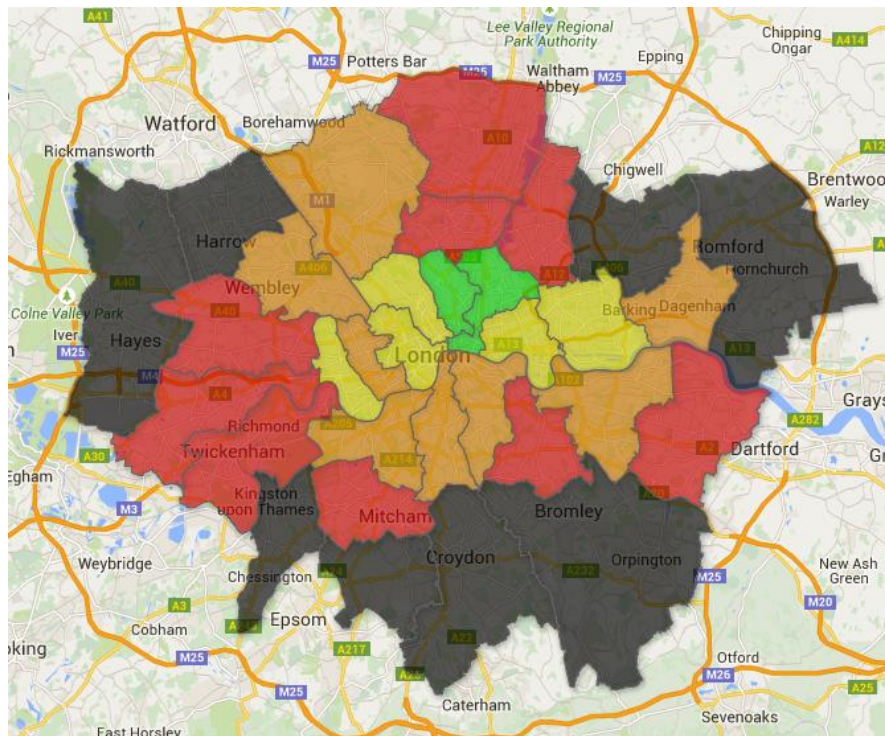
- ・ **認知症国家戦略**
  - ・ 認知症の診断率向上
  - ・ 抗精神薬の低減
  - ・ 早期介入とQOL
  - ・ ケアラー支援

認知症診断率＝  
認知症診断患者÷地域別推計認知症患者

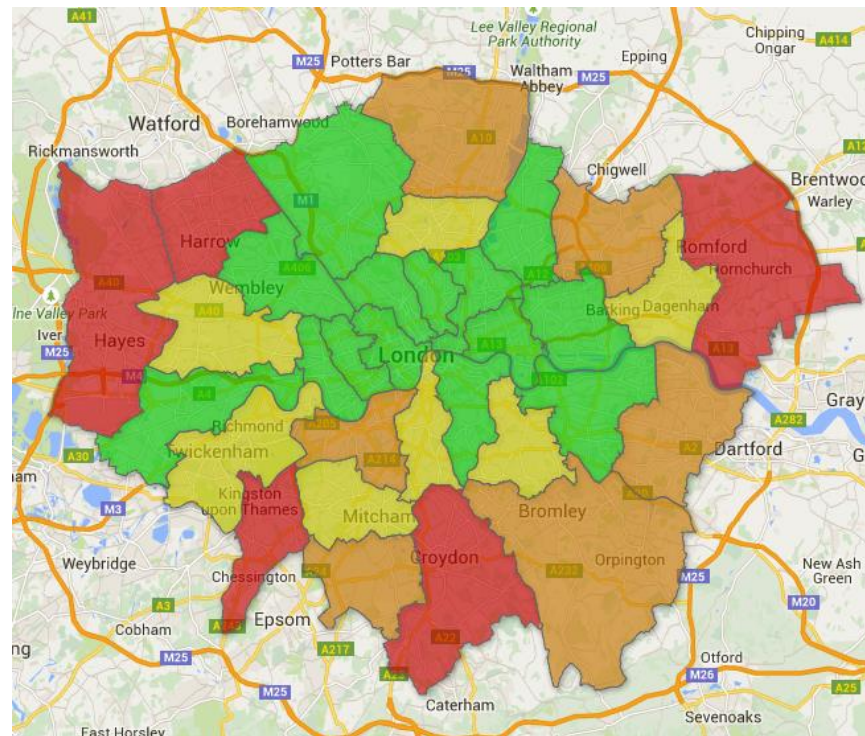
# Result

## ロンドンの地域における 認知症診断率の推移

• September 2014



• March 2015



Diagnosis Rate

■ <50%

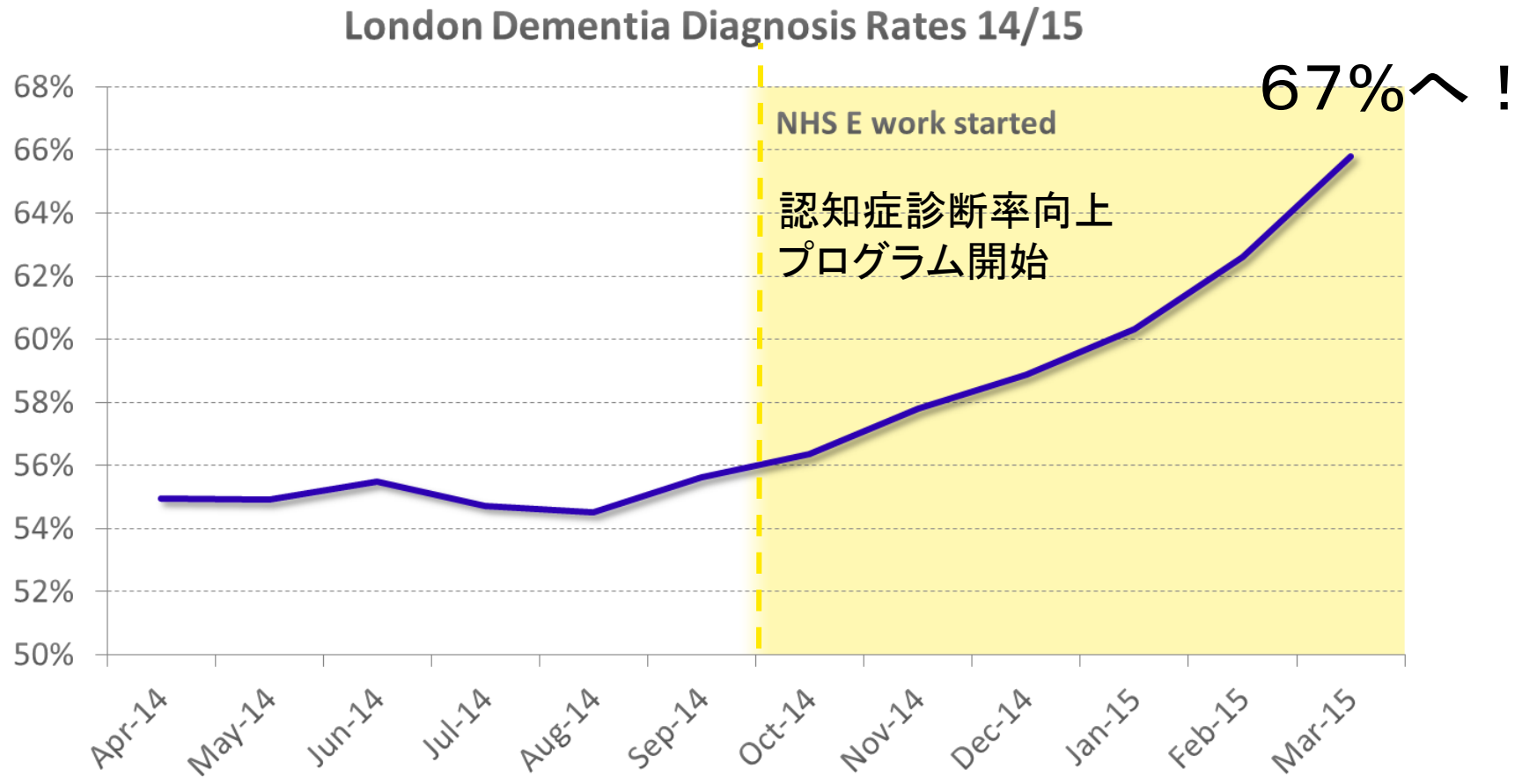
■ 50-55%

■ 55-60%

■ 60-66.6%

■ >66.6%

# 認知症診断率の推移（ロンドン） 2 0 1 5 年



認知症診断に55ポンド！  
～開業医の診断率向上のためのインセンティブ～  
～



**Anger over 'cash for diagnoses' dementia plan**



# 早期診断・早期支援プログラム

- 市民や専門家が認知症に適切なタイミングで気付くことができるようにする
  - 市民啓発活動の強化
  - プライマリケア医の認知症診断力の向上、対応力の改善
- 身近な地域で適切なタイミングで適切な診断を受けられる
  - メモリーサービスの普及とその質向上
  - 日本の初期集中支援チームに相当する

# メモリーサービス

- 認知症の早期診断と支援の地域拠点、65歳以上人口約4万人に1箇所の割合で設置
- 多職種チームによるアウトリーチ
  - アセスメント、チームによる診断会議、当事者・家族へのフィードバック、当事者・家族への早期支援の開始、一定期間の継続的支援を経て、プライマリケア医に引き継ぐ
  - 認知症が重症化する前に地域での生活が継続できる体制を構築するのが目的

# NHS クロイドンメモリーサービス (ロンドン、南クロイドン地区)

- 多職種チーム（看護師、臨床心理士、作業療法士、ソーシャルワーカーなど6名）
- 精神科医は非常勤でチーム診断会議における助言が役割
- アセスメント
  - 初回アセスメントはスタッフ2名で訪問し、アセスメントを行う
  - チーム診断会議でアセスメントによって得られた情報により、医師が参加する週に診断会議を行う。必要に応じて画像診断を行う
  - 診断の結果の当事者・家族への丁寧な説明

# Croydon Memory Service; (NS・OT・心理士)

## メモリーサービスのパイオニア



看護師

作業療法士



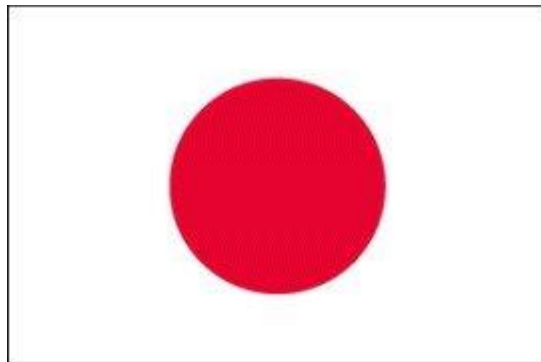
臨床心理士

# 早期支援

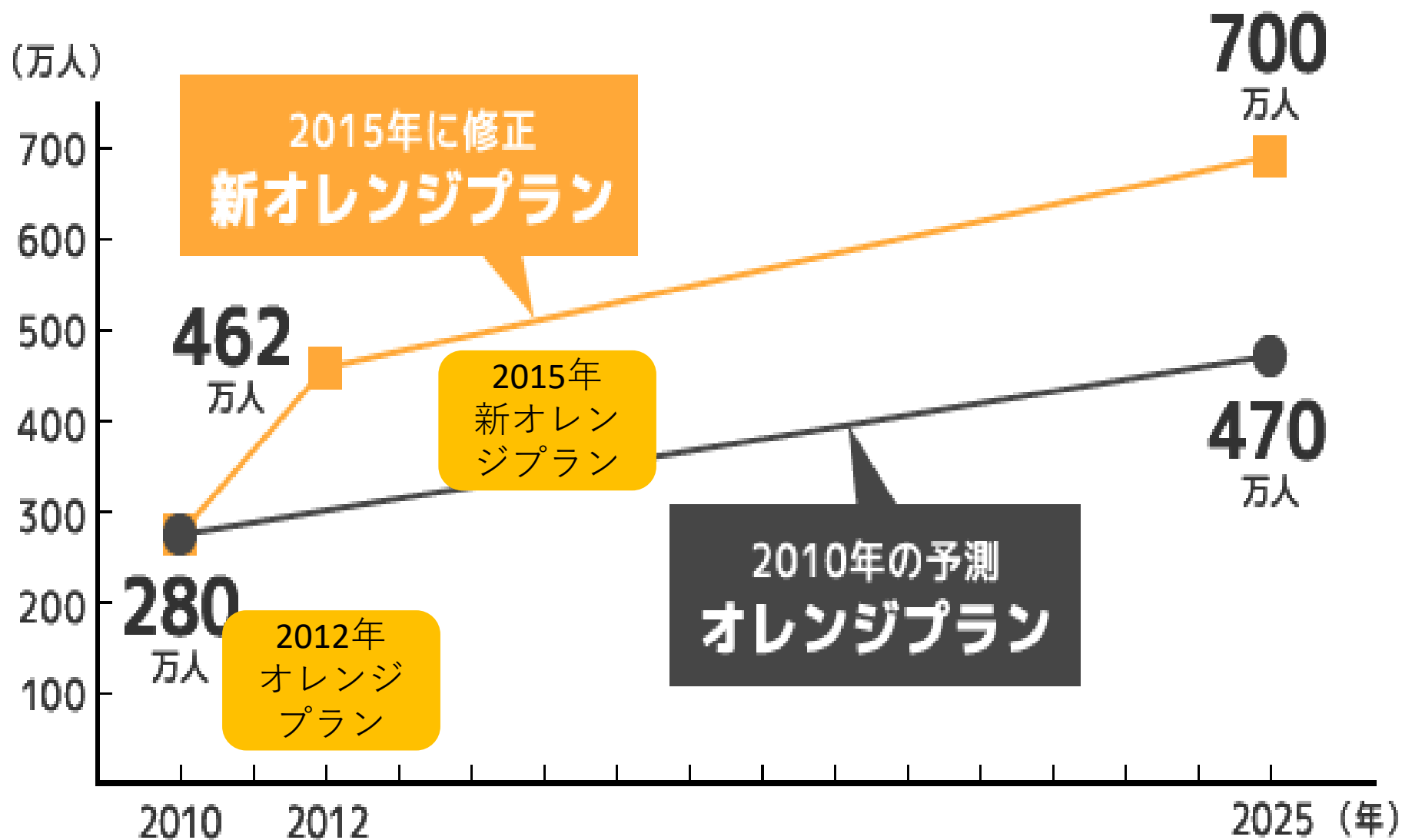
- 診断後の心理ケア
- 必要かつ良質な情報の提供
- 家族支援（たとえば認知症カフェへの参加）
- 認知症治療薬の選択
- 本人の残された判断能力を尊重したケアプランの作成
- 生活環境の改善
- 通常、メモリーセンターが係るのはおよそ3ヶ月、その後はプライマリケア医に引き継ぐ

# 日本の認知症施策

オレンジプラン、新オレンジプラン



# 認知症高齢者数の推移予測



- ◆ 高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備群。高齢化の進展に伴い、認知症の人はさらに増加。  
2025年  
平成24年：462万人(約7人に1人) ⇒ 平成37年：約700万人(約5人に1人)
- ◆ 認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるような環境整備が必要。

## 新オレンジプラン <sup>2015年</sup>(平成27年1月)の基本的考え方

認知症の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自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。

- ◆ 厚生労働省が関係府省庁(内閣官房、内閣府、警察庁、金融庁、消費者庁、総務省、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省)と共同して策定
- ◆ 新プランの対象期間は団塊の世代が75歳以上となる2025(平成37)年だが、数値目標は介護保険に合わせて2017(平成29)年度末等
- ◆ 策定に当たっては、認知症の人やその家族など様々な関係者から幅広く意見を聴取

### 7つの柱

- ① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
- ② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
- ③ 若年性認知症施策の強化
- ④ 認知症の人の介護者への支援
- ⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
- ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- ⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視

資料：厚生労働省公表資料



# 地域支援事業の円滑な実施に向けた支援

## ● 地域支援事業における「認知症総合支援事業」の内容

### ① 認知症初期集中支援推進事業

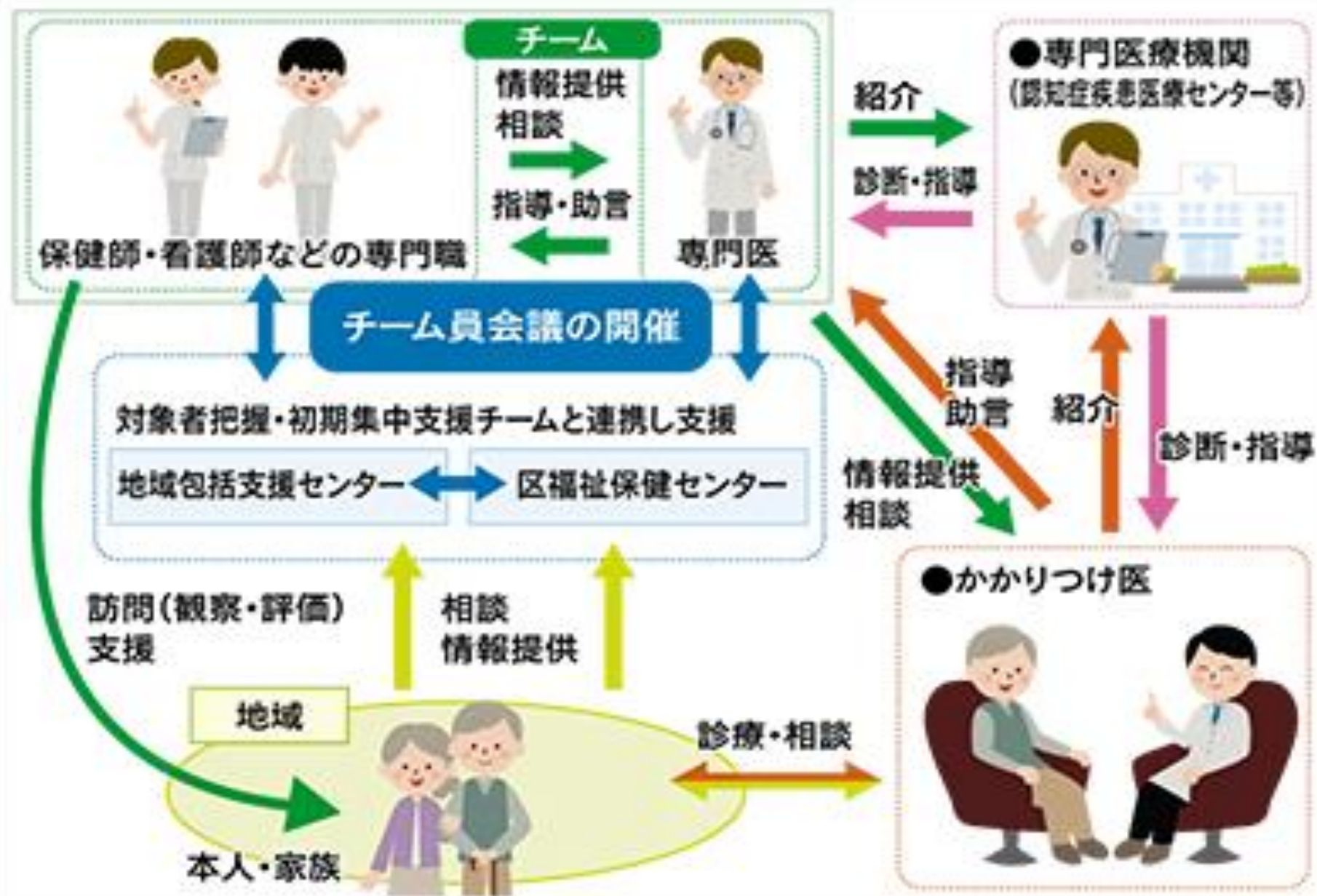
認知症専門医の指導の下、保健師、介護福祉士等の専門職が、認知症の人やその家族に対して、初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを実施する「**認知症初期集中支援チーム**」を、地域包括支援センター、認知症疾患医療センター等に設置する。

### ② 認知症地域支援・ケア向上推進事業

区市町村ごとに、認知症疾患医療センター等の医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関の間の連携支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う「**認知症地域支援推進員**」を設置し、一般病院・介護保険施設等での認知症対応力の向上、多職種の協働研修、在宅生活継続のための相談・支援、認知症カフェ等の取組を推進する。

- 平成30年4月までに全ての区市町村が、事業に主体的に取り組むことが法定。
- 各区市町村の取組状況を把握した上で、地域支援事業の円滑な実施に向けた支援を実施

# 認知症初期集中支援チームの概念図



## 認知症サポーター

目的: **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出来る範囲での手助けをする人**

メイト・サポーター合計 (H25.3.31 現在)

**4, 126, 551人**

- ・認知症サポーター養成講座(90分)  
4, 041, 589人(自治会、老人クラブ、金融機関、スーパーマーケット、小中高等学校、教員等)
- ・キャラバンメイト養成研修(6時間)  
84, 962人(認知症サポーター養成講座の講師役)



2012年 400万人 → **目標(2017年) 600万人**

# 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>

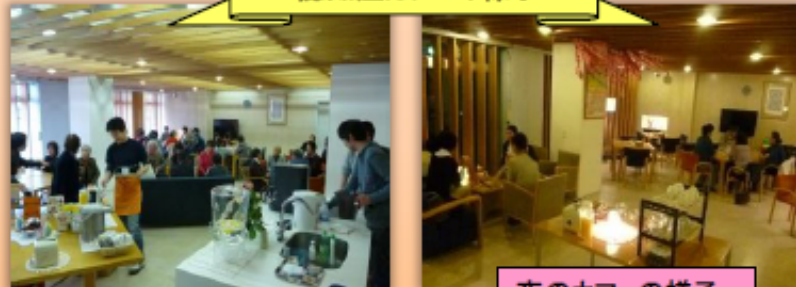
認知症の人の家族を支援し、認知症の人の家族の負担の軽減を図るための取組を開始するための初動経費や、当該取組の中で、講師による専門的な講義等を行った場合の謝金

## 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

# パート3

## 2018年診療報酬改定と 認知症



入院医療等調査評価分科会より



中医協診療報酬調査専門組織  
入院医療等の調査・評価分科会

入院医療に関して専門的立場、技術的な視点から  
課題を整理し中医協基本問題小委に報告する

# 2018年診療報酬改定 入院医療と認知症、 4つのポイント

- ポイント① 重症度、医療・看護必要度と認知症
- ポイント② 総合入院体制加算と認知症
- ポイント③ 地域連携型認知症疾患医療センター
- ポイント④ 認知症治療病棟

# ポイント①

重症度、医療・看護必要度  
の見直し

認知症・せん妄を評価



## 現在の7対1入院基本料における評価指標

評価指標	評価期間 (①患者単位、②病棟単位)	施設基準
(1) 重症度、医療・看護必要度	①毎日 ②直近の1か月	2割5分以上 (200床未満は2割3分以上)
(2) 平均在院日数	①1入院あたり ②直近3か月	18日以内
(3) 在宅復帰率	①1入院あたり ②直近6か月間	8割以上

# 一般病棟における重症度、医療・看護必要度の見直しの考え方 2016年改定

○ 入院医療等の調査・評価分科会のとりまとめを基に、これまでの中医協において資料として提示した考え方を、以下のとおり整理した。

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	/
2 呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)	なし	あり	/
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	/
4 心電図モニターの管理	なし	あり	/
5 シリンジポンプの管理	なし	あり	/
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	/
7 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ) ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ) ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤ 放射線治療 ⑥ 免疫抑制剤の管理、 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ) ⑧ 抗不整脈剤の使用 (注射剤のみ) ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ⑩ ドレナージの管理	なし	/	あり
⑪無菌治療室での治療	なし	/	あり
8 救急搬送(搬送日より1~2日間程度)	なし	/	あり

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 危険行動	ない	/	ある
3 診察・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	/
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	/
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

C 手術等の医学的状況	0点	1点
① 開胸・開頭の手術(術当日より5~7日間程度)	/	/
② 開腹・骨の観血的手術(術当日より3~5日間程度)	なし	あり
③ 胸腔鏡・腹腔鏡手術(術当日より2~3日間程度)	/	/
④ その他の全身麻酔の手術(術当日より1~3日間程度)	/	/

## 重症者の定義

A得点が2点以上かつ  
B得点が3点以上の患者

又は

A得点が3点以上の患者

又は

C 1得点が1点以上の患者

## 重症度、医療・看護必要度の見直し②

### 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価の基準の見直し

- 手術等の医学的状況(C項目)の開腹手術について、実態を踏まえ、該当日数を短縮する。

現行	
C18	開腹手術(5日間)



改定後	
C18	開腹手術(4日間)

- 処置等を受ける認知症やせん妄状態の患者に対する医療について、適切に評価されるよう、重症度、医療・看護必要度の該当患者の基準を見直す。

現行	
・A得点2点以上かつB得点3点以上	
・A得点3点以上	
・C得点1点以上	



改定後	
・A得点2点以上かつB得点3点以上	
・「B14」又は「B15」に該当する患者であって、A得点が1点以上かつB得点が3点以上	
・A得点3点以上	
・C得点1点以上	

※ B14・・・診療・療養上の指示が通じる  
B15・・・危険行動

- 基準等の変更に伴い、該当患者割合及び届出に係る経過措置を設ける。

要件	現行の対象病棟	
施設基準	病棟群単位の届出病棟、許可病床数200床未満の一般病棟7対1入院基本料の病棟で、重症度、医療・看護必要度の該当患者割合が2.3%以上2.5%未満の病棟	平成30年度
急性期一般入院料2及び3の届出要件	許可病床数200床未満の一般病棟7対1入院基本料の病棟	平成30年度
	一般病棟7対1入院基本料、病棟群単位の届出病棟	平成30年3月31日までの間、平成31年度、平成32年3月31日までの間は、急性期一般入院料1又は急性期一般入院料1・2の算定に係る要件を満たしているものとする。

認知症、せん妄を評価した。  
認知症の患者が多い病棟は7対1を取りやすくなった。

# ポイント②

## 総合入院体制加算と 認知症



# 医療機能に応じた入院医療の評価について

## 総合入院体制加算の実績要件等の見直し

➤ 総合入院体制加算について、総合的かつ専門的な急性期医療を適切に評価する観点から、実績要件等の見直しを行う。

- 総合入院体制加算1 ⇒ 総合入院体制加算1(1日につき・14日以内) 240点
- 総合入院体制加算2 ⇒ 総合入院体制加算2(1日につき・14日以内) 180点(新)
- 総合入院体制加算3 ⇒ 総合入院体制加算3(1日につき・14日以内) 120点

総合入院体制  
加算1は急性期  
病院の最後の砦

	総合入院体制加算1	(新)総合入院体制加算2
共通の施設基準	・内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科及び産科又は産婦人科を ・全身麻酔による手術件数が年800件以上	
実績要件	ア 人工心肺を用いた手術:40件/年以上    イ 悪性腫瘍手術:400件/年以上    ウ 腹腔鏡下手術:100件/年以上 エ 放射線治療(体外照射法):4,000件/年以上    オ 化学療法:1,000件/年以上    カ 分娩件数:100件/年以上	
救急自動車等による搬送件数	上記の全てを満たす -	上記のうち少なくとも4つ以上を満たす 年間2,000件以上
精神科要件	(共通要件) 精神科につき24時間対応できる体制があること	
	<b>精神 病棟</b> 精神患者の入院受入体制がある	以下のいずれも満たす イ 精神科リエゾンチーム加算又は認知症ケア加算1の届出 ロ 精神疾患診療体制加算2又は救急搬送患者の入院3日以内の入院精神療法若しくは救命救急入院料の注2の加算の算定件数が年間20件以上
日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価	○	○
救急医療体制	救命救急センター又は高度救命救急センターの設置	2次救急医療機関又は救命救急センター等の設置
一般病棟用重症度、医療・看護必要度の該当患者割合 (A得点2点以上又はC得点1点以上)	3割以上	2割7分以上

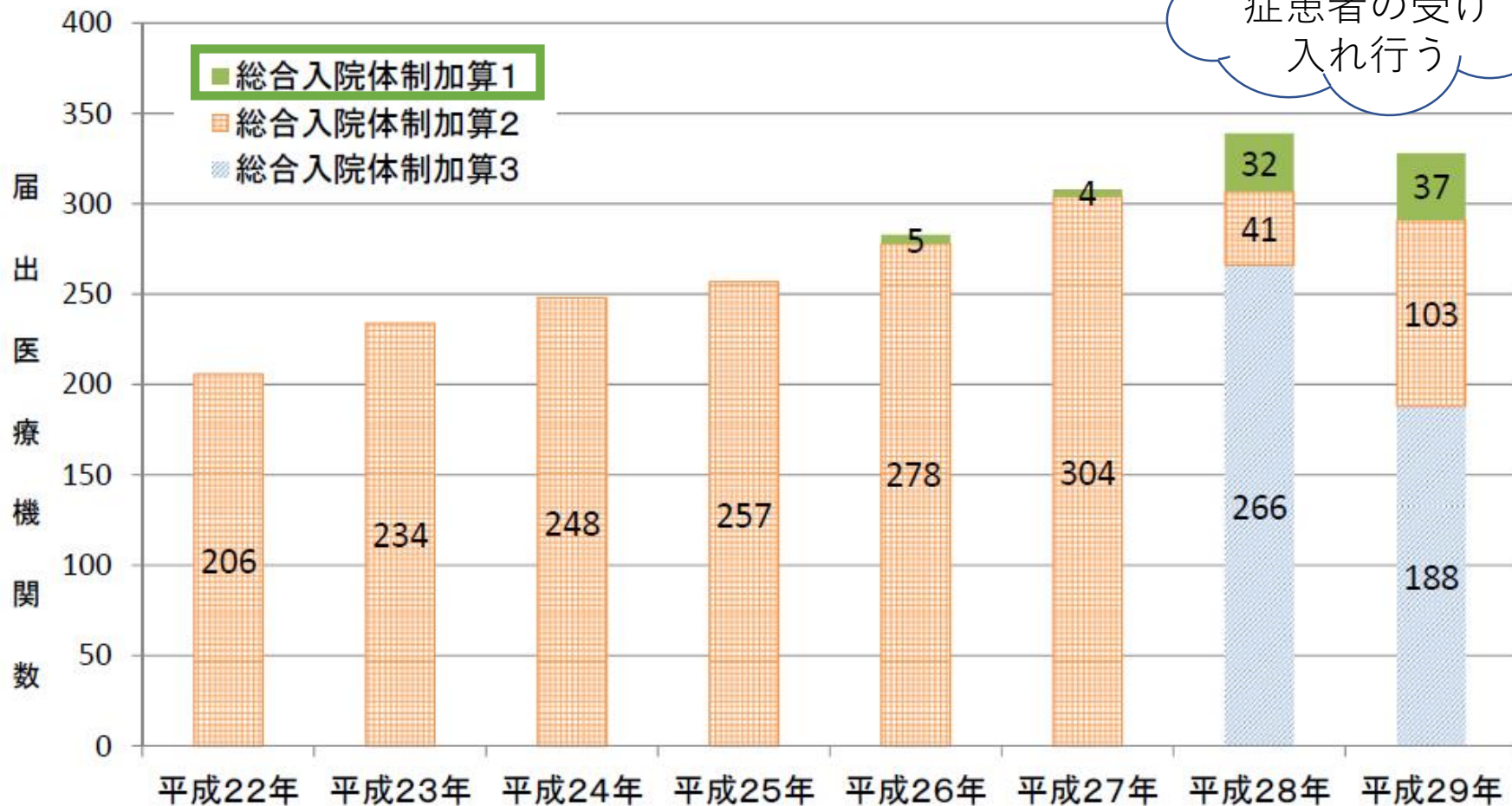
[経過措置]

平成28年1月1日に総合入院体制加算1、加算2の届出を行っている保険医療機関については、平成29年3月31日までの間、それぞれ総合入院体制加算1、加算3の基準を満たしているものとす

## 総合入院体制加算の届出数の推移

＜総合入院体制加算の届出医療機関数の推移＞

小規模の精神  
病棟で身体合  
併のある認知  
症患者の受け  
入れ行う



認知症の身体合併症を  
受け入れられる体制が  
総合入院体制加算 1 には  
求められる

# 横須賀共済病院（740床） 精神科病棟10床を増床して総合入院体制加算1を取得（2017年）



2019年6月12日ゼミで見学



ポイント③

地域連携型

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

- 認知症疾患に関する鑑別診断の実施など、地域での認知症医療提供体制の拠点としての活動を行う事業 (H20年～)
- 実施主体：都道府県・指定都市（鑑別診断に係る検査等の総合的評価が可能な医療機関に設置）
- 設置数：全国に335か所（※）→全国500カ所程度の設置を目指す  
（※平成27年8月19日現在 都道府県知事又は指定都市市長が指定）

	基幹型	地域型	診療所型 (地域連携型)	
設置医療機関	病院(総合病院)	病院(単科精神科病院等)	診療所	
設置数(平成27年7月29日現在)	14か所	302か所	19か所	
基本的活動圏域	都道府県圏域	二次医療圏域		
専門的医療機能	鑑別診断等	認知症の鑑別診断及び専門医療相談		
	人員配置	・専門医(1名以上) ・専任の臨床心理技術者(1名) ・専任のPSW又は保健師等(2名以上)	・専門医(1名以上) ・専任の臨床心理技術者(1名) ・専任のPSW又は保健師等(2名以上)	・専門医(1名以上) ・臨床心理技術者(1名:兼務可) ・専任のPSW又は保健師等(1名以上:兼務可)
	検査体制 (※他の医療機関との連携確保対応で可)	・CT ・MRI ・SPECT(※)	・CT ・MRI(※) ・SPECT(※)	・CT(※) ・MRI(※) ・SPECT(※)
	BPSD・身体合併症対応	空床を確保	急性期入院治療を行える医療機関との連携体制を確保	
	医療相談室の設置	必須	—	
地域連携機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域への認知症に関する情報発信、普及啓発、地域住民からの相談対応</li> <li>・認知症サポート医、かかりつけ医や地域包括支援センター等に対する研修の実施</li> <li>・地域での連携体制強化のための「認知症疾患医療連携協議会」の組織化等</li> </ul>			

2018年診療報酬改定で、地域連携型（診療所型）も報酬評価の対象となった

ポイント④  
認知症治療病棟  
精神病床

# 認知症治療病棟

- 認知症治療病棟入院料は、精神症状及び行動異常が特に著しい重度の認知症患者を対象とした急性期に重点をおいた集中的な認知症治療病棟入院医療を行うため、その体制等が整備されているものとして、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関の精神病棟に入院している患者について算定する。
- なお、精神症状及び行動異常が特に著しい重度の認知症患者とは、A D Lにかかわらず認知症に伴って幻覚、妄想、夜間せん妄、徘徊、弄便、異食等の症状が著しく、その看護が著しく困難な患者をいう。

# 診療報酬の届出病床数(精神病床)

届出病床数 336,776床  
(平成22年7月1日現在)

特定入院料  
(155,392床)

34万床

精神病棟入院基本料  
(178,102床)

特定機能病院  
入院基本料  
(3,282床)

精神科救急入院料 (77医療機関 3,977床) 2:1

精神科救急・合併症入院料 (6医療機関 276床) 2:1

精神科急性期治療病棟  
入院料1 (274施設 13,794床) 入院料2 (22施設 1,122床)  
2.5:1  
3:1

認知症治療病棟  
入院料1 (433施設 30,077床) 4:1  
入院料2 (33施設 2,709床)

3.3万床

精神療養病棟  
(836施設 103,437床) 6:1

小児入院医療管理料5  
(360床※2)

特殊疾患病棟入院料  
58病棟 3,059床※

精神科身体合併症管理加算  
(1,001施設)

精神病棟入院時医学  
管理加算  
(251施設 43,500床)

2:1	10:1 (34病棟、1,361床※)
2.5:1	13:1 (平成22年から導入)
3:1	
	15:1 (2,710病棟、145,959床※)
	18:1 (303病棟 17,655床※)
	20:1 (153病棟 9,265床※)
	特別入院基本料 (99病棟 5,521床※)

1.5:1	7:1 (7病棟 220床※)
2:1	10:1 (8病棟 261床※)
2.5:1	13:1 (平成22年から導入)
3:1	15:1 (84病棟 2,971床※)

医療観察法に定める  
指定入院医療機関数  
28か所 666床※3

急性期入院対象者 入院医学管理料
回復期入院対象者 入院医学管理料
社会復帰期入院対象者 入院医学管理料

※ 入院基本料の病棟数・病床数は平成21年6月30日現在(合計とは一致しない)  
 ※2 平成21年6月30日の小児入院医療管理料3の届出数  
 ※3 医療観察法に定める指定入院医療機関数・病床数は平成23年10月1日現在  
 上記以外は、平成23年10月5日中央社会保険医療協議会資料より作成

## 認知症治療病棟に係る評価の見直し

- 認知症治療病棟の入院期間の現状を踏まえ、認知症夜間対応加算(※)の算定できる期間を見直すとともに、身体的拘束等の行動制限を最小化する取組の実施を算定の要件とする。

※ 現行では、病棟において夜勤を行う看護要員が3名以上の場合に算定可能。

現行
入院した日から起算して30日を限度として、1日につき84点を所定点数に加算



改定後	
当該患者の入院期間に応じ、次に掲げる点数をそれぞれ1日につき所定点数に加算する。	
イ 30日以内の期間	84点
ロ 31日以上の期間	40点

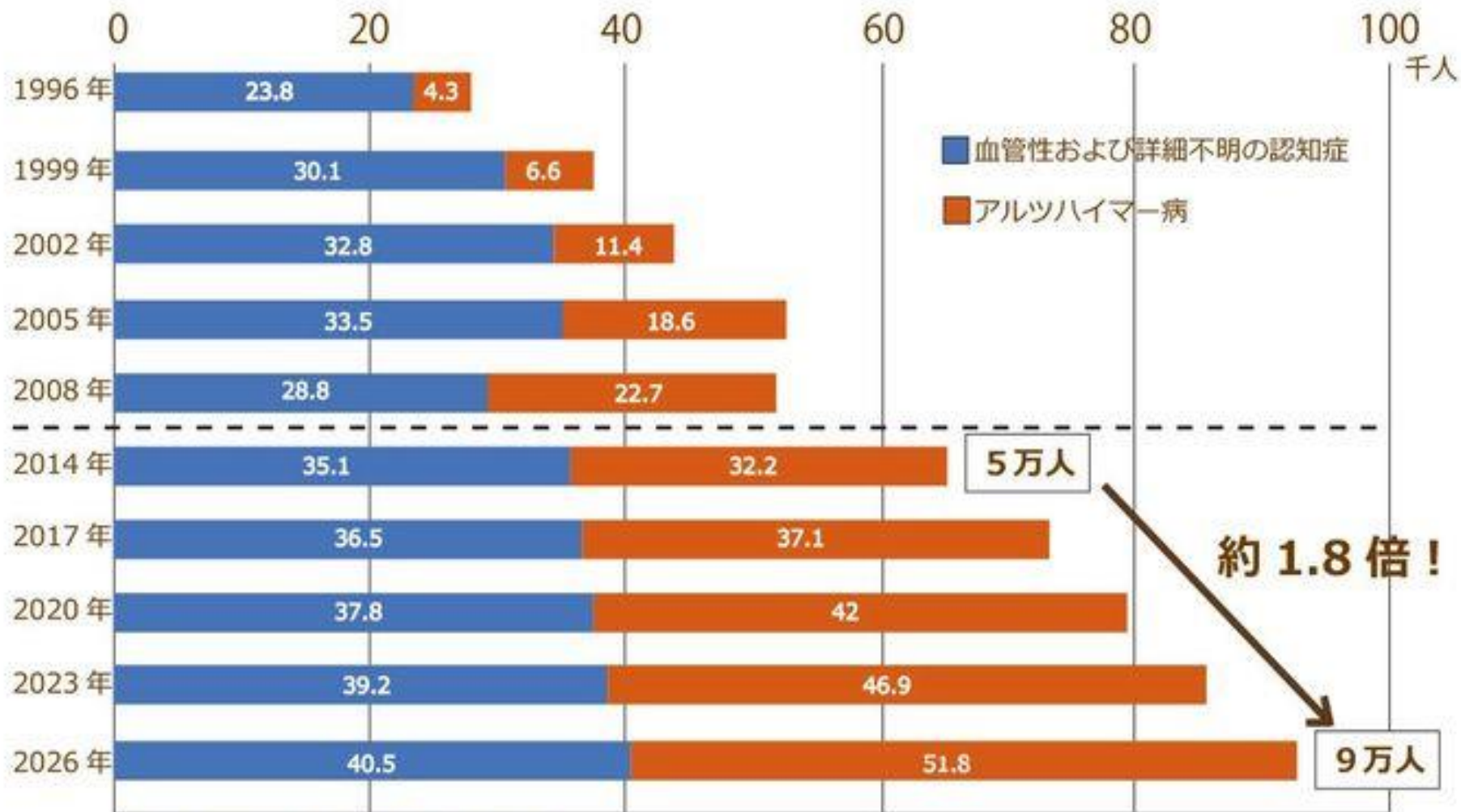
- 認知症治療病棟等で実施されている認知症患者リハビリテーション料の算定できる期間を、入院後1ヶ月から入院後1年に延長する。
- 認知症治療病棟入院料において、「摂食機能療法」の算定を可能とする。
- 認知症治療病棟入院料の生活機能回復のための訓練及び指導に係る要件について、患者の状態変化に応じた適切な治療が可能となるよう、取扱いを見直す。

現行
生活機能回復のための訓練及び指導を、生活機能回復訓練室等において患者1人当たり1日4時間、週5回行う。



改定後
生活機能回復のための訓練及び指導を、生活機能回復訓練室等において患者1人当たり1日4時間、週5回行う。 <u>ただし、患者の状態に応じて認知症患者リハビリテーション料又は精神科作業療法を算定した場合は、その時間を所定時間に含んでも差し支えない。</u>

# 認知症入院患者（精神病床）の推計



※1996～2008年は各年の患者調査

※1996～2008年の患者数から、近似曲線を導きその近似値（増加率）を用いて2014年以降の患者を推計

出所：厚生労働省

# 2018年診療報酬改定と 外来医療と認知症





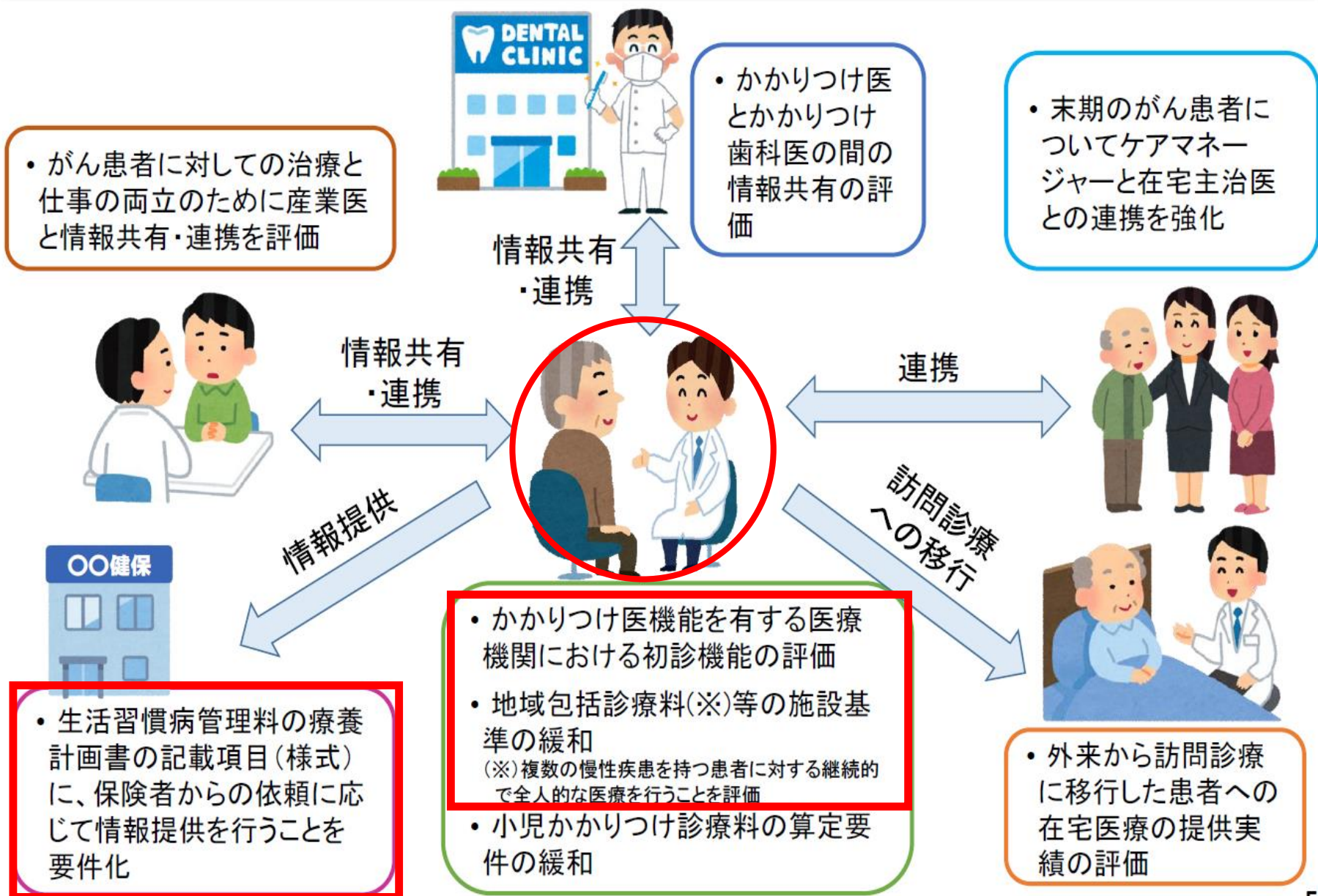
# 2018年診療報酬改定と 外来医療と認知症、 2つのポイント

ポイント① 外来機能分化とかかりつけ医機能と  
認知症

ポイント② 認知症サポート医の評価

ポイント①  
外来機能分化と  
かかりつけ医機能と  
認知症

## かかりつけ医機能評価の充実



# かかりつけ医機能の評価

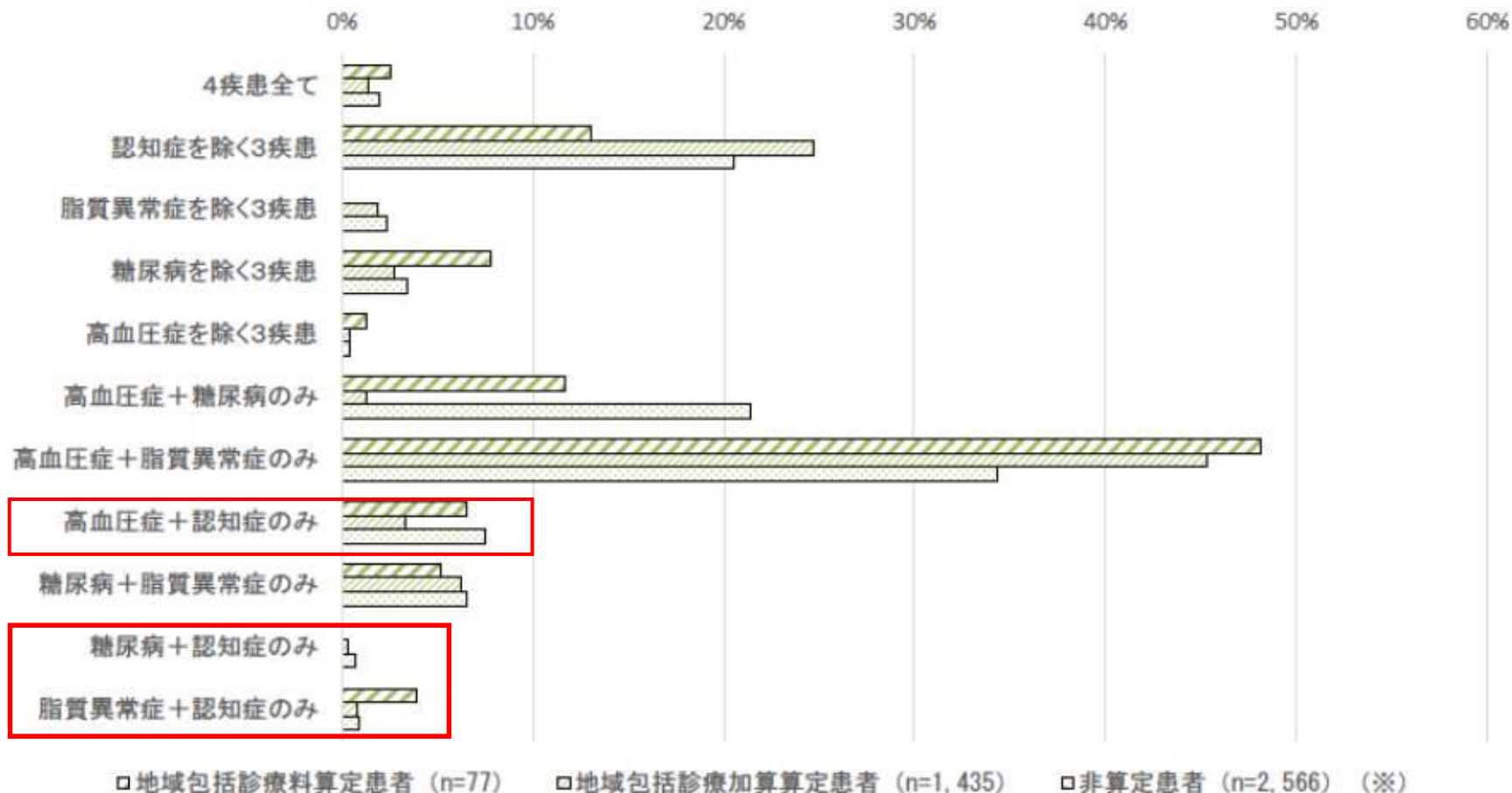
## 「地域包括診療料」

- 2014年度の診療報酬改定で創設された「かかりつけ医機能」を評価する外来の包括報酬
  - 高血圧症、糖尿病、脂質異常症、**認知症**のうち2つ以上の疾患を有する患者に対し・・・
  - 「患者が受診するすべての医療機関を把握する」
  - 「患者が服用するすべての薬剤を把握する」
  - 「在宅医療を提供する」などの要件（施設基準）
- **200床未満の病院・診療所**
  - 生活習慣病患者や認知症患者に総合的な医学管理を行うことを評価する包括診療報酬
  - 届け出は**2027年11月時点**で**227医療機関**

## 地域包括診療料算定患者等の慢性疾患の状況②

- 対象疾患の組み合わせとしては、高血圧症と脂質異常症のみの場合が最も多かった。

地域包括診療料等の対象慢性疾患の罹患割合

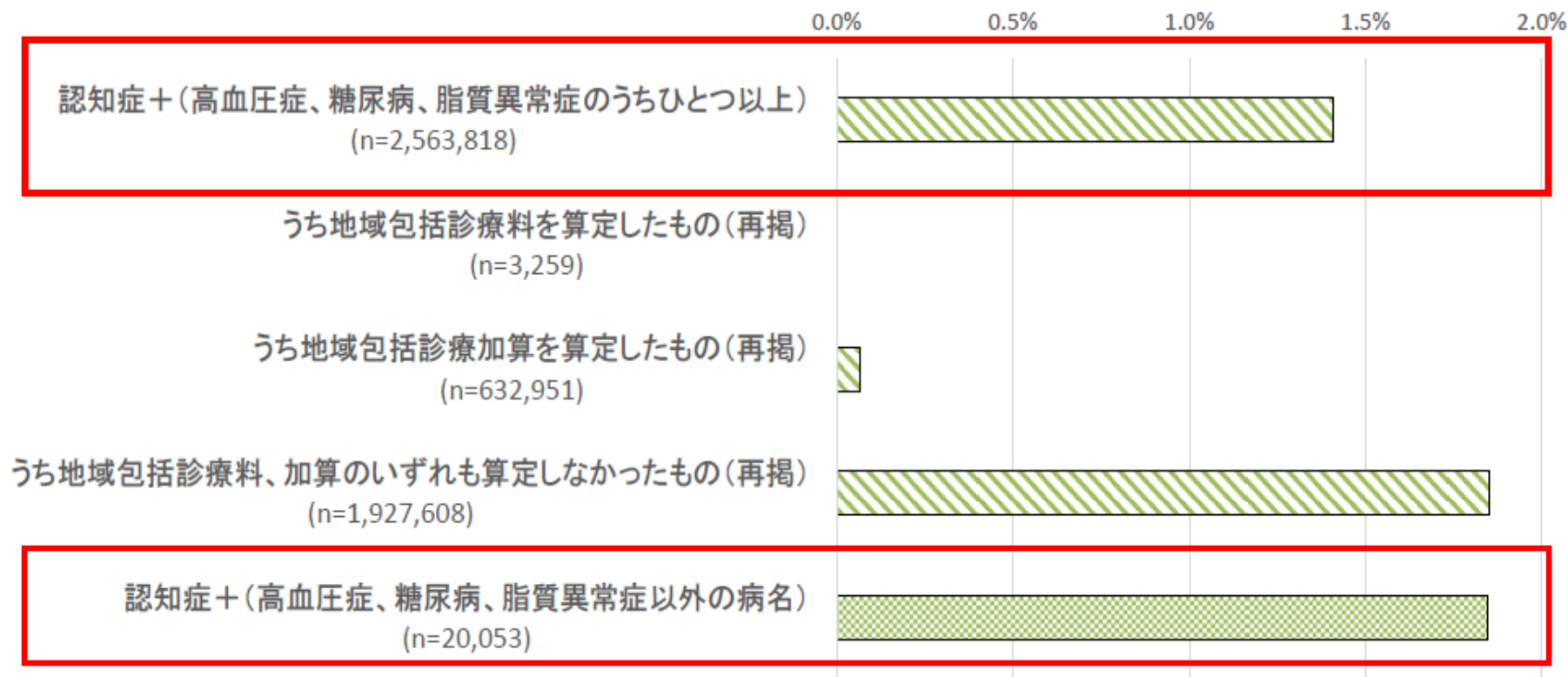


出典：平成27年検証調査

# 認知症患者の医療機関の受診状況等

- 認知症患者のうち、地域包括診療料や地域包括診療加算を算定していない者は、合併症の内容にかかわらず、2%弱が複数の医療機関を受診していた。

## ひと月に複数の医療機関を受診した患者の割合



(※)平成27年5月診療分NDBデータを用いて、当該月間に地域包括診療料又は地域包括診療加算を算定した医療機関の入院外レセプトで、病名に「認知症」がある2,583,871レセプトを対象として分析。分類はレセプトに記載されている病名によった。

平成27年5月診療分NDBデータより集計

かかりつけ医の初診料に「機能強化加算（80点）」が上乘せ！

- 「機能強化加算（80点）」
  - 「機能強化加算」は、専門医療機関への受診の要否の判断を含めた初診時における医療機能を評価する点数で、「かかりつけ医機能」の初診料に80点の加算がされる。
  - これまでの初診料は282点が362点に、3割アップ。



# ポイント②

## 認知症サポート医の評価





## 認知症の者に対する適切な医療の評価

### 地域における 身近な相談役に対する評価

○認知症サポート医によるかかりつけ医への指導・助言についての評価を新設

指導・助言 ↓ ↑ 紹介

### かかりつけ医による 日常的な医学管理に対する評価

○認知症サポート医の助言を受けたかかりつけ医が行う認知症患者の医学管理等の新設

診断等

紹介

### 専門的な医療機関に対する評価

#### 連携型認知症疾患医療センター

○新たに設置された「連携型認知症疾患医療センター」について、既存の認知症疾患医療センターと同様の評価を設ける

#### 認知症治療病棟

- 認知症夜間対応加算の算定期間を延長、身体的拘束等の行動制限を最小化する取組の実施を要件化
- 認知症患者リハビリテーション料の算定期間を、入院後1ヶ月から入院後1年に延長
- 病棟における摂食機能療法の算定を可能に
- 入院中の生活機能訓練・指導について、患者の状態変化に応じた適切な治療が可能となるよう見直し



## かかりつけ医と認知症サポート医等との連携に係る評価

- 地域において認知症患者の支援体制の確保に協力する**認知症サポート医**が行うかかりつけ医への指導・助言について評価を設ける。

(新) 認知症サポート指導料 450点(6月に1回)

[算定要件]

地域の認知症患者に対する支援体制構築のための役割・業務を担っている認知症サポート医が、かかりつけ医の求めに応じて、認知症患者に対し療養上の指導を行うとともに、紹介元のかかりつけ医に対し療養方針に係る助言を行っていること



- **認知症サポート医**の助言を受けたかかりつけ医が行う認知症患者の医学管理等について、評価を新設する。

(新) 認知症療養指導料2 300点(月1回)(6月に限る)

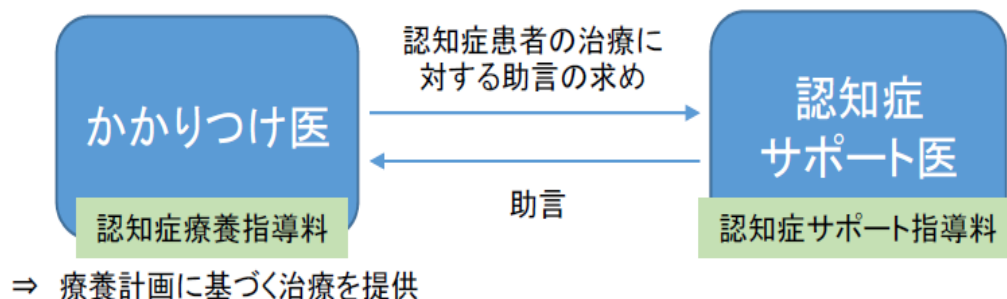
(新) 認知症療養指導料3 300点(月1回)(6月に限る)

[認知症療養指導料2の算定要件]

かかりつけ医が、認知症サポート医による助言を踏まえて、認知症患者に対し療養計画に基づく治療を行った場合に算定する。

[認知症療養指導料3の算定要件]

認知症サポート医が、かかりつけ医として、認知症患者に対し療養計画に基づく治療を行った場合に算定する。



- 認知症疾患医療センターの区分が、基幹型・地域型・連携型となったことを踏まえ、新たに設置された「連携型認知症疾患医療センター」について、既存の認知症疾患医療センターと同様の評価を設ける。

## 認知症サポート医の機能・役割

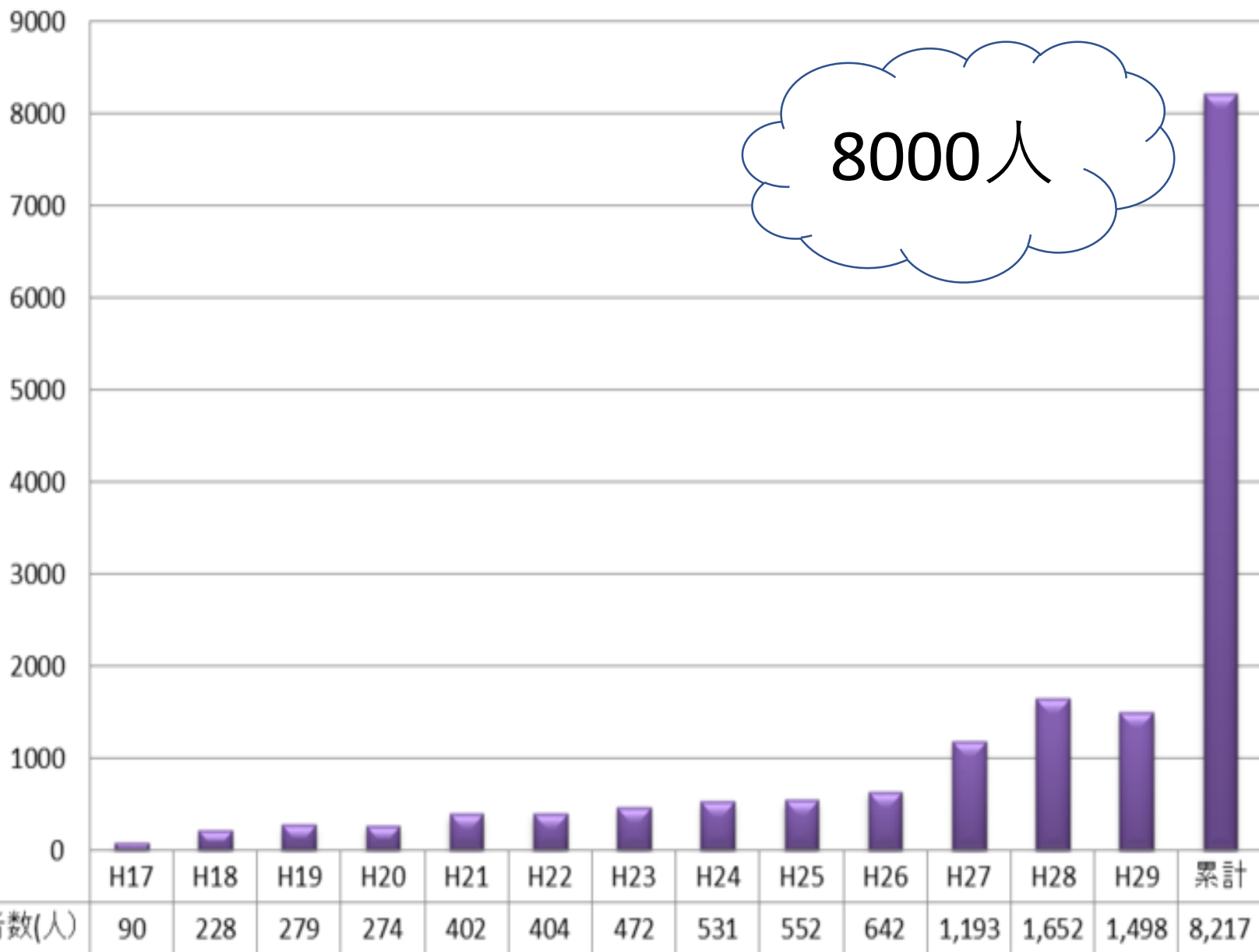


- 1) 認知症の人の医療・介護に関わる **かかりつけ医**や**介護専門職**に対するサポート
- 2) 地域包括支援センターを中心とした**多職種**の連携作り
- 3) **かかりつけ医**認知症対応力向上**研修**の講師や住民等への啓発

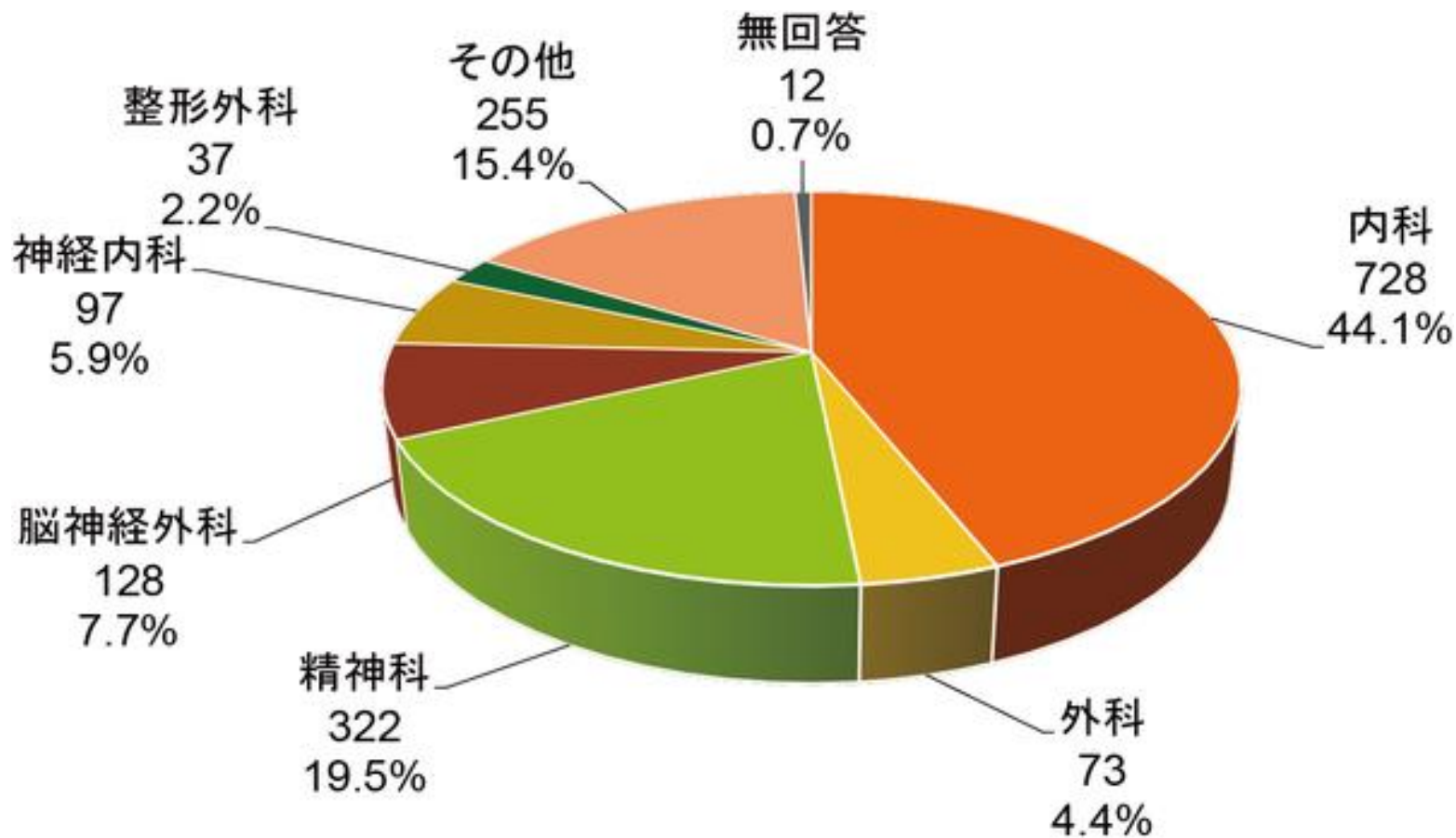
**地域における「連携の推進役」を期待されている**

# 認知症サポート医研修・修了者数(平成29年末現在)

受講者数



# 認知症サポート医の診療科



# 認知症サポート医養成研修 2日間10時間



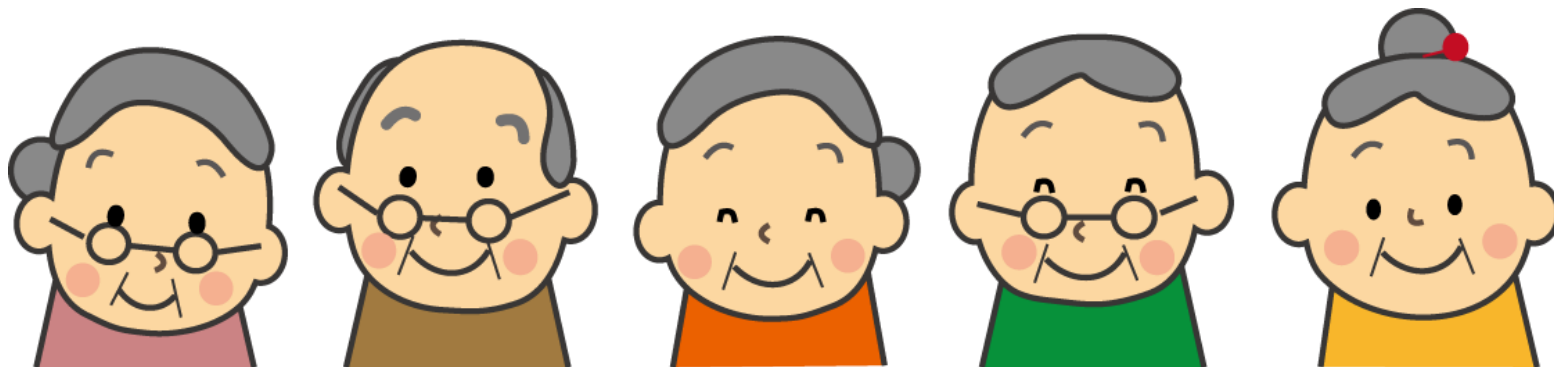
## 認知症サポート医養成研修

### 内容

- 1日目「認知症サポート医の役割①」（講義）  
「認知症サポート医の役割②」（講義）  
「診断・治療の知識」（講義・演習）  
「ケアマネジメント・連携の知識1」（講義・演習）
- 2日目「認知症サポート医の役割」（DVD視聴）  
「ケアマネジメント・連携の知識2」（講義）  
「グループワーク」（演習）

# パート4

## 認知症施策新大綱と 認知症予防



# 認知症施策推進関係閣僚会議 (2018年12月25日)



根本厚労大臣

認知症に関わる課題について、関係府省庁による横断的な対策を協議するのが目的。認知症の「予防」に国が一丸となって取り組みなどについて、**2019年5月**に大綱を取りまとめる。



# 認知症施策推進関係閣僚会議の推進体制等について

---

平成31年1月

# 推進体制

認知症に係る諸問題について、関係行政機関の緊密な連携の下、政府一体となって総合的な対策を推進するため認知症施策推進関係閣僚会議の設置をはじめ、横断的かつ実質的な推進体制を構築。

## 認知症施策推進関係閣僚会議

←旧 認知症高齢者等にやさしい地域づくりに係る関係省庁連絡会議

- 政府の総合的な認知症対策の司令塔
  - ・議長)官房長官
  - ・副議長)健康・医療戦略を担当する国務大臣  
厚生労働大臣

### 有識者会議

- 施策全般

### 専門委員会

- 各分野(研究開発等)



(提言)



### 幹事会

- ・座長)総理大臣補佐官
- ・座長代理)厚生労働省医務技監
- ・構成員)各省庁局長・審議官級



(連携)

### 認知症官民協議会

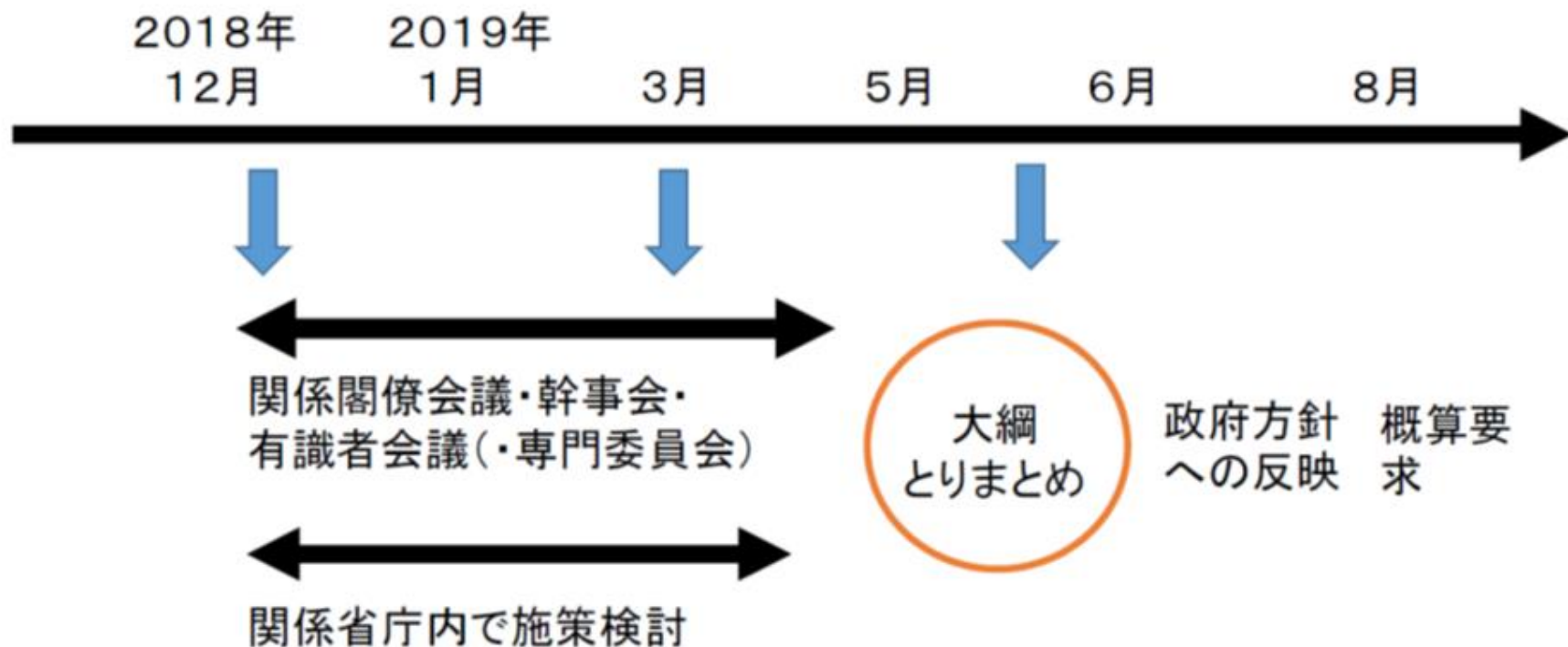
- 具体的施策等について協議  
事務局:厚労省・経産省

### 事務局(内閣官房/厚労省)

- ・ 研究開発、産業促進、国際協力(内閣官房)
- ・ 公的施策の企画・立案(厚労省)

# スケジュール(案)

関係行政機関からの施策を取りまとめて大綱を策定し、政府方針へ反映。



# 今後の認知症施策の方向性 (全体俯瞰図)(案)について

# 大綱の新規・拡充事項(案)

※1月30日有識者会議で示した事務局案について、事務局にて加筆・修正

新オレンジプランの7つの柱	大綱の新規・拡充事項(案)
① 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進	<b>①【啓発、教育】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・相談先や受診先の周知の強化</li> <li>・当事者の声を起点とした前向きなメッセージの発信</li> <li>・認知症サポーターの養成（継続）</li> </ul>
② 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供	<b>②【予防】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・予防・治療に関連する基礎研究を強化すると共に、予防に関するエビデンスの収集の推進</li> <li>・認知症の症状が出る前の早期からの取組の実施</li> <li>・通える場を作り、例えば週に1回以上1時間程度の体を動かす機会を提供</li> <li>・民間の商品やサービスを評価し、認証等する仕組みの検討</li> <li>・早期からの難聴補正の研究などの難聴対策の推進</li> </ul>
③ 若年性認知症対策の強化	<b>③【ケア、医療】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医や地域の相談拠点と専門医療機関の連携の強化、診断直後からの家族教育</li> <li>・介護に関わる人材の確保対策の総合的な推進</li> </ul>
④ 認知症の人の介護者への支援	<b>④【若年性認知症、就労・社会参加支援】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・企業の認知症に関する理解促進、企業内の支援コーディネーターの設置</li> <li>・デイサービス等を利用しながらの社会貢献活動や就労活動の促進</li> </ul>
⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進	<b>【認知症共生型の生活環境づくり】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ステップアップ講座を受講した認知症サポーターを中心とした近隣互助活動の仕組みの構築</li> <li>・公共交通機関における配慮や、新たな移手段の確保、利用しやすい公共施設の整備等の認知症バリアフリーの推進</li> <li>・小売りやサービス産業における対応、認知症の人の自立生活に資する商品・サービスの開発</li> <li>・認知症の人の損害賠償責任保険加入に関する検討</li> <li>・安心して出歩けるよう、行方不明になった場合の見守りの好事例の普及</li> <li>・認知症への取組に優れている企業の認証制度や、表彰の検討</li> <li>・保有資産の活用のための準備、金融商品開発</li> <li>・全国どの地域においても成年後見制度の利用が必要な人が制度を利用できる、地域体制の構築</li> <li>・厚生労働省における認知症施策推進体制の強化</li> </ul>
⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進	<b>⑤【研究開発、産業促進、国際協力】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・予防・治療に関連する基礎研究を強化すると共に、予防に関するエビデンスの収集の推進（再掲）</li> <li>・予防に関する機器・サービスの評価指標の確立に向けた実証の実施</li> <li>・官民連携を促進するプラットフォームを作り、マッチング・情報共有・情報発信の促進</li> <li>・「アジア健康構想の基本方針」に盛り込む等、海外への展開を検討</li> <li>・介護の国際標準の策定に資する科学的介護の推進</li> </ul>
⑦ 認知症の人やその家族の視点の重視※	<b>【認知症の人やその家族の視点の重視、意思決定支援・権利擁護、介護者への支援】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症本人同士によるピア活動や本人ミーティングの取組の拡充 ①</li> <li>・認知症の人の意思決定支援の普及の推進 ①</li> <li>・家族の仕事と介護の両立に関する相談体制 ③</li> <li>・エンディングノートなどの将来に向けて自らの意思を表明する取組の推進 ④</li> </ul>

※①～⑤の施策は、認知症の人やその家族の意見を踏まえ、立案及び推進する。

# 認知症施策大綱

- 予防と共生
- 2025年へ向けて
  - 啓発・教育
  - 予防
  - ケア・医療
  - 若年性認知症、就労・社会参加支援
  - 認知症共生型の生活環境づくり
  - 研究開発、産業促進、国際協力
  - 認知症の日知やその家族の視点の重視、意思決定支援・権利擁護、介護者への支援

# 今後の認知症施策の方向性(全体俯瞰図)(案)

## 【政府全体の方針】

- 予防と共生※1を車の両輪として施策を推進
- 認知症の人や家族の視点を重視し、政府一丸となって施策を推進

## 【目標】

1. 認知症有病率に関する目標を設定できるか検討
2. 認知症になってからも自分らしく暮らせる社会の実現

## 基本コンセプト

○認知症は誰もがなりうるものであり、家族や身近な人が認知症になることなども含め、多くの人にとって身近なものとなっている。

○運動や適切な食事、人との交流等によって発症を遅らせることができる可能性が示唆されていることを踏まえ、予防に関するエビデンスを収集・普及し、正しい理解に基づき、予防を含めた認知症への「備え」としての取組を促す。また、認知症の発症や進行の仕組みの解明や予防法・診断法・治療法等の研究開発を進める。

○生活上の困難が生じるが、周囲や地域の理解と協力の下、本人が希望を持って前を向き、力を活かしていくことで極力それを減らし、住み慣れた地域の中で尊厳が守られ、暮し続けられることを目指す。

計画期間：2025年まで

## 世界の認知症戦略

世界各国において、政府による認知症戦略策定が進展

### 英国

- 国家認知症戦略
- ・2009年に国家認知症を5年計画として発表。
- ・2015年に2020年までの新たな戦略を発表。

### 米国

- 国家アルツハイマー計画法に基づく計画
- ・2011年に国家アルツハイマー計画法が署名され、2012年に同法に基づく計画を発表。

### フランス

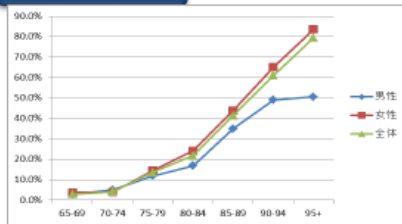
- 神経変性疾患に関する国家計画
- ・2001年に認知症国家戦略を策定。2014年からは神経変性疾患全般に関する新たな戦略として策定。

### オーストラリア

- 認知症に関する国家構想
- ・2005年に認知症に関する国家構想を策定。現在は2015年から2019年までの計画期間中

上記のほか、韓国、インドネシアなどアジア各国でも国家戦略の策定などの取組が進められている。

## 日本の現状



高齢者の4人に1人は認知症またはその予備軍※2

認知症有病率は  
85～89歳で40%  
90～94歳で60%  
95歳以上で80%

出典：厚生労働省「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」総合研究報告書(朝田教授)  
※2 軽度認知障害(MCI)の人

## 具体的な施策

認知機能の低下のない人、プレクリニカル期

認知機能の低下のある人(軽度認知障害(MCI)含む)

認知症の人

認知症発症を遅らせる取組(一次予防※3)の推進

早期発見への対応(二次予防)、発症後の進行を遅らせる取組(三次予防※4)の推進

認知症当事者の視点に立った「認知症バリアフリー」の推進

### 1. 普及啓発・本人発信支援

- ・認知症サポーターの養成の推進
- ・認知症に関する理解促進
- ・子供・学生への理解促進

- ・相談先の周知
- ・認知症本人からの発信支援

### 2. 予防

- ・認知症予防の視点を持った活動の推進
- ・予防に関するエビデンスの収集の推進
- ・民間の商品やサービスを評価し、認証等する仕組みの検討

### 3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援

- ・早期発見・早期対応、医療体制の整備
- ・医療従事者等の認知症対応力向上の推進
- ・介護従事者の認知症対応力向上
- ・介護人材の確保の推進

- ・介護サービス基盤整備
- ・医療・介護の手法の普及・開発
- ・認知症の人の介護者の負担軽減の推進

### 4. 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人の支援・社会参加支援

- ・バリアフリーのまちづくりの推進
- ・移動手段の確保の推進
- ・交通安全の確保
- ・住宅の確保の推進
- ・地域の見守り体制の構築支援
- ・見守り・探索に関する連携
- ・地方自治体等の取組支援
- ・認知症サポーターとのマッチング支援
- ・認知症への取組に優れている企業等の認証制度や表彰
- ・商品・サービスの開発の推進
- ・保有資産の活用のための準備、金融商品開発の推進
- ・成年後見制度利用促進
- ・消費者被害防止施策の推進
- ・虐待防止施策の推進
- ・認知症に関する様々な保険の加入に関する検討
- ・違法行為を行った高齢者等への支援
- ・若年性認知症支援コーディネーターの体制検討

- ・若年性認知症支援コーディネーターのネットワーク構築支援
- ・若年性認知症の実態把握
- ・大府センターにおける中核的な役割
- ・就労支援事業所の実態把握等
- ・社会参加活動や社会貢献の促進
- ・介護サービス事業所利用者の社会参加の促進

### 5. 研究開発・産業促進・国際展開

- ・認知症発症や進行の仕組みの解明、予防法、診断法、治療法、リハビリテーション、介護モ・既存のコホートの役割を明確にしたうえで、認知症発症前の人や認知症の人等が研究や診療に容易に参加できる仕組みを強化
- ・認知症の予防法やケアに関する技術・サービス・機器等の検証、評価指標の確立を図る。
- ・将来的には、研究開発の成果の産業化とともに、「アジア健康構想」の枠組みも活用し、介護サービス等の国際展開を促進

## 目指すべき社会

認知症になりにくい社会  
認知症発症後も自分らしく暮らせる社会

## 主なKPI(P)

1. 普及啓発・本人発信支援
  - ・認知症サポーターの人数(2020年度末に1200万人)
2. 予防
3. 医療・ケア・介護サービス・介護者への支援
  - ・認知症疾患医療センターの数(2020年度末に約500か所)
  - ・研修受講者数(2020年度末に、かかりつけ医7.5万人、サポート医1万人、歯科医2.2万人、薬剤師4万人、看護職員2.2万人、介護指導者2.8千人等)
4. 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人の支援・社会参加支援
  - ・認知症カフェ等の認知症の人や家族が集う取組の普及(2020年度までに全市町村)
5. 研究開発・産業促進・国際展開
  - ・認知症の診断・治療効果に資するバイオマーカーの確立(2020年度までに臨床POC取得1件以上)
  - ・日本発の認知症の疾患修飾薬候補の治験開始(2020年度までに開始)

赤字：新規・拡充施策

## 認知症の人や家族の視点の重視

上記1～5の施策は、認知症の人やその家族の意見を踏まえ、立案及び推進する。

※1 認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きるという共生、認知症の人とそうでない人との共生 ※3 認知症発症遅延や発症リスク低減 ※4 重症化予防、機能維持、行動・心理状態への予防・対応

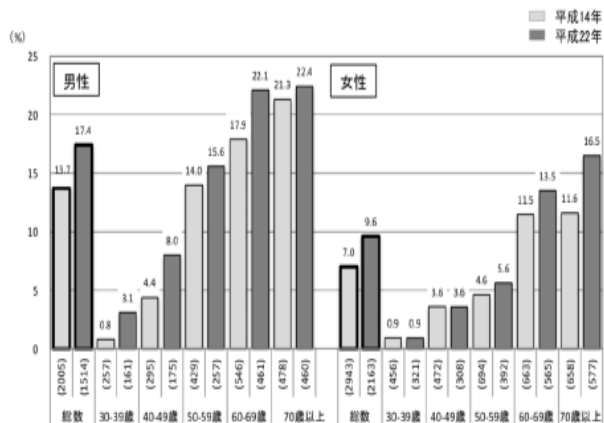
# 認知症予防



# 認知症リスクの近年の変化（予防に当たって課題を整理する）

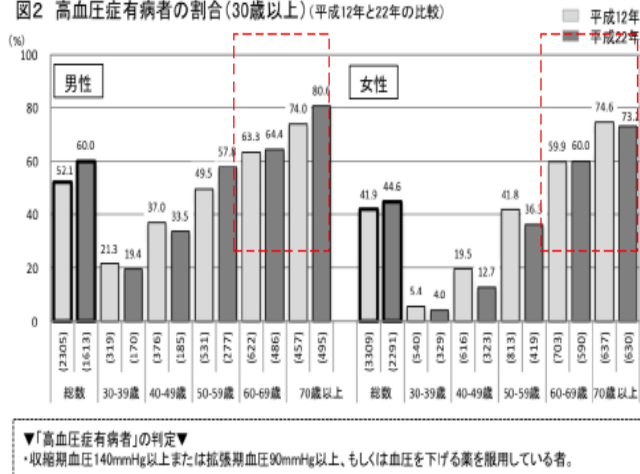
## 1) 糖尿病（寄与率2%※1）悪化

図6 糖尿病が強く疑われる者の割合（30歳以上）（平成14年\*と22年の比較）



## 2) 中年期高血圧（寄与率5%） 男性悪化 女性改善

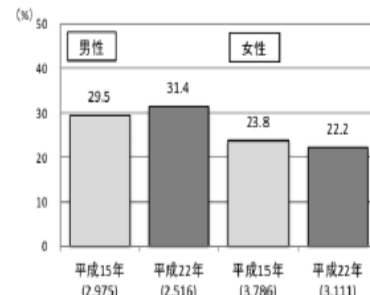
図2 高血圧症有病者の割合（30歳以上）（平成12年と22年の比較）



▼「高血圧症有病者」の判定▼  
\*収縮期血圧140mmHg以上または拡張期血圧90mmHg以上、もしくは血圧を下げる薬を服用している者。

## 3) 中年期肥満（寄与率2%） 男性悪化、女性改善

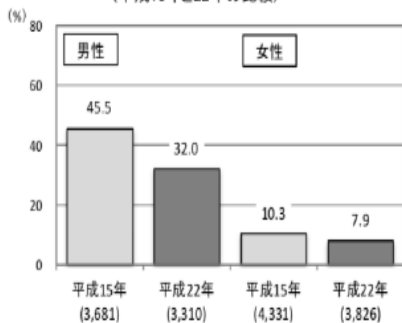
図13-3 肥満者\*の割合（30歳以上）  
（平成15年と22年の比較）



\*肥満者: BMI≥25の者(12ページ参照)

## 4) 喫煙（寄与率14%）改善

図13-1 喫煙者\*の割合（30歳以上）  
（平成15年と22年の比較）

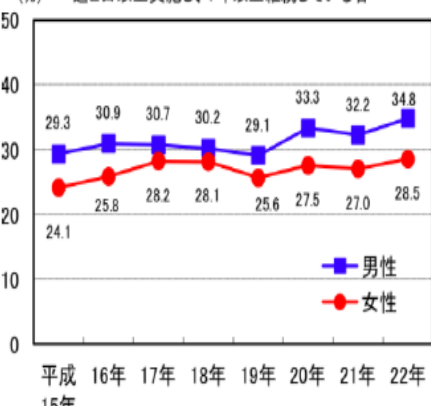


\*喫煙者: 現在習慣的に喫煙している者(24ページ参照)

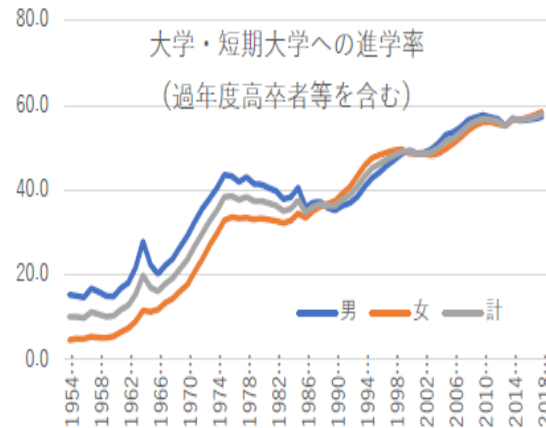
## 5) 運動習慣（寄与率13%）改善

図24-1 運動習慣のある者の割合の年次推移  
（20歳以上）（平成15年～22年）

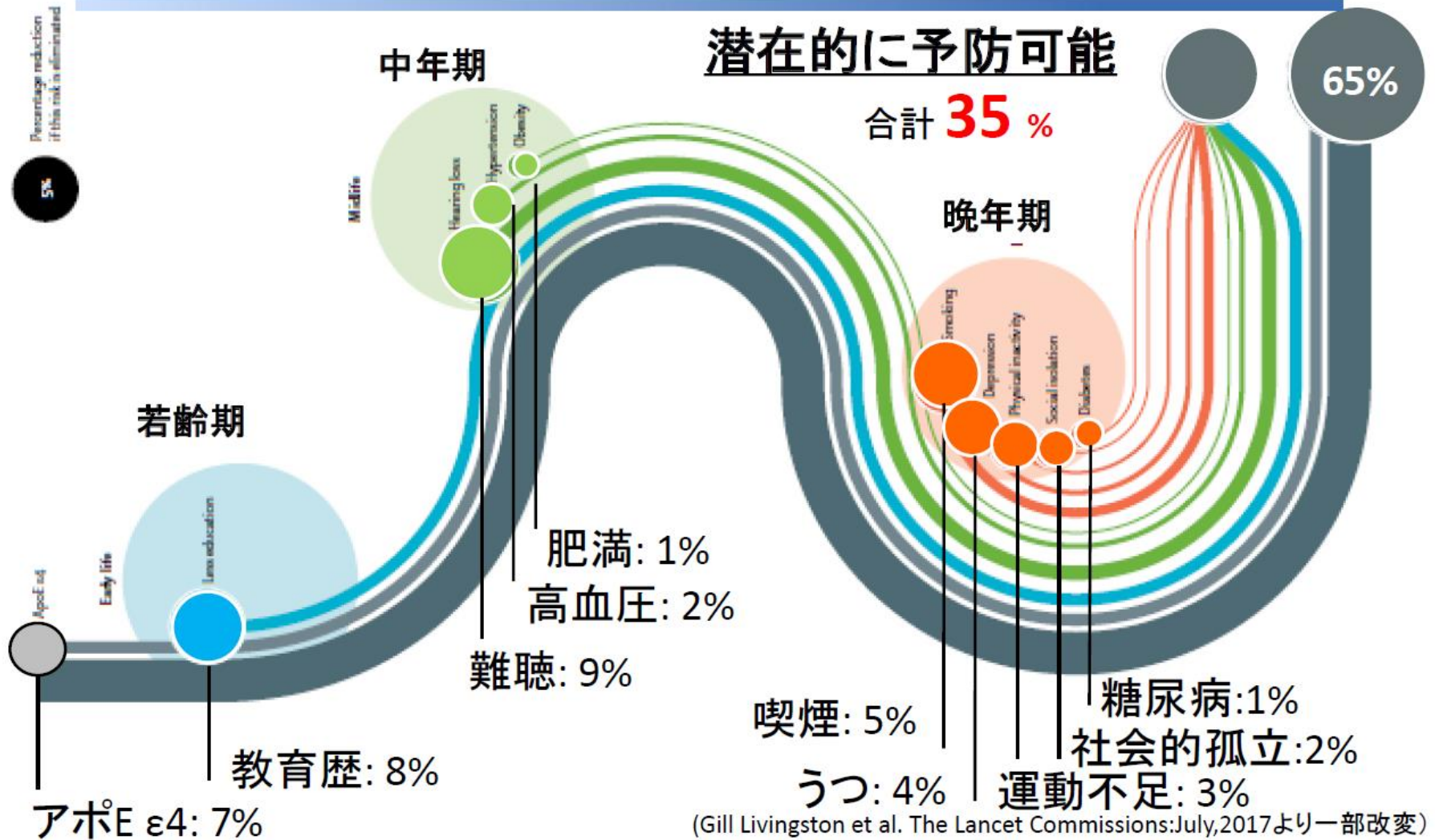
※運動習慣のある者: 1回30分以上の運動を  
週2日以上実施し、1年以上継続している者



## 6) 教育年数（寄与率19%）増加 老年期の知的刺激は不明



# 予防可能な認知症危険因子の寄与



# 認知症の発症機構

- 教育歴、肥満、高血圧、難聴、喫煙、うつ、運動不足、社会的孤立、糖尿病など
- 生活習慣病の重症化予防
- 運動不足の解消
- 地域における「孤立」の防止

# 認知症 予防の3つの柱

---

食生活

運動

趣味  
社会交流



# 食生活による予防

## 認知症予防に有効な栄養

- 緑色野菜・果物(ビタミンA・B・C・E 葉酸)
- 魚介類特に青魚、海藻類(DHA、ビタミンB群)
- 緑茶(カテキン)、オリーブオイル(オレイン酸)
- 赤ワイン、チョコレート(ポリフェノール)
- カレー、ウコン(クルクミン)



サプリメントより食事！

# 食生活による予防

## 理想の食事は『地中海食』

- 魚介類
- 野菜、果物(ビタミン類)
- 赤ワイン(ポリフェノール)
- オリーブオイル(リノレン酸)



# 生活習慣とアルツハイマー病

---

- 糖尿病があるとアルツハイマー病に2倍かかりやすい
- 高血圧や高脂血症も認知症発症に関連がある
- 喫煙はアルツハイマー病の危険性を高める



生活習慣を見直すことが大切

# 糖尿病



**認知症**  
頭の糖尿病



# 運動による予防

---

- **有酸素運動**が望ましい: 脳血流を増加させる。  
(ダンス、サイクリング、ウォーキング、水泳が特に良い)  
(Kondo,1994)
- 1日に400mから1.5kmのウォーキングが良い  
(Abbot,2004)
- 週に3回以上、1日30分以上の運動が良い  
(Lytle,2004)
- うつ気分の改善、QOLの改善、転倒予防、心肺機能改善にも有効である。



# 趣味・社会交流による予防

余暇活動への積極的参加は脳を活性化して認知症発症を抑制する。刺激的な知的レジャー活動を週2回以上行うと良い。

- パズル、カード、将棋、囲碁、パソコン、日記
- 芸術活動(絵画)、映画や演劇鑑賞、カメラ
- テニス、ゴルフ、ウォーキング、サイクリング、水泳
- 図書館へ行く、討論会や集会に参加する
- 園芸、読書、書道、編物(教室に行く)



**長く続けることが大切！**

# 認知症予防教室 ～杵築プロジェクト～

---

大分県杵築(きつき)市

- 4つのグループで活動
- 軽度認知障害、正常高齢者を中心に構成
- **脳リハ、栄養、運動**が活動の柱
- 1グループは**10名前後**で**週1回**活動
- メニューは**参加者自身**が企画する
- ファシリテーターの指導によって運営
- 評価は福岡大学が半年ごとに実施(心理、面談)

# 認知症予防教室 ～杵築プロジェクト～



昼食は男性も参加してメニューはみんなで考える。午後は体操やウォーキングを楽しむ。古い民家の改築や名産品を作ることも。

皆さん、生き生きと楽しんでます。

認知症予防の目標値

# 年齢階級別認知症有病率変化のイメージ

70%

発症年齢が1歳遅れた場合の有病率試算\*。

	70-74	75-79
a. 有病率(両性)	3.6%	10.4%
b. 1歳発症遅延ケース	3.3%	9.0%
相対変化率 (a-b)/a	9.7%	13.1%

60%

50%

40%

30%

20%

10%

0%

65-69

70-74

75-79

80-84

85-89

90-94

- ①発症が遅れることによって
- ②各年齢階級別の有病率は結果的に低下する

■ 有病率(両性)

■ 1歳発症遅延ケース

予防の取組によって発症年齢が一歳遅れた場合、  
70-74歳の両性有病率は相対的に9.7%減少  
75-79歳の両性有病率は相対的に13.1%減少  
となると考えられる。

\* 年齢階級別認知症有病率の曲線が一歳後ろ倒しになったと仮定して計算しており、発症率以外の他条件(罹病期間等)には大きな変化がないと仮定している。日本医療研究開発機構認知症研究開発事業「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究」における2018年認知症有病率データを用いた。

# 認知症予防の目標案

- 70歳代での認知症発症を10年間で1歳遅らせる
- 10年間で相対的に有病率が約1割低下し、6年間で相対的に6%低下する
- 70～74歳の有病率を2018年の3.6%から、2024年には3.4%低下させ、75～79歳の有病率を同じく10.4%から9.8%に低下させる。

# 認知症予防目標値設定 大批判





# 認知症予防の数値目標化、取り下げ 批判受け転換

• 朝日新聞 2019年6月4日

• 政府は先月16日、70代で認知症になる時期を19～29年の10年間、70代で現在より1年と綱を遅らせる70代と込  
19～29年の10年間、70代で現在より1年と綱を遅らせる70代と込  
その結果として、割合を6%減らすの大綱にも盛り込  
む方針だった。

• だが、認知症の当事者団体が「予防が強調され  
ると、『認知症になるのは本人の努力が足りない  
からだ』と捉えられかねない」などと反発。与党  
内からも批判が相次いだ。このため、夫綱では  
「共生」と「予防」を2本柱とする方針は維持し、  
「1歳遅らせる」「6%減」とは書きた。  
取り組みの参考数値とすることにした。

# 認知症 数値目標取りやめ 政府が方針、 「予防可能と誤解」 批判受け 参考値 に格下げ

- 日本経済新聞 2019年6月4日
- 政府は認知症対策の新しい大綱に盛り込むことを提案していた予防に関する数値目標を取りやめる方針を固めた。5月に公表した大綱の素案では「70代の認知症の人の割合を10年間で1割減らす」など、初めて予防の数値目標を提示したが、参考値に格下げする。予防法は確立されておらず、当事者や家族が「予防できるという誤解を生む」などと反発していた。
- 政府は与党との調整のうえ、月内に開催予定の関係閣僚会議で数値目標を参考値に格下げした形で提案し、新しい大綱を決定する。

# 官邸主導、拙速が裏目 猛反発は「予想外」 認知症新大綱

- 共同通信 2019年6月4日
- 政府が認知症対策の新たな大綱の目玉とした「予防」に関する数値目標は、認知症の人や家族団体から十分に意見を聞かず「予想外」（政府関係者）の猛反発を招いた。官邸が主導し、取りまとめを急いだのが裏目に出た形だ。参院選を意識したと見る向きもある。

認知症予防目標値は  
参考値へ

# 普及啓発・本人発信支援

- 企業・職域型の認知症サポーターを2020年度までに1200万人養成する
- 医療・介護従事者に対する「認知症に関する各種養成研修への意思決定支援に関する研修プログラム」導入率を100%とする
- 自治体における「事前の本人の意思表示確認」の実施率を50%とする
- 厚労省ホームページに「全市町村の認知症に関する相談窓口」へのリンクを掲載する
- 市町村におけるケアパス作成率を100%とする

# 医療・ケア・介護サービス・ 介護者への支援

- 認知症地域支援推進員を全市町村に配置（地域包括支援センター単位で1人以上）
- 認知症初期集中支援チームの先進的な活動事例集を作成する
- 認知症初期集中支援チームにおける訪問実人数を年間4万件、医療介護サービスにつながった人の割合を65%とする
- 認知症疾患医療センターを全国で500か所（2次医療圏に1か所以上）整備する
- 認知症対応力向上のための研修修了者を、かかりつけ医9万人・認知症サポート医1万6000人・歯科医師4万人・薬剤師6万人・病院看護師等4万人とする
- 認知症対応のリハビリテーションプログラムを開発する
- **BPSD**（粗暴行動などの周辺症状）予防に関するガイドラインや指針を作成し、周知する
- 認知症カフェを全市町村に普及する
- 家族・介護者を対象としたオンライン教育プログラムを開発する

# 研究開発・産業促進・国際展開

- 認知症のバイオマーカーを開発・確立する
- 認知機能低下抑制のための技術・サービス・機器等の評価指標を確立する
- 日本発の認知症の進行を抑制する「疾患修飾薬」候補の治験を開始する
- 認知症の予防・治療法開発に資するデータベースを構築し、実用化する

## 今日のまとめ

- 2025年認知症700万人時代  
2040年には950万人時代がやってくる
- 2018年診療報酬改定で認知症項目が導入
- 認知症施策大綱が公表される
- 2020年診療報酬改定は大綱に沿った  
認知症改定が盛り込まれるだろう

•



# 医療と介護のクロスロード to 2025

- **本年2月緊急出版！**
- **2018年同時改定**の「十字路口」から**2025年**へと続く「道」を示す！
- 医学通信社から  
2018年2月出版  
本体価格 1,500円 + 税



# ご清聴ありがとうございました



フェイス  
ブックで  
「お友達募  
集」をして  
います

国際医療福祉大学クリニック <http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>  
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開して  
しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで  
[mutoma@iuhw.ac.jp](mailto:mutoma@iuhw.ac.jp)