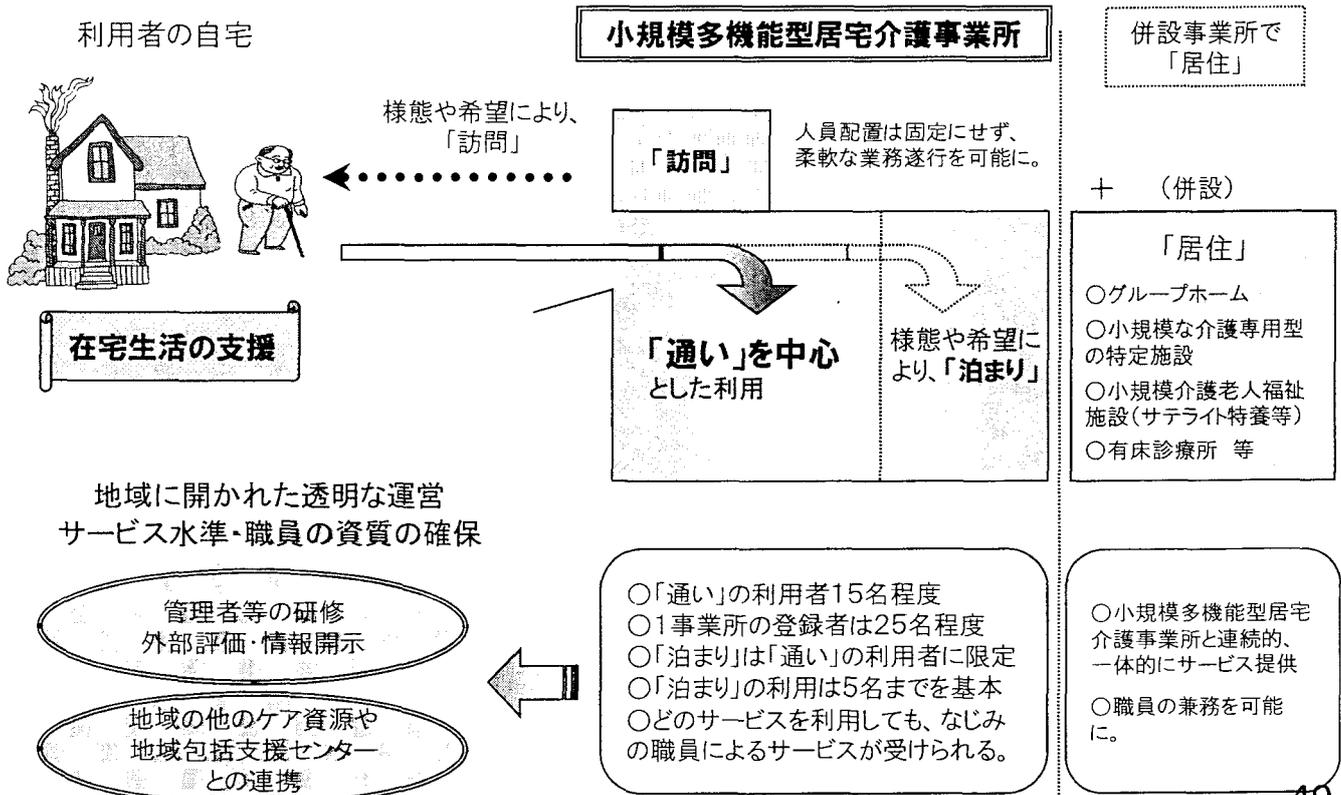
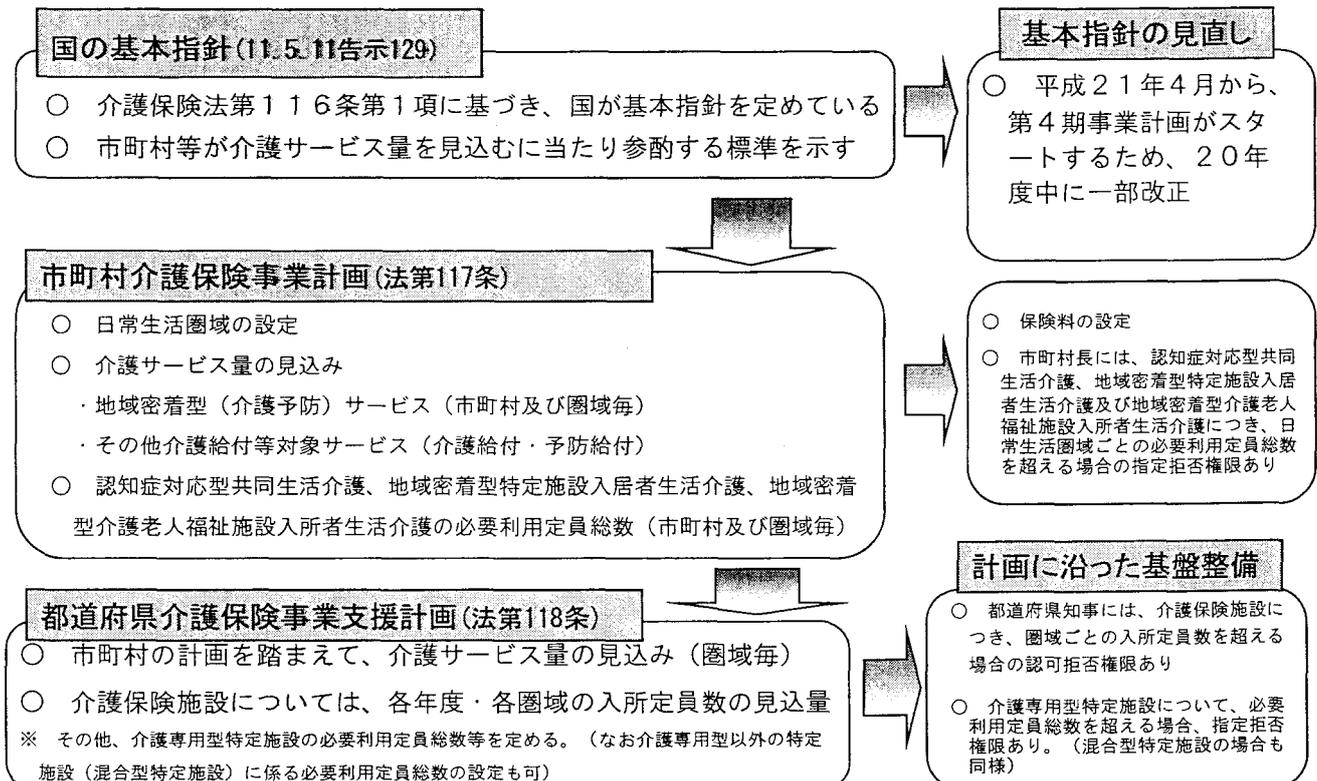


小規模多機能型居宅介護のイメージ

基本的な考え方:「**通い**」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、**随時「訪問」**や「**泊まり**」を組み合わせてサービスを提供することで、在宅での生活継続を支援する。



介護保険事業（支援）計画について



※ 第4期介護保険事業計画の期間は平成21~23年度の3年間

(第1期:平成12~16年度 5年間 第2期:平成15~19年度 5年間 第3期:平成18~20年度 3年間) 50

介護保険部会検討スケジュール案

(第27回社会保障審議会介護保険部会資料より抜粋)

介護保険部会	検討事項	主な論点の提示	備考
第28回 (7月30日)	○給付の在り方(施設、住まい) (1)今後の介護保険施設の機能や在り方	<p>(1)今後の介護保健施設の機能や在り方 【介護拠点の整備方針について】 ○できる限り住み慣れた地域で暮らせるよう、高齢者本人の選択により、在宅・施設サービスを利用できるようにすべきである。このため、現在進めている施設の緊急整備に加えて、在宅サービスの充実強化及び高齢者住宅の供給を推進する。 ○介護保険施設の整備、在宅サービスの充実、高齢者の住まいの供給やそれぞれのバランスについては、地域の高齢者ニーズを把握のうえ、自治体において地域の実情に応じてどのように進めていくべきか。 ○特に、高齢者の住まいについては、国際的に比較して不足している現状を踏まえ、どのように供給を促進していくか。 ○施設入所者が重度化し、医療ニーズが高まる一方、補足給付を受ける低所得者が特養では約8割いる中で、今後、施設入所者像をどのように考えるか。 〈中略〉</p> <p>【施設類型の在り方について】 ○特養の入所申込者の増加により、老人保健施設における入所期間が長期化する中で、リハビリなどの在宅復帰支援機能が十分に果たされていないのではないか。 ○現行制度では、介護保険施設類型によって、医療サービス等が規定され、外部からのサービス提供に制約があるが、入所者の状態像の変化に合わせて、柔軟に医療サービス等を提供できるようにすべきとの指摘があるが、どう考えるか。 ○現在の施設類型について、今後その位置づけをどのようにすべきか。 〈中略〉</p>	
第30回 (8月30日)	(5)認知症者への支援の在り方	<p>(5)認知症者への支援の在り方 ○増加する認知症者への支援体制をどのように充実強化していくのか。 ・市町村におけるニーズ把握と計画的なサービスの確保 ・認知症者に対するサービスの充実 ・認知症者の日常生活における支援の強化 ・権利擁護の推進(市民後見の推進) ・精神病床において長期入院している認知症者への対応 〈後略〉</p>	

51

認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト

- ・ 認知症に関する研究開発の促進から、医療・介護現場での連携・支援に至るまで、認知症に関する包括的・総合的な対策を推進するため、厚生労働大臣の下に設置
- ・ 平成20年7月に報告書とりまとめ
- ・ メンバー

厚生労働副大臣

岩坪 威

朝田 隆

中島 健一

永田 久美子

遠藤 英俊

技術総括審議官、医政局長、社会・援護局長、障害保健福祉部長、老健局長 [事務局長]

東京大学教授 (脳神経医学)

筑波大学教授 (精神神経科)

日本社会事業大学教授

認知症介護研究・研修センター主幹

国立長寿医療センター部長

今後の認知症対策の全体像

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

	実態把握	研究開発	医療対策	適切なケアの普及 本人・家族支援	若年性認知症
現状と課題	<ul style="list-style-type: none"> 正確な認知症患者数や、認知症に関わる医療・介護サービス利用等の実態は不明 	<ul style="list-style-type: none"> 幅広い分野にわたり研究課題を設定しており、重点化が不足 	<ul style="list-style-type: none"> 専門医療を提供する医師や医療機関が不十分 BPSDの適切な治療が行われていない 重篤な身体疾患の治療が円滑でない 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症ケアの質の施設・事業所間格差 医療との連携を含めた地域ケアが不十分 地域全体で認知症の人や家族を支えることが必要 認知症の人やその家族に対する相談体制が不十分 	<ul style="list-style-type: none"> 若年性認知症に対する国民の理解不足 「医療」・「福祉」・「就労」の連携が不十分
方向性	<ul style="list-style-type: none"> 医学的に診断された認知症の有病率の早急な調査 要介護認定で使用されている「認知症高齢者の日常生活自立度」の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> 各ステージ(①発症予防対策、②診断技術向上、③治療方法開発、④発症後対応)毎の視点を明確にした研究開発の促進 	<ul style="list-style-type: none"> 早期診断の促進 BPSD急性期の適切な医療の提供 身体合併症に対する適切な対応 	<ul style="list-style-type: none"> 認知症ケア標準化・高度化 医療との連携を含めた地域ケア体制の強化 誰もが自らの問題と認識し、認知症に関する理解の普及 認知症の人やその家族に対する相談支援体制の充実 	<ul style="list-style-type: none"> 若年性認知症に関する「相談」から「医療」・「福祉」・「就労」の総合的な支援
対策	<ul style="list-style-type: none"> 認知症の有病率に関する調査の実施 認知症に関わる医療・介護サービスに関する実態調査の実施 より客観的で科学的な日常生活自立度の検討 	<p>経済産業省、文部科学省と連携し、特に①診断技術向上、②治療方法の開発を重点分野とし、資源を集中</p> <ul style="list-style-type: none"> アルツハイマー病の予防因子の解明(5年以内) アルツハイマー病の早期診断技術(5年以内) アルツハイマー病の根本的治療薬実用化(10年以内) 	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症診断ガイドラインの開発、普及支援 認知症医療連携センターの整備、介護との連携担当者の配置 認知症医療に係る研修の充実 <p>【中・長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症に係る精神医療等のあり方の検討 	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症ケアの標準化・高度化の推進 認知症連携担当者を配置する地域包括支援センターの整備 都道府県・指定都市・コールセンターを設置 認知症を知り地域をつくる10ヵ年構想の推進 <p>【中・長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 認知症ケアの許容のあり方の検討 認知症サポーター増員 小・中学校における認知症教育の推進 	<p>【短期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 若年性認知症相談コールセンターの設置 認知症連携担当者によるオーダーメイドの支援体制の形成 若年性認知症就労支援ネットワークの構築 若年性認知症ケアのモデル事業の実施 国民に対する広報啓発 <p>【中・長期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 若年性認知症対応の介護サービスの評価 就労継続に関する研究

「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」報告書抜粋

II 今後の認知症対策の具体的内容

3 早期診断の推進と適切な医療の提供

(1) 現状・課題

- 認知症の対応を適切に行うためには、早期発見がまず重要である。認知症の疑いがある場合には、専門治療に早期にアクセスすることにより、迅速に鑑別診断を行い、確定診断に基づき適切に医療や介護の方針を決定することが不可欠である。
- 一方で、専門医療を提供する医師や医療機関の数や、認知症を専門としない医療関係者における認知症の理解が十分でないという問題がある。その結果、認知症の診断の遅れに起因して治療が遅れ症状が進行してしまう事例や、認知症とうつ病や他の精神疾患や薬剤性せん妄との誤診に起因して適切な治療の機会を逃してしまう事例が生じている。また、介護負担の大きな妄想、徘徊等のBPSDの改善の治療が適切に行われない事例や、認知症があるために重篤な身体疾患に対する治療が円滑に提供されない事例等も生じている。

(2) 今後の方向性

- このような現状を踏まえ、今後は、
- 早期診断を促進するため、地域のかかりつけ医による認知症の疑いのある人の発見、専門医療を提供する医師・医療機関への紹介等により、早期の確定診断から治療・介護方針の策定、適切な医療や介護サービスの提供という流れを徹底すること、
- BPSDの改善の急性期に対する適切な医療の提供を促進すること、
- がん、循環器疾患、大腿骨頭部骨折等の重篤な身体合併症に対する地域医療や専門医療の適切な対応を促進すること

といった対策を推進するものとする。

そのため、まず、専門医療を提供する医師の育成や専門医療機関の整備を推進するとともに、専門医療機関における介護との連携機能を強化する。また、地域において、介護との連携を図りつつ、認知症患者に対して適切な医療が提供される体制を確保する。具体的には、かかりつけ医における認知症に対する正しい理解の促進、かかりつけ医と専門医療を提供する医師の密接な連携による生活習慣病等の基礎疾患を含めた医療の提供、かかりつけ医による介護サービスの提供の支援を推進する。

(3) 短期的対策

認知症早期の診断やBPSD・身体合併症への対応を行う専門医療体制の強化が必要である。また、かかりつけ医や認知症サポート医、看護師等のコメディカル等の認知症への対応能力を向上させること、日本中で標準的な認知症の診療を受けることができるように認知症ガイドラインの開発・普及のための支援を行うことが必要である。

ア 認知症診療ガイドラインの開発・普及のための支援

認知症診療技術の標準化・普及を図り、早期診断と適切な医療・介護サービスの提供に資するため、認知症関連学会が作成する認知症診療ガイドラインについて、国として、その開発・普及のための支援を行う。

イ 認知症疾患医療センターを中核とした認知症医療の体制強化

○認知症における専門医療の提供、介護との連携の中核機関として認知症疾患医療センターの整備を進める。当面、全国に150か所程度設置する。

○認知症疾患医療センターについては、地域包括支援センターをはじめとする介護サービス等との連携を強化するため、新たに連携担当者を配置する。また、認知症疾患医療センターの従事者への研修の実施等を通じて、専門医療機関としての機能を強化する。

○自治体の積極的な関与の下、認知症疾患医療センターを中核とした地域の認知症医療における連携体制を構築する

○認知症疾患医療センターを中核として、地域の鑑別診断やBPSDの急性期への対応機能を更に強化するため、認知症疾患医療センターの人員配置や施設基準の高度化について検討を進める。

ウ 認知症医療に係る研修の充実

認知症診療技術の向上、普及を図るため、認知症診断や治療について高い専門性を有する医師の育成、地域において認知症診療の中心的な役割を担う医師の育成、かかりつけ医等の認知症対応力の向上を図るため、次のような研修体系を構築する。

(ア) 認知症専門医療機能の充実に資する研修

国において、認知症疾患医療センターや専門外来等の地域の中核的な医療機関に従事するものを対象として、認知症の診断や治療に係る専門的な研修を実施する。

(イ) 地域における認知症医療技術や認知症対応力の向上に資する研修

○地域における基本的な認知症対応力の向上を図るため、認知症疾患医療センターにおいて、認知症サポート医との連携を図りつつ、地域のかかりつけ医や看護師等とのコメディカル等を対象とする研修を実施する。

○地域医療における認知症診療の水準の向上と基盤の整備のため、精神科外来を行う医師等に対する認知症疾患医療センターにおける研修の実施に向けた検討を進める。

55

(4) 中・長期的対策

診療の適切な評価を通じて、認知症の専門医療を提供する医師の育成を図るとともに、認知症治療のあり方を検討し、適切な対策を講じ、BPSDの改善の急性期や身体合併症を持つ認知症患者の受け入れ体制を充実することが必要である。

具体的には以下の取り組みを行う。

○前述の認知症に係る医療・介護サービスの現状に関する調査・研究の成果を踏まえ、今後の認知症医療・介護サービスの全体像を明らかにする。

○その際、認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点から、精神病床（認知症病棟（旧認知症疾患治療病棟）等）や介護保険施設等の入院・入所機能のあり方について、総合的に検討する。さらに、この検討を踏まえ、入院機能を含めた認知症に係る専門医療をはじめとする認知症診療の評価のあり方について、引き続き検討する。

○かかりつけ医や介護保険サービス（地域包括支援センター、施設・在宅サービス）との密接な連携のもと、急性症状に対する入院治療後の患者の速やかな退院や円滑な在宅への移行に資する政策を、総合的に検討する。

56

地域包括ケア研究会

- ・ 地域包括ケアシステムのあり方や地域包括ケアシステムを支えるサービス等について具体的な検討を行うため、有識者をメンバーとする研究会を開催。
- ・ 平成21年度老人保健健康増進等事業により実施され、(三菱UFJリサーチ&コンサルティング社)平成22年3月に報告書とりまとめ
- ・ **メンバー**

(1)地域包括ケアに関する検討部会

天本 弘	医療法人天翁会理事長
金井 利之	東京大学大学院法学政治学研究科教授
桜井 敬子	学習院大学法学部教授
高橋 紘士	立教大学教授
田中 滋(座長)	慶應義塾大学大学院教授
本間 昭	社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター長
宮島 香澄	日本テレビ報道局経済部 解説委員
村川 浩一	日本社会事業大学教授
森田 文明	神戸市高齢福祉部長

(2)地域包括ケアを支える人材に関する検討部会

池田 省三	龍谷大学教授
岩村 正彦	東京大学大学院法学政治学研究科教授
澤田 信子	神奈川県立保健福祉大学教授
筒井 孝子	国立保健医療科学院福祉サービス部マネジメント室長
藤井 賢一郎	日本社会事業大学准教授
堀田 聡子	東京大学社会科学研究所特任准教授
前田 雅英(座長)	首都大学東京法科大学院教授

57

地域包括ケア研究会 報告書(抜粋)

1. 地域包括ケアを巡る現状と課題

(2)2025年の超高齢社会を見据えた課題認識

③サービスの在り方

〈中略〉

(認知症支援体制)

〈中略〉

【医療体制】

○地域における認知症医療体制の整備については、認知症患者医療センターの整備や「認知症サポート医養成研修」及び「かかりつけ医認知症対応力向上研修」が行われているが、いずれも量的な不足が課題となっており、今後は認知症を有する高齢者の増加に対応する医療体制にかかる整備目標等を設定のうえ、計画的な確保を図るべきではないか。また、認知症医療体制の強化を図るため、かかりつけ医と専門医療機関との専門会議の設置等による効果的な連携を図ることや認知症医療に関する地域住民への情報提供を進めるべきではないか。

○認知症を主病として精神病院に長期入院する者が近年増加していることを踏まえ、行動・心理症状(BPSD)等の症状が軽快した場合の退院後の受け皿の整備を一層進めるべきではないか。

【地域における支援】

○認知症について正しく理解し、認知症を有する者や家族に対しての応援者である認知症サポーターは、平成21年12月末時点で147万人に達しており、地域によっては、認知症サポーターが中心となった見守りや生活支援などの実践活動を展開しているところもある。地域包括ケアを進めるうえで、こうした人的資源の効果的で具体的な活用を考える段階に至っているが、具体化が少ないのではないかと指摘もある。

○2025年の認知症を有する高齢者数は323万人(65歳人口比9.3%)殿推計がなされている状況で、地域において、認知症を有する高齢者の数や認知症を有する高齢者の支援ニーズに関する実態把握をしているところは少ないのではないかと指摘がある。また、介護サービス基盤をはじめ在宅生活を支援するための体制が十分確保されていないのではないかと指摘がある。今後は、小規模多機能型居宅介護、認知症専門サービス及びグループホーム等の整備を更に促進すべきではないか。

〈後略〉

58

2. 2025年の地域包括ケアシステムの姿

上記1で記述した「地域包括ケアを巡る現状と課題を踏まえて、2025年に実現を目指すべき地域包括ケアシステムの姿(サービス提供体制の在り方、人材の在り方)を描くと、以下の(1)・(2)のとおりとなる。

(1)地域包括ケアを支えるサービス提供体制の在り方

○ 地域住民は住居の種別(従来の施設、有料老人ホーム、グループホーム、高齢者住宅、自宅(持ち家、賃貸))にかかわらず、おおむね30分以内(日常生活圏域)に生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービスを24時間365日を通じて利用しながら、病院等に依存せずに住み慣れた地域での生活を継続することが可能になっている。

〈中略〉

(医療との連携)

〈中略〉

〈参考1:認知症のケース〉

認知症を有する者については、市町村によるスクリーニングが普及して早期発見・早期診断が可能となり、早期より適切な対応が行われる結果、BPSDの現れる頻度も少なくなっている。たとえBPSDが出現しても、在宅あるいは施設において適切なケアと治療が提供され、短時間で改善する。自傷他害等のBPSDに対しては入院治療を行い、改善後すみやかに退院する。したがって、精神病院への長期入院の問題は解消されている。身体合併症に対しても一般病院における認知症への対応能力が向上しており、必要十分な治療が受けられる。早期診断が普及した結果、早期から成年後見制度の活用が図られ、高齢者の尊厳が保たれる。

(高齢者住宅の整備確保)

かつては、利用者が施設のケア体制に合わせて転々と移動(例えば、一般入院に入院→療養病床に転院→介護老人保健施設→自宅復帰→認知症になってグループホーム→重度化して退所し特別養護老人ホーム等に入所)を余儀なくされていたが、高齢期においても住み続けることが可能な住宅が整備されその時々の高齢者の状態の変化に応じて必要かつ適切なケアを効率的に組み合わせてサービスが外付けで提供される。すなわち、「住まい」と「必要なケア」が利用者の状態の変化に応じて柔軟に組み合わせて提供できるようになっている。

を支える人材の在り方

〈後略〉

59

3. 地域包括ケアシステムの構築に向けた当面の改革の方向(提言)

〈中略〉

(1)地域包括ケアシステムに関する検討部会における提言

②地域包括ケアを支えるサービスの在り方

Ⅳ)認知症支援

○ 効果的に認知症を有する者の支援を実現するためには、早期の発見と治療が重要な意味を持つことから、より簡便に認知症を発見するための指標を開発するとともに、早期発見のメリットや病院受診の基準など、家族が適切に対応するためのガイドラインを作成して認知症の正しい理解の普及啓発を図る。また、早期発見と治療、家族への相談・支援などを継続的・包括的に実施するため、「地域ケアパス」(原因疾患・状態及び地域のサービス資源の整備状況に応じたケアの提供スケジュール)を作成し、これを区域内の専門職が共有すべきではないか。

○ 早期発見後の的確な診断や治療、家族への相談・支援が行えるよう、認知症医療の中核となるべき「認知症疾患医療センター」の2次医療圏レベルでの整備促進とともに、「認知症サポート医」や「認知症に関する研修を受けたかかりつけ医」が生活圏域で十分に確保され、これらの情報が適切に住民に提供されるよう、地域包括支援センターにおける認知症連携担当者の配置などにより認知症医療との連携のための仕組みをつくる。

○量的にも質的にも不足している認知症対応に関する研修を一層充実し、認知症を有する者に関わるすべての専門職が参加できるように研修機会を提供すべきである。また、認知症を有する者に身体疾患が生じた場合に適切な医療が提供されるよう、一般病棟における医療職種別の認知症対応に関する研修を行うとともに、これを実現するための医療サービスの基盤整備も推進する。

○現在、重度の認知症を有する者が、必ずしも認知症専門の治療病床ではない精神病床に長期間、入院せざるを得ない状況になっており、重度の認知症を有する者の適切な受け入れ施設の在り方について、早急に検討すべきである。

○ BPSDを生じて入院した後、警戒して退院可能となった者の直接自宅に戻ることが難しい場合、小規模多機能サービス等を活用して、はじめは泊まり機能によって地域に受け入れ、徐々に訪問・通いサービスにシフトさせるなど、在宅生活に円滑に移行できるようケアの成功例を収集して広く国民に提供していくことも重要である。

○ 認知症を有する者の在宅生活を支える在宅サービス体系のあり方について現行のサービスにとらわれずに、声かけ・誘導・生活援助を含め検討していくべきである。

〈後略〉

60

精神保健医療福祉の更なる改革に向けて

(今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会 平成21年9月24日とりまとめより抜粋)

IV 精神保健医療福祉の改革について

1. 精神保健医療体系の再構築

(1) 現状

①入院医療の現状

イ 認知症

- 我が国においては、人口の高齢化により、今後も認知症高齢者の増加が予測される。
- 認知症高齢者に対する支援については、①早期の鑑別診断・確定診断、療養方針の決定、状態の変化に対応した療養方針の見直しを行う機能、②かかりつけ医による認知症に対する外来医療、③ADLの低下やIADLの著しい低下に対する介護的支援の提供、④BPSD(認知症の行動・心理症状)に対する介護的支援・医療の提供、⑤身体疾患に対する医療の提供に大別される。
- これらのうち、①の機能や、④のうち顕著なBPSDの急性期に対する医療の提供が、精神科による専門医療の重要な役割と考えられる。
- また、⑤については、BPSDが入院を要する程度にある場合において、BPSDに対する医療の提供とあわせて、
 - (7) いわゆる総合病院精神科、認知症疾患医療センター等の専門医療機関が急性期の重篤な身体合併症への対応を担い、
 - (1) 精神科病院等が慢性期の身体合併症への対応を中心にその役割を担うことが求められている。
- 鑑別診断、BPSDや急性期の身体合併症への対応を含め、認知症患者に対する専門医療を提供できる体制の確保・普及を図ることが必要であるが、その一方で、認知症病棟をはじめとする精神病床においては、専門的な医療機能を発揮する上で、人員配置、身体合併症に対応する機能等が十分でないとの指摘がある。
- 一方、認知症を主病として精神病床に入院している患者数は近年増加しており、入院が長期にわたる傾向があるが、その中には、BPSD等の症状の消退後等にも、退院先の確保待ちやセルフケア能力の支援等のため、必ずしも入院による専門的な医療を要さない状態でも入院を継続している者が存在している。
- このように、医学的に精神病床への入院が必要な者は、現在の入院患者の中では一定割合であるものと考えられ、また、BPSDや身体合併症等の患者の症状に対応する専門医療の資源が十分有効に機能していないという課題がある。
- 認知症に対する専門医療とともに、相談・支援の充実や、介護との連携を図るため、認知症疾患医療センターの整備が進められているが、現状では、認知症に専門的に対応できる医療機関や医師が不足している。

61

- 認知症患者は、急性期・慢性期の身体合併症を有する頻度が高いが、療養病床を有する医療機関や介護老人保健施設(介護療養型を含む。)等において対応するための機能や、実際に受け入れられる施設が十分でないとの指摘がある。

(3)改革の具体像

①入院治療の再編・重点化

イ 認知症

- 今後認知症高齢者の増加が予想されることや世帯構造の変化を踏まえ、平成22年度までのものとして現在行われている、認知症の有病率や認知症に関わる医療・介護サービスの実態等に関する調査を早急に進めるべきである。
- その上で、その結果等に基づき、認知症高齢者をできる限り地域・生活の場で支えるという観点や、認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点も踏まえて、精神病床(認知症病棟等)や介護保険施設等の入院・入所機能とその必要量等を明確化すべきである。
- 入院が必要な認知症の患者像を明確化した上で、BPSDや、急性期の身体合併症を伴う患者に対応できるよう、認知症疾患医療センターの機能の拡充・整備の促進を図り、これらの専門医療機関を確保するとともに、
 - ①認知症病棟等の体制の充実
 - ②身体合併症に対応する機能の確保等を行うことが必要である。
- その際、認知症高齢者の心身の状態に応じた適切な支援の提供を確保し、また、精神科の専門医療を機能させるためにも、入院治療を要さない者が入院を継続することのないよう、介護保険施設等の適切な環境を確保した生活の場の更なる確保と適切な医療の提供、認知症に対応した外来医療及び介護保険サービスの機能の充実について検討すべきである。
- なお、生活の場の更なる確保に当たっては、今後の認知症患者の一層の増加に対応できる体制を確保する観点から、既存の施設に必要な機能を確保した上で、その活用を図るという視点も必要と考えられる。
- また、あわせて、精神症状の面では入院を要する程度にはないが、急性・慢性の身体疾患のために入院を要する認知症高齢者に対し、適切な入院医療の提供を確保する観点から、一般病床及び療養病床の認知症対応力の強化のための方策についても検討すべきである。
- 慢性期の身体合併症については、療養病床や介護老人保健施設(介護療養型を含む)等において対応が図られているが、認知症患者の身体合併症の頻度が高いことや、患者の状態が変動することを踏まえ、精神症状の面で入院が必要な認知症患者に対応する精神科病院においても、身体合併症への一定の対応を行なうために必要な方策を検討すべきである。
- 認知症に関する専門医療・地域医療を支える医師等の資質の向上を図るとともに、認知症疾患医療センター等における専門医療と、診療所等を含めた地域医療との連携の強化を図るべきである。

62

5. 改革の目標値について

(1) 今後の目標設定に関する考え方

○その認識の下で、以下のとおり、具体的目標についても、施策の実現に向けた進捗管理に資するよう、統合失調症、認知症の入院患者数をはじめとして、施策の体系や、患者像(疾病、年齢等)の多様性も踏まえた適切な目標を掲げるべきである。

・ 認知症については、平成22年度までのものとして現在行われている有病率等の調査を早急に進め、その結果等に基づき、精神病床(認知症病棟等)や介護保険施設等の入院・入所機能のあり方とその必要量等や、介護保険施設等の生活の場の更なる確保と介護保険サービスの機能の充実について検討を行い、適切な目標値を定めることとする。

(2) 今後の目標値について

I 新たな目標値(後期5か年の重点施策群において追加するもの)

◎ 認知症に関する目標値(例:入院患者数 等):

平成23年度までに具体化する。