

一 東京都認知症対策推進会議 一

第1回 認知症医療部会 次第

日 時 平成24年9月3日(月曜日)

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 部会長・副部会長の選任

3 議 事

- (1) 都の認知症医療施策の取組状況について
- (2) 東京都保健医療計画の改定について
- (3) 本部会の今後の進め方について

4 閉 会

【配布資料】

- | | |
|-----------|-------------------------------|
| (資料1) | 認知症対策推進事業実施要綱 |
| (資料2) | 認知症対策推進会議 委員名簿・同幹事名簿 |
| (資料3-1) | 都内の認知症の人を取りまく状況(統計) |
| (資料3-2) | 都内の認知症の人と家族の状況(統計) |
| (資料3-3) | 二次保健医療圏別の認知症に関する医療資源例(統計) |
| (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 |
| (資料5-1) | 東京都認知症疾患医療センターについて(概要) |
| (資料5-2) | 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 |
| (資料6) | 東京都保健医療計画の改定について |
| (資料7) | 都における今後の認知症医療施策の方向性について(案) |
| (資料8) | 身近型認知症疾患医療センターについて |
| (資料9) | 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 |
| (資料10) | 認知症医療部会の今後の進め方について(案) |
| (参考資料1) | 老人性認知症専門医療事業について |
| (参考資料2) | 「東京都保健医療計画(第四次)」(認知症関係部分抜粋) |
| (参考資料3) | 東京都保健医療計画(第五次改定)骨子(案) |
| (参考資料4) | 「東京都高齢者保健福祉計画(平成24~26年度)」概要 |
| (参考資料5-1) | 「今後の認知症施策の方向性について」(厚生労働省)概要 |
| (参考資料5-2) | 「今後の認知症施策の方向性について」(厚生労働省)本文 |

東京都認知症対策推進会議(認知症医療部会) 委員名簿

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
	栗田 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イン理事長
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。

「東京都認知症対策推進会議」委員名簿

◎議長 ○副議長

区分	氏名	所属・役職名
学識経験者	斎藤 正彦	東京都立松沢病院院長
	○ 繁田 雅弘	公立大学法人首都大学東京人間健康科学研究科教授
	◎ 長嶋 紀一	学校法人日本大学名誉教授
	永田 久美子	社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター研究部副部長
	林 大樹	国立大学法人一橋大学大学院社会学研究科教授
医療・介護従事者	大村 洋永	社会福祉法人至誠学舎立川 至誠ホームスオミ園長
	林田 俊弘	東京都地域密着型サービス事業者連絡協議会事務局長 (特定非営利活動法人ミニケアホームきみさんち理事長)
	平川 博之	社団法人東京都医師会理事
	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)
都民代表	飯塚 修一	公募委員
	大野 教子	公益社団法人認知症の人と家族の会東京都支部代表
	藤崎 由美子	特定非営利活動法人市民福祉団体全国協議会常務理事 (特定非営利活動法人シニアメイトサービス理事長)
	本田 久美子	公募委員
	三橋 道子	東京都民生児童委員連合会常任協議員
行政関係者	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

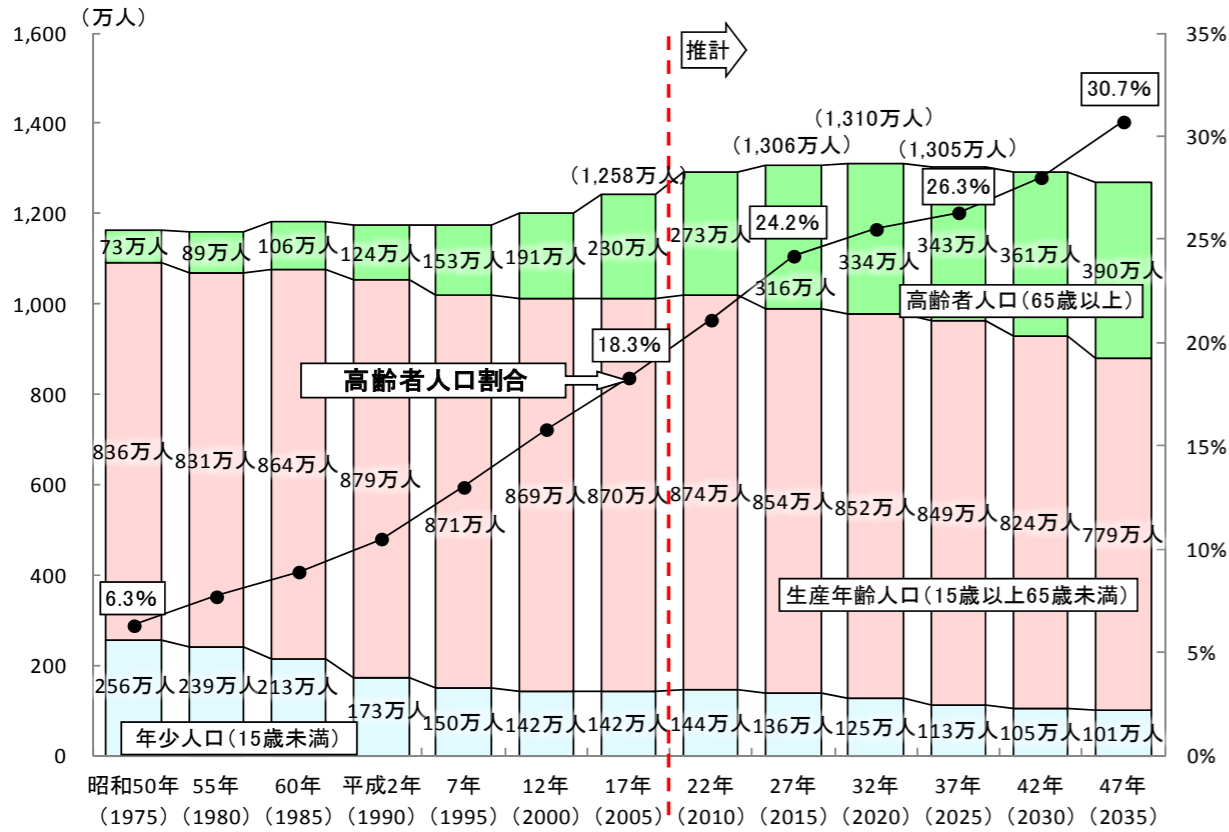
(各区分において50音順・敬称略)

「東京都認知症対策推進会議」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	高 橋 孝 人	警視庁生活安全総務課生活安全対策担当管理官
	石 毛 朋 充	福祉保健局医療政策部地域医療担当課長
	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
	新 田 裕 人	福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課長

都内高齢者人口の推移

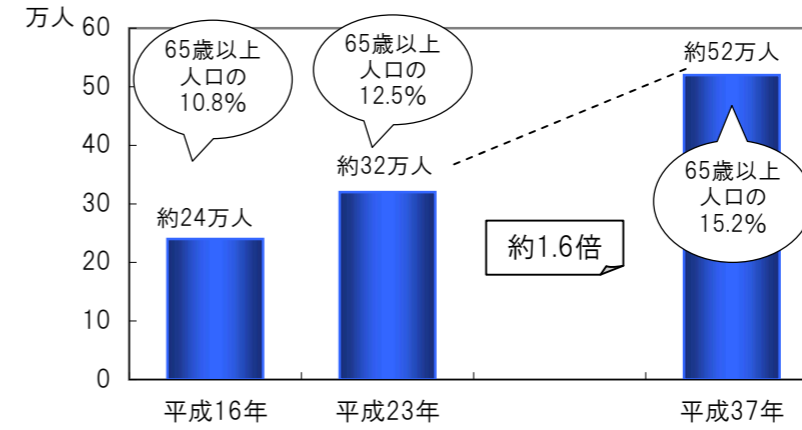
- 団塊の世代の高齢化等により、「4人に1人が65歳以上」の時代が到来
- 2020年には、後期高齢者の数が前期高齢者の数を上回る見込み



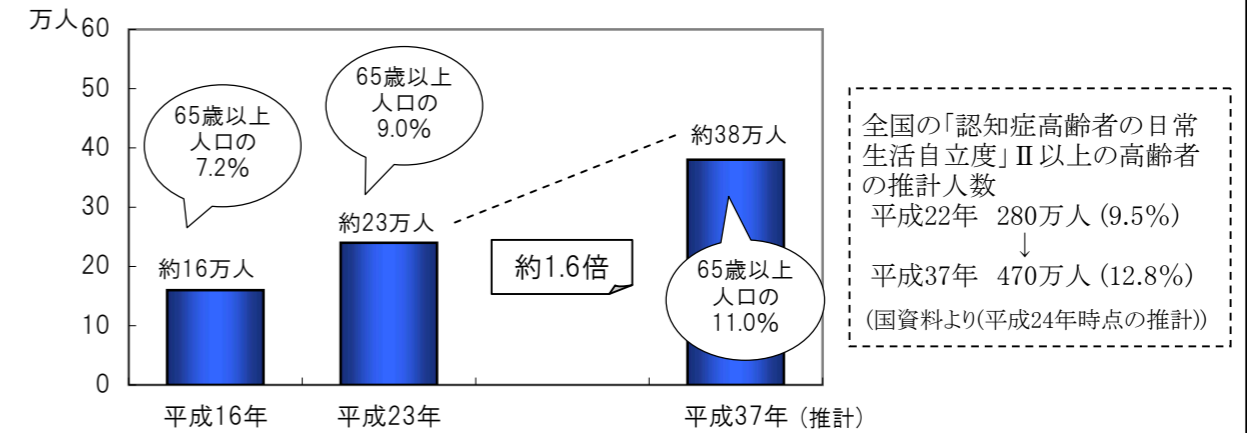
資料:総務省「国勢調査」[昭和50年~平成17年]
 国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口」(平成19年5月推計)[平成22年~平成47年]
 平成22年以降は、「都道府県の将来推計人口」(平成19年5月推計)を基にした推計である。

認知症高齢者の推計(要介護・要支援認定データと)

- ① 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Ⅰ以上)の増加



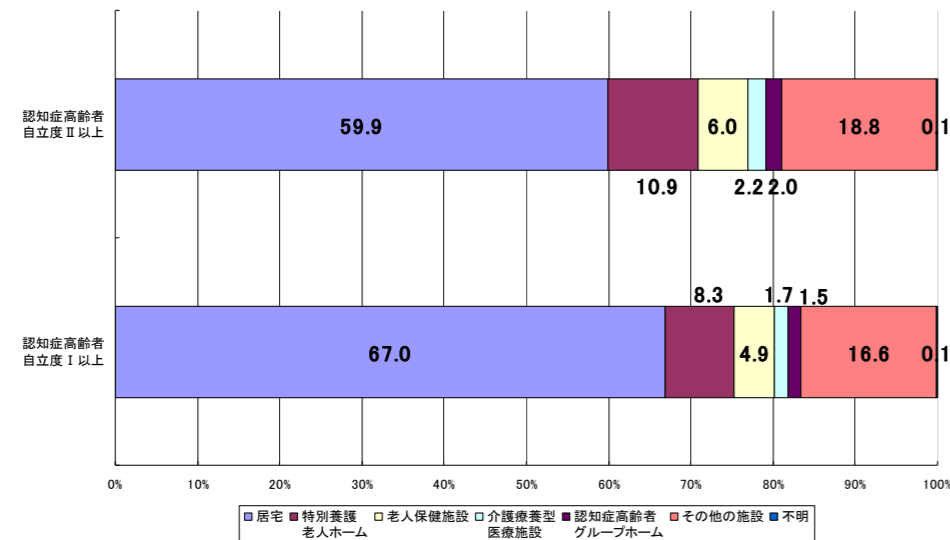
- ② 見守り又は支援の必要な認知症高齢者(認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ以上)の増加



東京都「認知症高齢者自立度分布調査」(平成23年1月)より

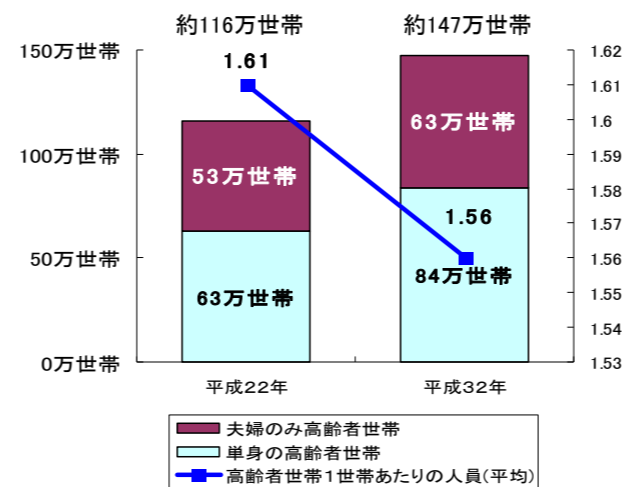
都内認知症高齢者の住まい方

- ① 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

- ② 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Ⅰ	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Ⅱ	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、誰かが注意していれば自立できる。
日常生活自立度Ⅲ	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見られ、介護を必要とする。
日常生活自立度Ⅳ	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頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
日常生活自立度Ⅴ	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。

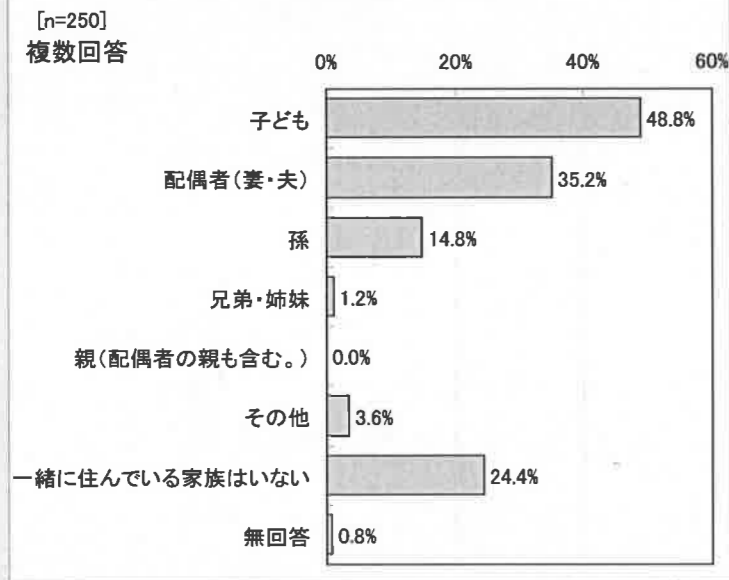
調査概要

- 1 調査名 東京都在宅高齢者実態調査(専門調査)
- 2 調査の目的 在宅高齢者及びその家族に対して訪問調査を実施し、認知機能の程度や心身の健康状態、その他の生活実態を把握することにより、都における認知症高齢者への支援に向けた施策の検討の基礎資料とする。
- 3 調査期間 平成20年8月～平成20年12月
- 4 調査方法 調査員(所定の研修実施済み)による訪問調査

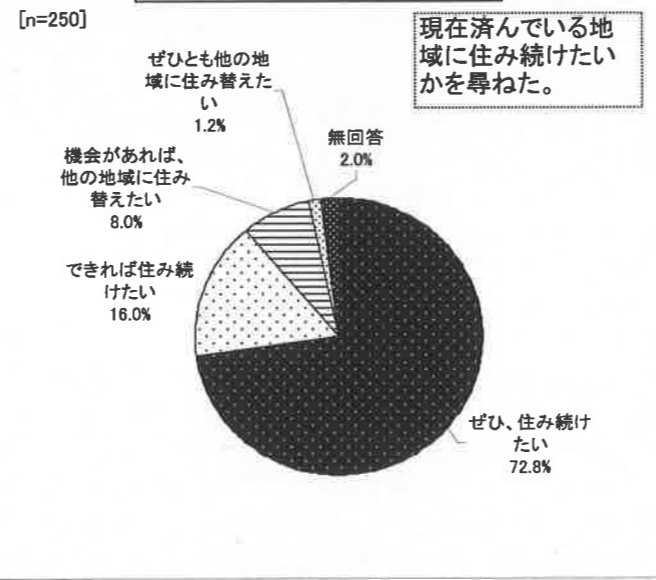
- 5 分析対象者の抽出
 - ①都内12区市町村で無作為抽出した在宅高齢者5,000人を対象に郵送調査
 - ②回答のあった3,462人のうち、回答結果から認知症である可能性のある648人を抽出し、回答のなかった1,538人と合わせて、2,186人に訪問調査を実施し、970世帯の有効票を得た。
 - ③970世帯の有効票のうち、本人にMMSEによるスクリーニングを行い、得点合計が23点以下であった250人とその家族を分析の対象とした。

認知症が疑われる高齢者の分析 (母数 = 250) ※今回の調査は、あくまでもMMSEにより認知症が疑われる者を抽出をしたものであり、250人すべてが認知症と確定診断されたわけではない。

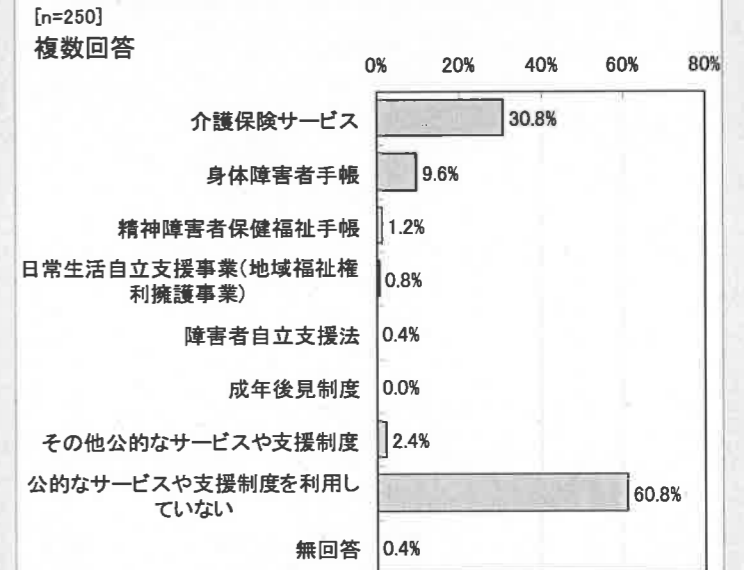
同居者



居留意向

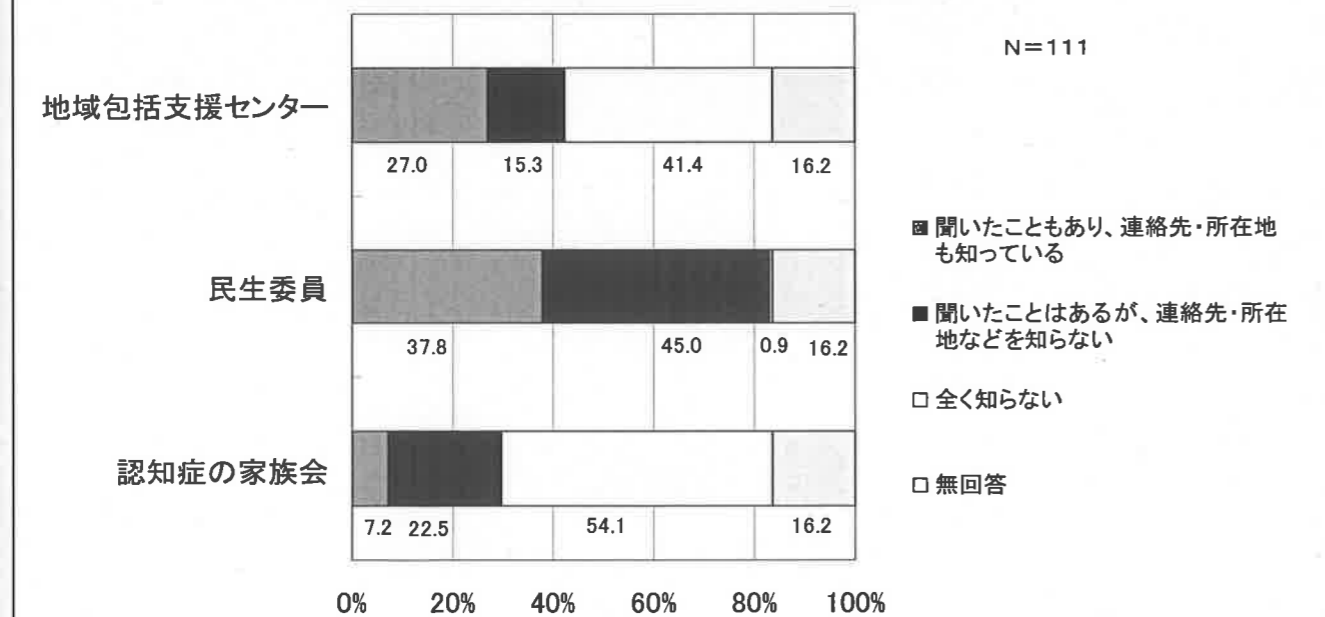


公的サービスの利用状況

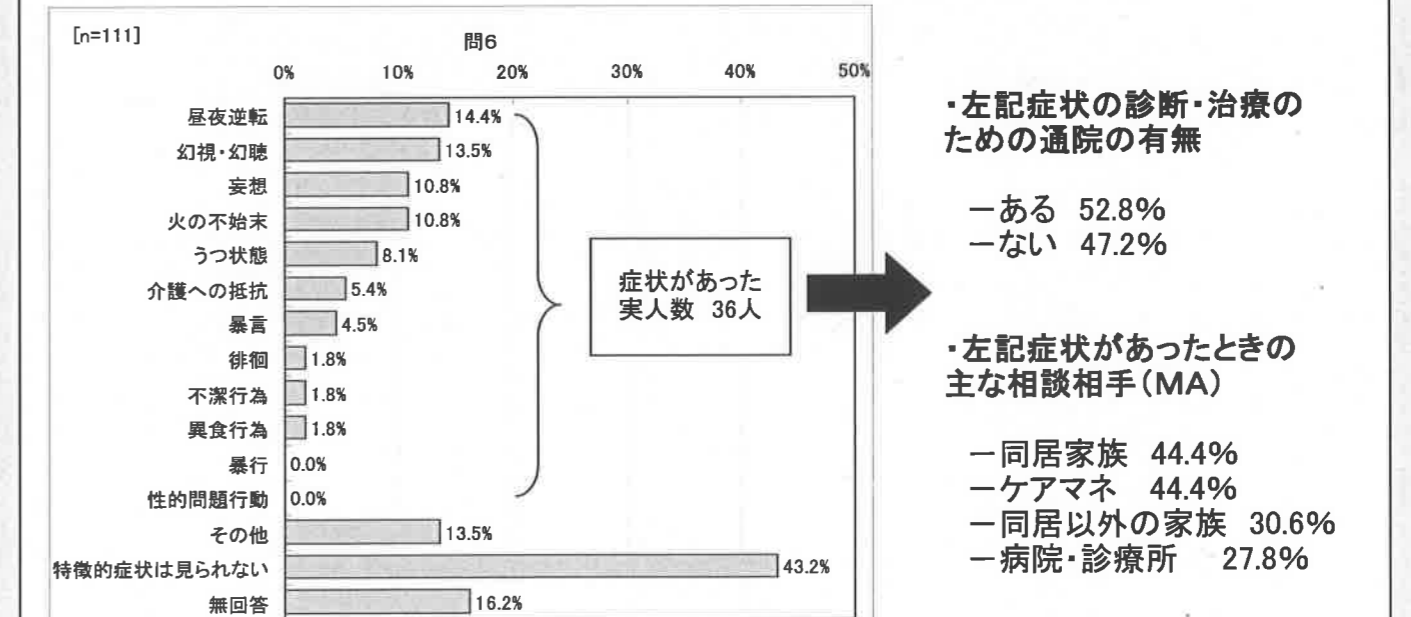


認知症が疑われる高齢者の家族の分析 (母数 = 111)

家族の地域の社会資源の認知度



本人の症状/通院状況・相談相手



二次保健医療圏別の認知症に関する医療資源例(統計)

資料3-3

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)	かかりつけ医 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 会对策部調べ(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

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』を中心に」</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「とうきょう認知症ナビ」</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～地域で暮らす・社会で暮らす」</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>認知症サポート医研修(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あり方」</p>	<p>(平成21・22年度) 認知症サポート医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検討部会報告書」</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>選考</p>	<p>(平成23年度～) 認知症サポート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フォローアップ研修(都医師会)</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>	<p>平成23年度末研修修了者 累計395名</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>
	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づくりに向けて」</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① 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② 就労型のデイサービス</p> <p>「東京都認知症対策推進会議 若年性認知症支援部会報告書」</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>

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
- 地域の認知症に係る医療・介護連携を推進する機能

＜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

【人材育成機関としての役割】

- 専門医療、地域連携を支える人材の育成

■ 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
- ◎ 地域連携の推進

■ 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）

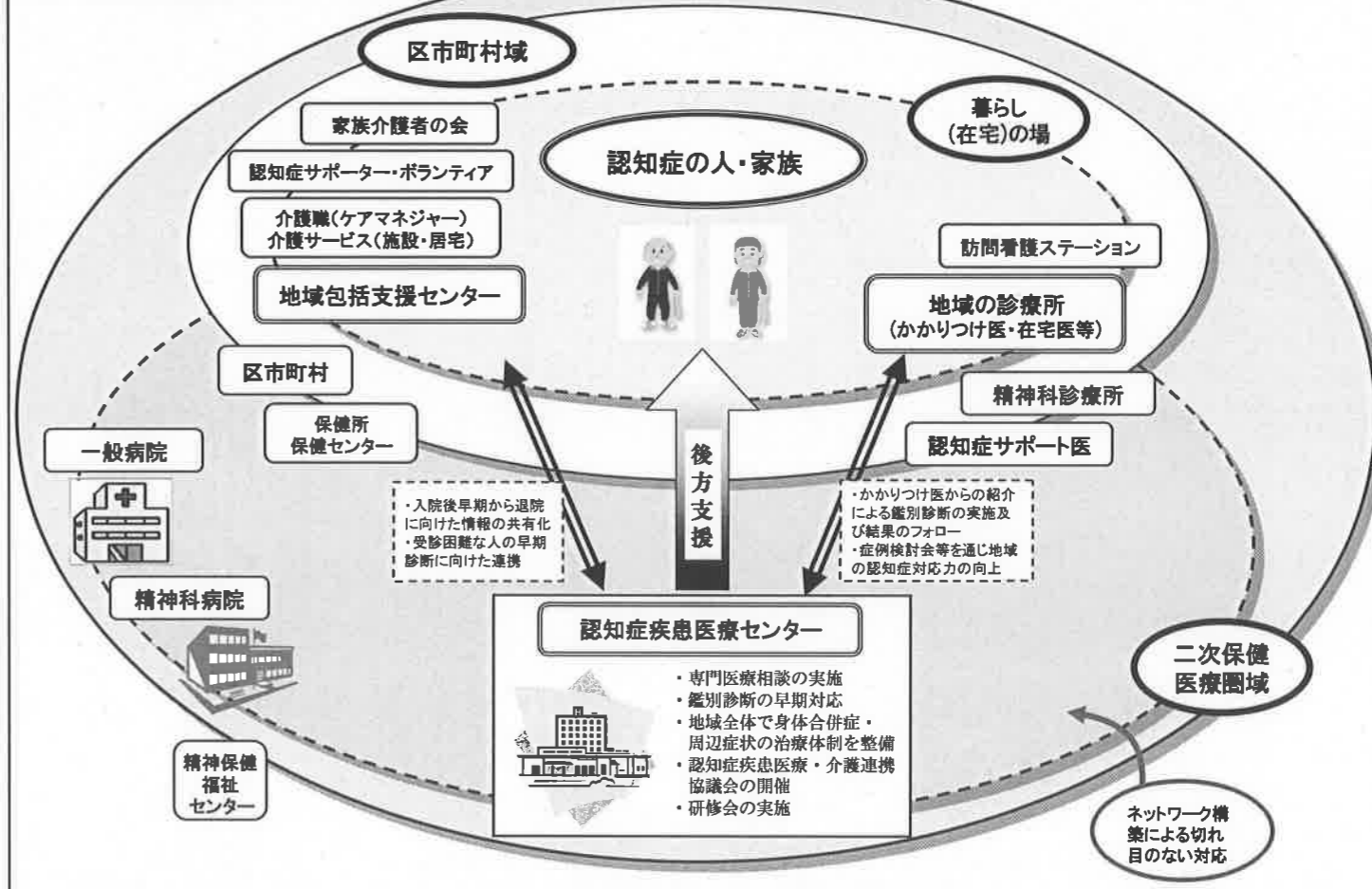
■ 指定期間

初回は平成26年3月末まで

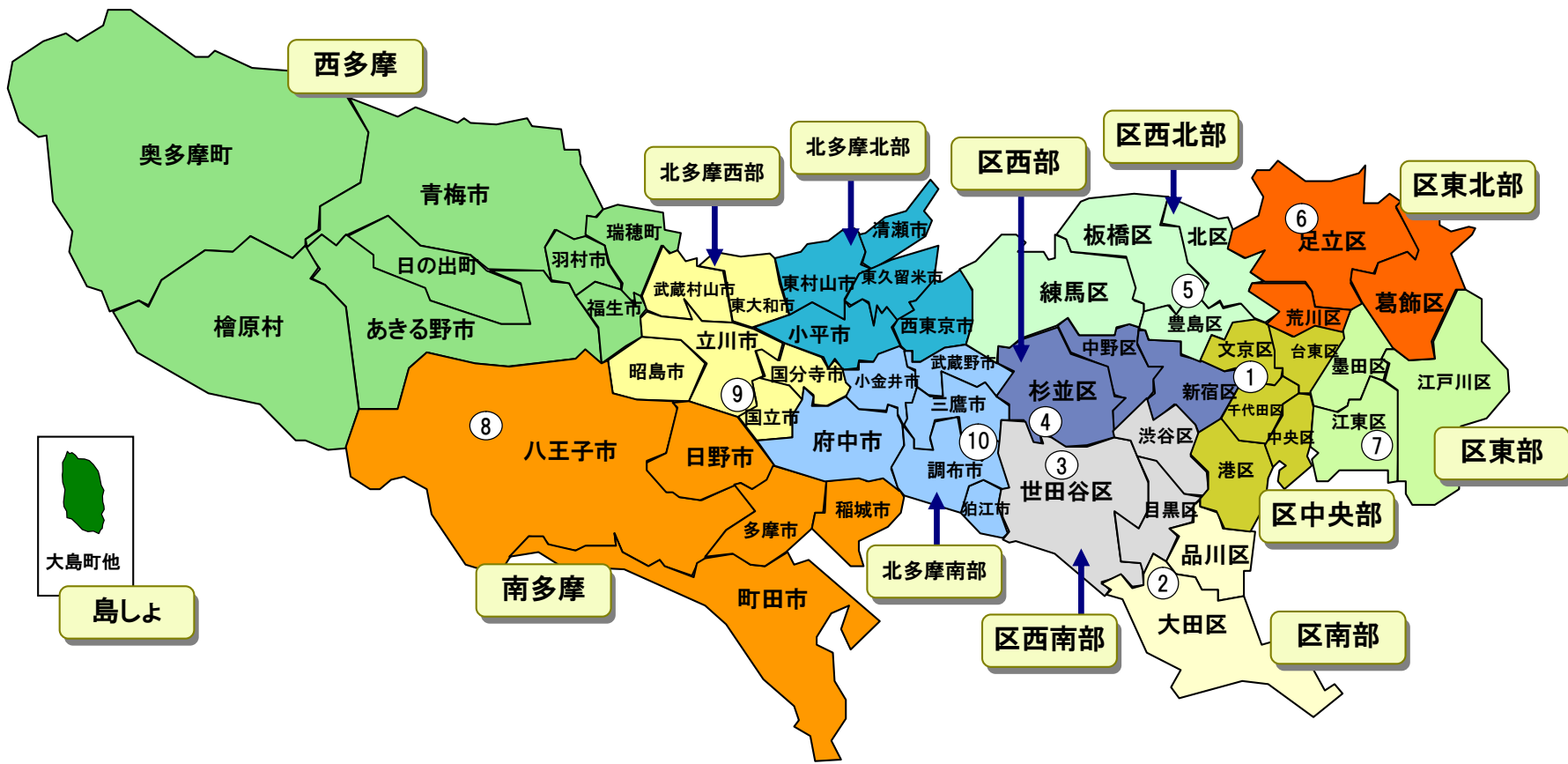
■ 24年度予算内容

- ・ 約129百万円
（12か所分
1か所あたり 約11百万円）
- ・ 補助率 国1/2、都1/2

■ 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 | ① 順天堂大学医学部附属順天堂医院 | 区東部 | ⑦ 順天堂東京江東高齢者医療センター |
| 区南部 | ② 公益財団法人東京都保健医療公社 荏原病院 | 西多摩 | 今年度中に指定予定 |
| 区西南部 | ③ 東京都立松沢病院 | 南多摩 | ⑧ 平川病院 |
| 区西部 | ④ 浴風会病院 | 北多摩西部 | ⑨ 国家公務員共済組合連合会立川病院 |
| 区西北部 | ⑤ 東京都健康長寿医療センター | 北多摩南部 | ⑩ 杏林大学医学部附属病院 |
| 区東北部 | ⑥ 大内病院 | 北多摩北部 | 今年度中に指定予定 |

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し、施策を推進する

【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しを行い、一層の充実を図る

【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・事業と同等に位置付け、施策を推進する

【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21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回程度のペースで会議を開催			
東京都医療審議会	※疾病・事業ごとに設置している協議会等においても適宜検討	◎素案作成 報告 第1回認知症医療部会 第1回開催	◎計画素案作成 第2回認知症医療部会	第2回(諮問) 第3回(答申)の開催
その他			・関係機関への意見照会 ・パブリックコメント	

東京都保健医療計画改定スケジュール

【これまでの検討状況(平成24年度以降)】

- 平成24年4月24日 第4回改定部会
 - ・東京都保健医療計画第五次改定 項目対比表(案)について
 - ・保健医療計画改定スケジュール(概要)
 - ・平成23年度医療機能実態調査の結果(概要)
 - ・医療計画作成指針・疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針
- 平成24年6月5日 第1回推進協議会
 - ・東京都保健医療計画(平成20年3月改定)の進捗状況について
 - ・東京都保健医療計画推進協議会改定部会の進捗状況について
- 平成24年6月22日 第5回改定部会
 - ・脳卒中、糖尿病について
- 平成24年7月9日 第6回改定部会
 - ・がん、救急医療等について
- 平成24年7月12日 第7回改定部会
 - ・災害医療、精神疾患医療、在宅療養について

※精神疾患医療に係る提出資料は参考資料1のとおり
- 平成24年7月27日 第8回改定部会
 - ・骨子案の提示
- 平成24年8月27日 第2回推進協議会
 - ・骨子案について

【当面の予定】

- 平成24年9月10日(予定) 第1回医療審議会

「精神疾患の医療体制の構築に係る指針について(案)」(厚生労働省)より

認知症の医療計画指針の基本的な考え方

- ① かかりつけの医師が、地域包括支援センターや介護支援専門員(ケアマネジャー)等と連携して、認知症の人の日常的な診療を行うこと。
- ② 認知症の診断が必要になった場合は、かかりつけの医師が認知症疾患医療センター等の専門医療機関へ紹介し、今後の治療計画等が記載された療養計画に基づき、療養支援を行うこと。
- ③ 認知症の人が入院になった場合でも、退院後はかかりつけの医師が引き続き療養支援を行うこと。

1 目指すべき方向

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 目標

- ① 認知症の人が、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
- ② 二次医療圏に1か所以上から概ね65歳以上人口6万人の圏域に1か所程度、認知症疾患医療センターを整備すること
- ③ 認知症の行動・心理症状で入院した場合は、できる限り短期間での退院を目指し、新たな入院患者のうち50%が退院できるまでの期間を2か月とできるような体制を整備すること

東京都保健医療計画 第五次改定 骨子(案)

(1) 都における課題

- 認知症疾患医療センターを中心とした医療・介護関係者等との地域連携の推進(身体合併症・周辺症状への対応、地域で認知症の人の生活を支える体制づくりの推進等)
- かかりつけ医・地域包括支援センター・介護事業者・認知症疾患医療センター・行政等による早期診断・早期対応への取組
- 専門医療や地域連携を支える人材の育成

(2) 施策の方向

- 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疾患医療センターの整備の推進
- センターを中心とした地域連携の推進による認知症の人が状態に応じて適切な医療・福祉・介護の支援を受けられる体制の構築

東京都保健医療計画 第五次改定 素案のポイント(案)

◆ 認知症疾患医療センターの整備の推進

⇒国の身近型認知症疾患医療センターの要件を受けて、地域型センターとの役割分担、地域型及び身近型センターの要件・必要数等を検討し、整備を進める

◆ 認知症疾患医療センターが開催する認知症医療・介護連携協議会を活用した地域連携の推進

⇒かかりつけ医、地域包括支援センター、家族介護者の会等との連携を進める
 ⇒医療機関同士、更には医療と介護の連携を推進することにより、身体合併症及び周辺症状の治療を地域全体で受入れる体制の構築を進める
 ⇒退院支援・地域連携クリティカルパス導入の検討を進める

◆ 専門医療や地域連携を支える人材の育成

⇒かかりつけ医、一般病院の医療従事者、介護事業者等の認知症対応力向上を図る
 ⇒各認知症疾患医療センターが地域向けに行う研修の受講対象者、研修内容等について一定の質の担保を図ることにより、都内全体のレベルアップを図る
 ⇒“多職種が一堂に会する”研修を実施することにより、多職種協働を推進する

◆ 早期診断・早期対応への取組推進

⇒早期診断・早期対応を進めるための方策について、認知症疾患医療センター、地域包括支援センター、かかりつけ医、介護事業者、区市町村等と協働して検討する
 ⇒認知症の疑いのある人へのアウトリーチの方策・有効性等について、国が実施する「認知症初期集中支援チーム」の取組内容も踏まえて、検討する
 ⇒認知症アセスメントツールの普及を進める

◆ 地域包括ケアシステム実現に向けた取組の推進

⇒認知症の人と家族ができる限り住み慣れた地域で生活を継続するためには、各区市町村における地域包括ケアシステム実現に向けた取組を進める必要がある。

そのため、「東京都高齢者保健福祉計画(平成24年度～平成26年度)」を着実に推進する

【取組例】

- ・在宅療養の推進
- ・訪問看護ステーションの整備
- ・認知症高齢者グループホームの整備
- ・地域密着型サービスの整備
- ・見守りネットワークの構築 等

東京の地域包括ケアシステム



厚生労働省の動き

新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム(第2R:認知症と精神科医療) H22.9~H23.11

■とりまとめ(平成23年11月29日発表)の主な内容

- 1 認知症患者に対する精神科医療の役割の明確化
 - (1)地域での生活を支えるための精神科医療
 - (2)BPSDを有する患者への精神科医療
 - (3)身体疾患を合併している認知症患者への入院医療
 - (4)地域全体の支援機能

＜認知症疾患医療センターについて＞

- 身近なところに**新たな類型の認知症疾患医療センター**を整備することについて検討すべき
- 若年性認知症への対応も検討すべき

- 2 現在入院している認知症患者への対応及び今後症状の面からみて退院可能と判断される患者が地域の生活の場で暮らせるようにするための取組

- (1)認知症に対する医療側と介護側との認識を共有化するための取組
- (2)症状の面からみて退院可能と判断される認知症患者の円滑な移行のための受け皿や支援の整備



認知症施策検討プロジェクトチーム H23.11~H24.6

■藤田厚生労働大臣政務官をトップとした、医政局、社会・援護局、老健局、保険局を横断するPT

■検討事項

- ・認知症の早期診断、早期対応体制の確立
- ・認知症に対応した医療・介護サービス事業の普及
(できる限り地域での生活を継続するための地域支援体制の整備)
- ・認知症の入院患者(特に精神科病院)の退院促進
- ・認知症のケアの標準化とそれに基づく人材育成のあり方
- ・市民後見人の育成など地域全体で、認知症の方々を支える体制の充実

平成24年6月18日
検討結果として「今後の認知症施策の方向性について」を発表

身近型認知症疾患医療センターについて
(認知症施策検討プロジェクトチーム報告書抜粋)

整備目的:かかりつけ医と連携し、そのバックアップを担う医療機関を整備し、早期的確な診断、介護との連携を確保する。

- 1)身近な地域に存在する(概ね65歳以上人口6万人に1か所程度)。
- 2)検査体制を有する医療機関との連携により的確な診断や投薬の適切な管理等を行うことができる認知症の専門の経験を有する医師及び臨床心理技術者(兼務可)を配置する。
- 3)診断後、早期に適切な介護サービス等の支援につなげ、地域で暮らしていけるよう、かかりつけ医やセンターが担当する区域にある数箇所の地域包括支援センター等との連携担当者を配置(兼務可)し、連携体制を築いている。
- 4)行動・心理症状の増悪による転院や入院を回避する目的として、病院や介護保険施設・事業所への診療相談、往診など(いわゆる地域リエゾン)を行っている。
- 5)診療所(有床診療所、無床診療所)又は病院により行われるもの。

地域型認知症疾患医療センターとの機能比較

	地域型	身近型(現在分かっている範囲)
設置目標数	全国150箇所(平成24年7月現在171箇所)	全国300箇所(身近な地域に存在する、概ね65歳以上人口6万人に1箇所程度)
対象医療機関	病院	クリニック又は病院
役割	専門医療相談鑑別診断、身体合併症・周辺症状への対応、地域連携の推進、人材育成、情報発信	専門医療相談、鑑別診断、地域連携の推進
人員体制	医師	1名以上(学会認定専門医又は認知症の専門医療に5年以上従事した医師、兼務可)
	臨床心理技術者	1名以上(兼務可)
	医療相談室	2名以上(精神保健福祉士又は保健師等、1名は常勤専従)
検査体制	CT・MRI・SPECTを有していること(MRI・SPECTは他の医療機関との連携可)	1名以上(兼務可)
病床	一般病床と精神病床を有していること(一方のみ場合は他医療機関との連携体制要)	検査体制を有する他医療機関との連携体制要(CT自院所有不要)
アウトリーチ		患者、かかりつけ医、一般病院、介護保険施設等からの依頼に応じて往診や医療相談を行う

二次保健医療圏別の状況

(箇所数)

圏域名	構成区市町村	現在の地域型認知症疾患医療センター	27年推計高齢者人口(人)	対6万人	対10万人
区中央部	千代田、中央、港、文京、台東	順天堂大学医学部附属順天堂医院	168,667	2.8	1.7
区南部	品川、大田	東京都保健医療公社荏原病院	240,151	4.0	2.4
区西南部	目黒、世田谷、渋谷	東京都立松沢病院	291,400	4.9	2.9
区西部	新宿、中野、杉並	浴風会病院	265,486	4.4	2.7
区西北部	豊島、北、板橋、練馬	東京都健康長寿医療センター	483,861	8.1	4.8
区東北部	荒川、足立、葛飾	大内病院	322,491	5.4	3.2
区東部	墨田、江東、江戸川	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	308,286	5.1	3.1
区部合計			2,080,342	34.7	20.8
西多摩	青梅、福生、羽村、あきる野、瑞穂、日の出、檜原、奥多摩	公募中(今年度中に指定予定)	110,953	1.8	1.1
南多摩	八王子、町田、日野、多摩、稲城	平川病院	364,170	6.1	3.6
北多摩西部	立川、昭島、国分寺、国立、東大和、武蔵村山	国家公務員共済組合連合会立川病院	157,697	2.6	1.6
北多摩南部	武蔵野、三鷹、府中、調布、小金井、狛江	杏林大学医学部付属病院	222,967	3.7	2.2
北多摩北部	小平、東村山、清瀬、東久留米、西東京	公募中(今年度中に指定予定)	185,014	3.1	1.9
市町村部合計			1,049,659	17.5	10.5
東京都 合計			3,130,001	52.2	31.3

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

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(厚生労働省、平成24年8月6日開催)資料

資料9-①

必須◎ 推奨○	指標名	定義	全国	北海道	青森	岩手	宮城	秋田	山形	福島	茨城	栃木	群馬	馬	埼玉	千葉	東京	神奈川	新潟	富山	石川	福井	山梨	長野	岐阜	伊	静岡	愛知
	65歳以上人口(平成22年国勢調査)(単位:千人)		29,246	1,358	353	360	521	320	322	504	665	438	471	1,465	1,320	2,642	1,820	621	285	275	201	212	569	499	892	1,492		
○	かかりつけ医認知症対応力向上研修参加者数	修了者数	2,244	75	0	98	14	64	0	0	62	46	10	60	25	0	57	49	21	71	53	67	53	29	18	95		
		累計修了者数(平成18年度から平成22年度)	23,590	487	470	496	194	245	207	440	541	420	319	405	388	2,556	571	528	200	342	301	333	228	699	552	754		
○	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	96,620	4,341	213	0	268	768	7,916	391	1,541	0	0	3,984	334	5,681	0	330	572	1,221	3,543	0	4,407	497	0	1,179		
		重度認知症患者デイ・ケアの利用実人員数	7,204	297	9	0	23	54	504	31	166	0	0	296	43	528	0	27	44	93	290	0	382	57	0	77		
◎	退院患者平均在院日数(認知症)	血管性及び詳細不明の認知症	420.4	512.7	391.1	288.6	224.8	356.8	435.0	309.2	216.5	109.2	522.2	710.1	330.0	427.4	328.7	543.4	118.8	325.4	346.3	2673.2	219.5	276.4	132.1	179.8		
		アルツハイマー病	264.9	202.1	282.8	317.1	365.7	202.4	284.2	245.9	278.1	544.8	241.3	195.5	268.2	238.6	107.2	271.6	252.5	305.5	151.8	112.0	326.9	212.6	395.8	131.8		
		退院患者の平均在院日数	342.7	357.4	337.0	302.9	295.3	279.6	359.6	277.6	247.3	327.0	381.8	452.8	299.1	333.0	218.0	407.5	185.7	315.5	249.1	1392.6	273.2	244.5	264.0	155.8		
○	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推計患者数(総数)	57,100	4,200	700	400	700	100	1,100	900	600	500	800	1,600	2,000	3,300	1,900	1,400	600	800	200	200	600	500	1,300	1,600		
		アルツハイマー病推計患者数(総数)	55,000	3,500	600	500	700	800	1,100	900	500	600	600	1,700	1,500	4,000	1,900	2,000	700	800	500	300	600	600	1,200	1,600		
		血管性及び詳細不明の認知症推計患者数(外来)	12,700	800	100	100	100	200	600	100	300	100	200	200	200	800	400	300	500	100	100	100	0	200	200	200	400	
		アルツハイマー病推計患者数(外来)	22,000	1,600	100	200	200	300	700	300	200	200	300	400	800	1,500	700	1,000	100	200	200	100	400	400	400	400	700	
		外来患者の割合[%]	31.0	31.2	15.4	33.3	21.4	55.6	59.1	22.2	45.5	27.3	35.7	18.2	45.7	26.0	26.3	44.1	15.4	18.8	42.9	20.0	50.0	54.5	24.0	34.4		
○	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	2,426	130	42	3	28	19	32	24	56	2	18	121	71	213	247	44	32	38	28	17	21	22	32	56		
		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	670	28	14	1	11	7	10	2	11	1	10	29	14	36	56	15	9	15	13	2	12	4	10	25		
		2か月以内退院率 [%]	27.6	21.5	33.3	33.3	39.3	36.8	31.3	8.3	19.6	50.0	55.6	24.0	19.7	16.9	22.7	34.1	28.1	39.5	46.4	11.8	57.1	18.2	31.3	44.6		
◎	類型別認知症疾患医療センター数	地域型	164	11	3	0	3	0	3	0	2	3	10	6	1	10	3	6	3	2	2	2	3	7	2	1		
		基幹型	7	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		

必須◎ 推奨○	指標名	定義	三重	滋賀	京都	大阪	兵庫	奈良	和歌山	鳥取	島根	岡山	広島	山口	徳島	香川	愛媛	高知	福岡	佐賀	長崎	熊本	大分	宮崎	鹿児島	沖縄	
	65歳以上人口(平成22年国勢調査)(単位:千人)		447	289	606	1,963	1,281	334	271	154	207	485	677	405	210	253	379	218	1,123	208	369	463	317	291	450	241	
○	かかりつけ医認知症対応力向上研修参加者数	修了者数	40	31	21	121	113	71	14	36	0	55	0	57	95	122	105	74	92	21	19	52	50	63	0	25	
		累計修了者数(平成18年度から平成22年度)	304	264	270	555	383	908	479	278	113	988	934	303	793	692	635	543	626	105	687	449	377	268	723	237	
○	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	632	714	0	4,217	1,381	227	0	1,194	1,349	2,244	6,073	3,314	156	3,685	3,267	1,514	6,336	2,068	1,127	2,933	5,753	3,347	575	7,328	
		重度認知症患者デイ・ケアの利用実人員数	46	62	0	447	76	18	0	86	130	184	410	234	14	304	199	106	403	162	78	195	353	236	48	492	
◎	退院患者平均在院日数(認知症)	血管性及び詳細不明の認知症	497.1	1177.3	483.5	312.3	209.2	164.1	243.7	527.6	154.5	342.3	415.1	594.2	283.0	240.5	216.6	169.7	595.9	863.1	522.0	368.7	474.3	558.5	883.8	315.9	
		アルツハイマー病	119.5	251.1	346.6	239.1	310.3	594.8	1219.5	108.1	209.6	245.2	272.0	513.4	57.7	374.2	178.7	124.9	280.1	465.0	258.0	220.6	185.7	224.8	211.3	777.7	
		退院患者の平均在院日数	308.3	714.2	415.1	275.7	259.8	379.5	731.6	317.9	182.1	293.8	343.6	553.8	170.4	307.4	197.7	147.3	438.0	664.1	390.0	294.7	330.0	391.7	547.6	546.8	
○	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推計患者数(総数)	900	400	1,700	3,500	2,200	700	400	300	500	1,100	1,800	1,400	500	700	800	800	4,700	500	900	1,600	1,100	1,000	1,200	800	
		アルツハイマー病推計患者数(総数)	500	500	1,500	2,100	1,600	500	300	400	700	1,500	2,100	1,600	300	600	800	800	4,700	600	700	1,400	1,100	900	1,300	700	
		血管性及び詳細不明の認知症推計患者数(外来)	200	100	300	800	600	200	200	200	0	200	200	600	200	100	400	100	100	1,500	100	100	200	100	100	200	200
		アルツハイマー病推計患者数(外来)	300	200	400	700	900	200	200	200	200	200	800	1,100	400	100	300	400	400	2,300	200	100	400	300	100	300	300
		外来患者の割合[%]	35.7	33.3	21.9	26.8	39.5	33.3	57.1	28.6	33.3	38.5	43.6	20.0	25.0	53.8	31.3	31.3	40.4	27.3	12.5	20.0	18.2	10.5	20.0	33.3	
○	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	90	5	26	161	40	11	0	33	20	33	51	111	2	12	27	16	118	24	30	63	32	131	48	46	
		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	17	3	12	45	16	6	0	9	8	13	12	22	2	2	13	12	36	8	10	29	14	15	10	21	
		2か月以内退院率 [%]	18.9	60.0	46.2	28.0	40.0	54.5	27.3	40.0	39.4	23.5	19.8	100.0	16.7	48.1	75.0	30.5	33.3	33.3	46.0	43.8	11.5	20.8	45.7		
◎	類型別認知症疾患医療センター数	地域型	3	4	1	10	9	2	2	3	2	5	3	1	0	6	0	1	7	3	2	9	1	3	4	0	
		基幹型	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	

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

資料9-②

【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(厚生労働省、平成24年8月6日開催)資料】

必須◎ 推奨○	指標名	定義	調査名等	調査年 (調査周期)	集計単位	備考
○	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	【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。
○	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	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
◎	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	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(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	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	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	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
◎	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	【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。

認知症医療部会の今後の進め方について（案）

■ 検討事項

- ① 東京都保健医療計画の策定に関すること
- ② 都における認知症疾患医療センターの機能・必要数等
（身近型認知症疾患医療センターの検討を含む）

■ 当面のスケジュール

- ・平成 24 年 9 月 3 日（月） 第 1 回認知症医療部会
- ・平成 24 年 11 月頃 第 2 回認知症医療部会

- ・以後、厚生労働省の検討状況を踏まえて開催

老人性認知症専門医療事業について

事業開始の背景

- 【第4次精神衛生対策委員会報告書 提言（昭和61年11月）】
- 在宅ケアを基本として入院医療コミュニティの一環として位置づける。
- 痴呆性老人の精神科専門病棟の設置など、医療体制の整備
- 保健、医療、福祉、市町村と都の連携を強化し、地域ネットワーク形成を図る。
⇒ 認知症高齢者に対する精神医療の急務として、精神科医療と重度のケアを行える専門病棟を整備すべき。（施設整備、設備整備補助へ）
- 東京都保健医療計画（平成元年2月）で「医療提供体制の整備」と位置づける。

事業の特徴

- 【精神保健福祉センターの高齢者班の活動】
困難ケースなどについて保健所や福祉事務所、地域包括支援センターから相談や訪問依頼を受ける。



精神保健福祉センターから医師1名、看護師1名、事務1名がケース宅に訪問し、入院が必要な場合に認知症専門病棟への入院につなぐ。
（中部、多摩、下谷の各センターでの実績：年間123件）

事業実施の根拠等

【東京都老人性認知症専門病棟施設整備等補助金交付要綱】 以下「補助要綱」

- 対象：都内の精神科病院を対象 50床単位
7病院350床を整備（平成元年3月21日施行 平成8年度最終整備 以後なし）

【東京都老人性認知症専門医療事業実施要綱】

- 事業対象：都が設置又は補助要綱によって整備した専門病棟
- 入院対象：顕著な精神症状・行動障害を随伴している老人性認知症の患者で、重度のケアのみならず積極的な医療を必要とする者。
- 入院手続：居住地管轄の保健所又は専門病棟を有する病院に相談
精神保健福祉センターの高齢者医療相談班の訪問診察あり
- 人員配置：内科専門医の配置 内科医師1名（精神科医の配置は筆致）
看護者の配置 看護師等13名 看護補助11名
- 専門治療：概ね6ヶ月以内

【東京都老人性認知症専門病棟調整委員会設置要綱】

専門病棟の適正かつ効果的な運営や6か月を超える患者の処遇を検討する。

【東京都老人性認知症専門病棟運営費補助事業】

- 事業目的：老人性認知症専門病棟を運営する法人に対し、看護体制の増員配置に要する経費の一部を補助する。
- 補助内容＜当初＞内科医1名、看護師4名、看護助手1名
＜変更＞内科医1名、看護助手1名（平成18年度診療報酬改定：看護師分）
- 補助基準額 内科医 12,112千円 看護補助 4,151千円
- 補助率 2/3

東京都老人性認知症専門病棟 一覧

病院名	所在地
大内病院	足立区西新井
桜ヶ丘記念病院	多摩市連光寺
東京武蔵野病院	板橋区小茂根
慈雲堂内科医院	練馬区関町南
東京海道病院	青梅市末広町
烏山病院	世田谷区北烏山
駒木野病院	八王子市裏高尾町
江東高齢者医療センター	江東区新砂

（補助対象外）

松沢病院	世田谷区上北沢
------	---------

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。

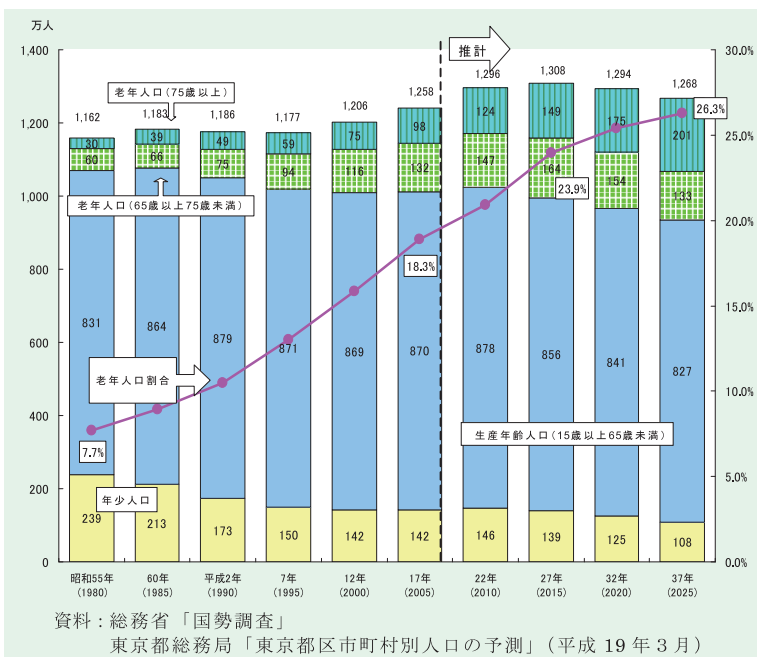
- 高齢者人口の増加に伴い、要支援・要介護高齢者や認知症高齢者も急速に増加することが予想されます。

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。

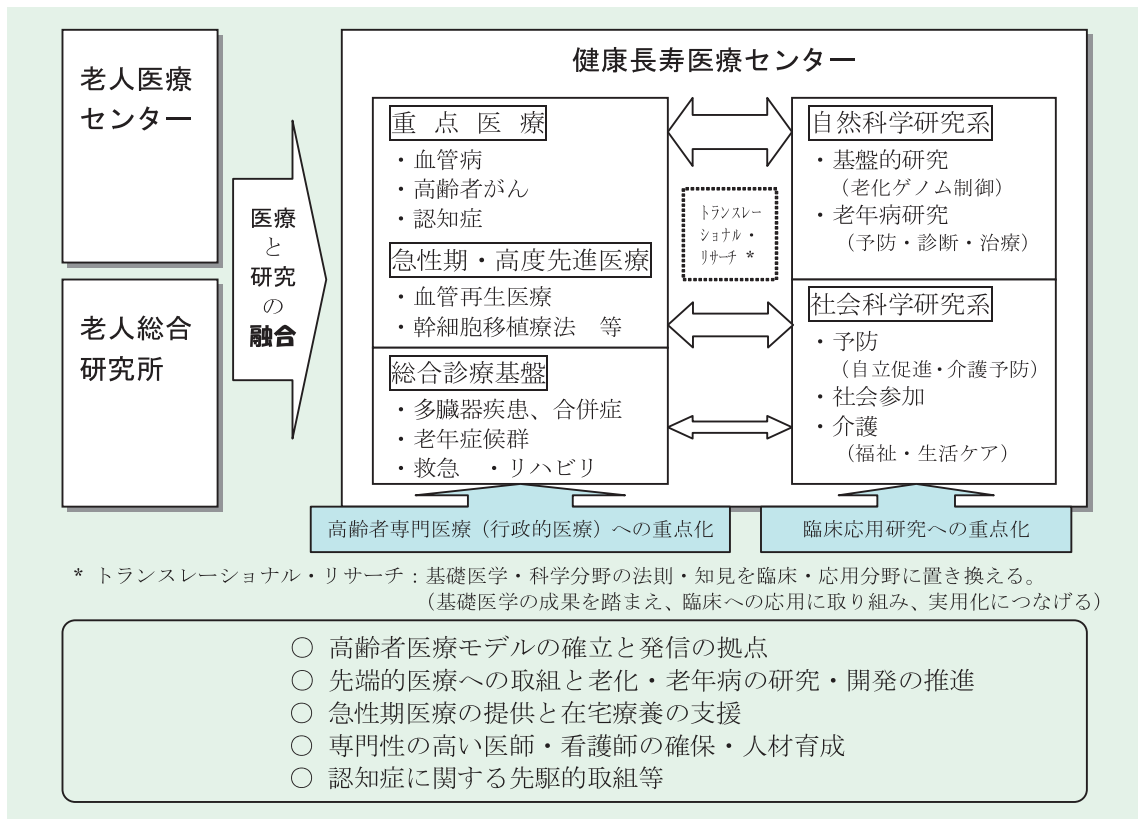
3 認知症対策の総合的な推進

- 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「社会を活性化する存在」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)

参考資料 3

第2回東京都保健医療計画推進協議会
資料(平成24年8月27日開催)

【東京都保健医療計画 第五次改定 骨子(案)】

<p>第五次改定 構成案</p>	<p>第五次改定 記載内容 骨子(案)</p>	<p>「医療計画について」(平成24年3月30日 医政発第0330第28号) 「疾病又は事業ごとの医療体制について」(平成24年3月30日 医政指発第0330第9号)</p>
<p>第1部 総論</p>		
<p>第1章 計画の考え方</p>	<p>1 計画改定の趣旨 ○ 社会の状況(急速な高齢化、地域医療の確保など) ○ 医療制度改革の動き(社会保障・税一体改革大綱) ・ 医療サービス提供体制の制度改革 ・ 地域包括ケアシステムの構築 ○ 計画改定の経緯 2 計画の性格 ○ 東京都の保健医療に関する基本的、総合的な計画 ○ 高齢者保健福祉計画や障害者計画などと整合性を図り作成 3 計画の進行管理 ○ 東京都保健医療計画推進協議会において進行管理を実施 4 計画の期間 ○ 計画期間は5年。必要に応じて見直しの実施</p>	<p>1 医療計画作成の趣旨 ○ 医療計画に関する根拠法令と作成の趣旨を明示 2 基本理念 ○ 都道府県の基本的な理念を記載 3 医療計画の位置づけ ○ 保健、福祉等他の関連する分野の内容を含む包括的な計画を作成している場合には、医療計画との関係を明示 4 医療計画の期間 ○ 計画の対象期間を記載</p>
<p>第2章 東京の保健医療の変遷</p>	<p>○ 近年の東京都の保健医療行政の変遷についてまとめて記載</p>	
<p>第3章 東京の保健医療をめぐる現況</p>		
<p>第1節 都民から見た保健医療の現状</p>	<p>1 東京の地域特性(区市町村別人口密度・区市町村別昼間人口割合) 2 人口動向(年齢三区分別人口、世帯数、出生数、死亡数) 3 都民の健康状況(主要死因別死亡数、平均寿命、健康寿命等) 4 都民の意識・受療行動(最初に受診する医療機関、年齢階級別受療率、平均在院日数等) 5 医療費の推移(入院医療費・入院外医療費の都道府県比較等)</p>	<p>1 地勢と交通 ○ 地域の特殊性、交通機関の状況、地理的状況、生活圏等 2 人口構造(推移、将来推計を含む。) ○ 人口、年齢三区分別人口、高齢化率、世帯数等 3 人口動態(推移、将来推計を含む。) ○ 出生数、死亡数、平均寿命等 4 住民の健康状況 ○ 生活習慣の状況、生活習慣病の有病者・予備軍の数等 5 住民の受療状況 ○ 入院・外来患者数(流入・流出状況含む。)、病床利用率、平均在院日数等 6 医療提供施設の状況 ○ 病院(施設数、病床種別ごとの病床数) ○ 診療所(有床及び無床診療所、歯科診療所の施設数、有床診療所の病床数) ○ 調剤を実施する薬局 ○ その他</p>
<p>第2節 保健医療資源の現状</p>	<p>1 保健医療施設(病院数・病院病床数、一般診療所数、歯科診療所数、薬局数、病床の種類別病床数等) 2 保健医療従事者(医師数、歯科医師数、薬剤師数、看護職員数等)</p>	
<p>第4章 東京の保健医療体制の基本理念</p>	<p>1 計画の基本理念 ○ 「都民中心の保健医療体制の充実」 2 施策の方向性 ○ 患者中心の医療体制の充実 ・ 医療機能情報の適切な提供、切れ目のない医療連携体制の構築、医療連携を支える仕組みの確保 ○ 保健・医療・福祉の提供体制の充実 ・ 生活習慣病の予防の取組、ライフステージ(母子から高齢まで)に通じた健康づくり、 介 護・自立支援サービス ○ 健康危機管理体制の充実 ・ 感染症対策、食品・医薬品の安全確保、生活環境の安全確保 ○ 計画の推進体制の構築 ・ 医療機関、保険者、都民の責任と役割</p>	
<p>第5章 保健医療圏と基準病床数</p>	<p>1 保健医療圏 ○ 基本的な考え方 ○ 保健医療圏の設定 ・ 一次保健医療圏 ・ 二次保健医療圏 ・ 三次保健医療圏 2 基準病床数 ○ 基本的な考え方 ○ 基準病床数の設定</p>	<p>1 二次医療圏の設定は、地理的条件等の自然的条件及び日常生活の需要の充足状態、交通事情等の社会的条件を考慮 2 5疾病5事業及び在宅医療の医療連携体制を構築する際の圏域は、従来の二次医療圏に拘らず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定 3 三次医療圏は、概ね一都道府県の区域を単位として設定 1 一般病床及び療養病床(二次医療圏ごと) 2 精神病床、結核病床及び感染症病床(都道府県の区域ごと)</p>
<p>第2部 各論</p>		
<p>第1章 患者中心の医療体制の充実</p>		
<p>第1節 都民の視点に立った医療情報の提供</p>	<p>1 「ひまわり」や「t-薬局いんふお」による適切な医療機関・薬局の選択と医療連携支援 ○ 「ひまわり」や「t-薬局いんふお」の利便性向上や活用促進に向けた普及啓発 2 「医療情報ナビ」により医療の仕組み等に対する理解の一層の促進 ○ 医療情報ナビの活用等による都民の理解促進、都民からの相談に応じ適切に医療機関につなげることができる人材の育成</p>	
<p>第2節 保健医療を担う人材の確保と資質の向上</p>	<p>1 養成・確保に向けた取組 ○ 医師 ・ 医師の確保・育成に向けた取組 ・ 医師の勤務環境改善に向けた取組 ・ 地域医療支援センター(仮称)の設置 ○ 看護職員 ・ 養成・定着・再就業対策 ・ 訪問看護を担う人材の確保 ○ 介護人材 ・ 介護人材の安定した確保・定着・育成に向けた総合的な取組の推進 2 保健医療従事者の資質の向上 ○ 医師、歯科医師、薬剤師、介護人材、その他関係職種</p>	<p>医療従事者の確保に関する事項に関し、必要な施策を定めるための協議会を開催し、当該協議会において決定した具体的な施策を記載 1 地域医療支援センター事業等 ○ 医師のキャリア形成支援と一体的に地域の医療機関の医師確保を支援する事業等 ※ 「へき地医療を担う医師の動機付けとキャリアパスの構築」を医療計画の内容に反映させること 2 その他の職種(例) ① 歯科医師、② 薬剤師、③ 看護職員(保健師・助産師・看護師・准看護師)、④ その他の保健医療従事者(診療放射線技師、臨床検査技師・衛生検査技師、理学療法士・作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士、臨床工学技士、義肢装具士、救命救急士、歯科衛生士、歯科技工士、管理栄養士等)、⑤ 介護サービス従事者</p>

参考資料 3

第2回東京都保健医療計画推進協議会
資料(平成24年8月27日開催)

【東京都保健医療計画 第五次改定 骨子(案)】

第五次改定 構成案	第五次改定 記載内容 骨子(案)	「医療計画について」(平成24年3月30日 医政発第0330第28号) 「疾病又は事業ごとの医療体制について」(平成24年3月30日 医政指発第0330第9号)
第3節 疾病・事業ごとの医療体制の取組		
1 がん医療の取組	<p>(都における課題)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ がん対策全体について <ul style="list-style-type: none"> ・年齢調整死亡率について、平成20年から10年間で約20%減少させることを目標としており、現在約9.1%減少しているが、平成29年までの目標達成には一層の努力が必要 ○ がん医療について <ul style="list-style-type: none"> ・年齢調整死亡率の減少のために、更なるがん医療の質の向上が必要 ・より多くの患者に適切な治療を提供するためには、拠点病院等の医療機能の効果的な発揮が重要 ○ 緩和ケアについて <ul style="list-style-type: none"> ・身体的苦痛及び精神的苦痛に対する適切なケアの提供が不十分 ・患者及び家族の意向に応じた、切れ目の無い地域緩和ケアの提供体制の未整備 ○ 相談・支援について <ul style="list-style-type: none"> ・相談支援センターの存在・機能が十分に周知されておらず、潜在的な利用ニーズへの対応が不十分 ・がんに関する情報のばらつきが想定される中、がん患者・家族が情報を円滑に入手するためのルートの未確立 <p>(施策の方向)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 高度ながん医療の総合的展開 <ul style="list-style-type: none"> ・患者・家族が安心できるがん医療連携体制の充実 ・がんと診断された時からの切れ目のない緩和ケアの提供 ○ 患者・家族の不安の軽減 <ul style="list-style-type: none"> ・がんに関する相談支援・情報提供の充実 <p>※東京都がん対策推進計画の策定に合わせて記載内容を検討</p>	<p>【目指すべき方向】</p> <p>(1) 手術療法、放射線療法及び化学療法等を単独で行う治療や、これらを組み合わせた集学的治療が実施可能な体制</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 進行・再発といった様々ながんの病態に応じ、手術療法、放射線療法及び化学療法等を単独で行う治療もしくはこれらを組み合わせた集学的治療の実施 ② 患者とその家族の意向に応じて、専門的な知識を有する第三者の立場にある医師に意見を求めることができるセカンドオピニオンを受けられる体制 ③ 医療従事者間の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療を受けられる体制 <p>(2) がんと診断された時から緩和ケアを実施する体制</p> <ol style="list-style-type: none"> ① がんと診断された時から患者とその家族に対する全人的な緩和ケアの実施 ② 診断、治療、在宅医療など様々な場面における切れ目のない緩和ケアの実施 <p>(3) 地域連携・支援を通じたがん診療水準の向上</p> <ol style="list-style-type: none"> ① がん拠点病院等による各種研修会、カンファレンスなどを通じた地域連携・支援の実施 ② がん診療機能や在宅療養支援機能を有する医療機関が相互に連携を強化し、急変時の対応等に関して在宅療養中の患者に対する支援の実施
2 脳卒中医療の取組	<p>(都における課題)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 普及啓発に関する課題 <ul style="list-style-type: none"> ・各圏域において公開講座等で普及啓発を図っているが、圏域ごとで取組に温度差があるため、脳卒中にかかる患者や家族の理解が依然として不十分であると考えられる。 ・脳卒中を含む循環器疾患を予防する生活習慣の実践、脳卒中の再発の予防や発症から覚悟までの時間短縮のため、都民への普及啓発をさらに行う必要がある。 ○ 救急搬送・受入体制の整備 <ul style="list-style-type: none"> ・急性期医療機関の実施状況の把握が継続的に行われていない。 ・急性期病院における病床の有効活用のため、早期に回復期、維持期へつなぐ必要がある。 ○ リハビリテーション事業の整備 <ul style="list-style-type: none"> ・急性期から維持期までの患者の病期に応じたリハビリテーションの実施が求められる。 ○ 地域連携体制の構築に関する課題 <ul style="list-style-type: none"> ・連携パスの使用について、診療所の医師の不参加等により、十分ではないと考えられる。 ・回復期における比較的レベルの高い患者の受入や、維持期における療養の質の確保が必要であるが、リハビリや在宅療養等、各事業間の連携が十分でなく、円滑な地域連携がなされていない。 <p>(施策の方向)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 脳卒中を含む循環器疾患を予防する生活習慣、脳卒中の再発予防や疾患特性と医療連携の仕組に関する都民・患者の理解促進 ○ 患者が脳卒中を発症した場合に速やかに専門的な医療につながる体制の充実 ○ 患者の病期に応じたリハビリテーションを実施する体制の確保 ○ 在宅療養生活の質を向上させるための医療・介護サービスの連携体制の構築 	<p>【目指すべき方向】</p> <p>(1) 発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 発症後2時間以内の、専門的な診療が可能な医療機関への救急搬送 ② 医療機関到着後1時間以内の専門的な治療の開始 <p>(2) 病期に応じたリハビリテーションが可能な体制</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 廃用症候群や合併症の予防、セルフケアの早期自立のためのリハビリテーションの実施 ② 機能回復及び日常生活動作向上のために専門的かつ集中的なリハビリテーションの実施 ③ 生活機能を維持又は向上させるリハビリテーションの実施 <p>(3) 在宅療養が可能な体制</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 生活の場で療養できるよう、医療及び介護サービスが相互に連携した支援
3 急性心筋梗塞医療の取組	<p>(都における課題)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 東京都CCUネットワーク連携体制の持続的運営 <ul style="list-style-type: none"> ・東京都CCUネットワークの連携体制を継続的に維持 ・急性心筋梗塞を含む循環器疾患を予防する生活習慣の実践や、急性心筋梗塞を発症した場合に速やかに専門的な医療機関を受診できるよう、都民への普及啓発をさらに行う必要がある。 ○ 急性大動脈スーパーネットワークの充実 <ul style="list-style-type: none"> ・各施設が提供する医療の質の維持・向上 <p>(施策の方向)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 急性心筋梗塞を含む循環器疾患を予防する生活習慣に関する普及啓発と、急性心筋梗塞を発症した患者が速やかに専門的な医療につながる体制の確保 ○ 東京都CCUネットワークを中心として円滑に地域の医療機関を受診できる仕組みの構築とともに、在宅等において患者が安心できる生活を支援 	<p>【目指すべき方向】</p> <p>(1) 発症後、速やかな救命処置の実施と搬送が可能な体制</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 周囲の者による速やかな救急要請及び心肺蘇生法の実施 ② 専門的な診療が可能な医療機関への迅速な搬送 <p>(2) 発症後、速やかな専門的な診療が可能な体制</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 医療機関到着後30分以内の専門的な治療の開始 <p>(3) 合併症予防や在宅復帰を目的とした心臓リハビリテーションが可能な体制</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 合併症や再発の予防、在宅復帰のための心臓リハビリテーションの実施 ② 運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法のみならず包括的あるいは多要素リハビリテーションを実施 <p>(4) 在宅療養が可能な体制</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 合併症や再発を予防するための治療、基礎疾患や危険因子の管理の実施 ② 再発予防のための定期的専門的検査の実施
4 糖尿病医療の取組	<p>(都における課題)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 予防から治療までの医療連携の強化 <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診等の結果通知における情報提供及び未受診者・治療中断者への受診促進が不十分である。 ○ 地域連携に係る実効性のある取組 <ul style="list-style-type: none"> ・連携に参画していない地域(医療機関)があると推測される。また、二次保健医療圏単位での糖尿病医療連携に係る取組について、その内容に差がある。 ○ 糖尿病に対する普及啓発(医療従事者、都民・患者) <ul style="list-style-type: none"> ・受診促進、糖尿病医療連携の仕組みに関する普及啓発が不十分である。 <p>(施策の方向)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 患者の早期発見、生活習慣の改善指導も含めた地域で実効性のある糖尿病医療連携体制の構築 ○ 医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士など糖尿病に関わる医療従事者の情報の共有化やサポート体制の構築 ○ 糖尿病の疾患特性と糖尿病医療連携の仕組に関する都民・患者の理解促進 	<p>【目指すべき方向】</p> <p>(1) 糖尿病の治療及び合併症予防が可能な体制</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 糖尿病の診断及び生活習慣等の指導の実施 ② 良好な血糖コントロールを目指した治療の実施 <p>(2) 血糖コントロール不可例の治療や急性合併症の治療が可能な体制</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 教育入院等による、様々な職種の連携によるチーム医療の実施 ② 急性増悪時の治療の実施 <p>(3) 糖尿病の慢性合併症の治療が可能な体制</p>

【東京都保健医療計画 第五次改定 骨子（案）】

第五次改定 構成案	第五次改定 記載内容 骨子（案）	「医療計画について」（平成24年3月30日 医政発第0330第28号） 「疾病又は事業ごとの医療体制について」（平成24年3月30日 医政指発第0330第9号）
5 精神疾患医療の取組	<p>（都における課題） 【精神科医療提供体制全体】⇒医療資源の偏在</p> <ul style="list-style-type: none"> ○【日常診療体制】 <ul style="list-style-type: none"> ・病院と診療所及び診療科間の連携強化に向けた信頼関係の醸成 ・相談機関が精神保健医療福祉のネットワークの一員として有効に機能する連携体制の構築 ○【救急医療体制】 <ul style="list-style-type: none"> ・できるだけ身近な地域で症状に応じた適切な救急医療を受けられる体制の整備 ・急性期治療後を引き継ぐ医療や福祉の後方支援体制の充実 ・精神身体合併症救急医療体制における参画医療機関の拡充 ○【地域生活支援体制】 <ul style="list-style-type: none"> ・入院から地域生活に円滑に移行し安定した生活を継続するための支援体制の構築 ・日常診療体制を含めた関係機関の連携による支援ネットワークの構築 ・アウトリーチ支援や（総合）精神保健福祉センターにおける短期宿泊事業の地域への普及 ○【うつ病対策】 <ul style="list-style-type: none"> ・診診連携体制の構築など、日常診療体制強化と連携した取組 ・職場の産業医や健康管理スタッフなど、職場等において身近に接する人への啓発 ○【認知症対策】 <ul style="list-style-type: none"> ・認知症疾患医療センターを中心とした医療・介護関係者等との地域連携の推進（身体合併症・周辺症状への対応、地域で認知症の人の生活を支える体制作りの推進等） ・かかりつけ医・地域包括支援センター・介護事業者・認知症疾患医療センター・行政等による早期診断・早期対応への取組 ・専門医療や地域連携を支える人材の育成 <p>（施策の方向）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 日常診療体制 <ul style="list-style-type: none"> ・精神科や一般診療科に加え、相談支援機関等の関係機関との連携体制の構築 ・地域において、精神疾患患者が病状に応じて早期に適切な治療を受けられるよう日常診療体制の強化 ○ 救急医療体制 <ul style="list-style-type: none"> ・初期救急・二次救急・緊急措置等と症状に応じた医療提供体制の安定的な確保 ・精神身体合併症救急医療における一般救急との円滑な連携体制の構築 ○ 地域生活支援体制 <ul style="list-style-type: none"> ・病院から地域への移行の促進 ・精神疾患患者や家族が地域で安定した生活を送れるよう支援体制の整備 ○ うつ病対策 <ul style="list-style-type: none"> ・日常診療体制の取組において切れ目のない支援体制の構築 ・予防から社会復帰まで医療や保健・福祉サービスの適切な提供 ○ 認知症対策 <ul style="list-style-type: none"> ・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疾患医療センターの整備の推進 ・センターを中心とした地域連携の推進による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の構築 	<p>【目指すべき方向】</p> <ol style="list-style-type: none"> (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
6 救急医療の取組	<p>（都における課題）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 救急医療体制の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・高齢化の進展、社会的背景を有する患者の増加への対応 ・いわゆる出口問題への対応 ○ 救急搬送時間の短縮 <ul style="list-style-type: none"> ・重症、重篤患者の迅速な搬送 ○ 救急車の適正利用 <ul style="list-style-type: none"> ・軽症患者が半数以上である状況を踏まえ、「救急医療の東京ルール」の周知、普及啓発（都民の理解と参画：ルールⅢ） <p>（施策の方向）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ いつでも、どこでも、症状に応じた適切な医療を受けられるよう、救急医療体制の整備を引き続き促進 ○ 高齢化の進展をはじめとした社会構造の変化や救急搬送需要の増加に対応した救急医療体制の見直し 	<p>【目指すべき方向】</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 適切な病院前救護活動が可能な体制 <ol style="list-style-type: none"> ①本人・周囲の者による必要に応じた速やかな救急要請及び救急蘇生法の実施 ②メディカルコントロール体制の整備による救急救命士等による適切な活動（観察・判断・処置）の実施 ③実施基準に基づく適切な傷病者の搬送及び医療機関の受入れ (2) 重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制 <ol style="list-style-type: none"> ①患者の状態に応じた適切な救急医療の提供 ②救急医療に係る資源の効率的な配置とアクセス時間を考慮した整備 ③必要に応じて、より高度・専門的な救急医療機関へ速やかに紹介できる連携体制 ④脳卒中・心筋梗塞・重症外傷等の、それぞれの疾患に応じた医療体制 (3) 救急医療機関等から療養の場へ円滑な移行が可能な体制 <ol style="list-style-type: none"> ①救命期を脱するも、重度の合併症、後遺症のある患者が、救急医療施設から適切な医療機関に転院できる体制 ②重度の合併症、後遺症のある患者が、介護施設・在宅で療養を行う際に、医療及び介護サービスが相互に連携できる体制
7 災害医療の取組	<p>（都における課題）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 災害時における情報の集約化 <ul style="list-style-type: none"> ・災害医療コーディネーターの活用 ○ 都、二次保健医療圏並びに区市町村間の円滑な情報収集体制の構築 ○ 医療機関、保健所等の役割分担の明確化 <ul style="list-style-type: none"> ・地域特性に応じた発災から中長期に至る各関係機関の役割分担の検討 ○ 医療機関の事業継続と発災時の対応 <ul style="list-style-type: none"> ・BCPの策定 ・必要なライフラインの確保 ・病院等の施設設備整備 ○ 東京DMATの充実 <ul style="list-style-type: none"> ・活動要領を踏まえた東京DMAT隊員の養成 ○ 医薬品等の供給体制の確保 <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関・医療救護所等に医薬品等を供給できる体制の整備 <p>（施策の方向）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 情報収集機能の一元化 ○ 災害時のフェーズに応じた役割分担の確立 ○ 災害医療体制の確保 ○ 東京DMATの体制強化 ○ 医薬品等の供給体制の強化 	<p>【目指すべき方向】</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 災害急性期（発災後48時間以内）において必要な医療が確保される体制 <ol style="list-style-type: none"> ①被災地の医療確保、被災した地域への医療支援が実施できる体制 ②必要に応じてDMATを直ちに派遣できる体制 (2) 急性期を脱した後も住民の健康が確保される体制 <ol style="list-style-type: none"> ①救護所、避難所等における健康管理が実施される体制
8 へき地医療の取組	<p>（都における課題）</p> <p>都が行う各種施策によって、へき地医療の充実が図られてきたが、引き続き現在の医療体制を安定的に維持していくことが必要である。しかし、依然としてへき地の医師等医療従事者の供給状況は厳しい状況にある。</p> <p>その理由は以下のとおりである。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 少人数で地域医療全般を担っており、専門以外の業務にも携わる必要がある。 ○ 医師以外の専門職種もそれぞれが少数で地域医療に係わる業務を行っている。 ○ 症例も少なく、医療従事者は通常の診療の中では専門性を高める機会が少ない。 ○ 疾病は多岐にわたるが、患者数に限りがあり、専門的な経験は積みにくい。 ○ 雇用条件を始めとした勤務環境が十分に整っていない。 ○ 研修、休暇等を取る際に代わりの医療従事者を確保しなければならない。またスキルアップの必要性が認められにくい。 ○ へき地医療の魅力が伝わっていない。 ○ 地域に密着して、地元の人々のかけがえの無い存在として医療に従事できるという魅力が伝わっていない。 <p>（施策の方向）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 島しょ地域及び山間地域における医療の充実を図るため、引き続き、診療の支援や診療施設・設備等の診療基盤の整備の支援 ○ へき地の医療機関において対応困難な救急患者の円滑な搬送 ○ 町村が行う医師等医療従事者の確保やへき地医療の普及・啓発活動を支援 	<p>【目指すべき方向】</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 医療を確保する体制 <ol style="list-style-type: none"> ①へき地医療を担う、プライマリーの診療が可能な医師の確保等 ②ドクタープール等、へき地医療に従事する医師を継続して確保する体制整備 ③へき地医療に従事する医師が勤務しやすいキャリア形成支援 ④へき地歯科診療、へき地看護に従事する者の確保等 (2) 診療を支援する体制 <ol style="list-style-type: none"> ①へき地医療支援機構の役割の強化と機能の充実 ②へき地保健医療対策に関する協議会における協議 ③へき地医療拠点病院からの代診医派遣等の機能強化 ④情報通信技術（IT）、ドクターヘリ等の活用

【東京都保健医療計画 第五次改定 骨子(案)】

第五次改定 構成案	第五次改定 記載内容 骨子(案)	「医療計画について」(平成24年3月30日 医政発第0330第28号) 「疾病又は事業ごとの医療体制について」(平成24年3月30日 医政指発第0330第9号)
9 周産期医療の取組	<p>(都における課題)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 周産期医療体制の強化 ・ハイリスク妊産婦、ハイリスク新生児への対応の強化 ○ 周産期搬送体制の整備 ・母体・胎児・新生児のリスクに応じた搬送体制について、更なる充実が求められている。 ・近隣県との患者の搬送調整の仕組み(戻り搬送含む)について検討する必要がある。 ○ 周産期医療施設の役割分担と施設間連携 ・ネットワークグループごとの連携の一層の強化 ○ NICU長期入院児の在宅療養への移行支援への対応 ・周産期母子医療センターにおける在宅移行支援の充実 ・在宅移行後の支援の充実(レスパイト、急性増悪時の受入等) ・在宅生活を支える地域資源の充実 <p>(施策の方向)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 周産期母子医療センターの機能強化や、リスクのある妊娠・出産に対応可能な二次医療機関の確保を図るとともに、NICUの整備により救急医療体制を強化 ○ 周産期搬送体制を整備することにより、緊急に母体救命処置が必要な妊婦等の搬送体制や、搬送先の見つかからない妊婦等及び新生児を速やかに搬送する体制の充実 ○ 安全な周産期医療を提供するため、都内8つの周産期医療ネットワークグループにおいて、正常分娩からハイリスク分娩を担う医療機関の機能別役割分担と連携を推進 ○ 周産期母子医療センターと地域の関係機関等との連携によるNICU等入院児の円滑な在宅療養等への移行と、在宅移行後の児と家族の安心・安全な療養生活の実現 	<p>【目指すべき方向】</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 正常分娩等に対し安全な医療を提供するための、周産期医療関連施設間の連携 <ol style="list-style-type: none"> ① 正常分娩(リスクの低い帝王切開術を含む。)や妊婦健診等を含めた分娩前後の診療を安全に実施可能な体制 ② ハイリスク分娩や急変時には地域周産期母子医療センター等へ迅速に搬送が可能な体制 (2) 周産期の救急対応が24時間可能な体制 <ol style="list-style-type: none"> ① 総合周産期母子医療センター※、地域周産期母子医療センター※及びそれに準ずる施設を中心とした周産期医療体制による、24時間対応可能な周産期の救急対応 ※ 周産期整備指針に規定されるもの。 (3) 新生児医療の提供が可能な体制 <ol style="list-style-type: none"> ① 新生児搬送や新生児集中治療管理室(NICU)の後方病室確保を含めた新生児医療の提供が可能な体制 (4) NICUに入室している新生児の療養・療育支援が可能な体制 <ol style="list-style-type: none"> ① 周産期医療関連施設を退院した障害児等が生活の場で療養・療育できるよう、医療、保健及び福祉サービスが相互に連携した支援
10 小児医療の取組	<p>(都における課題)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 小児救急医療体制の確保 ・小児初期救急診療及び休日・全夜間診療体制が十分に確保されていない ○ こども救命センターの機能確保 ・こども救命センターからの退院・転院先確保の促進 ・小児医療連携ネットワークを通じた「こども救命センター」事業のより、医療機関への一層の周知 ○ 小児救急に係る普及啓発の推進 ・小児救急医療に係る更なる普及啓発の必要性 ○ 地域の小児医療体制の確保 ・小児科医不足への対応 <p>(施策の方向)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 小児救急医療体制の確保 ・地域における小児医療実施体制の充実・強化 ○ こども救命センターの機能確保 ・小児重症症例に対し迅速かつ適切な救命措置を行うための体制確保 ・症状に応じた適切な医療提供体制を確保するため、小児医療連携ネットワーク構築 ○ 小児救急に係る普及啓発の推進 ・家庭での適切な対応を支援するための体制確保(普及啓発及び相談体制) ○ 地域の小児医療体制の確保 ・小児科医の確保等に係る取組を実施 	<p>【目指すべき方向】</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 子どもの健康を守るために、家族を支援する体制 <ol style="list-style-type: none"> ① 急病時の対応等について健康相談・支援を実施可能な体制 ② 慢性疾患児や障害児、心の問題のある児の家族に対する精神的サポート等を実施する体制 ③ 家族による救急蘇生法等、不慮の事故や急病への対応が可能な体制 (2) 小児患者に対し、その症状に応じた対応が可能な体制 <ol style="list-style-type: none"> ① 地域において、初期救急も含め一般的な小児医療を実施する体制 ② 二次医療圏において、拠点となる病院が、専門医療又は入院を要する小児救急医療を提供する体制 ③ 三次医療圏において、高度な専門医療又は重篤な小児患者に対する救命医療を提供する体制 ※慢性疾患児や障害児、心の問題のある児等に関しては、上記①～③の分類に基づく医療提供体制が必ずしも当てはまらない場合が想定されることから、地域の実情に応じ、適宜、体制の確保を図る。 (3) 地域の小児医療が確保される体制 <ol style="list-style-type: none"> ① 医療資源の集約化・重点化の実施により、小児専門医療を担う病院が確保される体制 ② 小児医療に係る医師の確保が著しく困難な地域については、医療の連携の構築を図ることで、全体で対応できる体制 (4) 療養・療育支援が可能な体制 <ol style="list-style-type: none"> ① 小児病棟やNICU、PICU等で療養中の重症心身障害児等が生活の場で療養・療育できるよう、医療、介護及び福祉サービスが相互に連携した支援を実施
第4節 在宅療養の取組	<p>(都における課題)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 区市町村を実施主体とした地域包括的な在宅療養体制の構築 ・多職種が連携し、医療・介護サービスを切れ目なく提供するネットワークを円滑に機能させるため、区市町村の取組の実態把握を行うとともに、取組の進まない区市町村への支援を強化する必要がある。 ○ 地域における協力病院の確保 ・区市町村包括補助事業における在宅患者急変時後方支援病床確保事業の実績が6区であること等から、後方支援病床のあり方について再検討する必要がある。 ○ 都内入院医療機関における退院支援の強化 ・入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援を推進するため、より一層の退院調整機能の強化が必要である。 ○ 人材の育成・確保 ・地域連携のより一層の充実を図るため、在宅医や訪問看護師など広く人材を確保、育成する必要がある。 ○ 都民への普及啓発 ・都民、患者・家族自身が、病院機能や介護保険制度等を理解することができるよう、都民等に対し、意識啓発をする必要がある。 ○ 災害時の体制確保 ・災害時における在宅療養患者の支援体制について検討する必要がある。 <p>(施策の方向)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅療養推進に取り組む区市町村の主体的取組の支援 ○ 日常から病状の変化、災害時までを含む24時間安心な在宅療養体制の整備 ○ 退院支援や地域連携強化による在宅療養生活への円滑な移行促進 	<p>【目指すべき方向】</p> <ol style="list-style-type: none"> (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 <ol style="list-style-type: none"> 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 <ol style="list-style-type: none"> 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 <ol style="list-style-type: none"> 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 <ol style="list-style-type: none"> 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
第5節 リハビリテーション医療の取組	<ol style="list-style-type: none"> 1 地域リハビリテーション支援体制の整備 <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域リハビリテーション支援センターによる地域のリハビリテーション事業の支援 ・地域リハ力の向上 ・介護リハの支援 ・地域リハ関係者の連携強化 2 東京都リハビリテーション病院の運営 <ul style="list-style-type: none"> ○ リハビリテーション医療を専門的に行う必要のある患者に、外来及び入院による医療を実施 ○ 医療関係者の教育・研修の実施やリハビリの臨床研究を実施 3 各リハビリ期に応じたリハビリテーション医療の推進 	
第6節 医療安全対策の推進	<ol style="list-style-type: none"> 1 医療安全支援対策 <ul style="list-style-type: none"> ○ 「患者の声相談窓口」による医療や医療機関に関する相談 ○ 医療安全支援センターによる、医療機関や住民への医療安全の推進に役立つ情報の提供、地域の医療安全の推進策を検討するための協議会等の開催 ○ 医療安全支援センターの未設置区市等への設置の促進 2 医療安全確保対策 <ul style="list-style-type: none"> ○ 病院の立入検査において専門的な視点から具体的な指導・助言の実施 ○ 有床診療所の定例立入検査に加え、無床診療所への立入検査の検討 ○ 診療所立入検査に当たっての政令市及び特別区に対する必要な情報の提供及び技術的支援 3 医療廃棄物の適正な処理 <ul style="list-style-type: none"> ○ 優良な処理業者の活用や電子 manifests を利用して医療廃棄物を適正に管理する仕組みの普及拡大 ○ 使用済み注射針等の在宅医療廃棄物を都内全域の薬局で回収 	<ol style="list-style-type: none"> 1 医療提供施設における医療安全確保の措置に関する現状及び目標 <ul style="list-style-type: none"> ○ 病院、一般診療所及び歯科診療所及び助産所ごとの総数に対する医療安全管理者を配置している医療施設数の割合 ○ 病院の総数に対する専従又は専任の医療安全管理者を配置している病院数の割合 ○ 病院、一般診療所、歯科診療所及び助産所ごとの総数に対する医療安全に関する相談窓口を設置している医療施設数の割合 2 医療安全支援センターの現状及び目標 <ul style="list-style-type: none"> ○ 二次医療圏の総数に対する医療安全支援センターを設置している二次医療圏数の割合 ○ 相談職員(常勤換算)の配置数 ○ ホームページ、広報等による医療安全支援センターの活動状況に関する情報提供の状況 ○ 都道府県、二次医療圏、保健所における医療安全推進協議会の設置状況

参考資料 3

第2回東京都保健医療計画推進協議会
資料(平成24年8月27日開催)

【東京都保健医療計画 第五次改定 骨子(案)】

<p>第五次改定 構成案</p>	<p>第五次改定 記載内容 骨子(案)</p>	<p>「医療計画について」(平成24年3月30日 医政発第0330第28号) 「疾病又は事業ごとの医療体制について」(平成24年3月30日 医政指発第0330第9号)</p>
<p>第7節 医療連携体制の推進と評価</p>	<p>1 疾病・事業ごとの医療体制の推進 ○ ひまわりで収集した情報を活用して、東京都福祉保健局のホームページにより都民に対して情報提供し、都民や患者中心の医療体制を推進 2 医療連携体制の評価 ○ 東京都保健医療計画推進協議会において検討を行い、公表</p>	<p>○ 施策の目標、推進体制、推進方策、評価・見直し方法を計画においてあらかじめ明らかにした上で、少なくとも5年ごとに、施策全体又は医療計画の達成状況について調査、分析、評価及び公表を行い、必要があるときは計画を変更する。</p>
<p>第2章 保健・医療・福祉の提供体制の充実</p>		
<p>第1節 保健・医療・福祉の連携</p>	<p>○ 保健や福祉の施策で医療と密接に関係する計画(高齢者保健福祉計画、障害福祉計画、東京都健康推進プラン等)と保健医療計画との整合性を図り記載</p>	<p>○ 疾病予防、介護、公衆衛生、薬事、社会福祉その他医療と密接に関連を有する施策について、連携方策や地域住民への情報提供体制を記載</p>
<p>第2節 健康づくりの推進</p>		
<p>1 がんの予防</p>	<p>がんの予防・早期発見・がんを予防していくための健康教育の推進 ○ 成人の喫煙率減少・効果的な受動喫煙防止対策の推進 ○ ウイルスや細菌の感染に起因するがんの予防 ○ がんを遠ざける科学的根拠のある生活習慣に関する取組の推進 ○ がん検診の受診率向上施策の推進、科学的に根拠のあるがん検診実施及び検診の質の向上 ○ 子供や成人に対する健康教育の促進・予防に関する普及啓発の推進 ※東京都がん対策推進計画の策定に合わせて記載内容を検討</p>	
<p>2 糖尿病・メタボリックシンドロームの予防</p>	<p>糖尿病・メタボリックシンドロームの予防・早期発見・重症化予防の推進 ○ 糖尿病・メタボリックシンドロームを予防するための生活習慣に関する普及啓発の推進 ○ 健診等を活用した糖尿病・メタボリックシンドロームの早期発見・早期治療の取組の推進 ○ 外食産業や食品業界と協働した都民の栄養改善の推進 ※東京都健康推進プラン2-1(第二次)の策定に合わせて記載内容を検討</p>	
<p>3 こころの健康づくり</p>	<p>こころの健康づくりの推進 ○ 上手なストレスの対処法やこころの不調の早期発見に関する普及啓発の推進 ○ 区市町村等が実施するこころの相談事業に関する情報提供の推進 ○ 区市町村が実施するこころの健康づくりに係る事業への支援 ※東京都健康推進プラン2-1(第二次)の策定に合わせて記載内容を検討</p>	
<p>4 自殺対策の取組</p>	<p>1 保健、医療、福祉などの関係機関の連携による自殺対策の社会的取組の推進 2 東京における自殺の実態・分析 3 自殺問題等について、都民や企業等への働きかけ 4 自殺防止に向けた支援体制の強化 ○ 東京こころといのちのゲートキーパーの養成、こころといのちの相談・支援東京ネットワークの強化、自殺未遂者への継続的な支援 5 遺族への適切な情報提供、精神的なケアの仕組みの構築 ※国の自殺総合対策大綱の改正に合わせて、今後、記載内容を検討</p>	
<p>第3節 母子保健・子供家庭福祉</p>	<p>1 母子の心身の健康にかかる支援の充実 ○ 母子保健水準のさらなる向上に向けた区市町村の取組への支援及び都内相談支援体制の充実 2 子育て家庭に対する支援の充実 ○ 保健・医療機関など地域の関係機関との連携強化による児童虐待の未然防止、要支援家庭への支援、要保護児童の早期発見・早期対応の充実</p>	
<p>第4節 学校保健</p>	<p>1 健康づくりの体制の構築 ○ 学校保健委員会の設置の推進と活動の活性化 2 健康づくり推進のための連携と支援 ○ 学校・保護者・医師会等の連携による地区ごとの健康づくりネットワークを構築 3 児童・生徒の健康課題に対する環境整備 ○ 専門医等による相談体制の充実等 4 児童・生徒に対する健康教育の推進 ○ 保健教育、安全教育、食育などの健康教育を推進</p>	
<p>第5節 高齢者保健福祉施策</p>	<p>1 東京都における地域包括ケアシステム実現に向けた取組 ○ 大都市東京の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築 2 介護基盤の整備促進と介護人材の確保等 ○ 認知症高齢者グループホーム・介護老人福祉施設など、介護基盤の整備促進 ○ 介護職員等の医療的知識の修得など、専門性の向上に向けた人材育成の支援 3 在宅療養の推進 ○ 在宅療養におけるコーディネート機能を担うことのできる人材の育成 4 認知症対策の総合的な推進 ○ 認知症疾患医療センターの整備 ○ 若年性認知症の人とその家族が必要な支援を受けられるための施策の構築 5 高齢者の住まいの確保 ○ 住宅の供給促進や施設の整備 6 地域社会を支える担い手として高齢者の支援 ○ 生涯を通じた健康づくりの推進、介護予防事業の支援 ○ 豊かな知識・技術・経験を生かしながら、自主的かつ継続的に活動できる環境の整備</p>	
<p>第6節 障害者施策</p>	<p>1 地域生活を支える基盤の整備促進 ○ グループホーム、通所施設、ショートステイなどの基盤整備を引き続き支援 2 地域生活への移行の仕組みづくり ○ 施設入所者や退院可能な精神障害者を地域生活へ移行させるための取組を拡充 3 一般就労に向けた支援の充実・強化 ○ 区市町村障害者就労支援センターに地域開拓促進コーディネーターを設置 ○ 庁内各局、ハローワーク、企業・経済団体等と連携強化し、一般就労を支援 4 在宅重症心身障害児(者)の療育体制の充実 ○ 重症心身障害児(者)在宅療育支援事業の継続実施 ○ 重症心身障害児(者)通所事業の拡充 5 重症心身障害児(者)施設の充実 ○ 高い医療ニーズを有する重症心身障害児(者)に適切に対応するための改築の実施</p>	<p>○ 障害者(高次脳機能障害者、発達障害者を含む。)に対する医療の確保等(都道府県の専門医療機関の確保、関係機関との連携体制の整備等)に関する取組</p>

参考資料 3

第2回東京都保健医療計画推進協議会
資料(平成24年8月27日開催)

【東京都保健医療計画 第五次改定 骨子(案)】

第五次改定 構成案	第五次改定 記載内容 骨子(案)	「医療計画について」(平成24年3月30日 医政発第0330第28号) 「疾病又は事業ごとの医療体制について」(平成24年3月30日 医政指発第0330第9号)
第7節 歯科保健医療	<p>「東京都歯科保健目標 いい歯東京」の達成 区市町村や歯科医師会等関係団体と協力して、効果的な事業展開</p> <ol style="list-style-type: none"> 生涯を通じた歯と口腔の健康づくりの推進 <ul style="list-style-type: none"> 幼児期から高齢期までを通じた歯と口腔の健康づくりの推進と普及啓発の実施 かかりつけ歯科医の定着と医療連携の充実 <ul style="list-style-type: none"> かかりつけ歯科医の定着・促進や区市町村の歯科医療連携事業の支援 都立心身障害者口腔保健センターの運営と活用 在宅医療の積極的な推進 <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療に携わる歯科医師・歯科衛生士等の人材養成、歯科と医科の連携体制の支援 	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県の取組 相談等の連絡先
第8節 難病の支援及び血液・臓器移植対策		
1 難病・被爆者支援	<ol style="list-style-type: none"> 難病患者等支援 <ul style="list-style-type: none"> 医療費等を助成することで、その医療の確立と普及を図り、併せて患者や家族の負担軽減を図る 患者等の療養上・日常生活上の悩みや不安等の解消を図るため、引き続き相談体制を確保 在宅で療養生活を送る重症の難病患者が、安心して地域で生活できるように施策を推進 ※ 国の難病対策全般の見直しに合わせて、今後、記載内容を検討 原爆被爆者支援 <ul style="list-style-type: none"> 高齢化する被爆者に、介護保険制度や他の福祉制度との連携体制を強化・支援 	<ul style="list-style-type: none"> 難病、リウマチ、アレルギーなどの都道府県の取組 相談等の連絡先
2 ウイルス肝炎対策	<ol style="list-style-type: none"> 普及啓発 <ul style="list-style-type: none"> ウイルス肝炎に関する正しい知識の普及啓発 肝炎ウイルス検査の受検勧奨及び実施体制の整備 <ul style="list-style-type: none"> 肝炎ウイルス検査を受けていない都民に対する受検勧奨 東京都保健所の肝炎ウイルスの検査体制の整備、区市町村、医療保険者や事業主との連携による肝炎ウイルス検査の実施体制の整備 医療体制の充実 <ul style="list-style-type: none"> 肝炎診療ネットワークの充実 肝炎医療従事者に対する研修の実施 インターフェロン治療など医療費の患者負担額 患者支援 <ul style="list-style-type: none"> 肝炎患相談センターでの情報提供及び相談支援の実施 	/
3 血液の確保・血液製剤の適正使用対策・臓器移植対策	<ol style="list-style-type: none"> 血液確保 <ul style="list-style-type: none"> 若年層に重点を置いた普及啓発 血液製剤の適正使用 <ul style="list-style-type: none"> 医療機関における血液製剤の適正使用の推進、安全対策の充実 臓器移植等の対策 <ul style="list-style-type: none"> 臓器移植医療について都民への情報提供や普及啓発の実施 骨髄ドナー登録の推進のため、骨髄移植に関する知識を都民に周知 	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県の取組 相談等の連絡先
第3章 健康危機管理の推進		
第1節 健康危機管理の推進	<p>再編整備により機能強化を図った健康安全研究センターにおいて、健康危機管理の更なる推進</p> <ul style="list-style-type: none"> 健康危機管理の技術的拠点 健康危機対応のための試験検査・調査研究 健康危機の未然防止のための監視指導 健康危機に関する情報の収集・解析・発信 専門的人材の育成 	/
第2節 感染症対策	<ol style="list-style-type: none"> 感染症対策の強化 <ol style="list-style-type: none"> 感染症医療体制の強化 <ul style="list-style-type: none"> 新型インフルエンザ等対策特別措置法及び東京都新型インフルエンザ対策行動計画を踏まえた、都内発生早期及び都内流行期の地域医療体制の強化 新興・再興感染症の流行に備えた、感染症指定医療機関、感染症診療協力医療機関、感染症入院医療機関、保健所等による地域医療体制の更なる強化 感染症発生時の早期発見・迅速対応体制、情報発信の取組の強化 <ul style="list-style-type: none"> 感染症発生動向調査体制の強化と感染症救急搬送サーベイランスの実施など感染症の監視体制の強化 麻しん流行阻止対策、感染症のまん延防止対策として、予防接種の重要性や感染拡大防止対策に関する普及啓発の推進 感染症対策に向けた国内・海外の連携体制の構築 <ul style="list-style-type: none"> 九都県市防災・危機管理対策委員会新型インフルエンザ対策検討部会における近隣区市との連携を強化 アジア大都市ネットワーク21の「アジア感染症対策プロジェクト」によるアジア大都市の連携体制の推進 結核対策の強化 <ul style="list-style-type: none"> 結核サーベイランスを強化し、地域の実情に応じたきめ細やかな対策を実施 外国人や高齢者等に加え、若年層等に対する結核対策と地域のDOTS(直接服薬確認療法)体制の強化 保健所を中心とした、入院医療機関と地域で外来機能を担う医療機関の連携体制の構築 社会全体と連携したHIV/エイズ・性感染症対策 <ul style="list-style-type: none"> エイズ啓発拠点の設置や休日夜間における検査の実施 エイズ診療拠点病院と診療所等の連携を促進 	<ul style="list-style-type: none"> 結核対策、感染症対策に係る各医療提供施設の役割 インフルエンザ、エイズ、肝炎などの取組
第3節 医薬品等の安全確保	<ol style="list-style-type: none"> 医薬品等の品質・有効性・安全性の確保 <ul style="list-style-type: none"> 監査指導の国際的標準化に対応した内部監査システムの適切な運用と効率的な監視指導の実施 適切な情報提供と医薬品安定供給の確保 <ul style="list-style-type: none"> 薬局機能情報提供システムの適切な運用と薬剤師及び登録販売者による医薬品の適正使用の推進 災害時等に必要な医薬品・医療機器等の備蓄と安定供給させるための体制整備 新たな薬物乱用防止対策の展開 <ul style="list-style-type: none"> 実態把握・指導取締り・普及啓発の充実強化による薬物乱用防止対策の推進 違法ドラッグ対策の充実を図り、市場から乱用薬物を迅速に排除 	<p>血液の確保・適正使用対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 都道府県の取組 相談等の連絡先 <p>医薬品等の適正使用対策</p> <ul style="list-style-type: none"> 都道府県の取組 相談等の連絡先 治験の実施状況や医薬品提供体制
第4節 食品の安全確保	<ol style="list-style-type: none"> 総合的な食品安全行政の推進 <ul style="list-style-type: none"> 食品安全推進計画に基づき、生産から消費までの各段階で関係各局と連携し施策を実施 食品衛生法における食品衛生監視指導計画に基づき、食中毒対策や食品中の放射性物質対策等を推進 大規模食中毒対策 <ul style="list-style-type: none"> 都区市職員への対応訓練の実施、普及啓発資料の作成、近県自治体及び庁内連携の推進 食品衛生自主管理認証制度の普及 <ul style="list-style-type: none"> 説明会の開催等による事業者への制度普及の推進や都民に対する制度の周知を推進 食品安全に関するリスクコミュニケーションの推進 <ul style="list-style-type: none"> 食の安全都民フォーラムの開催、公募都民による「食の安全調査隊」活動 	/

参考資料 3

第2回東京都保健医療計画推進協議会
資料(平成24年8月27日開催)

【東京都保健医療計画 第五次改定 骨子(案)】

第五次改定 構成案	第五次改定 記載内容 骨子(案)	「医療計画について」(平成24年3月30日 医政発第0330第28号) 「疾病又は事業ごとの医療体制について」(平成24年3月30日 医政指発第0330第9号)
第5節 アレルギー疾患対策	1 アレルギー疾患対策の推進 ○ 保育所、学校等の関係者向けのアレルギー対応研修の実施 ○ 食物アレルギーの専門的検査等を実施している医療機関やアレルギー専門医についての情報提供 ○ 医師・看護師等に対するアレルギー診療ガイドライン等の普及 2 総合的な花粉症予防・治療対策の推進 ○ 花粉症治療に関する情報提供(花粉症シンポジウムの開催及び「花粉症一口メモ」の配布) ○ 花粉自動測定・予報システムの運用(「とうきょう花粉ネット」によるインターネット等での情報提供)	○ 難病、リウマチ、アレルギーなどの都道府県の取組 ○ 相談等の連絡先
第6節 環境保健対策	1 有害化学物質等による健康被害の防止に向けた対策の推進 ○ ダイオキシン類等の食事由来の化学物質ばく露量調査の実施 ○ シックハウス対策等のガイドラインの周知・普及、保健所における相談・指導体制の充実、TVOC(総揮発性有機化合物)の室内汚染の実態把握 2 大気汚染物質等による健康影響に係る調査研究 3 環境中の放射線等モニタリング ○ 空間放射線、大気浮遊塵等の放射性物質の測定と公表 ○ 放射能に関する都民への適切な情報提供	/
第7節 生活衛生対策	1 理・美容所など環境衛生関係施設の自主管理の推進 2 公衆浴場などでのレジオネラ症予防対策の徹底、プールの安全と衛生管理の徹底 3 飲用水の安全確保対策、整備促進 ○ 水質検査・監視の体制整備・精度管理への取組、耐塩素性病原生物対策の強化、飲用水中の放射性物質のモニタリング、町村の簡易水道整備への支援、小規模貯水水槽水道などの安全確保への取組 4 店舗、学校等特定建築物の室内環境の確保のため監視指導の充実	/
第8節 動物愛護と管理	1 適正飼養の普及啓発の強化 ○ 飼養にかかる手続きやしつけ方など飼い主の社会的責任に関する普及啓発、犬の登録や狂犬病予防注射の実施率を向上させるため、区市町村の取組みを支援 ○ 動物取扱業者が購入者に対し、動物を飼う前に理解しておかなければならない事項を適切に説明するよう、指導を徹底 2 地域特性を踏まえた取組の推進 ○ 飼い主のいない猫対策の支援強化や動物愛護推進委員の人材情報を活動分野別に整理して区市町村に提供 3 都民と動物の安全確保の推進 ○ 動物由来感染症対策の充実強化と地域防災計画を踏まえた災害対策の充実強化	/
第4章 計画の推進体制		
第1節 行政の役割		
1 区市町村・東京都・国の役割	1 区市町村の役割 ○ 住民に身近なサービス提供者として地域住民のニーズに応えたサービスを展開 2 都の役割 ○ 区市町村、医療機関の調整 ○ 医療保健政策包括補助事業など区市町村への支援を実施 ○ 救急医療や災害医療、へき地医療などの施策については、医療機関と連携して実施 ○ 医療人材の確保や質の向上についても、主体的かつ積極的な取組を推進 3 国の役割 ○ 保健医療体制の基幹となる制度・施策や財政的な支援は国の責務 ○ 良質な医療サービスの実現には国として保険制度、診療報酬制度の改革の実施が不可欠	/
2 東京都の保健医療施設・研究機関の役割	1 保健所 ○ 圏域内の市町村支援 ○ 保健・医療・福祉の連携(コーディネート機能) ○ 地域における健康危機管理の拠点 2 公益財団法人東京都医学総合研究所 ○ 重要疾患の原因解明及び予防法・診断法・治療法の確立を目指したプロジェクト研究の推進 ○ 研究成果の社会還元及び人材育成 ○ 研究成果の普及と発信	/
第2節 医療機関の役割	①特定機能病院 ②地域医療支援病院 ③都立病院 ④公社病院 ⑤公的医療機関 ⑥民間病院 ⑦一般診療所・歯科診療所 ⑧薬局	(必要に応じて下記の整備目標を記載) ○ 地域医療支援病院 ○ その他医療機能を考慮した医療提供施設(5疾病5事業及び在宅医療ごとの医療機能に関する調査に基づき、不足する医療機能が存在する場合)
第3節 保険者の役割	1 生活習慣病対策の推進 ○ 特定健診の未受診者について、受診勧奨と環境の整備 ○ 医療レセプト等の分析による生活習慣病対策の改善 2 医療費の適正化に向けた取組 ○ 医療レセプトの点検等の強化による医療給付費の適正な支出 ○ 後発医薬品の使用に関する情報提供や医療機関等の適切な受診に関する啓発 3 保険者間の連携 ○ 被用者保険と国民健康保険の保険者間の連携による保険事業の円滑な推進	/
第4節 都民の役割	1 都民一人ひとりの役割 ○ 保健医療情報の理解と適切な選択、自らの健康への主体的な関わり、医療機関の役割分担等への理解 2 NPOなど都民中心の団体の役割 ○ 保健・医療・福祉の連携体制を支えるNPO等の活動、患者中心の団体の役割	/

東京都高齢者保健福祉計画(平成24年度～平成26年度) 全体概要

■ 計画の理念

3つ

- 「高齢者の自立と尊厳を支える社会」の実現
- 「誰もが住み慣れた地域で暮らし、支え合う社会」の実現
- 確かな「安心」を次世代に継承

■ 施策展開の視点

4つ

- 地域における安心な生活の確保
- 介護サービスの基盤整備と円滑・適正な制度運営
- 地域社会を支える人材の確保・定着・育成
- 多様な社会参加の促進

■ 計画策定の背景

1 社会の情勢

- (1) 少子高齢化の進行
平成27年には都民の約4人に1人が高齢者に
- (2) 家族構造・地域社会の変化
東京都内の高齢者単身世帯数は、平成17年から平成27年にかけて約1.43倍に
- (3) 高齢者の住まい
高齢者の増加に伴い、住まいのニーズが多様に

2 介護保険制度の変遷

- (1) 介護保険制度の定着
東京都の介護サービス利用者数は、平成12年の介護保険制度発足時の約11万人から平成23年4月時点で約37万人に増加
- (2) 平成23年介護保険法改正のポイント
「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組の推進について提示

3 東京都における地域包括ケアシステム実現に向けた取組

大都市の強みを生かした地域包括ケアシステムの構築

4 地域主権改革について

介護サービスの人員や設備、運営に関する基準等の条例化

5 計画策定に当たって

- (1) 介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施を確保するための基本的な指針
 - (2) 「福祉・健康都市東京ビジョン」及び「2020年の東京」計画
- を踏まえ策定

■ 重点的取組

6つ

(1) 介護サービス基盤の整備 ～住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために～

- 特別養護老人ホームなどの介護保険施設等について、整備が進んでいない地域での設置促進や都有地等の活用により、介護サービス基盤の整備を進めていきます。
- 認知症高齢者グループホームの定員を10,000人に増員します。
- 地域密着型サービスの整備について、区市町村を支援します。

(2) 在宅療養の推進 ～医療と介護の連携強化による24時間の安心を目指して～

- 在宅の高齢者の療養生活を地域で支えるため、関係者間の連携を強化し、在宅療養の支援体制を構築します。
- 在宅療養生活の支援を行う訪問看護のサービス拠点の整備を図ります。
- 在宅療養におけるコーディネーター機能を担うことのできる人材を養成します。

(3) 認知症対策の総合的な推進 ～認知症になっても安心して暮らせる東京を目指して～

- 認知症の人と家族を地域で支えるため、区市町村におけるネットワークづくりなどの取組を支援します。
- 認知症の専門医療を提供するとともに、地域の医療機関同士や医療と介護の連携の推進役となる認知症疾患医療センターの整備を進め、地域の支援体制を構築していきます。
- 若年性認知症に関する総合的な相談のワンストップ窓口を設置し、早期に支援に結び付け、若年性認知症特有の問題解決を図ります。

(4) 高齢者の住まいの確保 ～多様なニーズに応じた居住の場を選択できるように～

- 高齢者が多様な住まいを選択できるように、住宅の供給促進や施設の整備を進めます。
- 高齢者が医療や介護が必要になっても安心して住み続けられる住まいを充実させるため、医療・介護・住宅の三者が連携したモデル事業を実施します。
- サービス付き高齢者向け住宅の登録基準に、東京都独自の基準を設けるなどサービスの質の確保を図ります。

(5) 介護人材対策の推進 ～質の高い介護サービスを安定的に提供するために～

- 都内で必要とされる介護人材の安定した確保・定着・育成に向け、介護・福祉の仕事に関する普及啓発、事業者の採用支援、職場改善、多様な人材の採用支援など、総合的な取組を進めます。
- 高齢者の生活全般を支えるケアマネジメントを実現できるように、介護支援専門員を対象に、医療的知識や医療連携の視点を修得するための研修を実施します。
- 在宅サービス及び施設サービスにおける質の向上を図るため、介護職員等を対象にした人の吸引等に関する研修を実施します。

(6) 地域社会を支える担い手としての高齢者の支援

～「支えられる存在」から「地域を自ら支える存在」へ～

- 区市町村の協力・支援のもと、町内会等の地域の人が在宅の高齢者を直接訪問し、その人の状況、福祉ニーズ等を把握することにより、日常の見守り、支援等につなげます。
- 経験豊富な高齢者が「地域社会を支える担い手」として、自主的かつ継続的に活動できる環境を整備していきます。
- 就労を希望する高齢者の就労相談、能力開発、起業を志す高齢者の創業の場の提供などに取り組んでいきます。

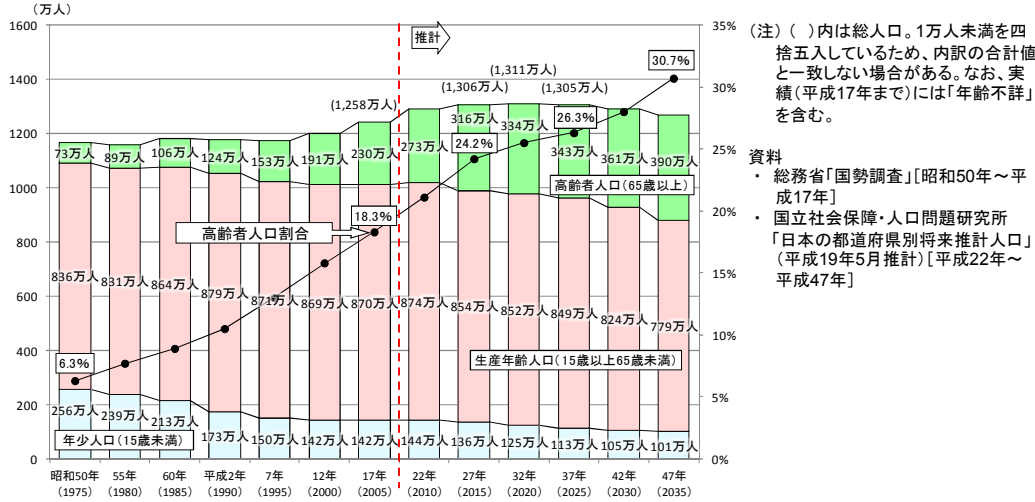
東京の高齢者を取り巻く状況

(本文 第2部 第1章 東京の高齢者を取り巻く状況)

■ 高齢化の進行・高齢者世帯数の推移

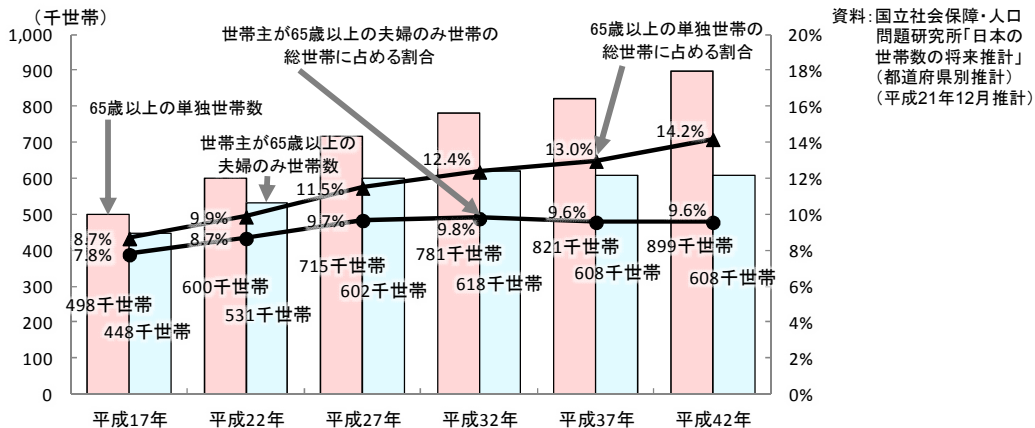
- 平成22年(2010年)の65歳以上の高齢者人口は、約264万人であり、総人口に占める割合は20.4%
- 高齢者人口は、平成27年(2015年)まで急速に増加し、その後はやや緩やかに増加する見込み
- 高齢者人口が増加する一方で、総人口は平成32年頃に最も多くなった後、減少に転ずる見込み
- 高齢化率は上昇を続け、平成27年には24.2%、平成47年(2035年)には30.7%に達し、都民のおよそ3人に1人が65歳以上の高齢者という極めて高齢化の進んだ社会が到来する見込み

<東京都の将来人口推計>



- 65歳以上の単独世帯は、平成17年の約50万世帯から、一貫して増加傾向の予測
- 平成37年には82万世帯を超え、65歳以上の単独世帯が総世帯数に占める割合は13.0%の予測
- 世帯主が65歳以上の夫婦のみ世帯は、平成17年の約45万世帯から平成32年の約62万世帯まで増加した後、平成37年には約61万世帯へと若干減少の予測

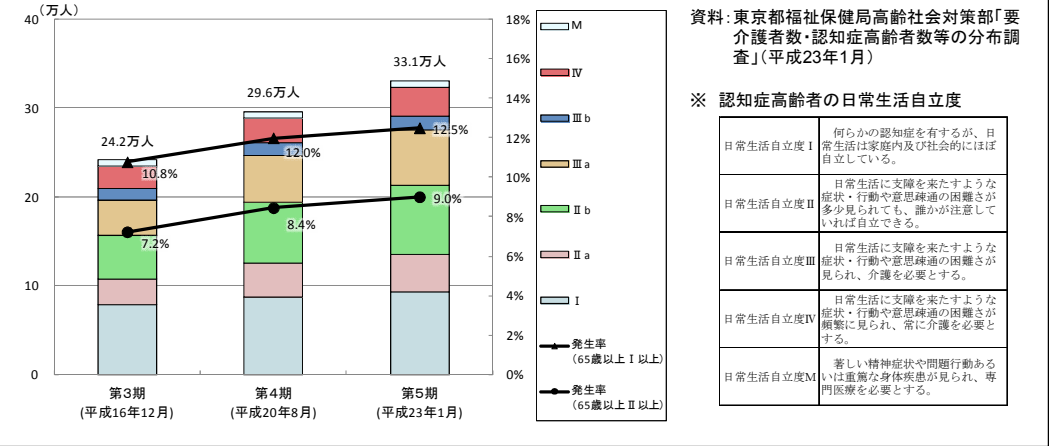
<65歳以上の高齢者世帯数の推移>



■ 認知症高齢者の割合

- 65歳以上の「認知症高齢者の日常生活自立度*」が、I以上の「何らかの認知症を有する要介護(要支援)認定者」が、65歳以上人口(約259万人)に占める割合は、12.5%
- 「何らかの認知症を有する要介護(要支援)認定者」全体に占める40歳以上64歳以下の割合は、2.3%

<「認知症高齢者の日常生活自立度」の推移>



■ 要介護認定者数・年齢別の要介護認定率

- 高齢者人口の増加や介護保険制度の浸透に伴い、要介護(要支援)認定者数は増加
- 平成23年4月時点では、第1号被保険者の約6人に1人が要介護(要支援)認定を受けている

<要介護認定者数と要介護認定率の推移>

	平成12年4月	平成15年4月	平成18年4月	平成21年4月	平成22年4月	平成23年4月
第1号被保険者数(A)	1,867,527人	2,097,713人	2,295,147人	2,540,637人	2,592,371人	2,615,039人
要介護認定者数(B) (第1号被保険者のみ)	169,543人	284,699人	364,260人	393,674人	410,956人	433,060人
要介護認定率(B/A)	9.1%	13.6%	15.9%	15.5%	15.9%	16.6%
要介護認定者数 (第2号被保険者を含む。)	175,718人	295,658人	377,647人	406,626人	424,176人	446,575人

資料：東京都福祉保健局「介護保険事業状況報告(月報)」

- 後期高齢者の要介護認定率は、前期高齢者の約6.7倍
- 重度の要介護認定者のうち8割以上は後期高齢者

<年齢別の要介護認定率と要介護4・5の認定者に占める後期高齢者の割合>

	第1号被保険者数	要介護(要支援)認定者数	要介護認定率	要介護4	要介護5	要介護4・5の合計
前期高齢者	1,370,536人	61,510人	4.5%	57,009人	55,367人	112,376人
後期高齢者	1,244,503人	371,550人	29.9%	48,509人	46,119人	94,628人
③要介護認定者数に占める後期高齢者数の割合(②/①)				85.1%	83.3%	84.2%

資料：東京都福祉保健局「介護保険事業状況報告(月報)」(平成23年4月分)

(1)介護サービス基盤の整備

～住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために～

(本文 第3部 第1章 介護サービスの基盤整備と円滑・適正な制度運営)

介護サービス量の見込み

- 平成24年度から平成26年度までの見込みの数値は、都内各保険者(区市町村)が、介護保険事業計画策定のために推計した介護給付等対象サービス量又は利用者数の見込みを集計したものです。
- サービス種類ごとの見込量は、過去のサービス利用の実績を基に、今後の利用意向・要介護(要支援)認定者数の見込み・介護予防施策の効果・日常生活圏域ニーズ調査の結果等を勘案し、推計しています。

在宅サービス(居住系サービスを除く)量の見込み

- 平成26年度の在宅サービス(居住系サービスを除く)量は、平成22年度と比較した場合に、訪問介護で約1.20倍、通所介護で約1.36倍、短期入所サービスで約1.27倍へと増加することが見込まれます。また、訪問看護や訪問リハビリテーションといった医療系サービスについても、増加が見込まれます。

	平成22年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	
				平成22年度比	
居宅介護支援(人/年)	2,124,881	2,369,215	2,500,870	2,639,752	124.2%
介護予防支援(人/年)	768,801	880,787	937,630	995,509	129.5%
訪問介護(回/年)	22,031,672	24,269,482	25,337,171	26,489,871	120.2%
介護予防訪問介護(人/年)	489,592	545,373	575,321	606,544	123.9%
訪問入浴介護(回/年)	670,527	726,642	762,063	796,197	118.7%
介護予防訪問入浴介護(回/年)	3,281	4,175	4,636	5,175	157.7%
訪問看護(回/年)	1,998,635	2,332,161	2,470,826	2,620,968	131.1%
介護予防訪問看護(回/年)	121,639	158,762	175,754	193,767	159.3%
訪問リハビリテーション(回/年)	611,182	729,397	791,856	864,985	141.5%
介護予防訪問リハビリテーション(回/年)	55,828	67,634	75,492	83,351	149.3%
通所介護(回/年)	8,424,866	9,871,239	10,631,144	11,459,413	136.0%
介護予防通所介護(人/年)	277,972	345,926	377,324	409,690	147.4%
通所リハビリテーション(回/年)	1,674,334	1,898,775	2,020,735	2,140,604	127.8%
介護予防通所リハビリテーション(人/年)	42,534	49,736	54,525	59,175	139.1%
居宅療養管理指導(人/年)	665,319	878,382	947,617	1,021,960	153.6%
介護予防居宅療養管理指導(人/年)	45,787	58,212	62,865	67,655	147.8%
短期入所サービス計(日/年)	2,123,282	2,382,369	2,542,289	2,703,579	127.3%
短期入所生活介護(日/年)	1,797,103	2,027,074	2,167,866	2,309,636	128.5%
短期入所療養介護(日/年)	326,179	355,295	374,423	393,944	120.8%
介護予防短期入所サービス計(日/年)	23,143	26,767	30,334	33,674	145.5%
介護予防短期入所生活介護(日/年)	20,413	24,118	27,120	29,834	146.2%
介護予防短期入所療養介護(日/年)	2,730	2,649	3,213	3,840	140.7%
福祉用具貸与(千円/年)	18,835,181	21,186,503	22,462,809	23,774,513	126.2%
介護予防福祉用具貸与(千円/年)	866,708	1,139,520	1,279,576	1,425,952	164.5%
特定福祉用具販売(千円/年)	1,113,096	1,198,624	1,265,930	1,333,940	119.8%
特定介護予防福祉用具販売(千円/年)	243,740	272,536	297,092	327,870	134.5%
住宅改修(千円/年)	2,269,526	2,591,320	2,755,943	2,928,619	129.0%
住宅改修(介護予防)(千円/年)	1,135,257	1,355,404	1,443,509	1,540,299	135.7%

地域密着型サービス(居住系サービスを除く在宅サービス)量の見込み

- 平成26年度の地域密着型サービス(居住系サービスを除く在宅サービス)量は、平成22年度と比較した場合に、小規模多機能型居宅介護で約3.14倍へと大幅に増加することが見込まれるほか、夜間対応型訪問介護は約1.43倍、認知症対応型通所介護は約1.27倍へと増加することが見込まれます。また、定期巡回・随時対応型訪問介護看護と夜間対応型訪問介護について、平成22年度から平成26年度までのサービス量見込みの伸びを比較すると、それぞれ約2万1千人分、約1万人分であり、定期巡回・随時対応型訪問介護看護が大きく増加する見込みです。

	平成22年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	
				平成22年度比	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護(人/年)	—	5,962	16,019	20,790	—
夜間対応型訪問介護(人/年)	23,961	30,556	32,187	34,379	143.5%
認知症対応型通所介護(回/年)	1,038,974	1,160,706	1,238,729	1,323,756	127.4%
介護予防認知症対応型通所介護(回/年)	2,706	3,387	4,819	5,227	193.2%
小規模多機能型居宅介護(人/年)	12,715	24,117	31,284	39,939	314.1%
介護予防小規模多機能型居宅介護(人/年)	577	1,346	1,866	2,453	425.1%
複合型サービス(人/年)	—	1,823	4,302	6,941	—

施設・居住系サービス利用者数の見込み

- 平成26年度の施設・居住系サービス利用者数は、平成22年度と比較した場合に、介護老人福祉施設で約1.23倍、介護老人保健施設で約1.21倍へと増加することが見込まれます。

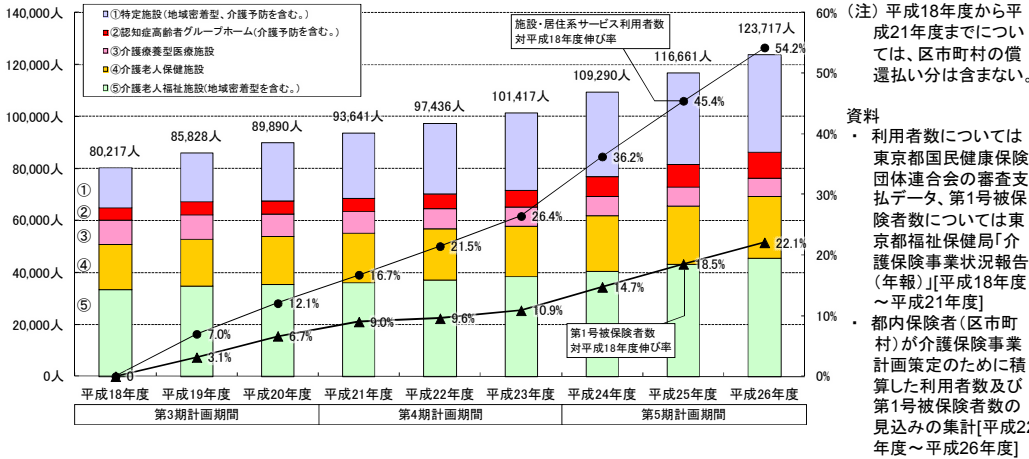
	平成22年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	
				平成22年度比	
施設サービス利用者数	64,556	69,093	72,682	76,258	—
介護老人福祉施設	37,150	40,498	43,061	45,531	122.6%
(うち地域密着型介護老人福祉施設)	(101)	(384)	(563)	(626)	(621.3%)
介護老人保健施設	19,622	21,426	22,497	23,701	120.8%
介護療養型医療施設	7,784	7,169	7,124	7,026	90.3%
居住系サービス利用者数	32,880	40,197	43,979	47,459	—
認知症対応型共同生活介護	5,613	7,825	8,994	9,927	176.9%
(うち介護予防認知症対応型共同生活介護)	(15)	(36)	(39)	(45)	(297.3%)
特定施設入居者生活介護	27,267	32,373	34,985	37,531	137.6%
(うち地域密着型特定施設入居者生活介護)	(116)	(165)	(221)	(228)	(197.1%)
(うち介護予防特定施設入居者生活介護)	(2,971)	(3,389)	(3,619)	(3,872)	(130.3%)
合計	97,436	109,290	116,661	123,717	—

単位:人

(1)介護サービス基盤の整備 ～住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために～

施設・居住系サービス利用者数の実績及び見込み[平成18年度～平成26年度]

○ 平成26年度と平成18年度とを比較した場合、施設・居住系サービス利用者数は54.2%増加し、第1号被保険者数の22.1%の増加と比べ、大幅に増加する見込みです。



必要入所(利用)定員総数

[必要入所(利用)定員総数の考え方]

- 東京都全体の必要入所(利用)定員総数は、区市町村の平成24年度から平成26年度までの入所(利用)者数見込みの合計値に基づき設定しています(介護療養病床からの転換に伴う入所者数の増加分は含まない)。
- 老人福祉圏域ごとの必要入所(利用)定員総数は、各圏域を構成する区市町村の各年度の入所(利用)者数見込みに基づき、今後の整備(指定)見込数、既存の施設の配置状況などを考慮して、広域的観点から地域偏在を緩和する方向で、調整して設定しています。
- 介護療養型医療施設は、平成29年度末に廃止されることから、東京都全体の必要入所定員総数の設定に当たっては、平成23年度末の病床数を基に、平成24年度から平成26年度までの区市町村の入所者数見込みの減少を考慮して設定しています。平成24年度以降は、新たな整備が認められないことから、広域的観点からの調整は行いません。
- 介護専用型特定施設及び混合型特定施設の必要利用定員総数の合計値は、介護専用型特定施設及び混合型特定施設の利用者数見込みの合計値と一致させています。

＜介護保険施設等の必要入所(利用)定員総数[東京都合計]＞

	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度
介護老人福祉施設	40,084人	40,497人	43,046人	45,516人
地域密着型サービス分	513人	384人	563人	626人
介護老人保健施設	22,113人	21,423人	22,488人	23,692人
介護療養型医療施設	6,225人	6,137人	6,105人	6,065人
介護専用型特定施設	4,310人	4,475人	4,531人	4,538人
地域密着型サービス分	191人	165人	221人	228人
混合型特定施設	24,734人	27,898人	30,454人	32,985人
介護予防サービス分	-	3,389人	3,619人	3,872人

(注1)平成23年度は、東京都高齢者保健福祉計画(平成21年度～平成23年度)における必要入所(利用)定員総数
(注2)広域的観点から地域偏在を緩和するために調整しており、老人福祉圏域ごとの必要入所(利用)定員総数は平成23年度を下回る場合がある。

介護サービス基盤の整備

特別養護老人ホームの整備

現状と課題

- 特別養護老人ホームの入所申込みをしている人は約4万3千人いますが、入所の必要性については、介護の必要の程度、介護者の有無、他施設への入所の状況など、その申込者の置かれている環境によって異なります。なお、在宅で要介護4又は5の申込者は約8千人います。
- 都内には高齢者単身世帯を含む高齢者のみの世帯が多く、常時介護を必要とし、在宅生活が困難な高齢者の生活の場として、特別養護老人ホームを身近な地域に整備することが必要です。
- 地価が高く、土地の確保が困難な区部は高齢者人口に対する特別養護老人ホームの整備率が1.07%と、全国平均の1.38%を大きく下回っています。一方、島しょを除く市町村部は2.15%と全国平均を大幅に上回り、東京都の中でも地域による施設の偏在が課題です。

施策の方向

- 特別養護老人ホームは地域での生活が困難な要介護高齢者の生活の場であり、多様な介護サービス基盤の一つとして、東京都は、区市町村が地域の介護ニーズを踏まえて算定した入所者数見込みの合計値に基づき、平成26年度末の必要入所定員総数、約4万6千人分の確保に努めます。
- 特別養護老人ホームの整備費補助について、入所を希望する高齢者が住み慣れた地域で施設へ入所できるよう、整備が進んでいない地域に設置する場合に増額するなどにより、東京都全体の整備率の向上を図ります。

地域密着型サービスの整備

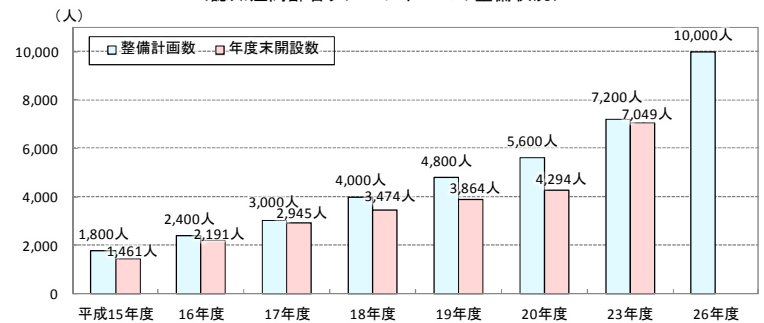
現状と課題

- 小規模多機能型居宅介護事業所の設置について、都市部では地方に比べ経営面での安定を確保しにくいなどの理由により、計画どおりに進んでいません。臨時特例基金の活用により、第4期計画の整備目標に51か所上乗せして228か所分を整備する目標を設定しましたが、平成23年度末時点の整備量は109か所にとどまる見込みです。
- 認知症高齢者グループホームは、臨時特例基金の活用により、第4期計画の整備目標に1,000人分上乗せして平成23年度末までに7,200人分を整備する目標を設定し、平成23年度末時点の整備量は7,049人分となる見込みです。

施策の方向

- 小規模多機能型居宅介護事業所は、平成26年度末までの目標を区市町村の整備目標を合計した220か所とし、これを達成できるよう、公有地活用の推進を初め、サービス付き高齢者向け住宅等との合築・併設についても補助を行うなど、整備促進に努めます。
- 認知症高齢者グループホームの定員を平成26年度末までに10,000人に増員します。

＜認知症高齢者グループホームの整備状況＞



資料：東京都福祉保健局高齢社会対策部作成

(2)在宅療養の推進

～医療と介護の連携強化による24時間の安心を目指して～

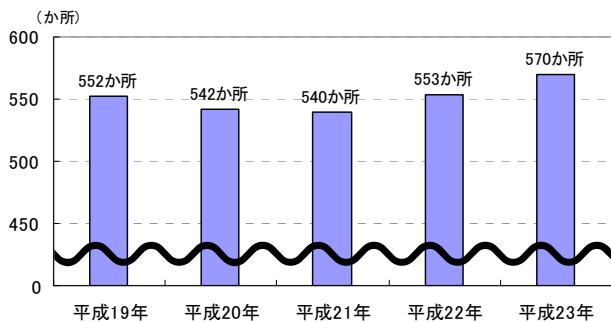
(本文 第3部 第2章 在宅療養の推進)

医療と介護の連携の推進

現状と課題

- 高齢者の約32%が、長期療養が必要となった場合に在宅での療養を続けたいと思っていますが、そのうちの約64%が実現は難しいと思っています。実現が難しいと思う理由としては、「家族に負担をかけるから」、「急に病状が変わったときの対応が不安だから」といったものが挙げられています。
- 今後、高齢化の急速な進展や都民のニーズ、医療制度等の変化に対応するためには、限られた医療資源、介護保険サービス等を有効に活用しながら、地域において高齢者等が安心して在宅療養を行える仕組みを構築することが必要です。
- そこで、東京都は、平成22年10月に「東京都在宅療養推進会議」を設置し、これまでに区市町村で実施されてきた事業、東京都のモデル事業などの先行事例の検証を踏まえ、在宅療養を更に推進するための課題と今後の方向性を取りまとめました。
- この中で、高齢になっても、その人らしい充実した在宅生活を実現するためには、住民に身近な行政機関である区市町村の主体的な取組を基盤として、高齢者の生活全般に関わる多様な職種・施設・団体が、密接な連携のもと、ネットワークを構築し、地域における医療と介護の連携を強化することが重要であるとしています。
- 訪問看護ステーションは、医療と介護の連携に重要な役割を担っており、平成23年4月現在のステーション数は570か所となっています。

＜訪問看護ステーション数の推移＞



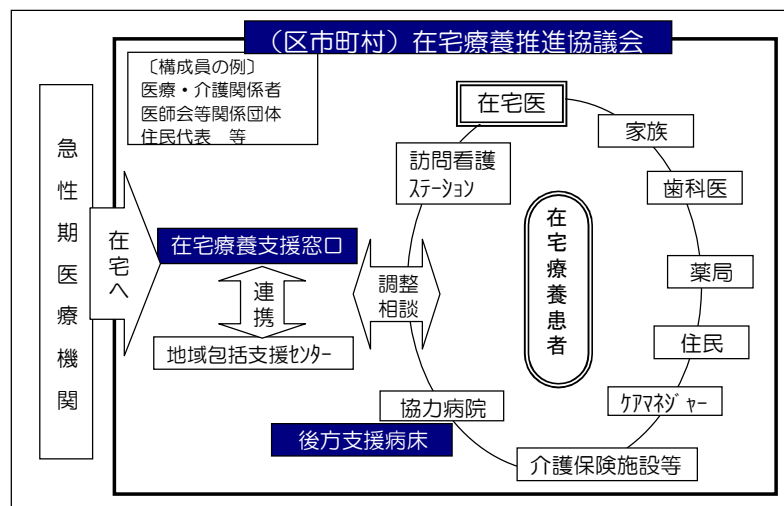
(注)各年4月1日現在の指定数

資料:東京都福祉保健局「居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者及び介護予防サービス事業者の指定について」

施策の方向

- 在宅療養を推進するために、都民に最も身近な行政機関である区市町村の主体的な取組を支援していくとともに、関係する多職種が緊密に連携し、明確な役割分担に基づいた患者支援のネットワークを円滑に機能させるための環境整備を進めることで、「24時間安心の在宅療養支援体制」を構築していきます。
- 地域の在宅療養の資源を把握し、病院から退院するときの在宅療養環境の調整や、医療的ケアに必要な情報を在宅療養スタッフに的確に提供することが重要なことから、これらに対応するために支援相談窓口を設置する区市町村を支援します。
- 急性期病院から在宅療養へ円滑に移行できるように、病院、診療所、医療系サービスを提供する事業所等のスタッフが、互いに診療方針、診療技術等の研修を通じて理解し合い、顔の見える連携関係を構築していきます。
- 在宅療養支援を推進するため、訪問看護のサービス拠点を増やし、主治医や介護支援専門員、訪問介護や小規模多機能型居宅介護といった他の介護サービスを実施する事業所とのネットワーク形成などを促進していきます。

＜在宅療養の推進(イメージ図)＞



資料:平成22年度東京都在宅療養推進会議報告「在宅療養推進のための課題と今後の方向性について～先進事例の検証報告～」(平成23年5月)

区市町村における取組事例

- 在宅療養支援(中央区) - 287ページ -
在宅療養支援のための体制づくりや関係者が情報共有や協議を行う場として、医療機関や介護事業者等からなる在宅療養支援協議会を設置しました。
これまでに、中央区における在宅療養のガイドラインである手引の作成と区民・関係機関への配布、後方支援病床の確保、訪問看護の利用を促進するための在宅療養支援訪問看護事業、区民・介護サービス事業者への講演会、区内看護師連絡会の設置などを実施し、24時間365日の支援体制の強化を図ってきました。
- 在宅療養体制整備(新宿区) - 288ページ -
区民が医療機関や在宅療養に関わる地域関係機関などから適切な支援を受け、安心して在宅療養ができるような仕組みづくりが必要です。そのため、①地域連携推進事業(急性期病院から在宅療養への移行が円滑に進むよう病院と地域の関係機関との連携を強化するための研修会や連絡会の実施)、②急性期病院で働く看護師が、在宅療養生活を想定した適切な支援ができるよう、訪問看護ステーションでの実習研修の実施、③訪問看護ステーション就職希望者に対する体験実習の実施、④在宅療養の総合的な相談支援をするための在宅療養相談窓口の設置などに取り組んでいます。
- 小平市介護・医療連携推進事業(小平市) - 289ページ -
高齢者が介護や医療が必要な状態になっても安心して在宅生活を継続していくために重要となるケアの提供体制づくりに向け、介護と医療の連携をさせることを目的とし、事業を開始しました。①病院から在宅医療への円滑な移行や在宅医療の継続を支援するための在宅医療連携窓口の設置、②介護支援専門員、訪問介護員等を対象とした、医療的ケアの必要な介護サービス利用者や認知症の介護サービス利用者の在宅での対応についての研修会・講演会の実施、③小平市職員と介護・医療従事者等が事業の実施状況や課題、改善策等について協議を行う運営協議会の設置などに取り組んでいます。

(3) 認知症対策の総合的な推進

～認知症になっても安心して暮らせる東京を目指して～

(本文 第3部 第3章 認知症対策の総合的な推進)

認知症の人と家族を支える地域づくり

現状と課題 ○ 認知症の人と家族が安心して地域で暮らせるようにするためには、地域と「つながること」が重要です。

- しかし、東京の地域の特性を考えると、高齢者単身・夫婦のみ世帯の増加など世帯構成員の減少や、都市化の進展、住民の流動化など地域のつながりが希薄であることによる「互助」の低下という「弱み」があります。一方、東京には多数の人が住み働き、また介護サービス事業者だけでなく、商店街、交通機関等の日常生活を支える多様な社会資源が身近な地域に存在するなどの「強み」もあります。
- 東京都では、国の「認知症を知り地域をつくる10か年」キャンペーンと連動して「認知症サポーター」の養成支援等を行っており、平成23年3月末現在で、約14万9千人の認知症サポーターがいます。
- 地域で安心して暮らしていけるようにするためには、地域において様々な人や組織による見守りのネットワークや見守りに活用できる社会資源が形成されることが必要です。

施策の方向 ○ 東京の地域特性を踏まえ、地域の多様な人的資源・社会資源によるネットワークづくりを進め、認知症の人と家族を支える地域づくりを支援します。

- 認知症サポーターの養成支援や、認知症サポーター養成講座の講師役となるキャラバン・メイトの養成を引き続き行います。
- 身近な地域で認知症の人と家族を支える認知症サポーターが活躍できる場の拡大を支援します。

区市町村における取組事例

- めぐる認知症サポーターズクラブ(目黒区) - 290ページ -
認知症サポーター・ステップアップ講座を受講した人を対象に、NPO法人に委託してグループづくりを進め、「めぐる認知症サポーターズクラブ」が充足し、平成22年7月から、区営アパートの集会所で、月1回、「カフェあおば」を開いています。
認知症の人でもそうでない人も気軽に集える場として、「カフェあおば」にこのアパートや近くの高齢者などが訪れ、お菓子を食べながらのおしゃべり、小物づくり、ストレッチ体操などを楽しんでいます。アパートの入居者には一人暮らし高齢者も多く、身近な場所で人と交流できる場となっています。
目黒区では、認知症支援や孤立防止のためのインフォーマルな地域資源を育成していく試みとして、NPO法人による活動支援を続けています。また、地域包括支援センターの職員が毎回「カフェあおば」に参加し、サポーターズクラブの活動との連携を図っています。

若年性認知症対策

現状と課題 ○ 65歳未満で発症する若年性認知症の人は都内に約4千人と推計されており、65歳以上で何らかの認知症の症状を有する要介護(要支援)認定者約32万人と比較すると非常に少数です。

- 若年性認知症の人と家族にとって、家計を支える働き手を失うなどの経済的課題、若年性認知症の人の身体機能やニーズに合ったケアの提供が少ないといった課題など、高齢期に発症する認知症とは異なる問題や課題が存在しますが、社会的な対策が遅れています。

施策の方向 ○ 平成21年度から平成23年度までに実施した若年性認知症支援モデル事業の成果を生かし、若年性認知症の人と家族が問題を抱え込まずに安心して相談し、必要な支援が受けられるための施策を構築します。

認知症の人と家族を支える医療的支援

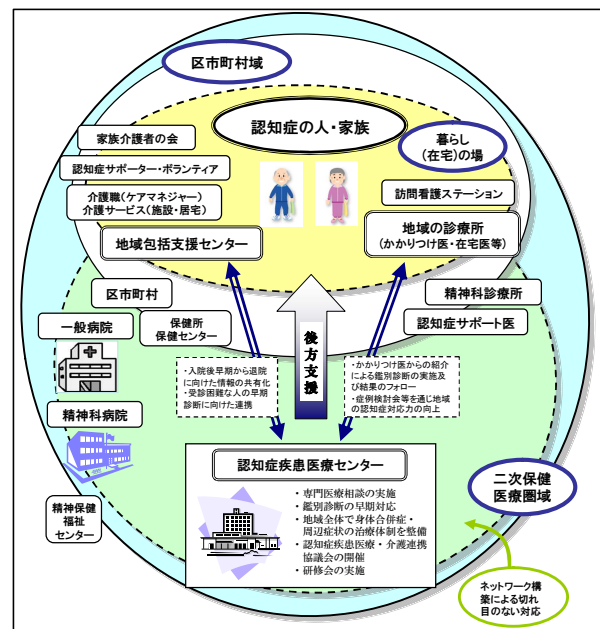
現状と課題 ○ 認知症になっても住み慣れた地域での生活を続けるためには、早期発見・早期診断と、それに基づく適切な医療・介護支援を受けることが重要です。しかし、本人や家族が早期診断の重要性を認識していない場合や、本人が受診に消極的な場合、どこに相談をすればよいのか分からず、受診に結び付かない場合があります。

- 認知症は進行段階により症状が異なるため、その段階に応じた適切な医療(認知症医療)の提供が必要です。また、認知症の人にもいわゆる身体合併症を発症することがあるため、身体合併症への診療体制や、認知症と身体疾患とが相互に及ぼす影響を踏まえた身体管理(身体医療)についても、極めて重要な課題となっています。
- 都内の医療機関に対し、認知症に関する診療体制を調査した結果、認知症の診断・治療を行う専門医療機関が都内各地域に存在することが明らかとなっています。しかし、認知症と身体症状の双方に切れ目のない医療支援体制、地域におけるかかりつけ医を中心とした連携体制は、まだ十分に構築されていないと言えます。
- 認知症の人の急増に伴い、認知症の人に対する医療に精通した医師や看護師の育成が急務の課題となっています。併せて、地域包括支援センター、介護支援専門員等の認知症対応力の更なる向上が必要です。
- こうした諸課題を解決するため、東京都は、二次保健医療圏に1か所を基本に、医療機関同士、更には医療と介護の連携の推進役となる認知症疾患医療センターの整備を進めています。

施策の方向 ○ 認知症の人と家族が地域で安心して生活できるよう、認知症疾患医療センターの整備を進め、医療機関同士、更には医療と介護の連携の推進役として、地域の支援体制を構築していきます。

- 認知症疾患医療センターにおいて、認知症の人の身体合併症及び周辺症状の治療に対応できるよう体制の整備を進めるとともに、地域の認知症に係る専門医療機関、一般病院、精神科病院等と緊密な連携を図り、認知症疾患医療センターを含む地域全体で受入れを促進していく体制を構築していきます。
- 認知症疾患医療センターが、地域における認知症医療に係る人材育成において中心的な役割を担うことで、地域における認知症専門医療の充実と認知症対応力の向上を図っていきます。

＜認知症疾患医療センターと関係機関による地域連携(イメージ図)＞



資料：東京都福祉保健局高齢社会対策部「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検討部会報告書」(平成23年1月)

(4)高齢者の住まいの確保

～多様なニーズに応じた居住の場を選択できるように～

(本文 第3部 第5章 高齢者の住まいの確保)

※ 「高齢者向け施設(介護保険施設、有料老人ホーム等)の確保」については、第3部第1章第1節を参照

高齢者のための住まい(住宅・施設)

区分	名称	概要	介護サービス
住	東京シニア円滑入居賃貸住宅	東京都で定める一定の基準を満たす高齢者の入居を拒まない賃貸住宅として東京都に登録された住宅	外部の介護サービスを利用
	サービス付き高齢者向け住宅	バリアフリー化され、安否確認サービス、緊急時対応サービス、生活相談サービス等の付いた住宅として都道府県等に登録された住宅。収入に応じて家賃減額を受けられる住宅もある	外部の介護サービスを利用 又は スタッフにより提供(特定施設入居者生活介護の場合)
宅	東京都高齢者向け優良賃貸住宅	バリアフリー化され、安否確認サービス、緊急時対応サービスの付いた住宅として東京都に認定された住宅。収入に応じて家賃減額を受けられる住宅もある	外部の介護サービスを利用
	シルバーピア(シルバーハウジング)	バリアフリー化され、緊急時対応等のサービスの付いた公営賃貸住宅。収入に応じた家賃設定がされている	
施設	特別養護老人ホーム	常時介護が必要で家庭での生活が困難な人が、介護や身の回りの世話を受けながら生活する施設	
	介護老人保健施設	病状が安定し、病院から退院した人などが、リハビリテーションを中心とする医療的ケアと介護を受ける施設	施設スタッフにより介護サービス提供
	介護療養型医療施設	比較的長期にわたって療養が必要な人が入院して、療養上の管理や介護を受ける施設	
その他	軽費老人ホーム(ケアハウス)	本人の収入に応じて低額な費用で日常生活に必要なサービスを受けながら、自立した生活を送ることができる住まい	外部の介護サービスを利用 又は スタッフにより提供(特定施設入居者生活介護の場合)
	都市型軽費老人ホーム	居室面積要件等を緩和した新たな施設基準による軽費老人ホーム	
その他	介護付有料老人ホーム	特定施設入居者生活介護の事業者指定を受けた有料老人ホーム。元気な人も入居可能なものや、入居を介護が必要な人に限るものがあるなど、様々なタイプがある	施設スタッフにより介護サービス提供
	住宅型有料老人ホーム	食事等の日常生活上のサービスは付くが、介護サービスは別契約で外部の事業所を利用する有料老人ホーム	外部の介護サービスを利用
	健康型有料老人ホーム	食事等の日常生活上のサービスが付いた有料老人ホーム。介護が必要になると原則として退去しなければならない	なし
	認知症高齢者グループホーム	認知症高齢者が、5～9人の少人数で、家庭的な雰囲気のもとで介護や身の回りの世話を受けながら共同生活を送る住まい	施設スタッフにより介護サービス提供

(注)施設のうち「その他」に該当するもので提供される介護サービスは、介護保険制度上、在宅サービスに該当します。

資料:東京都福祉保健局高齢社会対策部作成

高齢者向け住宅におけるサービスの質の確保

現状と課題

- サービス付き高齢者向け住宅は、高齢者の居住の安定確保に関する法律では、状況把握(安否確認)などの生活支援サービスの提供が必須とされていますが、緊急時対応サービスが必須とされていません。
- 高齢者向け住宅では、食事、入浴の介助など介護サービスを提供するものも見られますが、生活支援サービスについて、提供されるサービスごとに事業者が異なるなど、入居者にとって分かりにくい運営形態が見受けられます。

施策の方向

- サービス付き高齢者向け住宅の登録基準について、国が定める登録基準に、緊急時対応サービスの実施を追加します。
- サービス契約を入居者と交わす際の留意点や提供すべきサービスの内容等について、「高齢者向け住宅における生活支援サービス提供のあり方指針」に基づき、事業者が提供するサービスの質を担保するとともに、高齢者向け住宅で提供されるサービスの内容等を都民により分かりやすいものとしていきます。
- 高齢者向け賃貸住宅において提供される緊急時対応、安否確認、食事の提供などの生活支援サービスに係る契約書等を公表することにより、サービスの質の確保を図ります。

高齢者のための住宅の供給促進

現状と課題

- 高齢者が多様なニーズに応じた居住の場を選択できるようにするとともに、身体状況等に応じて必要なサービスを受けることができる環境の整備やサービスの質の確保を図り、安全・安心な住まいを実現していくことが求められています。
- 東京は地価が高く土地取得コスト等が高額になるため、結果的にこれらのコストが家賃等に反映され、利用者負担が高額になる傾向があります。
- 低所得者層のみならず、中堅所得者層(厚生年金受給者など)の高齢者が適切な負担で入居できるケア付きの賃貸住宅は、なお不足しています。
- 高齢者単身・夫婦のみ世帯が急激に増加している現状等を踏まえ、高齢者が安心して居住できる住まいづくりを推進するため、安否確認、生活相談等のサービスが提供されるサービス付き高齢者向け住宅が創設されたことから、安心を求める高齢者のニーズに応える住宅の供給促進が期待されます。

区市町村における取組事例

○ 住まいサポートセンター(世田谷区) - 292ページ -

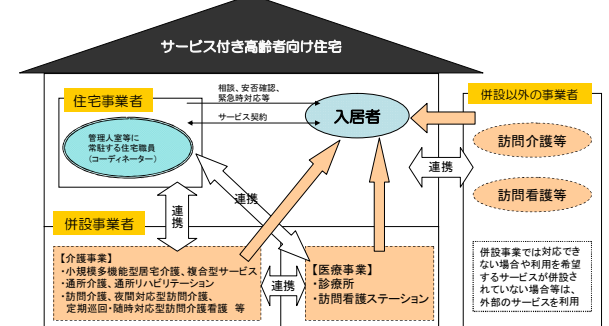
高齢者、障害者等の居住確保を支援するとともに、世田谷区の住まいに関する事業やサービス、催し等の情報の提供や、相談を行うため、①居住支援制度(保証人がいない等の理由で入居できない場合に、保証会社の金銭保証制度の利用等についてセンターが支援することにより、入居・継続居住を支援)、②あんしん訪問サービス(③の制度を利用して入居した高齢者等から希望があった場合に、ボランティアによる定期的な見守り・声掛けを実施)、③賃貸物件情報サービス(世田谷区と協定した不動産店が、高齢者、障害者、一人親世帯に対して民間賃貸住宅の空き情報の提供と相談までの調整を実施)などに取り組んでいます。

- 医療・介護事業所と連携する高齢者向け住宅は、職員を24時間配置するなど人員配置が手厚く、重度の要介護高齢者や認知症高齢者を受け入れています。また、医療・介護事業所と連携のある住宅は、連携がない住宅(特定施設を除く。)と比較して、入居率が高くニーズの高さが伺われます。

施策の方向

- 高齢者の多様なニーズに対応するため、安否確認、生活相談等のサービスが提供されるサービス付き高齢者向け住宅や高齢者の入居を拒まない住宅である東京シニア円滑入居賃貸住宅の登録を促進します。こうした住宅の情報を高齢者に広く提供することなどにより、高齢者の入居支援を図ります。
- 区市町村と連携し、バリアフリー化され、緊急時対応、安否確認等のサービスの質が確保されるとともに、高齢者が適切な負担で入居可能なサービス付き高齢者向け住宅、東京都高齢者向け優良賃貸住宅などのケア付き賃貸住宅(東京モデル1)の供給を促進していきます。
- 高齢者が、適切な負担により、医療や介護を要する状態になっても24時間安心して暮らすことができる住まいの、民間事業者による供給促進を図っていきます。

<医療・介護連携型サービス付き高齢者向け住宅(イメージ図)>



資料:東京都福祉保健局高齢社会対策部作成

(5)介護人材対策の推進

～質の高い介護サービスを安定的に提供するために～

(本文 第3部 第4章 地域社会を支える人材の確保・定着・育成)

介護人材対策の推進

介護人材の確保と定着

現状と課題

- 近年の少子高齢化による労働力人口の減少や、他の業種の求人状況の動向に影響され、東京都における介護関連職種の有効求人倍率は2.17倍と、全業種の0.63倍を大きく上回っており、人手不足が深刻化しています。
- 平成21年10月現在、都内における介護職員数(介護福祉士・訪問介護員(ホームヘルパー)等の直接処遇を行う、常勤及び非常勤職員の合計)は約11万4千人で、全国の介護職員数約133万人の8%強を占めています。都内における介護職員数は、平成23年度には約12万2千人と推定されますが、平成26年度には約13万9千人必要であると見込まれます。
- 質の高い安定した介護サービスの提供のため、介護職員が安心して、将来の展望を持って働き続けられる仕組みづくりに早急に取り組む必要があります。まずは、介護職員の処遇に大きな影響を及ぼす介護報酬について、就業機会の多い大都市においても必要な職員を確保できる、適正な水準とすることが強く求められます。

施策の方向

- 都内で必要とされる介護人材の安定した確保・定着・育成に向け、介護・福祉の仕事に関する普及啓発、事業者の採用支援、職場改善、多様な人材の採用支援など、総合的な取組を進めます。
- 質の高いサービスが安定的に提供できるよう、早期離職による求人活動が常態化している介護保険施設等を支援します。また、複数の施設が合同で行う採用試験の実施等を支援します。
- 介護福祉士の養成施設で資格を取得し、将来都内の社会福祉施設等で介護業務等に従事しようとする人を支援します。
- 介護人材の確保・定着のため、適正な給与水準の確保を初め、労働環境の改善、介護職員のキャリアアップの支援等を行っていくことにより、介護職員一人ひとりがその能力を最大限発揮できる、働きやすい環境の整備を支援していきます。

区市町村における取組事例

○ 練馬介護人材育成・研修センター(練馬区) - 285ページ -

介護の現場を支える質の高い人材の確保・育成を行うため、社会福祉法人練馬区社会福祉事業団が練馬介護人材育成・研修センターを設立しました。センターでは、①人材育成事業(介護職員などを対象とした研修の実施)、②人材確保事業(介護分野での就労を目指す人などを対象に、仕事セミナーなどの事業者の人材確保につながるイベントの開催)、③相談支援事業(介護職員の健康面での不安等について、面接相談及び24時間対応の電話相談の実施)などに取り組んでいます。

在宅療養を支える人材の確保・育成

現状と課題

- 介護支援専門員は、在宅療養における多職種連携の中で、医療と介護を結ぶキーパーソンです。高齢者の医療依存度に応じたケアを提供するために、入退院時を含め医療機関等との連携を緊密に行い、訪問看護など医療系サービスを適切に取り入れたケアプランを作成することが必要です。

施策の方向

- 介護支援専門員を対象に、入退院時を含めた医療職との連携に必要な医療的知識と情報共有や連絡体制を強化するための視点を修得する研修を行い、高齢者に対する介護サービスや医療サービスを含む日常生活圏域における包括的なサービスの提供を図ります。

介護人材の育成

現状と課題

- [介護福祉士・社会福祉士]
 - 介護職員に占める介護福祉士の有資格者の割合は、都内の特別養護老人ホームで52.0%(全国は51.6%)、都内の介護老人保健施設で57.3%(全国は41.5%)ですが、訪問介護では全国で26.6%にとどまっています。
- [介護支援専門員]
 - 高齢者の在宅生活を支えるためには、多様なサービス主体が連携して高齢者を支援できるよう、介護支援専門員が中核的役割を担い、利用者の自立支援に資するケアマネジメントを適切に行うことが重要です。
 - 特に、今後増大することが見込まれる医療ニーズに応えるためには、医療職との連携に必要な医療的知識と視点を有し、利用者に対する生活全般を支え、適切なケアマネジメントを実施することができる、より質の高い介護支援専門員を育成することが求められています。

[訪問系サービス]

- 在宅において、医療的ケアが必要な要介護高齢者が増加していることから、業務上必要な医療的知識を有する訪問介護員(ホームヘルパー)を育成することが求められます。

[施設・居住系サービス]

- 施設における介護職員についても、業務上必要な医療的知識を有する職員を育成し、より安全で質の高いサービスの提供を図ることが求められます。

[たんの吸引等を実施する介護職員等]

- 平成24年4月から、一定の研修を修了した訪問介護員(ホームヘルパー)等の介護職員等は、医師の指示、看護師等との連携のもと、特別養護老人ホームや利用者宅でたんの吸引と経管栄養を実施できるようになりました。

施策の方向

- [介護福祉士・社会福祉士]
 - 施設や在宅サービスに従事する介護職員が、働きながら介護福祉士・社会福祉士等の国家資格の取得に取り組むことを支援し、職員の定着・育成及び介護サービスの質の向上に努めます。
- [介護支援専門員]
 - 介護保険サービスや他の保健・医療・福祉サービスとの連携、他の介護支援専門員に対する助言・指導など、ケアマネジメントを適切かつ円滑に提供するための知識及び技術を修得した主任介護支援専門員を養成し、その活躍を通じてケアマネジメントの質の向上を図ります。
 - 福祉サービスと保健・医療サービスを総合的・一体的に提供できるよう、医療職との連携に必要な医療的知識を有した介護支援専門員を育成します。

[訪問系サービス]

- 訪問介護員(ホームヘルパー)を対象に、業務上必要な医療的知識に関する研修を実施し、適切なサービス提供を促進します。

[施設・居住系サービス]

- 介護保険施設等の介護職員を対象に、業務上必要な医療的知識に関する研修を実施し、適切なサービス提供を促進します。

[たんの吸引等を実施する介護職員等]

- 在宅サービス及び施設サービスにおける質の向上を図るため、介護職員等を対象としてたんの吸引等に関する研修を実施するとともに、実施状況を踏まえ、研修体制等について検討していきます。

(6) 地域社会を支える担い手としての高齢者の支援

～「支えられる存在」から「地域を自ら支える存在」へ～

(本文 第3部 第6章 安心な生活の確保
第7章 多様な社会参加の促進)

見守りネットワークの構築と多様なサービスの提供

現状と課題

- 高齢化と核家族化の進展により、高齢者単身世帯が増加しています。長期にわたり一人暮らしを続けることにより、社会や地域とのつながりが希薄になってしまう高齢者もいます。
- かつて地域社会には、住民同士の助け合いが存在しましたが、都市化の進展により、こうした地域における「互助」の機能が低下してきています。
- 町内会・自治会など、近隣の住民同士が協力し合い、民生児童委員、地域包括支援センター等の取組との連携を図りつつ、地域から孤立しがちな高齢者に対する見守りや支援につなげるなど、地域における支え合いの仕組みづくりが必要です。

施策の方向

- 地域における「互助」の機能を高め、地域住民が主体となって一人暮らし高齢者等を見守り、支え合う仕組みづくりを進めます。
- 地域の高齢者を見守る拠点となるシルバー交番の設置促進、ボランティア等による訪問の推進など、見守り機能を強化し、高齢者の不安を解消します。
- 区市町村が地域の住民ボランティアを育成し、関係機関等からなる支援ネットワーク、高齢者の見守り等に活用する取組を引き続き支援していきます。
- 高齢者が多く住んでいる共同住宅や大規模集合住宅団地について、住民の力や民間活力との連携による見守りの仕組みづくりを進めていきます。

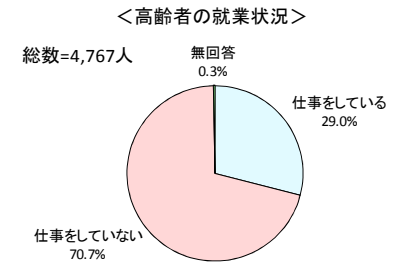
区市町村における取組事例

- かつしかあんしんネットワーク事業(葛飾区) - 294ページ
あんしんネット推進機関(地域包括支援センター、葛飾区福祉部障害福祉課)が中心となって、地域の協力機関(地域の町内会・自治会、民生児童委員、高齢者クラブ、医療機関など)の協力を得ながら、高齢者等を見守っています。支援が必要な場合には、あんしんネット推進機関が相談に応じます。また、希望する人には「あんしんネット情報登録カード」を作成します。登録された緊急連絡先などの情報は葛飾区、地域包括支援センター、民生児童委員が管理し、高齢者が徘徊した場合、姿が見えず近隣から心配との通報があった場合や体調急変時などの緊急時に医療機関・警察・消防への情報提供、親族など緊急連絡先等への連絡に活用しています。

就労・起業の支援

現状と課題

- 少子高齢化の急激な進行に伴い、本格的な人口減少社会が到来し、労働力人口についても今後減少する見通しとなっています。こうした中で、社会の活力を維持していくためには、意欲と能力のある高齢者が社会で活躍できるような仕組みづくりが不可欠です。
- 高齢者のうち、収入を伴う仕事をしている高齢者は3割弱おり、男性では41.0%、女性では19.9%の高齢者が仕事をしています。特に「65～69歳」では、男性の61.8%、女性の35.5%が仕事をしています。



資料：東京都福祉保健局「高齢者の生活実態 東京都福祉保健基礎調査」(平成22年度)

施策の方向

- 高齢者の高い就業意欲と多様な就業ニーズに応えるため、東京しごとセンターにおいて就業相談等の様々な事業を実施するとともに、東京しごとセンターの機能を拡充し、新たに高齢者専門の就業支援窓口として「東京都版シルバーハローワーク(仮称)」を整備します。これらの施策に加え、シルバー人材センター事業等を通じて、高齢者の就業を支援していきます。

区市町村における取組事例

- はちおうじ志民塾(八王子市) - 310ページ
「志民塾」は、既存の啓発・入門講座にとどまらず、体系的かつ専門的なカリキュラムを提供していますが、実施に当たっては、NPO法人関係者、元企業OB、有資格者などによる地元中小零細企業を支援するボランティア組織「ビジネスお助け隊」のメンバー、人材育成の専門家など外部から多様な人材を募りプロジェクトチームを結成し、事業の全体スキーム、カリキュラム内容を作り上げてきました。プログラムは、「基礎課程」とコミュニティビジネスなど3コースの「専門課程」の2層構成です。卒業生は一・二期合わせて50名程度ですが、それぞれの「志」や「想い」を形にするため、OB会を組織しての仲間づくり、コミュニティビジネスに向けての展開だけでなく、町内会・自治会や市民活動団体での活動も開始しています。

社会活動への参加の支援

高齢者の多様な社会活動の支援

現状と課題

- 高齢者は、地域において安心して生活できるよう支援を受ける側となるばかりでなく、地域とのつながりを持ちつつ「地域社会を支える担い手」として社会参加していくことも期待されます。
- 「団塊の世代」は、平成24年から平成26年にかけて65歳を迎え、生活の中心が会社から地域社会へと移り、ボランティア活動等を通じて社会に参加し、自己実現したいと考える人の増加が考えられます。

施策の方向

- 多様なニーズを持つ高齢者の生きがいづくりや自己実現に役立つよう、ボランティア等の社会活動、地域活動などへの参加を促進し、地域社会で活躍できる機会を提供するなど、支援していきます。
- 高齢者の健康増進や仲間づくり活動を支え、世代を超えた交流を促進するため、文化・スポーツ活動、老人クラブ活動等を支援します。

高齢者が地域を活性化するための仕組みづくり

現状と課題

- 都市化の進展やライフスタイルの変化に伴い、地域の連帯感が希薄化し、地域社会の支え合い、すなわち「互助」の機能が弱体化しています。
- このため、「団塊の世代」を初め元気で活動意欲の高い高齢者が「地域社会を支える担い手」として、防犯、防災などの地域の安全・安心の確立、一人暮らし高齢者の見守りなど、地域社会を活性化する活動に積極的に取り組むことが期待されます。

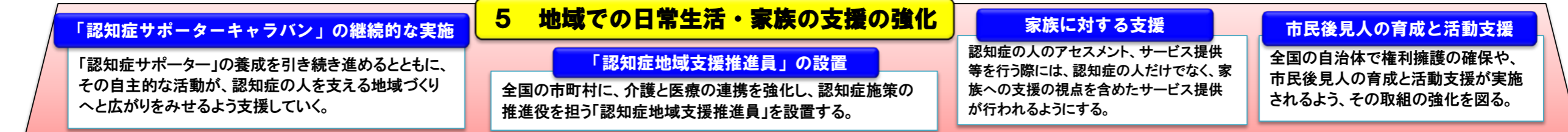
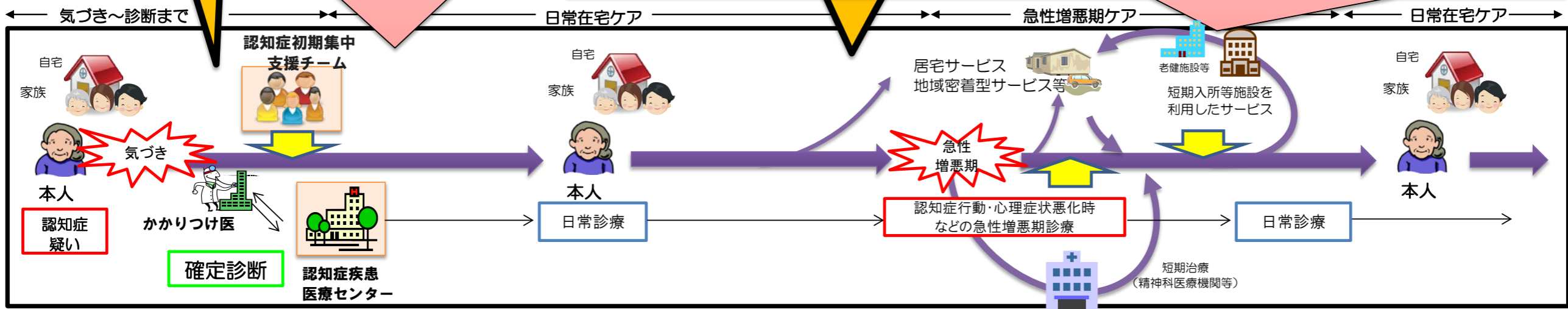
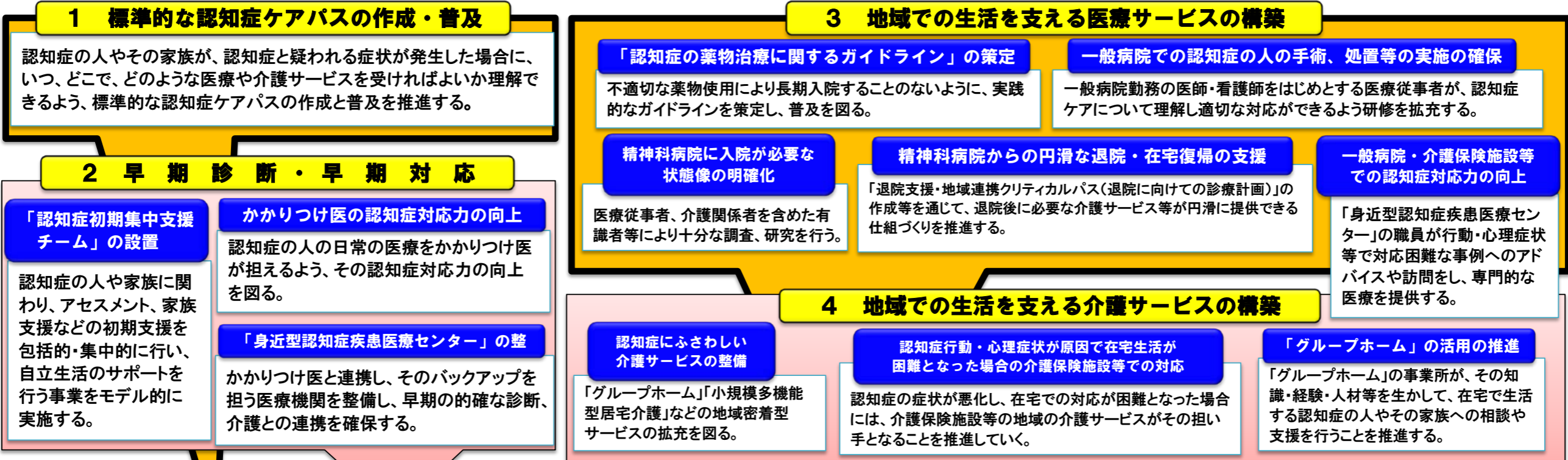
施策の方向

- 「団塊の世代」を初めとする経験豊富な高齢者が、「地域社会を支える担い手」として、自主的にかつ継続して活躍できるような仕組みづくりを検討します。
- 「団塊の世代」や元気な高齢者を地域における福祉保健分野の推進役、地域のサポーターとして積極的に活用し、「支えられる存在」から「地域を自ら支える存在」へと高齢者像を一新し、広く都民に発信していきます。

『今後の認知症施策の方向性について』の概要

今後目指すべき基本目標－「ケアの流れ」を変える－

- 「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指す。
- この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの不適切な「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）を構築することを、基本目標とする。



6 若年性認知症の特性に配慮し、支援のためのハンドブックを作成、配布するとともに、本人や関係者等が交流できる居場所づくりの設置等を促進する

7 認知症の人への医療・介護を含む一体的な生活の支援として「認知症ライフサポートモデル」を策定し、これらを踏まえ医療・介護サービスを担う人材を育成する

今後の認知症施策の方向性について

平成24年6月18日

厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム

目次

I	これからの認知症施策の基本的な考え方	2
II	現状・課題等	7
III	具体的な対応方策	
1.	標準的な認知症ケアパスの作成・普及	12
2.	早期診断・早期対応	13
3.	地域での生活を支える医療サービスの構築	17
4.	地域での生活を支える介護サービスの構築	19
5.	地域での日常生活・家族の支援の強化	21
6.	若年性認知症施策の強化	24
7.	医療・介護サービスを担う人材の育成	25
参考資料1	標準的な認知症ケアパスの概念図	27
参考資料2	かかりつけ医・認知症疾患医療センター・認知症初期 集中支援チームの相互関係図	28
参考資料3	認知症初期集中支援チームの概念図	29
参考資料4	地域ケア会議の概念図	30
参考資料5	認知症施策検討プロジェクトチーム設置要綱	31

I これからの認知症施策の基本的な考え方

【これまでの認知症施策を再検証する】

- 世界に類をみない長寿国である日本で、高齢者が認知症になっても、尊厳をもって質の高い生活を送ることは、私たちの共通の望みである。
- かつて、私たちは認知症を何も分からなくなる病気と考え、徘徊や大声を出すなどの症状だけに目を向け、認知症の人の訴えを理解しようとするどころか、多くの場合、認知症の人を疎んじたり、拘束するなど、不当な扱いをしてきた。今後の認知症施策を進めるに当たっては、常に、これまで認知症の人々が置かれてきた歴史を振り返り、認知症を正しく理解し、よりよいケアと医療が提供できるように努めなければならない。
- 平成 12 年に施行された介護保険法は、これまで認知症の人に対するケアの充実に一定の役割を果たしてきた。平成 18 年の改正では、主として認知症の人を念頭に、介護保険法の目的に、「高齢者の尊厳の保持」が加えられた。さらに、平成 24 年の改正では、認知症に関する調査研究の推進規定が設けられた。また、市町村介護保険事業計画では、認知症である被保険者の地域における自立した日常生活の支援に関する事項を定めるよう努めることとされた。
- これまで、認知症施策については、その促進を図る観点から、「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト報告書」(平成 20 年 7 月)、社会保障審議会介護保険部会での「介護保険制度の見直しに関する意見」(平成 22 年 11 月)、「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム第 2 R とりまとめ」(平成 23 年 11 月) 等で様々な提言がなされ、実施されてきている。
- 今回のプロジェクトチームでは、これまでの議論に加え、新たに関係者へのヒアリング等を行い、過去 10 年間の認知症施策を再検証した上で、今後目指すべき基本目標とその実現のための認知症施策の方向性について検討した。

【今後目指すべき基本目標―「ケアの流れ」を変える―】

- このプロジェクトは、「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、

できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指している。

この実現のため、新たな視点に立脚した施策の導入を積極的に進めることにより、これまでの「自宅→グループホーム→施設あるいは一般病院・精神科病院」というような不適切な「ケアの流れ」を変え、むしろ逆の流れとする標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）を構築することを、基本目標とするものである。（P27 参考資料1 参照）

【7つの視点からの取組】

- 上記の基本目標（「ケアの流れ」を変える）の実現のために、現在行われている施策について、多くの意見や批判を踏まえて、見直しやバージョンアップを図ることにした。新規施策と合わせて、地域で医療、介護サービス、見守り等の日常生活の支援サービスが包括的に提供される体制を目指し、具体的には、以下の7つの視点に立って、今後の施策を進めていくことにする。

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

- ① 認知症の状態に応じた適切なサービスの提供

2. 早期診断・早期対応

- ① かかりつけ医の認知症対応力の向上
- ② 「認知症初期集中支援チーム」の設置
- ③ アセスメントのための簡便なツールの検討・普及
- ④ 早期診断等を担う「身近型認知症疾患医療センター」の整備
- ⑤ 認知症の人の適切なケアプラン作成のための体制の整備

3. 地域での生活を支える医療サービスの構築

- ① 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
- ② 一般病院での認知症の人の手術、処置等の実施の確保
- ③ 一般病院での認知症対応力の向上
- ④ 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化
- ⑤ 精神科病院からの円滑な退院・在宅復帰の支援

4. 地域での生活を支える介護サービスの構築

- ① 医療・介護サービスの円滑な連携と認知症施策の推進
- ② 認知症にふさわしい介護サービスの整備

- ③ 地域の認知症ケアの拠点としての「グループホーム」の活用の推進
- ④ 行動・心理症状等が原因で在宅生活が困難となった場合の介護保険施設等での対応
- ⑤ 介護保険施設等での認知症対応力の向上

5. 地域での日常生活・家族の支援の強化

- ① 認知症に関する介護予防の推進
- ② 「認知症地域支援推進員」の設置の推進
- ③ 地域で認知症の人を支える互助組織等の活動への支援
- ④ 「認知症サポーターキャラバン」の継続的な実施
- ⑤ 高齢者の虐待防止などの権利擁護の取組の推進
- ⑥ 市民後見人の育成と活動支援
- ⑦ 家族に対する支援

6. 若年性認知症施策の強化

- ① 若年性認知症支援のハンドブック作成
- ② 若年性認知症の人の居場所づくり
- ③ 若年性認知症の人のニーズ把握等の取組の推進
- ④ 若年性認知症の人の就労等の支援

7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

- ① 「認知症ライフサポートモデル」の策定
- ② 認知症ケアに携わる医療、介護従事者に対する研修の充実
- ③ 介護従事者への研修の実施
- ④ 医療従事者への研修の実施

【新たな「ケアの流れ」(P28 参考資料2 参照)】

- これまでのケアは、認知症の人が認知症行動・心理症状（以下、「行動・心理症状」という。）等により「危機」が発生してからの「事後的な対応」が主眼となっていたと言える。
- これに対し、今後目指すべきケアは、新たに「早期支援機能」と「危機回避支援機能」を整備し、これにより、「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置くものである。
- 「早期支援機能」として期待されるのが、「認知症初期集中支援チーム」である。このチームは、地域での生活が可能な限り維持できるようにする

ための初期集中支援を、発症後できる限り早い段階で包括的に提供するものであり、新たな認知症ケアパスの「起点」に位置づけられる。なお、かかりつけ医の認知症対応力が向上し、「認知症初期集中支援チーム」の取組が普及するまでの間は、主として「身近型認知症疾患医療センター」の医師が、「認知症初期集中支援チーム」の一員として関与したり、ケアマネジャーやかかりつけ医等に対する専門的なアドバイスを行う役割を果たすものとする。

- また、「身近型認知症疾患医療センター」は、「危機回避支援機能」を担うことも期待される。このセンターは、地域でかかりつけ医やケアマネジャー、「認知症初期集中支援チーム」等の在宅関係機関を支援し、地域の対応力を高める機能を担う。さらに、在宅関係機関だけでなく、介護保険施設や病院等と連携し、認知症の人が行動・心理症状等により危機的な状況に陥らないようにするための「危機回避支援」を行うものである。
- 現行の「認知症疾患医療センター（地域型・基幹型）」は、詳細・厳密な診断が必要とされる困難な事例や夜間救急対応、身体合併症で入院が必要な場合に対応することが想定される。

【認知症の人の精神科病院への長期入院の解消】

- 認知症の人の不適切な「ケアの流れ」の結果として、認知症のために精神病床に入院している患者数は、5.2万人（平成20年患者調査）に増加し、長い期間入院し続けるという事態を招いている。
- これは、現在の認知症施策が、次の5つの問題点に適切に対応できていないことが背景にある。
 - ① 早期の診断に基づき、早期の適切なケアに結びつける仕組みが不十分である。このため、早期の適切なアセスメントによるケアの提供、家族への支援があれば、自宅で生活を送り続けることができる認知症の人でも、施設や精神科病院を利用せざるを得なくなっている。
 - ② 不適切な薬物使用などにより、精神科病院に入院するケースが見受けられる。
 - ③ 一般病院で、身体疾患の合併等により手術や処置等が必要な認知症の人の入院を拒否したり、行動・心理症状に対応できないので精神科病院で対応してもらう等のケースがある。施設でも、行動・心理症状に対応できないので、精神科病院に入院してもらうケースがある。
 - ④ 認知症の人の精神科病院への入院基準がないこともあり、必ずしも精

神科病院への入院がふさわしいとは考えられない認知症の人の長期入院が見られる。

- ⑤ 退院支援や地域連携が不十分であり、精神科病院から退院してもらおうと思っても地域の受入れ体制が十分でない。

- こうした問題点の解消のためには、不適切な「ケアの流れ」を変え、標準的な認知症ケアパスを構築するとともに、特に以下の5つの施策を重点的に取り組むべきである。このため、今後、厚生労働省内をはじめとして関係者が総力をあげて取り組むこととする。

<5つの重点施策>

- ① 早期診断と「認知症初期集中支援チーム」による早期ケアの導入
- ② 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定
- ③ 一般病院入院中の身体合併症を持つ認知症の人や施設入所中の行動・心理症状発症者に対する外部からの専門家によるケアの確保
- ④ 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化について、有識者等による調査、研究の実施
- ⑤ 「退院支援・地域連携クリティカルパス(退院に向けての診療計画)」の作成と地域での受入れの体制づくりの推進

【今後の取組】

- 今後、この報告書に基づき、省内関係部局（医政局、社会・援護局障害保健福祉部、老健局、保険局）、関係省庁、地方公共団体、関係団体等と連携して、計画的に認知症施策を推進していくことにする。
- また、認知症施策の推進に当たっては、住民にとって最も身近な基礎的自治体である市町村の果たすべき役割は大きい。高齢者の数や地域ごとの特性等に応じて各地域で、認知症の人への支援体制が構築されることが重要である。その積極的な取組と国や都道府県からの支援が必要である。
- 今後、この報告書に掲げた施策に関する平成25年度からの5年間の具体的な計画を、平成25年度予算要求とあわせて策定する。
- さらに、認知症施策を効果的に推進していくため、「認知症疾患医療センター」の所管替えなど厚生労働省内の認知症施策の一元化とこれに応じた組織の見直しを行う。

Ⅱ 現状・課題等

【認知症ケアパスの課題】

- 早期診断・早期対応の遅れ、行動・心理症状等への不適切な対応などにより、不必要な施設入所や精神科病院への入院が増えている。また、「認知症の人は、在宅で生活することは難しく、施設や精神科病院に入所・入院する」という考えが一般化している。

【早期診断・早期対応の課題】

- かかりつけ医には、認知症の早期発見とその状態の変化の把握、認知症の人への日常的な診療や家族への助言を行うことが期待されている。現在、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を実施しているものの、その修了者数は不足している。
- 早期対応の遅れから認知症の症状が悪化し、行動・心理症状等が生じてから、医療機関を受診しているケースが散見されている。一方、国際的には認知症の人への早期対応が重視されてきている。例えば、イギリスでは、「国家認知症戦略」に基づき、早期診断を含む包括的な「メモリーサービス（初期集中支援サービス）」が重点施策として位置付けられ、在宅での生活の継続につながるサービス体制の整備を推進している。
- 日常的なケアの場での継続的なアセスメントが不十分であるため、適切な認知症のケアが提供できていない。
- 「認知症疾患医療センター」は、認知症の的確な診断と行動・心理症状や身体合併症を持つ患者への対応を実施している。現在、基幹型が7か所、地域型が164か所（平成24年5月1日現在）となっている。しかし、現状の設置数では受診まで数ヶ月を要する状況にある。
早期の診断を一層促進するためには、より身近に、かかりつけ医と連携して、その支援を担う地域の認知症医療の拠点を整備することが必要である。
- 認知症の人に対するケアマネジメントが不十分なケアプランが見られる。また、利用者のニーズに応じて、包括的に医療・介護サービスを提供する体制が不十分である。

【認知症の人に対する医療の問題点】

- 認知症の精神症状に対する抗精神病薬の投与については、先進諸国で、その悪影響について議論が行われ、ガイドライン等が策定されているが、日本ではまだガイドライン等が策定されていない。また、不適切な薬物使用により精神科病院に長期入院するケースが見られる。
- 一般病院で、職員の認知症への理解や対応力の不足から、身体疾患の合併等により手術や処置等が必要な認知症の人の入院を拒否するなどの問題が生じている。
- また、一般病院で、行動・心理症状に対応ができないため、精神科病院に転院するケースが見られる。
- 有識者の中には、「できる限り地域での生活を継続していくためには、入院が必要な状態像を明確化し、できる限り入院の対象となる人を限定していくべきである」という意見がある。具体的には、精神科病院への入院が必要な状態像として、
 - ・ 対応を工夫しても暴力が激しく、強制力を利用しなければコントロールできない場合
 - ・ 被毒妄想など精神症状に基づく拒食があり、生命に危険が及ぶ場合
 - ・ 精神症状に基づく拒薬があり、薬物療法が不可能な場合等の治療上強制力が必要な場合に限定してはどうかという意見もある。
- 認知症のために精神病床に入院している患者数は、平成8年の2.8万人から平成20年には5.2万人（いずれも患者調査）と大幅に増加している。

【認知症の人に対する介護の問題点】

- 認知症ケアにおいては、介護と医療の連携体制の構築が重要であるが、多くの自治体では、その取組が遅れている。また、認知症の人の支援については、平成24年度から介護保険事業計画の中で策定する努力義務が法律上設けられたばかりであるので、市町村の認知症に係る課題やサービスの把握・分析が遅れている。
- 今後、認知症の人が増加していくことが見込まれるなかで、認知症の人が住み慣れた地域で可能な限り生活を続けていくためには、今までの提供水準の居住系サービスや在宅サービス等の介護サービスでは、十分

に対応できないおそれがある。

- 在宅での認知症ケアを推進していくために、「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）」の事業所が、その知識・経験・人材等を生かして、地域社会に根ざした認知症ケアの拠点としての活動を推進する必要があるが、現状では十分に機能していない。また、入所者の重度化への対応が十分できていない。
- 介護保険施設・事業所の職員の認知症への理解の不足から、本来は受け入れ可能であるにも関わらず、認知症の人の入所・利用を拒否するなどの問題が生じている。
- 介護保険施設等で、行動・心理症状への対応ができていないため、精神科病院に入院するケースが見られる。

【地域での日常生活・家族の支援に関する課題】

- 一般的に高齢者は、閉じこもりがちのため、心身の機能が低下し、生活が不活発になることによる認知機能の低下が懸念されている。各市町村では、地域ニーズの把握や介護予防事業等で認知機能低下の予防に取り組んでいるが、必ずしも十分ではない。
- 地域包括支援センターでは、本来業務として「総合相談支援業務」を実施することとなっているが、他の業務に忙殺される等の理由から、その取組には限界がある。
- 一般的に認知症の人は、環境の変化に脆弱であるという特性があるため、住み慣れた地域でのよい環境のもとで、安心して暮らし続けるようにすることが大切である。現在、認知症に関する正しい知識と理解の普及、見守り、相談支援などの地域による支援体制の構築を行っている先進的な自治体もあるが、多くの自治体では十分な対応ができていない。
- 認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域で認知症の人やその家族に対して出来る範囲で手助けをする「認知症サポーター」は、着実に増加し、支え合いの活動が始まっている。そのサポーターの助け合いの活動を支援し、認知症の人を支えられる地域づくりへとつなげられるかが課題である。
- 高齢者の権利擁護に関しては、家族や介護サービス従事者等による虐

待防止等の取組の推進、地域包括支援センターによる「権利擁護業務」の推進、都道府県による権利擁護相談・支援体制の構築が図られてきたところであるが、不十分な状況である。

- 認知症の人や独居高齢者の増加を踏まえると、日常生活に関わりの深い身上監護（介護サービスの利用契約の手助け等）に係る成年後見の必要性が高まることが予想され、後見等の審判請求を行う市町村長申立の必要性が高まる。今後、市民も含めて後見人を確保していくことが必要となる。しかし、そのための体制整備は一部の自治体でしか見られない。
- 認知症の人や家族に対しては、認知症の知識や介護技術の面だけではなく、精神面も含めた様々な支援が重要である。しかし、現行施策は、コールセンターの設置や、交流会の開催などの支援にとどまっている。

【若年性認知症施策の課題】

- 若年性認知症については、「診断されたが、どこに相談したら良いのかわからない」など本人や家族からの意見がある。
- また、若年性認知症の人や関係者等が地域で交流できる居場所が不足している状況にある。
- 平成 21 年度に国の予算補助事業として「若年性認知症対策総合推進事業」を創設するなど、その取り組みを強化してきたが、都道府県や市町村によって、取り組みにばらつきがみられる。
- 若年性認知症の人の支援は、一般的に診断から介護保険サービスの利用に至るまでの期間が長い。その間の就労支援、障害福祉サービスの活用、インフォーマルサービスの活用など、本人の状態に応じた適切な支援が必要である。

【認知症に関する医療・介護従事者に対する研修の課題】

- これまで認知症の人に対するケアは、個人的な経験に依拠していたり、サービス種類別に個別に行われていたりする傾向にあり、認知症の人の生活全体を支える視点が不足していた。
- 現在の研修は、医療・介護従事者に対する認知症ケアの研修が別々に行われている。このため、同一地域に勤務していても顔を合わせる機会

が少なく、同じ言葉を使用しても理解に違いがあることから、認知症ケアの現場で、連携がとれた対応ができていないとの指摘がある。また、座学を中心とした集合研修に重きを置いており、実務に即したものとなっていないとの指摘がある。

- 介護従事者に対しては、各都道府県等で、「認知症介護実践リーダー研修」、「認知症介護指導者養成研修」等の研修が行われているが、特に居宅サービスの介護事業所に勤務する従事者を中心として、研修の機会が少ないとの指摘がある。
- 医療従事者に対しては、各都道府県等で、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」や「認知症サポート医養成研修」が行われているが、一般病院勤務の医師や看護師をはじめとする医療従事者に対する研修の機会是不十分である。

Ⅲ 具体的な対応方策

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及

【基本的な対応方針】

- 認知症の人ができる限り住み慣れた自宅で暮らし続け、また、認知症の人やその家族が安心できるよう、標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）の作成と普及を推進する。

【具体的な対応方策】

① 認知症の状態に応じた適切なサービスの提供

- 認知症の人やその家族が、認知症と疑われる症状が発生した場合に、医療や介護サービスへのアクセス方法やどの様な支援を受けることができるのかを早めに理解することが、その後の生活に対する安心感につながる。このため、標準的な認知症ケアパスの作成を進めていくこととする。
- 標準的な認知症ケアパスとは、認知症の人が認知症を発症したときから、生活機能障害が進行していく中で、その進行状況にあわせていつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければよいのかをあらかじめ標準的に決めておくものである。
- 標準的な認知症ケアパスの作成に当たっては、「認知症の人は施設に入所するか精神科病院に入院する」という従来の考えを改め、「施設への入所や精神科病院への入院を前提とせず、認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続ける」という考え方を基本とする必要がある。
- 標準的な認知症ケアパスについては、今後、国としてその調査・研究を行うが、その概念図は巻末の参考資料1（P27）のとおりである。
- なお、国が行う標準的な認知症ケアパスの調査・研究を踏まえて、市町村で、地域の実情に応じて、その地域ごとの認知症ケアパスの作成・普及を進めていく。地域ごとの認知症ケアパスでは、認知症の人の生活機能障害の進行にあわせて、いつ、どこで、どの様な医療・介護サービスを受ければよいのか、具体的な機関名やケア内容等が、あらかじめ、認知症の人とその家族に提示されるようにする。

2. 早期診断・早期対応

【基本的な対応方針】

- 認知症の人の日常の医療をかかりつけ医が担うよう、その認知症対応力の向上を図る。
- 認知症の人や家族に早期に関わる「認知症初期集中支援チーム」を地域包括支援センター等に配置し、アセスメント、体調管理、環境改善、家族支援などの初期支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う事業をモデル的に実施する。
- かかりつけ医と連携し、そのバックアップを担う「身近型認知症疾患医療センター」を整備し、早期の的確な診断、介護との連携を確保する。
- 適切なケアマネジメント、「地域ケア会議」の開催により、地域で認知症の人に対する包括的な医療・介護サービスの提供を行い、地域での生活を可能とする。

【具体的な対応方策】

① かかりつけ医の認知症対応力の向上

- 今や認知症は誰しものが発症する可能性があるありふれた疾患であり、認知症の人への日常的な診療や家族への助言は、かかりつけ医が担う必要がある。
- かかりつけ医は、外来での診療のみならず訪問診療を行うことにより、高齢者の日常的な身体疾患への対応や健康管理などを通じて、その状態の変化をいち早くキャッチすることが可能である。そして、認知症の早期段階で専門医療機関への受診勧奨を通して、早期診断等へ寄与することが期待できる。
- そのため、現在実施している「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を充実し、レベルアップを図る。また、必要なときに「身近型認知症疾患医療センター」からアドバイスを受けることが可能となる体制を整備する。
- 「認知症サポート医」については、「認知症疾患医療センター」の整備状況等を踏まえ、その役割について再検討を行う。
- また、かかりつけ医が、認知症の人とその家族や介護従事者等への適切なアドバイスを行うとともに、医療と介護の橋渡しの役割を担うため、「医師のための認知症患者及び家族への対応ガイドライ

ン」を作成する。

② 「認知症初期集中支援チーム」の設置（P29 参考資料3参照）

- イギリスなどの例を参考に、看護職員、作業療法士等の専門家からなる「認知症初期集中支援チーム」を地域包括支援センター等に配置し、認知症の人や家族に関わり、自立生活のサポートを行う体制の整備に取り組む。
- このチームは、家庭訪問を行い、生活場面で詳細な情報を収集して本人や家族に対する初期のアセスメントを実施するとともに、本人や家族への認知症の症状や病気の進行状況に沿った対応等についての説明、初期の在宅での具体的なケアの提供、家族に対するアドバイスなどを行い、一定期間、集中的に本人と家族に関わるものとする。また、医師の参加を得て、「チーム員会議」を開催し、ケア方針の決定や医療機関への紹介の有無等について検討するものとする。
なお、一定期間経過後は、ケアマネジャー、介護サービス事業者、かかりつけ医等に引き継ぐ役割を担うものとするが、その後も、ケアマネジャーやかかりつけ医等に対する専門的なアドバイスやサポートの役割を果たすことが期待される。
- このチームは、イギリスの例では、高齢者人口約4万人に1チームの割合での設置が図られており、大きな成果が報告されている。国際アルツハイマー病協会の報告書（2011年）でも、先進国での今後の初期の包括的な支援体制の構築を提言する中で、このようなチームの重要性について言及している。
このため、このチームの整備について、早期に専門家からなる研究事業を立ち上げ、モデル事業に着手するとともに、今後、具体的な取組について検討を行うこととする。

③ アセスメントのための簡便なツールの検討・普及

- 日常的なケアの場で、かかりつけ医、ケアマネジャー、介護従事者等が、認知症の人に対して継続的なアセスメントを行い、認知症ケアの適切な提供につなげていく必要がある。
- このため、アセスメントについて、介護従事者や家族などでも簡便に活用することができ、認知症の重症度の推測、早期受診につながるツールの検討・普及を行う。

④ 早期診断等を担う「身近型認知症疾患医療センター」の整備

- 現在の医学では、必ずしも全てのケースで認知症の正確な病型診断が可能なわけではない。しかし、そもそも認知症か否かという除外診断や、正常圧水頭症等の治療可能な認知症かどうか、前頭側頭型認知症等の療養上留意を要する認知症かどうかなどを早期に診断することは、重要である。
- 現在 171 か所ある「認知症疾患医療センター（基幹型・地域型）」に加えて、新たに的確な診断やかかりつけ医や地域包括支援センター等との連携・支援を担う「身近型認知症疾患医療センター」を、全国に300か所程度（「認知症疾患医療センター（基幹型・地域型）」を含めて、2次医療圏域に1か所以上、高齢者人口6万人に1か所程度）整備することを目標とする。
- 医療計画（都道府県）で、「身近型認知症疾患医療センター」を含めた「認知症疾患医療センター」等の専門医療機関を具体的に記載し、地域住民にもわかりやすく情報提供する。
- 「身近型認知症疾患医療センター」は、かかりつけ医等からの紹介を受けて、認知症の診断を行い、その後、かかりつけ医の元に戻して、かかりつけ医が日常の診療を行うことを前提としたものとする。
- また、「身近型認知症疾患医療センター」の医師が、一般病院や介護保険施設・事業所に訪問して、行動・心理症状の認知症の人に対する専門的な医療を提供すること等により、行動・心理症状の増悪による転院や入院の回避を支援する。
- なお、かかりつけ医の認知症対応力が向上し、「認知症初期集中支援チーム」の取組が普及するまでの間は、主として「身近型認知症疾患医療センター」の医師が、「認知症初期集中支援チーム」の一員として関与したり、ケアマネジャーやかかりつけ医等に対する専門的なアドバイスを行う役割を果たすものとする。こうした取組により、認知症の人や家族への初期支援の体制を構築する。

【「身近型認知症疾患医療センター」の要件】

- ① 身近な地域に存在する（概ね65歳以上人口6万人に1か所程度）。
- ② 検査体制を有する医療機関との連携によりの確な診断や投薬の適切な管理等を行うことができる認知症の専門の経験を有する医師と臨床心理技術者（兼務可）を配置する。
- ③ 診断後、早期に適切な介護サービス等の支援につなげ、地域で暮らしていけるよう、かかりつけ医やセンターが担当する区域にある数箇所の地域包括支援センター等との連携担当者を配置（兼務可）し、連携体制を築いている。
- ④ 行動・心理症状の増悪による転院や入院を回避する目的として、病院や介護保険施設・事業所への診療相談、往診など（いわゆる地域リエゾン）を行っている。
- ⑤ 診療所又は病院により行われるもの。

⑤ 認知症の人の適切なケアプラン作成のための体制の整備

- 地域で早期から継続的に包括的な医療・介護サービスを提供する仕組みを構築するためには、多職種の連携による適切なケアプランの作成が行われる必要がある。具体的には、
- ・ ケアマネジャーが、在宅の認知症の人について、その症状や家族の抱える不安などの状況把握を行うとともに、専門医療機関での確定診断やかかりつけ医等からの情報提供を受け、対象者の認知症の重症度、状態等についてのアセスメントを行う。
 - ・ アセスメント結果や地域ごとに作成した標準的な認知症ケアパスを活用し、ケアマネジャーがケアプラン（将来的に状態が変化し重症となった場合や緊急時対応等を含む。）を作成する。
 - ・ ケアマネジャーが作成したケアプランを基に、地域包括支援センター等を中心として、医療・介護従事者、行政機関、家族等の支援に携わる者が一堂に会する「地域ケア会議」を開催し、アセスメント結果を活用したケアプランの検討・検証を行う体制が全国で構築されるよう推進していく。（P30 参考資料4参照）

3. 地域での生活を支える医療サービスの構築

【基本的な対応方針】

- 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定を行う。
- 一般病院で、身体疾患の合併等により手術や処置等が必要となる認知症の人の入院の受入等を促進する。
- 「身近型認知症疾患医療センター」の職員が、一般病院の職員に対して、行動・心理症状等に対応困難な事例へのアドバイスや一般病院に訪問して専門的な医療を提供するなどの業務の充実を図る。
- 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化について、有識者等による調査、研究を行う。
- 精神科病院に入院した認知症の人の50%が退院できるまでの期間を平成32年度までに2か月に短縮するために、精神科病院に入院している認知症の人の円滑な退院・在宅復帰の支援を行う。

【具体的な対応方策】

① 「認知症の薬物治療に関するガイドライン」の策定

- 認知症の症状は、不適切な薬物使用などにより悪影響を受けやすい。また、認知症の精神症状に対する抗精神病薬の投与が世界的に議論されている中、日本では、臨床現場で利用されている事例があり、保険診療の中での使用が認められている現状がある。認知症に対する薬物の影響や行動・心理症状に対する適切な薬物治療と非薬物治療についての検証、ならびに実践的なガイドラインを策定し、普及を図る。

② 一般病院での認知症の人の手術、処置等の実施の確保

- 在宅及び介護保険施設等で生活している認知症の人が、身体疾患の合併等により手術や処置等で入院が必要となった場合、一般病院での入院を確保することが重要である。そのため、一般病院勤務の医師、看護師をはじめとする医療従事者が、認知症ケアについて理解し適切な対応ができるよう研修を拡充する。

③ 一般病院での認知症対応力の向上

- 「身近型認知症疾患医療センター」の職員が、一般病院の職員に対して、行動・心理症状等に対応困難な事例へのアドバイスや、研修を行うなどの業務の充実を図る。
- また、「身近型認知症疾患医療センター」の医師が、必要に応じて、一般病院に訪問して、行動・心理症状等の認知症の人に対する専門的な医療を提供する。

④ 精神科病院に入院が必要な状態像の明確化

- 入院が必要な状態像の明確化については、今後、医療従事者、介護関係者を含めた有識者等により十分な調査、研究を行うなど、コンセンサスの形成に努める。

⑤ 精神科病院からの円滑な退院・在宅復帰の支援

- 入院が必要な場合でも、できる限り短い期間での退院を目指すために、ある月に新たに精神科病院に入院した認知症の人（認知症治療病棟に入院した患者）のうち、50%が退院できるまでの期間を平成32年度までに2か月にする（現在は6か月）ことを目標とする。
- このため、精神科病院への入院時から退院後に必要なサービスを受けるための諸手続き等を円滑に行うための体制整備や、「退院支援・地域連携クリティカルパス（退院に向けての診療計画）」の作成等を通じて、退院後に必要な介護サービス等が円滑に提供できる仕組みづくりを推進する。
- 地域での受入れの体制づくりや人材の育成については、平成25年度予算に反映する。また、第6期介護保険事業計画期間（平成27年度から29年度まで）以降の各自治体の計画等への反映方法、医療計画や障害福祉計画との連携について検討する。

4. 地域での生活を支える介護サービスの構築

【基本的な対応方針】

- 介護保険事業計画等で、地域の実情に応じて、医療と介護の円滑な連携や認知症施策の推進について位置付ける。
- 認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくために、「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）」等の介護サービスの拡充を図る。
- 行動・心理症状等が原因で在宅サービスが困難となった場合には、介護保険施設等の地域の介護サービスがその担い手となることを推進していく。

【具体的な対応方策】

① 医療・介護サービスの円滑な連携と認知症施策の推進

- 認知症施策の実施に当たって、住民にとって最も身近な基礎的自治体である市町村の果たすべき役割は大きい。このため、介護保険事業（支援）計画（市町村・都道府県）や医療計画で、地域の実情に応じて、医療と介護の連携体制について位置付ける。例えば、専門医療機関と地域包括支援センターとの連携、介護サービス事業者と医療機関との連携を位置付けることにより、各地域で積極的に連携体制を構築する。
また、介護保険事業計画（市町村）で、認知症に係る課題や必要となるサービスの把握・分析を十分に行った上で、認知症施策を位置付ける。
- 平成23年度から実施している「在宅医療連携拠点事業」では、認知症への対応も含めた好事例の情報を広く関係者に提供していくことなどにより、在宅医療の取組に関する全国的な質の向上を図る。

② 認知症にふさわしい介護サービスの整備

- 認知症の人が可能な限り住み慣れた地域で生活を続けていくために、「グループホーム」、「小規模多機能型居宅介護」、「定期巡回・随時対応サービス」などを始めとした地域密着型サービスの拡充を図る。

③ 地域の認知症ケアの拠点としての「グループホーム」の活用の推進

- 在宅での認知症ケアを推進していくために、「グループホーム」の事業所が、その知識・経験・人材等を生かして、地域社会に根ざした認知症ケアの拠点としての活動を推進する。
- 具体的には、「グループホーム」で行われる「共用型認知症対応型通所介護」や「グループホーム」の空床を利用した「短期利用共同生活介護」により、在宅で生活する認知症の人やその家族及び、病院や介護保険施設から在宅へ復帰した認知症の人やその家族への相談や支援を行うことを推進する。
- また、「グループホーム」入所者の重度化や看取りの対応を強化する観点から、「医療連携体制加算」や「看取り介護加算」として評価しており、この評価を継続して実施する。

④ 行動・心理症状等が原因で在宅生活が困難となった場合の介護保険施設等での対応

- 認知症の症状が悪化し、在宅での対応が困難となった場合には、精神科病院への入院に頼ることなく、地域の介護サービスがその担い手となることを推進していく。
具体的には、介護保険の短期入所系サービスや介護保険施設で「認知症行動・心理症状緊急対応加算」として、期間を限定した形で緊急的な対応を評価しており、この評価を継続して実施する。
- また、認知症の人がなるべく早く在宅生活に復帰するためには、介護保険施設からの退所前等に入所者の居宅を訪問し、退所後の生活を想定したケアを提供することやサービス内容等について家族と連携することが重要であり、多職種協働による体制の整備を推進する。

⑤ 介護保険施設等での認知症対応力の向上

- 「身近型認知症疾患医療センター」の職員が、介護保険施設・事業所の職員に対して、行動・心理症状等で対応困難な事例へのアドバイスや、研修を行うなどの業務の充実を図る。
- また、「身近型認知症疾患医療センター」の医師が、必要に応じて、介護保険施設等に訪問して、行動・心理症状等の認知症の人に対する専門的な医療を提供する。

5. 地域での日常生活・家族の支援の強化

【基本的な対応方針】

- 認知機能低下予防プログラムを盛り込んだ介護予防マニュアルを全市町村に配布する。
- 全国の市町村で、本庁や地域包括支援センター等に介護と医療の連携強化や、認知症施策の推進役を担う「認知症地域支援推進員」の設置を推進する。
- 地域で認知症の人とその家族を支援し、見守る体制を強化するため、「認知症サポーター」の養成等を引き続き進めるとともに、地域での互助組織等の活動を支援する。
- また、権利擁護の確保や、市民後見人の育成と市町村による活動支援を推進する。

【具体的な対応方策】

① 認知症に関する介護予防の推進

- 定期的な運動により、認知機能低下の予防につながるとの効果検証が行われており、こうした研究成果を活用し、介護予防事業の取組を推進する。
- このため、認知機能低下予防プログラムを盛り込んだ介護予防マニュアルを全市町村に配布し、認知機能低下予防の取組を進める。

② 「認知症地域支援推進員」の設置の推進

- 全国の市町村で、介護と医療の連携強化や、地域の実情に応じて認知症の人やその家族を支援する事業の推進役を担う「認知症地域支援推進員」の市町村本庁や地域包括支援センターへの設置を図る。

③ 地域で認知症の人を支える互助組織等の活動への支援

- 地域で認知症の人やその家族を支える互助組織等の活動を支援していくことは、認知症の人やその家族に安心感を与え、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることにつながると考えられる。
- 地域で、認知症の人の徘徊事案に対応するため、警察のみならず、幅広く市民が参加する徘徊高齢者の搜索・発見・通報・保護や見守りに関するネットワークを構築するための「徘徊・見守りSOSネ

ットワーク構築事業」や、認知症の人やその家族を支える地域の人材やサービス拠点についての情報を収集し、整理した「地域資源マップ」を作成するなど、地域の実情に応じた取組を推進していく。

④ 「認知症サポーターキャラバン」の継続的な実施

- 「認知症サポーター」を養成することは、地域で認知症施策を進める上で重要な取組である。
- 「認知症サポーター」は、平成 24 年 3 月末現在で、全国で約 330 万人が養成されたところであり、その取組は、全国に広がっている。この取組を継続的に実施し、認知症の人とその家族に対する見守りや支援施策の充実を図る。
- また、「認知症サポーター」として養成された人々の自主的な活動が、認知症の人を支える地域づくりへと広がりを見せるよう、自治体はその活動を支援していく。

⑤ 高齢者の虐待防止などの権利擁護の取組の推進

- 高齢者の虐待防止のための市町村の対応窓口は、多くの市町村で設置されている。今後、一般住民への対応窓口の再周知や、対応マニュアルの作成、ネットワークの構築の推進等について積極的な取組を行う。
- また、市町村に対する都道府県の支援が重要であり、市町村に対し、虐待対応事例の収集・提供を行う取組や、弁護士等による専門職チームなどを活用した権利擁護窓口の設置の取組の強化を図る。

⑥ 市民後見人の育成と活動支援

- 平成 23 年度から、①市民後見人の養成のための研修、②市民後見人の活動を安定的に実施するための組織体制の構築、③市民後見人の適正な活動のための支援などを行う「市民後見推進事業」を予算補助事業として創設した。
- また、平成 24 年 4 月に施行された改正老人福祉法で、市民後見人の育成と活動支援の推進を図ることとされた。
- 今後、市民後見人の育成と活動支援などの取組が、全国の自治体で実施されるよう、その取組の強化を図る。

⑦ 家族に対する支援

- 認知症の人の介護を行うことは、その家族にとって相当な負担となっており、認知症の人と家族などとの関係性によっては、認知症の人に悪影響を与えるおそれが生じる。

このため、地域包括支援センター職員やケアマネジャーなどが、認知症の人のアセスメントを行う際に、認知症の人だけでなく、家族との間の関係性の中に生ずる問題にも十分焦点を当てるとともに、その理解や対応を通じて、家族の過重な負担の軽減につながる可能性も踏まえて行うよう徹底する。

また、家族などの介護者への支援の視点も含めたケアプランを作成し、家族などの介護者への支援の視点も含めたサービス提供が行われるようにする。

なお、当面、モデル的に実施する「認知症初期集中支援チーム」でも、家族などの介護者への支援の視点も含めたサービス提供を行う。

- 国の予算補助事業である「認知症対策普及・相談・支援事業」や地域支援事業で行われている「家族介護支援事業」において、一部の地域で実施されている「家族教室」（認知症に関する知識の習得や情報共有を図る場）や「認知症カフェ」（認知症の人と家族、地域住民、専門職等の誰もが参加でき、集う場）の普及など内容の充実等を図る。

6. 若年性認知症施策の強化

【基本的な対応方針】

若年性認知症の特性に配慮し、支援のためのハンドブックを作成し、配布するとともに、本人や関係者等が交流できる居場所づくりの設置等を促進する。

【具体的な対応方策】

① 若年性認知症支援のハンドブック作成

- 若年性認知症の人が発症初期の段階からその状態に応じた適切なサービスの利用を可能とするため、若年性認知症支援のハンドブックを作成し、医療機関や自治体窓口など若年性認知症と診断された人が訪れやすい場所で配布する。

② 若年性認知症の人の居場所づくり

- 若年性認知症の人の特性に配慮した就労支援や社会参加の支援、本人や関係者等が交流できる居場所づくりについて、障害福祉・介護保険に関する施策や、その他の若年性認知症施策の活用促進を図る。

③ 若年性認知症の人のニーズ把握等の取組の推進

- 国の予算補助事業である「若年性認知症対策総合推進事業」により、「都道府県内における若年性認知症実態調査及びニーズ把握のための意見交換会の開催」や「若年性認知症の人の自立支援のための関係者のネットワーク構築に資する事業」等の取組の強化を図る。

④ 若年性認知症の人の就労等の支援

- 若年性認知症の人の個々の状態に応じた支援体制の構築を行うほか、雇用継続や就労の支援など障害者施策との連携の取組の強化を図る。

7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

【基本的な対応方針】

- 認知症の人への医療・介護を含む一体的な生活支援としての「認知症ライフサポートモデル」（認知症ケアモデル）の策定を行う。
- 「認知症ライフサポートモデル」の研究成果を基に、標準的な医療・介護従事者の協働研修のためのカリキュラムの開発と研修体系の整備を行い、医療従事者・介護従事者の研修の機会の確保に一層努める。

【具体的な対応方策】

① 「認知症ライフサポートモデル」の策定

- 認知症ケアに携わる様々な専門職は、これまで、高齢者の尊厳の保持やQOLの向上に向けて試行錯誤を続け、医療職は認知症という疾患に焦点を当てたアプローチ、介護職は認知症の人の人生や生活に焦点を当てたアプローチを主な方法論としてきた。そのため、医療と介護は連携がとりにくく、それぞれが得た情報はそれぞれの領域にのみに活用され、結果的にばらばらの対応となっていた。
- 今後は、科学的根拠に基づいた一体的かつ継続的な質の高いケアを提供していくために、認知症の人のケアモデルの構築を図ることが急務である。
- 認知症ケアについては、医療と介護を別々に提供するのではなく、ケアの主体である「認知症の人本人」に対する理解（本人の意思の尊重）や原因疾患、症状を踏まえつつ、認知症の人の生活全般をサポートしていく視点が必要である。また、認知症ケアについては、高い個別性が求められることを前提とした上で、優れた認知症ケア現場の経験と知見から、最低限の規範にすべき理念や方法論を抽出し整理する必要がある。
- このような点に留意し、認知症の人への医療・介護を含む一体的な生活の支援として「認知症ライフサポートモデル」（認知症ケアモデル）を策定する。

② 認知症ケアに携わる医療、介護従事者に対する研修の充実

- 「認知症ライフサポートモデル」の策定を踏まえ、研修カリキュラムやテキストの開発についての検討を行い、研修内容の一層の充実とケアの標準化を図る。
- 特に、医療、介護従事者の双方が共通して理解しておくべき基礎的知識に関する研修を合同で行うことが重要であり、標準的なカリキュラムを医療、介護双方の有識者が連携して策定するとともに、現在の医療、介護従事者別の研修について、多職種協働の研修とするよう転換を図る。
- また、研修内容は実務に即したものとするとともに、集合研修だけでなく、介護現場の現地での研修とするなど、実践的で効果的なものとする。

③ 介護従事者への研修の実施

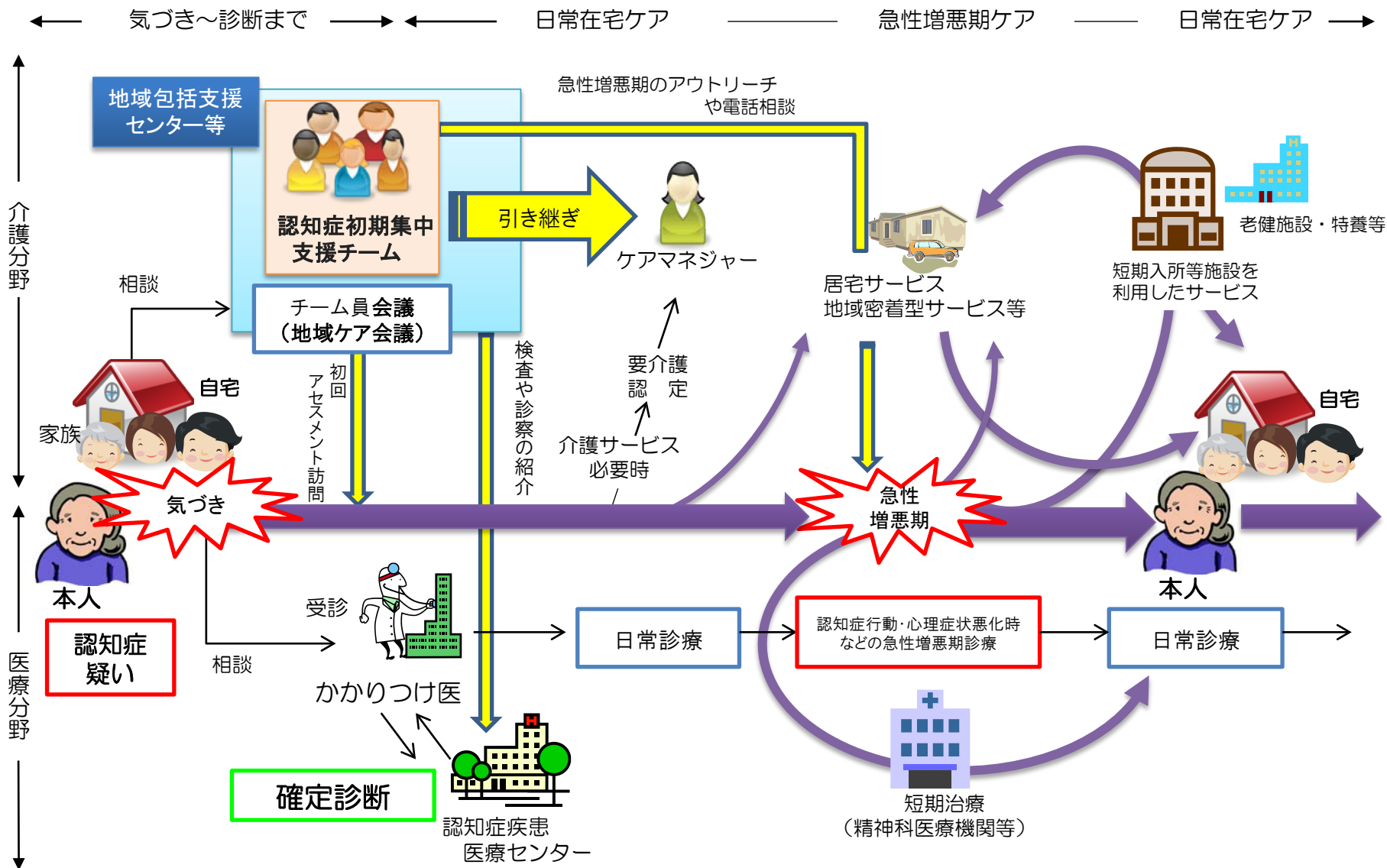
- 介護従事者に対しては、認知症ケアに必要な知識や技能を身につけるため、認知症対応に関する研修を一層充実させる。具体的には、居宅サービスの介護事業所に勤務する従事者やケアマネジャーも含めて認知症に対応できる人材を育成するための方策について検討する。現在実施している「認知症介護実践者研修」、「認知症介護実践リーダー研修」、「認知症介護指導者養成研修」等の研修体系、研修内容を見直すとともに、現場で実務を行いながらでも受講しやすい研修にする。

④ 医療従事者への研修の実施

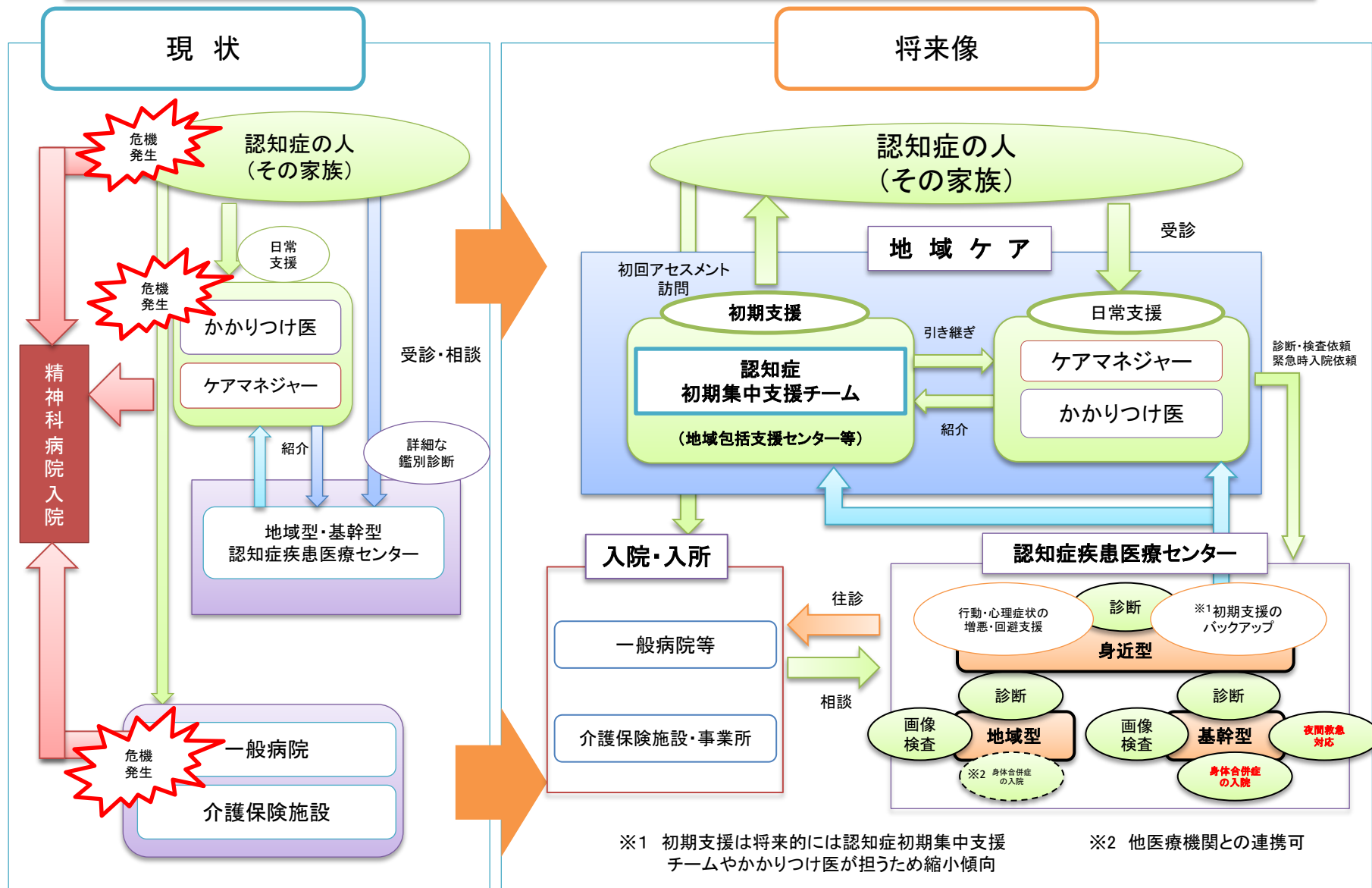
- 医療従事者への研修としては、前述の「かかりつけ医認知症対応力向上研修」や「認知症サポート医養成研修」を拡充するとともに、一般病院勤務の医師、看護師や訪問看護師をはじめとする医療従事者向けの認知症に係る研修を拡充する。

標準的な認知症ケアパスの概念図

～ 住み慣れた地域で暮らし続けるために ～



かかりつけ医・認知症疾患医療センター・認知症初期集中支援チームの相互関係図



認知症初期集中支援チームの概念図

④チーム員による本人家族への説明とケア方針の作成

- ・認知症の進行状況に沿った対応
- ・経過予測とサービス利用時の調整
- ・緊急時・重篤時を含むケア方針の作成 等

⑤在宅初期集中支援の実施

- ・在宅での具体的ケアの提供
- ・環境改善
- ・服薬管理
- ・24時間365日連絡体制の確保

⑥家族支援

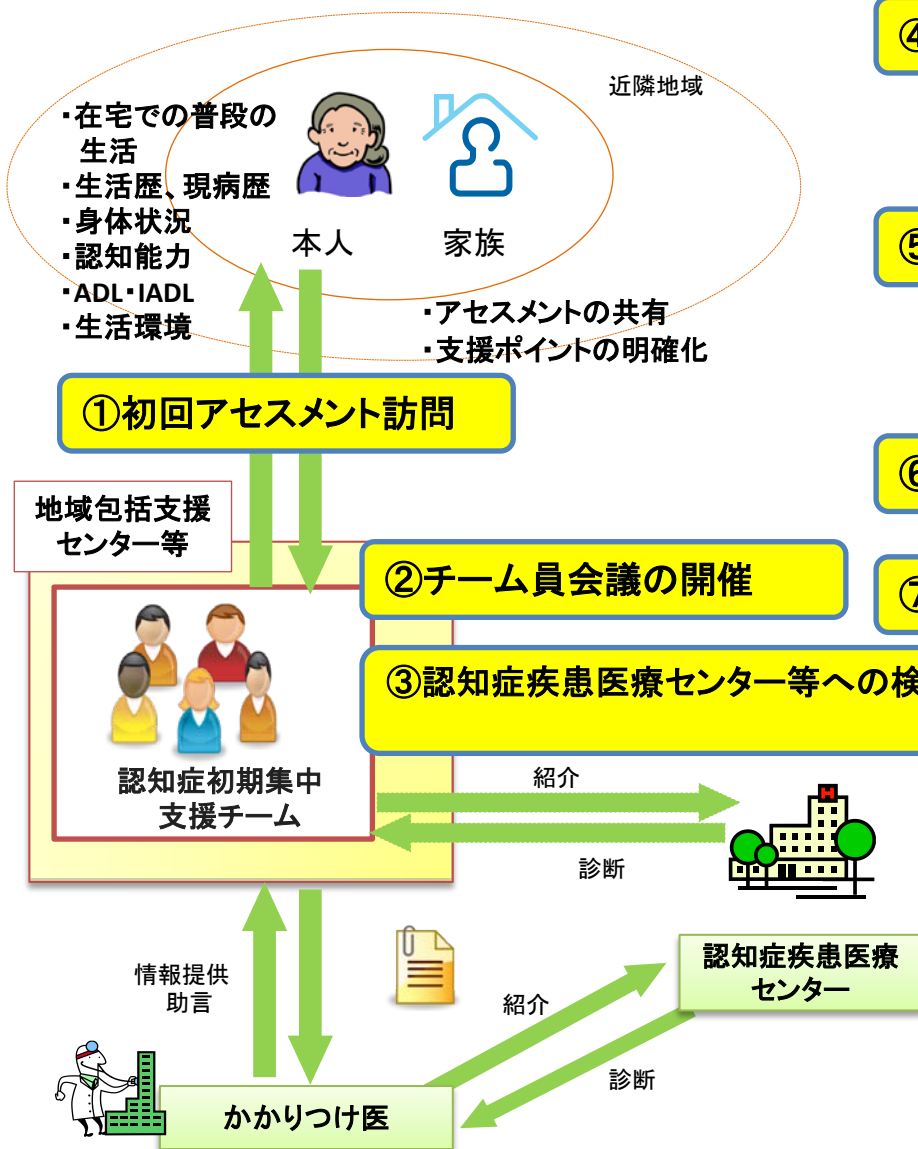
- ・カウンセリング
- ・対応方法のアドバイス

⑦急性増悪期のアウトリーチや電話相談

介護サービス
必要時

⑧ケアマネジャー等への助言

⑨地域ケア会議への出席



- ・在宅での普段の生活
- ・生活歴、現病歴
- ・身体状況
- ・認知能力
- ・ADL・IADL
- ・生活環境



本人



家族

近隣地域

- ・アセスメントの共有
- ・支援ポイントの明確化

①初回アセスメント訪問

地域包括支援
センター等

②チーム員会議の開催

③認知症疾患医療センター等への検査、診察紹介 (主治医経由)

認知症初期集中
支援チーム

紹介

診断

情報提供
助言

かかりつけ医

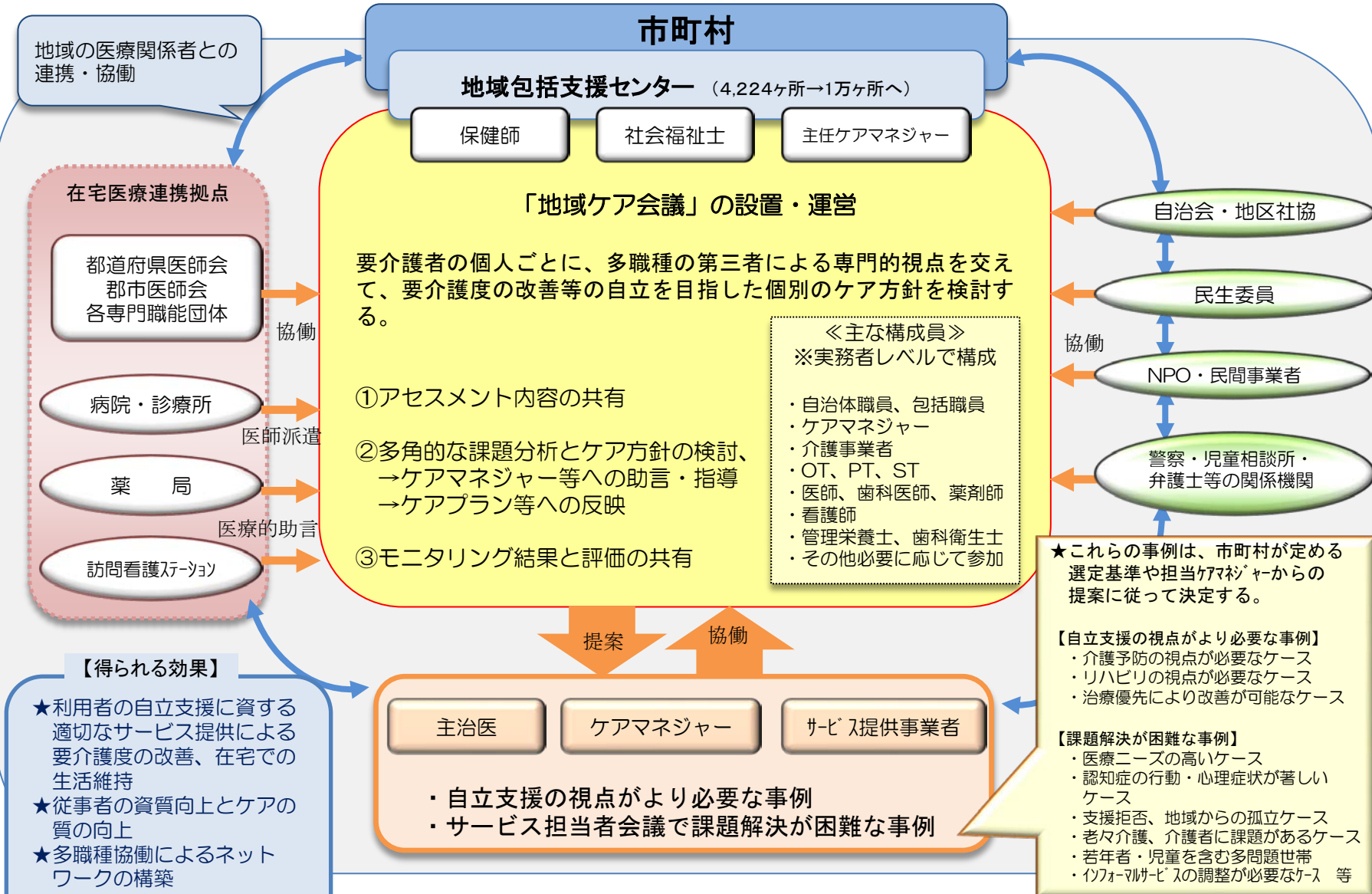
紹介

診断

認知症疾患医療
センター



地域ケア会議の概念図



認知症施策検討プロジェクトチーム設置要綱

1. 趣旨

認知症の方々は、今後高齢化のさらなる進展に伴い、急速に増加していくことが見込まれている。認知症になっても住み慣れた地域で安心して生活を継続するためには、医療、介護及び地域が有機的に連携したネットワークを形成し、効果的な支援を行うことが重要であり、関連する施策のより一層の充実を図っていくことが求められている。

また、「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」（主担当：厚生労働大臣政務官）では、昨年9月以降、認知症と精神科医療について検討が行われ、認知症に対する精神科医療の役割、症状の面から見て退院可能な人が地域の中で暮らせるためのシステムづくり、できる限り地域での生活を継続するための地域支援の拡充について提言されている。

このため、認知症の方々が医療、介護等の支援を受けながら地域で生活を継続していくための支援の在り方を明確にし、厚生労働省としてより実効ある施策を講ずることを目指し、今般、関係部局から構成されるプロジェクトチームを設置する。

2. 構成

- (1) 認知症施策検討プロジェクトチームは、別紙のメンバーを構成員とする。
- (2) チームの庶務は、障害保健福祉部精神・障害保健課の協力を得て、老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室において行う。

3. 議事

議事は原則非公開とする。

4. 検討事項等

- ・ 認知症の早期診断、早期対応体制の確立
- ・ 認知症に対応した医療・介護サービス事業の普及（できる限り地域での生活を継続するための地域支援体制の整備）
- ・ 認知症の入院患者（特に精神科病院）の退院促進
- ・ 認知症のケアの標準化とそれに基づく人材育成のあり方
- ・ 市民後見人の育成など地域全体で、認知症の方々を支える体制の充実

別紙

認知症施策検討プロジェクトチームメンバー

主査 : 藤田厚生労働大臣政務官

副主査 : 医政局長
社会・援護局長
障害保健福祉部長
○ 老健局長
保険局長

メンバー : 医政局指導課長
障害保健福祉部精神・障害保健課長
老健局介護保険計画課長
老健局高齢者支援課長
老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室長
老健局振興課長
老健局老人保健課長
保険局医療課長

事務局 : 老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室
障害保健福祉部精神・障害保健課