

- 東京都認知症対策推進会議 -

第2回 認知症医療部会 次第

日 時 平成24年11月29日(木曜日)

午後7時00分から

場 所 都庁第一本庁舎42階 特別会議室A

1 開 会

2 議 事

「東京都保健医療計画（第五次改定）」素案（認知症対策）の検討について

3 閉 会

【配布資料】

(資料1) 認知症医療部会委員名簿

(資料2) 認知症対策推進事業実施要綱

(資料3) 第1回認知症医療部会の主な御意見

(資料4) 「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6日厚生労働省発表資料)

(資料5) 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針の改正について」
(平成24年10月9日厚生労働省通知)

(資料6) 平成25年度主要事項予算見積概要(認知症関連施策抜粋)

(資料7) 東京都保健医療計画の改定について

(資料8) 「東京都保健医療計画(第五次改定)」素案(認知症に係る部分)

* 資料8のみ会議終了後回収させていただきます

(参考資料1) 「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日厚生労働省通知) <在宅医療の体制構築に係る指針部分抜粋>

(参考資料2) 都内の認知症の人を取りまく状況(統計)

(参考資料3) 二次保健医療圏別の認知症に関する医療資源例(統計)

(参考資料4) 東京都認知症対策推進会議におけるこれまでの取組と現状

(参考資料5) 東京都認知症疾患医療センターについて(概要)

(参考資料6) 二次保健医療圏ごとの認知症疾患医療センターの指定状況

(参考資料7) 精神疾患(認知症)の医療体制構築に係る現状把握のための指標

(参考資料8) 「東京都保健医療計画(第四次)」(認知症関係部分抜粋)

東京都認知症対策推進会議（認知症医療部会）委員名簿

部会長 副部会長

区分	氏名	所属・役職名
学識経験者	新井 平伊	順天堂大学大学院教授
	粟田 圭一	地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所研究部長
	繁田 雅弘	公立大学法人首都大学東京副学長
医療関係者	桑田 美代子	公益社団法人東京都看護協会(医療法人社団慶成会青梅慶友病院看護介護開発室長)
	齋藤 正彦	東京都立松沢病院院長
	高瀬 義昌	医療法人社団至高会たかせクリニック院長
	新田 國夫	医療法人社団つくし会理事長
	平川 博之	社団法人東京都医師会理事
	山田 雄飛	社団法人東京精神科病院協会会長
関係者 福祉	西本 裕子	特定非営利活動法人東京都介護支援専門員研究協議会理事長(社会福祉法人慈生会 慈生会中野ケアプランセンター管理者)
	山本 繁樹	立川市南部西ふじみ地域包括支援センター長
代表 家族	牧野 史子	特定非営利活動法人介護者サポートネットワークセンターアラジン理事長
関係者 行政	吉田 淳子	新宿区福祉部高齢者福祉課長
	渡邊 昭浩	武蔵野市健康福祉部高齢者支援課長

各区分において50音順

同幹事名簿

	氏名	所属
幹事 長	中山 政昭	福祉保健局高齢社会対策部長
幹事	笹井 敬子	福祉保健局医療改革推進担当部長
	熊谷 直樹	福祉保健局障害者医療担当部長
	石毛 朋充	福祉保健局医療政策部医療改革推進担当課長
	大滝 伸一	福祉保健局障害者施策推進部精神保健・医療課長
	加藤 みほ	福祉保健局高齢社会対策部計画課長
	横手 裕三子	福祉保健局高齢社会対策部介護保険課長
	福留 敬一	福祉保健局高齢社会対策部施設支援課長
	新田 裕人	福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課長

認知症対策推進事業実施要綱

19 福保高在第107号

平成19年6月14日

一部改正

23 福保高在第59号

平成23年5月16日

一部改正

23 福保高在第732号

平成24年3月30日

第1 目的

この事業は、認知症に関する都民への普及啓発を行うとともに、認知症の人とその家族に対する具体的な支援のあり方について検討することにより、認知症になっても地域で安心して暮らせるまちづくりを推進することを目的とする。

第2 実施主体

この事業の実施主体は、東京都（以下「都」という。）とする。

なお、第5に規定する事業については、その運営を団体等に委託し、又は団体等に助成して実施することができる。

第3 事業内容

この事業の内容は、次に掲げるものとする。

- ア 東京都認知症対策推進会議の設置
- イ 区市町村認知症支援担当者連絡会の開催
- ウ 認知症に関する普及啓発

第4 東京都認知症対策推進会議の設置

1 目的

認知症の人やその家族に対する支援体制の構築に向けた方策について検討するため、東京都認知症対策推進会議（以下「推進会議」という。）を設置する。

2 協議事項

推進会議は、認知症支援に関し、次の事項について協議する。

- ア 認知症支援体制の推進に関する事項
- イ 都と区市町村、介護・医療関係者、団体・企業及び都民等の役割分担や連携に関する事項
- ウ 認知症実態調査に関する事項
- エ 都民や関係者に向けた啓発に関する事項
- オ その他必要な事項

3 構成

推進会議は、学識経験者、介護・医療関係者、行政関係者、都民等のうちから、福祉保健局長が委嘱する20名以内の委員で構成する。

4 委員の任期

- (1) 委員の任期は、2年以内において局長が定める期間とする。ただし、再任を妨げない。
- (2) 委員に欠員が生じた場合、補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。

5 議長及び副議長

- (1) 推進会議に議長を置き、委員の互選によりこれを定める。
- (2) 議長は、推進会議の会務を総括し、推進会議を代表する。
- (3) 副議長は、議長が指名する者をもって充てる。
- (4) 議長に事故があるときは、副議長がその職務を代行する。

6 招集等

- (1) 推進会議は、議長が招集する。
- (2) 議長は、3に定める者のほか、必要と認める者の出席を求めることができる。

7 専門部会

- (1) 推進会議は、必要に応じ、専門部会（以下「部会」という。）を置くことができる。
- (2) 部会は、推進会議が定める事項について調査・検討する。
- (3) 部会は、議長が指名する委員をもって構成し、福祉保健局長が委嘱する。
- (4) 部会に、専門委員を置くことができる。
- (5) 専門委員は、議長が指名する者をもって充て、福祉保健局長が委嘱する。
- (6) 専門委員の任期は、2年以内において局長が定める期間とする。ただし、再任を妨げないものとする。

なお、専門委員に欠員が生じた場合、補欠の専門委員の任期は、前任者の残任期間とする。

8 部会長

- (1) 部会に部会長を置き、委員及び専門委員の互選によりこれを定める。
- (2) 部会長は、専門部会の会務を総括し、専門部会を代表する。
- (3) 部会長に事故があるときは、あらかじめ部会長が指定する者がその職務を代理する。

9 部会の招集等

- (1) 部会は、部会長が招集する。
- (2) 部会長は、必要があると認めるときは、関係者に部会への出席を求め、その意見を聞くことができる。

10 幹事

- (1) 推進会議及び部会（以下「会議」という。）における協議・検討の充実及び効率化を図るため、委員及び専門委員の他に幹事を設置する。
- (2) 幹事は、福祉保健局長が任命する。
- (3) 幹事は、会議に出席し、調査・検討に必要な情報を提供するとともに、会議で検討された事項に関する取組及び普及に努めるものとする。

11 会議及び会議に係る資料の取扱い

会議及び会議に係る資料は、公開とする。ただし、議長、副議長又は部会長の発議により、出席委員及び出席専門委員の過半数で議決したときは、会議又は会議に係る資料を非公開とすることができる。

12 委員等への謝礼の支払い

- (1) 3、7(3)及び(5)に掲げる委員並びに専門委員の会議への出席に対して謝礼を支払うこととする。
なお、謝礼の支払は、その月分を一括して翌月に支払うこととする。
- (2) 6(2)及び9(2)に掲げる者の会議への出席に対しては、委員及び専門委員に準じて謝礼を支払うこととする。
なお、謝礼の支払は、その都度支払うこととする。

13 事務局

会議の円滑な運営を図るため、福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課に事務局を置き、会議の庶務は事務局において処理する。

14 その他

この要綱に定めるもののほか、推進会議の運営に関して必要な事項は、議長が別に定める。

第5 区市町村認知症支援担当者連絡会の開催

推進会議で検討した地域支援体制の構築に係る事例について、区市町村との情報共有を図るとともに、各区市町村における取組の促進を図るため、区市町村認知症支援担当者連絡会を開催する。

第6 認知症に関する普及啓発

広く都民の認知症に対する理解を図り、普及啓発を促進することを目的として、シンポジウム等を開催する。

附 則（平成19年6月14日19福保高在第107号）

- 1 この要綱は、平成19年6月14日から適用する。
- 2 認知症理解普及促進事業実施要綱（平成18年6月12日付18福保高在第161号）は廃止する。

附 則（平成23年5月16日23福保高在第59号）

この要綱は、平成23年5月16日から適用する。

附 則（平成24年3月30日23福保高在第732号）

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

第 1 回認知症医療部会(平成 24 年 9 月 3 日開催)の主な御意見

1 全体に関する事項

(1) 区市町村の役割

発症してから、最後の看取りに至る期間までをどうすれば御本人も御家族も安心して暮らせるかということこそが大事である。そのきめ細かい戦略を考えていくのは、基礎的自治体となるが、戦略的に考えられるように、一通りの医療資源を準備しておく必要がある。

精神科病院から退院後の居場所を確保していくことが重要であり、それは、基礎的自治体単位で地域包括システムを作り上げていくという観点でやっていかななくてはならない。

さまざまな施策が出てきているので、それを整理し、全体像を示していくべき。また、区市町村がその全体像を捉えた上で、次期の高齢者保健福祉計画や介護保険事業計画に落としこめるように、都として指導していく必要がある。

(2) 地域での支援体制

厚生労働省「今後の認知症施策の方向性について」にも書かれていたように、『「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』という目標をいかに実現していくかである。

認知症の人が本当にどこに住むのかということが大事であって、認知症の人がちゃんと生活できる場所を作るのが、われわれの役目である。

各地域の認知症支援体制は、ピンからキリである。医療と介護の問題だけでなく、フォーマル、インフォーマル全ての地域資源を活用しないと対応していけないだろう。

BPSD も地域で対応できるように、地域の医師等のレベルアップを図るべきである。東京都では、地域のレベルアップに精神科の専門の先生をいかに巻き込んでいくかという点で、国に先駆けて取組を行っていけばいいのではないか。

(3) その他

この部会がどういうミッション、ビジョンで、ゴールをどこにするのが非常に重要である。認知症の始まりから亡くなるまでの医療の役割を整理する必要がある(「医療モデル」)。初期で診断され、一人で病院に通える方がいる一方で、独居高齢者、高齢者のみ世帯などで、周辺症状が出るまで認知症であることが判明しないケースもある。認知症という病気のプロセスにおいて、理想的なケアを考え、そのケアがどういう条件で破綻するかを考えて、対応方針を決めていく必要がある。また、低所得で家族の介護力も期待できない認知症高齢者が増えているため、彼らを支える「福祉モデル」も必要である。

施策のコストパフォーマンスをきちんと評価することが必要である。医療の質を向上するという点でも、政策を都民にオープンにして、評価できるアウトカムを出し続けるようなシステムにしていくべきである。

2 認知症疾患医療センターについて

(1) 身近型認知症疾患医療センターについて

(a) 役割

身近型センターは、地域のかかりつけ医や地域包括支援センターと連携して、初期対応能力を果たしていくことが役割となる。身近型センターが対応できない場合は、地域型センターが対応していくという流れがよい。

地域型センターと身近型センターが密な連携を図り、それを基盤として地域に患者さんを戻す体制をどう作るのかが重要である。

(b) 設置箇所

平成20年度に行った日本老年精神医学会の専門医を対象としたアンケートにおいて、入院機能はないが鑑別診断や地域連携機能を有している医療機関は、高齢者人口1万人に1箇所必要だという回答であった。

高齢者人口6万人に1箇所となると、各区市町村に1つというのは難しいので、どのような置き方をしていくかを考えなくてはならない。

どれくらいに1箇所というのは、仮定の話であり、それについて議論する意義は感じない。

(c) アウトリーチ

精神科を含めて、アウトリーチを行ってくれる医療機関は少ないため、ケアマネージャーや地域包括支援センターが問題のある案件をとってきて、この人に対してアウトリーチをお願いしますというような連携体制が作れば大きい。

アウトリーチのやり方はこの部会で十分議論をして、しっかりした提案をしていくことが必要。

(d) 必要性

現在指定されている地域型センターにおいても機能にはばらつきがあり、その中でシステムを作ってこれだけのことをしなければいけないと言われても、なかなか難しい。そこへまた身近型センターという何だかわからないものを当てはめてそこにお金を落とすというのは、いかにも無駄だと思う。

東京都は例外的に医療機関が多いので、国全体の仕組みを持ってきて右往左往する必要はないように思う。

(2) 地域型認知症疾患医療センターについて

できる限り地域で治療をするとすると、地域型センターの役割は身体合併症が起きたときの対応ではないか。

地域型センターとしての一番の役割は、地域のケアや第一線の医療をやっている人の精神医学的レベルを上げて、かつそこで顔見知りの関係を作っていくことによって、地元の患者を発掘することができる。それにより救急は減るし、要らぬ周辺症状も生じない。

センターとして担当している区において研修や公開講座を行い、顔の見える関係を構築していきたい。

東京都のセンターの特徴として、センターが全てを担う必要は無く、その中で連携を行うのが役割である。

3 地域連携について

(1) 身近型認知症疾患医療センターを含めた地域連携

地域型センターと身近型センターの役割分担・連携の仕方について明確にすべきである。地域からのニーズの拾い上げ方、初期集中支援チームで対応した場合、その後身近型センターにつないでいくやり方、その中で、身近型センターが訪問診療、往診する場合、その後地域型センターにつないでいく場合等の道筋を明確にしていくべきである。地域型センター・身近型センター・サポート医・かかりつけ医それぞれの役割の理念型を作り、それを参考にしながら、地域にあった形で実践していくのがよい。

(2) 地域連携全般について

実際に地域で見守るために、どのような顔の見える関係があるかが重要である。顔の見える範囲は、地域包括ケアシステムの単位であると思う。もちろん地域包括支援センターだけでなく、そこに关わる診療所や病院などの医療がそこに加味して、一体となってやっていくというイメージを持っている。顔の見える関係というのは、やはり分野を超えてこの現状をどうしていくのか、話し合う、認識し合うということが重要である。医者が1人で回っていくというのは限界があるので、認知症疾患医療センターの連携をつかさどる精神保健福祉士、作業療法士等の皆さんとチームを組み、効率的に取り組んでいくシステムが必要である。

4 認知症初期の対応について

地域に精神科医療、診療所がどれだけあるかということ、少しずつ増えているが、それほど増えていないのが現状である。そのため、これだけ増える認知症患者に対して誰が対応しなければならないのか。それは精神科とは限らない。しかし現実の問題として、地域のかかりつけ医が認知症の対応ができるかという疑問である。かかりつけ医もしくは内科医の先生が早期介入していくという流れになっていくのだろう。もちろん認知症の専門医によるバックアップ体制は必要である。都では患者の発見ができていないために、本来であれば支援すべき、介入すべき患者たちがまだ放置されている。認知症初期集中支援チームについて、都においてどのように早期発見・早期診断を行うのか議論し、都の方法を国に提案ができるような形でもよいのではないかと。

5 かかりつけ医・サポート医について

サポート医・かかりつけ医については、地域、各先生により温度差がある。東京都の事業でかかりつけ医・サポート医研修を行ったが、中途半端な状態にある。問題は、教育課程と研修受講後受講者が何を行えばよいかわからないという状況にあることである。サポート医全員が、認知症の方のサポートに訪問するいわゆる在宅医療をできるわけではない。認知症の在宅ケアをする人たちの再教育システムが必要である。

6 精神科病院について

精神科病院、特に救急病棟を持っている病院に認知症の周辺症状で入院される方が増えている。BPSD 自体は1ヶ月程度で治まるが、その後御家族が対応できず、在宅療養に繋がられないケースも多い。そこで、ケースワーカーが奔走することとなる。

精神科病院は現在敷居が高いため、受診が後手後手に回ってしまっているようなイメージがある。もっと早い段階で外来を使うことによって、入院しても帰ることができる人が増え、入院期間も短くなるのではないか。

在宅医療の立場で、精神科医療の重要性については感じている。本人についてだけでなく、介護負担がかかっている御家族の方をどう精神科医療につなげていくのかということで悩むことも多い。

在宅医療の医師が精神科病院の敷居を下げ、行きやすい環境を作ることも必要である。

看護師の立場からも、精神科の専門医の先生は頼りになり、いると安心するということがある。

「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人（認知症高齢者約60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)
認知症高齢者数		305
在宅介護		149
	うち小規模多機能型居宅介護	5
	うち定期巡回 随時対応型サービス	0
居住系サービス		28
	特定施設入居者生活介護	11
	認知症対応型共同生活介護	17
介護施設		89
	介護老人福祉施設	48
	介護老人保健施設等 (介護療養型医療施設を含む。)	41
医療機関		38

平成29年度
(2017)

373
186
14
3
44
19
25
105
58
46
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」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」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 ~ の整備等を行う。
 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。
 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。
 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。

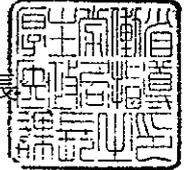
(注)「医療機関の内訳 (一般病院、精神科病院等)」の認知症者数については、「認知症高齢者の日常生活自立度」以上の高齢者数データがないことから推計ができない。

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。

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、<u>認知症の行動・心理症状</u>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¹⁰。</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、前頭側頭葉型認知症、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、<u>BPSD（認知症の行動・心理症状）</u>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¹⁰。</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ように、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、

[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ような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^{*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^{※2}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

- ・ こころの状態（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・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

- ・ こころの状態（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

- ・ 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））

(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（「在宅医療」を参照）
- ・ 精神科救急医療施設数（事業報告）

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。

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

[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)

	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・認知症		
			精神科救急	身体合併症	専門医療
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】	◎ 精神科を標榜する病院・診療所数、精神科病院数 【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・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	◎ 精神科病院の従事者数 【病院報告】	◎ 精神科救急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】	◎ 住診・訪問診療を提供する精神科病院・診療所数	◎ 精神科救急入院料・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】	◎ 重度アル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】	◎ 精神科訪問看護を提供する病院・診療所数 【医療施設調査】	◎ 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】
		◎	類型別認知症疾患医療センター数 【事業報告】		
プロセス指標	◎ 保健所及び市町村が実施した精神保健福祉相談等の被指導実人員・延人員 【地域保健・健康増進事業報告】	◎ 精神科地域移行実施加算 【診療報酬施設基準】	◎ 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】
	◎ 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】	○ 非定型抗精神病薬加算1(2種類以下) 【NDB】	◎ 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被指導実人員・延人員 【地域保健・健康増進事業報告】	◎ 向精神薬の薬剤種類数(3剤以上処方率)	◎ 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	○ 保護室の隔離、身体拘束の実施患者数 【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】				
			地域連携クリティカルパス導入率(認知症を含む)		
アウトカム指標	◎ こころの状態 【国民生活基礎調査】	○	1年未満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カ月以内再入院率 【精神保健福祉資料】		
		◎	退院患者平均在院日数(認知症を含む) 【患者調査】		
			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】		
		○	認知症新規入院患者2か月以内退院率 【精神保健福祉資料】		
	◎		自殺死亡率(人口10万あたり) 【人口動態統計】		

◎: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¹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。

¹ 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²。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³。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⁴。

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⁵。

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得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⁶。

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⁷。

(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⁸。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⁸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、膵疾患、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⁹、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。

⁸ 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

⁹ 「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¹⁰。

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¹¹。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¹¹。

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¹²。

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¹³。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¹³。

(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¹⁴。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¹⁵。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¹⁶。

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を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
- ・ 心身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

※ 「心身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※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、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^{※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^{※2}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。

- (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)

	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・認知症					
					精神科救急	身体合併症	専門医療			
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】	◎	精神科を標榜する病院・診療所数、精神科病院数 【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・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	◎	精神科病院の従事者数 【病院報告】	◎	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】	◎	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】		往診・訪問診療を提供する精神科病院・診療所数	◎	精神科救急入院料・精神科急性期治療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】	◎	重度アル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】	◎	精神科訪問看護を提供する病院・診療所数 【医療施設調査】	◎	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】
				◎	類型別認知症疾患医療センター数 【事業報告】					
プロセス指標	◎	保健所及び市町村が実施した精神保健福祉相談等の被指導実人員・延人員 【地域保健・健康増進事業報告】	◎	精神科地域移行実施加算 【診療報酬施設基準】	◎	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】
	◎	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】	○	非定型抗精神病薬加算1(2種類以下) 【NDB】	◎	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被指導実人員・延人員 【地域保健・健康増進事業報告】		向精神薬の薬剤種類数(3剤以上処方率)	◎	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	○	保護室の隔離、身体拘束の実施患者数 【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】							
					地域連携クリティカルパス導入率(認知症を含む)					
アウトカム指標	◎	こころの状態 【国民生活基礎調査】	○							1年未満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か月以内再入院率 【精神保健福祉資料】
			◎							退院患者平均在院日数(認知症を含む) 【患者調査】
										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】
			○							認知症新規入院患者2か月以内退院率 【精神保健福祉資料】
◎									自殺死亡率(人口10万あたり) 【人口動態統計】	

◎: 必須指標、○: 任意指標

平成 24 年 11 月 7 日東京都発表資料より

平成 25 年度主要事項予算見積概要（認知症関連施策抜粋）

* 額の単位は（百万円）

1 認知症高齢者の支援

(1) 認知症対策推進事業

認知症に対する中長期的な施策を検討するため「認知症対策推進会議」を運営するとともに、都民への普及啓発を図る。

〔24 年度当初予算額 4 25 年度見積額 5〕

(2) 医療従事者等の認知症対応力向上支援事業

認知症疾患医療センターが行う地域の医療従事者等への研修を体系的に実施するため、研修拠点を設置し、多職種共通のテキストの作成やセンターの研修実施を支援することにより、都内の医療従事者等の認知症対応力の向上を図る。

(新)〔25 年度見積額 12〕

(3) 認知症疾患医療センター運営事業

認知症の人が地域で安心して生活できるよう、認知症疾患医療センターを中心として、地域における医療・福祉相互の具体的連携体制を構築するとともに、関係者への研修等を行う。

〔24 年度当初予算額 131 25 年度見積額 130〕

(4) 東京都若年性認知症総合支援センター設置事業

若年性認知症本人及び家族のためのワンストップ相談窓口の設置や、地域包括支援センター等への支援を行うことにより、早期に適切な支援に結びつける。

〔24 年度当初予算額 23 25 年度見積額 23〕

2 高齢社会対策区市町村包括補助事業

区市町村が地域の実情に応じて主体的に行う、高齢者分野の基盤の整備及びサービスの充実を支援することにより、都民の福祉の増進を図ることを目的とする。

〔24 年度当初予算額 3,780 25 年度見積額 3,780〕

(新規事業) 認知症の人の家族を支える医療機関連携型介護者支援事業

認知症疾患医療センター等の医療機関周辺に認知症介護者支援の拠点を設け、医療機関の専門職と連携した介護者支援のための講座や交流会を開催し、介護者の孤立化の防止等を図る。

東京都保健医療計画の改定について

今回の改定の主な課題

- 国は、新たな医療計画作成指針と疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制整備指針を作成し、都道府県に通知（平成24年3月）
今回改定する計画から、4疾病（がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病）に精神疾患が新たに加わり、5疾病5事業となる。

精神疾患

【国の方針】

医療計画に定める疾病に新たに追加

【主な課題】

医療機関相互及び保健・福祉サービス等との連携
精神科救急患者や身体合併症患者等に対する速やかな医療提供
うつ病や認知症の患者に対する病期や患者の状態に応じた医療提供

災害医療

【国の方針】

災害時における医療提供体制の見直

【主な課題】

新たな被害想定に基づいた災害医療体制の構築
発災直後から中長期に至るまでの、各フェーズに応じた災害医療体制の確保

在宅療養

【国の方針】

医療計画に定める他の疾病・事業と

【主な課題】

円滑な在宅療養移行に向けての退院支援
多職種協働による在宅療養者やその家族への支援
在宅療養者の病状急変時の対応

検討体制

疾病・事業ごとの協議会：在宅療養推進協議会等の各協議会において、地域の実情や都の特性を踏まえた今後の施策等について検討
保健医療計画推進協議会：各協議会等での検討内容を踏まえて議論を行い、保健医療計画改定素案を策定
医療審議会：保健医療計画案について諮問・答申

《留意事項》高齢者保健福祉計画や障害福祉計画のほか、今年度改定予定であるがん対策推進計画や健康推進プラン2.1並びに地域防災計画との整合性を図る

都における計画改定スケジュール

区分	第1四半期(4～6月)	第2四半期(7～9月)	第3四半期(10～12月)	第4四半期(1～3月)
保健医療計画 ・推進協議会 ・推進協議会改定部会	← 月1回程度のペースで改定部会を開催 疾病・事業ごとに設置している	骨子案作成 第1回推進協議会(8/27) 報告 第1回認知症医療部会(9/3)	計画素案作成 第2回推進協議会(12/13) 第2回認知症医療部会	関係機関への意見照会 パブリックコメント
東京都医療審議会		第1回開催		第2回(諮問) 第3回(答申)の開催

5 精神疾患医療の取組

(1) 精神疾患医療体制の充実

目指す方向(施策の方向)を記載

精神疾患医療を取り巻く現状

- 1 精神疾患の特性
- 2 都における精神科医療の現状

精神疾患の医療提供体制整備に向けた課題

施策目標と主な具体的取組

(2) 認知症対策の強化

目指す方向(施策の方向)を記載

認知症医療を取り巻く現状

認知症医療における課題

施策目標と主な具体的取組

(2) 認知症対策の強化

認知症の人と家族が地域で安心して生活できるよう、認知症の早期診断・早期対応に取り組むほか、地域の医療・介護関係者等の連携を推進し、認知症の人が状態に応じて適切な医療・福祉・介護の支援を受けることができる体制を構築します。

認知症医療を取り巻く現状

要介護(要支援)認定を受けている高齢者のうち、何らかの認知症の症状を有する人は、平成23年1月時点で約32万人に上り、平成37年には約52万人に増加すると推計されています。また、若年性認知症の人は、平成19年の厚生労働省調査結果から算出すると、約4千人と推計されています。

何らかの認知症の症状がある人の約7割は在宅(居宅)で生活しており、独居や夫婦のみ世帯の高齢者の増加が推測されています。

都では、認知症サポート医の養成や(平成24年11月現在433名)、かかりつけ医の認知症対応力を向上するための研修に取り組んでいます。また、認知症の治療を行う専門病棟を有する精神科病院を支援し、認知症患者に対する適切な入院医療の確保を図っています。

平成24年4月からは、東京都認知症疾患医療センターを指定して(平成24年11月現在10か所)、専門医療相談、鑑別診断、身体合併症と行動・心理症状への対応、地域連携の推進、人材育成等を実施しています。

認知症医療における課題

認知症の人の多くは在宅で生活しており、住み慣れた地域での生活の継続を望んでいます。そのためには、認知症の早期発見・早期診断と、診断に基づいて適切な医療・福祉・介護の支援を受けることが重要です。

今後急増する見込である認知症の人を支えていくためには、医療提供施設同士がその機能や特性を十分生かした形で連携することはもちろん、医療・介護従事者それぞれが認知症対応力の向上を図り、医療と介護の連携を推進していく必要があります。

また、認知症の人が身体疾患を患ったとき又は行動・心理症状が激しくなったときに、入院先を探すのに困難を来たす場合があるため、早期に適切な対応のできる病院等へ受け入れるための体制・仕組みづくりが必要です。

施策目標と主な具体的取組

(目標1) 地域連携の推進と専門医療の提供を図る

《具体的な取組》

1 認知症疾患医療センターの整備

認知症疾患医療センターが実施している専門医療相談、鑑別診断、身体合併症と行動・心理症状への対応、地域連携の推進、人材育成等の取組を進めていきます。

認知症の診断を担う医療機関の確保、地域の医療機関の役割分担、各関係機関の連携のあり方について検討した上で、認知症疾患医療センターの整備を進めていきます。

東京都認知症疾患医療センター 一覧(平成24年11月現在)

二次保健医療圏	医療機関名
区中央部	順天堂大学医学部附属順天堂医院
区南部	東京都保健医療公社荏原病院
区西南部	東京都立松沢病院
区西部	浴風会病院
区西北部	東京都健康長寿医療センター
区東北部	大内病院
区東部	順天堂大学医学部附属 順天堂東京江東高齢者医療センター
西多摩	(今後指定予定)
南多摩	平川病院
北多摩西部	国家公務員共済組合連合会立川病院
北多摩南部	杏林大学医学部付属病院
北多摩北部	(今後指定予定)

2 地域連携の推進

地域連携の推進のために、認知症疾患医療センターが開催する認知症医療・介護連携協議会等を活用して、医療提供施設同士、さらには医療と介護の連携を進めていきます。

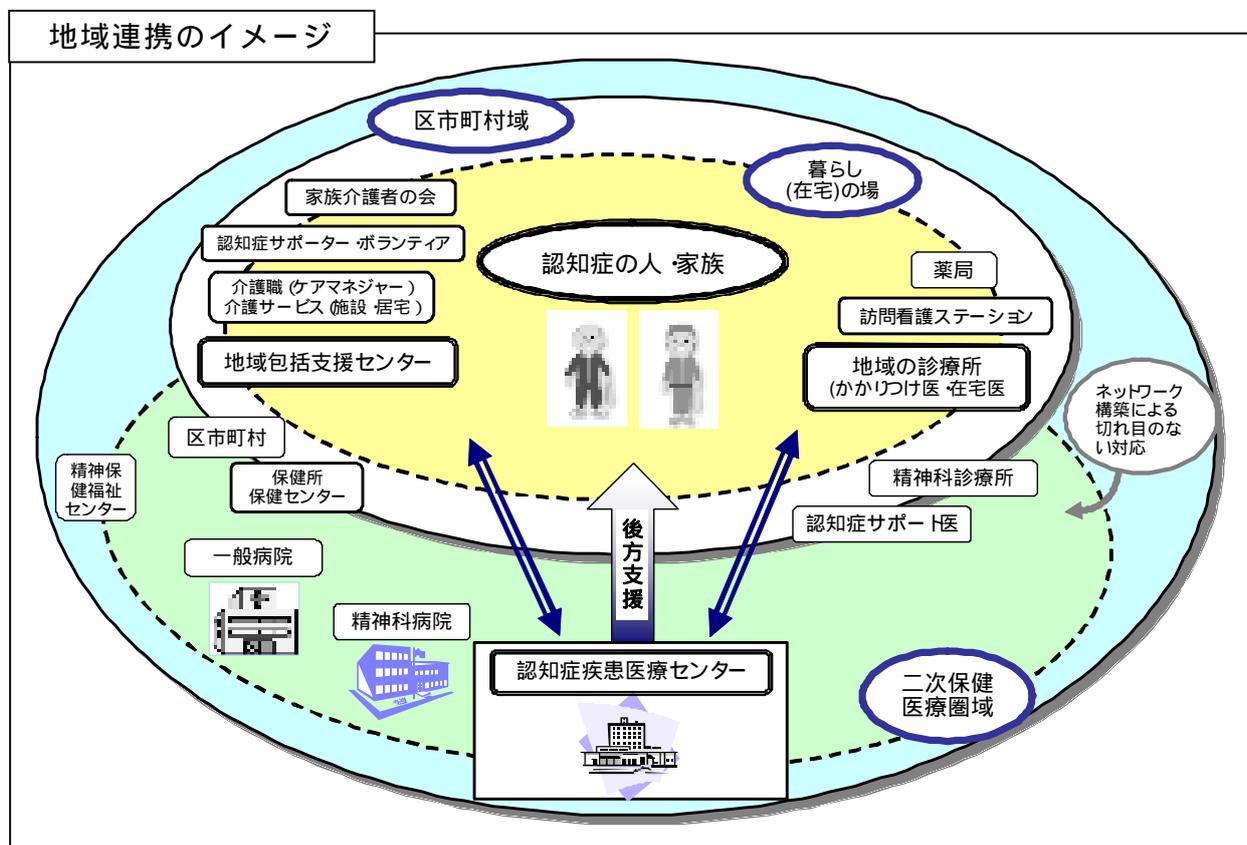
「認知症ケアパス」や「退院支援・地域連携クリティカルパス」導入の検討を進めていきます。

区市町村において、認知症施策の推進を図り、地域の実情に応じた医療と介護の連携体制を構築していきます。

3 専門医療の提供

認知症の診断、薬物治療、身体合併症と行動・心理症状への対応等の専門医療の提供について、認知症疾患医療センターと地域の医療機関で役割分担を図る等して、今後増加する認知症の人に対応できる体制を整えていきます。

身体合併を患ったとき又は行動・心理症状が激しくなったときに対応できる医療機関等を確保するとともに、地域連携の推進や医療・介護従事者の認知症対応力の向上を図ることにより、身体合併症や行動・心理症状を有する認知症の人を地域で受け入れる体制づくりを進めていきます。



（目標 2）早期診断・早期対応を可能とする取組を推進する

《具体的な取組》

認知症の疑いのある高齢者を早期に受診に結びつけ、診断後状態に応じて、認知症の人と家族が医療・介護連携のもとで適切な支援を受けることができる体制について、区市町村、地域包括支援センター、認知症サポート医、かかりつけ医、介護事業者、認知症疾患医療センター等と協働して検証し、推進していきます。

都民に認知症に対する理解を深めてもらい、認知症の疑いがある場合は速やかに受診してもらうための普及啓発を進めていきます。

（目標 3）専門医療や介護、地域連携を支える人材を育成する

《具体的な取組》

都内における認知症医療従事者等の研修の拠点を設け、各認知症疾患医療センターが実施する地域向けの研修を支援することにより、都内全体のレベルアップを図っていきます。

多職種が一堂に会する研修を実施し、認知症サポート医、かかりつけ医、一般病院の医療従事者、薬剤師、介護事業者等の認知症に携わる医療・介護従事者の認知症対応力を向上するとともに、顔の見える関係づくりを進めます。

区市町村や地区医師会が実施する認知症対応力向上研修について、認知症疾患医療センターが講師を派遣する等して、支援していきます。

認知症介護に関する専門的研修を実施し、技術の向上を図ります。

(目標4) 地域での生活・家族の支援を強化する

《具体的な取組》

1 区市町村と協働した地域包括ケアシステム実現に向けた取組の推進

認知症高齢者グループホーム、特別養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等の整備を進め、認知症高齢者の住まいの確保を図っていきます。

在宅療養支援のための取組を推進します。(詳細は 章を参照)

医療機関の専門職と連携した介護者支援の会の取組を広めていきます。

区市町村や地域包括支援センターが開催する地域ケア会議の取組を支援していきます。

認知症の人と家族を地域で支え、見守るために、認知症サポーターを養成し、地域の多様な人材や社会資源によるネットワークづくりを進めます。

高齢者の虐待防止等の権利擁護の取組を推進するとともに、区市町村における市民後見人の育成とその活動の支援等を図ります。

2 若年性認知症対策の推進

東京都若年性認知症総合支援センター(平成24年5月開設)におけるワンストップの相談窓口や産業医に対する普及啓発など、若年性認知症の人に対する支援策を進めていきます。

3 認知症の予防と治療についての取組の推進

独立行政法人東京都健康長寿医療センターと公益財団法人東京都医学総合研究所において、アルツハイマー病の治療法の研究、生活習慣と認知症予防との関連等、認知症の発症予防や治療に向けた研究を進めていきます。

区市町村における認知症の予防につながる取組を支援していきます。

【評価指標】

区 分	現 状	目 標
認知症疾患医療センターの整備	10箇所 (平成24年11月)	増やす
認知症退院患者の平均在院日数	333日 (平成20年度)	短くする
新規認知症治療病棟入院患者の 2か月以内退院率	23.7% (平成22年度)	上げる
認知症の医療・介護従事者による 多職種協働研修の実施	-	各認知症疾患医療センターでの研修を充実

医政指発 0330 第 9 号
平成 24 年 3 月 30 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

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について

医療法（昭和 23 年法律第 205 号。以下「法」という。）第 30 条の 4 の規定に基づき、医療計画に記載する事項として、がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病の 4 疾病並びに救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む。）の 5 事業に加え、新たに精神疾患及び居宅等における医療（以下「在宅医療」という。）が追加されたところである（以下、4 疾病及び精神疾患、5 事業並びに在宅医療を「5 疾病・5 事業及び在宅医療」という。）。

各都道府県が医療提供体制を確保するに当たり、特に 5 疾病・5 事業及び在宅医療については、①疾病又は事業ごとに必要となる医療機能を明確化した上で、②地域の医療機関がどのような役割を担うかを明らかにし、さらに③医療連携体制を推進していくことが求められる。

医療機能の明確化から連携体制の推進にいたるこのような過程を、以下、医療体制の構築ということにする。

5 疾病・5 事業及び在宅医療の医療体制を構築するに当たっては、それぞれに求められる医療機能を具体的に把握し、その特性及び地域の実情に応じた方策を講ずる必要があることから、下記のとおり、それぞれの体制構築に係る指針を国において定めたので、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。

また、「疾病又は事業ごとの医療体制について」（平成 19 年 7 月 20 日医政指発第 0720001 号医政局指導課長通知）は廃止する。

在宅医療の体制構築に係る指針

多くの国民が自宅等住み慣れた環境での療養を望んでいる。高齢になっても病気になっても自分らしい生活を支える在宅医療の提供体制を構築することは、国民の生活の質の向上に資するものである。

また、超高齢社会を迎え、医療機関や介護保険施設等の受入れにも限界が生じることが予測される中で、在宅医療は慢性期及び回復期患者の受け皿として、さらに看取りを含む医療提供体制の基盤の一つとして期待されている。

本指針では「第1 在宅医療の現状」において、我が国の疾病構造及び在宅医療のニーズの変化や在宅医療に係る資源の現状を概観し、次に「第2 関係機関とその連携」において、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」に則して、地域の現状を把握・分析し、また在宅医療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それらの関係機関間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 在宅医療の現状

1 在宅医療の現状

(1) 疾病構造の変化

昭和10～20年代において、我が国の死因の第1位であった結核に代わり、昭和33年以降は、悪性新生物（がん）、心疾患、脳血管疾患が死因の上位を占めるようになった¹。また、要介護状態に至る主な原因疾患に関する平成22年の報告では、脳血管疾患が約21%、認知症が約15%、関節疾患が約11%、老衰が約14%となっている²。さらに認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ*以上の人数については、平成27年に250万人、平成37年には323万人に達すると推計されている³。自宅や地域で疾病や障害を抱えつつ生活を送る者が今後も増加していくことが考えられる。

※認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱとは、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思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をいう。

¹ 厚生労働省「人口動態調査統計（確定数）」（平成22年）

² 厚生労働省「国民生活基礎調査」（平成22年）

³ 高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」（平成15年）

(2) 在宅医療のニーズの増加と多様化

平成 22 年における 65 歳以上の高齢者人口は、2,937 万人であるが⁴、平成 54 年には 3,878 万人となりピークを迎え⁴、同年の 75 歳以上の人口割合は、現在の 11%から 21%に増加する。また、65 歳以上の高齢者のいる世帯の約半数が、独居又は夫婦のみの世帯である。さらに、死亡総数は現在の約 120 万人から約 166 万人に増える⁴。今後は、高齢者の世帯動向、居宅等の形態も踏まえ、医療提供のあり方を検討することが重要である。

在宅療養支援病院・診療所において訪問診療又は往診を受けている在宅療養者は、介護保険 3 施設^{*}に入院・入所中の者よりも、人工呼吸器、気管切開、酸素療法等の医療を必要とする者が多いことが報告されている⁵。また、在宅人工呼吸指導管理料の 1 ヶ月あたりの算定件数は、平成 13 年の 2,455 件から、平成 21 年の 12,783 件へと約 5 倍に増加している⁶。

※介護保険 3 施設：介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、介護療養型医療施設

さらに近年、疾病や障害を抱えながらも自宅や住み慣れた地域で生活をする小児や若年層の在宅療養者が増加している。医療保険の訪問看護を受ける小児（0～9 歳）の数は、平成 13 年の 1 ヶ月あたり 842 人から、平成 21 年の 2,928 人へと約 3.5 倍に増加している⁷。

疾病構造の変化や高齢化、QOL 向上を重視した医療への期待の高まり等により、在宅医療のニーズは増加し、また多様化している。

2 在宅医療の提供体制

(1) 退院支援

在宅医療は、慢性期及び回復期患者の受け皿としての機能を期待されている。近年、在宅療養を選択する人工呼吸器を装着した者や何らかの医療処置を必要とする者が増えてきたことから、医療の継続性や退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のために、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援の重要性が高まっている。

具体的には、病院における組織的な取り組み（退院支援担当者の配置や退院困難者のスクリーニングの導入等）や多職種による退院前カンファレンス等が行われており、自宅への退院者の増加や平均在院日数の減少、患

⁴ 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（1 月推計）」（平成 24 年）

⁵ 「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」（平成 22 年）

⁶ 厚生労働省「社会医療診療行為別調査」

⁷ 厚生労働省保険局医療課調べ

者や家族の QOL 向上等の効果が報告されている⁸。

しかし、実際に退院支援担当者を配置している病院は、2,450ヶ所(28%)である⁹。病床規模別にみると、300床以上の病院では約半数の病院で退院支援の担当者を配置しており、病床規模が大きい病院ほど複数の担当者を配置している傾向がみられる⁹。

(2) 日常の療養生活の支援

① 訪問診療・往診

在宅医療を受けた患者数は、1日に98,700人で、平成17年の64,800人に比較し、52.3%増加している¹⁰。

訪問診療を提供している医療機関は、全診療所99,083ヶ所のうち、19,501ヶ所(19.7%)、全病院8,794ヶ所のうち2,582ヶ所(29.4%)である⁹。また、在宅療養支援病院及び在宅療養支援診療所数は平成23年7月現在、それぞれ12,848ヶ所、445ヶ所の届け出があり¹¹、年々増加しているものの、都道府県別の人口10万人当たりでみると、前者が3.9から20.9(全国値10.1)、後者が0.05から1.25(全国値0.41)とばらつきが見られる¹²。

診療所を対象とした調査では、在宅療養支援診療所の届出をしない理由として、約70%が24時間対応の困難さを挙げた¹³。在宅療養支援診療所の81%が医師数1名の小規模な診療所であり¹⁴、24時間対応、急変時の対応及び看取りを行うための連携体制の構築が求められている。

② 訪問看護

訪問看護利用者約40.1万人/月のうち、医療保険による利用者は約9.9万人/月¹⁵、介護保険による訪問看護利用者が約30.2万人/月¹⁶である。

介護保険における請求事業所数でみると、訪問看護ステーションは5,978カ所¹⁶、訪問看護を実施する病院・診療所は1,909カ所である¹⁶。都道府県別に人口10万人当たりの訪問看護事業所数(訪問看護ステーショ

⁸ 医療経済研究機構「退院準備から在宅ケアを結ぶ支援(リエゾンシステム)のあり方に関する研究」(平成19年)

⁹ 厚生労働省「医療施設調査(静態)」(平成20年)

¹⁰ 厚生労働省「患者調査」(平成20年)

¹¹ 厚生労働省保険局医療課調べ(平成23年)

¹² 厚生労働省保険局医療課調べ(平成23年)より算出

¹³ 福岡県医師会他「在宅療養支援診療所実態調査」(平成19年)

¹⁴ 厚生局データ(平成23年7月)より算出

¹⁵ 「訪問看護療養費調査」(平成23年)

¹⁶ 厚生労働省「介護給付費実態調査」(平成23年12月)

ン、訪問看護を実施している医療機関の合計) をみると、3.5から10.8とばらつきがみられる(全国値6.8)¹⁷。

従業員が5人未満の小規模な訪問看護ステーションが60%を占める¹⁸が、訪問看護ステーション1カ所あたり、平均26.8カ所の医療機関から訪問看護指示書が交付されており、平均17.3カ所の居宅介護支援事業所から居宅サービス計画書を受け取っている等、多くの医療機関や介護事業所と連携している実態が報告されている¹⁵。

③ 訪問歯科診療

在宅歯科医療を受けた患者は、約25,000人/日(歯科外来患者総数の1.9%)であり、そのうち、95.7%が65歳以上である¹⁰。

全歯科診療所67,779ヶ所のうち、訪問歯科診療を提供している歯科診療所は、8,214ヶ所(12.1%)である⁹。在宅又は介護施設等における療養を歯科医療面から支援する在宅療養支援歯科診療所は3,700ヶ所であるが¹⁹、都道府県別の歯科診療所に占める在宅療養支援歯科診療所の割合をみると、0.4%から36.1%とばらつきがみられる(全国値5.5%)²⁰。

要介護高齢者の約9割が歯科治療や専門的口腔ケアが必要とされているが、実際の受療者は約3割という報告もある²¹。口腔機能の低下や誤嚥性肺炎の予防等のためには、在宅療養者の歯科受療率の向上が課題となっている。

④ 訪問薬剤管理指導

介護保険の居宅療養管理指導を受けた者の数は、約11万人/月である²²。

全薬局53,642カ所²³のうち、在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数は、42,163ヶ所(78.4%)であるが¹¹、都道府県別に届出割合をみると、48.5%から98.8%とばらつきがみられる(全国値78.6%)¹²。

医療保険の在宅患者訪問薬剤管理指導及び介護保険の居宅療養管理

¹⁷ 厚生労働省「介護給付費実態調査」(平成22年)より算出

¹⁸ 日本看護協会「訪問看護事業所数の減少要因の分析及び対応策のあり方に関する調査研究事業」(平成21年)

¹⁹ 厚生労働省保険局医療課調べ(平成21年)

²⁰ 厚生労働省保険局医療課調べ(平成21年)より算出

²¹ 長寿科学総合研究事業「情報ネットワークを活用した行政・歯科医療機関・病院等の連携による要介護者口腔保健医療ケアシステムの開発に関する研究」(主任研究者河野正司)(平成14年)

²² 厚生労働省「介護給付費実態調査」(平成22年)

²³ 厚生労働省「衛生行政報告例」(平成21年)

指導を行っている薬局等を対象とした調査²⁴によると、患者の薬剤管理上の問題点として、薬剤の保管状況、服薬に関する理解不足、薬剤の飲み忘れ等が挙げられている。

(3) 急変時の対応

自宅での療養を希望していてもそれが実現できない理由として、急変時の対応に関する不安や家族への負担への懸念が挙げられる²⁵。急変時の対応に関する患者の不安の軽減や家族の負担の軽減が、在宅での療養を継続するための重要な課題である。そのため、訪問診療や訪問看護については24時間対応が可能な連携体制の構築、在宅療養支援病院や有床診療所については在宅療養患者の病状の急変時における円滑な受け入れが求められている。

(4) 在宅での看取り

60%以上の国民が、終末期においても可能なかぎり自宅での療養を望んでおり²⁵、患者や家族のQOLの維持向上を図りつつ療養生活を支えるとともに、患者や家族が希望した場合には、自宅で最期を迎えることを可能にする医療及び介護体制の構築が求められている。

また、高齢化の進展に伴い、介護施設等で最期を迎える者が増えていることから、在宅医療に係る機関が介護施設等による看取りを必要に応じて支援することが求められる。

我が国の在宅死亡率（自宅及び老人ホームでの死亡率）をみると、平成18年の14.5%から増加に転じ、平成22年の在宅死亡率は16.1%となっている¹。また、東京特別区及び政令指定都市等の大都市圏における在宅死亡率は17.9%と全国値より高くなっている¹。

第2 関係機関とその連携

1 目指すべき方向

前記「第1 在宅医療の現状」を踏まえ、個々の役割や医療機能、それを満たす各関係機関、さらにそれら関係機関相互の連携により、在宅医療が円滑に提供される体制を構築する。

(1) 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制

① 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

(2) 日常の療養支援が可能な体制

① 多職種協働により在宅療養者やその家族の生活を支える観点からの

²⁴ 平成19年度老人保健事業推進費等補助金「後期高齢者の服薬における問題と薬剤師の在宅患者訪問薬剤管理指導ならびに居宅療養管理指導の効果に関する調査研究」

²⁵ 「終末期医療に関する調査」（平成20年）

医療の提供

- ② 緩和ケアの提供
 - ③ 家族への支援
 - (3) 急変時の対応が可能な体制
 - ① 在宅療養者の病状急変時における往診体制及び入院病床の確保
 - (4) 患者が望む場所での看取りが可能な体制
 - ① 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施
- また、上記(1)から(4)の体制を構築するにあたり、地域における多職種連携を図りながら、24時間体制で在宅医療が提供されることが重要である。こうした観点から、在宅医療において積極的役割を担う医療機関や在宅医療に必要な連携を担う拠点を医療計画に位置付けていくことが望まれる。

2 各医療機能と連携

前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、在宅医療の提供体制に求められる医療機能を下記(1)から(4)に示す。都道府県は、各医療機能の内容(目標、関係機関等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) 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制【退院支援】

- ① 目標
 - ・ 入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること
- ② 入院医療機関に求められる事項
 - ・ 退院支援担当者を配置すること
 - ・ 退院支援担当者は、できる限り在宅医療に係る機関での研修や実習を受けること
 - ・ 入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援を開始すること
 - ・ 退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護資源の調整を心がけること
 - ・ 退院後、患者に起こりうる病状の変化やその対応について、退院前カンファレンスや文書・電話等で、在宅医療に係る機関との情報共有を十分図ること

(医療機関の例)

- ・ 病院・有床診療所

※ 介護老人保健施設においても、在宅への移行に向けた取組みが行われている。

③ 在宅医療に係る機関に求められる事項

- ・ 在宅療養者のニーズに応じて、医療や介護を包括的に提供できるように調整すること
- ・ 在宅医療や介護の担当者間で、今後の方針や病状に関する情報や計画を共有し、連携すること
- ・ 高齢者のみではなく、小児や若年層の在宅療養者に対する訪問診療、訪問看護、訪問薬剤指導等にも対応できるような体制を確保すること
- ・ 病院・有床診療所・介護老人保健施設の退院（退所）支援担当者に対し、地域の在宅医療及び介護資源に関する情報提供や在宅療養に関する助言を行うこと

(関係機関の例)

- ・ 病院・診療所
- ・ 訪問看護事業所
- ・ 薬局
- ・ 居宅介護支援事業所
- ・ 地域包括支援センター

※ 病院・診療所には、歯科を標榜するものを含む。以下同じ。

(2) 日常の療養支援が可能な体制【日常の療養支援】

① 目標

- ・ 患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む）が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されること

② 在宅医療に係る機関に求められる事項

- ・ 相互の連携により、在宅療養者のニーズに対応した医療や介護が包括的に提供される体制を確保すること
- ・ 医療関係者は、地域包括支援センターが地域ケア会議において在宅療養者に関する検討をする際には積極的に参加すること
- ・ 地域包括支援センター等と協働しつつ、在宅療養に必要な医療や介護、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
- ・ がん（緩和ケア体制の整備）、認知症（身体合併等の初期対応や専門医療機関への適切な紹介）等、それぞれの疾患の特徴に応じた在宅医療の体制を整備すること

※ がん患者の在宅医療については、がんの医療体制構築に係る指針を参照。

- ・ 災害時にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む）を策定すること
- ・ 医薬品や医療・衛生材料等の供給を円滑に行うための体制を整備すること

- ・ 身体機能及び生活機能の維持向上のためのリハビリを適切に提供する体制を構築すること

(関係機関の例)

- ・ 病院・診療所
- ・ 訪問看護事業所
- ・ 薬局
- ・ 居宅介護支援事業所
- ・ 地域包括支援センター
- ・ 介護老人保健施設
- ・ 短期入所サービス提供施設

(3) 急変時の対応が可能な体制【急変時の対応】

① 目標

- ・ 在宅療養者の病状急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保すること

② 在宅医療に係る機関に求められる事項

- ・ 病状急変時における連絡先をあらかじめ在宅療養者やその家族に提示し、また、求めがあった際に 24 時間対応が可能な体制を確保すること
- ・ 24 時間対応が自院で難しい場合も、近隣の病院や診療所、訪問看護事業所等との連携により、24 時間対応が可能な体制を確保すること
- ・ 在宅医療に係る機関で対応できない急変の場合は、その症状や状況に応じて、搬送先として想定される入院医療機関と協議し入院病床を確保するとともに、搬送については地域の消防関係者へ相談する等連携を図ること

(関係機関の例)

- ・ 病院・診療所
- ・ 訪問看護事業所
- ・ 薬局

③ 入院医療機関に求められる事項

- ・ 在宅療養支援病院、有床診療所等において、連携している医療機関（特に無床診療所）が担当する在宅療養者の病状が急変した際に、必要に応じて一時受け入れを行うこと
- ・ 重症で対応できない場合は、他の適切な医療機関と連携する体制を構築すること

(医療機関の例)

- ・ 病院・診療所

(4) 患者が望む場所での看取りが可能な体制【看取り】

① 目標

- ・ 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保すること
- ② 在宅医療に係る機関に求められる事項
 - ・ 終末期に出現する症状に対する患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること
 - ・ 患者や家族に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護や看取りに関する適切な情報提供を行うこと
 - ・ 介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること

(関係機関の例)

- ・ 病院・診療所
- ・ 訪問看護事業所
- ・ 薬局
- ・ 居宅介護支援事業所
- ・ 地域包括支援センター

③ 入院医療機関に求められる事項

- ・ 在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れること

(医療機関の例)

- ・ 病院・診療所

(5) 在宅医療において積極的役割を担う医療機関

前記(1)から(4)までに掲げる目標の達成に向けて、自ら 24 時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を在宅医療において積極的役割を担う医療機関として医療計画に位置付けることが望ましい。

基本的には、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所等の中から位置付けられることを想定している。

① 目標

- ・ 在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うこと
- ・ 多職種が連携し、包括的、継続的な在宅医療を提供するための支援を行うこと
- ・ 在宅医療を担う研修を行うこと
- ・ 災害時および災害に備えた体制構築への対応を行うこと

- ・ 在宅療養者の家族への支援を行うこと
- ・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと
- ② 在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項
 - ・ 医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと
 - ・ 在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護の資源が十分確保できるよう、関係機関に働きかけること
 - ・ 在宅医療に係る医療及び介護関係者に必要な基本的知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
 - ・ 卒後初期臨床研修制度（歯科の場合、卒後臨床研修制度）における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること
 - ・ 災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む）を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと
 - ・ 地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護や家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
 - ・ 入院機能を有する医療機関においては、在宅療養者の病状が急変した際の一時受入れを行うこと
 - ・ 地域住民に対し、在宅医療の内容や地域の医療及び介護資源に関する情報提供を行うこと
- (6) 在宅医療に必要な連携を担う拠点

前記(1)から(4)までに掲げる目標の達成に向けて、地域の実情に応じ、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれかを在宅医療に必要な連携を担う拠点として医療計画に位置付けることが望ましい。

在宅医療に必要な連携を担う拠点は、標準的な規模の市町村の人口（7～10万人程度）につき1カ所程度を目途に設けられることを想定しており、医療計画に位置付ける際には市町村と十分に協議することが重要である。

なお、前項の在宅医療において積極的役割を担う医療機関が在宅医療に必要な連携を担う拠点となることも想定される。

- ① 目標
 - ・ 多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図ること
- ② 在宅医療に必要な連携を担う拠点到求められる事項

- ・ 地域の医療及び介護関係者による協議の場を定期的に開催し、在宅医療における連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
- ・ 地域の医療及び介護資源の機能等を把握し、地域包括支援センター等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護にまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するように、関係機関との調整を行うこと
- ・ 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
- ・ 在宅医療に関する人材育成及び普及啓発を実施すること

第3 構築の具体的な手順

1 現状の把握

都道府県は、在宅医療の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

- ・ 往診を受けた患者数
- ・ 訪問診療を受けた患者数
- ・ 訪問歯科診療を受けた患者数
- ・ 訪問看護利用者数
- ・ 薬剤師による訪問薬剤指導の利用者数
- ・ 管理栄養士による訪問栄養指導の利用者数
- ・ 歯科衛生士による訪問歯科衛生指導の利用者数
- ・ 訪問リハビリテーション利用者数
- ・ 短期入所サービス（ショートステイ）の利用者数
- ・ 退院患者の平均在院日数（患者調査）
- ・ 在宅死亡者数（人口動態統計）

(2) 医療資源・連携等に関する情報

- ・ 在宅医療を担う関係機関の数とその位置（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養支援歯科診療所、訪問看護事業所等）
- ・ 在宅医療に携わる人員・体制（在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の医師数、訪問看護ステーションの看護師数、24時間体制を取っている

る訪問看護ステーション数や看護師数等)

- ・ 連携の状況（関係機関間での診療情報や治療計画の共有の状況）

(3) 指標による現状把握

別表 11 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、在宅医療提供体制を構築するに当たって、「第2 関係機関とその連携」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、退院支援、生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りといった各区分に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。
- (3) 圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく変わることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。
- (4) 検討を行う場合は、地域医師会等の関係団体、在宅医療及び介護に従事する者、住民・患者、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、在宅医療提供体制を構築するに当たって、退院支援から生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りまで継続して医療が行われるよう、また、関係機関の信頼関係が醸成されるよう配慮する。

また、医療機関、在宅医療及び介護の関係者及び地域医師会等の関係団体は、診療技術や知識の共有、連携する医療及び介護の関係機関等との情報の共有に努める。

さらに、都道府県は、在宅医療に係る機関の医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、ケアマネジャー等について、地域の保健医療関係機関・団体等と連携し、必要な専門的・基礎的知識及び技術を習得させるための研修の実施等により人材育成に努める。

- (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、地域医師会等の関係団体と連携して医療機関相互の調整を行う等、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等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」で明確にした現状について、指標により把握した数値となっている原因の分析を行い、地域の在宅医療の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、良質かつ適切な在宅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。

8 公表

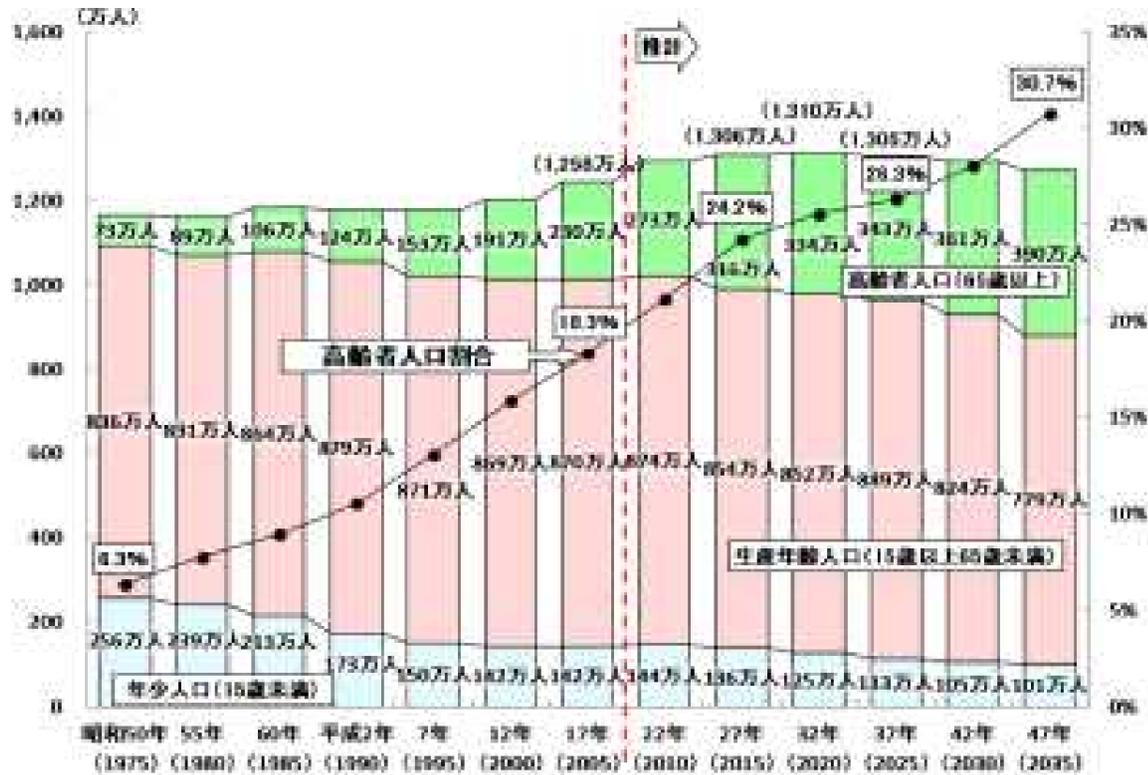
都道府県は、住民に分かりやすい形で医療計画を公表し、医療計画やその進捗状況を周知する必要がある。このため、指標による現状把握、目標項目、数値目標、施策・事業やその進捗状況、評価体制や評価結果を公表する。その際、広く住民に周知を図るよう努めるものとする。

都内の認知症の人を取りまく状況(統計)

第1回認知症医療部会
(平成24年9月3日開催)資料

都内高齢者人口の推移

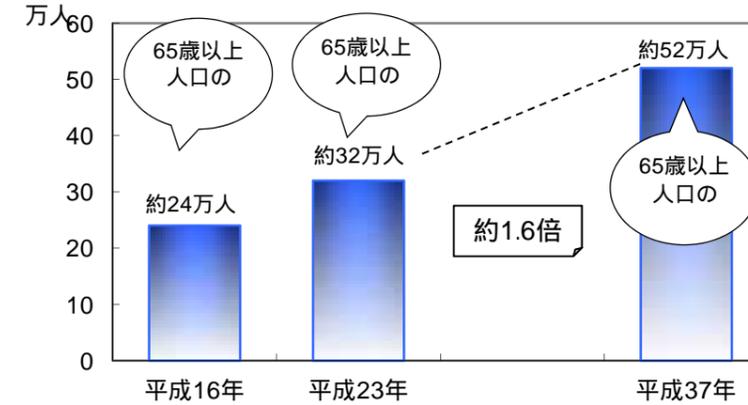
団塊の世代の高齢化等により「4人に1人が65歳以上」の時代が到来
2020年には、後期高齢者の数が前期高齢者の数を上回る見込み



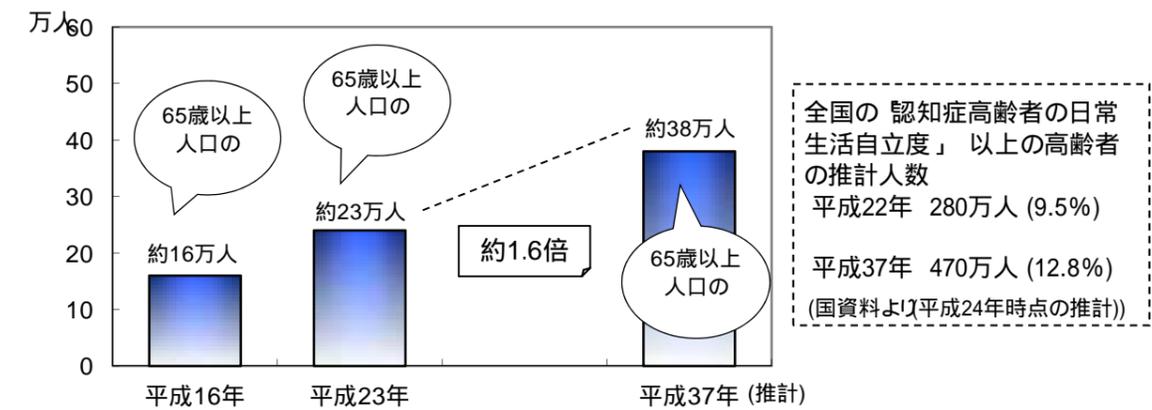
資料 総務省「国勢調査」[昭和50年～平成17年]
国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口」(平成19年5月推計) [平成22年～平成47年]

認知症高齢者の推計 (要介護・要支援認定データより)

何らかの認知症の症状がある高齢者 (認知症高齢者日常生活自立度 以上) の増加



見守り又は支援の必要な認知症高齢者 (認知症高齢者日常生活自立度 以上) の増加

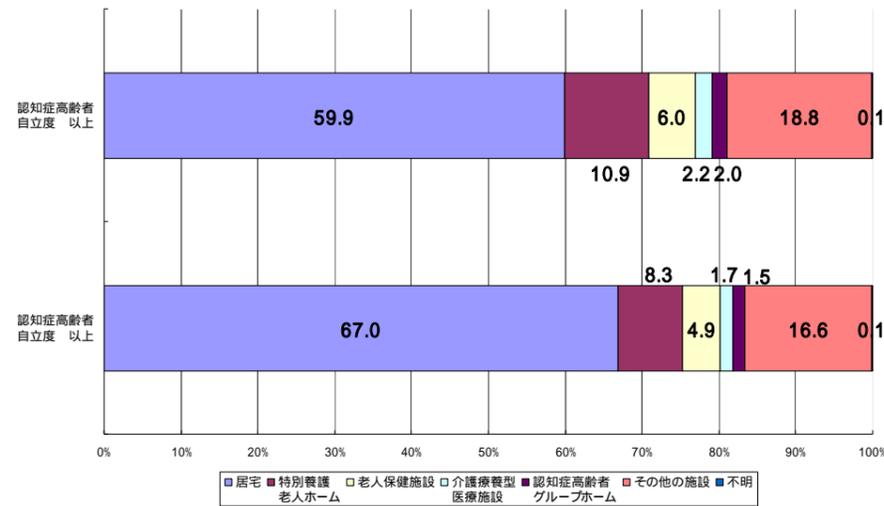


全国の「認知症高齢者の日常生活自立度」以上の高齢者の推計人数
平成22年 280万人 (9.5%)
平成37年 470万人 (12.8%)
(国資料より平成24年時点の推計)

東京都「認知症高齢者自立度分布調査」(平成23年1月)より

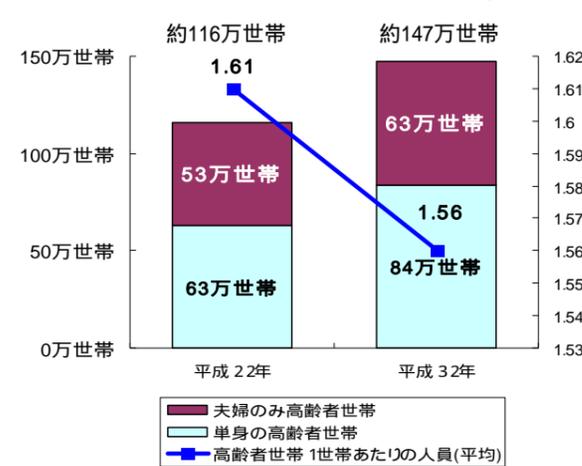
都内認知症高齢者の住まい方

認知症高齢者の半数以上は居宅で生活



東京都「認知症高齢者自立度分布調査」(平成23年1月)より

独居・夫婦のみ世帯が増加の見込み (対象:高齢者全体)



東京都「東京都世帯数の予測(各年10月1日現在)」(平成21年3月)より

認知症の人の日常生活自立度

日常生活自立度	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。
日常生活自立度	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。
日常生活自立度	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。
日常生活自立度	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
日常生活自立度M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。

二次保健医療圏別の認知症に関する医療資源例(統計)

二次保健医療圏	構成区市町村	人口	65歳以上 (高齢化率)	何らかの認知症 の症状がある人 (対人口割合)	一般 病院数 (対人口10 万人対)	診療所数 (対人口10 万人対)	病床数			専門外来「物 忘れ外来」を 設置している 医療機関 (うち病院)	鑑別診断を 行っている 医療機関 (うち病院)	急性期の身 体合併症治 療(入院) が可能な医 療機関 (うち病院)	慢性期の身 体合併症治 療(入院) が可能な医 療機関 (うち病院)	周辺症状の 治療(入 院)が可能 な医療機関 (うち病院)	学会認定専 門医 (認知症人 口1万人対)	かかりつけ 認知症対応 力向上研修 受講者 (認知症人 口1万人対)	認知症サ ポート医 (認知症人 口1万人対)	二次保健 医療圏
							一般病床 (対人口10 万人対)	療養病床 (対人口10 万人対)	精神病床 (対人口10 万人対)									
区中央部	千代田区、中央区、港区、文京区、台東区	740,192人	144,912人 (19.6)	19,321人 (2.6)	54施設 (7.3)	2,062施設 (278.6)	13,311床 (1,798.3)	579床 (78.2)	337床 (45.5)	23施設 (12)	135施設 (15)	10施設 (8)	12施設 (9)	10施設 (8)	16人 (8.3)	226人 (117.0)	41人 (21.2)	区中央部
区南部	品川区、大田区	1,029,861	213,002 (20.7)	25,405 (2.5)	40 (3.9)	1,019 (98.9)	6,382 (619.7)	1,133 (110.0)	178 (17.3)	19 (8)	105 (10)	11 (7)	12 (8)	11 (5)	7 (2.8)	343 (135.0)	31 (12.2)	区南部
区西南部	目黒区、世田谷区、渋谷区	1,295,010	244,405 (18.9)	34,573 (2.7)	50 (3.9)	1,639 (126.6)	7,989 (616.9)	1,453 (112.2)	1,790 (138.2)	36 (8)	151 (13)	15 (10)	18 (9)	7 (5)	5 (1.4)	217 (62.8)	20 (5.8)	区西南部
区西部	新宿区、中野区、杉並区	1,110,973	225,679 (20.3)	32,142 (2.9)	43 (3.9)	1,428 (128.5)	8,646 (778.2)	1,521 (136.9)	341 (30.7)	18 (3)	138 (14)	16 (11)	20 (14)	9 (7)	6 (1.9)	198 (61.6)	22 (6.8)	区西部
区西北部	豊島区、北区、板橋区、練馬区	1,778,762	378,427 (21.3)	49,124 (2.8)	89 (5.0)	1,606 (90.3)	10,124 (569.2)	3,115 (175.1)	3,574 (200.9)	54 (9)	187 (13)	22 (12)	26 (12)	17 (14)	6 (1.2)	458 (93.2)	47 (9.6)	区西北部
区東北部	荒川区、足立区、葛飾区	1,270,343	287,799 (22.7)	37,417 (2.9)	80 (6.3)	934 (73.5)	6,831 (537.7)	1,851 (145.7)	1,450 (114.1)	25 (11)	103 (17)	17 (13)	22 (17)	23 (17)	2 (0.5)	259 (69.2)	31 (8.3)	区東北部
区東部	墨田区、江東区、江戸川区	1,350,087	267,188 (19.8)	29,516 (2.2)	52 (3.9)	980 (72.6)	6,580 (487.4)	1,035 (76.7)	207 (15.3)	7 (0)	99 (12)	10 (6)	13 (7)	6 (3)	4 (1.4)	179 (60.6)	29 (9.8)	区東部
区計		8,575,228	1,761,412 (20.5)	227,498 (2.7)	408 (4.8)	9,668 (112.7)	59,863 (698.1)	10,687 (124.6)	7,877 (91.9)	182 (51)	918 (94)	101 (67)	123 (76)	83 (59)	46 (2.0)	1,880 (82.6)	221 (9.7)	区計
西多摩	青梅市、福生市、羽村市、あきる野市、瑞穂町、日の出町、檜原村、奥多摩町	391,407	89,591 (22.9)	8,184 (2.1)	21 (5.4)	255 (65.1)	1,754 (448.1)	2,297 (586.9)	2,713 (693.1)	6 (3)	34 (4)	5 (3)	10 (8)	10 (7)	3 (3.7)	45 (55.0)	18 (22.0)	西多摩
南多摩	八王子市、町田市、日野市、多摩市、稲城市	1,380,407	295,244 (21.4)	35,988 (2.6)	63 (4.6)	959 (69.5)	6,371 (461.5)	3,696 (267.7)	7,435 (538.6)	22 (10)	96 (18)	15 (13)	22 (20)	24 (22)	6 (1.7)	260 (72.2)	35 (9.7)	南多摩
北多摩西部	立川市、昭島市、国分寺市、国立市、東大和市、武蔵村山市	629,440	131,025 (20.8)	15,341 (2.4)	25 (4.0)	484 (76.9)	3,369 (535.2)	956 (151.9)	63 (10.0)	5 (1)	47 (3)	3 (2)	3 (2)	3 (1)	0 (0.0)	101 (65.8)	18 (11.7)	北多摩西部
北多摩南部	武蔵野市、三鷹市、府中市、調布市、小金井市、狛江市	968,204	189,803 (19.6)	24,213 (2.5)	42 (4.3)	827 (85.4)	6,228 (643.3)	1,236 (127.7)	3,488 (360.3)	14 (2)	85 (11)	14 (9)	18 (11)	14 (11)	4 (1.7)	169 (69.8)	22 (9.1)	北多摩南部
北多摩北部	小平市、東村山市、清瀬市、東久留米市、西東京市	713,493	157,866 (22.1)	18,510 (2.6)	33 (4.6)	471 (66.0)	4,668 (654.2)	1,572 (220.3)	2,689 (376.9)	8 (4)	41 (7)	8 (6)	12 (9)	4 (3)	4 (2.2)	101 (54.6)	19 (10.3)	北多摩北部
多摩計		4,082,951	863,529 (21.1)	102,236 (2.5)	184 (4.5)	2,996 (73.4)	22,390 (548.4)	9,757 (239.0)	16,388 (401.4)	55 (20)	303 (43)	45 (33)	65 (50)	55 (44)	17 (1.7)	676 (66.1)	112 (11.0)	多摩計
島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村	27,888	8,384 (30.1)	1,351 (4.8)	1 (3.6)	20 (71.7)	52 (186.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0)	4 (1)	1 (1)	1 (1)	0 (0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	島しょ
都計		12,686,067	2,633,325 (20.8)	331,085 (2.6)	593 (4.7)	12,684 (100.0)	82,305 (648.8)	20,444 (161.2)	24,265 (191.3)	237 (71)	1,225 (138)	147 (101)	189 (127)	138 (103)	63 (1.9)	2,556 (77.2)	333 (10.1)	都計

出典	住民基本台帳による東京都の世帯と人口(平成24年1月1日時点)	要介護者数 認知症高齢者数等の分布調査(集計結果(平成23年1月1日時点))	平成22年度医療施設調査(平成22年10月1日現在)	東京都医療機関案内サービス「ひまわり」登録データ(平成24年8月末現在)	東京都医療機能実態調査(平成23年11月1日時点)	日本老年精神医学会HP(平成22年7月時点)(公表に同意している者のみ)	東京都福祉保健局高齢社会対策部調べ(平成23年3月現在)	出典
----	---------------------------------	--	----------------------------	--------------------------------------	---------------------------	--------------------------------------	------------------------------	----

東京都認知症対策推進会議におけるこれまでの取組と現状

参考資料 4

第1回認知症医療部会
(平成24年9月3日開催)資料

分野	目的	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
地域づくり	面的仕組みづくり	<p>仕組み部会</p> <p>認知症地域資源ネットワークモデル事業</p> <p>認知症支援拠点モデル事業</p>	<p>仕組み部会</p> <p>東京都在宅高齢者実態調査(専門調査)</p>	<p>仕組み部会</p> <p>認知症の人と家族を支える地域づくりの手引書</p> <p>認知症地域支援ネットワーク事業(包括補助事業)</p> <p>練馬区・多摩市・世田谷区・豊島区</p>	<p>練馬区・多摩市</p>	<p>豊島区・杉並区・八王子市</p>	<p>協議中</p> <p>実態の把握・課題の抽出</p> <p>地域ネットワークの促進策の検討</p>
	普及啓発	<p>(平成19年度～) 都民向け認知症シンポジウム(年1回)</p> <p>認知症になっても今を生き生きと暮らせるために</p>	<p>認知症と向きあう-認知症の告知-</p>	<p>認知症の人を支える-医療ケアの最前線から-</p> <p>認知症ポータルサイト「ときよ認知症ナビ」</p>	<p>認知症に寄り添う-医療と介護連携で穏やかな日常を支援-</p>	<p>認知症の人と暮らす</p>	<p>平成24年9月13日開催 認知症を知ろう-地域で暮ら</p> <p>キャラバン・メイト養成講座(年4回)・認知症サポーター養成支援(随時)</p>
医療	専門医療の提供	<p>認知症サポーター医研修(平成17～19年度予算措置あり、平成20年度～費用受講者負担)</p> <p>(平成18～21年度) かかりつけ医認知症対応力向上研修 (研修修了者 累計2,556名)</p> <p>医療支援部会</p> <p>東京都認知症専門医療機関実態調査</p>	<p>医療支援部会</p> <p>認知症の人と家族を支えるための医療支援体制の</p>	<p>(平成21～22年度) 認知症サポーター医フォローアップ研修</p> <p>かかりつけ医認知症対応力向上フォローアップ研修</p> <p>東京都における認知症疾患医療センターのあり方検討部会</p> <p>東京都認知症対策推進会議 東京都における認知症疾患医療センターのあり方</p> <p>選考</p>	<p>(平成23年度～) 認知症サポーター医フォローアップ研修(都医師会)</p> <p>かかりつけ医認知症対応力向上</p> <p>認知症医療部会(24年9月～)</p>	<p>看護師認知症対応力向上研修</p> <p>新たな類型への対応</p> <p>未指定圏域の解消</p>	
	地域連携の推進				<p>国への協議</p> <p>認知症ケアパス部会</p> <p>認知症の人と家族を支えるための情報共有の仕組み</p>	<p>認知症疾患医療センターの運営開始(10カ所)</p> <p>認知症疾患医療センターが各地域において推進する連携体制の構築支援</p>	
介護	基盤整備	<p>(平成10年度～) 認知症高齢者グループホーム緊急整備事業</p>					
	介護人材育成	<p>(平成13年度～) 認知症介護研修</p> <p>(平成19年度～) 高齢者権利擁護研修</p>					
若年性認知症	特有課題への対応		<p>若年性認知症支援部会</p> <p>東京都若年性認知症生活実態調査</p>	<p>若年性認知症支援部会</p> <p>若年性認知症支援モデル事業 支援制度の相談が1箇所で行えるワンストップ窓口</p> <p>若年性認知症支援モデル事業 就労型のデイスサービス</p> <p>東京都認知症対策推進会議 若年性認知症支援部会</p>	<p>若年性認知症ハンドブック</p>	<p>若年性認知症総合支援センター開設</p> <p>若年性認知症の人の「居場所」の検討のための論点整理</p>	

東京都認知症疾患医療センターについて (概要)

事業目的

東京都が指定する「認知症疾患医療センター」において、認知症の鑑別診断、身体合併症と周辺症状への対応、専門医療相談等を実施するとともに、地域の保健医療・介護関係者等との連携の推進、人材の育成等を行うことにより、地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図る。

事業概要

< 基本的機能 >

高齢者人口の増加に伴い、認知症高齢者も一層増加すると見込まれることから、地域の医療機関同士、さらには医療と介護の緊密な連携を強化する必要がある。このため、センターは、特に次の機能を担う
地域の医療機関及び介護事業所等への支援機能

< 3つの役割 >

基本的機能に基づき、具体的な支援体制及び連携体制の構築を図るため、次の役割を担う

【専門医療機関としての役割】

専門医療相談の実施

- ・医療相談室を設置し、関係機関等からの相談に応じる
- ・受診が困難な人への支援

鑑別診断・初期対応時の取組

- ・本人の身体的・社会的側面等を総合的に評価の上、適確に診断
- ・身体合併症・周辺症状への対応
- ・センター内及び地域での受入体制の整備 (院内連携・地域連携)
- ・早期からの退院支援

【地域連携の推進機関としての役割】

地域連携の推進

- ・連携協議会や研修会の開催等を通じた地域連携体制の構築
- ・地域包括支援センター、家族介護者の会等との連携

特に重点的な取組が必要な事項

身体合併・周辺症状への対応

指定数

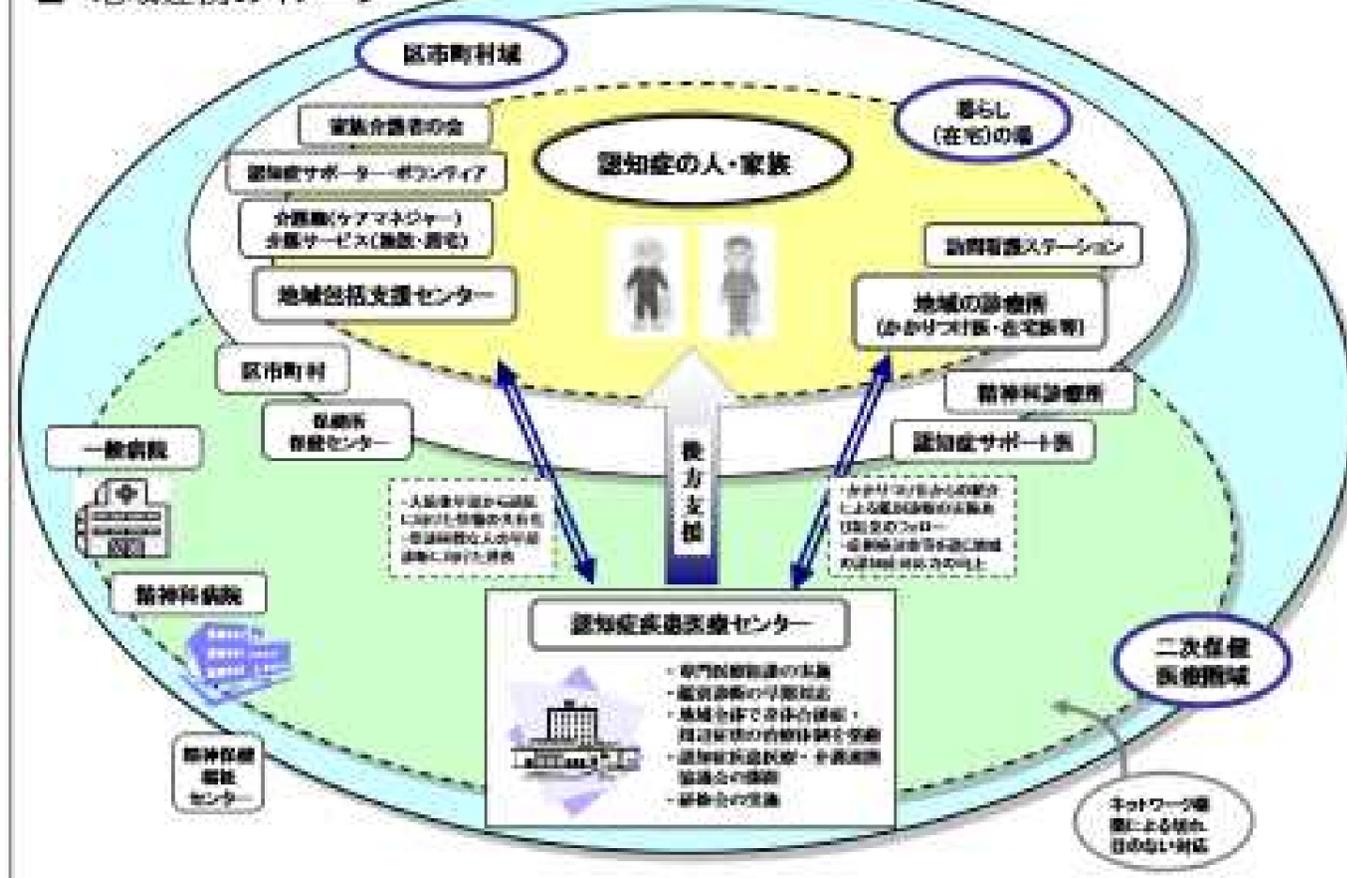
二次保健医療圏ごとに1か所を基本
(平成24年9月現在 10か所)

指定期間

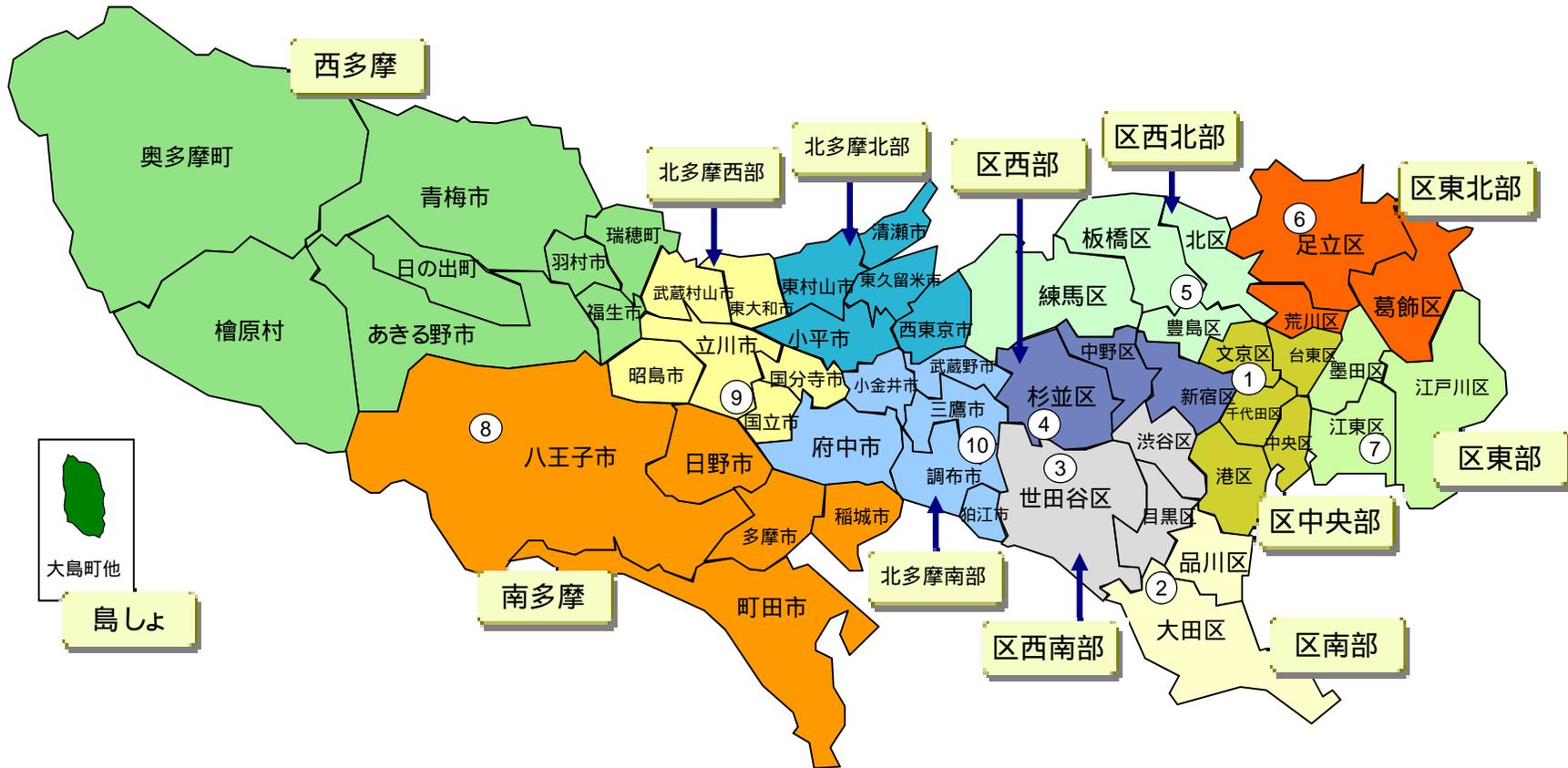
24年度予算内容

・約129百万円
(12か所分
1か所あたり約11百万円)

■ 地域連携のイメージ



二次保健医療圏ごとの認知症疾患医療センターの指定状況



区中央部
区南部
区西南部
区西部
区西北部
区東北部

順天堂大学医学部附属順天堂医院
公益財団法人東京都保健医療公社 荏原病院
東京都立松沢病院
浴風会病院
東京都健康長寿医療センター
大内病院

区東部
西多摩
南多摩
北多摩西部
北多摩南部
北多摩北部

順天堂東京江東高齢者医療センター
今年度中に指定予定
平川病院
国家公務員共済組合連合会立川病院
杏林大学医学部付属病院
今年度中に指定予定

精神疾患（認知症）の医療体制構築に係る現状把握のため

【出典 第2回精神疾患に係る医療計画の策定に関する説明会】

必須 推奨	指標名	定義	調査名等	調査年 (調査周期)	集計単位
	かかりつけ医認知症対応力向上研修参加者数	修了者数 累計修了者数(平成18年度から平成22年度)	事業報告	平成22年度	都道府県
	重度認知症患者デイ・ケアの利用者数	重度認知症患者デイ・ケアの延利用者数、利用実人員数	精神保健福祉資料	平成21年度(毎年)	都道府県
参考	認知症の地域連携クリティカルパス導入率	認知症の地域連携クリティカルパス導入率			都道府県
	退院患者平均在院日数(認知症)	退院患者平均在院日数(認知症)	患者調査(個票解析)	平成20年度(3年毎)	都道府県
	医療施設を受療した認知症患者のうち外来患者の割合	血管性及び詳細不明の認知症の推計患者数(総数)、アルツハイマー病の推計患者数(総数) 血管性及び詳細不明の認知症の推計患者数(外来)、アルツハイマー病の推計患者数(外来)	患者調査	平成20年(3年毎)	都道府県
	認知症新規入院患者2か月以内退院率	平成20年6月の入院患者数 平成20年6月の入院患者のうち平成20年6月～8月に退院した患者数	精神保健福祉資料	平成21年度(毎年)	都道府県
	類型別認知症疾患医療センター数	認知症疾患医療センター数(基幹型、地域型)	事業報告	平成24年8月1日現在	都道府県

の指標

参考資料 7 -

【厚生労働省、平成 24 年 8 月 6 日開催 資料】

備考
【事業名】かかりつけ医認知症対応力向上研修 自治体は保有データを参考にする。
地域連携クリティカルパス導入率 [%] = 認知症の地域連携クリティカルパスを導入している医療圏域数 / 各都道府県が定める認知症の医療圏域数 × 100
施設所在地で集計 退院患者の平均在院日数 = (血管性及び詳細不明の認知症の退院患者平均在院日数 + アルツハイマー病の退院患者平均在院日数) / 2
医療施設を受療した認知症患者のうち外来患者の割合 [%] = (血管性及び詳細不明の認知症の推計患者数 (外来) + アルツハイマー病の推計患者数 (外来)) / (血管性及び詳細不明の認知症の推計患者数 (総数) + アルツハイマー病の推計患者数 (総数)) × 100
認知症新規入院患者 2 か月以内退院率 [%] = 認知症治療病棟の 6 月 ~ 8 月の月別退院患者数の合計 / 認知症治療病棟の 6 月 1 か月間の入院患者数 × 100
【事業名】認知症疾患医療センター運営事業 自治体は保有データを参考にする。

東京都保健医療計画

平成20年3月改定



第5節 高齢者保健福祉対策

- 高齢者が住み慣れた地域で安心して生活するための基盤となる医療・介護・見守り・住まいをはじめとした地域ケア体制の整備を進めます。
- 地域社会を活性化するため団塊世代や元気高齢者の力を活用するなど、新たな高齢者像を生み出すことにより、超高齢社会における都市モデル像を創造します。

現状と課題

1 本格的な高齢社会の到来

- 都の高齢者人口は、平成17年の230万人から、平成37年には334万人に増加すると推計されています。また、いわゆる「団塊の世代」が、後期高齢者（75歳以上）になる平成37年には、後期高齢者数は、平成17年の98万人の倍以上、201万人に達するものと見込まれています。

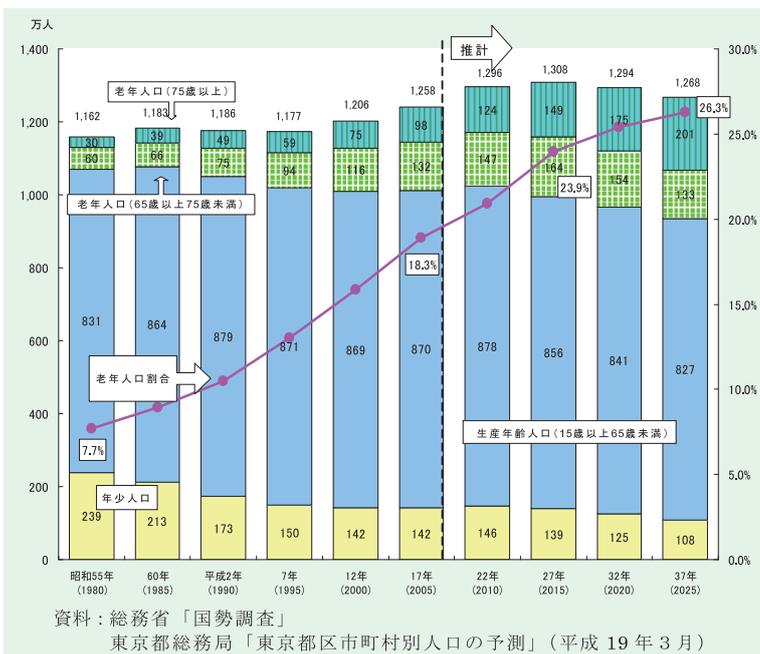
- 高齢者人口の増加に伴い、要支援・要介護高齢者や認知症高齢者も急速に増加することが予想されます。

2 介護保険制度の改正

- 平成12年4月にスタートした介護保険制度は、5年間で利用者が2.7倍になるなど、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みとして定着しています。

- 今後、これまで以上に高齢者の増加が見込まれる中で、介護保険制度を将来に向けて安定的に運営していくためには、「自立支援」という制度の基本理念に基づき、給付の効率化・重点化を進めるだけでなく、要介護高齢者の発生を未然に防ぐことが必要です。

- こうした視点から、介護保険制度の改正が行われ、平成18年4月から本格的に施行されました。また、介護が必要となっても住み慣れた地域で可能な限り生活できるよう、高齢者の多様なニーズや相談に総合的に対応する地域の拠点としての「地域包括支援センター」や



地域住民の利用を基本とする小規模多機能型居宅介護などの「地域密着型サービス」が創設されました。

- 都では、介護保険制度の改正に的確に対応するとともに、福祉・保健・医療などに関する高齢者施策を総合的に展開するため、「東京都高齢者保健福祉計画」（計画期間：平成18年度～平成20年度）を策定しました。

3 認知症高齢者の増加

- 高齢者のうち、「何らかの認知症の症状を有する要支援・要介護認定者」が占める割合は高齢者の約10.8%、約23万人となっています。
- また、「日常生活に支障を来すような症状等を有する要支援・要介護認定者」のうち、地域で生活している人の割合は約3分の2を占めます。
- 今後、後期高齢者の増加に伴い認知症高齢者が急増することが予想され、認知症高齢者を地域で支えるための仕組みづくりが必要です。
- さらに、認知症医療、身体症状に対する医療それぞれにおいて、症状に応じた適切な医療支援体制の構築が必要です。

4 健康寿命の延伸

- 日本人の平均寿命とともに健康寿命も延び、65歳以上の高齢者の7割以上は自分の健康状態を良いと考え、また、経済的にも自立しており、従来のように「高齢者イコール支えられる人（支援が必要な人）」と画一的にとらえることは適当ではなくなっています。

施策の方向

1 地域ケア体制整備構想の策定（地域ケア体制の推進）

- 平成18年に成立した医療構造改革関連法による改革の一環として実施される療養病床の再編成を踏まえ、地域ごとの特性に即した「地域ケア体制」の構築が必要です。
- 今後、都においては、高齢者の一人暮らし世帯や高齢者のみ世帯の急増が見込まれる中、高齢者が医療や介護を必要とする状態になっても安心して地域での生活を継続できるよう、在宅ケアの充実強化を重視した施策の展開が求められています。
- こうしたことを受け、都では、10年後の高齢者の望ましい将来像を示しながら、医療、介護、住まい等の将来的なニーズや社会資源の状況等に即した施策を計画的に進めるため、平成19年12月に「東京都地域ケア体制整備構想」を策定しました。

- 今後は、本構想を踏まえ、平成20年度に策定予定の次期「東京都高齢者保健福祉計画」（計画期間：平成21年度～平成23年度）において具体的な施策展開を明らかにし、超高齢社会の到来に的確に対応していきます。
- また、平成20年度には「東京の地域ケアを推進する会議（仮称）」を設置し、都民の高齢期の生活に対する意識の転換を図るとともに、区市町村や事業者に対して積極的な施策展開や取組を働きかけることにより、地域ケアの「東京モデル」の構築を目指します。
- さらに、東京において高齢者が安心できる住まい方の検討を行うとともに、地域において総合的なマネジメントを担う地域包括支援センターの機能強化、在宅医療を支える訪問看護ステーションの管理者に対する支援プログラムの作成や研修の実施など、地域ケア体制の推進のための施策を積極的に展開していきます。

2 高齢者の地域生活を支えるための介護基盤の整備促進と介護人材の確保等

- ケアが必要となった高齢者が、必要なサービスを利用しながら、地域の中で、できる限り自立した生活を送るためには、在宅生活を支えるための基盤の確保が必要です。
- 都では、高齢者の地域生活を支えるため、独自の補助制度を構築するとともに、都有地活用の拡大・推進や区市町村有地の活用支援による土地確保などにより介護サービス基盤の整備を促進します。

(1) 介護保険施設等の基盤整備

- 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）及び介護老人保健施設の計画的な整備に努めるとともに、社会福祉法人や医療法人等による介護専用型有料老人ホーム等の整備に対し、都独自に補助していきます。

(2) 居住系・在宅系サービスの充実

- 訪問リハビリテーションや通所リハビリテーション（デイケア）などのリハビリテーションは、単に心身機能の維持回復を図ることだけでなく、日常生活の自立や社会参加を促進するなど、高齢者の在宅での生活を支える上で基幹的なサービスです。理学療法士や作業療法士、言語聴覚士をはじめ、かかりつけ医師、看護師、介護支援専門員（ケアマネジャー）など、様々な職種が協働して提供する必要があります。
- 小規模多機能型居宅介護などの地域密着型サービスの整備については、整備主体である区市町村を支援していきます。特に、認知症高齢者グループホームは、平成18年度から平成20年度までの3か年事業において設置促進を図っています。

(3) 介護人材の確保等

- 昨今の景気回復等により福祉分野における労働需給がひっ迫していることから、人材の確

保や定着を促進するための施策を平成20年度から実施し、介護保険施設等における安定的な人材の確保・定着に努めます。

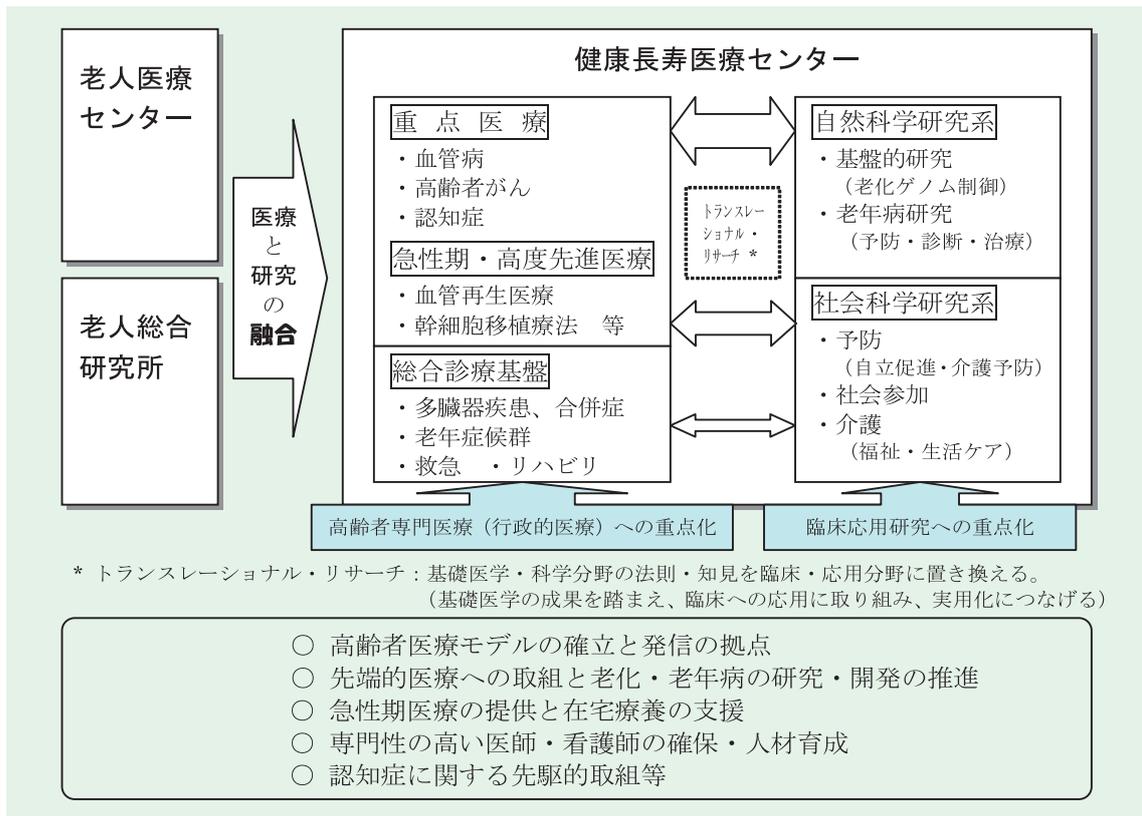
3 認知症対策の総合的な推進

- 要介護高齢者のおよそ半数は、何らかの支援が必要な認知症の症状を有していますが、近年のケアの実践と研究とを通じて認知症ケアにおける適切な環境や支援の在り方等が明らかになってきました。
- 都では、平成18年度に「認知症高齢者を地域で支える東京会議」を設置し、認知症の理解促進や本人・家族が周囲に支援を求めやすい機運づくりなどに取り組みました。
- 平成19年度には「東京都認知症対策推進会議」において、地域資源参加型の支援体制を構築するための「仕組み部会」や切れ目のない医療支援体制を構築するための「医療支援部会」を設置するなど、認知症支援のシステム化を進めます。
- また、専門職の質の向上のため、専門医・かかりつけ医や看護師などの医療従事者を対象に、役割分担に応じた人材を育成するとともに、認知症ケアの普遍化を図るため、介護職やケアマネジャーの人材育成を実施します。

4 健康長寿社会の実現に向けた医療的基盤の整備

- 高齢化が急速に進展する中、社会の活力維持のためにも、都民が、いつまでも健康であり、老いてもなお活動的でいられる社会の実現が求められています。
- そのためにも、老化に関する最先端の研究成果や技術開発を基礎として、高齢者の心身の特性に対応した適切な医療を、広く都民に提供していくための確固とした基盤づくりが必要となります。
- 板橋キャンパス内の老人医療センターと老人総合研究所とは、これまで臨床と研究との連携等を図ることにより、高齢者の医療の質の向上に努めてきました。
- 今後、老人医療センターが有する高齢者の高度専門医療に関する豊富な実績と老人総合研究所における老化・老年病に関する最新の研究成果との融合により、健康長寿社会の実現に向けた新たな高齢者医療・研究の拠点として健康長寿医療センター（仮称）を整備します。

健康長寿医療センター（仮称）の概要



5 団塊世代・元気高齢者対策

- 今後、急速に高齢化が進展する東京においては、団塊世代や元気な高齢者が地域社会や多様な分野で社会参加することにより、これまでの「支えられる存在」から「社会を活性化させる存在」へと高齢者像を一新することが求められています。
- このため、団塊世代をはじめ元気で意欲的な高齢者が、自らの知識・経験を自主的・自発的に活用し、主体性を持って継続して活動できる方策等を検討していきます。

取組のポイント

- 訪問看護ステーション支援事業の実施
- 介護基盤の整備促進と介護人材の確保等の取組
 - ・ 認知症高齢者グループホームの設置
(平成19年度末 4,800人 → 平成22年度末 6,200人)
 - ・ 訪問介護(介護予防及び夜間対応型を含む)の充実
(平成19年度末 29,645千回/年→平成20年度末 30,996千回/年)
 - ・ 訪問リハビリテーション(介護予防を含む)の充実
(平成19年度末 90,242回/年→平成20年度末 96,550回/年)
 - ・ 通所リハビリテーション(介護予防を含む)の充実
(平成19年度末 1,593千回/年→平成20年度末 1,698千回/年)
- 健康長寿医療センター(仮称)の設立
(平成21年度 地方独立行政法人設立 平成24年度 新施設整備完了予定)